

第十一章、預防保健

第二節、兒童及青少年預防保健服務

子題一、兒童預防保健服務

召集人：國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 李秉穎

副召集人：國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 呂俊毅

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 曹伯年

撰稿成員：國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 李妮鍾

國立臺灣大學醫學院附設醫院醫師 吳振吉

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 周弘傑

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院醫師 簡穎秀

國立臺灣大學醫學院附設醫院醫師 許巍鐘

(依姓氏筆畫排序)

前言

預防勝於治療。疾病的早期偵測與預防，不僅僅可以節省不必要的醫療支出，也才能真正的促進健康。等到疾病發生了再來治療，並不算真正促進健康。在少子化現象嚴重的台灣，每一位兒童都是國家未來發展的希望，沒有任何一位兒童應該獲得不恰當的健康照顧，也沒有任何一種兒童的疾病禁得起拖延或耽誤。確保每一位兒童都能獲得正確的健康照顧，讓每一個兒童都健康的長大，是家長與社會共同的盼望。

然而，少子化與小家庭化導致父母照顧寶寶的經驗傳承有限，建構完善的兒童健康檢查與健康諮詢系統變得非常重要。健兒門診適時提供了這樣的功能，設計更友善，更方便、更符合需求的健兒門診，提供全面健康諮詢與身體健康檢查，是兒童預防保健重要的一個環節。科技的進步也已經使許多疾病的早期篩檢與治療變成可能。善用各種篩檢的技術，提早偵測疾病，並給予及時的治療，是兒童健康促進重要的一環。新生兒篩檢已經行之有年，可以篩檢的疾病項目逐年增加中，除了抽血檢驗代謝性疾病以外，也擴展到了膽道閉鎖、聽力異常等檢查型的篩檢。

預防注射幫寶寶提早建構免疫力，讓寶寶免於傳染病的威脅，是確保寶寶健康長大的一个重要保障。疫苗的科技日新月異，將來一定有更多的疾病可以用疫苗來預防。政府對於疫苗的研發、生產、引進與推廣，以及疫苗效果與安全性的監測，都該有積極的作為，讓國人的寶寶免於傳染病的威脅。

青少年與兒童面臨不同的健康議題，例如青春期特有的生理與心理疾病、抽菸或藥物濫用、安全性行為與避孕等等；國內青少年也有一些特有的健康威脅，例如體適能不足、機車意外多、近視比例高等等。家長，學校與政府也都應該更重視青少年的健康議題，適時提供完整的預防保健諮詢與介入服務，讓兒童持續健康的成長，完成青少年成長階段，成為一位健康的成人。

因此，本節分兩個子題進行探討，子題一為兒童預防保健服務，子題二為青少年預防保健服務。

子題一、兒童預防保健服務

主題一、新生兒篩檢

壹、背景

一、新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）

台灣地區從 1984 年起執行新生兒篩檢先驅計畫，從 1985 年 7 月正式展開全國性篩檢服務，篩檢項目包括苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖血症、葡萄糖-六-磷酸去氫酶缺乏症、先天甲狀腺低下症等五項。1997 年以來，全國新生兒受檢率即高達 99% 以上。臺大醫院新生兒篩檢中心 2000 年另增加先天腎上腺增生症篩檢及 2001 年串聯質譜儀之 20 種代謝篩檢，引導後續國民健康署採納，列為政府補助篩檢項目。故而臺灣地區現行新生兒篩檢政策所提供補助的篩檢項目共計 11 項：葡萄糖-六-磷酸去氫酶缺乏症、先天甲狀腺低下症、先天腎上腺增生症、半乳糖血症、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、楓漿尿症、中鏈脂肪酸去氫酶缺乏症、戊二酸血症第一型、異戊酸血症及甲基丙二酸血症。此外，臺灣亦是全球第一個進行龐貝氏症新生兒篩檢及全球第二個進行嚴重複合型免疫缺乏症新生兒篩檢的國家。

在人類基因體圖譜完成後，基因研究已成為廿一世紀生物醫學研究最重要課題之一，由此所衍生的個人化醫療，目前仍是發展中的熱門議題；未來新生兒篩檢亦可能由代謝物篩檢走向全基因定序篩檢，因此，政府與家長應對新生兒篩檢項目重新全盤檢視。

二、新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

除新生兒先天代謝異常疾病篩檢外，其他非代謝性疾病篩檢，包含新生兒聽力篩檢、嬰兒膽道閉鎖篩檢。

（一）新生兒聽力篩檢

臺灣新生兒先天性雙耳中重度聽障的發生率約千分之一至二。若能於出生一個月內篩檢，三個月內確診，六個月內接受適當治療及提供聽力輔助器，對於孩子未來語言、認知及各項身心發展皆有顯著影響。「新生兒聽力篩檢」細節請參閱子題四聽力保健。

（二）嬰兒膽道閉鎖篩檢

嬰兒膽道閉鎖發生率在亞洲約為一萬分之一到三人，膽道閉鎖宜在出生 60 天以內完成葛西手術，否則，一旦延遲治療，手術後膽汁順利排出機率會下降，膽汁鬱積肝內很容易會造成肝硬化，甚至面臨須早期換肝的困境。「嬰兒膽道閉鎖篩檢」細節請參閱第二章先天性及遺傳性疾病之預防與診治第三節子題一膽道閉鎖之章節。

貳、現況檢討

一、新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）

《優生保健法》並未規定新生兒篩檢的強制性或指定其為免費檢驗，國民健康署公告補助項目僅由政府補助一半檢驗費用，至於未公告補助的項目，則須自費篩檢，由家長自行決定是否受檢。目前部分項目僅賴專業醫療團體建議，許多使用者自行要求的日益熱門篩檢項目，並沒有相對應的學術研究為基礎。

另外，眾多新興篩檢技術及項目係針對罕見疾病，成本效益分析不能當成是否納入新生兒篩檢項目的唯一、重要排除條件。未來新增項目不僅只需要檢驗技術開發或是精進，還包括前端的諮詢程序，後端的篩檢結果甚或基因資料使用，還有後續患者的短期與長期追蹤計畫與成果等，都需要進一步研究評估。

二、新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

（一）新生兒聽力篩檢

自 2012 年起國內提供全面性新生兒聽力篩檢，惟目前非所有院所都備有篩檢工具。2016 年篩檢率為 98.1%，篩檢未通過者為 2,251 人，完成確診者為 1,938 人，其中確診 889 位聽損兒，另有 313 位新生兒聽力篩檢未通過但未接受進一步確診，佔篩檢未通過者 14%。

（二）嬰兒膽道閉鎖篩檢的現況檢討，請參閱第二章先天性及遺傳性疾病之預防與診治第三節子題一膽道閉鎖之章節。

參、目標

一、新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）：將符合成本效益的新生兒篩檢項目均納入常規。

二、新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

（一）新生兒聽力篩檢：建立全國完善的新生兒聽力篩檢與追蹤系統，於出生後一個月內篩檢，三個月內完成確診，六個月內接受治療及提供聽力輔助器，以期聽損兒能身心發育正常。

肆、策略

一、新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）：符合聯合國永續發展目標，於 2030 年前大幅降低可預防的新生兒及五歲以下兒童死亡率。

（一）加強衛教諮詢，落實新生兒篩檢政策。

（二）定期檢討篩檢項目及相關事務，包括轉介與治療成效，並進行相關研究。

（三）加強跨部會合作及橫向聯繫，縮小婦幼健康不平等的差距。

(四) 建立本土化數據，並分析包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、不同疾病者等不同群體，在需求、資源使用與健康結果之落差。

二、 新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

(一) 新生兒聽力篩檢

1. 提升確診率，提高新生兒聽力篩檢未通過者接受進一步確診之比例。
2. 建立管理系統，負責監測各醫療院所聽力篩檢品質。

伍、 衡量指標

一、 中程指標（2022）

(一) 新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）

1. 新生兒篩檢率提升至 99.9%。
2. 建立篩檢項目評估制度與準則。

(二) 新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

1. 新生兒聽力篩檢

- (1) 全國篩檢率達提升至 99%。
- (2) 完成確診率達 90%。
- (3) 出生六個月內配戴聽力輔具達 60%。
- (4) 出生六個月內接受早期聽覺復健課程達 60%。

二、 長程指標（2030）

(一) 新生兒代謝性疾病篩檢（檢驗型篩檢）

1. 新生兒篩檢率維持 99.9%。
2. 符合成本效益的篩檢項目，均由公費支應。
3. 協助東南亞國家建立新生兒篩檢制度、長期追蹤系統與新增篩檢項目。

(二) 新生兒非代謝性疾病篩檢（檢查型篩檢）

1. 新生兒聽力篩檢

- (1) 全國篩檢率達維持 99%。
- (2) 完成確診率達 95%。
- (3) 出生六個月內配戴聽力輔具達 80%。
- (4) 出生六個月內接受早期聽覺復健課程達 80%。
- (5) 提升新生兒聽力篩檢及確診品質。

主題二、健兒門診

壹、 背景

依據世界衛生組織（WHO）統計，發展遲緩兒童發生率約占兒童人口 6%~8%。臺灣每年約有 1.2~1.6 萬幼兒可能有某些發展遲緩問題，目前國民健康署透過健保特約醫療院所，提供七歲以下兒童預防保健服務補助，以期早期發現異常個案，並早期治療。

我國兒童預防保健服務原提供九次門診，自 2010 年起，濃縮整併檢查次數為七次，未滿一歲六個月可檢查四次、一歲六個月以上至未滿二歲者可檢查一次、二歲以上至未滿三歲可檢查一次、三歲以上至未滿七歲可檢查一次。

每次的兒童健康檢查，包括：

- 一、 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估。
- 二、 衛教指導：包括母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健及事故傷害預防等。
- 三、 疫苗注射（詳見兒童健康手冊中第二頁「兒童預防保健補助時程及服務項目」）。

