

第十四章、降低死亡率（兒童及青少年死亡率）

「兒童權利公約」明訂所有兒童享有被保護、關懷、健康、尊嚴成長的權利不容剝奪；尤其在保護兒童健康方面，各國莫不以降低嬰幼兒死亡率，以保障其生存權為優先。聯合國「千禧年發展目標」最終成果亦表明，全球五歲以下嬰幼兒死亡率從 1990 年到 2000 年降低了 53%，僅東亞和拉丁美洲未達預定目標，僅改善三分之二，因而仍列為 2030 年需持續進步的永續目標。

近年來科學研究成果亦顯示：胎兒、新生兒等生命早期健康狀態，不僅可能影響其存活率及出生結果，也和日後成人期疾病風險有關，亦即生命在形成初期，即足以影響整個生命歷程的健康狀態。因此，掌握本土嬰幼兒及兒少近年來死亡率趨勢及其危險因子，並據此規劃改善策略，從生命源起即增加健康投資，以降低新生兒及兒童可預防的死亡，是臺灣所處的高齡少子化環境最迫切強化的健康政策。

第一節、嬰兒死亡率

前言

嬰兒死亡率指未滿周歲的嬰兒死亡率，以每千名活產嬰兒的死亡數表示，是重要的兒童健康指標；而此一階段罹病原因與死因，主要和周產期及先天性因素有關。本節將涵蓋孕產期健康、先天性及遺傳性疾病、兒童重大疾病的預防與診治等議題，關注從孕婦、胎兒到嬰幼兒健康促進與疾病診治，作為改善嬰兒死亡率的建言。

壹、現況檢討

臺灣嬰兒死亡率、即每千名活產嬰兒的死亡數，在 2015 年為 4.1(衛福部死因統計年報)，與國際經濟合作暨發展組織統計資料(OECD. Stat)相比，臺灣在 36 國中排名 27，是倒數三分之一的後段班。新生兒死亡率，亦即每千名活產嬰兒未滿 28 天的死亡數，在 2015 年為 2.5，在 OECD 會員國中排名中段的三分之一。值得注意的是，新生兒死亡佔五歲以下死亡人數的四成以上，且大部分與早產和低出生體重兒密切相關。出生體重低於 2500 公克的嬰兒佔比，2015 年為 9%，也列名 OECD 會員國後三分之一；因此，早產與低出生體重兒的防治，是改善新生兒死亡率的關鍵課題。

隨著社會和生活形態變遷，臺灣近年來高齡產婦比例也節節上升；其結果，不僅高危險妊娠罹病率逐年增加，早產發生率更以每年 0.07% 增加；早產往往會衍生出許多併發症，如

死亡、呼吸道問題、感染等，慢性病方面，則可能造成發展遲緩或行為問題。胎兒和嬰幼兒是生長、發育關鍵時期，環境因子包括子宮內環境敏感，若是暴露在環境污染物或營養不均衡，不僅影響新生兒和兒童健康，甚至導致成人時期慢性病。孕產期健康涵蓋範圍較廣，需從各面向加以檢視，並探討如何結合多元照護，以確保孕產婦及新生兒身心健康。

孕產婦的體重控制及飲食，需要正確健康概念導引，孕期與產後、新生兒營養素如鐵、維生素 D 需求，目前尚缺乏本土評估與建議。在持續推動母乳哺育時，如何兼顧母親身心健康，並提供友善的外在環境支持，實有必要。再者，適孕年齡婦女或孕婦，接種疫苗與母親及新生兒健康息息相關，需要本土的流行病學監測資料，建立共識和指引，方得從預防的早期介入。目前懷孕併發高血壓發生率約 5.2~8.2%，併發子癲前症發生率約 0.2~9.2%，妊娠糖尿病發生率約為 1~14%，青少年懷孕或性傳染病感染，亦是高危險妊娠疾病的主因之一，不僅危及孕婦和產後婦女健康，更直接影響新生兒罹病率及死亡率，如何發展有效的預防篩檢或治療，刻不容緩；但需先從落實產前照護、改善城鄉差距及專業人員不足的現況著手。以預防保健觀點，應提升孕產婦健康知能，包含避免不良健康行為，如抽菸、喝酒或物質濫用，早產危險因子和環境汙染物危害等。臺灣女性勞動參與率 2016 年已達 50.80%，幾佔一半，如何確保女性勞動條件及職場安全，也是產期健康重要一環。

依據臺灣 2014 年統計，嬰兒死因首位是先天性畸形、變形、染色體異常與重難症，要降低嬰兒死亡率，必需由此著手；然，先天性疾病涵蓋範圍廣泛，多數並不常見，為了有效改善醫療照護及降低相關併發症及死亡率，故應從相對盛行率較高、早期診斷時效性及可治療性入手。這裡粗擬臺灣過去最常見且、較重要的代謝性、染色體異常與結構性先天性疾病，作為改善嬰兒相關死亡率建議。依據既有治療經驗與研究成績為基礎，掌握監測、介入、追蹤與評估之規劃，同時由基因遺傳性導入產前諮詢概念，以減少後續的家庭及社會負擔。

另一類需投注資源、及早防範的是兒童重大疾病，例如兒童急重症專業化與特殊需求、兒童癌症與過敏性疾病逐年增加、腸病毒 71 型等突發式疫情對兒童的傷害，都是臺灣兒童亟待突破的重點。

貳、目標

- 一、建立本國常態性資料收集與管理的標準程序，監測、分析兒童健康指標趨勢，並與國際比較，作為改善基礎。
- 二、完善孕產期醫療照護系統，包括高風險族群的周產期保健、預防接種、早產防治、高危險妊娠疾病篩檢等，並妥適佐配置醫療資源。
- 三、推廣母嬰友善環境，提供正確飲食與營養衛教，減少物質濫用與環境污染物暴露，並落實母乳哺餵親善環境及職場母性保護。
- 四、規劃重難罕症的流行病學監測平台，調查本土疾病盛行率、危險因子及預後，並強化先天性及遺傳性疾病預防與篩檢，進而加以整合，以因應臨床照護需求。
- 五、規劃前瞻性多體學資料庫及診斷中心，推動創新研究及轉譯，並推廣標準化治療準則及個人化需求，以求醫療照護品質之精進。
- 六、規劃兒童急重症醫療網，建置專業轉診團隊，利用分級醫療提升照護品質，改善醫療資源不平等。
- 七、精進傳染病防治，並提升本國疫苗製造能力，改善抗生素抗藥性的威脅。

