



# 2013 國民健康署年報

*Annual Report*  
Promoting Your Health

 護國民 促進健康





2013

# 國民健康署年報

*Annual Report*

Promoting Your Health

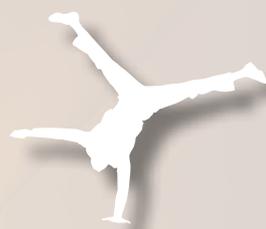
 護國民 促進健康



# CONTENTS



署長序	4
第 1 章 前言	7
第 2 章 健康的出生與成長	11
第一節 孕產婦健康	12
第二節 嬰幼兒及兒童健康	16
第三節 青少年健康	26
第四節 視力、聽力及口腔保健	29
第 3 章 健康的生活	35
第一節 菸品、檳榔健康危害防制	36
第二節 健康體能促進	45
第三節 肥胖防治	47
第四節 事故傷害防制	51
第 4 章 健康的環境	57
第一節 健康城市	58
第二節 健康社區	60
第三節 健康促進學校	64
第四節 健康職場	68
第五節 健康促進醫院	71



第 5 章 健康的高齡化	79
第一節 中老人健康政策	81
第二節 重要慢性病防治	85
第三節 癌症防治	90

第 6 章 焦點群體	105
第一節 婦女健康	106
第二節 弱勢族群健康	107

第 7 章 健康促進的基礎建設	115
第一節 基層衛生保健單位—衛生所	116
第二節 健康傳播	117
第三節 健康監測	123
第四節 國際合作	128

附 錄	135
國民健康署2012年大事紀	136





## 國民健康局改制為 國民健康署 落實從子宮到天堂 從家庭到社區的全 民健康促進

### 由「局」到「署」，肩負更重大的使命

國民健康局成立於90年7月12日，係由衛生署保健處及所屬3個研究所(原隸屬省衛生處之公共衛生研究所、家庭計畫研究所及婦幼衛生研究所)整併而成，負責婦幼衛生與慢性病防治。現因應中央政府組織調整，於102年7月23日正式由「局」改制為「署」，肩負更重大的使命，將秉持「預防勝於治療」的精神，強化預防醫學與社區健康，尤其是因應人口結構改變，將更緊密結合社會福利與跨部會資源，落實從子宮到天堂、從家庭到社區的全民健康促進，目標是提高健康餘命，縮小健康不平等，讓全體國民，不分貧富、地域、性別、族群，都能活得久、且活得好。

### 見證時代變遷，積極強化健康促進政策、完備國民健康基礎建設

民國90年，我國每年出生人數首度降至25萬以下，其後生育率快速下降，埋下人口快速老化的伏筆。同年，國民健康局成立，12年來鋪設了國家健康促進體系的基礎建設期，涵蓋所有年齡與各主要慢性病和危險因子的國民健康監測體系；許多法令也陸續到位，包括人工生殖法、癌症防治法、公共場所母乳哺育條例、以及菸害防制修法。財務方面，91年開徵菸捐，其後兩次調漲，提供了國民健康建設的經費來源。95年預防保健服務由中央健保保險局移入後，國民健康局依實證陸續更新給付項目。在健康促進策略上，引進國際最倡議的“生態模式”，結合各部門、各縣市，透過社會系統與組織系統的改善，讓不同場域的民眾動起來，使追求健康蔚為風潮，也提高了健康促進在公共政策之地位。

這段期間的具體施政成效，在婦幼健康方面，主動積極查察出生性別比失衡，出生性別比降至1.074，為25年來最低點，國際排名由92年第3降至101年第15。提供全面性孕婦乙型鏈球菌篩檢（101年底篩檢率達91%）及新生兒聽力篩檢（101年底篩檢率達89.4%）；推動母嬰親善醫院認證，院所數量已達到出生數涵蓋率75.1%，101年產後6個月以下的純母乳哺育率達49.6%，高於全球平均值37%，並接近WHO所訂2025年的全球目標50%。

因應人口老化挑戰，推展慢性病共同照護網，糖尿病死亡率下降一成；擴大推動四大癌症篩檢，每年篩檢近500萬人次、發現約1萬名癌症及3.6萬名癌前病變；並帶動預防醫學風氣，有125家醫療院所取得世界衛生組織健康促進醫院會員證書，成為全球最大健康促進醫院網絡，為國人建立主動出擊的全人健康促進服務，在民眾就診時主動評估吸菸、嚼檳、肥胖等問題並提供戒菸、戒檳、減重、癌症篩檢等預防保健服務。提倡活躍老化，推動高齡友善城市及高齡友善健康照護，已成為全球第一個所有縣市皆簽署推動WHO高齡友善城市計畫的國家。

在危險因子的改變方面，積極營造各類型之健康場域，包括健康城市、健康社區、安全社區、健康促進學校、安全學校、健康促進職場以及健康促進醫院，導入各類健康促進行動。在菸害防制方面，成年人吸菸率已由91年27.0%降至101年18.7%，降幅達30.7%；禁菸公共場所的二手菸暴露率亦降到僅8.3%；更以菸捐推動二代戒菸服務補助，服務據點已涵蓋達97%鄉鎮市區。18歲以上男性嚼檳率，已由96年17.2%降至101年10.9%，降幅達36.6%。近三年更推行全國健康體重管理及改善致胖環境，獲超過140萬民眾響應，集體減重達2,200噸以上。

在國際化方面，積極與世界衛生組織國際合作中心、國際學術機構或組織以及各國政府展開交流；出席世界衛生大會以及相關技術性會議；並曾先後當選世界衛生組織健康促進醫院國際網絡之副理事長與理事長，另獲選國際健康促進暨衛生教育聯盟全球副理事長，象徵臺灣在健康促進的專業水準，逐漸受到國際肯定。

#### 國民健康署未來的使命與目標

在人口快速老化及非傳染病威脅日增的時代，國民健康署將以提高健康餘命、縮小健康不平等為使命，呼應世界衛生組織25X25目標，在2025年將四大非傳染病之過早死亡降低25%；並依我國黃金十年之國家健康目標，在2020之前將癌症死亡率降低20%、成人規律運動率倍增及成人吸菸率減半。透過加強源頭預防之跨領域結合、推動e化傳播、提昇國民健康識能、強化人力與組織之專業效能等，提升服務的深度與廣度，來守護國民健康。

國民健康署署長



中華民國 102 年 11 月



# Promoting Your Health

第



章

前言



## 第 一 章 | 前 言

### 壹、沿革

衛生福利部國民健康署的前身為衛生署國民健康局，該局成立於2001年7月12日，係由衛生署保健處及所屬3個研究所(原隸屬省衛生處之公共衛生研究所、家庭計畫研究所及婦幼衛生研究所)整併而成，負責婦幼衛生與慢性病防治。現因應中央政府組織調整，於2013年7月23日正式由「局」改制為「署」，肩負更重大的使命，將秉持「預防勝於治療」的精神，強化預防醫學與社區健康，尤其是因應人口結構改變，將更緊密結合社會福利與跨部會資源，落實從子宮到天堂、從家庭到社區的全民健康促進，目標是提高健康餘命，縮小健康不平等，讓全體國民，不分貧富、地域、性別、族群，都能活得久、且活得好。

### 貳、組織任務

本署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：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。以加強衛教宣導提倡健康生活型態；提供預防保健服務，推廣預防及早期發現；提升健康照護品質，改善慢性病控制及預後；營造友善支持環境，增進健康選擇及永續等四大方向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。(圖1-1)

### 參、健康促進的願景與挑戰

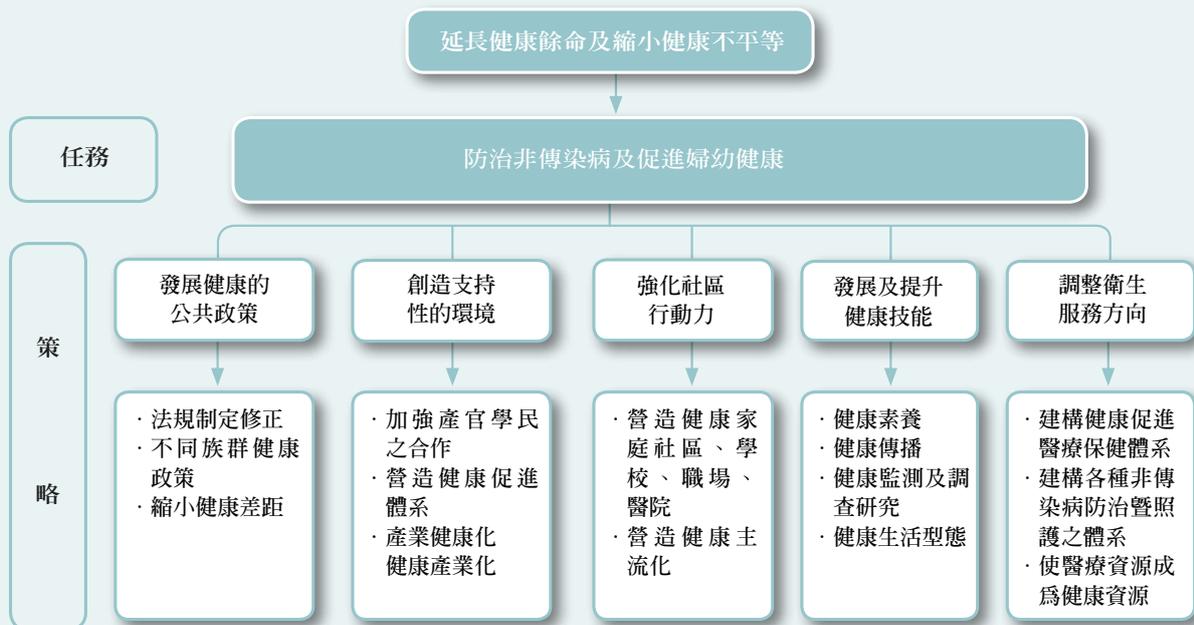
國民健康為國家競爭力的重要表現，為增進國人身、心、社會的健康，本署依據1978年「Alma-Ata 宣言」及1986年「渥太華(Ottawa)憲章」提出的「健康促進五大行動綱領」，積極訂定健康的公共政策；營造健康社區、醫院、學校及職場等場域；深耕健康社會，帶動健康風潮，型塑健康主流化社會；發展個人健康技能與調整健康服務，以期達成聯合國世界衛生組織(WHO)所提出「全民健康(Health for all)」之最終目標。另，為縮小健康的不平等，針對孕產婦與嬰幼兒健康、兒童與青少年健康、中老年健康老化及婦女健康等不同的人生階段，規劃健康促進政策。此外，就危害國人健康的主要威脅，如癌症、菸害及慢性病等，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1-2)。



圖1-1 本署之組織任務



圖1-2 本署之願景目標及策略







Promoting Your Health

第 2 章

健康的出生與成長



## 第 2 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，是本署施政焦點。

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。因此本署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2012年延後為30.1歲，又依生母年齡結構分析：20~24歲由29.5%下降為8.5%，25~29歲由44.6%下降為28.9%，30~34歲由17.4%上升為42.3%、35~39歲由3.4%上升為16.7%，遲育趨勢相當明顯。另，2012年孕產婦死亡率為十萬分之8.5；與OECD國家相比（2010），我國孕產婦死亡率（2012），低於墨西哥、智利、匈牙利、美國、盧森堡、土耳其、韓國、紐西蘭、加拿大、丹麥、斯洛維尼亞共和國、英國，高於比利時、法國、葡萄牙、瑞士、澳大利亞、德國、以色列、挪威、愛爾蘭、荷蘭、斯洛伐克、西班牙、捷克共和國、芬蘭、冰島、日本、波蘭、奧地利、義大利、瑞典、希臘、愛沙尼亞。





## 業務指標：

- 一、孕婦10次產前檢查利用率達90%以上；至少一次的利用率則達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。

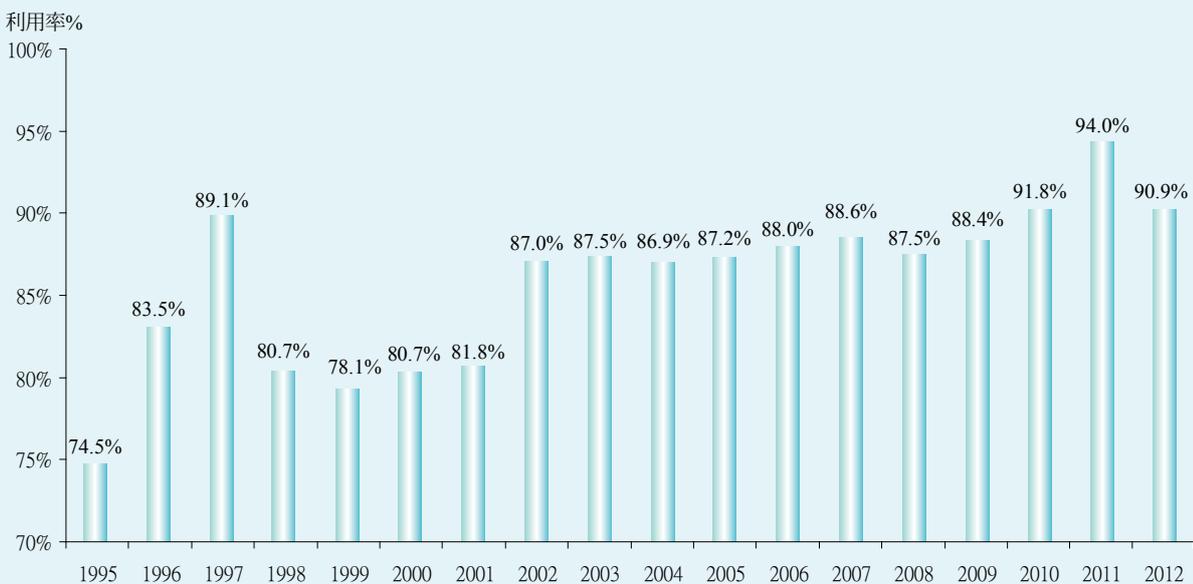
## 政策與成果：

### 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，本署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，2012年10次產檢平均利用率90.9%（圖2-1），產檢利用人次約209萬人次；該年至少產檢1次利用率達98.58%，至少4次產檢利用率達97.35%。

圖2-1 孕婦10次產前檢查利用率



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

備註：1995~2005年數據引用健保署預防保健結果之申報數據，2006~2012年數據為本署之核付檔數據。



## (二) 提供周延的遺傳檢查服務

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，抽血送本署評核通過的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。2012年胎兒接受海洋性貧血基因確診共計444例。

### 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。2012年共補助5萬6,117人，其中，34歲以上高齡孕婦接受產前遺傳性疾病檢查者計4萬5,318人，高齡孕婦檢查率約達93.4%以上，較2000年（75.5%）增加了約17.9%（圖2-3）。2012年經本項服務發現異常者計1,256人，占當年總受檢人數2.24%。為使孕產婦適時獲得妥適照護，凡經檢驗異常個案，均由採檢醫療院（所）或公衛體系即時追蹤回診、諮詢，或轉介至遺傳諮詢中心及相關院所治療。為確保產前遺傳性疾病檢驗機構品質，本署依「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2012年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2012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。2012年計檢查1萬3,302人，染色體異常761人、海洋性貧血帶因1,262人、其他異常3,673人。

## (三) 成立孕產婦關懷中心

以全人照護為核心，透過全國性免費孕產婦關懷專線0800-870-870（抱緊您，抱緊您）及孕產婦關懷網站（<http://mammy.hpa.gov.tw>），提供孕產婦及家人從產前至產後相關的親子健康、母乳哺育指導、產後營養與體重管理、身心調適、壓力調適、情緒困擾之心理支持與轉介…等之保健諮詢、傾聽、關懷及支持與必要的資源轉介等服務。



圖2-2 遺傳性疾病防治網絡

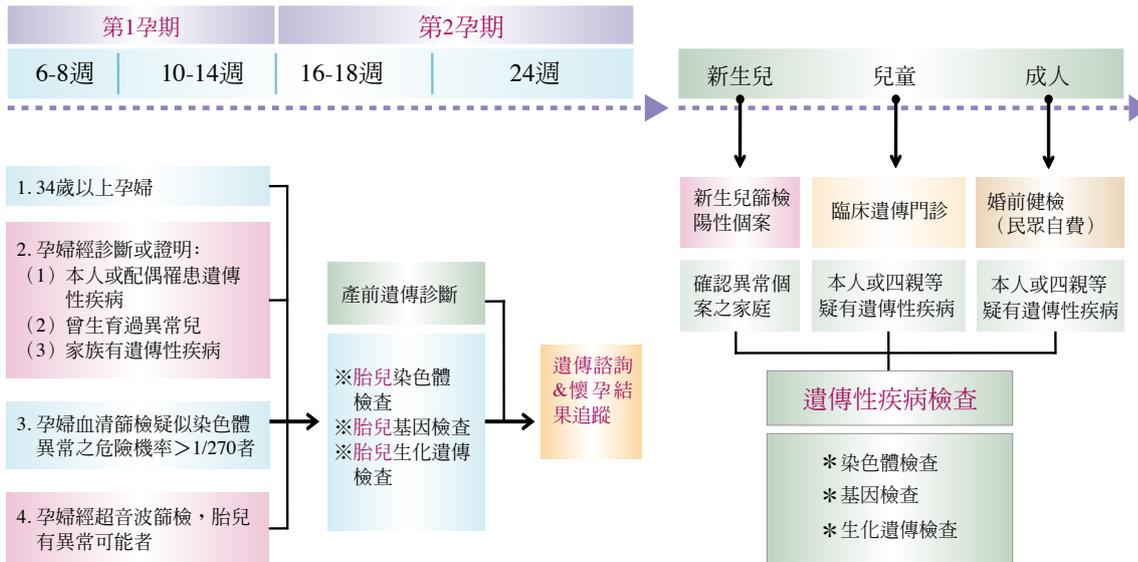
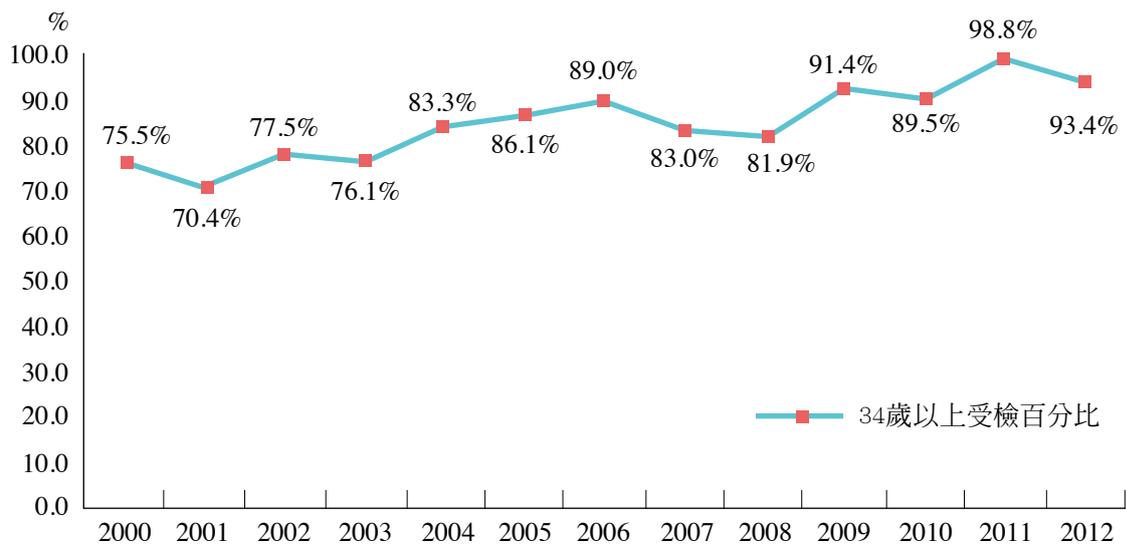


圖2-3 34歲以上孕婦接受細胞遺傳性學檢查比例



備註：1.分子：本署每年34歲以上孕婦實際接受羊膜穿刺補助人數  
 2.分母：內政部統計歷年35歲以上產母人數（自2007年）起調整為34歲以上產母人數



## 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2012年，通過人工生殖機構計72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。

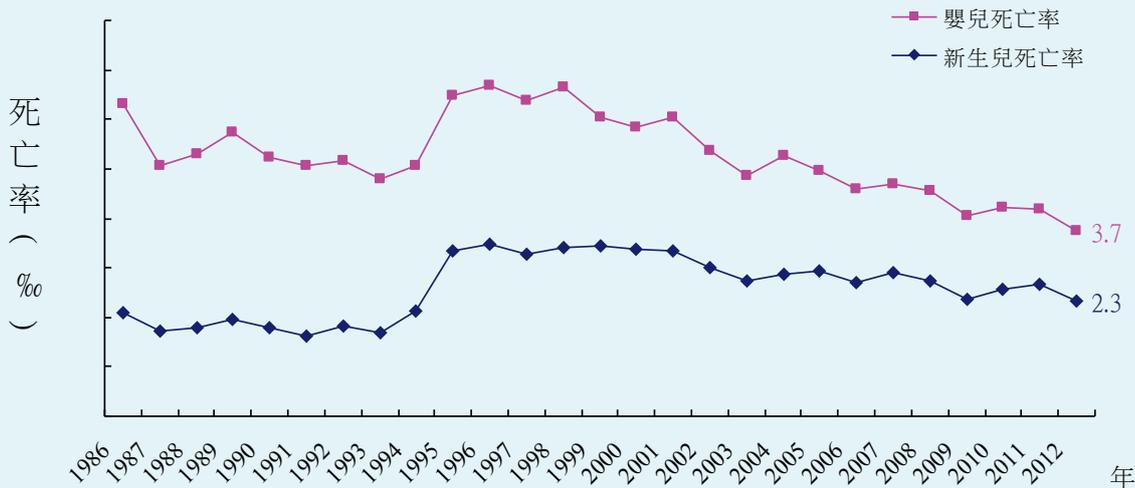
## 第二節 嬰幼兒及兒童健康

### 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1986年2.1‰、1996年3.5‰下降至2012年2.3‰，嬰兒死亡率亦從1986年6.3‰降至2012年3.7‰（圖2-4）。與OECD國家相比（2011），2012年我國嬰兒死亡率低於墨西哥、土耳其、智利、斯洛伐克、美國、匈牙利、紐西蘭、加拿大、波蘭，與韓國、英國、比利時、瑞士、澳大利亞、以色列、西班牙



圖2-4 歷年新生兒及嬰兒死亡率



資料來源：衛生福利部統計室-2012年死因結果

牙、奧地利、希臘相當，高於丹麥、法國、葡萄牙、德國、挪威、愛爾蘭、荷蘭、捷克共和國、義大利、愛沙尼亞、盧森堡、斯洛維尼亞共和國、芬蘭、冰島、日本、瑞典。

依據本署出生通報統計，2012年全國活產通報出生總數為23萬4,575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。

2012年新生兒活產數為23萬4,575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2012年有接生的院所399家中，共有309家醫院提供新生兒聽力篩檢，占77.4%，另學齡前兒童聽力篩檢率達87.6%。

為促進嬰幼兒及兒童健康成長，本署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2012年71.9%，產後一個月以下總哺乳率從1989年26.6% 提升至2012年92.8%。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：

1. 新生兒先天性代謝異常疾病年篩檢率達99%以上。
2. 提高兒童預防保健平均利用率，達85%；1歲以下至少1次利用率達98%以上。
3. 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2歲或2歲以上的原則為指標；預計2013年底：產後一個月以下純哺餵母乳率可達72%。

圖2-5 歷年出生通報活產數

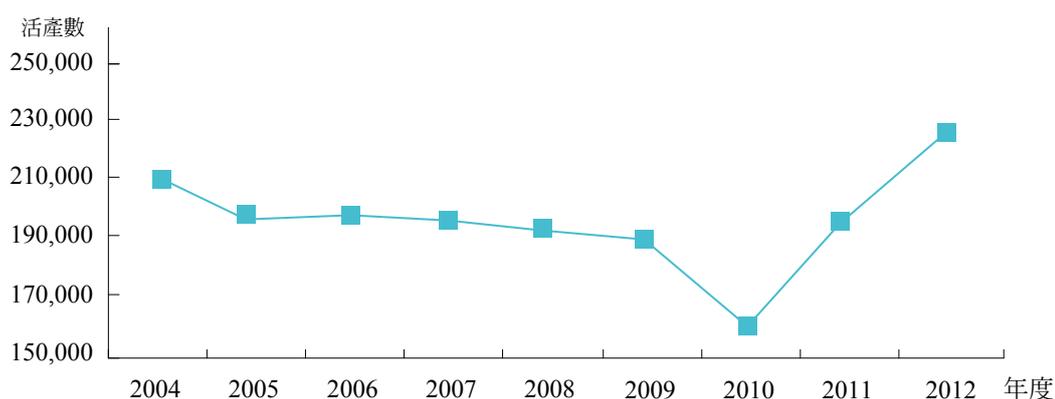
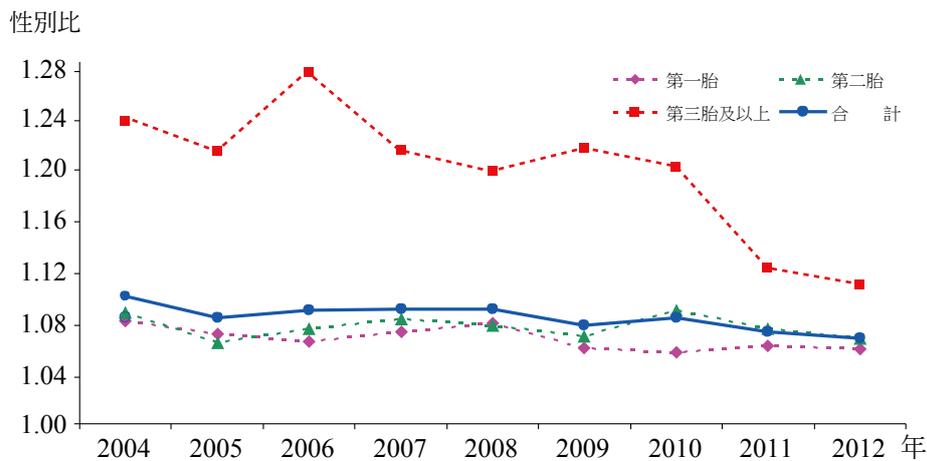




圖2-6 歷年出生通報總活產胎次出生性別比折線圖



資料來源：本署出生通報統計

表2-1 歷年出生通報活產數及出生性別比

年度	活產數	男生 (%)	女生 (%)	出生性別比
2004年	217,386	52.55	47.45	1.108
2005年	206,925	52.18	47.82	1.091
2006年	205,026	52.29	47.71	1.096
2007年	203,377	52.33	47.67	1.098
2008年	196,373	52.30	47.70	1.096
2009年	192,465	52.04	47.96	1.085
2010年	166,630	52.14	47.86	1.090
2011年	198,386	51.89	48.11	1.079
2012年	234,575	51.78	48.22	1.074

