

兒童權利公約第 2 次國家報告民間意見徵詢

第一輪審查會議紀錄（第 6 場次）

時間：110 年 3 月 19 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：本部大禮堂

主持人：李委員兼執行秘書麗芬

紀錄：王映嫻

出席（列席）人員：如後附簽到表

壹、主持人致詞：略

貳、業務單位報告：略

參、決議事項

【本場次審查內容：第七章】

一、請各權責機關依決議（詳附表）增修第 2 次國家報告，於會後 7 日內回傳幕僚單位彙辦。

二、民間團體於會後（5 日內）所提書面意見，請幕僚單位轉知各權責機關回應，於文到 7 日內回傳幕僚單位彙辦。

三、本次會議涉及政策建議，請權責機關評估參考。

肆、臨時動議：無

伍、散會。（中午 12 時 45 分）

VII 身心障礙、基本健康與福利

第2次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
A.生存及發展權（首次第 188 點至第 193 點） 205. 生存權併參第三章 C 節、第五章 A 節、D 節及 E 節，本章 C 節及 E 節；發展權併參第四章、第八章¹。 206. 2020 年核定《優化兒童醫療照護計畫》²強化初級照護及健康管理，改善周產期與急重症醫療照護，降低新生兒及兒童可預防的死亡。 207. 2020 年《兒少法》明定對早產兒、重病及其他危及生命有醫療需求之兒童，建立適用藥品及醫療器材之短缺通報及處理機制。並成立「兒童困難取得之臨床必要藥品及醫材調度中心」，臨床遇有兒童藥品及醫材短缺時，經由調度中心資訊系統提出申請或尋求諮詢與協助。 <u>因應 COVID-19</u> 208. 為阻絕疫情蔓延，實施入出國（境）管制措施，以維護臺灣境內 370 萬名兒少生命、生存及健康權。 209. 因應疫情對經濟弱勢族群生活影響，訂定《防疫期間行政院關懷弱勢加發生活補助計畫》，針對低收入戶及中低收入戶兒少以及領有弱勢扶助、津貼	【決議】 1. 第 210 點，補充兒少安置機構防疫應變整備作戰計畫執行情形。(衛生福利部/社會及家庭署) 【發言摘要】 1. 中華兒少愛滋關懷防治協會：第74點、205點，生存權包括自殺；有關原住民兒少自殺死亡人數，由附件3-7、3-8來看，108年原住民兒少死亡率為8.3/十萬人、全國兒少死亡率為3.9/十萬人，原住民兒少自殺死亡人數偏高。 2. 主席：本議題涉第3章 C 節，請權責機關確認數據後，審酌補充於第3章。 3. 國際發光協會中華民國分會總會：第208點，有關小明事件，主席前曾回應指揮中心係基於兒童最佳利益，兼顧國內兒少安全與防疫能量所為之決定，惟當時國內檢疫、隔離設施整體疫情控制得宜，並非處於非常危險狀況。因此是否為充分考量兒童最佳利益後的決策，民間團體仍有疑慮。 4. 主席：相關意見已充分表達多次。 5. 社團法人中華藍天行動聯盟：兩岸疫情相較於其他美國、英國較輕，惟英美之間商務人士入境可縮短檢疫，但兩岸探視檢疫時間卻維持14天，有雙標疑慮。 6. 主席：列入紀錄供疫情指揮中心參考。 7. 財團法人勵馨社會福利事業基金會：第210

¹ 菸品危害、藥物濫用與毒品防制等輔導措施以及未成年懷孕之生育保健等健康、保健、醫療措施參本章 C 節。

² 執行步驟與方法：完備周產期醫療照護系統、建立分級分區的兒童緊急醫療照護網絡、跨院際整合資源，強化重難罕症照護能力與品質、發展兒童重症運送專業團隊及網絡、規劃國家級的兒童困難診斷疾病平台、培訓兒童醫療專業照護人力，推動創新研發與轉譯應用、發展家庭為中心的幼兒專責醫師制度、推展脆弱家庭育兒指導服務方案。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
及補助者³於 2020 年 4 月至 6 月期間每人每月發給 1,500 元。 210. 為避免兒少安置機構群聚感染，地方政府輔導轄內機構訂定防疫應變整備作戰計畫，針對確診個案之住宿安排及照顧人力調度等進行規劃，另運用資訊系統，定期勾稽比對機構工作人員名單，即時掌握是否具感染風險。	點，依實務經驗，一旦安置兒少或工作人員疑似染疫，各地方政府轄內似乎無法立即應變(如分散、病童或工作人員移出移入等)，導致第一線工作人員壓力很大，又中央雖然提供許多防疫物資，但防疫人員調配等跨轄(或機構)支援機制未明。是否針對去年經驗有檢討或改善報告，以備疫情持續之因應。 8. 衛生福利部(社會及家庭署)：各縣市均訂有安置機構防疫計畫，也進行相關演練，執行措施會後提供。 9. 主席：請補充防疫應變整備作戰計畫內容，並且瞭解各縣市實際演練情形。民間團體發現未盡事宜請反映本部，以持續督促縣市政府。 10. 台灣全國兒少安置機構聯盟(書面意見)：第210點，衛福部雖已訂定應變整備作戰計畫，然對安置機構而言，最難的是排班人力及隔離處所問題。建議政府明確訂定安置機構若發生確診個案時可提供協助資源和 SOP，並規劃實地演練，現場指導機構規劃防疫空間及人力安排，以降低機構的慌張和焦慮。
B.身心障礙兒少 (首次第 194 點至第 203 點) 211. 2014 年《CRPD 施行法》，將《CRPD》國內法化，並於 2016 年提出初次國家報告，2020 年提出第二次國家報告，過程皆重視各年齡層及地區身心障礙者及其代表團體的參與。 資格認定 212. 本報告所述「身心障礙者」乃民眾依	【決議】 1. 請補充雙重特殊(下稱雙殊)學生相關說明。(教育部) 2. 附件 7-5，請補充說明服務人數包含成年人。(衛生福利部/社會及家庭署) 3. 第 214 點，請補充兒少安置機構中身心障礙兒少服務情形。(衛生福利部/社會及家庭署) 4. 附件 7-7，請釐清學前階段為就學或照顧性

³ 身心障礙者生活扶助、中低收入老人生活津貼、弱勢兒童及少年生活扶助、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助、低收入戶兒童生活補助、低收入戶就學生活扶助、特殊境遇家庭子女(含孫子女)生活津貼或子女(含孫子女)教育補助。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
《身心障礙者權益保障法》主動申請，經鑑定及評估後符合資格者，該統計資料僅代表有意願申請政府補助且經過鑑定程序之報告率，而非實際上肢體、精神、智力或感官長期損傷者之盛行率。身心障礙類別兒少人數及百分比參附件 7-1。 就醫無障礙 213. 2019 年推動《就醫無礙計畫》，逐年制定各類公版資源⁴提供醫療院所使用，提升醫療院所就醫友善度。醫療院所無障礙就醫環境公告資料，2020 年由原約 1 萬 7,000 家增加至 2 萬餘家，2021 年擴大辦理無障礙調查項目，提供民眾就醫參考。 結論性意見第 58 至 59 點/身障兒少支持與發展服務數據、融合教育(214、216 至 229) 支持與發展措施 214. 加強保障身心障礙兒少之經濟安全，2020 年起身心障礙兒少可同時併領生活補助費與身心障礙者日間照顧補助。各類身心障礙者補助、服務受益人數、機構收容身心障礙兒少人數、身心障礙者家庭照顧者支持服務受益人數參附件 7-2 至 7-6。 215. 2019 年修正《失蹤人口查尋作業要點》，將「7 歲以上未滿 12 歲，且領有身心障礙證明者」，納入緊急查尋對象。 特殊教育	質後，補充學前人數，並新增身心障礙兒少於校園內使用服務項目相關統計數據。(教育部) 5. 第 219 點，請以附件呈現課後照顧服務相關數據。(教育部) 6. 第 222 點，請補充補助校數和實際校數比例，及各級學校應設置和合格數量。(教育部) 7. 第 224-1 點，請補充應接受轉銜服務人數。(教育部) 8. 增列點次，補充協助身心障礙少年就業之說明。(勞動部) 9. 請補充小作所參考 CRPD 國家報告相關點次。(衛生福利部/社會及家庭署) 10. 第 226 點，請補充公園附設兒童遊戲場備查率，及至 111 年底之預定備查目標。(衛生福利部/社會及家庭署) 11. 第 228 點，請補充《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》執行情形及補助經費。(衛生福利部/社會及家庭署) 【發言摘要】 第 211 至 215 點 1. 台灣愛兒親師家長協會： (1) 特教有無服務雙重身分的孩子，比如資優班孩子可能有情緒障礙問題，教育現場常注意其優勢能力，而忽略資源需求。 (2) 各項身心障礙兒少相關補助表格僅呈現各縣市人次，建議補充政府和民間單位合作成果，比如天使心家族基金會每年3月份辦理活動讓家長和身障孩童出門，消除

