

2026 兒少政策論壇

CHILD & FAMILY POLICY FORUM

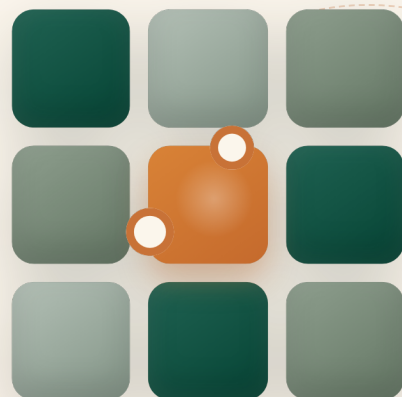
07.10

2026 FRI

THE MISSING PIECE

兒少及家庭支持署即將掛牌，制度仍待補強

兒家署， 缺少的拼圖？



重建從家庭出發的兒童支持系統

Rebuilding a Family-Centered Support System for Children

論壇手冊 · 完整版

2026.07.10 (五)

Zoom 線上論壇

JOIN ONLINE

如何線上參與

因應強烈颱風巴威接近，考量與會者、媒體與工作人員安全，本次論壇改以 Zoom 線上進行。關注兒少與家庭的心意不變。

Zoom 線上會議

2026 年 7 月 10 日 (五) 09:00—12:00 · 08:40 開放上線

線上報名 QR

LINK us06web.zoom.us/j/5827199053

會議 ID **582 719 9053**

密碼 **963656**

上線 08:40 開放上線，09:00 正式開始



SCAN TO REGISTER

掃碼報名

上線小提醒

- 手機用戶進入音訊視窗請選「使用網際網路語音 (Wi-Fi / 行動數據)」，勿選「撥入電話」或「取消」，否則麥克風無法運作。
- 電腦用戶請允許瀏覽器 / App 使用麥克風與攝影機，建議配戴耳機以防回音。
- 技術支援：唐小姐 0931-308-118，或於 Zoom 聊天室留言。

FOREWORD

為什麼，我們再辦這場論壇

台灣少子高齡化已進入關鍵臨界點。兒家署即將成立，是多年倡議的重要進展——但它若只完成組織掛牌，卻沒有把家庭、教育、司法、醫療、財政與專責人力接起來，我們仍會在孩子出事之後才急著補破網。

「設立統整兒童與家庭政策的中央專責機關」已推進至《衛生福利部兒少及家庭支持署組織法草案》。趁組織法審議、定案在即的此刻，民間關切的「缺少的拼圖」更需要被看見。中華民國兒童健康聯盟、全國婦兒團體聯盟與國教行動聯盟因此共同舉辦本場跨領域專家論壇，就兒家署尚未完成的**家庭、教育、預算、司法、醫療**五塊拼圖提出政策建議，作為立法審查與未來施政的參考。

10.8 萬

2025 年出生數，續創歷史新低

20.06 %

2025 年底 65 歲以上人口占比，正式邁入超高齡社會

2,237 件

2024 年親職教育裁處，較 2014 年 393 件、十年增逾 5 倍

AGENDA

論壇議程

2026.07.10 (五) 09:00—12:00 · Zoom 線上會議

08:40

開放上線

09:00—09:20

開場與引言

引言 呂鴻基 榮譽理事長（中華民國兒童健康聯盟） · 主持 陳渝淇

09:20—09:45

主題演講 為什麼兒家署仍然不夠？

薛承泰 教授

09:45—11:45

五大主題論壇 缺少的拼圖

家庭 · 教育 · 預算 · 司法 · 醫療 | 每場 15 分鐘主講 + 5 分鐘討論

11:50—12:00

綜合總結與倡議發布

三個主辦單位代表

OPENING

引言 · 倡議的源頭



引言

OPENING KEYNOTE

呂鴻基 教授

中華民國兒童健康聯盟 榮譽理事長

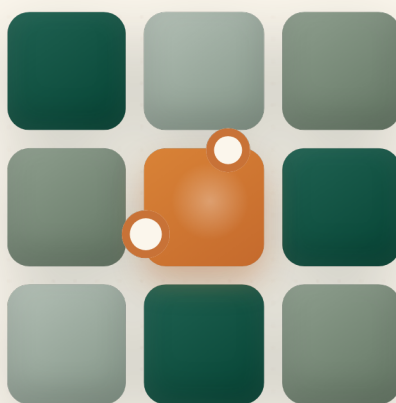
「沒有兒童，就沒有國家」

呂鴻基教授是本次兒少專責機關倡議的重要源頭。1971 年他創辦台灣第一個心臟病兒童基金會、救治逾 7,000 名孩子，並歷經約 30 年催生台大兒童醫院。他長年以「沒有兒童，就沒有國家」提醒社會——兒少不是福利剩餘議題，而是國家存續的核心。他主張兒家署即將成立，更應把兒童健康、心理、家庭與社會風險納入長期治理，而不是只在事件發生後處理個案。

FORUM PRESENTATIONS

講者簡報全集

主題演講＋五塊拼圖，共六場、123 張投影片





總論

KEYNOTE

薛承泰 教授

國立臺灣大學社會學系教授、前行政院政務委員、前臺北市社會局長

主題演講 為什麼兒家署仍然不夠？——從制度缺口看全貌

薛承泰教授指出，少子化不是單一補助政策可以解決。政府人口對策新戰略包括 0 至 18 歲每月 5,000 元成長津貼，單項支出規模龐大；但政策推出前應明確設定效益目標——例如生育率能否回到 1 以上、出生數能否回到 15 萬人。經濟誘因是必要條件，但打造年輕世代對未來的信心，才是不可忽略的國家課題。

SLIDES

薛承泰教授 · 主題演講簡報

2026 兒少政策論壇 · KEYNOTE

「兒少及家庭支持署」能 照亮台灣的未來嗎？

薛承泰

台大退休教授 · 前行政院政務委員 · 前台北市社會局長

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家署，缺少的拼圖？」

1 / 30

兒家署的誕生

2025 年 11 月「健康台灣深耕論壇」，賴總統蒞臨致詞時表示，中華民國兒童健康聯盟榮譽理事長呂鴻基多年來倡議成立兒少權責部門，「我今天宣布未來衛福部將成立兒少及家庭支持署」，以一個兒童專責單位照顧兒童身心健康，這也是向呂鴻基教授的回報及致敬。

行政院為強化兒童照護與福利政策，推動衛生福利部組織調整，規劃成立「兒少及家庭支持署」（簡稱兒家署）。該署旨在專責統籌兒少保護、托育、早期療育、家庭支持及健康政策，並整合 0 至 18 歲孩童的相關照顧資源。

人口對策新戰略

每年 3,800 億的十八項措施（一）

- 1 0-18 歲成長津貼** 每人每月領新台幣 5,000 元；0-6 歲全額直接領，6-18 歲由國家「撥付預存」一半並投資，政府承擔風險、保底定存利率。
- 2 弱勢兒少發展帳戶** 弱勢兒少每月可存 500、1,000 或 1,250 元，政府採 1 比 1 相對提撥，讓存款加倍累積，協助弱勢孩子建立未來發展基礎。
- 3 擴大人工生殖補助** 未滿 45 歲第 1-3 次補助 13-15 萬元；未滿 40 歲第 4-6 次每次補助 6 萬元，越早使用、加碼越多。

每年 3,800 億的十八項措施（二）

- 4 生育保險補足至 10 萬元** 不論勞保、國保、農保、軍保或軍公教補助，每胎生育給付都補足至 10 萬元，降低生育初期負擔、幫媽媽坐月子。
- 5 0-2 歲育兒與托育補助** 依胎次提高補助，在家帶每月 5,000–7,000 元、公托 7,000–9,000 元、準公共托育 1.3–1.5 萬元，減輕育兒壓力。
- 6 2-6 歲平價教保與育兒津貼** 公幼最多繳 1,000 元、非營利幼兒園 2,000 元、準公幼 3,000 元；自行照顧或私幼者，育兒津貼每月 5,000–7,000 元。

每年 3,800 億的十八項措施（三）

- 7 兒童醫療保健擴大** 新生兒 22 項疾病篩檢全免費，兒童預防保健補助增至 9 次，幼兒專責醫師從 0–3 歲擴大到 6 歲。
- 8 擴大平價幼保量能** 持續布建公幼、準公幼、公托與準公托，並推動公部門、國營事業增設托嬰中心及幼兒園，增加托育地點與可近性。
- 9 企業托育租稅優惠** 企業托育支出可自營利事業所得額中加倍減除至 200%，並提供自辦托育、新建托兒設施補助最高 500 萬元。
- 10 學貸利率再調降** 學貸利率 1.775% 降為 0.775%（降 1 個百分點），還款展延加 1 年，差額由政府負擔。
- 11 青年安心就學三項支持** 高中職免學費、私立大專每學年最高補助 3.5 萬元、大專住宿補貼每學期 5,000–7,000 元。

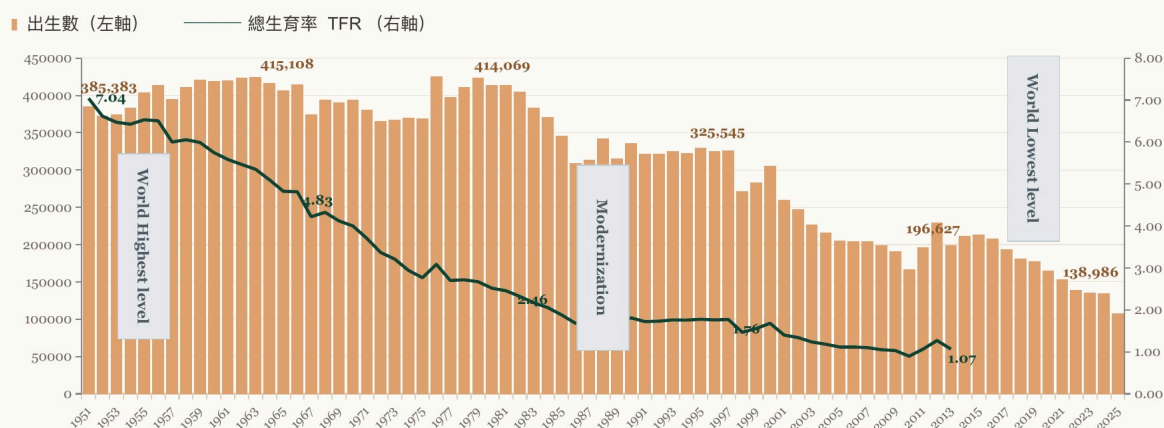
每年 3,800 億的十八項措施（四）

- 12 婚假、產假、陪產假延長** 婚假擴至 14 天、產假擴至 12 週、陪產假擴至 14 天，增加日數的工資由政府補貼。
- 13 育兒留停延長** 雙親各領滿 6 個月育嬰留停津貼後，可各再多領 3 個月，合計最高 18 個月，並提高投保薪資上限，津貼可超過 4 萬元。
- 14 育嬰假升級為育兒假** 育嬰假從 0-3 歲擴大為 0-6 歲，雙親都可按日申請，從 30 日增加到 60 日，兩人合計 120 日。