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



表2-2 歷年出生通報活產胎次出生性別比

年度		第一胎	第二胎	第三胎或以上	合計
2004年	人數	113,181	77,854	26,345	217,380
	男生	58,87 (52.02)	40,873 (52.5)	14,488 (54.99)	114,239
	女生	54,30 (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	103,300	71,042	24,044	198,386
	男生	53,445	36,772	12,777	102,994
	女生	49,855	34,270	11,267	95,392
	出生性別比	1.072	1.073	1.134	1.079
2012年	人數	122,633	87,204	24,738	234,575
	男生	63,261	45,158	13,043	121,462
	女生	59,372	42,046	11,695	113,113
	出生性別比	1.066	1.074	1.115	1.074

資料來源：本署出生通報

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

2. 2004年性別不明者共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）。



## 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「兒童健康推展會」，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

我國兒童主要健康政策（如圖2-7），及服務內容如下：

#### （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，自2004年起導入醫事憑證（HCA）認證機制。2012年總出生通報人數計23萬7,043人，其中活產23萬4,575人（活產率為98.96%），死產2,468人（死產率為1.04%），網路通報率達99.9%，所彙集資料之統計結果可提供各界規劃生育保健政策、策略及服務措施之參考。

#### （二）新生兒篩檢服務

1985年起，全面推廣新生兒先天性代謝疾病篩檢服務；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。2012年篩檢23萬4,072人（篩檢率99.8%），發現葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症（俗稱蠶豆症）4,523人、先天性甲狀腺功能低下症310人、先天性腎上腺增生症12人、苯酮尿症20人、高胱胺酸尿症0人、異戊酸血症2人、楓糖漿尿症0人、半乳糖血症1人、甲基丙二酸血症3人、戊二酸血症第一型2人，中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症0人（表2-3）。



圖2-7 嬰幼兒及兒童健康政策

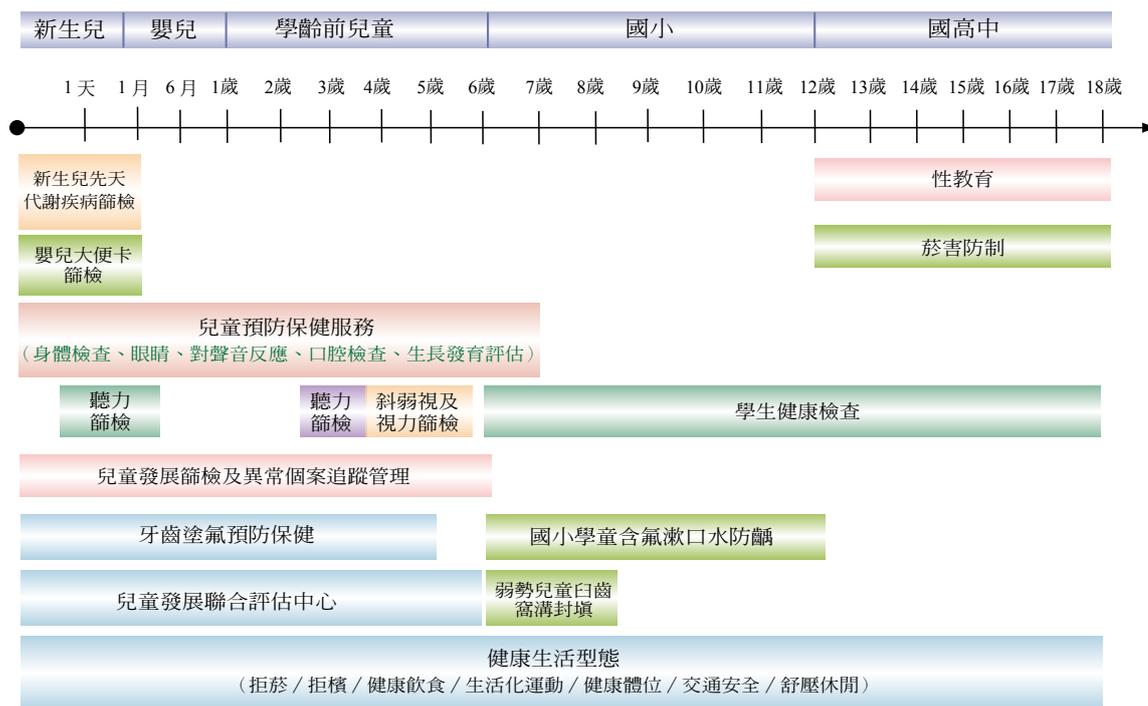


表2-3 2012 年新生兒先天性代謝異常疾病篩檢異常個案數

篩檢項目	疾病發生率	異常個案數
葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症 (G-6-PD)	1 : 51	4,523
先天性甲狀腺低能症 (CHT)	1 : 1,027	310
先天性腎上腺增生症 (CAH)	1 : 15,032	12
苯酮尿症 (PKU)	1 : 24,021	20
高胱氨酸尿症 (HCU)	0	0
異戊酸血症 (IVA)	1 : 308,395	2
楓糖漿尿症 (MSUD)	1 : 106,225	0
半乳糖血症 (GAL)	1 : 177,041	1
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	2
中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症 (MCAD)	1 : 956,023	0
合計		4,873

篩檢人數23萬4,072人



### (三) 提供兒童預防保健服務

為增進兒童健康，本署透過健保特約醫療院所，補助提供7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；2012年服務約計111萬人次，7次平均利用率達77%，1歲以下至少一次服務利用率97%。為提升兒童對預防保健服務的整體利用率及品質，本署完成「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，2012年已補助相關社福團體辦理「『以家庭為中心』～早療評估專業人員研習課程」。

### (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早接受後續療育等服務，本署於2010年起，依各縣市6歲以下兒童之人口數及醫療資源，廣設「兒童發展聯合評估中心」，全國各縣市各設置1~4家，2012年已設置45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，2012年增至163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2012年的75.1%（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2012年71.9%，6個月以下純母乳哺育率則由24.0%提升至49.6%。
2. 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，2012年辦理母乳哺育種子講師訓練計畫，共舉辦2場國際哺乳新知訓練，計377人參加；另辦理3場種子講師增能訓練，共培訓114位種子講師。
3. 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乳室；2012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，2,606人參與。



### (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乳權利，推動「公共場所母乳哺育條例」立法，該法已經總統於2010年11月24日公布施行，為便於一定之公共場所設置哺（集）乳室時有所遵循，依公共場所母乳哺育條例第五條第三項規定於2011年5月11日發布「公共場所哺（集）乳室設置及管理標準」；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」，2012年全國公共場所依該條例應設置哺（集）乳室之場所計1,788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，明訂及落實醫療相關法規。為減少不當墮胎行為，本署、醫事司及食品藥物管理署等單位，共同組成出生性別比工作小組，由食品藥物管理署研議性別篩選醫療器材管理。由醫事司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

表2-4 母嬰親善醫療院所認證工作成果

項目	年	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
通過認證數（家）		38	58	74	77	81	82	94	94	113	144	158	163
1個月以下純母乳哺育率（%）		—	—	—	46.6	—	—	—	62.7	64.4	65.7	68.6	71.9
6個月以下純母乳哺育率（%）		—	—	—	24.0	—	—	—	35.1	41.2	44.5	45.6	49.6
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	75.1



人工流產等行爲，爲醫師法第28條之4第一款規定不得從事之醫療行爲」。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，行爲醫師移付懲戒；最重爲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。由本部醫事司於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爲，爲醫事檢驗師法第36條第2款業務上有違法或不正當行爲，以完備相關法令。

除了明訂及落實醫療相關法規外，本署亦定期監測醫療院所及接生者之出生性別比；透過縣市衛生局加強違規查察。自2010年起，以「接生性別比」作爲警示指標，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，函當地衛生局予以關懷及瞭解委由與查察。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。另，將出生性別比之監測與稽查，列入衛生局考核指標。

經醫界共同努力及支持，我國新生兒性別比由2010年的1.090，降到2011年1.079，再於2012年進一步降到1.074，向正常範圍1.060趨近，也創下25年（自1987年以來）來的最低點，與2010年相比，2012年成功保護1,680個小龍女來報到！而第三胎之出生性別比在過去一向特別高，許多人爲了「拚一個兒子」才生第三胎，性別選擇情況也較嚴重，2006年時第三胎出生性別比高達1.271，2010年爲1.203，但2011年降至1.130，2012年更降到1.115，亦創24年來（自1989年以來）的最低值，未來以加強源頭之試劑與檢驗管理、包括檢驗設備、行爲與試劑的稽查；持續結合縣市衛生

局加強兩性平權及醫療人員醫學倫理教育，期矯正出生性別失衡現象，並與全民共同守護每個心肝寶貝。





## 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。本署高中、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2012年內政部人口統計，臺灣15~19歲青少年生育率為4.02‰，與2002年12.61‰則已呈現明顯下降（圖2-8）；2012年臺灣與各國比較，較美國（40‰）、英國（26‰）、澳洲（17‰）、瑞典（6‰）、日本（5‰）低，但仍高於南韓（2‰）。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。

#### 業務指標：

- 一、15~19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：

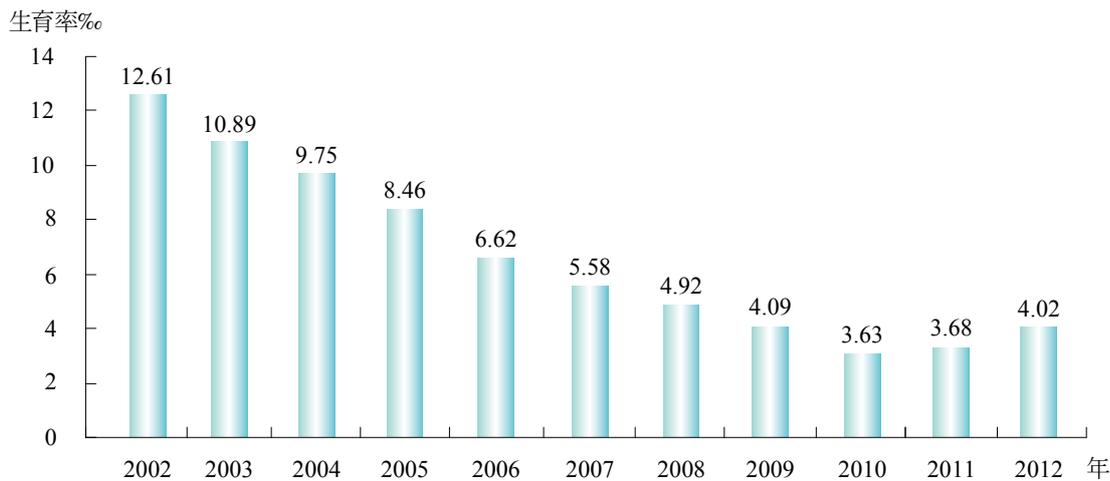
青少年正值蛻變為成人時期，生理及心理同時產生微妙的變化；這時，藉由專業人員提供青少年完善的身心保健、診治、轉介、諮詢（商）輔導等服務，表達對青少年健康與成長的關心，可降低未成年生育率及提升青少年避孕率。相關策略與成果簡介如下。

#### 一、青少年視訊諮商服務計畫

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，2012年網站瀏覽人次計44萬5,903人次，網站建置「秘密花園」提供青少年性健康視訊諮詢服務，共計服務2,221人次。



圖2-8 2002~2012年臺灣青少年生育率



## 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，2012年MSN諮詢服務131人次。並結合19縣市113所學校，辦理120場次入校宣導講座計2萬1,750人次參與。

## 三、青少年親善醫師 / 門診計畫：

結合北中南東4區共39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，2012年青少年親善醫師 / 門診服務共計4,044案。

# Promoting Your Health



## 貳、校園菸害防制

### 現況：

2012年國中生吸菸率6.7% (男性9.3%，女性3.7%)，其中一至三年級分別為4.5%、7.8%及7.7%，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2012年高中職學生吸菸率為14.1% (男性19.0%，女性7.5%) 有得到抑制 (表2-5)，但青少年的吸菸問題仍是不容忽視的議題。

### 業務指標

2012年國中學生男性吸菸率不高於10.5%；高中職學生男性吸菸率不高於20.3%。

### 政策與成果

- 一、本署與教育部共同推動「校園菸害防制實施計畫」，工作重點包括：菸害防制教育、推動營造無菸校園環境與戒菸教育等策略，並配合教育部結合地方政府，進行校園菸害防制抽查作業，並以被檢舉之學校為優先查核對象，依訪視委員意見函請地方政府及學校檢討改進，期望能達到降低學生與教職員吸菸率與學生暴露於校園二手菸比率之目標。
- 二、結合地方衛生部門及社區之資源，透過宣導活動或補助社區健康營造計畫，應用民間團體或社區志工等，共同監督校園周遭商店，禁止販售菸品予青少年，以維護青少年健康，免於菸害。另，持續以喬裝測試方式，辦理菸品販賣場所拒售菸品予青少年之調查，並將各縣市與各便利商店之測試結果公開，以引起競爭與改善；針對違反菸害防制法第12條未滿18歲不得吸菸之規定者，計處分3,111件、已完成戒菸教育2,969件，並持續執行。

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	2012年	2007年	2009年	2011年	2012年
吸菸率	7.8%	8.0%	7.3%	6.7%	14.8%	14.8%	14.7%	14.1%
男性	10.3%	11.2%	10.5%	9.3%	19.3%	19.6%	20.3%	19.0%
女性	4.9%	4.2%	3.7%	3.7%	9.1%	9.1%	8.1%	7.5%

資料來源：本署「青少年吸菸行為調查」



三、為建立青少年族群瞭解不吸菸才是炫的新觀念，積極辦理校園活動，共計684所學校進行校園徵件宣導、校際20校宣導，並透過4場創意加值活動與年輕族群進行溝通。並以「I'm cool, No Smoking」為題開立Facebook 粉絲網頁，並且搭配社群媒體、部落格轉寄等宣導，如FB、YouTube、Google廣告等宣傳無菸生活主張，建立「I'm cool, no smoking」的社會氛圍，讓460萬青年學子無論是在校內或日常生活，感受拒菸是一種自信與榮耀的生活態度。未來，將透過量化具體目標、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籽教師之薦訓、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2-6、2-7。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。

#### 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，本署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。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) 利用本署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。2012年計篩檢35萬6,563人，初篩未通過人數為51,367人，異常個案轉介追蹤率達98.7%。

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：依據本署每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



- 二、為促進學童視力健康，藉由跨部會合作辦理衛教宣導、篩檢與研究，並採用實證基礎之方法共同推動學童視力保健工作。
- 三、辦理「近視流行病學及防治策略相關文獻回顧計畫」結論建議近視為長期近距離用眼，而充足的戶外活動時間為保護因子，委託辦理「學齡前至國小低年級學童視力保健介入」計畫，期獲知具實證基礎之介入成效。
- 四、2012年辦理健康傳播整合近視防治宣導，製作宣導帶及大眾媒體宣導每日戶外活動2~3小時、2歲以下避免看螢幕、大於2歲每日看螢幕不超過1~2小時、避免長時間近距離用眼、每用眼30~40分鐘應休息10分鐘及戶外活動有益眼睛健康等視力保健資訊，托播2100檔，透過7-11便利商店平臺分送15萬單張。並於新版兒童健康手冊增列視力保健之衛教資訊，採互動方式提供家長檢核幼兒視力狀況及記錄護眼行為，並透過兒科醫師予以衛教，提醒家長重視幼兒視力保健。
- 五、為因應長假避免孩子窩在家中看電視、玩電腦等近距離用眼行為，影響孩童近視度數加深，於寒假及暑假發布新聞稿，提醒家長多帶孩子到戶外活動。

## 貳、聽力保健

### 現況

研究顯示，每1,000位新生兒中，約有1~2位患有先天性雙側中、重度聽力損失。先天性聽力障礙的寶寶，若能透過新生兒聽力篩檢及早發現，並於6個月前接受療育，未來在語言、認知及溝通技巧等方面的發展，將幾乎與正常小孩相當。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28.7%，提升至2012年79.5%。學前兒童聽力篩檢率由2002年30.3% 提升至2012年的87.6%。

### 政策與成果

- 一、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，2012年3月7日公告施行「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，自2012年3月15日起出生3個月內之本國籍新生兒，均可接受聽力篩檢，每案補助700元。2012年接生院所計309家提供本項篩檢補助，涵蓋出生數95.9%，篩檢率為89.4%，共計篩檢17萬380人，確診為聽損兒計216人。



二、為提升新生兒聽力篩檢品質，辦理北中南區共4場次之「新生兒聽力篩檢研討會」，計279人參加，及北中南區共4場次之「新生兒聽力確診研習」，計254人參加。

三、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，2012年篩檢人數為15萬2,344人，篩檢率為87.6%，複檢率為95.5%。

## 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3.8顆，到1990年已增加為5.0顆；當年依此趨勢推估，到2000年將達7.0顆；因此，衛生署於1991年開始編列預算，推動兒童口腔健康政策，終而顯現成果；至1996年降為3.7顆、2000年降為3.3顆及2006年降為2.6顆（圖2-9）；惟與WHO 2010年12歲兒童恆牙齲蝕指數小於2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。

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54.2%；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。

### 業務指標

2012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

#### 一、降低兒童齲齒率

##### （一）提供5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%。本署積極推動氟化物防齲措施，自2004年7月起，提供未滿5歲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，2012年服務372,607名兒童，並進一步推動送氟到幼兒園計畫，由牙醫師至幼兒園提供免費塗氟漆服務，讓家長省錢又省時。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。



圖2-9 臺灣地區歷年12歲兒童恆齒齲蝕指數

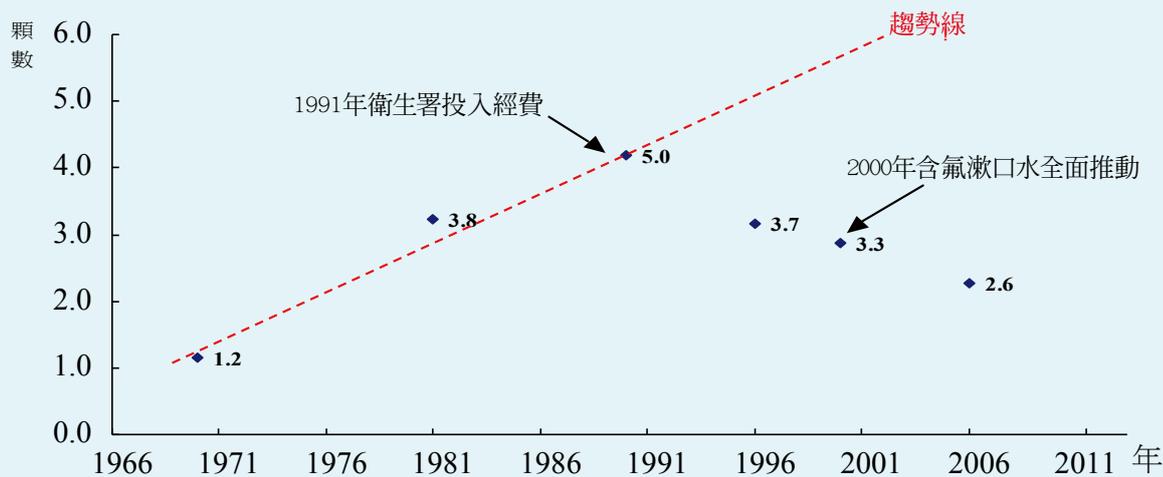


表2-8 各國12歲兒童的齲蝕指數 (DMFT index)

國家別	年別	12歲兒童的齲蝕指數
臺灣	2006	2.6
美國	2004	1.2
日本	2010	1.3
韓國	2010	2.1
香港	2001	0.8
新加坡	2002	1.0

資料來源：WHO



## (二) 全面推廣國小學童含氟漱口水防齲計畫

自2001年起，全面推動全國各國小學學童含氟漱口水計畫，2012年執行計畫中之教育訓練培訓牙醫師計29人、學校護士及新進教師計170人；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。

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.

## (三) 弱勢兒童臼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，故本署2010年起提供低收入戶一年級學生及山地原住民族地區國小一、二年級學童免費臼齒窩溝封填服務。自2012年起擴大補助範圍至提供離島地區、身心障礙及非山地原住民族地區之中低收入戶等之國小一、二年級學童臼齒窩溝封填服務至2012年共服務10,259案。

### 二、以職場為推動基礎之口腔健康照護介入模式

2012年完成研發教育訓練手冊及印製、研擬職場口腔照護教育訓練介入、口腔健康篩檢牙醫師一致性檢定訓練及研發教育訓練手冊……等。



*Promoting Your Health*

第 3 章  
健康的生活



## 第 3 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；而菸品使用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）及老人受限於本身行為能力，有賴照顧者的注意及環境安全改善，故本署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、檳榔健康危害防制

#### 壹、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4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，2008年我國18歲以上成年人之吸菸率21.9%（男性38.6%、女性4.8%）、2009年為20.0%（男性35.4%、女性4.2%）、2010年為19.8%（男性35.0%、女性4.1%），2011年為19.1%（男性33.5%、女性4.4%）、2012年為18.7%（男性32.7%、女性4.3%），降幅超過1成（圖3-1）。高中職學生吸菸率由2007年之14.8%（男性19.3%，女性9.1%）降至2012年14.1%（男性19.0%，女性7.5%）；國中學生吸菸率由2008年之7.8%（男性10.3%，女性4.9%）降為2012年6.7%（男性9.3%，女性3.7%）（國、高中吸菸率詳細數字請參閱第二章第三節）。

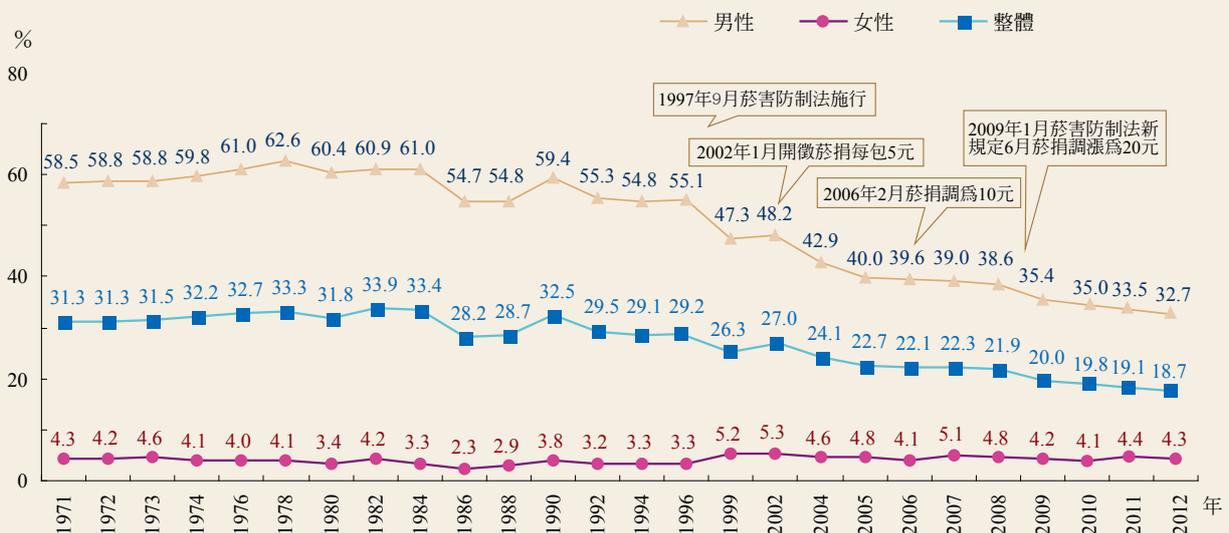


整體而言，成年男性吸菸率由2004年的42.9%降為2012年的32.7%，有明顯下降，成年女性吸菸率尚無明顯變化；在青少年吸菸率方面，2007年以來持續呈上升趨勢的「高中職男性」吸菸率，首度被壓制下來。法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，由新規定實施前23.7%下降為2012年的8.2%，保護率達91.8%，但家庭二手菸暴露率仍高達21.6%；平均每位吸菸者吸菸量已有減少（2008~2012年分別為19.0支、18.0支、18.6支、18.7支、17.0支），尚有努力之空間。

2012年3月1日以全人、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，並加強傳統商店、檳榔攤等販賣菸品場所違法供應菸品予未滿18歲者之稽查工作，杜絕青少年菸品來源外，並結合各界發動全面性宣導、營造無菸支持性環境。

2012年工作之重點：1.持續落實菸害防制法，2.無菸支持環境，3.多元便利可近的戒菸服務，4.監測與研究，5.人才培訓與國際交流，詳述如後。

圖3-1 臺灣歷年18歲以上成人吸菸率



資料來源：

1. 1971至1996年為菸酒公賣署調查資料。
2. 1999年為李蘭教授調查資料。
3. 2002年為國民健康署「臺灣地區2002年國民健康促進知識、態度與行為調查」。
4. 2004至2012年為國民健康署「成人吸菸行為電話調查」。
5. 1999至2012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

2012年18歲以上成人吸菸率低於18.4%。

## 政策與成果

### 菸品健康危害防制

#### 一、持續落實菸害防制法

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，2012年全國總稽查數共計101萬餘家、635萬餘次、開立處分書超過8,500件，總計全年罰鍰4,181萬餘元整；其中違反菸害防制法第6條第2項，菸品容器標示警示圖文與戒菸相關資訊之面積不得小於35%，處分10件，總計罰鍰504萬餘元，另違反同法第9條不得促銷菸品或為菸品廣告，處分15件，總計罰鍰1,675萬元。
- (二) 補充地方菸害防制相關人力約120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9,660場次，醫事人員訓練182場，訓練合格13,026人，戒菸班426場，參加人數8,252人及推動無菸環境284處。
- (四) 為提供民眾無菸環境的諮詢與檢舉服務，自2008年12月起，提供「菸害諮詢與檢舉專線服務0800-531-531」專線，受理民眾對菸害防制法之諮詢或申訴，2012年共接獲民眾諮詢電話約3,119件，申訴案計有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：鑒於國內吸菸者常在年少時期就開始吸菸，且無論男性與女性，其吸菸率皆於18歲以後向上提升，因此本署努力並持續地推動「年輕族群場域菸害防制工作計畫」，共48所學校，209人參與「校園菸害防制研習營」，並協助29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。另外，考量技職校院體系各校較為急迫的菸害問題，於今年度輔導補助技專校院，建構無菸校園環境。

