



中醫藥發展計畫(116-120 年)

中華民國 115 年 9 月

目 錄

壹、計畫緣起.....	1
一、 依據.....	1
二、 未來環境預測.....	4
三、 問題評析.....	9
四、 社會參與及政策溝通情形.....	15
貳、計畫目標.....	18
一、 目標說明.....	18
二、 達成目標之限制.....	18
三、 績效指標、衡量標準及目標值.....	22
參、現行相關政策及方法檢討.....	25
一、 執行績效.....	25
二、 執行檢討.....	38
三、 現行相關計畫.....	44
肆、執行策略及方法.....	45
一、 主要工作項目.....	45
二、 執行策略及分工.....	46
三、 執行步驟與方法.....	59
伍、期程與資源需求.....	86
一、 計畫期程.....	86
二、 所需資源.....	86
三、 經費來源及計算基準.....	86
陸、預期效果及影響.....	95
柒、財務計畫.....	100
捌、附則.....	101
一、 風險管理.....	101
二、 相關機關配合事項或民眾參與情形.....	106
三、 中長程個案計畫自評檢核表（1120811 修正版本）.....	107
四、 中長程個案計畫性別影響評估檢視表【一般表】.....	110
五、 中長程個案計畫人權影響評估檢視表.....	121
六、 中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表.....	130
七、 行政院所屬各機關新興計畫免送促參提案平台自評檢核表（1/2）.....	131
八、 中醫藥農業科技健康產業園區規劃構想書.....	1

壹、計畫緣起

衛生福利部（下稱衛福部）為促進中醫藥發展，於民國 109 年推動「中醫優質發展計畫(109-113 年)」及 111 年實施「中醫藥振興計畫(111-115 年)」，並於 113 年 7 月 4 日奉行政院核定同意整合前開兩項計畫，朝精進中醫醫療照護與人才培育、中藥品質管理及產業創新發展等面向執行（執行績效詳見第參點第 25 頁）。鑑於「中醫藥振興計畫」將於 115 年屆期，為繼續提供國人多元健康照護策略，以面對未來環境的挑戰及變化，將持續結合相關單位提出具體有效策略，推動中醫藥發展計畫(116-120 年)。

一、依據

（一）健康臺灣政策

賴總統清德於民國 113 年 6 月 19 日就職滿月記者會上，宣布設置「健康台灣推動委員會」，著眼於提升全民健康生活，亦強調建構全齡照護與醫療韌性制度。總統於 114 年 4 月 27 日出席「2025 健康臺灣全國論壇」時指出，全社會防衛韌性的重要組成之一，即在於建立醫藥韌性。在全球化產業鏈下，藥品等關鍵的原料、設備與生產製造環節往往分布於不同國家；基於兩岸特殊情勢，國際社會亦建議臺灣應以全社會防衛韌性的觀點，對藥品原料、製造及成品建立全盤規劃。

（二）行政院 115 年度施政方針

行政院 115 年度施政方針強調，推動醫療數位升級，保障偏鄉照護量能；妥速處理醫療爭議，改善醫療執業環境，促進醫病共好雙贏；積極參與國際合作，深耕醫衛產業發展與鏈結；強化藥品全生命週期管理；深化醫療產業韌性，穩固物資應變量能；推展中西醫整合，精進中醫實證醫學特色醫療。同時，呼應「健康臺灣推動委員會」之政策目標，致力以行動促進全民健康、提升全齡照顧品質，推動臺灣接軌國際健康永續發展。

為提升醫療體系的穩定性與應變能力，行政院亦提出優化藥品與醫療器材相關法規政策環境，並強化民生醫藥物資供應鏈，作為確保國內健康安全與產業發展的重要方向。爰強化藥物供應鏈安全與韌性，確保臺灣於突發公共衛生事件或地緣政治風險下，仍能維持穩定的醫療體系運作。

(三) 國內法規：

1. 依據《憲法》增修條文第 10 條第 5 項「國家應促進現代和傳統醫藥之研究發展」，配合世界衛生組織(WHO)《2025-2034 年全球傳統醫學戰略》，以「普及安全、有效及以人為本之傳統醫學服務，以促進所有人的健康及福祉」之願景，以「最大限度發揮傳統整合的健康照護，實現可達到的最高健康及福祉標準」為目標，以實證及科學驗證為基礎，進行安全性和有效性的傳統醫學服務。
2. 依據 108 年 12 月 31 日公布施行之《中醫藥發展法》第 5 條第 1 項規定，「為促進中醫藥發展，中央主管機關應每五年訂定中醫藥發展計畫；其內容如下：一、中醫藥發展之目標及願景。二、提升中醫醫療照護品質。三、提升中藥品質及促進產業發展。四、促進中醫藥研究發展及國際合作交流。五、中醫藥人才培育。六、其他促進中醫藥發展事項。」，及第 2 項「中醫藥發展計畫，中央主管機關應會商相關機關定之。」

(四) 世界衛生組織傳統醫學全球策略

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於 114 年第 78 屆世界衛生大會決議通過「2025 至 2034 年傳統醫學全球策略」，以普及安全、有效、以人為本的傳統及整合醫學(TCIM)為願景，並應強化實證及科學驗證基礎。

WHO 為強化健康照護系統，提出建構醫療衛生體系的「6 大核心構面」(Building Blocks)，旨在提升服務品質、健康平等與安全。6 大支柱分別為：衛生服務提供(Service Delivery)、衛生人力(Health Workforce)、醫療資訊系統(Health Information System)、藥品與技術(Medical products and Technologies)、衛生財務(Health Financing)及領導與治理(Leadership and Governance)。

(五) 前期計畫 113 年度評核意見

1. 中醫優質發展計畫(109-113 年)：
 - (1) 後續中醫優質發展計畫若納入對中醫醫院評鑑制度，可能涉及醫院需設置特定專科門診、具備教學資格等相關要求，建議明確規劃專科設置標準，並同步考量現行執業中醫師權益保障，減少推動阻力。

- (2) 在癌症治療、支持性療法及急性後期照護等領域，中醫可與西醫共同合作，強化臨床角色。開業中醫可透過與社區醫療、高齡醫學及復健科合作，強化在長照與高齡化社會中的定位。
- (3) 未來發展應著重中醫實證醫學研究，建立與西醫相同的實證基礎。透過實證資料，爭取健保納入與療效認可，提升中醫治療可信度。未來第二期計畫建議聚焦中醫的角色定位、利基市場及發展亮點強化跨專業整合合作，為中醫優質化發展奠定基礎。

2. 中醫藥振興計畫(111-115 年)：

- (1) 中藥因為國產量不足，大部分是中國大陸進口比較多，雖有檢驗但民眾還是有疑慮，價格也易受波動。建議跟農委會討論整體的國土規劃，尋找一些適合種植中藥藥源的土地。長遠來看，臺灣應該要有一定比例的藥材自給自足。現在臺灣產量雖不夠多，但當未來當輔導到一定量的時候，後續可考量推行標章制度，跟對岸可以做區隔，幫助台產中藥材賣到更好的價格，讓大家都覺得更安心。
- (2) 對岸中醫跟新南向國家的交流很盛，很多人都到對岸去學中醫，建議可跟國合組或新南向的政策去結合，吸收東南亞人才來我國進修中醫。因為他們回去之後，習慣於台灣學的處置及用藥，回到他們的國家就是 1 個最好的行銷者，這方面對於中藥整體的這個提升會很有幫助。

二、 未來環境預測

(一) 國際傳統醫藥發展趨勢

1. 世界衛生組織(World Health Organization, WHO)

世界衛生大會估計，於102年全球逾八成人口使用傳統醫藥，以滿足醫療保健需求。至113年11月，有九成的WHO會員國已採用傳統醫學，尤其在慢性病和新發傳染病治療上展現獨特優勢。

WHO於102年發布「WHO 2014-2023年傳統醫學戰略」，促請各會員國制訂傳統醫學相關政策及行動計畫，並酌情將傳統醫學納入國家衛生系統體系，從而促進安全和有效運用。114年發布「2025至2034年傳統醫學全球策略」，以普及安全、有效、以人為本的傳統及整合醫學(TCIM)為願景，並應強化實證及科學驗證基礎。108年第72屆世界衛生大會審議通過《國際疾病分類第11次修訂版本》(ICD-11)，首度將傳統醫學納入ICD-11補充章節。

2. 中國大陸

中國大陸於105年通過《中華人民共和國中醫藥法》；中共中央國務院於105年依據「健康中國2030」制訂發布「中醫藥發展戰略規劃綱要（2016-2030年）」。發展目標為，於2030年提升中醫藥治理體系和治理能力現代化水準，實現中醫藥服務領域全覆蓋，增強中醫藥健康服務能力顯著；充分發揮治未病的主導作用、重大疾病治療的協同作用、疾病康復的核心作用。

重點任務規劃七項，為提高中醫醫療服務能力、發展中醫養生保健服務、推進中醫藥繼承、推進中醫藥創新、提升中藥產業發展水準、弘揚中醫藥文化、推動中醫藥海外發展。並將健全中醫藥法律體系、完善中醫藥標準體系、加大中醫藥政策扶持力度、推進中醫藥資訊化建設等四項目訂為保障措施。

3. 韓國

韓國於92年制訂《韓醫藥育成法》，以「保護和繼承發展韓醫藥的特徵」、「構建韓醫藥發展的基礎」、「韓醫藥技術資訊化」、「韓醫藥體系管理及國際標準化」、「構建韓藥材穩定生產基礎」、「強化韓醫藥相關產業的國際競爭力及促進國際合作」及「支持和育成韓藥市場」7個基本方向，並規定中央和地方政府應共同監督和實施規劃。

韓國保健福祉部自95年起依《韓醫藥育成法》建構每五年為一期之「韓國醫藥育成發展綜合計畫」。第三期計畫（2016-2020年），以強化實證醫學及提高信任度、普及韓醫藥、提高韓醫藥產業育成與強化基礎研究及加強國際競爭力為目標，總經費1兆7,400億韓幣（約值新臺幣390億元）。

第四期計畫（2021-2025年）以通過韓醫藥促進健康、福祉提升及產業競爭力強化為願景，四大目標（實施策略）為以韓醫藥為中心的地區健康福祉提升（活化韓醫藥健康照護、強化韓醫藥初級醫療及公共醫療）、改善韓醫藥利用體系（提升韓藥可及性及信賴性、改善韓醫醫療服務體系）、韓醫藥產業創新成長（強化韓醫藥科學化的研究開發支援、奠定韓醫藥產業創新成長基礎）及強化韓醫藥全球競爭力（活化韓醫藥全球交流合作、擴大韓醫藥產業海外進出）。

4. 日本

日本鼓勵企業與大學合作進行臨床試驗（如津村(Tsumura)與順天堂大學合作），推動實證醫學研究，累積臨床試驗和學術論文療效資料，驗證漢方藥在慢性病、術後恢復等領域的療效，推動漢方藥科學化發展，支撐其在現代醫療體系中的合法性。對於漢方藥的管理政策，採以標準化生產和實證醫學驗證為基礎，結合嚴格的進口藥材監管，醫保政策支持，保障藥品品質與安全，推動在現代醫療體系中的廣泛應用。截至 114 年，日本醫療保險支付 148 種漢方顆粒劑。

日本本土藥材產量有限，大部分依賴進口(主要為中國)，透過專業鑑定確保來源、真偽及品質穩定性，並對進口藥材進行定量分析。另以「和漢藥」模式，將中國傳入藥材(如葛根、芍藥)本土化培育，建立「日本產漢方生藥」標準，例如津村製藥 80%原料來自日本國內契約農場。並推動生態與經濟平衡，注重藥材種植的可持續性，推行藥材科學種植計畫，過過科學種植，改善生態環境並提升藥農收入，形成產業與生態的良性互動；例如漢方藥企業通過輪作改善土壤生態，並為藥農提供技術培訓以提升收入。建立「產地-加工-銷售」全產業鏈聯盟，減少中間成本，提升國際競爭力。

5. 印度

印度透過立法、教育培訓及產業扶持，完善監管制度、簡化查驗登記流程、採稅收優惠及研發補貼方式增大財源與激勵措施，推動傳統醫學深度融入國家衛生體系。印度有專門培養傳統醫療人力的教育機構，可授予從學士到碩博士學位。研究重點方面，推動阿育吠陀草藥現代化研發，著重對糖尿病、癌症等慢性難治性疾病的藥物研究，加速新藥研發及標準化生產。

WHO於111年4月在印度成立「全球傳統醫學中心」(WHO Global Traditional Medicine Centre)，以促進利用古代智慧和現代科學，增進全人類和全球的健康和福祉為使命。印度政府即配合推動傳統醫學的實證醫學研究、標準化、傳統醫學創新，尊重當地(原住民)遺產、資源及智慧權利及國際合作。

印度規劃「Ayush 2035」，將傳統醫學完全整合至國家公共衛生體系，目標實現98%的基層醫療機構配備阿育吠陀、瑜伽等傳統療法服務，建立覆蓋城鄉的數位化健康檔案系統，開發人工智慧的阿育吠陀診療模型，建立傳統草藥可持續採集和種植基地，利用區塊鏈技術追蹤藥材來源，制訂傳統醫藥廢棄物處理標準，利用基因編輯技術改造傳統草藥活性成分，擴大投入傳統醫學實證研究，推動傳統醫學知識在國際智慧財產權體系中的合理保護。

(二) 國內環境預測

1. 超高齡社會全人健康導向之中西醫整合照護與保健成為趨勢

我國於114年進入超高齡社會，人口老化加速且伴隨多重慢性疾病患者的增加；老化相關疾病、神經退化性疾病、代謝症候群(三高)、癌症等多重慢病之照護與治療愈趨複雜，加上高齡者需長期面對從養生保健、疾病治療到功能維持與預後管理等多階段需求，整體醫療與照護服務量將持續攀升。此趨勢將使中西醫整合照護、精準醫學技術運用、智慧健康管理、居家醫療及長期照護等領域的重要性日益凸顯。

另，WHO倡議以整體健康照護(Holistic Health Care)為核心，包括心理、身體、精神及社會層面之全人健康，結合傳統醫學治療及相應之生活方式調整。除醫療機構內之疾病治療外，加強健康族群之健康促進措施，以及對高危險群提供適切之特殊保護，

可有效降低疾病發生率；同時，提供出院後個案在社區或居家階段整合照護服務，有助於改善預後，降低再就醫率，進而達成減少整體醫療費用支出及節省全民健保資源。

2. 中醫藥現代科學證據為建立中醫臨床標準化客觀診斷及治療之重要歷程

中醫臨床需科學證據支持，中醫強調「辨證論治」，診斷治療高度依賴中醫師個人主觀經驗與傳統知識，同一疾病可能因中醫師的背景不同而有不同的「證候」判斷與處方，如脈象、舌診等需要客觀檢測標準，逐步建立客觀標準的中醫臨床診斷治療方法。目前已有多家醫院自行規劃，亟需國家資源支持整合，執行跨院多中心中醫實證臨床研究，提升中醫研究量能，依隨機對照試驗(RCT)或納入真實世界證據採認機制，支持中醫理論創新與演化，培養研究人才、累積科學研究量能，促進中醫現代化研究發展，對接國際規範。

3. 驅動智慧醫療在中醫領域運用與發展為致力精準醫療重要關鍵

因應人工智慧(AI)、數位化與網路科技快速發展，醫療體系正朝向智慧化與精準化發展，導入 AI 於中醫診斷與辨證論治，結合大數據分析患者症狀、體質與病史，可提升診斷效率與準確性，實現個人化中醫診療。透過整合中醫四診理論與智慧醫療技術，發展舌診、脈診及四診數位化儀器，並運用機器學習建構智慧診療模型，以優化處方與治療決策；同時結合穿戴式智慧裝置、遠距醫療及雲端電子病歷，促進中西醫資料共享與轉介合作，強化慢性病管理與健康照護，落實「治未病」理念，以回應高齡化社會需求。為支撐上述發展，需系統性建置標準化、結構化的中醫臨床資料庫，作為 AI 研究與應用基礎，並藉由智慧醫療賦能，推動中醫診療精準化、服務便利化與產業升級，建立臨床研究常模，強化科學實證基礎。

4. 確保醫療使用中藥材品質及供應無缺，亟待自給自足

目前國內所需中藥材品項，90%以上仰賴進口供應，不易掌控中藥材及原物料貨源的穩定度，來源地區環境改變亦極易導致價格調漲或材料斷貨。在有限的人物力資源管理下，如何適切有效率的管理，一方面持續提升中藥(材)產品之安全、效能及品質，確

保合格中藥(材)產品上市供國人使用，解決中藥材來源穩定性、基原正確性及成本等問題，確保中藥材之品質安全及供應醫療使用無缺。

5. 提升產業國際競爭力及創新應用價值，為中藥產業重要發展趨勢

盱衡國際藥品法規，藥品之品質保證已由傳統製造與檢驗方式，發展至預先設計製程，並經由系統管控，持續穩定生產之管理模式，達到保證藥品品質之目的。故需順應國際法規趨勢，推動確效作業係首要作為，以促進產業管理升級，增加國際競爭力。另長久以來中藥產業以生產傳統中醫藥典籍方劑之製劑為主，亟需突破現有框架，中醫藥界之產官學三方應強化溝通與協調合作，適切調整中藥及新藥相關管理法規，導引及協助產業朝創新高應用價值之方向發展，開發具療效的中藥新藥，以提升國家中藥產業能見度並布局海外市場。

6. 網路訊息傳遞快速且無遠弗屆，境外不法中藥產品流竄

網路是時下多數人選擇消費的新興交易途徑，許多人會將個人或親友購買的藥膠布、紫草膏、中藥四物湯等上網販售；不肖業者在網路架設虛擬店面或透過網路境外交易平台、臉書、部落格買賣來源不明宣稱減肥、壯陽等中藥，危害國人用藥安全甚鉅。有鑑於非法管道賣藥問題，除了流動賣藥攤販，坊間電視、廣播及網際網路等各項非法管道賣藥數量已非現有衛生體系人力所能全面監控，故需要結合相關部會、地方衛生局及民眾之力量，共同監督非法販賣中藥之氾濫，並藉由上市中藥品質及安全管理監測，加強中藥產品稽查外，更應提升政府機關稽查人員、中藥執(從)業人員及消費者正確中藥辨識、法規等相關知識與風險概念，實屬刻不容緩之工作。

三、問題評析

(一) 因應人口老化之高齡照護需求，需增加中西醫雙軌臨床照護服務

面對急遽增加的高齡與多重慢性病人口，現行照護模式仍以中西醫分軌方式提供服務，整合度不足，難以滿足病程複雜、需求多元的高齡族群。中醫在日常保健、疾病調理及功能維持具潛在優勢，但相關臨床實證、跨專業合作模式與特色照護服務仍待強化。為因應高齡者照護需求，建立整合式服務模式，提升中西醫雙軌照護品質與廣度，已成為迫切且關鍵的政策課題。

另，西醫居家醫療受限於檢驗設備與診斷治療方式，對於中風、腦傷、癱瘓、虛弱等疾病，中醫師能在訪視當下完成針灸治療，衛教指導家屬日常養生保健，以及適合在家操作之傷科醫護、穴位按壓等技巧，刺激病人功能，以多元且快速的治療方式，使得中醫能更好地幫助病人恢復功能，讓治療從醫療端到照顧端不間斷。強化中醫在社區照護的角色，鼓勵中醫參與社區醫療、居家醫療及長期照顧，發揮中醫的功能及價值。

(二) 國家級科研量能不足，需以制度轉型推動中醫藥科研升級

國際比較顯示，中國與韓國已建立資源高度集中且治理彈性較高的國家級中醫藥研究機構，在經費投入、人力配置及跨域整合方面具明顯優勢；相較之下，衛福部國家中醫藥研究所受限於公務機關體制及整體研究經費規模偏小，難以支撐大型臨床試驗、跨國合作及前瞻科研平台建置，並在產學合作、智財管理與技術移轉機制上缺乏彈性，致使研究成果產業化與國際影響力受限，逐漸浮現國家級科研能量不足的結構性風險。若差距持續擴大，臺灣在中醫藥品質標準、國際藥典接軌及新藥與診療技術研發等關鍵領域恐將弱化話語權。為因應此一挑戰並推動國家中醫藥發展，將透過設立「行政法人國家中醫研究院」，藉組織轉型強化人力與設備配置、完善科研與產業發展布局，引入企業化治理與多元財源機制，兼顧學術發展與產業競爭力，進一步推動中醫精準醫學於醫療、預防與保健之應用，並以臺灣為研究與種原基地、以國際市場與原料基地為延伸，發展本土中草藥及整合跨域科技，促進診斷與健康評估等創新技術或儀器研發。

(三) COVID-19 後疫情時代，揭露強化中醫藥供應鏈之重要性

鑑於全球衛生安全環境日益複雜具不確定性，新興傳染性疾病爆發、極端氣候變遷等挑戰，對國人健康與安全構成重大威脅，爰發展具有韌性之醫療體系刻不容緩；面對公共衛生重大緊急災害應變事件，如何發揮中醫藥之角色功能與專業特色，亟需盡早前瞻規劃及強化中醫醫療資源體系應變機制。

另因應國際經貿情勢瞬息萬變，囿於我國中藥材長期依賴進口，倘全球供應鏈生態改變，恐造成中藥廠原料藥材短缺，進而影響中醫醫療服務的持續性與可近性，爰亟需強化中藥供應鏈之韌性，除既有的機制外，規劃結合中醫藥專業及農業科技，形塑可複製推廣之中醫藥產業升級典範，打造國家級健康產業園區，提升中藥材及製劑供應的穩定性與應變能力，以強化我國中醫藥產業自主性與國際競爭力。

(四) 為強化中醫臨床照護能力，中醫專科醫師制度亟需法制化

隨著我國已屬超高齡社會及醫療新興科技進步，中醫師亟需發展醫療專業分工，深化現有醫療照護模式，建立中醫專科醫師制度，以培育中西醫整合跨領域、專科實證研究能力之中醫師人才，提供高齡者多元醫療照護，進而提升我國中醫藥國際競爭力。中醫治療及實證研究之推動，需藉由客觀性及結構化臨床專業訓練體系，以培育具有專科教學、中西醫整合治療及實證研究能力之各專科中醫師，藉此拓展中醫師執業廣度及深度。

(五) 中醫藥專業人員培育，需符合消費者對於中藥專業服務之期待

依醫療法、藥師法及藥事法相關規定，具中藥調劑人員資格者，有中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師或在中醫師監督下之藥事法第 103 條第 1 項所定中藥販賣業者；為確保民眾中藥用藥安全，應持續強化各類人員中藥專業知能，建構民眾安全用藥環境。

中藥產業從中藥藥用植物種植、中藥材加工炮製到藥品製造販賣及供應，整個過程需要藥農、中藥商、中藥廠、中醫師及藥師等專業人才分段接力、各盡其職，以促進產業永續發展。衛福部將持續推動各類專業人員分工合作，共同守護民眾健康。

(六) 臺灣中藥材仰賴進口，品質難以掌控

中藥材來自於動植物及礦物，品質易受大地環境影響；如炮製加工方法處理不當，可能造成微生物之滋生、重金屬的污染及不當添加物之介入，而儲存條件不當，則可能會產生蟲蛀與長黴。限於臺灣環境氣候，目前國內所需中藥材品項，90%以上須仰賴進口供應。又因各國管理方式及標準不一致，產地栽種環境是否重金屬污染及使用農藥防治病蟲害，是否符合安全衛生規範，難以全面監控。此外，中藥材品質之好壞與使用基原之正確，多仰賴一般傳統之外形鑑別法，然傳統的中藥材性狀鑑別人才流失，必要昂貴的儀器設備缺乏，加之後疫情時代來臨，國際上中草藥市場需求及價格大增，須解決中藥材來源穩定性、基原正確性及成本等問題。

衛福部自 101 年 8 月 1 日起實施中藥材邊境查驗，至 111 年底先針對進口量大、中醫藥使用頻率高之黃耆、當歸等 21 項中藥材進行邊境查驗，中藥材是製造中藥製劑之原料，亦是國人日常習以作為養生之用，其品質與安全問題，為大眾所關切。為保障消費者用藥安全，除仍需強化我國對中藥材進口品質管制規範，擴大中藥材源頭管理。

(七) 中藥材長期仰賴中國進口，亟待分散風險

目前國內所需中藥材品項，90%以上須仰賴進口供應，尤以中國輸入約佔全部進口量的85%。東南亞國家藥用作物資源豐富，與中國長江以南地區地理環境相近，亦為全球藥材出口主要來源之一，在藥材資源日益減少及中國管制出口等因素影響下，尋找替代中藥材來源，以分散我國中藥原料供應風險，為必要之策略。

衛福部自 113 年起規劃新南向藥用植物種植實地調查研究計畫，赴越南、印度及泰國等藥用植物資源豐富之國家進行初步調查研究，考察該國藥用植物種植情形、產製加工方式及品質檢驗標準，並調查符合臺灣中藥典基原之藥用植物品項，製作「與我國相同藥用基原之藥用植物列表」，並由其中選擇 5 種加工後可積極推動輸入我國之藥用植物品項（如我國使用量大或經濟價值高、種植技術已充分發展的品項），研提「藥用植物種植與進口建議書」，以評估作為替代中藥材來源，期能作為未來推動進口或契作之規劃參考。

(八) 國產中藥材亟待自給自足，建立在地種植及加工機制

供應醫療使用所需之中藥材，易受政治因素(如檢疫加嚴)、氣候變遷影響價格與供應穩定性，增加供應鏈風險(如國際貿易限制、品質不穩)。在藥材資源日益減少及受地緣政治波動關係因素下，醫療使用所需中藥材資源不易掌控，亟需積極快速研究可減少對外來中藥材依賴的替代方案，強化本土中藥(藥用植物)資源應用，因應國家安全所需。宜應定期盤點中醫臨床不可或缺的藥材，比對進口量、價格及台灣的產能與價格是否足以替代，就收錄在《臺灣中藥典》可本土種植之中藥材品項，鼓勵及獎勵對本土藥材種植產業發展，協助農民就供應中藥材之異常物質進行檢測及種苗基原鑑定作業，規劃優質國產中藥材生產者獎勵措施，鼓勵本土中藥材生產供應，並建置國產中藥材產銷媒合平臺，並配合加工與市場作系統性推廣，加速形成完整產業鏈。

國內中藥藥用植物栽培多屬小眾生產規模，且種植品項可能不符中藥材所需，由各地區農業試驗改良場所按中醫藥界用藥需求，遴選具基源根據、適合於國內種植之品項，選育中藥草作物品種及栽培技術，建立中草藥生產田間栽培管理及病蟲害防治規範，導入產銷履歷、有機或友善栽培等輔導措施，生產供應安全且品質穩定之中藥材。

(九) 臺灣中藥典檢驗規範仍須檢討精進，俾與時俱進

臺灣中藥典為收錄中藥規格與檢驗之國家標準規範，並為中藥品質管制標準之依據。國際間藥典持續收載中藥材項目並積極更新檢驗方法及技術，查中國大陸藥典 2025 版第一部收載 3,069 個品項（其中成方製劑和單味製劑 1,617 項，植物油脂和提取物 47 項，616 種藥材及 440 種飲片）、日本藥局方第 17 版收載 176 項生藥、113 項其他生藥產品及 35 項漢方濃縮、韓國藥典 2015 年版收載 179 項草藥與製劑及韓國草藥典 2015 年版收載 868 品項。臺灣中藥典第四版已於 110 年出版，收載 355 項中藥材、30 項中藥材飲片、9 項中藥製劑。但所收載品項仍嫌不足，且未收載炮製規格，以及飲片規格項目不足，不敷國內之需求，仍須持續編修。為精進臺灣中藥典內容，提供中藥業界品質管制之準繩，仍須持續進行中藥飲片及中藥製劑之品質分析方法開發，強化藥政管理需

求，並能提升中藥產業發展，同時達到用藥安全及品質提升之目的。

(十) 民眾對於坊間來源不明或違法中藥，缺乏認知與警覺

隨著網路買賣之便捷化，國人喜愛利用出國旅遊，購買自用或幫親友代購藥品回國，如藥膏、酸痛貼布等醫藥用品，甚至有人購買超過自用藥品數量或想賺差價，將藥品透過臉書或網路購物平台轉售，致違反藥事法相關規定。此外，近來更屢屢發現有利用新興媒體多元通路，販售來源不明的減肥、壯陽等中藥，危害消費者健康，增加民眾用藥風險，在人力、經費等資源長期不足下，致全面監控與稽查困難，成為中藥用藥安全一大隱憂。為有效查緝偽劣禁藥等違規中藥情事，須持續與各地方政府衛生局及檢警調機關共同合作查緝違法中藥，並加強監控新興媒體販售非法不明中藥，以保障民眾用藥安全。

(十一) 中醫藥特色知識及中藥材炮製技藝，隨時代變遷逐漸流失

傳統中藥炮製技術是中醫藥最具特色的傳統知識之一，影響中醫臨床處方療效甚鉅，然而核心技術多掌握在傳統藥舖及特定的師徒傳承系統，具有相當高的封閉性與技術性，不易普及。透過師徒授受的人才培育時程，從識藥、切工、炮製、熟藥製作，須長達數年。另，因傳統藥舖願意傳承傳統製藥工藝的年輕世代大幅度減少，臺灣傳統中藥製作技藝的傳承實已非常重要迫切。

(十二) 中藥研發亟需國內中藥廠投入，促進產業創新應用價值

中藥成分複雜，過往中藥新藥臨床試驗案，常有較難確認有效成分及明確中藥療效作用機轉之情況，僅少數能通過三階段臨床試驗。中藥療效評估方式設計不易，導致臨床試驗之統計分析結果不易被完全接納，中醫藥臨床試驗無論在隨機分配、盲性設計、試驗方式標準化、研究樣本同質性、試驗結果訂定與測量等各方面要完全達到新藥臨床試驗的嚴格條件都更為不易。中藥新藥申請臨床試驗時常面臨西醫標準與傳統辨證論治的衝突，中小型中醫藥業者難以負擔高昂的法規遵從成本，降低企業創新意願，整體產業生態發展受阻，難以吸引外部投資。允宜針對中醫藥特性，以歷史使用經驗，以及真實臨床證據調整查驗登記流程，支持技術發展與市場化。

(十三)國內中藥廠亟需升級，確保永續發展及強化供應韌性

我國為達到用藥安全及品質提升之目的，刻正推動中藥製造工廠四階段確效作業。我國中藥廠多為中小企業，所具備的創新及競爭力較弱，亟需政府協助提供多元補助及資源，輔導中藥廠通過確效作業，扶植產業升級，開拓全新內外銷產業圈，並支持新製藥技術導入與發展。另為作資源整合及最大利用，亟需政府挹注資源，協助建立上中下游產業互惠支應鏈，強化中藥製劑穩定供應機制，以維護民眾用藥權益。

(十四)國人使用中醫藥認知不足，亟需設計多元化教材

國人於選購中藥及就醫用藥之認知及警覺不足，致常發生民眾使用來路不明中藥，以及服用含砒砂或鉛丹等禁藥之重金屬中毒事件，亟需透過多元媒體推廣方式，並依不同目標族群，設計多元化、符合需求及貼近日常生活的中醫藥安全衛生教育教材，加強民眾選購安全中藥及正確就醫用藥之認知能力，從生活中建立正確中醫藥觀念，並與中醫專業民間團體合作建立溝通平台，提供民眾正確中醫藥資訊之管道，加速正確知識之流通，辦理實地衛生教育活動，提升民眾正確用藥之認知，營造共贏局面。

(十五)因應數位化、智慧化時代，驅動智慧中醫藥管理

隨著全球人工智慧技術、數位化資訊、網路科技快速發展，數位科技、智慧醫療與精準醫療三個領域結合已成為趨勢。其中，數位化資訊為智慧醫藥策略推動的重要依據，需建置中藥外觀、高效液相層析(HPLC)、薄層層析(TLC)圖等大數據資料，以發展運用 AI 智能科技輔助研究暨教學、衛教，中藥材鑑別資料及應用數位智慧辨識技術，發展中醫藥智能應用管理平台，並可降低人力與資源消耗，朝向低碳排放、低污染、節能減碳之方向發展，促進中藥產業的低碳轉型與永續發展。

因應智慧醫療與健康資料交換(Health Information Exchange, HIE)技術發展，醫療資訊標準化已成為跨院所資料整合與臨床決策之重要基礎，需以FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)標準為基礎，進行資料標準化工程，通過技術驅動和資訊標準化，中醫藥管理將更加高效、精準。

(十六)原住民族傳統藥用植物，亟待創新應用

原住民族千年來為適應高山、平地或海洋的生活環境，發展符合其生存的傳統療癒，包括治病儀式、草藥知識、保健養生知識、以及有關身體的傳統禁忌等，提供原住民族身心靈全面的照護。原住民族傳統智慧建構臺灣生物及文化的多樣性面貌，擁有價值甚為豐富之傳統藥用植物資源，亟應結合傳統專業研究資源，培植原住民族科學研究人才，以具原住民族群特色常用的藥用植物，證實具藥理活性發展植物新藥優先開發商品。

(十七)臺灣中藥國內市場較小，亟需開拓海外新市場

我國中藥製藥產業相較於西藥產業規模較小，且國內市場較小，為減少廠商對國內單一市場之依賴性，亟需政府挹注資源，協助廠商拓展海外新市場。另，有鑑於各國對於傳統醫藥產品管理制度不盡相同，進出口規範亦有差異，需協助我國中藥製藥產業研析國外傳統藥品管理規範及外銷策略，並輔導中藥製藥產業與國外廠商建立合作關係，拓展國際人脈及市場商機。

四、社會參與及政策溝通情形

有關中醫臨床訓練制度、中藥材衛生安全標準、中藥執(從)業人員之管理及中藥廠確效作業之推動等議題，涉及社會層面及利害關係人較廣，均已邀請相關公會及專家學者進行溝通討論，透過專家會議廣徵不同背景的專家學者（含中醫、中藥、衛生政策、全民健保、資通訊科技及統計等領域）之建言，經評估後參採納入政策規劃，說明如下：

(一) 完善中醫臨床訓練制度

為健全我國中醫師臨床訓練體系，衛福部於 103 年起全面實施中醫負責醫師訓練制度，106 年起規劃中醫專科醫師制度，並自 108 年起逐年遴選機構分階段試辦中醫內科、針灸科、中醫婦科、中醫兒科、中醫傷科及中醫家庭暨社區醫學科等 6 個專科醫師訓練。

為凝聚中醫基層與學界對專科制度之共識，衛福部於 110 年至 114 年間，分別邀集中醫師全聯會、各縣市中醫師公會、中醫校院、中醫醫學生及中醫團體代表，召開 11 場座談會或說明會蒐集建議意見及雙向溝通，並增邀基層中醫師代表參與中醫專科專案制度規劃。未來賡續試辦訓練，並持續透過多元型

態之溝通管道，蒐集意見且製作問答集，增進中醫界對制度之瞭解及共識。

(二) 制訂中藥材衛生安全標準

考量中藥材管理應全面性，始能保障民眾用藥安全，衛福部自 104 年起邀集中醫藥相關公會、專家及消費者團體召開多次會議，研議訂定通則性中藥材安全衛生規範，包括中藥材所含二氧化硫、黃麴毒素、重金屬及農藥殘留，由於中藥材生物特性與栽種環境差異，且目前國際間對於中藥材未有一致性品質管理規範，經過多次討論及蒐集相關背景資料，業陸續於 105 年 5 月 10 日發布「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準」，自 105 年 8 月 1 日生效，105 年 8 月 10 日發布「中藥材含重金屬限量基準」，自 105 年 10 月 1 日生效，後續透過中藥材異常物質背景值調查計畫，持續評估限量標準，後續將滾動式進行修正管理。

中藥材農藥殘留之限量，於 113 年 11 月 6 日訂定「中藥材農藥殘留限量基準」，自發布後二年生效，將管制第一階段 20 項中藥材之 41 種農藥殘留限量；於 114 年 4 月 15 日函頒「中藥材農藥殘留檢驗方法」，亦舉辦「中藥材農藥殘留檢驗方法」教育訓練，俾利中藥廠及檢驗實驗室取得檢驗方法認證，確保中藥材檢驗量能充足。未來賡續推動中藥材農藥殘留限量之訂定，以達中藥材衛生規範採全品項列管。

(三) 中藥執(從)業人員之管理

為解決中藥商從業人員年齡老化與中藥商家數逐年凋零問題，衛福部業於 108 年 8 月 30 日發布藥事法第 103 條第 2 項後段條文之解釋令。自 108 年 9 月起至 114 年 10 月底止受理案件 4,862 件，已核發證明書 4,000 件，已換發藥商執照 2,123 件；目前已優先解決中藥販賣業者之承續問題。

惟嗣後列冊中藥商家數仍持續降低至 113 年之 7,478 家，相較 108 年降低比率約 3.77%。基於該產業凋零問題已影響民眾飲食文化及保健藥膳中藥材之基本需求，衛福部爰於 114 年 3 月 18 日發布藥事法解釋令，新增國內公立或私立大學中藥或生藥相關學系畢業生，修畢中藥核心課程 35 學分，於中藥販賣

業藥商實務歷練一年以上者，得擔任中藥販賣業藥商，俾期使有意願從事中藥產業之新血得學以致用，發揮中藥專業。

為提升中藥執業人員之中藥專業知能與落實中藥實習之實務訓練，衛福部已於 109 年 5 月 28 日會銜教育部發布修正「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」，加強藥師執行中藥業務應具備中藥核心能力，落實藥學系中藥實習之實務訓練，以符合中醫藥產業需求。

(四) 中藥廠確效作業之推動

為推動中藥廠實施確效作業，衛福部於 106 年 10 月 23 日及同年 11 月 23 日邀集臺灣製藥工業同業公會、臺灣中藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會及專家學者召開中藥廠推動確效作業溝通座談會，就實施期程及分階段實施內容進行溝通，衛福部參考公協會意見，考量舊廠修繕須符合建築、環保與消防等最新法規規定，爰採分階段方式實施，並於 107 年 9 月 20 日公告「中藥優良製造確效作業基準」及實施期程，凡生產濃縮製劑之中藥廠自 109 年 1 月 1 日起分四階段實施，生產傳統製劑中藥廠之實施日期另訂之。

因應 109 年起受到 COVID-19 疫情影響，中藥廠反映缺工及缺料等因素，致執行確效作業進度延宕，衛福部基於推動實務情形之考量，於 111 年 8 月 31 日與生產濃縮製劑中藥廠召開溝通座談會，就調整確效作業實施期程蒐集各藥廠意見，並於 112 年 1 月 7 日公告「中藥廠依中藥優良製造確效作業基準執行確效作業之實施期程及相關規範」，將第一階段實施期程延長 2 年，其他階段期程予以順延，並明確規範未通過各階段查核之配套措施，以供中藥廠依循辦理。

另鑑於以新建廠房之中藥廠，已投入鉅資及大量人力物力，惟受新冠疫情、外在環境及經濟景氣影響，提出需更長之建置及執行期間，衛福部於不影響確效政策整體實施期程前提下，於 114 年 12 月 8 日公告修正「中藥廠依中藥優良製造確效作業基準執行確效作業之實施期程及相關規範」第五點規定，該等藥廠得向衛福部申請延期，惟須於 116 年 12 月 31 日前通過第三階段確效作業，以兼顧確效政策推動與產業發展需求。

貳、計畫目標

一、目標說明

- (一) 願景：本計畫以精實中醫醫療體系，開發中藥運用發展，整合中醫藥資源支持為願景。
- (二) 目標：本計畫依三大願景，訂定 6 項目標如下：
 - 1. 完善中醫服務體系
 - 2. 培育中醫服務人力
 - 3. 建構中藥產業鏈
 - 4. 營造養生健康產業
 - 5. 創新中醫智慧醫療
 - 6. 傳承中醫藥文化與鏈結國際

二、達成目標之限制

(一) 中醫界對於中醫專科醫師制度是否法制化，尚未有共識

為凝聚中醫基層與學界對專科制度之共識，衛福部於 110 年至 114 年間，已召開 11 場座談會或說明會蒐集建議意見及雙向溝通，惟查中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中醫師全聯會) 113 年 11 月 7 日會員代表大會決議，因多數會員反對推行，應審慎評估並暫緩實施；再查全國中醫醫學校院會議秘書處 114 年 7 月 15 日函文衛福部略以，中醫五校六系基於本制度對於專業成長、照護品質及病人安全之確保甚有助益，全力支持推動，顯示中醫基層與學界對於本制度是否法制化尚分歧。因此，未來試辦訓練過程，仍須持續透過多元型態之管道廣納各界意見，持續溝通期增進中醫界對制度之瞭解及共識。

(二) 研(修)訂中藥執(從)業人員管理制度及法規，影響層面極廣，相關公會團體意見不易達成共識

要建構符合我國環境、務實可行且與可長可久之中藥執(從)業人員管理制度及規範，需與各界良好溝通與完善配套措施。為解決中藥販賣業人力斷層問題，衛福部業於 108 年 8 月 30 日發布藥事法第 103 條第 2 項後段解釋令及相關登記作業處理原則，嗣為修正處理原則以因應實務需求，召開多次會議，已稍有成效，暫時緩解人力需求。另衛福部於 114 年 3 月 18 日核釋藥事法第 103 第

2 項後段條文規定，新增國內公立或私立大學中藥或生藥相關學系畢業生，在學期間修畢中藥核心課程 35 學分，於中藥販賣業藥商實務歷練 1 年以上者，得向地方政府衛生局申請登記為中藥販賣業藥商。