每年 3,800 億的十八項措施（五）

- 15 彈性減工時不減薪** 育兒彈性上下班或減工時，從 0-3 歲延長到 12 歲，勞工每日可減 1 小時工時且不減薪，由政府補助企業全額工資。
- 16 企業職代與職替補助** 短期代理每人每日 800 元；200 人以下企業聘長期替代人力，每名補助 2 萬元。
- 17 育兒家庭減稅** 除未滿 6 歲幼兒學前特別扣除額、70 歲以上長者免稅額增加 50% 外，再加碼未成年子女免稅額增加 50%。
- 18 婚育家庭居住減壓** 授權地方政府減免婚育家庭自住房屋稅與地價稅。

臺灣出生數與總生育率：1951-2025



總生育率 (TFR)：平均一位婦女於育齡 (15-49 歲) 期間的總生育量。

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

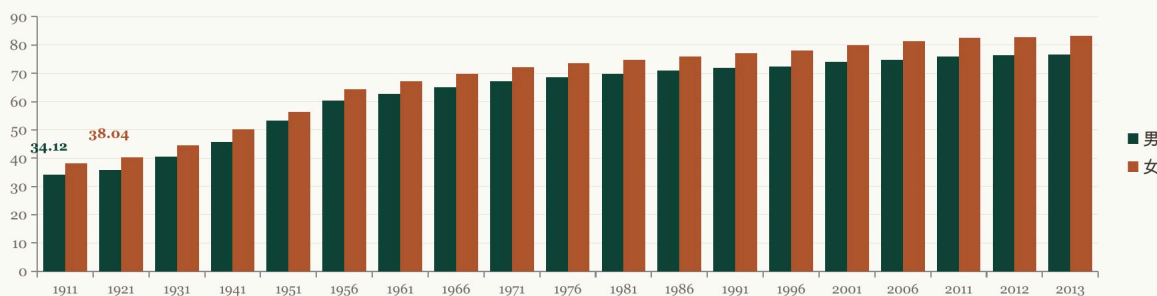
8 / 30

薛承泰教授

8 / 30

臺灣地區零歲平均餘命 (俗稱平均壽命)

2020：男 78.1 歲、女 84.7 歲 (合計 81.32 歲)，分別高於世界平均 7.9 與 9.7 歲；一個世紀以來全球平均增加 34 歲，臺灣增加 44 歲。2021 與 2022 年因疫情下降，2025 年回升至 81.49 歲，男比女少 6.5 歲。



生育率下降 + 平均餘命延長 → 高齡化

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

9 / 30

薛承泰教授

9 / 30

21 世紀以來台灣人口發展重要時刻

2000	生育率 1.68 人（工業國家前半段），此後連十年下降。	2020	出生數 16.5 萬創歷史新低，人口首度負成長。
2003	進入「超低生育率」（低於 1.3 人）。	2022	出生數 13.9 萬續創新低，生育率 0.87 人。
2010	受虎年與金融海嘯衝擊，生育量 16.7 萬、生育率 0.9，均為歷史新低，當年啟動鼓勵生育政策。	2024	（龍年）出生 13.4 萬人，低於 2022（虎年）。
2011–15	生育回升，平均每年 21 萬嬰兒。		
2017	出生數 19.4 萬。	2025	出生 10.8 萬人，續創新低，年跌幅達 20%。

2025–2059 人口重要年表

2025	65+ 歲老年人口占比達 20%，邁入超高齡社會。	2040	出生數低於 10 萬人。
2027	18 歲大學入學年齡人口首次低於 20 萬；85+ 歲超高齡人口超過 50 萬人。	2049	總人口低於 2,000 萬人。
2028	15–64 歲工作年齡人口占比低於 2/3。	2050	65+ 歲老年人口達高峰 757 萬人（占比 38.4%）。
2030	總人口低於 2,300 萬人。	2054	15–64 歲工作年齡人口低於 1,000 萬人。
2039	65+ 歲老年人口占比達 30%；85+ 歲超高齡人口超過 100 萬人。	2059	死亡數達高峰 32 萬人（為 2024 年之 1.6 倍）。

最大的支出，設定了目標嗎？

0 到 18 歲成長津貼乃 18 項中最大的支出，明年起每人每月發放五千元，6 歲前每月可領一萬元。目前 18 歲以下人口約三百萬人、六歲以下約九十餘萬人，**政府每年要發出約兩千四百億元**。

對此措施，筆者要問：在政策推出前，行政院是否評估其效益與目標？是生育率在五年內回到 1 以上，還是生育量回到 15 萬嬰兒（五年前的水準）？過去十年為鼓勵生育不斷加碼，但生育率與生育數仍不斷下降。因此，**筆者呼籲這些政策需要完整規劃，並且要設立預期目標**。

「弱勢帳戶」的舊假設

「弱勢兒少發展帳戶」是比較老舊的方案，乃假設「落入弱勢」（即貧窮，含低收入與中低收入）是因為人們未能延宕滿足、即所謂「愛花錢」，所以「存不了錢」。由於此貧窮歸因已隨社會變遷愈來愈薄弱，與時代脫節。

近三十年來，很多人是因結構性問題（例如新科技取代某些工作而導致失業）而落入弱勢；況且，政府以一比一相對提撥，拿「納稅人的錢」進入「弱勢者的帳戶」，這相當於每月百分之百的利息，**若有不肖者用高利息向他人借款當作「發展帳戶」，政府的美意恐生流弊**。

SECTION

換一個角度：AI 的診斷

中廣「台灣加油無所不談」趙守博訪問薛承泰《少子化問題與政府的對策》2026.06.28 播出；以下為 Google NotebookLM 製作之受訪簡報

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

14 / 30

薛承泰教授

14 / 30

NotebookLM · 診斷

史上最大規模的投入，最嚴峻的生育低谷

台灣人口對策新戰略總預算

GOVERNMENT INVESTMENT



3,800 億

新台幣投入，卻未扭轉生育趨勢

鉅額的預算投入並未扭轉趨勢。我們必須停下來問：這筆錢，真的「對症下藥」了嗎？（*NATIONAL FERTILITY TRAJECTORY : Previous Trend → Baseline → Current Low*）

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

15 / 30

薛承泰教授

15 / 30

政策資源的高度集中：將「養不起」視為唯一病灶

青年居住與購屋支持

職場與家庭平衡環境

托育補貼與育兒津貼（0-6 歲）

婚育價值觀與文化重塑

政府的隱性假設：年輕人是因為缺乏『育兒資金』而拒絕生育。因此，政策高度傾斜於減輕產後的財務負擔。

迫在眉睫的國安危機：勞動力與扶養比的死亡交叉

勞動力
急劇萎縮

青壯年勞動人口的承載壓力，未來十年將突破歷史極值。

高齡扶養比
急速攀升

結構性崩塌預警：撫養負擔快速轉嫁至日益稀少的工作世代。

「養不起」若被視為少子化的唯一病灶，將錯失真正的結構性危機。

巨額預算的「資源稀釋效應」

3,800 億
總預算

分攤至漫長的育兒歲月與百萬家庭。

每月數千元
實質津貼

面對通膨巨獸與千萬房價，補貼的實質感受度被極大稀釋。

猶如杯水車薪——巨額預算無法對抗宏觀經濟的重壓。

“

台灣少子化的根本原因，早已超越單純的『養不起』。真正的病灶，在於青年世代的『不婚』與『晚婚』。

薛承泰 博士 · 台大社會學系教授、前行政院政務委員、知名人口學專家

打破「生不起」的迷思，看見真正的結構性斷層。

夾擊下的青年世代：形塑「不婚不育」的雙重阻力

「推力」

環境壓力

- 高房價
- 低薪資成長
- 職場與家庭失衡

「拉力」

價值觀轉變

- 自我實現優先
- 個人主義興起
- 傳統婚姻框架的排斥

年輕人並非單純「自私」，而是在極端的經濟推力與深刻的價值觀拉力雙重夾擊下，做出的理性避險選擇。

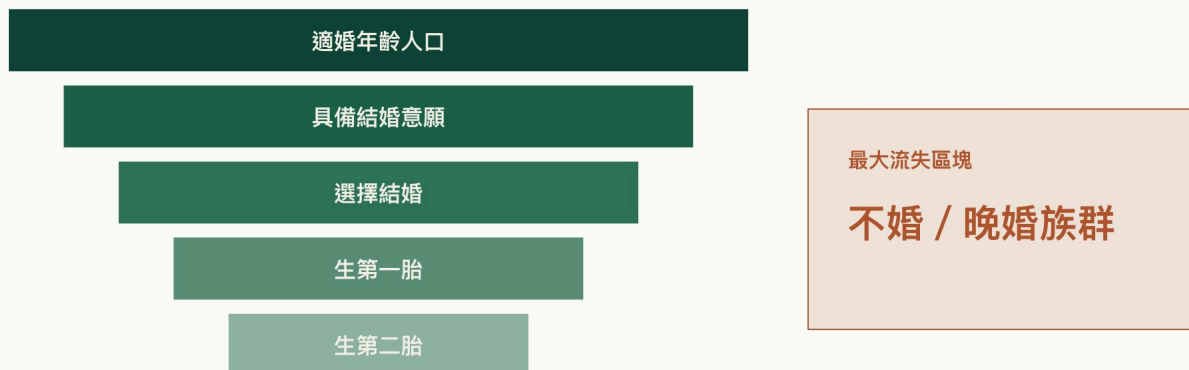
薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

