

老人健康促進計畫

(2009—2012)



行政院衛生署國民健康局

98年03月27日

目 錄

頁數

壹、計畫緣起

- 一、依據01
- 二、未來環境預測
 - (一) 人口老化快速01
 - (二) 老人罹病及死因以慢性病為主03
 - (三) 老人之醫療照護使用率及醫療費用增加07
 - (四) 長期照護需求增加09
 - (五) 先進國家老人健康促進政策之趨勢09
- 三、問題評析
 - (一) 近五成老人缺乏運動14
 - (二) 跌倒是老人罹病與死亡之重要原因15
 - (三) 老人每天至少攝食 5 份蔬果之份量不足16
 - (四) 口腔健康，影響老人咀嚼、營養上的問題與生活品質17
 - (五) 吸菸對老人健康及醫療支出影響甚鉅18
 - (六) 老人心理健康問題19
 - (七) 老人社會活動參與的問題21
 - (八) 老人預防保健及篩檢服務接受率不高22

貳、計畫目標

- 一、目標說明24
- 二、名詞界定26
- 三、訂定老人健康促進之概念架構26
- 四、老人健康促進之願景28
- 五、老人健康促進之目標28
- 六、達成目標之限制29
- 七、預期績效指標及評估基準30

| | |
|---------------------|----|
| 參、現行相關政策及方案之檢討 | |
| 一、相關法規 | 32 |
| 二、相關政策或計畫檢討 | 35 |
| 肆、執行策略及方法 | |
| 一、老人健康促進服務體系 | 42 |
| 二、主要工作項目 | 43 |
| 三、執行策略與方法 | 43 |
| 工作項目一、促進老人健康體能 | 43 |
| 工作項目二、加強老人跌倒防制 | 45 |
| 工作項目三、促進老人健康飲食 | 46 |
| 工作項目四、加強老人口腔保健 | 47 |
| 工作項目五、加強老人菸害防制 | 48 |
| 工作項目六、加強老人心理健康 | 50 |
| 工作項目七、加強老人社會參與 | 52 |
| 工作項目八、加強老人預防保健及篩檢服務 | 53 |
| 四、執行分工 | 55 |
| 伍、資源需求 | |
| 一、所需資源說明 | 55 |
| 二、經費來源及計算基準 | 56 |
| 三、經費需求 | 56 |
| 陸、預期效果及影響 | |
| 一、計畫執行短期成效 | 57 |
| 二、計畫執行長期成效 | 57 |
| 柒、附則 | |
| 一、替選方案之分析及評估 | 58 |
| 二、有關機關配合事項 | 58 |
| 三、關聯計畫 | 58 |
| 附件、計畫執行甘特圖 | 60 |

老人健康促進計畫 2009—2012

壹、計畫緣起

一、依據

依據老人福利法第三條、機關任務中長程施政目標應規劃事項辦理。

二、未來環境預測

(一) 人口老化快速

台灣自1993年起，65歲以上老年人口（以下簡稱老人）占總人口數之7.1%，正式邁入高齡化社會；2007年老人達234萬3千餘人，占總人口數10.2%，約每10人中就有1位老人，預估未來人口老化速度將會急遽增加。人口老化是全球已開發或開發中國家皆面臨的問題，對健康及醫療照護、經濟、教育、社會發展及福利等，產生全面性的衝擊與影響。

我國於第二次世界大戰後，受戰後嬰兒潮及大量人口由中國大陸遷臺的影響，加上醫藥科技發達、衛生環境進步、國民營養改善與死亡率持續下降，促使人口快速成長。在2021年第一波戰後嬰兒潮開始進入65歲，之後老年人口將快速攀升；到了2041年第二波嬰兒潮（1976年龍年出生）進入65歲之列，高齡人口將達702.9 萬人；於2056年，高齡人口再增加為761.6 萬人，約為目前的三倍之多。

依據2008年行政院經濟建設委員會之人口中生育推估65歲以上人口，2028年將達22.5%（約每5人中就有1位老人），之後快速上升，至2056年達37.5%；其中，75歲以上人口，將由2008年103萬人，升至2056年455萬人，其占65歲以上人口比率，由2008年的43.1%，增至2056年59.7%（表一）。2008年約7個15~64歲工作年齡者負擔1個老人，18年後

(2026年)將變成約3.2個負擔1個老人；故人口老化之因應，宜儘早規劃相關措施。

從先進國家人口老化速度來看(自7%上升至14%)，法國115年，瑞典85年，美國73年，義大利、英國、德國等為40~61年。相較之下，歐美國家有較充裕的時間，為人口老化作準備；台灣的人口老化速度約為24年，與日本相同，比歐美各國快速(表二)。

表一 台灣未來高齡人口趨勢

| 年別 (西元) | 65歲以上人口 | | | | 65-74歲人口 中生育推計 | | 75歲以上人口 中生育推計 | |
|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | 人數 (萬人) | 占總人口(%) | | | 人數 (萬人) | 占65歲 以上人 口(%) | 人數 (萬人) | 占65歲 以上人 口(%) |
| | | 高生育 推計 | 中生育 推計 | 低生育 推計 | | | | |
| 2008 | 239.7 | 10.4 | 10.4 | 10.4 | 136.5 | 57.0 | 103.2 | 43.1 |
| 2018 | 348.0 | 14.7 | 14.7 | 14.8 | 202.8 | 58.3 | 145.2 | 41.7 |
| 2028 | 536.1 | 22.3 | 22.5 | 22.7 | 314.7 | 58.7 | 221.5 | 41.3 |
| 2056 | 761.6 | 36.0 | 37.5 | 39.5 | 306.9 | 40.3 | 454.7 | 59.7 |

資料來源：行政院經濟建設委員會人力規劃處(2008.08)。

表二 先進國家高齡化社會所需時間

| 國別 | 到達65歲以上人口比例之年次 | | | | | 倍化期間(年數) | |
|-----|----------------|------|------|------|------|----------|---------|
| | 7% | 10% | 14% | 20% | 30% | 7%~14% | 10%~20% |
| 台灣 | 1993 | 2005 | 2017 | 2025 | 2040 | 24 | 20 |
| 新加坡 | 2000 | 2010 | 2016 | 2023 | 2034 | 16 | 13 |
| 南韓 | 2000 | 2007 | 2017 | 2026 | 2040 | 17 | 19 |
| 日本 | 1970 | 1985 | 1994 | 2005 | 2024 | 24 | 20 |
| 中國 | 2001 | 2016 | 2026 | 2036 | - | 25 | 20 |
| 美國 | 1942 | 1972 | 2015 | 2034 | - | 73 | 62 |
| 德國 | 1932 | 1952 | 1972 | 2009 | 2036 | 40 | 57 |
| 英國 | 1929 | 1946 | 1975 | 2026 | - | 46 | 80 |
| 義大利 | 1927 | 1966 | 1988 | 2007 | 2036 | 61 | 41 |
| 瑞典 | 1887 | 1948 | 1972 | 2015 | - | 85 | 67 |

| | | | | | | | |
|----|------|------|------|------|---|-----|----|
| 法國 | 1864 | 1943 | 1979 | 2020 | - | 115 | 77 |
|----|------|------|------|------|---|-----|----|

資料來源：行政院經濟建設委員會人力規劃處(2008.08)。

(二) 老人罹病及死因以慢性病為主

2007年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，八成以上(88.7%)老人自述曾經醫師診斷至少有一項慢性病，老年女性自述罹患慢性病的比率高於男性(表三)。研究發現，長者最常見的慢性病前五項分別為：高血壓(46.67%)、白內障(42.53%)、心臟病(23.90%)、胃潰瘍或胃病(21.17%)、關節炎或風濕症(21.11%)等。以性別比較，高血壓、白內障皆為男、女性之第一、二位外，骨質疏鬆、關節炎或風濕症、心臟病分列女性排序的第三、四、五位；心臟病、胃潰瘍或胃病、糖尿病分佔男性的第三、四、五位(表四)。

從生命統計分析，2007年國人零歲平均餘命，男性為75.1歲，女性為81.9歲，女性較男性長壽，顯示老年女性，在慢性病的預防與照顧需求，比男性更需要重視。造成重要慢性病的危險因子與風險，相關研究與健康促進介入計畫，較少顧及性別差異與弱勢族群的需求；疾病預防保健宣導也缺乏性別評估機制。因此，為提升老人慢性病的自我疾病照顧，避免併發症的產生，教育宣導策略與執行措施應加入性別觀點，確保老人生活品質，是慢性病照顧的重點，也是老人健康促進工作的目標。

表三 老人自述曾經醫師診斷罹患慢性病項目數

| 性別、年齡 | | 1項 | 2項 | 3項 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 65歲以上 | | 88.7% | 71.7% | 51.3% |
| 75歲以上 | | 90.9% | 76.8% | 56.4% |
| 男性 | 65歲以上 | 85.8% | 65.6% | 43.9% |
| | 75歲以上 | 89.1% | 71.2% | 50.2% |
| 女性 | 65歲以上 | 91.7% | 77.8% | 58.8% |
| | 75歲以上 | 92.8% | 82.8% | 63.0% |

註：1. 完訪樣本 2699 人；百分比經加權處理。

2. 資料來源：健康局 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤（第六次）調查」。

表四 2007 年 65 歲以上老人常見慢性病盛行率（前五項慢性病）

| 合計 | 男性 | 女性 |
|----------------------|------------------|-------------------|
| 1. 高血壓 46.67% | 高血壓 43.34% | 高血壓 50.06% |
| 2. 白內障 42.53% | 白內障 35.14% | 白內障 50.03% |
| 3. 心臟病 23.90% | 心臟病 20.59% | 骨質疏鬆 29.69% |
| 4. 胃潰瘍或胃病 21.17% | 胃潰瘍或胃病 20.55% | 關節炎或風濕症 27.60% |
| 5. 關節炎或風濕症 21.11% | 糖尿病 16.44% | 心臟病 27.26% |

註：1. 樣本數：2699 人（男性 1362 人、女性 1337 人）

2. 慢性病包括：高血壓、糖尿病、心臟病、中風、肺或呼吸道疾病（支氣管炎、肺氣腫、肺炎、肺病、氣喘）、關節炎或風濕症、胃潰瘍或胃病、肝膽疾病、髖骨骨折、白內障、腎臟疾病、痛風、脊椎骨骨刺、骨質疏鬆、癌症、高血脂、貧血等 17 項。

3. 百分比經加權處理

4. 資料來源：健康局 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤（第六次）

調查」。

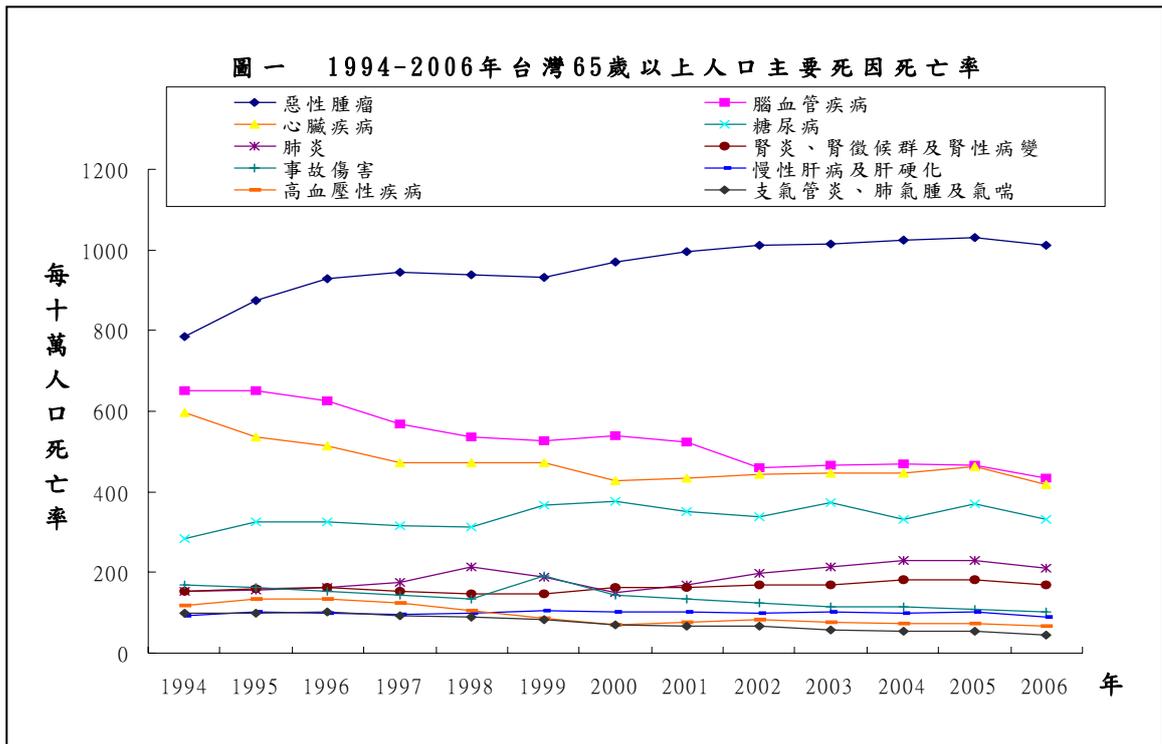
2007年台灣老年人口主要死亡原因，以惡性腫瘤最多，除糖尿病外其他主要死亡原因排名順序男、女性都不相同；就死亡率言，除高血壓、糖尿病外，男性死亡率均高於女性；差異最大者為事故傷害，男性死亡率為女性之2.1倍，死因上呈現性別差異（表五）。

表五 2007年65歲以上老年人口主要死亡原因

| 死亡原因 | 男性 | | 女性 | | 男/女 (倍) |
|--------------|--------------|----|--------------|----|------------|
| | 每10萬人 死亡率 | 順位 | 每10萬人 死亡率 | 順位 | |
| 所有死亡原因 | 4726.4 | | 3386.2 | | 1.4 |
| 惡性腫瘤 | 1364.9 | 1 | 761.1 | 1 | 1.8 |
| 腦血管 | 496.1 | 2 | 379.8 | 3 | 1.3 |
| 心臟疾病 | 468.8 | 3 | 393.4 | 2 | 1.2 |
| 糖尿病 | 308.3 | 4 | 370.7 | 4 | 0.8 |
| 肺炎 | 298.9 | 5 | 161.4 | 6 | 1.9 |
| 腎炎、腎徵候群及腎性病變 | 184.6 | 6 | 179.2 | 5 | 1.0 |
| 事故傷害 | 125.4 | 7 | 60.7 | 9 | 2.1 |
| 慢性肝病及肝硬化 | 88.5 | 8 | 83.3 | 7 | 1.1 |
| 高血壓性疾病 | 70.1 | 9 | 77.8 | 8 | 0.9 |
| 支氣管炎、肺氣腫及氣喘 | 53.0 | 10 | 30.3 | 11 | 1.7 |
| 敗血症 | 50.1 | 11 | 45.1 | 10 | 1.1 |