然而中醫師、藥師、藥劑生、中藥商等公會對於中藥調劑、販賣等人力規劃仍難有共識。相關法規訂修過程中，因法條涉及許多團體、業者的利益衝突及權利義務，中醫藥團體、消保團體及法律專家學者等各界有不同見解。因此，研(修)訂中藥藥事管理法規，首要應如何廣納各界意見及凝聚共識，並向產、官、學進行有效的溝通說明，為完成相關法規立法之重要關鍵。

(三) 中藥邊境檢驗及稽查人力窘境

我國中藥材來源高度依賴進口，政府執行邊境查驗仍為中藥材品質安全管理很重要之一環，現行係由衛福部食品藥物管理署於各關口受理中藥材邊境查驗申請，但受限於檢驗成本及人力不足，尚無法增加抽驗品項。因此亟需挹注經費及人力資源，加速及完善品質分析量能。違法中藥可能來源包括市集、地攤、夜市等處所以外，因網際網路盛行，違法中藥已跨國際於新興媒體等各種通路刊登販售，因此須建立嚴密的聯合查緝機制，均亟需挹注經費及人力資源，全面性且系統性監控，始能保障民眾用藥安全。

(四) 中藥藥事作業及場所設置之管理未臻周延

現行以藥事法管理中藥及西藥，但受限於中藥特性與西藥不同，中藥的貯放及中藥調劑在調製之需求亦不同於西藥，例如中藥調劑常需製備水煎藥，製程產生高溫之作業場所問題，可能影響貯放中藥品質之穩定；以現行優良藥品調劑作業準則，尚難概括規範中藥之調劑作業。又現行藥事法對於中藥販賣場所之設置、中藥販賣從業作業流程應注意事項等事項，尚無明確之規範，致中藥販賣作業品質難以掌控。

(五) 政府挹注中醫藥資源有限

相較於鄰近同時發展現代與傳統醫學之國家，我國對中醫藥之政策投入與資源挹注仍屬有限。韓國於 92 年公布《韓醫藥育成法》，並以五年為一期推動「韓醫藥育成發展綜合計畫」，至 2026

年已邁入第 5 期，計畫目標為完善韓醫藥初級醫療與公共衛生體系、擴大健保給付項目、建構醫療大數據與人工智慧平台生態系統及強化全球競爭力等，參與部會橫跨保健、農業、食品藥政、科技、產業、外交等多個部門，114 年投入之韓醫藥研發經費約新臺幣 56.4 億元，101 年至 111 年之韓醫藥整體產值約介於 648 億元至 860 億元。

日本方面，雖未設置專責統籌漢方藥發展之政府機關，然其政策仍具明確分工，由農林水產省主導藥用植物之種植栽培，並由日本漢方生藥製劑協會推動原料供應保障、藥品品質提升、創新劑型研發及永續發展等工作，102 年至 111 年之日本漢方藥產業產值約介於新臺幣 364 億元至 536 億元。

而我國現行「中醫藥振興計畫（111-115 年）」每年核列經費約新臺幣 1~2 億元，跨部會整合與資源投入仍顯不足，致使在跨領域專業人才培育、中醫藥品質及研發量能提升方面有所限制。為確保中醫藥永續發展並保障民眾用藥安全，實有必要強化經費與人力挹注，並推動更為全面且系統性之管理機制。

（六）國家欠缺可作為制訂標準之中醫藥產業示範基地

衛福部規劃運用彰化明道大學退場校地，建置「中醫藥農業科技健康產業園區」，採「政府主導×公私協力×分期開發」模式推動，並委由行政法人國家中醫研究院進駐管理(六大中心)，打造全國首座結合科研、生技、健康與農業的綜合型示範園區，形成中央政策指導、園區統籌管理與民間參與營運的多層合作體系。

明道大學退場，由教育部私校退場基金先行代墊約 6.3 億債務；除自有土地 0.16 公頃外，其餘校地(含有機農場，共約 48 公頃)均向台糖公司承租，租金參考經濟部台糖公司租用條件合計約 947 萬 2,681 元（法定營業稅外加）；另依據該校提供資料，估算未來該園區維護費(安全與環境清潔維護、檢測、資訊服務及產物保險等)年約 1,017 萬 4,936 元。此外，校內 10 棟水泥教研建築物已八成超過 20 年，亟需整修以利園區使用。建設初期，六大中心均需國家投入經費，預估五年合計 31 億 8,055 萬元(包含債務、土地租金)，其中資本門(整建經費)佔 14 億 3,722 萬元。另亦將繼續利用明道大學原有的綠電規劃，未來再依據園區建設進度進行強化能源

使用效益。

三、績效指標、衡量標準及目標值

績效指標	衡量基準	背景值	年度目標值					備註
		114 年	116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
一、完善中醫服務體系								
導入尖端技術並應用於中醫藥作用機轉研究	建構中醫藥作用機轉研究技術件數	2	3	3	6	6	6	衛福部中醫所
推動中藥勝肽新藥研發成功數	完成中草藥勝肽分析之材料數	0 (新項目)	2	4	6	6	6	衛福部中醫所
強化中醫藥臨床實證	提出中醫臨床實證成果數	1	5	5	5	5	5	衛福部中醫所
拓展中西醫整合照護模式基地	補助推廣至基地醫院家數	9	10	10	12	12	12	衛福部
建立中醫參與緊急災害事件機制	訂定中醫應變作業流程或指引份數	0 (新項目)	-	1	-	1	-	衛福部
二、培育中醫服務人力								
培育中醫(中藥)臨床教學師資	全國中醫臨床訓練院所指導教師數	1,715	1,750	1,800	1,850	1,900	1,950	衛福部
建立中醫各專業領域臨床治療指引	編撰中醫實證醫學教材或臨床治療指引份數	1	2	2	2	2	2	衛福部
三、建構中藥產業鏈								
輔導臺灣中藥藥用植物種植	輔導中藥藥用植物種植數	13	13	13	13	13	13	農業部
輔導國產中藥材供應至中醫藥產業數量	媒合國產中藥材供應至中醫藥產業公斤數	12,972	13,000	13,500	14,000	14,500	15,000	衛福部
國產藥材研究及推廣策略之規劃與執行	完成國產藥材研究成果報告份數	3	4	4	4	4	4	衛福部中醫所
滾動式修正臺灣中藥典	出版臺灣中藥典	115 年出版第五版	-	-	-	-	公告出版第六版	衛福部

績效指標	衡量基準	背景值	年度目標值					備註
		114 年	116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
市售中藥(材)異常物質合格率	每年針對易超標中藥材列入檢驗，其異常物質合格件數/抽檢件數x100%	92.7% (105年至114年平均)	93%	93%	93.5%	93.5%	94%	衛福部
中藥材品質分析方法開發及對照藥材製備與供應管理	完成分析或品項數量	0 (新項目)	40	40	40	40	40	衛福部中醫所
智財保護及技術移轉	智財保護或技術移轉件數	2	2	2	3	3	3	衛福部中醫所
四、營造養生健康產業								
行政管理中心完成園區規章及基礎建設	完成進度(%)	0 (新項目)	10%	60%	100%	-	-	衛福部
提升中草藥檢驗服務量	服務件數(件/年)	0 (新項目)	0	2,400	2,800	3,200	3,600	衛福部中醫所
打造國家藥苑與種源蒐集	累計完成建立種源資料量	0 (新項目)	0	0	150	250	300	衛福部中醫所
提升國際合作暨產業研發應用	合作件數	0 (新項目)	0	2	2	2	2	衛福部中醫所
開發高齡族群中醫藥養生健康方案	開發件數(件/年)	0 (新項目)	2	2	2	2	2	衛福部中醫所
五、創新中醫智慧醫療								
完善中藥光譜資料	層析圖及光譜圖收載數量/開放查詢數	0 (新項目)	200	200	200	200/200	200/200	衛福部中醫所
維護及擴增「臺灣中藥典及中西藥	網站累計使用人次	108 萬	110 萬	120 萬	130 萬	140 萬	150 萬	衛福部

績效指標	衡量基準	背景值	年度目標值					備註
		114 年	116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
併用查詢系統」								
推動中醫醫材或儀器研發與實證	辦理創新研發或委託研究案數	0 (新項目)	2	2	2	2	2	衛福部中醫所
六、傳承中醫藥文化與鏈結國際								
提升民眾參加中醫藥知識文化推廣活動滿意度	參加推廣活動民眾滿意度(%)	96%	90%	91%	92%	93%	93%	衛福部
擴充傳統中醫藥文獻知識庫	拍攝臺灣傳統醫藥紀錄片(部數)	2	2	2	2	2	2	衛福部中醫所
持續保存原住民族傳統醫療保健知識	收錄原住民族傳統醫療植物或儀式文獻筆數	110	120	120	120	120	120	原住民族委員會
辦理「培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊」	培育種籽師資人數	177	100	100	100	100	100	原住民族委員會
辦理原住民族傳統醫療知識復振成果展暨觀摩會	辦理成果展暨觀摩會場次	1	1	1	1	1	1	原住民族委員會

參、現行相關政策及方法檢討

一、執行績效

衛福部自 109 年推動「中醫優質發展計畫(109-113 年)」及 111 年實施「中醫藥振興計畫(111-115 年)」，並於 113 年 7 月 4 日奉行政院核定同意整合前開兩項計畫。修正後中醫藥振興計畫(111-115 年)，整併為七項目標，各項績效說明如下：

目標一、健全中醫醫療照護體系

(一)優化管理法規及制度

因應實施中醫專科醫師制度之規劃，擬訂「中醫專科醫師分科及甄審辦法(草案)」訂定六大專科別，並為符合基層院所中醫師開執業現況，已於 114 年檢討醫療機構設置標準，中醫醫療機構之診療科別及人員設施相關規定完竣，後續將啟動法規修訂流程。

(二)辦理中醫醫院暨中醫部門評鑑

衛福部自 95 年辦理「中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑」，且定期滾動檢討，為中醫服務品質把關，至今已辦理 6 次，112 年評鑑合格醫院計 4 家、114 年評鑑合格醫院計 1 家。110 年以「優化、深化、全面化改革」為精神，參照醫院評鑑及牙醫醫院評鑑條文研修中醫院評鑑基準，並考量評鑑結果作為衛福部指定中醫醫療機構負責醫師訓練場所，檢討教學訓練篇條文，強化受評醫院教學訓練角色，總條文數由 84 條調整為 112 條。

(三)精進人才培育

1. 建立中醫專科醫師制度

依醫師法第 7 條之 1 規定，自 106 年起分階段建立中醫專科醫師制度，已完成「中醫專科醫師分科及甄審辦法(草案)」，及中醫內科、針灸科、中醫婦科、中醫兒科、中醫傷科、中醫家庭暨社區醫學科等 6 個專科之訓練相關規範；自 108 年起逐年遴選機構分階段試辦中醫 6 個專科醫師訓練，並由各中醫專科醫學會輔導訓練機構執行核心訓練及辦理完訓考核，截至 113 年底，已有 126 位醫師完訓且通過考核。

2. 精進中醫醫療機構負責醫師訓練成效

(1) 中醫醫療機構負責醫師主要訓練院所(下稱主訓院所)自 109 年起累計共輔導 765 家次以及新進中醫師 4,624 人次接受負責醫師訓練，並每年辦理工作小組會議、專家共識會議、病例報告研習營及選配作業說明會，持續檢討研修中醫醫療機構負責醫師訓練計畫及相關規範。

(2) 為辦理主訓院所招訓新進中醫師電腦選配作業，衛福部自 109 年起於中醫師臨床訓練管理系統新增選配功能，於 110 年公布選配簡章上線試辦，自 111 年正式實施中醫負責醫師訓練選配制度，迄今運作穩定；111 年至 114 年主訓院所參與家數由 41 家增加至 104 家，提供訓練名額由 122 位增加至 494 位，申請人選配成功率自 67%提升達 88%，招募容額已可滿足申請人接受訓練之需求。

3. 培育中醫(藥)臨床教學師資及中醫臨床技能測驗考官

(1) 為整合中醫臨床教學師資，並提供受訓醫師臨床技能多元考核方式以提升訓練品質，於 112 年函頒修正「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」及「中醫臨床技能測驗考官認證要點」，輔導中醫醫學教育團體辦理六大核心能力及教學技能與提升教師教學技能培育課程。

(2) 依健保 6 分區輔導 6 家醫院，辦理中醫藥臨床教學實務訓練課程與中醫臨床技能測驗考官培訓課程；截至 114 年底，取得中醫(藥)指導教師資格證書累計人數已達 2,885 人，通過考官資格認證者達 346 人。

(四) 推展中醫實證研究特色醫療照護

為促進中醫藥研究及發展，補助教學醫院從事中醫臨床療效實證研究，提升中醫臨床應用及醫護品質，衛福部於 109 年起輔導教學醫院以腦中風、加護病房、呼吸照護中心、乳癌、不孕症、心衰竭及血壓透析併發症等主題，組成 7 組中西醫實證研究臨床照護模式推展運用團隊，召開跨領域專家會議，擬定該病種照護模式(含照護指引、品質監測指標、成效分析等)，並於推展基地醫院辦理教育訓練；截至 114 年底已於北、中、南區共計 16 家基地醫院推廣該照護模式。

目標二、精進源頭品質控管

(一)強化本土中藥藥用植物種植開發及產業合作

1. 衛福部自 112 年起補助辦理「中藥藥用植物種植計畫」，輔導種植馬藍、野葛及石斛，113 年補助及輔導種植桑、荊芥、薑黃、莖朮及臺灣白及，114 年補助及輔導種植天麻、茵陳蒿、黃耆、何首烏、天門冬、益母草、桔樓及丹參。
2. 衛福部於 113 年起辦理「國產中藥藥用植物及中藥材產銷媒合計畫」，建置中藥材產銷媒合平台，113 年成功媒合 13 筆共 6,869 台斤之國產中藥材供應至中醫藥產業應用端，114 年媒合 16 筆共 2 萬 1,620 台斤；且自 113 年起已累計遴選出 11 位優質中藥藥用植物種植者，給予獎勵；並進行供應中藥材之基原鑑定及異常物質檢測，輔導農民種植正確藥用基原，以確保民眾用藥安全及促進本土中藥產業發展。
3. 農業部於 114 年起配合辦理「中藥藥用植物項目試種及栽培管理評估」，初步完成基隆山藥、天麻、桑、枸杞、丹參、梔子、薄荷、魚腥草、紅花益母草、黃芩、木鱉子、白花蛇舌草、艾納香等 13 項目之品系評估、產量調查及成分分析，以提升我國中草藥自給率及相關栽培技術。

(二)加強中藥材源頭管理

1. 衛福部自 101 年起實施中藥材邊境查驗制度，並自 106 年 1 月 1 日起實施修正「應施輸入查驗中藥材之相關查驗規定」，應查驗中藥材項目計 21 項、應抽驗中藥材項目計 16 項；依輸入藥物邊境抽查檢驗辦法第 8 條第 2 款規定，抽批檢驗按百分之二至百分之五十之抽查率為之。111 年至 114 年 1-8 月，共報驗 12,406 批(計 42,900 公噸)，抽驗 3,218 批，有 50 批不合格，不合格產品均已退運或銷毀。
2. 研析中藥材溯源追蹤管理制度，將朝毒劇中藥材輸入販售流通登錄進行管理，完成建置中藥材流通追蹤管理系統，據以登載流向資訊，即時掌控產品動向，保障用藥安全。

(三)提升中藥材品質

為提供中醫醫療院所優質中藥材，提升中藥材品質管理效能，參考各國中藥材分級管理規定，完成研提「供醫療通路使用之中藥材及飲片作業環境衛生及品質指引」，試行優良中藥材

及飲片供應商遴選作業，供中醫師選購中藥材飲片參考。

(四)訂定中藥材異常物質限量基準

1. 105 年 5 月 10 日發布「中藥材含二氧化硫、黃麴毒素限量基準」，同年 8 月 10 日發布「中藥材含重金屬限量基準」。
2. 113 年 11 月 6 日則訂定「中藥材農藥殘留限量基準」，自發布後二年生效。又於 114 年 4 月 15 日函頒「中藥材農藥殘留檢驗方法」，該方法降低中藥材之基質干擾，供中醫藥產業使用，確保民眾用藥安全。

(五)精進藥典中藥品質技術規範及推廣交流

1. 臺灣中藥典第四版於 111 年 6 月 1 日實施，收載 394 個品項，含中藥材 355 個品項、中藥材飲片 30 個品項及中藥製劑 9 個品項，並於同年 12 月出版英文版。
2. 為及時處理中藥業者所面臨中藥檢驗規格相關問題，於 114 年 7 月 30 日公告修正大黃等 8 項中藥材個論內容，以實踐中藥典實際落地應用之可行性，提供業界據以執行。

(六)中藥產業市場產值推估及多元提升策略

1. 112 至 114 年透過分析我國上、中、下游中醫藥產業產值，推估近年中藥(含可供食品使用中藥材)之製造、批發與零售產值加總約 600 億元，包含進口及批發產值約 39 億元、產品生產產值約 437 億元及零售產值約 124 億元，並研究日本及韓國等先進國家之傳統醫藥發展策略，彙整召開中藥產業產值焦點座談會 1 場，提出產值提升策略建議。
2. 為拓展中藥海外市場商機，112 至 114 年研析歐洲對傳統醫藥需求量大國家(如：德國、比利時、瑞士、荷蘭及英國等)之傳統醫藥管理及上市註冊規定，彙編「歐盟區傳統藥品註冊登記申請概要」，並邀請國外之官員或專家來臺進行交流及合作。同時邀集我國中藥製藥業者組團，於 112 年及 114 年分別赴日本及德國參與國際展會，與當地廠商建立合作關係，拓展國際人脈及市場商機。114 年中藥製劑出口額約 148 億元。

(七)本土中藥材之研究與開發毒性化學物質之替代分析

1. 完成臺產(含馴化與本土)藥材成分、藥理研究與開發 12 品項、藥材加工與儲存研究 3 品項、藥用植物栽培研究 2 品項，

並辦理自產藥用植物發展工作坊 2 場次以串聯農業與產業鏈，提升源頭品質控管與產業發展能量並降低對進口藥材之依賴。

2. 為提供國內充足且可靠的對照藥材與指標成分，提升分析技術之確效便利性，完成建立 31 個中藥材品項之對照藥材與 21 個中藥飲片品項之科學分析方法建置（TLC 鑑別與 HPLC 含量分析），以及 12 種中藥材指標成分製備，強化國內品質管制基礎；並因應部分方法仍使用具毒性溶劑及不符現行需求之問題，同時完成 3 種中藥材毒性化學物質替代分析研究，以建構更安全、環保之檢驗技術與方法。

目標三、促進產業創新加值

- (一) **建立「臺灣中醫臨床研究聯盟」**：發展中醫藥臨床研究網絡，聯盟成員醫院已達 27 家；辦理 2 項社區調查計畫，評估老年症候群之中醫介入需求，及 5 項支持聯盟成員醫院進行中醫藥治療療效評估臨床研究計畫，清冠二號水煎劑安全性及療效評估臨床研究計畫，清冠二號中藥新藥多中心第二期臨床試驗計畫。
- (二) **推動中藥創新研發**：輔導中藥廠商完成臨床試驗及通過中藥新藥查驗登記審查，於 113 年 5 月核發第 1 張「臺灣清冠一號」國內新藥藥品許可證，使藥品得於國內上市，嘉惠國人。
- (三) **推動及補助 GMP 中藥廠執行確效作業**：截至 114 年 12 月止，已有 20 家濃縮製劑中藥廠通過第一階段確效作業查核，以提升我國中藥製藥水準，增加國際競爭力。
- (四) **精進中藥濃縮製劑品質**：截至 114 年 11 月止，已完成芍藥甘草湯等 13 方中藥濃縮製劑指標成分含量分析方法開發及制訂含量標準建議草案，115 年預計再完成 3 方，供作未來臺灣中藥典編修參據。
- (五) **建置藥品資訊管理平台**：即時揭露廠商得自行變更之最新標籤、仿單或包裝資訊，以提供醫療人員及一般民眾對於中藥藥品包裝資訊的便捷查詢與多元應用。
- (六) **建立中藥製劑管理機制**：因應中醫師臨床用藥及外銷需求，增加外科相關之固有典籍「外科正宗」，作為申請中藥製劑查驗登記之處方依據。為健全中藥製劑類別管理機制，完成「中藥製

劑藥品之分級審查指引(草案)」，以作為管理機制之參據。

- (七) **強化智財保護**：截至 114 年，國家中醫藥研究所已取得臺灣及美國發明專利共 8 件，另有 10 件台美專利案件正積極審查中，並完成 3 件美國臨時專利申請，以強化前瞻性智財保護。
- (八) **獎勵推動中醫藥發展貢獻**：依中醫藥發展法第 7 條第 2 項規定，衛福部於 109 年 11 月 26 日發布訂定「中醫藥發展獎勵或補助辦法」，並依據該辦法第 2 條及第 3 條規定，於 110 年舉辦首屆中醫藥發展獎勵表揚活動，計有 13 個績優團體及個人獲頒此項殊榮；並於 112 年賡續辦理第二屆表揚活動，計有 12 位專家學者及 7 組團體獲此殊榮。

目標四、強化上市中藥監測

- (一) **落實上市中藥監測**：自 111 年起至 114 年 10 月底，執行中藥(材)異常物質抽驗，共抽驗 2,306 件，其中異常物質檢驗計 2,200 件合格，合格率 95.4%。執行中藥材包裝標示檢查，111-113 年計抽查 4,445 件中藥材，4,430 件合格，合格率 99.66%。執行中醫診所調劑藥品抽驗重金屬檢查，111-113 年計抽驗 81 件中藥調劑藥品，80 件合格，合格率 98.77%。

(二) 分析中西藥併用之效益與風險

1. 與國防醫學院跨領域合作進行回溯分析，結果顯示在臺灣服用 nifedipine/felodipine 的病人，使用生脈散增加頭痛副作用的發生；在服用 theophylline 的病人，併用辛夷散者較無併用者有較高的副作用發生率；但併用生脈散或辛夷散者的死亡率較無併用者低。研究成果共發表 2 篇期刊論文；對部分成分對 CYP 的影響已執行國人基因型的探討，並發表 1 篇會議報告。
2. 利用大數據資料庫評估中西藥併用之臨床效益與風險，結果顯示合理併用可提升治療成效，並可能降低長期不良健康風險；失眠研究結果顯示，相較於單獨使用西醫助眠藥物，老年族群合併使用中西醫助眠藥物者，其後續失智症發生風險約降低 59%，部分成果已在國際學術研討會中發表。

目標五、提升藥事服務及衛生教育

(一) 精進中藥藥事服務專業品質

1. 藥師：

- (1) 為符合中醫藥產業需求及提升中藥藥事服務品質，衛福部於 109 年 5 月 28 日會銜教育部令修正「藥師從事中藥製劑製造供應及調劑應修習中藥課程標準」，重新檢討藥師應修習中藥課程科目與學分，並新增 160 小時中藥實習之執業要求，自 109 學年度以後入學之藥學系學生開始適用。
- (2) 辦理「強化藥師中藥實習場域及專業訓練計畫」，研訂培訓認證課程，儲備中藥實習指導教師達 899 名(男性 430 人，女性 469 人)。
- (3) 將各中藥實習場所依其實習環境及執業面向，分為中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業、中藥製藥廠等四大場域，遴選出 341 家中藥實習場所可供藥學生實習，並提供清單予各校參考運用。
- (4) 強化藥師中藥專業知能及提升藥師中藥供應與調劑服務量能，加強中藥藥事人員對於中藥偽劣禁藥及毒劇中藥材臨床使用管制及注意事項相關知能，112 年至 114 年辦理 16 場藥師中藥專業訓練及實務進階課程，計 1,619 人次(男性 627 人，女性 922)參加。

2. 中藥商：

- (1) 為加強中藥從業人員專業知能教育，衛福部自 112 年開始輔導建立從業人員持續教育與實務訓練機制，已訂定中藥從業人員繼續教育機制及教育訓練課程公版教材，並辦理教育訓練，迄今業完成北、中、南、東區計 10 場次，培訓計 2,548 人次。
- (2) 為解決中藥販賣人員凋零問題，於 114 年 3 月 18 日頒布藥事法解釋令，盼為中藥產業引進新血，活絡產業發展，並協助媒合新進中藥從業人員至中藥販賣業進行實務歷練，提供輔導業師帶領傳承經驗，為中藥產業建構完善的教學制度，提升中藥從業人員專業知能與產業服務品質。

(二)多元推廣中醫藥衛生教育，優化諮詢平台

1. 為加強民眾對中醫藥衛生教育認知，從生活中建立正確使用中醫藥的觀念，衛福部持續推動中醫藥衛生教育，以「停、

看、聽、選、用」五大核心能力為主軸，宣導中藥用藥安全 5 撇步「停偏方、看中醫、聽仔細、選合格、用對藥」，結合中醫藥衛生教育資源中心、中醫醫療院所及社區藥局，深入社區、校園及職場等場域，自 112 年至 114 年共辦理 217 場推廣活動，參與人次 7,279 人。

2. 透過捷運車廂、google 聯播網、LINE Today 聯播網刊登廣告，刊登曝光數達 1,029 萬 6,838 人次，並建立民眾中藥用藥安全諮詢平台，盤整歷年衛教資源製作的文宣、海報、漫畫或影片，提供專有登入網頁入口與民眾互動，同時亦有助於瞭解民眾關心之議題。

目標六、建置傳統中醫藥文獻知識庫及復振原住民族傳統醫療知識

(一)促進中藥商產業輔導及技藝傳承：衛福部於 112 年度委託辦理中藥商產業輔導計畫，制訂「中藥從業管理手冊」，訂定中藥從業人員、營業場所及中藥(材)貯存倉庫之管理等事項，建立標準作業參考指引；113 年為推廣該手冊規範，透過遴選 8 家中藥商試行，並輔導成為示範店家，建立中藥販賣業者之從業規範；又為樹立標竿學習標的，114 年訂定示範店家遴選作業要點，並據以遴選及表揚示範店家。

(二)推廣中藥文化及技藝傳承：衛福部藉由每年辦理中藥知識及文化推廣活動，促進民眾對中藥用藥知識及文化之理解及體驗，同時加強民眾與中藥商產業的交流，確保中醫藥淵遠流長之技藝得以傳承。自 112 年起辦理「中藥本草文化節活動」，累計 12 場，35 萬人次參加。

(三)建置傳統中醫藥文獻知識庫

1. 完成建置後設資料庫一套。
2. 完成文獻的文字考查、數位化工作 800 萬字。
3. 完成拍攝紀錄臺灣傳統醫藥短片 8 部。
4. 現代醫療事件文獻史料蒐集與口述歷史撰述、當代具影響力醫林人物文獻史料蒐集與口述歷史撰述 1 件。

(四)守護與傳承原住民族傳統醫療文化

預期透過系統性收錄原住民族傳統醫療文獻，提供政策與實務的重要參考；結合文化敏感的田野調查與數位工具整理古

籍資料，加速傳統醫療知識的保存、整理與傳承；辦理「種籽教師工作坊」，培育具教學與傳承能力的原住民族師資，建立持續傳承的穩固基礎；同時舉辦成果展暨觀摩會，促進跨界知識交流，提升社會大眾對原住民族傳統醫療文化的理解與重視，預期將在文化保存、人才培育及社會認知等多方面產生深遠影響。

目標七、建構與鏈結國際夥伴關係

為發揮臺灣中醫藥國際影響力，衛福部積極參與相關國際性會議，包含國際東洋醫學會(International Society of Oriental Medicine, ISOM)及中藥全球化聯盟(Consortium for Globalization of Chinese Medicine, CGCM)，其中，我國具有國際東洋醫學會理事席次，已主辦6次大會，106年更爭取到40多年來首位臺灣籍會長；114年主辦第21屆大會，計有來自12國專家學者1千餘人參與，顯示我國中醫藥發展經驗在國際間備受矚目與肯定。

「中醫藥振興計畫」績效指標實際執行情形

績效指標	衡量基準	年度目標值					實際執行情形
		111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	
目標一、健全中醫醫療照護體系							
精進中醫醫療機構負責醫師選配制度	選配成功率	-	-	-	77%	80%	114 年選配成功率 88%。
輔導教學醫院建置中醫臨床技能測驗中心	補助醫院家數	-	-	-	6	6	114 年補助 6 家醫院成立中醫臨床技能中心。
培育中醫（中藥）臨床教學實務訓練師資	取得指導師資資格證書累計人數	-	-	-	850	900	至 114 年底指導教師人數累計 2,885 人。
發展中西醫整合照護模式	建立中西醫整合照護模式及指引（或報告）數	-	-	-	2	2	114 年完成 2 份中西醫整合照護指引。
布建中醫社區照護網絡	中醫社區預防醫學講座或活動參與人次	-	-	-	7,000	8,000	114 年至 115 年第一季累計 15,388 人次。
目標二、精進源頭品質控管							
推動藥材研究與開發	完成臺產（含馴化與本土）藥材成分、藥理研究與開發 14 品項	-	21%	50%	79%	100%	累計共完成 12 項，年度目標值達 86%。
輔導中藥藥用植物種植	累計補助中藥藥用植物種植數	-	2	4	6	8	1. 112 年補助 4 件計畫種植馬藍等 3 種中藥藥用植物。 2. 113 年補助 4 件計畫種植桑等 5 種中藥藥用植物，累計補助中藥藥用植物 8 件。 3. 114 年補助 7 件計畫種植天門冬等 8 種中藥藥用植物，累計補助中藥藥用植物 15 件。

績效指標	衡量基準	年度目標值					實際執行情形
		111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	
							4. 115 年補助 6 件計畫種植半枝蓮等 5 種中藥藥用植物，累計補助中藥藥用植物 21 件。
常用中藥飲品之品質管控方法開發	累計完成項目數	-	6	12	18	24	累計完成項目數 22。
編修臺灣中藥典第 5 版	完成中藥典收載品項達 450 項	10%	25%	50%	75%	100%	111 年：10% 112 年：25% 113 年：50% 114 年：75% 115 年：年底完成臺灣中藥典第五版出版，收載品項達 450 項。
目標三、促進產業創新加值							
成立「臺灣中醫臨床研究聯盟」，建立臨床治療指引及中藥製劑之臨床前療效評估	累計中醫臨床合作研究案或指引（或報告）	0	1	4	7	10	累計 4 件中醫臨床研究案及 4 件臨床前療效評估案，共計 8 件。
提升中藥產業產值	中藥產業產值(億元)	460	495	530	565	600	111 年：534 億元 112 年：503 億元 113 年：655 億元 114 年：677 億元 115 年：預計 600 億元以上(年底完成統計)
制訂中藥濃縮製劑指標成分含量標準	完成制訂中藥濃縮製劑 20 方	10%	25%	50%	75%	100%	完成制訂中藥濃縮製劑 20 方。
目標四、強化上市中藥監測							
市售中藥（材）異常物質檢驗合格率	檢驗合格件數/抽檢件數 x100%	90%	90%	92%	92%	93%	1. 111 年度抽驗 410 件，378 件合格，合格率 92.2%。 2. 112 年度抽驗 742 件，711 件合格，

績效指標	衡量基準	年度目標值					實際執行情形
		111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	
							合格率 95.8%。 3. 113 年度抽驗 660 件，628 件合格，合格率 95.2%。 4. 114 年度抽驗 510 件，484 件合格，合格率 94.9%。
以大數據庫分析探討中西藥交互作用	累計探討藥品類別數	-	-	2	4	6	截至 115 年已累計探討 5 種藥品類別。
目標五、提升藥事服務及衛生教育							
辦理中藥執(從)業人員專業訓練課程	參加中藥執(從)業人員專業訓練課程人次	-	700	800	900	1,000	1. 112 年參加中藥執(從)業人員專業訓練課程達 1,412 人次。 2. 113 年參加中藥執(從)業人員專業訓練課程達 1,387 人次。 3. 114 年參加中藥執(從)業人員專業訓練課程達 1,493 人次。
民眾中醫藥知識認知提升率	參加中醫藥衛生教育推廣活動之課後測驗分數比課前測驗分數高之人數/整體參加人數×100%	-	75%	80%	85%	90%	112 年：達 75%以上 113 年：達 80%以上 114 年：達 94%以上 115 年：預計達 90%以上（年底完成統計）
目標六、建置傳統中醫藥文獻知識庫及復振原住民族傳統醫療知識							
民眾對中藥知識及文化推廣活動或課程之參與度	參加中藥知識文化推廣活動人次	-	4,000	4,250	4,500	5,000	1. 112 年度於臺北辦理 1 場次活動，約 3 萬 1,600 人次參與。 2. 113 年度於臺北、臺中及高雄辦理 3 場次活動，約 17 萬人次參與。 3. 114 年度於臺中、

績效指標	衡量基準	年度目標值					實際執行情形
		111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	
							嘉義、臺北、花蓮、高雄、臺東及桃園辦理 7 場次活動，約 29 萬人次參與。
民眾對原住民族傳統醫療知識復振推廣活動或課程之參與度	參加原住民族傳統醫療保健培訓人次	120	120	160	160	160	辦理培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊，各年度培訓師資人數如下： (一)111 年：182 人 (二)112 年：122 人 (三)113 年：161 人 (四)114 年：177 人 (五)115 年：預計培訓 160 人
目標七、建構與鏈結國際夥伴關係							
積極參與中醫藥國際性組織及國際會議	參加及辦理國際研討會場次	-	5	6	5	5	112 年：5 場 113 年：6 場 114 年：5 場 115 年底：預計 5 場

二、執行檢討

目標一、健全中醫醫療照護體系

(一) 中醫專科制度亟待法制化

目前我國中醫專科醫學會發展仍處於起步階段，相較於西醫專科醫學會，其組織規模、會員數量、行政運作能力與考核制度皆仍待強化。由於部分醫學會缺乏足夠資源建立完善之專科訓練內涵，及臨床技能評估與標準化認證機制。鑑於此，應透過政策輔導及資源挹注，協助中醫專科醫學會建立健全組織架構，提升學會之專科訓練規劃能力、強化課程品質控管、專科指導師資培育及臨床技能考核之執行效能，俾以提升中醫師臨床能力之標準化與專業分工發展。惟目前中醫界對於中醫專科醫師制度是否法制化尚未有共識，宜強化溝通、落實制度，進而推動中醫由一般性門診邁向住院照護服務，由全人醫療深化至急、重、難、罕症照護，同時培育具備中醫臨床研究能力，奠定中醫臨床人才培訓體系與實證醫學發展之基礎。

(二) 中醫專科醫師訓練課程須深化及精進

建立中醫專科醫師訓練制度之目的，在於培育具有實證研究與專科教學能力之中醫師，拓展中醫師執業深度，促進中醫藥研究與中西醫整合，惟中醫相關團體及中醫醫學生反應，目前規劃之中醫專科醫師訓練內容與中醫負責醫師訓練內容差異不大，將輔導六個專科醫學會及台灣中醫醫學教育學會，通盤檢討各該中醫專科訓練目標及完訓之中醫師應達到之核心能力，進而研議中醫醫學三階段(中醫實習醫學生、負責醫師及專科醫師)之銜接與漸進訓練內容。

(三) 中醫負責醫師訓練選配制度仍須優化

中醫負責醫師主訓院所選配開放之訓練名額已自 122 名(110 年)增加至 494 名(114 年)，配對成功率並逐年上升至近 90%，顯見訓練量能已足以因應中醫畢業生人數所需，然部分訓練院所反映近年招生情形不佳，可能與受訓醫師以都會地區為首選致城鄉比例不均之情形，為進一步優化本訓練選配制度，並均衡訓練場域之情形，將持續檢討訓練計畫與選配簡章，並落實公平公正之選配制度。

(四) 中醫醫療照護普及性仍有精進空間

在我國快速邁入超高齡社會之際，近年雖積極推動中醫預防醫學、居家醫療及長照服務等措施，但中醫服務量能及普及性仍有精進之空間。同時，面對全民健康保險與整體醫療照護體系在預防醫學、老人安養、身心養護、復健診療、居家照護等多重功能需求，中醫在慢性病管理、社區照護及多元長期照護服務中可扮演關鍵角色，需持續加大資源投入並強化服務品質。另在醫療資源分布上，中醫服務城鄉差距仍存，普及性與均衡性不足，醫療品質與服務環境仍亟待賡續優化。

目標二、精進源頭品質控管

(一) 落實輔導國內中藥藥用植物種植及加工生產

為降低中藥材進口依賴，發展國內中藥藥用植物種植，衛福部自 112 年起補助中藥藥用植物種植，迄今共補助 15 件計畫，並建置國產中藥材產銷媒合網路平臺，於 113 至 114 年成功媒合 29 筆共 2 萬 8,489 台斤國產中藥材至中醫藥產業，逐步輔導國內中藥藥用植物產業發展，惟每年仍有進口逾 2 萬噸中藥材之需求，仍須持續輔導國內中藥藥用植物種植及加工生產鏈，滿足我國中醫藥產業需求。

近年常有短時極端氣候變異，除影響栽培管理，亦影響後續產量、生物量、乾物質及有效成分，經由試種及栽培管理評估計畫，可遴選對環境溫度雨量耐受度高、產量及成分穩定之中草藥品系，提供農民種植技術支援，並確保品質符合固有典籍有效成分規定；另針對省工栽培及收穫機具進行研發，以降低生產成本，並導入臺灣良好農業規範(TGAP)、輔導申請產銷履歷或有機驗證，提高市場競爭力。

(二) 健全中藥(材)異常物質標準規範

目前雖已制訂中藥(材)含二氧化硫、重金屬、黃麴毒素及農藥等異常物質限量基準，惟中藥材係天然物，其品質受生物特性、栽種環境、加工方式等因素影響，且中藥材品項繁多，需要持續調查監測異常物質背景值及各國中藥材衛生品質規範，並評估其於醫療上之用法與用量，仍需藉由滾動式檢討增(修)訂中藥(材)異常物質標準，逐步提高監測中藥(材)衛生品質涵蓋率，提升

中藥(材)品質，以保障消費者中藥用藥安全。

(三) 持續精進中藥材異常物質標準規範

中藥材源自天然物，易受栽培環境、加工條件、儲存不當等因素影響，故為落實中藥材異常物質管理，衛福部自 105 年起實施中藥材含重金屬、二氧化硫、黃麴毒素限量基準，惟執行迄今，迭獲中醫藥界反映部分中藥材品項，因其植物生物特性或生長環境改變，不易符合規範，導致無藥可用之窘況，爰將持續辦理中藥材異常物質背景值調查作業、蒐集國際間異常物質限量規範及危害性等文獻，據以檢討中藥材異常物質限量規範。

(四) 以需求端驅動的中藥材在地化供應鏈

為逐步降低對進口中藥材之依賴，雖已規劃在地種植方向，惟中藥材自種植到採收到供應市場所需，需賴全鏈發展，並納入數位管理，迫切需要從選病選方選藥，作中藥材成分研發，開發種植環境，鼓勵農民栽種藥用植物，規劃採收保價保險機制，在地加工運銷，得以充分供應市場所需。

(五) 強化中藥品質管制與確保用藥安全

中藥材來源多元、品項繁多，亟需持續強化源頭管理，並持續強化市售產品之監測機制，以杜絕不良品出現於國內市場，本計畫已建立中藥材對照藥材與指標成分之基礎資料庫，並完成多項中藥飲片之科學分析方法開發，對我國中藥品質管制體系具有重要助益。然而，中藥材來源多元複雜，品項繁多，仍須持續強化源頭管理；未來應加強上市後監測，以避免不良或不合格中藥材流入市場，確保醫療用藥及保健產品之品質與安全。

目標三、促進產業創新加值

(一) 須持續扶植中藥產業升級及促進新藥發展

我國中藥廠已全面實施藥品優良製造規範，為因應藥品管理之國際法規趨勢及確保民眾用藥品質，需持續強化濃縮製劑中藥廠執行確效作業之量能，並逐步健全傳統中藥廠確效作業之概念與實務基礎，以利未來全面推動確效作業，提升我國中藥廠整體之製藥品質。

鑑於新藥研發期長且所需經費龐大，中藥產業投入新藥研發之誘因與動能不足，爰應爭取經費挹注中藥製劑之創新開發，結

合中醫臨床常用處方，透過臨床試驗建立科學證據，作為後續申請中藥新藥查驗登記之基礎，以促進中藥產業創新發展。

(二) 持續累積中醫藥安全性及療效實證資料

中醫藥有數千年的傳承，累積大量經驗性成果，惟系統性整理與現代研究方法驗證仍顯不足，亟需強化中醫藥臨床研究及臨床試驗，利用現代科學方法累積中醫藥之實證，促進中醫藥產業發展。

(三) 深化智財佈局與產業鏈結，提升中醫藥創新成果之國際競爭力

中醫藥研發成果多停留於學術層次，專利與智財策略介入不足，影響技術保護與產業化進程，未來應建置完善之智慧財產管考系統，有效篩選具備研究潛力、產業利用性與專利可行性之中藥新藥開發計畫，並加強培訓智財領域專業人才，採以專案管理模式進行從研發到技術轉移之全程進度控管，以能具體展現中醫藥創新研發成果於國際化落地與市場擴散之成效。

目標四、強化上市中藥監測

(一) 上市中藥監測品項繁多需滾動式調整

中藥材品項繁多，仍需繼續強化上市監測，依國人使用習慣作滾動式調整抽驗項目，並透過舉辦研討會議，促進衛生局同仁交流查緝經驗，以保障民眾用藥品質。

(二) 中西藥交互作用仍需更多實證研究

釐清中西藥交互作用是預測整合藥物治療之損益與優化用藥的必要條件。目前對於CYP的不同成員與不同受質的影響，仍有擴充研究範圍之必要；此外，針對個體間中西藥交互作用之差異性，亦需要進一步之基因多型研究，以作為創造安全且精準之中西藥整合醫療環境的關鍵基礎。

