

國立臺灣大學政治學系政府與公共事務碩士在職專班



臺北市老人促進健康政策執行之研究

Research on the Execution of Elderly Health

Promotion Policy in Taipei City

指導教授：彭錦鵬教授

研究生：張茂楠

學號：P05322022

中華民國 107 年 7 月

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景	3
第二節 研究動機與目的	10
第三節 重要名詞釋義	15
第二章 文獻回顧.....	18
第一節 高齡者需求與活躍老化	18
第二節 社會福利社區化	24
第三節 日韓高齡者健康促進政策之探討	27
第四節 我國高齡化問題與因應政策.....	40
第五節 我國推行社區照顧服務政策之省思	44
第三章 臺北市高齡化現況及政策分析	48
第一節 臺北市高齡現況	48
第二節 臺北市高齡友善城市政策發展	52
第三節 臺北市健康促進政策現況	66
第四節 臺北市老人福利預算編列分析	85
第四章 研究架構與方法.....	98
第一節 研究架構與步驟	98
第二節 研究方法	99
第五章 訪談調查及其結果分析.....	104
第一節 北市老人促進健康政策執行評估	105
第二節 食、醫、行、育、樂政策執行評估	115
第六章 研究發現與建議.....	142
第一節 研究發現	142
第二節 研究建議	148
參考文獻.....	156

圖目錄

圖 1-1	我國人口結構老化趨勢比較.....	3
圖 1-2	我國高齡化進程推估.....	6
圖 1-3	我國高齡人口之健康與失能比.....	9
圖 1-4	2016 年推估各國高齡化到超高齡化結構.....	12
圖 2-1	衛福部高齡健康社會推動架構.....	19
圖 2-2	馬斯洛需求層級理論.....	21
圖 2-3	全球老年人口成長趨勢圖.....	28
圖 2-4	我國高齡政策相關發展.....	41
圖 2-5	我國高齡整體照顧政策架構.....	42
圖 3-1	2016 年 5 月各縣市老化指數.....	49
圖 3-2	106 與 107 年度臺北市高齡友善城市政策預算柱狀圖.....	66
圖 3-2	101-106 年度臺北市老人福利預算編列情形.....	88
圖 4-1	研究架構.....	99
圖 6-1	臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口趨勢圖.....	144
圖 6-2	臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能人口趨勢圖.....	145

表目錄

表 1-1	我國及全球各洲 65 歲以上人口所占比率.....	4
表 1-2	2015 及 2060 年全球 65 歲以上人口所占比前 10 國家	5
表 1-3	主要國家高齡化轉變情形.....	6
表 1-4	我國高齡者健康促進政策分析表	16
表 2-1	主要國家高齡者健康促進政策	38
表 3-1	臺北市人口統計推估數.....	48
表 3-2	臺北市高齡友善城市政策.....	63
表 3-3	臺北市政府社會局辦理共餐及老人活動/社區照顧據點.....	70
表 3-4	臺北市政府體育局活躍樂齡計畫	71
表 3-5	臺北市政府衛生局活躍老化計畫	71
表 3-6	臺北市政府教育局樂齡學習據點	74
表 3-7	臺北市政府各局處促進健康政策方案	77
表 3-8	悠遊卡搭乘人次統計.....	80
表 3-9	長照服務效益成果統計表.....	81
表 3-10	101-106 年度臺北市老人福利預算編列情形	88
表 3-11	臺北市政府社會局老人促進健康政策近十年預決算資料.....	89
表 3-12	臺北市政府衛生局老人促進健康相關政策近十年預決算資料	90
表 3-13	107 年度臺北市政府各局處老人福利預算編列情形	94
表 4-1	受訪者名單一覽表	100
表 5-1	臺北市政府各局處老人促進健康政策方案一覽表.....	105
表 5-2	中央補助臺北市政府之計畫及其內容	108

表 5-3	臺北市近十年老人福利預算及其占社會福利預算及總預算情形表.....	111
表 5-4	衛生局近十年編列老人健康檢查預算金額.....	121
表 5-5	衛生局流感疫苗工作計畫預算金額.....	121
表 5-6	衛生局辦理老人健康檢查成效	122
表 5-7	65 歲以上長者接種流感疫苗狀況及死於流感重症之統計...	123
表 5-8	104-106 年臺北市敬老卡持卡人暨補助資訊一覽表.....	125
表 5-9	臺北市老人促進健康政策交通設施近 3 年預算表	127
表 5-10	臺北市敬老卡各補助項目長者使用總金額與百分比.....	127
表 5-11	106 年活耀樂齡計畫執行成效	134
表 6-1	臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口數統計表.....	143
表 6-2	臺北市近 10 年老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口成長率.....	144

第一章 緒論

臺北市已面臨人口老化問題，根據國家發展委員會資料顯示，臺北市由高齡化到高齡、再進入超高齡化的現象將來得又急又快，為因應此一演變所帶來的家庭、社會與政府財政之負擔等問題，必須制定因應此一現象之公共政策，以減緩人口老化問題所帶來之衝擊。

健康促進政策日趨受大眾所重視，源自於台灣人口成長趨勢的背景，臺灣已於民國 82 年進入高齡化社會、106 年進入高齡社會，並預估於 115 年邁入超高齡社會。依據內政部統計數據顯示，我國戶籍登記人口至民國 107 年 4 月止計有 2,357 萬 1,990 人，其中 65 歲以上老年人口為 331 萬 2,024 人，占總人口 14.05%，較上（106）年同期增加 16 萬 47 人（增加幅度為 5.08%），其中女性老年人口 179 萬 1,625 人（占 54.09%）、男性老年人口則有 152 萬 399 人（占 45.91%）（內政部，2018）。又依據臺北市政府民政局相關統計數據指出，截至 107 年 3 月止，臺北市老年人口數已有 44 萬 4,488 人，佔全市人口數 16.58%（臺北市政府民政局，2018），臺北市老年人口比率高於全國老年人口比率，且臺北市老年人口比率預計將於 110 年底時將達到 20%，正式步入國際定義的「超高齡社會」。，依此趨勢推估，至民國 150 年，臺北市老年人口將高達 35.36%，即每三人中就有一位老人，老化速度趨勢冠全臺，比臺灣整體老化速度快三年。

另一方面，隨著戰後嬰兒潮的人口陸續邁入 65 歲，以及近年來低生育率帶來的少子化現象，超高齡社會將來得急又快。我國老化指數(老化指數公式：65 歲以上人口/未滿 15 歲人口*100)指標趨勢，於 106 年 2 月首度超過 100（達到 100.18），意味著我國老年人口人數首次超過幼年人口人數(圖 1-1)。然進一步分析，可發現臺北市的老化指數於 104 年即已超過 100。復依據臺北市民政局委託研究案－「臺

北市 105~140 年人口推估」(臺北市政府民政局，2016)資料指出，臺北市預計於 110 年時，65 歲以上人口將達到 20%，正式步入超高齡社會，且 123 年將突破 30%、於 137 年更突破 40%以上，至 140 年時老年人口數將較 105 年增加 2.63 倍。

由以上各項分析數據，顯見我國、尤其是臺北市，因高齡化人口激增致人口結構失衡之現象日趨嚴重，顯見高齡照護之重要性及其迫切性。可知，政府對於健康及亞健康之老人「健康促進」、「活躍老化」、「疾病預防」已是刻不容緩，又健康照護服務模式係以在地老化為導向，並朝向多元活躍老化模式發展，以達到健康促進、成功老化、減少失能、延緩老化並增進健康年數等目標。

臺北市老年人口數 44 萬 4,488 人當中，失能人口約有 6 萬人（約 13.65%），況且在高齡化趨勢發展下，若未能提供有效的促進健康政策方案，老年失能人口勢必隨著臺北市人口高齡化而快速增加，對於年長者及其家庭、社會發展與國家財政等面向，亦將產生嚴重衝擊。因此為減少老化帶來之社會家庭照顧壓力，本研究將從源頭減量、減少老人失能著手，檢視臺北市政府在推動老人促進健康政策之成效，對於市民長輩在地老化、減緩失能與失智是否真有實質幫助？進而探討未來臺北市政府相關老人健康促進預算之規劃與運用模式，並試圖提出具有可行性、重要性及前瞻性之建議。

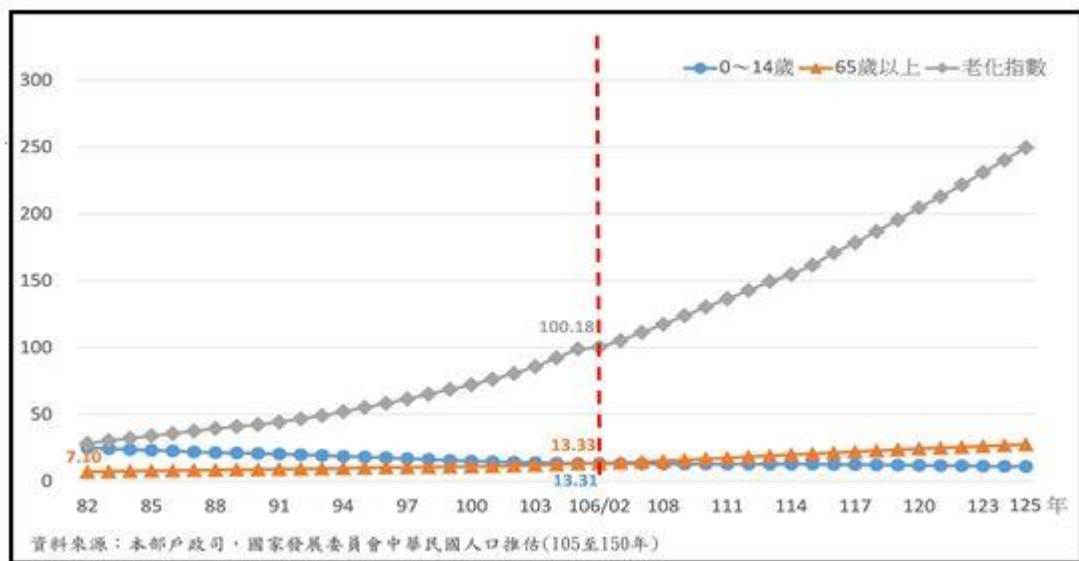


圖 1-1 我國人口結構老化趨勢比較

資料來源：2016 年內政部統計處網站，網址

https://www.ris.gov.tw/news/-/asset_publisher/u0Y2/content/id/5977582/pop_up%3Bjsessionid=7674A9F499916F4BDEC5B115B17787F3?_101_INSTANCE_u0Y2_viewMode=print

第一節 研究背景

壹、全球化的高齡化現象

人口老齡化又稱人口老化或人口高齡化，為現今世界普遍存在之現象。隨著全球生育率持續下降、老年人口死亡率大幅降低，導致多數國家均面臨「人口老化」此一議題。依據聯合國統計(United Nations Population Fund, 2017)，全球 65 歲以上老年人口占全球總人口比率，1990 年為 6.1%、至 2015 年已上升至 8.3%，預計未來將一路攀升，至 2050 年將達 22% 以上。若進一步分析，可發現於 2015 年，以歐洲、北美洲等已開發國家人口老化程度最高（65 歲以上人口所占比率分別為 17.6%、14.9%），已邁入高齡社會之列。又相關數據顯示，預計未來 45 年後（2060 年），拉丁美洲與加勒比海、亞洲地區將成為老年人口成長最為快速的地區（65 歲以上人口所占比率分別增加為 23.3%、21.5%）(表 1-1)。若以國別觀之，2015 年全球 65

歲以上老年人口占該國人口比率前十國家中，最高者為日本，其餘 2-10 高的國家，均屬歐洲國家(表 1-2)。至 2060 年，前 10 大國家序位面臨大洗牌，亞洲國家中的韓國最高(40.1%)、日本次之(39.9%)，我國則以 38.6%排名第 3(United Nations Population Fund，2017)。

人口結構轉型為現今世界普遍存在之現象。其中，人口老化更是世界各國共同面臨的嚴竣考驗，我國亦不例外，如何有效整合政府與民間資源以符合高齡者期望，並透過各種政府政策及社政、衛政照顧措施，共同迎接高齡社會，乃為政府所應正視之重大議題。又臺北市既為首善之都，且人口老化情形快速，其老人促進健康政策執行之成敗，不僅攸關臺北市民權利，影響之遠，將對全臺灣老人福利之促進健康政策、資源分配、可否有效減緩失能與失智、讓長者有尊嚴的在地安享晚年，形成指標性的參考價值。

表 1-1：我國及全球各洲 65 歲以上人口所占比率

年代	全球	中華民國	亞洲	北美洲	拉丁美洲與加勒比海	歐洲	非洲	大洋洲
1990	6.1	6.2	4.8	12.4	4.7	12.7	3.2	9.1
2000	6.8	8.6	5.7	12.3	5.6	14.7	3.4	9.8
2010	7.6	10.7	6.8	13.1	6.8	16.4	3.5	10.7
2015	8.3	12.5	7.5	14.9	7.6	17.6	3.5	11.9
2020	9.3	16.0	8.8	16.9	8.8	19.3	3.6	13.0
2030	11.7	23.6	11.8	21.0	12.0	23.1	4.1	15.5
2040	14.2	29.6	15.5	22.2	15.6	25.7	4.8	17.2
2050	16.0	35.7	18.2	22.7	19.5	27.6	5.9	18.2
2060	18.1	38.6	21.5	23.9	23.3	28.4	7.2	19.6

資料來源：2017 年聯合國世界人口展望統計資料，網址

[https://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/Files/1_Indicators%20\(Standard\)/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2017_POP_F09_1_PERCENTAGE_OF_TOTAL_POPULATION_BY_BROAD_AGE_GROUP_BOTH_SEXES.xlsx](https://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/Files/1_Indicators%20(Standard)/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2017_POP_F09_1_PERCENTAGE_OF_TOTAL_POPULATION_BY_BROAD_AGE_GROUP_BOTH_SEXES.xlsx)

表 1-2：2015 及 2060 年全球 65 歲以上人口所占比前 10 國家

項次	2015 年		2060 年	
	國家	65 歲以上人口比率(%)	國家	65 歲以上人口比率(%)
1	日本	27.3	韓國	40.1
2	義大利	22.4	日本	39.9
3	希臘	21.4	中華民國	38.6
4	德國	21.2	新加坡	36.3
5	葡萄牙	20.8	波士尼亞與 赫塞哥維納	35.5
6	芬蘭	20.5	希臘	35.4
7	保加利亞	20.0	波蘭	35.2
8	瑞典	19.9	葡萄牙	35.1
9	拉脫維亞	19.4	香港	35.1
10	馬爾化	19.2	古巴	34.9

資料來源：2017 年聯合國世界人口展望統戰統計資料，網址

[https://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/Files/1_Indicators%20\(Standard\)/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2017_POP_F09_1_PERCENTAGE_OF_TOTAL_POPULATION_BY_BROAD_AGE_GROUP_BOTH_SEXES.xlsx](https://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/Files/1_Indicators%20(Standard)/EXCEL_FILES/1_Population/WPP2017_POP_F09_1_PERCENTAGE_OF_TOTAL_POPULATION_BY_BROAD_AGE_GROUP_BOTH_SEXES.xlsx)

貳、臺灣高齡化的現況與預測

人口老化已是國際趨勢，根據聯合國世界衛生組織(WHO)定義，65 歲以上老年人口占總人口比率達 7%時為「高齡化社會」，達到 14%是「高齡社會」，若達 20%則稱為「超高齡社會」。我國老年人口占總人口比率於 82 年超過 7%，正式邁入高齡化（ageing）社會；由於戰後嬰兒潮世代已陸續成為 65 歲以上老年人口，我國老年人口自 100 年起加速成長，並將於 106 年超越幼年人口(國家發展委員會，2016)。另依內政部統計處資料顯示，至民國 107 年 4 月止，我國 65 歲以上老年人口為 331 萬 2,024 人，占總人口 14.05%，使我國成為高齡（aged）社會，國家發展委員會研究報告(2016)預估 115 年比率將超過 20%，使我國成為超高齡（super-aged）社會之一員。預估至 150 年，約每 10 個人中有 4 位是 65 歲以上老年人口，而此 4 位中則將近有 1 位是 85 歲以上之超高齡老人。(圖 1-2)

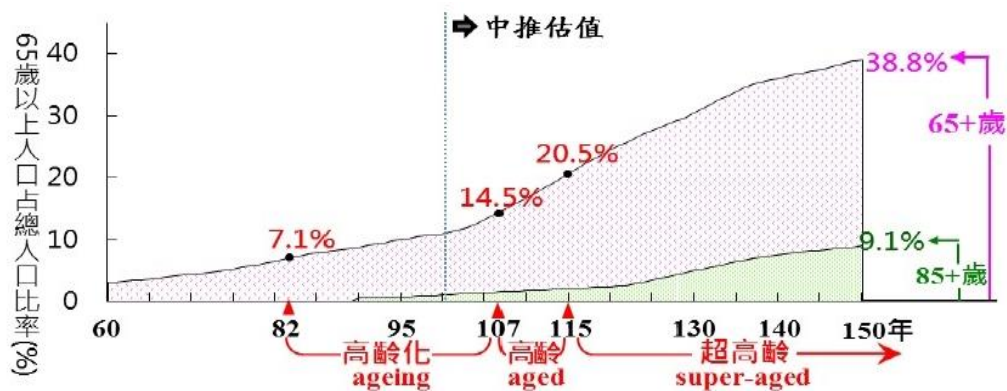


圖 1-2 我國高齡化進程推估

資料來源：國家發展委員會(2016:10)

我國高齡化趨勢來勢凶凶，由高齡化社會轉為高齡社會預估須 25 年（僅次於韓國的 19 年及日本的 24 年），由高齡社會步入超高齡社會預估須 8 年（僅次於新加坡的 7 年），顯見我國人口速度相較全球其他主要國家更為快速（表 1-3）。

表 1-3：主要國家高齡化轉變情形

國別	65歲以上人口所占比率到達年度(年)			轉變所需時間(年)	
	高齡化社會(7%)	高齡社會(14%)	超高齡社會(20%)	7%→14%	14%→20%
中華民國	1993	2018	2026	25	8
日本	1970	1994	2005	24	11
韓國	1999	2018	2026	19	8
新加坡	1999	2019	2026	20	7
香港	1984	2013	2023	29	10
美國	1942	2013	2028	71	15
英國	1929	1976	2027	47	51
德國	1932	1972	2008	40	36
法國	1864	1991	2020	127	29
義大利	1927	1988	2007	61	19

資料來源：國家發展委員會(2016:71)

依據臺北市衛生局聯合醫院資料顯示，臺北市老年人口於 2017 年 9 月止達 44 萬 7,336 人（約 16.35%），失能人口則有 6 萬人（約 13.65%），在高齡化趨勢發展下，老年失能人口勢必因此而增加，此一現象將影響家庭照顧機制、老人經濟安全、友善高齡者居住與交通運輸及人口老化終身學習等層面，同時亦因加重扶養負擔而對整體社會、經濟產生衝擊。為減少老化帶來之社會家庭照顧壓力，研究從源頭減量、減少老人失能，推動老人健康促進政策，實有其迫切性、重要性及前瞻性。

世界各國面對高齡社會的挑戰，幾乎已達成一致的理念與共識。認同健康與福祉被聯合國認定為兩大主流議題，世界衛生組織於 2002 年提出「活力老化」核心價值，認為欲使老化成為正面經驗，必須讓健康、參與及安全達到最適化狀態，提升老年生活品質，2012 年世界衛生日更進一步以「高齡化與健康」（Ageing and Health）為主題，認為保持健康才會長壽（Good health adds life to years）（衛生福利部，2015）。

檢視我國與高齡人口相關的政策，其精神內涵均強調以保障高齡者基本生活無虞為先，並以健全社會安全網，透過提升健康及生活照顧品質，完備友善高齡生活環境，提升高齡者社會參與及強化家庭及社會支持等原則，作為各部會制訂或推動高齡政策措施之重要依據。如「中華民國人口政策綱領」、「社會福利政策綱領」、「人口政策白皮書」到《老人福利法》等；在執行面，為滿足失能高齡者在經濟安全、健康維護、生活照顧等各層面需求，政府近年陸續推動多項高齡者福利方案或計畫，如：86 至 96 年「加強老人安養服務方案」，91 至 96 年「照顧服務福利及產業發展方案」；97 年起推動「長期照顧十年計畫」，整備照顧資源量能，104 年提出改良版的「長照服務量能提升計畫」加以改善，並作後續建構長照保險的轉銜。

建構永續完整照顧體系，確保穩定財源之取得，建立對失智、失能長者家庭提供在宅居家醫療及照顧一系列服務，102年正式通過「長期照護服務網計畫」，建立長期照顧體系。並在持續五年的努力下，推動《長期照顧服務法》立法完成，104年6月3日業經總統以華總一義字第10400064391號令公布於106年施行上路；並於同(104)年6月4日經行政院審查通過《長期照顧保險法》草案，送入立法院審議，藉以確保未來推動長照服務的穩定財源，期建構完整永續經營的長照服務體系。我國的高齡人口中，有超過八成並非失能，而是健康、亞健康者(圖1-3)，因此需要特別關注為滿足多元需求，行政院於98年9月7日核定「友善關懷老人服務方案」第1期計畫，以「活力老化」、「友善老人」、「世代融合」三大核心理念，整合各單位資源，積極推動各項策略，建立悅齡親老社會。

為避免超高齡社會產生越來越多的失能老人，建立以源頭減量方式達到讓老人延緩老化減少失能人口，增加健康年數及減少健保對失能老人醫療給付之目標，爰於102年12月9日核定第2期計畫，參考聯合國千禧年目標「活力老化」模式，以「健康老化」、「活力老化」、「在地老化」、「智慧老化」及「樂學老化」5大目標，共有12個部會規劃推動84項工作項目，由中央及地方政府共同推動。另外，配合聯合國「高齡友善城市計畫」(AFC)的推動，我國於101年業已達成全部縣市均簽署高齡友善城市公約，成為全球推動高齡友善城市密度最高的國家。



圖 1-3 我國高齡人口之健康與失能比

資料來源：衛福部(2015:5)

整體來說，針對健康高齡者係以強化初級預防及整合跨域資源，積極推動高齡友善城市與「友善關懷老人服務方案」計畫；對於失能長輩，則是以推行「長期照顧十年計畫」，和俗稱長照雙法的《長期照顧服務法》，與目前已在立法院待審議的《長期照顧保險法》，為未來建立穩定永續發展的長照制度。綜合以上可分析我國高齡政策發展趨勢：以關注對象而言，從失能擴大至健康、亞健康；就服務內容方面，從長期照顧為主的照顧服務，朝向對健康促進、友善環境及社會參與的重視；以工作方針而言，從老人基本福利需求之滿足，擴展至無障礙、尊老敬老環境之建構。

換言之，面對高齡社會的來臨，實需擴大傳統老人福利的範疇，將之視為全體國人共同面對的現實，更期盼全民共同參與，齊心一同迎接未來的高齡社會。

面對高齡人口急速增加的未來，如何使未來人口組成朝向人人健康發展是政府施政重點，是以，我國第一份「高齡社會白皮書」(以下簡稱白皮書)即以「健康促進」為核心理念，達成四個目標(衛生福利部，2015)：

第一、延長老人健康年數減少失能人數。

第二、為老人找依靠。

第三、減輕家庭中年輕世代的照顧壓力。

第四、促成銀髮產業發展的環境與商機。

以實際行動表示政府除推動既有高齡相關政策與措施，必須以更前瞻的角度規劃整體高齡政策。前行政院毛治國院長於民國 103 年 12 月 8 日第 3428 次院會揭示「為年輕人找出路、為老年人找依靠；為企業找機會，也為弱勢者提供有尊嚴的生存環境」做為施政主軸，其中「為老年人找依靠」的目標呼應世界衛生組織健康老化、在地老化及活力老化理念。基此，為高齡化社會往後數年之重要政策發展方向，並以此回應國內未來高齡社會失能者或健康者的各項挑戰與需求。

第二節 研究動機與目的

隨着生活水準的提高及醫療科技進步，依據臺北市民政局委託研究案－「臺北市 105~140 年人口推估」(臺北市政府民政局，2016)指出，2035 年後臺北市每 10 人中約有 4 人是 65 歲以上老年人口，而其中 10 名老人中有近 2-3 人是 85 歲以上之高高齡老人，因平均餘命延長，造成高齡社會生活型態改變、社會價值觀的改變、高齡結構性的改變及家庭老化人口重新組成影響下，高齡者如何適應全新的社會，以延長健康歲數，減緩失能，回歸以在地社區為主的家庭照顧，實為重要。爰此，本研究乃嘗試針對臺北市政府各局處推動之政策工具及措施，與其推動作為產出之效益分析，以及因相關政策、措施所衍生之各項問題與挑戰作為研究之動機。

又為扭轉社會青年，改變並建立對老人新思維，顛覆傳統社會將老人定位為刻板印像的「老弱殘病窮」，翻轉高齡者正向意象，增進自我價值觀實現。以事

先預防重於事後補救為前題，預防長者落入失能狀態的風險，積極營造身心靈的健康狀態，提升高齡延長健康時間，提高生活品質，營造世代共融，融入社會參與，實現自我價值，消弭障礙歧視，終極目標以延緩老化、減少失能，營造老人友善環境為研究之目的。

綜上，本研究冀透過臺北市活躍老化、促進健康政策的推動，驗證臺北市社會福利計畫及老人健康促進政策是否能有效達成延緩老化、增加老人健康年數減少失能老年人口，緩解社會及家庭在照護財力的負擔，降低老化帶來的衝擊。

