

健康福祉之探討

— 總論

根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）對健康的定義：健康是一個國家人民擁有完整身體、心理及社會的安寧狀態（state of complete physical, mental and social well-being），不僅是指沒有疾病或虛弱的身體現象而已。人民健康是國家的根本，政府有責任為人民健康提供適當的保健和促進福祉的措施。本文主要就相關指標的觀點探討我國國民健康福祉及近幾年進步或變化的情況。

一、健康與福祉的關聯性

健康有兩個核心面向：人們能活多久及能否過有品質的生活。人們除了擁有長壽，亦希望避免因傷害或疾病而帶來痛苦及喪失工作能力。受傷或患病人士（包括心理和身體）於教育、培訓和就業都可能遇到障礙，進而削弱經濟能力，降低生活水準，亦減少參與其他生活領域的能力，如家庭生活、社交、娛樂及休閒活動等，從而導致對心理情緒的挫折和孤立。

良好的健康是幸福的關鍵，若無良好的健康，人們無法充分地享受生活，選擇受限，因而抑低幸福和滿足的程度，若國民不健康，社會除必須承擔緊急照護外，社會和諧及生產力也可能因疾病而下降，顯見健康為個人事業及家庭幸福的基石，更是整體社會進步的動力。故政府於提升健康的醫療服務、預防保健工作、介入措施等衛生政策之擬訂極為重要。

二、觀察指標

本文使用四項指標來觀察健康領域的現況及未來可能趨向，包括：零歲平均餘命、嬰兒死亡率、自殺死亡率、吸菸的潛在危險。零歲平均餘命是國際間常用以比較健康構面的綜合性指標；嬰兒死亡率、自殺死亡率則是反映國家社會醫療水準及心理健康情形的常用指標；最後一項指標是影響健康的

生活習慣因素，期藉由這些重要指標以了解國民健康的狀況、變化及與 OECD 國家進步相比較的情形。

指標定義及來源		
指標	定義	來源
零歲平均餘命	假設一出生嬰兒遭受到某一時期各年齡組所經驗之死亡風險後，所能存活的預期壽命；達到 x 歲以後平均尚可期待生存之年數，稱為 x 歲之平均餘命。零歲平均餘命或簡稱「平均壽命」。	內政部
嬰兒死亡率	嬰兒死亡數/活產嬰兒數*1,000，按生存期間可區分為新生兒（出生未滿 4 週）死亡率和新生兒後（出生滿 4 週至未滿周歲）死亡率。	行政院衛生署
自殺死亡率	自殺死亡人數/年中人口數*100,000。	行政院衛生署
成人吸菸率	「成人吸菸率」係指 18 歲以上每天吸菸人數占 18 歲以上人口比率。「吸菸」係指到目前為止，吸菸超過 5 包（約 100 支），且最近 30 天曾經使用菸品者。	行政院衛生署 國民健康局

三、整體概述

由上述指標近 10 年的觀察可發現：

- （一）由於人們生活水準提昇，生活方式和居住環境改善，加以醫學進步，獲得更好的營養及更優質的醫療服務，國人平均壽命由 1999 年 76 歲延長為 2009 年 79 歲，惟較 OECD 國家中位數 80.1 歲低。
- （二）我國嬰兒死亡率由 2000 年 5.9‰ 降至 2010 年 4.2‰，與 OECD 國家平均水準相仿。
- （三）自殺不僅是個人事件，其背後隱含著諸多社會現象與問題，近 10 年我國自殺粗死亡率由每 10 萬人口 11.1 人提高至 16.8 人，國人心理健康及自殺防治推動殊值重視。
- （四）我國成人男性吸菸率偏高，未來如何降低吸菸對國人健康的影響，以及持續加強推動菸品之健康危害防控工作，甚為重要，也是促進國民健康的重點工作。

健康福祉之探討 — 零歲平均餘命

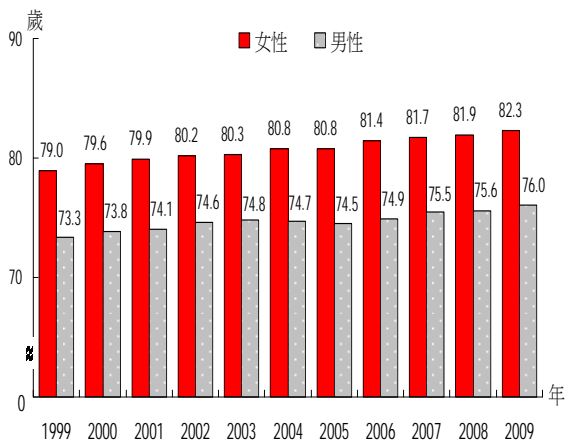
零歲平均餘命（或以平均壽命稱之）是最常引用的健康狀況指標，衡量國民健康及生命消長之情形，可具體反映醫療水準及進步成果。聯合國開發計畫署（UNDP）自 1990 年起定期編製發布人類發展指數（Human Development Index, HDI），即以零歲平均餘命觀察各國於健康層面之整體發展概況。

一、現況與趨勢

自 1995 年開辦全民健保，國內醫療資源普及，死亡率逐年降低，國人平均壽命持續提高。依據內政部統計，2009 年我國平均壽命為 79 歲，其中男、女性平均壽命分別為 76 歲、82.3 歲，分別較 10 年前提高 2.7、3.3 歲。

2009 年我國 65 歲以上人口占總人口比率 10.6%，較 10 年前增加 2.2 個百分點，依高齡、少子化之人口趨勢發展，老年人口比重勢必向上攀升，如何提供老人之經濟安全保障、健康維護、休閒娛樂及長期照護，並避免相關社會福利支出拖累政府財政，為目前社會福祉的重要議題，亟需做好整體規劃與完善的配套措施。

零歲平均餘命—按性別分



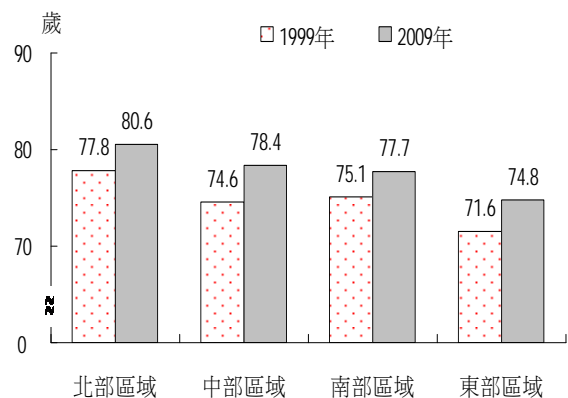
資料來源：內政部。

二、按地區分

都市化發展程度與壽命高低呈正相關，2009 年我國平均壽命以北部地區 80.6 歲最高，東部地區 74.8 歲最低，顯見東部地區受地理環境及醫療資源相對限制，平均壽命相對較低。

