



中華民國精彩一百
全人照護 全心關懷

衛生 報導

健康的兒童—— 全民健康的基礎

145

季刊

2011・03

兒童發展篩檢及聯合評估

兒童聽力、視力與口腔保健

兒童體重過重過輕之健康危害





健保用心 ♥ 讓您安心

全民健保用心呵護每一個生命。
從出生到成人，從壯年到銀髮，都能得到最完善的照護。
堅持做到最好，我國健保享譽國際，成為社會保險制度的典範。
全民健保以心相許，時時守護您的健康。

相關資訊請上行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網

<http://www.nhi.gov.tw>



行政院衛生署 關心您
www.doh.gov.tw



衛生 報導

季刊

145

今年一開春，衛生署也有一番新氣象。新上任的署長邱文達以「行公義、好憐憫、存謙卑」等理念自許，要求署內同仁以品質、效率、均衡與關懷的原則，落實醫療照護品質，提升行政服務效率，並且以縮小醫療資源差距，加強關懷弱勢團體為工作重點。

在署長的勸勵下，這一整年的《衛生報導》季刊將以「全人照顧·全心關懷」為主軸，分別在春夏秋冬四期的「衛生放大鏡」中，探討兒童、青少年、中壯年及老年人的健康福祉，同時全面介紹署內各單位的服務方向及相關政策，力求落實署長的施政理念。

首先在「衛生放大鏡」部分，我們選擇「兒童發展篩檢及聯合評估服務」、「聽視力及口腔保健」以及「兒童體重問題」這三大主軸，報導政府對於兒童的健康照顧政策。健康的兒童，是全民健康的基礎，我們都知道，「早期發現，早期治療」是許多疾病控制的不二法門，政府於1990年代就開始推動兒童發展篩檢、發展遲緩兒童評估與療育介入，現在全台各縣市都有評估中心，使得發展遲緩兒童的病因可以得到治療、改善、控制或照顧。其實，政府對於兒童的照顧，與「聽視力及口腔保健」以及「兒童體重控制」等項目的政策規劃理念是一致的，期透過兒童預防保健服務，早期發展與協助家長適時接受矯治或療育服務，促進其功能的發展，降低其日後障礙程度，幫助發展遲緩兒童早期接受療育，並使發展遲緩兒童父母獲得心理上的調適。

近日，政府通過了兩項衛生法案，我們也借「政策快易通」一隅，報導最新訊息。《安寧緩和醫療條例》為民衆的「善終」開啓了一個「安寧」的新契機；二代健保修法通過，也讓健保制度可以朝向永續、公義的方向邁進。政府為了精簡人事、強化效率，因而進行組織再造，本期衛生報導特別邀請陳再晉副署長，為讀者說明「衛生福利部」成立的宗旨與願景，讓我們對政府兌現對人民健康、安全、平等的發展承諾，充滿了期待。

另外，本期「健康宅急便」介紹了一個大家比較陌生的觀念：風險管理。由林宜平副教授娓娓道來，我們才知道生活中其實充滿了許多健康風險，但民衆因為風險感知不足，因此有許多錯誤的知識。希望藉由這篇報導，能夠提昇讀者的正確觀念。

最後，編輯團隊十分感謝財團法人埔里基督教醫院的趙文崇院長、醫療社團法人童綜合醫院的遲景上副院長以及財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會的雷秀芳董事長，他們不僅花了許多時間與我們詳解政府在發展發展遲緩兒童評估與治療的政策方向，也讓我們見識到他們對於發展遲緩兒童付出的愛心與耐心，感謝他們長期對兒童健康的守護。保障兒童的健康是你我的責任，因為有健康的兒童，才有全民健康的基礎。



署長
的話

讓全民更健康、更長壽、更幸福 是我們責無旁貸的任務

衛生署署長 邱文達

今年開春以來，台灣一直維持著乍暖還寒的氣候。日本的震災、海嘯和輻災，也讓身為近鄰的我們，被陰鬱的氣氛籠罩著。在全球環境都面臨多變的現今，要讓民眾更健康、更長壽、更幸福的衛生署，擔子也自然更重了。

健保改革有準備 相關作業更順暢

還好，相較於其他國家，台灣有著健保制度，二代健保之《全民健康保險法》修正案已於今（2011）年1月經立法院三讀通過並經總統公布，二代健保的落實，除了符合公平正義的原則，也讓健保制度能夠走得更長遠。

法案通過後，接下來還有許多準備工作正緊鑼密鼓的進行，包括37項相關法規的修正、配合補充保險費的收取工作而進行資訊系統的建置等。另外，為了讓社會各界瞭解什麼是二代健保，我們預計於今年內，舉辦共計1,000場次的宣導說明會，截至4月7日止，已經完成191場次。未來，我們將會持續收集各界意見，加以整合歸納並詳加規劃。因為有了越完善的準備，才能確保在正式實施時，相關作業能夠越順暢。

做好長期照護 完善社會安全網絡

台灣目前已是「高齡化社會」，為了因應邁向「高齡社會」，甚至是「超高齡社會」的時代，

除了有良善的全民健康保險制度以外，我們更需要建構完善的長期照護服務制度。目前本署將長期照護的推動分為三個階段進行。在第一階段，我們要持續推動「長期照顧十年計畫」。為了讓需要長期照護的個案容易獲得資源，我們已經在各縣市設立「長期照顧管理中心」，作為長期照顧管理制度的樞紐。然而目前長期照護機構的評鑑制度尚不夠健全，人力培訓也未臻完善，因此第二階段，我們積極推動《長期照護服務法》的制定，這就好像我們的全民健保也不是一步到位，而是先有《醫療法》及醫療網的建立，等到基礎穩固了，才開始實施全民健保。《長期照護服務法》目的在於整合現行法規、促進資源的均衡分配，以全人口的身心失能照護需要為基礎，提供全民長期照護的普及服務。

等到第二階段的《長期照護服務法》通過並順利運行後，我們接著就要啟動第三階段《長期照護保險法》的立法工作。這個保險和全民健保的理念一樣，是一個社會互助與風險分擔的制度，我們希望做到全民納保，這樣整個國家的社會安全保護網絡就得以免完備。

食品安全強力把關 營造安心放心的環境

「民以食為天」，在照顧民眾健康時，第一關一定要為民眾作好食品安全的把關。本署訂定的食品安全管理系統，是為了符合國際之管理規範、落實源頭管理、食品產製流通之監管、強化食品安全



風險評估能力及加強消費者保護及風險溝通等五大核心理念目標，希望用「消費者保護」為中心的管理，配合創新的思維與突破性的作法，為全民營造「食」在安心、「食」在放心的消費環境。

署立醫院總體檢 防疫扶弱才能更完善

台灣在前一陣子的流感疫情中，因為及時運用疫苗、藥物、類流感門診及病人分流等方式，讓疫情得到控制。但接續下來，又是登革熱和腸病毒的流行期，我們還有許多防疫工作需要努力。對於疫苗政策的擬定以及防疫制度的建立，我們從不曾緩下腳步，因為這些都是保障民衆健康的重要工作。說到這些傳染性疾病的防治，就得要提到署立醫院存在的重要性。台灣目前有14家都會型的署立醫院及14家偏鄉和離島的署立醫院，這些醫院除了是社區醫療的中心，也是傳

染病防治和災害防制的重要平台。像是流感流行期，28家醫院即時同步啟動類流感門診與病人分流等政策，有效避免流感疫情擴大。再例如最近日本的核能危機，我們也立即要求所有署立醫院成立「輻射健康諮詢門診」。另外，台灣有1/3的隔離病房設在署立醫院內，而一般醫院較不願意承辦的毒品減害計畫、漢生病（即麻瘋病）或肺結核等疾病收治，也都是需要仰賴署立醫院的努力。而14家偏鄉及離島地區的署立醫院，對於拉近城鄉醫療品質的差距、照顧弱勢族群，占有絕對重要的貢獻。

我們絕對肯定署立醫院存在的必要性，但是近來的一些負面事件，也讓我們警覺到，署立醫院的改革，已經是迫在眉睫，非做不可的事。衛生署已完成署立醫院的總體檢工作，未來重點工作包括修正新院長的遴選制度、醫療品質的改善、採購流程的控管，好讓署立醫院在照顧民衆健康的任務上，扮演更周全的角色。DOH

衛生 報導

季刊

145

中華民國100年3月

春季號



封面故事

幼年為個人成長的黃金時期，也是國民健康的基礎。為鞏固國本，父母有義務呵護兒童的健康，政府與社會也有責任提供良好的照護與協助。預防保健與身心發展，需要從小紮根。

02

署長的話

讓全民更健康、更長壽、更幸福
是我們責無旁貸的任務

衛生放大鏡

健康的兒童 全民健康的基礎

許孩子一個幸福的未來

兒童是國家未來的主人翁，重視兒童身心的健全，建立正確保健觀念，是全民責無旁貸的義務。從兒童預防保健到發展評估，以及體重引起的健康問題，需要你我共同關注，為兒童的健康把關。

08 守護兒童健康 為您層層把關
兒童發展篩檢及聯合評估服務

12 聽力、視力與口腔保健從 0 歲做起
給孩子一個美妙樂音、繽紛色彩、
盡享美食的世界

16 聰明吃 快樂動
健康成長少病痛

20

政策快易通

20 健保用心 全民放心
邁向公平費率時代

22 安寧緩和有註記 生命臨終有尊嚴
放手不是放棄 而是對生命的尊重

24 新住民健康管理措施 保障新住民婦幼醫療權益

26 政府瘦身 台灣競爭力才會提升
——談衛生福利部的成立



28

健康宅急便

28 產前遺傳診斷 幫助妳生下健康寶寶

30 建立抵抗力 預防勝於治療
適齡接種保護孩子健康的第一步32 「新民眾版」心肺復甦術好學好記
可避開口對口接觸 勇於當救命貴人34 「健康風險」你意識了多少？
管理、督促，需要全民動起來！

36

達人經驗談

36 慢飛天使的守護者：趙文崇&遲景上

39 守護發展遲緩兒童 早發現早療育

42

健康 Q & A

二代健保的收費標準您了解多少？

44

健康傳播網

44 觀光夜市小型餐飲店衛生輔導表揚

45 歲末春節「溫心送暖」

46

衛生大事紀

2010 年 12 月～2011 年 2 月

如您對衛生報導季刊的單元架構及版面設計，有任何建議，歡迎您與我們連絡！

聯絡方式：

衛生署企劃處 郭慕蓉 小姐

電話：(02) 8590-6573

E-mail：plmujong@doh.gov.tw

刊名 / 衛生報導 季刊

期別 / 145 期

創刊 / 中華民國 80 年 3 月 20 日

出刊 / 中華民國 100 年 3 月

發行人 / 邱文達

社長 / 陳再晉

編輯委員 / (按姓氏筆畫順序排列)

王敦正 邱志彥 高文惠 商東福

馮宗蟻 黃純英 黃雅文 張鈺旋

廖崑崙 蔡素玲 蔡閻閻 劉潔心

總編輯 / 楊芝青

執行編輯 / 李中杉 林千媛 郭慕蓉

出版機關 / 行政院衛生署

103 臺北市大同區塔城街 36 號

http://www.doh.gov.tw

總機 (02) 8590-6666

編輯企劃 / 左右設計股份有限公司

地址 / 臺北市敦化南路一段 247 巷 10 號

2 樓

電話 / (02) 2781-0111

傳真 / (02) 2781-0112

攝影 / 左右設計股份有限公司

製版印刷 / 虹揚印刷

ISSN / 10192875

GPN / 2008000143

定價 / 60 元

行政院新聞局出版事業登記證

局版北市誌字第 1738 號

台灣郵政北台局字 3817 號執照

登記為雜誌交寄



健康的兒童 全民健康的基礎

許孩子一個幸福的未來

兒童是國家未來的主人翁，亦是國家健全體系的根本，為了打好全民健康的基礎，衛生報導特別企劃兒童保健、兒童發展與體重危害等相關議題，從視力、聽力與口腔的照顧，到兒童發展評估介紹，以及體重過輕過重對兒童身心的影響；希望藉由政府的努力與全民的共同關心，讓兒童能在更健康、更優良的環境下安心學習、快樂成長。





衛生
放大鏡



守護兒童健康 爲您層層把關

兒童發展篩檢及聯合評估服務

採訪撰文 / 楊語芸

諮詢對象 / 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院院長 趙文崇・醫療社團法人童綜合醫院副院長 遲景上

照片提供 / 醫療社團法人童綜合醫院

隨著社會民風的提升，民衆健康意識的增長，許多以前不曾聞問的疾病，像是過動症、自閉兒、遲緩兒等名詞，陸續浮上媒體的版面。然而究竟如何發現這些兒童異常的現象，發現後又該如何治療？就需要很多專家一起來努力。

我們常常會用「發展生長」來描述兒童的身心進程，但是發展和成長其實指的是不同的意涵。台中童綜合醫院副院長遲景上表示，嬰兒出生到12歲階段，體重、身高、性成熟等生理現象的增長，統稱為「生長」；而人際關係、語言能力、情緒管理等社會性功能的成熟，則稱為「發展」。當社會愈來愈進步，我們就會由原先只強調、關心兒童的生長，進步到對於兒童發展的全面性關懷，這也是「兒童發展篩檢」及「預防保健」等觀念及政策的由來。

簡單來說，所謂「發展篩檢」是在6歲前，也就是在神經發展的「里程碑」評估每個兒童，看他們該發展的項目，有沒有按照時間序發展。如果進程

慢了，就要找出遲緩的原因，看這些原因能不能避免？能不能消除？能不能減緩？以期降低整體的社會成本和家庭負擔。

篩檢是「預防保健」的工作項目

遲景上話說從頭，為我們提及台灣在兒童發展遲緩的治療及預防上重要的歷程。早在1967年，台北的振興醫院設立，就以照顧4至14歲的小兒麻痺兒童為重要目標。而後民間力量慢慢加入，1992年成立中華民國智障者家長總會，強調身心障礙的兒童需要教育體系的參與。1993年1月，立法院三讀通過修正《兒童福利法》，將「兒童發展遲緩」的相關定義納入法條內，全面推動早期療育的工作。

南投埔里基督教醫院院長趙文崇補充道，兒童的腦力從0歲到6歲間，都會因著環境和基因的不同，而有雕琢和發展的空間。只要給與適當的刺激，就可以加強神經網絡的功能，讓那些因為先天或後天因素而有障礙的兒童，可以在6歲前加強復健，就算不能完全解決他們遲緩的成因，至少也可以降低遲緩帶給他們的影響，增加他們獨立自主的可能。趙文崇說，每位發展遲緩兒都會花去大量的社會成本，這也是政府全力進行兒童篩檢及早期療育的最大目的。

就像施打疫苗可以防患特殊疾病於未然一樣，「預防保健」的目的，正是健康促進及特殊保護，希望透過加強全民的知識，像是婚前健康檢查、優生保健、健兒門診等，以及避免可能造成兒童發展遲緩的原因，加強注意防範。台灣已全面施行兒童預防保健服務，所有的新生兒都可以持兒童健康手冊，接受7次的保健服務。

篩檢工具及兒童發展聯合評估中心簡介

發展遲緩兒童的篩檢和早期療育需要多元的專業整合性服務，以解決0至6歲生長遲緩或發展障礙幼兒的各種醫療、教育、家庭及社會的相關問題。在篩檢工具方面，經過好幾次的演進。趙文崇說，1995年台灣北、中、南、高、東等大型醫院分別集結了包括小兒神經科、復健科、兒童心智科等專業醫師，以及臨床心理師、職能治療師、物理治療師、語言治療師及社會工作人員等，發展出不同的工具。但2004年衛生署辦理「兒童發展遲緩篩檢及疑似個案追蹤管理計畫」時，使用的是台北榮總的鄭玲宜心理師發展的「台北市學齡前兒童檢核表」，作為初步篩檢的工具，並將之推廣作為各鄉鎮市衛生局公衛護士辦理預防接種或家庭訪視時的工具。

另外，兒童發展聯合評估中心（簡稱聯合評估中心）是台灣推動發展遲緩兒童早期療育的特色之一，兒童在初步篩檢若發現有疑似發展遲緩的現象，便要轉介至聯合評估中心或評估醫院進行完整



社工人員提供發展遲緩兒童家長協助與服務。

的症狀功能評估。台北市立聯合醫院婦幼院區自1993年便擴大「智障兒預防及事後補救措施」工作，針對早產兒等高危險幼兒及發展遲緩兒童設立聯合門診。因為他們的服務個案與日俱增，因此，在1996年由衛生署正式指定為北區「發展遲緩兒童聯合評估中心」的示範醫院；截至2010年底，全台已有35家聯合評估中心。

