

台灣人口不可逆的趨勢——生不如死？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

一、113年死亡人數較112年減少4,192人，主要因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)、糖尿病死亡人數減少：113年死亡人數20萬1,383人^①，較112年減少4,192人(-2.0%)，主要因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19減6千人)、糖尿病(減962人)死亡人數減少；死亡率(死亡人數除以年中人口數)為每十萬人口860.2人，下降2.3%；以WHO 2000年世界人口結構調整之標準化死亡率^②為每十萬人口410.3人，下降4.5%。二、惡性腫瘤、心臟疾病與肺炎居主要死因前三位；COVID-19由第6名降至第14名：依死亡率排序，113年十大死因依序為(1)惡性腫瘤(癌症)(2)心臟疾病(3)肺炎(4)腦血管疾病(5)糖尿病(6)高血壓性疾病(7)事故傷害(8)慢性下呼吸道疾病(9)腎炎、腎病症候群及腎病變(10)蓄意自我傷害(自殺)。COVID-19由112年第6名降至第14名，原第7名以下死因往前推升1名。十大死因死亡人數合計14萬9,479人，占總死亡人數74.2%，與112年相較，113年標準化死亡率除肺炎、自殺上升^③，餘均下降，其中以糖尿病、腎炎腎病症候群及腎病變、事故傷害降幅較明顯。三、肺癌、肝癌、結腸直腸癌居主要癌症死因前三位；十大癌症除前列腺癌、卵巢癌標準化死亡率上升，餘均下降：113年癌症死亡人數為5萬4,032人，每十萬人口有230.8人因癌症死亡，標準化死亡率為每十萬人口113.3人。十大癌症死亡率依序為(1)氣管、支氣管和肺癌(2)肝和肝內膽管癌(3)結腸、直腸和肛門癌(4)女性乳癌(5)前列腺(攝

護腺)癌(6)口腔癌(7)胰臟癌(8)胃癌(9)食道癌(10)卵巢癌。十大癌症死因順位同112年。與112年相較，113年十大癌症除前列腺癌、卵巢癌標準化死亡率上升，餘均下降。四、運輸事故死亡人數較112年減少136人；孕產婦死亡11人為生產事故救濟條例實施以來最低：113年運輸事故死亡2,932人，較112年減136人(-4.4%)；孕產婦死亡11人，較112年減1人，為105年生產事故救濟條例實施以來最低^④。五、檢附113年死因統計結果分析。(「113年國人死因統計結果」焦點新聞，衛生福利部人事處，民國114年6月16日。)