1995 政府積極推動山地離島地區之醫療服務改善措施，1999 年相繼實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，增加該地區醫療服務之可近性及提昇醫療服務品質，10 年來城鄉健康差距已漸縮短，北部與東部地區平均壽命差距由 1999 年 6.2 歲縮減至 2009 年 5.8 歲。

零歲平均餘命—按區域別分

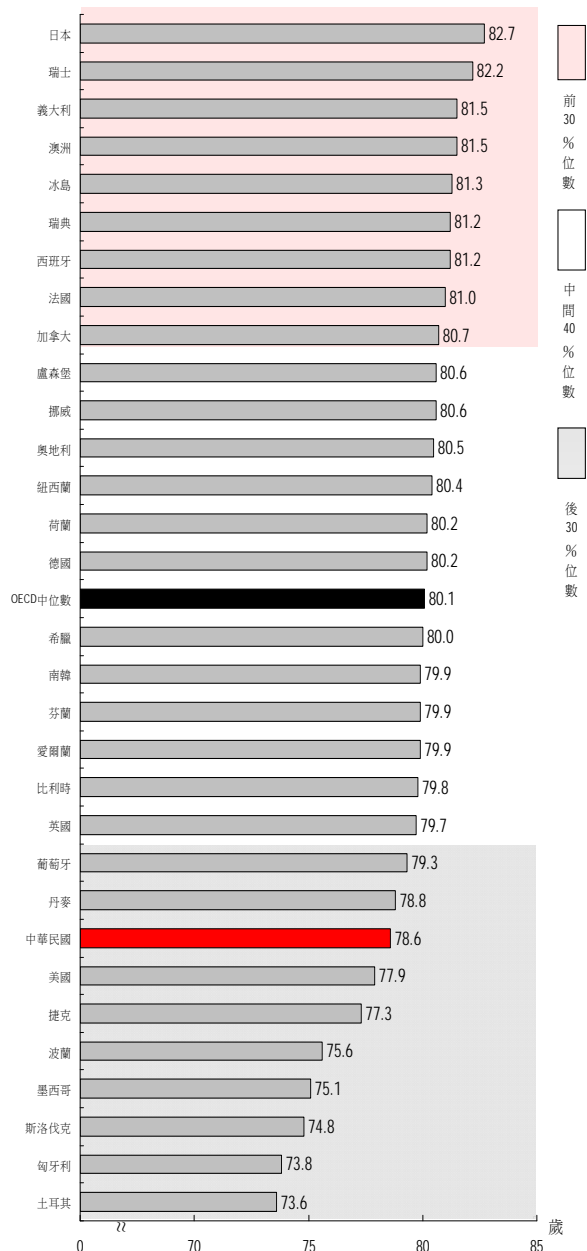


資料來源：內政部。

三、國際比較

2008 年過半數 OECD 國家平均壽命逾 80 歲，其中最高為日本 82.7 歲，其次為瑞士 82.2 歲，最低為土耳其 73.6 歲及匈牙利 73.8 歲。2008 年我國平均壽命為 78.6 歲，低於 OECD 國家中位數 80.1 歲，與 30 個 OECD 國家相較，排名第 24 位，低於鄰近的日本 82.7 歲及南韓 79.9 歲，高於美國 77.9 歲。雖然國民所得高低與平均壽命的關係並不明顯，但一般而言，OECD 國家中平均每人 GDP 較高之國家，其平均壽命亦相對較高。

2008 年我國及 OECD 國家零歲平均餘命

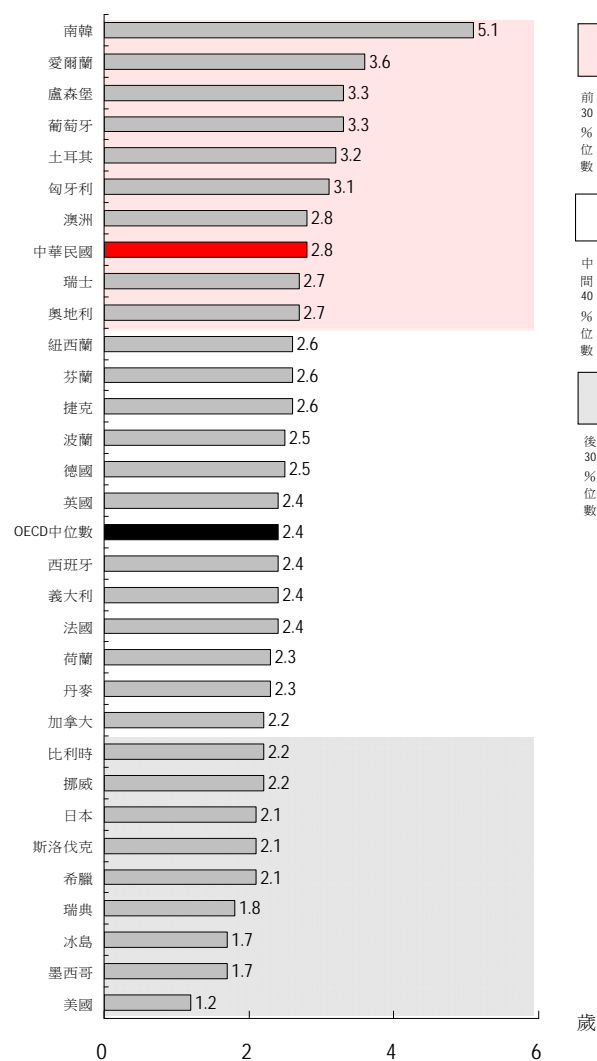


資料來源：內政部、OECD。

說明：各國資料期間係 2008 年及其前後年。

隨著醫療技術進步，OECD 各國近 10 年平均壽命均見提高，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，1998-2008 年 OECD 國家中以南韓增加 5.1 歲最為顯著，日本已為全球最長壽的國家，增幅相對有限，但美國與墨西哥平均壽命在 OECD 國家中偏低，10 年來亦分別僅增 1.2 及 1.7 歲。我國平均壽命提高 2.8 歲，增幅高於 OECD 國家中位數 2.4 歲，位居前 30%。