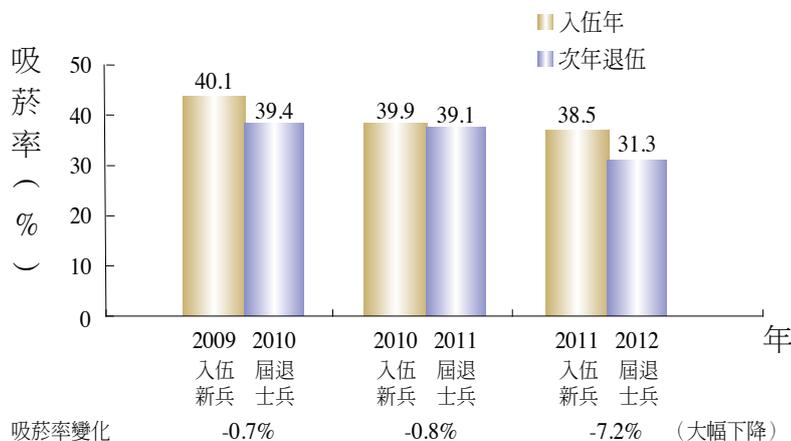


2. 社區：補助縣市辦理健康社區營造計畫，其中於菸酒檳榔防制的部分，共輔導或設立1,294場禁菸場所、辦理2,900場的創意衛教宣導，另在社區營造之區域，共有16,182家販賣菸品者有張貼或宣導相關警語。
3. 部隊：與國防部軍醫局透過各軍種司令部訂定國軍菸害防制政策、主動介入戒菸治療服務及菸害防制研究與監測等推動相關工作。經追蹤2009年入伍新兵吸菸率為40.1%，2010年屆退士兵，吸菸率下降至39.4%；2010年入伍新兵吸菸率為39.9%，2011年屆退士兵，吸菸率下降至39.1%；2011年入伍新兵吸菸率為38.5%，2012年屆退士兵，吸菸率下降至31.3%（圖3-2），顯示國軍推動菸害防制工作逐漸收到成效。
4. 醫院：於2011年成立全球無菸健康照護服務網絡（Global Network for Tobacco Free Healthcare Services）第一個亞太地區網絡，至2012年止計113家醫院加入無菸醫院認證，82家達金獎水準，並有5家醫院獲頒全球無菸醫院國際金獎。
5. 職場：推動健康職場自主認證，2012年實地輔導207家職場推動菸害防制，同年共有626家通過審查獲菸害防制認證，且職場員工吸菸率由去年16.9%下降至15.8%。

（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. 為鼓勵吸菸者戒除菸癮、推動戒菸服務，並強化民眾菸害認知、減少二手菸危害，本年度宣導以「你戒菸 我們戒二手菸」為主軸，透過分眾行銷對吸菸率最高之勞工族群、年輕女性及青少年，以短片、反菸情詩徵稿、微電影徵選、年輕族群反菸創作素材徵選、拒菸遊戲APP、校際拒菸活動推廣……等多元方式，營造拒菸共識並鼓勵吸菸者戒菸。

圖3-2 與國防部合作推動國軍菸害防制成果



2. 主打資深藝人徐風拍攝之「戒菸專線—徐風獨白篇」30秒戒菸宣導電視廣告，以其因吸菸罹癌的切身之痛，呼籲吸菸者及早戒菸，另有戒菸專線新娘篇、戒菸專線沈宜宜篇等，結合廣播、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。
3. 「2012戒菸就贏比賽」以「愛的決定，戒菸就贏」為號召，在親情、愛情及友情的支持下戒菸成功，並依國際標準公開進行尿液檢測，再次確認符合得獎資格，計3萬1,067組報名，創歷屆新高。
4. 透過「2012年度健康議題宣導成效評價與菸品訊息監測」研究發現，2012年度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82.9%）。8成5民眾對室內無菸環境維持高滿意度，且每3個人中，就有2人知道政府提供戒菸服務。

### 三、多元便利可近的戒菸服務

WHO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，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，本署提供多元化支持戒菸的協助。

- (一) 二代戒菸治療試辦計畫：2012年推出二代戒菸服務，有超過2,200家醫療院所及社區藥局提供戒菸藥物治療服務，戒菸藥品是由菸品健康福利捐補助，每次藥費不超過200元，合於社會救助法規定之低收入戶保險對象及山地原住民暨離島地區全免，醫療資源缺乏地區減免20%。部分醫療院所或社區藥局更結合了戒菸衛教人員，提供有意願接受戒菸服務者，不適合用藥者及孕婦、青少年皆可受惠，需要的民眾可上網查詢提供服務的醫療院所或社區藥局就近多加利用（網址：<http://ttc.hpa.gov.tw/quit/>）。另開發「戒菸聯盟」的手機應用程式（APP），透過即時通訊互動，支持你我他/她一起遠離菸害，成功戒菸。自2002年開辦至2012年，接受戒菸服務之個案數累積51萬2,064人，其中2012年服務計6萬4,965人、共16萬9,073診次，6個月點戒菸成功率約為30.1%。
- (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2012年累計服務71萬646人次。2012年提供電話諮詢服務量9萬8,237人次，6個月點戒菸成功率約39%。



(三) 與法務部合作辦理「2012 矯正機關戒除菸癮實施計畫」，提供收容人戒菸服務，協助 4,944 名收容人戒菸。

(四) 戒菸班：2012 年共辦理 582 班次，約 65,000 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。2012年也針對菸品成分申報、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44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43件未超過標準，1件菸品之焦油含量超過菸害防制法之規定，轉財政部依據違反菸酒管理法，輸入劣菸裁處罰鍰新臺幣30萬元。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，2012年共114家業者申報2,621項菸品資料，並建置菸品業者申報資料庫與向民眾公開資訊之網站。菸品業者未依期限辦理資料申報者，2012年共計裁處6家菸品業者，罰鍰新臺幣60萬元。

#### 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188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，計有220名稽查與執法人員參與；門診戒菸治療醫師訓練計畫，合格受證人數計919人；戒菸衛教人員訓練計畫培育進階訓練合格學員1,255人，高階學員279人；藥事人員戒菸衛教師訓練計畫辦理進階訓練計651人合格，高階訓練共263人合格。

從2012年相關調查或統計資料顯示，近八成五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4年減少了47萬吸菸人口；我國菸價與世界肺臟基金會與美國癌症學會出版之「2012年菸草地圖」各國平均菸價資料相比，我國每包菸之平均菸價為70元，竟比泰國77元、馬來西亞99元還低，與中國大陸68元接近，至於先進國家，像挪威453元、愛爾蘭328元、紐西蘭311元、新加坡279元，均高達臺灣之4至6.5倍，若調整購買力再比較，則連中國大陸都比臺灣貴。世界衛生組織建議，提高菸價為全球慢性病防治最具成本效益的最佳策略之一，國內菸價過低，弱勢族群及男性吸菸率仍高，我們將善盡保護大眾健康的職責，進行菸捐之評估與調整作業，並參考各界意見，訂定更周延的配套措施，以達到2020年國人吸菸率減半的目標。

## 貳、檳榔健康危害防制

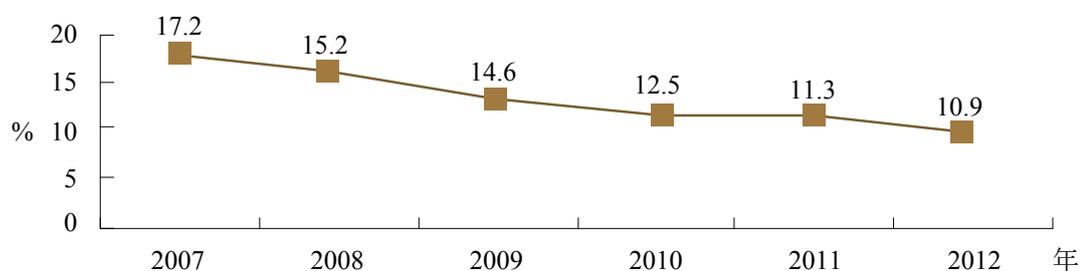
### 現況

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率。

近年來，成年男性嚼檳榔率已有下降的現象，以2007~2012年趨勢圖來看，嚼檳榔率降幅達到37%（圖3-3）；惟青少年的嚼檳榔率卻未有下降的現象（表3-1）。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3-4）。

圖3-3 臺灣歷年18歲以上男性嚼檳率



嚼檳率定義：最近6個月曾嚼過檳榔

資料來源：健康危害行為監測調查（BRFSS）、成人吸菸行為調查

表3-1 青少年嚼檳榔率

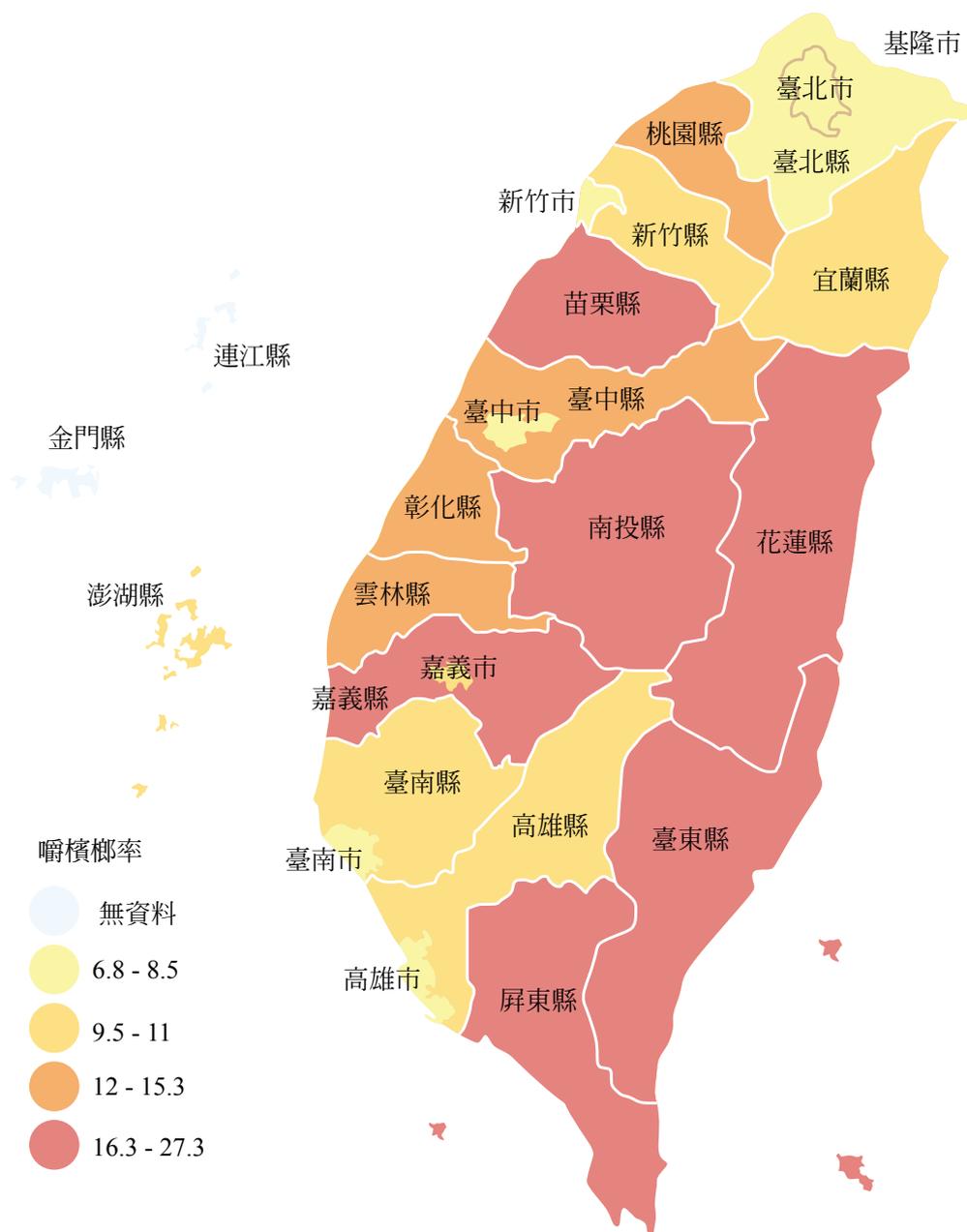
對象	高中職學生 (%)					國中學生 (%)				
	2005	2007	2009	2011	2012	2006	2008	2010	2011	2012
嚼檳榔率	3.4	3.5	3.8	3.8	3.4	1.9	1.8	2.0	1.5	1.5

嚼檳率定義：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3-4 2012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」。2012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2012年10.9%。

## 業務指標

2012年18歲以上嚼檳率低於6.0%。

## 政策與成果

### 一、倡導不嚼檳榔

#### (一) 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，例如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。為喚起大眾對檳榔與口腔癌議題的省思與關注，2012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。

#### (二) 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，本署已發展戒檳服務體系，從研發戒檳教材、培訓戒檳種子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5年運用加油站通路發送宣導面紙盒，2012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。

#### (三) 紮根校園

2012年輔導口腔癌高發生率縣市之彰化縣、嘉義縣、高雄市及宜蘭縣轄內共73所國中、小學校推動無檳校園，辦理充能課程訓練工作坊。

### 二、在社區及職場營造「不嚼檳榔文化」

#### (一) 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，如防癌教育基金會、新北市永和區得和社區發展協會、臺灣文明病防制推廣協會、陽光社會福利基金會及全國70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。

## (二) 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，2012年持續辦理檳榔健康危害防制相關工作，減少嚼檳榔對身體健康之危害，以維護民眾健康。

## 第二節 健康體能促進

### 現況

2009年WHO指出，缺乏身體活動或靜態生活為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。2011年WHO指出，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）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。依據「健康行為危險因子監測調查」結果顯示，2007年臺灣地區18歲以上國人過去兩星期中有運動的民眾占51.5%，2012年18歲以上國人運動人口比率已達70.8%，顯示18歲以上國人運動人口比率已逐年提升。

依據教育部體育署2012年「運動城市調查」結果（圖3-5），13歲以上國人從事每週至少運動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2012年的30.4%，但缺乏規律運動習慣之比率仍高達69.6%，顯示我國規律運動人口比率仍待提升，期藉提倡生活化運動，鼓勵國人規律運動，以提升國人健康體能，減少慢性疾病發生及失能。

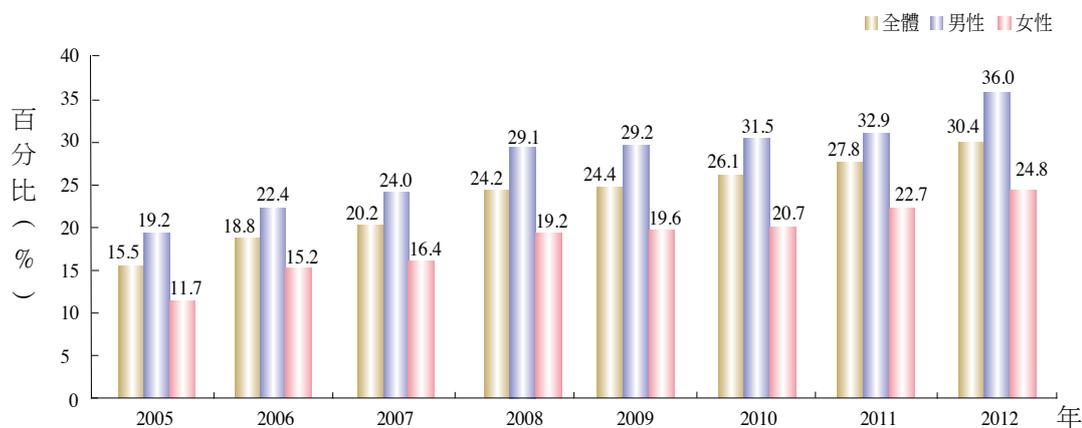
## 業務指標

為提升國人規律運動比率，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2010年的26%，2016年目標將增至38%，2020年目標將增至52%。

## 政策與成果

- 一、鼓勵民眾落實每日一萬步，2006年訂定11月11日為「全民健走日」。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，於2012年3月7日辦理「健康足讚」成果饗宴活動，倡議國人健走健身風氣，鼓勵國人將「健走」融入生活中。
- 二、執行「弱勢族群身體活動模式之開發計畫」，開發弱勢族群身體活動模式，並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，修訂「健康生活動起來身體活動小手冊」。
- 三、於本署肥胖防治網站公布各縣市衛生局推薦的192條社區健走步道，另製作及推廣15分鐘「上班族健康操」及10分鐘「會議版上班族健康操」教學影片，並蒐集彙整各縣市製作之健康操共計15種，置於本署網站，提供免費下載。
- 四、設置免費市話健康體重管理諮詢專線「0800-367-100」，提供民眾解答生活化運動相關疑問。

圖3-5 2005~2012年臺灣地區國人規律運動人口比率



資料來源：2005~2012年教育部體育署運動城市調查



## 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%上升到2005~2008年的44%，其中男性盛行率由33%上升為51%，女性盛行率由33%上升至36%。根據教育部「推動學生身體健康促進調查計畫」，2011年國小及國中學生過重及肥胖盛行率分別為25%及28%，其中國小男童盛行率為29%，女童為22%；國中男生盛行率為32%，女生為22%。2012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、高血壓、慢性肝病及肝硬化、慢性腎臟病等，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，至少占醫療支出約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、生理因素、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食物精製化，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，本署延續2011年「健康100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，於2012年結合全國22縣市共同推動「臺灣101 躍動躍健康」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。凡年齡6~64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、打電話或現場向跟各縣市的衛生局、衛生所及公布的報名地點報名。

### 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；配合衛生福利部推動國民營養法草案、健康促進法草案、研議修正食品衛生管理法，將限制特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範；推動及落實公共場所母乳哺育條例，提升母乳哺餵，以防治兒童肥胖；監測國人體位趨勢；研議及撰寫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」市話免費諮詢服務專線，提供「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康體重管理資訊。2012 年網站瀏覽量達 82 萬 6,125 人次，共計提供 3,010 人次電話諮詢服務。
- (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，並輔導業者開發健康盒餐及具健康訴求之節慶食品，如改良粽、改良月餅及健康年菜等，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單，確實落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準（經調查國內有 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。另修正「上班族健康操」，加註警語，並製作 10 分鐘會議版健康操。

### 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，辦理7場記者會，發布新聞稿31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、期中及成果發表記者會，22縣市中有8縣市首長親自主持啟動記者會，宣誓打擊肥胖。

#### 五、發展民衆落實健康生活的技能：

修改製作「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；提升國人健康體重管理素養。2012年共辦理6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12月18、19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2012年健康減重縣市及235個各場域績優單位，並展現各縣市社區健康生活型態營造綜合成果，分享交流各場域健康減重推動模式、經驗與創意。

#### 六、國際交流合作：

2012年7月10～11日辦理「2012臺歐健康論壇（2012 Europe-Taiwan Health Dialogue）」，邀請來自歐洲及美國的11位專家，與國內2百餘位產官學界專家學者針對肥胖防治進行討論與交流。2012年9月27日本署邱淑媿署長受邀至香港參與「經濟學人集團（The Economist）」舉辦之「全球糧食供應—亞洲的前景（Feeding the World: Asia's prospect of plenty）」，會中討論議題主題包括貿易、農業、健康與營養。邱署長於「Health & nutrition discussion: Asia's double burden」主題擔任引言人，分享我國推動健康體重管理成果及解決營養不良及營養過剩所造成的負擔。2012年10月3日至6日於奧地利舉行第15屆加斯坦歐洲衛生論壇，本署邱淑媿署長發表演說「Whole society development against



2012年3月20日全國保健會議—縣市共同宣誓



2012年6月6日全國職場動起來記者會



obesity: strategy or fantasy?」，分享我國推動肥胖防治等成果。

### 七、減重成果

截至2012年底，全國計有77.9萬人，共計揪團7,012隊參與「臺灣101 躍動躍健康」健康體重管理計畫，共同減重1,137公噸，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%。



2012年12月19日社區健康營造成果發表會



各類組織之教戰手冊（醫院、職場、學校、衛生局）



製作宣導布條



民衆之體重管理手冊



民衆體重管理宣導六折頁



上班族健康操光碟



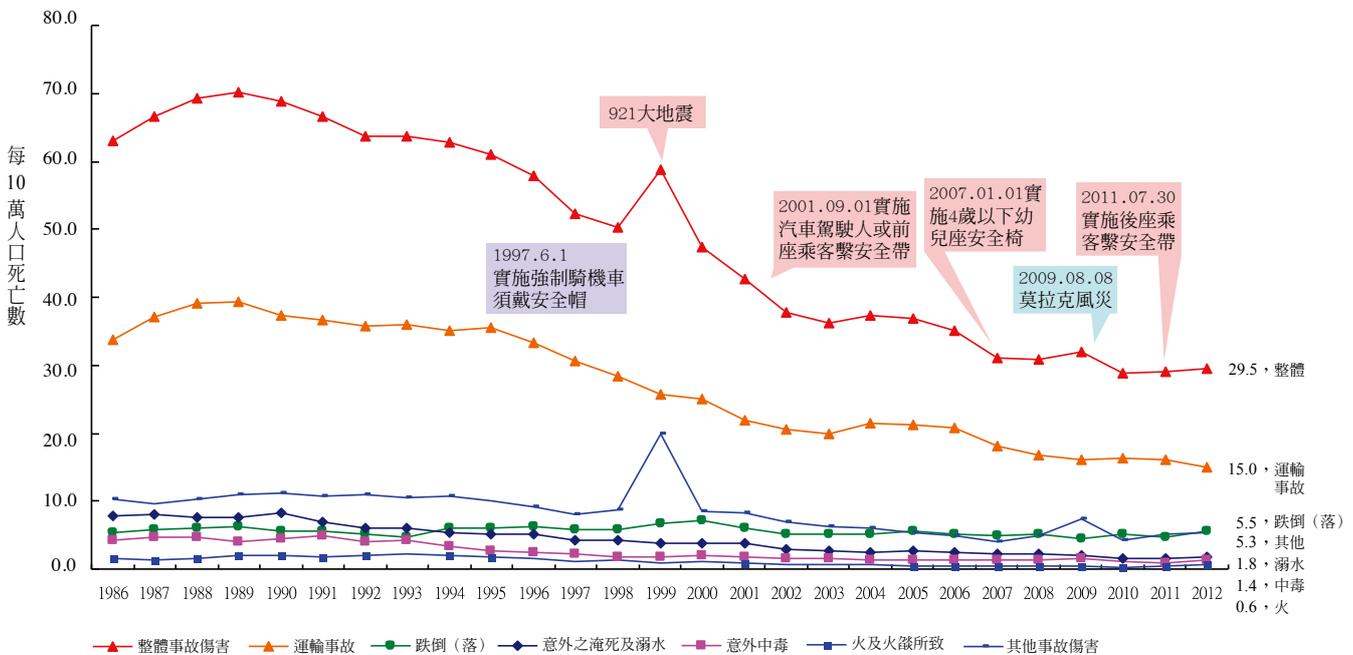
## 第四節 事故傷害防制

### 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，2012年下降至 $29.5 / 10^5$ （圖3-6），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，2012年已下降至 $14.1 / 10^5$ 。

1987年至2012年臺灣歷年事故傷害死亡率，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3-6）。於2012年事故傷害居0歲死因第4位，但仍居我國1~4歲、10~14歲及15~19歲死因之首（表3-2）。2012年0~19歲各年齡層事故傷害死亡原因，0歲主要以運輸事故為主、其次為跌倒（落）；1~4歲主要原因以意外溺死或淹沒為主、其次為運輸事故；5~9歲主要原因以意外溺死或淹沒為主、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、其次為意外溺死或淹沒（表3-3）。

圖3-6 1986~2012年臺灣地區事故傷害死亡主要原因及其死亡率



資料來源：衛生福利部死因統計



在0歲嬰兒死因中，非屬原發性疾病造成之死亡，除事故傷害外，另一主要死因為嬰兒猝死症候群。依據2008年至2012年歷年死因統計顯示，嬰兒猝死症候群約為每年嬰兒死因之第5~6順位，2012年嬰兒猝死症候群死亡率為17.9（每十萬人口）。（圖3-7）

2012年事故傷害死亡為我國65歲以上老人的第十大死因，事故傷害死亡者有2629人，死亡率為102.5人（每十萬人口）。而跌倒（落）在老人事故傷害死因中居第二位，僅次於運輸事故（表3-3）。跌倒（落）對長者造成的傷害，不但影響長輩身、心、社會功能及生活品質，也加重照顧

表3-2 2012年0~19歲兒童及青少年五大主要死因

死因順位	0歲	1-4歲	5-9歲	10-14歲	15-19歲
第1名	先天性畸形變形及染色體異常	事故傷害	惡性腫瘤	事故傷害	事故傷害
第2名	源於周產期的特定病況	惡性腫瘤	事故傷害	惡性腫瘤	惡性腫瘤
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	先天性畸形變形及染色體異常	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	蓄意自我傷害（自殺）
第4名	事故傷害	加害（他殺）	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	先天性畸形變形及染色體異常	心臟疾病（高血壓性疾病除外）
第5名	嬰兒猝死症候群（SIDS）	肺炎	肺炎	蓄意自我傷害（自殺）	腦血管疾病

資料來源：衛生福利部死因統計

表3-3 2012年兒童、青少年及老人事故傷害三大主要死因

死因順位	0歲	1~4歲	5~9歲	10~14歲	15~19歲	65歲以上
第1名	運輸事故	意外溺死或淹沒	意外溺死或淹沒	運輸事故	運輸事故	運輸事故
第2名	跌倒（落）	運輸事故	運輸事故	意外溺死或淹沒	意外溺死或淹沒	跌倒（落）
第3名	意外溺死或淹沒	跌倒（落）	跌倒（落）	跌倒（落）	跌倒（落）	意外溺死或淹沒

資料來源：衛生福利部死因統計



者的負擔。依據國民健康訪問調查結果，老人跌倒之標準化盛行率在2005年為20.5%，至2009年降低為16.6%，而老人跌倒最常發生的前三項地點，在自宅內為浴室／廁所、客廳、臥室；在自宅以外則為街道或路上、菜園農地、公園或運動場。

## 業務指標

2012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) 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) 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。

圖3-7 2008~2012年嬰兒猝死症候群死亡率



資料來源：衛生福利部死因統計



## 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，2012 年透過縣市衛生局（所）人員，辦理 2 萬 4,257 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，本署於提供 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」後續擴充計畫：於 2012 年針對 0～4 歲已遭遇事故傷害幼童的主要照顧者，共收 269 位個案，隨機分派為實驗組與對照組。經後測追蹤，共有 152 位回復，其中實驗組為 84 人，對照組為 68 人，研究發現經過兒科醫師診間衛教後，實驗組的主要照顧者在「會使用機車搭載幼兒外出」及「抱著嬰兒泡牛奶或拿著熱飲」兩項的不安全行為改善率皆高於對照組，且達統計上顯著差異，另，幼兒再發生事故傷害的比例也較對照組低。

