

# 國民健康局年報

## 2007 Annual Report

BUREAU OF HEALTH PROMOTION

*C*herish Life *P*romote Health  
珍愛生命 · 傳播健康



行政院衛生署國民健康局 編印  
中華民國九十七年九月



國民健康局年報  
2007 Annual Report  
BUREAU OF HEALTH PROMOTION

*C*herish Life *P*romote Health

珍愛生命 · 傳播健康



# 國民健康局年報

## 2007 Annual Report

BUREAU OF HEALTH PROMOTION

### 目錄 CONTENTS

004	局長序
006	第一章 前言
010	第二章 健康的出生與成長
012	第一節 嬰幼兒及兒童健康
016	第二節 青少年健康
020	第三章 健康的老化
022	第一節 健康篩檢
026	第二節 重要慢性病預防
034	第三節 癌症防治
040	第四章 健康的生活
042	第一節 菸害防制
046	第二節 檳榔健康危害防制
049	第三節 健康體能
051	第四節 事故傷害防制
056	第五節 視力聽力與口腔保健





062	<b>第五章 健康的平等</b>
064	第一節 婦女健康
070	第二節 弱勢族群健康
076	<b>第六章 健康的環境</b>
078	第一節 健康城市
079	第二節 健康社區
085	第三節 健康學校
091	第四節 健康醫院
092	第五節 健康職場
094	<b>第七章 健康促進的基礎建設</b>
096	第一節 健康傳播
098	第二節 健康監測
102	第三節 國際合作
106	<b>附錄</b>
106	附錄一 國民健康局96年度政府出版品
108	附錄二 96年大事紀



# 局長序

# Director General's Preface

世界衛生組織於 1986 年提出「渥太華憲章」，透過建立健康的公共政策、創造支持性環境、強化社區行動、發展個人健康技能及調整健康服務方向等五大行動綱領，來達到全民健康的目的。復於 2005 年發表曼谷健康促進宣言，呼籲全球必須面對日漸增多的新興傳染病與慢性病（包括癌症、心臟病、中風和糖尿病等）之挑戰，強調政府、國際性組織、民間社團及私人企業對健康促進之承諾與責任。

國民健康局調查監測國民健康狀況，擬定健康促進基本政策，提供預防保健服務與衛生教育，以達成提升國民健康生活品質與平均健康餘命的目標。在推動健康促進的過程中，同時追求健康平等，亦即在不同的性別、城鄉、貧富、弱勢族群，縮小健康的差距。

從國人十大死因來看，慢性病是國民健康主要威脅。國民之生活型態、飲食習慣、健康行為與健康知能，均是影響國民健康之決定因素。以世界衛生組織所揭櫫的相關重大公共衛生議題中，舉凡體能活動、肥胖與過重、菸害防制、事故傷害、性教育、健康環境等皆與本局業務密切相關。面臨人口老化、生育率降低、全球化等各種政治、社會、經濟、環境、文化的變遷，公共衛生面臨多方面的挑戰。而國內民眾對健康的需求水漲船高，再次肯定健康是普世追求的基本人權。本局從懷孕到臨終的各項持續健康照顧與支持，反映對生命價值的尊重。



回顧過去的 2007 年，以政策制訂為例，本局面臨三大議題，最後終能逐一克服完成。包括一、法案推動：人工生殖法於 96 年 3 月 21 日經總統公布施行，並於六個月內完成 4 項子法規及 73 家人工生殖機構之許可審核作業；推動「菸害防制法」修正案，經立法院審議通過，於 96 年 7 月 11 日公布，並積極辦理修正之「菸害防制法」八項法規之修訂，其中「菸品健康福利捐分配及運作辦法」業於 96 年 10 月 11 日發布，並自菸害防制法第四條施行之日施行。二、性別平等：完成新版「婦女健康政策草案」，業於 96 年 11 月 30 日行政院婦權會第 28 次委員會議會前協商會議獲得婦權會委員們一致通過。三、預防保健服務：配合健保多元微調政策，規劃執行預防保健服務措施，修訂「行政院衛生署國民健康局委託辦理預防保健服務審查作業要點」，提升服務作業品質，規劃調整 97 年施行方案及未

來預防保健政策。此外，倡議菸品健康福利捐調整必要性，規劃調整方案；完成「檳榔健康危害防制及口腔癌防治五年計畫」等工作，上述政策制定後，有賴中央至地方各級政府部會共同推動與執行，鼓勵民間組織、社區、民眾等共同參與，方能具體落實。透過良好的夥伴關係，結合社區、民間組織團體等共同合作、推動，以有限的資源發揮最大的效益，使國人獲得良好健康服務、提昇生活品質，增進民眾健康與福祉。

國民健康局業務，涵蓋健康促進政策的規劃、制訂、執行與考核評估。2007 年報，希望使讀者瞭解這些業務的實際運作，激發更多參與意見與回饋。改善與革新，是本局組織持續經營成長的動力，本人由衷的期待 2007 年報能促進更多的國內外民眾友人瞭解我國在健康促進努力的成果，本局更願意與世界各國分享經驗，砥礪切磋，善盡地球村一份子的責任。

國民健康局局長

中華民國九十七年九月

# 前言

## Introduction

### 壹、沿革

為了整合健康業務的推動，落實全民健康的幸福理想，衛生署透過機關組織重整，將原衛生署保健處、台灣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（圖 1-1），於民國 90 年 7 月 12 日成立「國民健康局」。

### 貳、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）。本局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，為全民打造健康優質的生活環境。

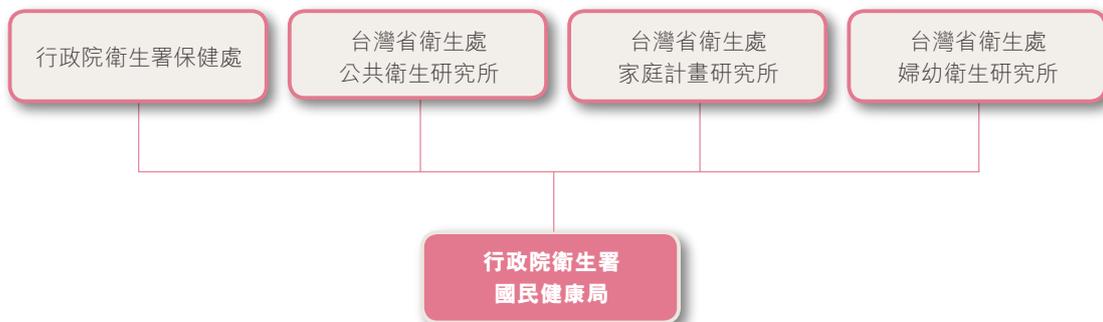


圖 1-1 國民健康局沿革圖

本局主要業務執掌包括：

- 一、國民健康政策之制定及法規研擬事項。
- 二、社區國民健康之規劃及推動事項。
- 三、國民營養之規劃及推動事項。
- 四、癌症防治之規劃及推動事項。
- 五、婦幼健康、優生保健之規劃及推動事項。
- 六、兒童、青少年保健之規劃及推動事項。
- 七、中老年人保健之規劃及推動事項。
- 八、特殊傷病防治之規劃及推動事項。
- 九、地方衛生單位執行本局主管事務之督導及考核事項。
- 十、國民健康業務之國際合作及交流事項。
- 十一、菸害防制之規劃及推動事項。
- 十二、其他有關國民健康促進事項

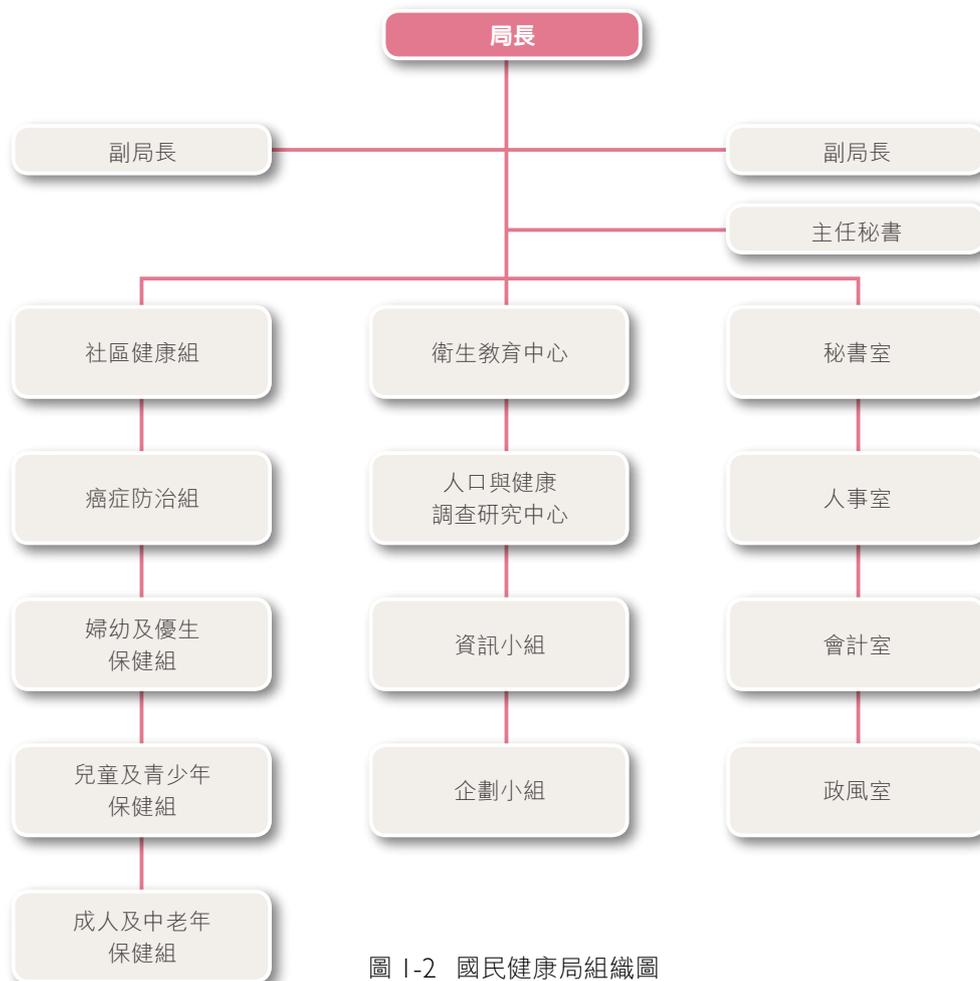


圖 1-2 國民健康局組織圖

## 參、健康促進願景與挑戰

為因應高齡化、少子化及移民等社會變遷，發展本土化之國民健康指標，以確實評估國人健康之基礎。本局持續透過各項健康調查研究，建立本土性實證數據資料，以掌握國民健康現況及長期變化趨勢，據以研擬適合國情之健康促進推廣模式。由於健康促進範疇廣大，健康促進不單僅是政府的責任，應由全體人民、事業單位與政府合作，建立伙伴關係，並適當透過國際合作，方能有效推動健康促進工作。

此外，世界衛生組織（簡稱 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，將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，過去本局做了很多，也是未來努力的方向。

本局希望藉由推動無菸環境，加強癌症防治，保障民眾健康權益；建構優質生育保健環境，強化預防保健服務，提升國人健康狀態；營造健康家庭、學校、職場、醫院、社區及城市，推動衛生教育及健康生活型態，預防並降低疾病的發生，邁向「珍愛生命，傳播健康」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）：

### 一、健康的出生與成長

- (一) 建置優質的婦幼保健服務網絡，持續辦理新生兒篩檢，推動提升生育保健服務品質相關措施。
- (二) 結合相關部會營造職場親善哺乳環境，建置友善的母乳哺育支持環境。
- (三) 提供孕婦產前檢查、兒童預防保健服務及牙齒塗氟等預防保健服務，早期發現及時治療，確保母子健康。
- (四) 結合內政部、教育部共同營造安全校園，促進兒童、青少年身心健康發展。

### 二、健康的老化

- (一) 建構慢性病防治體系，提升民眾認知及自我照護能力。
- (二) 強化基層慢性腎臟疾病健康促進工作，建立慢性腎臟病照護資源整合系統。
- (三) 鼓勵縣市結合轄區醫療保健服務資源，結合成人預防保健服務、癌症篩檢等既有健康篩檢項目，於社區進行整合性篩檢服務，加強慢性病及癌症個案發現、轉介及追蹤，提升預防保健服務效能。
- (四) 推廣主要癌症篩檢，提升癌症診療品質；善用民間資源建立癌症病友支持團體，積極推廣安寧緩和醫療，提升病人生活品質。

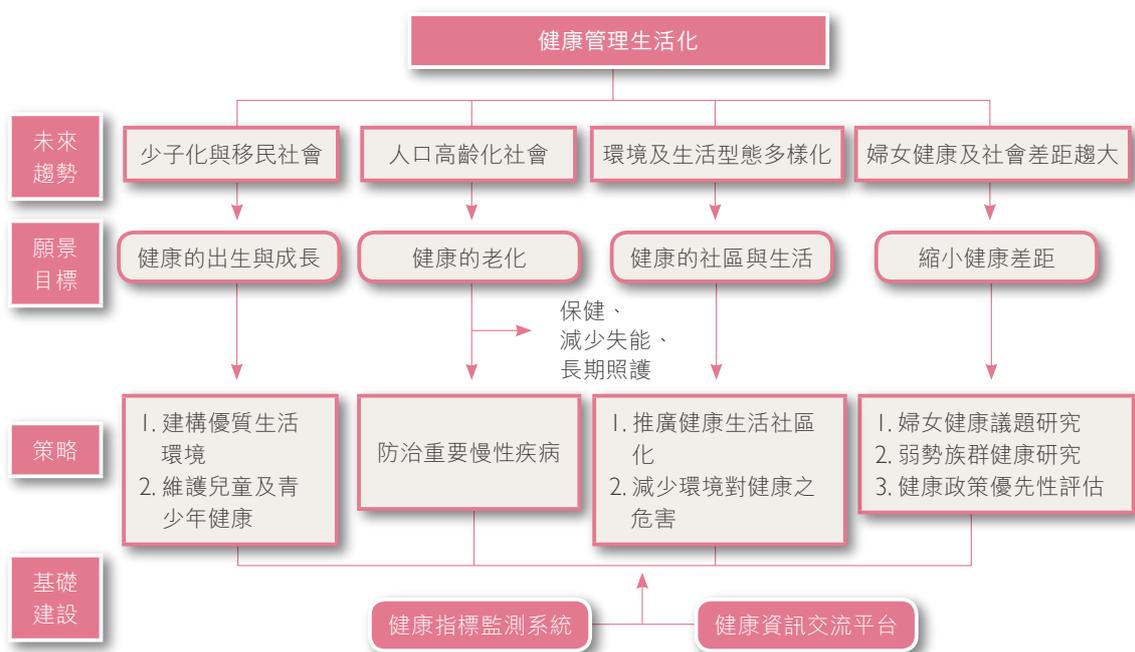


圖 1-3 本局願景目標與行動策略

### 三、健康的社區與生活

- (一) 推廣健康生活社區化，提升衛生所服務品質，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、健康職場與健康促進醫院網絡。
- (二) 結合跨部會行政體系、中央與地方政府相關專業領域，共同處理環境污染健康危害事件，並進行健康風險溝通。
- (三) 規劃重要衛生議題之衛生教育及宣導溝通內容，宣導民眾落實健康生活型態。
- (四) 辦理菸害防制，修訂相關法規，提供多元化戒菸服務，補助評核地方政府推動菸害防制、檳榔健康危害防制工作，推動菸、檳榔健康危害防制教育與建構無菸、檳榔的支持環境。

### 四、健康的平等

- (一) 辦理更年期婦女健康促進業務，透過醫療院所、民間組織、諮詢服務專線等，提供正確、實用的保健資訊。
- (二) 加強弱勢或特殊族群保健服務，縮小健康差距。
- (三) 健康政策優先性評估，決定資源經費配置。

### 五、健康促進的基礎建設

- (一) 利用健康指標監測系統，持續蒐集、監測並對特定人口群（嬰幼兒、青少年、中老年及婦女等）健康狀況與變化趨勢，改進研發調查方法與提昇資料品質技術。
- (二) 研發健康促進及衛生保健服務推動模式，辦理健康促進政策評估及特殊族群健康相關研究。
- (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。

# 健康的出生與成長

# Healthy Birth and Development

國民健康局  
2007 年報  
BUREAU OF HEALTH  
PROMOTION  
2007 Annual Report



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」。世界衛生組織在民國 93 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、家長及社會大眾所共同重視的優先議題。

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、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，是本局施政規劃藍圖的焦點。



## 第一節 嬰幼兒及兒童健康

### 現況：

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 96 年 2.9‰，嬰兒死亡率亦從 70 年 8.9‰ 下降至 96 年 4.7‰ (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 96 年為 9.53%；低體重（出生體重低於 2,500 公克）早產兒發生率從 78 年 4.4% 上升至 96 年 8.4%。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 1,500 公克）早產兒存活率，已由 84 年的 60.0% 上升至 95 年的 83.2%。

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 96 年 0-6 歲發展遲緩兒童 14,250 人，其中通報來源以醫療機構 7,637 人居首，其次為社會福利機構 2,410 人，通報年齡層以 3-5 歲最多占 51%。另，新生兒之先天性兩側聽力障礙盛行率約為 3‰，96 年 9 月針對健保局有孕婦產檢服務項目的醫療院所 1,248 家（有接生占 568 家）做調查，有提供新生兒聽力篩檢醫院有 163 家占 28.69%，而學齡前兒童聽力篩檢率已達出生數 76.2%。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%，

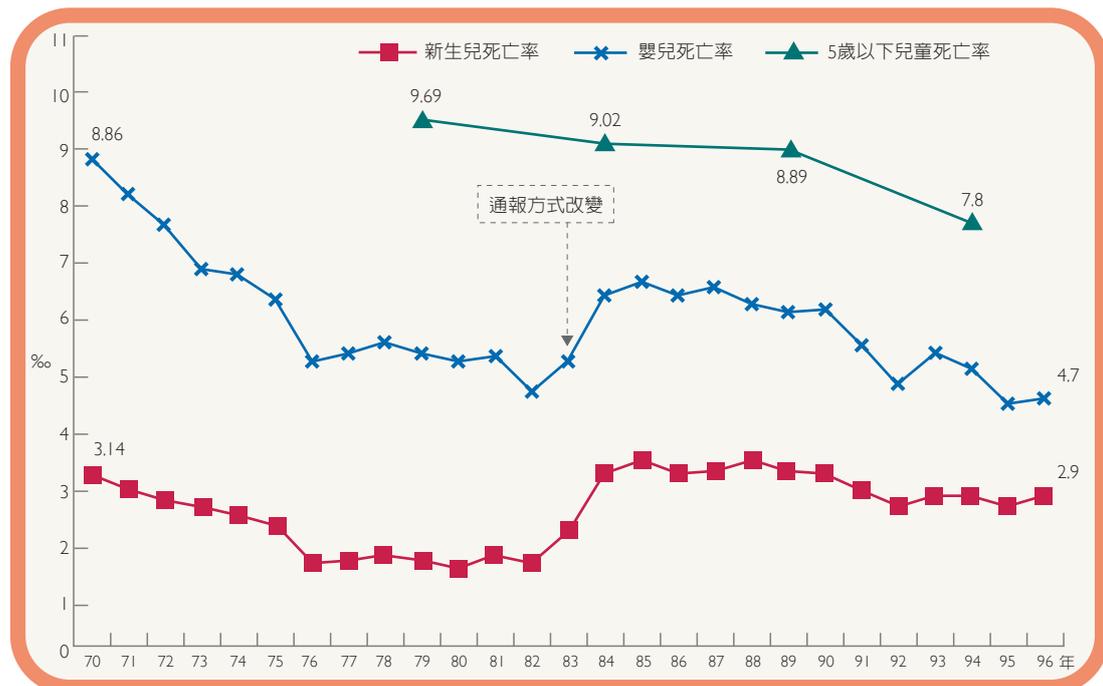


圖 2-1 歷年新生兒及嬰兒死亡率

資料來源：衛生署統計室

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，也必須持續提供健全的健康照護系統。

### 政策與成果：

鑑於嬰幼兒、兒童與青少年健康問題的多元與複雜交錯，政策規劃應考量各群體特殊性，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之計畫：

#### 一、組織與資源的整合

95 年 3 月 29 日成立「衛生署兒童健康推展委員會」，透過委員會運作，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。主要任務包括兒童健康政策之研議、嬰幼兒發育及兒童身心發展政策之研議、跨部會兒童健康政策之協調、兒童健康議題優先順序之審議、兒童健康安全照護服務體系改進之審議、兒童健康教育推展與宣導之審議及兒童健康科技研究發展之研議。

#### 二、建構完整的保健服務

彙整我國兒童預防保健服務，並摘錄部分服務內容如圖 2-2。

##### (一) 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 年後迄 96 年底，每年篩檢率均高達 99.5% 以上。經確診為陽性個案者均進一步提供治療及遺傳諮

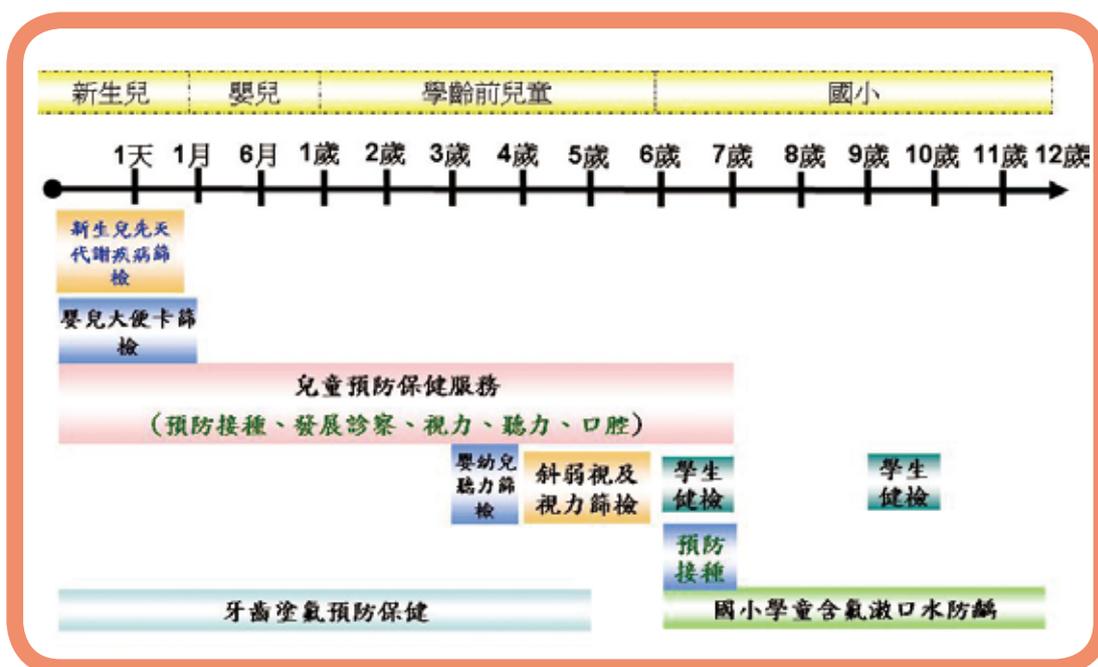


圖 2-2 兒童預防保健服務 (摘錄部分服務內容)

表 2-1 民國 96 年度新生兒篩檢確認異常個案數 (篩檢人數 203,394 人)

篩檢項目	疾病發生率	異常個案數
葡萄糖 - 六 - 磷酸鹽去氫酶缺乏症 (G-6-PD)	1 : 60	3,801
先天性甲狀腺低能症 (CHT)	1 : 2,135	162
先天性腎上腺增生症 (CAH)	1 : 13,598	12
苯酮尿症 (PKU)	1 : 31,371	6
高胱胺酸尿症 (HCU)	1 : 128,402	6
異戊酸血症 (IVA)	1 : 81,590	3
楓糖漿尿症 (MSUD)	1 : 203,974	2
半乳糖血症 (GAL)	1 : 324,780	1
甲基丙二酸血症 (MMA)	1 : 135,983	1
戊二酸血症第一型 (GA I)	1 : 81,590	1
中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症 (MCAD)	國內發生率評估中 歐美地區 1 : 15,000	0
合計		3,995

詢，減低不必要之後遺症發生。民國 96 年篩檢 203,394 人 (篩檢率為 99.5%)，發現葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症 (俗稱蠶豆症) 3,801 人 (占 1.7%)、先天性甲狀腺功能低下症 162 人 (占 0.1%)、先天性腎上腺增生症 12 人、苯酮尿症 6 人、高胱胺酸尿症 6 人、異戊酸血症 3 人、楓糖漿尿症 2 人、半乳糖血症 1 人、甲基丙二酸血症 1 人、戊二酸血症第一型 1 人，中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症則無個案 (表 2-1)。

## (二) 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，提供 7 歲以下兒童 9 次兒童預防保健服務，以建立連續性健康管理與保健指導，早期發現異常個案，早期治療。自民國 91 年起，服務利用率皆維持在 7 成左右，其中約有 5 成是在基層診所實施，其餘 2 成則在醫學中心、區域醫院及地區醫院實施；96 年約有 123 萬人次接受本項服務，占合格受檢人次之 66.3%。

表 2-2 母嬰親善醫院認證工作成果

項目 \ 年度	90	91	92	93	94	95	96
通過認證數 (家)	38	58	74	77	81	82	94
一個月總哺育率 (%)	65.6 <sup>☆</sup>	69.0	69.8	77.3	79.7	82.1	82.2
一個月純哺育率 (%)	24.3 <sup>☆</sup>	27.4	22.8	35.1	37.0	39.9	41.8
通過認證醫院出生數涵蓋率 (%)	—	—	—	39.2	40.8	41.3	47.4

註：☆為參與認證醫療院所（52家）之母乳哺育率

### (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，96 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 30%，以期早期發現、早期治療。民國 96 年總計篩檢 263,299 人次，疑似異常個案 3,519 人，通報轉介 2,985 人。另，試辦「社區醫療群參與兒童發展篩檢率及其改善措施之研究」，以提高基層醫療院所參與兒童發展篩檢，並改善篩檢服務品質。

### (四) 極低體重早產兒完整性服務—建立極低體重早產兒資料庫及出院後追蹤管理系統

結合醫療與公衛體系提供極低體重早產兒完整性服務。於民國 95-96 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，由醫院登錄出生體重 400 公克以上至 1,500 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。至 96 年 8 月 31 日其總登錄個案共 2,115 人，平均出生體重 1,099 公克，平均懷孕週數 29 週，存活者總平均住院天數為 67.93 天。其出院後照護服務網計畫，係由衛生所公共衛生護士收案，追蹤發展情形，至 96 年 8 月 31 日收案人數共 1,306 人。

### (五) 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，經由十個步驟的執行來改變醫療院所，並終止醫療院所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。通過母嬰親善醫療院所認證自 90 年 38 家至 96 年已增加至 94 家，通過認證之醫療院所產後一個月總母乳哺育率從 91 年 69.0% 提升到 96 年 82.2% (表 2-2)。

2. 辦理母嬰親善認證輔導計畫，提升各醫療院所參與認證之意願與準備，96 年度共計輔導 34 家醫療院所，其中有 29 家醫療院所申請認證，17 家通過認證。
3. 設置 0800-870870 諮詢專線，解決民眾母乳哺育相關問題，96 年度電話諮詢服務總數共 6,315 通，設置「母乳哺育」網站，提供醫護相關人員及民眾相關資訊，宣導母乳哺育知識，96 年度共有 404,233 瀏覽人次，發行一年 4 期充電報及電子報，完成 94 位種子講師培訓，及 41 位諮詢專線人員訓練。
4. 鼓勵各縣市培育社區母乳哺育志工及成立支持團體，強化社區支持網絡，提供正確資訊與支持，96 年度各縣市共有 95 個支持團體，培訓之 65 位帶領人共完成 330 場次支持團體之活動。完成 1,699 位志工之招募及訓練，分佈於各鄉鎮市區服務。
5. 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；與勞委會合作辦理職場母乳哺育之宣導研習，加強職場雇主及人力主管對婦女員工母乳哺育之支持與協助。

## 第二節 青少年健康

### 壹、性教育

#### 現況：

我國青少年因受社會經濟的改善、資訊的快速傳遞，及價值觀改變等影響，發生諸多健康危害行為，如吸菸、少女懷孕與墮胎、吸食毒品、性傳染病如愛滋病感染、飲食不當導致肥胖症等議題。本局為「行政院社會福利委員會青少年事務促進專案小組」衛生署之聯繫窗口，與各部會共同關心青少年健康議題，並為青少年性健康及無菸校園之主辦機關。

鑒於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 年針對台北縣市高中職學生性經驗調查：男生有性經驗佔 19.2%、女生佔 18.1%。另，有性經驗者，第一次性行為平均年齡男生為 16.1 歲、女生為 16.2 歲。96 年內政部人口統計台灣 15-19 歲青少年生育率為 5.6‰，與 89 年為 14.1‰ 已有明顯下降，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。

**政策與成果：**

青少年在身體開始蛻變為成人時，生理及心理亦同時產生微妙的變化，為此，提供完善的青少年身心保健診治、轉介、諮詢（商）輔導等服務，透過專業人員關心青少年的健康與成長，以期達到降低未成年生育率之目標。簡介相關策略與成果如下：

- 一、青少年保健諮詢服務：透過 14 家醫院及張老師基金會 8 個縣市服務區域，提供青少年身心保健診治、轉介、諮詢、諮商與輔導等服務，共計 5,746 人次、社區衛教 641 場次 | 39,864 人次。
- 二、青少年生育保健親善諮詢、諮商服務—「Teens' 幸福 9 號」，計有陳文龍婦產科等 7 家醫療院所，共提供門診服務 720 案、電話服務 666 案。
- 三、辦理「社區藥局青少年性教育諮詢服務」計畫：遴選 150 家社區藥局藥師接受「青少年性教育諮詢」培訓；並於藥局懸掛「社區藥局青少年性教育諮詢服務」標誌，提供保險套使用及藥物諮詢等相關性教育諮詢服務。

- 四、性教育種子師資培訓與人員訓練：辦理「生活技能」性教育種子師資培訓，分 2 階段舉行，第 1 階段以提升教師教導學生健康兩性交往所需「生活技能」的教學知能為主，第 2 階段為完成第 1 階段後返校教學，分享教學課程及反思。於北中南辦理 3 場次，培訓 394 人次國中教師。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 48 人。
- 五、教材製作：辦理完成「踢爆色情、情慾自主」網路調查，並據以製作國中、國小及高中性教育教材及家長手冊、宣導書籤。



