

拾柒、衛生福利部主管

衛生福利部主管包括衛生福利部、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等 7 個機關，掌理全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、健康促進、社會福利及公共衛生等工作之推展防治業務。茲將 113 年度決算審核結果說明如次（有關歲入、歲出決算之審定及各項差異之原因分析等詳細內容，請至審計部全球資訊網/總決算審核報告/總決算審核報告查詢平台查閱）：

一、計畫實施之查核

業務計畫 39 項，下分工作計畫 42 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、優化保護服務輸送體系、拓展全方位醫療照護體系、建構優質防疫應變體系、優化食安五環及生技醫藥政策環境、營造身心健康支持環境、落實健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 12 項，尚在執行者 30 項，主要係部分補助及委辦計畫暨採購案未及於年度結束前辦理核銷或合約期程跨年度等，仍須繼續執行。

二、預算執行之審核

（一）歲入預算數 30 億 3,850 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 59 億 6,603 萬餘元，應收保留數 1,416 萬餘元，主要係中央健康保險署核處違反全民健康保險法及相關規定之罰鍰及賠償案件等，尚在催繳中；合計決算審定數為 59 億 8,019 萬餘元，較預算增加 29 億 4,169 萬餘元（96.81%），主要係社會及家庭署收回以前年度補（捐）助經費賸餘款較預計增加。

（二）以前年度歲入轉入數計 1 億 5,733 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1,004 萬餘元（6.38%）；減免（註銷）數 100 萬餘元（0.64%），主要係中央健康保險署註銷依法取得債權憑證之違反全民健康保險法罰鍰案件；應收保留數 1 億 4,628 萬餘元（92.98%），主要係衛生福利部應收九二一震災災民慰問金及租金賸餘款，分期收回中。

（三）歲出原編列預算數 3,383 億 9,617 萬餘元，因食品藥物管理署執行核能安全委員會「生物流檢測量能提升專案實施計畫」，補助地方衛生局擴增實驗室檢測項目所需經費，暨辦理食品及相關產品委託檢驗經費不敷等事由，經動支第二預備金 1 億 1,089 萬餘元，合計 3,385 億 707 萬餘元，決算審核結果，修正減列實現數 2 億 2,959 萬餘元，係社會及家庭署各項補助經費賸餘；審定實現數 3,219 億 1,678 萬餘元（95.10%），應付保留數 98 億 8,921 萬餘元（2.92%），保留原因詳「一、計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 3,318 億 600 萬餘元，預算賸餘 67 億 106 萬餘元（1.98%），主要係各項委辦、補（捐）助計畫經費結餘。

（四）以前年度歲出轉入數計 38 億 6,643 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 28 億 9,148 萬餘元（74.78%）；減免（註銷）數 1 億 1,705 萬餘元（3.03%），主要係委辦及補助計畫經費結餘；應付保留數 8 億 5,789 萬餘元（22.19%），主要係衛生福利部部分委辦及補助計畫暨採購案未及於年度結束前完成驗收或合約期程跨年度，須保留繼續執行。

三、重要審核意見

(一) 政府持續推動高齡者暴力防治及心理健康促進措施，並成立國家級高齡研究中心，惟老人保護通報案件數與推估潛在受暴人數間存有落差，且間有老人保護案件係因照顧者不堪負荷引發，又高齡健康及福祉之重大性與前瞻性研究議題仍待研訂，老人憂鬱症篩檢量能尚有提升空間，允宜研謀改善，以增進高齡者生活福祉。

據因應超高齡社會對策方案(112-115年)所載，社會環境之友善與安全，係高齡者無憂安居之基礎條件，應積極建構高齡友善之居住與社會環境。又據衛生福利部(下稱衛福部)統計，老人保護通報案件已由108年度之17,373件，增至113年度之28,038件，且近年我國老人自殺通報案件逐年攀升，112年度通報4,946人次，較108年度3,468人次，增加逾4成。衛福部為保障高齡者人身安全與心理健康，及強化高齡健康與長照相關研究發展，持續推動上開方案所列「強化高齡者暴力防治」、「加強高齡者心理健康促進」、「強化高齡研究與政策前瞻規劃」等具體措施。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 為能及時發掘老人受暴風險案件，老人福利法已規範建立責任通報機制，惟通報案件數與推估潛在受暴人數間存有落差，恐仍有個案未納入保護通報體系；又老人受暴盛行率最新調查距113年底止已逾5年，現今老年人口生活狀況與需求可能已有差異：為能及時發掘老人受暴風險案件，老人福利法第43條與老人保護通報及處理辦法第2條規定，醫事人員、社會工作人員、村(里)長與村(里)幹事、警察人員、司法人員及其他執行老人福利業務之相關人員，於執行職務時知悉老人有疑似照顧疏忽、虐待、遺棄等情事，致其生命、身體、健康或自由發生危難，應通報當地市縣主管機關。經查，據衛福部統計，113年度老人保護通報案件計28,038件，若以該部107至108年委外辦理「老人受暴情形調查研究計畫」調查結果之國內老人受暴盛行率7.99%及113年底老年人口數，推估113年度可能潛在受暴人數約35萬餘人，當年度通報案件數僅占推估潛在受暴人數之7.82%，若以市縣別分析，則介於2.78%至10.43%之間(表1)。

表1 113年度老人保護通報案件占推估潛在受暴人數比率
單位：人、件、%

市縣別	老年人口數 (A)	推估潛在受暴 人數(B)(註1)	老人保護 通報案件數 (C)	通報數占潛在 受暴數比率 (C/Bx100)
合計	4,488,707	358,660	28,038	7.82
臺北市	574,458	45,900	4,352	9.48
新北市	768,492	61,403	2,852	4.64
桃園市	371,475	29,681	2,135	7.19
臺中市	474,248	37,893	3,196	8.43
臺南市	364,115	29,093	2,164	7.44
高雄市	544,267	43,487	4,449	10.23
基隆市	76,844	6,140	501	8.16
宜蘭縣	89,618	7,161	491	6.86
新竹縣	86,088	6,879	449	6.53
新竹市	70,383	5,624	435	7.73
苗栗縣	104,168	8,324	471	5.66
彰化縣	238,924	19,091	1,822	9.54
南投縣	102,680	8,205	856	10.43
雲林縣	138,929	11,101	975	8.78
嘉義縣	111,064	8,875	709	7.99
嘉義市	50,101	4,004	311	7.77
屏東縣	165,532	13,227	907	6.86
花蓮縣	65,112	5,203	445	8.55
臺東縣	42,284	3,379	350	10.36
澎湖縣	21,475	1,716	98	5.71
金門縣	26,206	2,094	65	3.10
連江縣	2,244	180	5	2.78

註：1. 推估潛在受暴人數(B)，係按內政部公告之113年底各市縣老年人口數(A)乘上衛福部107至108年委外辦理老人受暴情形全國性調查之老人受暴盛行率7.99%計算，合計數係加總22市縣計算數據。
2. 資料來源：整理自內政部公布之113年12月各縣市人口年齡結構重要指標及衛福部113年老人保護通報案件統計。

比率普遍偏低，恐有部分老人具潛在受暴風險或已發生受暴事件，遭受不適當對待，惟仍未獲通報或主動求援而尚未進入保護通報體系，無法及時獲致保護扶助服務。次據聯合國統計，全球 60 歲以上長者中，每 6 位約有 1 位曾在社區中遭受虐待。為提升全球對於老人虐待問題關注，世界衛生組織於 2022 年發布「解決虐待老人問題：聯合國健康老化十年（2021—2030 年）5 個優先事項」報告，建議各國應持續辦理老人受暴盛行率調查，定期追蹤及更新老人受暴情形，以反映社會變化趨勢，並藉以評估現行保護措施之有效性。惟截至 113 年底止，衛福部辦理前開老人受暴盛行率調查已逾 5 年，隨著社會環境快速變遷、家庭結構功能改變及政府長期照顧政策推進，現今老年人口生活狀況與需求可能已存有差異，有待強化定期調查機制，作為評估政策規劃調整之參考。經函請衛福部研謀善策，研議定期進行老人受暴情形調查，並強化前端預防服務網絡，以主動發掘潛在高風險個案，適時提供保護服務。據復：已督請各市縣政府加強辦理第一線人員教育訓練，強化責任通報人員之敏感度等；另每 4 至 5 年對老人受暴情形進行調查分析，刻正辦理第 2 次調查工作。

2. 為減輕高齡長者家庭照顧者照顧負荷，已提供相關支持性服務，惟間有老人保護案件係因照顧者不堪負荷引發，且其案發前未曾進入保護服務或長照服務體系：政府為減輕家庭照顧者照顧壓力及負荷，將家庭照顧者納為長照服務對象，自 107 年度起補助地方政府辦理家庭照顧者支持性服務創新型計畫，透過市縣政府結合轄內在地服務單位共同推展服務資源，提供家庭照顧者至服務據點接受支持性服務，113 年度預算數 3 億 929 萬餘元。按衛福部於 113 年 6 月 28 日修正長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程，具長照服務需求家庭之被照顧者，經評估屬長照失能者，其符合轉介標準之家庭照顧者可轉介至服務據點接受家庭照顧者支持性服務，倘被照顧者經評估非屬長照失能者，則將其家庭照顧者轉介其他適切資源提供協助。惟據衛福部分析，109 至 111 年度重大老人家暴案件計 50 件，其中計有 33 件無通報紀錄，逾 6 成高齡者受暴致死或重傷前，未曾進入保護服務體系。又進一步檢視重大老人家暴案件暴力促發因素，以老人失能，照顧者不堪負荷者 13 件，占大宗，其中案發時僅 3 件係長照服務使用者，其餘均未使用長照服務，顯示仍有部分老人保護個案之照顧者因傳統照顧迷思，不願向外求助，致未能獲得政府提供之支持性服務或適切資源協助，持續處於照顧負荷壓力下，現行家庭照顧者轉介支持性服務需求個案發掘及服務連結機制仍有不足。經函請衛福部強化保護服務與長期照顧體系之跨網絡聯繫機制，增進家庭照顧者支持性服務，以降低照顧悲劇發生。據復：將函請各市縣政府督請社工於受理通報案件時，倘發現渠等疑有照顧需求或照顧負荷議題，應使用「長照高負荷家庭照顧者初篩指標」進行評估，並參考介接資訊進行案件風險及需求評估；另將持續辦理初級預防宣導，提高民眾與社區鄰里組織之敏感度與辨識能力。

3. 政府成立國家級高齡醫學暨健康福祉研究中心，以實證基礎提出相關政策建議，惟有關高齡健康及福祉領域之重大性及前瞻性議題仍待研訂，供引導未來研究發展：行政院於 109 年 12 月指示財團法人國家衛生研究院（下稱國衛院）與國立臺灣大學合作成立國家級之「高齡醫學暨健康福祉研究中心」（下稱國衛院高齡中心），衛福部於 111 至 113 年度編列預算 8 億

5,690 萬元，支應國衛院執行「高齡醫學暨健康福祉研究中心計畫」，辦理高齡健康與長照政策所需基礎調查、定期監測及研究分析，俾以實證基礎提出政策建議，作為政府施政之參據。經查，國衛院高齡中心於 110 至 113 年度協助衛福部執行政策研究計 11 件，自行提案與外部單位提案之研究計畫計 34 件，113 年間從口腔營養、長者人權、長照給付及支付制度、長照財務及整合性照護模式等面向，提出相關研究建議，惟尚未訂定有關高齡健康及福祉領域之重大性、前瞻性議題引導研究發展，恐較難獲致系統性研究成果，供政府參據相關政策建言，以策進整體高齡政策規劃。次按國衛院與衛福部合作設立之國衛院論壇，為探討國內衛生醫療及社會福利問題，透由會議討論及排序，釐訂臺灣健康與福利之重大性、急迫性及前瞻性議題，並據以執行相關研究，其研究重點議題之規劃方式，應可作為國衛院高齡中心研訂高齡健康及福祉領域研究議題之參考；又國家科學及技術委員會政府研究資訊系統（GRB）收錄歷年該會補助專題研究計畫、各機關委託研究計畫之基本資料及研究報告等資料，其中 110 至 112 年度「高齡社會」專題相關研究計畫累計達 1,857 件，投入經費 28 億餘元（表 2），可作為盤點國內高齡健康及福祉各項議題研究投入現況之參考。鑑於高齡者健康及福祉議題備受各界重視，經函請衛福部參考國衛院論壇之作法，及利用現行政府高齡研究資料彙整平臺，加強盤點國內缺乏之研究領域，並推動系統性研究，以協助政府因應超高齡社會衍生之迫切施政議題。據復：國衛院已於 114 年規劃啟動盤點事宜，利用現行政府高齡研究資料彙整平臺，掌握過去與目前研究取向，同時參考該院論壇作法，邀請衛福部相關司署與專家進行研議，提出並推動短、中、長期系統性研究。

表 2 政府研究資訊系統收錄高齡研究計畫經費投入情形
單位：新臺幣千元、%

類別	110 至 112 年度投入經費	
	金額	比率
合計	2,804,224	100.00
家庭關係、學習與社會參與	136,825	4.88
友善生活環境	198,411	7.08
高齡社會的居住空間與社區發展	110,266	3.93
防止犯罪與災害	9,944	0.35
高齡友善運輸	27,072	0.97
創新銀髮資訊系統	51,129	1.82
健康促進與長期照護	2,036,065	72.61
失智症治療與照護	519,401	18.52
全面促進健康	798,742	28.48
長期照護體系	381,846	13.62
醫療與照護機構智慧照護系統與照護機器人	336,076	11.98
高齡就業與經濟安全	103,898	3.71
現況分析與需求調查	329,025	11.73

資料來源：整理自政府研究資訊系統公開資料。

4. 衛福部補助地方政府辦理老人憂鬱症篩檢作業，惟篩檢量能尚有提升空間，允宜偕同地方政府研議擴大篩檢作業之可行性，並強化連結社政資源，俾及早發現自殺高風險個案，提供所需之心衛資源：近年我國 65 歲以上老人自殺通報案件逐年攀升，112 年度通報 4,946 人次，較 108 年度增加逾 4 成，各該年度自殺粗死亡率介於每 10 萬人口 26.2 至 28.4 人間，居各年齡層之首；又據衛福部統計，111 及 112 年度老人自殺通報案件中，3 成以上個案具憂鬱傾向、憂鬱症或其他精神疾病，乃各該年度自殺原因首位，顯示老年憂鬱與自殺問題具高度關聯。衛福部為強化老人自殺防治效能，透過「整合型心理健康工作計畫」，補助地方政府針對獨居、老老照顧及有長照需求等高風險老人進行憂鬱症篩檢，並視老人需求提供後續服務，113 年篩檢 70

萬餘人，約占當年度全國 65 歲以上老年人口之 15.63%。惟據衛福部統計，老年憂鬱症盛行率為 16.7%，推估全國憂鬱症老人約 74 萬餘人，部分老人恐未能透過篩檢服務及時識別發現憂鬱症傾向，儘早接受所需之心理照護。又各市縣之篩檢比率尚有落差，最高者 57.31%，另有 12 個市縣低於 1 成（表 3）。次據衛福部 113 年 1 月出版之老人狀況調查報告指出，65 歲以上需協助照顧之老人中，近 6 成兼用長照服務，由照顧服務員提供日常照顧，渠等逐漸成為與老人密切接觸之重要角色。考量 110 至 112 年自殺死亡個案中，逾 8 成無通報紀錄，難以及時提供心理支持，又截至 113 年 10 月底止，經通報在案之老人自殺關懷訪視個案中，逾半數屬長照服務對象，倘能結合社政資源，藉由照顧服務員及時發現老人情緒問題之跡象，可有效促進政府適時介入提供心衛輔導資源，降低老人自殺風險。為維護老人身心健康，經函請衛福部偕同地方政府研議擴大篩

檢作業之可行性，並強化連結社政資源，透過長照服務人力協助關懷長者心理狀況，俾及早通報自殺高風險個案，適時提供所需之心理健康服務，降低老人自殺風險。據復：已督請各衛生機關加強結合在地資源擴大辦理老人憂鬱症篩檢，另為強化長照服務體系之合作，將加強推廣長照服務人員使用簡式健康量表，並依評估結果適時轉介心理衛生資源。

（二）醫療體系淨零排放為國際重要趨勢，衛福部已輔導部分醫療機構進行碳盤查等作業，惟尚未規劃醫療機構淨零路徑，並掌握整體醫療體系碳排情形，且醫院間有用電節能效率、生物醫療廢棄物再利用及電子病歷交換互通等成效不彰，允宜研謀改善，引領醫院具體落實減碳工作，共同善盡社會責任，進而達成醫療機構減碳目標。

國際健康無害組織（Health Care Without Harm, HCWH）於 2019 年發布調查報告，全球醫療部門每年碳排放量高達 20 億噸二氧化碳，約占全球淨排放量之 4.4%，相當於 514 座燃煤發電廠年度總排放量。衛生福利部（下稱衛福部）為協助醫療院所掌握國內外醫療體系淨零碳排趨勢，接軌國際針對醫療體系所提出之永續承諾，113 年度委外辦理「推動醫療院所淨零碳排計畫」，輔導醫療機構進行碳盤查、能源管理推動基礎等。經查衛福部推動醫療機構淨零碳排情形，核有下列事項：

1. 衛福部推動國內醫療機構淨零碳排，惟尚乏醫療機構淨零路徑之長期規劃及指引，且迄未掌握醫療體系碳排放情形，恐不利落實減碳目標：衛福部為協助醫療機構有效採取適

表 3 113 年老人憂鬱症篩檢情形

單位：人、%

市縣別	113 年底 老人人數 (A)	篩檢人數 (B)	篩檢比率 (B/A×100)
合計	4,488,707	701,710	15.63
臺北市	574,458	85,427	14.87
新北市	768,492	208,373	27.11
桃園市	371,475	26,857	7.23
臺中市	474,248	46,738	9.86
臺南市	364,115	27,622	7.59
高雄市	544,267	123,042	22.61
基隆市	76,844	1,690	2.20
宜蘭縣	89,618	8,316	9.28
新竹縣	86,088	7,579	8.80
新竹市	70,383	2,654	3.77
苗栗縣	104,168	2,141	2.06
彰化縣	238,924	21,342	8.93
南投縣	102,680	58,850	57.31
雲林縣	138,929	3,602	2.59
嘉義縣	111,064	11,637	10.48
嘉義市	50,101	2,664	5.32
屏東縣	165,532	32,515	19.64
花蓮縣	65,112	17,161	26.36
臺東縣	42,284	7,376	17.44
澎湖縣	21,475	1,312	6.11
金門縣	26,206	3,661	13.97
連江縣	2,244	1,151	51.29

資料來源：整理自內政部戶政司人口統計及衛福部提供資料。

當措施落實節能減碳，113 年度編列預算 1,800 萬元，辦理「推動醫療院所淨零碳排計畫」，輔導醫療機構進行碳盤查、研擬節能減碳報告、培訓碳盤查種子人員，及辦理節能管理教育訓練等。經查執行情形，核有：(1) 政府於 111 年 3 月 30 日公布我國「2050 淨零排放路徑」，由國家發展委員會等 8 個部會主責推動相關行動計畫。惟衛福部作為我國中央衛生主管機關，尚未將醫療機構減碳面向納入上開行動計畫內容，據以研提相關方案或措施，且 113 年度僅編列預算 1,800 萬元，輔導 20 家以上醫療機構進行碳盤查及完成節能減碳報告，尚乏醫療機構淨零路徑之長期規劃及指引，截至 113 年底止，全國 65 家中央所轄公立醫院中，仍有 24 家囿於院內無相關專業人員，或因法規未強制規範等，係由內部單位依業務職掌各自管理，迄未建立專責單位，亦未訂定減碳目標，且該部復未掌握私立醫院減碳作為相關進程，未能全面引導醫療院所具體落實減碳工作，恐不利早日達成減碳目標；(2) 衛福部國民健康署參考聯合國永續發展目標 (Sustainable Development Goals, SDGs)，自 109 年起藉由健康醫院認證，鼓勵醫院執行溫室氣體管理與減量工作，惟查，112 年度僅有 100 家醫院依油電水消耗量及廢棄物產生量，填報溫室氣體排放量情形，未及同年度 203 家認證健康醫院之半數。又 113 年度在 65 家中央機關所轄公立醫院中，計有衛福部臺北醫院等 19 家醫院，或依 ISO 14064-1 溫室氣體管理標準，或依汽柴油、天然氣、水費及電費帳單等，進行溫室氣體盤查作業，另國立臺灣大學醫學院附設醫院等 4 家醫院尚在

