

## 健康狀況

良好的健康為個人及家庭幸福的根本，亦是整體國力永續之基石，確保全體國民獲得優質的醫療保健服務及擁有健康的生活是政府重責。本篇將說明「健康狀況」領域與幸福的關聯，以及此領域之衡量指標與整體概況。

### 一、健康狀況與幸福

根據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 對健康的定義：「健康是指兼顧身體、心理與社交生活三者之健全狀態，而非單指無病無痛或身強體壯而已」，說明了健康的概念不僅限於個人能活多久及活的品質，也涉及許多與群體生活有關的面向。

良好的身心健康狀況可提高學習效率及增進人際互動，對於工作、家庭生活、社交、娛樂及休閒活動等均有正面助益；反之，若健康不佳，將嚴重影響生活品質，降低工作效率，進而抑低幸福與滿足的程度。

在社會整體層面上，一國國民若具有較佳的健康狀況，通常該國亦擁有較高的所得、財富、就業率、政治參與率、社會網絡的支持及生活滿意度；若國民不健康，除必須投入更多照護資源外，亦將衝擊社會和諧及生產力，進而削弱國家競爭力，故政府對於提升醫療服務品質、加強預防保健工作，以及普及社會照護等政策之擬訂極為重要。

### 二、衡量指標

按聯合國統計委員會所發展之衛生統計架構 (The Framework on Health Statistics)，

包括健康狀況的一般性衡量 (例：平均壽命、自評健康及健康平均餘命)、功能狀態的衡量 (例：身體或認知等失能)、生物性衡量 (例：死因統計)、健康危險因子 (例：飲食、吸菸與運動) 及其他相關因素 (例：健康照護) 等。

為了精要呈現，OECD 選用監測民眾整體健康狀況最核心的成果 (Outcome) 指標「零歲平均餘命」及「自評健康狀態」2 項，作為美好生活指數健康狀況領域的指標，亦比照列為我國健康領域的國際指標。「零歲平均餘命」係由完備死亡率資料所建構之概括性指標，代表生命的長度；「自評健康狀態」則由民眾綜合評估自己身體的狀況。

我國在地指標部分，參酌前述衛生統計架構之概念，考量人除了活得長，更要活得健康有品質，選取「健康平均餘命」呈現國人完全健康、無失能或疾病的期望歲數；反之，健康不佳導致身體功能出現障礙甚或失能，對個人、照顧者乃至整個家庭福祉均是重大的負面衝擊，故選用「自述日常生活功能受限」及「失能者對主要照顧者的負擔程度」2 項指標。此外，不良的食物增加疾病發生的風險，故以「食品衛生查驗不符規定比率」呈現我國食品安全情形。

### (一) 零歲平均餘命 (國際指標)

「零歲平均餘命」(或以平均壽命稱之)代表生命的長度，係依各年齡組別死亡率彙編而成，可具體反映國民的生命消長及國家醫療水準，是國際間常用的綜合性指標。聯合國開發計畫署 (UNDP) 自 1990 年起定期編製發布人類發展指數 (Human Development Index, HDI)，即以零歲平均餘命觀察各國於健康層面之整體發展概況。

### (二) 自評健康狀態 (國際指標)

「自評健康狀態」係透過調查詢問受訪者認為自己的健康狀況如何，採用 5 級量尺 (很好、好、普通、不好、很不好) 中，自認「很好 / 好」的比率做為指標。由於個人對自己健康狀況的認知程度可能受生理 (如慢性病)、心理 (如生活壓力與滿意程度)、個人健康行為及社會支持網絡等因素影響，此項指標可將廣泛的健康範疇概括為單一的主觀測度，比客觀的健康數據更為精要貼近民眾的感受。自認為健康狀態較差者，可能有較高的就醫機率，且伴隨衍生較低落的心理及社會狀態，如社會孤立、負面事件及憂鬱狀況等，導致較高的死亡率，因此這項指標已被視為預測未來醫療照護及死亡率的良好工具。

### (三) 自述日常生活功能受限 (在地指標)

「自述日常生活功能受限」係指因嚴重健康問題導致失能的經驗，可衡量人的

功能狀態。此指標問項為：「請問您現在是否有因健康問題而造成日常活動受到限制，並且已經超過 6 個月以上？若有，此限制有多嚴重？」答案分為「沒有健康問題、有健康問題，但沒有受到限制、有受到限制，但不嚴重、受到嚴重的限制」，我國預定於 2014 年底產生調查結果。

### (四) 失能者對主要照顧者的負擔程度 (在地指標)

隨我國人口快速老化，因慢性病或其他健康問題造成的功能障礙甚或失能日益增加，而在少子化趨勢下，家庭功能日漸式微，失能者的健康照護問題不僅攸關失能者本人，亦攸關整體家庭成員的幸福。為衡量主要照顧者的負擔程度，本項指標採用由美國學者 Robinson 於 1983 年發展之照顧者壓力指標量表 (Caregiver Strain Index; CSI) 評估主要照顧者負荷，詢問主要照顧者 13 種照顧壓力狀況，包括「經濟負荷」、「睡眠受到干擾」、「生活上的不方便」、「體力上的負荷」、「社交活動限制」、「家庭調適」、「影響個人計畫」、「需分配時間照顧其他家人」、「情緒調適」、「個案行為感到困擾」、「煩惱個案的改變」、「工作調整」及「無法承受照顧壓力」等，採「是」或「否」的回答形式簡單初篩，反應主要照顧者的照顧困境。13 題中回答「是」的項目為 1 分，加總總分 (0~13 分) 作為主要照顧者負荷程度的指標，分數越高表示主要照顧者負荷越大，若得分在 7 分以上，表示