自 2002 年起，這項服務利用率均維持七成左右，見下表：

年別	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
兒童預防 保健服務 利用率	79.8%	66.3%	68.6%	71.1%	81%	77.6%	81%	82.1%

貳、 現況檢討

為提升兒童預防保健服務的整體利用率及品質，國民健康署規劃「新一代兒童預防保健服務方案」，並於 2010 年起實施。優先檢討利用率偏低項目及服務時程，以強化兒童發展篩檢，並整合基層醫療資源，提供更多元的服務。此外，專案核定縣市衛生局辦理幼托園所兒童預防保健外展服務，定期監測及統計分析兒童預防保健服務成果，推展兒童發展篩檢之轉介確診作業，以加強醫療院所兒童健康監測、轉介及後續醫療照護等功能。

自 2013 年 7 月 1 日起推展「兒童衛教指導服務補助方案」，依兒童不同年齡層提供相關衛教指導服務，有助於掌握兒童的生長發育情況。為讓家長在日常生活中即時掌握兒童發展情形，臺北市政府衛生局並全國首創以國、臺、英、客、越、印及泰語七種語音導覽，加上有趣的互動圖像，建構為「兒童發展圖像篩檢互動網（<http://e-screening.health.gov.tw/>）」網站，提供新移民及家長使用電腦、智慧型手機連結，即可不受時間、地點限制，即時掌握兒童發展情形。

衛教手冊內容係搭配國民健康署自 2013 年 7 月 1 日起推展的「兒童衛教指導服務補助方案」，將原來一歲以下二次兒童衛教指導，搭配兒童預防保健服務增加為七歲以下全程提供七次衛教指導，針對事故傷害之衛教重點為嬰兒猝死症候群之預防、幼兒外出及居家環境安全等內容，透過互動式衛教，強化家長知能，並加強宣導家長善用兒童預防保健服務，達到早期診斷、早期治療目的。其他醫師一對一給予兒童主要照顧者衛教指導，內容包括：哺餵及營養指導、副食品添加、嬰幼兒猝死症預防、事故傷害預防、居家安全及相關危險因子預防、視力及口腔保健、肥胖防治等衛教指導。

截至 2016 年底，申請加入兒童衛教指導醫師共計 2,824 位，服務人次約計 94 萬 280 人次，7 次平均利用率約為 65.5%。

參、目標

- 一、初步篩檢有問題兒童，及時早期轉介作進一步診斷治療。
- 二、所有發展遲緩兒均得到完善的早期療育。
- 三、減少發展遲緩兒發生率。

肆、策略

- 一、提高健兒門診的點數，藉以增加衛教時間，教導家屬善用健康手冊，並確實執行預防保健門診服務項目，以改善醫院診所提供預防保健服務比率不高的現況，提高兒童接受預防保健服務比率。
- 二、將臺北市政府衛生局的「兒童發展圖像篩檢互動網」網站經驗推廣至全國，讓家長從日常生活中即時掌握兒童發展情形。
- 三、針對經濟弱勢族群、偏遠地區居民，加強醫療衛生資源可近性、資訊可親性、服務環境友善性及整體社會的支持。
- 四、持續運用兒童健康手冊宣導，並透過衛生局、所結合醫政及保健業務督考、輔導院所提供兒童健康檢查及辦理民眾教育與社區宣導活動，提醒轄區尚未受檢兒童的家長或主要照顧者按時利用兒童預防保健服務。
- 五、進行相關健康傳播與教育訓練宣導，包括：印製宣導海報、建置孕產婦關懷中心、提供孕產婦全國免付費諮詢專線、兒童健康手冊 APP。
- 六、落實發展遲緩兒通報與轉診系統，完成全國性發展遲緩兒監控系統。(請參閱第七章早期療育之章節)

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 七歲以下兒童預防保健服務平均利用率 85%。
- (二) 發展遲緩兒轉介率 90%。

二、長程指標（2030）

- (一) 七歲以下兒童預防保健服務平均利用率 90%。
- (二) 發展遲緩兒轉介率 95%。

主題三、預防注射

壹、 背景

臺灣疫苗接種政策一向完備，甚至居於領先地位，例如 1984 年在全球率先實施的新生兒 B 型肝炎疫苗接種，即成效斐然，至今已為全球所跟進。但臺灣在許多新舊疫苗的推展上仍面臨許多挑戰，包括民眾對疫苗認知不足、公費疫苗經費來源短缺、疫苗缺貨等。韓國國民分配到的疫苗經費資源是臺灣人兩倍；而澳洲人口與臺灣相近，疫苗預算卻是臺灣同年疫苗預算五倍；經費短缺，使臺灣新疫苗納入公費注射的過程，尚有進步空間。若限於經費無法全面以公費推廣，政府應提供專業建議，建議民眾自費使用或自高危險群階段逐步納入公費。對於已使用中的疫苗，政府應建立確保疫苗供應充足機制，避免疫苗缺貨斷貨情事發生。除此之外，政府必須重視疫苗相關研究，推動本土疫苗研發，建立自主疫苗工業。

貳、 現況檢討

臺灣 106 年以後出生之新生兒大約要接受九種疫苗可預防 14 種疾病的疫苗注射（不含流感疫苗）。全國常規疫苗經費從 1998 年 3.1 億逐年增加到 2015 年的 17.7 億。各項常規疫苗接種率皆已達到極高水準。

一、 現行嬰幼兒疫苗接種時程

106 年以前出生之嬰幼兒從出生到國小入學前，共要接受約八種、17 劑，涵蓋 13 種疾病的疫苗注射，並於每年 10-12 月因應流感防治，提供至少 1 劑流感疫苗接種。106 年以後出生及離島與山地鄉幼兒並可常規施打 A 型肝疫苗，其他人必須自費接種；另外，自費接種的疫苗還有輪狀病毒疫苗。部分地方政府提供輪狀病毒疫苗的部分或全額經費補助。

二、 重要疫苗可預防傳染疫情趨勢

衛生福利部疾病管制署訂有法定傳染病通報辦法，在開始有常規疫苗注射執行以後，臺灣所有疫苗可預防疾病的發生率都明顯下降。

三、 幼兒及學童預防接種執行情形

現行預防接種工作係由衛生福利部疾病管制署統籌採購疫苗，配發各縣市衛生局，供應轄區衛生所、室及合約醫療院所等接種單位使用。目前國內嬰幼兒與學童常規疫苗接種完成率良好，與經濟合作與發展組織（OECD）國家相當。

四、 國家疫苗基金及促進國民免疫力計畫導入各種新疫苗狀況

衛福部設有傳染病防治諮詢會預防接種組（Advisory Committee on Immunization Practice,

ACIP)，討論並決定引進各種疫苗的時機與順序。2012 年間針對新疫苗引進，訂立以下優先順序：

- (一) 五歲以下童結合型肺炎鏈球菌疫苗 (pneumococcal conjugate vaccine ; PCV)：2013 年優先針對滿 2~5 歲幼童接種，2014 年擴及 1~2 歲兒童，2015 年列入幼兒常規接種項目。
- (二) 65 歲以上長者接種肺炎鏈球菌疫苗。
- (三) 以細胞培養的日本腦炎疫苗，取代鼠腦製程之日本腦炎疫苗。
- (四) 青少年接種人類乳突病毒疫苗 (human papilloma virus vaccine ; HPV)。
- (五) 幼兒常規接種輪狀病毒疫苗。
- (六) 幼兒常規接種 A 型肝炎疫苗。

其中，第一項已依計畫實施，第二項囿於經費限制，尚未實施。第三項則因全球已無廠商可供應鼠腦製程日本腦炎疫苗，已於 2017 年引進細胞培養日本腦炎疫苗全面施打。

五、預防接種資訊管理現況

目前各鄉鎮市區衛生所利用戶政單位的出生登記列冊管理，紀錄每一嬰幼兒各種疫苗接種日期、接種疫苗項目及接種地點等相關資料，並據以追蹤各類疫苗接種情形，並從旁提供催種、補種服務。

疾病管制署自 2004 年建立全國預防接種資訊管理系統(National Immunization Information System，NIIS)，取代原接種資料轉介單之人工作業，讓衛生單位及早掌握幼兒預防注射資料；針對應接種、未接種的嬰幼兒，及早展開催促注射管理。

參、目標

- 一、健全預防接種所需經費來源。
- 二、提升各種常規疫苗接種率。
- 三、提升國民傳染病防治與疫苗接種相關認知。
- 四、確保疫苗供應穩定。

肆、策略

- 一、完善疫苗可預防傳染病監測系統。
- 二、政府與民間合作宣導疫苗之相關知識。
- 三、適時引進新疫苗。
- 四、確保疫苗供應穩定。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 疫苗供應不虞匱乏。
- (二) 兒童常規疫苗基礎劑之接種率達 96% 以上，追加劑接種率達 93% 以上。
- (三) 規劃完整的法定傳染病個案監測與通報機制。
- (四) 規劃疫苗不良反應監測相關機制。

二、長程指標（2030）

- (一) 疫苗供應不虞匱乏。

主題四、聽力保健

壹、背景

一、兒童聽損之分類與成因

兒童傳音型聽損以積液性中耳炎（otitis media effusion，OME）及急性中耳炎（acute otitis media，AOM）為最常見；通常中耳炎痊癒後，聽力即恢復正常。臨床上較需關切及處理的，毋寧是兒童感音型聽損。臺灣每1000名新生兒中約有2~3人患有中至重度感音型聽損，若合併計入輕度聽損及較晚發病的聽損，則感音型聽損甚至可佔總兒童人口高達1~5%。

