行政院性別平等會衛生、福利及家庭組 第 19 次會議紀錄

時間：107 年 9 月 3 日(星期一)上午 9 時 30 分

地點：衛生福利部 301 會議室

主席：呂召集人寶靜(上午 11:30 前) 紀錄：范紋萍

民間委員劉召集人毓秀(上午 11:30 以後)

出席人員：(詳如簽到單)

壹、主席致詞：(略)

貳、宣布本組民間委員召集人

決定：本組民間委員計 12 人，有 9 人投票，1 人棄權，由統計得票最高者(6 票)劉委員毓秀擔任民間委員召集人。

參、確認前 (第 17) 次會議紀錄

決定：會後請委員再次確認修正發言紀要。

肆、報告事項：

第一案：行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第 17 次會議、第 18 次委員會會議前協商會議及第 18 次委員會決定(議)事項辦理情形報告案，報請公鑒。

報告單位：本組秘書單位

決定：

一、序號 1、2、5、6、7、11 等 6 案，請各權責單位

依委員意見持續辦理，繼續列管。其中，序號 1，請內政部將國人在國外合法同性婚姻，其外籍同性伴侶在臺居留案之辦理情形、遭遇困境提至行政院性別平等會第 19 次委員會議會前協商會議討論；序號 2，請衛生福利部社會及家庭署視需要召開專案會議，邀請財政部國有財產署研商；序號 5，請衛生福利部（統計處）將初步調查規劃提報本組第 20 次會議專案報告；序號 11，請衛生福利部社會及家庭署召開專案會議研議修訂托育相關法規；另外，請衛生福利部（長期照顧司）會同相關部會共同研議委員所提建議，並將輔具在長照領域使用現況提報本組第 20 次會議報告。

二、序號 10「我國超高齡女性失能比例偏高之原因探討與對策」、序號 12「建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫—推動社區公共托育家園執行情形」2 案，已列入本次報告案第 2 至 3 案，俟報告後再行決定解除或繼續列管。

第二案：我國超高齡女性失能比例偏高之原因探討與對策

報告單位：衛生福利部國民健康署

決定：解除列管，並請衛生福利部國民健康署針對此提案之歷次報告提供給本屆新任委員。（按：以上決定為委員們於會後重新商議後達成。）

第三案：建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫—推動社區公共托育家園執行情形

報告單位：衛生福利部社會及家庭署

決定：委員所提研修社區公共托育家園相關法規，請於財團法人婦女權益促進發展基金會召開之「托育、長照、女性就業三合一政策」專案小組會議討論初擬方向，再請衛生福利部社會及家庭署召開專案會議，本案繼續追蹤。

伍、討論事項：

第一案：建請衛生福利部研議產科「開放醫院」合作模式及產科給付需將「產科醫師/助產師非工時內接生」納入考量之事宜，提請討論。

提案人：黃委員淑英

決議：

- 一、請衛生福利部（醫事司）全面檢討開放醫院試辦計畫給付方式，並考量未來醫師納入勞基法之工時處理。
- 二、請衛生福利部中央健康保險署針對醫師與醫療機構間之各類可能結構（受僱、合夥、靠行），研擬其相關給付方式之可行性。

第二案：為強化女性障礙者在婦科、產檢與婦女預防性檢查場所之可及性，提請討論。

提案人：余委員秀芷

決議：

- 一、請衛生福利部（醫事司）偕同國民健康署研議女性障礙者的就醫無礙環境，並參酌委員建議辦理。

二、請衛生福利部（醫事司）研議將身障者服務倫理課程納入醫事人員繼續教育學分。

三、請衛生福利部國民健康署宣導縣市衛生局改善、汰換乳房攝影或子宮頸抹片檢查車時，優先考量購置具無障礙設備之檢查車。

第三案：促進我國女性經濟參與之優先性別議題「研析如何打破醫師及護理士/師的性別刻板印象以推動醫護性別平權」之規劃辦理方式，提請討論。

提案單位：衛生福利部/教育部

決議：請衛生福利部、教育部參酌委員及行政院性別平等處建議，修正辦理方式及期程，提報本組第20次會議討論。

第四案：世界各國於本世紀有越來越高比例年輕人實行同居，我國自不例外，宜思考如何效法先進國家，以具體政策支持同居之年輕人生養子女，協助年輕人做合理的生涯規劃，並提升我國低落的生育率。

