



# 國民健康局 2012年報

Bureau of Health Promotion  
Annual Report 2012



珍愛生命 傳播健康

國民健康局  
2012年報





# CONTENTS

## 目錄



	局長序	4
第一章	前言	6
第二章	健康的出生與成長	10
	第一節 孕產婦健康	12
	第二節 嬰幼兒及兒童健康	16
	第三節 青少年健康	26
	第四節 視力、聽力及口腔保健	29
第三章	健康的生活	34
	第一節 菸品健康危害防制	36
	第二節 健康體能促進	41
	第三節 肥胖防治	43
	第四節 兒童事故傷害防制	48
第四章	健康的環境	52
	第一節 健康城市	54
	第二節 健康社區	56
	第三節 健康促進學校	60
	第四節 健康促進職場	62
	第五節 健康促進醫院	65



<b>第五章</b>	<b>健康的高齡化</b>	<b>68</b>
	第一節 中老年人健康政策	71
	第二節 重要慢性病防治	74
	第三節 癌症防治	79
<b>第六章</b>	<b>焦點群體</b>	<b>96</b>
	第一節 婦女健康	98
	第二節 弱勢族群健康	99
<b>第七章</b>	<b>健康促進的基礎建設</b>	<b>106</b>
	第一節 基層衛生保健單位—衛生所	108
	第二節 健康傳播	109
	第三節 健康監測	113
	第四節 國際合作	118
<b>附錄</b>	<b>國民健康局 2011 年大事紀</b>	<b>124</b>

# 健康 100，臺灣動起來！

## 守護國民健康，大家一起來！

國民健康局提供民眾從子宮到天堂，涵蓋男女老幼的全面健康促進服務，包括婦幼衛生、慢性病防治、癌症防治、肥胖防治等，透過個人、環境與政策的發展，提昇民眾健康、預防疾病、延長壽命，並進一步減少社會不平等，增進和諧與繁榮。

隨著生活型態的改變，人口老化及非傳染病的快速增加已成為全球重大的健康威脅。世界衛生組織（WHO）2011 年報告指出，四大非傳染病（癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病）約占全球死亡人數的 63%（約 3 分之 2），在臺灣亦將近 6 成（58.4%），而吸菸、缺乏運動、不健康飲食及不當飲酒則是非傳染病的四大共同危險因素。

面對高齡化、少子化與非傳染病盛行的時代，唯有從上游做好預防與健康促進，才能既幫助民眾保有健康與幸福、也增進健保體系的永續。因此，我們一方面加強提供衛生教育與健康宣導，同時結合民間力量，推廣健康城市、健康社區、健康學校、健康職場，全面營造健康環境，支持民眾實踐健康學習、健康選擇與健康生活。為此，我們在民國 100 年推動「健康 100，臺灣動起來」全民健康體重管理計畫，以 60 萬人減重 60 萬公斤（600 公噸）為目標，由總統、行政院院長帶領相關部會及各縣市政府代表共同號召各公私場域民眾「小額捐油、揪團減重」，一起學習「聰明吃、快樂動、天天量體重」的健康生活，並改善致胖環境，結果，獲 72 萬人響應（達全國人口 3%），成功減去 1,104 公噸的多餘體重，也大大提昇了國人規律運動比率，有效對抗不當用藥或一味靠過度節食減肥的歪風，受到國際矚目。

在菸害防制方面，民國 100 年我們持續將禁菸公共場所之二手菸暴露率控制到 10% 以下（8.2%），獲得高達約九成民眾對無菸環境感到進步及滿意。為落實更平等的健康人權，國民健康局規劃「二代戒菸治療補助計畫」，運用菸品健康福利捐，將戒菸治療從定額補助，改為比照慢性病治療之給付，每次就診部份負擔最高不超過 200 元，並將進一步開辦社區藥局戒菸服務以及受刑人戒菸服務，讓士農工商及弱勢民眾皆能更方便的獲得專業戒菸協助，成功脫離菸癮桎梏。另外，亦將推動戒菸衛教師認證，強化治療成功率，並幫助青少年與孕婦早日成功戒菸。

為達到 2020 前降低癌症死亡率 20% 之目標，國民健康局全面推動免費四大癌症篩檢（子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌），100 年篩檢 435 萬人次，提早發現 1 萬 1 千多例尚未出現症狀的癌症病人以及 3 萬 2 千多例癌前病變，有效挽救寶貴生命或預防癌症，且有高達 8 成民眾知道政府提供癌症篩檢。此外，成年男性嚼檳榔率已由 96 年 17.2% 大幅降至 100 年之 11.3%（降幅超過 1/3）。針對經濟弱勢、山地原住民族地區離島國中女生，本局補助接種人類乳突病毒疫苗，以預防子宮頸癌之發生；今年起亦在成人健檢加入 B、C 型肝炎檢查，以協助感染民眾接受治療或定期篩檢，減少慢性肝病與肝癌之威脅。

國民健康局視醫療體系為公共衛生重要的專業夥伴，積極推動「醫療的新定位」，由傳統以「治療」為主的角色，提昇為能幫助病人、員工及社區「促進健康」的角色。我們引進 WHO 健康促進醫院

# Bureau Of Health Promotion

模式，輔導醫療院所在組織文化、設備、管理與服務流程進行改善，使預防醫學成為常態性、主動式的服務，對就醫民眾全面主動提供癌症篩檢、戒菸、慢性病衛教、母乳哺育指導等重要服務，幫助民眾提升健康，預防失能。

為因應人口老化，國民健康局推動活躍老化與高齡友善城市，已有 9 個縣市響應，從敬老、親老、安居、暢行、連通、無礙、康健、不老八大面向，營造對各年齡無障礙與包容性的環境，增進長者之社會參與和健康，101 年可望推廣至 20 個縣市；同時，我們亦研發「臺灣高齡友善健康照護架構」，以該架構進行全球第一個國家級高齡友善醫院認證，未來考慮推廣至國際。

對於長期存在的重男輕女和嬰兒性別失衡現象，我們亦積極介入。我們主動倡議及宣導、進行數據監測、掃蕩違規廣告、全面訪查輔導醫療機構，並且修改法令，終於使我國出生性別比由 99 年的 1.090，降至 100 年的 1.079，創 16 年來最低點，估計因此使 993 名女嬰免於消失、得以順利來到人世，未來將持續朝回到正常範圍（1.06 以下）努力。

國民健康局積極參與及辦理國際專業交流，包括：出席世界衛生大會並就非傳染病防治與婦幼衛生發言；出席 2011 年聯合國氣候變遷會員國大會之場內記者會及場內週邊會議，發表演說，創下 17 年來我國在該活動最高規格之參與，象徵臺灣在國際公共衛生實質參與，又往前邁進了一大步；擔任國際健康促進醫院網絡之副理事長；推動各縣市加入西太平洋健康城市聯盟；出席由 WHO 共同舉辦之「第一屆高齡友善城市國際研討會」並率 20 個縣市參與全球第一個高齡友善城市宣言－「世界衛生組織都柏林宣言」之連署；於「第 14 屆加斯坦歐洲衛生論壇」及「美國公共衛生協會第 139 屆年會」中各辦理一場平行論壇；在臺灣舉辦十來場國際研討會，亦積極於各國際研討會發表論文，讓國際看見臺灣推動健康促進之成果與專業。

要以有限資源，因應不斷增加的疾病威脅、失能問題以及民眾期望，實屬不易！我們期許，以科學實證為基礎、珍愛生命為動力，以社會及全民的動員為策略，並且與國際接軌，既追求成效的高度，也重視公平正義的廣度，攜手與公私部門、全體民眾繼續努力，共同邁向全民健康！



國民健康局局長

邱淑娟

中華民國 101 年 12 月

第一章

# 前言

*Bureau Of  
Health Promotion*



## 第一章

# 前言

### 壹、沿革

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

### 貳、組織任務

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

### 參、健康促進的願景與挑戰

國民健康為國家競爭力的重要表現，為增進國人身、心、社會的健康，本局依據 1978 年「Alma-Ata 宣言」及 1986 年「渥太華（Ottawa）憲章」提出的「健康促進五大行動綱領」，積極訂定健康的公共政策；營造健康社區、醫院、學校及職場等場域；深耕健康社會，帶動健康風潮，型塑健康主流化社會；發展個人健康技能與調整健康服務，以期達成聯合國世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康（Health for all）」之最終目標。另，為縮小健康的不平等，針對孕產婦與嬰幼兒健康、兒

童與青少年健康、中老年健康老化及婦女健康等不同的人生階段，規劃健康促進政策。此外，就危害國人健康的主要威脅，如癌症、菸害及慢性病等，亦積極擬訂各項政策，以因應目前國人肥胖、吸菸、嚼檳榔、不健康飲食及不運動等不健康生活型態的挑戰；進行健康監測及研究調查，並依據實證基礎資料、當前社會及未來發展之需要，規劃政策目標及策略，以增進全人、全民、全社區、全社會的健康。(圖 1-1)。

圖 1-1 本局之願景目標及策略



第二章

# 健康的出生與成長

*Bureau of  
Health Promotion*



## 第二章

# 健康的出生與成長

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、經濟及交通、社會及物質環境等的改變、跨國婚姻與文化、離婚率、隔代教養、速食文化及升學壓力等，使孕產婦、嬰幼兒、兒童與青少年健康問題更趨多元及複雜。如高齡生育、兒童發展遲緩、早產兒出生、青少年吸菸與未婚懷孕等問題，更是日趨嚴重。因此，如何促進孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年身心發展，強化健康照護系統，建構健康安全環境，是本局施政焦點。

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

### 第一節 孕產婦健康

#### 現況

臺灣婦女第一胎平均生育年齡於 1989 年為 25.2 歲，至 2011 年延後為 29.9 歲，又依生母年齡結構分析：20～24 歲由 29.5% 下降為 8.9%，25～29 歲由 44.6% 下降為 30.3%，30～34 歲由 17.4% 上升為 41.5%、35～39 歲由 3.4% 上升為 15.5%，遲育趨勢相當明顯。

另，2011 年孕產婦死亡率為十萬分之 5；與世界主要國家相比，我國孕產婦死亡率，低於西班牙、荷蘭、愛爾蘭、斯洛伐克、挪威、德國、澳洲、法國、比利時、瑞士、葡萄牙、丹麥、加拿大、英國、紐西蘭、韓國、盧森堡、土耳其、美國、匈牙利、墨西哥；與冰島、日本、芬蘭、捷克、波蘭相當；略高於希臘、瑞典、義大利、奧地利。

#### 業務指標

- 一、孕婦產前檢查利用率達 90% 以上。至少一次利用率，達 98% 以上。
- 二、34 歲以上孕婦臨床細胞遺傳學檢查率達 90% 以上、高危險群孕婦接受產前遺傳診斷異常個案追蹤率達 94% 以上。

## 政策與成果

### 一、建構系統性生育健康服務

#### (一) 孕婦產前檢查

為促進婦女於孕期之健康，並早期發現懷孕各階段可能發生的合併症，確保孕婦與胎兒健康，本局透過健保特約醫事服務機構補助提供孕期婦女 10 次之產前檢查服務。自 2001 年起，本項服務利用率皆維持近 9 成左右，2011 年 10 次產檢平均利用率 94.0% (圖 2-1)，產檢利用人次約 186 萬人次；該年至少產檢 1 次利用率達 98.35%，至少 4 次產檢 96.85%。

圖 2-1 孕婦產前檢查利用率



資料來源：中央健保局 / 國民健康局產檢資料、出生登記、新住民未納保產檢補助 (2011 年加入)

備註：2002-2005 年數據引用健保局預防保健結果報告之申報數據，2006-2011 年數據為本局之核付檔數據。

## (二) 提供周延的遺傳檢查服務

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

### 1. 孕婦海洋性貧血篩檢

產前檢查抽血篩檢異常者，再檢查其配偶，兩人皆異常者，抽血送本局評核通過的 6 家海洋性貧血基因檢驗機構確診；經確診夫妻同為甲型或乙型海洋性貧血帶因者，視其懷孕週期抽取絨毛膜或羊水或胎兒臍帶血，做產前遺傳診斷。2011 年接受海洋性貧血基因檢驗者計 1,218 人，其中，胎兒接受海洋性貧血基因確診計 406 例，並依其意願提供產前照護。

### 2. 高危險群孕婦的產前遺傳診斷

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

2011 年共補助 4 萬 7,870 人，其中，34 歲以上高齡孕婦接受產前遺傳性疾病檢查者計 3 萬 8,127 人，高齡孕婦檢查率約達 91% 以上，較 2000 年 (75.5%) 增加了約 15.5% (圖 2-3)。2011 年經本項服務發現異常者計 1,060 人，佔當年總受檢人數 2.21%。為使孕婦適時獲得妥適照護，凡經檢驗異常個案，均由採檢醫療院 (所) 或公衛體系即時追蹤回診、諮詢，或轉介至遺傳諮詢中心及相關院所治療。

為確保產前遺傳性疾病檢驗機構品質，本局依「遺傳性疾病檢驗機構評核要點」，定期辦理檢驗機構評核作業；評核通過之機構，每 3 年需接受續評。截至 2011 年經本局評核通過之臨床細胞遺傳學檢驗機構計 27 家、基因檢驗機構計 9 家。另訂定遺傳諮詢中心認證要點，進行國內遺傳諮詢中心認證與定期評核，以確保遺傳諮詢、診斷及治療品質。截至 2011 年，共有 11 家遺傳諮詢中心評核通過。

### 3. 與生育相關的遺傳性疾病檢查與諮詢

針對有礙生育健康者、可能罹患遺傳性疾病個案及其家屬、新生兒先天性代謝疾病篩檢異常者、及疑有遺傳性疾病者，提供遺傳性疾病檢查及諮詢。2011 年計檢查 1 萬 1,670 人，染色體異常 677 人、海洋性貧血帶因 961 人、其他異常 2,603 人。

圖 2-2 遺傳性疾病防治網路

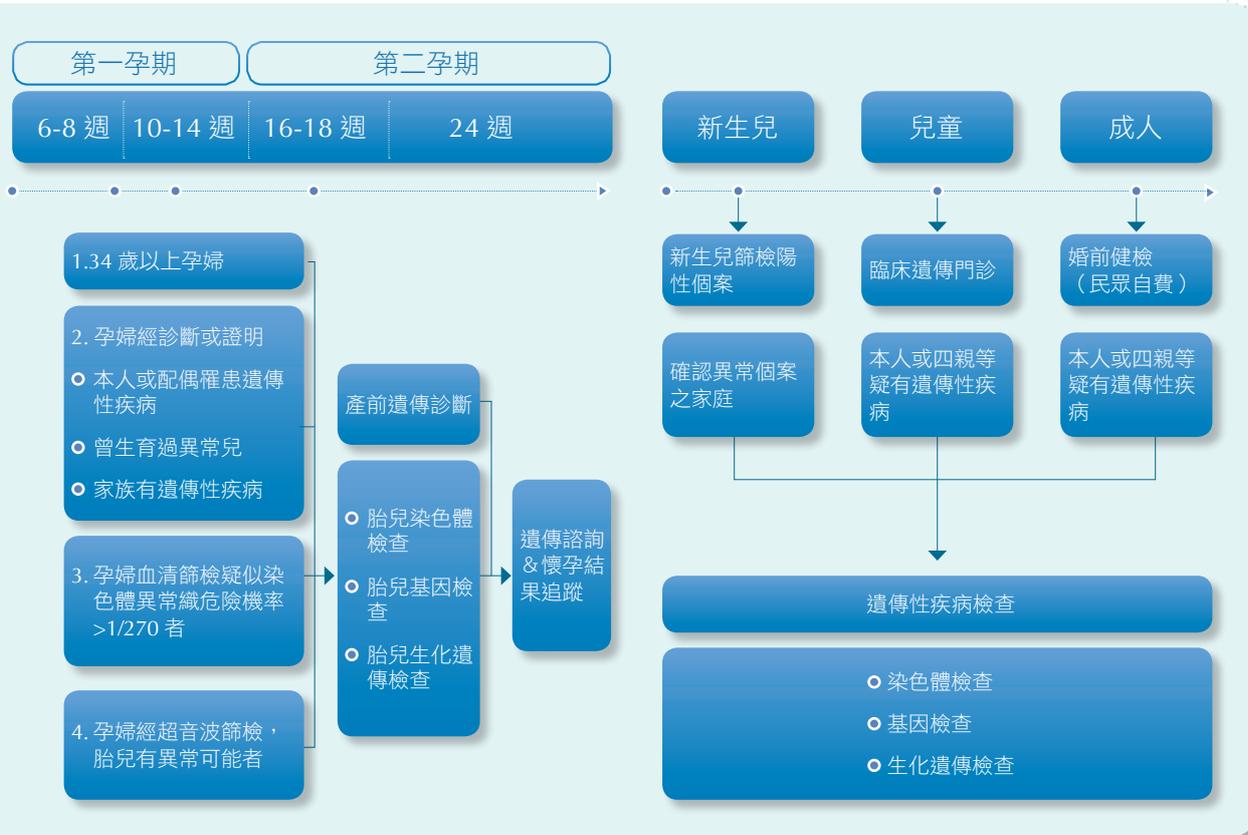


圖 2-3 34 歲以上孕婦接受細胞遺傳學檢查補助案數佔全年 34 歲以上產婦比例



## 二、健全生育健康管理法規與制度

### (一) 制訂人工生殖法規

為確保人工生殖技術正確使用與發展，保障不孕夫妻、人工生殖子女及捐贈人權益，已在 2007 年 3 月 21 日公布施行「人工生殖法」，並陸續發布施行「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」、「人工生殖機構許可辦法」、「精卵捐贈親屬關係查證辦法」、「人工生殖資料通報及管理辦法」等相關辦法及「受術夫妻得負擔捐贈人費用上限公告」；截至 2011 年 12 月，通過人工生殖機構計 71 家。

### (二) 提出優生保健法修正草案

為促進生育保健，確保孕婦及胎兒的健康及安全，自 2000 年著手修正「優生保健法」，並將名稱修正為「生育保健法」，增訂遺傳疾病防治服務規定；修正人工流產規範等，以明訂醫療機構應提供懷孕婦女諮詢服務，並於 2008 年 2 月 22 日送立法院審議，因屆不予繼續審議，於 2012 年 2 月 9 日函報行政院重行審議，同年 4 月 6 日付委審查。

### (三) 孕婦產前檢查及超音波檢查之品質提升

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

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

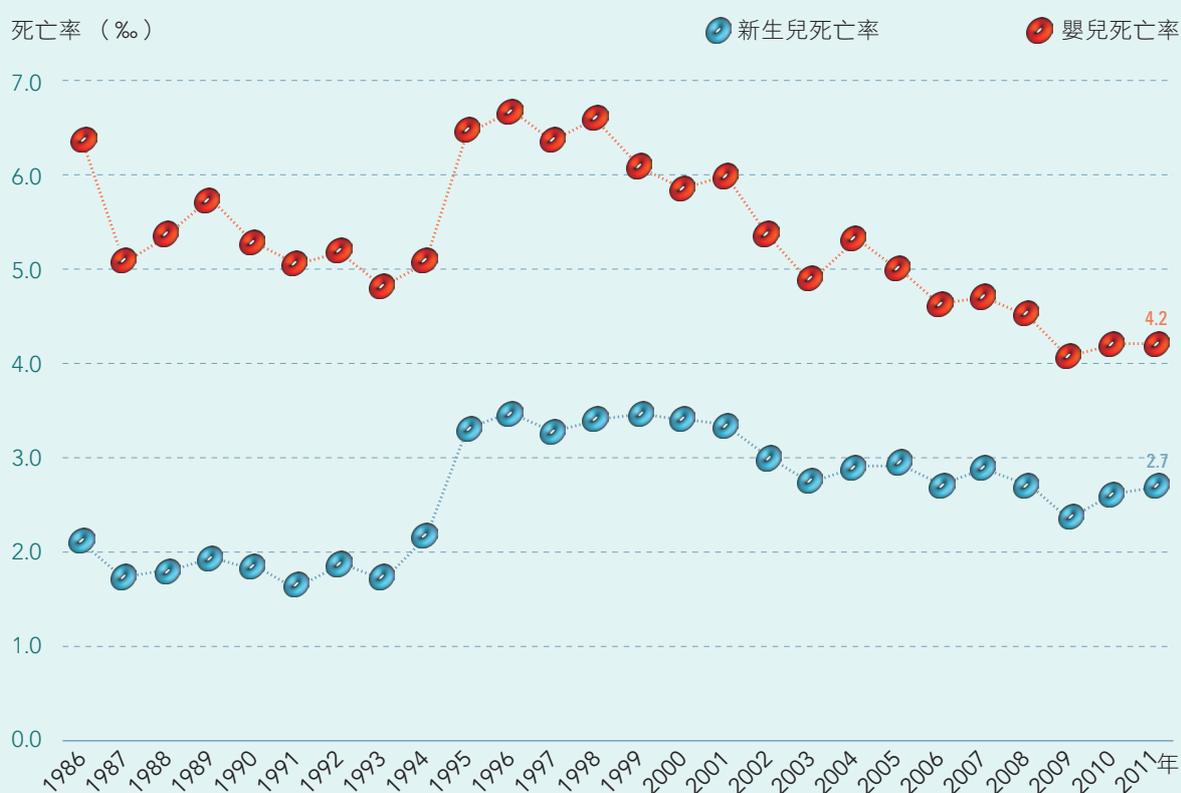
## 第二節 嬰幼兒及兒童健康

### 現況

嬰兒死亡率是衡量一個國家兒童健康狀況之主要指標之一，臺灣新生兒死亡率從 1981 年 3.1 下降至 2011 年 2.7，嬰兒死亡率亦從 1981 年 8.9 降至 2011 年 4.2（圖 2-4）。若以世界衛生組織 2010 年

之統計資料與各國進行比較，在其 194 個國家中，嬰兒死亡率最低為千分之 2，有 8 個國家（如：日本、芬蘭）；其次千分之 3，有 12 國（如：法國、德國）；與臺灣同為千分之 4 者有 10 國（如：澳洲、瑞士、比利時、荷蘭）；再次為千分之 5（如：加拿大、紐西蘭），而英國為千分之 6，美國為千分之 7。臺灣之嬰兒死亡率雖比 164 個國家低，但仍高於 20 個國家。

圖 2-4 歷年新生兒及嬰兒死亡率



資料來源：行政院衛生署統計室 - 2011 年死因結果

依據本局出生通報統計，2011 年全國活產通報出生總數為 19 萬 8,387 人，活產新生兒之出生體重低於 2,500 公克之低體重新生兒發生率為 8.22%，極低體重新生兒（出生體重低於 1,500 公克）發生率為 0.90%，與 2010 年相較，有微幅下降的趨勢。與英國、美國、日本、新加坡等國家接近。

近年來，新生兒活產數已從 2004 年 21 萬 7,386 人，下降至 2011 年 19 萬 8,387 人（圖 2-5）。在自然狀態下，男女出生性別比約在 1.05 ~ 1.06 之間，然重男輕女在亞洲社會是歷史久遠的普遍現象，許多國家有生男偏好與程度不一的性別失衡，而臺灣的出生性別比（新生兒男嬰對女嬰之比值）在 2003 年曾居全球第三名。雖然政府多次函令醫療院所不得從事性別篩選行為，惟近年國人生育數更形下降，許多人甚至希望「一舉得男」、在第一胎或第二胎就生到男生，因此出生性別比的長期趨勢，僅有微幅下降（圖 2-6）。2006~2009 年間，國內的出生性別比大致維持在 1.08 至 1.09（表 2-1, 2-2），仍有出生性別比失衡現象，顯示社會上仍有部分民眾受傳宗接代、重男輕女等傳統觀念的影響，有性別歧視存在。

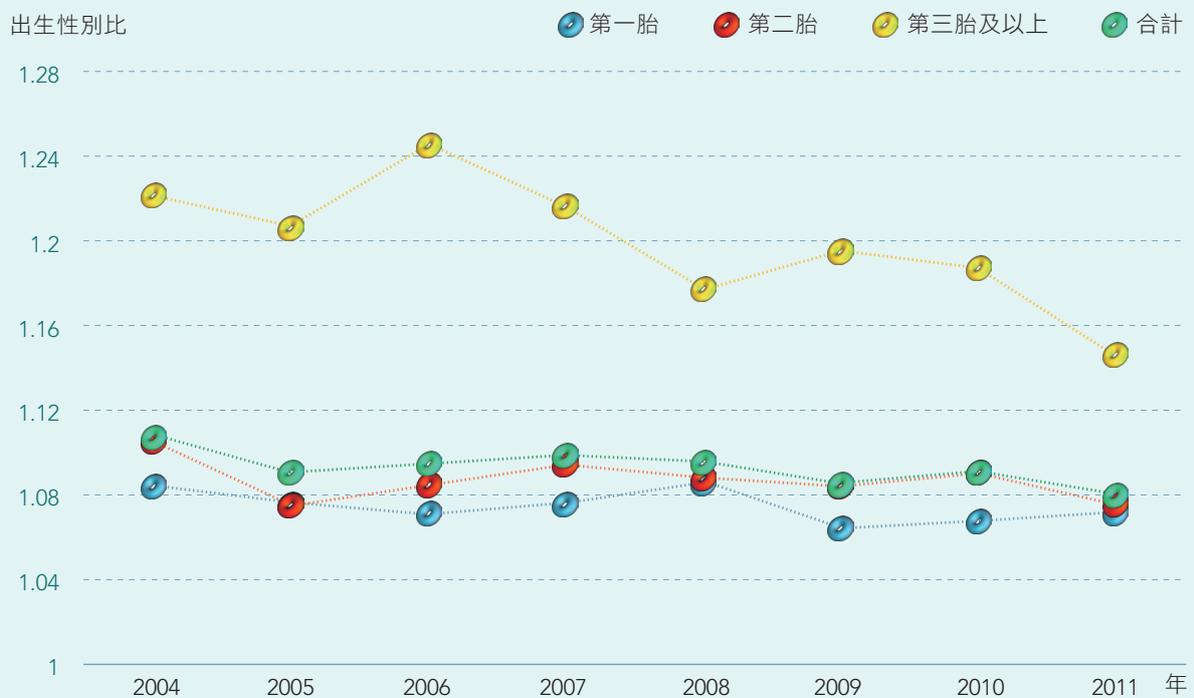
另外，新生兒先天性兩側聽力障礙盛行率約 3%。而在 2011 年有接生的院所 399 家中，共有 290 家醫院提供新生兒聽力篩檢，占 73%，另學齡前兒童聽力篩檢率達 91.38%。

圖 2-5 歷年出生通報活產數



資料來源：本局出生通報統計

圖 2-6 歷年出生通報總活產胎次出生性別比折線圖



資料來源：本局出生通報統計

表 2-1 歷年出生通報活產數及出生性別比

年	活產數	男生 (%)	女生 (%)	出生性別比
2004 年	217,386	52.55	47.45	1.108
2005 年	206,925	52.18	47.82	1.091
2006 年	205,026	52.29	47.71	1.096
2007 年	203,377	52.33	47.67	1.098
2008 年	196,373	52.30	47.70	1.096
2009 年	192,465	52.04	47.96	1.085
2010 年	166,630	52.14	47.86	1.090
2011 年	198,386	51.89	48.11	1.079

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

表 2-2 歷年出生通報活產胎次出生性別比

年度		第一胎	第二胎	第三胎或以上	合計
2004 年	人數	113,181	77,854	26,345	217,380
	男生	58,878 (52.02)	40,873 (52.5)	14,488 (54.99)	114,239
	女生	54,303 (47.98)	36,981 (47.5)	11,857 (45.01)	103,141
	出生性別比	1.084	1.105	1.222	1.108
2005 年	人數	104,549	77,163	25,211	206,923
	男生	54,219 (51.86)	39,965 (51.79)	13,788 (54.69)	107,972
	女生	50,330 (48.14)	37,198 (48.21)	11,423 (45.31)	98,951
	出生性別比	1.077	1.074	1.207	1.091
2006 年	人數	105,700	74,897	24,424	205,021
	男生	54,684 (51.74)	38,976 (52.04)	13,551 (55.48)	107,211
	女生	51,016 (48.26)	35,921 (47.96)	10,873 (44.52)	97,810
	出生性別比	1.072	1.085	1.246	1.096
2007 年	人數	106,005	74,234	23,136	203,375
	男生	54,940 (51.83)	38,780 (52.24)	12,702 (54.9)	106,422
	女生	51,065 (48.17)	35,454 (47.76)	10,434 (45.1)	96,953
	出生性別比	1.076	1.094	1.217	1.098
2008 年	人數	102,854	71,565	21,954	196,373
	男生	53,545 (52.06)	37,283 (52.1)	11,872 (54.08)	102,700
	女生	49,309 (47.94)	34,282 (47.9)	10,082 (45.92)	93,673
	出生性別比	1.086	1.088	1.178	1.096
2009 年	人數	101,338	70,724	20,403	192,465
	男生	52,262 (51.57)	36,780 (52)	11,113 (54.47)	100,155
	女生	49,076 (48.43)	33,944 (48)	9,290 (45.53)	92,310
	出生性別比	1.065	1.084	1.196	1.085
2010 年	人數	86,656	60,754	19,220	166,630
	男生	44,756 (51.65)	31,694 (52.17)	10,435 (54.29)	86,885
	女生	41,900 (48.35)	29,060 (47.83)	8,785 (45.71)	79,745
	出生性別比	1.068	1.091	1.188	1.090
2011 年	人數	102,530	75,131	20,724	198,385
	男生	53,036 (51.73)	38,897 (51.77)	11,012 (53.14)	102,945
	女生	49,494 (48.27)	36,234 (48.23)	9,712 (46.86)	95,440
	出生性別比	1.072	1.073	1.134	1.079

資料來源：本局出生通報

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

2. 2004 年性別不明者共 6 案，第一胎 5 案，第三胎 1 案。

3. 2005 年性別不明者共 2 案，第一胎 1 案，第二胎 1 案。

4. 2006 年產婦不詳者共 5 案，分別為男 3 案、女 2 案。

5. 2007 年性別不明者共 2 案，第一胎 1 案，第二胎 1 案

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

為促進嬰幼兒及兒童健康成長，本局推動母乳哺育政策不遺餘力；產後一個月以下純哺餵母乳率從 1989 年 5.4% 提升至 2011 年 68.6%，產後一個月以下總哺乳率從 1989 年 26.6% 提升至 2011 年 91.8%。

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

### 業務指標

- 一、新生兒先天性代謝異常疾病年篩檢率達 99% 以上。
- 二、提高兒童預防保健平均利用率，達 75%；一歲以下至少一次利用率達 98% 以上。
- 三、母乳哺育率：採世界衛生組織及聯合國兒童基金會建議，純母乳哺育須達 6 個月，其後添加適當副食品，且持續母乳哺育至兒童兩歲或兩歲以上的原則為指標；預計 2012 年底：產後一個月以下純哺餵母乳率可達 69%。

