

Cherish Life
Promote Health

2006 國民健康局年報

2006 國民健康局年報

行政院衛生署國民健康局編印
中華民國九十六年十月



珍愛生命 傳播健康

GPN:2009602807
定價 \$ 182元



行政院衛生署國民健康局 編印
中華民國九十六年十月

珍愛生命
傳播健康



目錄



4 局長序



6 第一章 前言

12 第二章 健康的出生與成長

- 13 第一節 嬰幼兒、兒童與青少年健康
- 21 第二節 政策與計畫
- 24 第三節 施政成果



34 第三章 健康的老化

- 35 第一節 中老年健康促進與癌症防治
- 39 第二節 政策與計畫
- 41 第三節 施政成果



49 第四章 健康的社區與生活

- 50 第一節 健康生活社區化
- 54 第二節 職場健康促進與健康風險
- 58 第三節 衛生教育與宣導
- 64 第四節 菸害防制



72 第五章 健康的平等

- 73 第一節 婦女健康
- 78 第二節 弱勢族群健康



85 第六章 健康促進的基礎建設

- 86 第一節 預防保健
- 86 第二節 健康指標與監測系統
- 91 第三節 健康資訊網
- 95 第四節 國際合作及交流



Cherish Life

100 附錄 國民健康局歷年大事紀

Promote
Health



局長序

「健康促進」是世界衛生組織 (WHO) 在1978年提出「Health for All」的目標後，最重要的一項工作。它的內涵從1986年渥太華憲章揭示以來，不斷與時精進。特別是在WTO成立後，帶來全球化對公共衛生的衝擊，讓我們在推動健康促進的過程中，必須特別重視追求健康的平等性；換句話說，在城鄉、貧富、弱勢族群之間，縮小健康的差距。由於健康議題很廣泛，在資源有限的情況下，優先順序的訂定更加重要。除了參酌WHO議題以便與國際接軌外，還需要本土實證基礎資料做為決策的依據，這是衛生署乃至國民健康局規劃、制訂、與執行相關法令與計畫的方針。

WHO前任幹事長Dr. Bruntland，在2000年出版的 World Health Report 中，特別強調公共衛生的推動應結合現有的醫療與衛生體系，方能提升公共衛生工作的效率。在社區紮根與充權，把健康促進工作融入各個場域，包括職場、學校、軍隊與醫院等。呼應WHO推動健康平等的策略，健康局已經做了許多努力與突破。

本局成立迄今已滿六年，在歷任局長持續不斷的努力下，已奠定順利運作的基礎架構，「珍愛生命、傳播健康」是本局成立時所提出的願景。現任侯署長上任後，希望衛生署是民眾健康的提升者，更是民眾健康人生的教育者，這兩項工作與本局業務息息相關，更希望能成為生技產業的推動者與國際衛生的參與者。其實，從本局傳播健康的角度來看，近幾年來，民眾對健康的追求，帶來健康產業的蓬勃發展，養生也成為時尚的消費形態，不過本局也有責任提醒民眾：追求健康，在於一種生活觀念與態度；不需要特意花錢買健康，可以利用知識、身邊有用的資源，及善用時間的安排，經營健康，更能提昇生活品質。

Health for all

本局要做的是為國民建構一個健康生活的大環境，提供有用的知識與概念。同時也要提出：健康概念非但包含個人的，也是彼此互助；我們鼓勵學校、職場、社區，透過關心、提醒、互助、與更多志工的投入，把健康融入生活的節奏與目標，那麼，人人都可以成為「健康達人」。

國民健康局年報 (2006) 是國民健康局成立以來，首次將龐大的業務嘗試作彙整、編排，作一扼要說明，目標是達成介紹我國健康促進現況、政策執行與成果給全體國民及國外的友人。長遠而言，期待能夠展示本局的創立理念與宗旨，並呈現每年的階段性成果，期待同仁能夠秉持上述願景與目標攜手同心，共同為國民的健康努力，日新又新，止於至善。

國民健康局局長

蕭美玲

Health for all

中華民國96年10月



第一章 前言

沿革

「國民健康局」是衛生署透過機關組織重整，將原衛生署保健處、省衛生處公共衛生研究所、家庭計畫研究所以及婦幼衛生研究所，四機關單位整併成立（圖1-1），於民國90年7月12日成立，成為行政院配合精省作業最先完成組織再造的新機關，其成立不僅代表全國預防保健的事權統一，亦將使國民保健政策的推展更有效率，與達到政府組織再造的目的。



圖1-1國民健康局沿革圖

第一章 前言





組織編制

本局由局長綜理局務，下置副局長二人，主任秘書一人，以人類生命週期為基礎，輔以支持性環境與國人健康資料的建立，其下設有業務單位五組二中心，以及行政單位負責全方位健康促進政策規劃與執行（圖1-2），其任務為積極推動健康促進，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、各級醫療院所及結合民間團體力量，共同實踐政府的健康政策，為全民打造優質生活環境。

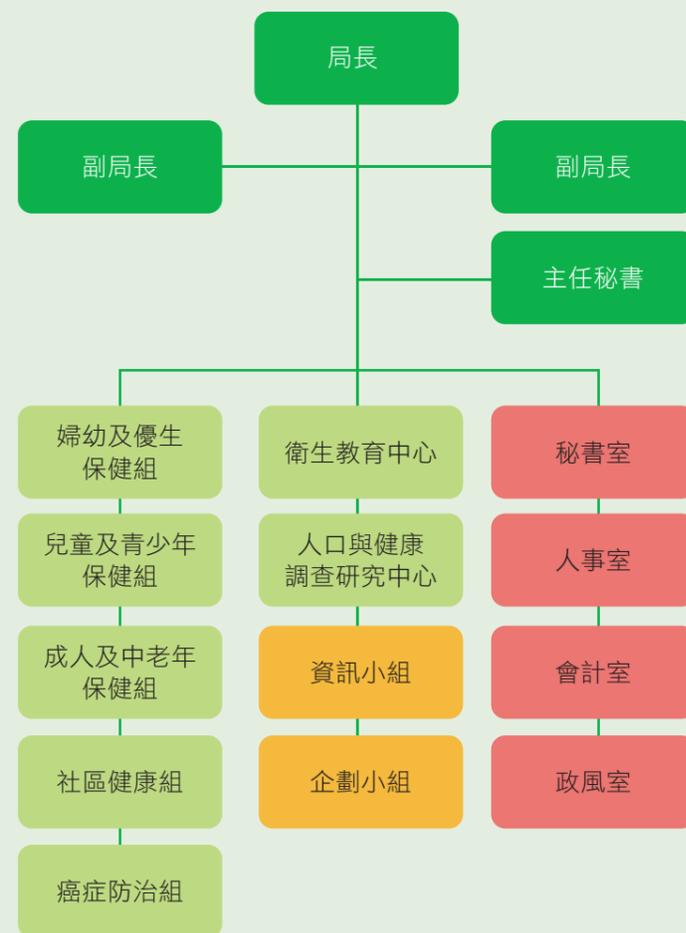


圖1-2國民健康局組織圖

健康促進願景與挑戰

我國正面臨高齡化及少子化的變遷，加上國人對健康促進及健康照護需求日殷，本局除持續推動健康調查及策略研究外，也針對婦女、兒童、青少年及老人或健康社區議題，辦理健康促進相關研究，且辦理國民健康調查及監測系統，收集政策制訂及業務推動所需的健康指標數據，以發現國民健康問題，提供衛生政策規劃及計畫評估的實證參考依據，據以研擬適合國情的健康促進推廣模式。以上皆本著科學方法，針對問題的核心，收集指標與文獻資料，找出已知危險因子，在既有的資源內，利用實證基礎行動與介入措施，評估問題與分析，作出優先選擇的決策。以推動衛生教育及國民健康生活型態，達到預防或減低疾病的發生，朝向「珍愛生命，傳播健康（Cherish Life and Promote Health）」理念的願景。

健康照護是衡量一個國家進步的重要指標，因為健康的國民是國家競爭力的重要資產，也是國家永續發展重要的推動力。為了因應未來健康上四大問題的挑戰—少子化與移民社會、人口高齡化社會、環境及生活型態多樣化、婦女健康及社會差距趨大等，本局之願景目標及策略如下（圖1-3）：

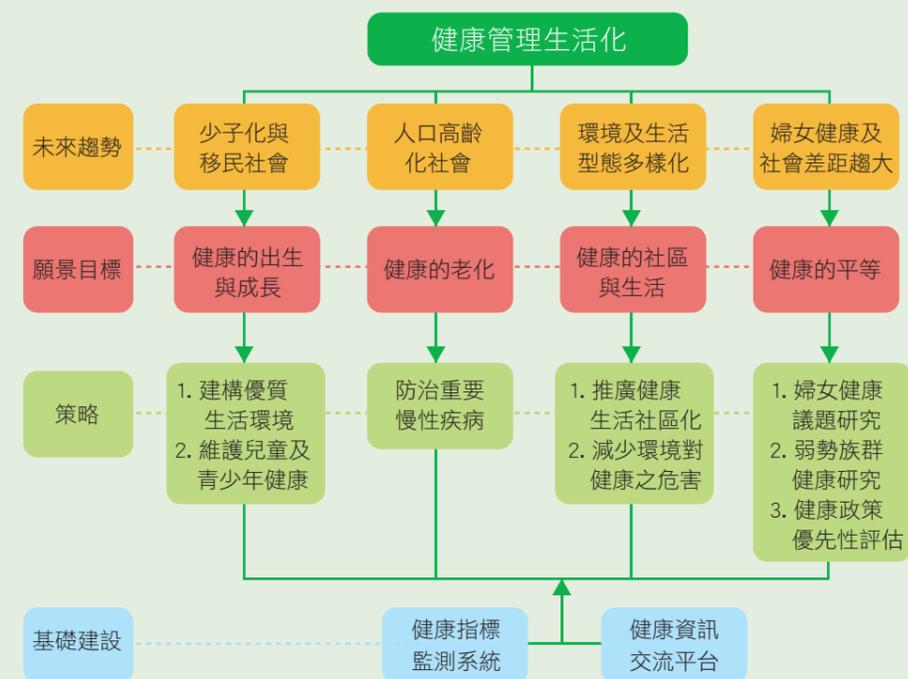


圖1-3 本局願景目標與行動策略



一、健康的出生與成長

- (一) 建構優質生活環境，營造親善生產環境，進行母乳哺育現況及相關研究等，以建立孕產婦及嬰幼兒社區服務網絡。
- (二) 維護兒童及青少年健康，辦理視力、口腔保健相關研究。

二、健康的老化

- (一) 重要慢性病防治研究，包括國人高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究、全國中風登錄網絡建立。
- (二) 辦理癌症防治相關研究，利用癌症診療資料分析國人癌症診療照護型態與其癌症各期別存活率分析，提升癌症資料申報品質。

三、健康的社區與生活

- (一) 推廣健康生活社區化，提昇衛生所服務品質，透過社區健康營造運作，解決社區健康問題。建構台灣健康社區、健康城市、安全社區與健康促進醫院網絡。
- (二) 減少健康風險，結合跨部會行政體系與專業領域，進行健康風險評估及協助地方政府建立環境危害健康事件處理方式及標準作業程序。
- (三) 規劃重大衛生議題之衛生教育及宣導溝通內容，作為制訂國家衛生政策決策之參考。
- (四) 辦理菸害防制，修訂相關法規，進行菸害監測與防制研究，加強拒菸宣導教育，提供多元化戒菸服務體系，以及人才培訓。

四、健康的平等

- (一) 健康政策優先性評估；婦女健康政策落實。
- (二) 增進弱勢族群健康。

五、健康促進的基礎建設

- (一) 預防保健服務自民國95年起由本局公務預算支付，監測預防保健服務之執行結果，以確保其服務品質及執行成效。
- (二) 利用健康指標監測系統，持續監測全人口及特定人口群（嬰幼兒、青少年、中老年及婦女等）健康狀況與變化趨勢，研發調查方法改進與資料品質技術提昇。
- (三) 建置健康資訊網作為資訊交流平台。
- (四) 國際合作事務與交流。



第二章 健康的出生與成長

第一節 嬰幼兒、兒童與青少年健康

聯合國兒童基金會提出的兒童人權宣言，強調「兒童生理及心理都未發展成熟，因此需要特別的保護、關心和法律的保障，他們有權利生活在一個充滿幸福、愛和理解的环境中」。世界衛生組織在2004年提出「每個孩子都有權利生活在一個健康安全、學校及社區，在健康支持性的環境中生活、學習及遊戲，以促使他們成長、發展及避免疾病發生」，因此如何讓我們的孩子能夠健康的出生與成長，是政府單位、家長及社會大眾所重視的。

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，使嬰幼兒、兒童與青少年健康問題更趨多元及複雜。如兒童發展遲緩、早產兒出生、兒童肥胖、兒童受虐、事故傷害、近視、齲齒、青少年吸菸、愛滋病感染藥物濫用、自殺、營養與未婚懷孕等問題，更是日趨嚴重。因此，如何促進嬰幼兒、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，是本局針對此群體施政規劃的藍圖。

新生兒死亡率及嬰兒死亡率，是評估國家或地區婦幼健康照護水準的重要指標之一。台灣新生兒死亡率從民國70年3.1%下降至95年2.7%，嬰兒死亡率亦從70年8.9%下降至95年4.6%（圖2-1）。新生兒與嬰兒皆以源於周產期病態為最主要死因，雖然新生兒及嬰兒死亡率有下降趨勢，但早產兒之發生率並無降低趨勢，自78年3.8%上升至95年為9.4%；低體重（出生體重低於2500公克）早產兒發生率從78年4.4%上升至95年8.2%。84年全民健保實施，將早產兒納入重大傷病對象，極低體重（出生體重低於1500公克）早產兒存活率，已由84年的60.0%上升至95年的82.9%。

第二章 健康的出生與成長



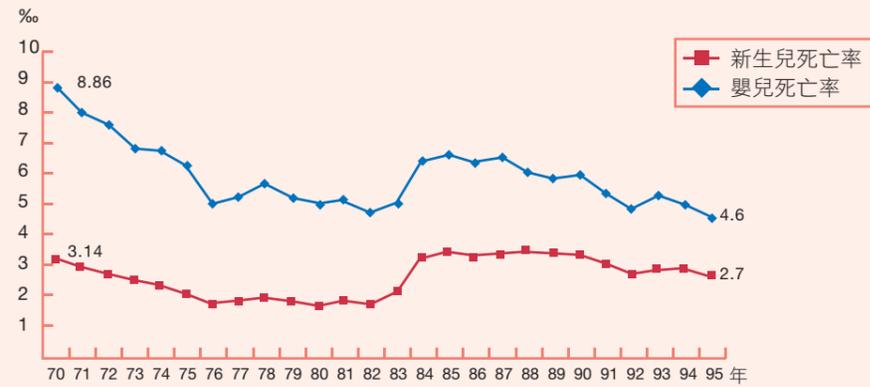


圖2-1 歷年新生兒及嬰兒死亡率
資料來源：衛生署統計室

兒童發展遲緩與低出生體重，或先天代謝異常疾病有關，但早期治療可減少造成長期障礙或智能遲緩。目前新生兒先天代謝異常疾病篩檢率達99%以上，但發展遲緩兒童通報人數偏低，民國95年0-6歲發展遲緩兒童12,688人，其中通報來源以醫療院所5,945人居首，其次為社會福利機構2,879人，通報年齡層以3-6歲最多占53.5%。另，新生兒之先天性兩側聽力障礙盛行率為3%，篩檢率僅約20%，而學齡前兒童聽力障礙發生率約為2%，篩檢率占出生數62.5%。聽障兒童除影響個人身心發展外，也造成社會成本及國家負擔增加，為提昇嬰幼兒及兒童發展，推動母乳哺育相關政策，產後一個月純哺餵母乳的比率從78年5.4%提升至93年33.2%，產後一個月總哺乳率從78年30.8%提升至93年54.2%。因此，對於促使嬰幼兒健康生長發展，除早期發現異常狀況早期矯治外，持續提供健全的健康照護系統也是非常重要的。

依據衛生署民國90-91年台灣國民營養健康狀況變遷調查結果發現，6-12歲兒童體重過重占15.0%；肥胖比率占12.0%。教育部於94學年度所做國民中小學學生健康狀況調查，發現6-12歲學生體重過重占15.0%，肥胖比率占10.3%（表2-1），因此兒童肥胖在台灣仍是相當重要的議題。

表2-1 台灣6-12歲學童過重及肥胖盛行率

年代	過重 ¹			肥胖 ²		
	總樣本 (%)	男 (%)	女 (%)	總樣本 (%)	男 (%)	女 (%)
民國90-91年 ³	15.0	15.5	14.4	12.0	14.7	9.1
93學年 ⁴	12.7	14.1	11.4	11.5	13.7	9.3
94學年 ⁴	15.0	15.9	14.0	10.3	10.9	9.7

附註：1. 過重：BMI >85th percentile
 2. 肥胖：BMI >95th percentile
 3. 資料來源：台灣國民營養健康狀況變遷調查
 4. 資料來源：國民中小學學生健康狀況調查（教育部）

依據民國95年十大死因統計資料顯示，事故傷害為5-14、15-24歲兩個年齡層死因第一位，依據90-95年前五大兒童死因統計顯示，事故傷害是1至14歲兒童死亡之頭號殺手（表2-2），且以0-4歲之死亡率較高（圖2-2），主要事故死因前五位分別為交通事故、淹死及溺水、火及火焰所致之事故、墜落及中毒（表2-3）。另94年國民健康調查資料發現，0-12歲兒童在過去一年中，有13.2%曾因事故而傷害就醫，其主要發生率依序為跌落、交通事故及燒燙傷（表2-4）。

表2-2 民國90-94年台灣1-14歲兒童主要死因（每十萬人口死亡率）

年別 (民國) / 序位	90	91	92	93	94	95
1	事故傷害 (10.08)	事故傷害 (7.86)	事故傷害 (8.79)	事故傷害 (6.94)	事故傷害 (6.89)	事故傷害 (6.46)
2	惡性腫瘤 (3.26)	惡性腫瘤 (3.10)	惡性腫瘤 (3.34)	惡性腫瘤 (3.55)	惡性腫瘤 (2.98)	惡性腫瘤 (3.32)
3	先天性畸形 (2.56)	先天性畸形 (2.76)	先天性畸形 (2.25)	先天性畸形 (2.25)	先天性畸形 (2.09)	先天性畸形 (1.62)
4	心臟疾病 (0.70)	心臟疾病 (0.57)	他殺 (0.63)	心臟疾病 (0.88)	心臟疾病 (0.66)	他殺 (0.75)
5	肺炎 (0.57)	肺炎 (0.57)	心臟疾病 (0.60)	肺炎 (0.66)	肺炎 (0.66)	心臟疾病 (0.55)

資料來源：衛生署統計室

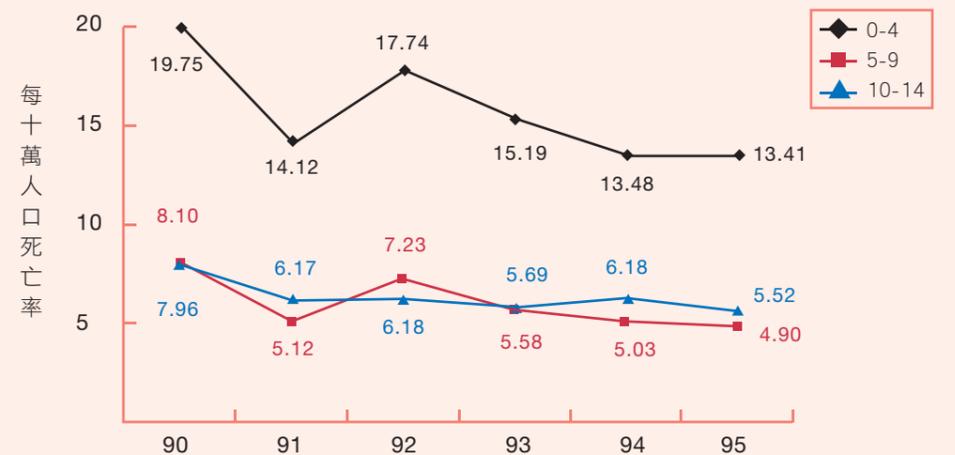


圖2-2 台灣0-14歲兒童歷年事故傷害死亡率
資料來源：衛生署統計室



表2-3 台灣15歲以下兒童主要事故死因

序位 年齡 (歲)	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
0-4	運輸事故	淹死及溺水	墜落	火及火焰所致之事故	中毒
5-9	運輸事故	淹死及溺水	火及火焰所致之事故	墜落	中毒
10-14	運輸事故	淹死及溺水	火及火焰所致之事故	墜落	中毒

資料來源：衛生署統計室

表2-4 民國94年台灣0-12歲兒童就醫之事故傷害盛行率-按類別分

類別	合計	
	n=3,675	%
跌落	286	7.8
交通事故	53	1.4
燒燙傷	39	1.1
扭傷、拉傷	18	0.5
被玩具、魚刺、食物等異物噎到	15	0.4
割傷	11	0.3
擦傷	9	0.2
夾傷	6	0.2
挫傷	6	0.2
被落物擊中	6	0.2
食物中毒	5	0.1
不小心吃錯藥	3	0.1
動物咬傷	2	0.1
化學藥劑灼傷	1	0.0
煙霧嗆傷	0	0.0
其他	26	0.7

資料來源：2005年國民健康訪問調查

近視是台灣兒童非常重要的一個健康問題，從民國75年至95年6-18歲學童近視（ $\geq -0.25D$ ，即25度）盛行率調查發現，國小一年級近視盛行率從75年的3.0%上升至95年19.6%；國小六年級從75年的27.5%上升至95年61.8%（表2-5）。國小六年級高度近視比例從75年0.7%，至95年上升至2.5%（表2-6），另與世界其他國家之比較，雖無法取得相同年齡及年度，但整體而言台灣兒童近視盛行率除新加坡外，都高於其他國家，且高度近視（ $\geq -6.0D$ ，即600度）盛行率比其他東南亞國家及歐美地區高，顯示台灣兒童近視不但發生早、隨著年齡增加，盛行率增高且高度近視比例也隨之增加，相關研究也顯示愈早近視變成高度近視的機會也愈大，因此，台灣兒童視力問題防治是急迫且值得關注的。