參、策略

- 一、建立本國常態性資料收集與管理標準程序，監測、分析比較兒童重要健康指標趨勢，並研擬改善策略：
 - (一) 單位整合並編列預算，持續進行兒童重要健康指標資料收集與分析，並落實相關政策之擬定與執行。
 - (二) 研擬適合本國國情的兒童死亡原因複審機制，並減少可避免、可預防的兒童死亡。
- 二、完善孕產期醫療照護系統，涵蓋預防保健、防治篩檢和專業診治：
 - (一) 建構並強化青少年的性和生殖健康教育相關課程，建立高關懷族群如新住民或弱勢族群的主動介入服務模式。
 - (二) 調查現況，以建立孕產婦接種疫苗的共識與指引，並逐步納入國家政策執行。
 - (三) 參照科學實證，並與國際接軌，推動高危險妊娠及早產預防與篩檢政策，提升診斷與治療品質。
 - (四) 規劃周產期醫療網，充足婦產、新生兒照護的軟硬體設施，推動高危險妊娠產前轉診與分級醫療，以提升照護品質。

三、推廣母嬰友善環境，提供孕前、孕中與產後的飲食、營養及健康行為衛教，並落實職場母性保護：

- (一) 調查臺灣孕產婦及嬰幼兒營養狀況，制訂本土合宜的飲食營養建議指引，強化專業人員培訓及多元化衛教宣導。
- (二) 推動育齡婦女孕前照護，包括健康體位觀念、慢性病照護和物質濫用及環境汙染物威脅等。
- (三) 依據世界衛生組織「愛嬰醫院」標準，推動認證，多面向支持母乳哺餵並促進身心健康。
- (四) 健全職場母性健康的保護體制，保障母嬰社會福利。

四、規劃重難罕症的流行病學監測平台，調查本土疾病盛行率、危險因子及預後，並強化先天性及遺傳性疾病的預防與篩檢，因應臨床照護需求：

- (一) 建置重難罕症登錄資料庫，以分析、評估臺灣盛行率、疾病特質、危險因子、治療成效及長期預後。
- (二) 建立先天性及遺傳性疾病的遺傳諮詢指引，推廣高風險家庭產前診斷及早期介入，依本土需求，規劃高危險群篩檢計畫。
- (三) 評估各項疾病整合服務或照護網需求，依據病患數與相關併發症，考量城鄉醫療資源差異，規劃全國性整合門診，並建立臨床照護流程。

五、規劃前瞻性多體學資料庫及診斷中心，推動創新研究及轉譯，推動標準化治療準則及個人化需求，以精進醫療照護品質：

- (一) 政府主導前瞻性多體學的資料庫 (Multiomics library) 及診斷中心規劃，整合各種分子診斷、全基因分析等工具，建立標準化檢測流程及實驗室認證制度。
- (二) 推動創新研究及轉譯，著重與疾病相關的分子及基因標記，積極引進國外新藥參與臨床試驗，以逐步應用於療效與副作用相關之個人化醫療。
- (三) 以實證為基礎，並與時精進，規劃本土合宜診斷與治療及追蹤準則建議。

六、規劃兒童急重症醫療網，建置專業轉診團隊，利用分級醫療，提升照護品質，進而改善醫療資源不平等：

- (一) 整合登錄系統與醫療行政資料，應用於分級醫療網照護，以提高醫療可近性，減少醫療資源重複、浪費。
- (二) 根據全臺分區，建置以兒童為主體的緊急醫療救護系統，訂定標準作業程序，規劃適合兒童的緊急救護設備與人力。

(三) 擴大現有腸病毒重症醫療網架構，將全臺各兒童重症醫療單位分級，成立重症診治中心，設置國家級重症處理中心，以協調突發疫病時兒童病患轉診與協同治療。

七、精進傳染病防治，並提升本國疫苗製造能力，改善抗生素抗藥性的威脅：

(一) 探討兒童重大及特殊感染症發生率與嚴重度地區性差異的影響因素，訂定因應策略，以改善相關危險因素。

(二) 持續推動並落實本土兒童感染症防治，包括研發重要腸病毒型別的疫苗研發、提升流感疫苗接種率、強化蟲媒傳染病的臨床診斷與防治技能、結核病及愛滋病等防治。

(三) 制定國家級抗生素使用指引，並建立主動稽查、管控機制，加強專業人士與民眾知能，以提升人類及農業對抗生素的正確使用。

(四) 將疫苗相關知識納入基礎教育之教育標準教材，並利用多面相宣導，以提供民眾知能。

肆、衡量指標

一、中程指標（2022）

(一) 建立本國常態性資料收集與管理標準程序，監測、分析、比較兒童重要健康指標趨勢，據以研擬改善策略：

1. 推動死亡病例回顧(death review)機制：成立專責單位，每季完成新生兒死亡病歷回顧，以明確新生兒死亡率與死因之分析。
2. 建立全國新生兒死亡率與死因分析之資料庫及實證資料。
3. 建立新生命連結網：推動修訂「個人資料保護法」，新生兒資料屬於國家資產，允許建立資料庫，並串聯各新建（孕產資料庫與新生兒資料）與既有（健康、出生與死亡）資料庫，以建立完整的新生命連結網資料庫，含完整的孕、產、新生兒登錄。

(二) 完善孕產期醫療照護系統，包含高風險族群的周產期保健、預防接種、早產防治、高危險妊娠疾病篩檢等，並妥適配置醫療資源：

1. 先天性橫膈疝氣產前診斷率提升至 70%，轉診率提升至 90%。
2. 早產兒住院與出院後持續追蹤、保護與關懷：成立專責機構，評估與引進早產兒照護所需特殊醫療器材與藥物，靈活調整全國需求與庫存之平衡，建立並提供高風險群健康關懷及追蹤服務機制。
3. 青少年及新住民健康教育：
 - (1) 規劃青少年生殖健康關懷中心試辦計畫，培育關懷員。
 - (2) 結合、運作關懷中心與青少年孕產之友善醫療院所網絡。

- (3) 建立通報網路平台，利用資訊科技提醒機制，建立主動介入服務模式。
- (4) 規劃「新住民友善幼兒家庭醫師」特約診所制度，並規劃整合的語言轉譯服務資源中心，支援特約診所服務。
- (5) 建構學校相關性和生殖健康教育的新穎課程設計，提供校園生殖健康相關醫療如避孕和性病諮詢等服務。

4. 疫苗接種共識與指引：

- (1) 政府制訂適合國人的「臺灣孕產婦及新生嬰兒接種疫苗共識與指引」，提供懷孕及哺乳母親及新生接種疫苗之建議，作為孕產期及新生兒疾病預防及疫苗政策重要參考指標。
- (2) 建議政府評估不同出生世代的育齡婦女抗體盛行率，針對抗體陽性率較低世代，直接提供免費 MMR 疫苗接種，接種疫苗後四週內，應避免懷孕。
- (3) 推動懷孕時公費接種不活化流感疫苗及 Tdap 疫苗，如果懷孕期間未接種上述疫苗，建議產後應接種；沒有德國麻疹抗體，也應在產後公費接種德國麻疹疫苗。相關單位應建議家有新生兒，凡接觸的家族成員及保母均應接受百日咳疫苗注射。
- (4) 若母親是 B 型肝炎帶原者，不論 e 抗原是否陽性，新生兒都可接受公費 B 型肝炎免疫球蛋白注射及後續追蹤抗體檢查，以保護上述兒童免於 B 型肝炎感染。
- (5) 制訂 C 型肝炎防治政策，公費篩檢孕婦產前檢查 C 型肝炎，若已感染，應追蹤 C 型肝炎垂直感染所產下嬰兒。藉由客觀分析、比較，結論可供臨床醫師及公衛人員制定政策參考。