壹、研究動機

人口快速老化是世界各國人口結構變遷普遍的現象，惟受人口結構影響，各國人口老化的速度也不盡相同(Kinsella and He, 2009)。目前日本及西歐國家 65 歲以上人口占總人口比率已超過 14%以上，已是「高齡社會」，然各國自 7%的「高齡化社會」增加至 14%「高齡社會」的速度各有差異(圖 1-4)，日本需時 24 年、韓國 19 年、新加坡 20 年、美國 71 年、英國及德國 40 年~47 年，法國最長為 127 年。預估我國老化速度將與日本相似，約在 2026 年達到 20%的「超高齡社會」（費時 8 年左右）。由高齡社會進入超高齡社會更縮短為 33 年，屆時平均每 10 個人之中就有 3-4 位是 65 歲以上的老人，顯示我國人口高齡化的歷程將愈來愈快，人口老化的速度遠較歐美各國快，而臺北市老年人口佔率又高於全國平均值（國家發展委員會 2016），對臺北市這個首善之都而言，高齡化社會與及伴隨而來的相關問題來得又急又快，而臺北市政府的老人促進健康政策可否有效減緩老年人的失能與失智比率，相關政府預算之分配是否合理，有無調整與精進的改進空間，著實令人好奇，值得吾人關注。

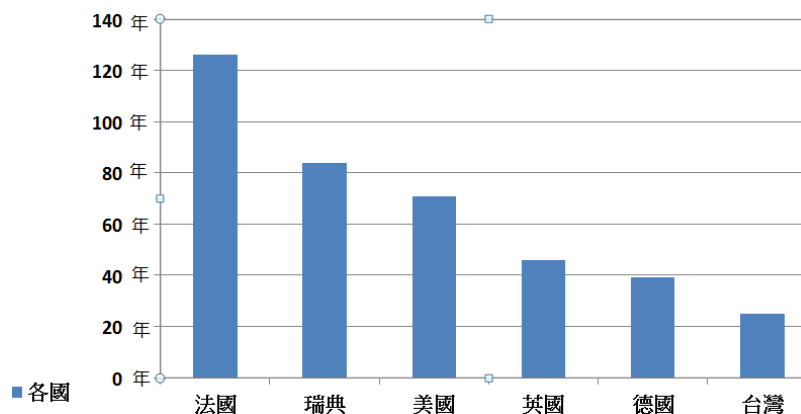


圖 1-4 2016 年推估各國高齡化到超高齡化結構

資料來源：國家發展委員會(2016:71)

筆者為臺北市第 10、11、12 屆(現任)議員，同時又擔任臺北市銀髮族協會現任理事長，並長期擔任臺北市議會民政委員會委員及召集人，更於 104 年 8 月 4 日率領臺北市議會民政委員會與臺北市政府社會局長許立民等官員赴日本大阪考察大阪市長照機構，了解日本長期照顧需求者，其各種不同的居家、社區及機構照顧模式，透過國際經驗作為臺北市學習觀摩示範。筆者長期關注高齡化議題，對高齡化衍生之問題與挑戰，「為老人找依靠」成為筆者關切且須嚴肅面對之議題。

有鑑於此，乃提出高齡化趨勢下政策必需以源頭促進健康模式，創造「延緩老化、減少失能」之活躍老化政策，以對抗高齡化失能老人增加所帶來的家庭及社會照顧壓力，透過研究檢驗臺北市推動「健康、亞健康」老人共餐、樂齡活動、活躍老化及社區照顧據點長照 2.0 推行績效。發現臺北市針對高齡者之「健康、亞健康」健康促進、活躍老化推動作為尚在萌芽階段，且實際作為與政策推動及政策投入缺乏整體性、全面性的宏觀規劃，普遍性受益原則常受到「健康、亞健康」老人之質疑。對臺北市推動「健康促進、活躍老化」政策執行之問題與挑戰，如何因應邁入高齡社會及長照需求快速成長，所需具備法規、經費、軟硬體設備、

人力供給，政策規劃執行評估提出研究論述檢討與建議，作為「延緩老化、減少失能」之老人促進健康政策推動成效之評估。

本研究係透過訪談臺北市政府老人促進健康政策之擬定者、執行者，以及專家學者等對象，抽絲剝繭俾以瞭解與評估臺北市政府之老人健康促進政策執行之狀況與效能，同時參考日本與韓國政府的作為，檢視臺北市政府當前的老年人促進健康政策執行效能，探討如何提出有效政策工具及執行策略以解決嚴重且快速的人口老化問題，並試圖提出具體的建議方案。

- 一、 以興建大型安養機構來解決老年人口驟增問題不一定是最佳選擇，而是幫助長者回歸社區，在熟悉的環境安享晚年，並善用社區群體來照顧個人。
- 二、 藉由檢視臺北市政府的老人促進健康政策，探討如何讓老年人活得長久、活得健康、活得快樂，活得更有尊嚴。
- 三、 盤點臺北市老人促進健康政策執行與預算分配，評估可否有效減緩老年人失智或失能的成長速度。
- 四、 借鏡日韓兩國老人福利政策優劣差異分析，作為臺北市擬定與執行老年人促進健康相關政策參考之依據。

本研究探討對象以健康、亞健康的老人為主，如何使老人樂活、運動，從源頭保持老人健康，減少高齡失能者的產生，從而減輕長照投入成本，應更具政策效益。「在地老化」的思維係臺灣老人健康促進政策重要方向，臺灣近年來在政治、社會、文化等趨勢都強調在地老化、在地取才、在地資源共享、社區志工參與之發展，使得以社區為核心的老人健康促進服務成為高齡社會的重要發展，在此一政策方向需求下，盤點、檢討臺北市老人健康促進政策方向與目標為研究之重要指標。

臺北市長柯文哲鑑於高齡化的速度將會越來越快，106 年重陽節於官方臉書提出高齡化相關因應作法，鼓勵行動方便的老人走出家門、接觸人群，並提出臺北市老人福利政策作法：

- 一、活用重陽敬老禮金預算
- 二、325 處老人共餐地點
- 三、石頭湯計畫，整合長照資源
- 四、臺北扶老計畫，修屋補 8 萬
- 五、聯醫轉型居家醫療
- 六、補助施打肺炎鏈球菌疫苗

本研究發現臺北市如今已面臨嚴峻的高齡化問題，又高齡市民特別重視社區活動，如何推動高齡化社區的健康促進模式，盤點臺北市各類型銀髮族健康促進服務，掌握關鍵活動上推動之困境與成效，避免老化及失能比率與高齡化成正比上升帶來之社會衝擊，檢視老人健康促進的資源分配、以及健康提升成效之分析，將有助於掌握、探討都市高齡化與社區健康促進發展及擴散關係之研究。

貳、研究目的

依上述研究動機之說明，本研究之研究目的彙整有四：

- 一、盤點臺北市高齡社區促進健康政策執行現況，並蒐整臺北市健康老化政策執行推動現況：
 - (一)食：老人共餐活動據點
 - (二)醫：健康預防措施
 - (三)行：愛心敬老卡
 - (四)育：樂齡學習據點
 - (五)樂：活躍樂齡計畫

- 二、 檢討分析臺北市多元促進健康資源、預算之分配與模式、執行優劣之探討，及鄰近國家如日韓推動之運作模式，作為臺北市老人政策之參考。
- 三、 掌握臺北市社區老人健康促進推動與執行之關鍵因素，擬以臺北市為個案，藉由與關鍵資訊者之深度訪談，掌握推動之困境，有助於都會區社區老人健康促進推動之發展。
- 四、 健全在地化多元整合健康促進模式，就食、醫、行、育、樂等多元面向，研提改進作法，並研提高齡化社區健康促進的推動模式與政策建議。

第三節 重要名詞釋義

壹、高齡者

係指年齡上符合我國老人福利法定義年滿65歲之老人（內政部，2015）。

貳、高齡友善城市

為世界衛生組織（WHO）於2007年提出之概念，WHO根據在全球22個國家、33個城市進行調查，蒐集當地高齡者意見後，制訂「高齡友善的城市指南」。本研究即依據WHO之高齡友善城市概念，並進一步定義高齡友善城市須包含「適合高齡者的生活空間、便利的交通運輸、尊重及包容的意識、健康促進的活動、友善及便利的資訊等層面，讓高齡者在可於此城市中，合適的且順利地老化」。

參、在地老化

本研究整理國內外各學者對在地老化之定義後，將在地老化之意涵統整為「延長高齡者待在自己熟悉的家庭與社區中，持續其習慣且獨立自主的生活方式，並保有尊嚴、隱私與社會活動的參與機會」（吳淑瓊、莊坤洋，2001；Iecovich, 2014），且參考王人卉與林儷蓉（2016）之研究，將在地老化之面向分為以下五點：習慣

熟悉的生活環境；完整的照顧資源體系；獨立自主的生活能力；安全有尊嚴的生活環境；社區型態的社會參與。

肆、促進健康政策

老人「促進健康政策」為本研究關注重點，意指結合教育和環境的支持，使老人能採取有益健康的行動及生活方式，以達成「如何延長健康餘命，縮短不健康餘命」，從而減緩失能老化、失智老化的源頭減量作法。就高齡者健康程度區分，各項政策服務內容之規劃與目標將有不同考量(表1-4)。

表1-4：我國高齡者健康促進政策分析表

健康進程	健康	亞健康	失能
政策規劃重點	● 健康促進 ● 預防失能	● 健康促進 ● 預防、減緩失能老化	● 減緩失能 ● 安寧療護
政策目標	延長健康餘命	延長健康餘命	縮短不健康餘命
備註	亞健康長者依健康情形可再區分：情況較良好的亞健康長者可利用提供健康長者的各項服務；情況較差者，則可使用失能長者的日托照護服務。		

資料來源：臺北市政府衛生局

伍、運動促進

運動促進的概念主要源自Pender (1996) 區分健康維護 (health protection) 與健康促進 (health promotion) 兩者間差異的重要性。所稱「健康維護」係指積極減少疾病的發生；而所謂「健康促進」，則是努力提升自我的健康狀態。

我國行政院衛生福利部所擬訂之國民保健六年計劃中，包含推動健康體能計畫，足見運動對於健康促進之重要。身體活動是影響健康發展不可或缺的手段之一，藉由身體活動可以有效控制體內脂肪百分比及體重、增強肌肉耐力、心肺功能、柔軟度與降低疾病罹患率等 (方進隆，1992；楊佳益，2012)。本研究之運動

促進，係指透過運動以達成健康之目的，並將運動和身體活動視為一種疾病治療和預防之方法，進而達到正向且積極的健康促進之目的。

第二章 文獻回顧

第一節 高齡者需求與活躍老化

健康維護與社會參與議題日趨重要，世界衛生組織(WHO)於 2002 年提出「活躍老化」(Active Ageing)概念，意即「為提升年老後之生活品質，盡最大可能以增進健康、參與和安全的過程」使民眾老年能享有健康、安全、活力、尊嚴和自主的生活(楊志良，2000：26)。

因應高齡化社會新興課題，輔以考量當前社會變遷與國際發展趨勢，配合社會福利政策綱領、老人福利法之宗旨與辦理原則等，行政院於 98 年 9 月 7 日核定「友善關懷老人服務方案」第 1 期計畫，以「活力老化」、「友善老人」、「世代融合」三大核心理念，整合各單位資源，積極推動各項策略，期積極維護老人尊嚴與自主，形塑友善老人的生活環境，強化老人身體、心理、社會參與的整體照顧，使老人得以享有活力、尊嚴與獨立自主之老年生活(圖 2-1)。

依據行政院 98 年友善關懷老人服務方案及衛生福利部 104 年高齡社會白皮書之相關內容，友善老人理念包含建構良好之物理環境，例如：有利老人之交通運輸及居家住宅等無障礙環境、面對老化之正確態度，以及正向形塑老年圖像等。最後，更應藉由教育宣導或世代交流等機制，使老人得享有活力尊嚴、獨立自主之老人生活。並透過多元角度介入，促進老人具備積極有效的能力以自主管理健康，鼓勵個人依能力、偏好及需求，參與社區生活及家庭生活等教育學習，營造無年齡歧視、對老人親善之世代融合社會。

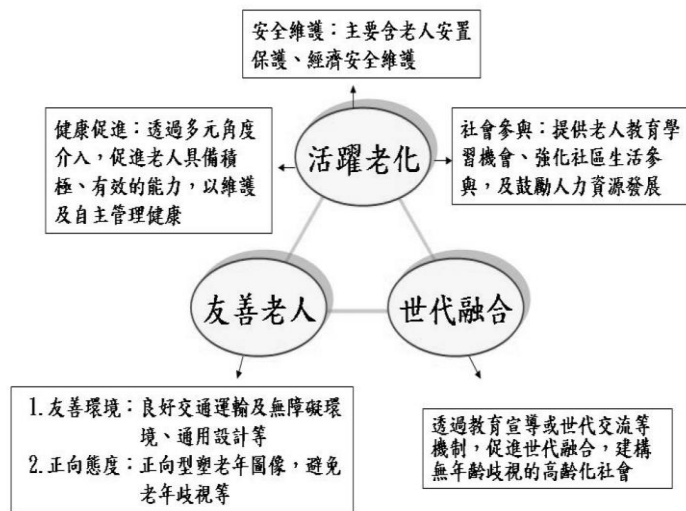


圖 2-1 衛福部高齡健康社會推動架構

資料來源：黃碧霞、莊金珠、楊雅嵐，2010

壹、高齡者需求相關研究

由於經濟的發達、生醫科技的快速進步、醫療衛生品質與國民健康習慣的改善，促使國民平均壽命延長，加上龐大戰後嬰兒潮族群陸續邁入老年期，依據國家發展委員會研究報告(2016)預估，我國至 115 年 65 歲以上老年人口佔總人口比率將超過 20%，使我國成為超高齡（super-aged）社會之一員，顯示我國人口結構正以驚人速度進行改變。又，高齡者隨著年齡的增長，除了自身特質可能有所改變外，亦可能會隨著年齡增長而有產生或引發不同需求。換言之，由於老化過程是動態的，且高齡者大多會隨年齡變化而在不同階段有不同的需求樣態，因此瞭解高齡者在老化過程中的各階段需求，並適時提供適當的服務與支援，將是決定高齡者可否活躍老化之關鍵。

過去有諸多以馬斯洛需求層級理論為基礎(圖 2-2)，探討高齡者需求之研究，並多由生理需要、安全需要、情感需要、尊嚴需要以及自我實現需要等五種需求

面向進行切入，藉以探討高齡者於不同面向之需求類型及其內涵，其基本含義如下：

一、老人生理需要

解析老人生理需求面，探討老人內心的無助、無奈、徬徨、猶豫與孤獨，以如何滿足老人生理需求為基礎，納入社會福利政策「消費有保障、生病有錢醫」，防止老人貧困並提高老人生活品質，以滿足老人生理需求之社會福利政策。

二、老人安全需要

家庭意外事件常是導致老年人住院的首要原因，當家庭中隱藏著「危險」的因子，造成老人惶恐、不安的情緒，久而久之，將造成老人心裡層面忐忑不安、不安全感，可藉由社會福利政策的推動作為，提供無障礙修屋補助、打造無障礙起居生活環境，去除老人心中隱憂，找回老人安全上的保障。

三、老人情感需要

部分老年人視喪偶後再娶為不忠，對晚年發展愛情充斥著抗拒、排斥的心態，應幫助老人建立對情感追求的正確心態，勇敢尋找情感的寄託與歸宿，以使老年生活豐富多元、遠離寂寞。

四、老人尊嚴需要

透過老人對事業的追求，自身不斷進步的內趨力，使其發揮個人能力到最大程度，以提升老人的生活品質與成就感，排除社會對老人（年齡）的歧視，幫助老人建立以尊重代替同情、重拾尊嚴的生活。

五、老人自我實現需要

幫助老人實現個人理想、抱負，對自身參與的社會領域進行管理、調節自己的情緒和情感，進而實現、肯定自我價值。

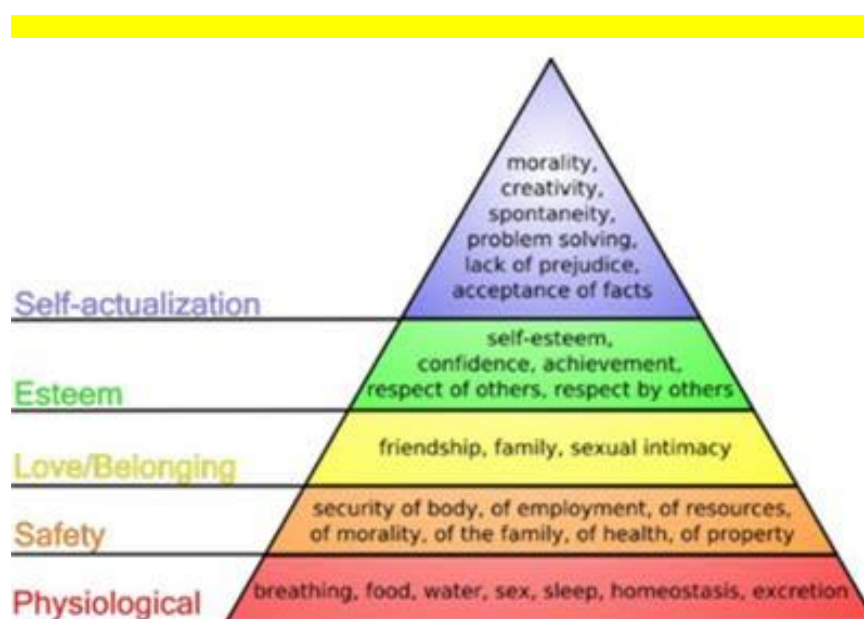


圖 2-2 馬斯洛需求層級理論

資料來源：Theory of Motivation,

<http://www.virtualprojectconsulting.com/maslow-theory-of-motivation/#sthash.Ab6JVFaa.hi>

TnIGIY.dpbs

貳、活躍老化

一、定義與架構

當全球人口老化成為一種新的社會趨勢與潮流，跨國組織亦開始關切相關議題，聯合國早於 1991 年便提出了「老化綱領」（Proclamation on Aging），宣示高

齡者應該擁有「獨立、參與、照顧、自我實現、尊嚴」五大原則項目(蕭文高，2000：41)。

依據前述原則，世界衛生組織定義「活躍老化」是指一個人在年老時，應該優化其在「健康」、「參與」與「安全保障」等方面的水準，從而改善生活品質，也就是「持續參與社會、經濟、文化與公眾事務等，而不只是在身體活動能力或參與勞動能力等方面」，強調老年人積極參與各種活動的重要性。

世界衛生組織（WHO）則在 2002 年提出「活躍老化」（active ageing）政策架構，主張從健康、參與以及安全三大面向，提昇高齡者之生活品質（WHO，2002），並為學界與各國政府討論運用。

二、影響活躍老化之因素

世界衛生組織 2002 年提出「活躍老化政策框架（Active Ageing: A Policy Framework）」中，其中包括三大支柱：健康、參與及安全，用來提升年老之後的生活品質，強調透過「老年人的社會參與」、「老年人的身心健康」以及「對老年人的社會、經濟及生命安全的確保」等策略，來因應人口老化的問題。該報告也提出影響活躍老化之相關因素，分別為：文化（文化形塑了人們老化的方式，並影響社會大眾對老年的看法）、性別、健康及社會服務（健康促進、疾病預防、醫療服務、心理健康服務及長期照護）、行為因素（避免抽菸、身體活動、健康飲食、口腔健康、飲酒、用藥和日常生活習慣等）、個人因素（智能與認知能力是活躍老化和長壽的重要預測因子）、物質環境因素（環境會影響老人的生活獨立性與生活模式）、社會環境因素（包括社會支持）和經濟因素（包含收入、社會安全及工作）。（楊志良，2010）

三、活躍老化之發展

歐洲是全球人口最早出現高齡化現象的地區，尤其德國在 1981 年以前都是老年人口比率最高的國家，同時也是最早制定社會保障法的國家。而在 2004 年之後，日本超越其他國家，成為全世界老年人口比率最高的國家，爰說明德國及日本推行活躍老化發展之內容如下：

（一）德國

德國老年人口比率於 1932 年達 7%、1972 年達 14%、2009 年達 20%，由 7% 至 14% 需時 40 年、由 14% 至 20% 需時 37 年（WHO, 2002），於 1990 年代中期逐漸形成歐洲活躍老化政策方針。根據歐盟執行委員會（European Commission）表示，積極老化的關鍵要素包括五項：第一、可工作得更長久，其次、延後退休，第三、退休後仍相當活躍，第四、參與維持健康的活動，最後一項、強調獨立自主並且盡可能融入社會之中（陳明芳，2013）。

歐陸國家因應人口結構高齡化所帶來的社會與經濟衝擊，在公共年金體系改革方面：強調使人們延長就業之狀況，具體措施包括：延後法定退休年齡、給予延後退休者正向誘因與獎勵、取消優渥之提前退休與過渡期間的措施、彈性化工作、延長請領全額年金所需之工作年數等。德國於 1973 年實施彈性退休，工作繳納保險費滿 35 年即可申請退休，退休年齡為 65 或 60 歲，但年金制度改革後，自 2013 年起退休年齡提高至 67 歲（呂雪慧，2013）。

（二）日本

日本老年人口比率於 1970 年達 7%、1994 年達 14%、2005 年達 20%，由 7% 至 14% 需 24 年、由 14% 至 20% 需時 11 年（WHO, 2002）。日本推動活躍老化主要著重於「生涯現役社會營造」。所謂「生涯現役社會營造」是指「終身參與社會活動的狀態」。而「生涯現役社會營造」的要素包括「健康」、「工作能力與意願」、

「社會貢獻能力的自覺」、「保持可能獲得物質報酬的職業」。2001 年日本政府擬訂「高齡社會對策大綱」，作為政府推動基本、整合的高齡社會對策方針。（莊秀美、賴明俊，2010）

四、活躍老化之產業發展

就產業觀點切入，工研院 IEK 從 2010 起定期針對兩岸高齡者進行調查研究，其調查研究也說明臺灣在健康議題上，啟蒙樂齡族更注重以「運動」來預防老化（22.2%），潮流樂齡族偏好「健康食品」（20.2%），保守樂齡族則認為可透過「多休息」預防老化（21.6%）。如調查生活中的不便之處，保守樂齡族認為是「上下樓梯」（16.3%），潮流樂齡族則覺得是「做飯」（1.7%），「清潔」和「就醫」則是獨立樂齡族感到較為不便之處（7.8%和 5.9%）（張舜翔，2015）。

在平時獲取專業健康資訊上，臺灣是以啟蒙樂齡族較積極，樂齡族都認為「散步」是最常做的運動，由此可見，不論是國家、國際趨勢亦或產業面，運動的重要性對於樂齡族群都是至關重要的因素之一，亦是活躍老化中不可忽略的一環。

第二節 社會福利社區化

臺灣的社區工作，係張鴻鈞教授於 1964 年由自聯合國所引進（李易駿，2002）。1987 年民間社會力崛起並積極參與公共事務，為有效推動社區工作，於 1991 年通過「社區發展工作綱要」、於 1995 年正式提出「福利社區化」的概念（邱汝娜等，2004），並於 1996 年通過「推動社會福利社區化實施要點」，1998 年試辦「福利社區化」方案，主要以老人福利服務為主，引動老人福利社區化（蘇錦輝，2012）。1998 年迄今，中央政府分別透過政策及重點計畫引導福利社區化的發展，可見福利社區化在社區工作中的重要。

內政部於 1996 年具體制定「推動社會福利社區化實施要點」，強調「福利社區化」是「將社會福利體系與社區發展工作充分結合的一種具體措施與工作方法」，其推動的原則包括福利的優先化、整體化、效率化、普及化與團隊化；目的在於透過家庭與社區力量，以結合社區內外資源，並建立社區福利服務網絡，以有效照顧社區內的兒童、少年、婦女、老人、殘障及低收入戶（黃源協、蕭文高、劉素珍，2011）。郭凱儀（1995）綜合各地學者論述，歸納出社區工作三大原則，包括：尊重人權，重視人民的社會福利權，以及伸張正義。

福利社區化是傳統社區工作的轉型，具體地將社會福利體系建構在社區服務基礎上，針對社區中有需求的對象或弱勢族群，給予周全之福利服務，並有效維護民眾基本福利權，故「福利社區化」可說是社會整體福利服務網絡的社區基層組織（黃志忠，2007）。

福利社區化政策鼓勵社區提供福利服務的立場，透過社區培力的過程，重塑社區功能，提升社區服務績效。如何配合中央政府推出的各項社區工作政策與計畫執行社區培力，以讓社區發展能夠落實「福利社區化」。

社區照顧是指動員並聯結正式與非正式的社區資源，協助有需要照顧的人士，讓他們能和平常人一樣，居住在自己的家裡，生活在自己的社區中，且能得到適切的照顧（蘇景輝，1995）。於此定義，呈現社區照顧政策中兩個重要的概念，一是強調「讓需要照顧的人士留在家中」，二是凸顯正式和非正式資源聯結之必要性。

惟「社區照顧」一詞在社會福利界被廣為使用，然其意涵常因使用者的意圖不同而被賦予不同的意義（呂寶靜，1997）。有些人指社區照顧是指照顧地點的改變，故「去機構化」及「正常化」是其目標，因此強調社區式和居家式服務方案

供給的增加（呂寶靜等，1995）。有部分人士則主張，社區照顧是聯結社區內正式和非正式資源以提供照顧，故「服務網絡之建立」是其目標，因而重視社區組織之工作技巧（蘇景輝，1995）。當然也有學者將社區照顧定位在政策的層次上，故將焦點放置在福利國家發展的脈絡下來討論，分析的重點是政府角色的改變，政府行政機關的重組及資源配置的改變等（如黃源協，1997）。