⁴ 包括研發適用身心障礙者之醫療單張範本、開發圖庫與教育訓練教材、彙整資源表、辦理標竿學習、修訂友善就醫流程及研析獎補助方式。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
216. 訂定《特殊教育中程計畫》(期程為 108 至 112 學年度)，及《高級中等學校提升學生融合教育實施計畫》安排在特殊教育學校就讀學生，自 2010 年的 7% 下降至 2019 年的 5%，以落實零拒絕、融合教育、受教機會均等及適性發展等政策。一般學校有負責特殊教育事宜之教師，各校皆已成立特殊教育推行委員會，且各級教育主管機關皆設有特殊教育資源中心，以支持一般學校特教專業資源；普通班教師需於職前教育修畢特殊教育相關課程，並每年參加特殊教育知能研習至少 3 小時⁵。 217. 《特殊教育法》保障身心障礙兒少接受特殊教育，國中小為義務教育，依《強迫入學條例》辦理，身心障礙兒少幾乎全部入學且能完成學業，中途離校(dropout)的比率在 0.08% 以下，大多低於非障礙學生。且依身心障礙學生需求提供各項支持服務，包括專業人員及助理人員、輔具、點字及有聲教科書、就學費用優待/減免。為確保身心障礙學生接受適性教育，《特殊教育法施行細則》規定學校應運用團隊合作方式，針對身心障礙學生個別特性訂定個別化教育相關服務計畫(下稱 IEP)。身心障礙兒少就學情形，參附件 7-7。 218. 《特殊教育法》規定，各級主管機關應設「特殊教育學生鑑定及就學輔導會」，辦理鑑定、安置、重新安置、輔導等事宜；其實施方法、程序、期程、相關資源配置，則訂有《教育部特殊教	社會對身障誤解。 (3) 國中階段有分科資優班，小學階段是資源班，實務上沒有分科目，無法針對雙殊學生服務，執行上有困難。 2. 教育部(國民及學前教育署)：針對雙殊學生教學輔導，《108 課綱》特教實施規範已納入身心障礙及優異兼具的雙殊學生，去年亦公告《教育部國教署加強推動身心障礙資賦優異學生之發掘與輔導方案》，並向各縣市宣導。針對資優學生情緒障礙問題，身心障礙輔導有社會技巧課程，會結合其資優能力和須加強能力進行發掘及輔導。 3. 主席：請教育部提供特殊教育中雙殊學生相關資料，並針對國小階段實務執行問題研議精進作為。 4. 國際發光協會中華民國分會總會： (1) 第 212 點目前我國《身權法》規定採主動申請，針對特殊兒少有無依需求人口進行全面調查？國際比較情形如何？國際先進國家做法可值得參考。 (2) 校園中兒少抽菸喝酒，或受孕過程、生活環境有無影響特殊兒少的發生，未來政策研擬重點可納入科技和醫學的原因分析。 5. 衛生福利部(社會及家庭署)：我國身心障礙證明採鑑定方式，並依《身心障礙者保護通報及處理辦法》，醫院、社區等各單位發現疑似身心障礙的孩子或民眾時，可通報社會局做身心障礙鑑定。另國際上有些國家身心障礙係採各項福利(如輔具)個別申請認定，我國和日本則採鑑定制，拿到身心障礙證明會有一系列配套服務，如果將我國特殊教育、長期照顧等服務比重加總，身障兒少人數不會比他國少。 6. 中華兒少愛滋關懷防治協會：偏鄉兒少因距離問題，早療黃金期沒有接受相關服務，對

⁵ 2016 年至 2019 年教師參加特教研習超過 3 小時之比率分別為 79%、77%、76%、76%。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
育學生鑑定及就學輔導會組織及運作辦法》⁶。 219. 《兒童課後照顧服務班與中心設立及管理辦法》規定，針對身心障礙兒少應視需要聘請全職或兼職特教教師或專業人員進行個案輔導，其建築、設施及設備，應使身心障礙兒童有平等使用機會。另 2020 年補助國立暨私立高級中等學校身心障礙學生學習扶助計畫⁷。 220. 《身心障礙學生及身心障礙人士子女就學費用減免辦法》規定，補助身心障礙人士及其子女學雜費。另補助主管高級中等學校及特殊教育學校聘任特殊教育助理人員⁸。 221. 2016 年建置「校園無障礙管理系統」，督導學校確依《建築物無障礙設施設計規範》規劃改善無障礙設施；如有修繕需求，可隨時向學校提出；新設部分，教育部針對主管學校設立「無障礙諮詢小組」，規劃並建置有利於行動不便學生之最少限制之物理環境。如學生仍有其他需求，均可透過與教師反映或 IEP 等方式提出。參 CRPD 第 2 次國家報告第 69 點。 222. 2020 年補助全國高中、國中、國小及幼兒園 352 校次。2020 年高級中等以下學校無障礙空間應設置數為 6 萬 6,706 項，合格數為 6 萬 798 項，尚須	國家來說是很大損失。為縮短早期療育資源的城鄉差距，是否可參酌彰基醫院遠距醫療，將遠距語言治療 (tele-speech) 納入未來目標。此在國外已很成熟，會是正面加分項目。 7. 主席：本節就醫無障礙是針對整個環境，偏鄉早療於 C 節第 241 點說明。 8. 彭委員淑華：第 214 點附件 7-5， (1) 身心障礙核定安置人數和實際安置兒少人數差距很大，核定安置人數有無包括成人？ (2) 兒少和成人需求不同，相關服務也有差異，安置同一個處所會不會影響其福祉，另 2019 年機構數 269 家，和核定安置數相除，大約每家機構有 7、80 個安置數，與小型、家庭式兒少安置期待有落差，請問身心障礙福利機構實際情形如何？ 9. 衛生福利部(社會及家庭署)： (1) 身心障礙安置統計包括成人，身障機構以成年人為主，例外情形才有兒少，並特別照顧，再補充詳細數據說明。 (2) 兒少安置機構中身障兒少來源包括在家庭中遭受不當對待，需要政府介入保護安置，近期調查去年為止有 700 多個，會後可補充。 10. 主席：如果了解多少身心障礙兒少被安置在機構，只有身心障礙機構尚不足，請補充兒少安置機構中身心障礙兒少服務情形。 第 216 至 224-1 點 11. 社團法人中華民國智障者家長總會：第 217 點附件 7-7，

⁶ 108 學年度本部主管高級中等學校鑑定及重新安置人數如下：申請鑑定學生人數 3,461 人，核發鑑定證明書計 3,167 人；申請重新安置人數計 76 人，同意重新安置人數計 65 人。

⁷ 共計 243 校、6723 人次、3,641 萬 8,670 元。

⁸ 107 學年度聘任特殊教育助理人員 196 名，所需經費計約 6,390 萬元；108 學年度聘任特殊教育助理人員 160 名，所需經費計約 4,832 萬元；109 學年度聘任特殊教育助理人員 224 名，所需經費計約 7,778 萬元。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
改善數為 1 萬 3,120 項，未設置數為 2 萬 2,496 項。 223. 依據《特殊教育法》及《身心障礙者權益保障法》規定，身心障礙學生無法自行上下學者，由各主管機關免費提供交通工具；確有困難提供者，補助其交通費。國民教育階段無法自行上下學之身心障礙學生，係由各直轄市、縣（市）政府提供交通服務；2018 年訂定《教育部補助直轄市與縣（市）政府辦理身心障礙教育經費實施要點》，補助各地方政府汰換身心障礙學生交通車。另辦理「大專校院及高級中等學校肢障、聽語障、視障學生教育輔具中心」，其模式購置後，將輔具提供予有需求之學生使用，參 CRPD 第 2 次國家報告第 158 點。 224. 結合身心障礙學生 IEP，設計「生涯轉銜計畫」與「個案需求建議」，提供學生轉銜輔導及服務；透過身心障礙學生適性輔導安置，增進就學率，畢業率達 80%。身心障礙者 15 至 18 歲接受技職教育人數參附件 7-8。 224-1. 為協助身心障礙學生畢業後能順利就業，於各地方政府設置身心障礙者職業重建服務窗口，依據《身心障礙者就業轉銜服務實施要點》規定，銜接身心障礙畢業生就業，提供職業重建相關服務，2019 及 2020 年分別協助 190 人及 122 人轉銜服務。 文化與休閒 225. 輔導休閒農業業者及教育場域及國家公園設無障礙設施，以及提供免費輪椅租借服務，並持續推動《各國家公園	(1) 《幼兒教育及照顧法》規定 2 歲以上為教育階段，建議加入學前統計。 (2) 建議增加一般學校內身障兒少可使用多少服務項目統計，包含多少學生在資源班、多少學生使用巡迴輔導服務、輔具申請等，以了解融合教育支持性服務情形。 12. 李委員瑞霖： (1) 第 222 點，高級中等以下學校無障礙空間未設置數比例偏高，請說明原因。 (2) 結論性意見第 58 點提及在鄉村獲得適當的教育，本節沒有看到相關說明；另提及完成學業後從事具有意義的工作，第 224 點提到畢業率達 80%，另外 20% 有無特定原因或後續追蹤。 (3) 第 224-1 點提及轉銜服務協助人數，與附件 7-8 身心障礙者受技職教育人數差別大，請問應受轉銜服務人數有多少？ 13. 教育部： (1) 附件 7-7 配合新增學前人數。 (2) 大部分學生因融合教育就讀一般學校，分有集中式資源班和巡迴輔導服務等，配合增加服務情形。 (3) 《108 課綱》新增訂定特殊教育課程實施規範、身心障礙學生和資賦優異學生特殊需求領域課綱、及高級中等學校集中式特教服務課綱，使有需求學生課程安排有所依循，並積極引導及規劃課程。 (4) 轉銜服務部分會後補充資料。 (5) 早期沒有無障礙空間計畫，現每年編列 4.5 億，鼓勵全國高級中等以下學校申請補助，並在特殊教育通報網管制就不符合的部分逐年改善。 14. 主席：請教育部補充《108 課綱》特教相關措施。附件 7-7 兒少就學情形補充學前教育，惟因《國民教育法》和《幼兒教育及照顧法》概念不同，請教育部釐清學前屬於就學還是照顧，否則易混淆。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
整體改善無障礙環境計畫》⁹ (2020-2023 年)。 226. 改善公園附設兒童遊戲場無障礙遊戲空間，鼓勵地方政府規劃建造共融遊戲場應將國家標準 CNS 納為基本規範。為提供身心障礙兒童安全之遊戲空間，2015 年頒布《內政部主管活動場所無障礙設施設備設計標準》，以 2 年為一期辦理都市公園綠地無障礙環境考評，除將兒童遊戲場區域之可及與近用列為抽驗重點外，亦鼓勵地方政府在新闢(或改善)公園附設兒童遊戲設施，於規劃設計階段即邀相關社區及身障團體參與。公園附設兒童遊戲場調查統計參附件 7-9。另參 CRPD 第 2 次國家報告第 267 點及 270 點。 227. 有關文化部附屬機構以及國立故宮博物院辦理身心障礙兒少活動參附件 7-10，另參 CRPD 第 2 次國家報告第 30 條參與文化生活、康樂、休閒及體育活動內容。 家外安置及矯正機關身心障礙兒少 228. 2019 年辦理《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》，補助地方政府成立跨專業在地評估小組，針對特殊需求或身心障礙兒童評估及媒合所需資源¹⁰，亦運用長期照顧之居家照顧、專業服務、交通接送等服務。 229. 矯正學校及少觀所近年針對身心障礙學生精進措施包含導入特教資源、健	15. 台灣愛兒親師家長協會：第 218 點，雖需家長簽署同意特教生放棄其特殊身分，但之後有無追蹤或訪談，否則放棄後狀況不好，可能忽略其需要。 16. 全國教師工會總聯合會： (1) 第 216 點談到受教機會均等，目前有特教服務需求的孩子，因所轄行政區域沒有特教班，必須跨區就讀，是否呈現相關數據，作為未來改進報告的依據。 (2) 第 218 點，目前特教生鑑定為地方自治，惟各縣市標準不一，可能 A 縣市鑑定是，但其他縣市不是，其鑑定有效性及公平性有無相關數據呈現。 17. 全國家長會長聯盟： (1) 第 216 點，20 年前特教知能研習時數即是至少 3 小時，現障別種類繁多是否繼續維持，希望中央單位進一步研議其是否符合實務現場的需求。 (2) 全國教職進修網提供各教育單位辦理教育人員研習時數和進修，學習者一般只要登入課程學習並通過測驗，研習時數會直接匯入個人紀錄，但特教研習使用課程平台不一樣，學員須先向研習系統報名，再由學習單位審核通過，錄取學員上課後取得研習時數，才能登錄。老師在現場得到的回應都需要再協調溝通，特教研習時數層層關卡請相關單位協助。 18. 教育部（國民及學前教育署）： (1) 學生為避免被標籤而放棄特教身分，較多發生於高級中等學校，原則會請家長確認，如學生仍有需求會繼續給予服務。 (2) 有關縣市間鑑定，A 縣市鑑定為身心障礙學生，如需在其他縣市就讀可透過轉銜繼

