

調 查 報 告

壹、案由：建構各鄉鎮市區健康評估資料，有助於推動因地制宜的在地化健康政策，惟目前國內疑尚未建置以各鄉鎮市區為中心的健康評估資料。究如何善用公共衛生師及結合社區醫療照護系統（含醫院社區醫學、家庭醫師整合性醫療照護相關計畫等）以發展及建置？衛生福利部對於社區健康評估資料之建置，有無相關研究或獎補助計畫？如何支持各鄉鎮市區制定因地制宜的健康政策？均有深入瞭解之必要案。

貳、調查意見：

本案經調閱衛生福利部¹（下稱衛福部）、原住民族委員會²（下稱原民會）、客家委員會³（下稱客委會）等機關卷證資料，並於民國（下同）114年4月30日赴衛福部辦理座談會，另就客家族群健康資料建置議題，於同年5月28日至客委會進行訪談，經彙析相關重點後，再於同年7月9日邀請原民會社會福利處羅處長、客委會綜合規劃處陳處長、衛福部周常務次長、該部護理及健康照護司與國民健康署（下稱國健署）相關主管人員進行座談，嗣後分別於同年11月及115年1月針對本案待證事項，向前開機關調取相關卷證，現已調查完畢，提出調查意見如下：

- 一、衛福部長期以來對於國人各項健康監測調查，均囿於施測對象、類別、取樣或統計設計等因素，無法進行三級行政區之比較分析，因此調查結果不具鄉鎮市區

¹衛福部115年2月3日衛授國字第1150100408號及114年11月24日同字第1140110712號函。

²原民會115年1月21日原民社字第1150002189號及114年7月4日同字第1140034240號函。

³客委會115年1月20日客會綜字第1150000406號函。

代表性，略屬可惜；惟其中「青少年吸菸暨健康行為調查」已接軌全球監測系統框架，且已有鄉鎮市區行政層次之抽樣設計，故有關其他各項健康調查，有待衛福部拓展該監測模式，克服相關技術性障礙，將部分調查延伸至鄉鎮市區，以利推動因地制宜的在地化健康政策：

- (一)根據《經濟社會文化權利國際公約》第12條及第14號一般性意見，「健康權」被視為享受最高標準身心健康之權利，國家負有確保醫療服務及健康決定因素（如衛生、營養）之「AAAQ」義務，即可獲得性（Availability）、可及性（Accessibility）、接受度（Acceptability）、質量（Quality）。我國於98年通過《公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法》，明定公約具有國內法律效力，各級機關應依公約精神解釋法律，並落實人權保障。
- (二)在法規範接軌層面，按《衛生福利部國民健康署組織法》第2條規定：「本署掌理下列事項：一、國民健康促進政策之規劃、推動與執行及相關法規之研擬。……」因此，衛福部負有督同國健署辦理國人健康資料調查與統計之責。查國健署長久以來針對不同年齡層進行營養調查，亦辦理成人與青少年吸菸調查，以及國人健康現況與長期變動趨勢監測等，惟限於施測對象、類別、取樣或統計設計等因素，無法進行行政區層次之比較分析，因此調查結果不具鄉鎮市區代表性。茲就該署相關調查計畫(方案)名稱、對象及結果，分述如下：

1、國民營養健康調查⁴辦理概況：

⁴資料來源：國健署官網，網址：[國健署-國民營養健康調查](#)(原國民營養健康狀況變遷調

- (1) 營養健康調查係監測國人營養與健康狀況，以提供政府制定健康相關政策與計畫評估參考之必要作為；基此，原行政院衛生署(現衛福部)自69年即開始辦理全國營養調查，先後於69至70年及75至77年採用實際食物測量進行家庭膳食攝取狀況、兒童身體發育調查；自82年起開始辦理一系列之「臺灣國民營養健康狀況變遷調查(Nutrition and Health Survey in Taiwan, NAHSIT)」，包括於82至85年針對13至64歲國人蒐集24小時飲食回憶，同時針對4至12歲兒童進行飲食習慣調查；其後為瞭解特定年齡層狀況，於79至89年進行老年人營養調查，於90至91年以國小學童為調查對象，於94至97年以0至6歲兒童及19歲以上成年人為調查對象；99至100年進行國民中學及高級中等學校⁵學生營養調查，以及於101年進行國小學生營養調查，分別辦理之不同年齡層人口群之國民營養調查計畫。
- (2) 有鑑於以往調查係採不同年齡層之分年階段性訪查，需較長時間始能獲得全人口之營養健康狀況資料，為改善資料提供運用時效，建立穩定且持續監測及評估國人營養健康狀況的調查模式，國健署自接辦當年(指102年)即在調查抽樣及執行時程有所變革，以4年為循環週期，考量縣市分布及季節效應，抽選具全國代表性樣本進行問卷及生理檢驗，已分別於102至105年及106至109年完成第一波及第二波之4

