



Cherish Life Promote Health

珍愛生命 · 傳播健康



2011
Annual Report



國民健康局年報

Cherish Life
Promote Health

珍愛生命 · 傳播健康

CONTENTS



局長序

第一章 前言 7

第二章 健康的出生與成長 11

第一節 孕產婦健康 12

第二節 嬰幼兒及兒童健康 17

第三節 青少年健康 25

第三章 健康的生活 29

第一節 菸品健康危害防制 30

第二節 健康體能促進 37

第三節 兒童事故傷害防制 39

第四節 視力、聽力及口腔保健 45

第四章 健康的環境 51

第一節 健康城市 52

第二節 健康社區 54

第三節 健康學校 58

第四節 健康職場 60

第五節 健康醫院 63



目錄

第五章 健康的老化 67

- 第一節 中老年人健康政策 69
 - 第二節 重要慢性病防治 73
 - 第三節 癌症防治 78
 - 特別專刊 男女健康狀況比一比 98
-

第六章 特殊健康議題 105

- 第一節 婦女健康 106
 - 第二節 弱勢族群健康 107
-

第七章 健康促進的基礎建設 113

- 第一節 基層衛生保健單位—衛生所 114
 - 第二節 健康傳播 115
 - 第三節 健康監測 119
 - 第四節 國際合作 123
-

附 錄 127

- 國民健康局2010年大事紀 128
-



10歲的國民健康局，迎接高齡化、 少子化與全球慢性病挑戰！

過去幾年間，您是否覺得週遭的菸味減少了，不用在菸霧繚繞中朝九晚五，出外用餐時，不用再被迫以菸配飯？您是否曾經遇到醫護人員熱心的詢問或推薦您接受免費的成人健康檢查、子宮頸抹片、糞便檢查等等，甚至幸運地早期發現了可避免轉變成重大疾病的問題？或者是，您是餵母乳的媽咪，能方便的在公共場所餵母乳，不像從前會遭受他人異樣的眼光，或甚至被驅趕？另外，您的小孩是否有接受政府免費提供的健康檢查？甚至發現聽力、發展較遲緩等等問題後已經得到矯治？您的小孩在學校中是否使用了防止蛀牙的漱口水？以上種種，如果您回答了任何一個「Yes！」，那麼，這就是國民健康局存在的意義！

回顧十年前精省時期，國民健康局是全國第一個整合了中央和省屬單位（即行政院衛生署保健處、原台灣省衛生處家庭計畫研究所、婦幼衛生研究所及公共衛生研究所）而新成立的機關，具有指標性之意義。這十年中，健康局的主軸工作即為實踐「預防重於治療」，我們期望在促進民眾健康的同時，能減少民眾失能的風險和健保的負擔。令人欣慰的是，在過去幾年裡，我們已看到民眾對健康生活方式的認同及對健康政策的支持，其成效也顯現在重要的健康指標的改善上，如癌症標準化死亡率（由90年每十萬人 143.1人下降至99年的每十萬人 131.6人）、吸菸率（由93年的24.1%下降至99年的19.8%）、禁菸公共場所二手菸暴露率（由95年的31.26%下降至99年的9.08%）、男性嚼檳率（由91年的17.5%下降至99年的12.5%）、糖尿病標準化死亡率（由90年每十萬人 39.8人下降至99年的每十萬人 25.3人）等。

放眼未來，臺灣社會將面臨更大的挑戰，其中最重要的當屬老化海嘯來襲，和伴隨而來的慢性病的強大殺傷力！今年第一批戰後嬰兒潮邁入了65歲，宣告台灣正式進入「人口老化潮」！未來短短14年內，台灣將以「三級跳」的方式快速老化，先是6年後從「高齡化社會」成爲「高齡社會」，緊接著8年後將躍升爲「超高齡社會」。以國際上利用老年人口



Cherish Life Promote Health

由7%增至14%的年數代表「老化速度」來比較，法國歷經115年的時間「慢慢變老」，美國將花73年，臺灣卻只需24年，其原因除了戰後嬰兒潮湧入成為老年人口外，另一端亦因生育率急速降低、後繼乏人，導致老人的「比率」相對地上升更快，也使臺灣的扶老比（15～64歲生產人口數對65歲以上老年人口數的比值）惡化。快速縮減的生產人力要扶養快速增加的退休人口，若不及早做好準備，讓長輩健康、獨立甚至延長其社會功能，不到10年，整個國家的生產力與競爭力就將面臨極大危機。

另外，慢性病也將變得非常普遍，目前慢性病已逾民眾死因之八成，而依據本局96年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，近九成（88.7%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，患有三項以上慢性病的老人比率亦高達五成；高血壓（46.67%）、白內障（42.53%）及心臟病（23.90%）為長者最常見的慢性病。這幾種疾病若不能妥善控制，將會嚴重威脅長輩的身心社會功能、獨立自主能力與生活品質；而「健康問題」也是長者生活中最擔心的問題。

國民健康局自90年成立至今已滿10年，未來可望成為「國民健康署」，因應社會老化與慢性病的嚴峻考驗，政府必須有強而有力的健康促進部門，透過身心社會全人的健康促進與妥善的慢性病疾病管理，才能保障長輩進入高齡後的生活品質與生命尊嚴，亦減緩對社會勞動力迅速下降的衝擊，及減輕健康保險及長期照護的財務負擔。這是國民健康局非常重要的時代使命！我們樂意承擔這項重要任務！

國民健康局局長 

中華民國 100 年 12 月

Cherish Life Promote Health

第一章 前言



壹、沿革

行政院衛生署配合1999年公布施行之「地方制度法」及「精簡臺灣省政府組織」作業，收編「臺灣省政府衛生處」，改制為行政院衛生署中部辦公室，原「臺灣省政府衛生處」所屬之家庭計畫研究所、公共衛生研究所及婦幼衛生研究所，亦於1999年7月1日改隸為衛生署之附屬機關。為了整合國民健康促進業務，落實全民健康，簡併原衛生署保健處、家庭計畫研究所、公共衛生研究所及婦幼衛生研究所等4個國民保健體系，於2001年7月12日成立「國民健康局」，為精省後第一個完成組織再造的行政機關，負責國民健康促進及非傳染性疾病防治業務。

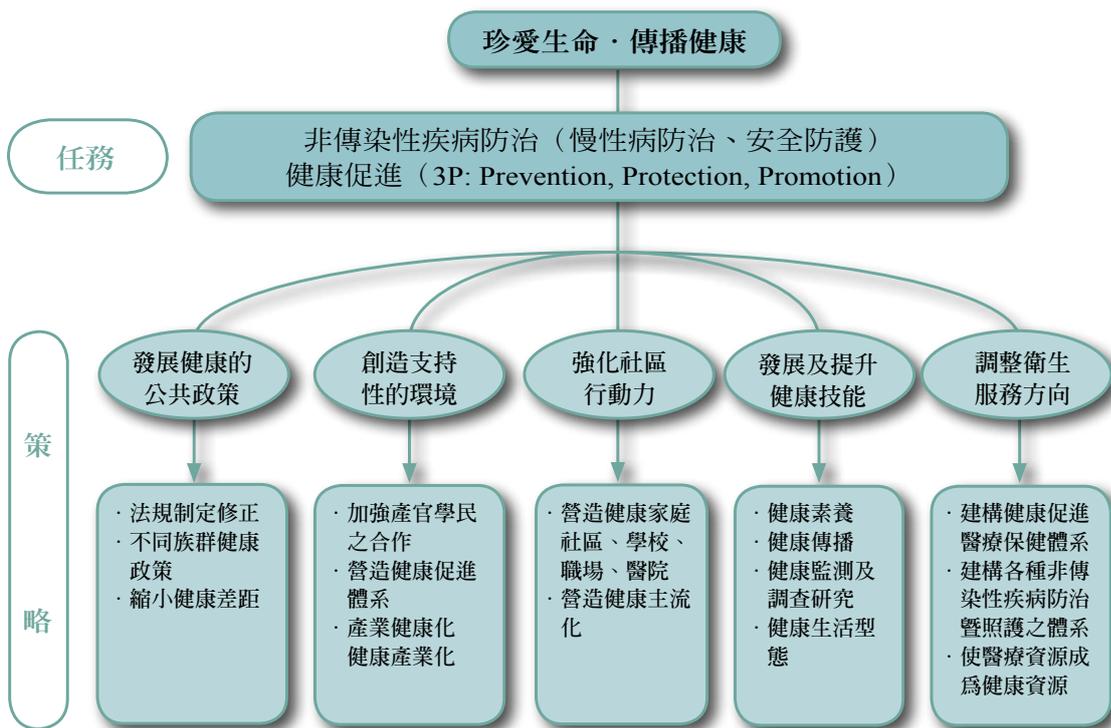
貳、組織任務

本局目標在推動健康促進，利用國人基本健康資料，制定符合本土性的健康公共政策；加強基層健康照護工作及創造支持性的環境，以強化社區行動力；並善用衛生教育，加強民眾健康自我決定與管理能力；協同地方縣市衛生局所、各級醫療院所並結合民間團體力量，共同實踐政府健康政策，為全民打造健康優質的生活環境。主要任務為訂定健康促進政策及法規；建構健康友善的支持環境；規劃及推動生育健康、婦幼健康、兒童及青少年健康、中老年健康、菸品及檳榔等健康危害防制、癌症、心血管疾病及其他主要非傳染性疾病防治、國民健康監測與研究發展及特殊健康議題等健康促進業務。

參、健康促進的願景與挑戰

國民健康為國家競爭力的重要表現，為增進國人身、心、社會的健康，本局依據1978年「Alma-Ata宣言」及1986年「渥太華（Ottawa）憲章」提出的「健康促進五大行動綱領」，積極訂定健康的公共政策；營造健康社區、醫院、學校及職場等場域；深耕健康社會，帶動健康風潮，型塑健康主流化社會；發展個人健康技能與調整健康服務，以期達成聯合國世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康（Health for all）」之最終目標。另，為縮小健康的平等，針對孕產婦與嬰幼兒健康、兒童與青少年健康、中老年健康老化及婦女健康等不同的人生階段，規劃健康促進政策。此外，就危害國人健康的主要威脅，如癌症、菸害及慢性病等，亦積極擬訂各項政策，以因應目前國人肥胖、吸菸、嚼檳榔、不健康飲食及不運動等不健康生活型態的挑戰；進行健康監測及研究調查，並依據實證基礎資料、當前社會及未來發展之需要，規劃政策目標及策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球的健康。（圖1-1）。

圖1-1 本局之願景目標及策略



Cherish Life Promote Health

第二章 健康的出生與成長

孕產婦健康

嬰幼兒及兒童健康

青少年健康



Cherish Life

第二章 健康的出生與成長

Health

由於社會變遷，多元文化刺激，使得社會型態及家庭結構與功能改變，例如醫療照護系統改變、經濟交通改變、社會及物質環境改變、跨國婚姻與文化、離婚率、隔代教養、速食文化及升學壓力等，使孕產婦、嬰幼兒、兒童與青少年健康問題更趨多元及複雜。如高齡生育、兒童發展遲緩、早產兒出生、青少年吸菸與未婚懷孕等問題，更是日趨嚴重。因此，如何促進孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年身心發展，強化健康照護系統，建構健康安全環境，是本局施政焦點。

第一節 孕產婦健康

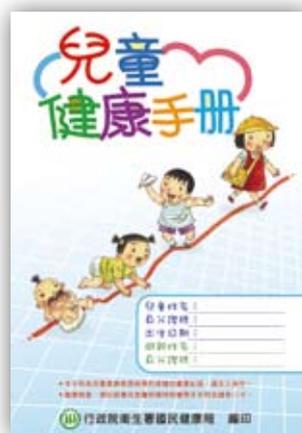
現況

臺灣婦女第一胎平均生育年齡於1989年為25.2歲，至2010年延後為29.6歲，又依生母年齡結構分析：20~24歲由29.5%下降為10.4%，25~29歲由44.6%下降為31.3%，30~34歲由17.4%上升為39.3%、35~39歲由3.4%上升為15.0%，遲育趨勢相當明顯。

另，2009年孕產婦死亡率為十萬分之8.4；與世界主要國家相比，我國孕產婦死亡率，與挪威、芬蘭及加拿大相當，比美國、紐西蘭、英國、法國及比利時為低，高於荷蘭、瑞士、西班牙、德國、奧地利、澳洲、瑞典、義大利、丹麥及愛爾蘭等；與亞洲臨近國家相較，則高於日本。

業務指標

- 一、孕婦產前檢查利用率達90%以上。至少一次利用率，達98%以上。
- 二、34歲以上孕婦臨床細胞遺傳學檢查率達90%以上、高危險群孕婦接受產前遺傳診斷異常個案追蹤率達93.5%以上。



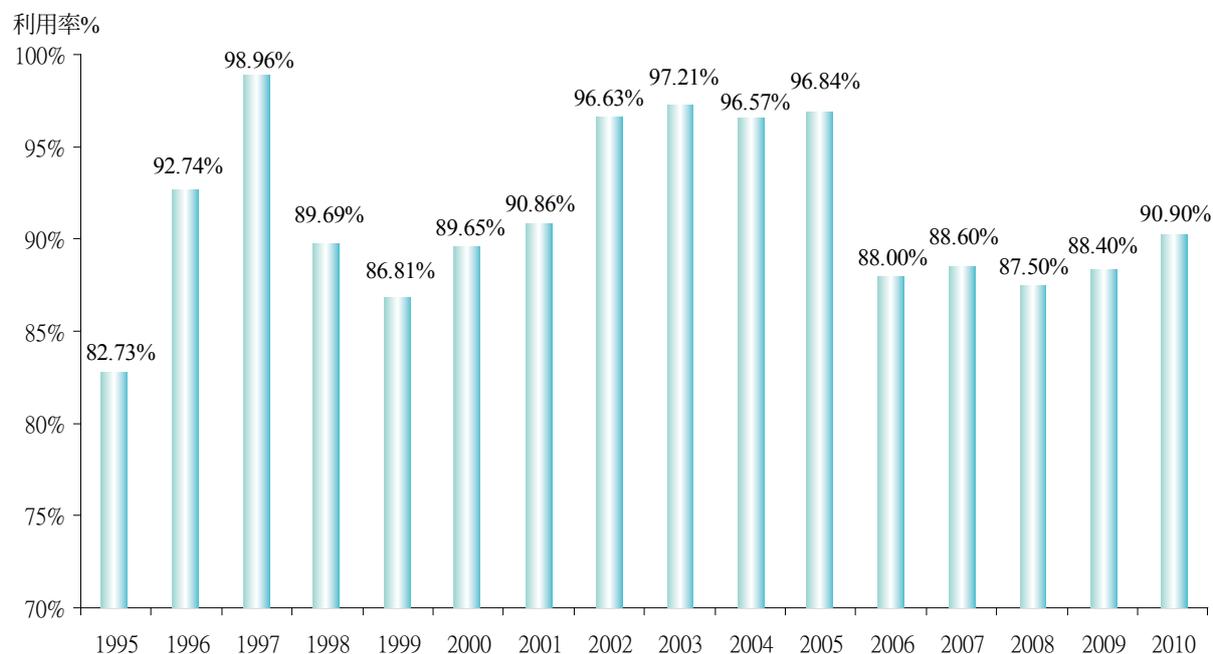
政策與成果

一、建構系統性生育健康服務

(一) 孕婦產前檢查

為促進婦女於孕期之健康，並早期發現懷孕各階段可能發生的合併症，確保孕婦與胎兒健康，本局透過健保特約醫事服務機構補助提供孕期婦女10次之產前檢查服務。自2001年起，本項服務利用率皆維持近九成左右，2009年10次產前檢查之平均利用率達88.4%，其中約三成七在基層診所實施，其餘則在醫學中心、區域醫院及地區醫院實施。至少產檢1次為98.16%，至少4次產檢為95.88%，2010年10次產檢平均利用率90.90%（圖2-1），產檢利用人次約153萬人次；該年至少產檢1次利用率達98.29%，至少4次產檢95.96%。

圖2-1 孕婦產前檢查利用率



備註：2002~2005年數據引用中央健康保健局之申報結果（分母為以出生人口數×產險9次）計算所得，2006~2010年數據為本局以核付檔（分母以出生人口數×補助產檢10次）計算所得。

（二）提供周延的遺傳檢查服務

參酌先進國家經驗，從預防醫學的精神出發，結合遺傳檢查服務，從婚前、孕前、產前、新生兒，甚至成人階段提供初級預防（primary prevention）、生育選擇（prevention through reproductive options）或次級預防（secondary prevention）等遺傳性疾病防治措施，以降低先天性畸形兒發生，相關遺傳性疾病防治網絡如圖2-2。有關生育階段的遺傳服務成果如下：

1. 孕婦海洋性貧血篩檢

產前檢查抽血篩檢異常者，再檢查其配偶，兩人皆異常者，抽血送本局評核通過的6家海洋性貧血基因檢驗機構確診；經確診夫妻同為甲型或乙型海洋性貧血帶因者，視其懷孕週期抽取絨毛膜或羊水或胎兒臍帶血，做產前遺傳診斷。2010年接受海洋性貧血篩檢者計803人，其中，胎兒接受海洋性貧血基因確診計334例，並依其意願提供產前照護。

2. 高危險群孕婦的產前遺傳診斷

依「優生保健措施減免或補助辦法」提供高危險群孕婦（34歲以上、本胎次或曾生育異常兒及本人或配偶具家族病史等）接受產前遺傳性疾病檢查費用減免或補助。

2010年共補助3萬7,167人，其中，34歲以上高齡孕婦接受產前遺傳性疾病檢查者計2萬8,024人，高齡孕婦檢查率約達90%，較2000年（75.5%）增加了約14.5%（圖2-3）。2010年經本項服務發現異常者計802人，佔當年總受檢人數2.16%。為使孕產婦適時獲得妥適照護，凡經檢驗異常個案，均由採檢醫療院（所）或公衛體系即時追蹤回診、諮詢，或轉介至遺傳諮詢中心及相關院所治療。

為確保產前遺傳性疾病檢驗機構品質，本局依「遺傳性疾病檢驗機構評核要點」，定期辦理檢驗機構評核作業；評核通過之機構，每3年需接受續評。截至2010年經本局評核通過之臨床細胞遺傳學檢驗機構計27家、基因檢驗機構計9家。另訂定遺傳諮詢中心認證要點，進行國內遺傳諮詢中心認證與定期評核，以確保遺傳諮詢、診斷及治療品質。截至2010年，共有11家遺傳諮詢中心評核通過。

3. 與生育相關的遺傳性疾病檢查與諮詢

針對有礙生育健康者、可能罹患遺傳性疾病個案及其家屬、新生兒先天性代謝疾病篩檢異常者、及疑有遺傳性疾病者，提供遺傳性疾病檢查及諮詢。2010年計檢查1萬540人，染色體異常731人、海洋性貧血帶因613人、其他異常604人。

二、健全生育健康管理法規與制度

(一) 制訂人工生殖法規

為確保人工生殖技術正確使用與發展，保障不孕夫妻、人工生殖子女及捐贈人權益，已在2007年3月21日公布施行「人工生殖法」，並陸續發布施行「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」、「人工生殖機構許可辦法」、「精卵捐贈親屬關係查證辦法」、「人工生殖資料通報及管理辦法」等相關辦法及「受術夫妻得負擔捐贈人費用上限公告」；截至2010年12月，通過人工生殖機構計65家。

(二) 提出優生保健法修正草案

為促進生育保健，確保孕婦及胎兒的健康及安全，自2000年著手修正「優生保健法」，並將名稱修正為「生育保健法」，增訂遺傳疾病防治服務規定；修正人工流產規範等，以明訂醫療機構應提供懷孕婦女諮詢服務，並於2008年2月22日送立法院審議。另規劃於優生保健法施行細則，研擬增訂不得以「胎兒性別」作為因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者人工流產之理由。

(三) 提供人工流產諮詢（商）服務

為照護婦女健康品質，補助社團法人臺灣失落關懷與諮商協會辦理「生育保健諮詢／諮商服務人力培訓計畫」，並運用2005～2008年建立之「人工流產諮商機制與服務模式」，於北、中、南、東四區，邀約醫療院所內與婦產科相關之醫護、社工及心理師，和各地區衛生局所、機關學校等在地工作人參訓。

(四) 孕婦產前檢查及超音波檢查之品質提升

現行提供10次產前檢查及1次超音波檢查，在產檢次數上，臺灣較其他先進國家，如美國、日本等，並不遜色。如為高危險妊娠需進一步醫療處置者，可循健保疾病就醫；為提升孕婦產前檢查品質，將針對婦幼服務措施，進行總檢討，並以科學實證為基礎，優先納入研議；以「全人照護」為核心、提昇服務品質，給予合理給付。

超音波檢查為現行孕婦產前檢查項目之一，根據國外系統性文獻回顧發現，早期孕期（24週以前）的超音波檢查可以有助於檢查出多胞胎懷孕，對低風險或非特定族群懷孕婦女，不建議於晚期孕期（24週以後）進行常規超音波檢查。為提升產檢超音波檢查內容品質及給付時程合宜性等，及建立產檢超音波檢查一致性共識，刻正以實證基礎進行檢討、蒐集與回顧國外資料，並將研訂出本土化之建議報告，供國內婦產科醫療院所臨床醫師施行產檢超音波檢查之參考。

第二節 嬰幼兒及兒童健康

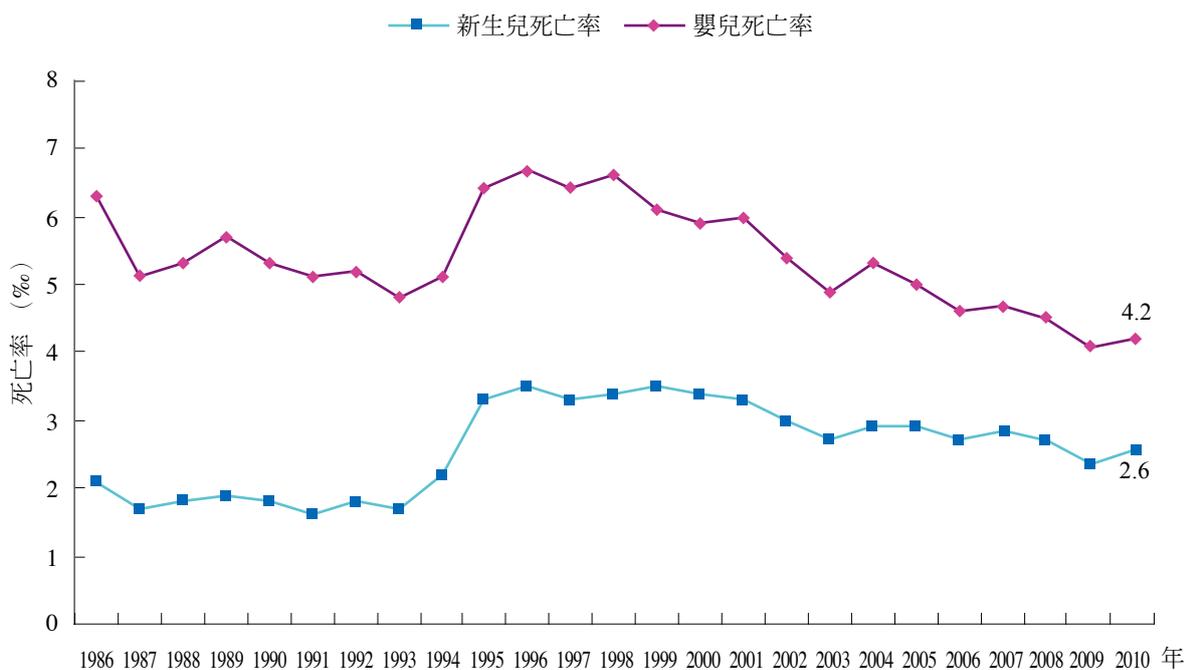
現況

嬰兒死亡率是衡量一個國家兒童健康狀況之主要指標之一，臺灣新生兒死亡率從1981年3.1下降至2010年2.6，嬰兒死亡率亦從1981年8.9降至2010年4.2（圖2-4）。和世界主要國家相比，我國嬰兒死亡率與德國相當，略低於美國、加拿大及英國；與亞洲臨近國家相較，則高於日本及新加坡，遠低於中國大陸及菲律賓，略低於南韓及馬來西亞。

依據本局出生通報統計，2010年全國通報出生總數為16萬6,630人，活產新生兒之出生體重低於2,500公克之低體重新生兒發生率為8.33%，極低體重新生兒（出生體重低於1,500公克）發生率為0.85%，與2008年相較，有微幅增加的趨勢，可能與出生人數下降有關。與英國、美國、日本、新加坡等國家接近。

近年來，新生兒活產數已從2004年21萬7,386人，下降至2010年16萬6,630人。此外，在自然狀態下，男女出生性別比約在1.05~1.06之間，然我國第1、2胎之出生性別比維持在1.08至

圖2-4 歷年新生兒及嬰兒死亡率

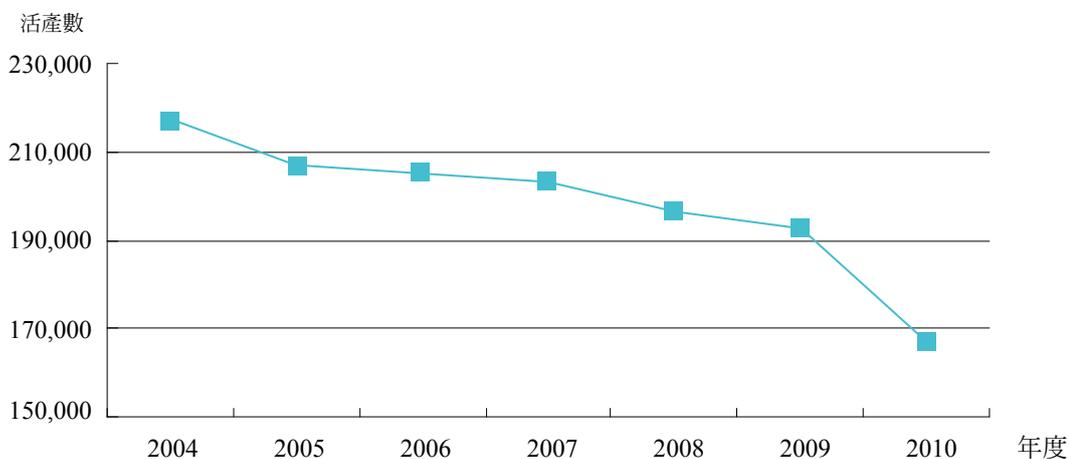


資料來源：行政院衛生署統計室-99年死因結果

Cherish Life Promote Health

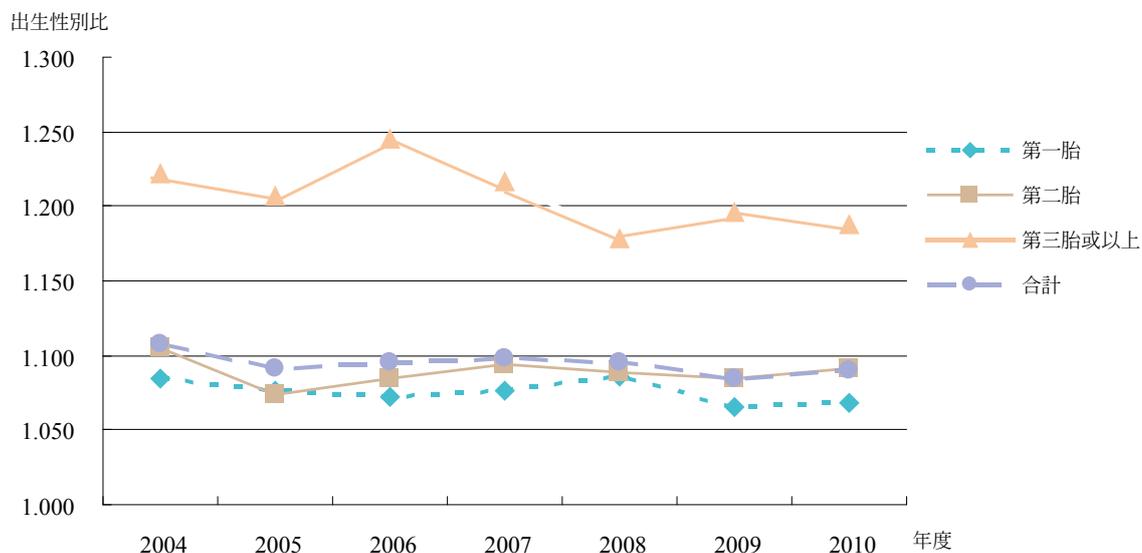
1.09間，惟第3胎以上飆升至1.18以上（圖2-5, 2-6, 表2-1, 2-2）。出生性別比失衡現象，顯示社會上仍有部分民眾受傳宗接代、重男輕女等傳統觀念的影響，有性別歧視存在。且反應出可能部分醫療機構有性別篩選或依性別進行墮胎情事，以致出生性別比顯著的高於自然情況。

圖2-5 歷年出生通報活產數



資料來源：本局出生通報統計

圖2-6 歷年出生通報總活產胎次出生性別比折線圖



資料來源：本局出生通報統計

表2-1 歷年出生通報活產數及出生性別比

年度	活產數	男生 (%)	女生 (%)	出生性別比
2004年	217,386	52.55	47.45	1.108
2005年	206,925	52.18	47.82	1.091
2006年	205,026	52.29	47.71	1.096
2007年	203,377	52.33	47.67	1.098
2008年	196,373	52.30	47.70	1.096
2009年	192,465	52.04	47.96	1.085
2010年	166,630	52.14	47.86	1.090

附註：出生性別比 (SRB) = 總接生男嬰數 ÷ 總接生女嬰數 (只計算活產)。

表2-2 歷年出生通報活產胎次出生性別比

年度		第一胎	第二胎	第三胎或以上	合計
2004年	人數	113,181	77,854	26,345	217,380
	男生	58,878 (52.02)	40,873 (52.5)	14,488 (54.99)	114,239
	女生	54,303 (47.98)	36,981 (47.5)	11,857 (45.01)	103,141
	出生性別比	1.084	1.105	1.222	1.108
2005年	人數	104,549	77,163	25,211	206,923
	男生	54,219 (51.86)	39,965 (51.79)	13,788 (54.69)	107,972
	女生	50,330 (48.14)	37,198 (48.21)	11,423 (45.31)	98,951
	出生性別比	1.077	1.074	1.207	1.091
2006年	人數	105,700	74,897	24,424	205,021
	男生	54,684 (51.74)	38,976 (52.04)	13,551 (55.48)	107,211
	女生	51,016 (48.26)	35,921 (47.96)	10,873 (44.52)	97,810
	出生性別比	1.072	1.085	1.246	1.096
2007年	人數	106,005	74,234	23,136	203,375
	男生	54,940 (51.83)	38,780 (52.24)	12,702 (54.9)	106,422
	女生	51,065 (48.17)	35,454 (47.76)	10,434 (45.1)	96,953
	出生性別比	1.076	1.094	1.217	1.098
2008年	人數	102,854	71,565	21,954	196,373
	男生	53,545 (52.06)	37,283 (52.1)	11,872 (54.08)	102,700
	女生	49,309 (47.94)	34,282 (47.9)	10,082 (45.92)	93,673
	出生性別比	1.086	1.088	1.178	1.096
2009年	人數	101,338	70,724	20,403	192,465
	男生	52,262 (51.57)	36,780 (52)	11,113 (54.47)	100,155
	女生	49,076 (48.43)	33,944 (48)	9,290 (45.53)	92,310
	出生性別比	1.065	1.084	1.196	1.085
2010年	人數	86,656	60,754	19,220	166,630
	男生	44,756 (51.65)	31,694 (52.17)	10,435 (54.29)	86,885
	女生	41,900 (48.35)	29,060 (47.83)	8,785 (45.71)	79,745
	出生性別比	1.068	1.091	1.188	1.090

資料來源：本局出生通報

附註：1. 出生通報不含胎次別資料，本分析以產婦自述總活產胎數 (含本胎) 為其胎次。

2. 2004年性別不明者共5案，第一胎5案，第三胎1案。

3. 2005年性別不明者共2案，第一胎1案，第二胎1案。

4. 2006年產婦不詳者共5案，分別為男3案、女2案。

5. 2007年性別不明者共2案，第一胎1案，第二胎1案。

6. 出生性別比 (SRB) = 總接生男嬰數 ÷ 總接生女嬰數 (只計算活產)。

Cherish Life Promote Health

另外，新生兒先天性兩側聽力障礙盛行率約3%。而在2010年有接生的院所402家中，共有243家醫院提供新生兒聽力篩檢的，占60.45%，學齡前兒童聽力篩檢涵蓋率達86.64%。

為促進嬰幼兒及兒童健康成長，本局推動母乳哺育政策不遺餘力；產後一個月純母乳哺育率從1989年5.4%提升至2010年58.5%，產後一個月總哺育率從1989年26.6%提升至2010年85.4%。

要促使嬰幼兒健康生長發展，除早期發現異常、早期矯治外，更必須持續提供健全的健康照護系統；為此，我們訂定以下重要業務指標：

業務指標

- 一、新生兒先天性代謝異常疾病年篩檢率達99%以上。
- 二、提高兒童預防保健平均利用率，達75%；一歲以下至少一次利用率達98%以上。
- 三、母乳哺育率：採世界衛生組織及聯合國兒童基金會建議，純母乳哺育須達6個月，其後添加適當副食品，且持續母乳哺育至兒童兩歲或兩歲以上的原則為指標；預計2011年底：出生後滿一個月純母乳哺育率可達65%。
- 四、2010年出生性別比指標達到1.095。

政策與成果

不論嬰幼兒或兒童，下一代的健康問題均多元而複雜；規劃政策時，除了考量群體的特殊性，嘗試整合資源，以建構完整的保健服務系統外，更要營造健康、安全的支持性環境做為計畫方向：

一、組織與資源整合

2006年3月29日成立「衛生署兒童健康推展委員會」，研議兒童健康促進的前瞻性政策，並協助溝通、整合政府與民間組織，其任務包括：研議兒童健康政策、嬰幼兒發育及兒童身心發展政策、跨部會兒童健康政策協調、審議兒童健康議題優先順序、改進兒童健康安全照護服務體系、兒童健康教育推展與宣導及兒童健康科技之研究發展。

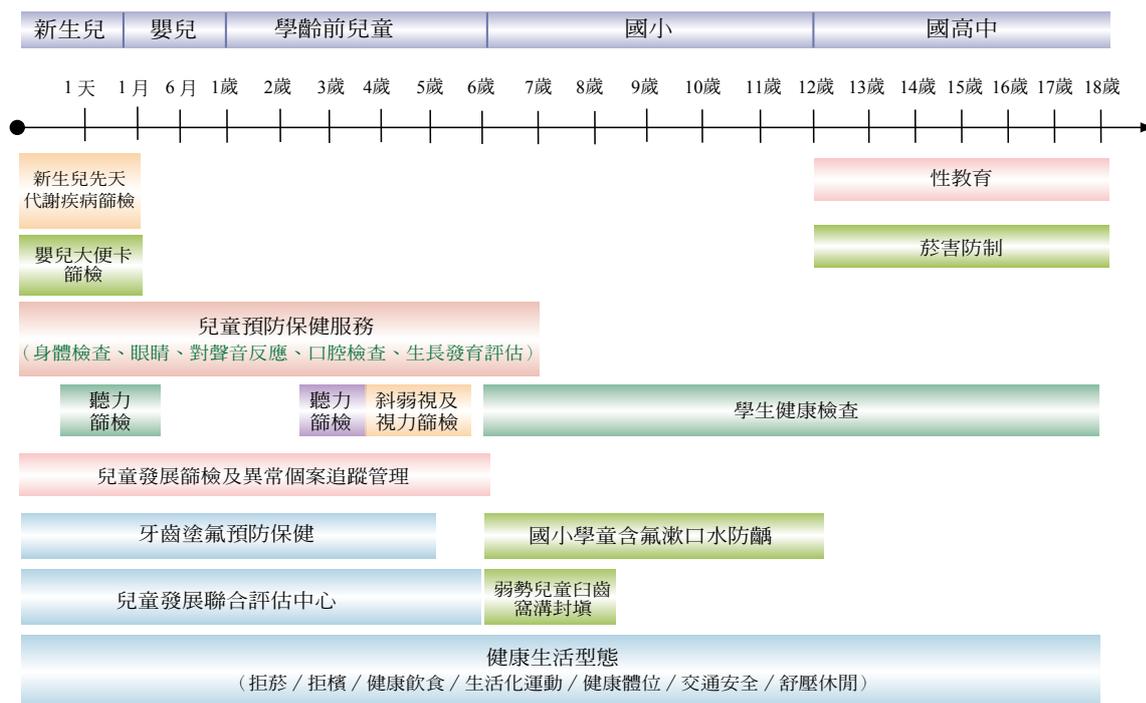
二、建構完整的保健服務

彙整我國兒童主要健康政策（如圖2-7），並摘錄部分服務內容如下：

（一）辦理出生通報

全國接生醫療院所自2004年全面實施出生通報資料網路傳輸，該出生通報系統同時將通報資料依國籍別轉檔傳送至內政部戶政司，並由內政部戶政司分別傳送至移民署及各鄉鎮市

圖2-7 嬰幼兒及兒童健康政策



區戶政事務所，俾利各級衛生與戶政主管單位迅速、正確、完整掌握人口出生動態及高危險群新生兒資料（含先天性缺陷兒），以及早提供各項必要之服務。考量資料安全性與降低系統被入侵之可能性，已將醫事憑證（HCA）認證機制導入「網路出生通報系統」。2010年總出生通報人數計16萬8,507人，其中活產16萬6,630人（活產率為98.89%），死產1,877人（死產率為1.11%），網路通報率達99.9%，所彙集資料之統計結果可提供各界規劃生育保健政策、策略及服務措施之參考。