## 三、預防嬰兒猝死症候群

- (一) 透過衛生福利部死因統計資料，持續監測嬰兒猝死症候群死亡率及死亡人數之趨勢。
- (二) 為加強家長及主要照顧者的衛教指導，業參酌美國兒科醫學會的實證建議避免嬰兒猝死症候群之相關改善措施，並在提供每一個新生兒之兒童健康手冊中的衛教指導篇增列「嬰兒睡姿及睡眠環境建議」及新增「嬰兒猝死防制評估表」於新版手冊中。
- (三) 將嬰兒猝死症候群的預防指導，列為醫師提供第 1 次（0～2 個月大）及第 2 次（2～4 個月大）兒童預防保健的衛教事項之一，並結合臺灣兒科醫學會，於 2011～2012 年間辦理兒童預防保健醫師的分區教育訓練（計 13 場），列入課程講授重點以及醫師服務手冊之內容。
- (四) 為預防嬰兒搖晃症候群發生，於新版孕婦健康手冊及兒童健康手冊，新增「嬰兒搖晃症候群」衛教宣導，讓嬰兒照顧者了解搖晃嬰幼兒之危險性，並應學習如何安撫哭鬧嬰幼兒的技巧，避免以激烈搖晃方式來阻止嬰兒哭鬧。



#### 四、推動社區老人防跌

- (一) 編製「長者防跌妙招」手冊，加強防跌衛教宣導，內容包括：跌倒的原因、預防跌倒的方法、預防跌倒運動動作處方、居家安全環境實例、長者安全活動實例、居家環境檢核表、發生跌倒的反應與處理及預防跌倒處方等。
- (二) 結合社區關懷據點，推動社區老人健康促進：由全國 367 家衛生所與 458 家醫療院所結合 1,473 個社區關懷據點，以老人跌倒防制等影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為社區老人健康促進重點，在長輩經常出入的場所，推展長者防跌運動，強化其肌力、步態與平衡，另配合社區與居家環境評估等多元方式，推行老人防跌工作。
- (三) 辦理「建立臨床與社區之整合性老人跌倒防制網模式及其成效評估計畫」：以醫院為老人跌倒高危險群篩選及收案之場所，並強化社區服務據點（如關懷據點或社區中心等）之人員培訓及介入工作，俾轉介跌倒高風險群至社區接受介入。參與計畫之跌倒高危險群長者 223 人，在認知、參與運動、下肢肌力及平衡能力方面，皆有顯著改善。

#### 五、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2012年計有18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2012年底計有79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。

10th Anniversary of Safe Community Development in Taiwan & International Safe Community // School // Hospital Designation Ceremony





# Promoting Your Health

## 第 4 章 健康的環境



## 第 4 章 | 健康的環境

1986年世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱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大行動綱領適合運用於推動各種場域之健康促進，包括：「健康城市」係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；「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；「健康促進學校」透過學校衛生政策之制定，營造學校師生與家長共識，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，並建構健康學習的校園環境，增進學生整體健康；「健康促進職場」結合雇主、員工和社會的共同努力，以促進職場工作者的健康和福祉，強調改進職場的組織和工作環境，增進員工培養健康生活型態，以促進個人技能和專業發展。「健康促進醫院」是一個致力於「透過結構、文化、決策與流程的發展，以提高病人、員工與社區之健康獲益」的醫療或健康服務組織，以組織改變為策略，達到從醫療過程提升健康之目的。

### 第一節 健康城市

#### 現況

歐洲21個城市於1986年在里斯本召開會議，決議共同發展城市健康，推動健康城市計畫，WHO於1997年提出「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，我國在1995年，首度引進健康城市的概念；馬英九總統於2002年擔任臺北市市長時，宣布當年為「健康城市元年」，運用五大行動綱領，推動「健康減重100噸 活力長壽臺北城」計畫。本署自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。並於2005年以「臺南市健康促進協會」非政府組織名義加入WHO西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities，以下簡稱AFHC），成為副會員，其成功經驗引發其他縣市政府積極參與，於2006及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。



## 政策與成果

### 一、輔導縣市推動健康城市

成立專家學者輔導團隊，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、花蓮縣及金門縣等16縣市推動健康城市計畫。



第四屆臺灣健康城市獎項評選頒獎典禮

### 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，促進國內各縣市推動健康城市成果分享及交流；2012年與臺灣健康城市聯盟合作辦理「第四屆臺灣健康城市獎項評選頒獎典禮」，吳副總統敦義蒞臨致詞，表揚獲獎縣市，嘉勉並頒發健康城市卓越獎1項、創新成果獎49項、傑出貢獻獎2項等52個獲獎案件，各縣市政府、專家學者及社區工作者約計200人與會。

### 三、促進國際交流

截至2012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、新竹市、新北市及桃園縣等10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，以非政府組織名義加入AFHC。

2012年AFHC於澳洲召開第五屆健康城市會員大會暨國際研討會，國內新竹市及南投縣由首長率領跨局處同仁參加，臺北市、苗栗縣、高雄市、臺南市及桃園縣5縣市由衛生局長代表，計68人出席，並發表13篇口頭論文及44篇海報展示。其中臺南市、苗栗縣、屏東市及新竹市獲得AFHC之健康城市創新發展獎（Award for Creative Developments in Healthy Cities）。

圖4-1 2005~2012年我國加入WHO西太平洋健康城市聯盟會員數



資料來源：國民健康局



2012年WHO CCCSP參與國際安全社區認證儀式

## 第二節 健康社區

### 壹、安全社區

#### 現況

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，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2012年全球共有299個社區通過認證。

2002年我國依循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，並於2006年輔導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。自2005～2012年累計共有18個社區獲得國際安全社區認證（表4-1）。此外，醫院及學校亦參與其中，於2012年臺北醫學大學附設醫院獲得國際安全醫院認證、臺北醫學大學獲得國際安全學校再認證，逐步全面性建構臺灣安全社區網絡。

#### 業務指標

- 一、輔導至少50個社區推動安全議題，營造安全社區環境、降低居民事故傷害的發生。
- 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。



表 4-1 獲國際安全社區認證社區

社區名稱	取得認證年份	備註
花蓮縣豐濱鄉	2005年	2010年再認證通過*
嘉義縣阿里山鄉	2005年	2012年再認證通過*
臺北市內湖區	2005年	2010年再認證通過*
臺北市中正區	2008年	
花蓮縣壽豐鄉	2008年	
臺中縣石岡鄉	2008年	
高雄市左營區	2009年	
嘉義縣新港鄉	2009年	
臺中縣和平鄉	2009年	
宜蘭縣冬山鄉	2009年	
臺南市南區（金華社區）	2010年	
宜蘭蘇澳鎮	2010年	
宜蘭頭城鎮	2010年	
臺北市文山區	2010年	
臺北市南港區	2010年	
臺北市大同區	2010年	
臺北市信義區	2010年	
新北市汐止區秀峰社區	2011年	
認證合格之社區	18個	

備註：根據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。

## 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；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、2012年發展議題

2012年發展之健康安全議題，包括：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）、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、2012年代表性推動之安全社區

### （一）阿里山國際安全社區

2005年通過國際安全社區認證，並於2012年獲再認證，由原先3個村參與，推廣至全鄉12個村。依據WHO CCCSP之安全社區七大準則，成立阿里山安全社區推動委員會，辦理各項安全促進相關工作，包括：推動交通安全促進工作，監測部落內道路狀況、加裝反光導標及反射鏡、提升部落安全帽配戴率；辦理部落老人防跌及用藥安全宣導；進行火水災事故任務編組；推動農事安全及校園安全促進工作。施行後其墜落事故傷害盛行率由2006年2.06%下降至0.71%。

### （二）臺北醫學大學附設醫院國際安全醫院

2008年加入WHO健康促進醫院國際網絡會員，並於2012年成爲全球第一家通過國際安全醫院認證醫院，同時爲臺北市信義社區推動安全社區的重要成員。於急診室建立登錄信義區的傷害資料，並定期提供傷害統計分析，供社區推動組織擬訂安全促進方案。另外，推動員工避免針頭傷害計畫，新進第1年員工針頭扎傷比率由2010年71%降至2011年48.7%，並推動病人用藥安全與防跌，急診室安全等工作，營造病人就醫、治療安全之環境。

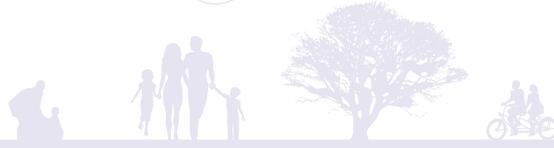
### （三）臺北醫學大學國際安全學校

依據WHO CCCSP之學校社區七大準則，透過學校與社區夥伴關係，共同推動校園及教職員生之安全促進，指導學生安全觀念的實踐，並將校園安全納入校方各項政策考量。於2009年通過認證，2012年再次獲得認證。

## 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爲因素，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年衛生署首先在嘉義縣新港鄉成立全國第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，透過公、私部門的合作，結合在地社區內外資源，帶動社區居民主動重視自身健康，培養健康行爲，實際融入日常生活中。更進一步，喚起居民認同感及團結意識，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。2003年行政院提出「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；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，並推動試辦認證制度，期建立「健康社區」之品質基準，以促進社區永續發展，計有84個社區單位獲得本署「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、1999～2001年：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、2002～2005年：開放社區依自身健康需求訂定健康議題。
- 三、2006～2007年：分別推動健康體能、健康飲食與社區菸害防制等指定議題，並可依社區特性、生活型態提出社區健康議題。
- 四、2008～2009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」（2009年），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、銀髮族健康久久、安全社區等健康議題。
- 五、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、四大癌症篩檢、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。
- 六、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。
- 七、2012年：推動菸酒檳榔防制、致胖環境改善、肥胖防治、健康老化等4項指定議題，以及安全促進、地方健康特色議題等2項自選議題。



## 政策與成果

- 一、以社區為平臺，補助17縣市142個社區單位，於141個鄉鎮市區推動社區健康營造計畫，辦理菸酒檳榔防制、致胖環境改善、肥胖防治、健康老化等4項指定議題，以及安全促進、地方健康特色議題等2項自選議題，推動成果如下：
  - (一) 於 16,182 處販賣菸品商家進行菸害防制宣導或張貼警語，輔導或設立 1,315 處禁菸場所，辦理 2,925 場菸害防制創意衛教宣導。
  - (二) 號召 110,945 人揪團參加口腔黏膜檢查或糞便潛血檢查，開設戒檳班共計 340 人參加，推動 288 家無檳職場，並於地方媒體進行 249 則檳榔防制議題露出。
  - (三) 辦理 2,557 場老人健康促進活動，共計 115,196 位長者至少參與 3 項健康促進活動，並辦理 275 場老人健康促進競賽活動，號召 46,985 位長者參與。
  - (四) 輔導 1,022 家商家標示熱量、提供健康套餐，並改善 505 個運動空間，建構多元動態生活環境。
  - (五) 補助 28 個營造單位辦理社區安全促進工作，進行居家、道路、休閒運動、校園等安全促進工作，增進民眾生活安全。
- 二、於2012年12月18、19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2012年健康減重縣市及235個各場域績優單位，並展現各縣市社區健康生活型態營造成果，分享交流各場域健康減重推動模式、經驗與創意。
- 三、於北部、南部及東部共辦理5場社區健康評估工作坊，共計有475名學員參與，以提升衛生局、衛生所及社區單位之社區健康評估知能。
- 四、截至2012年，有397個社區營造單位持續推動健康促進相關議題。

## 第三節 健康促進學校

### 現況

學校是形塑兒童健康生活習慣的重要場所。世界衛生組織對健康促進學校定義為「學校能持續的增強它的能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」。美國、英國、紐西蘭、香港、新加坡等國家皆積極推動健康促進學校工作，我國於2002年起由本署與教育部依WHO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」共同推動健康促進學校計畫，由學校、社區及家長共同參與，建構健康學習環境，增進兒童及青少年整體健康。本署並於2012年完成我國健康促進學校國際認證系統，邀請國際專家學者



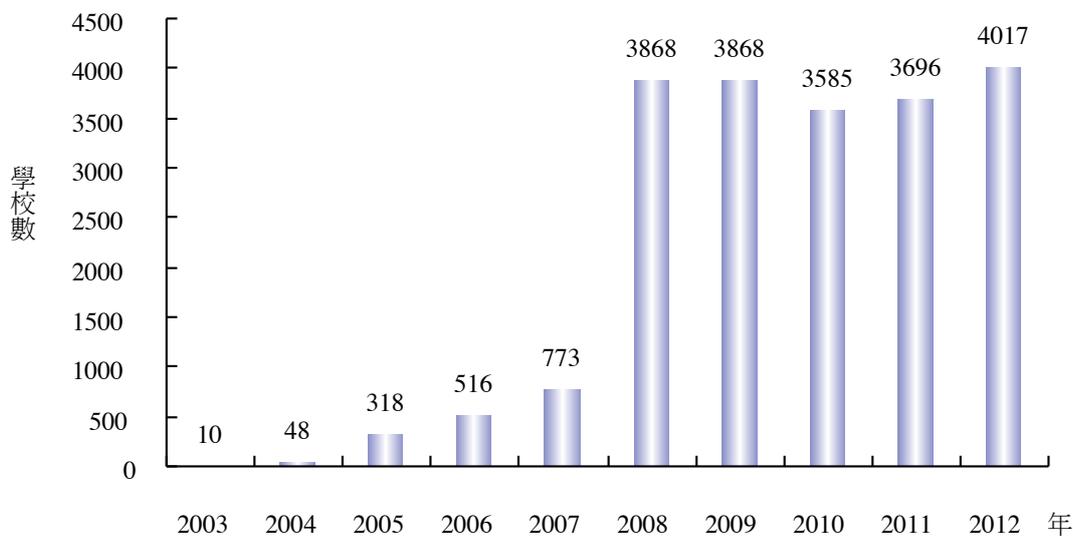
進行健康促進學校國際認證作業，以檢視及呈現我國健康促進學校推動之成果，並提升我國國際能見度。

## 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年衛生福利部與教育部簽署「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，本署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」，整合前述各項資源，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2012年共有4,017所學校參與推動健康促進學校計畫。另2012年為辦理「健康促進學校國際認證計畫」，與教育部多次研商，並共同合作辦理相關事宜。

圖4-2 2003~2012年 健康促進學校推動學校數





健康促進學校國際認證成果發表暨頒獎典禮



國際認證委員及國民健康署邱淑妮署長至金質獎獲獎學校臺南市大港國小實地訪視

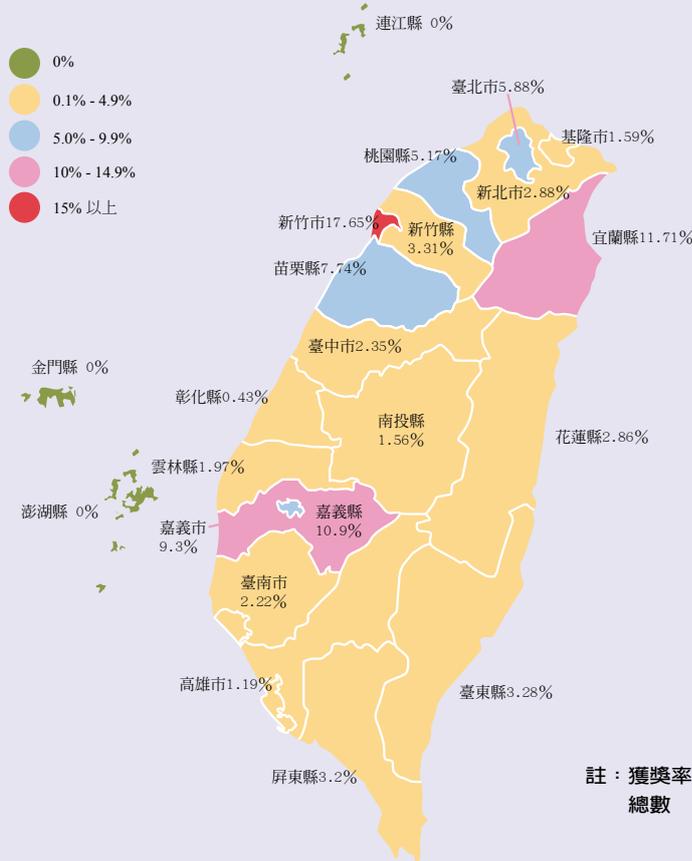
## 二、健康促進學校推動策略及議題：

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位專家學者賡續維持「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) 依據2008年WHO「健康促進學校發展綱領:行動架構」本署所訂「社區肥胖防治環境評估工具」指標，及香港等國際上現有健康促進學校認證標準，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（2個子標準，7項評量項目）
2. 標準二、學校物質環境（5個子標準，14項評量項目）
3. 標準三、學校社會環境（健康文化）（5個子標準，9項評量項目）
4. 標準四、健康教育課程及活動（4個子標準，10項評量項目）
5. 標準五、社區關係（3個子標準，9項評量項目）
6. 標準六、健康服務（5個子標準，14項評量項目）



- (二) 健康促進學校國際認證，共 214 所學校參與。第一階段由各縣市教育局(處)聘請地方認證委員，進行書面資料初審;第二階段由教育部及本署聘請中央認證委員，進行線上複審及實地訪視;後續則邀請推動全球健康促進學校之專家擔任國際委員，共同確認本次認證流程及獲獎學校。經國內外委員審查遴選出 4 所金質獎、14 所銀質獎及 120 所銅質獎，並於 12 月 10 日之「健康促進學校國際認證成果發表暨頒獎典禮」上，由本署邱淑媿署長與教育部代表共同頒發，各縣市獲獎率如上圖。
- (三) 辦理「臺灣健康促進學校申請認證前之師生健康行為調查計畫」，配合 2012 年度健康促進學校認證辦理，實驗組為報名參與「健康促進學校認證」之學校 243 所，對照組 103 所則參酌各縣市認證參與狀況決定。調查對象包括小學 4 年級、中學 8 年級、高中 11 年級學生及學校導師、主任、校長。結果發現，在是否參與認證的學校間，健康行為表現各有優劣，而和過去 98 ~ 99 年的健康調查比較，不論是學生或老師，健康行為表現都比過去來得好，顯示近幾年在學校推動的健康促進確有成效。

## 第四節 健康促進職場

### 現況

WHO於1997年第4屆世界健康促進研討會中提出「Jakarta Statement on Healthy Workplaces」並在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，健康職場的營造，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。並自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。

本署自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年除推動菸害防制，並擴及員工健康促進，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2012年共有9,186家職場通過健康職場自主認證，其中菸害防制標章有4,983家、健康啟動標章有2,796家、健康促進標章有1,407家，另2006～2012年共計表揚342家績優健康職場。2012年本署將健康促進職場認證家數納入「補助地方推動衛生保健工作計畫」考評指標，以鼓勵衛生局、所結合職場，推動員工健康促進、營造友善健康的工作環境。

### 政策與成果

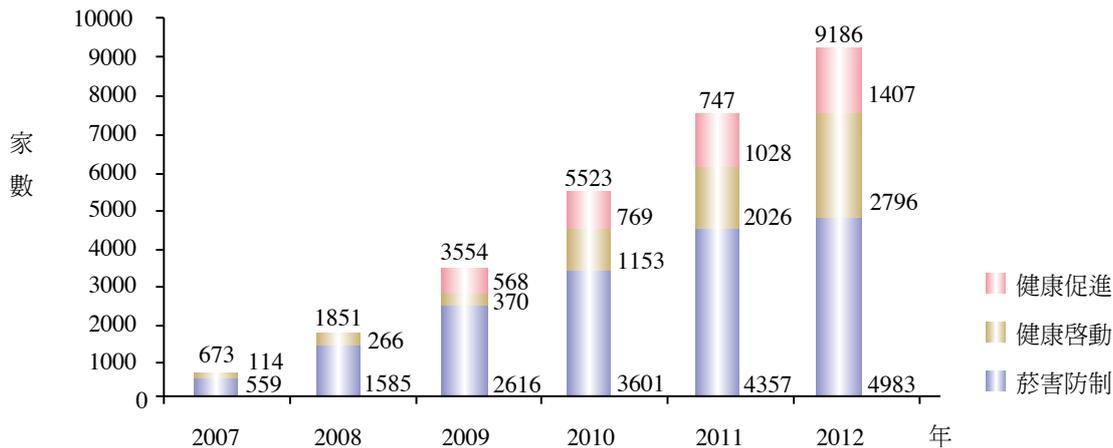
#### 一、推動職場健康促進暨菸害防制工作：

本署自2003年起，持續推動並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，至今持續辦理，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，2012年實地到場輔導207家職場及4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，2012年共計1,775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39家績優健康職場，製作2012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57萬人次以上。

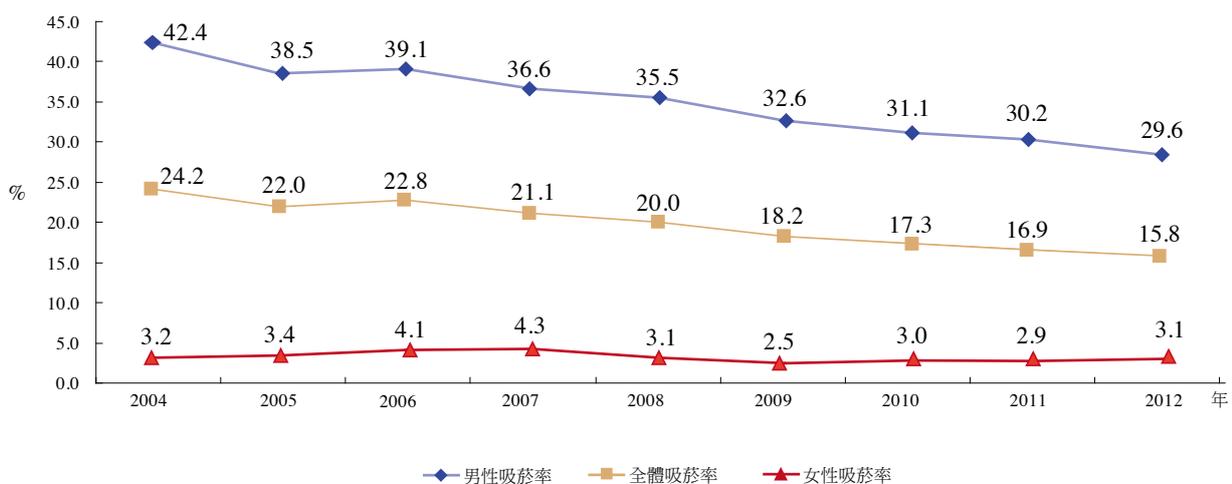


圖4-3 2007~2012年通過健康職場自主認證家數



二、調查全國職場健康工作環境顯示，2012年職場員工吸菸率為15.8%，相較2011年下降1.1%，2004~2012年職場吸菸率情形如圖4-4。

圖4-4 2004~2012年職場吸菸率情形



資料來源：2012年全國職場健康促進暨菸害防制調查



三、室內工作場所完全禁菸率為80.9%（較2011年略微下降2.7%），2004~2012年職場禁菸政策變化趨勢如圖4-5。

圖4-5 2004~2012年職場禁菸政策變化趨勢



資料來源：2012年全國職場健康促進暨菸害防制調查

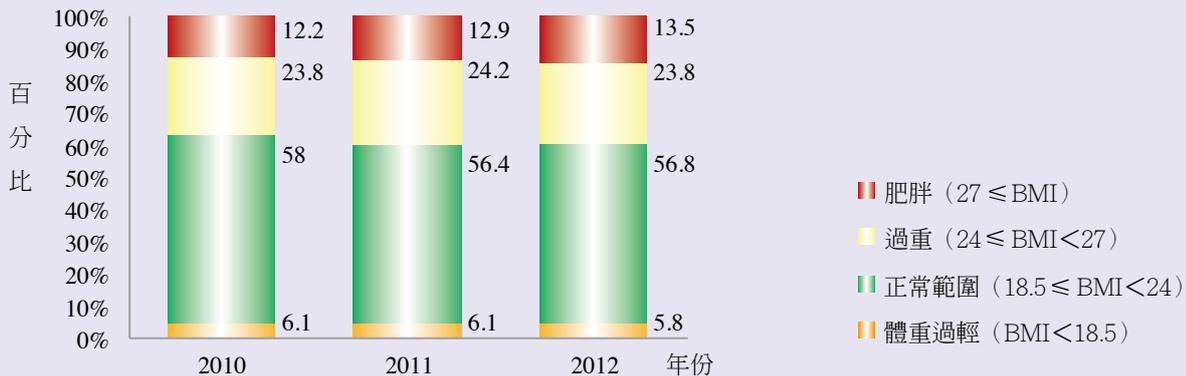
四、依據2010~2012年，職場員工最近一個月運動情形調查顯示，2012年都沒有運動者占34.4%，較2011年增加0.7%，平均一週運動超過150分鐘者占11.7%，則較2011年下降7%（圖4-6），另於體位分布部分，2012年體重於正常範圍佔56.8%，較2011年略微上升0.4%，但在肥胖部份亦略微上升（圖4-7），顯示在職場健康體重管理部分仍需持續且有效的推動健康體重管理計畫。

圖4-6 2010~2012年職場員工最近一個月運動情形





圖4-7 2010~2012年職場員工體位分布



資料來源：2012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，其中，「調整健康服務的取向」為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Rudolfstiftung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。並於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循。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、執行與持續改善之健康促進服務。



健康促進醫院國際網絡係由世界各國之全國性或區域性網絡組成，至2012年底，全世界已有40個國家，超過900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

臺北市率先於2002年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。同年本署委託辦理「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」，以及推動社區健康營造、糖尿病共同照顧、門診戒菸、母嬰親善醫院等健康促進計畫。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。本署於2005年將「健康促進醫院」納入科技研究計畫，2006年委託學界協助屏東基督教醫院、耕莘醫院永和分院、部立臺中醫院及部立豐原醫院等4家醫院，取得健康促進醫院國際網絡認證。

2006年本署邱淑媿署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」，並擔任健康促進醫院國際網絡臺灣區域網絡協調人，並與國際網絡秘書處簽訂合作同意書，成為亞洲第一個該網絡正式會員。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。同時亦向內政部申請，於2007年成立臺灣健康醫院學會，協助臺灣區域網絡協調人在我國進行健康促進醫院之提倡、教育、輔導、研究與合作。

## 政策與成果

### 一、推動健康促進醫院

#### (一) 健康促進醫院的輔導與成長

為強化衛生局與健康照護機構的夥伴合作關係，整合健康促進及預防保健服務資源，本署透過補助政策，鼓勵衛生局結合轄區醫療院所，推動健康促進醫院及健康照護機構，主動提供健康促進服務，提升病患、家屬、員工及社區民眾之健康，期同時減少健保醫療照護支出，2012年共計補助21縣市衛生局、125家健康照護機構，辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，必選議題為節能減碳及健康減重，自選議題包括：健康老化、高齡友善健康照護、職場健康促進。至2012年底，其中14家健康照護機構在此計畫的輔導下，已申請通過成為健康促進醫院國際網絡會員。