圖 2-4 教材製作：愛情先修班 - 青春四人行

六、透過衛生局、所辦理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 2,808 場次，463,350 人參加。全國未成年生育婦女管理個案避孕實行率達 90.0%。

七、性福 e 學園 - 青少年網站 (<http://www.young.gov.tw/>)：計 90 萬人次瀏覽，線上諮詢回覆 1,527 人次；建置完成青少年未婚懷孕視訊諮商服務網站；辦理青少年性教育 Flash 競賽活動計有 112 件參賽，得獎作品 6 件置於青少年網站供下載使用。

## 貳、校園菸害防制

### 現況：

在青少年吸菸行為方面，2006 年的國中學生目前吸菸者之比率為 7.5%（男性 9.7%、女性 4.7%），一至三年級分別為 5.3%、7.9%、9.3%，各年級間之比率達顯著差異，顯示年級愈高，吸菸率愈高。而 2005 年高中職生目前吸菸者之比率為 14.0%（男性 20.7%、女性 7.8%），而高中職生目前吸菸率明顯較國中生為高（圖 2-3）。

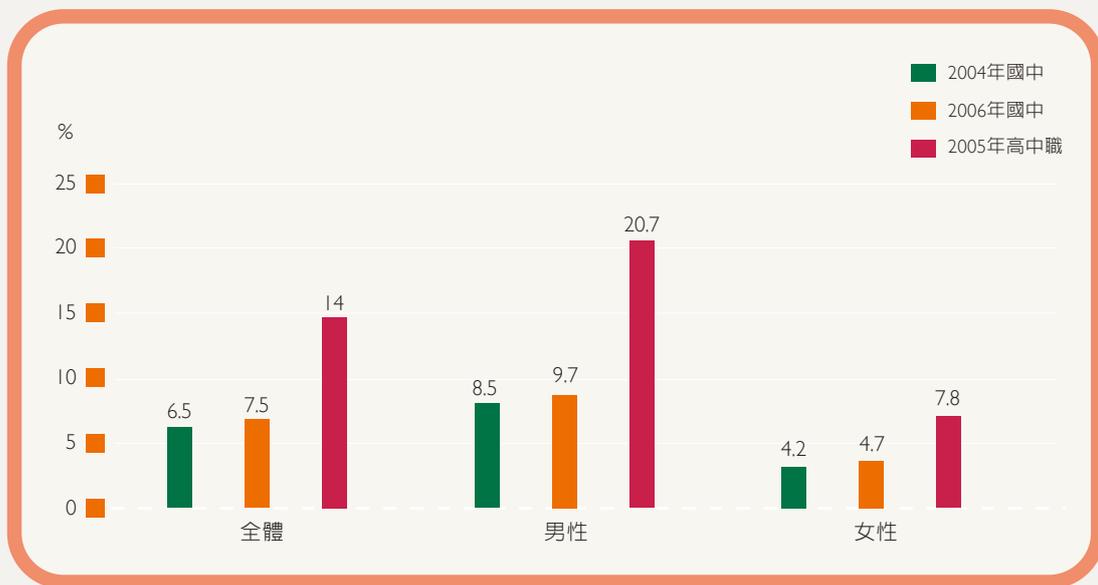


圖 2-3 青少年吸菸率歷年比較

## 政策與成果：

### 一、透過健康促進學校平台推動無菸校園計畫：

2007 年有 773 所（占高中職以下校數之 20.0%）學校加入健康促進學校，其中國小 521 所（占總國小數之 19.6%），國中 214 所（占總國中數之 28.9%），高中職 38 所（占總高中職數之 8.0%）。學校在推動校園菸害防制工作的策略包含：（一）訂定學校菸害政策：成立菸害防制推動小組、禁止學生及教職員、相關人員在校園內吸菸。（二）校園菸害防制健康服務：提供學生及教職員需要的戒菸服務及資訊等。（三）菸害健康教學與活動：鼓勵相關學習領域教師研發菸害防制之教材教具，設計以學校為本位的拒菸課程、結合與融入各領域教學活動。（四）社區連結：愛心商店結盟拒售菸品給青少年、家長菸害教育宣導、推動無菸家庭及社區結盟。（五）校園菸害防制物質環境：校園張貼禁菸標誌、無菸廁所、建立菸害防制教學資料庫充實教學設施等。（六）校園菸害防制社會環境：成立學生拒菸社團或組織、推動無菸大使、加強吸菸個案輔導支持等。

### 二、2007 年由外部的健康促進學校監測與評價中心資料分析結果顯示，健康促進學校學生吸菸率國小 3.0%、國中 4.1%、高中職 5.9%；全國國

中吸菸率為 7.5%，高中職吸菸率為 14%，較全國青少年吸菸率為低。另有計畫介入前後分析比較：國小吸菸率從 4.8% 降至 3.0%，高中職 9.1% 降至 5.9% 呈現顯著性的改變，國中則呈現趨緩現象；有 80% 至 90% 以上學校，從整體校園政策改變及整合相關資源推動校園菸害防制工作；學生知覺校園吸菸的減少，及國小學童對吸菸會危害健康認知從 89.2% 提升至 90.4%。呈現整體計畫推動對於校園菸害防制工作確實已引起學校全面性的重視，從學校菸害政策的訂定至課程的融入，甚至學生吸菸行為及對菸品的危害認知，都明顯的呈現計畫介入所產生的影響。



▲「無菸清亮歌喉大賽」海報

# 健康的 老化

國民健康局  
2007 年報  
BUREAU OF HEALTH  
PROMOTION  
2007 Annual Report

## Healthy Aging



台灣自民國 82 年起，65 歲以上人口已達總人口數 7.1%，正式邁入高齡化社會，至 96 年更達 234 萬 3 千餘人，占總人口數 10.2%。因老年人口快速增加，中年人口數亦逐年攀升，其健康情形之良窳影響層面相當廣，故中老年族群之「健康促進」及「疾病預防」議題日益受重視，期能減少老年人口疾病之發生，以及控制或降低由疾病所帶來的危害及其他負面影響，提升中老年人的生活品質，更進一步對社會有所貢獻。

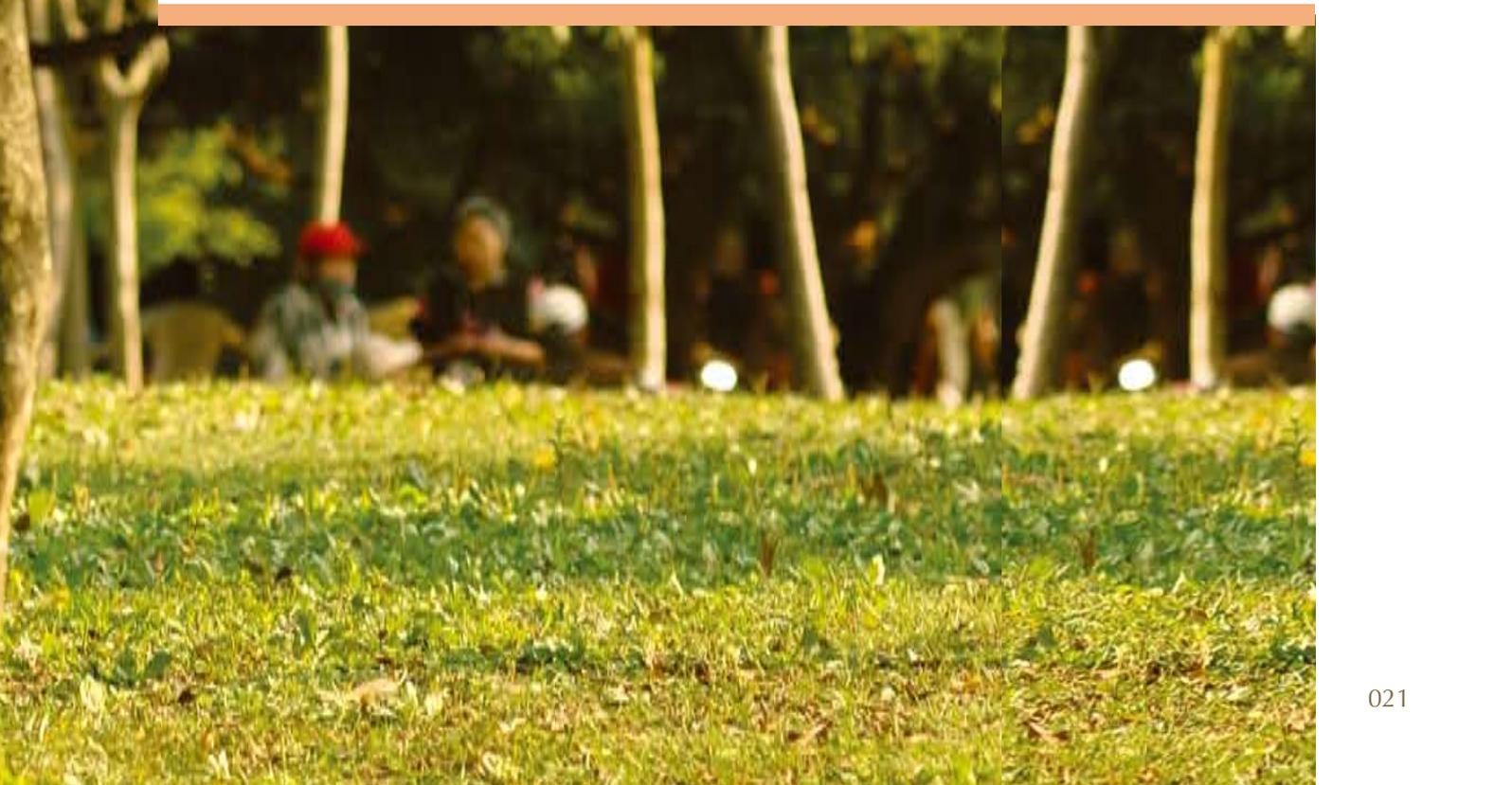
隨著老化而來的死亡，根據民國 96 年國人十大死因統計（表 3-1），惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、腎炎、腎微候群、腎病變及高血壓性疾病等等慢性病，均為國人老化過程中最常遭遇的問題，其造成的死亡人數約占總死亡人數的六成，故需特別重視，以協助民眾能健康老化。經由健康篩檢期早發現疾病、預防重要慢性病、以及防治癌症，積極營造健康老化的支持性環境。

表 3-1 民國 96 年國人十大死因統計

\*：死亡率以每十萬人口計

順位	死因別	死亡人數	粗死亡率*	較去年增加百分率
1	惡性腫瘤	40,306	175.9	5.6%
2	心臟疾病	13,003	56.7	5.4%
3	腦血管疾病	12,875	56.2	1.8%
4	糖尿病	10,231	44.6	5.2%
5	事故傷害	7,130	31.1	-11.4%
6	肺炎	5,895	25.7	8.8%
7	慢性肝病及肝硬化	5,160	22.5	1.8%
8	腎炎、腎微候群及腎性病變	5,099	22.2	7.8%
9	自殺	3,933	17.2	-11.1%
10	高血壓性疾病	1,977	8.6	8.4%

資料來源：衛生署統計室



## 第一節 健康篩檢

### 壹、重要慢性病篩檢

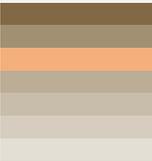
#### 現況：

健康檢查或疾病篩檢是早期發現疾病的有效法門。對於已經罹病但尚未身體不適之民眾，可以透過適當的健康檢查來早期發現疾病，俾能早期診療。為提供篩檢服務，本局近年來推展高血脂、高血壓、高血糖社區到點篩檢服務、整合性篩檢服務等。全民健康保險於民國 84 年實施後，自 85 年 4 月 1 日起，開辦成人預防保健服務，早期篩檢出糖尿病、高血脂、高血壓、肝病、腎臟病等慢性疾病，以達早期介入與治療之效，降低疾病之嚴重合併症及死亡率。依據 94 年 2 月 18 日行政院之裁示，公共衛生支出之法定傳染病、預防保健及教學等經費，應逐年回歸公務預算編列，成人預防保健服務遂於民國 96 年回歸本局公務預算支付。

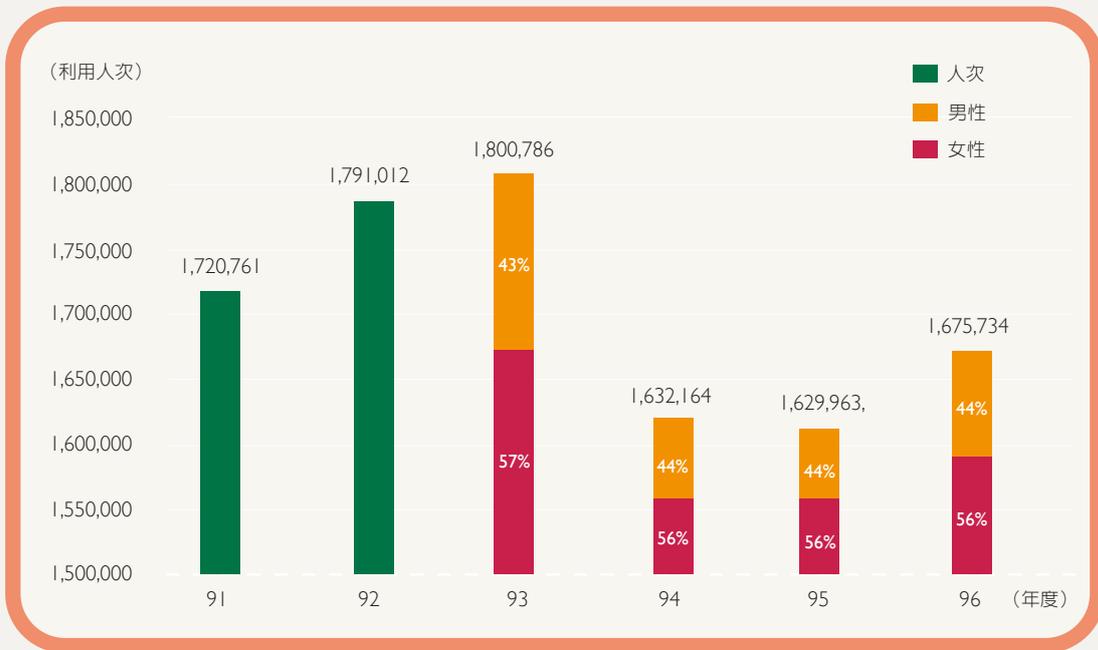
#### 政策與成果：

為達早期發現慢性病、早期介入及治療，頒行「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」、推展成人預防保健服務、整合性篩檢服務、血壓測量服務等政策。各項服務成果如下：

- 一、依據 96 年修訂之老人福利法，與內政部會銜於 96 年 7 月 31 日頒行「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」。
- 二、成人預防保健服務：免費提供 40～64 歲民眾每 3 年 1 次、65 歲以上民眾每年 1 次之服務，項目含括身體檢查、血液及尿液檢查及健康諮詢。96 年約 167 萬 6 千人接受服務（圖 3-1），新發現有血壓、血糖及血膽固醇值異常之比率分別為 22.5%、7.8% 及 13.1%。
- 三、整合性篩檢服務：91 年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健資源，結合全民健保成人預防保健、癌症篩檢等既有健康篩檢項目，推展社區整合性到點篩檢服務，96 年有 20 縣市加入服務行列，參與之民眾約 21 萬 2 千人。
- 四、血壓測量服務：為提供社區民眾更普遍及可近性高之血壓測量服務，透過縣市衛生局，結合轄區資源，於社區內之不同型態地點（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），成立血壓測量 395 站，執行期間平均每月服務 9 萬人次，總計發現血壓異常人數 43,022 人，其中 12,330 人第一次發現自己血壓有異常，佔異常人數的 28.7%，顯示血壓站之設置，確實有助提醒民眾早期發現血壓異常狀況。



### 歷年成人預防保健利用情形 — 以「性別」區分



### 歷年成人預防保健利用情形 — 以「年齡」區分

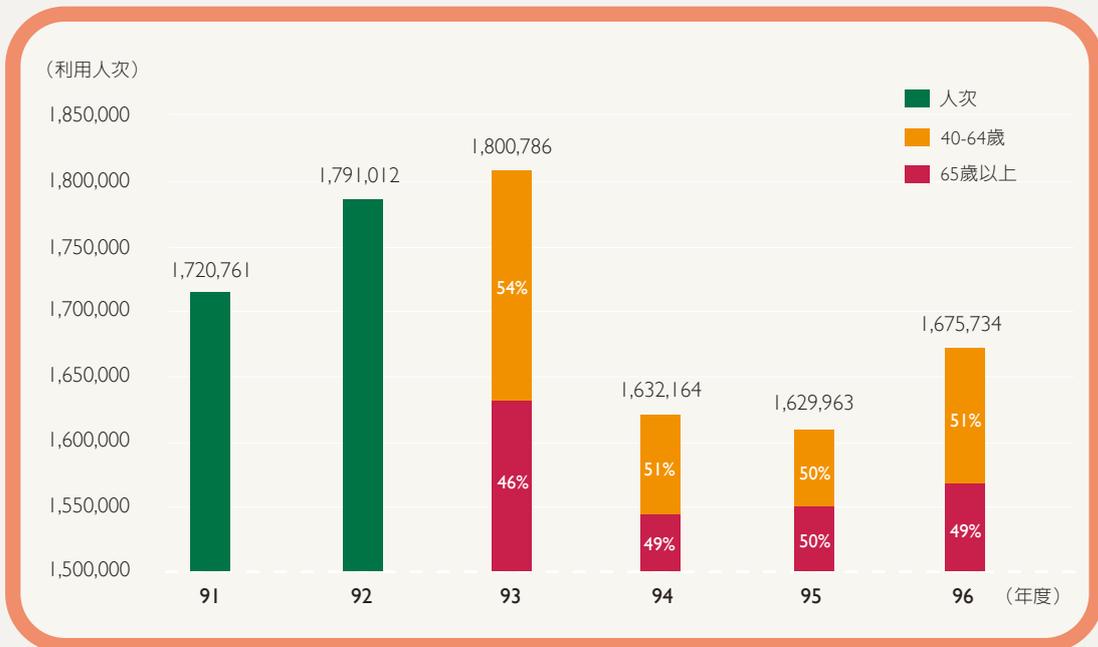


圖 3-1 歷年成人預防保健利用情形

## 貳、癌症篩檢

### 現況：

因人口結構急速老化及民眾癌症發生及死亡率逐年上升，癌症對國人生命健康威脅日益增加。為有效降低癌症，首重加強癌症預防，依據歐美國家推動癌症篩檢經驗顯示，子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌等癌症，可經由篩檢，早期發現早期治療，以降低發生率及死亡率。本局亦持續與各地衛生局及健保特約醫療院所合作，提供上開篩檢服務，期望藉由癌症早期發現及治療，提升治癒機會及癒後情形。

### 政策與成果：

#### 一、提供具成本效益之癌症篩檢服務

依據癌症防治法第 13 條宗旨，本局提供民眾子宮頸癌、乳癌、結直腸癌和口腔癌等癌症篩檢服務，包括 30 歲以上婦女每年 1 次抹片檢查、50-69 歲婦女每 2 年 1 次乳房攝影篩檢、50-69 歲民眾每 2 年 1 次糞便潛血檢查與 18 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾每年 1 次口腔癌篩檢。此四項服務為目前證實具效益之癌症篩檢，子宮頸抹片篩檢可降低 60-90% 之子宮頸侵襲癌發生率及死亡率，50-69 歲婦女乳房攝影篩檢可降低 20-30% 的乳癌死亡率，糞便潛血檢查約可以降低 15-33% 的結直腸癌死亡率，口腔癌篩檢可降低 43% 的口腔癌死亡率。

The advertisement features a woman in a blue top making an 'OK' hand gesture. The background is yellow and blue. At the top left is the P&G logo with the slogan '六分鐘♥護一生'. The text '志玲邀您 定期做婦癌篩檢' is prominently displayed. Below the woman's signature, a list of screening recommendations is provided. At the bottom, logos for the Ministry of Health, P&G, and other organizations are shown.

**P&G 寶僑家品**  
**六分鐘♥護一生**

志玲邀您  
定期做婦癌篩檢

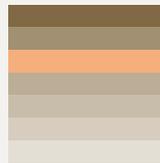
林志玲  
Ching Lin

- 三十歲以上婦女每三年至少一次子宮頸抹片檢查
- 每月乳房自我檢查
- 三十五歲以上婦女每年由專科醫師進行乳房檢查
- 五十歲以上婦女每二至三年接受乳房攝影檢查

行政院衛生署 行政院衛生署國民健康局 P&G 寶僑家品 關心您  
財團法人乳癌防治基金會 中華民國乳癌病友協會

圖 3-2 三點不漏：乳癌與子宮頸癌篩檢宣導

上述篩檢服務中最具成效者為子宮頸癌篩檢。依據 96 年電話調查結果顯示，30 歲以上婦女 3 年內曾接受抹片篩檢的比率為 68%。子宮頸侵襲癌標準化發生率由 84 年每十萬人口 24.3 人下降至 94 年每十萬人口 14.7 人，以及子宮頸癌標準化死亡率由 84 年每十萬人口 10.9 人下降至 96 年每十萬人口 5.8 人（以民國 89 年世界衛生組織世界標準人



口結構為基準)。顯示長期推動抹片篩檢之成效已反應在子宮頸癌發生率及死亡率的下降。另，96年50-69歲婦女2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數近23.6萬人，篩檢率為10.3%（圖3-2）；96年50-69歲民眾2年內接受糞便潛血篩檢人數約為48萬人，涵蓋率為11.2%。此外，針對高危險群（嚼檳榔或吸菸民眾）所提供的口腔癌篩檢，96年服務達37萬人，其中286名確診為口腔癌，估計全國約4成高危險群曾接受口腔癌篩檢服務（圖3-3）。

## 二、提升癌症篩檢可近性及品質

為提升篩檢服務之可近性，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；子宮頸抹片部分更輔導醫院於診間設置主動提示資訊系統，由診間醫護人員主動提醒尚未接

受抹片檢查之就醫婦女接受抹片檢查。本局於96年與社團法人台灣醫務管理學會合作辦理子宮頸抹片門診主動提示系統醫院評核及輔導計畫，共有88家醫院參與評核，59家醫院經評核為子宮頸癌防治健康關懷醫院，並召開記者會公開表揚績優醫院（圖3-4）。

另為提升各項癌症篩檢品質，本局分別委託台灣病理學會辦理子宮頸細胞病理診斷單位認證及抹片品質提升計畫、中華民國放射線醫學會辦理乳房攝影醫療機構認證及乳房攝影影像品質提升計畫、中華民國乳房醫學會辦理乳房超音波品質提升計畫，及中華民國醫事檢驗學會辦理糞便潛血檢驗品質提升計畫，口腔癌篩檢品質之提升則委由牙醫師公會全國聯合會辦理篩檢醫師培訓，以提升檢查正確性。



圖 3-3 辦理口腔癌篩檢與衛教諮詢實況（台南縣）



圖 3-4 績優「子宮頸癌防治健康關懷醫院」表揚記者會

## 第二節 重要慢性病預防

### 現況：

代謝症候群是指血壓及血糖偏高、血脂異常等一群代謝危險因子群聚現象，依據「2002 年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查」報告顯示，我國 20-79 歲民眾代謝症候群盛行率為 17.6%（男 20.4%，女 15.3%），代謝症候群者未來罹患「糖尿病」、「高血壓」、「高血脂症」、「心臟病及腦中風的機率」，分別為一般民眾的 6、4、3、2 倍，此外，還會引發脂肪肝與腎臟疾病等慢性病。另依據前項調查，我國 45 歲以上民眾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%。依據民國 94 年本局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之盛行率為 5.1%，65 歲以上盛行率為 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%。



圖 3-5 慢性病衛教教材及手冊

### 政策與成果：

因應我國中老年人口快速上升，慢性病患者亦不斷增加。有鑑於慢性病之發生，其原因複雜且多重、發生過程多為漸進式、任何生命週期都可能發生、發病後會出現生理限制或障礙而降低生活品質、對長期健康產生影響且逐漸惡化、及慢性疾病雖無立即生命威脅，卻為提早死亡的最主要原因等特性，本局訂定重要慢性病預防目標如下：

- 一、增進及維護中老人健康。
- 二、預防及延緩慢性病之發生。
- 三、增進病患、家屬與照顧者之生活品質。

為達成前述目標，以公共衛生三段五級預防與健康促進之概念，提出重要慢性病預防政策，除必要之衛教宣導及調查研究外，其他重要議題之預防政策分述如下：

#### 一、代謝症候群防治：

- (一) 提升民眾認知，多元行銷「腰圍不過理想值，預防代謝症候群」。
- (二) 提升國高中小校護人員代謝症候群防治知能。





圖 3-6 第一屆聯合國世界糖尿病日，台北 101 大樓點燈及活動

## 二、糖尿病防治：推展糖尿病共同照護網

- (一) 輔導全國各縣市推動糖尿病共同照護網工作。
- (二) 提高糖尿病醫事人員素質，制定認證制度。
- (三) 辦理糖尿病健康促進機構，提升糖尿病人自我管理知能。
- (四) 建構全國糖尿病友團體網絡。

## 三、心血管疾病防治：

- (一) 結合社區資源，廣設血壓站，提供民眾便利及可近性高之血壓測量服務。
- (二) 提升心血管疾病病人知識及自我管理能力。
- (三) 研發創新工作模式：建立中風登錄系統，並利用登錄資料，試辦以病人為中心之社區整合性照護模式，預防再度中風。

## 四、慢性腎臟病防治：

- (一) 提升民眾腎臟保健知能，避免不當藥物的傷害。

- (二) 早期發掘潛在疾病群，積極介入治療。
- (三) 協助慢性腎臟病病患控制病情，末期腎臟病病患（尿毒症）以周全的準備，順利接受透析醫療。

## 五、老人健康促進：

- (一) 會銜內政部頒行相關法規。
- (二) 提升老人健康促進知能。
- (三) 試辦資源整合式之老人健康促進工作。

各項業務推展成果分述如下：

### 一、增進民眾之健康認知

- (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、腎臟病、氣喘及慢性阻塞性肺病等防治單張、海報、自我照護手冊、人形立牌、光碟片（DVD），研製「成功老化」學習教材等，提供醫護人員進行衛教宣導使用及民眾參考。（圖 3-5）

- (二) 多元化管道宣導

配合國際慢性病節日，包括世界糖尿病、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、電台、電視、車體廣告及便利商店等管道宣導。重要活動包括：

1. 配合 2007 年第一屆聯合國世界糖尿病日，與中華民國糖尿病學會等舉辦台北 101 大樓點燈、園遊會及 246 健走（圖 3-6），發布台灣糖尿病防治宣言，成果展現於聯合國及糖尿病國際聯盟全球網站。

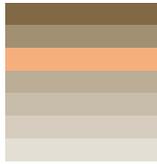




圖 3-7 女性心臟疾病防治宣導 - 珍愛女人心活動

2. 重視女性健康，辦理「女性心臟疾病防治宣導議題行銷計畫 - 珍愛女人心」系列活動（圖 3-7），喚起國內女性對心臟疾病的重視，教導女性如何愛護自己的心臟，並宣導女性心臟病發作時可能會出現的病徵，讓女性平時可做到自我檢查，進而自我發現、及早治療。
3. 為喚起民眾對中風防治的重視與認知，以園遊會方式於北、中、南三地同步舉辦「2007 台灣預防中風日活動」（圖 3-8），邀請侯署長及地方政府首長擔任活動代言人，計 3,000 位民眾參與。
4. 呼應世界腎臟日，與台灣腎臟醫學會等於全國同步辦理「愛腎護腎、腎利人生」園遊會等系列活動（圖 3-9），將我國腎臟病防治方案及腎臟病日活動，與世界其他 47 國，共同登載於世界腎臟日全球網站 (<http://www.worldkidneyday.org>)。



圖 3-8 預防中風日園遊會活動



圖 3-9 世界腎臟日，辦理「愛腎護腎、腎利人生」園遊會活動

## 二、推展高危險群健康促進，提升健康行為及自我健康管理能力

### (一) 代謝症候群

公告修訂「代謝症候群之判定標準」，全方位行銷「腰圍不過理想值，預防代謝症候群」。透過電訪調查顯示推展結果：15 歲以上民眾認知答對率，答對「成人男腰圍理想值」者 39.6%、「成人女腰圍理想值」者 42.4%、「腰圍過粗容易成為代謝症候群，罹患糖尿病、心臟病等慢性病」有 86.4%。

### (二) 糖尿病高危險群

於全國 25 縣市 175 個社區、136 家糖尿病健康促進機構、454 個糖尿病病友團體等推動糖尿病高危險群健康促進，計 51,841 人（前期糖尿病者 9,527 人）參與，改善飲食、運動行為或體重者各約 2,000 人，改善空腹血糖、血膽固醇者各約 2,500 人，改善血壓者 3,189 人。

### (三) 腎臟疾病高危險群

補助彰化縣、嘉義市與台南市三地衛生局辦理基層腎臟疾病個案管理計畫，以整合性預防保健服務為平台，利用 13,431 人之既有篩檢資料，發現腎功能異常者 1,744 人（異常率 13.0%），均給予適當衛教及早期照護。於社區篩檢特殊職業（印刷職業）工會會員及高危險群（如：C 型肝炎病患、糖尿病或高血壓個案）691 人，發現異常人數 294 人（異常率 42.5%），283 人轉介就醫（轉介率 96.3%）。

### (四) 老人族群

辦理老人健康促進之重要議題，包括：戒菸、防跌、慢性病預防、視力保健、大腸直腸癌等防治宣導。另於彰化縣及台中市試辦以衛生所為基礎，資源整合式之「老人健康促進工作模式計畫」。

## 三、增進病人自我疾病管理知能

### (一) 糖尿病

輔導各縣市推動糖尿病共同照護網（圖 3-10），計 352 鄉鎮、1,256 家醫療院所（其中基層醫療單位 984 家）參與；依制定之認證制度，計認證醫事人員 6,913 人、師資 3,255 人，並建立認證之「專業知識」課程電腦考試系統，提升醫事人員照護水準；廣續於 136 家糖尿病健康促進機構提升糖尿病照護，個案討論會參與計 8,159 人次。建構 454 個糖尿病友團體網絡，培訓增能種子 383 人，辦理激勵競賽（健康操、糖化血色素之改善）、優良團體選拔；病友增能 11,230 人：改善行為如每週自我血糖監測 3,793 人、運動 6,556 人、飲食 5,345 人；糖化血色素  $\leq 7\%$  者 3,593 人（占 32%），較增能前增加 612 人，糖化血色素  $\geq 9.5\%$  者 1,813 人（占 16%），較增能前減少 403 人。歷年糖尿病友團體發展參見表 3-2。