5. 改善孕產婦死亡率及新生兒預後：

- (1) 孕產婦死亡率明顯降低。
- (2) 妊娠 37 週以下的早產發生率明顯降低，早產兒預後改善。
- (3) 妊娠 32 週以下早產發生率明顯降低，極低體重早產兒預後改善。

6. 精進衛教資訊：

- (1) 建置孕產婦及新生兒各種疫苗注射衛教影片，便於大眾利用。
- (2) 醫療資訊雲端化、媽媽手冊雲端化，方便育齡婦女隨時取得高危險妊娠醫療資訊及相關社會資源。
- (3) 提供衛教資訊，讓育齡婦女了解並預防早產重要性。
- (4) 醫療資訊雲端化，方便育齡婦女隨時取得早產防治資訊及相關社會資源。

7. 充足婦兒專業人力：

(1) 優質且充足之婦產科醫師人力，滿足高危險妊娠孕婦醫療需求。

(2) 落實並加強婦兒科住院醫師訓練計畫婦兒健康維護教育與研究能力，並列入成果評估。

(三) 推廣母嬰友善支持環境，提供正確飲食與營養衛教，減少物質濫用與環境污染物暴露，並落實母乳哺餵親善環境及職場母性保護。

1. 正確飲食與營養衛教：

(1) 建立國內孕產婦營養狀況完整資訊。

(2) 針對孕產婦及嬰幼兒營養素缺乏狀況，展開大規模調查，作為孕產期營養政策重要參考指標，制訂合適「臺灣孕產婦及嬰幼兒的營養建議指引」。

(3) 繼續推動孕期母親適當體重控制及正確健康飲食概念。

(4) 繼續推動母乳哺育或部分母乳哺育嬰兒補充維生素 D、產婦生產時延遲臍帶剪斷，以增加鐵儲存量，並定期評估成效。

(5) 建立臺灣嬰幼兒缺鐵性貧血的本土全面性基本資料，確保嬰兒維持體內足夠鐵含量。

(6) 建立臺灣嬰幼兒維生素 D 本土全面性基本資料，確保嬰兒維持體內維生素 D 含量充足。

(7) 建立嬰幼兒餵食策略：

A、建立國家級嬰幼兒餵食策略。

B、六個月大嬰兒純母乳哺育達 45%。

(8) 讓嬰幼兒照顧者正確、安全地提供副食品：

A、兒童衛教指導服務利用率（含照顧者嬰幼兒副食品添加衛教資料）達 65%。

B、6~9 個月適時、適量、安全、有效地提供副食品比率達 50%。

2. 物質濫用：

(1) 規劃孕產婦藥物濫用通報試辦計畫，提供主動關懷運作模式。

(2) 規劃母親藥物濫用之新生兒追蹤系統。

3. 環境污染物：

(1) 依據汞公約，推動孕婦、哺乳婦女及六歲以下孩童使用銀粉（汞齊、汞合金）補牙規範。

(2) 於「孕婦健康手冊」和「兒童健康手冊」納入兒童環境健康議題。

4. 母乳哺餵親善環境：

- (1)提供孕產婦母乳哺育及新生兒/嬰兒適當哺餵方法等衛教與護理指導，促進母乳哺餵連續三個月成功率。
- (2)建立母乳哺餵與產後憂鬱之相關支持團體。
- (3)至少一家符合國際標準的愛嬰醫院

5. 產後憂鬱：

- (1)推廣產後心理健康量表，以早期發現與預防產後憂鬱症發生。
- (2)增強孕產婦第一線服務工作人員教育訓練，建立孕產婦心理支持與關懷環境，以早期發現及預防產後憂鬱症發生。

6. 職場：

- (1)勞工人數 200 名以上的公司擴大職場母性健康保護工作（人數訂定依據其母法「勞工健康保護規則」第三條，2017 年 11 月修訂後列第四條，新增 200 人以上，漸次至 50 人以上公司）。
- (2)規劃策略性減少懷孕職員在妊娠 12 週前及 36 週後每日工時。

(四)規劃重難罕症流行病學監測平台，調查本土疾病盛行率、危險因子及預後，並強化先天性及遺傳性疾病預防與篩檢，以整合並因應臨床照護需求：

1. 提供醫療人員教育訓練，期正確轉介並提供第一線諮詢。
2. 建置登錄資料庫，以確切掌握臺灣盛行率、疾病特質、治療成效及長期預後。初期可參考癌症登記資料庫建置模式來建立資料庫：
 - (1)建置登錄系統（半乳糖血症、肝醣儲積症第一型）。
 - (2)統整相關照護網，現有個案追蹤率達 90%（半乳糖血症）。
 - (3)統整相關照護網，現有個案追蹤率達 80%（肝醣儲積症第一型）。
 - (4)完成黏多醣儲積症個案登錄系統，個案追蹤率達 70%。
 - (5)建立臺灣新生兒篩檢、診斷患者登錄資料庫（兒童肝醣儲積症第二型—龐貝氏症）。
 - (6)成立粒線體疾病個案登錄資料庫，每年登錄個案數為通報人數 80%以上。
 - (7)成立唐氏症登錄資料庫，登錄率達 80%。
 - (8)唐氏症照護網，個案追蹤率達 80%。
 - (9)成立先天性橫膈疝氣個案登錄資料庫，婦產科端登錄率達 80%以上，兒科端登錄率達 90%以上。

(10) 成立先天性腎臟與泌尿道異常個案登錄資料庫，婦產科端登錄率達 80% 以上，兒科端登錄率達 90% 以上。

(11) 成立兒童慢性腎臟病照護網，個案追蹤率達 90%。

(12) 完成臺灣兒童重症的本土流行病學分析。

(13) 完成臺灣兒童重要神經疾病本土流行病學分析。

(14) 成立兒童癌症國家資料庫。

(15) 建立各種兒童自體免疫疾病之臺灣本土流行病學資料庫。

(16) 建立兒童自體免疫疾病網路登錄系統及資訊整合平台。

3. 評估各項疾病整合服務或照護網需求。依據病患數與相關併發症，考量城鄉醫療資源差異，規劃全國性整合門診，建立整合性門診流程及臨床照顧。目前臺大兒童醫院有結核病、唐氏症、神經肌肉聯合門診及雷特氏症可供參考：