20 / 30

薛承泰教授

20 / 30

尋找流失點：問題不在「不生」，而是卡在「不婚」



數據顯示，一旦進入婚姻，台灣家庭的生育率並未如想像中低。漏斗真正的破洞，發生在進入婚姻之前。

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

21 / 30

薛承泰教授

21 / 30

政策靶心錯位：為何 3,800 億打不到痛點？

	經濟補貼	制度支持	社會價值觀轉變
未婚 / 猶豫期		根本病灶	根本病灶
已婚 / 已育	政府 3,800 億 政策重心		

薛承泰博士的診斷：資源高度集中於「已婚者的經濟補貼」（橙），真正病灶卻在「未婚者的制度與文化困境」（綠）——政策靶心完美錯位。

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

22 / 30

薛承泰教授

22 / 30

回到現場

當前無法迴避的挑戰

學校招生不足 → 老師失業、校地荒廢。

加速高齡化 → 年金財務危機與醫療照顧加重。

勞動力老化與減少 → 經濟衰退、稅收減少。

人口負成長加速 → 市場緊縮、鄉村衰敗。

年輕人不足 → 兵源匱乏，需發展新國防。

新科技可以協助克服這些危機嗎？

薛承泰 · 2026 兒少政策論壇「兒家看，缺少的拼圖？」

23 / 30

薛承泰教授

23 / 30

當 AI 超越人類，我們想要的是什麼？

AI 超越人類

三項超越

- 資料儲存超越人類的記憶
- 演算速度超越人類的智力
- 自我學習能力超越人類的惰性

但多數人類想要

五種期待

- 不會頂嘴的助理（伴侶）
- 不會大小便的寵物
- 不會虐待家人的管家
- 幫企業家賺錢的聽話工人
- 幫政客打仗不會流血的士兵

年輕人手機使用時間，與婚育率呈反比嗎？

SECTION

台灣少子高齡化：衝擊、解析、因應

從人口學、經濟與觀念三個面向，解析根本原因。

人口學因素

結婚率下降 與晚婚、不婚現象並存。

晚婚推遲第一胎 造成生育第一胎時間延後，導致生第二胎的機會減少。

離婚率偏高 經營幸福家庭不容易。

育齡人口數減少 即使生育率不變，生育量也會下滑。

經濟因素

年輕人薪資偏低 近年通膨速度快，經濟壓力上升。

房價相對薪資偏高 都會地區並產生追價困境。

生養育子女成本持續上升

生活環境欠佳 急需社區改造——友善與安全。

「台灣人口對策新戰略」針對經濟因素會有幫助。

觀念因素

個人主義與消費主義盛行 儲蓄觀念式微。

年輕人對未來不確定性高。

婚育不再是「希望」而是「負擔」。

錯失鼓勵生育時間 環境論的迷思——以為鼓勵生育會違反環境永續。

誤解「學習快樂」 導致「去責任化」的教養。

結論

小結

1 生育率低迷加速人口高齡化 其影響遠超過壽命的延長。

2 鼓勵婚育乃首要策略 減緩高齡化與少子化速度；移民是風險最高的手段。

3 降低老人依賴與醫療時間 面對超高齡社會，這是成功老化的基礎。

4 經濟誘因只是必要條件 打造年輕人對未來的信心，才是不可忽略的議題。

謝謝！

薛承泰 · 台大退休教授、前行政院政務委員

2026 兒少政策論壇「兒家署，缺少的拼圖？」



FAMILY

林嘉慧 博士

任林教育基金會執行長、家庭韌性行動聯盟發起人

01
家庭

家庭拼圖缺席？——預防性支持與家庭影響評估

林嘉慧博士指出，孩子的健康被看見了，家庭與父母也必須一起被看見。現行系統不是沒有資源，而是太晚進場。她主張兒家署應從第一天導入「家庭影響評估」與「家庭韌性指標」——家庭韌性不是叫家庭自己堅強，而是讓家庭在撐不住以前，有人陪、有人教、有資源可用。

SLIDES

林嘉慧博士 · 家庭韌性

2026 兒少政策論壇 | 7/10

兒家署缺少的拼圖： 家庭韌性

讓家庭在危機以前，就先被看見、被陪伴、被支持

從預防性支持到家庭影響評估

林嘉慧博士 | 家庭韌性行動聯盟發起人 | 任林教育基金會執行長



孩子的健康被看見了， 但家庭與父母， 也需要一起被看見。

—— 真正的兒少支持系統，必須從家庭出發。

我們看見

兒家署的成立，是台灣兒少政策的重要進步；

更早出現

但如果家庭支持沒有進入核心策略，我們仍會在孩子出事之後，才急著補破網。

救孩子，也要接住孩子身後的大人。

制度缺口：現行系統不是沒有資源，而是太晚進場

★ 預防性支持，必須在危機前進場。



👁️ 看見事件，卻太晚看見壓力

危機浮上水面後，我們才開始追趕。

📞 啟動通報，卻缺少前端陪伴

還沒到通報門檻的家庭，最需要有人走近。

❤️ 提供補助，卻未建立家庭能力

資源若沒有轉成能力，困境仍會反覆發生。

我們花很多力氣救援，卻投資太少在預防。

家庭不是背景，是支持系統核心

沒有支持家庭， 就不可能真正支持孩子。



只看兒童，會漏接家庭



只看個案，會漏接系統



只看危機，會錯過預防

“家庭韌性，是兒少政策從危機救援走向前端預防的關鍵拼圖。”

第一線看見的真相：水面上是兒少行為，水面下是家庭壓力



如果只處理行為，我們就會一直追著問題跑。

一個孩子拒學以前，家庭其實已經求救很久了



拒學不是起點， 是訊號。

有一位媽媽帶著孩子來求助。
孩子開始拒學、情緒失控，
學校擔心，父母也自責。
一開始，大家都在問：
「這個孩子怎麼了？」
但陪伴下去才發現，
孩子不是突然出事。



爸爸長期加班



媽媽一人承接照顧



夫妻只剩責備



親師越來越緊張

孩子的失控，是整個家庭
壓力累積到臨界點後，
最先被看見的訊號。



如果系統只看見孩子的行為，就會錯過家庭早已發出的求救。

家庭韌性不是叫家庭自己堅強



而是讓家庭在撐不住以前，
有人陪、有人教、有資源可用。



1. 看懂壓力訊號

及早察覺危機，預防惡化



2. 接住照顧者

減輕負擔，支持不孤單



3. 連結可用資源

知道去哪裡，資源找得到



家庭穩，孩子才有機會穩。



家庭韌性行動聯盟：民間已經準備好補上前端支持



我們不是來要求政府多做一件事，而是協助兒家署從第一天開始，就把家庭納入支持系統。



聯盟不是另一個服務單位，而是政府與家庭現場之間的前端轉譯平台。

任林能補上的，不是人力，而是方法



25

年第一線家庭陪伴經驗

任林把這些方法，整理成可教、可訓練、可擴散的前端支持模型，讓政府能更有效地與民間協作。

把民間已成熟的方法，
轉成政府可合作的前端支持模型。

◎ 可教的方法：察覺、溝通、修復、陪伴

👥 可訓練的人才：帶領人、陪伴者、社區與企業窗口

🏠 可擴散的場域：家庭、學校、社區、企業 EAP



任林不是增加政府負擔，
而是讓民間成熟方法成為可協作的公共服務。



01 從滅火，到防火

壓力爆掉前，就把支持放進去。

02 從補助，到家庭韌性投資

資源不只補缺口，也要長出家庭能力。

03 從單點服務，到整合治理

教育、社政、醫療、司法與社區，一起往前端接住家庭。

兒家署的價值，不只在危機後端整合資源，更在於建立前端預防機制。

“預防不是比較便宜的救援，預防是更有遠見的治理。”

政策建議一：建立「家庭影響評估」與家庭韌性指標

兒少政策不能只問：孩子有沒有被服務？也要問：家庭有沒有因此更能支持孩子？

評估三大關鍵問題



1 是否減輕照顧者壓力？



2 是否提升家庭溝通與修復能力？



3 是否讓家庭更容易取得支持，而不是更疲於奔命？

家庭韌性指標架構（指標面向）



照顧者壓力



親職支持可近性



家庭溝通修復力



學校社區早期辨識



跨系統轉介有效性

“看得見，才管得好；量得到，才投資得準。”

政策建議二：把家庭支持納入兒少預防預算，先從試點開始

核心主張

請把家庭支持放進兒少政策的預防預算，而不是只放在危機後端。



先試點、可量測、再擴散，避免增加第一線行政負擔。



1 高壓家庭支持導航員

主動辨識高壓家庭，提供早期關懷與資源連結。



2 父母情緒支持團體

提供情緒支持與教養對話，降低家庭壓力累積。



3 親師衝突前端調解

在衝突升高前介入，促進理解與合作。



4 家庭韌性社區據點

在社區提供家庭支持服務，強化日常支持網絡，降低危機發生。



5 高風險兒少照顧者支持

針對高風險兒少的照顧者，提供穩定支持與資源協助。

“ 救孩子，不能只救孩子；要一起接住孩子身邊的大人。 ”



林嘉慧博士

12 / 14

給兒家署的三個制度建議



家庭支持組：
從資源連結升級為
家庭能力建構

不只轉介服務，也支持
父母情緒、親職能力與
家庭關係修復。



綜合企劃組：
納入家庭韌性教育訓練

讓社工、老師、醫療與
司法工作者，有共同語言
辨識家庭壓力。



重大兒少政策：
導入家庭影響評估

每一項政策都要問：
它是否讓家庭更有能力
支持孩子？



家庭支持不能只是業務之一，而要成為治理邏輯。

林嘉慧博士

13 / 14

兒家署若要成為下一代的支持系統， 就必須從第一天開始，把家庭放進政策核心。

家庭韌性行動聯盟願意成為政府前端支持的民間接口，
讓家庭在走到危機以前，就先被看見、被陪伴、被支持。



看見家庭 ■
父母與照顧者一起被支持



前端預防 ■
危機以前就建立能力



制度落點 ■
家庭影響評估與試點擴散

支持孩子，就是支持家庭；支持家庭，孩子才真正有力量長大。

林嘉慧博士 | 家庭韌性行動聯盟發起人 || 任林教育基金會執行長



EDUCATION

王瀚陽 理事長

國教行動聯盟 理事長

02 教育

教育拼圖怎麼補？——親職教育、校園介入與青少年支持

王瀚陽理事長從教育現場指出，教育拼圖缺的不是更多表格，而是「把大家接起來的人」。2024 年違反兒少權法的親職教育裁處達 2,237 件，較 2014 年 393 件、十年增逾 5 倍，但完成率與成效未公開檢驗。學校輔導、社政強制親職教育、法院親職課與少年司法仍各走各的路——兒家署必須把親職教育整合與跨系統接手機制寫入制度。