提案人：劉委員毓秀、何委員碧珍

連署人：郭委員素珍、陳委員秀惠、黃委員淑玲

決議：請衛生福利部、勞動部、內政部針對委員所提建議於相關政策規劃時，予以考量與充分討論。

陸、臨時動議：

第一案：建請衛生福利部研議將乳房植入物引起之退化性大細胞淋巴瘤相關說明加入乳房整型/重建手術說明書，提高患者對疾病的理解與警覺。

提案人：黃委員淑英

決議：請衛生福利部（醫事司）參酌委員意見，於手術說明書修正規劃時納入考量。

第二案：建請衛生福利部加強對坊間所稱「陰道回春」相關療程之取締及發佈警訊。

提案人：黃委員淑英

決議：請衛生福利部針對黃委員淑英所提四項辦法，於本組第 20 次會議提出報告。

第三案：我國少子女化對策計畫「0-5 歲」幼兒照顧與教育現行推動情形檢討案。

提案人：黃委員淑英

決議：請教育部及衛生福利部就推動我國「少子女化對策計畫」中 0-5 歲幼兒照顧與教育準公共化政策推動現況、民間業者配合情形及回應、困境及解決方式提至行政院性別平等會第 19 次委員會議會前協商會議報告。

柒、散會：下午 1 時 20 分

委員發言紀要

壹、報告事項：

第一案：行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第 17 次會議、第 18 次委員會議會前協商會議及第 18 次委員會議決定(議)事項辦理情形報告案，報請公鑒。

許委員秀雯：

一、有關序號 1，有關同婚法案的辦理情形，法務部一直以同樣的文字，讓本案繼續列管，藉此拖延。另外，內政部處理居留議題遇到困難，提到其他部會尚有疑義，第一，有關繼承權，意思是在國外合法結婚的同性配偶回到臺灣，假設他的配偶死亡，我們打算不讓他繼承嗎？第二，有關工作權，意思是勞動部認為工作權的部分有疑義，我們給外籍同性配偶居留權，但是卻要讓他當次等公民，不能比照跨國的異性配偶享有工作權嗎？我們打算這樣對待跨國的同性配偶嗎？自 3 月 5 日第 18 次委員會議院長裁示到現在，實際上已經六個月過去了，大法官已經解釋不保障同性婚姻是違憲，而立法、行政機關卻怠惰不把法規完備起來，讓我國一直處於違憲狀態，對於國外合法承認跨國同婚伴侶，在過渡期間不斷侵害他們的權益，包含居留權、繼承權、工作權，這絕對也是違憲的。

二、序號 7，請教醫事司所說的委員專業團體辦理是誰？在什麼時候進行？另外，醫事司不考慮修法的原

因，是因為當初立法時討論過的道德風險問題，那我現在舉一個例子，假設畢安生教授沒有在2016年10月中跳樓，假設跟他在一起的同性伴侶（臺灣人），他的伴侶在安寧病房渡過最後的生命歷程，他們相依為命三十幾年，時空移轉到現在病人自主權利法上路，該法第十條告訴畢安生兩種選擇，一是可以當同性伴侶的醫療委任代理人，但同性伴侶的遺產不能透過遺囑留給畢安生，二是同性伴侶可以留財產給畢安生，但是畢安生不能替同性伴侶做任何醫療決定。請教醫事司認為這樣的規定是合理的、不需調整嗎？也有很多第二春的老人家，歷經結婚、喪偶又找到伴侶，也是不選擇結婚，但是他們也有可能需要醫療上的自主權利的保障，也要陷他們於兩難嗎？國家在這種政策上面需要認真思考，不要以為配偶就不會有道德風險，最可怕的戰場在家事法庭，而親密關係具多樣化，不能單純假設沒結婚的伴侶具高道德風險，也不要認為有結婚的配偶一定會為對方利益做出最佳決定。