### 政策與成果

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

#### 一、組織與資源整合

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

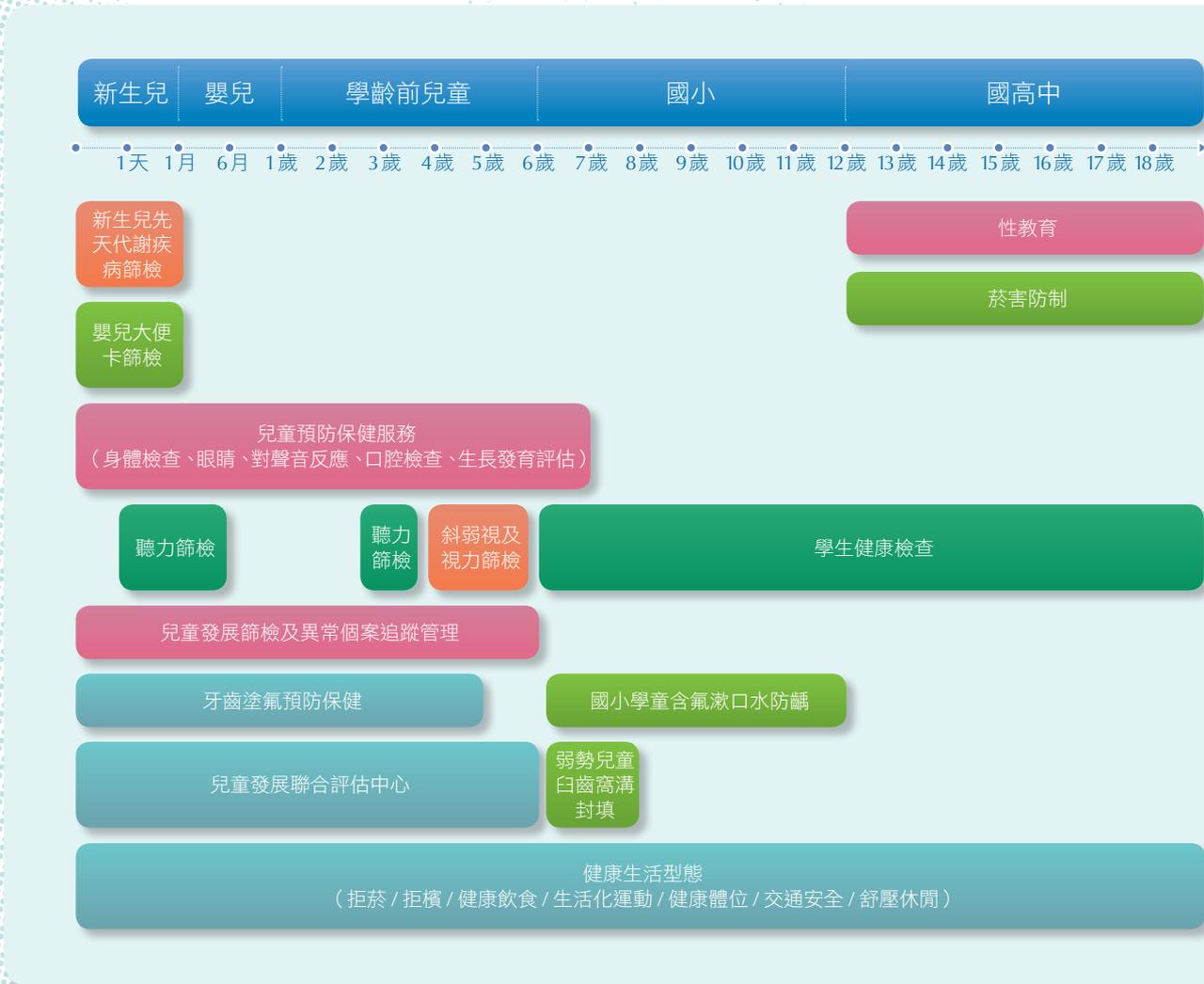
#### 二、建構完整的保健服務

彙整我國兒童主要健康政策（如圖 2-7），並摘錄部分服務內容如下：

##### （一）辦理出生通報

全國接生醫療院所自 2004 年全面實施出生通報資料網路傳輸，該出生通報系統同時將通報資料依國籍別轉檔傳送至內政部戶政司，並由內政部戶政司分別傳送至移民署及各鄉鎮市區戶政事務所，俾利各級衛生與戶政主管單位迅速、正確、完整掌握人口出生動態及高危險群新生兒資料（含先天性缺陷兒），以及早提供各項必要之服務。考量資料安全性與降低系統被入侵之可能性，已將醫事憑證（HCA）認證機制導入「網路出生通報系統」。2011 年總出生通報人數計 20 萬 0,708 人，其中活產 19 萬 8,387 人（活產率為 98.84%），死產 2,321 人（死產率為 1.16%），網路通報率達 99.9%，所彙集資料之統計結果可提供各界規劃生育保健政策、策略及服務措施之參考。

圖 2-7 嬰幼兒及兒童健康政策



## (二) 提供新生兒篩檢服務

1985年起，全面推廣新生兒先天性代謝異常疾病篩檢服務；近年來每年篩檢率均達99%以上，並進一步提供經篩檢確診為陽性個案治療及遺傳諮詢，以降低後遺症。2011年篩檢19萬7,789人（篩檢率99.7%），發現葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症（俗稱蠶豆症）3,650人、先天性甲狀腺功能低下症204人、先天性腎上腺增生症12人、苯酮尿症6人、高胱胺酸血症0人、異戊酸血症0人、楓糖漿尿症1人、半乳糖血症0人、甲基丙二酸血症3人、戊二酸血症第一型0人，中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症0人（表2-3）。

表 2-3 2011 年新生兒先天性代謝異常疾病篩檢異常個案數（篩檢人數 19 萬 7,789 人）

篩檢項目	疾病發生率	異常個數案
葡萄糖 -6- 磷酸鹽去氫酶缺乏症 (G-6-PD)	1 : 51	3,650
先天性甲狀腺低能症 (CHT)	1 : 1027	204
先天性腎上腺增生症 (CAH)	1 : 15,032	12
苯酮尿症 (PKU)	1 : 24,021	6
高胱胺酸尿症 (HCU)	0	0
異戊酸血症 (IVA)	1 : 308,395	0
楓糖漿尿症 (MSUD)	1 : 106,225	1
半乳糖血症 (GAL)	1 : 177,041	0
甲基丙二酸血症 (MMA)	1 : 73,540	3
戊二酸血症第一型 (GA 1)	1 : 119,503	0
中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症 (MCAD)	1 : 956,023	0
合計		3,876

### (三) 提供兒童預防保健服務

為增進兒童健康，本局透過健保特約醫療院所，補助提供七歲以下兒童預防保健服務，以建立連續性健康管理與保健指導，並早期發現異常個案，以期早期治療。2002 年起，這項兒童預防保健服務利用率均維持七成左右，其中 65.9% 在基層診所完成，其餘 34.1% 則在醫學中心、區域醫院及地區醫院實施；2011 年約 100 萬人次接受本項服務，平均利用率約 80%。1 歲以下至少一次服務利用率 98%。

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

### (四) 提升專業人員知能

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

### (五) 委託醫院辦理「兒童發展聯合評估中心」

為提供疑似發展遲緩兒童準確、具可近性及整合性之兒童發展聯合評估，並讓疑似發展遲緩兒童儘速接受聯合評估服務，本局 2010 年起於各縣市除設置 1 家「兒童發展聯合評估中心」之外，更依據各縣市 6 歲以下兒童之人口數及醫療資源分佈，廣設兒童發展聯合評估中心，計達 35 家，2011 年增設至 42 家兒童發展聯合評估中心。

**(六) 建置友善的母乳哺育環境，提升母乳哺育率**

1. 辦理母嬰親善醫療院所認證以改變醫療院所作業及習慣，並終止醫療院所免費或低價提供母乳代用品，將母乳哺育納入醫療照顧常規，提供新生命最好的起步。2001 年計有 38 家醫療院所通過母嬰親善認證，2011 年增至 158 家，母嬰親善醫療院所認證大幅成長，涵蓋全國出生數由 2004 年的 39.2% 提高到 2011 年的 71.4% (表 2-4)；全國產後 1 個月以下純母乳哺育率由 2004 年 46.6% 提升至 2011 年 68.6%，4 個月以下純母乳哺育率則由 28.4% 提升至 52.9%。
2. 設置 0800-870870 諮詢專線，解答母乳哺育相關問題。2011 年電話諮詢服務總數 13,350 通。此外，設置母乳哺育網站，提供醫護人員及民眾相關資訊，宣導母乳哺育知識，瀏覽人次共 35 萬 5,936 人次。
3. 為培育母乳哺育種子講師，加強培訓醫護人員指導母乳哺育的專業技能，2011 年辦理母乳哺育種子講師及工作人員教育訓練計畫，共舉辦 7 場訓練，計通過 48 位母乳哺育種子講師資格，807 位醫護人員參與母乳哺育基礎訓練課程。
4. 持續加強跨部會合作，建置母乳哺育友善職場環境，如結合縣市衛生局輔導轄區職場設置哺集乳室；2011 年與勞委會合作辦理「性別工作平等法暨性騷擾防治宣導會」，宣導營造友善的職場哺乳環境，共辦理 25 場次，2,250 人參與。

表 2-4 母嬰親善醫療院所認證工作成果

年 \ 項目	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
通過認證數 (家)	38	58	74	77	81	82	94	94	113	144	158
全國一個月以下純哺餵率 (%)	—	—	—	46.6	—	—	—	62.7	64.4	65.7	68.6
通過認證醫院出生數涵蓋率 (%)	—	—	—	39.2	40.8	41.3	47.4	46.3	53.9	67.2	71.4

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

### (七) 推動公共場所母乳哺育條例立法

1. 世界衛生組織及聯合國兒童基金會於 1989 年一起發表「保護、鼓勵和支持母乳哺育」之聯合聲明，並於 1990 年確認母乳哺育已成為兒童生存保護發展之重要指標。因而呼籲制定國家母乳哺育政策，強調制定法律保護婦女哺育母乳之權利。
2. 為保障婦女於公共場所哺育權利，推動「公共場所母乳哺育條例」立法，該法已經總統於 2010 年 11 月 24 日公布施行，為便於一定之公共場所設置哺（集）乳室時有所遵循，依公共場所母乳哺育條例第五條第三項規定於 2011 年 5 月 11 日發布「公共場所哺（集）乳室設置及管理標準」；2011 年 8 月 23 日公告依法應設置哺（集）乳室之場所，其總樓地板面積之認定解釋令，提供縣市政府據以執行該條例之參考；9 月 28 日發布「公共場所申請核准得不設置哺（集）乳室之認定及作業要點」，2011 年全國公共場所依該條例應設置哺（集）乳室之場所計 1,549 處。

### 三、出生性別比失衡之因應對策

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

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

此外，對受孕前後可能影響胎兒性別之技術，也進行相關規範，如於受孕前運用人工生殖技術選擇胚胎性別，則依人工生殖法第 16 條第 3 款規定處 20～100 萬罰鍰，行為醫師移付懲戒；最重為廢止人工生殖機構的許可，且廢止許可 2 年內，不得重新申請許可。針對新生兒性別失衡現象，已多次函令醫療院所「不得為非性聯遺傳疾病診斷之胎兒從事有關產前性別篩選，亦不得應孕婦及其親屬之要求施行產前性別篩選之處置，更不得以性別差異為由施行人工流產」，違者將依醫療相關法規論處。並已頒訂「遺傳性疾病檢驗機構評核要點」，規定除了性聯遺傳疾病診斷之外，不得施行性別之鑑定。另，於 2012 年 3 月 23 日函令醫事檢驗師或醫事檢驗生執行非性聯遺傳疾病診斷之產前胎兒性別檢驗行為，為醫事檢驗師法第 36 條第 2 款業務上有違法或不正當行為。

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

經努力宣導及禁止非醫療必要之性別篩選與性別選擇性墮胎，2011 年出生性別比下降為 1.079，已降到全球國際排名第 12 名，創 16 年來（自 1996 年以來）的最低值，推估減少 993 位女嬰消失。而一向比第一、二胎高出許多的第 3 胎以上的出生性別比，在 2011 年也降到 1.134，更是創 18 年來（自 1994 年以來）的最低值。此外，2012 年 1-4 月之出生性別比為 1.074，較去（2011）年同期出生性別比 1.084 下降。

## 第三節 青少年健康

### 壹、青少年性健康

#### 現況

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

本局高中、高職、五專學生健康行為調查顯示：2011 年 15-17 歲青少年性行為比率男性 12.9%、女性 8.8%，最近一次發生性行為避孕比率男性 74.1%、女性 77%；2009 年 15-17 歲青少年性行為比率男性 13.5%、女性 13.5%，最近一次發生性行為避孕比率男性 68.4%、女性 68.6%；可見近 2 年來 15-17 歲青少年性行為比率降低，最近一次發生性行為避孕比率增加。另 2011 年內政部人口統計，臺灣 15-19 歲青少年生育率為 3.68‰，與 2002 年 12.61‰ 則已呈現明顯下降（圖 2-8）；2011 年臺灣與各國比較，較美國（41.2‰）、英國（29.6‰）、澳洲（12.8‰）、瑞典（6‰）、日本（5‰）低，但仍高於香港（3.2‰）、南韓（2.3‰）。

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

圖 2-8 2002 ~ 2011 臺灣青少年生育率



### 業務指標

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

### 政策與成果

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

相關策略與成果簡介如下：

#### 一、青少年視訊諮詢服務計畫

性福 e 學園 - 青少年網站 (<http://www.young.gov.tw/>)：提供青少年性健康相關資訊，網站瀏覽人次計 39 萬 0735 人次，網站建置「秘密花園」提供青少年性健康視訊諮詢服務，共計服務 3,092 人次。

#### 二、「青少年性健康促進服務站推展計畫」：

以青少年熟習的網路部落格、MSN 與電話為對話及諮詢平臺，進而轉介有需要的青少年進入個別心理諮商或醫療院所接受服務，0800 及 MSN 諮詢服務 693 人次。並結合 19 縣市 87 所學校，辦理 113 場次入校宣導講座計 2 萬 6,264 人次參與。

### 三、「青少年親善醫師／門診計畫」：

結合 31 家醫療院所設立「Teens' 幸福 9 號門診」，提供青少年預防保健及生育保健服務，協助其與家長溝通共同解決不預期懷孕等問題，青少年親善醫師 / 門診服務共計 1,981 案。

## 貳、校園菸害防制

### 現況

2011 年國中生吸菸率 7.3%（男性 10.5%，女性 3.7%），其中一至三年級分別為 5.4%、7.7% 及 8.9%，達顯著差異，顯示年級愈高，吸菸率愈高；與 WHO 的 GYTS（Global Youth Tobacco Survey）調查結果相比，我國國中生青少年吸菸率低於美國（13.0%）、新加坡（9.1%）、紐西蘭（14.5%）、馬來西亞（20.2%）、蘇聯（25.4%）等國家，與韓國（8.8%）相近；至於 2011 年高中職生吸菸率為 14.7%（男性 20.3%，女性 8.1%）未再上昇（表 2-5），青少年吸菸率首度全面獲得有效壓制，惟青少年的吸菸率是不容忽視的議題。

表 2-5 青少年吸菸率歷年比較

青少年調查	國中學生			高中職學生			
	2008 年	2010 年	2011 年	2007 年	2009 年	2011 年	
吸菸率	整體	7.8%	8.0%	7.3%	14.8%	14.8%	14.7%
	男性	10.3%	11.2%	10.5%	19.3%	19.6%	20.3%
	女性	4.9%	4.2%	3.7%	9.1%	9.1%	8.1%

資料來源：本局「青少年吸菸行為調查」

### 業務指標

2011 年培訓校園戒菸教育種籽教師 154 人。

### 政策與成果

- 一、依據學校衛生法及菸害防制法規定，高中職以下學校為全面禁菸之場所，為積極降低青少年吸菸率，與教育部合作，訂定降低學生吸菸率、降低學生暴露校園二手菸比率等各項計畫目標，要求各級學校執行「校園菸害防制實施計畫」，並辦理實地聯合訪查。
- 二、為提昇學生戒菸的行動力，協助校園推動多元戒菸服務，以營造無菸校園，辦理校園戒菸教育種籽教師培訓初階班 183 人、進階班 54 人，期望戒菸教育種籽師資培訓的教育介入，能提升種籽教師辦理戒菸教育所須之專業知能、態度及自我效能。

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

## 第四節 視力、聽力及口腔保健

### 壹、視力保健

#### 現況

近視是臺灣兒童非常重要的一個健康問題，依據 2010 年調查，國小一年級近視盛行率為 21.5%，較 2006 年 19.6% 微幅上升 1.9%；2010 年國小六年級近視盛行率為 65.8%，較 2006 年 61.8% 上升 4%。2006 年的全國調查結果顯示，雖然國小學童近視盛行率（ $\leq -0.25D$ ，即 25 度）逐年增加的趨勢已逐漸趨緩，但高度近視（ $\leq -6.0D$ ，即 600 度）盛行率仍比其他東南亞國家及歐美地區為高，如表 3-2、3-3。由於高度近視會增加各種眼疾併發症的發生風險，因此，透過兒童視力篩檢服務，提早發現兒童視力不良問題，給予轉介矯治。

表 2-6 臺灣地區 6 ~ 18 歲學生近視狀況

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

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

表 2-7 各地區高度近視情形

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

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

## 業務指標

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

## 政策與成果

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

### 一、學齡前兒童視力健康服務

- (一) 利用本局提供的兒童預防保健服務，依眼睛生長發育期，由小兒科或家醫科醫師進行視覺評估服務項目包括瞳孔、固視、眼位（斜弱視檢查之遮蓋測試）、角膜及亂點立體圖等檢查。
- (二) 為早期發現、早期矯治，於全國辦理滿 4 歲及滿 5 歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務，提供視力異常個案轉介與諮詢等服務。2011 年計篩檢 35 萬 2,375 人，異常個案轉介追蹤率達 98.9%。

二、為提供可近性照護，藉以早期發現視力問題早期給予矯治，2011 年辦理眼科醫師介入幼托園所近視防治工作計畫，社區眼科醫師培訓，計 4 場 59 人參加；試辦眼科醫師到校服務，計 6 縣市 60 家幼托園所；視力複檢異常之幼童或家長進行矯治座談會，計 47 場次 283 人參加；協助幼托園所規劃護眼環境推動，計 5 縣市 10 次園所；研習訓練，計 6 縣市 542 人參加。

三、2011 年辦理健康傳播整合近視防治宣導，製作宣導帶利用電視大眾媒體宣導近視防治之重要性。

四、規劃協調教育部將視力保健衛教及支持性環境納入教保機構評鑑標準。

五、為響應世界衛生組織「世界視覺日」（10 月 13 日）發佈響應「睛」彩人生新聞稿，提醒家長多帶孩子到戶外活動。

## 貳、聽力保健

### 現況

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

國內參與新生兒聽力篩檢院所涵蓋率由 2007 年 28.70%，提升至 2011 年 72.68%。學前兒童聽力篩檢率由 2002 年 30.3% 提升至 2011 年的 91.38%。

## 政策與成果

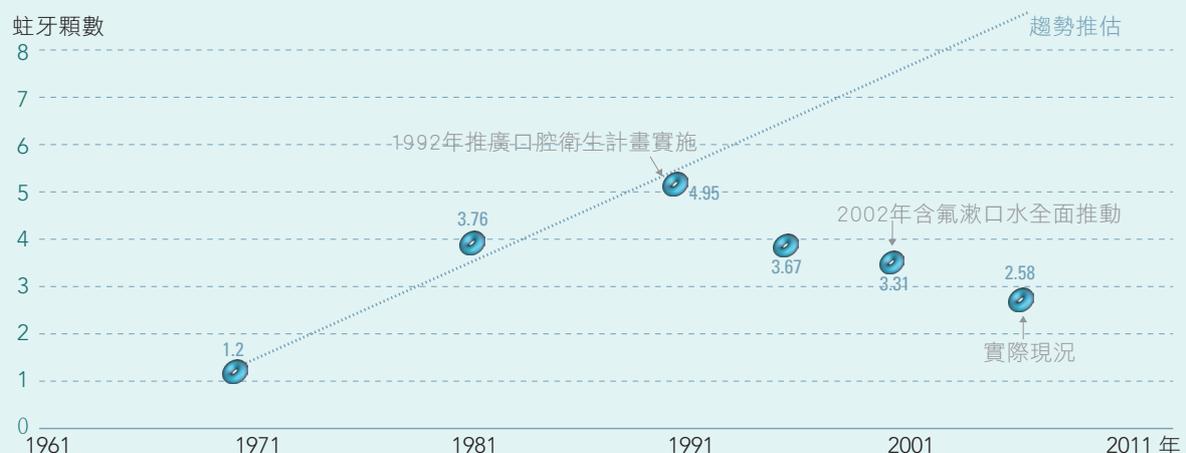
- 一、2010-2011 年辦理「新生兒聽力篩檢服務網絡計畫及成效評估」，透過北、中、南、東 4 個區域服務中心（該中心為執行新生兒聽力篩檢之區域級以上之醫院），針對未提供新生兒聽力篩檢服務之院所輔導規劃服務，2011 年成功推廣 55 家醫療院所啟動篩檢服務。
- 二、辦理「學齡前兒童聽力篩檢服務計畫」，於社區或托兒園、所進行篩檢，2011 年篩檢人數為 17 萬 9,898 人，篩檢率為 91.38%，複檢率為 97.88%。
- 三、自 2010 年起，優先提供低收入戶之新生兒出生 3 個月內「聽力篩檢」之費用補助，及早發現聽損兒，於 6 個月前接受療育，可擁有正常的語言認知及發展，至 2011 年共 90 家醫療院所通過申請為篩檢服務醫院。
- 四、辦理「101 年全面推動新生兒聽力篩檢前置作業」：公告「新生兒聽力篩檢醫療機構認證原則」，及完成「新生兒聽力篩檢確診醫療機構條件」；辦理北、中、南、東 4 場次「全面推動新生兒聽力篩檢說明會」。

## 參、口腔保健

### 現況

歷年全國性調查顯示，12 歲兒童齲蝕指數（DMFT index）由 1981 年 3.76 顆，到 1990 年已增加為 4.95 顆；當年依此趨勢推估，到 2000 年將達 7.0 顆；因此，衛生署於 1991 年開始編列大筆預算，推動兒童口腔健康政策，終而顯現成果；至 1996 年降為 3.67 顆、2000 年降為 3.31 顆及 2006 年降為 2.58 顆（圖 2-9）；惟與 WHO 2010 年 12 歲兒童恆牙齲蝕指數小於兩顆的口腔保健目標，仍有相當的努力空間；各國 12 歲兒童的齲蝕指數（DMFT index）之比較如表 2-8。

圖 2-9 臺灣地區歷年 12 歲兒童恆齒齲蝕指數



資料來源：臺灣地區兒童及青少年口腔健康狀況調查

表 2-8 各國 12 歲兒童的齲蝕指數 (DMFT index)

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

資料來源：WHO

另，牙周病是國人常見口腔疾病，嚴重的牙周病會導致齒槽骨流失、牙齒動搖、脫落等；如未適當介入、矯治，將導致缺牙或失去口腔功能，嚴重影響生活品質；依據本局 2008 年全國性調查研究顯示，35 ~ 44 歲有牙周囊袋 (CPI 三及四級) 罹患率為 54.22%；整體牙周病情況隨年齡增加而日趨嚴重，男性普遍比女性嚴重；各國 35 ~ 44 歲牙周囊袋盛行率之比較如表 2-9。

表 2-9 各國 35 ~ 44 歲牙周囊袋盛行率

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

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

## 業務指標

2011 年 12 歲兒童齲蝕指數 (DMFT index) 降至 2.2 顆為預期目標。

## 政策與成果

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

### 一、降低兒童齲齒率

#### (一) 提供五歲以下兒童免費牙齒塗氟服務

氟化物是 WHO 認為最經濟、安全、有效的齲齒防治策略，國外文獻亦指出，兒童牙齒塗氟可有效降低齲齒率達 28%。本局積極推動氟化物防齲措施，自 2004 年 7 月起，提供 5 歲以下兒童每半年一次牙齒免費塗氟、口腔檢查以及口腔衛生教育，期養成家長定期帶兒童看牙醫、學習口腔保健、預防蛀牙的習慣，2011 年共服務 309,118 名兒童，一年至少利用一次之比率為 33.3%。為加強提醒父母或兒童照顧者，養成「預防勝於治療」的就醫習慣，在兒童健康手冊內，列有請醫師轉介至牙醫師執行塗氟服務之提醒，並將加列給予父母勾填是否完成每半年塗氟之欄位，及幼兒口腔保健之相關衛教資訊。

#### (二) 全面推廣國小學童含氟漱口水防齲計畫

自 2001 年起，全面於全國 25 縣市推動，2010 年補助中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理，計 2,661 所學校、152 萬名學童參與；其中，全國偏遠山區的學校全部參與，並辦理學童口腔保健牙醫師研習及牙醫院校口衛隊研習。另結合縣市牙醫師公會，由牙醫師前往監測學校實施品質及推動學校餐後潔牙、氟化物防齲、口腔衛教等教學宣導活動。

#### (三) 弱勢兒童白齒窩溝封劑補助方案

目前國小學童雖已實施含氟漱口水計畫，但氟化物對牙齒咬合面的窩溝蛀牙預防效果並不明顯，而運用窩溝封劑可降低牙齒咬合面 57% 的齲齒率，故本局自 2010 年起提供山地鄉國小一、二年級學童及非山地鄉國小低收入戶一年級學童白齒窩溝封劑服務，以預防弱勢兒童白齒之齲齒，2011 年服務 2,954 名學童；2012 年度擴大至山地原住民族地區及離島地區國小一、二年級學童，非山地原住民族中低收入戶及低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童恆白齒窩溝封填服務。

### 二、建置牙周病口腔健康照護模式

2011 年完成研發牙周病口腔健康照護手冊，供培訓種子教師及社區推廣使用，辦理 3 場次種子教師培訓，共培訓 103 人；所培訓種子教師到社區推廣口腔保健及正確潔牙方式：偏遠地區辦理 6 場次，參與人數計 166 人；平地辦理 14 場次，參與人數計 416 人共計 582 人。

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

第三章

# 健康的生活

*Bureau Of  
Health Promotion*



健康月

躍躍健康

120

### 第三章

## 健康的生活

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

依世界衛生組織（WHO）所提出全球飲食、身體活動與健康策略，身體活動量不足、不健康飲食行為，是造成非傳染性疾病的兩大主要因素。聯合國並於 2011 年 9 月召開非傳染性疾病高峰會，強調四大疾病及四大危險因子，而肥胖與不健康飲食及缺乏身體活動，皆為非傳染性疾病的主要危險因子，爰此，乃透過結合縣市衛生局及跨部門合作，提升民眾在熱量及營養的知能，檢視並改善致胖環境，在各場域（醫院、學校、職場、社區）營造健康的支持性環境，鼓勵民眾健康飲食、規律運動，遠離肥胖及慢性疾病帶來的威脅。

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

### 第一節 菸品健康危害防制

#### 現況

菸害防制法新規定自 2009 年 1 月 11 日實施迄今已滿 3 周年，新規定重點在擴大禁菸場所範圍，包括室內公共場所、室內三人以上工作場所等，從相關調查或統計資料顯示 2011 年我國 18 歲以上成年人之吸菸率為 19.1%（男性 33.5%、女性 4.4%），較 2008 年 21.9%（男性 38.6%、女性 4.8%），降幅超過 1 成（圖 3-1）。高中職學生吸菸率 2011 年為 14.7%（男性 20.3%，女性 8.1%），國中男性學生吸菸率 2011 年為 7.3%（男性 10.5%，女性 3.7%）（國、高中吸菸率詳細數字請參閱第二章第三節）。

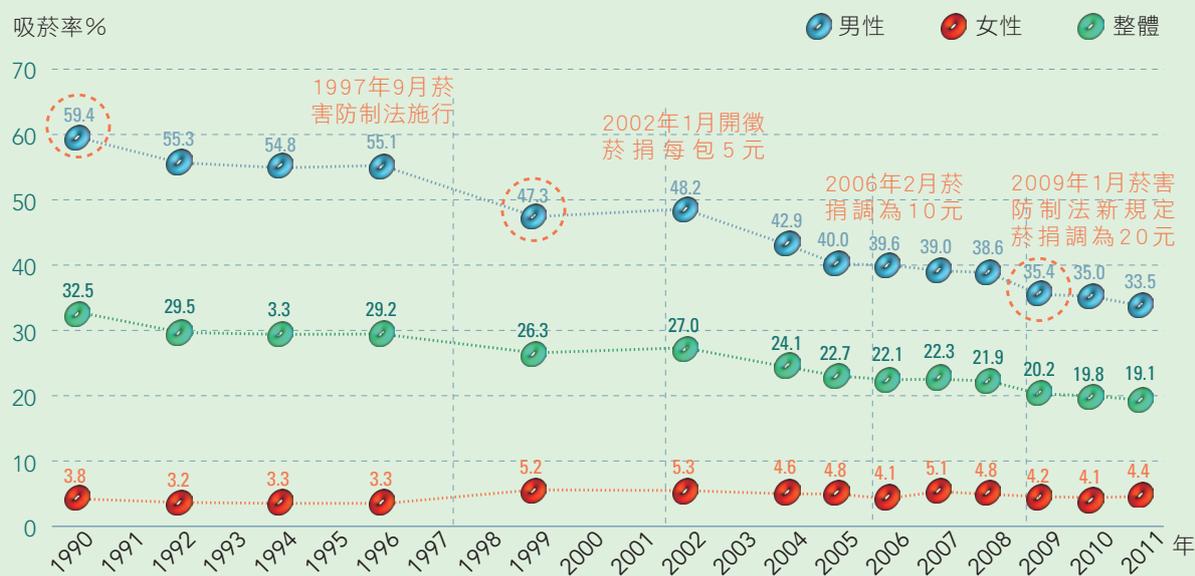
整體而言，成年男性吸菸率由 2004 年的 42.9% 降為 2011 年的 33.5%，有明顯下降，成年女性吸菸率尚無明顯變化；在青少年吸菸率方面，2004 年以來持續呈上昇趨勢的「國中男性」與「高中職女性」吸菸率，都首度壓制下來。法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，由新規定實施前 23.7% 下

降為 2011 年的 8.2%，保護率達 91.8%，但家庭二手菸暴露率達 19.9%；平均每位吸菸者吸菸量未再減少（2008～2011 年分別為 19.0 支、18.0 支、18.6 支、18.7 支），尚有努力之空間。

2011 年，除了加強傳統商店、檳榔攤等販菸場所違法供應未滿 18 歲者菸品的稽查工作，杜絕青少年菸品來源外，並加強校園內戒菸諮詢人員教育訓練。此外，結合各界發動全面性免費戒菸專線（0800-636363）、各縣市醫療院所門診戒菸，藥局戒菸輔助等方式，提供吸菸者便利的戒菸管道。

2011 年工作之重點：一、落實菸害防制法；二、無菸支持環境；三、多元化戒菸服務；四、監測與研究；五、人才培訓與國際交流，詳述如後。

圖 3-1 臺灣歷年 18 歲以上成人吸菸率



資料來源：1. 1971 至 1996 年為菸酒公賣局調查資料。

2. 1999 年為李蘭教授調查資料。

3. 2002 年為國民健康局「臺灣地區 2002 年國民健康促進知識、態度與行為調查」。

4. 2004 至 2011 年為國民健康局「成人吸菸行為電話調查」。

5. 1999 至 2011 年吸菸者定義係指以前到現在吸菸超過 100 支（5 包），且最近 30 天內曾使用菸品者。

## 業務指標

2011 年 18 歲以上吸菸率低於 18.8%。

## 政策與成果

### 一、落實菸害防制法

分別自落實執法稽查工作、持續增加特定群體菸害防制教育計畫、加強菸害防制傳播宣導等，積極推動地方菸害防制相關工作，提醒民眾遵守菸害防制法，落實無菸好環境。

- (一) 各縣市衛生局主動執法稽查輔導，2011 年全國總稽查數共計 38 萬餘家、352 萬餘次、取締數 10,493 件、已開處分書 9,513 件，總計全年罰鍰約 1,500 萬餘元整。
- (二) 補充地方菸害防制相關人力約 125 人，並透過辦理研習營、研討會、訓練班及編製執法手冊彙編，以加強菸害防制人員專業品質。
- (三) 辦理菸害防制義工或志工訓練；辦理宣導教育計 10,150 場次，醫事人員訓練 184 場，訓練合格 17,522 人，戒菸班 447 場，參加人數 7,854 人及無菸環境 650 處。
- (四) 為提供民眾無菸環境的諮詢與檢舉服務，自 2008 年 12 月起，提供「菸害諮詢與檢舉專線服務 0800-531-531」專線，受理民眾對於菸害防制法之諮詢或申訴，2011 年共接獲民眾諮詢電話約 3,119 件，申訴案計亦有 816 件，均轉請各縣市衛生局處理完竣。

## 二、無菸支持環境

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

### (一) 各類場域之無菸環境：

1. 校園防制工作方面：(1) 徵選 4 家種子學校參與「校園菸害媒體識讀之教材評估與整合」，透過「準實驗法」(實作實測)之方式推動菸害媒體識讀教材及相關工作，提升國中小學生對菸害之認知，並舉辦 4 場次的地區教學觀摩會，提供教師相關媒體識讀教育資源、識讀教學方法與技巧、及教育諮詢輔導。(2) 辦理「大專校院校園菸害防制計畫」共 44 所學校，461 人參與「校園菸害防制研習營」，並協助 31 家學校落實校園菸害防制，針對該校菸害防制現況，提出具體計畫目標與方向，內容包含校園菸害公共策略之制訂、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人健康技能、重新定位健康服務及多元化創意行銷等六大議題，藉由參與的學校於「落實校園菸害防制方案」介入後，期望菸害防制相關工作之成效能提升。
2. 社區：補助縣市辦理 101 個無菸社區計畫，其中宜蘭縣羅東鎮衛生所推動設置無菸觀光休閒園區 2 處，包括：林務局羅東林場區管理處，結合產官學進行菸害防制工作。
3. 部隊：與國防部軍醫局透過各軍種司令部訂定國軍菸害防制政策、主動介入戒菸治療服務及菸害防制研究與監測等推動相關工作。經追蹤 2009 年入伍新兵 1 萬 1,087 名，至 2010 年屆退之時，吸菸率自 42.2% 下降至 39.5%；而追蹤 2010 年入伍新兵 1 萬 4,685 名，至 2011 年屆退之時，吸菸率自 39.2% 下降至 38.6% (表 3-1)，顯示國軍推動菸害防制工作逐漸收到成效。

4. 醫院：成立全球無菸醫院網絡（Global Network for Tobacco Free Healthcare Services）」第一個亞太地區網絡，計 53 家醫院加入無菸醫院認證，32 家達金質獎水準。
5. 職場：推動健康職場自主認證，2011 年共 1,888 家通過審查獲菸害防制認證，實地輔導 172 家職場。職場員工吸菸率由 2010 年 17.3% 下降至 2011 年 16.9%。

表 3-1 國軍吸菸率比較

項目	人數	吸菸率 (%)
2009 年入伍	11,087	42.2
2010 年屆退		39.5
2010 年入伍	14,685	39.2
2011 年屆退		38.6