發展遲緩照護體系及分工

在內政部「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」中，明定「發現與篩檢」、「通報與轉介」、「聯合評估」、「療育服務」為服務的主要內涵。茲分別簡介如下：

發現與篩檢

發現與篩檢目的是為了早期發現，及早治療，以及早將不利兒童發展的因素排除。有機會接觸到兒童的所有人，包括父母、保母、醫療人員、教育人員和社工人員等等，在觀察兒童是否有發展異常的現象上，都是責無旁貸的。

在臨床上，則可經由產前檢查、新生兒先天性代謝異常篩檢、高危險性嬰幼兒監測及兒童定期身體檢查、嬰幼兒的發展追蹤、幼兒遊戲篩檢活動、社區親職教育的提供與公共衛生教育的實施等方法，發現兒童是否有遲緩的問題。

根據資料顯示，兒童在3歲以前因為配合預防接種的時程，其篩檢的利用率達72.45%。但3至6歲的

兒童因為無需配合預防接種，因此健檢的利用率較低。這個年齡層的兒童，需要由幼稚園或托兒所的幼教老師協助篩檢的工作。政府除了加強這些老師的在職訓練，以提高他們對兒童發展的敏感度外，也要求園所要建立兒童的健康管理資料，有異常的兒童必須適時轉介就醫。

趙文崇提到，疑似遲緩的個案經過篩檢後，會有3種可能的結果。

1. 正常：只需繼續定期檢查即可。
2. 疑似遲緩：轉介通報中心，正式進行評估及鑑定。
3. 遲緩：像唐氏症兒童等特定疾病的發展遲緩兒，在篩檢過程即可確認為發展遲緩，便可直接尋求療育服務。



聯合評估中心舉辦園遊會提供民眾相關資訊與服務。

通報與轉介

根據《兒童及少年福利法》第22條規定「各類兒童及少年福利、教育及醫療機構，發現有疑似發展遲緩兒童或身心障礙兒童及少年，應通報直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關應將接獲資料，建立檔案管理，並視其需要提供、轉介適當之服務」。通報轉介，人人有責，這種責任制的規定，是發展遲緩通報政策中最重要的

一環。根據統計，台灣自2001年後，每年都有超過1萬名疑似發展遲緩兒童被通報，從而接受該有的服務。

通報需要幫助的發展遲緩兒童後，更重要的是將他們轉介到適當的機構，讓他們可以儘快獲得協助。目前台灣的各縣市都有設置發展遲緩通報轉介的單一窗口，統籌發展遲緩兒童的相關業務，他們的服務包括以下幾項：

1. 受理通報個案。
2. 協助轉介個案接受評估。
3. 安排療育服務。
4. 個案管理及定期追蹤。
5. 就學轉銜服務。
6. 個案再安置或結案。
7. 個案資料、評估報告、安置及服務情形之登錄作業及檔案管理。
8. 其他有關安置轉介諮詢、追蹤輔導及相關服務。

聯合評估

遲景上提到，聯合評估中心的設置，是台灣推動發展遲緩兒童照護的特色之一。聯合評估中心的工作，是在兒童初步篩檢呈現疑似有發展遲緩的現象時，進行完整的功能評估。目前國內發展遲緩兒童聯合評估的方式，包括聯合門診與特別門診兩種，聯合門診的評估方式，是經由醫療專業團隊聯合會診的方式進行；評估鑑定的科別包含小兒心智科、小兒神經科、耳鼻喉科與復健科醫師，及物理治療師、職能治療師、語言治療師、社會工作師、臨床心理師、特教老師等，依每一位發展兒童的狀況決定由哪些科別或治療師進行評估。特別門診主要是以醫院小兒心智科、小兒科、小兒神經科、小兒復健科任一科為主，每週開闢特定門診時間，專門提供發展遲緩兒童評估服務，再視需要轉介至其他科別進行診斷及評估。

衛生署早在1997年就在台灣的北、中、南、高、東各區選定區域性大型醫院，成立「發展遲緩兒童聯合評估中心」，來推動發展遲緩兒童醫療相關業務。2007年起更配合全民健保的轉診制度，在



醫療團隊針對個案進行聯合會診。

原有的評估中心外，由各縣市衛生局指定增設75家評估醫院，加速兒童發展的相關服務。

療育服務

在發展遲緩兒童完成醫療單位評估鑑定，並且確定其發展遲緩的狀況後，便由社政單位設置的各通報轉介中心的社工人員，依醫院開立的綜合評估報告書，將有後續療育需求的兒童及家庭轉介到適當的療育單位。發展遲緩兒童與其家庭本身因為孩子遲緩的狀況而具有多重的需求，例如同時需要安排醫療復健、申請入學、課後托育、申請經濟補助、親職教育等，這些需求若沒有適當的資源予以協助，則會形成更為複雜的問題。

另外，趙文崇也依照診斷的結果，將療育的目標作了以下的分類：

1. 再觀察：因為生理發展較慢而導致的特殊功能遲緩，若其他功能沒有障礙，則可以就該遲緩功能再行觀察。
2. 可避免：有些障礙是因為單親、隔代教養或偏遠地區缺少刺激而造成，只要避免這些造成遲緩的原因，就可以改善兒童發展遲緩的現象。

3. 可矯治：像是中耳炎、弱視等造成的語言發展或辨識能力遲緩，可以經由醫療矯治的方法來改善。
4. 可改善：因為腦性麻痺、腦傷等造成的障礙固然無法完全消除，但可因為療育的效果獲得改善。
5. 應接受：由於染色體、基因或先天代謝異常所引發的遲緩狀況，是無法矯治也無從改善的。趙文崇認為，療育的目的就是要讓家長接受這樣的狀況。

社會齊心 照顧慢飛天使

為了照顧發展遲緩兒童，減少他們接受早期療育的障礙，同時減輕現在家庭的負擔與未來的社會成本，目前各縣市政府都訂有發展遲緩兒童的相關補助辦法。除了醫療費用及物理治療、語言治療和職能治療可由健保給付外；若符合相關補助標準且接受早期療育的發展遲緩兒童，還可以向當地社政單位申請交通費及到宅療育費等。

趙文崇及遲景上兩位醫師也嚴正呼籲，照顧發展遲緩兒是社會共同的責任，希望家有發展遲緩兒的家庭能夠儘早接受醫療及社福單位的協助，以免耽誤兒童的療育黃金期。DOH



衛生
放大鏡

聽力、視力 與口腔保健從0歲做起

給孩子一個美妙樂音、繽紛色彩、盡享美食的世界

採訪撰文 / 黃建仁

諮詢對象 / 台北馬偕醫院耳鼻喉科主任 林鴻清

台北市立聯合醫院中興院區眼科主任 蔡景耀

高雄醫學大學口腔衛生學系教授暨附設醫院兒童及身心障礙者牙科主治醫師 黃純德

孩子的身心健康是每個家長最關注的事。當寶貝呱呱墜地時，除了外觀檢查外，還有很多生理功能是需要家長配合孩童的成長來逐步觀察確認的。兒童的聽力、視力與口腔發育從出生後仍持續成長，有時兒童聽力、視力與口腔的異常徵兆早期並不明顯，但隨著孩童的成長和後天環境影響，這些問題可能會逐漸擴大，導致孩童的生活與學習受到阻礙，無法正常發展。因此，早期發現問題，在寶貝成長的黃金時期及時改善這些可能危害孩童健康的因素，是非常重要的課題！

人類聽覺器官的構造非常複雜，但卻是兒童最早發展的感官。大腦聽覺中樞分為三級，第一級和第二級在嬰兒出生時已發育完成，只有第三級聽覺中樞是在嬰兒出生後接受環境刺激，在3歲左右才完整發育，所以嬰幼兒聽力語言發展的黃金階段是在3歲以前。儘早在兒童嬰幼兒時期檢驗其是否有聽力障礙，及時採取治療或矯正，幫助孩童健全的學習與成長是目前急需推廣至全民的保健觀念。

聽力篩檢早發現 聽力檢查續追蹤

台灣嬰幼兒出生時罹患輕、中度聽障的比例約有千分之二，另外約有每1千人即有1人患有先天性重度聽力障礙。患有新生兒聽力障礙的高危險群包括：

1. 父母家族中有聽障的家族史。
2. 母親懷孕時感染德國麻疹或其他病毒疾病的新生兒。
3. 出生時體重小於1,500公克。
4. 出生時眼珠即為藍色，額頭有白色頭髮。
5. 頭頸部有先天異常者。
6. 曾患有嚴重黃疸或細菌性腦膜炎病史。
7. 出生後曾發生缺氧現象。

台北馬偕醫院耳鼻喉科主任林鴻清指出，目前衛生署國民健康局（簡稱健康局）極力推動「新生兒聽力篩檢」，只需約15至20分鐘，即可初步篩檢出可能患有先天聽力障礙的嬰幼兒。這些可能患有聽障的孩童，若能聽從醫師指示持續追蹤，便能在聽力發展穩定與語言學習前的黃金期，接受適當的治療與矯正。

而隨著聽力構造的持續成長，為預防遲發性或後天的聽力障礙，政府於幼托園所辦理「學前兒童聽力篩檢及保健推廣服務」，針對社區滿3歲至4歲就學的兒童，提供聽力篩檢服務，對於未就學兒童若有聽力相關問題，應儘速帶小朋友到鄰近醫療院所進行檢查，以早期發現聽力問題，早期給予矯治。



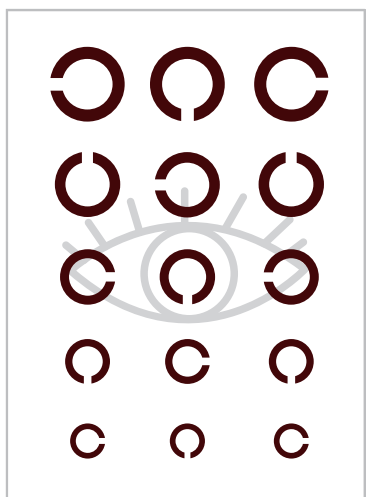
對於未就學兒童若有聽力相關問題，應儘速帶小朋友到鄰近醫療院所進行檢查，以早期發現聽力問題，早期給予矯治。

幼兒聽障若能早期診斷，獲得適當的治療和復健，改善其語言學習及溝通能力，增進和父母及家人的互動關係，入學後接受教育的狀況也會比較正常，未來也較能適應各種挑戰，發展健康的身心。

傷病誘發的聽障也不容小覷

另外，林鴻清提醒家長，引發後天聽障的還有疾病或外傷。台灣學齡兒童有將近70~90%的比例，曾因感冒而併發中耳炎，這可能引發波動性的輕度聽障。又如腮腺炎、細菌性腦膜炎、麻疹、神經瘤、白血病、耳部外傷或手術等，以及大量服用胺酸糖類抗生素、鏈黴素、紅黴素等，都可能因為內耳神經毛細胞受損，而形成聽覺障礙。

即使小寶貝通過聽力篩檢與聽力檢查，但所有篩檢都可能產生誤差，因此，如果任何時候對兒童的聽力或語言發展（如口吃、無法正確發音等）有所疑慮時，一定要帶孩子就醫重新評估，以免耽誤了治療與復健的時機。



近距離、用眼過度等因素都是造成現代小朋友近視的主因。

細心觀察小地方 提早發現大問題

幾十年來，兒童視力問題一直是大家關注的焦點。台灣兒童視力保健可分為三個階段：一、傳染病（如砂眼披衣菌感染）的治療與控制。二、兒童先天斜弱視的治療與矯正。三、近視的預防與治療。經過長期的努力，第一階段的眼部傳染病已獲得控制，而兒童視力篩檢率也達9成以上。但是根據衛生署的統計，兒童近視的比例仍逐年升高，因此，家長必須協助學齡前幼童近視、斜弱視篩檢的推動，並瞭解如何落實孩童的視力保健。

台北市立聯合醫院中興院區眼科主任蔡景耀說明，兒童的先天視力障礙主要為斜視與弱視，罹患比例約1~3%；其他如早產兒、唐氏症或其他遺傳性疾病連帶的感官不良比例小於1%。大部分有斜、弱視的孩童可從外觀發現，例如鬥雞眼等。若是程度較輕或隱性的斜、弱視，則可從孩童的觀看行為觀察出來，例如：觀看時會歪頭、注意力較差、不喜歡到暗處，或是社交互動較畏縮，與人往來或看東西採取不正常的遠、近距離或奇怪的角度等，都可能是斜、弱視問題所導致，應盡早就醫診斷。另外，莫名畏光或紅眼睛，則可能是先天性青光眼。

兒童視力保健的強敵：近視

另一個日益嚴重的視力問題就是近視。蔡景耀指出，如果在眼球尚未發育穩定就罹患近視，近視度數更會隨著眼球成長急劇惡化，變成高度近視；除了影響生活以外，更容易引發嚴重的眼睛疾病：青光眼、白內障與視網膜疾病。

一般而言，4~6歲兒童的視力是遠視，但有些兒童卻在這個階段就已經近視，此即「早發性近視」。大部分的早發性近視為遺傳，可能父母都有高度近視，另一部分則是孩童過早用眼所造成。如果不及早介入這些孩童的視力保健，日後幾乎都會發展成千度以上的近視。

一般近視的初期可能是假性近視，也就是因為長時間近距離觀看，導致眼球睫狀肌過度收縮，水晶體肥厚。若能及時以散瞳劑協助並改變用眼習慣即可矯正視力。但是因為孩童除了有時看東西會有點眯眯眼外，在生活上沒有很大的影響，因此父母通常要到孩子看東西的習慣明顯改變，才知道寶貝已近視了。一旦近視度數達到1、2百度以上，定型後就無法治癒，醫師所能做的只有協助病患減緩近視度數加深。所以蔡景耀建議家長，一定要讓孩子定期做視力健康檢查。目前政府所推行的「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作計畫」便是希望協助加強兒童視力保健，讓每個孩子的視力問題都能最關鍵的時刻獲得治療，保障每個孩童日後的健康與生活品質。

除了定期帶小朋友做視力檢查外，平時也要注意孩童飲食是否均衡，提醒孩童要經常凝視遠方、放鬆眼睛，注意環境要有充足的照明，多從事戶外活動，也應避免過早學習（學齡前幼童學習應以統合學習為主，例如肢體協調發展等），如此才能保障孩子的眼睛健康。萬一孩子視力篩檢異常，務必由醫師診治並持續追蹤，有效保護孩童視力。

口腔保健從0歲做起

根據「世界衛生組織」(WHO)的要求，2010年5歲兒童的「無齲齒率」應達到90%。但統計資料顯示，台灣5歲兒童的「齲齒率」卻高達73%！高雄醫學大學口腔衛生學系教授暨附設醫院兒童及身心障礙者牙科主治醫師黃純德指出，這與父母親餵食小孩的習慣及口腔清潔工作不確實有很大的關係。

兒童口腔保健最主要的問題是蛀牙，其次是牙齦炎、牙周病及咬合不正等。針對蛀牙問題，嬰幼兒最常見的就是「奶瓶性蛀牙」。這個名稱並不是指用奶瓶喝奶品就一定會蛀牙，而是指父母親經常讓嬰幼兒吸奶瓶吸到睡著，怕吵醒他，不忍心幫他清潔口腔，加上睡眠時唾液分泌量減少，讓口中細菌充分吸收殘留在口中的奶水糖份，促使其分泌酸性物質溶解牙齒最外層的琺瑯質，而導致蛀牙。

因此，黃純德強烈建議，從嬰兒喝第一口奶水開始，父母就應該養成每一餐後幫孩子清潔口腔的習慣，如此才能在長出乳牙之後更容易清潔，並且培養孩子主動刷牙的習慣。「還沒長牙時，可以用紗布或棉花棒沾溫開水幫孩子清潔口腔。等到長出12至16顆乳牙之後，就可以開始使用兒童專用的軟毛小牙刷來刷牙。」

除了平時注意口腔保健，牙齒塗氟也是預防蛀牙的方法之一。目前，健康局補助5歲以下兒童，每半年一次，由專業牙科醫師提供牙齒塗氟、口腔檢



目前，健康局補助5歲以下兒童，每半年一次，由專業牙科醫師提供牙齒塗氟、口腔檢查及衛生教育。

查及衛生教育。由於氟化物可使牙齒琺瑯質的結晶粒子變得對酸更有抵抗性，氟化物也可以干擾蛀牙細菌內的酵素，使其無法發揮功能；更可以使早期脫鈣而尚未有窩洞的蛀牙處，再重新鈣化回來。