主要照顧者感到有壓力性負荷，應提供適當的介入與支持性服務，有助於評估未來長期照護的需求。

#### (五) 健康平均餘命 (在地指標)

「健康平均餘命」代表一個人處於完全健康、無失能或疾病的期望歲數，是一項具有量化健康品質概念的指標，係由原有的平均餘命因疾病或失能等不健康狀態所損失的年數調整而得。此項指標不完全強調生命「量」的延長，而是對生命「品質」的估測，可作為平均壽命的補充指標。目前國際上諸如歐洲的健康生命年數 (Health Life Years, HLY，亦稱無失能預期壽命 Disability Free Life Expectancy, DFLE)、日本的無疾病壽命、美國之無活動受限歲

數等，均為類似概念。

#### (六) 食品衛生查驗不符規定比率 (在地指標)

食品安全是公共衛生領域的重要課題，隨我國經濟發展及家庭結構改變，國人生活型態、飲食及消費習慣隨之改變，外食人口大量增加，高油、高糖、高鹽及過度精緻化的食物，增加了國人肥胖及慢性病的風險；而食品廠商及餐飲業者選用之食材是否合格衛生、有無摻入違法添加物及農藥殘留等，均可能短暫或長期影響國人健康，故選用「食品衛生查驗不符規定比率」，以瞭解食物致病的危險訊息，衡量民眾日常食品安全情形。

#### 指標定義

指標名稱		主觀/客觀	正向/負向	定義
國際 指標	零歲平均餘命	客觀	正向	假設一出生嬰兒遭受到某一時期每一年齡組所經驗的死亡風險後，所能活存的預期壽命
	自評健康狀態	主觀	正向	受訪者自我認知一般健康狀況為「好」或「很好」之百分比
在地 指標	自述日常生活功能受限	主觀	負向	15歲以上成人因健康問題而使日常活動受限的比率
	失能者對主要照顧者的負擔程度	主觀	負向	主要照顧者因照顧失能者而感到有負荷的比率
	健康平均餘命	客觀	正向	指身體健康不需依賴他人的平均期望存活年數，由疾病、功能障礙及死亡的存活曲線，分別計算各年齡別健康生命之存活率與未罹患慢性疾病狀況下之平均餘命
	食品衛生查驗不符規定比率	客觀	負向	食品衛生查驗不符規定件數占查驗件數之比率

資料來源：OECD、內政部、衛生福利部、行政院主計總處。

### 三、指標整體綜述

#### 活得久

#### 零歲平均餘命 (國際)

自 1995 年開辦全民健保，國內醫療資源益趨普及，死亡率逐年降低，國人平均壽命由 1995 年 75 歲延長為 2011 年 79.2 歲，與 OECD 及其夥伴國相較，排名第 26 位，2001~2011 年我國平均壽命提高 2.4 歲，增幅與多數 OECD 國家相當。

#### 自評健康狀態 (國際)

就民眾主觀上自我認定健康狀態觀察，2007~2012 年約有 8 成國人自認健康狀況良好，2011 年在 OECD 及其夥伴國中，與瑞士並列第 7 位。

#### 活得健康

#### 健康平均餘命 (在地)

2011 年我國健康平均餘命為 72.6 歲，與平均壽命相較，不健康存活年數約 6.6 年，若與 2001 年相較，10 年來健康平均餘命提高 2.2 歲。

#### 健康不佳

#### 自述日常生活功能受限 (在地)

(2014 年 12 月公布)

#### 吃出健康

#### 食品衛生查驗不符規定比率 (在地)

近年來由於不良食品事件頻傳，政府為了保護消費者，從食品產銷鏈中，持續針對有安全疑慮的食品進行稽查，食品衛生不符規定比率已由 2007 年 2.48% 遞降至 2012 年之 1.24%。

#### 照顧負擔

#### 失能者對主要照顧者負擔程度 (在地)

近年來國人平均壽命持續延長，人口快速老化，失能人口亦漸增，加上少子化致使家庭功能日漸式微，2011 年國內每 4 位失能者之主要照顧者中，即有 1 位對照顧工作感到有壓力性負荷，失能者照護需求與主要照顧者的負擔問題，殊值重視。

## 四、各指標詳細說明

### (一) 零歲平均餘命

自 1995 年全民健康保險實施後，大幅提升民眾就醫保障及醫療便利性，使民眾獲致適當的健康照護，且隨國人生活水準提昇，居住環境改善，加以醫學進步，死亡率逐年降低，國人平均壽命持續提高。依據內政部統計，2011 年我國平均壽命為 79.2 歲，較全民健保實施初期（1995 年）增 4.7 歲，其中男、女性平均壽命分別為 76 歲、82.6 歲，分別提高 4.1、4.9