「門口怎麼出現這麼多的黑衣人！」櫃台姑娘驚呼。

「什麼？」藥師隔一段距離探頭觀望。

「真假…很多黑衣人？」醫師經歷20餘年前的病人勒索事件後，心中早有這類事件的SOP，所以從監視器觀察後對她們說：「可能是參加某人的告別式？」

「何以見得？」

「妳們看：有老、有少，還有坐嬰兒車的，不是黑道兄弟啦！」醫師指著監視器中各種人物解釋。

「怎麼會在我們診所門口集結？」

「因為是樓上住戶，這三位是親兄弟、不是黑道。」醫師指著監視器中人物。

「喔…」藥師鬆了一口氣，接著說：「都穿著黑衣…很難分辨！」

「可能是二樓老太太的告別式？」醫師長

生活醫療法律・台灣人口不可逆的趨勢——生不如死？

嘆一口氣講。

「是不是年紀很大？偶而會尖叫嘶吼的那位？」

「沒錯！應該近百歲了…有些神智不清。」醫師說。

「醫師怎會這麼清楚她的年紀？」

「早期我父母跟他們租房子開藥房。」醫師回答。

「在哪裡？」

「就是你們所在的這裡！」

「哇！多久以前？」

「今年剛好一甲子、六十年。」醫師想想時間飛逝。

「我們都還沒出生！耶…他們看起來人丁旺盛？」藥師仔細瞧監視器。

「真的！不少人…」櫃台姑娘也湊過來瞧監視器。

「想不想知道我們當年、就是六十年的生活條件。」醫師又開話題。

「當然想知道！」

「房東家有四個小孩，都是男生；我們家也有四個小孩，二男二女。」

「哇！那一定很熱鬧吧？」

「豈止熱鬧罷了…整天吵吵鬧鬧！兩家中間還共用一蹲式馬桶的廁所，兩邊都有門，妳們可以想想上個廁所有多緊張？」醫師回想此童年憶事。

「真的很難想像…」這個世代的青壯年的

確無法體會。

「我家這邊廁所門旁就是排水溝，所以我們男生常就地方便，免得門開開關關廁所門多麻煩…」醫師說。

「不會有異味嗎？」

「怎會沒有？還有小蟲子！」

「聽起來就噁心。」

「他們兄弟也都有年紀了吧？」年紀稍長的藥師問。

「沒錯！最小的那位小我一歲。這位是大哥，大我七歲。」醫師指著鏡頭說。

「大哥是不是曾經因為頭暈就診，結果被醫師診斷疑似胃出血的那位？」

「結果是胃癌…差一點就沒救，唉…不就是近廟欺神（註：台語）！」

「什麼意思？」台語不輪轉的藥師問。

「指住在廟旁的百姓，對神的敬意反而不如遠地的人。比喻貴遠、賤近，不知珍惜就近的資源。」醫師解釋說。

「你們從小是鄰居，難道他們真不知您是神醫？就是…近廟欺神…」藥師嘗試用相同台語的俚語。

「說真的，時間會改變一切！」醫師沒正面回答。

「他們看起來人丁…真的旺盛？」只有一位弟弟的藥師再問一次。

「喔…剛才沒先回答妳的問題。」醫師停頓一下，接著說：「老大有一兒一女，老二只

有一兒，老三有二兒，老四也只有一兒；還不錯，四兒又傳五兒一女。」

「再下一代呢？」藥師仍然好奇。

「這是好問題…這位是老二的孫子。」醫師指著監視器的嬰兒推車，接著說：「原來四位兄弟都住在樓上，現在只剩下老大、老二，所以不知道再下一代有哪些人？」

「現代年輕人不願養下一代…難怪診所的小病人越來越少。」櫃台姑娘工作上的觀察。

「醫師您當阿公了嗎？」藥師直接戳問題核心。

「這就是重點、也是國安問題…先父母在我這個年紀已經有4位孫子，我還在癡癡地等。你們年輕人的想法跟我們這一代，大不相同！等妳們年紀大了就知道…」已經領取敬老卡醫師無奈的回應。

「有同感！原來我只打算生一胎交差了事，隔了許久不小心有了第二胎，沒後悔，因為姊弟感情不錯…」

「是啊！診所病人只要生到第三胎，我都對她表敬意。」

「的確這樣！」櫃台姑娘附和回應。

「妳們知道台灣人口持續負成長嗎？」

「感覺如此…還不嚴重吧？」

「先父在世時不斷提及：台灣2,300萬人口已經持續多久了？」

「好像…李登輝當總統時就是這個數字？」比較年長的藥師對這數字應有感。

「沒錯！都過去30年了。」

「那…持續負成長多久了？」比較年輕的櫃台姑娘問。

「內政部這個月公布戶口統計資料，台灣人口總數截至7月為止是2,333萬7,936人，整體計算自然增加與社會增加後，總人口較6月減少8,805人，人口連續19個月負成長。」

「居然是持續了一年半！自然增加是什麼意思？」

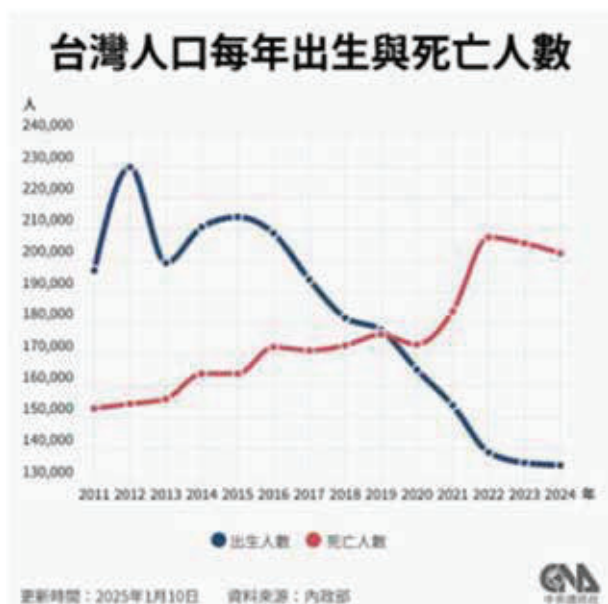
「自然增加數就是：出生人數減去死亡人數。內政部統計2024年新生兒13萬4,856人，較2023年減少715人，比2022年新生兒出生數13.8萬人還低，出現罕見『龍年寶寶』低於『虎年寶寶』的情況，創內政部有統計以來，新生兒人數史上新低。此外，內政部統計2024年全年死亡數為20萬2,107人，相較2023年全年死亡數20萬5,368人，減少3,261人。」