表 4 113 年度中央機關所轄公立醫院辦理溫室氣體盤查情形

單位：家、%

主管機關	醫院家數	溫室氣體盤查情形			
		合計	按 ISO 14064-1 溫室氣體管理標準	非按 ISO 14064-1 溫室氣體管理標準	辦理中
合計	65	23	12	7	4
占比	100.00	35.38	18.46	10.77	6.15
衛福部	26	5	3	1	1
國軍退除役官兵輔導委員會	16	12	7	5	—
教育部	9	4	1	1	2
國防部	14	2	1	—	1

資料來源：整理自各公立醫院提供資料。

辦理溫室氣體盤查作業中，餘 42 家醫院則尚未啟動碳盤查(表 4)，恐影響後續減碳作業之推展等情事，經函請衛福部研謀善策，引領醫院具體落實減碳工作，共同善盡社會責任，進而達成醫療機構減碳目標。據復：(1) 已輔導 40 家醫院推動碳盤查及節能減碳工作，並協助轉介或輔導 10 家醫療院所申請相關部會(如經濟部)之淨零碳排相關補助或輔導資源等，將持續配合整體減碳規劃，逐步推動醫療機構邁向淨零趨勢；(2) 將配合環境部推動期程，優先協助醫學中心掌握碳排放資訊，預計於 115 年度再輔導 60 家醫院進行碳盤查，逐步掌握醫院碳排放現況。

2. 醫院為用電消費主要單位，部分醫院囿於營運績效欠佳，仰賴政府補助經費支應汰換節能設備，惟資訊龐雜查找不易，恐影響設備更新推動進程，間有公立醫院用電超出契約容量，增加額外電費支出：醫療機構設備須 24 小時運作，能源耗用量龐巨，為住商部門電力消費主要單位。經查醫院用電節能作業推動情形，核有：(1) 醫院可透過選用高效率用電設備達成

節能目標，惟部分中央轄管公立醫院長年營運績效欠佳，無力自行負擔節能改善所需經費，須仰賴外部資源挹注。按衛福部已於 113 年度辦理「推動醫療院所淨零碳排計畫」，委託專業團體協助醫院取得政府補助及輔導資源，惟因尚乏單一資訊整合平臺，一旦委辦計畫結束，將不利醫療機構後續查找補助資訊，恐影響設備更新推動進程；(2) 衛福部所屬醫院 113 年各月用電情形，計有八里療養院等 18 家醫院因超約用電，致發生加收費用合計 372 萬餘元，其中南投醫院等 4 家醫院雖於全院安裝能源管理系統及即時監測功能，因增購醫療儀器、新建建物等因素，未適時檢討契約容量，而發生超約用電情事，用電管理措施有待強化；另八里療養院等 12 家醫院，則囿於預算有限，無裝設規劃，或尚在評估中，難以即時掌握電力等系統之耗能狀態，衍生超約風險，不僅增加額外電費支出，亦徒增能源耗損等情事，經函請衛福部協助研謀改善。據復：(1) 115 年度將建置「醫療事業環境永續資訊管理平臺」，整合相關部會輔導與補助資源，於平臺建置完成前，由輔導團隊轉介資源供醫療機構參考；(2) 已釐清部立醫院超約用電遭加收費用原因，並陸續汰換醫院老舊用電設施設備、調整為最適契約容量及優化用電管理等措施，並由該部醫療及社會福利機構管理會列管追蹤醫院用電管理情形，以提升醫院能源管理效率。

3. 衛福部為符合國際循環經濟趨勢及減少溫室氣體排放量，持續推動生物醫療廢棄物再利用，惟多數醫院仍將可再利用之生物醫療廢棄物以焚化方式處理：衛福部為提升生物醫療廢棄物回收再利用成效，以減少溫室氣體排放量，辦理「113 年度輔導醫療機構資源回收再利用及查核共同清除處理、再利用機構污染防治計畫」，決標金額 389 萬元。據該計畫期中報告顯示，112 年度醫院廢尖銳器具 (C-0504)、感染性廢棄物 (C-0514) 等生物醫療廢棄物，實際以減菌再利用方式處理者分別僅有 11 家 (2.46%)、94 家 (29.38%) (表 5)，部分部立醫院指出

表 5 112 年度全國醫院廢尖銳器具、感染性廢棄物處理情形

單位：家、%

處理方式 廢棄物 類別	家數 合計	減菌再利用		部分減菌再利 用、部分焚化		焚化	
			占比		占比		占比
廢尖銳器具 (C-0504)	447	11	2.46	55	12.30	381	85.23
感染性廢棄物 (C-0514)	320	94	29.38	129	40.31	97	30.31

資料來源：整理自衛福部提供資料。

因生物醫療廢棄物產出數量少，或位處偏遠（離島）地區，再利用機構無承作意願或報價金額較高，或因得標廠商僅取得部分再利用項目之處理許可，無法回收全品項，或需由護

理師協助排空液體或另行分類，恐增加其業務負荷等由，多數醫院未能全面落實生物醫療廢棄物減菌再利用作業。為實現資源循環使用之淨零碳排目標，經函請衛福部積極協助醫療機構解決窒礙因素，並加強輔導醫療機構強化生物醫療廢棄物減菌再利用工作，以利減少溫室氣體對環境之危害。據復：持續輔導訪視醫院，從實務面及法規面協助醫療機構強化廢棄物管理作業與再利用推動成效，並舉辦綠色醫療研討會等活動，促進標竿經驗分享及同儕學習；另已規劃修正醫療事業廢棄物再利用管理辦法，新增再利用品項，並自 114 年度起規劃辦理醫療機構循環經濟試辦計畫，以提升廢塑膠再利用效能。

4. 衛福部未正視電子病歷上傳與調閱件數大幅下滑情形，及早規劃改善方向，肇致電子病歷交換中心使用成效長期低落，未能發揮其附隨之節能減碳效益：衛福部國民健康署於「醫院如何於推動健康促進工作時呼應氣候行動實務手冊」載以，醫療院所為達溫室氣體減量工作，其作法之一為使用電子病歷。前行政院衛生署（102年7月23日改制為衛福部）為加速電子病歷之實施及互通應用，且考量電子病歷流通之資訊安全，於100年委外辦理「電子病歷交換中心建置案」，決標金額3,000萬元，自101年3月正式運作，期藉由電子病歷交換中心（Electronic Medical Record Exchange Center, EEC）之索引功能，提供醫療院所跨院調閱醫療影像及報告等類電子病歷交換單張，並補助推廣醫療院所實施電子病歷交換互通相關事宜，截至113年度止，累計編列預算12億8,904萬餘元，實支數11億934萬餘元。經查執行情形，核有：(1) 衛福部於EEC建置初期，透過補助計畫鼓勵醫療院所與EEC完成介接，及逐步擴增使用對象及交換病歷類別，惟該部未能持續完備相應推廣策略，致醫療院所上傳及調閱電子病歷之意願大幅下降，113年度上傳及調閱數分別為1億4,847萬餘筆及16萬餘筆，相較高峰106年度之2億2,009萬餘筆、289萬餘筆，分別僅剩6成餘及未及1成，又長期漠視醫療院所未持續上傳電子病歷索引及調閱電子病歷數量逐年降低之癥結原因，並及早研提有效改善對策，任由電子病歷索引上傳筆數連年下降，損及調閱資料之即時性與完整性，肇致平臺使用成效長期低落，不僅無法充分達成應有之建置效能，亦未能發揮其附隨之節能減碳效益；(2) 衛福部建置EEC提供醫療院所跨院調閱電子病歷交換單張，期達成減少重複檢驗檢查及用藥之目標，惟隨著衛福部中央健康保險署建置健保雲端查詢系統，其收載醫療資訊逐步擴增，日漸取代EEC功能，加以EEC使用誘因不足，資料上傳與使用情形與健保雲端查詢系統相去甚遠，然衛福部多年僅持續投入EEC之維運成本，未積極研議改善方向，肇致EEC使用效能長期低落，未能達成預期建置目的等情事，經函請行政院督促衛福部檢討改善，以維護政府資源運用效益。據復：已於114年4月23日函請衛福部研處。

（三） 國內醫護人力穩定增加，惟五大科醫師人數成長趨緩，醫院醫師及護理人力持續流失，未能適時填補缺口，允宜積極研擬相關策略及配套措施，以均衡醫療機構醫師人力，並補實護理人力缺額，提升整體醫療服務品質。

衛生福利部（下稱衛福部）為充實醫護人力量能，提升醫護人員留任意願，持續辦理重點科別住院醫師津貼補助計畫、提供夜班護理人員直接獎勵及三班護病比新制等多項措施，以增加臨床醫療照護人力，維護國人就醫權益。據統計，執業西醫師人數由107年底之4萬7千餘人，增加至113年底之5萬5千餘人；國內護理人員執業人數，同期間由16萬9千餘人，增加至19萬4千餘人，呈逐年增加趨勢。經查相關計畫執行情形，核有下列事項：

1. 國內醫師人力穩定增加，惟五大科醫師人數成長趨緩，住院醫師招收及留任率屢有起伏，加重現有醫事人力負擔；又健保署雖陸續調整健保支付標準，卻欠缺相應配套，無法確

保醫院落實合理調整人員薪酬：衛福部為充實內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科（下稱五大科）醫師人力，已陸續辦理重點科別住院醫師津貼補助等計畫，另衛福部中央健康保險署（下稱健保署）亦陸續調增五大科健保支付標準等，期強化醫學畢業生投入五大科執業及提升醫師留任意願，以增加臨床醫療照護人力。經查執行情形，核有：(1) 衛福部為鼓勵新進醫師投入五大科並提高留任意願，109 至 113 年度提供五大科住院醫師津貼補助，累計補助 9,668 人次，補助金額計 10 億 5 千萬元，然而醫學中心五大科醫師人力占整體醫師人數之比率，由 107 年度之 50.81% 下降至 112 年度之 46.62%（表 6），反映五大科醫師人力結構占比持續萎縮，尤以內科及兒科為最，且五大科住院醫師招收率中，內科 109 至 113 年度介於 86% 至 94% 間；外科、婦產科分別自 109 至 112 年度、111 年度滿招，降至 113 年度之 83%、93%；兒科更由 109 年度之 98%，下降至 113 年度之 58%，降幅達 40 個百分點；急診醫學科由 111 年度之 69%，逐年上升至 113 年度之 88%，仍未及 9 成。又分析住院醫師留任率，除急診醫學科約 8 成外，其餘均達 9 成，惟婦產科、兒科及急診醫學科相較 109 年度，降幅達 5 至 6 個百分點，顯示醫院五大科面臨新進醫師招募不易、人力流失之困境，長期而言，未能補足缺額，恐加重現有醫師工作負擔，使醫療環境日益惡化；(2) 健保署於 100 至 113 年間，計投入 476 億餘元，調整部分五大科特定診療支付標準，期引導醫事人力朝五大科合理配置。惟依現行全民健康保險法，健保署係與保險醫事服務機構簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並將核定之醫療費用撥付予醫院，若院方薪資分配機制未能合理反映各科別人力投入與實際貢獻，縱使調增健保支付標準，亦難以確保相關調幅反映於醫事人力薪資，並發揮政策引導人力配置之目的等情事，經函請衛福部積極從法規制度面強化配套措施，並全面檢討各科別醫師人力供需，及精進支付制度之設計，以均衡醫療機構醫師人力，提供國人高品質之照護需求。據復：(1) 為維穩關鍵科別醫師人才投入臨床服務，已於「健康臺灣深耕計畫」，規劃「優化工作條件、人才培育、智慧化醫療及社會責任」四大主軸，促使醫療機構採取各項友善職場措施，提升留任率，並鼓勵非現職人員重新投入職場，以鞏固醫療場域人力資源；另透過新興科技及人工智慧技術，鼓勵醫療機構透過資訊化及自動化方式，減緩人力業務負荷及增進工作效率；(2) 已視預算編列情形，優先調整急診、兒童重症、急救責任醫院加護病房基本診療項目（診察費、病房費及護理費）等支付標準，並扣合特定指標（如醫護人員調薪

表 6 醫學中心五大科醫師占整體醫師比率

單位：%

年度 科別	107	108	109	110	111	112
五大科合計	50.81	47.68	47.40	47.38	46.96	46.62
內科	22.45	20.72	20.49	20.53	20.48	20.93
外科	11.52	11.14	11.24	11.26	11.24	10.79
婦產科	4.27	4.01	3.98	4.00	4.03	3.97
兒科	6.74	6.21	6.13	6.11	6.09	5.72
急診醫學科	5.83	5.59	5.56	5.48	5.12	5.20

註：1. 比率計算方式為「該科別專科醫師人數/全體專科醫師人數」。

2. 資料來源：整理自中華民國醫師公會全國聯合會統計資料。

或增聘人力、加護病床收治情形、急診留滯情形等)，達標者始外加其個別醫院前瞻式預算額度，另未及調整項目，來年爭取總額預算支應。

2. 護理人員執業人數逐年增加，執業率維持 6 成，惟醫院護理人力流失，未能填補缺口，致部分醫院因護理人力不足，無法符合三班護病比新制標準，加以衛福部發放醫院護理人員夜班值班獎勵，以提升夜班護理人員輪值意願，惟獎勵條件限定班別，且額度不同，引發爭議：衛福部為因應疫情後及未來人口老化護理照護需求，113 年 3 月起實施三班護病比標準，於 113 年度健保總額其他預算項下「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目編列 40 億元，發給護理人員夜班值班獎勵，另

表 7 醫院護理人力年增減數

單位：人

年度	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
103	1,345	682	609	54
104	1,408	473	937	- 2
105	2,214	1,063	926	225
106	2,210	955	994	261
107	2,556	1,016	985	555
108	2,401	907	868	626
109	1,256	464	307	485
110	621	300	27	294
111	213	- 128	24	317
112	- 318	- 308	- 364	354

資料來源：整理自護理師護士公會全國聯合會提供資料。

為落實健康臺灣政策，報經行政院於 113 年 7 月 4 日核定「護理人力政策整備 12 項策略中長程計畫」。經查執行情形，核有：(1) 據護理師護士公會全國聯合會統計，近年來護理人員執業率維持 6 成，惟醫院護理人力於 103 至 107 年度每年淨增 1,345 人至 2,556 人，自 108 年起淨增人力逐年下降，112 年度反轉為

淨減 318 人（表 7），醫院護理人力流失，且新進護理人力未能適時填補缺口，在人口高齡化之趨勢下，整體醫療需求勢將上升，屆時恐將面臨護理人力嚴重不足之困境；(2) 113 年 9 月有 19 家醫學中心、71 家區域醫院及 50 家地區醫院，計 140 家醫院未能達到三班護病比標準，且部分醫院間有因護理人力不足，無法符合新制標準，或以暫時關閉病床方式因應，恐影響民眾就醫權益與品質；(3) 衛福部發放醫院護理人員夜班值班獎勵，係依醫院層級、大、小夜班別，給予護理人員不同額度之值班獎勵，至特殊病床（如加護病房、急診室等）之夜班獎勵則採總額發放，未明列具體發放標準，由醫院自行規劃運用方式，肇致各醫院間發放標準不一，引發排班糾紛，迭受各界訾議等情事，經函請衛福部積極研謀改善，並補實護理人力缺額，以提升整體醫療服務品質。據復：(1) 截至 114 年 2 月底止，醫院護理人員執業人數較 113 年同期上升，且 114 年度已編列 66 億餘元，辦理夜班護理人員直接獎勵等計畫，並將持續與教育部等 5 個相關部會共同努力，以改善醫院護理薪資及職場環境；(2) 已與衛生局合作建立人力管理系統主動通報機制，並自 114 年 1 月起輔導醫院推動護理人力留任措施；另考量醫院護理薪資及職場環境仍有可改善空間，將與公私立醫療機構持續合作努力留任護理人力；(3) 已於 113 年間蒐集護理人員意見，獲致初步最大共識，114 年度急性病床與慢性其他特殊病床之夜班獎勵標準一致；另白班護理人員獎勵部分，將於「三班護病比先達標獎勵 16 億元」項下，由醫院統籌用於護理人力留任措施，優先給予白班護理人員獎勵。

(四) 政府持續推動肺癌及肝癌預防、篩檢及治療措施，惟肺癌防治實證研究議題尚未涵蓋不吸菸女性肺癌患者比例較高之致病成因及其預防對策，且肺癌

及肝炎篩檢涵蓋率亦待提升，又 B 肝尚乏篩檢、診斷與治療等資料整合回饋機制，允宜研謀改善，以維護國人健康。

癌症居國人十大死因首位，其中肺癌、肝癌分別為癌症死因前 2 位。衛生福利部（下稱衛福部）為降低國人罹癌風險，自 111 年推動「第一期國家肺癌防治計畫（2022-2025 年）」，計畫經費 146 億餘元，推動肺癌危險因子預防及早期偵測等措施；另在肝癌防治方面，考量肝癌死者中約有 8 成為慢性 B 型或 C 型肝炎（下稱 B 肝、C 肝）患者，於 107 年提出「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」，規劃透過 C 肝全口服新藥及強化篩檢等政策，於 2025 年消除 C 型肝炎，並陸續推動「國家肝炎及肝癌防治計畫（2021-2025 年）」及「2025 消除 C 型肝炎計畫（2024-2025 年）」，總經費計 1,060 億餘元，以強化 B、C 肝預防、篩檢及治療措施，期達成 2025 年取得世界衛生組織（World Health Organization, WHO）消除 C 肝認證之目標。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 政府已推動菸害及空氣污染等防制措施，惟國人肺癌發生率仍逐年上升，患者近 7 成不吸菸，其中女性更高達 9 成以上不吸菸，且個案人數漸與男性相當，允宜針對不吸菸女性患者比例較高之致病成因及其預防對策，研議進行相關研究；政府為預防肺癌發生，歷年由衛福部國民健康署（下稱國健署）、環境部推動菸害、空氣污染等防制措施，成人吸菸率已由 85 年之 29.2% 降至 113 年之 12.8%，PM_{2.5} 全國年平均濃度亦由 105 年之 20.0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 降至 113 年之 12.8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 。惟據國健署癌症登記資料統計，全國肺癌標準化發生率由 85 年之每 10 萬人口 25.9 人，上升至 111 年之每 10 萬人口 41.7 人，增幅達 6 成，其中男性自每 10 萬人口 34.6 人增加至 45.9 人，女性更由每 10 萬人口 16.0 人，倍數成長為 38.5 人，111 年男性、女性之肺癌發生個案分別為 9,417 人、8,565 人，女性個案數已漸與男性相當。又 109 至 111 年間肺癌個案近 7 成不吸菸，其中男性個案 3 成餘不吸菸，女性個案則高達 9 成以上不吸菸（表 8），與歐美等西方國家肺癌個案約有 8 成係由吸菸造成之情形相異，顯示非吸菸者之肺癌危險因子，已為我國肺癌防治應關注之重點領域。經查，衛福部為提供肺癌防治工作之實證基礎，已於 110 至 113 年間投入經費 1 億 818 萬餘元，針對不吸菸肺癌高危險族群，持續辦理「以低劑量電腦斷層掃描篩檢臺灣不吸菸肺癌高危險群之研究」、「臺灣不吸菸肺癌的篩檢及整合研究」、「前瞻性多中心臨床研究驗證與優化多面向不抽菸肺癌風險預測模型」等研究，惟相關研究議題尚未涵蓋不吸菸女性患者比例較高之確切致病成因及預防對策，不利精準推動防治措施，提升預防成效，經函請衛福部研議進行相關研究之可行性，以期改善女性肺癌發生率快速增長趨勢，維護國人身體健康。據復：已提高