表2-5 民國75-95年台灣6至18歲近視（ $\geq -0.25D$ ，即25度）盛行率

年別 年級 (民國)	75年 (%)	79年 (%)	84年 (%)	89年 (%)	95年 (%)
國小一年級	3.0	6.5	12.8	20.4	19.6
國小六年級	27.5	35.2	55.8	60.6	61.8
國中三年級	61.6	74.0	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：台灣地區6-18歲屈光狀況之流行病學調查研究

表2-6 台灣6至18歲高度近視（ $\geq -6.0D$ ，即600度）盛行率

年別 年級 (民國)	75年 (%)	79年 (%)	84年 (%)	89年 (%)	95年 (%)
國小一年級	0.1	0.2	0.0	0.2	0.0
國小六年級	0.7	0.5	2.0	2.4	2.51
國中三年級	3.1	6.1	7.5	12.7	6.64
高中三年級	9.2	6.7	15.9	20.8	16.85

資料來源：台灣地區6-18歲屈光狀況之流行病學研究調查



本局民國94年對六歲以下兒童口腔健康狀況調查（表2-7），及95年對6-18歲兒童及青少年全國性調查顯示，均發現兒童齲齒率隨年齡增加而增加（表2-8），從調查結果來看，台灣兒童及青少年之齲齒盛行率，自90年至95年在各項公共衛生的政策推行下，雖有大幅降低趨勢，但12歲兒童恆牙齲蝕指數（Decayed, Missing, Filled Teeth Index；DMFT index）2.58顆（表2-9），距離世界衛生組織2010年時12歲兒童恆牙齲蝕指數小於2顆之口腔保健目標仍有一段距離，因此加強兒童口腔保健政策推動，是非常重要的。

表2-7 民國94年台灣6歲以下兒童口腔健康狀況

年齡	乳齒齲蝕指數 deft index (顆)	齲齒盛行率 (%)
1-2	0.23	7.25
2-3	1.37	40.12
3-4	3.18	58.11
4-5	4.98	72.59
5-6	5.58	73.65

資料來源：台灣地區6歲以下兒童口腔狀況調查（民國94年）

表2-8 民國95年台灣12~18歲口腔健康狀況

年齡別 (歲)	恆齒齲蝕指數 (DMFT index)	恆齒齲齒盛行率 (%)	治療率 (%)
12	2.58	37.30	60.01
13	3.78	55.17	52.17
14	4.23	55.92	54.12
15	4.52	54.89	57.80
16	4.72	60.77	51.94
17	5.14	65.77	50.69
18	4.86	64.20	50.79

資料來源：台灣地區6-18歲人口之口腔狀況調查（民國95年）

表2-9 民國70-95年台灣12歲兒童口腔健康狀況

年別 (民國)	恆齒齲蝕指數 (DMFT index)	盛行率	治療率
70年	3.76	85.1%	14.0%
79年	4.95	92.0%	12.0%
84年	4.22	85.0%	28.7%
89年	3.31	66.5%	54.3%
95年	2.58	37.3%	60.0%

資料來源：台灣地區6-18歲人口之口腔狀況調查（民國95年）





近年來學生性態度開放及未婚懷孕是台灣重要的青少年健康問題，民國84年及89年「台灣地區高中、高職及五專在校學生之性知識、性態度及危害健康行為與網路之使用」調查發現，台灣高中職及五專在校學生發生性行為，男性由10.4%增至13.9%，女性由6.7%增至10.4%，並有27%的男生與34%的女生發生性行為時沒有避孕。95年內政部人口統計台灣15-19歲青少年生育率為6.6‰，與89年為14.1‰已有明顯下降（圖2-3），但青少年尚無經濟基礎，身心未成熟，若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。

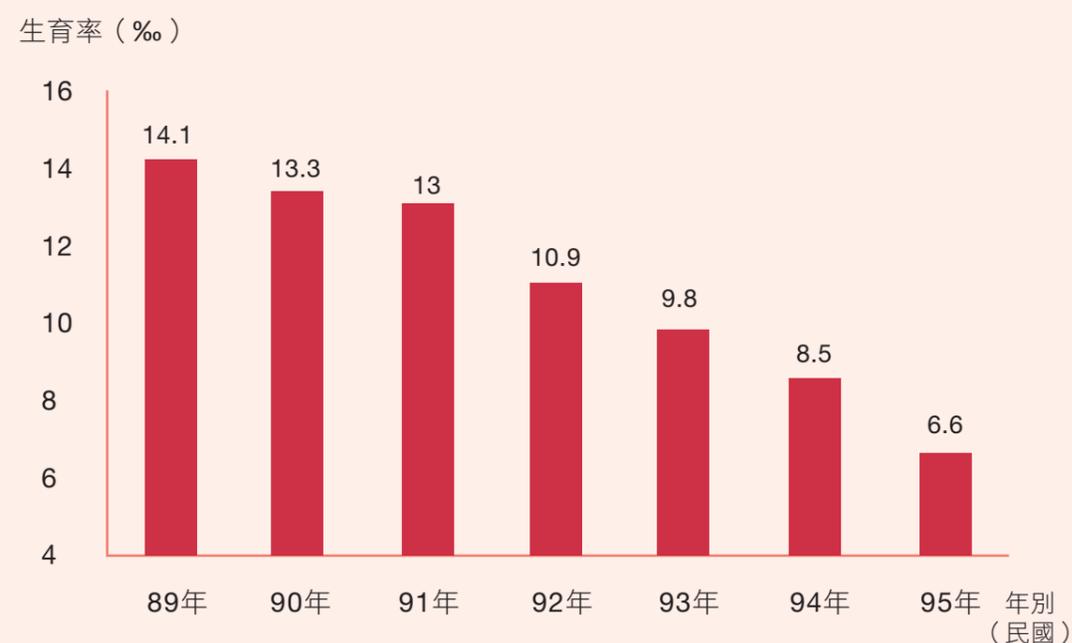


圖2-3 台灣15-19歲未成年女性生育率（民國89-95年）

資料來源：內政部人口統計

針對吸菸、物質濫用及心理健康問題方面，依據本局民國94年「高中職學生吸菸行為調查」，台灣16-18歲高中職學生吸菸率為14.0%，男性為21.7%、女性為7.8%，93年「國中生吸菸行為調查」指出國中青少年吸菸率達6.5%；93年「台灣地區在學國中、高中生藥物濫用之調查」發現，國中、高中生藥物濫用比率達1.6%；另針對青少年心理健康部分，自殺分別為5-14、15-24歲學童及青少年十大死因第八及第二位。

對於兒童及青少年複雜及層出不窮的健康問題，除針對特殊健康問題提出策略計畫外，事實上學生長時間在學校環境中生活、學習與遊憩，因此，以世界衛生組織所推動健康促進學校概念結合衛生、教育資源，營造學校師生共識，促進社區共同參與，建構健康安全的校園環境，是台灣推動兒童青少年健康促進重要策略。全球許多國家實施學校健康促進計畫後，都能有效減少健康問題、提升教育效率、促進公共衛生及社會經濟之發展。

第二節 政策與計畫

鑑於嬰幼兒、兒童與青少年健康問題的多元與複雜交錯，於政策規劃上除考量各群體特殊性，亦需整合資源、規劃健康政策、建構完整的保健服務系統、營造健康安全支持環境等不同的面向提出相關的計畫：

一、組織的整合

為促進兒童健康，推展兒童健康工作，成立衛生署兒童健康推展委員會，研議促進兒童健康之前瞻性政策方案，並協助政府相關單位與民間組織之溝通整合。

二、建構完整的保健服務

（一）兒童預防保健服務

補助各醫療院所辦理兒童預防保健服務，建立連續性健康管理與保健指導。

（二）新生兒篩檢服務

民國74年起全面推廣國內新生兒篩檢服務措施，86年後，每年篩檢率均高達99%以上。經確診為陽性個案者均進一步提供治療及遺傳諮詢，減低不必要之後遺症發生。

（三）兒童發展篩檢與疑似異常個案追蹤管理

民國92年起委由各縣市衛生局辦理「兒童發展篩檢與疑似異常個案追蹤管理計畫」，



並訂定篩檢目標數，95年兒童發展篩檢目標數訂為大於該縣市0-3歲兒童現住人口數之15%，以期早期發現、早期治療。

（四）極低體重早產兒完整性服務

結合醫療與公衛體系提供極低體重早產兒完整性服務，並於民國95-96年建立極低體重早產兒資料庫及出院後追蹤管理系統。

（五）母乳哺育

根據世界衛生組織及聯合國兒童基金會所制定「嬰兒親善醫院」的十大宣言，進行台灣「母嬰親善醫院」的認證作業，促使醫院及民眾重視並響應母乳哺育政策，以提升國內的母乳哺育率。

（六）嬰幼兒聽力保健

1. 建置新生兒聽力篩檢網站登錄及聽力篩檢資料庫系統進行聽損個案追蹤。
2. 成立南、北聽力保健資源中心，協助基層婦產科醫院介入新生兒聽力篩檢服務。
3. 建置學前兒童聽力語言障礙工作計畫模式，作為篩檢、預防及衛教之參考。
4. 推動學前兒童聽力篩檢服務。

（七）視力保健服務

1. 結合教育部及社政單位、醫療及民間團體共同推動學童視力保健防治工作。
2. 推動學齡前兒童斜弱視及視力篩檢服務，使斜視、弱視及近視兒童都能藉著早期發現，得到完善的矯治。
3. 建構學童視力醫療保健工作網：設置社區視力保健中心及服務網，提供斜弱視及視力異常個案諮詢、矯治等服務。
4. 辦理視力保健醫護人員研習會，增進專業新知，協助社區宣導正確用眼與防治近視。
5. 加強視力保健宣導及教材文宣製作：印製「兒童視覺問題診療工作指引」，「眼鏡猴子丁丁-愛眼親子手冊」、「斜弱視幼兒斜弱視篩檢—別讓寶寶的眼睛變懶了」、「操作電腦使用須知」、「我愛眼睛從小做起」、「愛你眼睛健康-護眼護照」等宣導資料，分送各衛生局所、醫療院所、幼稚園與托兒所。

（八）口腔保健

1. 兒童預防保健服務，提供未滿7歲兒童至少5次之口腔篩檢及衛教。另對5歲以下兒童，每半年一次免費牙齒塗氟服務，並進行效益評估分析。
2. 地方衛生局結合縣市牙醫師公會及轄區牙科醫療院所，辦理幼稚園大班學童口腔健康篩檢服務及衛生教育。
3. 全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫、辦理學校人員國小學童口腔保健研習班、培訓含氟漱口水種子醫師，到各級學校指導教師學生推動計畫。

（九）青少年保健

1. 青少年性教育計畫：辦理青少年性教育師資培訓、課程教學與活動，及建置性福e學園-青少年網站。
2. 補助醫療院所設立青少年保健諮詢服務，提供青少年醫療、轉介、諮詢、諮商與輔導等服務。
3. 推動青少年生育保健親善諮詢服務：發展友善、隱密及尊重的親善門診，提供避孕方法及諮詢、諮商、終止初期懷孕等服務。

三、建構健康支持性的環境

（一）推動事故傷害防制與安全促進

1. 結合產、官、學界並建立跨領域合作機制，成立事故傷害防制工作推動小組，推動幼托園所事故傷害防制、居家環境安全檢視及改善計畫；建立縣市別事故傷害死因統計資料。
2. 推動安全學校及安全社區計畫。
3. 建置鄉村型及城市型外籍配偶與子女安全照護模式。

（二）整合跨部會資源與教育部共同推動健康促進學校計畫

1. 學校以世界衛生組織所建議學校衛生政策、物質環境、社會環境、社區關係、個人健康技能與健康服務等六大範疇推動健康促進學校計畫，以建構健康安全校園，促進及維護校園教職員生的身心及社會健康。
2. 高中職以下學校推動健康促進學校計畫。
3. 建立健康促進學校支持系統，促使學校永續推動計畫。



第三節 施政成果

一、整合資源、規劃健康政策

於民國95年3月29日由李明亮教授擔任主任委員，邀集公共衛生、健康促進、遺傳醫學、小兒科、兒童少年受虐、兒童社會福利、教育及護理領域之專家成立委員會（圖2-4），分成「兒童身心發展組」、「兒童成長環境組」、「兒童保健醫療政策組」，並以兒童肥胖、兒童受虐、兒童健康帳戶三項議題為優先規劃推動之議題。

該委員會每3-4個月召開一次委員會議，並針對兒童肥胖、事故傷害、醫療支出等議題完成文獻探討及召開記者會，促使社會大眾對兒童健康議題之重視，及規劃研擬2020兒童健康政策白皮書。

二、建構完整的支持系統

（一）兒童預防保健服務

提供7歲以下兒童9次兒童預防保健服務，民國95年共有1,627,353人次接受兒童預防保健服務，占合格受檢人次之85.5%，95年兒童預防保健受檢人次較94年成長12.8%，整體受檢率較94年增加12.4%。



圖2-4 第一屆兒童健康推展委員會成立

（二）新生兒篩檢服務

民國95年篩檢204,554人（篩檢率為99.4%），發現葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症（俗稱蠶豆症）3,491人（占1.7%）、先天性甲狀腺功能低下症217人（占0.1%）、苯酮尿症12人、高胱胺酸尿症4人、半乳糖血症1人、先天性腎上腺增生症18人、楓糖漿尿症0人、中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症0人、戊二酸血症第一型4人、異戊酸血症2人、甲基丙二酸血症2人。

（三）兒童發展遲緩篩檢

民國95年總計篩檢320,852人次，疑似異常個案2,830人，通報轉介2,362人（圖2-5）。委託國立台灣大學辦理「兒童發展篩檢工具之信、效度與效益分析計畫」，研究兒童健康手冊內發展狀況題目及分析「台北市學前兒童發展檢核表」之信、效度與早期發現可能達到之效益。另委託彰化縣衛生局辦理「幼托園所3-4歲兒童發展篩檢與兒童預防保健服務整合篩檢模式試辦計畫」，以早期發現發展遲緩兒童，預期完成9,000人次兒童篩檢，並完成1場次醫療院所兒科醫師及3場次衛生所及幼托園所工作人員兒童團體遊戲篩檢訓練。



圖2-5 兒童發展篩檢海報

（四）建立極低體重早產兒資料庫及出院後追蹤管理系統

民國94-95年委託中華民國新生兒科醫學會建置全國極低體重早產兒資料庫及出院後照護服務網計畫，由衛生所公共衛生護士轉介，追蹤發展情形，本資料庫由醫院登錄出生體重400公克以上至1500公克活產早產兒，登錄項目包括醫療機構於住院期間出生狀況、照護方法、併發症、出院狀況等照護資料，及出院後由公衛護士收案管理之轉介資料。

（五）母乳哺育

為提升母乳哺育率，全面建置親善母乳哺餵環境，推動母嬰親善醫院認證，經由十個步驟的執行來改變醫院及產科機構，並終止產科病房及醫院免費或低價提供母乳代用品的作法，讓母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，給予每個新生命最好的開始，95年共有82家通過母嬰親善醫療院所認證；為提升各醫療院所參與認證之意願與準備，特別以母嬰親善認證輔導計畫加強協助有需求之醫療院所，以利達成母嬰親善醫院之目標。

為解決民眾母乳哺育相關問題，設置 0800-870870 諮詢專線，平均每個工作天接聽27.79通諮詢電話，母乳哺育網站，平均每月33,648人次點閱，並考量地區母乳哺育資源



利用的可近性，將社區支持網絡模式推廣至各縣市，協助社區培育母乳哺育志工及成立支持團體，提供正確資訊與支持；為使醫護專業人員能隨時得到新知，製作充電報一年四期，並於網站開闢專業園區，由專家學者群輪流負責回答相關專業問題，並提供醫護人員相關的支持。辦理母乳哺育推動相關人員共識營，包括評鑑委員、輔導委員、種子講師、衛生局所相關人員、民間推動團體及專家學者，共同研習新知、分享經驗及檢討改進策略等。為鼓勵持續哺餵母乳，建構友善的哺乳環境，除製作衛教宣導教材，並應用大眾傳播媒體，加強民眾宣導外，持續鼓勵並結合縣市衛生局輔導轄區職場設置哺集乳室；並將加強跨部會的合作，以建置友善職場哺乳環境。

（六）嬰幼兒聽力保健

1. 於本局網站—健康主題專區：設置「嬰幼兒聽力」網站，提供醫護相關人員及民眾相關資訊，宣導聽力保健知識。
2. 設置「嬰幼兒聽力保健免費諮詢專線」0800-800-832與0800-889-881，為孩子聽力把關。總計使用諮詢專線達15,186人次，平均每月諮詢量為1,318人次。諮詢年齡三歲（含）以下比率由免費專線設立前的46%提升至75%，對於縮短聽損兒療育時間有具體成效。
3. 推動學前兒童聽力篩檢，民國95年受檢兒童數總計154,214名，初篩未通過均予以轉介至醫院，複檢率為97.6%。確診異常者918名占初篩陽性者之21.6%。其中輕度聽障異常者為71.9%，中、重度聽障亦達異常的12.0%，分類不明者16.1%，顯示本介入計畫已達早期發現轉介之目的。
4. 經由南、北聽力保健資源中心推動後，計有12縣市40家醫院參與新生兒聽力篩檢服務，篩檢率占新生兒出生數之67.7%。

（七）視力保健

1. 成立視力保健諮詢委員會，研議及規劃視力保健政策。
2. 辦理25縣市學齡前兒童斜弱視及視力篩檢與轉介工作計畫，並加強早期發現陽性個案之轉介、就醫與追蹤管理。民國95年計篩檢265,699人，異常數26,925人，異常個案轉介追蹤率達99%。



圖2-6 結合服務網絡之眼科醫師，提供學幼童視力立體感之篩檢

3. 補助設置3家社區視力保健中心及11家服務網，除結合衛生行政及眼科醫療院所（圖2-6），建立視力保健服務網絡，亦提供異常個案之轉介、矯治及諮詢等服務。
4. 辦理社區防盲醫護人員培訓與研習會，提升照護兒童與老人之眼睛健康及篩檢品質。
5. 辦理縣市衛生局所工作人員兒童保健研習班，提昇地方基層衛生人員視力保健知能與篩檢技巧。
6. 響應世界衛生組織訂每年10月第2個星期四為世界視覺日活動，與眼科相關學會及民間公益團體辦理系列「愛你眼睛健康·全民護眼行動」，包含記者會、萬人護眼親山活動與眼科義診、護眼講座等系列宣導活動。

（八）口腔保健

1. 5歲以下兒童免費牙齒塗氟使用率自民國93年2.5%提升至95年9.0%。
2. 國小學童含氟漱口防齲計畫，共2,655所國小約180萬名學童參加，學童參與率達98.5%（圖2-7）。



圖2-7 牙醫師至小學指導學童使用含氟漱口水預防齲齒



（九）青少年保健

1. 青少年保健諮詢服務

透過地區醫院以上醫療院所，設置青少年保健諮詢服務，俾提供青少年可近之轉介、諮詢服務，及社區多元化的服務。民國95年提供服務37,526人次、學校演講795場次148,071人次、社區宣導299場次19,434人。

2. 青少年生育保健親善諮詢服務—「Teen's 幸福9號」（圖2-8）

民國95年有亞東紀念醫院、財團法人義大醫院、陳文龍婦產科、陳建銘婦產科等4家醫療院所，共提供359位青少年醫療或諮詢服務，其中181位接受醫療服務、178位接受諮詢服務。



圖 2-8 青少年生育保健親善門診諮詢服務

3. 性教育種子師資培訓與人員訓練

為增進民間團體社工、輔導員及托兒所幼教老師對性的正確知識，及提供輔導諮詢技能，辦理性教育種子師資培訓計113人參訓，種子師資返回單位推廣辦理研習計100場。另為增進各縣市衛生局所青少年性教育工作人員之工作知能，辦理「青少年性教育研習班」，參訓人員計44人。

4. 教材製作

製作「性教育教材、教具」-陰莖模型、媒體光碟片、保險套及戀愛卡，供健康促進學校及縣市衛生局所使用，製作「愛情先修班-青春四人行」教學影片，提供國高中職老師教學使用，並召開成果發表研討會計158人參與。

5. 教育宣導與未成年生育婦女避孕個案管理

辦理青少年性教育宣導活動計3,286場次，560,114人參加。全國未成年生育婦女管理個案避孕實行率達87.8%。

6. 性福e學園-青少年網站http://www.young.gov.tw/

含青少年、家長、教師等三個服務信箱，提供線上諮詢服務，民國95年上網瀏覽約48萬人次，回覆3,720人次。辦理「挑戰性福達人大大作戰」網路宣導活動，計3,000人次參加網路活動。

三、營造健康安全的支持性環境

（一）兒童事故傷害防制

1. 建置及推動促進幼童居家安全之教育介入計畫（圖2-9），共檢視11,431戶兒童居家環境及輔導協助環境之改善。
2. 建置鄉村型（苗栗縣）、城市型（新竹市）外籍配偶與子女安全照護模式及推廣。
3. 依據世界衛生組織國際安全學校認證標準，選擇四所試辦學校，建構本土性的安全學校推動模式。
4. 辦理台灣安全社區推廣網絡計畫，成立台灣安全社區推廣中心及北、中、南、東4個支援中心，輔導9個新發展的社區推動各項安全促進工作。



圖2-9 侯署長蒞臨指導「幼童居家安全現況訪查訪員訓練研習會」

（二）健康促進學校

1. 計516所學校參與健康促進學校，占全國中小學校總數15.0%，其中國小367所（占13.8%），國中123所（占10.8%），高中職26所（占5.5%），並以校園菸害及檳榔危害為各級學校必選議題，另各學校依據需求評估以口腔保健、視力保健、健康體位（健康體能與飲食）、性教育（含愛滋病防治）、安全教育與急救、心理健康促進、用藥安全及藥物濫用防治、傳染病防治及消費者健康等為自選議題，有關學校所推動之自選議題前三名分別為健康體位、口腔保健與視力保健（表2-10）。



表2-10 95學年度健康促進學校推動議題分布表

健康議題	學校數	百分比
菸害防制	516	100.0
檳榔防制	516	100.0
健康體位（健康體能與飲食）	263	51.0
口腔保健	165	32.0
視力保健	131	25.0
安全教育急救	84	16.0
性教育（含愛滋病防治）	70	14.0
心理健康促進	32	6.2
用藥安全及藥物濫用防治	25	4.8
傳染病防治	9	1.7
消費者健康	8	1.6