1998-2008 年我國及 OECD 國家零歲平均餘命變化情形



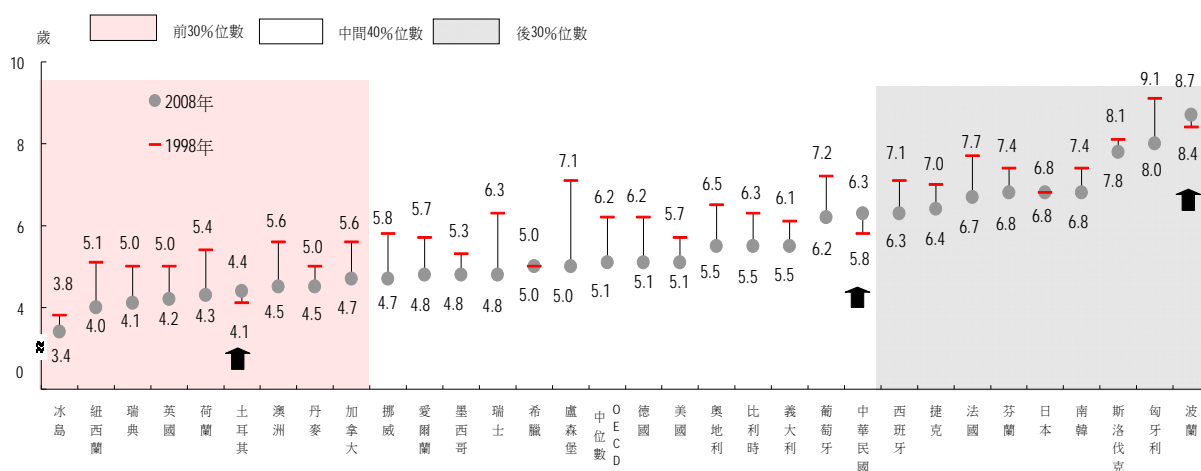
資料來源：內政部、OECD。

說明：各國資料期間係 1998、2008 年及其前後年。

觀察兩性平均壽命差異，10 年來 OECD 國家中除波蘭及土耳其外，其餘國男女平均壽命性別差距已漸縮小，明顯反映出男性平均壽命增幅高於女性，其縮小差距可部分歸因於健康風險行為，如男性和女性吸菸行為、男性心血管疾病死亡率的大幅降低。

反觀我國平均壽命性別差距卻由 5.8 歲擴增為 6.3 歲，與大多數 OECD 國家趨勢相反，未來隨著我國家庭子女數的減少，家庭功能的式微，如何避免二人高齡家庭因喪偶而轉變為獨居家庭，以及解決高齡獨居婦女的安養照護等問題，值得深究。

1998-2008 年我國及 OECD 國家零歲平均餘命兩性差距



資料來源：內政部、OECD。

說明：各國資料期間係 1998、2008 年及其前後年。

國際資料的可比較性：

各國零歲平均餘命的計算方法或有些微不同，導致各國平均壽命估計結果存有些微差異，但這些差異在一歲以內。

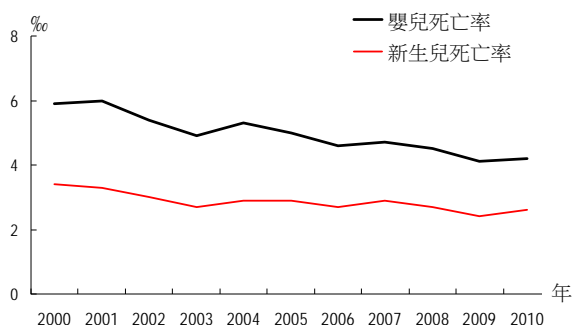
健康福祉之探討 — 嬰兒死亡率

嬰兒死亡率是評估一國婦幼健康照護之重要指標。母親的社經條件、衛生環境、個人生活方式和態度均是影響嬰兒死亡率的主因。

一、現況與趨勢

隨著我國醫療進步及對婦幼衛生保健工作的重視，嬰兒（未滿周歲）死亡率及新生兒（出生 28 天內）死亡率雙雙遞減。依據行政院衛生署統計，2010 年我國嬰兒死亡人數為 705 人，嬰兒死亡率為 4.2‰，較 10 年前減少 1.7 個千分點，新生兒死亡率減幅較小，自 3.4‰ 降為 2.6‰。

2000-2010 年嬰兒死亡率及新生兒死亡率



資料來源：行政院衛生署。

說明：嬰兒係指出生後未滿周歲；新生兒係指出生後未滿 28 天。

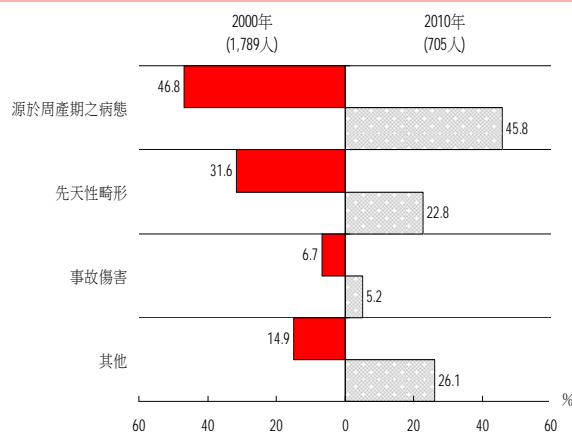
二、按主要死因

2010 年我國嬰兒死亡主要死因以產傷、源於周產期之呼吸性疾患、特發於周產期的感染、與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患等源於周產期之病態（占 45.8%）最高，先天性畸形（占 22.8%）次之，二者合占嬰兒死亡人數 6 成 9，其中源於周產期之病態中以呼吸性疾患（占 33.1%）最高。

為使母嬰獲得更完善醫療照護，自 1995 年全民健保開辦以來，即提供孕婦 10 次免費產前檢查服務，自 2001 年起產前檢查利用率維持在 9 成左右；另對高危險群孕婦提供產前遺傳診斷，2009 年接受

產前羊膜穿刺檢查補助者計 3.8 萬人，較 10 年前增加 52.4%，使源於周產期之病態及先天性畸形死亡情形二者合計已明顯下降 1 成。

嬰兒死亡率—按主要死因分

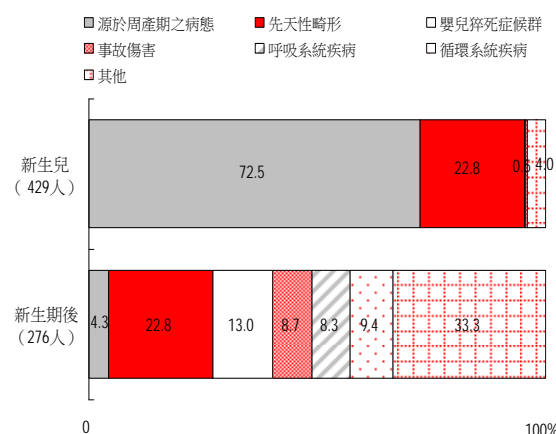


資料來源：行政院衛生署。

三、按生存期間

按生存期間分析，2010 年我國新生兒死亡人數 429 人，占嬰兒死亡人數逾 6 成，新生兒死亡原因以源於周產期之病態及先天性畸形占新生兒死亡 95.3%，可見產前檢查與產後照護及育嬰指導等周產期照護工作不容忽視。而滿月至未滿周歲新時期後嬰兒死亡最常見原因為先天性畸形、事故傷害、嬰兒猝死症候群及呼吸系統疾病。