查)，查詢日期：115年1月23日。

⁵指高中、高職及五專1至3年級，下同。

年期調查，蒐集之資料持續運用於國家營養和健康相關政策制定之參考。

- (3) 自110年起，為契合當前以每4年為循環週期之橫斷調查設計，計畫名稱重新訂定為「國民營養健康調查」。110至113年為第三波調查，因受新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）疫情影響，配合中央流行疫情指揮中心之防疫規定，自110年5月起停止實施調查，並進行數位化調查模式開發，111年重新啟動調查，並採面訪與視訊雙軌新調查模式進行。因110年COVID-19疫情而中斷調查並於111年重新設計調查抽樣之故，改以111至114年為第三波規劃。茲就最近2次調查計畫執行內容說明如下：

〈1〉「國民營養健康狀況變遷調查」（106至109年）：

《1》抽樣設計及調查對象：

〔1〕使用多階段分層集束抽樣設計，樣本族群為全年齡層人口，另排除懷孕、哺乳婦女、無自主意識者及機構照護之居民。

〔2〕居住臺灣及澎湖縣等20縣市民眾。

《2》調查內容及方法：

〔1〕調查內容包括個人飲食習慣（包含飲食頻率及24小時飲食回憶）、身體活動量、身體狀況。

〔2〕調查問卷訪問於受訪者家中進行，身體測量則是在各集區設置標準化測量所需專業器材之行動體檢站進行。

《3》調查結果：

〔1〕問卷訪視12,120人，體檢11,617人。

〔2〕衛福部已將調查結果公布於官網，且擇部分重要研究結果及統計指標彙整於「

健康促進統計年報」供查詢。

〔3〕衛福部說明，該計畫調查目的為建立具全國代表性之國人營養狀況資料，無法就鄉鎮市區進行推論。

〈2〉「國民營養健康調查」(111至114年)：

據衛福部查復，該調查預計收案8,800件，114年尚在進行中，調查對象同「國民營養健康狀況變遷調查」(106至109年)，惟仍無法就鄉鎮市區進行推論。

2、「國民健康訪問調查」辦理概況⁶：

國健署自90年起，協同財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)整合既往調查機制，建立每4年一度之「國民健康訪問調查」。該調查旨在監測國人健康現況與長期變動趨勢，藉由蒐集通報登記系統無法涵蓋之健康數據，作為國家衛生政策制定、計畫評估及界定衛生保健目標族群之核心依據，近年辦理情形如下：

(1) 110至111年：

〈1〉調查範圍與對象：

涵蓋臺灣各縣市(含澎湖縣)，並首度納入金門縣及連江縣。對象為全國非機構之常住人口，樣本數約3萬人。

〈2〉抽樣設計與訪查：

《1》臺灣地區(含澎湖縣)：

以「戶籍資料檔」為抽樣底冊，抽選「個人」為受訪對象。

《2》金馬地區：

以「戶籍資料」抽選「地址戶」，訪

⁶資料來源：國健署官網，網址：[國健署-國民健康訪問調查](#)，查詢日期：115年1月23日。

談中選戶內所有12歲以上人口。

〈3〉作業方式：

採用電腦輔助面對面訪問及自填問卷工具，確保資料具備全國及縣市代表性（不具鄉鎮市區代表性）。

〈4〉內容與效益：

涵蓋個人資料(下稱個資)、健康狀態、行為、服務利用及健康識能。結果透過報告書、新聞稿及查詢網站公開，以達成優化醫療配置與提升全民健康生產力之目標。

(2) 114至115年調查規劃重點：

〈1〉執行期程：

依循調查週期，定於114及115年分2年度辦理田野調查及資料蒐集工作。

〈2〉抽樣制度一致化：

調查範圍與對象選定原則維持不變，惟為求統計精確性，金門縣及連江縣將調整為與臺灣本島一致之抽樣方式，統一改以「個人」為抽樣單位。

〈3〉功能延續：

持續發揮長期監測功能，提供最新年度國人健康趨勢變化，以利滾動式修正衛生保健政策。

〈4〉資料應用與限制：

該系列調查結果具高度政策參考價值，透過專屬網站與指標查詢平臺提供產官學界使用，以期落實預防醫學並減少社會醫療支出。惟受限於抽樣設計，該調查結果不具鄉鎮市區代表性，無法進行行政區層次之比較分析。