資料來源：國防部

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

1. 透過勸導父親及早戒菸幸福無憾的 30 秒短片、10 萬張海報、30 萬張拒菸功課表、少女漫畫徵稿活動、少女雜誌星座拒菸、戒菸廣告及「分享拒菸故事」網路影像徵選活動等，以提高青少女對菸害的覺察力。
2. 邀請徐風、卓勝利及孫越等三位資深藝人，透過 30 秒短片、廣播、平面廣告或海報、手冊等，以切身之痛的經歷，呼籲吸菸者及早戒菸，以遠離慢性阻塞性肺病及相關癌症。
3. 辦理年輕族群反菸創作徵選、校際拒菸活動推廣、漫畫徵稿、電視、廣播、報章雜誌、網路活動與廣告、戶外電視牆、商圈廣告、交通運輸等媒體及相關活動露出，以融入民眾生活方式加強宣導，鼓勵吸菸者戒菸。
4. 印製發送 50 萬本的「戒菸教戰手冊」，透過縣市衛生局所提供給吸菸者利用，並透過戒菸專線服務中心對簽署戒菸卡的吸菸者，進行電話戒菸關懷。
5. 透過「100 年度健康訊息媒體宣導成效監測與評估」研究發現，2011 年受訪民眾接觸各項健康議題宣導項目中，以「戒菸宣導」比例最高（約 84.4%）。88.5% 民眾認為無菸環境有改善；69.7% 民眾知道政府提供戒菸服務，較 2010 年的 64.2% 為高。

### 三、多元化戒菸服務

戒菸可以預防心血管疾病、呼吸道疾病與癌症。與治療高血壓、糖尿病、高血脂症相比，戒菸對個人、家庭與社會，都是立即、有效又省錢的作法，既不必終生服藥，亦不需仰賴昂貴檢查，以簡單方法，在半年之內，就可將一個可引發心臟病、中風、癌症、慢性呼吸道疾病等多重問題的病因加以根治，吸菸者可經由門診戒菸治療、免費電話戒菸諮商及戒菸班等方式獲得戒菸的協助。為幫助吸菸者戒菸及減少障礙，並採取戒菸行動，提供吸菸者支持戒菸的協助。

- (一)門診藥物戒菸治療服務：各縣市近 2,000 家醫療院所提供門診戒菸服務，吸菸者可接受醫師的諮詢及戒治菸癮的藥物（如貼片、嚼錠等），政府也補助每人每週 250 元的費用，需要的民眾可上網查詢提供服務的醫療院所就近多加利用（網址：<http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/>）；自 2002 年開辦至 2011 年，接受戒菸服務之個案數累積至 47 萬 852 人，其中 2011 年全年服務 12 萬 8,420 診次、4 萬 8,764 人之服務量，6 個月點戒菸成功率約為 23.4%。
- (二)戒菸專線服務：自 2003 年辦理之「戒菸專線服務計畫」，透過電話的便利性、隱密性與可近性，結合專業的心理諮商，週一至週六上午 9 時至晚上 9 時，使用市內電話、公用電話及手機撥打免付費專線 0800-63-63-63，由專業諮詢人員進行一對一電話訪談，協助來電者量身打造個人戒菸計畫，至 2011 年累計服務 61 萬 2,409 人次。2011 年提供電話諮詢服務量 9 萬 8,486 人次，6 個月點戒菸成功率約 35%。
- (三)與法務部合作辦理「2011 矯正機關戒除菸癮實施計畫」，提供收容人戒菸服務，協助 9,706 名收容人戒菸。
- (四)2011 年已有 1,000 家社區藥局加入社區戒菸諮詢站行列。
- (五)戒菸班：2011 年共辦理 561 班次，約 10,999 人參加。

#### 四、研究與監測

為檢視菸害防制工作成效，建立吸菸行為之長期監測系統，包括「成人吸菸行為電話訪問調查」、「青少年吸菸行為調查」、「國中教職員吸菸行為調查」、「高中職教職員吸菸行為調查」、「菸品尼古丁、焦油及一氧化碳含量監測」等。2011 年也針對戒菸服務成效、菸品成分申報、媒體宣導評估、菸品訊息監測、執法成效評價、政策評估等議題進行研究。

辦理「菸品檢測暨研究發展計畫」，完成 50 種國產及進口菸品主煙流中尼古丁、焦油及一氧化碳、重金屬、亞硝酸含量等檢驗，所有抽樣菸品之焦油、尼古丁均未超過標準。另收集市售菸品品項資訊，以瞭解菸品市場；為能符合菸草控制框架公約相關規定，將菸品成分、添加物及燃燒排放物等毒性資料公開於網站，菸品製造及輸入業者依菸害防制法相關規定，自 2009 年 6 月 4 日辦理首次申報，2011 年共 112 家業者申報 2,223 項菸品資料，並建置菸品業者申報資料庫與向民眾公開資訊之網站，共點擊 122 萬 5,554 次。菸品業者未依期限辦理資料申報者或未提供檢測資料者，至 2011 年 12 月 31 日止，共計裁處 17 家業者，罰鍰 170 萬元。

#### 五、人才培訓與國際交流

為推動菸害防制法新規定，辦理「縣市菸害防制實務交流訓練工作坊」，提供縣市衛生局菸害防制人員實務交流討論之學習平臺，強化相關知能，計有 184 名衛生局同仁參加。另，辦理菸害

防制法執法人員訓練共 5 場，其參與學員達 216 名稽查與執法人員；門診戒菸治療醫師訓練計畫，合格受證人數計 619 人；戒菸衛教人員訓練計畫培育初階訓練合格學員 755 人，進階學員 170 人；藥事人員戒菸衛教師訓練計畫辦理初階訓練計 621 人合格，進階訓練共 301 人合格。

從 2011 年相關調查或統計資料顯示，近九成的民眾認為無菸環境因新規定實施後而有改善，18 歲以上成年人吸菸率下降，推估過去 3 年減少了 42 萬吸菸人口；世界衛生組織明確建議，戒菸是全套菸害防制政策中重要的一環，惟有透過幫助吸菸者戒菸，才能使更多的民眾免於一手菸與二手菸的危害，未來，除呼籲禁菸場所管理人及菸品販賣業者應善盡善良管理人之責任，確實遵守相關規定，也請各衛生局加強重點場所的輔導稽查，並以全人全程全面，積極推動二代戒菸服務，增加培訓專業的戒菸衛教人員，以面對面方式，進行戒菸衛教及個案管理服務，透過整合轄區內資源，於職場、學校等場域，團隊出擊，提供戒菸衛生教育指導、諮詢、戒菸教育服務，運用菸品健康福利捐幫助吸菸者戒菸、有效提升戒菸成功率，又可幫全民省下健保費，將臺灣打造成無菸的樂活環境。

## 第二節 健康體能促進

### 現況

世界衛生組織指出，缺乏身體活動或靜態生活是造成全球性死亡及殘障的十大原因之一，有超過 200 萬死亡人數可歸因於靜態生活，世界上約 60-85% 的成人過著靜態生活，三分之二的兒童身體活動量不足，未來都將影響健康並造成公共衛生問題。另身體活動不足已成為影響全球死亡率的第四大危險因子，每年有 6% 的死亡率與身體活動不足有關，僅次於高血壓（13%）、菸品使用（9%）及高血糖（6%）之後。大約 21-25% 乳癌及大腸癌、27% 糖尿病與 30% 的缺血性心臟病，係因身體活動不足所造成，不僅嚴重衝擊個人健康，也增加國家醫療支出與社會成本，造成公共健康的重大負擔。

研究發現，與不運動的人相比，每天運動 15 分鐘（每週約 90 分鐘）是可以減少 14% 總死亡、10% 癌症死亡及 20% 的心血管疾病死亡，延長 3 年壽命。2007 年針對臺灣地區 18 歲以上國人進行「健康行為危險因子監測調查」結果顯示（圖 3-2），過去兩星期中有運動的民眾占 51.5%，2011 年國人運動比率已達 65.13%，顯示國人運動比率已逐年提升。

依據體委會 2011 年「運動城市調查」分析「規律運動人口比率」，13 歲以上國人，養成每週至少運動 3 次、每次至少 30 分鐘、運動強度達到會流汗而且會喘之規律運動比率，雖已從 2005 年的 15.5%，上升至 2011 年的 27.8%，但無規律運動習慣之比率仍高達 72.2%，高於英國 63.3%、馬來西亞 61.4%、日本 60.2%、美國 43.2%、法國 32.5%。顯示我國不運動的比率高，規律運動人口有很大進步空間，期藉提倡動態生活，培養國人規律運動，以提升國民健康體能，減少慢性疾病發生。

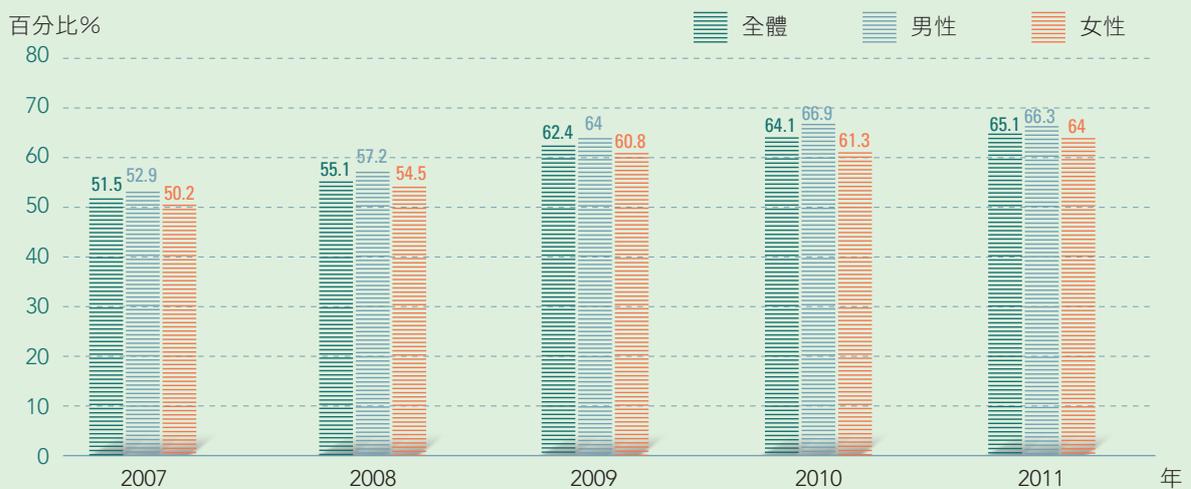
### 業務指標

為提昇國人規律運動比率，已將國人規律運動比率倍增計畫列為行政院「黃金十年」的政策，國人規律運動比率由 2011 年的 26%，五年增至 38%，十年增至 52%。

### 政策與成果

- 一、鼓勵民眾落實每日一萬步，訂定 11 月 11 日為「全民健走日」。
- 二、建構運動的支持性環境，22 縣市共建構 1,035 條社區健走步道，其中 138 條具熱量消耗標示及製作 344 鄉鎮市健走地圖（鄉鎮市涵蓋率達 93%），鼓勵民眾運用在地環境，從事身體活動。
- 三、透過 2011 年「健康 100 臺灣動起來」計畫，共號召 3,350 個社區運動團體，鼓勵國人從事生活化運動，落實健康生活。
- 四、結合民間團體及企業，持續推廣每日一萬步健康有保固，倡議健走活動，與各縣市共同辦理「健康足蹟」環臺健走活動，倡議國人健走健身風氣，鼓勵國人將「健走」融入生活中，並邀請國際人士來臺共同參與，將國內健走與國際接軌。
- 五、對弱勢族群辦理影響身體活動因素研究計畫，協助輔導社區視障民眾，從事健走、游泳、太極拳等運動，並宣導身體活動益處。
- 六、與本局胖防治網站公布各縣市衛生局推薦的 192 條社區健走步道，並彙整運動須知、運動計算機、運動類型等資訊於網站，提供方便獲得身體活動相關訊息。另製作及推廣 15 分鐘「上班族健康操」教學影片，並蒐集彙整各縣市製作之健康操共計 15 種，置於本局網站，提供免費下載，提供許多將運動融入日常生活的「撇步」供民眾運用。
- 七、提供免費市話健康體重管理諮詢專線「0800-367-100（0800-瘦落去-要動動）」，提供民眾解答生活化運動相關疑問。

圖 3-2 2007 ~ 2011 年臺灣地區 18 歲以上國人運動盛行率



資料來源：2007 ~ 2011 年國民健康局健康危害行為監測調查（BRFSS）

## 第三節 肥胖防治

### 現況

依據 1993-1996 年及 2005-2008 年「國民營養健康狀況變遷調查」，我國成人過重及肥胖盛行率由 1993-1996 年的 33% 上昇到 2005-2008 年的 44%，其中男性盛行率由 33% 上昇為 51%，女性盛行率由 33% 上昇至 36%。根據教育部「推動學生身體健康促進調查計畫」，2010 年國小及國中學生過重及肥胖盛行率分別為 25.9% 及 27.7%，其中國小男童盛行率為 29.7%，女童為 21.9%，國中男生盛行率為 32.7%，女生為 22.4%。2011 年國人十大死因中，8 項死因與肥胖有關，包括惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、慢性肝病及肝硬化、慢性腎臟病及高血壓等，此外，肥胖還可導致退化性關節炎、代謝症候群、血脂異常等。研究指出，肥胖與過重所引發的心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓、高膽固醇血症等慢性疾病，至少佔醫療支出約 2.9%，其所造成的失能及對生產力的影響，更是難以計數。



造成肥胖的主要原因為熱量的攝取高於熱量的消耗，許多因素例如遺傳、生理心理因素、飲食習慣、體能活動、生活習慣和社會環境因素等，都是可能原因。國人過重及肥胖盛行率上升的原因包括飲食西化及精緻化，較易攝取過多熱量；看電視、上網等靜態生活增加及身體活動量不足；致胖環境增加，容易買到含糖飲料及高熱量不健康食物，而且許多食物沒有熱量營養標示或辨識不易，缺乏大眾運輸系統及缺乏方便的運動休閒設施等；弱勢族群往往較少有機會接受健康教育訊息，又因經濟能力有限，往往買到低營養高熱量食物；不健康食物廣告搭配贈品行銷，導致民眾增加攝取過多的熱量、脂肪和含糖食物。

為防治肥胖，本局於 2011 年（民國 100 年）結合全國 22 縣市共同推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，號召 60 萬人，落實「聰明吃、快樂動、天天量體重」的健康生活，共同減重 600 公噸，目的為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性疾病。馬總統英九於 1 月 22 日治國週記呼籲國人「全民動減重，過民不放鬆」，提醒國人正確飲食及規律運動的重要性，1 月 24 日由吳副總統敦義（時任行政院長）主持「健康 100 臺灣動起來」啟動記者會，帶領 22 縣市及各部會共同向肥胖宣戰。凡年齡 6 至 64 歲、體重過重或體脂肪過高的民眾，皆可組隊報名參加健康體重管理活動，可透過 email、傳真或打電話跟各縣市的衛生局及衛生所報名。



### 業務指標

號召全國 60 萬人，共同減重 600 公噸。

### 政策與成果

#### 一、制訂健康的公共政策

營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區；制訂國民營養法草案、健康促進法草案；修訂每日飲食指南，並於 2011 年 7 月 6 日公布實施；落實公共場所母乳哺育條例，提昇母乳哺育，以防治兒童肥胖；研議修正食品藥物管理法（草案），將廣告納入規範；監測國人體位趨勢；研議肥胖防治白皮書及肥胖防治臨床指引。



二、建構健康的支持性環境：檢視並改善致胖環境，建構資訊支持性環境，並建置健康飲食系統、及多元運動環境。

(一) 建構健康資訊環境：建置肥胖防治網站及「0800-367-100」電話諮詢服務專線，廣為宣傳「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康體重管理秘訣，提供健康體重管理資訊。2011年共計提供1,772人次電話諮詢服務，網站瀏覽量達148萬5,719人次。

(二) 檢視及改善縣市致胖環境：建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，輔導22縣市衛生局，結合社區領袖及志工，共同於368鄉鎮進行轄區內致胖環境檢視，並透過社區力量，共同改善。

(三) 建構健康飲食供應系統：帶動健康產業化、產業健康化。提供可近性及有能力購買的健康選擇，讓民眾可以聽得到、看得到、買得到、吃得到健康的食物。推動清楚、易懂的食物熱量及營養標示，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單，落實健康採購，確實落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準，72%高中職（含）以下各級學校推動每週至少一餐蔬食日。鼓勵職場、醫院提供健康餐飲，並標示熱量。

(四) 建構多元動態生活環境：建置一個時時可運動、處處能運動、人人都運動的環境，建構安全舒適的人行道、自行車車道、健走步道及登山步道，並標示運動所消耗熱量，發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。鼓勵職場規劃上、下午之運動時間，並成立運動社團。

三、調整醫療服務的方向：

輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息；推動母嬰親善醫院，鼓勵哺育母乳，提供相關健康體重資訊。

四、強化社區行動力：

透過有組織的行動力，整合跨部門資源，成立支持團隊，進行多元宣導活動，於社區、學校、職場、醫院全面展開健康體重管理，發布新聞稿57篇，帶動健康減重風潮，營造健康體重管理的社會氛圍及動力，辦理啟動、突破100噸、達標600噸及期末記者會，22縣市中有16縣市首長親自主持啟動記者會，宣誓打擊肥胖。全國動員參與熱烈，獲遠見雜誌報導減重活動為72萬人的奇蹟。

# Bureau Of Health Promotion

## 五、發展民眾落實健康生活的技能：

製作「健康生活動起來」手冊、摺頁、「聰明吃、快樂動、天天量體重」橫布條等宣導教材，以及衛生局、醫院、職場、學校等健康體重管理教戰手冊。設計推廣上班族健康操，建置網站及諮詢專線，進行多元管道大眾宣導，增進民眾熱量與營養、運動及健康體重管理之知能；提昇國人健康體重管理素養。2011年共辦理12場對衛生局所人員教育訓練工作坊，進行經驗交流並增進工作人員健康體重管理知能。於2012年1月17、18日辦理社區健康生活型態營造審查會暨肥胖防治成果發表會，表揚2011年健康減重縣市及各績優場域單位，並展現各縣市社區健康生活型態營造綜合成果，分享交流各場愈健康減重推動模式、經驗與創意。



**成人BMI體重指數標準** (BMI)

BMI	體重指數	分類
18.5	18.5	過輕
18.5 - 24.9	18.5 - 24.9	正常
25.0 - 29.9	25.0 - 29.9	過重
30.0	30.0	肥胖

**成人BMI體重指數標準** (BMI)

BMI	體重指數	分類
18.5	18.5	過輕
18.5 - 24.9	18.5 - 24.9	正常
25.0 - 29.9	25.0 - 29.9	過重
30.0	30.0	肥胖

**成人BMI體重指數標準** (BMI)

BMI	體重指數	分類
18.5	18.5	過輕
18.5 - 24.9	18.5 - 24.9	正常
25.0 - 29.9	25.0 - 29.9	過重
30.0	30.0	肥胖

**兒童BMI體重指數標準** (BMI)

年齡	BMI	分類
5-6	16.7	過輕
5-6	16.7 - 18.4	正常
5-6	18.5 - 21.2	過重
5-6	21.3	肥胖



## 六、國際交流合作：

2011年2月22至24日於交通部集思國際會議中心舉行肥胖防治國際研討會，包含五大主題：「肥胖防治：跨部門政策制訂與決策」、「兒童食品行銷之政策」、「環境改善之肥胖防治計畫」、「校園肥胖防治計畫」及「健康職場、健康員工、健康經濟」，會中由邱文達署長蒞臨致詞，並邀請世界衛生組織（WHO）肥胖防治合作中心主任暨國際肥胖工作小組指導委員會副主席 Boyd Swinburn 教授、美國疾病管制局（CDC）肥胖防治與營養組組長 Dr. William H. Dietz、澳洲雪梨醫學院肥胖防治中心 Dr. Timothy Gill、國際肥胖研究協會防治策略組組長 Tim Lobstein 及國際健康促進暨衛生教育聯盟副主席 Dr. Masaki Moriyama 來臺分享肥胖防治經驗，會後專家們晉見總統，並討論國家肥胖防治政策。美國衛生部長於第 65 屆 WHA，美國衛生部部長賽白琳主動詢及我國減重計畫執行情形，國民健康局邱局長淑妮說明我國「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫辦理成果，由原訂 600 噸目標最後成功累積減重達 1,100 噸，遠遠超過預期目標，讓美方印象深刻。2011 年 10 月 5 日至 8 日歐洲聯盟最重要衛生政策大會 - 「第 14 屆加斯坦歐洲衛生論壇」，國民健康局邱淑妮局長發表演說「Prioritising and mobilising NCD prevention and control at country level」，分享我國推動癌症防治及肥胖防治等成果。



# Bureau Of Health Promotion



## 七、減重成果

截至 2011 年底，全國計有 72 萬 4,564 人參與「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，共同減重 110 萬 4,058.4 公斤，平均每位參加者減重 1.5 公斤，參加者過重及肥胖比率從 67% 降為 59.9%，降低了 7.1%。

進行「健康 100 臺灣動起來」前、後測問卷調查，結果顯示民眾知曉度由 8.9% 上升至 42.1%。

## 第四節 兒童事故傷害防制

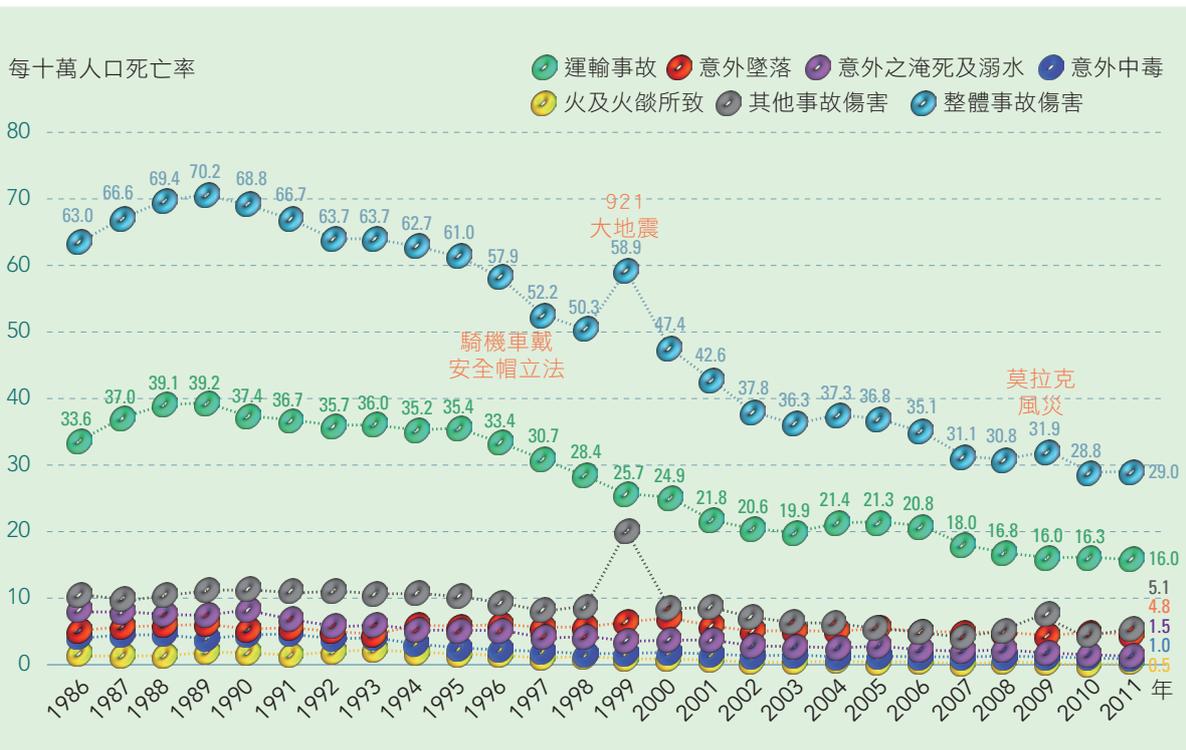
### 現況

我國事故傷害死亡率自 1989 年起逐年下降，期間除了 1999 年因 921 大地震，以及 2009 年因莫拉克風災分別提高為  $58.9 / 10^5$  及  $31.9 / 10^5$ ，長期趨勢而言已逐年下降，2011 年下降至  $29.0 / 10^5$ ，(圖 3-4)，為國人十大死因中第 6 位死因。國內自 1997 年立法強制騎機車須戴安全帽之後，運輸事故死亡率自 1996 年  $33.4 / 10^5$  逐年下降，2011 年已下降至  $16.0 / 10^5$ 。

1987 年至 2011 年臺灣歷年事故傷害，以運輸事故、意外墜落、溺水、意外中毒，以及火燄所致意外為主要原因(圖 3-4)。於 2011 年事故傷害居 0 歲死因第 5 位，但仍居我國 1 ~ 14 歲及 15 ~ 24

歲死因之首（圖 3-5）。2011 年 0～19 歲各年齡層事故傷害死亡原因，0 歲主要以意外墜落為主、其次為運輸事故；1～4 歲主要原因以運輸事故為主、其次為意外墜落；5～9 歲主要原因以意外淹水及溺水為主、其次為運輸事故；10～14 歲、15～19 歲，主要原因均以運輸事故為主、其次為意外淹水及溺水（圖 3-6）。

圖 3-4 1986-2011 年臺灣地區事故傷害主要原因及其死亡率



資料來源：2011 年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站

圖 3-5 1995-2011 年小於 1 歲、1-14 歲及 15 至 24 歲五大主要死因

死因順位	小於 1 歲	1-14 歲	15-24 歲
第 1 名	先天性畸形、變形及染色體異常	事故傷害	事故傷害
第 2 名	源於周產期的呼吸性疾患	惡性腫瘤	蓄意自我傷害（自殺）
第 3 名	特發於周產期的感染	先天性畸形變形及染色體異常	惡性腫瘤
第 4 名	與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	心臟疾病（高血壓性疾病除外）
第 5 名	事故傷害	肺炎	先天性畸形變形及染色體異常

資料來源：2011 年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站

# Bureau Of Health Promotion

圖 3-6 2007-2011 年 0-19 歲兒童及青少年事故傷害五大主要死因

死因順位	0 歲	1-4 歲	5-9 歲	10-14 歲	15-19 歲
第 1 名	意外墜落	運輸事故	溺水	運輸事故	運輸事故
第 2 名	運輸事故	意外墜落	運輸事故	溺水	溺水
第 3 名	意外中毒 / 溺水	溺水	火及火焰	意外墜落	意外墜落
第 4 名	—	火及火焰	—	意外中毒	意外中毒 / 火及火焰
第 5 名	—	意外中毒	—	火及火焰	—

資料來源：2011 年行政院衛生署衛生統計系列（一）死因統計網站

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

## 業務指標

2011 年弱勢家庭中有 6 歲以下幼兒之「居家環境安全檢視」達 15,000 戶。

## 政策與成果

### 一、法規與政策

- （一）配合各部會政策：配合內政部「兒童及少年福利權益保障法」實施，並配合內政部「兒童及少年安全實施方案」，透過跨部會合作共同推動兒童人身、居家等面向之安全維護，共同提升兒童教育與照顧品質，增進其安全及健康。
- （二）2020 健康國民白皮書納入傷害預防與安全促進議題：2020 健康國民白皮書，將傷害預防與安全促進納入議題之一，以減少道路交通事故之傷亡、蓄意性傷害預防、減少跌墜傷亡、溺水防制及一氧化碳中毒預防為目標，並以建置全國性傷害外因登錄與監測系統和推廣安全社區計畫為因應策略，逐步降低事故傷害死亡率。

## 二、營造幼兒安全居家環境

- (一) **營造幼兒安全居家環境**：為推動居家安全環境，研發「幼童居家安全環境檢核表」，提供家長及照顧者據以檢查及改善居家不安全的環境，並透過縣市衛生局（所）人員，針對弱勢家庭 6 歲以下幼兒進行居家安全環境檢視，2011 年透過縣市衛生局（所）人員，辦理 2 萬 417 戶家中有 6 歲以下幼兒之弱勢家庭，居家環境安全檢視並指導其進行初步改善。
- (二) **於兒童預防保健服務提供衛教**：為提升家長及照顧者事故傷害防制知能，本局於提供 7 歲以下兒童的 7 次預防保健服務中，請醫護人員對於各年齡層之兒童，提供各項預防事故傷害的衛教，並於兒童健康手冊提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」。
- (三) **辦理「兒科醫師對事故傷害預防之介入模式研究計畫」**：發展 0～4 歲幼兒事故傷害檢核表及衛教諮詢單張，由兒科醫師於門診親自提供衛教，增進幼兒照顧者事故傷害防制知能。

## 三、建立臺灣安全社區網絡，並推廣安全學校計畫

2002 年臺灣依循世界衛生組織安全社區準則推動安全社區計畫；自 2005 年至 2011 年計有 19 個社區通過國際安全社區認證。2006 年起推動安全學校計畫，至 2011 年計有 46 所學校通過國際安全學校認證，具有強化國際接軌，擴大安全社區及安全學校效能，以降低事故傷害發生率，建構安全健康生活環境等效益。

第四章

# 健康的環境

*Bureau Of  
Health Promotion*



## 第四章

# 健康的環境

1986年WHO「渥太華健康促進憲章」提出5大健康促進行動綱領，包括：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健康服務的取向。此5大行動綱領適於各種場域之健康促進，包括

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

## 第一節 健康城市

### 現況

1986年，21個歐洲城市於里斯本召開會議，決議共同發展城市健康，推動健康城市計畫，世界衛生組織（WHO）於1997年研擬「發展健康城市計畫的二十個步驟」，以協助各國推動健康城市，透過跨部門行動、社區民眾參與，建立健康的公共政策，以因應都市化衍生的社會、衛生及生態等問題，而造成民眾嚴重的健康問題。為呼應WHO「健康城市」理念，臺灣在1995年，中華民國公共衛生學會年度會員大會暨學術研討會邀請國際專家講授「健康城市/社區」專題，為國內首度引進健康城市的概念。1998年，馬英九總統於臺北市市長競選白皮書醫療篇中，納入健康城市議題，於2002年擔任臺北市市長時，宣布2002年為「健康城市元年」，運用健康促進五大行動綱領，推動「健康減重100噸 活力長壽臺北城」計畫。本局自2003年起推動臺南市健康城市計畫，藉由專業團隊與地方政府合作，檢視地方民眾健康需求，進而推動跨部門、跨領域、產官學合作機制，建立健康的公共政策。臺南市於2005年加入WHO西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance

For Healthy Cities, 簡稱 AFHC) 成為會員，其成功經驗引發其他縣市政府積極參與，本局於 2006 ~ 2007 年分別輔導苗栗縣、花蓮縣、高雄市及臺北縣推動健康城市計畫。於 2007 年建立全國性健康城市指標及資訊交流平臺，透過專家團隊持續輔導縣市，推動健康城市工作及經驗交流，並輔助縣市國際交流，至 2011 年底，共有 7 縣市 11 地區加入 AFHC。

## 政策與成果

### 一、輔導縣市推動健康城市

由專家學者輔導團隊協助國內基隆市、臺北市、新北市、桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、臺東縣及花蓮縣，計 15 縣市推動健康城市計畫。

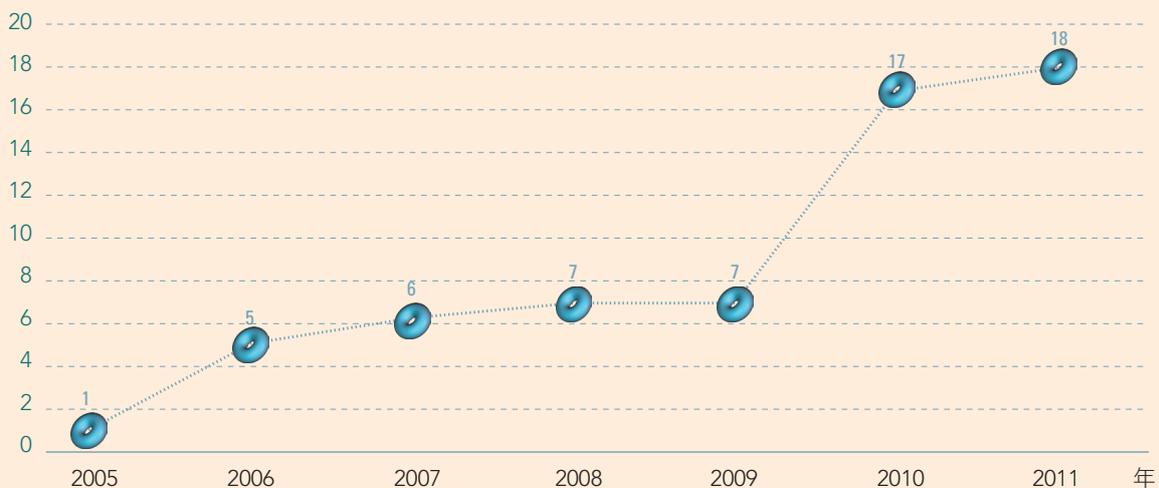
### 二、建立健康城市資訊交流

持續蒐集國內、外健康城市相關資訊，宣導國內推動健康城市成果及作為縣市推動參考；辦理「2011 健康城市暨高齡友善城市研討會」，邀請紐約醫學會 Dr. Ruth Finkelstein 及日本明治學院大學社會工作學系 Prof. Takiko Okamoto，分享「WHO 高齡友善城市計畫及紐約推動經驗」及「日本推動高齡友善城市經驗」，縣市政府及專家學者約 200 人與會。辦理「第三屆臺灣健康城市獎項頒獎典禮」，馬總統蒞臨致詞，嘉勉並頒發健康城市卓越獎 2 項、創新成果獎 30 項、傑出貢獻獎 2 項，計 34 個獲獎案件，計有 9 縣市首長、副首長與會，縣市政府、專家學者及社區工作者約 3,000 人與會。