兒童感音型聽損成因可大致分為遺傳性聽損及非遺傳性聽損兩大類；導致兒童非遺傳性聽損的原因，包括子宮內感染（如先天性梅毒或巨細胞病毒感染）、黃疸、早產、腦膜炎、腦炎、周產期或新生兒期嚴重缺氧、使用耳毒性藥物等。醫療進步下，周產併發症或感染可以得到控制，一般而言，已開發國家兒童感音型聽損約三分之二可歸因於基因，即所謂遺傳性聽損。而非遺傳性聽損則以先天性巨細胞病毒感染為主要，約佔10%兒童感音型聽損病例。

二、兒童聽損早期診斷之重要性

語言學習與聽力發展密不可分，三歲以前是兒童聽覺發展的重要階段，語言發展則在4~5歲，有些兒童語言發展遲緩實際上是因聽力障礙所致；在三歲以前，又以前六個月的聽力對聽能語言正常發展最為重要。

根據統計，若新生兒未接受聽力篩檢，則重度聽損診斷年齡平均為1.5歲，輕、中度聽損則為3.5~4歲（行政院衛生福利部國民健康署資料），均已錯過語言學習的關鍵時期，終將因聽力和語言能力缺損而影響身心、智能和社會適應能力發展，不僅對聽損兒童造成一生無法補救的遺憾，也對家庭和社會造成沉重的負擔；因此，兒童聽損早期診斷極為重要。依據美國「嬰幼兒聽力聯合委員會」（Joint Committee on Infant Hearing，JCIH）建議，吾人應將聽損的確診時間提早在出生後三個月以內，並將聽能復健治療年齡提早在出生後六個月以內。

三、新生兒聽力篩檢

若只針對高危險群新生兒聽力篩檢，將只能篩檢出約一半先天性聽損病例，其他聽損兒童則需至年紀稍長，才因語言發展遲緩或其他原因被發現，而診斷出聽損。因此，目前歐美先進國家乃提倡「全面性新生兒聽力篩檢」（universal newborn hearing screening；UNHS），將聽力篩檢由高危險因子的新生兒擴及到所有新生兒。

貳、現況檢討

我國自 2012 年起推行全面性新生兒聽力篩檢，2013 年以後，新生兒接受聽力篩檢比例已達 95%，2015 年以後更達到 98% 以上。如前所述，國內外推動之全面性新生兒聽力篩檢雖讓兒童聽損的診斷時點顯著提前，但仍有未能診斷出的輕度聽損及遲發性聽損等侷限。

此外，兒童聽損的長期追蹤和照護亦相當重要，除了新生兒聽力及相關風險因子篩檢外，建立兒童聽力護照，從新生兒聽力篩檢延伸到青少年聽力健檢，乃至如何預防青少年(娛樂性)噪音性聽力損失，亦是未來國家衛生政策必須落實的目標。

參、目標

- 一、針對新生兒進行完整的聽力篩檢。
- 二、建立完善的篩檢後續介入、治療與追蹤機制。
- 三、釐清國人兒童聽損之相關流行病學資料。
- 四、建立兒童聽力護照，從新生兒聽力篩檢延伸到青少年聽力健檢。
- 五、預防青少年(娛樂性)噪音性聽力損失。

肆、策略

- 一、提升新生兒聽力篩檢服務品質，加強新生兒聽力篩檢等相關研究與民眾衛教諮詢。
- 二、建立兒童聽力護照，從新生兒聽力篩檢延伸到青少年聽力健檢，維護兒童青少年聽力健康。
- 三、定期檢討篩檢項目及相關事務，包括轉介與治療成效，並進行相關研究。
- 四、建立本土化數據，並加強分析包括性別、年齡、族群、地區、社經狀態、不同疾病者等不同群體)，在需求、資源使用與健康結果之落差。

伍、衡量指標

一、中程指標(2022)

- (一) 新生兒聽力篩檢率提升至 99%。
- (二) 建立兒童聽力護照，從新生兒聽力篩檢延伸到青少年聽力健檢。

二、長程指標(2030)

- (一) 新生兒聽力篩檢率維持 99% 以上。
- (二) 落實青少年聽力健檢制度。

(三) 協助亞洲國家建立相關篩檢制度，並建立長期追蹤系統與新增篩檢項目。

第十一章、預防保健

第二節、兒童及青少年預防保健服務

子題二、青少年預防保健服務

- 召集人：衛生福利部台中醫院顧問醫師 李孟智
- 副召集人：臺灣青少年醫學暨保健學會理事長 詹其峰
- 撰稿成員：臺北市聯合醫院和平婦幼院區婦產科顧問醫師 江千代
臺灣青少年醫學暨保健學會秘書長 吳秉倫
臺中市東區衛生所主任 吳唯雅
臺灣青少年醫學暨保健學會副秘書長 林易賢
臺北市教師研習中心臨床心理師 柯書林
國立臺灣大學附設醫院臺大醫院臨床心理中心臨床心理師 張琦郁
天主教輔仁大學附設醫院家庭醫學科主治醫師 許書華
亞東紀念醫院家庭醫學科主任 陳志道
臺灣青少年醫學暨保健學會副秘書長 黃馨蓀
高雄醫學大學附設中和紀念醫院小兒科主治醫師 黃瑞妍
國立臺灣大學附設醫院臺大醫院臨床心理中心臨床心理師 楊于婷
臺灣青少年醫學暨保健學會副秘書長 蔡孟哲
國立臺灣大學附設醫院臺大醫院臨床心理中心臨床心理師 鄭逸如
- 研議成員：三軍總醫院小兒科主治醫師 朱德明
國立台灣大學公共衛生學院教授 季瑋珠
同心海華診所家庭醫學科主治醫師 葉柏綸

(依姓氏筆畫排序)

子題二、青少年預防保健服務

國人出生率逐年下降，導致社會面臨少子化及其帶來所有後續社會效應；下一代的健康也比以前更獲得重視；如何提供青少年完善的預防保健服務，包含疫苗接種和健康篩檢等，加強健康促進提升自我效能，並和兒童健康及保護政策銜接，是刻不容緩的議題。唯有落實青少年預防保健工作，方能有效達成世界衛生組織（WHO）2004 年所倡議：「每個孩子都有權利生活在健康、安全的家庭、學校及社區裡；在健康支持性環境中生活、學習遊戲及成長、發展，並避免疾病發生」目標。

青少年時期與人生其他時期相比，死亡率相對偏低，可說是人生中最健康的時候，但全世界在這個時期仍有顯著的死亡率。事實上，絕大多數青少年死因是可以預防或治療的。依據世界衛生組織 2014 年報告，現今青少年重要的健康議題，包括：一、體適能不足；二、營養不均衡；三、青少年吸菸；四、物質濫用與偏差行為；五、生殖健康與婦幼衛生；六、心理健康與精神衛生；七、事故傷害及暴力預防；八、性傳染病感染；九、疫苗接種預防保健服務；十、整合性照護管理。青少年時期正是逐漸進入成熟，並且在各方面都經歷劇烈變動的時期；無論生理、心理認知、社會化及情緒等各方面，在此階段均呈現重要的變化，發展過程中的家庭關係、學習環境、同儕團體也都會影響青少年在動機及學習上的表現；其中存在著頗大的個別差異，因而改變影響青少年生活的每個面向，諸多想法如對健康、對未來、對決定和行動力想法和價值觀。在這些因素中，作為認知層面一環的自我效能（self-efficacy），佔有不可或缺的角色。

1994 年美國醫學會出版了「青少年預防保健服務指引－建議與理論基礎；AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services（GAPS）－Recommendations and Rationale」，提供青少年醫療保健提供者及工作者參考。其中特別強調醫療保健工作者應整合青少年健康服務，使青少年從醫療人員、學校、社區均能得到一致性健康指導；並評估青少年健康危險行為，而非只注意到青少年主訴問題；應定期幫青少年健康篩檢，提早發現問題，建議為人父母者在其青少年子女早、中期階段，應接受親職教育（表 1）。

青少年期是生活型態養成的重要階段，是許多慢性病危險因子暴露的起始；唯有多了解青少年期健康問題，提供適切預防保健服務（包括預防接種、疾病篩檢服務等），提供青少年及其家人健康諮詢與指導，包括：提高其預防接種意願，減少事故傷害與冒險行為的防治措施，醫療保健工作者及青少年家人、師長主動傾聽、陪伴，家人積極支持，學校定期身心健康篩檢、輔導與適時轉介，營造快樂、成長的健康照護支持環境，落實全人、全家、全社區的健康照護模式（圖 1），才能讓青少年健康永續！

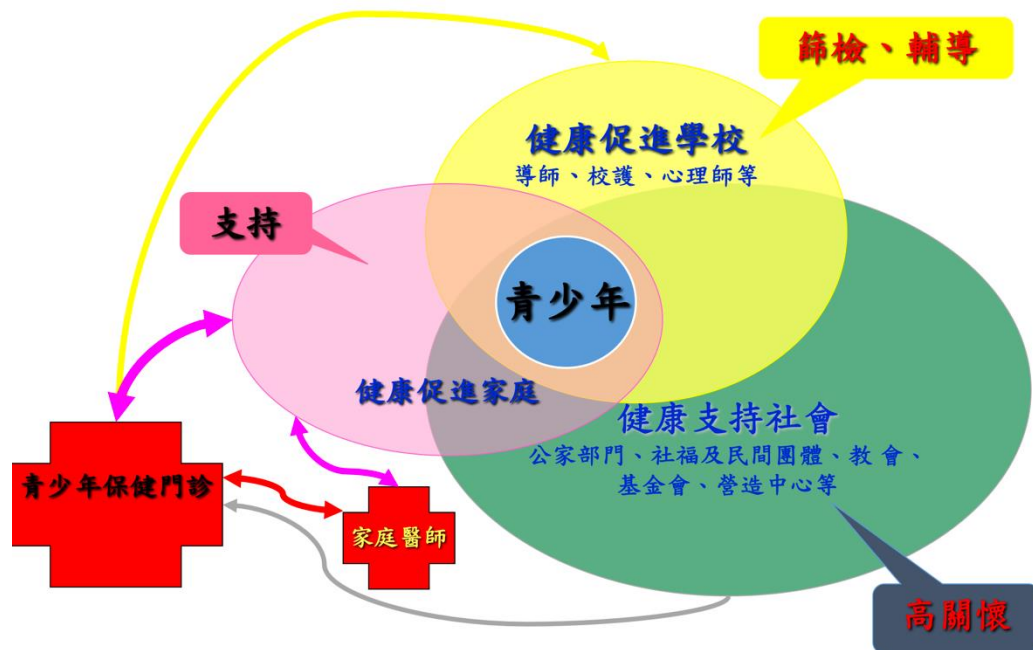


圖 1、青少年全人、全家、全社區健康照護模式

表 1、美國醫學會建議青少年預防保健服務

Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)