2010 年嬰兒死亡率—按生存期間分



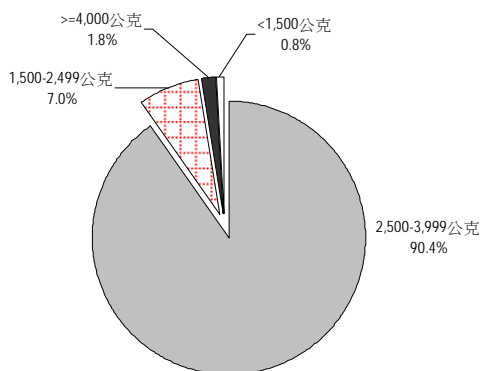
資料來源：行政院衛生署。

說明：新生兒係指出生未滿 4 週；新時期後係指出生滿 4 週至未滿周歲。

四、按出生體重

出生體重愈低的新生兒，其器官發育並未成熟，致死率與罹病率均特別高，尤以妊娠 32 週以前出生或體重低於 1,500 公克的早產兒更是嚴重。近年來雖我國新生兒人數逐年遞減，但 2,500 公克以下低體重新生兒比重 2009 年卻較 2003 年上升 0.8 個百分點。依據衛生署國民健康局的出生通報顯示，2009 年我國 19.2 萬名活產之新生兒中，1,500 公克以下極低體重早產兒僅占 0.8%、體重 1,500-2,499 公克占 7.0%、體重大於 2,500 公克以上則超過 9 成以上。

2009 年活產新生兒—按出生體重



資料來源：行政院衛生署國民健康局。

附註：懷孕 20-36 週發生的分娩稱為早產；新生兒出生體重低於 2,500g 稱為低體重，出生體重低於 1,500g 者稱為極低體重。

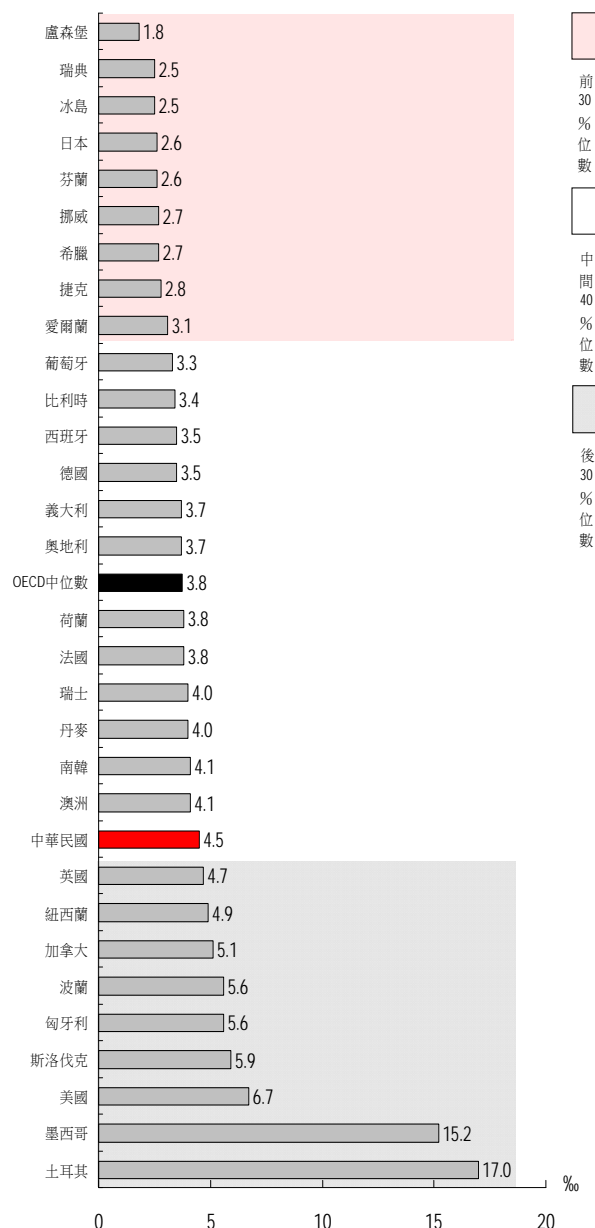
五、國際比較

OECD 國家中約 2/3 的嬰兒死亡發生於未滿月之新生兒時期，此現象與我國雷同。2008 年 OECD 國家嬰兒死亡率最低為盧森堡 1.8‰，瑞典及冰島 2.5‰ 次之。2008 年我國嬰兒死亡率為 4.5‰，高於 OECD 國家中位數 3.8‰，與 30 個 OECD 國家相較，排名第 22 位，高於日本 2.6‰、南韓 4.1‰，遠低於美國 6.7‰。

國際資料的可比較性：

各國早產兒死亡登記制度略有不同，挪威採計胎齡超過 12 週者，捷克、法國、荷蘭及波蘭採計最低胎齡 22 週或嬰兒出生體重 500g 以上者，餘多數國家對死亡登記皆無胎齡或重量的限制，因而影響各國嬰兒和新生兒死亡率統計內涵。