「哇！居然還沒破2,300萬人口底數…」藥師、櫃台姑娘異口同聲。

「但是，已經生不如死…許久…」（全文完）

問題①：113年「死亡人數」與「出生人數」的比較。

解 答：113年1至12月累計出生數為134,856人，較上年同期減少715人(-0.53%)；113年1至12月累計死亡數為202,107人，較上年同期減少3,261人(-1.59%)。（圖一，參考「民



圖一 2011年至今出生死亡統計 (圖片來源：內政部戶政司)

國113年12月戶口統計資料分析」內政部行政公告，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=32476，民國114年1月10日。註：與前述衛福部人事處死亡數201,383人多一些）衛福部統計的死亡人數減少4,192人（註：可能公布時間不同之故），主要因嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19減6千人）、糖尿病（減962人）死亡人數的減少。另外，依此公告數字：出生比死亡人數少了67,251人，真實世界的「生不如死」。

內政部今天公布2024年12月戶口統計資料，全年人口數為2340萬220人，較2023年減少2萬222人，平均每天減少55.25人。這也是繼2023年人口轉為正成長後，再度出現負成

長。2024年全年新生兒數13萬4,856人，折合年粗出生率為千分之5.76，相較於2023年新生兒數13萬5,571人、年粗出生率千分之5.81，再減少715人，這也再創內政部統計以來，新生兒人數史上新低。出現罕見「龍年寶寶」低於「虎年寶寶」的情況；根據內政部自1958年起統計新生兒資料，上一回出現不同狀況是1964年，共41萬餘名新生兒，低於1962年的42萬餘人。台灣新生兒已連9年負成長：分別為2016年20萬8,440人、2017年19萬3,844人、2018年18萬1,601人、2019年17萬7,767人、2020年16萬5,249人、2021年15萬3,820人、2022年13萬8,986人、2023年13萬5,571人。（參考「2024台灣新生兒連9年下降 罕見龍年出生數低於虎年」，記者高華謙，中央社，民國114年1月10日。）

問題②：「死亡率」與「標準化死亡率」的差別。

解答：死亡率(Mortality Rate)通常以每年每一千人為單位（死亡率=該年死亡人數／該年人口總數X1000‰）來表示；因此在死亡率為9.5的10萬人口中，表示這一人口中每年死去950人（簡單定義）。死亡率是衡量特定群體在特定時間內因各種原因導致死亡頻率的統計指標，它反映了人群的健康狀況、醫療水平、社會環境等多方面因素對生存的影響。死亡率又稱總死亡率或粗死亡率(crude death rate, CDR)，但是，粗死亡率指標具有很大局限性：由於粗死亡率沒有考慮到人口年齡、性別結構



圖二 我國近十年死亡率與標準化死亡率趨勢圖（圖片來源：衛生福利部）

的影響，在比較不同地區不同人群死亡水平差異時，用粗死亡率對比是不準確的。例如歐洲多數國家的粗死亡率比許多亞非國家要高，主要是因為人口老齡化造成，不能反映二者醫療衛生水平。所以需要其它死亡率作補充，或進行標準化處理。（圖二）

Q：標準化死亡率怎麼算？A：死因統計常用名詞定義如下：(1)粗死亡率(0/0000)： $(\text{死亡數}/\text{年中人口數}) \times 100,000$ ；(2)孕產婦死亡率(0/0000)： $(\text{孕產婦死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 100,000$ ；(3)新生兒死亡率(0/00)： $(\text{新生兒死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 1,000$ ；(4)嬰兒死亡率(0/00)： $(\text{嬰兒死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 1,000$ ；(5)年齡別死亡率(0/0000)： $(\text{年齡}$