SLIDES

王瀚陽理事長 · 教育拼圖

2026.07.10 兒家署論壇 · 主題論壇 ②

教育拼圖怎麼補？

親職教育 · 校園介入 · 青少年支持

王瀚陽 理事長 · 國教行動聯盟 | 15 分鐘

五塊拼圖，我這塊是教育



只談：親職教育、學校介入、青少年支持——這塊拼圖缺什麼、兒家署怎麼補。

02 / 09

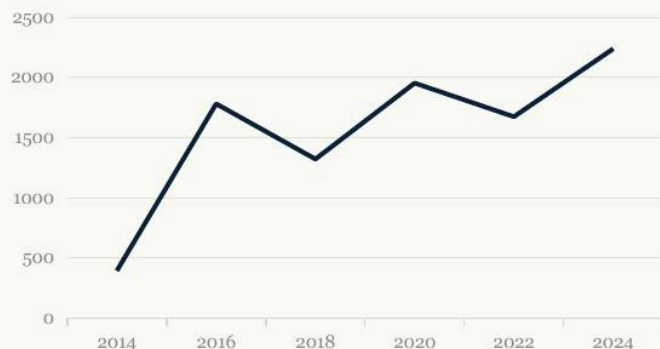
一句話

教育拼圖，缺的是一個 把大家接起來的人

親職與校園支持散在教育部、社政、司法——兒家署該是那個接線人。但一個層級低的「署」，接不動學校與別的部會。

03 / 09

一直開單，卻不知有沒有有效



2,237

2024 年裁處件數（2014 年為 393）

「完成率」從來沒公布過

政府強制失職家長上親職課，件數一路成長——但上完沒、有沒有有效，我們不知道。

04 / 09

親職教育，散在四個地方

教育部

學校家庭教育

每年 4 小時、出狀況通知家長諮商

衛福部 · 社政

強制親職課

失職家長 4-50 小時

司法院

少年家長親職課

8-50 小時（跟社政不同套）

法院實務

離婚爭子親職課

連法律明文都沒有

四個地方，各做各的，中間沒有人把它們接起來。

05 / 09

學校是最好的接觸點，卻接不出去

唯一每天接觸每個孩子的系統，是學校。老師常是第一個看出孩子有狀況的人。

但學校的諮商、社政的強制輔導、法院的親職課——三條線各開各的單，**缺乏把個案接手、一起處理的制度**。不是學校不做，是接不進體系。

06 / 09

王瀚陽理事長

6 / 9

日本的答案：層級夠高、叫得動人

430 → 510

兒童家庭廳人員（2023 起 → 2025）

日本 2023 年設「兒童家庭廳」：直屬內閣、有專責首長、有權要求其他部會配合；地方每個鄉鎮設「兒童家庭中心」單一窗口。有一個夠力的機關，把散落資源接起來。

07 / 09

王瀚陽理事長

7 / 9

教育拼圖，這樣補

1

把「親職教育整合」寫進兒家署職掌

不要再四個地方各開各的單

2

學校「教育—社政—司法」接手機制入法

讓學校看到的高風險孩子接得進體系

3

公布 **\$102** 完成率

從「開單」做到「有效」，可被檢驗

08 / 09

王瀚陽理事長

8 / 9

結尾

署是起點，不是終點

設兒家署，是十三年來的好開始，值得肯定。但這塊拼圖橫跨教育、社政、司法——一個「署」接不動。

下一步，要走到「部」——一個像日本那樣、層級夠高、能協調各部會的「**兒童及家庭部**」。

09 / 09

王瀚陽理事長

9 / 9



BUDGET

周明湧 執行長

社團法人中華兒童暨家庭守護者協會 執行長

03

預算

預算拼圖轉向投資？——從補助邏輯到永續財政規劃

周明湧執行長提醒，少子化不能只用「今年補助多少」來回答。台灣兒少預算占 GDP 約 2.3%，但超過七成集中在教育，真正直接支持兒童與家庭的比重仍不足。少子化已牽動住房、稅制、職場、托育、教育、年金、長照與國防——政策必須從「補助邏輯」轉向「社會投資」，在家庭被壓垮以前把支持放進去。

SLIDES

周明湧執行長 · 永續財政規劃

兒家署之外的預算拼圖 從補助邏輯到永續財政規劃



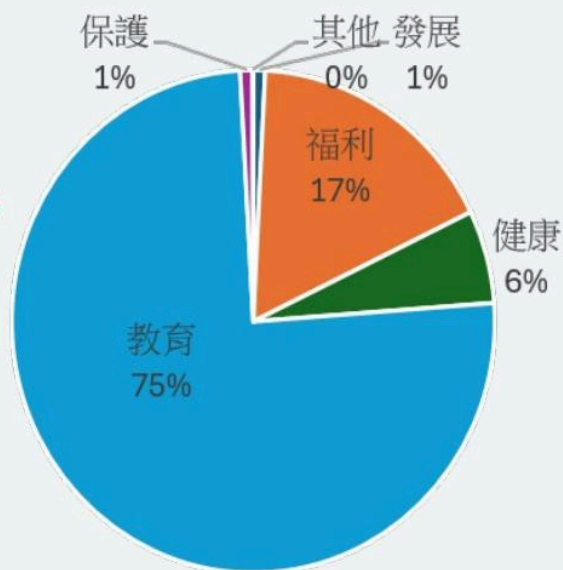
報告人：周明湧

執行長 / 社團法人中華兒童暨家庭守護者協會

兒少預算解密

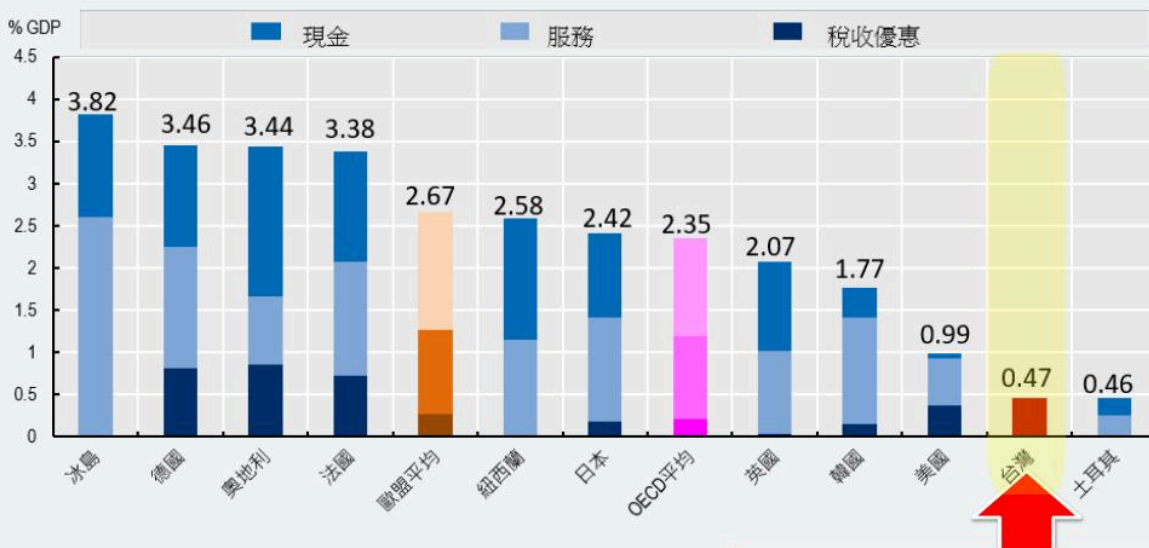
真. 兒童與家庭支持 只有 25%

兒少預算佔 GDP 約 2.3% ，
超過七成集中在教育，
但生命權、生存權、家庭團聚等更重要的權利，僅被分配不到 25% 的兒少預算



兒少預算歷年平均比率

OECD 2021 年 家庭福利公共支出（不含教育）佔 GDP 的百分比



自以為的兒少預算錯覺

台灣的家庭福利支出遠低於
歐盟與 OECD 的平均數

從兒少預算到少子化 對未來的投資不足



少子化會一路影響勞動力、健保、年金、長照、內需市場、國防與地方發展。
這不是單一兒少福利問題，而是國家治理問題。

最直覺－給錢

降低家庭生育的負擔



- 波蘭 Family 500+
- 新加坡 Baby Bonus Scheme
- 韓國的產後補助 + 到成年的現金支持

- 但有研究顯示：額外收入必須要達到 **500 萬元以上**，
生育率才會有明顯 **20%** 的提升

給不起

最簡單－減稅

降低家庭與企業支持成本



匈牙利

多胎家庭稅賦優惠、
母親所得稅減免

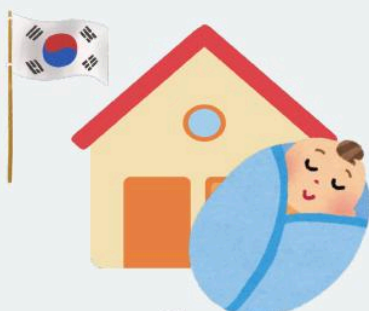


韓國

企業生育補助金
在子女滿 2 歲前全額免稅

最實質－住房協助 韓國釜山

如果年輕家庭連穩定居住都沒有，
就不是育兒津貼可以解決的問題。



生一胎

免費住社會住宅 20 年



生兩胎

免費住一輩子

從補助走向社會投資

真正的解方，不是單一政策，而是一整套支持系統



周明湧執行長

8 / 10

國家投資兒少的經濟學

少子化不是福利支出，而是基本面危機

孩子不只是家庭的孩子，也是未來的勞動者、消費者、納稅者、照顧者與社會承接者。



給經濟部

- 人口政策，就是經濟政策
- 沒有下一代，內需與產業都失去基礎
- 少子化不解，產業政策無法補洞



給企業主

- 少子化不只是缺工，更是缺市場
- 沒有新生兒，就沒有新客戶
- 人少，不只是單少，也是需求退潮



給投資人／外資

- 人口，才是最大的基本面
- 沒有新世代，資產承接與成長預期都轉弱
- 人口下降，不是短期波動，而是長期利空

支持兒少與家庭，就是國家投資



投資托育

| 讓父母安心工作



投資育嬰假

| 留住人才



投資家庭支持

| 讓孩子穩定成長



投資兒少發展

| 累積社會韌性



少子化不只是兒家署的業務，而是經濟、勞動、住宅、教育、財政與產業政策。

周明湧執行長

9 / 10

兒家署做不到這些事，因為它只是三級機關。

少子化不是單一部會的問題，而是跨部會、跨領域的國家治理工程。

政策工具	權限落點
現金補助	財政、主計、衛福
稅賦優惠	財政、經濟
住房支持	內政
育嬰假、職場友善	勞動
企業參與	經濟、勞動
托育與家庭支持	衛福、地方政府
教育與兒少發展	教育、文化
社會投資	跨部會治理