（二）提供新生兒篩檢服務

1985年起，全面推廣新生兒篩檢服務；近年來每年篩檢率均達99%以上，並進一步提供經篩檢確診為陽性個案治療及遺傳諮詢，以降低後遺症。2010年篩檢16萬6,350人（篩檢率99.8%），發現葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症（俗稱蠶豆症）2,914人、先天性甲狀腺功能低下症182人、先天性腎上腺增生症12人、苯酮尿症6人、高胱胺酸尿症0人、異戊酸血症0人、楓糖漿尿症4人、半乳糖血症2人、甲基丙二酸血症1人、戊二酸血症第一型2人，中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症0人（表2-3）。

Cherish Life Promote Health

表2-3 2010年新生兒篩檢異常個案數（篩檢人數16萬6,350人）

篩檢項目	疾病發生率	異常個數案
葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症（G-6-PD）	1：61	2,914
先天性甲狀腺低能症（CHT）	1：1,961	182
先天性腎上腺增生症（CAH）	1：7,463	12
苯酮尿症（PKU）	1：30,080	6
高胱氨酸尿症（HCU）	1：289,338	0
異戊酸血症（IVA）	1：106,976	0
楓糖漿尿症（MSUD）	1：87,526	4
半乳糖血症（GAL）	1：264,178	2
甲基丙二酸血症（MMA）	1：41,860	1
戊二酸血症第一型（GA 1）	1：34,385	2
中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症（MCAD）	1：96,278	0
合計		3,123

（三）提供兒童預防保健服務

為增進兒童健康，本局透過健保特約醫療院所，補助提供七歲以下兒童預防保健服務，以建立連續性健康管理與保健指導，並早期發現異常個案，以期早期治療。2002年起，這項兒童預防保健服務利用率均維持七成左右，其中65.9%在基層診所完成，其餘34.1%則在醫學中心、區域醫院及地區醫院實施；2010年約103.4萬人次接受本項服務，平均利用率約75%，較前一年度71%，提高3.3%。1歲以下至少一次服務利用率94.8%。

為提升兒童對預防保健服務的整體利用率及品質，本局完成「新一代兒童預防保健服務方案」之規劃，並於2010年起實施。優先檢討利用率偏低項目及服務時程，以強化兒童發展篩檢，並整合基層醫療資源，提供更多元的服務。此外，專案核定縣市衛生局辦理幼托園所兒童預防保健外展服務，定期監測及統計分析兒童預防保健服務成果，推展兒童發展篩檢之轉介確診作業，以加強醫療院所兒童健康監測、轉介及後續醫療照護等功能。

（四）提升專業人員知能

為提升家長及第一線醫事人員對兒童發展篩檢的知能與技巧，補助編印「寶貝發展篩檢指南DVD第2版」及辦理「早期療育相關工作人員-以家庭全方位為考量早療基礎研習」與「發展遲緩兒童聯合評估實務研習課程」。

（五）委託醫院辦理「兒童發展聯合評估中心」

為提供疑似發展遲緩兒童準確、具可近性及整合性之兒童發展聯合評估，並讓疑似發展遲緩兒童儘速接受聯合評估服務，本局依據25縣市6歲以下兒童之人口數及就醫可近性，規劃除了

在25縣市各設置1家「兒童發展聯合評估中心」之外，2010年起於全國設置35家兒童發展聯合評估中心，2011年增設至42家兒童發展聯合評估中心。

自廣設聯合評估中心後，由於擴大兒童發展聯合評估中心之醫療資源及可近性之改善，該等中心接受各方轉介疑似發展遲緩兒童之到診評估數計1萬1,873人，已較98年之到診評估數（25家之到診評估數9,400人）高出2,473人。其中經確診遲緩人數計6,758人（確診遲緩類別，分別為：語言遲緩5,417人次、動作遲緩3,758人次、認知遲緩2,906人次、社會情緒遲緩2,129人次、非特定遲緩1,341人次、感官遲緩228人次。以語言遲緩居多），較98年之確診數4,981人為高。

（六）建置友善的母乳哺育環境，提升母乳哺育率

1. 辦理母嬰親善醫院認證以改變醫療院所作業及習慣，並終止醫療院所免費或低價提供母乳代用品，將母乳哺育納入醫療照顧常規，提供新生命最好的起步。2001年計有38家醫療院所通過母嬰親善認證，2010年增至144家，母嬰親善醫療院所認證大幅成長，涵蓋全國出生數由2004年的39.2%提高到2010年的67.2%（表2-4）；產後1個月純母乳哺育率由2004年33.2%提升至2010年58.5%，產後4個月純母乳哺育率則由16.9%提升至36.2%。
2. 設置 0800-870870 諮詢專線，解答母乳哺育相關問題。2010年電話諮詢服務總數8,908通。此外，設置母乳哺育網站，提供醫護人員及民眾相關資訊，宣導母乳哺育知識，瀏覽人次共54萬8,106人次。
3. 為培育母乳哺育種子講師，加強培訓醫護人員指導母乳哺育的專業技能，2010年辦理母乳哺育種子講師及工作人員教育計練計畫，共舉辦27場訓練，計通過50位母乳哺育種子講師資格，3,450位醫護人員參與母乳哺育基礎訓練課程。
4. 持續加強跨部會合作，建置母乳哺育友善職場環境，如結合縣市衛生局輔導轄區職場設置哺集乳室；2010年與勞委會合作辦理「性別工作平等法暨性騷擾防治宣導會」，宣導營造友善的職場哺乳環境，共辦理28場次，2,800人參與。

表2-4 母嬰親善醫院認證工作成果

項目	年	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
通過認證數（家）		38	58	74	77	81	82	94	94	113	144
全國一個月總哺育率*（%）		—	—	—	54.2	—	—	—	72.9	81.3	85.4
全國一個月純哺育率**（%）		—	—	—	33.2	—	—	—	54.3	56.7	58.4
通過認證醫院出生數涵蓋率（%）		—	—	—	39.2	40.8	41.3	47.4	46.3	53.9	67.2

* 出生滿1個月的嬰兒，有哺育母乳者（包括純母乳或母乳及配方奶混餵）所佔全部調查對象之百分比。

** 出生滿1個月的嬰兒，為純母乳哺育（僅餵母乳或加維他命、礦物質補充劑或藥品）所佔全部調查對象之百分比。

Cherish Life Promote Health

(七) 推動公共場所母乳哺育條例立法

1. 世界衛生組織及聯合國兒童基金會於1989年一起發表「保護、鼓勵和支持母乳哺育」之聯合聲明，並於1990年確認母乳哺育已成為兒童生存保護發展之重要指標。因而呼籲制定國家母乳哺育政策，強調制定法律保護婦女哺育母乳之權利。2009年止蘇格蘭及美國43個州政府已立法保障婦女在任何公開場所母乳哺育的權利，2009年美國計有28州訂有不將母乳哺育視為妨害風化罪之規定。
2. 為保障婦女於公共場所哺乳權利，推動「公共場所母乳哺育條例」立法，該法已經總統於2010年11月24日公布施行，為便於一定之公共場所設置哺（集）乳室時有所遵循，依公共場所母乳哺育條例第五條第三項規定於2011年5月11日發布「公共場所哺（集）乳室設置及管理標準」。

三、出生性別比失衡之因應對策

基於維護胎兒生命權、消除性別歧視，及防範男女失衡所衍生之社會問題，政府已針對此現象積極處理，明定及落實醫療相關法規。

為減少不當墮胎行為，本局、醫事處及食品藥物管理局等單位，共同組成出生性別比工作小組，由TFDA研議性別篩選醫療器材管理，並收集檢測試劑產品的銷售進口量及銷售流向。由醫事處針對一般實驗室或生技公司從事性別篩檢時，研議依醫事檢驗師法管理規範。並於2011年1月13日訂定實施「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第28條之4第一款規定不得從事之醫療行為」。爾後查獲有性別篩選或依性別進行墮胎之實證者，即可直接處分醫師10~50萬元罰鍰，情節重大者，甚至可廢止醫師證書。

此外，對受孕前後能影響胎兒性別之技術，也進行相關規範，如於受孕前運用人工生殖技術選擇胚胎性別，則依人工生殖法第16條第3款規定處20~100萬罰鍰，行為醫師移付懲戒；最重為廢止人工生殖機構的許可，且廢止許可2年內，不得重新申請許可。若是受孕後運用產前性別檢測，並因胎兒性別為由做人工流產者，規劃於優生保健法增定不得以「胎兒性別」作為「因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者」而施行人工流產之理由。

針對新生兒性別失衡現象，已多次函令醫療院所「不得為非性聯遺傳疾病診斷之胎兒從事有關產前性別篩選，亦不得應孕婦及其親屬之要求施行產前性別篩選之處置，更不得以性別差異為由施行人工流產」，違者將依醫療相關法規論處。並已頒訂「遺傳性疾病檢驗機構評核要點」，規定除了性聯遺傳疾病診斷之外，不得施行性別之鑑定。

除了明定及落實醫療相關法規外，本局亦定期監測醫療院所及接生者之出生性別比；加強違規查察。自2010年起，即以「接生性別比」作為警示指標，持續監測每月各縣市院所及接生者之性別比異常變化，以及不當宣傳性別篩選醫療廣告資訊之情事，函送當地之衛生局查察。也特別針對人工生殖機構，定期分析人工生殖資料通報系統資料，進行監測出生性別比異常之機構及施術醫師，移請轄區縣市衛生局查察。另，將出生性別比之監測與稽查，列入衛生局考核指標。

由於孕產婦產檢及生產院所不同，故為瞭解懷孕初期是否進行胎兒性別選擇，未來將研擬建立「產檢孕婦生育結果監測系統」，以針對提供第一孕期產檢之院所（或醫師），追蹤其生產結果及有無出生性別比異常情況。經統計2010年出生性別比為1.090，至2011年1~6月出生性別比1.085，已較2010年出生性別比稍較降。

第三節 青少年健康

壹、青少年性健康

現況

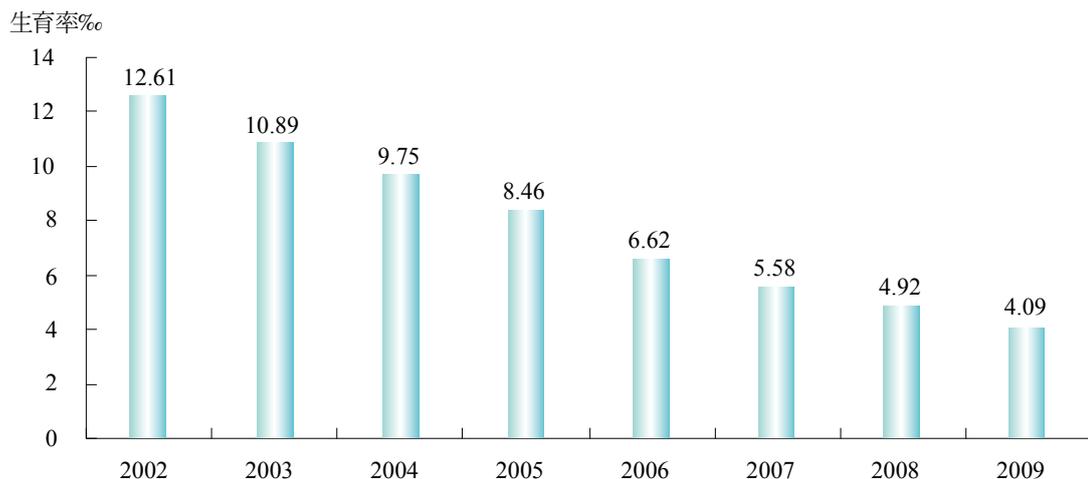
隨著社會進步與開放，及色情資訊氾濫，青少年的性態度與性行為隨之也越來越開放，過早性行為可能導致未成年懷孕生子而產生墮胎、性病感染等風險。

2007年高中、高職、五專學生健康行為調查顯示：最近一次發生性行為時採避孕比率的男性有68.9%、女性76.5%；另依本局1995年、2000年及2007年調查發現，臺灣地區高中、高職及五專在校生發生性行為比率，分別為男性10.4%（1995年）、13.9%（2000年）、14.7%（2007年）；女性6.7%（1995年）、10.4%（2000年）、12.7%（2007年），顯見近年來青少年性行為比率有逐年增加趨勢。2009年內政部人口統計，臺灣15至19歲青少年生育率為4.09‰，與2002年13‰則已呈明顯下降（圖2-8）。與各國之比較，2005年臺灣青少年生育率為8.5‰，雖較美國（50）、英國（25）、加拿大（13）低，但仍高於日本（4），荷蘭（5）、瑞典（7）等國。

過早的性行為，不但會造成尚無經濟基礎、身心也未成熟的青少年不預期懷孕；一旦懷孕生子，除影響個人生涯發展，對其子女的養育及家庭組成也都有不良的影響；因而，未成年生育是不可忽視的青少年健康議題。

Cherish Life Promote Health

圖2-8 2002~2009臺灣青少年生育率



業務指標

- (一) 15至19歲青少年生育率逐年降低0.05‰。
- (二) 青少年避孕率逐年提升1%。

政策與成果

青少年正值蛻變為成人時期，生理及心理同時產生微妙的變化；這時，藉由專業人員提供青少年完善的身心保健、診治、轉介、諮詢（商）輔導等服務，表達對青少年健康與成長的關心，可降低未成年生育率及提升青少年避孕率。

相關策略與成果簡介如下：

一、青少年視訊諮詢服務計畫

性福e學園-青少年網站 (<http://www.young.gov.tw/>)：提供青少年性健康相關資訊，網站瀏覽人次計38萬6,213人次，網站建置「秘密花園」提供青少年性健康視訊諮詢服務，共計服務2,477人次，辦理北、中、南共四場次視訊諮詢研習會共計350人參加。

二、「青少年性健康促進服務站推展計畫」：

以青少年熟習的網路部落格、MSN與電話為對話及諮詢平臺，進而轉介有需要的青少年進入個別心理諮商或醫療院所接受服務，0800及MSN諮詢服務316人次。並結合16縣市52所學校，辦理70場次入校宣導講座計1萬4,478人次參與。

三、「青少年親善醫師／門診計畫」：

結合30家醫療院所設立「Teens'幸福9號門診」，提供青少年預防保健及生育保健服務，協助其與家長溝通共同解決不預期懷孕等問題，青少年親善醫師/門診服務共計1,549案。

貳、校園菸害防制

現況：

2010年國中生吸菸率8.0%（男性11.2%、女性4.2%），其中一至三年級分別為6.2%、8.5%、9.1%，達顯著差異，顯示年級愈高，吸菸率愈高；與WHO的GYTS（Global Youth Tobacco Survey）調查結果相比，我國國中生青少年吸菸率低於美國（13.0%）、新加坡（9.1%）、紐西蘭（17.6%）等國家，與韓國（8.8%）相近；至於2009年高中職生吸菸率為14.8%（男性19.6%、女性9.1%）似未再上昇（表2-5），與國際相比，雖然我國國中生吸菸率相對較低，惟2010年仍較歷年小幅上升，顯示青少年的吸菸率是不容乎視的議題。

表2-5 青少年吸菸率歷年比較

青少年調查		國中學生			高中職學生		
		2006年	2008年	2010年	2005年	2007年	2009年
吸菸率	整體	7.5%	7.8%	8.0%	15.2%	14.8%	14.8%
	男性	9.7%	10.3%	11.2%	21.1%	19.3%	19.6%
	女性	4.7%	4.9%	4.2%	8.5%	9.1%	9.1%

資料來源：本局「青少年吸菸行為調查」

業務指標

2010年培訓校園戒菸教育種籽教師150人。

政策與成果

- 一、依據學校衛生法及菸害防制法規定，高中職以下學校為全面禁菸之場所，為積極降低青少年吸菸率，與教育部合作，訂定降低學生吸菸率、及降低學生暴露於校園二手菸比率等各項計畫目標，要求各級學校落實執行「校園菸害防制實施計畫」，並辦理實地聯合訪查。
- 二、為提昇學生戒菸的行動力，協助校園推動多元戒菸服務，以營造無菸校園，本局辦理校園戒菸教育種籽教師培訓共9場研習活動，培訓初階班153人、進階班52人；90%以上的與會人員認同「戒菸教育種籽教師培訓」有助於辦理學生戒菸教育（表2-6）。顯示戒菸教育種

Cherish Life Promote Health

籽師培訓的教育介入能提升種子教師辦理戒菸教育所須之專業知能、態度及自我效能。

- 三、另為觸及青少年族群，辦理「兒童及青少年菸害防制素材開發與宣導專案」邀請周杰倫擔任宣導義工，透過媒體報導，建立「不吸菸、做自己」的社會氛圍，讓460萬青年學子不管是在校內或日常生活，皆能感受拒菸是一種自信與榮耀的生活態度。未來，將進一步透過量化具體目標、輔導及考核辦法，辦理校園菸害防制抽查作業、持續各縣市校園戒菸教育種子教師之薦訓、擴大校園菸害防制宣導活動、營造無菸校園環境、實施戒菸教育等方法來強化校園菸害防制工作。

表2-6 增加戒菸教育種子教師培訓對辦理學生戒菸教育的影響

項目	非常同意	同意	不同意	非常不同意	未作答
1. 種子教師培訓有助於我未來辦理學生戒菸教育	35.3	60.3	0	0	4.4
2. 種子教師培訓可以滿足我的個人求知慾	30.9	61.8	2.9	0	4.4
3. 種子教師培訓可提升我的戒菸教育專業知能	35.3	58.8	0	0	5.9
4. 種子教師培訓有助於我勝任教學工作	27.9	66.2	1.5	0	4.4
5. 辦理學生戒菸教育是一件有意義的工作	35.3	60.3	0	0	4.4
6. 戒菸教育專業知能對我而言非常重要	30.9	63.2	1.5	0	4.4

資料來源：本局「校園戒菸教育種子教師訓練計畫」

Cherish Life Promote Health

第三章 健康的生活

菸品健康危害防制

健康體能促進

兒童事故傷害防制

視力、聽力及口腔保健



Cherish Life

Promote Health

第三章 健康的生活

生活中威脅影響健康主要因子主要來自個人的不健康的行為，如抽菸行為、不健康的飲食及缺乏運動及來自環境的威脅如事故傷害；而菸草是當今世界上最可預防的致死危險因素，實證研究顯示，吸菸與呼吸、心臟血管系統疾病及許多種癌症有關，同時導致流產、低出生體重兒及嬰兒猝死症等，吸菸除對個人健康的危害外，二手菸也造成對他人健康的危害。然而菸害防制工作與菸害教育仍須長期耕耘，才能轉化為禁菸態度與社會共識；更重要的是預防沒有吸菸的人加入新進吸菸的行列。

依世界衛生組織（WHO）所提出全球飲食、身體活動與健康策略，身體活動量不足、不健康飲食行為，是造成非傳染性疾病的兩大主要因素。爰此，乃透過政府部門、社區及職場等單位營造友善、合適的身體活動環境，鼓勵民眾規律運動，提升國人健康的生活型態。

另，兒童（尤其幼兒）本身無足夠行為能力，安全照護有賴照顧者的注意及環境安全改善，故本局透過各縣市公共衛生人力，協助家庭主要照顧者，進行居家安全環境檢視，並推廣安全社區及安全學校認證，以降低事故傷害發生率，建構安全健康生活環境。

此外，聽力損失、近視及斜弱視、齲齒是兒童常見健康問題，3種器官的疾病，也影響未來成年後的生活品質。因此本局推動早期的篩檢介入及良好生活習慣及保健行為的養成，以預防此3種疾病的異常，避免影響兒童整體生長發育，為國人的健康及生活品質提供良好的保障。

第一節 菸品健康危害防制

現況

菸害防制法新規定自2009年1月11日實施迄今超過2年，相關調查或統計資料顯示2008年我國18歲以上成年人之吸菸率，分別男性38.6%、女性4.8%，2009年菸害防制法新規定施行及菸品健康福利捐調漲，兩大政策推動之下吸菸率降為男性35.4%、女性4.2%，2010年為男性35.0%、女性4.1%，降幅達到1成（圖3-1）。高中職學生吸菸率2007年為14.8%（男性19.3%，女性9.1%）及2009年為14.8%（男性19.6%，女性9.1%），國中男性學生吸菸率2008年為7.8%（男性10.3%，女性4.9%）及2010年為8.0%（男性11.2%，女性4.2%）（國、高中吸菸率詳細數字請參閱第二章第三節）。

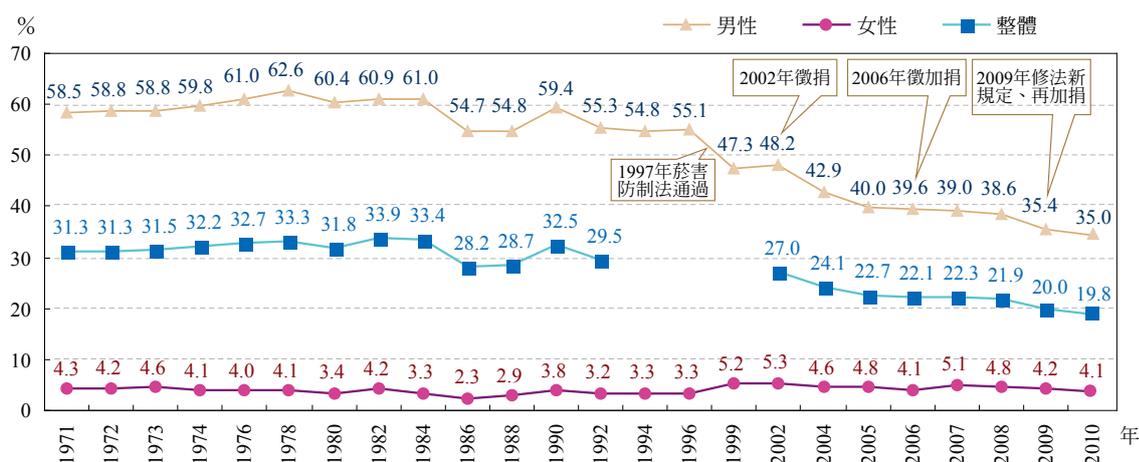
整體而言，成年男性吸菸率由2004年的42.9%降為2010年的35.0%，有明顯下降，成年女性吸菸率尚無明顯變化；高中職男性學生與女性學生吸菸率均是持平的趨勢；國中女性學生吸菸率則持平，男性學生吸菸率有蠢蠢欲動上升的趨勢，更不容忽視。禁菸公共場所二手菸暴露率由新規定實施前23.7%，2009年下降為9.0%，2010年的9.1%，但家庭二手菸暴露率仍高達24.9%；平均每位吸菸者吸菸量未再減少（2008~2010年分別為19.04支、18.04支、18.13支），

還有努力的空間。

2010年，除了加強傳統商店、檳榔攤等販菸場所違法供應未滿18歲者菸品的稽查工作，杜絕青少年菸品來源外，並加強校園內戒菸諮詢人員教育訓練。此外，將結合各界發動全年性宣導、營造戒菸支持性環境、整合戒菸服務，例如：免費戒菸專線（0800-636363）、各縣市醫療院所門診戒菸，藥局戒菸輔助等方式，提供吸菸者便利的戒菸管道。

2010年工作之重點：1.落實菸害防制法 2.無菸支持環境 3.多元化戒菸服務 4.監測與研究 5.人才培訓與國際交流，詳述如後。

圖3-1 成人歷年吸菸率



資料來源：

1. 1971至1996年為菸酒公賣局調查資料。
2. 1999年為李蘭教授調查資料。
3. 2002年為國民健康局「臺灣地區2002年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
4. 2004至2010年為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」。
5. 1999至2010年吸菸者定義係指以前到現在吸菸超過100支（5包），且最近30天內曾使用菸品者。

業務指標

2010年18歲以上吸菸率低於19.4%。

政策與成果

一、落實菸害防制法

分別自落實執法稽查工作、擴大轄區內戒菸服務網絡、增加持續特定群體菸害防制教育計

Cherish Life Promote Health

畫、加強菸害防制傳播宣導等，積極推動地方菸害防制相關工作，提醒民眾遵守菸害防制法，落實無菸好環境。

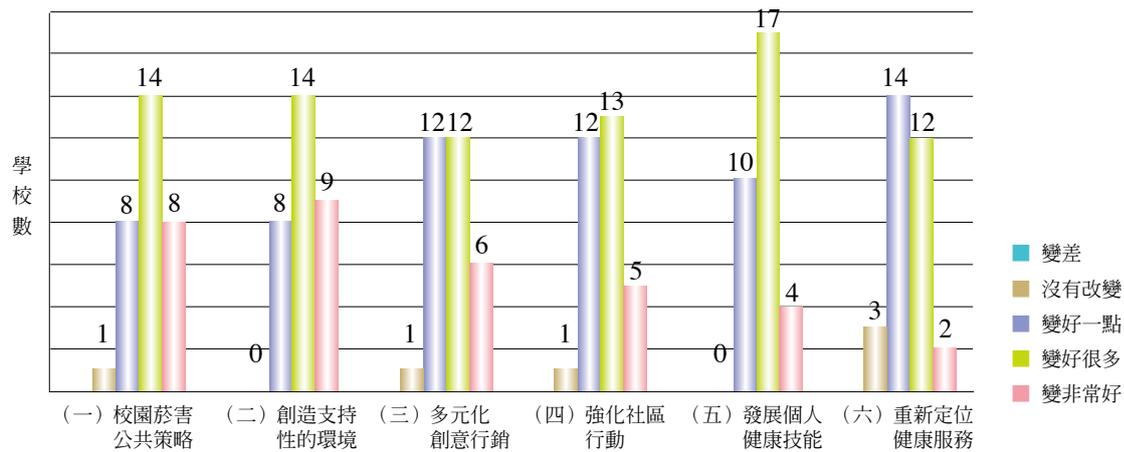
- (一) 各縣市衛生局主動執法稽查輔導，2010年全國總稽查數38萬1,630家、363萬餘次、取締數9,856件、已開處分書9,238件、總計全年已繳罰鍰1,477萬餘元整。
- (二) 補充地方菸害防制相關人力約118人，並透過辦理研習營、研討會、訓練班及編製執法手冊彙編，以加強菸害防制人員專業素養。
- (三) 辦理菸害防制義工或志工訓練；2010年辦理菸害防制相關宣導教育活動計1萬0,124場次，醫事相關人員參與戒菸訓練231場，訓練合格2萬5,123人，辦理戒菸班561場，參加人數1萬0,999人，亦配合地方特性推動無菸環境1,108處。
- (四) 為提供民眾無菸環境的諮詢與檢舉服務，自2008年12月起，提供「菸害諮詢與檢舉專線服務0800-531-531」專線，受理民眾對菸害防制法新規定之諮詢或申訴，2010年共接獲民眾諮詢電話約3,559件，申訴案計亦有947件，均轉由各縣市衛生局處理。

二、無菸支持環境

菸害防制工作之主要目標為降低吸菸率及二手菸暴露率；為維護民眾的健康，避免在公共場所遭受二手菸危害，分別透過營造社區、餐廳、學校、職場與軍隊無菸的支持環境，多元通路的媒體教育宣導與活動等，推動菸害防制相關工作。

- (一) 2010年與國家通訊傳播委員會共同促使卡通於吸菸畫面附加反菸宣導；後續將積極與該會研議分級制度，以要求有吸菸畫面的卡通於不得於學齡前節目播放。
- (二) 各類場域之無菸環境：
 1. 校園防制工作方面：
 - (1) 徵選4家種子學校參與「校園菸害媒體識讀之教材評估與整合」，透過「準實驗法」（實作實測）之方式推動菸害媒體識讀教材及相關工作，提升國中小學生對菸害之認知，並舉辦4場次的地區教學觀摩會，提供教師相關媒體識讀教育資源、識讀教學方法與技巧、及教育諮詢輔導，共110名教師參與。
 - (2) 辦理「大專校院校園菸害防制計畫」共73所學校，280人參與「校園菸害防制研習營」，並協助31家學校落實校園菸害防制，針對該校菸害防制現況，提出具體計畫目標與方向，內容包含校園菸害公共策略之制訂、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人健康技能、重新定位健康服務及多元化創意行銷等六大議題，參與的學校於「落實校園菸害防制方案」介入後，推動菸害防制相關工作之成效有大幅改善（圖3-2）。
 - (3) 辦理「拒售菸品予未滿18歲青少年輔導及行銷計畫」，喚起社會重視拒售菸品予未滿18歲青少年規範。

圖3-2 落實校園菸害防制方案介入成效表



資料來源：本局「大專校院校園菸害防制計畫」

2. 社區：補助縣市辦理25個無菸社區計畫，營造1,523家無菸家庭、348家無菸商店、26家無菸餐廳、137所無菸校園及54家無菸職場。其中桃園縣觀音鄉衛生所推動「觀音兒童公園、中央社區公園」為無菸公園及「廣福白千層健走步道」為無菸步道；及苗栗縣苗栗市衛生所結合油桐花季營造無菸桐花步道，並公告無菸古蹟，均為具有地方特色、有創意的無菸社區計畫。

3. 部隊：與國防部透過各軍種司令部訂定國軍菸害防制政策、主動介入戒菸治療服務及菸害防制研究與監測等推動相關工作。經追蹤2008年入伍新兵8,405名，至2009年屆退之時，吸菸率自44.2%下降至40.6%；而追蹤2009年入伍新兵1萬



桃園縣觀音鄉衛生所—推動無菸公園。
資料來源：本局「無菸社區計畫」



苗栗市衛生所—結合油桐花季辦理無菸社區健行活動、無菸步道。

Cherish Life Promote Health

表3-1 國軍吸菸率比較

項目	人數	吸菸率 (%)
2008年入伍	8,405	44.2
2009年屆退		40.6
2009年入伍	11,087	42.2
2010年屆退		39.5

資料來源：國防部

1,087名，至2010年屆退之時，吸菸率自42.2%下降至39.5%（表3-1），顯示國軍推動菸害防制工作逐漸收到成效。

4. 職場：推動健康職場自主認證，共1,969家通過審查獲菸害防制認證，實地輔導155家職場，營造無菸的職場環境，衛生署委託進行的全國職場菸害調查結果顯示，職場員工吸菸率18.2%下降至17.3%。

（三）與國立科學工藝博物館合作，將歷年針對青少年開發並結合實務、模型、影片、互動效果等大規模菸害防制為主題展覽教具，透過闡述抽菸對金錢、外貌以及社交人際關係的影響與改變、教育民眾辨識菸商行銷菸品的詭計，讓更多莘莘學子體認無菸、拒菸、戒菸才是健康自保之道。於國立科學工藝博物館展館6樓走廊，常態性展出，俾利展品發揮最大效益，2010年總計參觀計16萬3,779人次。

（四）菸害防制媒體宣導：以戒菸服務、菸害教育為主軸，運用多元媒體通路與民眾溝通。

1. 電視宣導短片以「戒菸專線海綿篇」提醒民眾正視吸菸對健康的危害（一天一包菸，一年下來吸入肺中的焦油有150c.c.，以擰乾海綿方式具體呈現）、「戒菸找專業篇」電視宣導短片介紹多元戒菸服務管道，鼓勵吸菸者尋求專業協助戒菸，提高戒菸成功率。

2. 廣播宣導方面，針對藍領及高吸菸率之業務族群，以詼諧對話方式製作「戒菸專線-董仔篇」廣播宣導帶。另針對親友與非吸菸者，製作「戒菸專線數字篇」以研究數據說明菸品危害，提醒身旁吸菸者為健康戒菸。

3. 從2010年分別於8月與11月的「民眾對相關健康促進議題之認知態度調查（宣導期前、期後）」電話調查顯示，於禁菸場所有人吸菸的比率有改善，例如室內工作場所（8.3%降至3.5%）、網咖（5.8%降至2.4%）、KTV（2.4%降至1.9%）等；調查顯示，吸菸者因接觸密集的媒體戒菸宣導而想戒菸的比率更上升8%（36.9%提高45%），且民眾知道戒菸專線0800-636363的比率亦增加（46.8%提高至56.1%），戒菸專線來電量也明顯提升（宣



2010戒菸就贏活動

導期間平均當月來電量約可增加近3,000通)。數據顯示，運用多元通路進行菸害防制宣導，有助加強與民眾溝通。

(五) 反菸企劃及活動：

1. 辦理「2010戒菸就贏活動」，計2萬5,405位吸菸者參加戒菸，其中包含2,079位收容人。首獎30萬元由86歲的蘭嶼達悟族周龍發先生獲得，他藉由參加本活動，同時戒除超過60年以上吸菸、嚼檳榔及飲酒習慣；累計歷屆參與戒菸就贏活動的人數超過11萬人，前4屆的一年追蹤戒菸成功率超過35%。
2. 配合531世界無菸日主題，呼籲「正視菸商對女性的促銷行為」，降低菸品對女性及孩童身心健康戕害。

三、多元化戒菸服務

吸菸者可經由門診戒菸治療、免費電話戒菸諮商及戒菸班等方式獲得戒菸的協助。2009年起室內公共場所和工作場所依法應全面禁菸，不僅增加吸菸者戒菸的動機，更提供吸菸者支持戒菸的協助。

- (一) 門診藥物戒菸治療服務：2010年提供門診藥物戒菸診療服務之合約醫療院1,886家；自2002年開辦至2010年，接受戒菸服務之個案數累積至44萬1,104人，其中2010年全年服務14萬722診次、5萬3,721人之服務量，6個月點戒菸成功率約為22.9%
- (二) 戒菸專線服務：自2003年辦理之「戒菸專線服務計畫」，透過電話的便利性、隱密性與可近性，結合專業的心理諮商，提供免付費的電話0800636363戒菸諮詢及諮商服務，至2010年累計服務51萬3,923人次。2010年提供電話諮詢服務量8萬9,808人次，6個月點戒菸成功率約30%。
- (三) 為提供多元、便利的戒菸服務，發展戒菸共同照護網絡，培訓其醫師、藥師、護理人員等專業人員成為戒菸衛教人員達2萬7,450人，為2009年之64倍、為歷年合計之2.8倍；印製發送145萬8,000本的「戒菸教戰手冊」，透過縣市衛生局所、醫療機構、校園、軍隊、職場等，提供給吸菸者利用，有超過73萬7,691的吸菸者簽署戒菸卡，表示願意接受電話戒菸關懷。



Cherish Life Promote Health

(四) 與法務部合作辦理「矯正機關菸害防制實施專案計畫」，提供收容人戒菸服務，協助2,194名收容人戒菸。

(五) 戒菸班：2010年共辦理561班次，約1萬0,999人參加。

四、研究與監測

為檢視菸害防制工作成效，建立吸菸行為之長期監測系統，包括「成人吸菸行為電話訪問調查」、「國中學生及教職員吸菸行為調查」、「高中職學生及教職員吸菸行為調查」、「菸品尼古丁、焦油及一氧化碳含量監測」等。2010年也針對戒菸服務成效、菸品成分申報、媒體宣導評估、菸品訊息監測、執法成效評價、政策評估等議題進行研究。

2010年辦理「大專校院學生及教職員吸菸行為調查計畫」，調查結果顯示，有7.6%大專學生為目前吸菸者（男性12.7%、女性1.9%）。以大學、技職體系區分，大學生之吸菸盛行率為5.5%，技職學生為10.3%。若以性別及學制區分，則以大學女性之吸菸盛行率為最低，約為1.4%，技職女性為2.6%次之；大學男性之吸菸盛行率約為9.9%，技職男性約為15.9%。10.1%教職員在7天內曾經吸菸，男性（16.8%）顯著高於女性（1.5%）。女性教員與職員之間盛行率沒有差別，但男性職員吸菸率（24.3%）顯著高於教師（12.4%）。大學與技職院校間比較，則男性大學教職員吸菸率（19.9%）高於技職院校（13.0%）。

辦理「菸品檢測暨研究發展計畫」，完成51種國產及進口菸品主煙流中尼古丁、焦油及一氧化碳、重金屬、亞硝酸含量等檢驗，所有抽樣菸品焦油、尼古丁均未超過標準，並收集市售菸品品項資訊，以瞭解菸品市場；為能符合菸草控制框架公約相關規定，將菸品成分、添加物及燃燒排放物等毒性資料公開，菸品製造及輸入業者依菸害防制法相關規定自2009年6月4日應辦理首次申報，統計至2010年12月31日止共105家業者申報1,941項菸品資料，並建置菸品業者申報資料庫與向民眾公開資訊之網站。菸品業者未依期限辦理資料申報者或未提供檢測資料者，至2010年12月31日止，計裁處33家業者共36案，罰鍰360萬元。

五、人才培訓與國際交流

為推動菸害防制法新規定，辦理「縣市菸害防制實務交流訓練工作坊」，提供縣市衛生局菸害防制人員實務交流討論學習平臺，強化相關知能，計有206名衛生局同仁參加。另，辦理菸害防制法執法人員訓練共5場，其參與學員達225名稽查與執法人員；2010年訂為「戒菸行動年」，動員各界加入「搶救生命大作戰」的行列，推動「戒菸共同照護網」透過辦理醫事相關人員訓練，建立醫事專業戒菸人力資源網絡，包括門診戒菸治療醫師訓練、戒菸衛教人員訓練及藥事人員戒菸衛教師培訓，分別計有2,733人、19,083人及5,554人完成訓練及授證。在推動國際交流方面，詳見第七章第三節。

於2010年8月與11月間，透過兩波電話調查瞭解民眾對禁菸場所、吸菸行為與戒菸的看法。調查結果發現，自2009年1月11日菸害防制法新規定施行迄今，於禁菸場所吸菸的現象有減緩趨勢外，在戶外場所吸菸的比率亦下降，雖然新規定實施2年多，民眾認知增加及環境菸害改善，但年輕成人族群及青少年吸菸率、網咖與室內工作場所等禁菸場所落實無菸環境及菸品販賣場所販售菸品予未成年者等問題，都還有需改善與努力的空間。將持續宣導禁菸場所管理人及菸品販賣業者應善盡善良管理人之責，確實遵守相關規定，也督請各衛生局加強重點場所的輔導稽查，以維護民眾的健康。