黃委員淑英：

- 一、序號1，以我國現行的法令，沒有結婚就無法承認，其他法令配套修改要有一定的時間，在場同仁可能無法回答。建議提案到會前協商會議或是專案會議處理外國合法同性配偶的繼承權、工作權等問題。
- 二、序號3，請國民健康署補充辦理期程及規劃內容，再行解除列管。

何委員碧珍：

- 一、序號 1，一年多前大法官解釋前已經召開多次會議討論，我也在其中，我以為大法官解釋後問題就會解決，但顯然沒有，不曉得部會的困難點在哪裡，並沒有說明得很清楚，那既然下級部會沒有辦法解決，應該就要上報到委員會會議讓院長裁示。
- 二、序號 4、8，我認為在勞動部、衛生福利部正式的課程只需要納入 1 小時課程讓照顧服務員知道出路即可，其他可以回歸到內政部合作事業的專業訓練，教育部的部分在年輕人的培養上面，應該可以增加時數，也建議教育部將合作事業經營納入到長照課程模組的「經營管理」面向。

劉委員毓秀：

序號 5，建議衛生福利部針對研修問卷內容提出專題報告。

余委員秀芷：

序號 4、8，我以使用者的角度分享，我們在談增加照顧服務員並且強調專業，但是專業是需要很多輔具幫助才能展現，而不是土法煉鋼地搬運，如果沒有輔具幫助，長久下來會造成照顧服務員的職業傷害，我相信會是許多人想要投入照顧服務領域時的考量因素。另外，雖然政府有補助購置輔具，但以我的輪椅來說要價 13 萬，卻僅補助 1 萬 5 千元，但為了減少手部負擔，不得不買品質較好的輪椅，相對單價也高，因此大多數的人不是咬緊牙根購置，就是買低價輪椅勉強使用。我認為

輔具的支持需要被關注，現在輔具都被列為醫療當中而需要有相關的認證，也因此價格高居不下，但對我來說，輔具是生活的一部分。

郭委員素珍：

序號 4、8，建議未來在修訂評鑑標準，將相關輔具（例如移位機）納入評鑑考量，才能加速機構重視問題。

郭委員玲惠：

序號 4、8，當我們講到輔具，第一個就會提到財源，還有分別針對照顧者跟被照顧者角度來看，再來是如何減輕照顧者的職業傷害，另外，為什麼照顧服務員會認為輔具不好用而人工方式比較好用，是不是設定的標準有問題，故涉及職業安全、就業保險、就業發展、輔具標準等，勞動部、經濟部標準檢驗局都需納入思考、從長計議。

衛生福利部國民健康署會後提供書面資料：

序號 3，依黃委員淑英建議補充規劃情形。台灣助產學會於 107 年 9 月 3 日提供本署「107 年生產教育種子講師培訓計畫」草案，初步規劃將參照國際生產教育協會及國際拉梅茲協會培訓方式，於 107 年 12 月底前辦理 1 場至少 3 天之講師訓練課程，本署業提供意見請學會儘速修正後再重新提報，希於 107 年 9 月下旬前核定補助。

第二案：我國超高齡女性失能比例偏高之原因探討與對策

劉委員毓秀：

(會後修改)與原提案委員王品教授討論過後，建議本案解除列管，於日後找到更好的解決方式時，另行提案。

黃委員淑玲：

贊成王品教授的意見，統計上應跟日本、韓國比較，並分析臺灣女性失能的原因是什麼？以及為什麼比起日本、韓國或 OECD 國家，我國失能狀況更差。另外，為何只有探討女性失能？男性明顯壽命比較短，且若男性處於不健康狀態下，反而造成女性照顧負擔，故應該也應具體比較男性與女性的失能狀況。

黃委員淑英：

失能的原因很多，我們對於健康有性別差異這件事情，講了很久但都沒有受到重視，而一直以男性的方式處理女性健康問題，有關健康的性別差異一定要納入教育、思考及處理，建請衛生福利部重視這個議題。