2. 建置完成之支持系統及分工架構（圖2-10、圖2-11）

（1）健康促進學校輔導支持網絡

為結合中央與地方力量，建構完整之輔導支持網絡，民國95年計53位專家學者成立專業輔導團，輔導18縣市成立輔導支持團隊，並完成輔導手冊，提供輔導人員輔導學校推動計畫之指引，並提供到校、電話、線上「Q&A」多元輔導方式。

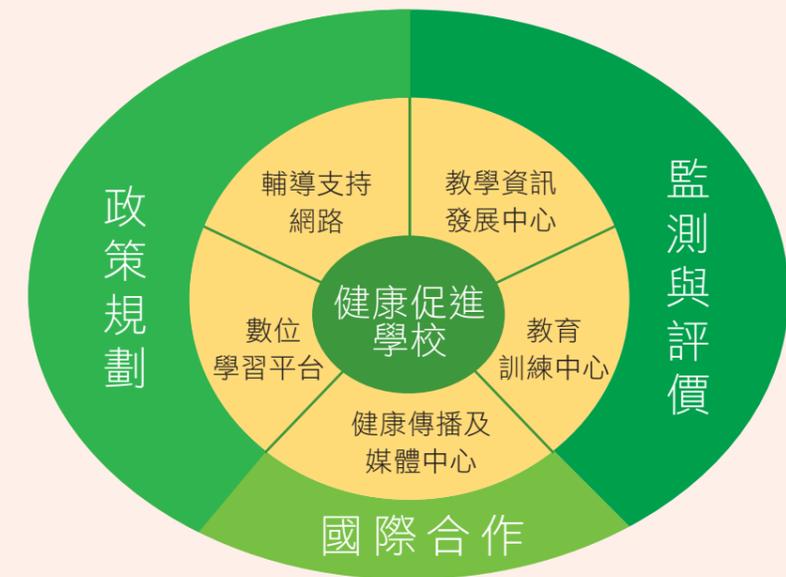


圖2-10 推動健康促進學校支持網絡

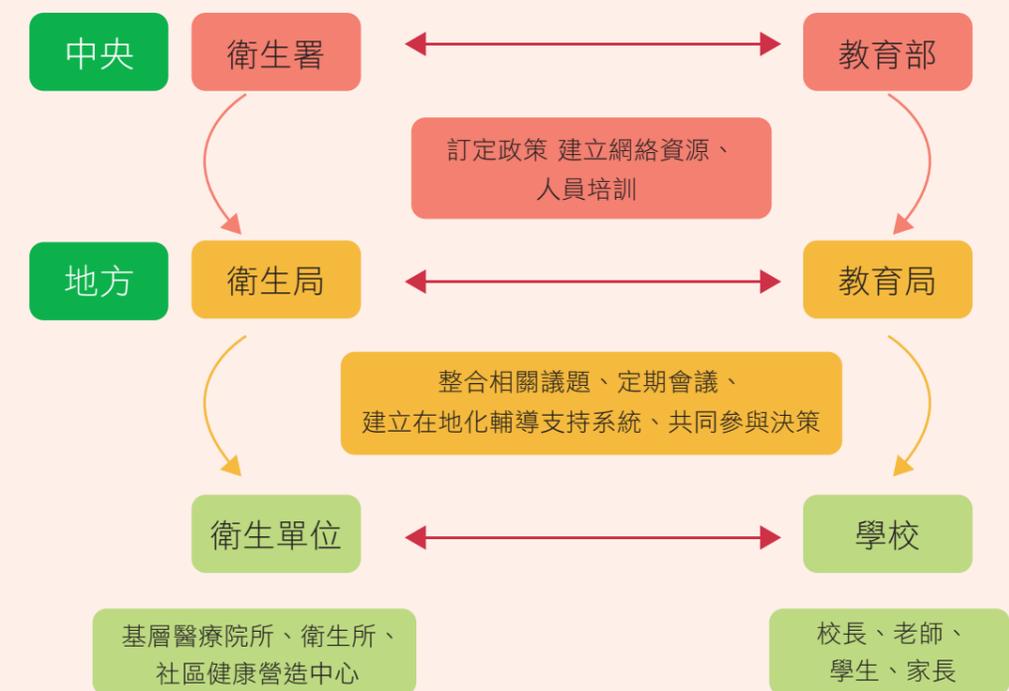


圖2-11 健康促進學校推動-中央與地方分工圖



(2) 教學資源發展中心：

已完成教學資源現況及需求評估調查；國小、國中及高中職教師教學資源手冊（圖2-12）；編譯國際健康促進學校文獻30篇，完成菸害防制、檳榔危害、視力保健等10項健康議題之行動方案，提供學校推動計畫之運用；成立02-23693105教學資源單一窗口服務專線；並將完成之相關教案置於健康促進學校網站。



圖2-12 健康促進學校教材

(3) 人員訓練中心

民國95年計超過3,500位人員，完成推動健康促進學校課程訓練。另為促使各學校老師能將生活技能融入教學中，讓學生在學校中能學習到溝通能力、人際互動、拒絕物質誘惑等生活技能，陸續辦理教師生活技能訓練，共計超過700位教師參與研習，及4場學生家長生活技能座談會。

(4) 健康促進學校網站<http://www.hps.pro.edu.tw/>

網站內容包括台灣健康促進學校概況、政策與法令、學校名單、支持系統、資源專區、輔導專區、線上Q&A、教學遊戲、健康促進學校學術發表文章及相關網站連結。

(5) 國際合作與媒體行銷

民國95年辦理第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會（圖2-13），本次研討會有台灣、日本、泰國、新加坡、香港、美國及澳洲等國家之專家學者及實務工作者參加，共計約550人參與本次大會，會中分享推動經驗，並共同簽署健康促進學校合作夥伴承諾書，以做為未來持續合作之基礎。另辦理17縣市行銷活動，並有7個縣市長宣誓擴大推動健康促進學校。

(6) 監測與評價中心

監測中心於民國95年7月成立，目前已完成中央及地方教育、衛生單位資源投入分析，各支持系統成效評價，學校對政府單位投入及支持系統的需求及滿意度資料建立，以及學校推動健康計畫現況分析。



圖2-13 第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會



第三章 健康的老化



第三章 健康的老化

第一節 中老年健康促進與癌症防治

世界各國人口年齡結構不斷改變的結果，快速老化是普遍的現象。台灣自民國82年起，65歲以上老年人口占總人口數之7.1%以後，實際上已邁入高齡化的社會。隨後老年人口逐年上升，95年老年人口數約近228萬人，占全國總人口數之比率高達10.0%，創歷年之新高。老年人口之快速增加，伴隨著中年人口亦不斷在上升，為維護及促進中老年人健康，以「健康促進」及「預防保健」的觀念來減少疾病的發生，控制或降低由疾病所帶來的危害及其他負面的影響，是當前政府關心重要議題。

隨著人口結構老化、國人飲食及生活型態的改變，衛生保健的重點已由急性傳染病的治療轉為慢性疾病的防治。民國95年台灣十大死因統計（表3-1），心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、腎炎、腎微候群、腎病變及高血壓性死亡人數，占總死亡人數的30.4%，而支氣管炎、肺氣腫及氣喘亦列入第十一大死因。癌症雖然不是老年人特有的疾病，但仍以老年患者居多，其發生率也隨著年齡增加而上升。綜觀上述分析，可以窺見國人慢性病與癌症防治之急迫與重要性。

表3-1 民國95年國人十大死因統計

順位	死因別	死亡人數	粗死亡率*	與上年增加死亡率
1	惡性腫瘤	37,998	166.5	1.7%
2	腦血管疾病	12,596	55.2	-4.5%
3	心臟疾病	12,283	53.8	-5.7%
4	糖尿病	9,690	42.5	-8.1%
5	事故傷害	8,011	35.1	-4.6%
6	肺炎	5,396	23.6	-5.5%
7	慢性肝病及肝硬化	5,049	22.1	-10.5%
8	腎炎、腎微候群及腎變疾病	4,712	20.6	-2.7%
9	自殺與自傷	4,406	19.3	2.5%
10	高血壓性疾病	1,816	8.0	-4.4%

*：死亡率以每十萬人口計

資料來源：衛生署統計室



一、中老年人健康現況

依據「2002年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查」報告，45歲以上國人之三高盛行率分別為高血壓39.6%、高血糖14.7%、高膽固醇18.3%，65歲以上則分別為高血壓56.6%、高血糖20.7%、高膽固醇21.5%。

代謝症候群是指血糖、血脂等一群代謝與心血管疾病的危險因子群聚現象，其形成之主要原因為缺少活動、少攝食蔬果、吸菸、有家族史等，需早期預防及篩檢出該群體，積極改善生活型態，以減緩其發生。我國20-79歲國人代謝症候群盛行率為15.7%（男18.3%，女13.6%）。

依據民國94年國民健康訪問調查顯示，40-64歲民眾自述經醫護人員確認患有腎臟病者之盛行率為5.1%，65歲以上為8.3%；50-64歲民眾自述經醫護人員確認患有慢性呼吸道疾病之盛行率為3.0%、65歲以上盛行率為7.8%。台灣老年人跌倒之標準化盛行率，88年為18.7%，至94年已上升至20.5%（其中27.3%因此而受傷）。

二、癌症防治

癌症自民國71年起位居國人死因第一位，95年癌症死亡人數為37,998人，占有死亡人數的28.1%，粗死亡率為每10萬人口166.5人；以西元2000年世界衛生組織世界人口結構調整計算，標準化死亡率為每10萬人口139.3人，較94年減少1.4%。國人主要癌症10大死因順位分別為：（1）肺癌、（2）肝癌、（3）結腸直腸癌、（4）女性乳癌、（5）胃癌、（6）口腔癌（含口咽及下咽）、（7）攝護腺癌、（8）子宮頸癌、（9）食道癌、（10）胰臟癌（表3-2）。

表3-2 民國95年國人十大癌症死因統計

順位	癌症部位別	死亡人數	粗死亡率*
1	肺癌	7,479	32.8
2	肝癌	7,415	32.5
3	結腸直腸癌	4,284	18.8
4	女性乳癌	1,439	12.8
5	胃癌	2,398	10.5
6	口腔癌	2,202	9.6
7	攝護腺癌	957	8.3
8	子宮頸癌	792	7.0
9	食道癌	1,304	5.7
10	胰臟癌	1,247	5.5

*：死亡率以每十萬人口計

資料來源：衛生署統計室

依最新的癌症登記資料顯示，民國92年全國癌症（不含原位癌）新發生個案為62,542人（男性36,285人、女性26,257人）；全癌症粗發生率為每10萬人口276.7人，男、女性粗發生率分別為每10萬人口315.1人和236.8人；如以2000年世界衛生組織世界人口結構調整計算，則台灣全癌症標準化發生率為每10萬人口250.8人，男、女性標準化發生率分別為每10萬人口289.0人和212.0人。

近年（民國88-92年）之男女癌症年齡標準化發生率，女性全癌症下降2.8%，除了乳癌增加趨勢較明顯，需加強防治工作外，子宮頸侵襲癌已呈現逐年下降之情形。男性全癌症增加約2.6%，其中食道癌與口腔癌大幅度上升20%以上，此與男性吸菸、嚼檳榔等危險因子有關（圖3-1、圖3-2）。另外，肺癌、肝癌、結直腸癌亦是男女性民眾較易罹患的癌症，目前肺癌及肝癌防治另有獨立防治計畫。



第二節 政策與計畫

一、中老年健康

為因應中老年人口之快速上升，依據衛生署成人及中老年保健諮詢委員會90年委員會議決議，成人及中老年保健工作重點，選擇較具迫切性、普及性及易有執行成效之疾病優先推動，擇定糖尿病、腦血管及心血管疾病、氣喘、腎臟疾病之防治及更年期婦女保健等五項工作優先推動。代謝症候群在糖尿病及心血管疾病之前端發生，為台灣及世界已開發國家重要新興健康議題。又，台灣老年人跌倒之比率逐年上升，其造成之社會成本將日益沉重。另老人日常生活中需依賴良好的視覺功能，但依據內政部民國95年底統計，65歲以上視障者占有視障者的52.2%。視力障礙差將會影響或限制與視覺相關的社會功能，與增加依賴他人的程度，因此，視力良好與否成為老年生活品質之關鍵條件，顯示視覺健康的照護不容忽視。居於前述原因，將代謝症候群、老人跌倒及老人視覺健康均列為優先推動工作。推動中老年健康促進主要策略如下：

- (一) 塑造養生健康環境及文化
- (二) 導引民眾建立健康生活型態
- (三) 加強保健宣導、疾病篩檢
- (四) 異常個案之發現、轉介及追蹤管理
- (五) 透過實證資料、訂定防治策略或推廣模式
- (六) 建構完整的預防保健及照護系統

二、癌症防治

為有效掌握國內癌症發生現況與篩檢情形，建立癌症防治相關資料申報系統-台灣癌症登記系統與癌症篩檢系統，以作為癌症防治計畫規劃、評估與學術研究之依據。

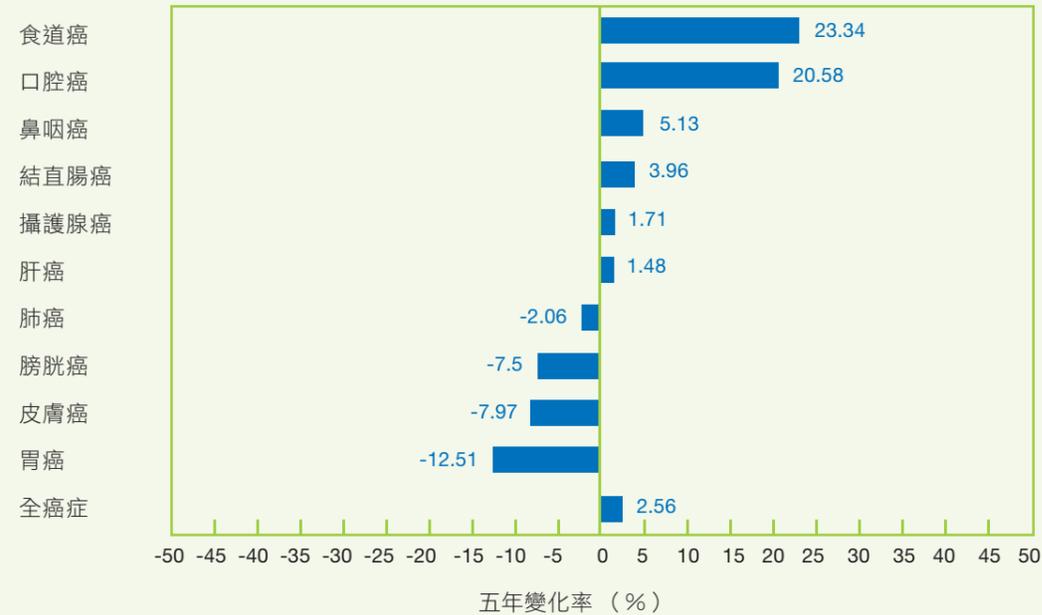


圖3-1 民國88-92年男性十大癌症年齡標準化發生率五年變化圖

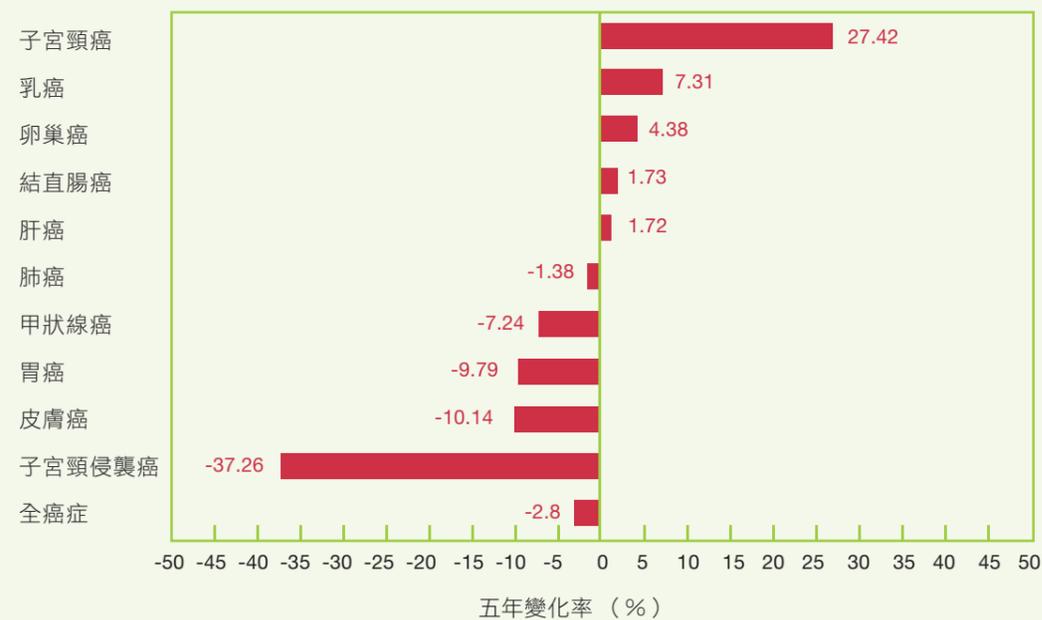


圖3-2 民國88-92年女性十大癌症年齡標準化發生率五年變化圖



(一) 台灣癌症登記系統：衛生署在民國68年以行政命令方式針對50床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發生癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料。另為植基於實證醫學以提昇癌症診療品質，本局自92年起逐年建立子宮頸癌、乳癌、口腔癌、大腸直腸癌、肝癌、肺癌等6種常見癌症診療資料，含診斷、期別、詳細治療與追蹤等，至95年已有31家醫院參加申報，約涵蓋國內此6種癌症八成以上個案，此資料可用以分析比較全國和各醫院癌症個案的醫療照護、追蹤及預後情形。

(二) 癌症篩檢系統—為監測癌症篩檢成效及品質，本局於推廣癌症篩檢的同時亦同步建置子宮頸癌、乳癌、口腔癌、結直腸癌等癌症篩檢系統。由子宮頸細胞病理診斷單位、乳房X光攝影醫療機構、口腔癌與結直腸癌篩檢合作醫院、縣市衛生局（所）申報篩檢個案資料，及陽性個案確診資料。除供衛生單位監測篩檢進度及成效之用外，並供子宮頸細胞病理診斷單位及乳房X光攝影醫療機構作為篩檢品質管制之用。

(三) 癌症防治工作受「癌症防治法」之規範，訂定「國家癌症防治五年計畫」，發展癌症防治三段五級預防工作、蒐集及建置癌症防治相關資料及提升癌症病人生活品質之策略，並以降低癌症發生率和死亡率為目標。以下為簡要之相關政策：

1. 降低罹癌風險：辦理常見癌症之衛教宣導工作，跨部會（國防部及教育部）推動檳榔健康危害防制工作以防治口腔癌。
2. 早期發現：辦理常見癌症篩檢（子宮頸癌、乳癌、口腔癌、結直腸癌），提供高可近性的篩檢服務，降低篩檢阻礙因素。
3. 提升癌症診療照護品質：落實癌症診療品質保證措施準則，建立診療品質評估系統，提升病人就醫品質。
4. 提升癌症病人生活品質：提供癌症病友服務，建立安寧照護網絡。
5. 強化癌症防治體系：建立癌症發生監測及登記系統，辦理癌症防治相關研究及癌症防治人力培訓。

第三節 施政成果

一、中老年健康

(一) 多元化衛教宣導

1. 研製衛教宣導教材及手冊（圖3-3）

製作冠心病、高血壓、糖尿病、氣喘、腎臟保健、慢性阻塞性肺病等慢性病防治單張、海報、自我照護手冊、光碟片（DVD）等，供醫護人員及民眾參考；研製代謝症候群工作手冊（醫護人員使用版）、測量腰圍捲尺，及制定腰圍測量方法等，提供衛生局衛生所、醫療院所工作人員於加強慢性病防治宣導。

2. 開創衛生教育宣導多元化管道

配合國際慢性病節日（心臟病、糖尿病、腎臟病、氣喘等），結合衛生局、民間團體及各縣市產官學社區資源，共同辦理慢性病防治大型宣導活動7場次，計10,700人參加；為提昇保健知識、增進健康，發佈慢性疾病防治及更年期相關重要健康議題新聞稿，於報紙、雜誌及廣播電台等媒體專訪宣導。



圖3-3 慢性病衛教宣導教材及手冊



（二）推展高危險群健康促進

1. 代謝症候群

本局於93年邀集相關學會及專家，參酌國際及國情，訂定成人（20歲以上）「代謝症候群之判定標準」，95年因國際判定標準有所修訂，故本局再次修訂成人（20歲以上）「代謝症候群之判定標準（表3-3）」。另辦理「社區代謝症候群健康促進」之介入研究，對高危險群計453人（實驗組276人，對照組177人），透過多元性社區介入方案（包括志工培訓、專業醫事人員諮詢、電話及社區活動），進行健康促進行為介入，如運動、營養、人際支持、壓力處理及健康責任等之改善。

表3-3 民國95年新修訂之代謝症候群之判定標準

危險因子		異常值
1.腹部肥胖		腰圍：男 \geq 90公分（35.5吋） 女 \geq 80公分（31.5吋）
2.高血壓		收縮血壓 \geq 130mmHg 或 舒張血壓 \geq 85mmHg
3.高血糖		空腹血糖值 \geq 100mg/dl
血脂異常	4.三酸甘油酯（TG）	\geq 150mg/dl
	5.高密度脂蛋白膽固醇（HDL）	男 $<$ 40 mg/dl 女 $<$ 50 mg/dl
附註： 1. 上項危險因子中「血壓上升」、「空腹血糖值上升」之判定，包括依醫師處方使用降血壓或降血糖等藥品（中、草藥除外），血壓或血糖之檢驗值正常者。 2. 上述5項危險因子中，有3項或以上者，即可判定為代謝症候群。		

2. 糖尿病高危險群

於全國25縣市181個社區及89個醫療院所，針對有糖尿病家族史、曾罹患妊娠糖尿病等26,122位高危險群給予飲食、運動、體重控制等健康促進介入。89個醫療院所8,994人之執行成效為：飯前血糖下降者占44.9%，血壓、膽固醇改善者分別為49.9%、43.6%。另為呼應世界衛生組織健康促進醫院理念，及加強高危險群健康促進，將116家「糖尿病人保健推廣機構」轉型為「糖尿病健康促進機構」（圖3-4）。