(三) 整合大數據分析以強化中西藥交互作用之安全監測

由於中西藥交互作用機轉複雜，未來仍需持續進行多層次的安全監測，結合資料庫與機制研究，以確保中西藥併用之安全性及臨床效益。

目標五、提升藥事服務及衛生教育

(一) 投入中藥藥事服務人力及專業職能不足

鑑於國內中西醫整合治療模式日漸普及，對於中藥藥事服務

人力及專業職能缺口漸增，人員較缺乏中藥專業知識及能力，專業人員較少投入從業中藥業務之動機，中藥教學課程與實務脫節，實習訓練場所多數為社區藥局、連鎖藥局或連鎖藥商，所能提供中藥實務機會較低，僅有中藥成藥及藥食兩用中藥材之販售，對於藥事法中藥管理或食品安全衛生管理法之認知不足。

(二) 中醫藥衛生教育須持續向下扎根，普及正確就醫及用藥觀念

國人充分認識及正確利用中醫用藥服務，亟需投入適當經費，除增加中醫藥衛生教育種子師資，亦期能藉學校教育促使中醫藥素養向下扎根，繼續推動中醫藥與相關保健知識之教育及學習，普及國民對中醫藥之認識，提升國民中醫藥知識。

目標六、建置傳統中醫藥文獻知識庫及復振原住民族傳統醫療知識

(一) 擴散中醫藥文化推廣活動，活絡中藥產業

鑑於辦理中醫藥文化推廣活動之目的在使民眾對中藥產業有更深入的認識，普及中醫藥保健知識，故應加強考量辦理地點之擇定，以達促進各縣市之均衡發展，讓中藥文化貼近全國民眾之日常生活，加深國人對中藥認知及體驗，建立正確中醫藥觀念與態度。

(二) 建置傳統中醫藥文獻知識庫

傳統中醫藥典籍數位化推動工作，目的為提高資料準確度及交互操作性，永續發展為其最終目標。仍有持續精進空間。文字數位化方面，如透過OCR識別與人工校對結合，以提升相關文字精準度及效率；資料庫與平台交互操作建設方面，如建立中醫藥詞彙、病名、證候、方劑、藥材等標準化術語庫，與國際中醫藥標準如 TCM-ID 銜接，有助於資料交換和建立資料庫標準；永續發展方面，採多重備份與存儲，採取嚴格的資料備份策略，確保數位化成果長期保存與永續運用。

(三) 原住民族傳統醫療知識之保存與復振面臨傳承斷層及教育人力不足之困境

原住民族知識多以口述傳承，隨著青年外流、耆老凋零及族語使用率下降，許多藥用植物知識與祭司、巫醫的療癒儀式之知識承載者正加速流失。另一方面，族群內部缺乏必要的研究機構與具備專業能力之教育、研究及技術人才，致使傳統醫療知識難

以在原生文化脈絡下被系統化保存與推展。唯有提升族群自主培育與有關機關教育人力之量能，方能促進其永續發展。

目標七、建構與鏈結國際夥伴關係

鑑於各國對於傳統醫藥產品管理制度及進出口規範不盡相同，亟需瞭解各國傳統藥品產業發展趨勢，以協助中藥製藥業者評估海外市場開發潛力，並輔導廠商製造之產品符合國外上市審查規範，以拓展國際海外市場商機。

三、現行相關計畫

中醫藥振興計畫（111-115 年）

（一）六大目標

目標一、健全中醫醫療照護體系

目標二、精進源頭品質控管

目標三、進產業創新加值

目標四、強化上市中藥監測

目標五、提升藥事服務及衛生教育

目標六、建置傳統中醫藥文獻知識庫及復振原住民族傳統醫療知識

目標七、建構與鏈結國際夥伴關係

（二）參與之部會及預算（111-115 年度）

衛生福利部（中醫藥司）預算新臺幣（下同）5 億 3,375 萬 6 千元

衛生福利部國家中醫藥研究所預算 2 億 4,237 萬 5 千元

原住民族委員會預算 2,021 萬元

農業部預算 800 萬元

五年預算總計 8 億 434 萬 1 千元

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

目標	策略
一、完善中醫服務體系	1. 研(修)訂中醫藥法規及人員管理
	2. 強化中醫藥學術基礎建設
	3. 強化中醫藥臨床實證研究
	4. 落實中醫三段五級照護
	5. 促進中西醫整合醫療
二、培育中醫服務人力	1. 優化中醫臨床訓練
	2. 深化中醫專業能力
	3. 精進中藥服務品質
三、建構中藥產業鏈	1. 推動臺灣中藥種植及推廣應用
	2. 強化中藥材源頭及流通管理
	3. 健全中藥材品質管理
	4. 精進上市中藥(材)監測
	5. 提升中藥販賣服務品質
	6. 優化中藥新藥開發環境
	7. 精進中藥製劑品質管理
	8. 強化中藥製藥產業韌性
四、營造養生健康產業	1. 建置「中醫藥農業科技健康產業園區」
	2. 發展中醫養生健康產業
	3. 推動中醫藥衛生教育
	4. 提升民俗調理產業發展
五、創新中醫智慧醫療	1. 培訓中醫藥跨領域人才
	2. 發展中醫人工智能應用
	3. 建立中醫藥資訊數位化
	4. 評估中西藥併用效益及安全
	5. 研發中醫醫材或儀器
六、傳承中醫藥文化與鏈結國際	1. 發揚中醫藥文化知識
	2. 獎勵中醫藥發展貢獻
	3. 建置傳統醫藥數位化
	4. 強化中醫藥鏈結國際

二、執行策略及分工

(一)分年執行重點

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
一、完善中醫服務體系							
(一) 研(修)訂中醫藥法規及人員管理	1. 研(修)訂中醫、中藥法規及人員管理制度	1-1.每 4 年檢討中醫醫院評鑑及中醫教學醫院評鑑制度。 1-2.每 5 年評估中醫師、中藥人力供需現況，探討影響中醫醫事及藥事人力需求相關因素，俾合理規劃中醫藥人力培育及養成訓練政策。 1-3.檢討醫療機構設置標準，建立中醫藥服務價格政策評估模式，完善法規與管理制度。					衛福部
	2. 優化中醫醫療品質及執業環境	2-1.推動綠色中醫醫療機構，減少碳排，實現脫碳環保之永續性。建立環境(Environmental)、社會(Social)和治理(Governance) (ESG)管理模式，定期披露永續發展狀況。 2-2.加強中醫師法律與倫理培訓及精準診療能力，強化醫療糾紛處理能力，建立醫病雙方信賴及安全基礎。					
	3. 落實中藥調劑作業規範	為健全中醫醫療機構中藥調劑作業及執業環境管理規範，將逐年輔導落實醫療機構中藥調劑作業、環境管理規範及藥品優良調劑作業準則，116 年結合藥師相關訓練課程進行中藥調劑作業規範說明，117 年針對中醫醫療機構中藥調劑作業及執業環境容易缺失部分進行加強課程訓練，118 年將建置中醫醫療機構中藥調劑作業及執業環境管理規範說明資料手冊，119 年及 120 年納入年度中藥藥政業務稽查之中醫醫療機構查檢表，以利各地方政府衛生局檢查時運用，提升中藥調劑服務品質。					
(二) 強化中醫藥學術基礎建設	1. 整合尖端技術研究中醫藥作用機制	1-1.利用細胞、動物及類器官(Organoid)等平台與技術，建構老化、神經、免疫及代謝症候群等疾病模式，系統性探討病理機制及研究中醫藥調控機轉。 1-2.結合空間生物學，系統性建立「生物標的一訊息傳導—疾病調控」的因果鏈，解碼中藥作用機制。					衛福部中醫所
	2. 導入人工智慧(AI)解析中草藥功能性胜肽作用機制	萃取與鑑定中草藥天然胜肽，結合先進 AI 深度解析其生物活性與作用機制，建立首創且具市場潛力之中草藥功能性胜肽材料庫。					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
(三) 強化中醫藥臨床實證研究	1. 透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」平台推動中醫藥臨床研究	1-1.提升「臺灣中醫臨床研究聯盟」成員進行中醫藥臨床研究所需知能。 1-2.透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」與臨床醫療機構針對國人重要健康議題合作進行中藥新藥臨床研究，累積中醫藥臨床實證資料。 1-3.辦理中西醫結合論壇，促進中西醫臨床合作。					
	2. 建立中醫居家醫療照護服務分析機制	2.分析健保資料庫，探討自 108 年 6 月開始中醫納入「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」後，中醫居家醫療之使用情形及相關因素，探討可近性及可能之挑戰，提出政策建議。					
(四) 落實中醫三段五級照護	1. 推廣中醫健康促進 2. 發展中醫家庭醫師角色 3. 發展中醫家庭社區照護	1. 逐年規劃不同年齡層之全方位健康促進及中醫預防醫學，促進中醫健康行為介入、健康管理等服務。 2. 發展中醫家庭醫師角色參與社區健康照護服務，強化中醫全人照護。 3. 精進中風、腦傷、癱瘓、虛弱、失智等中醫居家醫療品質，並強化中醫參與長照服務與推廣，落實「在地老化」政策。 4. 優化偏鄉離島中醫醫療資源，深化中醫醫療社區服務網絡，提高中醫照護可近性。					衛福部
(五) 促進中西醫整合醫療	1. 拓展中醫急重慢病照護 2. 建立中西醫結合照護基地或醫院 3. 建立中醫參與緊急公共衛生事件與重大災害應變機制	1. 逐年推動中醫於重大疾病、慢性病、心理健康、戒癮、婦幼照護、慢性疼痛及慢性疲勞等領域之特色診療。 2. 每年度輔導醫院建置系統性與標準化之中西醫整合臨床照護模式、照護指引、標準作業流程、臨床照護指標及品質監測指標。 3. 盤點西醫健保支出費用較大且療效侷限之疾病(如免疫疾病)，探討中醫介入治療之療效及醫療成本。 4. 建立中醫師、中醫醫療機構於因應公共衛生或重大災害緊急事件之功能角色，建立中醫與公共衛生跨領域協作機制。 5. 訂定中醫緊急應變作業流程及醫療照護指引，研議中醫醫療資源緊急調度機制，發展中醫智能防疫與醫療支援模式。					衛福部
二、培育中醫服務人力							
(一) 優化中醫臨床訓練	1. 健全中醫師臨床訓練制度	1. 優化中醫醫療機構負責醫師臨床訓練品質與系統，委託專業機構或團體，規劃中醫師臨床訓練相關政策，訂定計畫執行配套措施，優化資訊系統功能以維護訓練品質。					。衛福部
	2. 培育中醫臨床	2-1.設置中醫臨床教學網絡及強化中醫臨床聯合					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
	教學師資及充實人才庫	訓練群組，充實指導師資人才。 2-2.每年檢討師資培訓要點，分區辦理培訓課程，參加人次 116 年達 1,750 人次、117 年 1,800 人次、118 年 1,850 人次、119 年 1,900 人次及 120 年 1,950 人次。					
(二) 深化中醫專業能力	1. 健全中醫醫療團隊臨床實務訓練	1-1. 辦理中西醫整合、護理、物理治療或其他醫事人員之中醫藥照護訓練。 1-2. 評估規劃新增新一類中醫醫事輔助人力職類之可行性，建立符合國人需求之中醫照護團隊。					
	2. 建立中醫各專業領域臨床治療指引	2.依照中醫專業分科，統整、歸納及分析研究成果，編撰實證醫學與臨床治療指引或精進中醫師臨床教育之教材，以運用於中醫教學及臨床訓練，促進中醫醫學現代化。					
(三) 精進中藥服務品質	1. 精進中藥執(從)業人員職能養成	1. 為培訓中藥從業人員中藥專業及法規知能，並強化實務管理能力，建構中藥從業人員持續教育訓練機制，辦理中藥從業人才培訓，透過每年檢討實施課程內容及舉辦方式，針對容易缺失違規項目進行教育訓練，依不同課程特色舉辦北中南區場次之教育訓練，參加培訓課程人次 116 年達 1,500 人次、117 年 1,500 人次、118 年 1,500 人次、119 年 1,500 人次及 120 年 1,500 人次，健全渠等職能養成環境。					衛福部
	2. 強化藥師中藥訓練臨床核心能力	2. 強化藥師藥學中藥教育課程，契合民眾及中醫藥產業需求中藥之臨床專業服務。進行中藥藥事人員中藥材臨床使用安全教育訓練，透過每年檢討實施課程內容及舉辦方式，針對容易缺失違規項目進行教育訓練，依不同課程特色舉辦北中南區場次之教育訓練，強化藥師中藥臨床訓練核心能力。					
	3. 遴選中藥實習場域及培訓師資	3. 強化師資培訓暨認證作業及實習場所遴選工作，遴選中藥實習場所暨培訓師資認證作業，每年遴選達 300 家以上合格中藥實習場所，藥師中藥實習人數達 116 年 450 人、117 年 450 人、118 年 450 人、119 年 500 人及 120 年 510 人，共計達 2,360 人以上，強化藥師中藥訓練核心能力發展及臨床服務。，持續精進中藥實習場域教學品質及內容。					
三、建構中藥產業鏈							
(一) 推動臺灣中藥	1. 調查全國中藥藥用植物種植資源	1. 全國中藥藥用植物種植資源調查，對種植品種、產地、種植條件及方式、相關種植資源					衛福部

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
種植及推廣應用		等現況進行分析。116 年建立全國中藥藥用植物種植資源調查資料收集方式及定義資料來源，117 年以北部地區縣市進行調查，118 年以中部地區縣市進行調查，119 年以南部地區縣市進行調查，120 年以東部地區縣市進行調查。					
	2. 輔導臺灣中藥藥用植物種植	2. 考量臺灣氣候條件，調查國內中醫臨床需求及高經濟價值品項，評估其於國內輔導種植之可行性。嚴選屬藥用基原且有助於中醫臨床醫療應用及發展之中藥藥用植物，鑑定種植種苗基原，輔導國內農民種植預計 116 年 5 件、117 年 5 件、118 年 5 件、119 年 5 件及 120 年 5 件補助案其種植產出之中藥材，結合相關獎勵措施之成果，預計可產出 116 年 13,000 公斤、117 年 13,500 公斤、118 年 14,000 公斤、119 年 14,500 公斤及 120 年 15,000 公斤，總計 5 年可媒合 70,000 公斤以上之國產中藥材至中醫藥產業應用。					
	3. 中藥藥用植物項目試種及栽培管理評估	3. 結合農業專家成立團隊，選取正確健康種苗，盤點既有適合臺灣栽種測試之藥用植物品項，預計每年輔導 13 品項，建立以穩定提升中藥材品質為目標之適地適種之臺灣良好農業規範及檢測標準。					農業部
	4. 促進及獎勵中藥藥用植物產業發展並媒合至中醫藥產業應用	4. 逐年獎勵農民種植中藥藥用植物，建構提升國產中藥材形象及能見度之行銷措施，擴大國產中藥材產業效應。媒合本土中藥藥用植物及中藥材產銷至中醫藥產業應用，預計可產出 116 年 13,000 公斤、117 年 13,500 公斤、118 年 14,000 公斤、119 年 14,500 公斤及 120 年 15,000 公斤，總計 5 年可媒合 70,000 公斤以上之國產中藥材至中醫藥產業應用。					衛福部
	5. 建置中藥材炮製、加工及產銷供應鏈	5. 輔導建置國內中藥材炮製、加工及產銷供應鏈，進行市場經濟效益評估，提升中藥材品質相關規範。搭配每年輔導國內農民種植補助案，116 年 5 件、117 年 5 件、118 年 5 件、119 年 5 件及 120 年 5 件補助案其種植產出之中藥材，可協助國內中藥材炮製、加工及產銷供應鏈更為健全，強化中藥市場經濟效應。					衛福部中醫所
	6. 擴大中藥(材)基原及藥用部位之研究與藥理評估	6. 透過對藥用植物成分分析，以及對其藥用部位藥理評估，進行藥用基原增加或增列之相關研究。					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
	7. 國產中藥(材)加工研究	7. 進行國產中藥藥用植物採收後初級加工試驗研究。					
	8. 中藥藥用基原鑑別資料建立	8. 透過中藥藥用植物之外觀調查、性狀與顯微鑑別及 DNA 鑑別等方法進行研究，以建構中藥藥用基原鑑別資料，並出版圖鑑及建立資料庫。					
	9. 國產中藥種植研究與推廣	9. 與農學領域大專院校合作進行中藥藥用植物栽培試驗研究與推廣，並辦理工作坊，以促進臺產中藥與相關產業之應用連結。					
(二) 強化中藥材源頭及流通管理	1. 落實中藥材邊境查驗作業	1.持續加強輸入中藥材之邊境管理，每年辦理中藥材邊境查驗作業，針對抽批檢驗之中藥材進行委外實驗室檢驗作業，116 年抽驗 1,000 件以上、117 年抽驗 1,000 件以上、118 年抽驗 1,000 件以上、119 年抽驗 1,000 件以上及 120 年抽驗 1,000 件以上、總體檢驗合格率達 98%以上，提升檢驗量能及效率。					衛福部
	2. 輔導中藥材溯源追蹤系統登錄作業	2.針對國內毒劇中藥材加強流通管理，輔導特定毒劇中藥材溯源追蹤系統登錄作業，及國產本土中藥材自願性登錄溯源追蹤系統，辦理中藥材溯源追蹤系統登錄說明會 116 年 1 場、117 年 2 場、118 年 2 場、119 年 2 場及 120 年 2 場，預計 120 年特定毒劇中藥材登錄達 10 項以上，整體追蹤系統登錄作業資料筆數達 1000 筆。					
(三) 健全中藥材品質管理	1. 滾動編修臺灣中藥典	1.逐年滾動編修臺灣中藥典，新增編修品項，精進中藥品質技術規範，並於 120 年公告第六版。					衛福部
	2. 編撰《臺灣本草》專書	2.為促進臺灣中草藥發展，擬收集臺灣本土藥用植物資料，編撰《臺灣本草》專書。					衛福部中醫所
	3. 滾動檢討中藥材含異常物質限量基準及檢驗方法	3.進行中藥材含異常物質重金屬、二氧化硫及黃麴毒素等背景值監測，每年檢討中藥材異常物質背景值監測，116 年 10 項各 20 件、117 年 10 項各 20 件、118 年 10 項各 20 件、119 年 10 項各 20 件及 120 年 10 項各 20 件，提升中藥材品質相關規範。					衛福部
	4. 推動優良中藥材及飲片供應商認證	4.為促進中醫醫療使用中藥材及飲片品質提升，每年邀請 5 家中藥商參與遴選作業，推動「優良中藥材及飲片供應商」認證，確認中藥材及飲片供應商符合「供中醫醫療院所使用之中藥材及飲片作業環境衛生及品質指引」，以確保中醫醫療院所使用之中藥材及飲片的品質及安全。116 年通過認證 3 家、117 年 4 家、118 年 5 家、119 年 6 家及 120 年 6 家。					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
	5. 中藥材品質分析方法開發	5.持續中藥材品質分析方法開發暨協助檢驗方法覆核。					衛福部中醫所
	6. 中藥飲片炮製研究	6.依據炮製需求與方法，研究並建立中藥飲片的製作條件、品質影響與評估方式，並制訂品質管制規範。					
	7. 中藥指標成分之製備	7.中藥化學成分與指標成分標準品之製備研究。					
	8. 中藥對照藥材之製備與供應	8.中藥對照藥材的製備、品質控制與供應，以支持研究、檢測與臨床應用之需求。					
(四) 精進上市中藥(材)監測	1.落實上市中藥(材)品質、包裝標示及異常物質監測機制	1.積極執行市售中藥(材)標示及內容物之異常物質檢驗。針對中藥(材)標示、內容物及異常物質進行後市場監測，查緝市售違規中藥(材)，並透過逐年矯正，以完善上市中藥(材)品質監控機制。每年進行中藥(材)標示檢查 600 件、中藥異常物質監測查 400 件，116 年合格率達 93%、117 年 93%、118 年 93.5%、119 年 93.5% 及 120 年 94%。					衛福部
	2.強化上市中藥(材)查緝訓練知能	2.每年辦理年度中藥藥政稽查會議及全國藥政業務研討會，促進衛生局同仁交流查緝經驗。116 年 2 場次、117 年 2 場次、118 年 2 場次、119 年 2 場次及 120 年 2 場次，共計辦理 10 場次相關活動。					
	3.監控網路販售中藥違規案件	3.鑑於現今銷售模式的改變，為避免不肖人士利用社交軟體平台刊登販售來路不明中藥品、廣告，將妥善利用民間資源強化網路巡查監控機制，以有效遏止不法；配合數位發展部，每年辦結「數發部網路詐騙通報查詢網」移來之通報案件，預計辦理 116 年 3,000 件、117 年 3,000 件、118 年 3,000 件、119 年 3,000 件及 120 年 3,000 件相關案件。					
(五) 提升中藥販賣服務品質	1.推動「中藥從業管理手冊」輔導方案	1.為促使中藥販賣業現代化及精進轉型，將逐年輔導業者落實「中藥從業管理手冊」規範，透過示範影片、宣導單張、活動等多元化宣傳方式，逐步輔導中藥販賣業轉型，符合現代化經營模式。116 年輔導業者 13 場次、117 年 13 場次、118 年 13 場次、119 年 13 場次及 120 年 13 場次，共計辦理 65 場次相關活動。					衛福部
	2.健全傳統中藥販賣業經營管理	2.為健全傳統中藥販賣業經營管理，將透過遴選示範店家等標竿學習模式，促進同儕學習，整體提升中藥販賣業經營管理制度。116 年 1 場次、117 年 1 場次、118 年 1 場次、119 年 1 場次及 120 年 1 場次，共計辦理 5 場次標竿學習活動。					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
	3.輔導及培育初加工、炮製技藝人才	3.傳統中藥炮製技術是中醫藥最具特色之傳統知識之一，為保存及傳承此項技術，以發揚中藥行之傳統價值，將辦理中藥材傳統炮製技術與初加工相關課程，輔導及培育初加工、炮製技藝人才。116 年舉辦輔導課程 6 場、117 年 6 場次、118 年 6 場次、119 年 6 場次及 120 年 6 場次，共計辦理 30 場次課程。					
(六) 優化中藥新藥開發環境	1.滾動檢討中藥新藥臨床試驗相關法規修訂	1.切合中醫藥產業需要，持續優化中藥新藥法規環境，預計 116 年完成 50%、117 年完成 100%。					衛福部
	2.補助中藥製劑創新及開發	2.補助及輔導中藥創新研發計畫，促進中藥新藥發展，預計每年補助 2-3 件新藥臨床試驗案。					
	3.智財保護與推動技術移轉	3.規劃中藥新藥專利佈局與智財保護策略，透過產學研合作與技術移轉，促成國際授權、策略聯盟，創造中醫藥的國際市場價值。					衛福部中醫所
(七) 精進中藥製劑品質管理	1.制訂中藥濃縮製劑指標成分含量測定規範	1.廣續開發不同濃縮製劑指標成分含量測定檢驗方法，並提出含量標準範圍建議值，預計每年完成 4 方。					衛福部
	2.優化中藥查驗登記審查	2.預計 116 年完成查驗登記管理彙編；預計 120 完成彙編更新與修訂。					衛福部
	3.資訊化中藥廠管理	3.建置 1 式中藥廠資訊化管理系統，預計 118 年完成建置 50%、119 年完成建置 100%、120 年完成維運。					
(八) 精進中藥製藥產業韌性	1.導入傳統中藥廠確效作業概念	1.辦理傳統中藥廠確效作業相關教育訓練，強化專業知能，預計每年辦理至少 24 小時教育訓練。					衛福部
	2.精進中藥 GMP 製造品質查核與管理	2.辦理中藥廠 GMP 輔導及稽查人員實務訓練課程，加強中藥品質監督與管理，預計每年辦理至少 24 小時教育訓練或研習會。					
	3.提升中藥製劑供應鏈韌性	3.持續監控及協調中藥供應狀況，以穩定藥品供應韌性，預計每年辦結缺藥通報案件率達 80%。					
四、營造養生健康產業							
(一) 建置「中醫藥農業科技健康產業園區」	1. .建構行政管理中心	擔任園區後勤核心角色，負責行政與綜合管理、園區營運與設施管理、產學研發推動與訓練支持，以及行銷暨建立外部關係。					衛福部
	2. 建置中草藥檢驗暨培訓中心	提供基原、特徵圖譜及有效成分等檢驗鑑定服務，進行種原研究(品系篩選與試種、活性初篩)，規劃有關種植、鑑定、炮製及中草藥區塊鏈等人員培訓課程，並建立技術認證制度。					衛福部中醫所
	3. 打造國家藥苑	推動藥用植物保種與資源開發，並建立中草藥化學成分預測演算法，強化藥材研究與應用基礎。					

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
		整合並接軌國際藥用植物與藥材資料庫，提升國際學術交流與研究價值。透過科普教育推廣藥用植物知識，提升社會大眾認識與參與。並規劃多語言導覽服務，結合國際旅遊資源，促進中醫藥文化之國際推廣。					
	4. 建置中醫藥生活展覽館	規劃中醫藥文物展覽與策展活動，結合教育推廣與導覽服務，設置互動體驗教室，並展示與推廣園區研發產品，讓民眾在參觀與體驗過程中深入了解中醫藥文化與相關應用。					
	5. 推動國際合作暨產業研發應用中心	透過建立涵蓋藥材種植、炮製至臨床應用的中醫藥國際標準體系，推動跨國中藥材開發服務與聯合研究，並整合醫療、製藥與農業資源，帶動農業生技、健康保健及居家照護產品的研發與產業應用。					
	6. 發展中醫智慧醫療暨實證研究中心	推動中醫國際醫療，提供中西整合健康諮詢，並辦理健康養生研習活動。整合 AI 輔助辨證與中醫精準醫學，建立急性後期、癌症、高齡及慢性病之療養與康復銜接場域，並支援偏鄉中醫遠距醫療。					
(二) 發展中醫養生健康產業	1. 跨產業合作推動中醫藥養生健康方案	開發高齡社會所需之養生健康促進配方，並推動跨產業合作。					衛福部中醫所
	2. 明確藥食兩用管理規範	持續與食品及中醫藥界積極協商溝通形成共識，俾據以辦理管理原則公告作業。					衛福部
(三) 推動中醫藥衛生教育	1. 建立中醫藥衛生教育諮詢平台	1. 建立中醫藥衛生教育諮詢平台，提供民眾中醫藥用藥安全諮詢服務及雙向互動管道，加速中醫藥資訊及衛生教育知識之傳播。 2. 逐年提升平台服務之民眾人次數，預計 120 年人次數累計達 6,000 人。					衛福部
	2. 推廣正確中醫藥用藥安全衛生教育	3. 精進種子師資培訓及針對不同年齡層設計公版教材，提升中醫藥用藥安全衛生教育宣導及中醫藥保健知識衛教宣導品質。 4. 預計每年完成 5 件中醫藥衛生教育多媒體宣導文案，並每年舉辦 60 場次中醫藥衛生教育推廣活動。					
	3. 編輯出版中醫藥教科書	5. 編輯出版中醫藥教科書，建立系統化與標準化之教材內容，作為中醫藥教育與人才培育之基礎。					衛福部中醫所
(四) 提升民俗調理產業發展	精進民俗調理業管理及提升產業發展	每年度受理申辦民俗調理人員訓練課程，辦理實地訪視確保辦訓品質；保障消費權益，支持產業發展。					衛福部

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
五、創新中醫智慧醫療							
(一) 培訓中醫藥跨領域人才	1.強化中醫科研人才培訓	1.強化中醫藥試驗設計與生醫技術之科研人才培訓，涵蓋碩、博及博士後層級。					衛福部中醫所
	2.培訓具大數據、AI、衛生法規政策等跨領域專業之中醫藥人才	2.為促進醫學、資訊科技及衛生法規政策等跨領域學門之融合與創新，逐年辦理論壇或研習課程，培訓具跨領域專業知識之中醫藥人才。					衛福部
(二) 發展中醫人工智能應用	1.建置中藥 HPLC、TLC 層析圖及質譜、核磁共振光譜大數據等資料	1.逐年蒐集中藥的 HPLC、TLC、質譜和核磁共振光譜，建立中藥光譜大數據資料庫。					衛福部中醫所
	2.發展運用 AI 智能科技輔助研究暨教學、衛教	2.以建置之中藥 HPLC、TLC 層析圖相關分析檢驗大數據資料庫為基礎，導入 AI 工具，發展智能化應用系統。					衛福部
	3.應用中藥材鑑別資料及數位智慧辨識技術	3.逐年擴增品項，完善該開發運用智慧辨識技術，協助中藥產業提升中藥材辨識度，推廣實務運用。					衛福部
	4.發展中醫 AI 健康管理平台	4.蒐集中醫健康評估數據，結合現代科技與大數據分析，透過 AI 技術建立健康風險評估機制，提供個人化養生建議、飲食處方與運動方案。					衛福部中醫所
(三) 建立中醫藥資訊數位化	1.中醫醫療資訊數位標準化與臨床資料蒐集	1.於全國醫療機構擇點試辦，驗證中醫資料轉換為標準化格式可行性。預計每年補助 2 家機構小規模試辦跨機構、跨系統之中醫資料交換。					衛福部
	2.發展中醫智慧醫療照護模式	2.研議規劃中醫移動醫療服務模式。					
(四) 評估中西藥併用效益及安全	1.擴增臺灣中藥典及中西藥併用查詢系統之資料庫及系統維運	1.持續藥典數位化建置，維護及擴充更新「臺灣中藥典及中西藥併用查詢系統」資料庫，提升系統使用率。					衛福部
	2.運用資料庫及系統性實證研究，進行中西藥交互作用分析	2-1.以健保資料庫或臨床試驗數據進行中西藥交互作用的系統性分析，評估中西醫併用的潛在風險和效益。					衛福部中醫所
		2-2.人類代謝酶系統，瞭解作用機制，評估中西藥交互作用及其受基因多型之影響。					
(五) 研發中醫醫材或儀器	推動中醫診療醫材或儀器之研發與實證評估	辦理委託研究與臨床領域合作進行研究計畫探討中醫診斷或治療工具/設施之效能或安全性。					衛福部中醫所

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
六、傳承中醫藥文化與鏈結國際							
(一) 發揚中醫藥文化知識	1.推廣中醫藥生活文化	1.每年分區域舉辦中醫藥文化節系列活動，結合國產中醫藥產業資源，讓民眾主動參與，透過體驗中藥手作課程，及互動流程活動，將中藥用藥知識及中醫藥文化融入其中，深化民眾對於中藥用藥知識之理解及傳統中醫藥文化之體驗，建立正確中醫藥觀念與態度。116年6場次至少 20 萬人次參加、117 年 6 場次至少 20 萬人次參加、118 年 6 場次至少 20 萬人次參加、119 年 6 場次至少 20 萬人次參加及 120 年 6 場次至少 20 萬人次參加，共計辦理 30 場次大型活動總參與人次達 100 萬人。					衛福部
	2.強化中醫藥標本及中草藥展示	2.進行藥園及標本館設施提升，增加藥園及標本館藏內容，並深化青少年中藥教育，以強化中草藥教育活動。					衛福部中醫所
(二) 獎勵中醫藥發展貢獻	獎勵對中醫藥發展具有貢獻之個人或團體	定期辦理中醫藥發展獎勵事項公開徵選作業、頒獎典禮，並透過多元管道表彰得獎者事蹟。					衛福部
(三) 建置傳統醫藥數位化	1.擴充傳統中醫藥文獻知識庫	1.傳統中醫藥文本進行數位化，並制訂辦法供民眾使用。					衛福部中醫所
	2.拍攝臺灣傳統醫藥紀錄片	2.以訪談、拍攝、蒐集文獻等方式保存不同族群傳統藥用植物文化，並記錄其地理資訊輸入資料庫，並訂辦法供民眾使用。					
	3.數位化傳統醫史文物	3.建置傳統醫史文物數位資料，旨在保存文物原貌、提升可近性，並應用科技呈現，促進教育與研究應用。					衛福部中醫所
	4.保存與保護原住民族傳統醫療保健知識系統	4-1.持續進行原住民族傳統醫療文化研究，推廣維持與傳遞原住民族傳統醫療保健知識，每年預計收錄 120 筆原住民族傳統醫療植物及療癒儀式相關文獻資料，及每年辦理「培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊」，並導入數位工具相關課程內容之建置與應用，加速臺灣原住民族傳統醫療知識經驗傳承等相關課程，預計每年度培育 110 名師資。 4-2.為持續保存、維持、傳遞與保護，每年辦理原住民族傳統醫療知識復振成果展暨觀摩會，預計共辦理 5 場。					原住民族委員會
(四) 強化中醫藥鏈結國際	1.推動國際疾病分類第 11 版(ICD-11)中醫藥應用及交流	1.逐年擴大收案規模，建置通用診斷表單系統，評估應用 ICD-11 傳統醫學診斷碼，推動中醫診斷規範國際協和化，120 年建立可與國際同步之中醫診斷資料。					衛福部

執行策略	行動方案	執行重點					執行機關
		116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	
	2.調查我國中藥產值及國際產業市場趨勢	2.研析我國中藥產值、中藥產業國際市場趨勢，借鏡各國傳統醫藥產業發展之政策，以市場拓展、創新研發、行銷推廣及策略聯盟等各面向進行研析，提出促進中藥產值提升之策略，推估 120 年中藥產業產值規模可達 700 億元。					
	3.參與及辦理中醫藥國際交流活動	3-1.每年參與傳統醫藥國際性組織及會議（如國際東洋醫學會等），爭取主辦權，與國外分享現代與傳統醫學整合經驗，發展國際交流合作。 3-2.為培養國際化中醫藥人才，每年補助至少 2 家民間團體或 NGO 從事國際交流及活動。					
	4.輔導業者媒合及拓銷中藥國際市場	4.研析國際傳統醫藥發展趨勢及法規動態，並每年辦理我國業者外銷法規諮詢輔導，及輔導業者參與國際展會，強化國際鏈結。					
	5.推動我國中藥標準國際協和化	5.為促進我國中醫藥標準國際協和化，推動參與 WHO、ISO（國際標準化組織）等國際性組織，並每年舉辦傳統醫學或整合醫學等傳統醫藥國際研討會。					

(二)中醫藥發展計畫(116-120 年)之新增、延續及擴充現有工作項目

新增工作項目 (按推動優先性排序)	延續及擴充現有工作項目 (按推動優先性排序)
一、完善中醫服務體系	
1. 開辦中醫教學醫院評鑑 2. 推動綠色中醫醫療機構，建立 ESG 管理模式 3. 解析中草藥功能性胜肽作用機制 4. 整合尖端技術研究中醫藥作用機制 5. 推動中醫藥預防保健及健康促進措施 6. 建立中醫參與緊急公共衛生事件與重大災害應變機制 7. 提升中醫藥醫療韌性 8. 落實中藥調劑作業規範 9. 建立中醫居家醫療照護服務分析機制 10. 研議健保濃縮中藥逐項計價支付模式	1. 透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」平台，推動中醫藥臨床研究 2. 滾動修訂中醫醫療機構設置標準、中醫醫院評鑑基準及作業流程 3. 拓展中西醫整合照護 4. 強化中醫社區健康照護 5. 評估中醫醫事人力供需
二、培育中醫服務人力	
1. 建立中醫各專業領域臨床治療指引 2. 健全中醫醫療團隊臨床實務訓練	1. 健全中醫師臨床訓練 2. 培育中醫臨床教學師資及充實人才庫 3. 精進中藥執(從)業人員職能養成 4. 遴選中藥實習場域及培訓師資 5. 強化藥師中藥訓練臨床核心能力
三、建構中藥產業鏈	
1. 編撰《臺灣本草》專書 2. 調查全國中藥藥用植物種植資源 3. 建置中藥材炮製、加工及產銷供應鏈 4. 推動優良中藥材及飲片供應商認證 5. 推動「中藥從業管理手冊」輔導方案 6. 輔導及培育初加工、炮製技藝人才 7. 監控網路販售中藥違規案件 8. 強化上市中藥(材)查緝訓練知能 9. 輔導中藥材溯源追蹤系統登錄作業 10. 優化中藥查驗登記審查 11. 資訊化中藥廠管理	1. 滾動編修臺灣中藥典 2. 落實中藥材邊境查驗作業 3. 中藥材品質分析方法開發 4. 落實上市中藥(材)品質、包裝標示及異常物質監測機制 5. 滾動檢討中藥材含異常物質限量基準及檢驗方法 6. 健全傳統中藥販賣業經營管理 7. 輔導臺灣中藥藥用植物種植 8. 促進及獎勵中藥藥用植物產業發展並媒合至中醫藥產業應用 9. 擴大中藥(材)基原及藥用部位之研究與藥理評估 10. 智財保護與推動技術移轉 11. 中藥飲片炮製研究 12. 中藥指標成分之製備 13. 中藥對照藥材之製備與供應 14. 中藥藥用基原鑑別資料建立 15. 滾動檢討中藥新藥臨床試驗相關法規修訂 16. 制定中藥濃縮製劑指標成分含量測定規

	範 17. 提升中藥製劑供應鏈韌性 18. 導入傳統中藥廠確效作業概念 19. 精進中藥 GMP 製造品質查核與管理 20. 補助中藥製劑創新及開發 21. 國產中藥(材)加工研究 22. 國產中藥種植研究與推廣
四、營造養生健康產業	
1. 建構行政管理中心 2. 建置中草藥檢驗培訓中心 3. 跨產業合作推動中醫藥養生健康方案 4. 發展中醫智慧醫療暨實證研究中心 5. 建置中醫藥生活展覽館 6. 推動國際合作暨產業研發應用中心 7. 打造國家藥苑 8. 編輯出版中醫藥教科書	1. 推廣正確中醫藥用藥安全衛生教育及種子師資培訓 2. 建立中醫藥衛生教育諮詢平台 3. 明確藥食兩用管理規範 4. 提升民俗調理人員訓練品質及產業發展
五、創新中醫智慧醫療	
1. 強化中醫科研人才培訓 2. 培訓具大數據、AI、衛生法規政策等跨領域專業之中醫藥人才 3. 推動中醫診療醫材或儀器之研發與實證評估 4. 建置中醫臨床資料標準化 5. 發展中醫 AI 健康管理平台 6. 應用中藥材鑑別資料及數位智慧辨識技術 7. 發展運用 AI 智能科技輔助研究暨教學、衛教 8. 發展中醫智慧醫療照護模式	1. 擴增臺灣中藥典及中西藥併用查詢系統之資料庫及系統維運 2. 建置中藥 HPLC、TLC 層析圖及質譜、核磁共振光譜大數據等資料 3. 運用資料庫及系統性實證研究，進行中西藥交互作用分析
六、傳承中醫藥文化與鏈結國際	
1. 推動國際疾病分類第 11 版(ICD-11)中醫藥應用及交流 2. 強化中醫藥標本及中草藥展示 3. 數位化傳統醫史文物 4. 推廣中醫藥生活文化	1. 獎勵對中醫藥發展具有貢獻之個人或團體 2. 參與及辦理中醫藥國際交流活動 3. 輔導業者媒合及拓銷中藥國際市場 4. 推動我國中藥標準國際協和化 5. 調查我國中藥產值及國際產業市場趨勢 6. 擴充傳統中醫藥文獻知識庫 7. 拍攝臺灣傳統醫藥紀錄片 8. 持續保存原住民族傳統醫療保健知識 9. 辦理「培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊」 10. 辦理原住民族傳統醫療知識復振成果展暨觀摩會

三、執行步驟與方法

第一項 完善中醫服務體系（主辦機關：衛福部、國家中醫藥研究所）

（一）研（修）訂中醫藥法規及人員管理

1. 研（修）訂中醫、中藥法規及人員管理制度

(1) 訂定中醫教學醫院評鑑基準：囿於中醫醫院設立之病床數及科別未符合衛福部教學醫院評鑑申請資格，爰不得收訓實習中醫學生，限縮了渠等實習場域；為提供中醫學生於中醫醫院實習機會、擴充中醫學生實習容額，衛福部將研訂中醫教學醫院評鑑基準，並辦理中醫教學醫院評鑑。

(2) 定期評估中醫師、中藥人力供需：

A. 為促進我國中醫師人力之供需平衡，有效運用醫療資源及維持醫療服務品質，衛福部每五年委辦第三方公正團體執行中醫師人力供需評估計畫，以提供教育部作為核定國內大學校院增設及調整招生名額之參考。又 108 年中醫藥發展法推動後，衛福部近年來陸續推動多項重要措施，鑑於中醫醫療業務擴增及多元發展，且因應後疫情時代民眾對中醫藥醫療資源及人力的需求，爰有定期檢討之必要。

B. 鑑於藥事法第 103 條於 87 年修正公布迄今，今昔時空背景迥異，且該條文係屬藥事法之附則，屬過渡性質，其立法目的為設立中藥師。然而，時至今日，是否仍須設立中藥師及其人力需求，皆須再行研議評估。有關中藥專業人員之養成及管理制度，將分短期及長期發展規劃，並評估國內相關人才需求，朝人才多元培訓發展，並評估研修藥事法相關條文之可行性。

(3) 研議健保濃縮中藥逐項計價支付模式：邀集中醫、中藥廠、健康經濟及健保政策等專家學者，就改革趨勢及成本估算模式等議題，進行討論及形成共識，並建置估價基準，據以作為中藥濃縮製劑合理支付價格之參考。