⁹ 已建置並公告墾丁國家公園「貓鼻頭公園遊客中心無障礙步道」等 14 處活動場所，可提供約 11.6 公里無障礙步道，另園區內已設置哺（集）乳室 40 間、親子廁所 20 間及親子車位 70 處等友善服務設施，提供於國家公園遊客享有安全、便利及隱密性之體貼環境。

¹⁰ 包括托育、早療、特教、外展護理、復健、心理輔導、諮商或治療等。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
全輔導資源並建立三級輔導制度、強化與少年法院(庭)聯繫、研訂《少年矯正機關收容處遇實施條例草案》。	續接受服務，無需重新鑑定。 (3) 現推動融合教育，各縣市政府不可能每個學校都設置集中式特教班，但每個學校一定有分散式資源班提供身心障礙學生就讀。目前國中小學區可能沒有那麼多中重度智能障礙學生，集中式特教班服務需要一定的人力和特教資源投入，因此會較一般學區大。 (4) 109 年 4 月修正《高級中等以下學校身心障礙學生就讀普通班之教學原則及輔導辦法》針對特教知能研習時數有細緻的規範，考量老師目前已有許多應完成研習時數，本部會持續研議至少 3 小時是否足夠。 (5) 全國特殊教育資訊網提供教師、助理員、家長及學生等更多身分的人參與特教研習，教師研習時數會介接至全國教職進修網，然而全國教職進修網未開放非教師人員使用。 19. 主席：如果不能整合，教育部可研議檢討在全國特殊教育資訊網的相關作法或流程更加友善或簡化。 20. 社團法人臺灣兒童權益聯盟：第 219 點《兒童課後照顧服務班與中心設立及管理辦法》從 101 年制定至今，建議呈現身障兒少受益人數、服務成果等數據。 21. 全國家長會長聯盟： (1) 第 224 點附件 7-8 技職教育的身障人數逐年遞減，應加強對特教生及家長辦理說明講座，增加技職的了解，對應孩子優弱勢，以便發展謀生能力，如同一般生對技職理解的說明講座/活動，目前沒有看到相關數據和宣導活動等進一步作為。 (2) 建議補充小作所和庇護工場數據，說明政府對於特教生及其家庭的支持度與輔導措施數據。 (3) 有關實驗教育問題，很多特殊生進入教育機構，學籍上的輔導都掛在鄰近國中小學

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	配有特教老師，但是老師並不在現場且政府一段期間才安排巡迴輔導；且機構是否能落實孩子的 IEP，很多沒有統一窗口，也沒呈現實質處理個案狀況的資料，或是沒有通報形成漏洞。曾詢問教育部，只回應正在處理中，請再說明。 22. 教育部： (1) 近年越來越多身心障礙學生於實驗教育機構就讀，今年起針對機構的身心障礙學生進行教學輔導及支持，並行文縣市政府、辦理實驗教育的學校或機構，了解實驗教育體系有多少學生及障礙類別分布，另針對剛才 NGO 所提問題會進一步釐清。 (2) 附件 7-8 數據因少子化人數逐年遞減，就讀高級中等學校的身心障礙學生會以就業為導向，應不是選擇就讀一般高中的問題。另外在國立和私立學校每年有扶助計畫，達 5 人可成立「學習扶助班」，協助學業、生活、興趣或就業等，一年約 4 千萬補助身心障礙學生在課程外的學習和照顧。 23. 勞動部：本部對身心障礙者的就業協助以一般職場融合式就業為主，之後補充協助身心障礙少年就業相關資料。 24. 衛生福利部（社會及家庭署）：小作所為 15 歲以上身心障礙者日間照顧性質，無職業訓練或預備就業規劃方向，因此不適合寫入身心障礙就業部分。 25. 全國家長會長聯盟：例如台北市文山特教小作所，非鍛鍊孩子學習進入職場，而是孩子離開學校後為不使功能退化的持續服務，因此建議呈現特教中縣市人數與院所數據、或相關支援方式。 26. 主席： (1) 第 219 點課後照顧服務如有相關數據請教育部提供，以附件呈現，如無，建議未來

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	進行統計。 (2) 請勞動部補充身心障礙少年就業說明，另不新增小作所，於適當章節或點次參考 CRPD 國家報告相關點次。 27. 李委員瑞霖： (1) 第 219 點依《兒童課後照顧服務班與中心設立及管理辦法》，請問私人單位聘請全職和兼職的特教老師或專業人員是否真正施行？ (2) 現很多學生課後到短期補習班，因補習班限制較少，而以補習班之名，行安親班之實，是否會影響兒少的權益。 (3) 建議教育部未來呈現雙重特教身分的資格數，及輔導服務等受惠人數進行對照。 28. 教育部： (1) 針對雙重特殊教育學生，研究發現許多隱藏性學生，有的資賦優異學生是家長不願意接受，而不願意進行鑑定；或在國小階段身心障礙學生表現沒有比資優明顯，老師認為只有身障沒有資優，而國小到高中雙殊學生約 400 多位，和理論上數據差異很大。去年公告《教育部國教署加強推動身心障礙資賦優異學生之發掘與輔導方案》，只要老師發現疑似特質，就會積極介入輔導教學。先針對家長、老師和行政機關宣導，並陸續建置完整輔導體系，相關數據目前較難提供，未來研議將發掘人數列入指標。 (2) 補習班和課照中心不同，向地方政府進行相關宣導行之有年，並納入地方重點查核項目。 29. 主席：建議不一定要有身障證明才認定具有雙殊身分，可發現或評估具有雙殊的學生時即提供相關的協助。 30. 全國家長會長聯盟：一般生可透過技職博覽會了解各技職取向和功能，但沒有針對特殊生辦理類似的技職說明會，特殊生可能較一

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	般生弱小、味道敏感等，應讓家長和老師多了解技職現場，方便孩子選擇上的理解和協助，以及舉辦技職現場說明的深度活動，期待使特殊生在各領域找到對應能力的專長，以減輕家庭負擔，請主管單位加強和補充相關數據和說明。 31. 教育部（國民及學前教育署）：針對國中升高中的升學問題，因身心障礙類別很多，各類別學習取向不同，國中班特教老師視學生個別需求提供適合就讀科系建議，目前有多元入學管道，包括各職業學校提供優先錄取名額、參加會考以一般生名額入學、免試入學、或適性輔導安置。後續會針對國中班導師就身心障礙學生未來職業輔導予以加強。 32. 社團法人中華藍天行動聯盟： (1) 視障和聽障學生如何進行美學教育及體育，請補充。目前英國運用 5G 科技協助聽力及視力，身為科技資訊大國的台灣應積極促成合作。 (2) 特殊教育學生不能強迫鑑定，如使兒少錯過適合矯正和發展的年齡，會造成兒少很大的傷害，建議深入研究。另外，從身障團體指導教育經驗來看，心理諮商（尤其是群體諮商）尚未討論，請一併考慮。 33. 教育部：針對聽障和視障學生，一般特殊教育學校已有相關設備，去年也鼓勵學校設置多感光教室，分為白屋和黑屋兩種，針對不同障礙類別接受刺激。而美學和體育已融入課程教學，再於適當處補充。 34. 主席：雖沒有辦法強制鑑定，但透過許多措施讓更多兒童在早期得到協助，因此早療據點復健也是衛福部很重要的工作。 35. 全國教師工會總聯合會：第 216 點融合教育和教育機會均等，國際間對於融合教育是否等同排除特教班未有定論，請教育部思考融合教育中特教班的存在和必要，因此報告中是否因為融合教育而沒有普設特教班，導致

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	影響學生就學權益，請再審酌，未來也需釐清相關定義，以利未來增班考量。 36. 全國家長會長聯盟： (1) 特教生就業升學上有很大的阻礙，以高中升大學來說，大學可自主決定如何招生，然因障別刻板印象，由各統計表顯示，總招收名額雖大於申請升學人數，細究其中幾類障別仍非常不平等，以 109 年為例，最大宗為自閉症，且國私立大學招收比例差異甚大。 (2) 每次調查當年學生需求及科系，開出缺額與系群卻不對等，各類組各群科及各系提供之甄試名額與現實各障別報考比例人數有落差，調查形同虛設。 (3) 從學前至國中都倡導融合教育，依《身心障礙者權益保障法》第 38 條規定保障各級政府機關、公私立學校、團體及公民營事業機構之身心障礙員工比率。何故大專院校拒身障生於門外？ (4) 建議修正《特殊教育法》明定各大學(四技二專)之身障名額比例或其他多元管道。另外，建議單一障別招生未滿之缺額可流用至其他障別，進行跨障別的二次分發。 37. 教育部：有關融合教育，早期中度智能障礙在特教學校，輕度在一般學校集中式特教班，一般障礙類別在普通班上學，據了解全世界國家亦很難做到完全融合。本部現依 CRPD 完全融合精神，成立專案小組，針對現行目前安置方式檢討。 38. 主席：修正《特殊教育法》第 29 條部分由教育部帶回研議。 39. 新竹市築心生命教育協會： (1) 第 222 點，請完整說明學校無障礙空間補助校數和實際校數比例，及每個學校有多少應設置和合格數量。 (2) 報告中部分參考 CRPD 相關點次，是否以附件呈現 CRPD 點次內容，以讓國際委員