為增進縣市衛生局(所)及健康照護機構推動健康促進服務之知能，2012年於北部、中部、南部及東部共辦理5場健康促進醫院工作坊，計有21縣市衛生局、166家醫院、493位醫務管理與醫療照護相關人員與會。迄2012年底，臺灣已有93家醫院加入世界衛生組織健康促進醫院國際網絡會員，成為全球第一大的健康促進醫院網絡。



圖4-8 2006~2012年我國加入世界衛生組織健康促進醫院國際網絡會員數

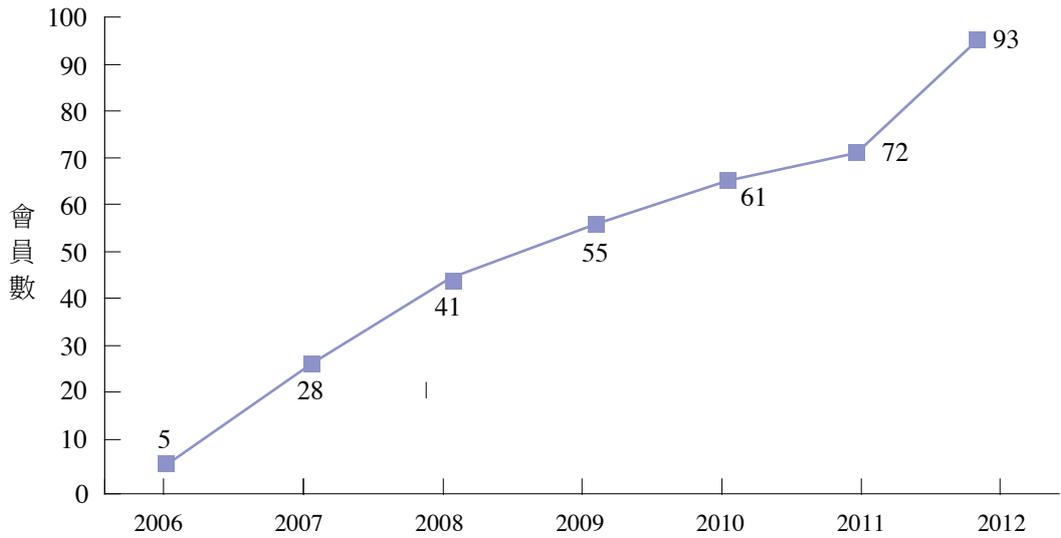
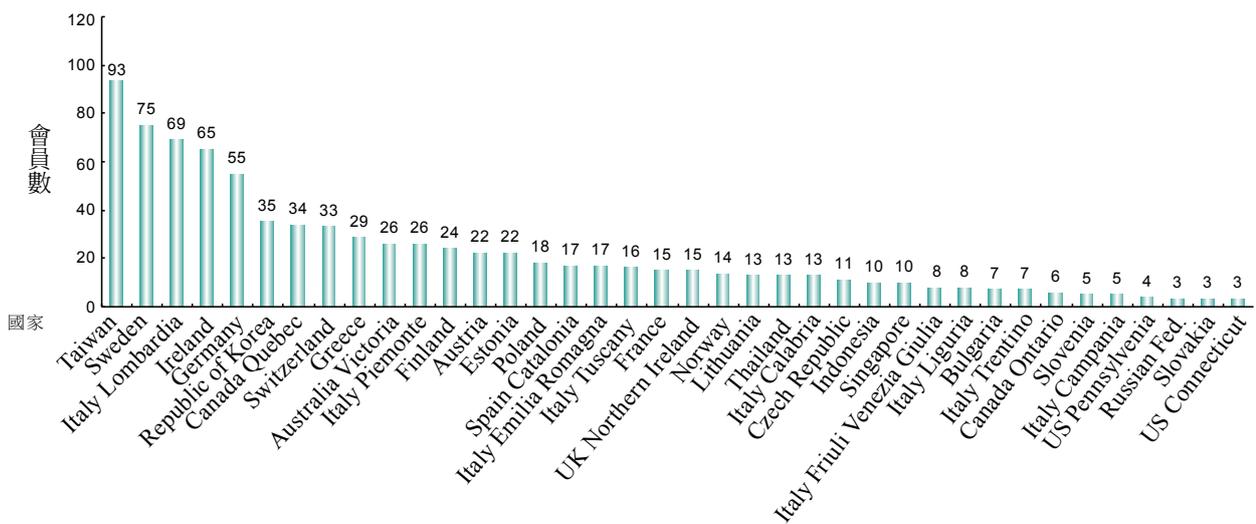


圖4-9 2012年健康促進醫院國際網絡各國會員數



資料來源：健康促進醫院國際網絡網站<http://www.hphnet.org/index.php/members/nrnetworks>；國民健康署彙整



臺灣舉辦第20屆健康促進醫院國際研討會，創下該研討會歷年報名國家、報名人數、發表論文最多之紀錄

## (二) 參與健康促進醫院進階認證試驗計畫

WHO健康促進醫院國際網絡為評價醫院導入健康促進之成效，提出進階認證規劃，該計畫為藉由已發展的醫院自我評估工具及標準，透過病歷稽核、病人調查、員工調查、品質計畫及組織資料等，以臨床試驗的研究方式來評價醫院執行臨床健康促進的成效。國際網絡預定於8個國家招募有意願的健康促進醫院參與該跨國計畫，而我國是選定的國家之一，至2012年，共計有21家醫院參與。

## (三) 辦理第20屆健康促進醫院國際研討會

2012年4月11日~13日本署與WHO健康促進醫院與健康照護合作中心 (WHO Collaborating Centre for Health promotion in Hospitals and Health Care) 及WHO醫院健康促進實證合作中心 (WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals & Health Services) 合辦第20屆健康促進醫院國際研討會，為此會議第一次離開歐洲辦理，共有來自45個國家、1,370人報名，蕭副總統萬長先生蒞臨開幕致詞。本次大會共舉行5場主題會議，邀請國外專家進行演講，發表744篇論文 (國外146篇、國內598篇)。

本次會議創歷年研討會報名國家、報名人數、發表論文數最多之紀錄，而我國論文發表數已連續3年排名第一。另國內醫院相關獲獎情形，計有5家醫院獲得全球無菸醫院國際金獎；33家國內外醫療機構參加全球綠色與健康醫院倡議；1家醫院獲得國際健康促進醫院典範獎；臺北慈濟醫院獲海報第一名獎，本署監測研究組獲海報第二名獎。

## (四) 積極參與國際交流

### 1. 參與WHO健康促進醫院國際網絡運作

本署邱淑媿署長為WHO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

# Promoting Your Health



前言

健康的出生與成長

健康的生活

健康的環境

健康的高齡化

焦點群體

健康促進的基礎建設



2012年4月邱淑妮署長當選世界衛生組健康促進醫院國際網絡新任主席，簽署任內第一份文件—HPH國際網絡與無菸醫院國際網絡合作備忘錄



健康促進醫院國際網絡首屆「健康促進醫院全球典範獎」，由大林慈濟醫院獲得



與會者票選最佳海報，臺北慈濟醫院及國民健康署分別獲得第一及第二名



2012年邱淑妮署長主持於丹麥哥本哈根所召開之健康促進醫院國際網絡監理委員會會議，世界衛生組織代表與監理委員會成員合影



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年爭取在臺灣召開2012年第20屆健康促進醫院國際研討會，為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，邱署長獲推舉擔任健康促進醫院國際網絡之副主席，並於2012年當選健康促進醫院國際網絡新任主席，任期2年。

## 2. 健康促進醫院國際交流

2012年2月20日～23日本署邱淑媿署長受邀前往泰國曼谷，參加世界衛生組織健康促進醫院冬季研習會，會中分享我國執行健康促進醫院的相關經驗。

2012年9月11日邱署長受邀出席「美國五十州及屬地衛生首長協會」(Association of State and Territorial Health Officials; ASTHO)年會，代表WHO健康促進醫院國際網絡及臺灣網絡，向美國各州及屬地之衛生官員，分享國際網絡推動健康促進醫院，及我國衛生部門與健康照護機構間推動社區及臨床健康促進活動之成果。

## 二、推動低碳醫院

### (一) 進行醫院輔導及補助推動

2012年於北、中、南部辦理3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73家醫院、84人參與。補助縣市衛生局辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作」，將「節能減碳」列為必選議題之一，共125家醫療院所參與。

### (二) 出版指引手冊與評估工具

本署於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」，供醫院推動環境友善工作參考。並於2012年參考國際無害醫療組織(Health Care Without Harm, 以下簡稱 HCWH) 編製之「全球綠色與健康醫院優先工作綱要」(Global Green and Healthy Hospital Agenda) 所提及之醫療產業對環境影響10大面向，依我國需求發展「醫院環境友善行動自我評估表」，計有8大面向(領導、化學物、廢棄物、能源、水、運輸、食物、建築)、84個行動項目。2012年寄送予國內164家低碳醫院自評，共有150家醫院回應，回收率達91%。經初步分析，臺灣醫院於領導、廢棄物及水面向表現較好，運輸及食物面向需加強改善。

### (三) 成立健康促進醫院與環境友善委員會

2010年，經健康促進醫院國際網絡會員大會通過成立「健康促進醫院與環境友善委員會」(Task Force on HPH and Environment)，由本署邱淑媿署長擔任此委員會召集人。並結合WHO、



HCWH、健康促進醫院國際網絡及臺灣之力量，將健康照護部門由資源高度耗用者反轉為環境保護者。至2012年底，計有153家國內外醫療機構加入，包括有144家國內醫院、6家國外醫院及3家健康相關機構。

#### (四) 國際交流

##### 1. 辦理國際研討會

2012年4月於第20屆健康促進醫院國際研討會中，辦理健康促進醫院與環境友善工作坊，討論環境友善醫療之研究、政策及商業面向。本次研討會中與環境友善醫院相關的論文發表共有9篇海報、9篇平行演講、1場大會演說、15篇會前會議演講及6篇工作坊演講，並召開第4次健康促進醫院與環境友善委員會會議。

##### 2. 參與全球綠色健康醫院網絡東南亞宣告儀式

健康促進醫院與環境友善委員會與HCWH於2012年4月11日假臺北國際會議中心舉行健康促進醫院與環境友善會前會議 (Pre-Conference on HPH and Environment)，同時也召開全球綠色與健康醫院網絡 (Global Green and Healthy Hospitals Network) 之東南亞宣告儀式，來自新加坡、馬來西亞、菲律賓、泰國、奈及利亞、加拿大、瑞典、義大利、英國、美國、韓國、菲律賓及我國等13個國家醫院代表一起參與此宣告 (我國有21家醫院代表參加)，呼籲全球各地重視環境永續的健康照護機構，一起推動社區的環境健康。此場會議有15篇演講，約200名與會。本署會後以健康促進醫院與環境友善委員會的身分加入，而國內大林慈濟醫院、臺中慈濟醫院、成功大學醫學院附設醫院亦加入此網絡。

##### 3. 參與永續醫療會議 (CleanMed 2012 Europe)

本署邱淑媿署長受邀於2012年9月28日至瑞典馬爾莫市擔任永續醫療會議 (CleanMed 2012 Europe) 之閉幕場次大會專題講座。該會為歐洲區首席永續醫療保健相關研討會，探討環境與氣候對於地方、區域及全球保健的衝擊及影響。邱署長於會中演講 “The Experience of Taiwan's Hospitals in Reducing Their Ecological Footprint”，分享健康促進醫院與環境友善委員會推動醫界參與節能減碳之國內外經驗與成果。

# Promoting Your Health



*Promoting Your Health*

第 5 章

健康的高齡化

## 第 5 章 | 健康的高齡化

世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱WHO）提出「活躍老化」（Active Ageing），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（ageing society），65歲以上人口占總人口數的7%，至2012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2018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2012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、高血壓性疾病及腎炎、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六成，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 2012年國人十大死因統計

順位	死因別	死亡人數	粗死亡率（註1）	標準化死亡率（註2）
1	惡性腫瘤	43,665	187.6	131.3
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	17,121	73.6	47.9
3	腦血管疾病	11,061	47.5	30.8
4	肺炎	9,314	40.0	24.4
5	糖尿病	9,281	39.9	26.5
6	事故傷害	6,873	29.5	23.8
7	慢性下呼吸道疾病	6,326	27.2	16.4
8	高血壓性疾病	4,986	21.4	13.3
9	慢性肝病及肝硬化	4,975	21.4	15.6
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,327	18.6	12.1

註1：死亡率以每10萬人口計

註2：標準化死亡率係以2000年WHO世界人口年齡結構為基準

資料來源：衛生福利部死因統計



## 第一節 中老年人健康政策

### 現況

2012年國人零歲平均餘命79.5歲，男為76.4歲，女為82.8歲；另依據2009年「國民健康訪問調查」顯示，8成以上（86.2%）老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，老年女性自述罹患慢性病的比率高於男性（表5-2）。研究發現，老人普遍之疾病為高血壓、糖尿病等，另女性方面為骨質疏鬆。因此，為確保老人生活品質，提升老人慢性病自我健康及疾病管理，為中老年人健康重要政策。

### 業務指標

- 2012年過去一週有運動之老人比率達71.8%
- 2012年有規律運動（每週運動3次每次30分鐘）老人比率達53.4%
- 2012年降低老人吸菸率達9.6%
- 2012年提高45~69歲婦女2年內乳房攝影篩檢率達31.9%
- 2012年提高50~69歲民眾2年內糞便潛血檢查率達32.5%

表5-2 65歲以上老人自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目

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

資料來源：1. 2009年國民健康訪問調查。

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

## 政策與成果

為維護中老年人健康，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、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、防跌、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40~64歲民眾每3年執行1次、65歲以上民眾每年執行1次。2012年計174萬人接受該服務（其中65歲以上約85萬人），利用率達32.1%（圖5-1、圖5-2）。藉由該服務2012年新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為19.9%、8.0%及11.9%（新發現異常個案定義：無個人病史，如高血壓、糖尿病、高膽固醇，但此次理學檢查結果異常）。

圖5-1 成人預防保健服務歷年利用情形—以性別區分





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：中央健保署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；2012年已有20縣市加入服務行列，且2002年至2012年累計參與服務之民眾已高達253萬4,000人。

## 三、老人健康促進

### (一) 推廣資源整合式社區老人健康促進

參採WHO渥太華之五大行動綱領及曼谷憲章，擬定「老人健康促進計畫」8大議題執行策略與方法，透過衛生局、社區醫療機構，結合健康城市、安全社區、社區健康營造、社區照顧關懷據點及樂齡學習中心等，依社區老人特質與需求，辦理老人健康促進活動，2012年全國367個衛生所和458家醫療院所，結合1,473個照顧關懷據點，辦理老人健康促進活動，醫療衛生體系結合比率已占全國關懷據點的80%以上。

2012年由花蓮慈濟醫院執行完畢「建立臨床與社區之整合性老人跌倒防制網模式」計畫，成立長者防跌共同照護小組，編製老人防跌工作手冊，對院內跌倒者或高危險群，提供防跌共同照護，並建置防跌資訊系統網站，結合社區關懷據點，建立雙向溝通及轉介管道，以施行防跌介入。

## (二) 健康 101 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，發動衛生局（所），結合社區NGO團體，鼓勵長輩組隊參加競賽，讓阿公阿嬤在平時即演練、聚會，透過練習增加活動的機會，互相學習、扶持，並爭取團隊榮譽，2012年共組1,905隊，計7萬4,605位高齡者參與活動，占老年人口約3%，也超過預定5萬人之目標。

## (三) 強化老人預防保健服務

推展「老人健康促進計畫」，辦理預防慢性病及老人健康促進，2012年國內65歲以上老人接受成人預防健保服務約85.4萬人；50~69歲民眾接受糞便潛血檢查者約101.2萬人，50~69歲婦女接受乳房攝影檢查約51萬餘人。65歲以上老人接受戒菸諮詢專線服務者計269人，老人門診戒菸治療共計服務4,574人。

## (四) 高齡友善城市

因應人口快速老化的全球化趨勢，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年再新增台北市、新北市、桃園縣、新竹市、南投縣、台南市、高雄市、台東縣等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。2012年20個縣市積極響應並將高齡友善融入於各面向之施政，並發展地方特色計畫，包括「高齡健康照護服務行動





專車」、「銀髮友善好站」、「交通新亮點（友善長者的交通環境）」、「樂齡漫畫與記錄」、「高齡友善餐廳」、「社區健康柑仔店」等，並於8月辦理「2012亞太地區高齡友善城市與高齡友善經濟研討會」，該研討會為APEC架構下首度探討高齡友善城市議題之研討會，邀請美、英、加、日、愛爾蘭等國及歐洲高齡平台之專家來臺分享高齡友善推動實務，進行交流。

## （五）高齡友善健康照護

### 1. 推動「高齡友善健康照護機構」認證：

2010年本署參考WHO之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院五大標準，訂出涵蓋「管理政策」、「溝通與服務」、「照護流程」、「物理環境」等四大面向、11項子標準、60個項目的「臺灣高齡友善健康照護自我評估表」，供健康照護機構導入高齡友善照護之參考，並推動高齡友善健康照護機構認證，至2012年已有38家醫院通過認證。

2012年補助衛生局「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，其中有40家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。並辦理2012年「高齡友善健康照護推動成果發表會」，頒發28家通過高齡友善健康照護機構醫院證書與「第二屆高齡友善健康照護機構典範選拔」、「徵文競賽」及「創意提案」獎項，本屆由彰化基督教醫院獲得典範獎，本活動計268人出席。

### 2. 國際交流：

2012年4月11日於第20屆WHO健康促進醫院國際網絡會員大會提案，獲通過成立「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」（Working Group on HPH and Age-Friendly Health Care），由本署邱淑妮署長擔任小組召集人，推動高齡友善健康照護，發展國際可適用的高齡友善健康照護架構，傳播行銷高齡友善健康照護，並增加健康專業人員在高齡友善健康照護的能力。

## 第二節 重要慢性病防治

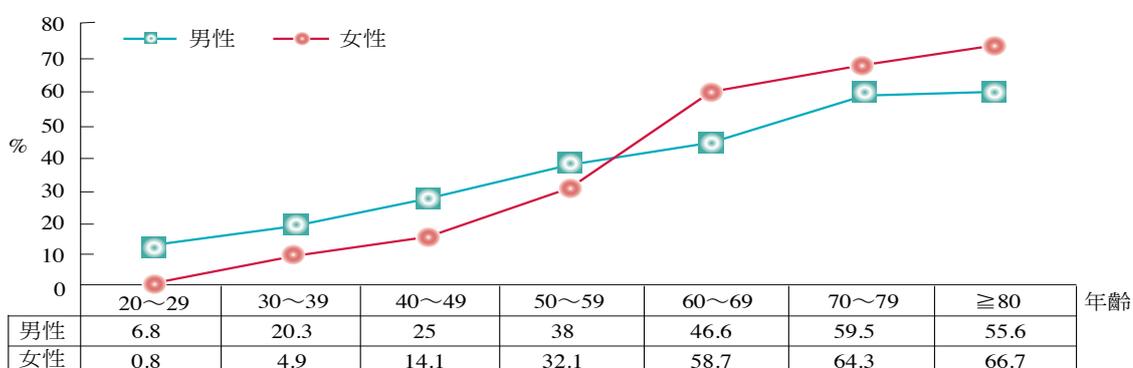
### 現況

依據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，2012年達729萬人；而國人十大死因中與三高相關的疾病包括第2位心臟疾病、第3位腦血管疾病、第5位糖尿病、第8位高血壓性疾病及第10位腎病，死亡人數總和4萬6,776人，遠超過罹癌人數4萬3,665人，其中死亡人數較去年增加，有心臟疾病增608人（或3.7%）、高血壓性疾病增355人（或7.7%）、腦血管疾病增238人（或2.2%）、糖尿病增200人（或2.2%），另外腎炎、腎病症候群及腎病變則減41人（或0.9%）。



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（圖5-3、圖5-4、圖5-5）；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。

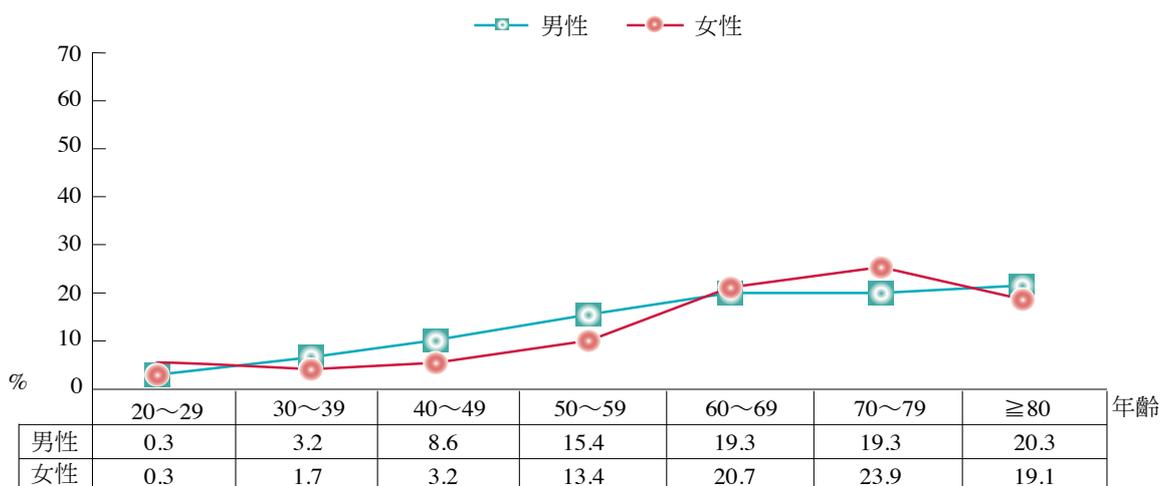
圖5-3 2007年臺灣民衆不同性別及年齡層之高血壓盛行率



備註：高血壓定義：收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 90\text{mmHg}$ 或服用高血壓藥物

資料來源：2007年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究

圖5-4 2007年臺灣民衆不同性別及年齡層的高血糖盛行率

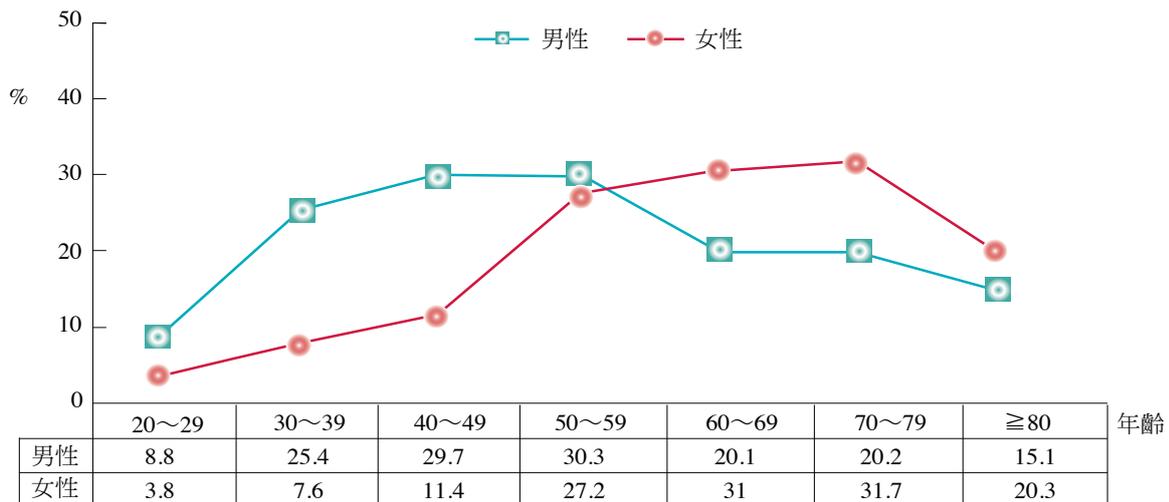


備註：高血糖定義：空腹8小時以上血糖檢測值 $\geq 126\text{mg/dL}$ 或服用降血糖藥物

資料來源：2007年臺灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究



圖5-5 2007年臺灣民衆不同性別及年齡層之高血脂盛行率



備註：高血脂定義：空腹8小時以上，血清膽固醇 $\geq 240\text{mg/dL}$ ，或血清三酸甘油酯 $\geq 200\text{mg/dL}$ 或服用降血脂藥物

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

代謝症候群、糖尿病、心血管疾病、腎臟病列為本署慢性病防治重點。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，甚至在生命週期階段都可能發生；一旦發病，逐漸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；因而本署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。

### 業務指標

- 2012年18歲以上民眾對腰圍警戒值之認知率目標60%以上。
- 2012年18歲以上民眾對正常血糖值之認知率目標45%以上。
- 2012年18歲以上民眾對血壓異常值之認知率目標55%以上。
- 2012年18歲以上民眾對慢性腎臟病防治之認知率目標62%以上。



## 政策與成果

### 一、增進民衆健康認知

#### (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）。

#### (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、中風、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2012年聯合國世界糖尿病日，宣導主題「Diabetes Education and Prevention」，口號為「Diabetes：Protect our Future」，呼籲民眾重視糖尿病防治，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，於各地辦理研討會、點燈、攝影比賽、園遊會、病友團體交流等，共計約近6,000人次參加。
2. 配合2012年世界高血壓日之宣導主軸「Healthy Lifestyle – Healthy Blood Pressure」，本署同步響應該宣導議題，呼籲民眾遵守健康生活型態，並提供民眾有關高血壓之篩檢服務；結合中華民國心臟學會及心臟基金會，於5月19日、6月2日分別在臺北、臺南二地辦理「好動人生，活出Smart！」有氧健康活動，共計約1,000位民眾參與。
3. 配合2012年世界心臟病日之宣導主軸「One world, One home, One heart」，同步響應宣導，結合中華民國心臟基金會及心臟學會於9月29日假臺北市新光三越站前廣場辦理園遊會，宣導心臟病防治，約800人參加。
4. 配合2012年3月分世界腎臟日辦理慢性腎臟病防治宣導活動，假7縣市辦理9場「愛腎護腎，腎利人生」園遊會活動，計8,206位民眾參與，另結合8個縣市配合辦理8場腎臟病防治講座活動，以及臺南市衛生所辦理37場「愛腎護腎」宣導講座活動，總共5,922位民眾參與；以及辦理5場次慢性腎臟病照護網研習會，計1,780人參與。