2008 年我國及 OECD 國家嬰兒死亡率

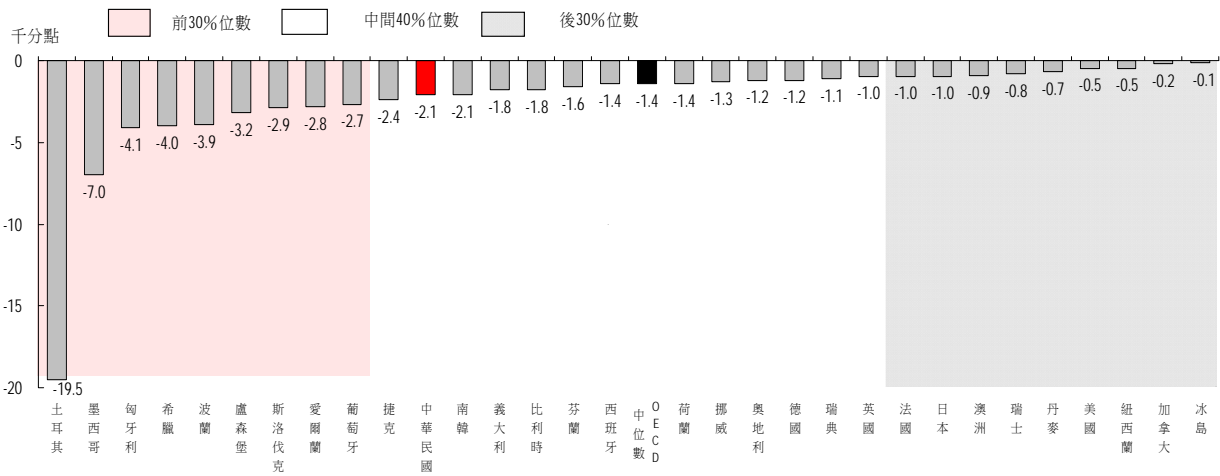


資料來源：行政院衛生署、OECD。

說明：各國資料期間係 2008 年及其前後年。

隨著 OECD 國家醫療進步及對婦幼衛生保健的重視，1998-2008 年嬰兒死亡率 OECD 國家皆明顯下降，降幅以土耳其減少 19.5 個千分點最多，其次為墨西哥減少 7.0 個千分點及匈牙利 4.1 個千分點。我國嬰兒死亡率降幅為 2.1 個千分點，高於 OECD 國家中位數 1.4 個千分點，與 30 個 OECD 國家相較，排名第 11 位，與南韓同，高於日本、美國，顯見我國於降低嬰兒死亡率成效顯著。

1998-2008 年我國及 OECD 國家嬰兒死亡率變化情形



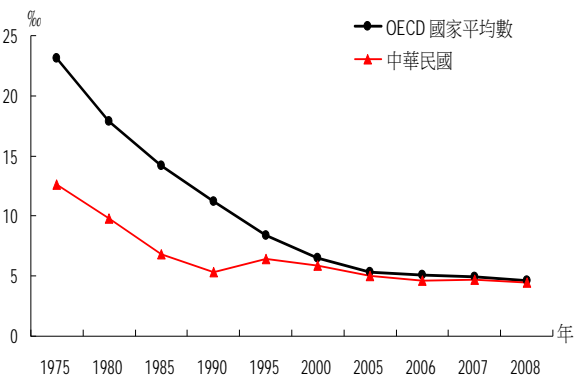
資料來源：行政院衛生署、OECD。

說明：各國資料期間係 1998、2008 年及其前後年。

隨著醫療技術及服務的進步，自 70 年代迄今，所有 OECD 國家於降低嬰兒死亡率方面已有顯著的成就，然而近 10 年某些 OECD 國家隨著婦女晚婚晚育現象普遍，高齡產婦人數日益攀升，胎兒染色體異常機率提高；另不孕症婦女藉由生殖科技治療，多胞胎機率增加，早產及出生低體重新生兒風險提高，導致嬰兒死亡率在近 10 年僅呈緩降趨勢。

近 10 年我國婦女亦趨向晚婚晚育，嬰兒死亡率與 OECD 國家緩降趨勢相似。

歷年嬰兒死亡率變化趨勢



資料來源：行政院衛生署、OECD。

健康福祉之探討 — 自殺死亡率

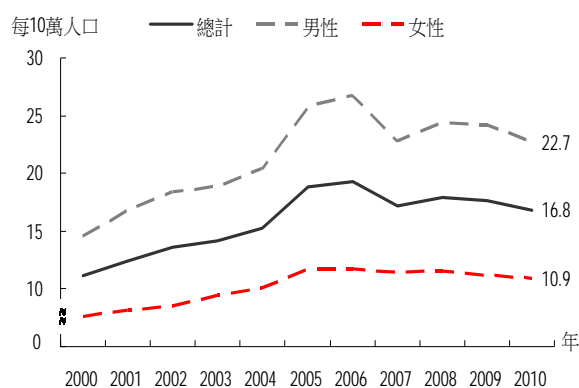
自殺死亡率乃代表人們的心理健康狀況和社會幸福狀態。自殺成因多元且複雜，源自於生理、心理、社會、文化及環境等層面因素彼此的交互作用，被視為是一個多面向的疾病，自殺防治已成為當代公共衛生及心理衛生工作之重要課題。

一、現況與趨勢

依據行政院衛生署統計，2010年國人自殺粗死亡率為每10萬人口16.8人，居主要死因的第11順位，其中男、女性分別為每10萬人口22.7人、10.9人，各較10年前增56.6%及43.4%，2005-2006年因國內爆發卡債危機，自殺事件頻傳，自殺粗死亡率升至每10萬人口18.8人及19.3人，2007年隨國內景氣好轉，自殺粗死亡率首度下降，2008-2010年未再續增。

自殺行為與精神疾病（尤其是憂鬱症與酒癮、藥癮）關係密切，2009年我國男、女性使用抗憂鬱劑病人各為37萬人及51萬人，女性明顯高於男性，但因男性較不願尋求社會網絡協助，致自殺粗死亡率則為女性2.2倍。

2000-2010年自殺死亡率—按性別



資料來源：行政院衛生署。

二、按性別及年齡

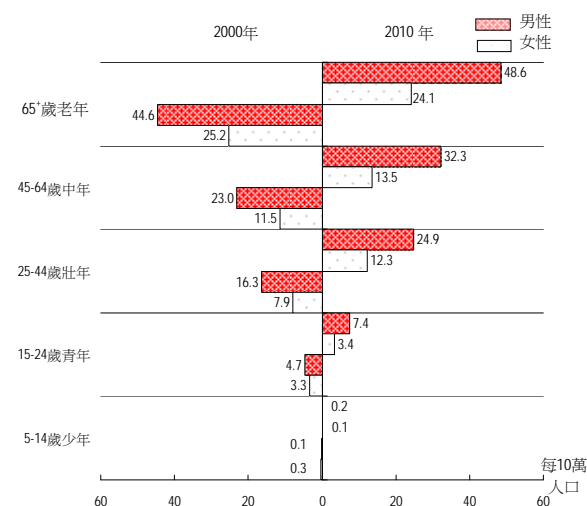
自殺粗死亡率隨年齡增加而升高。依據行政院

衛生署統計，2010年自殺粗死亡率以老年（65歲以上）每10萬人口35.8人最高，次為中年（45-64歲）及壯年（25-44歲）之22.8人及18.6人。不同年齡層所遭遇的困境不盡相同，老年易因孤獨、喪偶及久病厭世而自殺，失業、婚姻及家庭經濟困難為中年與壯年自殺的主因，青少年則不外乎感情、課業壓力及親子或同儕關係等因素，故自殺防治工作應針對不同年齡組別採取符合所需的策略。

另按性別分析，老年男性、女性自殺粗死亡率分別為每10萬人口48.6人、24.1人，其次為中年之32.3人、13.5人。各年齡組自殺粗死亡率皆呈男性高於女性，男性自殺粗死亡率約為女性2-3倍。