第二節 健康體能促進

現況

依世界衛生組織（WHO）所提出全球飲食、身體活動與健康策略，缺乏身體活動、不健康飲食為造成非傳染性疾病的兩大主要因素。缺乏運動是心臟血管疾病、糖尿病、高血壓、癌症與中風的主要危險因子，不僅嚴重衝擊個人健康，也增加國家醫療支出與社會成本，造成公共健康的重大負擔。

2007年針對臺灣地區18歲以上國人進行「健康行為危險因子監測調查」結果顯示（圖3-3），過去兩星期中有運動的民眾占51.5%，2010年國人運動比率已達64.1%，國人運動比率已逐年提升。期藉提倡動態生活，培養國人規律運動，以提升國民健康體能，減少慢性疾病發生。

業務指標

2010年18歲以上國人運動人口比率達64.1%。

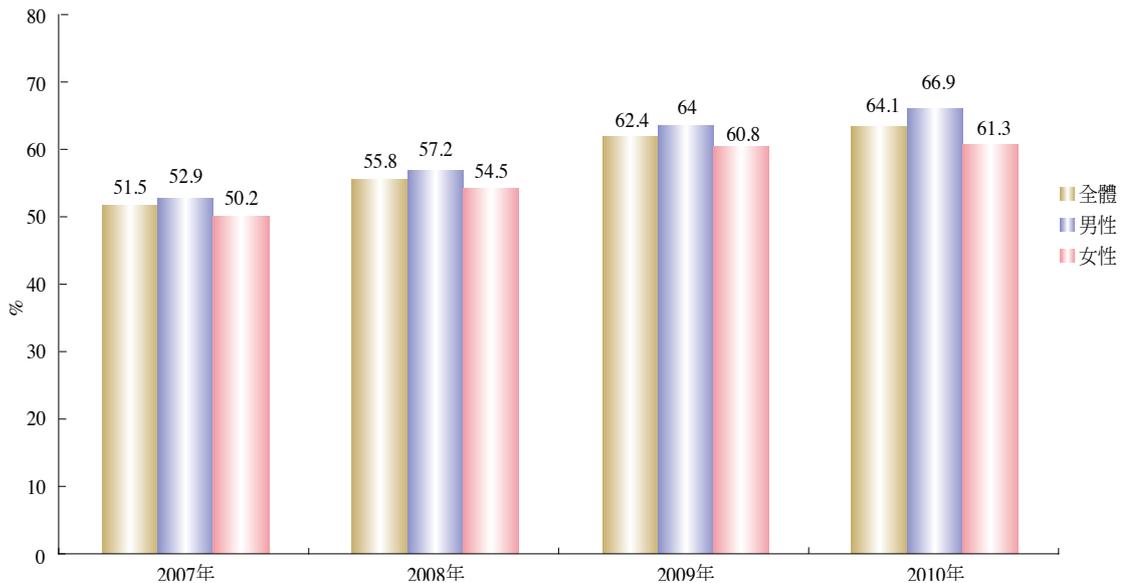
政策與成果

一、宣導動態生活觀念

1. 透過廣播、電視及網路等多元管道，廣為宣傳「每日一萬步、健康有保固」，帶動國人運動風氣。
2. 鼓勵國人將「健走」融入生活中，結合各縣市於11月11日「全國健走日」辦理活動，鼓勵國人健走健身。
3. 結合教育部，推動健康促進學校、健康體位（含健康體能與飲食）議題，促使兒童及青少年在學校習得相關知能，養成良好飲食習慣及運動習慣。

Cherish Life Promote Health

圖3-3 2007~2010年臺灣地區18歲以上國人運動盛行率



資料來源：2007~2010年國民健康局健康危害行為監測調查（BRFSS）

4. 另於針對女性族群辦理影響身體活動因素研究計畫，及鼓勵其多運動，宣導身體活動益處。

二、結合機關及民間團體，辦理健康體能活動

1. 結合民間團體及企業，共同倡議健走活動。另並補助辦理「2010年元旦健走」活動。
2. 2010年補助84個社區辦理健康促進計畫，鼓勵國人從事多樣化體能活動，落實健康生活。

三、推動健康體能支持性環境

1. 於各縣市進行動態社區環境評估，建構支持性環境，建置社區健走步道，鼓勵民眾運用在地環境，從事健康體能活動。
2. 持續推廣「上班族健康操」及各式健康體能活動。

四、增進個人技能

製作「臺灣健康體能指引」套書，提供衛生局推動健康體能業務參考，並置於本局網站提供下載。另於本局網站公布各縣市衛生局推薦的192條社區健走步道，提供社區健走路線，並更新「健康能量便利屋」網站資訊，提供身體活動相關訊息。

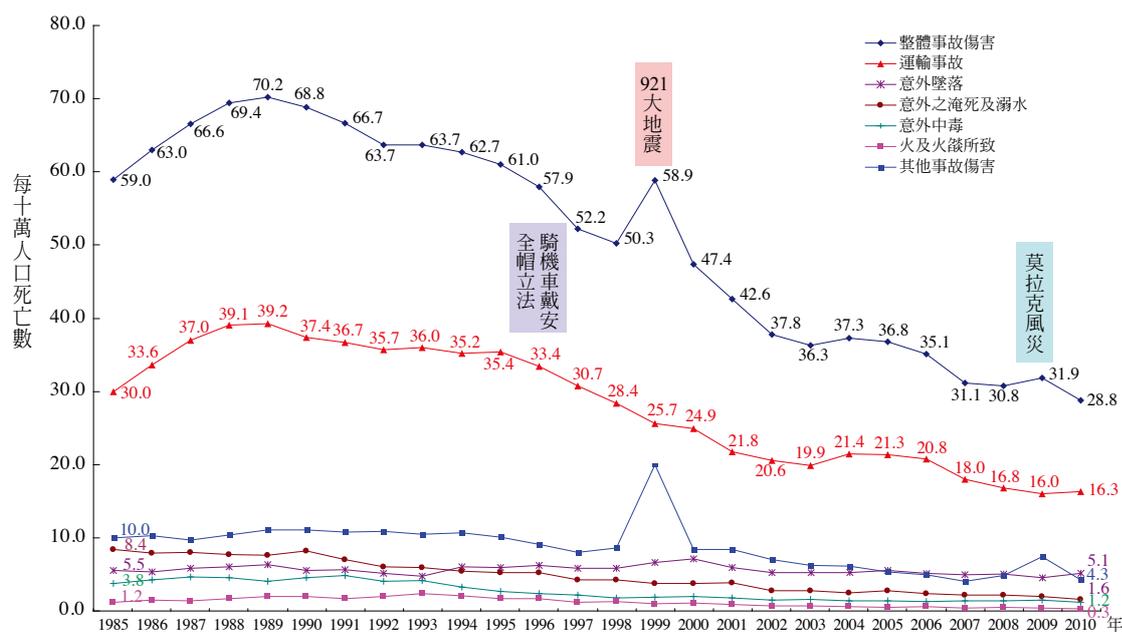
第三節 兒童事故傷害防制

現況：

我國事故傷害死亡率自1989年起逐年下降，期間除了1999年因921大地震，以及2009年因莫拉克風災分別提高為 $58.9 / 10^5$ 及 $31.9 / 10^5$ ，長期趨勢而言已逐年下降，2010年下降至 $28.8 / 10^5$ ，（圖3-4），為國人十大死因中第6位死因。國內自1997年立法強制騎機車須戴安全帽之後，運輸事故死亡率自1996年 $33.4 / 10^5$ 逐年下降，2010年已下降至 $16.3 / 10^5$ 。

1987年至2010年臺灣歷年事故傷害，以運輸事故、意外墜落、溺水、意外中毒，以及火燄所致意外為主要原因（圖3-4），近4年0~19歲兒童及青少年分年齡層比較，顯示0歲及15~19歲為事故傷害死亡率較高的二族群（圖3-5）。於2010年事故傷害居0歲死因第4位，但仍居我國1~14歲及15~24歲死因之首（圖3-6、圖3-7）。2010年0~19歲各年齡層事故傷害死亡人數，0歲主要原因以運輸事為主、其次為意外墜落；5~9歲主要原因以意外淹水及溺水為主、其次為運輸事故；1~4歲、10~14歲、15~19歲，主要原因均以運輸事故為主、其次為意外淹水及溺水（圖3-8~圖3-12）。

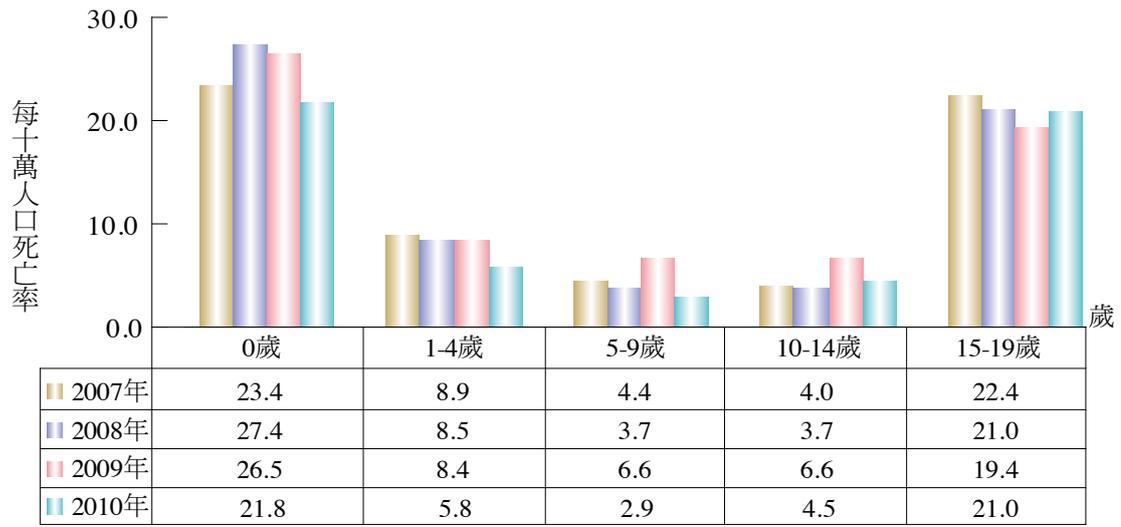
圖3-4 1985~2010年臺灣地區事故傷害及事故傷害主要原因死亡率



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

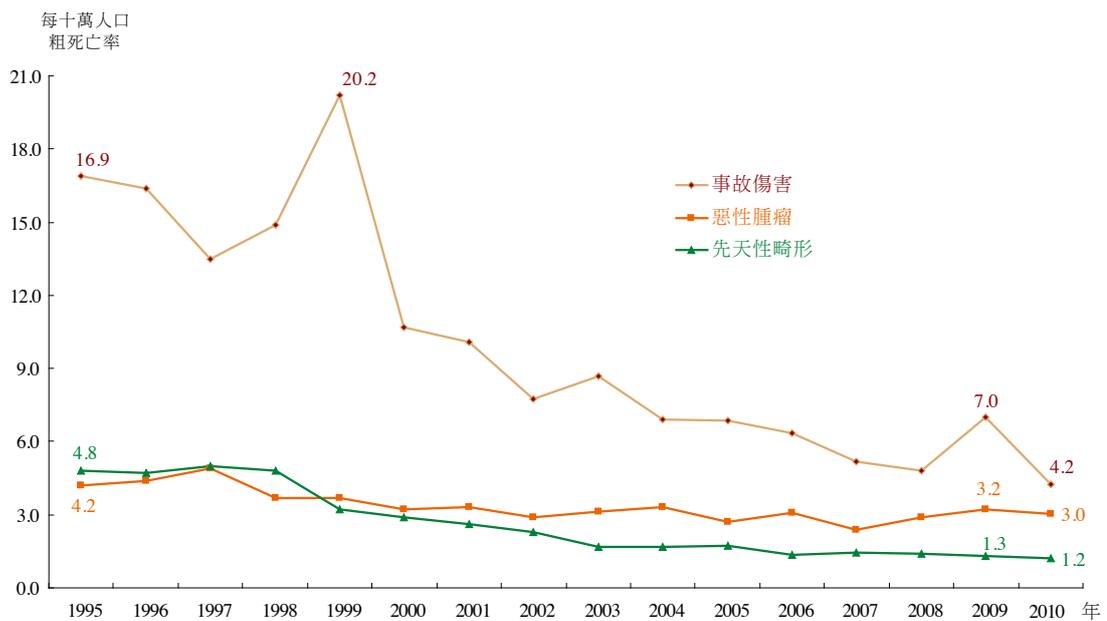
Cherish Life Promote Health

圖3-5 2007~2010年0~19歲兒童及青少年事故傷害死亡率



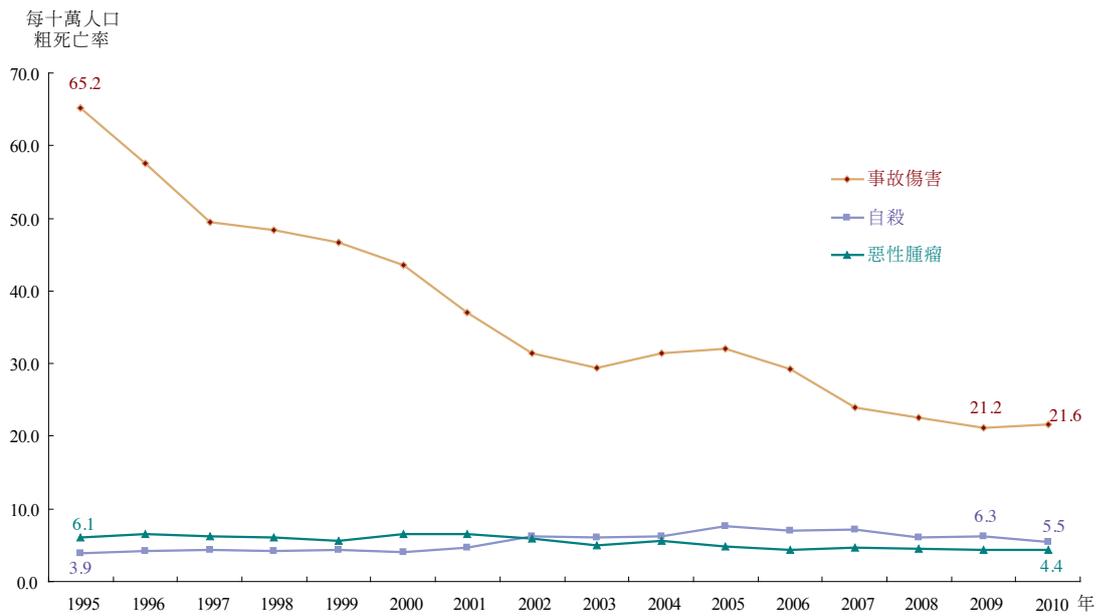
資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

圖3-6 1995~2010年1~14歲三大主要死因死亡率趨勢



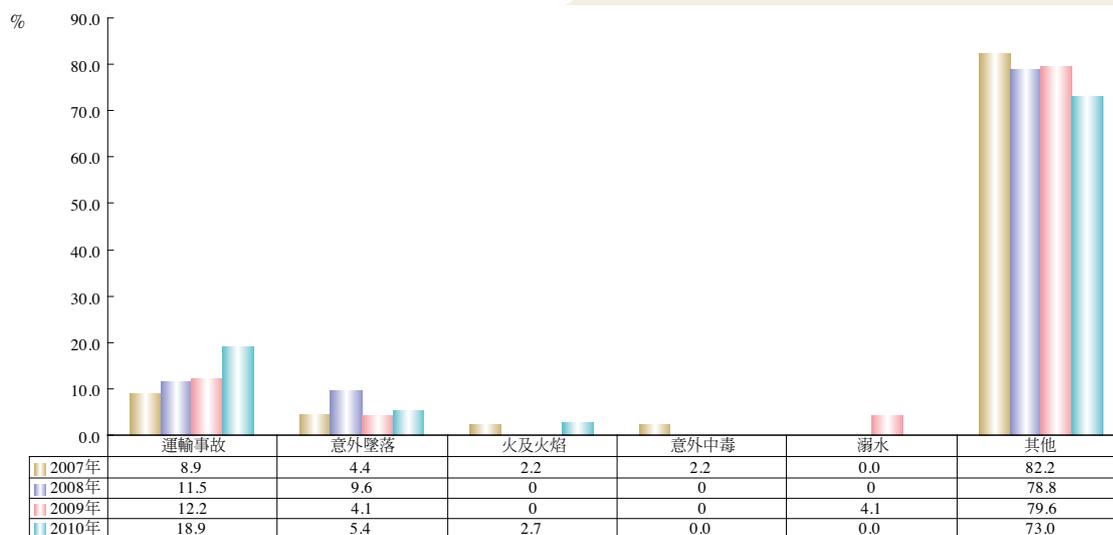
資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

圖3-7 1995~2010年15~24歲三大主要死因死亡率趨勢



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

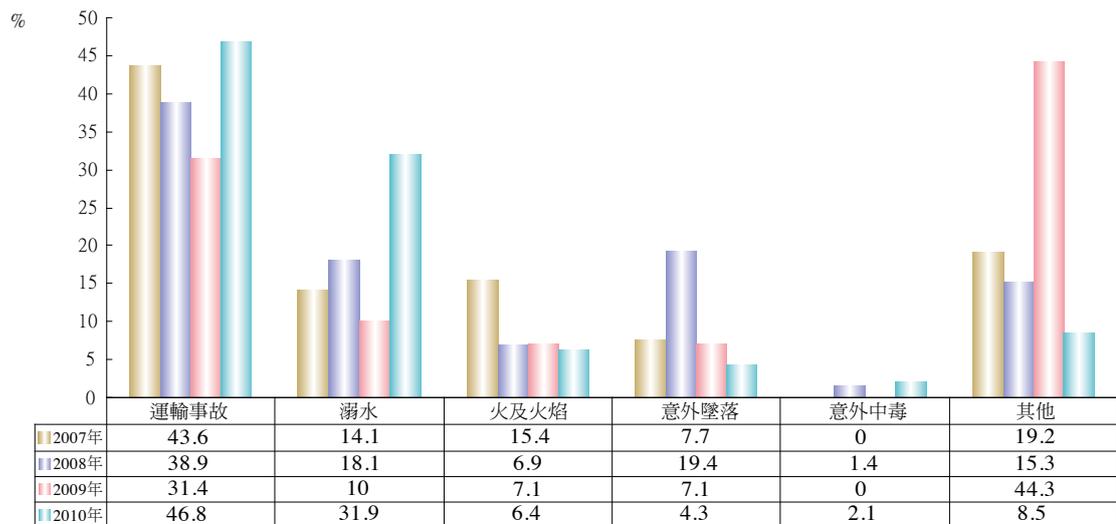
圖3-8 2007~2010年0歲事故傷害死因



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

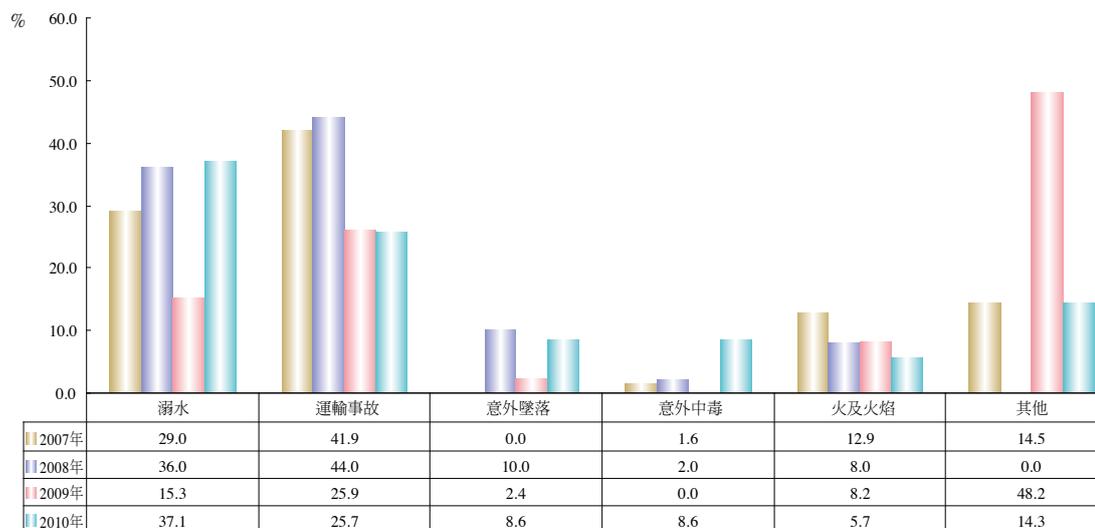
Cherish Life Promote Health

圖3-9 2007~2010年1~4歲事故傷害死因



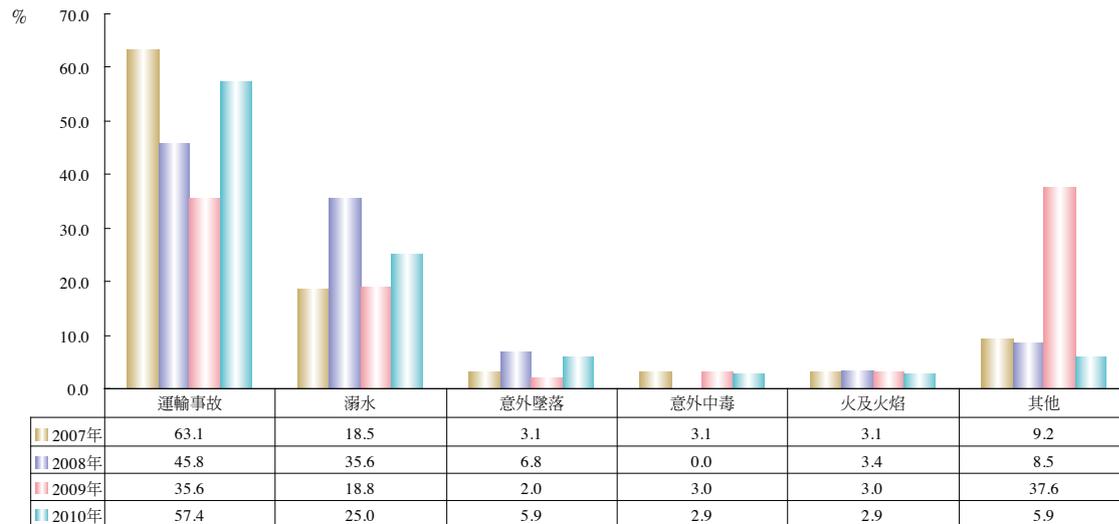
資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_n o=4）

圖3-10 2007~2010年5~9歲事故傷害死因



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_n o=4）

圖3-11 2007~2010年10~14歲事故傷害死因



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

圖3-12 2007~2010年15~19歲事故傷害死因



資料來源：2010年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站（http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4）

Cherish Life Promote Health

兒童（尤其幼兒）往往本身無足夠能力，避免傷害發生，其安全照護有賴照顧者的注意及環境安全改善，依2010年行政院核定「兒童及少年安全實施方案」，透過跨部會合作共同推動兒童人身、居家等面向之安全維護，共同提升兒童教育與照顧品質，增進其安全及健康，於中央各部會權責分工方面，本局以6歲以下幼兒之「居家環境安全檢視」為主，故本局經由地方公共衛生護士專業訓練及輔導團隊介入，協助家庭主要照顧者，進行居家安全環境檢視。

業務指標

弱勢家庭中有6歲以下幼兒之「居家環境安全檢視」達1萬戶。

政策及成果

一、法規與政策

配合內政部推動「兒童及少年福利權益保障法」修正草案；並配合內政部「兒童及少年安全實施方案」，透過跨部會合作共同推動兒童人身、居家等面向之安全維護，共同提升兒童教育與照顧品質，增進其安全及健康。

二、營造幼兒安全居家環境

1. 2010年透過縣市衛生局（所）人員，辦理1萬731戶家中有6歲以下幼兒之弱勢家庭，居家環境安全檢視並指導其進行初步改善。
2. 辦理「兒科醫師發展兒少事故傷害防制先驅計畫」：發展0~4歲幼兒事故傷害檢核表及衛教諮詢單張，由兒科醫師於門診親自提供衛教，增進幼兒照顧者事故傷害防制知能。

三、建立臺灣安全社區網絡，並推廣安健學校計畫

2002年臺灣依循世界衛生組織安全社區準則推動安全社區計畫；自2005年至2010年計有18個社區通過國際安全社區認證。2006年起每年推動安全學校推動前驅計畫，至2010年計有27所學校通過國際安全學校認證。具有強化國際接軌，擴大安全社區及安全學校效能，以降低事故傷害發生率，建構安全健康生活環境等效益。

四、相關人員訓練

辦理「事故傷害防制與安全促進工作研習班」、「新住民家庭兒童安全促進及身心健康促進計畫」，增進各縣市衛生局所人員事故傷害相關知能，辦理到家輔導員培訓17場次，輔導15縣市衛生局所人員。

五、監測分析

透過衛生署死因統計資料分析事故傷害原因，並委託辦理「宜蘭縣兒童事故傷害資料監測

計畫」，分析縣市層級之各類事故傷害發生情形，研究顯示該縣兒童0~19歲事故傷害發生原因以車禍佔20.3%第1位，其次為跌倒或墜落17.7%。

第四節 視力、聽力及口腔保健

壹、視力保健

現況

近視是臺灣兒童非常重要的一個健康問題，依據2010年調查，國小一年級近視盛行率為21.5%，較2006年19.6%微幅上升1.9%；2010年國小六年級近視盛行率為65.8%，較2006年61.8%上升4%。

2006年的全國調查結果顯示，雖然國小學童近視盛行率（ $\leq -0.25D$ ，即25度）逐年增加的趨勢已逐漸趨緩，但高度近視（ $\leq -6.0D$ ，即600度）盛行率仍比其他東南亞國家及歐美地區為高，如表3-2、3-3。由於高度近視會增加各種眼疾併發症的發生風險，因此，透過兒童視力篩

表3-2 臺灣地區6~18歲學生近視狀況

年級	1986 (%)	1990 (%)	1995 (%)	2000 (%)	2006 (%)	2010 (%)
國小一年級	3	6.5	12.8	20.4	19.6	21.5
國小六年級	27.5	35.2	55.8	60.6	61.8	65.8
國中三年級	61.6	74	76.4	80.7	77.1	--
高中三年級	76.3	75.2	84.1	84.2	85.1	--

資料來源：依據本局每5年委託研究調查「臺灣地區6~18歲屈光狀況之流行病學」

表3-3 各地區高度近視情形

地區別	年齡	盛行率%
歐美各國	全人口	2
香港(2006)	中學生	6
新加坡(2001)	大學生	15
臺灣(2006)	18歲	16.8

資料來源：國內外屈光問題相關研究文獻—探討近視流行病學及防治篩檢文獻回顧計畫；國立臺灣大學醫學院眼科—施永豐、蕭朱杏2004~2005年



Cherish Life Promote Health

檢服務，提早發現兒童視力不良問題，給予轉介矯治。另一方面，隨著國內人口老化及慢性病增加，老人視力問題與老年性眼疾在眼科醫療照護上益加重要，也應及早擬訂相關照護措施。

業務指標

國小一年級近視盛行率2007年至2010年每年降低0.15%，預期降至19%以下；國小六年級近視盛行率2007年至2010年每年降低0.5%，預期降至60%以下。

政策與成果

為早期發現、早期診治及強化兒童視力保健工作，本局積極推動學齡前兒童近視及斜弱視篩檢計畫，針對滿4~5歲就學及社區中的兒童進行篩檢，並將篩檢發現之異常個案予以轉介追蹤管理，促使把握黃金時機獲得最佳矯治，改善兒童視力不良，並維護其眼睛健康。另為避免過早發生近視而導致高度近視，結合教育部共同推動學齡前兒童及學童視力保健計畫，期降低學童近視比率。本局透過眼科醫學會及結合地方公部門行政權及社區資源，發展及建立從宣導、教育、篩檢及轉介之服務網絡照護，以達到完善的學齡前兒童視力保健預防工作，相關策略與工作成果如下：

一、學齡前兒童視力健康服務

- (一) 利用本局提供的兒童預防保健服務，依眼睛生長發育期，由小兒科或家醫科醫師進行視覺評估服務項目包括瞳孔、固視、眼位（斜弱視檢查之遮蓋測試）、角膜及亂點立體圖等檢查。
- (二) 為早期發現、早期矯治，於全國22個縣市辦理滿4歲及滿5歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務，提供視力異常個案轉介與諮詢等服務。2010年計篩檢36萬1,720人，5萬3,205人異常，異常個案轉介追蹤率均達98%以上。

二、為建立視力流行病學資料及相關研究調查，公開徵求委託辦「臺灣6~18歲學生近視及其他屈光狀況調查」，及「學齡前兒童近視及其他視力現況及其相關因素探討」等計畫，以建立國內近視基礎資料與近視防治措施之參考依據。

三、2010年辦理健康傳播整合近視防治宣導，製作宣導帶利用電視、廣播及報章雜誌等大眾媒體宣導近視防治之重要性，亦製作海報及文宣品，提供各縣市宣導使用。

四、規劃協調教育部將視力保健衛教及支持性環境納入教保機構評鑑標準。

五、為響應世界衛生組織每年10月第2個星期四為「世界視覺日」，結合眼科相關學會及民間公益團體，辦理「2010親山護眼常常走走睛彩99活動」，並舉行記者會、萬人護眼親山活動及護眼講座等系列宣導活動。

貳、聽力保健

現況

聽力在幼童語言發展上扮演著重要角色，聽力損失不僅會影響幼兒的語言學習以及和外界溝通的能力，並可能造成往後在認知上、社會化及情緒上的不協調，影響極為深遠，尤其3歲以前是各種學習發展的關鍵期，然而幼童的聽力障礙是不容易被發現的，因為幼童自己不會表達而經常為家長所忽略，故經由聽力篩檢來發現幼童聽力障礙是有效方法。

國內參與新生兒聽力篩檢院所數由2007年28.70%，提升至2009年48.26%。學前兒童聽力篩檢涵蓋率由2002年30.3%提升至2010年的86.64%。

政策與成果

- 一、2010年辦理「新生兒聽力篩檢服務網絡計畫及成效評估」，透過北、中、南、東4個區域服務中心（該中心為執行新生兒聽力篩檢之區域級以上之醫院），針對未提供新生兒聽力篩檢服務之院所輔導規劃服務模式，共有52家醫療院所啟動篩檢服務；並自2010年起開始補助經濟弱勢新生兒聽力篩檢。
- 二、辦理「學前兒童聽力篩檢服務」「學前兒童語言障礙追蹤矯治服務計畫」，2010年度聽力篩檢16萬7,120人，篩檢率達86.64%，確診異常者均給予追蹤矯治，追蹤矯治率99.01%。語言障礙追蹤辦理4場語言治療師工作坊，共有241名兒童參加追蹤矯治服務，其中有構音/音韻異常及困難者計84名兒童（34.9%），需進一步接受語言治療服務。
- 三、2010年辦理「國中、小學生噪音暴露之聽力保健介入研究計畫」瞭解學生在噪音的暴露類型與音量，發展學生噪音預防聽力保健知識、態度行為測量工具。

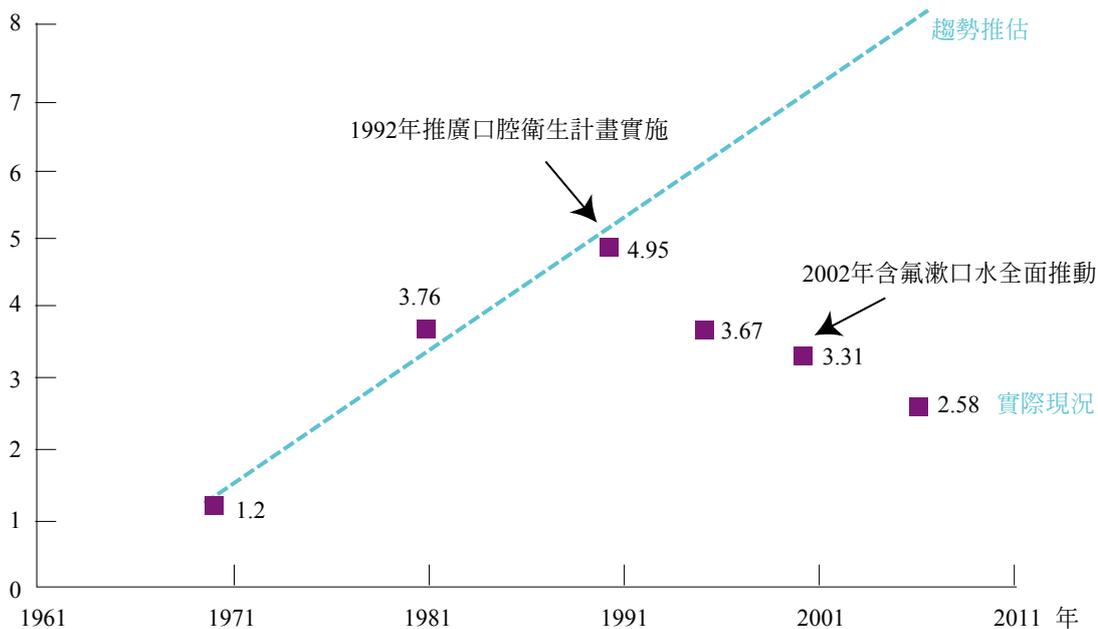
參、口腔保健

現況

歷年全國性調查顯示，12歲兒童齲蝕指數（DMFT index）由1981年3.76顆，到1990年已增加為4.95顆；當年依此趨勢推估，到2000年將達7.0顆；因此，衛生署於1991年開始編列大筆預算，推動兒童口腔健康政策，終而顯現成果；至1996年降為3.67顆、2000年降為3.31顆及2006年降為2.58顆（圖3-13）；惟與WHO 2010年12歲兒童恆牙齲蝕指數小於兩顆的口腔保健目標，仍有相當的努力空間；各國12歲兒童的齲蝕指數（DMFT index）之比較如表3-4。

Cherish Life Promote Health

圖3-13 臺灣地區歷年12歲兒童恆齒齲蝕指數



資料來源：臺灣地區兒童及青少年口腔健康狀況調查

表3-4 各國12歲兒童的齲蝕指數 (DMFT index)

國家別	年別	12歲兒童的齲蝕指數
臺灣	2006	2.58
美國	2004	1.19
日本	2005	1.71
韓國	2006	2.2
香港	2001	0.8
新加坡	2002	1.0

資料來源：WHO

另，牙周病是國人常見口腔疾病，嚴重的牙周病會導致齒槽骨流失、牙齒動搖、脫落等；如未適當介入、矯治，將導致缺牙或失去口腔功能，嚴重影響生活品質；依據本局2008年全國性調查研究顯示，35~44歲有牙周囊袋（CPI三及四級）罹患率為54.22%；整體牙周病情況隨年齡增加而日趨嚴重，男性普遍比女性嚴重；各國35~44歲牙周囊袋盛行率之比較如表3-5。

表3-5 各國35~44歲牙周囊袋盛行率

國家別	年別	盛行率 (%)
中國	1997	36
香港	1991	74
日本	1992	56
澳洲	1996	37
紐西蘭	1989	48
挪威	1983	65
義大利	1985	48
英國	1988	75
法國	1989	23
德國	1997	46
加拿大	1995	73
臺灣	2008	54

資料來源：WHO Oral Health Country / Area Profile Programme.