(1) 在全國成立兩支黏多醣儲積症整合團隊。

(2) 至少三家醫院成立粒線體疾病整合門診。

(3) 三家醫學中心成立先天性橫膈疝氣整合團隊。

4. 補助粒線體疾病疑似患者 80% 以上檢驗費用。

5. 提升存活率

(1) 提高膽道閉鎖在出生 60 天內診斷並接受葛西手術機率。

(2) 單純食道閉鎖存活率 95%。

(3) 單純腸道阻塞存活率 100%。

(4) 提升先天性橫膈疝氣存活率至 85% 以上。

(五) 規劃前瞻性的多體學資料庫及診斷中心，推動創新研究及轉譯，同時借重標準化治療準則及個人化需求，精進醫療照護品質：

1. 政府規劃前瞻性的建立多體學的資料庫 (Multiomics library) 及診斷中心，整合各種分子診斷、全基因分析等工具，並建立標準化檢測流程：

(1) 完成 GALT, GALE, GALK 大規模基因分析方法 (半乳糖血症)。

(2) 建立至少三座全國黏多醣儲積症診斷中心，並開發新的篩檢方式。

(3) 成立粒線體疾病診斷中心，粒線體疾病患者分子診斷率達 50% 以上。

(4) 發展完整的篩檢、診斷流程與認證制度，至少三家認證通過 (唐氏症)。

(5)給付一次新生兒腎臟膀胱超音波檢查，以提升先天性腎臟與泌尿道異常診斷率至85%。

(6)配合中華民國心律不整學會，建置全國高危險心律不整基因（即離子通道基因變異）診斷平台。

(7)建立全國性兒童重要神經疾病診斷的相關檢驗平台。

(8)成立國家級兒童癌症研究中心，建立兒童癌症基因診斷平台。

2. 建立標準治療指引：

(1)開發膽汁代謝疾病病童診斷及治療標準方式。

(2)建立相關追蹤準則（兒童肝醣儲積症第二型—龐貝氏症）。

(3)推廣延長性黃疸兒童回診及檢驗準則建議。

(4)建立相關治療指引（肝醣儲積症第一型）。

(5)訂定至少五種適合本土的兒童癌症治療準則，並定期檢討、修訂。

3. 建立新生兒代謝性疾​​病篩檢項目評估制度與準則。

4. 診斷有慢性肺疾病者，Synagis 施打率提升至90%。

5. 引進國外兒童過敏新藥，積極參與臨床試驗。

(六)規劃兒童急重症醫療網，建置專業轉診團隊，利用分級醫療提升照護品質，進而改善醫療資源不平等：

1. 提出臺灣兒童為主體的緊急醫療救護系統試行方案，訂定標準作業程序，並規定合宜的兒童緊急救護設備與人力。

2. 提出設置國家級重症處理中心試行方案。

(七)精進傳染病防治並提升本國疫苗製造能力，介入改善抗生素抗藥性的威脅：

1. 釐清兒童重大感染症發生率與嚴重度之地區性差異影響因素，並提出研究成果。

2. 提出腸病毒研究成果，完成第三期腸病毒71型疫苗臨床試驗，並獲得上市許可。

3. 學齡前兒童流感疫苗接種率達50%以上。

4. 與各專科學會合作，制訂登革熱標準教材，每年全國舉辦至少六場相關醫護人員繼續教育演講。

5. 兒童潛伏結核感染治療完成率達92%以上。

6. 經篩檢發現孕婦愛滋病感染並接受治療比率達90%以上。

7. 制訂幼兒教托育機構的傳染病防治指引與標準教材，各縣市均定期舉辦教育訓練。

8. 成立國家級兒童感染症診治指引專家委員會，至少制訂十項兒童重大感染症診治指引。
9. 建立兒科門診抗生素處方獨立稽核機制，及兒科住院抗生素使用的常規稽核機制。
10. 每三年重新評估、修訂農業抗生素使用規範，畜禽抗生素殘留監測達98%以上。

二、長程指標（2030）

(一)建立本國常態性資料收集與管理的標準程序，監測、分析兒童健康指標趨勢，並與國際比較，以為改善基礎：

- 1.維持全國新生兒死亡率與死因分析資料庫、新生聯網絡、死亡病例回顧、專責機構負責早產兒照護所需特殊醫療器材與藥物評估，引進並提供高風險群健康關懷及追蹤服務機制。

(二)完善孕產期醫療照護系統，包含高風險族群的周產期保健、預防接種、早產防治、高危險妊娠疾病篩檢等，並妥善配置醫療資源：

- 1.（先天性橫膈疝氣）產前診斷率提升至80%，轉診率提升至100%。
2. 青少年及新住民的健康教育：
 - (1) 建置青少年生殖健康關懷中心，逐步提升主動關懷涵蓋率。
 - (2) 結合關懷中心與青少年孕產友善醫療院所網絡，提供一條龍式照顧服務，並由孕產婦照顧延伸至新生兒。
 - (3) 利用產前檢查時程行事曆系統與提醒機制，輔助高關懷族群的主動服務介入。
 - (4) 提高「新住民友善幼兒家庭醫師」特約診所涵蓋地區。
3. 疫苗接種共識與指引
 - (1) 落實並檢討「臺灣孕產婦及新生嬰兒接種疫苗共識與指引」成效。
 - (2) 設立定期監測機制，針對懷孕、哺乳母親及新生兒公費接種各種疫苗後監測各項流行病學指標，包括發生率、接種率、副作用、抗體濃度偵測等，並定期討論與修正。
 - (3) 落實並檢討C型肝炎防治政策成效，公費篩檢產前C型肝炎孕婦，予以追蹤後，臺灣患有C型肝炎病人的肝病併發症是否明顯下降。
 - (4) 評估人類乳突病毒（HPV）疫苗納入國家常規預防疫苗接種計畫後，國人性病及子宮頸癌發生率是否明顯下降。
 - (5) 成立國家級孕產婦及新生兒疾病預防及疫苗政策研究單位。
4. 改善孕產婦死亡率及新生兒預後：
 - (1) 孕產婦死亡率明顯降低。

(2) 妊娠 37 週以下早產發生率明顯降低，早產兒預後改善。

(3) 妊娠 32 週以下早產發生率明顯降低，極低體重早產兒預後改善。

5. 精進衛教資訊

官方運用大數據，建立有關孕期及產後照護網路資源。

6. 充足婦兒專業人力

(1) 政府評估、推動婦兒科住院醫師訓練計畫的婦兒健康維護教育與研究能力成效。

(2) 全國包括偏鄉均有充足婦產科醫師人力，滿足孕婦產科醫療需求。

(3) 臺灣兒科醫學會評估推動兒科醫師訓練計畫，落實兒科醫師兒童健康維護教育與研究能力成效。

(三) 推廣母嬰友善環境，提供正確飲食與營養衛教，減少物質濫用與環境污染物暴露，並落實母乳哺餵親善環境及職場母性保護。

1. 正確的飲食與營養衛教：

(1) 落實並檢討「臺灣孕產婦及嬰幼兒的營養建議指引」成效。

(2) 臺灣兒科醫學會評估推動純母乳哺育或部分母乳哺育寶寶口服補充維生素 D 成效。

(3) 臺灣周產期醫學會評估、推動產婦生產時延遲臍帶剪斷，以增加鐵儲存量成效。

(4) 孕產婦與嬰幼兒均能攝取均衡、適量營養素，包括蛋白質、葉酸、碘、維生素 A、維生素 D、維生素 E、鈣、鐵、鋅、DHA、長鏈不飽和脂肪酸等，幫助嬰幼兒健康成長。