少子化需要的是治理，不是更多補助。

- × 沒有跨部會協調權
- × 沒有預算重整權
- × 沒有稅制設計權
- × 沒有住房政策權
- × 沒有勞動制度設計權
- × 沒有企業政策權
- × 沒有教育制度調整權
- × 沒有社會投資整合權

**我們需要的是
部級兒少與家庭
主管機關**

讓孩子與家庭成為國家治理的中心

兒家署看到問題，卻改變不了結構。台灣需要的不是更多方案，

而是有權力整合政策的部級機關。



跨部會對等協調



主導預算重整



建立連續支持系統



推動社會投資



JUSTICE

鄭瑞隆 教授

國立中正大學犯罪防治學系教授兼教育學院院長、司法院第一屆人權與兒少保護委員會委員

04

司法

司法拼圖未進場？——少年保護制度如何跨出警政體系

鄭瑞隆教授指出，少事法將「虞犯」改為「曝險」，行政輔導先行，本應降低司法標籤；但若少輔會缺乏福利、教育、心理、醫療與警政網絡，少年可能落入「無人管、管不動」。他主張兒家署應從中央補足專業量能，支持地方建構少年三級預防安全網。

SLIDES

鄭瑞隆教授・司法少年支持篇

2026 兒少政策論壇 ：司法少年支持體系

鄭瑞隆教授 / 院長

國立中正大學犯罪防治學系 / 教育學院

司法院第一屆人權與兒少保護及性別友善委員會委員

2026/07/09

1

鄭瑞隆教授

1 / 14

司法少年

- 犯罪少年：觸犯刑法法律的少年
 - 虞犯少年變成曝險少年：曝露於犯罪風險的偏差行為少年
- 少事法 2019 年修法前原來 7 種少年虞犯行為（有觸犯刑罰法律之虞的行為）：
- 經常與有犯罪習性之人交往
 - 經常出入不正當場所
 - 經常逃學或逃家者
 - 參加不良組織者
 - 無正當理由經常攜帶刀械者
 - 吸食或施打煙毒、麻醉藥品以外之迷幻物品者。
 - 有預備犯罪或犯罪未遂而為法所不罰之行為者。

2026/07/09

2

- 2019 年少事法修法，將虞犯改為曝險，且曝險項目精簡為 3 種特定的曝險行為（無正當理由經常攜帶具有殺傷力之器械、吸食或施打煙毒及麻醉藥品以外之迷幻藥物、有預備犯罪或犯罪未遂而為法所不罰之行為。）
- 偏差行為少年：少年偏差很少是單一因素造成

2026/07/09

3

偏差行為少年：少年偏差很少是單一因素造成

- 個人
 - 家庭
 - 學校
 - 同儕
 - 社會環境
- 以上各種因素之交互作用，導致少年偏差行為及犯罪行為

2026/07/09

4

2023 年 7 月起，曝險少年先接受行政輔導先行制度，才會被送入法院，請求處理

- 直轄市、縣市政府少年輔導委員會（少輔會）應結合福利、教育、心理、醫療、警政等資源進行少年輔導。
- 這目的是為了減少對少年的司法標籤化，但實際運作結果，未必減少標籤化少年，反而讓少年落入無人管、管不動、變更大尾，才被法院少年調查官、保護官、少年法官接手

2026/07/09

5

偏差犯行少年風險評估及評估處遇

- 評估工具（靜態、動態因素）：早期非行紀錄（靜態因素）、藥物濫用行為、同儕負面互動、家庭支持度薄弱（家庭問題及家庭病理現象）、家庭保護不週及管教和監督功能薄弱... ..

2026/07/09

6

司法少年需要專業評估、多元處遇及網絡合作之協助，以建立完整安全網

- 少年法院之法官及少年保護官
- 少輔會
- 學校輔導老師及特教老師
- 社工師
- 心理師
- 精神科醫師
- 社區心理衛生資源

2026/07/09

7

少年犯罪三級預防（誰來做什麼？）

- 初級預防：讓廣大的少年不出現偏差行為、不犯罪。
- 次級預防：讓已有偏差行為（含曝險行為）之少年不會進一步犯罪
- 三級預防：讓已犯罪的少年不再犯罪

2026/07/09

8

初級預防：
讓廣大的少年不出現偏差行為、不犯罪。

- 家庭教育、學校教育、社會教育
- 首推家庭，最為重要：
- 家庭結構、家庭功能、家人關係、家庭經濟、家庭教養、家庭保護、家暴防治（目睹家暴、兒少虐待及家內性侵）、家人犯罪、家庭病理現象

2026/07/09

9

次級預防：讓已有偏差行為（含曝險行為）之少年不會進一步犯罪

- 少輔會
- 學校輔導系統（根據學生輔導法之第二級輔導，介入性輔導）

2026/07/09

10

三級預防：讓已犯罪的少年不再犯罪

- 少輔會
- 學生輔導法：學校輔導之第三級輔導（處遇性輔導）

2026/07/09

11

「衛生福利部兒少與家庭支持署」 組織法草案

- 因應少子化、高齡化，及現代的兒少保護與家庭支持系統之多元需求
- 兒少就是聯合國 CRC 條文中的兒童（未滿 18 歲之人）：
- 兒少福利與權益
- 兒少保護與安置照顧
- 托育服務資源
- 家庭支持服務
- CRC 之推動及跨部會協調
- 健康促進及早療
- 機構監督及考核

2026/07/09

12

呼應「少事法」新制： 行政先行、行政必須行

- 少輔會之主任委員是市長或縣長，應強力領導，讓少輔會與各地方單位更緊密結合，期盼兒少家庭支持署成立後，能從中央端提供更強大的行政及社政福利資源和專業量能，支持直轄市及縣市地方政府，強化曝險少年或偏差行為少年之輔導，保障少年之健全成長權（CRC 要保障之兒童生存權、發展權、受保護權）

2026/07/09

13

敬請指教！！

2026/07/09

14

鄭瑞隆教授

14 / 14



HEALTH

吳昌騰 醫師

長庚紀念醫院 兒童一般醫學科

05

醫療

醫療拼圖在哪裡？——兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師從兒科醫療端切入高風險兒少的預警與合作。他主張把兒科醫療與公共衛生的預警功能嵌入兒少支持架構，讓醫療端成為高風險兒少的第一道守門人——在孩子受傷、受虐或健康風險升高時，第一時間被辨識、通報並接住，而不是等傷害擴大才進入系統。

SLIDES

吳昌騰醫師 · 醫療拼圖在哪裡



醫療拼圖

在那裡？

Where is the Medical Puzzle?

兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

*Pediatric Medical Warning & Collaboration
for High-Risk Children and Adolescents*

吳昌騰 醫師 | 長庚紀念醫院 兒童一般醫學科 |
Chang Gung Memorial Hospital

開場情境 一塊拼圖的失落

Opening Scenario — The Missing Piece

臨床情境

- 3 歲男童，由母親帶至兒科急診。
- 主訴：「走路跌倒撞到桌角，右手好像腫起來了。」
- X 光：右肱骨螺旋形骨折（spiral fracture）。
- 身體檢查：軀幹與四肢多處、不同癒合期的瘀傷。
- 母親情緒激動，陳述細節前後不一致。
- 病史：此前曾三次因「意外傷害」於不同醫院就診。

醫療拼圖中，這個孩子的「那一塊」在哪裡？

螺旋形骨折

Spiral Fracture



醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

2 / 46

PART 01

問題的輪廓

Defining the Scope of the Problem

台灣兒少保護現況 · 全球視角 · 問題定義

吳昌騰醫師

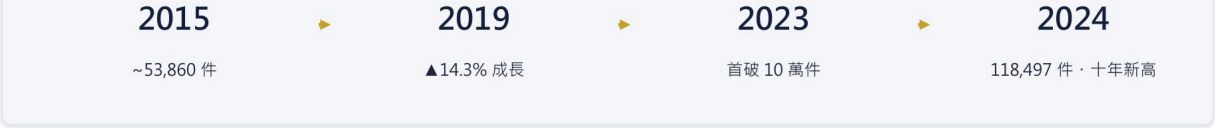
3 / 46

2024 年核心指標一覽

Taiwan Child Protection — Key Indicators 2024



十年趨勢 (2015–2024)



資料來源：衛生福利部統計處 · CRC 聯合國兒童權利公約資訊網 兒少統計專區 (2024)

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

4 / 46

通報來源分布與案件分流

Reporting Sources & Case Disposition 2024



資料來源：衛生福利部統計處 (2024 年兒少保護通報處理情形)

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

5 / 46

急診室：兒少保護的最前線

The Emergency Department as the First Line of Detection — Chang Gung PCHAN Study

88.6%

個案於急診室首次被識別

強調急診端的核心偵測角色

361

研究期間 (2014–2015) 識別案例

建立台灣本土化識別基礎

75.8%

疏忽照顧為最常見類型

身體虐待 15.5%、性虐待 7.2%

1–6 歲

發生率最高年齡層 (54.9%)

2 歲以下約占半數個案

為什麼急診是關鍵？

施虐者刻意輪換醫院、避免固定追蹤，但急重症仍須送急診。深夜與假日社工不在場，急診常是唯一的接觸點。急診醫師是識別「重複就醫模式」與啟動保護的關鍵節點。

Source: Chang YC, et al. Medicine (Baltimore). 2016;95(44):e5218. Chang Gung Memorial Hospital PCHAN Study Group.