北歐國家從 1960 年代提出在地老化政策目標後，各種服務設施紛紛出籠，包含：擴大居家護理服務，在各種攜帶式醫療儀器的發展下，可提供更高技術層級之護理服務；擴大居家服務和社區服務之專業性，如個人照護、家事服務、日間照顧、喘息照顧等；改善老人住宅無障礙設備，加裝緊急警報系統等；開發節約成本且符合老人需求之服務設施，例如源於北歐國家的照顧住宅(sheltered housing 或 assisted living)正在各國蓬勃發展之中；擴大現金給付，支持老人購買服務，或支持家庭照顧者提供照護等(OECD, 1996)。

這些服務設施的開發，使得各國紛紛投入長期照護的改革，美國、加拿大、英國、德國、澳洲，甚至北歐國家，均致力於削減機構的使用，希望能以社區式照顧取代之。與此趨勢同步，於 2000 年開辦長期照護保險之日本，在其過去 10 年黃金計畫中，除發展護理之家外，也大量發展各類居家支持服務方案。

社區式照顧能否替代機構式服務，從各國的經驗可知，其替代效用不明，因為社區式服務用得多的國家，機構式服務不一定用得少(OECD, 1996)。因此，Weissert(1994)提出建議，認為應肯定社區式服務本身的價值，並應重視社區式服務的管理，提升其成本效率與效益，並將資源用於最需要服務之人口群。

第三節 日韓高齡者健康促進政策之探討

世界衛生組織於「高齡化與健康之全球策略和行動計畫」（2016年）明確指出，世界各國應致力於發展健康老化的行動、營造高齡友善環境、針對長者需求調整健康體系、建立可持續和公平的系統以提供長期照護（家庭、社區、機構），以及提高對健康老化的測量、監測與研究等5大策略目標。因此，為增進亞健康長者的健康生活認知與自我健康管理能力，可以提供的健康促進面向包括如下：

- 一、強化長者周全性健康評估服務:以全人全程健康照護概念，提供長者健康諮詢預防跌倒，強化肌力、平衡感等訓練，並同步進行居家環境及社區環境改善。
- 二、促進認知功能，預防失智:提昇民眾對失智症防治認知及警覺性，針對失智症不同病程需求，提供多元照護措施已納入長照 10 年計畫 2.0 之照護網絡及社區服務據點。
- 三、營造高齡友善環境: 由上而下跨部門推動，包含無障礙及安全的公共空間、敬老與社會融入、住宅等，營造高齡友善城市; 發展長者健康照護管理及提供預防性健康服務。透過地方衛生局輔導轄內衛生所成為高齡友善照顧機構。
- 四、促進老人社會參與:提供大眾交通運輸工具，促進長者上街購物、辦事、或參加社區活動以及中高齡就業或志工服務、終身學習等環境，肯定及促進長者社會貢獻能力，促進長者人際互動交流之機會。
- 五、健康老化監測研究: 定期進行老人相關調查、建立老人健康資料庫，並推動「建置活躍老化監測暨決策支援系統」、建構本土性活躍老化指標、針對影響長者活躍老化等重要決定因素，例如就業、交通、退休規劃等進行研究。

六、建立夥伴關係，強化中央橫向、地方垂直整合：透過行政院及跨部會相關會議，建立中央與地方縱向合作及連結，地方衛生局尋求首長支持並善用跨局處平臺，進行滾動式檢討(國民健康署，2018)。

由圖 2-3 來觀察全球老化之國際現況，可發現：全球老年人口比率從 7% 上升到 14% 的「高齡社會」，各國所需時間分別為：日本 24 年（1970-1994）、韓國 19 年（1999-2018）、我國 25 年（1993-2018）、德國 40 年（1932-1972）、義大利 61 年（1927-1988）、法國 127 年（1864-1991）、英國 47 年（1929-1976）、美國 71 年（1942-2013）；然而老年人口比率從 14% 到 20% 的「超高齡社會」，我國（2018-2026）與韓國（2018-2026）皆僅需 8 年，轉變時間非常迅速（圖 2-3）。

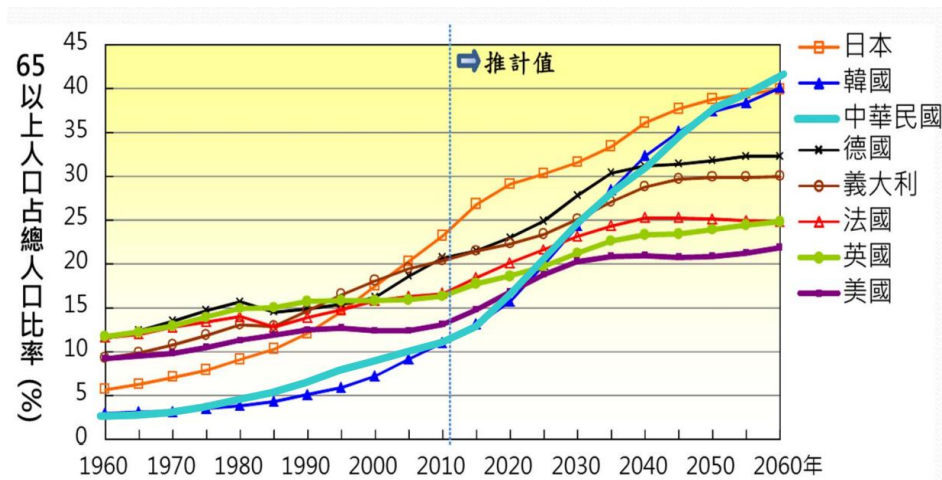


圖 2-3 全球老年人口成長趨勢圖

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估（105 至 150 年）」簡報（第 14 頁），網址：
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72

2002年世界衛生組織(WHO)提出「活躍老化」、2007年提出「高齡友善城市」作為高齡世代的未來新願景。2016年WHO《全球老化與健康報告》更明確指出，健康老化不只要免於病痛，就連心靈層面也要健康，擁有活躍社交生活，對社會有所貢獻。國民健康署參採前述倡議與政策，在社區全面推動老人健康促進、增進老

人社會參與、建構慢性病照護網、推動高齡友善健康照護機構，更積極推動高齡友善城市計畫，結合地方政府一起建構在地親老、友善的宜居城市。

以歐盟為例，他們在預防功能性衰退的介入策略中，針對長者失能、身體活動、營養、認知功能及照護者等提出多面向的倡議、政策及介入策略，展現歐盟各國對於預防老年長者衰弱及失能等議題的重視。美國則非常重視老年長者的保護和權益保障，許多策略著重於尊重和保障老年人及失能者之權力，避免其受到虐待及忽視；也對於增加老年人及失能者自決及自我控制的能力、提供長期照護服務與支持、老人服務機構網絡有效率的管理等工作著力甚深。在澳洲，他們則以WHO推動之高齡友善城市之方法及工具作為推動高齡友善社區之原則，包括提供地方政府及議會諮詢、專業知識、政策訊息等，以利推動地方的高齡友善之倡議；藉推動老年友善社區，促進老人友善活動、鼓勵長者社會參與；以WHO高齡友善城市為原則建造高齡友善環境、交通及就業環境等及促進社區與企業等組織合作並加強夥伴關係等。

推動高齡樂活與社區多元健康促進的方式已成為全球趨勢，社區多元健康促進已在世界各國出現。並隨著各國制度的不同，有著不同之面貌。如美國主要以社區為主，公開募集居民，有共用的動線、庭院、健身場等。歐洲國家則由官方出手推動，地方政府鼓勵老人在原本居住的社區內集體共住，互相照顧。也有些照護機構開始響應，世界各國作法雖略有不然，然根本目的皆為促進老人之健康，得以收活躍老化之效，並降低高齡化未來所造成之成本。前述均為面對快速高齡代社會之歐美先進國家，以下僅就鄰近我國且文化背景與家庭觀較為接近之日本與韓國兩國，探究其高齡者健康促進政策：

壹、日本健康及社會照護政策

相較於西歐先進國家，日本進入高齡化社會的時間雖然較晚，但老人人口比率僅耗時短短 24 年，就從 1970 年的 7%躍升至 1994 年 14%；為因應高齡化社會遽增之健康及照護需求，日本各界於 1980 年後期紛紛開始關注福利服務的發展，強調其重要性並大力倡導；日本的人口老化對策可溯源至 1963 年制訂的「老人福利法」，之後陸續制訂「黃金計畫」（1989~1999）、「新黃金計畫」（1994~1999）、

「公共介護保險」（2000~）及「黃金計畫 21」（2000~2004），顯示日本高齡化對策傾向長期性規劃，且因應照護需求逐步修正（Campbell, 2002; Campbell & Ikegami, 2000; 李光廷, 2001; 莊秀美, 2005; 趙崇良, 2003）。

日本考量高齡化社會遽增之健康及照護需求，為創造每一位國民都能擁有良好健康情況、對人生感到有意義、能安心生活之長壽福利社會，特於平成元年（1989）年制定擴增保健福利部門的公共服務基礎措施，該方案為「高齡者保健福利推動 10 年戰略（黃金計畫）」（Gold Plan），除提供健康照護所的設施及人力，並重視老人學研究及生活教育之推動。並於平成 2（1990）年開始實施，並於平成 11（1999）年達到既定目標（日本厚生省老人保健福利局 1998; 莊秀美 2005）。1995 年則再提出新黃金計畫，讓所有老人能保有尊嚴、自立地生活。2002 年提出「健康增進法」，強調國家整體、產官學共同努力，各地方依其特性擬訂計畫，主要政策以改善生活習慣為目標，藉由設法減少疾病，實現開朗的高齡社會目標；2005 年則提出「高齡化社會對策」，研擬「終身建立健康的身體」、「建立健康的環境設施」及「推動照護預防服務」等三項對策。（行政院衛生署國民健康局(2009)，老人健康促進計畫，頁 13。）

陳武宗(2010)於「健康促進、社會工作與老人服務方案」中提到，日本社區型的福利據點目標在於：提供社區長者可活絡身心機能、促進人際互動的場所，並使志工人員和參與者有最直接的接觸互動，此舉乃建立社區高齡服務之基本雛形。

日本於 2007 年進行「有關老年人健康之意識調查」發現，41.7%的受訪者希望在家中接受長期照顧，其次為 18.6%訪者希望入住長期照護老人福祉設施，以及 17.1%受訪者希望住進醫院等醫療機關。因此日本「社區整體照顧模式」，即以社區整合型服務中心為服務主軸，其基本理念，在失能老人住家車程 30 分鐘範圍內，建構「結合醫療、介護、住宅、預防以及生活支援」等各項服務一體化

之照顧體系（曾妙慧、呂慧芬，2014），針對不符合失能等級判定者提供社區支援服務，主要包含「預防照顧」及「日常生活協助」兩種服務項目，如提升運動器官機能、營養改善、口腔機能向上、認知症預防、支援、訪問型照護預防事業等。

而部分社區工作者透過「公共食堂」凝聚社區互助力量，發揮社區照顧功能、促進老人之健康，如富山縣的「富山型」日照中心則安排老人、身障者和小孩共處，全日本已有超過 1,400 家照護機構採行此模式。

日本熊本體育健康增強中心則配有專業醫療人員及健康運動指導員，指導員會先進行體質測定，提供量身訂作的訓練計畫與運動處方，期藉以維持和改善身體體質和健康，並提高其體能。針對健康的學員，則提供預防疾病（如糖尿病、代謝症候群等）和促進健康與改進生活方式之指導，教導每位學員建立良好的運動習慣（如運動類型、強度、頻率、時間）。

島本町介護預防服務則是由公衛護士親自拜訪社區、團體或機構並邀請加入百歲體操課程，該課程是由當地之長者、志工藉由體操影片放映，帶領長者共同做體操運動。活動模式為每週進行一次至兩次，至少持續三個月，並由保健師提供一年 4 次的技術指導及免費提供體操影片。另社區長者由家裡走到活動地點，已運動約 15 分鐘，來回約 30 分鐘，加上百歲體操課程約 1 小時 30 分鐘，一週一次至兩次，合計運動時數約計有 120 分鐘至 240 分鐘，計有 40 個百歲體操活動據點。

此外，日本松下電子公司研發復健使用的體感捕捉器，則是非常有趣的一個健康促進活動的輔助機器，其可以讓老人在家或照護機構娛樂性的復建和訓練肌力，在遊戲中也可以達到運動之目的，惟目前價位仍偏高（約臺幣 100 萬元）。

在預防接種方面，日本於 2014 年 10 月 1 日開始實行 65 歲以上長者可接種 1 劑 23 價肺炎鏈球菌多醣體疫苗。

綜觀日本政策，其目標為確保高齡者尊嚴與自立援助，建構互助的地域社會及建立服務使用者信賴的照顧服務等，具體彙整說明如下：

一、加強照護服務基礎：包括確保服務人才的提供，並加強研修、整頓照護相關設施，以及改善機構照顧品質。

二、推動失智症老人支持方案：包括推動失智症醫學相關研究、充實失智症老人照護機構（group-home）、提升失智症患者之照護品質，並建立失智症患者權利維護制度。

三、推動健康老人對策：包括推動整合性疾病管理制度、充實社區復健體系、推動照護預防措施，以及鼓勵高齡者社會參與及就業方案。

四、充實社區生活支援體制：為營造溫馨及互助的社區，積極發展各項生活支援服務及居家環境改善方案，並推動志工方案及鼓勵居民參與社區方案。

五、建立保護使用者及使用者可信賴之照護服務：包括資訊化的推動及使用者保護網絡之建構、促進多元服務事業者的參與，以及福利輔具的開發與推廣。

六、確立支援高齡者保健福利的社會基礎：包括推動發展長壽科學、福利教育及國際交流，推動體貼高齡身心障礙者的社區營造方案。

檢視一連串日本政府因應高齡社會所採取的諸多政策，顯示日本政府不僅及早針對社會急遽攀升的照護需求擬定回應方案，因應高齡社會政策推動分二大類，即失智老人與健康老人，並依其需求情況進行政策的彈性調整。

日本於 1970 年老年人口達到 7%、1994 年達 14%、2005 年達 20%，老化過程非常快速(WHO, 2002)。日本推動活躍老化主要著重於「生涯現役社會營造」，即「終身參與社會活動的狀態」，強調即使退休後也要持續有勞動工作，其要素包括「健康」、「工作能力與意願」、「社會貢獻能力的自覺」、「保持可能獲得物質報酬的職業」。

2001年日本政府擬訂「高齡社會對策大綱」，作為政府推動高齡社會對策方針。其基本理念具以下幾點：建構公平活力的社會，以確保每位國民就業及參與其他各種社會活動之機會；建構發揮自立與連帶精神的社會，讓每位國民皆能以社會中的重要一員受到尊重；致力建構健康且充實生活的豐裕社會。其重要的措施為就業及所得、學習及社會參與此兩大面向：

一、就業及所得面，其政策方向有：

(一)延長退休年齡並建構再就業制度，援助與推動中高齡者再就業，確保安定就業。

(二)支援高齡者創業，提供有意願創業的高齡者相關諮詢及支援。

(三)提供多樣型態的雇用及就業機會，落實銀髮族人才中心業務等。

(四)政府培養職業能力的開發、創造多樣化教育訓練機會。

二、學習及社會參與面，其政策方向有：

(一)強化推動終身學習體制，包括連結社區資源、結合初中等教育機構等，

辦理相關研討會議、志工活動等社會貢獻體驗活動，推廣世代間交流。

(二)推動高齡者參與社會活動，以提供多樣化學習機會，包括運用各種通

訊設備提升世代間交流機會，或支援勞工學習活動，如推動留職帶薪的教育訓練。

日本在2002年提出的健康增進法，是以改善日常生活習慣為目標，並設定9個領域，包括營養飲食、動態生活、修養心理健康促進、飲酒、吸菸、牙齒健康、糖尿病、循環系統疾病及癌症，藉由設法減少危險因子，以及健康檢查的實施，以減少疾病。而在2005年提出「高齡化社會對策」研擬出「終身建立健康的身體」、「建立健康的環境設施」及「推動照護預防服務」等三項對策(臺北市政府教育局，2018)。日本另一個聞名的高齡照顧政策則是施行「淺蟲食堂」，起源於日本東北青森縣的淺蟲市，原本是有名的溫泉鄉，但

在經濟不景氣下，溫泉會館關閉了一半，年輕人外流，整個城市因此沒落，「淺蟲優質生活NPO法人」理事長石木號召當地有志之士設立「淺蟲食堂」，不僅提供年輕人工作機會，也解決老年人餐飲問題，是一個社區復興的最佳案例。淺蟲食堂的最大特色，不只是一間普通的餐館，當初創立的目的是之一就是希望能夠提供對當地老人的關懷與照顧，因此食堂還提供外送服務，特別是針對那些需要的獨居老人。

該政策與臺北市社區照顧關懷據點相同處，為兩者均提供工作機會並提供長者於社區內餐飲服務（惟依據社區照顧關懷據點政策目標是倡導長者社會參與，故提供的餐飲方式為共餐；針對行動不便且有餐飲需求的長者，則由其他政策方案提供送餐服務）。相異處是淺蟲食堂食材，係使用自己農園栽種的野菜和米，魚肉類也儘量選用當地的產品；而臺北市因城市發展快速，已無充足栽種之農作空間，目前雖然積極推動田園城市，但據點共餐食材媒合管道多元，並非所有單位皆有自煮備餐的資源或能量。論臺北市較之於日本，因兩者地方環境、人文差異，致臺北市無法完全複製日本之作法，惟其賦權精神，協助單位資源連結，提升單位服務能量或可視為我們未來持續努力之目標(臺北市政府社會局，2018)。

日本老人促進健康活動的辦理方式，是以社區普及化為目標，政府鼓勵輔導社區成立長者健康促進團體，該團體由參與長者自立運作，並促使長者彼此關懷，因此參與健康促進活動的長者有很高的比率能持續10年以上每週2次參與健康促進活動。在失智症友善社區也有許多具體的案例，例如失智友善商店、失智友善咖啡館、失智友善職場、失智友善學校等，可作為臺北市推動失智友善社區的借鏡。另外，日本也積極研發或運用科技照護失能或失智症者，例如：科技化認知刺激的介入方式，機器人的陪伴與提供簡單生活服務，以及運用IT及AR技術產品推展健康促進活動等。

貳、韓國健康及社會照護政策與多元健康促進之發展與借鏡

韓國於2002年由國務總理室組成了「老人保健福祉對策委員會」，形成了對應高齡社會的「老人保健、福祉綜合對策」，爾後制定了「低出生老齡社會基本

法」，從 2005 年 9 月 1 日起開始實施，並組成了直接隸屬於總統之「高齡化與未來社會委員會」，專門負責高齡化社會政策之規劃與統籌；該委員會於 2004 年 1 月發表了「低出生率與高齡化因應對策」，奠定了未來高齡化政策之基礎方向，並且每五年提出一次高齡者促進就業基本計畫。此外，設立「低出生老齡社會政策部」作為應對老齡社會的行政組織。(翁毓秀，2009)韓國在應對老年人福利需求問題上，持續完善法律和制度層面的規劃。在健康促進部分，韓國支持老人再就業，善用老人人力資源庫，延後照顧年限；企業也以創意與效率，投入老人照顧行業，共同為老人照顧付出心力。老人的再就業，可以增加老年人的經濟收入，同時減輕老人照顧所需的成本與負擔。

此外，韓國政府結合科技推動長者健康促進，「U-Health Program」(U-健康照護) 結合社區各大醫院和小診所，透過先進的電子技術及結合企業廠牌(包括電信公司、電子業公司)與政府經費補助共同合作，提供市民電子化的醫療照護及適當的醫療服務，並將此套照護系統應用於血壓保健照護，達到遠距的健康管理與老人照護。「U-Health Park」資訊健康照護健走河濱公園，於公園內近 3.75 公里之健走路線底下埋設電子感應管線，市民持個人感應卡於此公園電子感應路線健走時，即會紀錄健走時的速度、花費時間，再經由電腦依據個人的體重、年齡計算，可在每一處自動化檢測站查詢健走時所消耗之卡路里。

韓國首爾無障礙計程車在推動上，是由政府提供購車補貼，並透過限定無障礙計程車搭乘對象，採預約方式辦理，收費模式上則為一般計程車 1/3 價格，差額由政府進行補助，其營運及收費方式類似臺北市小型復康巴士。

而前述及全球高齡化多元照護之經驗可供我國社區健康照護體系借鏡之項目，茲歸納如下：

- 一、 以「在地老化」為政策目標：「在地老化」（aging in place）政策目標被許多先進國家列為長期照護政策遵循之指標(Anderson and Hussey 2000; Gibsom, Gregory et al. 2003)。回顧日本提出的黃金系列計畫，可謂遵循「在地老化」原則而規劃的具體方案，政策目標即宣示建構一個讓身心障礙高齡者也能保有尊嚴且自立的高齡社會，並推動多元之社區及居家式支持方案以落實上述理念；構思服務亦朝小型化社區化發展，老人即使是住進機構，也可以還留在自己的社區裡，能達到就近老化（aging in neighborhood）的修正目標。事實上，「在地老化」目標不僅是國際潮流，亦與傳統的照顧模式十分契合，透過社區及居家式支持方案，一方面可讓老人繼續留在社區中，另一方面亦可減輕家庭照顧者的負擔(Campbell and Ikegami 2000)，可作為向來強調家庭照顧體系之我國具體參考。
- 二、 發展多元化「居家式方案」：為落實上述「在地老化」理念，可積極發展各項居家服務方案，支援社區內重度身心障礙老人的生活自理能力。而公共介護保險的給付項目亦涵蓋豐富且多元的社區式及居家式服務；照顧體系係以居家服務方案為基礎，配合跨專業團隊的介入，且隨照護需求的變遷彈性調整服務目標。多元社區服務方案的提供有賴基礎設施設備的充實及專業（半）專業人力的培訓，我國發展居家服務及居家服務人員雖已有多年歷史，但卻始終未能精確掌握服務目標值，更遑論服務目標值之修訂與檢討；未來如何依據健康照護需求擬定服務目標，進而培訓人力，並拓展跨專業團工作模式，係我國健康照護體系不可規避之課題。
- 三、 建立照顧管理制度：照顧管理制度一向被視為服務整合的有效工作，因為其可透過照顧管理者協助個案擬定與執行照顧計畫而達到上述目標；而在服務體系層次上，個案管理者的主要職責則為資源的分配和控制

(Brodsky, Habib et al. 2003)。日本公共介護保險之特色之一即是由照顧員先行評估個案之照顧需求，並協助老人及照顧者擬定照顧計畫，提供適切的照護服務，以達到資源的統籌與最佳分配。

四、 從醫療照顧延伸至預防保健：固然滿足長期照護需求是高齡化社會不可規避的重要課題，但除了從特別針對失能的狀態解決問題外，為防範需要照護狀態的發生，與改善需要長期照護的狀態，亦應著重預防保健與復健服務的優先性。日本等國不僅針對高齡者發展綜合性的疾病管理策略，並且建立地區性的復健醫療體系；亦透過老人參與等相關方案來建立高齡者對生活的正面態度。從長期照護財務的觀點而言，顯然是控制照護成本的有效策略之一。

五、 推動照顧服務民營化：在福利多元主義的發展趨勢下，「混合式經濟的照顧」（mixed economy of care）是歐洲老人社會照顧政策的方向，在遽增的需求和有限的國家資源下，也逐漸採用福利多元主義的政策，加重家庭、志願部門和營利部門的貢獻，因此政府與民間部門的關係將是一項重要的課題(吳淑瓊、呂寶靜 et al. 1998)。

綜觀各國長照政策可發現，重點在於發展在地化長照服務，規劃長照資源(居家服務及日間照顧)，整合各項服務。透過綿密完整之長照服務資源，提供支持家庭、居家、社區到機構式照顧多元服務，預防失能、在地、即時、便利的地區照顧。社區整體照顧模式之基本理念，期望在失能者住家車程 30 分鐘內的範圍，建構結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援等各項服務一體化的照顧體系。

表 2-3 歸納出相關重點，日本著重推動終身參與及社會參與並重視高齡就業作為高齡化政策。美國則強調自訂老人法及完善聯邦保險制度及完善提倡健康生活重視品質環境可近性服務。德國強調活躍老化政策鼓勵延長退休年齡發揮老人對

社會貢獻及經濟安全及保持長者經濟安全並達到社會參與之目的。芬蘭重視在地
 中老拒絕機構照顧養成自我管理照顧能力並由中央政府對弱勢獨居老人送餐及居
 家照顧。澳洲鼓勵長者持續貢獻社會預防疾病已獨立繼續工作並成立「反年齡歧
 視委員會」。至於韓國則透過完善法律和制度層面規劃保障老人福利需求，在健
 康促進部分，更進一步結合科技術來進行有效推動。

結論分析各國對健康、亞健康老人仍主張建立延緩老化、防止失能作為活躍
 老化、健康促進之政策指標，讓老人想享有尊嚴及經濟安全無虞之目的，推動在
 地社區終老在地資源共享已達到社區照顧之態樣。

表 2-1：主要國家高齡者健康促進政策

政策 國家	活躍老化主要 政策	就業/所得	學習/社會參與
日本	終身參與社會 活動的狀態	一、延長退休年齡並建構再就業制 度，援助與推動中高齡再就業，確 保安定就業。 二、支援高齡者創業，提供有意願 創業的高齡者相關諮詢及資源。 三、提供多樣型態的顧用/就業機 會，落實銀髮族人才中心業務。 四、職業能力的開發、創造多樣化 教育訓練機會。	一、強化推動終身學習 體制，包括連結社區資 源、結合初中等教育機 構等，辦理相關研討會 議、志工活動等社會貢 獻體驗活動，推廣世代 間交流。 二、推動高齡者參與社 會活動，以提供多樣化 學習機會，包括運用各 種通訊設備提升世代 間交流機會，或支援勞 工學習機會，如推動留 職帶薪的教育訓練。
韓國	支持老人再就 業，並結合科 技推動長者健 康促進	一、支持老人再就業。 二、善用老人人力資源庫，延後照 顧年限。 三、企業投入老人照顧行業。	老人的再就業，可以增 加老年人的經濟收 入，同時減輕老人照顧 所需的成本與負擔。