3. 心血管疾病高危險群

鼓勵及協助6縣市（23鄉鎮）衛生局，針對三高篩檢結果為心血管疾病之高危險群民眾（如高血壓、高血脂、高血糖及肥胖等個案），提供團體或個人衛生教育等介入活動，計2,153位個案接受服務，前述高危險群個案經介入後，在知識及自我照護效能上皆有進步。

4. 腎臟疾病高危險群

補助高雄市政府衛生局試辦基層腎臟疾病個案管理計畫。由衛生局主導，以整合性預防保健服務為平台，發現腎臟疾病高危險群及異常個案，建立社區腎臟疾病個案管理與追蹤系統，篩檢社區65歲以上老年人及司機等高危險群，共計28,977人（社區篩檢28,433人、司機族群544人）。經篩檢發現中度慢性腎臟病患者，轉介至醫院共計23,234人，追蹤管理20,910人（管理率90%）；輕度患者，計有5,302人，其中併有高血糖、高血壓、高血脂及尿液異常人數1,596人，追蹤管理1,324人（管理率83%）。

（三）疾病早期篩檢、早期發現

早期發現、早期治療，是慢性病防治之重要工作。積極督導全國25縣市推動社區三合一（血壓、血糖及血膽固醇）篩檢，民國95年有55萬位民眾接受篩檢，較94年（50萬）成長5萬人（10%）。在篩檢結果異常個案之後續追蹤方面，血壓、血糖、膽固醇異常個案的轉介就醫完成率達90%。另為建立有效之篩檢模式，於91年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健服務資源，結合全民健保成人預防保健服務、癌症篩檢等既有健康篩檢項目，推動整合性篩檢服務，整合的概念包含篩檢項目、資源、人力、經費、個案轉介及資訊系統等之整合。95年已有20縣市加入實施該服務之行列，自92至95年參與整合性篩檢服務之民眾已高達98萬人，且民眾滿意度極高。

（四）提升照護水準

1. 輔導全國各縣市推動糖尿病共同照護網，參與鄉鎮數達352個，涵蓋率為95%。修訂及公告糖尿病共同照護網醫事人員認證基準，推展認證制度，共認證實務工作者6,998人，師資3,026人。賡續於116家糖尿病健康促進機構提升糖尿病照護，計服務糖尿病人403,292人次，其中有65%接受團隊照護，加入全民健康加入全民健康保險糖尿病醫療給



付改善方案計 107,279人，戒菸諮商 5,241 人，提供見（實）習共1,130 人，辦理個案討論會583場。逐步建構糖尿病友支持系統，成立糖尿病友團體共450個，辦理病友團體增能計畫，培訓團體核心幹部及種子輔導員共117人，每星期至少做一次自我血糖監測的有2,492人；有肥胖之糖尿病友體重減輕至少2公斤的有1,037人。另以民國90-92年全國糖尿病人健保資料研究顯示，台灣就醫糖尿病人共1,160,979人（若以2002年台灣高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查研究，推估全國糖尿病人約135萬人計，就醫率為86.0%）。其照護成效進行研究顯示：接受1年照護後之糖尿病人糖化血色素約可降低0.3%，糖化血色素 $\geq 9.0\%$ 者，約有5.0%的患者可獲得改善，降低住院率及住院費用。又於彰化縣推動「基層糖尿病個案照護模式」，計團隊照護23,577人，併發症篩檢率為腎篩檢38.0%、視網膜篩檢53.0%、足部篩檢86.0%、血脂篩檢86.0%，照護結果為糖化血色素 $< 7.0\%$ 占32.0%、糖化血色素 $> 9.0\%$ 占25.0%，血脂控制良好者占67.0%。

2. 對出院回歸社區之中風個案提供連續性、完整性之管理，降低再次中風率，推動「中風患者社區健康管理計畫」：連結出院準備服務，規劃中風個案回到社區照護，建立社區中風個案分級管理內容及流程，透過電訪、家訪或社區活動等不同方式，提供中風個案管理服務（含護理、復健、營養、用藥等服務及衛生教育指導）。民國95年有5縣市辦理，計管理中風個案3,317人，個案之血壓值及服藥遵從性獲得改善。

3. 為減緩慢性腎臟疾病之病程發展，及協助病患以周全的準備接受透析醫療，建構跨部門、跨專業的照護模式，設置17家腎臟保健推廣機構與27家腎臟保健機構，新收個案數5,318人，末期腎臟病患接受血液透析、腹膜透析、腎臟移植個案數1,064人，較民國94年增加182人，其中接受腹膜透析者達26.8%，較94年增加6.5%。病患初次血液透析時，接受門診服務而不經住院或急診者189人，較94年增加45人，其中已建立透析時所必須的血管管路更高達54.5%。

4. 於北、中、南地區5家醫院辦理慢性阻塞性肺病（COPD）病患健康促進先驅計畫，透過詳實之評估與個案管理方式，提升病患自我照護能力及醫護人員之照護能力。

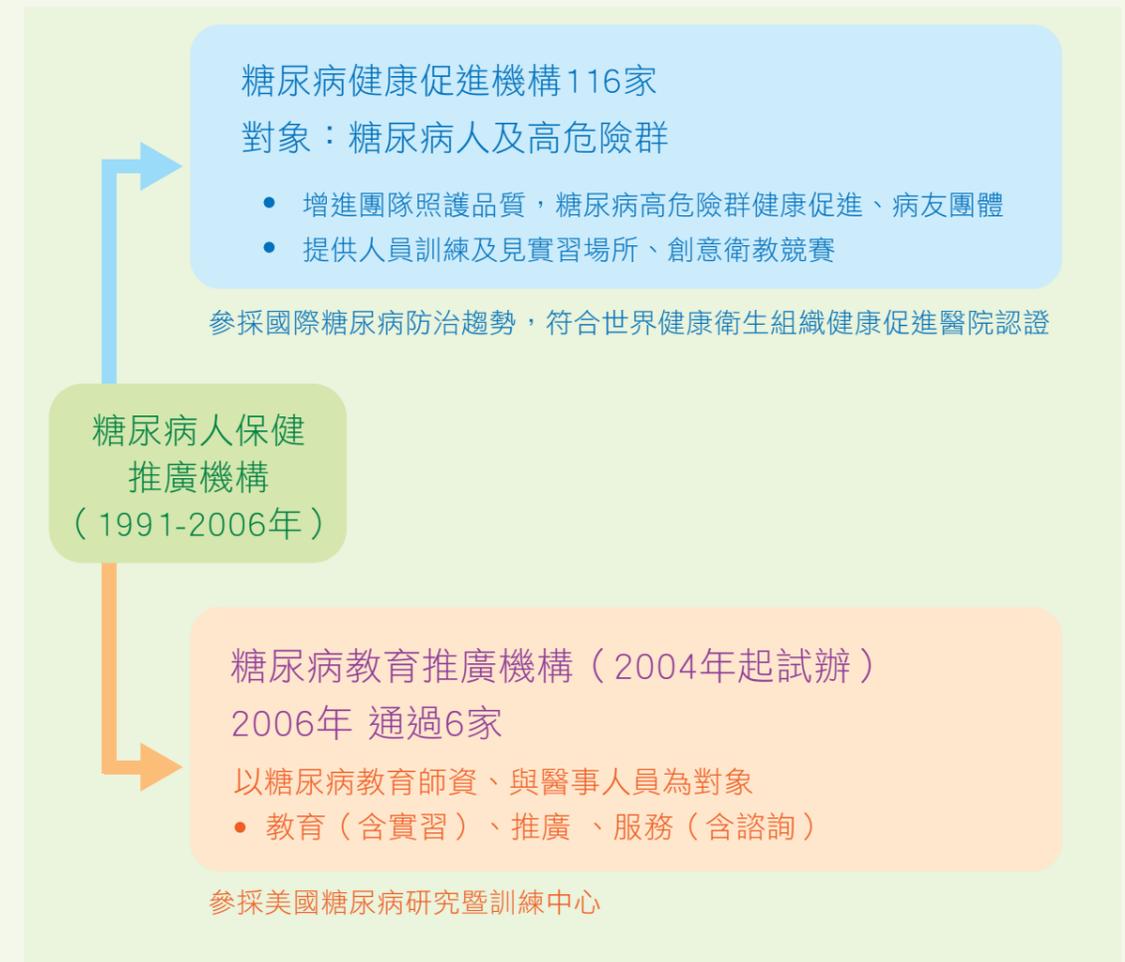


圖3-4 糖尿病健康促進機構的演進

5. 補助國立台灣師範大學辦理「台灣地區營造老人居家安全及跌倒預防計畫」，透過8個地方政府衛生局、社會局、醫療機構及相關社群團體，利用保命防跌系列手冊、居家環境安全與改善（執行手冊）與保命防跌有聲書，針對社區推動營造老人居家安全及跌倒預防工作。委託中華民國學校衛生學會辦理「老年人跌倒防制多重介入模式之發展與推廣計畫」，增進老年人健康。
6. 推展老人視覺健康計畫，補助設置3家視保中心及11家服務網，執行中、老年人篩檢服務，以偏遠、山地地區老人為優先，年篩檢量約15,000人。



二、癌症防治

（一）降低罹癌風險

根據世界衛生組織之「國家防癌計畫」(National Cancer Control Programmes 2002)，癌症的初段預防至少可以減少30%的癌症個案，因此，與預防癌症相關之策略，如有效控制吸菸、嚼食檳榔率及減少肥胖人口、推廣疫苗注射以防止B型肝炎感染，是國家防癌計畫的重要環節。

在台灣各種重要的癌症中，男性口腔癌和食道癌過去五年的變化率皆超過20%，是增加速度最快的癌症，且長期以來標準化發生率和死亡率皆持續上升，故檳榔健康危害防制工作係預防癌症發生首要策略。有關如何防止檳榔所導致各層面之危害，行政院於86年核定「檳榔問題管理方案」，並由九大部會共同執行，此方案之執行大幅提升了檳榔議題之能見度以及民眾對檳榔危害健康問題之了解；過去十年間，相關工作已逐步發展進入學校、軍隊、職場及社區等場域。目前，已有超過500所健康促進學校將不嚼檳榔的生活技能融入教學，且軍中已整體營造無檳榔支持環境，而在社區中，除結合民間單位一齊加入宣導不嚼檳榔之文化觀、仿「戒菸就贏」(Quit & Win)辦理競賽活動協助民眾戒檳榔外，近三年來，每年更持續深入約20餘個嚼檳榔率較高之鄉鎮宣導。經近幾年對檳榔議題之投入，目前已初步見到成人嚼檳榔率自10.9%之下降至8.5%，且部分嚼食檳榔率較高的縣市如台東縣、屏東縣、嘉義縣等，嚼食檳榔率亦出現下降情形。

基於過去十年之經驗與成果，研擬「檳榔健康危害防制暨口腔癌防治五年計畫」，將作為未來檳榔健康危害防制工作之方針。

（二）辦理篩檢早期發現癌症

辦理常見癌症篩檢之成果如下：截至民國95年底，30歲以上婦女3年內曾接受抹片篩檢人數約355萬人，篩檢率為53.9%，子宮頸抹片篩檢結果已反映在發生率及死亡率的下降。子宮頸癌可分為原位癌及侵襲癌，癌化的細胞仍侷限於原來的病灶稱為原位癌，癌化的細胞已經穿透基底膜就稱之為侵襲癌，如果侵襲癌的比例高就表示發現較晚，預後也就會較差。

根據統計顯示子宮頸侵襲癌標準化發生率已由84年每十萬人口23.7人，下降至92年每十萬人口16.4人；子宮頸癌標準化死亡率由84年每十萬人口10.9人，下降至95年每十萬人口4.0人（以2000年世界衛生組織世界標準人口結構為基準）；50-69歲婦女2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數近17萬人，篩檢率為7.8%；95年50-69歲民眾接受糞便潛血篩檢人數約為22萬人，篩檢率為5.2%；吸菸或嚼檳榔民眾接受口腔癌篩檢人數近28萬人。

另，為提供民眾可近性高之篩檢服務，除由特約醫療院所提供篩檢服務之外，地方衛生局（所）亦會結合社區集會活動，以設站方式提供篩檢服務，並於民國95年補助27家醫院辦理子宮頸抹片篩檢門診主動提示系統。

（三）提升癌症診療照護品質

為提升國內癌症診療品質，依據癌症防治法第15條訂定「癌症診療品質保證措施準則」，並於94年3月10日公布實施。另於95年補助25家醫院辦理「癌症防治中心—全面提升癌症診療品質計畫」，計畫重點涵蓋癌症預防、篩檢、診療照護、安寧療護、癌症診療資料庫建置等面向，以促使醫院落實癌症診療品質保證措施準則。另辦理「癌症中心品質提升整合型研究計畫」，完成子宮頸癌、乳癌、肺癌、大腸直腸癌、口腔癌、肝癌等核心測量指標，建立化學藥物安全監測、癌症多專科團隊運作模式等。

另為督促醫院落實「癌症診療品質保證措施準則」，委託國家衛生研究院規劃癌症診療品質認證，分為基本認證及個別癌症認證二類，未來將對於癌症診療品質認證結果優良醫院，予以公開表揚獎勵，並提供民眾就醫選擇參考。

（四）提升癌症病人生活品質

為協助病患與癌症共存，甚至戰勝癌症，並維護病患正常生活的權利，目前與民間團體合作提供病友直接服務，一年已達7萬人次，主要提供癌症新病友、復發病友或家屬、病房、化療室或主動電話探訪等服務。

此外，更針對提供服務的專業人員及志工進行相關訓練，並成功結合民間團體在台灣辦理第一屆全球華人乳癌病友組織聯盟大會，共有國內外31個團體與會，向世界傳達台灣乳癌病友服務之成就。

另外，為緩解癌症末期病人疼痛及各種症狀、提高其生活品質，至民國95年分別有32家與55家醫院提供安寧住院服務與安寧居家服務。為全面提高癌症末期病人接受安寧緩和醫療服務，95年共補助38家醫院辦理「安寧共同照護計畫」，提供約8,000名非安寧病房之癌症末期病人安寧療護服務。

另，為維護安寧療護品質及鼓勵醫院提供以病人為中心的安寧療護，辦理安寧療護單位認證評核，於民國95年辦理「最佳安寧病房選拔」，表揚具服務品質之安寧住院服務醫院，並建立院際間標竿學習。

（五）強化癌症防治體系

自民國71年起，癌症持續位居國人十大死因首位，近10年來每十萬人口年齡標準化發生率自187人突升至92年250人，癌症已然成為國人健康最大的威脅。

為積極推動癌症防治工作，民國92年5月制定頒佈「癌症防治法」，除依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，進行橫向及縱向業務之協調與溝通，更研擬並落實「國家癌症防治五年計畫」之各項工作策略；總體而言，癌症標準化死亡率過去十年間已自90年每10萬人口143.1下降至95年139.3人。

另外，癌症防治法正進行修法，病友和家屬之照護工作將更受重視且納入癌症防治法規範。癌症診療品質認證結果可望納入醫院評鑑，而偏遠地區子宮頸抹片篩檢人力不足問題也將可逐步獲得解決。

第四章 健康的社區與生活





第四章 健康的社區與生活

第一節 健康生活社區化

一、緣起

世界衛生組織1986年強調健康促進的宗旨在於達到人人健康與促進群體健康，提出達成目標的渥太華憲章健康促進行動五大綱領：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、及調整衛生服務取向。1997年世界衛生組織發表雅加達宣言，認為加強推動場域性健康促進計畫，包括：健康社區、健康城市、健康工作場所等，經實證為有效的健康促進模式供各國取法。

爰此，結合民間資源，強化社區行動，共同建立多元化基礎網絡，以社區發展由下而上、由上而下兼籌並顧的方式，發掘、分析及解決社區健康議題，共同營造健康的社區，為台灣健康促進發展在地性模式，期能在社區中生根自立。

二、政策與計畫

台灣自民國88年開始推動社區健康營造工作，分多面向的展開，包括健康促進社區、健康學校、健康職場、健康醫院、健康城市等不同場域介入。91年以「健康生活社區化計畫」納入行政院挑戰2008國家發展重點計畫，計畫期程為91-96年，於94年3月改納入行政院社區六星計畫社福醫療面向，復於95年9月納入行政院社會福利大溫暖計畫，顯見政府對社區重視的程度。

健康生活社區化計畫期望在既有的衛生保健體系之下，結合民間資源，建立多元化基礎網絡，強調社區參與及建立夥伴關係，期望改變傳統由上而下民眾被動接受健康服務的方式，透過社區組織的運作，激發社區民眾由下而上主動參與，關心自身社區健康，並結合社區中各團體的力量，共同解決社區健康問題，實踐健康生活，達成促進國民健康。

三、施政成果

(一) 健康促進社區

社區健康營造推動部分，以公告甄選方式，由縣市衛生局整合社區提案，結合社區資源共同推動社區所需之健康促進工作，補助199個社區健康營造計畫，承辦單位包括：70個民間團體、66家衛生所、63家公私立醫療院所。推動健康飲食及健康體能（例如：健走、運動、減重班等）議題，並依據社區民眾自身的健康需求，量身打造其他多元化的健康促進主題工作。社區健康營造團體與議題統計詳如圖4-1所示。

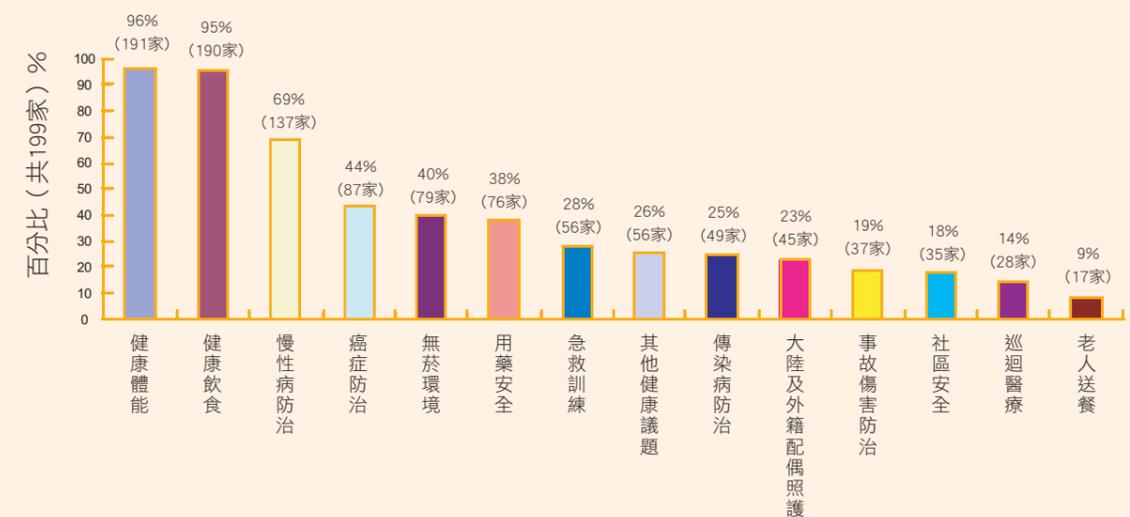


圖4-1 民國95年社區健康營造單位與推動健康議題百分比

並由20縣市衛生局結合101位在地專家學者，依縣市特性擬定輔導計畫，共辦理社區健康營造聯繫會議共111場，及1,181次輔導（含實地及電話輔導），辦理研習會或工作坊計136場，增能社區健康營造推動單位及其志工，辦理社區健康營造工作。

為提高居民健康自主管理意識，成立747個社區血壓站，提供民眾量血壓，並推動305家健康飲食餐飲店，733家無菸餐廳，以營造健康支持性環境；辦理6,732場健康講座，共402,378人次參加，招募12,162位社區健康營造長期志工，每位志工每月平均服務19.9小



時，並辦理983場志工培訓課程；結合3,031個社區團體共同推動健康營造工作，辦理706場大型宣導活動，共266,049位民眾參加；結合社區疾病篩檢服務共辦理946,483人次，提供89,830人次之巡迴醫療服務；156,908人次之老人送餐服務；就經費的永續發展面向而言，社區自籌款與社區接受補助經費比例約為1：2.4。民國95年為了解志工與參與者的需求，特辦理社區健康營造志工及參與社區健康營造活動之民眾滿意度問卷抽樣調查，其中87.4%對社區健康營造達滿意以上程度。

推廣健康體能，減少肥胖及慢性病的發生，本局自民國91年起連續推動「每日一萬步，健康有保固」與「萬步寶島，有您真好」等活動以增進民眾健康體能概念。為建立支持性環境，迄95年底由各縣市衛生局推薦192條健康步道，並公佈於本局資訊網站。自95年起將每年11月11日訂為「全民健走日」，象徵兩人雙腳，結伴而行。將走路融入日常生活。進而延續「多走、少坐、動一動，隨時隨地可以運動」概念，以「每日一萬步，健康有保固」為原則，鼓勵民眾每天利用生活空檔，有空就走，建立健走、健身的健康觀念。

基層衛生體系方面，民國95年各縣市衛生局以「中央一般性補助款指定辦理施政項目之基本設施—衛生所重（擴）建」辦理8所衛生所重（擴）建與10所衛生所修繕。辦理「第一屆金所獎」，透過獎勵方式，以業務作業程序為主題，甄選出優秀之衛生所，將其優質之標準作業流程及管理經驗，供其他衛生所觀摩學習，提升衛生所服務品質及激勵衛生所基層工作同仁士氣。編印「2005臺灣各縣市衛生所統計年報」，將全國衛生所服務人力、硬體概況及服務概況等資料彙集，提供各界瞭解台灣衛生所基層保健業務服務，作為各縣市政府對於衛生所業務規劃參考。

（二）健康城市

為呼應世界衛生組織健康城市理念，改善城市健康問題，由專業研究團隊與地方政府共同檢視縣（市）健康需求和問題，依據世界衛生組織健康城市推動的20個步驟，建立跨部門及跨領域之合作機制，共同推動健康的公共政策，民國92至94年委託成功大學辦理台南市健康城市計畫。