業務指標

2010年12歲兒童齲蝕指數（DMFT index）降至2.2顆為預期目標。

本指標推估係參照：1990年4.95顆，2000年3.31顆降低1.6顆，推估每年下降0.16顆。預估2010年，降到2.2顆為目標，應可達成該目標值；本局每5年進行兒童及青少年口腔健康狀況調查，該調查於100-101年執行，故至101年底完成才有明確的數值。

政策與成果

「口腔健康法」自2003年施行以來，政府更積極推動國民口腔健康促進工作，並於2006年實施「國民口腔健康第一期五年計畫」，以期提升國民口腔健康知能、降低國人口腔疾病盛行率。

一、降低兒童齲齒率

（一）提供五歲以下兒童免費牙齒塗氟服務

氟化物是WHO認為最經濟、安全、有效的齲齒防治策略，國外文獻亦指出，兒童牙齒塗氟可有效降低齲齒率達28%。本局積極推動氟化物防齲措施，自2004年7月起，提供5歲以下兒童每半年一次牙齒免費塗氟，2010年共服務27萬7,639人次兒童，使用率17.2%，較2009年增加1.9%。

Cherish Life Promote Health

（二）全面推廣國小學童含氟漱口水防齲計畫

自2001年起，全面於全國25縣市推動，2010年補助中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理，計2,658所學校、160萬名學童參與；其中，全國偏遠山區的學校全部參與，並辦理學童口腔保健牙醫師研習及牙醫院校口衛隊研習。另結合縣市牙醫師公會，由牙醫師前往監測學校實施品質及推動學校餐後潔牙、氟化物防齲、口腔衛教等教學宣導活動。

（三）弱勢兒童白齒窩溝封劑補助方案

目前國小學童雖已實施含氟漱口水計畫，但氟化物對牙齒咬合面的窩溝蛀牙預防效果並不明顯，而運用窩溝封劑可降低牙齒咬合面57%的齲齒率，故本局自2010年起提供山地鄉國小一、二年級學童及非山地鄉國小低收入戶一年級學童白齒窩溝封劑服務，以預防弱勢兒童白齒之齲齒，2010年服務5,054名學童。

二、成人牙周病防治宣導工具研發計畫

2010年度辦理2場牙周病種子教師研習，培訓100位種子教師。於北、中、南、東辦理9場病友團體推廣營，參與人數總計400人次，並完成研發牙周病防治衛教單張及DVD 衛教宣導片。

三、推動「口腔醫學委員會」及「身心障礙者牙科醫療保健小組」之運作，協助政策研議與推動。

Cherish Life Promote Health

第四章 健康的環境

健康城市

健康社區

健康學校

健康職場

健康醫院



Cherish Life

Promote Health

第四章 健康的環境

1986年WHO「渥太華健康促進憲章」提出5大健康促進行動綱領，包括：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健康服務的取向。此5大行動綱領適於各種場域之健康促進，包括1. 健康城市：將健康價值和準則融入城市規劃，改善城市健康問題，並透過垂直跨層級、水平跨部門及跨領域合作，建立健康的公共政策，以促進城市、社區居民，主動參與健康促進工作。2. 健康社區：結合民間資源以既有衛生保健體系，建立多元化基礎網絡，強調社區參與及建立夥伴關係；期透過社區運作，解決社區健康問題，實踐健康生活。3. 健康學校：透過參與學校衛生政策之制定，營造學校師生共識，促進社區共同參與，提供健康服務，將健康促進融入校園學習及生活，以建構健康學習的校園環境，增進學生整體健康。4. 健康職場：結合專業團隊推動職場健康，成立3區「健康職場推動中心」，推廣全國健康職場自主認證，提供健康促進及菸害防制輔導諮詢與教育訓練，並建置職場服務網絡，促進員工健康，創造健康經濟。5. 健康促進醫院：運用調整健康服務取向之原則，將健康促進的價值和準則融入醫院組織的文化和日常工作中，讓院內所有的員工、員工眷屬、病患、病患家屬及社區民眾共同參與健康促進，達到促進健康的目的。

第一節 健康城市

現況

世界衛生組織（WHO）自1986年推動「健康城市」計畫，透過跨部門行動、社區民眾參與，建立健康的公共政策，以因應都市化衍生的社會、衛生及生態等問題，而造成民眾嚴重的健康問題。為呼應WHO「健康城市」理念，臺灣在民國84年，中華民國公共衛生學會年度會員大會暨學術研討會邀請國際專家講授「健康城市/社區」專題，為國內首度引進健康城市的概念。1998年，馬英九總統於臺北市市長競選白皮書醫療篇中，納入健康城市議題，於2002年擔任臺北市市長時，宣布「健康城市元年」，運用健康促進五大行動綱領，推動「健康減重100噸活力長壽臺北城」計畫。本局自2003年起推動臺南市健康城市計畫，藉由專業團隊與地方政府合作，檢視地方民眾健康需求，進而推動跨部門、跨領域、產官學合作機制，建立健康的公共政策。臺南市於2005年加入WHO西太平洋健康城市聯盟成為會員，其成功經驗引發其他縣市政府積極參與，本局於2006～2007年分別委託於苗栗縣、花蓮縣、高雄市及臺北縣推動健康城市計畫。於2007年建立全國性健康城市指標及資訊交流平臺，透過專家團隊持續輔導縣市推動健康城市工作及經驗交流，並輔助縣市國際交流，至2010年共有7縣市10地區加入WHO西太平洋健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities, 簡稱AFHC）。

政策及成果

(一) 輔導縣市推動健康城市

由專家學者輔導團隊協助國內臺北市、新北市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、臺東縣及花蓮縣，計13縣市推動健康城市。



2010健康城市全國工作坊暨第2屆健康城市獎項評選頒獎典禮

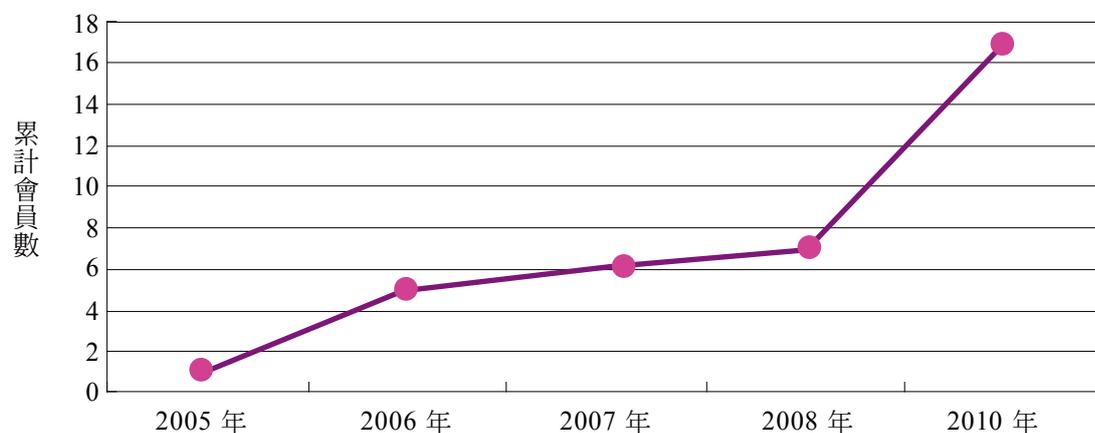
(二) 建立健康城市資訊交流平臺

持續蒐集國內、外健康城市相關資訊，出版「2009臺灣健康城市獲獎案例專刊—第2冊」、「健康城市在臺灣」，宣導國內推動健康城市成果及作為縣市推動參考；辦理「2010臺灣健康城市研討會」，邀請韓國首爾大學Prof. Ok Ryun Moon及澳洲弗林德斯大學Prof. Fran Baum，來臺交流分享經驗，縣市政府及專家學者約160人與會。辦理「2010健康城市全國工作坊暨第2屆健康城市獎項評選頒獎典禮」，總統府劉副秘書長寶貴蒞臨頒獎，縣市政府、專家學者及社區工作者約171人與會，健康城市獎項評選獲獎案例計有卓越獎2項（苗栗縣政府及雙溪鄉健康城市促進會）、傑出貢獻獎2項（臺南市許添財市長及成功大學胡淑貞副教授）及創新成果獎35項。

(三) 促進國際交流

截至2010年，國內已有臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣、南投縣等7縣市及臺北市大安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、臺北縣淡水鎮、雙溪鄉、平溪鄉、屏東市等10地區，以非政府組織名義獲准加入AFHC。

圖4-1 2005~2010國內獲准加入WHO西太平洋健康城市聯盟累計會員數





Cherish Life Promote Health

第二節 健康社區

壹、安全社區

現況

安全社區概念起於1970年瑞典的3個事故傷害發生頻繁的社區，經過3年傷害防制計畫的執行，事故傷害發生率降低27%。1989年世界衛生組織（WHO）在瑞典斯德哥爾摩 Karolinska Institute成立「世界衛生組織社區安全推廣協進中心」（WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion，簡稱WHO CCCSP），強調整合社區資源，並以實證研究為基礎推動傷害防制計畫，降低社區事故傷害之發生，並協助全球各地社區推動事故傷害防制計畫，並以嚴謹的評鑑制度和公開認證方式，推廣安全社區理念，形成世界性「安全社區網」，至2010年共有226個社區通過認證。

2002年臺灣依循WHO安全社區準則，推動符合社區特性與需求的各項安全促進計畫；2005年臺北市內湖區、臺中縣東勢鎮、嘉義縣阿里山鄉及花蓮縣豐濱鄉四個社區通過國際安全社區評鑑，於2006成立臺灣安全社區推廣中心及北、中、南、東安全社區支援中心，每年各協助12至32個社區推展安全社區計畫；2008年有臺北市中正區、臺中縣石岡鄉及花蓮縣壽豐鄉；2009年有高雄市左營區、嘉義縣新港鄉、宜蘭縣冬山鄉及與原住民族委員會共同輔導之臺中縣和平鄉；2010年續有臺南市金華社區（南區）、宜蘭縣蘇澳鎮、宜蘭縣頭城鎮、花蓮縣豐濱鄉、及臺北市內湖區、文山區、南港區、大同區、信義區通過國際安全社區評鑑，其中花蓮縣豐濱鄉及臺北市內湖區為再認證通過（依據WHO CCCSP的認證辦法，通過認證的社區每5年需申請再認證，以確保社區安全促進的工作能永續推展），逐步建構臺灣安全社區網絡，累計全國共有18個獲得認證之國際安全社區。

業務指標

- 一、通過國際認證者由2009年的11個安全社區增加至2010年的18個安全社區。
- 二、健全安全社區輔導體系，強化國際接軌，擴大安全社區效能，以降低事故傷害發生率。

政策與成果

一、發展具國際實證基礎與健康安全促進觀念的社區特色

- （一）引用國際健康安全促進策略，先以社區為平臺，建立組織、推動架構；次依社區需求，以對象及議題為主導，推展多元事故傷害防制與安全促進工作。
- （二）漸進發展，與其他健康促進計畫整合，例如與推動健康促進醫院計畫單位共同關注老人

用藥安全；安全社區計畫並列健康城市發展項目；以健康促進學校為平臺，由安全社區推動校園安全，協助社區學校通過國際安全學校認證。

(三) 推動精神與方式須兼具社區居民由下而上的自主性，與政府部門由上而下的投入與倡導。

(四) 政府政策支持與跨部會、跨領域矩陣合作機制，結合資源，有效應用。

(五) 學術單位奧援，引進臺灣事故傷害預防與安全促進學會、慈濟大學等從旁扶植。

二、目前發展議題

目前發展之健康安全議題，包括：公園遊戲設施及大賣場安全環境檢測、居家安全環境檢測、道路安全促進（含喝酒不開車及代客叫車服務、安全帽及道路改善方案）、農事安全（農藥與農具機安全）、校園學童安全、營造安全水域與溺水防制工作、民宿用電安全檢測、長者安全（含獨居與弱勢老人守護連線及跌倒防制方案），其他如一氧化碳中毒、休閒旅遊安全促進或環境熱急症防制等議題。

三、2010年代表性社區推動效益

（一）臺南市金華社區

臺南市金華里全區建置綿密的社區互助網，進行傷害監測，擬定因應的防制策略；並透過志工協助社區內老弱及不良於行的居民，其生活上的需要或災難時之逃生。金華社區尤其擅於連結資源的運用，社區內的籃球場、溜冰場發生龜裂，可以迅速爭取資源改善，減少民眾在此跌倒受傷的機會。

（二）宜蘭縣蘇澳鎮

蘇澳漁港除了漁船進出頻繁，也是遊客品嚐海鮮的熱門景點，於沿線設置防護設施，使車輛墜海事件不再發生；另於危險海域設置增加巡邏、設置告示牌，警告釣客們勿於此處從事任何海上活動。

（三）宜蘭縣頭城鎮

頭城鎮水上活動十分熱絡，為有效增進遊客的安全，區內公私部門（包含海岸巡防署、水域業者、救難協會、消防單位、游泳會等）聯合設置水域安全防護網，並針對鎮內國小四年以上仍不會游泳學童，免費教授游泳，及訓練水中自救及救人技巧，來保護水上活動的安全。

（四）花蓮縣豐濱鄉

豐濱鄉民普遍使用的鐵牛車因為安全促進方案的實施，促使廠商在車輛出廠時就裝設了照明、發光的安全裝備，減少鐵牛車夜間在臺11線公路上發生事故；2010年接受再認證評鑑時，委員實地看到業者為增進安全而設計的船體獲得專利，不僅讓業者的生意興隆，也使豐濱的休閒安全獲得保障。



Cherish Life Promote Health

（五）臺北市內湖區

內湖區透過與學校、志工和警察單位結合，持續宣導「禮讓行人」運動，區內汽機車的禮讓率明顯增加。2010年，擴大輔導區內國小成立安全小尖兵，加強校園安全自主管理機制，於內湖區13所國小均成立安全小尖兵團隊，實施校內遊戲場所不安全點檢核。

（六）臺北市文山區

文山社區結合指南宮改良朝拜儀式，有效減少信眾因燒香、燒紙錢所可能造成的燒燙傷，並藉由求得的平安符袋宣導各種安全促進的概念；透過社區安全推廣的概念，以臺北市立動物園為宣導基地，培訓安全教育志工，對來訪的中小學生傳授安全知識，希望透過有系統、長期性的安全教育宣導，提升學童對安全的認知，並擴及家人和一般民眾。

（七）臺北市南港區

南港社區在推廣休閒運動安全促進方案，常發生扭傷或跌倒受傷，因此，推廣運動前實施暖身操，也利用健走之餘，檢視環境的安全性，尤以基隆河左岸河濱公園在整建時，健走隊成員除注意路面平整，還要求施工單位進行人車分道，另提高步道護欄高度、黏貼防撞反光條和增設里程標示，增進河濱休閒環境的安全。

（八）臺北市大同區

大同社區擁有臺北市著名的南北貨集散地—迪化街，每到假日，便形成人口密度極高的購物圈，為使民眾購物獲得安全保障，商家自發的組成安全自治會、定期實施消防安全演練，逐一拜訪商家進行消防安全檢核與宣導，並標準化商圈各出入口的標示，設有路線導覽指引，增設多處照明設備，讓消費者能享有安全的購物環境。

（九）臺北市信義區

信義社區是臺北市政中心所在，鄰近的101商圈更彙集繁榮的觀光及貿易活動，區內設有17.2公里的自行車道，然而，車道路面不平、人車分道標誌不明顯等問題，使得騎士或行人的安全備受威脅，因此社區進行自行車道檢核，將不安全點提報給相關的維管單位改善；並結合本區租借自行車的廠商，每年舉辦「信義商圈車道鐵騎行活動」，一同推廣騎乘自行車的安全。

貳、健康促進社區

現況：

臺灣衛生界早期即注意到社區裡自然的一些條件或各部門的政策及人為因素，都會影響民眾的健康，因而省衛生處時代，透過每個衛生所，結合當地重要人士，成立社區衛生促進委員

會，並組織志工，討論及推動地方所需的健康議題。1996年，宜蘭縣採用社區總體營造模式，提出社區健康營造3年計畫。1999年衛生署詹啓賢前署長推動社區健康營造計畫，新港文教基金會陳錦煌理事長積極推動社區健康營造，衛生署首先在嘉義縣新港鄉掛牌成立全國第1個「社區健康營造中心」，後續在全臺各地設置50個社區健康營造中心，依世界衛生組織「渥太華健康促進憲章」提出健康促進的五大行動綱領，大規模且有計畫地整合社區資源，發動公部門及私部門的行動，結合在地社區內外資源，透過民間社團之支持及社區人關心健康事務之鄉土情懷，共同帶動社區居民主動重視自身健康，進而培養健康行為，並實際融入日常生活中。並共同規劃健康社區的願景，面對並解決社區的健康問題。

2002年輔導已成立的社區健康營造單位，推動健康生活方式，盼具體改善社區健康問題。

行政院2003年5月提出「挑戰2008：國家發展重點計畫」，將「健康生活社區計畫」納入重點工作之一；為鼓勵社區持續投入健康營造工作，於2008年研擬「健康促進社區認證準則與標準」，推動「要活就要動」及「健康飲食」2項議題，藉推動試辦認證制度，期建立「健康社區」之品質基準，以促進社區永續發展，截至2010年計有84個社區單位獲得本局「健康促進社區認證」。

政策及成果

- 一、2010年新增36個單位獲得「健康促進社區」認證，結合200家餐飲店、1,223個社團、119家學校及8,062個家庭，共同推動「天天5蔬果」及「要活就要動」，並建置112條健走路線、規劃215個運動空間，營造支持性環境，並辦理13萬9,057場次健康促進活動。截至2010年底，計有84個社區單位通過健康促進社區認證。
- 二、以社區為平臺，補助21縣市114個社區辦理「社區健康促進整合計畫」，透過多元推動策略，結合在地資源，建立支持性環境，強化民眾參與，推動健康體能、健康飲食、促進長者健康、菸害防制、檳榔防制、安全社區等議題，推動成果如下：
 - (一) 結合223個社區團體推動無菸環境，營造1,523家無菸家庭、348家無菸商店、26家無菸餐廳、137所無菸校園及54家無菸職場。
 - (二) 開設80班戒檳班、1,130人參與戒檳、329人戒除，戒除率29.1%，協助3萬8,234人接受口腔黏膜檢查，發現2,386名疑似陽性個案，以早期發現早期治療。
 - (三) 結合707個社區團體，共同營造安全社區，辦理居家、道路、校園等安全促進工作，增進民眾生活安全，共改善1,736個不安全環境（如浴室加裝扶手及防滑墊、熱水器遷移至戶外或通風處、增設路燈及反射鏡、修繕遊憩器材、公園道路整平等）。
 - (四) 9縣市56個村里參與辦理促進長者健康社區計畫，共結合194個社區團體（包括65個關懷



Cherish Life Promote Health

據點、18個樂齡學習中心、27個社區健康營造單位等），辦理飲食、運動、跌倒、心理健康、慢性病防治、用藥安全等6項健康議題，介入活動計902場次，65歲以上長者15萬1,082人次參加。另，長者參與健康檢查計3,357人，異常追蹤處理人數達1,367人。

(五) 2008年及2009年獲「健康促進社區認證」之17縣市43個社區單位，持續推動「健康飲食」與「要活就要動」2項議題，並協助推廣子宮頸癌、乳癌、口腔癌及大腸癌等4癌篩檢及戒檳戒菸等宣導。結合3,335個社團、4,421位志工共同推動；計有12萬7,373位民眾參與健康體能促進活動，10萬3,939位民眾參與健康飲食活動。在戒菸教戰手冊宣導中，回收簽署戒菸共同照護卡人數，計有3萬5,934人；簽署戒菸卡且願意接受電話關懷人數之累計有2萬3,317人。

三、補助11縣市衛生局辦理「多運動、健康吃」社區樂活計畫，聘用16位營養師及13位體能專業人員，協助推動要活就要動及健康飲食，完成8萬5,285位代謝症候群（含高危險群）民眾之飲食及運動介入指導，結合2,270個社團及690家醫療院所，共同推動「天天5蔬果」、「要活就要動」工作，並參與動態社區環境評估調查，籌備建置運動地圖，拓展與輔導轄內824家餐飲商家及1,098個社區運動團體，提供飲食及運動諮詢，提升民眾對健康飲食及健康體能的知能，營造有利民眾健康的支持性環境。

四、辦理「99年度健康職場、健康促進社區認證暨社區整合計畫成果發表會」，會中表揚績優社區及職場，共計頒獎36個健康促進社區認證、3個無菸社區、45個無檳榔社區、5個安全社區、1個長者健康社區、33位志工/4個團體、及30家績優健康職場，包括衛生局所、社區及企業職場代表約500人與會，提供縣市在推動策略與經驗，交流學習的平臺。

第三節 健康學校

現況

學校是形塑兒童健康生活習慣的重要場所。世界衛生組織對健康促進學校定義為「學校能持續的增強它的能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」。美國、英國、紐西蘭、香港、新加坡等國家皆積極推動健康促進學校工作，我國為響應WHO健康促進學校之理念，以WHO訂定之健康促進學校6大範疇：「學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、社區關係、個人健康技能、健康服務」，制定學校衛生政策，營造學校師生共識，促進社區共同參與，提供健康服務，以建構健康學習的校園環境，增進兒童及青少年整體健康。

自本局民國2004年起與教育部共同推動健康促進學校計畫，以建構兒童及青少年支持性的健康校園，截至2010年共有3,585所高中職以下學校參與推動健康促進學校計畫，各校推動之議

題以健康體位、菸害防制、視力保健、口腔保健及檳榔防制等5項健康議題為主。

政策與成果

一、整合跨部會資源，與教育部共同推動健康促進學校計畫

2002年4月，本署李明亮署長與教育部黃榮村部長簽署了「推動健康促進學校計畫聯合聲明書」（“Joint Declaration of Health-promoting School Program”, 2002），2004年9月13日，本局與教育部結合地方政府、教師及家長團體代表共同簽署推動健康促進學校計畫（“Health-promoting School Program”, 2004），並遴選48所學校推動該項計畫，並完成120位種子師資培訓（training seed trainers），並持續推動該計畫，迄至2010年共有3,585所學校高中職以下學校參與推動健康促進學校計畫。另，本局為辦理「健康促進學校認證暨國際接軌計畫」，本局與教育部已召開多次會議，研商共同合作推動該計畫。（因HPS計畫係屬101年計畫，尚不列入本次年報資料中）

二、健康促進學校推動策略及議題

2010年教育部推動「健康促進學校輔導與網路維護計畫」，工作重點在於延續過去健康促進學校的發展模式，建立實證導向的二代健康促進學校機制，並針對健康體位、菸害防制、口腔保健、視力保健及檳榔防制等5項議題，制定9項「部頒學校推動健康促進相關議題之成效指標項目」及「部頒地方縣本特色健康學校學生健康及行為成效指標項目」，並發展全國統一的健康促進學校行動研究必選議題成效前後測評量工具，並完成信效度，供各級學校辦理行動研究評估成效之用。

三、健康促進學校推動成果

賡續維持「健康促進學校推動中心」單一資源中心窗口，提供縣市政府及各級學校一致性協助與服務，以促使學校永續推動計畫。2010年該中心工作重點及其成果如下：

（一）維持「健康促進學校推動中心」提供單一窗口資源

1. 持續輔導25縣市已成立之在地輔導團，發展在地化的輔導模式，並聘請98位專家學者，每縣市分別由2~3位專家學者分別認輔地方輔導團。
2. 辦理相關人員的訓練，包括辦理中央及地方輔導員共識營各1場。
3. 「臺灣健康促進學校」網站擴充及充實，持續提供各級學校相關資訊。

（二）相關健康促進工作推動的成果：

1. 設立學校衛生或健康促進相關委員會的比率，國小為93.3%，國中為85.5%，高中職為66.6%，平均開會次數介於2~3次。

2. 學校結合社區資源辦理健康促進工作的比率，國小為77.2%，國中為71.1%，高中職為56.3%。

(三) 教育部2011年度「學校衛生現況及3年趨勢」顯示健康議題相關成果：

1. 視力保健：國小視力不良矯治追蹤率從2009年的72.7%提升至2010年的77.0%，國中由62.4%提升至83.0%，高中職則由23.0%提升至23.6%，顯示視力保健工作仍應廣續推動。
2. 口腔保健：國小齲齒治療率從2009年的66.5%從提升至2010年的69.7%，國中由60.5%提升至63.3%，高中職則由74.9%下降至70.6%，顯見國小及國中推動後已有初步成果。
3. 菸害防制：2010年辦理無菸校園工作的國小為86.0%，國中為92.3%，高中職為88.4%；2010年辦理學生吸菸率調查的國小為60.4%，國中為66.7%，高中職為51.1%，顯示無論國小、國中、及高中職須廣續推動各項菸害防制工作，以建構健康學習環境。
4. 檳榔防制：2010年學年度辦理拒檳校園工作的國小為72.9%，國中為71.1%，高中職為54.6%（以上指的是有進行嚼檳榔調查學校的比率，因為有的學校有推動計畫卻未進行調查，故建議刪除該段文字），顯示將近三分之二的國小國中，及半數的高中職學校參與推動檳榔防制工作，以避免檳榔危害學生健康。

第四節 健康職場

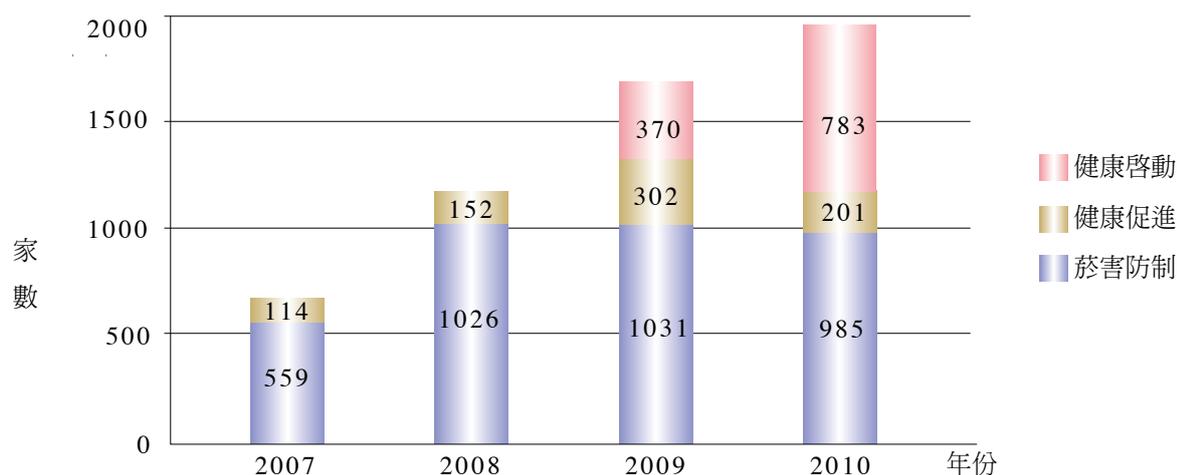
現況

世界衛生組織（WHO）自1986年開始舉辦國際健康促進大會，提出5大行動綱領，並於1997年第4屆世界健康促進研討會中所提出的「Jakarta Statement on Healthy Workplaces」與世界衛生組織的Healthy Work Approach中明白揭示，一個健康的組織應包括4大元素：健康促進、職業衛生與安全、人力資源管理與永續發展。因此，為營造健康的職場，不僅消極減少職業疾病的發生，進而積極提升員工的健康狀況。

1996年衛生署與勞工委員會共同會銜發布「指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法」，經由健康檢查及追蹤，以改善員工健康。衛生署自2001年於全國設置6個職業衛生保健中心，建立衛生保健醫療服務網（含廠醫、廠護等），以提供診療、諮詢、衛生教育及訓練等服務，並輔導各縣市營造至少1家健康工廠，締造職場健康文化。

國民健康局自2003年委託辦理「職場菸害防制輔導計畫」，於全國設置3個「職場菸害防制輔導中心」，結合縣市衛生局、所，舉辦各地研習觀摩會，開發菸害防制宣導品，並深入輔導職場；2006年推動菸害防制及健康促進，成立3區「健康職場推動中心」，實地輔導建立健康職場環境，提供諮詢、衛生教育及訓練。2007年首度開辦健康職場自主認證，帶領職場創造

圖4-2 2007~2010年通過健康職場自主認證家數



資料來源：2007~2010年職場健康促進暨菸害防制輔導中心計畫成果報告

無菸且健康的工作環境，以增強企業自主管理能力；截至2010年共有5,523家職場通過健康職場自主認證（菸害防制標章3,600家、健康啓動標章1,153家、健康促進標章770家），另2006~2010年共計表揚263家績優健康職場。

政策與成果

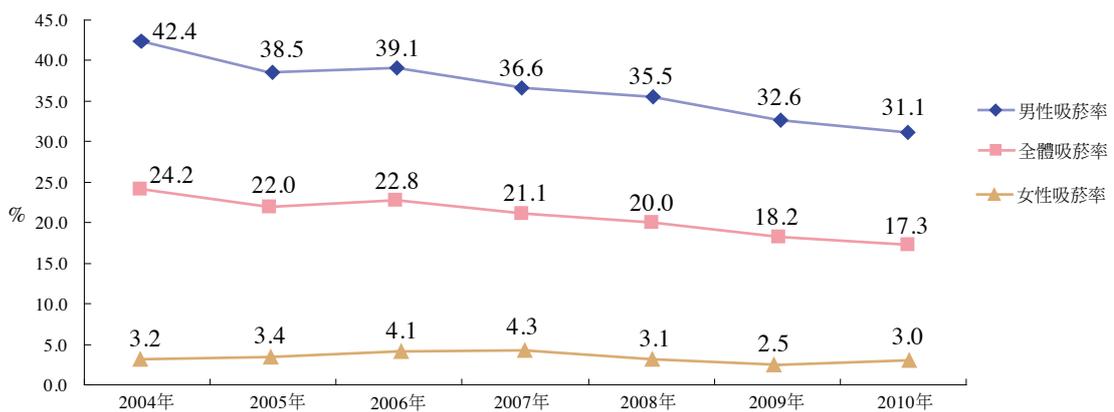
一、推動職場健康促進暨菸害防制工作

本局2006年起，委託成立北、中、南3區「健康職場推動中心」，實地輔導建立健康職場環境，提供諮詢、衛生教育及訓練。2007年開辦健康職場自主認證，訂定自主認證標準，2010年持續推動，並配合新修正通過的菸害防制法，落實3人以上室內工作場所全面禁菸，納入職場認證要件，並表揚績優健康職場，鼓勵無菸職場及健康促進之推動。

- （一）結合專業輔導團隊，實地到場輔導155家職場及16家職業工會或產業，積極推動健康促進及菸害防制。
- （二）積極推動健康職場自主認證，2010年共計1,969家獲審查通過（較2009年成長15.6%），歷年通過健康職場自主認證家數如圖4-2，並表揚30家績優健康職場，製作2010年全國績優健康職場專刊，維護及更新健康職場資訊網，提供最新訊息及各式宣導品免費下載，累計點閱人次達38萬人次以上。

二、調查全國職場健康工作環境顯示，2010年職場員工吸菸率17.3%，相較2009年下降0.9%，2004~2010年職場吸菸率情形如圖4-3。

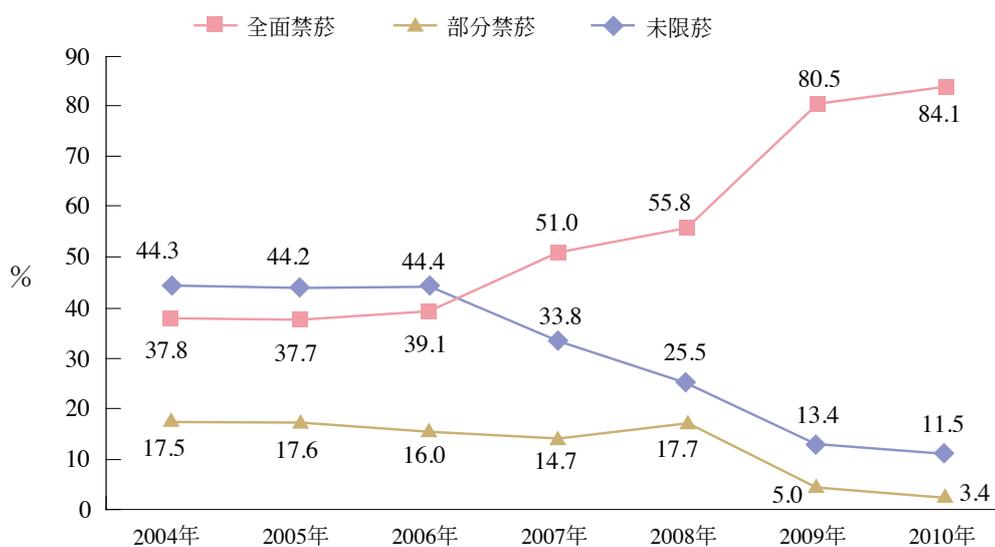
圖4-3 2004~2010年職場吸菸率情形



資料來源：2010年全國職場健康促進暨菸害防制調查

三、室內工作場所完全禁菸率為84.1%（較2009年上升3.6%），2004~2010年禁菸政策趨勢如圖4-4。

圖4-4 2004~2010年禁菸政策變化趨勢



資料來源：2010年全國職場健康促進暨菸害防制調查

第五節 健康醫院

現況

一、國外

1986年WHO「渥太華健康促進憲章」提出5大健康促進行動策略，包括：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健康服務的取向。其中，「調整健康服務的取向」是後來健康促進醫院發展的重要基礎。健康促進醫院的概念在將健康促進的觀念、價值和準則融入醫院組織的文化和日常工作中，讓院內所有的員工、員工眷屬、病患、病患家屬及社區民眾共同參與健康促進，達到促進健康的目的。

WHO在1988年開始於歐洲啟動「健康促進醫院行動」，選擇維也納一家醫院推動示範計畫，導引醫院調整健康服務方向，扮演社區健康促進的倡導者與帶動改變的力量；在1990年成立健康促進醫院國際網絡；1991年發布「布達佩斯健康促進醫院宣言」，提出17項內容與目標，供參與健康促進醫院國際網絡的醫院遵行；1997年「維也納健康促進醫院建議」提出健康促進醫院的6個基本原則、4大實施策略。

健康促進醫院國際網絡於2006年出版「健康促進醫院導入與自我評估手冊」，該手冊包含5大標準、24項子標準與40個可測量項目的架構以及18個醫院健康促進表現指標，供醫院自我評估其健康促進結構、系統、過程與結果面之品質，作為規畫、執行與持續改善之工作依據。

至2010年底，全世界已有37個國家，40個全國性或區域性網絡，800家醫院加入WHO健康促進醫院國際網絡，會員已擴及歐、美、亞、非及大洋洲。

二、國內

2002年臺北市率先訂定健康醫院評鑑標準，針對全市所有公私立醫院全面進行「健康醫院評鑑」，並將相關指標納入醫院督導考核項目。同年本局委託辦理「營造健康促進醫院之先驅性研究—以某醫學中心為例」，並結合醫院辦理「職場健康促進計畫」，以及社區健康營造、糖尿病共同照顧、門診戒菸、母嬰親善醫院等政策，在醫院內推動健康促進計畫。而臺北市立萬芳醫院於2002年開始推動健康醫院，並於2005年成為亞洲第一個取得健康促進醫院國際網絡會員資格之醫院。

2005年本局將「健康促進醫院」研究納入科技研究計畫，2006年委託學界協助4家醫院，先後取得健康促進醫院國際網絡認證。

2006年本局邱淑媿局長於任職陽明大學教職期間，向WHO健康促進醫院國際網絡申請通過成立臺灣健康促進醫院網絡，並與國際網絡秘書處簽訂合作同意書，成為該網絡正式會員，也

Cherish Life Promote Health

是亞洲第一個網絡會員。具有與國家會員同等的權利、義務，對推動委員會享有選舉與被選舉權，並獲授權在臺灣進行教育與推廣以及處理臺灣各醫院加入國際網絡事宜。2007年臺灣健康醫院學會成立。

政策及成果

一、積極參與WHO健康促進醫院國際網絡運作

(一) 本局邱淑媿局長為臺灣區域網絡協調人，於2008年以觀察員身分受邀進入監理委員會，負責推動國內及亞洲區健康促進醫院發展，積極參與國際網絡運作，包括出席健康促進醫院會員大會、國際網絡監理委員會、擔任健康促進醫院標準、員工健康促進與健康職場、無菸聯盟、學術期刊等多項工作小組成員。2010年4月在英國曼徹斯特召開的健康促進醫院國際網絡會員大會中獲推舉擔任健康促進醫院國際網絡之副主席，並爭取到第20屆健康促進醫院國際研討會，將於2012年4月在臺灣舉辦，這是該研討會首次在歐洲以外國家舉辦。

(二) 持續輔導國內醫院加入WHO健康促進醫院國際網絡

健康促進臺灣網絡迄2010年底有67家醫院成為國際網絡會員，且我國會員醫院積極參與健康促進醫院國際網絡年度大會論文發表，2008、2009年連續兩年發表數居世界第2高，2010年發表數居世界第1高。

二、推動低碳醫院

(一) WHO希望HPH國際網絡協助推動「HPH, Climate and Environment」議題，2009年WHO HPH國際網絡第13次監理委員會議決議，此項議題由臺灣主導推動，臺灣網絡於2010年第14次健康促進醫院會員大會及監理委員會上提案並獲通過成立「健康促進醫院與環境工作委員會」(Taskforce on HPH and Environment)，由本局局長邱淑媿擔任此國際工作委員會召集人，協助國際推動醫療領域節能減碳行動，期將健康照護部門由資源高度耗用者反轉為環境保護者。並於2010年英國國際研討會召開一場健康照護與環境友善工作坊，以4年時間將結合WHO、國際非政府組織Health Care Without Harm、健康促進醫院國際網絡及臺灣之力量，共同推動醫療院所環境永續行動。

(二) 2010年9月舉辦「氣候變遷調適-低碳醫院輔導說明會」，10月與WHO健康促進醫院國際網絡秘書處合作，於臺北舉辦「健康照護與環境友善國際研討會(2010 International Conference on Healthy Hospitals & Healthy Environment)」，邀請健康促進醫院國際網絡秘書長等6位外賓來臺，國內共有259人與會，來自106家醫院、政府部門及學術單位。會中舉行「減碳救地球，醫界作先鋒」宣誓活動，有128家醫院加入，預計2020年將較2007



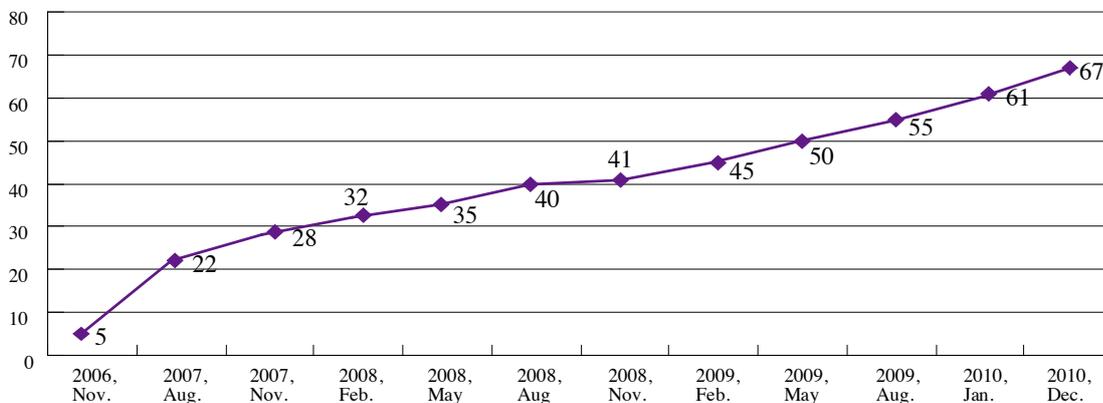
「減碳救地球，醫界作先鋒」宣誓活動

年減少碳排放16萬4,648公噸，相當於打造445座大安森林公園或34座紐約中央公園。

(三) 出版綠色醫院推動經驗分享手冊

為提供國內外健康部門在推動環境友善之經驗交流，蒐集國內醫院及新加坡亞歷山大保健集團節能減碳的案例，出版編製綠色醫院推動經驗中英文手冊，介紹能源效率、綠色建築設計、替代能源、交通運輸工具、食物、廢棄物、水及環境教育，供醫院推動環境友善工作參考。

圖4-5 2006~2010年臺灣健康促進醫院網絡會員醫院數成長狀況



資料來源：健康促進醫院國際網絡網站



Cherish Life Promote Health

第五章 健康的老化

中老年人健康政策

重要慢性病防治

癌症防治



Cherish Life

Promote Health

第五章 健康的老化

世界衛生組織提出「活躍老化」(active aging)，希望塑造老化為正面經驗，鼓勵老人除了重視身體、心理健康外，並須持續參與社會、經濟、文化事務，兼顧靈性成長，維持活躍的生活方式。