第三案：建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫—推動社區公共托育家園執行情形

王委員兆慶：

非常肯定社會及家庭署的報告，惟第 13 頁列出未來佈建規劃目標，明年要辦理委託研究，找出最適經濟規模，後年才要研修法規，建議近期就召開專案會議直接研議公共托育家園相關法規修訂方式，就我知道許多專家學者、地方政府皆已有共識，公共托育家園要推廣，一定得修法，一定要有適當的彈性空間。另外建議不侷限於機構式管理，研議開放擴大分班或聯合督導式管理的可能性，舉例有些地方只有 12 個小孩，許多老師反

映，一位主任管理 4 個家園都沒有問題。目前地方政府苦不堪言，不曉得目標是怎麼訂出來的，即刻啟動修法，對於解除地方政府焦慮是很有幫助的，免於中央政府屆時因達不到佈建目標數反而滾動下修目標值。

貳、討論事項：

第一案：建請衛生福利部研議產科「開放醫院」合作模式及產科給付需將「產科醫師/助產師非工時內接生」納入考量之事宜。

黃委員淑英：

女性都希望產檢與接生醫師為同一人，但目前勞基法條件與基層婦產科醫師沒有充足的資源設置產房、嬰兒房等，致基層沒有產科醫師願意接生，讓女性在社區診所產檢，最後會由其他人接生，故希望建立開放醫院合作模式，讓基層產科醫師可以到醫院進行接生。另外，未來醫師納入勞基法對產科最大的衝擊是工時如何計算？非工時內接生由誰支付？根據醫事司函釋提到指定醫師接生費用是由產婦支付，但高達一萬多塊出勤費由產婦承擔似乎有點過分，建請醫事司積極針對產科開放醫院提出完整規劃。

另外，建請健保署思考生產包裹給付問題，舉例說明，常理自然產待產時間會比較久，卻跟剖腹產支領一樣的錢，會有哪位醫師同意非工時內出勤幫自然產產婦接生？最後的結果就會變成別人幫產婦接生，而不是原先產檢的醫師。女性生育需要全程照護，過程會建立醫師跟產婦之間的相互信任、溝通、瞭解，並不是其他醫師接生就不好，而是女性希望由自己的產檢醫師來接生，

這時候就產生支付問題，政府卻告訴醫師可向產婦收取指定接生費，那麼付不起的人還是付不起，產生社經階級問題。假設明年醫師納入勞基法，醫師受到每週工時上限 80 小時，加班費如何計算？目前政府不願意給，變成醫師自己承擔或不願意幫產婦接生，造成對產婦不利情況。

建立開放醫院制度是為了讓基層產科醫師能夠進入到醫院使用設備替產婦接生，而「孕產婦全程照護醫療給付改善方案」限制在各級醫療院所場域內執行才可以給付，故對於基層產科醫師沒有實質幫助。

郭委員玲惠：

政府針對幾個議題應該思考，例如未來醫師納入勞基法衝擊、自然產接生需要較長的等待期、如何做開放醫院合作模式、當靠行醫師變成依附醫療院所的受僱醫師等，故建議重新檢討給付項目。另外也建議找基層婦產科醫師討論，不要只邀婦產科醫學會，許多基層醫師並不是婦產科醫學會的重要幹部，應全面瞭解實際狀態，以因應醫師納入勞基法後法律結構改變（受僱、合夥或靠行等）之健保給付方式，例如擴大診療項目、給付對象等。