### 三、促進國際交流

截至 2011 年底，國內已有臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣、南投縣等 7 縣市及臺北市大安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、新北市淡水區、雙溪區、平溪區、坪林區、屏東市等 11 地區，以非政府組織名義獲准加入 AFHC。

圖 4-1 2005 ~ 2011 年我國獲准加入 WHO 西太平洋健康城市聯盟累計會員數



資料來源：國民健康局

## 第二節 健康社區

### 壹、安全社區

#### 現況

安全社區概念起於 1970 年瑞典的三個事故傷害發生頻繁的社區，經過三年傷害防制計畫的執行，事故傷害發生率降低 27%。1989 年世界衛生組織（WHO）在瑞典斯德哥爾摩 Karolinska Institute 成立「世界衛生組織社區安全推廣協進中心」（WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion，簡稱 WHO CCCSP），強調整合社區資源，並以實證研究為基礎推動傷害防制計畫，降低社區事故傷害之發生，並協助全球各地社區推動事故傷害防制計畫，並以嚴謹的評鑑制度和公開認證方式，推廣安全社區理念，形成世界性「安全社區網」，至 2011 年全球共有 268 個社區通過認證。2002 年臺灣依循 WHO 安全社區準則，推動符合社區特性與需求的各項安全促進計畫；繼 2005 年臺北市內湖區、臺中縣東勢鎮、嘉義縣阿里山鄉及花蓮縣豐濱鄉四個社區通過國際安全社區認證，於 2006 年成立臺灣安全社區推廣中心及北、中、南、東安全社區支援中心，協助社區推展安全社區計畫。2008 年有臺北市中正區、臺中縣石岡鄉及花蓮縣壽豐鄉，2009 年有高雄市左營區、嘉義縣新港鄉、宜蘭縣冬山鄉及與原住民族委員會共同輔導之臺中縣和平鄉，2010 年有臺南市金華社區（南區）、宜蘭縣蘇澳鎮、宜蘭縣頭城鎮、花蓮縣豐濱鄉、及臺北市內湖區、文山區、南港區、大同區、信義區，其中花蓮縣豐濱鄉及臺北市內湖區為再認證通過（依據 WHO CCCSP 的認證辦法，通過認證的社區每 5 年需申請再認證，以確保社區安全促進的工作能永續推展），2011 年續有新北市汐止區秀峰社區通過國際安全社區認證，逐步建構臺灣安全社區網絡；累計全國共有 19 個獲得國際安全社區認證。

#### 業務指標

- 一、通過國際認證者由 2010 年的 18 個安全社區，增加至 2011 年的 19 個安全社區。
- 二、健全安全社區輔導體系，強化國際接軌，擴大安全社區效能，以降低事故傷害發生率。

#### 政策與成果

##### 一、發展具國際實證基礎與健康安全促進觀念的社區特色

- （一）引用國際健康安全促進策略，先以社區為平臺，建立組織、推動架構；次依社區需求，以對象及議題為主導，推展多元事故傷害防制與安全促進工作。
- （二）漸進發展，與其他健康促進計畫整合，例如與推動健康促進醫院計畫單位共同關注老人用藥安全；安全社區計畫並列健康城市發展項目；以健康促進學校為平臺，由安全社區推動校園安全，協助社區學校通過國際安全學校認證。

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

(四) 政府政策支持與跨部會、跨領域矩陣合作機制，結合資源，有效應用。

(五) 結合專業團隊，輔導社區推動安全社區計畫。

## 二、目前發展議題

目前發展之健康安全議題，包括：公園遊戲設施及大賣場安全環境檢測、居家安全環境檢測、道路安全促進（含喝酒不開車及代客叫車服務、安全帽及道路改善等方案）、新住民安全促進（協助外籍配偶考取駕照、安全知識語言學習課程等方案）、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、長者安全〈含獨居與弱勢老人守護連線及跌倒防制方案〉，其他如一氧化碳中毒、休閒旅遊安全促進（動物園宣導安全教育、民宿用電安全檢測等）等議題。

## 三、2011 年代表性社區推動效益

### （一）臺南市金華社區－青少年安全促進方案

臺南市金華社區與區內國中合作密切，於暑假期間舉辦國中生暑期薪傳營，每年輔導 100 多位學生，加強青少年對事故傷害預防的觀念及宣導安全社區的基本理念，並透過生命教育的課程，提供同儕的關心和力量，以預防自殺；另外深入校園，由里長於學校朝會及畢業典禮的場合，宣導青少年拒菸、戒菸的議題，也獲得青少年的迴響，一同利用假日至社區內民眾常聚集的商家，舉著戒菸看板並發送戒菸小傳單，向民眾宣導菸害防制。

### （二）新北市汐止區秀峰社區－新住民安全促進方案

新北市汐止區秀峰社區內新住民人數年年增加，為協助他們融入本地的生活，社區結合相關資源在里辦公室設有「新住民關懷站」，結合當地醫療機構、衛生所、交通監理單位和學校，提供服務項目包括家訪、陪同服務（如帶領至醫療院所就醫、區公所洽公）、媒合就業服務、社福轉介等。並適時關注特別需要幫助的新住民，協助了解交通規則及考取汽機車駕照，以降低交通事故的發生；也透過語言學習課程，教導新住民如何照顧新生兒、家中長輩及各種居家安全的安全知識。

### （三）高雄市旗津區－溺水防制安全促進方案

高雄市旗津區結合轄內區公所、衛生所、消防隊及旗津醫院，針對戲水旺季常發生遊客溺水事件，因此規劃推動溺水防制方案，於三個通往旗津的沿途（包括渡輪站和隧道口），加強宣導戲水應注意安全，並協調消防隊增加人力和配備巡邏旗津的海岸。此外，結合區內的餐廳、商店張貼防溺標語，飲料店也將「到安全水域戲水」的標語印在飲料杯封膜上及特產店的提袋上。

## 貳、健康促進社區

### 現況

臺灣衛生界早期即注意到社區裡自然的一些條件或各部門的政策及人為因素，都會影響民眾的健康，因而省衛生處時代，透過每個衛生所，結合當地重要人士，成立社區衛生促進委員會，並組織志工，討論及推動地方所需的健康議題。1996年，宜蘭縣採用社區總體營造模式，提出社區健康營造3年計畫。1999年衛生署詹啟賢前署長推動社區健康營造計畫，新港文教基金會陳錦煌理事長積極推動社區健康營造，衛生署首先在嘉義縣新港鄉掛牌成立全國第1個「社區健康營造中心」，後續在全臺各地設置50個社區健康營造中心，依世界衛生組織「渥太華健康促進憲章」提出健康促進的五大行動綱領，大規模且有計畫地整合社區資源，發動公部門及私部門的行動，結合在地社區內外資源，透過民間社團之支持及社區人關心健康事務之鄉土情懷，共同帶動社區居民主動重視自身健康，進而培養健康行為，並實際融入日常生活中。並共同規劃健康社區的願景，面對並解決社區的健康問題。

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

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

歷年社區健康營造計畫推動的健康促進議題分列如下：

- 一、1999年-2001年：為培養健康生活，推動推動健康飲食、健康體能、防制菸害、防制檳榔、個人衛生、安全用藥等6大健康議題。並鼓勵民眾定期接受預防保健服務。
- 二、2002年-2005年：開放社區依自身健康需求訂定健康議題。
- 三、2006年：推動健康體能、健康飲食2項指定議題，並可依社區特性、生活型態提出社區健康議題。
- 四、2007年：推動「社區菸害防制」指定議題及社區自訂之健康議題。
- 五、2008年：執行「健康促進社區認證試辦暨社區整合計畫」，推動天天5蔬果、要活就要動、無菸社區、無檳榔社區、銀髮族健康久久、安全社區等健康議題。
- 六、2009年：執行「健康促進社區認證試辦暨社區整合計畫」及「健康促進社區獎勵補助方案」，推動健康飲食、健康體能、乳癌及子宮頸癌篩檢、無菸社區、無檳榔社區、安全社區等健康議題。
- 七、2010年：執行「多運動、健康吃」社區樂活暨社區健康促進整合計畫，推動健康飲食、健康體能、4大癌症篩檢、無菸社區、無檳榔社區、安全社區、長者健康促進社區等健康議題。
- 八、2011年：推動四大癌症篩檢宣導、老人健康促進2項指定議題，以及菸害防制（青少年）、檳榔防制（含戒菸）、安全促進3項自選議題，並配合推動「健康100臺灣動起來」體重管理計畫。

## 政策與成果

- 一、以社區為平臺，補助 16 縣市 104 個社區單位，於 107 個鄉鎮市區推動社區健康營造計畫，辦理 4 大癌症篩檢宣導、老人健康促進、檳榔防制（含戒菸）、青少年菸害防制、安全促進、配合「健康 100 臺灣動起來」推動健康體重管理等議題，推動成果如下：
  - （一）進行四癌篩檢宣導 1,480 場，四癌篩檢服務 2,059 場，來強化民眾對癌症篩檢重要性的認知，提升民眾接受癌症篩檢的比率。
  - （二）結合 104 個社區團體推動老人健康促進相關議題，辦理社區長者健康促進活動。
  - （三）結合 101 個社區團體推動無菸環境，瞭解營造區域的販售菸品的場所，並推動拒絕販售菸品予未成年者之菸害防制宣導。
  - （四）推動 172 個無檳職場，並於職場及社區開設 125 班戒檳班，共 1,185 人參與，其中 410 人戒檳，戒檳率達 34.6%。
  - （五）結合 409 個社區團體，共同營造安全社區，辦理居家、道路、休閒運動、校園等安全促進工作，增進民眾生活安全，共改善 1,105 個不安全環境（如浴室加裝扶手及防滑墊、安裝小夜燈、增設路燈及反射鏡、修繕遊憩器材、學校走廊設防撞條、公園道路整平等）。
  - （六）結合 1,087 個社區內運動團體數，打造 735 個運動支持性環境；結合 599 家餐飲店推廣健康飲食。
- 二、辦理「『多運動、健康吃』社區樂活計畫」，13 縣市衛生局結合 6,564 個社團及 938 家醫療院所，共同推動「天天 5 蔬果」、「要活就要動」工作，拓展與輔導轄內 794 家餐飲商家及 1,077 個社區運動團體，提供飲食及運動諮詢，提升民眾對健康飲食及健康體能的知能，營造有利民眾健康的支持性環境。為增進社區動能，培訓 9,508 位志工，強化個人技巧並擴散深入社區。
- 三、辦理「100 年度健康職場、社區健康營造計畫暨第 5 屆金所獎成果發表會」，會中表揚績優社區、職場及衛生所，共計頒獎 52 個健康促進社區認證、2 個安全社區、27 位志工、2 個卓越衛生所、4 個優等衛生所及 40 家績優健康職場，包括衛生局所、社區及企業職場代表約 450 人與會，提供縣市相關推動策略與經驗及交流學習平臺。
- 四、參考美國 CDC 在 2009 年發展策略及測量指標工具「Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and Measurement Guide」，訂定本土性社區肥胖環境評估工具（計 19 項策略，39 項測量題目），提供給各縣市衛生局及社區使用，進行各鄉鎮市區致胖環境評估，並據以採取行動計畫。
- 五、2011 年 10 月出版「100 個愛的故事」出版品，將歷年於醫院、校園、社區、職場、城市各場域推動健康促進成果，以說故事方式，呈現默默耕耘之健康傳道者的故事，並分送中央部會、各縣市圖書館及 22 縣市衛生局，請其協助傳播所轄相關推動健康促進之單位參閱。
- 六、截至 2012 年，有 397 個營造單位持續推動健康相關議題。

## 第三節 健康促進學校

### 現況

學校是型塑兒童健康生活習慣的重要場所。世界衛生組織對健康促進學校定義為「學校能持續的增強它的能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」。美國、英國、紐西蘭、香港、新加坡等國家皆積極推動健康促進學校工作，我國為響應 WHO 健康促進學校之理念，於 2002 年起由本局與教育部共同推動健康促進學校計畫，以 WHO 訂定之健康促進學校 6 大範疇：「學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、社區關係、個人健康技能、健康服務」，制定學校衛生政策，營造學校師生共識，促進社區共同參與，提供健康服務，以建構健康學習的校園環境，增進兒童及青少年整體健康。

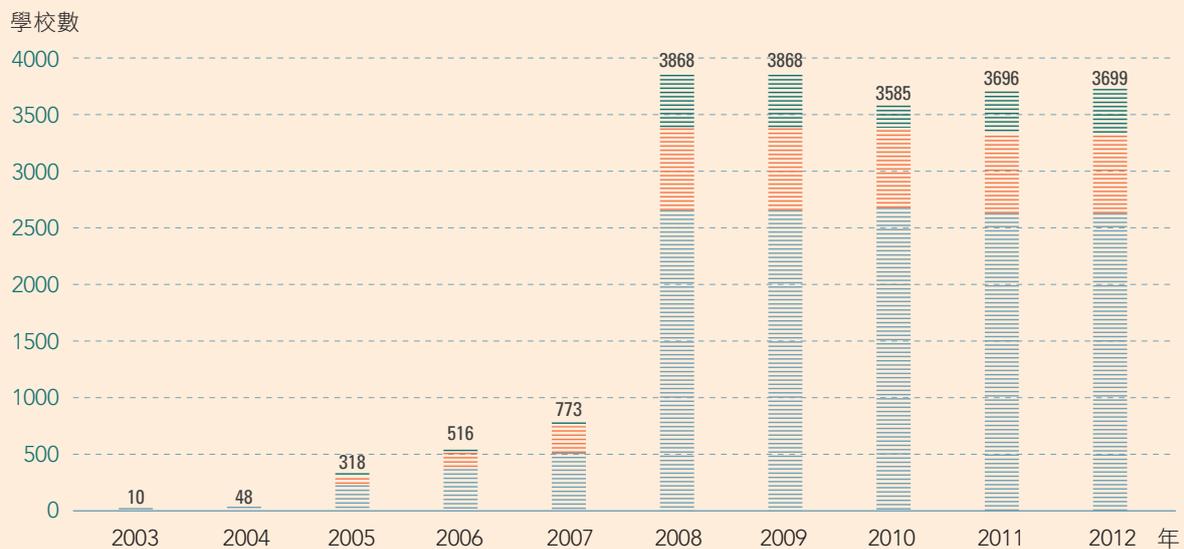
為有效呈現我國健康促進學校推動之成果，並增加我國國際能見度，本局 2011 年以世界衛生組織所訂定之查核重點及教育部現行健康促進學校指標為基礎，發展我國認證系統，另針對口腔保健、視力保健、健康體位、菸害防制及檳榔防制等健康議題進行介入，並辦理健康促進學校成果發表暨國際研討會，以進行國際交流，增加我國健康促進學校成果之國際能見度。

### 政策與成果

#### 一、整合跨部會資源，與教育部共同推動健康促進學校計畫：

2002 年 4 月，本署李明亮署長與教育部黃榮村部長簽署了「推動健康促進學校計畫聯合聲明書」(“Joint Declaration of Health-promoting School Program”, 2002)，2004 年 9 月 13 日，本局與教育部結合地方政府、教師及家長團體代表共同簽署推動健康促進學校計畫 (Health-promoting School Program)，遴選 48 所學校推動該項計畫，完成 120 位種子師資培訓 (training seed trainers)；2005 年至 2007 年建置教學資源發展中心、輔導支持網絡、人員培訓中心、「臺灣健康促進學校」及「臺灣健康促進學校輔導網路」等網站、媒體行銷、監測與評價等支持系統，提供學校推動健康促進相關資源及經驗交流平臺；2008 年至 2009 年建立「健康促進學校推動中心」，整合 2005 年起建置之各項資源，由 98 位學者專家組成中央及地方輔導團，提供縣市政府及各級學校一致性協助與服務；2010 年教育部建立「99 年度部頒學校推動健康促進相關議題之成效指標項目」，包括健康體位、口腔保健、視力保健、菸害防制、檳榔防制等健康議題及九項指標；迄至 2011 年共有 3,696 所學校高中職以下學校參與推動健康促進學校計畫。另本局 2011 年為辦理「健康促進學校認證暨國際接軌計畫」以及健康促進學校國際認證工作，本局與教育部已召開多次會議，研商共同合作推辦理相關事宜。

圖 4-2 2003-2012 健康促進學校推動學校數



## 二、健康促進學校推動策略及議題：

2011 年教育部辦理「健康促進學校輔導與網路維護計畫」，以延續過去健康促進學校的發展模式，建立實證導向的二代健康促進學校機制，聘請 101 位專家學者廣續維持「健康促進學校推動中心」單一資源中心窗口，以促成臺灣健康促進學校的永續發展為工作重點，並針對健康體位、菸害防制、口腔保健、視力保健及檳榔防制等 5 項議題，制定 9 項「部頒學校推動健康促進相關議題之成效指標項目」及「部頒地方縣本特色健康學校學生健康及行為成效指標項目」，並發展全國統一的健康促進學校行動研究必選議題成效前後測評量工具，並完成信效度，供各級學校辦理行動研究評估成效。

## 三、健康促進學校推動成果：

(一) 制定健康促進學校認證標準草案，依據 WHO 2008 年「健康促進學校發展綱領：行動架構」以及本局所訂「社區肥胖防治環境評估工具」指標，訂定健康促進學校國際認證標準草案，計 6 項標準，24 個子標準，63 項評量項目，內容說明如下：

1. 標準一、學校衛生政策 (7 項評量項目)
2. 標準二、學校物質環境 (14 項評量項目)
3. 標準三、學校社會環境 (健康文化) (9 項評量項目)
4. 標準四、健康教育課程及活動 (10 項評量項目)
5. 標準五、社區關係 (9 項評量項目)
6. 標準六、健康服務 (14 項評量項目)

# Bureau Of Health Promotion

- (二)完成 52 所學校之健康促進議題介入研究計畫，推動健康體位、口腔保健、視力保健、菸害防制、檳榔防制、性教育、用藥安全等健康議題之介入措施，並於各項健康議題皆有有顯著成果。
- (三)於 11 月 16 日至 18 日辦理「2011 健康促進學校成果發表暨國際研討會」，邀請 WHO 健康促進和歐洲健康校園顧問 Ian Young 教授、香港中文大學公共衛生及基層醫療學院李大拔教授、美國印第安納大學應用健康科學系 Noy Kay 臨床副教授、澳洲迪肯大學健康和社會發展學院公共衛生學系主任 Richard Osborne 教授、美國南卡羅來納州公共衛生學院健康促進、教育與行為學系 Robert F. Valois 教授等 5 位國外專家分享健康促進學校推動及認證經驗，與會人員共計 652 人，徵得海報 52 件，口頭報告 24 件，並以「健康促進學校認證暨國際接軌計畫」之健康議題介入成果研究學校進行論文發表。



## 第四節 健康促進職場

### 現況

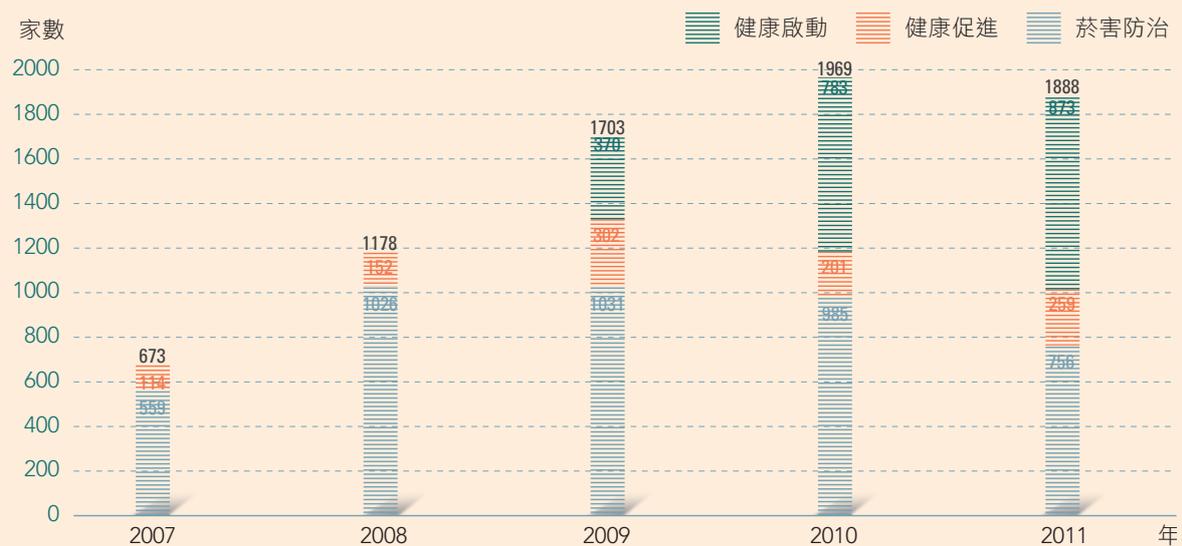
世界衛生組織 (WHO) 於 1986 年舉辦國際健康促進大會，提出「Ottawa Charter for Health Promotion」，並於 1997 年第 4 屆世界健康促進研討會中所提出的「Jakarta Statement on Healthy Workplaces」與世界衛生組織的 Healthy Work Approach 中明白揭示，一個健康的組織應包括 4 大元素：健康促進、職業衛生與安全、人力資源管理與永續發展。因此，為營造健康的職場，不僅消極減少職業疾病的發生，更應積極提升員工的健康狀況。

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

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

以增強企業自主管理能力；截至 2011 年共有 7,411 家職場通過健康職場自主認證（菸害防制標章 4,356 家、健康啟動標章 2,026 家、健康促進標章 1,029 家），另 2006～2011 年共計表揚 303 家績優健康職場。

圖 4-3 2007～2011 年通過健康職場自主認證家數



資料來源：2007～2011 年職場健康促進暨菸害防制輔導中心計畫成果報告

## 政策與成果

### 一、推動職場健康促進暨菸害防制工作：

本局 2006 年起，委託成立北、中、南 3 區「健康職場推動中心」，實地輔導建立健康職場環境，提供諮詢、衛生教育及訓練。2007 年開辦健康職場自主認證，訂定自主認證標準，2011 年持續推動，並配合新修正通過的菸害防制法，落實 3 人以上室內工作場所全面禁菸，納入職場認證要件，並表揚績優健康職場，鼓勵無菸職場及健康促進之推動。

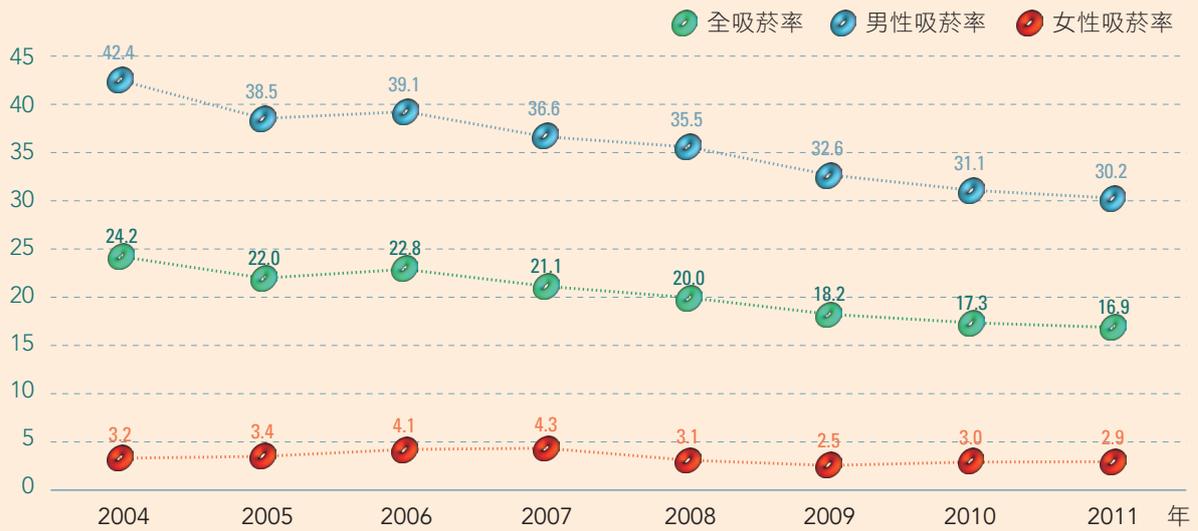
- (一) 結合專業輔導團隊，2011 年實地到場輔導 172 家職場及 6 家職業工會或產業，積極推動健康促進及菸害防制。
- (二) 積極推動健康職場自主認證，2011 年共計 1,888 家獲審查通過，歷年通過健康職場自主認證家數如圖 4-3，並表揚 40 家績優健康職場，製作 2011 年全國績優健康職場專刊，維護及更新健康職場資訊網，提供最新訊息及各式宣導品免費下載，累計點閱人次達 46 萬人次以上。

二、調查全國職場健康工作環境顯示，2011 年職場員工吸菸率為 16.9%，相較 2010 年下降 0.4%，2004～2011 年職場吸菸率情形如圖 4-4。

三、室內工作場所完全禁菸率為 83.8%（較 2010 年略微下降 0.3%），2004～2011 年禁菸政策趨勢如圖 4-5。

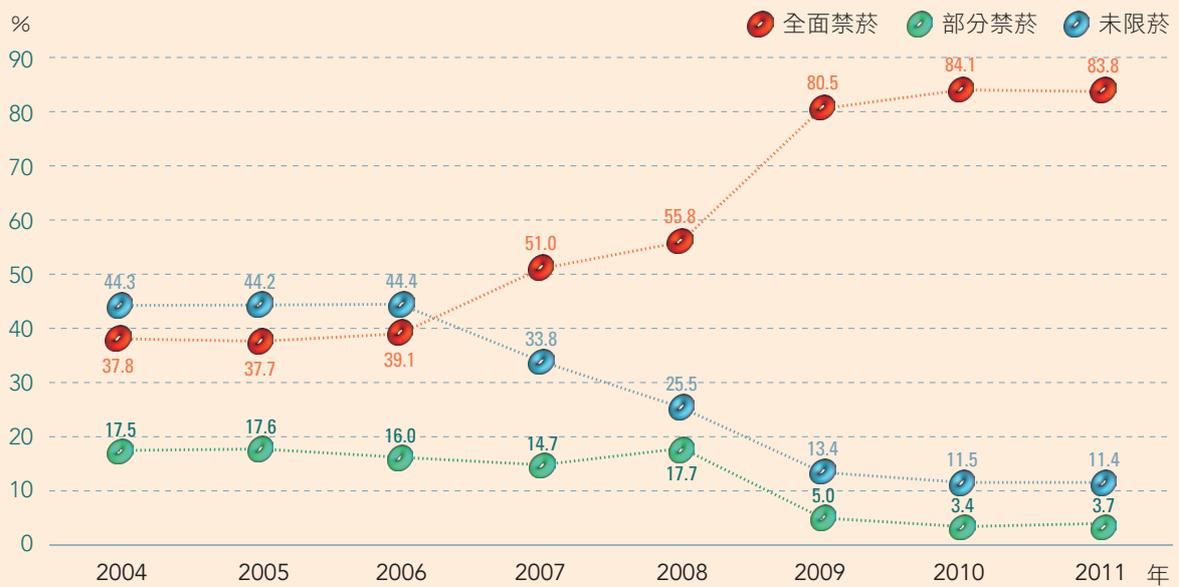
# Bureau Of Health Promotion

圖 4-4 2004 ~ 2011 年職場吸菸率情形



資料來源：2011 年全國職場健康促進暨菸害防制調查

圖 4-5 2004 ~ 2011 年禁菸政策變化趨勢



資料來源：2011 年全國職場健康促進暨菸害防制調查

## 第五節 健康促進醫院

### 現況

#### 一、國外

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

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

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

健康促進醫院國際網絡由40個全國性或區域性網絡組成，至2011年底，全世界已有40多個國家，超過800家醫院加入WHO健康促進醫院國際網絡，會員已擴及歐、美、亞、非及大洋洲。

#### 二、國內

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

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

2006年本局邱淑媿局長於任職陽明大學教職期間，向WHO健康促進醫院國際網絡申請通過成立臺灣健康促進醫院網絡，並與國際網絡秘書處簽訂合作同意書，成為該網絡正式會員，也是亞洲第一個網絡會員。具有與國家會員同等的權利、義務，對推動委員會享有選舉與被選舉權，並獲授權在臺灣進行教育與推廣以及處理臺灣各醫院加入國際網絡事宜。2007年臺灣健康醫院學會成立。

## 政策與成果

### 一、積極參與 WHO 健康促進醫院國際網絡運作

(一) 本局邱淑媿局長為臺灣區域網絡協調人，於 2008 年以觀察員身分受邀進入監理委員會，負責推動國內及亞洲區健康促進醫院發展，積極參與國際網絡運作，包括出席健康促進醫院會員大會、國際網絡監理委員會、擔任健康促進醫院標準、員工健康促進與健康職場、無菸聯盟、學術期刊等多項工作小組成員。2009 年爭取到 2012 年第 20 屆健康促進醫院國際研討會，在臺灣召開，這是該研討會首次在歐洲以外國家舉辦。2010 年 4 月在英國曼徹斯特召開的健康促進醫院國際網絡會員大會中獲推舉擔任健康促進醫院國際網絡之副主席。

(二) 持續輔導國內醫院加入 WHO 健康促進醫院國際網絡

健康促進臺灣網絡迄 2011 年底有 76 家醫院成為國際網絡會員，且我國會員醫院積極參與健康促進醫院國際網絡年度大會論文發表，2008、2009 年連續兩年發表數居世界第 2 高，2010、2011 年發表數居世界第 1 高。

(三) 參與國際網絡重要計畫

2011 年 10 月 22、23 日舉辦 WHO-HPH 秋季研習營，邀請健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tonnesen 教授來臺，與國民健康局邱淑媿局長共同主持 WHO 健康促進醫院進階認證計畫之輔導工作坊。該計畫為藉由已發展的醫院自我評估工具及標準，以明確的方式來評定醫院執行臨床健康促進活動的成效。國際網絡預定於八個國家招募有意願的健康促進醫院參與該跨國計畫，而臺灣是國際網絡選定的國家之一，共有 15 家健康促進醫院響應參與此先驅計畫。

### 二、推動低碳醫院

(一) 臺灣網絡於 2010 年健康促進醫院國際網絡會員大會及監理委員會上提案並獲通過成立「健康促進醫院與環境工作委員會」(Taskforce on HPH and Environment)，由邱淑媿局長擔任此國際工作委員會召集人，以 4 年時間將結合 WHO、國際非政府組織 Health Care Without Harm、健康促進醫院國際網絡及臺灣之力量，共同推動醫療院所環境永續行動。

(二) 2010 年 10 月與 WHO 健康促進醫院國際網絡秘書處合作，於臺北舉辦「健康照護與環境友善國際研討會 (2010 International Conference on Healthy Hospitals & Healthy Environment)」，會中舉行「減碳救地球，醫界作先鋒」宣誓活動，有 128 家醫院加入，預計 2020 年將較 2007 年減少碳排放 16 萬 4,648 公噸，相當於打造 445 座大安森林公園或 34 座紐約中央公園。

### (三) 出版綠色醫院推動經驗分享手冊

為提供國內外健康部門在推動環境友善之經驗交流，蒐集國內醫院及新加坡亞歷山大保健集團節能減碳的案例，2010 年出版編製「綠色醫院、綠色生活、綠色地球 - 綠色醫院推動經驗中英文手冊」，介紹能源效率、綠色建築設計、替代能源、交通運輸工具、食物、廢棄物、水及環境教育，供醫院推動環境友善工作參考。

(四) 2011 年於芬蘭第 19 屆健康促進醫院國際研討會中，辦理一場健康促進醫院與環境友善工作坊，同時也舉行第 3 次工作委員會專家會議。研討會中與環境友善的論文發表共有 7 篇海報及 3 篇口頭報告。

(五) 2011 年 9 月至 10 月間，於北、中、南與東部辦理五場「環境友善醫院輔導工作坊」，輔導醫院推動節能減碳措施，共有 154 人次，112 家醫院參與。工作坊安排實地參訪，邀請相關領域專家提供節能減碳輔導，會後並將各醫院所提疑問彙整成問答集。

(六) 2011 年 12 月，在聯合國氣候變遷綱要公約 (UNFCCC) 大會舉辦期間，邱淑媿局長受邀以健康促進醫院國際網絡副主席及國民健康局長身分出席，並與 HCWH 合作一系列宣傳活動，將健康促進醫院國際網絡與此委員會推動的理念與成果成功傳遞給與會國家。參與演講活動包含：氣候與健康高峰會 (Climate and Health Summit)、COP17 週邊會議 -- 氣候變遷與公共衛生：健康氣候、健康人類、健康經濟 (Climate Change and Public Health: Healthy Climate, Healthy People, Healthy Economy)，以及與 WHO 健康與環境衛生部門主管同臺參與「氣候與健康的德班宣言」(Durban Declaration on Climate and Health) 記者會，為數十年來臺灣官員第一次與聯合國衛生組織重要官員一同參加記者會。WHO 環境與衛生部門均派代表參加上述相關演講場次，並在 WHO 官方網站報導 UNFCCC 的環境友善議題，顯見 UN 與 WHO 均關切並肯定本工作委員會推動環境友善醫院的努力。