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	清楚看到。 40. 主席：相關比例和數據請教育部補充，未來請幕僚單位將 CRPD 國家報告一起提供國際審查委員參閱。 第 225 至 229 點 41. 新竹市築心生命教育協會： (1) 鼓勵地方政府在新闢或改善公園附設遊戲設施的規劃階段邀請相關社區及身障團體參與，建議增加兒少代表參與，以尊重兒少表意權。 (2) 附件 7-9 縣市區域分布明顯不均，且將遊戲場面積與兒童人口相除，人均兒童遊戲場面積非常少，應顧及區域平衡，廣設共融式遊戲場。或可在一般公園遊具更新時，優先設置符合共融精神的遊戲場，逐步改善並確保每人在一定距離內公平享受公共設施資源。建議詳加說明遊戲場可近性。 (3) 建議增設適齡的青少年遊樂設施，保障青少年享有休息休閒的權利。 42. 社團法人台灣全國媽媽護家護兒聯盟： (1) 第226點建造共融遊戲場將國家標準 CNS 納為基本規範，請問達成率多少？之前報導不合格率滿高，請說明。 (2) 目前兒童遊戲場比較不適合青少年，未來空間改善規畫應增加青少年的活動遊戲空間。 (3) 建議共融特色遊戲場依性別、年齡層、地區進行使用後評估，作為未來改善方向。 (4) (書面意見)附件7-9,建議增加每年成長幅度的比例。 43. 財團法人勵馨社會福利事業基金會：第 228 點請補充《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》執行情形或媒合資源狀況。另家外安置家庭中，身心障礙兒少比例嚴重攀升，是否考慮設置專業型機構或協助現有機構轉型更適合身障兒少家外安置的環境。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	44. 衛生福利部（社會及家庭署）： (1) 刻正研修《兒童遊戲場設施安全管理規範》，將新增「新設兒童遊戲場之規劃與設計，設置者得諮詢兒童、家長、身心障礙者、兒童相關專家及社會人士意見，以符合實際需求」內容。另共融遊戲場區域分布不均和可近性，請內政部鼓勵地方政府於公園多設立共融遊戲場。另可補充公園附設兒童遊戲場備查率及至 111 年底之預定備查目標，也請各場域中央主管機關依據設定目標值，積極輔導各遊戲場完成檢驗及備查。 (2) 補充《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》執行情形。有關機構轉型已申請前瞻計畫經費，協助地方政府設置照顧身心障礙兒少機構，強化機構無障礙設施，至於是否專責機構需考量縣市需求量，再與地方政府討論。 45. 主席： (1) 刻正修訂《兒童遊戲場設施安全管理規範》，爰未納入國家報告，並鼓勵各目的事業主管機關進行相關設施規劃與設計時邀請兒少代表參加。請補充公園附設兒童遊戲場備查率，及至 111 年底之預定備查目標。 (2) 家外安置替代性照顧協助機構轉型為專業機構，未來研議兒少安置場域以類家庭的方式引進特殊兒少照顧的專業人員。 46. 李委員瑞霖： (1) 第 227 點附件 7-10 多為大都市，針對偏鄉兒少文化休閒權目前較少。 (2) 第 226 點，依自身在南投縣兒權會擔任委員及提案經驗，兒少希望可以參與公共建設的討論，縣市政府也樂意邀請兒少參與，可透過地方兒權會達成目標。 47. 主席：附件 7-10 是針對身心障礙兒少，偏鄉的部分於第 8 章討論。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	48. 社團法人臺灣兒童權益聯盟：關心第 228 點《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》成效，除各類資源媒合成效外，建議呈現政府投入多少資源。 49. 主席：請社家署提供《家外安置兒少替代性照顧資源強化計畫》經費資料。 50. 台灣全國兒少安置機構聯盟（書面意見）：第 228 點，安置機構內特殊需求兒少人數逐年增加，照顧難度增加，該計畫提供的服務確實得到許多正向回饋，建議政府思考將特殊需求兒少相關資源常設化，如特教或進家輔導等服務可採一位老師負責 3 到 5 個機構的方式，以提升資源可近性及照顧知能。
C.兒少健康、保健措施及醫療照護(首次第 204 點至第 333 點) <u>產前/後照顧</u> 230. 2017 年逐步推動《周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫》，2020 年由 11 縣市共同推動，針對健康風險因子、社會經濟危險因子及母親孕期全程未做產檢個案之新生兒¹¹，提供孕期至產後 6 週或 6 個月之衛教、關懷追蹤及轉介服務¹²。 231. 有關產前檢查利用率統計參附件 7-11；產前遺傳診斷費用補助歷年利用率統計參附件 7-12；孕婦死亡率及主要死因統計參附件 7-13；原住民婦女產檢交通補助參第 349 點。 <u>提升兒童醫療品質</u>	【決議】 1. 第 230 點，補充更新《周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫》執行率數據，並以附表呈現高風險孕產婦服務對象統計。（衛生福利部/國民健康署） 2. 第 231 點附件 7-13，提供孕婦「其他」死亡原因詳細分析，並補充死亡人數(率)增加之原因說明。（衛生福利部/國民健康署） 3. 第 235 點，另請補充人工生殖出生嬰兒有關早產、缺陷比例資料。（衛生福利部/國民健康署） 4. 第 235 點附件 7-14，請研議細分年齡至未滿 18 歲，並補充年別。（衛生福利部/國民健康署） 5. 第 235 點附件 7-17，請補充兒童預防保健

¹¹ 健康風險因子(菸酒、多胞胎、確診為妊娠高血壓、確診為妊娠糖尿病、藥物濫用高風險族群及心理衛生問題)、社會經濟危險因子(未滿 20 歲、低/中低收入戶、受家暴未經產檢個案)及母親孕期全程未做產檢個案之新生兒。

¹² 2020 年 11 縣市預計收案 2,382 人，實際收案 3,503 人(達成率 147.1%)，其中收案條件分析最多為未滿 20 歲 1,341 人(38.3%)、其次為妊娠糖尿病 805 人(23%)及吸菸 483 人(13.8%)。身分別分析本國籍 2,927 人(83.6%)、原住民 362 人(10.3%)、新住民 214 人(6.1%)。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
232. 截至 2019 年已培育 593 名醫學系公費生，其中婦產科專科醫師計 11 位及兒科專科醫師計 19 位，助產師(士)187 位。培育之公費生畢業後均分發返鄉服務，履約完成後近約 7 成續留於原住民族及離島地區服務。近 10 年(2008 年至 2019 年)執業兒科專科醫師由 3,340 人增至 4,401 人，每萬兒童人口之兒科醫師數由 6.42 增加至 11.12，成長率 32%。2015 年至 2017 年共補助 34 家醫院 90 組團隊辦理兒科重難症醫療照護團隊獎勵方案，提升兒科臨床重難症醫療服務品質。 233. 2020 年補助 6 縣市轄內 202 家醫療院所辦理《幼兒專責醫師制度試辦計畫：醫療院所》，以發展家庭為中心的幼兒健康照護制度可行模式，強化未滿 3 歲幼兒初級健康照護服務，總計收案人數達 3 萬 5,890 人。有關《優化兒童醫療照護計畫》參第 206 點。 234. 有關兒少醫療同意權參第 100 點至第 102 點；人體試驗之兒少醫療同意權參第 377 點。	服務有上傳 2 次之利用率及異常率，並說明 7 次服務之利用率差異。(衛生福利部/國民健康署) 6. 第 238 點，近 5 年導入新疫苗為國家政策，請補充統一說明。(衛生福利部/疾病管制署) 7. 第 239 點，《人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法》兒少部分有多少經費，請確認後補充。(衛生福利部/疾病管制署) 8. 請補充各級學校校護相關統計，包括全部人數、各級學校人數、未達法定標準比例校數及縣市情形。(教育部) 9. 有關促進心理健康，請依結論性意見第 62 點及第 63 點研議提升服務品質相關說明。(衛生福利部/心理及口腔健康司、教育部) 10. 請修正結論性意見第 62 點及第 63 點標題為「心理健康服務實效性」。(幕僚單位) 11. 請補充數位產品使用的健康宣導，提供幕僚單位彙整。(教育部、衛生福利部/保護服務司、國民健康署、社會及家庭署) 12. 第 252 點，請補充電子菸教育宣導。(衛生福利部/國民健康署)
兒少預防保健與接種	
235. 有關低出生體重兒童占比參附件 7-14；新生兒聽力篩檢結果參附件 7-15；新生兒先天性代謝異常疾病篩檢成果參附件 7-16；兒童預防保健服務歷年利用率參附件 7-17；歷年學齡前兒童視力篩檢成果參附件 7-18。 236. 現行兒童預防接種含 9 項常規疫苗及流感疫苗，可預防 15 種傳染病，國內嬰幼兒常規疫苗的接種，維持常規疫苗基礎劑 96% 以上，追加劑 93% 以上	13. 依結論性意見第 65 至 67 點，請補充課綱與多元性別教育相關內容，以及檢討現行兒少性教育和生育保健過程中諮詢利害關係人相關說明。(教育部) 14. 第 257 點，請補充性病防治教育說明，並將文字「可」實施修正為「應」。(教育部) 15. 第 258 點， (1) 請增修「健康 99 網站」相關資料。(衛生福利部/國民健康署) (2) 針對家長等文字請酌修，以符合大標。(教

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
之高接種完成率。嬰幼兒各項常規疫苗接種率參附件 7-19。 237. 每年均針對 6 個月以上幼兒至高中/職及五專一至三年級學生提供公費流感疫苗接種服務，並辦理校園集中接種作業。 238. 近 5 年導入的新疫苗政策如下： (a) 2017 年以細胞培養活性減毒日本腦炎疫苗取代鼠腦製備之不活化日本腦炎疫苗。 (b) 2018 年 A 型肝炎疫苗納入常規預防接種；並擴大補助兒童常規疫苗；推動國一女生子宮頸疫苗接種服務。 (c) 2019 年 A 型肝炎疫苗公費接種對象擴及國民小學六年級以下的低收入及中低收入戶學幼童；並將 B 型肝炎免疫球蛋白 (HBIG) 之接種對象擴及「母親為 B 型肝炎表面抗原 (s 抗原) 陽性之新生兒」，提升阻絕母子垂直傳染成效；同時改採用 4 價流感疫苗。 239. 愛滋治療費用為健保給付項目，另依據《人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法》，補助愛滋病毒感染者（包含兒少）健保未給付之愛滋治療醫療費用。有關兒少愛滋感染者確診人數，參附件 7-20；兒少愛滋感染者居住情形（包括至收容機構等）之人數及比率（缺各年度數據）參附件 7-21；受性傳播疾病影響的青少年人數，相關統計參附件 7-22。 早期療育 240. 2013 年推動《發展遲緩兒童社區療育	育部) 16. 健康教育師資能力培養相關資料請確認後補充。（教育部） 【發言摘要】 第 230 至 234 點 1. 財團法人勵馨社會福利事業基金會：第 230 點《周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫》，審計部報告中 106 年執行率 37%，107 年 61%，108 年有修正，希望看到修正後成效如何，未來是否持續辦理，目前只提供 11 個縣市，是否擴大至全台 22 縣市。 2. 中華兒少愛滋關懷防治協會：第 231 點附件 7-13，2018 及 2019 年孕產婦死亡人數增多主要在「其他」，但未說明原因及後續如何防治。另外，孕婦死亡率增加可能原因應修正第 3 點出生人數減少之解釋，因孕產婦死亡人數也有增加。因此，建議明列及分析孕產婦死因之「其他」內容，才能提供委員充分資訊以進行改進。 3. 呂委員立：附件 7-13 孕婦死亡數逐年提高，出生人數減少勉強解釋造成比例增加，但無法解釋死亡人數增加，該表以醫療人員填報的死亡原因分類，無其他背景資料參考，即使列出其他詳細死亡原因可能仍無法解釋，建議健康署未來做研究計畫或調查分析。 4. 衛生福利部（國民健康署）： (1) 《周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫》審計部資料係早期資料，106 至 108 年的實際執行率皆超過 100%，後續將補充數據。另今年擴大至 19 個縣市辦理，目標達到 22 個縣市。 (2) 附件 7-13 可增加「其他」類詳細資料，各項約分布在 1、2 位，累計為其他。 (3) 附件 7-13 說明第 3 點分析出生人數減少為孕婦死亡率提高可能原因，死亡率為每