美國	1965 年制定美國老人法，以提倡健康生活方式、健康環境，品質好、可近性高的健康服務。	<p>一、退休後仍有適當的收入，以維持生活水準。</p> <p>二、不受其經濟地位的影響，獲得生、心理健康。</p> <p>三、獲得設計完美且合適之老人住宅。</p> <p>四、就業機會不因年齡而受歧視。</p> <p>五、可獲得健康、尊嚴及光榮的退休。</p>	<p>一、致力於公民、文化及娛樂等有意義之活動。</p> <p>二、運用經研究證實的知識，增進或維持老人健康及幸福。</p> <p>三、每人擁有安排處理自己生活之自主權。</p>
德國	2001 年歐盟公布「活躍老化綱領」強調全面性活力老化的策略	<p>一、維持高齡勞動者之工作能力、彈性工作安排。</p> <p>二、提升雇主對於高齡勞動者的認知，發展活力老化政策。</p> <p>三、延長退休年齡，持續發揮老人對社會的貢獻，致力於「老人的經濟安全」，持續保持長者的經濟價值，同時達到社會的參與。</p>	<p>一、可更長久的工作。</p> <p>二、延後退休。</p> <p>三、退休後生活仍相當活躍。</p> <p>四、參與維持及促進身體健康的活動。</p> <p>五、強調獨力自主的重要性，且盡可能融入社會當中。</p>
芬蘭	協助長者留在家中越久越好，不進駐機構，養成健康的生活習慣，發展自我管理及照顧的能力。	由過去提供弱勢族群補助轉向中央控制的統一標準。	<p>一、家庭協助服務：針對獨居和無人照顧的長者，由地方政府向民間購買送餐服務。</p> <p>二、照顧住宅：照顧住宅中的住戶有自己的公寓，可獲得個人生活所需的各種照顧和服務。</p>
澳洲	鼓勵長者持續貢獻社會、預防疾病與獨立繼續工作。	<p>一、打造特殊勞動條件：改善職場文化，通過「提升高齡生產力計畫」，其中，有專門檢視高齡勞動環境的「反年齡歧視委員會」、提供企業雇用高齡就業。</p> <p>二、退休金體系：確保所有的澳洲老人在退休時都具有安全與尊嚴，</p>	提出財務誘因，年過六十五歲的工作者，每個月最高可以享有澳幣五百元（約新臺幣一萬四千元）的免稅額。

		退休金體系是來自政府、雇主及個人的提撥總合，有以下兩點：1.強制要求所有的雇主，必須提撥一定的退休金給所有合法的受雇者；2.個人的儲蓄。	
--	--	--	--

資料來源：本研究自行整理。

鄰近之日本與韓國的民俗風情與臺灣相近，且與臺北市於長期照護服務、社區健康照護網絡、遠距健康照護、肺鏈疫苗接種等政策之發展並無差異化，透過多元化健康照護服務，提供長者健康活躍老化的環境。

第四節 我國高齡化問題與因應政策

為因應高齡化問題，我國自69年起陸續制定各項法規、服務方案、計畫及白皮書等相關政策及措施(圖2-4)。期能藉由減少中老年疾病的發生，以及營造使長者可獲得最大健康之友善城市環境，達到控制或降低疾病所帶來的危害及其他負面影響、延後及壓縮長者失能之時間與期間，並致力於提升其生活品質。顯見，中老年族群的「健康促進」及「疾病預防」議題已日益受到重視。

我國高齡政策發展趨勢以關注對象而言，從失能擴大至健康、亞健康；就服務內容方面，從長期照顧為主的照顧服務，朝向對健康促進、友善環境及社會參與的重視；以工作方針而言，從老人基本福利需求之滿足，擴展至無障礙、尊老敬老環境之建構。

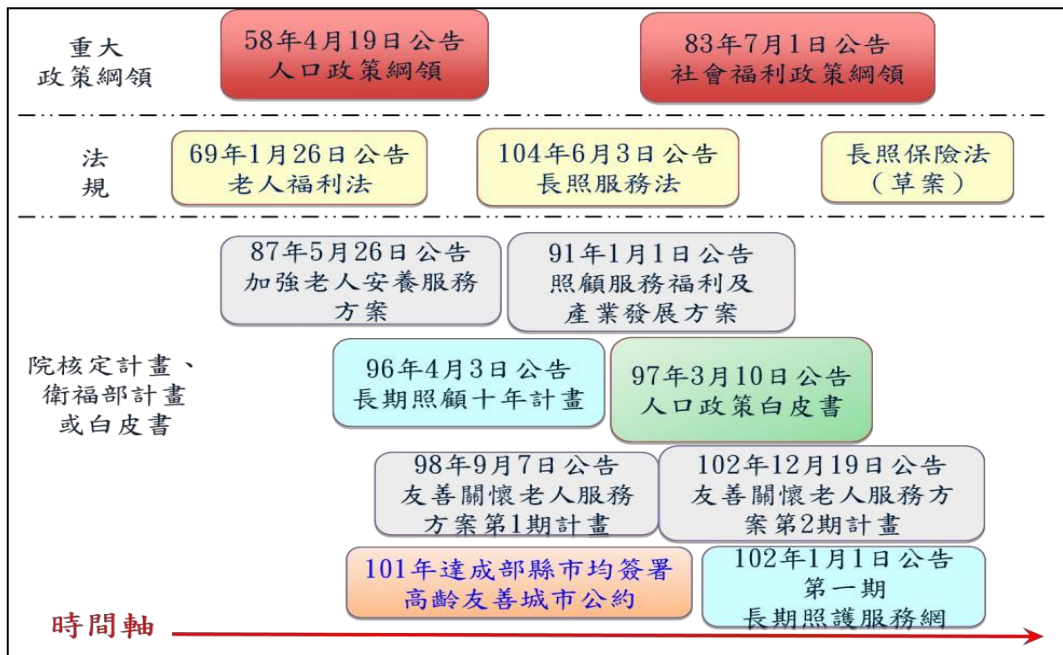


圖 2-4 我國高齡政策相關發展

資料來源：資料來源：衛福部(2015:6)

圖 2-5 係整理我國面對高齡社會，所規劃的相關政策方向。以高齡者為主體，左邊是由政府與民間合作的全照顧系統，包括社區安老服務與生活支持服務，可滿足 83.5%的非失能長者的生活需求；至 16.5%的失能者，則由長照雙法（建制社會保險體制）體現政府的照顧。

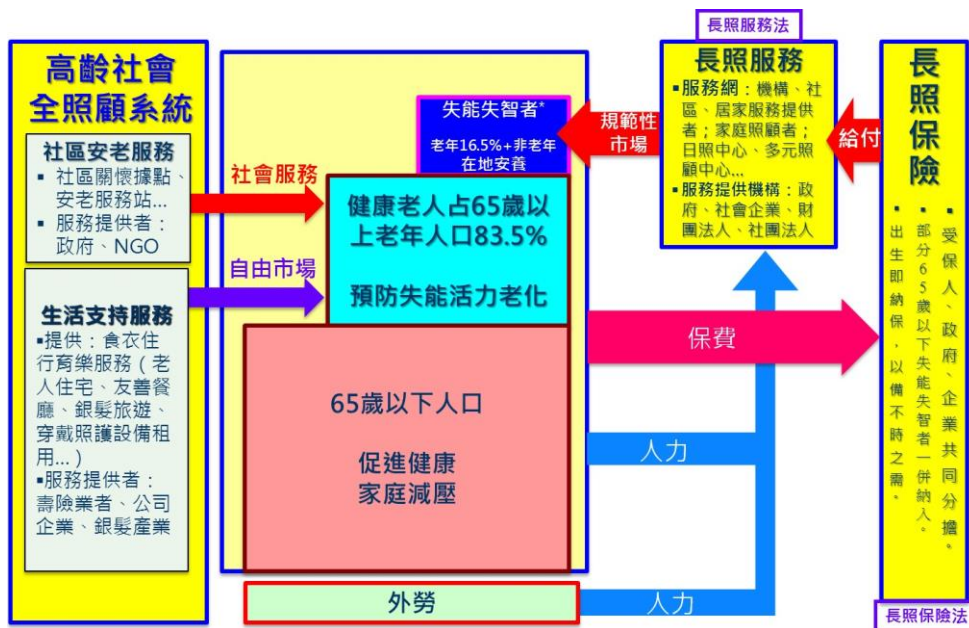


圖 2-5 我國高齡整體照顧政策架構

資料來源：資料來源：衛福部(2015:7)

對高齡社會而言，面臨人口快速老化、家庭與生活型態改變、社會價值變遷等問題與挑戰，必須有更具前瞻整體的政策規劃，以滿足高齡者對健康照顧、長期照顧、基本生活、支持網絡、人力再運用、運動休閒及消費、無障礙生活及破除歧視等多元需求，以使我國民眾均能享有健康、快樂、有尊嚴的老年生活。又延長國人健康年數、減少失能老人人口，為我國當前高齡政策核心主軸，茲以此彙整國內相關因應政策：

一、行政院

行政院於 2008 年 3 月 10 日核定《我國人口政策白皮書》，其中關於老人的部分包括：支持家庭照顧老人、完善老人健康與社會照顧體系、提升老人經濟安全保障、促進中高齡就業與人力資源運用、推動高齡者社會住宅、完善高齡者交通運輸環境、促進高齡者休閒參與、建構完整高齡教育系統等八項。

其中，有兩項政策於該白皮書核定前即已推動：

(一)2006 年的大溫暖社會福利專案中的長期照顧十年計畫、國民年金、勞工保險老年給付年金化，以及教育部 2006 年 12 月推出的《邁向高齡社會老人教育政策白皮書》，將老人教育的施行視為全民教育，其最重要的施行意義則在於保障老人學習權益，使老人享有終身學習的機會。

(二)內政部於 2002 年修正 1998 年推出的「加強老人安養服務方案」，目的為加強老人生活照顧、維護老人身心健康、保障老人經濟安全，以及促進老人社會參與，於 2009 年 9 月 7 日核定「友善關懷 老人服務方案」，以「活躍老化」、「友善老人」、「世代融合」為三大主軸，透過加強弱勢老人服務，提供關懷照顧保護；推展老人健康促進，強化預防保健服務；鼓勵老人社會參與，維護老年生活安適；健全友善老人環境，以建構有利於老人健康、安全與活躍之友善社會。

(黃碧霞、莊金珠、楊雅嵐，2010)

二、衛生福利部

因應我國高齡化，為防止失能老人驟增及延緩老化，促進健康與預防疾病，衛福部提出兩項政策：

(一)老人健康促進：衛生署於 2007 年推出「社區老人健康促進」，以 65 歲以上社區民眾為對象，選擇彰化縣與臺中市 2 個社區試辦資源整合式的社區老人健康促進模式，並結合老人健康檢查，依當地概況與老人特質，引發老人改變行為的興趣，藉由老人間的互動，強化老人健康促進，改善其飲食、運動等日常生活行為。衛福部接續於 2009 年嘗試於 4 縣市 8 社區輔導推動、擴大辦理。並仿照美國疾病管制局發展的 15 項老人健康指標，推出「老人健康促進計畫 (2009-2012)」，目標：維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴程度。具體策略：促進健康體能、加強跌倒防制、促進健康飲食、加強口腔保健、加強

菸害防制、加強心理健康、加強社會參與、加強老人預防保健及篩檢服務等八項重要工作。

(二) 高齡友善城市：衛福部國民健康局委託國立成功大學執行「高齡友善城市指標建立與導入計畫(99年至100年)」，第1年首先於嘉義市導入試辦，100年已新增加8縣市政府加入推動行列。

三、勞動部

因應高齡社會及醫療科技進步，老人退休後之高齡就業，實現技術傳承並給予自我實現之機會，勞動部(時為勞委會)依據經建會於2004年8月召開之「人口老化相關問題及因應策略」研討會結論，以及2006年7月臺灣經濟永續發展會議結論，於2008年推出「高齡社會勞動政策白皮書」，其理念根據係參照活力老化、生產老化。政策的個人目標：使老人「有活力」、「能自主」、「有機會」、「可參與」、「得尊嚴」，政策的社會目標：達成「促成社會參與」、「提高社會品質」、「縮小社會差距」、「追求永續發展」、「落實世代正義」等。

第五節 我國推行社區照顧服務政策之省思

為落實「健康、幸福、活力、友善」高齡社會之願景，衛福部透過技術分析不同世代長者的需求變化，尋求不同階段高齡需求的最大公約數，即時回應長者需求，提供便捷具效率之服務，掌握未來高齡社會脈動，作為提供政策規劃實證依據，藉以滾動修正高齡政策。

檢視我國傳統福利政策的發展脈絡，在福利資源分配上，係以弱勢優先為原則，鑑於人口老化快速，高齡社會即將來臨，我國高齡政策必須突破傳統僅照顧貧弱老人的範圍，而應擴展至健康、亞健康老人，範圍也不宜侷限於失能者的長

期照顧，而應當涵蓋食衣住行育樂養生各層面之需求。依據衛福部 104 年高齡社會白皮書規劃報告中所提到，目前我國推行社區照顧服務之方向有四：

一、健康生活—延長健康時間，提升生活品質

延長老人健康年數並減少失能人數：透過資訊整合、公私協力及全民參與，建構健康促進、社區安老、生活支持、社會參與等服務，全面提升個人健康識能，普及佈建社區資源網路，有效促進高齡人力再運用，營造正向無礙友善環境，活化產業回應多元需求，以達到增加健康年數，促成活力老化的核心目標。

二、幸福家庭—永續長照服務，促進世代共融

落實「為老人找依靠」的施政主軸：因應未來高齡人口快速發展、服務需求增加及服務資源不足，在原有的長期照顧服務十年計畫的基礎上，更積極地以長照量能提升計畫補強，透過佈建機構、社區及居家等多方面的服務資源網絡，全面提升長期照顧服務人力與服務單位據點之量能，在社區中以老人關懷據點、日間敬老服務站、日間照顧中心及多元照顧服務中心四種不同功能的機制，支持老人在地安老的可能性並減緩家屬照顧的壓力，延緩高齡者進入醫療及長照體系的時間，以完善長期照顧服務體系；又為確保未來服務資源永續發展的經費來源，積極規劃開辦長期照顧保險，建立永續經營、全民互助之長照制度，才可能達成提供全面關照的高質量長期照顧服務的核心目標。

三、活力社會—促進多元參與，提高自我價值

為減輕家庭中年輕世代的照顧壓力：透過積極健康促進，延長老人健康年數並減少失能人數，完善建置長期照顧服務資源網絡，提供家庭照顧支持，減輕青

年照顧長者壓力，使青年生涯發展能夠擁有更多空間與能量；同時鼓勵青年投入高齡照顧服務及產業創新，進而提升其就業、創業機會。

四、友善環境—普及支持網絡，消弭障礙歧視

促成銀髮產業發展的環境與商機，透過鬆綁法規、有效管理等機制，引導促成銀髮產業形成，政府分享並公開資訊，鼓勵民間單位運用大數據分析，掌握高齡者食衣住行育樂等各面向需求，結合科技發展智慧生活，打造臺灣成為高齡產業的 Living Lab，研發食衣住行育樂高齡產品，透過產業群聚，創新研發科技與高齡照顧相結合的產品與服務，發展銀髮產業並擴大經濟規模、面向國際高齡市場，提供多元服務的選擇。

省思國內推行「社區照顧服務之現況」，呂寶靜（1999: 230-231）針對國內相關政策和立法進行內容分析，並檢視目前推行社區照顧實驗計畫的經驗，指出：

我國社會福利政策對於需要被照顧的社會成員（或稱為失能者、喪失自我照顧能力者），並未體認到其「有儘量留在家裡生活」的權益，因而未能將「避免機構照顧」和「提供各類社區式和居家式服務」作為施政目標。雖以降低失能老人、提升健康、亞健康老人人口為政策目標，但目前施政方向皆以失能照顧為主，捨本逐末。僅有象徵性之社區健康促進政策，不論預算規模、師資養成、志工培訓、據點普及、參與動能、資源取得等，均暴露出政策缺乏完整性、全面性、普遍性、長遠性、宏觀性，未能營造出老人社區健康政策之真正內涵，流於形式之跑龍套、蜻蜓點水作法，未能深入老人社群，了解問題與挑戰之所在。此外，推動活躍老化政策最大的困難是所需資源仍有不足，包括經費、專業人力及促進網絡等，所幸政府所提出的長期照顧 2.0 政策已經將預防及延緩失能列入政策目標，因此國民健康署已經陸續推出許多創新性的活躍老化策略服務，例如運動保健

班、社區營養推廣、疑似衰弱長者篩檢、健康識能、慢性疾病管理、醫病共享決策、關懷城市推動計畫等。

由於欠缺一個明確的政策目標，故近幾年推動的社區照顧實驗計畫只強調了社區組織工作技巧的運用，卻模糊了「社區照顧政策牽涉到資源配置和服務供給方式」的焦點，也遺忘了政府的角色。為了改變目前實施上的缺失，呂寶靜（1999）提出七項建議：

- （一）資源和行政管理上的分權化；
- （二）強制規定政府機關間的協同合作；
- （三）再造政府供給者和使能者的角色；
- （四）重視受照顧者及其家庭照顧者的參與和選擇權；
- （五）實施照顧者之支持方案；
- （六）實施個案管理制度；
- （七）審慎規劃社區照顧服務的財源。

我國推動高齡化社區照顧的現況及困境面臨時間緊迫、與社會型態家庭結構的改變及少子化因素，為推動活躍老化，使老人能享有健康、安全、活力、尊嚴和自主的生活，必須提出創新的作法，配合現有的政策規劃，集合領域專家整合運用各項方針，公私協力推動健康促進預防疾病，實現在地活躍老化，延長高齡者健康時間、提升生活品質，促進多元參與，提高自我價值，營造世代共融，達成建立健康、幸福、活力、友善的高齡社會為目標願景，並以延緩失能、活躍老化為核心理念為本研究之重點。

第三章 臺北市高齡化現況及政策分析

第一節 臺北市高齡現況

聯合國世界衛生組織(WHO)針對高齡化現象所做之定義：65 歲以上老年人口占總人口比率達 7%時為「高齡化社會」，達到 14%則可稱之為「高齡社會」。依據臺北市民政局人口統計資料顯示，民國 81 年臺北市 65 歲以上老年人口達 19.5 萬人，占全市人口 7.25%，正式邁入高齡化社會；103 年北市老年人口數占全市人口比率 14.08%，正式邁入高齡社會（詳表 3-1）。

表 3-1 臺北市人口統計推估數

年度	總人口數(人)	老年人口數(人)	老年人口數 占全市人口比率
96	2,629,269	314,515	11.96%
97	2,622,923	322,975	12.31%
98	2,607,428	328,416	12.60%
99	2,618,772	331,906	12.67%
100	2,650,968	338,199	12.76%
101	2,673,226	348,656	13.04%
102	2,686,516	362,605	13.50%
103	2,702,315	380,527	14.08%
104	2,704,810	399,182	14.76%
105	2,695,704	419,130	15.55%
106	2,736,000	447,336	16.35%
107	2,744,500	469,858	17.12%
108	2,751,900	492,315	17.89%

資料來源：臺北市政府民政局 105 年度「臺北市 105-104 年人口推估委託研究案」及臺北市政府民政局 107 年戶役政系統統計報表

倘以臺北市人口結構歷年變化趨勢觀察，可發現臺北市老年人口數逐年增加、北市老年人口數占全市人口比率亦隨之逐年上揚，又北市自 104 年起老化指數首次達 100 以上，代表 65 歲以上之老年人口數量已然超出 14 歲以下之幼年人口，表示本市人口結構將從彈頭型轉為倒三角型，105 年 5 月份老化指數更升高為 108.4，老化情形已是六都之冠（如圖 3-1）。



圖 3-1 2016 年 5 月各縣市老化指數

資料來源：中時電子報（2016 年 06 月 23 日），網址：

www.chinatimes.com/newspapers/20160623000426-260102

另觀察北市 104 年國民平均壽命（零歲平均餘命）為 80.2 歲，其中男性為 80.6 歲，女性為 86.3 歲。若由扶老比來看，北市 105 年扶老比為 22.04%，代表含義為每 4.5 位工作人口扶養 1 位老年人口，10 年前（95 年）為 6.2 位，20 年前（85 年）則為 8 位，顯示北市未來年輕工作人口負擔將因高齡化趨勢而更形加重。

壹、人口老化升高原因分析

依據臺北市民政局 2016 年調查及市長專案報告資料指出，臺北市人口不斷老化之原因為：

一、在地老化：

由臺北市人口遷移資料顯示，65 歲以上老年人口遷徙情形相較於其他年齡層人口遷徙情形，相對偏低，顯示臺北市高齡人口偏向在地老化。

二、高齡化

國人平均壽命不斷成長，導致高齡人口亦隨之增加，國人平均歲數相較於 15 年前提升 3.25 歲、臺北市人口平均歲數則提升了 3.28 歲，且預期未來還將不斷成長。

三、少子化

臺北市婦女總生育率於 90 年為 1.205 人，於 99 年只剩 0.895 人。幼年人口數長期不斷下降，相對於老年人口數不斷成長，是造成人口老化快速飆升的重要原因。

四、戰後嬰兒潮：

由於經濟的發達、生醫科技的快速進步、醫療衛生品質與國民健康習慣的改善，促使國民平均壽命延長，加上龐大戰後嬰兒潮族群陸續邁入老年期，使老年人口快速增加。

貳、臺北市未來高齡化情形推估

有關臺北市高齡化情形之推估，經檢視臺北市民政局 2016 年調查資料，以及國家發展委員會研究報告(2016)，茲彙整如下：

一、於高齡(65 歲以上)人口結構方面：

臺北市 65 歲老年人口數占全市人口比率方面，預計於 110 年將達到 20%，正式進入超高齡社會，並預計於 123 年突破 30%，於 137 年後更將一舉突破 40%。至於臺北市 65 歲老年人口數方面，預計於 120 年將成長 1 倍，並預計於 140 年更高達 175%(2.75 倍)。

二、於高高齡(85 歲以上)人口結構方面：

臺北市 85 歲以上人口將明顯成長，預估至 140 年高高齡人口占全市人口比率預計達到 14.12%，至高高齡人口數預計將激增 7 倍有餘，總數近 39 萬人口，相較 104 年預計將增加 33 萬 5,000 餘人。

三、老化指數方面：

臺北市老化指數預計於 140 年將達到 347.5%，相較於 105 年 111.73%，足足成長 3.1 倍。

四、扶老比方面：

臺北市扶老比預計於 140 年高達 86.9%，相較於 105 年 22.04%，成長近 4 倍，屆時將發生 1.15 位工作人口扶養 1 位老年人口之情形。

綜上所述，可明顯確知，臺北市人口結構正以驚人速度進行改變，且高齡化情形已十分嚴重，吾人均應正視高齡化趨勢及其所帶來之各項影響，例如：

(一) 長照需求及相關健康照護費用支出大幅增加，導致照顧壓力倍增：根據衛生福利部資料，未來 10 年長照需求人數，106 年推估失能人數合計 73 萬 7,623 人；至 110 年，估計達 85 萬 5,253 人；至 115 年，估計達 100 萬 3,043 人，長照服

務需求人數將突破百萬（中時電子報，2016/12/18）。臺北市長照需求人口數推估於 106 年有 9 萬 5,418 人；至 109 年，估計將成長 15.86%。

（二）老年人身體功能退化及罹患慢性病的機率大幅增加：105 年「肺炎」躍升為全國及臺北市十大死因第 3 位，其中，臺北市近 3 年肺炎死亡人數中，超過 90% 為 65 歲以上長者。另依衛生福利部疾病管制署資料顯示，全國及臺北市 102-105 年之流感併發重症死亡率皆有逐年增加之趨勢。105 年臺北市十大死因中，心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病等慢性疾病比率高達 31.4%，與人口結構老化、肥胖、運動量不足及生活型態改變均息息相關。

又為因應高齡時代、乃至超高齡時代之到來，政府如何提倡長者健康促進與預防觀念，並營造友善長者的環境更顯重要。

第二節 臺北市高齡友善城市政策發展

臺北市老年人口比例高於全國平均，且為六都之冠。由主計處 105 年統計資料可知，臺北市 65 歲以上人口達 41 萬 9,130 人，占總人口比例 15.55%。復由臺北市政府主計處「臺北市人口趨勢及預測結果分析」（民國 104 至 150 年）之資料顯示，臺北市老年人口於 110 年更將超過 20%，正式步入「超高齡社會」。

臺北市為因應快速高齡化現象，臺北市相關老人議題不容忽視，應加強相關照護措施及福利照護資源。換言之，臺北市政府除須儘速提出相關因應方案，後續推動各項公共服務所需資源亦應將高齡化議題納入規劃考量之參考。

臺北市政府參酌 WHO 制定高齡友善城市 8 大面向，由相關機關依業務職掌針對老年人口提出相應之高齡友善政策，並訂定健全之健康促進政策。首先，針對健康長者，以維持身心健康、預防失能、減少醫療需求及臥病時間為目標，規劃符合長者需求的活動空間，提供娛樂、社交、運動等多功能的服務，亦開放公園、空地和屋頂供社區長者種植植物，藉由接觸植物、盆栽和庭園，使身心在自然環境中獲得療癒。對於活動情況較差的高齡者，則提供文康休閒和運動，健康管理