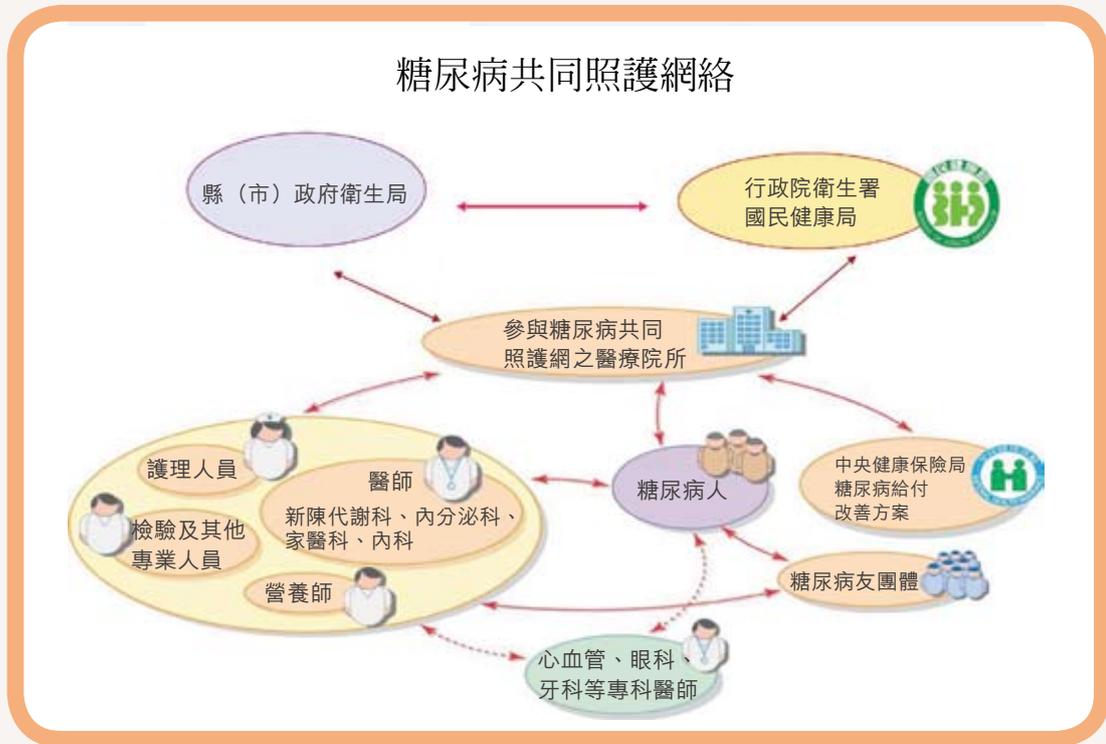
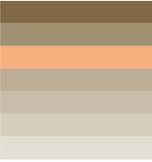


圖 3-10 糖尿病共同照護網絡

表 3-2 歷年糖尿病友團體發展表

年度	階段	重點
92	鼓勵期	辦理 24 個績優糖尿病病友團體表揚
93	醞釀期	委託康泰醫療教育基金會，執行糖尿病病友團體輔導計畫，培訓病友團體之領導幹部及種子輔導員，並積極推動糖尿病病友團體之運作
94	建構期	1. 建立病友團體現況調查與資料 2. 成立推動種子精英團 3. 建立各層面關係 ( 團體內部協調、團體對團體、團體與行政、學術、醫療單位間之互動網絡 )
95	增能期	1. 團體功能及評價指標之認知 2. 團體輔導員及幹部增能
96	運作期	1. 組織輔導團隊建立在地資源 2. 落實小組運作發揮團體功能



## (二) 心血管疾病

1. 建立中風登錄系統，完成中風登錄平台建立、登錄標準流程訂定以及登錄資料品管機制建置。95～96年共計35家簽約醫院參與線上登錄，1萬6千多名個案完成登錄（圖3-11）。分析完成6個月追蹤之7,043位中風個案

發現，中風病人出院後未規律回診的比率隨著時間而有上升的趨勢。出院一個月、三個月及六個月內未規律回診的比率分別為1.4%、20.8%及34.6%，且有2.6%中風個案在6個月內發生再次中風，顯示中風患者後續定期回診之行為仍需加強。

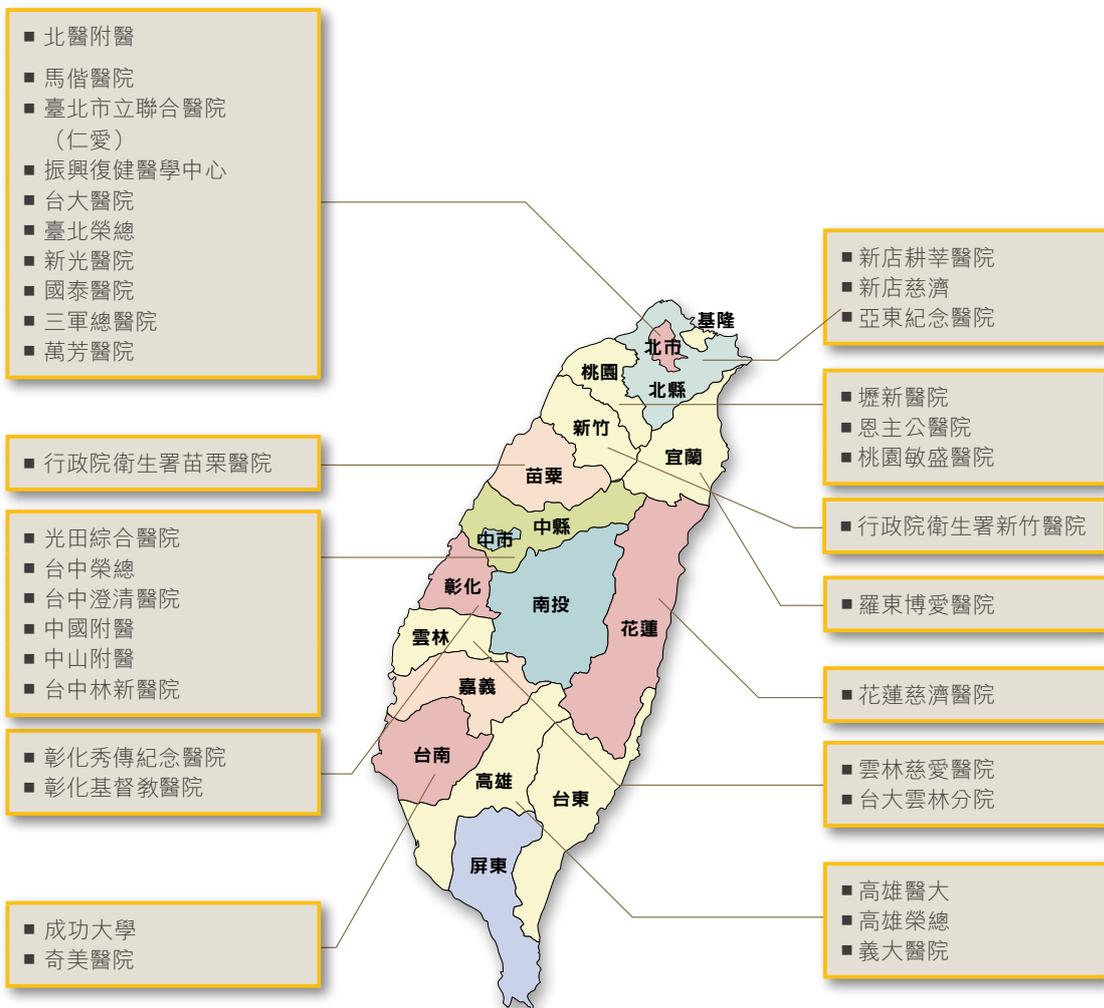


圖 3-11 中風登錄網絡

2. 於北、中、南、東四區成立 12 個冠心病患者自我照護學習團體，計 278 位病友與家屬參與。透過學習團體之運作，病患除得到相關疾病資訊外，並加強由病友及醫護人員所提供的社會支持，對自我照護知識及能力提升有正向助益。

### (三) 腎臟病

為減緩慢性腎臟疾病 (CKD) 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 (圖 3-12)，設置 81 家腎臟保健機構，新收個案數 9,693 人、門診追蹤個案數 20,821 人，末期腎臟病患接受血液透析、腹膜透析、腎臟移植個案數 1,374 人，其中接受腹膜透析者達 26.6%；初次接受血液透析患者接受門診服務而不經住院或急診者 315 人，較民國 95 年增加 126 人。

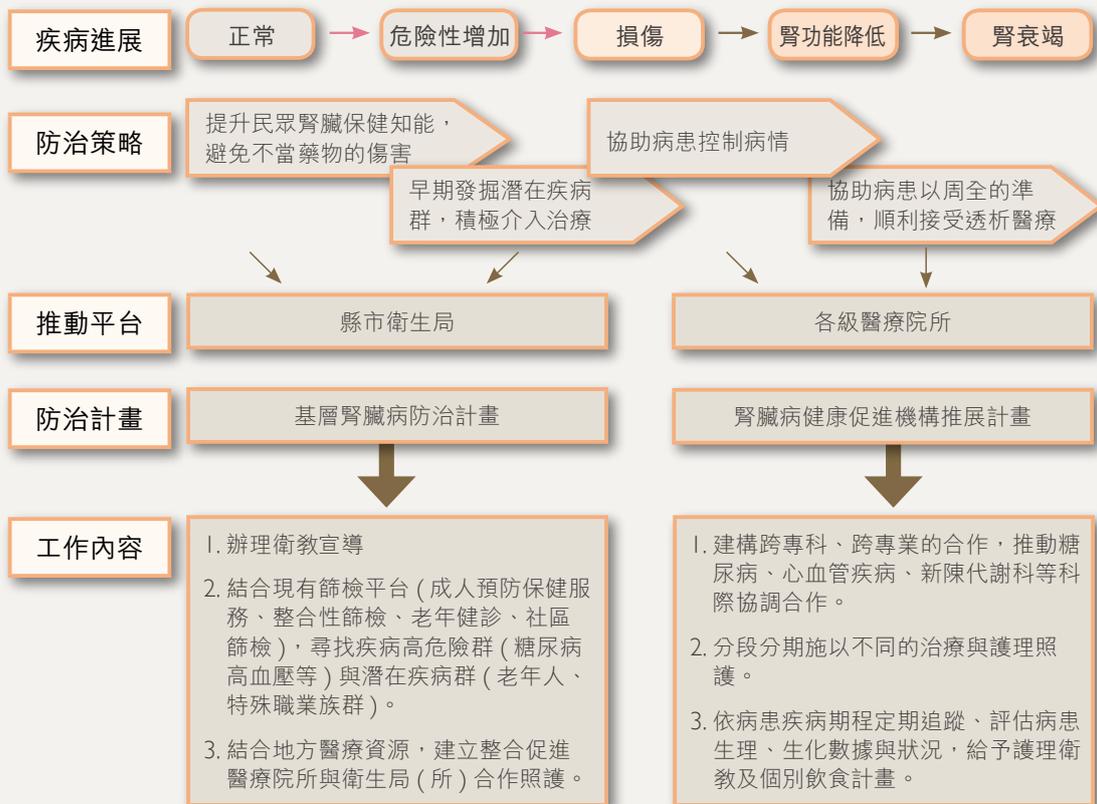
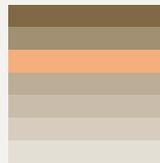


圖 3-12 慢性腎臟疾病 (CKD) 疾病進展及防治介入模式



四、發展良好伙伴關係，發掘各方資源，結合民間團體等推動各項計畫。

為預防慢性疾病發生，減低其對民眾之健康危害，與產、官、學各界建立良好伙伴關係，尋求民間相關資源，共同辦理慢性疾病預防計畫或活動，如結合千禧之愛基金會，共同推廣測量腰圍活動，鼓勵企業於辦理員工健康檢查時，增加腰圍測量項目，避免員工出現代謝症候群現象；結合台灣心臟學會，共同辦理女性心臟疾病防治宣導活動，喚起女性愛護自己的心臟；結合民間糖尿病友團體等，推展糖尿病防治計畫，鼓勵糖尿病病友、家屬及社區高危險群，共同參與病友團體活動，增進其糖尿病防治知能、強化自我照護能力，以延緩糖尿病之發生或減低其嚴重性。

五、提升疾病防治效能，辦理重要慢性疾病相關調查研究。

(一) 辦理「2007年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究」二年期調查計畫，主要以2002年「台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查」6,600名完訪個案為對象，進行世代追蹤調查，俾獲取96年三高之盛行率，推估91-96年三高之發生率，及追蹤個案就醫、健康行為等情形；調查內容包括問卷，血壓、腰圍、臀圍測量，血液檢體及尿液檢體收集，及串連個案健保資料與分析，已完成3,763個案資料收集，及與健保資料之串連結果初步分析。

(二) 辦理「全民健康保險成人預防保健服務品質探討及成果分析」二年期研究計畫，提出醫師對成人預防保健服務實施內容與其適切性之意見與看法，並分析民眾因接受該服務而新發現之血壓、血糖及血膽固醇等異常比率，顯示成人預防保健服務的提供對於早期發現異常有實質助益。

(三) 辦理「台灣地區糖尿病友團體成效評價之本土化研究」，以397個糖尿病病友團體為樣本，經問卷調查結果顯示，台灣糖尿病病友團體之分佈，以屏東縣為最多(10.0%)，社區型最多(75.5%)，屬一般鄉鎮市區最多(23.8%)，設置會長的團體占多數(64.0%)。團體成立時間平均為4年，成員年齡為60歲，人數為74人，常參與者38人。透過研究結果發現：參與團體運作、參與活動項目數較多者，自我照顧行為較佳，並且團體認同、社會支持與充權亦較佳；然從團體運作與參與者疾病控制尚未有統計上的顯著相關，但發現糖化血色素的控制會與自我照顧行為的運動行為變項呈現相關，即運動行為分數越高者，其糖化血色素的控制越理想，該結果符合透過適當的運動可以消耗熱量，達成減肥的效果，有助於糖尿病的控制。糖尿病病友團體之分佈與運作現況，及相關因素，可作政策規劃參考。

(四) 於台中榮總及成大醫院辦理慢性阻塞性肺病 (COPD) 健康促進機構先驅計畫，透過以個案為中心之整體照護模式，共收案 164 名病患，並進行肺復原運動，有效提升病患生活品質。

### 第三節 癌症防治

#### 現況：

癌症自民國 71 年起即持續位居國人十大死因首位，96 年癌症死亡人數為 40,306 人，占總死亡人數的 28.9%，粗死亡率為每 10 萬人口 175.9 人；以民國 89 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 142.6 人。民國 96 年國人主要癌症 10 大死因

順位 (表 3-3) 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。

癌症近 10 年來每十萬人口年齡標準化發生率自 187 人上升至 94 年 263 人，仍然是國人健康最大威脅。依最新的癌症登記資料顯示，民國 94 年全國癌症新發生個案 (不含原位癌) 為 68,907 人 (男性 39,431 人、女性 29,476 人)；男、女性粗發生率分別為每 10 萬人口 341 人和 263 人；如以民國 89 年世界衛生組織世界人口結構調整計算，男、女性標準化發生率分別為每 10 萬人口 299 人和 223 人。男女常見十大癌症如表 3-4 及 3-5。

表 3-3 民國 96 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 (每 10 萬人口)	年齡標準化死亡率 (每 10 萬人口)
1	肺癌	7,993	34.9	27.9
2	肝癌	7,809	34.1	28.1
3	結腸直腸癌	4,470	19.5	15.6
4	女性乳癌	1,552	13.7	11.1
5	胃癌	2,474	10.8	8.5
6	口腔癌	2,312	10.1	8.3
7	攝護腺癌	1,003	8.6	6.7
8	子宮頸癌	833	7.4	5.8
9	食道癌	1,438	6.3	5.2
10	胰臟癌	1,354	5.9	4.8

資料來源：衛生署統計室

表 3-4 民國 94 年女性 10 大癌症發生率 (不含原位癌)

順位	原發部位	個案數	粗發生率 (每 10 萬人口)	年齡標準化發生率 (每 10 萬人口)
1	女性乳房	6,593	59	49
2	結腸及直腸	4,107	37	31
3	肝及肝內膽管	2,757	25	21
4	肺、支氣管及氣管	2,746	25	21
5	子宮頸	1,977	18	15
6	胃	1,292	12	10
7	甲狀腺	1,146	10	9
8	皮膚	1,039	9	8
9	子宮體	987	9	7
10	卵巢、輸卵管及寬韌帶	894	8	7
	其他部位	5,938	-	-
總計		29,476	263	223

表 3-5 民國 94 年男性 10 大癌症發生率 (不含原位癌)

順位	原發部位	個案數	粗發生率 (每 10 萬人口)	年齡標準化發生率 (每 10 萬人口)
1	肝及肝內膽管	7,159	62	55
2	結腸及直腸	5,497	48	42
3	肺、支氣管及氣管	5,566	48	41
4	口腔、口咽及下咽	4,310	37	32
5	攝護腺	2,704	23	20
6	胃	2,288	20	17
7	食道	1,403	12	11
8	膀胱	1,363	12	10
9	皮膚	1,139	10	9
10	鼻咽	1,123	10	8
	其他部位	6,879	-	-
總計		39,431	341	299

比較近 5 年（民國 90-94 年）之男女癌症年齡標準化發生率，女性全癌症上升 2.1%，其中乳癌上升幅度達 22%，亟需加強防治工作。另，子宮頸侵襲癌大幅下降約 31%，顯示子宮頸抹片早期篩檢之成效（如圖 3-13）。男性全癌症則增加約 3.7%，其中口腔癌上升幅度 18% 左右，此與男性嚼檳榔、吸菸等危險因子有關（如圖 3-14）。

### 政策與成果：

「癌症防治法」於 92 年通過施行後，促使本局更積極的推動癌症防治工作，並於 94 年開始實施「國家癌症防治五年計畫」，以降低癌症發生率和死亡率為長程目標，系統性發展癌症防治三段五級預防工作及提升癌症病人生活品質策略，同時持續蒐集及建置癌症防治相關資料。以下簡介相關策略及成效：

#### 一、降低罹癌風險

根據世界衛生組織出版之「國家防癌計畫」(National Cancer Control Programmes 2002)，癌症初段預防工作至少可以減少 30% 的癌症個案發生。因此，減少致癌因子暴露及建立健康生活之相關策略，是國家防癌計畫的重要環節。本局除利用大眾媒體外，亦與基層衛生單位、醫療院所、學校、社區、職場、媒體、民間團體合作，推廣國人常見癌症衛教宣導工作。在各種國人常見癌症議題中，因男性口腔癌發生近來明顯增加，故宣導工作特別聚焦於推動民眾拒嚼檳榔工作，並建立跨部會（如教育部、國防

部、農委會、勞委會、內政部等）的合作機制，以營造不嚼檳榔文化。有關檳榔防制議題之相關內容，特別於第四章第二節中說明。

#### 二、辦理篩檢以早期發現癌症

本局辦理常見癌症（子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌）篩檢，提供具可近性的篩檢服務，並分析篩檢阻礙因素與訂定相關策略，以及提升篩檢服務品質。相關內容已載於本章第一節「健康篩檢」中。

#### 三、提升癌症診療照護品質

本局辦理全面提升癌症診療品質計畫、建立癌症核心測量指標及試辦癌症診療品質認證等計畫，以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。

##### （一）辦理全面提升癌症診療品質計畫

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。96 年補助 21 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。為瞭解其計畫辦理成效，促進院際經驗分享與觀摩學習，並於 11 月辦理「癌症防治中心－全面提升癌症診療品質標竿成果發表會」及記者會，表揚優良醫院（圖 3-15）。

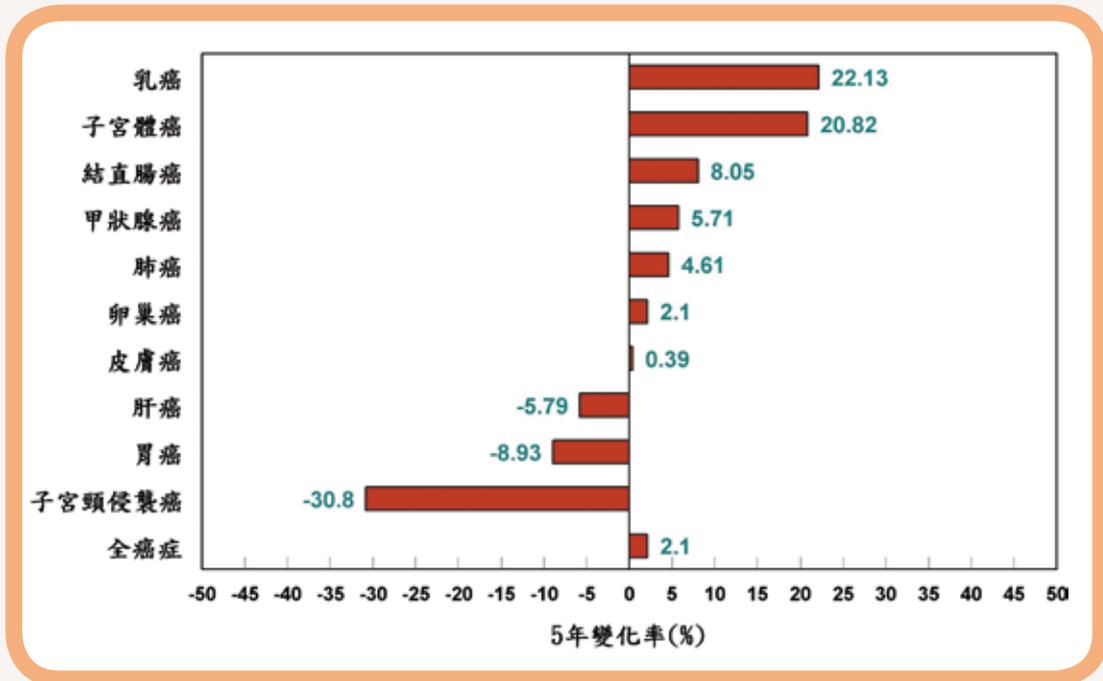
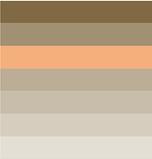


圖 3-13 民國 90-94 年女性十大癌症年齡標準化發生率五年變化圖

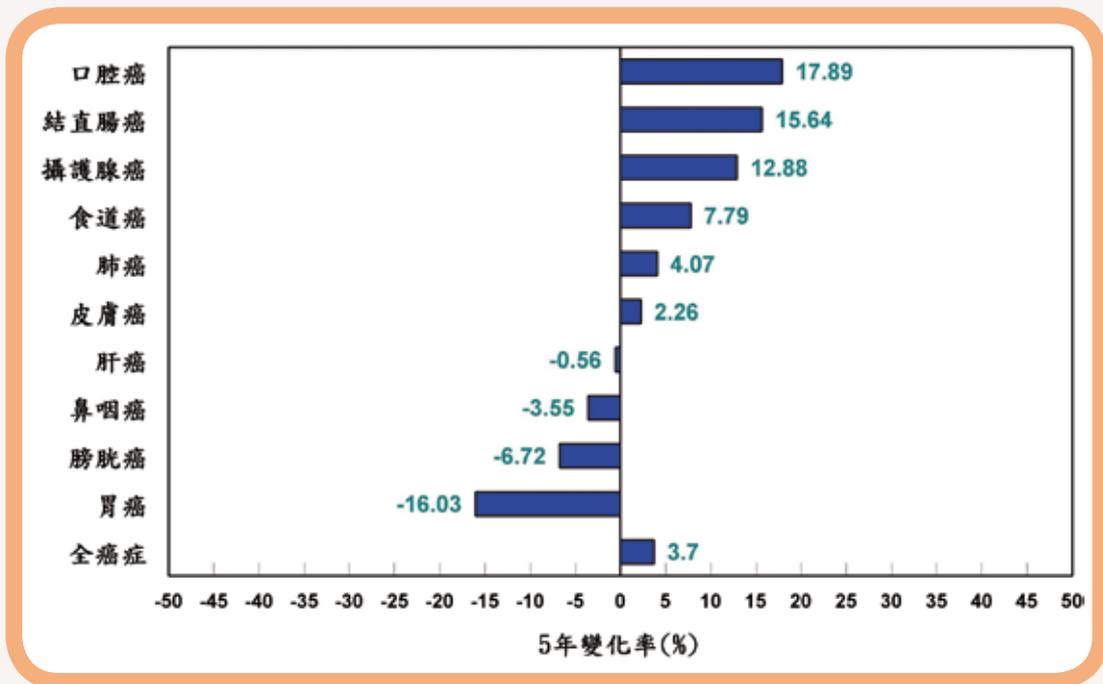


圖 3-14 民國 90-94 年男性十大癌症年齡標準化發生率五年變化圖



圖 3 -15 癌症防治中心 - 全面提升癌症診療品質標準成果發表會

#### (二) 持續建立癌症核心測量指標

在癌症核心測量指標部分，除已建立的子宮頸癌、乳癌、肺癌、結直腸癌、口腔癌、肝癌等六種癌症之核心測量指標外，96 年再委託發展胃癌、食道癌、攝護腺癌與膀胱癌之核心測量指標，預計 97 年完成，作為未來提供醫院定期監測品質參考用。

#### (三) 試辦癌症診療品質認證

為落實醫院「癌症診療品質保證措施準則」，建立癌症診療品質認證，本局與國家衛生研究院合作於 96 年辦理 10 家醫院試評，並依試評結果修訂認證基準。該基準已於 96 年 10 月 4 日公告，自民國 97 年起對於年診斷癌症個案數達 500 例以上醫院辦理「癌症診療品質認證」，認證結果並將納入醫院評鑑項目及醫學中心任務指標評核項目。

#### 四、提升癌症病人生活品質

為提升癌症病人生活品質，本局與醫療機構、協會及病友團體合作，提供癌症病友協助服務，同時提倡安寧療護概念及建立安寧照護網絡，協助癌症病人獲得完善照護，並渡過治療邁向康復，進而重回社會。

#### (一) 提供病友服務

為使癌症病人在住院與出院後，都能獲得完整和連續性的照護，本局補助民間團體及醫院提供癌症病友直接服務。96 年提供癌症新病友、復發病友或家屬電話免費諮詢服務、醫院探視、身心靈講座、心理諮商、個案管理、各種康復用品租借等服務約 6 萬人次。

乳癌為病友服務項目中成功進行國際合作之典範，目前，已成功結合民間團體繼續在台灣辦理第二屆全球華人乳癌病友組織聯盟大會，共有海外 20 個華人乳癌病友組織及 15 個國內乳癌病友組織參加，除加強國際華人乳癌病友團體間之相互瞭解與情誼，並促進國外團體對台灣的瞭解，提升國際形象。

#### (二) 提供安寧療護服務及提升服務品質

為緩解癌症末期病人疼痛及各種症狀、提高其生活品質，96 年分別有 34 家與 59 家醫院提供安寧住院服務與安寧居家服務。為強化癌症末期病人接受安寧緩和醫療服務，96 年補助 38 家醫院辦理「安寧共同照護計畫」，提供約 9,000 名非安寧病房之癌症末期病人安寧療護服務，佔當年癌症死亡人數約 23%。

為提升民眾對於安寧療護的認知，本局結合民間團體辦理安寧療護宣導，於世界安寧日辦理安寧天使表揚，表揚全國 24 位默默為安寧療護付出的志工（圖 3-16）。另為全面提升安寧療護品質，委託台灣安寧緩和醫學學會辦理安寧療護單位認證與安寧共同照護評核與輔導。

## 五、強化癌症防治體系

### （一）執行五年防治計畫並積極修法

為積極推動癌症防治工作，本局除依癌症防治法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，研商重要癌症防治議題，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，癌症標準化死亡率已自 90 年每 10 萬人口 143.1 下降至 96 年 142.6 人。另外，癌症防治法正進行修法，未來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亦將納入醫院評鑑，偏遠地區子宮頸抹片篩檢人力不足問題亦可望獲得解決。

### （二）掌握國人癌症相關現況

鑑於明確掌握國人癌症發生現況、接受篩檢和診治情形，是癌症防治工作的基礎；本局已建立癌症發生監測及登記系

統，並辦理癌症防治相關研究及癌症防治人力培訓，以強化癌症防治體系。目前我國已設有台灣癌症登記系統和主要癌症（子宮頸癌、乳癌、口腔癌、結直腸癌）篩檢資訊系統，作為癌症防治計畫規劃、監測評估與學術研究之依據，說明如下：

#### 1. 台灣癌症登記系統

衛生署於民國 68 年起推動 50 床以上醫院建立癌症登記系統。另外，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、結直腸癌、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 96 年已有 33 家醫院參加申報，約涵蓋國內此 6 種癌症八成以上個案，資料可用以分析比較全國和參加醫院癌症個案的醫療照護、追蹤及預後情形。

#### 2. 主要癌症篩檢系統

我國自 84 至 93 年陸續推廣癌症篩檢服務，同時建置子宮頸癌、乳癌、口腔癌及結直腸癌之篩檢資訊系統，除用於監測癌症篩檢成效及品質外，並為基層衛生單位做為追蹤陽性個案後續確診情形、監測篩檢進度及作為篩檢成效評估之依據。