臺灣從1993年起正式邁入高齡化社會(Aging Society)，65歲以上人口占總人口數的7%，至2011年老年人口占總人口數的11%。出生率低，加以戰後嬰兒潮開始進入65歲，預計2017年65歲以上人口達14%，達到國際慣例所稱的高齡社會(Aged Society)，推估臺灣到2025年，65歲以上人口約20%，邁入超高齡社會(Super Aged Society)，且老化速度將為現有各已開發國家中最快者。由於老年人口快速增加，中年人口亦逐年攀升，其健康良窳對社會影響十分廣泛，故中老年族群的「健康促進」及「疾病預防」議題日益受到重視；推展對高齡長者友善之健康照護環境與服務刻不容緩，期能藉由減少中老年疾病發生，及營造出讓長者獲致最大健康之友善的城市環境，以控制或降低疾病帶來的危害及其他負面影響，延後及壓縮長者失能之期間，並提升其生活品質。

根據2010年國人死因統計(表5-1)，惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、腎炎、腎病徵候群、腎病變及高血壓性疾病(註1)等慢性病，均為國人老化過程最常遭遇的問題；其造成的死亡人數約占總死亡人數近八成，故亟需政府予以正視，經由健康篩檢，早期發現疾病，預防重要慢性病，積極營造健康的支持性環境，以協助國民健康老化。

表5-1 2010年國人十大死因統計

順位	死因別	死亡人數	粗死亡率 (註2)	標準化死亡率 (註3)
1	惡性腫瘤	41,046	177.4	131.6
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	15,675	67.7	47.4
3	腦血管疾病	10,134	43.8	30.6
4	肺炎	8,909	38.5	25.6
5	糖尿病	8,211	35.5	25.3
6	事故傷害	6,669	28.8	24.4
7	慢性下呼吸道疾病	5,197	22.5	14.8
8	慢性肝病及肝硬化	4,912	21.2	16.1
9	高血壓性疾病	4,174	18.0	12.2
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,104	17.7	12.4

註2：死亡率以每10萬人口計

註3：標準化死亡率係以2000年W.H.O.世界人口年齡結構為基準

資料來源：衛生署統計室

第一節 中老年人健康政策

現況

2010年國人零歲平均餘命，男為76.15歲，女為82.66歲；另依據2009年「國民健康訪問調查」顯示，八成以上（86.2%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，老年女性自述罹患慢性病的比率高於男性（表5-2）。研究發現，老人普遍之疾病為高血壓、糖尿病等，另女性方面為骨質疏鬆。因此，為確保老人生活品質，提升老人慢性病自我健康及疾病管理，為中老年人健康重要政策。

業務指標

2009年增加過去兩個星期從事運動之老人比率達62.4%（男64.0%，女60.8%）

2009年增加每天至少攝食5份蔬果之老人比率達31.4%（男33.2%，女29.4%）

2009年降低老人吸菸率達12.1%（男20.6%，女2.0%）

2009年降低法定戒菸公共場所二手菸暴露率達5.4%（男8.0%，女2.2%）

2009年提高50~69歲婦女2年內乳房攝影篩檢率達15.7%

2009年提高50~69歲民眾2年內糞便潛血檢查率達10.4%（男7.7%，女13.0%）

表5-2 65歲以上老人自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目

項目	1項慢性病	2項慢性病	3項慢性病
全部	86.2%	66.1%	46.0%
男性	83.7%	60.6%	39.2%
女性	88.5%	71.2%	52.4%

資料來源：1. 2009年國民健康訪問調查。

2. 慢性病包括：高血壓、糖尿病、心臟病、中風、肺或呼吸道疾病（支氣管炎、肺氣腫、肺炎、肺病、氣喘）、關節炎或風濕症、胃潰瘍或胃病、肝膽疾病、髖骨骨折、白內障、腎臟疾病、痛風、脊椎骨骨刺、骨質疏鬆、癌症、高血脂、貧血等17項。

政策與成果

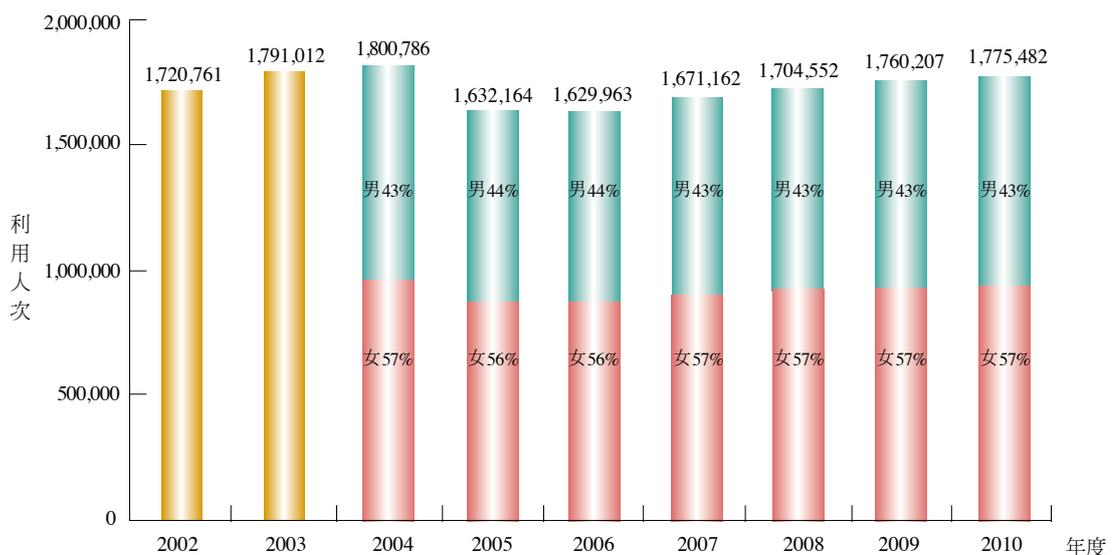
為早期發現慢性病、早期介入及治療，推動成人預防保健服務及整合性篩檢服務等政策。另，為推動健康老化，結合健康城市、安全社區、社區健康營造、內政部社區照顧關懷據點等，依社區老人特質與需求，共同推動老人健康促進，議題包括健康飲食、運動、跌倒、老人用藥安全、慢性病預防、健康篩檢與血壓量測等，2010年25縣市轄內醫療衛生單位合計結合1,220個社區照顧關懷據點，整體結合比率達73%。

各項服務成果如下：

一、成人預防保健服務

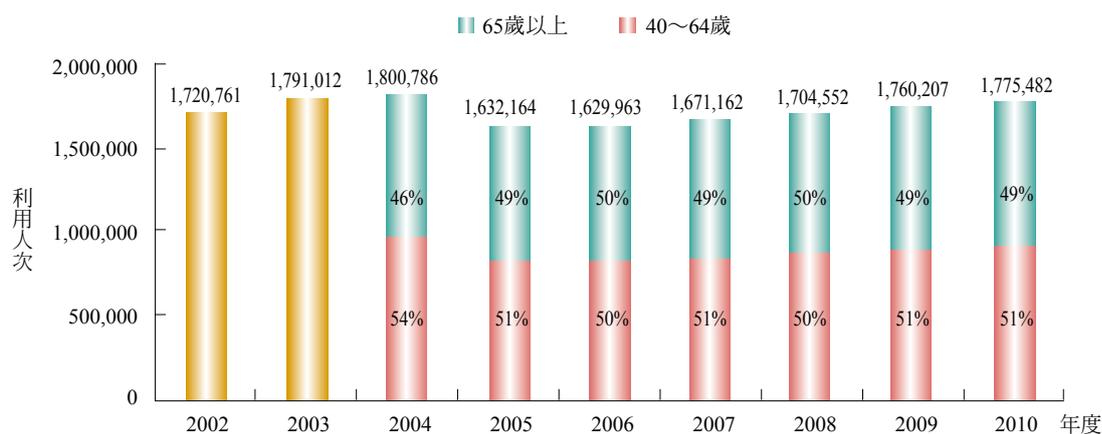
政府提供之成人預防保健服務內容包括身體檢查、血液及尿液檢查及健康諮詢等項目。免費提供40至64歲民眾每3年執行1次、65歲以上民眾每年執行1次。2010年計178萬人接受該服務（其中65歲以上約87萬人），利用率達34.1%（圖5-1、圖5-2）。另2010年藉由該服務新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為20.8%、8.1%及12.0%（新發現異常個案定義：無個人病史，如高血壓、糖尿病、高膽固醇，但此次理學檢查結果異常）。

圖5-1 成人預防保健服務歷年利用情形—以性別區分



資料來源：中央健保局成人預防保健核付資料檔

圖5-2 成人預防保健服務歷年利用情形—以年齡區分



資料來源：中央健保局成人預防保健核付資料檔

二、整合性篩檢服務

2002年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健資源，結合成人預防保健、癌症篩檢等既有篩檢項目，推展社區整合到點篩檢服務；2010年已有23縣市加入服務行列，且2002年至2010年累計參與服務之民眾已高達197萬6千人。

三、老人健康促進

(一) 推廣資源整合式社區老人健康促進

輔導推廣2007~2008年研發以衛生所為基礎之資源整合式社區老人健康促進工作模式，於2010年補助9縣市56個村里辦理促進長者健康社區計畫，結合194個社區團體（包括65個關懷據點、18個樂齡學習中心、27個社區健康營造），辦理飲食、運動、跌倒、心理健康、慢性病防治用藥安全等6項議題介入活動902場次，65歲以上長者15萬1,082人次參加。量血壓4萬2,000人，長者健康檢查3,357人，異常追蹤處理人數1,367人。培訓志工1,404人（65歲以上長者志工542人）。

(二) 整合地方資源推動老人健康促進

成立3區輔導團隊，25縣市衛生局實地輔導合計50次，建立在地資源整合與夥伴關係。辦



Cherish Life Promote Health

理2場次衛生局承辦人員教育訓練，計119人參加；指導衛生局輔導及推動老人健康促進計畫。2場全國會議180人參加。衛生所人員及社區推動幹部及志工教育訓練21場次，1,031人參訓，完成健康老化手冊之編修與寄送，研製工作指引手冊及長者健康促進學習教材。

（三）強化老人預防保健服務

完成老人菸害防制戒菸諮詢服務計684人；老人門診戒菸治療服務計5,099人次；辦理老人癌症篩檢服務，50~69歲婦女乳房攝影檢查約37.5萬人，50~69歲民眾糞便潛血檢查約99.2萬人。

（四）高齡友善城市

因應人口快速老化的全球化趨勢，世界衛生組織（WHO）2007年出版「高齡友善城市指南」，提出從8大面向改善並營造對長者友善的城市環境，為呼應WHO之倡議，於2010年推動「高齡友善城市指標建立與導入計畫」，首先於嘉義市導入試辦，以WHO所提包括無障礙與安全的公共空間、交通運輸、住宅、社會參與、敬老與社會融入、工作與志願服務、通訊與資訊、社區及健康服務等8大面向，訂定城市自我評估的工具，據以檢視城市架構、環境、服務與政策等之高齡友善程度，協助縣市政府結合民間與學術團體，建立夥伴關係，以促進長者在老化過程獲致最大健康。

（五）高齡友善健康照護

2010年綜整WHO 2004年出版之「Toward Age-friendly Primary Health Care」高齡友善照護三大原則以及WHO之健康促進醫院標準，以提昇長者健康、尊嚴與參與為願景，訂出涵蓋管理政策、溝通與服務、物理環境、照護流程等4大面向的臺灣高齡友善照護導入架構及指標，供健康照護機構作為導入之參考以及實施進展之自我評量。2010年8月辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，邀請英國、新加坡及日本等三位國外及國內專家學者經驗分享，67家醫療院所超過300位醫護同仁與會，會後有8家醫院率先參與指標導入及實施自我評量。

第二節 重要慢性病防治

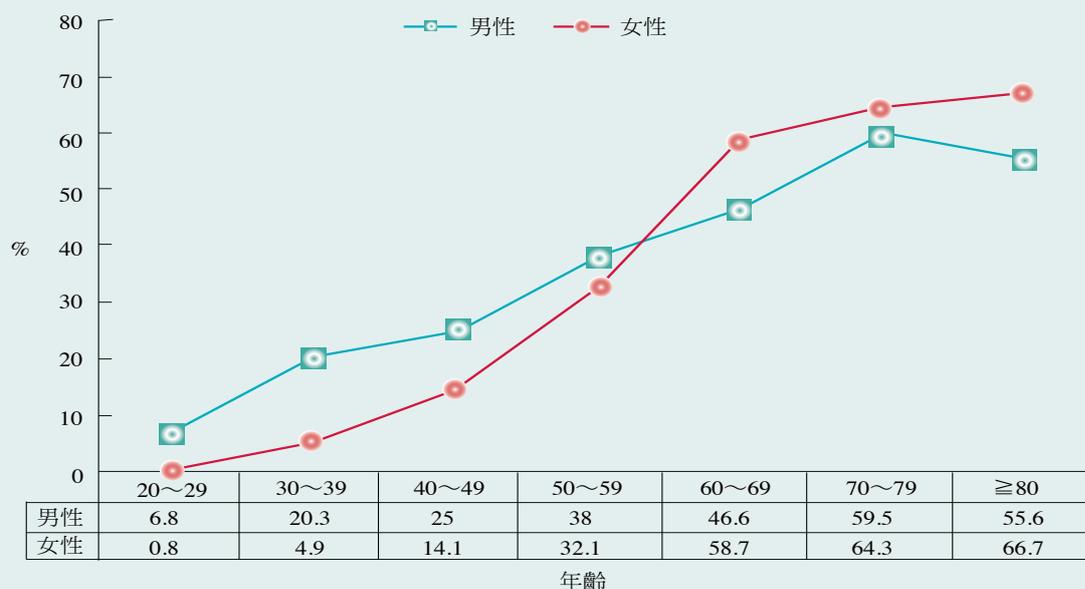
現況

依據本局2007年完成之「臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究」結果顯示，目前臺灣地區20歲以上的民眾，近四成患有三高，約715萬人；而國人十大死因中與三高相關的疾病，包括第2位心臟疾病、第3位腦血管疾病、第5位糖尿病、第9位高血壓性疾病的疾病，死亡人數總和4萬2,299人，遠超過罹癌人數4萬1,046人，其中死亡人數較去年增加，有高血壓性疾病增453人（或12.2%）、心臟疾病增581人（或3.8%）及腎炎、腎病症候群及腎病變增106人（或2.7%）。

另高血壓、高血糖、高血脂、腎臟和代謝症候群盛行率都會隨年齡而增加；女性50歲以後，三高盛行率明顯高於男性；高血壓、高血糖及高血脂個案則發生心血管疾病、腎臟病、甚至死亡的風險也均較一般人為高。（圖5-3、圖5-4、圖5-5）

代謝症候群、糖尿病、心血管疾病、腎臟病列為本局慢性病防治重點。慢性疾病雖無立即生命威脅，卻為提早死亡的最主要原因；有鑑於慢性病發生原因複雜而多元，且過程多為漸進式，甚至在生命任一週期都可能發生；一旦發病，即出現生理限制或障礙，導致生活品質降低，對健康產生長期負面影響並逐漸惡化；因而本局訂定重要慢性病預防目標包括：

圖5-3 2007年臺灣民眾不同性別及年齡層之高血壓盛行率

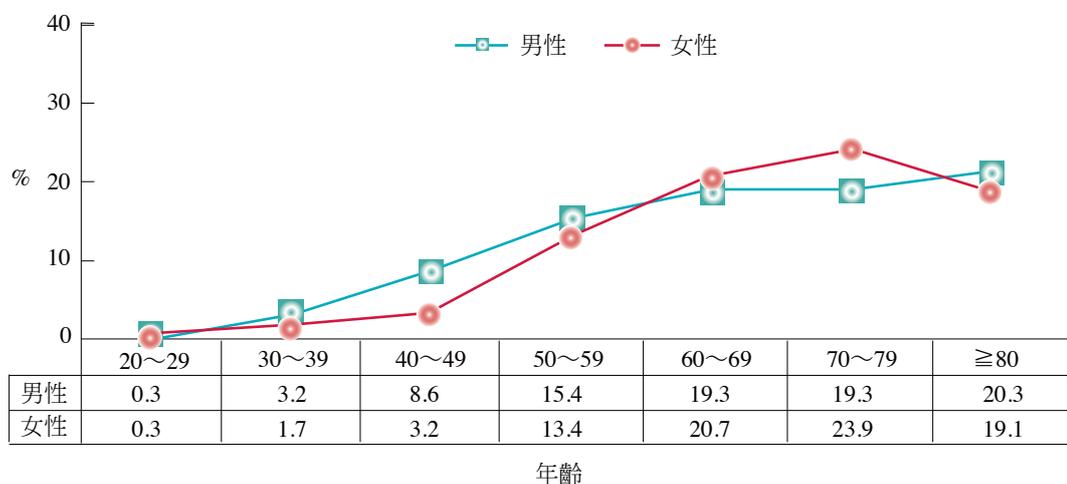


資料來源：2007年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究

Cherish Life Promote Health

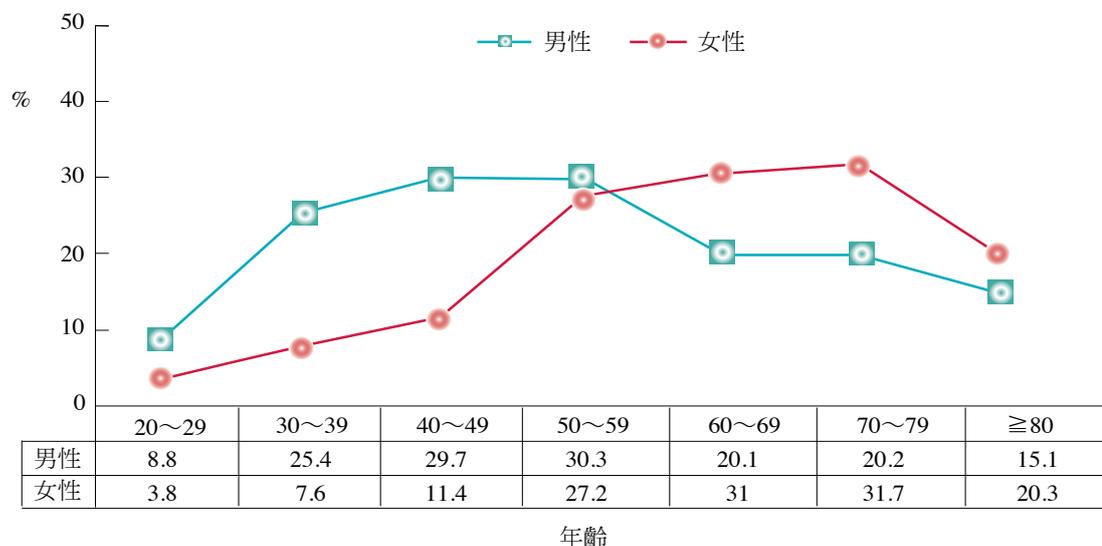
- 一、增進及維護中老年人健康。
- 二、預防及延緩慢性病發生。
- 三、增進病患、家屬與照顧者生活品質。

圖5-4 2007年臺灣民衆不同性別及年齡層的高血糖盛行率



資料來源：2007年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究

圖5-5 2007年臺灣民衆不同性別及年齡層之高血脂盛行率



資料來源：2007年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究

業務指標

- 2010年18歲以上民眾對理想腰圍值之認知率38.5%以上
- 2010年18歲以上民眾對血糖值之認知率44.6%以上
- 2010年18歲以上民眾知道自己血壓值的比率50%以上
- 2010年18歲以上民眾對慢性腎臟病防治之認知率57.6%以上

政策與成果

一、增進民眾健康認知

(一) 多元化衛教宣導—研製衛教宣導教材及手冊

研製代謝症候群、糖尿病、冠心病、高血壓、慢性腎臟病等防治衛教宣導單張、海報、自我照護手冊、人形立牌、光碟片（DVD），研修「健康老化」學習教材等，提供醫護人員衛教、宣導使用及民眾參考。

(二) 多元化管道宣導

配合國際慢性病節日如世界糖尿病、高血壓、心臟病、腎臟病、氣喘等節日，結合衛生局、民間團體及社區資源，辦理記者會、大型宣導活動；並透過學校、社區、網際網路、雜誌、電臺、電視、車體廣告及便利商店等管道宣導。這方面相關重要活動計有：

1. 配合2010年聯合國世界糖尿病日，與中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會及相關民間團體合作，與國際同步，辦理點燈、健走、攝影比賽、園遊會及研討會等，相關活動媒體露出電視7檔次、廣播11檔次、雜誌3則、報紙11則、電子報25則，成果以「Taiwan」名義呈現於糖尿病國際聯盟全球網站（<http://www.worlddiabetesday.org/en/node/6653/>）。
2. 配合2010年世界高血壓日宣導主軸「Health Weight Healthy Blood Pressure」，辦理「『血壓』、『BMI』你量了沒？」網路線上活動，為期2週的活動期間，有近萬人參與，並配合中華民國心臟基金會辦理「預防高血壓，登山健行GoGoGo」活動。
3. 配合2010年世界心臟日宣導主軸「護心10步驟」，與中華民國心臟學會、中華民國心臟基金會，辦理衛教園遊會，宣導民眾認識心血管疾病危險因子及重視心血管疾病防治。
4. 為響應世界腎臟日，本局於2010年3月4日召開慢性腎臟病防治記者會，邀請棒球總教練徐生明現身說法及知名影劇人員孫翠鳳宣導並首播拍攝之廣告短片。另，依據本局「健康行為危險因子監測系統」電話訪問調查結果發布「護腎三三考一考 安全用藥不能少」新聞稿。本局結合臺灣腎臟醫學會、縣市衛生局，結合相關資源，分別於3月7日、3月13日在全國各地同步辦理9場園遊會及22場次『愛腎護腎』講座。



Cherish Life Promote Health

二、推動高危險群重視健康促進，提升健康行為及自我健康管理能力

- (一) 普及血壓測量地點，提供民眾便利及可近性高之血壓測量服務，除醫療院所提供之量血壓服務外，另透過縣市衛生局結合轄區資源，於社區之不同型態地點，如行政服務單位、社區關懷據點、活動中心、藥局、賣場及職場等，提供量血壓服務，計約1,400個血壓站。輔導縣市於社區血壓站增加量腰圍，及宣導代謝症候群之預防。
- (二) 增進校園慢性病防治知能，賡續辦理高、中、小學行政主管、校護、營養師等之校園慢性病防治研習，2010年參加人員：主管153人、校護、營養師等1,012人，近1,000所學校，1,165人參加。2007至2010年參加人數累計2,859人，校護參與研習之涵蓋率約近7成3；並編印「學校糖尿病照護手冊」1萬冊提供使用。
- (三) 為增進糖尿病高危險群對健康促進可近性，推動全國455個糖尿病友支持團體，辦理健康飲食、體重控制與血糖監測等健康促進活動，參加團體總人數迄2010年合計4萬1,981人，糖尿病友3萬0,652人，糖尿病高危險群共1萬1,329人，其中高危險群改善正確攝取主食量有427人（8.2%）、每天運動30分鐘以上有522人（9.9%）、減重 \geq 2公斤達537人（10.3%）。另於167家糖尿病健康促進機構，推動糖尿病高危險群健康促進，改善血糖3,366人（39.89%）、血壓4,545人（42.78%）、膽固醇4,871人（49.08%）、腰圍3,421人（48.41%）、減重 \geq 2公斤3,430人（41.88%）、每天運動30分鐘以上4,833人（53.33%）。
- (四) 以「護腎33」結合「用藥安全」進行宣導，並納入「地方衛生局保健業務考評作業」建議辦理事項中，共計24縣市衛生局提出慢性腎臟病防治（結合用藥安全）宣導活動，共辦理3,314場衛教活動。另，2010年度除於相關媒體進行託播之外，另製作病友現身說法紀錄片乙支，並於媒體及社區、校園等進行宣導，以推廣慢性腎臟病防治工作。

三、增進個案自我疾病管理知能

- (一) 輔導各縣市推動代謝症候群與糖尿病防治工作，於社區血壓站增加量腰圍，辦理預防代謝症候群健康促進計554社區。2010年糖尿病健康促進機構計167家（較2009年增加16家），提供糖尿病衛教人員見實習953人、參與糖尿病健保醫療給付改善方案計18萬7,123個案（較2009年增加25,539人），完成新申請機構之認證。增進糖尿病友團體自主運作，培訓團體種子輔導員計109人，全國參加團體之病友計3萬652人（較2009年增加5,824人），其中1萬4,700人參與評值，評值結果為：改善自我血糖監測1,135人（7.7%）、正確攝取主食量852人（5.8%）、每天運動30分鐘以上1,020人（6.9%）、減

重 \geq 2公斤達1,358人(9.2%)、HbA1c(糖化血色素) \leq 7%者1,347人(9.2%)、HbA1c $>$ 9.5%者減少18人(0.2%)，仍需繼續努力；舉辦團體健康行為改善競賽，共38個團體獲獎，選拔ABCDEFG模範糖友活動，入選256人。

- (二) 為減緩慢性腎臟疾病(CKD)病程發展，及協助病患周全準備接受透析治療，建構跨部門、跨專業照護模式。自2004年起，委託臺灣腎臟醫學會辦理「腎臟病健康促進機構」，2010年108家醫療院所參加，新收個案1萬5,899人，腎臟病患透析時，已建立透析用血管管路共1,934人(56.2%)；初次接受血液透析患者，接受門診服務而不經住院或急診比率共1,387人(40.3%)，均已顯著提升。
- (三) 為協助醫療院所落實個案管理、照護診療、轉介資料之登錄與查詢，本局於2005年建置「慢性腎臟病個案管理共同照護資訊系統」，並利用該資料庫與其他慢性腎臟病資料庫進行整合；截至2010年底，有155家院所使用，共收案6萬8,472人。
- (四) 為管理冠心病危險因子可以降低冠心病的罹病率及心血管疾病復發的風險，同時改善病患的生活品質，本局委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院辦理「臺灣心臟病人健康促進共同照護模式之發展與成效評估」計畫，2010年以高醫心臟病整合照護團隊以及內、外部專家，針對本局先前研發之冠心病自我照護手冊進行修訂，並研擬整合性心臟病人健康促進共同照護模式(ICCHPM)，2011年於高醫內部開始著手推動，預計於2012-2013年擴大推動至其他醫療單位。

四、提升疾病防治成效，辦理重要慢性疾病相關調查研究

「慢性腎臟病防治科技研究計畫」規劃為四年期整合型計畫，預計於2011年完成，截至2010年之成果如下：

(一) 流行病學研究及危險因子監測計畫：

1. 整合國內4個腎臟病資料庫，建立監測系統並進行分析。
2. 收集完成慢性腎臟病個案組、高危險群及健康對照組計9,371名，進行病例對照研究。

(二) 早期診斷技術與本土性診療標準研發計畫：

1. 已建立兩種腎炎疾病動物模式並找到3個生物標記候選蛋白質。
2. 以高敏感度尿液試紙篩檢糖尿病腎病變正確度高。
3. 以菊糖廓清率建立本土腎功能計算公式，其準確度較目前國際使用的公式高。

Cherish Life Promote Health

(三) 開發與建立完整之治療方式與照護模式：

1. 在原發病為非糖尿病者中，發現年齡為腹膜透析存活率較血液透析高之重要因素，但在年齡>70歲和原發病糖尿病患者則腹膜透析存活率較差。
2. 跨專業之疾病照護團隊在用藥、住院及成本效果分析等情形較佳。
3. 擬定兒童及青少年慢性腎臟病防治模式暨整合性慢性腎臟病預防及照護模式。

(四) 醫療給付及腎臟移植制度研究：

1. 以健保資料分析慢性腎臟病患、血液透析病患及腹膜透析病患每人每年醫療費用分別約為2萬、45萬、30萬。
2. 民眾對器捐的認知不足與傳統觀念的束縛，與對器官捐贈的顧忌、政策面的問題等，為影響國人器官捐贈與腎移植的主因。

第三節 癌症防治

「癌症防治法」自2003年實施後，本局依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策諮詢委員會，進行橫向及縱向的業務協調與溝通，於2005～2009年推動「國家癌症防治五年計畫」，本計畫並獲得行政院永續發展委員會2010年「國家永續發展獎」—行動計畫執行績優獎。為呼應馬總統政見，降低癌症死亡率，於2009年推動「第2期國家癌症防治計畫—癌症篩檢（99～102年）」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略。



獲頒2010年「國家永續發展獎」—行動計畫執行績優獎

現況

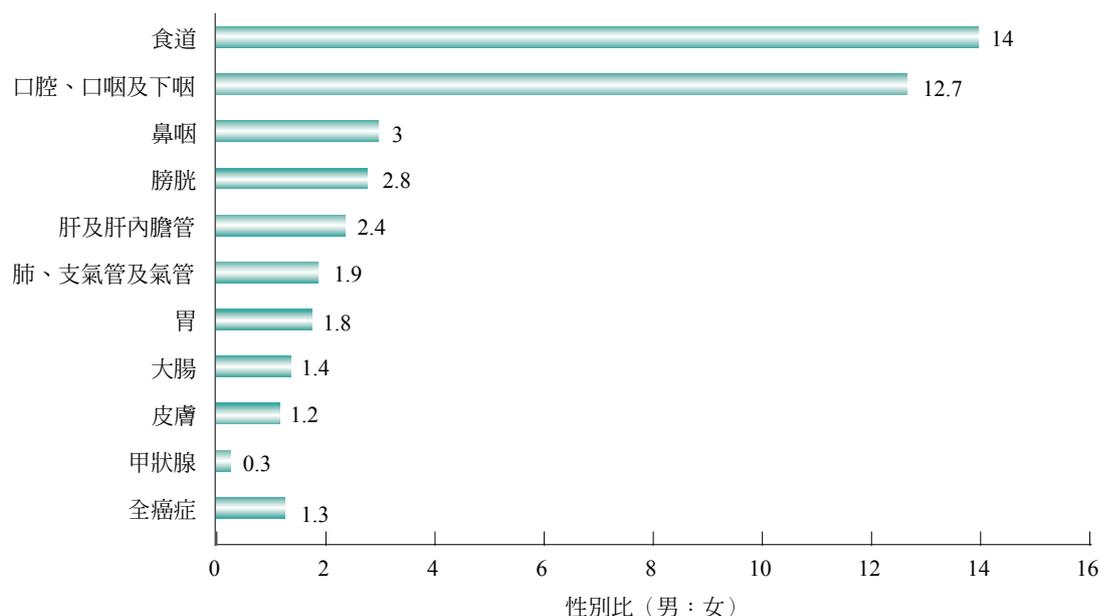
1979年衛生署以行政命令要求50床以上醫院，申報新發生癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料，建立癌症登記系統；另2003年癌症防治法公布，該法第11條規定：「為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構應向中央主管機關所委託之學術研究機構，提報新發生之癌症個案與期別等相關診斷及治療資料。」

一、癌症發生情形

癌症登記資料顯示，2008年共新診斷出7萬9,818人罹患癌症（男性4萬5,171人、女性3萬4,647人），粗發生率為每十萬人口346.5人（男性388.5人、女性303.6人），標準化發生率為每十萬人口276.5人（男性317.3人、女性237.8人），年齡中位數63歲（男性65歲、女性59歲）。另從癌症標準化發生率性別比來看，男性罹癌風險較高，為女性1.3倍；其中食道癌和口腔癌發生率達女性10倍以上，此係男性較高的吸菸、嚼檳榔行為所致（圖5-6）。

以癌症標準化發生率來看，2008年國人十大癌症依序為：（1）女性乳癌（2）大腸癌（3）肝癌（4）肺癌（5）攝護腺癌（6）口腔癌（7）胃癌（8）子宮頸癌（9）子宮體癌（10）皮膚癌，其順位除子宮體癌與皮膚癌序位互換外，其餘同2007年（國人癌症發生資料如表5-5、5-6、5-7）。

圖5-6 2008年臺灣主要癌症年齡標準化發生率之性別比



資料來源：衛生署國民健康局2008年癌症登記資料

Cherish Life Promote Health

表5-5 2008年國人十大癌症發生統計資料

順位	原發部位	個案數(人)	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	8,136	71.3	56.1
2	大腸	11,004	47.8	37.6
3	肝及肝內膽管	10,565	45.9	36.8
4	肺、支氣管及氣管	9,516	41.3	32.2
5	攝護腺	3,603	31	24.6
6	口腔、口咽及下咽	5,781	25.1	20.1
7	胃	3,578	15.5	11.9
8	子宮頸	1,725	15.1	11.8
9	子宮體	1,424	12.5	9.8
10	皮膚	2,585	11.2	8.6
	全癌症	79,818	346.5	276.5

備註：1. 序位係以標準化發生率高低排序。
 2. 年齡標準化率，係以2000年世界標準人口為標準人口計算。
 3. 資料來源：衛生署國民健康局2008年癌症登記資料

表5-6 2008年男性十大癌症發生資料

順位	原發部位	個案數(人)	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	肝及肝內膽管	7,401	63.7	52.6
2	大腸	6,277	54	43.9
3	肺、支氣管及氣管	6,194	53.3	42.6
4	口腔、口咽及下咽	5,349	46	37.6
5	攝護腺	3,603	31	24.6
6	胃	2,303	19.8	15.5
7	食道	1,849	15.9	12.9
8	膀胱	1,476	12.7	10.3
9	皮膚	1,380	11.9	9.4
10	鼻咽	1,162	10	8.3
	全癌症	45,171	388.5	317.3

資料來源：衛生署國民健康局2008年癌症登記資料

表5-7 2008年女性十大癌症發生資料

順位	原發部位	個案數 (人)	粗發生率 (每十萬人口)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	8,136	71.3	56.1
2	大腸	4,727	41.4	31.5
3	肺、支氣管及氣管	3,322	29.1	22.3
4	肝及肝內膽管	3,164	27.7	21.6
5	子宮頸侵襲癌	1,725	15.1	11.8
6	甲狀腺	1,561	13.7	11.4
7	胃	1,424	12.5	9.8
8	子宮體	1,275	11.2	8.5
9	皮膚	1,205	10.6	7.9
10	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,110	9.7	7.8
	全癌症	34,647	303.6	237.8

資料來源：衛生署國民健康局2008年癌症登記資料

二、癌症死亡情形

衛生署死因統計顯示，2010年有4萬1,046人死因為癌症（男性2萬6,022人、女性1萬5,024人），占有所有死亡個案28%。癌症粗死亡率為每十萬人口177.4人（男性223.6人、女性130.6人），標準化死亡率為每十萬人口131.6人（男性171.3人、女性93.9人）。2010年國人癌症十大死因則依序為：（1）肺癌（2）肝癌（3）結腸直腸癌（4）女性乳癌（5）口腔癌（6）胃癌（7）攝護腺癌（8）食道癌（9）胰臟癌（10）子宮頸癌（國人癌症死亡資料如表5-8、5-9、5-10）。

Cherish Life Promote Health

表5-8 2010年國人十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	8,194	35.4	25.8
2	肝和肝內膽管癌	7,744	33.5	25.2
3	結腸、直腸和肛門癌	4,676	20.2	14.6
4	女性乳房癌	1,706	14.8	11.0
5	口腔癌	2,370	10.2	7.8
6	胃癌	2,261	9.8	7.0
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,021	8.8	6.1
8	食道癌	1,563	6.8	5.1
9	胰臟癌	1,470	6.4	4.7
10	子宮頸及部位未明示子宮癌	704	6.1	4.4
	所有癌症	41,046	177.4	131.6

資料來源：衛生署統計室死因統計

表5-9 2010年男性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	肝和肝內膽管癌	5,454	46.9	36.8
2	氣管、支氣管和肺癌	5,412	46.5	35.1
3	結腸、直腸和肛門癌	2,719	23.4	17.6
4	口腔癌	2,198	18.9	14.9
5	食道癌	1,457	12.5	9.7
6	胃癌	1,446	12.4	9.2
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,021	8.8	6.1
8	胰臟癌	855	7.3	5.6
9	非何杰金氏淋巴瘤	628	5.4	4.1
10	白血病	582	5.0	4.1
	所有癌症	26,022	223.6	171.3

資料來源：衛生署統計室死因統計

表5-10 2010年女性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數(人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	2,782	24.2	17.1
2	肝和肝內膽管癌	2,290	19.9	14.2
3	結腸、直腸和肛門癌	1,957	17.0	11.9
4	女性乳房癌	1,706	14.8	11.0
5	胃癌	815	7.1	4.9
6	子宮頸及部位未明示子宮癌	704	6.1	4.4
7	胰臟癌	615	5.3	3.8
8	卵巢癌	434	3.8	2.8
9	白血病	386	3.4	2.7
10	非何杰金氏淋巴瘤	363	3.2	2.2
	所有癌症	15,024	130.6	93.9

資料來源：衛生署統計室死因統計

三、歷年癌症發生、死亡增減情形

衛生署死因統計顯示，癌症自1982年起即居國人10大死因首位。依2000年世界標準人口年齡結構計算，國人癌症標準化死亡率由1982年每10萬人口118人逐年上升，至1997年達最高點144.3人，爾後10年間，均維持138~144人之間，2010年為131.6人；同時期癌症標準化發生率亦由1982年每10萬人口111人逐年上升至2008年276.5人（圖5-7）。

另依2004~2008年癌症標準化發生率5年變化分析，男性所有癌症增加0.4%，其中，以攝護腺癌（16.6%）和食道癌（15.2%）增幅最大，胃癌降幅14.4%最大；而女性所有癌症增加1.5%，其中子宮體癌（38%）和甲狀腺癌（21.3%）增幅最大，子宮頸癌降幅34.4%最大（圖5-8、5-9）。