圖 4-6 2006 ~ 2011 年臺灣健康促進醫院網絡會員醫院數成長狀況



資料來源：國民健康局

第五章

# 健康的高齡化

*Bureau Of  
Health Promotion*



全國同胞運動會  
健康

民健康局

承辦

弘道老人

## 第五章

## 健康的高齡化

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

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

根據 2011 年國人死因統計 (表 5-1)，惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病的腎炎、腎病徵候群、腎病變等慢性病，均為國人老化過程最常遭遇的問題；其造成的死亡人數約占總死亡人數近八成，故亟需政府予以正視，經由健康篩檢，早期發現疾病，預防重要慢性病，積極營造健康的支持性環境，以協助國民健康老化。

表 5-1 2011 年國人十大死因統計

	死因別	死亡人數	粗死亡率 <sup>1</sup>	標準化死亡率 <sup>2</sup>
1	惡性腫瘤	42,559	183.5	132.2
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	16,513	71.2	47.9
3	腦血管疾病	10,823	46.7	31.3
4	糖尿病	9,081	39.2	26.9
5	肺炎	9,047	39.0	24.8
6	事故傷害	6,726	29.0	24.1
7	慢性下呼吸道疾病	5,984	25.8	16.2
8	慢性肝病及肝硬化	5,153	22.2	16.5
9	高血壓性疾病	4,631	20.0	12.9
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,368	18.8	12.6

1. 死亡率以每 10 萬人口計

2. 標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O. 世界人口年齡結構為基準

資料來源：衛生署統計室

## 第一節 中老年人健康政策

### 現況

2011年國人零歲平均餘命79.2歲，男為76歲，女為82.6歲；另依據2009年「國民健康訪問調查」顯示，八成以上（86.2%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，老年女性自述罹患慢性病的比率高於男性（表5-2）。研究發現，老人普遍之疾病為高血壓、糖尿病等，另女性方面為骨質疏鬆。因此，為確保老人生活品質，提升老人慢性病自我健康及疾病管理，為中老年人健康重要政策。

表 5-2 65 歲以上老人自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目

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

資料來源：1. 2009年國民健康訪問調查。

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

### 業務指標

2010年增加每天攝食蔬果之老人比率達32.3%

2011年增加過去兩個星期從事運動之老人比率達66.4%

2011年降低老人吸菸率達10.1%

2011年提高45～69歲婦女2年內乳房攝影篩檢率達29.1%

2011年提高50～69歲民眾2年內糞便潛血檢查率達33.4%

### 政策與成果

為維護中老年人健康，早期發現慢性病、早期介入及治療，推動成人預防保健服務及整合性篩檢服務等政策。另，為推動健康老化，結合健康城市、安全社區、社區健康營造、內政部社區照顧關懷據點等，依社區老人特質與需求，共同推動老人健康促進，議題包括健康飲食、運動、跌倒、老人用藥安全、慢性病預防、健康篩檢與血壓量測等，並推動高齡友善健康照護及高齡友善城市，全面營造高齡友善的健康環境與服務。

各項服務成果如下

#### 一、成人預防保健服務

政府提供之成人預防保健服務內容包括身體檢查、血液及尿液檢查及健康諮詢等項目。免費提供40至64歲民眾每3年執行1次、65歲以上民眾每年執行1次。2011年計177萬人接受該服務（其中65歲以上約88萬人），利用率達33.3%（圖5-1、圖5-2）。藉由該服務2011年新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為20.0%、8.7%及11.5%（新發現異常個案定義：無個人病史，如高血壓、糖尿病、高膽固醇，但此次理學檢查結果異常）。

# Bureau Of Health Promotion

圖 5-1 成人預防保健服務歷年利用情形—以性別區分



資料來源：中央健保局成人預防保健核付資料檔

圖 5-2 成人預防保健服務歷年利用情形—以年齡區分



資料來源：中央健保局成人預防保健核付資料檔

## 二、整合性篩檢服務

2002年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健資源，結合成人預防保健、癌症篩檢等既有篩檢項目，推展社區整合到點篩檢服務；2011年已有20縣市加入服務行列，且2002年至2011年累計參與服務之民眾已高達221萬7千人。

## 三、老人健康促進

### （一）整合地方資源推動老人健康促進

透過衛生體系、醫療體系與社福體系的結合，依社區老人特質與需求，全面推動老人健康促進。並鼓勵醫療院所結合內政部社區關懷據點辦理健康促進活動，2011年開始，將醫療院所參與社區照顧關懷據點辦理健康促進活動列為縣市衛生局衛生保健工作計畫之考評項目。2011年共477家醫療院所結合1,333個社區照顧關懷據點辦理健康促進活動，結合率由2010年的26%大幅提升為83.9%。

### （二）健康100臺灣動起來 - 老人健康促進全國競賽活動

為提高老人之社會參與，2011年辦理「健康100全國阿公阿嬤動起來」競賽活動，組隊總數達929隊，計約3萬0,424名以上老人參加相關健康促進競賽活動，全國總決賽配合重陽節於9月27日舉辦，歷經縣市初賽、四分區複賽，共有26個隊伍脫穎而出，約1,000餘名長輩齊聚一堂，為角逐最高榮譽展現不老活力。

### （三）強化老人預防保健服務

2011年50至69歲民眾接受糞便潛血檢查者約75萬人，婦女接受乳房攝影檢查約42.6萬餘人。接受戒菸諮詢專線服務者計537人，老人門診戒菸治療共計服務3,959人。

### （四）高齡友善城市

因應人口快速老化的全球化趨勢，世界衛生組織（WHO）2007年出版「高齡友善城市指南」，提出從8大面向改善並營造對長者友善的城市環境，國內於2010年首先於嘉義市導入試辦高齡友善城市，以WHO所提無障礙與安全的公共空間、交通運輸、住宅、社會參與、敬老與社會融入、工作與志願服務、通訊與資訊、社區及健康服務等8大面向，訂定城市自我評估的工具，據以檢視城市架構、環境、服務與政策等之高齡友善程度，協助縣市政府結合民間與學術團體，建立夥伴關係，以促進長者在老化過程獲致最大健康。2011年再新增臺北市、新北市、桃園縣、新竹市、南投縣、臺南市、高雄市、臺東縣等8縣市加入推動行列，9月28日率領嘉義市、桃園縣與專家學者，參加愛爾蘭都柏林舉辦之「第一屆高齡友善城市國際研討會」，簽署承諾支持高齡友善城市之都柏林宣言，2011年年底國內陸續已有20縣市完成簽署宣言。

### (五) 高齡友善健康照護

2010 年綜整 WHO 2004 年出版之「Active Ageing: Toward Age-friendly Primary Health Care」高齡友善照護三大原則以及 WHO 之健康促進醫院標準，以提昇長者健康、尊嚴與參與為願景，訂出涵蓋管理政策、溝通與服務、物理環境、照護流程等 4 大面向的臺灣高齡友善健康照護導入架構及指標，供健康照護機構作為導入之參考以及實施進展之自我評量，2010 年 8 月辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，國內外專家學者經驗分享，至 2011 年底已有 13 家醫院通過高齡友善健康照護機構認證；7 月辦理「推動高齡友善醫院工作坊」，廣邀醫療機構加入提供長者友善健康照護之行列，計 105 家醫院 186 人與會；11 月辦理「高齡友善健康照護推動成果發表會」，頒獎給高齡友善健康照護機構典範選拔 10 家獲獎醫院（嘉義基督教醫院獲得第一屆高齡友善健康照護典範獎、臺安醫院獲得友善服務獎、三軍總醫院獲得組織再造獎、聖馬爾定醫院獲得友善環境獎），高齡友善健康照護創意標語競賽前 3 名及徵文競賽前 3 名。

## 第二節 重要慢性病防治

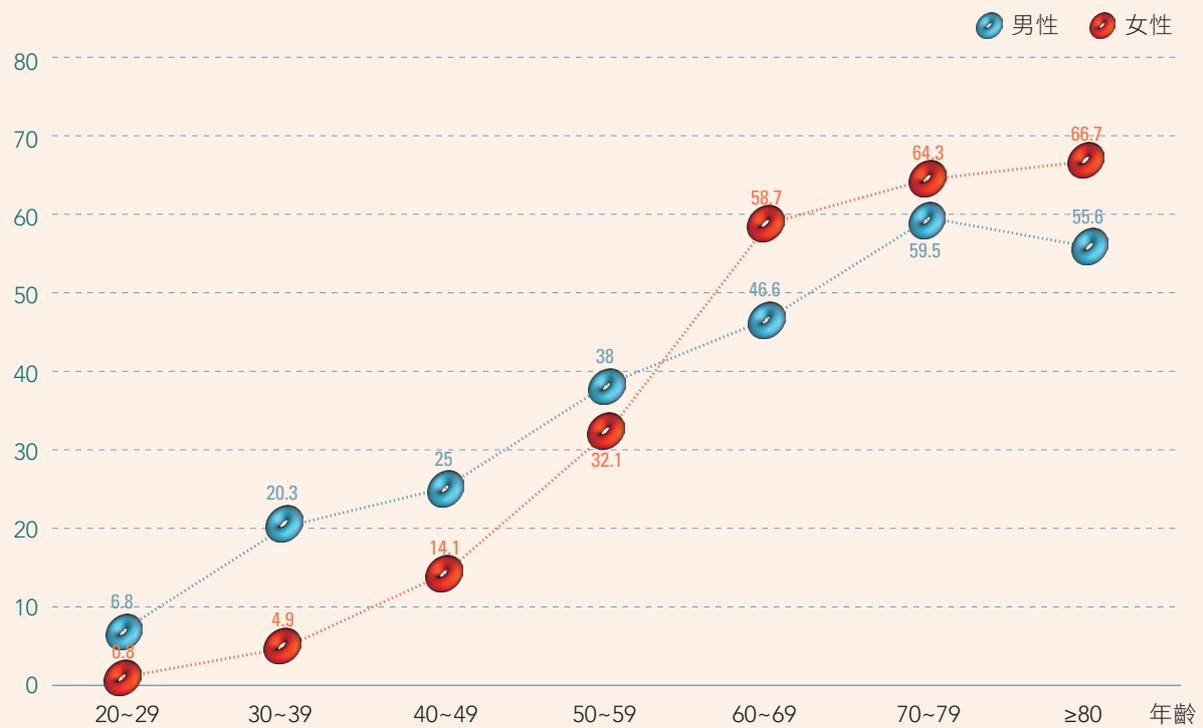
### 現況

依據本局 2007 年完成之「臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究」結果顯示，目前臺灣地區 20 歲以上的民眾，近四成患有三高，2011 年達 785 萬人；而國人十大死因中與三高相關的疾病包括第 2 位心臟疾病、第 3 位腦血管疾病、第 4 位糖尿病、第 9 位高血壓性疾病及第 10 位腎病，死亡人數總和 4 萬 5,416 人，遠超過罹癌人數 4 萬 2,559 人，其中死亡人數較去年增加，有高血壓性疾病增 457 人（或 10.9%）、糖尿病增 870 人（或 10.6%）、腦血管疾病增 689 人（或 6.8%）、腎炎、腎病症候群及腎病變增 263 人（或 6.4%）及心臟疾病增 838 人（或 5.3%）。

另高血壓、高血糖、高血脂、腎臟和代謝症候群盛行率都會隨年齡而增加；女性 50 歲以後，三高盛行率明顯高於男性；高血壓、高血糖及高血脂個案發生心血管疾病、腎臟病、甚至死亡的風險也均較一般人為高。（圖 5-3、圖 5-4、圖 5-5）代謝症候群、糖尿病、心血管疾病、腎臟病列為本局慢性病防治重點。慢性疾病雖無立即生命威脅，卻為提早死亡的最主要原因；有鑑於慢性病發生原因複雜而多元，且過程多為漸進式，甚至在生命任一週期都可能發生；一旦發病，即出現生理限制或障礙，導致生活品質降低，對健康產生長期負面影響並逐漸惡化；因而本局訂定重要慢性病預防目標包括：

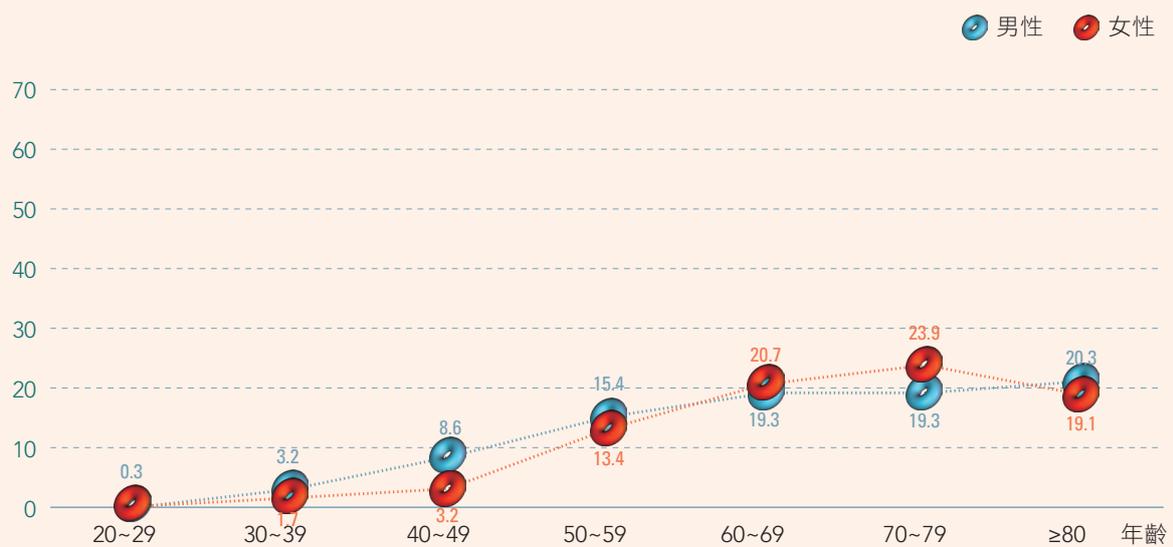
- 一、增進及維護中老年人健康。
- 二、預防及延緩慢性病發生。
- 三、增進病患、家屬與照顧者生活品質。

圖 5-3 2007 年臺灣民眾不同性別及年齡層之高血壓盛行率



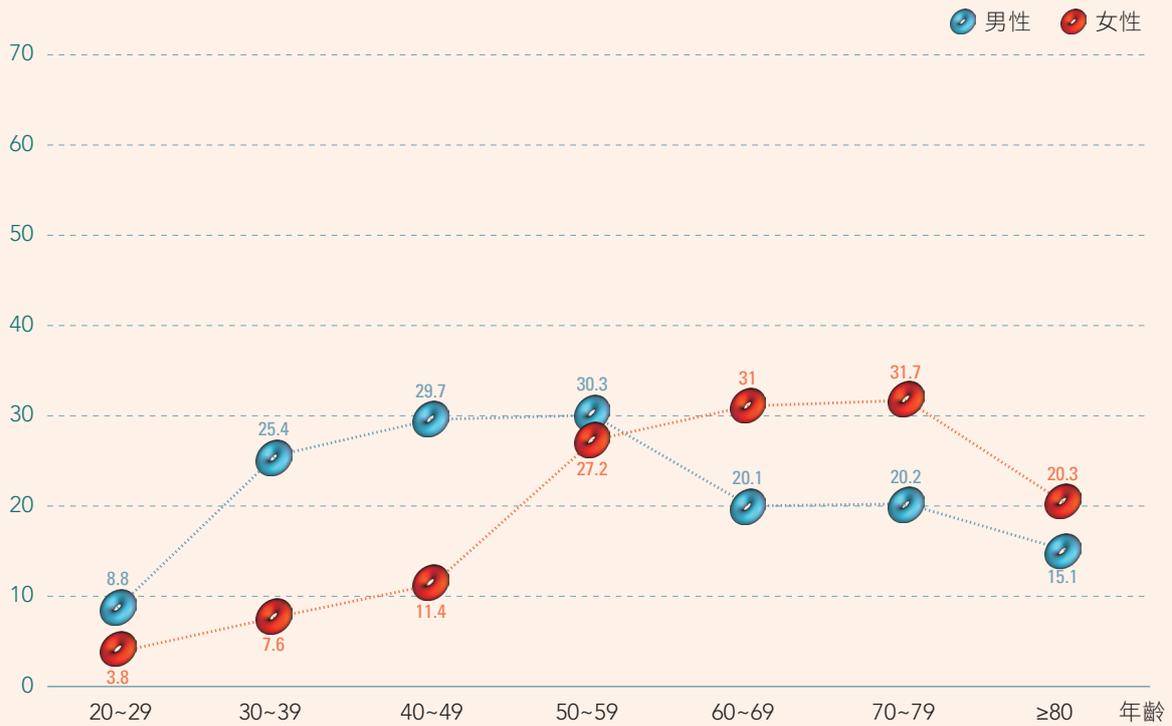
資料來源：2007 年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究  
備註：高血壓定義：收縮壓 $\geq 140$ mmHg 或舒張壓 $\geq 90$ mmHg 或服用高血壓藥物

圖 5-4 2007 年臺灣民眾不同性別及年齡層的高血糖盛行率



資料來源：2007 年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究  
備註：高血糖定義：空腹 8 小時以上血糖檢驗值 $\geq 126$ mg/dL 或服用降血糖藥物

圖 5-5 2007 年臺灣民眾不同性別及年齡層之高血脂盛行率



資料來源：2007 年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究

備註：高血脂定義：空腹八小時以上，血清膽固醇 $\geq 240$  mg/dL，或血清三酸甘油酯 $\geq 200$ mg/dL，或服用降血脂藥物

### 業務指標

- 2011 年 18 歲以上民眾對理想腰圍值之認知率目標 55% 以上
- 2011 年 18 歲以上民眾對血糖值之認知率目標 45% 以上
- 2011 年 18 歲以上民眾知道自己血壓值的比率目標 90% 以上
- 2011 年 18 歲以上民眾對慢性腎臟病防治之認知率目標 60% 以上

### 政策與成果

#### 一、增進民眾健康認知

##### (一) 多元化衛教宣導—研製衛教宣導教材及手冊

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

## (二) 多元化管道宣導

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

1. 配合 2011 年聯合國世界糖尿病日，宣導主題「Diabetes Education and Prevention」，口號為「Act on Diabetes. Now.」，呼籲民眾重視糖尿病防治之重要性，與中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、財團法人糖尿病關懷基金會及中華民國糖尿病病友全國協會共同宣導，與國際同步，辦理點燈、健走、攝影比賽、園遊會及病友團體大會師等，相關活動新聞露出約 52 則，共計 4,000 人次參加。
2. 配合 2011 年世界高血壓日之宣導主軸「Know Your Numbers and Target Your Blood Pressure」，本局為同步響應該宣導議題，於 5 月 10 日～24 日舉辦「解讀身體 3 密碼 您也是健康達人」線上活動。該活動計辦理 2 個星期，約 2 萬 3 千人參與。
3. 配合 2011 年世界心臟病日宣導主軸「One world, One home, One heart」，與中華民國心臟學會、中華民國心臟基金會，辦理「全球護心，家家齊心」衛教園遊會活動，當天參與活動之民眾計約 500 多人，辦理衛教園遊會，宣導民眾重視心血管疾病防治。
4. 配合 2011 年 3 月份世界腎臟日辦理慢性腎臟病防治宣導活動，假北中南 10 縣市辦理愛腎護腎利人生園遊會活動，計 6,725 位民眾參與，假北中南 22 縣市辦理 23 場次宣導講座，計 2,331 位民眾參與；辦理 3 場次慢性腎臟病照護網研習會，計 1,802 人參與；辦理慢性腎臟病照護標竿學習觀摩會 3 場次，計 426 人參與。

## 二、促使高危險群重視健康促進、提升健康行為及自我健康管理能力

- (一) 為普及血壓測量地點，提供民眾便利及可近性高之血壓測量服務，除醫療院所外，另透過縣市衛生局結合轄區資源，於社區之不同型態地點，如行政服務單位、社區關懷據點、活動中心、藥局、賣場及職場等，提供量血壓服務，計約 1,987 個血壓站。另輔導各縣市推動代謝症候群與糖尿病防治工作，於社區血壓站增加量腰圍，辦理預防代謝症候群健康促進計 554 社區。
- (二) 增進校園慢性病防治知能，廣續辦理高、中、小學行政主管、校護、營養師等之校園慢性病防治研習，2011 年參加人員：主管 67 人、校護、營養師等 469 人，共計 536 人參加。2007 至 2011 年參加人數累計 3,395 人。
- (三) 為增進糖尿病高危險群對健康促進可近性，推動全國 483 個糖尿病友支持團體，辦理健康飲食、體重控制與血糖監測等健康促進活動，2011 年全國參加團體之高危險群總人數合計 1 萬 2,056 人，其中 5,328 人參與評值，結果如下：改善正確攝取主食量有 10.9%、每天運動 30 分鐘以上者為 50.8%（增加 12.8%）、減重 $\geq$  2 公斤者達 15.8%。另於 174 家糖尿病健康促進機構，推動糖尿病高危險群健康促進，改善血糖 51.8%、血壓 58.4%、膽固醇 57.0%、腰圍 58.7%、減重 $\geq$  2 公斤 60.7%、每天運動 30 分鐘以上 60.7%。

(四) 以「護腎 33」結合「用藥安全」進行宣導，並納入地方衛生局保健業務考評作業，各縣市衛生局均辦理慢性腎臟病防治（結合用藥安全）宣導活動。另，2011 年除於相關媒體進行託播之外，另完成錄製 2 集 1 分鐘之腎臟保健廣播劇，並於媒體及社區、校園等進行宣導，以推廣慢性腎臟病防治工作。

### 三、增進個案自我疾病管理知能

(一) 2011 年糖尿病健康促進機構計 174 家（較 2010 年增加 7 家），提供糖尿病衛教人員見實習 928 人、參與糖尿病健保醫療給付改善方案計 21 萬 3,413 個案（較 2010 年增加 26,290 人）。為增進糖尿病友團體自主運作及永續經營，培訓衛生局（所）承辦人、實際強化團體運作者、團體重要幹部 87 人，培訓優良團體輔導員 38 人，實地輔導 31 個團體。全國參加團體之病友計 3 萬 4,938 人（較 2010 年增加 4,286 人），其中 1 萬 6,621 人參與評值，結果為：改善自我血糖監測 10.8%、正確攝取主食量者增加 11.1%、每天運動 30 分鐘以上者為 55%（增加 11.9%）、減重 $\geq 2$  公斤者達 14.5%、HbA1c（糖化血色素） $\leq 7\%$  者增加 6.6%。接受團體運作經費申請，共 71 個團體錄取；舉辦 2 項競賽活動，公開表揚 233 位 ABCDEFG 模範糖尿病友。

(二) 為減緩慢性腎臟疾病（CKD）病程發展，及協助病患周全準備接受透析治療，建構跨部門、跨專業照護模式。自 2004 年起，委託臺灣腎臟醫學會辦理「腎臟病健康促進機構」，2011 年 126 家醫療院所參加，新收個案 2 萬 2,228 人，腎臟病患透析時，已建立透析用血管管路共 1,953 人（57.7%）；初次接受血液透析患者，接受門診服務而不經住院或急診比率共 1,331 人（35.5%），均已顯著提升。

(三) 為協助醫療院所落實個案管理、照護診療、轉介資料之登錄與查詢，於 2005 年建置「慢性腎臟病個案管理共同照護資訊系統」，並與其他慢性腎臟病資料庫進行整合；2011 年底有 200 家院所使用，共收案 6 萬 8,472 人。

(四) 為管理冠心病危險因子以降低冠心病的罹病率及心血管疾病復發的風險，同時改善病患的生活品質，委託辦理「臺灣心臟病人健康促進共同照護模式之發展與成效評估」計畫，修訂本局冠心病自我照護手冊，2011 年研擬試行推動整合性心臟病人健康促進共同照護模式（ICCHPM），預計於 2012-2013 年擴大推動至其他醫療單位。

### 四、提升疾病防治成效，辦理重要慢性疾病相關調查研究

面對國內洗腎問題嚴重，亟需藉由研究發展，作為防治推動的科學根基故本局於 2006 年奉衛生署指示協調署內各相關局處（食品藥物管理局、醫事處、健保小組、中醫藥委員會、中央健康保險局），辦理慢性腎臟病防治研究專案計畫，共同規劃與推動慢性腎臟病防治研究發展工

作。2008 年委託國內相關學術團體辦理流行病學、診斷技術、治療照護及健保制度等四方面科技研究計畫。

前揭四項研究計畫於 2011 年底執行完畢，彙整各項研究成果與政策建議提供本署各局處單位，作為研擬各項防治策略與工作指標之實證依據。各局處單位已陸續將成果納入施政規劃及參採，如：健保局業依成果，擬定「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，並於 2011 年開始推行；業完成本土性腎絲球過濾率（eGFR）公式之發展，建立適合國人之 CKD 分期標準，後續將利用大型資料庫進行驗證工作；檢討國內現行器官勸募制度方面，醫事處業參酌研究成果，後續將研擬提供腎肝捐贈者終身免費健檢、修訂器官分配原則，期增加腎臟移植之比率；腎臟病整合資料庫將由國家衛生研究院，賡續進行資料分析等研究工作。

另，本署相關局處單位業參酌及利用四項計畫之研究成果，邀請專家學者、腎臟病友團體和署內相關單位共同研擬「慢性腎臟病防治與照護品質 5 年提升計畫」，做為本署未來防治政策。該計畫並訂出 4 項目標：1. 降低洗腎發生率、2. 提升腎臟移植人數、3. 提升透析病患 5 年之存活率、4. 提升腹膜透析之執行率，並訂出推動策略，由本署相關單位各依權責執行。

### 第三節 癌症防治

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

#### 現況

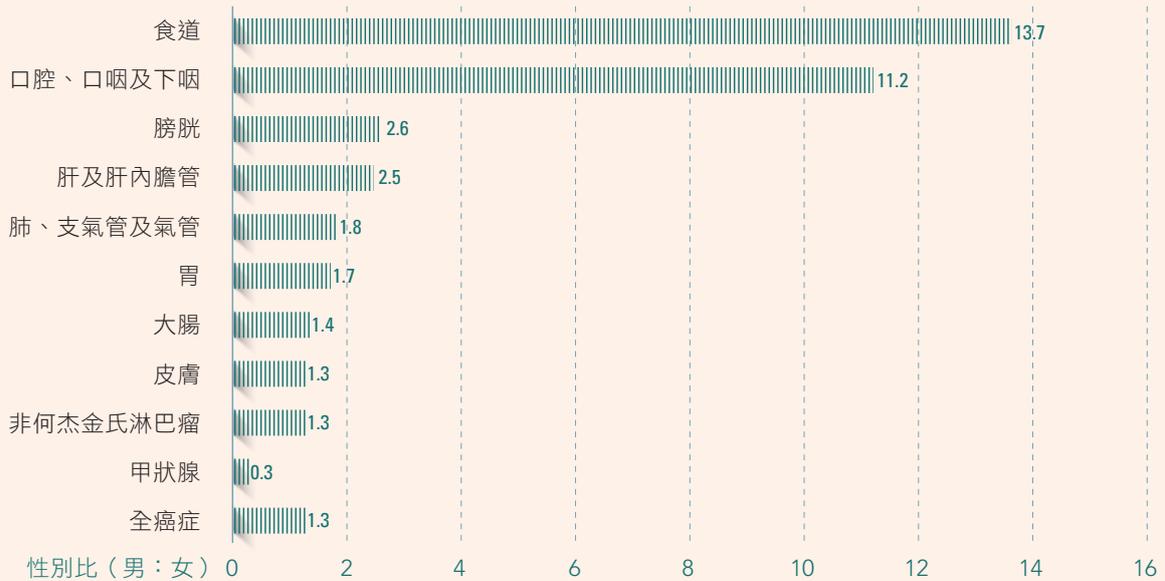
1979 年衛生署以行政命令要求 50 床以上醫院，申報新發生癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料，建立癌症登記系統；另 2003 年癌症防治法公布，該法第 11 條規定：「為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構應向中央主管機關所委託之學術研究機構，提報新發生之癌症個案與期別等相關診斷及治療資料」。

#### 一、癌症發生情形

癌症登記資料顯示，2009 年共新診斷出 8 萬 7,189 人罹患癌症（男性 4 萬 9,022 人、女性 3 萬 8,167 人），粗發生率為每十萬人口 377.1 人（男性 421.3 人、女性 332.4 人），標準化發生率為每十萬人口 293.4 人（男性 336.3 人、女性 253.5 人），年齡中位數 63 歲（男性 65 歲、女性 60 歲）。從癌症標準化發生率性別比來看，男性罹癌風險較高，為女性 1.3 倍；其中食道癌和口腔癌發生率達女性 11 倍以上，此係男性較高的吸菸、嚼檳榔行為所致（圖 5-6）。

以癌症標準化發生率來看，2009 年國人十大癌症依序為：（1）女性乳癌（2）大腸癌（3）肝癌（4）肺癌（5）攝護腺癌（6）口腔癌（7）胃癌（8）子宮頸癌（9）子宮體癌（10）皮膚癌，其順位同 2008 年（國人癌症發生資料如表 5-3、5-4、5-5）。

圖 5-6 2009 年臺灣主要癌症年齡標準化發生率之性別比



資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料

表 5-3 2009 年國人十大癌症發生統計資料

順位	原發部位	個案數 (人)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	8,926	59.9
2	大腸	12,488	41.4
3	肝及肝內膽管	11,080	37.3
4	肺、支氣管及氣管	10,643	34.8
5	攝護腺	4,013	26.9
6	口腔、口咽及下咽	6,480	22.0
7	胃	3,848	12.4
8	子宮頸	1,796	11.9
9	子宮體	1,496	9.9
10	皮膚	2,928	9.5
	全癌症	87,189	293.4

備註：1. 順位係以標準化發生率高低排序。  
 2. 年齡標準化率，係以 2000 年世界標準人口為標準人口計算。  
 3. 資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料。

表 5-4 2009 年男性十大癌症發生資料

順位	原發部位	個案數 (人)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	肝及肝內膽管	7,747	53.6
2	大腸	7,151	48.7
3	肺、支氣管及氣管	6,737	45.1
4	口腔、口咽及下咽	5,927	40.8
5	攝護腺	4,013	26.9
6	胃	2,404	15.9
7	食道	1,898	13.0
8	皮膚	1,589	10.7
9	膀胱	1,419	9.4
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,205	8.5
	全癌症	49,022	336.3

資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料

表 5-5 2009 年女性十大癌症發生資料

順位	原發部位	個案數 (人)	年齡標準化發生率 (每十萬人口)
1	女性乳房	8,926	59.9
2	大腸	5,337	34.5
3	肺、支氣管及氣管	3,906	25.2
4	肝及肝內膽管	3,333	21.7
5	甲狀腺	1,846	13.2
6	子宮頸	1,796	11.9
7	子宮體	1,496	9.9
8	胃	1,444	9.2
9	皮膚	1,339	8.4
10	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,113	7.7
	全癌症	38,167	253.5

資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料

## 二、癌症死亡情形

衛生署死因統計顯示，2011 年有 4 萬 2,559 人死因為癌症（男性 2 萬 7,045 人、女性 1 萬 5,514 人），占有所有死亡個案 28 %。癌症粗死亡率為每十萬人口 183.5 人（男性 232.3 人、女性 134.3 人），標準化死亡率為每十萬人口 132.2 人（男性 173.7 人、女性 93.4 人）。2011 年國人癌症十大死因則依序為：(1) 肺癌 (2) 肝癌 (3) 結腸直腸癌 (4) 女性乳癌 (5) 口腔癌 (6) 胃癌 (7) 攝護腺癌 (8) 胰臟癌 (9) 食道癌 (10) 子宮頸癌（國人癌症死亡資料如表 5-6、5-7、5-8）。

# Bureau Of Health Promotion

表 5-6 2011 年國人十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	8,541	36.8	26.0
2	肝和肝內膽管癌	8,022	34.6	25.3
3	結腸、直腸和肛門癌	4,921	21.2	15.0
4	女性乳房癌	1,852	16.0	11.6
5	口腔癌	2,463	10.6	7.9
6	胃癌	2,288	9.9	6.8
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,096	9.4	6.4
8	胰臟癌	1,607	6.9	4.9
9	食道癌	1,507	6.5	4.7
10	子宮頸癌	681	5.9	4.1
	所有癌症	42,559	183.5	132.2

資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料

表 5-7 2011 年男性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	5,740	49.3	36.3
2	肝和肝內膽管癌	5,633	48.4	37.0
3	結腸、直腸和肛門癌	2,875	24.7	18.2
4	口腔癌	2,308	19.8	15.2
5	胃癌	1,482	12.7	9.1
6	食道癌	1,415	12.2	9.2
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,096	9.4	6.4
8	胰臟癌	907	7.8	5.7
9	非何杰金氏淋巴瘤	613	5.3	4.0
10	鼻咽癌	570	4.9	3.8
	所有癌症	27,045	232.3	173.7