若與10年前相較，男性自殺粗死亡率以中年年齡組每10萬人口增加9.3人最多，壯年年齡組增加8.6人次之，25-64歲中壯年自殺身亡的增加，對家庭造成不可抹滅的傷害，更影響國家社會的生產力，不容忽視。

2000-2010年自殺粗死亡率—按性別和年齡

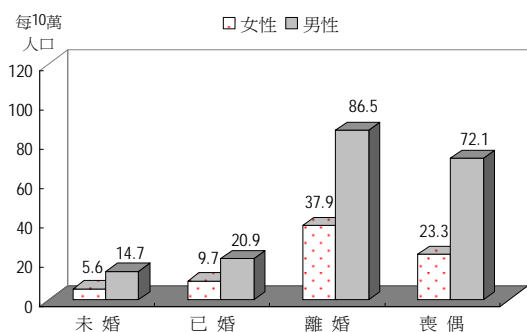


資料來源：行政院衛生署。

三、按婚姻狀況

按自殺者婚姻狀況觀察，2010年我國男、女性自殺粗死亡率皆以離婚者最高，每10萬人口86.5人、37.9人，喪偶者每10萬人口72.1人、23.3人次之，均遠高於未婚及已婚者，顯見離婚及喪偶為自殺行為之危險因子。

2010 年自殺粗死亡率—按婚姻狀況

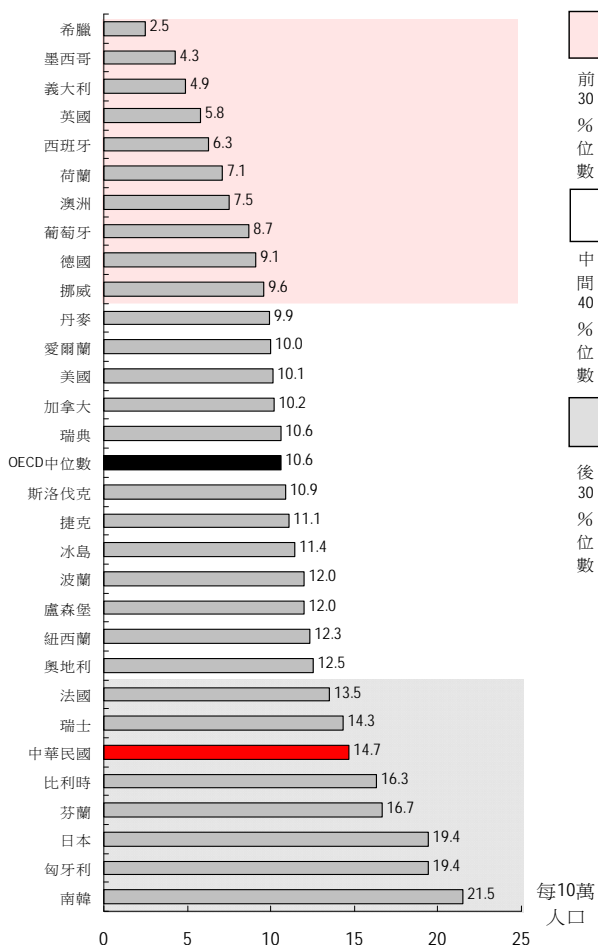


資料來源：行政院衛生署。

四、國際比較

就各國觀之，自殺率雖與經濟成就的高低無明顯相關，但可能受經濟安定程度與生活滿意度影響。

2007 年我國及 OECD 國家自殺標準化死亡率



資料來源：行政院衛生署、OECD。

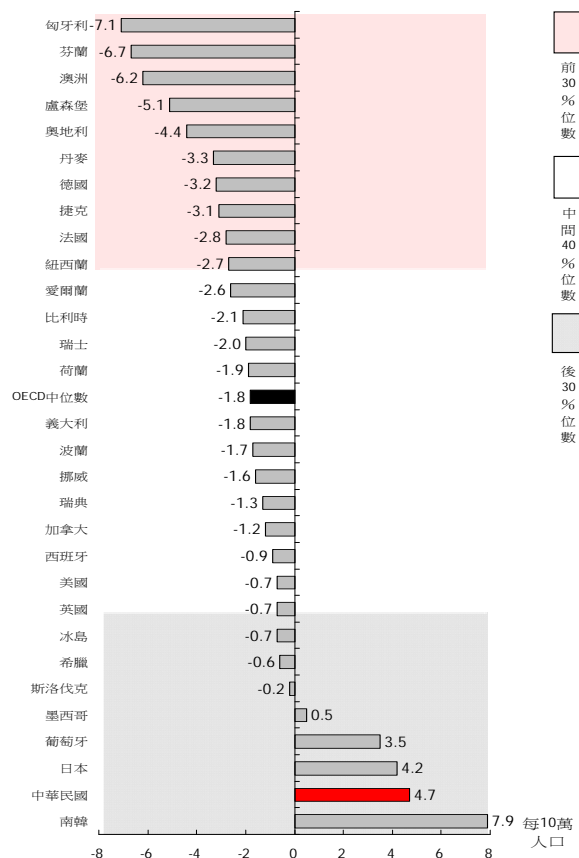
說明：各國資料期間係 2007 年及其前後年。

附註：標準化死亡率係以 2000 年 WHO 之世界標準人口年齡結構調整。

根據世界衛生組織 (WHO) 報告指出，每 10 萬人中自殺死亡高於 13 人之國家集中於亞洲地區，2007 年南韓自殺標準化死亡率为每 10 萬人口 21.5 人，居 OECD 國家首位，日本及匈牙利每 10 萬人口 19.4 人次之，我國自殺標準化死亡率为每 10 萬人口 14.7 人，與 29 個 OECD 國家相較，排名第 6 位，高於 OECD 國家中位數 10.6 人，低於南韓、日本，高於美國、加拿大及英國。

就自殺標準化死亡率變化情形觀察，近 10 年來多數 OECD 國呈下降趨勢，僅少數國呈反向增加，其中以南韓每 10 萬人口增加 7.9 人最顯著。1997-2007 年我國自殺標準化死亡率每 10 萬人口增加 4.7 人，增幅高於 OECD 國家中位數 1.8 人，與 29 個 OECD 國家相較，排名第 2 位，僅低於南韓 7.9 人，高於日本 4.2 人。