吳昌騰醫師

6 / 46

全球兒童虐待現況 / Global Overview

1/4

成人回溯
曾遭身體虐待

1/5

女性回溯
曾遭性虐待

1/13

男性回溯
曾遭性虐待

1/2

全球兒童
每年遭暴力對待

WHO / UNICEF / UNESCO 聯合報告:全球每年約10億兒童 (占全球兒童半數) 遭受某種形式的暴力或虐待

- 兒童虐待是重大公共衛生問題,影響遍及身體、心理、社會各層面
- 約90%的兒童性虐待施虐者為兒童認識的人(父母、親屬或照顧者);其他形式虐待之施虐者比例未必相同
- 大多數案件從未被通報或識別——「看不見的傷」

資料來源:

1. WHO. Child Maltreatment (Fact Sheet). 成人回溯:1/4曾遭身體虐待;1/5女性、1/13男性曾遭性虐待。
2. WHO/UNICEF/UNESCO. Global Status Report on Preventing Violence Against Children 2020. 全球每年約10億(半數)兒童遭受某種形式暴力。
3. CDC. About Child Sexual Abuse (2025更新版). 美國本土:1/4女童、1/20男童;約90%性虐待施虐者為兒童認識之人。

吳昌騰醫師

7 / 46

醫療的盲點

Medical Blind Spots: What We Miss

警訊傷害 · 診斷誤區 · 認知偏誤 · 系統性障礙

警訊式傷害——預告悲劇的第一塊拼圖

Sentinel Injuries: The First Warning Piece

定義 尚不會扶物橫走的嬰兒 (non-cruising · ≤ 9 個月) 出現不尋常的輕微傷害——傷勢雖不嚴重，卻是更嚴重虐待即將發生的警示。

皮膚傷害	骨骼傷害	頭顱 / 神經	內臟傷害
• 臉部、頸部瘀傷 • 軀幹 / 臀部瘀傷 • 耳部瘀傷 • 口腔、系帶撕裂	• 後段肋骨骨折 • 股骨螺旋形骨折 • 多處不同癒合期骨折 • 幹骺端典型病灶 (CML)	• 硬腦膜下出血 • 視網膜出血 • 顱內出血 • 眼眶周圍瘀傷	• 肝 / 脾撕裂 • 腸穿孔 • 腸系膜撕裂 • 腎上腺出血

Source: Sugar NF, et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999; Sheets LK, et al. Pediatrics 2013; AAP Technical Report, Pediatrics 2025;155(3):e2024070457.

「不會移動的嬰兒，很少自己瘀傷」——Sheets 2013：>28% 確診虐待個案曾有警訊傷害；2026 年急診世代研究顯示，索引就診時 4.8% 個案確診虐待，其中 8.3% 於 12 個月內再度發生嚴重虐待傷害。

TEN-4 BCDR (軀幹、耳朵、頸部瘀傷臨床決定法則)

(Torso Ear Neck- 4 Bruising Clinical Decision Rule)

四個月以下嬰兒
身上任何
部位的瘀傷



若照顧者
無法證明
是發生於
公共場合
之意外事
件，都應
高度懷疑
身體虐待

敏感度
97%，特
異度84%。

TEN-4 BCDR

(Torso Ear Neck- 4 Bruising Clinical Decision Rule)

(軀幹、耳朵、頸部瘀傷臨床決定法則)



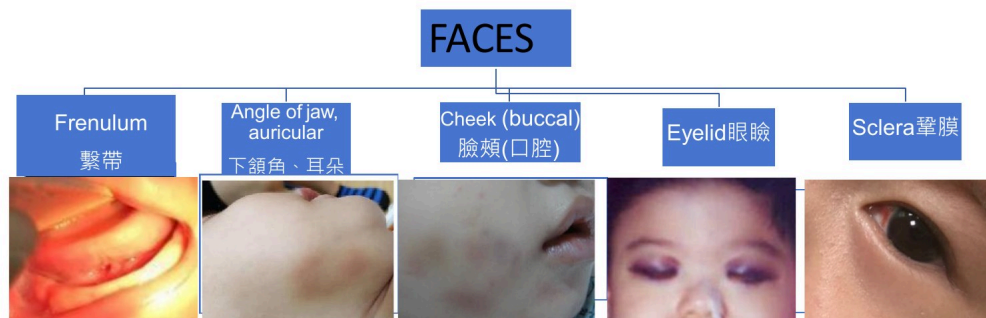
小於四歲
兒童軀幹、
耳朵、頸
部的瘀傷

若照顧者
無法證明
是發生於
公共場合
之意外事
件，都應
高度懷疑
身體虐待

敏感度
97%，特
異度84%。

頭頸部受傷：TEN-4 FACES

- TEN-4 FACES 頭頸部需要特別注意的徵兆



2026/7/9

吳昌騰醫師

12 / 46

診斷誤區與識別延誤——臨床的危險地帶

Diagnostic Pitfalls & Delayed Recognition

1

傷害解釋與病史不符

骨折類型（螺旋形、多發性）與「跌倒」力學不符；照顧者說法前後矛盾。

2

多院就醫、分散病史

刻意輪換醫院避免單一機構追蹤；缺乏跨院整合而無法發現重複模式。

3

骨骼疾病誤診

成骨不全症 (OI) 與虐待相互誤判——過度歸因或漏診皆有風險。

4

文化與語言障礙

外籍、原住民族家庭溝通困難；對「正常照顧」的認定分歧。

關鍵證據 Jenny C, et al. (JAMA 1999) : 31.2% 的虐待性頭部創傷 (AHT) 於首次就診遭誤診，平均延誤 7 天；其間有 4 名兒童死亡。

Source: Jenny C, et al. JAMA. 1999;281(7):621-626.

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

13 / 46

醫師的認知偏誤——為什麼我們會看不見？

Cognitive Biases: Why Physicians Miss Abuse

錨定偏誤

Anchoring

先入為主接受「跌倒」說法，不再評估其他可能。

自我滿足偏誤

Satisficing

找到一個合理解釋就停止搜尋，忽略其他危險訊號。

歸屬偏誤

Attribution

對外表「正常」的家庭降低懷疑；隱含階級與種族偏見。

確認偏誤

Confirmation

只尋找支持初始診斷的證據，忽略矛盾發現。

系統一思維

System 1

急診快節奏下的直覺判斷，缺乏系統二的慢核驗。

同理心疲乏

Compassion Fatigue

過度疲勞使醫師對警示訊號敏感度下降。

Source: Croskerry P. Acad Med. 2003; adapted for child-protection practice.

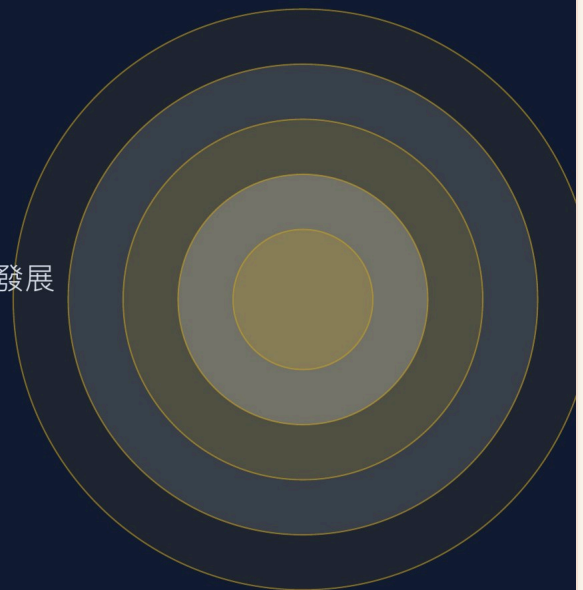
醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

PART 03

脆弱家庭的生態系統

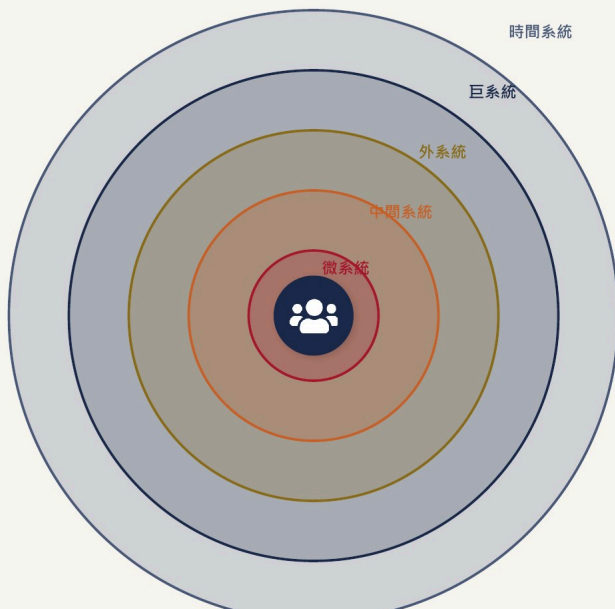
Bronfenbrenner (布朗芬布倫納)生態系統理論與兒童發展

從微系統到時間系統：理解風險因子如何在多層環境中交互累積



核心概念：巢狀嵌套的多層環境系統

兒童發展並非由單一因素決定，而是被由近到遠的五層環境交互形塑



- 微系統 Microsystem**
家庭互動、照顧者精神狀態、教養方式
- 中間系統 Mesosystem**
家庭與學校、醫療系統之間的連結品質
- 外系統 Exosystem**
職場壓力、社福資源、社區安全
- 巨系統 Macrosystem**
文化容忍度、法律框架、社會價值
- 時間系統 Chronosystem**
風險累積效應、代間傳遞、重大事件衝擊



LAYER 1 — 最貼近孩子

微系統

Microsystem

孩子直接參與、面對面互動的即時環境——家庭是核心場域，也是兒少保護臨床評估最先接觸的層次。

關鍵組成

- 家庭內部互動模式與依附關係
- 照顧者精神狀態、物質濫用
- 親密關係暴力 (IPV)
- 教養方式與管教手段
- 手足關係與家庭氣氛

臨床連結

急診看到的哨兵性損傷 (sentinel injuries)、非預期部位瘀傷、與發展不符的受傷機轉，往往是微系統失能最直接的外顯訊號，也是 TEN-4-FACESp 篩檢的核心邏輯。