備註：1. 序位係以粗死亡率高低排序。

2. 年齡標準化率，係以 2000 年世界標準人口為標準人口計算。

3. 資料來源：衛生署統計室死因統計。

表 5-8 2011 年女性十大癌症死亡資料

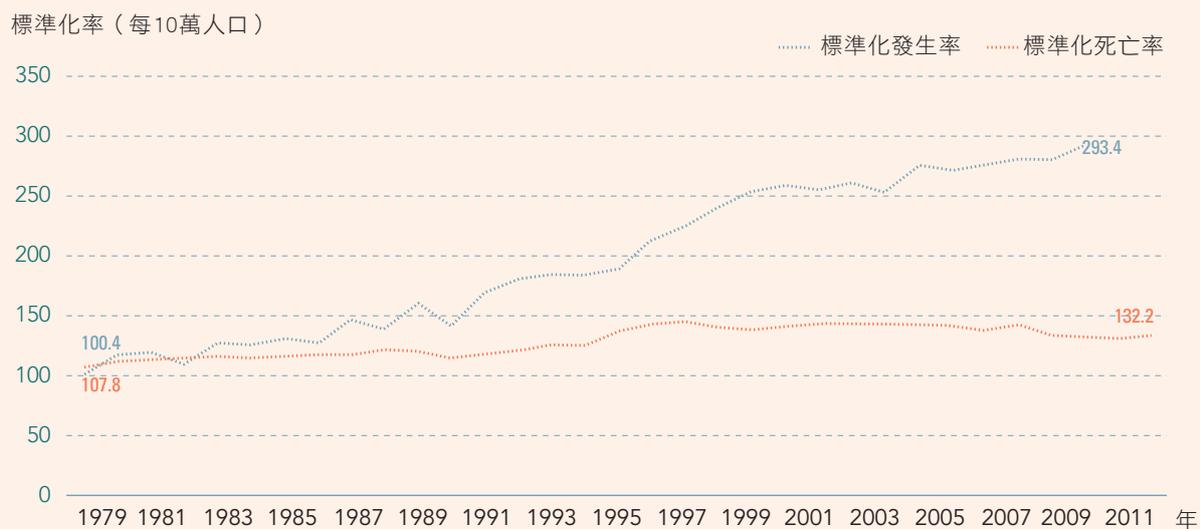
順位	癌症死因	個案數 (人)	粗死亡率 (每十萬人口)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	2,801	24.2	16.5
2	肝和肝內膽管癌	2,389	20.7	14.3
3	結腸、直腸和肛門癌	2,046	17.7	11.9
4	女性乳房癌	1,852	16.0	11.6
5	胃癌	806	7.0	4.7
6	胰臟癌	700	6.1	4.1
7	子宮頸癌、明示子	681	5.9	4.1
8	卵巢癌	445	3.9	2.8
9	非何杰金氏淋巴瘤	358	3.1	2.1
10	白血病	338	2.9	2.2
	所有癌症	15,514	134.3	93.4

資料來源：衛生署統計室死因統計

### 三、歷年癌症發生、死亡增減情形

衛生署死因統計顯示，癌症自 1982 年起即居國人 10 大死因首位。依 2000 年世界標準人口年齡結構計算，國人癌症標準化死亡率由 1982 年每 10 萬人口 118 人逐年上升，至 1997 年達最高點 144.3 人，爾後 10 年間，均維持 138 ~ 144 人之間，2011 年為 132.2 人；同時期癌症標準化發生率亦由 1982 年每 10 萬人口 111 人逐年上升至 2009 年 293.4 人（圖 5-7）。

圖 5-7 歷年癌症標準化發生率及死亡率趨勢



備註：1. 癌症發生率與死亡率資料來源：衛生署國民健康局 2009 年癌症登記資料與統計室死因統計。

2. 年齡標準化率，係以 2000 年世界標準人口為標準人口計算。

# Bureau Of Health Promotion

另依 2000～2009 年癌症標準化發生率 10 年變化分析，男性所有癌症增加 15.7%，其中，以口腔癌（50.8%）和攝護腺癌（50.5%）增幅最大，胃癌降幅 16.3% 最大；而女性所有癌症增加 13.2%，其中子宮體癌（78.4%）和甲狀腺癌（58.3%）增幅最大，子宮頸癌降幅 53.3% 最大（圖 5-8、5-9）。

圖 5-8 2000～2009 年男性 10 大癌症年齡標準化發生率之 10 年變化率

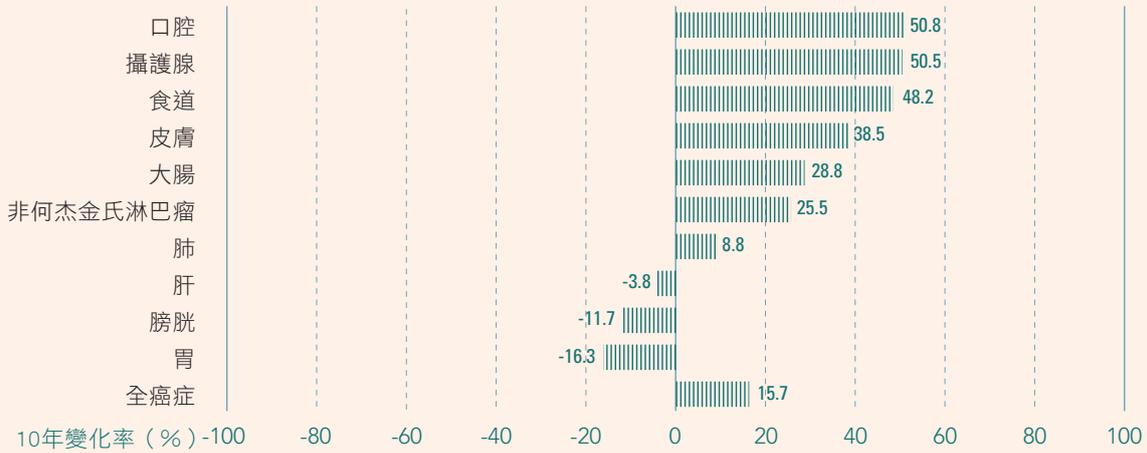
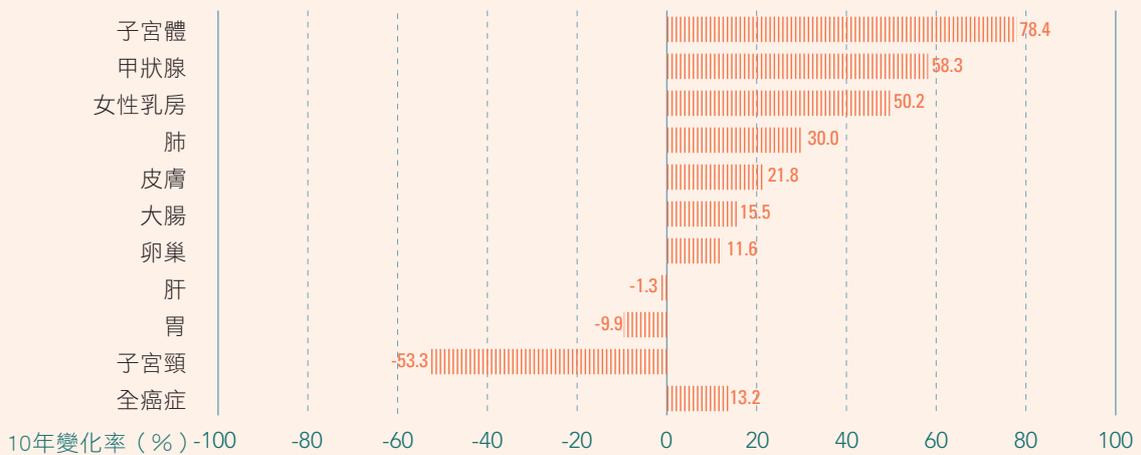


圖 5-9 2000～2009 年女性 10 大癌症年齡標準化發生率之 10 年變化率



## 業務指標

### 提升癌症篩檢率

- 一、30～69 歲婦女近 3 年內接受子宮頸癌篩檢達 64%。
- 二、45～69 歲婦女近 2 年內接受乳房攝影篩檢達 31%。
- 三、50～69 歲民眾近 2 年內接受大腸癌篩檢達 33%。
- 四、30 歲以上嚼檳榔或吸菸者近 2 年內接受口腔癌篩檢達 43%。

## 政策與成果

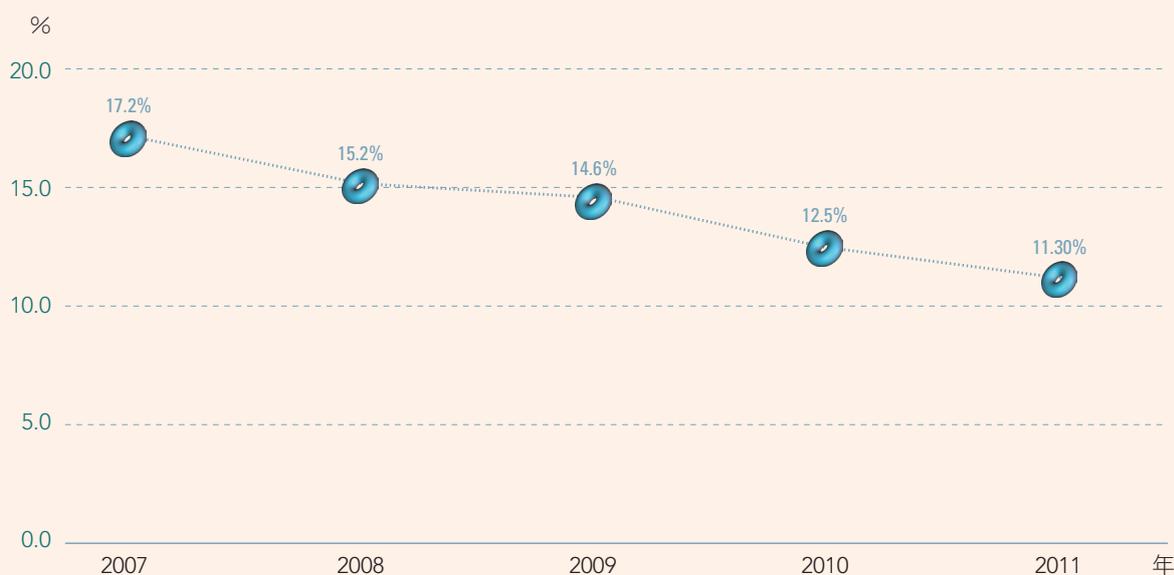
### 一、檳榔健康危害防制

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

我國嚼檳榔人口約為 139 萬人；男性口腔癌過去 5 年間，標準化發生率增幅達 24%，是 25～44 歲男性常罹患的癌症。為降低口腔癌對國人健康之威脅，2011 年擴大辦理相關宣導工作，全面致力降低民眾嚼檳榔率。

近年來，成年男性嚼檳榔率已有下降的現象，以 2007 年～2011 年趨勢圖來看，嚼檳榔率降幅達到 34%（圖 5-10）；惟青少年的嚼檳榔率卻未有下降的現象（表 5-9）。另，以縣市別來看，花東地區嚼檳榔率為全國最高之地區，中南部也普遍有較高的嚼檳榔率，都會型城市嚼檳榔率則較低（圖 5-11）。

圖 5-10 歷年成年男性嚼檳榔率趨勢圖



嚼檳榔定義：最近 6 個月曾嚼過檳榔

資料來源：健康危害行為監測調查（BRFSS）、成人吸菸行為調查

# Bureau Of Health Promotion

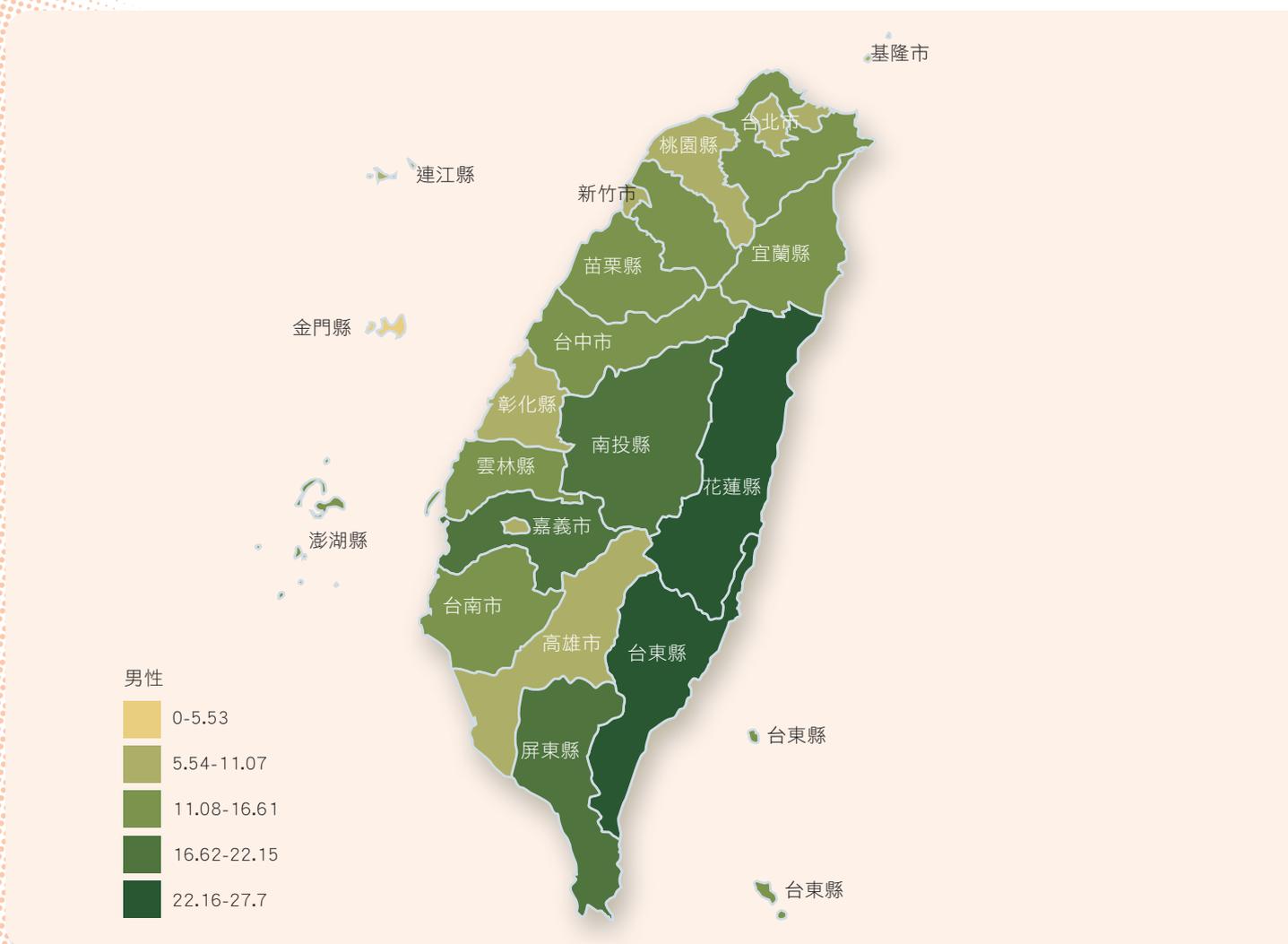
表 5-9 青少年嚼檳榔率

對象	高中職學生 (%)				國中學生 (%)			
	2005	2007	2009	2011	2006	2008	2010	2011
嚼檳榔率	3.4	3.5	3.8	3.8	1.9	1.8	2.0	1.5

嚼檳榔率定義：平均一天嚼少於 1 粒、1~5 粒、6~10 粒、11~15 粒、16~20 粒、21 粒以上之比率

資料來源：青少年吸菸行為調查 (GYTS)

圖 5-11 2011 年成年男性縣市別嚼檳榔率



嚼檳榔率定義：最近 6 個月曾嚼過檳榔

資料來源：健康危害行為監測調查 (BRFSS)、成人吸菸行為調查

回顧過去防制檳榔危害的奮鬥史，各部會於 1997 年共同執行五年期「檳榔問題管理方案」，行政院採納民間團體建議，訂每年 12 月 3 日為「檳榔防制日」。2011 年持續在各層級政府及全國各地，運用多元媒體通路與擴大辦理相關活動加強檳榔防制宣導，並結合各部會及民間團體合作於社區、職場、校園、軍隊等場域加強營造不嚼檳榔環境，使 18 歲以上男性嚼檳率由 2007 年 17.2% 降至 2011 年 11.3%。

上述檳榔防制工作重點摘述如下：

### (一) 倡導不嚼檳榔

#### 1. 宣導採軟性訴求，結合病友現身說法

為能以軟性宣導與直接觸及嚼檳榔族群，持續研發與製作以口腔癌病友生命故事的多元宣導素材，首部嚼檳榔之口腔癌病友紀錄片「遺失的微笑」，以及集結病友及其家屬共同現『聲』的「重生的幸福」有聲書推出後，廣受防制工作者及民眾好評，為喚起大眾對檳榔與口腔癌議題的省思與關注，2011 年持續運用網路聯播與廣播媒體，並於醫療院所、學校、社區、職場、軍隊等場域推廣，喚起嚼檳榔者的健康自覺與同理心，並提升民眾對嚼檳榔致癌的認知。

#### 2. 發展戒檳服務體系，應用新宣導管道

為協助嚼檳民眾戒除嚼檳榔，以減少罹患口腔癌之風險，本局已發展戒檳服務體系，從研發戒檳教材、培訓戒檳種籽師資與提供戒檳服務，期能協助嚼檳民眾戒除嚼檳榔，以減少罹患口腔癌之風險。另，為接觸高嚼檳榔率之職業別，自 2007 年起連續 4 年運用加油站通路發送宣導面紙盒，獲得基層衛生單位及民眾熱烈迴響，2011 年除持續加強檳榔子本身即為致癌物之正確認知外，亦結合口腔癌篩檢服務訊息，於全臺近 130 個加油站營業據點發送宣導面紙盒。

#### 3. 紮根校園

2011 年結合民間團體於 50 間校園中推動檳榔防制議題，設計相關教學課程，讓學生瞭解檳榔對健康的危害性，讓檳榔健康危害防制教育從小紮根，並針對高嚼檳率地區的學校，加強營造拒檳之策略，提升教師或校方人員推動檳榔健康危害防制之能力。

### (二) 在社區及職場營造「不嚼檳榔文化」

#### 1. 強化和民間團體合作，推動拒檳榔工作

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

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

## 2. 跨部會推動，擴大辦理口腔癌篩檢服務

協商行政院勞工委員會，將口腔癌篩檢納入勞工健檢項目，以擴大口腔癌篩檢對象，2009 年勞檢醫院可提供 30 歲以上高危險群勞工口腔黏膜檢查。2010 年協調內政部、教育部與農委會共同訂定兒童、青少年檳榔防制工作計畫，2011 年持續辦理檳榔健康危害防制相關工作，為預防兒童、青少年嚼檳榔，減少嚼檳榔對身體健康之危害，以維護兒童、青少年健康。

## 二、人類乳突病毒（HPV）感染防治

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

### （一）進行 HPV 疫苗與子宮頸癌防治的民眾宣導教育

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

### （二）辦理專業人員教育訓練

辦理山地原住民族地區及離島學校護士及公共衛生護士「HPV 疫苗接種教育訓練」計畫，共 295 人參訓，並將教育訓練資料公佈上本局網站，供各界專業人員下載。

### （三）規劃 2011 年補助山地原住民族地區及離島、中低收入戶、低收入戶青少年接種 HPV 疫苗計畫。郵寄 HPV 疫苗簡介及同意書給有國中女生之低收入戶家戶，調查家長讓其國中女兒接種疫苗意願。

## 三、推動主要癌症篩檢

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

政府分別自 1995 年、1999 年、2002 年及 2004 年開始推動 30 歲以上婦女子宮頸抹片篩檢、18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔癌篩檢、50 至 69 歲婦女乳房攝影篩檢及 50 至 69 歲民眾糞

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

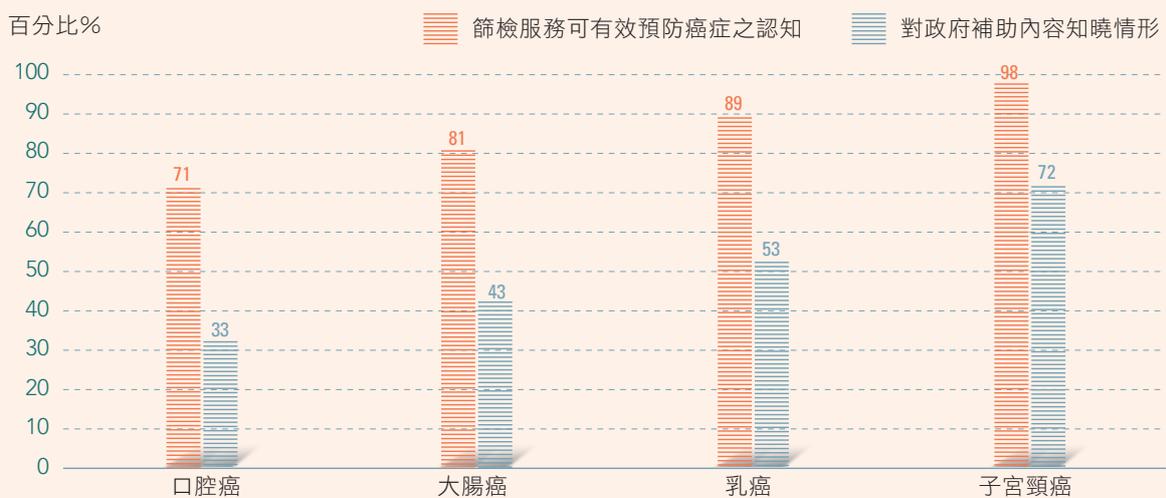
2011 年擴大推動 4 項癌症篩檢，其實施策略及成果如下：

#### (一) 感性訴求及多元管道宣導

為加強民眾對政府提供的癌症篩檢認知，2011 年積極結合衛生局（所）、醫療院所、民間團體…等機構，擴大辦理癌症篩檢服務與宣導活動，亦運用多元媒體通路推廣癌症篩檢服務，以向民眾宣導定期篩檢之觀念。並持續開發以癌症病友及其家人之生命故事為主軸的多元宣導品，期望藉由親情與家庭幸福面鼓勵民眾定期接受檢查。如：藝人蕭亞軒（Elva）母親於 2010 年 1 月子宮頸癌過世，本局邀請其代言子宮頸癌防治，拍攝「子宮頸癌防治一叮嚀篇」宣導片與出席記者會，呼籲女性朋友定期抹片檢查，也提醒所有子女，珍愛媽媽，請記得陪媽媽去做檢查，才能留住幸福、遠離悲傷，該片因代言人準確、畫面流暢而獲選新聞局觀摩影片。

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

圖 5-12 民眾癌症篩檢服務認知情形與政府補助內容知曉情形



資料來源：2010 年癌症篩檢服務推廣評估計畫

**(二) 協助醫院將癌症篩檢融入其組織文化**

2011 年補助 200 餘家 30 歲以上門診人數  $\geq 5,000$  案之醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，要求醫院設置門診篩檢提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、配合衛生局社區篩檢、及辦理院內衛教及戒癮班等，本局並運用世界衛生組織所發展出的「健康促進醫院」模式，輔導醫院於院內推動癌症篩檢，並改變醫院過去重醫療輕預防的情形，帶動醫院醫療文化與作業模式之變革。參與本計劃之醫院門診量約佔全國醫院門診量之 92%，2011 年補助醫院共完成四癌篩檢 231.9 萬人次，篩檢量佔全國篩檢量 54%，相較 2009 年同期篩檢量大幅成長達 1.8 倍（子宮頸癌 1.1 倍、乳癌 2.1 倍、口腔癌 4.7 倍及大腸癌 12.1 倍）2012 年度持續補助醫院辦理。

**(三) 主要癌症篩檢成果**

2011 年共完成子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌等 4 項癌症篩檢達 435.5 萬人次，共發現約 1.1 萬名癌症及 3.2 萬名癌前病變，已成功拯救 4.4 萬名民眾生命，其中各癌的成果分述如下（表 5-10）。

表 5-10 2011 年各項篩檢成果

項目	對象	篩檢政策	2011 年篩檢成果
子宮頸癌	30 歲以上婦女	3 年至少做 1 次抹片檢查 人類乳突病毒 HPV 檢查	30 ~ 69 歲婦女子宮頸抹片三年內曾篩檢比率為 62% (215 萬人)
乳癌	1.45 ~ 69 歲婦女 2.40 至 44 歲 2 親等以內 血親曾罹患乳癌之婦女	每 2 年 1 次乳房攝影檢查	45 ~ 69 歲婦女兩年內曾做乳房攝影篩檢比率 29.3% (55.9 萬人)
口腔癌	30 歲以上嚼檳榔或吸菸 民眾	每 2 年 1 次口腔黏膜檢查	30 歲以上嚼檳榔或吸菸民眾兩年內曾做口腔癌篩檢比率為 40% (87.4 萬人)
大腸癌	50 ~ 69 歲民眾	每 2 年 1 次糞便潛血檢查	50 ~ 69 歲民眾兩年內曾做糞便潛血檢查比率為 33.5% (77.2 萬人)

### 1. 子宮頸癌篩檢

2011 年提供 30 歲以上婦女抹片檢查計 215 萬人次，已使 30～69 歲婦女近 3 年內接受子宮頸癌篩檢率提升至 62%（電話調查為 70%）。另透過各縣市衛生局全面提供 36 歲以上且超過 6 年以上未做抹片婦女 HPV 自採服務，計有 3 萬 7,350 名完成 HPV 檢查，2,955 名陽性個案中已有 1,907 名（65%）完成抹片檢查，共 219 名抹片結果為低度癌前病變（LSIL）或高度癌前病變（HSIL），其中 149 名婦女接受切片，證實為高度癌前病變有 88 人、癌症 17 人。另與法務部合作提供女性收容人子宮頸抹片檢查，共計 1,640 人接受檢查。

衛生署自 1995 年起提供 30 歲以上婦女每年 1 次子宮頸抹片檢查，已使子宮頸癌標準化死亡率由 1995 年每 10 萬人口 11 人下降至 2011 年 4.1 人，下降達 63%，子宮頸侵襲癌標準化發生率則由 1995 年每 10 萬人口 25 人下降至 2009 年 11.9 人，下降達 52%。

### 2. 乳癌

2011 年提供 45～69 歲婦女乳房攝影篩檢計 55.9 萬人次為 2009 年 24.5 萬人次的 2.3 倍，45 至 69 歲婦女 2 年內曾接受乳房攝影篩檢率由 2009 年 11.6% 提高至 29.3%。2011 年共發現近 3000 名癌症個案，其中將近 9 成屬於第 2 期以下的早期乳癌個案，其 5 年存活率高達 9 成，且其中原位癌比率亦高達 37%，遠比 2004～2008 年癌症登記之 10% 為高，顯示篩檢有助於早期發現乳癌。

另外，為克服乳房攝影儀器分佈不均之問題，提高篩檢之可近性，於 2009-2010 年間補助縣市打造乳房攝影巡迴車或購置定點之乳房攝影儀，以充實篩檢資源，提高可近性。

### 3. 大腸癌

2010 年起將大腸癌篩檢納入預防保健服務，透過健保特約醫療院提供 50～69 歲民眾 2 年 1 次糞便潛血篩檢。2011 年計提供 77.2 萬人次篩檢為 2009 年 29 萬人次的 2.7 倍，50 至 69 歲民眾近 2 年內曾接受糞便潛血篩檢比率由 2009 年之 10% 提升為 2011 年之 33.5%，並發現 1.8 萬名息肉及 1,892 名大腸癌個案。

#### 4. 口腔癌

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

2011年計篩檢87.4萬人次，30歲以上嚼檳榔或吸菸者近兩年篩檢率由年之28%提升為2011年之40%，共發現3,829名口腔癌前病變及1,438名口腔癌個案。

#### (四) 提升癌症篩檢品質

為提升癌症篩檢品質，委託臺灣病理學會辦理子宮頸細胞病理診斷單位認證及檢驗品質提昇工作，2011年共完成37家單位認證及後續審查，截至2011年12月共計112家單位通過認證；委託中華民國放射線醫學會辦理乳房攝影機構認證及乳房攝影影像品質提升計畫，共完成26家醫院之認證審查、164家醫院之後續審查，截至2011年12月共計179家醫療機構通過認證；委託臺灣醫事檢驗學會辦理糞便潛血檢驗醫事機構認證及檢驗品質提昇工作，截至2011年12月共計111家糞便潛血檢驗機構通過認證，針對糞便潛血檢驗機構完成2次外部品管能力試驗，並針對外部品管未達標準之檢驗機構，進行實地輔導；委託中華民國牙醫師公會全聯會與財團法人防癌教育基金會辦理「口腔黏膜健康檢查教育訓練計畫」，共計培訓3,377位醫師（牙醫師623人、耳鼻喉科醫師308人、其他科別醫師2,446人），使其投入口腔癌篩檢服務工作行列。

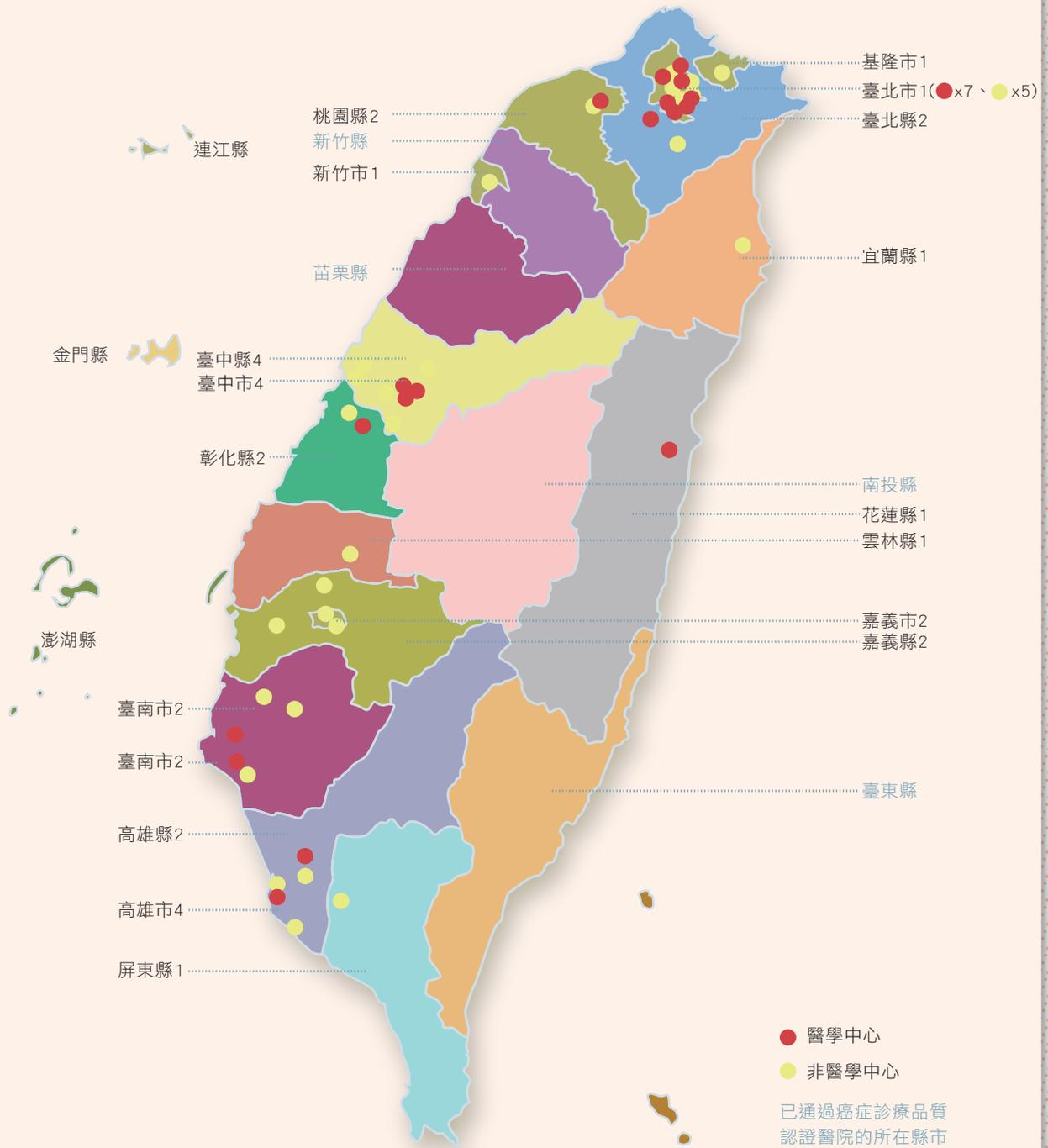
### 四、癌症診療品質

#### (一) 辦理癌症診療品質認證

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

由於癌症醫療照護品質影響癌症患者存活率甚鉅，因此本局於2005年委託財團法人國家衛生研究院規劃「癌症診療品質認證」制度，並於2007年10月4日公布「癌症診療品質認證基準及評分說明」與「癌症診療品質認證作業程序」，針對新診斷癌症個案達500例以上醫院，辦理癌症診療品質認證，以期提升國內癌症診療品質，確保癌症病患安全、有效之優質就醫環境。2011年計有8家醫院申請認證並通過，截至2011年12月底全國共47家醫院通過認證，認證結果為申請醫學中心評鑑的必要資格，並公告於網站上，供民眾就醫參考（圖5-14）。