2. 優化中醫醫療品質及執業環境

(1) 推動綠色中醫與 ESG 治理：為落實永續醫療並提升中醫醫療院所的社會責任，將參考國際醫療 ESG 框架與本土經驗，116-117 年研議制訂中醫綠色 ESG 指引，含管理手冊、示範案例及教育訓練等，協助院所實踐永續治理。118 年起擬採分級推動方式，鼓勵院所優先

導入低成本可立即執行的節能減碳措施；另研議建立永續績效申報、獎勵與表揚制度，納入醫療評鑑指標，以提升參與意願與整體成效。

- (2)強化中醫師法律、倫理素養及精準診療能力，健全醫病互信與安全執業機制：116-117 年研議增設中醫師法律倫理、醫病溝通及現代醫療儀器操作相關教育訓練；同時盤點國際間傳統醫學使用現代檢測儀器之法規、訓練模式及安全管理機制，參考鄰近國家制度，並比較國內中西醫教育差異，釐清中醫師操作儀器能力補強需求。118-120 年研議訂定中醫診所(開)執業指引及現代儀器輔助之中醫臨床應用指引，導入標準化安全管理機制，建構中醫醫療糾紛風險管理制度，以提升中醫診斷之安全性、客觀性與精準度，優化執業環境，增進醫療安全、照護品質及服務信賴度。

3. 落實中藥調劑作業規範

為提升醫療機構中藥服務品質，藥品優良調劑作業準則訂有中藥章節，針對醫療機構中藥調劑作業及環境管理，將逐年輔導落實醫療機構中藥調劑作業、環境管理規範及藥品優良調劑作業準則，116 年結合藥師相關訓練課程進行中藥調劑作業規範說明，117 年針對中醫醫療機構中藥調劑作業及執業環境容易缺失部分進行加強課程訓練，118 年將建置中醫醫療機構中藥調劑作業及執業環境管理規範說明資料手冊，119 年及 120 年納入年度中藥藥政業務稽查之中醫醫療機構查檢表，以利各地方政府衛生局檢查時運用，加強落實作業及輔導執行，提升中藥調劑服務品質。

(二)強化中醫藥學術基礎建設

1. 整合尖端技術研究中醫藥作用機制

利用細胞、動物及類器官(Organoid)等平台與技術，建構老化、神經、免疫及代謝症候群等疾病模式，系統性探討病理機制及研究中醫藥調控機轉。以多體學結合空間生物學，系統性建立「生物標的一訊息傳導—疾病調控」的因果鏈，解碼中藥作用機制。

2. 導入人工智慧(AI)解析中草藥功能性胜肽作用機制

以系統性萃取與鑑定中草藥天然胜肽為基礎，進一步導入人工智慧(AI)解析其生物活性與作用機制，建置世界首創且可持續擴充之中草藥功能性胜肽材料庫。該材料庫以系統化方式整合中草藥天然胜肽

之來源、功能性特徵與相關序列資訊，提供可比較、可預測且具轉譯價值的資料基礎，有助於業界快速篩選具潛力之功能性胜肽成份，縮短研發時程並降低試錯成本，建置過程將參照「行政院及所屬機關（構）使用生成式 AI 參考指引」進行規劃，並相關使用規定辦理。116-117 年為建置期，以中草藥天然胜肽之萃取、鑑定及分析為基礎，建立中草藥功能性胜肽材料庫之資料架構與基礎資料。118-119 年為擴充優化期，持續擴充中草藥天然胜肽來源、功能性特徵及相關序列資訊，並分析其生物活性與作用機制，以提升資料之可比較性、可預測性及轉譯應用價值。120 年為整合應用期，將天然胜肽材料庫為基礎，滾動研議整合臺灣本土中藥成分化合物、藥用植物奈米囊泡/外泌體等相關資料，並結合分析與應用技術，朝建立具標準化與共享性之國家級中醫藥生物資料庫方向推動，以提升臺灣中醫藥研究與產業發展基礎。

(三)強化中醫藥臨床實證研究

1. 透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」平台推動中醫藥臨床研究

透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」平台網絡，與聯盟醫院成員合作，針對重要健康議題，例如腦血管疾病、神經退化疾病、老化相關疾病等，推動中藥新藥臨床研究，促進中藥新藥之研發，以現代化科學方法累積中醫藥照護之成效與安全性實證資料。此外，藉由辦理中西醫結合論壇，建立學術交流與臨床經驗分享平台，強化跨領域專家之溝通與合作，進而提升中醫藥臨床研究所需知能與實戰經驗。116-118 年為發展期，廣泛辦理各類中醫藥臨床研究之主題與範疇，提升合作臨床機構進行中醫藥臨床研究之能力，累積臨床安全性與療效之科學實證。119-120 年為推展期，將經科學實證評估具發展可行性之標的，進一步推展往新藥開發方向進行。

2. 建立中醫居家醫療照護服務分析機制

分析健保資料庫，探討自 108 年 6 月開始中醫納入「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」後，中醫居家醫療之使用情形及相關因素，探討可近性及可能之挑戰，提出政策建議。116-117 年分析中醫居家醫療之服務利用情形，評估有需要民眾對此醫療資源的可近性；118-120 年分析居家中醫納入後對各項照護結果產生之效果。

(四)落實中醫三段五級照護

1. 推廣中醫健康促進

- (1) 建構全齡中醫預防保健服務體系：116-117 年研議依不同年齡層發展中醫預防醫學與健康促進模式，涵蓋健康狀態辨識與評估、諮詢指導、健康行為介入及健康管理等服務，整合預防保健、養生調理與生活照護，提升民眾自我健康管理能力。
- (2) 深化社區與家庭導向之中醫健康支持：強化中醫社區及居家照護模式，研議推動社區「中醫健康站」，結合在地健康照護、長照、觀光休閒、農業、餐飲及文創等相關產業，發展節氣養生、親子中醫教育與文化體驗服務；並在長照 3.0 架構下提升中醫基層服務量能，擴大服務對象至家庭照顧者，降低整體照護負擔。

2. 發展中醫家庭醫師角色

隨社會高齡少子化及長照需求提升，將聚焦中風、腦傷、癱瘓、虛弱與失智等高需求族群，精進中醫居家醫療品質，並積極長照體系，建構跨專業合作模式，以支持民眾在熟悉的生活環境中獲得連續性照護，實現在地老化之目標。

3. 發展中醫家庭社區照護

強化偏鄉與離島中醫醫療資源的布建，深化社區服務網絡，透過遠距醫療平台將中醫診療、衛教保健服務延伸至每家每戶，同時研議完善誘因與配套措施，吸引中醫師投入偏鄉與居家社區照護，促進我國中醫醫療照護之公平性。

(五) 促進中西醫整合醫療

1. 拓展中醫急重慢病照護

- (1) 分析中醫治療成效與成本效益：每年度委託辦理利用健保資料庫系統性分析支出較高，且既有治療成效有限之疾病（如免疫相關疾病、代謝症候群、心腦血管病變、慢性疼痛與自律神經失調等），評估中醫介入治療之臨床療效、疾病控制度、生活品質改善及醫療資源使用情形。透過臨床資料蒐集與成本效益分析，建構中醫於重大慢性疾病之療效證據，進一步量化中醫介入對醫療成本下降之貢獻，彰顯中醫藥專業技術於國家醫療體系中的實質價值。
- (2) 發展中醫特色治療模式：每年度委託辦理針對重大疾病、慢性病、心腦血管病、心理健康、戒癮治療、婦幼照護、預防保健、慢性疼痛與慢性疲勞等領域，發展具中醫特色之中西醫整合診療模式與臨

床指引，包含辨證分型、治療流程、用藥策略及評估指標等，促進中醫與西醫分工協作，建立多元且具成本效益之醫療照護模式。

2. 建立中西醫結合照護基地或醫院

為提升中醫臨床應用及醫護品質，依「中醫藥發展獎勵或補助辦法」補助教學醫院從事中醫臨床療效實證研究，每年度補助辦理依選定病種建置系統性與標準化之中西醫整合臨床照護模式、照護指引、標準作業流程及臨床照護指標等，並組成臨床照護模式推展運用團隊，於全國基地醫院辦理教育訓練進行推廣，預計 120 年達到推廣 12 家基地醫院。另研議建立中西醫結合醫院，透過中西醫共同會診與協同治療，提供病人整合性之全人照護服務。

3. 建立中醫參與緊急公共衛生事件與重大災害應變機制

為對應新興傳染性疾病及極端氣候變遷等對國人健康與安全之挑戰，發展具韌性之中醫醫療體系，委託辦理規劃強化中醫醫療資源體系應變機制、訂定緊急應變作業流程及醫療照護指引，盤點中醫藥戰略物資（含中藥材、中藥製劑及相關醫療器材設備），研議中醫醫療資源（含中藥材、中藥製劑）緊急調度機制，強化供應鏈之韌性，提升中藥材及製劑供應之穩定性與應變能力，確保醫療量能，預計 117 年及 119 年各完成訂定 1 份中醫應變作業流程或指引。

第二項 培育中醫服務人力（主辦機關：衛福部、國家中醫藥研究所）

（一）優化中醫臨床訓練

1. 健全中醫師臨床訓練制度

- (1) 優化中醫醫療機構負責醫師臨床訓練品質：滾動檢討修訂中醫醫療機構負責醫師臨床訓練政策、中醫負責醫師訓練計畫與課程基準，以及各課程必要評估項目與對應之 Core EPA (Core Entrustable Professional Activities) 訓練內容，研擬政策配套措施並優化相關資訊系統，完善中醫醫學教育三階段（實習醫學生、負責醫師、專科醫師）核心訓練能力之銜接。
- (2) 建立及精進中醫專科醫師制度：賡續試辦中醫專科醫師訓練，輔導中醫 6 科醫學會深化訓練課程內涵，及滾動研修訓練機構認定基準(草案)、訓練審查基準(草案)等配套規範；持續召開中醫專科專案小組會議，並增邀基層中醫師代表參與共同研商制度規劃，另分別邀集中醫醫學生、各地方中醫師公會及中醫相關團體召開溝通會議，

持續蒐集疑慮，製作並公開問答集，促進中醫界對中醫專科制度之瞭解與認同，落實中醫專科法制化。

2. 培育中醫臨床教學師資及充實人才庫

(1)發展中醫緊急醫療培訓標準化課程：為增進中醫師因應緊急公共衛生事件與重大災害應變能力，研擬中醫緊急醫療培訓標準化課程，包含應達成之核心能力(如 milestone)，於中醫實習醫學生、中醫負責醫師及中醫專科醫師等階段進行訓練。

(2)強化中醫臨床聯合訓練群組：輔導教學醫院設置中醫臨床教學網絡，除持續培訓並充實指導師資人才外，滾動檢討師資培訓之教學方法與教材，規劃創新及結合數位科技應用於臨床實務訓練。

(二)深化中醫專業能力

1. 健全中醫醫療團隊臨床實務訓練

因應人口結構變遷、長照需求增加及中醫服務使用量成長，推動跨專業中醫藥照護訓練，包含辦理中西醫整合、護理、物理治療及其他醫事專業人員之中醫藥照護訓練課程，強化各專業人員於臨床操作時運用中醫藥知識的能力，提升團隊整合照護效能。並進行中醫醫事輔助人力之新興職類可行性評估，研擬其職責範疇、訓練標準與專業認證機制，逐步完善中醫照護團隊架構，以確保中醫臨床醫療服務品質。

2. 建立中醫各專業領域臨床治療指引

依照病種或中醫專科為主題，進行系統性文獻回顧，並編撰實證醫學與臨床治療指引，及精進中醫師臨床教育之教材，以運用於中醫教學及臨床訓練，以促進中醫醫學現代化及提供民眾更優質的醫療服務。

(三)精進中藥服務品質

1. 精進中藥執(從)業人員職能養成

(1)為培訓中藥從業人員中藥專業及法規知能，並強化實務管理能力，建構中藥從業人員持續教育訓練機制，辦理中藥從業人才培訓，透過每年檢討實施課程內容及舉辦方式，針對容易缺失違規項目進行教育訓練，依不同課程特色舉辦北中南區場次之教育訓練，參加培訓課程人次 116 年達 1,500 人次、117 年 1,500 人次、118 年 1,500 人次、119 年 1,500 人次及 120 年 1,500 人次，健全渠等職能養成環

境。

- (2)為精進輔導中藥販賣業人員競爭力與營造健全之人才培育環境，活絡產業發展，將協助媒合新進中藥從業人員至中藥販賣業進行實務歷練，並提供輔導業師帶領傳承經驗，為中藥產業建構完善的教學制度，提升中藥從業人員專業知能與產業服務品質。

2. 強化藥師中藥訓練臨床核心能力

強化藥師藥學中藥教育課程，契合民眾及中醫藥產業需求中藥之臨床中藥專業服務。進行中藥藥事人員中藥材臨床使用安全教育訓練，凝聚藥學生修習中藥課程與實務訓練共識，建立各大學院校溝通平臺，共同研訂藥學生中藥核心能力，並每年檢討實施課程內容及舉辦方式，針對容易缺失違規項目進行教育訓練，依不同課程特色舉辦北中南區場次之教育訓練，強化藥師中藥訓練核心能力發展及臨床服務。

3. 遴選中藥實習場域及培訓師資

強化遴選中藥實習場域及培訓師資工作，辦理研訂中藥實習場所師資培訓認證課程，儲備中藥實習指導教師達藥學系學生中藥實習所需師資，亦將各中藥實習場所依其實習環境及執業面向，分為中醫醫療院所、社區藥局、中藥販賣業、中藥製藥廠等四大場域，每年遴選達 300 家以上合格中藥實習場所，提供藥學生實習，並提供清單予各校參考運用。藥師中藥實習人數達 116 年 450 人、117 年 450 人、118 年 450 人、119 年 500 人及 120 年 510 人，共計達 2,360 人以上，建立足夠中藥實習場域，提升中藥實習教學品質與量能。

第三項 建構中藥產業鏈（主辦機關：衛福部、中醫藥研究所、農業部）

（一）推動臺灣中藥種植及推廣應用

1. 調查全國中藥藥用植物種植資源

規劃 116 年建立全國中藥藥用植物種植資源調查資料收集方式及定義資料來源，117 年以北部地區縣市進行調查，118 年以中部地區縣市進行調查，119 年以南部地區縣市進行調查，120 年以東部地區縣市進行調查，對種植品種、產地、種植條件及方式、相關種植資源等現況進行分析。瞭解國內目前中藥藥用植物種植及加工應用產業鏈現況，邀集農業種植及中醫藥產業發展相關部會及民間團體，共同研商推廣中藥藥用植物種植、中藥材加工、產銷等市場應用產業鏈，並蒐

集我國各縣市之中藥藥用植物種植情形、適合種植品項，以利資源擴展利用。

2. 輔導臺灣中藥藥用植物種植

- (1) 依據「承租公有或國營事業土地種植中藥藥用植物獎勵及租賃期限保障辦法」，將逐步試辦輔導中藥藥用植物種植，並保障承租公有或國營事業土地種植中藥藥用植物之租賃期限，以提高我國本土種植中藥材之產量，評估擴大產業發展之可行性及相關配套。
- (2) 考量臺灣氣候條件，調查國內中醫臨床需求及高經濟價值品項，評估其於國內輔導種植之可行性。嚴選屬藥用基原且有助於中醫臨床醫療應用及發展之中藥藥用植物，鑑定種植種苗基原，輔導國內農民種植，預計 116 年 5 件、117 年 5 件、118 年 5 件、119 年 5 件及 120 年 5 件補助案其種植產出之中藥材，結合相關獎勵措施之成果，預計可產出 116 年 13,000 公斤、117 年 13,500 公斤、118 年 14,000 公斤、119 年 14,500 公斤及 120 年 15,000 公斤，總計 5 年可媒合 70,000 公斤以上之國產中藥材至中醫藥產業應用。

3. 中藥藥用植物項目試種及栽培管理評估

農業部透過結合農業專家成立團隊，選取正確健康種苗，盤點既有適合臺灣栽種測試之藥用植物品項，建立以穩定提升中藥材品質為目標之適地適種之臺灣良好農業規範及檢測標準，加強對本土藥材的地理標誌保護，穩定量產，鼓勵農民與藥廠契作生產，建立以中藥材為主導之農業產業鏈。

4. 促進及獎勵中藥藥用植物產業發展並媒合至中醫藥產業應用

- (1) 為促進國內中藥藥用植物種植及加工產業應用發展，以及加強中藥藥用植物種植者或動物源中藥材養殖者，與中醫藥產業應用端之供需媒合，進行全面的市場分析，找出差異化優勢，制訂國產中藥材推廣模式及行銷策略，並提升國產中藥材品質形象及能見度；協助種植農民進行供應中藥材檢測及種植種苗基原鑑定，以確保供應中藥材品質及種植品項符合中醫藥界需求。
- (2) 建立優質國內中藥藥用植物種植者及動物源中藥材養殖者清單，並受理獎勵措施申請、審查及頒獎表揚等事宜，以促進本土中藥產業發展。建構提升國產中藥材形象及能見度之行銷措施，擴大國產中藥材產業效應，媒合本土中藥藥用植物及中藥材產銷至中醫藥產業

應用，亦針對採購、選購國產中藥材業者之獎勵方式，彙整並公布業者名單，鼓勵業者採購及選購國產中藥材，預計可產出 116 年 13,000 公斤、117 年 13,500 公斤、118 年 14,000 公斤、119 年 14,500 公斤及 120 年 15,000 公斤，總計 5 年可媒合 70,000 公斤以上之國產中藥材至中醫藥產業應用，確保中藥材供應無虞，保障國人用藥權益。

5. 建置中藥材炮製、加工及產銷供應鏈

(1)建立我國自產自用中藥產業鏈，輔導相關產業從中藥藥用植物種植、採收、乾燥、初加工、儲存、運銷，以及後續中藥材之淨製、修製或炮製等加工處理過程之量能，以產製符合臺灣中藥典規範之中藥材，搭配每年輔導國內農民種植補助案，116 年 5 件、117 年 5 件、118 年 5 件、119 年 5 件及 120 年 5 件補助案其種植產出之中藥材，供應國內中醫藥產業應用，建置我國中藥藥用植物種植、加工、炮製及產銷供應鏈，促進我國中藥材自產自銷，降低進口依賴。

(2)輔導國內中藥材炮製、加工及產銷供應鏈建置，進行成果經濟效益評估，強化自產中藥材之產業應用，舉辦成果發表會，邀請中醫師、中藥商、中藥製藥產業、藥農等相關領域人員參加，藉此活動促進中藥材相關產業人員交流，分享知識及經驗，增加國產中藥材的產業應用量。

6. 擴大中藥(材)基原及藥用部位之研究與藥理評估

透過對藥用植物成分分析，以及對其藥用部位藥理評估，進行藥用基原增加或增列之相關研究。

7. 國產中藥(材)加工研究

辦理採收後初級加工試驗研究，包括樣品處理、乾燥、切製、保存、加工條件比較及品質變化資料蒐集，以建立國產中藥材由栽培生產銜接加工應用之基礎資料。116 至 120 年每年委託相關專業機構或大專院校辦理年度品項之採收後初級加工試驗、加工條件比較及資料分析。預期每年完成年度加工試驗品項之初級加工試驗紀錄、加工條件建議、樣品保存資料，提供後續品質檢測、產業應用及推廣參考。經常門支應委辦研究、樣品處理、加工試驗、資料分析、專家諮詢、成果彙整及推廣應用；資本門支應乾燥、切製、保存、環境監測、試

驗場域及加工處理等相關設備。

8. 中藥藥用基原鑑別資料建立

透過中藥藥用植物之外觀調查、性狀與顯微鑑別及 DNA 鑑別等方法進行研究，以建構中藥藥用基原鑑別資料，並出版圖鑑及建立資料庫。

9. 國產中藥種植研究與推廣

中醫藥研究所與農學領域大專院校合作，辦理栽培試驗、田間管理資料蒐集、工作坊及推廣應用，以促進臺產中藥與相關產業之應用連結；並串聯「國產中藥（材）加工研究」，提供採收樣品與田間紀錄，作為採收後初級加工試驗基礎。116 至 120 年委託農學領域大專院校辦理栽培試驗、生長與產量紀錄、產業端需求蒐集及成果交流。預期完成栽培試驗紀錄、田間管理資料、工作坊或成果交流活動，提供後續加工研究所需樣品與資料。經常門支應委辦研究、田間試驗、資料分析、工作坊及成果推廣；資本門支應育苗、栽培管理、環境監測、示範場域及樣品處理保存等設備。

(二)強化中藥材源頭及流通管理

1. 落實中藥材邊境查驗作業

持續辦理中藥材邊境查驗作業，針對抽批檢驗之中藥材進行委外實驗室檢驗作業，116 年抽驗 1,000 件以上、117 年抽驗 1,000 件以上、118 年抽驗 1,000 件以上、119 年抽驗 1,000 件以上及 120 年抽驗 1,000 件以上、總體檢驗合格率达 98% 以上，提升檢驗量能及效率，分析選擇需要強化邊境查驗中藥材品項，滾動檢討調整中藥材邊境查驗抽驗率及抽驗之檢驗項目。

2. 輔導中藥材溯源追蹤系統登錄作業

(1) 針對國內毒劇中藥材加強流通管理，研訂毒劇中藥材輸入販售流通登錄規定，並建置中藥材流通追蹤管理系統，據以登載流向資訊，即時掌控產品動向，防止偽劣藥進入市售供應鏈，防範合法中藥材流為非法用途，保障國人用藥安全。並於建置中藥材流通追蹤管理系統時，參照數位發展部「資料管理技術架構指引」，進行資料庫優化作業。

(2) 建立國產本土中藥材自願性登錄溯源追蹤機制，研訂適合我國中醫藥產業現況之國產中藥材溯源追蹤管理制度，辦理中藥材溯源追蹤

系統登錄說明會 116 年 1 場、117 年 2 場、118 年 2 場、119 年 2 場及 120 年 2 場，預計 120 年特定毒劇中藥材登錄達 10 項以上，整體追蹤系統登錄作業資料筆數達 1000 筆，增加國產中藥材之民眾信賴度。

(三)健全中藥材品質管理

1. 滾動編修臺灣中藥典

依藥典編修內容及編輯委員專業分工，定期召開「中藥基原小組」、「中藥檢驗規格小組」、「中藥製劑小組」及「中醫臨床小組」編修會議，執行臺灣中藥典內容增刪、審查及勘誤之研擬，以持續完善內容及擴增品項，至少新增編修 22 品項，並於 120 年公告第六版，並接軌國際品質管理規範。

2. 編撰《臺灣本草》專書

藥用植物自古以來對人類健康照顧貢獻極為重要，然而臺灣中藥典主要以中國大陸使用之典籍與藥用植物為主。臺灣天然資源豐富且族群多元，累積 400 多年本土藥用經驗，但缺乏臺灣本土中草藥專書。編撰臺灣中草藥可建立族群用藥歷史脈絡，確認中草藥基原，進一步增加品質規格與檢驗方法，降低誤用與污染風險，確保中草藥用藥安全與療效一致；同時作為監管與產業共同標準，支撐臨床研究可重現、促進研發與外銷接軌，凸顯臺灣在地用藥特色，兼顧民眾用藥選擇。

3. 滾動檢討中藥材含異常物質限量基準及檢驗方法

中藥材源自天然物，易受栽培環境、加工條件、儲存不當等因素影響，為落實中藥材異常物質管理，自 105 年起實施中藥材含重金屬、二氧化硫、黃麴毒素限量基準，惟執行迄今，迭獲中醫藥界反映部分中藥材品項，因其植物生物特性或生長環境改變，不易符合規範，導致無藥可用之窘況，持續辦理中藥材異常物質背景值調查作業、蒐集國際間異常物質限量規範及危害性等文獻，據以每年檢討中藥材異常物質限量規範，116 年 10 項各 20 件、117 年 10 項各 20 件、118 年 10 項各 20 件、119 年 10 項各 20 件及 120 年 10 項各 20 件，並滾動檢討中藥材含異常物質檢驗方法，提升中藥材品質相關規範，俾兼顧中藥用藥安全及民眾用藥選擇。

4. 推動優良中藥材及飲片供應商認證

為促進中醫醫療使用中藥材及飲片品質提升，每年邀請 5 家中藥商參與遴選作業，推動「優良中藥材及飲片供應商」認證，116 年通過認證 3 家、117 年 4 家、118 年 5 家、119 年 6 家及 120 年 6 家，確認中藥材及飲片供應商符合「供中醫醫療院所使用之中藥材及飲片作業環境衛生及品質指引」，以確保中醫醫療院所使用之中藥材及飲片的品質及安全。舉辦優良中藥材及飲片供應商遴選作業，提供輔導諮詢窗口，輔導有意願施行該指引之廠商，落實品質管理。組成中醫、中藥、醫療法規及衛生政策等領域專家進行審查，實地訪視優良廠商，公開表揚經遴選結果為優良之中藥材及飲片供應商，進行成果發表，擴大標竿學習，提升認證效益。

5. 中藥材品質分析方法開發

持續中藥材品質分析方法開發暨協助檢驗方法覆核。

6. 中藥飲片炮製研究

依據炮製需求與方法，研究並建立中藥飲片的製作條件、品質影響與評估方式，以代謝體學方法尋找藥材在炮製轉化中的化學標誌物，並串聯療效特徵分子，進一步制訂品質管制規範。

7. 中藥指標成分之製備

中藥化學成分與指標成分標準品之製備研究。116-117 年為建置期，建立中藥材指標成分之製備方法，盤點具品質管制需求之中藥材品項，並優先針對常用或具代表性之指標成分進行分離、純化及品質確認，作為後續標準品製備與應用之基礎。118-119 年為優化期，持續精進中藥化學成分與指標成分標準品之製備技術，建立具再現性、穩定性與可移轉性之製備流程，並逐步擴充標準品品項，以提升中藥材品質管制所需對照物質之供應量能。120 年為推廣應用期，完善中藥成分標準品與對照物質化學庫之建構，並提供穩定且可信賴之中藥材指標分析標準品，支援中藥材品質檢驗、研究開發及相關管理應用，以強化國內中藥品質管制之基礎。

8. 中藥對照藥材之製備與供應

中藥對照藥材的製備、品質控制與供應，以支持研究、檢測與臨床應用之需求。

(四)精進上市中藥(材)監測

1. 落實上市中藥(材)品質、包裝標示及異常物質監測機制

- (1)依「中醫藥發展法」第14條及「上市中藥監測辦法」規定，積極執行上市中藥品質監測。針對中藥(材)標示、內容物及異常物質進行後市場監測，透過查緝市售違規中藥(材)，並透過逐年矯正，以完善上市中藥(材)品質監控機制。每年進行中藥(材)標示檢查600件、中藥異常物質監測查400件，116年合格率達93%、117年93%、118年93.5%、119年93.5%及120年94%。
- (2)宣導各縣市衛生局針對轄內中醫醫療院所及中藥房等所售中藥(材)進行標示檢查及品質抽(檢)驗，並滾動檢討修訂中藥材包裝標示規定與異常物質限量。
- (3)結合地方政府衛生局之稽查量能，落實源頭中藥商營業現況之調查與稽查，除不定期執行市場、夜市或市集等非藥商處所之稽查，檢討訂定每年稽查工作之重點項目，將每年稽查項目之執行結果進行統計分析，並作為精進後續管理作為之參據。

2. 強化上市中藥(材)查緝訓練知能

透過辦理年度中藥藥政稽查會議及全國藥政業務研討會，116年2場次、117年2場次、118年2場次、119年2場次及120年2場次，共計辦理10場次相關活動，邀集從事中藥稽查業務之中央與地方公務同仁，促進彼此之中藥查緝經驗交流，藉由分享、學習與討論，激發創新思維，提升對於違規中藥之稽查能力，推展中藥藥政稽查業務助益，守護民眾中藥用藥安全。

3. 監控網路販售中藥違規案件

為落實杜絕不法藥品查緝事宜，結合公務機關與民間資源，協助於網路進行巡查，針對架設虛擬店面或透過網路交易平台、臉書、部落格或以一頁式廣告詐騙手法，買賣來源不明或宣稱減肥、壯陽等中藥，加強監控查緝不法中藥，並整理網路販售中藥等違規案件資料，以適時處理並有效遏阻違法情事，確保國人用藥安全。

(五)提升中藥販賣服務品質

1. 推動「中藥從業管理手冊」輔導方案

為建立中藥販賣業者之從業規範，逐年輔導傳統中藥產業朝向專業服務及提升中藥從業人員服務品質，推動「中藥從業管理手冊」，針對中藥從業人員、營業場所及中藥(材)貯存倉庫之管理等事項，建立標準作業參考指引，加強中藥販賣業作業場所環境衛生與安全、中

藥材貯存與管理等規範內容，配合現場實務及民眾需求，持續滾動修正，並輔導業者落實該手冊相關規範，將相關內容拍攝製成教學影片、宣導單張等，於相關活動上進行宣導，透過多元化宣傳方式，逐步輔導中藥販賣業轉型，符合現代化經營模式。116 年輔導業者 13 場次、117 年 13 場次、118 年 13 場次、119 年 13 場次及 120 年 13 場次，共計辦理 65 場次相關活動。

2. 健全傳統中藥販賣業經營管理

為健全傳統中藥販賣業經營管理，針對傳統中藥販賣業店家進行販賣經營管理輔導，輔導店家執行「中藥從業管理手冊」規範，依據中藥販賣業示範店家遴選作業要點，辦理示範店家遴選作業相關事宜，完成遴選年度示範店家，並舉辦表揚活動予以獎勵。透過遴選示範店家等標竿學習模式，促進同儕學習，整體提升中藥販賣業經營管理制度。116 年 1 場次、117 年 1 場次、118 年 1 場次、119 年 1 場次及 120 年 1 場次，共計辦理 5 場次標竿學習活動。

3. 輔導及培育初加工、炮製技藝人才

隨著中藥販賣業藥商逐漸老化凋零，中藥產業技藝傳承予年輕一代之需求相對迫切，傳統中藥炮製技術是中醫藥最具特色之傳統知識之一，為保存及傳承此項技術，辦理中藥材傳統炮製技術與初加工相關課程，輔導及培育初加工、炮製技藝人才，規劃常用中藥材炮製一系列課程，藉由培育種子師資，達到輔導與推廣傳承中藥材傳統炮製技術與知能之目的，延續中醫藥傳統技藝，保存及傳承此項技術，發揚中藥商之傳統價值。116 年舉辦輔導課程 6 場、117 年 6 場次、118 年 6 場次、119 年 6 場次及 120 年 6 場次，共計辦理 30 場次課程。

(六) 優化中藥新藥開發環境

1. 滾動檢討中藥新藥臨床試驗相關法規修訂

鑑於中藥製劑成分多樣且複雜度高，中藥藥材萃取與組成、指標成分及含量測定等之管制條件與西藥不同，且中藥之臨床使用情境、臨床試驗設計、監測條件與審查重點亦異於西藥，為能兼顧中藥製劑之獨特性，及營造優化中藥新藥開發環境，116 年持續研析及評估中藥新藥之法規政策，滾動修訂相關管理規範，117 年提出相關修正草案，持續優化中藥新藥開發環境，切合中醫藥產業需要。

2. 補助中藥製劑創新及開發

為鼓勵我國中藥製造業投入中藥創新研發，每年補助 2-3 件中藥新藥及院內有效經驗處方之臨床研究開發，朝取得中藥新藥藥品許可證之目標執行，並輔導業者優化臨床研究設計，促進中藥新藥發展。

3. 智財保護與推動技術移轉

規劃中藥新藥專利佈局與智財保護策略，並透過產學研合作與技術移轉，促成國際授權、策略聯盟，創造中醫藥的國際市場價值。各年度執行重點如下：116-117 年（建置期）：盤點中藥新藥研發成果與潛力技術，建立智財保護與專利分析機制，規劃中藥新藥專利佈局策略，並建構產學研合作與技術移轉推動架構。118-119 年（推廣期）：推動重點技術之國內外專利申請與智財布局，協助研發成果技術包裝與媒合，辦理產學研合作交流及國際技術推廣，提升技術商品化與授權合作機會。120 年（優化期）：強化國際授權與策略聯盟合作，追蹤技術移轉及專利應用成效，優化中藥新藥智財保護與技轉推動模式，提升中醫藥產業國際市場競爭力與永續發展效益。

(七)精進中藥製劑品質管理

1. 制訂中藥濃縮製劑指標成分含量測定規範

由於中藥濃縮複方製劑藥材組成各有不同，又中藥成分多且分析複雜度高，為使相關方劑選定之指標成分具一致性，及考量標準湯劑製備方法亦需衡酌藥材特性等因素，亟需持續深入探討，俾作為中藥製劑品質之重要評估指標。為提升我國中藥濃縮製劑品質，賡續依建立之中藥濃縮製劑指標成分管理模式，每年進行 4 方不同濃縮製劑指標成分含量測定檢驗方法開發及提出含量標準範圍建議值。

2. 優化中藥查驗登記審查

為提升中藥查驗登記申請案件之品質與審查一致性，亟需建構完善之法規參考資源，供衛福部及中藥廠人員可適時查閱相關法規及解釋案例，因此有必要蒐集有關中藥查驗登記管理歷年相關公告及函釋，於 116 年彙編中藥查驗登記管理專書，並於 120 年滾動更新，以作為審查與申請作業之重要參考依據，並適時辦理教育訓練，進而提升整體案件品質。

3. 資訊化中藥廠管理

為強化國內中藥製造廠之管理作業並提升行政效能之電子化應用，亟需導入中藥廠資訊化管理系統，以整合現行中藥製造廠相關資

料與管理流程，並提供即時且動態的資訊呈現，如包含中藥製造廠現況資料管理、變更事項統籌與追蹤、動態資訊儀表板、警訊提示機制（如重大缺失或嚴重違反 GMP 之案件）、改善進度追蹤、稽查報告彙整與自動化稽催等功能，於 119 年完成該系統建置，可有效掌握全國中藥廠管理現況，提升稽查與行政管理效率，並加強對中藥廠持續監督與風險控管能力。

(八)精進中藥製藥產業韌性

1. 導入傳統中藥廠確效作業概念

國內傳統中藥廠多以中小型企业為主，受限於規模與人力資源，常面臨人員更迭頻繁、GMP 及確效作業品質管理系統概念薄弱等問題，亟需每年提供至少 24 小時相關教育訓練課程，強化專業知能，以扶植傳統中藥廠逐步健全其發展及管理，協助未來順利推動傳統中藥廠確效作業，達成中藥廠全面實施確效作業之政策，以整體提升我國中藥廠製藥品質。

2. 精進中藥 GMP 製造品質查核與管理

我國中藥廠自 94 年起全面實施 GMP，依藥物製造業者檢查辦法規定，每 2 年需執行後續追蹤管理檢查，為降低中藥廠嚴重違反 GMP 之風險，針對高風險藥廠進行輔導，以精進中藥廠 GMP 管理。又為提升中藥廠品質管理與國際接軌，衛福部推動實施確效作業，前揭業務皆由稽查人員進行查核，基於稽查業務複雜且具專業性，為持續提升稽查人員之職能及培訓新進查核人力，需每年進行至少 24 小時 GMP 暨確效作業相關課程教育訓練或研習會，搭配實地參訪及查廠案例討論會，以提升稽查人員量能並強化稽查技巧及查核一致性。

3. 提升中藥製劑供應鏈韌性

為預防及因應中藥供需問題，透過衛福部中藥供應資訊平台，提供醫療院所及中藥廠、中藥商進行通報，藉由受理中藥材與中藥製劑短缺通報，有效掌握全國中藥供應狀況，並精進通報及協調供貨處理機制，每年辦結缺藥通報案件率達 80%，以強化中藥穩定供應，確保民眾用藥權益。

第四項 營造養生健康產業（主辦機關：衛福部、國家中醫藥研究所）

(一)建置「中醫藥農業科技健康產業園區」

1. 建構行政管理中心

行政管理中心為園區整合與營運管理樞紐，統籌行政管理、設施維運、研發支援、法規諮詢、對外合作，以及一站式服務，確保各功能中心運作順暢並提升整體營運效率。透過建立明確治理架構與標準化作業流程，整合園區設施與研究資源，推動研究進駐、人才培訓與產學研合作。同時結合品牌行銷、教育推廣與導覽活動，加強對外交流，並透過績效管理與定期檢討機制，持續優化園區整體營運與發展效益。116-118 年為建置期：清償退場私校債務、成立園區推動工作小組、辦理台糖公司簽約、整修伯苓大樓行政中心及園區基礎建設。119-120 年為營運推廣期，倘提供第三人建築使用（如中醫醫院或倉儲/初級加工場域等），按規定每年應按核發土地使用權同意書面積乘以當期公告土地現值 1%繳納權利金予台糖公司。

2. 建置中草藥檢驗暨培訓中心

中草藥檢驗暨培訓中心整合檢驗鑑定、種原研究、人員培訓及技術認證等功能，規劃建立中草藥檢驗鑑定體系，針對基原鑑定、純度與安全性檢驗、有效成分含量測定及品質圖譜分析等項目，建置標準化檢測流程，以強化中草藥品質與安全管理。其次推動中草藥種原收集與保存、品系篩選及藥用植物資源分析，建立穩定且可持續利用之藥材資源基礎。同時規劃辦理中草藥種植、鑑定、炮製及經營管理等專業培訓課程，培育產業所需之專業人才；並建立種植、生產、檢測與流通追溯等認證機制，推動專業證照制度與產品市場准入標準。透過檢驗、研究、培訓與認證之整合推動，強化中草藥品質管理體系，並提升產業專業化與國際競爭力。

116 年為建置期：整修寒館、梅館二棟建物，購置檢驗設備及延攬人才，建置培訓課程標準與規範；117 年為推廣期：開始營運，接受委託檢驗並開設培訓課程；118-120 年為優化期：擴大服務對象、培訓課程內容、檢驗及認證類別。

3. 打造國家藥苑

國家藥苑的定位並非一般展示型植物園，而是兼具保育、科研、教育與國際連結功能的國家級中草藥資源平台。規劃建立藥用植物保種與資源保存體系，蒐集珍稀及瀕危藥用植物，建置活體植物基因庫與種子庫，強化中草藥物種資源保存基礎。並發展化學成分預測與研究平台，提升資源開發與研究應用能量。同時整合藥用植物資料並接

軌國際資料庫，強化學術交流與研究合作；並採英國皇家植物園模式，透過規劃多樣性活動，開放民眾參觀，提升社會大眾對中醫藥與藥用植物之認識，促進資源保育與文化傳播之整體效益。

116-117 年為建置期：興建大型溫室、園圃、種源保存庫設施、自動澆灌系統及景觀設置等基礎建設。118-120 年為業務運作期：開始進行種原收集、保種、基因分析及建置資料庫。119-120 年為優化期：推動參觀導覽服務。

4. 建置中醫藥生活展覽館

中醫藥生活展覽館為中醫藥文化推廣與生活應用之展示平台，負責中醫科普教育、文化推廣與創造觀光產值。規劃傳統醫學史、典籍文物及藥材標本的常設展區及主題特展，安排導覽解說與教育推廣活動。透過主題導覽、講座及校外教學等方式，深化民眾對中醫藥文化之認識。同時設置互動體驗教室，規劃中藥手作、食療養生及中藥辨識等課程，促進中醫藥知識之生活化應用。並結合園區研發產品進行展示與展售，以提升中醫藥文化推廣與產業應用效益。

116-117 年為建置期：興建大型溫室、園圃、種源保存庫設施、自動澆灌系統及景觀設置等基礎建設；118-120 年為業務運作期：開始進行種原收集、保種、基因分析及建置資料庫；119-120 年為優化期：推動參觀導覽服務。

5. 推動國際合作暨產業研發應用中心

國際合作暨產業研發應用中心為推動中醫藥國際化與產業應用之整合平台，統籌國際合作、技術轉移、標準建立及產業發展等工作。將「技術」轉化為「產值」，推動全球佈局。首先建立涵蓋藥材種植、炮製、品質檢測與臨床應用之中醫藥國際標準體系，作為推動跨國合作與產品開發之基礎。其次建置跨國中藥材開發服務機制，整合藥材供應、品質檢驗、法規評估與市場導入等資源，提升中醫藥產品國際發展能力。同時推動跨國中醫藥聯合研究，結合國內外產學研醫機構，共同發展中醫藥應用與臨床研究成果，並逐步建立國際合作網絡，建立全球中醫藥健康聯盟，進一步串聯醫療、製藥與農業資源，推動健康保健、化妝用品、居家護品及農業生技等產品開發與應用。最後透過產業合作與市場推廣機制，促進研究成果轉譯與產品化，提升中醫藥產業之國際競爭力與發展效益。116 年為建置期：整修開悟

大樓建物。117-118 年為規劃及推廣期：開始推動產業研發計畫。119-120 年為優化期：擴大招商、進行產品授權及技術移轉。

6. 發展中醫智慧醫療暨實證研究中心

中醫智慧醫療暨實證研究中心為推動中醫智慧醫療應用與臨床實證研究，規劃建構智慧中醫照護服務模式，結合全人健康評估、個人化療養規劃及AI輔助診斷研發，發展疑難病症、癌症輔助療養、高齡保健及婦幼照護等整合照護服務。其次整合中西醫醫療資源與健康諮詢服務，導入遠距中醫照護及智慧醫療設備，提升健康管理與醫療服務之可近性與連續性。同時建立急性後期療養、復能銜接及偏鄉遠距醫療支援機制，強化多元場域之醫療服務能力；並推動中醫健康促進與專業培訓課程，培育相關專業人才。最後透過臨床資料蒐集與成效評估，建立實證研究機制，以持續優化智慧中醫照護模式並提升中醫健康照護之整體效益。118-120 年為建置期：整修原有建物並購置相關醫療與周邊設備。