LAYER 2 — 系統間的連結

中間系統

Mesosystem

兩個以上微系統之間的連結品質——家庭與學校、家庭與醫療系統的溝通是否順暢，決定風險能否被及早發現。

關鍵組成

- 家庭與學校之間的資訊流通
- 家庭與醫療院所的轉診與追蹤
- 不同醫療院所之間的病歷連貫性
- 社政、警政與醫療系統的協作

臨床連結

脆弱家庭常見的問題是這些連結斷裂——學校不知道孩子在家中的處境、跨院轉診資訊不流通。**這正是「醫療拼圖」框架想要補上的縫隙**：讓分散的臨床線索能被拼在一起。



LAYER 3 — 間接影響的環境

外系統

Exosystem

孩子不直接參與，卻透過照顧者間接影響孩子的環境——壓力經由父母傳導，孩子承受後果卻無法接觸源頭。

關鍵組成

- 父母職場壓力與失業
- 社福資源的可近性與申請門檻
- 父母自身的社會支持網絡
- 居住社區的安全程度

臨床連結

孩子雖不在職場、社福機構等場域中，但這些場域的壓力會透過照顧者的情緒調節能力，轉化為教養失能或疏忽的風險，是評估家庭功能時不可忽略的背景因素。



LAYER 4 — 文化、法律與社會價值

巨系統

Macrosystem

涵蓋整個社會的文化信念、法律框架與價值體系——決定社會整體「容許」多少風險存在於兒童身上。

關鍵組成

- 台灣對體罰的文化容忍度
- 兒虐通報的法律框架（兒少權法 vs. WHO 定義）
- 貧窮與社會福利政策
- 對新住民 / 弱勢家庭的社會態度與污名化

臨床連結

台灣兒少權法對兒虐的定義與 WHO 定義之間存在落差，這層落差直接影響第一線通報的判斷標準，是系統性障礙分析中最上位的結構因素。



LAYER 5 — 時間向度的變化

時間系統

Chronosystem

風險因子隨時間累積、轉變與傳遞的向度——單一時間點的觀察，往往無法捕捉到完整的風險軌跡。

關鍵組成

- 風險因子的長期累積效應
- 隔代間創傷與教養模式的傳遞
- 重大社會事件的衝擊（如疫情期間通報量下降）
- 孩子自身發展階段的變化

臨床連結

這也解釋了為什麼單一次的醫療接觸很難完全捕捉風險全貌——需要縱向追蹤與跨科別病歷整合，才能看見累積中的軌跡，而非僅是一次性的切面。

五層系統對照：從臨床觀察到結構因素

同一個脆弱家庭案例，可在不同系統層次找到對應的風險與介入切點

層次	臨床 / 社會觀察	可能的介入切點
微系統	哨兵性損傷、與機轉不符的瘀傷	急診端 TEN-4-FACEsp 篩檢、通報
中間系統	跨院病歷不連貫、學校未通報異常	建立跨機構資訊共享機制
外系統	父母失業、社福資源申請困難	社工介入、簡化福利申請流程
巨系統	通報定義落差、體罰文化容忍	政策倡議、法規修訂、公眾教育
時間系統	多次淺層接觸、風險逐次累積未被整合	縱向追蹤系統、跨科別病歷整合

對臨床與教育工作的啟示

生態系統模型如何轉化為第一線與教育現場的實際做法



01

單一科別難以發現兒虐

風險因子分散在不同系統層次，任何單一觀察點都只看到局部樣貌，需要多次、多科別的線索整合才能拼出全貌。



02

跨部門合作是必要而非選項

醫療、教育、社政、警政的協作若只停留在微系統層次（如單次衛教），外系統與巨系統的結構性壓力未變，家庭很快回到原本的風險軌跡。



03

系統性障礙需要分層論述

將醫療端觀察到的落差，對應到巨系統的政策落差，能讓系統性障礙的論述更完整、更具說服力。

國際比較：台灣與先進國家的兒保醫療差距

台灣兒保醫療現況與挑戰

初步建立區域整合中心，但面臨資源、專業與給付的三重困境。

全台現有 12 家兒少保護區域醫療整合中心

資源分布不均

兒科專科醫師約 34% 集中於台北區，東區僅占 2%。偏鄉地區在緊急處置與高風險追蹤上面臨嚴重可及性問題。

專業地位缺失

兒保專科目前僅為學會甄審，非衛福部部定次專科。缺乏國家級認證導致法律地位模糊與人才投入意願低落。

T7692XA 疑似兒虐
T7492XA 確認兒虐
T7412XD 兒虐回診

醫療給付偏低

兒童健保點數佔比僅約 6.3%。缺乏專門的兒虐評估給付代碼，醫療院所多仰賴不穩定的專案補助維持運作。

美國經驗：專業化與一站式服務

透過「部定次專科」與「一站式中心」
確保專業深度與兒童友善。

兒童倡導中心 (Children's Advocacy Center, CACs)

落實「孩子不動・專業動」理念。整合法醫訪談、醫療評估、心理諮詢與個案管理，避免兒童在多個機構間重複陳述造成的二次創傷。

專門給付機制 (CME)

Medicaid 提供專屬 Child Medical Evaluation 代碼。單案給付可達 \$500-\$1200，確保確保醫療評估具備穩定的經濟支持與專業誘因。

專業認證

CAP

部定次專科認證
(CHILD ABUSE PEDIATRICS)

3 YEARS

FELLOWSHIP 培訓年限

ABP

美國兒科醫學會
嚴格甄審制度



英國與澳洲：多機構協作與國家框架

英國 (UK)

MASH (Multi-Agency Safeguarding Hub)模式：
打破部門藩籬的資訊樞紐

- 多機構保護樞紐：社政、警政、衛政與教育人員同址辦公，實現秒級資訊共享。
- NHS (National Health Service) 分級認證：
所有臨床人員依接觸程度接受 Level 1-5培訓
· Level 3 為兒科醫師標配。

關鍵：以「資訊共享」為核心，確保高風險個案在第一時間獲得跨部門介入。

澳洲 (AUS)

國家框架：
十年期的系統性改革計畫

- Safe and Supported 計畫：
：2021-2031 全國統一框架，強調政府與 NGO 深度協作。
- 進階培訓體系
RACP 提供 3 年「社區兒童健康」培訓，將兒
兒保視為核心臨床能力。

關鍵：透過「全國統一標準」與「長期預算投入」，解決跨州資源不均問題。

日本經驗：法律授權與醫政連結

透過賦予「兒童相談所」強大法律介入權，
確保醫療建議能被有效落實。

兒童相談所 (JIDŌ SŌDANJO)

- 核心地位：日本兒保體系的樞紐，擁有法律授權的**強制保護權**。
- 職能整合：負責案件受理、調查、診斷及後續安置決策。

醫政協作特色

強制通報：醫療機構發現疑似案件時，法律規定必須向兒童相談所通報。
專業分工：醫院負責傷勢鑑定與醫療評估，兒童相談所負責社會調查與法律介入。
社會成本意識：透過計算兒虐社會成本（每案約1.1萬日圓），合理化醫療給付。

"日本的新生兒死亡率僅約 1.7‰，為全球領先水準。其醫政緊密連結機制在早期預防與高風險追蹤中發揮了關鍵作用。"

國際綜合對比：制度、給付與認證

台灣在「認證等級」與「給付穩定性」上落後最為明顯。

比較維度	台灣 (TW)	美國 (USA)	英國 (UK)	日本 (JP)	澳洲 (AUS)
專科認證	學會甄審 (非部定)	部定次專科 (CAP)	NHS 分級認證 (Level 1-5)	兒科醫師協助 (無獨立專科)	進階培訓 (3年認證)
給付模式	專案補助為主 (不穩定)	Medicaid 專屬代碼 (CME)	NHS 預算制 (公共體系)	診療報酬給付 (社會成本意識)	公立系統負擔 (偏鄉津貼)
協作模式	(推動「兒少保護一站式 服務」或「兒少 司法訪談介入機制」)	CAC 一站式 (法定 MDT)	MASH 模式 (同址辦公)	兒相強制介入 (法律授權)	全國統一框架 (政府+NGO)
嬰幼兒死亡率	約 4.4‰	約 5.4‰	約 3.7‰	約 1.7‰	約 3.2‰

縮小差距：針對台灣體系改革的五大建議

制度化、給付合理化與資訊整合是改革的核心。

01 部定次專科化

將「兒保兒科」納入國家正式次專科認證，明確專業地位與職涯路徑。

02 給付制度改革

建立兒虐醫療評估專屬健保代碼，確保專業服務獲得合理報酬與永續性。

03 強化一站式中心

優化區域整合中心功能，落實跨部門資訊即時共享，減少兒童二次創傷。

04 優化周產期照護

降低嬰幼兒死亡率為首要目標，強化高風險個案的早期追蹤與介入體系。

05 增加人才誘因

提升兒科醫師待遇與資源配置，縮小城鄉醫療差距，確保兒保人力穩定。

拼圖的第一角——一位孩子的求醫軌跡

A Child's Path Through the System



三次就醫、三家醫院、零預警——為什麼系統沒有接住他？

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

從障礙到解方——如何補齊拼圖？

Systemic Solutions to Child Protection Gaps

系統整合對策

- ◆ 推動跨院電子病歷資訊交換平台
- ◆ 門急診資訊系統串接與警示標記
- ◆ 建立短期內重複就醫自動預警機制

法律與倫理對策

- ◆ 建立通報者保護與匿名機制，降低信任疑慮
- ◆ 明確化通報後之法律免責範圍
- ◆ 訂定隱私權與保護義務之判斷準則

跨系統整合對策

- ◆ 建置醫療—社政—警政共用資訊平台
- ◆ 明訂三方權責分工與轉介 SOP
- ◆ 設立個案管理師制度，全程追蹤結案

教育訓練對策

- ◆ 增加醫學教育中兒少保護必修時數
- ◆ 定期辦理警訊傷害辨識實務工作坊
- ◆ 強化跨文化溝通與敏感度培訓

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

合作的架構

Collaboration Framework

跨網絡整合 · 通報流程 · 多專業團隊 · 國際模式

整合中心與國際模式——他山之石

Integration Centers & International Models

台灣模式：兒少保護區域醫療整合中心

- 衛福部授權設立區域整合中心（北 · 中 · 南）
- 一站式驗傷：跨科整合 + 科學驗傷 + 司法蒐證
- 跨網絡平台：醫療 + 社政 + 警政 + 司法同步共享
- 個案管理：專責社工 + 專科護理師長期追蹤
- 教育訓練與司法諮詢支持中樞