其主要推動成果：1) 完成台南市健康問題之評析，及世界衛生組織健康城市指標之收集，並建立本土性健康城市指標；收集國際重要健康城市之文獻，並出版二期健康城市學刊。2) 建立台南市健康城市檔案，收集台南市健康城市指標相關資料；舉辦二屆健康城市國際研討會；建置健康城市中英文網站。3) 鼓勵台南市社區以小型計畫方式推動健康促進，辦理11個傑出社區選拔及觀摩會；辦理健康城市全國工作坊培訓，分享台南市健康城市計畫推動經驗和成果，作為未來各縣市推動健康城市之參考；建立台南市健康城市21項示範計畫，完成台南市健康城市白皮書。4) 整合及培訓台南市政府各相關局室推動健康城市計畫，將民國94年訂為健康城市年，台南市政府94年的預算編列，已發揮跨局室整合的功能，並與健康城市指標結合，進一步戮力推動健康的公共政策。94年7月以「台南市健康城市促進會」（理事長為許市長添財）民間團體名義，加入世界衛生組織西太平洋健康城市聯盟會員，為臺灣第一個加入世界衛生組織健康城市聯盟的城市。5) 95年2月辦理台灣健康城市聯盟籌備會議，計有23個縣市首長代表共同承諾簽署推動健康城市宣言。於10月辦理健康城市工作坊，推廣健康城市成功的經驗，並召開健康城市聯盟會議，共有21縣市政府各跨局（室、處）約110人員參加。

另，為鼓勵國內更多縣（市）推廣健康城市，民國95年陸續委託苗栗縣與花蓮縣辦理健康城市計畫。

（三）安全社區推廣網絡

民國94年台北內湖（都會型）、台中東勢鎮（鄉鎮型）、嘉義阿里山（山地型）、花蓮豐濱鄉（濱海型），通過世界衛生組織社區安全推廣協進中心國際認證，已成為國際安全社區。95年成立台灣安全社區推廣中心及北、中、南、東區四個支援中心，輔導9個新成立之安全社區，並發行台灣安全社區網路電子報，提升台灣社區民眾事故傷害防制與安全促進知能與環境；為與世界潮流接軌，辦理台灣安全社區國際研討會，邀請紐西蘭、韓國及泰國學者，分享推動安全社區計畫之經驗；另東勢及內湖安全社區因獲得國際認證，日本專家學者來台學習推動經驗，並分享相關知識（參見第六章健康促進的基礎建設第98頁）。



（四）健康促進醫院

為呼應1991年布達佩斯健康促進醫院宣言，及順應世界衛生組織推動健康促進醫院的潮流，自民國92年起結合醫院辦理「職場健康促進計畫」，及95年委託辦理「醫院衛生教育工作成效探討-健康促進醫院計畫」，在政策上亦以糖尿病共同照護、門診戒菸、母嬰親善醫院等計畫，在醫院內推動健康促進。95年已有5家醫院（萬芳醫院、永和耕莘醫院、署立台中醫院、署立豐原醫院、屏東基督教醫院）及2所學校（陽明大學、元培科技大學）參加世界衛生組織健康促進醫院網絡。

（五）健康促進學校（參見第二章健康的出生與成長第28頁）

第二節 職場健康促進與健康風險

一、緣起

1997年世界衛生組織的Healthy Work Approach中明白揭示健康的職場應包括四大元素：健康促進、職業衛生與安全、人力資源管理與永續發展。台灣面臨產業快速變遷，企業生活的全球化、就業型態的多樣化等工作環境的變動，職場健康的面向亦需配合調整，故為推動職業衛生保健工作，從以往被動式減少職業疾病的發生，轉化為積極推動「職場健康促進」。推動職場健康促進計畫，除了對工作場所可能發生之職業危害問題，提供員工更有效之職業傷病預防、衛教及諮詢外，並期望透過員工參與，配合職場作業模式、組織文化，發展具職場特色的健康促進議題，以營造健康職場環境，提昇員工健康。

行政院國家永續發展委員會於民國91年6月11日第13次委員會議決議改組時，意識到下一個世代，台灣的公共衛生議題將面臨環境危害問題引起健康威脅之嚴峻挑戰，於是成立健康風險組，由衛生署擔任召集機關，本局擔任連繫窗口，邀集環保署、勞委會、農委會及經濟部等部會，共同為國民面臨之環境污染造成健康風險問題，做把關的工作。健康風險組任務為「健康風險評估與管理」及「保障特殊族群之健康照護」，六大工作

項目分別為「訂定國家健康風險評估準則」、「健康風險相關管制及安全標準之檢討」、「特定物質及介質引起健康風險之監測」、「特定地區環境污染引起健康風險問題之探討與處理」、「傳染病管制」及「照顧特殊族群健康政策」。其中「特定物質及介質引起健康風險之監測」及「特定地區環境污染引起健康風險問題之探討與處理」二項，即是預先對已有科學證據證明有害人體之環境介質加以監測，並對已發生之環境污染問題進行妥適處理。

二、政策與計畫

為激發職場員工主動參與，建立職場共同願景及健康安全之支持環境，保障員工身心健康，本局於民國92至94年公開甄選職場辦理「強化職場健康促進計畫」，共補助34家職場辦理。而鑑於吸菸為影響人類健康最主要的危險因子之一，92至94年成立北、中、南三區職場菸害防制輔導中心，積極推動無菸職場，三年內共實地輔導503家事業單位，表揚1,375家績優無菸職場。考量菸害防制即為職場健康促進的重要議題之一，且強調菸害對各種慢性病之影響，自95年起結合職場健康促進及菸害防制等議題，委託成立北、中、南三區「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」，對於職場提供輔導，協助建立健康的職場環境，建置職業衛生保健及職場菸害防制服務網絡，提供職場相關諮詢、衛生教育及訓練。

永續會健康風險組各項工作之推動方面，截至民國95年底，共召開14次工作分組會議。95年4月21、22日行政院召開國家永續發展會議，八項議題中之「降低環境危害風險，建構健康安全環境」，討論次議題包括潛在環境危害污染源之調查管制、阻絕環境危害因子之傳輸、環境危害受體之照護，由健康風險組負責，會後健康風險組新增「加強有害物質（含毒物和毒藥）流布調查與管理」、「建構安全消費機制」、「推動健康風險評估制度」、「保障民眾對環境危害資訊有知的權利」、「建立污染受害者照護體系」及「建立與強化國家風險評估機制」等工作項目，與原行動計畫結合後，共計有64項具體工作內容。



三、施政成果

民國95年北、中、南三區職場健康促進暨菸害防制輔導中心，共實地到場輔導189家職場訂定無菸或限菸政策（其中66家職場同時推動健康促進），協助7家職業或產業工會推動職場菸害防制及職場健康促進；辦理優良無菸職場之評鑑與獎勵，表揚113家績優無菸職場，建立成功推動模式；進行全國性職場菸害調查，結果顯示，95年職場員工吸菸率為22.8%，與92年積極推動職場菸害防制前相較，吸菸率降低2.2%。同時，已戒菸或正在戒菸的比率創新高，達到9.9%（92年～95年分別為8.7%、5.8%、7.0%及9.9%），職場二手菸暴露率由94年32.8%降至95年31.8%，常聞到菸味者，平均每天暴露時間由94年6.38小時已減少至95年5.80小時，顯示職場推動菸害防制已達初步效果。

除以健康風險組行動計畫內容持續與相關部會合作，執行行動計畫列管工作，健康風險組成立後，本局處理過重要議題，尚包括台南市中石化安順廠污染事件及彰化縣鴨蛋戴奧辛污染事件的健康風險危機處理。而面對健康風險科學證據不明確之環境介質，如電磁波是否有健康危害之問題，亦進行跨部會的合作機制。

（一）台南市中石化安順廠污染事件

台南市台鹼安順廠製造燒鹼、氯氣及鹽酸之製程中，產生戴奧辛、汞污泥與含汞廢水，在未經處理狀況下排入海水貯存池，造成居民可能暴露於高污染之環境。民國92年與環保署共同補助台南市衛生局辦理「台南市中石化安順廠附近居民流行病學及健康照護研究」，計畫中包含為中石化安順廠附近高危險民眾進行血中戴奧辛檢測。93年進一步補助台南市衛生局辦理「中石化安順廠附近居民健康照護計畫」，計畫內容涵蓋提供孕產婦、新生兒、學齡前兒童及四十歲以上者相關之健檢及健康追蹤服務，並提供諮詢及辦理衛生教育宣導。94年與環保署共同補助台南市衛生局辦理「台南市中石化安順廠附近居民汞污染暴露評估及健康照護研究」，對附近居民進行血中總汞與有機汞含量分析，對高污染族群進行飲食暴露評估、神經學、腎功能檢查。依據「處理中石化安順廠污染場址專案小組」分工，衛生署為「居民健康評估」、「協助病患就醫及健康照護工作」之協辦單位，本局持續協助台南市政府執行經濟部補助計畫之13億經費，提供醫療專業諮詢。

（二）彰化縣鴨蛋戴奧辛污染事件

1. 彰化縣線西鄉部分養鴨場，經檢出其鴨蛋含戴奧辛濃度偏高，於民國94年辦理「彰化縣線西鄉戴奧辛污染鴨農血液中戴奧辛檢測及健康照護」計畫，對可能高暴露之鴨農及其家屬血液中戴奧辛濃度檢測及健康影響評估、飲食型態之問卷調查等，編製「戴奧辛健康照護手冊」，進行衛教宣導及風險溝通說明會，並協助彰化縣衛生局進行後續健康照護工作。
2. 民國95年1月與鄉民就後續血中戴奧辛檢測事宜溝通後，達成先進行篩選調查，再辦理檢測之共識，其後持續辦理「彰化縣線西鄉未受檢鴨農之戴奧辛暴露篩選調查」計畫，並於6月再次召開說明會確定接受後續戴奧辛檢測之原則，依該原則續辦「彰化縣線西鄉未受檢鴨農血液中戴奧辛檢測計畫」。
3. 民國95年委請台大健康風險及政策評估中心以「彰化縣戴奧辛污染事件」作為研究案例，執行健康風險政策分析及危機管理機制回顧，就本案對當地之影響進行質性評估。

（三）電磁波健康風險評估與管理

世界衛生組織為使大眾對非游離輻射暴露建立正確的認知，並評估其安全，於1996年開始進行「國際電磁波計畫（International EMF Project）」跨國之研究，計有超過54個國家及8個國際組織參與此計畫。在此計畫尚未完成前，除持續翻譯世界衛生組織提出有關電磁波健康風險之相關報告外，並於行政院永續發展委員會健康風險組政策及工作會議中研商對策，提供必要資訊，公布於本局網頁（<http://www.bhp.doh.gov.tw>），以加強對民眾進行健康風險溝通；截至民國95年底，共計完成下列工作：

1. 基地台及無線科技（世界衛生組織304號報告）：

針對現在蓬勃發展之無線科技進行健康風險分析說明，並指出依現有科學證據顯示，高頻率電磁波（射頻）之健康效應為體溫升高。



2. 電磁場過敏症（世界衛生組織296號報告）：

說明電磁場過敏症之非特異症狀包括皮膚、神經及其他不適症狀，並說明目前不存在電磁場過敏症與電磁場暴露間相關之科學證據。

3. 行動電話與基地台之健康風險管理與溝通：

由台大健康風險及政策評估中心，協助就世界衛生組織所倡議之預警原則提出詳細介紹，並建議兒童，因腦部尚在發育，應特別注意手機之使用。

4. 漫談電磁波：

於民國95年完成非游離輻射衛生教育手冊，提供民眾正確的非游離輻射健康資訊。

5. 居家環境及家用電器設備之電磁場強度：

翻譯世界衛生組織彙整之一般家用電器電磁場量測值及環境中常見的電磁場來源等資訊，供各界參考。

6. 台灣常見電器設備電磁場量測值及使用注意事項：

整理環保署於民國91年進行「執行非屬原子能游離輻射—電視、電磁爐、微波爐及電腦等產生電磁波之監測及標準量測方法之建立」計畫所完成之國內常見家用電器電磁場量測結果彙整成表，供民眾於使用電器產品之參考。

本局彙集相關部會就電磁波對社會造成衝擊之現階段因應做法後，於永續會健康風險組第14次工作分組會議決議研議成立跨部會工作小組，共同處理電磁波健康風險問題。

第三節 衛生教育與宣導

一、緣起

社會經濟及醫療科技的發展，民眾的生活與疾病型態亦隨之改變，健康照顧也由以往的疾病醫療轉變成健康促進。而傳播媒體的發達，也使民眾接受健康資訊與宣導的方式、資訊的獲得通路多元化。如何透過異業間、跨領域合作，研發出符合需求、具創意、具體有效的衛生教育宣導策略與方法（圖4-2），並發展出實證基礎之評價機制，是值得努力的方向。



圖4-2 鼓勵生育宣導計畫海報

隨著傳播技術的迅速發達與多元化，各種健康資訊經由網際網路與媒體的散播，正跨越時間與空間的藩籬，讓民眾淹沒在無涯的健康訊息浪潮中。其中若有不當或不正確的健康觀念，極易被誤信、誤用，進而影響到身體的健康。如何提供具可近性、便利性與正確性的健康資訊，幫助民眾作自我健康管理，進而促進自我健康，「珍愛生命-傳播健康」即是本局的理念。

此外，社會快速變遷，現代人生活步調較過去快速，若再面臨個人或親友的生、老、病、死人生不同階段課題，壓力隨之增加，即可能產生對不同負面情緒及不適症狀，影響人際關係、工作或學習效能，甚或引發慢性身心疾病。若未能透過正當合宜方式紓解，極易形成輕重不一的自我傷害如自殺。根據資料顯示，自民國82年迄今的10年間，自殺死亡數自每10萬人口死亡數6.24上升到15.31，增加一倍以上，顯示我們不僅要正視國人心理健康，且要協助民眾透過各種更正當健康的方式來紓解壓力。



「健康九九」網站已經於94年、95年連續兩年獲評為優良健康網站。未來，將透過發行電子報及專人駐站等服務，以增加網站使用者與「健康九九」間的互動，期許本網站能成為衛生教育網絡最具有公信力之資訊來源，以促進提升國人之健康。

在研發計畫之推動方面，重點包括發展醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層醫療診所候診時段等醫院衛生教育多元服務模式、外籍勞工衛生教育模式的建立與評價、舉辦「優良健康讀物」徵選活動、社區心理健康促進整合模式試辦計畫等。透過研發各種創意有效衛生教育方法與教材、教具等，用生活化方式的教育民眾與健康照護者。使其學習健康知識的技巧，並透過創意衛生教育計畫的分享，期望提昇健康照護提供者與民眾對疾病認知與自我照護能力，進而提供民眾更周延的健康照護服務。並透過「鼓勵生育衛生教育宣導計畫」，促進民眾對「重塑生育及家庭價值」、「兩性共享婚育責任」及「珍愛生命尊重傳承」的觀念，以提升國人生育的意願。

三、施政成果

在媒體健康資訊傳播方面，整合電視、廣播、報紙、雜誌、戶外及網路等媒體通路（圖4-3、圖4-4），以明確、生動、活潑之宣導訊息，全方位的提供正確的衛生保健訊息，並進行健康訊息披露後的效果評估。



圖4-3 鼓勵生育衛生教育宣導活動

生育率低落是許多已開發國家的普遍現象，台灣也面臨著同樣的隱憂。隨著社會、經濟、教育、家庭結構、價值觀等因素的轉變，國人的婚育年齡也開始逐漸往後延伸。依據內政部統計資料顯示，台灣民國95年總生育率已下降至1.115人，若持續下降，將會造成人口結構老化、青壯人口扶養負擔增加、勞動力不足等經濟與社會問題。而台灣22-39歲有偶婦女平均希望生育子女數逐年下降，自民國69年的2.8人，至91年降低為1.9人，且有5.7%的有偶婦女不想生育任何子女。而女性有偶率下降與婚育年齡延後，更是生育率下降的原因之一。另外，由「國人婚姻及生育態度調查」及衛生政策論壇中，我們發現影響新世代男女不婚及不育的原因很多，包括社會價值觀的變遷、經濟負擔的考量、想要享受單身生活、家庭支持及育兒環境不理想等。值得注意的是，雖有近七成民眾認為兩個孩子恰恰好，但是生了一個後只有一半的人會再接再勵生第二個。因此，如何提高台灣生育率，亦是現階段需加強教育宣導之工作。

二、政策與計畫

在政策規劃方面，結合產、官、學界，針對人口結構、疾病型態改變，探討國家健康促進與衛生政策。依據社會整體需求，整合訂定國家衛生保健計畫，合理增加政府部門衛生保健投資，並有效運用科技資源，除建立衛生教育宣導效果的評估指標、多元化方式進行科技發展之工作外，並以創意、具體有效的衛生教育宣導策略與方法，積極推動衛生教育相關工作。期能推展全面健康教育，強化民眾自我健康管理意識，增進其健康促進能力，維護全民之健康。

為透過網際網路提供民眾及衛生教育人員正確與即時的衛生教育資訊與知識的網站，於民國87年10月建置「健康九九衛生教育網 - health99.doh.gov.tw」（以下簡稱「健康九九」），除衛生教育教材的線上觀看、下載與影音資料瀏覽外，更提供實體物流服務。「健康九九」自成立至今，已收錄了近二千五百件衛生教育教材，除衛生教育教材外，「健康九九」也提供全方位的衛生教育資訊，包括：健康頭條、珍愛生命、衛教主題館、遊戲九九、影音劇場、疑問醫答等。



圖4-4 鼓勵生育及母乳哺育宣導活動

為鼓勵出版與推廣健康好書，自民國91年辦理「優良健康讀物」徵選活動，推介91件優良健康讀物；93年以健康體能、健康飲食、性教育、愛滋病防治、癌症防治、藥物教育、心理健康七大類主題選出65件健康好書，並透過推介手冊，經由縣市衛生局、醫療院所、學校、圖書館等通路，提供為民眾選購健康圖書之參考，相關訊息詳見 <http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/2007book/pg-01.html>。

94年辦理「衛生署所屬醫院資訊系統主動提示計畫」，透過電腦系統主動提示，提供署立醫院就診病患菸害防制、子宮頸癌、口腔癌等服務諮詢，創造即時性、完整性、一致性、延續性的健康照護。「基層醫療診所衛生教育創新模式之研發與評價計畫」發現，有96%診所能接受實施的衛生教育工作模式，95.2%認為衛生教育內容符合需求，且92.9%診所認為所提供的衛生教育內容能讓患者應用於日常生活，民眾再回診意願達97.9%，並有93.8%民眾表示願意介紹親友就診，顯示此衛生教育模式有助於醫病關係之提升。



圖4-5 「健康人生 從心開始」種子培訓工作坊

由工作場所或居住場所進行的健康促進行動方案是可行、可持續的計畫。

在社區心理健康促進整合模式試辦計畫方面，透過覺察、轉化、正向行動，以1) 情緒覺察；2) 笑笑轉化、壓力抒解；3) 微笑運動：關心與開心等主題，作為增進心理調適的簡短易學心理健康促進方案。經由種子人員的課程學習技巧、個人巧思創意與社團參與者的活潑互動，亦發展出多元與多樣的心理健康促進方法，更培訓380位社區心理健康促進種子人員（圖4-5），並有27個民間社團持續推動中。

在提升國人生育的意願方面，辦理「國人婚姻及生育態度調查」與「建構優質、健康生育環境」衛生政策論壇，並透過多元傳播管道，宣導「孩子是未來的希望」、「給孩子一個伴」及「30歲以前生第一胎、35歲以前生第二胎」等概念，並規劃生育保健諮詢與母嬰親善網絡、加強產前及嬰幼兒健康照護、生育保健等支持體系。與內政部、經建會等相關部會，就提供托育措施、彈性工時等育齡婦女支持性環境等方向研擬具體政策。該計畫進行評估發現，「鼓勵生育」概念能透過宣導達到影響「認知」之效果，但對「行為」的影響則較不顯著。

在外籍勞工進行衛生教育與介入方面，發現急性呼吸道感染是外籍勞工最常見的就醫原因，泰國男性勞工的損傷中毒和骨骼外傷就診率和急診比率高，為本國男性勞工的兩倍；菲律賓勞工泌尿和生殖系統疾病較多。而衛教介入模式後在健康認知與健康充權有顯著提昇，對衛教教材和介入活動皆感到非常滿意；而外籍勞工藉



此外，在衛生專業人員知識與技能方面，辦理衛生局所、醫療院所衛生教育人員之在職訓練，以提昇人員之策略規劃與評價、衛生教育實務技能及執行衛生教育工作的品質。

第四節 菸害防制

一、緣起

世界衛生組織估計，若民眾吸菸的行為未能加以管制，預估到2020年，因吸菸導致全球死亡人數每年將超過1,000萬人。為有效控制菸害造成的全球性的健康、社會、經濟與環境問題，全球第一個公共衛生公約「世界衛生組織菸草控制框架公約」於2005年2月27日正式生效，該公約揭示締約方國應透過立法、行政及國際合作之方式遏止菸害，迄2006年底有142個國家完成批准加入的程序。

台灣菸害防制工作，於民國73年由民間團體開始推動；76年衛生署推動「不吸菸運動三年計畫」，復於79年，推動「台灣地區菸害防制五年計畫」，結合行政院各部會及民間力量，執行各項菸害防制工作。86年「菸害防制法」通過並實施，使菸害防制工作有法源依據；89年分別通過「菸酒税法」與「菸酒管理法」，依「菸酒税法」第22條之規定，每包菸5元的菸品健康福利捐，自91年開始徵收，其中10%經費專款專用於國內的菸害防制工作。為符合國際趨勢與潮流，參照「世界衛生組織菸草控制框架公約」之精神，於89年5月及91年5月曾兩度將菸害防制法修正案送請立法院審議，皆未竟其功。

依據台灣菸酒公司（即前公賣局）的調查，民國62年至85年間，台灣成年男性吸菸率約在55%至61%之間，而成年女性吸菸率則約在2.9%至4.6%之間。為了解菸品健康福利捐投諸於菸害防制工作之成效，93年、94年、95年辦理之「成人吸菸行為電話調查」發現，台灣18歲以上成年男性、女性吸菸者之比率93年為42.8%、4.5%，94年為39.9%、4.8%，95年為39.6%、4.1%，男性吸菸率似有下降的趨勢，而女性吸菸率則尚待持續觀察。

在青少年菸品使用行為方面，根據「國中生吸菸行為調查」結果發現，民國93年13至15歲國中生吸菸率約占6.5%，其中男性吸菸率為8.5%，女性吸菸率為4.2%。95年國中生吸菸率則約占7.5%，其中男性吸菸率為9.6%，女性吸菸率為4.7%。95年調查亦發現23.3%的國中生反應有校園二手菸暴露的情形；94年「高中職生吸菸行為調查」結果發現，16至18歲高中職學生，吸菸率約占14.0%，其中男性吸菸率為20.7%，女性吸菸率為7.8%。吸菸率有逐年且隨年齡增加上升的趨勢，顯示青少年菸害防制預防教育工作之重要。