(二)發展中醫養生健康產業

1. 跨產業合作推動中醫藥養生健康方案

因應臺灣高齡社會需求，建立各種與健康促進議題相關的測試平台，透過跨單位合作尋找臺灣在地特有或傳統醫學的藥食同源材料進行開發健康促進配方及科學實證之工作，產出成果進行推廣並推動跨產業合作。

2. 明確藥食兩用管理規範

因應我國養生飲食文化及膳食發展需求，衛福部已檢討可供食品使用之中藥材品項，將「可同時提供食品使用之中藥材」及「可供食品使用原料彙整一覽表」(111年6月21日改版，現為食品原料整合查詢平臺)兩表合一，擬具「得供食品原料使用之中藥材品項及其產品屬性認定基準(草案)」，並召開數十次專家會議及業者溝通會議；惟各界對該基準所訂管理原則仍有意見分歧，亟需持續與食品及中醫藥界積極協商溝通，儘速形成共識，俾據以辦理管理原則之公告作業，以利業者依循辦理，共同維護民眾健康及促進產業發展。

(三)推動中醫藥衛生教育

1. 建立中醫藥衛生教育諮詢平台

為提供民眾主動取得正確中醫藥資訊及衛生教育知識之管道，使

國人擁有更便利之中醫藥諮詢服務，建立中醫藥衛生教育諮詢平台，透過友善使用者的網路介面，針對民眾關心之中醫藥議題常見中藥用藥問題等，及時提供正確資訊，並創造意見交流及資訊回饋之加乘效益，提升民眾中醫藥用藥安全諮詢服務及雙向互動，加速中醫藥資訊及衛生教育知識之傳播，預計 120 年人次數累計達 6,000 人。該平台研議採用模組化設計，以強化整體軟體開發與交付的安全性及可控性。

2. 推廣正確中醫藥用藥安全衛生教育

- (1)舉辦中醫藥用藥安全宣導活動：每年舉辦 60 場次各式宣導活動、社區講座、建置平面文宣及數位影音等，深入學校、職場或社區等不同場域進行衛生教育推廣，並結合中醫醫療院所、社區基層醫療單位、社區藥局或中藥販賣業者等資源，擴大推廣效益。
- (2)強化多媒體素材推廣：透過 Facebook、Line、Youtube 及 Podcast 等社群及影音平台，以多元面向設計衛教單張、海報及影音素材，提供互動式之衛生教育。預計每年完成 5 件中醫藥衛生教育多媒體宣導文案。
- (3)精進衛教種子師資培訓：使不同年齡層、不同族群之民眾更易取得符合其需求之正確資訊，增進國人衛生教育之核心能力及對中醫藥之認識。

3. 編輯出版中醫藥教科書

編輯出版中醫藥教科書，作為推動中醫藥教育發展與人才培育之核心基礎，透過系統化、標準化之教材內容，協助學校教育、師資培訓及相關專業人員建立完整的中醫藥知識體系，並可作為銜接臨床實務之重要參考，有助於縮短學用落差，促進中醫藥知識之累積、傳承與現代化發展。

(四)提升民俗調理產業發展：精進民俗調理業管理及提升產業發展

- 1.健全法制：因應勞動部技術士技能檢定，衛福部賡續開放辦訓單位申辦民俗調理人員訓練課程，每年並辦理計畫審查、教材及成果報告檢核、實地訪視等品質管理機制，以確保辦訓作業符合標準與規範。
- 2.提升技能：依據《職能發展及應用推動要點》第十二條規定，職能基準應至少每三年評估更新與否；將於屆期前檢視職能基準，必要時召開產業專家會議，以確保各基準符合產業趨勢及政策現況。

3. **消費安全**：為保障消費者權益，將研議推動「民俗調理業從業實務手冊」輔導方案，協助業者建立正確服務流程與經營管理觀念，提升服務品質，確保民眾接受民俗調理服務時之安全與信賴。
4. **人才培育**：116-117年規劃講師專業研習課程及發展民俗調理業法規教育標準教材，逐步建置講師資料庫，提升講師資格檢核效率，強化講師與學員對法規及專業知識的掌握。同時，結合專業研習課程與標準化教材，完善民俗調理專業人才培育體系，確保未來從業人員具備完整之專業素養與能力，支撐產業持續健康發展。

第五項 創新中醫智慧醫療（主辦機關：衛福部、國家中醫藥研究所）

（一）培訓中醫藥跨領域人才

1. 強化中醫科研人才培訓

強化中醫藥試驗設計與生醫技術之科研人才培訓，涵蓋碩、博及博士後層級。推動中醫藥跨域共識營或工作坊，培養跨領域協作能力，並與學校學位鏈結建立共導制度，提供獎補助及研究經費，強化研究生與博士後跨域整合能力，打造具全球競爭力的中醫藥科研人才。研擬領域整合與創新引領跨界共研獎助計畫，提升國際能見度。116-117年為建置期，建立中醫藥科研人才培育架構，辦理跨域共識營與科研研習營，作為後續人才培訓與研究發展基礎。118-119年為深化期，持續辦理科研共識營，推動雙導師制度、研究輪調及研究獎助機制，強化跨域研究與國際接軌能力。120年為推廣應用期，建立常態化人才培育模式，強化國際合作、成果發表與產學鏈結，提升中醫藥研究能量與國際競爭力。

2. 培訓具大數據、AI、衛生法規政策等跨領域專業之中醫藥人才

透過逐年辦理實體或線上論壇及研習課程，導入醫療數據分析、AI臨床應用及衛生法規政策等核心能力，培養具跨域思維之中醫藥人才，將所學應用於臨床輔助判斷與醫院管理相關工作，以接軌國際趨勢，有助提供更精準、安全、以病人為中心之中醫醫療服務。

（二）發展中醫人工智能應用

1. 建置中藥 HPLC、TLC 層析圖及質譜、核磁共振光譜大數據等資料

逐年蒐集中藥的 HPLC、TLC、質譜和核磁共振光譜，建立中藥光譜大數據資料庫。

2. 發展運用 AI 智能科技輔助研究暨教學、衛教

利用數位資訊科技開發人工智能輔助中醫藥發展之工具，以建置相關分析檢驗大數據資料庫為基礎，導入AI工具，發展智能化應用系統，並經衛福部「臨床 AI 取證驗證中心」驗證 AI 安全及公平性符合規定，始落地施行，以輔助專業人士進行研究、教學及民眾衛生教育，創造使用者友善操作環境，同時精進中醫藥研究發展。

為確保資通安全、保障隱私並降低潛在法律風險，後續參照「行政院及所屬機關（構）使用生成式AI參考指引」妥為規劃，原則全面禁用 DeepSeek AI 等大陸地區廠牌資通訊產品服務；將逐步建立明確之模型管理與績效評估機制，以確保模型穩定性及可靠性，並評估導入資料數位化、標準化及自動化產製開放資料（Open by Default）等概念之可行性。

3. 應用中藥材鑑別資料及數位智慧辨識技術

運用智慧辨識技術，開發一項可快速進行輔助辨識中藥材之工具，逐年擴增品項，且準確率達九成以上，可幫助使用者即時且具相當可信度地辨識中藥材，並經衛福部「臨床 AI 取證驗證中心」驗證 AI 安全及公平性符合規定，始落地施行，協助中藥產業提升中藥材辨識度，推廣實務運用，並研擬建立明確之模型管理與績效評估機制，以確保模型穩定性及可靠性。另考量市面上偶有混摻事件，將優先研議以提升市場中藥材同名異物、同物異名等混淆之辨識，建置混摻辨識模組，提升該智慧辨識系統未來應用之深度。

4. 發展中醫 AI 健康管理平台

蒐集中醫健康評估數據，結合現代科技與大數據分析，透過AI技術建立健康風險評估機制，提供個人化養生建議、飲食處方與運動方案。116-117 年為建置期，辦理中醫健康資料庫標準化建置，建立四診資料蒐集與資料交換機制，並完成中醫健康管理平台雛型與初版健康風險評估模型，作為後續平台應用與模型優化基礎。118-119 年為優化驗證期，持續擴充中醫健康資料庫，優化體質辨識與慢性疾病風險評估等模型，並辦理平台功能驗證與試辦應用，以提升模型穩定性、系統整合性及健康管理應用效能。120 年為推廣應用期，完成中醫健康管理平台建置與模型優化，擴大健康管理場域應用，並強化資料庫擴增、模型管理及平台維運機制，以促進中醫健康管理服務之落地與產業化發展。

(三)建立中醫藥資訊數位化

1. 中醫醫療資訊數位標準化與臨床資料蒐集

為達成不同機構系統資料之可互操作性 (Interoperability)，以 FHIR 標準為基礎，建立中醫資料之 Taiwan Core Implementation Guide (TW core IG)，並結合「政府資料傳輸平臺 (T-Road)」及建置專屬 API 管理機制，每年補助 2 家機構小規模試辦中醫資料交換，透過大型語言模型將碎片化、非標準化及差異化之醫療文本，萃取出標準名詞並進行自動編碼，明確規範資料欄位定義、同步頻率及存取稽核流程後，並將標準上架至「政府資料標準平臺」，通過 FHIR 轉換以達成跨機構、跨系統間傳遞多重來源之資料，同時強化跨機關機敏資料傳輸安全性，以作為建置國家中醫藥資料庫之技術基礎，據此發展中醫人工智慧技術；前開技術將透過衛福部「負責任 AI 執行中心」確保其安全性、準確性、透明性和可解釋性，打造安全可信的臨床輔助工具。

2. 發展中醫智慧醫療照護模式

研議規劃中醫移動醫療服務模式，將以偏鄉、離島及醫療資源不足地區為優先服務對象，建置具備中醫診察、針灸、推拿及簡易中藥調劑功能之中醫行動醫療服務，並結合可攜式醫療設備，提升診療效率與品質；同時整合地方政府(衛生局所)、長照及社區資源，推動中醫預防保健、慢性病調理及健康衛教，以提升中醫醫療可近性、縮短城鄉差距，強化中醫在基層醫療與公衛體系之角色。

(四)評估中西藥併用效益及安全

1. 擴增臺灣中藥典及中西藥併用查詢系統之資料庫及系統維運

持續藥典數位化建置，配合臺灣中藥典第五版公告作業，維護及擴充更新「臺灣中藥典及中西藥併用查詢系統」資料庫，提升系統使用率。該資料庫擬採用模組化設計，並建立標準化版控與部署流程 (CI/CD)，以利快速安全進行版次更新；同時建立軟體物料清單 (Software Bill of Materials, SBOM)，並運用弱點檢測工具 (如 Google OSV-Scanner) 針對開發元件及第三方套件執行安全性掃描，以強化整體軟體開發與交付的安全性及可控性。

2. 運用資料庫及系統性實證研究，進行中西藥交互作用分析

以健保資料庫或臨床試驗數據進行中西藥交互作用的系統性分析，評估中西醫併用的潛在風險和效益。瞭解人類代謝酶系統作用機

制，評估中西藥交互作用及其受基因多型之影響。116-117 年為資料建置與分析架構建立期，運用全民健康保險資料庫建立中西藥交互作用研究流程，完成研究族群定義、藥品類別分類及分析模型建置，並完成至少 2 類藥品之長期預後分析。118-119 年為擴充分析與比較期，持續擴大納入不同藥品類別與疾病族群，進行中西藥交互作用之比較分析、次族群分析及敏感度分析。120 年為整合應用期，彙整歷年研究成果，建立中西藥交互作用實證資料架構，並提出分析結果與風險評估參考資料，作為後續臨床應用及政策規劃參考。

(五)研發中醫醫材或儀器

投注資源委託研究發展中醫診斷或治療醫材，透過召集臨床與產業專家盤點中醫診斷與治療醫材之需求，據以辦理委託研究，結合臨床及產業力量，進行中醫診斷或治療工具/設施之研發，及其效能與安全性之探討與評估。116-117 年為建置期，盤點中醫診療醫材發展現況與需求，據以規劃委託研究內容，辦理相關技術評估、原型設計或既有儀器功能改良，並研擬評估項目與測試流程。118-119 年為發展期，依前期規劃內容辦理中醫診療醫材之研發或改良作業，視執行情形逐步於適當場域進行操作測試，蒐集效能與安全性相關資料，並進行整理與分析。120 年為綜整期，綜整各階段研究資料與測試結果，並檢視相關技術或方法之適切性，必要時進行調整或修正。

第六項 傳承中醫藥文化與鏈結國際

(主辦機關：衛福部、國家中醫藥研究所、原住民族委員會)

(一)發揚中醫藥文化知識

1. 推廣中醫藥生活文化

從藥櫃中的一帖方到廚房裡的一味香，中藥本草早已融入民眾的日常，透過分區域舉辦中醫藥生活文化系列活動，以年度主題性活動，串聯國內中醫藥產業資源推動一系列多元的中醫藥活動，邀請民眾體驗中醫及中藥本草生活文化的奧妙，瞭解中醫藥養生保健知識，展現中藥產業在傳統技藝與現代創新的多元面貌，透過寓教於樂的方式推廣中醫藥知識文化，營造中醫社區健康照護網絡，藉由策劃一系列深入在地特色中藥文化，貼近生活中之中醫藥知識，讓民眾建立正確中醫藥觀念與態度。116 年 6 場次至少 20 萬人次參加、117 年 6 場次至少 20 萬人次參加、118 年 6 場次至少 20 萬人次參加、119 年 6 場

次至少 20 萬人次參加及 120 年 6 場次至少 20 萬人次參加，共計辦理 30 場次大型活動總參與人次達 100 萬人。

2. 強化中醫藥標本及中草藥展示

進行藥園及標本館設施提升，增加藥園及標本館藏內容，並深化青少年中藥教育，以強化中草藥教育活動。

(二)獎勵中醫藥發展貢獻：獎勵對中醫藥發展具有貢獻之個人或團體

依中醫藥發展法第 7 條第 2 項規定，衛福部於 109 年 11 月 26 日發布「中醫藥發展獎勵或補助辦法」，獎勵推動中醫藥研究及發展、中藥製劑創新及開發、中藥藥用植物種植等具有具體貢獻或成效之自然人、法人、團體、機關、機構或學校，辦理中醫藥發展獎勵事項公開徵選及表揚作業，依規定遴選得獎者、舉辦頒獎典禮公開表揚得獎者之傑出事蹟，並透過多元管道擴大推廣，展現促進中醫藥發展事項之推動成果與意義，提升社會大眾對中醫藥的認同，並鼓勵更多專家學者或團體投入中醫藥發展工作。

(三)建置傳統醫藥數位化

1. 擴充傳統中醫藥文獻知識庫

每年選定約 200 萬字傳統中醫藥文本，將文字數位化，並進行校對工作，最後上傳至知識庫，預計累積增新增 800 萬字內容；另依《資通安全責任等級分級辦法》落實各項資訊安全控制措施，確保系統運作之合規與安全。自 116 年起，將逐年盤點並評估符合個資法規、授權及去識別化前提下，將中醫臨床文本與術語等高品質素材，上架至「臺灣主權 AI 訓練語料庫」，以充實我國醫療 AI 之本土訓練語料。後續亦將逐步完備相關基礎建設及資安防護規定，規劃於 120 年對外開放，供民眾使用與推廣，以便提升整體應用效益，達成中醫藥文化傳承與知識共享之目標。

2. 拍攝臺灣傳統醫藥紀錄片

採以訪談拍攝、蒐集文獻及考察等方式保存臺灣不同族群傳統藥用植物（閩、客、原）文化，並記錄其地理資訊輸入資料庫，最後上傳至知識庫，每年計畫累積增加 1-2 部影片。

3. 數位化傳統醫史文物

收集並訪查傳統醫史文物，繼而將收集所得資料數位化，然後建置傳統醫史數位文物館。116 年設計數位文物館的架構，117-118 年收

集並訪查傳統醫史文物素材，119-120 年完成數位文物館平台及維運管理。

4. 保存與保護原住民族傳統醫療保健知識系統

- (1) 持續進行原住民族傳統醫療文化研究，推廣維持與傳遞原住民族傳統醫療保健知識，每年預計收錄 120 筆原住民族傳統醫療植物及療癒儀式相關文獻資料，及每年辦理「培育原住民族傳統醫療知識種子教師工作坊」，培育對象以對原住民族傳統醫療知識推廣及文化傳承有興趣之相關人員為主，規劃實務操作與經驗交流等課程，並導入數位工具相關課程內容之建置與應用，加速臺灣原住民族傳統醫療知識經驗傳承等相關課程，預計每年度培育 110 名師資。
- (2) 為持續保存、維持、傳遞與保護原住民族傳統醫療知識，每年辦理原住民族傳統醫療知識復振成果展暨觀摩會，以讓社會大眾瞭解原住民族傳統醫療知識復振推動成果，預計共辦理 5 場。

(四) 強化中醫藥鏈結國際

1. 推動國際疾病分類第 11 版 (ICD-11) 中醫藥應用及交流

世界衛生大會於 108 年 5 月首度將傳統醫學診斷納入國際疾病分類第 11 版(ICD-11)補充章節，並自 111 年 1 月 1 日起生效，中醫的病名與證型遂有其統一的分類，對於我國中醫藥與國際標準接軌具有重要意義。衛福部持續推動中醫臨床通用診斷問卷之建置與應用，逐步擴大收案規模、並推動多中心合作，以累積更具代表性之臨床資料，凝聚我國中醫臨床診斷共識。同時，分析日本及韓國等國家導入 ICD-11 之實務應用模式，建立可與國際同步之中醫診斷資料，以強化我國在國際傳統醫學領域的能見度與貢獻。

2. 調查我國中藥產值及國際產業市場趨勢

為掌握我國中醫藥產業之整體發展情形，研析我國中藥產值及中藥產業國際市場趨勢，借鏡各國傳統醫藥產業發展之政策，以市場拓展、創新研發、行銷推廣及策略聯盟等各面向進行研析，並以市場需求為導向，分析可能突破現況之產值提升契機，提出有助於提升中醫藥產值、促進產業升級及強化國際競爭力之策略建議。推估 120 年中藥產業產值規模可達 700 億元。

3. 參與及辦理中醫藥國際交流活動

每年補助至少 2 家民間團體或 NGO 從事國際交流及活動，並整合

政府、醫療院所、學術研究單位、產業公協會及民間組織之力量，參與傳統醫藥國際性組織及會議(如國際東洋醫學會等)、辦理工作坊分享我國中醫藥實務經驗及簽訂合作備忘錄等，與國外分享我國現代與傳統醫學整合經驗，發展國際交流合作。

4. 輔導業者媒合及拓銷中藥國際市場

研析國際傳統醫藥發展趨勢及法規動態，並提供相關外銷法規諮詢輔導資源，供我國中藥業者評估拓銷海外市場之可行性與商機。另規劃邀集我國業者組團，參與國際傳統醫藥展覽會或產業媒合會，以臺灣中醫藥之優質品牌形象，整合我國中醫藥產業之行銷量能，拓展海外市場，提升我國中醫藥之國際能見度。

5. 推動我國中藥標準國際協和化

為促進我國中醫藥管理標準國際協和化，推動參與 WHO、ISO（國際標準化組織）等國際性組織，並舉辦傳統醫學或整合醫學等國際研討會，透過與各國傳統醫藥專家交流，瞭解國際傳統醫藥法規標準發展方向，作為我國中醫藥制度研議之參考。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫實施期程自民國 116 年 1 月 1 日起至 120 年 12 月 31 日止，共計 5 年。

二、所需資源

(一) 人力需求

為配合國家精簡人力政策，先以機關現有預算員額調整因應，惟應依因計畫需求擴充人力。

(二) 財務需求

本計畫 116 年至 120 年所需經費（含資本門）總計為 7,763,800 千元（77 億 6,380 萬元）。

三、經費來源及計算基準

(一) 本計畫經行政院核定後，納入計畫之中央各主管機關，編列年度預算，由公務預算支應。

(二) 中醫藥發展法所定中醫藥研究基金，配合社會投資，中醫藥事業跨域合作與創新資金，參與重大公共建設，投入新創事業、生技醫藥產業。與農業部合作輔導企業投入資源循環，中藥產品副產物加值再利用。

(三) 計算基準：依據往年執行情形及未來發展需求推算，各年經費將視實際情形修正（經費一覽如下表一、二、三）。

表一、分年經費表

單位：千元

年度 項目	116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	合計
經常門	1,595,840	877,300	1,040,910	1,065,970	1,102,060	5,682,080
資本門	524,610	753,800	408,740	212,960	181,610	2,081,720
總計	2,120,450	1,631,100	1,449,650	1,278,930	1,283,670	7,763,800

表二、各機關經費表

單位：千元

項目 \ 年度	116 年	117 年	118 年	119 年	120 年	合計
衛福部	1,194,600	698,560	525,600	490,200	481,700	3,390,660
衛福部國家中醫藥研究所	907,850	914,540	906,050	770,730	783,970	4,283,140
農業部	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	40,000
原住民族委員會	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	50,000
總計	2,120,450	1,631,100	1,449,650	1,278,930	1,283,670	7,763,800

表三、各項分年經費表

單位：千元

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
一、完善中醫服務體系															
(一)研(修)訂 中醫藥法 規及人員 管理	1.研(修)訂中 醫、中藥 法規及人 員管理制 度	衛福部 中醫藥 司	案	2,500	1.6	4,000	1	2,500	1	2,500	3	7,500	1	2,500	19,000
	2.優化中醫 醫療品質 及執業環 境		案/ 補助 家次	3,000/ 1,000	2/0	6,000	1/7	10,000	1/7	10,000	1/7	10,000	1/7	10,000	46,000
	3.落實中藥 調劑作業 規範		案	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	10,000
(二)強化中醫 藥學術基 礎建設	1.整合尖端 技術研究 中醫藥作 用機制	衛福部 中醫所	件數	15,964	3	79,050 (資本門 40,000)	3	64,050 (資本門 30,000)	6	64,050 (資本門 20,000)	6	64,050 (資本門 20,000)	6	64,050 (資本門 20,000)	335,250 (資本門 130,000)
	2.導入人工 智慧(AI)解 析中草藥 功能性胜 肽作用機 制		材料 數	4,455	2	40,000 (資本門 33,000)	4	22,000 (資本門 15,000)	6	12,000 (資本門 5,000)	6	12,000 (資本門 5,000)	6	12,000 (資本門 5,000)	98,000 (資本門 63,000)
(三)強化中醫 藥臨床實 證研究	1.透過「臺 灣中醫臨 床研究聯 盟」平台 推動中醫 藥臨床研 究	衛福部 中醫所	案	27,500	5	110,000 (資本門 2,000)	5	110,000 (資本門 2,000)	5	110,000 (資本門 2,000)	5	110,000 (資本門 2,000)	5	110,000 (資本門 2,000)	550,000 (資本門 10,000)

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	2. 建立中醫居家醫療照護服務分析機制		件數	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
(四)落實中醫三段五級照護	1.推廣中醫健康促進 2.發展中醫家庭醫師角色 3.發展中醫家庭社區照護	衛福部中醫藥司	案	20,000	1	20,000	1	20,000	1	20,000	1	20,000	1	20,000	100,000
(五)促進中西醫整合醫療	1.拓展中醫急重慢病照護	衛福部中醫藥司	案	2,500	0	0	1	2,500	0	0	1	2,500	0	0	5,000
	2.建立中西醫結合照護基地或醫院		補助家次	1,750	4	7,000	4	7,000	4	7,000	4	7,000	4	7,000	35,000
	3.建立中醫參與緊急公共衛生事件與重大災害應變機制		案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
二、培育中醫服務人力															
(一)優化中醫臨床訓練	1.健全中醫師臨床訓練制度	衛福部中醫藥司	案	28,000	1	28,000 (資本門2,500)	1	28,000 (資本門2,500)	1	28,000 (資本門2,500)	1	28,000 (資本門2,500)	1	28,000 (資本門2,500)	140,000 (資本門12,500)
	2.培育中醫臨床教學師資及充實人才庫		案	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	35,000
(二)深化中醫專業能力	1.健全中醫醫療團隊臨床實務訓練	衛福部中醫藥司	案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
	2.建立中醫各專業領域臨床治療指引		件	2,500	2	5,000	2	5,000	2	5,000	2	5,000	2	5,000	25,000
(三)精進中藥服務品質	1.精進中藥執(從)業人員職能養成	衛福部中醫藥司	案	6,000	1	6,000	1	6,000	1	6,000	1	6,000	1	6,000	30,000
	2.強化藥師中藥訓練臨床核心能力		案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
	3.遴選中藥實習場域及培訓師資		案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
三、建構中藥產業鏈															

策略	行動方案	經費 編列 單位	單 位	單 價	年度預算(單位:千元)										
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		合計
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
(一)推動臺灣中藥種植及推廣應用	1.調查全國中藥藥用植物種植資源	衛福部中醫藥司	案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
	2.輔導臺灣中藥藥用植物種植		案	6,000	5	30,000	5	30,000	5	30,000	5	30,000	5	30,000	150,000
	3.中藥藥用植物項目試種及栽培管理評估	農業部	項	615.4	13	8,000	13	8,000	13	8,000	13	8,000	13	8,000	40,000
	4.促進及獎勵中藥藥用植物產業發展並媒合至中醫藥產業應用	衛福部中醫藥司	案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
	5.建置中藥材炮製、加工及產銷供應鏈		案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
	6.擴大中藥(材)基原及藥用部位之研究與藥理評估	衛福部中醫所	份	18,250	4	21,350 (資本門 9,000)	4	21,350 (資本門 9,000)	4	21,350 (資本門 9,000)	4	21,350 (資本門 9,000)	4	21,350 (資本門 9,000)	106,750 (資本門 45,000)
	7.國產中藥(材)加工研究					11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)	56,750 (資本門 10,000)
	8.中藥藥用基原鑑別資料					16,350 (資本門 10,000)		11,350 (資本門 5,000)		11,350 (資本門 5,000)		11,350 (資本門 5,000)		11,350 (資本門 5,000)	61,750 (資本門 30,000)
	9.國產中藥種植研究與推廣					16,350 (資本門 2,000)		16,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)		11,350 (資本門 2,000)	66,750 (資本門 10,000)
(二)強化中藥材源頭及流通管理	1.落實中藥材邊境查驗作業	衛福部中醫藥司	件	1000	30	30,000	30	30,000	30	30,000	30	30,000	30	30,000	150,000
	2.輔導中藥材溯源追蹤系統登錄作業		案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
(三)健全中藥材品質管理	1.滾動編修臺灣中藥典	衛福部中醫藥司	品項	約 4,000	5	20,000	5	20,000	6	20,000	6	20,000	出版及 編修下 一版	20,000	100,000
	2.編撰《臺灣本草》專書	衛福部中醫所	項	11,350 (資本門 2,500)	1	11,350 (資本門 2,500)	1	11,350 (資本門 2,500)	1	11,350 (資本門 2,500)	1	11,350 (資本門 2,000)	1	11,350 (資本門 2,000)	56,750 (資本門 11,500)
	3.滾動檢討中藥材含異常物質限量基準	衛福部中醫藥司	案	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	及 檢 驗 方 法														
	4.推 動 優 良 中 藥 材 及 飲 片 供 應 商 認 證		案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
	5.中 藥 材 品 質 分 析 方 法 開 發	衛福部 中醫所	分析 /品 項數	667	40	21,350 (資本門 12,000)	40	21,350 (資本門 12,000)	40	21,350 (資本門 12,000)	40	21,350 (資本門 12,000)	40	21,350 (資本門 12,000)	106,750 (資本門 60,000)
	6.中 藥 飲 片 炮 製 研 究		品項	1,800	10	8,000 (資本門 3,000)	10	8,000 (資本門 3,000)	10	8,000 (資本門 2,000)	10	8,000 (資本門 2,000)	10	8,000 (資本門 2,000)	40,000 (資本門 12,000)
	7.中 藥 指 標 成 分 之 製 備					10,000 (資本門 4,000)		10,000 (資本門 4,000)		10,000 (資本門 2,000)		10,000 (資本門 2,000)		10,000 (資本門 2,000)	50,000 (資本門 14,000)
	8.中 藥 對 照 藥 材 之 製 備 與 供 應		個	250 (資本門 75)	20	5,000 (資本門 1,500)	20	5,000 (資本門 1,500)	20	5,000 (資本門 1,500)	20	5,000 (資本門 1,500)	20	5,000 (資本門 1,500)	25,000 (資本門 7,500)
(四)精進上市 中藥(材)監 測	1.落 實 上 市 中 藥 (材) 品 質 、 包 裝 標 示 及 異 常 物 質 監 測 機 制	衛福部 中醫藥 司	案	23,000 (資本門 10,000)	1	32,000 (資本門 10,000)	1	23,000 (資本門 1,000)	1	23,000 (資本門 1,000)	1	23,000 (資本門 1,000)	1	23,000 (資本門 1,000)	124,000 (資本門 14,000)
	2.強 化 上 市 中 藥 (材) 查 緝 訓 練 知 能		案	1,000	1	1,000	1	1,000	1	1,000	1	1,000	1	1,000	5,000
	3.監 控 網 路 販 售 中 藥 違 規 案 件		案	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	1	7,000	35,000
(五)提升中藥 販賣服務 品質	1.推 動 「 中 藥 從 業 管 理 手 冊 」 輔 導 方 案	衛福部 中醫藥 司	案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
	2.健 全 傳 統 中 藥 販 賣 業 經 營 管 理		案	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	20,000
	3.輔 導 及 培 育 初 加 工 、 炮 製 技 藝 人 才		案	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000	20,000
(六)優化中藥 新藥開發 環境	1.滾 動 檢 討 中 藥 新 藥 臨 床 試 驗 相 關 法 規 修 訂	衛福部 中醫藥 司	案	8,000	1	8,000	1	8,000	-	-	-	-	-	-	16,000
	2.補 助 中 藥 製 劑 創 新 及 開 發		件	6,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	60,000
	3.智 財 保 護 與 推 動 技	衛福部 中醫所	件	4,364	2	9,000	2	9,000	3	10,000	3	10,000	3	10,000	48,000

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	術移轉														
(七)精進中藥 製劑品質 管理	1.制訂中藥 濃縮製劑 指標成分 含量測定 規範	衛福部 中醫藥 司	項	1,750	4	7,000	4	7,000	4	7,000	4	7,000	4	7,000	35,000
	2.優化中藥 查驗登記 審查		案	2,000	1	2,000	-	-	-	-	1	2,000	4,000		
	3.資訊化中 藥廠管理		案	2,000	-	-	2.5	5,000 (資本門)	2.5	5,000 (資本門)	1	2,000	12,000 (資本門 10,000)		
(八)精進中藥製 藥產業韌性	1.導入傳統 中藥廠確 效作業概 念	衛福部 中醫藥 司	案	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	10,000
	2.精進中藥 GMP製造 品質查核 與管理		案	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	12,500
	3.提升中藥 製劑供應 鏈韌性		案	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	1	2,500	12,500
四、營造養生健康產業															
(一)建置「中 醫藥農業 科技健康 產業園 區」	1.建構行政 管理中心 1-1償還債 務及修繕 費用 1-2維運基 礎建設費	衛福部 中醫藥 司	案	1.116 年 償還債 務 2.116-118 年修繕 行政中 心	1	779,400 (資本門 90,000) (債務 630,000)	1	284,360 (資本門 235,100)	1	119,900 (資本門 49,700)	-	-	-	-	1,323,66 0 (資本門 404,800)
			式	70,000 (資本門 15,000)	-	-	-	-	-	-	1	70,000 (資本門 15,000)	1	70,000 (資本門 15,000)	
	2.建置中草 藥檢驗暨 培訓中心	衛福部 中醫所	年	含修繕 費及維 運費	第 1 年 修繕期	109,800 (資本門 74,300)	第 2 年服 務 2,400 件及修繕 費	96,000 (資本門 85,000)	第 3 年服 務 2,800 件及修繕 費	59,450 (資本門 9,500)	第 4 年服 務 3,200 件及維運 費	59,450 (資本門 9,500)	第 5 年服 務 3,600 件及維運 費	59,450 (資本門 9,500)	384,150 (資本門 187,800)
	3.打造國家 藥苑		年	含修繕 費及維 運費	第 1 年 修繕期	90,000 (資本門 85,110)	第 2 年修 繕費	86,980 (資本門 84,000)	第 3 年蒐 集種源 150 件及 修繕費	40,000 (資本門 31,340)	第 4 年蒐 集種源 250 件及 維運費	6,660 (資本門 1,000)	第 5 年蒐 集種源 300 件及 維運費	6,660 (資本門 1,000)	230,300 (資本門 202,450)
	4.建置中醫 藥生活展 覽館		年	含修繕 費及維 運費	第 1 年 修繕期	54,880 (資本門 30,800)	第 2 年修 繕費	81,250 (資本門 69,700)	第 3 年導 覽 20 場 次及修繕 費	42,960 (資本門 21,150)	第 4 年導 覽 30 場 次及維運 費	26,810 (資本門 5,000)	第 5 年導 覽 40 場 次及維運 費	26,810 (資本門 5,000)	232,710 (資本門 131,650)
	5.推動國際 合作暨產 業研發應 用中心		年	含修繕 費及維 運費	第 1 年 修繕期	94,320 (資本門 29,100)	第 2 年辦 理國際合 作 2 件及 修繕費	163,060 (資本門 144,800)	第 3 年辦 理國際合 作 2 件及 修繕費	96,160 (資本門 22,250)	第 4 年辦 理國際合 作 2 件及 維運費	90,000 (資本門 5,000)	第 5 年辦 理國際合 作 2 件及 維運費	90,000 (資本門 5,000)	533,540 (資本門 206,150)
6.發展中醫 智慧醫療 暨實證研 究中心	年	含修繕 費及維 運費	-	-	-	-	修繕期	205,430 (資本門 173,800)	辦理 PAC 病種研究 1 案及修 繕費	128,760 (資本門 77,960)	辦理 PAC 病種研究 2 案及修 繕費	142,000 (資本門 52,610)	476,190 (資本門 304,370)		
(二)發展中醫 養生健康 產業	1.跨產業合 作推動中 醫藥養生 健康方案	衛福部 中醫所	個	7,500	2	12,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	60,000

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	2.明確藥食兩用管理規範	衛福部中醫藥司	案	0		0		0		0		0		0	0
(三)推動中醫藥衛生教育	1.建立中醫藥衛生教育諮詢平台	衛福部中醫藥司	項	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
	2.推廣中醫藥用藥安全衛生教育		式	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
	3.編輯出版中醫藥教科書	衛福部中醫所	冊	15,000	2	15,000	2	15,000	2	15,000	2	15,000	2	15,000	75,000
(四)提升民俗調理產業發展	精進民俗調理業管理及提升產業發展	衛福部中醫藥司	案	20,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	1	2,000	10,000
五、創新中醫智慧醫療															
(一)培訓中醫藥跨領域人才	1.強化中醫科研人才培訓	衛福部中醫所	場次	4,900	2	8,000	2	8,000	2	11,000	2	11,000	2	11,000	49,000
	2.培訓具大數據、AI、衛生法規政策等跨領域專業之中醫藥人才	衛福部中醫藥司	案	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	1	3,000	15,000
(二)發展中醫人工智能應用	1.建置中藥HPLC、TLC層析圖及質譜、核磁共振光譜大數據等資料	衛福部中醫所	個	125	200	30,000 (資本門20,000)	200	20,000 (資本門10,000)	200	20,000 (資本門10,000)	200	15,000 (資本門5,000)	200	15,000 (資本門5,000)	100,000 (資本門50,000)
	2.發展運用AI智能科技輔助研究暨教學、衛教	衛福部中醫藥司	式	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
	3.應用中藥材鑑別資料及數位智慧辨識技術		式	10,000	0.5	5,000	0.5	5,000	0.5	5,000	1	10,000	1	10,000	35,000
	4.發展中醫AI健康管理平台	衛福部中醫所	項	20,000 (資本門10,000)	1	38,000 (資本門29,000)	1	23,000 (資本門13,000)	1	13,000 (資本門3,000)	1	13,000 (資本門3,000)	1	13,000 (資本門2,000)	100,000 (資本門50,000)
(三)建立中醫藥資訊數位化	1.中醫醫療資訊數位化與臨床資料蒐集	衛福部中醫藥司	案/ 補助家次	200/ 2,500	1/0	200	1/2	5,200	1/2	5,200	11/2	7,200 (資本門2,000)	11/2	7,200 (資本門2,000)	25,000 (資本門4,000)
	2.發展中醫		案	3,000	1	3,000	1	3,000		-		-		-	6,000

策略	行動方案	經費 編列 單位	單 位	單 價	年度預算（單位：千元）										合計
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	智慧醫療 照護模式														
(四)評估中西 藥併用效 益及安全	1.擴增臺灣 中藥典及 中西藥併 用查詢系 統之資料 庫及系統 維運	衛福部 中醫藥 司	式	5,000 (資本門 3,000)	1	5,000 (資本門 3,000)	1	5,000 (資本門 3,000)	1	5,000 (資本門 3,000)	1	5,000 (資本門 3,000)	1	5,000 (資本門 3,000)	25,000 (資本門 15,000)
	2.運用資料 庫及系統 性實證研 究，進行 中西藥交 互作用分 析	衛福部 中醫所	作用/ 類別	3,280	5	10,000	5	10,000	5	10,000	5	10,000	5	10,000	50,000
						15,800 (資本門 11,800)		3,200 (資本門 700)		3,000 (資本門 500)		5,000 (資本門 2,500)		5,000 (資本門 2,500)	32,000 (資本門 18,000)
(五)研發中醫 醫材或儀 器	推動中醫診 療醫材或儀 器之研發與 實證評估	衛福部 中醫所	案	9,100	2	18,200 (資本門 10,000)	2	18,200 (資本門 10,000)	2	18,200 (資本門 5,000)	2	18,200 (資本門 5,000)	2	18,200 (資本門 5,000)	91,000 (資本門 35,000)
六、傳承中醫藥文化與鏈結國際															
(一)發揚中醫 藥文化知 識	1.推廣中醫 藥生活文 化	衛福部 中醫藥 司	場	2,000	5	10,000	5	10,000	5	10,000	5	10,000	5	10,000	50,000
	2.強化中醫 藥標本及 中草藥展 示	衛福部 中醫所	場次	250	50	10,000 (資本門 6,000)	50	10,000 (資本門 6,000)	50	10,000 (資本門 5,000)	50	10,000 (資本門 5,000)	50	10,000 (資本門 5,000)	50,000 (資本門 27,000)
(二)獎勵中醫 藥發展貢 獻	獎勵對中醫 藥發展具有 貢獻之個人 或團體	衛福部 中醫藥 司(4科)	案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000
(三)建置傳統 醫藥數位 化	1.擴充傳統 中醫藥文 獻知識庫	衛福部 中醫所	萬字	15,700 (資本門 2,000)	200	15,700 (資本門 2,000)	200	15,700 (資本門 1,000)	200	15,700 (資本門 1,000)	200	15,700 (資本門 1,000)	200	15,700 (資本門 1,000)	78,500 (資本門 6,000)
	2.拍攝臺灣 傳統醫藥 紀錄片		部	6,200	2	12,000	2	14,000	2	12,000	2	12,000	2	12,000	62,000
	3.數位化傳 統醫史文 物		式	12,400	1	12,000	1	14,000	1	12,000	1	12,000	1	12,000	62,000
	4.保存與保 護原住民 族傳統醫 療保健知 識系統	原住民 族委員 會	筆	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
(四)強化中醫 藥鏈結國 際	1.推動國際 疾病分類 第 11 版 (ICD-11)中 醫藥應用 及交流	衛福部 中醫藥 司	案	10,000	1	10,000	10,000	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
	2.調查我國 中藥產值 及國際產		案	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	1	5,000	25,000

策略	行動方案	經費 編列 單位	單位	單價	年度預算（單位：千元）										
					116 年		117 年		118 年		119 年		120 年		合計
					數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	數量	金額	
	業市場趨勢														
	3.參與及辦理中醫藥國際交流活動		場	3,000	6	18,000	6	18,000	6	18,000	6	18,000	6	18,000	90,000
	4.輔導業者媒合及拓銷中藥國際市場		場	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	1	10,000	50,000
	5.推動我國中藥標準國際協和化		場	5,000	2	10,000	2	10,000	2	10,000	2	10,000	2	10,000	50,000
各年度小計					2,120,450		1,631,100		1,449,650		1,278,930		1,283,670		
總計			7,763,800												

陸、預期效果及影響

一、推估中醫藥產業產值：執行本計畫可以促進產業創新加值，推估 120 年中藥產業產值規模推估可達 700 億元。

二、完善中醫服務體系

- (一) 完善中醫醫事與中藥藥事相關法規及人員管理制度，並落實醫療機構中藥調劑作業與環境管理規範，全面提升中醫藥治理效能與用藥安全，具政策必要性。
- (二) 研議健保濃縮中藥逐項計價支付模式並建置估價基準，促進中藥支付機制合理化，保障醫療品質與用藥安全。
- (三) 優化中醫醫療品質與執業環境，建立安全、專業且具品質之中醫醫療服務體系。
- (四) 運用 AI、數據與數位化技術，整合臨床數據、藥材品質與成分、療效評估及中西藥交互作用等資料，建立可量化、可驗證且可重複之證據與資料基礎，推動跨域與跨機構常態合作，使中醫藥成果符合現代醫學、健保與國際規範之證據模式被採用與擴散，促進公共健康、產業升級與國際接軌之長期效益。
- (五) 整合多層次疾病模型與空間生物學等技術，系統性解碼中醫藥在老化、神經、免疫與代謝疾病的作用機制，建立可驗證、可再現的科學基礎，銜接後續轉譯應用與新藥開發，提升我國在相關領域之國際學術與技術競爭力。
- (六) 推動臨床研究平台化，透過「臺灣中醫臨床研究聯盟」整合資源，聚焦國人重要健康議題研發具治療潛力之中藥新藥，提升證據品質與擴散效率，降低疾病負荷與照護成本，強化國家競爭力。
- (七) 透過 AI 解析中草藥天然胜肽之活性與作用機制，建立可持續擴充之功能性胜肽庫，提供具轉譯潛力之研發標的，縮短研發時程並降低試錯成本，提升中醫藥原料與產品開發競爭力，形塑我國於中草藥胜肽創新應用之國際差異化優勢。
- (八) 推動中醫藥預防保健與健康促進措施，深化社區與家庭導向之中醫健康支持。
- (九) 促進中醫醫療照護資源均衡發展，強化中醫全人醫療照護模