挑戰：專科認證非部定、給付不穩定、城鄉資源不均。

美國 USA

兒童倡導中心 (CAC)

一站式法定 MDT；「孩子不動、專業動」；Medicaid 專屬 CME 給付代碼；CAP 部定次專科。

英國 UK

MASH 多機構保護樞紐

社政、警政、衛政、教育同址辦公，秒級資訊共享；NHS Level 1-5 分級培訓。

日本 JP

兒童相談所

法律授權之強制介入權；醫療機構強制通報；警政緊密連結，嬰兒死亡率僅約 1.7%。

Source: 衛福部；US CAC / NCA；UK MASH；日本兒童相談所制度。

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

醫療端通報標準作業程序 (SOP)

SOP: Suspected Child Maltreatment Reporting



關鍵原則 Key Principles

- ✓ 醫師「懷疑」即可通報，無須「確定」——責任通報門檻低於定罪標準。
- ✓ 通報 ≠ 定罪：保護兒少安全為首要，後續調查由社政、警政負責。
- ✓ 善意通報受法律保護，不因「誤報」而負責；蓄意隱匿則有罰責。
- ✓ 醫師角色是「懷疑與通報」，不是「裁判」；評估定論由 MDT 完成。

依據《兒童及少年福利與權益保障法》第 53 條（責任通報，24 小時內）。

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

36 / 46

多專業整合團隊 (MDT)——拼圖協作

Multidisciplinary Team: Assembling the Puzzle

沒有任何一個角色能獨自完成這張拼圖——每位專業人員各持不同的碎片。



醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

37 / 46

兒科醫師：拼圖中不可缺少的那一塊

The Pediatrician: The Indispensable Piece



醫療拼圖在哪裡？·兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

吳昌騰醫師

38 / 46

案例回顧：拼圖終於完整了嗎？

Case Review: Is the Puzzle Finally Complete?

回到開場：股骨螺旋形骨折 + 多處不同癒合期瘀傷 + 照顧者說法矛盾 + 三次「意外」就醫史。

1 識別警訊

螺旋形骨折 + 多處瘀傷 → TEN-4-FACESp 觸發評估

2 完整評估

骨骼調查發現 3 處舊骨折；眼底鏡見雙側視網膜出血；LFT 升高

3 通知兒保小組

社工緊急介入；兒保醫師會診；記錄各自陳述

4 24 小時通報

書面通報社會局；同步通報警局；病歷完整存證

5 安全評估

評估家庭安全 → 住院留觀 → 暫禁探視待社工評估

6 跨院查詢

前三次就醫分屬三家醫院——單看合理，整體才顯模式

✓ 這一次，拼圖被完整看見了——但這需要系統支持、訓練與勇氣。

吳昌騰醫師

39 / 46

守護兒童不只是醫療問題， 更是國家競爭力與人權的體現。

借鑒國際經驗，建立專業化、制度化且給付穩定的兒保醫療體系，
是台灣邁向先進國家必經之路。

帶回去的 5 件事

Take-Home Messages

- 1 「懷疑」就要行動**
通報門檻是「懷疑」而非「確定」；法律保護善意通報者。
- 2 Non-cruising 嬰兒的任何瘀傷 = 警訊傷害**
啟動完整評估，別讓「第一塊拼圖」在你手中消失。
- 3 多院就醫 = 危險訊號**
詢問就醫史、建立時序、識別重複受傷模式。
- 4 通報不等於指控**
醫師的角色是保護、不是裁判；讓 MDT 完成評估。
- 5 系統改變才能持續保護**
倡議跨院整合、參與 MDT、持續教育。

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

政策建議——拼圖要由系統來補完

Policy Recommendations: System-Level Changes

P1	建立跨院兒少就醫警示整合平台 標記重複就醫高風險兒少，即時警示急診端。	衛福部 / 健保署
P2	強化兒保醫療師資教育與訓練 醫學院必修兒保課程；住院醫師訓練納入核心能力。	醫策會 / 教育部
P3	擴大兒少保護區域整合中心覆蓋 偏鄉遠距諮詢，提高非都市地區資源可及性。	衛福部
P4	提升社政—醫療—警政通報協調效率 標準化跨系統資訊共享協定，縮短回應時間。	跨部會
P5	推動兒保財務支持與激勵機制 評估、報告、出庭應有合理給付，避免醫師迴避。	衛福部 / 健保署

醫療拼圖在哪裡？·兒科醫療面對高風險兒少的預警與合作

結語

Conclusion

01

兒少保護是所有兒科醫師的核心職責

不分科別、場域、層級——每一位都是拼圖不可缺少的一塊。

02

急診室是識別的最前線

2024 年通報逐年上升；88.6% 的兒保個案最初在急診被識別。

03

ACEs 的健康衝擊呈劑量反應且延續一生

預防與早期介入的代價，遠低於治療長期損害的代價。

04

警訊傷害是悲劇的預言，必須被看見

任何 non-cruising 嬰兒的不明瘀傷都應啟動完整評估。

05

跨系統合作是保護兒少的唯一途徑

識別、記錄、通報、追蹤——而非孤軍奮戰。

06

系統改善刻不容緩

跨院整合、電子病歷警示、兒保教育標準化是結構性解方。

醫療拼圖，在哪裡？

答案：就在你的診察室裡。 *It's in your clinic, right now.*

下次你看到疑似個案——通報。下次同事猶豫——支持他通報。下次系統沒有提醒你——自己記得。

讓我們一起成為每位兒少的守護者

吳昌騰醫師 | 兒童一般醫學科 | 林口長庚紀念醫院 Chang Gung Memorial Hospital, Linkou

☎ 兒少保護 / 家暴性侵通報：113 · 線上通報：ecare.mohw.gov.tw

主要參考文獻

Key References (1 / 2)

1. Chang YC, Huang JL, Hsia SH, et al. Child protection medical service demonstration centers in approaching child abuse and neglect in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(44):e5218.
2. Christian CW; AAP Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457.
3. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832.
4. Pierce MC, et al. Single Bruise Characteristics Associated With Abusive vs Accidental Injury. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024067932.
5. Sheets LK, Leach ME, Koszewski U, et al. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707.
6. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403.
7. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-626.
8. Swedo EA, Niolon PH, Anderson KN, et al. Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among Adolescents. *Pediatrics*. 2024;154(5):e2024066633.

主要參考文獻

Key References (2 / 2)

9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults (ACE Study). Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258.
10. Shonkoff JP, Garner AS; AAP. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e246.
11. AAP. Screening for Adverse Childhood Experiences: A Critical Appraisal. Pediatrics. 2024;154(6):e2024067307.
12. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Am Psychol. 1977;32(7):513-531.
13. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. Biomed J. 2020;43(3):240-250.
14. 衛生福利部統計處. 2024 年兒少保護通報處理情形. 台北：衛生福利部；2025.
15. CRC 聯合國兒童權利公約資訊網. 兒少統計專區 (2024 通報來源與分流) . crc.sfaa.gov.tw.
16. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med. 2003;78(8):775-780.

醫療拼圖在哪裡？· 兒科醫療團隊對高風險兒少的預警與合作

三盟共同呼籲：三項制度行動

政府與立法院應把握兒家署組織法、家庭教育法與兒少權法修法契機，讓政策從「有沒有做」走向「有沒有用」。

一 儘速推動《家庭教育法》修法

讓家庭支持從宣導課程升級為前端預防制度，納入家庭影響評估、家庭韌性指標、家庭教育專業人員法定角色、照顧者支持、親職與伴侶關係教育，並回應單親、重組、隔代教養、身心障礙、罕病、離婚衝突與高壓照顧等多元家庭需求。

二 把跨系統接手機制寫入兒少權法，以兒家署為起點，朝「兒童及家庭部」規劃

兒少問題橫跨教育、社政、司法、醫療、住宅、勞動與財政，不能只由單一署級機關承擔。後續修法應明定學校、社政、司法與醫療的高風險兒少接手、轉介、追蹤與成效檢驗機制，未來並朝具跨部會協調權能的部級治理架構前進。

三 建立兒少與家庭的預防預算、成效指標與專責人力

政府應公開親職教育完成率與成效，將家庭支持納入兒少預防預算，並試辦家庭教育專業人員，以穩定人力、訓練、督導與評估制度支撐，而非只靠短期計畫補助。

補上「與家庭合作」這塊拼圖・全國婦兒團體聯盟召集人 解慧珍

現場心理師、社工師、特教與輔導教師、醫療人員都會遇到同一道牆——如何與家庭合作。建議設置受過家庭科學與家庭教育訓練的「家庭教育專業人員」，先在學輔中心、特教與輔導系統、兒科、早療、罕病及兒童發展聯合評估團隊試辦，補上跨專業服務中最常被忽略的家庭合作角色。

ORGANIZERS

共同主辦

CO-ORGANIZER

中華民國
兒童健康聯盟

CO-ORGANIZER

全國婦兒
團體聯盟

CO-ORGANIZER

國教
行動聯盟

協辦單位（依筆畫順序）

中華幼托權益促進總會、台灣兒童權利公約聯盟（Taiwan NGOs for CRC）、台灣青少年醫學暨保健學會、台灣性教育學會、台灣愛兒親師家長協會、社團法人台灣好鄰居協會、家庭韌性行動聯盟、為人母有限公司、財團法人天主教會台灣地區主教團、財團法人中華民國兒童福利聯盟文教基金會、華人情感教育發展協會、國立臺灣大學中國信託慈善基金會兒少暨家庭研究中心、新北市中小學家長會長協會、臺灣心理健康聯盟（陸續邀約中）



兒家署的成立是重要起點，但不是終點。

支持孩子，就是支持家庭；

支持家庭，才是真正**支持國家的未來**。

中華民國兒童健康聯盟 · 全國婦兒團體聯盟 · 國教行動聯盟

新聞聯絡人 國教行動聯盟理事長 王瀚陽 0983-097-165

2026 兒少政策論壇·兒家署，缺少的拼圖？·完整論壇手冊·2026.07.10 Zoom 線上論壇