歲，16 年來兩性平均壽命差距由 5.9 歲擴增為 6.7 歲。

我國平均壽命大致呈北中南東遞減現象，平均壽命超過 80 歲的 3 個縣市（臺北市、新北市及新竹市）都在北部，最高臺北市 82.7 歲，與最低的臺東縣 74.4 歲，兩地落差達 8.3 歲。如何均衡不同區域的醫療資源、公共運輸及改善不利健康的生活習慣，縮小城鄉壽命差距，將是重要課題。

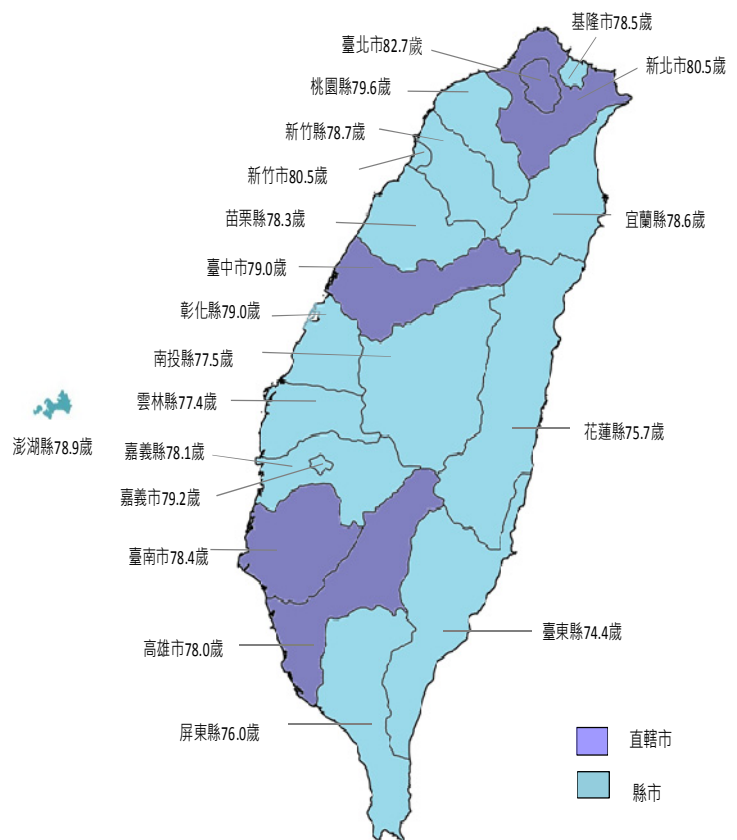
### 零歲平均餘命

#### —按性別分

年	單位：歲			
	兩性	男性	女性	兩性差距
1995	74.5	71.9	77.7	5.9
1996	75.0	72.4	78.1	5.7
1997	75.5	73.0	78.6	5.6
1998	75.8	73.1	78.9	5.8
1999	75.9	73.3	79.0	5.7
2000	76.5	73.8	79.6	5.7
2001	76.7	74.1	79.9	5.9
2002	77.2	74.6	80.2	5.7
2003	77.3	74.8	80.3	5.6
2004	77.5	74.7	80.8	6.1
2005	77.4	74.5	80.8	6.3
2006	77.9	74.9	81.4	6.5
2007	78.4	75.5	81.7	6.3
2008	78.6	75.6	81.9	6.4
2009	79.0	76.0	82.3	6.3
2010	79.2	76.1	82.5	6.4
2011	79.2	76.0	82.6	6.7
1995-2011 增加歲數	4.7	4.1	4.9	—