3、「國民健康促進暨國人健康行為監測調查」辦理概況⁷：

(1) 背景沿革與目的：

為快速蒐集國民健康施政參考數據，並縮短監測週期以掌握國人健康變化，國健署自96年起，參考美國BRFSS監測系統（The Behavioral Risk Factor Surveillance System），推動「健康危害行為監測調查」，並於106年更名為「健康促進業務推動現況與成果調查」。鑑於通訊習慣改變，該署自110年起重行規劃，整併「國人吸菸行為調查」及「健康促進業務推動現況與成果調查」，轉型為2年1週期之單雙年交替監測模式。該調查旨在長期監測非傳染性疾病、健康危險因子暴露及服務利用情形，作為政策規劃與成效評估之科學依據。

(2) 調查範圍、對象與週期：

〈1〉區域範圍：涵蓋全國22縣市（含金馬地區）。

〈2〉受訪對象與週期：

《1》單數年（如113年）：

辦理「吸菸行為調查」，對象為15歲以上民眾，重點指標包括吸菸率、二手菸暴露等相關數據。

《2》雙數年（如114年）：

辦理「健康促進行為調查」，對象為18歲以上民眾，重點監測重要健康促進政策認知（如癌症預防保健）及各項健康行為。

〈3〉抽樣分析限制：

⁷資料來源：國健署官網，網址：[國健署-國民健康促進暨國人健康行為監測調查](#)，查詢日期：115年1月23日。

該調查依各縣市人口比例配置樣本，具全國及縣市代表性，惟受限於抽樣設計，無法分析各鄉鎮市區層次之民眾健康情形。

(3) 抽樣設計與調查方法：

〈1〉雙底冊抽樣：

合併使用市話與手機雙母體。市話依據住宅電話及局碼核配資料，按「抽出樣本與單位大小成比率 (Probability Proportional to Size, PPS)」抽取局碼並隨機撥號，配合戶中抽樣選取受訪者；手機則採隨機撥號法 (Random Digit Dialing, RDD) 產生樣本，以確保涵蓋行動通訊族群。

〈2〉執行作業：

由國健署主辦，委託專業電訪公司執行，並由內政部警政署165反詐騙專線協助。採電腦輔助電話訪問系統 (Computer Assisted Telephone Interviewing System, CATI System) 進行隨機不記名訪談，按季辦理，並以實際訪問時間為資料標準時期。

(4) 資料處理與結果應用：

〈1〉個資保護：

調查過程嚴格遵循《個人資料保護法》及《人體研究法》，所有資料經清理檢誤後，採「事後分層加權」處理，確保樣本在性別、年齡及地區分布具母體推論代表性。

〈2〉成果發布：

調查成果定期以調查報告、新聞稿或專題研究形式對外發布。相關描述性統計分析同步收錄於年度「健康促進統計年報」，供產

官學各界查詢利用，以發揮預防醫學與促進健康之綜效。

4、「國人吸菸行為調查」辦理概況⁸：

(1) 背景說明：

自西元1984年起，美國疾病管制局（The Centers for Disease Control and Prevention, CDC）⁹以電腦輔助電話訪問系統建立危險行為因子監測系統（Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS），該調查1年約電話訪問35萬名受訪者，搜集具各州代表性的18歲以上成年人的各項健康相關危險因子的資訊，作為瞭解迫切健康議題或公共衛生健康議題的政策發展及計畫評估，其中有關吸菸行為的調查包括成年人吸菸相關行為、戒菸行為及二手菸政策等。

國健署每年依據業務推動及政策參考需要，定期辦理全人口或特定年齡族群之吸菸行為監測調查，相對於面訪調查，電話訪問調查之特性在於能在最短時間內迅速獲得初步概要性參考數據，而運用電話訪查所收集之系列資料，亦可探討健康相關問題之變化趨勢，迅速瞭解民眾之吸菸行為以及對菸害防制措施之認知等。國健署於92年參考美國疾管局所發展之危險行為因子監測系統（Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS）、國民健康訪問調查（National Health Interview Survey）及全球成人吸菸行為調查