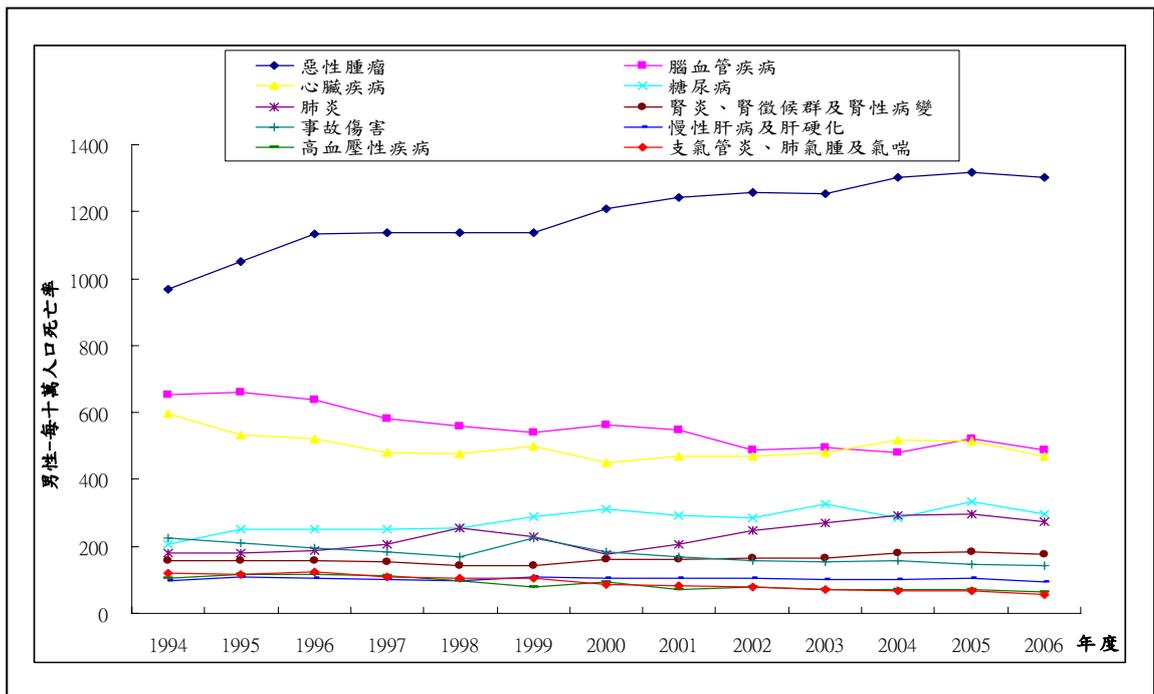
資料來源：行政院衛生署（2008）；圖表繪製：國民健康局（2008）。

由1994~2006年台灣老人主要死因死亡率長期趨勢觀察，其中與生活型態有關之死因，慢性病佔了七個（惡性腫瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、腦血管疾病、心臟疾病、腎病變、高血壓）；在十大死因中，腦血管疾病、事故傷害、慢性阻塞性肺疾病之死亡率呈下降的趨勢；惡性腫瘤、糖尿病、肺炎、腎病變之死亡率呈上升的趨勢（圖一）。再以性別觀之，惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病等慢性病，皆為男、女兩性的主要死因；又，老年女性糖尿病的死因高於老年男性（圖二、圖三）。



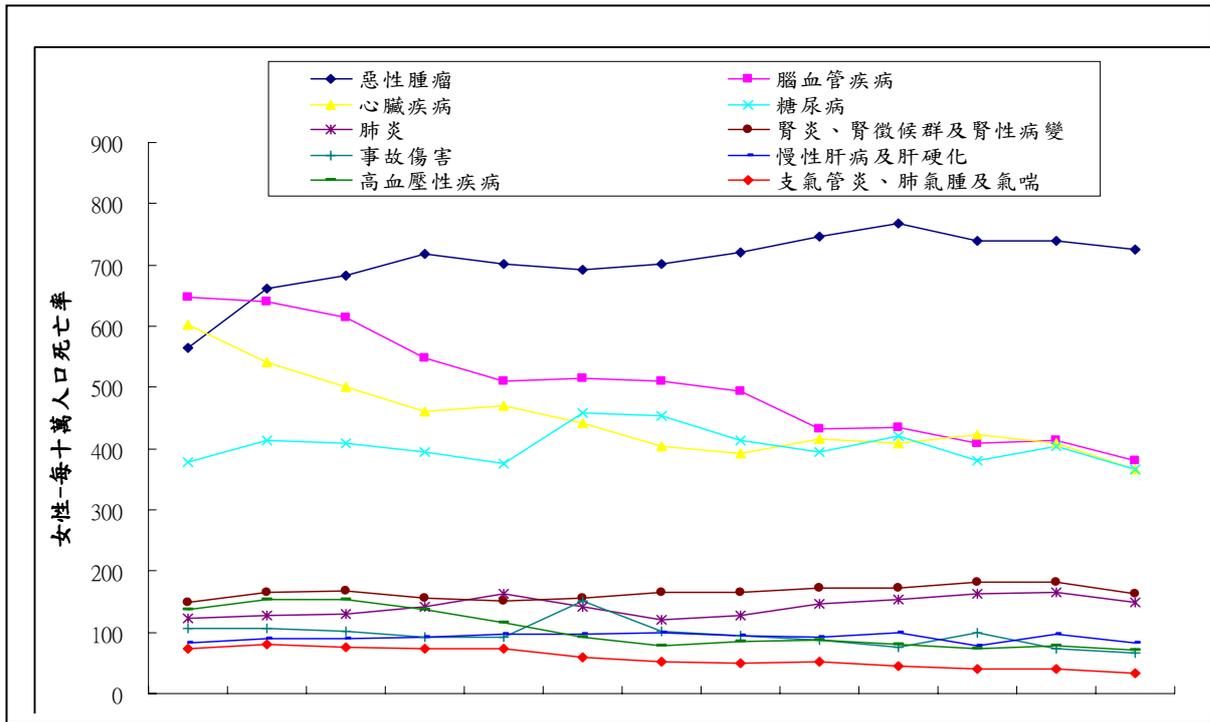
資料來源：衛生署統計室（1994-2006年）

圖二 1994~2006年台灣65歲以上男性人口主要死因死亡率



資料來源：衛生署統計室（1994-2006年）

圖三 1994~2006 年台灣 65 歲以上女性人口主要死因死亡率



資料來源：衛生署統計室(1994-2006 年)

(三) 老人之醫療照護使用率及醫療費用增加

依據1996~2005年健保醫療照護使用情形分析顯示，老人平均門診就診率95.6%，平均每人每年門診26.8次，平均每年住院就診率21.7%（約5人中有1人），平均每人每年住院4.6日，且隨著年代的增加，就診率、門診次數、住院就診率及住院日數皆上升（表六）。以2005、2006年衛生署國民醫療保健支出資料來看，60歲以上的醫療費用，皆較59歲以下各年齡層高出許多倍；10-59歲各年齡層，女性平均每人每年個人醫療費用高於男性；70歲以上男性平均每人每年個人醫療費用高於女性（表七）。

表六 1996-2005年老人健保醫療照護使用情形

單位：%

| | 1996年 | 2000年 | 2005年 | 10年平均 | 10年成長 幅度(%) |
|----------------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| 平均門診 就診率 | 88.5 | 95.9 | 100.7 | 95.6 | 12.2 |
| 平均每人每年 門診次數 | 22.1 | 26.3 | 30.2 | 26.8 | 36.3 |
| 平均每年住院 就診率 | 21.9 | 21.8 | 22.3 | 21.7 | 0.4 |
| 平均每人每年 住院日數 | 4.6 | 4.3 | 5.3 | 4.6 | 13.8 |

資料來源：中央健康保險局

表七 2005、2006年平均每人每年個人醫療費用

| 費用(元) 年齡別 | 2005年 | | | 2006年 | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 合計 | 男 | 女 | 合計 | 男 | 女 |
| 總計 | 27,433 | 26,008 | 28,907 | 28,736 | 27,039 | 30,482 |
| 0-9歲 | 15,598 | 16,389 | 14,735 | 18,491 | 19,376 | 17,525 |
| 10-19歲 | 6,708 | 6,599 | 6,827 | 8,631 | 8,760 | 8,491 |
| 20-29歲 | 6,576 | 5,095 | 8,121 | 10,879 | 11,792 | 9,927 |
| 30-39歲 | 9,585 | 8,356 | 10,841 | 12,224 | 9,687 | 14,805 |
| 40-49歲 | 19,178 | 15,772 | 22,641 | 20,018 | 17,406 | 22,667 |
| 50-59歲 | 45,330 | 38,775 | 51,834 | 44,874 | 37,716 | 51,962 |
| 60-69歲 | 87,441 | 87,604 | 87,289 | 81,677 | 77,299 | 85,735 |
| 70-79歲 | 124,168 | 132,252 | 115,401 | 117,571 | 118,195 | 116,924 |
| 80歲以上 | 115,419 | 120,961 | 109,934 | 101,793 | 115,705 | 87,954 |

資料來源：行政院衛生署衛生統計資訊網「2005-2006國民醫療保健支出」、
「全民健康保險2005-2006醫療統計年報」

(四) 長期照護需求增加

依據2007年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，老人在進食、洗澡、穿脫衣服、上廁所、上下床、室內走動(Activities of Daily Life, ADLs)，至少有一項困難者占14.5%，二項以上有困難者占12.8%。在單獨進行買日常用品、處理金錢、獨自搭車、粗重工作、輕鬆工作、打電話等日常生活活動有困難者 (Instrumental Activities of Daily Life, IADLs)，至少有一項困難者占47.6%，二項以上有困難者占30.5%；其中老人慢性病的控制，以及慢性病併發症的發生，是導致老人失能的主要原因。為維護老人日常生活之獨立與自主性，重要慢性病危險因子(包括關節炎、心臟疾病、糖尿病、高血壓等)的預防，可以透過宣導教育與健康促進活動，推動具性別友善、可近性之保健、篩檢服務，提昇自我照顧能力，降低老人長期照顧需求。

(五) 先進國家老人健康促進政策之趨勢

為增進老人健康，世界衛生組織及先進國家已陸續針對老人健康需求，制定老人健康促進政策(表八)，綜合政策內容，主要在建立各級政府對促進健康之權責、擬定基本政策方針，增進國民健康狀況，進行健康風險因子的監控與管制、實施預防保健與教育、設定健康目標等相關措施。

表八 國際老人健康促進政策

| 國際 | 年代 | 老人健康促進政策 |
|--------|------|---|
| 世界衛生組織 | 2002 | Active Ageing: A Policy Framework |
| 英國 | 2001 | National Service Framework for Older People |
| 歐盟組織 | 2003 | Healthy Ageing: A challenge for Europe |
| 日本 | 2005 | Healthy people in Japan |
| 美國 | 2007 | The State of Aging and Health in America |

1. 世界衛生組織提出活躍老化的基本原則

世界衛生組織提出活躍老化(active ageing)的概念，為世界各國擬定老人健康政策的主要參考架構。活躍老化的定義：健康、參與、和安全達到最適化機會的過程，以促進老年時的生活品質 (WHO, 2002)。活躍(active)意指持續參與社會、經濟、文化、靈性等事務，不僅是沒有身體活動力或有勞動力的參與；退休的老人與失能老人，能夠繼續參與家庭、同儕及社區的活動，仍然可維持活躍；促進老人心理健康與社會連結的政策或計畫，與促進老人生理健康同等重要。活躍老化的影響因素，包括：文化、性別、健康、行為、物理環境、社會環境、社會支持、經濟等因素。

2. 國際經驗對台灣的啟示

(1) 歐盟國際組織

歐盟國際組織提出健康老化計畫，建議以「老人之社會價值、健康促進之必要性、平等性、自主性、特異性(性別、文化、健康的不同、社經)」等原則，來擬定國家健康老化之政策、研究與實務；在政策方面，標的群體為 50 歲以上民眾，強調橫跨式的整合、健康促進及疾病預防之支持性政策的發展(落實於地方、專業人員素質之提升)、健康老化指標的擬定；在研究方面，進行健康促進成本效益之評估、加強改善老人生活型態有效策略之發展(尤其針對較難接觸之群體 hard-to-reach groups)、研究之應用、老人健康監測指標之發展；在實務方面，激發有效的健康老化介入措施、政府及 NGO 組織等的合作、多元化行銷健康老化的認知與方法、創造增進老人的飲食、運動、社會關係與就業等機會與環境；重要的健康議題，包括營養、身體活動、預防保健服務、醫療照護、藥物濫用(含菸酒)的預防、心理健康、傷害預防、環境、退休和提前退休、社會參與等共 10 項。

(2) 英國

2001年，英國政府通過「國家老人服務架構」(National Service Framework for Older People)，提出老人照顧整合十年計畫，連結社會服務支持系統，強調老人獨立自主與促進健康；透過照顧標準的建立，縮小服務的落差，確保老人獲得平等、高品質、整合性的健康和社會服務，達到下列四項目標：排除年齡歧視、以個人為中心的照顧服務、促進老人健康及獨立性、滿足老人的需求等。計畫中，特別強調中風、跌倒及心理健康等老人特殊需要的服務措施；其老人健康議題，包括營養、身體活動、菸害防制、傷害預防、慢性病防治、健康檢查、建構支持網絡等。

(3) 美國

美國所提2007年「2010年健康人：全國健康促進和疾病預防目標」，在老人群體方面，有身體活動、安全、慢性病防治、健康促進與疾病篩檢四部份，期每一位老人「長壽、良好的生活品質、具有生產力、且能獨立生活」。美國疾病管制局在2007美國老化與健康現況(The State of Aging and Health in America 2007)的國家老人健康政策，於健康老化國家報告卡(The National Report Card on Health Aging)明定老人健康監測指標；指標共分四大類計15項，以提前預防及改善老人的健康狀況，並經由研究調查瞭解目標達成情形，該等指標分別為：

A.健康狀況(Health status)：

- (A) 身體不適的日數(physically unhealthy days)
- (B) 經常情緒抑鬱狀況(frequent mental distress)
- (C) 口腔衛生：全口缺齒狀況(oral health:complete tooth loss)
- (D) 失能情形(disability)