Cherish Life Promote Health

圖5-7 歷年癌症標準化發生率及死亡率趨勢

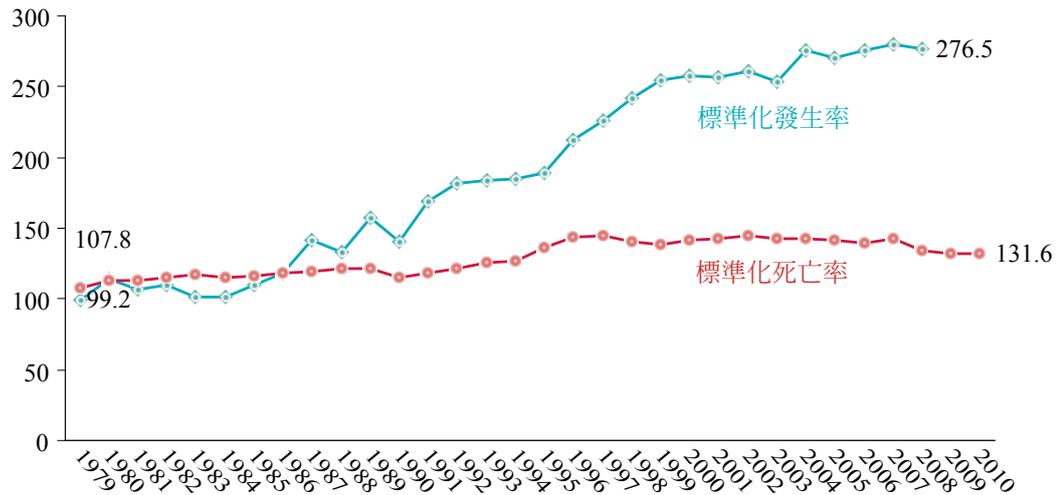


圖5-8 2004~2008年男性10大癌症年齡標準化發生率之5年變化率

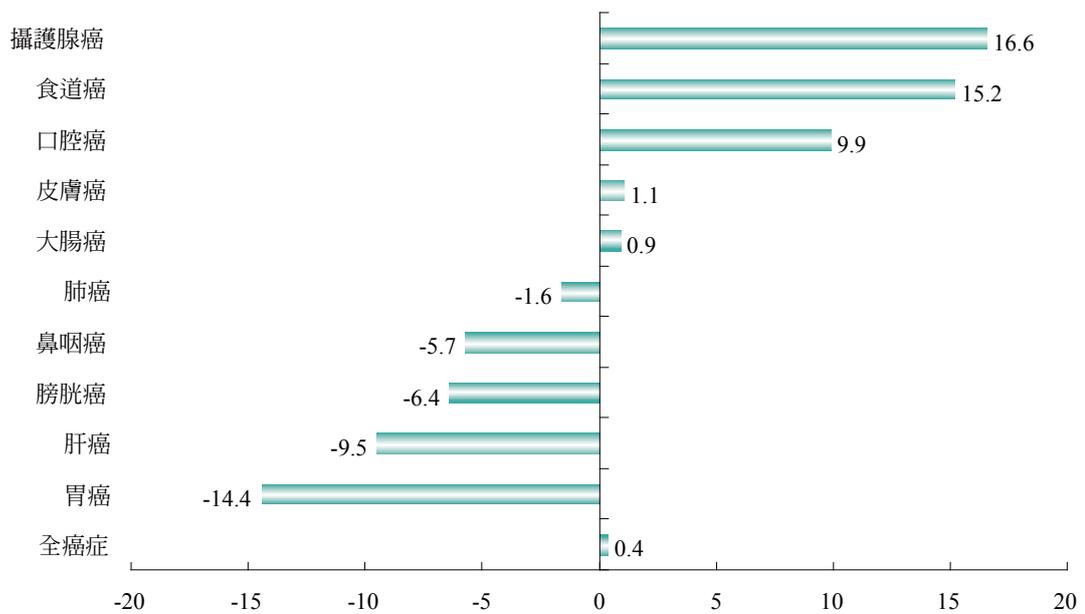
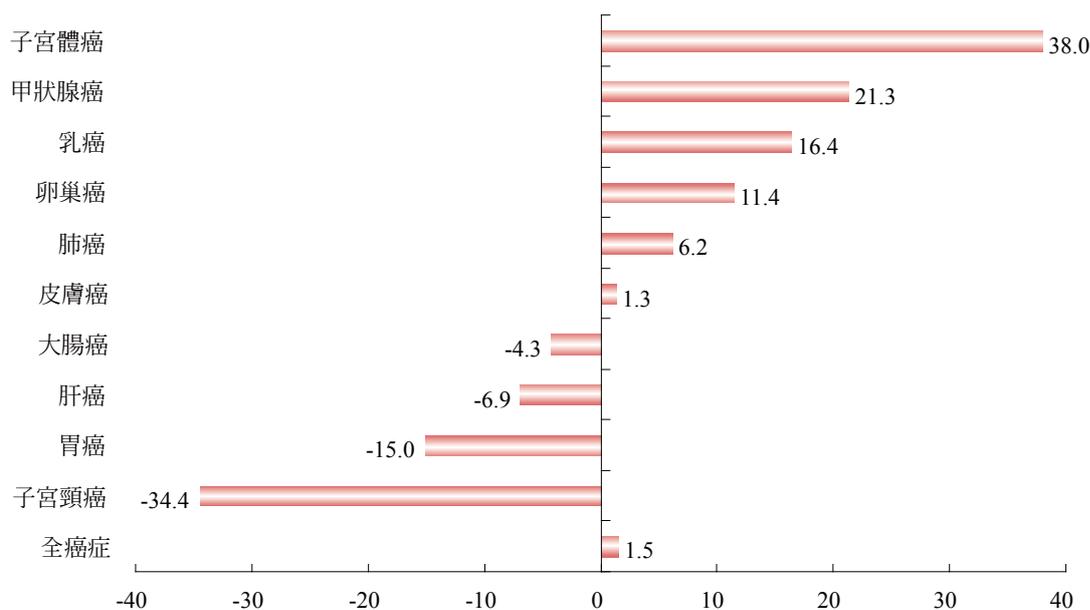


圖5-9 2004~2008年女性10大癌症年齡標準化發生率之5年變化率



業務指標

提升癌症篩檢率

1. 30~69歲婦女近3年內接受子宮頸癌篩檢達60%。
2. 45~69歲婦女近2年內接受乳房攝影篩檢達21%。
3. 50~69歲民眾近2年內接受大腸癌篩檢達22%。
4. 30歲以上嚼檳榔或吸菸者近2年內接受口腔癌篩檢達32%。

政策與成果

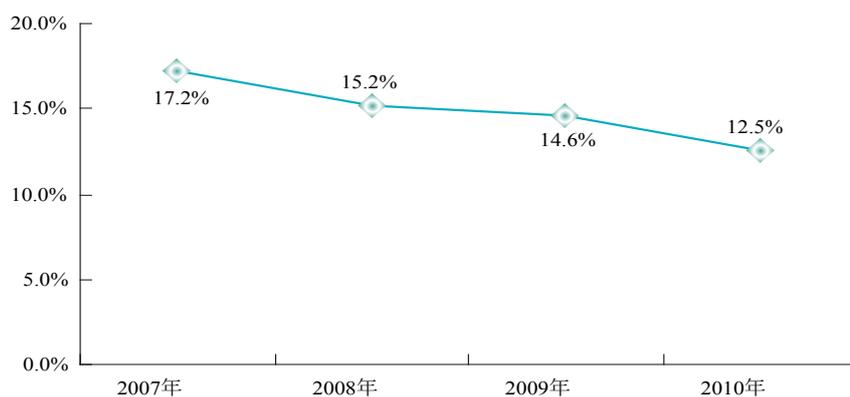
一、檳榔健康危害防制

國際癌症研究總署已證實，檳榔為第1類致癌物；國內學者亦一再警告，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因，約88%口腔癌患者都有嚼檳榔習慣，相較於吸菸和酗酒，嚼檳榔罹患口腔癌的風險性更高。

我國嚼檳榔人口約為139萬人；男性口腔癌過去5年間，標準化發生率增幅達9.9%，同時也是25~44歲男性常罹患的癌症，平均死亡年齡為56歲，較其他癌症早10年。為降低口腔癌對國人健康之威脅，2010年擴大辦理相關宣導工作，全面致力降低民眾嚼檳榔率。

近年來，成年男性嚼檳榔率已有下降的現象，以2007年~2010年趨勢圖來看，嚼檳榔率降幅達到27%（圖5-10）；惟青少年的嚼檳榔率卻未有下降的現象（表5-11）。另，以縣市別來看，花東地區嚼檳榔率為全國最高之地區，中南部也普遍有較高的嚼檳榔率，都會型城市嚼檳榔率則較低（圖5-11）。

圖5-10 歷年成年男性嚼檳榔率趨勢圖



嚼檳榔率定義：最近6個月曾嚼過檳榔

資料來源：健康危害行為監測調查（BRFSS）、成人吸菸行為調查

表5-11 青少年嚼檳榔率

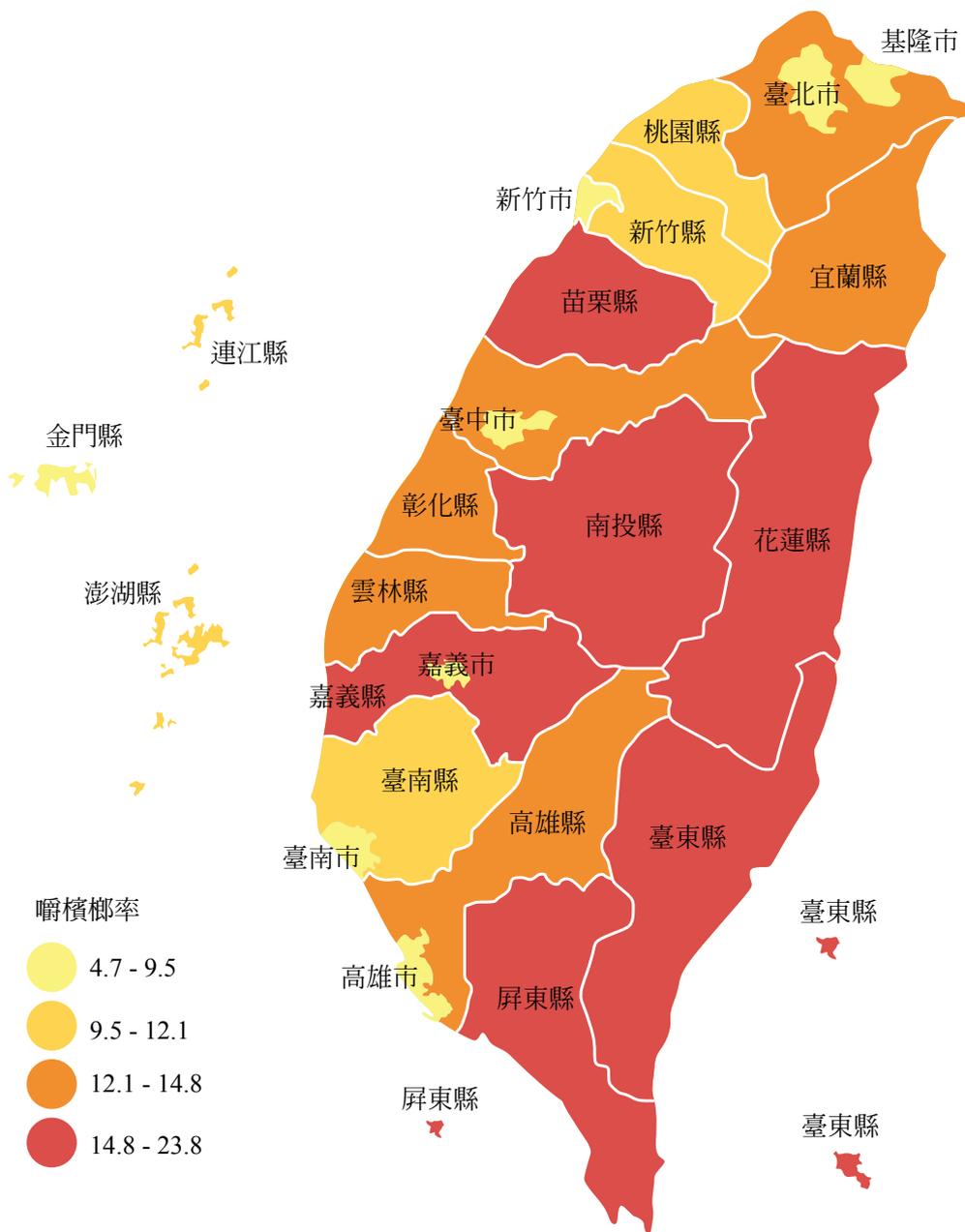
對象	高中職學生 (%)			國中學生 (%)		
	2005年	2007年	2009年	2006年	2008年	2010年
嚼檳榔率	3.4	3.5	3.8	1.9	1.8	2.0

嚼檳榔率定義：最近1個月曾嚼過檳榔

資料來源：青少年吸菸行為調查（GYTS）

回顧過去防制檳榔危害的奮鬥史，各部會於1997年共同執行五年期「檳榔問題管理方案」，行政院採納民間團體建議，訂每年12月3日為「檳榔防制日」。2010年持續在各層級政府及全國各地，運用多元媒體通路與擴大辦理相關活動加強檳榔防制宣導，並結合各部會及民間團體合作於社區、職場、校園、軍隊等場域加強營造不嚼檳榔環境，使18歲以上男性嚼檳榔率由2007年17.2%降至2010年12.5%。

圖5-11 2010年成年男性縣市別嚼檳榔率



嚼檳榔率定義：最近6個月曾嚼過檳榔
資料來源：健康危害行為監測調查（BRFSS）、成人吸菸行為調查



Cherish Life Promote Health

上述檳榔防制工作重點摘述如下：

（一）倡導不嚼檳榔

1. 宣導採軟性訴求，結合病友現身說法

為能以軟性宣導與直接觸及嚼檳榔族群，持續研發與製作以口腔癌病友生命故事的多元宣導素材，首部嚼檳榔之口腔癌病友紀錄片「遺失的微笑」，以及集結病友及其家屬共同現『聲』的「重生的幸福」有聲書推出後，廣受防制工作者及民眾好評，為喚起大眾對檳榔與口腔癌議題的省思與關注，2010年持續運用網路聯播與廣播媒體，並於醫療院所、學校、社區、職場、軍隊等場域推廣，期盼透過病友們與其家屬的切身經驗，使嚼檳榔民眾有同理心之感受，喚起嚼檳榔朋友的健康自覺與同理心，並提升民眾對嚼檳榔致癌的認知。

2. 發展戒檳服務體系，應用新宣導管道

為鼓勵嚼檳榔民眾能戒嚼檳榔，發展戒檳服務體系，研發戒檳教材與培訓戒檳種子師資，開設戒檳班期能協助嚼檳民眾戒除嚼檳榔，以減少罹患口腔癌之風險。另，為接觸高嚼檳榔率之職業別，自2007年起連續4年運用加油站通路發送宣導面紙盒，獲得基層衛生單位及民眾熱烈迴響，2010年除持續加強檳榔子本身即為致癌物之正確認知外，亦結合口腔癌篩檢服務訊息，於全臺近130個加油站營業據點發送宣導面紙盒。

3. 紮根校園

2010年結合民間團體於52間校園中推動檳榔防制議題，設計相關教學課程，讓學生瞭解檳榔對健康的危害性，讓檳榔健康危害防制教育從小紮根，並針對高嚼檳榔率地區的學校，加強營造拒檳之策略，同時提升教師或校方人員推動檳榔健康危害防制之能力。

（二）在社區及職場營造「不嚼檳榔文化」

1. 強化和民間團體合作，推動拒檳榔工作

為有效運用社會資源，以各縣市衛生局為平臺，整合有志於推動檳榔危害防制工作之團體，如陽光基金會、防癌教育基金會、國軍花蓮總醫院、天主教耕莘醫院永和分院及全國80餘社區團體，藉由各場域無檳榔宣導、訂立公約或職場規範、辦理宣導講座、開設戒檳班、提供口腔癌病友支持服務等方式，在社區及職場營造無檳榔支持環境與不嚼檳榔的社會觀。

另，辦理衛生局人員檳榔防制工作充能課程，教導防制策略、工具應用與溝通技巧，以提升其輔導社區推動無檳榔環境的技能，增進檳榔防制工作效益。

2. 跨部會推動，擴大辦理口腔癌篩檢服務

協商行政院勞工委員會，將口腔癌篩檢納入勞工健檢項目，以擴大口腔癌篩檢對象，2009年勞委會同意於勞工知情同意下，勞檢醫院可提供30歲以上高危險群勞工口腔黏膜檢查。2010年協調內政部、教育部與農委會共同訂定兒童、青少年檳榔防制工作計畫，預防兒童、青少年嚼檳榔，減少嚼檳榔對身體健康之危害，以維護兒童、青少年健康。

二、人類乳突病毒（HPV）感染防治

研究證實，子宮頸癌的發生是因感染人類乳突病毒（HPV）所引起。我國分別於2006及2008年核准「嘉喜」及「保蓓」兩種HPV疫苗上市，可以預防HPV第16及18型之感染，進而降低子宮頸癌發生及死亡；為規劃補助低收入戶及山地離島國中女生HPV疫苗接種，2010年進行下列工作：

（一）進行HPV疫苗與子宮頸癌防治的民衆宣導教育

1. 利用電視、報章、雜誌、廣播等大眾傳播媒體，宣導子宮頸癌防治及認識HPV疫苗。
2. 利用衛生局所管道，分送民眾「女人的私密筆記」手冊、「遠離HPV魔法書」手冊，以及「子宮頸癌一性事知多少」DVD，介紹子宮頸癌與HPV關係、認識HPV疫苗及如何預防子宮頸癌。

（二）辦理專業人員教育訓練

1. 辦理山地離島地區學校護士及公共衛生護士「HPV疫苗接種教育訓練」計畫，共295人參訓。
2. 並將教育訓練資料公佈上本局網站，供各界專業人員下載。

（三）規劃2011年補助山地離島及低收入戶青少年接種HPV疫苗計畫。郵寄HPV疫苗簡介及同意書給有國中女生之低收入戶家戶，調查家長讓其國中女兒接種疫苗意願。

三、推動主要癌症篩檢

子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌發生人數約佔所有癌症發生人數的三分之一，實證顯示，大規模推動上述癌症篩檢，可以有效地降低該等癌症的發生率或死亡率，其中抹片篩檢可以降低6~9成的子宮頸癌發生率與死亡率；乳房攝影可以降低2~3成的乳癌死亡率；糞便潛血檢查可以降低2~3成的大腸癌死亡率；以及口腔黏膜目視法可以降低4成的35歲以上具菸酒習慣男性的口腔癌死亡率。

Cherish Life Promote Health

政府分別自1995年、1999年、2002年及2004年開始推動30歲以上婦女子宮頸抹片篩檢、18歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢、50~69歲婦女乳房攝影篩檢及50~69歲民眾糞便潛血篩檢。其中，乳癌於2002年7月至2004年6月為2階段式篩檢，先由問卷篩選高危險群再轉介乳房攝影篩檢，2004年7月以後納入預防保健服務全面對50~69歲婦女提供篩檢，並自2009年11月擴大篩檢年齡至45~69歲婦女，2010年1月將40~44歲具2親等以內血親罹患乳癌的婦女納入篩檢補助對象；另，自2010年開始將大腸癌及口腔癌篩檢納入預防保健服務並擴大辦理，其中口腔癌篩檢年齡提升至30歲以上之吸菸或嚼檳榔民眾。

2010年擴大推動4項癌症篩檢，其實施策略及成果如下：

（一）感性訴求及多元管道宣導

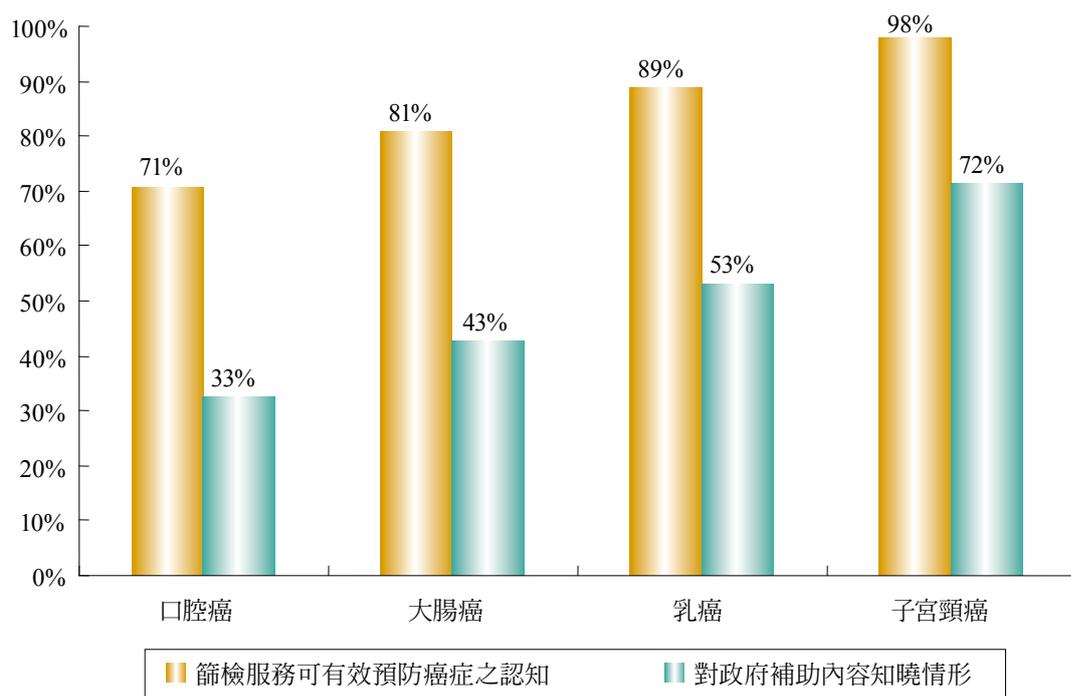
為加強民眾對政府提供的癌症篩檢認知，2010年積極結合衛生局（所）、醫療院所、民間團體…等機構，擴大辦理癌症篩檢服務與宣導活動，亦運用多元媒體通路推廣癌症篩檢服務，以向民眾宣導定期篩檢之觀念。並持續開發以癌症病友及其家人之生命故事為主軸的多元宣導品，期望藉由親情與家庭幸福面鼓勵民眾定期接受檢查。如：藝人蕭亞軒（Elva）母親於2010年1月子宮頸癌過世，本局邀請其代言子宮頸癌防治，拍攝「子宮頸癌防治一叮嚀篇」宣導片與出席記者會，呼籲女性朋友定期抹片檢查，也提醒所有子女，珍愛媽媽，請記得陪媽媽去做檢查，才能留住幸福、遠離悲傷，該片因代言人準確、畫面流暢而獲選新聞局觀摩影片。

本局2010年針對30~69歲民眾進行電話調查，結果顯示民眾對於口腔癌、大腸癌、乳癌與子宮頸癌篩檢，可以有效預防該項癌症之認知分別為71%、81%、89%與98%。但民眾對政府提供之免費癌症篩檢對象認知則偏低，結果顯示有72%民眾知道政府補助30歲以上婦女每年1次抹片檢查，而知道政府乳房攝影檢查、糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查之補助條件者，則分別只有53%、43%與33%（圖5-12）。



邱淑媿局長與蕭亞軒小姐共同呼籲全天下母親至少3年做1次抹片檢查

圖5-12 民衆癌症篩檢服務認知情形與政府補助內容知曉情形



資料來源：2010年癌症篩檢服務推廣評估計畫

(二) 協助醫院將癌症篩檢融入其組織文化

2010年獎補助232家30歲以上門診人數 $\geq 5,000$ 案之醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，要求醫院設置門診篩檢提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、配合衛生局社區篩檢、及辦理院內衛教及戒癮班等，本局並運用世界衛生組織所發展出的「健康促進醫院」模式，輔導醫院於院內推動癌症篩檢，並改變醫院過去重醫療輕預防的情形，帶動醫院醫療文化與作業模式之變革。232家醫院其門診量約佔全國醫院門診量之92%，2010年補助醫院共完成四癌篩檢251.5萬人次，篩檢量佔全國篩檢量57%，相較2009年同期篩檢量大幅成長達2倍（子宮頸癌1.1倍、乳癌2.2倍、口腔癌4.4倍及大腸癌16.2倍）2011年度持續補助228家醫院辦理。

（三）主要癌症篩檢成果

2010年共完成子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌等4項癌症篩檢達440萬人次（工作目標達成率107%），共發現1萬815名癌症及3萬3,717名癌前病變，已成功拯救4萬4,000多名民眾生命，其中各癌的成果分述如下（表5-12、圖5-13）。

表5-12 2010年各項篩檢成果

項目	對象	篩檢政策	2010年篩檢成果
子宮頸癌	30歲以上婦女	3年至少做1次抹片檢查 人類乳突病毒HPV檢查	30～69歲婦女子宮頸抹片三年內曾篩檢比率為60%
乳癌	1.45～69歲婦女 2.40至44歲2親等以內血親曾罹患乳癌之婦女	每2年1次乳房攝影檢查	45～69歲婦女兩年內曾做乳房攝影篩檢比率21.5%
口腔癌	30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾	每2年1次口腔黏膜檢查	30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾兩年內曾做口腔癌篩檢比率為32%
大腸癌	50～69歲民眾	每2年1次糞便潛血檢查	50～69歲民眾兩年內曾做糞便潛血檢查比率為22%

（1）子宮頸癌篩檢

2010年提供30歲以上婦女抹片檢查計212萬人次，已使30～69歲婦女近3年內接受子宮頸癌篩檢率提升至60%（電話調查為70%）。另透過各縣市衛生局全面提供36歲以上且超過6年以上未做抹片婦女HPV自採服務，計有3萬7,350名完成HPV檢查，2,955名陽性個案中已有1,907名（65%）完成抹片檢查，共219名抹片結果為低度癌前病變（LSIL）或高度癌前病變（HSIL），其中149名婦女接受切片，證實為高度癌前病變有88人、癌症17人。另與法務部合作提供女性收容人子宮頸抹片檢查，共計1,640人接受檢查。

衛生署自1995年起提供30歲以上婦女每年1次子宮頸抹片檢查，已使子宮頸癌標準化死亡率由1995年每10萬人口11人下降至2010年4.4人，下降達60%，子宮頸侵襲癌標準化發生率則由1995年每10萬人口25人下降至2008年12人，下降達52%。

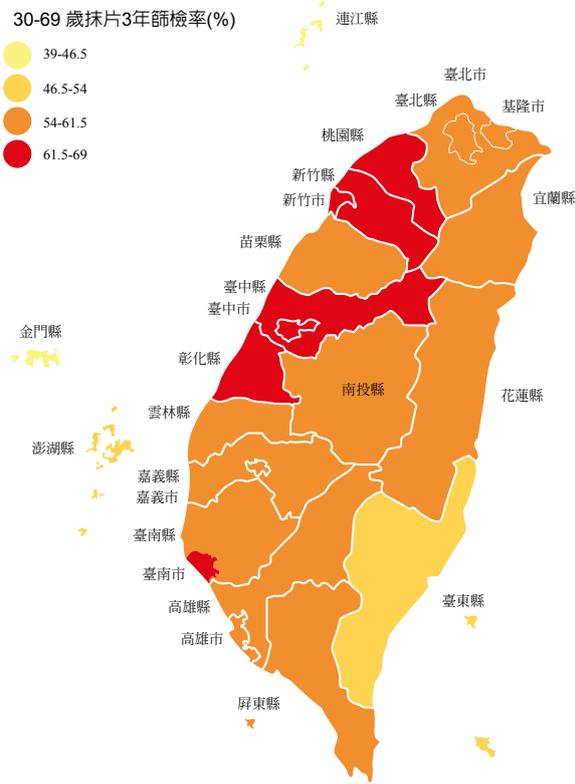
（2）乳癌

2010年提供45～69歲婦女乳房攝影篩檢計52.2萬人次為2009年24.5萬人次的2.1倍，45至69歲婦女2年內曾接受乳房攝影篩檢率由2009年11.6%提高至21.5%。2010年共發現2,265名癌症個

圖5-13 2010年各項癌症縣市別篩檢率

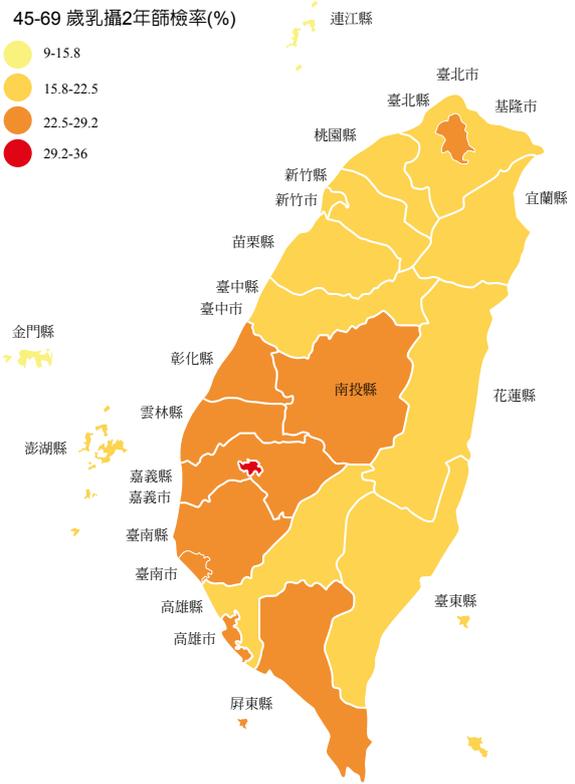
30-69 歲抹片3年篩檢率(%)

- 39-46.5
- 46.5-54
- 54-61.5
- 61.5-69



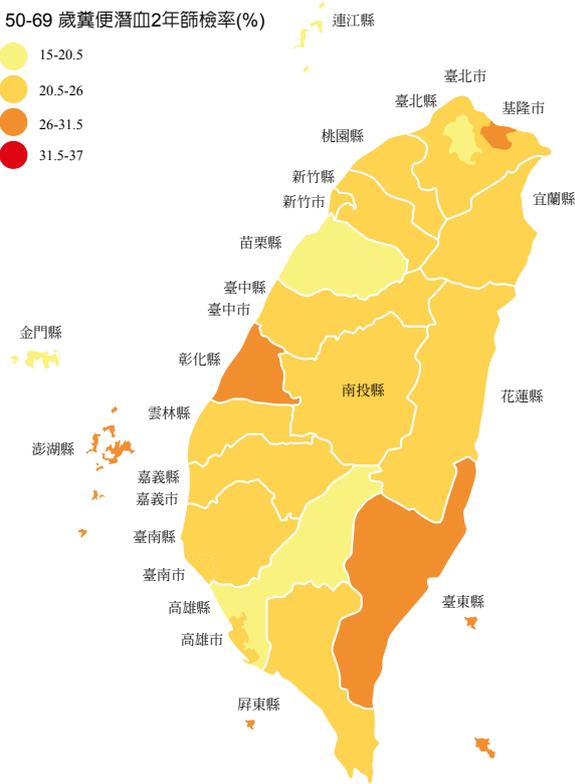
45-69 歲乳攝2年篩檢率(%)

- 9-15.8
- 15.8-22.5
- 22.5-29.2
- 29.2-36



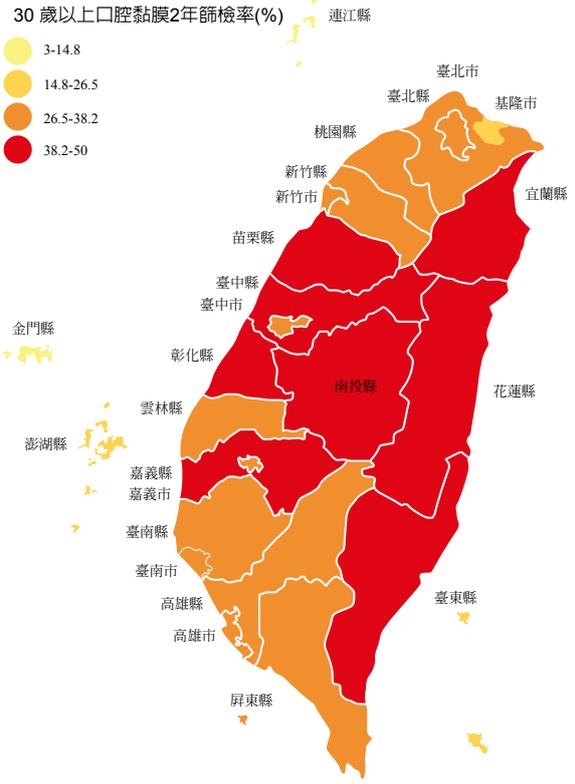
50-69 歲糞便潛血2年篩檢率(%)

- 15-20.5
- 20.5-26
- 26-31.5
- 31.5-37



30 歲以上口腔黏膜2年篩檢率(%)

- 3-14.8
- 14.8-26.5
- 26.5-38.2
- 38.2-50





Cherish Life Promote Health

案，其中將近9成屬於第2期以下的早期乳癌個案，其5年存活率高達9成，且其中原位癌比率亦高達37%，遠比93~97年癌症登記之10%為高，顯示篩檢有助於早期發現乳癌。

另外，為克服乳房攝影儀器分佈不均之問題，提高篩檢之可近性，於2010年度補助宜蘭縣、苗栗縣、臺中市、嘉義縣、臺南市及臺東縣等6縣市打造乳房攝影巡迴車，及高雄縣、連江縣及新北市購置定點之乳房攝影儀，以充實篩檢資源，提高可近性。

(3) 大腸癌

2010年起將大腸癌篩檢納入預防保健服務，透過健保特約醫療院提供50~69歲民眾2年1次糞便潛血篩檢。2010年計提供99.7萬人次篩檢為2009年29萬人次的3.4倍，50~69歲民眾近2年內曾接受糞便潛血篩檢比率由2009年之10%提升為2010年之22%，並發現1萬7,206名息肉及1,414名大腸癌個案。

(4) 口腔癌

2010年起將口腔癌篩檢納入預防保健服務，透過健保特約醫療院所提供提供30歲以上吸菸或嚼檳榔民眾2年1次口腔黏膜檢查。另，為提供民眾更便利的篩檢服務，本局委託牙醫師公會全國聯合會訓練衛生所非牙科耳鼻喉科醫師，並授權縣市衛生局辦理非牙科耳鼻喉科醫師之口腔黏膜檢查訓練，促使更多醫師投入本項篩檢服務。

2010年計篩檢76萬人次，30歲以上嚼檳榔或吸菸者近兩年篩檢率由98年之28%提升為2010年之32%，共發現1,795名口腔癌前病變及1,379名口腔癌個案。

(四) 提升癌症篩檢品質

為提升癌症篩檢品質，委託臺灣病理學會辦理子宮頸細胞病理診斷單位認證及檢驗品質提昇工作，2010年共完成41家單位認證及後續審查，截至2010年12月共計110家單位通過認證；委託中華民國放射線醫學會辦理乳房攝影機構認證及乳房攝影影像品質提升計畫，共完成18家醫院之認證審查、107家醫院及2臺乳攝車之後續審查，截至2010年12月共計158家醫療機構通過認證；委託臺灣醫事檢驗學會辦理糞便潛血檢驗醫事機構認證及檢驗品質提昇工作，截至2010年12月共計113家糞便潛血檢驗機構通過認證，針對糞便潛血檢驗機構完成2次外部品管能力試驗，並針對外部品管未達標準之檢驗機構，進行實地輔導；委託中華民國牙醫師公會全聯會與財團法人防癌教育基金會辦理「口腔黏膜健康檢查教育訓練計畫」，共計培訓3,377位醫師（牙醫師623人、耳鼻喉科醫師308人、其他科別醫師2,446人），使其投入口腔癌篩檢服務工作行列。

四、癌症診療品質

（一）辦理癌症診療品質認證

為提升癌症治療品質，本局依據癌症防治法於2005年公布「癌症診療品質保證措施準則」，並經由補助計畫促使醫院落實之，2010年計補助49家醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，並以健保未列入給付，但卻對癌症照護品質具關鍵影響性之照護與服務，例如癌症登記、腫瘤個案管理、癌症單一資源服務窗口服務等為補助要項。

由於癌症醫療照護品質影響癌症患者存活率甚鉅，因此本局於2005年委託財團法人國家衛生研究院規劃「癌症診療品質認證」制度，並於2007年10月4日公布「癌症診療品質認證基準及評分說明」與「癌症診療品質認證作業程序」，針對新診斷癌症個案達500例以上醫院，辦理癌症診療品質認證，以期提升國內癌症診療品質，確保癌症病患安全、有效之優質就醫環境。2010年計有6家醫院申請認證並通過，截至2010年12月底全國共41家醫院通過認證，認證結果為申請醫學中心評鑑的必要資格，並公告於網站上，供民眾就醫參考（圖5-14）。

第一版之認證基準旨在協助醫院建立癌症照護架構、建立癌症診療模式，例如：成立全院性癌症委員會以規劃並督導全院癌症相關業務，建置癌症登記資料庫及品管辦法，成立癌症多專科照護團隊、建立臨床診療指引、制定照護標準作業程序等。為持續提升國內診療品質，於2010年進行認證基準修訂並完成8家醫院試評，第二版之認證基準新增放射線治療品質、影像診斷品質、腫瘤個案管理師及醫療人員再教育等項目。

（二）提升癌症診療相關專科之品質

病理報告及影像報告均是提供臨床醫師在診治癌症病人的重要依據，因此分別自2007年及2010年開始發展癌症病理報告及影像報告（電腦斷層及核磁共振）之應含項目，目前共發展17種癌症之病理報告應含項目及6種癌症之影像報告應含項目。另，因癌症標靶治療日益普遍，標靶治療前所需之分子病理檢驗品質日顯重要，因此，自2010年開始委託規劃病理分子生物檢驗品質提升工作，辦理病理分子生物檢驗研討會及試辦病理分子生物檢驗之能力測試。