和醫療保健諮詢等活動，並鼓勵長者走出社區，與其他人至老人餐廳共食，藉此建立一個社區大家庭。再者，對於獨居及行動不便的長者，提供到宅服務，包括家務服務、身體照顧服務及送餐等服務，而失能程度較嚴重需日間照顧者，應與家人生活在社區裡；失智症長者，由小規模、生活環境家庭化、照顧服務個別化的機構來照顧，制訂個別生活照顧計畫，幫助延緩退化速度。最後，依長者需求，建構不同的照顧體系，提供社區型、完整型的老人照顧系統，讓長者可自在、尊嚴、活躍地與家人共同生活，營造銀髮樂活健康城市。

為即將邁入高齡社會並呼應世界衛生組織倡議之「活躍老化」及「高齡友善城市」概念，以「敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、健康、不老」等八大面向為基礎檢視現有老年人生活環境，針對城市軟硬體不足之處改善，營造出高齡友善的環境。盤點目前臺北市高齡相關福利與政策，再將各項政策歸納聚焦為以下八點，並說明各相關政策之情形：

一、敬老與社會融入(敬老)

提倡敬老文化與增進跨代互動，鼓勵業界考量高齡者特殊的需求及偏好，發展銀髮服務和產品以滿足高齡者多樣的需求，並為高齡者形塑正面形象。

臺北市自 2016 年度實施樂齡學堂計畫，設置 23 所樂齡學堂，達成於每個行政區皆設置樂齡學堂之目標，2017 年度持續輔導各行政區國中小設置樂齡學堂，共計設置 34 所樂齡學堂，結合衛生局、社會局與體育局等資源，共同推動長者健康促進、福利服務及運動體育等。

一、社會參與(親老)

因應高齡化趨勢，以打造臺北健康城市為目標，並以安全、有趣與持續為核心主軸，透過整合現有的資源（如社區老人據點、民間 NGO 非營利組織）作為健

康運動學習空間及共餐聚點，並提供各種多樣化服務、活動與相關資訊，以提升長者參與意願，對於獨居老人等弱勢高齡者持續提供照護服務與關懷。

(一)規劃運動中心公益時段及課程(體育局)：

為提升高齡民眾運動風氣、營造全民運動之環境，提供全市各運動中心相關資源，規劃臺北市 65 歲以上高齡民眾在公益時段至轄區運動中心，出具相關身分證明者，即可免費使用各中心游泳池及健身房，且每期開設不同運動休閒之免費公益課程，鼓勵銀髮長者多動多健康，以養成規律運動習慣，促進身心健康。

(二)辦理優質展演活動(文化局)：

結合里長系統，於臺北市 12 個行政區的公園、廣場、廟口、學校、活動中心等地點進行演出，引入各類演出、展覽活動進入社區，例如：「社區藝術巡禮-2017 年文化就在巷子裡」，即是鼓勵高齡長者參與。

(三)田園城市推廣計畫(工務局)：

以打造臺北市為田園城市為目標，營造都市農耕新典範，整合田園銀行基地、建立田園銀行、進行農業技術輔導，運用都市閒置空間、畸零地等地點作為田園基地，並透過由下而上的老人參與方式經營管理田園基地，讓老人可以親自動手栽植、採收農作物，體驗當都市農夫之樂趣，且透過接觸土壤、植物，讓老人們能有回歸自然的感覺，達到舒壓及改善身體健康的療癒效果，進而提升創造力、促進身心健康。

(四)增進銀髮族社會參與人次(社會局)：

結合民間團體力量，推動「20 分鐘生活圈」，補助民間團體設置老人活動據點，期透過鄰里老人活動場所，讓長者能夠結伴、就近參與鄰近多元健康促進或休閒研習活動，讓老人活得健康與快樂。

(五)獨居老人之電話問安及關懷訪視服務

安排志工定期電話問安，以瞭解長者日常生活及健康狀況並表達對長輩的關懷。另結合民間團體與志工進行關懷訪視服務，減少長者獨居之寂寞與孤單感，增強社會支持系統，避免其與外界隔絕。

(六)敬老卡擴大辦理(社會局)：

臺北市大眾交通運輸發達，長者使用敬老卡普及率極高，為鼓勵更多長者走出社區活動，自 2017 年 10 月 29 日起，凡 65 歲以上長者，持敬老卡除可用於搭乘公車、計程車(部分補助)外，擴大至捷運、貓纜、部分市有公營場館(如士林官邸正館、北投會館健身房、山豬窟游泳池)等地點皆可使用，增近社會參與健康老化。

(七)共餐服務(社會局)：

為鼓勵長者多走出家門與人際互動，自 2005 年起於社區開辦定點共餐，為強化據點功能，亦引入各單位資源，讓據點成為「活動學習中心」。

二、無障礙與安全的公共空間(行動無礙)

臺北市為推動友善城市，加強友善高齡環境的推動，考量各種行動不便者行的安全，依無障礙標準改善公共空間，提供舒適及乾淨的公共環境，建構高齡者用路空間推動作為。

(一)現有實體人行道改善計畫(工務局)：

藉由拓寬人行道、整併設施帶及設置透水鋪面等措施，打造高規格之人行及無障礙環境。優先改善主要及次要幹道、公園、機關及學校週邊，進行拓寬並更新老舊市區道路，降低人行道障礙物比例，並配合都市發展局辦理規劃設計之各區鄰里地區環境改造計畫工程，提供市民一個安全、友善、健康之人行空間。截至 2017 年 4 月底，已完成人行道更新面積共約 1

萬 2,683 平方公尺，全市累計完成人行道更新總面積約 238 萬 5,198 平方公尺，約占全市人行道總面積之 95.41%。

(二)人行道與公園透水鋪面計畫(工務局)：

透過透水鋪面，降低鋪面溫度，達到降低都市熱島效應之功能，並增加雨水下滲，可避免積水提供行人不積水之優質行走空間。另配合專案性人行環境改善工程，整頓人行空間並採用透水鋪面，建置人行道生態化工程，未來將逐步提升全市人行道透水鋪面之比例，達到打造海綿城市之理想。目前已累計完成人行道透水鋪面面積共計可達到 8 萬 5,628 平方公尺，占全市人行道面積(250 萬平方公尺)比例約 3.43%，公園透水鋪面完成面積 1 萬 4,208 平方公尺。

(三)田園城市(工務局)：

闢建公園綠地，改善都市生活環境品質，增加市民休憩空間，提升臺北市綠資源面積；其他如山坡地造林及田園基地等，均可增加綠資源。2017 年 4 月底前已完成臺北行旅廣場景觀綠美化、南港 62 號公園簡易綠美化及南港 71 號公園，增加綠資源面積 21,875 平方公尺。

(四)公共場所普設急救設備(衛生局)：

配合緊急醫療救護法及衛生福利部公告「應置自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」等規定，以三高一難原則(高密度、高風險、高效益、難到達)加強輔導普設 AED，並強化急救技能訓練宣導及推廣 AED 安心場所認證政策等實務，鼓勵設置場所申請，認證通過後進行抽查，保障民眾生命安全，建構臺北市健康安全城市。

(五)行人專用號誌成長率(交通局)：

為提升行人通行安全，於臺北市號誌化路口，全面設置行人專用號誌，並改善交通管制設施。另設置無障礙斜坡道，提供無障礙通行環境，並參照行人步行速率，在較多行人、年長者或無障礙通行需求之路口，適當延長行人通行秒數或採行人專用時相，提供高齡友善的通行安全環境。截至 2017 年 4 月底設置行人專用號誌比率為 11.6%。

(六)每十萬人自行車道公里數(交通局)：

發展休閒、購物及通勤之「生活化交通工具」，實現「最後一哩」無縫綠色運輸、「安全騎乘」體驗城市風華的未來生活想像；並完善主要幹道設置「棋盤式自行車路網」，減少私人機動車輛使用，以達成臺北市環保、永續、適居之目標。2016 年完成復興南北路自行車道、松江路自行車道、新生南路自行車道及羅斯福路自行車道透過人行環境改善工程(含街道傢俱整併、變電箱位置調整、共同纜溝及透水鋪面建置)時，一併施作自行車道，塑造友善人行通行環境。

(七)推動貼心公廁座數提升方案(環保局)：

參考國外案例，採取提供馬桶坐墊紙或馬桶坐墊消毒液方式，以避免民眾直接踩踏馬桶坐墊造成危害及損害下一位使用者的權益。由臺北市政府環保局針對列管公廁進行分級評鑑，並辦理宣導活動或說明會，宣導貼心公廁制度，針對設置率較低或尚未規劃設置的公廁管理單位加強宣導。

三、交通運輸(暢行)

為提供高齡者及行動不便長者更多元、無障礙之運輸服務，臺北市首創引進推動無障礙計程車，落實以人為本的交通運輸概念。2017 年即擴增 100 輛無障礙計程車營運計畫，以發揮無障礙計程車政策目標，促進無障礙計程車服務普及化。

四、住宅(安居)

臺北市為符合高齡社會及行動不便長者之居住，增進老人居家生活品質，深入了解高齡者之需求，推動無障礙設施，居家簡易安全修繕，加裝電梯等設施，並於社區活動場所中提供鄰近不同失能程度的長者，並結合志工，提供送餐及家事服務。

(一)原有住宅無障礙設施改善費用補助執行計畫(都發局)：

為推動無障礙之住宅，協助民眾正確地建置居家無障礙生活環境，營造高齡族群的友善空間。

(二)居家安全簡易修繕費用實施計畫(社會局)：

因應我國長期照顧十年計畫需求，從宣導面倡議保命防「跌」、全民動起來理念，並且從服務面以委託方式到宅協助弱勢長者居家安全簡易修繕、居家無障礙環境改善(如扶手、防滑措施)及設置生活輔具(如沐浴椅凳、便盆椅等)，使其在宅生活環境更為安全及便利。另設置諮詢服務，並辦理居家安全、無障礙設施、生活輔具、福利諮詢、照顧預防等活動推廣與福利資源宣導，使銀髮長者知悉防跌及居家安全環境的重要性。

(三)設置住宅用火災警報器執行計畫(消防局)：

為加速推動臺北市老舊建築物更新，藉由補助方式誘導其增設電梯，以符高齡社會及行動不便者之生活需求，增進整體生活環境品質。

(四)老人住宅(社會局)：

為維護高齡者居住安全，規劃住宅政策，提供住宅優惠措施與基礎的健康管理服務，亦辦理各種促進身心健康的活動(如文康休閒、社區活動及銀髮志工服務等)。

五、通訊與資訊(連通)

面對資通訊快速發展時代，為提升高齡者善用行動載據等三 C 產品之使用率，避免年長者與社會互動脫勾，臺北市政府提供免費的電腦及三 C 產品網路的教學服務，主動提供各種重要資訊給長者，確保長者保持與社會連結。

(一)銀髮資源服務應用資訊系統(衛生局)：

結合 12 區健康服務中心之相關活動，教導民眾如何正確使用系統，並連結臺北市社會局「健康福利地圖」系統，定期進行系統資訊及安全維護，確保系統資訊安全性，且使系統後續使用順暢，提供完善銀髮照護的資訊，以符合老人的需求。

(二)推動臺北無線網路聯盟計畫(資訊局)：

結合民間力量，擴大免費無線上網範圍，設置臺北無線網路聯盟，包含全家便利商店、臺北金融大樓、臺灣電影文化協會、吸引力生活事業、咖碼 cama café、美麗華百樂園、新光影城、新光三越百貨、太平洋崇光百貨、全林(AD Wi-Fi)、運通媒體(4FREE)及臺北農產運銷公司等 12 家商家參與。

六、社區及健康服務(健康)

因應高齡化時代快速來臨，臺北市政府衛生局與社會局積極打造支持長者健康老化、活躍老化的友善環境，並且依長者特質與需求，結合社區資源辦理健康促進活動，提升長者健康知能、養成自我健康管理及增加社會參與，以達在地老化、活躍老化重點。

(一)流感疫苗工作計畫

臺北市增加合約醫療院所達 300 家，並規劃「到院施打」與「外展設站」施打服務的分流機制，運用多元管道提供民眾流感疫苗接種的設站服務，包括社區各里辦公室、學校、職場和長照機構等，讓符合公費接種對象可

前往接種；另為照顧員工健康，針對高頻率接觸市民的「為民服務第一線櫃檯」、「教育局臺北市高中職以下非公費對象的教職員工」及「社會局家庭保姆」提供流感疫苗接種。

(二)跨局處整合推廣長照服務計畫

臺北市成立「臺北市長期照顧委員會」，由市長擔任召集人，衛生局、社會局局長擔任副召集人，並納入臺北市相關局處，以建立長期照顧各類照顧模式，提供相關政策諮詢及業務協調，另衛生局、社會局每月召開雙首長及長照業務單位的連繫會議，以整合衛政及社政的長照資源及服務。強化長照服務輸送體系，以照顧管理中心為單一窗口，連結各項資源服務，提供民眾時效性、個別性的長照服務，使住院個案能安心返家，達到在宅老化、完善長照安寧之目標。

(三)增進高齡者參加健康促進活動

透過十二區健康服務中心倡議、增能，結合體育局、社會局、體育局及社區資源（醫療院所及社區關懷據點、社區健康營造中心、老年大學、社區大學、老人服務中心、長青學苑、老人會等），規劃辦理長者健康促進課程，包含身體活動、認知與情緒支持、均衡飲食、口腔衛生、慢性病預防及三高篩檢等，增強長者健康促進知能及健康行為的養成，並強化其自主健康管理行為。另為提供長者專屬活力舞臺，展現健康活力與活躍老化的價值，激發長者圓夢的社會參與動機。

(四)成人健康檢查

為建立民眾「家家戶戶都有專屬家庭醫師」的觀念，使民眾就近尋找醫療院所，提升臺北市 65 歲以上長者參加成人健檢，創新設置「成人預防保

健資源網」，結合 google 地圖提供成人健檢醫療院所地址、電話及提供導航功能。

(五)老人健康檢查

臺北市老人健康檢查項目除共同檢查項目外，還提供 2 套加值方案供長者選擇，A 方案包含「胸部 X 光」、「甲狀腺刺激素」、「心電圖」及「 α -胎兒蛋白」，B 方案則為「腹部超音波」，同時配合中央政策搭配「成人預防保健服務」、「糞便潛血免疫分析」、「婦女子宮頸抹片檢查」一併檢查，使長者健康檢查項目更完善。

(六)防跌班

為協助高齡族群力抗衰老，於 12 行政區針對衰弱前期及具跌倒高風險之長者辦理悠活防跌班，透過 10 週多元運動、口腔保健及營養課程，提供衛教知識，以增強平衡感、肌耐力與提升生活自主能力，降低衰弱長者因跌倒而增加失能的風險。

(七)社區健康量測示範站、體適能便利站

結合十二區健康服務中心設置臺北悠活體驗營，推廣長者健康促進 3E(Education、Exploration、Exhibition)活動，包括慢性病防治宣導、提供健康互動體驗活動及居家生活輔具展示等。另自 2015 年起於臺北市十二區健康服務中心設置「體適能便利站」共 12 站，於週一至週五全時段開放使用，提供 65 歲以上長者測量個人的「身體組成」、「肌力」、「肌耐力」及「心肺耐力」等體適能狀況，藉此了解上下肢肌力與心肺耐力狀況，並結合相關資源提供長者合適的健康促進運動。

(八)口腔保健

結合十二區健康服務中心、臺北市牙醫師公會於共餐據點提供健康加值服務，在長者共餐時間推廣系列「包裹式健康促進服務方案」，議題包含憂鬱症防治宣導、自主健康管理、健康飲食及用藥安全、運動保健、口腔保健(含推廣健口操)、長期照護宣導及失智症宣導等衛教課程。

(九)獨居老人之電話問安及關懷訪視服務

為落實在地老化及人性關懷，藉由提供獨居長者相關補充性、支持性之服務，使獨居之長者獲得妥善、周全之社會照顧及網絡支持，結合民間團體與志工進行關懷訪視服務，並安排志工定期電話問安，以瞭解長者日常生活及健康狀況，表達對長輩的關懷，減少長者獨居之寂寞與孤單感，增強社會支持系統，避免其與外界隔絕。

七、工作與志願服務(不老)

因應高齡化就業困境，提供高齡志工就業培訓與指導，運用高齡勞力資源及職場經驗，拓展其事業第二春，以支持長者社會參與、提高勞參率、持續就業、參加志願服務或勇敢追逐夢想，維持高齡者獨立的經濟收入來源。

(一)鼓勵長者參與志願服務(社會局)：

臺北市號召民眾投入志願服務工作貢獻社會，以有效的管理和整合策略來增進臺北市各項建設及公益，進而提升臺北市生活素質。

(二)職能培育計畫(勞動局)：

兼顧中高齡需求規劃課程（具工作彈性且合適的支薪工作機會），中高齡就業媒合，並積極開發願意優先錄用中高齡（45歲以上）結訓學員之產訓合作廠商。

(三)原住民長者志工提供文化傳講服務(原民會)：

推動原住民長者文化學習並進入校園服務為架構，以主動及積極友善的策略，建構臺北市原住民族長者身心健康、貢獻社會及終身學習的友善環境，並定期規劃講座課程，包含原住民 16 族文化、原住民族樂舞、健康促進、生活環保等。

老化議題涉及不同面向包含生理、心理、社會與環境等各個層面，無論是成功老化、活躍老化，皆為身心靈整合的狀態，需要社會關懷、尊重和接納包容。綜觀臺北市目前所施行之高齡相關福利政策，廣泛涵蓋敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、健康、不老等層面。又進一步檢視臺北市 107 年度與老人相關預算（如表 3-2），大多聚焦在交通補助，社會局含相關社福基金 107 年共編列 53.4 億較 106 年小幅增長 4.4 億，增幅全聚焦「敬老卡」，老人乘車補助大增 4 億元，彷彿走出家門是萬靈丹，惟研究分析發現老人福利多用於交通補助，反而讓需要關懷的獨居老人及健康、亞健康的老人享受不到政策的關懷，整體高齡友善城市政策將失焦，後續高齡友善城市推動政策能否持續及預算缺乏整體性、一致性、預算的編列涵蓋面不足，都是本研究之重點。

表 3-2 臺北市高齡友善城市政策

執行政策		方案	施行計劃 & 局處	106 年度預算	107 年度預算
1	敬老與社會融入	敬老	2016 年實施樂齡學堂計畫，2017 年度持續輔導各行政區國中小設置樂齡學堂，每校以補助 20 萬元為限，結合衛生局、社會局與體育局，推動長者健康促進、福利服務及運動體育等多元化之學習內容	6,400,000	11,000,000
	小計			6,400,000	11,000,000
2	社會參與	親老	1. 規劃運動中心公益時段及課程（體育局）	0	0
			2. 辦理優質展演活動（文化局）	15,800,000	15,800,000
			3. 田園城市推廣計畫（工務局）		

			4.增進銀髮族社會參與人次(社會局)	105,619,000	178,989,000
			5.獨居老人之電話問安及關懷訪視服務(社會局)		
			6.敬老卡擴大辦理(社會局)	754,174,225	1,158,382,225
			7.共餐服務(社會局)	105,619,000	178,989,000
			小計		981,212,225
3	無障礙與安全的公共空間	無礙	1.現有實體人行道改善計畫(工務局)	22,166,000	191,782,312
			2.人行道與公園透水鋪面計畫(工務局)		
			3.田園城市(工務局)	4,000,000	5,000,000
			4.公共場所普設急救設備(衛生局)	0	0
			5.行人專用號誌成長率(交通局)	1,840,000	1,840,000
			6.每十萬人自行車道公里數(交通局)	70,000,000	0
			7.推動貼心公廁座數提升方案(環保局)	3,000,000	2,000,000
			小計		78,840,000
4	交通運輸	暢行	1.提供長者搭乘大眾運輸工具之優惠(社會局)	754,174,225	1,158,382,225
			2.協助臺北市中度、重度失能長者使用巴士(社會局)	7,008,000	6,849,600
			3.補貼公車業者汰換低地板公車(交通局)	56,100,000	170,500,000
			4.無障礙計程車購車補助(交通局)	20,150,000	40,290,000
			5.辦理公車駕駛員服務品質提升講習(交通局)	19,200	51,200
			6.長青樂活遊臺北(里長系統)	0	25,960,000
			小計		837,451,425
5	住宅	安居	1.原有住宅無障礙設施改善費用補助執行計畫(都發局)	6,000,000	6,000,000
			2.居家安全簡易修繕費用實施計畫(社會局)	4,980,976	4,980,976
			3.設置住宅用火災警報器執行計畫(消防局)		
			4.老人住宅(社會局)	5,950,000	4,400,000
			5.住宅加裝電梯計畫(都發局)		
			小計		16,930,976
6	通訊	連通	1.銀髮資源服務應用資訊系統(衛生局)		

	與資訊		2.推動臺北無線網路聯盟計畫(資訊局)		
7	社區及健康服務	健康	1.流感疫苗工作計畫(衛生局)	25,697,349	33,070,525
			2.跨局處整合推廣長照服務計畫(衛生局)	30,561,000	31,411,400
			3.增進高齡者參加健康促進活動(衛生局)	2,400,000	2,400,000
			4.成人健康檢查(衛生局)		
			5.老人健康檢查(衛生局)	56,842,100	71,576,000
			6.防跌班(衛生局)	4,100,000	4,100,000
			7.社區健康量測示範站、體適能便利站(衛生局)	3,000,000	3,000,000
			8.口腔保健(衛生局)		
			9.獨居老人之電話問安及關懷訪視服務(社會局)		
	小計			122,600,449	145,557,925
8	工作與志願服務	不老	1.鼓勵長者參與志願服務(社會局)	130,000	130,000
			2.職能培育計畫(勞動局)	103,612,429	58,938,677
			3.原住民長者志工提供文化傳講服務(原民會)		
			4.中高齡就業媒合情形(勞動局)	6,401,519	6,401,519
	小計			110,143,948	211,028,121

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

將上述 106 與 107 年度臺北市高齡友善城市政策預算以柱狀圖表示如下：

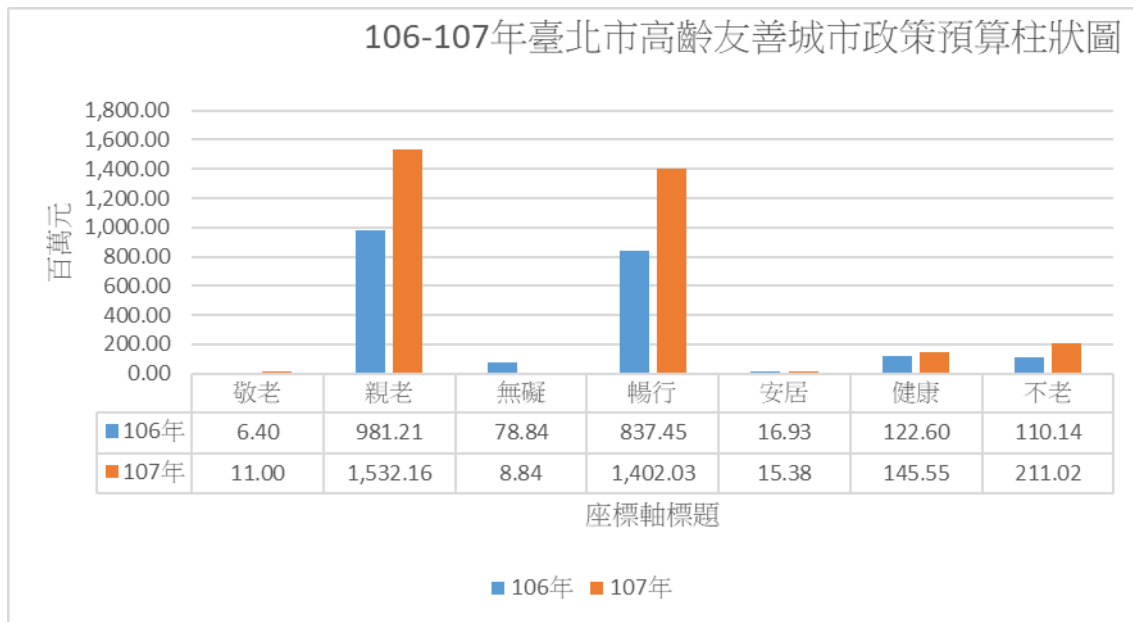


圖 3-2 106 與 107 年度臺北市高齡友善城市政策預算柱狀圖

資料來源:筆者繪製

第三節 臺北市健康促進政策現況

健康促進政策方案日趨受大眾所重視，源自於臺灣高齡人口快速且持續成長的背景，臺灣已於 82 年進入高齡化社會，106 年邁入高齡社會，預計 115 年將步入超高齡社會、至 150 年每 10 人中就有 4 位是 65 歲以上老年人口，且該 4 位人口之中有一位是 85 歲以上之超高齡老人。進一步檢視臺北市人口，臺北市於 81 年即進入高齡化社會，103 年邁入高齡社會，預計 110 年將步入超高齡社會、至 150 年北市老年人口每 3 人中就 1 位 65 歲以上老年人口，老化速度趨勢冠全臺。

依據衛生福利部公布 2025 衛生福利政策白皮書，其中列有活躍老化相關政策指標有：一、健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人社會參與之比率達 60.0%；二、依據健康行為危險因子監測調查，訂定 65 歲以上老人規律運動之比

率達 65%；三、依據國民健康訪問調查，訂定 65 歲以上老人跌倒(落)標準化死亡率降至 21.3/每 10 萬人(2013 年為 23.3/每 10 萬人)；四、依據國民健康訪問調查，訂定 40-64 歲國人有利用健康檢查之比率達 65.3%，65 歲以上國人每年有利用健康檢查之比率達 45%；五、增加國人平均健康餘命 2 年等。