(5) 成立孕產婦及嬰幼兒營養健康研究團隊。

(6) 建立對嬰幼兒鐵補充的實證性建議，確保嬰兒維持體內鐵含量充足。

(7) 建立對嬰幼兒維生素 D 補充的實證性建議，確保嬰兒維持體內維生素 D 充足。

(8) 建立嬰幼兒餵食策略：

A、更新、整合國家級嬰幼兒餵食策略。

B、六個月大嬰兒純母乳哺育率達 50%。

(9) 讓嬰幼兒照顧者正確、安全地提供副食品：

A、兒童衛教指導服務利用率（含照顧者嬰幼兒副食品添加衛教資料）達 75%。

B、適量、安全、有效地提供 6~9 個月大嬰兒副食品比率達 60%。

2. 物質濫用：

(1) 建置孕產婦藥物濫用通報系統，主動關懷，減少再次懷孕藥物使用狀況。

(2) 母親藥物濫用的新生兒神經發展追蹤達成率九成以上。

3. 母乳哺餵親善環境：

- (1)提供孕產婦母乳哺育及新生兒/嬰兒適當哺餵方法等相關衛教與護理指導，促進母乳哺餵連續六個月成功率。
- (2)有三家符合國際標準的愛嬰醫院。

4. 職場：

- (1)勞工人數在 50 人以上的公司，擴大職場的母性健康保護工作。
- (2)懷孕職員在妊娠 12 週前及 36 週之後，全面減少每日工時。
- (3)降低婦女勞工因懷孕或生產而離職比率。

(四)規劃重難罕症的流行病學監測平台，調查本土疾病盛行率、危險因子及預後，並強化先天性及遺傳性疾病的預防與篩檢，以整合、因應臨床照護需求。

1. 完成全國性先天性及遺傳性疾病登錄系統，並整合其他醫療行政資料，作為醫療成效評估：

- (1)統整相關照護網，現有個案追蹤率達 95% (半乳糖血症)。
- (2)統整相關照護網，個案追蹤率達 95% (肝醣儲積症第一型)。
- (3)完成黏多醣儲積症的個案登錄系統，個案追蹤率達 90%。
- (4)建立臺灣新生兒篩檢、診斷患者登錄資料庫，個案登錄資料達 85% (兒童肝醣儲積症第二型(龐貝氏症))。
- (5)唐氏症個案登錄資料庫之個案登錄率達 100%。
- (6)至少三家醫院成立粒線體疾病整合門診，患者追蹤率達 90%以上。
- (7)先天性橫膈疝氣個案登錄率：婦產科達 90%以上，兒科達 100%。
- (8)先天性腎臟與泌尿道異常個案登錄資料庫之個案登錄，婦產科端登錄率達 90%以上，兒科端登錄率達 100%。
- (9)唐氏症照護網，個案追蹤率達 95%。
- (10)落實兒童慢性腎臟病長期照護，個案追蹤率達 100%。

2. 評估各項疾病整合服務或照護網實際需求。依據病患數與相關併發症，考量城鄉醫療資源差異，規劃全國性整合門診，建立整合性門診流程及臨床照顧：

- (1)在全國成立至少三支黏多醣儲積症整合團隊。
- (2)五家醫學中心成立先天性橫膈疝氣整合團隊。

3. 提升存活率：

- (1) 提昇膽汁代謝病童長期存活率。
- (2) 提昇膽汁代謝病童之生活品質。
- (3) 增加膽道閉鎖早期診斷，於出生 60 天內接受葛西手術機率。
- (4) 提升膽道閉鎖病人長期存活率。
- (5) 提升膽道閉鎖病人之生活品質。
- (6) 單純食道閉鎖存活率 98%。
- (7) 腸道阻塞的兒童神經發展和正常兒童無異。
- (8) 提升先天性橫膈疝氣存活率至 90% 以上。
- (9) 成立國家級兒童心臟病研究中心，降低兒童心臟疾病整體死亡率，並提高長期存活率及生活品質。

(五) 規劃前瞻性多體學資料庫及診斷中心，推動創新研究及轉譯，同時推廣標準化治療準則及個人化需求，以提升醫療照護品質。

1. 政府規劃前瞻性多體學資料庫 (Multiomics library) 及診斷中心，整合各種分子診斷、全基因分析等多項工具，並建立標準化檢測流程：

- (1) 建立至少三座全國黏多醣儲積症診斷中心，完成新篩檢方式。
- (2) 成立粒線體疾病診斷中心，粒線體疾病患者分子診斷率達 80% 以上。
- (3) 發展完整的篩檢與診斷流程與認證制度，至少五家認證通過 (唐氏症)。
- (4) 給付一次新生兒腎臟膀胱超音波檢查，提升先天性腎臟與泌尿道異常診斷率至 95%。
- (5) 建立結合臨床特徵、分子標記及基因表現的個人化醫療預測模式。
- (6) 成立兒童癌症臨床試驗中心。

2. 建立標準治療指引：

- (1) 提昇膽汁代謝疾病病童診斷及治療機率。
- (2) 與國際交流，收集相關追蹤準則資料 (兒童肝醣儲積症第二型(龐貝氏症))。
- (3) 訂定至少七種兒童癌症治療準則，並統計、檢討其治療成效與未來策略。