⁸資料來源：國健署官網，網址：[國健署-國人吸菸行為調查ASBS](#)，查詢日期：115年1月23日。

⁹下稱美國疾管局。

(Global Adult Tobacco Survey)問卷中有關吸菸危險因子的部分，並參照該署業務單位擬定政策推動所需，發展本土版的「成年人吸菸行為調查」問卷 (Adult Smoking Behavior Surveillance System, ASBS)。該調查自93年起，採具縣市代表性的抽樣方式，監測18歲以上成年人吸菸行為之現況；為與國際比較，102年起擴大調查對象為15歲以上之國人，計畫名稱亦變更為「國人吸菸行為調查」，每年常規性監測國人吸菸行為資料庫，並依全國及縣市別進行結果之分析統計，以瞭解國人吸菸行為之現況及變化趨勢，作為政府衛生部門監測與評價菸害防制工作成效之參考，並據以規劃調整相關政策措施及工作。110年起，整合「國人吸菸行為調查」與「健康促進業務推動現況與成果調查」，合併辦理「國民健康促進暨國人健康行為監測」調查，採2年輪替方式，將吸菸行為與健康行為分年輪換調查。

107年以前所辦理之調查，主要以住宅電話（市話）使用者為抽樣訪查對象，自109年起，除延續以往電話訪問調查所採用之市話調查，建立與歷年調查結果具可比較性之長期監測數據外，另增加手機抽樣樣本，以利未來應用雙底冊的抽樣調查設計時之基礎參考。

(2) 辦理情形：

93至101年間，各年度有效完訪樣本約計1萬6千餘人，102年起則倍增為2萬4千人以上，分別計2萬5,964人(102年)、2萬6,145人(103年)、2萬6,052人(104年)、2萬5,970人(105年)、2萬6,016人(106年)、2萬5,992人(107年)、

2萬6,065人(109年)、2萬4,185人(111年)、2萬4,156人(113年)。

(3) 調查結果¹⁰：

我國自86年施行菸害防制法以來，執行大部分室內公共及工作場所禁菸，菸品容器開始印製警示圖文，同時善用菸品健康福利捐推動二代戒菸全面多元服務及各項健康措施，在各項策略的推動下，成年人吸菸率由97年的21.9%，降至113年的12.8%，降幅超過4成（41.6%）。

5、「青少年吸菸暨健康行為調查」辦理概況¹¹：

(1) 背景沿革與國際監測體系：

〈1〉青少年吸菸防治理論基礎：

依據西元1994年美國衛生部及2010年醫療衛生總長（Surgeon General）報告指出，青少年吸菸具尼古丁成癮性，復發率與戒斷症狀與成人相似，且常為飲酒或藥物濫用之先導。由於多數吸菸行為始於高中畢業前，如能有效阻斷青少年接觸菸品，將可大幅降低終身吸菸率。

〈2〉全球監測系統（Global Tobacco Surveillance System, GTSS）框架：

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）¹²與美國疾管局於1999年發展全球吸菸調查系統，包含全球青少年吸菸調查（Global Youth Tobacco Survey, GYTS）、全球校園職員吸菸調查（Global

¹⁰資料來源：國健署官網，網址：[國健署-國人吸菸行為調查結果](#)，查詢日期：115年1月23日。

¹¹資料來源：國健署官網，網址：[國健署-青少年吸菸行為調查調查GYST](#)，查詢日期：115年1月23日。

¹²下稱世衛組織。

School Personnel Survey, GSPS)、全球醫學院學生吸菸調查 (Global Health Professions Student Survey, GHPSS) 及全球成人吸菸調查 (Global Adult Tobacco Survey, GATS) 等4大調查，旨在提升各國監測能力並進行國際間效益比較。

〈3〉我國調查發展歷程：

《1》國健署自93年引進上述GYTS中文版問卷，初期分為與全球同步之「A計畫（全國代表性）」及強化本土應用之「B計畫（縣市代表性）」。

《2》自103年起，將上述AB兩計畫整併，由國健署提供全國國民中學及高級中等學校相關母體資料，經美國疾管局以鄉 (rural town) 鎮 (urban town) 市 (small city) 區 (big city) 分層進行抽樣，再由該署召集各地方政府衛生局、所之工作同仁進行問卷調查，以確保資料具國際比較性；自112年起，進一步參考世衛組織非傳染性疾病 (NCDs) 監測架構，整合吸菸與健康行為調查，建立例行性之監測機制。