資料來源：內政部。

#### —按直轄市與縣市別分（2011 年）

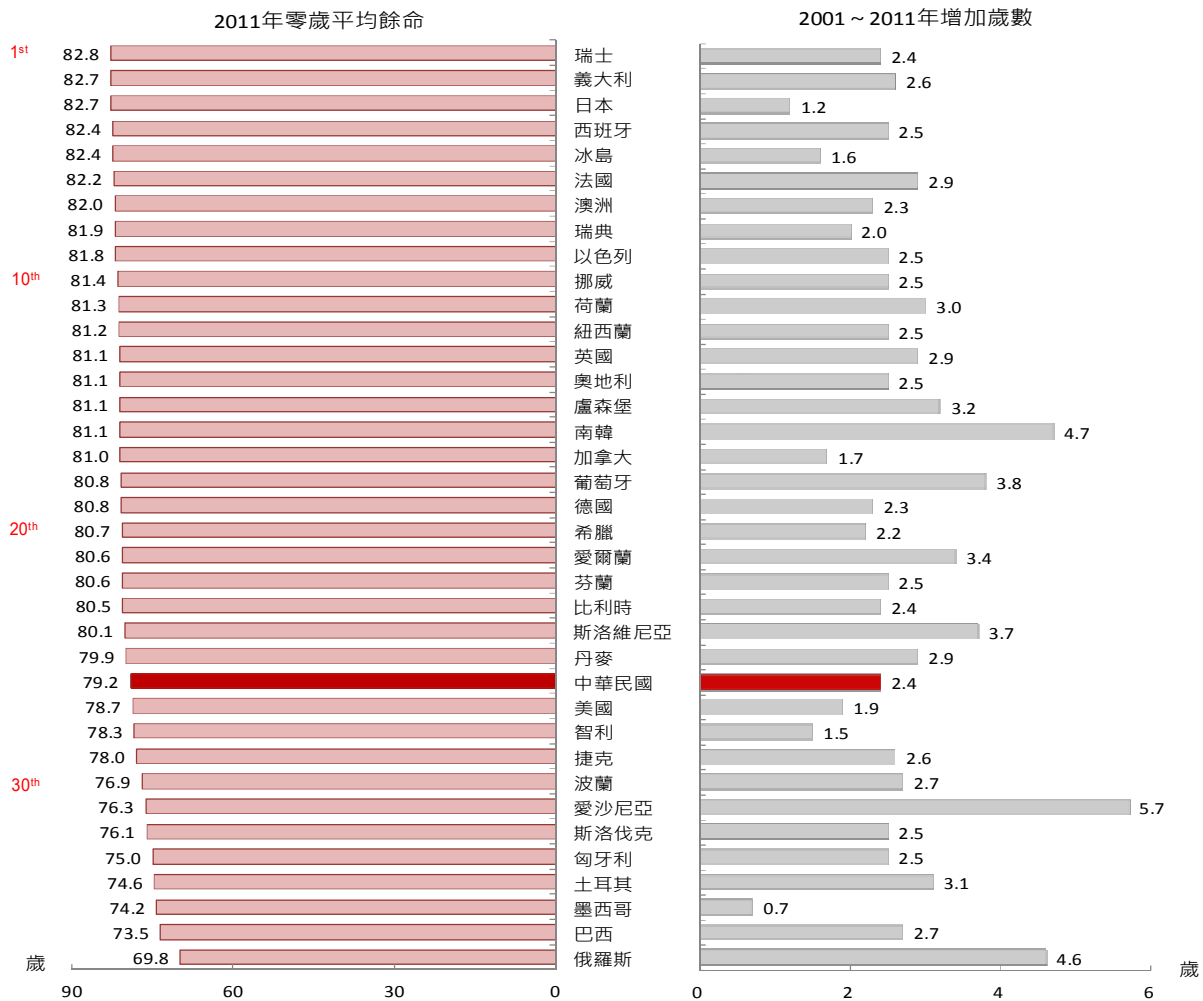


2011 年 2/3 的 OECD 會員國平均壽命逾 80 歲，其中最高為瑞士 82.8 歲，其次為義大利及日本 82.7 歲，美國及部分中歐與東歐國家則不及 80 歲，最低為夥伴國俄羅斯 69.8 歲及巴西 73.5 歲。2011 年我國平均壽命為 79.2 歲，與各國相較，排名第 26 位，低於鄰近的日本 82.7 歲及南韓 81.1 歲，高於美國 78.7 歲。

隨著醫療技術進步、營養與公共衛生

改善，近 10 年來 OECD 及其夥伴國平均壽命均提高，主要歸因於嬰兒及 55-84 歲高年齡組死亡率降低。若以增幅觀察各國進步速度，2001~2011 年以愛沙尼亞與南韓增加 5.7 及 4.7 歲最為顯著；日本曾為全球最長壽的國家之一，增幅相對有限；美國與墨西哥平均壽命在各國中偏低，10 年來分別增加 1.9 歲及 0.7 歲；我國平均壽命提高 2.4 歲，增幅與多數 OECD 國家相當。

### 我國與 OECD 及其夥伴國零歲平均餘命及變化情形



資料來源：內政部、OECD。

說明：加拿大為 2009 年，墨西哥及土耳其為 2012 年，餘各國及我國為 2011 年。

## (二) 自評健康狀態

依衛生福利部國民健康署統計，2012年我國 18 歲以上成人自評健康狀態良好（含很好 / 好）的比率為 79.6%，2007 至 2012 年變化不大，皆維持在 80% 左右。就性別觀察，男性雖然壽命較女性短，但自認健康良好者歷年均高於女性，2012 年自評健康良好的比率男性 80.8%，高於女性之 78.4%。

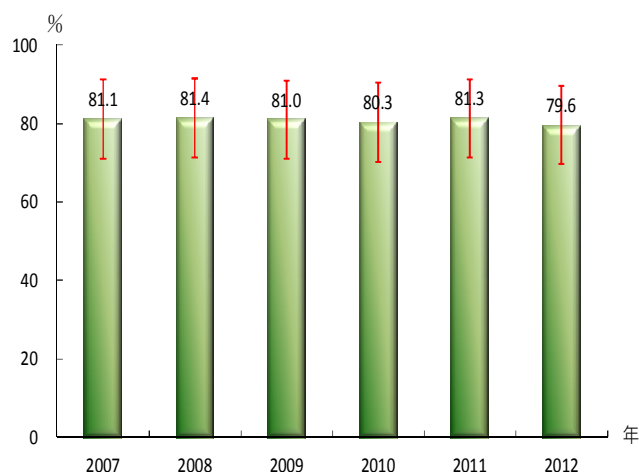
自評健康狀態雖屬個人主觀認知，與生活形態及健康知識、行為、態度密切關聯，但主要仍與個人實際的身體功能狀況息息相關。一般而言，身體功能狀況隨年齡增加而下降，因此，自評健康狀態亦呈此走勢，2012 年我國 18 歲以上成人自評健康狀態良好的比率以 18~24 歲青年之 90.2% 最高，隨年齡增加逐步降低，45~54、55~64 歲中年人，各為 81.4 及 72.1%，65 歲以上老人則僅 57.3% 認為自己健康狀態良好。