3. 建立大規模篩檢方法或提高篩檢率：

- (1) 完成高危險群篩檢計畫 (半乳糖血症)。
- (2) 建立大規模篩檢方法 (肝醣儲積症第一型)。

4. 輔導粒線體疾病相關藥物開發，至少三件進入臨床試驗。

5. 診斷有慢性肺疾病者，Synagis 施打率提升至 100%。

6. 建立臺灣兒童神經疾病合作與資訊整合平台。

7. 建立篩藥平台，開發新的過敏用藥。

(六) 規劃兒童急重症醫療網，建置專業轉診團隊，利用分級醫療，提升照護品質，進而改善醫療資源不平等。

1. 將先天性疾病及遺傳性疾病利用登錄系統與醫療行政資料匯整，應用於分級醫療網照護，以提高醫療可近性，也避免醫療重複、浪費。

2. 建立以兒童為主體的緊急醫療救護系統。

3. 建立國家級兒童重症處理中心。

4. 建立兒童重症疾病全國登錄系統。

5. 精進傳染病防治，提升本國疫苗製造能力，介入改善抗生素抗藥性威脅。

(七) 18歲以下兒童流感疫苗整體接種率達70%以上。

1. 80%以上流行地區醫護人員接受登革熱防治繼續教育訓練。

2. 兒童潛伏結核治療完成率達95%以上。

3. 每年疑似愛滋病寶寶接受預防介入措施比率達95%。

4. 全國95%以上幼兒教托育機構工作人員，接受過相關傳染病防治教育訓練。

5. 成立國家級兒童感染症診治建議專家委員會，至少制訂30個兒童重大感染症診治建議，至少每三年修訂一次。

6. 每三年重新評估、修訂農業抗生素使用規範，畜禽抗生素殘留監測達99%以上。

7. 兒童常規疫苗基礎劑接種率達96%以上，追加劑接種率達93%以上。

第二節、兒童及青少年死亡率

前言

相對於人生的其他階段，兒童與青少年時期不僅較健康且死亡率偏低，且大多數青少年死因都可預防或治療。根據衛生福利部公布2015年青少年十大死因，前三名分別為事故傷害、惡性腫瘤與自殺，其中，非疾病導致死亡，即事故傷害和自殺致死占了六成以上。再從預防保健面向加以檢視，如何建構完善的兒童健康檢查與諮詢系統，是該時期健康保障重要的礎；而青少年特有的健康議題，如青春期發育、物質濫用或性教育等，更需要專業介入照護。本節將涵蓋健康篩檢或健康指引、事故傷害和兒童保護等面向，加強青少年身心健康、家庭、學校及社會支持，以改善其死亡率。

壹、現況檢討

兒童及青少年死亡率係指 1~19 歲人口死亡率，以 2011~2013 年合計，臺灣 1~19 歲、1~4 歲、5~9 歲、10~14 歲、15~19 歲每十萬人口死亡數分別為 22.9、25.8、13.2、14.4、35.4，與歷年資料相比，各年齡層死亡率均呈下降。然而，與國際比較，利用世界衛生組織死亡率資料庫（WHO mortality database）及加拿大官方統計網站（Statistics Canada Statistics Canada）資料，臺灣的排名仍屬中、後段三分之一。

疾病的早期偵測與預防，不僅可節省醫療支出，更可視為實質的健康促進內涵。新生兒篩檢已行之有年，篩檢疾病項目也逐年增加，除了抽血檢驗代謝性疾病外，也擴展到心臟病、膽道閉鎖、聽力異常等檢查型篩檢。然而，危急型先天性心臟病快篩尚未全面施行，聽力篩檢的後續處置，也應在聽力發展的黃金時期推動，才得以改善聽損兒未來語言認知發展；未來是否因應科技發展，再修正新生兒篩檢涵蓋範圍，也須時時加以檢視、評估。疫苗注射則是建構免疫力、免於傳染病威脅的重要保障；臺灣疫苗接種政策一向完備，甚至居於領先地位，例如於 1984 年領先全球率先為新生兒施打 B 型肝炎疫苗，成效斐然。然而，目前許多新舊疫苗推展仍面臨許多挑戰，主要問題包含公費疫苗經費來源短缺、民眾對疫苗認知不足、反疫苗團體活動，造成民眾困惑與誤解等，仍需多面向推廣與教育。

在醫療照護端，衛生福利部國民健康署規劃「新一代兒童預防保健服務方案」，自 2010 年起實施；而截至 2016 年底，申請加入兒童衛教指導醫師計 2,824 位，服務人次約 94 萬 280 人次，七次平均利用率約 65.5%。2010 年國民健康署再推動全國各縣市醫療院所加入「Teens' 幸福 9 號—青少年親善門診」，至 2016 年止，已於各縣市設立至少一家青少年親善門診，全國共計 80 家醫療院所及 529 位親善醫師加入此一服務行列。依此，優先檢討方案執行成效，以強化兒童發展篩檢及青少年保健需求，並整合基層醫療資源，與學校密切合作，利用更多元化服務，以提升周全的健康照護服務。

事故傷害的發生，與年齡、類別、環境相關。依據近十年來衛生福利部提供的國人死因結果分析，事故傷害為未滿 18 歲兒童非自然死亡首要原因，約占七成以上；而運輸事故占事故傷害半數以上，雖然兒童機動車交通事故死亡人數逐年下降，但目前仍居兒童死因第一位，凸顯兒童交通安全的重要性。溺水則是臺灣地區 0~19 歲兒童第二大死因，1~4 歲兒童是高危險族群，發生時間多集中在每年 6~8 月的較炎熱月份，故應加強夏季防溺及醫療救治工作，以改善溺水病患的預後。再者，跌倒墜落則是造成 0~12 歲兒童受傷住院的主要原因，燒燙傷及中毒事件也不容忽視。

若以事故受傷的地點環境來看，除了交通與溺水發生在特定場域外，梗塞窒息、跌倒墜落、燒燙傷及中毒事件，多發生在居家與托育場所；其中，跌倒墜落也常見於兒童遊戲場。居家事故傷害防制是重點工作。而依據 2017 年行政院主計總處「婦女婚育與就業調查報告」暨 2014 年「兒童及少年生活狀況調查報告」等資料顯示，從出生至入國民小學前，嬰幼兒送托至托嬰中心、幼兒園等日間機構式托育照顧比率約 43%，人達 51 萬 5,000 人。幼兒因發展未臻成熟，對周遭環境的判斷與應變能力不足，是發生事故傷害的高風險群體。幼兒入學後，校園事故傷害則以運動或遊戲傷害為最大宗（53.44%），雖然大多數為輕微傷害，但學校是教育場所，理應擔負安全教育的重要責任。據此，衛生福利部於 106 年 1 月 25 日，將「各行業附設兒童遊樂設施安全管理規範」函頒修正為「兒童遊戲場設施安全管理規範」，規範範圍從私人附設兒童遊戲場，擴大至公園、學校及營利性質的遊戲場。根據統計，國內各類兒童遊樂場所包含學校、公園、綠地、餐廳、醫院等附設兒童遊戲場已超過 10,500 處，檢驗合格率不到六成（主管機關稽查合格率約 86%），可見兒童遊樂場所的遊戲設施設備不安全等風險遍佈。

目前國內對於兒童事故傷害仍缺乏相關資料登記與收集，在醫療現場無法及時登錄資料時，對於現況了解也有困難，而相關衛教與預防提醒也仍缺乏。醫療方面，也少參與事故傷害預防宣導與衛教推行，僅「兒童健康手冊」部分衛教內容提及兒童首要死因的預防措施，明顯有所不足。臺灣兒童事故傷害的就醫和照顧，從概念到做法、乃至流程，仍需一套整體規劃措施。