第二案：女性障礙者在婦科、產檢與婦女預防性檢查場所之可及性。

余委員秀芷：

國民健康署提供乳房攝影醫療院所清單當中「乳攝儀可升降」文字，容易誤導女性障礙者，造成前往醫療院所時才發現無法以輪椅原地檢查而必須移位的情形，

建議可於乳房攝影篩檢通知單備註說明需要移位或是在輪椅上就可以檢查。另外，巡迴車對於資源匱乏的偏鄉地區是迫切需要的，但很少有升降設備，必須到大醫院排隊等待檢查，偏鄉地區交通不便，女性障礙者難以到醫院，而醫院更衣室的門寬不足以讓輪椅進去，層層阻礙下，可能造成拖延檢查，使女性障礙者無法享有與一般女性同等的預防性檢查。子宮頸抹片檢查檯對於女性障礙者過高，目前幾乎被要求找陪同者抱上去檢查檯，但沒有陪同者呢？建議請醫療院所提供移位機或者其他移位輔具的支持，而不是讓女性障礙者自己想辦法。而這些關於乳攝機器的可及性資訊，在未能全面無障礙之前，應在公所寄發乳房攝影通知單上面標明資訊，或衛生福利部相關電子軟體中提供，醫院裡也該有資訊，讓醫護人員可以引導需求者可以就近到可使用的醫院進行檢查。關於女性障礙者的產檢，以及子宮頸抹片檢查檯，都應提供移位機或其他移位輔具，這部分是否列入評鑑中。

許委員秀雯：

聽完余委員的說明，也讓我想起以往聽過女性身障者產檢就醫的經驗。具體建議，第一，醫院要有明確的流程，當無障礙設備尚未完善前，至少有清楚的無障礙資源地圖，幫助女性障礙者快速找到資源，第二，主政機關要制定一套流程宣導醫護人員面對女性障礙者須具備的態度、同理心。

何委員碧珍：

建議衛生福利部建立分區（或各縣市）無障礙資源地圖，透過盤點目前的資源，逐步改善無障礙環境，至

少各縣市有 1 個提供女性障礙者可用的醫療設備。另外，建請衛生福利部針對乳房攝影及子宮頸抹片檢查車應具備的升降設備規格，再詳細盤點對女性障礙者的實際可使用性後，個別通知女性障礙者獲取就近資源。

陳委員秀惠：

依我去體驗社區巡迴檢查車的經驗，車上空間窄到脫衣服去乳攝都很困難，旁邊還有醫師在等，上到檢查車前還有階梯，周邊還有兩個等待區座位，以上周遭的危險因子對四肢健全的人都很不友善，何況是對女性障礙者，也可能造成女性障礙者一輩子都沒有做過子宮頸抹片檢查，等到罹癌的時候已來不及，喪失了預防的功能。

第三案：促進我國女性經濟參與之優先性別議題「研析如何打破醫師及護理士/師的性別刻板印象以推動醫護性別平權」之規劃辦理方式，提請討論。

許委員秀雯：

建議醫事司同時能徵詢非正式組織的女醫師團體的意見，他們之中許多人很有性別平等意識，也可能比正式組織更活躍、更具批判性，或更瞭解第一線性別不平等的地方。

郭委員玲惠：

本提案的重點是如何打破醫師及護理師的性別刻板印象，而非不聘僱女性醫師及護理師的問題，女性受僱者可能因為產假等等而讓考績變差，建議醫事司先統計醫師性別升遷（主治醫師、主任等）比例，再找出醫護人員性別刻板印象在哪裡，是否跟醫院體系的父權思

考有關，並考慮可以做什麼來破除刻板印象。另外，包含為什麼許多女性護理師放棄繼續執業，這些數據都應該列出來，建議扣緊議題並補充相關性別統計。

從經濟部、勞動部各種指標來看，醫院評鑑當然可以把性別友善措施，包含夜間工作、女性主管、醫護人員性別比例等列為加分項目，這是典型的鼓勵性暫行特別措施，強烈建議納入醫院評鑑，這並不會損害醫療專業性，反而可以凸顯性別友善性。

黃委員淑玲：

目前男性護理人員太少，建議衛生福利部、教育部針對這一塊提出目標及策略。另外，教育部列了很多項，但看不出與本提案密切相關之處，建議教育部檢討後重新提列。本人附議郭委員建議，將相關性別友善措施列入醫院評鑑加分項目。

郭委員素珍：

建議注意醫療院所重要的委員會，包括考績、升遷等性別比例，醫療服務業當中女性工作者佔多數，但每當遇決策或資源分配時，權力都掌握在男性身上，反映女性被打壓、被歧視的現象。