(2) 調查地區、對象與抽樣設計：

〈1〉調查範圍與對象：

涵蓋全國22縣市之國民中學、高級中等學校在校學生。

〈2〉多階段分層抽樣法：

《1》第一階段（樣本學校）：

預先設定各縣市樣本數（國民中學約900人、高級中等學校約1,100人），依據學校類型（日間部、夜間部）核計學生累

積總數，採「總學生數/預計抽出樣本數」為間隔，以系統隨機抽樣法抽選學校。

《2》第二階段（樣本班級）：

就中選學校依班級屬性、年級、科系排序，隨機抽出3至6班，針對該班全體學生施測。全國總樣本數約2萬至2.5萬人。

(3) 調查內容與問卷設計：

〈1〉核心範疇：

採上述GYTS國際一致性問卷，內容涵蓋吸菸率、知識與態度、媒體廣告影響、菸品可近性、學校課程、環境菸害（二手菸）及戒菸行為等。

〈2〉本土化增補：

逐年參考政策需求與專家建議，經焦點團體討論、雙向翻譯驗證及前趨測試（Pre-test），確保問卷具備良好信效度。

(4) 調查執行與實務作業：

〈1〉無記名施測：

由地方衛生局指派經訓練之人員主持，施測時學校教職員須迴避現場，並向學生強調匿名保密及資料僅供統計分析之保證，以提升填答據實度。

〈2〉同步施測原則：

同一學校之樣本班級原則上需於同一時間施測，避免受測學生相互討論影響準確性。

〈3〉填答技術：

使用2B鉛筆塗黑電腦答案紙，除加速處理效率，亦可強化問卷資料之保密性，避免文字書寫識別。

(5) 資料處理與加權分析：

〈1〉標準化流程：

完成之答案卷送至美國疾管局或國健署進行電腦掃描與人工塗記逐筆檢查。

〈2〉統計代表性：

以教育部前一年度註冊人數為母體數據，依性別、年級及學校類型進行「事後分層加權」。經適合度檢定顯示，樣本資料與母體分布無統計顯著差異。

〈3〉趨勢限制說明：

《1》110年度調查受疫情影響致完成訪問率偏低，進行長期趨勢比較時，應將此限制納入資料推論考量。

《2》衛福部表示，該調查針對22縣市分別進行抽樣調查，調查結果無法分析各鄉鎮市區在學學生吸菸及健康情形。

(6) 權責分工與行政協作：

該調查由國健署負責規劃設計、母體提供與報告撰述；各地方衛生局執行田野調查；教育體系（教育部、地方教育局處及各樣本學校）於執行過程中提供必要之行政協助。

(三)承前述，衛福部關於國人健康調查及監測之政策，長期以來由國健署辦理「國民營養健康調查」、「國民健康訪問調查」、「國民健康促進暨國人健康行為監測調查」、「國人吸菸行為調查」及「青少年吸菸暨健康行為調查」等計畫或方案，惟限於施測對象、類別、取樣或統計設計等因素，調查結果不具鄉鎮市區代表性。然由「青少年吸菸暨健康行為調查」執行方式得知，國健署自103年起將全國代表性與縣市代表性的調查計畫整併，自相關學校的母體資料

中，由美國疾管局以鄉(rural town)鎮(urban town)市(small city)區(big city)分層進行抽樣，再由各地方衛生局進行問卷調查，顯見近年已有鄉鎮市區的行政層次監測概念，故有關上開其他各項健康資料調查，有待衛福部拓展該監測模式，克服相關技術性障礙，將部分調查延伸至鄉鎮市區，俾利健康政策資源得以精準對接在地需求。

(四)綜上，衛福部長期以來對於國人各項健康監測調查，均囿於施測對象、類別、取樣或統計設計等因素，無法進行三級行政區之比較分析，因此調查結果不具鄉鎮市區代表性，略屬可惜；惟其中「青少年吸菸暨健康行為調查」已接軌全球監測系統框架，且已有鄉鎮市區的行政層次監測概念，故有關其他各項健康調查，有待衛福部拓展該監測模式，克服相關技術性障礙，將部分調查延伸至鄉鎮市區，以利推動因地制宜的在地化健康政策。