措施	青少年早期				青少年中期			青少年晚期			
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
保健指導(health education)											
有關如何為人父母*	—	•	—		—	•	—				
身、心、社會發展	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
飲食及體能活動	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康的生活方式**	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
預防傷害	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康篩檢(screening)											
一、病史											
飲食障礙	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
性活動***	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
酒精及藥物使用	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
抽菸	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
受虐	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
學校表現	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
憂鬱	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
自殺的危險性	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
二、身體檢查(physical examination)											
血壓	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
體質指數(BMI)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
完整的理學檢查	—	•	—		—	•	—	—	•	—	
三、檢驗(laboratory examination)											
膽固醇	—	1	—		—	1	—	—	1	—	
結核菌素試驗(PPD)	—	2	—		—	2	—	—	2	—	
性病篩檢	—	3	—		—	3	—	—	3	—	
愛滋病篩檢	—	4	—		—	4	—	—	4	—	

子宮頸抹片(Pap smear)	— 5 —	— 5 —	— 5 —
預防注射(immunization)	— 6 —	— 6 —	— 6 —

* 青少年早期及中期宜對其父母施予指導。

** 包括性行為指導及避免抽菸、喝酒、毒品。

*** 包括意外懷孕及有性病病史者。

1. 若家族病史中有早發生心臟血管疾病或高血脂症者，在此期間檢驗一次。
2. 若暴露在開放性結核病人中，或生活/工作於高危險性情況下，如流浪者或醫療機構工作。
3. 若性生活頻繁者，每年篩檢至少一次。
4. 高危險群應予篩檢，每年篩檢至少一次。
5. 性生活頻繁或年滿（含）18 歲以上者，建議每三年篩檢一次。
6. 可參考衛生福利部疾病管制署針對青少年疫苗注射建議時程

主題一、青少年週期性健康篩檢

壹、背景

健康篩檢是公共衛生三段五級預防中的次段預防，目的在早期發現疾病與適時介入治療。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者，即事故傷害和自殺致死占六成以上；雖然此三項死亡率近年有下降趨勢，但變動不大；顯見青少年健康與其行為、家庭、學校、社會等因素息息相關。近年來許多令人怵目驚心的青少年重大新聞事件報導，如北捷青少年傷人事件、知名遊樂場塵暴意外、知名大學學生失手殺死女友、線上年輕女藝人自述不堪網路霸凌而自殺致死、兄妹相殘等事件，在在凸顯青少年身心健康與及早發現、適切介入治療的重要性。雖然青少年發生嚴重疾病的機率不高，但此時養成的生活態度及習慣將影響其往後人生甚劇。根據 WHO 於 2014 年發表「全球青少年健康宣言」(Health for the world's adolescent) 提及，青少年常見的健康議題包括：事故傷害、自殘或自殺行為、加害行為、未婚懷孕、性傳染病、肥胖、憂鬱、抽菸酗酒、物質濫用等，以下分別就此探討如何提供青少年相關篩檢建議或健康指引。

貳、現況檢討

臺灣國小、國中、高中職、專科學校與大學依照「學校衛生法」與其施行細則，學生入學時須定期依「教育部學生健康檢查基準」進行健康檢查；但各校執行的篩檢項目不盡相同，且多半強調生理性疾病篩檢，例如：肺結核、貧血、高血脂、蛋白尿、糖尿病、高血壓等，其他項目如：血型、尿酸、B 型肝炎抗原與抗體、空腹血糖、電解質、白蛋白、心電圖等；檢查項目不像國民健康署所提供 40~64 歲成年人每三年一次的成人健康檢查有實證醫學基礎。健康檢查發現異常者，校方會給學生與家長追蹤建議單張，轉介學生到醫療機構複診，部分個案因無明顯症狀，對於複診意願不高，且不一定願意接受持續追蹤；直到下次入學新生篩檢，相同

流程再重新一遍。而接受轉診學生並執行複診的醫療人員，需把握僅有數次門診進行整體性評估，並合併其他篩檢與衛教，在繁忙的醫療作業中處理青少年相關議題，往往耗時費工且事倍功半。

另外，國民健康署自 2006 年起參考美國疾病管制署與世界衛生組織每二年調查國、高中職學生的青少年健康行為計畫，針對青少年飲食行為、衛生習慣、菸酒與物質使用、性生殖健康、心理健康、身體活動、個人安全、偏差行為等面向以無記名方式蒐集相關資訊。2014 年調查資料顯示，我國青少年在國中時期約五成學生曾接觸過色情書刊媒體，5% 國中生曾有過性行為，約 8% 國中生曾試圖自殺，20% 國中生曾認真考慮過自殺；超過七成國中生過午夜仍未上床就寢，10% 國中生曾因為生活壓力而失眠；一個月內曾使用酒精飲料者約 15%，而求助管道仰賴同儕占七成、雙親占三成；比照高中職五專生調查結果：過午夜仍未上床就寢者占八成，一個月內曾經使用酒精飲料者約 30% 等，嚴重程度有過之而無不及。這項調查結果恰似證實了「少年維特的煩惱」的存在。

參、目標

透過文獻回顧與專家會議，對於臺灣青少年週期性健康篩檢項目與時程提出建議指引，並定期更新修正；視青少年整體健康狀況長期而言是否改善；例如可避免導致青少年十大死因的疾病或傷害死亡的個案數是否明顯下降。

肆、策略

過去文獻指出，各國高中學校依據教育部訂頒「學生健康檢查基準表」辦理青少年健康篩檢，但篩檢項目如同前述並不一致，較一致者僅為量測身高體重、理學檢查、追加疫苗與整體健康指導等。一般青少年健康與預防保健可分成四個面向：篩檢、諮詢、預防接種、提供健康指導等。內容多半由專家開會達成共識，參照美國預防保健服務專責小組（U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF）、美國醫學會青少年預防服務指南（American Medical Association's Guidelines for Adolescent Preventive Services, GAPS）、美國家庭醫師學會（American Academy of Family Physicians, AAFP）、美國兒科醫學會（American Academy of Pediatrics, AAP）、婦幼保健局光明未來計畫（Maternal and Child Health Bureau's Bright Futures）等實證醫學建議，多數專家同意提供疫苗接種、提供降低事故傷害風險諮詢、提供降低心血管疾病風險諮詢、避免物質濫用與不安全性行為、牙科保健等；部分建議定期提供家長健康指導、定期視力與聽力篩檢、定期檢測血比容與尿液分析。建議需致力發展符合國情的普查性暨連續性健康篩檢評估，讓青少年與家長或監護人定期參與，蒐集青少年身心健康狀態的實證資料，俾利於與臨床醫療服務無縫接軌。

一、 篩檢時程

目前較一致建議為：視個案情況每 1~3 年篩檢一次。

二、 篩檢場所

多數青少年對學校提供的健康保健服務滿意度較高，也較能暢所欲言；傳統醫療院所能提供的醫療服務場所及方式，不太能符合青少年需求；如何將學校與醫療的社區在地化連結，整合青少年資源可近性高的預防保健服務，為青少年健康篩選首選，例如近年推廣的「青少年親善門診」。

三、 篩檢項目：如表列建議篩檢並諮詢疾病或風險行為。

疾病或風險行為	執行時須注意事項
高血壓	量測血壓需慎選壓脈帶大小。
肥胖與暴食症	量身高體重與計算身體質量指數(Body Mass Index, BMI)。
高血脂症	罹患高血壓、糖尿病或心臟病青少年、家族史有高血脂症或心臟病者，必要時追蹤。
肺結核	若為高風險青少年個案，需視臨床狀況，由衛生機關通知定期篩檢。
憂鬱症/自殺	青少年憂鬱症狀與一般人不同，各類研究常用青少年身心健康檢核表(PHQ-A)或貝克氏憂鬱量表(BDI)加以篩檢。
性接觸傳染病	有性行為的青少年須篩檢性傳染病，如梅毒、淋病等，項目隨性別與性取向而不同。
人類免疫缺乏病毒感染	USPSTF 建議青少年篩檢，除非他拒絕。極高風險族群(無安全性行為)每年一次，高風險族群 3~5 年一次，有男男間性行為(Men who have sex with men, MSM)者每三個月篩檢一次。已篩檢為陰性者若無相關風險不需定期篩檢。
子宮頸癌	針對有風險者安排子宮頸抹片檢查。
身體或心理虐待/性虐待	GAPS 建議至少每年篩檢一次，各類研究常用青少

	年身心健康檢核表(PHQ-A)來篩檢。
菸、酒、物質不當使用	GAPS 建議至少每年篩檢一次，USPSTF 建議對於菸品不當使用者，應給予衛教諮詢。
未婚懷孕/不安全性行為	對有風險者應教導他們如何降低風險與避孕。
學習障礙/學校適應問題	GAPS 建議至少每年篩檢一次，各類研究常用青少年身心健康檢核表(PHQ-A)篩檢。