式，發展中醫家庭醫師角色，並健全中醫社區健康照護網絡，提升偏鄉與社區民眾之醫療可近性。

- (十) 拓展中醫多元醫療與健康服務，推動中西醫整合照護，深化中醫特色醫療與健康促進服務，回應不同族群與生命歷程之健康需求。
- (十一) 建立中醫參與緊急公共衛生事件及重大災害之應變機制，提升中醫體系在公共衛生與國家韌性中的支援與應用效能。
- (十二) 建構高齡社會可擴散的整合照護模式，評估中醫納入居家醫療整合照護之成效，提升服務可近性與整合治療的系統性角色，降低因長照需求造成的直接與間接成本，回應高齡化下照護量能與財務壓力。

三、培育中醫服務人力

- (一) 精進中醫師臨床訓練制度，培育中醫(中藥)臨床教學實務訓練師資，合格效期內之指導教師人數至少 1,950 人，精實中醫人才培訓。
- (二) 推展具實證特色之中醫醫療照護，每年依照中醫專業分科編撰實證醫學教材或臨床治療指引 2 份，提升中醫醫療服務品質與民眾信賴度。
- (三) 精進中藥藥事服務團隊服務品質，遴選 300 家以上合格中藥實習場所，完成藥師中藥實習人數達 2,360 人，強化藥師中藥訓練核心能力發展及臨床服務。
- (四) 輔導中藥販賣業人員競爭力與營造健全之人才培育環境，辦理中藥執(從)業人員職能培訓課程達 5,500 人次參加，提升中藥從業人員專業知能與產業服務品質。

四、建構中藥產業鏈

- (一) 落實輔導我國中藥藥用植物種植及加工產業鏈，考量臺灣氣候條件，調查國內中醫臨床需求及高經濟價值品項，嚴選屬藥用基原且有助於中醫臨床醫療應用及發展之中藥藥用植物，輔導國內農民種植，輔導案件達 38 件，促進中藥材自產自用，提高本土產量，強化媒合至中醫藥產業運用，預計總量可達 60,000 公斤，提供國人中醫藥產業用藥需求。
- (二) 推動本土中藥材產業之發展，擬於北、中、南、東等地區適地

適種發展本土中藥藥用植物總計 25 品項，檢測原料藥用成分是否符合標準，導入國內田間生產栽培管理、病蟲害防治之臺灣良好農業規範(TGAP)，以利集團化、契作契銷生產，輔導本土藥用植物種植。

- (三) 強化輸入中藥材源頭及流通管理，執行中藥材邊境查驗，辦理人參、黃耆等 21 項進口量占大宗之中藥材邊境查驗，檢驗合格率高達 98% 以上，阻絕不合格中藥材進入國內市場。
- (四) 加強中藥材源頭管理，落實上市中藥(材)品質、包裝標示及異常物質監測機制，市售中藥材異常物質合格率高達 94%，不合格產品均依法下架銷毀，以保障消費者用藥安全。
- (五) 推動優良中藥材及飲片供應商認證，以確保中醫醫療院所使用之中藥材及飲片的品質及安全，通過認證供應商有效家數達 6 家以上，落實中藥材品質管理。
- (六) 健全傳統中藥販賣業經營管理，完成 40 家以上傳統中藥販賣業店家輔導，執行「中藥從業管理手冊」規範，整體提升中藥販賣業經營管理制度。
- (七) 滾動編修臺灣中藥典，每年至少召開 12 場編修委員會，完善內容並接軌國際管理規範。
- (八) 有效掌握國內中藥供應現況，預防及因應短缺問題，鞏固中藥供應鏈，確保民眾用藥權益。
- (九) 滾動檢討中藥新藥相關管理法規，建立友善中藥新藥開發環境，鼓勵中藥製劑創新及開發，促進中藥新藥發展。
- (十) 完成 20 方中藥濃縮製劑指標成分含量分析方法開發與確效，並制訂其指標成分含量標準建議草案，作為臺灣中藥典中藥濃縮製劑之規格標準及檢驗方法滾動修正之參據，精進中藥濃縮製劑品質。
- (十一) 強化中藥製藥產業核心知能及品質管理系統，有助中藥廠全面推動確效作業，提升我國中藥製藥水準與國際接軌。
- (十二) 持續開發與修正中藥品質分析方法，建構中草藥分析資料；並建立常用中藥材指標成分之製備方法與標準品供應體系，提升檢驗可近用性與一致性，支援例行監測與品質管制，建立可被稽核的品質標準與對照體系。

- (十三) 透過成分與藥理證據、基原鑑別、種植與加工流程建立，降低混偽風險、穩定品質與用藥安全；進一步提升國產中藥材供應韌性及市場需求與信任，帶動契作與加工產業，創造地方就業，推動產業鏈由原料供應走向規格化與品牌化，並以科學證據提升國際接受度與永續競爭力。
- (十四) 健全中藥新藥研發智慧財產保護，形成中藥新藥與醫材之創新生態系，促進產學研跨域合作，提升商品化與技術移轉及授權成功率，推動國際授權與策略聯盟，拓展全球市場並提升我國中醫藥產業國際能見度與長期競爭優勢。

五、營造養生健康產業

- (一) 落實「以醫、領藥、帶農」理念，串連學研、產業與地方資源，建構涵蓋藥用植物保種、育種、栽種、品質分析、研發至應用的完整鏈結體系。
- (二) 建置中藥種植發展基地，推動可持續性智慧有機栽種，打造臺灣成為中草藥供應地，提升國家中藥供應韌性；擴展中藥相關科技產業，建構中草藥生技廊道；推動中醫智慧精準醫療照護，打造健康生活園區，落實賴總統「健康臺灣」政策。
- (三) 強化在地中草藥供應韌性，嘉惠農民並培育新世代農業人才。
- (四) 整合創新明道大學校地運用，推動精準健康生活典範暨加值產業發展，轉化退場校地為國家戰略基地。
- (五) 以中醫藥為核心，整合食品、照護、觀光及數位健康產業，發展高齡健康促進產品與服務模式，提升自我照護能力、降低醫療負擔，強化國家健康韌性與銀髮經濟動能。
- (六) 明確藥食兩用管理規範，發布「得供食品原料使用之中藥材品項及其產品屬性認定基準」，以利業者依循，促進產業發展。
- (七) 辦理中醫藥衛生教育種子師資培訓，透過課後測驗檢核訓練成效，課後測驗答對率達 85%，並推廣中醫藥衛生教育諮詢平台，達 6,000 人次使用，以提升中醫藥衛教宣導之整體量能。
- (八) 編輯出版中醫藥教科書，提升教材系統性與一致性，支援學校教育與師資培訓，並與臨床實務連結以縮短學用落差，形成可持續的人才培育支撐。
- (九) 推動「健全法制、提升技能、消費安全、人才培育」四面向，

提升民俗調理人員訓練與服務品質，保障消費者權益，促進產業發展。

六、創新中醫智慧醫療

- (一) 建立跨層級中醫藥轉譯醫學人才鏈，強化試驗設計與生醫技術之科研人才培訓，串聯碩、博與博士後的人才培育鏈，形成具國際競爭力的中醫藥科研人才體系，支撐長期研發與產業升級需求，補齊國家隊缺口。
- (二) 建立以 FHIR 標準為基礎之中醫資料(TW Core IG)，每年補助 2 家機構小規模試辦跨機構、跨系統之中醫資料交換，促進多元來源醫療資料之安全、即時與完整交換。強化中醫臨床資料之結構化與標準化，提升資料品質與再利用價值，奠定中醫數位化與智慧化發展基礎。
- (三) 整合至少 200 品項之中藥相關分析檢驗資料，建置具結構化與標準化之大數據資料庫，並導入 AI 智慧科技，用以輔助中醫藥研究、教學及衛教，提升實證研究量能。
- (四) 維護及擴增臺灣中藥典暨圖鑑查詢系統，系統每年使用人次成長 10 萬人，擴散加值應用。
- (五) 推動中藥炮製與製程標準化，結合質譜、指紋圖譜等多元品質指標，建立可重複驗證之品質評估體系，並導入 AI 與整合評估技術，提升中藥安全性與效能一致性，作為智能製造、產業規模化及國際互認與出口之制度與技術基礎。
- (六) 建置中西藥交互作用之資料庫與實證型風險評估模式，補強中藥上市後安全監測與臨床指引基礎，作為主管機關監測機制與用藥指引之依據，降低交互作用風險，強化病人安全與醫療品質。
- (七) 以數位健康促進自我照護與慢病管理的成本效益，發展中醫 AI 健康管理平台與可導入產業的數位健康解決方案，推動健康管理服務商品化與規模化。
- (八) 建構中醫診療醫材研發與實證的系統化機制，累積效能與安全性資料，提升臨床應用品質與病人照護效益，帶動醫療科技升級。

七、傳承中醫藥文化與鏈結國際

- (一) 推廣中醫藥生活文化，藉由每年辦理中醫藥生活文化推廣活動，結合中央及地方資源共同辦理，匯集、塑造及擴大中藥相關商圈之人氣及形象，參與活動之民眾達 100 萬人次，深化民眾對中醫藥生活知識及體驗。
- (二) 透過中醫藥文獻與醫史文物之系統性數位保存與知識庫建置，促進醫史、藥物學及數位人文跨域研究，提升我國中醫藥研究之國際能見度；並將數位成果應用於教育、公共推廣與文化展示，強化社會認同，作為中醫藥文化資產保存與政策發展之長期基礎。
- (三) 保存與保護原住民族傳統醫療保健知識系統，進行原住民族傳統醫療文化研究，維持與傳遞原住民族傳統醫療保健知識。
- (四) 培育部落推廣人才，推動多元化的傳統醫療復振活動，獎勵技藝傳承與保存，建立與原住民傳統醫藥之共榮機制。
- (五) 應用與創新原住民族傳統醫療知識，強化原住民族傳統醫療及藥用植物之傳統療法保存與發展，發展應用原住民族傳統醫療保健活動及藥用植物多元產品開發方案，未來將延伸至保健食品、養生產品及相關產業之推廣，促進多元應用及價值提升。
- (六) 參與中醫藥國際性組織及會議，每年參加或辦理 2 場中醫藥國際會議，並整合我國中醫藥品牌形象與產業行銷量能，拓展海外市場，提升我國中醫藥之國際能見度及外銷產值。

柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算為主要經費來源，無自籌財源。

捌、附則

一、風險管理

為使計畫如期、如質、如度完成，依據「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業原則」，評估可能影響本計畫目標、期程及經費達成之風險項目，據以研析其發生之可能情境、現有風險對策及可能影響層面。

(一)背景建立：本計畫依據憲法及中醫藥發展法賦予權責，為重要施政工作項目，並為中醫藥各界團體所關切議題。倘若經費及人力不足以支應本計畫所需，將依風險衝擊性及政策優先性，評估酌減計畫實施項目，分期達成政策目標。

(二)風險辨識：

1. 中醫專科醫師制度：基層中醫師憂慮中醫專科醫師制度法制化後，健保給付受到限制，影響其權益，以致增加法制作業困難度。
2. 中藥材異常物質含量超標：由於中藥材源於自然界，且多自國外輸入，又各國異常物質限量規範存有差異，民眾服用中藥，若異常物質含量超標，恐影響健康。
3. 中藥廠確效作業推動：傳統製劑中藥廠普遍規模較小，人力、物力及財力等資源方面相對不足，對於品質管理系統概念及認知較為薄弱，恐增加推動確效作業之困難度。
4. 中醫藥衛生教育未普及：國人於選購中藥及就醫用藥之認知及警覺不足，致常發生民眾聽信偏方或購買來路不明中藥之風險。
5. 國產中藥藥用植物馴育種植：國內中藥藥用植物栽培多屬小眾生產規模，種植品項可能不符中藥材所需。
6. 研發成果智財保護：研發成果不符合專利要件，導致無法申請專利，無法保護研究成果。
7. 研發成果遭剽竊：研發成果在發表、合作或內部流程中遭未授權洩漏或抄襲，導致競爭對手搶先申請專利或商業利用。

(三)風險分析：本計畫參採「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」、「風險影響程度分

類表」，建立「風險判定基準」，風險值（影響程度*發生機率）2 以下，予以容忍。

表 1、風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
可能性分類(等級)	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
機率之描述	5 年內只會在特殊的情況下發生	5 年內有些情況下會發生	5 年內大部分的情況下會發生

表 2、風險影響程度分類表－影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形象	社會反應
3	嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	中度	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

表 3、風險判定基準

影響程度 發生機率			
	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
中度 (2)	中度風險 R=2	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1	中度風險 R=2	高度風險 R=3

極度風險(R=9)：需立即採取處理行動消除或降低其風險。

高度風險(R=3~6)：需研擬對策消除或降低其風險。

中度風險(R=2)：仍需進行控管活動降低其風險。

低度風險(R=1)：不需執行特定活動降低其風險。

(四)風險處理：就所辨識之各項風險，依據前述風險評量標準及現有風險對策，分析各項風險發生之可能性及影響程度，訂定「風險評估及處理彙總表」及「計畫殘餘風險圖像」。

表 4、風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
1. 中醫專科醫師制度法制化受阻	基層中醫師憂慮中醫專科醫師制度法制化後，健保給付受到限制，影響其權益，以致增加法制作業困難度，尚須取得中醫界多數共識。	為凝聚中醫基層與學界對專科制度之共識，於 110 年至 114 年間，分別邀集中醫師全聯會、各縣市中醫師公會、中醫校醫院、中醫醫學生及中醫團體代表，召開 11 場座談會或說明會蒐集建議意見及雙向溝通，並增邀基層中醫師代表參與中醫專科專案制度規劃。	1 (1x1)	持續蒐集各界疑慮，製作並公開問答集，並透過多元型態之溝通管道凝聚共識。	1 (1x1)
2. 中藥材異常物質含量超標	由於中藥材源於自然界，且多自國外輸入，又各國異常物質限量規範存有差異，民眾服用中藥，若異常物質含量超標，恐影響健康。	1. 為強化中藥材源頭管理，依輸入藥物邊境抽查檢驗辦法規定，實施輸入中藥材邊境查驗制度，經查驗不合格者，予以退運，將不合格中藥材阻絕於境外。 2. 依上市中藥測辦法規定，執行市售中藥製劑及中藥材抽驗，經查獲不符規範者，下架回收。 3. 執行市售中藥材農藥殘留背景值監測調查計畫，蒐集市售中藥材農藥殘留背景值及國外中藥材相關農藥管理規範，滾動檢討中藥材農藥殘留限量準及中藥材農藥檢驗方法。 4. 滾動檢討中藥材含重金屬限量基準，並評估是否增訂其他重金屬限量，確保中藥材含異常物質限量規範符合中藥材特性及國際規範趨勢，優化中藥材品質管理制度。	2 (1 x 2)	針對中藥材異常物質含量易超標之品項，列為加強抽驗項目。	2 (1 x 2)

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
		5.建立中藥材溯源機制，掌握毒劇中藥之流向，確保民眾中藥用藥安全。			
3. 中藥廠確效作業推動	傳統製劑中藥廠普遍規模較小，對於品質管理系統認知較為薄弱，恐增加推動確效作業之困難度。	持續辦理品質管理、確效作業相關教育訓練及實務分享課程，並建立常見問答集，以提升中藥廠人員專業知能。	2 (2x1)	針對確效作業及品質觀念之推動，列為中藥廠後續查廠宣導及確認事項。	2 (2x1)
4. 中醫藥衛生教育未普及	民眾聽信偏方或購買來路不明中藥。	辦理衛教種子師資培訓，優化宣導品質；精進中醫藥衛生教育諮詢平台，並提升衛教宣導量能，以加強推廣正確中醫藥衛生教育。	2 (2x1)	充實中醫藥衛生教育諮詢平台，設置互動式闢謠專區，即時提供正確資訊與諮詢協助。	1 (1x1)
5. 國產中藥藥用植物馴育種植	國內中藥藥用植物栽培多屬小眾生產規模，種植品項可能不符中藥材所需。	由農業部各地區農業試驗改良場(所)按中醫藥界用藥需求，遴選具基源根據、適合於國內種植之品項，選育中藥草作物品種及栽培技術，建立中草藥生產田間栽培管理及病蟲害防治規範。	2 (2x1)	滾動檢視近年中藥材進口品項及數量，檢討種植品項。	1 (1x1)
6. 研發成果智財保護	研發成果不符合專利要件，導致無法申請專利，無法保護研究成果。	由智財技轉中心於研發前及研發過程中，進行專利檢索及潛在專利空間盤點，必要時修正研發方向及實驗內容，以符合專利新穎性及進步性要件，確保研發成果受專利保護。	2 (2x1)	於研發關鍵階段即啟動專利評估與申請規劃，並透過研發紀錄管理及營業秘密機制，確保研發成果具備可保護性。	1 (1x1)
7. 研發成果遭剽竊風險	研發成果在發表、合作或內部流程中遭未授權洩漏或抄襲，導致競爭對手搶先申請專利或商業利用。	1.與研發人員及合作單位簽訂保密協議(NDA)。2.實施資訊安全管理，如資料加密、存取權限控管等。3.定期進行智財風險稽核及員工訓練。	2 (2x1)	強化研發成果揭露與對外發表之審查與管控機制，落實資訊分級與最小必要揭露原則，以降低成果外流與剽竊	1 (1x1)

風險項目	風險情境	現有風險對策	現有風險值 (可能性×影響程度)	新增風險對策	殘餘風險值 (可能性×影響程度)
				風險。	

表 5、計畫現有風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2 中藥材異常物質含量超標	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1 中醫專科醫師制度法制化受阻	中度風險 R=2 1. 中藥廠確效作業推動 2. 中醫藥衛生教育仍未普及 3. 國產中藥藥用植物馴育種植 4. 研發成果智財保護 5. 研發成果遭剽竊風險	高度風險 R=3

表 6、計畫殘餘風險圖像

可能性 影響程度	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)
非常嚴重 (3)	高度風險 R=3	高度風險 R=6	極度風險 R=9
嚴重 (2)	中度風險 R=2 中藥材異常物質含量超標	高度風險 R=4	高度風險 R=6
輕微 (1)	低度風險 R=1 1. 中醫專科醫師制度法制化受阻 2. 中醫藥衛生教育仍未普及 3. 國產中藥藥用植物馴育種植 4. 研發成果智財保護 5. 研發成果遭剽竊	中度風險 R=2 中藥廠確效作業推動	高度風險 R=3

二、 相關機關配合事項或民眾參與情形

機關/民眾	配合/合作項目
地方政府及衛生局	1.協助市售中藥（材）稽查、抽驗、檢驗，違法中藥查緝。 2.協助辦理中醫藥生活文化活動、中醫藥養生、藥食同源及健康促進相關推廣活動。
農業部及所屬農業試驗改良場所	1.與農業部及民間產學機構合作，鼓勵中藥藥用植物相關產業發展，發展重點中藥藥用植物之種植及相關產業，以提升市場競爭力。 2.由農業部農業試驗所及桃園區、苗栗區、臺中區、臺南區、高雄區、花蓮區、臺東區等農業改良場協助中藥材種植、收樣採集。 3.中草藥有機栽種補助、初級加工補助、中草藥農藥及藥殘質譜快篩補助、轉型中藥栽種之規劃與輔導。 4.協助提供具開發潛力之國產藥食同源植物原料、栽培及產地資訊；協助調查並提供相關中草藥種植及分布資料。
原住民族委員會	1.辦理保存與保護及維持與傳遞原住民族傳統醫療知識、原住民族傳統醫療與藥用植物研討會等。 2.與原住民族合作調查並提供相關本土中草藥分布及應用資料。
衛生福利部食品藥物管理署	協助藥品或醫療器材法規、分類及臨床試驗相關規範諮詢與查驗。
大專院校/研究機構	1.針對大專院校與研究機構碩博士以上高階人才，辦理中醫藥轉譯醫學工作坊與共識營。 2.與中草藥相關領域學術機構合作，協助進行並提供相關資料。
中藥商	參與中藥材溯源追蹤系統登錄、推廣中醫藥生活文化、健全傳統中藥販賣業經營管理、優良中藥材及飲片供應商認證等中藥相關活動。
中藥藥用植物種植之農民/中藥材生產團體/中藥產業應用業者	1.提供田間栽培實務經驗，並就栽培技術、產業需求、推廣應用、市場銜接及實際生產需求等面向提出意見，作為後續研究發展與產業應用調整之參考。 2.協助提供原料供應、加工製程及產品化應用建議。 3.參與輔導臺灣中藥藥用植物種植與產銷媒合相關活動及獎勵措施。
中藥廠/生技醫藥公司	計畫研發成果技術移轉與後續產業應用開發。
民眾	1.民眾參與衛生教育宣導活動、推廣中醫藥生活文化活動。 2.參與藥園導覽、標本館及中草藥教育推廣活動，回饋意見作為展示內容擴充及教育活動調整之參考。 3.建置具系統性與可近用性的中醫藥典籍、文物及相關文獻數位知識庫，提供民眾查詢與學習運用。 4.符合臨床研究納入條件者參與中醫藥臨床研究/試驗計畫。

三、中長程個案計畫自評檢核表（1120811 修正版本）

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列 （「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」（以下簡稱編審要點）第5點、第10點）	✓				
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告（編審要點第5點、第13點）	✓				
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓			本計畫不適用。
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明（編審要點第4點）		✓			本計畫不適用。
	(2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估（依「公共建設促參預評估機制」）		✓			
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告（「預算法」第34條）	✓				
	(2)是否研提完整財務計畫	✓				
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性（經費估算依據如單價、數量等計算內容）	✓				本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編制年度概算時，按年度依法定預算覈實調整修正計畫經費。
	(2)資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓			
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓				
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓				
	(5)經資比1：2（「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點）		✓			
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓			
	(7)其他：（如有其他事項，請在此欄敘述）					
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	✓				
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源		✓			

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商	✓				
	(2)是否檢附相關協商文書資料		✓			
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓			本計畫不適用。
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法第10條）		✓			
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓			
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		✓			
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		✓			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓				
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓				
10、環境影響分析（環境政策評估）	是否須辦理環境影響評估		✓			非環境影響評估法第5條之開發行為。
11、淨零轉型通案評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		✓			
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓			
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		✓			
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		✓			
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報出ㄨㄟ三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		✓			
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓			本計畫不適用。
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓			本計畫不適用。

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
造標準						
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		✓		✓	本計畫不適用。
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓		✓	本計畫不適用。
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓		✓	本計畫不適用。
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		✓		✓	本計畫不適用。
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		✓		✓	本計畫不適用。
19、房屋建築朝向近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		✓		✓	本計畫不適用。
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		✓		✓	本計畫不適用。
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓		✓		計畫部分工作涉及資訊系統，將依本部資訊安全相關管理規範進行資通安全防護規劃。

主辦機關核章：承辦人

技正涂瑜君

單位主管

中醫藥司長蘇奕彰

主管部會核章：研考主管

綜合規劃司長廖崑富

會計主管

會計司長陳淑珍

首長

部長石崇良

四、中長程個案計畫性別影響評估檢視表【一般表】

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少1人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：
 - 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
 - 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留1週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：中醫藥發展計畫(草案)(116-120 年)

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列提案機關/單位)	中醫藥司
壹、看見性別： 檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。			
評估項目		評估結果	
1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（ https://gec.ey.gov.tw ）。		1. 行政院自 100 年函頒「性別平等政策綱領（以下簡稱綱領）」，復於 110 年 5 月修正綱領整體架構，凝聚 6 面向及 33 項推動策略，其中推動策略之「健康、醫療與照顧」中，加強人員性別平等意識，將有助於落實《性別平等政策綱領》或「消除對婦女一切形式歧視公約」的理念，消滅性別刻板印象造成之身心健康危害，提供具	

	性別敏感度之醫療保健與相關服務。 2. 本計畫為落實中醫藥發展法立法目的，以增進民眾健康福祉為願景，故以全國民眾為受益對象，不因不同性別、性傾向、性別特質或性別認同，而有不平等之對待。中醫藥發展之政策規劃、人才養成與訓練將充分注意性別衡平原則，計畫推動亦將依「性別平等政策綱領—健康、醫療與照顧」推動策略、CEDAW 第 5、12 條與第 24 號一般性建議，制定具性別觀點的健康、醫療與照顧政策，消弭性別刻板印象對身心健康的影響，關注不同性別者之需求與服務可近性，提供公平的健康機會、醫療與照顧資源，保障不同性別者之健康平等與用藥安全。
評估項目	評估結果
1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】 請依下列說明填寫評估結果： a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」 (https://www. gender. ey. gov. tw/research/)、「重要性別統計資料庫」 (https://www. gender. ey. gov. tw/gecdb/)（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」 (https://gec. ey. gov. tw)。 b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體： ①政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。 ②服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。 ③受益者（或使用者）。 c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地	1. 據統計，111 年女性每十萬人口中醫就診率為 37,478 人，高於男性之 26,302 人，其中女性就診年齡分佈以 30~34 歲佔多數，其次為 40-44 歲，男性就診年齡分佈以 30~34 歲佔多數，其次為 35-39 歲；另在中醫就診件數方面，111 年約 4,692 萬件，其中女性佔 63.7%，明顯高於男性之 36.3%。根據 106 年國民健康訪問調查，有 26.2%（男：21.1%，女：31.4%）民眾曾服用中藥濃縮製劑，19.7%（男：14.2%，女：25.3%）民眾曾自行購買或服用中藥(材)，8.6%(男：7.6%，女：9.6%)民眾曾同時服用西藥及中藥，女性比率皆高於男性。 2. 政策規劃者：本計畫自研擬、修正過程邀集之中醫藥產官學界代表、各領域之專家學者及專家諮議會與參與規劃之人員，未設定特定性別對象，其組成皆遵循任一性別不得低於三分之

區、障礙情形等面向進行交叉分析（例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性），探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。

d. 未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如 2-1 之 f）。

一原則。

3. 受益者：

- (1)中醫醫療機構負責醫師訓練計畫：經統計 109 至 114 年參與本計畫之受訓醫師共計 2,172 人，其中男性 1,110（51.1%），女性 1,062（48.9%）。
- (2)為傳承中藥材傳統炮製技術與知能，本計畫於 112 至 114 年辦理中藥從業人員炮製技術教育訓練 19 場次，共計 1956 人次參訓，其中男性 945（48%），女性 1,011（52%）。
- (3)為提升中藥從業人員素質及服務品質，促進中藥傳統產業發展競爭力，本計畫於 112 至 114 年辦理中藥從業人員教育訓練課程 10 場次，共計 2,754 人次參訓，其中男性 1,606（58%），女性 1,148（42%）。
- (4)為健全藥師中藥實習制度，儲備中藥實習指導教師，本計畫於 111 至 114 年共辦理中藥實習指導教師培訓暨認證課程 15 場次，共 899 人次參訓，其中男性 430（48%），女性 469（52%）。
- (5)為提升藥事服務，強化藥師中藥知能教育，本計畫於 111 至 114 年辦理交流研討會、中藥師資進階培訓、中藥專業教育訓練及中藥專業進階實務等，共 23 場次，共計 1,949 人次參加，其中男性 764（39%），女性 1,185（61%）。
- (6)衛教種子師資培訓：課程皆未限定參與性別，經統計 111 至 114 年參與本計畫之種子師資共計 718 人，其中男性佔 206 人（28.7%），女性佔 512 人（71.3%）。探究女性高於男性之原因，與藥師及護理師以女性較多有關。
- (7)114 年「培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊」參訓者性別統

	計：辦理 4 場次，參加人數計 177 人（女性 154 人、男性 23 人）。工作坊參訓對象以文化健康站照顧服務員及機關單位相關承辦人員為主，學員性別比例呈現落差，因文化健康站照顧服務員以女性為主有關。本計畫未來培育原住民族傳統醫療種籽教師時，將注重參訓人員性別衡平。
評估項目	評估結果
1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】 性別議題舉例如次： a. 參與人員 政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。 b. 受益情形 ①受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。 ②受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。 c. 公共空間 公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。 ①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 ②安全性：消除空間死角、相關安全設施。 ③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。 d. 展覽、演出或傳播內容 藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史	1. 綜合 1-1 及 1-2 評估結果，可察本計畫涉及促進中醫藥永續發展、完善中醫藥醫療照護服務、提升中藥品質管理及產業發展、強化中醫藥人才培育、民眾衛生教育宣導及精進民俗調理業訓練品質等議題，因此宜關注各項政策對於不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之適用性。另，本計畫自研擬、決策及執行各階段之參與成員組成皆遵循任一性別不得低於三分之一原則。 2. 本計畫將考量不同性別不同年齡層消費者於中醫藥之使用需求，並強化不同性別在中醫藥使用需求上相關對應知能。另在中醫師訓練課程及中藥執（從）業人員中藥知能教育與實務訓練方面，將考量不同性別者之需求。 3. 本計畫在辦理民眾中藥用藥安全宣導及提升中醫藥知識認知，將顧及不同性別者獲取資訊能力不同，加強不同宣導策略。另為協助弱勢性別獲取資訊，將製作多元宣導素材(如:平面、影像及廣播等)，且採多元面向設計衛教單張海報及影音素材，以提供不同族群之民眾符合其需求之資訊。 4. 衛福部 114 年 9 月 15 日函頒修正「民俗調理人員訓練課程申辦注意事項」，明訂須將性別平等議題相關內容納入課程規劃，以提升從業人員性

料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。 e. 研究類計畫 研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。	別意識。 5. 本計畫亦推動原住民族傳統醫療知識復振，注重傳統醫療保健知識與現代醫藥知識之結合，辦理多元化的傳統醫療保健活動。
貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。	
評估項目	評估結果
2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】 請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益： a. 參與人員 ① 促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。 ② 加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。 ③ 營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。 b. 受益情形 ① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。 ② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。 ③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。 c. 公共空間 回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。 d. 展覽、演出或傳播內容 ① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。 ② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品展出或演出；參加運動競賽）。 e. 研究類計畫 ① 產出具性別觀點之研究報告。 ② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研	未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。 1. 本計畫旨為促進中醫藥永續發展、完善中醫藥醫療照護服務、提升中藥品質管理及產業發展、強化中醫藥人才培育、民眾衛生教育宣導及精進民俗調理業訓練品質等議題，以增進全民健康福祉為願景，受益對象為全國國民，涵蓋全生命週期，不因不同性別、性傾向、性別特質或性別認同，而有不平等之對待。 2. 未來進行本計畫時，將強化以下性別統計及性別分析： (1) 各式人員教育訓練、培訓課程，歡迎不同性別人員參與，不偏頗任一性別；並將注意師資之性別平衡，避免性別刻板印象。 (2) 各項民眾中藥用藥安全宣導、推廣活動，將進行性別統計與分析，以計畫對不同性別之影響，並瞭解不同性別之需求差異，有利後續推動政策時考量。 (3) 各計畫之工作小組、工作坊、國際研討會，不限定特定性別參與，不偏頗任一性別。

究人才，提升女性專業技術研發能力。 f. 強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。 g. 其他有助促進性別平等之效益。	
評估項目	評估結果
2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】 請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施： a. 參與人員 ① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。 ② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。 b. 宣導傳播 ① 針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。 ② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。 ③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。 c. 促進弱勢性別參與公共事務 ① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。 ② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。 ③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。 ④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。 d. 培育專業人才 ① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施 （例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先	未訂執行策略者，請說明原因及改善方法： 1. 原因：本計畫以全國民眾為受益對象，不因不同性別、性傾向性別特質或性別認同者有所差異，本計畫之研究主題將不偏頗任一性別，故未依性別擬定執行策略及友善措施。 2. 本計畫將納入落實性別平等之機制，包含： (1) 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員組成均遵循任一性別不得低於三分之一原則。 (2) 在本計畫中將建議辦理各式人員教育訓練、師資培訓、推廣活動、工作坊、國際研討會等計畫時，增加性別統計及分析（包含學員及師資），避免性別刻板印象，並注意性別平衡。 (3) 關於民眾中藥用藥安全宣導計畫，除納入性別統計與分析外，將強化不同性別之中藥用藥諮詢，增加給予不同性別者之不同生理、生殖狀態有關中醫藥健康資訊宣導作業，避免歧視及協助弱勢性別獲取資訊。

保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。 ②辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。 ③培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。 ④辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。 e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容 ①規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。 ②製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。 ③規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。 f. 建構性別友善之職場環境 委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。 g. 具性別觀點之研究類計畫 ①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。 ②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。	
評估項目	評估結果
2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】 各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。	未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：本計畫並無特定性別，故經費之編列亦無依性別編列。
【注意】 填完前開內容後，請先依「填表說明二之（一）」辦理【第二部分一程序參與】，再續填下	

列「參、評估結果」。

參、評估結果

請機關填表人依據【第二部分－程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。

3-1綜合說明	1. 本計畫之受益對象為全國民眾，於政策規劃、計畫目標及實施過程與執行策略，不因特定性別、性傾向或性別認同之差異而有所區別，無須訂定性別目標。 2. 本計畫後續各種政策研商過程及相關會議，將保障不同性別平等參與及表達意見之機會。 3. 持續蒐集各項教育訓練及活動之性別統計資料，對於邀請之專家、業者、參與人員、受訓人員及師資，將考量性別衡平性。 4. 於民眾衛教及中藥用藥安全宣導中，透過多元管道納入不同性別及年齡層之健康需求差異，並確保計畫執行過程不因性別、性傾向或性別認同而產生不平等對待或不良影響，符合性別平等原則。	
3-2參採情形	3-2-1說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	會議審議機制確保符合「任一性別比例不得低於三分之一」原則；計畫執行期間，持續追蹤各種相關統計資料，視需要進行性別統計分析，以作為持續推動中醫藥健康相關政策制訂的參考依據。
	3-2-2說明未參採之理由或替代規劃	無
3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 115 年 2 月 11 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名：涂瑜君 職稱：技正 電話：(02)8590-7258 填表日期：115 年 1 月 14 日
- 本案已於計畫研擬初期 ☒ 徵詢性別諮詢員之意見，或 ☐ 提報各部會性別平等專案小組（會議日期：____ 年 ____ 月 ____ 日）
- 性別諮詢員姓名：__王秀紅__ 服務單位及職稱：__考試院考試委員__ 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款（如提報各部會性別平等專案小組者，免填）
（請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案）

【第二部分－程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者請優先邀請前三款以下人員擔任，並請勾選：

- ☒ 1. 現任「行政院性別影響評估人才參考名單」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員。名單請參閱行政院性別平等會網頁（網址：<https://gec.ey.gov.tw/>；路徑為：首頁＞性別主流化＞性別影響評估）。
- ☐ 2. 現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
- ☐ 3. 現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。
- ☐ 4. 其他_____。

（一）基本資料

1. 程序參與期程或時間	115 年 1 月 22 日 至 115 年 1 月 22 日
2. 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	王秀紅、考試院考試委員/高雄醫學大學名譽教授 專長：婦女健康、高齡長期照顧、健康促進、性別議題、健康政策
3. 參與方式	☐ 計畫研商會議 ☐ 性別平等專案小組 ☒ 書面意見

（二）主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）

4. 性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	本計畫「中醫藥發展計畫（116-120年）」為因應人口超高齡、人口老化加速且伴隨多重慢性疾病患者的增加，多重慢病之照護與治療複雜之趨勢，亦配合 WHO 倡議之全人健康，計畫目的以促進中醫藥永續發展、完善中醫藥醫療照護服務、提升中藥品質管理及產業發展、精進中醫藥研究發展與人才培育及民眾衛生教育宣導等目的，持續提供多元健康照護策略，以因應未來環境的挑戰及變化。 本計畫旨在落實中醫藥發展法立法目的，增進全國民眾健康福祉，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。
5. 性別統計及性別分析之合宜性	計畫提供統計資料如下： 一、與計畫相關之性別統計 1. 111年五十萬人口中醫就診率女性為37,478人，高於男性之26,302人，女性就診年齡分佈以30~34歲佔多數，其次為40-44歲；男性就診年齡分佈以30~34歲佔多數，其次為35-39歲。 2. 111年在中醫就診件數方面，約4,692萬件，女性佔63.7%，明顯高於男性之36.3%。 3. 根據106年國民健康訪問調查，有26.2%（男：

	21.1%，女：31.4%）民眾曾服用中藥濃縮製劑，19.7%（男：14.2%，女：25.3%）民眾曾自行購買或服用中藥(材)，8.6%(男：7.6%，女：9.6%)民眾曾同時服用西藥及中藥，女性比率皆高於男性。 二、政策規劃者：本計畫自研擬、修正過程邀集之中醫藥產官學界代表、各領域之專家學者及專家諮議會與參與規劃之人員，其組成皆符合任一性別不得低於三分之一原則。 三、受益者 1. 中醫醫療機構負責醫師訓練計畫：經統計109至114年參與本計畫之受訓醫師共計2,172人，其中男性1,110（51.1%），女性1,062（48.9%）。比率相當接近。 2. 計畫於112至114年辦理中藥從業人員炮製技術教育訓練19場次，共計1956人次參訓，其中男性945（48%），女性1,011（52%），女性參訓比率較男性為高。 3. 計畫於112至114年辦理中藥從業人員教育訓練課程10場次，共計2,754人次參訓，其中男性1,606（58%），女性1,148（42%），男性參訓比率較女性為高。 4. 計畫於111至114年共辦理中藥實習指導教師培訓暨認證課程15場次，共899人次參訓，其中男性430（48%），女性469（52%），女性參訓比率較男性為高。 5. 計畫於111至114年辦理交流研討會、中藥師資進階培訓、中藥專業教育訓練及中藥專業進階實務等，共23場次，共計1,949人次參加，其中男性764（39%），女性1,185（61%），女性參訓比率較男性為高。 6. 衛教種子師資培訓：111至114年參與本計畫之種子師資共計718人，其中男性佔206人（28.7%），女性佔512人（71.3%）。課程皆未限定參與性別，女性高於男性之原因，與藥師及護理師以女性較多有關係。 7. 114年「培育原住民族傳統醫療知識種籽教師工作坊」辦理4場次，參加人數計177人(女性154人、男性23人)。工作坊參訓對象以女性為多，原因為文化健康站照顧服務員以女性為主有關。
6. 本計畫性別議題之合宜性	本計畫之受益對象為全國民眾，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。
7. 性別目標之合宜性	計畫未訂定性別目標。計畫不因不同性別、性傾向或性別認同者，有不平等之對待或不良之影響。

8. 執行策略之合宜性	本計畫實施過程及執行策略，不因特定性別、性傾向或性別認同之差異而有所區別。
9. 經費編列或配置之合宜性	經費之編列及配置合宜。
10. 綜合性檢視意見	一、本計畫「中醫藥發展計畫（116-120年）」為因應人口超高齡、人口老化加速且伴隨多重慢性疾病患者的增加，多重慢病之照護與治療複雜之趨勢，亦配合WHO倡議之全人健康，計畫目的以促進中醫藥永續發展、完善中醫藥醫療照護服務、提升中藥品質管理及產業發展、精進中醫藥研究發展與人才培育及民眾衛生教育宣導等目的，持續提供多元健康照護策略，以因應未來環境的挑戰及變化。 二、本計畫旨在落實中醫藥發展法立法目的，增進全國民眾健康福祉，計畫之政策規劃、計畫目標以及各校招生考試實施過程、執行方式與結果不因特定性別、性傾向或性別認同者而有所差異。 三、建議：(1)計畫在研擬、修正過程透過邀集中醫藥產官學界領域之專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討。各種政策研商過程及相關會議，宜確保不同性別參與的機會。(2)計畫辦理中醫師訓練課程及中藥執(從)業人員中藥知能教育與實務訓練等人才培育及教育訓練宜持續考量不同性別參與的機會。(3)民眾衛生教育宣導、中藥用藥安全宣導時，宜考量不同性別、不同年齡層消費者於中醫藥之使用需求或相關對應知能。(4)計畫執行期間，宜持續追蹤各種相關統計資料，並進行性別統計分析，並依需要進行年齡、性別或地區之交叉分析，以作為持續推動中醫藥健康相關政策制訂的參考依據。
(三) 參與時機及方式之合宜性	合宜
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 （簽章，簽名或打字皆可）____王秀紅____	