五、癌症病友及安寧療護服務

（一）癌症病友服務

隨著醫學科技進步，癌症病人存活期相對增加，也需要更多持續性且多層面的整合性照護服務。為協助癌症病友學習適應所面臨的身、心、家庭、社會等問題，本局於2003年起辦理癌症病友服務計畫。

Cherish Life Promote Health

圖5-15 2010年已通過癌症診療品質認證醫院分佈圖



2010年補助6個民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，提供癌友直接照護服務，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。服務內容有電話衛教/諮詢服務、病房/診間探訪、心理諮詢、新病友學習營、團體工作、病友身心靈之旅、志工訓練、癌症相關衛教資料提供等共達約19萬餘人次。

為建構癌症病友服務網絡，補助癌症醫療品質提升計畫第2類醫院（新診斷癌症個案數 ≥ 450 例）計49家成立「癌症資源單一窗口」，整合院內外資源，以專責資深護理師、社工師或心理師透過制度化服務流程，讓癌症病友及家人迅速獲得有品質、符合需求的整合性癌症資源服務，使其在承受罹癌重大衝擊下，儘速恢復對生活的掌控感，儘早展開正規治療，並協助病友與院內各團隊溝通，促使癌友及其家庭在治療後能順利返回社區。另委託中華民國癌症希望協會辦理癌症資源單一窗口人員培訓、志工訓練與建置臺灣癌症資源網站（<http://www.crm.org.tw/>）。

（二）安寧療護服務

衛生署自1996年起推動安寧療護，並於2000年辦理「安寧療護納入健保整合試辦計畫」，且於同年立法通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第1個完成自然死法案立法的國家。另為提供非安寧病房癌症病人所需安寧療護服務，本局於2004年與安寧照顧協會合作，於8家醫院試辦「安寧共同照護服務」，並於2005年起擴大補助34家醫院。截至2010年底，分別有47、74與71家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，2010年安寧共同照護服務個案約1萬7,500名癌症病人，大幅提高癌症病人安寧療護利用率。利用死亡檔與健保申報資料分析國內癌症病人死亡前1年安寧療護利用情形（含安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務），已由2000年7%大幅提升至2009年39%。

此外，根據新加坡連氏基金會（Lien Foundation）與英國經濟學人智庫（Economist Intelligence Unit）共同完成的研究，調查全球臨終照護品質（The quality of death Ranking end-of life care across the world）排行評比，訪問了40個國家的醫生、專家和服務人員後，顯示臺灣在全球40個受調國家當中，「臨終照護」品質排行榜排名第14、是亞洲的第1名。

為全面提升安寧療護品質，委託相關學會辦理安寧共同照護服務輔導機制及辦理癌症防治人員安寧療護團隊相關訓練，計有312位與癌症治療相關之主治醫師參與3小時醫師工作坊訓練，另有1,148位醫師、護士、社工及其他醫療人員參加病情溝通技巧相關訓練。此外補助民間團體擴大辦理安寧療護宣導，共製作3份安寧療護相關DVD教材、60場次宣導講座、記者會及其他宣導活動等；並委託製作「民眾對癌症晚期症狀應有的認知」衛教單張，提供民眾參考。

男女健康狀況比一比

臺灣男女性壽命越差越多，50年來從相差4.1歲擴大到6.5歲；進一步分析男女性的死亡原因，發現兩性的死亡率差距，有1/3來自癌症，尤其是肺癌、肝癌、口腔癌、食道癌，與抽菸、喝酒、嚼檳榔關係密切；15.2%來自心臟病與中風，與抽菸、肥胖及三高控制不良（高血壓、高血糖、高血脂）有關。另外，有14.7%是來自肺炎與下呼吸道疾病，與吸菸有關；還9.5%來自事故傷害，與車禍、飲酒有關。男性雖然健康狀況比女性差，自覺健康良好的比率卻高於女性、接受健康檢查的比率也低於女性；門診就醫比女性少，掛急診比率與女性接近，住院比率與住院醫療花費則比女性高，分析之結果如下：

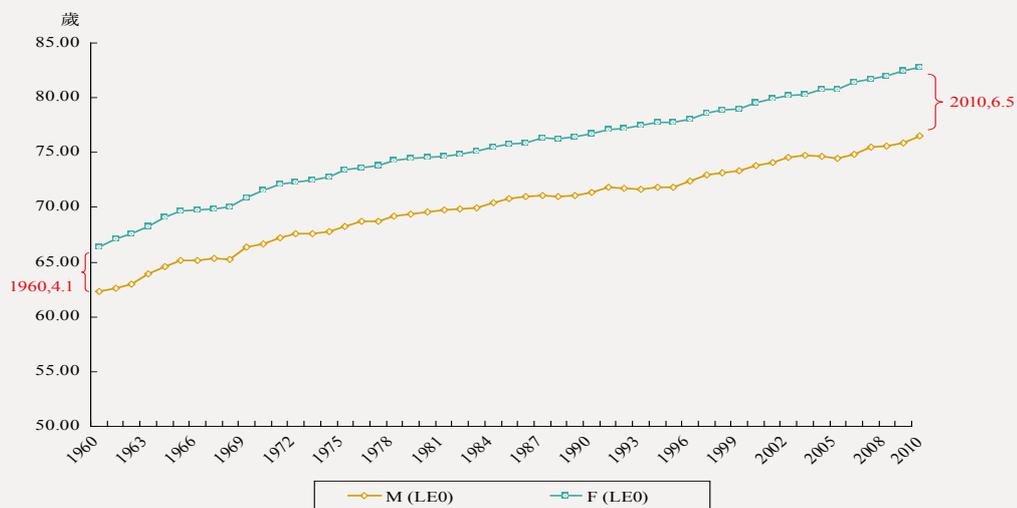
一、壽命：

男性壽命較女性短，且差距持續擴大：男性預期壽命長期以來皆比女性短。根據1960年至2010年的統計，雖然男、女性兩性的預期壽命都延長，但男女性的預期壽命差距也從4.1歲擴大到6.5歲（圖一）；顯示50年來，隨著經濟與醫藥衛生的進步，女性的健康獲益較男性高。

二、十大死因死亡率：

十項中有九項是男性比女性高2010年男性總死亡率為每十萬人口759.5，為女性489.7之1.6倍。進一步看十大死因之男女性別比較，除糖尿病之外，其他九大死因（惡性腫瘤，心臟疾病，腦血管疾病，事故傷害，肺炎，慢性下呼吸道疾病，慢性肝病及肝硬化，高血壓性疾病，腎臟病）都是男性高於女性（圖二）；其中，男性死亡率高達女性兩倍以上的有：慢性下呼吸道疾病2.8倍，事故傷害2.6倍，慢性肝病及肝硬化2.5倍，其男女性死亡率差距合計占男女性總差距之23.94%（表一）。再進一步分析造成男女性癌症死亡率差距的癌症種類，可看到55.2%

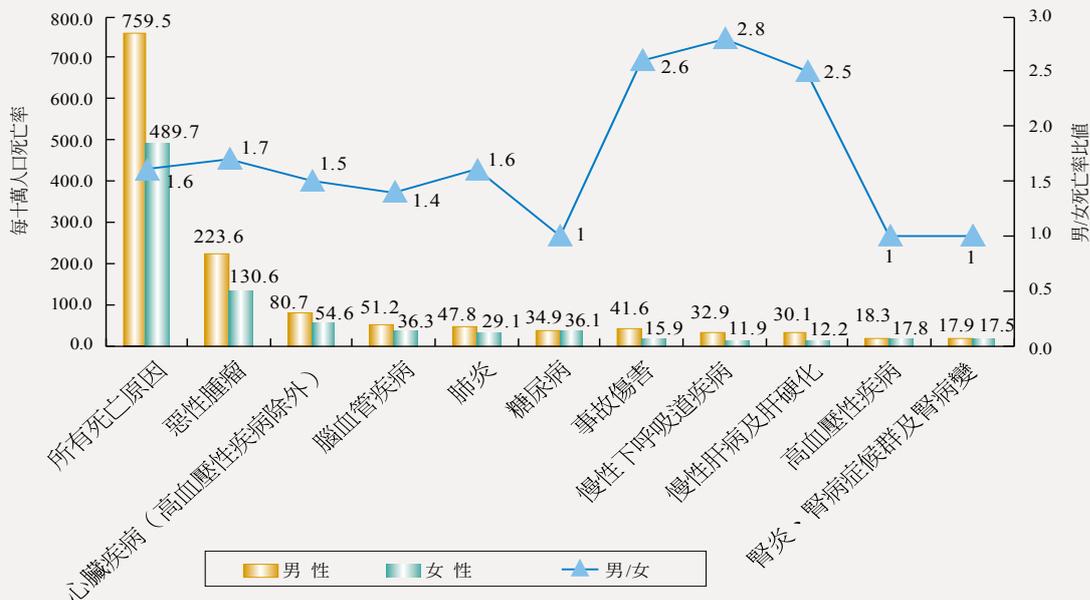
圖一 歷年男女兩性零歲平均餘命與差距



資料來源：民國49年至99年內政部簡易生命表

的差距來自與吸菸、嚼檳榔、喝酒有關的癌症，包括：肺癌、口腔癌、食道癌，另外29%來自與男性荷爾蒙及B、C肝病毒有關的肝癌（表二）。

圖二 2010年男性十大死因死亡率與女性相較及比值



資料來源：民國98年衛生統計

表一 2010年主要死因死亡率與性別差異

國人死因順位	死亡率 (1/10萬)			死亡率比例 男/女	死亡率差距 男/女	占男女總差距 之比率
	全部	男性	女性			
惡性腫瘤	177.4	223.6	130.6	1.7	93	34.47%
心臟疾病 (高血壓性 疾病除外)	67.7	80.7	54.6	1.5	26.1	9.67%
腦血管疾病	43.8	51.2	36.3	1.4	14.9	5.52%
肺炎	38.5	47.8	29.1	1.6	18.7	6.93%
糖尿病	35.5	34.9	36.1	1.0	-1.2	-0.44%
事故傷害	28.8	41.6	15.9	2.6	25.7	9.53%
慢性下呼吸道疾病	22.5	32.9	11.9	2.8	21	7.78%
慢性肝病及肝硬化	21.2	30.1	12.2	2.5	17.9	6.63%
高血壓性疾病	18.0	18.3	17.8	1.0	0.5	0.19%
腎炎、腎病症候群 及腎病變	17.7	17.9	17.5	1.0	0.4	0.15%
所有死亡原因	625.3	759.5	489.7	1.6	269.8	100.00%

資料來源：99年衛生統計。



Cherish Life Promote Health

三、慢性病罹患率（慢性病盛行率）：

三高、代謝症候群、慢性腎臟病，罹患率統統都是男比女高：三高與代謝症候群是造成心臟病、中風、洗腎的主要原因，根據2007年台灣地區20歲以上民眾三高及代謝症候群盛行率調查，男性高血壓盛行率比女性高6.2%（27.3% vs 21.1%），高血糖盛行率比女性高1.4%（8.8% vs 7.4%），高血脂盛行率比女性高7.5%（22.5% vs 15%），代謝症候群盛行率比女性高1.0%（20.3% vs 19.3%）。慢性腎臟病比女性高出0.8%（10.2% vs 9.4）（表三）。

四、健康行為：

男性吸菸、嚼食檳榔及肥胖的盛行率均較女性高：根據國民健康局最新的調查結果（表四），成年男性吸菸率（35.36%）約為女性（4.19%）的8.4倍；嚼檳榔率男性約為成年女性的14倍（14.1% vs. 1.0%）。衛生署國民營養調查顯示，成年男性肥胖或過重的比率已超過一半（51.6%），是女性（36.4%）的1.4倍。連是否有天天五蔬果，都是男性少於女性（29.5%

表二 2010年主要惡性腫瘤死亡率與性別差異

國人惡性腫瘤死因順位	死亡率（1/10萬）			死亡率比例		佔男女總差距之比率
	全部	男性	女性	男/女	男/女	
氣管、支氣管和肺癌	35.4	46.5	24.2	1.9	22.3	23.98%
肝和肝內膽管癌	33.5	46.9	19.9	2.4	27	29.03%
結腸、直腸和肛門癌	20.2	23.4	17.0	1.4	6.4	6.88%
女性乳癌	14.8	-	14.8			
口腔癌	10.2	18.9	1.5	12.6	17.4	18.71%
胃癌	9.8	12.4	7.1	1.7	5.3	5.70%
前列腺(攝護腺)癌	8.8	8.8	-			
食道癌	6.8	12.5	0.9	13.9	11.6	12.47%
胰臟癌	6.4	7.3	5.3	1.4	2	2.15%
子宮頸及部位未明示子宮癌	6.1	-	6.1			
非何杰金氏淋巴瘤	4.3	5.4	3.2	1.7	2.2	2.37%
白血病	4.2	5.0	3.4	1.5	1.6	1.72%
卵巢癌	3.8	-	3.8			
膀胱癌	3.2	4.3	2.0	2.2	2.3	2.47%
鼻咽癌	2.8	4.3	1.3	3.3	3	3.23%
膽囊和其他膽道癌	2.3	2.4	2.1	1.1	0.3	0.32%
所有癌症死亡原因	177.4	223.6	130.6	1.7	93	100.00%

資料來源：2010年衛生統計。

表三 2007年台灣地區20歲以上民衆三高及代謝症候群盛行率

項目	盛行率			推估2010年20歲以上民衆三高及代謝症候群之人數
	全體	男	女	
高血壓	27.3%	21.1%	24.0%	4,303,118
高血糖	8.8%	7.4%	8.0%	1,434,373
高血脂	22.5%	15.0%	18.5%	3,316,987
代謝症候群	19.7%	20.3%	19.3%	3,532,143
慢性腎臟病	10.2%	9.4%	9.8%	1,757,106

備註：1. 疾病推估人數以內政部2010年20歲以上總人口17,929,658計算之。

2. 盛行率計算以2007年台灣人口作為標準人口進行年齡校正。

3. 高血壓定義：收縮壓 ≥ 140 mmHg或舒張壓 ≥ 90 mmHg或服用降血壓藥物。

高血糖定義：空腹8小時以上血糖值 ≥ 126 mg/dL或服用降血糖藥物。

高血脂定義：膽固醇 ≥ 240 mg/dL或三酸甘油酯 ≥ 200 mg/dL或服用降血脂藥物。

4. 2007年代謝症候群：以5個危險因子，大於（含等於）3個計之：

(1) 腹部肥胖（Central Obesity）：男性腰圍 ≥ 90 公分、女性腰圍 ≥ 80 公分。

(2) 三酸甘油酯（TG）： ≥ 150 mg/dL。

(3) 高密度脂蛋白膽固醇（HDL-C）：男性 < 40 mg/dL、女性 < 50 mg/dL。

(4) 收縮壓（SBP） ≥ 130 mmHg，舒張壓（DBP） ≥ 85 mmHg或服用降血壓藥物。

(5) 空腹血糖（FG） ≥ 100 mg/dL或服用降血糖藥物。

5. 慢性腎臟病（CKD）盛行率係以MDRD-Simplified-GFR公式計算。

表四 2009年18歲以上民衆抽菸、嚼檳榔、肥胖、飲食及運動等行為百分比分布—按性別分

項目*	合計	男性	女性
抽菸	19.99	35.36	4.19
嚼檳榔 ^b	7.6	14.1	1.0
肥胖 ^c	18.2	19.3	17.0
過重或肥胖 ^c	44.0	51.6	36.4
天天五蔬果 ^d	33.4	29.5	37.4
運動 ^e	62.4	64.0	60.8
有運動者中，每週運動3天及以上，每天至少20分鐘 ^d	47.6	47.7	47.5

*備註：資料來源：

抽菸為2009年成年人吸菸行為調查結果；

嚼檳榔為2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查；

天天五蔬果、運動為98年健康行為危險因子監測調查。

肥胖為2004-2008年國民營養調查

a：抽菸定義為題1回答「曾吸過菸，而且超過五包」且回答現在「每天吸菸」和「有時吸菸」。

b：嚼檳榔定義為「過去六個月內曾經嚼食檳榔」。

c：本表肥胖定義為BMI ≥ 27 。過重及肥胖定義為BMI ≥ 24 。

d：天天五蔬果定義為蔬菜3份以上、水果2份以上或蔬菜4份以上及水果1份以上。

e：運動定義為民眾自述過去兩個禮拜內有從事運動。



Cherish Life Promote Health

vs 37.4%)。男性表現較女性優的，僅有運動；自述過去兩個禮拜內有從事運動的男性比率為64.0%，略高於女性（60.8%）；但有運動者中，每週運動3天及以上，每天至少20分鐘的比率，則男性與女性相近（47.7% vs 47.5%）。三高、代謝症候群、肥胖與吸菸，都是心臟病、中風和洗腎的主要危險因子，想要避免這些嚴重後遺症，男性非常有必要戒菸、減重、規律就醫。

五、自覺健康、就醫行為及健檢：

與女性相比，男性自我感覺較良好、較少看病。本局的調查還有以下兩項重要的發現：

- (一) 雖然男性擁有較多的不健康行為、更多慢性病、較高的死亡率與較短的壽命，但不論是老、中、青任何一輩的男性，其自覺健康良好的比率都比女性高（表五）
- (二) 在醫療資源的利用上，不論是門診就醫次數或成人健檢的使用比率，男性都比女性低（表六、表七、表八）；但是住院比率、住院花費、和平均每次門診之費用，卻都比女性高。這些資料顯示：男性門診就醫較少並不是因為比較少生病或比較健康；相反，男性們似乎是勤於工作，而疏於保健；已經生病還很不愛看醫師；更令人擔心的是，似乎自我感覺頗良好，對健康問題有點麻木，結果小病放到變大病！

分析可看出，男女兩性確實存在健康上的落差，而且此一落差有惡化的趨勢；造成落差之原因，除了先天的遺傳與荷爾蒙因素以外，一些可改變的後天因素，也扮演非常重要的角色，包括：（1）吸菸、飲酒、嚼檳榔等不良健康習慣（導致癌症、慢性病、事故傷害多），以及（2）男性較不善啓口、不愛求助、不愛就醫（導致疾病未能早期發現、未能妥善控制。雪上加

表五 2009年18歲以上民衆自覺健康狀況百分比分布—按年齡層、性別分

年齡層	健康狀況	合計	男性	女性
18歲以上	好	58.9	61.4	56.4
	普通	35.6	33.9	37.4
	不好	5.5	4.8	6.2
18-44歲	好	65.0	67.4	62.6
	普通	32.6	31.0	34.3
	不好	2.4	1.7	3.1
45-64歲	好	56.8	58.8	54.9
	普通	37.7	35.9	39.6
	不好	5.5	5.4	5.6
65歲以上	好	38.3	42.0	34.7
	普通	42.8	41.3	44.2
	不好	18.9	16.7	21.1

備註：資料來源為2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查。

霜的是：近年來男性肥胖比率比女性高，且肥胖比率上昇速度比女性快。在可見的未來，若男士們繼續輕忽自己的健康，不改變不健康的生活習慣、不定期健檢、不妥善就醫控制病情，那麼男女壽命差距不但不會縮小，甚至還會繼續擴大、惡化！

表六 2009年18歲以上民衆就醫行為—按性別分

項目	合計	男性	女性
過去一個月曾利用西醫門診之百分比	30.8	29.1	32.6
過去一個月曾利用中醫門診之百分比	10.4	7.7	13.1
過去一個月曾利用牙醫門診之百分比	49.2	45.8	52.6
過去一年內曾利用急診之百分比	12.0	11.5	12.6
過去一年內曾住院之百分比	6.4	6.6	6.1

備註：資料來源為2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查，百分比經加權處理。

表七 2008年門診及住院醫療費用

醫療費用明細	男			女		
	件數	點數	點數/件	件數	點數	點數/件
門診	151,995,407	160,068,922,007	1,053	189,021,481	173,395,985,057	917
西醫醫院	45,501,417	89,153,095,695	1,959	50,619,414	85,531,015,585	1,690
西醫基層	78,377,155	45,405,585,873	579	99,667,796	55,406,986,239	556
中醫	13,973,194	7,801,906,313	558	22,260,049	11,998,448,752	539
牙醫	13,851,554	16,074,413,148	1,160	16,156,523	18,807,468,845	1,164
住院	1,561,070	88,716,075,260	56,830	1,487,174	71,352,926,525	47,979

備註：資料來源為2008年全民健康保險統計資料（<http://www.nhi.gov.tw/webdata/>），涵蓋全年齡群。

- 1.本表“點數”欄含申請費用及部分負擔。
- 2.本表點數於西醫醫院、西醫基層因有論病例計酬案件，故不等於申請點數加部分負擔。
- 3.西醫醫院及西醫基層之醫療費用明細皆含洗腎費用。
- 4.各項醫療費用明細之“件數”係指發生該項“點數”之總件數。

表八 2010年成人預防保健服務利用情形-按性別、年齡層分

性別	40-64歲 利用率(%)	65歲以上 利用率(%)	總利用率(%)
男性	27.69	33.49	30.40
女性	38.86	36.37	37.65
總計	33.32	34.99	34.12

資料來源：2010年成人預防保健服務核付資料檔。



Cherish Life Promote Health

第六章 特殊健康議題

婦女健康

弱勢族群健康

疾病獎助學金頒獎典禮



Cherish Life

第六章 特殊健康議題

世界衛生組織於1998年發表「21世紀全民健康計畫」時，特別提出「健康公平性」概念，強調將性別、種族、貧窮等議題並列；而越來越多研究也顯示，影響健康的危險因子及疾病預防行為，在不同性別、種族、收入及身心障礙群體，應使用不同對策及因應模式。

上述族群因特殊健康需求及社經地位不平等，導致特殊的健康問題。諸如婦女健康相關的乳癌、子宮頸癌、更年期相關的荷爾蒙療法、骨質疏鬆、尿失禁等；弱勢族群健康，如外籍配偶生育健康、罕見疾病、身心障礙者口腔健康及油症患者健康照護等。如何運用健康促進、健康保護及疾病預防這3大概念，採取不同策略、計畫、方法和介入手段，以消弭健康上差距，是健康平權的首要工作。

第一節 婦女健康

現況

隨著社會日趨高齡化，我國婦女平均餘命已達82.61歲，婦女平均自然停經年齡為49.3±3.8歲，目前50歲以上中老年婦女占總人口14.6%。根據2004至2008年行政院衛生署「國民營養健康狀況變遷調查計畫」顯示：241位50歲以上有「骨質疏鬆」的比例，女性在腰椎部位占12.6%、股骨頸部位占12.1%，男性在腰椎部位占4.3%、在股骨頸部位占10.7%，女性比男性嚴重，且年齡越大越嚴重；另依據2009年國民健康訪問調查發現，骨質疏鬆及尿失禁盛行率皆隨年齡增長而升高；50歲以上婦女約每4人就有1人罹患骨質疏鬆症，65歲以上婦女罹病率更高達3成（32.69%）。而55歲以上婦女中23.9%有尿失禁困擾，與此相關的危險因子有：年齡大於45歲、身體質量指數（BMI）>27或<18.5、生過4個小孩、曾有高血壓、糖尿病或中風病史者。為此，要建立中老年婦女正向的生活態度與行為，提供正確的健康資訊益顯重要。

業務指標

透過相關媒宣及講座宣導，增進婦女對更年期的認知，每年發行2期更年期充電報，並設立全國免付費更年期保健諮詢專線，提供一對一之個別專業諮詢和衛教管道，每月至少提供350通諮詢。

政策與成果

一、為提供更年期女性貼心服務，設置「0800-00-5107」免付費專線電話，解答更年期疑難，計提供近1萬2,750人次諮詢服務；其中來電詢問的以生理問題（67.0%）占多數；並培訓58名諮詢師參與專線諮詢服務，蒐集國內外更年期訊息，發行充電報兩期共6,000份，寄發全國各醫療院所；並印製海報與文宣、運用廣播電視媒體宣導、舉辦更年期健走活動與攝影比賽等。

二、為奠定骨骼健康的基石，避免罹患骨質疏鬆症，應建立兒童與青少年，從小儲存骨本之觀念，透過多元管道宣導（如網路、報章），並配合世界骨鬆日發布新聞稿，鼓勵國人採取負重式運動、多吃含鈣質豐富的食物及適度曬太陽等，以強化骨骼健康；另補助國衛院彙編「骨質疏鬆症臨床治療指引」，以提供醫護人員之參考；辦理6場校護和校園行政人員研習，研擬公共衛生人員「骨質密度檢測標準作業」之參考規範，與發展骨質疏鬆防治衛教介入模式。

第二節 弱勢族群健康

壹、外籍配偶生育保健

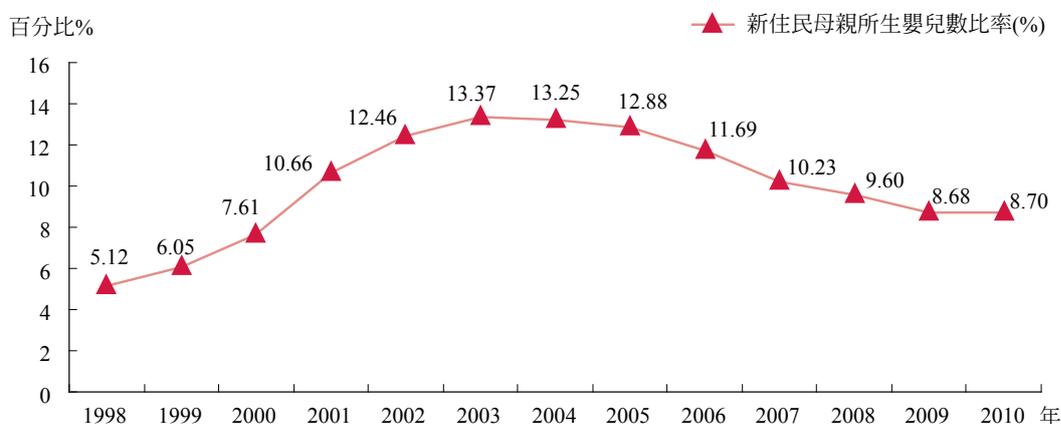
現況

2010年國人結婚登記對數總計13萬8,819對，就配偶國籍分，本國籍者11萬7,318人（84.51%），大陸（含港澳）1萬3,332人（9.60%），外籍8,169人（5.88%）。至2010年底，外籍與大陸配偶總人數估計已達44.4萬人，其中，外籍配偶14.6萬人，占32.88%，大陸與港澳地區配偶29.7萬人，占66.89%。其所生子女數於2010年達總出生數8.70%（圖6-1）。至2010年底，持有效外僑登記證者，外籍配偶國籍以越南籍57.31%最高，印尼籍18.35%次之，泰國籍5.42%再次之。

業務指標

新住民生育健康指導及諮詢檢核完成率達95%以上。

圖6-1 1998年至2010年外籍與大陸配偶所生嬰兒數百分比



資料來源：內政部統計處

政策與成果

近年移住我國人口持續增加，且樣態繁多；現階段移住我國者，仍以與我國國民之跨國境婚姻媒合居多。故為強化外籍配偶之生育健康及協助其來臺後之生活適應，本局於2003年起實施「外籍與大陸配偶生育健康管理計畫」，訂定健康管理目標如下：

- 一、營造健全生育健康環境。
- 二、預防先天性缺陷兒與早產兒出生。
- 三、增進及維護外籍配偶與子女健康。

在積極推動下，外籍配偶生育健康管理的成果如下：

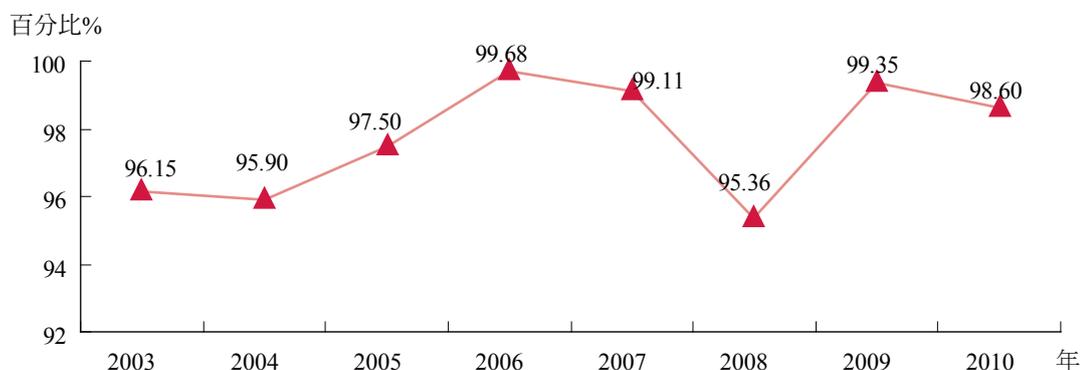
一、落實生育健康照護及保健指導

為強化外籍配偶之生育健康，本局透過各縣市衛生局（所），積極推動外籍與大陸配偶及其子女健康建卡管理（圖6-2），提供生育計畫、產前產後、生育保健及防疫措施等衛教指導。如發現屬於高危險群或異常個案者，並給予轉介、治療。2010年完成健康建卡人數7,515人；其中外籍配偶已建卡人數2,376人，健康建卡率98.39%；大陸配偶已建卡人數5,139人，健康建卡率98.81%。

二、辦理通譯員培訓及通譯服務

為降低外籍配偶因語言溝通困難所造成的就醫障礙，於2004年起推動「培訓志工協助推動外籍配偶生育保健服務計畫」，培訓在臺多年之外籍配偶擔任通譯員，以協助衛生局（所）工作人員於進行外籍配偶之家訪、健兒門診、生育保健指導之通譯工作。截至2010年底止，已有

圖6-2 2003年至2010年外籍與大陸配偶生育健康建卡管理率



資料來源：內政部統計處

21縣市190個衛生所，獲得本局向內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會申辦之補助經費，予以辦理生育保健通譯服務。

三、提供未納健保前之產前檢查醫療補助

為協助剛入境、未納保之外籍配偶獲得完整的生育醫療照護，2005年起本局申請內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會經費補助，提供外籍配偶設籍前未納健保產前檢查醫療補助費用。2010年補助設籍前未納健保前之產前檢查費用，共1萬0,024人次，補助經費達新臺幣581萬餘元。

四、研發及編印多國語言衛教教材

為減少外籍配偶語言障礙，特地開發多國語版生育保健教材，2010年完成印製越南語、柬埔寨語、泰國語、印尼語及英語等五國語版之「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」。另拍攝5國語版外籍配偶生育保健系列影片及「育兒保健手冊」等衛教教材，俾提供外籍配偶及醫護相關人員參考使用。

貳、罕見疾病防治

現況

自2000年起，實施罕見疾病病人人數通報，至2010年底，已通報公告罕病3,102案。罕見疾病因罹病人數稀少，藥物市場也狹小，在自由市場機制下，藥商往往因缺乏利潤誘因，而不願意開發、製造、輸入及販賣罕見疾病藥物，造成罕見疾病患者取得治療藥物相當不易。

業務目標

建構完整罕見疾病醫療服務網絡，協助罕見疾病患者獲得生活照護及醫療補助，以確保其就醫權益。

政策與成果

為防治及早診斷出罕見疾病，並協助取得罕病用藥及維持生命所需之特殊營養食品，我國於2000年公布施行「罕見疾病防治及藥物法」，成為世界第五個立法保障罕病患者的國家（表6-1）。

一、協助罕見疾病患者獲得適當的醫療服務

（一）確保罕見疾病患者就醫權益

2002年9月起，將公告的罕見疾病納入健保重大傷病範圍，病患可免健保部分負擔，解決其就醫障礙。另外對於全民健康保險法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物費用，依據「罕見疾病防治及藥物法」第33條規定，由本局編列預算補助。

表6-1 世界各國立法保障罕病患者的國際比較

國家	美國	日本	澳洲	歐盟	臺灣
立法年份	1983	1993	1998	2000	2000
法案名稱	US Orphan Drug Act modified the Federal Food, Drug and Cosmetic Act	Partial Amendments Law amended two previous Laws	Additions made to the Regulations to the Therapeutic Goods Act 1989	Regulation (EC) No. 141/ 2000	罕見疾病防治及藥物法
罕病盛行率定義	75/100,000	40/100,000	11/10,000	20/100,000	1/10,000
立法保障	1. 藥物研發 2. 罕病病人使用之醫療器材及食品研發	1. 藥物研發 2. 罕病病人使用之醫療器材研發	藥物研發	藥物研發	1. 促進罕見疾病防治 2. 提供藥物使用

(二) 成立「罕見疾病及藥物審議委員會」

截至2010年12月止，共審議認定及公告184種罕見疾病（較2009年新增10種疾病），74種罕見疾病藥物名單及其適應症、40種罕見疾病特殊營養食品及其適應症，並審理醫療補助案件。

二、建構完整的遺傳性疾病及罕見疾病醫療服務網絡

(一) 設置罕見疾病特殊營養食品暨藥物物流中心

2010年儲備、供應31項罕見疾病特殊營養食品及9項緊急需用藥物，補助經費約3千700餘萬元，較2009年新增800餘萬元。

(二) 提供罕見疾病國外代檢服務

提供罕見疾病國外代檢服務，並由本局補助40%代行檢驗費用；另為縮短罕見疾病個案檢體送至國外代檢的審查流程，於2006年6月完成12項疾病快速審核原則。自2000~2010年底止，共補助400案，2010年經此方案補助送至國外代檢計44案。

(三) 補助全民健康保險法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物費用

因應2010年12月8日修正公布「罕見疾病防治及藥物法」，著手修正「罕見疾病醫療補助辦法」條文，除新增國內確診檢驗、代謝性罕見疾病營養諮詢費及健保未給付之維持生命所需之居家醫療照護器材等補助外，並擴大補助維持生命所需之特殊營養品及國外代行檢驗及全民健保未給付之醫療費用，全額補助中、低收入戶，以落實照護罕見疾病病人。

三、辦理罕見疾病防治之研究、教育與宣導

運用傳播媒體宣導罕見疾病防治，編印罕見疾病系列單張及照護手冊，辦理罕見疾病防治校園巡迴演講座談，結合罕見疾病基金會等民間團體辦理國際研討會。

參、身心障礙者口腔照護

現況

依據2004年臺灣身心障礙者之口腔健康狀況調查顯示，身心障礙者的口腔健康狀況較一般民眾不佳，共同問題有缺乏醫療修復、口腔衛生不佳、潔牙行為不足與缺乏預防保健介入（表6-2）；臺灣身心障礙兒童及青少年口腔健康狀況較新加坡差，比起歐美、日本等先進國家差距仍大。為提升身心障礙者口腔健康，規劃「身心障礙者口腔健康五年計畫」，並於2008年5月26日奉行政院核定辦理。

業務指標

預估至2012年，80%身障機構住民接受服務。

政策與成果

一、辦理身心障礙者口腔預防保健服務計畫：

- (一) 2010年培訓473名身心障礙者口腔照護指導員、40名種子牙醫師、194名志工及約1160名機構內人員口腔照護能力；提供居家及26家身心障礙機構計約4,500名身心障礙者口腔保健服務，以發展長期及在地化的自主持續運作模式。
- (二) 2010年第4屆身心障礙者口腔照護活動：辦理身心障礙者口腔照護研討會、甄選身障者口腔照護紀錄片及身障者口腔照護歌曲，計約350人參與；期透過身障機構間經驗分享，縮

表6-2 18歲以上身心障礙者與18歲以上民眾口腔健康狀況比較

對象	DMFT index	恆齒齲齒率 (%)	填補率 (%)
18歲以上身心障礙者	12.1	94.6	30
18歲以上民眾	7.84	86.61	40.22

資料來源：臺灣身心障礙者之口腔健康狀況調查（2004）
臺灣地區成年與老年人口腔健康狀況調查（2004）

短推動期程，增進身心障礙者及其照護者潔牙技巧及口腔健康知能，並喚起社會大眾對身心障礙者口腔健康的重視。

二、辦理發展遲緩兒童口腔照護計畫：

2010年提供18家醫療院所及早療機構之600名發展遲緩兒童口腔檢查、教導兒童及其照顧者潔牙技巧及口腔保健知識。期透過兒童早期口腔預防保健服務介入，避免衍生龐大牙科醫療費用。

肆、油症患者照護

現況

1979年彰化縣與臺中縣陸續發生不明原因的皮膚病，經調查發現，患者係食用多氯聯苯（PCBs）污染之米糠油所致，稱之為「油症」。本局自2004年承接油症業務後，即提供免費健康檢查照護服務，辦理補助健保門、急診部分負擔醫療費用，協助衛生局持續對患者追蹤管理，進行訪視與關懷、衛教實施，至今仍持續辦理中。2005年起，考慮可能由母體透過胎盤血液，使胎盤有暴露於多氯聯苯等化合物風險，故將女性患者之子女（1980年1月1日後出生者）納入為照護對象（稱為第2代油症患者），亦提供上述健康照護服務。

業務目標

建立油症患者健康照護制度，以持續提供其照護服務，及保障就醫權益。

政策與成果

本局提供油症患者免費健康檢查並補助其健保門、急診部分負擔醫療費用，截至2010年12月，計有1,498名油症患者列冊管理，共計585人接受健康檢查服務，而2004至2007年期間至少參與過1次以上健檢的人數共有977人（約占65%），2010年共補助1萬641人次之健保門診部分負擔醫療費用。

另本局為協助解決油症患者就醫之困擾，特商請衛生署豐原醫院及財團法人彰化基督教醫院，自2009年12月1日起，於油症患者分佈較多之臺中縣及彰化縣轄內開辦「油症特別門診」，並與中央健康保險局合作於健保IC卡中註記油症患者身分，自2010年7月1日起實施，共有1,222名（81.6%）患者同意註記，患者持已註記之健保IC卡，或「油症患者就診卡」，均可享有不分科別健保「門診」（含例假日門診、急診）免部分負擔醫療費用。且為提供油症患者更完善的健康照護，將研擬「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，及補助第1代油症患者健保住院部分負擔醫療費用。