又為達到上述目標，衛生福利部推動「活躍老化及慢性病防治」等相關對策，包括：

一、佈建活化長者身心社會功能的社區健康促進網絡：截至 106 年 12 月所有縣市皆已啟動，22 縣市衛生局於系統登錄 19 萬 5,478 筆(117.3%)資料，分別以 SOF 評估工具、憂鬱及跌倒問卷，經初步分析：（一）衰弱前期：26,073 人(13.44%)、（二）衰弱：6,947 人(3.55%)、（三）過去 1 年有跌倒：9,169 人(4.69%)及（四）有憂鬱：2,810 人(1.44%)。

二、建構讓長者無憂、優質的健康篩檢及慢性病照護網：全面免費提供 40-64 歲每三年 1 次；65 歲以上每年 1 次成人預防保健服務；至 106 年 12 月底累計有 255 家糖尿病健康促進機構以及輔導 178 家醫療院所成為慢性腎臟病健康促進機構。

三、持續推動高齡友善健康照護機構認證，增進長者的健康、尊嚴及參與：截至 106 年 12 月計有 469 家通過認證，其中醫院 182 家(佔 300 床以上醫院 85.2%)，衛生所有 216 家(佔所有衛生所 21%)，預計逐年完成 370 家衛生所全數通過認證。

四、推動兼容、無礙、促進長者活躍的高齡友善城市：至 102 年已達成全國 22 縣市全面推動，是推動高齡友善城市涵蓋率最高的國家。

五、強化長照服務與健康促進之結合，辦理社區長者預防衰弱前期(Pre-frailty)的健康促進，減少長者衰弱或失能可能：透過 22 縣市醫療院所及地方政府衛生局所於社區關懷據點辦理預防長者健康促進課程，106 年計 2,519 個社區關懷據點參與，開辦 849 班課程，參與活動之長者約 2 萬 2,326 人；辦理年度阿公阿嬤活力秀

競賽活動，積極鼓勵社區行動不便或身心障礙長者參與，辦理活動時並注重無障礙空間，以利不便或身心障礙長者之參與，已辦理 7 年累計將近 50 萬名長者參加。

六、建置活躍老化監測暨決策支援系統及以高齡社會需求為導向之科技研究計畫：期能藉由多方面提升長者的健康、社會參與和營造安全、友善環境，來增進長者在年齡增長過程之健康及生活品質(訪 16，2018)。

高齡健康促進政策意義有四點，第一點：因為人口老化非常快速，人口高齡化已經是全球關注的重要議題，無法逆轉的人口高齡化趨勢，對國家整體經濟、勞動市場、醫療照護、社會發展與福利，將會產生全面性的影響。臺灣人口高齡化速度高於大部分先進國家，因此應儘早規劃相關政策。第二點：隨著高齡化時代，老人慢性病罹患比率高，如何減少慢性病的發生、合併症和後遺症等，進而可以提升老年人的生活品質和節省醫療費，是很重要的課題。第三點：老人醫療照護使用率及醫療費用高，未來將隨著人口老化快速增加而增加。衛生福利部 102 年老人狀況調查報告，65 歲以上者罹患慢性病時，85.9%以定期積極看診為主要治療方法，8.7%為不定期看診，幾乎未治療僅 2.1%，顯示長輩罹患疾病後，尋求治療普及率高。第四點：健康平均餘命與平均餘命有差距，臺灣平均餘命與健康平均餘命目前差距約為 9 歲，相較其他國家的約 9-11 年，並無大差別，但是隨著平均壽命的增加，我們需要是延長健康的餘命，讓長者能擁有良好的生活品質及獨立生活的能力更顯重要。

臺北市政府為打造銀髮樂齡友善城市，老人福利政策已從服務內容專屬性朝向多元整合性。在便性老人的前提下，秉持社區化、在地化原則，針對不同健康狀況的老化階段透過跨局處資源整合，提供多元連續性服務。針對臺北市健康長者，以及含狀況尚稱良好的亞健康長者，係以預防勝於治療為原則，延長健康餘

命，減緩失能老化為目標，透過促進長者社會參與，協助落實健康管理為主要政策方向。

柯文哲市長於 106 年重陽節，於其官方臉書上提出以老人福利政策概念：

一、「老人共餐」：並非單單請老人來一起吃飯，而是鼓勵老人走出家門一起聚餐，建立聯絡網，彼此互相關懷、互相照顧，久而久之，哪些長者沒有來用餐，他們還會主動關心。106 年已建立了 325 個共餐據點，未來將利用閒置空間繼續增加。不只可以用餐，長輩們也能在這裡學習使用 3C 電子產品、以及各種才藝技能，當他們與年輕人玩在一起，自然就會感到年輕與快樂，達成健康促進、減少失能、延緩老化之政策目標。

二、改良過去「只能搭公車」的敬老卡，106 年 10 月 29 日起，年滿 65 歲的長者們可持敬老卡，在每月 480 元額度內，免費搭乘公車、捷運、貓纜、逛士林官邸等地點，107 年再開放騎 Ubike、搭雙層觀光巴士均能使用敬老卡。

前開政策由臺北市政府社會局、教育局、體育局、衛生局等機關跨局處合作，提供長者多元選擇，於 106 年起持續推動下列政策執行：一、活用重陽敬老禮金預算；二、325 處老人共餐聚點；三、石頭湯計畫，整合長照資源；四、臺北扶老計畫，修屋補 8 萬；五、聯醫轉型居家醫療；六、補助施打肺炎鏈球菌疫苗。

茲將臺北市政府辦理共餐及老人活動/社區照顧據點彙整如表 3-3、活躍樂齡計畫資訊彙整如表 3-4、活躍老化計畫相關資訊彙整如表 3-5，以樂齡學習據點彙整如表 3-6：

表 3-3 臺北市政府社會局辦理共餐及老人活動/社區照顧據點

政策名稱	服務對象	政策內容	執行機關	106 年執行成果	106 年編列預算(元)	107 年編列預算(元)
臺北市政府社會局 106 年度補助里辦公處共餐據點試辦專案	健康長者	為推動里辦公處辦理共餐據點服務，試辦期間 106 年 4 月 1 日至 12 月 31 日。	社會局、民政局、各區公所	1. 截至 11 月共計有 377 處各類型老人活動據點。	177,468,000	178,989,000
臺北市政府社會局補助老人活動據點、社區照顧關懷據點實施計畫	健康亞健康及健康長者	依據據點類型提供多項服務，鼓勵健康及亞健康長者使用據點服務，增進長者社會參與機會，以延緩老化，延長健康的老年生活。	社會局	2. 含 77 處里辦專案。 3. 共計服務 1,383,647 人次。		

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

銀髮族群要擁有「人生七十才開始」的第二春，首要條件必需要有健康的身體及良好的身體適能，而要促進身體健康及維持良好的體適能，與身體的活動量息息相關，讓銀髮族群能重視身體活動的重要性，建立正確的運動觀念，鼓勵培養規律的運動行為，增進運動能力信心，並將規律性運動行為落實於日常生活中，重拾健康運動活力，提昇生活品質，使其生活得更尊嚴，生活得更快樂。

有鑑於此，臺北市政府體育局規劃以「關懷、統合、準確」，提供銀髮族群在運動的各項協助，為臺北市銀髮高齡長者注入活力，打造以區里為本的優質運動環境，以建構友善樂齡健康城市。臺北市 12 個行政區中，每區以潛在運動人口社區為考量，各選 1 處所成立「活躍樂齡社區運動據點」。而臺北市 12 個運動中心所提供的公益時段上，平均月使用人次達 90 萬人，高齡者使用比例逐年提升，已達全體使用人次的 1 成。然而高齡者不講求激烈的運動，而是把握三要素「安全、有趣、持續」，因此透過串連社會局與衛生局的老人服務中心、共餐據點及老人悠活站等既有銀髮族社福據點，提供長者運動指導服務，讓這些據點增加運動元素，以活化整體服務。

表 3-4 臺北市政府體育局活躍樂齡計畫

政策名稱	服務對象	政策內容	執行機關	106 年執行成果	106 年編列預算（元）	107 年編列預算（元）
活躍樂齡計畫	健康及亞健康長者	因應高齡化趨勢，配合市政府白皮書將銀髮照顧列為重點，打造臺北健康城市的政策目標，並以安全、有趣與持續為三大核心主軸，透過整合運用現有的資源(如:社區老人據點、民間單位等)，提供銀髮族社區型的健康運動學習空間與運動相關知能，以不斷的提升本市銀髮族規律運動人口為使命	臺北市政府體育局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通路結合：共 15 個據點，60 個小時，1325 人次。 2. 樂齡據點：共 12 個據點，288 個小時，8259 人次。 3. 廣納申請：共 45 個據點，180 個小時，5570 人次。 4. 樂齡示範教室：共 2 個據點，96 個小時，1205 人次。 5. 樂齡運動師資培訓：辦理 1 場共 42 人報名，35 人報到，28 人通過考核。 6. 樂齡運動志工培訓：辦理 1 場共 53 人報名，實際到課 43 人。 7. 整體滿意度平均分數：98.49% (總計 2014 份問卷) 	3,200,000	3,200,000

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

表 3-5 臺北市政府衛生局活躍老化計畫

政策名稱	服務對象	政策內容	執行機關	106 年執行成果	106 年編列預算（元）	107 年編列預算（元）
活躍老化計畫	健康長者	提升長者參與健康促進活動	臺北市政府衛生局健康管理科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 流感疫苗工作計畫 社區流感疫苗接種已辦 757 場次，共施打 8 萬 2,039 人；職場貼心設站服務已申請 334 場次，完成 116 場次職場設站，接種數共計 5,634 人。 	中央補助 1,588 萬 4,000 元 局預算 2,569 萬 7,349 元	局預算 3,307 萬 525 元 (含 731 萬 8,400 元接種業務)
				<ol style="list-style-type: none"> 2. 跨局處整合推廣 	中央補助	中央補助

				<p>長照服務計畫</p> <p>截至 106 年 11 月長照服務使用人數為 2 萬 3,769 人，涵蓋率為 32.9%</p>	<p>4,986 萬 3,528 元 局預算 3,056 萬 1,000 元</p>	<p>預估 5,858 萬 2,714 元 局預算 3,141 萬 1,400 元</p>
				<p>3.增進高齡者參加健康促進活動</p> <p>截至 10 月於十二個行政區共計辦理 223 個班，至少 5 萬 8,800 人次參與。另辦理「2017 銀髮舞動 活力 SHOW 臺北」競賽，共計 22 隊 1,795 人參與，並遴選代表隊伍晉級由衛生福利部國民健康署辦理之北區競賽及全國總決賽，獲得活力舞臺組銅牌及不老元氣獎之殊榮。</p>	<p>中央補助 93 萬元 局預算 240 萬元</p>	<p>中央補助 93 萬元 局預算 240 萬元</p>
				<p>4.成人健康檢查</p> <p>截至 9 月底止服務計 7 萬 8,219 位 65 歲以上長者。</p>	<p>中央預防保健計畫，非各縣市自行編列之預算。</p>	<p>中央預防保健計畫，非各縣市自行編列之預算。</p>
				<p>5.老人健康檢查</p> <p>共計服務 4 萬 375 人。</p>	<p>局預算 5,684 萬 2,100 元</p>	<p>局預算 7,157 萬 6,000 元</p>
				<p>6.防跌班</p> <p>共計 2,725 人次參與。</p>	<p>局預算 410 萬元</p>	<p>局預算 410 萬元</p>
				<p>7.社區健康量測示範站、體適能便利站</p> <p>(1)社區健康量測示範站：截至 2017 年 11 月底，服務人數 1 萬 5,987 人。</p> <p>(2)體適能便利站：</p>	<p>局預算 300 萬元</p>	<p>局預算 300 萬元</p>

				截至 2017 年 11 月底，累計使用人次 7 萬 4,732 人次。		
				8.口腔保健 截至 2017 年 11 月底，結合 69 個里，辦理 959 場健康服務，服務人數 1 萬 9,561 人。	口腔保健為健康議題之一，合併其他健康議題辦理衛教活動，未單獨編列經費。	口腔保健為健康議題之一，合併其他健康議題辦理衛教活動，未單獨編列經費。

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

促進健康政策是推動老人照顧相關政策中所需涵蓋的一個重要概念。因為老人家擁有健康的身體及心靈，對於個人、家庭，乃至於社會都有相當大助益。老人促進健康政策，涉及到許多不同層面，也跟不同局處的業務相關，以教育局的業務項目而言，跟老人健康促進有關的政策就是「樂齡學習」。

臺北市政府教育局推動的樂齡學習政策，是在「活躍老化」的基礎下，強調對中高齡者「學習權」的重視，就是希望從「學習」的角度切入，提供相關的學習課程，來關懷、照顧我們的長者，讓我們長者更加健康，而且還不只是身體的健康，也包括了心靈層面的健康。簡要而言，教育局推動的樂齡學習政策，主要的目標就是要讓長者透過學習的過程，在身、心、靈層面都能夠獲得滿足，不僅是身體能夠健康，也能夠達到心靈富足的境地，更重要的是能夠將自己所學，服務於社區、貢獻於社會，達到貢獻服務的無私精神，讓自己的精神生活更加充實。此外，也希望透過樂齡學習的過程，讓這些樂齡學員能夠知道老，能夠面對老，也能夠知道如何老，能夠以正向的態度來面對老化問題，讓老變成是一種價值、是有意義的(臺北市政府教育局，2018)。

表 3-6 臺北市政府教育局樂齡學習據點

政策名稱	服務對象	政策內容	執行機關	106 年執行成果	106 年編列預算（元）	107 年編列預算（元）
樂齡學習據點（樂齡學習中心及樂齡學堂）	健康長者	為提供中高齡者（55 歲以上）學習機會，促進其身心健康，培植樂齡教育專業人員及志工，以及結合社會資源深耕社區中高齡教育工作，共同營造無年齡歧視的社區學習文化，自 97 年起配合教育部於各行政區設置樂齡學習中心。並自 104 年起整合各局處資源，於學校成立樂齡學堂，以提供 55 歲中高齡者學習管道，促進其身心健康及社會參與機會，促進世代交流。	教育局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本市樂齡學習中心共計 12 所，截至 106 年度 10 月底止共開設 4,830 門課程及活動，參與人次計 118,536 人次。 2. 另本市樂齡學堂自 104 年推動以來，已有 34 所學校辦理；截至 106 年 9 月底，計開設 1,128 場次之課程（活動），共 2 萬 5,464 人次參與。 	640 萬元（含樂齡學習中心及樂齡學堂）。	1,100 萬元（含樂齡學習中心及樂齡學堂）。

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

除此之外，老人於經濟上希望在物質上能獲得滿足，同時也期望增加社會上互動機會，因為退休後沒工作，人際關係也會隨之減少，同時家庭結構也會跟著改變，導致家庭成員的互動減少，就容易產生身心疾病。又退休後，仍然有很多人認為自己身體還不錯，想找份固定工作，證明自己在社會上仍然是個有用的人，若能透過再就業，協助老人經濟獨立、人際互動、增進其自我價值，又可補充勞動力不足，一舉數得。因此臺北市政府勞動局首創設立都第一個銀髮就業諮詢站，提供一對一就業諮詢服務、職缺開發、就創業研習課程、銀髮人才顧問團及推動中高齡職務再設計等服務。而臺北市政府「市政建設參觀活動」行之有年，參加民眾踴躍，觀光傳播局於 107 年首度試辦「長青樂活遊臺北活動」，鼓勵長者走出戶外，增加長者相互交流之機會，豐富長者生活的樂趣，進而提升身心健康及紓解壓力，讓臺北成為銀髮族樂活、幸福的城市，全案預算計新臺幣 2,596 萬元整，

透過里辦公處召集該里持有敬老卡(65歲以上)之銀髮長者，以一車40人為單位，帶領長者參觀市政景點，可達豐富長者休閒生活、提升生活品質，進而提振臺北市觀光產業，邁向多元樂活城市之效益。

另一方面，面對高齡化社會到來，老人人口數逐年上升，為鼓勵年長者外出活動，並提升其搭乘大眾運輸工具之意願，運輸工具應提供更貼心及貼近年長者需求之服務。臺北市政府交通局則推動各項高齡友善交通政策，以提供年長者安全友善之公共運輸服務，其高齡友善交通政策及實施概要如下：

一、自96年起陸續汰換一般公車為低地板公車：除部分行駛山區、社區型路線及運量較低路線由一般大型公車或中型巴士營運外，其餘路線皆已逐漸汰換為低地板公車（至107年3月底止本市聯營公車計有2,858輛低地板公車，佔總車輛數約81%）。使低地板公車路網更加健全，提供良好、舒適與無障礙的旅運服務。

二、敬老愛心車隊：至107年2月底止，共計有14家車隊、1萬4,807輛計程車提供敬老愛心服務。

三、無障礙計程車：至107年2月底止，已有278輛無障礙計程車上路營運提供服務。

四、高齡者公車服務：

(一) 每年辦理2次「臺北市聯營公車營運服務指標評鑑」，督促業者要求所屬駕駛員提升高齡者服務品質。

(二) 訂定相關標準作業程序及乘車安全須知，並辦理教育訓練，藉以督促駕駛員遵循並宣導乘客週知。

(三) 針對年長者的回饋每年定期辦理「臺北市聯營公車服務品質滿意度調查」，年長者整體服務品質滿意度自97年起均維持在9成以上。

(四) 透過民眾反映公車駕駛員「對老弱服務態度佳」的項目，統計106年成

案件數已達 1,457 件，約占總案件數 25.88%，再加總其他表揚項目，已占總成案件數 44.10%。

五、候車亭、智慧型站牌及愛心燈：廣設附設座椅之公車候車亭，於公車候車區提供舒適候車環境及服務燈設施。民眾候車時，可透過智慧型站牌獲得公車預估到站時間資訊，提升搭乘公車之便利性，鼓勵民眾多使用大眾運具；至 107 年 3 月底，共建置 1374 站/1816 座智慧型站牌，建置 1046 站/1098 座服務燈，提供民眾更完善之候車環境。

六、愛心點數擴大 Ubike 使用：107 年 4 月起導入敬老卡點數租借 Ubike，以鼓勵年長者多外出活動並擴大社福悠遊卡使用範圍。

七、Ubike 與捷運公車轉乘優惠：為鼓勵大眾運輸使用，凡於本市 Ubike 站借車，完成還車扣款程序後於 1 小時內轉乘捷運或公車者，均享有轉乘優惠 5 元；另搭乘捷運或公車後於 1 小時內轉乘使用臺北市境 Ubike 者亦享有前 30 分鐘免費優惠。

老化是人生歷程中包括健康、亞健康、失能，最後到臨終安寧照顧等階段的過程，為避免失能帶來對家庭及政府財政之衝擊，政府應致力於提升老年人生活品質，延緩高齡者失能時間、促進高齡者健康及社會參與，使其能健康老化、活躍老化，甚至達到生產力老化，營造友善高齡環境成為推動健康促進政策的目標。爰此，臺北市政府在健康、安心與尊嚴的三大核心政策理念下，試圖打造友善高齡環境，並促進健康長者活躍老化，同時讓失智失能長者能夠在地老化，茲整理臺北市各局處相關政策如下表：

表 3-7 臺北市政府各局處促進健康政策方案

機關	政策方案
社會局	辦理共餐據點專案
	辦理老人活動據點方案
	推動社區照顧關懷據點
	臺北市敬老卡多元用途
	修屋補 8 萬 老人保平安
衛生局	辦理「高齡友善城市推動計畫」
	辦理「衛生保健計畫-活躍老化計畫」
	辦理臺北市老人健康檢查
	提升老人流感疫苗接種率
	長期照顧十年 2.0 整合計畫
教育局	建置樂齡學習中心
	臺北市政府教育局補助辦理樂齡學堂實施計畫
體育局	活躍樂齡計畫
	樂齡運動推展
	運動場館門票優惠
交通局	補助公車業者汰換低地板公車
	汰換及增購公車候車亭計畫
	敬老愛心計程車計畫
	無障礙計程車購車補助
民政局	各區公所及戶所博愛櫃檯實施計畫
	百歲人瑞關懷訪視計畫
兵役局	國軍單身退員宿舍榮民關懷與服務
工務局	人行道改善工程
環保局	無障礙與安全的公共空間-特優級公廁達成率
原住民族事務委員會	補助原住民老人收容安置
臺北捷運公司	重陽敬老優惠
	設置博愛電梯
臺北自來水事業處	提供長者貼心到府收費服務
臺北翡翠水庫管理局	高齡友善的參訪環境
觀傳局	銀髮族遊程

法務局	高齡者消費生活保護計畫
都發局	協助老舊建築物更新增設電梯補助作業規範
警察局	身心障礙者申請自願捺印指紋建檔
產業發展局	推動銀髮產業發展
	臺北市各公有零售市場高齡友善購物環境
	臺北友善店家推廣計畫
勞動局	協助適性就業—中高齡就業媒合率
	職訓進修再出發—中高齡職能課程使用率
消防局	老人福利及安養機構消防安全設備檢查
公務人員訓練處	推動銀髮族健康生活學習
文化局	舉辦高齡友善之藝文推廣活動
資訊局	帶動高齡者 e 化學習風潮
原民會	長青樂活服務方案
	原住民敬老暨健康講座活動
客委會	樂齡學習空間及環境營造

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

前開促進健康政策方案之重點方案，進一步說明如下：

一、推動社區照顧關懷據點

臺北市政府社會局推動社區照顧關懷據點，於社區內提供多元健康促進服務更接軌照顧服務，據點場地類型多元，除一般民間團體自有或租用之場地外，尚有區民活動中心、里民活動場所等。社會局持續輔導據點依能量的不同辦理各類型社區照顧關懷據點，提供健康促進、餐飲服務、電話問安、關懷訪視及日托服務，並導入健康促進及 3C 課程。

據點服務人次的提升是政策推動最為重視的效益，冀透過據點社區化服務可有效促進長者社會參與，近三年效益：104 年據點數 187 處，其中共餐數 82 處；

105 年據點數 204 處，其中共餐數 113 處；106 年據點數 377 處，其中共餐數 325 處。

之後，社會局為延長長者健康生活、延緩老化，進一步於各行政區內培植 5 績效卓越且能量充足之社區照顧關懷據點升級辦理 5.0 日托據點，除了原先社區照顧關懷據點提供促進老人健康與社會參與外，亦針對失能前期長者提供日托服務，延緩失能並減輕家屬照顧壓力。5.0 日托據點以增加開放時段、增加共餐次數、增加服務項目方式升級，服務內涵如下：據點須開放 8 個半天，並提供電話問安、關懷訪視、健康促進，共餐每週 3 次以上及日托服務(收托 6 位以上輕度失能長者)。

二、臺北市敬老卡多元用途

為鼓勵長輩走出戶外，達到健康老化、活躍老化、加強社會參與、延緩老化之積極目標。臺北市政府針對設籍北市 65 歲以上長輩，提供敬老悠遊卡搭乘大眾交通運輸工具之優惠，每月補助 480 點(1 點等於 1 元)，讓長輩們可免費搭乘捷運、公車、敬老愛心計程車享折價優惠。又為使臺北市敬老悠遊卡多元使用，自 106 年 10 月 29 日起，將敬老卡 480 點優惠擴大至免費搭乘捷運、貓纜、部分市有公營場館（搭乘人次統計如表 3-所示）。

並自 107 年 4 月 1 日起再增加 Ubike 及觀光巴士，在臺北市轄區內使用敬老卡租借 Ubike，可用補助點數免費騎乘；另外，備有導覽解說臺北市各大景點的臺北市雙層觀光巴士，也可使用敬老卡 480 點補助折抵車資，刷敬老卡購買乘車票券皆可享優惠票價，100 元以下票券可用點數折抵 16 元，100 元以上票券可折抵 32 元，讓長輩可以搭乘雙層觀光巴士，一次飽覽臺北市熱門觀光景點，享受臺北城市觀光巴士遊程。

表 3-8 104-106 年臺北市敬老卡持卡人暨補助資訊一覽表

年度	持卡數(人)	項目	補助人次
104 年	358,914	公車	63,158,659
		捷運(4 折票)	17,081,595
		計程車	116,883
105 年	374,183	公車	64,862,346
		捷運(4 折票)	18,783,708
		計程車	128,762
106 年	400,052	公車	66,270,666
		捷運(4 折票)	21,488,666
		捷運(點數)	4,211,254
		計程車	249,745
		貓纜	10,995
		場館	4,711

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

三、修屋補 8 萬 老人保平安

為倡導健康老化，預防及延緩失能程度，臺北市辦理「臺北扶老·軟硬兼施」服務，由專人協助居家簡易修繕申請補助及施作，改善既有補助申請程序，提供「扶老秘書」單一窗口協助。服務對象為年滿 65 歲，設籍並實際居住臺北市，符合低收入戶或中低收入戶或綜合所得稅率 5%(約所得淨額 52 萬元)以下，住家環境有安全之虞，獨居老人優先。提供到宅評估、居家安全簡易修繕以及設置生活輔具（如扶手、止滑墊、衛浴輔具、室內照明等其他增進居住安全之必要修繕），以增進住家環境安全性及便利性，並透過諮詢專線及外展服務，宣導並解答銀髮長者對於居家安全之詢問。

此服務方案自 102 年起截至 107 年 5 月為止，已針對不同住屋需求進行修繕共 667 件，件數年年攀升。從修繕項目及改善空間的服務統計來看，「浴室」修繕為

最多例，而扶手、防滑措施則分別為申請者迫切之需求，由此可見隨著長輩年齡漸長，居家環境防跌是長輩居家安全重要之處。

四、高齡友善城市推動計畫

(一) 流感疫苗工作計畫

為維護臺北市長者健康的身體，臺北市衛生局推動流感疫苗工作計畫，考量臺北市民社會經濟條件、教育程度與新資訊獲得速度高，對於自費四價流感疫苗接受度高；另囿於臺北市政府經費資源有限，僅得優先以設籍臺北市之 65-74 歲長者為接種肺炎鏈球菌疫苗對象。