OECD 指出，社經地位是影響健康的重要因素，社經狀況越弱勢者，生活和工作環境通常較艱困而不利健康，較難取得適當的醫療照護及服務，致面臨較高的疾病與死亡風險。2012 年國人自評健康狀態良好的比率以家庭月收入越高者越佳，隨收入遞減而變差，家庭月收入 6 萬元以上者自評健康狀態良好的比率逾 8 成 8，而 2 萬元以下者則僅為 61.2%；就教育程度

與工作狀況觀之，雖呈教育程度越高，自評健康狀態越佳，以及專職工作者（86%）優於無業/待業/退休者（68.2%），惟可能係受到年齡的因素干擾所致。

### 自評健康狀態良好比率

#### —各年比率及信賴區間



#### —按性別及年齡分

單位：%

2012 年	總計	男性	女性
總計	79.6	80.8	78.5
年齡層			
18~24 歲	90.2	91.4	88.8
25~34 歲	88.3	89.3	87.3
35~44 歲	84.2	83.4	84.9
45~54 歲	81.4	80.4	82.4
55~64 歲	72.1	73.9	70.3
65 歲及以上	57.3	62.6	52.4

資料來源：衛生福利部國民健康署。

自評健康狀態 - 按家庭月收入、工作狀況及教育程度分

(2012年)

家庭月收入		工作狀況		教育程度	
	單位：%		單位：%		單位：%
2萬元以下	61.2	學生	88.4	小學及以下	59.4
2~4萬元	80.0	專職工作	86.0	初中或國中	73.9
4~6萬元	86.1	兼職工作	79.4	高中高職	81.9
6~8萬元	88.8	家庭主婦	70.8	專科	87.4
8萬元以上	88.4	無業/待業/退休	68.2	大學及研究所以上	88.7

資料來源：衛生福利部國民健康署。

2011年半數OECD會員國有7成以上民眾自認健康情形良好，惟跨國比較落差相當大，其中美國、紐西蘭及加拿大自評健康狀態「很好/好」比率近9成最高，俄羅斯、南韓及日本則僅約3~4成，明顯低於其他國家。

近10年來所有OECD及其夥伴國的平均壽命持續延長，然而，活得長未必活得健康，OECD發現平均壽命和自評健康狀態僅呈現微弱的正相關；而由於老人健康狀況通常較差，在未按人口結構標準化處理的情況下，老年人口比重大的國家，自認健康良好的比率自然較低，日本曾為全球最長壽的國家之一，亦是人口老化程度最高的國家之一，因此自評健康狀態倒數第1，與零歲平均餘命排名第2，形成巨幅反差。

我國自1995年全民健康保險實施後，全民納保且就醫權益均等，大幅減輕民眾就醫負擔，提高醫療便利性，弱勢民眾亦獲得適當的醫療照護及就醫保障。2011年我國自評健康狀態「很好/好」百分比合占81.3%，與OECD及其夥伴國相較，排名第7位，遠高於日本之30%及南韓37%。