處理青少年健康議題，由於青少年正處尷尬的青春期的，有許多身心問題和困惑較敏感而難於啟齒，在諮詢、輔導或介入時，亟須建立隱密、安全與具信賴感的環境，讓青少年願意傾吐，也可事先從親屬或校方協助，在適當時機點獲取相關資訊（請見下表），俾臨床工作者進行相關服務。由健康指導可讓青少年養成良好的習慣以降低健康的風險，如健康飲食習慣控制體重、避免交通事故、規律運動、良好的睡眠、衛生、安全性行為、避免藥物濫用、學習處理霸凌的對策、保護身體隱私等。另外，使用身心健康檢核量表蒐集資訊，可節省問診時間，個案也得以避開當面回答敏感問題的困擾；建議提供學校此一「身心健康檢核量表」，定期請學生填答，讓校方了解青少年身心健康情況，問題個案可適時轉介。問診結束前給予個案總結，並留適當時間提問，以提高問診品質。

相關敏感議題如下：

心理社會病史	備註
家庭 Home	家庭成員組成、環境、與家人間關係。
教育 Education/志業 Employment	學業成就、未來計畫、校園安全。 工作表現、工作場所的安全。
飲食 Eating	營養評估、肥胖風險、異常飲食行為、在乎外貌形象。
活動 Activities	與同性或異性間的友情、娛樂活動、性行為。
藥物 Drugs	抽菸酗酒物質不當使用(含自己、同儕與家人)、酒後駕車等。
性 Sexuality	性取向、性行為與性虐待。
自殺 Suicide	悲傷、孤獨感與憂鬱情緒、無用感、焦慮、自殺信念。
安全 Safety	事故傷害、加害風險、暴力虐待等。

其他無完整共識但可考慮的篩檢項目：視力聽力篩檢、自我乳房或睪丸檢查、血色素與尿

液檢查等。

在蒐集初步篩檢與必要資訊後，需要臨床醫師再一次完整評估個案病史與理學檢查，依其結果，將個案問題分成低、中、高三種不同程度風險，確認青少年健康議題，及是否須改變，改變的利弊得失和可能遇到的阻礙等，再為此制訂解決方案。

在青少年家長諮詢方面，指導家有青少年孩子的父母親學習如何適任青少年的父母，即提供青少年父母的親職教育指導技巧，包含如何調整心態、正向鼓勵、積極傾聽、支持陪伴、教導孩子何為負責的安全性行為、了解青少年接觸資訊如社群媒體、避免孩子受到霸凌等。至於青少年個案諮詢指導方面，教育青少年學習預備未來為人父母知識、青少年衛教諮詢，如提升自我照護能力、自我效能、安全性行為、性接觸傳染病預防、正確面對社群媒體心態、避免霸凌或被霸凌等。

伍、 衡量指標

在推廣 GAPS 青少年篩檢後，相關健康議題篩檢量明顯增加，且臨床工作者衛教比例也有提升（如下表所列）；刪減有關成本效益分析，須參酌現今臺灣整體醫療經濟狀況，做通盤考量。

篩檢項目	篩檢目標	
	施行策略前	施行策略後
身體或心理虐待/性虐待	10%	22%
性取向	13%	27%
暴力攻擊	6%	21%
憂鬱症	16%	34%
自殺	7%	22%
暴食症	11%	29%
安全帶使用衛教比率	38%	56%
安全帽使用衛教比率	27%	35%
戒菸衛教比率	64%	76%
戒酒衛教比率	59%	76%
性行為衛教比率	61%	75%

一、 中程指標（2022）

- (一) 召集專家會議、文獻探討，對於青少年週期性健康篩檢項目與時程，提出適合臺灣青少年預防保健建議的指引（每年一件計畫）。
- (二) 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。（每年一件計畫）
- (三) 開設青少年家長諮詢指導課程（每年一件計畫）。
- (四) 開設青少年個案諮詢指導課程（每年一件計畫）。

二、長程指標（2030）

- (一) 視青少年整體健康狀況長期是否改善，例如可避免的青少年十大死因疾病或傷害死亡個案數是否逐年下降(每年一件計畫)。

主題二、青少年預防接種建議

壹、背景

所謂免疫力，就是國力；過去造成國家民族存亡的威脅，常來自疫病，如曾經盛行的天花、小兒麻痺，都是靠疫苗的接種，而讓這些傳染病威脅銷聲匿跡。透過預防接種，為兒童與青少年族群建構族群免疫力，仍是促進全民健康，為政府與全民共同的責任。

貳、現況檢討

臺灣的疫苗接種政策一向完備且執行徹底，其績效在全球居於領先地位。以 B 型肝炎疫苗來說，臺灣於 1984 年於全球率先為新生兒接種且成效斐然，至今已為全球所跟進。不過，臺灣在新舊疫苗推展上仍面臨許多挑戰，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。

為讓民眾充分重視並接受完整的疫苗注射，政府應與民間機構攜手合作，致力於疫苗推廣與教育，針對兒童、青少年、家長、老師、民眾等不同族群，提供最新資訊與適當教育。

我國衛生福利部疾病管制署（Centers of for Disease Control, CDC）針對青少年（11~18 歲）族群已訂有預防接種建議（表 2），並隨時更新。

表 2、青少年（11~18 歲）預防接種建議

106.03 版

疫苗種類	11歲-12歲	13歲-15歲	16歲-18歲
破傷風白喉百日咳混合疫苗 ¹		接種一劑	
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 ²		未曾接種或未具抗體者	
水痘疫苗 ³		未曾接種且未曾感染過者	
B 型肝炎疫苗 ⁴		未曾接種者	
	依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者		
A 型肝炎疫苗 ⁵	未曾接種者，特別是高危險群及赴流行地區者		
不活化小兒麻痺疫苗 ⁶		未曾接種者	
	赴流行地區者		
季節性流感疫苗 ⁷	每年接種一劑		
肺炎鏈球菌疫苗 ⁸	高危險群		
人類乳突病毒疫苗 ⁹	未曾接種者		
結合型流行性腦脊髓膜炎疫苗 ¹⁰	高危險群及赴流行地區者		

依「國小學童新生入學後預防接種紀錄檢查與補種指引」補種

未曾接種、未具抗體或非公費實施對象等建議自費接種

依「國小學童新生入學後預防接種紀錄檢查與補種指引」補種

資料來源：衛生福利部疾病管制署

- 一、破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗 (Tdap)：小時候疫苗接種效力經 5~10 年會逐漸減弱，故建議青少年時期或終身至少再接受一劑 Tdap 注射，之後每十年可追加接種破傷風減量白喉混合疫苗 (Td)。健康青少年 13-18 歲未曾接種、未具抗體或非公費實施對象等建議自費接種一劑，懷孕青少年妊娠 27~36 週時再打一劑。
- 二、麻疹-腮腺炎-德國麻疹疫苗 (MMR)：凡未曾接種或未具抗體之青少年，建議自費接種 2 劑，2 劑至少間隔 4 週。醫護人員有傳染給孕婦之虞者、育齡婦女經檢驗確定未具德國麻疹抗體 (IgG)，建議應接種兩劑 MMR 疫苗，兩劑間隔至少四週。
- 三、水痘疫苗 (Varicella vaccine)：水痘疫苗是一種活性減毒疫苗，保護效益高。對於 13 歲以上青少年和成年人應給予二劑，兩劑間隔四至八週。
- 四、B 型肝炎疫苗 (Hepatitis B vaccine)：臺灣自 1984 年開始新生兒全面施打 B 型肝炎疫苗，研究顯示，注射 B 肝疫苗後產生的抗體因缺乏抗原的刺激，會隨著年齡增長而逐漸降低。B 型肝炎疫苗接種完成療程後，保護力約可維持 15 年，對於 15 歲以上青少年或成年人，衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 針對「依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者」建議措施如下：
 - (一) 若為 B 型肝炎感染之高危險群 (血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不全者、多重性伴侶、注射藥癮者、同住者或性伴侶為帶原者、身心發展遲緩收容機構之住民與工作者、可能接觸血液之醫療衛生等工作人員...)，可自費追加一劑 B 型肝炎疫苗，一個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性 (< 10 mIU/ml)，可以採「0-1-6 個月」時程，接續完成第二、三劑疫苗。如經此補種仍無法產生抗體者，則無需再接種，但應採取 B 型肝炎相關預防措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 變化。
 - (二) 若非 B 型肝炎感染的高危險群，目前尚無需全面再追加一劑 B 型肝炎疫苗之必要。若個案或家屬對此非常擔憂，可自費追加一劑，一個月後再抽血檢驗，若 B 型肝炎表面抗體仍為陰性 (< 10 mIU/ml)，可諮詢醫師是否需要再接種。
- 五、A 型肝炎疫苗 (Hepatitis A vaccine)：由於公共衛生肝炎防治成效顯著，臺灣地區 30 歲以下族群幾乎沒有 A 型肝炎保護型抗體 (anti-HAV IgG)。因此，所有青少年皆可考慮接種，特別是高危險群，患有慢性肝病、血友病、曾移植肝臟的病人、男同性戀或雙性戀或藥物成癮者、工作環境易受感染及往來於非洲、南美洲、亞洲、中國、東南亞等流行地區者。

目前建議使用兩劑打法，二劑間隔 6—12 個月。

六、去活化小兒麻痺疫苗 Inactivated poliovirus vaccine (IPV): 小時已完整接種者，針對高危險群或將至小兒麻痺流行區域(印度、阿富汗、奈及利亞、巴基斯坦等地)觀光或工作者，至少於出發前一個月內完成追加一劑 IPV。

七、流感疫苗 (Influenza vaccine) (每年一劑): 無禁忌症青少年可考慮每年接種一劑。

八、肺炎鏈球菌疫苗 (Pneumococcal vaccine) (PNEUMOVAX): 肺炎鏈球菌感染高危險群:

(一) 脾臟功能缺損或脾臟切除者;(二) 先天或後天免疫功能不全者，包括愛滋病毒感染者;(三) 人工耳植入者;(四) 慢性疾病: 慢性腎病變、慢性心臟疾病、慢性肺臟病、糖尿病、慢性肝病與肝硬化患者、酒癮者、菸癮者等;(五) 腦脊髓液滲漏者;(六) 接受免疫抑制劑或放射治療的惡性腫瘤者或器官移植者。