### 二、推動高危險群重視健康促進，提升健康行為及自我健康管理能力

(一) 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，設置約 1,989 個血壓站，提供量血壓服務。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，賡續辦理高、中、小學行政主管、校護、營養師等之校園慢性病防治研習，2012 年參加人員：主管 63 人、校護、營養師等 461 人，共計 524 人參加。2007～2012 年參加人數累計 3,919 人。
- (三) 為增進糖尿病高危險群對健康促進可近性，推動全國 490 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，2012 年全國參加團體之高危險群總人數合計 1 萬 2,133 人，其中 5,516 人參與評值，結果如下：經常攝取正確主食量者增加 7.2%、每天運動 30 分鐘以上者為 53.4%（增加 8.5%）、減重 $\geq$  2 公斤者達 19.0%。另於 186 家糖尿病健康促進機構，推動糖尿病高危險群健康促進，改善血糖者達 47.2%、血壓 55.7%、膽固醇 48.6%、腰圍 52.3%、減重 $\geq$  2 公斤 52.8%、每天運動 30 分鐘以上 55.8%。
- (四) 2012 年結合衛生局辦理「三高」及「慢性腎臟病」防治宣導活動，共計辦理 2,881 場，逾 12 萬 65 歲以上老人參與。另，印製慢性腎臟病健康管理手冊及腎臟保健單張提供衛生局、所及醫療院所衛教使用。並同步於電視、廣播媒體及社區、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) 2012 年糖尿病健康促進機構計 186 家（較 2011 年增加 12 家），提供糖尿病衛教人員見實習 954 人、參與糖尿病健保醫療給付改善方案計 22 萬 5,638 個案（較 2011 年增加 12,225 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及團體重要幹部 110 人，培訓優良團體輔導員 46 人，實地輔導 46 個團體。全國參加團體之病友計 3 萬 5,162 人（較 2011 年增加 224 人），其中 1 萬 5,950 人參與評值，結果為：改善自我血糖監測 4.2%、經常攝取正確主食量者增加 6.9%、每天運動 30 分鐘以上者為 60.8%（增加 7.0%）、減重 $\geq$  2 公斤者達 15.1%、HbA1c（糖化血色素） $\leq$  7% 者增加 3.3%。辦理優良糖尿病支持團體選拔，共 40 個團體得獎；舉辦 2 項競賽活動，公開表揚減重競賽得獎者：團體組 30 個、個人組 185 人；以及 440 位 ABCDEFG 模範糖尿病友、36 位糖友進步獎得主等。
- (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「慢性腎臟病健康促進機構」，2012 年 131 家醫療院所參加，門診追蹤個案 8 萬 8,366 人，新收個案 2 萬 8,396 人，腎臟

病患透析時，已建立透析用血管管路共 2,152 人（61.1%）；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 1,530 人（43.4%），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；2012 年底有 202 家院所使用，共收案 7 萬 1,446 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，修訂本署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 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國民健康局於 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 4 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相關單位，作為研擬各項防治策略與工作指標之實證依據。各相關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 年度開始推行；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，相關單位業參酌及利用四項計畫之研究成果，邀請專家學者、腎臟病友團體共同研擬「慢性腎臟病防治與照護品質 5 年提升計畫」，於 2012 年跨單位推動。該計畫並訂出 4 項目標：1. 降低透析發生率、2. 提升腎臟移植人數、3. 提升透析病患 5 年存活率、4. 提升腹膜透析人數占率，且訂出推動策略，由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，本署依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策諮詢委員會，進行橫向及縱向的業務協調與溝通，於 2005～2009 年推動「國家癌症防治 5 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。

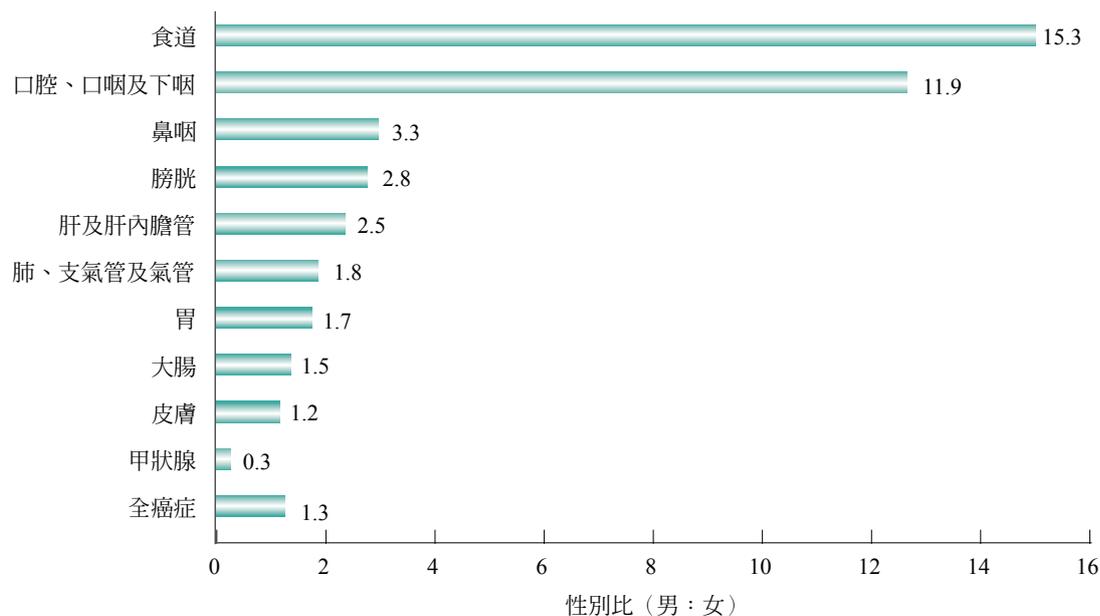
## 現況

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，2010年共新診斷出9萬0,649人罹患癌症（男性5萬0,892人、女性3萬9,757人），標準化發生率為每10萬人口296.7人（男性340.7人、女性256.2人），年齡中位數62歲（男性64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）。

圖5-6 2010年臺灣主要癌症年齡標準化發生率之性別比



資料來源：國民健康署2010年癌症登記資料



以癌症標準化發生率來看，2010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）子宮體癌（9）子宮頸癌（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）。

表5-3 2010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	9,655	63.2
2	大腸	14,040	45.3
3	肝及肝內膽管	11,023	36.1
4	肺、支氣管及氣管	10,615	33.6
5	攝護腺	4,392	28.8
6	口腔、口咽及下咽	6,560	21.7
7	胃	3,854	12.0
8	子宮體	1,737	11.3
9	子宮頸	1,680	10.8
10	皮膚	2,978	9.3
	全癌症	90,649	296.7

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。

資料來源：國民健康署2010年癌症登記資料

表5-4 2010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10萬人口）
1	大腸	8,143	54.4
2	肝及肝內膽管	7,751	52.3
3	肺、支氣管及氣管	6,697	43.7
4	口腔、口咽及下咽	6,028	40.6
5	攝護腺	4,392	28.8
6	胃	2,415	15.4
7	食道	2,091	13.8
8	皮膚	1,575	10.2
9	膀胱	1,427	9.2
10	鼻咽	1,194	8.2
	全癌症	50,892	340.7

資料來源：國民健康署2010年癌症登記資料



表5-5 2010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10萬人口)
1	女性乳房	9,655	63.2
2	大腸	5,897	36.8
3	肺、支氣管及氣管	3,918	24.3
4	肝及肝內膽管	3,272	20.5
5	甲狀腺	1,838	12.9
6	子宮體	1,737	11.3
7	子宮頸	1,680	10.8
8	胃	1,439	8.9
9	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,245	8.5
10	皮膚	1,403	8.4
	全癌症	39,757	256.2

資料來源：國民健康署2010年癌症登記資料

## 二、癌症死亡情形

衛生福利部死因統計顯示，2012年有4萬3,665人死因為癌症（男性2萬7,270人、女性1萬6,395人），占有所有死亡個案28.4%。癌症標準化死亡率為每十萬人口131.3人（男性170.4人、女性95.1人）。2012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）。

表5-6 2012年國人十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	8,587	25.4
2	肝和肝內膽管癌	8,116	24.7
3	結腸、直腸和肛門癌	5,131	14.9
4	女性乳房癌	1,912	11.6
5	口腔癌	2,566	8.1
6	胃癌	2,386	6.9
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,187	6.7
8	胰臟癌	1,629	4.9
9	食道癌	1,581	4.9
10	子宮頸癌	669	3.9
	其他	9,901	30.3
	所有癌症	43,665	131.3

備註：1. 順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。

資料來源：衛生福利部死因統計

表5-7 2012年男性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	5,628	34.7
2	肝和肝內膽管癌	5,596	35.8
3	結腸、直腸和肛門癌	2,956	18.1
4	口腔癌	2,359	15.3
5	胃癌	1,502	9.0
6	食道癌	1,477	9.4
7	前列腺 (攝護腺) 癌	1,187	6.7
8	胰臟癌	935	5.8
9	非何杰金氏淋巴瘤	605	3.7
10	白血病	580	3.9
	其他	4,445	28.1
	所有癌症	27,270	170.4

資料來源：衛生福利部死因統計



表5-8 2012年女性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數（人）	年齡標準化死亡率（每10萬人口）
1	氣管、支氣管和肺癌	2,959	17.0
2	肝和肝內膽管癌	2,520	14.4
3	結腸、直腸和肛門癌	2,175	12.1
4	女性乳房癌	1,912	11.6
5	胃癌	884	5.0
6	胰臟癌	694	4.0
7	子宮頸癌	669	3.9
8	卵巢癌	528	3.2
9	非何杰金氏淋巴瘤	410	2.4
10	白血病	364	2.4
	其他	3,280	19.3
	所有癌症	16,395	95.1

資料來源：衛生福利部死因統計

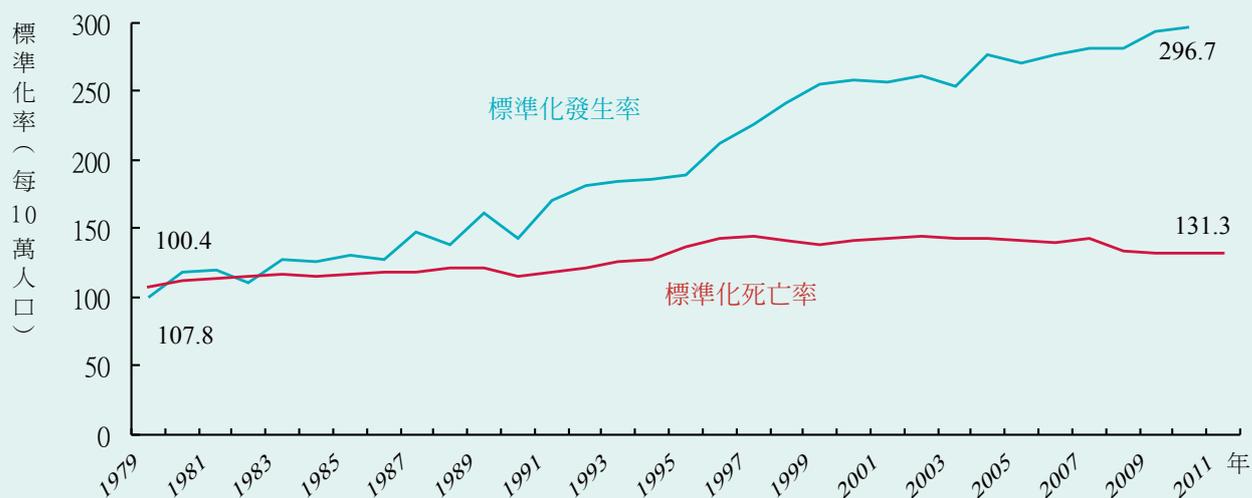
### 三、歷年癌症發生、死亡增減情形

衛生福利部死因統計顯示，癌症自1982年起即居國人十大死因首位。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，2012年為131.3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2010年296.7人（圖5-7）。

另依2001~2010年癌症標準化發生率10年變化分析，男性所有癌症增加17.5%，其中以攝護腺癌（61.8%）增幅最大，胃癌降幅20.9%最大；而女性所有癌症增加16.1%，其中子宮體癌（82.3%）增幅最大，子宮頸癌降幅49.7%最大（圖5-8、5-9）。



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：國民健康署2010年癌症登記資料與統計處死因統計。  
2.年齡標準化率，係以2000年世界標準人口為標準人口計算。

圖5-8 2001~2010年男性十大癌症年齡標準化發生率之10年變化率

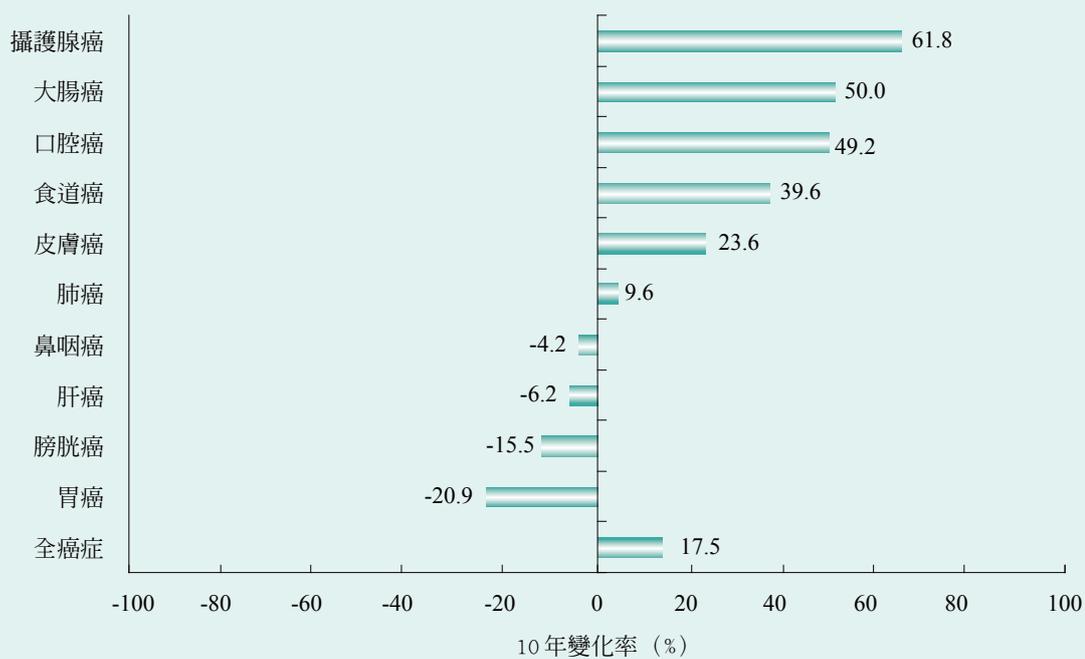
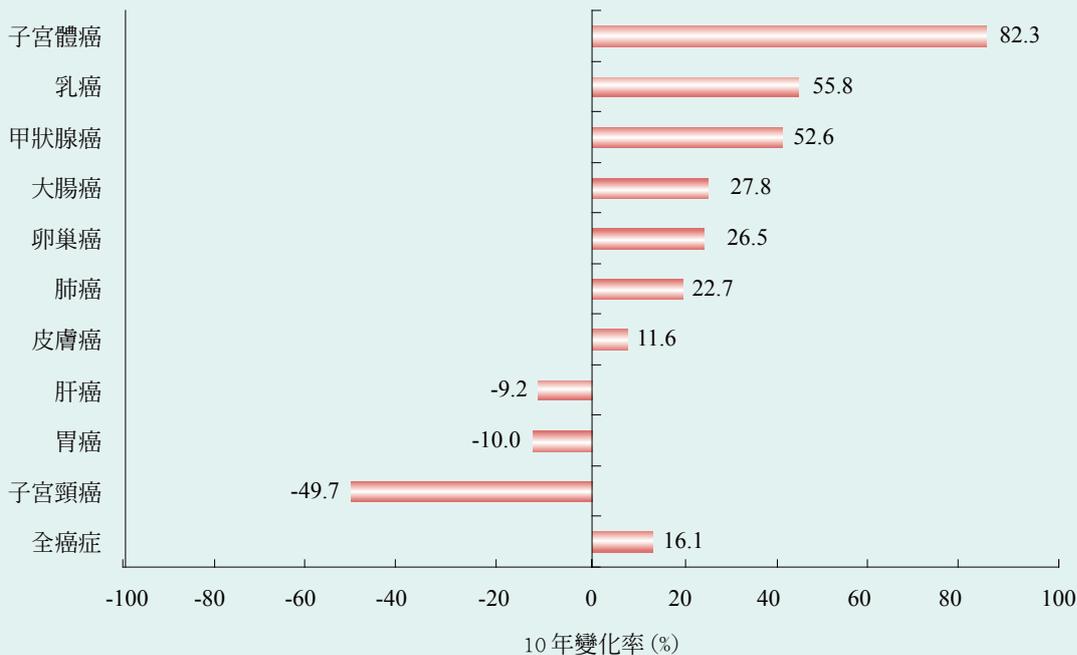




圖5-9 2001~2010年女性10大癌症年齡標準化發生率之10年變化率



## 業務指標

### 提升癌症篩檢率

1. 30~69歲婦女近3年內接受子宮頸癌篩檢達64%。
2. 45~69歲婦女近2年內接受乳房攝影篩檢達31%。
3. 50~69歲民眾近2年內接受大腸癌篩檢達33%。
4. 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、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年及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；規劃補助低收入戶、中低收入戶國中女生及山地原住民族地區及離島國中1年級女生HPV疫苗接種，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—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布於本署網站，供各界專業人員下載。

- (三) 2012年辦理 HPV 疫苗接種計畫補助山地原住民族及離島地區及低收入戶、中低收入戶國中女生接種 HPV 疫苗計畫，郵寄 HPV 疫苗簡介及同意書給有符合資格之國中女生。2012年同意接種者完成三劑接種率為 95.8% 較 2011 年的 88.3% 高。

## 二、推動主要癌症篩檢

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

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

2012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

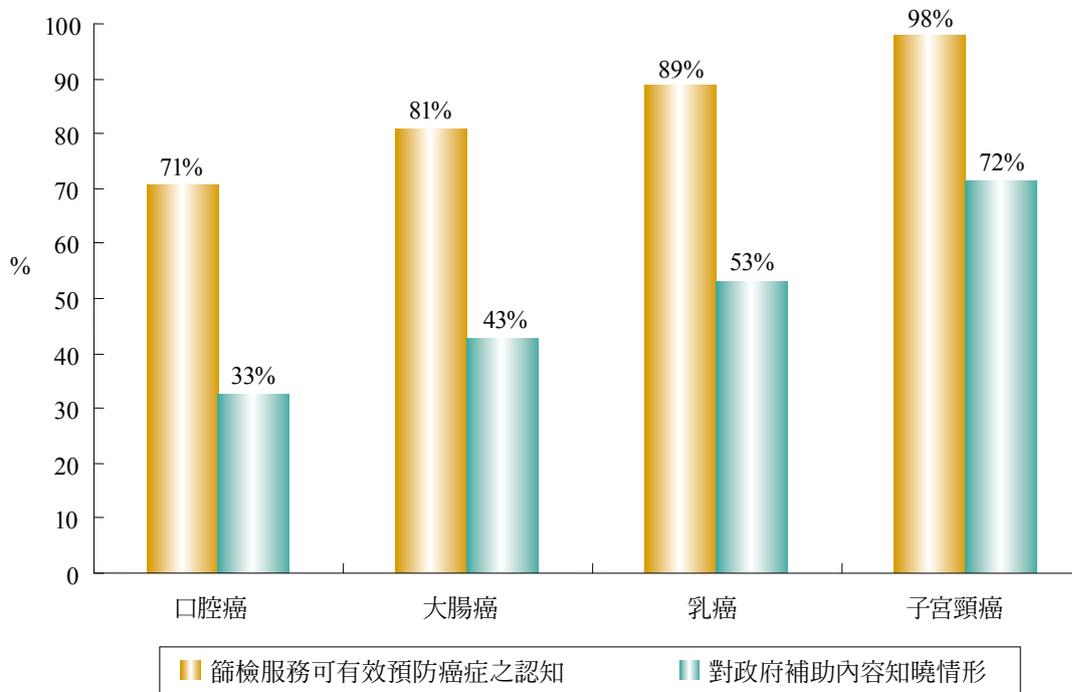
為加強民眾對政府提供的癌症篩檢認知，2011年積極結合衛生局（所）、醫療院所、民間團體……等機構，擴大辦理癌症篩檢服務與宣導活動，亦運用多元媒體通路推廣癌症篩檢服



務，以向民眾宣導定期篩檢之觀念。如藝人馬如龍夫妻於2011年拍攝4癌篩檢防治宣導「救命工程篇」宣導片，呼籲社會大眾正視癌症對全民的威脅，另於2012年製作婦癌篩檢宣導廣播帶子宮頸癌「家庭篇」（30秒）及乳癌「同事篇」（30秒）藉以家人同事間的輕鬆對話，提醒民眾接受篩檢及篩檢結果為陽性時，後續確診的重要性。

2010年國民健康署針對30~69歲民眾進行電話調查，結果顯示民眾對於口腔癌、大腸癌、乳癌與子宮頸癌篩檢，可以有效早期發現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5-10）。

圖5-10 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

2012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檳班等，並運用WHO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。參與本計畫之醫院門診量約占全國醫院門診量之92%，2012年補助醫院共完成四癌篩檢271萬人次，篩檢量佔全國篩檢量55.9%，相較2010年同期篩檢量成長達1.1倍（子宮頸癌1.0倍、乳癌1.1倍、口腔癌1.1倍及大腸癌1.3倍），2013年度將持續補助辦理。

## (三) 主要癌症篩檢成果

2012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491萬人次，共發現約1萬名癌症及3.6萬名癌前病變，已成功拯救4.6萬名民眾生命，其中各癌的成果分述如下（表5-9）。

### (1) 子宮頸癌篩檢

2012年提供30歲以上婦女抹片檢查計213.5萬人次，已使30~69歲婦女近3年內接受子宮頸癌篩檢率提升至60.8%（電話調查為70%），其中發現4,045名子宮頸癌個案。

衛生福利部自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2012年3.9人，下降達65%，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2010年10.8人，下降達57%。

表5-9 2012年各項篩檢成果

項目	對象	篩檢政策	2012年篩檢成果
子宮頸癌	30歲以上婦女	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3年1次抹片檢查</li> <li>● 人類乳突病毒HPV檢查（6年以上未做抹片者）</li> </ul>	30~69歲婦女子宮頸抹片3年內曾篩檢比率為60.8%
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為32.5%
口腔癌	30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾	每2年1次口腔黏膜檢查	30歲以上嚼檳榔或吸菸民眾2年內曾做口腔癌篩檢比率為52.5%
大腸癌	50~69歲民眾	每2年1次糞便潛血檢查	50~69歲民眾2年內曾做糞便潛血檢查比率為33.7%



## (2) 乳癌

2009年11月起起擴大提供45~69歲婦女每2年1次乳房X光攝影檢查，2012年共計提供67萬人檢查，婦女2年內接受乳房攝影篩檢率為32.5%，發現約3,300名乳癌個案。另外，為提高乳癌篩檢之可近性，除2010年補助部分縣市打造乳房攝影巡迴車或購置定點之乳房攝影儀，各縣市或醫療院所亦自行購置乳攝車或乳攝儀。

## (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、2012年兩年篩檢率為33.7%，2012年計提供103萬人篩檢，並發現23,775名息肉及2,001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，本署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教育訓練，促使更多醫師投入本項篩檢服務。

2012年計篩檢98.2萬人次，30歲以上嚼檳榔或吸菸者篩檢率由2009年之28%提升為2012年之52%，共發現3,445名口腔癌前病變及1,232名口腔癌個案。

## (四) 提升癌症篩檢品質

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，2012年共完成38家單位認證及後續審查，截至2012年共計113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，2012年共完成20家醫院之認證審查、160家醫院之後續審查，截至2012年共計194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升工作，截至2012年共計121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國聯合會與財團法人防癌教育基金會辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，2012年共計培訓牙醫師514人（初階班363人、進階班151人）、耳鼻喉科醫師424人（初階班44人、進階班380人），而授權縣市辦理非牙科、耳鼻喉科醫師之口腔黏膜檢查教育訓練，2012年共計培訓其他科別醫師710人，投入口腔癌篩檢服務工作行列。

### 三、癌症診療品質

#### (一) 辦理癌症診療品質認證

為提升癌症診療品質，本署依據癌症防治法於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補助醫院辦理「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。此版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。

為持續提升國內癌症診療品質，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，以全面提供癌症病患安全、有效之優質就醫環境。2012年計有37家醫院申請認證，26家通過，9家有條件通過，截至2012年全國共48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5-11）。

#### (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種癌症病理報告及12種癌症影像報告之應含項目。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。2012年委託台灣腫瘤護理學會發展「化學治療安全作業指引」，並召開2場專家與醫院共識會議，另持續修訂癌症照護品質指標四項（癌症疼痛、嗜中性白血球低下、中心靜脈導管、口腔黏膜炎）臨床照護指引。