表 8 肺癌個案吸菸情形

單位：%

年度	全部個案		男性個案		女性個案	
	有吸菸	無吸菸	有吸菸	無吸菸	有吸菸	無吸菸
109	34.3	65.7	63.9	36.1	6.3	93.7
110	33.0	67.0	63.3	36.7	5.4	94.6
111	32.0	68.0	61.4	38.6	6.1	93.9

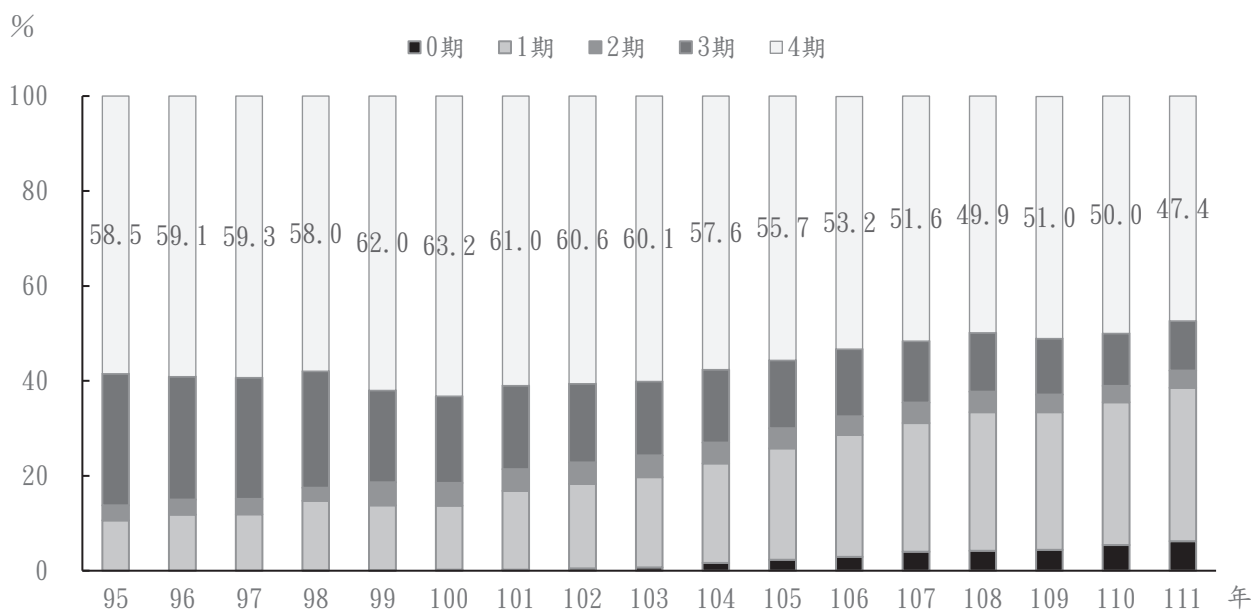
資料來源：整理自國健署提供資料。

辦理「以低劑量電腦斷層掃描篩檢臺灣不吸菸肺癌高危險群之研究」、「臺灣不吸菸肺癌的篩檢及整合研究」、「前瞻性多中心臨床研究驗證與優化多面向不抽菸肺癌風險預測模型」等研究，惟相關研究議題尚未涵蓋不吸菸女性患者比例較高之確切致病成因及預防對策，不利精準推動防治措施，提升預防成效，經函請衛福部研議進行相關研究之可行性，以期改善女性肺癌發生率快速增長趨勢，維護國人身體健康。據復：已提高

115 至 118 年度癌症轉譯研究計畫之肺癌研究補助比重，公開徵求研究計畫，以降低民眾死亡率為目標，評選後擇優補助。

2. 國健署推動肺癌早期偵測計畫，有助發現初期肺癌患者，惟篩檢人數占推估符合資格者比率僅約 2 成餘，且經篩檢確診肺癌者亦未及歷年肺癌發生個案數之 1 成：依國健署統計，107 至 111 年確診肺癌第 0 期及第 1 期個案，5 年存活率可達 9 成，延誤至第 4 期發現者，存活率則僅有 1 成，顯示藉由早期發現介入治療，可大幅提升患者存活率。我國肺癌個案診斷期別屬第 4 期者之比率，由最高峰 100 年之 63.2%，逐步下降至 111 年 47.4%，漸有改善，惟其占比仍為各期別中最高（圖 1），每 2 位新診斷肺癌個案當中，約有 1 人已屬末期患者。國健署為早期發現肺癌患者、早期治療，自 111 年 7 月起開辦肺癌早期偵測計畫，針對具肺癌家族史者、重度吸菸者等 2 類肺癌高危險族群，提供每 2 年 1 次胸部低劑量電腦斷層（Low-dose computed tomography，下稱 LDCT）篩檢服務，截至 113 年底止，累計投入經費 6 億 5,525 萬餘元，全國已有 195 家醫院參與，累計篩檢 159,126 人，追蹤至 114 年 1 月底確診肺癌人數計 2,026 人，其中確診期別為第 0 期及第 1 期者計 1,677 人，約占確診個案總數之 8 成，有助發現初期肺癌患者。惟查，上開已執行 LDCT 肺癌篩檢之 15 萬餘人，與國健署推估符合篩檢資格人數 60 萬人相比，僅約 2 成餘，又 112 及 113 年經 LDCT 篩檢確診肺癌者均約 8 百人，而 108 至 111 年肺癌年度發生個案數每年約 1 萬 7 千人，LDCT 篩檢確診人數未及歷年肺癌確診患者之 1 成。為強化肺癌防治成效，經函請衛福部督促研謀強化肺癌早期偵測計畫之篩檢量能，俾及早發現肺癌個案，提高其存活率。據復：國健署自 114 年起放寬肺癌早期偵測計畫收案對象之年齡及吸

圖 1 肺癌新診斷個案期別情形



資料來源：整理自國健署提供資料。

菸史等條件，擴大肺癌篩檢服務資格，另將持續爭取經費資源，並以多元管道宣傳，鼓勵符合資格民眾進行篩檢，俾及早發現肺癌個案。

3. 國健署透過補助誘因，提升 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗之涵蓋率，惟仍有矯正機關收容人或部分鄉鎮市區民眾，篩檢及檢驗率相對落後：國健署為達成 2025 年消除 C 肝之目標，強化 C 肝抗體篩檢及 C 肝病毒量檢驗之涵蓋率，已透過提升成人預防保健服務（下稱成人健檢）B、C 肝篩檢服務費用，及補助成人健檢 C 肝抗體檢驗陽性個案轉介執行 C 肝病毒量檢驗費用等，期增進醫事服務機構執行 C 肝篩檢及檢驗之意願。另為提升高風險族群篩檢涵蓋率，除定期監測血液透析、愛滋病及美沙冬替代療法病人之感染情形外，國健署自 110 年起與法務部矯正署合作推動矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫，對收容人提供 C 肝篩檢及治療服務。截至 113 年底止，45 至 79 歲一般民眾、矯正機關收容人，其 C 肝抗體篩檢率分別為 66.8%、67.5%，相對其他篩檢族群為低（表 9），且其 C 肝抗體陽性者後續接受 C 肝病毒量檢驗之比率（下稱 C 肝病毒量檢驗率）分別為 77.4%、82.6%，亦相對較為落後（表 9）。復檢視各鄉鎮市區 45 至 79 歲一般民眾篩檢情形，C 肝抗體篩檢率、C 肝病毒量檢驗率未達 60% 者各有 37 個、18 個，其中臺中市區、大肚區、大雅區、沙鹿區、清水區及龍井區、高雄市林園區、新竹縣新豐鄉等 8 個行政區，其 C 肝抗體及 C 肝病毒之陽性率皆高於全國平均，亟待加強相關篩檢及檢驗作為。經函請衛福部督促研謀因應，以衡平各區域及弱勢群體之 C 肝防治成效，促進健康平權。據復：國健署業與民間團體合作訂定「特殊族群消除 C 肝治療補助辦法」，追溯自 114 年 1 月起，補助矯正機關收容人接受 C 肝療程之門診掛號費及部分負擔費用，以提升收容人接受篩檢與治療意願，另針對高風險感染者執行 C 肝快篩，調升補助金額，並將持續強化 C 肝中高風險鄉鎮市區之篩檢策略。

表 9 截至 113 年底各族群 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗情形

單位：千人、%

篩檢族群	目標母體		篩檢、檢驗及陽性率			
			C 肝抗體 (anti-HCA)		C 肝病毒量 (HCV RNA)	
			篩檢率 (註 1)	陽性率 (註 2)	檢驗率 (註 3)	陽性率 (註 4)
45 至 79 歲一般民眾	人口數	10,578	66.8	6.0	77.4	70.8
血液透析者	病人數	108	100.0	10.6	97.4	63.0
愛滋病患	病人數	37	99.0	28.8	94.7	77.3
美沙冬替代治療個案	接受替代治療 人數 (註 5)	32	81.5	90.3	86.9	86.1
2023 至 2025 年矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫參與者	參加衛教說明 會人數 (註 6)	29	67.5	16.5	82.6	53.2

註：1. C 肝抗體篩檢率：(C 肝抗體檢驗申報人數/目標母體人數) × 100。

2. C 肝抗體陽性率：(C 肝抗體陽性人數/C 肝抗體檢驗結果上傳人數) × 100。

3. C 肝病毒量檢驗率：(C 肝病毒量檢驗申報人數/C 肝抗體陽性人數) × 100。

4. C 肝病毒量陽性率：(C 肝病毒量陽性人數/C 肝病毒量檢驗結果上傳人數) × 100。

5. 95 至 112 年曾接受美沙冬替代治療者。

6. 矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫對矯正機關收容人進行 C 肝篩檢之衛教宣導，並就有意願者，提供 C 肝篩檢及治療服務。

7. 資料來源：整理自國健署提供資料。

4. 國健署已建置「國家 C 肝消除進度監測資訊網絡」，整合 C 肝篩檢、診斷與治療監測資料，惟 B 肝尚乏類此資料整合回饋機制，不利掌握其診斷治療情形：國家肝炎及肝癌防

治計畫（2021-2025 年）主要執行策略之一，係推動 B、C 肝防治資料回饋網絡機制，以整合分散於不同權責單位之篩檢、轉介及治療等資料。經查，衛福部國家消除 C 肝辦公室（112 年移撥至國健署，並更名為 B、C 型肝炎防治辦公室）於 110 年建置「國家 C 肝消除進度監測資訊網絡」（下稱國家 C 肝資訊網絡），串接內政部戶政資料、國健署成人健檢及各市縣轄內自辦 B、C 肝篩檢資料、健保 C 肝藥物治療與臨床檢驗等相關資料庫，針對各市縣轄內 45 至 79 歲民眾及各類高風險族群，按季統計其 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗、C 肝治療情形等防治數據，提供中央及地方衛生單位，作為 C 肝消除防治業務之參考。惟在 B 肝方面，衛福部尚未建置類同之防治資料回饋網絡機制，難以完整蒐集 B 肝之篩檢與治療相關資料，不利達成 WHO 2030 年消除 B 肝之目標。次查，衛福部疾病管制署（下稱疾管署）於 98 年間建置「B 型及 C 型肝炎篩檢資訊整合平臺」（下稱疾管署肝炎平臺），分階段整合 B、C 肝之預防接種、篩檢及檢查等相關資料，提供中央及地方衛生單位使用，惟因尚未

表 10 疾管署肝炎平臺使用單位登入次數

單位：次

機關別	110	111	112	113
疾管署	197	107	83	108
新北市衛生局(註2)	—	—	—	5
臺南市衛生局(註2)	—	1	1	—
高雄市衛生局(註2)	2	2	5	—
基隆市衛生局	—	17	3	—
南投縣衛生局	3	—	—	1
雲林縣衛生局	62	57	40	21
嘉義縣衛生局(註2)	16	2	7	1
臺東縣衛生局	2	—	1	6
金門縣衛生局	1	7	2	—

註：1. 本表僅列示有登入紀錄之單位。

2. 使用者包含衛生所人員。

3. 資料來源：整理自疾管署提供資料。

納入健保 B、C 肝治療資料，不利追蹤個案後續治療情形，影響相關單位使用意願，110 至 113 年間該平臺除疾管署各年度登入平臺 83 次至 197 次不等外，僅 9 個市縣曾有登入紀錄(表 10)，平臺運用效益不彰，尚難達成應有之建置目的。經函請衛福部督促研議建置 B 肝防治資料回饋網絡機制之可行性，並檢討疾管署肝炎平臺功能定位，以避免與國家 C 肝資訊網絡資

源疊置，並提升肝炎防治效率及監測成效。據復：國健署為監測 B 型肝炎防治成效，收集與整合不同單位 B 肝防治資料，並將逐步建立國家 B 肝消除進度監測資料，以達成 B 肝消除目標；另考量疾管署肝炎平臺已達成階段性整合與資料彙集任務，為避免資源重疊、撙節支出並強化個資管理，疾管署刻正評估該平臺去任務化作業，以有效運用資源。

（五） 衛福部推動優化兒童醫療照護計畫，強化周產期及急重難罕症醫療照護網絡，惟兒童預防保健服務內涵相較國外先進國家尚待精進，又全國半數市縣聯合評估作業時效未達目標，部分轄內基層醫療院所尚未納入周產期照護合作網絡，另兒童死因回溯分析作業亦有未臻周妥之處，允宜妥擬有效對策因應，以維護兒童健康。

依衛生福利部（下稱衛福部）統計資料，在人口出生率漸減之趨勢下，112 年度新生兒及嬰兒死亡率各為 2.8‰及 4.3‰，均為 10 年（103 至 112 年）來高點。該部為強化兒童醫療照護品質，於 110 至 113 年度辦理「優化兒童醫療照護計畫（第一期）」，4 年間投入經費 35 億餘元，

由預防保健、周產期及急重症照護等面向，強化初級照護及健康管理，並完善周產期與急重症醫療照護服務。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. **兒童預防保健服務內容多年未予研修，檢查次數及項目相較先進國家尚待精進，又肥胖或體重過輕等不健康體位者仍多，恐增加罹患疾病之風險：**衛福部國民健康署（下稱國健署）自 99 年起推動「新一代兒童預防保健服務」，結合兒童健檢與預防接種時程，將健檢次數調整為 7 次，111 及 112 年服務人次均為 87 萬餘人次，服務利用率由 111 年度之 78.6%，上升為 112 年度之 84.2%，有助於維護兒童健康。經查，兒童健檢服務內涵自 99 年以來，多年未予研修，健檢次數相較德國（10 次）、加拿大（10 次）、紐西蘭（12 次）等先進國家較為不足，又我國兒童健檢較側重身體檢查，尚乏以家庭為中心之心理面向評測，兒童健康手冊對於心理衛生教育或病徵辨識等衛教資訊亦有不足，不利增進家長對兒童精神疾患之認知，給予妥適照顧。次查，世界衛生組織於 2013 年通過「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」，呼籲各國應重視兒童肥胖可能導致心臟疾病、糖尿病等各種健康問題。國健署為順應國際健康趨勢，自 102 年起陸續推動「兒童衛教指導服務補助方案」、「兒童及青少年健康體位促進計畫」等，並於 106 年委託臺灣兒科醫學會編纂「兒童肥胖防治實證指引」，作為兒童過重（肥胖）預防及治療之參據。惟據國健署最近一次國民營養健康調查結果，106 至 109 年間 13 至 15 歲、16 至 18 歲兒童過重及肥胖之盛行率為 30.6% 及 28.9%，相較 102 至 105 年之調查結果，分別上升 6.3 個及 3.1 個百分點，兒童肥胖問題仍屬嚴峻。又我國 7 至 18 歲兒童中，約有 1 成有體重過輕情形，且國小生身體質量指數（BMI）過輕之比率，由 101 學年度之 7.1% 上升至 111 學年度之 9.2%，國中生體位過輕之比率亦由 6.2% 上升至 8.0%（表 11），顯示兒童體重過輕問題亦需介入關注，惟現行健康體位促進相關計畫執行策略多偏重肥胖防治，有待就體重過輕兒童，研擬改善體位之相關因應作為。經函請衛福部通盤檢討優化兒童健檢服務範疇，強化兒童心理健康衛教資訊，適時調整健康體位促進策略，確保兒童健康發展。據復：刻正邀集專家及相關專業學（協）會針對現行兒童預防保健內容、時程、費用等進行優化；另已將兒童肥胖防治工作調整為健康體位促進策略，持續監測學童過輕、過重及肥胖等體位趨勢，適時依學童需求，倡議相關行動策略，促進兒童健康均衡發展。

表 11 兒童身體質量指數過輕比率
單位：%

學齡別 學年度	國小生	國中生
101	7.1	6.2
102	6.9	6.3
103	7.3	6.6
104	7.4	6.5
105	7.9	6.7
106	8.2	6.9
107	7.9	6.5
108	8.0	6.3
109	8.9	7.4
110	8.6	7.6
111	9.2	8.0

資料來源：整理自國健署 111 年度健康促進統計年報。

2. **聯評中心作業時效攸關兒童療育服務銜接，惟全國半數市縣辦理時效未達自訂目標值，且各市縣案量差異頗巨，恐影響服務品質：**國健署辦理「補助地方推動兒童發展聯合評估服務計畫」（下稱聯評計畫），委託醫療機構設置兒童發展聯合評估中心（下稱聯評中心），提供跨專業整合性評估服務，並出具兒童發展聯合評估綜合報告書（下稱綜合報告書），作為發展遲緩兒童後續療育之參考，截至 113 年底止，全國已設置 85 家聯評中心（含 10 家核心聯評中心

及 75 家一般聯評中心)，當年度實支經費 2 億 471 萬餘元，完成評估個案 36,990 人次。經查，國健署為提升聯合評估作業時效，於 113 年度聯評計畫訂定初評及複評個案分別自醫師門診日後 30 個及 45 個工作天以內完成綜合報告書等時效管控指標（下稱初評時效指標及複評時效指標），由各市縣政府自訂目標輔導聯評中心落實執行，惟 113 年度初評及複評時效指標未達自訂目標值者，各有 12 個及 14 個市縣（表 12），恐耽延發展遲緩兒童取得綜合報告書時程，影響療育契機。另查，聯評計畫規範核心聯評中心須設置臨床心理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師及社會工作師等 5 職類專業評估人員，113 年度臨床心理師及社會工作師之全國平均案量比分別為 1:134 及 1:195，案量負擔較其他職類為重，且市縣間案量負荷差異頗巨，臺灣本島市縣中，嘉義市 5 職類人力平均案量比為 1:50，彰化縣之案量比則達 1:399，約為嘉義市之 8 倍，工作負擔沉重，惟國健署尚未針對各職類專業人員之評估業務，訂定合理之案量負荷標準，作為衡量專業人力配置之

參據，恐影響聯評服務品質。經函請衛福部督導地方政府積極提升評估作業時效，並研議訂定合理案量標準，以提升聯評服務效能。據復：已將「醫師門診日後 30 個及 45 個工作天以內完成綜合報告書」列入聯評計畫之獎勵指標，並逐年提升補助經費，以協助地方衛生局整合轄下資源，達成時效目標；另持續監測聯評中心各職類人力評估案量情形，並請地方政府評估所轄聯評中心服務量，輔導申請 114 年度聯評計畫聘用專業人力補助。