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
服務實施計畫》，協助發展遲緩兒童就近於社區中接受服務，服務地區由 2014 年 34 個鄉鎮區提升至 2019 年達 92 個鄉鎮區。為督導地方政府依法落實挹注資源，業將地方政府辦理社區療育服務事項納入 2020 年度社會福利考核指標。有關早期療育費用辦理情形，請參附件 7-23。 241. 為縮短早期療育資源的城鄉差距，辦理以下措施： (a) 2019 年新增規劃《療育資源缺乏地區布建計畫》(2019 年至 2021 年)，2020 年已於 33 個鄉鎮區提供服務，並針對衛生、社福、教育 3 類資源不足的 37 個鄉鎮區推動《社區療育服務計畫》已全數完成布建；刻正進行衛生或社福、社福或教育、衛生或教育等 2 類資源不足的 130 個鄉鎮區布建，已完成 123 個鄉鎮區，服務覆蓋率 94.61%。 (b) 《全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案》規劃「以家庭為中心之早期療育整合照護費」加成措施，設立於山地離島地區之參與院所得加計 20%；如屬《全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫》，以巡迴醫療方式於社區服務據點提供行動早期療育服務之院所，得加計 30%。 242. 2019 年訂定社區療育服務（含到宅服務）工作指引、品質管理指標範例等電子書，提供第一線工作人員所需專業知能與實作策略。 243. 有關早期療育措施參 CRPD 第 2 次國家報告第 39 點至第 40 點。	十萬分之 16，因小數點很多，只要多一位浮動頻率會比較高。 5. 主席：請健康署衡酌增修附件 7-13 孕婦死亡原因分析，其他的原因有沒可能再細分，比如臚列前 5 名，並以研究統計佐證說明。 6. 國際發光協會中華民國分會總會：第 230 點健康風險因子相關問題，註釋第 50 點提及藥物濫用高風險族群，社會報導吸毒人口增加，且進入校園，吸毒也是重要因子，但好像沒有提到。 7. 社團法人中華藍天行動聯盟： (1) 國外稱呼 drug abuse 包含藥品和毒品，但海洛因等仍可細分，台灣正面對用毒年齡下降和增加的嚴重問題。另，藥物濫用包含毒品可括弧說明清楚。 (2) 母體藥物濫用是否影響新生兒，請呈現。 8. 呂委員立：理論上以英文名稱來說有 drug abuse 和 substance abuse，提到 drug abuse 國外通常包括 substance abuse，現在多稱呼藥物濫用涵括所有濫用的行為包括酒，台灣目前講法也是如此，如改名字茲事體大，建議先採廣義說法。 9. 衛生福利部（國民健康署）：高風險孕產婦有健康危險因子，會轉介相關單位進行後續服務。目前僅 108 年有資料，109 年需再查詢。 10. 主席： (1) 藥物濫用包括毒品，國際上新興毒品也多稱呼藥物。國內相關研究報告及實務現場皆使用藥物濫用，特別括弧名詞解釋會較奇怪。 (2) 第 230 點請健康署以附表呈現高風險孕產婦服務對象統計。 第 235 至 239 點 11. 社團法人全國媽媽護家護兒聯盟： (1) 第 235 點附件 7-14 產婦年齡為 20 歲以下，建議依 CRC 精神，列出 18 歲以下。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
肥胖防治 結論性意見第 64 點/肥胖防治(244 至 247) 244. 依《學校衛生法》、《學生健康檢查實施辦法》辦理全國高級中等以下學校學生健康檢查，且學生健康檢查工作手冊規範應尊重受檢學生隱私權。 245. 國小學童過重及肥胖盛行率由 2016 年的 28.1%降至 2019 年的 27.1%，國中學童過重及肥胖盛行率由 2016 年的 29.5%微幅增加至 2019 年的 31.3%。相關數據參附件 7-24。辦理措施如下： (a) 《109-110 年兒童肥胖防治介入試辦計畫》：參考 WHO 終止兒童肥胖防治指引，促進健康食物的攝取、促進身體活動、兒童早期的飲食和身體活動、學齡兒童的健康、營養和身體活動及體重管理等五大項於學校、家庭、醫院及社區規劃多層次介入策略，包括前端預防控制至後端追蹤轉介，預計於 5 所學校介入試辦。 (b) 《109-110 年兒童健康與肥胖防治系統建置試辦計畫》：以歸人方式呈現學童歷年生長曲線，發現體位異常學生，即通知學校端、衛生端、醫療端或家長端，建立前端預防控制至後端追蹤轉介，與臺東縣教育處合作試辦中。 (c) 《建構醫療院所執行兒童與青少年健康促進計畫-以體位管理為例》：為與國際接軌，從現行之健康醫院認證標準中，研議訂定健康醫院兒童青少年認證標準、操作流程、評價方式，預計至少於 3 家不同層級醫療院所試辦。	(2) 第 238 點新疫苗政策，2018 年開始推動國一女生施打子宮頸疫苗接種服務，部分縣市政府十年前已提供國中生施打，請問施打率多少？有無追蹤防護成效如何？國內外曾發生施打疫苗後產生後遺症的案例，如痛痛女孩，希望提供資訊讓家長和學生在充分了解後決定如何選擇。 (3) (書面意見) 附件 7-14、7-20、7-22 列出地區別統計數據。 12. 衛生福利部(國民健康署)： (1) 附件 7-14 再研議細分年齡。 (2) 子宮頸疫苗屬於中央政策。 13. 衛生福利部(疾病管制署)：除子宮頸疫苗外，本署疫苗皆以中央政府為主，執行方面會請地方政府合作。 14. 呂委員立：目前提到的疫苗都是國家管理，建議標題改成近 5 年國家政策推動等說明。 15. 主席：第 238 點近 5 年導入新疫苗政策，屬於地方自行導入還是國家政策，請健康署和疾管署補充統一說明。 16. 中華兒少愛滋關懷防治協會： (1) 第 235 點附件 7-14 沒有標年別，查詢後應該是 2018 年。 (2) 人工生殖輔助技術嬰兒比例上升(107 年 10,236 名，佔全國新生兒 5.65%)，國外有些報告指出其低出生體重兒童、早產兒及缺陷比例較一般新生兒高，目前政府沒有提供透明的資訊及相關諮詢服務，建議呈現相關資料。 (3) 第 239 點附件 7-22，台灣目前僅有愛滋以性行為分類進行統計及政策制定及防治，2019 年青年淋病病例上升，建議淋病及梅毒也仿照美國疾病管制中心，區分男男性行為、女性或異性性行為進行分類，以利分析及之後的健康政策訂定及執行。 17. 衛生福利部(國民健康署)：有關人工生殖嬰兒是否早產、缺陷比例較高，每年有年報

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
(d) 健康促進學校以「85210」(睡足 8 小時、天天 5 蔬果、四電少於二-每天使用電視、電腦、電玩、電話少於 2 小時、每天至少要運動 30 分鐘以上、零含糖飲料、多喝白開水)為宣導重點,並將健康體位列為高級中等以下學校各學制必選議題。 (e) 修正《學校食物內容及營養基準》及《幼兒園餐點食物內容及營養基準及食譜範例》,辦理《我國小學食育教材之開發計畫》,配合《108 課綱》,開發適合我國小學各教育階段之食育教材。督導政府加強校園健康體位教育宣導、辦理體重控制班或個案輔導。	資料可補充說明。 18. 主席：請補充附件 7-4 年別。 19. 衛生福利部(疾病管制署)：淋病、梅毒傳染途徑是透過一些比例的接觸或不安全性行為，特別針對性行為分類似乎意義不大。 20. 台灣性教育學會：第 239 點附件 7-22 常見的性病傳染病除了淋病、梅毒之外，還有菜花、疱疹等，該表統計沒有呈現的原因？如僅呈現法定傳染病，標題應增加說明。 21. 社團法人中華民國智障者家長總會：第 235 點附件 7-17，兒童預防保健服務總共 7 次，其中 6 次是針對 3 歲之前，目的是早期發現疑似或確診發展遲緩，建議除現有分類，增加疑似發展遲緩發現率，以佐證兒童預防保健服務成效。 22. 衛生福利部(疾病管制署)：性傳染病統計資料係針對法定傳染病，以傳染性疾病的風險高低和其他危險程度列為法定傳染病，剛所提疱疹等未納入，通報數據難以掌握，因此僅呈現淋病、梅毒。 23. 衛生福利部(國民健康署)：兒童預防保健服務共 7 次，惟資料上傳只針對衛教指導的 2 次，如需要可補充該 2 次發現的異常率。 24. 呂委員立：請問只有那 2 次發現，還是之前發現後續分別上傳 2 次？兩者概念不一樣，請確認。 25. 主席：請健康署補充該 2 次之利用率和異常率，並說明 7 次服務之利用率差異。 26. 社團法人中華藍天行動聯盟：有關子宮頸疫苗政策考量，既然疫苗非絕對安全，是否適宜任由地方政府採取補助方式鼓勵兒少接種疫苗，產生比價效應，卻忽略其可能危險性。 27. 衛生福利部(國民健康署)：子宮頸疫苗為本署編預算進行補助。 28. 台灣愛兒親師家長協會：
學生體適能 246. 《國民體適能檢測實施辦法》規定，學校每學年至少實施學生體適能檢測一次；結果應彙送教育部體育署彙整，政府應定期公告國民體適能現況常模。經統計，通過基本門檻（亦即 4 項體適能均達常模百分等級 25 以上）的學生，105 學年度為 59.95%，106 學年度為 60.38%，107 學年度為 60.76%。另加強宣導學校進行體適能檢測時，審慎進行，確保學生隱私。 247. 為落實《國民體育法》，培育學生運動知能，激發學生運動動機與興趣，養成規律運動習慣，奠定終身參與身體活動的能力與態度，訂定《學生每週在校運動 150 分鐘方案》。高中職以下學校（含五專前 3 年）可依下列措施進行： (1) 實施晨間、課間或課後健身運動 (2) 運用彈性課程實施體育活動，必要時得與綜合（社團）活動配合實施	(1) 第 235 點附件 7-18，視力篩檢只針對學齡