B.健康行為 (Health behaviors):

- (A) 缺乏休閒的身體活動行為(no leisure-time physical activity)
- (B) 每日五蔬果行為(eating five fruits and vegetables daily)
- (C) 肥胖(obesity)
- (D) 目前吸菸行為(current smoking)

C.預防保健服務及篩檢 (Preventive care & screening):

- (A) 過去一年接種流感疫苗情形(Fluvaccine in past year)
- (B) 肺炎疫苗接種情形(pneumonia vaccine)
- (C) 過去二年內的乳房攝影情形(mammogram within past two years)
- (D) 曾接受乙狀結腸或大腸鏡檢查情形(ever had a sigmoidoscopy or colonoscopy)
- (E) 切符時宜的選擇性預防服務情形(up-to-date on select preventive services)
- (F) 膽固醇篩檢情形(cholesterol screening)

D. 事故傷害 (Injuries)

- (A) 髖骨骨折的住院日數(hip fracture hospitalizations)

(4) 日本

日本1990~1999年黃金計畫(Gold Plan 1990-1999) 鼓勵民間業者設立老人保健及福利綜合機構，提供健康照護所需的設備設施及人力供應，重視老人學研究及生活教育之推動。1995年新黃金計畫，讓所有老人能保有尊嚴、自立地過老年期，需要照護服務的人都能就近獲得服務，以營自立生活。2002年提出「健康增進法」，並正式發布與實施，規範人員的編制，強調國家整體、產官學共同努力，地方依其特性擬訂

計畫發展，主要的政策以改善生活習慣為目標，設定9個領域：1.營養飲食；2.動態生活；3.休養，心理健康促進；4.飲酒；5.吸菸；6.牙齒健康；7.糖尿病；8.循環系統疾病（心臟病、腦中風）；9.癌症。藉由設法減少其危險因子，以及健康檢查的加強實施（如增加健檢人數、徹底事後指導等），以減少疾病，實現開朗的高齡社會目標。2005年提出「高齡化社會對策」研擬三項對策：（1）終身建立健康的身體；（2）建立健康的環境設施；（3）推動照護預防服務。

（5）國外經驗之啟示

綜觀先進國家老人健康促進政策，為維護老人健康，預防慢性病，增進老人生產力，及獨立自主的生活，以提升生活品質，在達成目的之策略與健康議題的擬定，皆考量其文化、性別、健康狀況及行為、物理及社會的環境、社會支持、社經等因素，所採取的措施，諸如：建構老人健康的支持性環境；制定、發布與實施健康促進法；整合資源，多元化行銷健康老化的認知與方法；有效激發老人持續參與的介入措施；提升老人專業人員的素質與服務品質；改善老人生活習慣；縮小健康不平等的差距；老人健康監測指標之發展等。

各國在健康促進的議題，包括：營養、動態生活（身體活動）、肥胖、口腔衛生、菸酒防制、健康檢查（乳房攝影、乙狀結腸或大腸鏡檢查、膽固醇篩檢）與事後指導、傷害預防（安全、防跌）、慢性病防治（糖尿病、心臟病、腦中風、癌症）、接種疫苗（流感、肺炎）、休養、藥物濫用的預防、心理健康、老人退休準備、社會參與、物質濫用等議題。

三、問題評析

(一) 近五成老人缺乏運動

老化是一個複雜的過程，包含遺傳、生活型態、慢性疾病等許多因素交錯作用，都將影響老化過程的健康狀況。尤其老年人因身體機能自然退化，會造成身體活動能力的大幅滑落；若因不活動所造成的身體機能退化，其對身體活動能力的影響甚於自然老化，進而影響晚年的生活品質。老化是人生必經階段，但藉由適當的身體活動可以保持身體各部位器官和機能的有效運作，延緩老化速度，因此，中年以後的運動習慣較年輕時更為重要。

依據 2007 年「健康行為危險因子監測調查」顯示，過去兩個禮拜有運動習慣的老人，僅佔 52.3%（男 54.7%、女 48.9%）；2005 年「國民健康訪問」調查結果，老人最喜愛的運動項目，以散步（含健走）最多，佔 69.6%，其他依序為體操（14.9%）、甩手（8.5%）、騎單車（8.2%）、爬山（5.9%）、慢跑（3.9%）、外丹功（2.3%）、太極拳（2.2%）。

於 1999~2000 年台灣老人營養與健康調查發現，老人肥胖症盛行率為 17.2%，其中男性為 13.6%、女性 21.4%，而肥胖者一般有較高身體質量指數（body mass index, BMI）、腰圍及腰臀比，故比較容易罹患心血管疾病、糖尿病等。國外相關研究顯示，38.9% 的 56 歲以上已婚婦女（含職業婦女與家庭主婦）認為缺乏時間與家庭責任繁重，限制了運動的參與；依據行政院體育委員會於 2002 年進行「我國國民運動意識之調查研究」發現，老人不運動常見的前三項原因，分別為「因為工作（學業、家事、帶小孩）繁忙，所以沒有時間」、「沒有特別理由」和「因為沒有指導者」等。因此，維持經常而規律的運動習慣，年齡不是問題，老人要有「開始運動永不嫌晚」以及「運動生活化-多動 1 分鐘，多活 2 分鐘」的觀念。

(二) 跌倒是老人罹病與死亡之重要原因

事故傷害是 65 歲以上老人之第七大死因，研究發現 65 歲以上的老人是跌倒死亡的最高危險群 (51.0%)。跌倒者較非跌倒者更容易住院、住進護理之家、求醫，在日常生活活動功能(ADL)及工具性日常生活活動功能(IADL)方面均有較多的障礙，甚而死亡。研究指出：老人跌傷者約有 42.3% 需住院，即使出院後亦有 37.0% 需住入護理之家。老人常因服用多種藥物(尤其安眠藥或鎮定劑)，而增加跌倒風險，因此必須注意用藥安全。隨地球暖化，WHO 將「老人族群」列為環境熱急症的高危險群之一，高溫時老人易暈厥；酷寒時老人易跌倒而發生髖骨骨折。

2003 年台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查顯示：65~74 歲、75 歲以上在過去一年曾經跌倒率，分別為 15.5%、23.7%；2005 年國民健康訪問調查：老人跌倒之標準化盛行率 20.5%，女性老人跌倒風險大約是男性老人的 1.5~2.0 倍，可能女性老人在室內的時間較長，且其下肢肌力較弱所致。2003 年謝啟瑞等研究：我國 2000 年老人每十萬人口髖骨骨折發生率男性 522.3；女性 890.6。1997 年 Norton 等發現老人髖骨骨折有 96% 以上係由跌倒所引起。而骨質疏鬆者(尤其更年期後之女性)其跌倒後骨折的風險也比較高；故，抗鬆與防跌政策應一併考量。

老人跌倒可經由多種介入方式預防(Gillespie, Gillespie, Robertson et al., 2007)，以運動最普遍被證實具有降低跌倒風險的效果 (Gardner, Robertson & Campbell, 2000; Gregg, Pereira & Caspersen, 2000)。具有防跌效果的運動，大約可分成：居家運動、群體有氧運動、肌力強化、平衡與行動力訓練、漸進阻力訓練，及太極拳等六種。不論單一運動介入，或與視力改善、環境改良等合併作多重介入，若能落實於社區(Campbell & Robertson, 2007)，就可能降低跌倒風險及髖骨骨折發生率。本局業已完成開發社區老人防跌示範模式、老人跌倒預防測量工具、居家安全評

估手冊、保命防跌自我學習手冊和教學光碟及 e 化教育資源網。

2005 年老人跌倒防制多重介入模式之發展與推廣結果發現：老人（於機構及社區）接受衛生教育及運動介入後，對於坐式體前彎、20 秒屈膝起立等身體功能檢測皆有改善。此一模式已結合社區健康營造單位，逐步推展。

（三）老人每天至少攝食 5 份蔬果之份量不足

根據 2002 年世界健康報告，非傳染性疾病中，最重要的危險因子包括，高血壓、高膽固醇、蔬果攝入不足、體重過重或肥胖、缺少身體活動、吸菸，而這 6 個危險因素中，有 5 個與飲食和身體活動有關，也就是透過健康的飲食，配和適度的運動，就能達到疾病預防的目的。

1999~2000 年台灣老人營養健康狀況變遷調查顯示：老人平均每天攝取熱量，男性為 1,833 大卡、女性 1,477 大卡；攝取蛋白質、脂肪、醣類佔總熱量之比例，男性為 16.5%、30.4%、52.9%；女性為 16.4%、29.1%、54.5%；由食物類別來看，平均每天攝食蔬果情形，男 4.3 份、女 4 份，僅 23.9%（男性 24.7%、女性 23.0%）的老人蔬果攝取達「天天 5 蔬果」的目標，且有五穀根莖類攝取略低於建議量，及奶類攝取不足的情況。前述調查發現，老人飲食營養知識欠佳，對於飲食與疾病的關係，不清楚各類食物的需要量，特別是女性、年紀較大、低教育程度者；對於吃素食的老人，其營養狀況與健康情形，亦應加以關注。因此，提昇老人對攝取蔬果、飲食的重視，是達到老人健康飲食的重要策略。

部分老人已較成人攝取較多蔬果，隨著生理功能的老化，可能會造成一些問題影響到營養的攝取，亦是規劃老人營養改善計畫的重要考量要素，如：攝取蔬果較少之老人，因為牙齒不好，無法將食物咀嚼、進食或其他原因，影響高纖維質蔬果或是肉類的攝取減少；味蕾的減少使

其味覺敏感度降低（尤其對鹽）；唾液分泌量減少，使食物不易吞嚥，甚至因為行動不便及經濟問題，影響到食物的購買及選擇情形。

在國內，老人腹部肥胖、高膽固醇血症的盛行率都極高。肥胖與糖尿病及心血管疾病有高度的相關；若能適當的減輕體重，肥胖的老年人也可因而改善糖尿病及心血管疾病的危險因子。然而，老年人減重時，需要特別注意如限制熱量攝取，可能同時會造成重要營養素攝取不足的問題，因此，應在適度運動的配合之下，以健康的飲食，協助老人維持理想體重，以求達到疾病預防的目的。

（四）口腔健康，影響老人咀嚼、營養上的問題與生活品質

老人的口腔問題包括：口腔組織的老化、牙周病的惡化、牙根齲齒的增加、牙齒喪失、老人特有的口腔黏膜疾病、口腔癌、義齒的適應問題、及系統性疾病(如糖尿病)造成口腔組織的變化及口腔疾病的發生等。實證資料顯示，口腔健康較佳的老人，有較好的生活品質；牙齒的缺失對咀嚼有相當大的影響，進而造成營養上的問題，也會因外觀的變化影響老人的社交生活等。實證研究指出，缺牙數較少，可充分咀嚼的老人，生活品質及活動能力高，運動、視覺、聽覺機能好。另調查顯示，給予長期照護需求者的口腔衛生及咀嚼能力的改善，可有效減少吸入性肺炎，並可改善其日常生活功能。WHO 在 2003 年亦指出口腔疾病是一項重要的公共衛生議題，其對個人、家庭及社會都造成相當大的影響，包括疼痛、受苦、功能不良與降低生活品質等。傳統的口腔疾病治療方式，仍屬高價位的，為大多數工業化國家最昂貴疾病花費之第四位。

依據2005年「國民健康訪問調查結果」顯示：65歲以上老人全口無牙率25.8%（美國2004年為21.3%），其中女性全口無牙率29.0%高於男性23.0%，在美國也有相同情形。調查中亦顯示65歲以上老人保有24顆牙齒率為42.1%，其中男性44.9%高於女性39.2%；發現無牙的危險因子為高年齡、低教育程度、居住都市及無定期口腔檢查；依據本局歷年不同年齡層全國性口腔健康調查顯示，女性自幼年起口腔狀況較男性

差，可能與女性攝取零食、甜食比率高於男性，婦女懷孕時偏好酸性食物、進食次數增加，賀爾蒙改變及行動不便，疏忽口腔清潔而影響口腔健康。另，本局2005年台灣成年與老年人口腔健康檢查調查顯示：65歲以上老人恆齒齲蝕指數（DMFT index，decayed, missing, filled permanent teeth，齲齒缺牙填補總數）為14.6、口內超過20顆牙僅59.3%，而高達32.5%有補綴物的需求。另亦指出女性的齲齒盛行率91.5%高於男性84.6%、男性剩餘齒數高於女性，而女性牙周狀況優於男性，接受填補比率亦高於男性。

（五）吸菸對老人健康及醫療支出影響甚鉅

世界衛生組織指出全球約有13億人吸菸，全球每年約有五百萬人死於菸品相關疾病，吸菸導致相關疾病之死亡率占全球12%，相當於約每十名死亡者就有一名死於吸菸相關疾病。世界衛生組織指出若菸害未能獲得管制，預估到2020年菸害相關疾病的死亡人數將增至每年一千萬人。

研究證實吸菸會導致肺癌及心血管等疾病等致死性疾病，也發現老人吸菸易導致癡呆症、視力減弱至盲，並使牙周病病情惡化；更年期後婦女相較於無吸菸者，其骨質密度較低，髖關節骨折的風險也提升；另吸菸老人的死亡率約為非吸菸老人的2倍。老人因吸菸相關疾病耗費的醫療費用支出負擔亦相當高，如在美國每年有超過43,000人因吸菸相關疾病死亡，其中超過70%為老年人口；另加拿大65歲以上老人的前14名死因中就有8項與吸菸有關，健康照護體系支出，每年有30~35億美元與吸菸有關，佔醫療支出的最大宗；其中，又以老年吸菸者的醫療支出較高。

在實施許多介入措施後，美國老人吸菸率2004年之調查已降至9%，其中有47州已低於預定的目標值12%。在實施老人戒菸措施方面，研究指出以老年吸菸者為目標族群之戒菸策略具有經濟效益，因老年吸

菸者若能戒菸，可立即降低罹病風險。並有研究也發現老人對戒菸倡議高度地敏感，一旦老年吸菸者決定戒菸，戒菸成功率顯著高於年輕人。

台灣每年有超過 18,800 人死於吸菸相關疾病，每年花費於治療吸菸相關疾病的健保費用超過台幣 300 億元，整體社會經濟耗費，超過新台幣 500 億元。依 2007 年成人吸菸行為電話調查資料，我國 65 歲以上老人之目前吸菸率為 17.2%（男性 27.5%、女性 3.0%），曾經吸菸的比率為 33.6%（男性 55.1%、女性 3.7%）；在二手菸暴露方面，有 22.4%（男性 27.1%、女性 15.9%）的老人表示過去 7 日內，有家庭二手菸的暴露；有 17.7%（男性 23.4%、女性 9.8%）老人表示過去 7 天內，有室內公共場所二手菸的暴露。有 27.3%（男性 27.3%、女性 26.3%）的老人吸菸者在過去一年曾想要戒菸，有 46.3%（男性 47.5%、女性 31.3%）的老人吸菸者表示在過去十二個月中曾有醫護人員勸導戒菸。但僅有 34.2%（男性 37.7%、女性 29.1%）知道政府有提供戒菸服務，顯示仍有多數老人並不知政府提供戒菸服務，且女性比男性獲得此一資訊的比例更少，顯見仍需加強宣導。