我國於 2014 年制定、公布並施行「兒童權利公約施行法」，讓聯合國 1989 年「兒童權利公約」(Convention on the Rights of the Child) 具有法律效力，更宣示我國兒少人權保障正式與國際接軌。此公約除了樹立兒童基本權利的實質內涵，更強調國家應採取適當的立法、行政、社會與教育措施，保護兒童不受到任何形式的身心暴力、傷害或虐待、疏忽或疏失、不當對待或剝削。因此，兒童保護工作乃是政府介入兒童免於遭受不當對待或不法侵害的具體實踐，目前歐美、紐澳等先進國皆制定相關法律或政策政策建言，以推動兒童保護相關政策與服務，臺灣相關的兒童保護工作，則正面臨以下挑戰：一、現有服務模式重事後補救、輕事前預防；二、缺乏處遇之後續效果分析及社會影響分析；三、處遇模式欠缺完整；四、跨部門網絡資源及服務整合不足或不佳；五、衛生福利部仍需建立後整合性工作模式；六、兒少相關服務資源及數據不足；七、應建立網路霸凌的監測機制。

目前主管機關權責不明；故依據生態架構，以問題解決取向，來擬訂政策標的。

貳、目標

- 一、提供完善的預防保健服務，包含疾病篩檢、後續介入、治療與追蹤機制，並完備疫苗接種規劃。
- 二、調查青少年健康議題，研擬因應策略，推廣青少年親善門診服務，以提升自我健康知能。
- 三、落實事故傷害防制規章，確保居家、托育場所、兒童遊戲場域的軟硬體設施安全，並降低交通事故、溺水及其他意外事故傷亡。
- 四、推動「以家庭為中心、以社區為基礎」的兒童保護預防性服務，普及多元且優質的家庭支持體系，充實專業人力，並加強跨單位網絡服務整合。

參、策略

- 一、提供完善的預防保健服務，包含疾病篩檢、後續介入、治療與追蹤機制，並完備疫苗接種規劃：
 - (一) 建立篩檢通報監測系統及本土化數據，提高篩檢效率並定期檢討，以為改善依據。
 - (二) 運用「兒童健康手冊」加強宣導，提高健兒門診給付補助，落實相關衛教。
 - (三) 加強經濟弱勢族群、偏遠地區醫療衛生資源可近性、資訊可親性，並提供友善環境服務及整體社會支持。
 - (四) 分析國內傳染病流行情形、血清抗體盛行率，蒐集國內外最新疫苗資訊與接種建議，定期召開傳染病防治諮詢會預防接種組會議(ACIP)，適時調整兒童及青少年預防接種建議，研議推動公費接種可行性及必要性，並確保疫苗供應穩定性。
- 二、調查青少年健康議題，研擬因應策略，並推廣青少年親善門診服務，以提升自我健康知能：
 - (一) 規劃符合國情的普查暨連續性青少年健康篩檢評估，蒐集身心健康狀態實證資料，俾利於連結臨床醫療服務。
 - (二) 鼓勵醫療院所設置青少年親善門診，培訓醫事人員，並連結社區及教育資源，發展外展服務，提升有需求青少年的轉介率。
- 三、落實事故傷害防制規定，確保居家、托育場所、兒童遊戲場域的軟硬體設施安全，並降低交通事故、溺水及其他醫外事故傷亡：
 - (一) 從安全教育、成人照護、環境設施、法治執行、資訊監測和政策執行等面向，落實「兒童及少年福利與權益保障法」或「幼兒教育及照顧法」。
 - (二) 規劃全國性兒童事故傷害通報與登錄系統，藉由急診醫療收集傷害事故相關資料，將監測與原因分析結果應用於事故防制。

(三)定期檢討政策執行績效，推動事故傷害防制保護網，整合跨領域合作機制，與社會資源網路連結，並與各年齡層健康、社會照顧與保護及教育等無縫接軌。

四、推動「以家庭為中心、以社區為基礎」的兒童保護預防性服務，普及多元且優質的家庭支持體系、充實專業人力，並加強整合跨單位網絡服務：

(一)以家庭為核心，盤點並與現有政策比較，規劃以兒童為主體之普及式兒童照顧津貼，建立慢性病兒童及青少年家屬喘息服務機制，強化收出養媒合服務者監督管理機制。

(二)從教育著手，培養並輔導學生正向情緒，提升網路素養，落實「校園零霸凌」。

(三)豐富社區托育資源中心功能。

(四)確保穩定編列兒保相關醫療照護服務及人才培育經費，推動社工執業安全與勞動權益保障法制化，建置友善兒保社工專業久任的工作環境。提升醫療專業人員對兒少虐待及高風險家庭通報知能，鼓勵醫療院所建置跨專業照顧團隊。

(五)挹注療育資源不足區域，提升發展遲緩兒童可近性、便利性的療癒服務量能和品質。

(六)建立兒少虐待數據資料庫，「兒童死亡原因複審」(Child Death Review)機制，力求官方統計數據精確，並以其分析應用於減少兒少虐待策略之研擬。

(七)全面落實兒童人權，預防任一式的不當對待。

肆、衡量指標

一、中程指標(2022)

(一)提供完善的預防保健服務，包含疾病篩檢、後續介入、治療與追蹤機制，並完備疫苗接種規劃：

1. 七歲以下兒童預防保健服務平均利用率 85%。
2. 兒童常規疫苗基礎劑接種率達 96%以上，追加劑接種率達 93%以上。
3. 規劃完整的法定傳染病個案監測與通報機制。
4. 規劃疫苗不良反應之監測機制。
5. 建置青少年疫苗接種登錄系統。
6. 訂定國家公費之青少年疫苗接種時程指引。

(二)調查青少年健康議題，研擬因應策略，並推廣青少年親善門診服務，以提升自我健康知能：

1. 對青少年週期性健康篩檢項目與時程，提出適合本土青少年的預防保健建議與指引。
2. 利用青少年親善門診服務管道，推廣青少年健康與預防保健業務，以提高健康篩檢率。
3. 成立青少年親善門診示範中心，六都均各至少一家。