表 12 113 年度聯評計畫未達初評及複評時效目標市縣

單位：%

時效 指標 序號	初評個案自醫師門診日後 30 個 工作天以內完成綜合報告書			複評個案自醫師門診日後 45 個 工作天以內完成綜合報告書		
	市縣別	達成比率 目標值	達成比率 實際值	市縣別	達成比率 目標值	達成比率 實際值
1	臺北市	88.75	78.60	臺北市	97.50	91.80
2	新北市(註2)	80.00	65.02	新北市(註2)	100.00	96.06
3	高雄市	98.50	70.10	高雄市	100.00	80.10
4	新竹縣	86.67	63.00	新竹縣	100.00	78.50
5	新竹市	100.00	67.80	新竹市	100.00	92.46
6	彰化縣	96.30	68.20	彰化縣	96.70	86.00
7	南投縣	73.00	44.17	南投縣	100.00	40.86
8	嘉義市	92.50	52.90	嘉義市	100.00	76.99
9	屏東縣	90.00	89.82	屏東縣	100.00	97.02
10	花蓮縣	82.00	64.79	花蓮縣	100.00	89.15
11	澎湖縣(註3)	80.00	34.00	澎湖縣(註3)	85.00	57.00
12	宜蘭縣	88.00	85.00	臺中市	100.00	95.00
13				苗栗縣	100.00	99.60
14				嘉義縣	100.00	99.75

- 註：1. 本表僅列示聯合評估作業未達時效目標之市縣。
 2. 據新北市聯評計畫成果報告，該市聯合評估作業時效指標為「初評個案自醫師門診日後 30 個工作天以內安排治療師評估服務」、「複評個案自評估日後 45 個工作天以內完成綜合報告書」。
 3. 據澎湖縣聯評計畫成果報告，該縣聯合評估作業時效指標為「初評個案自醫師門診日後 25 個工作天以內完成綜合報告書」、「複評個案自醫師門診日後 35 個工作天以內完成綜合報告書」。
 4. 資料來源：整理自各市縣 113 年度聯評計畫成果報告。

3. 衛福部建構周產期照護網絡，透過各層級醫療機構之協力合作，提供高危險孕產婦及新生兒完善之照護服務，惟部分地區基層院所尚未納入合作網絡，或缺乏兒科緊急醫療資源，影響急重症個案照護服務品質；衛福部為提升新生兒照護量能，規劃以承辦「兒童重難症照護-核心醫院計畫」（下稱核心醫院計畫）之醫療機構（下稱核心醫院）、周產期照護網絡計畫（下稱周產期照護計畫）之醫療機構（下稱重點醫院），及地區基層醫療機構等三層架構，建構孕產婦及新生兒醫療服務網絡，強化區域內周產期照護能力。經查，截至 113 年底止，全國核心、重

點醫院各有 8 家、9 家，並分別與 357 家地區醫院或基層醫療院所合作，提供高危險妊娠個案之產前轉診及新生兒急重症照護服務，惟前開 357 家醫療院所分別位於基隆市等 18 個市縣，尚有嘉義縣、金門縣、澎湖縣及連江縣等 4 個縣，轄內均無院所與核心或重點醫院合作建立轉診機制，恐影響急重症個案照護服務。次查，衛福部為提升醫療院所兒科緊急醫療能力，輔導醫院取得緊急醫療能力分級評定高風險孕產婦及新生兒照護能力認證，並推動「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」(下稱醫中支援計畫)、「提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫」，期使每市縣均有 24 小時兒科急診緊急醫療服務。據衛福部 113 年 11 月 1 日公告資料，全國計有 89 家重度級急救責任醫院、兒童醫院，或具備高危險妊娠及新生兒醫療照護能力之中度級急救責任醫院，可提供未滿 18 歲兒童 24 小時急診醫療服務，惟經以全國各次醫療區分析結果，仍有「桃園一中壢」等 12 個次醫療區，計 66 個行政區轄內尚乏開設 24 小時兒科急診之醫療院所(表 13)，倘當地兒童遇有緊急醫療需求，須跨區就醫，恐不易掌握黃金搶救時效，危及渠等生命健康。經函請衛福部持續強化布建周產期照護網絡，促進各層級醫療院所之合作，並針對兒科醫療資源不足地區妥擬有效因應對策，以增進兒童就醫可近性。據復：承辦

核心醫院計畫及周產期照護計畫之醫療院所，可透過個案討論會議及遠距會診等多元方式，與鄰近醫療機構建立合作機制，將於 114 至 115 年核心醫院計畫及周產期照護計畫，強化核心、重點醫院與區域內提供周產期照護之醫療機構合作；另將持續辦理醫中支援計畫，挹注兒科專科醫師人力，穩定醫療資源不足地區之醫療服務量能。

表 13 全國次醫療區域缺乏 24 小時兒科緊急醫療資源情形

單位：個

序號	次醫療區域	行政區名稱	行政區個數
合計			66
1	桃園—中壢	大園、觀音、中壢、新屋、楊梅	5
2	新竹—竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰	9
3	彰化—南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州	10
4	南投—南投	草屯、南投、名間、中寮	4
5	南投—竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義	5
6	雲林—北港	口湖、北港、水林、元長、四湖	5
7	屏東—枋寮	枋寮、春日、枋山、獅子	4
8	花蓮—鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱、壽豐	5
9	臺東—關山	關山、池上、海端、鹿野、延平、卑南	6
10	臺東—成功	成功、長濱、東河	3
11	臺東—大武	大武、達仁、金峰、太麻里	4
12	澎湖—不分區	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美	6

註：1. 資料統計時間：衛福部 113 年 11 月 1 日公告資料。

2. 資料來源：本部自行整理。

4. 國健署推動六歲以下兒童死因回溯分析，以提出預防建議，避免類案再生，惟實務研討個案多屬低度可預防性案件，且尚未針對權責單位改善措施之研擬及落實情形建立追蹤機制，影響政策推行成效：依兒童及少年福利與權益保障法第 13 條規定，中央衛生主管機關應進行六歲以下兒童死亡原因回溯分析，並定期公布分析結果。國健署為辦理兒童死因回溯分析，於 106 年起即參考先進國家作法，研訂辦理模式及推動方法，自 109 年起由新北市等 8 個市縣推動試辦，並逐步擴展至各市縣，至 113 年度全國 22 市縣均已辦理六歲以下兒童死因回溯分析。經查，國健署為利地方政府執行相關作業，已編製「地方政府推動兒童死亡原因回溯分析工作參考手冊」(下稱死因分析手冊)，協助地方政府邀集衛政、社政等相關單位及專家學者組成工作小組，召開六歲以下兒童死亡案例討論會議，以提出可預防性之改善措施。據死因分析手冊列

示之作業流程，案例討論會議建議優先討論「可能具高度可預防性之個案」，俾使討論具效益性。惟執行結果，109 至 110 年度新北市等 8 個市縣討論之 90 件個案，其中高度可預防個案計 19 件，約占 2 成；111 至 112 年度臺北市等 19 個市縣討論之 344 件個案中，亦僅有 3 成 5

表14 六歲以下兒童死亡原因回溯分析討論個案可預防性情形
單位：件、%

可預防性	死因回溯分析年度	109 至 110 年度		111 至 112 年度	
		件數	占比	件數	占比
合計		90	100.00	344	100.00
高度可預防		19	21.11	122	35.47
中度可預防		18	20.00	56	16.28
低度可預防		48	53.33	137	39.83
資訊不足		5	5.56	29	8.43

註：1. 109 至 110 年度於新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義市、屏東縣及臺東縣等 8 個市縣辦理。
2. 111 至 112 年度於臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、嘉義市等 19 個市縣辦理。
3. 資料來源：整理自「110 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析報告」及「111-112 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析結果報告」。

屬高度可預防個案（表 14），甚有資訊不足個案列入討論，恐影響整體討論效益。另現行死因回溯之分析結果，係由國健署將分析報告函送中央及地方政府相關單位，依業管權責研議可預防措施，尚乏權責單位後續改善措施落實情形之追蹤管考機制，恐減損政策執行效益。經函請衛福部輔導各市縣政府強化選案機制，聚焦重要之指標性個案，並研議就死因回溯分析結果，建立後續追蹤管考機制，以提升兒童死亡預防政策之執行效益。據復：為提高討論效率，已修訂 114 年死因分析手冊，建議優先選列「未經府方討論且可預防性高之個案」，並明定地方政府得事先蒐集兒童死因回溯分析必要之資料，以減少資訊不足個案列入討論；另請地方政府召開個案討論會議時，就專家及與會人員所提建議，納入後續追蹤改善事項，國健署亦規劃彙整地方政府提報之改善作為，供各縣市政府及相關中央部會作為研議預防兒童死亡之相關策略參考。

（六） 衛福部為提升國人口腔照護成效，辦理國民口腔健康促進計畫，推動預防保健及衛教宣導措施，並建置特殊需求者牙科服務網絡，惟民眾口腔自我保健觀念仍待強化，且特殊需求者未能就近獲得醫療照護服務，又部分類別住宿式機構尚未納入口腔照護輔導訪查執行範疇，允宜研謀改善，以完善口腔健康照護體系，保障國人口腔健康。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）考量口腔健康影響民眾生活品質甚巨，提出「8020」口腔健康目標，期使 80 歲以上之長者仍保有 20 顆自然牙。衛生福利部（下稱衛福部）為維護國人口腔健康，於 111 至 115 年度辦理國民口腔健康促進計畫（第 2 期），推動各生命週期口腔照護服務及健康促進措施，並擴展布建資源及服務輸送量能，計畫總經費計 63 億餘元。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，推動各項預防保健及衛教宣導措施，惟民眾潔牙識能及洗牙利用率尚有不足，不利降低口腔疾病發生風險；衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，於 111 至 113 年度辦理「口腔保健計畫」，推動國小學童牙齒塗氟、白齒窩溝封填等預防保健服務及相關衛教宣導措施，另衛福部中央健康保險署（下稱健保署）亦提供 13 歲以上民眾每半年 1 次、口乾症或患有心血管疾病等齲齒高風險族群每 3 個月 1 次之洗牙服務給付，期藉由預防保健及定期檢查，降低國人口腔疾病發生率。惟據衛福部 113 年 7 月公布之 112

年度牙醫門診總額一般服務執行結果評核報告，108 至 112 年度整體國人口腔預防保健之利用率介於 45.73%至 49.97%之間，尚未及 5 成，而口乾症、懷孕婦女、糖尿病及患有心血管疾病等高風險族群，111 及 112 年度各季洗牙人數占各該補助對象人數之比率，更僅為 0.03%至 1.16%不等；復據衛福部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查」結果，每天刷牙兩次以上者雖超過 8 成，惟其中僅約 7 成選用含氟牙膏，又「每天使用牙線（棒）」清潔牙齒鄰接面者則不到半數。顯示多數民眾仍未定期使用政府提供之口腔預防保健及定期檢查服務，口腔健康識能及日常預防保健行為尚有不足，恐影響口腔健康狀況，增加罹病之風險。經函請衛福部持續強化衛教宣導，增進國人自我保健觀念，以維護口腔健康。據復：為強化國人口腔照護，將持續依據實證基礎推動各年齡層口腔預防保健政策，並結合地方衛生局及專業團體，透過多元管道強化衛教宣導，提升民眾口腔健康照護識能，積極達成 WHO「8020」口腔健康目標。

2. 衛福部為改善弱勢族群之健康不平等，推動建置特殊需求者牙科服務網絡，惟相關醫療照護資源仍顯不足，部分特殊需求者未能就近獲得醫療照護服務：政府為改善弱勢族群之健康不平等，滿足身心障礙者等特殊需求者之口腔醫療服務，依身心障礙者權益保障法第 24 條及身心障礙者特別門診管理辦法第 3 條規定，由地方衛生主管機關指定醫院設置牙科特別門診（下稱衛生局指定門診）；衛福部為提升身心障礙者口腔醫療服務之可近性，亦自 111 年起推動「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎助計畫」及「特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫」（下統稱為獎助計畫），113 年度支用經費 4,677 萬元，補助各醫療院所開設特殊需求者牙科門診，以擴展醫療服務資源。截至 113 年底止，各市縣政府共指定 100 家醫院開設牙科特別門診，另有 21 個市縣、36 家醫院參與衛福部獎助計畫。經查，特殊需求者口腔疾病型態多樣，屬中重度級之身心障礙者，因其所需診療時間較長，每 1 診次僅能安排 1 至 2 位病患，致有部分患者等候時間較長情事，據衛福部 113 年 11 月統計資料，112 年度衛生局指定門診，加計衛福部獎助計畫參與醫院開設之特殊需求者牙科門診，合計開設診次為每週 1,066 診，推估全年度診次約為 55,432 診，以每診可診療 2 位病患估算，可接受牙科醫療服務之特殊需求者約為 110,864 人，尚未及當年度中、重及極重度身心障礙者 718,415 人之 2 成，其中 8 個縣市甚未及 1 成（表 15）；另依健

表 15 112 年度特殊需求者牙科門診開設情形

單位：人、診、%

市縣別	中、重及極重度 障礙者人數 (註 1) (A)	特殊需求者牙科門診		涵蓋率 (B/A× 100)
		每週診 次	推估全年度可診 療人數(註 2) (B)	
合計	718,415	1,066	110,864	15.43
臺北市	107,832	252	26,208	24.30
新北市	90,812	126	13,104	14.43
桃園市	52,160	52	5,408	10.37
臺中市	77,501	84	8,736	11.27
臺南市	55,195	71	7,384	13.38
高雄市	85,093	100	10,400	12.22
基隆市	10,904	9	936	8.58
宜蘭縣	16,401	77	8,008	48.83
新竹縣	14,396	4	416	2.89
新竹市	14,741	24	2,496	16.93
苗栗縣	19,265	26	2,704	14.04
彰化縣	39,647	34	3,536	8.92
南投縣	18,444	25	2,600	14.10
雲林縣	27,679	23	2,392	8.64
嘉義縣	18,854	13	1,352	7.17
嘉義市	9,877	26	2,704	27.38
屏東縣	30,007	22	2,288	7.62
花蓮縣	14,920	64	6,656	44.61
臺東縣	8,741	23	2,392	27.37
澎湖縣	3,397	3	312	9.18
金門縣	2,340	2	208	8.89
連江縣	209	6	624	298.56

註：1. 全民健康保險保險對象資訊檔中，特殊身分註記代碼為「2 中殘」、「3 重殘」、「6 中殘+災民」、「7 重殘+災民」。

2. 以每週開設診次推估全年度診次，復以每診可診療 2 位病患估算全年度可治療人數。

3. 資料來源：整理自衛福部及健保署提供資料。

保就醫資料分析，111 及 112 年度中、重及極重度身心障礙者牙科就醫率分別為 31.77%、33.58%，較同期間國人牙科平均就醫率 48.85%、51.27%，落差逾 10 個百分點，且跨區就醫率亦由 111 年度之 29.21%，上升至 112 年度之 29.75%，顯示中重度身心障礙者牙科醫療資源尚有不足，就醫之近便性仍待提升。經函請衛福部持續布建特殊需求者口腔醫療資源，以提升服務覆蓋率。據復：將持續偕同各市縣衛生局積極輔導轄區醫療機構開設身心障礙者牙科門診，並發展結合社福、教育及醫療體系資源之網絡服務模式，以提升特殊需求者口腔醫療服務之近便性。

3. 衛福部補助各市縣政府辦理整合型口腔健康促進計畫，推動住宿式機構口腔照護輔導訪查作業，惟部分類別之住宿式機構尚未納入計畫推動範疇：衛福部鑑於機構照護之長者眾多，為維護渠等口腔健康，於 112 及 113 年度支用經費 3,493 萬餘元，推動「整合型口腔健康促進計畫」，將機構口腔照護輔導訪查列為工作項目，補助各地方政府辦理查訪作業；又為提升住宿式機構住民口腔照護成效，於 113 年度整合型口腔健康促進計畫增辦機構口腔照護教育訓練與實地指導，及口腔照護調查等事項，由各地方政府以實地指導方式，蒐集轄區住宿式機構需求，並結合牙醫師公會等專業資源，提供適切之照護輔導，以強化機構住民口腔健康。惟查，該部辦理輔導訪查、教育訓練與實地指導之對象，僅限於地方衛生機關管轄之住宿式長照機構、一般護理之家及精神護理之家等 3 類機構，至老人福利機構及身心障礙福利機構等 2 類住宿式機構，僅透過地方衛生局以問卷調查方式瞭解口腔照護執行現況，未納入訪查及實地指導範圍。據衛福部 113 年 7 月統計資料，截至 112 年底止，老人福利機構及身心障礙福利機構計 1,323 家，占全國住宿式機構總家數近 7 成，其可供進住人數占全國住宿式機構可進住總人數之 58.82%（表 16），已超逾半數，於未列入輔導訪查及實地指導機制之現況下，恐難以確保該等機構住民口腔照護品質。經函請衛福部研議將老人福利機構與身心障礙福利機構納入實地輔導範疇之可行性，以提升機構住民口腔照護成效。據復：業將「辦理住宿式機構口腔照護調查」納入地方

衛生機關口腔健康業務考評指標，調查對象涵括老人福利機構及身心障礙福利機構，並將身心障礙福利機構「員工接受身心障礙者口腔照護相關課程」及「口腔照護支持服務」等指標，納入 114 年度身心障礙機構評鑑項目，未來將持續精進機構口腔照護相關政策，維護住民口腔健康。

表 16 112 年底各類住宿式機構設置情形

單位：家、人、%

機構類型	住宿式機構家數		可供進住人數	
	家數	占比	人數	占比
合計	1,984	100.00	138,981	100.00
住宿式長照機構（註 1）	95	4.79	7,417	5.34
一般護理之家	520	26.21	44,916	32.32
精神護理之家	46	2.32	4,893	3.52
老人福利機構	1,057	53.28	60,060	43.21
身心障礙福利機構	266	13.41	21,695	15.61

註：1. 不包含中央機關管轄之住宿式長照機構。

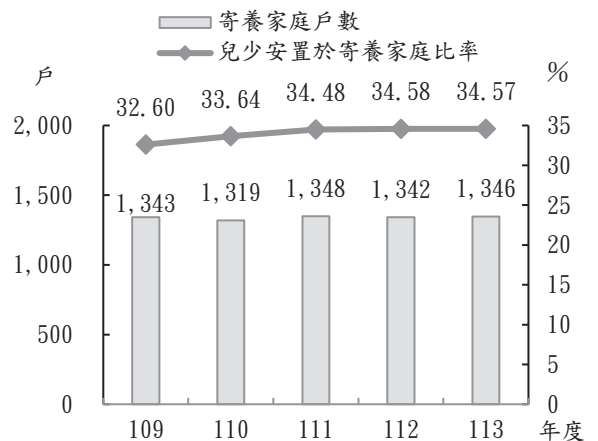
2. 資料來源：整理自衛福部統計處網站 113 年 7 月公布資料。

（七） 衛福部為維護兒少最佳利益，持續布建親屬安置及寄養家庭等家庭式安置資源，及辦理兒少性剝削防制業務，惟寄養安置比率及寄養家庭留任率未達預期目標，且違反兒少法規定之實際照顧兒少者接受強制性親職教育輔導之完成時效欠佳；另兒少性剝削通報案件逐年攀升，且兒少性影像轉碼比對移除計畫服務涵蓋率偏低，允宜研謀改善，以保護兒少身心健全發展。