二、政府應致力於原住民族及客家族群的健康調查與政策，以落實健康平權，目前相關族群在地照護資源發展可謂具有一定程度之基礎，惟缺乏因地制宜的在地建康數據作為施政實證；經本院調查，原民會將協助把族群文化、生活型態與健康行為差異，納入原住民族健康政策制度設計，另客委會亦研議將客家族群健康調查，納入115年度「客家知識體系發展獎勵補助計畫」徵件主題之可行性，以期透過獎助學金或專案研究方式，逐步累積相關領域之學術實證資料，此均有待衛福部、原民會及客委會跨部會合作，協力建置社區健康資料，落實在地健康促進政策：

(一)按《原住民族健康法》第2條第1項規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。」同法第

6條第1項及第7條第1項分別規定：「中央主管機關應依原住民族特殊之健康問題，就生活型態、環境、生物因子及醫療資源等面向，定期調查與研究原住民族健康狀況及健康需求。」、「中央主管機關應建置原住民族健康資料庫。」另《客家基本法》第1條，亦明確闡明有關推動客家事務及保障客家族群集體權益之立法意旨。基此，政府應致力於原住民族及客家族群的健康調查與政策，以落實健康平權。

(二)有關目前原住民族健康調查、資料統計分析及跨部會合作機制情形，原民會及衛福部分別說明如下：

1、原民會：

(1)原住民族健康調查計畫名稱與辦理情形：

依據《原住民族健康法》第6條規定，中央主管機關應辦理原住民族健康狀況及需求之調查研究。該會與衛福部長期合作，委託國衛院定期出版「原住民族人口及健康統計年報」。該年報自90年首次出版以來，已累積逾20年之長期監測資料，內容涵蓋人口結構、主要死因、疾病盛行率及醫療利用情形等面向，成為推動原住民族健康政策之重要實證基礎。為確保數據可靠性並保護個人隱私，目前採取北、中、南、東分區統計分析，以避免因原住民族地區樣本數過小導致統計波動性過大，確保整體趨勢推論之穩定性。

(2)原住民族地區健康統計建置與因地制宜的在地政策規劃：

為強化健康資料之完整性，原民會除持續編製統計年報外，並透過跨部會資料整合機制，協請衛福部統計處、國健署與社會及家庭署等，彙整醫療服務、公共衛生及社會福利等數

據進行多面向分析。目前已於全國性資料架構下，完成地區別、族群別及年齡層別之基礎統計，並優先呈現健康不平等較顯著或具政策急迫性之原住民族地區資料。此外，衛福部依《原住民族健康法》第5條規定，成立「原住民族健康政策會」，下設中長程計畫、調查研究、健康照護人力及文化安全等4個工作小組。該會主責「文化安全工作小組」，協助將族群文化、生活型態與健康行為差異納入制度設計，確保統計成果與政策需求滾動精進，落實因地制宜的在地健康促進。

(3) 履行《原住民族健康法》第7條協調職責與確保文化特殊性之作為：

依據《原住民族健康法》第7條規定，原住民族健康資料庫之建置，由中央衛生主管機關主政。該會作為協調機關，積極參與健康調查設計、抽樣原則及族群分類方式之研商，並提供原住民族人口結構與文化脈絡建議。為確保衛福部之調查樣本能準確反映文化特殊性，該會於各項會議中提出具文化敏感度之建議，協助優化資料蒐集作業。透過跨部會協調機制，確保健康調查納入族群差異考量，進而提升樣本代表性，並藉由數據轉譯落實文化安全之健康政策，有效降低健康不平等。

2、衛福部：

關於原住民族地區¹³健康統計資料建置之可

¹³依據《原住民族基本法》第2條第1項第3款，「原住民族地區」，其行政全稱為「山地原住民族鄉」或「直轄市山地原住民族區」，屬地方制度法規定的行政區域；臺灣原住民族委員會認定共有55個原住民族地區（原鄉），包含30個山地原住民族鄉/區及25個平地原住民族鄉/鎮/市。下稱原鄉。

行性評估，敘述如下：

(1) 針對原鄉健康指標分析之評估結果：

衛福部協同國衛院原住民族健康研究中心，就現行衛生統計資料（含戶籍、全民健康保險及死因資料）評估分析至全國55個原鄉之可行性，相關研析意見如下：

〈1〉現有具分析代表性之指標：

有關人口數、族別、年齡結構組成、人口增加率及死亡率等項目，目前已可細分至55個原鄉進行統計分析。衛福部統計處每年亦針對各鄉鎮市區之主要死因、癌症死因等指標進行常態性監測。