(三)落實事故傷害防制規定，確保居家、托育場所、兒童遊戲場域的軟硬體設施安全，並降低交通事故、溺水及其他醫外事故傷亡：

1. 2022 年降低道路交通事故兒少族群死亡至 150 人，受傷降至 45,000 人；持續推動速度管理、汽車附載幼童安全座椅正確安裝、繫妥安全帶，以騎乘機車給兒少戴妥安全帽，珍惜孩子寶貴生命。
2. 擬定 2022 年降低 10%14 歲以下兒童事故傷害死亡率，嬰兒事故傷害死亡率為 18.5/每 10 萬人口，1~4 歲事故傷害死亡率 3.4/每 10 萬人口，5~9 歲事故傷害死亡率 3.0/每 10 萬人口，10~14 歲事故傷害死亡率 3.0/每 10 萬人口。
3. 降低學前教保育機構的兒童意外事故：
 - (1)全國學前教保育機構教保服務人員、托育人員，透過在職訓練，強制接受托育安全及危機處理等相關研習訓練，參與率達 95%。
 - (2)學前教保機構照顧者人為因素事故傷害率，降至 5%。
 - (3)學前教保機構環境設施因素事故傷害率，降至 5%。
 - (4)學前教保機構環境設施安全檢核通過率達 95%。
4. 兒童遊戲場年度稽查合格檢驗由認可檢驗機構執行率例達 90%以上。
5. 玩具通過形式檢驗率達 98%以上。
6. 玩具及遊具設計、製造、進口與販售廠商、機構及幼保人員、證照保母及遊戲場管理人員，參與兒童玩具及遊戲場安全訓練者達 90%以上。
7. 全國各級學校三分之一以上加入安全學校計畫，持續推廣安全教育，改善與學校相關各項安全，以減少學生事故傷害；傷害預防如預防狗咬傷等教材，應融入課程中。
8. 建立全國性兒童事故傷害通報與登錄系統，並建立分析、檢討年報。
9. 輔導推動各地區至少成立一家以上兒童事故傷害醫療中心，進行相關個案通報、管理與醫療品質監督與追蹤。
10. 政府指定中央事故傷害預防權責單位，擬訂事故傷害預防年度安全計畫，針對至少一項重要事故傷害議題與項目，進行檢討、分析並召開專家會議，提出改善事項，並列管追蹤改善成效。

(四)推動「以家庭為中心、以社區為基礎」的兒童保護預防性服務，普及多元且優質的家庭支持體系、充實專業人力，並加強整合跨單位網絡服務：

1. 減少 30%因父母缺乏親職知能所導致的兒虐事件。

2. 遭受父母體罰的兒童占所有兒童百分比，下降到三成。
3. 減少目前校園罵髒話或粗話侮辱同學、被同學毆打、踢或踹、或用其他工具傷害狀況 20%。
4. 80%以上教師、專輔人員、行政人員，參與每年四小時以上家庭教育課程及活動的進修或研習。
5. 青少年約會暴力受暴率和施暴率降到 20%。
6. 輔導已登記托育人員、取得保母人員技術士證比率達 85%
7. 醫療人員兒虐通報率增加 10%。
8. 五成以上醫療中心在政府補助下，成立跨專業照顧團隊；離島及花東等無醫學中心縣市，至少補助一所區域或地區醫院。
9. 六都兒童及少年保護社工人力配置比例，不得超過每人 25 案上限。
10. 半數以上縣市政府能建立嬰幼兒及學前兒的兒虐高風險評估及篩選機制，並連結後續服務方案、資源網絡與服務輸送機制。
11. 半數以上縣市政府每四年進行一次縣市兒童及少年生活狀況調查，加入各式暴力受害狀況的相關題項。
12. 所有與「兒童權利公約施行法」相抵觸的國內法律，須三分之二完成修法。

二、長程指標（2030）

- (一) 提供完善的預防保健服務，包含疾病篩檢、後續介入、治療與追蹤機制，並完備疫苗接種規劃：
 1. 七歲以下兒童預防保健服務平均利用率 90%。
 2. 完善的青少年疫苗接種登錄系統。
 3. 持續修訂國家公費青少年疫苗接種時程指引。
- (二) 調查青少年健康議題，研擬因應策略，並推廣青少年親善門診服務，以提升自我健康知能：
 1. 健康篩檢異常者，經適當轉介或診治比率達 100%。
 2. 擴展青少年親善門診示範中心，六都各至少兩家，其他縣市至少一家。
- (三) 落實事故傷害防制規定，確保居家、托育場所、兒童遊戲場域軟硬體設施安全，並降低交通事故、溺水及其他醫外事故傷亡：

1. 比照先進國制定兒少道安長期目標，道路交通事故死亡人數（30日）降至100人以下、受傷降至40,000人為目標，期守護國家未來主人翁免於車禍傷害。
 2. 擬訂2030年14歲以下兒童事故傷害死亡率降低20%為目標，嬰兒事故傷害死亡率為20.8/每十萬人口，1~4歲事故傷害死亡率3.0/每十萬人口，5~9歲事故傷害死亡率2.7/每十萬人口，10~14歲事故傷害死亡率2.6/每十萬人口。
 3. 降低學前教保育機構的兒童意外事故：
 - (1) 學前教保機構照顧者接受有效安全教育知能與技術訓練達98%。
 - (2) 學前教保機構照顧者人為因素事故傷害率降至2%。
 - (3) 學前教保機構環境設施因素事故傷害率降至2%。
 - (4) 學前教保機構環境設施安全檢核通過率達98%。
 4. 兒童遊戲場檢驗合格達100%。
 5. 玩具不合格率逐年下降，玩具通過形式檢驗率可達100%。
 6. 參與過兒童玩具及遊戲場安全訓練者，方能從事玩具及遊具設計、製造、進口與販售、幼兒照顧及遊戲場管理。
 7. 全國各級學校三分之二以上加入安全學校計畫。
 8. 輔導推動在全臺北中南東各成立至少四家兒童事故傷害醫療中心，進行個案通報、管理與醫療品質監督與追蹤。
 9. 整合中央與地方，利用全國性兒童事故傷害通報與登錄系統及兒童死因複審機制等，針對至少五項以上列管重要事故傷害議題與項目；配合擬定事故傷害預防年度安全計畫，持續檢討、分析並召開專家會議，提出執行改善計畫，並列管追蹤、改善成效。
 10. 降低整體兒童事故傷害死亡人數10%。
- (四) 推動「以家庭為中心、以社區為基礎」的兒童保護預防性服務，普及多元且優質的家庭支持體系、充實專業人力，並加強整合跨單位網絡服務。
1. 減少50%因父母缺乏親職知能所導致的兒虐事件。
 2. 遭受父母體罰的兒童占兒童百分比降到兩成。
 3. 減少50%校園罵髒話或粗話侮辱同學、被同學毆打、踢或踹、或用其他工具傷害狀況。
 4. 教師、專輔人員、行政人員全數參與每年四小時以上家庭教育課程、活動進修或研習。
 5. 青少年約會暴力受暴率和施暴率降到10%。
 6. 輔導已登記托育人員取得保母人員技術士證比率達95%。

7. 醫療人員兒虐通報率提高 20%。
8. 40%區域醫院級以上醫療院所設有跨專業照顧團隊。
9. 全臺兒童及少年保護社工人力配置，以不超過每人 25 案為上限。
10. 八成以上縣市政府建立嬰幼兒及學前兒兒虐高風險評估及篩選機制，且有良好後續服務方案、資源網絡與服務輸送機制。
11. 八成以上縣市政府每四年進行一次各縣市兒童及少年生活狀況調查，加入各種暴力受害狀況的題項。
12. 所有與「兒童權利公約施行法」相抵觸的國內法律完成修法。