衛生福利部（下稱衛福部）為維護兒童及少年（下稱兒少）生命權、生存與發展權，於 111 年 1 月 7 日訂定「兒少替代性照顧政策」，擬訂 6 大政策目標作為家外安置服務之依據，以確保其符合兒少最佳利益。又鑑於社會經濟與家庭結構急遽變化，家外安置兒少需求多元且問題複雜特殊，自 111 年起於強化社會安全網計畫第二期計畫策略二新增「精進及擴充兒少安置資源」，113 年度編列預算 2 億 5,484 萬餘元，補助各市縣政府提供相關專業支持與資源挹注，持續布建家庭式安置資源，提升安置兒少照顧品質。又政府為防制兒少遭受任何形式之性剝削，制定兒童及少年性剝削防制條例（下稱兒少性剝削防制條例），並由衛福部辦理兒少性剝削防制之法制研修、調查評估、推廣等，及辦理兒少性影像轉碼比對移除計畫，以保護兒少身心健全發展，減少性影像再度散布，並提供被害人保護服務。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 為維護兒少最佳利益，持續布建親屬安置及寄養家庭等家庭式安置資源，惟兒少保護親屬家庭媒合與支持計畫之成效評核方式尚欠嚴謹，且寄養安置比率及寄養家庭留任率未達預期目標：據衛福部統計，截至 113 年底止，我國家外安置兒少計 4,457 人，占總兒少人數 354 萬餘人之 1.26%，其中親屬安置及寄養安置占家外安置人數比率分別為 7.18%、34.57%。經查，衛福部自 111 年度起運用公益彩券回饋金辦理「兒少保護親屬家庭媒合與支持計畫」，補助地方政府推動家庭參與團體決策中有關尋親、資源評估等多元支持服務，強化親屬安置服務量能，112 年度計有高雄市等 14 個市縣提出申請。惟經檢視各市縣政府提報之 112 年度成果報告，計有高雄市等 9 個市縣成果報告所列計畫目標與申請書所訂項目有間，或未完整敘明原訂計畫目標之達成情形，致無法具體評估各項服務執行成效；另基隆市等 8 個縣市自行訂定之計畫目標僅包含過程面指標（如辦理親屬會議場次數、訪視服務人次等），未敘及結果面指標，無法具體衡量計畫所訂強化親屬安置服務量能等計畫目標之執行成效，顯示該計畫成效評核方式尚欠嚴謹，不利評估各該市縣親屬安置服務執行現況與服務品質。次查，衛福部社會及家庭署（下稱社家署）為維護家外安置兒少最佳利益，維持既有寄養家庭量能，於 110 年 7 月 16 日修訂兒童及少年寄養家庭服務工作指引，敦促地方主管機關放寬寄養家庭資格年齡限制，鼓勵老齡族群投入儲備寄養家庭行列。兒少安置於寄養家庭比率由 109 年度之 32.60% 增加至 113 年度之 34.57%（圖 2），惟仍未達預期目標 36.60%，又 109 至 112 年度寄養家庭留任率介於 88.49% 至 93.66% 之間，亦未達每年維

圖 2 國內兒少安置於寄養家庭比率及寄養家庭戶數



資料來源：整理自社家署提供資料。

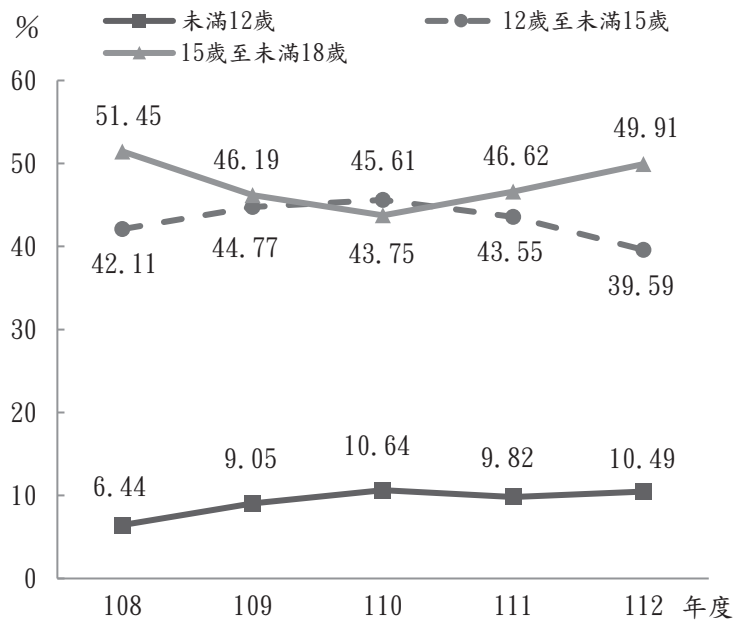
持 95%之預期目標。另國內整體寄養家庭戶數由 109 年度之 1,343 戶，增至 113 年度之 1,346 戶，其中除連江縣無核准寄養家庭外，113 年度計有新北市、桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、嘉義縣、宜蘭縣、臺東縣及金門縣等 10 個市縣之寄養家庭戶數較前一年度減少，降幅約在 2.38%至 18.18%之間，顯示部分市縣寄養家庭戶數不增反減，招募與留任成效欠佳。經函請衛福部研謀改善，以提升親屬安置及寄養安置服務量能，增進服務品質。據復：將研議建構兒少保護親屬家庭媒合與支持計畫之相關評估機制，以周延成效評估；另持續補助各市縣寄養家庭喘息服務等，針對新任寄養家庭鼓勵地方政府提供即時支持服務，並納入社福考核指標，督導地方政府提供寄養家庭適足支持，又因應兒少多元安置需求，業於兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法）草案增加團體家庭安置類型相關規定，使兒少得於最適之家庭環境中成長。

2. 為強化家庭照顧功能，兒少法明定違反規定之實際照顧兒少者須接受強制性親職教育輔導，惟其完成輔導率及時效欠佳，且未完成輔導案件已裁罰比率仍低：政府為強化家庭照顧功能，避免兒少因家庭功能不彰，致無法於家庭中生活成長，於 104 年 2 月 4 日修正兒少法第 102 條規定，父母、監護人或實際照顧兒少之人對兒少有身心虐待、使兒少遭受虐待迫害或未禁止兒少施用毒品及出入危害身心健康場所等情況者，主管機關（市縣政府）應命其接受 4 小時以上 50 小時以下之親職教育輔導，以增進其教養照顧兒少能力，保障兒少權益。經查，111 及 112 年度經各市縣主管機關裁處親職教育輔導案件分別為 2,780 件及 3,001 件，惟截至 113 年 8 月底止，距各該裁處年度已分別逾 1 年 8 個月及 8 個月，仍有 806 件及 1,306 件尚未依上開兒少法規定完成親職教育輔導，占當年度裁處案件數之 28.99%及 43.52%，除金門縣已完成所有輔導案件、嘉義縣 111 年度裁處案件及澎湖縣 112 年度裁處案件輔導完成率分別達 9 成、8 成外，其餘市縣裁處親職教育輔導案件完成率僅介於 3 成至 7 成，顯見受裁處親職教育輔導案件完成率及時效普遍欠佳。又進一步檢視 111 及 112 年度經裁處親職教育輔導案件，截至 113 年 8 月底止，因個案不接受或拒不完成並經市縣政府裁處罰鍰者分別計 100 件、231 件，已裁罰者尚未及 1 成、2 成，且其中僅 33 件、35 件經裁罰後已完成親職教育輔導，其餘 67 件、196 件遲未完成。顯示各市縣政府對於未依兒少法第 102 條規定完成親職教育輔導者，未積極追蹤並依法落實裁罰，強制力仍顯不足，影響政府藉由親職教育輔導提升兒少照顧者照顧知能之目的。經函請衛福部研謀改善，並督促市縣政府依兒少法規定落實辦理，以逐步協助強化實際照顧兒少者之照顧能力。據復：業召開會議檢視各地方政府親職教育完成情形，並請執行落後之地方政府研提改善策略，持續追蹤檢視其辦理情形，以落實法制。

3. 兒少性剝削通報案件逐年攀升，其中兒少性影像相關類型占比逾 8 成 5，且部分兒少安置機構辦理自我保護訓練，未落實納入數位環境性暴力課題：據衛福部兒童及少年性剝

削通報被害人概況統計資料顯示，兒少性剝削被害人通報人數自 108 年度之 1,211 人，逐年增加至 112 年度之 3,354 人，增加幅度達 1.77 倍，其中未滿 12 歲之被害人占比，自 6.44% 上升為 10.49% (圖 3)，兒少性剝削通報案件逐年攀升，且未滿 12 歲之被害人有增加趨勢；又與性影像相關類型之案件 (下稱性影像案件) 自 108 年度之 717 件，逐年增加至 112 年度之 2,914 件，分別占各該年度總通報案件之 59.11%、86.88%，5 年間增加 27.77 個百分點，顯示性影像案件大幅增加，有待強化兒少性剝削防

圖 3 兒童及少年性剝削通報被害人年齡占比



資料來源：整理自衛福部提供資料。

制作為。又依「落實兒童權利公約第 2 次國家報告國際審查結論性意見之行動回應表」問題分析載述，社家署「兒童及少年安置及教養機構性侵害事件處理原則」已明定兒少安置機構應舉辦性侵害自我保護訓練，且課程內容須加強兒少對於「數位環境性暴力」風險辨識。衛福部為落實上開意見，督導地方政府透過輔導查核掌握兒少安置機構辦理情形，惟查，112 年度全國尚有 27 家兒少安置機構之自我保護訓練尚未納入數位環境性暴力課題；另現行「兒童及少年安置及教養機構輔導查核表」尚未將自我保護課程納入數位環境性暴力課題情形列為查核範疇，不利引導地方政府落實輔導查核機構辦理情形。經函請衛福部研謀改善，偕同相關部會就性影像案件持續增加情形，合作強化防制機制，並督促落實辦理數位環境性暴力相關教育訓練，以提升兒少自我保護能力。據復：賡續請相關部會擬定並執行「兒童及少年性剝削防制教育宣導計畫」，並於兒少性剝削防制諮詢會辦理成果報告及滾動修正，以強化兒少性剝削防制機制及宣導；另研議於兒少安置機構專業人員訓練計畫納入加強兒少對於「數位環境性暴力」風險辨識能力之議題，以培養機構人員規劃相關兒少自我保護課程，並將召開會議檢討輔導查核表內容，以引導地方政府善盡督導管理之責。

4. 為減少性影像再度散布，推動兒少性影像轉碼比對移除計畫，惟服務涵蓋率偏低，又兒少性剝削通報案件曾有開案紀錄之比率逐年上升；衛福部為協助地方政府落實執行兒少性剝削防制條例第 8 條第 3 項規定，避免兒少性影像因重製後提供網際網路平臺業者而造成影像外流，委外辦理「112-113 年度兒少性影像轉碼比對移除計畫」，決標金額 419 萬元，由各市縣政府社工人員協助被害人及其家屬取得法院重製扣案之性影像檔案，透過影像轉碼上傳至美國國家失蹤及被剝削兒童中心之被害者共享資料庫，定期與合作網路業者資料庫進行交換，供其

比對攔阻，以減少被害人之影像再度散布。執行結果，113 年度截至 10 月底止，該計畫服務計 27 位個案，僅占同期間兒少性影像外流案件 717 件之 3.77%（下稱服務涵蓋率），據衛福部說明，部分被害人及其父母考量親自交付檔案及面談有所不便等，影響申請意願。顯示民眾對該計畫之實務作業流程仍有疑慮，影響執行成效。另查，據衛福部統計兒少性剝削通報案件中曾有開案紀錄者之比率（下稱個案再通報比率），自 110 年度之 5.27% 逐年增加至 112 年度之 6.86%，其中臺南市等 6 個市縣個案再通報比率連年增加，花蓮縣連續 2 年度個案再通報比率高於 1 成，嘉義縣甚達 5 至 6 成（表 17），顯示地方政府對於保護個案之輔導處遇、追蹤及安置成效，暨結案評估作業皆尚有精進空間。經函請衛福部加強宣導，提升計畫服務涵蓋率，及強化地方政府之輔導處遇成效，以防止被害兒少再度遭受性剝削。據復：將於 114 年度兒少性影像轉碼比對移除計畫新增製作宣導短片，及至各市縣收件之服務，以增加服務可近性，並督請各市縣政府加強宣導與協助被害人運用該計畫，及針對服務中個案再度被通報者，應增加輔導處遇之強度，並審慎評估結案作業，以強化整體處遇成效。

（八）政府持續監督管理收出養媒合及托育服務，惟未訂頒兒少出養必要性評估工具及審認機制，且間有相關法規未臻周延、業務檢查項目未契合規定事項、特殊需求兒少國內收養比率尚有提升空間，又托育管理執行面及法制面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以保障兒少權益。

政府於 100 年 11 月 30 日修正兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法），實施收出養新制，相關條文自 101 年 5 月 30 日施行後，依兒少法第 15 條第 1 項規定，從事收出養媒合服務，以經主管機關許可之財團法人、公私立兒童及少年安置、教養機構（下稱收出養媒合服務者）為限。另衛生福利部（下稱衛福部）依兒少法第 26 條及第 118 條規定，自 103 年 12 月起實施居家式托育服務登記制度，將居家托育人員納入管理，並請地方主管機關依據兒少法第 84 條規定，落實托嬰中心之輔導、監督、檢查及評鑑等事項。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部將兒少出養必要性評估調整由地方政府辦理，惟尚未訂頒評估工具及評估結果審認機制，又現行管理法規仍未臻周延，且部分年度業務檢查項目未能契合規定事項，另間有兒少有身心狀況者仍較難獲取國內收養機會、特殊需求兒少國內收養比率尚有提升空間等情；兒少法第 16 條第 1 項規定，父母或監護人因故無法對其兒少盡扶養義務而擬予出養時，除

表 17 兒少性剝削通報案件被害人曾有開案紀錄情形

單位：%

市縣別	110 年度	111 年度	112 年度
合計	5.27	6.70	6.86
臺北市	4.40	5.66	5.49
新北市	10.66	7.16	4.80
桃園市	3.88	2.97	6.23
臺中市	0.58	4.89	4.65
臺南市	3.79	5.88	8.90
高雄市	1.97	3.70	4.34
基隆市	—	2.27	12.94
宜蘭縣	4.00	4.26	5.71
新竹縣	3.33	2.67	10.19
新竹市	22.45	12.00	5.75
苗栗縣	10.20	—	3.03
彰化縣	4.20	9.25	5.10
南投縣	2.22	4.08	—
雲林縣	8.51	8.47	6.25
嘉義縣	—	63.16	50.00
嘉義市	—	10.71	3.23
屏東縣	4.41	8.64	9.20
花蓮縣	7.50	12.28	25.00
臺東縣	3.45	—	10.42
澎湖縣	—	—	12.50
金門縣	—	(註 1)	4.00
連江縣	—	—	(註 1)

註：1. 金門縣 111 年度、連江縣 111 及 112 年度未有兒少性剝削通報案件。
2. 個案再通報比率連年增加者以灰底標註。
3. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

旁系血親六親等以內及旁系姻親五親等以內（近親）、夫妻之一方收養他方子女（繼親）情形外，應委託收出養媒合服務者代覓適當之收養人。衛福部為監督管理收出養媒合服務者，訂有兒童及少年收出養媒合服務者許可及管理辦法（下稱媒合許可辦法），明定收出養媒合服務之資格條件、申請程序、服務範圍、業務檢查等事項。經查收出養媒合服務管理業務執行情形，核有：(1) 媒合許可辦法第 21 條第 1 項規定，收出養媒合服務者接受出養人申請後，須評估出養之可行性及必要性，再辦理後續相關服務。嗣因 112 年 12 月國內發生出養童受虐事件，衛福部於 113 年 3 月間檢討收出養制度，將出養必要性評估調整由地方政府執行，於 113 年 5 月 7 日函請各市縣政府及收出養媒合服務者依調整後方式辦理，並由該部社會及家庭署（下稱社家署）於 113 年 5 至 9 月間陸續召開會議研訂出養必要性評估面向及指標、收出養服務流程等。惟查，截至 113 年 11 月 15 日止，該署尚未訂頒出養必要性評估工具供各市縣政府運用，地方政府雖得參考使用收出養媒合服務者之評估表件，然各收出養媒合服務者評估指標未盡相同，恐難確保地方政府執行出養必要性評估面向之完整性。又部分地方政府於 113 年 3 月間建議衛福部應提供具體評估工具及相關配套措施，以支持第一線社工人員，顯示各市縣政府辦理出養必要性評估，若缺乏一致性評估工具及評估結果審認機制，可能衍生評估結果產生落差等問題；(2) 媒合許可辦法第 26 條第 1 項規定，收出養媒合服務者應配合每年接受中央主管機關業務檢查。經查，110 至 112 年度每年接受社家署業務檢查之收出養媒合服務者計 8 家（12 個服務處所），部分收出養媒合服務者經社家署列有建議精進事項，包括：審查機制未明定審查委員組成方式及任期、審查頻率及基準等；審查結果未以書面通知當事人、未敘明不通過理由等；未訂定申訴委員會組成方式、案件處理時效等；未訂定各服務階段之收、退費標準等。惟上開事項於媒合許可辦法並無明文規定，顯示該辦法於收養人審查機制、審查結果之處理、申訴機制、收費標準等方面所訂規範，仍有未臻周延之處，不利維護民眾權益。另查，社家署所訂 110 及 111 年度收出養媒合服務者業務檢查表之查核項目，包含媒合許可辦法第 11 條規定有關收養人審查會組成人數等事項之檢核，惟 112 年度業務檢查表未將前開媒合許可辦法規定事項納入，致業務檢查項目未能契合規定事項，不利檢核收出養媒合服務者落實規定情形；(3) 海牙國際私法會議（Hague Conference on Private International Law）於 1993 年通過「跨國收養方面保護兒童及合作公約」（Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption）第 4 條規定，原住國主管機關僅在充分考慮將兒童安置於原住國之可能性，確認跨國收養符合兒童最佳利益等條件下，始能進行跨國收養。我國為遵循上開公約規定，於兒少法第 16 條第 3 項規定，兒少出養以國內收養人優先收養為原則，據社家署統計，110 年度至 113 年 6 月間出養兒少計 747 人，其中國內出養 374 人、跨國境出養 373 人，國內收養比率約 50.07%，國內與跨國境收養比率已逐漸趨近。惟同期間屬身心障礙、發展遲緩或有疾病等身心狀況者，國內出養 59 人、跨國境出養 235 人，核計國內收養比率約 20.07%，各該年度國內收養比率，與無上述身心狀況者相較，差異約 38.95 個百分點至 55.76 個百分點不等（表 18），顯示兒

少有身心狀況者仍較難獲取國內收養機會。另社家署為促進國內收養家庭認識及接納特殊需求兒少，於 107、110 及 113 年度「全國兒童及少年收出養媒合服務者評鑑」訂有「國內收養比率」1 項指標，考核各收出養媒合服務者達成「非特殊需求兒少」及「特殊需求兒少」之國內收養比率情形，其中「特殊需求兒少」係指 3 歲以上或有身心狀況或特殊家庭背景者。經依上開指標定義及社家署統計資料計算結果，110 年度至 113 年 6 月間「特殊需求兒少」出養人數計 598 人，其中國內出養 225 人，約占 37.63%，與同期間「非特殊需求兒少」之出養人數 149 人均為國內出養相較，顯示特殊需求兒少國內收養比率尚有提升空間等情事，經函請社家署研謀改善，完備監督管理機制，並協助有身心狀況或特殊需求之兒少增加國內收養機會。據復：(1) 已於 114 年 3 月 28 日函頒出養必要性評估報告格式，以利地方政府依循；(2) 已將收養人適任評估基準、資格審查、申訴處理機制、收費項目及基準等，納入媒合許可辦法修正草案，並將配合精進年度業務檢查項目；(3) 已督請地方主管機關對於國人收養家庭，提前提供所需支持服務，以提高收養意願及增進收養人親職能力，促進接納特殊需求兒少。

表 18 兒少國內收養比率有身心狀況差異情形
單位：%、個百分點

年度	國內收養比率		差異 (A-B)
	無身心狀況 (A)	有身心狀況 (B)(註 1)	
合計	69.54	20.07	49.47
110	73.15	17.39	55.76
111	65.32	26.37	38.95
112	69.60	19.48	50.12
113 (1-6 月)	69.09	14.04	55.05