黃純德還強調：「千萬不要以為半年牙齒塗氟一次就萬無一失，一定要配合每天刷牙，加上甜食的控制，才能確保牙齒的健康。」

牙周病、牙齦炎及咬合不正的預防

除了蛀牙，牙周病、牙齦炎及咬合不正也是兒童口腔保健的重點。牙周病和牙齦炎一樣可以藉由每天確實清潔牙齒來預防。如果以為乳牙的蛀牙等到長出恆牙就會改善，所以無所謂，那就大錯特錯了。黃純德說：「乳牙蛀牙，細菌會影響恆牙牙胚，使其發育不良。或因為掉牙或拔牙，使齒列弓形狀改變，造成長恆牙時齒列不正，導致咬合不正。」

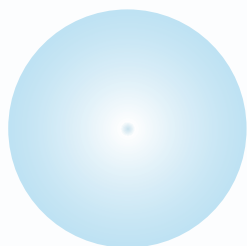
此外，長期吸奶嘴、吸手指、咬上唇或下唇等不良習癖，也是造成咬合不正的主因。父母親應該及早協助孩子修正這些不良習癖，便能夠有效預防孩童日後的咬合不正問題。

另外，黃純德強調，應該適時地讓小孩有機會訓練咀嚼，不要一味餵食軟性食品。因為咀嚼可以運動肌肉，幫助上下顎骨骼發育，大大減少咬合不正的機會。

總之，兒童口腔保健應從喝第一口奶就開始，持之以恆，不但可以減少未來可能的大筆口腔醫療費用，更可以讓小孩養成一生受用無窮的好習慣。

結語

孩童的視力、聽力與口腔保健，與其身心健康、學習過程、人際關係及生涯發展息息相關。父母親只要在平日多投注關心，確實做好各項保健工作，就有機會在早期病徵出現時，見微知著，尋求專業醫師協助，便能夠防範於未然或及早診治。尤其是尚無語言表達能力的嬰幼兒時期，父母親的細心照顧與觀察更是責無旁貸。DOH



聰明吃 快樂動 健康成長少病痛

採訪撰文 / 陳婉箏

諮詢對象 / 中國醫藥大學副校長 陳偉德

行政院衛生署雙和醫院社區醫學部主任 祝年豐

小時胖，不算胖？紙片人才算美？別讓錯覺上身！

研究顯示，成長期過重或過輕，可能影響成年後的生理或心理健康。

衛生署國民健康局（簡稱健康局）推出「健康100台灣動起來」健康體重管理活動，號召全國一起減重600噸。根據統計，台灣6～15歲學童近10年肥胖率攀高，署立雙和醫院社區醫學部主任祝年豐粗估，每3個男孩中有1人過重，每4個女孩中也有1人過重；另外，體重過輕比率也有增加趨勢，不容忽視。

如何判定過重或過輕？衛生署署長邱文達指出，世界衛生組織（WHO）建議，以較簡單、經濟、便於推廣的身體質量指數（Body Mass Index，BMI），作為判斷肥胖的標準。兒童與青少年各年齡層及不同性別對照的體位標準資料可見表1。

肥胖形成的主因

肥胖依形成原因分為兩大類。第一類為單純性肥胖，為長期熱量攝取超過熱量消耗；祝年豐分析，這與速食文化盛行、交通工具四通八達，以及室內普設電梯，人們吃得多卻動得少有關。

第二類為繼發性肥胖，可能是因為遺傳、基因、內分泌或中樞神經系統等異常或疾病造成，佔肥胖者比率不到1%。中國醫藥大學副校長陳偉德提醒，肥胖兒童及青少年通常早熟，長得較為高壯，若發現肥胖但身高生長卻遲緩者，應特別注意。

肥胖對健康影響顯著，國人十大死因中，有7項與肥胖有關，包括惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、慢性肝病及肝硬化、慢性腎臟病等。

研究顯示，7歲大的肥胖兒童長到26歲時，肥胖機率は正常兒童的3.7倍；而10至13歲的肥胖少年到了33至38歲時，肥胖機率則是正常少年的6.3倍。兒童及青少年時期若任由體重飆升，成年後，肥胖合併症恐隨之而至。陳偉德歸納常見症狀如下：

過重合併症多 健康殺手

- **第二型糖尿病**：原是65歲以上成年人的疾病，但隨著肥胖率升高，青少年第二型糖尿病個案也增加，甚至超過第一型糖尿病5倍。
- **高血壓**：肥胖兒童罹患高血壓的機率，比正常同儕高出3倍；長期高血壓，將對冠狀動脈或腦血管造成傷害。

- **血脂異常**：膽固醇和三酸甘油脂在肥胖兒童及青少年血液中，含量超出正常值的比率高；而高膽固醇及高三酸甘油脂都是造成冠狀動脈硬化的危險因子。
- **氣喘及呼吸道疾病**：嚴重肥胖會因腹部脂肪過多，阻礙橫膈膜運動，或因咽喉部脂肪過厚，阻塞呼吸道，導致缺氧、二氧化碳鬱積，出現白天嗜睡、夜間睡眠呼吸中止現象。
- **骨骼異常**：過重將帶給下肢負荷，嚴重者可能導致大腿酸痛、跛腳行走；小腿脛骨彎曲變形，也是長期壓迫所致。
- **皮膚病**：肥胖者常有雙層下巴，在雙下巴間的皮膚因磨擦加上出汗，容易冒出紅疹。重度肥胖者的腹、臀、腿、腰等處會產生「肥胖紋」，不但有礙觀瞻，也與腎上腺功能亢進有關。
- **心理影響**：肥胖兒童及青少年常因體型，被同儕嘲弄或排斥，導致缺乏自信，個性較為內向。青

表 1 兒童與青少年肥胖定義

年齡	男生			女生		
	正常範圍 (BMI* 介於)	過重 (BMI ≥)	肥胖 (BMI ≥)	正常範圍 (BMI 介於)	過重 (BMI ≥)	肥胖 (BMI ≥)
2	15.2 ~ 17.7	17.7	19.0	14.9 ~ 17.3	17.3	18.3
3	14.8 ~ 17.7	17.7	19.1	14.5 ~ 17.2	17.2	18.5
4	14.4 ~ 17.7	17.7	19.3	14.2 ~ 17.1	17.1	18.6
5	14.0 ~ 17.7	17.7	19.4	13.9 ~ 17.1	17.1	18.9
6	13.9 ~ 17.9	17.9	19.7	13.6 ~ 17.2	17.2	19.1
7	14.7 ~ 18.6	18.6	21.2	14.4 ~ 18.0	18.0	20.3
8	15.0 ~ 19.3	19.3	22.0	14.6 ~ 18.8	18.8	21.0
9	15.2 ~ 19.7	19.7	22.5	14.9 ~ 19.3	19.3	21.6
10	15.4 ~ 20.3	20.3	22.9	15.2 ~ 20.1	20.1	22.3
11	15.8 ~ 21.0	21.0	23.5	15.8 ~ 20.9	20.9	23.1
12	16.4 ~ 21.5	21.5	24.2	16.4 ~ 21.6	21.6	23.9
13	17.0 ~ 22.2	22.2	24.8	17.0 ~ 22.2	22.2	24.6
14	17.6 ~ 22.7	22.7	25.2	17.6 ~ 22.7	22.7	25.1
15	18.2 ~ 23.1	23.1	25.5	18.0 ~ 22.7	22.7	25.3
16	18.6 ~ 23.4	23.4	25.6	18.2 ~ 22.7	22.7	25.3
17	19.0 ~ 23.6	23.6	25.6	18.3 ~ 22.7	22.7	25.3
18	19.2 ~ 23.7	23.7	25.6	18.3 ~ 22.7	22.7	25.3

資料來源：衛生署

$$*BMI = \frac{\text{體重 (公斤)}}{\text{身高 (公尺)} \times \text{身高 (公尺)}}$$

春期是人格發育最重要時期，這種不良適應，可能影響一生。

過輕不利發育 抵抗力差

此外，在名模風及少女偶像推波助瀾下，體重過輕也成為迫切的學童健康問題。祝年豐分析，以台灣經濟現況，很少人會因吃不飽而餓死，大部分過輕現象，都是行為或心理不正常所致。若是長期偏瘦，又沒有明顯身體不適，或是體重在短期間內驟減，最好找醫師檢查，查明原因。

雖然過輕引起的健康問題比過重少，仍會影響發育。加上攝取熱量低於身體所需熱量，常感體力不足，容易疲倦，對疾病的抵抗力較差，一旦生病，恢復能力也較慢。

祝年豐指出，「太瘦對骨本不好」，過輕者的骨質密度較低，成年後可能出現骨質疏鬆症。尤其是青少年正值發育期，需要累積脂肪，發展第二性徵，但很多女生控制飲食，身體缺乏基本營養，造成發育停滯，甚至出現月經不規則或無月經。長期下來，恐影響日後懷孕功能。

若靠強迫行為，如禁食、節食、嘔吐等控制體重，恐產生厭食或暴食，營養不均衡，嚴重時甚至會致命；常見原因為心臟衰竭、電解質不平衡或是自殺。

去年底媒體曾報導，法國名模伊莎貝拉·卡洛（Isabelle Caro）因厭食症香消玉殞，得年僅28歲；她13歲時就患上厭食症，當時身高155公分，體重僅31公斤，長期與厭食症搏鬥，仍不敵病魔。歐洲時尚界早有人倡議，BMI低於18的模特兒不准登台走秀，盼杜絕「紙片人」歪風。

減重持之以恆 全家總動員

過重與過輕都是「熱量」問題。當吸收與消耗的熱量相等時，體重就能控制在標準範圍。如吸收高於消耗，就會造成體重過重；反之，則導致體重過輕。

陳偉德表示，以飲食控制熱量的攝取，以運動增加熱量的消耗，是最基本原則。但須考慮維持正常的身高生長、安全的生理代謝、保存身體肌肉質量、盡可能減緩飢餓感，而且不致於引起精神上壓力等問題。

「3天不吃一定會瘦，但如果第4天暴食，就會胖回來。」陳偉德強調，全家人要一起改變生活習慣，協助肥胖者持之以恆，實行減重計畫。否則將產生「溜溜球效應」（Yoyo effect），陷入反覆減重、復胖的惡性循環中。

健康局在「健康100 臺灣動起來」健康體重管理活動中，建議民衆採行「聰明吃、快樂動、天天量體重」的方法，維持健康體重，健康體重管理小秘訣請詳見表二。

聰明吃：每天實踐少糖少鹽少脂肪，多蔬多果多健康。

快樂動：每天規律運動至少30分鐘；或每次運動10分鐘，每日累積至少30分鐘以上，沒有機會固定運動者，平時留意增加身體活動量。

天天量體重：可隨時提醒自己維持健康的體重。

維持健康體位 快樂成長

祝年豐指出，減重與增重一體兩面。很多瘦子不喜歡運動，怕消耗太多體力，但事實相反，運動有助代謝、提高食慾、增進胃腸的蠕動。對於代謝正常的肥胖者（Metabolic Healthy Obese，MHO），若作息正常，且無內分泌異常，則體重管理的重心，除了體重，可以放在及早建立健康生活（飲食及運動）形態的改變上，預防慢性疾病悄悄報到。

「與其關注過重或過輕現象，不如積極地維持健康體位。」祝年豐說，掌握好基本原則：均衡飲食、規律運動及正常作息，“eat well, be active, have fun.” 健康吃、快樂動，就能增進體能與整體健康。

健康局推動「健康100 台灣動起來」健康體重管理計畫，已於今（100）年1月24日開跑。這項減重活動是要透過「小額募油」，1公斤不嫌少、5公斤不嫌多的方式，號召全民「揪團減油」，透過團結力量大，相互支持，一起有效學會「聰明吃、快樂動」的新生活。不僅在今年甩掉贅肉，並且能

長期維持，從而遠離國人健康的重要元兇－肥胖。歡迎民衆與親朋好友揪團至各地衛生局報名參加，並多利用各縣市衛生團隊提供的協助，一起實踐「聰明吃、快樂動，天天量體重」的健康技巧，養成規律生活的習慣，邁向更健康的人生。DOH

表 2 健康體重管理小秘訣

	兒童青少年聰明吃 10 撇步	兒童青少年快樂動 10 密技
1	多喝白開水，少喝含糖飲料	走路上下學，或請爸媽接送時車停遠一點，在導護家長守護下多走幾步路
2	細嚼慢嚥	下課時間一定離開座位，去做些活動或運動
3	正常三餐	三餐飯後全家散步
4	低脂少油炸	主動幫家人跑腿買東西、拿報紙、倒垃圾
5	天天五蔬果	上下樓層多爬樓梯少搭電梯
6	均衡飲食	做完功課到晚飯之間，約同學於社區公園的球場等場地運動
7	睡前三小時不進食	報名參加運動社團或課程
8	每餐不過量（8 分飽）	一天靜態活動時間不超過 2 小時（如看電視、上電腦及玩電玩）
9	多吃天然未加工食物	如果看電視，儘量一邊做運動
10	不吃零食、甜點及宵夜	假日請爸媽安排戶外休閒活動，如於公園或河道騎車、放風箏或爬山

資料提供：衛生署國民健康局



學齡前兒童每天應攝取 5 份新鮮蔬果，包含 3 份蔬菜及 2 份水果；學童及少女每天攝取 7 份新鮮蔬果；青少年則每天攝取 9 份新鮮蔬果。

政策
快易通



健保用心 全民放心 邁向公平費率時代

資料整理 / 游姿穎

資料提供 / 衛生署中央健康保險局

全民健康保險法新制修正案在今（2011）年初已由立法院三讀通過，即將於明（2012）年上路的健保新制，對民衆釋出許多利多，期待在平等互惠的原則下，與全民共享健康生活的新時代。

全民健保自1995年開辦以來，在政府和全民共同努力下，低保費與平等的醫療照護成為全球典範，即便如此，健保制度仍須面對如調漲保費等多方的挑戰。為求制度的健全，在以民為本的基礎下，二代健保經過多年的修正，終於拍板定案，其中民衆最關心的健保費用計算與費率問題，在本文中將有相關釋義。

健保費率調降 多數民衆皆受惠

現行健保制度是以經常性薪資所得（一般為月薪）為保費計算基礎，經常性薪資以外的其他所得，並未納入計費標準。然而許多人的收入來源不只來自薪資，故為求公平性，二代健保在現有計費方式之外，同時計收包含高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等2%的「補充保

險費」。個人實際所得有多少，就收多少保費，避免負擔比例的不公平。根據估計，新法實施後僅有17%的民衆需繳納補充保險費，其他83%的民衆仍按現制繳交一般保險費，又因為加收補充保險費的緣故，一般保費的費率將可適度調降，大多數無需繳納補充保險費的民衆負擔將會減少。

健保經費擴大 填補財務缺口

在新費率的制度下，因為民衆與雇主都會計收補充保險費，於是擴大了原本僅以經常性薪資所得為基礎的費基，因此一般費率可望調降至4.91%。根據推算，在此一費率下所收取的一般保險費和補充保險費，應可維持全民健保5年的財務平衡。

此次的修正案，明確規定政府每年負擔的健保經費不得低於全年度保險費的36%，此較目前政府所負擔的比例提高了約2%。換句話說，全民健保將增加每年百億元以上的經費挹注，之後還必須隨著保險醫療支出的成長每年增加。另外，針對過去健保所積累的龐大財務缺口，政府也會特別編列預算，逐年貼補。

為避免醫療資源之濫用，此次修法也有許多新的規定來加以規範。如詐領保險給付及醫療費用者之罰鍰，將加重至其詐領金額的20倍，對於違規情節重大之特約醫事服務機構，視情節輕重給予一段時間不予特約或永不特約的處分。此外，對於多次重複就醫或過度使用醫療資源的民衆，衛生署中央健康保險局（簡稱健保局）必須即時進行輔導與就醫協助。針對上述事項，健保局每年應提出遏止不當濫用資源的相關改善方案，以確保資源能有效運用，並依循市場交易情形，合理調整藥品價格與制定每年藥品費用預算與目標，以有效管理藥費的支出。