圖 5-14 2011 年已通過癌症診療品質認證醫院分佈圖



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

## (二) 提升癌症診療相關專科之品質

病理報告及影像報告均是提供臨床醫師在診治癌症病人的重要依據，因此分別自 2007 年及 2010 年開始發展癌症病理報告及影像報告（電腦斷層及核磁共振）之應含項目，目前共發展 17 種癌症之病理報告應含項目及 8 種癌症之影像報告應含項目。另，因癌症標靶治療日益普遍，標靶治療前所需之分子病理檢驗品質日顯重要，因此，自 2010 年開始委託規劃病理分子生物檢驗品質提升工作，辦理病理分子生物檢驗研討會及試辦病理分子生物檢驗之能力測試。

另自 2010 年起委託臺灣腫瘤護理學會發展癌症照護品質指標及照護指引，至 2011 年共發展 66 項指標癌症照護品質指標及 4 項臨床照護指引，並召開各 2 場之醫院說明會。

## 五、癌症病友及安寧療護服務

### (一) 癌症病友服務

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

2011 年補助 5 個民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，提供癌友直接照護服務，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。服務內容有電話衛教 / 諮詢服務、病房 / 診間探訪、心理諮詢、新病友學習營、團體工作、病友身心靈之旅、志工訓練、癌症相關衛教資料提供等共達約 15 萬餘人次。為建構癌症病友服務網絡，補助癌症醫療品質提升計畫第 2 類醫院（新診斷癌症個案數  $\geq 450$  例）計 52 家成立「癌症資源單一窗口」，整合院內外資源，以專責資深護理師、社工師或心理師透過制度化服務流程，讓癌症病友及家人迅速獲得有品質、符合需求的整合性癌症資源服務，使其在承受罹癌重大衝擊下，儘速恢復對生活的掌控感，儘早展開正規治療，並協助病友與院內各團隊溝通，促使癌友及其家庭在治療後能順利返回社區。另委託中華民國癌症希望協會辦理癌症資源單一窗口專責人員培訓、志

工訓練，協助提升其癌症病友服務工作能力，並辦理分區輔導會議，瞭解醫院實際辦理服務之需求與困境，並藉由輔導專家給予回饋。

## （二）安寧療護服務

衛生署自 1996 年起推動安寧療護，並於 2000 年辦理「安寧療護納入健保整合試辦計畫」，且於同年立法通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第 1 個完成自然死法案立法的國家。另為提供非安寧病房癌症病人所需安寧療護服務，本局於 2004 年與安寧照顧協會合作，於 8 家醫院試辦「安寧共同照護服務」，並於 2005 年起擴大補助 34 家醫院。截至 2011 年底，分別有 50、77 與 69 家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，2011 年安寧共同照護服務個案約 2 萬名癌症病人，大幅提高癌症病人安寧療護利用率。利用死亡檔與健保申報資料分析國內癌症病人死亡前 1 年安寧療護利用情形（含安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務），已由 2000 年 7% 大幅提升至 2010 年 41.8%。

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

為全面提升安寧療護品質，委託相關學會辦理安寧共同照護服務輔導機制及辦理癌症防治人員安寧療護團隊相關訓練，計有 25 場次 406 位與癌症治療相關之主治醫師參與 3 小時醫師工作坊訓練，及另有 4 場團隊工作坊計 124 位醫師、護士、社工及其他醫療人員參加。此外補助民間團體擴大辦理安寧療護宣導，於學校、醫院及安養中心辦理 60 場次宣導講座。

第六章

# 焦點群體

Bureau of  
Health Promotion



## 第六章

# 焦點群體

世界衛生組織於 1998 年發表「21 世紀全民健康計畫」時，特別提出「健康公平性」概念，在不同性別、種族、收入及身心障礙群體，應使用不同對策及因應模式，例如：因特殊健康需求及社經地位不平等，導致特殊族群的健康問題。諸如婦女健康相關的乳癌、子宮頸癌、更年期相關的荷爾蒙療法、骨質疏鬆、尿失禁等；弱勢族群健康，如外籍配偶生育健康、罕見疾病、身心障礙者口腔健康及油症患者健康照護等。如何運用健康促進、健康保護及疾病預防這 3 大概念，採取不同策略、計畫、方法和介入手段，以消弭健康上差距，是健康平權的首要工作。

### 第一節 婦女健康

#### 現況

隨著社會日趨高齡化，2011 年我國婦女平均餘命已達 82.6 歲，50 歲以上中老年婦女年中人口占總人口 15.5%，婦女平均自然停經年齡為 49.3±3.8 歲，顯示婦女更年期後仍有一段漫長的人生旅程。根據 2004 至 2008 年行政院衛生署「國民營養健康狀況變遷調查計畫」顯示：241 位 50 歲以上有「骨質疏鬆」的比例，女性在腰椎部位占 12.6%、股骨頸部位占 12.1%，男性在腰椎部位占 4.3%、在股骨頸部位占 10.7%，女性比男性嚴重，且年齡越大越嚴重；另依據 2009 年國民健康訪問調查發現，骨質疏鬆及尿失禁盛行率皆隨年齡增長而升高；50 歲以上婦女約每 4 人就有 1 人罹患骨質疏鬆症，65 歲以上婦女罹病率更高達 3 成（32.69%）。而 55 歲以上婦女中 23.9% 有尿失禁困擾，與此相關的危險因子有：年齡大於 45 歲、身體質量指數（BMI）> 27 或 < 18.5、生過 4 個小孩、曾有高血壓、糖尿病或中風病史者。為此，要建立中老年婦女正向的生活態度與行為，提供正確的健康資訊益顯重要。

#### 業務指標

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

## 政策與成果

- 一、為提供更年期女性貼心服務，設置「0800-00-5107」免付費專線電話，解答更年期疑難，2011年計提供近1萬511人次諮詢服務，其中來電詢問的以生理問題（64.7%）占多數，其次為情緒問題及睡眠方面問題；並舉辦兩場更年期民眾座談會共289人參與；辦理3場更年期諮詢師培訓，培訓60名諮詢師參與專線諮詢服務及於其服務所在地辦理更年期活動；舉辦更年期成長營48場，每場平均參與人數45~50人；發行充電報2期共6,000份，寄發全國各醫療院所；並印製海報與文宣、運用廣播電視媒體宣導、舉辦更年期徵文比賽等。
- 二、為奠定骨骼健康的基石，避免罹患骨質疏鬆症，建立兒童與青少年，從小儲存骨本之觀念，除辦理校園慢性病防治研習，並透過多元管道（如網路、報章）宣導及配合世界骨鬆日發布新聞稿，提醒國人均衡飲食、適當負重運動和肌力訓練，防範跌倒，並提供「一分鐘骨質疏鬆症風險自我評估」供民眾參考。為提升國人更年期保健與骨質疏鬆防治之相關知能，增進其自我健康照護之能力，進行更年期保健及骨質疏鬆防治教材等衛生教育教材之編修與印製；另，為提供醫護人員對骨質疏鬆症之預防、診斷與治療之參考，使病患得到較佳之照護，本局結合國家衛生研究院、中華民國骨質疏鬆症學會、臺灣實證醫學學會以及相關專家學者等，透過實證醫學方式，制定出「骨質疏鬆症臨床治療指引」，並編印提供醫護人員使用。

## 第二節 弱勢族群健康

### 壹、外籍配偶生育保健

#### 現況

2011年國人結婚登記對數總計16萬5,327對，就配偶國籍分，本國籍者14萬3,811人（86.99%），大陸（含港澳）1萬3,463人（8.140%），外籍8,053人（4.87%）。至2011年底，外籍與大陸配偶總人數估計已達45.9萬人，其中，外籍配偶15.1萬人，占32.84%，大陸與港澳地區配偶30.8萬人，占67.16%。其所生子女數於2011年達總出生數7.83%（圖6-1）。至2011年底，持有效外僑登記證者，外籍配偶國籍以越南籍57.17%最高，印尼籍18.07%次之，泰國籍5.47%再次之。

圖 6-1 1998 年至 2011 年外籍與大陸配偶所生嬰兒數百分比



資料來源：內政部統計處

### 業務指標

新住民生育健康指導及諮詢檢核完成率達 95% 以上。

### 政策與成果

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

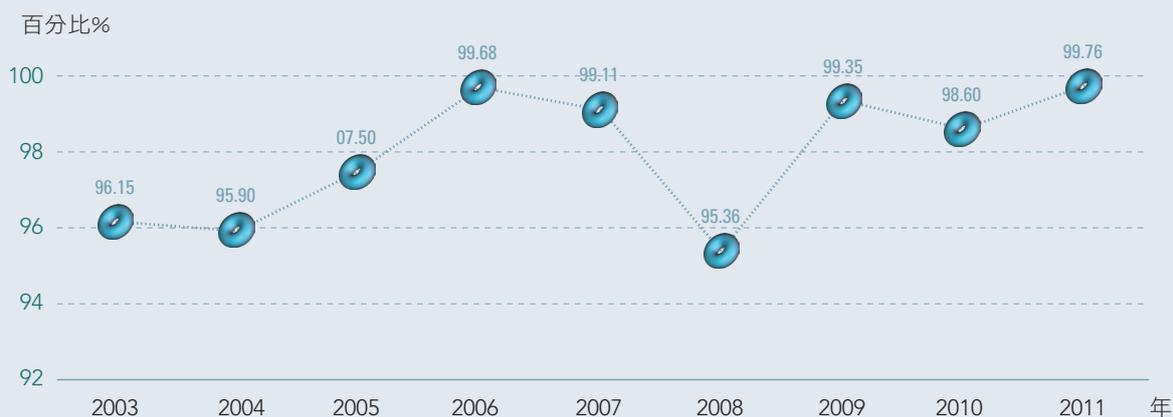
- 一、營造健全生育健康環境。
- 二、預防先天性缺陷兒與早產兒出生。
- 三、增進及維護外籍配偶與子女健康。

在積極推動下，外籍配偶生育健康管理的成果如下：

#### 一、落實生育健康照護及保健指導

為強化外籍配偶之生育健康，本局透過各縣市衛生局（所），積極推動外籍與大陸配偶及其子女健康建卡管理（圖 6-2），提供生育計畫、產前產後、生育保健及防疫措施等衛教指導。如發現屬於高危險群或異常個案者，並給予轉介、治療。2011 年完成健康建卡人數 6,953 人；其中外籍配偶已建卡人數 2,253 人，健康建卡率 99.73 %；大陸配偶已建卡人數 4,700 人，健康建卡率 99.79 %。

圖 6-2 2003 年至 2011 年外籍與大陸配偶生育健康建卡管理率



資料來源：內政部統計處

## 二、辦理通譯員培訓及通譯服務

為降低外籍配偶因語言溝通困難所造成的就醫障礙，於 2004 年起推動「培訓志工協助推動外籍配偶生育保健服務計畫」，培訓在臺多年之外籍配偶擔任通譯員，以協助衛生局（所）工作人員於進行外籍配偶之家訪、健兒門診、生育保健指導之通譯工作。截至 2011 年底止，已有 17 縣市 210 個衛生所，獲得向內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會申辦之補助經費，予以辦理生育保健通譯服務。

## 三、提供未納健保前之產前檢查醫療補助

為協助剛入境、未納保之外籍配偶獲得完整的生育醫療照護，2005 年起本局申請內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會經費補助，提供外籍配偶設籍前未納健保產前檢查醫療補助費用。2011 年補助設籍前未納健保前之產前檢查費用，共 1 萬 0,461 人次，補助經費達新臺幣約 608 萬元。

## 四、研發及編印多國語言衛教教材

為減少外籍配偶語言障礙，特地開發多國語版生育保健教材，2008 年完成印製越南語、柬埔寨語、泰國語、印尼語及英語等五國語版之「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」。另拍攝 5 國語版外籍配偶生育保健系列影片及「育兒保健手冊」等衛教教材，俾提供外籍配偶及醫護相關人員參考使用。另，2011 年已委外翻譯及美編新版五國語版之「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」。

## 貳、罕見疾病防治

### 現況

自 2000 年起，實施罕見疾病病人人數通報，至 2011 年底，已通報公告罕病 3,187 案。罕見疾病因罹病人數稀少，藥物市場也狹小，在自由市場機制下，藥商往往因缺乏利潤誘因，而不願意開發、製造、輸入及販賣罕見疾病藥物，造成罕見疾病患者取得治療藥物相當不易。

### 業務指標

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

### 政策與成果

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

表 6-1 世界各國立法保障罕病患者的國際比較

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

### 一、協助罕見疾病患者獲得適當的醫療服務

#### (一) 確保罕見疾病患者就醫權益

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

## (二) 成立「罕見疾病及藥物審議委員會」

截至 2011 年 12 月止，共審議認定及公告 193 種罕見疾病（較 2010 年新增 9 種疾病），78 種罕見疾病藥物名單及其適應症、40 種罕見疾病特殊營養食品及其適應症，並審理醫療補助案件。

## 二、建構完整的遺傳性疾病及罕見疾病醫療服務網絡

### (一) 設置罕見疾病特殊營養食品暨藥物物流中心

2011 年儲備、供應 31 項罕見疾病特殊營養食品及 9 項緊急需用藥物，補助經費約 4 千萬餘元，較 2011 年新增 300 餘萬元。

### (二) 提供罕見疾病國外代檢服務

提供罕見疾病國外代檢服務，並由本局補助 80% 代行檢驗費用；另為縮短罕見疾病個案檢體送至國外代檢的審查流程，於 2006 年 6 月完成 12 項疾病快速審核原則。自 2000～2011 年底止，共補助 431 案，2011 年經此方案補助送至國外代檢計 31 案。

### (三) 補助全民健康保險法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物費用

因應 2010 年 12 月 8 日修正公布「罕見疾病防治及藥物法」，著手修正「罕見疾病醫療補助辦法」條文，除新增國內確診檢驗、代謝性罕見疾病營養諮詢費及健保未給付之維持生命所需之居家醫療照護器材等補助外，並擴大補助維持生命所需之特殊營養品及國外代行檢驗及全民健保未給付之醫療費用，全額補助中、低收入戶，其他民眾補助醫療費用 80% 為限，以落實照護罕見疾病病人。

## 三、辦理罕見疾病防治之研究、教育與宣導

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

## 參、身心障礙者口腔照護

### 現況

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

表 6-2 18 歲以上身心障礙者與 18 歲以上民眾口腔健康狀況比較

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

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

### 業務指標

預估至 2012 年，80% 身障機構住民接受服務。

### 政策與成果

一、辦理身心障礙者口腔預防保健服務計畫：

- (一) 2011 年培訓 367 名身心障礙者口腔照護指導員、46 名種子牙醫師、189 名志工及約 2,032 名機構內人員及居家服務團隊具口腔照護能力；提供居家及 22 家身心障礙機構計約 6,964 名身心障礙者口腔保健服務，以發展長期及在地化的自主持續運作模式。
- (二) 辦理「2011 年第五屆身心障礙者口腔照護活動」，辦理身障者口腔照護研討會、甄選身障者口腔照護紀錄片及潔牙歌曲創作；另辦理「日本學者來臺參訪暨長期照顧者口腔照護研討會」，進行臺、日身障者及長期照顧者口腔照護模式之經驗交流與分享。

二、辦理發展遲緩兒童口腔照護計畫：

委託署立雙和醫院、高雄醫學大學附設醫院、花蓮慈濟醫院等 3 家醫院於北部、南部、東部，結合 44 家醫療院所、27 家早療評估或療育單位共同辦理，計提供 697 名發展遲緩兒童口檢、教導兒童及其照顧者潔牙技巧及口腔保健知識，期建立發展遲緩兒童口腔保健服務據點及網絡。

### 肆、油症患者健康照護

#### 現況

1979 年彰化縣與臺中縣陸續發生不明原因的皮膚病，經調查發現，患者係食用多氯聯苯（PCBs）污染之米糠油所致，稱之為「油症」。本局自 2004 年承接油症業務後，即提供免費健康檢查照護服務，辦理補助健保門、急診部分負擔醫療費用，協助衛生局持續對患者追蹤管理，進行訪視與關

懷、衛教實施，至今仍持續辦理中。2005年起，考慮可能由母體透過胎盤血液，使胎盤有暴露於多氯聯苯等化合物風險，故將女性患者之子女（1980年1月1日後出生者）納入為照護對象（稱為第2代油症患者），亦提供上述健康照護服務。

### 業務指標

建立油症患者健康照護制度，以持續提供其照護服務，及保障就醫權益。

### 政策與成果

本局為提供油症患者更完善之健康照護服務，於2011年8月10日函頒「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，提供以下健康照護服務內容：

- 一、補助第一代油症患者可享健保住院不分科別之免部分負擔醫療費用
- 二、油症患者可持註記身分健保卡或「油症患者就診卡」，均享「門、急診」不分科別之免部分負擔醫療費用
- 三、每年提供免費健康檢查
- 四、持續健康追蹤管理（訪視、關懷）

截至2011年12月，計有1,541名油症患者列冊管理，其中第一代為1,308位；第二代為233位，2011年共計604人接受健康檢查服務，自2004至2011年期間至少參與過一次以上健檢的人數共有977人（約占65.4%），2011年共補助1萬601人次之健保門診部分負擔醫療費用。

另本局為協助解決油症患者就醫之困擾，特商請衛生署豐原醫院及財團法人彰化基督教醫院，自2009年12月1日起，於油症患者分佈較多之臺中縣及彰化縣轄內開辦「油症特別門診」，以提供油症患者一較完善、方便的就醫環境。於2010年與中央健康保險局合作「健保IC卡中註記油症患者身分」，並與油症患者就診卡並用，截至2011年12月止共有1,277名油症患者完成健保IC卡註記。

第七章

# 健康促進的基礎建設

*Bureau Of  
Health Promotion*



### 二代成菸

「潮」伯、「顏」姨、「勇」哥 要你刮目相看 迎接高齡海島 國民健康局提倡 銀髮 二代成菸 人工生殖 影響防治 癌症防治

2012-11-02 2012年11月世界糖尿病日系列宣導活動  
為呼籲國人重視糖尿病防治與控制，國民健康局與中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病術教學  
會、財團法人糖尿病防治基金會及中華民國糖尿病病友全國協會、宜蘭縣衛生局及嘉義市衛生局  
等，共同攜手與國際同步響應世界糖尿病日，於11月4日上午8點在宜蘭冬山河畔今日公園舉辦年  
華會，11月11日下午3點在嘉義市中央廣場公開舉辦健走及點燈等活動，歡迎民眾踴躍參加。  
2012-10-30 公告修正「行政院衛生署國民健康局」醫療院所戒菸服務補助計畫，新增醫事服務...  
2012-10-25 門診戒菸治療醫師訓練課程，不收差額之特約院所名單（截至101...  
2012-10-24 公告「孕婦之型體控制補助服務方案」，特約醫事機構名單（截至10...  
2012-10-23 公告本局核定辦理「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，特約醫事機構名單

#### 健康主題

婦幼健康	婦女健康	人工生殖
視力保健	口腔保健	青少年健康
慢性病防治	健康城市及場域	體重管理 飲食、運動

## 第七章

# 健康促進的基礎建設

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

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

### 第一節 基層衛生保健單位—衛生所

#### 現況

臺灣基層保健醫療體系完善，至 2011 年底，22 縣（市）轄下 371 家衛生所，在職人數 4,324 人，其中女性佔 84.1%、男性 15.9%。衛生所主要業務包括菸害防制、婦幼衛生、社區健康營造、門診醫療、行政相驗、預防接種、監測通報、傳染病防治、精神病患管理、長期照護、緊急醫療等，提供基層醫療保健服務。

#### 政策與成果

##### 一、衛生所主要業務成果

- (一) 預防接種服務共計 1,202,341 人次，占全國 33.70%。
- (二) 兒童預防保健服務共計 150,314 人次，占全國 13.68%；成人預防保健服務共計 298,359 人次，占全國 9.06%。
- (三) 子宮頸抹片檢查共計 27,531 人次，占全國 7.18%。
- (四) 全國共計 297 家衛生所提供戒菸門診服務，服務共計 25,318 人次，占全國 19%，服務戒菸成功率 27.5%。

(五) 健保醫療門診服務量共計 4,352 千件，占健保特約診所核付數約 1.7%。

(六) 開具死亡證明書共計 25,994 張，占全國 17.1%。

## 二、辦理衛生所人員教育訓練

研發菸害防制、肥胖防治、健康老化、衛生所統計應用等 4 大主題 20 小時公共衛生核心課程數位教材，提供衛生所人員多元、互動方式學習，提升專業知能及服務品質；辦理衛生所人員實體教育訓練課程，包括「肥胖防治」及「健康老化」工作坊共 4 場次。

## 三、維運衛生所門診醫療系統

統籌 20 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，維護 307 家衛生所及 2 家慢性病防治所之門診醫療系統、慢性病個案管理、篩檢紀錄管理及報表等系統功能正常運作，並因應健保申報需求隨時更新系統設定，以確保衛生所每月得以順利進行申報作業。

## 四、舉辦「第 5 屆金所獎」衛生所競賽

本局為提升衛生所服務品質，增進衛生所人員工作效率，並激勵服務品質績優之衛生所，自 2006 年起辦理金所獎評選活動，期藉由評選衛生保健工作績優之衛生所，提供全國各衛生所標竿學習，以精進衛生所服務流程及服務環境，強化服務品質，並透過公開頒獎活動，激勵基層衛生所服務同仁之士氣，表彰肯定其貢獻。2011 年「第 5 屆金所獎」競賽主題為「老人健康促進」及「週期性全人健康管理」，選出「老人健康促進」類卓越獎為新竹市北區衛生所，優等獎為雲林縣古坑鄉衛生所、苗栗縣大湖鄉衛生所等 2 所衛生所；「週期性全人健康管理」類卓越獎為彰化縣二水鄉衛生所，優等獎為宜蘭縣員山鄉衛生所、嘉義縣竹崎鄉衛生所等 2 所衛生所。

## 第二節 健康傳播

### 現況

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

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

# Bureau Of Health Promotion

網站名稱	首頁	摘要說明
<p>行政院衛生署國民健康局入口網站  <a href="http://www.bhp.doh.gov.tw/">http://www.bhp.doh.gov.tw/</a></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設置本網站主要目的在             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 提供本局各組室之工作職掌、為民服務的項目及聯繫方式。</li> <li>(2) 提供本局最新新聞、公告及活動。</li> <li>(3) 依民眾需求，提供不同的健康議題專區，如「媽媽寶寶」、「嬰幼兒聽力」、「口腔保健」、「青少年保健」、「中老年保健」、「癌症防治」、「社區健康」、「菸害防制」、「衛生教育」、「預防保健」、「健康研究調查」、「出生通報」等資料。</li> <li>(4) 為符合不同年齡層、不同閱讀習性的需求；提供「英文版」、「兒童版」、「PDA版」、「RSS訂閱」供民眾自行選擇。</li> </ol> </li> <li>2. 2005、2006年榮獲「優良健康資訊網站」。</li> <li>3. 於首頁部分提供本局當年重要議題及大型輪播動畫，讓網站參訪民眾能一目瞭然知道本局推動之重要議題。</li> <li>4. 對研究、學術單位；本網站提供「資料外釋」、「健康研究調查」及「衛生教育」等專區。</li> </ol>
<p>遺傳疾病諮詢服務窗口計畫網站  <a href="http://gene.bhp.doh.gov.tw/">http://gene.bhp.doh.gov.tw/</a></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本網站係提供整合性遺傳專業知識及資源，以解決國內醫療專業人員及公共衛生人員，於第一線照護種類繁多且罕見之遺傳疾病個案時，可迅速取得相關諮詢及資源，提升服務品質及時效。</li> <li>2. 2006年榮獲「優良健康資訊網站」。</li> </ol>

網站名稱	首頁	摘要說明
母乳哺育網站 <a href="http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/">http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/</a>		本網站係提供母乳哺育的相關資訊，宣導母乳含有最適合初生嬰兒成長所需要的營養，是人工奶粉無法取代的珍貴食物。
健康九九網站 <a href="http://health99.doh.gov.tw">http://health99.doh.gov.tw</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本網站係提供民眾及衛教人員依關鍵字、開放項目、類別、種類、上架日期及全文檢索等條件進行搜尋。</li> <li>2. 2005、2006年榮獲「優良健康資訊網站」</li> <li>3. 內容包括最新新聞、宣導資源、健康專欄、Q&amp;A、好康分享、相關連結等健康相關資訊。</li> </ol>
菸害防制資訊網 <a href="http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/">http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本網站係展示菸害防制工作推動及成果，提供縣市衛生局、衛生教育人員及民眾連結、搜尋及下載的單一入口知識平臺。</li> <li>2. 包含最新消息、二代戒菸、菸的危害、菸害防制法、菸害防制策略、戒菸服務、無菸臺灣、歷年活動、文宣品下載、吸菸行為調查、研究成果摘要、活動資訊、地方菸害防制、戒菸教戰手冊。</li> </ol>
門診戒菸治療管理中心網站 <a href="http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/">http://ttc.bhp.doh.gov.tw/quit/</a>		本網站為提供戒菸者有效之臨床戒菸方法、戒菸藥物、門診戒菸合併醫療院所名單及克服菸癮等相關資訊平臺。

# Bureau Of Health Promotion

網站名稱	首頁	摘要說明
戒菸專線服務中心網站 <a href="http://www.tsh.org.tw">http://www.tsh.org.tw</a>		本網站係以專業心理諮商角度協助戒菸者，提供服務介紹、戒菸新知、問答集、最新訊息與活動。
菸品成分資料網站 <a href="http://tobacco-information.bhp.doh.gov.tw/">http://tobacco-information.bhp.doh.gov.tw/</a>		本網站係依據菸害防制法第 8 條之規定將菸品製造輸入業者申報之菸品成分、添加物、排放物及其相關物資料定期主動公開，以提供民眾了解菸品中所含之成分物質及其相關危害等之資訊平臺。
健康數字 123 - 國民健康指標互動查詢網站 <a href="https://olap.bhp.doh.gov.tw/">https://olap.bhp.doh.gov.tw/</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本網站係提供民眾進行健康指標資料查詢</li> <li>2. 運用本局歷年國民健康調查及出生通報資料建置而成</li> </ol>
青少年網站 (性福 e 學園) <a href="http://www.young.gov.tw">http://www.young.gov.tw</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本網站係提供青少年性教育相關資料。</li> <li>2. 亦有線上諮詢服務，回覆方式具隱密性，適合一般青少年使用。</li> </ol>
「健康 100 臺灣動起來」資訊網 <a href="http://obesity.bhp.gov.tw/">http://obesity.bhp.gov.tw/</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供全國衛生局、衛生所、各場域及民眾便捷之衛教宣傳之網路平臺</li> <li>2. 收集全國減重資料，落實「健康 100 臺灣動起來」體重管理計畫管理</li> </ol>

網站名稱	首頁	摘要說明
健康能量便利屋 <a href="http://www.exavision.biz/house/">http://www.exavision.biz/house/</a> (已納入局網)		本網站以「24 小時健康不打烊、運動就像是全家方便的商店」帶出「隨時動一動，便能為健康加分」的健康概念。(已納入局網)
健康職場資訊網 <a href="http://health.bhp.doh.gov.tw/">http://health.bhp.doh.gov.tw/</a>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設置目的：本網站以『健康職場』為主題的健康職場專屬網站，透過網站訊息主動向全國職場宣導，更善用網路資源，積極宣導室內工作場所全面禁菸及健康職場自主認證活動。</li> <li>2. 網站內容：包含「健康職場認證園地」、「職場健康好樂活」、「職場無菸健康來」、「好康報馬仔」、「資源下載」、「線上教學」、「相關網站」等。</li> </ol>

### 第三節 健康監測

#### 現況

有鑑於非傳染性疾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，逐步規劃建置涵蓋各生命週期人口群之健康監測機制，透過例行性與定期性之健康監測調查，蒐集生命統計或公務通報登記系統無法取得之國人健康資料，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。

#### 政策與成果

為提供政策擬訂與施政成效評估所需客觀數據，每年依規劃期程辦理各項全人口或特定人口群（嬰幼兒、青少年、中老年及育齡人口等）之健康監測調查，運用社區面訪調查、在校學生自填問卷調查，以及電話調查等 3 大監測調查工作平臺，收集非傳染性疾病之健康監測資訊，並將收集之資料依業務參考需求加以分析，及提供相關單位參考。

歷年重要監測調查項目如表 7-1，其中，2011 年辦理之社區面訪調查包括：「兒童健康照護需求調查」、「兒童及青少年行為發展研究」和「中老年身心社會健康調查」，此 3 項長期追蹤調查將持續進行至 2012 年；在學生自填問卷調查部份，完成高中職及國中學生「吸菸行為調查」與高中職學生「健康行為調查」兩項調查；電話調查部分，完成 18 歲以上成人之「吸菸行為調查」與「健康危害行為監測調查」兩項調查。分述如下：

### 一、辦理兒童健康照顧需求調查

為建立臺灣兒童生長發育及健康狀況常模、探討可預測成人健康的早期生物指標，以及環境對兒童健康和發展的影響，本局自 2003 年起規劃辦理「兒童健康照護需求調查」(又稱「臺灣出生世代研究」)，自 2005 年全年通報出生嬰兒抽選機率樣本為長期追蹤觀察對象，並自 2003 年 11 至 12 月出生嬰兒抽選小規模之先驅研究樣本，以供發展大規模正式調查之規劃設計參考。先驅研究與正式調查兩樣本世代皆於樣本兒童滿 6 個月進行第一波調查，完訪案數分別為 1,783 與 21,648 人，依研究設計於 18 個月、3 歲及 5 歲半時進行追蹤訪查。

2011 年主要辦理事項為 5 歲半兒童之追蹤，藉由主要照顧者及父母親之問卷訪查，收集樣本兒童及其父母親健康相關資料，完訪案數共 20,100 名，完訪率達 93.2%。另完成先驅樣本世代兒童 7 歲之簡短電話訪查，以瞭解其就學情形，並藉由電話訪查維繫與樣本兒童家長之合作關係。收集之資料經建檔與檢核後，將於 2012 年依業務需求進行分析應用，並參與相關國際學術研討活動或期刊論文發表。此外，並於 2011 年將本項長期追蹤研究之第一、二波調查結果，彙集出版「新世紀臺灣嬰幼兒健康圖像」一書，全文電子檔並置於本局網站供各界瀏覽或下載。

### 二、辦理兒童及青少年行為發展研究

本項長期追蹤研究最初由國家衛生研究院於 2001 年起規劃辦理，運用生態模式觀點，由個人特質、家庭、同儕、學校、社區、媒體等不同面向，長期追蹤觀察兒童、青少年至成年期各階段之身心健康及生活型態，供教育及衛生單位研訂兒童及青少年政策參考。研究對象選自 2001 年就讀於臺北市及新竹縣共 18 所公立國小一、四年級學童，並逐年進行追蹤訪查。自 2001 年至 2006 年期間，由國家衛生研究院派員於樣本學童就讀之國小或國中以自填問卷收集資料，自 2007 年起因樣本個案升學或就業而散居全臺各地，爰由國家衛生研究院與國民健康局共同合作，以運用國民健康局社區調查工作平臺進行研究世代追蹤，並透過研究單位與行政單位協力，促成本項研究成果之政策參考應用。其跨 2011 年至 2012 年辦理之第 11 次調查，訪查期間自 2011 年 10 月至 2012 年 2 月底，共完訪 4,470 案，完訪率為 89.0%。

回顧本計畫自研究世代建立至 2011 年底，已累積 10 年之長期追蹤資料，資料分析結果則提供相關單位作為政策擬定與計畫評估參考。

### 三、辦理中老年身心社會健康調查

為因應人口高齡化對經濟、醫療、家庭及社會可能產生之衝擊，收集政府相關單位擬定老人衛生服務與社會福利計畫之參考資料，本局前身機關於 1989 年抽選全臺非山地鄉 60 歲以上中老年機率樣本，進行問卷訪查，並以每 3 至 4 年之間隔辦理追蹤調查。自 1996 年起，將調查對象所涵蓋之年齡層向下延伸至 50 歲，至 2007 年已完成六波調查資料收集。

為持續針對該樣本世代進行追蹤，並據以推論我國中老年民眾之身心社會健康及生活狀況，爰於 2011 年 9 月再度針對上述樣本世代之存活個案，進行第七次追蹤調查。除以面訪問卷收集中老年民眾之健康資料，同時結合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」所建立之家訪健康相關測量方法，以及開發測試之電腦輔助認知功能測試工具，進行中老年之身心及社會健康資料收集，實地訪查資料收集工作持續進行至 2012 年 4 月。