〈2〉關鍵指標之統計侷限與排除建議：

部分生命統計指標因涉及個資保護、樣本規模或統計特性，暫不建議以鄉鎮市區為單位進行估計：

《1》個資隱私限制：

出生指標（包含出生數、粗出生率、總生育率及各年齡別生育率）受限於資料中心規範，若變項人數低於3人即無法攜出分析，導致部分原鄉數據無法精確呈現。

《2》統計穩定性不足：

「平均餘命」與「健康平均餘命」之計算需基於大樣本族群，若以人口稀少之鄉鎮市區為估計單位，數據極易產生劇烈波動與偏差，統計代表性較低。

《3》抽樣設計侷限：

現有國民營養、健康訪問等調查計畫，其抽樣設計多僅具「全國」或「縣市」

代表性，無法下推至鄉鎮市區層級，難以作為在地健康風險干預之實證依據。

- (2) 針對菸、檳、酒等健康風險指標進行代表性評估（含人數、年齡與性別分析），並探討當前數據蒐集之侷限性：

〈1〉來源限制：

相關資料係參考「2017-2020年國民營養健康狀況變遷調查」及「2022年成人預防保健資料」進行嘗試分析。

〈2〉代表性疑慮：

由於上述資料多屬抽樣調查，或僅限於參與預防保健之民眾，針對單一鄉鎮市區層級之代表性不足。相關分析結果因具統計穩定性疑慮，目前僅建議作為政策推動之參考。

- (三)另關於客家族群健康政策與調查，客委會與衛福部分別說明如下：

1、客委會：

- (1) 客家族群健康促進政策與「伯公照護站計畫」執行情形：

依《客家基本法》第1條規定，客委會核心任務為傳承客家語言文化及推動客家事務。為落實客庄長者在地文化照護，該會自106年起與衛福部及各地方政府合作，於「C級巷弄長照站」之社會參與及健康促進功能基礎上，辦理客家文化加值服務。以114年度為例（執行期程為114年1月1日至11月20日），該計畫於全國12個縣市、共100個鄉鎮市區（含70個客家文化重點發展區及30個非重點發展區）成立555處伯公照護站；其中354個站點結合幼兒園及中小學推辦

「老幼同樂」活動，並安排客家宣導員至439個站點提升長者客家意識。同時招募青年進行「青銀共融」活動達78人次，透過跨世代交流與文化參與，促進客庄長者身心健康，打造伯公照護站成為文化傳承基地。

(2) 辦理客家族群健康調查相關計畫之檢討：

現行業務範疇，尚無辦理客家族群健康相關之調查計畫或專門研究；惟考量推動客家議題研究之必要性，該會設有「客家知識體系發展獎勵補助計畫」，旨在鼓勵學術界及研究機構投入客家相關議題。針對客家族群健康調查需求，該會將研議將其納入115年度徵件主題之可行性，以期透過獎助學金或專案研究方式，逐步累積相關領域之學術實證資料。

2、衛福部：

目前所辦理之全國性健康調查，係以不分族群之全國人口為基礎，提供整體健康監測與政策評估為目的。針對客家族群人口及相關健康調查統計資料，是為客家事務政策之一，爰按《客家委員會組織法》第2條第1款規定，該會掌理客家事務政策、制度、法規之綜合規劃、協調及推動，故相關族群界定與資料建置，宜由該會就其權責進行說明。

(四)承上述，政府應致力於原住民族及客家族群的健康調查與政策，以落實健康平權，目前相關族群在地照護資源發展可謂具基礎，惟缺乏因地制宜的在地建康數據作為施政實證，原民會與客委會長期投入族群健康促進及長期照顧計畫，如原民會布建達519站之「文化健康站」，以及客委會成立達555處之「伯公照護站」，上述政策已將長照資源結合部落及客

庄文化特性，發展出具文化安全之照顧模式，然現行政策多聚焦於「服務提供」與「文化加值」，未能延伸至鄉鎮市區層級的在地健康統計資料(如吸菸、酗酒、慢性病盛行率等)，導致兩會在研擬「因地制宜的在地健康政策」的實證基礎，尚有未足；目前原民會將協助把族群文化、生活型態與健康行為差異，納入原住民族健康政策制度設計，另客委會亦研議將客家族群健康調查，納入115年度「客家知識體系發展獎勵補助計畫」徵件主題之可行性，以期透過獎助學金或專案研究方式，逐步累積相關領域之學術實證資料，此均有待衛福部、原民會及客委會跨部會合作，協力建置社區健康資料，落實在地健康促進政策。