（六）老人心理健康問題

隨著人口老化，老人健康照護問題日顯重要，特別是老人心理健康問題，退休後收入減少衍生出經濟壓力；社會地位喪失及人際互動減少，衍生出人際與精神的壓力；身體老化衍生出健康壓力；空閒時間增加衍生出精神及與家屬間的壓力；親友的相繼去世衍生出死亡與孤獨的壓力；上述壓力加速老人心理的老化。

老人的心理健康，以自殺率及憂鬱症罹患率兩項指標來表示。台灣老人自殺死亡人數，隨著老人人口比例逐年上升，已從 1995 年的 408 人，增加至 2006 年的 884 人，其佔自殺總人數的比例，則歷年均維持

在 20%以上，遠高於該族群人口佔率的兩倍；以每十萬人口自殺死亡率分析，自 1996 年起，65 歲以上自殺死亡老人均在 30 人以上，遠高於其他年齡層，並從 1995 年的 25.0 人，上升至 2006 年 39.3 人的高峰。2007 年老人自殺死亡人數 841 人及每十萬人口自殺死亡率 36.3 人(男性 47.8 人、女性 25.2 人)，雖已較 2006 年下降 4.9%及 7.6%，惟與其他國家相較，台灣老人自殺死亡率仍遠高於美國、德國、英國、義大利；在亞洲國家方面，亦高於日本、新加坡及澳洲，僅低於韓國。

精神疾病為自殺之主要危險因子，從開發中及已開發國家的研究顯示，自殺身亡案例中，其精神疾病盛行率約為 80~100%，估計患有情感性精神病(主要為憂鬱症)之終身自殺危險率為 6~15%，酒癮為 7~15%，精神分裂症為 4~10%。依 2005 年「國民健康訪問調查」顯示，約有兩成台灣老人符合憂鬱症定義，男性 17.0%，女性 23.0%。老人憂鬱症盛行率高，但卻常被低估或治療不完整，尤其是獨居老人更嚴重。一般而言，女性較男性長壽；但相較於男性，女性有較高的罹病率。老年女性在性別與年齡歧視雙重壓力下，較一般女性或老年男性容易受到不平等的待遇和限制，需要相關的支持和諮詢服務。

台灣老人自殺問題所面臨的挑戰及特殊性，老人自殺死亡率雖高居不下，然而相較 25-64 歲的年輕及青壯族群的自殺現況，由於年輕生命的殞落對社會造成的震撼比較劇烈，再加上自殺並未進入老人十大死因排名(2007 年死因統計資料為第 12 位)，造成社會大眾對老人自殺問題的重視與支持，並未相對提升，老人自殺的相關文獻及研究數據亦為數不多，無法提供作為防治策略擬定參考。另家屬、非精神科之醫事及社福人員、志工等老人照顧者，亦忽略憂鬱症的相關症狀與自殺前兆的特性，造成老人自殺之事前預防與事後關懷及照護服務的設計，未能針對老人族群之特殊性，考慮到生物、心理及社會等多元因素。

(七) 老人社會活動參與的問題

Rowe & Kahn (1987, 1997, 1998) 闡述成功老化的定義，包括：低疾病及失能風險，高度身心功能，並維持活躍之社會參與。而 WHO (2002) 揭櫫活躍老化的原則，更將”參與和安全達到最適化機會的過程”納入。徐慧娟、張明正(2004)研究發現台灣同時達到成功老化標準的老人占 38.1%，同時達到活躍老化標準的老人占 18.4%，其中又以達到心理健康和社會健康面向標準的比率較低。而老人社會參與正是達到成功老化與活躍老化不可或缺的要素。

唯社會上普遍仍然存在老人「體弱多病的」、「貧窮的」、「冷漠不關心社會的」、「老人是社會負擔」的迷思，認為老人應逐漸退出社會，安享餘年。事實上，老人的社會權與一般成人的社會權並無二致，只是當他們年老體衰、行動困難，人際關係日趨疏遠，有的變為孤獨空虛、與世隔絕，被社會強勢的主流族群所排斥，淪落為邊緣角色，喪失了個人的基本權利。

老人社會參與的需求，包括政治參與、就業參與、教育參與、宗教參與、公民事務參與等，皆成為社會權的重要組成部分。聯合國將 1999 年訂為世界老人年，並公佈「國際老人人權宣言」，其宣言所倡議的八大人權便是老人社會權的主要內涵。2005 年「國民健康訪問調查」分析，老人社區活動參與率 25.3%（男性 27.4%、女性 23.2%）；擔任義工或志工比率 9%（男性 9.3%、女性 8.7%）；宗教活動參與率 30.6%（男性 28.5%、女性 32.6%）；未來應加強低教育程度與獨居老人社會活動參加，結合社區關懷據點，鼓勵老人走出戶外參加社區活動。

老人透過繼續教育與志工活動的社會參與，可以達到其滿足適應、表現、貢獻、影響等四大需要，覺得生活有樂趣、人生有意義，體悟生命存在的價值，持續發揮其智慧和專長影響社會的作用，不僅對個人進

一步獲得他人的接納和尊崇，延續其智慧與經驗的傳承，有助社會的發展。

鑑於老人提前預防保健的重要性，各項健康促進議題，鼓勵 40 歲以上國人參與，提早準備老年時社會參與的學習與適應；更進一步地，設法連結相關社區資源，提供其擔任志工，即早學習付出與經驗分享的喜悅，充實生活的樂趣與生命的價值，影響他人。如推動社區健康營造、健康促進醫院、安全社區、健康城市，及病友團體（如糖尿病病友團體）等之參與及充當志工的機會，持續至其年老時，擴展其生活領域，增進健康。

（八）老人預防保健及篩檢服務接受率不高

國外經驗證明，早期的健康檢查或慢性病篩檢，對於降低各種癌症及慢性病的發生率及死亡率非常有效。2007 年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」老人自述過去一年有做全身健康檢查者占 52.3%（男性 54.7%、女性 49.8%）；有將近五成的老人沒有定期做健康檢查，其中以女性（50.2%）與國小以下教育程度（52.2%）未定期健康檢查者占五成以上，宜結合社政與衛政志工，將健康檢查與社區慢性病篩檢訊息布達，鼓勵老人踴躍參加健康檢查、與健康促進活動；落實對性別差異、弱勢族群提供友善的支持環境，力求地區、階層、族群與性別的健康平等。

我國全民健康保險自 1996 年起開辦成人預防保健服務，65 歲以上老人每年可免費接受 1 次服務；此外，為推動早期篩檢、早期介入措施，將各項篩檢措施，包括癌症篩檢（子宮頸癌、乳癌、口腔癌及結直腸癌篩檢）、成人預防保健服務等，以整合性預防保健服務方式，鼓勵老人就近接受檢查；普及設置血壓測量場所，建立在家自我監測血壓行為，加強老人慢性病高危險群之健康促進。2007 年配合內政部訂頒「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」，應有利於老人健康檢查、保健服務及追蹤

服務的落實與提升。

依 2000 年世界標準人口年齡結構計算，國人癌症標準化死亡率由 1982 年每 10 萬人口 118 人逐年上升，至 1997 年達最高點 144.3 人，爾後 10 年間均維持在 138-144 人間；2007 年並有 40,306 人（男性 25,819 人，女性 14,487 人）死於癌症（年齡標準化死亡率為 142.6，男性 184.7，女性 101.6）。同時期癌症標準化發生率亦由 1982 年的每 10 萬人口 111 人逐年上升至 2005 年的 261 人（男性 299 人，女性 223 人）；2005 年共有 68,907 人發生癌症（男性 39,431 人，女性 29,476 人）。由於國人生活飲食西化，民眾的飲食偏向高脂肪、低纖維，因此罹患乳癌及結直腸癌的婦女及成人越來越多，依 2005 年癌症及 2007 年死亡統計，乳癌為我國女性癌症發生的第一位，死亡率第四位；好發年齡在 45~54 歲，約較歐美國家提早十歲。結直腸癌在癌症發生率排名為第二，死亡率為第三位，男性粗發生率每 10 萬人口為 48，女性為 37，好發於 50 歲以上的成人。

乳癌及結直腸癌可經由定期篩檢，早期發現、治療，其存活率相當高。乳癌及結直腸癌如早期發現妥善治療，五年存活率更高達 90% 以上。預防乳癌及結直腸癌最重要是養成良好飲食（低脂、高纖、多蔬果）、運動習慣，50 歲以後定期接受乳房攝影及糞便潛血檢查。根據國外研究顯示，50 歲以上婦女每二至三年一次乳房攝影檢查，可以降低 20~30% 乳癌死亡率，另針對 50 歲以上成人進行糞便潛血篩檢每一至二年可以降低 18% 至 33% 的結直腸癌死亡率。因此美國防癌協會（ACS）建議，40 歲以上婦女應每年一次接受乳房攝影檢查及專科醫師觸診，20 至 39 歲婦女每三年接受一次專科醫師觸診，在結直腸癌篩檢部分，則建議 50 歲以上民眾每年應作一次糞便潛血檢查、或每五年一次乙狀結腸鏡檢查、或每五年一次鋇劑灌腸攝影、或者每十年作一次大腸鏡檢查，以早期發現結直腸癌。

我國自 2002 年 7 月提供二階段乳癌篩檢，2004 年 7 月起由全民健保提供 50~69 歲每二年一次婦女乳房攝影檢查，截至 2007 年底婦女 2 年

內曾接受過乳房攝影篩檢率為 10.3%，檢討 2004 年起的政策或執行問題，本局於 2002 年 7 月起推廣乳房攝影篩檢服務，迄今 5 年多，篩檢率仍無法提升，主要受限於預算不足。另，依據本局 2004 年電話調查報告顯示，約有 5 成 2 的女性受訪者認為乳房 X 光檢查對乳癌防治有效，可見民眾對乳房攝影可用來防治乳癌有一定的認知；故，2012 年設定目標值達 20%；但相較於美國 2 年內曾接受乳房攝影篩檢率 70~80% 仍屬偏低。另自 2004 年起提供 50-69 歲每二年一次糞便潛血檢查篩檢，至 2006 年底民眾 2 年內曾接受過糞便潛血檢查篩檢率 11.2%（男性 8.6%、女性 13.8%），篩檢人數 480,056 人（男性 181,770 人，女性 298,286 人），2008 年因預算縮減，篩檢目標人數減少，母群體人數增加，造成 2008 年篩檢目標值下降。相較於美國每年接受糞便潛血檢查篩檢率 15~20% 仍屬偏低。

貳、計畫目標

一、目標說明

參酌世界潮流及國際經驗，考量我國法規、國情、實證資料以及未來趨勢，並與國際老人健康政策接軌，且經文獻回顧後，認為美國疾病管制局發展的 15 項老人健康指標，包含四個面向：健康狀態、健康行為、預防篩檢和意外傷害，陳現老人健康圖像，最適合做為本計畫目標訂定之參考，其比較如表九。

表九 台灣老人健康促進衡量指標與美國疾病管制局15項健康監測指標之比較

| 台灣老人健康促進策略之衡量指標 | 相對於 US CDC15 項健康監測指標 |
|--|---|
| 1. 促進老人健康體能： 增加運動人數之比率 | 5. no leisure-time physical activity 7. Obesity |
| 2. 加強老人跌倒防制： 降低跌倒盛行率、降低髖骨骨折發生率 | 15. Hip fracture hospitalizations |
| 3. 促進老人健康飲食： 增加五蔬果之攝取率 | 6. eating five fruits and vegetables daily 7. Obesity |
| 4. 加強老人口腔保健： 降低全口無牙率 保有 24 顆牙齒比率 | 3. oral health:complete tooth loss |
| 5. 加強老人菸害防制： 降低老人吸菸率 降低二手菸暴露率 | 8. current smoking |
| 6. 加強老人心理健康： 降低老人自殺死亡率 | 2. frequent mental distress |
| 7. 加強老人社會參與： 提高老人社區活動參與率 | Social capital 歐盟 (EU) 健康指標 |
| 8. 加強老人預防保健及篩檢服務： 提高接受率 (乳房攝影、預防保健服務及篩檢、糞便潛血檢查、膽固醇篩檢) | 11. mammogram within past two years 12. ever had a sigmoidoscopy or colonoscopy 13. up-to-date on select preventive services 14. cholesterol screening |

備註：美國 CDC 將 physically unhealthy days、disability 亦列為指標項目之一，惟因本局過去之長期監測指標，並未包括 physically unhealthy days，另失能屬健康照護處列管業務，流感接種為疾病管制局列管業務，故未將其指標列於表內。

二、名詞界定

(一) 老人：

依據老人福利法，係指年滿六十五歲以上者。宥於推動老人健康促進需要提早，不可於六十五歲才開始辦理，故本計畫對於老人健康促進之推動，可依議題需求酌於提前到四十歲以後，積極強化其健康促進行為。對於需要長期照顧之老人，其需求主要涉及國家整體之長照規劃，未包括在本計畫中。