五、中長程個案計畫人權影響評估檢視表

填表日期：115 年 1 月 14 日
· 填表人姓名：涂瑜君 服務單位及職稱：衛生福利部技正 電話：02-85907258 e-mail：cmtyc@mohw.gov.tw · 計畫已於研擬初期，☐提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論（會議日期：____年____月____日）；或☒徵詢人權諮詢員意見（☐召開意見徵詢會議，日期：____年____月____日；☒書面徵詢；☐其他：_____） · 人權諮詢員姓名：張兆恬 服務單位及職稱：國立臺灣大學國家發展研究所/副教授 身分：符合本表填表說明第三點第二款（如徵詢2位以上者，請自行增列；如係提報各部會人權工作小組者，免填）
填表說明 一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，應依「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」規定辦理。 二、行政院所屬各機關之中長程個案計畫，不論新訂或修正，皆應依據本表進行人權影響評估。但經核定之中長程個案計畫所提出之修正內容（修正計畫），若僅限於下列事項者，得免重辦人權影響評估（各機關須檢附前次辦理之影響評估檢視表，並確定該表內容已根據核定計畫完成修正）： （一）因物價調整修正計畫經費。 （二）變更計畫期程。 （三）調整計畫執行之細節性或技術性事項：施作技術、工法或工項調整、招商模式改變、配合法令修改調整計畫分工權責機關、修正經費來源或調整自償率，及前開事項衍生之經費調整。 （四）因預算不足，刪減工作項目，且該工作項目業經前次人權影響評估檢視(1)無不利影響；(2)可能產生不利影響，已規劃採取因應措施及救濟機制；或(3)可能產生不利影響，未規劃採取因應措施，將於執行中對相關權利項目保障情形持續追蹤。 （五）計畫之部分內容調整由其他計畫規劃辦理。 三、各機關於計畫研擬初期，即應提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或以召開會議、書面等方式徵詢人權諮詢員（至少1人）之意見，以初步釐清可能直接或間接影響之處境不利群體及「壹、人權影響評估」可能涉及之權利項目，以利後續徵詢及協商程序與評估作業之進行；並得視對外徵詢、協商之情形及影響評估之需要，再行徵詢各部會人權工作小組、相關人權任務編組或人權諮詢員之意見。人權諮詢員應符合下列資格之一： （一）現任或曾任行政院各相關人權任務編組民間委員。 （二）現任或曾任各部會人權工作小組或相關人權任務編組民間委員。 四、彙總型計畫應由各主、協辦機關針對主管之工作項目進行人權影響評估作業，並由主辦機關彙整後提報。
計畫名稱：中醫藥發展計畫(116-120年)(草案)

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列案機關/單位)	中醫藥司
-----------------------	-------	-------------------------	------

壹、人權影響評估

1-1 請依提報各部會人權工作小組或相關人權任務編組討論，或徵詢人權諮詢員之意見，以及踐行徵詢及協商程序所獲利害關係人之意見，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」，勾選計畫所涉及之權利項目(可複選)，並進行影響評估；上開意見均認定本計畫與下列權利項目無直接或間接關聯者，主辦機關(單位)得於中長程個案計畫函報行政院審查前，檢附草案及相關意見函請行政院人權及轉型正義處同意後，勾選「未涉及上述權利項目」：

- ☐1. 民族自決權 ☐2. 不受歧視與平等權 ☐3. 獲得有效救濟之權利 ☐4. 生命權
☐5. 免於酷刑或其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰權
☐6. 免於奴役和強迫勞動的權利 ☐7. 人身自由與人身安全權
☐8. 自由被剝奪之人的人道處遇 ☐9. 禁止因無力履行契約上義務即予監禁
☐10. 遷徙自由權 ☐11. 外國人、大陸地區人民、香港澳門居民及無國籍人之驅逐
☐12. 公平審判權 ☐13. 禁止溯及既往之刑事處罰 ☐14. 法律人格獲承認
☐15. 隱私和名譽權 ☐16. 思想、信念及宗教自由權 ☐17. 意見自由與言論自由權
☐18. 免受剝削、暴力和虐待 ☐19. 集會和結社自由權 ☐20. 尊重家庭的權利
☐21. 父母和子女的權利 ☐22. 姓名權和獲得國籍權 ☐23. 參與政事和投票的權利
☒24. 工作權 ☐25. 社會保障權
☐26. 享有適足生活水準的權利(含適足食物權、適足居住權)
☒27. 享有可達到之最高身心健康標準權 ☐28. 受教育權 ☐29. 享受和受益於文化的權利
☐30. 財產權
☐其他： _____
☐ _____ (編號)等權利項目涉及性別議題部分，已依備註第3點將人權影響評估內容填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」。
☐未涉及上述權利項目，業經行政院人權及轉型正義處同意(函復日期及文號：____年____月____日____字第____號)

備註：

- 以上經勾選計畫涉及之權利項目，除已填寫於「中長程個案計畫性別影響評估檢視表」部分外，均應依評估項目1-5至1-8逐一填列檢視結果；又計畫涉及之權利項目達2個以上時：
 - 原則應就各權利項目分別呈現評估結果，並請就下列表格自行增列，即先就某一權利項目填列1-5至1-8後，再增列並接續填列下一權利項目之1-5至1-8，且權利項目之檢視順序無須依上開權利項目編號順序為之；最後再於「貳、人權影響評估結果」綜合說明。
 - 計畫內容同時涉及兩個以上權利項目，且對該等權利項目之內涵高度重疊時，得於權利項目欄位同時填寫所涉權利項目之名稱，於1-5至1-8併同呈現所列權利項目之人權影響評估結果。例如：針對水權之相關規劃，得於右邊欄位填寫「享有可達到之最高身心健康

康標準權、享有適足生活水準的權利(含適足食物權、適足居住權)」；針對禁止強迫勞動之相關規劃，得於右邊欄位填寫「免於奴役和強迫勞動的權利、工作權」。 2. 就未經納入「國際人權公約保障權利項目索引表」之權利項目，例如未直接明定於已國內法化國際人權公約條文但經聯合國條約機構等國際組織作成一般性意見所肯認之集體權、環境權、發展權等，計畫主辦機關認有必要進行評估時，得勾選「其他」並敘明之。 3. 特定權利項目之評估內容，涉及「性別」或「與性別交織之不利處境者（例如：原住民族、新住民、高齡、身心障礙、農村及偏遠地區等女性、女童，以及同性戀、雙性戀、跨性別者與雙性人等）」之部分，請填列於本要點附表二。 4. 經行政院人權及轉型正義處同意而勾選「未涉及上述權利項目」者，免填評估項目1-2至1-8。	
1-2【請釐清可能直接或間接受影響對象】 說明計畫內容可能直接或間接受影響之團體、群體或個人且應優先考量是否涉及原住民族、不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者、老人、身心障礙者、兒少、新住民、勞工、移工及其家庭成員、偏鄉及離島居民、難民、尋求庇護者、非我國籍或於我國無戶籍人民(含外國籍及無國籍人士)等處境不利群體。	1. 本計畫為促進中醫藥發展，提升中醫醫療照護品質、提升中藥品質及促進產業發展、促進中醫藥研究發展及國際合作交流、中醫藥人才培育，可能直接或間接受影響之團體為中醫師公會、藥師公會、中藥商、製藥產業公會。 2. 本計畫提升中醫藥健康照護之可近性與服務量能，可能直接或間接受影響為民眾、高齡者、偏鄉離島居民及醫療院所，獲得多元照護。健全法制可能影響中醫醫療院所、中藥商、藥局、藥廠。強化中醫藥鏈結國際，預期可輔導中藥製藥廠開拓海外市場。推動中醫藥衛生教育，預期可提升各年齡層取得正確中醫藥知識之可近性。 3. 本計畫精進民俗調理人員訓練品質，可能直接或間接受影響為民眾及從業人員，確保消費服務之品質。 4. 本計畫涉及原住民族傳統醫療知識之蒐集、整理、保存與推廣，直接影響對象為原住民族，爰已納入文化敏感度及兼顧人權保障及族群文化權益。
1-3【請說明本計畫研擬過程之徵詢及協商程序】 1. 請說明徵詢及協商程序之人事時地及方式，如公共建設所在地居民公聽會、施工前說明會等；如有相關爭議，請說明相關團體、群體或個人主要意見、參採與否及其理由。 2. 如有身心障礙者、兒少、原住民族等處境不利群體之個人、代表團體	1. 衛福部委辦114年度「中醫藥發展中長程規劃專案計畫」，依中醫、中藥、資源政策等3領域召開焦點小組會議4場次、共識會議3場次，邀集醫事團體、醫療院所、學術單位、研究機構及中醫藥產業等相關代表參與，參與單位餘30個；另製作中醫藥中長程發展策略問卷，發送48個機關/機構/團體；召開「中醫藥發展中長程目標策略」說明會1場次、中醫與中藥專家會議

及相關團體參與之相關統計分析資料，請一併說明。	2場次，廣泛蒐集各界意見，進行徵詢與協商，完成研訂本計畫草案。 2. 本計畫涉及保護原住民族文化傳統，包含醫療文化及智慧財產，邀集原住民族委員會納入本計畫。 3. 未來如有相關制度及法規議題，將透過多元管道廣納建言、強化溝通，以凝聚各界推動共識，強化利害關係人參與並作滾動性修正。
1-4 【請說明資料蒐集情形】 機關於計畫研擬過程中，應先盤點現有資料，並勾選資料類型：倘發現基礎資料不足，而曾以會議以外之其他方式，如焦點團體訪談等研究方法，另行蒐集資料，請填寫「是」，並依實際情形勾選蒐集資料之方式；如無，則請勾選「否」。至現有資料及另行蒐集資料之內容，請視涉及之權利項目，另於「1-5」欄說明。	盤點現有資料： ☒ 政府統計資料(行政登記、公務統計、調查統計) ☐ 研究報告、考察報告等 ☒ 國內外文獻(原民會) ☐ 其他，請說明： 盤點現有資料後，是否另行蒐集資料： ☒ 是，請勾選(得複選) ☒ 訪談(含利害關係人及專家) ☒ 焦點團體訪談 ☒ 田野調查(現場觀察、調查、蒐集、採訪與紀錄) ☒ 問卷 ☐ 普查 ☐ 其他，請說明： ☐ 否，未另行蒐集資料
權利項目 1	工作權
評估項目	評估結果
1-5 【請盤點本計畫可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料】（可複選） 請就「1-1」欄勾選所涉權利項目及依「1-2」欄所列可能影響對象，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「對本權利項目可能造成影響之事項」及「相關國際人權規範」，盤點行政院及各機關之調查、統計資料，於本欄敘明相關現況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。	☒ 1. 行政院及各機關之調查、統計資料(含各機關業務統計、歷次國家報告、國家人權行動計畫、結論性意見行動回應表、人權指標等相關統計)： <u>一、中醫藥人力資源評估</u>：截至115年1月，執業之中醫師計有8,226人，執業於醫院1,086人，執業於診所7,140人；護理師（護士）執業於中醫院所2,628人；藥師執業於中醫院所205人。 <u>二、中藥產業產值推估</u>：我國中藥製造業以供應內需市場為主，依據經濟部資料庫及研究計畫統計，2024年中藥批發業銷售額為新臺幣217億元、零售業銷售額為159億元、出口額為15.4

	億元，廣義中藥產業產值推估約365億元~677億元。 三、94年起中藥廠全面實施 GMP，截至115年1月 GMP 中藥廠計79家。 四、查我國列冊中藥商，從94年至114年從10,585家降到7,658家，鑑於中藥商高齡化及人才斷層問題嚴重，已威脅我國高品質中藥之取得及供應，將影響民眾飲食及醫療保健中藥之用藥安全及療效。有關中藥專業人員之養成及管理制度，衛福部將評估國內相關人才需求，朝人才多元培訓發展，並評估研修藥事法相關條文之可行性。
1-6 【請說明本計畫預計產生之正面效益如何落實相關國際人權規範】（自評本項權利項目未有正面效益者，無須填寫本項） 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生何種正面效益，即如何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現等面向，予以敘明： (1) 尊重義務：針對政府行使公權力之行為或直接以法律限制或剝奪特定資格，可能影響本權利項目者，予以限制或禁止。 (2) 保護義務：針對政府以外之個人或團體等第三人，強化其作為或不作為等義務，以保護當事人權利不受第三人之侵害。 (3) 實現義務：為確保本權利項目之實現，由政府直接或鼓勵民間提供資源或服務、建立新制度或採取必要步驟。	1. 請說明本計畫預計產生之本項權利項目正面效益及相關國際人權規範關聯性： 本計畫為完善中醫服務體系、培育中醫服務人力，辦理相關人才培訓，強化中醫師及相關醫事人員之專業知能與服務量能，提升投入中醫藥領域人員之專業發展及執業環境，以促進中醫藥產業發展。並規劃持續提升藥師及中藥從業人員之中藥專業及醫藥衛生法規相關知能，確保其適法執(從)業。另將廣續遴選合格中藥實習場所，滿足藥學系學生中藥實習需求，以利未來投入中藥領域；並媒合中藥或生藥相關學系畢業生，有進行實務歷練需求者，至核准登記之中藥販賣業藥商進行實務歷練，以利未來申請成為中藥販賣業藥商，保障渠等工作權。 2. 依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等說明： 本計畫以精實中醫醫療體系，開發中藥運用發展，中醫藥研究資源整合支持為願景，就六大目標制訂行動方案，如中醫藥相關人員培訓、深化中醫專業能力、精進中藥服務品質等，提升相關產業人員能力並確保工作權，同時兼顧國家中醫醫療資源永續發展。本計畫就六大目標制訂績效指標及衡量基準如 P17-20。

1-7 【說明可能直接或間接產生之不利影響】 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生之不利影響，如計畫施行後，將導致國家可能直接或間接侵害權利項目、可能難以防免權利項目受第三人之侵害、或可能有礙權利項目落實，並敘明該等不利影響之內容、嚴重程度、時空範圍、發生機率、不可回復性等。	☐ 暫未發現對權利項目可能產生之不利影響（勾選本項者，免填「1-8 因應措施之規劃」） ☒ 可能對權利項目產生不利影響(勾選本項者，請續填「1-8 因應措施之規劃」)，說明： 有關本計畫研(修)訂中藥執(從)業人員管理制度及法規等內容，由於藥事相關法規涉及中醫師、藥師及中藥販賣業藥商之業務範疇，倘未來規劃研(修)訂法規之內容涉及前述中醫藥人員之業務範疇，則可能間接影響其他職類人員之工作權。
1-8 【因應措施及救濟機制之規劃】 對於可能直接或間接產生之不利影響，經衡酌比例原則，研議是否採取預防、減輕、補償等措施，且應考量除現行行政及司法救濟外，是否有創設特殊救濟機制之必要性。	☒ 雖有不利影響，惟已提供下列因應措施及救濟機制（請標明計畫本文頁數） 1. 因應措施之規劃 ☒ 有(得複選) ☒ 預防措施(指得避免權利侵害情形發生之作法，例如興建高速公路迴避密集住宅區及油電水等關鍵基礎設施，避免侵害享有可達到之最高身心健康標準權和享有適足生活水準的權利)： 為建構符合我國環境、務實可行且與可長可久之中藥執(從)業人員管理制度及規範，需與各界良好溝通與完善配套措施，因此，研(修)訂中藥藥事管理法規，首要為廣納各界意見及凝聚共識，並向產、官、學進行有效的溝通說明，於取得各界共識後，始進行相關法規立法作業，避免影響中醫藥產業人員之工作權（如計畫本文第 19-20 頁）。 ☐ 減輕措施(指有助於阻止侵害行為繼續發生或緩和權利侵害範圍及程度之作法，例如道路兩側設置隔音牆、吸音板及工程施作方式採用連續長焊鋼軌等，以減少車輛行駛間之噪音與振動影響)： ☐ 補償措施(指得以回復原狀或填補損害(失)之作法，例如徵收拆遷民宅或是路線穿越建物下方之補償)：

	☐ 無 2. 救濟機制（得複選） ☐ 適用現行行政及司法救濟(指權利受侵害者獲得主張、實現其權利之途徑或作法，包括現行行政及司法救濟機制，如訴願及行政、民事、刑事訴訟程序) ☐ 適用其他法規或本計畫所創設之特殊救濟機制，說明：
權利項目 2	享有可達到之最高身心健康標準權
2-1 【請盤點本計畫可能直接或間接受影響對象之調查及統計資料】（可複選） 請就「1-1」欄勾選所涉權利項目及依「1-2」欄所列可能影響對象，參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「對本權利項目可能造成影響之事項」及「相關國際人權規範」，盤點行政院及各機關之調查、統計資料，於本欄敘明相關現況；如有相關分組分析資料，請併予呈現。	■ 1. 行政院及各機關之調查、統計資料(含各機關業務統計、歷次國家報告、國家人權行動計畫、結論性意見行動回應表、人權指標等相關統計)： 一、醫療利用統計：依據衛生福利部 113 年度全民健康保險醫療統計年報，中醫門診就診 637.4 萬人，總就診人次 6,174 萬人次，中醫門診醫療費用總計 350.2 億點數。 二、偏鄉中醫資源不足：截至 114 年 2 月，82 個鄉鎮（區）無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，75 個鄉鎮（區）僅有 1 家中醫機構之鄉鎮區。 三、上市中藥監測：111 年至 114 年 10 月底，執行中藥(材)異常物質抽驗，合格率 95.4%。111 至 113 年執行中醫診所調劑藥品抽驗重金屬檢查，合格率 98.77%。 四、中醫藥衛生教育宣導：108 至 114 年共計輔導 14 家中醫藥衛教資源中心於醫院、學校及社區等各場域，辦理 433 場衛教宣導活動，總計 14,438 人次參與；完成 12 件中醫藥衛教公版教案、20 件動畫及 23 件海報。 五、查我國中藥材近 9 成從國外輸入，113 年度中藥材總進口量 22,673.5 公噸，其中 87.7%自中國（含香港）輸入，為避免受地緣政治影響中藥材供應之穩定性，須積極輔導國產中藥藥用植物種植，降低中藥材進口依賴。
2-2 【請說明本計畫預計產生之正面效益如何落實相關國際人權規範】（自評本項權利項目未有正面效益者，無須填寫本項）	1. 請說明本計畫預計產生之本項權利項目正面效益及相關國際人權規範關聯性： 透過提升中醫藥服務及資源之可使用性、可取得性、可接受性及品質，逐步推展至包括原住

請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生何種正面效益，即如何有助於履行國家義務之尊重、保護及實現等面向，予以敘明： (1) 尊重義務：針對政府行使公權力之行為或直接以法律限制或剝奪特定資格，可能影響本權利項目者，予以限制或禁止。 (2) 保護義務：針對政府以外之個人或團體等第三人，強化其作為或不作為等義務，以保護當事人權利不受第三人之侵害。 (3) 實現義務：為確保本權利項目之實現，由政府直接或鼓勵民間提供資源或服務、建立新制度或採取必要步驟。	民族群及偏鄉居民獲得中醫藥服務，享有可達到之最高身心健康標準權。另推動臺灣中藥藥用植物種植、中藥(材)監測等建構中藥產業服務鏈，鼓勵中醫藥臨床研究，並維運傳統中醫藥文獻知識庫，收錄原住民族傳統醫療植物文獻，向民眾推廣中醫藥衛生教育，協助國人取得正確知識，以實現提升國民身心健康，確保民眾用藥安全。 2. 依績效指標、衡量標準、目標值及執行策略等說明： 本計畫為確保人人能平等享有可達到的身心健康標準，建立平等、及時的醫療照護與預防機制（偏鄉醫療、健保體系），加強弱勢群體（原住民、偏鄉居民）的健康照顧，縮小城鄉健康差距，普及醫療服務的社區網絡。本計畫制訂績效指標如 P17-20。
2-3 【說明可能直接或間接產生之不利影響】 請參考「國際人權公約保障權利項目索引表」所列「相關國際人權規範」，就「1-2」欄所列可能影響對象享有本權利項目之情形將產生之不利影響，如計畫施行後，將導致國家可能直接或間接侵害權利項目、可能難以防免權利項目受第三人之侵害、或可能有礙權利項目落實，並敘明該等不利影響之內容、嚴重程度、時空範圍、發生機率、不可回復性等。	☒ 暫未發現對權利項目可能產生之不利影響（勾選本項者，免填「1-8 因應措施之規劃」） ☐ 可能對權利項目產生不利影響(勾選本項者，請續填「1-8 因應措施之規劃」)，說明：
2-4 【因應措施及救濟機制之規劃】 對於可能直接或間接產生之不利影響，經衡酌比例原則，研議是否採取預防、減輕、補償等措施，且應考量除現行行政及司法救濟外，是否有創設特殊救濟機制之必要性。	☐ 雖有不利影響，惟已提供下列因應措施及救濟機制（請標明計畫本文頁數） 1. 因應措施之規劃 ☐ 有(得複選) ☐ 預防措施(指得避免權利侵害情形發生之作法，例如興建高速公路迴避密集住宅區及油電水等關鍵基礎設施，避免侵害享有可達到之最高身心健康標準權和享有適足生活水準的權利)：

	☐減輕措施(指有助於阻止侵害行為繼續發生或緩和權利侵害範圍及程度之作法，例如道路兩側設置隔音牆、吸音板及工程施作方式採用連續長焊鋼軌等，以減少車輛行駛間之噪音與振動影響)： ☐補償措施(指得以回復原狀或填補損害(失)之作法，例如徵收拆遷民宅或是路線穿越建物下方之補償)： ☐無 2. 救濟機制 (得複選) ☐適用現行行政及司法救濟(指權利受侵害者獲得主張、實現其權利之途徑或作法，包括現行行政及司法救濟機制，如訴願及行政、民事、刑事訴訟程序) ☐適用其他法規或本計畫所創設之特殊救濟機制，說明：
貳、人權影響評估結果 請說明評估結果，並於計畫本文進行調整或補充於「預期效果及影響」(請標明計畫本文頁數)： 我國於 114 年進入超高齡社會，評估未來中西醫整合照護與保健將成為趨勢，導入 AI 於中醫領域之運用，推動中醫診療精準化，並強化中醫臨床照護能力及相關中醫藥人才培育，以精實我國中醫醫療環境發展。評估我國中藥材長期依賴進口，及 COVID-19 後疫情時代中醫藥供應鏈，應提升中藥材來源穩定性，建立在地種植與加工機制，並精進中藥材相關管理規範，確保中藥物之穩定供應。獎勵中醫藥發展推動臨床研究與創新研發，普及國民中醫藥知識與復振原住民族傳統醫療知識。綜合各界會議徵詢溝通結果，及相關調查資料及未來發展評估，涉及人民享有可達到之最高身心健康標準權與工作權，本計畫就中醫醫療體系、中藥管理及政策資源整合施行，落實人權並促進中醫藥永續發展，暫無不利影響，乃必要執行之重要計畫。(P80-85)	

六、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫（請檢視填寫下列事項）						
「十二項關鍵戰略」歸屬	屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： 。		V			
1、計畫緣起	(1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益		V			
	(2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容		V			
2、計畫目標 (含績效指標、衡量標準及目標值等)	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
	(2)績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等		V			
3、現行相關政策及方案之檢討	(1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告		V			
	(2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效		V			
4、執行策略及方法	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
	(2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。		V			
	(3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型		V			
5、期程與資源需求	是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
6、預期效果及影響	(1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容		V			
	(2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式		V			

七、行政院所屬各機關新興計畫免送促參提案平台自評檢核表（1/2）

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
□一、本計畫屬「社會發展計畫」(請檢視填寫下列事項)						
1、免予提案計畫(計畫主要內涵符合右列任一條件,即免予提案,且免填第2項)	(1)出國交流計畫。		■			
	(2)補助型計畫。 以團體、人民為主要補助對象。		■			
	(3)計畫內容以勞務、財物(例如執行公務之機器設備)採購為主要標的。		■			
	(4)公營設施之整建、擴充型計畫,且計畫完成後仍續由公營者(例如公立醫院之設施擴充計畫)。	■				
	(5)無法由民間參與之機敏性公共建設,如國家機密、軍事機密、國防秘密、公務秘密、資通安全等。		■			
2、應提案計畫(計畫主要內涵符合右列任一條件,即應提案)	(1)符合公共利益,且由民間參與於成本、效率與創新上具顯著效益(例如社會住宅、長照機構、複合式辦公廳舍(商場及辦公)、區位較佳之大學宿舍)。		■			(請說明計畫現金流量及內部報酬率)
	(2)行政院推動之重大政策(例如 5+2 產業創新計畫、五大信賴產業、六大核心戰略產業)。		■			
	(3)依「保險業辦理專案運用公共及社會福利事業投資管理辦法」第3條所稱配合政策辦理之公共投資項目(例如公用事業設施、環境保護設施、公眾福利設施等)。		■			
3、評估結論 (符合第1項免予提案,或非屬第2項應提案者,免提促參提案平台)	經自評免提促參提案平台。	■				

行政院所屬各機關新興計畫免送促參提案平台自評檢核表 (2/2)

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
☐ 二、本計畫屬「公共建設計畫」(請檢視填寫下列事項)						
1. 再生水廠及本島大型海水淡化廠計畫應予提案。						
2、免予提案計畫(符合右列任一條件即免予提案)	(1)計畫推動有急迫性且營運後無穩定報酬之建設，如新設國道、公路、省道等。					
	(2)符合公共利益，但由民間參與於成本、效率與創新上不具顯著效益，或依促參法採行政府有償取得公共服務模式辦理仍然財務可行性不佳之公共建設。					
	(3)計畫內容以團體、人民為主要補助對象。					
	(4)計畫內容以勞務、財物(例如執行公務之機器設備)採購為主要標的。					
	(5)公營設施之整建、擴充型計畫，且計畫完成後仍續由公營者(例如公立醫院之設施擴充計畫)。					
	(6)無法由民間參與之機敏性公共建設，如國家機密、軍事機密、國防秘密、公務秘密、資通安全等。					
	(7)其他提經促參工作小組討論通過免予提案之公共建設：古蹟修復之建設。					
2、評估結論(非屬第1項應予提案，且符合第2項免予提案者，免提促參提案平台)	經自評免提促參提案平台。					

主辦機關核章：承辦人

技正徐瑜君

單位主管

中醫藥司長蘇奕彰

首長

部長名章

主管機關核章：承辦人

印

單位主管

副...十媛

首長

部長名章

八、中醫藥農業科技健康產業園區規劃構想書

中醫藥農業科技
健康產業園區
規劃構想書



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

114 年 11 月

目錄

壹□計畫緣起與目標	→	1
1.1 計畫緣起	→	1
1.2 願景與目標	→	2
貳□政策依據與推動架構	→	3
2.1 法規及政策依據	→	3
2.2 園區計畫工作推動小組	→	4
2.3 協力治理	→	5
參□基地概況與活化構想	→	6
3.1 基地區位	→	6
3.2 環境概況	→	6
3.3 土地權屬及使用分區	→	7
3.4 既有建物現況	→	8
3.5 開發期程	→	8
3.6 小結	→	9
肆□產學研鏈結推動構想	→	10
4.1 合作架構與推動基礎	→	10
4.2 鏈結效益	→	11
伍□園區定位與功能構想	→	13
5.1 園區定位	→	13
5.2 目標與要素	→	14
5.3 發展策略	→	15
5.4 預期成果	→	15
5.5 空間規劃構想	→	16
陸□產業發展策略與營運模式	→	18
6.1□產業發展策略	→	18
6.2□校地建物(區域)運用	→	20
6.2□營運模式	→	23

柒□研究設施與智慧管理平台	→	25[↵]
7.1□研究設施建置	→	25 [↵]
7.2□智慧管理平台	→	26 [↵]
捌□環境影響初步評估	→	27[↵]
8.1□初步評估與分析	→	27 [↵]
8.2□改善措施	→	28 [↵]
玖□推動時程與經費	→	30[↵]
9.1□推動原則與階段目標	→	30 [↵]
9.2□經費編列原則	→	30 [↵]
拾□整體效益與後續推動	→	31[↵]
10.1□政策推動目標與核心定位	→	31 [↵]
10.2□後續推動建議	→	32 [↵]
.....分頁符號..... [↵]		

圖目錄

圖 2.3-1 整體推動架構圖	→	5
圖 3.1-1 基地位置圖	→	6
圖 3.4-1 既有建築現況照片	→	8
圖 4.1-1 學術研究合作與技術鏈結整合架構示意圖	→	10
圖 5.5-1 分區規劃圖	→	16
圖 5.5-2 配置構想圖	→	17
圖 6.1-1 產業六大發展面向示意圖	→	18
圖 7.2-1 智慧管理平台示意圖	→	26
圖 8.1-1 ESG 永續策略與環境管理架構圖	→	29
..... 分頁符號.....		

表目錄

表 2.1-1□法規及政策依據綜整表	→	3
表 2.2-1□組織與分工表	→	4
表 3.3-1□基地土地權屬綜整表	→	7
表 3.5-1□開發期程表	→	8
表 3.6-1□開發潛勢與限制綜合分析表	→	9
表 5.2-1□四大目標一覽表	→	14
表 5.2-2□七大要素一覽表	→	14
表 5.5-1□空間配置構想表	→	17
表 6.1-1□產業六大發展面向與施行單位一覽表	→	19
表 6.2-1□中藥產業示範基地	→	20
表 6.2-2□中醫健康示範園區	→	21
表 6.2-3□行政與支援設施區	→	22
表 6.3-1□營運架構與分工一覽表	→	23
表 6.3-2□整體營運模式一覽表	→	23
表 6.3-3□投入經費概算一覽表	→	24
表 7.1-1□園區研究相關設施及其功能說明一覽表	→	25
表 7.1-2□研究資料庫與 AI 決策應用一覽表	→	26
表 8.1-1□潛在環境影響評估一覽表	→	28
表 8.1-2□環境監測與管理一覽表	→	29
表 9.1-1□推動階段與作業架構一覽表	→	30

◀分節符號 (下一頁)

壹 計畫緣起與目標

1.1 計畫緣起

一、國家健康政策與中醫藥產業發展

我國推動「健康臺灣」政策，以預防醫學、智慧醫療與健康產業為核心發展方向，透過跨部會合作，提升國民健康福祉與醫療服務品質，並帶動醫療與健康產業升級。中醫藥作為我國重要的傳統醫療體系，兼具醫療照護、文化傳承與產業發展三重意義，其整合現代農業、生技製藥與健康產業的潛力，已成為政府推動「生物經濟」與「製藥自主化」政策的重要支柱。

然而，臺灣中醫藥產業長期面臨「醫、藥、農」三方斷鏈的困境，藥材逾九成仰賴進口，生產端缺乏穩定供應與品質控管，學術研究與製程端缺乏跨域整合。特別是在 COVID-19 疫情期間，國際供應鏈受阻使得中藥材價格劇烈波動，凸顯國家層級中藥供應韌性建構之迫切性。

為回應此挑戰，行政院指示衛生福利部與相關部會協同規劃「中醫藥農業科技健康產業園區」，建立從藥用植物保種、育種、生產、檢測、炮製加工到臨床應用的完整鏈結體系，落實「從土地到臨床」之中醫藥自主發展模式，強化我國中醫藥產業自主性與國際競爭力。

二、退場大學校地活化再利用

教育部自 108 年起推動「退場大學校地活化再利用計畫」，鼓勵以社會公益、教育研究及產業創新為導向的再利用方案，以避免校地閒置與資源浪費。明道學校財團法人明道大學於 113 年 8 月 1 日起停辦，其校區具備以下特色：

(一)基地條件優越

校地面積約 48 公頃，鄰近雲林、南投等中藥主要產區，交通便利、基礎設施完善。

(二)農業基礎扎實

設有台灣西部規模最大的有機農場，累積多年農業試驗及有機驗證經驗，具備發展藥用植物之潛力。

(三)建物條件完整

校園內有多棟建物及運動設施，經初步評估再利用價值達新台幣 13 億元，適合作為產學研整合與產業示範基地。

綜合以上條件，明道大學校地轉型為以「中醫藥農業科技」為核心之「健康產業園區」，不僅呼應教育部退場校地再利用政策精神，亦可直接銜接政府健康、農業及生技政策，示範教育資產轉型為國家戰略資源之成功典範。

1.2 願景與目標

本計畫以「晶圓護國，中藥護民」為願景，結合中醫藥智慧、農業科技與健康產業能量，建構具國際競爭力之「中醫藥農業科技健康產業園區」。其核心目標包括：

一、強化中藥供應韌性

建構藥材保種、育種、生產、檢測及加工體系，降低進口依賴、提升國內中藥材供應安全。

二、推動學術研究創新轉化

整合中研院、各大學及工研院 GMP 試驗工廠之研發能量，促進中醫藥技術轉譯、商品化及國際接軌。

三、促進地方產業升級

結合改良場與在地農民推動契作，發展高值化農業素材及新創產業，帶動地方經濟與產業升級

四、落實永續與公共利益

透過民間參與公共建設(Public-Private Partnership,PPP)模式，兼顧經濟發展、環境保育與社會共享價值。

園區將以「學術研究育種、智慧生產、製程驗證、臨床應用」四階段架構，串聯學研、產業及地方能量，建構中部地區中醫藥創新生態系，並作為全國中醫藥產業升級與國際化示範基地。

貳 政策依據與推動架構

2.1 法規及政策依據

本計畫依據中醫藥發展法、產業創新條例及退場校地活化政策，結合跨部會協作與民間參與公共建設模式，推動明道大學校地轉型為「中醫藥農業科技健康產業園區」，兼顧研究創新、產業發展及公共利益，成為全國示範基地。相關政策與法令規定將依程序辦理，具體內容詳述如表 2.1-1 所示。

表 2.1-1 法規及政策依據綜整表

法規/政策	內容
中醫藥發展法	明定政府應推動中醫藥研究、教育、產業與文化發展，建立完善的中醫藥體系，以保障民眾健康與促進中醫藥產業永續經營。
產業創新條例	第 23 條及第 32 條授權設置「產業專用區」，提供創新技術研發與產業聚落發展之法源依據，並允許採公私協力開發模式。
教育部大學校地活化再利用計畫指導原則	鼓勵退場校地轉型為公益性及政策導向之再利用案，優先導入與地方發展及國家產業政策連結之計畫。
行政院健康臺灣推動委員會決議(114 年 2 月 27 日)	核定推動「中醫藥農業科技健康產業園區」為跨部會合作示範計畫，並列為健康臺灣推動重點項目。
智慧農業及生物經濟推動方案	由農業部主責，鼓勵應用智慧科技、感測與數據分析技術於藥用植物育種與田間管理，強化藥材可追溯與品質控制。
行政院推動退場校地公共化及社會再利用政策	明定退場大學校地得由中央機關提報政策性再利用計畫，經跨部會審議後轉型為公益性政策基地。

資料來源：本案彙整。

2.2 園區計畫工作推動小組

為落實本計畫之跨領域整合與永續推動，衛福部規劃設置「中醫藥農業科技健康產業園區計畫工作推動小組」。其任務與組成說明如下：

一、主要任務

- (一)制定園區推動之整體政策、法規與審議路徑。
- (二)協調跨部會之行政資源與計畫整合，確保政策一致性與資源效率。
- (三)審議土地開發、財務模式及營運架構，兼顧公共利益與永續性。
- (四)監督計畫執行進度、成果評估與滾動修正，確保計畫目標達成。

二、運作模式

推動小組下設「專案辦公室」作為常設執行單位，由衛福部國家中醫藥研究所承辦，並設「顧問團」及「技術工作組」，分別就政策規劃與技術研發提供支援。行政決策、技術審查與地方協調三層機制並行，形成垂直整合、橫向協調之治理體系，確保計畫之跨域協作與永續推動。

三、組織與分工

表 2.2-1 組織與分工表

	單位	負責工作
召集機關	衛生福利部 (國家中醫藥研究所)	計畫主責機關，統籌政策方向、跨部會協調、園區建設及經營管理。
成員機關	教育部	退場大學校地移轉及再利用審查、學術研究及人才培育支援。
	內政部	非都市土地開發審議作業。
	經濟部	產業發展政策、民間參與公共建設模式、招商輔導。
	農業部	藥用植物種植指導、契作制度與改良場技術支援。
	行政院中部聯合服務中心	協助地方溝通、行政協調及政策整合窗口。
參與單位	台糖公司	土地權屬提供。
	地方政府(彰化縣政府)	地方建設及民眾參與機制推動。
	相關研究機構	產學研合作

2.3 協力治理

本計畫採「政府主導、民間參與、分期開發」之民間參與公共建設模式，導入企業投資與創新機制，降低政府財務負擔，提升營運效率與永續性。其核心原則如下：

一、角色分工明確

政府負責政策規劃、法規審議及公共設施建設，民間單位負責設施建置、營運管理與技術創新，確保責任清楚、權責明確。主辦機關將依促參法規定辦理可行性評估，並就基地所在地邀集專家、地方居民與民間團體舉行公聽會。

二、透明化管理

建立公開資訊平台，揭露投資、營運及環境績效，提升社會信任及監督機制。

三、收益共享機制

依據投資比例及績效表現分配回饋收益，並將部分收益專款投入地方建設與社區回饋基金，兼顧投資人與地方利益。

四、長期合作導向

以 20 至 30 年長期契約方式確保營運穩定，並於投資契約中明訂設施規劃、興建、營運、移轉、風險分擔、爭議仲裁、營運品質管理等條款，依績效指標調整分期目標及收益比例，建立可預期、穩健之合作模式。



圖 2.3-1 整體推動架構圖

若基地涉及公有土地出租或設定地上權，或土地使用變更、環評程序，將依促參法第 13 至 15 條相關規定辦理；秉持維護公共利益、透明公平、合理負擔之原則依促參法辦理。本治理架構將形成中央政策主導、地方支援與產業共同參與之三層運作模式，確保本計畫在政策、行政與產業面均具正當性、可行性與永續性。

參 基地概況與活化構想

3.1 基地區位

明道大學校地距離國道 1 號北斗交流道僅約 550 公尺，可快速銜接中部主要道路（臺 1 線、臺 19 線、彰 181 線及彰 182 線），距離中部科學園區二林園區僅約 9.7 公里。周邊產業聚落包括：埤頭工業區、北斗工業區、田中工業區、二林精密機械產業園區。整體而言，基地周邊形成具產業與農業並行的複合發展環境，為適合導入「健康產業、生技研發、智慧農業」等兼具研發與示範功能之園區。

校地位於彰化縣埤頭鄉、溪州鄉，介於北斗與溪州都市計畫區之間，屬於非都市土地，基地面積約 48 公頃。彰 181 線貫穿校地，西側為校本部(主要教學與行政建物集中區)，包含教學大樓、幼兒園、運動設施及停車空間；東側則為有機農場，為校園主要綠地與農業實驗區。基地形狀方整、地勢平緩，具備轉型開發之潛力。



資料來源：國土測繪圖資服務雲

圖 3.1-1 基地位置圖

3.2 環境概況

本基地非屬山坡地範圍，但位於淹水潛勢區且部分區域屬中度土壤液化潛勢區。新設建物將液化潛勢納入建築設計考量，並重新檢討規劃滯洪及排水系統。依開發行為應實施環境影響評估細目及範圍認定標準第 4 條規定：「園區興建或擴建位於非都市土地，申請開發或累積開發面積 10 公頃以上者，應實施環境影響評估。」本案面積約 48 公頃，屬應實施環評之案件。

3.3 土地權屬及使用分區

一、土地權屬

明道學校財團法人自 113 年停辦後，教育部依程序重組公益董事會並啟動校產清算作業，債務約 552,936 仟元，預計 115 年可由承接機關正式接管校產。後續仍須由主管機關與土地所有權人(台糖公司)協議調整租期、租金及使用條件，並依實際活化計畫修訂租約。

表 3.3-1 基地土地權屬綜整表

所有權人	地段	使用分區	使用地類別	面積(M ²)	備註
台灣糖業股份有限公司	埤頭鄉埔東段(28 筆) 溪州鄉瓦厝段(3 筆)	特定專用區	特定目的事業用地 交通用地 國土保安用地	266,474	校本部
	溪州鄉瓦厝段(3 筆)	特定專用區	水利用地	287	校本部 行健後方
	溪州鄉湄洲段(4 筆)	特定專用區	特定目的事業用地 交通用地	117,811	明道農場
	溪州鄉湄洲段(6 筆)	特定專用區	特定目的事業用地 交通用地 水利用地	92,800	有機農場
張錫銘	埤頭鄉埔東段(1 筆)	特定專用區	農牧用地	2,138	明道果園後方租地
明道學校財團法人	埤頭鄉埔東段(4 筆)	特定專用區	特定目的事業用地 國土保安用地	1,640	行健大樓下自有土地
			小計	481,150	

資料來源：本案彙整。

二、土地使用分區

根據國土計畫，本基地之國土功能分區屬「城鄉發展地區第二之二類」。非都市土地使用分區則屬「特定專用區」；使用地類別分別為特定目的事業用地、交通用地、水利用地、國土保安用地。基地若開發轉型為「中醫藥農業科技健康產業園區」，其使用目的與現行「特定目的事業用地」不符，應變更原開發計畫，並依相關法規重新申請開發許可，以符合中醫藥產業及研發設施使用性質。

3.4 既有建物現況

明道大學校地現有 11 棟主要建物，包括行政大樓、教學館、宿舍、圖書館及運動設施等，總樓地板面積逾 7 萬平方公尺，結構多為鋼筋混凝土造，整體保存良好。

依行政院鄭副院長 112 年 4 月裁示：「退場校地運用以優先使用既有建物為原則」，故本案開發應以修繕整建再利用為主，避免全區拆除造成高額成本與社會觀感疑慮。惟部分建物樓板承重不足以作為工業生產使用，需配合用途轉型進行結構補強或功能調整。



資料來源：Google Map

圖 3.4-1 既有建築現況照片

3.5 開發期程

表 3.5-1 開發期程表

階段工作	主辦機關	內容	預估時程
校地移轉	教育部 / 台糖公司	報院核定活化運用原則計畫書 明道大學董事會清算 校地移轉及租期重新協議	115 年
可行性評估	衛福部主責、 跨部會審查	可行性評估研擬、報院核定	115 年
中長程計畫	衛福部主責、 跨部會審查	中長程計畫書研擬，報院核定	115 年
用地變更	內政部、 彰化縣政府	辦理非都市土地開發許可、變更 編定作業	116~117 年
環境影響評估	環保署、 彰化縣政府	辦理環說書審查，確認開發範圍 與條件	116~117 年
分期建設與營運	衛福部、 民間投資方	PPP 招商、設計施工、整修利用	117 年~