健保資訊透明化 醫療品質更安心

為了讓民衆隨時了解、隨時取得醫療品質資訊，健保資訊的透明化亦為二代健保所強調的要點之一。資訊內容包括重要會議的實錄、醫事服務機構的財務狀況、品質報告與病床數、病床使用情形，以及違規資訊等。希望透過這些資訊的公開，讓民衆清楚健保



業務運作與相關醫療訊息，進而選擇合適的醫療院所，以促進醫療體制的健全，進一步提升醫療品質，讓全民共同參與、共同關心。

弱勢族群免憂心 就醫權益不受損

針對弱勢民衆，二代健保也特別規定，經濟困頓、受家暴保護等無力繳交健保費的民衆，健保局不得給予暫時停止給付（控卡）的處分；只能對有經濟能力卻故意不繳納保費的民衆，採取暫時停止給付的動作。另一方面，健保局要適時主動協助並尋找社會資源，讓民衆不會再因為繳不起保費造成權益受損而影響就醫。

海外歸台就醫 不再享有立即保

關於海外來台就醫加保情形，此次修法也特別嚴格加以限制。針對久居海外的國民或新住民，必須「2年內」曾有加保紀錄才可參加全民健保，否則必須設籍或取得居留證件滿6個月，才有加入全民健保的資格。這是因為在過去的制度下，長期移居海外的國人有就醫需求時，隨時都可回國加保，有不公之嫌；再加上其他國家的民衆為了享有我國健保的醫療服務而來台，造成全民健保資源的侵蝕。因此健保在修法時才會納入這項修正規定。

全民健保一直秉持著全民皆保、提升醫療品質、保費負擔少的目標執行，但多年來健保的收入一直不敷支出，所以新制的改革，正可改善此一問題，以平衡健保財政收支，並在永續經營的原則下，讓民衆享受到完善的醫療照護與健康保障。DOH



安寧緩和 有註記 生命臨終 有尊嚴

放手不是放棄 而是對生命的尊重

採訪撰文 / 楊語芸

諮詢對象 / 台灣大學醫學院附設醫院創傷醫學部主任 柯文哲

面對生命，我們不斷累積智慧；面對死亡，我們卻經常無所適從，只想抓著臨終病人的一口氣，因為一放手就是天人永隔的遺憾。然而，末期病人依靠心肺復甦術搶救、依靠人工系統維生，這是我們想要的生命終點嗎？在醫療科技進步的現代社會，我們需要重新思考「生命」的定義。安寧緩和醫療讓我們的生命有了新的出口，也讓生命有「善終」的結局。

「該做的都做了，不該做的也不要做。」這是台灣大學醫學院附設醫院創傷醫學部主任柯文哲對「安寧緩和醫療」開宗明義的陳述。根據《安寧緩和醫療條例》的規定，安寧緩和醫療是指「為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術。」在這樣的規定下，前述所謂該做的事，是指給予末期病人一些止痛、止喘、緩解各種不舒服症狀的安寧照護；而不必要的心肺復甦術就屬於不該做的事。

放手不是放棄 安寧緩和醫療讓生命更有尊嚴

甫於今（2011）年1月完成修法三讀通過的《安寧緩和醫療條例》，最大修正重點在於賦予家屬「撤除維生系統」的權利。柯文哲分析說，過去的安寧緩和醫療只容許家屬「不使用維生系統」，然而一旦使用了人工維生系統後，除非病人本人同意，否則家屬是無權撤除的。但因為生命末期的病人經常處於昏迷狀態，不可能為自己的生命作主，

而以現今科技的發達，要讓心電圖繼續跳動，已非難事。柯文哲舉了個例子，有位病人用葉克膜維持心臟的跳動，但長期下來四肢壞死、全無意識，「你問我『死亡』是什麼？我的答案是反問你『怎樣才算是活著？』，『活著』是什麼？『生命』的意義是什麼？」柯文哲拋出了這個大哉問。

然而即便本次修法讓家屬有「撤除維生系統」的權利，對許多末期病人的家屬而言，要放棄親人的生命，仍舊是相當困難的決定。柯文哲鼓勵說，如果我們仔細思考生命的意義，就會發現放手不是放棄，而是對生命的尊重。如果擔心我們的家屬面臨決斷的困境，不妨生前預立安寧緩和醫療的意願書，讓自己掌握自己生命的尊嚴。

《安寧緩和醫療條例》的第2個修法重點，就是讓健保 IC 卡上的「安寧緩和醫療」註記，具有法律效用。民衆如果願意接受安寧療護，可以預先在健保卡上註記，在生命終點來臨時，即便已經失去意識，也可以讓生命照自己規劃的劇本，有尊嚴地落幕。

避免三輸 醫師要正視生死學議題

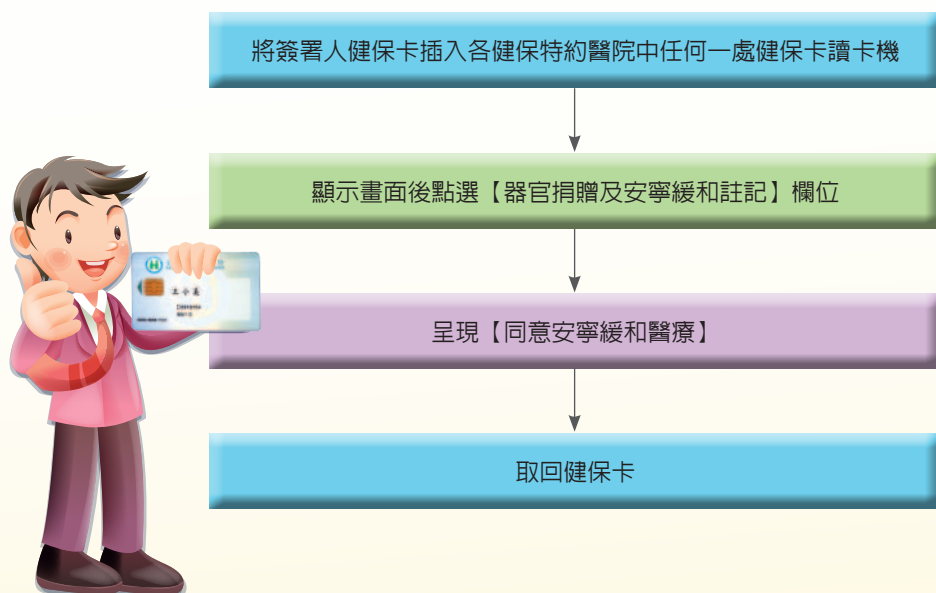
柯文哲提及，台灣民衆已經慢慢能夠面對「善終」這件事，而不能接受死亡的人，反倒是醫師。台灣的醫學院一直未能對醫學系學生提供生死學方

面的教育訓練，醫師們認為自己是醫「生」，因此病人的死亡，就是他們的失敗。結果是即便面對已經不可治療，而且在近期內不可避免死亡的末期病人，醫師還是會跟家屬說：「沒關係，我們再拼拼看。」

如果正式詢問醫師，「『病人的痛苦』和『病人的死亡』，何者是醫師最大的敵人？」柯文哲說，大多數的醫師都會選擇前者，他們都知道要減低病人的痛苦。但是在實際狀況中，醫師還是會以「救人」為目標，即便拯救的過程造成病人無限的痛苦，醫師對死亡的逃避態度，仍舊是現今台灣醫療界的普遍現象。由於醫師對末期病人這種「再拼拼看」的態度，造成了三輸的結果：健保花了大筆費用在無法醫治的病人身上、病人的生命終點沒有尊嚴，而且醫師也失去實踐完善醫療—從好生到好死提供全程照顧—的機會。

「善終」絕對是醫療的重要部分，讓生命好好地劃下句點，也是醫師責無旁貸的任務。政府為擴大推動安寧緩和醫療，也結合民間團體加強醫護人員的生命教育，讓「三輸」的局面可以改善。另外為加強民衆對「安寧緩和醫療」及「不施行心肺復甦術」的瞭解，衛生署已計畫拍攝介紹急救相關醫療措施及安寧緩和醫療等相關宣導短片，並將其製作成影帶，提供給各醫院播放，以加強對民衆之宣導。DOH

民衆健保 IC 卡安寧緩和醫療意願註記查詢流程





新住民健康管理措施 保障新住民婦幼醫療權益

採訪撰文 / 李政青

諮詢對象 / 彰化縣衛生局局長 葉彥伯

為保障新住民的健康，政府不僅教導新住民做好健康管理，並提供了相關服務與措施，讓我們一同來了解。

依內政部統計處資料顯示，2009年外籍配偶已達42.9萬人，佔18.7%（每5.5對結婚夫妻中有1對為外籍配偶）。由於內政部於2003年開始施行大陸配偶面談制度，外交部亦於2005年起加強外籍配偶境外訪談，另外籍與大陸港澳配偶來源母國經濟逐漸改善，致2004年起外籍及大陸港澳配偶所佔比重，有逐年降低之趨勢。此外，由外籍配偶生育的「新台灣之子」，由1998年5.12%、2003年13.37%、至2004年起逐年下降，2009年8.68%（大約每11.5位新生兒就有1位是外籍及大陸配偶子女）。如何讓新住民、子女及其家庭也能享有足夠的醫療及健康照顧，成了當務之急。

透過入境系統主動服務

彰化縣衛生局長葉彥伯表示，首先，為了讓每位新住民都能順利獲得健康照顧的服務，衛生署國民健康局依內政部入出國及移民署入境新住民資料，匯入該局建置之「婦幼健康管理系統」，由各縣市衛生局及鄉鎮衛生所公衛護士可依此資料，提

供新住民健康建卡管理，於每半年提供服務一次或視個案需要提供服務。

新住民入境後，政府也有鼓勵並輔導設籍及納入全民健保之措施，另提供設籍前未納健保的產前檢查補助：每人每次最高補助產前檢查費用新台幣600元整，每胎最高補助5次。新住民懷孕婦女只要備齊：戶口謄本或戶口名簿正本、居留證或旅行證正本等證明文件，至所在地鄉鎮市區衛生所提出申請。即可憑產前檢查個案紀錄聯至醫院接受產檢後，由醫院協助減免該次費用。此外，衛生所公衛護士也會提供健康諮詢項目，例如：產前健康檢查、心理衛生及生活適應諮詢服務、提供社區資源、母乳餵養重要性、生育計畫、子宮頸抹片檢查等；而生育健康指導部分，包括：孕期營養指導、均衡飲食之重要性、辨識危險妊娠徵象，以及新生兒先天性代謝篩檢等相關衛教指導。

在新住民之子女照護部分，以彰化縣為例，各鄉鎮衛生所目前在每週固定時段均提供0至3歲嬰幼兒健康管理服務，即所謂「優質健兒門診」。新住

民所生之新生兒，列為優先提供健康管理服務的對象，由衛生所公衛護士依據出生資料，於新生兒出生2個月內即提供第一次健康管理，持續至3歲。健兒門診採預約一對一方式服務，內容包括：測量身高、體重、頭圍、胸圍、身體健康檢查、發展檢測評估及衛教指導。假若新生兒有任何發展異常，便可經此管道早期發現、早期治療。

各項健康服務待遇趨同

至於在婦女健康服務方面，新住民和本國籍婦女的待遇已大致相同，例如10次產前檢查補助、生育指導、生育保健服務措施補助及異常個案追蹤等。在各鄉鎮衛生所辦理的社區母乳哺育支持團體，新住民婦女亦可參加。婦女健康篩檢方面，目前癌症篩檢包含了乳癌篩檢、子宮頸癌篩檢、大腸結直腸癌篩檢及口腔健康篩檢，彰化縣衛生局在縣內並設了5個社區心理諮詢站，由心理師提供社區民眾心理及情緒方面的諮商，外籍與大陸配偶若有相關需求，亦可利用此管道求助。

通譯員協助克服語言障礙

葉彥伯觀察，其實新住民可能有的婦幼健康問題和本國籍人士均大致相同，較會出問題的最大差異，就在於跨文化溝通，尤其是語言隔閡。語言的障礙會導致外籍與大陸配偶無法單獨自行出門、購物、不敢使用運輸系統以致造成育兒、課業輔導等相關問題。另外，也會影響其對健康知識的獲得、應用與判斷，並可能造成對健康照護利用的障礙。

因此，政府辦理外籍配偶生育保健通譯員服務計畫，並由各縣市衛生局培訓，設置外籍配偶生育保健通譯員。這些通譯員自身通常也是外籍配偶，並經過衛生局訓練，教導基本的預防保健知識、技巧；並了解所有衛生單位或政府提供的相關服務之後，再讓他們去解釋給需要的外籍配偶了解。目前全國21縣市（計190個衛生所）共有364名之通譯員參與服務。彰化縣總共有19位通譯員在8個鄉鎮市駐點服務。通譯員除了提供新住民衛教知識之通譯

外，由於和外籍配偶來自同鄉，也可用同理心提供新住民許多心理上的支持協助。

有問題，找衛生所就對了

為了讓各項政府資源及衛教知識更加深入各個新住民家庭，各鄉鎮衛生所也會針對新住民及其配偶定期辦理宣導活動。例如彰化縣政府在2010年就辦理了27場「母親會」活動，採小班制，一班約10至15人，以互動操作方式帶領學員，提供各項健康保健知識。如果新住民因為交通因素無法參加，各地衛生所的公衛護士也會協助解決，有的甚至親自騎機車接送。此外，彰化縣衛生局也特地印製「新移民健康照護工作簡介」，內有相關衛生保健服務、醫療資訊等等，讓她們更容易了解，只要到各地衛生所即可索取。

由於衛生所遍佈全台，且深入各鄉鎮、社區，因此葉彥伯也十分鼓勵新住民朋友，只要有任何健康上的問題，都可以直接洽詢當地衛生所，衛生所都會盡力提供周詳的服務及說明。DOH

婦女健康篩檢受檢條件

乳癌篩檢	補助 45 歲以上 69 歲以下婦女，及 40 歲以上至未滿 45 歲，且其二親等以內血親曾患有乳癌之婦女，每 2 年 1 次乳房攝影篩檢費用。
子宮頸癌篩檢	補助 30 歲以上 69 歲以下婦女，每年 1 次子宮頸抹片檢查。
大腸結直腸癌篩檢	補助 50 歲以上 69 歲以下民眾（含婦女），每 2 年做 1 次糞便潛血篩檢。
口腔健康篩檢	30 歲以上有抽菸或嚼檳榔（或曾）的民眾（含婦女），每 2 年做 1 次。

● 設籍前未納健保的產前檢查補助

- 新住民懷孕婦女應備齊：戶口謄本或戶口名簿正本、居留證或旅行證正本等證明文件，至所在地鄉鎮市區衛生所提出申請。
- 每人每次最高補助產前檢查費用新台幣 600 元整，每胎最高補助 5 次。



精簡、彈性、有效能

政府瘦身 台灣競爭力才會提升 ——談衛生福利部的成立

採訪撰文 / 江文玲

諮詢對象 / 衛生署副署長 陳再晉



立法院三讀通過《行政院組織法》後，這項各界期待已久的「希望工程」終於得以開展。衛生署在協助政府轉型成小而精、小而實的中央行政組織時，針對未來的衛生福利部已展開何種具體規劃與做法？

2010年，是台灣政府重拾競爭力的關鍵年，兩大國際評比機構瑞士洛桑國際管理學院（IMD）與世界經濟論壇（WEF）都肯定台灣政府在提升效能，並追求經濟永續成長的努力。過去幾年，台灣所面臨的問題是結構轉型，未來必須採取更積極的策略、更多建設性做法，才能提升競爭力，政府組織改造工程對提升施政效率及國際競爭力確有正面效益。

兩大重點：精簡部會與縮減人力

政府組織改造，是當今全球化、自由化潮流下的重要議題，也是工業化民主國家施政焦點。在台灣，政府改造的歷程，從1987年《行政院組織法》修正作業就已啟動，歷經兩次政黨輪替，前後6度函送立法院審議，終於在2010年1月12日於立法院三讀通過。

根據行政院研究發展考核委員會規劃，這項改造工程主要重點有二：

- 一、行政院部會級組織由現行37個精簡為29個（見右頁附圖）。
- 二、縮減現行五院及所屬各級機關總編制員額，由22萬3,000人調降為17萬3,000人。

然而，這項瘦身計畫無論從規模或層級來看，都是一樁浩大的工程，為順利達成2012組改元年無縫接軌之目標，除由行政院須肩負推動跨部會決策、規劃與統合外，亦需各部會暨所屬機關積極配合各項準備作業。