國際比較說明：

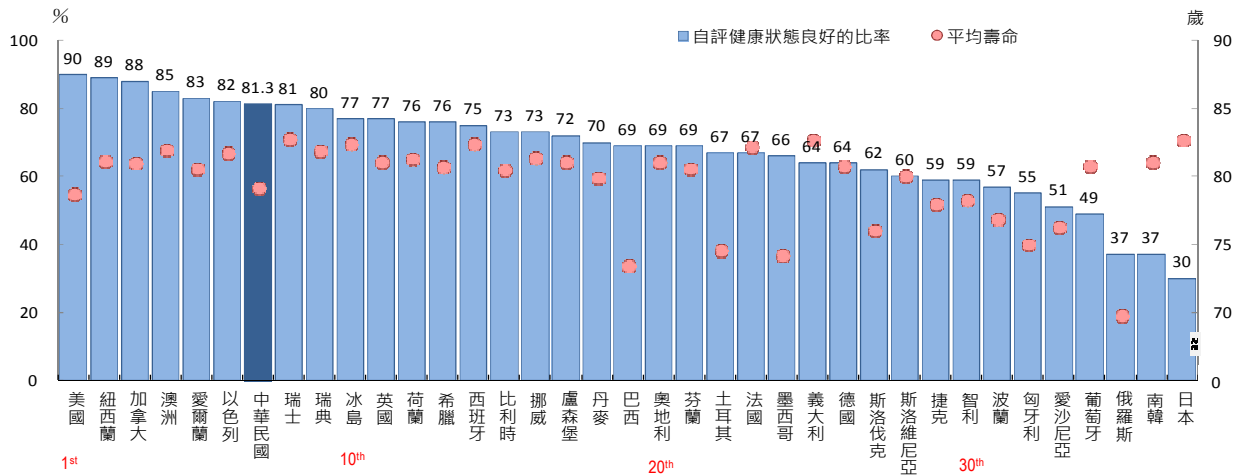
自評健康狀態跨國比較需注意：

1. 人們對自身健康狀況的主觀評估，常受文化背景和民族性等因素影響，特別對亞洲國家影響較為顯著。
2. 各國調查表問項及量尺會影響國際資料的可比較性，大多數OECD國家量尺是對稱的（very good, good, fair, poor, very poor），惟美國、紐西蘭、加拿大及澳洲量尺則呈不對稱（excellent, very good, good, fair, poor），加總前三類百分比之數據通常偏高。
3. 南韓由於量尺內容差異，導致數據偏低。



## 我國與 OECD 及其夥伴國自評健康狀態

(2012 年)



資料來源：衛生福利部國民健康署、OECD。

說明：OECD 各國資料係指 15 歲以上成人，我國資料係指 18 歲以上成人。墨西哥為 2006 年；智利為 2009 年；愛爾蘭及日本為 2010 年；紐西蘭為 2012 年，餘各國為 2011 年。

## (三) 失能者對主要照顧者的負擔程度

2011 年家中有失能者之主要照顧者，針對照顧者壓力指標量表 13 項照顧壓力狀況，有 7 項以上感到有負荷者（照顧者壓力指標分數 $\geq 7$ ），即感到有壓力性負荷比率占 25.5%；由於傳統倫理孝道及家務分工觀念，女性多為家中主要照顧者，其中感到有壓力性負荷比率為 27%，高於男性主要照顧者之 23.1%。

依衛生福利部統計，2011 年我國失能率為 3%，隨年齡增加而遞增，失能人口以 75 歲以上老人居多，主要照顧責任通常落在子女、媳婦或配偶身上。當子女或媳婦擔任主要照顧者角色，且為家中主要經濟來源者時，通常面臨兼顧工作與照顧

父母的掙扎；若由失能老人的老人配偶照顧，高齡照顧者本身則可能已患有慢性病或有體力欠佳等問題，致 50~64 歲及 65~74 歲年齡層感到有壓力性負荷比率通常較其他年齡層為高，2011 年分別達 29.2% 及 28.7%。

在主要照顧者全家月收入方面，未滿 1 萬元之照顧者有壓力性負荷比率最高，為 32.3%，其次為 1~3 萬元有壓力性負荷比率約近 3 成；就各縣市別觀之，連江縣及臺東縣主要照顧者有壓力性負荷比率均逾 4 成，各為 56.8% 及 40.6%，而臺北市、新北市及桃園縣亦逾 3 成。

主要照顧者有壓力性負荷比率

(2011年)