3.6 小結

為評估明道大學校地轉型之可行性，就區位、土地、建物、環境、法規及產業條件進行優劣勢分析，作為後續開發與推動依據，詳表 3.6-1。

表 3.6-1 開發潛勢與限制綜合分析表

項目	優勢條件	限制與挑戰
區位	鄰近北斗交流道與主要道路，交通便利	周邊多為農業區，需設緩衝綠帶
土地	面積大、形狀方整、公共設施完整	多為租地，需協商續租條件
建物	結構良好，具修繕再利用潛力	承重不足以支撐重型設備
環境	非山坡地、地勢平緩	淹水潛勢需防災設施
法規	可依政策方向申請變更用途	審議程序冗長，需提前溝通
產業	鄰近多項工業園區具串聯潛力	在地產業鏈待明確界定與導入

明道大學校地具備轉型為「中醫藥農業科技健康產業園區」之良好基礎條件，惟後續開發推動應遵循下列原則，以確保效益與永續並重：

一、優先整建再利用

以既有建物與設施為開發主體，採分期整修方式活化利用，避免全區拆除造成資源浪費。

二、兼顧法規與時程

土地使用變更、環境影響評估及相關法定程序應同步啟動並協調辦理，以縮短開發時程。

三、落實低碳與防災設計

針對基地之淹水與液化潛勢區位，進行結構補強及防災韌性規劃，導入綠建築與節能設計。

四、強化公私協力模式

引入民間投資與專業營運機制，建立風險共擔、收益共享之合作架構，提升園區永續營運能力。

五、鏈結地方產業發展

與中部地區生技、農業及健康產業建立合作機制與產業鏈結，共創區域整合與地方共榮。

肆 產學研鏈結推動構想

4.1 合作架構與推動基礎

本計畫由衛生福利部國家中醫藥研究所(以下簡稱中醫所)主導，結合中央研究院及工業技術研究院等學研能量，建立「從育種、生產、製程到臨床應用」之完整中醫藥產業科技體系。

目前，中醫所已與國立臺灣大學、國立中興大學、國立嘉義大學及各該附屬實驗農場建立合作機制，結合農業試驗與產業應用能量，並與農業部轄下各改良場(如臺中區農業改良場及雲林分場等)合作，推動藥用植物育種、田間試驗與智慧栽培體系，確保藥材品質穩定及可追溯。

同時，與中央研究院農業生物科技研究中心合作，導入基因體分析、生物分子育種與功能性代謝物研究能量，建立藥用植物基因指紋及品質鑑別系統，奠定藥材科學化與標準化基礎。

此外，工研院中藥 GMP 試驗工廠之加入，使園區可銜接藥材加工、製程研發與中試量產，建構符合國際規範(如 PIC/S GMP)之中藥製程驗證平台。整體形成從「基因、農場、工廠、臨床」的垂直整合鏈結，構築具國際水準之中醫藥科技創新體系。



圖 4.1-1 學術研究合作與技術鏈結整合架構示意圖

4.2 鏈結效益

本計畫透過跨部會協作與產學研整合，建構由政策推動、研發至產業應用的完整鏈結體系，促進中醫藥研究成果轉化與產業發展，強化我國中醫藥產業之自主與競爭力。

一、學術與技術效益

透過整合中醫所及各研究單位能量，將使園區具備跨領域創新研發能力，形成國內中醫藥科技的研發中樞，並可與國際藥典接軌。

(一)建立藥用植物基因庫與功能性代謝物資料庫

整合跨機構研究成果，建置國家級中草藥基因體資料庫與功能性代謝物資料庫，作為藥材品質鑑定與新品種開發之依據。

(二)建構分子鑑定與品質追溯系統

以 DNA 條碼及代謝指紋圖譜為核心，建立可追溯標準作業程序(SOP)，確保藥材來源、栽培、炮製、流通之全鏈管理。

(三)發展製程轉化與標準化平台

結合工研院中藥 GMP 試驗工廠能量，推動中藥材製程之標準化與自動化，建立從研究到產業化之技術轉譯平台。

(四)導入數據治理與智慧分析機制

應用 AI 與大數據分析，建立藥材品質監測、病蟲害預警與環境參數即時控制系統，提升產業決策精準度。

二、產業與經濟效益

本計畫以「學研成果在地化、在地產業科技化」為核心策略，促進研究能量轉化為具市場競爭力的產品與服務。

(一)推動藥用植物契作與智慧農業升級

透過改良場與地方農民合作推動契作制度，導入智慧栽培與區塊鏈溯源技術，建立穩定供應與價格體系，帶動在地農業高值化。

(二)健康素材與功能性產品開發

結合工研院製程技術，發展植物功能性素材、保健食品與新藥原料，強化臺灣品牌之國際競爭力。

(三)產業聚落形成與地方就業創造

以園區為核心，形成中部地區中醫藥研發與健康產業聚落，預期可創造逾 2,000 個直接與間接就業機會，促進青年返鄉及地方創生。

(四)國際合作與技術輸出

建立與日本、韓國及東南亞等國家之技術交流與臨床研究合作，輸出中醫藥標準化及智慧農業技術，擴展國際市場佈局。

三、政策整合與永續效益

本計畫的推動方向與多項國家政策相互呼應，並有助於落實跨部會政策整合與地方永續發展。透過跨部會協作與產學研整合，園區將成為中醫藥創新、生物科技應用及地方創生之示範基地，推動中醫藥學術研究成果之產業化、國際化與永續化。「從學術研究到產業、從藥田到臨床」完整鏈結，強化我國中醫藥產業的自主研發與全球競爭力。

(一)健康臺灣政策

促進中醫藥服務普及化與醫療體系多元化，落實「治未病」與健康促進之核心理念。

(二)智慧農業政策

導入物聯網與感測技術，建立藥用植物智慧栽培模式與可追溯機制。

(三)製藥自主化政策

建立本土中藥材供應鏈與 GMP 驗證製程，降低進口依賴，強化產業韌性。

(四)生物經濟推動方案

結合生技研發與農業生產，發展高附加價值之健康素材與新創產業。

(五)退場校地再利用政策

以「活化再生、公私協力、地方共榮」為目標，打造教育資產再利用新典範。

伍 園區定位與功能構想

5.1 園區定位

本計畫係針對明道大學退場校地之再利用轉型，旨在結合中醫藥研究、智慧農業及健康產業，建構具學術研究示範、技術應用與國際交流功能之「中醫藥農業科技健康產業園區」。其核心定位說明如下：

一、國家級中醫藥產業創新示範基地

整合學術研究與產業能量，建立自藥用植物育種、品質驗證、製程轉化至臨床應用之完整鏈結體系，形成臺灣中醫藥科技研發與製藥自主化之核心樞紐。

二、智慧農業與健康科技整合園區

結合智慧感測、AI 決策及區塊鏈追溯系統，建立具可視化管理之藥用植物智慧生產示範場域，推動藥農契作與地方農業升級。

三、健康生活與醫療應用平臺

結合中醫醫療、運動養生與健康飲食，提供預防醫學與健康管理服務，打造全齡健康生活的示範環境。

四、退場校地活化利用典範

配合行政院推動之「退場校地再利用政策」，優先利用既有建物與設施，形成「退場校地活化結合國家戰略」的成功模式。

5.2 目標與要素

「中醫藥農業科技健康產業園區」整體願景以「晶圓護國，中藥護民」為核心精神，設定四大發展目標與七大要素，形成整體推動架構。

表 5.2-1 四大目標一覽表

目標	內容
建立中藥種植發展中心	以保種、育種、種植、檢測、加工、儲運及追溯七項機制，建立穩定、安全之藥材供應體系。
建立中藥科技產業園區	以研發、試量產、技轉、新創孵化及國際市場拓展為主軸，推動中藥產業科技化。
建立中醫健康生活園區	結合中醫醫療、運動養生、食療餐飲及體驗教育，打造具示範性之健康生活聚落。
活化退場校地與促進地方創生	創造在地就業、青年回流與社區共榮，促進教育資產轉化為地方發展動能。

表 5.2-2 七大要素一覽表

要素	內容
保種藥苑與基因庫	保存藥用植物多樣性，建立基因指紋資料庫。
組織培養與栽種量產	透過 AI 溫室與智慧農業系統，穩定供應高品質藥材。
檢測鑑定與品質追溯	建構 DNA 鑑定與指紋圖譜比對系統。
炮製加工與倉儲管理	依 GMP 及 HACCP 標準，建立中藥炮製與倉儲流程。
農廢循環與儲能系統	回收農業廢棄物轉化為能源與有機肥，打造低碳園區。
中醫療養與健康應用	設置智慧療養中心與健康中心，落實「治未病」理念。
學術研究交流與國際合作	結合產學研及國際夥伴，推動標準互認與技術輸出。

5.3 發展策略

本計畫以中醫藥研究為核心，結合智慧農業與健康產業發展，透過技術創新、公私協力與永續治理，逐步形塑具國際競爭力與示範效益之園區。

一、以學術研究為核心，打造技術驅動型園區

透過與研究單位合作，建構藥用植物研發與製程技術轉化平臺。

二、以健康產業為引擎，帶動地方創生與經濟發展

結合健康餐飲、運動復健及旅遊體驗，打造跨產業鏈的健康生活聚落。

三、以公私協力為模式，提升營運效能與永續性

導入民間參與公共建設模式，採分期開發、分區招商方式，建立自償性與永續經營能力。

四、以 ESG 為治理原則，落實低碳與永續發展

推動園區綠能應用、水資源再生利用及碳循環管理系統，打造「淨零轉型」示範場域，落實環境永續與社會責任。

5.4 預期成果

本計畫透過研究創新、產業鏈結與公私協力推動，預期將在中醫藥、智慧農業及健康產業領域形成具示範效應之整合園區，兼顧研究發展、地方創生與永續治理，帶動區域經濟與社會共榮。

一、形塑全國首座「中醫藥、智慧農業、健康產業」整合型示範園區。

二、建立中草藥產業從育種到製劑的標準化流程與驗證機制。

三、成為中部地區健康產業聚落核心，創造超過 2,000 個就業機會。

四、促進教育資產活化，落實「退場不荒廢、轉型有價值」的政策願景。

5.5 空間規劃構想

一、分區規劃

園區依據原校區空間結構與既有建物條件，劃設四大分區之空間發展架構。

(一)行政管理與產業推動核心區

以原伯苓大樓為「行政管理中心」，設置園區管理、招商推廣及教育導覽功能。以開悟大樓設置「國際合作暨產業應用中心」，負責國際標準制定、跨境合作與產品開發。

(二)中藥產業示範基地

範圍涵蓋校區東側及農場區，包含「中草藥生產中心」、「中草藥檢驗暨培訓中心」、「藥材加工與倉儲中心」及「農廢物處理中心」。功能涵蓋育種、生產、檢測、加工、儲運與循環再利用，構成完整的中藥材產業鏈示範體系。

(三)中醫健康示範基地

以西側教學與運動設施為主，設置「中醫智慧健康醫療中心」與「中醫運動養生健康中心」。提供門診諮詢、養生研習、健康管理與運動復健等服務，落實「醫、養、食、動」整合模式。

(四)生活體驗與教育推廣區

以原圖書館及果園為核心，設置「中醫藥生活展覽館」與「國家藥苑」。融合展示、教育與導覽功能，讓民眾認識中醫藥文化、植物多樣性與健康生活理念。

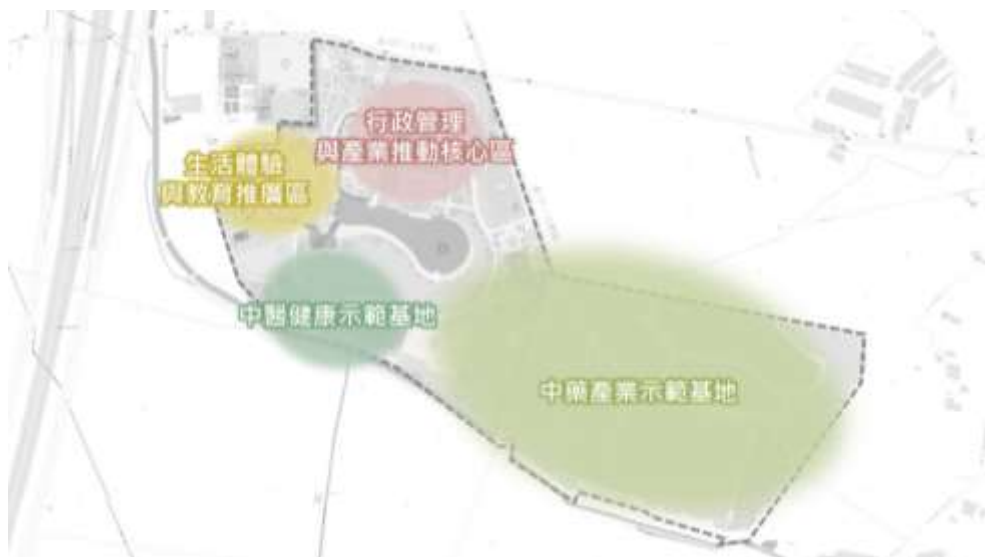


圖 5.5-1 分區規劃圖

二、配置構想

園區採「整建再利用」原則，利用既有建物整修升級，不進行大規模拆除開發，維持校園原有綠地格局與環境意象。空間配置如表 5.5-1、圖 5.5-2 所示。

表 5.5-1 空間配置構想表

功能中心	對應建物/場域	核心功能
行政管理中心	伯苓大樓	營運治理、行銷推廣、教育導覽
國際合作暨產業應用中心	開悟大樓	標準制定、跨國研發與產品應用
中草藥生產中心	設施農場	AI 智慧溫室、藥材溯源管理
中草藥檢驗暨培訓中心	寒梅館、湖光堂	品質檢測、種原研究、人才培訓
藥材加工暨倉儲中心	運動場區域	炮製、乾燥、包裝與物流管理
農廢物處理中心	表工中心區	廢熱發電、碳循環與能源儲存
中醫智慧健康醫療中心	鐸韻雅筑、幼兒園	門診照護、養生研習與健康管理
中醫運動養生健康中心	行健大樓、居仁堂	運動調理、AI 健康數據分析
園區宿舍暨餐飲中心	志強大樓、二鮮居	住宿、照護與養生餐飲
中醫藥生活展覽館	承正圖書館	教育推廣、產品展售與互動體驗
國家藥苑	明道果園與周邊綠地	保種藥苑、基因庫與全民教育園區



圖 5.5-2 配置構想圖

陸 產業發展策略與營運模式

6.1 產業發展策略

一、規劃目標

本計畫之產業推動，以「醫領藥、藥帶農」為主軸，建立四大項規劃目標，包含建立中藥種植發展中心、中藥科技產業園區、中醫健康生活園區及妥善運用退場大學校地，並形成六大發展面向，包含醫療應用、藥材生產、檢驗加工、健康產業、農廢能源化及教育與文化推廣(詳圖 6.1-1 及表 6.1-1)。

(一)建立中藥種植發展中心，提升國家中藥供應韌性

建立標準化的藥材種植基地，確保中藥材品質穩定，並大幅降低對進口的依賴，強化國家藥品供應的自主性與永續發展。

(二)建立中藥科技產業園區，發展中藥產業生技廊道

透過產業聚集效應，整合從藥物研發、生產製造到臨床應用的產業鏈，加速中藥發展進程，打造高附加價值的中藥生技產業創新廊道。

(三)建立中醫健康生活園區，推動精準健康生活典範

結合中醫醫學與尖端科技，發展個人化健康管理、養生照護與運動復健等服務，建立融合自然與智慧的示範場域，引領邁向精準健康生活。

(四)妥善運用退場大學校地，整合創新加值產業發展

閒置校地轉型為產業發展基地，導入人才、技術與知識資源，透過跨領域整合，促進高科技、高知識的新興加值產業，實現土地與教育的活化利用。



圖 6.1-1 產業六大發展面向示意圖

表 6.1-1 產業六大發展面向與策略重點一覽表

面向	策略重點
醫療應用	發展中醫智慧醫療、整合照護及遠距診療服務
藥材生產	建立中草藥組培、智慧溫室與區塊鏈溯源系統
檢驗加工	設立 GMP 認證與藥材炮製中心，推動製程標準化
健康產業	導入健康餐飲、保健產品及旅宿體驗產業
農廢能源化	推動農業廢棄物生物炭及廢熱再利用
教育與文化推廣	建立中醫藥展館與國家藥苑，推動科普教育

二、商業模式

(一)國內招商對象

預計招商對象為中草藥製造、生技研發、智慧農業、健康餐旅及醫療器材等相關業者，並鼓勵以「企業進駐 + 學研共創」模式建構產業鏈。

(二)關鍵合作夥伴

政府機構、研究單位、中醫醫療與健康相關院所、藥材生產、供應商與藥廠、通路商及金融機構。

(三)關鍵資源

實體資源包含土地、生產種植、加工廠、診療空間、展覽體驗館、餐廳、檢測實驗室；智慧財產包含專利配方、藥材商標、種植技術、知識庫；人力資源包含中醫師、藥師、生產專家、行銷團隊、管理人才；合作聯盟包含國際醫藥機構、金融機構。

(四)目標客層

客戶包含中藥材批發商與流通商、中草藥 GMP 藥廠、生技開發企業、醫院與連鎖藥局、機能食品及餐飲業者、中藥進出口貿易商、疾病防治與健康需求之個人及企業團體。

6.2 校地建物(區域)運用

明道大學校地規劃轉型為「中醫藥農業科技健康產業園區」，整體設施依功能分為三大主軸：中藥產業示範基地(研發、生產、加工)、中醫健康示範園區(醫療、養生、教育推廣)、行政與支援設施區(管理、住宿、展覽、能源等)。

表 6.2-1 中藥產業示範基地

建物	功能	任務
國家藥苑 (明道果園)	瀕危中草藥方舟	蒐集與保育珍稀藥用植物，建置基因庫與活體保育系統。
	新藥研發實驗室	研究中草藥活性成分與藥理作用，建立成分分析與數位知識平台。
	教育與展示園區	結合旅遊體驗與國際交流，辦理多語導覽與科普教育。
中草藥生產中心 (設施農場)	先進育種與組培	推動組培與遠緣雜交技術，建立藥用種苗生產與育種系統。
	智慧植物工廠	推動全環境控制栽培，建構數位化垂直農場與自動化系統。
	AI 生產溫室	運用 AI 進行作物管理與預測，建置智慧感測與自動學習系統。
	中草藥區塊鏈	導入全鏈數據溯源防偽，建立碳匯認證與智慧產權保護。
中草藥有機農場 (明道有機農場)	有機栽培	導入國際有機認證制度，推動有機中草藥生產。
	馴化溫室	進行低碳馴化與物種保護，執行環境適應性栽培技術。
	無人耕作機具系統	運用導航系統提升精準農業效能，推動自動化耕作與施肥。
	無人機協作場域	建立無人機訓練與考照機制，進行智慧監測與生物防治。
檢驗暨培訓中心 (寒梅大樓)	檢驗鑑定	建立特徵圖譜與整體品質控制，執行中草藥基原鑑定與品質檢驗。
	種原研究	蒐集與保存中草藥種原，建立藥用植物資源分析系統。
	人員培訓	辦理中草藥鑑定及炮製專班，設計專業訓練與實作課程。
	技術認證	推動加工與流通認證制度，建立中草藥國際市場准入機制。
藥材加工暨倉儲中	藥材乾燥區	依標準化流程進行炮製作業，執行藥材乾燥

建物	功能	任務
心 (壘球、籃球場)		與分類。
	初級加工區	辦理分級、篩選與包裝，建立自動化生產線及包裝系統。
	倉儲管理	建置智慧倉儲與防蟲防霉系統，辦理藥材入庫、出庫與溫濕度控制。
	物流管理	設置 GPS 即時監控系統，優化配送與聯運管理。
農廢物處理中心 (表面工程中心)	農廢物處理	農廢分類暫存與生物炭轉化，建置廢棄物再利用與轉化設施。
	廢熱發電	回收熱氣轉為電力，併聯儲能系統儲電運用。
	儲能系統	整合再生能源與儲能，建立峰谷電價優化轉換系統。
	碳還原全循環	推動生物炭封存與農業碳中和，導入全循環經濟模式。

表 6.2-2 中醫健康示範園區

建物	功能	任務
中醫智慧健康醫療中心 (鐸韻雅筑 / 幼兒園)	核心醫療照護	提供全人健康評估與療養，建立 AI 輔助診斷與精準治療。
	醫療健康諮詢	提供中西醫整合諮詢服務，建立遠距醫療與健康管理系統。
	支援系統維繫	提供後送與緊急銜接服務，建構中西醫協作網絡。
	中醫養生研習	辦理健康、藥膳與環境養生研習課程，推動全民健康教育活動。
中醫運動養生健康中心 (行健大樓 / 居仁堂)	中醫康復調理	提供個人化康復與理療，建立中醫運動處方與理療空間。
	運動傷害調理	提供中醫運動傷害評估與訓練，結合 AI 姿勢分析與復健指導。
	養生康復訓練	提供體能強化與柔軟度訓練，推動中醫體質辨識與個人化訓練。
	體質檢測與健康管理	建立 AI 體質分析與健康追蹤，導入穿戴式設備整合資料。
園區宿舍暨餐飲中心 (志強大樓 / 二鮮居)	商務及學術訪客住宿	提供短期與長期住宿，規劃多層住宿方案與配套設施。
	療養照護	提供長期照護與健康膳食，建立照護管理與

建物	功能	任務
		健康監測機制。
	養生餐飲	推動藥膳餐飲與食療文化，建立養生食材供應鏈。

表 6.2-3 行政與支援設施區

建物名稱	主要功能分區	主要任務
行政管理中心 (伯苓大樓)	行政與綜合管理	制定園區整體發展策略與運營計畫，建立行政制度與智慧管理平台。
	園區營運與設施管理	辦理人事、財務、危機與資訊管理，建立人事培訓制度與財務稽核流程。
	產學研發推動與訓練支持	推動研究機構進駐及技術轉移，規劃 GMP/GACP 專業訓練課程。
	行銷與外部關係	統籌品牌行銷及公共關係，舉辦導覽活動與媒體宣傳。
國際合作暨產業應用中心 (開悟大樓)	國際合作與標準建立	制定中藥農業及臨床應用規範，與國際機構協作，建立標準體系。
	跨國中藥材開發	促進基因育種與供應鏈合作，建立定制化種植與數據管理平台。
	聯合研究與健康聯盟	設立國際學研合作機制，推動跨國中西醫聯合研究。
中醫藥生活展覽館 (承正圖書館)	文化展覽與推廣	辦理中醫藥主題展覽與專題講座。
	教育與導覽	辦理教育推廣與導覽活動，建立導覽解說系統與教材出版。
	產品展售與互動體驗	設置互動教室與手作活動，展售草本產品與健康體驗課程。

6.2 營運模式

一、整體營運構想

本計畫以「中醫藥農業科技健康產業園區」為核心定位，結合中醫藥研發、生產、健康照護及教育推廣四大功能，採「政府主導×公私協力×分期開發」模式推動，打造全國首座結合研究、生技、健康與農業的綜合型示範園區。

整體的營運主軸，將採取分層治理模式，形成中央政策指導、園區統籌管理與民間參與營運的多層合作體系(詳表 6.2-1)。

表 6.3-1 營運架構與分工一覽表

層級	主要機關/單位	工作內容
政策指導層	行政院、衛福部、教育部、內政部、經濟部、農業部	制定政策方向與法規路徑、核定計畫內容、協調資源及跨部會整合。
推動管理層	衛生福利部國家中醫藥研究所(設專案辦公室)	負責園區整體營運、招商管理與國際合作推進。
執行營運層	民間投資事業單位	負責投資建設、設施管理、商業營運、收益分潤及在地合作。

二、整體營運模式

營運模式將區分「政府經營」、「公私合營」及「民間參與投資」，將核心公共設施由政府主導；高產業化潛能的設施採取公私合作；而商業性強、可獨立營運的設施則開放民間單位投資，以達成公共利益與市場效率之平衡。

表 6.3-2 整體營運模式一覽表

營運模式	設施項目	政府角色	民間角色
公部門營運	行政管理中心、國家藥苑、中草藥檢驗暨培訓中心、中醫智慧健康醫療中心、中醫藥生活展覽館	執行規劃、科技研發、公共服務與政策管理	協助相關技術導入
公私合營	國際合作暨產業應用中心	主要建立研發與國際合作平台	業界進駐、技轉合作、品牌推廣
民間參與投資	BOT 中草藥生產中心、中草藥有機農場、藥材加工暨倉儲中心、農廢物處理中心	執行監督、品質認證	投資興建、營運管理
	ROT 中醫運動養生健康中心、園區宿舍暨餐飲中心	執行監督、品質認證	投資整修、營運管理

三、投資經費概算

本計畫所列經費為「政策階段性概估」，僅供行政協調之預算規模參考，正式經費將於可行性評估及中長程推動計畫完成後，由衛福部依行政院核定方向報院核定。

(一)投資經費規劃

本計畫前三年政府及民間投資總額達 56 億元。其中，政府經費預算約 28 億元，民間經費投入約 28 億元(詳表 6.3-3)。

(二)營運與財務策略

1.多元收入來源

營運收入主要包含建物土地與場地之租金、管理費、水電費、國際合作、技術、授權、檢驗收入、教育訓練與療養收入等，共計 13 項收入來源。預估於 120 年後進入穩定期，年度營運收入預估約 1.4 億元。

2.自償率分析

計畫評估期為 30 年(115–145 年)包含興建期 3 年、營運期 27 年，折現率 3.1%。根據現金流現值分析，自償率於 119 年(第 5 年)達 45%；於 124 年(第 10 年)達 84%；於 126 年(第 12 年)後達完全自償達 100%。

3.收益與回饋機制

政府與民間按投資比例分潤，每年部分盈餘將回饋在地教育與農民契作，並設立「中醫藥基金」作為技術研發與國際合作之投資來源。

表 6.3-3 投入經費概算一覽表

單位	年度	(萬元)	項目
政府投入	第一年	158,508	既有債務償付(第一年)、土地租金、行政管理中心、國際合作暨產業應用中心、中醫藥生活展覽館、中醫智慧健康醫療中心、中草藥檢驗暨培訓中心、國家藥苑
	第二年	69,491	
	第三年	56,845	
	小計	284,844	
民間投入	第一年	138,818	國際合作暨產業應用中心(第二年、第三年)、運動養生健康中心、園區宿舍暨餐飲中心、中草藥生產中心、農廢物處理中心、藥材加工暨倉儲中心、中草藥有機農場等
	第二年	77,146	
	第三年	63,184	
	小計	279,148	
總計		563,992	-

柒 研究設施與智慧管理平台

7.1 研究設施建置

研究設施與智慧管理平台將作為園區營運的「中樞神經系統」，透過整合先進的硬體設施與數據處理能力，以串聯研究、產業與行政三大領域，從而實現從源頭到應用的資訊化，確保品質安全，並達成即時監測與優化決策之目標。

以「研究育種、智慧生產、品質驗證、製程轉化、臨床應用」五大鏈結為核心，建立國家級中醫藥科技研發與數位治理體系，並分為研究設施系統、數位治理平台及 AI 決策與營運管理中心等三大架構。

依據園區四大功能分區，配置研究設施，從中草藥的智慧育種、AI 溫室與生產控制（中草藥生產中心），到分析檢測與品管（中草藥檢驗、培訓中心），再到依照 GMP 相關規範，進行加工、倉儲，形成藥材從前端生產到後端加工的垂直整合鏈。

此外，亦結合保育（國家藥苑）、智慧醫療與健康分析（中醫智慧健康醫療中心）及運動養生與臨床研究（中醫運動養生健康中心）的研究設施，建構出完整的健康產業鏈。

表 7.1-1 園區研究相關設施及其功能說明一覽表

區域	核心設施	功能說明
中草藥生產中心 （設施農場）	智慧育種室、AI 溫室、生產控制中心	進行藥用植物組織培養、育種試驗與智慧環控管理
中草藥檢驗暨 培訓中心	分析檢測實驗室、DNA 鑑定室、代謝物分析實驗室	建立藥材指紋圖譜與成分鑑定技術，進行人員培訓與品質監測
藥材加工暨 倉儲中心	中藥炮製車間、乾燥與包裝區、冷鏈倉儲室	依 GMP 與 HACCP 規範建立製程標準化及儲運管理
國家藥苑	種原保存庫、基因庫、功能性展示區	保育珍稀藥用植物，結合教育推廣與研究展示
中醫智慧健康 醫療中心	體質檢測室、數位問診系統、健康資料庫	蒐集臨床數據，結合 AI 模型進行個人化健康分析
中醫運動養生 健康中心	生理監測系統、運動復健實驗室	蒐集運動生理與療養數據，提供臨床研究應用資料

7.2 智慧管理平台

智慧管理平台是園區營運與研究整合的核心工具，由物聯網(IoT)利用感測器與相關設施的數據收集，進行各項監測與實驗數據整合，並分析以提供決策、風險管理及市場預測等(詳圖 7.2-1)。



圖 7.2-1 智慧管理平台示意圖

一、營運監控管理與安全機制

建立全面的營運監控管理與安全機制，遵循相關 ISO 標準，採用多層身份驗證及資料加密技術，以確保數據安全。營運監控中心設於行政管理中心，整合影像監控、能源與安消防系統，提供 24 小時即時管理。

為確保核心數據的連續性，重要數據皆於雲端設立備援中心，並導入 AI 風險預警系統，利用早期異常辨識技術，針對能耗異常、設備故障等發出警示，將風險控管提升至智慧化層次。

二、建立研究資料庫

為推動智慧化研究，建立多項資料庫並結合 AI 決策應用，透過藥用植物基因庫，收錄國內外藥用植物的 DNA 資料與遺傳多樣性分析，將其應用於品種改良與真偽鑑別。功能性代謝物資料庫則建立代謝譜、化學成分與活性對應資料，成為新藥與保健素材開發的重要基礎。此外，臨床應用資料庫將蒐集健康管理與療效追蹤數據，為實現 AI 預測與個人化醫療提供數據支持。

表 7.1-2 研究資料庫與 AI 決策應用一覽表

資料庫項目	內容	應用方向
藥用植物基因庫	收錄國內外藥用植物 DNA 資料、遺傳多樣性分析	用於品種改良與真偽鑑別
功能性代謝物資料庫	建立代謝譜、化學成分與活性對應資料	用於新藥與保健素材開發
臨床應用資料庫	蒐集健康管理與療效追蹤數據	用於 AI 預測與個人化醫療

捌 環境影響初步評估

8.1 初步評估與分析

本計畫屬非都市土地面積約 50 公頃，依據《開發行為應實施環境影響評估細目及範圍認定標準》第 4 條之規定，園區興建或擴建位於非都市土地，申請開發或累積開發面積達 10 公頃以上者，應實施環境影響評估，故本計畫應實施環評。

此外，因計畫面積未達《環境影響評估法施行細則》附表二所定須進行第二階段環境影響評估之 100 公頃以上標準，因此將優先辦理「第一階段環境影響評估」。後續將依主管機關的審查結論，若認定有必要，則再依法辦理第二階段環境影響評估。

一、基地環境現況分析

(一)氣候條件

屬副熱帶氣候，年平均氣溫約 23°C，年均雨量約 1,700mm。此外，由於本計畫範圍內，在歷史上無嚴重氣候災害紀錄，整體環境條件穩定。

(二)地形與地質條件

基地位於彰化平原南端，地勢平坦，平均高程介於 22~24 公尺，無山坡地與崩塌潛勢。然而，本計畫範圍屬「中度液化潛勢區」，因此在開發時，應進行地基改良及建築耐震補強等措施，以確保結構安全與穩定性。

(三)水文與排水系統

基地南側緊鄰舊眉排水，排水方向由東北向西南流動，並與彰化縣既有區域防洪系統相連。而全區位於低度淹水潛勢區，為確保開發後排水系統的穩定，須考量滯洪池、雨水貯留及基地墊高等設施與工程，以提升整體韌性。

(四)生態條件

基地現況主要為校園與農場環境，植被以果樹、灌木及農作物為主。經初步調查，未發現保育類野生動物棲地或重要生態敏感區。

(五)環境品質

基地周邊主要為農業用地與低密度住宅區，無大型工業污染源。現地空氣品質及噪音值均低於環保署管制標準。整體而言，現有環境品質優良，適合轉型為對環境要求較高的健康產業用途。

8.2 改善措施

初步將採取多項的預防與改善措施，針對地質安全的中度液化潛勢，規劃建築結構補強、地基改良等減量設計；因應淹水將設置滯洪池及雨水回收設施；廢棄物管理則採分類回收再利用、指定清運廠商處理，並推動再生材料回填；能源使用方面，導入電池儲能系統、太陽能板及智慧電網管理，以滿足需求。

同時，透過分流施工時段、優化接駁路網，減輕交通運輸的初期負荷，並藉由保留原生樹木、設置生態護坡，將對生態保育的影響降至最低。此外，為降低對社會影響，亦將透過舉辦說明會、建立居民通報與意見反映機制，積極與當地居民溝通(詳表 8.1-1)。

表 8.1-1 潛在環境影響評估一覽表

環境項目	潛在影響分析	初步預防及改善措施
地質安全	中度液化潛勢	建築結構補強、地基改良、地下設施減量設計
水文排水	淹水潛勢區	設置滯洪池、滯水管、雨水回收系統與滲透鋪面
廢棄物管理	學校舊建物拆除或整修產生之廢棄物	分類回收再利用、指定清運廠商處理、再生材料回填
能源使用	能源需求增加	導入電池儲能系統、太陽能板與智慧電網管理
交通運輸	初期施工交通負荷	分流施工時段、設臨時車輛出入口、優化接駁路網
生態保育	施工期暫時擾動	保留原有樹木、設置生態護坡與綠籬緩衝帶
社會影響	當地居民生活干擾	舉辦說明會、建立居民通報與意見反應機制

一、社會影響與參與機制

(一)社會接受度

明道大學長期為在地教育與文化中心，退場後社區關注土地再利用。園區規劃將以「公益性、教育性、低干擾」為原則，未涉及污染性製造活動，地方多表示支持。

(二)社會參與與溝通

將設立「地方溝通平台」，由園區管理單位與鄉公所共同主持，定期召開會議；建立「民眾參與程序」包含舉辦公聽會、線上意見回覆等；成立「環境專家學者顧問團」，邀請地方居民、學者、NGO 及地方政府環保單位參與。

(三)社會回饋機制

與在地農民簽訂契作合約，保障合理收購價與長期合作，並提供地方就業與培訓機會，優先聘用鄉鎮居民。

二、ESG 永續策略與環境管理計畫

本計畫全面落實 ESG 永續發展策略。在環境面向，致力於綠能管理，透過設置太陽能光電和導入儲能設備，同時注重水資源循環，並推動生態教育與藥用植物復育，達成生態平衡；在社會責任方面，深化在地合作、鼓勵民眾參與，並導入中醫養生與健康管理服務，以提升健康福祉；至於治理方面，則秉持透明原則，公開年度報告，透過設定績效評估，並委託具認證機構進行稽核審查，確保永續報告的客觀與可信度。

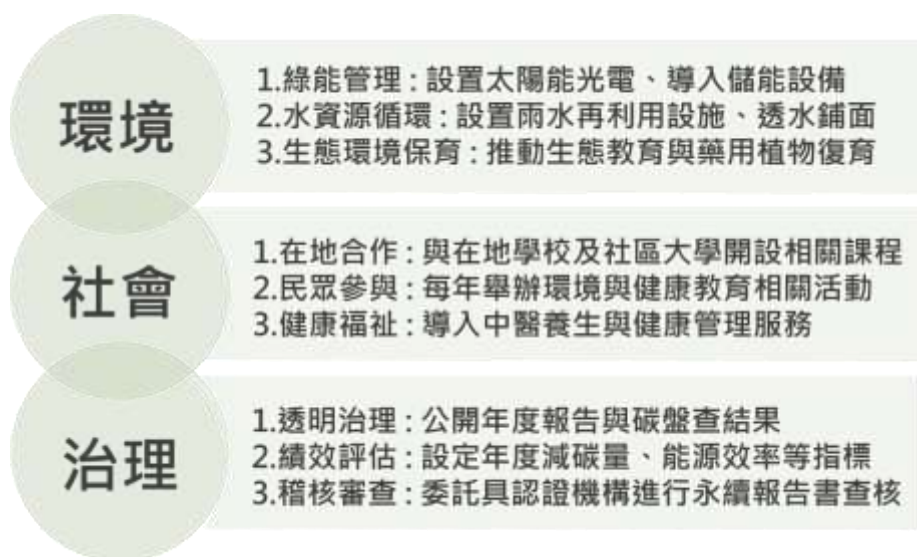


圖 8.1-1 ESG 永續策略與環境管理架構圖

三、環境監測與智慧管理

本計畫將智慧管理平台與環境監測系統整合，以即時監測園區能耗、水量、碳排及環境品質。系統功能包括 PM2.5 與 CO₂ 感測自動警示、能源使用熱區分析與節能建議、雨量與滯洪池水位即時監測、施工階段噪音監控與通報機制及各設施 ESG 績效即時量化顯示。

表 8.1-2 環境監測與管理一覽表

階段	監測項目	頻率	負責單位
施工期	噪音、振動、空氣品質、水質、廢棄物管理	每月	承包商 / 監造單位 / 園區管理中心
試營運期	水電耗能、雨水滯洪效能、植栽存活率	每季	衛福部專案辦公室
正式營運期	能源與碳排量、廢棄物再利用率、社區滿意度	每半年	衛福部督導下之園區管理單位

玖 推動時程與經費

9.1 推動原則與階段目標

本計畫屬政策性文件，僅針對行政程序、跨部會協調及政策推動進度提出階段性規劃，作為後續「可行性評估」與「中長程推動計畫」之依據。

表 9.1-1 推動階段與作業架構一覽表

階段	內容	時間	工作
一	行政協調、活化計畫	114 年	衛福部成立推動小組。 教育部完成法人清算。
二	校地移轉、中長程計畫研擬、可行性評估核定	115 年	校地及校產移轉。 行政院審議核定中長程計畫、可行性評估，明確政策方向。
三	用地變更、環境影響評估	116~117 年	辦理非都市土地開發許可、環境影響評估等實質計畫作業
四	分期建設與營運	117 年~	啟動設計、工程等建設計畫。

9.2 經費編列原則

本計畫所列經費為「政策階段性費用概估」，僅供行政協調與預算規模參考，正式經費將於可行性評估及中長程推動計畫完成後，由衛福部依行政院核定方向報院核定。

拾 整體效益與後續推動

10.1 政策推動目標與核心定位

本計畫主要任務在於報請行政院核定同意教育部移轉明道大學校地及既有建物予衛生福利部使用，以確認退場校地活化再利用之政策方向。屬於「政策性移轉與制度建立」階段，並非建設或財務核定計畫。

一、政策推動目的

- (一)建立教育部與衛福部之間的法源銜接與行政協調機制；
- (二)明確界定主管機關職責與後續推動程序；
- (三)完成後續「可行性評估」及「中長程推動計畫」政策與行政基礎；
- (四)作為退場校地再利用政策之制度化示範案例。

二、整體政策效益

(一)行政效益

完成教育部退場校地移轉程序，使土地資產依法歸屬具主管任務之機關；建立中央跨部會推動模式，提升行政效率與決策協調性；形成退場校地再利用「核定、移轉、評估、再利用」可複製流程，供各部會參照。

(二)政策效益

促進教育部、衛福部、內政部及農業部等部會協同合作，落實行政院活化政策。支援國家「健康臺灣」、「智慧農業」及「生物經濟」政策目標。提供教育資產再利用與健康產業政策結合之制度性典範。

(三)社會與地方效益

維持退場校地之公益性與開放性，避免閒置與社會資源浪費。促進地方居民參與政策形成，強化社會共識與信任。未來可作為中部地區健康產業及教育推廣之節點，帶動區域再生。

(四)永續與治理效益

導入 ESG 治理概念，將社會參與、資訊公開與永續指標納入政策管理。建立低碳再利用原則，使後續開發得以兼顧環境、經濟與社會三重永續目標。形成教育資產「不拆除、不閒置、不浪費」的再生範式。

10.2 後續推動建議

一、建議

(一)短中期

1. 成立「中醫藥農業科技健康產業園區計畫工作推動小組」，由衛福部執行跨部會協調事宜。
2. 衛福部設立專案辦公室，負責行政協調與後續評估規劃。
3. 行政院核定計畫、可行性評估，明確同意教育部移轉校地予衛福部使用。
4. 擬具中長程推動計畫，提出後續再利用方案與經費需求，並依行政院核定方向與中長程計畫結果，逐步實施再利用方案。
5. 辦理用地變更、環境影響評估、分期建設，啟動招商、營運。

(二)長期

1. 建立退場校地活化資料庫，作為全國案例管理平台。
2. 定期向行政院提報執行成果及政策回饋，供後續擴散參考。

二、結論

本計畫以制度確立與政策合法化為核心，透過行政院核定程序，完成教育部退場校地移轉予衛福部之法定作業，並建立後續推動、監督及財務規劃等制度架構。此舉使退場大學校地由靜態教育資產轉化為具政策功能之公共資源，展現教育資產「再利用、再生產、再創值」的治理精神。

在行政院統籌下，由衛福部依可行性評估與中長程推動計畫，逐步落實健康產業與研究應用之構想。整體而言，本計畫不僅為「退場校地活化再利用」政策的重要里程碑，亦為「健康台灣」與「教育資產永續治理」的示範典範，實現「教育延續、土地再生、政策共榮」之最終目標。