衛生福利部是首要整併部會

就與全體國人生活福祉息息相關的衛生及社會福利政策而言，現行衛生福利部籌備小組執行秘書，亦為衛生署副署長陳再晉接受專訪時表示：「中央政府十幾年來著手部會整合，衛生福利部的整併非常重要，比起其他部會，這可說是優先的部會之一。」

簡單來說，預定於2012年元旦成立的衛生福利部，是主管公共衛生、醫療和社會福利等事務的中央部會，由當今的衛生署，合併原內政部轄下的社會司、兒童局、國民年金監理會、家庭暴力與性侵害防治委員會等單位而成，未來將與各縣市衛生局和社會局（處）共同合作。

陳再晉指出，衛生福利政策經歷20年變遷，國內環境已產生重大變化，國人對於健康的期待，必須

是符合世界衛生組織（WHO）對健康的定義，不僅是積極消除疾病，更要強調身體（生理）、心理（精神）與社會生活之良好狀態。

讓社區成為促進健康安全的推力

特別是從社會面向來看，台灣人口快速少子化與高齡化，政府必須加快建構完善的衛生及福利服務體系，以彌補家庭照顧功能不周之處。在這目標之下，衛生福利部結合衛生及社會福利，以全人為導向，形塑更臻完備之服務體系。

陳再晉表示：「從社會面進行改造是宏觀作為，真正走入家庭服務個體，社會健康安全政策才能發揮成效。」不過，他也指出，推動服務進入家庭並不容易，成本也過高，透過社區互動來促進健康安全是很重要的一環，具體做法可從推動社區健康營造、強化社會支持網絡著手。

自1999年以來，衛生署從中央到地方推動社區健康營造，從早期倡導規律運動、均衡飲食，到獎勵辦理健康城市、健康社區認證，及推廣相關健康促進工作，包括無菸、無檳榔、安全社區計畫、活力老化等，至今已發展極具效益之執行策略，並累積多元在地經驗。

陳再晉期盼，未來衛生福利部完成整併後，就社區健康與安全此一議題，能朝廣設社區照護中心、關懷小站等實際可深化草根性的健康生活及照顧老弱傷病等弱勢族群的方向進行。他強調：「特別是與人口稠密區的地方政府幫忙協調軟硬體資源，包括閒置房舍土地的更新及再利用等，以解決社區化照護供應不足的問題。」

整合健保、長照與年金的社會保險系統

此外，陳再晉認為，社會若欲達到完全健康狀態，衛生福利部還要兼顧保障國民經濟安全，最重要的工作就是整合完善的社會保險系統，包括全民健康保險、長期照護保險及國民年金保險，而納入社福部的國民年金保險，正是弱勢者經濟安全的保障。

陳再晉特別指出：「傳統健保重醫療，不符合弱勢族群的需求與期待，若《長期照護服務法》草案得以在今（2011）年通過，就能調節少子／高齡之間的需求。」

他進一步解釋，受到各界注意的長照法是整合人力、服務與機構品質、失能者權益保障及照護財源五大構面之基礎建設，衛生福利部未來的工作是確立服務模式、建立流程，並且設定品質標準，讓有意投身這個市場產值高達新台幣4百億元的業者有規可循，也讓投資者安心參與。

至於未來衛生福利部將由衛生署與內政部相關專業人員整併而成，人力如何重新配置？陳再晉表示，衛生署現已規劃專長歷練實施計畫，鼓勵各部門不定期開放輪調機會，「基於不同專業雙重互補原則，促進彼此了解，提升衛生醫療與社會福利政策周延性，實現讓國民更健康幸福的心理理念與價值。」

經歷近40年的運作時程，衛生署將於「精彩百年」之後耳目一新，以衛生福利部全新面貌登場，為國人打造一個「精實、彈性、有效能的政府」。陳再晉強調，衛生與福利政策攸關民衆基本的生活品質，當局自應為人民謀求最大福祉，思考規劃衛生福利政策時應秉持永續經營原則，力求保險制度、政策等應與全球化變遷接軌，才能兌現政府發展願景中對人民健康、安全、平等之承諾。DOH

行政院未來所屬機關（29）

部（14）

內政部
外交部
國防部
財政部
教育部
法務部
經濟及能源部
交通及建設部
勞動部
農業部
衛生福利部
環境資源部
文化部
科技部

會（8）

國家發展委員會
大陸委員會
金融監督管理委員會
海洋委員會
僑務委員會
退除役官兵輔導委員會
原住民族委員會
客家委員會

總處（2）

行政院主計總處
行政院人事行政總處

行（1）

中央銀行

院（1）

國立故宮博物院

獨立機關（3）

中央選舉委員會
公平交易委員會
國家通訊傳播委員會

資料來源：行政院



產前遺傳診斷 幫助妳生下健康寶寶

採訪撰文 / 謝瑩潔

諮詢對象 / 台北市立聯合醫院和平婦幼院區醫務長兼陽明大學婦產科臨床副教授 林陳立

由於工商業社會的高度發展，以及社會型態的變遷，晚婚、晚育成了一種不可避免的趨勢，而高齡產婦的比例也日漸提高，近年來，產前遺傳診斷愈來愈受到重視。

產前遺傳診斷的主要功能，是在於懷孕早期，診斷母體中的胎兒有無異常情形發生。

高齡產婦 更須留意各項風險

近年來高齡產婦的比例日漸提高，以台北市為例，40歲以上的產婦約有3%，目前產婦年齡多集中於30～35歲，與過去多半於20～30歲生育，已經大為不同。高齡產婦的生理負擔較重，包括內科、腫瘤及感染等各方面都容易出現狀況，以致在懷孕過程中胎兒所遭受的潛在危機也較大，諸如服用藥物與孕婦的各種疾病或感染都可能影響胎兒發育，而環境中的各項污染也可能會導致胎兒發育不良或者異常。

台北市立聯合醫院和平婦幼院區醫務長兼陽明大學婦產科臨床副教授林陳立強調，胎兒在母體中的成長，是一種「動態變化」，必須在不同階段經由有規劃的系列產檢，依照不同的需求進行不同的檢查。而產檢中常聽到的「篩檢」與「診斷」是兩個不同的概念，「篩檢」是篩選出高危險族群，不代表胎兒一定有異常，而「診斷」是更進一步的檢查，以確認有異常，通常屬於侵入性的技術，具有比較高的風險。

產前遺傳診斷 早期發現先天性異常

產前要發現胎兒是否有先天性異常的方法有很多，包括超音波掃描，以及經超音波導引才能進

行的羊膜穿刺術、絨毛取樣和胎兒臍帶抽血術等。

「超音波掃描」的用途，在於顯示胎盤及胎兒的內外構造，以判斷胎兒的生存性、胎兒數目、生長發育及有助於胎兒先天性缺陷的診斷。其中20～24週所做的超音波，有助於診斷先天性心臟病、兔唇等重大胎兒畸形，但準確度有時會受到胎兒位置、羊水量多寡、超音波機器解析度和檢查者判讀能力等的影響。

侵入性檢查技術中，「羊膜穿刺術」是在超音波的導引下，在高危險群孕婦懷孕16～18週時，經腹部、子宮壁、羊膜腔抽取羊水。「絨毛取樣」則是在懷孕10～14週，也是在超音波導引下，由醫師以長針經由腹部或以導管接針筒，經陰道及子宮頸口，吸取胎兒絨毛組織。這兩種檢體都可做染色體或基因檢驗，羊水離心後還可進行生化檢驗。「胎兒臍帶血抽血術」是當胎兒可能有病毒感染或血液疾病，孕婦可於懷孕20～24週後進行臍帶血檢查及輸血治療，不過胎兒臍血抽取難度較高，流產的風險也高。

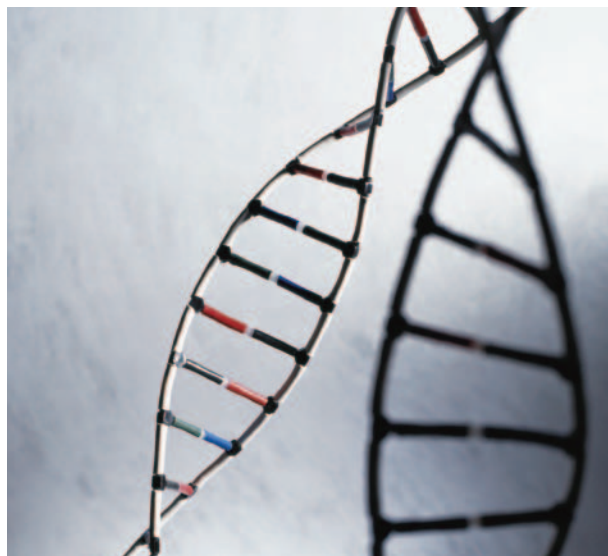
風險機率 決定侵入性檢查之使用

大部分的準父母，一得知篩檢結果異常，也就是胎兒出現異常機率較高時，往往焦慮不安，對此林陳立表示，即使有1/200機率為異常，其中的199/200機率仍然是正常，因此不需過度緊張。而是否進行絨毛取樣或羊膜腔穿刺，醫師通常會著眼於何種方式對於胎兒的傷害最小，也就是基於風險機率的判斷，如果胎兒異常機率高於侵入性檢查的風險機率，那麼就值得作進一步檢查；反之若胎兒異常機率低於侵入性檢查的風險機率，便須斟酌，當然這裡還有一個變數是準父母的焦慮，如果心理壓力太大，願意冒侵入性檢查的風險或者不願花費時間等待，也是大有人在。更具體來說，以流產的風險而言，絨毛採樣為1/100，羊膜腔穿刺為1/500，如果篩檢出1/200的胎兒異常機率，那麼進行羊膜腔穿刺檢查是值得的，作絨毛穿刺檢查就要有更多的考量因素才合理。

遺傳科技需考量胎兒生命權與醫學技術極限

隨著遺傳科技的進步，全球不斷發展出新的產前遺傳診斷之方法，去篩檢胎兒的DNA有無異常。林陳立說：「這裡潛藏著一個問題：有些遺傳疾病的發展模式乃是雖然有基因異常，出生後卻未必全發病，或是到相當年紀才會發病，因此如果以非常先進的遺傳科技去檢查出胎兒異常，準父母的一念之間，可能就決定了一個生命的生存權利，這是很值得探討的醫療倫理議題，也必須非常謹慎。」

儘管產前遺傳診斷技術日新月異，醫療儀器的解析度也不斷地朝向更精密化發展，但每個人之間都有不同差異，這些醫療技術不見得適合運用於每一位孕婦，有些胎兒異常也很難被檢查出來，即使有最新的技術，費用也可能很昂貴，這是準父母必須要有的認知。在產檢過程中，醫師能夠進行衛教的時間其實有限，準父母最好預先做好功課，孕婦也要多關心自己的生理與心理變化，有問題主動詢問醫師；在醫療院所的選擇方面，首要注意品質與品管，包括精密的醫療儀器硬體，以及醫師的訓練與判讀能力等，這些都是對孕婦與胎兒的保障。DOH



隨著科技進步，全球不斷發展出新的產前遺傳診斷之方法，去篩檢胎兒 DNA 有無異常，但胎兒生命權與醫學技術極限需同時被考慮。



建立抵抗力 預防勝於治療

適齡接種保護孩子健康的第一步

採訪撰文 / 謝瑩潔

諮詢對象 / 衛生署疾病管制局防疫醫師 蘇韋如

「預防勝於治療」是一句大家都熟悉的口號，對於公共衛生與個人而言，「預防接種」確實是預防疾病感染與相關併發症最經濟有效的方式，其重要性不言而喻。疫苗能使人體產生抗體與保護力，即使遭受感染，也能夠有效地減輕症狀與併發症，對於成長中的嬰幼兒來說尤為重要，因為嬰幼兒對於大多數傳染性疾病，都未曾暴露過，其感染與風險相對超乎其他族群。



接種疫苗 建立抵抗力

接種疫苗不但可以為個體建立抵抗力，相對地也保護了他人不被感染，而全面性接種能建立起「群體免疫力」，以共同抵禦特定的感染疾病，進而達成消除甚至根除某些重要疾病威脅的目標。衛生署疾病管制局防疫醫師蘇韋如表示，台灣在預防接種的領域有很好的實施成效，已經根除了天花、小兒麻痺等傳染，對於B型肝炎也有很良好的防治成效。我國兒童常規疫苗的接種率皆高達95%以上，各國評比中屬於名列前茅，甚至更優於許多先進國家，這歸功於我國預防接種體系的健全與便利

性，透過公衛（各級衛生單位）及醫療（合約醫療院所）的結合，提供完善接種服務，更運用預種資料庫的及時登入與轉介，衛生局／所運用資訊管理系統及各種資源管道積極催注、進行訪視及主動追蹤，提升接種完成率，建置起綿密的防疫網絡。

公費疫苗項目增加 民衆受惠

政府所提供的公費疫苗，是由相關專家組成之「傳染病防治諮詢委員會預防接種組（ACIP）」建議之優先順序，依疾病的負擔、國內流行病學的監測結果、公共衛生效益、疫苗的保護效果、安全



性、疫苗的供應來源、可用經費財源等審慎評估後而制定，並逐年評估調整。目前我國幼童公費施打的疫苗，包括有卡介苗、B型肝炎疫苗、白喉破傷風非細胞性百日咳疫苗、B型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗、水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗、日本腦炎疫苗、僅提供山地鄉等高風險地區幼童接種之A型肝炎疫苗、與每年流感疫苗接種計畫實施期間提供6個月以上至國小四年級幼童接種流感疫苗。此外，亦可選擇自費接種肺炎鏈球菌疫苗（已實施全國5歲以下高危險群、低收入戶，以及山地離島偏遠地區幼兒接種，而部分縣市則編列預算提供免費接種）、輪狀病毒疫苗、子宮頸癌疫苗等。目前依法由ACIP建議訂定後續優先導入常規之新疫苗，包括幼兒常規接種結合型肺炎鏈球菌疫苗、65歲以上長者接種多醣體型肺炎鏈球菌疫苗等。疫苗種類雖然繁多，但家長只須依照兒童健康手冊的接種時間表，適齡按時帶嬰幼兒前往衛生所或合約醫療院所施打，即可保護幼兒免於疾病侵襲之苦。

未按時施打者 請務必補接種

至於有些嬰幼兒若未能按時完成疫苗接種，該如何補接種？蘇韋如分析了以下幾種情形：

- 一、人數愈來愈多的新移民子女，若在1歲之前隨父母至國外探親或者待在國外一段時間，由於多數疫苗尚未完成接種並未能產生有效抗體，容易暴露在感染疾病的風險，因此建議儘量完成幼兒常規疫苗接種後再出國，若特殊情形一定得提前在未完成疫苗接種的情況下離開本國，回國後得按照我國相關規定與時程儘快完成補接種。
- 二、兩岸交流日益頻繁，有些寶寶在中國大陸出生、有些時常隨父母往來兩岸，在疫苗接種上父母也要多留意，由於每一個省分的規定不一樣，疫苗品質有時可能也難以確認，回台灣後建議家長請衛生所或合約醫療院所的醫師協助評估疫苗接種需求，以確保子女的免疫力。

三、有幼兒因感冒未癒，家長將接種時間一再延後，蘇韋如表示，只要不是處於疾病的急性期或有發燒等極度不適的情形，可以照常接種，家長不需過於擔心，疫苗接種並不會加重病情或影響保護效果；有的情形則是家長心疼，捨不得寶寶一次挨太多針，於是自動延後接種時間，蘇韋如說，大部分疫苗都可以同時施打，不會相互干擾，如有顧慮可隨時請教醫師專業意見。

四、有些弱勢族群，擔心健保費未繳或鎖卡，以致延誤了接種時間，對此蘇韋如提醒家長，嬰幼兒接種疫苗的權利不受影響，還是可以到各地方衛生所接種疫苗，以免讓寶寶暴露於疾病感染和危及健康甚或生命的風險。

蘇韋如也特別強調，每一種疫苗的規劃，都是在最適當的時間點為嬰幼兒建立抵抗力，不受疾病的侵害，因此「適齡接種」是保護孩子健康的第一步，希望家長能夠全力配合健康手冊的接種時程，按時帶孩子到衛生單位或合約醫療院所接種，讓每個孩子都能在疫苗的保護下，開啓健康的生命與人生。DOH