註：1. 係指出養兒少有身心障礙、發展遲緩或疾病者。

2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

2. 政府持續監督管理托育服務，惟托嬰中心監視器影像雲端儲存計畫之事前規劃作業未盡嚴謹，致預算全數未執行，又部分居家托育人員未能達成在職訓練時數規定，且兒少法對於未辦理居家式托育服務登記者提供托育服務之罰則，尚有檢討空間：社家署依據行政院核定之「我國少子女化對策計畫」，113 年度編列預算 125 億 979 萬餘元，補助地方政府辦理托育公共及準公共化服務暨托育管理業務，並訂有居家式托育服務提供者登記及管理辦法，明定主管機關應辦理之輔導及監督事項；另透由管制不適任人員、訂定托嬰中心監視錄影設備及資訊管理利用辦法等，以提升托育服務品質。經查托育管理業務執行情形，核有：(1) 衛福部依據兒少法第 77 條之 1 規定，於 109 年 1 月 2 日訂定托嬰中心監視錄影設備設置及資訊管理利用辦法。嗣社家署考量部分托嬰中心發生疑似不當對待幼兒案件後，於調閱監視影像時發生資料遺失或毀損情形，且部分地方政府已建置托嬰中心監視影像雲端儲存系統，又 112 年 6 月民眾於公共政策網路參與平臺建議托嬰中心監視器影像即時備份上傳雲端等事項獲附議成案，為回應家長期待，編列 113 年度預算 2 億 5 千萬元辦理「托嬰中心監視器影像雲端儲存計畫」，規劃建置全國托嬰中心監視器影像儲存雲端系統。惟事前規劃作業未盡嚴謹，迨至預算執行階段，於 113 年 6 至 8 月間方召開公聽會及專案諮詢會議蒐集各界意見，並依據會議結論停止辦理上開系統建置事宜，致預算全數未執行，未能發揮預期效益，並排擠其他社福預算資源；(2) 依居家式托育服務提供者登記及管理辦法第 4 條第 4 款規定，居家式托育服務提供者（下稱居家托育

人員)應每年至少接受 18 小時之在職訓練，惟查，截至 113 年 10 月底止，在職中且無停止托育紀錄之居家托育人員，已登錄在職訓練時數未達規定者計 419 人，其中不足時數為 10 小時以下者 230 人、11 至 50 小時者 166 人、51 小時以上者 23 人(表 19)，顯示部分在職居家托育人員未能達成應受訓時數規定，市縣主管機關亦未輔導渠等完成改善，不利藉由在職訓練持續提升自身專業知能；(3)兒少法對於未具專業資格者提供居家式托育服務

表 19 截至 113 年 10 月底在職居家托育人員已登錄在職訓練時數未達規定情形

單位：人、%

市縣別	在職訓練不足時數						
	合計人數	10 小時以下		11 至 50 小時		51 小時以上	
		人數	比率	人數	比率	人數	比率
合計	419	230	54.89	166	39.62	23	5.49
臺北市	65	38	58.46	25	38.46	2	3.08
新北市	68	36	52.94	31	45.59	1	1.47
桃園市	8	7	87.50	1	12.50	—	—
臺中市	127	82	64.57	40	31.50	5	3.94
臺南市	31	14	45.16	15	48.39	2	6.45
高雄市	43	14	32.56	20	46.51	9	20.93
基隆市	4	2	50.00	1	25.00	1	25.00
宜蘭縣	8	6	75.00	2	25.00	—	—
新竹縣	12	5	41.67	6	50.00	1	8.33
新竹市	6	5	83.33	1	16.67	—	—
苗栗縣	3	1	33.33	2	66.67	—	—
彰化縣	2	—	—	2	100.00	—	—
南投縣	8	6	75.00	2	25.00	—	—
雲林縣	1	1	100.00	—	—	—	—
嘉義縣	8	4	50.00	2	25.00	2	25.00
嘉義市	6	2	33.33	4	66.67	—	—
屏東縣	12	5	41.67	7	58.33	—	—
花蓮縣	3	1	33.33	2	66.67	—	—
臺東縣	2	1	50.00	1	50.00	—	—
澎湖縣	2	—	—	2	100.00	—	—

資料來源：整理自社家署提供資料。

之罰則，係於該法第 90 條第 1 項規定，違反第 26 條第 1 項規定未辦理居家式托育服務登記者，處 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰等。經查，未滿 2 歲兒童居家式托育服務，與 2 歲以上未滿 6 歲兒童教保服務之服務對象同屬學齡前幼兒，相較教保服務人員條例對於幼兒園進用未具教保服務人員資格者從事教保服務、行為人未具教保服務人員資格於幼兒園從事教保服務之罰則，於第 41 條第 3 款規定處負責人 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰、第 44 條第 1 款規定處行為人 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰等，兒少法相關罰則容有檢討空間等情事，經函請社家署研謀改善，以維護幼兒安全與家長權益。據復：(1) 將補助地方政府建置托嬰中心監視器影像雲端儲存系統，並於兒童托育服務法草案納入托嬰中心監視影像傳送網際網路之法源依據等；(2) 已於相關會議督請地方政府落實要求居家托育人員在職訓練，並規劃研修居家式托育服務提供者登記及管理辦法規定，居家托育人員停托時亦應完成每年 18 小時在職訓練，另已修正托育服務整合資訊系統之在職訓練時數計算區間為登記證書效期，以利地方政府管考；(3) 已將兒童托育服務法草案報送行政院審查，相關意見均已入法規範，且較現行處罰為重。

(九) 政府持續協助及照顧弱勢民眾，惟多數低收入戶及中低收入戶未曾參加脫貧措施，且部分市縣政府相關措施執行成效容有提升空間，又推動社勞政聯合促進就業服務計畫、實(食)物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升執行成效。

政府為照顧低收入戶、中低收入戶，並協助其自立，於社會救助法規定主管機關應提供生活扶助及轉介就業服務等措施。衛生福利部（下稱衛福部）為協助弱勢民眾自立脫貧，依據社會救助法第 15 條之 1 第 3 項規定，於 105 年 6 月 6 日訂定協助積極自立脫離貧窮實施辦法，明定脫貧措施服務對象及實施方式，並配合行政院核定強化社會安全網計畫第二期計畫（下稱社安網第二期計畫），將落實脫離貧窮措施納為推動重點。另衛福部為照顧低收入戶、中低收入戶等弱勢族群之營養健康需求，以中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算（下稱疫後特別預算），辦理「實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備」計畫，執行期間為 112 至 114 年度，編列預算 7,088 萬餘元，補助地方政府設置或汰換實（食）物銀行之冷藏與冷凍設備及相關管理維護費。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 政府持續辦理就業輔導服務及脫貧措施，協助經濟弱勢人口自立，惟據衛福部調查約 9 成 7 低收入戶及中低收入戶未曾參加脫貧措施，且部分市縣政府推動相關措施執行成效容有提升空間：社會救助法第 15 條第 1 項及第 3 項規定，市縣主管機關應依需求提供或轉介低收入戶及中低收入戶中有工作能力者相關就業服務、職業訓練或以工代賑，參與者於一定期間及額度內因就業而增加之收入，得免計入審核認定之家庭總收入；復於該法第 15 條之 1 第 1 項及第 2 項規定，市縣主管機關為協助低收入戶及中低收入戶積極自立，得自行或運用民間資源辦理脫離貧窮相關措施（下稱脫貧措施），參與者於一定期間及額度內因措施所增加之收入及存款，得免計入審核認定之家庭總收入及財產。經查，衛福部持續補助地方政府及民間團體辦理自立脫貧服務方案、低收入戶及中低收入戶促進就業輔導方案，並以社會福利績效考核督促各市縣政府落實推動脫貧措施。惟據衛福部 112 年低收入戶及中低收入戶生活狀況調查報告列述，低收入戶及中低收入戶未曾參加政府所辦協助脫貧相關措施者之比率高達 97.29%，僅較前次（107 年）調查之 99.10%，下降 1 個百分點，政府推廣成效仍有待精進。另社會救助法規定所稱有工作能力，係指 16 歲以上未滿 65 歲，而無 25 歲以下仍在國內就學、身心障礙、罹患嚴重傷病等情事致不能工作者；據衛福部統計，111 及 112 年度各市縣低收入戶及中低收入戶有工作能力者計 36 萬餘人、34 萬餘人，其中經地方政府輔導適用社會救助法第 15 條及第 15 條之 1 規定者計 4 千餘人、6 千餘人，適用比率僅約 1.30%、1.95%，該 2 年度低收入戶及中低收入戶適用比率低於 1% 之市縣分別有 11 個、6 個，其中有 5 市縣適用比率連續 2 年均低於 1%（表 20），顯示部分市縣政府推動自

表 20 低收入戶及中低收入戶適用社會救助法第 15 條及第 15 條之 1 規定情形

單位：%

市縣別	適用比率		市縣別	適用比率	
	111 年度	112 年度		111 年度	112 年度
全國	1.30	1.95			
臺北市	3.68	5.61	彰化縣	0.26	0.38
新北市	0.29	1.37	南投縣	0.16	0.94
桃園市	1.14	1.61	雲林縣	3.40	4.34
臺中市	1.87	2.57	嘉義縣	0.73	1.31
臺南市	0.53	0.95	嘉義市	0.66	1.55
高雄市	0.94	1.93	屏東縣	0.92	1.51
基隆市	1.98	1.68	花蓮縣	0.66	—
宜蘭縣	2.86	4.60	臺東縣	4.91	2.09
新竹縣	0.26	0.42	澎湖縣	3.51	2.96
新竹市	0.99	1.49	金門縣	20.30	17.54
苗栗縣	2.11	0.83	連江縣	4.65	5.15

註：1. 標記灰底為適用比率未及 1% 之市縣。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

立脫貧相關措施執行成效容有提升空間，經函請衛福部研謀善策，並督促地方政府拓展及宣導相關服務資源，以鼓勵弱勢民眾自立脫貧。據復：已於 114 年 2 月 21 日函請上開適用比率低於 1% 之市縣政府檢討原因及提出策進作為，市縣政府表示將加強宣導，該部亦將持續統計分析及召開會議檢討改善。

2. 推動社勞政聯合促進就業服務計畫，惟地方政府申請計畫補助者連年減少，經費執行情形欠佳，又間有部分市縣未升學未就業少年未接受服務，及社會救助法對於勞政主管機關之權責事項，尚乏明確規範等情：行政院為強化社會安全與照顧體系，於 110 年 7 月核定社安網第二期計畫，將社勞政聯合促進就業服務（下稱社勞政服務）列為推動事項，衛福部爰自 111 年度起以公益彩券回饋金補助各市縣政府辦理「社勞政聯合促進就業服務計畫」，以低收入戶及中低收入戶、長期失業者、未升學未就業少年、脆弱家庭、家暴受害者、精神障礙者等就業條件相對不利者為服務對象，由市縣政府社工人員結合勞政單位就業服務員共同服務，補助項目包括儲蓄相對配合款、托育或安親費用補助、求職交通費等，以協助經濟弱勢家戶投入就業。經查計畫執行情形，核有：

(1) 該計畫核定補助案件，由 111 年度之 19 件，逐年減少為 112 年度之 15 件、113 年度之 14 件，各年度核定補助經費分別為 834 萬元、660 萬元、495 萬元，其中 111 年度經費執行數為 143 萬餘元，執行率僅約 17.23%，又 112 年度除花蓮縣政府經費全數執行完竣，及申請保留經費之市縣政府尚未核銷外，其餘受補助市縣政府經費執行率未及 6 成，顯示地方政府申請計畫補助者連年減少，且經費執行情形普遍欠佳；(2) 部分市縣辦理社勞政服務，於 111 及 112 年度服務未升學未就業少年計 471 人、84 人，惟新竹縣等 8 個縣市於 110 及 111 學年度高級中等學校未升學未就業畢業生，每學年介於 24 人至 266 人不等（表 21），渠等係分別於 111 年 6 月及 112 年 6 月離校，惟離校當年度該等縣市轄內均無未升學未就業少年接受社勞政服務，恐潛存服務需求人口未獲適當協助；(3) 依衛福部 112 年度委託辦理「社會救助法修法規劃研究案」之研究報告列述，現行社會救助法第 15 條規定提供或轉介相關就業服務之主管機關為社政單位，且部分市縣政府提出應於社會救助法中明定勞政主管機關角色之意見，爰建議參採日本生活保護法及英國就業協助策略，將社勞政服務納入法定服務等。顯示政府推動社勞政服務有賴社政與勞政主管機關合作協助就業條件相對不利者，然現行社會救助法對於勞政主管機關之權責事項尚乏明確規範等情事，經函請衛福部研謀改善，以增進就業脫貧服務成效。據復：(1) 自 114 年起請地方政府每月提供服務清冊，督促落實對就業條件相對不利者提供服務；(2) 將強化市縣跨局處與就業中心、民間合作，以掌握個案情形，亦將主動聯繫個案及加強宣導相關計畫；(3) 刻正研擬社會救助法修法，規劃增訂勞工主管機關協助低收入戶、中低收入戶，應提供積極勞動市場政策各項就業促進措施等。

表 21 111 及 112 年度無未升學未就業少年接受社勞政服務之縣市潛在服務需求人口

單位：人

縣市別	高級中等學校未升學未就業畢業生人數	
	110 學年度 (111 年 6 月離校)	111 學年度 (112 年 6 月離校)
新竹縣	84	96
苗栗縣	82	108
嘉義市	210	266
屏東縣	225	198
花蓮縣	115	125
臺東縣	42	47
澎湖縣	31	26
金門縣	24	55

資料來源：整理自衛福部提供及教育部網站公開資料。

3. 衛福部辦理實(食)物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫，有助弱勢族群獲得均衡營養，惟預算執行情形欠佳，且有待盤點更新各市縣物資捐贈及申請相關公開資訊，又部分市縣未敘明補助設備之運用情形，難以評核補助經費使用成效：衛福部以疫後特別預算辦理「實(食)物銀行充實冷藏及冷凍設備」計畫，期促進地方政府實(食)物銀行儲備農產品、生鮮或冷凍食品等多元食材，俾供經濟不利處境之家庭及民眾獲得均衡營養。本部前審核發現地方政府申請該計畫情形較預計減少，預算執行情形欠佳，受益民眾亦未達預期目標等情，經函請衛福部研謀改善，據復已擬具督請市縣政府納入偏遠地區或有協助發放物資之發放站等作為實物銀行之據點，及提早盤點設備需求提報申請計畫等精進策略。經追蹤查核執行情形，衛福部原規劃於 112 及 113 年度補助 92 處及 41 處實(食)物銀行據點設置冷藏及冷凍設備，合計 133 處，實際核定 55 處及 76 處，合計 131 處，已近規劃設置數量，惟截至 113 年底止，該計畫累計分配數 4,582 萬元，實現數 1,236 萬餘元，實現率僅 27.00%，預算執行情形欠佳；且截至 114 年 3 月底止，各市縣政府設置實(食)物銀行據點共計 295 處，尚有 11 個市縣設置之 36 處據點未規劃設置冷藏及冷凍設備(表 22)，有待督促評估該等據點增設冷藏及冷凍設備，或拓展服務據點之可行性，以提升預算執行成效。又衛福部已彙整公開各市縣實(食)物銀行捐贈及申請窗口資訊，惟部分市縣另於網站公開申請物資相關資訊，或已建置物資捐贈平臺，舉如：臺北市、臺中市、臺南市、高雄市、基隆市、彰化縣及花蓮縣等，該部網站尚未更新連結，不利民眾快速取得相關資訊。另截至 114 年 4 月 18 日止，尚有部分市縣未提交 113 年度計畫成果報告，或未於成果報告詳實敘明實(食)物銀行冷藏及冷凍設備之運用情形，難以評核補助經費使用成效。經函請衛福部研謀改善，以提升預算執行效益，俾利民眾快速取得捐贈及申請物資相關資訊。據復：經邀集地方政府召開會議，研議擴大執行之具體作法，並已於該部網站更新各市縣政府物資捐贈及申請聯繫方式與連結等資訊，另將召開會議，督導地方政府於成果報告具體呈現實(食)物銀行冷藏及冷凍設備運用成效，並於會議管考執行情形，以利評估計畫成效。

表 22 各市縣政府實(食)物銀行設置冷藏及冷凍設備情形
單位：處

市縣別	實(食)物銀行據點數	原已設置或經核定補助設置	未規劃設置
合計	295	259	36
臺北市	26	15	11
新北市	14	14	—
桃園市	32	25	7
臺中市	20	17	3
臺南市	21	18	3
高雄市	12	12	—
基隆市	6	5	1
宜蘭縣	13	13	—
新竹縣	8	7	1
新竹市	1	1	—
苗栗縣	7	7	—
彰化縣	24	23	1
南投縣	18	18	—
雲林縣	11	10	1
嘉義縣	6	6	—
嘉義市	2	2	—
屏東縣	26	22	4
花蓮縣	3	3	—
臺東縣	26	26	—
澎湖縣	7	5	2
金門縣	10	8	2
連江縣	2	2	—

註：1. 資料時間：截至 114 年 3 月 31 日。
2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

(十) 食藥署為維護食品衛生安全，實施邊境查驗及後市場稽查，惟輸入食品相關監管措施未臻周妥，且輔助稽查之逾期食品偵測模組運用成效欠佳，允宜研謀強化輸入食品衛生安全管理作業，並精進模組監測功能，以維護國人食之安全。

政府為維護輸入食品安全，於食品安全衛生管理法（下稱食安法）第 30 條規定，輸入食品除符合特定條件者外，須申請查驗合格後，始得進入國內市場。復為防止逾期食品或原料流入市面，於同法第 15 條規範，食品或食品添加物有逾有效日期者，不得製造、加工、販售等，以保障國人健康。經查輸入食品管理及逾期食品稽查等業務執行情形，核有下列事項：

1. 中國大陸食品未經核准不得輸臺，惟網路購物平臺間有販售違規食品情事，又部分民眾藉由個人自用免申請輸入查驗制度，頻繁輸入巨量食品，顯不合常理：據衛生福利部食品藥物管理署（下稱食藥署）統計，113 年輸入食品及相關產品之邊境報驗批數計 76 萬餘批，較 109 年之 69 萬餘批，成長近 1 成，主要輸入來源地為日本，其次為中國大陸及美國。按臺灣地區與大陸地區貿易許可辦法第 7 條規定，中國大陸貨品除經經濟部公告准許輸入或專案核准外，不得輸入，惟近年間有中國大陸產製麻辣花生、螺螄粉等非屬核准輸入產品於國內流通販售情事，衍生食安疑慮。經查，食藥署自 112 年起多次督請各地方政府衛生局加強查核轄內業者有無販售未經輸入查驗之中國大陸食品，112 及 113 年度各地方政府衛生局計稽查業者 2 萬餘家次，查獲違規案件 71 案，其中多係於夜市攤商、商行等實體通路查獲，自網路平臺查獲者僅 1 案。惟經本部搜尋國內網路購物平臺販售中國大陸食品情形，仍間有網路購物平臺賣家，違規販售中國大陸產製之花生、茶葉等不得輸入之中國大陸食品情事，該等產品是否符合國內衛生安全標準，不無疑慮。次查，依食安法第 30 條第 3 項規定，輸入食品或食品器具、容器等相關產品，倘非供販賣，且其金額、數量符合中央主管機關公告或專案核准者，得免申請查驗。食藥署並據以訂定「輸入食品及相關產品符合免申請輸入查驗之條件與其適用之通關代碼」，其中規範輸入食品品項價值 1 千美元以下，且重量在 6 公斤以內，即可免申請查驗。113 年度國內計有 70 萬餘人以個人自用名義進口食品（含相關產品）或食品容器（具），其中 9 成以上係食品或調味料等相關產品（350 萬餘公斤）。惟據財政部關務署提供資料，113 年度申請免查驗輸入食品項次前 10 名之民眾，每人進口報單數介於 58 份至 3,002 份之間（表 23），當年度進口食品日數少則 57 日，最高達 294 日，甚有同日申報 41 份報單情事（總重量 185 公斤），報關次數頻繁，且間有輸入漁產品重量，遠高於農業部公布之每人魚類年供給量，或輸入之速食麵重量，推估每日可食用逾 5 公斤，已逾一般人日常食用量等情，顯不合常理。經函