1997-2007 年我國及 OECD 國家自殺標準化死亡率變化情形

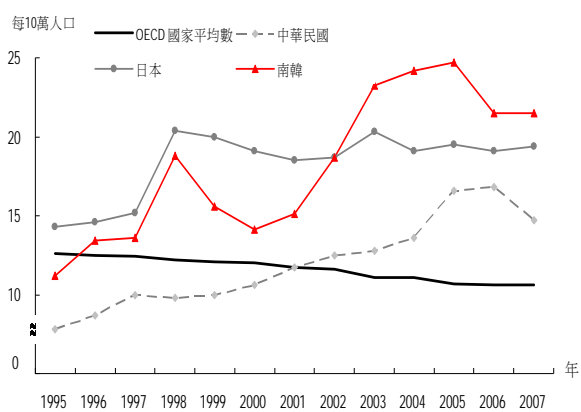


資料來源：行政院衛生署、OECD。

說明：各國資料期間係 1997、2007 年及其前後年。

1995-2007 年大多數的 OECD 國家平均自殺標準死亡率呈下降趨勢，惟日本、南韓不降反升，主因 1997 年亞洲爆發金融危機，兩國失業率與自殺率皆升高，1998 年自殺標準化死亡率較 1997 年上升近 4 成，其後日本即維持在每 10 萬人口 19 人左右；南韓雖暫隨景氣復甦而回降，至 2002 年爆發卡債風暴，自殺標準化死亡率再度竄升，甚至超越日本。我國則呈逐年上升趨勢，2002 年起已超越 OECD 國家平均數。

1995-2007 年自殺標準化死亡率變化趨勢



資料來源：行政院衛生署、OECD。

說明：各國資料期間係 2007 年及其前後年。

國際資料的可比較性：

各國死亡統計之死因分類 (ICD) 不同，亦依不同的判定程序記錄自殺是否為主要的死因，且這些程序可能會隨時間而修訂。此外，自殺或可能被視為社會恥辱而低報。

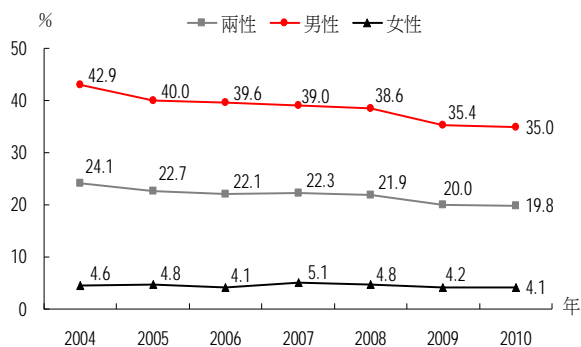
健康福祉之探討 —吸菸的潛在危險

吸菸（主動和被動）對健康狀況的負面關聯已被廣泛認同，不僅是多種癌症和呼吸系統、心血管疾病等的危險因素，並與出生低體重、嬰兒猝死綜合症及其他兒童不良健康結果有關。

一、現況與趨勢

依世界衛生組織（WHO）研究，在全球 8 大死因中，有 6 項與吸菸有關。為降低國人吸菸率，政府於 1997 年訂定「菸害防制法」，另自 2009 年實施「菸害防制新法」，擴大無菸環境、禁止孕婦、兒童及青少年吸菸，加強菸品管制，並提高菸捐及菸價，經多年政府努力宣導及民間的配合，吸菸率已逐年下降。依衛生署國民健康局統計，2010 年國內成人吸菸率 19.8%，其中成人男性吸菸率為 35%，較 2004 年減少 7.9 個百分點；原即偏低之成人女性吸菸率亦由 4.6% 降至 4.1%。

2004-2010 年成人吸菸率—按性別

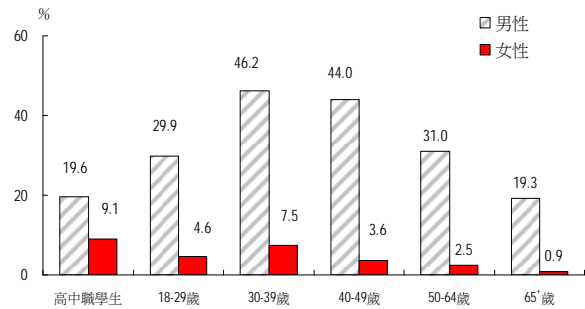


資料來源：行政院衛生署國民健康局。

二、按年齡組別

就各年齡組分析，依行政院衛生署國民健康局統計，2010 年高中職學生男、女性吸菸率各為 19.6% 及 9.1%，其中男性由青少年至壯年階段，隨年齡增加而呈快速擴增，於 30-39 歲達最高峰，之後隨年齡增加而下降；女性吸菸率則以高中職學生階段最高，其後逐漸遞減。

2010 年吸菸率—按年齡組別

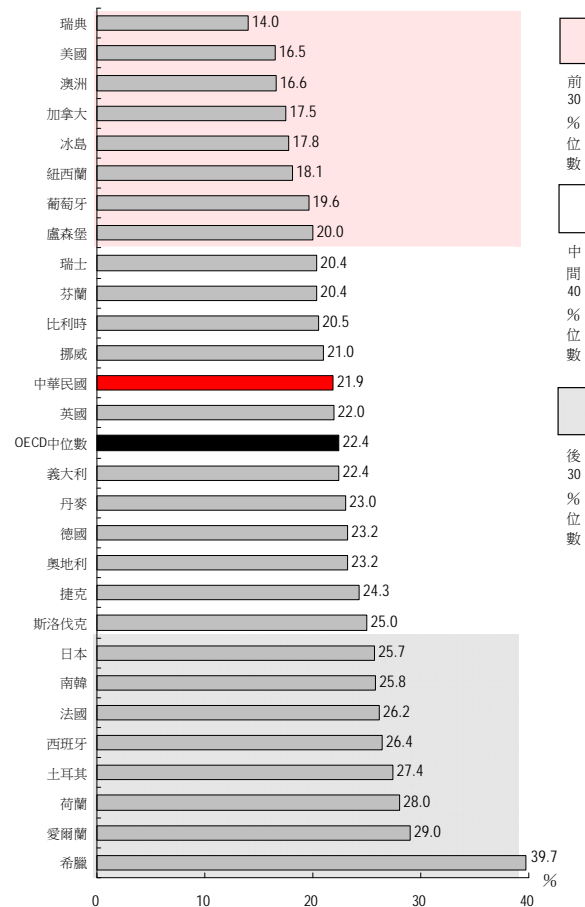


資料來源：行政院衛生署國民健康局。
說明：高中職學生為 2009 年。

三、國際比較

2008 年 OECD 國家成人吸菸率以希臘 39.7% 最高，我國成人吸菸率為 21.9%，低於 OECD 國家中位數 22.4%，並低於鄰近的南韓 25.8% 及日本 25.7%，排名第 16。