(二) 健康促進：

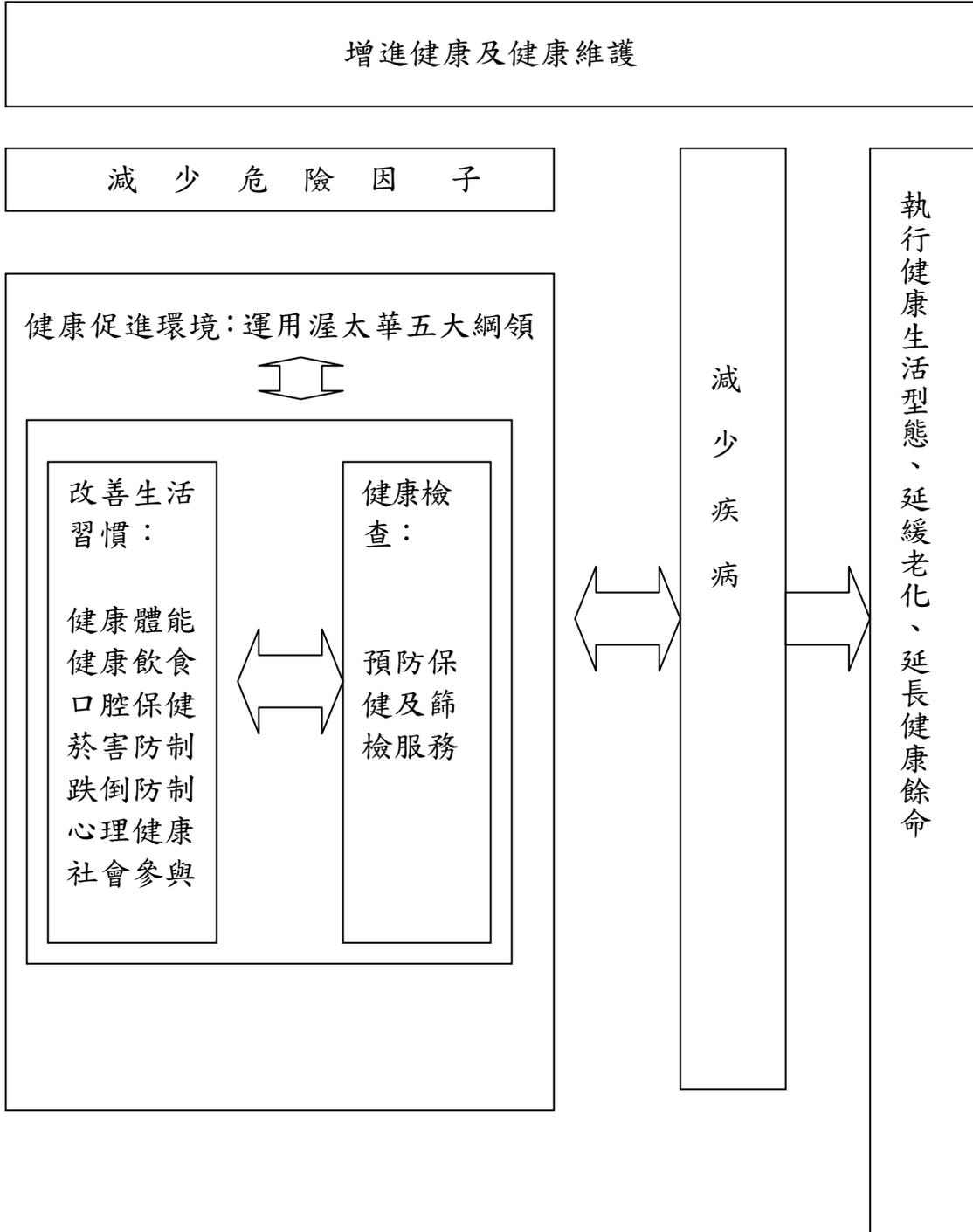
係於國民健康局業務執掌範圍內，透過公共政策的制定、支持環境之建構、社區行動力之強化、健康技巧之增進、多元可近性之服務、推廣健康教育、提供預防保健服務等措施，使老人能採取有益健康之生活型態。

(三) 預防保健服務：

係指在國民健康局業務執掌範圍內，對老人所提供之健康檢查或疾病篩檢。

三、訂定老人健康促進之概念架構

老人健康促進概念架構



四、老人健康促進之願景

維護老人日常生活之獨立性、自主性、降低老人的依賴程度；使老人都能「健康生活、延緩老化、延長健康餘命」。

五、老人健康促進之目標

本四年中程計畫，執行期間自2009年1月1日至2012年12月31日止。就上述評析之問題，及可投入之相關衛生保健等資源，研訂各問題之具體策略及其目標如下：

(一) 目標

1. 促進老人健康體能：增加過去兩個星期從事運動之老人比率，由2007年之男性54.7%、女性48.9%，2012年提升男性57.5%、女性51.5%。
2. 加強老人跌倒防制
 - (1) 降低老人跌倒之盛行率，由2005年之男性15.9%、女性25.7%，2012年降至男性12.4%、女性22.2%。
 - (2) 降低老人髖骨骨折發生率(每十萬人口)，由2000年之男522.3、女890.6，2012年降至男474.3、女842.6。
3. 促進老人健康飲食：增加每天至少攝食5份蔬果之老人比率，由2000年之男性24.7%、女性23.0%，2012年提升至男性27.7%、女性26.0%。
4. 加強老人口腔保健：
 - (1) 降低老人全口無牙率，由2005年男性23.0%、女性29.0%，分別降為2012年19.0%、25.0%。
 - (2) 提高老人保有24顆牙齒比率，由2005年男性44.9%、女性39.2%，分別提升至2012年48.3%、42.6%。
5. 加強老人菸害防制：
 - (1) 降低老人吸菸率，由2007年男性27.5%、女性4.0%以下，分別降為2012年23.3%、4.0%以下。
 - (2) 降低老人公共場所二手菸暴露率，由2007年男性23.4%、女性12.0%以下，分別降為2012年19.4%、12.0%以下。

6. 加強老人心理健康：降低老人自殺死亡率，由 2007 年男性 47.8⁰/₀₀₀₀、女性 25.2⁰/₀₀₀₀，分別降為 2012 年 43.5⁰/₀₀₀₀、22.9⁰/₀₀₀₀。
7. 加強老人社會參與：提高老人社區活動參與率，由 2005 年男性 27.7%、女性 23.2%，分別提升至 2012 年 37.0%、33.0%。
8. 加強老人預防保健及篩檢服務：
 - (1) 提高過去一年接受健康檢查之老人比率，由 2007 年男性 54.7%、女性 49.8%，分別提升至 2012 年 65.5%、61.0%。
 - (2) 提高 50-69 歲婦女 2 年內乳房攝影篩檢率，由 2007 年之 10.3%，2012 年提升至 20.0%。
 - (3) 提高 50-69 歲民眾 2 年內糞便潛血檢查率，由 2006 年男性 8.6%、女性 13.8%，分別提升至 2012 年 9.6%、14.4%。

六、達成目標之限制

(一) 老人福利和健康照顧體系需持續發展，並加強整合

我國老人福利與健康照顧之主管機關，分屬不同行政體系；老人健康促進之政策規劃、溝通協調、與資源運用上，有其限制。有賴中央各部會、中央與地方單位相關業務、民間團體建立夥伴關係，共同合作營造具性別意識的健康服務體系。

(二) 缺乏整合地區老人健康促進工作，團隊合作模式待建立

基層的健康促進服務提供單位，諸如內政部推動「社區照顧關懷據點」，本署推動「社區（部落）健康營造計畫」，教育部規劃成立社區「樂齡銀髮學習中心」，民間社教機構、社會福利團體、文教基金會等提供老人服務，缺乏基層單位整合式的健康促進工作。衛生所是第一線老人健康促進服務公部門提供單位，也是民眾皆熟知的基層保健單位，為促其永續性，強化各地衛生所規劃和推動疾病預防和健康促進服務的功能。

(三) 人力資源尚待充實

由於老人健康領域之學理，深具特殊性與複雜性；又老人健康促進，包含醫療照護，個人、家庭、與社會等健康促進四個主要層面，服務需求範圍相當廣闊；需要來自醫學、護理、營養、復健、社工、職能與物理治療、衛生教育、運動指導員等不同專業提供相關的服務，方能提供周全性、完整且連續的照顧，滿足被照顧者的需求，專業人力的培訓及繼續教育訓練，融入性別意識的覺醒課程，培育質量均優的人才，推動老人健康促進工作，均有待積極規劃辦理。

(四) 加強性別觀點的健康行為與疾病預防保健行為研究

研究調查結果顯示，在健康行為與疾病預防保健行為方面，男性與女性有不同的影響因子，不同的健康行為模式與疾病預防保健行為；慢性病的罹病率與死亡原因順位也有差異。現有的健康資料庫或相關的健康計畫，大都建立全民資料，較無針對性別差異進行分析，缺乏實證基礎的背景資料，至政策規劃與資源運用無法針對性別需求，提出具體的策略和措施；宜列入性別統計新增項目，積極建置性別資料庫，加強具性別觀點的健康行為與疾病預防保健行為研究。在健康決策機制中考量性別平衡，辦理具性別意識之在職教育，制定具性別意識之健康政策，並宜對研究或執行結果作相關的性別統計與分析，以供未來政策的評估。

七、預期績效指標及評估基準

逐步整合政府和社區等相關資源，強化老人健康促進服務體系及建構支持性環境，改善老人健康生活型態，推展健康檢查與預防保健服務，早期發現異常個案及追蹤，增進老人之健康促進及健康維護，訂定具性別敏感度的預期績效指標及評估基準，與前述之本計畫目標值，彙整如表十。

表十 2009~2012 年老人健康促進績效指標與目標值

| 項目 | 績效指標 | 目標值 | | | 評估基準值 資料來源 |
|-------------|-----------------------------|---|---|---|-------------------------------|
| | | 評估基準值 | 2009 年 | 2012 年 | |
| 1. 促進老人健康體能 | 1-1. 增加過去兩個星期從事運動之老人比率 | 52.3% 男 54.7% 女 48.9% | 54.0% 男 55.7% 女 49.9% | 58.0% 男 57.5% 女 51.5% | 2007 年健康行為危險因子監測調查 |
| 2. 加強老人跌倒防制 | 2-1. 降低老人跌倒之標準化盛行率 | 男 15.9% 女 25.7% | 男 13.9% 女 23.7% | 男 12.4% 女 22.2% | 2005 國民健康訪問調查 |
| | 2-2. 降低老人髖骨骨折發生率(每十萬人口) | 男 522.3 女 890.6 | 男 490.3 女 858.6 | 男 474.3 女 842.6 | 2000 年健保資料檔 |
| 3. 促進老人健康飲食 | 3-1. 增加每天至少攝食 5 份蔬果之老人比率 | 24.0% 男 24.7% 女 23.0% | 26.0% 男 25.7% 女 24.0% | 27.0% 男 27.7% 女 26.0% | 1999-2000 年台灣地區老人營養健康狀況變遷調查結果 |
| 4. 加強老人口腔保健 | 4-1. 降低老人全口無牙率 | 25.8% 男 23.0% 女 29.0% | 25.0% 男 22.2% 女 28.2% | 21.8% 男 19.0% 女 25.0% | 2005 國民健康訪問調查 |
| | 4-2. 提高 65 歲以上老人保有 24 顆牙齒比率 | 42.1% 男 44.9% 女 39.2% | 42.2% 男 45.0% 女 39.3% | 45.5% 男 48.3% 女 42.6% | 2005 國民健康訪問調查 |
| 5. 加強老人菸害防制 | 5-1. 降低老人吸菸率 | 17.2% 男 27.5%女 4.0%以下 | 16.4% 男 25.8% 女 4%以下 | 15.2% 男 23.3%女 4%以下 | 2007 年成人吸菸行為電話調查 |
| | 5-2. 降低老人公共場所二手菸暴露率 | 17.7% 男 23.4%女 12.0%以下 | 15.6% 男 21.8%女 12.0%以下 | 13.2% 男 19.4%女 12.0%以下 | 2007 年成人吸菸行為電話調查 |
| 6. 加強老人心理健康 | 6-1. 降低老人自殺死亡率 | 36.3 ⁰ / ₀₀₀₀ 男 47.8 ⁰ / ₀₀₀₀ 女 25.2 ⁰ / ₀₀₀₀ | 34.5 ⁰ / ₀₀₀₀ 男 45.4 ⁰ / ₀₀₀₀ 女 24.0 ⁰ / ₀₀₀₀ | 33.0 ⁰ / ₀₀₀₀ 男 43.5 ⁰ / ₀₀₀₀ 女 22.9 ⁰ / ₀₀₀₀ | 2007 年國人死因統計資料 |
| 7. 加強老人社會參與 | 7-1. 提高老人社區活動參與率 | 25.3% 男 27.7% 女 23.2% | 26.5% 男 28.0% 女 25.0% | 35.0% 男 37.0% 女 33.0% | 2005 國民健康訪問調查 |

| | | | | | |
|------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 8. 加強老人預防保健及篩檢服務 | 8-1. 提高過去一年接受健康檢查之老人比率 | 52.3% 男 54.7% 女 49.8% | 55.7% 男 58.0% 女 53.0% | 62.0% 男 65.5% 女 61.0% | 2007 中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查 |
| | 8-2. 提高50-69歲婦女2年內乳房攝影篩檢率 | 10.3% | 12.0% | 20.0% | 2007年乳癌篩檢資料庫分析(去掉重複篩檢個案) |
| | 8-3. 提高50-69歲民眾2年內糞便潛血檢查率 | 11.2% 男 8.6% 女 13.8% | 9.1% 男 7.3% 女 10.9% | 12.0% 男 9.6% 女 14.4% | 2006年大腸直腸癌篩檢資料庫分析(去掉重複篩檢個案) |