表 23 113 年度申請個人自用免查驗輸入之食品項次前 10 名者進口情形

單位：份、日、項、公斤

排名	進口報單份數	申報輸入食品日數	報單項次	重量	來源國家
1	3,002	294	5,963	14,158	韓國、美國
2	950	218	2,027	4,630	韓國
3	59	59	1,623	3,999	日本
4	191	107	1,575	1,108	韓國、美國
5	958	199	1,547	4,256	韓國
6	60	60	1,536	3,864	日本
7	58	57	1,518	3,845	日本
8	437	232	1,497	1,925	韓國
9	988	264	1,472	2,903	韓國
10	824	223	1,449	3,510	韓國

註：1. 本表僅統計免查驗輸入食品及相關產品之進口情形（通關代碼「DH000000000002」），並以報單項次進行排名。

2. 資料來源：整理自財政部關務署提供資料。

請食藥署研議強化網路販售食品之稽查作為，並深入查察未核准輸入食品進入國內之管道，自源頭阻絕不法，並針對民眾以個人自用名義頻繁輸入巨量食品，研謀善策因應，俾免業者濫用個人自用食品輸入免查驗制度，規避邊境查驗，以確保國人食品安全。據復：持續辦理市售中國大陸食品相關查核專案，督導各地方政府衛生局加強查察，並與國內電商平臺建立聯繫機制強化合作，請業者加強平臺產品管理、審核及法規宣導；另加強宣導民眾以個人自用名義輸入食品及相關產品，僅限供個人自用，不得販售或供販售為目的之用途，並將偕同地方政府衛生局強化稽查市售產品，避免業者販售違規食品。

2. 食藥署為防堵逾期品流入食品供應鏈，建構逾期食品風險智能偵測模組，惟後市場稽查應用成效有限：食藥署為強化逾期食品之稽查，以衛福業務數位轉型服務躍升計畫（110至114年）項下「逾期食品風險偵測暨管理」子計畫經費，建置逾期食品風險智能偵測模組（下稱逾期食品偵測模組），藉由蒐集歐盟食品及飼料快速預警系統（RASFF）等國際食安資料庫數據，及結合國內食品雲資料等，分析違規態樣，進行大數據分析，對高風險產品進行監控。截至113年底止，累計支用經費2,780萬餘元，運用逾期食品偵測模組監控「製造業存放逾期品」、「餐飲業再製」、「販售業逾期改標」與「餐飲業存放逾期品」等4種違規態樣，並擇選40種高風險產品品項，結合該署後市場稽查專案，提供潛在風險業者清單，作為稽查選案之參考。經查，食藥署於112及113年度執行之後市場稽查專案計畫，已將業者是否使用或存放逾期原料（食品）列入查核項目者計64項，共稽查業者1萬餘家（表24），惟同期間僅就「112年中秋複合式專案」等5項稽查專案，運用逾期食品偵測模組產出潛在風險業者清單，其餘稽查專案計畫雖亦多與製造、餐飲業相關，卻未能以該模組提出風險業者清單，尚無法有效發揮偵測模組之風險監測功能；又該署配合「112年中秋複合式專案」等5項稽查專案，運用該模組產出之77家潛在風險業者，經該署稽查單位及地方政府衛生局依實務需求選案查核結果，實際僅稽查17家，未及模組產出清單之3成，且稽查結果僅查獲8家業者未符食品良好衛生規範準則（GHP），尚無業者使用或貯存逾期食品情事，惟同期間查獲之製造及餐飲業逾期食品違規案件計73家（表24），顯示該模組識別風險業者之準確性仍待提升。經函請食藥署研謀精進逾期食品偵測模組功能，並契合稽查實務需求，俾提升風險預判成效。據復：囿於逾期食品違規態樣行為較為零星、非系統性並具備高度隱蔽性等，現階段資料量能與建模技術尚不足以反映複雜實況，致實際稽查結果未如預期，114年將持續發掘高逾期風險產品，提升模組運作效能。

表 24 逾期食品（原料）相關之後市場稽查專案計畫執行情形

單位：項、家、新臺幣萬元

年度	專案計畫項數	稽查家數（註1）		查獲逾期食品家數		裁處金額	
			製造業及餐飲業		製造業及餐飲業		製造業及餐飲業
合計	64	12,665	7,079	78	73	583	553
112	32	5,943	3,413	42	39	270	252
113	32	6,722	3,666	36	34	313	301

註：1. 不含市售日本食品產地標示稽查專案。

2. 資料來源：整理自食藥署提供資料及113年度食藥署年報。

(十一) 醫療機構為我國關鍵基礎設施之重要一環，惟近來部分醫院陸續發生網路攻擊事件，影響其穩定營運，又緊急救護智能平臺因系統功能完整性及便捷性均有不足，影響使用意願，允宜落實執行緊急救援與醫院領域之安全防護措施，並完善緊急救護智能平臺之介接及系統功能，以提升我國關鍵基礎設施之安全韌性。

國家關鍵基礎設施係指一國公有或私有、實體或虛擬之資產、生產系統以及網絡，倘因人為破壞或自然災害受損，將影響政府及社會功能運作，造成人民傷亡或財產損失，足使國家安全或利益遭受損害之虞。依「國家關鍵基礎設施安全防護指導綱要」(下稱指導綱要)規定，「緊急救援與醫院」為我國關鍵基礎設施主領域之一，由衛生福利部(下稱衛福部)擔任協調機關，辦理緊急救援與醫院領域之醫療資源儲備、演練機制與跨域協作，以強化醫療照護體系之安全韌性。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 近來部分醫院陸續發生勒索軟體攻擊事件，影響醫療機構穩定營運，允宜積極強化緊急救援與醫院領域之安全防護工作：關鍵基礎設施「緊急救援與醫院」主領域項下，含括醫療照護、疾病管制、緊急應變體系等3個次領域，分別以衛福部及內政部為主管機關(表25)，

並由衛福部擔任協調機關。依行政院107年5月修正之指導綱要規定，衛福部作為醫療照護及疾病管制等2項次領域之主管機關，應就次領域內之各級國家關鍵基礎設施實施風險評估，並撰擬防護計畫書，惟該部迄113年7月及112年6月始分別完成上開次領域安

表 25 「緊急救援與醫院」主領域架構分類

主領域		次領域	
名稱	協調機關	名稱	主管機關
緊急救援與醫院	衛福部	醫療照護	衛福部
		疾病管制	
		緊急應變體系	內政部

註：整理自行政院國土安全政策會報網站資料。

全防護計畫書，距107年5月指導綱要修訂時點已分別逾6年及5年，且截至113年底止，衛福部尚未依指導綱要規定成立跨部會協調小組，召集次領域主管機關召開會議，亦未綜整擬具主領域層級之安全防護計畫，恐不利安全防護作業之跨域協調與合作，影響關鍵基礎設施之防護成效。鑑於近來部分醫院陸續發生勒索軟體攻擊事件，影響醫療機構正常營運，亦對我國關鍵基礎設施安全防護構成嚴重威脅，為確保災害發生時，醫療服務不中斷，保障民眾生命安全與社會穩定，經函請衛福部配合行政院國土安全辦公室之政策規劃，落實緊急救援與醫院領域之防護工作，以提升我國關鍵基礎設施之安全韌性。據復：114年度配合行政院辦理2025城鎮韌性(關鍵基礎設施防護)演習，落實緊急救援與醫院領域之演練與協調合作，並已函請疾病管制次領域之關鍵基礎設施於114年8月底前，自辦安全防護檢視及無劇本兵棋推演，以加強安全防護措施；另為提升醫療機構營運韌性，將持續推動醫療領域資安聯防機制，鼓勵醫院投入資源建立資安韌性，未來亦將配合行政院國土安全辦公室政策規劃，強化關鍵基礎設施之安全防護能力。

(十二) 政府持續推動公共場所設置 AED，有助提升緊急醫療救護成效，惟部分學校尚未落實設置或未完成資訊登錄，間有設置單位未定期檢查更換耗材情事，又 AED 資訊網公告資料尚有錯漏，允宜研謀改善，以發揮 AED 設備緊急救援功能。

政府為使國人發生緊急事故時，可於第一時間獲得急救資源，於緊急醫療救護法第 14 條之 1，明定經中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器 (Automated External Defibrillator, AED) 或其他必要之緊急救護設備，由衛生福利部 (下稱衛福部) 公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」，及訂定「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」(下稱救護設備管理辦法)，作為 AED 之設置管理準據。復為擴大布建 AED 場域，衛福部於 112 年 5 月修正擴大應置 AED 之公共場所類型，並同步修正救護設備管理辦法，新增應將 AED 使用維護等電子資料登錄於資料庫之相關規範，以強化 AED 管理作為。截至 113 年 10 月 14 日止，衛福部「公共場所 AED 急救資訊網」(下稱 AED 資訊網) 登錄之 AED 設備計有 15,098 臺。經查相關管理作業執行情形，核有：1. 依救護設備管理辦法規定，應置 AED 之公共場所應自公告指定之日起 1 年內完成設置 AED，並於設置之日起 7 日內，至 AED 資訊網進行登錄，經本部以 113 年 10 月 14 日之 AED 設備總數清冊，與教育部 113 學年度各級學校名錄比對結果，尚有 51 間學校未落實設置 AED 或未完成資訊登錄；又依同辦法規定，公共場所應至少每半年檢查 AED 電池、

耗材之有效日期及功能，維持機器正常運作，並將檢查結果登錄於資料庫，且 AED 每次使用結束，應即補充當次耗材，惟截至 113 年 10 月 14 日止，政府公告應置場所所設 AED，3 成以上之電池或電極貼片使用期限欄位為空白或已逾期半年以上，另非位於政府公告應置 AED 之公共場所範圍者，亦有近 4 成設備耗材使用期限不明或已逾期(表 26)，顯示部

表 26 AED 電池或耗材使用期限不明或逾期情形
單位：臺、%

項目		合計	法定公告場所	非法定公告場所
AED 設備數		15,098	7,505	7,593
電池或電極貼片使用期限不明或逾期	合計	5,294	2,329	2,965
	占比	35.06	31.03	39.05
	欄位空白	2,613	1,151	1,462
	逾期半年以上	2,681	1,178	1,503

資料來源：整理自衛福部提供資料(統計日期：113 年 10 月 14 日)。

分場所未依法落實定期檢查更換耗材，或未即時於 AED 資訊網維護更新資料，衛福部及相關目的事業主管機關管理作業未盡確實；2. 衛福部為利民眾於緊急事故發生時，可迅速掌握鄰近 AED 設備位置，於 AED 資訊網設置檢索地圖功能，以即時提供病患救助。惟經本部以 113 年 11 月 12 日自 AED 資訊網下載之全國 AED 座標資訊，與 AED 實際設置地點比對結果，計有 1,420 臺 AED 之座標與實際設置地點相距逾 1 公里，甚偏差達數百公里，顯示 AED 資訊網列示之經緯度座標顯有違誤。又衛福部鑑於部分 AED 係設置於非 24 小時開放之公共場所，爰於檢索地圖建置「開放使用時間」欄位，供民眾查詢使用，惟據 113 年 11 月 12 日 AED 資訊網登錄資料，尚有 879 臺 AED 之「開放使用時間」欄位資料為空白，致未能提供民眾正確資訊，恐增加尋找救護設備之時間，延誤救

援時機等情事，經函請衛福部督導法定應置 AED 場所落實依法設置，及偕同各目的事業主管機關加強督導公共場所辦理定期檢查維護作業，並全面檢視 AED 資訊網資料之正確性與完整性，俾有效發揮 AED 設備緊急救援功能。據復：1. 業函請教育部協助查核及輔導學校落實 AED 設置及登錄，並將賡續追蹤各校改善情形，另已請地方政府輔導 AED 電池、貼片到期之場所進行耗材更換，及至 AED 資訊網維護相關資料，並將優化 AED 資訊網管理功能，以強化設備及耗材維護機制；2. 已就 AED 檢索地圖經緯度及定位資訊等，辦理重整作業，並已規劃新增 AED 資訊網必填欄位功能，以確保 AED 資料之完整性。

（十三） 政府為促進生醫產業發展，建置國家級人體生物資料庫整合平臺，惟申請案件審核費時，影響資料出庫時程及後續研究推展，又部分醫療機構尚未導入醫療數據共同資料標準化作業，不利醫療資料之加值運用，允宜儘速完成修法事宜，並持續宣導推動醫療數據資料導入作業，以提升整合平臺建置效益。

政府為規範人體生物資料庫之設置、管理及運用，於 99 年 2 月 3 日制定人體生物資料庫管理條例，由衛生福利部（下稱衛福部）主責辦理生物資料庫資料之申請及審查等相關事宜，截至 113 年底止，計核准 39 家機構建置人體生物資料庫。復為促進各資料庫間之合作，提升生醫產業發展，委由財團法人國家衛生研究院（下稱國衛院）於 109 至 112 年度辦理「建置國家級人體生物資料庫整合平臺計畫」，以國家級人體生物資料庫整合平臺（下稱整合平臺）作為申請生物檢體及相關資料之單一窗口，彙集各生物資料庫機構持有之生物檢體及醫療資訊，協助申請者跨機構媒合檢體資料與協調出庫作業，並於 113 年度賡續辦理「推動國家級人體生物資料庫整合平臺檢體數據加值與運用及雲端服務計畫」，期擴大整合平臺資料使用效益，109 至 113 年度合計支用經費 3 億 9,458 萬餘元，截至 113 年底止，計有 37 家生物資料庫加入整合平臺。經查相關業務執行情形，核有：1. 111 年至 113 年 8 月間，整合平臺受理生物檢體或相關資訊申請案件計 72 案，排除尚在審查中或已撤回申請之 10 案後，其餘 62 案之平均審查天數約為 132 天，其中逾（含）180 天者計 20 案，約占完成審查案件之 32.26%，甚有審查時間長達 382 天者，需時尚久，影響資料出庫時程及後續研究推展。據衛福部及國衛院說明，整合平臺收載各生物資料庫之生物檢體及相關數據如需釋出應用，依現行人體生物資料庫管理條例第 5 條規定，須由所屬機構設置之倫理委員會審查通過，始能由平臺彙集並提供予申請者，倘申請案涉及數個生物資料庫，則須分別經由個別生物資料庫之倫理委員會審查，致部分案件審核費時。衛福部業已擬訂人體生物資料庫管理條例修正草案，規劃增訂由整合平臺設置倫理委員會辦理申請案件審查作業等相關規範，以提升審查作業時效，惟因修法內容涉及人權、醫藥生技及研究倫理等專業領域，需多方蒐集各界意見，截至 113 年底止，尚未完成相關修法作業，不利提升整合平臺運作效能；2. 國衛院為擴大生物資料庫加值運用效益，於 109 年建置醫療數據共同資料欄位（Common Data Model, CDM），訂定臨床數據之標準化格式，協助各醫療機構將所收錄之電子病歷等醫療資

料匯入人體生物資料庫，提供申請者分析運用，以擴展國內生醫研究與新興精準藥物之研發應用資料。截至 113 年 8 月底止，整合平臺中 29 家醫療機構生物資料庫，僅 15 家完成建置，另有 9 家醫療機構雖已同意導入，惟仍未建置完成，餘 5 家則因資訊安全考量，仍待洽談導入事宜，不利提升資料庫加值運用效益等情事，經函請衛福部儘速完成相關修法事宜，並於完成修法前，協助輔導機構加速檢體出庫倫理審查作業，及持續宣導推動醫療數據資料導入作業，以提升整合平臺建置效益。據復：1. 將積極配合行政院及立法院審查期程，辦理人體生物資料庫管理條例修法事宜，並督導整合平臺加速生物檢體、資料等出庫審查作業，以活絡我國生醫研究及產業之創新發展；2. 截至 113 年底止，加入整合平臺之 32 家醫療機構，均已同意配合執行 CDM，未來將積極邀請尚未參與整合平臺之醫療院所加入並推動建置 CDM，提升資料庫加值運用效益。

(十四) 衛福部建置緊急醫療管理系統，掌握醫療資源狀況，惟系統缺乏資訊揭露與共享功能，未能協助醫護人員即時掌握跨院醫療資源狀況，又僅揭露重度級急救責任醫院資訊，影響民眾瞭解急診資訊，允宜研議強化急診資訊公開與共享機制，擴大急救責任醫院急診資訊揭露範圍，以提升緊急醫療服務效能。

衛生福利部(下稱衛福部)為提升緊急醫療救護體系，於 108 年 1 月完成建置緊急醫療管理系統(Emergency Medical System, 下稱 EMS 系統)，提供該部、各縣市衛生局及 205 家急救責任醫院使用，掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。嗣為因應新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情變化，及減輕醫院人員手動通報作業負擔，110 年度依緊急醫療救護法第 39 條及緊急醫療救護資訊通報辦法，於 EMS 系統增修急救責任醫院緊急醫療通報資料自動化介接功能，建置及增修經費計 4,700 萬元。經查，各急救責任醫院每月 5 日前須於 EMS 系統登錄急重症科別人力與醫療儀器設備等資料，嗣自 110 年 7 月起，各急救責任醫院醫療資訊系統與 EMS 系統已完成自動介接，通報範圍擴大含括急診即時資訊、重大災害事件傷病患通報、醫院醫療設施與設備使用情形、每日急診統計、加護病房統計、空床、床位使用通報等資訊。又衛福部為確實掌握急救責任醫院特殊病床量能，於 113 年 12 月 25 日再次函請各縣市衛生局督導所轄急救責任醫院，自 114 年 2 月起，每月 5 日前於 EMS 系統落實確認「特殊病床管理」資訊(包含病房名稱、病床類型、病房狀態及病床號等)，以維持加護病房空床之準確性，惟因 EMS 系統尚乏即時查詢跨院急診病床使用狀況之功能，醫護人員無法經由 EMS 系統掌握跨院醫療資源狀況，致遇有病床不足，病患有轉診需求時，仍須經由急重症轉診網絡基地醫院或網絡醫院間之聯繫，或自行以電話逐一詢問其他醫院等方式進行轉診，未能發揮資訊交換與資訊互通之效益，影響緊急醫療決策管理效能；另查，衛福部中央健康保險署(下稱健保署)為落實分級醫療政策，自 105 年 12 月起，每日定時自各重度級急救責任醫院網站擷取候診、推床、加護病床及住院等待人數等資訊，彙整於該署全球資訊網及手機應用程式「健保快易通」，供民眾就醫查詢參考，並自 113 年 5 月

起，自動介接 EMS 系統取得急診即時資訊並揭露，惟未擴大揭露中度級及一般級急救責任醫院急診即時資訊，影響民眾就醫決策。為避免民眾因急診壅塞或病床不足而須輾轉於醫院間奔波轉診，經函請衛福部檢討改善，以強化急診資訊公開與共享機制，增進整體急救服務效能。據復：為改善醫護人員仰賴傳真或電話等傳統聯絡方式查詢他院病床，已開放衛生局及六區緊急醫療應變中心於 EMS 系統查詢醫院特殊病床資訊，協助區域內醫院迅速掌握病床資源，進行有效轉院調度；另健保署將洽詢衛福部醫事司研議新增查詢中度級以下急救責任醫院急診即時資訊之可行性。