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
(3) 輔導成立各種運動社團(4) 推動各類班際競賽。106 學年度達成率為 89.43%，107 學年度達成率為 91.76%，顯示逐年達成推動目標。 248. 考量人口密集之都會地區戶外空間較難覓，《幼兒園及其分班基本設施設備標準》明定得以露臺或毗鄰街廓土地做為室外活動空間，並於第 12 條第 4 項明定，室外活動空間面積不足部分，得以室內遊戲空間面積補足。《國民小學及國民中學設施設備基準》規範每生享有之校地面積及樓地板面積，倘學生活動空間不足者，得利用鄰近公共活動空間。《普通型高級中等學校設施設備基準》以及《高級中等以下學校及其分校分部設立變更停辦辦法》均已就學校校地面積大小進行規範。 促進心理健康 結論性意見第 62 點及第 63 點/自殺防治服務實效性(249) 249. 兒少心理健康資訊宣導，參第 81 點；推動在地心理健康諮詢服務，截至 2019 年止，298 個鄉鎮市區（涵蓋率 81%）均可提供免費或優惠心理諮商服務，並接受教育單位轉介；安心專線 2019 年提供 14 歲以下兒少 225 通（總服務量 0.2%）；15 至 24 歲 8,977 通（總服務量 9.8%）。 250. 《國民心理健康計畫》針對兒少心理健康之作為如下： (a) 108 學年度起將「心理健康」納入補助地方政府及所轄學校辦理《健康促進學校計畫》之自選議題推動；另規劃自 110 學年度起將由國、高中先行	前，數據來源為何？在幼稚園還是醫院進行？初篩異常率 15% 左右，針對高異常率有無防治或補助？請詳細說明。 (2) 孩童接觸 3C 頻率高，視力狀況不好，篩檢後是否發視力單或給予回饋，建議補充協助孩童視力保健相關作為。 29. 衛生福利部（國民健康署）：縣市會由老師或衛生所進入幼托園所進行視力篩檢。學童視力檢查和複檢涉及教育部，會要求學校處理；幼托園所發現異常，會請幼托老師請家長帶小孩去醫療院所復檢，沒有強制規定。 30. 主席：視力保健以附件 7-18 呈現，表示我國對兒童視力保健從幼兒開始進行篩檢預防。 31. 台灣性別人權維護促進協會： (1) 請簡單說明整體國家表現的評估，目前僅呈現原始數據，沒有趨勢資料。 (2) 第 239 點愛滋治療費用健保給付項目和補助可否補充數據。數據可發現性病以男生較多，請補充說明後續作為。 32. 衛生福利部（疾病管制署）：《人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法》財源分為公務預算和健保給付，額外統計有困難，實際上兒少補助經費都由政府支應，提問建議可再溝通。 33. 主席： (1) 《人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法》兒少部分有多少經費，請疾管署確認後補充。 (2) 整體表現評估和國家報告撰寫方向不太一樣，表現好壞由他人評估較客觀。 (3) 提醒各單位檢視並清楚說明表格未明的部分，惟有些資料難以確定趨勢，而沒有詳細說明，也請諒解。 第 240 至 243 點 34. 社團法人中華民國智障者家長總會：第 241 點(b)，建議提供該方案的成效統計，包含多

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
列入健康促進必選議題辦理。 (b) 設置「『心快活』-心理健康學習平台」，做為推動心理健康宣導、正確心理衛生觀念及教育與訓練之資源平臺，提供教職員生數位學習並配合其舉辦之活動鼓勵學師生參加。 251. 有關兒少自殺防治作為，參第 81 點至第 83 點。 健康知識宣導與運用 252. 2020 年修正《戒菸教育實施辦法》，修正戒菸教育內容、方式、時數相關規定。為使戒菸教育管道與方法更加多元，除傳統實體課堂講授或諮商輔導外，亦得透過通訊網路、電腦網路或其他傳輸媒體途徑，以互動或諮商關懷輔導方式為之；辦理戒菸教育之時數，不得少於 2 小時。未滿 18 歲吸菸者 1 年內再違反時，得延長時數。 253. 辦理《校園菸檳防制教育介入輔導計畫》實施宣導，另補助地方政府所轄屬學校及各國立學校辦理健康促進學校經費，將菸、檳危害納入議題推展。 254. 青少年曾經飲酒率由 2009 年 25.7%略升至 2017 年 27.7%，推估約 41.5 萬青少年曾接觸酒精飲料。透過多元媒體管道，傳遞飲酒沒有安全量及酒精不耐症等訊息。另持續辦理《菸酒檳榔防制整合計畫》，加強菸酒檳整合防制宣導。 255. 以多元衛教宣導方式宣導正確防治知識，落實肥皂勤洗手、咳嗽禮節，及生病在家休息等措施，以減少病毒傳播。 256. 製作以 COVID-19 及其他疾病為主題	少家院所參與該方案，其中多少兒童及家庭參與以家庭為中心的審核方案。 35. 衛生福利部（健康保險署）：會後再找有無相關資料。 36. 主席：以附表呈現。 37. 全國家長會長聯盟：0-6 歲幼兒黃金早療期在《特殊教育法》是一大漏洞，發展中心多由各基金會自行研擬計畫再向縣市政府申請有限經費經營，早療為特殊孩子的重要黃金期，做得好也讓特殊孩子早些起步，預後效果更加驚人。 (1) 20 年前早期療育已補助 3 千至 5 千元，現在基本工資已調為 2 萬 4 千元，第一線服務需相當大的熱情，以發展中心來說，依目前倡議融合教育，特殊生進入一般幼兒園，相對早療機構招生不易經營困難，但生師比低的早療機構才能在早療黃金期進行大量特殊教導，使發展遲緩跟上且進步更多。 (2) 發展中心在縣市數量分布不均。各發展中心的機構數和醫療院所、障別人數、補助金額、特教老師人力沒有統計表呈現。 (3) 偏鄉在資源不足情況下，特殊生與新住民之間會互相排擠資源，有無因應辦法和具體作為，及各縣市的輔導相關數據。 38. 衛生福利部（社會及家庭署）： (1) 早期療育補助 3 千和 5 千元已維持一段時間，中央政府逐年爭取預算支持地方政府加強早期療育服務資源，地方政府也會自籌提供服務。 (2) 有關發展中心不足，全國早期療育機構約 58 家，本部未來早療資源布建方向，努力加強社區式早期療育服務，期待 368 個鄉鎮市區都可由社工人員提供相關專業服務，並滿足偏鄉家長需求。 39. 主席：早療仍須努力，並列入相關計畫。請衛生福利部再行洽商相關部會瞭解新住民

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
之「小喜與朋友們」繪本，寄送逾 950 套至偏鄉學校，並錄製中英文版本防疫歌曲，辦理歌唱比賽，邀請國小以下兒童響應防疫。2020 年疾病擬人企劃共發布 13 名新角色含 (COVID-19)，提升兒少族群對於疾病認識，強化宣導防疫措施。 性健康及生育保健 結論性意見第 65 點至第 67 點/性健康和生育保健計畫(257 至 259) 257. 學校可依十二年國教健體領域課綱實施「性教育」及「生育保健」等課程主題內容，並得因地區特性、學生特質與需求，選擇或編輯合適之教材；課程包括性行為的正確觀念，如何面對懷孕事實及如何取得適當資訊及支持服務等。 258. 為增進家長對兒少性教育相關知能，建立家長健康性教育態度，辦理以下措施： (a) 出版家長性別意識成長數位學習手冊及學習光碟，提供父母自學及親職教育活動使用。 (b) 建置「性福 e 學園—青少年網站」，以適齡且具實證基礎，提供正確性健康促進衛教資源及線上諮詢服務。 (c) 學校輔導教師、專業輔導人員、學生輔導諮商中心或社政相關機構等可協助家長連結醫療、法律相關資源，提供家長瞭解兒少的性健康及生育保健問題諮詢。 (d) 實施校園性教育計畫，辦理家長及青少年諮詢專線，提供各式性議題的諮詢服務，108 學年度家長來電諮詢約	資源排擠執行面問題。 第 244 至 245 點 40. 台灣性教育學會：第 244 點《學校衛生法》第 7 條提及學校應至少有 1 位校護，40 班以上應有 2 位，然該法通過多年，目前教育現場卻未完全落實，請呈現相關數據，包括全部及各級學校的校護多少人？不同規模學校未達法定標準比例多少及各縣市狀況？請中央重視該問題。 41. 主席：目前點次為肥胖防治，非校護工作，請教育部衡量於報告適當處補充。 42. 台灣性別人權維護促進協會：第 245 點數據是退步的，辦法措施很多，但為何成效不好，請說明。 43. 教育部：肥胖和過重盛行率增加原因有許多，透過教育讓家長和孩童在觀念和行為上精進，減緩肥胖趨勢。報告中健康促進計畫將體位納入學校必學議題，鼓勵學校透過相關教育措施減少體位過重和不良率提升，另透過飲食教育和營養教育，連結營養午餐，至少孩子在校用餐符合營養和低熱量飲食。 44. 全國家長會長聯盟：第 245 點(a)《109-110 年兒童肥胖防治介入試辦計畫》不只針對肥胖，依衛福部國民健康營養狀況變遷調查，7 至 18 歲的孩子最缺乏鈣質，次為鋅和鐵，學校營養午餐有無更積極作為，包括城鄉差距問題應一併檢討修正幫助孩子飲食均衡。 45. 主席：營養午餐皆由營養師調配，國民健康營養狀況變遷調查結果提供教育部參考。 46. 社團法人臺灣兒童權益聯盟：結論性意見第 64 點提及量測兒童體重時確保過程保護兒童隱私，報告中未看到相關內容。 47. 主席：第 244 點提及應尊重受檢學生隱私權，請教育部加強督導學校落實問題。 48. 教育部：學生健康檢查應為具公衛專業背景觀察員及尊重隱私，皆向縣市政府重申。 第 246 至 248 點