圖 3-16 世界安寧日宣導活動

# Healthy Life

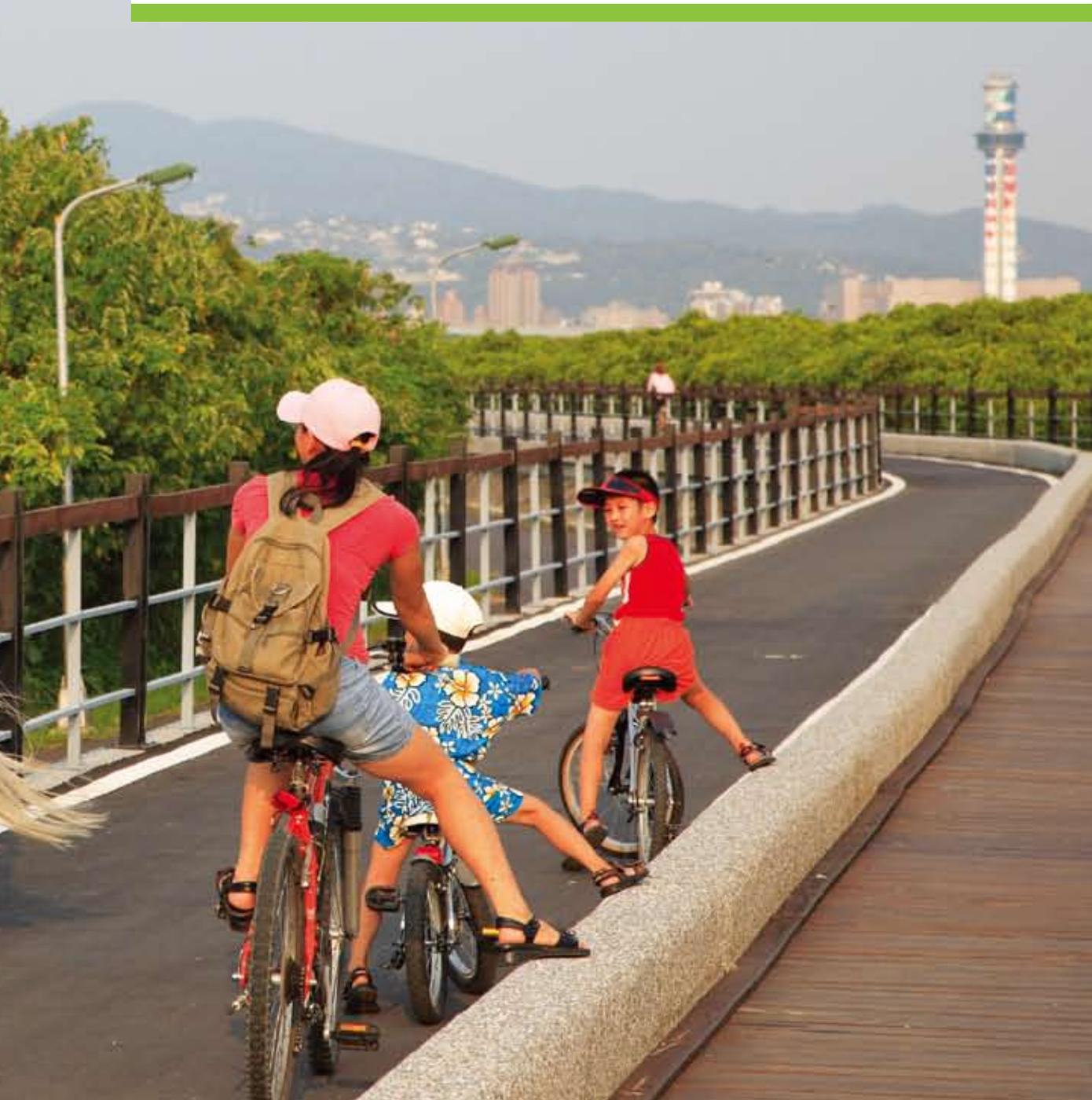
# 健康的生活



預防重於治療，影響國人健康的因素，包括遺傳、物理與社會環境、個人生活型態及健康照護。其中個人生活型態，如：不吸菸、不嚼檳榔、運動、飲食習慣、定期接受篩檢等，都是經由個人行為改變以達到預防疾病之目的。

在台灣，「敬菸」、「送菸」是一種社交禮儀，吸菸、嚼檳榔是台灣民眾生活中普遍存在的習慣。然而，依研究指出，我國每年超過 188,000 人死於吸菸導致的相關疾病；而嚼檳榔是口腔癌發生的主要原因，一年約有 4,500 人罹患口腔癌，約 2,100 人死於口腔癌。依據研究指出，吸菸罹患口腔癌之危險機率比正常人高出 18 倍，若吸菸同時嚼檳榔罹患口腔癌之危險機率比正常人高出 89 倍，如再加喝酒，則罹患口腔癌之危險機率是正常人的 123 倍。

健康，其實也可以很簡單，只要平時多留意，做健康的選擇，避免高危險行為，如不吸菸、不嚼檳榔、養成運動習慣、預防事故傷害發生、並加強視力、聽力與口腔之保健等，就可以有效預防疾病。為營造健康生活，實踐健康行為，達到健康的目的，有賴各級政府單位、民間團體與民眾共同努力、參與。



## 第一節 菸害防制

### 現況：

台灣的菸害防制工作，於民國 73 年由民間展開，政府自 76 年正式將菸害防制納入衛生政策，在 86 年通過並實施「菸害防制法」。

96 年台灣 18 歲以上成年男性、女性吸菸者之比率為 38.9%、5.1%，以歷年資料來看，男性吸菸率似有下降的趨

勢，而女性吸菸率則尚待密切觀察（圖 4-1），室內公共場所二手菸暴露率為 34.9%（圖 4-2）。在青少年菸品使用行為方面，民國 93 年 13 至 15 歲國中學生吸菸率約 6.5%（其中男性為 8.5%，女性為 4.2%）。95 年國中學生吸菸率約 7.5%（其中男性為 9.7%，女性為 4.7%）。94 年 16 至 18 歲高中職學生，吸菸率約 14.0%（其中男性為 20.7%，女性為 7.8%），顯示青少年吸菸率有逐年且隨年齡增加的趨勢。

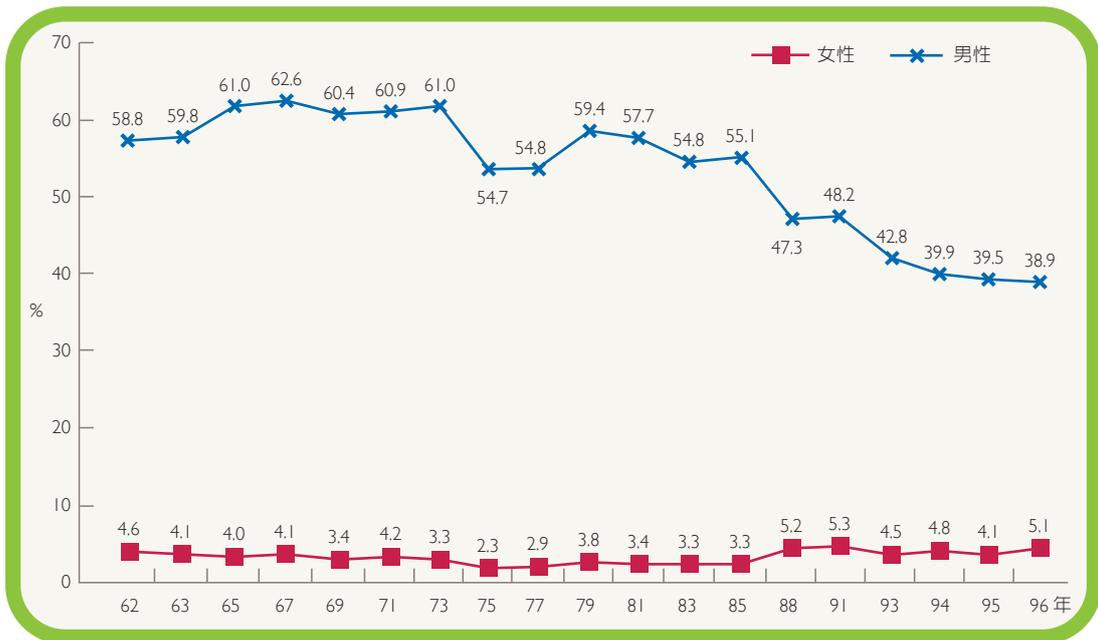


圖 4-1 我國歷年 18 歲以上成人吸菸率

註：1. 62 至 85 年資料來源為菸酒公賣局調查資料。

2. 88 年資料來源為李蘭教授調查資料

3. 91 年資料來源為國民健康局「台灣地區九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查」。

4. 93 至 96 年資料來源為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」。

5. 91 至 96 年針對吸菸者之定義乃依據美國 CDC，係以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾經使用菸品者。



圖 4-2 民國 96 年室內公共場所二手菸暴露率

資料來源：國民健康局民國 96 年「成人吸菸行為電話調查」。

### 政策與成果：

依「菸酒税法」第 22 條之規定，我國自 91 年開始徵收菸品健康福利捐，也因此台灣菸害防制工作得以有法定經費挹注來全面推動，96 年工作重點包括積極研修並通過菸害防制法修正案、落實執行地方菸害防制工作、強化菸害防制人力資源與培訓、推動建置各項無菸環境、全方位的菸害宣導教育、提供可近性的多元戒菸服務、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，期望達到降低國人吸菸率、提高戒菸率及減少二手菸暴露的目標。

#### 一、菸害防制相關法規修定

##### (一) 提高菸品健康福利捐

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」。依「菸品健康福利捐分配及運作辦法」的用途區分，10% 的菸品健康福利捐中，有 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制菸品稅捐逃漏。

##### (二) 完成菸害防制法修法

菸害防制法歷經時空變遷，為保護民眾不受二手菸的危害，並減少吸菸者對菸品的暴露，爰參照「世界衛生組織菸草控制框架公約」之精神，積極推動國內菸害防制法規之修定。在政府與民間團體的合作下，於 96 年 6 月 15 日終經立法院三讀通過，並於 96 年 7 月 11 日經總統令公布修正。鑒於相關條文變動甚多，考量業者產品上市上架的準備作業及一般民眾對法案的瞭解，規定自公布 18 個月（即 98 年 1 月 11 日）後開始施行（圖 4-3），修正案重點包括菸品標示警示圖文、杜絕誤導文字，揭露菸品成分、添加物及毒物學資料，全面禁止廣告，原則上室內公共場所全面禁菸、部分室外公共場所應設吸菸區，否則全面禁菸，以及加強保護胎兒、兒童少年及不吸菸者之健康等。



圖 4-3 菸害防制法修正條文於 96 年 6 月 15 日立法院三讀通過

資料來源：

1. 96 年 6 月 16 日自由時報綜合新聞版
2. 96 年 6 月 16 日中華日報醫藥資訊版

## 二、菸害防制研究與監測

我國在成人及青少年吸菸行為及菸品消費調查方面，已建立了監測系統，並與國際同步實施，目前執行之調查監測，包括每年一次的「成人吸菸行為電話訪問調查」、2 年一次的「國中學生及教職員吸菸行為調查」、2 年一次的「高中職學生及教職員吸菸行為調查」等。相關吸菸行為調查資料，陸續建置於吸菸行為線上查詢系統 (Smoking Behavior Online Search System, SBOSS)，需要者可透過網際網路即時查詢 (<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/sboss/>)。

其他監測工作，尚包括持續「菸品檢測暨研究發展計畫」監測國產及進口菸品之尼古丁、焦油及一氧化碳含量；維護菸害防制政策及資料庫，收集國內

外菸害防制資訊。在研究方面，進行戒菸介入、菸品消費、政策法令等議題之研究，辦理「菸品訊息監測計畫」、「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」及「菸害防制法執法成效評價」等。

## 三、菸害防制宣導與教育

為加強民眾反菸拒菸意識，96 年針對不同目標族群，研擬宣導策略，運用無線有線電視、聯播與地方電台、網路、報紙、雜誌、戶外媒體與公益平台等多元化通路，對二手菸危害、菸害防制法新修正內容、及相關菸害或戒菸可利用資源等進行分波段整合性宣導。並呼應 96 年世界無菸日主題「無菸好環境」，以「室內公共及工作場所全面禁菸」為 96 年宣導主軸 (圖 4-4)，辦理「無菸藝術創作展」、透過網路舉辦「公共場所拒絕二手菸」拒菸照片徵選活動，及「菸害防制法修法我最瞭」網路測驗抽獎活動等各式活動，及編製台灣菸害防制中英文版宣導手冊等。針對菸害防制法新修正案宣導後民眾認知調查，有七成九的受訪者知道室內公共場所、大眾運輸工具等禁菸規定，有七成四知道孕婦及 18 歲以下者不能吸菸，以及半數比率知道三人以上室內工作場所的禁菸規定。



圖 4-4 菸害防制法新規定重點製作宣導品



圖 4-5 菸害申訴標誌

#### 四、建置支持性無菸環境

為減少民眾二手菸暴露，提供無菸的生活、工作、求學與休憩的環境，持續推動校園、職場、軍隊及餐廳等支持性無菸場域，並透過加強菸害防制法稽查取締及設立「菸害申訴專線 0800-531-531」（圖 4-5）提供民眾菸害申訴管道及相關法令諮詢，以落實無菸環境，96 年接獲民眾之菸害檢舉案件 450 件。

#### 五、多元化戒菸服務體系

為提供吸菸者戒菸管道，提高戒菸率，自 91 年起推動多元戒菸服務，包括門診藥物戒菸治療、免費專線電話戒菸諮商及社區戒菸班等。迄 96 年底，接受門診藥物戒菸服務之個案數超過 30 餘萬人，提供門診戒菸之合約醫療院所達 2,306 家，分佈於 357 個鄉鎮市區（97%），六個月戒菸成功率約 22%。此外，戒菸專線服務是透過專業心理諮商人員的電話諮商，提供國、台、客、英等語言的服務，每週 6 天、每天 12 小時免費電話戒菸諮詢服務（0800-636363）（圖 4-6），迄 96 年底電話諮詢服務量 263,476 人次，接受多次諮商者之 6 個月戒菸成功率 26%，而因應時代變遷，溝通媒介的轉變，自 96 年 11 月 1 日推出網路 Skype 電話撥號及 VIP 室、Email 等多元網路戒菸創新服務。

#### 六、菸害防制人才培訓與推動國際交流

為持續培訓專業人才，提高菸害防制相關人員專業素養，以提升服務品質，96 年持續推動多項培訓計畫，持續辦理各縣市衛生局所「菸害防制執法人員之法規訓練」，提升相關法規知能、實務稽查技巧及執法信念等，自 94 年至 96 年計有 716 人次參訓。並辦理「縣市衛生局健康計畫撰寫工作坊」，以提高菸害防制工作人員規劃行動計畫及實務工作知能。而為落實門診戒菸治療服務計畫之推動，提升專科醫師辦理門診戒菸治療服務之戒菸知識與技能，持續辦理「專科醫師門診戒菸治療服務訓練」，自 91 年 9 月至 96 年，全國認證合格之醫師總計有 4,088 位提供戒菸治療服務。



圖 4-6 戒菸專線海報

在推動菸害防制國際交流方面，請見第七章健康的基礎建設第三節國際合作。

### 七、落實地方政府菸害防制工作

為推動地方菸害防制工作，本局於民國 96 年約撥補新台幣 2.2 億元至各縣市政府衛生局，以落實執法稽查工作、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，及加強菸害防制傳播宣導等。成果包括充實約 110 名地方菸害防制人力；331 場菸害防制義工或志工訓練，共培訓 5,063 位菸害防制志工；配合地方特性推動無菸環境計畫，計有 1,593 所「無菸校園」、8,281 家「無菸餐廳」及 1,219 家「無菸職場」，及 8,597 場次的相關宣導教育活動；積極強化地方菸害防制稽查作業，全國總稽查數達 60 萬餘次，取締數 11,430 件。

## 第二節 檳榔健康危害防制

### 現況：

國際癌症研究總署已證實「檳榔子」為第一類致癌物，國內學者亦警示，較之於吸菸和酗酒，嚼檳榔罹患口腔癌風險性更高；因我國嚼檳榔民眾達 150 萬以上，致男性口腔癌成為增加速度最快的癌症。其過去五年間增幅為 18%，標準化發生率和死亡率亦皆持續上升（如圖 4-7），同時也是 25-44 歲男性最常見罹患的癌症，平均死亡年齡更較其他癌症早 10 歲以上。因預估口腔癌對民眾造成的威脅將持續增加，故本局於 96 年首度將檳榔及口腔癌防治工作列為施政主軸，致力於降低民眾嚼檳榔率。

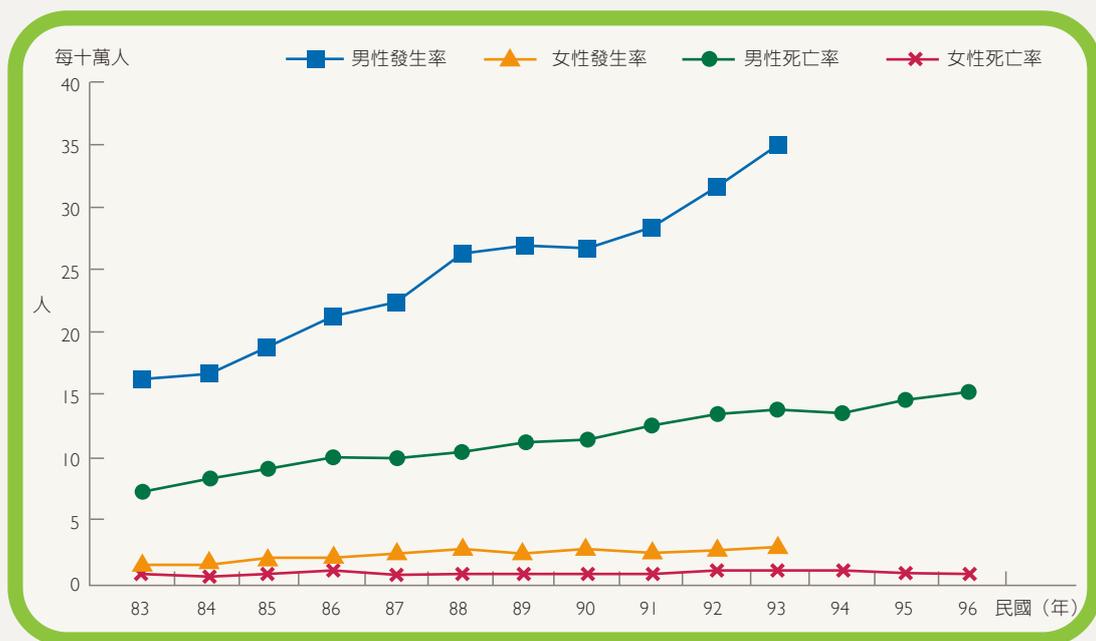


圖 4-7 民國 83-96 年口腔癌標準化死亡率及發生率之長期趨勢圖

## 政策與成果：

回顧過去為防止檳榔所導致各層面之危害，各部會曾於 86 年共同執行五年期「檳榔問題管理方案」，同時行政院並採納民間團體建議，訂每年 12 月 3 日為「檳榔防制日」。96 年適逢檳榔防制日 10 週年，本局出版「檳榔防制十週年特刊」（圖 4-8），相關媒體宣導及廣與部會和民間團體合作於各場域推動相關防制工作，簡述如下：

### 一、倡導不嚼檳榔

#### （一）結合病友現身說法，軟性宣導

為強化民眾認知嚼檳榔會致癌，邀請知名導演林育賢執導病友現身說法紀錄片「遺失的微笑」，藉由側寫台灣社會典型嚼檳榔市井小民的生活片段，揭露病友因嚼檳榔而罹患口腔癌的心路歷程，並主動至醫療院所、學校、社區和國防體系等場域播放。較之以往，防治口腔癌之宣導工作 96 年因能順利邀請口腔癌病友至記者會現身說法，故使得檳榔議題新聞見報率較 95 年增加 5 成。

#### （二）深入社區，應用新宣導管道

自 94 年起至 96 年底止，已深入約四成五的前百大高嚼食率鄉鎮宣導不嚼檳榔；另為觸及更多目標族群，96 年開始利用更為貼近嚼檳榔者之宣傳管道（如：於全國各地加油站），發放宣導品。

### 二、在社區中營造不嚼檳榔文化

#### （一）強化和民間團體合作推動拒檳工作

96 年與有志於防制檳榔危害工作之團體（如陽光基金會、防癌協會、張錦文基金會等及全國 30 餘社區團體合作），藉由訂立社區生活公約（台南縣龍崎鄉）、辦理公民學習圈（台南市）、建立無檳榔醫院（全國 100 所醫院）等方式，在社區中建立拒絕檳榔的社會觀和支持環境（圖 4-9、4-10）。

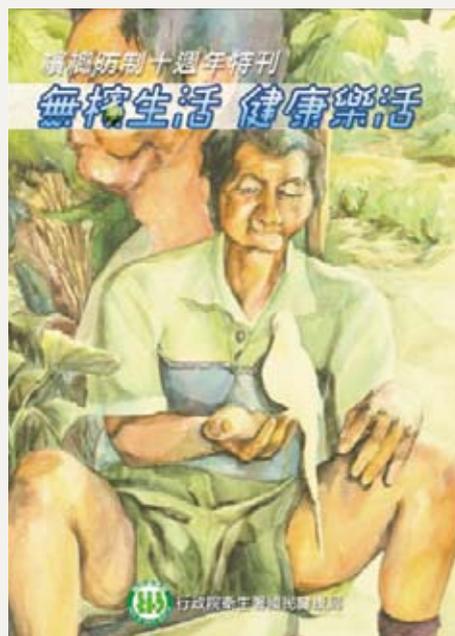


圖 4-8 檳榔防制 10 週年特刊



圖 4-9 國軍花蓮總醫院辦理口腔癌病友現身說法宣導活動



圖 4-10 台南縣龍崎鄉自發性簽訂無檳生活公約

## (二) 跨部會推動，並試辦無檳榔職場 (圖 4-11)

除了持續與教育部合作，利用健康促進學校平台促成逾 700 學校將「不嚼檳榔」列為基本議題推動外，另與國防部合作繼續於軍中宣導拒嚼檳榔，營造支持性環境。根據國防部近來對新兵和屆退士兵所進行調查，初步顯示嚼檳榔率下降 2 成左右，該部目前並已開始發展軍中戒檳榔班模式。

除了上述社區、學校及軍隊等場域外，因應本局規劃於 97 年開始推動無檳職場，96 年起擇中部地區之傳統產業及交通運輸業介入發展推動模式。

為讓各單位仿效伙伴們於社區及職場推動工作之成功範例，舉辦經驗分享研習營（圖 4-12），並製成數位學習教材，置於本局網站供各單位參考與交流。

## (三) 協助嚼檳榔者戒嚼檳榔

舉辦第二屆戒檳榔競賽活動，至全國各社區掃街，宣導嚼檳榔致癌並邀約嚼檳榔民眾參與。全國參賽人數計達 3,700 人，較 94 年初次辦理時成長約 20%。兩次活動參與民眾在約四個星期中達成戒嚼之成功率約為 7%。

### 三、提供高危險群（嚼檳榔或吸菸者） 口腔癌篩檢服務

相關內容請參考第三章第一節「健康篩檢」。

目前成人男性嚼檳榔率約為 17%，上述各項工作將有助於整體口腔癌威脅的下降，本局更於 96 年擬訂「檳榔健康危害防制暨口腔癌防治五年計畫」，作為相關工作之發展方針。



圖 4-11 交通運輸業簽署推動無檳榔職場



圖 4-12 辦理社區推動檳榔健康危害防制研習營

### 第三節 健康體能

#### 現況：

世界衛生組織提出飲食、身體活動與健康的全球策略，將缺乏身體活動與不適當的飲食，列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和中風的主要危險因子，不僅對個人健康會產生相當大的影響，更會對整個國家的醫療付出與社會成本，造成公共健康的重大負擔。

民國 96 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，過去兩個禮拜有做運動的民眾佔 51.5%，沒有運動習慣者佔 48.5%，顯示國人參與運動的比例仍顯不足，因此，推展健康體能、提倡動態生活，培養國人從事規律的健康運動習慣，提升國民的健康體能狀況，以減少慢性病的發生。

#### 政策與成果：

本局推展國民健康體能目標為全國運動人口每年增加 0.5%，主要政策與成果如下：

#### 一、動態生活觀念宣導

(一) 96 年與教育部結合推動健康促進學校，共有 483 所學校推動「健康體位」(含健康體能與飲食)議題，使兒童及青少年在學校的活動場域中，學得相關知能，養成良好飲食習慣及運動習慣。

(二) 製播「健走」及「上班族健康操」電視宣導帶、「健走貼心叮嚀報時卡」、「健走」廣播卡帶、運用電視、廣播及平面媒體，廣為宣導。

#### 二、結合機關及民間團體，辦理健康體能活動

(一) 辦理「健走圓桌論壇」及「愛地球，健康走一走」活動，與企業、社區就健走經驗交流，凝聚政府與企業、社區之共識。

(二) 96 年藉由社區健康營造，共補助 105 家社區團體，推廣健康體能促進。

(三) 補助辦理「國際健走大師論壇」，邀請國際健走組織前主席 Mr. Luc Henau、美國計步器先生 Mr. W. Ron Sutton、日本萬步博士波多野義郎先生等專家，分享各國健走經驗。



▲ 國民健康局六週年慶健走活動



圖 4-13 健康體能宣導教材

### 三、推動健康體能支持性環境

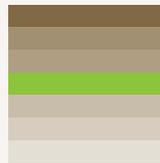
- (一) 參與行政院「千里自行車道 萬里步道」計畫，強化體能支持性環境，配合宣導社區健走步道，鼓勵民眾運用地環境，從事健康體能活動，96 年度各縣市共辦理 713 場次健走活動，311,346 人次參與。
- (二) 配合行政院「全民二氧化碳減量暨節約能源運動」專案，共同宣導結合在地環境，運用社區步道，將健走融入日常生活。
- (三) 輔導地方政府，持續推廣「上班族健康操」、「家庭有氧健康操」及各式健康體能活動。

### 四、增進個人技能

- (一) 編印 10 萬份「銀髮族的運動秘訣—愈動愈健康 愈活愈開心」宣導摺頁，提供推廣。
- (二) 彙集各縣市衛生局推薦之 192 條社區健走步道，於本局網站公布，提供社區健走路線，並更新「健康能量便利屋」網站資訊。

### 五、建立實證資料

96 年「健康行為危險因子監測調查」結果顯示過去兩個禮拜有做運動的民眾，佔 51.5%，沒有運動習慣者佔 48.5%；完成「當前各國推動身體活動政策文獻回顧及未來政策建議」計畫，瞭解世界各國推動情形。



## 第四節 事故傷害防制

### 現況：

我國事故傷害死亡率自民國 78 年逐漸下降，除民國 88 年因 921 大地震稍為提高外，近幾年來亦呈現下降之趨勢，雖然民國 93 年有再度上升之趨勢，但至民國 94 年則些微下降為  $36.8/10^5$  人，95 年為  $35.1/10^5$  人，雖在國人死因中排名第 5。但事故傷害卻為我國兒童及青少年之頭號殺手（表 4-1），且死亡率仍較大部分的已開發國家為高。95 年 0-4 歲之事故傷害死亡率約為 5-9 歲及 9-14 歲的兩倍以上（圖 4-13），其前五位事故死因分別為交通事故、淹死及溺水、火及火焰所致之事故、墜落及中毒（表 4-2）。另，94 年國民健康訪問調查資料發現，0-12 歲兒童在過去一年中，有 13.2% 曾因事故傷害而就醫，其主要盛行率依序為跌落、交通事故及燒燙傷（表 4-3）。至於 95 年 15-24 歲事故傷害死亡率為  $29.3/10^5$  人；其前五位事故死因分別為交通事故、淹死及溺水、墜落、中毒及火及火焰所致之事故（表 4-2）。依據 95 年國中生健康行為調查，國中生在過去一年因事故就醫的原因，以「運動傷害」為主，其次依序為「跌倒」、「車禍受傷」及「和別人打架」。另根據 94 年國民健康訪問調查：12-14 歲、15-19 歲、20-24 歲者過去一年跌傷盛行率各為 8.8%、8.6% 及 5.6%。

本局 92 年調查顯示，台灣老人至少罹患一項慢性病比率，在 65~75 歲與 75 歲及以上者分別高達 82.1%、87.8%；平常身體至少有輕微疼痛比率約五成；至 75 歲以後，有高達五成的人做屈蹲動作有困難；至少有一項日常生活活動功能 (ADL, Activities of Daily Living) 執行有困難者，在 65~74 歲組約 7.2%，在 75 歲以上組上升至 20.2%。

另台灣 75 歲以上老年人約 26.4% 走路需使用手杖等輔助器；在精神、心理健康方面，老年人壓力狀況調查顯示，年紀愈大，壓力愈小；女性的壓力則較高於同齡男性。94 年國民健康訪問調查約兩成台灣老人符合憂鬱症定義，男性 17%，女性約 23%。年齡愈高，認知功能愈差，台灣老人的認知功能約 77% 正常，18% 有輕度障礙，5% 有中度障礙，嚴重障礙者不到 1%。由於上述慢性病、疼痛、ADL 困難、憂鬱與認知功能受損等皆是老人跌倒的危險因子，因此，在面臨人口急遽老化的挑戰時，老人跌倒防制益形重要。

### 政策與成果：

有鑒於事故傷害威脅國民健康至鉅，為有效防範，必須建置全國性的傷害外因登錄與監測系統，以掌握事故傷害流行病學資訊，規劃有效的預防介入策略，並評估其成效。尤其交通事故、跌墜及新移民家庭兒童傷害是本局近來防制重點。

表 4-1 民國 90-95 年台灣 1-14 歲兒童主要死因 (每十萬人口死亡率)

年別 (民國)	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

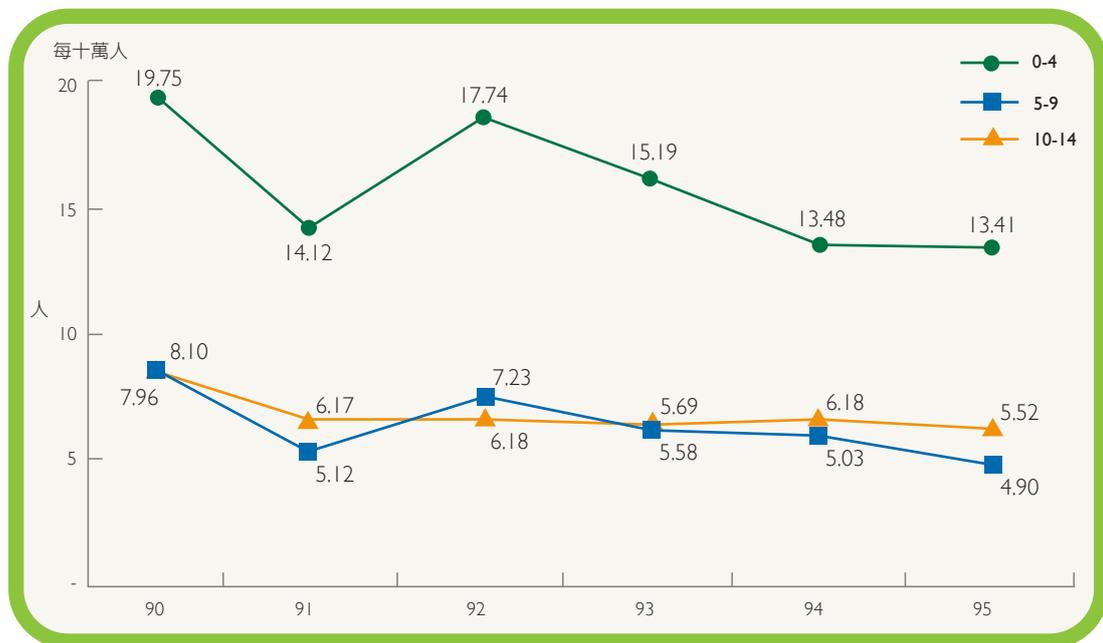


圖 4-13 台灣 0-14 歲兒童歷年事故傷害死亡率

資料來源：衛生署統計室

表 4-2 民國 95 年台灣 24 歲以下兒童及青少年主要事故死因

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	火及火焰所致之事故	墜落	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	墜落	火及火焰所致之事故	中毒
15-24	運輸事故	淹死及溺水	墜落	中毒	火及火焰所致之事故