別死亡數/該年齡別年中人口數) $\times 100,000$ ；(6)標準化死亡率(0/0000)： $\Sigma(\text{年齡別死亡率} \times \text{標準組年齡別人口數})/\text{標準組總人口數}$ ；(7)死亡率年增率(%)： $(\text{本年死亡率} - \text{上年死亡率})/\text{上年死亡率} \times 100$ ；(8)死亡百分比(%)： $(\text{該類死因死亡數}/\text{總死亡數}) \times 100$ ；(9)死亡百分比增減率(百分點)： $\text{本年死亡百分比} - \text{上年死亡百分比}$ ；(10)潛在生命年數損失(PYLL)：各年齡預期可

活存年數為 $(70 - \text{死亡時之年齡}) \times \text{該年齡死亡人數之和}$ ；(11)平均生命年數損失(AYLL)：潛在生命年數損失/該死因之死亡人數。（參考「死因統計相關問題」，衛福部統計處，民國110年6月10日。）標準化死亡率(standardised mortality ratio)依WHO 2000年標準人口年齡結構調整而得；當年度死因統計一般來說會在隔年的6-7月間公布，本篇焦點新聞公布日期即6月16日。標準化死亡率和標準化死亡比都是重要的公共衛生指標，可以用於比較不同地區、不同時間段的死亡率，以及評估疾病的負擔。它們的共同點是都通過標準化來消除人口結構差異的影響，使得比較結果更客觀、更準確。

問題③：113年標準化死亡率除「肺炎、自殺」上升，餘均下降？

解答：113年國人死亡人數較去年減少4,192人，主因新冠肺炎、糖尿病死亡大幅下降，癌症連續43年蟬聯首位（圖三），標準化死亡率降幅明顯。但15-24歲（註：「15-24歲」的主要死因為事故傷害，自殺則為第二大死因，占總自殺死亡人數11.9%）、25-44歲（註：這年齡層自殺死亡人數為1,244人，占總自殺死亡人數的30.6%。死亡率為每十萬人口18.5人，較112年上升10.8%，為升幅最為顯著的年齡層）族群的自殺死亡率卻反向上升，成青壯年重要死因之一。死亡人數下降，主要與新冠疫情大幅趨緩有關。COVID-19死亡人數從112年的8,962人降至113年的2,962人（註：降6,000人），年減66.9%，使整體死亡人數顯著下滑；同時糖尿病死亡人數也減少962人。但從長期趨勢觀察，隨高齡人口增加，死亡人數將持續攀升。自殺再度進入十大死因的事實應更加關注，尤其25~64歲年齡層上升明顯，社會與心理健康政策需更加強化。（參考「113年國人死因統計分析懶人包：十大死因變化一次看，兩項逆勢上升最該注意」，DKABio數據，網址：<https://www.dkabio.com/zh-tw/knowledge/seminar/mon019>，2025年7月專題，瀏覽日期：民國114年8月12日。）衛福部表示「自殺」隔了14年（註：在民國99年曾經進入10大死因）又重返排行內，引發關注。對此，衛福部指出，自殺一直是亞洲國家的問題，在台灣，除了老人、小孩之外的「15至24



圖三 113年國人十大死因（圖片來源：衛生福利部）

歲」、「25至44歲」、「45至64歲」所有年齡層的自殺死亡率均呈現上升。國健署心理健康司副司長鄭淑心指出，去年就留意到15歲到45歲青壯世代自殺死亡率上升，過去曾委託台大進行研究，在青少年自殺的研究結果顯示，跟網路使用、父母親離異問題以及睡眠障礙等有關，但壯年世代跟中年世代仍有待進一步分析細部資料。（參考「自殺隔14年再進國人10大死因15至65歲青壯世代都上升」，記者趙于婷／台北報導，ETtoday新聞雲，民國114年6月16日。）台灣自殺防治學會理事長呂淑貞說，中壯年族群因職場壓力、經濟變動、通膨及財務困難等因素，再加上精神疾病盛行率上升，家庭暴力與家庭安全問題也使得相關族群成為高風險對象。自殺者「不是想死，而是活不下