參、現行相關政策及方案之檢討

一、相關法規

檢視我國內政部、行政院原住民族委員會、以及本署現行之法規條文，擇定與本計畫有關者，摘錄重點並整理如下表（表十一）：

表十一 我國現有老人健康相關法規

| 法規 | 相關條款及內容 | |
|---------------------------------|-----------|---|
| 1. 老人福利法 (2007年1月31日總統令修正公布) | 第一條 | <u>為維護老人尊嚴與健康，安定老人生活，保障老人權益，增進老人福利，特制定本法。</u> |
| | 第二條 | <u>本法所稱老人，指年滿六十五歲以上之人。</u> |
| | 第三條第三項第二款 | <u>衛生主管機關：主管老人預防保健、心理衛生、醫療、復健與連續性照護之規劃、推動及監督等事項。</u> |
| | 第八條 | <u>主管機關及各目的事業主管機關應各本其職掌，對老人提供服務及照顧。提供原住民老人服務及照顧者，應優先遴用原住民或熟諳原住民文化之人。</u> <u>前項對老人提供之服務及照顧，得結合民間資源，以補助、委託或其他方式為之；其補助、委託對象、項目、基準及其他應遵行事項之辦法，由主管機關及各目的事業主管機關定之。</u> |
| | 第十六條 | <u>老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。</u> |

| | | |
|---|-------|--|
| | | 直轄市、縣(市)主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。 |
| | 第二十一條 | <u>直轄市、縣(市)主管機關應定期舉辦老人健康檢查及保健服務，並依健康檢查結果及老人意願，提供追蹤服務。</u> <u>前項保健服務、追蹤服務、健康檢查項目及方式之準則，由中央主管機關會同中央衛生主管機關定之。</u> |
| 2. 老人福利法細則(2007年7月25日修正公布) | 第三條 | <u>主管機關及各目的事業主管機關依本法第八條第一項規定對老人提供服務及照顧，應定期調查及評估老人需求、社會經濟狀況及其發展趨勢，訂定近程、中程、遠程計畫，據以執行。</u> |
| | 第七條 | <u>各機關、團體、學校，得配合重陽節舉辦各種敬老活動。</u> |
| 3. 行政院原住民族委員會推展原住民社會福利補助要點(2007年9月12日修正) | 第三條 | <u>推動部落老人日間關懷站服務之補助對象以依法設立之財團法人宗教組織或其所屬設立於原住民族地區之地方分會，及經本會政策性輔導之重點部落依法設立之民間團體為限。前項補助對象應以五十五歲以上原住民老人，或年滿五十歲以上輕度失能原住民為服務對象。第一項補助對象聘用照顧服務員或志工，每週開放老人日間關懷站三日以上，及至少提供以下三項服務：(一) 電話問安及關懷訪視。(二) 提供生活諮詢與照顧服務轉介。(三) 餐飲服務。(四) 心靈與文化、健康促進活動。推動部落老人日間關懷站服務以優先補助有足夠空間且未接受政府補助設置部落(社區)老人日間關懷站者為原則。</u> |
| 4. 老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則(2007年7月31日內政部、行政院衛生署令) | 第三條 | <u>老人健康檢查、保健服務及追蹤服務項目應依附表規定辦理。(附表略以：應辦理行政院衛生署所定之成人預防保健服務項目、量腰圍、糞便潛血檢查。)</u> <u>直轄市、縣(市)主管機關就附表所定選擇辦理項目，得依財政狀況及老人需求選擇辦理。</u> |
| 5. 預防保健服務-成人預防保健服務(2007年1月) | | <u>略以：成人預防保健服務項目：疾病史、家族史、健康行為(吸菸、喝酒、嚼檳榔、運動、刷牙、蔬果飲食習慣)、..血壓、血糖、血脂、腎功能..等。</u> |

| | | |
|------------------------------------|------|--|
| 1 日公告) | | |
| 6. 口腔健康法 (2003 年 5 月 21 日公布) | 第三條 | <u>政府應推行口腔疾病預防及保健工作，並推展下列有關口腔健康事項：</u> <u>一、口腔健康狀況之調查。</u> <u>二、口腔預防醫學之推展。</u> <u>三、口腔健康教育之實施。</u> <u>四、口腔保健用品之監督與改進。</u> <u>五、口腔健康問題之研究。</u> <u>六、其他與口腔健康促進有關之事項。</u> 口腔疾病之醫療應納入全民健康保險，其醫療給付範圍，依 <u>全民健康保險法</u> 之規定辦理。 |
| | 第八條 | <u>直轄市、縣(市)主管機關應加強推展下列對象之口腔保健措施：</u> <u>一、老人、身心障礙者。</u> <u>二、孕婦、乳幼兒、幼兒及兒童。</u> |
| 7. 癌症防治法 (2003 年 5 月 21 日公布) | 第十三條 | <u>主管機關得視需要，辦理人民癌症篩檢。</u> |
| 8. 健康促進法 (草案，2008 年) | | <u>為順應世界潮流及國情而訂定，據以擬定基本政策，提供預防保健服務與教育，以提升國民健康生活品質與平均健康餘命。</u> |
| | 第一條 | <u>為增進國民健康，推動有利健康之公共政策，建構健康支持環境，強化社區及個人健康行動，推廣公共衛生預防保健服務等健康促進措施，特制定本法。</u> |
| | 第二條 | <u>本法所稱健康促進係指透過健康教育、健康檢查、疾病篩檢等預防保健措施，使個人採取有益健康之行為及生活型態，其範圍包括推動婦幼衛生保健、兒童及青少年保健、<u>中老年保健</u>、視力保健、癌症防治、菸害防制、社區健康及其他有關健康促進之事宜。</u> |
| | 第十條 | <u>主管機關辦理健康檢查及疾病篩檢，應考量對人民健康有重要影響之疾病、症狀或因素，且經適當預防保健服務或治療措施得以避免、降低或消除者，主管機關應訂定健康檢查及疾病篩檢之項目、對象、補助及執行方式、通報及應遵行事項之辦法。</u> |

歸納上述法規，為促進老人的健康，安定老人生活，需同時規劃健康與福利二個面向的事宜，結合民間資源，透過公共政策的制定，健康教育的推廣，多元連續性的服務及全人照顧；並於健康決策機制中考量老人健康促進之必要性、平等性、自主性、特異性（性別、教育、社經）等原則，制定具性別意識之健康政策，建置健康促進及疾病預防之支持性環境（落實於地方、專業人員素質之提升），與健康老化指標的擬定；定期調查評估老人的需求，建立具性別敏感度的評核制度，提升計畫推動的成效。

二、相關政策或計畫檢討

（一）相關政策或計畫檢討

1. 行政院施政重點報告（2008年5月30日）

行政院劉院長 2008 年 5 月 30 日於立法院之四年施政重點報告（自 2008 年至 2011 年），其中「為完善社福、環境永續，營造公義社會」，在老人照護方面，針對 65 歲以上的高齡人口（原住民 55 歲以上），提供每年 1 次免費健檢。另為落實長期照顧制度，將開辦照顧者津貼，以「在地老化」與「社區化」為照護方式，提供整合性及持續性的照護服務。

2. 我國長期照顧十年計畫（行政院 2007 年 3 月 14 日核定）

鑑於我國人口快速老化，長期照顧需求增加，以建構具多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度，主要服務對象為日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者。

3. 內政部「人口政策白皮書—高齡化社會對策」

以老人為服務對象，保障每位老人基本生活為基礎，期達成「建構有利於高齡者健康、安全的友善環境，以維持活力、尊嚴與自主」的目標，重要政策為：老人家庭照顧、老人健康與社會照顧、老人經濟安全、老人人力資源運用、高齡者住宅、交通運輸、老人休閒參與等七項，促其需求獲得更完全的滿足；輔導地方政府辦理老人健康檢查，並自 2006 年起，鼓勵補助社區團體等，運用現有資源（如文康休閒中心、長青學苑等）或成立社區照顧關懷據點，以 1~4 里為範疇，服務對象包括獨居、失能及一般老人，招募及培訓志工計 37,529 人，進行關懷訪視、電話問安諮詢轉介、餐飲服務、健康促進活動，迄 2008 年於全國 25 縣市共成立 1,590 點，各縣市村里涵蓋率為 11~25%；其中有關健康促進方面，主要為辦理老人健康檢查、對一般老人舉辦健康常識講座、體適能實練、餐食提供等。

4. 教育部「邁向高齡社會—老人教育政策白皮書」

白皮書的目的「重視必須以教育方式，促使國人準備好面對社會高齡化的挑戰」，以全民為對象，揭示四大願景「終身學習、健康快樂、自主尊嚴、社會參與」；重要政策：建構老人教育終身學習體系及整合教育資源、創新及多元化的老人教育學習內容、強化弱勢老人教育機會、培養老人再就業或當志工，透過現有教育體系從小灌輸正確老化及世代融合的理念，營造老人親善社會，建置老人教育資訊平台及增設老人學習場所，提升老人教育人員專業素養及專業團體的服務；其中健康促進方面，如養生保健、健康常識等，係以結合衛生醫療及社福體系辦理。2008 年起，規劃以結合或整合資源方式，預計 2008~2010 年，補助全國 25 縣市於每鄉（鎮、市、區）設置樂齡銀髮學習中心（共 319 個學習中心），其中學習內容亦包括老人的健康促進。

5. 行政院原住民族委員會之原住民族健康政策

行政院原住民族委員會鑑於原住民，在文化、環境等，與臺灣民眾有所差異，於民國 2002 年起每年進行原住民生命統計等分析，並與臺灣民眾進行比較，如於 2005 年平均餘命分析方面，原住民男 62 歲、女 72 歲，遠低於台灣男 74 歲、女 80 歲，相差男約 12 歲、女約 8 歲；進一步就原住民居住地分析，都會區（男 65 歲、女 75 歲）>平地鄉（男 65 歲、女 73 歲）>山地鄉（男 59 歲、女 69 歲），故原住民老人健康促進，亟需於提前，尤其山地鄉之原住民。

因此，於 2002 年訂定及執行「原住民敬老福利生活津貼暫行條例」、「行政院原住民族委員會推展原住民社會福利補助要點」等，鼓勵及補助宗教組織等民間團體，針對 55 歲以上原住民老人，推動部落老人日間關懷站服務，服務項目包括餐飲、健康促進等。

6. 經濟部之銀髮族健康照護產業發展計畫

經濟部為發展產業新商機，提高老人之健康、安全、尊嚴、舒適與便利之生活品質，加速健全老人健康照護體系，自 95 年起試推「銀髮族 U-Care 旗艦計畫」，96 年推展健康照護創新服務，期服務於社區、機構、居家等之老人，與相關科技、醫療、社福等產業資源之合作，發展有關健康、預防疾病及慢性病照護等產品，於健康及疾病預防方面，如保健食品、養生住宅、保健醫療產品、老人安全及緊急救援服務等。

7. 行政院衛生署相關單位既有政策及「2020 健康國民衛生政策白皮書—高齡化族群」

行政院衛生署相關單位，為增進全民健康，既已推動老人健康促進相關的議題，有食品衛生處的「健康飲食」，醫事處的「心理健康」，藥政處的「用藥安全」，疾病管制局的「老人流行性感感冒疫苗接種率」、「75 歲以

上肺炎鏈球菌疫苗接種率」；護理及健康照護處針對原住民及離島地區推動「部落社區健康營造計畫」於 2009 年將補助 60 個社區，激發民眾相互關懷及執行健康促進等。

另「2020 年健康白皮書」，建議針對我國現有老人健康問題等進行檢討，提供老人周全性照護服務，以「積極老化、預防失能」為目標，策略為：老人衰弱及失能防治、老人跌倒及骨折防制、老人憂鬱症自殺之防治、老人復健及中風後失能之防治、老人預立指示之簽署與執行等五個，並強調預防、團隊照護、重視老人個別差異的多元化服務、照護人力的培訓；與健康促進有關的項目為：老人健檢及衰弱篩檢、老人防跌及中風的預防。

8. 行政院衛生署國民健康局相關之老人健康促進計畫

國民健康局自成立以來，賡續推動前行政院衛生署保健處業務，仍以全國民眾為對象，及依時宜更加深、加廣、多元化的行銷推動健康促進工作，並對重要議題研提專案計畫（如中老年疾病防治四年計畫、國家癌症防治五年計畫、國民口腔健康第一期五年計畫等）。

其中有關老人健康促進方面，可分三個方向，分別是

(1) 經由社區健康營造計畫推動老人健康促進

自 1999 年起，於全國 25 縣市推動社區健康營造計畫，如於 2007 年補助 179 個辦理單位，結合地方資源，激發社區居民主動將健康導入日常生活中，營造社區居民自決的健康環境；操作的健康議題因地而異，包括：接受預防接種、均衡飲食、規律運動、減少壓力、定期健康檢查及定期接受各項篩檢等；當地老人由於社區健康文化的改造，亦於生活中改善生活型態，預防疾病。

(2) 選擇重要的健康議題，經由衛生局(所)推動健康促進

選擇重要健康議題，運用公共衛生體系（369 個衛生所等），引導國人建立健康生活型態，預防疾病的發生；健康議題如：菸害防制、體適能、視力及口腔保健、整合式預防保健服務（項目包括：身高、體重、高血壓、高血糖、高血脂、子宮頸抹片檢查、結腸直腸癌、肝癌、口腔癌、乳癌等篩檢）、老人防跌，及重要慢性病預防（如代謝症候群、糖尿病、心臟病、高血壓性疾病、中風、腎臟病、慢性阻塞性肺病等）。

（3）試辦社區老人健康促進工作模式

2007～2008 年，於 2 縣市試辦資源整合式之社區老人健康促進工作模式；2008 年，補助 20 個社區，運用社區營造單位、老人關懷服務據點等，辦理銀髮族健康久久計畫，嘗試發展多元化之工作模式。

9. 老人健康促進之調查研究及監測系統

老人健康促進相關研究，由各單位採業務導向之方式各自辦理。行政院衛生署國民健康局針對老人進行健康資訊之調查，有「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」及「國民健康訪問調查」。

（1）台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查

因應台灣地區人口高齡化，自1989年起每隔3-4年辦理1次中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查，採用固定樣本世代長期追蹤訪問；迄2008年計辦理6次調查。本項調查旨在瞭解台灣地區50歲以上中老年人身、心社會的健康狀況、衛生行為及醫療保健利用情形，藉以估算未來高齡人口在醫療保健及生活支持的需求，釐析老人健康及生活狀況相關因素及其變化。所蒐集之資料應用於老人健康或生活狀況之描述，以及有關人口老化、老人健康與福利政策等多項重要議題之探討。

(2) 國民健康訪問調查

國民健康現況是分配醫療資源和制訂國家健康目標的重要依據，也是一個國家發展的重要指標。為收集衛生保健政策之實證參考數據，目前世界上有超過30 個國家執行不同的全國健康調查，而「國民健康訪問調查」是被認為很有效，且重要的收集國民健康現況的方法。我國於2001年起，每隔4年辦理1次國民健康訪問調查，整合既往各大、小規模之國民健康調查，就國人健康狀況、醫療服務利用、健康行為現況以及相關因素進行調查；迄2008年計辦理2次調查。

上述兩項調查報告，樣本具台灣地區代表性，所呈現的指標性數據，提供學術研究及政策參考，有助於相關部門瞭解老人健康及衛生保健服務需求，研訂老人健康促進計畫，應用於中老年健康促進之提昇；同時也是訂定本計畫衡量指標之重要監測來源。

(二) 相關計畫需進行資源整合

在中央相關部會，皆以建構老人健康快樂、安全、友善、教育學習與社會參與的環境，以維持其活力、尊嚴與自主為目標。內政部積極於25 縣市成立社區照顧關懷據點，迄2008 年成立1,590 據點，其中老人健康服務包括：健康檢查、健康常識講座、體適能實練、餐食提供等。教育部，預訂2008~2010 年，於全國每鄉(鎮、市、區)設置319 個樂齡銀髮學習中心，其中學習內容包括老人健康促進。在行政院衛生署，以全民為對象(未特別針對老人)推動健康促進，如於239 個(含離島及部落)社區辦理健康營造。依據行政院原住民族委員會之資料顯示，原住民之老人健康促進，年齡層亟需提前，尤其山地鄉之原住民，於2002 年起，鼓勵及補助宗教組織等民間團體，針對55 歲以上原住民老人，推動部落老人日間關懷站服務，服務項目包括餐飲、健康促進等。