資料來源：衛生署統計室

表 4-3 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：民國 94 年國民健康訪問調查

## 一、建置全國性傷害外因登錄與監測系統

本局為了解各種傷害問題的成因，乃收集傷害監測所需基本資訊，規劃有效的預防策略與方法，並持續評估傷害預防介入計畫的成效，逐步建置全國性的傷害外因登錄與監測系統。利用在健保申報資料中增列急診資料傷害外因碼，或透過醫院評鑑機制，要求區域級以上醫院急診資料登錄傷害外因碼，傷害外因登錄系統可自動轉譯為傷害外因狀況。96 年於 33 家區域醫院以上之醫院試辦，登錄約 11,011 名個案，並分析其流行病學資料，供擬定事故傷害防制策略之依據。

## 二、重點傷害預防

個別重點傷害類別的預防，最常引用的策略就是所謂的三個 E，也就是教育（Education）、工程環境（Engineering）與政策執行（Enforcement）三種介入策略。惟單獨採用任何一種的效果都有限，必須適當地交錯運用，再透過社區落實推廣才能奏效：

### （一）減少道路交通事故之傷亡

過去對減少道路交通事故傷亡的介入措施已發生顯著效果，使機動車交通事故死亡率從每十萬人超過 30 人降至 20 人左右。但 91 年以後就停滯而未能繼續下降，究其原因，一方面騎乘機車強制戴安全帽的法令在某些鄉鎮未能落實；另一方面，預防酒後駕車的酒測臨檢效果有限，加上道路環境與用路方式

改變，如都會地區騎自行車人口增加，都可能使道路交通事故之傷亡數字居高不下。除持續加強執行已有的道路安全措施（騎機車戴安全帽、預防酒後駕車）外，應加速實施：

1. 汽車後座強制繫安全帶：包括立法與執行（政策執行）、宣導（教育）、汽車後座加裝安全帶（工程）。
2. 騎乘自行車使用安全帽：因應節能減碳時代來臨，自行車使用人口增加，必須及早進行自行車專用道的規劃與改善（工程）、研議騎自行車時戴安全帽之立法與執行（政策執行）及宣導（教育）。此外，為提升社區之綠色走廊的腳踏車休閒活動安全，串聯學校、警察與租車業者一起努力，減少自行車事故傷害的發生。
3. 結合社區力量，將自行車安全帽配戴率從原不到 5% 提升到 70% 以上；及另推出餐廳主動為飲酒客人提供叫車服務方案，使超過酒測臨檢標準值案件數減少。

### （二）減少跌墜傷亡

我國 10-24 兒童及青少年跌墜死亡率，自 93 年起的每 10 萬人口 0.67 人增為 95 年的 0.88 人，有逐年上升的趨勢；此外，老人跌倒標準化盛行率也由 88 年的 18.7%，上升至 94 年的 20.5%，故兒童居家安全與老人防跌，若結合了衛生與消防志工一起做全面居家安全檢查與輔導，更具效果。

1. 學校及公共場所跌墜預防：加強防止跌墜設施（工程）與管理（政策執行），提高民眾對有跌墜之虞場所的警覺性（教育）。

2. 居住環境之改善：將地板防滑處理及避免摔落或絆倒之設計與安排（工程），規定為機構（醫院、養護機構、收容所等）或營業場所（飯店、旅館等）之安檢項目（政策執行），一般居家場所宣導（教育）並協助改善。為營造安全居家環境，透過 25 縣市衛生局（所）、社區健康營造中心針對轄內有兒童家庭，共進行 12,293 家之居家安全檢測及環境改善。

3. 防制老人跌倒：規劃老人跌倒防制策略，應以生命週期為考量，並依據渥太華憲章五大行動綱領，與整體老人健康促進策略緊密結合，涵蓋三段五級：

(1) 強化「老人跌倒防制多重介入模式之發展與推廣」，研訂「老人跌倒處理標準作業手冊」，使用老人跌倒風險篩檢表，評估跌倒風險，並強化基層老人防跌服務。針對目標族群需求及危險因子，施行多重因子介入，如平衡與步態訓練、肌力及耐力訓練、視力矯正、藥物調整、身體移位技巧練習、環境危害移除等。逐步建立我國老人跌倒風險管理及服務模式。

(2) 結合縣市政府或社群團體，透過社區志工辦理社區老人跌倒預防進階班，

與推廣防跌衛生教育及太極拳教學。全省共計 71 個社區營造點（分佈於北中南東各區以及離島），共 2,426 人參與。

(3) 加強老人及家屬 / 照顧者防跌宣導訓練，提升防跌知識與能力。

(三) 關懷新移民家庭兒童傷害防制問題

1. 新住民子女安全照護暨事故傷害現況調查

(1) 由通譯員陪同訪員，以面訪母親方式完成有效問卷 1,872 份。

(2) 受訪者國籍別以越南籍最多 (62.0%)，依序為大陸籍 (19.0%)，印尼籍 (12.2%)，柬埔寨籍 (2.8%)，菲律賓籍 (1.4%)，泰國籍 (1.0%)，其他國籍 (1.5%)。

(3) 調查發現受訪者子女在過去一年事故傷害情形，盛行率最高為跌落，達 65.2%；第二位為創傷（含割傷、擦傷、夾傷、動物咬傷及燒燙傷），達 50.4%；第三位為交通事故 (27.0%)；第四位異物梗塞 (10.8%)。

2. 辦理 12 場「子女安全照護暨事故傷害防制研習」及 1 場成果觀摩，協助新住民家庭之兒童事故傷害防制。

3. 進行媒體行銷，讓民眾瞭解相關知能，並製作 30 集帶狀廣播節目播出。



## 第五節 視力、聽力與口腔保健

視力、聽力、口腔是五項感覺器官的三項，都是生活品質不可或缺的能力，三者共同自出生後漸次發育發展，而學齡前兒童正是關鍵的介入時期，另到老年時視力、聽力、牙齒的喪失，都造成生活的不便，因此，早期透過篩檢預防，與早期治療也是這三項議題的重點。

### 壹、社區視力保健

#### 現況：

近視是台灣兒童非常重要的一個健康問題，95 年的全國調查結果顯示，雖然國小學童近視盛行率（ $\geq -0.25D$ ，即 25 度）逐年增加的趨勢已逐漸趨緩，但高度近視（ $\geq -6.0D$ ，即 600 度）盛行率仍比其他東南亞國家及歐美地區高，如表 4-4。由於高度近視會增加各種眼疾併發症的發生，因此社區兒童的近視防治與視力保健工作應透過早期篩檢服務，以提早發現兒童視力不良問題並給

予轉介矯治。另一方面，隨著國內人口老化及慢性病增加，使得老人視覺問題與老年性眼疾在眼科的醫療照護上益加重要，應及早因應擬定相關照護措施。

#### 政策與成果：

結合教育部與內政部兒童局推動學齡前兒童及學生視力保健計畫，期降低學童近視比率，避免過早近視引發其他眼部疾病，延緩學童近視發生年齡，預防幼稚園及國小學童發生近視，並透過學齡前兒童的斜弱視篩檢，及早發現轉介、矯治以避免終生視力不良的遺憾。

響應世界衛生組織及全球防盲團體提出「視覺 2020 (Vision 2020-the right to sight)」活動，整合國際產、官、學及社區資源，在西元 2020 年前，能夠消除大部分可預防的眼疾，避免視障或失明的情況發生。因此，需要提供社區防盲篩檢服務，預防視力障礙的產生，延緩眼睛功能的老化，提升視覺相關生活品質及日常生活自理能力。

表 4-4 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
台灣 (2006)	18 歲	16.8



為進行兒童及中老年人的社區視力保健工作，提供篩檢服務、環境改善、教育宣導、研究訓練等多方面進行防治，提出相關策略與工作成果如下：

- 一、學齡前兒童眼睛健康服務：利用本局提供的 9 次兒童預防保健服務，依眼睛的生長發育期，由小兒科、家醫科醫師進行包括評估瞳孔、眼位及固視能力，亂點立體圖等檢查。
- 二、本局「視力保健諮詢委員會」認為近視成因，除遺傳外，環境因素是更重要的因子。未來防治方向將針對學齡前兒童之照護者衛教策略發展，包括預防近視發生，及已發生近視的學童避免近視惡化及家長之衛生教育為主軸。
- 三、透過資訊教育，讓家長了解長期使用電腦對視力之危害。鑑於，家用電腦日益普遍，造成兒童及青少年罹患近視之比例增加，為降低近視比率及避免近視過早發生與持續惡化之合併症，爰結合電腦資訊業者，首次將資訊教育與視力保健觀念及知識相連結，於辦理社區數位教育時，將視力保健的內容置入資訊課程。透過「數位鳳凰視力保健計畫」，於北、中、南辦理 20 場次的視力保健課程，參與訓練社區志工媽媽計 427 人次；並研發製作一套螢幕保護桌布和護眼教材，分送 600 位學員，協助將正確的護眼知識帶回家庭生活教育，使家人重視自身視力健康問題。

- 四、提供學齡前兒童篩檢服務：早期發現與早期矯治，積極於全國 25 個縣市推動滿四歲至五歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務，並加強視力異常個案之追蹤與矯治工作。因學齡前兒童正處於眼球發育階段，其視力問題及治療具有時效性，若及時治療，則視力尚可發育正常。民國 96 年計篩檢 344,787 人，異常數 42,881 人，異常個案轉介追蹤率達 99%。
- 五、產官學合作，建立多元化衛教宣導平台，透過電視、廣播、報章雜誌及網路，辦理兒童視力保健宣導活動。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。
- 六、設置 2 家社區視力保健中心，及 9 個社區視力保健服務網，提供偏遠及山地地區之視力篩檢服務，及學齡前兒童斜弱視、視力異常個案複檢諮詢等服務，並結合社區資源，推動眼睛健康促進與照護模式，保障民眾和兒童眼睛之健康。96 年社區視力保健中心及服務網成果包括：山地、偏遠地區眼疾篩檢 112 場，計 7400 人，糖尿病視網膜檢查 24 場次，計 1,427 人，視力保健宣導 160 場次，計 13,840 人，媒體宣導 109 則，人員培訓 23 場次計 1,479 人。

## 貳、聽力保健

### 現況：

台灣地區執行新生兒聽力篩檢的醫院平均約 26.89%，仍低於美國嬰幼兒聽力聯合委員會 (Joint Committee on Infant Hearing, JCIH) 提出所有新生兒均應接受聽力篩檢之建議，美國聯邦政府立法通過要求全面性實施新生兒聽力篩檢，至 2006 年全美國 95.7% 的新生兒已接受聽力篩檢。依據國內、外相關研究顯示，約有千分之三的新生兒患有先天性兩側聽力障礙，預估我國每年 20 萬名出生計算，約有 600 個聽障兒；若能早期發現，並於 6 個月大前接受幼兒聽能復建介入，則日後發育到 3 歲時之平均語言發展幾乎和正常聽力的幼童沒有差別。另，幼兒聽力障礙（含中耳炎造成）的發生率約為 2%，因此，為能早期發現及矯治，加強聽力保健以提升我國嬰幼兒聽力篩檢率，是當前之重要業務。

### 政策與成果：

我國新生兒聽力篩檢推廣雖有成效，但篩檢率仍低於美國；故必須建置區域聽力保健資源中心，繼續推廣新生兒聽力篩檢工作至各基層醫療院所，充實「新生兒聽力篩檢網站登錄及聽篩資料庫系統」，並及早協助後續確診與聽能復健事宜；另需加強學前兒童聽語障礙整合服務，調查青少年早期噪音聽損。



- 一、推動 95-96 年南、北聽力保健資源中心先驅性計畫，協助基層醫療院所介入新生兒聽力篩檢，共 21 縣市 58 家醫療院所提供篩檢服務，其篩檢率 63.0% (15,837/25,131)，出院前轉介率 5.9% (937/15,837)，滿月複篩率 70.3% (659/937)。
- 二、辦理偏遠地區學前兒童聽力語言障礙整合篩檢及追蹤矯治之試辦計畫，於台東縣 129 家幼托園所問卷調查 4,558 人，結果顯示疑似有構音 / 音韻問題者有 460 人，其中經語言治療師完整評估需追蹤矯治占 81.2%。
- 三、辦理嬰幼兒聽力篩檢諮詢服務計畫：設置 0800-800-832 與 0800-889-881，平均每月諮詢率約 223 人次及辦理聽力保健宣導。
- 四、辦理南台灣國高中職在學青少年早期噪音聽損盛行率調查，結果 8.4% 具有單側或雙側噪音性 (高頻) 聽損，23.8% 具有噪音導致聽閥改變現象，有助於未來規劃噪音性聽損的衛教對策。
- 五、辦理「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」，篩檢對象為滿 3 歲至未滿 4 歲幼童，初篩未通過轉介醫院複檢，確診異常之幼童均給予繼續追蹤矯治管理 (表 4-5)。

表 4-5 民國 91~96 年度「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」成果表

年度	篩檢人數	篩檢率 (%)	初篩未通過率 (%)	複檢率 (%)	確診率 (%)	就醫矯治率 (%)
91	66,470	30.3	4.8	87.0	19.8	96.5
92	111,239	41.6	3.9	78.7	22.1	96.5
93	150,315	50.3	3.0	95.6	20.7	87.7
94	156,049	62.0	3.2	95.7	19.7	88.4
95	154,214	64.2	3.9	97.6	21.6	95.4
96	172,520	77.9	3.0	98.0	21.6	90.7

註：1. 篩檢率 = 篩檢人數 / 出生數  
 2. 複檢率 = 複檢數 / 轉介數  
 3. 確診率 = 複檢確診異常 / 複檢數

## 參、口腔保健

### 現況：

從口腔健康狀況調查結果來看，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 95 年 12 歲兒童恆牙齲蝕指數 (Decayed, Missing, Filled Teeth Index ; DMFT index) 2.58 顆，與世界各國的數據相較 (表 4-6)，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相當差距 (圖 4-14)。另一方面，中老年人因齲齒、牙周病及全身性疾病影響，所造成的缺牙、牙齒功能不良會對生活品質產生相當的影響。隨著人口老化，口腔健康議題也日益受到重視。

### 政策與成果：

「口腔健康法」於 92 年通過施行後，促使政府更積極的推動國民口腔健康促進相關工作，並於 95 年開始實施「國民口腔健康第一期五年計畫」，期提升國民口腔健康知能、降低國人口腔疾病盛行率，並期達 WHO 2010 年口腔健康目標。簡介相關策略及成效如下：



表 4-6 世界各國 12 歲兒童的齲蝕指數 DMFT index

國家	年度	恆牙齲蝕指數
台灣	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：摘自 WHO 資料

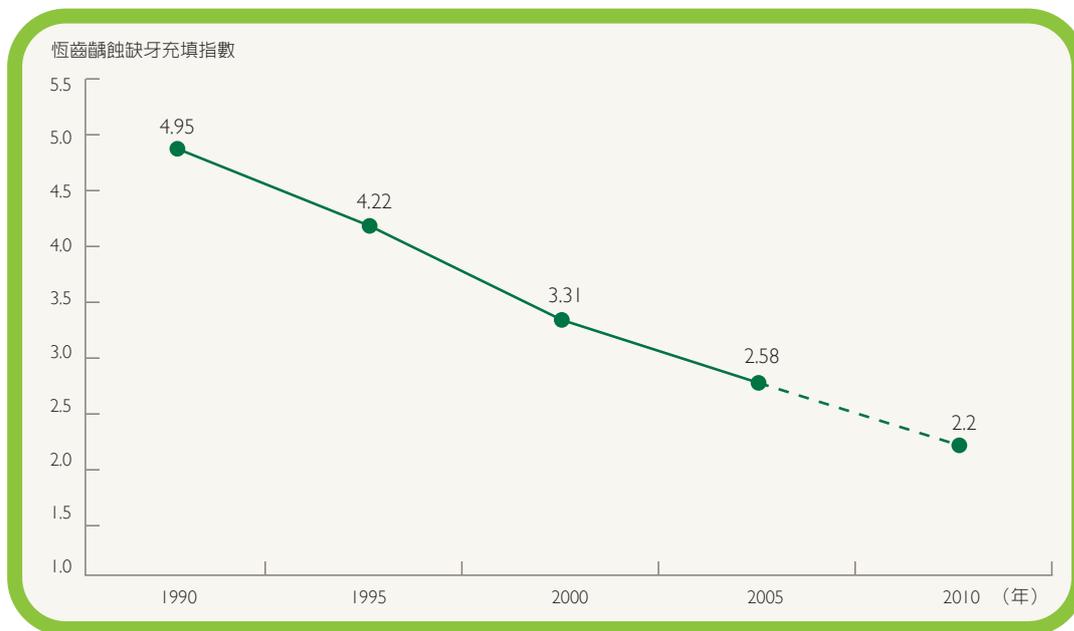


圖 4-14 台灣地區歷年 12 歲兒童恆齒齲蝕指數 (1990-2010)

#### 一、提供 5 歲以下兒童免費牙齒塗氟服務

氟化物是 WHO 公認為目前最經濟、安全、有效之齲齒防治策略，國外文獻亦指出兒童牙齒塗氟可有效降低齲齒率達 28%。鑑於齲齒是不可逆之現象，為有效降低兒童齲齒率，本局積極推動氟化物防齲措施，提供 5 歲以下兒童牙齒免費塗氟，96 年共服務 20 萬人次，使用率 10.5%，較 95 年增加 1.5%。

#### 二、全面推廣國小學童含氟水漱口防齲計畫

計有全國 25 縣市、2,651 所學校、180 萬名學童參與，學童參與率 98.5%，其中全國偏遠山區之學校全部參與。結合縣市牙醫師公會，協調牙醫師前往學校監測實施品質，及學校推動餐後潔牙、氟化物防齲、口腔衛教等教學宣導活動。

#### 三、牙周狀況調查

委託學術單位進行「台灣地區 18 歲以上人口牙周狀況及保健行為之調查研究」，為台灣地區首次大規模牙周狀況調查，藉以瞭解台灣 18 歲以上民眾牙周病罹患率、嚴重度、口腔保健習慣及牙周病的危險因子。

#### 四、牙周病與糖尿病相關危險因子與臨床治療介入性評估

為探討牙周病與糖尿病及其他相關危險因子，委託學術單位進行「社區糖尿病患者合併牙周病防治模式之相關研究」，透過調整其他危險因子後，分析牙周病與糖尿病等疾病相關。並進一步利用篩檢出來的高血糖個案及糖尿病個案進行牙周臨床治療介入性評估。

#### 五、衛生署口腔醫學委員會審議完成「身心障礙者口腔健康五年計畫」草案

國民健康局  
2007 年報  
BUREAU OF HEALTH  
PROMOTION  
2007 Annual Report

# 健康的平等 *Bridging the Gap in Health Disparities*



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。另，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不同的性別、種族、收入及身心障礙群體應有不同的對策及因應模式。

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、幼兒健康檢查利用率不足、醫療資訊取得困難及就醫障礙；罕見疾病患者所需治療藥物取得困難；身心障礙者口腔健康；油症患者健康照護等。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益發突顯其重要性。



## 第一節 婦女健康

WHO 的「21 世紀全民健康計畫」中提到「健康公平性」，將性別、種族及貧窮等議題並列(1998)。而在 91 年，通過了性別健康政策，成立性別暨婦女健康部 (Department of Gender and Women's Health)，促進全世界各國認識與關注社會、文化、心理與生理對於女性健康的影響。為呼應聯合國的性別主流化及世界衛生組織重視之健康平等理念，本局推動制定新版「婦女健康政策」。此政策乃以「由下而上，擴大參與」的方式，廣納基層婦女意見，歷經前後三屆婦權會委員之指導互動後方制定完成。期望透過此草案之執行及落實，弭平傳統社會對婦女的性別歧視與性別偏差所造成的健康不平等，並落實兩性平等參與及共治共決基本理念。

### 壹、生育健康

#### 現況：

台灣婦女第一胎平均生育年齡由民國 69 年的 23.0 歲，96 年後延長為 28.5 歲，遲育的趨勢相當明顯。另 96 年孕產婦死亡率為十萬分之 6.8。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 0.4，20-59 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。然青少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 歲青少女生育率自 83 年 17‰ 下降至 96 年 5.6‰。

#### 政策與成果：

##### 一、建構系統性之生育健康服務

###### (一) 一般性孕婦產前檢查

透過健保特約醫療院所提供孕婦 10 次產前檢查服務，以早期發現懷孕各階段可能發生之合併症，確保孕婦與胎兒的健康。自民國 90 年起，本項服務之利用率皆維持在 9 成以上，其中約有 4 成左右是在基層診所實施，其餘則在醫學中心、區域醫院及地區醫院實施，96 年利用率達 97.1%。

###### (二) 提供周延之遺傳服務

參酌先進國家之經驗，在公共衛生領域中，將預防醫學之精神結合於遺傳服務，並從婚前、孕前、產前、新生兒，甚至成人階段等，提供初級預防 (primary prevention)、生育選擇 (prevention through reproductive options) 或次級預防 (secondary prevention) 等之防治措施、計畫性之檢查，及妥適的諮詢與治療，以早期發現，早期診治，進而降低先天性畸形兒之發生；相關遺傳性疾病防治網絡如圖 5-1。有關生育階段之遺傳服務，推展成果如下：

1. 孕婦海洋性貧血篩檢：於產前檢查時抽血篩檢異常者，再檢查其配偶，兩人皆異常者，抽血送衛生署評核通過之 6 家遺傳疾病基因檢驗機構做確認檢查，經確診夫妻同為甲型或乙型海洋性貧血帶因者，視其懷孕周期抽取絨毛或羊水或胎兒臍帶血，做產前遺

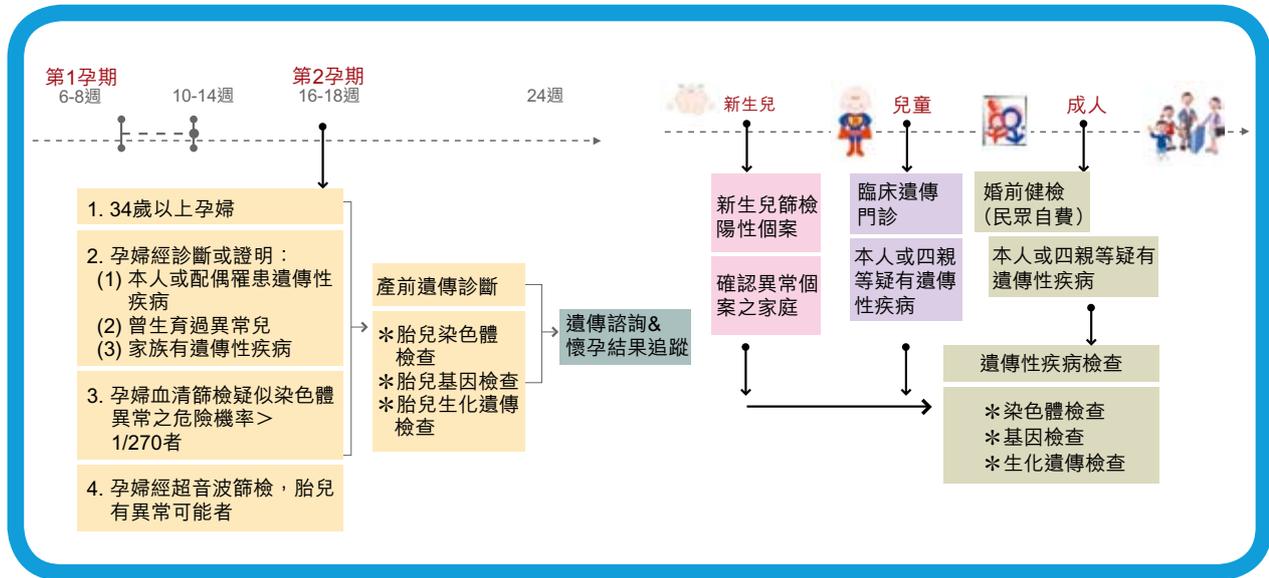


圖 5-1 遺傳性疾疾病防治網絡

傳診斷，本（96）年接受海洋性貧血篩檢者計 936 人，其中胎兒接受海洋性貧血基因確診計 325 例，並依其意願提供適當的產前照護。

2. 高危險群孕婦之產前遺傳診斷：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史等）接受產前遺傳性疾疾病檢查費用之減免或補助。

96 年共補助 32,073 人，其中 34 歲以上高齡孕婦接受產前遺傳性疾疾病檢查者計 22,737 人，檢查率約達 87.3%（圖 5-2）。96 年經本項服務發現異常人數計 775 人，佔當年總受檢人數之 2.45%；其中又以高齡孕婦及孕婦妊娠 4-6 個月之血清檢查異常等兩項適應症之異常率

為最高（表 5-1）。為使孕產婦適時獲得妥適之照護，凡經檢驗異常之個案，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或相關院所接受治療。

3. 與生育相關之遺傳性疾疾病檢查與遺傳諮詢：針對罹患有礙生育健康者、可能罹患遺傳性疾疾病個案及其家屬、新生兒先天性代謝疾疾病篩檢異常者、及疑有遺傳性疾疾病者，提供遺傳性疾疾病檢查及諮詢。本（96）年計檢查 11,749 人，發現葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症 3,157 人、染色體異常 489 人、海洋性貧血帶因 715 人、其他異常 110 人。

表 5-1 民國 96 年度遺傳性疾病產前遺傳檢驗補助適應症分析

適應症	人數	%
高齡孕婦	22,737	70.9
孕婦血清檢查異常（妊娠 4-6 個月）	4,621	14.4
異常超音波影像	3,112	9.7
異常的孕婦血清檢查結果（妊娠 0-3 個月）	481	1.5
本胎次有生育先天缺陷兒之可能性	385	1.2
異常的家族病史	353	1.1
曾生育過先天缺陷兒	192	0.6
神經管缺陷或高母血胎兒甲蛋白（MS-AFP）	160	0.5
父母親有染色體平衡性重編	32	0.1
總計	32,073	100.0

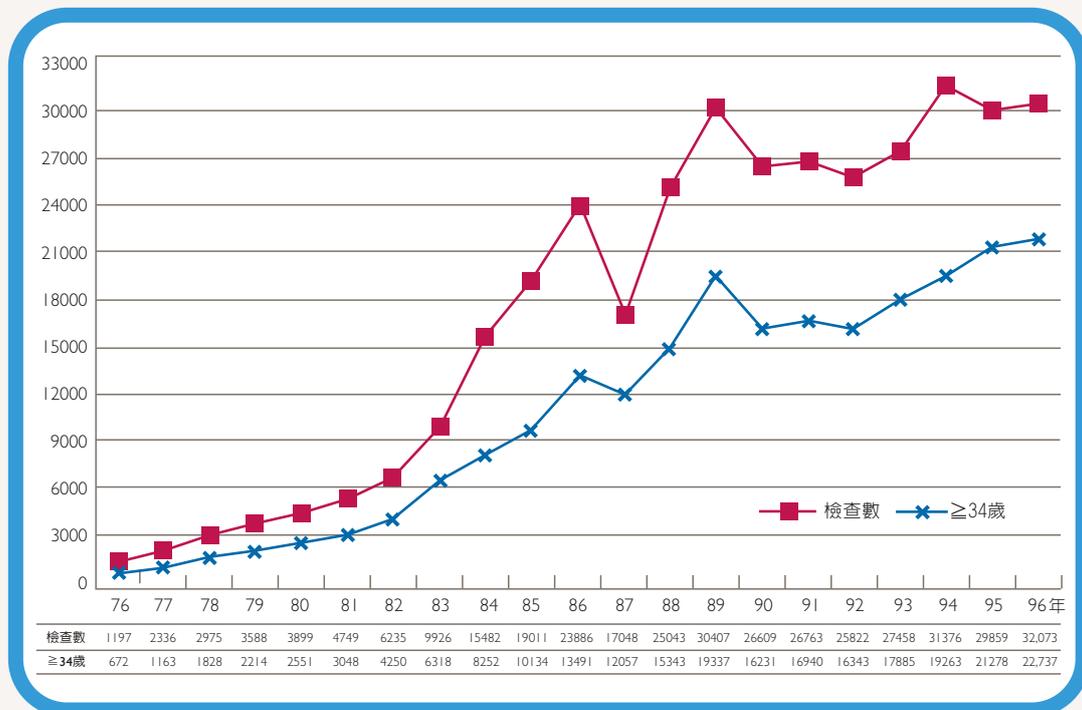


圖 5-2 民國 76 ~ 96 年遺傳性疾病產前遺傳診斷檢查補助人數統計

備註：含北高補助案數

## 二、健全生育健康之管理法規與制度

### (一) 制訂人工生殖法規

民國 74 年我國第一個試管嬰兒誕生，為不孕者帶來生兒育女的希望，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，業於 96 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，及完成 72 家人工生殖機構許可審核作業。

### (二) 提出優生保健法修正草案

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 89 年著手修正「優生保健法」，並將名稱修正為「生育保健法」，增訂遺傳防治服務規定、明訂醫療機構應提供懷孕婦女諮詢服務、修正人工流產規範等，於民國 95 年 10 月 20 日送立法院審議。

### (三) 營造親善生產支持環境

民國 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。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，創造有利母乳哺育環境，降低職業婦女焦慮感，兼顧工作與哺育。