106 年 10 月 1 日至 12 月 31 日，臺北市侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)發生率較 105 年同期下降，自每十萬人口 0.56 人降至 0.33 人。65-74 歲長者肺炎鏈球菌疫苗目標接種率 10%，106 年 10 月 1 日至 12 月 31 日接種率達 14.6%。

(二) 跨局處整合推廣長照服務計畫

失能人口增加以致獨居、健康不良或行動不便長者無法走出來，需思考如何在有限人員資源將服務送達，並永續提供長者可近性健康照護服務，表 3-9 為臺北市自 104 年至 106 年實施長照服務之成果。

表 3-9 長照服務效益成果統計表

服務項目	104 年	105 年	106 年
家庭托顧(人數/人次)	23/3,609	25/3,203	25/2,776
日間照顧(含失智)(人數/人次)	679/118,316	731/132,242	831/152,438
居家服務(人)	4,432	4,664	4,902
交通接送(人次)	47,424	39,561	42,819
老人餐飲(人數/人次)	889/256,862	1,366/252,857	905/266,410
輔具購買(人數/人次)	714/1,811	930/1,811	1,489/2,822

居家護理(人)	425	894	1,018
居家復健(人)	1,926	4,906	5,838
喘息服務(人數/人次)	1,355/5,517	1,281/4,098	1,098/4,931
機構收容安置補助服務(人)	1,842	2,468	2,693

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

(三)增進高齡者參加健康促進活動

臺北市政府結合社區資源辦理健康促進活動，透過支持環境之建構，提升長者健康知能、養成自我健康管理及增加社會參與，強化長者的健康體能及自我照護能力，據統計：104 年長者參加促進健康活動人次為 142,472 人次、105 年為 129,560 人次，106 年則為 133,736 人次。

(四)成人健康檢查

為建立民眾「家家戶戶都有專屬家庭醫師」的觀念，使民眾就近尋找醫療院所，提升臺北市 65 歲以上長者參加成人健檢，創新設置「成人預防保健資源網」，結合 google 地圖提供成人健檢醫療院所地址、電話及提供導航功能。藉此以達「早期發現早期治療」，並轉介慢性病患進入慢性病防治網之目的。

(五)老人健康檢查

促進長者積極建立維護健康之保健習慣，並落實預防勝於治療理念。又臺北市老人健康檢查項目除共同檢查項目外，還提供 2 套加值方案供長者選擇，A 方案包含「胸部 X 光」、「甲狀腺刺激素」、「心電圖」及「 α -胎兒蛋白」，B 方案則為「腹部超音波」，同時配合中央政策搭配「成人預防保健服務」、「糞便潛血免疫分析」、「婦女子宮頸抹片檢查」檢查項目。104 年受檢人數為 37,544 人次（達成率 99.95%），受檢者滿意度為

85.10%；105 年受檢人數為 37,462（達成率 99.89%），受檢者滿意度為 84.82%；106 年檢人數為 40,375 人（達成率 100%），受檢者滿意度為 83.17%。

(六)防跌班

強化衰弱前期及具跌倒高危險群之健康知能，以增強平衡感、肌耐力與提升生活自主能力，降低跌倒發生率。106 年開辦、完成衰弱篩檢個案計 21,146 件，同時針對具跌倒高風險的長者辦理悠活防跌班，共 2,725 人次參加。幫助長者提升其上、下肢肌力、心肺耐力、下肢柔軟度、靜態平衡、動態平衡及敏捷性。

(七)社區健康量測示範站、體適能便利站

有關社區健康量測部分：106 年結合 12 區健康服務中心設置 14 站社區健康量測示範站(血壓、血氧、額溫、身高及體重)，辦理 420 堂長者健康促進課程與預防失能宣導活動，服務 11,288 人次。另設置 95 站社區血壓量測站點供社區長者及民眾使用，服務 289,866 人次。

在體適能便利站部分：為瞭解長者上下肢肌力與心肺耐力狀況，於 12 區健康服務中心提供民眾量測使用，項目包括「身體組成分析」、「握力」、「30 秒坐站」及「2 分鐘抬腿」。104 年 43,203 使用人次、105 年 42,880 使用人次，至 106 年為 79,365 使用人次，較 104 年與 105 年成長近 1 倍。

(八)口腔保健

1.結合社團法人臺北市牙醫師公會至本市 10 處共餐據點，辦理 16 場口腔機能促進宣導及健口操教學，共 326 人參與。2.於臺北市 112 個里共餐據點辦理包裹式健康促進服務方案，課程主題含口腔保健，服務 2 萬 6,473 人次。3.結合悠活防跌班藉由 10 週的多元性運動、口腔保健及營養課程，來培養衛教知識、健康飲食觀念，共 2,725 人次長者參與。4.辦理長者健

康促進推動方案，包括身體活動、認知與情緒支持、均衡飲食、口腔衛生及慢性疾病預防等 5 大議題健康促進課程，計 1,864 人次參與。

(九)獨居老人之電話問安及關懷訪視服務

結合民間團體與志工進行關懷訪視服務，並安排志工定期電話問安，以瞭解長者日常生活及健康狀況，表達對長輩的關懷，減少長者獨居之寂寞與孤單感，增強社會支持系統，避免其與外界隔絕。

臺北市政府老人促進健康政策跨局處推動預防老化、促進健康、長期照顧、衛生安全，並將促進健康政策分為社會參與、教育文化、行動安全、銀髮健康及衛生保健五大面向，試圖透過由下而上的市民參與，自主形成守護長者的安全社區，維護長者生活安全及身心健康，進而提升其生活品質，延長長者健康的老年生活並延緩亞健康長者的老化。

惟本研究經檢視臺北市政府各局處提供之資料後，發現臺北市老人健康促進政策現況僅「有小確幸」、而「無大建設」，且缺乏長遠性規畫，歸諸該現象之原因有三：（一）具體政策集中在消費式預算；（二）與社福團體連結弱，官方、民間資源未整合，部分弱勢長者恐更缺資源；（三）老人活動據點衝量、不重質，資源分配不均，照護人力與硬體也沒跟上。

以老人共餐為例，老人共餐之預算編列，自 105 年的 4 千萬元暴增至 106 年逾 1.7 億，106 年老人共餐受益人數約 5 萬餘人，受益人次達 130 萬，推估參與共餐長者屬特定族群，部分無行動能力的獨居老人難享受到社會資源，造成弱勢被邊緣化。事實上，本研究還發現，協助獨老走出家門之關懷社工人力嚴重不足，且透過據點向市府申請經費，卻因文書往返難度較高，導致老人照顧在地化政策成效不彰。又臺北市長柯文哲於其上任第二年時，即反對一次性支出而未予編列 7

億元之重陽敬老金，引發長者相對剝奪感。若以臺北市每位老人可享有之年度預算金額約為 1 萬 3 千元，隨著高齡化，預算增加額度是否會遭其他預算排擠而降低社福預算編列，均將面臨考驗。

綜合評估臺北市政府推出之老人供餐、老人活動據點、民政局老人活動場所、體育局活躍樂齡計畫、衛生局活躍老化計畫、教育局樂齡學習、樂齡學堂等計畫，發現老人供餐與據點關懷執行面重視據點數量卻忽略品質、缺乏普遍性及全面性，且日照增加數量跟不上老化速度，同時還有居服員招募與培訓人員及師資嚴重不足、社區資源整合龐雜，以及市政府未有效整合及結合民間資源等問題，而這些現象與問題均將納入本研究後續訪談重點。

第四節 臺北市老人福利預算編列分析

壹、臺北市老人福利預算編列情形

國民健康署補助臺北市特定計畫，包括高齡友善城市計畫、社區健康營造計畫，以及辦理社區長者健康促進課程，相關情形概述如下：

一、高齡友善城市計畫

(一)受補助金額：

105 年補助臺北市政府新臺幣 140 萬元，106 年補助臺北市政府新臺幣 130 萬元，107 年補助臺北市政府新臺幣 140 萬元。

(二)主要內容：

- 1、市政府整合跨部局處與民間資源推動高齡友善城市，依高齡者需求，發展地方特色行動方案。

- 2、成立跨部門推動委員會，由市長擔任召集人，定期召開會議，督導協調各項行動計畫，並檢討在地高齡友善城市指標改善率。
- 3、市政府配合國民健康署委託推動團隊，參與相關活動，並成立縣市自有輔導團隊，建置專家人才與各項資源之資料庫，並結合各局處、跨領域團體，建立夥伴關係。
- 4、市政府針對城市中不利老年生活的條件，依問題大小與嚴重性，併同資源與改善的可行性，研擬提出區域特色及訂定具體行動計畫，並建立在地評估指標及監督考核機制。
- 5、參與高齡友善城市相關業務之國際交流及國際行銷，例如參與或辦理國際研討會、投稿國際期刊、製作並推廣英文版、高齡友善城市宣導影片、文宣品等。
- 6、積極推廣高齡友善城市之行銷，透過辦理記者會、倡議活動、衛教宣導、網站建置及媒體露出，增加民眾對高齡友善城市各項活動之知曉率及參與率。
- 7、參加國民健康署辦理高齡友善城市獎項評選活動。
- 8、建立高齡友善示範場域(如友善商店、藥局、餐廳、銀行、廁所或緊急服務專線…等)，落實地方高齡友善城市計畫。
- 9、進行多元高齡友善城市宣導倡議，並賡續建置高齡友善城市網站，做為向各界展現國內推動高齡友善城市成果平臺。

二、社區健康營造計畫

(一)經費金額：

106年及107年臺北市政府衛生局辦理社區健康營造預算分別為335萬元及380萬元，其營造中心點於萬華區健康服務中心、中正區健康服務中心、中山區健康服務中心、大安區健康服務中心等中心，推動社區健康營造計畫。

(二)主要內容：

1. 以社區資產為基礎的盤點及計畫之應用，參照WHO「高齡友善城市指南」8大面向，由社區應用於高齡友善環境之建置。
2. 社區資產盤點結果，應用計畫推動，建構社區資產網絡。
3. 賦權地方政府衛生局綜理計畫之運作，串聯高齡友善城市與高齡友善社區，進行縱向整合，及轄內橫向的連結。
4. 推動長者健康促進：包含健康體能、健康飲食、口腔保健、促進長者社會參與、健康檢查與篩檢服務、失智症預防等工作。
5. 推動失智友善環境或關懷社區。

三、辦理社區長者健康促進課程

(一)受補助金額：

國民健康署共計補助臺北市衛生局本項計畫經費161萬3626元。

(二)主要內容：

1. 訓練醫事及運動專業人員成為「運動保健師資培訓」，結合完訓師資於辦理社區長者健康促進課程，促成長者愛運動，達成活躍老化。
2. 以65歲以上長者為主要對象，時數為8週16小時，課程包括「運動介入模式」及「健康老化」、「認知功能訓練」，課程議題包括高齡運動、均衡飲食、認知及情緒支持、口腔衛生、用藥安全等內容。

而臺北市老人福利預算主要編列於社會局及其基金，以及公益彩券基金等，已從民國 97 年 42.79 億，逐年增編至 106 年約 66.3 億元。雖偶有高低增減情形，但大致仍呈現預算增長趨勢(見表 3-7 及圖 3-2)。

表 3-10 101-106 年度臺北市老人福利預算編列情形

單位：新臺幣億元；%；人

年度	老人福利預算(註2、註4)(1)			環比指數%	社會福利預算(2)			比例%(1)/(2)	合計(3)			比例%(1)/(3)	老年人口數
	單位預算	公彩基金及社福基金(註3)			單位預算	公彩基金及社福基金(註3)			總預算	公彩基金及社福基金(註3)			
97	42.79	39.32	3.47	100.00	240.49	237.02	3.47	17.79	1,524.84	1,521.37	3.47	2.81	322,975
98	43.29	40.28	3.01	101.18	256.12	253.11	3.01	16.90	1,612.76	1,609.75	3.01	2.68	328,416
99	44.66	40.94	3.72	103.16	349.75	346.03	3.72	12.77	1,684.48	1,680.76	3.72	2.65	331,906
100	48.97	42.47	6.50	109.65	463.61	457.11	6.50	10.56	1,802.88	1,796.38	6.50	2.72	338,199
101	47.35	42.58	4.77	96.68	520.18	515.41	4.77	9.10	1,873.70	1,868.93	4.77	2.53	348,656
102	46.90	43.13	3.77	99.05	425.47	421.70	3.77	11.02	1,773.31	1,769.54	3.77	2.64	362,605
103	57.75	53.14	4.61	123.15	411.06	406.45	4.61	14.05	1,740.98	1,736.37	4.61	3.32	380,527
104	60.73	51.64	9.09	105.16	282.32	273.23	9.09	21.51	1,629.27	1,620.18	9.09	3.73	399,182
105	58.25	48.85	9.40	95.91	286.07	276.67	9.40	20.36	1,639.48	1,630.08	9.40	3.55	419,130
106	66.30	55.43	10.87	113.82	297.80	286.93	10.87	22.26	1,719.55	1,708.68	10.87	3.86	439,176

資料來源：臺北市政府主計處回覆資料，2018

新台幣(億)元

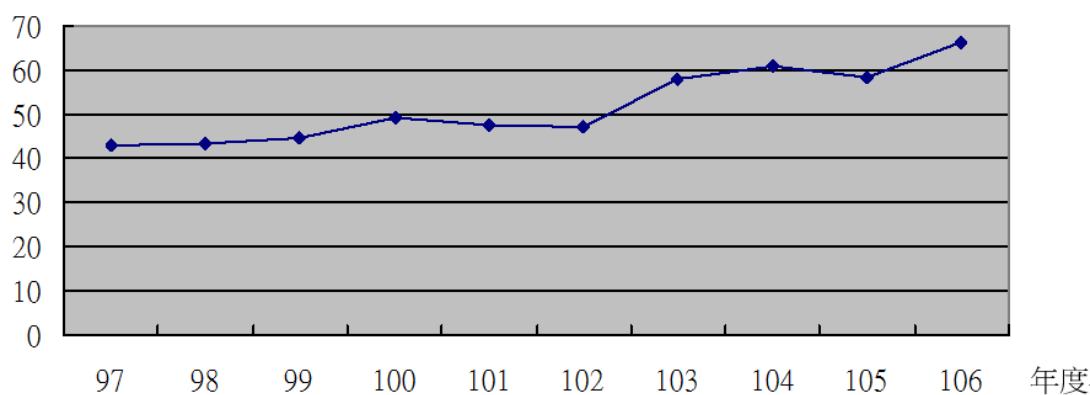


圖 3-3 101-106 年度臺北市老人福利預算編列情形

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料、筆者整理

如將臺北市老人福利預算金額，平均分攤至當年度每一位老年人口，每位老人可享有之年度預算金額約 1 萬 2,629 元至 1 萬 4,289 元不等；又若以老人福利預算占臺北市社會福利預算比例來看，約從民國 97 年的 2.81% 上升到 106 年的 3.86%，雖然每年同樣是略有增減，但整體而言仍逐步上升。

而臺北市政府民政局、社會局與衛生局，自 97 年至 107 年促進健康政策方案預(決)算，詳如表 3-11 及表 3-12：

表 3-11 臺北市政府社會局老人促進健康政策近十年預決算資料

年度(年)	預算說明	公益彩券盈餘預算數(元)	政策名稱	公益彩券盈餘決算數(元)
97	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)	11,533,300	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)	9,671,849
98	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)	23,020,300	社區照顧關懷據點	5,939,224
			老人活動據點	8,128,813
			長青學苑	4,793,760
99	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)	23,351,300	社區照顧關懷據點	7,220,453
			老人活動據點	9,972,339
			長青學苑	5,080,460
100	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)	40,178,300	社區照顧關懷據點	6,345,608
			老人活動據點	10,627,207
			長青學苑	4,142,539
101	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、銀髮貴人薪傳服	46,814,520	社區照顧關懷據點	5,822,025
			老人活動據點	12,222,321
			長青學苑	3,811,650

	務、獨居與失能服務方案、失能老人營養餐飲服務、老人活動方案、緊急救援系統等方案)			
102	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	26,383,200	社區照顧關懷據點	5,941,946
			老人活動據點	15,776,902
			長青學苑	3,735,156
103	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	29,156,300	社區照顧關懷據點	6,252,974
			老人活動據點	19,710,165
			長青學苑	4,245,244
104	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	37,284,000	社區照顧關懷據點	5,895,161
			老人活動據點	19,475,716
			長青學苑	4,574,216
105	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	40,564,000	社區照顧關懷據點	37,407,119
			老人活動據點	21,906,708
			長青學苑	4,720,300
106	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	103,964,000	社區照顧關懷據點	33,171,060
			老人活動據點	11,426,299
			長青學苑	2,273,60
107	老人社會參與及社區照顧服務方案(長青學苑、老人活動、銀髮貴人薪傳服務方案等)	125,284,000	社區照顧關懷據點	執行中
			老人動據點	執行中
			長青學苑	執行中

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

備註：臺北市政府社會局老人促進健康相關政策如：社區照顧關懷據點、老人活動據點及長青學苑，惟各項目無獨立預算，故各政策決算數加總不等於該預算項目執行情形。

表 3-12 臺北市政府衛生局老人促進健康相關政策近十年預決算資料

單位	年度	計畫/方案名稱	預算	決算
長照	97	社區復健	7,676,400	7,676,400
	98	社區復健	6,750,000	6,750,000
	99	社區復健	6,750,000	6,750,000
	100	社區復健	6,750,000	6,750,000

	101	社區復健	6,750,000	6,750,000	
	102	社區復健	5,660,800	5,653,600	
	103	社區復健	5,660,800	5,660,800	
	104	社區復健	5,750,400	4,772,400	
	105	社區復健	5,300,400	5,057,200	
	106	社區復健及預防延緩失能照護計畫	7,927,680	5,266,624	
	107	社區復健及預防延緩失能照護計畫	21,308,700	執行中	
疾管	97	流感疫苗工作計畫	8,107,016	8,107,016	
	98	流感疫苗工作計畫	10,482,012	10,482,012	
	99	流感疫苗工作計畫	7,411,920	7,411,920	
	100	流感疫苗工作計畫	11,584,873	11,584,873	
	101	流感疫苗工作計畫	8,640,702	8,640,702	
	102	流感疫苗工作計畫	8,622,180	8,622,180	
	103	流感疫苗工作計畫	7,993,260	7,993,260	
	104	流感疫苗工作計畫	11,485,800	11,485,800	
	105	流感疫苗工作計畫	15,132,000	11,926,610	
	106	流感疫苗工作計畫	24,386,361	25,629,530	
	107	流感疫苗工作計畫	25,752,125	執行中	
		106	肺炎鏈球菌疫苗補助(本市自 106 年起推辦)	32,969,500	31,899,137
		107	肺炎鏈球菌疫苗補助	13,140,000	執行中
健管	97	老人健康檢查	59,309,000	58,609,090	
	98	老人健康檢查	53,900,000	53,432,660	
	99	99 年度社區長者健康促進計畫	700,000	698,500	
		老人健康檢查	53,900,000	53,352,705	
	100	100 年度臺北市老人健康促進社區關懷站計畫	1,400,000	1,400,000	
		2011 年臺北市阿公阿嬤健康活力 Show(總決賽)	200,000	147,860	
		老人健康檢查	53,900,000	52,990,165	
	101	101 年度臺北市老人健康促進社區關懷站計畫	3,120,000	3,102,855	
		101 年度臺北市長者健康促進競賽活動計畫	580,000	580,000	
		老人健康檢查	56,842,100	56,343,835	
	102	102 年度社區長者健康促進改善方案計畫	2,400,000	2,400,000	
102 年度臺北市長者健康促進競賽活動計畫		620,000	620,000		
老人健康檢查		56,842,100	56,269,965		

	103	103 年度社區長者健康促進改善方案計畫	2,400,000	2,400,000
		103 年度臺北市社區長者健康促進活動計畫	710,000	687,400
		老人健康檢查	56,842,100	56,256,021
		雲端健康促進公共資訊服務-體適能便利站	4,200,000	4,130,000
	104	104 年度社區長者健康促進改善方案計畫	2,400,000	2,400,000
		104 年度臺北市社區長者健康促進競賽活動	720,000	713,200
		老人健康檢查	56,842,100	56,356,008
	105	105 年度臺北市長青悠活站計畫	2,400,000	2,400,000
		105 年度臺北市社區長者健康促進競賽活動	718,000	697,000
		老人健康檢查	56,842,100	56,377,854
	106	106 年臺北市長者健康促進推動方案	2,670,000	2,450,952
		106 年度臺北市社區長者健康促進活力競賽	930,000	912,190
		老人健康檢查	56,842,100	60,548,626
		防跌班	4,100,000	4,100,000
		社區健康量測	3,000,000	3,000,000
	107	107 年臺北市長者健康促進推動方案	2,400,000	執行中
		107 年度臺北市長者活躍老化競賽活動	700,000	執行中
		老人健康檢查	71,576,000	執行中
		防跌班	3,793,204	執行中
		社區健康量測	3,000,000	3,000,000
聯 醫	98	獨居老人送餐計畫	1,919,148	3,312,426
		獨居老人送餐計畫	3,383,066	8,299,630
	99	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	6,114,596	9,636,784
		獨居老人送餐計畫	4,364,032	6,941,726
	100	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	5,888,846	7,209,726
		獨居老人送餐計畫	6,483,492	12,081,592
	101	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	22,203,802	22,031,585
		獨居老人送餐計畫	15,813,188	13,725,735
	102	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	29,014,004	27,249,678
		獨居老人送餐計畫	15,495,255	14,804,141
	103	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	19,305,847	20,136,770
		獨居老人送餐計畫		

104	獨居老人送餐計畫	19,446,145	16,811,876
	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	15,978,151	17,588,387
	臺北市居家藥事照護服務 (臺北市 65 歲以上長者、弱勢病人、用藥高關懷病人(如高診次、三高慢病))	6,206,090	6,785,767
105	獨居老人送餐計畫	16,214,081	16,370,728
	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	12,142,090	11,855,745
	臺北市居家藥事照護服務 (臺北市 65 歲以上長者、弱勢病人、用藥高關懷病人(如高診次、三高慢病))	6,216,890	6,110,906
106	獨居老人送餐計畫	15,613,733	15,257,009
	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	11,993,914	11,931,773
	臺北市居家藥事照護服務(臺北市 65 歲以上長者、弱勢病人、用藥高關懷病人(如高診次、三高慢病))	6,206,090	6,206,090
	臺北市 65 歲以上中低、低收入戶者接種肺炎鏈球菌疫苗成本補助計畫	8,664	8,664
107	獨居老人送餐計畫	16,072,617	執行中
	失智症整合照護計畫 (經評估診斷為失智症輕度/中度病人及其家屬)	12,958,725	執行中
	臺北市居家藥事照護服務 (臺北市 65 歲以上長者、弱勢病人、用藥高關懷病人(如高診次、三高慢病))	6,206,090	執行中
	臺北市 65 歲以上中低、低收入戶者接種肺炎鏈球菌疫苗成本補助計畫	80,948	執行中

資料來源：臺北市政府回覆議員質詢資料，2018

至於 107 年臺北市政府老人福利預算編列情形，除主責的社會局外，還包括衛生局、觀光傳播局、體育局、原住民事務委員會、產業發展局，以及交通局等，相關編列細項名稱彙整如表 3-13:

表 3-13 107 年度臺北市政府各局處老人福利預算編列情形

單位：新臺幣（億）元

機關名稱	項目名稱	法定預算數
合計		62.51
市政府主管		0.14
原住民族事務委員會		0.13
	辦理原住民老人健康促進服務及重陽敬老活動	59 萬元
	辦理原住民族耆老服務中心及其他配套措施等相關經費	0.03
	原住民長者樂活禮金	0.04
	為照護服務本市原住民老人補助安養或養護等收容安置費及其他配套措施等相關經費	0.04
	補助本市原住民(55 歲以上)因牙齒缺損影響咀嚼功能,辦理裝置假牙補助經費	0.02
12 區公所	百歲人瑞訪視祝壽禮品費	0.01
產業發展局主管		1.08
產業發展局	臺北市老年農民福利津貼補助款	1.08
交通局主管		7.57
公共運輸處	老障孩童優待票補貼款 (註 2)	7.57
社會局主管		52.20
單位預算部分		46.37
社會局		44.64
	辦理本市老人健保費補助	14.52
	老人福利相關之庶務費用	0.21
	補助失能老人營養餐飲服務方案	0.21
	補助獨居與失能長者服務方案	0.05
	補助社區照顧關懷據點、老人活動據點、長青學苑、銀髮貴人津貼相關費用	0.62
	辦理績優老人福利機構評鑑及輔導獎勵金、照服員獎勵、收容弱勢長者獎勵金	0.10
	辦理中低收入戶老人特別照顧津貼、中低收入老人生活津貼	6.90
	長者重陽節禮金費	0.37
	99 歲及百歲以上人瑞敬老禮品	0.05
	老人乘車(船)補助費	11.58
	老人假牙補助	0.28
	公益型「以房養老」實驗方案個案養老給付費用	0.03
	廣慈專案轉出養護院民耗材、衛材費	45 萬元
	辦理失能者生活輔助器具、居家無障礙環境改善服務補助費用	0.02
	中低收入老人住屋修繕補助	0.05
	廣慈專案轉出院民緊急送醫之救護車費	9 萬元