(十五) 食藥署推動新興毒品尿液檢驗機構認證，提升民間檢驗能力，惟部分濫用藥物之檢驗量能分布不均，東部地區檢驗機構尚少，又間有部分濫用藥物尚乏檢驗濃度標準，均影響檢驗作業執行，允宜研謀改善，以提升毒品防制效能。

依毒品危害防制條例第 33 條之 1 規定，尿液檢驗應由衛生福利部認證之檢驗及醫療機構、指定之衛生機關，暨法務部調查局等政府機關（構）辦理。衛生福利部食品藥物管理署（下稱食藥署）為執行該項認證業務，訂有濫用藥物尿液檢驗作業準則（下稱尿檢作業準則）等規範，以確保檢驗結果之合法性與一致性，截至 114 年 3 月底止，計有 18 家民間機構及 2 家地方政府衛生局可執行濫用藥物尿液檢驗。經查，食藥署為配合新世代反毒策略行動綱領，輔導民間機構辦理新興毒品尿液檢驗，自 109 年起定期於每年初函詢內政部警政署（下稱警政署）次年度預計委託民間機構檢驗之濫用藥物品項，據以輔導民間機構建立新興濫用藥物之檢驗能力。113 及 114 年度警政署規劃委託民間機構檢驗之濫用藥物品項各為 9 項及 12 項，其中屬警政署初次委託品項者，計有「 α -吡咯烷基苯異己酮」等 7 種，截至 114 年 3 月底止，已有 2 至 7 家檢驗機構提供檢驗服務（表 27），惟倘將全國劃分為北中南東 4 區，除「依托咪酯」等 3 項之檢驗機構已分布於全臺各區外，其餘「 α -吡咯烷基苯異己酮」等 4 項，在東部地區均無檢驗機構可提供服務，「甲基-卡西酮」之檢驗機構集中於中部及南部地區，而「氣安非他命」則僅有南部地區之檢驗機構可接受委託，檢驗量能分布不均，且「 α -吡咯烷基苯異己酮」及「甲基-卡西酮」等 2 項濫用藥物，業經警政署持續列為 115 年度之委託檢驗項目，倘區域內無可承接之檢驗機構，恐影響檢驗作業時效。另查，為劃一檢驗結果判讀標準，食藥署應公告濫用藥物初步檢驗及確認檢驗之判定檢出濃度，作為判別檢體為陽性或陰性之標準，惟迄 114 年 4 月 11 日止，該署尚未公告「甲基-卡西酮」、「氣安非他命」之判定檢出濃度。檢驗機構雖

表 27 114 年 3 月底檢驗新興濫用藥物之民間檢驗機構分布情形

序號	新興濫用藥物名稱	檢驗機構家數	分布區域（註 1）
1	α -吡咯烷基苯異己酮	5	北區（1）、中區（1）、南區（3）
2	甲基-卡西酮	4	中區（1）、南區（3）
3	氣安非他命	2	南區（2）
4	3,4-亞甲基雙氧甲基卡西酮	7	北區（4）、中區（1）、南區（2）
5	依托咪酯	7	北區（1）、中區（1）、南區（4）、東區（1）
6	美托咪酯		
7	異丙帕酯		

註：1. 括弧內為檢驗機構家數。
 2. 本表僅節錄警政署 113 及 114 年度新增檢驗需求之濫用藥物。
 3. 資料來源：整理自食藥署提供資料。

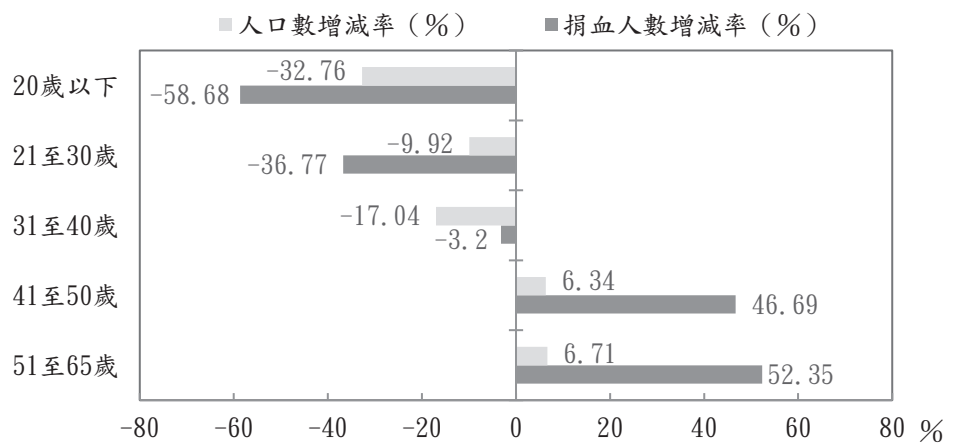
可依尿檢作業準則規定，以其分析方法之最低可定量濃度訂定適當閾值作為判定標準，惟不同檢驗機構可檢測之最低檢出濃度存有落差，致使同一檢體可能出現不同判讀結果，影響個案識別之公平性。經函請食藥署持續加強輔導民間機構取得檢驗新興濫用藥物認證，並完備相關檢驗判定標準，俾利濫用藥物檢驗業務推展，提升毒品防制成效。據復：已新增 1 家民間檢驗機構取得認證，食藥署將積極輔導辦理濫用藥物尿液檢驗機構認證業務，確保渠等具相對應之檢驗能力，另已公告「甲基-卡西酮」、「氯安非他命」等濫用藥物之判定檢出濃度。

(十六) 政府為確保醫療用血安全與品質，推動國血國用衛生政策，惟近年我國年輕族群捐血人數及捐血率漸減，捐血者呈老化趨勢，成為血液供應隱憂，又醫療臨床用血量持續增加，恐致血液供需失衡風險，允宜研謀善策因應，以健全血液供需體系。

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 為減少各國間血液傳染疾病之傳播，要求會員國收集低危險群之自願無償捐血者血液，保證國家醫療用血之安全與品質。為響應 WHO 倡議，行政院於 90 年核定國血國用衛生政策，推動無償捐血制度及相關宣導措施，由衛生福利部 (下稱衛福部) 及醫療財團法人台灣血液基金會 (下稱血液基金會) 主責辦理，113 年度國內捐血率為 7.84%，遠高於 WHO「2021 全球血液安全性及可得性現況報告」列載高所得國家之捐血率中位數 3.15%，並供應紅血球、血漿等臨床醫療使用血品計 423 萬餘單位。經查，我國捐血者健康標準規定，捐血者年齡須為 17 歲以上、65 歲以下，未滿 17 歲或超過 65 歲者則須符合一定條件始得捐血，104 至 113 年間全國捐血人數均介於 99 萬餘人至 105 萬餘人之間，尚無大幅變化，惟 20 歲以下之捐血人數由 13 萬餘人減少為 5 萬餘人，21 至 30 歲之捐血人數亦由 30 萬餘人減少為 19 萬餘人，減少比率分別為 58.68% 及 36.77%，降幅均較同期間該年齡層人口數下降幅度為大 (圖 5)，且 10 年間各該年齡層之捐血率分別減少 5.45 個及 3.88 個百分點，呈逐年下滑趨勢，而 31 至 65 歲年齡層之捐血率逐年增加，捐血人口結構漸趨老化，倘未能有效改善現況，隨著中壯年捐血

者步入 65 歲捐血年齡上限後，國內捐血人口恐出現斷層，成為醫療用血供應之隱憂。復據 WHO「2021 全球血液安全性及可得性現況報告」指出，全球紅血球輸血量自 2013 年至 2018 年成長約 5%，2018 年高收入國家每千人使用紅血球量之中

圖 5 113 年相較 104 年各年齡層人口數及捐血人數變化



資料來源：整理自血液基金會 104 年、113 年年報及內政部戶政司人口統計資料。

位數為 28.8 單位，同期間我國紅血球輸血量成長 6.19%，略高於全球成長率，107 年每千人使用紅血球量 52.2 單位，亦高於上開高收入國家使用量，且後續年度用血量持續擴增，113 年每千人使用紅血球量 56.2 單位，再較 107 年度增加約 7 個百分點。政府為強化醫療院所用血管理，已規劃由衛福部中央健康保險署（下稱健保署）於 113 年第 3 季建置醫療院所用血管理監測指標，並自同年第 4 季推行，惟因各界對指標內容意見多元，尚需修正調整並凝聚共識，截至 113 年底止，用血管理監測指標尚未訂定完成，影響相關管控作業之推行。經函請衛福部研謀善策因應，以強化年輕人之捐血認知與行動，並督促儘速完成醫療院所用血指標之建置，強化臨床用血之監測管理，俾降低血液供需失衡風險，健全血液供需體系。據復：已由血液基金會持續宣導青少年捐血觀念，並透過社群媒體發布訊息，邀請參與捐血活動，另健保署已於 114 年 4 月完成醫療院所用血管理監測指標，俟相關監測程式建置完成後，將回饋監測結果予醫療院所，強化用血管理。

（十七） 衛福部及所屬基於時效性考量並經確認有緊急處置之必要，採限制性招標方式辦理緊急採購，惟部分採購案件前置作業期程冗長，簽辦作業欠積極，且招標時間充裕，或非屬不可預見之緊急事故或危難，仍採限制性招標方式辦理，未符緊急採購之急迫需求，允宜研謀改善。

各機關遇有不可預見之緊急事故或人民之生命、身體、健康、財產遭遇緊急危難，需緊急處置，致無法以公開或選擇性招標程序適時辦理，且確有必要者，得依政府採購法第 22 條第 1 項第 3 款或第 105 條第 1 項第 2 款等規定辦理採購。衛生福利部（下稱衛福部）及所屬於 112 年 1 月至 113 年 9 月間，基於時效性考量並經確認有緊急處置之必要，採限制性招標（未經公開評選或公開徵求）方式辦理採購案件計 1,859 案，其中以政府採購法第 22 條第 1 項第 3 款及第 105 條第 1 項第 2 款規定辦理之緊急採購件數及金額，分別為 18 案、2 億 2,334 萬餘元及 12 案、3,558 萬餘元，合計 30 案、2 億 5,893 萬餘元（表 28）。經查其辦理緊急採購作業情形，核有：1.「113 年度韌性國家醫療整備計畫管理中心緊急採購」等 10 案，前置作業期程冗長，簽辦作業欠積極，且招標時間實屬充裕，仍採限制性招標方式辦理，未符緊急採購之急迫需求；2.「112 年中華電信 hicloud 雲端服務資源租用」等 3 案，非屬不可預見之緊急事故或危難，仍以限制性招標方式辦理緊急採購及補辦採購程序；3.30 件緊急採購案曾經衛福部採購稽核小組選案辦理稽核者僅有 1 案，顯待加強以限制性招標方式辦理緊急採購案件之稽核監督作業等情事，經函請衛福

表 28 112 年 1 月至 113 年 9 月衛福部及所屬辦理緊急採購情形

單位：件、新臺幣千元

依據法條	單位別	件數	金額
合計		30	258,930
政府採購法第 22 條第 1 項第 3 款	小計	18	223,347
	衛福部	11	217,152
	疾病管制署	2	2,908
	桃園醫院	2	627
	金門醫院	1	1,959
	樂生療養院	2	700
政府採購法第 105 條第 1 項第 2 款	小計	12	35,582
	疾病管制署	4	19,745
	彰化醫院	1	900
	恆春旅遊醫院	2	6,209
	樂生療養院	5	8,727

資料來源：整理自行政院公共工程委員會政府電子採購網資料。

部督促研謀改善。據復：1. 於部務會議提醒各單位辦理緊急採購之案件多有誤用緊急採購條款規定情形，該等採購案如 114 年須再延續辦理，應提早規劃；另於「衛生福利部辦理請購招標簽呈重點檢核表」增列緊急採購時效之檢核項目；及規劃邀請行政院公共工程委員會講授「緊急採購實務與常見缺失態樣」之教育訓練；2. 為避免重複發生相關缺失，已函請相關機關檢討，並確依政府採購法及該部 113 年 3 月 3 日函頒之緊急採購作業要點等規定辦理；3. 該部採購稽核小組將自 114 年度起加強辦理該類緊急採購案件之稽核監督，以避免重複發生相同之採購行為錯誤態樣。

四、112 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 112 年度審核報告內列普通公務相關重要審核意見 15 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 3 項、處理中 1 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 11 項（表 29），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 3 項通知檢討改善。

表 29 112 年度審核報告所列衛生福利部主管普通公務相關重要審核意見覆核辦理情形

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
(一) 政府持續擴大照顧弱勢民眾，惟實際取得低收入戶及中低收入戶資格人數與預估數存有落差，且各市縣政府相關審查之處理原則尚欠完備，又推動實(食)物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫預算執行情形欠佳，允宜研謀改善，以協助弱勢民眾獲取所需福利資源。	因衛生福利部依據社會救助法推動脫貧業務尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(九)」。
(二) 健保署為契合數位國家發展方向及智慧化醫療需求，推展虛擬健保卡，惟醫療院所考量成本及醫療系統之整合與運作等因素，多尚未提供服務，連帶使申辦使用之民眾未能大幅提升，允宜積極輔導醫療院所解決推動窒礙，並持續向民眾宣導申請使用虛擬健保卡，以實現數位醫療願景。	因虛擬健保卡政策之規劃及推廣業務執行情形，核有效能過低情事，業再研提審核意見詳「中央政府前瞻基礎建設計畫第 4 期特別決算審核報告甲、參、五、數位建設項下重要審核意見(五)」。
(三) 社家署及食藥署運用前瞻基礎建設計畫特別預算，辦理建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫及實驗大樓興建計畫，惟計畫預算執行進度落後，且部分市縣公共托育服務量能不足，暨興建計畫預撥超額款項予代辦機關，允宜檢討改善。	因應少子化友善育兒空間建設部分，因建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫預算執行率仍欠佳等，改善成效未如預期，業再研提審核意見詳「中央政府前瞻基礎建設計畫第 4 期特別決算審核報告甲、參、七、因應少子化友善育兒空間建設項下重要審核意見」；食品安全建設部分，因現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建計畫擬定、預算編列及工程發包等執行作業未臻周妥，業再研提審核意見詳「中央政府前瞻基礎建設計畫第 4 期特別決算審核報告甲、參、八、食品安全建設項下重要審核意見」，又該興建計畫前經監察院立案調查，該院業提出調查報告。
處理中	
食藥署藉由源頭控管及食品雲系統監測，防堵不合格產品進入國內食品市場，惟間有邊境抽驗調控措施未盡及時、查驗人力不足，及系統資料分析運用未盡周妥等情事；部分食品器具容器包裝存有毒性化學物質，惟久未辦理相關研究或尚未建立管理規定，允宜研謀改善，以提升源頭管理效能。	有關邊境抽驗調控措施未盡及時等情形，前經監察院立案調查，該院業糾正，詳「五、其他事項」。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一) 政府持續列冊關懷獨居長者及推動高齡相關研究，惟列冊人數與推估獨居老年人口存有落差，且補助經濟弱勢長者安裝緊急救援裝置成效尚待提升，又成立高齡醫學暨健康福祉研究中心推動高齡研究方面尚有拓展空間，允宜研謀改善，以提升執行成效。	
(二) 衛福部及所屬推動提升高齡者健康及自主選擇權利相關方案，惟部分高齡者於成人預防保健服務發現異常狀況後，未回診追蹤，不利及早介入治療，及高齡者預立醫療決定書簽署率尚有提升空間，允宜研謀改善，以確保高齡者健康及醫療自主權。	

表 29 112 年度審核報告所列衛生福利部主管普通公務相關重要審核意見覆核辦理情形 (續)

重要審核意見標題	說明
(三) 食藥署推動食品業者自主衛生管理, 惟間有業者未落實辦理食品業者登錄、電子申報追溯追蹤資料及執行自主通報等, 加以追溯追蹤制度納管業者覆蓋率偏低, 影響問題產品追查時效, 允宜研謀改善, 並督請地方衛生局加強輔導及稽查, 以提升食安管理效能。	
(四) 政府辦理後市場稽查作業, 監管市售食品之衛生安全, 惟連年稽查仍未能有效降低業者違規情形, 或部分市縣衛生局查驗稽查業務未盡周妥; 部分農藥殘留容許量標準久未檢討修訂, 或未有相應之檢驗方法等, 影響食品衛生之把關, 允宜研謀改善, 以確保國人飲食安全無虞。	
(五) 政府為加強健康食品之管理與監督, 制定健康食品管理法並公告健康食品衛生標準, 惟久未檢討修正; 食藥署訂定食安獎勵辦法與健康食品獎勵辦法, 惟近 3 年度各市縣均無核發健康食品檢舉獎金案件, 又地方政府食安檢舉獎金預算執行率偏低, 且間有未及時發放等情事, 允宜通盤檢討, 並督促地方主管機關掌握處理時效, 以發揮全民監督成效, 保障消費者權益。	
(六) 衛福部及所屬為應氣候變遷增加心血管疾病患者就醫及死亡風險, 已推動相關防治措施, 惟三高等心血管疾病高風險族群接受診斷及定期追蹤治療之比率未盡理想, 不利早期發現及治療, 允宜研謀改善, 以維護民眾生命健康。	
(七) 政府持續推動強化社會安全網第二期計畫, 惟整體兒少及未滿 6 歲幼齡兒童受虐人數仍略呈上升趨勢, 且間有托育人員因不當對待兒童而受裁罰案件連年增加、社工人力尚未敷需求等情, 又六歲以下弱勢兒童主動關懷方案執行面仍有未盡周妥情事, 允宜研謀改善, 以提升執行成效。	
(八) 衛福部為提供整合性心理健康服務, 辦理國民心理健康計畫, 惟間有規劃作業未盡周妥, 出院轉銜作業未依限完成, 暨心理衛生資源布建及人力進用仍有不足等情事, 允宜研謀改善, 以提升心理健康服務量能與品質, 完善健康照護體系。	
(九) 國健署連結地方資源推動健康場域計畫, 惟訂定計畫目標缺乏挑戰性, 且未普及全國推廣應用, 間有部分地方政府未延續辦理等情事, 又各市縣蒐集數據資料未臻完整且必填欄位存有缺漏, 允宜檢討改善, 以提升計畫執行效益。	
(十) 社會及家庭署建置身心障礙整合平臺, 協助各地方政府辦理專用停車位識別證管理作業, 惟該整合平臺管理功能不足, 各地方政府資料未能流通運用, 允宜強化資料介接及擴充勾稽模組功能, 並研議協調各地方政府採用跨機關資料傳輸專屬通道或其他方式交換資料, 促使地方政府能同步運用全國專用停車位識別證資料, 以維身心障礙行動不便者權益, 及減輕機關管理負擔。	
(十一) 衛福部訂定醫院照服員管理要點, 並建置管理資訊系統, 協助醫院及地方政府列管照服員, 以增進醫院照服員服務品質, 保障病人安全, 惟部分醫院登錄之照服員資料未盡覈實, 地方政府審查作業亦欠周妥, 且管理要點規範之照服員資格與其他法規或資訊系統所列資格未盡相符, 允宜研謀改善。	

五、其他事項

衛生福利部主管推動施政計畫之執行結果, 前經本部查核後於審核報告揭露, 並經監察院請本部提供資料, 嗣經該院於 113 年 7 月 1 日至 114 年 6 月 30 日間糾正者, 摘述如次:

食品藥物管理署職司輸入食品邊境查驗業務, 惟 111 年至 113 年 2 月間, 多達 6 家食品業者自境外輸入 28 萬餘公斤含蘇丹色素之辣椒粉, 該署未能察覺, 迄 113 年 1 月民眾檢舉爆發食安事件, 下架及封存辣椒粉及相關產品逾 70 萬公斤, 凸顯邊境把關措施確有闕漏, 影響民眾健康安全甚巨, 經監察院糾正。(截至 114 年 6 月 30 日止, 監察院公報尚未刊載)