「新民衆版」心肺復甦術好學好記 可避開口對口接觸 勇於當救命貴人

採訪撰文 / 林慧美

諮詢對象 / 衛生署醫事處處長 石崇良

你是否曾經有過類似的懊悔經驗——在親人的救命現場，心急如焚想施用心肺復甦術（**Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR**）急救，卻毫無信心而作罷，造成終生遺憾；或者單純只是因為不敢對陌生人做「口對口人工呼吸」，徒讓救命的黃金時刻流失！？從**2010年**開始，「救人一命，勝造七級浮屠」可以不再是空談；心肺復甦術有了貼心的「新民衆版」！

2010年這一年，國際上陸續有「國際復甦聯盟（**ILCOR**）」公布急救復甦之科學共識與治療建議，同時，美國心臟醫學會、歐洲復甦聯盟、日本蘇生協議會等也公布新民衆版心肺復甦術（**CPR**）。衛生署醫事處處長石崇良強調，衛生署自2010年起也繼起跟進，大力推動新民衆版**CPR**，主要也是根據《美國醫學會期刊》（**JAMA**）於2010年為期5年的回顧性世代研究發現，新民衆版**CPR**（**Compression-only CPR**）對病患的存活率比傳統**CPR**高，再加上這是一種徒手就可以使用的急救法，所以希望每個國人都能學會。

新版簡化自舊版 不一定得口對口接觸

新民衆版**CPR**是從傳統的專業版簡化而來，也調整步驟，最重要的是，非專業的施救者可以只施行「胸部按壓」的心肺復甦術，避開令人尷尬的口對口接觸。

「當一個人心臟突然停止時，缺氧一旦超過3分鐘，大腦就會缺氧。心肺復甦術就是用強迫給氧和胸部按壓方式，建立患者的血液循環，以維持腦部免於缺氧的急救方式，所以一刻也拖延不得。」石崇良說。

根據美國心臟協會制定新民衆版**CPR**的研究指出，患者在心臟停止的最初幾分鐘，還是有氧氣存留在肺和血液裡，這時儘早對其做心臟按壓，是足以提供心臟復甦、促進血液循環到患者的大腦；根據研究也發現，傳統的施行方式，很容易造成按壓心臟這個步驟的延誤。所以新民衆版的施行順序，就是將以前傳統的**A-B-C**改為**C-A-B**（**C**—胸部按壓 **Chest**、**A**—打開呼吸道 **Airway**、**B**—檢查呼吸 **Breathing**）。藉此建議，沒有受過專業訓練的民衆可施行只有胸部按壓的心肺復甦術，直到自動體外電擊去顫器（**Automated External Defibrillator, AED**）已拿至現場且準備就緒，或專業醫護人員接手為止。

CPR施行前 務必將「生存之鏈」扣上

石崇良特別指出，新民衆版**CPR**必須遵守一個很重要的環節，就是想辦法在第一時間點及時求救，才有機會讓醫護人員儘早到場接手後續。這就構成一條「生存之鏈」（**Chains of survival**），包括儘早求救、儘早心肺復甦術、儘早去顫、儘早高級心臟救命術，這四個環節環環相扣，如果有個延遲，病患存活的機會就非常渺小。


總括來說，目前大力推行的新民眾版CPR口訣改為「叫、叫、C、A、B」，既好記又好學。石崇良進一步解釋：

1. 第一個「叫」，就是要確認患者是否有反應、呼吸，如果沒有才可以施行CPR（否則會有不良影響）。
2. 第二個「叫」，就是請求援助（撥打119），將生命之鏈扣上，啟動緊急醫療救護系統。
3. 再接著C步驟的胸部按壓心肺復甦術，並將胸部按壓以「用力壓、快快壓、胸回彈、莫中斷」之口訣，讓施救者更快學習上手。

非專業的施救者，建議持續C的步驟，之後的A、B由醫護人員接手，即可救人一命。

學習者每隔1～2年須重新訓練

「學習CPR寧可一輩子不用，但一旦使用，就值回一輩子。」石崇良藉此呼籲，有心進一步學習的人，除了可吸收學理課程，還有技術操作的演練，就是對「心肺復甦術訓練模擬假人」練習（俗稱「安妮」）；在講師的指導之下，基本上都可以學習到正確的CPR。不過這急救技能，不像吃飯（天天做），也不像騎腳踏車（學會就終生不會忘記），很容易時間一久就忘了，加上急救技術日新月異（CPR每5年會修訂一次），所以衛生署建議每1～2年就要重新接受訓練一次。

新民眾版CPR好學又好記，希望更多有心的民眾來投入學習；救人救己是一體的兩面，當我們的生活周遭多出無數的救命貴人時，救人也就等同於給自己更多被救的機會！

新民眾版心肺復甦術參考指引摘要表（2010年12月16日 衛生署修訂）

步驟 / 動作		對象	成人 ≥ 8 歲	小孩 1 ～ 8 歲	嬰兒 < 1 歲
(Ⅳ) 確認反應呼吸			無反應		
			沒有呼吸或幾乎沒有呼吸		
(Ⅳ) 求救，撥打 119 請求援助，如果有自動體外電擊去顫器 (AED)，設法取得 AED，進行去顫 (※)。			先打 119 求援	先 CPR 2 分鐘，再打 119	
CPR 步驟			C — A — B		
(C) 胸部按壓	按壓位置	胸部兩乳頭連線中央			胸部兩乳頭連線中央之下方
	用力壓	至少 5 公分	約 5 公分 (胸部前後徑 1/3)	約 4 公分 (胸部前後徑 1/3)	
	快快壓	100 至 120 次 / 分鐘			
	胸回彈	確保每次按壓後完全回彈			
	莫中斷	盡量避免中斷，中斷時間不超過 10 秒			
			若施救者不操作人工呼吸，則持續做胸部按壓		
(A) 呼吸道 (Airway)		壓額提下巴			
(B) 呼吸 (Breaths)		出兩口氣，每口氣一秒鐘，可見胸部起伏			
按壓與吹氣比率		30 : 2			
		重複 30 : 2 之胸部按壓與人工呼吸，直到傷病患會動或醫療救護人員到達為止			
※ 去顫 (Defibrillation)		盡快取得自動體外電擊去顫器 (AED)			
		要用成人的電擊貼片	1 至 8 歲的小孩用小孩 AED 的電擊貼片，如果沒有，則使用成人的 AED 及電擊貼片	執行手動電擊，如果沒有，則使用小孩貼片執行電擊，如果再沒有，則使用成人的電擊貼片執行電擊	

(註) 如遇溺水患者，請執行傳統「叫、叫、A、B、C」步驟，施行 CPR。



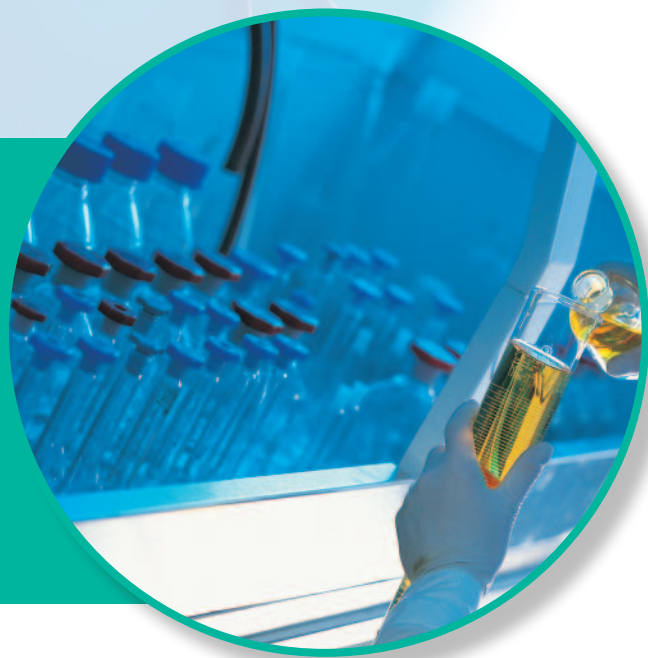
「健康風險」 你意識了多少？

管理、督促，需要全民動起來！

採訪撰文 / 林慧美

諮詢對象 / 陽明大學科技與社會研究所副教授 林宜平

根據社會學家的研究，現代社會是風險社會，以前人們擔心天災，現在多擔心人禍，包括食品、環境、空氣、水等污染，這些科技發展所帶來的後果，也須透過科技來監測與管理。但國內在風險管理溝通，不管政府經費、研究或訓練，都顯得相當不足。



什麼是風險管理？陽明大學科技與社會研究所副教授林宜平舉例，常有衛生署例行查核、學者研究或媒體揭露，告訴你哪些食品檢驗不合格、哪些含戴奧辛或重金屬，焚化爐是否污染水源、核電安全等問題隱藏在生活中，讓生活充滿了「風險」，所以需透過科學監測來進行管理。但對一般民衆來說，這些都看不到，只能依賴學者專家或主管單位的報導來判斷。林宜平進一步強調：「有趣的是世界各國都一樣。如果管制單位說，哪些東西是危險的，大家都相信；但確定或是保證安全的，大家不一定會相信；所以這牽涉到民衆的風險感知。」

民衆的風險感知逐年下降

民衆的風險感知，包括對於管制單位有無受政治力干預、有無真正公布檢驗結果的信任度，「在台灣，這種『機構信任』正逐年降低。」林宜平指出，原因在於一次次的危機事件，例如原本說美國牛肉是安全的，但後來卻發現美國牛出現新案例，或是台灣出現疑似新型庫賈氏病的案例，這時就算衛生署署長挺身吃牛肉，也都無太大用處。

另外就是大家對於吃進肚裡的新奇食品多半持保守態度，最好的例子就是基因改造食品，從原本商機很大，到現在產品（如黃豆）得標示「非基因改造」。林宜平根據多年的研究與觀察發現，最

有趣的是運用很廣的奈米消費產品，目前世界各國都還不知怎麼管理，但國外環保團體已開始留意，分子變很小後毒性會不會改變，會不會污染環境等等。「民衆認為奈米科技運用在癌症標靶藥物的開發很好，但如果食品中加入奈米，她可能還會多想想，或許還是選擇最傳統的。」

另外還有個很重要的因素，就是民衆對於風險管制的標準和信任是猶存疑的。以美國的標準，認為機率在百萬分之一（出門被雷打到的機率）內，是「可接受的風險」。被雷打到是天災，但是否讓小孩接受疫苗接種，父母會衡量後果，如果很可怕，可能會因為這百萬分之一的風險而放棄。況且民衆也會計算，以台灣2,300萬人口的百萬分之一，可能有23人有風險……。藉此林宜平分析，政府部門是在針對機率做管理，認為在某個機率之下可以放心，但民衆卻是在對後果做反應，如果會造成嚴重的後果（例如死亡），就會很小心。

「公開、透明、民主」是政府的加強之鑰

針對民衆有別於科學家與政府管制單位的風險感知，政府部門還有許多努力的空間。但某種程度上，林宜平也為衛生單位抱屈；她說，食品問題最複雜，一隻豬活著時吃的飼料歸農委會管，呼吸的空氣和水歸環保署管，死了就是食品，歸衛生


署食品藥物管理局（簡稱食管局）管；所以萬一豬肉出問題，就需成立跨部會組織協商追查。再者有些食品安全的抽檢費相當高，政府所撥的經費不足，抽檢品項相對減少，鴨蛋可能只抽北中南各一顆；檢驗戴奧辛，這要抽驗那也要檢測，分一分剩下沒多少。

林宜平說，所幸這幾年進步些，食管局從原衛生署獨立出來；但政府和民衆之間，仍處於信任不足的痛苦時期。以美國為例，1970年已經開始環境運動，台灣則是在解嚴後、甚至近10年才開始發展，政府有點措手不及，造成環保團體跟政府的關係不佳。林宜平認為可以「公開、透明、民主」這六字真訣來加強。

1. 公開過程：可建立信任度，譬如處理的專家委員會成員名單、歷次投票結果、有無其他異議。
2. 透明：民衆並不是要求零風險，本來我們每天都在面對不確定的事，要取得民衆信任，是要坦承很多事目前都未知，公開過程反而跟大家的日常生活相符，否則更容易令人生疑。
3. 民主協商：政府不能只針對機率做管理，尤其像蓋核電廠這種機率很小但後果嚴重的風險，可透過協商會議，委員會裡可增加民衆信賴的環保團體、消費者團體代表、民間專家等；政府須理解愈壓抑，民間反彈力道將愈強。

以最近民衆最關切的日本福島核災為例，在缺乏訊息的狀況下，反而容易引起民衆恐慌，衛生署亦主動提供相關訊息（www.doh.gov.tw），提醒民衆提早預作準備。

多管齊下——風險感知才會改變

最後，政府經費、政策面有待加強當是毋庸置疑的。林宜平從學界立場觀察，這5年來學界陸續投入研究、舉辦公民會議並督促政府，讓民衆風險感知開始改變；她也建議媒體針對風險議題多做深度報導，才能降低民衆的焦慮。她說：「許多風險不是三言兩語就可解決，但至少民衆看到政府有在改善、學界有在努力，對風險管理的信任度才能慢慢提升。」





慢飛天使的守護者 趙文崇 & 遲景上

採訪撰文 / 楊語芸

諮詢對象 / 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院院長 趙文崇・醫療社團法人童綜合醫院副院長 遲景上

照片提供 / 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院・醫療社團法人童綜合醫院

我們常用「天使」這個名詞來形容兒童，兒童帶給人間的喜樂和希望，真的很符合我們對天使的印象。但是在大多數健康又聰明的天使之外，還有一群飛不高、飛不快的天使，他們需要特別的協助，才能夠在人間快樂地成長。

照顧這些慢飛天使，除了愛心和耐性外，還需要很多專業。要說到國內發展遲緩兒童的醫療專家，就一定要提埔基醫療財團法人埔里基督教醫院的趙文崇院長以及醫療社團法人童綜合醫院的遲景上副院長，他們兩位在小兒神經醫學方面的專業，堪稱業界的翹楚，而他們對發展遲緩兒童付出的心力以及對台灣早療環境的貢獻，說他們是慢飛天使的守護者，絕不過言。

從愛出發 真誠關懷

從醫30多年的趙文崇一開始只是一名對神經醫學有興趣的小兒科醫師，在彰化基督教醫院（簡稱「彰基」）擔任住院醫師第3年，當時英籍的蘭大弼院長（Dr. David Landsborough IV）退休在即，他是台灣早期非常有名的成人神經科專家，一直希望培養一位專門的小兒神經科醫師，好照顧中部地區腦性麻痺及癲癇的兒童。因此詢問趙文崇，願不願意學習小兒神經科醫學的專業？趙文崇就這樣一路走來以照顧小兒神經疾患的兒童為專業的職志。

在蘭院長以及台灣大學醫學院附屬醫學中心教授沈友仁的訓練下，趙文崇慢慢累積了小兒神經的專業知識。之後他又隨著退休的蘭院長前往英國，在敦倫大學醫學院的 Queen Square 神經研究所研讀神經肌肉學，同時在 Guy's 醫學中心的小兒神經科實習，跟著安德森（Peter Anderson）及布萊恩（Brian Neville）兩位教授學習，初次接觸到嬰幼兒發展及異常的臨床領域。

回台灣後，趙文崇繼續在彰基行醫，照顧小兒神經科病患。只是他慢慢發現，大部分嬰幼兒神經疾患，都會引發語言發展遲緩的後遺症。因此他在1990年負笈美國芝加哥的西北大學溝通障礙研究所，並於1994年獲取語言病理學的博士學位。趙文崇回台灣後，剛好國內開始重視嬰幼兒整體發展與遲緩鑑定，他也在彰基成立兒童發展中心，協助中部地區發展遲緩兒童的鑑定作業，並參與國內早期發展遲緩兒童早期療育的規劃工作。

趙文崇說，所有的嬰幼兒在6歲前都有一段學習成效非常好的發展敏感期。發展遲緩的嬰幼兒，

不論是何種原因，只要早期確立診斷，早期進行復健療育工作，都可降低日後孩童的障礙及依賴度，有些甚至可期待為正常發育。南投縣是各式醫療資源不足的地區。在彰基工作時，就常遇到遠從仁愛、信義山區到彰化就診的病患，舟車勞頓下常影響病患定期就醫的意願，而錯失早期診斷、早期療育的好時機，而造成家庭與社會日後的負擔。當彰基階段性的任務達成之後，趙文崇醫師即接受埔基的邀請，進入埔里基督教醫院擔任院長，並在埔里成立兒童發展中心，一方面延續彰基的經驗，一方面探討南投兒童的發展需求狀況。隨後成立「埔里基督教醫院兒童成長中心」，全心服務南投縣的遲緩兒童。