接受脾臟手術、人工耳植入、癌症化學治療或免疫抑制治療者，最好在治療兩週前接受本疫苗注射，以達最佳免疫效果。對於無症狀或有症狀的人類免疫缺乏病毒(HIV)感染者，在確定診斷後應儘速接種。針對上列高危險群之接種方式:

(1) 未曾接種 PCV13 或 PPV23 者: 接種 1 劑 PCV13，間隔至少 8 週再接種 1 劑 PPV23。

(2) 曾接種 PCV13 者: 接種 1 劑 PPV23，與前劑 PCV13 應間隔至少 8 週。

(3) 曾接種 PPV23 者: 接種 1 劑 PCV13，與前劑 PPV23 應間隔至少 8 週。

※※如可能應先接種結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV13)再接種多醣體肺炎鏈球菌疫苗(PPV23)。

※完成上述接種之高危險群，5 年後可經醫師評估再追加 1 劑 PPV23。

九、人類乳突病毒疫苗 (HPV vaccine) (Gardasil, Cervarix) (9~26 歲間接種): 若能在第一次性行為之前接種人類乳突瘤病毒(HPV)，可以降低約 60%~70%罹患子宮頸癌危險，應是最好接種時機。衛生福利部於 2006 年、2008 年及 2016 年，先後核准三種子宮頸癌疫苗上市;包括 Gardasil 4 (嘉喜四價疫苗)、Cervarix (保蓓二價疫苗 HPV) 與 Gardasil 9 (嘉喜九價疫苗)。Gardasil 4 可預防發生疫苗所含的人類乳突病毒第 6、11、16 及 18 型所引起的子宮頸癌前期或分化不良的病變和癌症、陰道及外陰部癌前期或分化不良的病變、生殖器疣(俗稱菜花)。Cervarix 可用以預防致癌性人類乳突病毒第 16 型、第 18 型所引起的病變;Gardasil 9 可用以預防人類乳突病毒(HPV) 第 16、18、31、33、45、52 及 58 型 HPV 所引起的病變。

目前美國疾病管制與預防中心 (Center for Disease Control and Prevention, CDC) 的免疫實施委員會 (The Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 針對 HPV 疫苗接種的建議如下：(一) 年齡在 11~12 歲青少年常規接種 (此疫苗應九歲起就可接種)；(二)

13~26 歲女孩、13~21 歲男孩若在之前從未接種，可考慮在此時期接種；(三) 女孩建議接種二價、四價或九價疫苗，男孩建議只接受四價疫苗 (除了 6/11/16/18 的 HPV 類型外，九價疫苗包含 HPV 類型 31/33/45/52/58。另外五種類型的 HPV 在癌症上對女孩影響較大)；(四) 之前三種疫苗均已完成三劑接種為療程。但，2016 年 10 月 ACIP 改變了這項建議部分內容：15 歲以前施打從三劑變成兩劑，15 歲以上還是三劑。□

十、流行性腦脊髓膜炎雙球菌疫苗 (Meningococcal vaccine) (Menomune (MPSV4), Menactra or Menveo (MCV4))：國際間已上市的流行性腦脊髓膜炎疫苗有數種，包含可預防 A、C、Y、W-135 等四種血清型的流行性腦脊髓膜炎多醣體疫苗 (Meningococcal polysaccharide vaccine, MPSV4) 及結合型疫苗 (Meningococcal conjugate vaccine, MCV4)，另可預防 B 型流行性腦脊髓膜炎疫苗也已在近年完成研發並上市。

Menveo 則可用於幼童 (二歲及以上)、青少年與成人 (≤ 55 歲) 的主動免疫接種，以預防腦膜炎雙球菌 (*Neisseria meningitidis*) 血清型 A、C、W-135 與 Y 所引起的侵入性疾病。

若青少年有遊學或國外就學需求建議接種，至少於出發前至少二週前接種一劑，有需求者可洽詢疾病管制署特約各旅遊醫學門診。國際間目前僅建議：針對高危險群或至流行區域的人接種，一般民眾則不建議使用。

在臺灣，有關青少年預防接種議題包括：

(一) 尚未訂定公費青少年疫苗接種的時程；

(二) 尚未青少年時期疫苗接種的成本效益分析基礎資料闕如。

參、目標

未來應先以部分縣市提供公費施打疫苗，如人類乳突病毒疫苗 (HPV vaccine)、疾管署每年視預算獲編情形評估流感疫苗施打對象範圍、美國 CDC 建議每十年減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗 (Tdap)，並考慮結合青少年週期性身心健康評估 (原國健署執行之試辦計畫)；接續進行接種疫苗介入後，該疾病盛行率下降的成本效益分析，以訂定國家青少年預防保健服務政策。

肆、策略

- 一、分析國內相關傳染病流行情形、血清抗體盛行率，蒐集或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），適時調整青少年預防接種建議，並視國家財政狀況，研議推動公費接種可行性及必要性。
- 二、整合週期性青少年預防保健服務，建置青少年疫苗接種資訊登錄系統，各縣市醫療院所上傳分析接種率，各縣市衛生局制訂推動策略。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- （一）訂定國家公費青少年疫苗接種時程指引（一件）。
- （二）完成青少年時期疫苗接種的成本效益分析（一件）。

二、長程指標（2030）

- （一）持續修訂國家公費青少年疫苗接種時程指引（每年一件）。
- （二）下列三種青少年公費疫苗接種率高於 50%，並逐年提高（每年一件）。
 1. 在青少年時期追加接種減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap）一劑，並每十年追加接種一劑破傷風、減量白喉疫苗（Td）。
 2. 在青少年時期每年施打流感疫苗一劑。
 3. 在青少年時期施打 HPV 疫苗。
- （三）定期進行青少年時期疫苗接種的成本效益分析。（每兩年一件）

主題三、青少年自我效能之提升—正向心理學與復原力在家庭、學校與社區的運用

壹、背景

從預防保健觀點，若能提升青少年自我效能，將可增進青少年心理健康，減少醫療和社會成本損耗，增進國家整體的生產力和競爭力。

隨著時代進展，影響青少年自我效能發展的因素有其多樣性；舉例而言，由於少子化影響，學校可能面臨縮減班，為求學校營運而搶招學生，青少年入學因而較以往容易；而消費者導向的學校環境，致使教師權威不再，且須要學習從多元價值角度來看待每一學生特長。而少子化的家庭，孩子的手足相對少，加上高齡化趨勢，使青少年父母相較於過去的父母，在工作和照顧家中長輩的重擔下疲於奔命。而社會各種媒體充斥、開放，讓訊息的取得可近性和方便性提高，但也興起更多「懶人包文化」，致使青少年探索自我的發展面臨更多挑戰。青少年在受到

學校、家庭和社區等因素影響下，如何能獲得適當協助，發展自我效能，需要深入思考並具體規劃。

自我效能 (self efficacy) 指的是一個人對自身能在特定任務上達到特定結果的信心，自己能克服困難的篤定 (Bandura, 1977a; Bandura, 1977b)；其具有以下功能：一、影響個人對不同難度活動的選擇，以及對該活動的堅持。二、影響人們面對逆境的態度。三、影響新行為的學習和已習得的行為的表現。四、影響活動時的情緒。

正向心理學強調一種強項 (strengths) 或美德 (virtues) 概念，指的是個人對自我與自我表現能有合宜的認知，這可由家庭教養、社會環境中逐步培養 (Seligman & Peterson, 2003)。正向心理學主張正向特質 (positive trait) 的發揮與正向環境 (positive environment) 的營造，能促進正向經驗 (positive experience) 的產生；若能協助青少年在成長與學習過程中，無論面對勝任或挑戰、成功或挫折都能發揮正向特質，獲得正向環境支持，轉化為茁壯與賦能的正向經驗，應可增進青少年對從事之任務的結果與效能有正向預期，提升自我效能。

復原力 (resilience) 是一種在明顯負向情境中展現正向適應 (positive adaptation) 的動力歷程 (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000)，這定義涵指二個關鍵情況：(1) 暴露在明顯威脅或嚴重逆境中；(2) 即使發展歷程受到重大衝擊仍能有正向適應。當青少年本身或在家庭、學校或社區遭遇重大威脅或逆境時，若能啟動並協助他們增強復原力，避免走向不良適應，甚至克服困難，將有助於他們發展為健康、自信、能貢獻社會的人。這些威脅或逆境包括：低社經地位與相關風險因子、父母罹患精神疾病、受到不當對待、社區暴力環境、本身罹患慢性疾病、遭遇災難事件等。在這樣的情境下，要發展出復原力與以下因素有關：(1) 青少年本身的特性；(2) 青少年的社會參與傾向；(3) 家庭相關面向；(4) 社會環境／社會支持；(5) 民族認同 (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Zimmerman, Stoddard, Eisman, Caldwell, Aiyer, & Miller, 2013)，其作用的發生則有補償 (compensatory)、保護 (protective)、挑戰 (challenge) 三種理論 (Zimmerman, Stoddard, Eisman, Caldwell, Aiyer, & Miller, 2013)。在預防保健上很值得重視的是，根據神經心理學的研究結果，重大壓力事件、創傷、慢性逆境會對大腦的結構與功能產生影響 (Wu, Feder, Cohen, Kim, Calderon, Charney, & Mathe, 2013)，因此，結合正向心理學強調的強項或美德，以及復原力在明顯負向情境中的正向適應，將更能促進全面性自我效能的提升，對青少年的身心健全發展更有助益。

本子題將綜合從正向心理學與復原力所包含的正向特質，例如正向思考 (positive thinking) 與積極因應 (proactive coping)，以及正向環境的社會關係 (social relationship) 與家庭/社會對