二、政策與計畫

由於菸品健康福利捐的挹注，台灣菸害防制工作得以全面推動，為因應國際趨勢潮流與表達台灣防制菸害的決心，業於民國94年3月30日完成「世界衛生組織菸草控制框架公約」的批准與簽署加入書程序，並依公約的精神，修訂現行菸害防制法。95年工作重點包括積極研修菸害防制相關之法規、落實執行地方菸害防制之工作、強化菸害防制人力資源與培訓、推動菸害防制宣導與支持環境、提供可近性之多元化戒菸服務、開發國際交流與多邊合作通路、辦理菸害防制相關監測與研究等，透過菸害防制實務與研發工作全面性的推動，期望能達到降低吸菸率、提高戒菸率及減少二手菸暴露的目標。

三、施政成果

（一）菸害防制相關法規修定

民國95年1月3日通過「菸酒税法」修正案，將菸品健康福利捐由每包新台幣5元提高至10元，並明定90%用於全民健康保險安全準備，且新增分配於「私劣菸品查緝及防治菸品稅捐逃漏」。95年1月27日發布自95年2月16日施行「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，10%的菸品健康福利捐中，3%用於中央與地方之菸害防制，3%用於中央與地方之衛生保健，3%用於社會福利，1%用於私劣菸品查緝及防治菸品稅捐逃漏。



菸害防制法修正內容包括全面禁止菸品廣告、健康警示圖文標示、販賣場所陳列及室內公共場所禁菸等規定，具體落實「世界衛生組織菸草控制框架公約」的建議措施，也是目前全球菸害防制工作的趨勢。

(二) 菸害防制研究與監測

建置吸菸行為監測系統是國家菸害防制策略規劃的重要基礎建設之一，目前台灣與國際同步實施的吸菸行為調查包括國中學生與教職員吸菸行為調查及全球首創的高中職學生與教職員吸菸行為調查與成年人吸菸行為調查。各項調查結果，並陸續建置於吸菸行為線上查詢系統 (Smoking Behavior Online Search System, SBOSS)

(<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/sboss/>) (圖4-6)。



圖4-6 吸菸行為線上查詢系統網頁

其他菸害防制監測工作，尚包括維護菸害防制政策及資料庫，收集國內外菸害防制資訊，透過發行電子報及網站發布訊息；「菸品檢測暨研究發展中心」監測國產及進口菸品之尼古丁、焦油及一氧化碳含量。在菸害防制研究方面，分別辦理菸品廣告行銷、戒菸研究及介入菸品消費、經濟貿易、走私菸害防制政策法令等議題之研究，並辦理「健康訊息閱聽人市場區隔之研究分析：以菸害防制為例」、「菸品健康捐調漲對菸品消費市場影響之評估研究」、「菸害防制次級資料分析暨網頁建置三年計畫」、「菸害防制法執法成效評價」等計畫。

(三) 菸害防制宣導與教育

為反制菸品業者的行銷，加強民眾對菸品危害的認識 (圖4-7)，進而拒菸與戒菸，以菸品危害、菸害防制法規、門診戒菸、戒菸專線、無菸餐廳、無菸職場、無菸校園、無菸軍隊等重點議題，運用無線有線電視、聯播與地方電台、雜誌、報紙、網路、戶外媒體與公益平台等多元化通路，進行分波段整合性宣導。並辦理「531世界無菸日」活動、「女性拒菸行為探討及媒體溝通企劃案」(圖4-8)及編製台灣菸害防制中英文版宣導手冊。



圖4-7 民國95年11月22日「手護寶貝遠離菸害」立法院陳情活動：號召106個女性社團連署，籲立委支持「公共場所室內全面禁菸」立法，保障婦幼遠離菸害恐懼

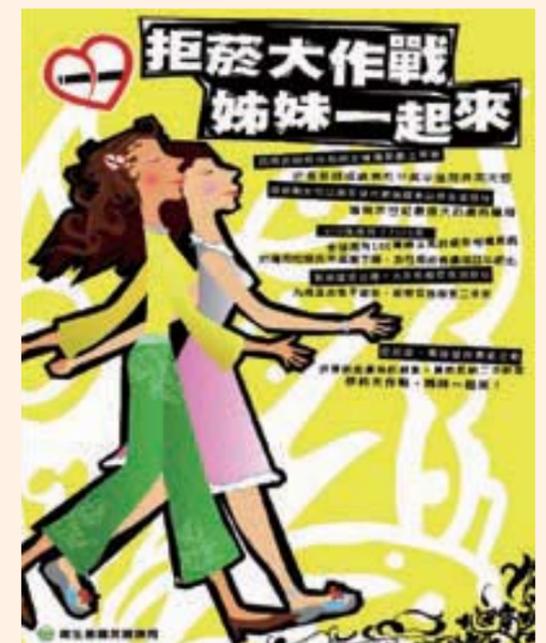


圖4-8 「拒菸大作戰 姊妹一起來」宣導海報



為持續營造免於遭受菸害之生活、工作、求學與休憩的支持環境，設立「菸害申訴專線0800-531-531」（圖4-9），提供各地民眾菸害申訴及相關法令諮詢，民國95年民眾申訴案件400餘件；實地輔導189家無菸職場（圖4-10）；結合縣市政府募集超過10,000家無菸餐廳（圖4-11），與教育部合作推動516所健康促進學校，並有38所大專院校加入無菸校園行列；與國防部合作推動無菸軍隊計畫；95年更結合三大博物館，推出以青少年、菸害防制、健康生活為主題的「青春氧樂園—無菸、少年行」特展（圖4-12），於高雄、台北及台中巡迴展覽的232天展示期間，達254,993人次參觀。



圖4-9 菸害申訴標誌

（四）多元化戒菸服務體系

「菸害防制法」第18條及「世界衛生組織菸草控制框架公約」第14條，均揭示應將菸癮診斷、治療及諮詢納入國家衛生計畫。依「台灣地區九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查」發現，吸菸者中約46%自述想戒菸，於95年辦理之「成人吸菸行為電話調查」發現，吸菸者中約32.7%自述想戒菸，59.5%民眾知道政府有提供戒菸服務。顯示，政府提供的戒菸服務，已逐漸讓民眾認識與接受。目前，為提高國人戒菸率，自民國91年起，大力推動多元戒菸服務管道，包括門診藥物戒菸治療、免費專線電話戒菸諮詢及社區戒菸班的行為治療等。



圖4-10 無菸職場標誌



圖4-11 無菸餐廳宣導桌曆

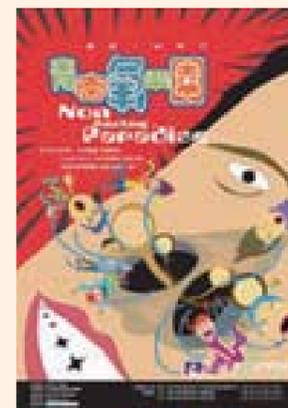


圖4-12 青春氧樂園宣導活動，民國95年11月21日「青春氧樂園—無菸、少年行」台北展開幕當天，嘉賓共同刺破香菸，宣誓拒菸

迄民國95年，提供門診戒菸之合約醫療院所達2,259家，分布於台澎金馬之357個鄉鎮市區（97%）；服務人數自開辦至95年12月，累計為247,731人次，六個月戒菸成功率約20%。此外，為提供想戒菸但又不想到醫院的民眾戒菸協助，成立戒菸專線服務中心，透過專業心理諮商人員的電話諮商，提供每週6天、每天12小時免付費電話戒菸諮詢服務（0800-636363）（圖4-13）。迄95年底電話諮詢服務量127,441人，電話戒菸諮商服務量38,872人，接受多次諮商者之6個月戒菸成功率22.1%。此外，縣市醫療院所亦開辦戒菸班313場，服務5,161人次。



圖4-13 戒菸專線服務



(五) 菸害防制人才培訓與推動國際交流

在菸害防制人力培訓方面，持續培育地方衛生局人力、加強醫事專業人員之參與、整合激勵民間公益團體之參與，辦理護理人員參與全面菸害防制及戒菸推動的整體發展計畫、菸害防制執法人員之法規訓練整體發展計畫、縣市衛生局健康計畫撰寫工作坊，以及邀請美國疾病管制中心及東南亞、亞太地區菸害防制專家來台參與菸害防制工作坊與研討會。

在推動菸害防制國際交流方面，請見第六章健康促進的基礎建設第97頁。

(六) 落實地方政府菸害防制工作

民國95年約撥補新台幣1.9億元至各縣市政府衛生局，分別自落實執法稽查工作、擴大轄區內戒菸服務網絡、持續特定群體菸害防制教育計畫、加強菸害防制傳播宣導等面向，推動地方菸害防制工作。包括充實地方菸害防制人力約110人；辦理菸害防制義工或志工訓練共185場，總計培訓3,536位菸害防制志工；配合地方特性推動「無菸校園」（圖4-14）、「無菸餐廳」及「無菸職場」相關工作，辦理相關宣導教育活動計5,969場次（圖4-15）；全國總稽查數達48萬餘次，取締數7千餘件，並透過「菸害防制法稽查處分通報系統及個案管理資訊」掌握各縣市之執法即時統計。



圖4-14 「無菸最漾，拒菸麻荳選拔賽」獲勝者，擔任校園海報、酷卡、「少女特警」網路短片的主角



戒菸專線標誌



拒售菸品予18以下標誌



無菸餐廳標誌



無菸家庭標誌



門診戒菸標誌



無菸軍隊標誌

圖4-15 不同場域之菸害防制宣導標誌



第五章 健康的平等



第五章 健康的平等

世界衛生組織於1998年「21世紀全民健康計畫」中提到「健康公平性」，將性別及種族、貧窮等議題並列，越來越多的研究結果顯示，影響健康的危險因子及疾病預防行為在性別、種族、貧窮、身心障礙有不同的因素及模式。

婦女或弱勢族群因特殊健康需求及社經地位不平等，導致的特殊健康問題。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產前檢查、幼兒健康檢查利用率不足、醫療資訊取得困難及就醫障礙；罕見疾病患者取得所需治療藥物困難；身心障礙者口腔健康問題、油症患者的健康照護等，如何運用健康保護、疾病預防及健康促進三大概念，採取不同策略、計畫、方法和介入手段，以消弭健康上的不平等相對顯得重要。

第一節 婦女健康

一、現況分析

民國95年台灣女性的平均餘命為80.8歲，比男性多6.2歲，台灣女性之人口數為11,284,820人，占總人口的49%。男性與女性的死亡原因順序不盡相同。95年女性十大死因，主要以惡性腫瘤居首位，其次為腦血管疾病、再次糖尿病、心臟性疾病、腎炎腎徵候群及腎性病變等；女性主要癌症死亡原因順序如下：肺癌17.2%、肝癌15.0%、結腸直腸癌13.3%、女性乳癌10.6%、胃癌6.1%、子宮頸癌5.8%。婦女癌症篩檢，95年30歲以上婦女3年內曾經接受抹片檢查比率僅有53.9%（表5-1），並且仍有近21%的30歲以上婦女從未接受過抹片檢查。95年50-69歲婦女2年內曾接受乳房攝影篩檢比率7.5%，仍低於英國75.5%及美國74.6%。



表5-1 民國91-95年台灣30歲以上婦女接受抹片篩檢率%

年度(民國)	3年內曾接受抹片篩檢率	自84年起曾接受過抹片篩檢率
91	53.8	68
92	53.5	71
93	53.9	74
94	53.8	76
95	53.9	79

資料來源：本局統計資料

民國91年調查20-79歲國人肥胖比例，20-49歲女性（13.4%）明顯低於男性（19.2%），但50歲以後女性肥胖比例高於男性。調查也發現，BMI（身體質量指數）高於24的成人中，65%女性及68%男性有代謝症候群相關病徵。

民國95年孕產婦死亡率為十萬分之7.3（死亡人數15人），產前檢查利用率達96.8%。又根據87年「台灣地區第八次家庭與生育力研究調查」顯示，20-59歲已婚有偶婦女墮胎率28.6%與平均墮胎次數0.4（表5-2）；20-59歲未婚婦女墮胎率5.8%與平均墮胎次數0.1，隨年齡增加墮胎比率增加（表5-3）。然青少年女性經驗比例調查雖較男性為低，但女性已由84年6.7%提升至89年10.4%殊值關心。另，15-19歲青少年生育率自83年17%下降至94年8.5%。

二、政策與計畫

台灣於民國92年5月公布施行「癌症防治法」，依據該法本局訂定「國家癌症防治五年計畫」。針對婦癌防治，全民健保提供30歲以上婦女每年1次免費子宮頸抹片檢查。本局自91年7月起，試辦50-69歲二階段乳癌篩檢計畫，先以問卷篩檢出高危險群，再轉介接受乳房攝影篩檢全民健保，並自93年7月起，全面提供50-69歲婦女每2年1次乳房攝影檢查，以降低癌症對婦女健康的威脅，95年後子宮頸抹片及乳房攝影改由本局業務預算支應。

為提升台灣婦女的健康體能狀況，鼓勵婦女從事規律的健康運動，推動「每日一萬步

健康有保固」，加強三高（高血壓、高血糖、高血脂）等高危險群健康促進計畫。針對更年期女性健康問題及賀爾蒙治療，辦理衛教宣導計畫。

為促進生育保健，確保懷孕婦女及胎兒之健康及安全，自民國87年著手「優生保健法」修正草案，明訂醫療機構應提供懷孕婦女諮詢服務；為確保人工生殖技術之正確使用與發展，充分保障不孕夫妻、人工生殖子女及捐贈人之權益，積極推動並完成「人工生殖法」立法。

表5-2 20-59歲已婚有偶婦女墮胎率與平均墮胎次數

年齡層	樣本數(人)	曾經墮胎百分比	平均墮胎次數
20-29歲	427	17.3	0.2
30-39歲	911	29.3	0.4
40-49歲	779	33.1	0.5
50-59歲	455	30.3	0.5
合計	2,572	28.6	0.4

資料來源：衛生署民國87年台灣地區第八次家庭與生育力研究調查

表5-3 20-59歲未婚婦女墮胎率與平均墮胎次數

年齡層	樣本數(人)	曾經墮胎(%)	平均墮胎次數
20-29歲	564	5.0	0.1
30-39歲	97	8.3	0.2
40-49歲	35	11.4	0.5
50-59歲	7	14.3*	0.1
合計	709	5.8	0.1

資料來源：1. 來源同表5-2

2. 有關未婚婦女之墮胎經驗及次數係以自填問卷收集相關資料

3. 表中樣本數採最大可利用值，加註(*)者，代表百分比基數小於二十



三、施政成果

(一) 婦女癌症防治

為提升抹片篩檢率，本局補助醫院辦理門診主動提示系統，民國95年底30歲以上婦女3年內曾接受抹片篩檢人數約355萬人，篩檢率為53.9%（圖5-1）。另人類乳突病毒疫苗於95年10月經核准上市，乃加強民眾衛生教育提升民眾對疫苗的認知，讓民眾可以自我選擇自費接種。此外為降低乳癌死亡率，提供50至69歲婦女每2年1次乳房攝影檢查，50-69歲婦女2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數近17萬人，篩檢率為7.8%。



圖5-1 三點不漏：乳房篩檢與子宮頸癌宣導

(二) 增進婦女健康體能

依據民國90、94年國民健康訪問調查結果，台灣18歲以上有運動習慣女性占53.47%。兩者相較，女性運動人口約增加33萬。女性最常從事的運動項目，以散步（含健走）為主，佔49.3%，其他依序為體操（12.1%）、爬山（11.4%）、慢跑（10.9%）等（圖5-2）。

台灣婦女最常從事的前10項運動項目



圖5-2 民國94年台灣婦女從事的運動項目

(三) 更年期健康照護

自民國92年起委託中華民國更年期協會設置「0800-00-5107」（鈴！鈴！我要年輕）更年期保健諮詢服務專線電話，提供婦女專業衛教，95年接受民眾諮詢計2,258通，志工培訓共辦理3場計260人參加。配合母親節、世界骨質疏鬆日等重要節日，發表荷爾蒙療法補充療法、骨質疏鬆、尿失禁等更年期相關健康議題新聞資料。另辦理社區骨盆底肌健康促進與尿失禁防治計畫，計畫內容包括尿失禁防治工作坊種子教師訓練一場計79人，社區骨盆底防漏健身操衛生教育及推廣，基隆市及台中市各辦理2場及3場，共計參加人數為232人次。除推廣骨盆底防漏健身操（凱格爾運動）外，更結合基層公共衛生護士，提供適切的衛生教育及醫療轉介服務，減少婦女因保守而諱疾忌醫的情形。

(四) 營造親善生產支持環境

民國95-96年委託國立台北護理學院辦理「婦女親善生產實驗」計畫，擬定生育計畫書，提供懷孕婦女生產方式之選擇權利擇7家醫院試辦，透過生產計畫書建立醫護人員與孕產婦之溝通平台，使婦女能夠參與醫療決策過程及獲得正向生產經驗（圖5-3）。持續推動「母乳哺育社區支持網絡的模式建構計畫」，邀請企業主共同參與，創造有利之母乳哺育環境，降低職業婦女焦慮感，兼顧工作與哺育。



圖5-3 懷孕婦女生產方式與姿勢教學

（五）加強孕產婦個案管理

民國95年委託辦理「建構社區孕產婦健康管理模式及個案登錄系統」，除發展衛生局所個案管理流程及報表外，並建立社區至基層醫療院所之整體醫療服務轉介與監測系統，利用孕產婦產檢內容、自我照護知識與技巧，輔以醫療院所對所提供之產檢服務內容與品質自評，進而瞭解醫療院所服務內容與品質，同時擇定台中市及新竹縣試辦。預計未來針對服務個案數目與類別、典型的個案管理活動（如：介入時間點、家訪、衛教與相關護理活動、資源整合等）、個案管理時間（即收案至結案時間）、產前產後健康照護指標之達成（如：第一孕程產檢率、轉介率、母乳哺育率等）、資料電腦登錄適時性與完整性、個案滿意度等項目作監測、分析與評價。

（六）提供懷孕諮詢（商）服務

民國94-95年委託辦理「人工流產諮商機制探討及運作模式建立」，建立人工流產諮詢（商）服務網絡，遴選台北縣市、新竹縣市共7家醫療院所進行試辦，辦理試辦醫院之醫護、社工人員及諮商心理師等人員培訓，計90人參加，另派遣諮商心理師進駐醫療院所督導，以確保本機制之有效運作。95年共計273人次接受懷孕諮詢（商）服務，諮詢重點包括：心理支持、提供醫療資訊、避孕諮詢、決策諮詢、生活衝擊與因應等，其中接受事前諮詢服務者71人次，接受事前諮商服務者90人次，事後諮商者112人次

（七）提出優生保健法修正草案

為尊重胎兒生命權與維護婦女自主權，提出「優生保健法」修正草案，並將名稱修正為「生育保健法」，於民國95年10月20日送立法院審議。

第二節 弱勢族群健康（外籍配偶、罕見疾病、身心障礙與油症患者）

一、現況分析

外籍與大陸配偶總人數至民國95年底止累計人數估計達38.4萬人，其中外籍配偶13.4萬人占34.94%，大陸與港澳地區配偶25.0萬人占65.06%。其所生子女數於95年達總出生數的11.7%（圖5-4）。依據95年底為止之持有效外僑登記證者，外籍配偶按國籍別分，以越南籍56.6%最高，印尼籍19.4%次之，泰國籍7.1%再次之（圖5-5）。研究發現外籍與大陸配偶婚齡及產齡都顯著低於本國籍婦女，社經地位特性及語言文化障礙，容易有產前檢查及幼兒健康檢查利用率不足、醫療資訊取得困難及就醫障礙。

罕見疾病病人自民國89年8月9日至95年12月31日通報到本局資料庫之個案共2,372案。罕見疾病因疾病罹患人數稀少，使用的藥物缺乏市場的誘因，在自由市場運作的機制下，藥商缺乏誘因製造、輸入及販賣罕見疾病藥物，造成罕見疾病患者取得所需之治療藥物相當困難。

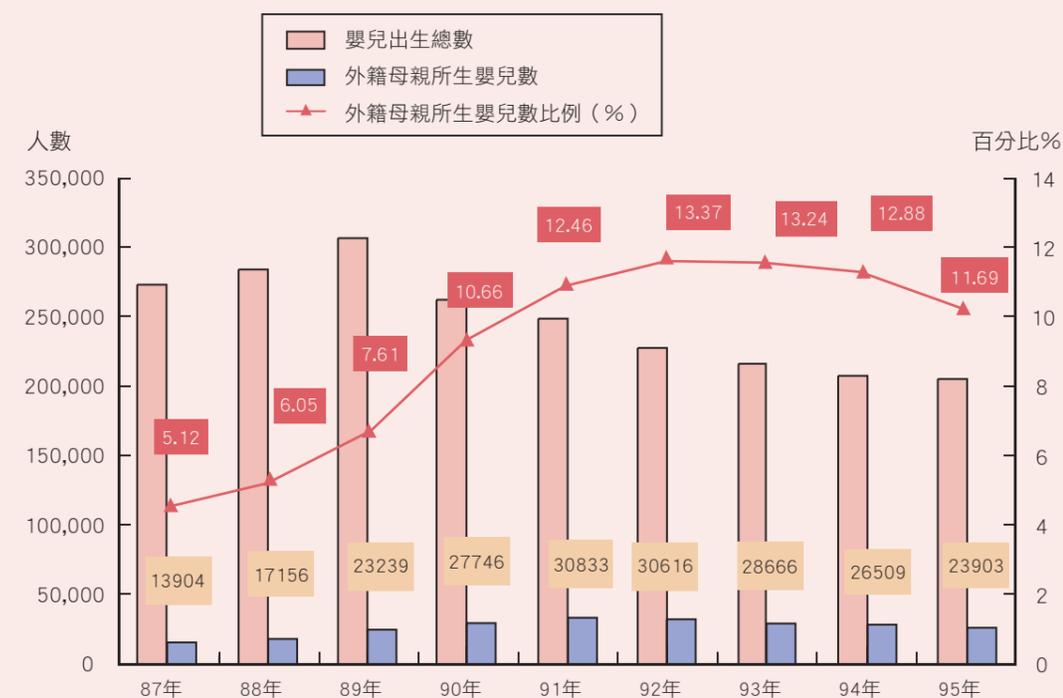


圖5-4 女性外籍與大陸配偶的子女出生結構分析

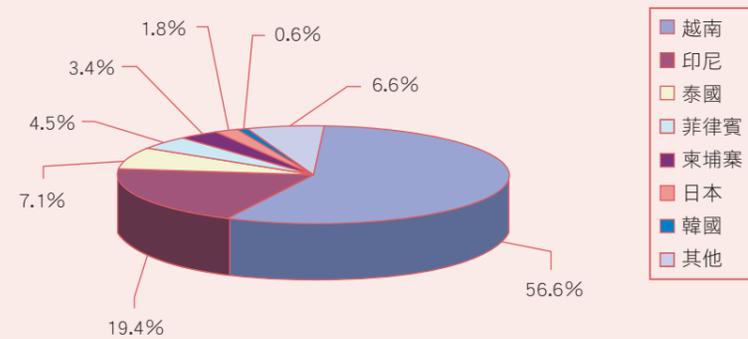


圖5-5 女性外籍配偶原國籍之分布（不含大陸籍）
資料來源：內政部統計處依據95年底為止之持有效外僑登記證者

民國95年台灣身心障礙者981,015人，占總人口數4.3%，因罕見疾病而致身心功能障礙者704人。93年調查身心障礙者口腔健康狀況，齲齒經驗指數（DMFT index）為9.94，恆齒齲齒率92.0%，齲齒填補率為27.2%。與94年調查比較，18歲以上民眾之DMFT index為7.84、恆齒齲齒率86.6%、填補率為40.2%，顯示身心障礙者口腔健康狀況較一般民眾不佳。