陳委員秀惠：

近期東京醫科大學發生一件醜聞，竟然刻意刷掉女性合格者，從 OECD 公布數據來看，日本只有約 20% 的女性醫師，結果沒想到臺灣更慘，到 2017 年才 18.8%。我曾經跟朋友談論過這個現象，朋友認為是女性要結婚、生小孩所以辭職，另外，日本推估女性為育兒請辭的經濟年損相當於台幣 3,300 億，又發生東京醫科大學的醜

聞，因此日本很緊張。臺灣同樣讀理科的女性很少，所以性別平等處努力從高中就開始推動，也辦了很多活動，促進女性對理科的興趣，致力縮小性別差距。目前工作職場的現況許多女性醫師及護理師結婚後就離開職場，受過醫學專業訓練沒有真正執業，對國家是一種浪費、損失，醫學系 1,500 名在學學生當中，只有 500 名女學生，泌尿科醫師 1,000 名當中，只有 40 名女性，婦產科女性比例則是比較優勢，期待以一個比較有效的方式提升女性醫師比例，甚至是女性醫師參與決策階層比例。

黃委員淑英：

我補充一點，當我們鼓勵更多女醫師進到職場時，需要考慮的問題就是，女性會面臨生產、育嬰假，而進入到休息狀態，此時，替代醫師數量夠不夠？國外在考慮女性醫師人力配置時，也會考量醫師人力培育的總量管制，例如提升到 1.5 倍才夠補充。

行政院性別平等處：

委員所提意見，本處附議。補充說明，本提案是源自促進我國女性經濟參與之優先性別議題與政策建議委託研究案建議的性別落差待研析及改善之行業，希望可以提升女性擔任主治醫師、科室主任或決策者。衛生福利部醫事司所提的醫院評鑑作業，比較像例行過程指標，建議採取實際結果面的指標，如女性醫師擔任主管層級比例納入評鑑計分項目，或在逐年提高女性醫師擔任主管層級比例目標值等，請衛生福利部醫事司參考委員意見重新研提內容後，以電子郵件方式寄送本處，請本處先行檢視。另外，建議教育部提出降低學生就讀醫

護相關科系之性別落差的有效策略及目標值。

第四案：世界各國於本世紀有越來越高比例年輕人實行同居，我國自不例外，宜思考如何效法先進國家，以具體政策支持同居之年輕人生養子女，協助年輕人做合理的生涯規劃，並提升我國低落的生育率。

劉委員毓秀：

衛生福利部的回應是有關擴大育兒津貼、托育公共化及準公共化機制 2 項支持家庭育兒政策，申請資格不以婚生子女為限。我在本提案提到可否設計相關辦法讓基於長久交往關係且非小三模式同居前提下的男性享有育嬰假、育嬰津貼等，讓同居且跟子女同住的父親兼顧家庭、工作、育兒，不只衛生福利部，勞動部也要加入討論。本提案中說明，2014 年 OECD 國家婚外生子比例平均接近 40%，性別平等指數高的國家（如北歐國家、法國等）甚至超過 50%，且 17 歲以下子女跟同居雙親同住比例高達 25%。反觀臺灣對於婚外生子大致是零容忍，臺灣初婚年齡女性平均 30 歲，如果我國結婚年齡門檻那麼高、那麼多年輕人同居的現況下，我國在這方面應該要有鬆綁措施，至少先讓以長久關係為前提、而且沒有與第三人的婚姻關係這種狀況的父親享有相關照顧假。