用心奉獻 讓慢飛天使迎向希望

服務發展遲緩兒童多年，趙文崇深知，家有發展遲緩兒，絕對是家長的負擔，但只要家長有信心、能面對、讓兒童及早接受治療，就能夠避免遲緩現象造成兒童、家庭及社會的三輸狀況。

由於南投縣地理面積廣大，且有許多原鄉部落，趙文崇率領院中的兩位專科醫師，定期到竹山及水里基督聯合診所支援，服務當地的發展遲緩兒童。即便行政事務及看診業務已經佔去多數的時間，他自己還定期到仁愛鄉及信義鄉，提供發展遲緩兒童必要的評估及療育。遇有需要進一步檢查的



埔里基督教醫院兒童成長中心定期會協助原鄉部落的兒童做遲緩評估與師檢。

兒童，埔里基督教醫院還特別提供一處免費的親子套房，讓山區遠道而來的家長和兒童，能夠安心地接受所有必要的檢查，不必擔心時間太晚、無法返家的問題。

採訪期間，趙文崇帶著記者參觀醫院為發展遲緩兒童所規劃的空間，行進中不時有病患跟他打招呼，他也會主動關心看似在醫院迷了路的病患及家屬，白袍下的醫者心，讓人動容。每天面對慢飛天使，趙文崇除了在醫療專業上提供協助，同時他也是這些兒童和家屬的打氣者、支持者和諮詢者。發展遲緩兒童的評估和治療需要長期進行，醫生對於病患和家長的處境能夠感同身受，不僅有助於醫病優質關係的建立，也能夠影響這些特殊家庭的生活態度。

有愛心、有耐心、有同理心，喜見台灣有趙文崇這樣的醫師，幫助我們的慢飛天使，雖然飛得慢，但還是往他們的人生目標，慢慢前進。

以兒童為中心的醫療團隊

以小兒神經科為專長的遲景上，畢業於國防醫學院，並曾經赴美國哥倫比亞大學附設兒童醫院擔任小兒神經科研究員。在歷經台北及台中榮民總醫院的醫學生涯後，轉任位於台中的童綜合醫院，並在該院成立「兒童發展中心」（簡稱兒發中心）及「兒童發展聯合門診」，以協助發展遲緩兒童的問題。



童綜合醫院的兒發中心，經常至偏遠地區提供外展服務。

童綜合醫院的兒發中心成立至今，已經為超過1,200個家庭做個專業評估、療育及轉介等服務，是台中縣發展遲緩兒童重要的守護者。遲景上帶領的團隊，是以兒童為中心的觀點出發，從硬體設施：較矮的大門、針對不同年齡的孩子有粗細不同的欄杆；到軟體服務：單一窗口，幫家長找齊所有的團隊聯合看診，免去家長和子女在門診間奔波的辛勞，電腦化的檢查報告以及兩星期一次的專業成長會議等，都是為了提供發展遲緩兒童更完善的醫療服務。

遲景上回憶1990年前後，台灣開始推動早療計畫時，許多家長聽說自己的子女疑似發展遲緩，往往會勃然大怒，不願接受進一步的診斷和確認。但隨著社會的進步，大家已經知道，早期診斷，才能夠早期接受治療。像某位唐氏症的患者，因為是家中的長子，一出生時媽媽面臨非常大的壓力。還好在遲景上及專業醫師的幫助下，這位唐寶寶在發展黃金期接受治療，減緩了遲緩對他造成的影響和傷害。

團隊合作 為發展遲緩兒謀最大的權益

童綜合醫院的兒發中心十分重視團隊合作，他們定期召開成長會議、檢討會議，同時還在病患間進行滿意度調查，就是希望提供給發展遲緩兒童最好的服務。除了醫療及職能治療的專業人員外，遲景上深知，兒童發展遲緩有時候與家庭的弱勢有關，因此童綜合醫院的兒童發展中心也編制了專業的社工人員，他們是個案的單一窗口，統籌與發展遲緩兒童有關的事務。

此外，兒童發展中心也經常有外展服務，以幫助較偏遠的民衆。像是到托兒所幫助幼教老師，或是到偏鄉的衛生所協助公衛護士等，目的都是希望儘早篩檢、診斷出發展遲緩兒童，儘早進行該有的治療。

以病患為中心，掌握發展的黃金時機，遲景上為慢飛天使和他們的未來，建構了最好的銜接。DOH



守護發展遲緩兒童 早發現早療育

採訪撰文 / 陳婉菁

諮詢對象 / 財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會董事長 雷游秀華

保守估計，六歲之前有發展問題或遲緩之兒童，約佔學齡前人口總數的5~10%，愈早發現，愈能改善狀況；家長是孩子最好的老師，記錄寶寶的成長，如發現疑似遲緩現象，應立即通報。

「七坐八爬九發牙……」這句台語俗話，對於孩子成長有一定的參考依據。財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會董事長雷游秀華，長期推動發展遲緩兒童療育，她主張愈早發現，愈能改善遲緩現象。

「發展遲緩兒童」是指學齡前兒童在認知學習、語言表達、粗動作、細動作、人際互動與情緒發展等方面，較一般同齡兒童落後或異常。例如，動作發展遲緩、語言表達及溝通能力較差或人際關係發展緩慢等。

切身之痛 力推早期療育

畢業於台灣大學農業化學系，並赴美國伊利諾大學攻讀營養學碩士，雷游秀華感嘆，她懷頭胎時，因為缺乏經驗，未能及早發現兒子有智能上的障礙。由於切身之痛，於1991年創辦「財團法人中華民國智障者家長總會」。雷游秀華回憶當時電話進來，同仁自然而然回答「智障者家長總會」，但「智障」一詞，常惹家長反彈，因此決定改變稱呼，1999年另創「財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會」。



財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會至北海岸地區提供外展服務。

「家長是人的集合，但人的意見彙整困難；基金會則是錢的集合，也可以幫助有需要的家庭。」雷游秀華表示，基金會是由一群熱心的家長、醫師、學者及企業家組成，一方面遊說政策制定及推動，一方面宣導早期療育，促使發展遲緩的嬰幼兒能被發現，及早接受協助。

參考國內外文獻，0～3歲是療育黃金期。因為嬰幼兒75%的腦細胞在此時發展完成，若能在3歲前發現有異，並進行療育，就能掌握最佳時機改善，減緩症狀，協助發展遲緩兒童融入主流社會，減輕家庭及國家照顧負擔。

多項指標 攸關成長

要如何早期發現？雷游秀華指出，在第一線的家長要有警覺性，最好從寶寶一出生，就開始記錄。基金會特別設計了「寶寶成長紀錄手冊」，讓父母觀察孩子的成長狀況，除了頭圍、身高體重、看病紀錄等基本資料，還有粗動作、細動作、語言、社會情緒、認知發展等指標，在不同階段，都有不同的參考依據。

如果發現孩子有疑似遲緩現象，應立即向各縣市社會局轉介中心通報；除了家長外，醫師、護士、社工、老師或鄰里長等，只要知情就可以通

報。轉介中心的社工會根據個別狀況，轉介至評估及療育單位，讓孩子儘快獲得協助。

自然環境 有益學習

「不要隔離發展遲緩兒童，讓他們進入一般幼兒園所。」雷游秀華主張，在自然的學習環境與同儕融合，才是最佳學習場所。她觀察到，很多家長把孩子送去醫院，交由專業人士訓練，但一週頂多一次，成效有限，而且失去與同儕相處學習互動的機會；她強調，「早療最好不要太醫療化。」

目前，社會局、教育局派有專人巡迴學校輔導，但各縣市經費不一、人力有限，可能部分偏遠地區一學期才2～3次。雷游秀華說，多數老師看到巡輔員來，感覺鬆了一口氣，立刻把孩子交給巡輔員，未能從旁學習；她建議，最好是教老師如何幫助這些孩子，家長也要一起學，因為「家長是孩子最好的老師」。

有感於偏遠地區資源不足，基金會自2006年起在北部偏鄉作評估服務，但尋找個案通常困難重重。因此，每年配合日本腦炎免費注射時間，0～4歲小朋友會去衛生所打針，基金會早療老師及社工便在一旁篩檢發展遲緩兒童。



發展評估人員針對個案進行討論。

就近服務 拉拔幼苗

雷游秀華回想剛開始服務偏鄉時，因為山裡交通不便，有時天氣不好、有時大拜拜，即使是免費

服務，家長常有理由不帶孩子來。但是連續辦了幾年，現在已有主要照顧者會主動打電話詢問療育時間，顯見努力是有效果的。

基金會深感偏遠地區家長對兒童發展概念不足，因此以預防為出發點，推展兒童發展健康，在偏鄉舉辦「小幼苗團體」，專收0~4歲、來自高風險家庭的小朋友。家長也能透過和孩子一同遊戲互動，學習育兒等相關知識；每1地區1年辦理1個梯次，共4梯次，相當受歡迎。基金會並辦理各種不同研習課程，使專業人員或幼托老師有機會在職進修或交流。

未來，基金會將持續作外展服務，並進行政策遊說，今年預定在另一地區成立早期教育及訓練中心，盡量招收3歲以下的孩子；另外，國小1、2年級的發展遲緩兒童安親，也是一大問題，基金會盼能在學校附近找據點服務他們。DOH

寶寶發展檢測指標表

年齡	應該會做的事
滿6個月	<ul style="list-style-type: none"> 會發出一連串重複的疊音 看到熟人會發出喜悅的表情 坐著用雙手可撐著30秒 會自己翻身（由俯臥變仰臥）
滿1周歲	<ul style="list-style-type: none"> 能聽懂情境中簡單常用的詞彙 會模仿或在提示下做一些簡單常用的手勢 會丟擲東西並注意其動向或結果 會用拇指、食指和中指尖拿東西
滿2歲	<ul style="list-style-type: none"> 至少會穩定使用15個有意義的詞彙 會模仿大人做事或使用器具 會自己上下樓梯 可一頁一頁翻硬紙卡書
3~4歲	<ul style="list-style-type: none"> 能和人一問一答的簡單對話 會對別人表示同情 能單腳站立5秒鐘 可堆疊8至10塊積木

資料提供：財團法人中華民國發展遲緩兒童基金會



二代健保的收費標準 您了解多少？

資料提供 / 衛生署中央健康保險局



Q 二代健保即將上路，究竟保費的收取方式會和現在有何不同？

- 一、二代健保為了避免修法變動過大，減少對民衆之影響，所以維持了現行保險費計算及收取方式，將來民衆仍然會依照現行制度負擔或繳納一般保險費，並不會有任何的不同。
- 二、不過，為了提升保險費負擔的公平性，二代健保規劃對於保險對象之其他所得，如高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等，計收補充保險費；另外雇主也必須

就其每月所支付薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，增列為計費基礎，收取補充保險費。

- 三、未來，民衆的補充保險費，採就源扣繳的方式，由給付民衆特定所得之單位，於給付時，按補充保險費率扣取後向保險人繳納，並不採事後結算的設計，且民衆無須處理任何手續。
- 四、雇主所要繳納的補充保險費，是依照其每月所支付薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，按補充保險費率自行計繳，連同依現行規定應該負擔之一般保險費，按月繳納，不會增加作業上的困擾。

Q 二代健保的保費計算方式為何？

一、政府部分：

二代保費		一般保費	保費差額	
二代保費	=	1. 政府為雇主或補助 1-3 類保險對象：按每個被保險人之投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1+ 眷口數 ^註) 之總額	+	(全年保險經費－法定收入) × 36% - (一般保費)
		2. 政府補助 4-6 類保險對象：第 1-3 類保險對象之平均保費 × 負擔比率 × 各類人數之總額		

二、雇主（投保單位）部分：

二代保費		一般保費	補充保費	
二代保費	=	按每個被保險人之投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1+ 平均眷口數) 之總額	+	(雇主支付薪資總額－受雇員工投保金額總額) × 補充保費之費率 (2%)

三、保險對象部分：

二代保費		一般保費	補充保費	
二代保費	=	1. 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1+ 依附眷屬人數)	+	1. 各項補充保險費之所得或收入金額 × 補充保險費之費率 (2%)
		2. 計費眷屬人數最多 3 口		2. 被保險人及眷屬各自依其其他所得計算補充保險費

註：政府為雇主或補助第 1 類 1-3 目保險費時，眷口數系以平均眷口數計繳保險費。

Q 我是一位家庭主婦，二代健保通過後，我的健保費用負擔會增加嗎？

以先生每月薪資5萬元計算，四口之家每個月保費和現行健保有何不同？（先排除股利、利息及高額獎金等，二代健保保費若以4.91%計算）

家庭主婦負擔不會增加，反而可能會下降。在現行健保制度下，家庭主婦通常依附先生以眷屬身分參加健保，而實施二代健保的目的，主要是希望

讓保費負擔更加公平與合理，也就是說，在一定的保險經費需求下，有人保費增加，相對地一定有人保費減少。主要原因是因為二代健保加收補充保險費，可以使計繳一般自付保險費之費率下降，一般的家庭，若只有上班的薪資，每年獎金也低於4個月，且無其他利息、股利等收入，那麼保費一定會下降。

舉例：如果是一般的四口之家，先生月薪5萬元，太太是家庭主婦，假設因擴大費基加收補充保險費而使費率降到4.91%，那麼全家每月保費將會減輕160元。

收入狀況	現行健保 ^{註1}	二代健保 ^{註2}
除5萬元月薪外，另有獎金15萬元	$50,600 \times 5.17\% \times 0.3 = 785$ 元 / 每人 $785 \times 4 \text{口} = 3,140$ 元 / 全家	補充保費：0 元 總保費： $50,600 \times 4.91\% \times 0.3 = 745$ 元 / 每人 $745 \times 4 \text{口} = 2,980$ 元 / 全家
	保費減輕 40 元（每人） 保費減輕 160 元（全家）	

註1：保險費 = 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1 + 依附眷屬人數)。

註2：保險費 = 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1 + 依附眷屬人數) + 補充保險費費基 × 2%（假設費率）。

Q 我現在單身，每月收入為5萬元，在現行健保及二代健保下，各應負擔多少保險費？

（以4.91%試算有何不同，暫排除股利、利息……等）

單身民衆保費負擔（保費減少案例）

收入狀況	現行健保	二代健保
月薪5萬元外，另有獎金15萬元	$50,600 \times 5.17\% \times 0.3 = 785$ 元（每月） $785 \times 12 \text{月} = 9,420$ 元（每年）	補充保費：0 元 $50,600 \times 4.91\% \times 0.3 = 745$ 元（每月） $745 \times 12 \text{月} = 8,940$ 元（每年）
	保費減輕 40 元（每月） 保費減輕 480 元（全年）	

單身民衆保費負擔（保費增加案例）

收入狀況	現行健保	二代健保
月薪5萬元外，另有超過4個月投保金額的獎金3萬元（即獎金共有約23萬餘元）	$50,600 \times 5.17\% \times 0.3 = 785$ 元（每月） $785 \times 12 \text{月} = 9,420$ 元（每年）	補充保費：3萬 × 2% = 600 元 $50,600 \times 4.91\% \times 0.3 = 745$ 元（每月） $745 \times 12 \text{月} + 600 = 9,540$ 元（每年）
	保費增加 10 元（平均每月） 保費增加 120 元（全年）	



健康 傳播網



01 衛生署食品藥物管理局 一週年局慶典禮

2011年1月1日逢建國百年，衛生署食品藥物管理局（簡稱食管局）也滿週歲了！這1年來，食品藥物管理局以「守護飲食用藥安全、引領科技全新紀元、創造安心消費環境」為使命，「捍衛全民健康、邁向食品藥物管理新紀元」為願景，建構健全完善的食品藥物安全管理體系，實踐衛生署許給消費者「藥求安全、食在安心」的承諾。

為慶祝食管局成立一週年，該局除了在大廳展示各組業務內容，並將第一年施政績效編撰刊印成《食品藥物管理局成立週年慶特刊》，供外界參考。

另外，原衛生署委託經濟部標準檢驗局辦理的輸入食品邊境查驗業務，自2011年1月1日起改由食管局執行；食管局藥粧大樓也已正式啟用，此將更有利於食品藥物相關政策業務的推動。



02 觀光夜市小型餐飲店 衛生輔導表揚

衛生署食品藥物管理局為提升台灣觀光夜市小型餐飲店的整體衛生，保障消費者飲食的

衛生安全及餐飲形象，於2010年年底委託財團法人食品工業發展研究所進行店家輔導。輔導重點為場所衛生、工作人員健康、現場實地操作等是否符合衛生安全，以民衆吃得安全吃得放心為最終目的。