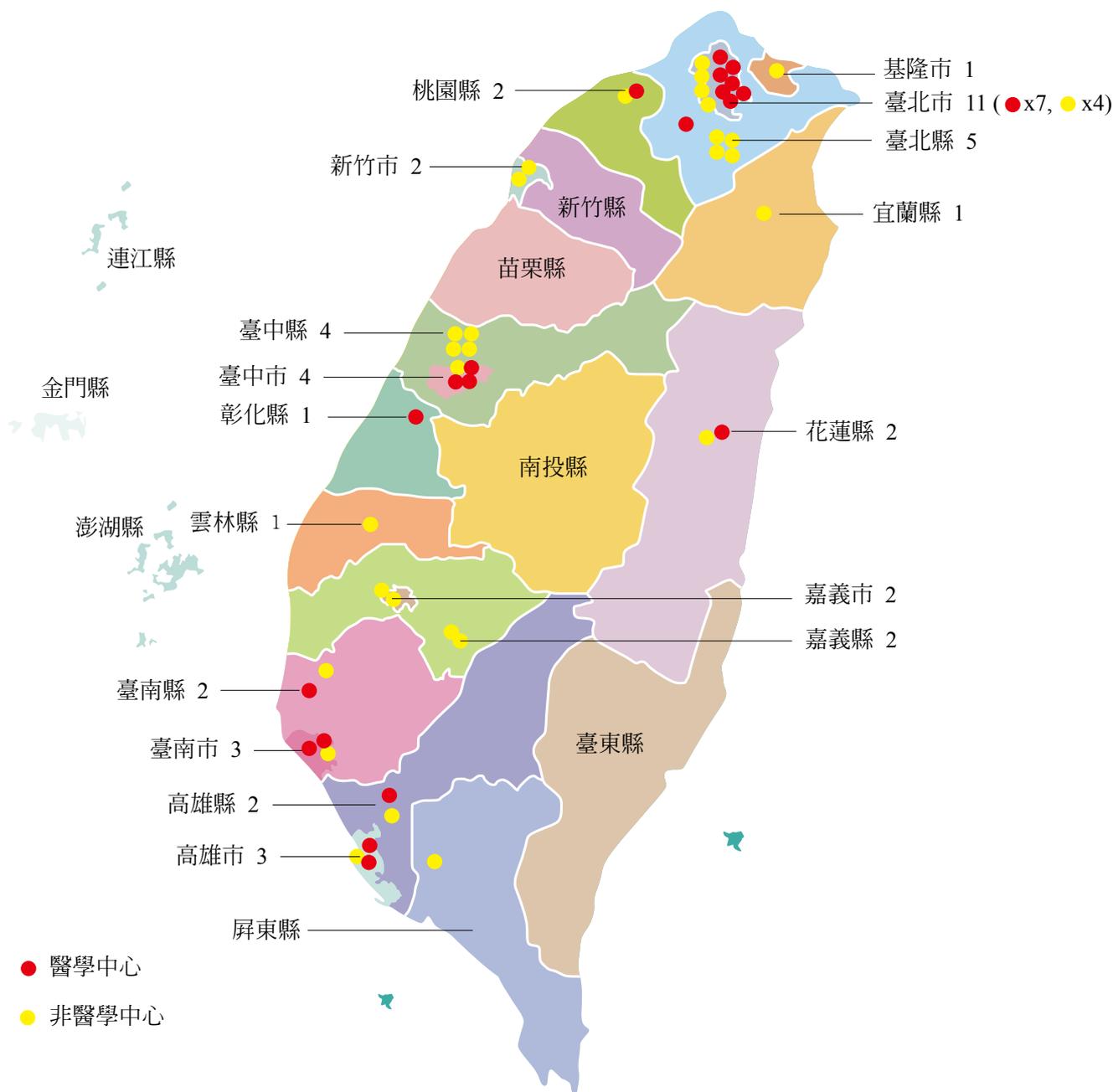
### 四、癌症病友及安寧療護服務

#### (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



圖5-11 2012年已通過癌症診療品質認證醫院分布圖



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，本署於2003年起辦理癌症病友服務計畫。

2012年補助6個民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，提供癌友直接照護服務，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。服務內容有電話衛教 / 諮詢服務、病房 / 診間探訪、心理諮詢、新病友學習營、團體工作、病友身心靈之旅、志工訓練、癌症相關衛教資料提供等。

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54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。另委託財團法人癌症希望基金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

衛生福利部自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，本署於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2012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，2012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2011年47.5%。

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17場次287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7場團隊工作坊計141位醫師、護士、社工及其他醫療人員參加，4場病情告知種子人員培訓，共計114人參加。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182場次宣導講座。



*Promoting Your Health*

第 6 章  
焦點群體

## 第 6 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，2012年我國婦女平均餘命已達82.8歲，2012年50歲以上中老年婦女占總婦女人口32.6%，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「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（32.7%）。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。

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，2012年計提供近4,000人次諮詢服務，其中來電詢問的以睡眠問題（36.5%）占多數，其次為生理、陰道乾澀及營養問題；辦理更年期諮詢師培訓共三階段的訓練課程，培訓44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16場，每場平均參與人數45~50人；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，本署結合國家衛生研究院、中華民國骨質疏鬆症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，同時於2012年補助中華民國骨質疏鬆症學會執行「醫療專業人員骨質疏鬆症臨床治療指引教育推廣計畫」，共舉行9堂實體課程、1場網路課程，參與學員達2,028人次。

## 第二節 弱勢族群健康

### 壹、新住民生育保健

#### 現況

2012年國人結婚登記對數總計14萬3,384對，就配偶國籍分，本國籍者12萬2,784人（85.63%），大陸（含港澳）1萬2,713人（8.87%），外籍7,887人（5.5%）。至2012年底，外籍與大陸配偶總人數估計已達47.3萬人，其中，外籍配偶15.3萬人，占32.52%，大陸與港澳地區配偶31.9萬人，占67.48%。其所生子女數於2012年達總出生數7.54%（圖6-1）。至2012年底，持有效外僑登記證者，外籍配偶國籍以越南籍56.78%最高，印尼籍17.99%次之，泰國籍5.42%再次之。

#### 業務指標

新住民生育健康指導及諮詢檢核完成率達95%以上。

#### 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。故為強化新住民之生育健康及協助其來臺後之生活適應，本署於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：



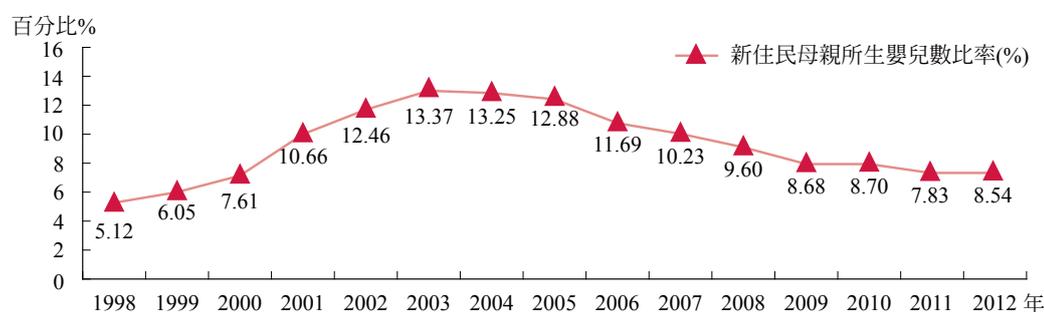
- 一、營造健全生育健康環境。
- 二、預防先天性缺陷兒與早產兒出生。
- 三、增進及維護新住民與子女健康。

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

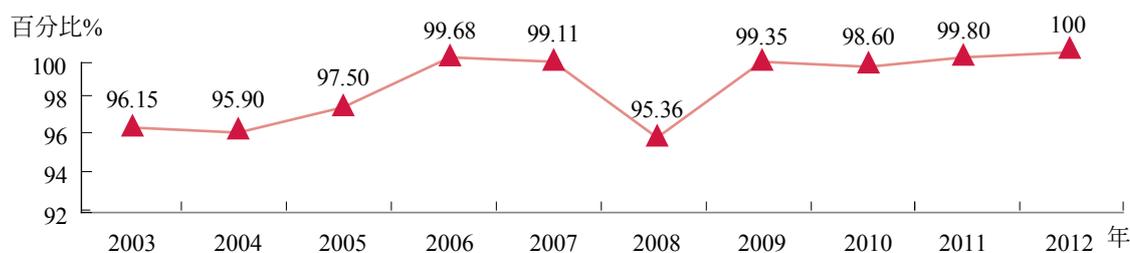
為強化新住民之生育健康，透過各縣市衛生局（所），積極推動新住民及其子女健康建卡管理（圖6-2），提供生育計畫、產前產後、生育保健及防疫措施等衛教指導。如發現屬於高危險群或異常個案者，並給予轉介、治療。2012年完成健康建卡人數5,856人；其中外籍配偶已建卡人數1,712人，健康建卡率100%；大陸配偶已建卡人數4,144人，健康建卡率100%。

圖6-1 1998~2012年 新住民所生嬰兒數百分比



資料來源：內政部統計處

圖6-2 2003~2012年 新住民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2012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、未納保之新住民獲得完整的生育醫療照護，2005年起本署申請內政部外籍配偶照顧輔導基金管理會經費補助，提供新住民設籍前未納健保產前檢查醫療補助費用。2012年補助設籍前未納健保前之產前檢查費用，共1萬1,880人次，補助經費達新臺幣約693萬元。

## 四、研發及編印多國語言衛教教材

減少外籍配偶語言障礙，特地開發多國語版生育保健教材，2010年完成印製越南語、柬埔寨語、泰國語、印尼語及英語等5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，2012年已委外翻譯及美編新版5國語版之「孕婦健康手冊」及「兒童健康手冊」，完成後即可印製轉分外籍配偶及其家人運用。

## 貳、罕見疾病防治

### 現況

自2000年起，實施罕見疾病病人人數通報，至2012年底，已通報公告罕病4,089案。罕見疾病因罹病人數稀少，藥物市場也狹小，在自由市場機制下，藥商往往因缺乏利潤誘因，而不願意開發、製造、輸入及販賣罕見疾病藥物，造成罕見疾病患者取得治療藥物相當不易。

### 業務目標

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



## 政策與成果

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

### 一、協助罕見疾病患者獲得適當的醫療服務

#### (一) 確保罕見疾病患者就醫權益

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

#### (二) 成立「罕見疾病及藥物審議委員會」

截至2012年止，共審議認定及公告193種罕見疾病，82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

2012年儲備、供應33項罕見疾病特殊營養食品及10項緊急需用藥物，補助經費約5千萬餘元，較2011年新增800餘萬元。

(二) 有關罕見疾病健保未給付之醫療補助，2012年總計補助1,840人次，(補助罕見疾病病人維持生命所需之居家醫療照護器材172人次、代謝性罕見疾病營養諮詢費373人次、國內外確診檢驗計31人次及罕見疾病個案特殊營養食品暨緊急需用藥物1,264人次)，並召開11場維持生命所需之居家醫療照護器材補助審查會議、10場專家共識會議，辦理16場病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會，總計執行罕見疾病醫療補助(含委辦費)6,929萬3,905元。

(三) 透過生育遺傳各項服務(含產前遺傳診斷、新生兒篩檢、遺傳性疾病檢查及遺傳諮詢等)，於11家醫學中心設立遺傳諮詢中心，提供遺傳性疾病及罕見疾病醫療服務

### 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宣導活動。



表6-1 世界各國立法保障罕病患者的國際比較

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

## 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5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：1. 臺灣身心障礙者之口腔健康狀況調查（2004）  
2. 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) 2012年培訓身心障礙者種子牙醫師 78 人、口腔照護指導員 279 人、新住民指導員 123 人及 308 人居家服務及機構內人員具口腔照護能力；成立 10 個居家服務團隊、提供居家及 33 家身心障礙機構計約 6,034 人身心障礙者口腔保健服務。
- (二) 辦理「2012年第六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。

## 肆、油症患者照護

### 現況

1979年4月起，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）汙染之米糠油所致，稱之為「油症」。本署自2004年承接油症業務後，即辦理補助健保門診部分負擔醫療費用，提供免費健康檢查照護服務，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，考量多氯聯苯可能經由胎盤或哺乳感染至下一代，故將女性患者之子女（1979年後出生）納入為照護對象（稱為第二代油症患者），亦提供上述健康照護服務。

### 業務目標

建立油症患者健康照護制度，以持續提供其照護服務，及保障就醫權益。

## 政策與成果

有關政府於1979年油症事發後持續提供油症患者之健康照護服務內容，重點摘述如下：

- 一、1979年4月起由前省政府衛生處規劃辦理油症個案登記、抽血檢驗、醫療及健康照護服務等，並由各衛生局提供追蹤訪視、衛生教育及醫療轉介。



- 二、1995年3月全民健康保險實施，「油症」列入慢性疾病範圍，患者就醫1次可領30天以內藥量，並可持健保特約醫院開立之收據，由各衛生局彙送至前省政府衛生處，則據以核撥自付額。
- 三、1997年3月起，油症患者至健保特約醫療院所門診（含急診）就醫，免部分負擔費用，由前臺灣省政府委由中央健康保險署代收代辦。
- 四、精省後，1999年7月移由疾病管制署辦理，服務內容包括提供患者定期辦理體檢、追蹤訪視及列冊管理、衛教實施，每年管理清查並換發「油症患者就診卡」替代原前省衛生處印製之「就診手冊」。
- 五、油症患者健康照護服務之業務於2004年1月移至本署。

本署為提供油症患者更完善之健康照護服務，於業務移交後持續提供油症患者多項健康照護服務內容，重點摘述如下：

- 一、2011年8月公告「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，作為油症患者醫療補助之依據，內容摘述如下：
  - (一) 對象：第一代及第二代油症患者，截至2012年本署列冊服務之個案共計1,726人，包括1,284名第一代油症個案、442名第二代油症個案。
  - (二) 醫療補助內容：第一代及第二代油症患者免費定期健康檢查；第一代及第二代油症患者門、急診免部分負擔；第一代油症患者住院免部分負擔。
- 二、提供「油症患者就診卡」及健保卡IC卡註記油症患者身分服務：本署已依個案意願提供第一代及第二代油症患者「油症患者就診卡」，並於2010年7月1日起，依其意願進行健保卡註記油症患者身分，截至2012年共有1,341位（油症個案總數計有1,726位）油症患者同意註記，油症患者持「油症患者就診卡」或依註記之健保IC卡均可享「門、急診」不分科別之部分負擔醫療費用。
- 三、每年由縣市衛生局主動安排至院所進行免費健康檢查：檢查內容包括成人預防保健、心電圖、腹部超音波、胎兒蛋白、C型肝炎病毒抗體檢查、B型肝炎表面抗原及表面抗體檢查、白血球分類、血清生化（鹼性磷酸酵素及加瑪麩胺醯轉移酵素）及糞便潛血免疫分析等檢查，2012年共計提供632位油症患者免費健康檢查服務（參與率為36.6%）。



四、開辦油症特別門診服務：部立豐原醫院及彰化基督教醫院於2009年12月開辦「油症特別門診」。

自2004~2012年期間至少參與過1次以上健檢的人數共有1,024人（約占59.3%），237位接受衛生教育宣導與專業醫師諮詢等項服務；2012年共補助1萬3,620人次油症患者之門診部分負擔醫療費用、74人次住院部分負擔醫療費用。

圖6-3 至少參與1次油症健檢之累計個案人數





Health

Promoting Your Health

第 7 章

健康促進的  
基礎建設



## 第 7 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2012年底，22縣（市）轄下371家衛生所，在職人數4,362人，其中女性占84.6%、男性15.4%。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 802,212 人次，占全國 21.8%。
- (二) 兒童預防保健服務共計 152,975 人次，占全國 13.8%；成人預防保健服務共計 119,406 人次，占全國 6.9%。
- (三) 子宮頸抹片檢查共計 161,195 人次，占全國 7.6%。
- (四) 全國共計 304 家衛生所提供戒菸門診服務，服務共計 22,853 人次，占全國 13.5%，服務戒菸成功率 31.4%。
- (五) 健保醫療門診服務量共計 2,967 千件，占健保持約診所核付數約 1.2%。
- (六) 開具死亡證明書共計 24,678 張，占全國 16.0%。

##### 二、辦理衛生所人員教育訓練

研發安寧照顧、安全社區、以實證為基礎的健康促進策略，及衛生所法律常識等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5場次，計有475人次。

### 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304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6屆金所獎」衛生所競賽

本署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。2012年「第6屆金所獎」競賽主題為「老人健康促進」及「致胖環境改善」，選出「老人健康促進」類卓越獎為臺中市和平區衛生所，優等獎為雲林縣二崙鄉衛生所、嘉義縣大林鎮衛生所等2所衛生所，佳作獎為彰化縣東區衛生所、高雄市田寮區衛生所及宜蘭縣員山鄉衛生所；「致胖環境改善」類卓越獎為臺中市新社區鄉衛生所，優等獎為宜蘭縣壯圍鄉衛生所、臺北市大同區健康服務中心2所衛生所，佳作獎為桃園縣中壢市衛生所、彰化縣田尾鄉衛生所、雲林縣虎尾鎮衛生所及高雄市燕巢區衛生所。

## 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，本署提供健康傳播主要網站如下：

網站名稱	首頁	摘要說明
衛生福利部國民健康署 入口網站 <a href="http://www.hpa.gov.tw/">http://www.hpa.gov.tw/</a>		<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) 提供本署各組室之工作職掌、為民服務的項目及聯繫方式。</li> <li>(2) 提供本署最新新聞、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」、「視力保健」、「青少年健康」、「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. 於首頁部分提供本署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署推動之重要議題。</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>
遺傳疾病諮詢服務窗口 計畫網站 <a href="http://gene.hpa.gov.tw/">http://gene.hpa.gov.tw/</a>		<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
<p>癌症登記線上互動查詢系統</p> <p><a href="https://cris.hpa.gov.tw/">https://cris.hpa.gov.tw/</a></p>		<p>供民眾、學術界與衛生相關單位依其需求查詢相關癌症發生流行病學料，作為衛生行政單位及醫院規劃轄區癌症防治計畫、評估癌症防治之依據。</p>
<p>肥胖防治資訊網</p> <p><a href="http://obesity.hpa.gov.tw/">http://obesity.hpa.gov.tw/</a></p>		<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網路平臺。</li> <li>2.收集全國減重資料，落實「健康體重管理計畫」。</li> </ol>
<p>孕產婦關懷網站</p> <p><a href="http://mammy.hpa.gov.tw/">http://mammy.hpa.gov.tw/</a></p>		<p>提供雲端孕產婦關懷平臺，讓新世代孕媽咪有更方便的孕產知識學習、孕程產檢管理、媽媽健康記錄、就醫好幫手等雲端孕產管理工具，讓孕媽咪及家人，透過其中的媽媽日記與Facebook等社群網路的結合，自我管理、紀錄與分享，孕媽咪生命中最美麗的點滴過程，及迎接新生兒的喜悅。</p>
<p>青少年網站（性福e學園）</p> <p><a href="http://www.young.gov.tw">http://www.young.gov.tw</a></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本網站係提供青少年正確性教育相關資料。</li> <li>2.提供可匿名、具隱密的青少年兩性交往及未婚懷孕等視訊諮詢服務亦有線上諮詢服務，適合一般青少年使用。</li> </ol>
<p>健康九九網站</p> <p><a href="http://health99.hpa.gov.tw/">http://health99.hpa.gov.tw/</a></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.目前「健康九九網站」的平均每月瀏覽人數約達18萬人次以上，會員總數約有8萬以上，並於94、95年獲評定為「優良健康資訊網站」。建置在「健康九九網站」的線上教材含單張、手冊、海報及多媒體等約有3,800餘件，並提供線上瀏覽、下載及實體教材索取與寄送的服務，教材來源除衛生福利部及國民健康署的出版品外，也蒐集各醫療院所、衛生局所及民間團體的出版</li> </ol>

網站名稱	首頁	摘要說明
		<p>品，並提供最新健康新聞、健康新知、健康主題館及線上自我篩檢等資訊。</p> <p>2.健康九九網站進一步將規畫拓展健康傳播的對象，目前facebook粉絲團會員人數已達2萬人將持續經營創造網友族群互動與交流，也將增加依據分群差異性提供差異化客製服務「主題式網站內容」及行動設備APP軟體增加與民眾的互動。</p>
菸害防制資訊網 <a href="http://tobacco.hpa.gov.tw/">http://tobacco.hpa.gov.tw/</a>		<p>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。</p> <p>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。</p>
戒菸專線服務中心網站 <a href="http://www.tsh.org.tw">http://www.tsh.org.tw</a>		<p>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。</p>
門診戒菸治療管理中心 <a href="http://ttc.hpa.gov.tw/quit/">http://ttc.hpa.gov.tw/quit/</a>		<p>1.本網站係提供戒菸服務相關訊息。</p> <p>2.合約院所專區：戒菸服務申請流程、作業須知、Q&amp;A、戒菸治療訓練課程等資訊。</p> <p>3.民眾專區：提供有意戒除菸癮之民眾戒菸方式，補助藥物及其他相關戒菸資訊，達成戒菸目的。</p>



網站名稱	首頁	摘要說明
		4.服務概況：各縣市戒菸服務合約醫事機構清單、各縣市服務量。
菸品成分資料網站 <a href="http://tobacco-information.hpa.gov.tw">http://tobacco-information.hpa.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.hpa.gov.tw/">https://olap.hpa.gov.tw/</a>		1.本網站係提供民眾進行健康指標資料查詢 2.運用本署歷年國民健康調查及出生通報資料建置而成
健康職場資訊網 <a href="http://health.hpa.gov.tw/">http://health.hpa.gov.tw/</a>		1.設置目的：本網站為以『健康職場』為主題的專屬網站，透過網站訊息主動向全國職場宣導菸害防制、健康促進之推動方式及健康職場自主認證活動。 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。
戒菸聯盟APP		透過戒菸者與見證者所設計的互動式APP，支持你我他/她一起遠離菸害，成功戒菸！



網站名稱	首頁	摘要說明
健康體重管理APP		<ol style="list-style-type: none"><li>1.健康大秘笈：提供如各縣市輔導之健康盒餐、端午節改良粽、情人節健康套餐、中秋節改良月餅等資料。</li><li>2.減重小工具：計算個人BMI、及提供熱量建議量。</li><li>3.聰明好食譜：提供早中晚300~600大卡食譜範例。</li><li>4.國民健康操：3分鐘國民健康操精簡版影片。</li></ol>
母乳一指通APP		提供影音教學、全國母嬰親善醫療院所及哺集乳室地圖搜尋定位功能、支持團體搜尋功能、狀況解題、哺擠乳提醒、寶寶日記及成長曲線等項服務。

Promoting  
Your Health



## 第三節 健康監測

### 現況

有鑑於臺灣人口結構趨於少子化、高齡化，且非傳染病對國人健康之威脅日增、新興健康議題層出不窮、各界對決策所需實證數據需求日增，而世界衛生組織也建議各國應建立非傳染病監測系統，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。自2001年成立以來，即配合施政所需各項健康指標、提供決策所需實證資料及與國際軌等需要，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

為建立制度化國民健康及非傳染性疾病監測系統，在監測調查方面，運用社區面訪調查、電話調查，以及在校學生自填問卷調查等三大監測調查工作平臺，辦理全人口及各生命週期特定人口群健康監測調查，持續收集、分析與發布健康監測相關資訊，健康調查品質管理系統並於2012年獲ISO9001認證通過。在監測系統建立方面，已建立出生通報、癌症等重要疾病登記系統。於2012年辦理先天缺陷與事故傷害監測之先驅研究，並規劃改善母乳哺育、國民營養、口腔與視力保健等監測調查機制，逐步完成非傳染病健康監測系統之建置，以強化政策擬定及介入效益評價之實證基礎。

歷年重要監測調查項目如表7-1，其中，2012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「家庭與生育調查」等3項調查；在學生自填問卷調查部份，完成國中及高中職學生「吸菸行為調查」與國中學生「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」及「成人飲酒行為調查」3項調查。分述如下：

#### 一、辦理兒童健康照顧需求調查

為建立台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，自2003年起規劃辦理「兒童健康照護需求調查」（又稱「台灣出生世代研究」），為供正式調查規劃參考，採「先驅研究」與「正式調查」雙樣本世代追蹤研究設計，分別自2003年底及2005年出生嬰兒抽選機率樣本為研究對象，於樣本兒童出生6個月辦



理基線調查，續於18個月、3歲以及5歲半進行追蹤訪查，並於7歲辦理一次簡短電話訪問，以逐步建構我國21世紀兒童健康圖像。為供正式調查規劃參考，於2012年先驅樣本兒童8歲時進行第5次訪查，完訪率為90.7%。

本次先驅研究成果，可供正式調查規劃參考，以提升正式調查之執行可行性及資料品質。運用正式調查資料，進行各項兒童健康促進實證施政所需研究分析應用，進而藉由調查研究資料分析結果之政策轉譯，提供政府研訂兒童衛生保健與社會福利政策之參考。

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)															
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<b>【社區面訪調查】</b>																
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				→	→	→	→		→	→	→		→			
<b>【學生自填問卷調查】</b>																
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						●		●		●		●		●		●
<b>【電話訪問調查】</b>																
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			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



## 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年規劃，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2001~2006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署共同合作，以運用國民健康署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2012~2013年辦理之第12次調查，訪查期間自2012年10月至2013年2月底。

回顧本計畫自研究世代建立至2012年底，已完成11年之長期追蹤資料，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、家庭與生育調查

為供人口與健康政策參考之育齡婦女生育知識、態度與行為資料庫，自1965年起，每間隔數年辦理全國性抽樣調查。2012年辦理第11次調查，田野調查期程自2012年7月至12月，完訪樣本數計8,924案（完成率74.4%）。此波調查旨在延續監測歷年來育齡婦女生育知識、態度與行為現況與趨勢，為兩性平權意識與潮流，首度納入男性樣本，以完整探究兩性婚育、家庭與工作態度之差異及相關因素，並收集育齡民眾生育健康實證數據，包括家務分工之態度、孕期吸菸及二手菸暴露、對公共場所哺育母乳的看法、對人工流產前思考期看法等，以作為人口與生育保健政策規劃或提供服務參考。

## 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，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。為使我國青少年健康行

為監測能與國際接軌，運用數年來累積調查執行經驗，於2012年起正式與美國疾病管制局之全球青少年健康行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS）進行國際合作。

前述青少年吸菸與健康行為2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，並於2012年配合美國疾病管制局調查計畫之改版，同步更新問卷內容，於2013年起正式執行。青少年健康行為調查則維持隔年輪替方式，並於2012年以國中為調查對象。2項調查均於2012年6月辦理完成，其中青少年吸菸行為調查共完訪34,552案，完訪率為91.62%；健康行為調查共完訪6,801案，完訪率為93.16%。

#### 五、辦理成人健康、吸菸行為與飲酒行為調查

我國自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至9月間辦理「成人吸菸行為電話訪問調查（Adult Smoking Behavior Survey, ASBS）」。該調查範圍涵蓋全國及各縣市18歲以上民眾吸菸行為、二手菸暴露與自評健康狀況之現況、變化趨勢，並建立成人吸菸盛行率調查數據資料庫。

另自2007年起，參考美國「健康危害行為監測調查系統（BRFSS）」電話調查，本署規劃我國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。前述調查範圍涵蓋慢性病（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。

另，世界衛生組織於2009年提出可歸因（attributable mortality）於飲酒致死的排名為第8位，而所致之疾病負荷（attributable DALYs）排名則為第3位，在2010年之63屆衛生大會決議通過「減少酒品有害使用之全球策略」。為瞭解台灣民眾飲酒行為之資料，及對酒品相關政策之看法，而作為對政策規劃及推動之參考，本署於2012年進行首次之成人飲酒行為調查。

依本系列調查期程，2012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2012年底辦理完成。成人吸菸行為成功訪問個案為1萬6,968案，合格受訪者之有效接通訪問成功率為67.17%；健康危害行為成功訪



問個案為1萬6,945案，合格受訪者之接通訪問成功率為62.96%；成人飲酒行為調查成功訪問為2,144案，合格受訪者之有效接通訪問成功率為79.40%。

## 六、「健康指標互動式網路線上查詢系統」推廣應用

為提供外界進行健康指標查詢，自2004年起運用資訊科技與網路技術，規劃建置以網頁互動服務為基礎（web-based）之國民健康指標互動查詢網站（網址為<https://olap.hpa.gov.tw/>）。主要服務對象設定為衛生保健工作人員、一般民眾、媒體及衛生相關領域人員，提供其進行健康指標數據之查詢需求。查本網站目前已開放查詢資料項目包括：歷年「國民健康訪問調查」、「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調查」、「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」、「家庭與生育調查」、「出生通報」等十項資料庫，共提供649項健康指標查詢，平均每年使用人次逾萬人。