年齡

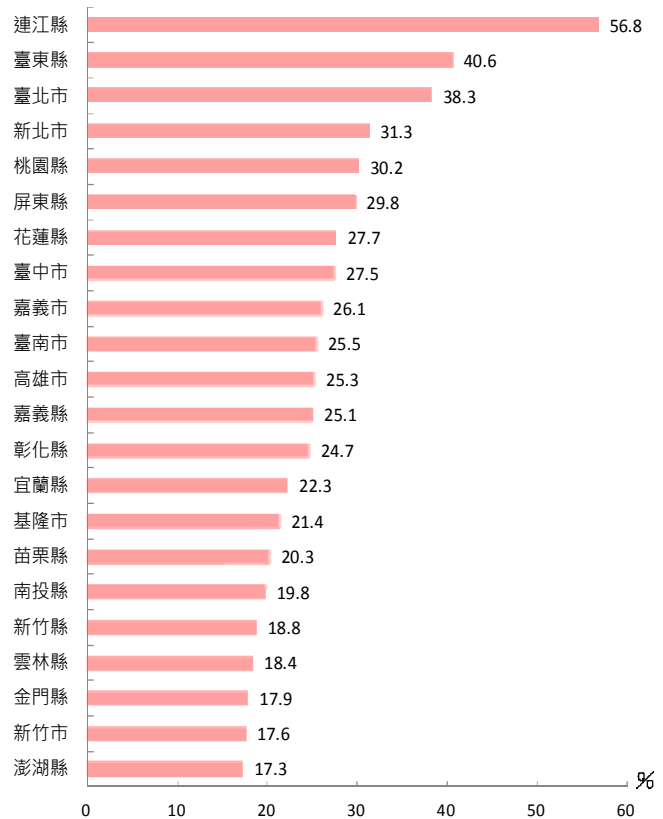
單位：%

29歲及以下	15.1
30~49歲	22.1
50~64歲	29.2
65~74歲	28.7
75歲及以上	21.3

家庭月收入

單位：%

1萬元以下	32.3
1~3萬元	27.6
3~5萬元	23.5
5~8萬元	24.2
8~10萬元	23.3
10萬元以上	26.4



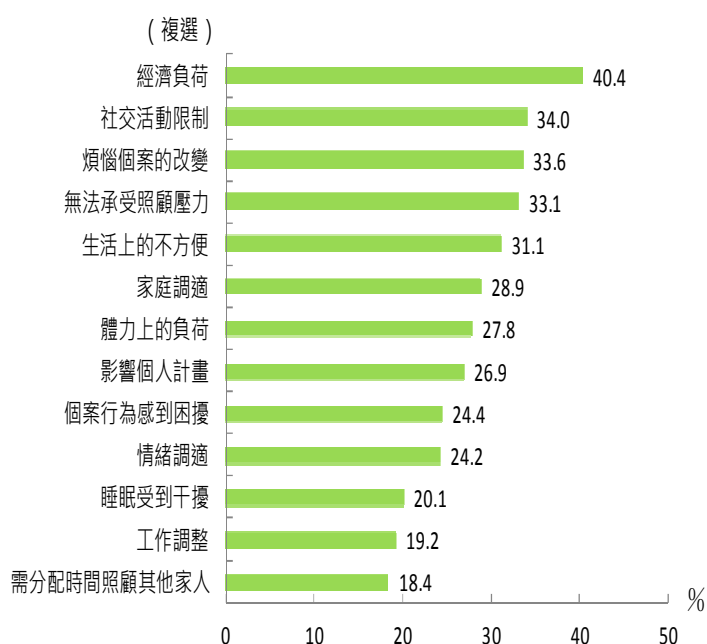
資料來源：衛生福利部。

對於長期照顧失能者的主要照顧者而言，所受影響不僅是時間、精神或體力，也可能帶來心理、社會關係及經濟的壓力，就 13 種主要照顧者壓力狀況分析，以經濟負荷 (占 40.4%) 最普遍，醫療支出、照顧者因照顧失能者而無法外出工作均是造成經濟負荷的主因；其次為社交活動受到限制 (34%) 及煩惱個案的改變 (33.6%)。由於長期的照顧壓力對主要照顧者的生活及整體家庭的幸福感影響甚鉅，政

府已著手提供適當的供適當的介入與支持服務，如日間照顧、居家照護、社區服務、交通服務及喘息服務等，主要照顧者可尋求社會資源支持，以減輕照顧負荷。

### 主要照顧者對各照顧壓力狀況 感到有負荷的比率

(2011年)



資料來源：衛生福利部。

#### 名詞解釋：

◎主要照顧者：係指在平常日子中，照顧失能者最多的家人或親友；若無家人或親友擔任主要照顧者，或失能者僅與看護同住，則以看護作為主要照顧者。

◎失能：係指以巴氏量表之分數作為主要分級標準：ADLs 分數 $\leq 70$ 分；ADLs 分數 $> 70$ 分，且 8 項 IADLs 中 5 項以上無能力執行或 SPMSQ 答錯 6 題以上。其中日常活動功能量表(ADLs)為評估移位、走路、吃飯、上廁所、上下樓梯、穿脫衣物、大便控制、小便控制、個人修飾、洗澡等 10 項日常自我照顧活動的執行能力；工具性日常活動功能量表(IADLs)為評估個案使用電話、上街購物、備餐、處理家務、洗衣服、外出、服用藥物及處理財務等活動的執行能力；認知功能簡易篩選表(SPMSQ)係指以 10 項簡易問題評估個案對人、時、地的定向及數字簡單計算能力。

#### (四) 健康平均餘命

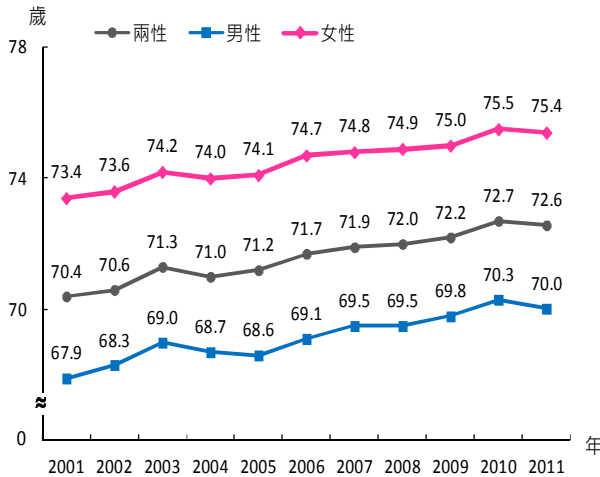
依衛生福利部統計，2011 年我國健康平均餘命為 72.6 歲，與國人平均壽命（即零歲平均餘命）79.2 歲相較，國人不健康之存活年數約 6.6 年，若與 2001 年相較，10 年來健康平均餘命提高 2.2 歲。

就性別觀察，2011 年我國男、女性健康平均餘命分別為 70 歲及 75.4 歲，分別較 2001 年提高 2.1 歲、2 歲，近 10 年女性由於平均壽命增幅較男性大，年老時臥病失能時間亦相對較長，不健康存活年數