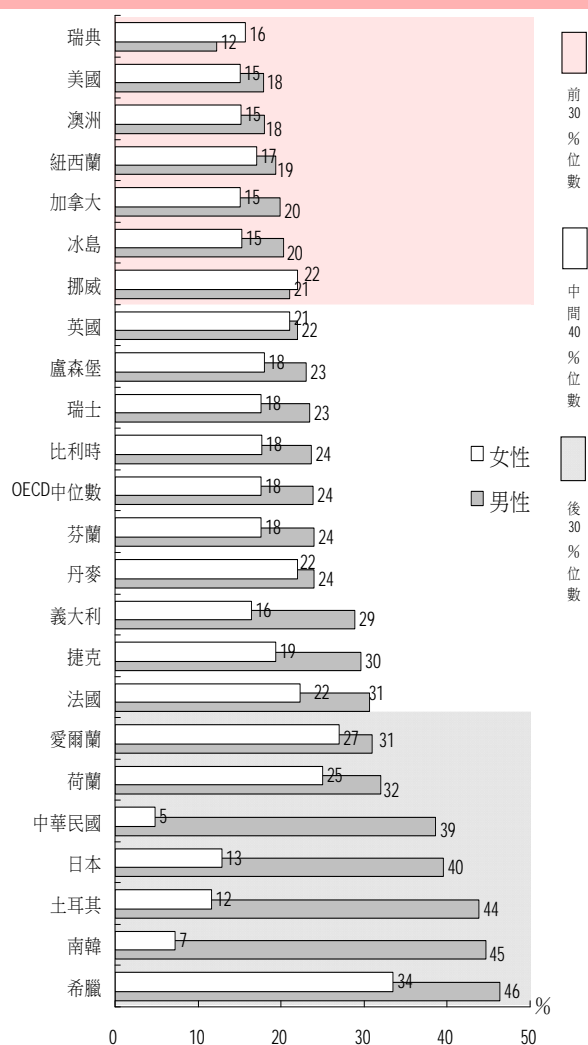
2008 年我國及 OECD 國家成人吸菸率



資料來源：行政院衛生署國民健康局、OECD。
說明：各國資料期間係 2008 年及其前後年。

2008 年 OECD 國家成人男、女性吸菸率皆以希臘 46% 及 34% 最高，我國成人男性吸菸率為 39%，高於多數 OECD 國家，惟低於鄰近的南韓及日本，而我國成人女性吸菸率僅 4.8%，遠低於所有的 OECD 國家。OECD 國家中除瑞典及挪威外，男性吸菸率仍高於女性。整體而言，西方國家兩性吸菸率差距較小，東方國家整體社會對女性吸菸的接受度較西方國家為低，兩性吸菸率差距較顯著。

2008 年我國及 OECD 國家成人吸菸率—按性別

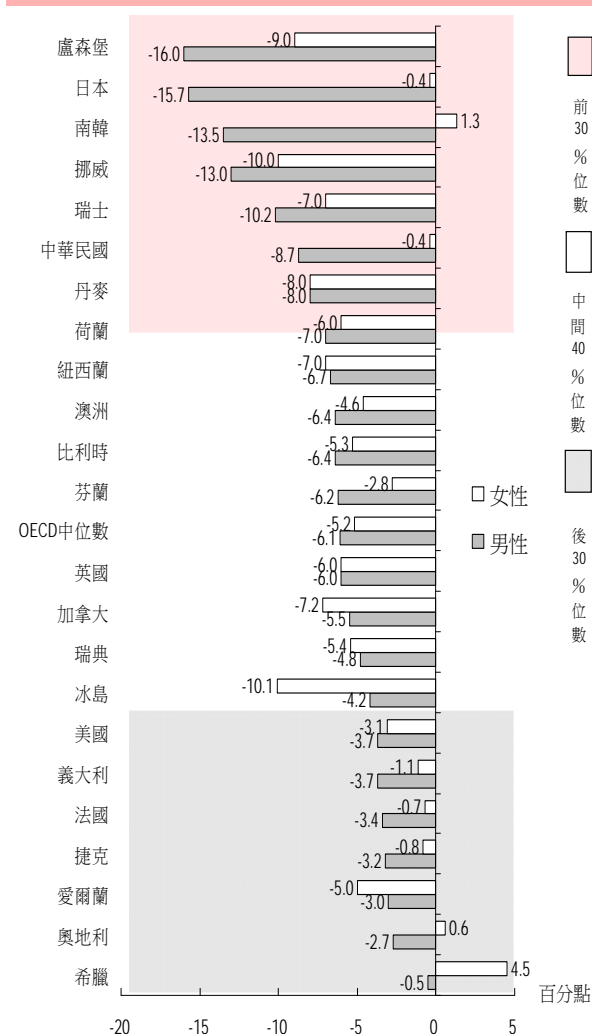


資料來源：行政院衛生署國民健康局、OECD。
說明：各國資料期間係 2008 年及其前後年。

隨各國政府積極推動菸害防制，透過公共宣傳活動、廣告禁止、提高稅費等行動有效抑制菸草消費，加上民間反菸團體宣導，亦使消費者了解吸菸對健康的影響，有效地減少吸菸率，近 10 年來 OECD

國家中除希臘、奧地利及南韓女性吸菸率上升外，餘各國都呈明顯下降，相較 10 年前，我國成人男性吸菸率已明顯下降 8.7 個百分點，足見政府於推動菸害防制策略已初見成效，若與先進國家比較，我國成人男性吸菸率仍較多數 OECD 國家高，未來推動菸害防制工作仍需持續加強。

1998-2008 年我國及 OECD 國家成人吸菸率變化情形—按性別



資料來源：行政院衛生署國民健康局、OECD。
說明：各國資料期間係 1998、2008 年及其前後年。

國際資料的可比較性：

成人吸菸率係指 15 歲以上人口每天吸菸的百分比。大部分國家為 15 歲以上，部分國家調查對象為 16 或 18 歲，日本為 20 歲以上。國際可比性是受限的，因各國辦理健康訪問調查時，有關於吸菸習慣缺乏標準化的測量，調查的類別和方法存在措辭問題，如：受訪者被問及是否「經常」吸菸，而未明確述及「每天」。

參考資料：

1. 內政部，2009年，簡易生命表年報。
2. 內政部，2009年，內政統計年報。
3. 行政院衛生署，2009年，死因統計年報。
4. 行政院衛生署，2010年，死因統計年報。
5. 行政院衛生署，性別統計專區，
http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx。
6. 行政院衛生署，2009年，國民健康局出生通報。
7. 行政院衛生署，2009年，國民健康局年報。
8. 行政院衛生署，2010年，國民健康局「成年人吸菸行為電話調查」。
9. OECD, 2009, Health at a Glance 2009 – OECD Indicators.
10. OECD, 2010, OECD FACTBOOK 2010.
11. OECD, 2010, OECD Health Data 2010.
12. WHO,(SUPRE),http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
13. WHO, 2011, Global Status Report on Alcohol and Health.