潛能發展的影響 (effects of family/society on the development of talent)，促進青少年在認知、行為和環境三者間交互作用中，逐漸形塑對自我及自我表現的合宜認知，相信自己能克服困難，有信心能在特定任務達到特定的結果，並能在逆境中發展出正向調適，以提升自我效能。

貳、現況檢討

一、家庭

以發展階段而言，青少年正在發展和形成自我認同，會不斷探索自我價值和自我角色，盼望朝向自主、獨立，也期盼能獲得他人的認同與肯定。

多數青少年對自我評估常有誤差，可能過度自滿或是過度低估自己，可能有被理解與關注的需求，但用相反方式來表達。青少年常還不能充分覺察自己內在，進而在完整表達自己的想法和感覺上有困難。此時，家庭若能發揮正向環境功能，給予適當時間和空間，運用合適技巧聆聽、同理與引導青少年表達和探索，促進正向思考與積極因應，將有利於協助青少年發展潛能，健全自我認同，增進自我效能。

家庭資源的多寡與品質，影響青少年自我效能的發展。研究顯示，父母間的衝突程度，與青少年憂鬱等心理適應問題成正比；家庭暴力經驗愈高，愈容易導致國中生產生自我傷害行為；可見家庭支持系統的內涵與強弱，明顯影響青少年的情緒與自我效能發展。

二、學校

依臺北市政府衛生局 2013 年「校園心理衛生心情溫度計」問卷普測的統計顯示：高中學生感到中度和重度情緒困擾者約 20%、國中 14%、國小學童則有 10%。當處於「不再是孩童、卻還不是大人」的青少年過渡階段，情緒容易起伏不定；綜言之，從學校看到的現象顯示，從學校教育提升青少年對自我身心變化的認識，並進而學習如何因應壓力、調適情緒、正向面對挫折與挑戰，是此一青少年政策的關鍵。

復因臺灣處於相對少子化與高齡化的人口結構，目前每個家庭幾乎是好幾位長輩對自家極少的小孩，自是百般呵護；習慣長期受到肯定、保護的幼年成長經驗後，有越來越多青少年一下子無法適應學校同儕的競爭與來自師長的鞭策，因而出現適應不良症候群的青少年也逐年攀升。

然而，青少年一天中約三分之一的時間待在學校，心理正處於發展「自我認同」(self-identity) 階段，藏於心底的主要煩惱多來自「自己能否被朋友在乎」；所以能否「成為同輩中的厲害人物」，對其「覺得自己的存在是有價值的」非常重要。Colarossi 與 Eccles (2003) 在兩年內追

縱 217 名 15~18 歲青少年的學校生活發現，擁有同儕、師長支持，會使青少年的憂鬱情緒隨時間演進而減少。更有研究指出，接受過正向情緒課程的學生，有較佳的生活適應能力；學校若能提供資源協助青少年「覺得自己存在是有價值的」，可對其心理健康產生關鍵性幫助。

現實生活中，青少年常不只在負向事件未能獲得足夠資源，以協助他們有正向思考與積極因應；若是正向事件，就更可能被忽略所需要的協助。依我們的教育文化和系統，幾乎很少認為表現優秀，如學習成績優秀的學生需要在自我概念、面對挫折時給予預防性教育，以引導他們探索自我、思索成功與失敗意義、學習承諾與接受結果、開創多元觀點與價值；以致於有些未經探索而直接依他人或外界指引努力者，發展為僅見單一價值、缺乏主動探索與多元思維、患得患失、抗壓力低。

若從 Marcia 對自我認同狀態的四種類別來看，這就屬於他主定向型 (foreclosure)，意指有承諾、但缺乏探索。理想的心理健康目標應是協助青少年在經歷探索後做出承諾，亦即認同達成型 (identity achievement)，而經歷探索、但未做出或只有少量承諾 (延期末定型, moratorium) 則非理想狀態；至於缺乏探索且未做出承諾 (認同迷失型, identity diffusion) 的問題更嚴重。

三、社區

青少年所處的社會環境，除了家庭與學校，另一生活領域就是社區，現今社區範疇與二十年前差異極大，尤以地域為主的實體空間社區，現已演變為以虛擬社區為主，其內涵以人群為核心，形式超越居住空間與真實互動。

若以虛擬社區或社群看自我效能議題，隨著資訊多元化、快速、回饋立即等特性，青少年有機會從中快速找到相關社會支持或資源，縮短作業時間。置身網路環境，也可能優缺點並存，端視青少年如何學習時間管理、判斷和篩選訊息、調控虛擬世界與真實世界的人際互動，並發展自身為整合的個體。這些議題可能影響青少年自我概念與自我效能發展，造成對學業與家庭的困擾，甚至延續干擾未來工作參與及成就表現。

對大學生網路人際互動的研究結果發現，不同依戀類型者 (安全依戀、焦慮依戀、逃避依戀) 在網路上會具有不同的網路人際互動行為。網路成癮是個人特質與網路環境特性交互而成，並且網路人際互動是中介網路成癮的原因之一，尤其在焦慮依戀型態上，更是如此。這呼應了個人特質與外在環境共同影響個人經驗的形成，也支持正向心理學運用具有可預期效益。而面對大學生呈現現象時，需注意這些問題可能自國高中、甚至國小就已經逐漸形成了，因此，瞭解與協助的時間都需要提早。

參、目標

一、家庭

除了社會福利政策穩定及資源改善外，也需建立可近、可得的支持系統，讓每個家庭都有機會接觸相關管道，使家庭資源多寡不成為限制因素，並讓有興趣和動機的家庭能取得具體知識和執行方法。依青少年成長的發展階段特性，學習運用適切、有效的策略與做法，更前瞻與預防性的做法是從新家庭的組成就開始進行。

二、學校

正因外在環境給青少年的回饋與其心中逐漸形成的自我效能會產生交互影響，如何在佔據青少年一天三分之一時間的學校環境，塑造成正向校園環境，讓生活其中的青少年建構正向自我認同，從而引導每一青少年有信心發揮自身特質，讓班級與學校更好，即政策規劃方向，使自我效能的提升具體可期。

三、社區

目前青少年生活型態不再限於在住家附近活動，藉著交通便捷，他們接觸點已擴大，包括社區場所如圖書館、運動中心、公園、教會等，以及各種商店如速食店、便利商店、電影院、遊樂場、網咖、卡拉 ok 店等；他們也可透過網路進行交友、學習、娛樂、甚至做生意，有國、高中生透過網路販售物品，年收入達數百萬元時有聞，也有青少年靠架設專業網站，在國際間享有聲譽，成就高過成人；這些均已超越傳統的就業年齡與形式。網路蓬勃時代，創造了虛擬社區或社群新形式，給了青少年如同冒險樂園般的新奇世界，帶來發揮潛能的無限契機，但也潛藏複雜的社會風險；政府有責任訂定政策，引導正向發展，並提供教育與保護，協助青少年在其身心發展階段，能善用新環境帶來的益處，避免可能的風險與傷害，成為社區裡身心健康的成員，並幫助他們的超齡活動與表現能有適齡的經驗轉化，促進在各種生活領域都有良好的自我效能。

肆、策略

以下將從家庭、學校、社區三個領域分述國家政策的制定方針，如何運用正向心理學促進青少年自我效能發展。對於政策規劃，建議如下：

一、家庭

(一)運用醫療體系作為家庭專業後盾

1. 醫療院所或社區健康中心設計以建議可併入相關的心理學概念為規劃架構的自我效

能提升方案。

2. 創設青少年互動式親子門診。
3. 舉辦系列講座搭配專屬諮詢，對象包括青少年與家長，形式可為個別、親子、家庭或團體。
4. 提供互動式團體課程，成員可以是同家庭或不同家庭的親子、家長、青少年。

(二)從家庭源頭做起—提升自我效能的家庭教育

1. 婚前健檢應加入為雙方評估自我效能之結果預期與效能預期。
2. 比照成人健檢模式，提供定期家庭健檢，在家庭發展的各階段，為夫妻（父母）、子女（青少年、成人）、親子提供心理健康評估與諮詢，亦可包括家中長輩。
3. 舉辦心理健康教育課程，提供管道給家庭成員學習，不論是親子或是手足間，都需要關注其心理健康。

二、學校

(一)塑造正向校園環境，建構學生正向的自我認同

1. 友善空間：不論是班級與校園環境，應讓學生有認同與歸屬感；貼近學生之需求，給予充分活動空間。
2. 健康教師：應鼓勵教師以多元方式評估學生，讓不同天賦、才能的學生都能得到肯定與發揮的機會。對於教師應有適切、公正、合宜的評核，而面對不適任教師，應有適當輔導其退場機制。
3. 親師合作：每位青少年都是獨一無二的，除了鼓勵教師以多元方式評估學生外，也應鼓勵家長正視孩子特點，以正向方式鼓勵其發揮強項，並避免以單一價值論斷或要求學生。
4. 預防與適切處理霸凌：校園霸凌事件為青少年重要壓力來源，除了教師應增強對霸凌事件敏感度與處遇技巧外，也應強化親師溝通，並加強性別平等教育，以預防霸凌及性騷擾發生。

(二)引導學生有信心地發揮自身特質，讓班級與學校更好

1. 資源引入：為發展學生多元能力，學校應提供不同軟、硬體資源，讓學生有機會根據性向與特長多元發展。
2. 專業培能：應提供教師多元進修管道，並與民間結合，針對學生需求，給予更適性與多元教育。

3. 跨學科、跨領域團隊合作：傳統教育裡不同學科的分際明顯，然而，為協助學生培養面對未來世界的問題解決能力，不同學科與專長教師應加強團隊合作，培養學生跨領域能力。