民國68年4月起，彰化鹿港、福興等地民眾，陸續發生不明原因的皮膚病。同時期中縣大雅鄉惠明盲校師生，神岡、潭子等地也有人發病，當時中毒人數高達。經調查發現，患者係食用污染有多氯聯苯之米糠油所致，故稱其為「油症」。全民健康保險實施後，「油症」列入慢性病範圍，油症患者持前省衛生處編印之「就診手冊」至全民健保特約醫院門診，可免除部分負擔醫療費，且衛生局對於患者之列管、定期辦理體檢、追蹤訪視、衛教之實施等，仍全面進行。

二、政策與計畫

民國92年起實施「外籍配偶生育健康管理計畫」，積極推動外籍配偶全面建卡管理；另93年起委託辦理「培訓志工協助推動外籍配偶生育保健服務計畫」，94年起內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會同意補助外籍配偶設籍前產前檢查費用及生育調節服務費用，95年獲得該基金管理會同意編列通譯費補助三年計畫。

政府於民國89年8月公布施行「罕見疾病防治及藥物法」，為全世界繼美國、日本、澳洲與歐盟之後，第5個制訂「罕見疾病」相關法律的國家。依該法相關規定，辦理補助全民健康保險未能給付之罕見疾病個案醫療費用，獎勵罕見疾病藥物供應製造及研究發展，成立罕見疾病及藥物審議委員會，審議公告罕見疾病及審理醫療補助案件，以保障罕見疾病病人醫療照護權益。

另亦推動「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」及辦理「身心障礙者氟化物防齲方案」，訂定身心障礙兒童（特教學校）氟錠防齲二年計畫，建置台灣身心障礙兒童氟錠投予之服務模式，辦理身心障礙國小學童含氟漱口水防齲計畫，以降低身障兒童齲齒罹患率。

油症業務在精省後移轉，民國90年5月18日衛生署疾病管制局將原「油症患者就診手冊」換發為「油症患者就診卡」，93年業務再移由本局辦理。

三、95年施政成果

（一）外籍配偶生育保健

1. 落實建卡管理與生育保健指導

各直轄市、縣（市）政府衛生局（所）全面加強建卡工作及發展個案管理服務模式，提供家庭計畫、產前產後、優生保健及防疫措施指導等。民國95年外籍配偶建卡率96.5%、大陸配偶建卡率97.1%。

2. 辦理通譯衛教通譯員培訓

民國95年辦理「外籍配偶生育保健通譯員作業規範及訓練教材應用」研習會，培訓63名種子師資（圖5-6）。另各縣市衛生局（所）培訓當地招募之外籍配偶，截至95年底止已有14個縣市辦理。



圖5-6 辦理全國「外籍配偶生育保健通譯員—作業規範及訓練教材應用」研習會



3. 辦理產前檢查及生育調節醫療補助

各縣市衛生局依「外籍配偶照顧輔導基金醫療補助計畫作業說明」，加強辦理外籍配偶之醫療補助作業。

民國95年1月至12月醫療補助計畫補助設籍前未納保產前檢查，共8,097人次；設籍前之裝置子宮內避孕器，共1,004人；女性結紮269人；男性結紮12人。

4. 研發及編印多國語言衛教教材

民國95年補助台灣師範大學完成5國語版「外籍配偶生育保健常用語手冊」，另編印越南、泰國、印尼、英文、柬埔寨等多國語版「育兒保健手冊」（圖5-7）及「育兒保健DVD」等衛教教材，俾提供醫護相關人員參考使用。



圖5-7 外籍配偶媽媽手冊與育兒保健手冊

(二) 罕見疾病防治

1. 「罕見疾病防治及藥物法」及相關規範

民國89年，通過「罕見疾病防治及藥物法」，隨即成立「罕見疾病及藥物審議委員會」及「罕見疾病特殊營養食品暨藥物之物流中心」審議認定及公告156種罕見疾病，80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及審理醫療補助



圖5-8 罕見疾病物流中心辦理病患座談會

案件。經衛生署公告之罕見疾病除列入健保重大傷病範圍外，本局並編列預算補助供應罕見疾病個案維持生命所需之特殊營養食品（圖5-8），民國95年儲備、供應27項，提供

15家醫院、250名罕病病人使用，補助經費達2,573萬餘元，另儲備10項罕見疾病病人緊急需用藥物，供診療醫院緊急使用，民國95年共提供30名病人使用，補助經費達28萬元。

2. 建構完整的遺傳性疾病及罕見疾病醫療服務網絡

設置罕見疾病個案通報資料庫及諮詢單一窗口，自民國89年8月截至民國95年12月底止，各診療之醫院共通報罕見疾病2,372案。於北、中、南、東四區（10家醫學中心）設置遺傳諮詢中心。

3. 提供罕見疾病個案國際醫療合作代行檢驗服務

整合、建置國內相關罕見疾病國際檢體外送資訊，提供罕見疾病國際醫療合作管道；並由政府與罕見疾病基金會各補助40%之代行檢驗費用，自民國89年8月9日起，迄民國95年12月底共補助222案；另於民國95年6月完成12項疾病之快速審核原則，縮短罕病個案檢體送至國外代檢之審查流程。

4. 辦理醫事人員獎勵通報罕見疾病計畫及防治宣導

辦理校園巡迴講座、編製「小於萬分之一的世界」宣導專刊（圖5-9）、「罕見疾病健康護照」、「腎上腺腦白質失養症照護手冊」、「龐貝氏症照護手冊」及「代謝性疾病-台灣經驗」專書。與財團法人罕見疾病基金會及公共電視聯合製作「絕地花園電視單元劇--罕見疾病病友的生活故事」及書籍，並逐年開發罕見疾病單張（圖5-10）及疾病照護手冊，提供相關人員參考。



圖5-9 「罕見疾病者的尊嚴」手冊

第六章 健康促進的基礎建設

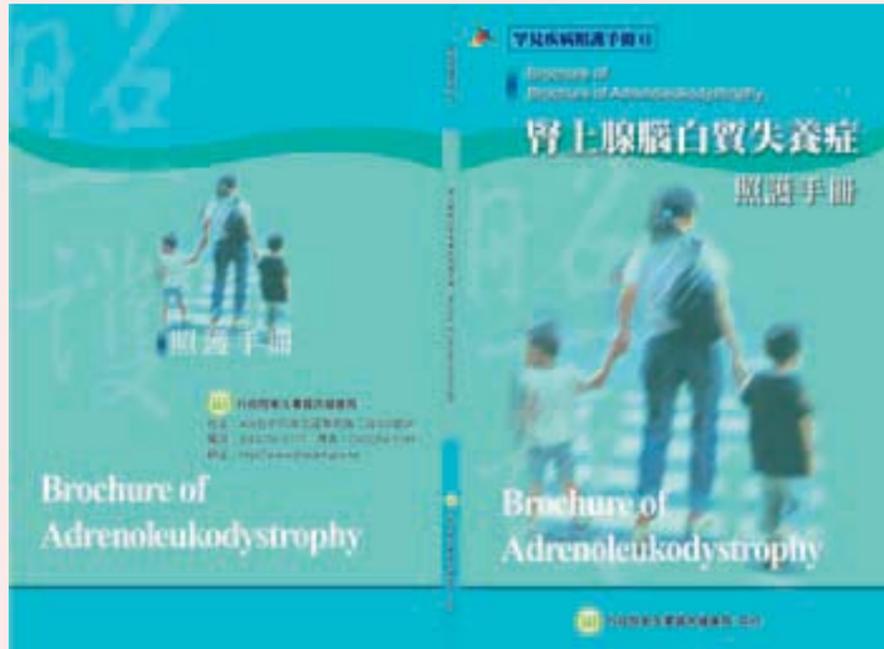


圖5-10 罕見疾病介紹單張

(三) 身心障礙口腔保健

1. 辦理身障者口腔預防保健研習

培訓460名種子教師，完成潔牙示範教學宣導短片。至25家身障機構，指導照護者執行潔牙技巧及加強照護者、老師的口腔衛教知識，共提供40場次服務（圖5-11）。



圖5-11 口腔保健宣導活動—建立身障者口腔保健模式，由機構院生幫忙其他院生刷牙

2. 提供衛教指導

提供身障機構400名身心障礙兒童投予氟錠、尿液安全性評估、照護者之氟化物宣導與口腔衛生教育。提供2萬多名身障學童含氟漱口水服務，並強化身障學童及其照護者之口腔保健知能，以降低身障學童齲齒罹患率。

(四) 油症患者健康照護

93年起本局援例對油症患者提供每年免費健康檢查及補助油症患者就醫之健保門診部分負擔醫療費用。94年7月1日起，女性油症患者第二代子女，可申請油症患者就診卡及每年健康檢查。95年底共計有1507位油症患者列冊管理，並計有511人接受健康檢查服務。





第六章 健康促進的基礎建設

公共衛生服務，必須兼顧其時效性、成本效益、可近性作為決策參考。除預防保健位居公共衛生傳統之重要性外，網路資訊科技時代來臨，給全世界衛生體系引進相當的衝擊。一方面由過去的被動通報轉為主動偵測與線上多方互動，更能有效的掌握現況。另一方面由民意代表的質詢，與新聞媒體即時的報導與適當的回應，兩者均突顯衛生資訊與風險溝通的重要性。健康指標的建立與與主觀的民意都是施政重要的依據。藉由網路、媒體等資訊雙向溝通，增進國民健康，進而與國際接軌，善盡地球村一分子的责任，將台灣在健康促進所作的努力成果與世界各國分享。

第一節 預防保健服務

預防保健可以早期發現疾病與治療，以保障全體國民健康。自84年開始，衛生署提供孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健服務等四項預防保健服務。自93年7月起又增加乳房攝影檢查服務及兒童牙齒塗氟保健服務等二項預防保健服務。

配合健保多元微調政策，自95年起預防保健等公共衛生支出逐年由公務預算編列。95年移由本局支付之項目包括：

類別	提供項目與服務
孕婦產前檢查	提供10次孕婦產前檢查，檢查項目包括身體檢查、實驗室檢查、超音波檢查及衛教指導
兒童預防保健	7歲以下兒童9次定期的健康檢查，檢查項目包括身體檢查及衛教指導
子宮頸抹片檢查	30歲以上婦女每年1次
乳房攝影檢查服務	50-69歲婦女每兩年1次

95年各項預防保健成果包括：孕婦產前檢查約180萬人次，利用率為97.84%；兒童預防保健服務約136萬人次，利用率為71.72%；子宮頸抹片約166萬人次，利用率為25.23%；及乳房攝影約11萬人次，利用率為5%。

第二節 健康指標與監測系統

一、現況

「發掘實據，才能追尋更好的可能」，台灣公共衛生政策從過去消極的疾病防治，到現在的積極健康促進，對於公共衛生政策範疇來說，本局成立以來，即進行以衛生政策與施政任務需求為導向之人口與健康相關議題基礎性調查研究，建立制度化之人口與國民健康監測系統，讓各項健康促進的政策訂定或計畫執行成果的評估，可以建立在一個客觀準確的基礎上。

二、政策與計畫

為提供政策擬訂、施政效果評估及業務推動所需之客觀、正確與詳實資料，達到疾病預防和健康促進的目的，建立以調查為基礎之國民健康狀況、健康行為與醫療利用監測系統，發展例行性與制度化之各項人口與健康調查系列研究，持續收集國人重要疾病與健康問題資料，定期監測國人健康指標與危害健康行為，並結合生物指標測量計畫，完整建立具政策參考價值之多項調查系列研究資料庫。有關本局及前身機構近10年與未來4年預定辦理各調查系列與期程如下（表6-1）：



表6-1 歷年重要健康指標調查一覽表

調查系列	工作期程															
	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年
一、國民健康訪問調查							●	●			●				●	
二、婦女、家庭與生育力調查				●						●					●	
三、青少年學生健康行為調查	●					●					●	●	●	●	●	●
四、中老年人身心社會長期追蹤調查		➔			➔				➔				➔			➔
五、出生世代長期追蹤調查											➔	➔	➔	➔		➔
六、台灣地區老人健康之社會因素與生物指標研究						●						●				

● 橫斷性 (cross-sectional) ➔ 縱貫性 (longitudinal)

另外，有關調查工具之研發，則兼顧國內政策參考需要以及國際比較目的，除採用面訪調查、電話調查以及學生自填問卷等方法收集資料外，近年來，另利用電腦輔助面訪調查方法，以加速資料處理程序與提高資料品質。而為增進調查資料運用與提昇運用調查資料所建立健康指標之可近性，開發出以網頁為基礎之資料查詢系統。提供調查研究成果予衛生政策制定者或衛生保健業務推行單位，作為其規劃健康政策、分配衛生保健資源，以及計畫執行成效評估之參考，強化台灣衛生保健政策訂定與成效評估之實證研究基礎。

三、施政成果

(一) 完成全球青少年吸菸行為調查

自民國93年起與美國疾病管制中心合作，採用世界衛生組織設計發展之「全球青少年吸菸行為調查 (Global Youth Tobacco Survey, GYTS)」問卷與標準作業流程，以國中、高中學生隔年輪換方式，定期監測青少年吸菸認知、態度、行為等變化趨勢。另，為因

應青少年生活經驗之多樣化，本局自95年配合既定辦理之學生吸菸行為調查，在該計畫中抽選之樣本學校另外多抽一套樣本班級，同時辦理「青少年健康行為調查」，以收集青少年健康行為與健康狀況資料，調查範疇包括檳榔、藥物、酒、飲食、運動等生活型態以及性行為等議題，其結果將提供相關單位規劃與評價各種健康促進介入計畫的參考依據。

(二) 辦理國民健康相關議題電話調查

為快速掌握民眾衛生問題實情，降低國民健康資料收集成本與縮減資料收集時程，於民國92年起設置「衛生保健電話調查中心」。該中心依指定調查項目，辦理全國與縣市代表性，或指定個案追蹤調查。95年全年計完成「兒童安全座椅使用狀況調查」、「民眾對慢性疾病認知與態度電話調查」、「各縣市成人吸菸行為調查」、「國人婚姻與生育態度調查」、「台灣身體活動量調查」等五項電話調查，調查結果已提供本局各業務單位作為業務推動或政策研訂參考。

(三) 辦理台灣出生世代研究

根據生命歷程流行病學觀點，兒童時期的健康與成年以後的健康息息相關。為建立台灣兒童生長發育及健康狀況常模、探討社會環境因素對兒童生長發育及健康狀況之影響與評估異國通婚子女之生長發育及健康狀況，本局自民國94年出生嬰兒人口中抽選24,664個樣本嬰兒，分別於其滿6、18、36個月大時，定期追蹤樣本嬰兒生長發育及健康狀況，開創以生命史觀點探討成人健康之出生世代研究。

民國95年完成第一波調查（嬰兒6個月大時）共完成21,648案，完訪率為87.8%；進行第二波追蹤訪問（18個月大幼兒）：追蹤第一波調查完訪的樣本，預定96年7月完成資料蒐集，截至95年12月完訪累積率達94%以上。



(四) 完成台灣國民健康訪問調查之初步分析報告

為建立全國及縣市代表性國民健康指標數據，以定期監測國人健康現況及變化趨勢，爰與國家衛生研究院於民國90年合作辦理第一次國民健康訪問調查，運用問卷調查方法收集國人健康資訊，瞭解國人健康狀況與服務需求，探討國人健康狀況變化趨勢與相關因素；第二次國民健康訪問調查業於94年完成調查工作，完訪樣本數為24,726人，完訪率高達80.6%。95年共計完成29項業務相關專題分析運用，包括個人健康狀態、疾病預防與健檢認知、醫療服務利用情形以及個人健康行為等研究分析。

(五) 辦理老人健康之社會因素與生物指標研究

為因應日漸高齡化之人口結構所將帶來的各項衝擊，並深入了解台灣老年人之生活壓力、社會環境以及健康狀況，以探討台灣老年人健康狀況之影響因素，爰與美國喬治城大學共同規劃執行「老人健康之社會因素與生物指標研究」(Social Environmental Biomarker of Aging Study, 簡稱SEBAS)五年計畫，研究期程自民國94年至98年止，經費來源為美國國家衛生研究院專案補助款。本計畫於94年10月，選定屏東市辦理預試評估，針對樣本個案進行問卷面訪與初步健康評估，並安排個案赴合作醫院進行健康檢查以及辦理檢體收集與處理等工作，期藉此實地操作執行經驗，建立全台大規模收案工作模式。並自95年6月中旬起以半年左右的時間，完成台灣地區27個鄉鎮市區辦理個案面訪問卷調查與健康評估(完訪人數為1,284人，完訪率達86.6%)，逐步於各樣本地區完成個案(共1,284人)進行健康檢查與生物醫學資料收集工作，共完成健檢人數1,036人，健檢率達70.1%，96年將進行資料分析工作。

第三節 健康資訊網

健康資訊網係本局入口網站與健康九九為主，副之以資料庫與系統之建置，整合重要健康整合議題，使用者可隨時檢索查詢最新健康訊息，民國94、95年榮獲「優良健康資訊網站」，內容包括無障礙網頁與英文版，提供民眾有關媽媽寶寶、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、菸害防制、衛生教育、預防保健、健康研究調查、出生通報等資料。

本局為加強、精進全方位便民服務措施，簡化資訊網為單一入口系統平台，與知識搜尋、匯集、管理之導入與建置。並建立相關資訊安全措施，保障個人資料之保全措施。期藉由此入口平台，提供更便民之服務與更有效之健康衛教知識匯集及傳播。



圖6-1 國民健康局中文網站首頁<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/index.jsp>
國民健康局英文網站首頁<http://www.bhp.doh.gov.tw/english/>

健康主題

主題名稱	說明
媽媽寶寶	建構完整之婦幼衛生、優生保健服務體系；使孕產婦保持良好的健康。
母乳哺育	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。
嬰幼兒聽力	聽覺是人類與外界環境溝通的重要管道，對於知識的攝取，身心的發展都極為重要。
視力保健	國民保健項目中，學齡前兒童的視力保健算是相當有成果的，國小近視盛行率以往逐年增加的趨勢已顯著減緩。
口腔保健	提供台灣口腔狀況之調查結果及相關流行病學及口腔衛生教育的教材等資料。
青少年保健	提供青少年性教育相關資料；線上諮詢服務，回覆方式具隱密性，適合一般青少年使用。



資料庫及系統

系統/網站名稱	說明
婦幼健康資料庫系統	http://163.29.76.7/WCHM/ 建立全國婦幼健康資料庫，辦理開立特殊群體醫療補助紀錄連，了解特殊群體照護現況以提升服務品質及時效。
全國極低體重早產兒資料庫與出院後照護服務網	http://son.ckproduction.com/ 建立全國極低體重早產兒資料庫，了解早產兒照護現況以期能進一步改善其結果。
新生兒G6PD確認檢驗及篩檢檢驗之品質保證網站	http://www.g6pd.tw/ 配合本局新生兒篩檢計畫之推展，辦理新生兒篩檢中心及G6PD確診醫院之院際品管及結果監測，以提昇其篩檢及確診之檢驗品質。
罕見疾病線上通報及相關服務系統	http://163.29.76.41/ 辦理罕見疾病個案線上通報，並提供罕見疾病個案特殊營養食品、罕見疾病緊急需用之藥物及國際醫療合作代行檢驗服務之線上申請。
全國遺傳診斷系統&溝通網站	http://gendx.bhp.doh.gov.tw:8080/diagnosis/page/login.jsp 為本局優生保健措施減免（或補助）案件之申報與費用審核作業系統，另建有「溝通網站」作為系統之交流平台。
遺傳疾病諮詢服務窗口	http://www.bhp-gc.tw/ 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，於第一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。
台灣癌症登記系統	http://crs.cph.ntu.edu.tw/ 以國內50床以上醫院為收集對象，提供國內癌症發生部位、組織型態、地區別等癌症歷年流行病學資料。
健康能量便利屋	http://www.bhp.doh.gov.tw/health_body 「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。
社區健康營造網站	http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/hpnet/ 推動「社區健康營造」計畫，提供一個互動、分享、交流的便利平台。
職場健康促進暨菸害防制資訊網	http://health.cish.itri.org.tw/nosmoking/ 內容包括分無菸職場、健康促進與自主認證三大主軸。
菸害防制	http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/ 增強菸害防制工作之推動及菸害防制成果之分享，提供縣市衛生局、衛生教育人員及一般民眾連結、搜尋及下載之單一入口知識平台，包括：政策法令、媒體傳播、無菸環境、戒菸服務、國際合作、調查監測、研究發展、歷年年報。
健康數字123	http://olap.bhp.doh.gov.tw/ 本網站係本局運用歷年全國健康調查以及出生通報資料所建置完成的健康指標查詢網站。
人口與健康研究調查資源共享系統	http://rds.bhp.doh.gov.tw/ 透過完整線上資料之提供及服務系統建立，促使研究成果於國民健康促進業務之應用。