去」，因此社會必須提供支持與協助，讓感到絕望的人有機會重新站起來。

113年台灣地區自殺死亡人數為4,062人，自殺死亡率為每十萬人口17.4人，臺北市自殺死亡人數305人，自殺死亡率為每十萬人口12.2人，低於全國平均、亦為六都中自殺死亡率最低的縣市。305人中有151位為男性(49.5%)，154位為女性(50.5%)；粗死亡率則為男性每十萬人12.8人及女性每十萬人11.7人，男/女性粗死亡率倍數比為1.09倍。(參考「統計分析」，臺北市政府自殺防治中心，資料更新：114-07-07。)

至於類似的「肺炎」及新冠「肺炎」一增一減緣由，恐怕一時也釐不清楚其中存在多少「肺炎重疊」部分？

問題④：「生產事故救濟條例」救不了台灣人口負成長？

解答：為承擔女性的生產風險，國家建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全，特制定生產事故救濟條例。該條例於民國104年12月30日由總統公布全文29條；並自公布後半年施行。施行至今近10年，條文從未修正或增訂。

生育為國家責任，**少子化為國安問題**，為鼓勵國人生產並由國家承擔生產風險，衛生福利部自101年起辦理「**鼓勵醫療機構辦理生育**

事故爭議試辦計劃」。試辦期間，許多家庭在遭遇生產不幸時，能夠快速獲得國家救濟，同時也下降不必要之醫療緊張與醫療糾紛社會成本。因試辦計劃成功，立法院於104年12月11日三讀通過《**生產事故救濟條例**》，12月30日總統府公告，依條例第29條規定，公布後半年施行，故於105年6月30日正式上路。本條例宗旨為國家為承擔女性的生產風險，建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全，特制定本條例。所以只要是中華民國國民及其外籍配偶在中華民國境內生產，發生不良事故時，導致產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡，均可提出申請救濟。同時也希望透過不責難精神，建立及早關懷、事件通報、原因分析及醫療改善制度，提升國家孕產婦照護，建立一個「安心生產」的優質環境。在辦理「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計劃」前，曾有醫法雙修的婦產科前輩在醫師公會全聯會醫事法規委員會提議組成產科醫師互助會，每出生一位新生兒繳交2,000元互助基金，作為生育事故爭議時救濟之用，當時遭受到包括筆者在內多位委員以「少子化為國安危機、非醫師責任」理由反對！前述焦點新聞稱：…孕產婦死亡11人，較112年減1人，為105年《**生產事故救濟條例**》「實施以來最低」，顯然忽略分母太低因素；因為事隔10餘年「**國安危機仍未變成轉機**」，雖然《**生產事故救濟條例**》已上路近10年，但



圖四 台灣人口出生與死亡人數變化（圖片來源：內政部2025/06/10）

是少子化為國安問題仍未解！（註：2024 生育率台灣依然世界最低！出自20250107遠見雜誌報導。）

內政部今天公布最新戶口統計資料，台灣人口總數7月為止是2333萬7,936人，整體計算自然增加與社會增加後，總人口較6月減少8,805人，比去年同期減少7萬1,387人，人口連續19個月負成長（圖四）。新生兒部分，今年7月出生數為8,939人，年粗出生率為千分之4.51，較去年同期少了1,485人，也比6月減少29人。另外，攸關社會增加的遷入遷出人口部分，7月遷入人口數為7萬410人，較6月減少1萬8,983人；遷出人口數為7萬1,308人，較6月減少1萬3,383人，淨遷入人口數為負898人。（參考「台灣最新總人口數2,333萬餘人

連19個月負成長」，記者賴于榛，中央社，2025/8/8）隔日，衛福部長邱泰源拋出4大搶救方向，從減少育兒負擔、增進母嬰健康到提高婚育意願，包括跨部會協調育兒父母優先提供社宅，還有鼓勵聯誼活動。聽到人口負成長關鍵字，他強調若持續下去，將影響社會、經濟與國家安全發展，對於醫療照護也會受影響。如何提高結婚、生育意願更是關鍵，邱泰源解釋，這又分成2方面，一是高齡婦女往往打拚到一個程度才願意生，得靠人工生殖補助，「當然不希望都靠這個啦」，既然有意願生就希望能成真。（參考「搶救人口負成長邱泰源：減輕育兒負擔等4方向著手」，記者沈佩瑤，中央社，2025/8/9）