三、社區

(一) 社區不只要安全與友善並提供資源與支持

(二) 透過創造與培養支持性環境，運用青少年善用資訊科技的優勢

1. 在媒體和社群網絡等資訊平台上，宣傳青少年發展自我效能概念及其重要性。
2. 站在青少年立場，使用他們的語言，提供自我效能篩檢工具，可自學和運用的策略和方法，如國健署 106 年國民健康調查針對青少年所使用的十題核心題，瞭解青少年自覺幸福指數。
3. 宣傳與創立論壇，討論時間管理的技巧、判斷和篩選訊息的策略，以及區分、調控、平衡虛擬世界與真實世界的人際互動等，然仍須有專業人員監督管理。

伍、衡量指標

從預防保健觀點來看，強化優點、從經驗中學習與修正、朝向樂觀與希望、提高效能感，才是前瞻性身心健康策略。綜合從家庭、學校、社區看青少年自我效能提升，茲研擬中程與長程指標如下：

(一) 中程指標 (2022)：正確、完整、可信、有效的調查

召集青少年身心健康專家，進行青少年自我效能調查，分別於國中、高中、大學入學、畢業時進行普查。2022 年各階段所有學校填答率應達成 80%，並完成結果評估與改善方案各一件。

(二) 長程指標 (2030)：家庭：第一，運用醫療體系作為家庭的專業後盾，例如提供互動式親子門診、系列講座搭配專屬諮詢、互動式團體課程。第二，從婚前健檢開始，依家庭發展階段逐步提供提升自我效能的家庭教育。第三、公司應提供親子相關職場教育課程，創造友善支持環境，針對在職家長，每年一堂，讓家長能更方便地接觸課程，如新手爸媽應援團、孩子的青春困擾...等議題。

1. 學校：第一，塑造良好校園環境，包括友善空間、健康教師、親師合作、預防與適切處理霸凌。第二，引導學生有信心發揮自身特質，例如資源引入、專業培能、跨學科與跨領域之團隊合作。青少年有關自我效能調查於 2030 年各階段學校填答率應達 100%，並

完成結果評估與改善方案各一件。

2. 社區：創造與培養支持性環境，2030 年應針對家庭、學校、社區及職場進行評估報告各一件，並針對全國進行總評估一件。

青少年的高自我效能對個人而言，是身心健康的基礎，也是遭遇健康問題與困難挑戰時，維持或恢復身心健康的實力根源。對社會國家而言，年輕世代的自我效能集體提升，則是國力的堅強保障。可確定的是，將正向心理學具體落實在家庭、學校與社區，逐步提升全體國民的自我效能，是國家具遠見與深度的重要政策。

主題四、青少年親善門診服務

壹、背景

青少年時期是人類重要的發展階段之一，此階段快速的身、心變化，使得青少年保健需求有其特殊性，若能在其發展過程中，提供全方位且親善的健康照護服務，則能協助青少年順利跨越青春期。醫療機構在青少年預防保健服務工作上扮演重要角色，可與社區、學校及家長合作成為夥伴關係，建立完善的青少年健康照護網絡。

國民健康署於 2010 年起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」，由青少年親善醫師、心理師、社工與護理等醫事人員共同組成跨專業團隊，依標準服務流程提供安全而隱密的環境，以及適切的關懷與照顧。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 家院所及 529 位親善醫師，可提供青少年周全性的健康照護服務。

世界衛生組織（WHO）在其 2015 年所出版的「提昇青少年健康照護服務品質的全球標準」(Global standards for quality health-care services for adolescents) 文件中呼籲，各國健康照顧工作應以加強青少年權益為基礎，以提升品質為優先考量。因此提出八項全球標準並依照投入（input）、過程（process）及產出（output）三個向度，詳細建立了 79 條準則，以促進青少年健康照顧品質。我國目前所推動的青少年親善門診，其十大特質乃依照 2003 年 WHO 準則而規劃，經檢視與核對後發現，大致符合 2015 年八項全球標準。此項全球標準包括：一、青少年的健康素養（Adolescent health literacy）；二、社區支持（Community support）；三、適當而周全的服務（Appropriate package of services）；四、健康照顧提供者的能力（Providers' competencies）；五醫療機構特性（Facility characteristics）；六、公平、不歧視（Equity and

non-discrimination)；七、資料和品質精進 (Data and quality improvement)，以及八、青少年參與 (Adolescents' participation)。

貳、現況檢討

依據「青少年親善醫師/門診計畫」統計顯示，青少年親善門診中，青春期生理變化與生育保健服務比例雖有一定需求，然青少年族群主要的健康議題並非僅生育保健一項，更須全面性提供適當而周全的健康照護，包括醫療診治、轉介、諮詢等服務。

統計亦發現，至親善門診就診的青少年，其心理壓力在就醫後有顯著改善；WHO 在發展上述八項全球標準的工作則發現，青少年族群在醫療服務中經常因不受尊重、缺乏隱私和私密性、害怕污名化或遭受歧視，以及醫事人員先入為主的道德價值觀，而令他們對於就醫裹足不前。因此青少年親善門診團隊要能以尊重、保護及符合青少年權利心態，提供資訊、注重其隱私與機密性、保持中立不歧視、不評斷的心態，才能夠提供有良好品質的健康照顧服務。

「青少年親善醫師/門診計畫」所發展的訓練課程，經過多年不斷修正、改進與調整，再根據 2015 年 WHO 針對「第一線青少年健康照護者所訂定之核心能力與發展」(Core competencies in adolescent health and development for primary care providers) 內容，調整成目前青少年親善醫師訓練課程架構，並分別對各課程訂定核心能力，以增進親善醫師學習成效，提昇其對青少年的健康照護服務品質。

青少年預防保健工作應採取社區結盟模式，將學校與家長納入，「2020 年健康國民白皮書」即指出，社區健康營造中心模式應包括醫療院所、衛生所、學校、民間團體、職場及志工六大元素，不但設定「提昇家長與社區參與」為健康促進學校目標之一，並提出「鼓勵學校與社區醫療單位結盟，提高健康服務的質與量」之政策與建議；WHO 所提出的八大標準也提到社區支持的重要性，因此各縣市衛生局應鼓勵並協助青少年親善門診的醫療機構，主動與社區和在地學校資源連結，建立夥伴關係。

參、目標

- 一、提升執行青少年親善門診之醫療院所家數。
- 二、增加全國青少年親善醫師數量。
- 三、促進社區結盟，提昇家長與學校對青少年親善門診的支持度與利用率。

肆、策略

- 一、透過相關學會、各縣市衛生局的推動與輔導，鼓勵醫療院所加入青少年親善門診的行列，公告成為親善門診、親善醫師的條件，並提供工作手冊，說明標準服務流程。各縣市朝向使青少年親善門診分布與青少年人口分布符合之比例增加；根據推動經驗，以 2016 年 80 家為基準，每年預估增加三家。
- 二、鼓勵醫事人員接受完整的青少年親善醫師訓練，並辦理青少年親善醫師資格認證、進階青少年專科醫師訓練，作為提供青少年健康篩檢服務典範。根據推動經驗，以 2016 年 529 人為基準，每年預估增加 30 人。
- 三、透過相關學會、衛生局、促進青少年親善門診醫療機構，與社區資源連結，協助醫院進入校園提供衛生教育宣導與講座，增加青少年親善門診曝光率，進而提昇利用率。
- 四、鼓勵醫療機構進入校園發展外展服務，例如建立校園駐診機制、提供學童健康檢查服務、提供疫苗注射服務等。
- 五、指導學校老師、校護及輔導老師學習如何轉介高關懷學生至青少年親善門診。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 加入青少年親善門診之醫療院所逐年增加，至 2022 年止，至少增加至 98 家。
- (二) 全國青少年親善醫師數量逐年增加，至 2022 年止，至少增加至 710 人。
- (三) 醫療院所與學校結盟形成夥伴關係，醫學中心或區域醫院至少認養二所學校；地區醫院、基層院所、診所或衛生所至少認養一所學校，以提供外展服務或進行衛生教育宣導。
- (四) 成立青少年親善門診示範中心，以六都各至少一家。

二、長程指標（2030）

- (一) 加入青少年親善門診的醫療院所逐年增加，至 2030 年止，至少增加至 122 家。
- (二) 全國青少年親善醫師數量逐年增加，至 2030 年止，至少增加至 950 人。
- (三) 醫療院所與學校結盟形成夥伴關係，醫學中心或區域醫院至少認養四所學校；地區醫院、基層院所至少認養二所學校；診所或衛生所至少認養一所學校，以提供外展服務或進行衛生教育宣導。
- (四) 擴展青少年親善門診示範中心，六都各至少兩家，及其他縣市層級至少一家。

結語

青少年不是小大人，亦非大小孩，自有其成長發育階段的健康問題與特有疾病。青少年擔心自己的健康狀況，只是基於隱密性、經濟、道德、上學時間及青少年專屬的醫療資源等因素，致使他們相對較少利用臨床預防保健服務（low accessibility）。面對少子化社會，政府應持續拓展、開發有意願、能接觸和幫助青少年的健康照護與人力資源，例如持續建立青少年親善門診整合照護模式。

提供以青少年為中心的整合性預防保健服務（Adolescent-centered integrated preventive care），使青少年可從家庭、學校、社區及健康專業醫療人員處，得到健康指導與陪伴、支持，以提升正向自我效能，讓為人父母者在其青少年子女的早、中期階段，接受親職教育、青少年接受準備發展至成人的成長教育。此外，青少年親善健康照護團隊可多利用機會，周全性評估危害青少年健康的危險風險行為，並定期為青少年健康篩檢，提供適時健康諮詢與預防接種等服務。

透過經教育訓練認證的青少年親善醫師/團隊，提供以青少年為中心的周全性持續性照護，以健康促進家庭為陪伴關懷單位、以健康促進學校為篩檢輔導及轉介資源單位，方能建構出支持青少年健康成長的「社區共同照護網絡」。提供青少年以公共衛生及預防醫學為導向的健康促進、健康照護、早期發現、以及早期介入治療，定能提升青少年族群的健康。