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
佔 22%。 259. 為協助未成年懷孕學生，辦理以下措施： (a) 《學生懷孕受教權維護及輔導協助要點》規定，學校遇有未成年學生懷孕時，應成立工作小組，並啟動各項協助措施及資源，提供懷孕或育有子女之學生輔導、轉介、安置、保健、就業、家庭支持、經濟安全、法律協助及多元適性教育，並依學籍及成績評量等相關規定，採取彈性措施，以維護懷孕學生受教權益。 (b) 2020 年《高級中等以下學校學生及教保服務機構幼兒團體保險條例》將流產或分娩所支出之掛號、門診費用納入保險給付範圍。 (c) 設置「全國性未成年懷孕諮詢專線」及「未成年懷孕求助網站」，並新增手機版網站，提供即時諮詢與求助管道；補助辦理未成年懷孕少女相關服務方案，提供經濟扶助、心理輔導、機構安置、收出養及育兒指導等服務。另辦理「未成年懷孕業務人員專業教育訓練」。 結論性意見第 90 點及第 91 點/評估藥物濫用成效/毒品為健康非犯罪問題（260 至 261） 藥物濫用醫療協助 260. 2017 年引進藥癮醫療團隊於 2 少年矯正機關（誠正中學桃園、彰化 2 分校）提供藥癮醫療服務。各少年矯正機關並自 2018 年依《科學實證之毒品犯處遇模式計畫》，提供成癮概念及戒癮策略等七大面向處遇課程，並於 2020 年	49. 李委員瑞霖： (1) 面臨升學壓力下，繁星計畫等升學管道採納體適能成績，如學生有生理限制，為達目標衝破身體極限，是否造成反效果。 (2) 第 247 點(2)運用彈性課程實施體育活動，學習現場基本上彈性課程是國英數這 3 科，體育活動較少。 50. 教育部（體育署）： (1) 繁星計畫等升學管道採納體適能成績之規範係由各大專校院自行訂定；現行升學管道多元，學生可視個人適用情形提出申請，與本署推動提升學生體適能政策並無扞格。 (2) SH150 計畫所列彈性課程可因應各校依據發展特色規劃不同實施方式，所列措施(1)到(4)均可以彈性實施。 51. 主席：請教育部與各縣市政府討論，如學生發現問題亦可透過學校自治機制或向教育部反應。 52. 呂委員立：第 246 至 247 點數據只到 107 學年度，有無最新資料。 53. 主席：請各部會持續更新，最後提供國際委員最新的資料。 第 249-251 點 54. 台灣性別人權維護促進協會： (1) 第 250 點，《國民心理健康計畫》可否補充憂鬱症，結論性意見第 62 至 63 點提到自殺防治服務實效性，及服務品質應符合 CRC 第 15 號一般性意見，請補充自殺防治成效及服務品質相關說明。 (2) 結論性意見第 63 點積極詢問兒少意見，報告中未看到。 55. 衛生福利部（心理及口腔健康司）：寫於自殺防治章節，另結論性意見標題「自殺防治服務實效性」應改為「心理健康服務實效性」。 56. 主席：

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
辦理《科學實證毒品處遇模式實施成效評估與策進研究計畫》，檢視處遇方案效能。少年矯正機關連結跨部會資源，提供追蹤輔導、自立協助方案及就業促進，以增進少年生活能力，協助其回歸社會與穩定生活。 261. 指定 165 家藥癮戒治機構辦理收治少年之藥癮治療性社區，另自 2019 年開辦《藥癮治療費用補助方案》，針對藥癮兒少每人每年補助 4 萬元，並於 2020 年建置藥酒癮醫療個案管理系統，累積臨床資料，做為未來政策分析參考。	(1) 第 251 點說明自殺防治作為參第 81 至 83 點。第 15 號一般性意見對服務品質的要求，請衛福部心口司和教育部研議提供資料。 (2) 自殺防治會議有請兒少代表列席，標題文字請斟酌修正。 第 252 至 256 點 57. 呂委員立：第 252 點戒菸實施有無包含電子菸和新興菸品，並請加強教育，目前較氾濫。 58. 衛生福利部（國民健康署）：可補充電子菸教育宣導。 59. 國際發光協會中華民國分會總會：第 252 點，未提及數位產品對於視力影響和使用健康知識。另外首次國家報告在第八章特別保護措施提到兒少法、毒品危害防制條例等，在第 2 次國家報告則對應健康知識和宣導運用，結構上做蠻大的變動，如有移動位置，請清楚加註。
環境監測與宣導 結論性意見第 68 點/環境品質監測(262 至 265) 262. 為保障兒少飲水安全，除訂有《飲用水管理條例》及相關子法外，每年滾動檢討及執行《飲用水管理重點稽查管制計畫》，督導地方環保機關執行飲用水相關稽查管制工作。同時針對未列管污染物項目採分級管制，每年依序進行檢測監控，評估是否納入飲用水水質標準進行管制。 263. 規劃高級中等以下學校環境安全之機制如下： (a) 每學期至少實施人為及天然災害演練並結合鄰近警、消、社、民政及學生家長共同參與。 (b) 2014 年訂定《高級中等以下學校及幼兒園因應空氣品質惡化處理措施暨緊急應變作業流程》，俾迅速應變處理偶（突）發空氣品質惡化事件，本作業流程由環保署逐時監測空氣	60. 主席： (1) 依聯合國國家報告撰寫準則調整，藥物濫用改於第七章（醫療協助）及第九章（受剝削兒少），未來提供國際委員整本的報告，應不用特別加註。 (2) 衛福部健康署、社家署、保護司和教育部皆有針對數位 3C 產品使用的健康宣導，請提供幕僚單位彙整，增加一點說明。 第 257 至 259 點 61. 社團法人台灣少年權益與福利促進聯盟：從過去到現在家庭和學校教育多避諱談性教育，認為過早談及性別和性概念會使兒少過於早熟，然而適齡適當的性教育是兒少遭遇性剝削的救命稻草。結論性意見第 27 點也提及《性別平等教育法》落實。請問第 258 點(b)「性福 e 學園-青少年網站」推廣性如何（多少青少年實際看過）？(d)除了被動式的家長來電諮詢服務，同性婚姻通過後，家庭教育中心或其他單位有無提供家長

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
品質，並依空氣品質監測之空氣品質指標 (AQI) 進行預警，聯繫學校進行防護措施，如於上課期間發生空氣品質惡化之情況，以不停課為原則，予以加強師生健康防護，以維護校園及師生安全。 264. 逐步擴充環境資訊及環境預警之便民服務，並透過宣導，引導民眾熟悉環保署全球資訊網、空氣品質監測網及環境即時通 APP，瞭解所處環境品質狀況。 265. 持續推動《環境荷爾蒙管理計畫》，包含各部會相關法規管理、監測及抽測成果以及民眾教育宣導等，減少民眾環境荷爾蒙物質暴露。	LGBTI 和性知識相關資訊？ 62. 主席：執行面意見請教育部帶回研議。 63. 財團法人勵馨社會福利事業基金會： (1) 第 258 點，(b)「性福 e 學園-青少年網站」內容具性別刻板印象，較以異性戀觀點為主，依結論性意見應兼顧 LGBTI 兒少的權益。(c)提及相關人員建議納入班級導師和教師，為與家長、孩子聯繫的重要管道。 (2) 針對整體宣導，不僅「性福 e 學園-青少年網站」，建議呈現整體相關網站、學習光碟或諮詢專線之觸及率，讓更多民眾和教育工作者進行足夠訓練和使用相關資訊。 64. 社團法人台灣全國媽媽護家護兒聯盟：第 257 點學校性教育及生育保健課程包括性行為的正確觀念，建議加入性病防治教育，加強初級防護機制。 65. 華人情感教育發展協會：有些小孩不是因為生病，而是對自己的性別很難決定，性別認同是一個自幼便很重要的課題，建議國家針對性別認同治療進行追蹤調查，包括接受哪些評估與治療(例如提供「青春阻斷劑」)。 66. 社團法人台灣同志諮詢熱線協會： (1) 依結論性意見第 66 點，政府須檢討現行兒少性教育和生育保健內容，評估是否需要修訂，以改善其成效和確保合宜性，且過程應諮詢所有利害關係人包括兒少，但目前國家報告未看到。 (2) 第 258 點(b)「性福 e 學園-青少年網站」，保險套使用放在避孕章節屬異性觀點，LGBTI 兒少資訊提供不足。 67. 台灣性教育學會： (1) 第 257 點學校「可」依十二年國教健體領域課綱實施等字，建議「可」修正為「應」。 (2) 目前受過健康教育合格訓練的老師都有能力上性教育課程，但目前情形約 3 到 4 成國中學校沒有健康教育老師，可能由沒