為提供網站使用者更便捷友善之健康指標數據查詢服務，於2011年進行第3次改版，以建立多元化指標分類查詢路徑與雙語化服務，並提供友善個人化之指標查詢等服務，藉以提升網站服務品質與使用率。

## 七、調查研究資料庫應用

本署針對非傳染病所辦理之各項健康監測調查，目的為在提供政策擬訂、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，除了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，並參與相關研討會與期刊論文發表，2012年共有45篇論文發表。另配合健康促進業務推動之需要，提供新聞發布及民眾衛教宣導所需調查結果，於2012年共計提供66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，迅速提供各界監測調查資料之描述性統計分析結果。

為有效達成「保障個人健康隱私·促進健康資訊共享·減少資源重複投入」，衛生福利部於2011年成立健康資料增值應用協作中心，本署於2012年起亦陸續將各系列健康監測調查原始資料庫移由該中心受理使用申請，目前已移入包括1項通報資料（出生通報資料庫）及5項調查資料（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、國中吸菸行為調查、高中高職五專生吸菸行為調查、成年人吸菸行為調查），期擴大資源共享與增加資料庫整體利用率，發揮監測調查資源之整體價值。



## 第四節 國際合作

### 現況

健康的國民是國家富強的重要基礎，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。本署於2012年參與第65屆WHA大會，針對「非傳染病防治」、「早婚與青少年懷孕」、「營養」、「健康問題社會決定因素」分享臺灣經驗，並建請WHO於「預防和控制非傳染性疾病全球戰略和行動計畫」中增列「建立多贏的財務機制」一項，分享我國課徵菸捐之多重效益。

### 政策與成果

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

因應我國少子化與平均餘命延長造成之人口結構改變，於2012年5月3日至5日參加「2012年美國人口學會年會」，以海報展示本署在臺灣出生世代研究資料分析結果，並與國外合作單位人員洽談合作計畫有關事項；5月25日至27日辦理「第24屆健康預期壽命國際研討會」，大會主題：社會經濟地位在健康上的不平等：這是否為普遍的事實？會議內容包括由國內外學者及研究人員共發表35篇健康餘命相關論文，藉本次研討會交換意見、經驗分享，及彼此相互學習。

為推動母嬰親善醫院，補助專家於6月5日至7日參與「第7次愛嬰醫院行動主管會議」，學習已開發國家愛嬰醫院及愛嬰社區推展的良好措施，並分享臺灣經驗；另於9月30日至10月1日拜會歐洲先天性缺陷監測總部、威爾斯產前篩檢中心及先天性缺陷資料登錄中心，學習其監測系統推動經驗、系統運作模式、各中心的資料傳送的資訊系統技術及作業規範，作為我國未來建置先天性缺陷監測系統之參考。

#### 二、菸害防制

(一) 東亞國家菸害防制合作計畫：補助社團法人台灣國際醫學聯盟（TIMA）辦理多邊國際合



作計畫，提高國際可見度，協助柬埔寨推動菸害防制的立法、建置無菸工作環境；另與蒙古首都烏蘭巴托衛生局合作，推動無菸工作環境及菸害意識提升之駐地計畫。

- (二) 委由財團法人聯合醫學基金會協助與國際癌症防制協會（UICC）建置菸害防制 GLOBALink 的繁體中文平臺，提供台灣、全球等華文閱讀的菸害防制工作人士，一方面方便接收最新菸害資訊的管道，同時也定期性的將國內菸害相關進展與活動等訊息公告至 GLOBALink 英文網頁，分享於國際社會。
- (三) 2012 年 4 月 11 日假台北國際會議中心舉行「2012 無菸醫院國際金獎論壇」，共計來自 29 個國家，約 320 位與會者共同參與。會議包含全球無菸醫院國際金獎 6 家獲獎醫院頒獎，其中 5 家來自臺灣，成為全球金獎獲獎最多的國家。另有來自奧地利、蘇格蘭、西班牙及德國的 4 位專家和 6 家全球金獎醫院經驗分享及綜合座談與討論，並有國內 40 家無菸醫院成果海報展覽。此次會議使國內菸害防制及醫療保健政策得以與世界接軌，對於將國內預防醫學與醫院健康促進成果推上國際舞台，具有重大意義。
- (四) 衛生福利部邱文達部長赴比利時布魯塞爾拜會歐盟執委會衛生暨消費者總署（DG SANCO）機構與總署長 Paula Testori Coggi，洽談合作並共同簽署授權我國使用歐盟開發之 37 個菸品健康警示圖像之合作協定，為我國在衛生領域與歐盟簽署的第一個正式協定。
- (五) 辦理「落實醫事人員參與菸害防制研討會」，會中邀請日本的世界衛生組織菸害防制前主任 Dr. Yumiko Mochizuki-Kobayashi 以及來自智利的泌尿科醫師 Dr. Mario Fernandez，分享戒菸服務推展情形，及我國實際參與戒菸服務的學者專家分享自己的戒菸服務心得，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。希望能鼓勵醫事人員更積極地參與戒菸服務的提供，發揮專業素養，說服更多吸菸者戒菸，以保護更多的吸菸者與不吸菸者，進而促進民眾的健康，計 276 人與會。
- (六) 為提昇台灣青少年吸菸行為與健康行為調查技術與資料分析能力，並使資料能與不同文化進行跨國比較研究，本署分別於 2004 年及 2012 年起與美國疾病管制局，進行全球青少年吸菸行為調查（the Global Youth Tobacco Survey, GYTS）及全球青少年健康行為調查（Global School-based Student Health Survey, GSHS）之國際合作，由美方提供調查問卷內容研擬、抽樣、資料加權及初步分析、調查報告撰寫及相關論文發表等技術支援。

### 三、健康城市、安全社區及安全學校

AFHC 於 2012 年在澳洲布里斯本召開第五屆健康城市會員大會暨國際研討會，國內有新竹市許明財市長及南投縣李朝卿縣長率領跨局處同仁參加；發表 13 篇口頭論文及 44 篇海報展示，

其中臺南市健康城市促進會、苗栗縣健康城市促進會、屏東市健康城市促進會及新竹市健康促進會獲得AFHC之健康城市創新發展獎（Award for Creative Developments in Healthy Cities）。

此外，於2012年11月24日舉辦「臺灣推動安全社區10周年慶開幕式暨成果發表記者會」，由WHO CCCSP貴賓辦理頒獎儀式，並於25日辦理「2012台灣安全社區發展研討會」，邀請WHO CCCSP Prof. Leif Svanström等人進行專題演講；另，於2012年11月27日召開「2012健康促進學校國際認證專家會議」討論今年度健康促進學校國際認證成果及我國推動健康促進學校政策及明（102）年IUHPE成果發表事宜。

#### 四、健康促進醫院與環境永續發展

- (一) 2012年2月20至23日邱淑媿署長受邀前往泰國曼谷參加世界衛生組織健康促進醫院冬季研習會，會中分享我國執行健康促進醫院的相關經驗，並邀請與會人士或健康照護機構來臺參加第20屆健康促進醫院國際研討會。
- (二) 2012年9月11日邱淑媿署長受邀出席「美國五十州及屬地衛生首長協會」（Association of State and Territorial Health Officials, 簡稱ASTHO）年會，代表WHO健康促進醫院國際網絡及臺灣網絡，向美國各州及屬地之衛生官員，分享國際網絡推動健康促進醫院，及我國衛生部門與健康照護機構間推動社區及臨床健康促進活動之成果。
- (三) 2012年4月11至13日本署與WHO健康促進醫院與健康照護合作中心（WHO Collaborating Centre for Health promotion in Hospitals and Health Care）合辦第20屆健康促進醫院國際研討會，為此會議第一次離開歐洲辦理，共有來自45個國家、1,370人報名。邱淑媿署長於會中當選世界衛生組織健康促進醫院國際網絡新任主席，並簽署健康促進醫院國際網絡與無菸醫院國際網絡合作備忘錄。
- (四) 2012年4月於台北第20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，討論環境友善醫療之研究、政策及商業面向，與國內外專家學者經驗分享，同時召開第4次健康促進醫院與環境友善委員會會議。
- (五) 健康促進醫院與環境友善委員會與HCWH於2012年4月11日舉行健康促進醫院與環境友善會前會議（Pre-Conference on HPH and Environment），同時也召開全球綠色與健康醫院網絡（Global Green and Healthy Hospitals Network）之東南亞宣告儀式，來自世界13個國家醫院代表一起參與此宣告（其中我國有21家醫院代表參加），呼籲全球各地重視環境永續的健康照護機構，一起來推動社區的環境健康。



(六) 邱淑媿署長受邀於 2012 年 9 月 28 日至瑞典擔任永續醫療會議 (CleanMed 2012 Europe) 之閉幕場次大會專題講座。以 WHO 健康促進醫院國際網絡主席與國民健康署署長身分，於會中演講 “The Experience of Taiwan's Hospitals in Reducing Their Ecological Footprint”，分享健康促進醫院與環境友善委員會推動醫界參與節能減碳之經驗與成果。

## 五、健康高齡化

2012年8月28至29日辦理2012 APEC 「Asia-Pacific Conference on age-friendly cities and age-friendly economy」，該研討會為APEC架構下首度探討高齡友善城市議題之研討會，邀請美、英、加、日、愛爾蘭等國及歐洲高齡平台之專家來台分享高齡友善推動實務，並與國內各界進行交流。

2012年4月11日於第20屆WHO健康促進醫院國際網絡會員大會提案，獲通過成立「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」(Working Group on HPH and Age-Friendly Health Care)，由本署邱淑媿署長擔任小組召集人，推動高齡友善健康照護，發展國際可適用的高齡友善健康照護架構，傳播行銷高齡友善健康照護，並增加健康專業人員在高齡友善健康照護的能力。

## 六、肥胖防治與非傳染病防治

2012年7月10至11日辦理「2012臺歐健康論壇(2012 Europe-Taiwan Health Dialogue)」，邀請加斯坦歐洲衛生論壇創始人暨主席Dr. Günther Leiner及新當選主席Prof. Helmut Brand等11位外賓來台，與國內2百餘位產官學界菁英共同討論、交流與互動，並對肥胖防治做深入討論。2012年9月27日經濟學人集團(The Economist Group)在香港舉辦「全球糧食供應-亞洲的前景(Feeding the World: Asia's prospect of plenty)」，會中討論議題主題包括貿易、農業、健康與營養。邱淑媿署長受邀在Health & nutrition discussion: Asia's double burden主題，擔任與談人，針對營養不良及營養過剩對亞洲國家所造成的負擔，進行分享交流。2012年10月3日至6日於奧地利加斯坦市舉行第15屆加斯坦歐洲衛生論壇，邱淑媿署長發表演說「Whole society development against obesity: strategy or fantasy?」分享我國推動癌症防治及肥胖防治等成果。

## 七、癌症防治

本署於2012年4月26至29日派員出席於馬來西亞辦理之亞太癌症預防組織(Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, APOCP)第6屆年會，主題為「臨床流行病學及實務介入—亞太地區癌症防治的遠景(clinical epidemiology and practical interventions- the future of cancer control in the Asian Pacific Region)」，以瞭解亞太地區國家常見癌症的流行病學資料及防治現



況，獲取最新訊息。透過本次會議，已由中研院陳副院長建仁爭取2014年會議在台北辦理。

2012年9月13至14日舉辦「2012兩岸癌症防治交流研討會」，邀請兩岸三地及國內學者專家、公私部門及民間團體進行政策與實務經驗的交流與分享，主題包含國際及兩岸癌症防治趨勢、癌症流行病學與資料庫、癌症篩檢之實證基礎、癌症篩檢體系之發展、民間倡議與行動等，約300人與會。

#### 八、參與加斯坦歐洲衛生論壇

「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，本署於2012年10月3至6日於奧地利「第15屆加斯坦歐洲衛生論壇」中承辦平行論壇，主題為「Non-Communicable Diseases, NCDs」，邱淑媿署長以「Whole Society Development Against Obesity: Strategy or Fantasy?」及「Health system response to NCDs: (some) Organizational and Financial Innovations in Taiwan」為題發表演講，與各國的專家學者共同討論非傳染病危險因子之立法、稅制以及產業角色，並對衛生體系面臨之挑戰與創新作為集思廣益。

#### 九、接待國際友人

- (一) 2012年5月2日美國衛生署長、前署長及杜克大學教授等7人拜訪本署，介紹本署業務如健康老化、婦幼健康、健康社區營造、肥胖防治、癌症防治、菸害防制、預防保健服務及健康促進與非傳染病監測等議題，並與美國衛生官員互相交流。
- (二) 2012年5月23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，除向該團隊介紹本署業務外，亦與青年學生交流參訪心得。
- (三) 2012年7月13日接待加斯坦歐洲衛生論壇創始人暨主席 Dr. Günther Leiner 及新當選主席 Prof. Helmut Brand 等11位外賓參訪健康促進醫院、高齡友善城市、行動醫療服務等。
- (四) 2012年7月30日美國消費者產品安全委員會會長 Mr. Matthew Howsare 等人參訪本署，瞭解本署業務及我國事故傷害監測防制與監測，互相進行交流。
- (五) 2012年8月12至19日越南衛生部家庭計畫人口總局審查處長 Le Viet Huong 率領中高階主管來臺考察，延續臺越雙方長達17年有關人口、家庭及兒童照護合作交流。
- (六) 2012年8月17日美國食品藥物管理局國家毒理研究中心副首長 Dr. Margaret Ann Miller 來訪本署，向其介紹本署業務，並針對菸害防制及生育保健業務進行綜合討論及交流。
- (七) 2012年9月14日澳洲聽障兒童中心 Dr. Dimity Dornan 來訪本署，雙方針對新生兒聽力篩



檢推動情形進行經驗交流。

- (八) 2012 年 11 月 13 日非洲馬拉威醫療資訊技術人員 Mr. Alex Gibson Goli Gondwe 等 3 人參訪本署，就本署業務、全國癌症登記系統及慢性病統計進行介紹及交流。
- (九) 外交部為協助臺灣推動加入聯合國氣候變化綱要公約（United Nations Framework Convention on Climate Change, UNFCCC），邀請 17 個國家媒體發行量前三名的環境領域相關媒體工作者訪臺。因本署邱淑媿署長 2011 年 12 月於南非參與 UNFCCC COP17 場外周邊會議及場內國際記者會演講，爰於 2012 年 11 月 13 日安排 UNFCCC 國際訪華團拜訪本署，介紹臺灣推動環境友善醫院之努力，並回答健康促進及環境友善醫療等相關問題。
- (十) 2012 年 12 月 11 日辦理「高齡友善城市共識營及成果發表會」，邀請日本秋田市 FOIFA（Friends of International Federation on Ageing）主席 Dr. Hozumi 分享日本推動經驗，並研討高齡友善城市之實務問題與雙向交流。
- (十一) 2012 年 12 月 24 日中國大陸計劃生育協會婦幼衛生考察團拜訪本署，瞭解臺灣婦幼衛生及人口政策之推動成果。



*Promoting Your Health*

附錄

大事紀

## 附錄 | 國民健康署2012大事紀 |

時間	大事紀摘要
1月17日	辦理「健康100臺灣動起來」成果審查會及「健康100臺灣動起來」成果發表活動，共表揚272個績優單位，計500人與會；2011年計72萬人參與，共同健康減重1,104公噸。
1月29日	嚴格禁止非醫療必要之性別篩選與選擇性墮胎，2011年出生性比降為1.079，創16年來（自85年）最低值，第3胎以上的性別比也降到1.134，創18年來最低值。
1月31日	依據菸害防制法第21條規定，公告實施二代戒菸治療試辦計畫，自2012年3月1日起生效。
2月24日	依據菸害防制法第21條規定，公告增訂於山地原住民暨離島地區，接受醫療院所戒菸治療服務，免除戒菸藥品部分負擔，並自2012年3月1日起生效。
3月1日	二代戒菸治療試辦計畫生效：不限門診，住院、急診也可戒菸，比照一般健保合理用藥（偏遠地區與低收入戶全免），除用藥外亦給付戒菸衛教與追蹤，並加強戒菸的品質要求與獎勵。
3月7日	公告「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，補助對象為2012年3月15日（含）以後出生，本國籍未滿3個月新生兒，每案補助700元。
3月21日	全國保健會議於3月21、22日假臺中市舉行，本署及衛生局共250人參與，會中進行「臺灣101，躍動躍健康」減重宣誓、2011年度保健業務考評績優單位頒獎，並針對各項年度重要工作，進行實務分享及討論。
4月6日	今年世界衛生日之主題為「Ageing and health」，配合WHO「擁有健康，才能享『壽』！」口號，召開記者會邀請運動員及大學生進行高齡長者生活體驗，喚起各界重視高齡友善環境的營造，鼓勵長輩多運動及參與社會活動。
4月11日	舉行「2012無菸醫院國際金獎論壇」，共來自29個國家，約320位與會者共同參與。會中頒發全球無菸醫院國際金獎，共6家醫院獲獎，其中5家來自臺灣。另有國外專家和6家全球金獎醫院經驗分享，國內40家無菸醫院成果海報展覽。本會議使國內菸害防制及醫療保健政策得以與世界接軌，將國內預防醫學與醫院健康促進成果推上國際舞台。
4月11-13日	與世界衛生組織健康促進醫院及健康照護合作中心（WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care）合作辦理第20屆健康促進醫院國際研討會（20th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services），大會報名人數達1,370人；邱淑媿署長並於會中當選世界衛生組健康促進醫院國際網絡新任主席。
4月15日	公告「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」，全面補助孕婦接受乙型鏈球菌篩檢，每案500元。



時間

大事紀摘要

5月24日	衛生福利部邱文達部長赴比利時布魯塞爾拜會歐盟執委會衛生暨消費者總署（DG SANCO）機構與總署長Paula Testori Coggi洽談合作並共同簽署授權我國使用歐盟開發之37個菸品健康警示圖像之合作協定，為我國在衛生領域與歐盟簽署的第一個正式協定。
5月25日	本署邱淑媿署長於今年世界衛生大會（WHA）技術性會議（committee A）中發言，就「非傳染病防治」等4項議題分享我國衛生政策及防治經驗，並參與「老化與健康」技術性簡報（technical briefings）。另與美國、歐盟及菲律賓等國之衛生首長或高階官員進行雙邊會談。
5月31日	召開衛生福利部菸害防制策進會工作小組會議
6月10日	「2012戒菸就贏比賽」自3月25日開跑，計3萬1,067組報名創歷屆新高。並依國際標準公開進行尿液檢測，再次確認得獎資格。6月10日在律師見證下，頒獎給首獎得主。
6月21日	召開記者會公布98年癌症發生資料，宣導民眾應建立健康生活型態、定期篩檢、篩檢陽性者後續應確診，以達早期發現及早治療。
7月10-11日	舉辦「2012臺歐健康論壇」，邀請加斯坦歐洲衛生論壇創始人暨主席Dr. Gunther Leiner等11位外賓來台，就癌症防治、菸害防制、健康老化、健康照護資訊、肥胖防治等議題進行研討，共200人與會。
7月22-23日	環境品質文教基金會代表衛生福利部參加2012年6月20-22日假巴西里約舉辦「2012年聯合國永續發展大會（Rio+20）」，並於7月22、23日環保署召開RIO+20會後研討會中，報告6月16、18日於Rio+20辦理2場周邊會議，發送本局「健康促進醫院與環境友善委員會簡介手冊」宣導我國推動成果，其中官方周邊會議榮獲國外媒體IISD Reporting services報導。
8月1日	公告「實施二代戒菸治療試辦計畫」開辦合約藥局給藥及戒菸衛教暨個案管理，自2012年9月1日起生效。
8月8日	發布修正「菸品資料申報辦法」第六條、第九條、第十條，為配合組織調整及提高菸品申報及檢查（驗）作業之效率，明定授權中央主管機關得委託專業機關（構）、團體辦理，自2012年8月8日起生效。
8月12-19日	越南衛生部家庭計畫人口總局（General Office for Population & Family Planning, Ministry of Health, Vietnam）13位中高階主管來台交流人口與健康照護福利政策經驗。
8月28日	舉辦APEC第一個高齡友善城市研討會「亞太高齡友善城市與高齡友善經濟研討會」，邀請7位外賓及國內專家學者、公私部門及民間團體，分享推動高齡友善環境實務經驗，並展示各縣市推動高齡友善城市成果。

時間	大事紀摘要
9月13日	舉辦「兩岸癌症防治交流研討會」，邀請Dr. Tsung-Mei Cheng、中國大陸趙平教授等專家，分享國際趨勢、流行病學、篩檢體系、民間行動等。
9月21日	於「101年健康照護聯合學術研討會」辦理「醫療、人文與健康」專題場次，發表高齡友善健康照護、糖尿病共同照護、癌症病友資源導航服務、兒童事故傷害防制、新生兒聽力篩檢、永續醫療管理等6篇專題報告。
9月8-9日、 9月22-23日、 9月29日	辦理「代孕制度公民審議會」，透過充分資訊、講理、聆聽及彼此意見溝通過程，公民針對代孕3項議題提出具體結論報告。
9月27日	本署邱淑媿署長赴香港參與經濟學人集團舉辦之「Feeding the World: Asia's prospect of plenty」高峰會，擔任「Health & nutrition discussion: Asia's double burden」場次的引言人，分享我國推動全國健康體重管理計畫，以對抗非傳染性慢性疾病的策略規劃與成果。
9月28日	本署邱淑媿署長，受邀前往瑞典馬爾摩市參加CleanMed 2012 Europe永續醫療會議，於會中分享臺灣推行醫院節能減碳經驗。
10月7日	於「2012年公衛聯合年會」辦理「以實證為基礎的健康促進政策」專題場次，發表「戒菸治療之實證基礎與政策轉譯－臺灣之二代戒菸政策」、「癌症篩檢之實證基礎與政策轉譯－以攝護腺癌篩檢為例」、「肥胖防治之實證基礎回顧與政策轉譯」、「運動推廣之實證基礎回顧與政策建議」等4篇專題報告。
10月11-12日	舉辦「落實醫事人員參與菸害防制研討會」，邀請國內外33位醫事專家學者，討論吸菸所引起疾病之相關性及對兒童孕婦之影響，分享菸害防制推動與戒菸治療服務經驗，計276人與會。
10月17、30日	分別辦理「健康101阿公阿嬤動起來」全國總決賽北、南區場次。全國組1,905隊，共計7萬4千多位長輩參與活動，約佔老年人口3%，也超過預定50,000人之目標。
10月23日	辦理「2012年菸草控制綱要公約國際研討會」邀請美、澳、日及波蘭等17位國內外學者專家，針對各國處理菸品非法貿易的實際情形、菸稅與免稅銷售政策、貿易、投資與菸品管制、無煙菸品與電子菸、無菸環境與菸害防制等，進行經驗交流與學術探討，計90人與會。



時間

大事紀摘要

10月28日	配合世界糖尿病日（11月14日）之宣導主題「Diabetes Education and Prevention」，發布新聞稿，並與糖尿病相關團體共同舉辦研討會、嘉年華會、點燈及頒獎記者會等活動，呼籲國人重視糖尿病防治，降低其對健康之威脅，約近6,000名民眾及專業人員參與。
11月20日	台灣癌症基金會辦理「海峽兩岸慢性病防治及營養保健研討會」，邀請中國大陸衛生部疾病預防控制局副局長孔靈芝等8人與會，由本署邱淑媿署長以「國民健康促進-減重推動成效」為題發表演講；另於11月21日辦理「兩岸社區健康及慢病防治推動與執行研討會」。
11月20日	辦理2012年「高齡友善健康照護推動成果發表會」，頒發28家通過高齡友善健康照護機構證書，「第二屆高齡友善健康照護機構典範選拔」由彰化基督教醫院獲得典範獎。本活動有健康照護機構、衛生局所等共268人參加。
11月21日	本署2012年度委託辦理「健康促進學校國際認證計畫」，邀請國際認證委員至金質獎候選學校進行實地訪視，並於11月27日邀集教育部代表、國內專家及國際認證委員共同討論今年度之認證流程，並給予未來推動方向之建議。
11月24日	辦理「台灣推動安全社區10周年慶開幕式暨成果發表記者會」，邀請WHO社區安全推廣協進中心主席，頒發臺北醫學大學、臺北醫學大學附設醫院及嘉義縣阿里山鄉安全社區認證獎牌。
12月7日	為提高對於菸品健康危害之認知，舉辦「菸品健康危害研討會」，會議內容包含：菸品危害、健康經濟及二代戒菸等議題之研討及成果發表，約80人與會。
12月11日	舉辦「高齡友善城市共識營暨成果發表會」，衛生福利部邱文達部長與本署邱淑媿署長及22縣市代表點亮環台愛心網，共同啟動全台高齡友善城市。
12月14日	辦理「無菸醫院及二代戒菸治療服務績優醫療院所頒獎典禮暨實務交流研討會」頒發107家獲獎無菸醫院，同時頒發二代戒菸治療服務績優醫療院所計20多家，並安排獲獎醫療院所分享經驗成果，全台有100多家醫療院所，約400人共同與會。
12月19日	舉辦2012年度社區健康營造成果發表會，表揚績優健康體重管理、社區健康營造、志工、衛生局所，及健康職場等共235個單位，分享推動經驗，計631人與會，共78萬人參與，減重1,137公噸。
12月25日	召開衛生福利部菸害防制策進會委員會議
12月28日	公告「醫療院所戒菸服務補助計畫『戒菸衛教暨個案管理紀錄表』」電子化，並自2013年1月1日起生效。

# Promoting Your Health

刊 名 國民健康署年報  
出版機關 衛生福利部國民健康署  
發行人 邱淑媿  
地 址 24250新北市新莊區長青街2號  
網 址 <http://www.hpa.gov.tw/>  
電 話 (02) 29978616

編 者 衛生福利部國民健康署  
設計印刷 日創社文化事業有限公司  
電 話 (02) 77378585  
出版年月 102年11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署網站，網址為<http://www.hpa.gov.tw/>  
定 價 新臺幣230元

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

GPN:2009602807

ISSN:1999—6004

著作財產權人：衛生福利部國民健康署

本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人衛生福利部國民健康署同意或書面授權。

請洽衛生福利部國民健康署（電話：02-29978616）



守護健康

衛生福利部 國民健康署

Health Promotion Administration,  
Ministry of Health and Welfare

ISSN 1999-6004



9 771999 600007

ISSN 1999-6004  
GPN 2009602807  
定價：新臺幣 230 元