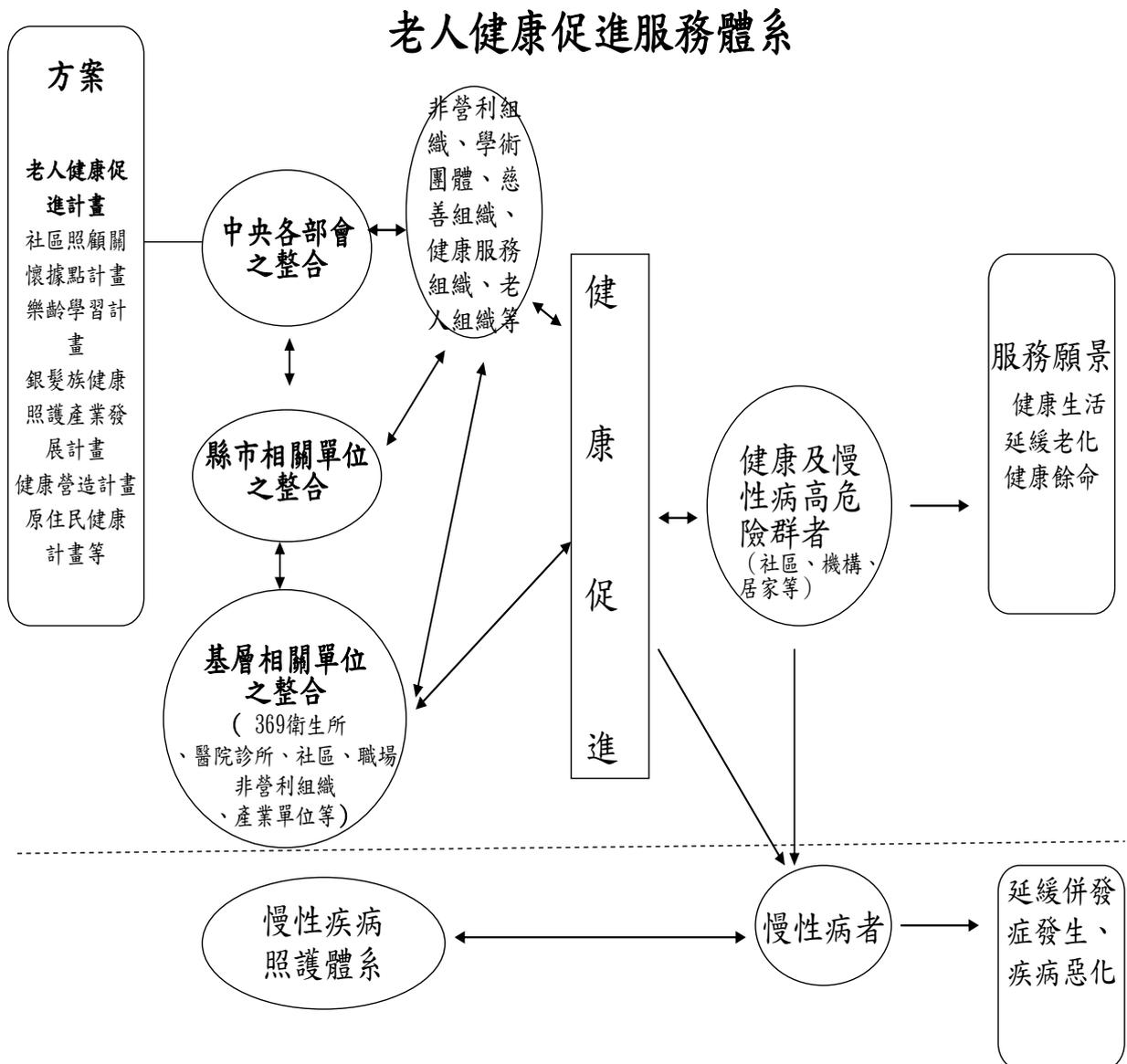
整體而言，老人健康促進計畫之擬定，需考量法規、文化、性別、

健康狀況及行為、物理及社會的環境、社會支持、社經等因素，及過去、目前及未來可獲取的實證資料，資源的有效整合，並就健康議題的選擇上，需能進行國際之比較，在我國由於相關中央部會，亦同時推動有關創造老人舒適環境、關懷、教育等，需力求資源的整合與有效運用，消弭性別、族群差異，保障老人健康權益。

肆、執行策略及方法

一、老人健康促進服務體系

為避免資源重複，提高資源成效，及考量有限之人力及資源，以老人之健康促進及疾病預防為主，進行相關資源整合，至其慢性疾病之照護，則進入現有之慢性醫療照護體系，整合後之健康服務體系如下：



二、主要工作項目

考量老人健康促進之必要性、平等性、自主性、特異性（性別、族群、教育、社經）等原則，制定具性別意識之健康政策，擬定主要工作項目如下。

- （一）促進老人健康體能
- （二）加強老人跌倒防制
- （三）促進老人健康飲食
- （四）加強老人口腔保健
- （五）加強老人菸害防制
- （六）加強老人心理健康
- （七）加強老人社會參與
- （八）加強老人預防保健及篩檢服務

三、執行策略與方法

為改善老人健康行為及加強老人疾病預防保健行為，參採世界衛生組織渥太華精神之五大綱領「訂定健康公共政策、創造健康環境、強化社區行動、發展個人技能、調整健康服務」及曼谷憲章強調「夥伴關係」之精神，擬定執行策略與方法。

工作項目一、促進老人健康體能

策略一、建立健康體能公共政策

1. 蒐集具性別觀點之老人參與運動相關之需求與實證資料。
2. 辦理具性別意識之老人健康體能本土實證研究。
3. 依據健康體能實證資料，建立具性別意識之健康體能公共政策。

策略二、建構健康體能之支持性環境

1. 結合「千里自行車道 萬里步道」實施計畫，提供國人舒適、安全的增進健康體能用路環境，並宣導社區健走步道。
2. 鼓勵營造職場提供具性別平等、達可近性與可及性之健康體能環境，如相關硬體設備、調整彈性上班時間及獎勵誘因等配套措施，以鼓勵參與身體活動。
3. 倡導規劃興設縣市及學校運動場館與運動設施時，應考量女性使用之需要，並拓展社區運動空間及鼓勵學校等機構，開放社區現有活動空間，以增進婦女活動之可近性。

策略三、強化健康體能社區行動力

1. 透過媒體宣導「要活就要動」、「開始運動永不嫌晚」等運動促進老人健康的重要。
2. 鼓勵老人參加社區成立之各類老人身體活動團體。
3. 鼓勵各界辦理「運動與性別意識」研習。

策略四、增進個人健康體能技巧

1. 開發具性別觀點的老人健康體能教材，增進正確運動保健觀念。
2. 宣導老人參與多樣化體能活動。
3. 提供具性別觀點的健康體能資訊，增進運動知識，提昇健康體能。

策略五、提供老人多元、可近之健康體能服務

1. 結合社區各種衛生保健、健康促進等活動，推廣具性別意識之老人運動。
2. 「多元」思考，建立不同性別、族群之適切體能服務。

策略六、建立夥伴關係、提升老人之體能健康

結合教育部、行政院體育委員會、行政院勞工委員會、各縣市政府、醫療院所及民間團體等資源，共同推動促進老人健康體能。

工作項目二、加強老人跌倒防制

策略一、訂定公共政策

- 1.發展具性別觀點之「老人跌倒防制多重介入模式」相關研究。
- 2.訂定具性別觀點之社區老人事故傷害防制推動方案。
- 3.依據實證基礎，發展老人跌倒預防保健、介入模式，與慢性病防治服務模式結合，達到風險自我管理的長期目標。

策略二、建構支持性的環境

- 1.加強老人家屬、照顧者抗鬆防跌宣導訓練，提升防跌知識與能力。
- 2.加強傳播宣導老人抗鬆防跌資訊，營造安全社區。
- 3.結合社區團體及志工宣導「老人防跌」計畫。

策略三、強化社區行動力

- 1.結合社區環境及人力資源，推廣老人抗鬆防跌之社區活動。
- 2.評估社區老人跌倒風險，及時提供轉介服務。
- 3.結合衛生、社政等相關社區團體，推動「老人防跌」活動。
- 4.提供具性別意識之抗鬆防跌宣導與支持環境。

策略四、發展個人技巧

- 1.加強老人之抗鬆防跌宣導訓練，提升其抗鬆防跌知識與能力。
- 2.研發及推廣老人抗鬆防跌之技巧與方法。
- 3.強化體弱老人抗鬆防跌能力。
- 4.在營養與運動等各方面，強化更年期後女性之抗鬆防跌能力。
- 5.提供老人用藥安全諮商。

策略五、提供老人多元、可近之抗鬆防跌服務

- 1.研訂具性別觀點之老人跌倒風險篩檢表，發展老年周全評估，據

以評估老人跌倒風險。

- 2.依性別差異提供抗鬆防跌教育訓練與諮詢服務。
- 3.落實具性別觀點之老人骨質疏鬆與跌倒風險管理與服務。

策略六、建立夥伴關係，加強老人防跌

建立各級政府、各學會、民間團體、社會福利、警政及醫療衛生單位之抗鬆防跌策夥伴關係，如與社政單位共同防制事故傷害，協助社區老人與警政或醫療院所間設置守護連線系統。

工作項目三、促進老人健康飲食

策略一、建立健康飲食公共政策

- 1.持續進行具性別觀點之老人營養健康狀況變遷調查。
- 2.以性別觀點，審察各項健康飲食研究與發展方案，進行評估。
- 3.建立具性別觀點之飲食原則與訂定公共政策。

策略二、建構健康飲食之支持性環境

- 1.結合社政與教育單位，針對老人學習需求及特性，辦理「天天5蔬果」飲食教育宣導。
- 2.結合社區團體及志工等，推動「天天5蔬果」飲食計畫，增加老人蔬果攝取量。
- 3.以性別觀點，教導老人及其飲食照顧者正確的飲食觀念，養成正確的飲食態度與行為。

策略三、強化健康飲食社區行動力

- 1.透過媒體宣導「四少一多（少肥肉、少油炸、少醬料、少油湯、多蔬果）」及「天天5蔬果」對老人健康的幫助。
- 2.結合社區辦理「天天5蔬果」教育講座，推廣健康飲食概念。

3. 鼓勵參加健康飲食宣導活動與健康講座。

策略四、增進個人健康飲食技巧

1. 推動具性別意識之預防重要慢性病健康飲食教育與烹調知識宣導。
2. 運用老人期營養及飲食相關教材，鼓勵老人均衡飲食。
3. 透過多元管道宣導，增進老人健康飲食行為的改變。
4. 協助老人食用適合咀嚼、進食、或口腔健康之改善，增進攝取蔬果與改善營養。

策略五、提供老人多元、可近之健康飲食服務

1. 結合社區各項衛生保健活動，推廣老人健康飲食。
2. 結合衛生單位、社區關懷據點提供健康飲食諮詢與協助進食。
3. 家庭及社區餐廳共同響應「天天5蔬果」，視需要提供個別性飲食服務。

策略六、建立夥伴關係，促進老人健康飲食

結合內政部、食品衛生處、各縣市政府、醫療院所及民間團體等資源，共同推動促進老人健康飲食。

工作項目四、加強老人口腔保健

策略一、訂定老人口腔健康公共政策

1. 建立具性別意識之老人口腔健康狀況實證資料。
2. 依性別差異制訂與推動老人口腔健康政策。
3. 依性別意識之口腔健康實證資料，建立公共政策。

策略二、建構口腔健康之支持性環境

1. 加強老人家屬、照顧者口腔健康宣導教育，提升知識與照顧能力。

2. 推動菸害、檳榔健康危害、預防糖尿病，降低老年人、原住民老人口腔癌、牙周病等疾病，增進口腔健康。

策略三、強化口腔健康社區行動力

1. 結合衛生、社政相關社區團體推動「口腔健康」活動。
2. 讓老人參與社區老人口腔健康政策之決策。

策略四、增進個人口腔健康技巧

1. 指導老人家屬、照顧者正確潔牙技巧，增進老人口腔健康。
2. 加強行銷定期每半年接受口腔檢查、牙結石清除術（洗牙）。
3. 指導孕婦口腔健康，注意懷孕期間的鈣質補充。

策略五、提供老人多元、可近之口腔健康服務

1. 建立與民間團體、醫院與診所之伙伴關係及合作機制。
2. 提供老人多元、可近之口腔健康服務。
3. 結合衛生、教育、社政單位推動啟智學校、老人福利機構、身心障礙機構住民口腔健康照護。
4. 口腔健康照護計畫整合於全身健康照護計畫。

策略六、建立夥伴關係，提昇老人口腔保健

1. 整合中央相關部會及與地方單位相關業務，建立跨部門合作機制。
2. 建立與民間團體之夥伴關係及合作機制，推動老人口腔健康工作。
3. 建立醫院與診所之夥伴關係及合作機制。

工作項目五、加強老人菸害防制

策略一、訂定以老人為考量的菸害防制政策

1. 研訂（修）老人菸害防制相關議題的法規。

2. 研擬及推動兩性平權觀念與適合本土國情之老人菸害防制政策。
3. 老人菸害防制議題納入跨部門、部會的政策。
4. 老人吸菸行為依性別差異納入研究統計與監測系統。

策略二、創造老人的無菸支持性環境

1. 加強菸害防制執法，建構支持的無菸環境。
2. 提供便利性與及時性的菸害申訴管道。
3. 配合世界無菸日辦理無菸環境宣導活動。
4. 發展與提供老人二手菸資訊，避免二手菸危害，以降低男性吸菸率與女性二手菸暴露率。
5. 加強傳播教育宣導，避免老人二手菸危害，共同維護兩性免於菸害的權益。

策略三、強化社區行動力

1. 老人菸害防制議題納入社區、職場及公共場所等計畫。
2. 結合社區健康營造平台、健康職場等，社區健康行動計畫發展老人菸害防制議題。
3. 鼓勵非政府組織或機構推動老人菸害防制活動。
4. 鼓勵健康服務提供者，將老人菸害防制議題納入服務規劃。
5. 鼓勵不同性別的老人參與社區菸害防制工作之決策。
6. 依據社區特色，發展老人菸害防制議題的媒體傳播通路。