這次選擇北、中、南三區具代表性的觀光夜市進行輔導，共計46家餐飲店通過衛生管理輔導，分別為北區14家（台北市寧夏觀光夜市及饒河觀光夜市）、中區15家（大甲觀光夜市及台中市逢甲觀光夜市）及南區17家（台南市小北觀光夜市）。



03 安寧緩和有註記 生命臨終有尊嚴

立法院已三讀通過《安寧緩和醫療條例部分條文修正草案》重點如下：

1. 新增賦予於健保卡加註安寧緩和醫療意願，其效力等同意願書正本之法源依據。
2. 新增家屬得事後終止或撤除末期病人之心肺復甦術機制。

此次修法除賦予健保卡註記之法律效力外，也可讓醫護人員及時了解病人意願，以避免發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。另外，衛生署中央健康保險局為擴大照護對象，於2000年開始辦理給付安寧住院和居家服務試辦計畫，針對癌症病患施行安寧緩和醫療照護模式，已臻成熟，且該類別之安寧居家療護已自2009年9月1日起導入健保支付標準，同時為擴大照護對象，並將8類非癌症之重症末期病人予以納入健保支付標準。

04 歲末春節「溫心送暖」

全家團圓、親友相聚的時節，最容易引發孤苦無依、罹患重病或獨居長者，產生憂鬱甚至有自殘行為發生，衛生署特別於春節期間邀集內政部共同發起關懷社區長者活動，以1個據點至少訪視10名長者為目標，主動前往探視、關懷，並提供春節應景食物與物品，以及加強提醒24小時服務不打烊之安心專線電話：0800-788-995（請幫幫 救救我）服務，使屬於自殺高危險群之老年人口群都能得到關懷。



05 友善性病門診名單出爐 就診不再難以啓齒



一般民衆對於性病常難以啓齒或忌諱就醫，加上國內許多醫療院所的醫療環境並不符合性病病患的需要，因此，民衆仍不習慣至醫療院所就醫，或完全不

治療，導致病情日漸嚴重，並可能成為感染愛滋病毒的高危險群。

為了提升性病診治的醫療照護品質，並提高民衆去醫療院所治療的意願，衛生署疾病管制局（簡稱疾管局）自2010年起，委託相關醫學會，輔導有意願之專科醫師加入性病防治的行列，並推薦優良性病診治醫師供民衆參考。只要至疾管局網站，點擊「愛滋虛擬博物館」即可連結到泌尿科、皮膚科、家醫科、感染科及婦產科等5大友善性病門診推薦醫師名單，提供民衆就醫參考！

06 中央健康保險局全球資訊網藥材專區簡介

衛生署中央健康保險局（簡稱健保局）為使民衆簡便查詢到依健保制度所領取藥物的相關資訊，即日起可由「健保局全球資訊網」（www.nhi.gov.tw）首頁左下方的「藥材專區」，點選「網路查詢」後再點選「健保用藥品項網路查詢服務」，可在查詢條件的欄位中鍵入下列任一條件：中文藥品名稱、英文藥品名稱、藥品代碼（即健保代碼）、成分名稱，或選擇藥品分類或品質條件分類的下拉選項，再點選「開始查詢」，就可以得到查詢結果。

此外，若點選健保代碼查詢亦可連結到衛生署的網站看到「許可證詳細資料」，包括是否為處方用藥、製造廠資料及詳細處方成分，也可查詢到部分藥物的外觀、仿單（說明書）內容等。



07 邱署長訪視醫院急診 關心類流感疫情變化

228連續假期，衛生署署長邱文達率領醫政主管陸續訪視了台北國泰醫院等10家醫院後表示，農曆春節期間各醫院之急診量約有5成以上的成長，造成急診同仁工作極度負擔，相當感謝所有急診醫護人員之辛勞與努力。

邱署長同時強調，目前流感疫情曲線緩降，但尚未脫離流行季節，目前醫院類流感門診每診約在20~50人次，有效疏解急診之壅塞及避免院內交互感染等，仍有其重要性。衛生署疾病管制局將持續監測每日國內外地區流感疫情變化及國內疫苗接種情形，必要時即可隨時調度增加疫苗及公費克流感藥物之配置使用，以有效控制流感疫情之發展。另外，邱署長亦建議，在這波疫情過後須召開全國防疫專家會議，聽取各界的意見，累積經驗，進行檢討改善。



2010/ **12**

12.1	修訂及公告「行政院衛生署補（捐）助科技發展作業要點」。
12.2	發布《施行人工生殖機構許可辦法》第 9 條修正條文。
12.3	舉辦「APEC 區域經貿整合與公共衛生：亞太地區未來健康議題與挑戰」研討會，邀請 APEC 衛生任務小組首屆主席美國 Dr. Melinda Moore 及日本東京大學醫學研究所 Prof. Kenji SHIBUYA 與會演講。
12.6	本署國民健康局提報之「國家癌症防治五年計畫」榮獲 2010 年第 7 屆「國家永續發展獎」中之永續發展行動計畫執行績優獎，由行政院吳院長敦義授獎。
12.9 ~ 10	辦理「2010 年長期照護保險國際研討會」。
12.13	修訂及公告「行政院衛生署及所屬機關委託研究計畫作業規定」。
12.17	公告 2010 年度新制醫院評鑑第 2 階段合格名單。
12.17	本署食品藥物管理局與奧地利「健康及食品安全署」（AGES）異地簽署台奧食品安全合作瞭解備忘錄（MOU）。
12.18	召開 2010 年第 12 次庫賈氏病病例審查會議，本署疾病管制局依據專家委員之審查結果，發布我國首例新型庫賈氏病極可能病例訊息。
12.21	第 6 次江陳會談中，簽署「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，內容包含「傳染病防治」、「醫藥品安全管理及研發」、「中醫藥研究與交流及中藥材安全管理」及「緊急救治」等四大合作領域，促進兩岸醫藥衛生合作與發展。
12.23	配合基本工資由 1 萬 7,280 元調整為 1 萬 7,880 元，以衛署健保字第 0992600350 號令修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自 2011 年 1 月 1 日生效。
12.28	邀請美國公共衛生協會（APHA）執行長 Dr. Georges C. Benjamin 等人來台參訪，分享美國醫療改革的經驗。
12.28	鑒於南部登革熱整體疫情明顯趨緩，「登革熱中央流行疫情指揮中心」奉行政院同意解散。登革熱防治業務回歸原有機制，由環保署、衛生署及各部會持續督導各縣市政府辦理相關防治工作。
12.29	衛署醫字第 0990265033 號令發布「聽力所設置標準」，並自發布日施行。
12.29	衛署醫字第 0990265057 號令發令「語言治療所設置標準」，並自發布日施行。
12.30	訂定 2011 年健保住院部分負擔上限，每次住院為 2 萬 8,000 元（2010 年為 2 萬 9,000 元），全年上限為 4 萬 7,000 元（2010 年為 4 萬 8,000 元），並自 2011 年 1 月 1 日起實施。
12.30	訂定「輸入食品及相關產品查驗規費收費標準」，自 2011 年 1 月 1 日起施行。
12.30	修正公告《輸入食品及相關產品查驗辦法》，自 2011 年 1 月 1 日起施行。
12.30	公告 2010 年度新制教學醫院評鑑第 2 階段合格名單。
12.31	公告「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫，並自 100 年 1 月 1 日起實施。
12.31	衛署健保字第 0990033955 號函核定 2011 年全民健康保險醫療給付費用協定結果：全民健保醫療給付費用總額成長率為 2.692%；牙醫總額部門成長率為 1.607%、中醫總額部門成長率為 2.370%、西醫基層總額部門成長率為 1.716%、醫院總額部門成長率為 3.007%。
12.31	本署食品藥物管理局舉行一週年局慶並執行輸入食品邊境查驗揭牌及藥粧大樓啓用典禮。
12.31	修正「行政院衛生署補助辦理學術科技研討會作業要點」。

2011/ 01

1.1	自2011年1月起將2010年補助低收入戶孕婦「乙型鏈球菌篩檢」之檢驗費用，擴大補助對象為中低收入戶、山地離島及偏遠地區懷孕婦女。
1.1	收回委託經濟部標準檢驗局辦理之輸入食品邊境查驗業務，由本署食品藥物管理局接辦。
1.3	公告「醫用氣體製造工廠實施藥品優良製造規範（GMP）之方法及時程」。
1.4	蕭副署長美玲拜會澳洲駐台商工辦事處代理代表Mr. Richard Matthews，說明我國參與世界衛生組織之現況及後續目標，爭取澳洲政府支持。
1.6	公告全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為2萬1,900元，並自2011年4月1日起實施。
1.13	衛署健保字第1002660002號令發布修正《全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法》第6條條文。
1.14	本署疾病管制局確認今年首例NDM-1（New Delhi metallo- β -lactamase -1 Enterobacteriaceae）腸道菌感染症確定病例，並未造成國內傳染。
1.14	公告修正「管制藥品分級及品項」，增列「5-甲氧基-N,N-二異丙基色胺」及「疏美妥」為第四級管制藥品。
1.17	公告「新版民眾版心肺復甦術參考指引摘要表」。
1.18	本署及環保署共同辦理「2010年登革熱疫情總結暨感恩記者會」，由本署楊前署長志良及環保署沈署長世宏共同主持，會中感謝台南市、高雄市、屏東縣地方政府衛生、環保單位、新聞局及教育部等其對登革熱防治的貢獻。
1.22	馬總統英九代言「健康100台灣動起來」全國健康減重600噸之計畫，1月24日由行政院吳院長敦義主持啟動記者會，並邀請相關部會共同宣誓減重190噸，22縣市衛生局超標宣誓共同減重854噸。
1.26	舉辦「開創衛福部新景象學者專家座談會」，邀請衛生與社福領域學者及中央與地方機關代表，就其對未來衛生福利部之期待進行座談。
1.26	華總一義字第10000011861號令公布修正公告《全民健康保險法》全文，本次修正之施行日期，由行政院定之。
1.26	我國駐索羅門群島大使館新任烏大使元彥來署拜會，商談駐索羅門群島台灣衛生中心計畫及衛生交流合作概況，由本署蕭副署長美玲代表接見。
1.26	辦理「新制身心障礙鑑定規劃與前置作業說明會」，邀請行政院薛政務委員承泰致詞並主持綜合討論。
1.26	華總一義字第10000015651號令修正公告《人體生物資料庫管理條例》第29條及第30條條文。
1.26	華總一義字第10000015621號令修正公告《安寧緩和醫療條例》第1,6之1,7及13條條文。
1.26	修正《藥師法》第19條及第43條條文修正案，自2011年4月26日起，藥師於交付藥劑時，容器或包裝上應載明之事項除既有規定外，增列「作用或適應症」乙項。
1.27	修正《管制藥品管理條例》第3、4、7、8、13、15～20、22、23、27～30、33、37、42-1條條文；共計20條，其修正重點如下： （一）增訂製藥工廠得以公司設置之規定。 （二）增訂以公告方式訂定之事項，其公告內容並刊登政府公報。 （三）修正管制藥品登記證相關管理事項，以法律明定或以法律授權主管機關訂定法規命令，以符法律保留原則。 （四）管制藥品失竊應涵括於刑事案件，酌修文字部分。
1.28～31	辦理「醫事人力需求推估論壇」，用以推估14類之醫事人員於醫療機構最適切及最合理之人力需求。
1.31	衛署醫字第1000260291號令公告訂定《人體生物資料庫設置許可管理辦法》。
1.31	發行《食品添加物規格檢驗方法彙編》。

2.1	公告中華民國輸出入貨品分類表貨品分類號列 0712.90.10.00-8 「乾百合」等 4 項稅則號列輸入規定為「F01」，並自 2011 年 4 月 1 日生效。
2.9	公告 2011 年度中醫總額醫療照護試辦計畫：「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」承辦院所名單，執行起迄日期為自 2011 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止。
2.10	配合外交部辦理協助海地地震災後重建之捐贈醫療器材計畫，捐贈醫療器材予海地，由海地衛生部長 Dr. Alex Larsen 代表接受。
2.11	公告「100 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」。
2.15	公告「人體生物資料庫審查收費標準」。
2.17	公告「牙體技術所設置標準」。
2.18	辦理「100 年度第 1 次衛生機關聯繫會議」以營造良好夥伴關係，與會人員為本署各單位主管、所屬機關首長及各縣市衛生局長，並增邀請內政部社福單位主管出席。
2.19	舉辦「100 年高階主管共識營」，以凝聚全署共識，期能達成本署使命與願景共識。
2.22	配合外交部及內政部消防署特種搜救隊前往紐西蘭南島「基督城」地震救災，提供常備藥品包。
2.22	公告 2010 年度醫院緊急醫療能力分級評定作業第 1 階段合格名單。
2.23	公告「全民健康保險論人計酬試辦計畫」。
2.24	日本厚生勞動省藥物研究專家乙行 3 人來署拜會，就台灣藥物過敏研究登錄體系及藥物基因學基礎研究成就進行交流，由本署蕭副署長美玲代表接見。
2.25	公告《專科護理師分科及甄審辦法》第 5 次修正條文。
2.25	邱署長文達致函紐西蘭衛生部長 Hon Tony Ryall，表達本署最深的關切，並說明我國搜救隊已於 48 小時內前往該國，未來倘需進一步的醫療救援協助，我國樂於提供。



親愛的媽咪，5歲以下嬰幼兒
是腸病毒重症的高危險群，
愛他請給他最好的防護。



護寶貝的健康 腸病毒進不來！

打造防護網，媽媽有辦法！



勤洗手

外出回家後、摟抱、
餵食寶寶前，請
務必洗手。



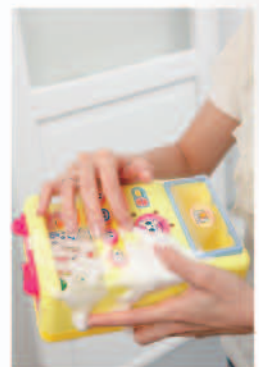
餵母乳

母乳中含有豐富抗體，
多餵母乳能降低感
染腸病毒的機率。



外出回家後更換衣服

爸媽從外面回家之後，請
先更換衣服再抱寶寶。



定期清潔寶寶玩具

要定期清潔、消毒寶
寶的玩具，以免病毒透
過玩具傳染。



若寶寶已感染腸病毒，

請注意是否出現腸病毒重症前兆病徵：

- ☐ 嗜睡：小朋友一直想睡覺，常常意識不清、眼神呆滯或疲倦無力
- ☐ 肌躍型抽搐：無故驚嚇或突然間全身肌肉收縮
- ☐ 持續嘔吐：嘔吐為腦壓上升的症狀表現之一，次數愈多愈要注意
- ☐ 呼吸急促或心跳加快：小孩安靜且體溫正常時，心跳每分鐘120次以上

如出現以上任何一項，請務必送至大醫院治療！



行政院衛生署 關心您
www.doh.gov.tw

健康100 台灣動起來



聰明吃：

1. 多喝白開水，少喝含糖飲料
2. 細嚼慢嚥
3. 正常三餐
4. 低脂少油炸
5. 天天五蔬果
6. 均衡飲食
7. 睡前三小時不進食
8. 每餐不過量（8分飽）
9. 多吃天然未加工食物
10. 不吃零食宵夜甜點



快樂動：

1. 每天規律運動至少30分鐘；或每次運動10分鐘，每日累積至少30分鐘以上也很好。
2. 沒有機會固定運動者，平時留意增加身體活動量。例如：
 - (1) 上下班途中，搭乘大眾交通工具，爭取步行往返搭乘站的時間。
 - (2) 上班期間，上午 10:30、下午 3:30 各做 15 分鐘健康操
 - (3) 步行去用餐、超市、傳統市場或花市；或利用午休時間步行去購買水果及日用品
 - (4) 上下樓層多爬樓梯
 - (5) 到前一站或下一站倒垃圾
 - (6) 幫忙做家事
 - (7) 溜狗
 - (8) 邊看電視邊騎固定式腳踏車或跑跑步機
 - (9) 假日與家人去爬山或從事戶外休閒活動
 - (10) 減少靜態活動（看電視、上電腦及玩電玩）的時間

天天量體重：

每天量體重，可隨時提醒自己維持健康的體重。



行政院衛生署 關心您
www.doh.gov.tw

GPN:2008000143
全年4冊 每冊定價60元