### (四) 提供人工流產諮詢（商）服務

運用 94-95 年委託國立台北護理學院辦理「人工流產諮商機制探討及運作模式建立計畫」，於台北縣市、新竹縣市 7 家醫療院所試辦之人工流產諮詢（商）服務運作機制，醫護、社工人員及諮商心理師人員培訓及 273 位懷孕婦女接受人工流產前、後諮詢（商）服務等所獲之經驗，於 96 年續辦「人工流產諮商機制配套措施與資源整合運用模式之建立計畫」，修正不同層級醫療院所實施人工流產諮商機制流程、研發工作手冊、訂定指標、相關培訓課程及建立資源網絡及轉介系統，以提供未來醫療院所試行之參考。

## 三、提昇生育健康服務品質

為確保產前遺傳性疾病檢驗機構之品質，本局依「遺傳性疾病檢驗機構評核要點」定期辦理檢驗機構之評核作業，且評核通過之機構每三年需接受續評。截至 96 年經本局評核通過之臨床細胞遺傳學檢驗機構計 26 家、基因檢驗機構計 17 家。另，訂定遺傳諮詢中心認證要點，進行國內遺傳諮詢中心之認證與定期評核，確保遺傳諮詢、診斷及治療之品質，維護生育健康。

## 貳、婦女更年期健康照護

### 現況：

台灣婦女平均自然停經年齡為 49.3 士 3.8 歲，目前 45-64 歲中年婦女佔總人口數的 8.72%，隨著社會的高齡化，我國婦女平均壽命已高達 81.9 歲，大多數婦女三分之一的人生時間會在更年期之後度過，為此，提供更年期婦女正確的健康資訊，以建立正向的生活態度與行為益顯重要。

### 政策與成果：

- 一、為提供更年期女性貼心的服務，設置「0800-00-5107」（鈴！鈴！我要年輕）專線電話，解答更年期疑難問題（圖 5-3），計提供 9,386 人次諮詢服務，其中來電詢問的主要問題以生理問題（38.4%）及轉介管道（31.9%）佔多數（圖 5-4）。並完成 119 位諮詢師訓練並參與專線諮詢服務。
- 二、配合母親節、世界骨質疏鬆日等重要節日，發表骨質疏鬆、尿失禁等更年期相關健康議題新聞資料。
- 三、於北、中、南、東四區各辦理一場更年期關懷工作坊，以增進參與更年期保健與關懷工作之基層人員的知能，並透過全國性媒體宣導民眾有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷與尊重。
- 四、補助縣市衛生局，結合地方資源推廣辦理社區尿失禁防治工作，提升婦女之尿失禁防治相關認知和技能。

五、規劃辦理「婦女尿失禁及骨盆健康課程模組與教材計畫」，研發系統化的教材，以強化婦女骨盆健康的衛教成效，協助婦女加強自我保健知能、實踐健康生活型態的能力。

## 參、婦女癌症防治

### 現況：

民國 96 年台灣女性的平均餘命為 81.9 歲，比男性多 6.8 歲，台灣女性之人口數為 11,317,206 人，占總人口的 49%。男性與女性的死亡原因順序不盡相同。96 年女性十大死因，主要以惡性腫瘤居首位，其次為心臟疾病、再次為糖尿病、腦血管疾病、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 17.5%、肝癌 14.9%、結腸直腸癌 13.2%、女性乳癌 10.7%、胃癌 5.8%、子宮頸癌 5.7%。截至 96 年底，30 歲以上婦女仍有近 21% 從未接受過抹片檢查（表 5-2），50-69 歲婦女曾接受乳房攝影篩檢比率亦僅 15.5%。

### 政策與成果：

為降低子宮頸癌及乳癌死亡率，全民健保提供 30 歲以上婦女每年 1 次子宮頸抹片檢查，而本局自 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，並自 93 年 7 月起，由全民健保提供 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。配合健保多元微調，95 年起預防保健之子宮頸抹片及乳房攝影檢查改由本局編列公務預算支應。

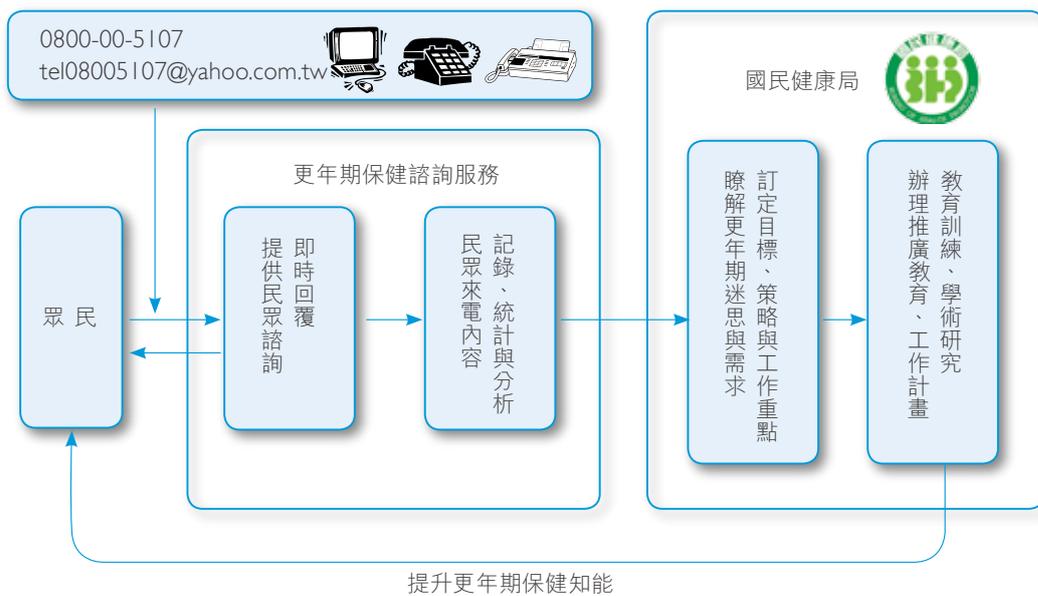


圖 5-3 更年期保健諮詢服務概念架構圖



圖 5-4 民國 96 年更年期保健諮詢專線來電主要諮詢問題

表 5-2 婦女曾接受過抹片及乳房攝影篩檢比率

年度 (民國)	30 歲以上婦女曾接受過抹片篩檢比率 (%)	50-69 歲婦女曾接受過乳房攝影篩檢比率 (%)
91	68	0.4
92	71	2.8
93	74	4.9
94	76	7.4
95	78	11.5
96	79	15.5



圖 5-5 人類乳突病毒及子宮頸癌宣導

依據 96 年電話調查結果顯示 30 歲以上婦女曾接受抹片篩檢比率為 79%，50-69 歲婦女曾接受過乳房攝影篩檢比率為 15.5%。自子宮頸癌疫苗於 95 年 10 月核准上市後，由於民眾對人類乳突病毒及子宮頸癌疫苗的認知不足，故本局開始充實民眾衛生教育，提升民眾對上述兩者的認知（圖 5-5），以便民眾有足夠選擇是否自費接種。

## 第二節 弱勢族群健康

### 壹、外籍配偶生育保健

#### 現況：

外籍與大陸配偶總人數至民國 96 年底止累計人數估計達 39.9 萬人，其中外籍配偶 13.6 萬人占 34.2%，大陸與港澳地區配偶 26.2 萬人占 65.8%。其所生子女數於 96 年達總出生數的 10.2%（圖 5-6）。依據 96 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 61.5% 最高，印尼籍 20.4% 次之，泰國籍 4.9% 再次之（圖 5-7）。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，因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。

#### 政策與成果：

在全球化及國際化衝擊下，跨國之人口遷移已成為普遍現象。異國婚姻除可能有生活適應問題外，其夫妻間因教育、年齡差距和語言隔閡等影響，亦可能潛藏著生育健康及子女教養等危機，而此種現象不僅是這類家庭的問題，同時也是整個社會的責任，因此亟需將該群體納入保健管理範圍。本局於民國 92 年起實施「外籍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之出生。
- 三、增進及維護外籍配偶與子女健康。

為達成前述目標，積極推動外籍配偶生育健康管理成果，分述如下：

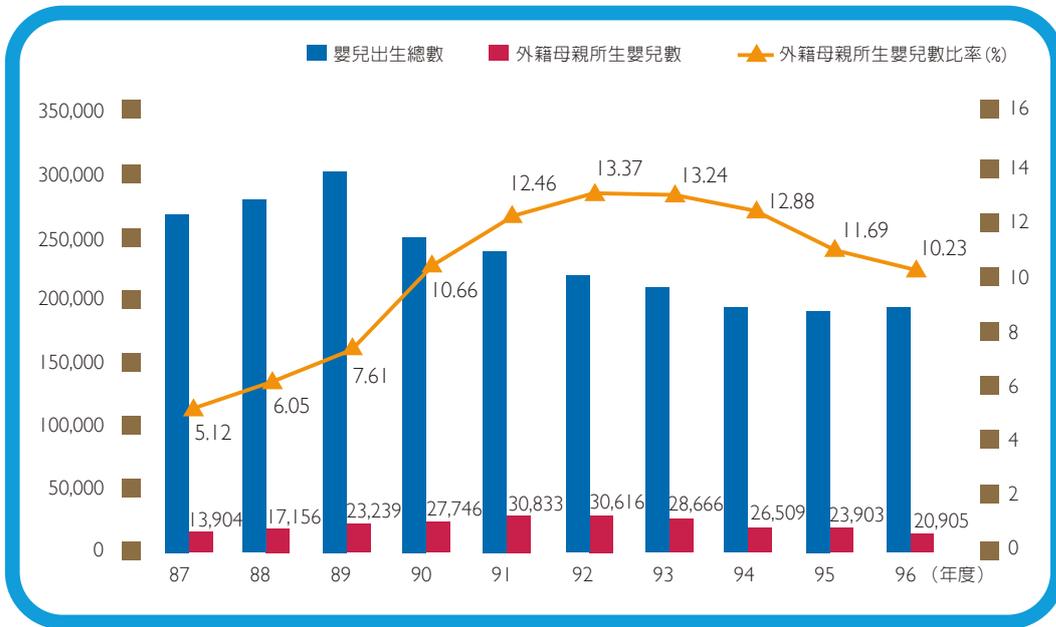
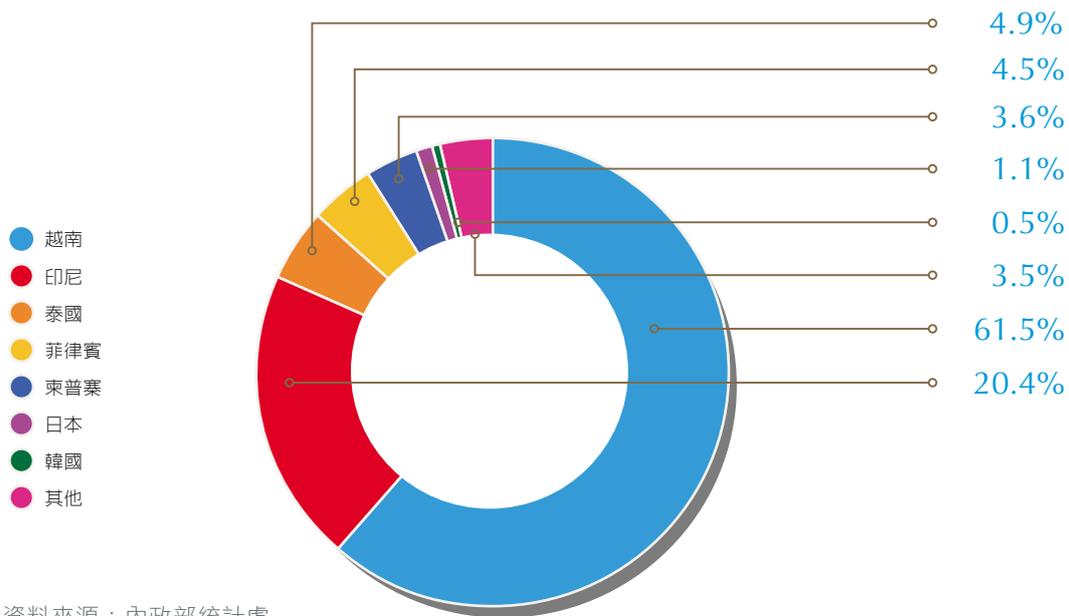


圖 5-6 女性外籍與大陸配偶的子女出生結構分析

外籍配偶原國籍分析 (單位：%)



資料來源：內政部統計處

圖 5-7 96 年女性外籍配偶原國籍之分布 (不含大陸籍)

### 一、落實建卡管理與生育保健指導

對於近半數外籍與大陸配偶在結婚入境後，即迅速懷孕，外籍與大陸配偶衍生之各種家庭與社會問題，因此針對入境之育齡（15-44 歲）外籍配偶，於 92 年訂定「外籍與大陸配偶生育健康管理計畫」，積極推動各縣市衛生局、所外籍與大陸配偶及其子女建卡管理，提供家庭計畫、產前產後、優生保健及防疫措施指導之健康管理與異常個案追蹤，早期發現異常並早期轉介治療。民國 96 年外籍配偶建卡率 98.8%、大陸配偶建卡率 99.3%。

### 二、辦理通譯員培訓

為減少剛入境外籍配偶因語言溝通困難，造成就醫障礙，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」，培訓外籍配偶生育保健通譯員，協助衛生局所工作人員作外籍配偶家訪、健兒門診等生育保健指導工作。

藉由 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。隨後各縣市衛生局（所）培訓當地召募之外籍配偶，95 年獲得內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會同意編列通譯費補助三年計畫，截至 96 年底止已有 18 個縣市辦理。

### 三、辦理產前檢查及生育調節醫療補助

為使剛入境未納保前之外籍配偶獲得完整之生育醫療照護，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，提供外籍配偶設籍前未納健保產前檢查及生育調節服務之醫療補

助費用。96 年補助設籍前未納保產前檢查，共 9,842 人次；設籍前之裝置子宮內避孕器，共 866 人；女性結紮 251 人；男性結紮 6 人。

### 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，開發多國語版生育保健教材，透由多元資訊傳播，增強外籍配偶自我照護能力。96 年拍攝五國語版外籍配偶生育保健系列影片及美編翻譯「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」，另編印越南、泰國、印尼、英文、柬埔寨等多國語版「外籍配偶生育保健常用語手冊」、「育兒保健手冊」及「育兒保健 DVD」等衛教教材，俾提供醫護相關人員參考使用。

## 貳、罕見疾病防治

### 現況：

罕見疾病病人自民國 89 年 8 月起至 96 年底止通報個案共 3,026 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。

### 政策與成果：

罕病患者於醫療照顧及社會適應各有不同的問題及需求，所需藥物和特殊營養食品產量極少，昂貴的藥物及長期醫療費用的支出常為患者及家庭沈重之負擔，為防治罕見疾病之發生，及早診斷罕見疾病，加強照顧罕見疾病病人，協助病人取得罕見疾病適用藥物及維持生命所需之特殊營養食品，於民國 89



圖 5-8 罕見疾病物流中心網頁

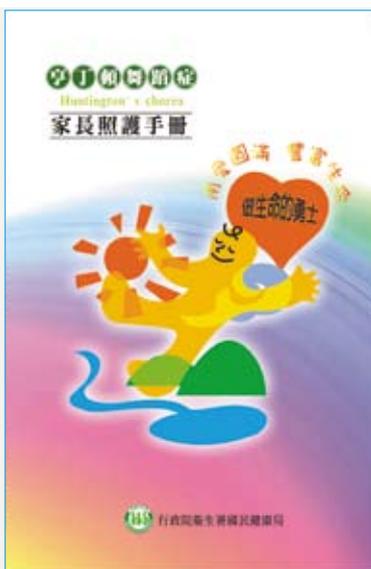


圖 5-9 罕見疾病照護手冊

年就公布施行「罕見疾病防治及藥物法」，使我國成為世界第五個立法保障罕見疾病患者的國家。並依法辦理相關服務措施。

### 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

於 91 年 9 月起將公告之罕見疾病，納入健保重大傷病範圍，可免除部分負擔，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。

#### (二) 成立「罕見疾病及藥物審議委員會」

截至 96 年 12 月止，共審議認定及公告 164 種罕見疾病，81 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) 成立罕見疾病特殊營養食品暨藥物物流中心 (圖 5-8)

民國 96 年儲備、供應 29 項特殊營養食品與藥物，提供 17 家醫院、285 名罕病病人使用，補助經費達 2,743 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，96 年提供 8 名病人使用，補助經費 35 萬元。

#### (二) 設置罕見疾病個案通報資料庫及諮詢單一窗口

截至 96 年底止，各診療之醫院共通報罕見疾病 3,026 案，並於北、中、南、東四區 (10 家醫學中心) 設置遺傳諮詢中心，提供必要協助。

#### (三) 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 年迄 96 年底止共補助 273 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。

### 三、辦理罕見疾病及防治宣導

辦理校園巡迴講座、編製「優生保健暨罕見疾病防治」學術論文集、「亨丁頓舞蹈症」及「成骨不全症」家長照護手冊。並逐年開發罕見疾病單張及疾病照護手冊（圖 5-9），提供相關人員參考。

### 參、身心障礙者口腔照護

#### 現況：

民國 96 年底台灣身心障礙者 1,020,760 人，占總人口數 4.4%，其中男性 59 萬人，高於女性之 43 萬人，因罕見疾病而致身心功能障礙者 704 人。依據民國 93 年全國性調查顯示，身心障礙者口腔健康狀況較一般民眾不佳，共同的口腔健康問題為缺乏醫療修復、口腔衛生不佳、潔牙行為不足與缺乏預防保健的介入。

#### 政策與成果：

日本及歐美等國在 30 年前，身心障礙者的口腔狀況較一般同年齡層不佳，甚至全口無牙狀況普遍可見。但在政府及民間的努力之下，積極推動口腔保健計畫、建立良好的醫療體系，身心障礙者的口腔健康狀況獲得極大改善，甚至比一般同年齡層還好。鑑於國外先進

國家身障者口腔健康狀況的提升，乃奠基於預防保健的推廣及早期的介入，因此，本局自 95 年度起持續推動「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」、「身心障礙者氟化物防齲計畫」及「身心障礙國小學童含氟漱口水防齲計畫」等，期建立台灣身障者氟化物使用之安全服務模式。透過牙醫師、衛生、教育、社政及家長團體之工作網絡等，以改善身心障礙者的口腔健康狀況。

一、辦理「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，教導照護者執行身障者潔牙技巧及口腔保健知識。培訓身心障礙者口腔預防保健 144 名牙醫師及 902 名保健人員，提供 38 家身障機構 100 場次口腔預防保健服務，指導 2,800 名機構內人員具口腔照顧能力，並完成機構內身障者潔牙作業手冊製作，以建立牙醫師團體、衛生、教育、社政及家長團體之工作網絡（圖 5-10）。

二、為降低身障兒童齲齒率，辦理身心障礙兒童氟錠防齲計畫，提供機構 400 名身心障礙兒童氟錠投予、照護者之氟化物宣導與口腔衛生教育。另提供約 2 萬名身障學童含氟漱口水防齲服務，並強化學童及其照護者之口腔保健知能。



圖 5-10 身心障礙者口腔預防保健潔牙觀摩

三、辦理「2007年身心障礙者口腔醫療照護國際研討會」，呈現台灣身心障礙者口腔健康照護的努力成果，並分享先進國家的經驗，計743人及20個國家之22位國外專家學者參加（圖5-11）。

四、辦理「身心障礙者口腔預防保健潔牙觀摩及心得分享研習會」，透過身心障礙者口腔預防保健服務計畫中5家進階模式之身障機構，院生與照護者之操作潔牙觀摩，並邀國內教養機構的院長或負責人共同觀摩分享，期透過經驗分享，可跳過獨自摸索的階段，縮短推展期程。

#### 肆、油症

##### 現況：

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。同時期台中縣大雅鄉惠明盲校師生，神岡、潭子等地也有人發病，據省衛生處調查並列冊2,025位民眾。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「油症患者就診卡」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，仍逐年持續進行。

##### 政策與成果：

本局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。96年度計有1,496位油症患者列冊管理，及540人接受健康檢查服務，完成「多氯聯苯健康照護手冊」，置於本局網站公布，以提供油症患者自我健康管理及健康照護之資訊。



圖 5-11 身心障礙者口腔醫療照護國際研討會

國民健康局  
2007 年報  
BUREAU OF HEALTH  
PROMOTION  
2007 Annual Report

# 健康的環境

# Healthy Environment



1997年世界衛生組織發表雅加達宣言，鼓吹推動場域性健康促進計畫，包括：健康社區、健康城市、健康職場與健康學校等各種實證有效的健康促進模式。爰此，本局期能結合民間資源，強化社區行動，共同建立多元化基礎網絡，以發展由下而上、由上而下兼籌並顧的方式，發掘、分析及解決健康議題，共同營造健康的場域與環境，期能永續經營，為台灣健康促進發展在地性模式。

一個有助於民眾執行健康生活的環境，應該重視其區域性與家庭、個人的參與，並依循不同場域特質，營造民眾可接近、利用的健康生活模式。提供民眾實踐健康生活方式所需之資訊與技巧，並應持續發展支持性的環境，以利維持健康行為。

本局多年來持續推動「社區健康營造」、「健康城市」、「健康促進醫院」、「健康職場」與「健康促進學校」等計畫，藉由彙整公私部門資源，擴大民眾的參與、培植健康知能，使各種場域內民眾發掘在地性健康議題，凝聚共識並建立自主健康營造機制，讓個人在追求健康之際，不單是個人的努力，更以支持性之友善環境為後盾，並擁有健康的生活型態，進而具備完整的社會功能，以達成個人生命週期中的角色任務。



## 第一節 健康城市

### 現況：

96 年本局委託苗栗縣、花蓮縣與台北縣推動健康城市計畫，且因該計畫推展多年、蔚為風氣，諸多縣（市）皆自行以縣（市）府預算籌辦響應，如台北市大安區、士林區與北投區個別成立「台北市大安健康促進協會」、「台北市士林健康促進協會」與「台北市北投健康促進協會」等組織，均致力推展健康城市，並積極申請加入 WHO 西太平洋健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities 簡稱 AFHC）、角逐 AFHC 健康城市獎項。

### 政策與成果：

#### 一、持續推動健康城市計畫

持續推動苗栗縣、花蓮縣、臺北縣健康城市計畫，期望整合政府與民間力量，建立平行跨部門、垂直跨層級整合執行機制，檢視縣（市）健康需求，參考世界衛生組織健康城市推動步驟，建立健康的公共政策。

苗栗縣 96 年主要推動重點，包括增加民眾對健康的覺醒、倡導行動策略、活化跨部門之行動、發展社區參與與示範計畫、建置健康城市指標、訂定目標及發展具體推動策略、達成與縣政府相關預算整合、研擬健康城市白皮書、申請加入 WHO 西太平洋健康城市聯盟及發展具體評價機制等。

花蓮縣建立起民眾討論公共議題之框架，成立產官學的合作平台，已完成初期指標收集。目前已將健康城市白皮書整合於縣政計畫推動中，且成功加入世界衛生組織西太平洋地區健康城市聯盟（圖 6-1）。

台北縣則由環境的永續及健康生活的持續兩大主軸，率先推動台北縣的健康城市推動工作，並彙整縣府內目前之各項計畫，整理出台北縣健康城市之本土指標。共同參與形成計畫目標、策略與找出可使用的正式、非正式及內外各種資源，藉由示範鄉鎮所建立的具體且可行的操作模式，整合政府及社區的人力及資源，逐步達成健康城市的目標。

#### 二、辦理健康城市聯盟計畫

邀請國內 15 個縣市首長或衛生局局長、9 個縣市的學者及民間團體代表，共同發起「臺灣健康城市聯盟」，其宗旨為結合相關部會、縣市政府、學者專家、民間團體、社區組織及城市居民，共同協助建立高品質的健康城市，主要是借鏡歐洲各國成立國家級健康城市聯盟的作法，讓國內各城市有互相交流學習的機會，進一步促成國內更多的城市加入國際健康城市聯盟。



圖 6-1 花蓮健康城市證書

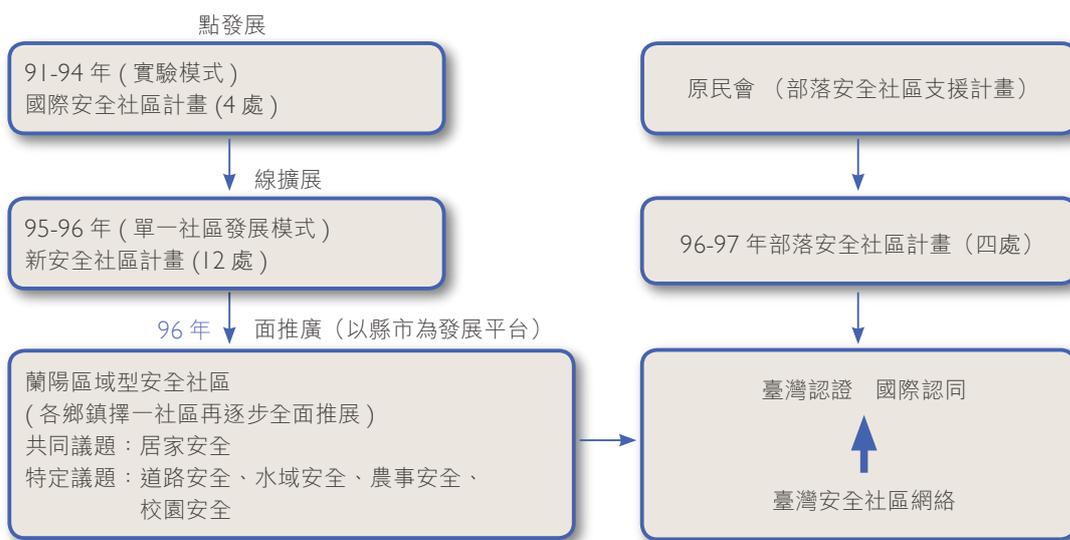


圖 6-2 台灣安全社區之發展現況

96年8月成立「台灣健康城市聯盟組織」，分別舉辦南、北區健康城市指標討論會，完成全國性健康城市指標制訂，規劃臺灣健康城市資訊網絡，於9月辦理健康城市全國工作坊，增進國內縣市之健康城市成果交流。

目前該聯盟已訂定全國性健康城市指標，並規劃臺灣健康城市資訊網絡，交流各種有關健康城市的資訊，期望透過臺灣健康城市聯盟的成立，能使全國之健康城市推動更為順利，透過點、線、面的經驗推廣，建構健康臺灣新紀元。

## 第二節 健康社區

### 壹、安全社區

#### 現況：

78年世界衛生組織 (WHO) 在瑞典斯德哥爾摩 Karolinska Institute 成立了「世界衛生組織社區安全推廣協進中心」(WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion)，協助全球各個社區推動事故傷害防制工作，並以嚴謹的評鑑制度和公開認證的方式來推廣安全社區理念，以形成世界性的「安全社區網」。十

多年來已有數百個社區向該中心提出認證申請，至97年8月各國共有142個社區通過認證。

91年台灣推動社區安全計畫，選定台北市內湖區、台中縣東勢鎮、嘉義縣阿里山鄉、以及花蓮縣豐濱鄉，分別代表都會型、農業型、山地型及濱海型等四個不同類型的社區，同步開始依循WHO安全社區準則，推動符合社區特性與需求的各種安全促進計畫，並於94年四個社區同時通過國際評鑑，成為國際百名內認證之安全社區。

為擴展台灣安全社區計畫，95年採用國際推展模式，成立台灣安全社區推廣中心及北、中、南、東安全社區支援中心，協助9個新社區發展安全社區計畫。

96年透過經驗分享，繼推動4個已通過認證安全社區之後，協助新12個社區運作，並漸進推展擴大參與面向，與原住民族委員會合作推動4個原住民族部落安全社區計畫，並積極以縣市衛生局為平台推展蘭陽區域型安全社區示範計畫，涵蓋全縣12鄉鎮內社區範疇，逐步建構台灣安全社區網絡 (圖 6-2)。



圖 6-3 蘭陽區域型安全社區營造安全水域活動

政策與成果：

一、發展具國際實證基礎與健康安全促進創新觀念之社區特色

(一) 引用國際健康安全促進策略，先以社區場域為平台，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進行安全促進議題的整合。

例如豐濱安全社區與推動健康促進醫院計畫單位共同關注老人用藥安全；安全社區計畫列花蓮縣健康城市發展項目；以健康促進學校為平台，東勢安全社區推動校園安全議題，協助東勢國小通過國際安全學校認證。

(三) 推動精神與方式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) 政府政策的支持與跨部會、跨領域矩陣合作機制，結合資源有效應用。

(五) 學術單位的奧援，引進台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

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、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〉及其他如登山安全促進或環境熱疾病防制等議題。

三、代表性社區推動效益

(一) 內湖安全社區

道路運輸事故傷害發生率由 95 年的每十萬人口 293 人降至每十萬人口 197 人；撞砸壓夾割絞刺事故傷害發生率由 95 年的每十萬人口 271 人降至每十萬人口 205 人；跌倒墜落事故傷害發生率由 95 年的每十萬人口 203 人降至每十萬人口 123 人。

## (二) 東勢安全社區

東勢鎮事故傷害發生率，91年至96年共降低8%，其中農事相關的傷害更降低30%。

## (三) 阿里山安全社區

94-96年以砸壓撞傷佔35%最多，其次為跌墜落18%，第三為道路運輸傷害16%，持續監測與改善中。

## (四) 豐濱安全社區

持續建構社區安全環境，96年進行100位長者居家防滑工程改善與全鄉將近三百台的農用搬運車進行反光裝置的設置及車輛保養，大幅提升社區居民使用農用搬運車的行車安全。

## (五) 蘭陽區域型安全社區

### 1、建置事故傷害監測機制

各安全社區同步進行社區事故傷害登錄，共計334件，第一年監測結果：6歲以下佔11%、65歲以上佔35%、7-64歲佔53%；受傷地點前三名依序為街道或公路33%、客廳24%、運動或休閒場所15%；依受傷原因前三名為跌倒(墜落)60%、撞(砸、壓傷)22%、機車事故17%。

### 2、因地制宜，發展多元化安全促進方案，如下列五項：

- (1) 居家安全檢視：進行2,000戶評估，並依需求改善。
- (2) 老人防跌方案：全縣獨居老人浴廁裝設扶手565支、小夜燈2,500個，辦理運動課程及防跌宣導54場次。

## (3) 溺水防制與營造水域安全 (圖 6-3)

- (a) 漁港防護措施：碼頭裝設鐵鍊粗繩、另於岸置中心前鋪設安全水泥防坡塊50塊。
- (b) 完成設置17個預警告示牌及簡易救生設施(救生圈及救生繩)。
- (c) 辦理水上安全救生員訓練及設置三處救生員值勤救援服務站。
- (d) 設置安全商家，協助水域安全之推廣。