黃委員淑英：

建議釐清「同居」的定義，例如非婚媽媽的同居伴侶不一定是小孩的親生父親，此狀況下的同居男性能否同樣獲得育嬰假等權利。這個議題涉及層面很廣，包括

勞保基金能否支持、社會對非婚子女的歧視，建議於本組會議充分討論後，再連署提至會前協商會議。

何委員碧珍：

這個議題兩年前曾經在國家發展委員會提出，我國婚內、婚外生子比例相較於 OECD 國家統計數據天差地遠，對臺灣來講，雖然目前社會零容忍，但不往婚外生子方向思考，少子女化現象不可能得到解套。我最近到德國參訪，接觸墮胎協助諮商服務單位，向他們請益得到兩個訊息，第一，他們認為只要生小孩就是重大事情，不管婚姻內或婚姻外，服務單位幾乎沒有列入考慮，因此也沒有統計婚內生子或婚外生子的數據；第二，只要是婦女懷孕，每個月補助 500 歐元直到小孩 3 歲可以銜接上國家的托育政策為止。對於婦女來講，懷孕完全沒有社會壓力，而德國女性會墮胎的最大考量是與男性伴侶關係，怕男性伴侶跑掉。另外，德國生育率是 1.8，他們都很擔憂，做了許多相關措施，而我國生育率才 1.13，卻沒有任何措施，政府應該要審視、考慮，如何逐步鬆綁、改變社會價值觀，需要緊密的規劃，建議以專案會議討論。

許委員秀雯：

剛剛淑英委員提到同居的定義，毓秀委員也為了降低道德風險而設定非小三模式，我建議內政部戶政司也一起加入討論，現有的同性伴侶註記作為一種過渡措施，也許未來婚姻平權法制化後（即同志可登記結婚後）會被廢止，但我建議不但不要廢止，而是保留且擴大到異性伴侶，並且給予明確法源依據，也就是說，未來除了婚姻制度外，也應該考慮建立起一套同性與異性同居伴

侶都可用的登記制度，這個同居伴侶登記制度就建立在無婚姻關係上。另外，勞動部提到申請育嬰留職停薪、家庭照顧假不限婚生子女，但是否可擴及到非婚媽媽的同居伴侶？

參、臨時動議：

第一案：建請衛生福利部研議將乳房植入物引起之退化性大細胞淋巴瘤相關說明加入乳房整型/重建手術說明書，提高患者對疾病的理解與警覺。

黃委員淑英：

歐美國家紛紛發佈表示進行隆乳或乳房重建手術可能會有相關惡性腫瘤發生，但我國民眾不知道這件事情，建議醫事司將相關風險說明加入手術同意書。

第二案：建請衛生福利部加強對坊間所稱「陰道回春」相關療程之取締及發佈警訊。

黃委員淑英：

現在的美容手術從頭做到胸部、腹部、臀部，甚至到陰部，以美國 FDA 來講，沒有同意任何儀器可以做陰部美容手術，在臺灣卻已行之有年，請醫事司、食品藥物管理署對這件事要有所處理，並針對我提的四項辦法，於下次會議提出報告。

第三案：我國少子女化對策計畫「0-5 歲」幼兒照顧與教育現行推動情形檢討案。

黃委員淑英：

最近政府建置準公共化機制，原先討論方向是補助保母、機構，後來報章卻說補助個人，且國家給錢還被

打臉，建請教育部、衛生福利部理順事情的來龍去脈並檢討反省。

**行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第 19 次會議
決定(議)事項辦理情形追蹤表**

案由	決定(議)事項	辦理單位
報告事項第一案：行政院性別平等會衛生、福利及家庭組第 17 次會議、第 18 次委員會議會前協商會議及第 18 次委員會決定(議)事項辦理情形報告案，報請公鑒。	序號 1、2、5、6、7、11 等 6 案，請各權責單位依委員意見持續辦理，繼續列管。其中，序號 1，請內政部將國人在國外合法同性婚姻，其外籍同性伴侶在臺居留案之辦理情形、遭遇困境提至行政院性別平等會第 19 次委員會議會前協商會議討論；序號 2，請衛生福利部社會及家庭署積極主動評估房舍需求，必要時召開專案會議邀請財政部國有財產署研商；序號 5，請衛生福利部（統計處）將初步調查規劃提報本組第 20 次會議專案報告；序號 11，請衛生福利部社會及家庭署召開專案會議研議修訂托育相關法規；另外，請衛生福利部（長期照顧司）會同相關部會共同研議委員所提建議，並將輔具在長照領域使用現況提報本組第 20 次會議報告。	
	1 「同性婚姻合法化」及「國人在國外合法同性婚姻，其外籍同性伴侶在臺居留議	法務部 內政部