Cherish Life Promote Health

第七章 健康促進的基礎建設

基層衛生保健單位—衛生所

健康傳播

健康監測

國際合作



在傳播媒體與網際網路科技快速發展下，健康資訊的獲取已由傳統被動接收，轉變為主動蒐集與發布；以健康促進為導向的公共衛生服務，除藉由衛生所來提供民眾服務，更需兼顧品質、可取得性、可近性、即時性與成本效益等，以符合國人之需求；故定期並制度化進行各項健康監測調查，持續收集國人健康及危害健康行為之相關資訊，以及妥善運用健康傳播管道，已成為推動健康促進策略的基礎。

另外，為與國際社會分享健康促進成果，我們期望藉由各類媒體、網際網路發展，與國際交流合作，落實地球村的願景。

第一節 基層衛生保健單位—衛生所

現況

臺灣基層保健醫療體系完善，至2010年底，22縣（市）轄下372家衛生所，編制4,717人，在職人員女性83.2%、男性16.8%，提供基層醫療保健服務。為鼓勵各縣市衛生局依在地特色及民眾需求，提升衛生所服務品質，本局辦理「金所獎」供年度衛生所服務品質競賽，提供優質服務經驗，彼此觀摩學習。

政策與成果

一、加強為民服務品質

研發衛生所醫護人員公共衛生核心課程之數位教材24小時，提供衛生所人員多元、互動方式學習，提升專業知能及服務品質。

二、改善服務環境

- (一) 2006年衛生所重（擴）建工程納入「中央一般性補助款指定辦理施政項目」，2001-2009年共申請經費4億4,276萬1,000元，督導15縣市衛生局辦理71家衛生所（不含山地離島）重（擴）建工程。
- (二) 2009年莫拉克颱風災後，補助非山地鄉受災衛生所，辦理2家衛生局、47家衛生所及18家衛生室醫療相關設備採購及衛生室房舍復建工程，2009年至2010年共計2,311萬9,877元。

三、維運衛生所門診醫療系統：

統籌18縣市衛生局辦理「衛生所醫療保健資訊系統門診醫療相關作業之功能擴增及系統維護」採購，維持315家衛生所及3家慢性病防治所之門診醫療系統運作。

第二節 健康傳播

現況

傳播媒體的發展日新月異，民眾透過電視、廣播、報紙、雜誌、戶外及網路等通路取得健康資訊的管道，不但日趨多元且快速；而各種健康資訊經由網際網路與媒體傳播，也跨越了時空的藩籬，倘若不當或不正確的健康觀念因此而快速傳布，極易影響國人的身體健康與安全。

健康傳播的主要功能在於「創造」、「蒐集」、「分享健康資訊」，將健康教育與健康促進有效的透過媒體，傳遞健康促進、疾病防治與相關健康之訊息，本局提供健康傳播主要網站如下：

網站名稱	首頁	摘要說明
行政院衛生署國民健康局入口網站 http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/		<ol style="list-style-type: none"> 1. 設置本網站主要目的在 <ol style="list-style-type: none"> (1) 提供本局各組室之工作職掌、為民服務的項目及聯繫方式。 (2) 提供本局最新新聞、公告及活動。 (3) 依民眾需求，提供不同的健康議題專區，如：[媽媽寶寶]、[嬰幼兒聽力]、[口腔保健]、[青少年保健]、[中老年保健]、[癌症防治]、[社區健康]、[菸害防治]、[衛生教育]、[預防保健]、[健康研究調查]、[出生通報]等資料。 (4) 為符合不同年齡層、不同閱讀習慣的需求；提供[英文版]、[兒童版]、[PDA版]、[RSS訂閱]供民眾自行選擇。 2. 2005、2006年榮獲「優良健康資訊網站」。 3. 於首頁部分提供本局當年重要議題及大型輪播動畫，讓網站參訪民眾能一目了然知道本局推動之重要議題。 4. 對研究、學術單位；本網站提供[資料外釋]、[健康研究調查]及[衛生教育]等專區。

Cherish Life Promote Health

網站名稱	首頁	摘要說明
遺傳疾病諮詢服務窗口計畫 網站 http://www.bhp-gc.tw/		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本網站係提供整合性遺傳專業知識及資源，以解決國內醫療專業人員及公共衛生人員，於第1線照護種類繁多且罕見之遺傳疾病個案時，可迅速取得相關資訊及資源，提昇服務品質及時效。 2. 民國95年榮獲「優良健康資訊網站」。
母乳哺育網站 http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/		<p>本網站係提供母乳哺育的相關資訊，宣導母乳含有最適合初生嬰兒成長所需要的營養，是人工奶粉無法取代的珍貴食物。</p>
青少年網站（性福e學園） http://www.young.gov.tw		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本網站係提供青少年性教育相關資料。 2. 亦有線上諮詢服務，回覆方式具隱密性，適合一般青少年使用。
菸害防制資訊網 http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本網站係展示菸害防制工作推動及成果，提供縣市衛生局、衛生教育人員及民眾連結、搜尋及下載的單一入口知識平臺。

網站名稱	首頁	摘要說明
		<p>2. 包含最新消息、菸的危害、菸害防制法、菸害防制策略、戒菸服務、無菸臺灣、歷年活動、文宣品下載、吸菸行為調查、研究成果摘要、活動資訊、地方菸害防制、戒菸教戰手冊。</p> <p>3. 友站連結包含華文戒菸網、門診戒菸網、健康九九網、衛生署署網。</p>
門診戒菸治療管理中心網站 http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/		本網站為提供戒菸者有效之臨床戒菸方法、戒菸藥物、門診戒菸合約醫療院所名單及克服菸癮等相關資訊平臺。
戒菸專線服務中心網站 http://www.tsh.org.tw/		本網站係以專業心理諮商角度協助戒菸者之資訊平臺，提供服務介紹、戒菸新知、問答集、最新訊息與活動。
菸品成分資料網站 http://tobacco-information.bhp.doh.gov.tw/		本網站係依據菸害防制法第8條之規定將菸品製造輸入業者申報之菸品成分、添加物、排放物及其相關毒物資料定期主動公開，以提供民眾瞭解菸品中所含之成分物質及其相關危害等之資訊平臺。

Cherish Life Promote Health

網站名稱	首頁	摘要說明
<p>健康數字123—國民健康指標 互動查詢網站 http://olap.bhp.doh.gov.tw/</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本網站係提供民眾進行健康指標資料查詢。 2. 運用本局歷年全國健康調查及出生通報資料所建置而成。
<p>「健康100 臺灣動起來」資 訊網 http://obesity.bhp.gov.tw/</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供全國衛生局、衛生所、各場域及民眾便捷之宗教宣傳之網路平臺。 2. 收集全國減重資料，落實「健康100 臺灣動起來」體重管理計畫管理。
<p>健康職場資訊網 http://www.health.url.tw/</p>		<p>設置目的：本網站以『健康職場』為主題的健康職場專屬網站，透過網站訊息主動向全國職場宣導，更善用網路資源，積極宣導室內工作場所全面禁菸及健康職場自主認證活動。</p> <p>網站內容：包含「健康職場認證園地」、「職場健康好樂活」、「職場無菸健康來」、「好康報馬仔」、「資源下載」、「線上教學」、「相關網站」等。</p>
<p>健康能量便利屋 http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/healthhouse/</p>		<p>本網站以「24小時健康不打烊、運動就像是全家方便的商店」帶出『隨時隨地動一動，便能為健康加分』的健康概念。</p>

第三節 健康監測

現況

臺灣新生兒出生率逐年下降，人口結構已趨於高齡化，國人疾病型態以非傳染性之慢性疾病為主。為擬訂適切之健康促進策略以有效提昇國人健康，本局以慢性病預防及健康促進業務為導向，建置非傳染病健康監測機制，建立國人健康狀況、健康行為與認知、態度等健康監測數據資料庫，以供現況及長期趨勢分析應用，強化政策擬定與計畫推行成效評估之實證基礎。此外，亦透過多元化媒體行銷健康資訊以提升民眾健康知能，並藉由參與國際健康促進活動，與國際社會分享健康促進成果及促進國際合作與交流。

政策與成果

運用社區面訪調查、在校學生自填問卷調查，以及電話調查等3大監測調查工作平臺，辦理全人口及各生命週期特定人口群（嬰幼兒、青少年、成人、中老年及育齡婦女等）健康監測調查，持續收集、分析與發布我國非傳染病健康監測相關資訊，強化我國非傳染病健康監測系統之運作。

自本局成立以來至未來4年預定辦理之監測調查項目如表7-1，其中，2010年辦理之社區面訪調查：「兒童健康照護需求調查」與「兒童及青少年行為發展研究」兩項長期追蹤調查之實地訪查工作持續進行至2011年；在學生自填問卷調查部份，完成國中學生「健康行為調查」與「吸菸行為調查」兩項調查；電話調查則完成18歲以上成人之「吸菸行為調查」與「健康危害行為監測調查」。

一、兒童及青少年行為發展研究

本項長期追蹤研究最初由國家衛生研究院於2001年起規劃辦理，運用生態模式觀點，由個人特質、家庭、同儕、學校、社區、媒體等不同面向，長期追蹤觀察兒童和青少年各階段之身心健康及生活型態，以提供教育及衛生單位研訂兒童及青少年政策參考。研究世代抽選自2001年就讀於臺北市及新竹縣共18所公立國小之一和四年級學童，並逐年進行追蹤訪查。自2001年至2006年之6年期間，係由國家衛生研究院研究團隊於研究世代成員就讀之國中或國小進行自填問卷資料收集，續因世代成員升學或就業而散居全臺各地，故自2007年起由國家衛生研究院與國民健康局共同合作，運用國民健康局社區調查工作平臺，持續進行研究世代之追蹤訪查，並透過研究單位與行政單位協力，促成本項研究成果之政策參考應用。

其跨2010年至2011年辦理之第10次調查，訪查期間自2010年10月至2011年2月底。



Cherish Life Promote Health

回顧本計畫自研究世代建立至2010底，合計已累積近十年之長期追蹤資料，發表學術論文逾10篇以上，為加強研究資料之分析應用與促進兒童及青少年研究之國際合作交流，於2010年底邀集國內外兒童及青少年領域之學術研究及政策應用人員，共同召開「兒童及青少年長期追蹤調查研究成果」國際研討會，針對兒童及青少年長期追蹤調查研究之規劃執行，以及研究成果之政策意涵進行討論。

二、辦理兒童健康照顧需求調查

為建立臺灣兒童生長發育及健康狀況常模、收集及分析可預測成人健康的早期生物指標，以及探討社會環境對兒童健康和發展的影響，本局自民國92年起規劃辦理嬰幼兒健康照護需求長期追蹤調查研究（又稱「臺灣出生世代研究」），抽選2萬餘名樣本個案，自民國94年7月起，分別於樣本個案滿6個月、18個月及3歲大時進行追蹤訪查。

為延續0至3歲嬰幼兒之調查成果，故於2010年針對第1次基線調查（滿6個月）之完訪樣本，於其年滿5歲半時進行第四次追蹤訪問，調查計畫名稱配合樣本個案年齡調整為「兒童健康照護需求調查」，本次追蹤訪查持續進行至2011年8月完成。

因兒童年齡漸長，接觸層面日廣，影響健康之個人、家庭、生物理化及社會脈絡因素也益趨複雜，故本次追蹤訪查除持續針對兒童個人及家庭環境進行資料收集，亦將觀察重點擴及托育機構。隨觀察時間點不斷向後延伸，資料庫內容日趨豐富，將可據以評估新世紀臺灣兒童的健康變化，並深入探討社會環境對兒童及成人期健康的影響。

三、辦理青少年健康與吸菸行為調查

本局自2004年起，師法世界衛生組織（WHO）與美國疾病管制局（CDC）設計發展之「全球青少年吸菸行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS）」，規劃辦理我國青少年吸菸行為監測調查。另自2006年起，進一步參考美國疾病管制局之青少年危害健康行為調查（Youth Risk Behavior Survey, YRBS），及WHO主辦之全球青少年健康行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS）計畫，針對導致死亡、疾病、失能或社會問題之重要健康行為，進行監測調查，範圍涵蓋菸、酒、檳榔等物質使用及其他健康行為或生活型態等議題，建立國中及高中職、五專學生隔年輪換調查機制，持續監測我國青少年吸菸及其他健康行為現況與長期變化趨勢。

依本系列調查期程，2010年係以國中學生為抽樣調查對象，利用匿名自填問卷，至樣本班級集體施測，並於2010年6月辦理完成，吸菸行為調查共完訪2萬1,282案，完訪率為94.37%；健康行為調查共完訪5,881案，完訪率為94.73%。

四、辦理成人健康與吸菸行為調查

本局自2003年起，參考美國「健康行為危險因子監測系統（Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS）」、「國民健康訪問調查（National Health Interview Survey, NHIS）」以及全球成人吸菸行為調查（Global Adult Tobacco Survey, GATS）之菸品使用行為題組，並自2004年起於每年7~9月間辦理「成人吸菸行為（Adult Smoking Behavior Survey, ASBS）」電話訪問調查。範圍涵蓋全國及各縣市18歲以上民眾吸菸行為、二手菸暴露與自評健康狀況之現況、變化趨勢，並建立成人吸菸盛行率調查數據資料庫。

另自2007年起，亦參考美國「健康危害行為監測調查系統（BRFSS）」電話調查，規劃我國18歲以上國人健康危害行為之監測調查，以監測國人重要疾病與健康危害行為盛行率之基線資料，以及預防保健服務利用情形。範圍涵蓋慢性病（糖尿病與代謝症候群、高血壓、腎臟病）、菸、檳榔、癌症篩檢及其他健康行為或生活型態等議題。

依本系列調查期程，2010年係以全國（健康危害行為調查不含金門、連江）現住戶並設有電話，年滿18歲以上的民眾為母體，利用電腦輔助電話訪問系統（Computer Assisted Telephone Interviewing System, CATI）進行調查，並於2010年底辦理完成。成人吸菸行為成功訪問個案為1萬6,295案，合格受訪者之有效接通訪問成功率為71.91%；健康危害行為成功訪問個案為1萬6,280案，合格受訪者之接通訪問成功率為65.15%，接通率為80.18%。

五、「健康指標互動式網路線上查詢系統」推廣應用

本局自2004年起運用資訊科技及網路技術，開發以網頁為基礎（web-based）之國民健康指標互動式查詢網站（網址為<http://olap.bhp.doh.gov.tw/>），其目的在快速提供衛生保健單位所需參考數據，並藉由本項服務，滿足衛生保健人員、一般民眾以及媒體工作人員，對國民健康局辦理各項健康監測調查及出生通報指標數據之查詢需求。

本網站於2007年辦理第1次擴充與改版，針對後端管理功能予以強化，建立彈性擴充資料庫與各類指標之機制，以及提供健康指標跨年度比較與地圖查詢功能後，續於2009年辦理第2次擴充與改版，改版內容包括雙語化服務介面之建置、加強使用者友善服務之設計，改善地圖查詢功能並配合辦理網站宣導推廣活動等。截至2010年底之開放查詢項目，計有「國民健康調查」、「國中學生健康行為調查」、「高中、高職、五專學生健康行為調查」、「國中學生吸菸行為調查」、「高中、高職、五專學生吸菸行為調查」、「成人吸菸行為調查」、「健康行為危險因子監測系統」、「中老年身心社會健康調查」等8項健康調查，以及「出生通報」資料，總計提供450餘項健康指標，平均每年使用人次逾萬人。

Cherish Life Promote Health

為持續提升網站資料可用性及使用者友善服務，業於2010年底完成第3次擴充與改版之委外，其重點在於強化網站整體視覺效果、建立多元化指標分類查詢路徑、提供個人化資料查詢服務等，藉以提昇網站服務品質與使用率，此外，亦已規劃於次一年度，進一步開放「家庭與生育調查」之指標查詢。

六、調查研究資料庫應用

本局針對非傳染性疾病所辦理之各項健康監測調查，其目的在提供政策擬訂、施政效果評估及業務推動所需參考資訊。為增加監測調查資料之政策參採應用，除針對各監測調查編印及出版調查結果報告，亦依據業務需要進行專題研究分析，並多方參與研討會或期刊論文發表，

表7-1 歷年重要監測調查項目一覽表

調查系列	● 橫斷調查 (cross-sectional survey) → 長期追蹤調查 (longitudinal survey)													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
【社區面訪調查】														
國民健康訪問調查	●	●			●				●					●
中老年人身心社會健康調查			→				→				→			
家庭與生育調查			●	●				●				●		
兒童及青少年行為發展研究							→	→	→	→	→	→	→	→
兒童健康照護需求調查					→	→	→	→		→	→	→		→
【學生自填問卷調查】														
國中青少年吸菸行為調查				●		●		●		●	●	●	●	●
高中職青少年吸菸行為調查					●		●		●		●	●	●	●
國中青少年健康行為調查						●		●		●		●		●
高中職青少年健康行為調查							●		●		●		●	
【電話訪問調查】														
成人吸菸行為調查			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
健康危害行為監測調查							●	●	●	●	●	●	●	●
衛生保健議題調查			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

另配合健康促進業務推動需要，提供新聞發布或民眾衛教宣導所需調查結果，2010年共計提供14則新聞稿發布所需數據，此外，亦藉由健康指標互動查詢網站，開放監測調查資料之線上即時分析，迅速提供各界所需監測調查資料之描述性統計分析結果。

為發揮資源共享與促進調查資料加值應用，則開放各系列健康監測調查原始資料庫之使用申請，項目包括中老年身心社會健康調查、家庭與生育調查、青少年健康行為調查及臺灣地區高血糖、高血脂、高血壓盛行率調查等，2010年共審核通過82件申請案件，核定通過資料使用申請之研究主題，均已陸續公告於本局網站。此外，並與國家衛生研究院及食品藥物管理局合作，透過國家衛生研究院之網路平臺，開放歷年國民健康訪問調查原始資料之使用申請。期藉由國內外學者及研究單位就其專長領域深入分析與相關學術論文發表，增加監測調查資料庫之整體利用價值。

第四節 國際合作

現況

健康的國民是國家富強的重要基礎，歷經全球經濟衰退的低潮，國際衛生事務的推動更是刻不容緩。於多年努力之後，我國終於在2009年5月以觀察員身份受邀參加世界衛生大會（World Health Assembly, WHA），並於隔年（2010）亦受邀參與第63屆大會。本局配合世界衛生趨勢，推展多樣性的國際衛生合作模式，並參考國際準則，與時俱進，推動各項健康促進工作。

政策與成果

本局積極參與國際合作交流，並與美國疾病管制局、美國喬治城大學暨普林斯頓大學等單位合作，就重要衛生議題展開跨國計畫；安排越南衛生部家庭計畫人口總局至我國政府及民間機構考察及研習，延續臺越人口、家庭及兒童照護合作交流計畫；舉辦並參與重要國際會議，為臺灣發聲，並與世界各國分享我國健康促進實務經驗；接待國際友人，交流國際經驗，展現我國健康促進成果，重要成果包括：

一、生育與成長

第138屆美國公共衛生學會（APHA）於2010年11月6日至10日在美國科羅拉多州舉行，會議主題為「社會公義－公共衛生之重責要務」，本局以海報發表「Contraceptive use after unplanned pregnancy terminated by induced abortion: An observation from a recent fertility survey in Taiwan（人工流產終止非計畫懷孕之婦女，其後續避孕情形及相關因素分析）」研究報告。此



Cherish Life Promote Health

外，參與2010年10月12日至14日在義大利佛羅倫斯舉辦之WHO技術性會議：「第六屆愛嬰醫院倡議協調員會議」，於會中報告本局母嬰親善醫院推動經驗、宣揚我國政府支持母乳哺育成果，並爭取邀請WHO官員至我國辦理專業人員訓練。

二、菸害防制

2010年除持續與美國疾病管制局進行國人吸菸行為調查外，並積極爭取舉辦國際會議，分享推動菸害防制工作經驗與促進國際交流互動，並持續透過非政府組織，參與開發中國家推動菸害防制工作。重要成果如下：

- (一) 東亞國家菸害防制合作計畫：透過國內民間團體於柬埔寨及蒙古與國際菸害防制相關組織進行技術交流及建立溝通網絡，協助推動菸害防制法相關工作。
- (二) 與國際抗癌聯盟（UICC）之菸害防制網（GLOBALink）建立合作關係並取得授權，協助將其國際菸害知識與訊息定期翻譯成中文，將我國菸害防制經驗與進展，以英文摘要方式上傳至該網站，並提供相關國際會議／訓練課程訊息，亦提供菸害防制議題的諮詢與協助。
- (三) 參加2010歐盟執委會國家專家專業訓練（NEPTS）、參訪英國衛生部菸害防制政策及健康影響評估相關部門。
- (四) 參加「亞太拒菸協會2010年菸害防制與健康國際研討會」、「世界衛生組織菸草控制框架公約」（FCTC）第四次締約方會議、「2010年戒菸服務國際研討會」。
- (五) 辦理「2010亞太戒菸工作坊」、「2010菸草控制框架公約國際研討會：FCFC回顧與前瞻」等國際研討會，與各國分享臺灣菸害防制經驗。

三、健康城市、安全社區及安全學校

本局邀請專家學者參與2010年11月15日至17日世界衛生組織衛生發展中心（WHO Centre for Health Development）於日本神戶舉辦之「Global Forum on Urbanization and Health（都市化與健康之全球論壇）」，以掌握世界衛生組織在相關議題的關注內容，與國際人士交流分享臺灣健康城市推動經驗。並於2010年5月8日至9日在臺灣舉辦「2010臺灣健康城市研討會」，邀請韓國及澳洲學者與國內專家交流互動，除向國際展現國內推動成果外，亦讓各縣市健康城市推動者彼此學習觀摩，以提高民眾對營造健康支持性環境的意識與參與。

2009年我國「臺灣事故傷害預防與安全促進學會」成為WHO社區安全推廣協進中心（The WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, WHO CCCSP）附屬安全社區支援中心，可向國內外推廣安全社區的理念，輔導國內外社區發展成為符合6大準則的國際安全社區，

至2010年底，計有18個社區成爲國際安全社區網絡的成員，及27所學校成爲國際安全學校網絡成員。

四、健康促進醫院與環境永續發展

本局邱局長於2010年4月14日至16日參與「第18屆健康促進醫院國際研討會（18th WHO International Health Promoting Hospitals Conference）」，並獲推舉擔任健康促進醫院國際網絡之副主席，除在會員大會中報告2009年臺灣主辦「WHO健康促進醫院冬季研習營」的成果及行銷2012年第20屆國際研討會將在臺灣舉行外，並提案獲通過成立爲期4年的「Task Force on HPH and Environment」，此爲世界衛生組織總部向此國際網絡秘書處提出之合作構想，特交臺灣推動，並由本局邱局長擔任此任務小組召集人。

本局亦積極參與及舉辦健康促進醫院相關國際活動，如參與在英國辦理「2010年WHO健康促進醫院夏季研習營」及韓國舉行之「2010年WHO健康促進醫院秋季研習營」等會議，並於2010年10月22日至23日在我國舉辦「健康照護與環境友善國際研討會」，帶領醫界宣誓「減碳救地球，醫界作先鋒」，以期健康照護機構也能成爲環境保護者，更鼓勵醫院參與WHO-HPH認證。

國際健康促進與教育聯盟於2010年7月11日至16日在瑞士日內瓦舉辦第20屆世界健康促進研討會（IUHPE World Conference on Health Promotion），主題爲「Health and sustainable development（健康促進與永續發展）」，本局除發表菸害防制與慢性腎病等主題之海報論文3篇外，並與大會主席就非傳染性疾病防治、澳洲健康促進醫院、綠色健康照護及參與健康促進醫院國際網絡等議題交換意見，亦於研討會過程與來自英、美、加、歐盟、澳、紐、瑞士、香港等地之專家與官員之進行交流。

五、健康老化

加斯坦歐洲衛生論壇爲歐洲具有影響力之會議，2010年10月6日至9日於奧地利加斯坦舉行第13屆大會，主題爲「Health in Europe - Ready for the Future?」，本署協同辦理一場平行論壇：

「Healthy Ageing- Demographic change and the future of health」，本局邱局長以「Demographic change and health – what we can learn from Asia」、 「Health Promotion in the Elderly – an Asian Perspective」爲主題發表2篇演講；本次研討會除分享我國健康老化相關施政成果，亦藉由會中集結世界各地衛生醫療體系高階衛生官員及重要專家學者的實務經驗，作爲我國面對未來人口老化議題之施政方向及參考。

爲使國內健康照護部門了解營造高齡友善健康照護環境與服務的重要性，本局於2010年8月28日至29日辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，邀請加拿大、日本、英國、新加坡等國

Cherish Life Promote Health

際高齡友善健康照護專家學者，與國內醫務管理、健康照護、衛生行政專家及實務工作者分享國際經驗。

因應人口高齡化對經濟、醫療、家庭及社會可能產生之衝擊，以提供政府相關單位擬定老人衛生服務與社會福利等相關計畫之參考依據，本局與美國喬治城大學暨普林斯頓大學共同辦理「老人健康之社會因素與生物指標研究」(Social Environment and Biomarkers of Aging Study; SEBAS)，蒐集臺灣地區中老人族群之健康與安適狀態相關資料，藉以探討臺灣地區老年人之生活壓力、社會環境以及健康狀況，並深入了解臺灣地區中老年人健康之影響因素。

六、臺越人口與家庭計畫交流合作

越南衛生部家庭計畫人口總局 (General Office for Population & Family Planning, Ministry of Health, S.R. Vietnam, GOPFP) 為延續臺越雙方長達12年有關人口、家庭及兒童照護合作交流計畫，於2010年12月7日至16日由該局局長率領中高階主管來臺考察，分享與交流國際經驗。

七、接待國際友人

- (一) 2010年4月7日外交部安排美國國會聯邦眾議員資深立法助理Ms. Sarah Beatty與多名參眾議員之專業幕僚、顧問、助理等11位人士拜會本局，本局與該訪問團分享我國制訂菸害防制法過程，以及推動健康促進法、國民營養法立法之努力。
- (二) 2010年5月14日美國政府衛生官員與專家學者來衛生署訪問，本局配合接待美國副醫療衛生總長Dr. James Galloway、維吉尼亞州衛生署長Dr. Karen Remley、德州衛生署長Dr. David Lakey、猶他州衛生署長Dr. David Sundwall等7位衛生官員，並就本局健康促進業務進行簡報。
- (三) 2010年5月26日美國杜蘭大學教育傳播系主任陳紫郎教授，率亞洲大學及美國杜蘭大學研究生來訪，本局除向該團隊介紹本局業務外，亦與青年學生交流參訪心得。
- (四) 2010年8月11日美國東西文化中心華盛頓地區客座研究員Dr. Michael Sutton訪問本局，特針對婦幼衛生、生育保健等議題與本局交換意見，以期相互學習、成長。
- (五) 2010年12月14日衛生署特安排世界知名的美國三角研究院 (Research Triangle Institute, RTI) 學者Dr. Matthew Farrelly等3人拜會本局，除介紹RTI對菸害防制執行的各項調查，以及菸害對經濟影響的相關研究外，本局亦分享我國相關健康監測調查系統，期能與RTI同步執行國際調查及技術發展，以提昇數據參採應用，發展有效的菸害防制策略。

Cherish Life Promote Health

附錄 大事紀



時間	大事紀摘要
1月1日	為擴大辦理癌症篩檢服務，將大腸癌、口腔癌和40~44歲具乳癌家族史婦女乳房攝影檢查納入預防保健服務項目。
1月12日	設定2010年為「戒菸行動年」，推動「戒菸共同照護網」由專業人員幫助吸菸者及早戒菸。
1月21日	本局所提之「公共場所母乳哺育條例」草案，1月21日經行政院院會通過，函請立法院審議。本案獲得各界及婦女團體之支持，並於標準中敘明「哺集乳室除專供哺集乳外，不得作為其他用途」。
1月19日	公告「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務補助方案」及「補助經濟弱勢新生兒聽力篩檢服務方案」，並自1月19日起實施。
2月5日	配合2月4日世界癌症日，假衛生署公關室召開「96年國人癌症發生資料」記者會。
3月1日	公告本局辦理之門診戒菸治療服務計畫，自4月1日起將「輔寧持續性藥效錠150毫克」藥品納入補助範圍。
3月18-19日	本局假彰化縣舉辦99年度全國保健會議。
3月22日	第1次癌症防治政策委員會。
3月30日	召開「第5次中央癌症防治會報」，結論由衛生署邀集請內政部、教育部與農委會共同訂定兒童青少年檳榔健康危害防制計畫。
4月7日	響應世界衛生日於4月7日，當日舉辦「2010世界健康日千人來跳舞」活動。
4月14-16日	邱淑媿局長於英國曼徹斯特舉行之「健康促進醫院國際研考會暨網絡會員大會及監理委員會」，榮任國際網絡副主席，於大會中提案申請成立「Task Force on HPH and Environment」，獲大會通過，並於研討會期間圓滿舉辦「HPH & Environment Symposium」，及與「Task Force」成員討論未來四年工作重點及工作分配。
4月14-16日	舉辦「亞太戒菸專線工作坊」，邀請美國國家癌症研究所、加州戒菸專線、歐洲戒菸專線聯盟、紐西蘭、韓國、泰國、印度、香港、大陸及國內等專家學者計74人，會中分享各國戒菸專線之經驗，建立亞太地區戒菸專線服務之網絡，透過網際網路平臺分享各國最新資訊與互動交流。
5月8-9日	假成功大學辦理「2010臺灣健康城市研討會」，邀請韓國首爾大學榮譽教授Prof. Ok Ryun Moon及澳洲弗林德斯大學Prof. Fran Baum，就「韓國推動健康城市經驗」、「健康城市、社會決定因子與公平：CSDH的教訓與澳洲經驗」進行經驗分享。

時間	大事紀摘要
5月17-21日	邱淑媿局長擔任我國代表團成員，出席於瑞士日內瓦舉行「第63屆世界衛生大會」(WHA)，並針對「Infant and young child nutrition」、「Prevention and control of noncommunicable diseases」及「Strategies to reduce the harmful use of alcohol」等主題代表發言。
5月26日	辦理「2010 Quit & Win 戒菸就贏」活動，報名人數近25,405人，得獎者為蘭嶼達悟族現年86歲的周龍發先生，周先生在家人愛的支持及上帝的見證下，徹底戒菸、也戒檳榔成功。另39處監所2,079餘位收容人也首度參加活動。
6月11-12日	委託台大法律學院辦理「2010菸草控制框架公約國際研討會:FCFC回顧與前瞻」，邀請日本、韓國、馬來西亞、菲律賓、美國、澳洲、泰國及本國專家學者計17位進行經驗分享，總計58人與會。
6月20日	假臺大兒童醫院辦理「癌症資源單一窗口研討會」，邀請美國癌症協會與美國Tacoma General Hospital專家以及國內專家和醫院專題演講。
6月25日	為分享本局科技計畫研究成果，及使各界了解本局科技研究之成效與政策之規劃、運用，假交通部集思國際會議中心辦理「97~98年度健康促進科技研究成果研討會」，會中就婦幼健康、中老年疾病防治、菸害防制、社區健康及癌症防治等5項議題，進行12篇科技研究計畫成果發表與討論，並邀請衛生署相關單位、縣市衛生局、各大專學院公共衛生相關系所人員以及相關專家學者與會。
7月1日	現行成人預防保健服務提供40~64歲每3年補助1次，65歲以上每年補助1次。為關注原住民健康，儘早發現疾病，早期治療，於99年7月1日起增加55歲以上原住民每年補助1次成人預防保健服務。
7月2日	第2次癌症防治政策委員會。
7月21~22日	假臺大醫院國際會議中心舉辦國內首次代孕生殖研討會：邀請美國、英國、日本及國內專家學者分享各國代孕生殖之實施情形、經驗及研究成果，藉由探討各國代孕生殖經驗，以期完備我國代孕生殖法草案。
8月14、21日	本年度補助醫院辦理「癌症醫療品質提升計畫」，於8月14日上午召開「醫院搶救生命大作戰—篩檢效率王及生命搶救王出爐」記者會，說明醫院推動癌症篩檢現況及表揚癌症篩檢績優醫院。並於同月14日及21日假署立雙和醫院舉辦癌症篩檢標竿學習研討會，以促進院際間經驗交流。
8月18日	召開第1次行政院衛生署菸害防制策進會委員會
8月28-29日	假臺北榮民總醫院辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，邀請加拿大、新加坡、日本及英國4位國際高齡友善健康照護專家與會演講。

Cherish Life Promote Health

時間	大事紀摘要
9月7-8日	辦理「2010年戒菸服務國際研討會」，邀請世界醫學會、英國、日本、紐西蘭、德國等國外專家代表及國內各場域之醫師、護理人員、藥師及實際從事戒菸服務者約200餘人參與，會中分享醫師在推動戒菸所扮演之角色、如何結合醫療專業人員一同推動戒菸、戒菸服務經驗、及透過組織改造達到無菸健康照護場域等。
9月11日	假財團法人佛教慈濟綜合醫院臺北分院舉辦「醫院癌症醫療品質提升計畫」癌症診療標竿學習研討會，提供醫院癌症診療經驗分享，包含核心測量指標、多專科團隊、化療放療安全管控、營養照顧、各項品質管理、癌登資料庫運用等相關議題。
9月17日	辦理「全國菸害防制策略研討會」，邀請國內衛生、法律、傳播、民間團體、中央及地方行政人員等相關領域專家學者計52人與會，透過實證資料檢視國內現況、提出評析及分享國際趨勢，並對未來國內之菸害防制政策略提供建言。
9月24-25日	本局與臺灣健康城市聯盟共同辦理「2010健康城市全國工作坊暨第2屆臺灣健康城市獎項評選頒獎典禮」。邱局長淑媿頒發恭賀狀予今年獲准加入西太平洋健康城市聯盟會員之3縣市及6地區。
9月27日	召開99年第3次癌症防治政策委員會。
10月4日	訂定菸害防制法第九條第九款「促銷菸品或為菸品廣告之禁止方式」並自即日起生效。
10月22、23日	行政院梁政務委員啓源與衛生署楊署長志良於10月23日蒞臨「健康照護與環境友善國際研討會」致詞，帶領醫界宣誓「減碳救地球，醫界作先鋒」，預計至2020年，將較2007年減少碳排放量13%（164,648公噸），相當於幫助臺灣種植了445座大安森林公園或為地球種植了34座紐約中央公園。國內計有128家醫院願意參與宣誓節能減碳活動，推動營造環境友善醫院。
11月4日	重新公告「『菸品資料申報辦法』之申報方式及格式事宜」，修正行政院衛生署2009年3月18日公告之菸品資料申報格式。菸品製造或輸入業者並自12月1日起，應依據公告之表格，辦理菸品資料申報作業。
11月12日	立法院三讀通過「罕見疾病防治及藥物法」第6條及第33條條文修正案。
11月24日	為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，經總統公布施行「公共場所母乳哺育條例」。

時間	大事紀摘要
11月24日	假臺大校友會館辦理「99年人類乳突病毒檢測服務成果觀摩會」，邀請表現良好衛生局進行經驗交流與頒獎。
11月26-27日	本局與中央研究院社會學研究所、國家衛生研究院以及臺大公衛學院於11月26至27日辦理「2010兒童及青少年長期調查之研究成果國際研討會」，參加人數共計163人，包括應邀與會之美國CDC 學生健康調查（Global School-based students Health Survey, GSHS），及WHO歐洲分部學童健康行為調查（Health Behaviour in School-aged Children, HBSC）研究人員等。
11月29日	核釋：「人行地下道」為菸害防制法第十五條第一項第十三款規定「其他供公共使用之室內場所，應予全面禁止吸菸，並自即日起生效」
12月2日	發布施行人工生殖機構許可辦法第9條修正條文。
12月6日	本局提報之「國家癌症防治五年計畫」，榮獲行政院永續會「國家永續發展獎」行動計畫執行績優獎，於12月6日上午由行政院吳院長授獎予本局。
12月7-16日	越南衛生部家庭計畫人口總局（General Office for Population-Family Planning, MOH, Vietnam，簡稱GOPFP）楊國重局長率中央及地方機關12位中高階主管來臺考察人口與發展政策、生育健康照護及家庭計畫服務及老人健康照護服務議題。
12月25日	辦理全國婦女國是會議「健康、醫療與照護」中央部會會前座談會，主要針對性別平等專責機制、健康素養、工作與健康及健康老化與照顧等議題，與各方代表進行座談對話，並提供議題策略建議。
12月28日	召開第2次行政院衛生署菸害防制策進會委員會
12月27-31日	為提昇本局調查研究相關人員專業知能，於12月27日至31日辦理「發展軌跡模型（Group-based Developmental Trajectory Modeling）研究分析方法工作坊」，邀請英國Imperial大學任敏華博士來局指導，此研究法運用貫時性資料（longitudinal data），檢視所欲探討之行為發展項目或健康危險因子等多次測量結果，在不同特性群組別之間，隨年齡或時間發展之軌跡，為近年生命週期流行病學常用之方法。
12月31日	第4次癌症防治政策委員會。



Cherish Life Promote Health

刊 名 國民健康局年報
出版機關 行政院衛生署國民健康局
發行人 邱淑媿
地 址 24250新北市新莊區長青街2號
網 址 <http://www.bhp.doh.gov.tw/>
電 話 (02) 29978616

編 者 行政院衛生署國民健康局
設計印刷 日創社文化事業有限公司
出版年月 100年10月
創刊年月 96年10月
刊期頻率 年刊
其他類型版本說明 本書同時登載於國民健康局網站，網址為<http://www.bhp.doh.gov.tw/>
定 價 新臺幣230元

展 售 處 國家書店 | 10485臺北市松江路209號1樓 | (02) 25180207
網址為<http://www.govbooks.com.tw>
臺中五南文化廣場 | 40042臺中市區中山路6號 | (04) 22260330
網址為<http://www.wunanbooks.com.tw>

GPN:2009602807

ISSN:1999—6004

著作財產權人：行政院衛生署國民健康局

本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人行政院衛生署國民健康局同意或書面授權。

請洽行政院衛生署國民健康局（電話：02-29978616）

珍愛生命



傳播健康



ISSN 1999-6004



9 771999 600007

GPN: 2009602807
定價：新臺幣 230 元