## (4) 農事安全促進工作之推廣：

- (a) 全年農事安全認知分析由86.6%提升至100%。
- (b) 設置安全商家16家成為農藥回收點協助農藥回收瓶回收。

## (5) 道路安全促進工作之改善：

- (a) 完成設置18處反光鏡架設方案。
- (b) 6歲以下兒童乘坐機車戴安全帽方案—戴安全帽比率由24.7%提升至32.5%。

## 貳、社區健康營造

### 現況：

衛生署自民國88年開始推動社區健康營造，呈現多面向的展開，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。

健康生活社區化期望以既有的衛生保健體系，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，期能透過社區組織的運作，結合傳統由上而下民眾被動接受，與社區民眾由下而上主動參與運用模式，關心在地社區健康議題，並結合社區中各團體，共同解決社區健康問題，實踐健康生活，促進居民健康。

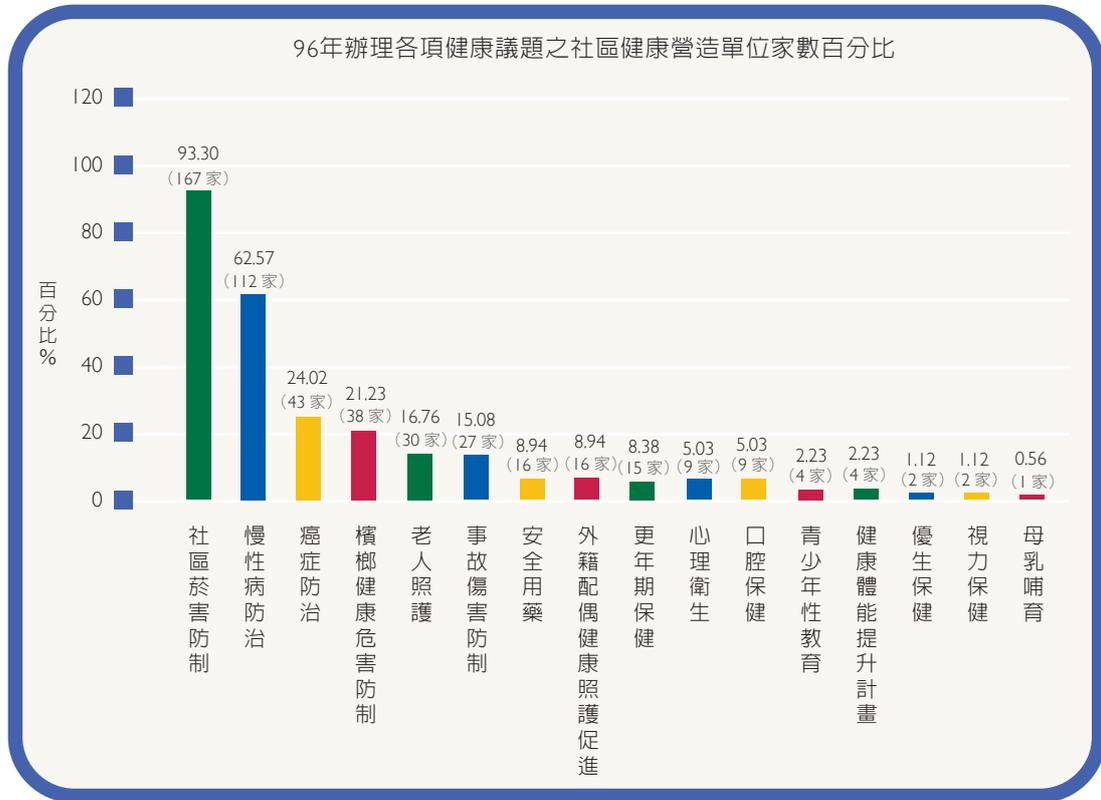


圖 6-4 社區健康營造單位與推動健康議題之分佈 (共 179 家)

### 政策與成果：

#### 一、持續推動社區健康營造計畫 (含社區健康營造精英計畫)

本局以公告甄選方式，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，並為營造社區支持性環境，鼓勵衛生所依在地需求，推動社區健康議題，營造社區支持性環境。民國 96 年補助 20 個縣 (市) 衛生局辦理 179 個社區健康營造計畫 (含 16 個社區健康營造精英計畫)。推動議題包括：菸害防制、心理衛生、癌症防治、檳榔健康危害防制、慢性病防治等，社區健康營造議題統計詳如圖 6-4。

推動成果包括營造 13,843 個無菸環境及 280 個不嚼食檳榔場所，成立 164 個戒菸團體、473 個運動團體及 267 個健康飲食團體，以營造健康支持環境；辦理 922 場健康講座，共 49,911 人次參加，招募 12,859 位社區健康營造志工，結合 3,484 個社區團體共同推動健康營造工作。

#### 二、加強輔導社區健康營造工作

加強社區健康營造輔導，由 20 縣市衛生局結合 103 位在地專家學者進行輔導，成立 45 個社區健康營造觀摩點，召開 134 場次社區健康營造聯繫會議及 1,741 場次研習會或工作坊；實地與電話輔導訪視 942 場次及 114 場次成果發表會與觀摩會。



▲ 96 年度社區健康營造成果發表會



## 參、基層衛生保健單位—衛生所

### 現況：

臺灣有完善的基層保健及醫療體系為國人提供服務，目前有 25 縣（市）轄下 372 家衛生所，編制服務人員有 4,455 人，女性 3,690 人（82.8%），男性 765 人（17.2%），提供基層醫療保健服務。

依據地方制度法及地方行政機關組織準則規定，衛生所組織章程係屬地方政府權責，衛生所人員編制員額，本署所訂「衛生所員額設置參考基準」，係提供縣（市）政府參考，各地方政府可視其實際情況，本於權責訂之。在中央，由衛生署相關局處，督導衛生所相關業務，為提升衛生所服務品質，鼓勵各縣市衛生局依在地特色及民眾需求，發展具地方特色需求之計畫。藉由辦理衛生所服務品質競賽，提供優質衛生所服務流程及作業方式，供同儕觀摩學習。

### 政策與成果：

#### 一、強化衛生所為民服務品質：

為建立衛生所服務不同面向之標準流程，增進衛生所人員專業能力，辦理「第二屆金所獎」，以「成人保健」及「空間管理」為主題，徵選出台北縣三重市衛生所、淡水鎮衛生所等 9 家優良之衛生所標準作業流程及管理經驗，協助職前訓練及在職教育，並以成果發表會觀摩學習。

#### 二、改善衛生所服務空間品質：

提供民眾清新、安全的社區健康服務環境，民國 95 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」，95 至 96 年度本局共督導 14 縣市衛生局辦理 37 案衛生所重（擴）建工程（不含山地離島）。

#### 三、辦理衛生所門診醫療系統維運計畫：

統籌 23 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，維持全國 333 家衛生所及 3 家慢性病防治所之門診醫療系統運作。

#### 四、開發基層衛生所衛教服務模式：

以臺北縣三峽鎮為先驅模式，重現衛生所舊有風貌，並以婦幼衛生與傳染病防治二項主題，以實物及媒體展示，呈現公共衛生之演進與改變，並搭配兒童衛教互動，寓教於樂，增進社區民眾對公共衛生歷史及現況的瞭解，增進衛生保健知能。

#### 五、開發衛生所相關研究計畫：

- (一) 辦理「衛生所人力需求與人員編制之探討」，調查衛生所業務與人力需求情形。
- (二) 編撰「衛生所行政相驗注意事項手冊」，提升衛生所為民服務專業能力。

(三) 民國 96-97 年辦理「基層衛生、社福單位對健康弱勢族群整合照護模式先驅研究」，結合基層衛生局(所)、社會局及社區資源，透過專家會議、焦點團體等，完成弱勢族群健康照護需求評估表，進行衛政、社政整合照護合作模式試辦計畫。

#### 六、更新編印「民國 95 年臺灣各縣市衛生所統計年報」：

於本局網站公布，提供全國衛生所服務人力、衛生所硬體建築年代、服務空間大小、提供預防保健服務情形等整體資料。

#### 七、共築健康的支持性環境：

建立社區支持性環境，鼓勵衛生所參與社區健康營造，結合社區志工及醫療資源，共同推動衛生保健業務。

### 肆、健康風險

#### 現況：

行政院國家永續發展委員會下設健康風險組，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，共同處理國民面臨之環境污染造成健康風險問題。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。

#### 政策與成果：

96 年召開健康風險組工作分組會議，討論健康風險相關議題（如電磁波及農藥使用後空瓶罐之回收處理作業等）之因應處理方式。另對於彰化縣鴨蛋戴奧辛污染事件亦持續進行健康照護工作。面對健康風險科學證據不明確之環境介質，如電磁波健康危害問題，進行跨部會的合作機制。

##### 一、彰化縣鴨蛋戴奧辛污染事件

96 年與彰化縣衛生局合作，以鴨蛋戴奧辛污染影響區域為主，辦理彰化縣沿海伸港、鹿港、福興、線西 4 鄉鎮健康檢查服務，共 1,530 人受檢。

##### 二、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，自 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。本局持續即時翻譯世界衛生組織提出有關電磁波健康風險之相關報告，並公布於本局網頁以加強對民眾進行健康風險溝通。包括：

(一) 96 年 3 月於行政院國家永續發展委員會之「健康風險組」成立「電磁場(波)工作小組」，跨部會合作處理電磁場相關問題，至 96 年底共召開 3 次會議，現階段重要工作為跨部會合作進行基地台及變電所 24 小時電磁場(波)監測模擬。

- (二) 編製非游離輻射衛生教育宣導手冊「漫談電磁波」，置於本局網站，提供民眾正確的非游離輻射健康資訊。
- (三) 委託辦理「居家極低頻電磁場之暴露與兒童白血病之關係」計畫，以臺灣南部醫學中心兒童罹患白血病之資料為基礎，以病例對照研究回溯探討居家極低頻電磁場暴露與可能發病之因子相關性，結果未發現兒童白血病與極低頻電磁場之間的相關性。
- (四) 委請台大「健康風險及政策評估中心」與本局合作辦理不同層面之電磁波健康風險溝通：
1. 邀請電信產業協會及相關事業單位，進行電磁場健康風險溝通座談。
  2. 邀請媒體辦理「電磁場健康風險與預警原則」記者會。
  3. 赴台南縣七股鄉，進行氣象雷達站附近居民健康風險溝通。
  4. 邀環保團體就基地台及台南七股氣象雷達站，進行健康風險溝通。

## 第三節 健康學校

### 壹、健康促進學校

#### 現況：

依據本局學生吸菸行為調查顯示青少年吸菸行為日趨嚴重，相關內容詳見第二章 健康的出生與成長第二節 青少年健康之校園菸害防制。有關物質濫用及心理健康問題方面，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1-14、15-24歲學童及青少年十大死因第十二及第二位。

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，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。

#### 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

教育部與本局整合跨部會資源共同推動健康促進學校計畫，由94年318所至96年773所學校參與推動。並確立中央、地方與基層的權責及分工，中央政府為教育部與衛生署兩部會，其權責為共同合作訂定政策、建立網絡資源及辦理人員培訓。地方政府為教育局與衛生局整合相關議題、定期會議、建立在地化輔導支持系統及共同參與決策。基層部分則為衛生單位及學校，衛生單位包括基層醫療院所、衛生所、社區健康營造中心等，學校包括校長、老師、學生、家長，從中央、地方到基層，教育與衛生兩單位共同合作，結合相關資源方能永續推動健康促進學校。



▲ 健康促進學校成果暨學術研討會

## 二、健康促進學校推動成果

高中職以下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。

96 年度共計 773 所學校參與健康促進學校，占全國高中職學校總數 20.0%，其中國小 521 所（占 19.6%），

國中 214 所（占 28.9%），高中職 38 所（占 8%），並以校園菸害及檳榔危害防制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 6-1）。

表 6-1 96 學年度健康促進學校推動議題分布表

健康議題	學校數	百分率
菸害防制	773	100.0
檳榔防制	773	100.0
健康體位（健康體能與飲食）	483	62.5
口腔保健	230	29.8
視力保健	176	22.8
安全教育與急救	100	12.9
性教育（含愛滋病防治）	49	6.3
心理健康促進	50	6.5
用藥安全及藥物濫用防治	23	3
傳染病防治	26	3.4
消費者健康	5	0.7



圖 6-5 健康促進學校教材

三、建立健康促進學校支持系統，促使學校永續推動計畫。

(一) 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 96 年計 59 位專家學者成立專業輔導團，輔導 25 縣市成立輔導支持團隊，針對輔導人員辦理 7 縣市健康促進學校行政與資源研討會約 700 人參與，辦理南北兩場示範學校參訪活動共計 300 人參與。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、運用網站線上「Q&A」多元輔導方式。

(二) 教學資源發展中心

完成國小、國中及高中職教師教學資源手冊（圖 6-5）；編譯國際健康促進學校文獻 55 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；相關教材教案除置於健康促進學校網站，並印製光碟寄送參與計畫學校運用。

(三) 人員訓練中心

教育訓練是增進學校教職員工生、家長和社區人士對於健康促進學校概念和熟習生活技能的不二法門，針對教師及家長辦理一系列的生活技能訓練，共計有 550 多位相關人員參與。針對教師部份，也辦理生活技能成果發表會，並協助學校發展在地化的生活技能融入各領域大單元教學設計，透過老師將相關的技能融入教學當中，將生活中習以為常的種種生活事件，轉換為學習內容，藉由加強生活技能的教學，使學生面對不同生活情境，能採取及時而適切的處置。

(四) 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、教學遊戲、健康促進學校學術發表文章及相關網站連結，以達到整合台灣現有健康促進學校相關網路資源，並連結世界衛生組織及世界各國健康促進學校網站。

### (五) 國際合作與媒體行銷

透過參與國際會議、記者會、頒獎表揚、印製健康促進學校計畫行銷手冊等方式，將健康促進學校行銷至台灣及世界各地。民國 96 年辦理「第一屆健康促進學校健康磐石獎頒獎」，表揚健康促進學校計畫績優學校、行政人員、教師、家長、民間團體，計 37 所學校獲獎，透過平面媒體，4 家廣播及電視媒體傳播鼓勵獲獎學校（圖 6-6）。透過此頒獎活動除鼓勵推動健康促進學校的努力外，希望得到更多學校、社會團體、家庭的認同，共同攜手推動，讓健康促進學校計畫的各項觀念能落實至生活中。

參加 96 年 6 月在加拿大辦理的第 19 屆健康促進暨衛生教育大會（The International Union for Health Promotion and Education, IUHPE）展示攤位，展覽海報、健康促進學校英文版手冊、文宣品手冊、英文版光碟等宣導品，並發表展示台灣健康促進學校成果，共計與 40 多個國家人員互動交流，也獲加拿大太陽報、世界日報及 Channel-A 電視台的報導，成功行銷台灣推動健康促進學校成效。並參訪加拿大健康促進學校及教育與衛生部門，蒐集國內外健康促進與衛生教育推廣情形（圖 6-7、6-8）。

96 年 10 月 19 日台灣花蓮縣康樂國小、台東縣新興國小、台北縣深坑國小、台北縣更寮國小與香港仁濟醫院第二中學與保良局方王錦全學校簽署台灣香港健康促進學校結盟，象徵台灣健康促進學校再往國際邁進一步，更加增進台灣與香港健康促進學校間的交流（圖 6-9）。



圖 6-6 健康促進學校績優縣市政府衛生局頒獎



圖 6-7 本局至 IUHPE 設置攤位，提供文宣資料



圖 6-8 至加拿大 BC 省衛生廳參訪並與助理副廳長合影



圖 6-9 與香港中文大學健康促進學校團隊合影

## (六) 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。

監測與評價計畫依據健康促進學校的六大範疇，以自填式網路問卷，由各校相關推動教師及學生分別針對健康促進議題指標進行評估，透過多元放射軸雷達圖呈現學校推動健康促進的成效，與其所在縣市、全國健康促進學校平均的比較，呈現各校的特色及須修正加强的部分予各校參考。



圖 6-10 健康促進學校發展與評估監測工作坊  
香港李大拔教授致贈國民健康局錦旗

監測與評價計畫在 96 年 10 月分別邀請香港中文大學健康教育及促進健康中心來台（圖 6-10），提供國際評估指標之經驗及相關資料，並對台灣之監測與評價方式提出指導與建議。一併完成台灣健康促進學校年報的彙編。

## 貳、安全學校

### 現況：

事故傷害多年以來是 1 歲至 34 歲國人之重要死因，受害者以青少年及壯年人居多，對家庭及社會造成重大的衝擊。事故傷害除了致死外，亦會造成嚴重的殘廢、傷害及各種的後遺症。其所耗費的醫療及社會資源，如：急診、門診、住院、復健、心理治療等，直接的負擔相當鉅大，間接地也會造成社會經濟及生產力的損失，同時也會造成當事人及家屬的痛苦與負擔。

同樣的在美國及世界各國，事故傷害常是 1 到 44 歲重要的死因，而學校是學童大部分生活的場域，學校以往多把焦點放在學生的就業與成績，但有關減少事故傷害的文獻指出提供事故傷害與暴力防制的學校對於學生的生活滿意及學業表現有較好的影響，整個世界為了未成年死亡付出甚多的成本，而這些只是冰山一角，仍有許多無法計算的非致死性的生理、心理傷害。因此安全學校已漸漸成為世界衛生組織所重視的一個議題。

我國並未正式以「安全學校」的名詞來整體推動相關工作，但是在統計資料上以「校園事件」來涵括相關項目，並建立通報系統，依據 95 年度教育部校安事件類別，95 年通報事件區分為 8 類，分別為：校園意外事件、校園安全維護事件、學生暴力犯罪與偏差行為、管教衝突事件、兒童及少年保護事件、天然災害、其他事件以及疾病事件等

126 項；現依據各分項進行事件分析，各類事件件數統計如圖 6-11，其中以意外事件發生 5,869 件 (39.6%) 最高，其次為疾病事件 2,983 件 (20.1%)，第三為兒童及少年保護案件 1,923 件 (13.0%)，其餘依序為暴力犯罪及偏差行為 1,841 件 (12.4%)，校園安全維護事件 1,282 件 (8.7%)，其他事件 434 件 (2.9%)，天然災害事件 276 件 (1.9%)，管教衝突事件 206 件 (1.4%)，(教育部，2005)，顯見意外事件及暴力防制仍為學生安全最需關注的部分。

至於學校內應如何減少這些事故的比率，根據安全學校指引 (International Safe Schools Committee, 2003)，安全學校應提供有關傷害與暴力預防的三個 E，亦即環境 (environment)、教育 (education) 與政策執行 (enforcement)。

一、環境策略：例如空氣氣囊、安全的環境設施、禁用武器等等。

二、教育策略：教導個人改變行為，例如衝突解決、不容忍霸凌行為、使用安全帽或安全帶等等。

三、政策策略：包括減少傷害與危險因子，例如反霸凌政策、規範學校交通安全計畫、要求必須有正確合格的遊樂設施等等。

因此，安全學校的推動必須檢視出學校的危險因子，然後以 3E 的原則來進行推動，並強調應透過結合社區營造、學校與社區共同來推動相關事務。我國多年來著力於友善校園、交通安全、事故傷害、人權教育的推動，欠缺的是統整的方法、邏輯評價及社區的整合。國內推動安全學校計畫目的係依據國際安全學校所建構 42 項指標，建立本土安全學校推動模式，使台灣的下一代能在安全的學校環境中學習與成長。

#### 政策與成果：

依據世界衛生組織國際安全學校認

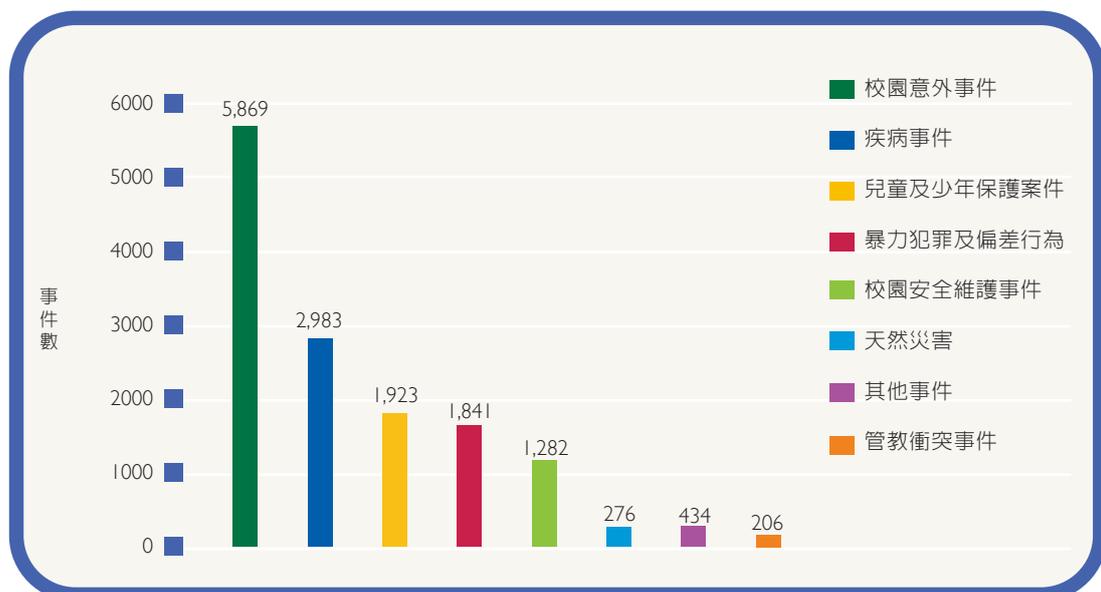


圖 6-11 95 年度教育部校安事件之類別

證標準，建構本土性的安全學校推動模式以降低事故傷害率，96年共有台中縣東勢國小、台北市成德國小、宜蘭縣東澳國小、花蓮縣花蓮高中、豐濱國小及康樂國小等6所學校均獲得國際安全學校認證。

## 第四節 健康醫院

### 現況：

世界衛生組織依循渥太華健康促進宣言，和布達佩斯健康促進醫院宣言之方向，發展「健康促進醫院」，目的在於提供健康促進醫院的概念、方法及應用。不僅改變醫院其原本以疾病治療為取向的醫療模式與功能，更是將健康促進的觀念、價值和準則融入醫院組織的文化和日常工作中。藉以影響員工、病人及其家屬和社區，增進健康照護的品質，維持或促進員工、病人及其家屬和鄰近社區居民的健康。促使醫院積極地導入疾病預防及健康促進的觀念，重視病患的生活品質與對醫療結果的滿意度，此外，更重視服務的品質、效率與效果。



圖 6-12 健康促進醫院研討會與授證

本局自民國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顧、門診戒菸、母嬰親善醫院等議題，在醫院內推動健康促進。

### 政策與成果：

96年本局委託辦理「建構健康促進醫院網絡計畫」，建立本國推動健康促進醫院網絡的組織，研擬本土化推動健康促進醫院手冊，輔導醫院申請健康促進醫院認證，並與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心建立合作聯繫的會員關係。

96年度共輔導慈愛綜合醫院等17家醫院通過國際認證。另於8月19日辦理全國健康促進醫院研討會，計有56家醫院，23家其他機構，184人參與（圖6-12、圖6-13），截至96年底我國已有22家醫院通過國際認證。



圖 6-13 健康促進醫院國際認證證明書



圖 6-14 健康職場自主認證海報

## 第五節 健康職場

### 現況：

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。

### 政策與成果：

本局自民國 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。96 年推動健康職場自主認證，訂定自主認證評鑑標準，辦理績優健康職場表揚，鼓勵事業單位積極落實職場無菸措施及推動健康促進（圖 6-14、6-15、6-16）。

菸害防制標章



健康促進標章



圖 6-15 健康職場自主認證標章



圖 6-16 健康職場新聞剪輯  
96年9月17日  
民眾日報



圖 6-17 健康職場自主認證表揚大會

為提升特別危害健康作業之健康檢查品質，依「勞工健康保護規則」所定之 25 種特別危害健康作業，本局於 96 年完成並印製「特別危害健康作業健康檢查指引」手冊，協助醫護人員瞭解特別危害健康檢查結果之健康管理分級的界定及判讀。另與勞委會共同辦理 6 場醫護人員職業衛生研習，共培訓 635 位職業衛生專業人員。95-96 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 413 家職場訂定無菸或限菸政策（其中 147 家職場同時推動健康促進），協助 13 家職業或產業工會推動職場菸害防制及職場健康促進。96 年首次辦理健康職場自主認證，計

673 家獲審查通過，表揚 115 家績優健康職場（圖 6-17）；建立完整輔導工具，開發職場健康促進相關宣導手冊，完成職場健康促進推動指引、職場紓壓達人及員工健康檢查實用手冊；進行全國職場健康工作環境現況調查，結果顯示 96 年職場員工吸菸率為 21%（較 95 年下降 1.8%），室內工作場所二手菸暴露率為 25.9%（較 95 年下降 3.5%），歷年職場菸害調查結果如圖 6-18。辦理全國職場健康促進暨菸害防制輔導評價工作，結果顯示：接受實地輔導的職場，66% 職場高層主管開始重視菸害及健康促進議題、93.1% 職場該業務承辦人員知道如何利用外部資源，以增進其自主推動能力。

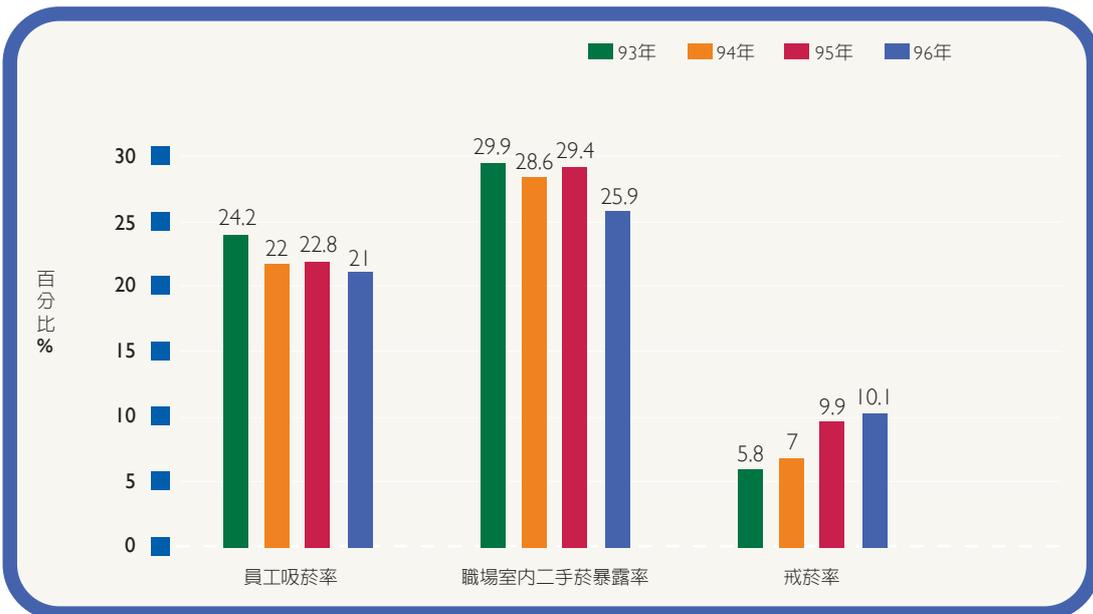


圖 6-18 歷年職場菸害調查結果

# 健康促進的基礎建設

# Health Promotion Infrastructure and Network

公共衛生服務，必須兼顧品質、可得性、可近性、時效性、成本效益等，為達此目標，健康資訊的及時掌握與傳播運用乃不容輕忽的基礎建設。網路資訊科技快速進展，給全世界衛生體系帶來相當的衝擊。衛生資訊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。本局藉由網路、媒體等資訊雙向溝通，以清晰、生動、活潑之宣導手法，有系統地提供民眾正確的健康資訊，幫助民眾自我健康管理，進而促進自我健康。另為因應高齡化、少子女化及移民等社會環境變遷，透過例行性與定期性之健康監測調查，建立本土性實證數據資料及國民健康調查研究資源共享，作為研擬政策或施政計畫之參考、施政效果評估之重要依據，以提升施政品質。執行各項國際合作計畫時，以更多創意及多元化的方式，研擬適合我國進行的國際接觸模式，增加彼此的溝通機會，進而與國際接軌，善盡地球村一分子之責任，將台灣在健康促進所作的努力成果與世界各國分享。





圖 7-1 健康九九衛生教育網 (<http://health99.doh.gov.tw>)

## 第一節 健康傳播

### 現況：

現今傳播媒體的發達，透過電視、廣播、報紙、雜誌、戶外及網路等媒體通路，使民眾獲得健康資訊的管道多元且傳播快速。而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，達成本局「珍愛生命 - 傳播健康」即是本局的理想。

### 政策與成果：

一、為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管道，於民國 87 年起即建置「健康九九衛生教育網—[http://health99.](http://health99.doh.gov.tw)

[doh.gov.tw](http://health99.doh.gov.tw)」(以下簡稱「健康九九」，圖 7-1)，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。另舉辦「優良健康讀物」徵選活動，鼓勵出版與推廣健康好書，提供民眾選購健康圖書，以獲得即時正確之健康資訊。

二、本局「健康九九衛生教育網」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。目前有 1,127 件教材提供線上瀏覽、下載，「健康九九」網站於 94 年、95 年連續兩年獲評為優良健康網站。為增加網站使用者與「健康九九」間的互動，96 年辦理「健康特搜王」、「健康 KUSO 照大募集」及「星光寶貝反菸大挑戰」等網路活動，並建置電子報發報系統，新增「生活零事故 安全又美好」及「檳榔健康危害防制」2 個主題館；會員現

有 35,376 人，網站點閱率達 184 萬次，教材下載次數超過 7 萬次，電子報訂閱數達 2 萬 9,000 人，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。

三、此外，「健康九九」亦提供全方位的衛生教育資訊，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，並邀請專家駐站提供免費線上諮詢服務。目前更蒐集健康相關網路謠言，邀請專家說明、澄清，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，以促進國人健康。

四、為鼓勵出版與推廣健康好書，本局自民國 91 年開始辦理「優良健康讀物」徵選活動，96 年以「健康好書 悅讀健康」，選出「兒童及青少年健康」20 件、「婦女健康」20 件、「中老年健康」18 件、「健康飲食與運動」17 件、「心理健康」24 件及「癌症與菸害防制」7 件，計 106 件