案由	決定(議)事項		辦理單位
		題」	
	2	為國家婦女館找更大空間案	衛生福利部社會及家庭署/ 財政部 國有財產署
	5	建請修訂、整合我國婦女婚育相關調查案	衛生福利部統計處
	6	各式文件增加性別欄位	行政院性別平等處
	7	「病人自主權利法」母法對非婚伴侶之不利限制案	衛生福利部 (醫事司)
	11	建請衛福部研議修訂零至二歲托育相關法規案	衛生福利部社會及家庭署
		輔具在長照領域使用現況案	衛生福利部 (長期照顧)

案由	決定(議)事項	辦理單位
		司)
報告事項第三案：建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫－推動社區公共托育家園執行情形	委員所提研修社區公共托育家園相關法規，請於財團法人婦女權益促進發展基金會召開之「托育、長照、女性就業三合一政策」專案小組會議討論初擬方向，再請衛生福利部社會及家庭署召開專案會議，本案繼續追蹤。	衛生福利部社會及家庭署
討論事項第一案：建請衛生福利部研議產科「開放醫院」合作模式及產科給付需將「產科醫師/助產師非工時內接生」納入考量之事宜，提請討論。	請衛生福利部（醫事司）全面檢討開放醫院試辦計畫給付方式，並考量未來醫師納入勞基法之工時處理。	衛生福利部（醫事司）
	請衛生福利部中央健康保險署針對醫師與醫療機構間之各類可能結構（受僱、合夥、靠行），研擬其相關給付方式之可行性。	衛生福利部國民健康署
討論事項第二案：為強化女性障礙者在婦科、產檢與婦女預防性檢查場所之可及性，提請討論。	請衛生福利部（醫事司）偕同國民健康署研議女性障礙者的就醫無礙環境，並參酌委員建議辦理。	衛生福利部（醫事司）
	請衛生福利部（醫事司）研議將身障者服務倫理課程納入醫事人員繼續教育學分。	衛生福利部（醫事司）

案由	決定(議)事項	辦理單位
	請衛生福利部國民健康署宣導縣市衛生局改善、汰換乳房攝影或子宮頸抹片檢查車時，優先考量購置具無障礙設備之檢查車。	衛生福利部國民健康署
討論事項第三案：促進我國女性經濟參與之優先性別議題「研析如何打破醫師及護理士/師的性別刻板印象以推動醫護性別平權」之規劃辦理方式，提請討論。	請衛生福利部、教育部參酌委員及行政院性別平等處建議，修正辦理方式及期程，提報本組第 20 次會議討論。	衛生福利部 (醫事司、護理及健康照護司)/教育部
討論事項第四案：世界各國於本世紀有越來越高比例年輕人實行同居，我國自不例外，宜思考如何效法先進國家，以具體政策支持同居之年輕人生養子女，協助年輕人做合理的生涯規劃，並提升我國低落的生育率。	請衛生福利部、勞動部、內政部針對委員所提建議於相關政策規劃時，予以考量與充分討論。	衛生福利部社會及家庭署/勞動部/內政部(戶政司)
臨時動議第一案：建請衛生福利部研議將乳房植入物引起之退化性大細胞淋巴瘤相關說明加入乳房整型/重建手術說明書，提高患者對疾病的理解與警覺。	請衛生福利部 (醫事司) 參酌委員意見，於手術說明書修正規劃時納入考量。	衛生福利部 (醫事司)

案由	決定(議)事項	辦理單位
臨時動議第二案：建請衛生福利部加強對坊間所稱「陰道回春」相關療程之取締及發佈警訊。	請衛生福利部針對黃委員淑英所提四項辦法，於本組第 20 次會議提出報告。	衛生福利部 (醫事司)/衛生福利部食品藥物管理署
臨時動議第三案：我國少子女化對策計畫「0-5 歲」幼兒照顧與教育現行推動情形檢討案。	請教育部及衛生福利部就推動我國「少子女化對策計畫」中 0-5 歲幼兒照顧與教育準公共化政策推動現況、民間業者配合情形及回應、困境及解決方式提至行政院性別平等會第 19 次委員會前協商會議報告。	教育部 國民及學前教育署/ 衛生福利部社會及家庭署