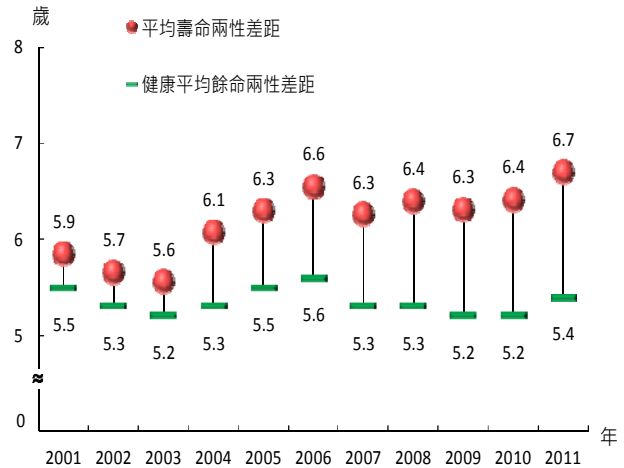
在 6.1 ~ 7.3 年之間，男性則約 5.8 ~ 6.3 年，2011 年兩性健康平均餘命差距 5.4 歲。

我國已邁入聯合國世界衛生組織所界定的「高齡化社會」（Aging society），隨慢性病盛行率與失能人口增加，任何健康的損失均對個人、家庭乃至整體社會經濟造成莫大影響，如何讓國人在活得久的同時，也能活得健康，殊值重視。

健康平均餘命



健康平均餘命及平均壽命之兩性差距



資料來源：衛生福利部、內政部。

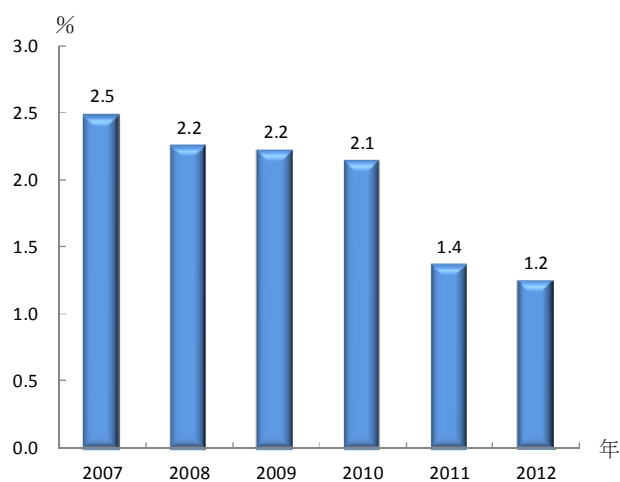
(五) 食品衛生查驗不符規定比率

近年來由於不良食品事件頻傳，如塑化劑污染食品、用藥殘留及毒澱粉等，引起民眾對食品安全高度關注，政府為了保護消費者食品安全，積極嚴格把關，持續針對有安全疑慮的食品進行稽查，從生產源頭管理、業者自主管理到消費者保護，由食品產銷鏈確保民眾飲食健康，2011年食品衛生查驗件數達 84.9 萬件，較 2010 年增 1.7%，其中以擴大稽查市面流通銷售的飲料及水、果醬及健康食品等疑遭塑化劑污染食品為主。2012 年主要稽查項目則以肉品及其加工品動物用藥之殘留及牛

肉產地標示等，為 72.6 萬件，不符規定比率 1.2%，較 2007 年降 1.2 個百分點，較 2011 年續降 0.2 個百分點；不符規定項目逾 5 成 5 為誇大療效食品；不符規定主因以違規廣告占 50.7% 最多，違規標示占 24.9% 居次。

鑑於近年來國內食品安全問題頻傳，政府為替民眾健康把關，2013 年 5 月底通過「食品衛生管理法」修正案，對不肖食品業者祭出無期徒刑與千萬罰金，以保障國人食的安全及消費權益。

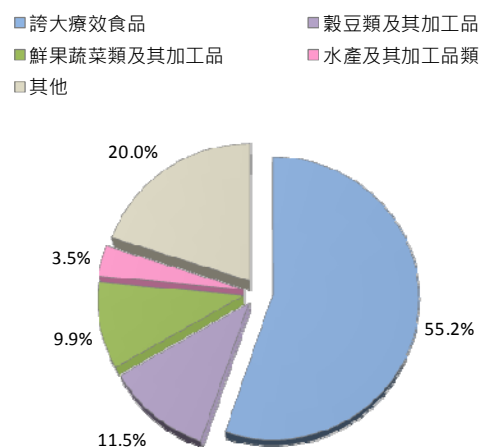
## 食品衛生查驗不符規定比率



資料來源：衛生福利部。

## 食品衛生查驗不符規定項目

(2012年)



## 參考資料：

1. 內政部，2011年，簡易生命表年報。
2. 內政部，2011年，內政統計年報。
3. 衛生福利部，2011年，死因統計年報。
4. 衛生福利部國民健康署，2012年，「健康危害行為監測調查」。
5. 衛生福利部社會保險司，2011年，第二階段「國民長期照護需要調查」。
6. 衛生福利部，2012年，公務統計報表。
7. OECD, How's life\_Measuring well-being.
8. OECD, <http://www.oecdbetterlifeindex.org>.