的年度推薦健康好書，並透過推介手冊，經由縣市衛生局、教育部所屬各級學校、圖書館等通路，提供民眾選購健康圖書之參考。

五、本著「珍愛生命、傳播健康」之理念，為服務民眾提供了更友善與親和力的多元化單一入口網站－「健康資訊網」(如圖 7-2)，內容以主題分類方式呈現，期能將具公信力與可信度之全方位健康資訊加以整合、傳播與行銷。



圖 7-2 「健康資訊網」  
(<http://www.bhp.doh.gov.tw>)

六、「健康資訊網」並於 95 與 96 兩年榮獲「優良健康資訊網站評獎優良網站」，以及通過第二優先等級 (AA) 無障礙檢測，也同時提供英文版、兒童版以及 PDA 版，內容包括「媽媽寶寶」、「母乳哺育」、「嬰幼兒聽力」、「視力保健」、「口腔保健」、「青少年保健」、「中老年保健」、「癌症防治」、「健康體能」、「社區健康」、「職業衛生」、「心理衛生」、「菸害防制」、「衛生教育」、「調查研究」、「出生通報」、「預防保健」等健康主題專區，方便民眾進行資料的查詢與檢索，更於 96 年度網站訪客數高達 505,509 人次 (如圖 7-3)。

## 第二節 健康監測

### 現況：

因應社會環境之快速變遷，衛生保健業務範疇不斷擴增，為使有限資源獲得最佳利用，政策優先順序與計畫成效評估之實證基礎日益受到重視。而鑒於慢性病對人類健康之威脅日增，世界衛生組織建議各國應建立非傳染性疾病監測系統，並因應國家資源差異而提出由死亡率、疾病率、危險因子盛行率逐步建置之策略。本局自成立以來，即配合施政所需各項健康指標之參考需要，逐步規劃建置制度化之人口與健康監測機制，透過例行性與定期性之健康監測調查，蒐集通報登記系統所無法取得之國人健康指標數據，進而強化健康促進政策訂定與計畫執行成效評估之實證基礎。

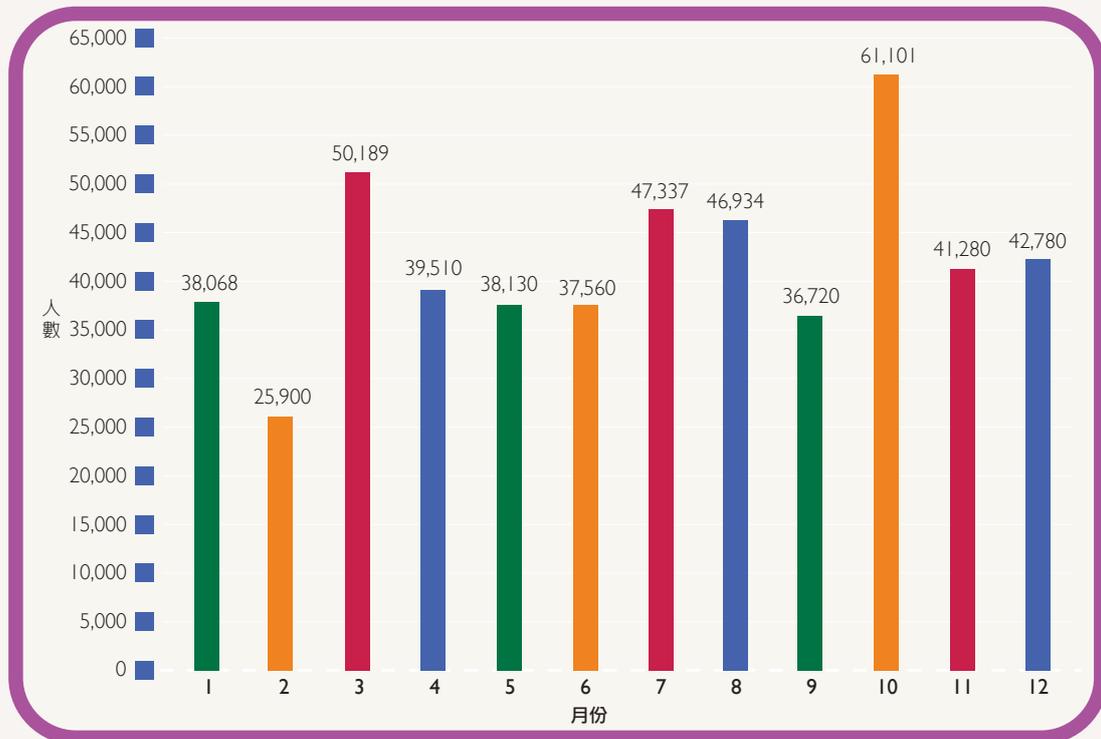


圖 7-3 96 年度本局入口網站訪客數統計

### 政策與成果：

為提供中央以及地方衛生單位政策擬訂、施政效果評估，以及業務推動所需之客觀數據，本局每年度依規劃期程辦理各項全人口或特定人口群(嬰幼兒、青少年、中老年及婦女等)之健康調查，逐步建立以健康監測調查為基礎之實證決策資料庫。各項調查內容皆以當前重要業務參考需求為導向，並依據各項調查內容、目標族群特性，與資料收集效率，分別採用社區面訪、在校學生自填問卷，以及電話訪問等調查方法，所有調查作業程序均經過嚴格之督導管控，確保調查資料品質。

有關本局成立以來至未來5年預定辦理各系列調查期程如表7-1，其中，

96年度辦理之調查計畫包括：以固定樣本世代為追蹤對象之「中老年身心社會健康調查」以及「嬰幼兒健康照護需求調查」，以高中、高職及五專在校學生為自填問卷調查對象之「青少年健康行為調查」，以及以18歲以上成人為對象之「健康行為危險因子」電話訪問調查等。基於各項監測調查之目的，係為將收集之資料經適當之分析與闡釋、轉化為可提供政策擬訂、施政效果評估及業務推動所需之資訊，為增加調查成果之能見度與政策參採應用，除應依據業務參考需要，加強各項已建立國民健康監測調查資料之分析應用，亦需藉由多樣化之調查成果提供管道與資訊發布平台，迅速提供衛生保健單位所需施政參考資訊。96年度成果如下：

表 7-1 歷年重要健康調查一覽表

調查系列	● 橫斷性健康調查 (cross-sectional) → 固定樣本世代長期追蹤調查 (longitudinal)											
	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年
【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			→				→				→	
婦女家庭與生育力調查			●	●				●				●
嬰幼兒健康照護需求調查					→	→	→	→		→		
【學生自填問卷調查】												
國中青少年健康行為調查				●		●		●		●		●
高中青少年健康行為調查					●		●		●		●	
【電話訪問調查】												
健康行為危險因子電話調查							●	●	●	●	●	●

### 一、辦理中老年健康調查

本項調查係以民國 78 年起所建立之台灣地區（不包括山地鄉）中老年人追蹤調查世代為對象，進行第六次追蹤訪問調查，完訪樣本數共 4,534 案，調查內容包括中老年健康現況、健康行為、醫療服務利用等資訊，藉以推估未來高齡人口在醫療保健與生活支持的需求，作為中央以及地方衛生單位設計規劃中老年健康政策、分配衛生保健相關資源，以及評估計畫執行成效之參考。

### 二、辦理嬰幼兒健康照護需求調查

為建立嬰幼兒及兒童早期生長發育及健康或疾病之常模，發掘特定族群之健康狀況及其健康照護需要，本局自民國 94 年起以 24,664 名具全國代表性之出生世代嬰兒為對象，進行長期追蹤調查。繼民國 95 年就該樣本世代完成 6 個月大之第一波基線調查後，續於 96 年度完成 18 個月大之追蹤訪查，建立嬰幼兒身心發展及重要健康資料庫，提供衛生主管機關發展適當預防策略，以及制定早期生命健康政策之參考依據，完訪樣本數共 20,559 人。

### 三、辦理青少年健康行為調查

本局自民國 93 年起，採用世界衛生組織與美國 CDC 設計發展之「全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）」方法，規劃辦理我國青少年吸菸相關行為監測調查，自民國 95 年起進一步仿效美國 CDC 青少年危

害健康行為調查（Youth Risk Behavior Survey, YRBS），以及 WHO 主辦之全球青少年健康行為調查（Global Student Health Survey, GSHS）計畫，針對與導致死亡、疾病、失能或社會問題之重要健康行為進行監測調查，擴展其調查範圍，增加菸、酒、檳榔、生活型態等健康議題，並規劃出以「國中」及「高中、高職、五專」學生隔年輪換方式之定期性吸菸及健康行為監測調查機制。依本系列調查期程，96 年度係以高中、高職、五專在校學生為調查對象，蒐集我國青少年健康行為與健康狀況變化趨勢資料。

### 四、辦理「健康行為危險因子」電話調查

為能快速蒐集民眾健康行為現況，及因應健康促進業務推展之評價需要，本局自民國 92 年起設置「衛生保健電話調查中心」，依業務需要逐年辦理各項衛生保健議題之電話調查。民國 96 年起，除延續辦理既有之「成人吸菸行為調查」，另參考美國行為危險因子監測系統（Behavioral Risk Factor Surveillance System，簡稱 BRFSS），辦理台灣地區 18 歲以上成人「健康行為危險因子監測系統」電話訪問調查計畫，期以本年度所收集之基線調查資料為起點，進而發展成為一項連續性之固定監測計畫，據以監測國人健康行為危險因子之現況及變化趨勢，前兩項電訪調查完訪案數各約 1 萬 6 千餘人。



圖 7-4 健康指標互動式網路線上查詢系統 (<http://olap.bhp.doh.gov.tw>)

### 五、建置「健康指標互動式網路線上查詢系統」

為能將本局所持有之各類健康調查資料庫，以及歷年出生通報資料，分享給有資料查詢需求之衛生保健工作者、一般民眾或相關學術領域人員，本局於96年度完成健康指標互動式網路線上查詢系統（On-Line Analytical Processing; OLAP）之擴充與改版（圖 7-4），於96年6月正式上線，並配合辦理分區說明會及應用推廣活動。透過本項健康指標查詢平台之建立，預期將增加衛生保健人員或一般民眾對健康指標數據之可近性，降低調查資料描述性統計分析人力需求，另藉由各項調查及出生通報資料分析結果能見度之提昇，促進資料分析結果之政策參採應用。

### 六、辦理出生通報

為了迅速、正確、完整掌握人口出生動態，提高婦幼保健服務時效，並提升與新生兒有關之各項人口資料的正確性，民國84年起全面實施出生通報，且於93年全面實施出生通報資料網路傳輸，此外為考量資料之安全性，降低系統被入侵之可能性，亦將醫事憑證（HCA）認證機制導入「網路出生通報系統」。出生通報辦理迄今，除有效提高出生通報率達99.9%外，亦可作為醫療衛生各界規劃生育保健政策、策略及規劃服務之參考。

## 第三節 國際合作

### 現況：

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。

### 政策與成果：

#### 一、台越人口、家庭及兒童合作交流計畫

持續辦理與越南人口、家庭暨兒童委員會（The Vietnam Commission for Population, Family and Children，簡稱 VCPFC）有關人口、家庭及兒童照護之合作交流，提供台灣衛生經驗及技術協助越南中央及地方單位人員推展相關業務之技能與經驗交流，96 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來台進行為期 12 天的考察訓練，共分 3 梯次合計 40 人，中央級單位人員佔 52.5%、地方級及民間組織人員各佔 45% 及 2.5%，由我方安排至議題相關之政府或民間機構研習，考察重點包含人口與發展政策（著重於生育健康家庭服務之社區管理計畫；家庭及社會在母親、兒童及老人的健康照

護之介入）、人口品質管理（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）、社會福利與發展之管理（建立祥和家庭和社區及兒童之保護、教育和照顧之政策及執行等；特殊境遇之老人、貧窮家庭、愛滋家庭等弱勢群體服務之管理與法規）及兩性平等相關法規及執行之困難與衝擊等議題。

##### （二）本局赴越南進行專業技術指導

民國 96 年適逢越南政府組織再造，精簡部會數（26 個減為 22 個），自 8 月份起，VCPFC 之人員及業務分別整併至 3 個不同部會。同年本局率團拜會越南，並藉由實地參觀國立老人研究院、國家婦產科研究院及越南家庭計畫協會，以及參與河內市及頭頓鎮辦理之 2 場次人口品質促進研討會，提供台灣長期照護、新生兒篩檢，及台灣外籍配偶生育健康照護等政策與執行經驗，亦瞭解該國人口轉型歷史與面臨之挑戰、人口品質促進及新生兒篩檢計畫等現況及未來發展。

##### （三）經驗分享

在越南考察團來台期間，協助本局有關產前遺傳診斷及生育保健之越語版衛教宣導資料檢視工作，俾利我國越籍配偶應用。

## 二、老人健康之社會因素與生物指標研究

為因應人口老化社會之政策參考需要，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；簡稱 SEBAS)，該調查係本局前身機關（行政院衛生署家庭計畫研究所）自 78 年起所辦理「台灣地區中老年身心社會與生活狀況長期追蹤調查」之延伸計畫，運用問卷面訪、家訪健康評估、健康檢查以及血液、尿液檢體實驗分析等方法，蒐集台灣地區中老年人族群之健康與安適狀態相關資料，藉以探討台灣地區老年人之生活壓力、社會環境以及健康狀況，並深入了解台灣地區中老年人健康之影響因素。其第一期五年計畫已於 88 年至 93 年間完成，第二期五年合作研究計畫自 94 年至 98 年止，分別於 89 年與 95 年辦理樣本世代之兩波實地訪查資料收集工作。96 年工作重點包括：資料建檔、文件整編與初步分析規劃，預計於 97 年完成初步研究成果報告。

## 三、亞洲青少年生育健康跨城市調查研究

為瞭解青少年透過媒體、網路及接觸西方文化下，其兩性態度、婚育態度、家庭觀念及性行為上之現況與差異，並希望進一步與其他國家進行比較，本局與美國約翰霍普金斯大學、中國、越南之學者於民國 95 年進行本研究之田野調查工作後，96 年進行分析，並於 12 月 4-7 日假曼谷召開跨國研究工作

會議，由各國團隊報告進度及結果，彼此交流分享。本局受邀發表專題文章及參與討論，並於會議中討論各合作單位負責之領域主題，及初步規劃日後資料發佈之期程，亦針對研究方法及未來研究方向進行探討。本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。

## 四、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，並積極爭取相關國際會議在台灣舉辦，分享台灣推動菸害防制工作之成效並促進國際菸害防制交流互動。此外持續透過國內非政府組織協助開發中國家推動菸害防制工作，建立溝通網絡，擴大我國在菸害防制方面的國際資源管道。重要成果包括：

### (一) 加強國際交流與合作

1. 結合民間團體，於 96 年 10 月在台灣台北舉辦多場不同主題的國際研討會、工作坊等，摘要如下：
  - (1) 亞太地區戒菸專線工作坊：於 96 年 10 月 15 日至 17 日舉辦 3 天，特邀請美國、澳洲及亞太地區戒菸專線專家學者來台。與會者計 10 個國家相關機構團體共 43 人，主題包括戒菸專線的國際發展與趨勢、各國戒菸專線營運模式，並安排實地參訪我國戒菸專線服務中心等。



圖 7-5 青年代表於第八屆亞太地區吸菸或健康研討會期間號召與會者共同參與青年論壇

- (2) 亞洲青年反菸倡議訓練：於 96 年 10 月 16 日至 20 日舉辦，有來自 12 個國家 39 位青年工作者與會參與菸害防制相關研發、政策擬定、立法及倡議等程序，並發表「亞洲青年反菸倡議宣言」（圖 7-5）。
  - (3) 第八屆亞太地區吸菸或健康研討會：於 96 年 10 月 18 日至 20 日舉辦，有來自全球共 43 國 519 名與會，含研討會、專題討論及工作坊等型式，主題包括無菸環境、法令、菸稅及亞太拒菸情形等議題，會議跨出亞太的區域性，為歷屆會議規模最大，參與人數最多的亞太拒菸大會。
  - (4) 國際菸害訴訟與公共空間菸害防制學術研討會：於 96 年 10 月 21 日舉辦，就公共空間禁菸之法律關係，以及菸害訴訟醫療證據之兩大面向，邀請國內外學者共同分享經驗，計有 190 人與會。
2. 持續在柬埔寨結合國際非政府組織，協助當地推動菸害防制法立法倡議及意識提升、發展「無菸醫院實施指南」，營造各項無菸環境，例如推動 46 個無菸醫療院所成為無菸工作環境、提供戒菸服務，與金邊三輪車伕中心合作擴大辦理無菸三輪車計畫等，並製作說服政策決策者之事實單張（fact sheets）與說帖等。
- (二) 積極參與國際研討會及參訪相關衛生機構
- 參加全球或區域性菸害防制會議及

研討，包括「全球青少年吸菸行為調查資料分析工作坊」、「世界衛生組織菸草控制框架公約第二次締約方會議」、「第19屆國際健康促進與衛生教育聯盟國際會議」，及「全球健康專業院校學生吸菸調查工作坊」等，並參訪美國衛生部、馬里蘭州衛生局、疾病管制中心，呈現台灣菸害防制成果，並透過參訪交流，擷取他國經驗。

### 五、安全社區網絡國際化

#### (一) 持續建構台灣社區安全促進網，積極接軌國際安全社區運動

成立台灣安全社區推廣中心，接洽國際安全社區交流事宜外，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4個安全社區，另於宜蘭縣全面推動蘭陽安全社區示範計畫，預定97年將有5個社區申請國際安全社區認證，此外，落實跨部會橫向合作機制，與原民會共同推動4個部落安全社區計畫。

#### (二) 國際接軌與合作交流活動

##### 1. 持續加入國際安全社區網絡成員

繼94年6月台北市內湖區、台中縣東勢鎮、嘉義縣阿里山鄉、以及花蓮縣豐濱鄉4個安全社區通過世界衛生組織社區推廣協進中心認證，成為國際安全社區網絡一員外；96年11月東勢安全

社區協助東勢國小通過WHO國際安全學校委員會國際安全學校認證，成為台灣第一個國際安全學校。

##### 2. 參與國際安全社區研討會

96年11月台灣安全社區組團，至泰國參加約45人組團參與泰國第四屆亞洲區安全社區研討會，展出海報25幅，口頭報告4篇。

##### 3. 邀請國際學者專家來台

邀請澳洲安全社區基金會主席 Mr. Henk Harberts、中國山東大學公共衛生學院趙仲堂院長、WHO國際安全學校委員會主席 Mr. Max L. Vosskuhler 及美國兒童安全網絡教育發展中心主任 Ms. Ellen R. Schmidt 等4位國外專家學者來台參與11月17-18日「2007台灣安全社區與安全學校發展研討會」會議，並陸續至台中縣東勢國小，花蓮縣康樂國小、豐濱國小、宜蘭縣東澳國小、台北市成德國小及國立花蓮高中等參訪，該六所學校經認證評鑑成為世界第五至第十個安全學校，專家亦一併至宜蘭縣冬山鄉、台北市中正區、高雄市左營區及台中縣石岡鄉等社區實地參訪交流。

## 附錄一 國民健康局96年度政府出版品

序號	圖書	統一編號 GPN	出版月份
1	代謝症候群防治工作手冊 <sup>1</sup>	1009600214	1 月
2	醫務社會工作癌症照顧領域實務手冊 <sup>2</sup>	1009600319	1 月
3	健康促進學校手冊	1009600437	2 月
4	菸害防制及衛生保健基金運用成果 <sup>1</sup>	1009600655	4 月
5	Taiwan Health, We Care <sup>1</sup>	1009601107	5 月
6	2007 健康好書 悅讀健康推介手冊 <sup>2</sup>	1009601369	5 月
7	乳癌治療期間病友衛教手冊 <sup>1,2</sup>	1009600874	6 月
8	成功老化 - 銀髮族保健手冊 <sup>2</sup>	1009602624	11 月
9	特別危害健康作業健康檢查指引 <sup>1</sup>	1009603065	11 月
10	臨床細胞遺傳學實驗室操作指引 <sup>1</sup>	1009600120	12 月
11	優生保健暨罕見疾病防治學術論文集	1009601602	12 月
12	冠心病自我照護手冊 <sup>2</sup>	1009602347	12 月
13	保命防跌系列 -- 保命防跌寶典 <sup>2</sup>	1009602704	12 月
14	保命防跌系列 -- 居家環境安全與改善 (執行手冊) <sup>2</sup>	1009602705	12 月
15	青少年糖尿病 <sup>1</sup>	1009602886	12 月
16	幼兒居家安全環境檢視手冊	1009603193	12 月
17	漫談電磁波 <sup>1</sup>	1009603595	12 月
18	代謝症候群學習手冊社區民眾版 <sup>1</sup>	1009603601	12 月
19	職場健康促進推動指引 <sup>2</sup>	1009603679	12 月
20	台灣家庭計畫之奠基啟航—以周聯彬教授口述訪談為主軸的探索	1009603857	12 月
21	社區逗陣·愛健康 -96 年度社區健康營造精英計畫成果集 <sup>2</sup>	1009603973	12 月

22	再見 菸之殤 <sup>2</sup>	1009603976	12 月
23	代謝症候群教學手冊社區民眾版	1009604012	12 月
24	亨丁頓舞蹈症家長照護手冊 <sup>1</sup>	1009604054	12 月
25	成骨不全症家長照護手冊 <sup>1</sup>	1009604059	12 月
26	讓家庭動起來 - 慢飛天使健康體適能家長手冊 <sup>2</sup>	1009604079	12 月
27	職場紓壓達人 <sup>2</sup>	1009604125	12 月
28	檳榔防制十週年特刊 - 無檳生活 健康樂活 <sup>1、2</sup>	1009604326	12 月

序號	期刊	統一編號 GPN	出版月份
1	台灣菸害防制年報 <sup>2</sup>	2009601376	6 月
2	Taiwan Tobacco Control Annual Report 2007 <sup>2</sup>	2009601377	6 月
3	2006 國民健康局年報 <sup>2</sup>	2009602807	11 月
4	Bureau of Health Promotion Annual Report 2006 <sup>2</sup>	2009602537	12 月

序號	光碟	統一編號 GPN	出版月份
1	寶貝發展篩檢指南光碟 <sup>2</sup>	4509600292	1 月
2	乳癌治療期間病友衛教指南 <sup>1</sup>	4509600875	6 月
3	2007 台灣菸害防制年報 <sup>2</sup>	4709601379	6 月
4	外籍配偶生育保健系列 (中、英、越、印、泰語)	4509603946	12 月
5	遺失的微笑 <sup>2</sup>	4509604282	12 月

備註：

- 「1」表本局網站 (<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/>) 可提供全文下載或觀看。
- 「2」表「健康九九」網站 (<http://health99.doh.gov.tw/>) 可提供全文下載。
- 本局出版品可至「政府出版品展售處」五南文化廣場 (04-22210237)、秀威資訊科技公司 (02-2657-9211) 及國家書店松江門市 (02-25180207) 購買。

## 附錄二 國民健康局96年大事紀

日期	大事紀摘要
1 月 18 日	公告「修正我國代謝症候群之判定標準」。
1 月 15 日	出版「臨床細胞遺傳學實驗室操作指引」。
2 月 06 日	召開行政院永續會「健康風險組」跨部會第 15 次工作分組會議。
2 月 12 日	召開行政院婦女權益促進委員會「健康及醫療組」第 13 次會議。
3 月 04 日	響應「世界腎臟日」，於全國北、中、南、東四區辦理宣導活動，與全球 47 國，同列於 2007 年世界腎臟日活動日程中。
3 月 13 日	研商身心障礙者口腔健康五年計畫。
3 月 14 日	舉辦「第一屆健康促進學校磐石獎頒獎典禮」。
<b>3 月 21 日</b>	<b>人工生殖法公布施行。</b>
3 月 22 日	召開 96 年度第 1 次「癌症防治政策委員會」。
4 月 04 日	立法院第 6 屆第 5 會期衛生環境及社會福利委員會第 8 次全體委員審議「癌症防治法部分條文修正草案」。
4 月 22 日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會 96 年度第一梯次考察團來台參訪。
5 月 15 日	召開婦女健康政策草案 96 年度第 1 次修訂會議。
5 月 16 日	完成建置「健康數字 123- 國民健康指標互動查詢網站」。
5 月 19 日	響應「5 月 17 日 世界高血壓日」，辦理「健康飲食標準血壓」衛教園遊會。
5 月 23 日	健康促進學校生活技能成果發表會。
5 月 29 日	「2007 健康好書 悅讀健康」頒獎典禮，共評選 106 件健康好書。
6 月 01 日	95 年度健康促進學校成果發表學術研討會。

日期	大事紀摘要
6月03日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會 96 年度第二梯次考察團來台參訪。
6月15日	完成菸害防制法修正草案 35 條二、三讀程序。
6月23日	「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」發布施行。
7月04日	與美國癌症協會共同合作之「癌症防治民間團體人員訓練計畫」，在台辦理進階教育訓練及種籽計畫執行進度報告。
7月11日	<b>總統令公布修正菸害防制法全法共計 35 條，將自 98 年 1 月 11 日施行。</b>
7月22日	越南國家人口、家庭暨兒童委員會 96 年度第三梯次考察團來台參訪。
7月26日	「人工生殖機構許可辦法」發布施行。
7月26～29日	以「檳榔健康危害防制」及「戒菸專線」主題參展「2007 台灣生技月」。
7月30日	「精卵捐贈親屬關係查證辦法」發布施行。
7月31日	「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」公布施行。
8月08日	「人工生殖資料通報及管理辦法」發布施行。
8月19日	舉辦「第一屆全國健康促進醫院研討會」。
9月10日	廢止「人工協助生殖技術管理辦法」。
9月12～13日	2007 年台灣健康城市聯盟會議暨健康城市全國工作坊。
9月30日	配合世界心臟日主題「健康家庭 健康社區」，以「手牽手 心護心」口號，辦理「護心」活動。
10月04日	衛生署公告「97 年度癌症診療品質認證基準及評分說明」及「97 年度癌症診療品質認證作業程序」，並自 97 年開始辦理認證。

日期	大事紀摘要
10 月 11 日	發布菸品健康福利捐分配及運作辦法，自菸害防制法第四條施行之日施行。
10 月 11 ~ 12 日	與台灣篩檢學會共同辦理「第四屆亞洲癌症篩檢國際研討會」。
10 月 15 日	於行政院召開「中央癌症防治會報」，通過各部會協助辦理「口腔癌防治及檳榔防制五年計畫」相關事宜。
10 月 15 ~ 17 日	辦理「亞太地區戒菸專線工作坊」。
10 月 16 ~ 17 日	舉辦「2007 亞洲青年反菸倡議訓練工作坊」。
10 月 18 ~ 19 日	邀請香港中文大學李大拔教授及中文大學促進健康中心相關人員來台，共同分享健康促進學校推動經驗及評估指標。
10 月 18 ~ 20 日	辦理「第八屆亞太地區吸菸或健康研討會」。
10 月 21 日	辦理「國際菸害訴訟與公共空間菸害防制學術研討會」。
10 月 24 日	辦理「健走圓桌論壇」，與企業、社區健走經驗交流。
10 月 30 日	召開行政院婦女權益促進委員會「健康及醫療組」第 14 次會議。
10 月 30 ~ 11 月 01 日	補助中華民國乳癌病友協會辦理「2007 第十一屆乳癌病友互助團體聯合年會」。
11 月 06 日	子宮頸抹片門診主動提示系統推廣成果發表會。
11 月 08 日	辦理「社區推廣檳榔健康危害防制輔導暨評價計畫」成果發表會。
11 月 09 日	輔導花蓮縣成功加入世界衛生組織西太平洋健康城市聯盟。
11 月 11 日	結合行政院體育委員會及 25 縣市同步舉辦「1111 全民健走日，快樂台灣向前走」活動。
11 月 16 日	96 年首次推動「健康職場自主認證」，擇 115 家績優健康職場辦理表揚大會。
11 月 16 日	與張錦文基金會合作推廣「無檳榔醫院」。

日期	大事紀摘要
11 月 17 ~ 18 日	辦理「2007 台灣安全社區與安全學校發展研討會」。
11 月 18 日	舉辦「遺失的微笑」首映座談會，並於場外展示「檳榔防制十週年成果展」，呈現十年來防制工作之點滴。
11 月 18 日	舉辦「癌症防治中心 - 全面提升癌症診療品質計畫之標竿成果會」。
11 月 18 日	配合聯合國第一屆世界糖尿病日（11 月 14 日），與中華民國糖尿病學會等辦理台北 101 大樓點燈、園遊會及 246 健走等活動。
11 月 19 ~ 20 日	辦理「社區推動檳榔健康危害防制議題」研習營。
11 月 21 日	辦理「踢爆色情、情慾自主」性教育教學課程發表會暨研討會。
11 月 26 日	<b>衛生署核定「行政院衛生署國民健康局委託辦理預防保健服務審查作業要點」。</b>
11 月 26 ~ 30 日	補助台中市開懷協會辦理「第二屆全球華人乳癌病友組織聯盟會」。
11 月 30 日	<b>「婦女健康政策」（草案）於行政院婦權會第 28 次委員會議會前協商會議報告通過，並決議提送行政院婦權會第 28 次委員會進行報告。</b>
12 月 01 ~ 02 日	辦理 96 年全國母乳哺育推廣工作人員共識營。
12 月 02 日	舉辦 2007 年台灣預防中風日宣導活動。
12 月 02 日	舉辦第二屆戒檳競賽「嚙哺檳榔 介幸福活動」頒獎典禮。
12 月 04 日	舉辦「社區健康營造成果發表會」，表揚 28 家社區健康營造績優單位。
12 月 11 日	舉辦「第二屆金所獎頒獎典禮暨成果觀摩會」，表揚成人保健與空間管理類共 9 所績優衛生所。
12 月 15 ~ 16 日	辦理「2007 年身心障礙者口腔醫療照護國際研討會」。
12 月 16 ~ 22 日	邀請專家組團赴越南參與人口品質促進研討會。

刊名 2007 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  
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  
編輯委員 蘇新育、張幸真、吳珍容、賴辛癸、陳麗娟、陳妙心、吳建遠、郭英婷  
設計印刷 左右設計股份有限公司  
出版年月 97 年 9 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 220 元

---

展售處 台中五南文化廣場 | 40042 台中市中區中山路 6 號 | (04) 2226-0330  
展售處 國家書店松江門市 | 104 台北市松江路 209 號一樓 | (02) 2518-0207

---

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）。





珍愛生命

傳播健康



GPN:2009602807  
定價\$220元