- (五) 基上，政府應致力於原住民族及客家族群的健康調查與政策，以落實健康平權，目前相關族群在地照護資源發展可謂具一定程度之基礎，惟缺乏因地制宜的在地健康數據作為施政實證；經本院調查，原民會將協助把族群文化、生活型態與健康行為差異，納入原住民族健康政策制度設計，另客委會亦研議將客家族群健康調查，納入115年度「客家知識體系發展獎勵補助計畫」徵件主題之可行性，以期透過獎助學金或專案研究方式，逐步累積相關領域之學術實證資料，此均有待衛福部、原民會及客委會跨部會合作，協力建置社區健康資料，落實在地健康促進政策。

- 三、我國於110年迎來首屆公共衛生師(下稱公衛師)國家考試，惟截至114年10月底止，全國領證人數計381人，執業登記人數卻僅有45人，其中於基層衛生所更僅有4人，不利在地健康促進政策之推動，有待衛福部藉由「公共衛生服務體系升級」專案一併檢討，並偕

同各地方政府提供具體誘因，吸引公衛師落腳基層，以發揮其流行病學監測、健康促進及大數據分析之專長，補足社區健康監測缺口：

- (一)公衛師之任用與發展，係建立於專業證照制度與公務人事法規的雙軌銜接上。依據《公共衛生師法》規定，通過國家考試領有證書者，方得執行環境衛生、疫病調查及健康促進等法定專業業務。為使此專業人力進入政府體系，行政院透過「公共衛生服務體系升級」專案，請衛福部修正《縣市衛生局所屬衛生所組織規程指導範例》，於編制中增列「科員」與「技士」職稱，並於員額表備註欄明確加註其職責為「推動社區公共衛生業務與疾病管理」，提供公衛師實質職缺與執業登記空間，確保具公共衛生背景者「有缺可占、有才可發揮」，解決公衛師尚未設置獨立職系前之占缺困境。
- (二)依據《專門職業及技術人員轉任公務人員條例》及其施行細則，領有公衛師證照並具備2年以上實務經驗者，得轉任為「衛生行政」或「衛生技術」職系職務，賦予其具備公務人員身分之法理依據。另結合《地方制度法》賦予地方政府因地制宜配置員額之權限，建構出中央指導法規、地方統籌預算、專技轉任銜接之三位一體任用架構，確保公衛專業量能可合法且有效地挹注於基層公共衛生體系。
- (三)然據衛福部統計，截至114年10月底止，公衛師領證人數計381人，執業登記人數卻僅有45人，大多於醫療機構服務，衛福部中央健康保險署與疾病管制署雖已率先開設相關職缺作為示範，期鼓勵各級衛生機關常態化運用轉任機制，吸納具備實務經驗之公衛師進入體系，發揮其流行病學監測與健康促進之專長；惟查公衛師於基層衛生所執業人數更低

，僅有彰化縣和美鎮、大村鄉及花壇鄉衛生所共4人辦理執業登記，顯見專業人力進入公務體系之管道仍待統籌與優化。

- (四)為強化地方招募誘因，落實因地制宜之人力統籌，依《地方制度法》規定，衛生所之員額配置屬地方政府權責。惟衛福部仍應積極統籌相關資源，鼓勵各地方衛生局提供具體誘因（如代付公會入會費、輔導執業登記等），吸引公衛師落腳基層，同時配合「健康台灣深耕計畫」由下而上的提案模式，由衛福部統籌督導各縣市就區域人口結構與照護特性，將公衛師專業納入因地制宜的在地健康促進計畫，以提升公共衛生防護網之韌性。
- (五)據上，衛福部於104年將《公共衛生師法》送行政院審議，最終於109年5月15日經立法院三讀通過，並由總統於同年6月3日公布施行，110年我國迎來首屆公衛師國家考試，惟截至114年10月底止，全國公衛師領證人數計381人，執業登記人數卻僅有45人，其中於基層衛生所更僅有4人，不利在地健康促進政策之推動，有待衛福部藉由「公共衛生服務體系升級」專案一併檢討，並偕同各地方政府提供具體誘因，吸引公衛師落腳基層，以發揮其流行病學監測、健康促進及大數據分析之專長，補足社區健康監測缺口。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、三，函請衛生福利部檢討改進見復。
- 二、調查意見二，函請行政院督促衛生福利部、原住民族委員會、客家委員會檢討改進見復。
- 三、調查意見，經委員會討論通過後上網公布。

調查委員：鴻義章