主題名稱	說明
中老年保健	建構整合性預防保健環境，提供各種慢性病防治及更年期保健相關資訊。
癌症防治	為加深民眾對癌症預防之認識，本局積極推動癌症防治相關工作，確保民眾健康。
健康體能	「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。
社區健康	以社區發展的方式，來完成社區健康促進的行動。
職業衛生	職業病防治的重點從早期診斷早期治療到環境偵測、生物偵測，與工作環境監測控制都有明顯進展。
衛生教育	以「健康九九衛生教育網」為主
調查研究	為建立制度化之人口與國民健康監測系統，以提供政策擬訂、評估施政效果、業務推動所需之客觀、正確與詳實資料及分析結果。
出生通報系統	http://203.75.44.8/hds/ 本系統可讓各管階層藉著網路與資料庫的便捷性分享資訊，即時掌握轄區內產婦及新生兒健康狀況。
預防保健	有關兒童預防保健、孕婦產前檢查、婦女子宮頸抹片檢查、婦女乳房X光攝影檢查等四項預防保健服務。

健康九九衛生教育網 <http://www.health99.doh.gov.tw/>

網站名稱	說明
健康九九衛生教育網	http://health99.doh.gov.tw/ 本網的內容是透過主動收集方式，廣羅各醫療院所、衛生單位及非政府組織之健康相關資訊，分門別類整理而成。成立至今收錄近2800件衛生教育教材，目前線上教材總數約950件，網站總瀏覽人次已破800萬人次，於改版後平均每日瀏覽人次5600人，會員總數已達8000人，電子報訂閱數達9200人，並於民國94、95年榮獲「優良健康資訊網站」，民眾或衛生教育人員只要上網動動手指，便可依教材類別、年齡層、媒體種類、索取閱覽、關鍵字、發行單位及全文檢索等進行搜尋，找到自己需要的衛生教育教材，並可透過實體物流服務進一步索取。此外，衛生教育資訊亦包括健康頭條、最新新聞、珍愛生命、衛教主題館、遊戲九九、影音劇場、疑問醫答、線上健檢等，並設立衛教社區尖兵部落格，提供進階會員一個創作與分享的園地，包括工作日誌分享、電子相簿、教案交流、線上留言交流等功能，期待能藉由教學資源的互享，讓衛生教育的團隊更親密結合。目前更透過發行電子報及專人駐站等服務，增加網站使用者與「健康九九」間的互動，期許本網站能成為健康資訊網絡最具有公信力之資訊來源，以促進提升國人之健康。



第四節 國際合作與交流

本局承接改制前原有單位在國際合作方面的既有成效，積極推動實質外交，並與美國國家疾病管制中心有關當局合作，就重要衛生議題展開跨國計畫，參與重要國際會議，為台灣發聲，並與世界各國分享我國健康促進實務經驗。

一、台越合作計畫

為提供台灣衛生經驗協助鄰國，以促進國際友誼及提昇台灣參與推動國際衛生工作之形象，衛生署自民國85年起，即與越南國家人口暨家庭計畫委員會（National Committee for Population and Family Planning, NCPFP），共同展開人口與家庭計畫方面之合作與交流。該會於91年整併改組為越南人口、家庭暨兒童委員會（The Vietnam Commission for Population, Family and Children，簡稱VCPFC），係屬越南政府負責規劃人口、家庭及兒童相關政策、計畫與方案的機構，為一條鞭之組織，與該國衛生部從中央至地方相對的組織均為平行單位；兩者透過密切協調聯繫運作，共同推展人口、家庭及兒童照護工作。VCPFC也與世界衛生組織、其他國家政府機構和非政府組織有合作管理計畫、研究以及資訊的交流。台越人口、家庭及兒童合作交流計畫迄今雙方合作已逾10年，越南並因推行家庭計畫方面的卓越成就，於1999年榮獲聯合國人口計畫獎，該國已有四百多位中央及省級機構之中高階主管曾至台灣考察。95年合作交流計畫內容包含：

（一）越南VCPFC考察團訪台

越南指派主管人口、家庭計畫與婦幼保健相關人員分3梯次（每梯次10人，為期12天）來台考察，由我方安排至議題相關之政府或民間機構研習，考察重點包含社區人口、家庭

及特殊境遇兒童之管理，新生兒篩檢，早期介入以預防兒童的遺傳缺陷，身心障礙兒童的照護及復健，家庭及社會在母親、兒童及老人的健康照護所扮演之角色，以及家庭及社區發展之政策制定與執行等議題。

（二）本局赴越南進行專業技術指導

1. 民國95年8月6-13日，本局邀集三位遺傳醫學相關領域專家赴越南參與分別於南越大叻、北越河內舉行的二場「提升人口品質」工作研討會，與會人員包含越南各省地方委員會代表、跨部會之專家學者（包括教育部、衛生部、體育局及VCPFC等單位）共計200多人，會議主軸為促進2006至2010年的人口品質改善計畫，並實地參訪胡志明市Tu Du醫院、河內中央婦產科醫院及國家小兒科醫院，提供台灣在產前遺傳診斷及新生兒篩檢等服務之經驗及專業建議，藉以協助改善越南的先天缺陷及人口品質等問題。
2. 民國95年12月23-29日，由本局蕭局長美玲率團拜會越南人口、家庭暨兒童委員會（VCPFC），並藉由實地赴越南慶和省之人口、家庭暨兒童委員會、身心障礙兒童復建及教育中心、生育健康照護中心，及越南家庭計畫協會等機構考察，瞭解該國執行家庭計畫、人口品質、身心障礙兒童照護、青少年性教育與生育保健等方面之努力及困難，以作為後續合作計畫之參考，最後並簽訂技術交流合作備忘錄，作為96年合作交流計畫之依據。

二、亞洲青少年生育健康跨城市調查研究

隨著全球化、國際化之腳步加速，青少年透過媒體、網路及國際交流頻繁接觸國外資訊，其兩性態度、婚育態度、家庭觀念及性行為上，有別於以往之趨勢，這是值得探討的議題。透過國際學術活動參與，本局與美國約翰霍普金斯大學、中國、越南之學者共同規劃，瞭解台、中、越三地青少年，在經濟發展程度、對外資訊取得容易度及家庭、社會、文化差異下，其生育健康、兩性關係認知、態度與行為之差異，以及其影響因素等議題。研究結果將提供參與合作單位擬定青少年健康政策與服務計畫之參考。



三、菸害防制活動

為與國際菸害防制交流接軌，除持續與美國疾病管制中心進行吸菸行為調查合作計畫外，並極力爭取相關國際會議在台灣舉辦，以促進菸害防制工作之國際交流。此外，秉持「世界衛生組織菸草控制框架公約」第20-22條強調區域性的國際合作之精神，鼓勵非政府組織將台灣推動菸害防制的成功經驗，協助其他國家推動各項菸害防制工作。重要成果包括：

（一）進行全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）

台灣青少年吸菸行為調查除能與GYTS同步接軌外，並開發具縣市代表性及高中職學生調查之特色為全球首創。歷年調查結果並於全球菸害防制相關大會發表，且建置吸菸行為線上查詢系統（網址<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/>）。本調查結果均依全國及縣市別予以整理與分析，提供自中央到地方的青少年吸菸行為現況及趨勢資料，以做為青少年菸害防制策略規劃及評估之參考。

（二）加強國際交流與合作

- 2006年3月與東南亞菸害防制聯盟（Southeast Asia Tobacco Control Alliance, SEATCA）於台北共同舉辦「女性與菸害防制亞太區域會議」（Regional Workshop on Women and Tobacco Control），與會代表包括孟加拉、柬埔寨、印尼、寮國、馬來西亞、蒙古、菲律賓、新加坡、泰國、越南等國家，包括台灣計有13國112人與會，針對女性菸害防制議題進行國際交流。
- 在柬埔寨結合國際非政府組織，發展「無菸環境建置指南」，營造各項無菸環境，如持續推動「無菸軍隊」、「無菸軍醫院」、「無菸學校」、「無菸三輪車暨微額信用貸款計畫」等，培訓當地菸害種子教師、安排菸害意識提昇課程、辦理戒菸班，及進行三輪車伏菸品知識態度行為調查等。並製作說服政策決策者之事實單張（fact sheets）與說帖。協助辦理「菸害防制政策倡議研討會」，推動菸害防制法政策遊說，並與柬埔寨健康行動組織（Cambodia Movement for Health）、婦女媒體中心（Women's Media

Centre）合作製播政策倡議電台節目。另協助「柬埔寨健康行動組織」（Cambodia Movement for Health）於2006年11月立案成為該國本土首創反菸專業團體。

（三）積極參與國際研討會並發表論文

- 2006年青少年國際反菸研習營（Anti-Smoking Ambassadors Program, ASAP）有2名學員獲得Campaign for Tobacco Free Kids和Essential Action兩個民間組織全額補助，參與於美國華盛頓特別行政區召開之第13屆世界菸害或健康會議（13th world Conference on Tobacco OR Health, WCTOH）之「全球青年倡議訓練工作坊」（Global Youth Advocacy Training），並於WCTOH大會中發表參與青少年國際反菸研習營之經驗（Educate, Motivate, Advocate : Global Youth Advocacy 101 Experiences from Taiwan）。
- 2006年計有14位本局人員參與9項全球或區域性菸害防制相關會議，展現台灣的菸害防制成果。

四、健康促進醫院及安全社區網絡國際化

為推廣國內健康促進醫院與國際接軌，迄95年底前已促成萬芳、永和耕莘、署立台中、署立豐原、屏東基督教等5家醫院取得世界衛生組織健康促進醫院網絡認證。

藉由國際安全社區資訊網絡建構，了解國際安全社區及有關傷害防制與安全促進的最新資訊，並將台灣安全社區之推動訊息透過週報交流。另參與國際安全社區研討會，並辦理2005年第三屆亞洲區安全社區國際研討會暨認證典禮。上述四個社區已於民國94年6月通過國際認證，正式成為國際安全社區網絡之一員。

民國95年具體成果包括：



（一）國際合作交流活動

1. 參與國際安全社區研討會

民國95年4月台灣安全社區組團，至南非開普敦參加第15屆安全社區國際研討會，學習國外推動經驗外，亦提出台灣推動安全社區成果之口頭報告及海報論文與國際分享。

2. 邀請世界衛生組織安全社區推廣中心人員來台社區訪評與指導

(1) 民國95年7月邀請歐洲安全社區主席暨國際安全社區週報主編Dr. Yousif Rahim至宜蘭冬山、台北市中正區、嘉義新港鄉、台中縣石岡鄉等新發展安全社區實地指導。

(2) 民國95年7月於石岡鄉立圖書館與國內學者及政府單位，針對安全社區模式之適用性進行對談。

3. 協助國外推展安全社區

民國95年7月，安排日本青森縣區域護理督導新井山洋子女士、國際交通學會石附弘先生及青森縣衛生局資深督導反町吉秀先生參訪東勢及內湖2處國際安全社區，以協助日本推展安全社區。

4. 加強國際交流，舉辦區域性安全社區研討會

民國95年9月辦理「2006年台灣安全社區研討會」，會中紐西蘭、韓國、及泰國等多位學者專家，分享該國推動安全社區經驗，另針對台灣新發展之安全社區提出建言。

5. 協助世界衛生組織社區安全社區推廣協進中心翻譯安全社區週報華文版。

6. 發行台灣安全社區網絡報

以中、英雙語發行第一期台灣安全社區網絡報，報導台灣安全社區發展動態，同時也將全球各地安全社區動態分享給台灣了解，達成國際安全社區同步分享、成長的目標。

（二）四個國際認證安全社區推動議題推展主題如下表(表6-2)

表6-2 台灣安全社區推動議題表

議題	社區別	豐濱鄉安全社區	東勢鎮安全社區	阿里山安全社區	內湖區安全社區
傷害監測		*	*	*	*
居家安全促進		*	*	*	*
農事安全促進		*	*	*	
校園安全促進		*	*	*	*
道路安全促進		*	*	*	*
水域安全促進		*		*	*
暴力防制			*		
賣場安全促進					*
獨居與弱勢老人關懷		*		*	
弱勢兒童課後安全		*	*		
民宿安全				*	

（三）建立台灣安全社區推廣網絡

成立台灣安全社區推廣中心與國際接軌，在國內計有北、中、南、東4支援中心，永續經營已認證之四個國際安全社區之事故防制與安全促進，後續輔導新成立之安全社區。

（四）擴大辦理安全社區計畫

新發展安全社區計畫包括台北市中正區、台中縣石岡鄉、台中市北屯區、台中市南屯區、高雄市左營區，台南市長榮社區，嘉義縣新港鄉中庄社區、花蓮縣牛犁社區、宜蘭縣冬山鄉等9處，並已完成社區組織運作模式及評估各社區將推動之安全促進議題。



附錄

國民健康局歷年大事紀

時 間	大 事 紀 摘 要
90年7月12日	本局成立。翁局長瑞亨就任。
90年10月15日	本局辦理第一次之台灣高血壓高血糖高血脂盛行率調查研究，於92年3月完成。
91年1月1日	行政院衛生署所屬醫療院所，全面開辦戒菸門診，並設立戒菸諮詢專線。
91年1月1日	財政部開始徵收菸品健康福利捐。
91年5月24日	設置菸害防制及衛生保健基金審議小組，召開第1次會議。
91年6月11日	行政院國家永續發展委員會第13次委員會議，決議永續會成立8個工作分組，其中健康風險組主辦機關為衛生署。
91年6月18日	開始補助地方衛生保健及菸害防制工作計畫。
91年12月1日	全國25縣市推動糖尿病共同照護。
91年12月2日	「健康生活社區化計畫」納入行政院挑戰2008國家發展重點計畫-新故鄉社區營造計畫，並報行政院核定。
91年12月10日	行政院衛生署發布「優生保健措施減免或補助費用辦法」。
91年12月25日	陸續開辦「全方位無菸環境計畫」，包刮無菸餐廳、無菸職場及高中職以下無菸校園計畫。
92年1月3日	委託財團法人「張老師基金會」開辦免付費0800-636363電話戒菸專線服務，由專業心理諮商員協助吸菸者戒除菸癮。
92年1月23日	公告「糖尿病共同照護網醫事人員認證基準」
92年5月21日	「癌症防治法」公布。
92年5月21日	「口腔健康法」公布。
92年8月1日	林局長秀娟就任（第二任）。
92年8月14日	訂定「菸害防制及衛生保健基金審議作業要點」。
92年11月6日	為推動無菸軍隊，與國防部合辦「92年度國防部菸害防制誓師大會」。
92年11月24日	實施外籍與大陸配偶生育健康管理計畫，推動各縣市衛生局外籍配偶全面建卡管理。
93年3月18日	辦理糖尿病共同照護網醫事人員認證。
93年4月2日	挑戰2008國家發展重點計畫-新故鄉社區營造計畫下「健康生活社區化計畫」修正計畫報行政院核定。
93年8月18日	奉行政院核定辦理「鼓勵生育衛生教育宣導計畫」，為期三年。
93年10月29日	「行政院衛生署菸害防制推動委員會設置要點」生效。
93年12月19日	第一次辦理癌症登記人員基礎級認證考試。

時 間	大 事 紀 摘 要
94年1月1日	行政院邀集經濟部、環保署、衛生署、農委會及台南市政府，研商「台南市中石化安順廠污染場址專案小組」成立事宜。
94年1月19日	行政院衛生署修正公布「罕見疾病防治及藥物法」。
94年3月30日	總統簽署「世界衛生組織菸草控制框架公約」加入書。
94年4月11日	「健康生活社區化計畫」納入行政院台灣健康社區六星計畫-社福醫療面向。
94年7月4日	重新印製油症患者就診卡，免除其健保門診負擔。
94年7月11日	國家癌症防治五年計畫經行政院核定實施
94年8月1日	吳局長浚明就任（第三任）。
94年8月7日	參加泰國舉辦之2005年全球健康促進會議。
94年8月18日	推動「台北內湖區都會型」、「台中東勢鎮鄉鎮型」、「嘉義阿里山山地型」及「花蓮豐濱鄉濱海型」，四個安全社區全數通過WHO國際認證成果。
94年10月14日	成功大學協助台南市政府（台南市健康城市促進會），加入世界衛生組織西太平洋國際健康城市聯盟。
94年10月17-21日	世界衛生組織安全社區推廣中心主席Dr. Leif Svanstrom與歐洲安全社區網絡主席Dr. Yousif Rahim來台參加第三屆亞洲安全社區會議並授予安全社區認證。
95年1月1日	兒童健康檢查、孕婦產前檢查、子宮頸抹片篩檢及乳房攝影檢查等四項預防保健服務改由公務預算支付，由本局接辦，委託中央健康保險局執行。
95年1月1日	行政院主計處核定民國95年起將「衛生所重（擴）建」項目納入「中央一般性補助款指定辦理項目」中，由各縣（市）政府就年度所獲分配之一般性補助款匡列經費，辦理衛生所重（擴）建與硬體修繕，逐年改善基層衛生所建築，提供民眾清新、安全的社區健康服務空間。
95年1月1日	建置糖尿病健康促進機構共116家。
95年1月20日	公告修訂「乳房X光攝影醫療機構認證原則」。
95年2月13日	公告訂定「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，並自民國95年1月1日生效。
95年2月16日	修正「菸酒稅法」第22條，菸品健康福利捐每包菸調漲至10元。
95年2月16日	修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」。
95年2月22日	公告修訂「子宮頸細胞病理診斷單位認證原則」。
95年2月24日	台灣健康城市聯盟籌備會議。
95年3月1-3日	舉辦「女性與菸害防制亞太區域會議」。
95年3月19日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會95年度第一梯次考察團來台參訪，考察社區人口、家庭及特殊境遇兒童之管理等議題。



時 間	大 事 紀 摘 要
95年4月4日	「兒童健康推展委員會」成立。
95年5月1日	修正「菸害防制及衛生保健基金審議作業要點」。
95年5月1日	訂定「醫事服務機構辦理預防保健服務之審核機制」，並經衛生署同意備查。
95年5月9日	強化偏遠離島地區乳癌防治，行政院衛生署署立醫院「婦女乳癌特別義診」列車啟動。
95年5月29-30日	95年度全國保健會議。
95年6月2日	立法院決議促請行政院衛生署推動「國民健康促進法」之制定工作。
95年6月4日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會95年度第二梯次考察團來台參訪，考察新生兒篩檢，早期介入以預防兒童的遺傳缺陷，身心障礙兒童的照護及復健，家庭及社會在母親、兒童及老人的健康照護方面之角色等議題。
95年6月15日	95年第3次癌症防治政策委員會決議：促請本局研擬檳榔健康危害防制五年計畫。
95年6月26日	國際身體活動量表監測系統的建立與健康促進策略研討會。
95年6月30日	草擬完成癌症診療品質認證基準及認證程序（草案）。
95年6月30日	公告修正「糖尿病共同照護網醫事人員認證基準」（新基準）。
95年7月1日	正式施行「優生保健措施減免或補助辦法」第二條、第七條及第四條附表1修正條文。
95年7月1日	正式適用「中央衛生主管機關指定新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目」計11項。
95年7月11日	95年度職場健康促進論壇。
95年7月28日	辦理身心障礙者口腔健康保健國際研討會。
95年8月1日	蕭局長美玲就任（第四任）。
95年8月6日	赴越南協辦產前遺傳診斷暨新生兒篩檢工作坊及訪查相關服務系統。
95年8月24日	成立視力保健諮詢委員會。
95年8月25-26日	「口腔健康政策國際學術研討會」暨「身心障礙者口腔健康照護發展政策研討會」
95年8月29日	2006年第十屆全國乳癌病友互助團體聯合年會。
95年9月20日	「健康生活社區化計畫」納入行政院2015年經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫（2007-2009）大溫暖社會福利套案。

時 間	大 事 紀 摘 要
95年9月23日	召開癌症防治人力品質提升之「癌症照護網絡研討會」，介紹政府推動癌症照護網絡理念。
95年9月24日	辦理世界心臟日「How Young is Your Heart 你的心臟有多年輕？」活動。
95年9月29日	召開行政院「國家永續發展委員會」『健康風險組』跨部會第14次工作分組會議，決議籌設跨部會工作小組處理電磁波議題。
95年10月1日	1001世界肝炎日-「許下肝願，邁向健康～肝炎及肝癌防治」。
95年10月15日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會95年第3梯次考察團來台參訪，考察家庭型態轉變期家庭及社區發展政策制定與執行議題。
95年10月18日	行政院院會通過優生保健法修正草案，並於10月20日送立法院審議。
95年10月23日	與美國癌症協會合作辦理「癌症防治民間團體人員訓練計畫ACSU」訓練課程。
95年11月1日	辦理「第一屆金所獎」，透過獎勵方式，徵選出優秀之衛生所業務作業程序，將其優質之標準作業流程及管理經驗，供其他衛生所觀摩學習，提升衛生所服務品質及激勵衛生所基層工作同仁。
95年11月7日	舉辦「2006年健康體能學術研討會」。
95年11月11日	「萬步寶島，有您真好」首印會暨走植物園活動，由行政院蘇院長貞昌及侯勝茂署長參加。宣布每年11月11日訂為「全民健走日」。
95年11月13日	第1屆亞太地區健康促進學校國際研討會。
95年11月13日	辦理95年全國職場菸害調查結果記者會。
95年11月16日	舉行「職場無菸味 健康有品味--95年度全國菸害防制優良職場表揚暨記者會」。
95年11月17日	辦理健康促進學校成果發表記者會。
95年11月20日	於行政院國家永續發展委員會第20次工作會議專案報告「電磁波健康風險跨部會處理機制」。
95年11月27日	第一屆全球華人乳癌病友團體交流研習營。
95年11月28日	辦理123檳榔防制日記者會。
95年11月30日	95年度社區健康營造成果發表會。
95年12月6日	電磁場健康風險國際研討會（International Workshop on EMF Health Risks）。
95年12月23日	國際性青少年運動事故傷害研討會暨觀摩會。
95年12月23-29日	與越南人口、家庭暨兒童委員會（VCPFC）簽訂2007年技術交流合作備忘錄（Annex No.7 The Memorandum of understanding）。

珍愛生命 傳播健康

刊名 2006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 蕭美玲
地址 台中市黎明路二段503號5F（第一辦公室）
網址 <http://www.bhp.doh.gov.tw/>
電話 (04) 22591999

編者 行政院衛生署國民健康局
設計印刷 歐立利國際展覽設計股份有限公司

出版年月 96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 新台幣182元

展售處
台北 國家書坊台視總店
地址 10502台北市松山區八德路3段10號B1
電話 (02) 2578-1515
台中 五南文化廣場
地址 40042台中市區中山路6號
電話 (04) 2226-0330

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：04-22591999）。