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	有教師證書的國文或數學老師教學，性教育實際執行面仍有問題。 68. 教育部：新課綱已有性教育相關課程，108 課綱中「健康與體育」自國小至高中依教育階段有相關學習重點之規範；如涉及身心障礙，特殊需求領域亦包含生活管理和自我學習照顧；19 項議題有性別平等教育，上述課程皆融入學校部訂課程或校定課程實施，不論一般或身心障礙孩童都是透過跨領域及多場域接受性別平等教育。 69. 衛生福利部(國民健康署)：「性福 e 學園-青少年網站」將併入「健康 99 網站」，未來補充資料。 70. 陳委員金玲：根據了解，兒少對自己的性取向感到困惑，或家長覺得有相關問題會帶孩子來看兒童精神科，至於能不能統計，可能要看有無診斷碼，如有，可抓出相關資料，但應該數量不多。 71. 主席： (1) 依結論性意見第 65 至 67 點，請教育部補充課綱與多元性別教育相關內容。 (2) 教育部主張老師專長多元，如取得健康教育相關證書即可授課，請教育部了解教育現場聘任老師資格。 (3) 第 257 點請教育部補充資料。 (4) 第 258 點，未來「健康 99 網站」請將剛提及保險套不只為了避孕等觀念之意見納入修訂。 (5) 請心口司了解有無診斷碼尋找健保相關資料。 72. 台灣性別人權維護促進協會： (1) 第 258 點前面文字只提及家長，性教育牽涉老師、家長和兒少，請補充老師的部分。另(d)提及 108 學年度家長來電諮詢約佔 22%，請問母數為何？ (2) 有關 3C 產品，印象中精神疾病項目有納入網路成癮，是否一併呈現數據。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	(3) 健康教育老師比例數據只到 100 年，之後沒有統計，可否呈現。 (4) 結論性意見第 66 點檢討過程諮詢所有利害關係人未呈現。 73. 衛生福利部（心理及口腔健康司）：有關精神疾病納入網路成癮，目前和健保署達成共識，從今年 7 月 1 日以後診斷會先暫時加入 ICD-11 的代碼，待運用上大家皆了解如何填報，後續才有相關資料。 74. 主席： (1) 第 258 點針對家長等文字請酌修，以符合大標，(d)應是打電話的人中家長佔 22%。 (2) 請依結論性意見，有諮詢的話可呈現。 (3) 師資能力培養相關資料請教育部確認後補充。 75. 台灣性別人權維護促進協會（書面意見）： (1) 第 257 點： a. 學校是否落實「性教育」及「生育保健」的課程主題？請列出調查學校實施狀況的相關數據。建議比照每年調查「性平教育」實施狀況的方式，確實瞭解學校是否落實。也可每年辦理學生性教育及生育保健的有獎徵答活動，確保學生具備相關知能。 b. 關於「得因地區特性、學生特質需求，選擇或編輯『合適之教材』」，請呈現近年來具體編出之教材或網站、及教材確實使用狀況（含使用量及教師滿使用教材之意度調查） (2) 第 258 點： a. 僅針對家長，請依地區別列出歷年健康教育老師人數/生師比（是否各校皆有性教育師）、及取得「台灣性教育專業教師」資格人數。 b. 「性福 e 學園-青少年網站」內容正確且讓青少年提問的互動功能很棒。建議未來融入健康九九網站仍保留內容及相關功能。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
	c. 若性教育專業師資不足，建議仿照特殊教育，建立巡迴輔導教師的機制。各地區有一位性教育專業教師巡迴至各校教學。 (3) 結論性意見第 66 點特別強調檢討過程應諮詢所有利害關係人（包括兒少、家長團體、衛生專業人員和教育工作者）」請補充說明是否確實執行？（近年未見政府邀請家長團體參加相關會議討論？）。 (4) 請補充關於「網路成癮」問題，國家相關措施及執行成效。 第 260 至 265 點 76. 李委員瑞霖：第 263 點(b)，在學校會看到空汙的橘旗或紅旗，但學校還是照常進行戶外課程或體育課，請問教育部有無相關規範，以維護兒少健康權。 77. 教育部：《高級中等以下學校及幼兒園因應空氣品質惡化處理措施暨緊急應變作業流程》規範空汙嚴重時學校可做哪些防護措施，包括必要時進行課程調配和安排，委員提到應為落實端，會請地方政府和所屬學校確實執行。
D.社會安全保障及托育措施(首次第 231 點至第 237 點) <u>社會安全保障措施</u> 266. 兒少投保全民健康保險人數參附件 7-25。 267. 低收入及中低收入戶兒少人數統計參附件 7-26；辦理兒少未來教育與發展帳戶，以及低收入戶兒童生活補助及就學生活補助，相關數據參附件 7-28、7-29。 268. 依《中央補助地方政府學校午餐經費支用要點》辦理全年貧困學生午餐費補助，對象為低收入戶、中低收入戶、	【決議】 1. 第 270 點附件 7-33，請補充托育新制補助項目表格，並備註說明新制實施影響受益人數及補助金額變化。（衛生福利部/社會及家庭署） 2. 第 270 點，請補充托育服務品質說明及數據。（衛生福利部/社會及家庭署） 【發言摘要】 1. 財團法人靖娟兒童安全文教基金會：第 270 點(b)提到每月提供不等托育費用補助，附件 7-33 看不出細項的狀況，請分項表列，如 2019 年受益人數變少，但補助金額歷年來最多，請補充說明。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
因家庭突發因素或經導師家庭訪視認定(含父母非自願性失業 1 個月以上、無薪休假及任一方身障)無力支付午餐費之國民中小學學生。 269. 有關「15 歲以上未滿 18 歲未就學未就業少年」服務參第 127-1 點；另青春展翼青少年專班 109 年計訓練人數 19 人。 結論性意見第 71 至第 73 點/平價優質教育與托育服務(270) <u>托兒及教保服務措施</u> 270. 分擔幼兒照顧責任之四大策略： (a) 加速擴大公共化教保服務量： i. 積極布建公共托育設施，預定至 2020 年底之公共化托育設施累計可達 342 家(包括社區公共托育家園 158 處及公設民營托嬰中心 184 家)、收托名額 1 萬 232 人。未滿 2 歲兒童托育服務辦理情形參附件 7-30。 ii. 2 歲至 5 歲公共化幼兒園的比率從 30%逐年提高到 40%，亦即 2017 年到 2020 年增設公共化幼兒園 1,247 班，增加 6 萬個名額。2020 年整體平價教保服務機構(含公立、非營利及準公共)共計可提供 35.7 萬個平價就學機會，實際就讀平價教保服務機構人數 29 萬 7,797 人，占就學人數(58 萬 3,406 人) 51%，就讀一般私立教保服務機構人數 28 萬 5,609 人；說明及數據參附件 7-31。有關 5 歲幼兒入園率，參附件 7-32。	2. 衛生福利部(社會及家庭署)：附件 7-33 的 2019 年補助金額銳減，但人數增加，因為準公共化機制 2018 年新制上路，舊制中親屬托育可領托育補助，新制後取消，因此 2019 年扣除親屬托育後人數減少，但補助額度增加從 3000 元到 6000 元，再補充說明。 3. 主席：請補充如何補助的表格，如第 3 胎補多少等，並在底下說明。 4. 台灣性別人權維護促進協會：第 270 點，回應結論性意見第 71 至 73 點，標題為平價優質教育與托育服務，但主要呈現托育服務，優質的部分也未看到品質，只有(b)後段提到改善教保服務人員薪資，並建立品質及管理機制，穩定托育服務品質，請再補充品質部分，及教保人員薪資調整的具體數據。(d)民間企業照顧請呈現有幾家企業，最近辦理友善家庭企業也可補充。 5. 衛生福利部(社會及家庭署)：制度上針對品質設計，包括托育人員薪資達 2 萬 8 千元，其中簽約 3 年者達 85%以上，簽約 4 年者應全數達成，再補充說明。 6. 勞動部：附件 7-35-1 有呈現企業托兒。 7. 台灣性別人權維護促進協會(書面意見)：標題為「平價優質教育與托育服務」，目前內容僅呈現「平價」部分，請補充「優質」的狀況，例如國家有哪些保障品質的措施，包括環境、師資品質、生師比，並列出相關統計數據，例如：地區別(都市與偏鄉)合格教師及教保員數、各地區公立幼兒園或非營利幼兒園數、入園幼兒人數、生師比等數據。

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
(b) 以準公共機制補充平價教保：由政府與符合一定條件的居家托育人員(保母)、私立托嬰中心及私立幼兒園合作，由政府與家長共同分攤費用，降低家長育兒成本，將每名兒童托育費用控制在家庭可支配所得 10%至 15% (約 8,000 元~1.2 萬元) 以內，並依家庭經濟條件每月提供 6,000 元至 1 萬元之托育費用補助，實質減輕育兒家庭負擔，加速提供平價教保服務。同時，改善教保服務人員薪資，並建立品質及管理機制，穩定托育服務品質，參附件 7-33；2021 年 8 月起增加至 7,000 元，並提前至第 2 胎加發補助；2022 年 8 月並提高至 8,500 元。 (c) 擴大發放育兒津貼：2018 年 8 月前，家中育有 0 至 2 歲嬰幼兒的父母，至少一方須未就業，未同時請領育嬰留職停薪津貼，且綜合所得稅率未達 20%者，每名幼兒可領到每月 2,500 元，合計每年 3 萬元之育兒津貼；2018 年 8 月後，擴大發放對象，不再限定父母就業的狀況，且由 0 至 2 歲延伸到 4 歲，讓在家自行照顧嬰幼兒的父母或未接受公共化與準公共教保服務，且符合申領資格者，亦可獲得津貼。另為鼓勵多胎次，針對第三胎以上兒童，每月再加發 1,000 元，參附件 7-34；2021 年 8 月起增加到 3,500 元；提前至第二胎加發補助，預計有 11 萬人受益；2022 年 8 月起再增加到 5,000 元。 (d) 民間企業分擔幼兒照顧：雇主自行或聯合設置托兒服務機構，新建者於 2017 年修法提高最高補助 300 萬元；已設置者每年最高補助 50 萬元。雇	

第 2 次國家報告 (民間意見徵詢討論版本)	決議/權責機管與發言摘要
主辦理居家式托育服務或提供受僱者托兒津貼者每年最高補助 60 萬元，補助情形參附件 7-35，100 人以上事業單位設立托兒設施或提供托兒措施情形參附件 7-35-1。另參第 17 點。	
E.保障兒少有適當生活水準之權利、父母負有確保兒少生活水準之責任、國家應協助父母保障兒少生活水準之責任（首次第 238 點至第 239 點） 271. 有關自購住宅貸款利息補貼、租金補貼核准戶數參附件 7-36。 272. 《所得稅法》第 17 條定有幼兒學前特別扣除額，納稅義務人 5 歲以下子女，2018 年度起每人每年扣除額度由 2 萬 5,000 元提高為 12 萬元，辦理情形參附件 7-37。 273. 2017 年修正《住宅法》，社會住宅出租予經濟或社會弱勢者(包含育有未成年子女 3 人身分者)之比率已由 10% 提高至 30%以上，將有更多育有 3 名以上未成年子女之民眾受益。 274. 法院處理涉及未成年子女之家事調解、訴訟或非訟事件時，為推動合作式父母親職，得依《家事事件法審理細則》通知未成年子女之父母、監護人或其他協助照顧子女之關係人，接受免付費之親職教育、輔導或諮商；參加者表明願自行支付費用時，亦得提供付費資源供其選用參與。 275. 有關保障非本國籍兒少適當生活水準，參第 67 點。	【決議】照案通過。 【發言摘要】無。 台灣性別人權維護促進協會（書面意見）：整體報告問題： (1) 請依據性別、年齡（或年段）、地區（都市、偏鄉）、族群（原住民、新住民；中低收入戶或脆弱家庭等）呈現統計資料。請完整呈現0—18歲資料。 (2) 請務必呈現「成效」：除了原始統計數據，應該有分析、及詮釋與自我評量。完整讓人看到我國有具體追蹤各項作法，從計畫、執行、檢討、修正的機制—PDCA—Plan, Do, Check, Action。（目前報告大多僅呈現計畫） (3) 建議各段落皆應有一個整體表現的自我評述，並與他國比較(請比照行政院「性別圖像」)。 (4) 如委員結論性意見建議，應有一個負責統整各項統計數據的單位。目前國家報告中各部會相關單位提供數據未加以統整（有的還彼此不一致），審查會議中各部會業務單位出席人員也沒有一人可針對整體狀況回應評述。建議各單位應有一個統整的人或單位，負責將所有統計整理並加以分析、檢討成效。