#### 四、辦理青少年吸菸與健康行為調查

為持續監測我國青少年吸菸及其他健康行為之現況與長期變化趨勢，本局自 2004 年起，依據世界衛生組織（WHO）與美國疾病管制局（CDC）設計發展之「全球青少年吸菸行為調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）」，規劃辦理我國青少年吸菸行為監測調查。另自 2006 年起，進一步參考美國疾病管制局之青少年危害健康行為調查（Youth Risk Behavior Survey, YRBS），及 WHO 主辦之全球青少年健康行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS）計畫，針對導致死亡、疾病、失能或社會問題之重要健康行為，進行監測調查，範圍涵蓋菸、酒、檳榔等物質使用，以及其他健康行為或生活型態等議題。經數年來累積調查執行經驗，業於 2011 年與美國疾病管制局洽談參與全球青少年健康行為調查事宜，將我國青少年健康行為監測進一步與國際接軌，並於 2012 年起正式執行。

前述青少年吸菸與健康行為兩項調查，原採國中及高中職、五專（1~3 年級）學生隔年輪換機制，利用匿名自填問卷，至樣本班級集體施測，惟為及時掌握各項青少年菸害防制工作成果，自 2011 年起，將樣本具縣市代表性之青少年吸菸行為監測調查，改以國中及高中職、五專同年辦理，青少年健康行為調查則維持隔年輪替方式，並於 2011 年以高中職、五專學生為調查對象。兩項調查均於 2011 年 6 月辦理完成，其中青少年吸菸行為調查共完訪 3 萬 8,267 案，完訪率為 91.99%；健康行為調查共完訪 4,985 案，完訪率為 90.93%。

#### 五、辦理成人健康與吸菸行為調查

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

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

依本系列調查期程，2011 年係以全國（健康危害行為調查不含金門、連江）現住戶並設有電話，年滿 18 歲以上的民眾為母體，利用電腦輔助電話訪問系統（Computer Assisted Telephone Interviewing System, CATI）進行調查，並於 2011 年底辦理完成。成人吸菸行為成功訪問個案為 1 萬 6,905 案，合格受訪者之有效接通訪問成功率為 68.75%；健康危害行為成功訪問個案為 1 萬 6,985 案，合格受訪者之接通訪問成功率為 60.7%。

#### 六、「健康指標互動式網路線上查詢系統」推廣應用

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

目前本網站已開放查詢項目，計有「國民健康調查」、「國中學生健康行為調查」、「高中、高職、五專學生健康行為調查」、「國中學生吸菸行為調查」、「高中、高職、五專學生吸菸行為調查」、「成人吸菸行為調查」、「健康行為危險因子監測系統」、「中老年身心社會健康調查」等 8 項健康調查，以及「出生通報」資料，總計提供 450 餘項健康指標，平均每年使用人次逾萬人。為持續提升網站資料可用性及使用者友善服務，繼 2007、2009 年 2 次改版後，於 2011 年底完成第 3 次擴充與改版之委外，其重點在於強化網站整體視覺效果、建立多元化指標分類查詢路徑、提供個人化資料查詢服務等，藉以提昇網站服務品質與使用率。

#### 七、調查研究資料庫應用

本局針對非傳染性疾病所辦理之各項健康監測調查，其目的在提供政策擬訂、施政效果評估及業務推動所需參考資訊。為增加資料之政策參採應用，除針對各監測調查編印及出版調查結果報告，亦依據業務需要進行專題研究分析，並多方參與研討會或期刊論文發表，另配合健康促進業務推動需要，提供新聞發布或民眾衛教宣導所需調查結果，2011 年共計提供 38 則新聞稿發布所需數據，此外，亦藉由健康指標互動查詢網站，開放監測調查資料之線上即時分析，迅速提供各界所需監測調查資料之描述性統計分析結果。

為發揮研究資源共享理念與增進研究調查原始資料之加值運用，已陸續開放各系列健康監測調查原始資料庫之使用申請，項目包括 3 項通報資料（出生通報資料庫、罕見疾病個案通報資料庫、人工生殖資料庫）及 9 項調查資料（臺灣身體活動量監測系統、婦女家庭與生育保健調查、中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查、臺灣地區高血糖高血脂高血壓盛行率調查、菸害防制研究及工作計畫、國中生吸菸行為調查、高中高職五專生吸菸行為調查、成年人吸菸行為調查、國中學生健康行為調查）原始資料之使用申請。期藉由國內外學者及研究單位就其專長領域深入分析與相關學術論文發表，以增加資料庫整體利用率，發揮調查資源之整體價值。

表 7-1 歷年重要監測調查項目一覽表

調查系列	● 橫斷調查 (cross-sectional survey) → 長期追蹤調查 (longitudinal survey)														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
社區面訪調查	國民健康訪問調查	●	●			●			●				●		
	中老年人身心社會健康調查			→			→			→					→
	家庭與生育調查			●	●				●			●			
	兒童及青少年行為發展研究							→	→	→	→	→	→	→	→
	兒童健康照護需求調查					→	→	→	→		→	→	→	→	
學生自填問卷調查	國中青少年吸菸行為調查			●		●		●		●	●	●	●	●	●
	高中職青少年吸菸行為調查				●		●		●		●	●	●	●	●
	國中青少年健康行為調查						●	●		●		●		●	
	高中職青少年健康行為調查							●	●		●		●		●
電話訪問調查	成人吸菸行為調查			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	健康危害行為監測調查						●	●	●	●	●	●	●	●	●
	衛生保健議題調查				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

## 第四節 國際合作

### 現況

健康的國民是國家富強的重要基礎，透過各項國際衛生的交流與學習，規劃相關政策以提升國人的健康。本局於 2011 年參與第 64 屆 WHA 大會，針對預防和控制非傳染性疾病、孕產婦和嬰幼兒營養、預防兒童傷害及青少年與健康風險等議題發表演講，分享臺灣經驗，亦配合世界衛生趨勢，推展多樣性的國際衛生合作模式，並參考國際準則，與時俱進，推動各項健康促進工作。

### 政策與成果

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

#### 一、生育與成長

2011 年 10 月 29 日至 11 月 2 日由楊志良教授（代表邱文達署長）率本局邱局長等多位代表出席於美國華盛頓 D.C. 舉辦之美國公共衛生協會（American Public Health Association, APHA）第 139 屆年會，會中辦理臺灣論壇「Promoting Health from Cradle to Grave: Case Studies of Taiwan's Reform and Comprehensive Approach to Care」，報告一系列臺灣之健康照護經驗，其中本局報告主題為：「Universal coverage of preventative services to reduce child mortality: Taiwan's experiences」、「Healthcare reform with payment incentives to increase cancer screening coverage in Taiwan」，並負責設置攤位行銷臺灣。

此外，本局於 2011 年 9 月 19 日辦理「臺灣的愛，點亮平安的希望 - 捐贈助產設備到索羅門群島活動」，由江宏哲副署長及國民健康局邱淑媿局長代表捐贈 60 套符合索國生產環境需要之助產器具（包含高壓消毒鍋及助產器械包），配合該贈予器械，並提供索國衛生護產人員正確使用消毒滅菌技術之訓練。

另，本局於 2011 年 11 月 8 日至 9 日舉行「亞太地區母嬰親善醫院暨母乳哺育推廣研討會」，邀請世界衛生組織官員 Randa Jarudi Saadeh 等 3 位國外專家學者，來臺分享國際愛嬰醫院、親子同室及早期肌膚接觸之實證基礎與國際推展現況、母乳代用品銷售守則落實及監測狀況、產後母乳哺育與情緒調適、母乳哺育醫師教育等項，國內外相關領域人員約有 250 人與會。

## 二、菸害防制

2011 年除持續與美國疾病管制局進行國人吸菸行為調查外，並積極爭取舉辦國際會議，分享推動菸害防制工作經驗與促進國際交流互動，並持續透過非政府組織，支持開發中國家推動菸害防制工作。重要成果如下：

- (一) 自 2008 年起，國民健康局持續與柬埔寨、蒙古簽訂「多邊國際合作計畫—東亞國家菸害防制合作計畫」，協助他國推動立法與強化菸害防制政策、建立菸品監測系統及推動無菸環境。
- (二) 與國際抗癌聯盟 (UICC) 於 2011 年 4 月在瑞士日內瓦簽訂「菸害防制全球資訊網計畫」，藉由「GLOBALink- 菸害防制全球資訊網」迅速流通菸害防制資訊。
- (三) 2011 年 3 月 26 日至 4 月 3 日參加第 5 屆 ECToH (European Conference on Tobacco or health)、歐洲無菸醫院網絡會員特別會議，於會中學習他國討論調整菸品健康福利捐、禁止菸商遊說、戒菸服務策略及推動無菸醫院網絡之經驗。
- (四) 2011 年 6 月 6 日至 11 日參與「2011 亞太戒菸專線工作坊」，藉由戒菸專線工作的營運、計畫推動、提供服務、成效評估以及研究發現等，讓亞太地區各國分享專線運作的經營資訊及經驗，建構未來的合作網絡與資源。
- (五) 2011 年 8 月 16 日至 17 日召開「2011 年無菸、品質、感質與創新國際研討會」，邀請奧地利、德國、愛爾蘭、西班牙等國家之專家分享經驗，並分享我國醫療機構推廣的成功案例，深獲國外專家感動與讚賞，與會人數逾 400 人。
- (六) 補助財團法人董氏基金會於 2011 年 9 月 5 日至 6 日辦理「第五屆兩岸四地菸害防制交流研討會」，計有兩岸四地代表約 500 人與會，共發表論文 77 篇，為歷屆與會人數最多，發表論文最多者。
- (七) 於 2011 年 10 月 28 至 29 日辦理「醫事人員戒菸服務研討會：一句話救人一命」，邀集紐西蘭、韓國、香港等國外及國內醫事專家學者分享實證之戒菸服務經驗，並針對「世界衛生組織菸草控制框架公約 (FCTC)」之戒菸準則提供建議，以提升醫事專業人員參與菸害防制活動與戒菸服務，計約 210 人與會。

## 三、健康城市、安全社區及安全學校

本局於 2011 年 7 月 26 至 27 日辦理「健康城市暨高齡友善城市研討會」，邀請美、日專家來臺分享 WHO 高齡友善城市計畫推動經驗，並就如何在無障礙與安全的公共空間、交通運輸、住宅、社會參與、敬老與社會融入、工作與志願服務、通訊與資訊、社區及健康服務等八大面向進行演講及意見交換。各縣市政府相關局處同仁、學術界專家、社區健康營造推動者等約 200 人與會。

此外，本局 2011 年 4 月 9 日至 12 日辦理「2011 臺灣安全社區參訪研習暨研討會」，有來自日、韓、泰、美、中國等 28 位外籍人士和國內社區代表約 150 位與會，一同觀摩具社區發展特色的社區，並為呈現臺灣衛生與教育機關共同推動健康促進學校之成果；另，本局委託輔仁大學於 2011 年 11 月 16 日至 18 日辦理「2011 健康促進學校成果發表暨國際研討會」；並於 2011 年 11 月 30 日辦理「2011 年臺灣國際安全學校論壇」。截至 2012 年 6 月，計有 19 個社區成為國際安全社區網絡的成員，及 70 所學校成為國際安全學校網絡成員。

#### 四、健康促進醫院與環境永續發展

本局邱局長於 2011 年 6 月 1 日至 3 日參與在芬蘭召開之「第 19 屆健康促進醫院國際研討會 (The 19th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services)」，特於會中行銷 2012 年第 20 屆會議將在臺灣舉行，並於大會期間辦理一場「健康照護與環境友善工作坊 (HPH and Environment Symposium)」及「健康促進醫院與環境工作委員會 (Task Force on HPH and Environment)」專家會議。

此外，本局於 2011 年 10 月 22 日至 23 日舉辦 WHO 健康促進醫院秋季研習營，邀請健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tonnesen 教授來臺，與本局邱局長共同主持 WHO 健康促進醫院進階認證之跨國計畫輔導工作坊，國內計有 15 家健康促進醫院參與該計畫。

2011 年 12 月本局邱局長以健康促進醫院網絡副主席與國民健康局局長之身份，受邀出席在南非德班舉行之「聯合國氣候變遷綱要公約 (UNFCCC) 第 17 屆締約國大會 (COP17)」，並以健康促進醫院國際網絡副主席身份，於 2011 年 12 月 4 日南非德班「第 1 屆全球氣候高峰會」及 12 月 8 日之聯合國氣候變遷會議周邊會議中演講，分享臺灣承辦 WHO 交付健康促進醫院國際網絡推動之「健康促進醫院與環境推動工作委員會」之相關進展，並報告臺灣醫界共同推動節能減碳的成果。12 月 6 日受邀參加國際健康無害組織 (HCWH) 在 UNFCCC 大會主會場召開之記者會，與 WHO 公共衛生與環境部門處長 Dr. Maria Neira、HCWH 國際業務處長 Joshua Karliner 及其他國際代表共同於記者會中演講，為 17 年來臺灣官員第一次出席聯合國氣候變遷會議之記者會，也是退出世界衛生組織以來，少有的與世界衛生組織主管共同出席記者會的場合。

#### 五、健康老化

2011 年 3 月 8 日本局邱局長赴美國華盛頓 D.C. 參加「亞太經濟合作會議衛生政策論壇 (APEC-Health Policy Dialogue)」，以「Proactive Approach towards Healthier Aging and Healthier Community」為題發表演講，與會員國分享我國推動健康老化的政策、執行策略與成果，形塑國際領導地位，會後參訪美國衛生部與疾病管制局，洽談健康促進相關議題之合作意願。

另於 2011 年 9 月 28 至 30 日，由邱局長率嘉義市、桃園縣代表及專家學者共 21 人，赴愛爾蘭

都柏林參加由 WHO 高齡友善城市全球網絡共同舉辦之「第一屆高齡友善城市國際研討會」，嘉義市黃市長敏惠及桃園縣衛生局劉局長宜廉（代表吳縣長志揚）與其他國際城市共同簽署承諾支持高齡友善城市之都柏林宣言，會後協助國內各縣市陸續連署，2011 年底已有 20 縣市完成簽署宣言。

本局亦與美國喬治城大學暨普林斯頓大學共同辦理「老人健康之社會因素與生物指標研究」（Social Environment and Biomarkers of Aging Study；SEBAS），探討臺灣地區老年人之生活壓力、社會環境與相關影響因素，以提供政府相關單位擬定老人衛生服務與社會福利等相關計畫之參考依據。

#### 六、肥胖防治與非傳染病防治

因應 2011 年 9 月聯合國非傳染性疾病（NCD）高峰會議重點，說明 NCD 占全球死因 63.5%，影響各國經濟發展，並指出飲酒、吸菸、肥胖（不健康飲食及不運動）為最主要之危險因子，有必要透過跨部門、公私領域合作，採取具實證及成本效益之策略，降低這些危險因子帶來的衝擊。為響應國際潮流並強化社會認知與行動，本局特於 2011 年 2 月 22 日至 24 日舉行「2011 肥胖防治國際研討會（2011 International Conference on Obesity Prevention-Team up! Let's Fight against Obesity）」。

研討會中特別邀請世界衛生組織（WHO）國際肥胖防治委員會主席暨肥胖防治合作中心主任 Boyd Swinburn 教授、美國疾病管制局（CDC）肥胖防治與營養組組長 Dr. William H. Dietz、澳洲雪梨醫學院肥胖防治中心 Dr. Timothy Gill、國際肥胖防治協會防治策略組組長 Tim Lobstein 及國際健康促進暨衛生教育聯盟副主席 Dr. Masaki Moriyama 來臺分享肥胖防治經驗，並蒙總統接見，以國家治理之高度共同呼籲肥胖防治之重要性。研討會計有七百餘位產官學界人員蒞臨參與，與國際專家學者共同討論、交流與互動，從政策、法規與實務等方面探討「肥胖防治」的國際現況與趨勢。藉由透過國際互動與交流，擷取國際成功經驗，強化臺灣推動肥胖防治的成效，以提升臺灣各界對世界衛生議題之關注，並與國際趨勢接軌。

#### 七、癌症防治

本局於 2011 年 9 月 16 日至 17 日辦理「100 年癌症照護品質與評鑑國際研討會」，邀請國外癌症診療照護領域之相關專家及學者來臺，進行實務經驗交流，以吸收擷取他國經驗，進而促進臺灣癌症診療品質之發展。

另，本局邱局長受邀於 2011 年 10 月 28 日赴美國波士頓哈佛大學醫學院參與「癌症防治及照護專責委員會」，以「Innovative National Financing Mechanisms」為主題與國際各區域之公衛和癌症照護研究學者、政策制訂者、國際機構及民間團體等代表分享臺灣癌症防治經驗。

「世界癌症領袖高峰會」是自 2006 年舉辦之高層會議，與會對象為各國之領導決策者，2011 年 11 月 15 日至 20 日於為第 4 次舉辦，我國首度被邀請參加，本次會議於愛爾蘭都柏林舉行，約有 200 名高層人員參加，包括州長、衛生部長、聯合國官員、國際癌症領袖及私營部門的相關合作夥伴，一同探討全球癌症防治和國際衛生之相關政策規劃。

#### 八、參與亞太經濟合作會議及加斯坦歐洲衛生論壇

2011 年 9 月 16 日至 17 日邱文達署長率邱局長等多位代表，出席「APEC 衛生工作小組之衛生政策論壇及健康體系創新政策對話 (Health Systems Innovation Policy Dialogue)」，邱署長與美國衛生部長西貝流士及多位部長同臺，以我國慢性病防治經驗為題發表演講，獲與會人員熱烈討論及回應。

「加斯坦歐洲衛生論壇」是歐盟最重要衛生政策論壇，亦是重要的衛生領袖會議之一，本局於 2011 年 10 月 5 日至 8 日於奧地利「第 14 屆加斯坦歐洲衛生論壇」中承辦平行論壇，配合聯合國非傳染病 (Non-communicable disease, NCD) 高峰會，訂論壇主題為「非傳染病—全球的優先決策及解決方案」，由楊志良教授 (代表邱文達署長) 及邱局長發表「UN summit and beyond: an Asian perspective」及「Prioritising and mobilising NCD prevention and control at country level」兩演講，並與歐盟政界及衛生界高階人員交流。

#### 九、接待國際友人

- (一) 2011 年 4 月 18 日柬埔寨衛生部副部長 UNG PHYRUN 率 8 位專家學者來訪本局，分享我國菸害防制法推動歷程以及菸捐調漲之經驗，並由柬國代表分享其菸害防制工作現況，並交流菸害防制工作之實務問題。
- (二) 2011 年 4 月 19 日德國基民 / 基社聯盟黨團議員 Mr. Johannes Singhammer 等 9 人拜會本局，本局向外賓介紹臺灣健康促進工作及本局業務簡報。
- (三) 2011 年 5 月 6 日田納西州衛生署署長 Ms. Susan Cooper、俄勒岡州公共衛生署署長 Dr. Melvin Kohn、新罕布夏州公共衛生署署長 Dr. Jose Montero、華盛頓州衛生署署長 Ms. Mary Selecky、馬里蘭州衛生署署長 Dr. Joshua Sharfstein 拜會本局，並由 2 名杜克大學教授陪同，本局除介紹我國預防保健服務，亦針對非傳染病監測調查、癌症防治工作、婦幼衛生、健康老化及健康社區營造等議題進行交流。
- (四) 2011 年 5 月 26 日美國杜蘭大學教育傳播系主任陳紫郎教授，率亞洲大學及美國杜蘭大學研究生來訪，本局除向該團隊介紹本局業務外，亦與青年學生交流參訪心得。

- (五) 2011年6月17日楊志良教授率亞洲大學國際學生8名拜會本局，本局對楊教授及國際學生進行癌症防治、菸害防制、健康老化、社區健康營造、慢性病防治、肥胖防治、婦幼衛生等重要衛生議題簡報與討論。
- (六) 2011年10月2日至7日美國喬治城大學 Mariel Pullman 來臺參與「老人健康之社會因素與生物指標研究」工作說明會議，說明及實際演練田野調查之項目及協助辦理訪員工作說明等，與本局互動學習。
- (七) 2011年10月5日香港李大拔教授來訪，指導本局進行「健康促進學校認證暨國際接軌計畫」實地試評行程，獲益良多。
- (八) 2011年11月20至27日越南衛生部家庭計畫人口總局副局長 Tran Van Chien 率領中高階主管來臺考察，延續臺越雙方長達13年有關人口、家庭及兒童照護合作交流。
- (九) 2011年11月21日至22日辦理「全球菸害防制資訊網專家討論會」，由國際菸害政策評估計畫 (International Tobacco Control Policy Evaluation Project, ITC) Geoffrey T. Fong 等3位專家參與討論，一同研討臺灣未來參加 ITC 計畫案之實務問題與雙向交流。
- (十) 2011年12月13日辦理「澳洲、新加坡推動全國性肥胖防治經驗分享」專題演講，邀請澳洲代表 Mark A. Williams 及新加坡政府代表 Cheong-Lim Lee Yee 前來本局，與全局同仁交流推動肥胖防治之經驗。

## 附錄

## 國民健康局 2011 年大事紀

時間	大事紀摘要
1 月 1 日	擴大補助中低收入戶、山地離島及偏遠地區懷孕婦女「乙型鏈球菌篩檢」之檢驗費用。
1 月 4 日	增加「健康數字 123- 健康指標互動查詢網站 ( <a href="http://olap.bhp.doh.gov.tw/">http://olap.bhp.doh.gov.tw/</a> )」查詢項目。
1 月 22 日	馬總統代言本局「健康 100 臺灣動起來」全國健康減重 600 噸之計畫，1 月 24 日由行政院吳院長主持啟動記者會，並邀請各部會、縣市衛生局共同宣誓。
2 月 22-24 日	舉辦「2011 肥胖防治國際研討會暨工作坊」，並邀請專家學者進行專題演講，分享各國肥胖防治經驗。
3 月 3 日	「健康數字 123- 健康指標互動查詢網站 ( <a href="http://olap.bhp.doh.gov.tw/">http://olap.bhp.doh.gov.tw/</a> )」提供雙語化服務。
3 月 6-8 日	APEC 衛生工作小組會議由美國於華盛頓特區辦理衛生政策論壇，邱淑媿局長獲邀擔任講者。
3 月 24 日	辦理「醫院推動肥胖防治全國啟動記者會」，各體系醫院承諾帶動所屬共 129 家醫院共同推動健康減重 135 公噸。
3 月 26 日	舉辦「癌症防治績優醫院頒獎典禮暨經驗交流研討會」，表揚 2010 年度推動癌症篩檢績優之醫院。
3 月 30-31 日	於高雄市舉辦 2011 年度全國保健會議，頒獎表揚 2010 年度保健業務考評績優衛生局。
4 月 7 日	發布「罕見疾病醫療補助辦法」修正條文，除持續提供罕病病人特殊營養食品外，亦擴大罕病國外代行檢驗費用之補助。
4 月 9-11 日	辦理「2011 臺灣安全社區參訪研習」促進國際安全社區交流，參訪花蓮豐濱及壽豐社區、臺北文山社區及臺南金華社區。
4 月 11 日	開始補助全國中低收入戶、低收入戶及山地原住民族地區離島國中一至三年級女生接種人類乳突病毒疫苗。
4 年 18 日	出生通報系統新增「出生通報性別比即時監測系統」功能。
4 月 19 日	外交部安排德國基民黨 (CDU) / 基社 (CSU) 聯盟拜會本局，以健康促進之議題進行討論及交流。

時間	大事紀摘要
4月29日	辦理「臺日油症健康照護研討會」，邀請專家及受害者演講。
5月6日	修正發布「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」修正第10、13條條文並自發布日施行。
5月13日	公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，即日起放寬成人預防保健服務執行醫師科別，調高孕婦產前檢查、大腸癌、口腔癌檢查補助金額；於8月1日起實施成人預防保健服務「健康加值」方案，新增量腰圍等檢查項目。
5月27日	召開第6次中央癌症防治會報，會中由內政部、農委會、教育部及本署進行檳榔危害防制工作報告。
5月31日	出刊「健康促進瞭望專欄電子報」，為傳播健康促進新知，促進工作經驗交流，強化與衛生局所、署立醫院與民間等單位之伙伴關係。
5月31日	出版「第十次家庭與生育力調查」，主要章節包括婦女婚育相關態度與行為、生育經驗、相關保健知識與醫療服務利用等。
6月14日-6月20日	參訪歐洲 OECI (Organization of European Cancer Institute) 之歐盟診療品質認證及 EUSOMA (European Society of Mastology) 之乳癌診療品質認證。
6月20日	開始提供「0800-367-100 健康體重管理電話諮詢專線」服務。
6月26日	辦理「孕產期心理健康促進研討會」。
6月28日	召開行政院衛生署菸害防制策進會工作小組第1次會議。
7月14日-7月17日	參加 Asia Pacific Hospice Palliative Care Network 於馬來西亞檳城舉辦「第9屆亞太地區安寧療護會議」；並發表「臺灣癌症末期病人安寧療護服務推動成果」，與亞太地區國家分享臺灣政府安寧療護推動情形。
7月26日-7月27日	辦理「2011 健康城市暨高齡友善城市研討會」，邀紐約醫學會 Dr. Ruth Finkelstein、日本明治學院大學岡本多喜子教授分別分享推動高齡友善城市經驗。
8月10日	函頒「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，持續提供油症患者每年免費健康檢查、補助門、急診部分負擔費用。
8月12、13日	辦理「癌症篩檢(診療)標竿學習研討會」。
8月16-17日	召開「2011年無菸、品質、感質與創新國際研討會」，邀請奧地利、德國、愛爾蘭、西班牙等國家之專家分享經驗，並分享我國醫療機構推廣的成功案例。
8月18日	成立事故傷害監測諮詢專家小組，推動事故傷害監測系統。
9月5日	發布修正之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，調整為「供癌症防治」、「補助醫療資源缺乏地區」、「供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質」、「供補助經濟困難者之保險費」用途比例，自發布日施行。
9月5-6日	辦理「第五屆兩岸四地菸害防制交流研討會」。
9月8日	配合罕見疾病防治及藥物法第33條於2010年12月8日發布修正「菸害防制及衛生保健基金收支保管及運用辦法」之基金用途。

時間	大事紀摘要
9月8日	2011年9月8日「健康100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，全臺減重突破600噸，並於2011年10月26日辦理「健康100 臺灣動起來減重600 活力百分百」記者會。
9月19日	舉辦「臺灣的愛、點亮平安的希望」-由本署江宏哲副署長、國民健康局邱淑媿局長及高雄醫學大學附設中和紀念醫院吳俊仁院長一同捐贈助產設備至索羅門群島。
9月21日	召開行政院衛生署菸害防制策進會委員會第1次會議。
9月23日	辦理「健康城市十年慶-第三屆臺灣健康城市獎項頒獎典禮暨100個愛的故事大會師」。
9月27日	假臺北小巨蛋舉辦「健康100 全國阿公阿嬤動起來-全國總決賽活動」。行政院吳院長、邱署長等長官出席，進行致詞及向長輩們致意。
9月28-30日	邱淑媿局長率嘉義市黃敏惠市長、桃園縣衛生局劉宜廉局長及專家學者等人赴愛爾蘭都柏林，出席由WHO共同舉辦之「第一屆高齡友善城市國際研討會」，受邀參加由都柏林市長召集之網絡會議及都柏林宣言簽署典禮。
10月5-8日	「第14屆加斯坦歐洲衛生論壇」於奧地利加斯坦舉行，配合聯合國NCD高峰會，訂論壇主題為「非傳染病-全球的優先決策及解決方案」，分別由楊前署長及本局局長各進行一場簡報。
10月12日	召開事故傷害監測國際研討會，邀請美國、澳洲、中國專家，分享各國事故傷害監測經驗，提供我國未來事故傷害監測系統建置之建議。
10月17日	「健康100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，22縣市皆達衛生保健計畫目標噸數，共計660噸。
10月20日	配合內政部「親等關聯資料申請提供及管理辦法」之發布修正「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」第3條及第2條附表1。
10月22、23日	舉辦WHO-HPH秋季研習營，邀請健康促進醫院國際網絡秘書長Hanne Tonnesen教授來臺，與邱淑媿局長共同主持WHO健康促進醫院進階認證計畫之說明會。
10月26日	舉辦「健康100 臺灣動起來 減重600 活力百分百」記者會，呈現全國共同減重938公噸之成果。
10月28-29日	辦理「醫事人員戒菸服務研討會——一句話救人一命」，邀集紐西蘭、韓國、香港等國外及國內醫事專家學者分享實證之戒菸服務經驗。
10月29日-11月2日	「第139屆美國公共衛生學會年會」於美國華盛頓舉行，由前署長楊志良教授代表邱署長率本署人員及專家學者，將我國重要衛生政策成果與世界各國分享。
10月31日	出版「新世紀臺灣嬰幼兒健康圖像」一書，運用「臺灣出生世代研究」於樣本兒童6個月和18個月大時收集之資料，描繪新世紀兒童在嬰幼兒階段之健康情形與照護需求。
11月4日	召開第7次中央癌症防治會報，會中由內政部、農委會、教育部及本署進行檳榔危害防制工作報告。

時間	大事紀摘要
11月8、9日	辦理「亞太地區母嬰親善醫院暨母乳哺育推廣研討會」，邀請國外專家學者來臺分享國際愛嬰醫院、親子同室及早期肌膚接觸之實證基礎與國際推展現況等。
11月9-12日	補助中華民國乳癌病友協會等辦理「第16屆國際康復之路乳癌支持會議」。RRI為乳癌病友團體國際性的會議，自1980年來首次在華人地區舉辦。
11月15日	假臺大醫院國際會議中心舉行「高齡友善健康照護推動成果發表會」頒發高齡友善認證證書及表揚獲獎。
11月16日	委託財團法人希望基金辦理「行腳全臺灣」、「縣市逗陣走」及歷年推廣健走活動成果發表。並邀國內外健走愛好人士，以雙腳體驗臺灣之美，馬總統出席致詞及進行授旗活動。
11月16-18日	委託輔仁大學辦理「2011健康促進學校成果發表暨國際研討會」，邀請各國專家蒞臨指導，研討會前邀請專家學者至臺北市公館國小進行實地試評、並召開諮詢會議討論2012年學校之國際認證規劃。
11月17日	配合內政部「親等關聯資料申請提供及管理辦法」之發布修正「精卵捐贈親屬關係查證辦法」第3條。
11月19、20日	假臺大醫院國際會議中心辦理「全國兒童少年國是會議」。
11月24日	召開行政院衛生署菸害防制策進會工作小組第2次會議。
11月20-27日	越南衛生部家庭計畫人口總局（General Office for Population & Family Planning, Ministry of Health, Vietnam, GOPFP）及衛生部中高階主管來臺考察，分享與交流國際經驗。
11月21、22日	邀請國際菸害政策評估計畫（International Tobacco Control Policy Evaluation Project, ITC）負責人 Dr. Geoffrey Fong 來臺召開專家會議，討論我國加入ITC之可行性，並於臺大校友會館辦理工作坊，邀請菸害防制專家學者了解ITC現況與發展，並研討合作的可行性。
11月30日	與國家衛生研究院及食品藥物管理局共同出版「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告，提供國人健康狀態、健康行為，以及醫療和預防保健服務監測數據予各界參考。
12月4-8日	邱淑媿局長參加南非德班之聯合國氣候變遷綱要公約（UNFCCC）第17次締約國大會，為數十年來臺灣官員第一次與聯合國衛生組織重要官員一同參加記者會之創舉。並演講臺灣承辦推動WHO-HPH國際網絡交付之健康促進醫院與環境專責小組的成果及推動臺灣醫院節能減碳實績，暨參與WHO發布之「德班宣言」。
12月29日	為照顧罕病病人，全額補助罕病特殊營養食品，公告修正「罕見疾病醫療補助辦法」第三條、第四條條文。
12月30日	環臺健走活動邀請國內外愛好健走人士參與，獲馬總統出席致詞及授旗啟程，完成環島行程並舉辦凱旋歡迎會。

# Bureau Of Health Promotion

刊名	國民健康局年報
出版機關	行政院衛生署國民健康局
發行人	邱淑媿
地址	24250 新北市新莊區長青街 2 號
網址	<a href="http://www.bhp.doh.gov.tw/">http://www.bhp.doh.gov.tw/</a>
電話	(02) 29978616
編者	行政院衛生署國民健康局
設計印刷	四點設計有限公司
出版年月	101 年 12 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 <a href="http://www.bhp.doh.gov.tw/">http://www.bhp.doh.gov.tw/</a>
定價	新臺幣 230 元
展售處	國家書店   10485 臺北市松江路 209 號 1 樓   (02) 25180207 網址為 <a href="http://www.govbooks.com.tw">http://www.govbooks.com.tw</a> 臺中五南文化廣場   40042 臺中市區中山路 6 號   (04) 22260330 網址為 <a href="http://www.wunanbooks.com.tw">http://www.wunanbooks.com.tw</a>

GPN:2009602807

ISSN:1999-6004

著作財產權人：行政院衛生署國民健康局

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

請洽行政院衛生署國民健康局（電話：02-29978616）





珍愛生命 / 傳播健康

## 看見陽光的顏色

### 珍愛繽紛生命 · 全方位傳播健康

為了整合健康業務的推動，落實全民健康的幸福理想，  
國民健康局懷抱著愛心與關心，  
與民間攜手合作，共同實踐健康政策，  
我們將以專業和熱誠，  
每天如陽光般，守護著國人的身心健康，  
照亮繽紛多彩的生命旅程，全方位傳播健康，  
打造一個時時健康，處處健康的優質生活環境。

ISSN 19996004



ISSN 1999-6004

GPN 2009602807

定價：新臺幣230元