策略四、不同族群、性別發展適合之老人預防二手菸、吸菸、戒菸及拒菸之個人技巧

1. 發展與提供適合的預防二手菸、吸菸、戒菸及拒菸教材。
2. 發展與提供適合的預防二手菸、吸菸、戒菸及拒菸協助。
3. 不同族群、性別提供適合的預防二手菸、吸菸、戒菸及拒菸資訊

與服務。

4. 研發不同族群、性別老人預防二手菸、吸菸行為改變之技巧與方法。

策略五、提供不同族群之老人多元、可近之預防二手菸、戒菸服務

1. 加強醫療專業人員之勸導，提升吸菸老人戒菸之意圖。
2. 透過多元傳播宣導，發展不同族群宣導策略，提供老人預防二手菸、戒菸之訊息。
3. 依據性別差異提供便利、可近性之戒菸治療、戒菸專線及戒菸班之服務。
4. 研發有效之老人預防二手菸、戒菸介入措施及工具。

策略六、建立夥伴關係，降低老人吸菸率

1. 建立中央政府相關部會、社區健康部門、戒菸醫療機構、健康職場、社區發展中心等之合作及互動，有效推動老人預防二手菸、戒菸、拒菸等菸害防制策略。
2. 持續與地方衛生局密切合作，發展及有效執行預防二手菸、及老人菸害防制工作。

工作項目六、加強老人心理健康

策略一、整合現有服務體系，建立網網相連防治網絡

1. 建立跨部會自殺防治工作專責機制，針對老人族群自殺問題研擬具性別意識之因應方案。
2. 推動老人自殺防治工作整合平台，鼓勵相關機構加入。
3. 發展具性別敏感度之心理健康促進議題。

策略二、建立機構及體系內老人自殺防治標準模式

1. 建立自殺個案及高風險群標準服務流程。
2. 加強老人自殺個案通報率。
3. 發展具性別意識之老人族群之自殺高風險及行為評估工具。
4. 創造支持性環境，建立具性別觀點之心理健康促進活動。

策略三、增進照護者與守門人的動機與專業知能

1. 提供自殺防治教育訓練及知能認證機制。
2. 提升自殺企圖老人家庭成員及親友的防治知能。
3. 加強精神醫療及心理衛生服務人員之繼續教育訓練及性別意識，以早期發現心理疾病提供適當轉介照護服務。

策略四、營造有利的防治氛圍，促進老人心理健康

1. 透過教育宣導，增進社會大眾自殺防治知能。
2. 結合教育和環境的支持，改變老人的負面認知，以促進不同生命週期與族群性別的老人，能採取有益心理健康的行動及生活方式。
3. 提供具性別觀點之老人自殺防治教育宣導資訊，並提升不同性別、族群老人對資源的可得性。

策略五、強化資訊蒐集、方案評估與研究

1. 提升老人自殺死亡檔及通報資訊品質與完整性。
2. 推動具性別觀點之老人自殺防治方案評估及危險因子研究工作。
3. 建立具性別意識之心理健康評量指標。

策略六、建立夥伴關係，降低老人自殺死亡率

中央政府各部會、中央政府和縣市政府、公私部門之間的夥伴關係，共同合作推動。

工作項目七、加強老人社會參與

策略一、訂定公共政策

1. 結合相關社區資源及推動單位等，訂定具性別意識之老人社會參與公共政策。
2. 依性別觀點進行社會參與之調查研究，檢討老人社會參與政策。
3. 健康決策機制中考量性別平衡，鼓勵參與社區活動。

策略二、建構支持性的環境

1. 加強全民對老人參與社會重要性之認知，消除「老人是社會負擔、應逐漸退出社會」等錯誤觀念。
2. 建立對不同性別、族群老人友善的日常生活活動、公共設施，以增進兩性之老人社會參與。
3. 加強性別、族群或弱勢（如獨居老人）之服務管道。
4. 提供老人照顧者（包括外籍看護），具性別觀點之身心健康與支持服務。

策略三、強化社區行動力

1. 消除不同性別、族群老人社會參與的障礙，鼓勵老人走出家庭參與社會。
2. 結合社區資源，提供不同性別、族群老人社會參與及學習的機會。

策略四、發展個人技巧

1. 退休前或中年時，及早認知生命經驗與他人分享及回饋社會的愉悅，有助於老人生活，進而提前規劃老年社會活動之參與。
2. 鼓勵不同性別、族群老人社會參與，提升生活品質之認知。
3. 研發不同性別、族群老人社會參與相關教材。

4. 加強不同性別、族群老人社會參與之宣導及訓練。
5. 加強不同性別、族群老人對社會參與自我能力之肯定及增強社會適應之認知與成就。
6. 加強老人配偶與新住民（外籍配偶），社區參與訓練，支持老人參與社區活動。

策略五、提供老人多元、可近之社會參與服務

1. 結合資源提供不同性別、族群老人社會參與的機會，如政治參與、就業參與、教育參與、宗教參與。
2. 開創老人義工服務管道，鼓勵老人參加，如擔任環保、醫院服務台、社區成人教育教師、文化等義工。

策略六、建立夥伴關係，提高老人社區活動參與率

中央政府各部會、中央政府和縣市政府、公私部門與民間團體之間的夥伴關係，共同合作提高老人社區活動參與率。

工作項目八、加強老人預防保健及篩檢服務

策略一、建立提高老人定期接受健康檢查及癌症防治政策

1. 適時修定具性別意識之老人健康檢查項目；依據癌症防治法，訂定公共執行政策。
2. 老人定期接受健康檢查納入性別研究統計、與監測系統。
3. 具性別意識之流行病學研究，增列性別健康不平等之研究，建立老人預防保健、乳癌及結直腸癌篩檢資料庫。
4. 依性別觀點評價計畫成效，修正公共政策。
5. 進行疾病危險因子研究，以有性別差異之疾病為優先。

策略二、建構支持性的環境

1. 輔導醫療院所及檢驗單位等，推動具性別友善之整合性預防保健

服務，改善檢驗及服務品質。

2. 依性別觀點建立篩檢異常個案、慢性病患轉介、就醫及追蹤制度。
3. 建立篩檢品質監測制度，提升篩檢品質。
4. 辦理醫事人員繼續教育，包括具性別意識之課程，提升服務品質。

策略三、強化社區行動力

1. 多元化行銷老人健康檢查及慢性病防治。
2. 結合社區團體及志工等資源，鼓勵老人、女性接受重要慢性病（血壓、血糖、血脂、腎功能）篩檢、協助婦女接受乳房攝影檢查及成人接受糞便潛血篩檢服務。
3. 提供具性別觀點之就醫環境，協助接受檢查，轉介與就醫安排。

策略四、增進老人保健個人技巧

1. 研發不同性別、族群老人慢性病高危險群及慢性病患之防治教材與教案。
2. 提供性別觀點之諮詢服務，減少民眾接受癌症篩檢之阻礙因素，提升受檢率。
3. 發展多重管道，增加資源的可近性、可用性，增進老人自我保健能力。

策略五、提供老人多元、可近之保健服務

1. 結合社區各項衛生保健宣導活動，鼓勵老人就近接受健康檢查保健服務。
2. 整合社區資源（正式與非正式團體或相關機構），提供具性別友善、可近性、可用性之預防保健、篩檢服務。
3. 培植社區人力，關懷社區老人，協助定期接受健康檢查及篩檢服務。

策略六、建立夥伴關係，提高老人健康檢查及健康篩檢之接受率

中央政府各部會、縣市政府、社區（部落）健康營造單位、醫療

院所、相關衛生專業團體等共同合作推動，提高老人定期接受健康檢查及篩檢服務。

四、執行分工

表十二 執行分工

| 健康促進策略 | 負責單位 |
|---------------|-------------|
| 促進老人健康體能 | 國民健康局 |
| 加強老人跌倒防制 | 國民健康局 |
| 促進老人健康飲食 | 食品衛生處、國民健康局 |
| 加強老人口腔保健 | 國民健康局 |
| 加強老人菸害防制 | 國民健康局 |
| 加強老人心理健康 | 醫事處 |
| 加強老人社會參與 | 國民健康局 |
| 加強老人預防保健及篩檢服務 | 國民健康局 |

伍、資源需求

一、所需資源說明

所需資源包含人力及經費（含經常門和資本門），透過本計畫具性別觀點的健康行為介入措施，與疾病預防保健行為相關研究分析，在未來的四年中，因應性別、弱勢族群的問題與需求，逐步修正、並調整對特定性別的計畫與預算。

（一）人力部分

本署局、處現有人力；視實際執行情形，適度調整業務或增加人力。

（二）經費部分

全程（四年）計畫總經費共計約需新台幣 21 億 8,383 萬元。

二、經費來源及計算基準

本計畫所需經費，陳報後由菸害防制及衛生保健基金與公務預算支應。其計算基準係依未來推廣工作所需，並以目前補助（或委辦）計畫之標準估計，經費視實際情形修正。

三、經費需求

2009年所需經費：53,552萬元。

2010年所需經費：54,697萬元。

2011年所需經費：54,915萬元。

2012年所需經費：55,219萬元。

4年總經費：218,383萬元（表十三）。

表十三 經費需求表

單位：萬元

| 項目 | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 合計 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 促進老人健康體能 | 25 | 100 | 110 | 121 | 356 |
| 加強老人跌倒防制 | 300 | 800 | 880 | 968 | 2,948 |
| 促進老人健康飲食 | 25 | 350 | 300 | 300 | 975 |
| 加強老人口腔保健 | 150 | 165 | 180 | 200 | 695 |
| 加強老人菸害防制 | 790 | 800 | 880 | 968 | 3,438 |
| 加強老人心理健康 | 500 | 550 | 600 | 660 | 2,310 |
| 加強老人社會參與 | 300 | 330 | 363 | 400 | 1,393 |
| 加強老人預防保健及 篩檢服務 | 51,462 | 51,602 | 51,602 | 51,602 | 206,268 |
| 合計 | 53,552 | 54,697 | 54,915 | 55,219 | 218,383 |

陸、預期效果及影響

若本計畫順利執行，可逐步整合政府和社區的資源，建立自策略規劃至監測評估體系此一完整的具性別意識之老人健康促進工作架構。透過預防保健為導向的政策規劃，增進老人健康促進之知識和能力，執行健康的生活型態，期降低慢性病、事故傷害、醫療支出和長期照顧的需求，紓解高齡化對個人、家庭、醫療、經濟及社會可能產生的衝擊，進而提昇老人健康福祉。本計畫主要工作項目與國際接軌，可提供更多誘因，鼓勵學者、專家投入老人健康促進工作。

一、計畫執行短期成效

- (一) 養成規律運動的習慣，提升兩性健康體能，延緩或降低慢性病的發生。
- (二) 強化社區具性別意識的組織行動，推展健康促進活動提升老人健康。
- (三) 強化衛生所規劃和推動具性別意識的疾病預防和健康促進服務的功能。
- (四) 提升老人健康促進相關專業人員具性別意識的知識與服務。
- (五) 改善健康服務中存在的性別偏差，與健康不平等現象。
- (六) 改善老人健康生活型態及減少危險因子之危害，增進老人健康。

二、計畫執行長期成效

- (一) 提升老人健康，降低醫療支出與社會成本。
- (二) 尊重老人就醫權益及自主性，營造老人健康促進環境。
- (三) 強化具性別意識的老人健康促進服務體系。
- (四) 逐步建構具性別意識的老人健康促進支持性環境。
- (五) 健康政策消弭性別、族群差異，保障老人健康權益。
- (六) 維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴需求。

柒、附則

一、替選方案之分析及評估

替選方案為國民健康局每年執行之預防保健工作，在目前人力及經費皆嚴重短缺之下，保守推動老人重要健康議題。

二、有關機關配合事項

本計畫內容事涉其他部會工作職掌，有關機關配合事項，應協調內政部（社會司）、教育部（老人教育政策）、國內外機構及學者、專家之連繫與合作。

三、關聯計畫

本計畫強調老人的健康促進，各部會及本署關聯計畫如下：

- （一）內政部：我國長期照顧十年計畫、人口政策白皮書－高齡化社會對策
- （二）教育部：邁向高齡社會－老人教育政策白皮書
- （三）行政院衛生署：2020健康白皮書、婦女健康政策、老人健康分級管制計19項計畫（表十三）

表十四 行政院衛生署其他相關老人健康促進計畫及其分級管制表

| 序號 | 計畫名稱 | 主辦單位 | 列管級別 |
|----|------------------------|----------|-------|
| 1 | 全人健康照護計畫 | 醫事處 | 行政院管制 |
| 2 | 長期照護社區化計畫 | 護理及健康照護處 | 行政院管制 |
| 3 | 健康生活社區化 | 國民健康局 | 部會管制 |
| 4 | 國家癌症防治五年計畫 | 國民健康局 | 部會管制 |
| 5 | 藥害防制計畫 | 藥政處 | 部會管制 |
| 6 | 建構安心與安全之飲食環境 | 食品衛生處 | 部會管制 |
| 7 | 國民營養狀況監測計畫 | 食品衛生處 | 部會管制 |
| 8 | 我國因應流感大流行準備計畫 | 疾病管制局 | 部會管制 |
| 9 | 國民保健與健康促進科技計畫(健康管理生活化) | 國民健康局 | 部會管制 |
| 10 | 國民健康資訊建設計畫 (NBIP) | 資訊中心 | 部會管制 |
| 11 | 全民健保改革計畫 | 健保局 | 部會管制 |
| 12 | 老化症候群之篩檢與整合性照護比較研究 | 國衛院 | 部會列管 |
| 13 | 建立食品科技安全與風險管理機制 | 食品處 | 部會列管 |
| 14 | 97年菸害防制計畫 | 國民健康局 | 自行管制 |
| 15 | 慢性腎臟病防治計畫 | 國民健康局 | 自行管制 |
| 16 | 國民口腔健康計畫 | 國民健康局 | 自行管制 |
| 17 | 肝炎防治第六期五年計畫 | 疾病管制局 | 自行管制 |
| 18 | 傳染病控制科技計畫(疫病防治全民化) | 疾病管制局 | 自行管制 |
| 19 | 藥物濫用防制科技政策研究計畫 | 管制藥品管制局 | 自行管制 |

| 項目 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 2012 年 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 促進老人健康體能 | | | | |
| 2. 加強老人跌倒防制 | | | | → |
| 3. 促進老人健康飲食 | → | → | → | → |
| 4. 加強老人口腔保健 | → | → | → | → |
| 5. 加強老人菸害防制 | | | | |
| 6. 加強老人心理健康 | → | → | → | → |
| 7. 加強老人社會參與 | → | → | → | → |
| 8. 加強老人預防保健及篩檢服務 | → | → | → | → |