	辦理失能者居家服務個案補助費、居家照顧個案補助費、家庭托顧個案補助費	0.98
	辦理老人日間照顧個案服務費及交通接送服務費	0.10
	扶老個案補助費	0.11
	老人收容安置及保護安置醫療補助及特別處遇費	4.14
	委託辦理老人安養暨長期照顧服務機構評鑑及輔導方案	0.02
	辦理居家服務、居家照顧、中低特別照顧津貼督導費用及相關費用	0.19
	辦理社區整合照顧服務方案	0.30
	辦理中重度失能長者交通接送方案	0.06
	辦理老人家庭托顧服務方案	65 萬元
	辦理互助家庭服務方案	77 萬元
	辦理緊急救援系統服務方案	0.19
	安養暨長期照顧機構財務查核	37 萬元
	老人安養服務(提供飲食、居住、清潔、洗衣及其它雜項服務等，使其生活於食、衣、住方面能達舒適方便；平日舉辦文康、社團、宗教等活動，並依節慶辦理各項大型活動，充實老人精神生活)	0.12
	老人福利及老人安養服務等營建工程	3.39
浩然敬老院	老人福利相關經費（包括行政管理、院民社會工作、院民安養服務、保健醫療等）	1.73
附屬單位預算部分		5.83
社會福利發展基金	補助公辦民營老人福利機構設施設備更新及修繕費等項目	0.30
公益彩券盈餘分配基金	辦理本市老人健保費補助、老人社會參與方案、辦理老人服務中心及日間照顧中心等	5.54
衛生局主管		1.22
衛生局		1.22
	辦理失智症居家照護課程、專業人員訓練、失智網絡或失智友善社區推廣等相關業務經費	0.02
	辦理失智症個案管理關懷服務	0.03
	辦理補助失智症篩檢及確診個案需求評估等相關費用	0.02
	辦理補助本市長期照護居家專業人員訪視費及交通費	0.09
	辦理補助民眾接受長期照護暫托喘息及居家喘息服務費用訪視服務費、行政管理費及交通費	0.09
	補助社區復健服務相關業務經費	0.05
	委託辦理失智症樂齡成長團體相關經費	96 萬元
	委託專業團體辦理社區長者健康促進改善方案等相關業務	0.02
	委託 12 行政區辦理長青健康活力站與老人疾病防治團體等相關經費	0.04
	辦理設籍本市之 65 歲以上老人或 55 歲以上原住民老人	0.72

	之健康檢查	
	本市 65-74 歲長者接種肺炎鏈球菌疫苗計畫	0.13
	辦理老人心理健康促進衛教課程、宣導活動、人員教育訓練、關懷服務等相關經費	0.01
觀光傳播局主管		0.26
觀光傳播局	辦理本市銀髮觀光活動相關費用	0.26
體育局主管		0.04
體育局		0.04
	舉辦銀髮族體育活動相關費用	0.02
	辦理本市銀髮族運動指導員培訓及活動相關費用	0.02

資料來源：臺北市政府主計處回覆，2018

進一步觀察前述資料，可發現自 97-106 年，臺北市老年人口由 32.3 萬人成長至 43.92 萬人，成長幅度達 35.98%，又近 10 年來臺北市政府衛生局、社會局、交通局、產發局等有關局處，相繼提出老人相關計畫(政策)預算，預算金額由 42.79 億元成長至 66.3 億元，成長幅度達 54.94%。

吾人可發現，臺北市政府預算資源配置已隨著臺北市老年人口增加而成長，且預算成長比率更高於臺北市老年人口之成長率。又臺北市因財力分級列為第一級，向來以自有財力或配合款較高的情形下發展福利政策，然如考量臺北市老年人口數已是六都之冠，在老年人口快速成長的情況下，若仍單靠臺北市自有財力恐有限制，爰應即早因應。

貳、臺北市未來 5 年人口老化趨勢及預算編列政策

預估臺北市至民國 110 年，65 歲以上老人人口將達 55.4 萬人，占臺北市總人口數比率將超過 20%，屆時將步入「超高齡社會」。如以每位老人可享有之年度預算金額約 1 萬 3 千元計算，未來 5 年臺北市政府老人福利預算編列金額，將由 107 年 62.03 億元成長至 111 年 75.43 億元，增加 13.4 億元。可知，臺北市政府預算資源配置方式已然隨著臺北市老年人口增加而有所變化，則吾人應進一步思考，長此以往，臺北市政府之財源應如何因應（調整）？

依臺北市政府財政局 106 年提供預算資料指出，該局預估民國 107 年至 111 年，國小、國中、大學一年級之入學年齡人口合計數將由 8.4 萬人下降至 7 萬人，換言之，就學人口數將由 100 萬人下降至 83.6 萬人。如以每一就學人口平均可享教育支出約 5.6 萬元計算，未來 5 年臺北市政府教育支出預算編列金額，將可由 567.78 億元下降至 471.04 億元，減少約 96.74 億元。

綜上所述，臺北市政府為因應未來高齡化，相關老人福利政策預算勢必水漲船高，不足之預算，或許可考量由教育支出減少編列之預算作為支應，以確保老人可享有充足之預算額度。惟實際預算編列調整方式及支出規模多寡，仍應視未來臺北市政府政策及施政方向而定，此亦為本研究後續訪談方向之核心重點。

第四章 研究架構與方法

第一節 研究架構與步驟

人口高齡化為臺灣帶來重大的挑戰，高齡人口的健康促進成為重要的社會議題，為因應又急又快且多樣的高齡社會需求，中老年族群的「健康促進」及「疾病預防」議題日益受到重視，期能藉由減少中老年疾病發生，以及營造出讓長者獲得健康、友善的城市環境，以控制或降低疾病帶來的危害及其他負面影響，延緩並壓縮長者失能期間，進而提升長者生活品質。我國衛生福利部自民國98年起積極推動老人健康促進計畫，99年開始推動高齡友善城市及高齡友善健康照護計畫，而臺北市政府各局處單位更是紛紛響應並發展各種類型之高齡化、多元健康促進模式以滿足高齡者之需求。

爰此，應可藉由分析、彙整高齡化長者之需求，並界定何為「活躍老化」，如何達到促進健康，又他山之石、可以攻錯，本研究透過彙整國內及其他主要鄰近國家，如日本及韓國等，對於高齡長者之政策發展及其相關執行措施，以作為本研究相關比較基礎及參考借鏡，據以確切、有效且深入瞭解高齡長者之需求。

又臺灣近年來在政治、社會、文化等面向，都逐漸強調在地老化、在地取才、在地資源、社區參與發展，以社區為核心的老人健康促進服務，已然成為臺灣高齡社會下的重要政策發展。國內有關老人健康健康促進服務之相關研究，以往多側重於分析服務體系中財務面、組織面、管理面及資源面之探討，而較為忽略社區活動推動關鍵因素之影響，然老人健康與社會健康促進服務之關係，實有深入分析之必要性。且一葉可知秋、見微可知著，臺北市既為首善之都，享有充沛財政資源，且其高齡化程度高居全國第二位，如可藉由蒐集並彙整臺北市高齡長者有關之次級資料，盤點、分析臺北市政府對於高齡長者之相關政策，檢視臺北市社區老人健康促進資源、財政分配與健康提升成效，進而瞭解我國都會區範圍內之社區對於老人健康促進服務上的功能與限制，藉此進一步省思優化老人相關政策，以避免資源配置浪費，實為相關研究之一大突破。

綜合以上分析，期望可盤點臺北市各類型銀髮族、各項健康促進服務之內容，瞭解並歸納各種社區多元健康促進模式推動之成效，將有助於掌握探討都市高齡化與社區健康促進發展與擴散之關係，並進一步有效達成減少高齡失能人口、降低長照支出之目標。又如若真可使老人樂活、從源頭保持老人身心健康，減少高齡失能者之產生，並能提供社區健康促進推動及政府發展方面之依據，進而減輕政府長照財政負擔，則不僅可有效提升對於高齡者之照顧程度，對於政府未來面對高齡化社會之相關施政方針亦是有所助益，對人民與政府而言，不啻共創互利雙贏之局勢。

茲將前開內容，繪製為本研究之研究架構圖如下：

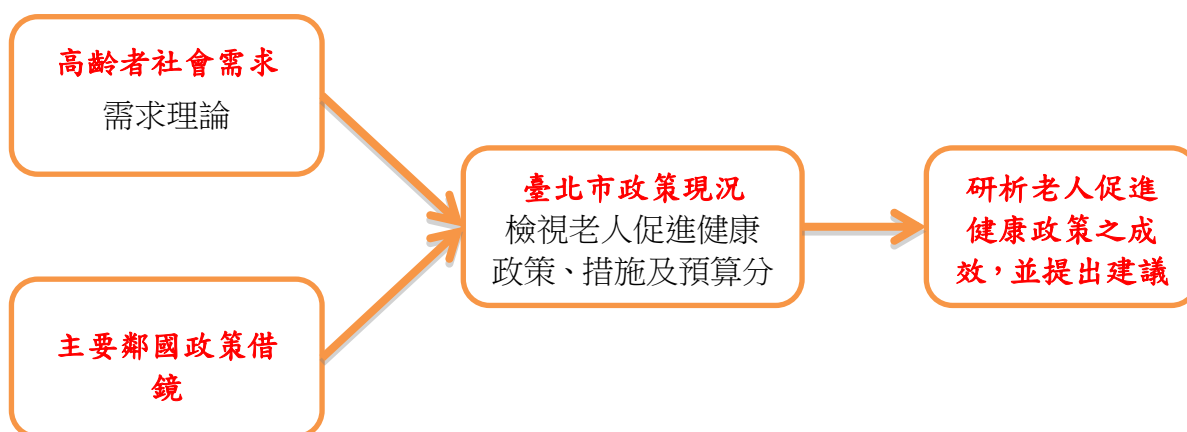


圖 4-1 研究架構

資料來源：本研究繪製。

第二節 研究方法

本研究擬採用文獻分析、次級資料分析、以及深度訪談調查等研究方法，以綜整與檢視臺北市政府之老人促進健康政策，並藉由瞭解臺北市政府實際推動之運作模式與政策目標，並試圖以資料與數據的彙整與比較，提出具體的改善建議。茲將各項研究方法採行目的之說明，分如下述。

一、文獻分析

藉由參考國內、外相關文獻，包含碩、博士論文，專書，期刊，以及各類政府出版品等，萃取其中有關社區高齡者健康促進、國內外社區多元照顧模式之相關研究，據以界定社區多元健康促進模式，並進一步分析、比較高齡化需求動機與國內外社區多元照顧模式之作法。

二、資料蒐集與分析

藉由蒐集並歸納臺北市各局處老人促進健康政策之相關資料與年度預決算，分析與檢視臺北市政府之高齡者促進健康及其相應措施，並就其推動模式進行評價，進而提出具體建議。

三、深度訪談調查

本研究為更為全面檢視臺北市政府執行老人促進健康政策成效，爰與臺北市政府各機關主（協）辦單位主管及專家學者（訪談名單詳 4-1），以及臺北市長者進行一對一訪談，就多元視角來檢視臺北市政府的老人促進健康政策之成敗與利弊得失，試圖瞭解相關關鍵因素，以利後續之研究。

表 4-1 受訪者名單一覽表

類別	人員	服務單位及其職稱	備註
規劃 或執 行者	柯文哲	臺北市政府市長	負責臺北市政府整體政策規劃方向
	許立民	臺北市政府社會局長	主管老人促進健康政策主責機關
	曾燦金	臺北市政府教育局長	主管老人促進健康政策推動機關
	陳思宇	臺北市政府觀傳局長	主管老人促進健康政策推動機關
	藍世聰	臺北市政府民政局長	主管老人促進健康政策推動機關

	賴香伶	臺北市政府勞動局長	主管老人促進健康政策推動機關
	李再立	臺北市政府體育局長	主管老人促進健康政策推動機關
	黃世傑	臺北市政府衛生局長	主管老人促進健康政策推動機關
	彭振聲	臺北市政府工務局長	主管老人促進健康政策推動機關
	陳學台	臺北市政府交通局長	主管老人促進健康政策推動機關
	陳志銘	臺北市政府財政局長	主管老人促進健康政策財政機關
	梁秀菊	臺北市政府主計處長	主管老人促進健康政策預決算及相關統計資料機關
評估者	郭憲文	國立陽明大學教授	
	陳亮功	國立陽明大學教授	現任台北榮民總醫院高齡醫學中心主任
	薛承泰	國立臺灣大學教授	曾任臺北市政府社會局局長、行政院政務委員
	游麗惠	行政院國民健康署副署長	
使用者	蔡雍任	臺北市長者	臺北市老人促進健康政策使用者
	高俊雄	臺北市長者	臺北市老人促進健康政策使用者
	李順益	臺北市長者	臺北市老人促進健康政策使用者
	楊樹林	臺北市長者	臺北市老人促進健康政策使用者
	周萬居	臺北市長者	臺北市老人促進健康政策使用者

資料來源：本研究彙整。

本研究依據受訪者身份之不同，擬定若干訪談題綱，並於受訪過程中，視受訪者之業務性質、專業性，而酌予調整個別訪談內容（詳附錄）：

（一）規劃或執行者

1. 市長

(1) 臺北市目前有哪些老人促進健康的政策方案?其政策目標為何?

- (2) 請問臺北市目前所執行的老人促進健康政策方案，近三年預算為何?效益為何?有何評價措施及機制?
- (3) 請問臺北市目前所執行的老人促進健康政策方案中，哪些方案在執行上遭遇比較大的困難，原因為何?解決方案為何?
- (4) 請教市長您是否了解與臺灣相似之鄰國日本、韓國高齡促進健康之作法為何?其做法與臺灣差異為何?是否得作為臺北市高齡者友善城市、活躍老化參考之借鏡?請您具體說明。

2. 相關局處首長

- (1) 請教您貴局目前有哪些老人促進健康的政策方案?其政策目標為何?請各別說明?
- (2) 請問貴局目前所執行的老人促進健康政策方案，近三年預算為何?效益為何?有何評價措施及機制?
- (3) 請問貴局目前所執行的老人促進健康政策方案中，哪些方案在執行上遭遇比較大的困難，原因為何?解決方法為何?
- (4) 請局長您就與臺灣相似之鄰國日本、韓國高齡促進健康之作法為何?其作法與臺灣差異為何?是否得作為臺北市高齡者友善城市、活躍老化參考之借鏡?請您具體說明
- (5) 綜合結論：請教局長您對未來因應高齡化推動友善促進健康方案還有哪些精進措施及構想與建議?政策資源有哪些需要補強之處?

(二) 評估者

- 1、對臺北市目前有老人促進健康的政策方案的看法為何?政策目標與實際執行效益差異為何?

- 2、對臺北市目前所執行的老人促進健康政策方案，近三年來有何評價為何？有哪些需要補強及改進之處？
- 3、臺北市目前所執行的老人促進健康政策方案中，哪些方案可能在執行上會遭遇比較大的困難，原因為何？解決方法為何？預算應否調整？
- 4、請就鄰國日本、韓國高齡促進健康之作法為何？其作法與臺灣差異為何？是否得作為臺北市高齡者友善城市、活躍老化參考之借鏡？

（三）使用者

請問您覺得臺北市政府之老人促進健康政策是否有效？有無應改進之處？

綜合歸納對臺北市未來因應高齡化臺北市推動友善促進健康方案還有哪些精進措施及構想與建議？政策資源認為需要補強之處及增加項目？

第五章 訪談調查及其結果分析

高齡健康促進政策之重要性與意義有四點，第一點：有鑑於人口快速老化，人口高齡化已經是全球關注的重要議題，人口高齡化趨勢為普世無法逆轉之現象，對國家整體經濟、勞動市場、醫療照護、社會發展與福利，將會產生全面影響。臺灣人口高齡化速度高於大部分先進國家，應儘早規劃相關政策。第二點：隨著高齡化時代來臨，老人慢性病罹患比率高，如何減少慢性病的發生、合併症和後遺症等，進而可以提升老年人的生活品質和節省醫療費，至為重要。第三點：老人醫療照護使用率及醫療費用高，未來將隨著人口老化快速增加而增加，不僅對個人與家庭造成影響，政府的財政負擔與資源分配亦將會是一大考驗。第四點：健康平均餘命與平均餘命有差距，臺灣平均餘命與健康平均餘命目前差距約為 9 歲，相較其他國家的約 9-11 年，並無大差別，但是隨著平均壽命的增加，我們需要是延長健康的餘命，讓長者能擁有良好的生活品質及獨立生活的能力更顯重要。(訪 16，2018)

由上可知，高齡健康促進政策對長者未來之健康、生活品質均至為重要，爰此，本研究謹整理訪談政策擬定者與執行者、專家與學者等對於臺北市執行老人促進健康政策之看法，又為兼顧政策之「廣度」及「深度」，採由「臺北市老人促進健康政策執行評估」及「食、醫、行、育、樂政策執行評估」兩方面進行探討。

第一節 臺北市老人促進健康政策執行評估

壹、政策內容

截至 107 年 3 月止，臺北市老年人口數已有 44 萬 4,488 人，佔全市人口數 16.58%(訪 5，2018)，臺北市老年人口比率高於全國老年人口比率，且臺北市老年人口比率預計將於 110 年底時將達到 20%，正式步入國際定義的「超高齡社會」。臺北市政府為提升老年人生活品質，延緩高齡者失能時間、促進高齡者健康及社會參與，使其能健康老化、活躍老化，甚至達到生產力老化，營造友善高齡環境成為推動健康促進政策的目標，爰訂定表 5-1 之相關政策方案：

表 5-1 臺北市政府各局處老人促進健康政策方案一覽表

機關	政策方案
社會局	辦理共餐據點專案
	辦理老人活動據點方案
	推動社區照顧關懷據點
	臺北市敬老卡多元用途
	修屋補 8 萬 老人保平安
衛生局	辦理「高齡友善城市推動計畫」
	辦理「衛生保健計畫-活躍老化計畫」
	辦理臺北市老人健康檢查
	提升老人流感疫苗接種率
	長期照顧十年 2.0 整合計畫
教育局	建置樂齡學習中心
	臺北市政府教育局補助辦理樂齡學堂實施計畫
體育局	活躍樂齡計畫
	樂齡運動推展
	運動場館門票優惠
交通局	補助公車業者汰換低地板公車

	汰換及增購公車候車亭計畫
	敬老愛心計程車計畫
	無障礙計程車購車補助
民政局	各區公所及戶所博愛櫃檯實施計畫
	百歲人瑞關懷訪視計畫
兵役局	國軍單身退員宿舍榮民關懷與服務
工務局	人行道改善工程
環保局	無障礙與安全的公共空間-特優級公廁達成率
原住民族事務委員會	補助原住民老人收容安置
臺北捷運公司	重陽敬老優惠
	設置博愛電梯
臺北自來水事業處	提供長者貼心到府收費服務
臺北翡翠水庫管理局	高齡友善的參訪環境
觀傳局	銀髮族遊程
法務局	高齡者消費生活保護計畫
都發局	協助老舊建築物更新增設電梯補助作業規範
警察局	身心障礙者申請自願捺印指紋建檔
產業發展局	推動銀髮產業發展
	臺北市各公有零售市場高齡友善購物環境
	臺北友善店家推廣計畫
勞動局	協助適性就業—中高齡就業媒合率
	職訓進修再出發—中高齡職能課程使用率
消防局	老人福利及安養機構消防安全設備檢查
公務人員訓練處	推動銀髮族健康生活學習
文化局	舉辦高齡友善之藝文推廣活動
資訊局	帶動高齡者 e 化學習風潮
原民會	長青樂活服務方案
	原住民敬老暨健康講座活動
客委會	樂齡學習空間及環境營造

資料來源：訪 1，2018

貳、中央補助臺北市有關老人促進健康政策之財源分配

老化是一連續化過程，由健康、亞健康、失能，最後到臨終安寧照顧，臺北市老人福利政策理念為健康、安心、尊嚴三大核心，依循不同健康階段及老化程度的長者提供妥適的福利服務，打造友善高齡環境，促進健康長者活躍老化並使失智及失能長者能在地安老。而相關政策之推動，均須有充裕足夠之預算資源做為後援，又老人促進健康政策之預算來源，可分為中央補助與地方財源，以下謹就「中央補助臺北市有關老人促進健康政策之財源分配」及「臺北市老人促進健康政策之財源分配」兩部分進行分析。

一、中央補助臺北市有關老人促進健康政策之財源分配

中央（國民健康署）補助臺北市有關老人促進健康政策之特定計畫計有三項，包括高齡友善城市計畫、社區健康營造計畫，以及辦理社區長者健康促進課程，茲整理此三項補助項目之金額、計畫（主要）內容如下表 5-2。

在高齡友善城市計畫部分，國民健康署 107 年度補助臺北市政府新臺幣 140 萬元，雖然臺北市政府已成立跨局處推動委員會，並由市長擔任召集人，定期召開會議，並督導協調各項行動計畫執行，並檢討在地高齡友善城市指標之改善率。惟實際執行之 PM(project manager)則仍落在衛生局局長身上，當然出現資源整合與推動成果等面向之困難，又目前臺北市已成立健康城市推動委員會，強調三合一，即：整合健康城市，高齡友善城市與安全社區三大計畫，但其缺點是資源整合、局處行動力困難，以及缺乏垂直與水平的整合，社區的參與的機制等。致使造成社區健康營造計畫、辦理社區長者健康促進課程等皆未達成預期之效益，使相關政策流於形式，造成僅有政策與預算，卻無法落實效益。

表 5-2 中央補助臺北市政府之計畫及其內容

補助項目	補助金額	計畫（主要）內容	備註
高齡友善城市計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 105 年補助新臺幣 140 萬元。 2. 106 年補助新臺幣 130 萬元。 3. 107 年補助新臺幣 140 萬元。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市政府整合跨部局處與民間資源推動高齡友善城市，依高齡者需求，發展地方特色行動方案。 2. 成立跨部門推動委員會，由市長擔任召集人，定期召開會議，並督導協調各項行動計畫執行，並檢討在地高齡友善城市指標之改善率。 3. 市政府配合國民健康署委託推動團隊，參與相關活動，並成立縣市自有輔導團隊，建置專家人才與各項資源之資料庫，並結合各局處、跨領域團體，建立夥伴關係。 4. 市政府針對城市中不利老年生活的條件，依問題大小與嚴重性，併同資源與改善的可行性，研擬提出區域特色及訂定具體行動計畫，並建立在地評估指標及監督考核機制。 5. 參與高齡友善城市相關業務之國際交流及國際行銷，例如參與或辦理國際研討會、投稿國際期刊、製作並推廣英文版、高齡友善城市宣導影片、文宣品等。 6. 積極推廣高齡友善城市之行銷，透過辦理記者會、倡議活動、衛教宣導、網站建置及媒體露出，增加民眾對高齡友善城市各項活動之知曉率及參與 	高齡友善城市計畫為全國，非僅針對臺北市。

		<p>率。</p> <p>7. 參加國民健康署辦理高齡友善城市獎項評選活動。</p> <p>8. 建立高齡友善示範場域(如友善商店、藥局、餐廳、銀行、廁所或緊急服務專線…等)，落實地方高齡友善城市計畫。</p> <p>9. 進行多元高齡友善城市宣導倡議，並廣續建置「高齡友善城市網站」，做為向各界展現國內中央與地方政府推動高齡友善城市成果之平臺。</p>	
社區健康營造計畫	<p>1. 106 年補助新臺幣 335 萬。</p> <p>2. 107 年補助新臺幣 380 萬元。</p>	<p>1. 以社區資產為基礎的盤點及計畫之應用，參照 WHO「高齡友善城市指南」8 大面向，請社區應用於高齡友善環境之建置。</p> <p>2. 社區資產盤點結果，應用計畫推動，建構社區資產網絡。</p> <p>3. 賦權地方政府衛生局綜理計畫之運作，串聯高齡友善城市與高齡友善社區，進行縱向整合，及轄內橫向的連結。</p> <p>4. 推動長者健康促進：包含健康體能、健康飲食、口腔保健、促進長者社會參與、健康檢查與篩檢服務、失智症預防等工作。</p> <p>5. 推動失智友善環境或關懷社區。</p>	
辦理社區長者健康促進課程	國民健康署補助臺北市衛生局計畫經費共計 161 萬 3626 元。	<p>1. 臺北市長者健康促進課程「動動健康班」，以 65 歲以上長者為主要對象，時數為 8 週 16 小時。</p> <p>2. 課程包括「運動介入模式」及</p>	

		「健康老化」、「認知功能訓練」，課程議題包括高齡運動、均衡飲食、認知及情緒支持、口腔衛生、用藥安全等內容。	
--	--	---	--

資料來源：本研究彙整

又現行中央提供各縣市政府之政策補助，皆參考行政院主計總處辦理各直轄市及縣(市)政府財力分級級次作為補助依據，在縣市自籌款比例予以調整或是直接從補助縣市中排除，雖然於財源有限必須進行有效分配，惟臺北市因財力分級列為第一級，素來均以自有財力或配合款較高的情形下發展福利政策，考量本市老年人口成長日趨加速，根據人口統計資料本市老年人口比例居六都之冠，臺北市高齡銀髮服務需求數顯然高於其他五都，在需求數不斷成長的情況下，單靠臺北市自有財力恐是力有未逮，因此中央在財源分配方面，應考量納入人口分佈比例後進行通盤性評估，以有效提升中央與地方資源整合與分配的效益。

二、臺北市老人促進健康政策之財源分配

為瞭解臺北市有關老人促進健康政策之財源分配情形，研究整理臺北市近十年老人福利預算金額、該預算金額占臺北市社會福利預算及總預算比例等相關數據（詳見表 5-3）。

臺北市老人福利預算金額，每位老人可享有之年度預算金額約 1 萬 2,629 元至 1 萬 4,289 元不等；又若以老人福利預算占臺北市社會福利預算比例來看，約從民國 97 年的 2.81% 上升到 106 年的 3.86%，雖然整體而言仍逐步上升，惟仍低於臺北市年長者的成長率。

又以 106 年度預算觀之，老人福利預算約為 66.3 億元，約佔年度總預算 3.88%，其中老人健康促進政策相關之預算約為 14.2 億元，約僅佔老人福利預算 21.41%、佔年度總預算 0.83%，以遠低於老年人口之比例，因此仍有提升與檢討的進步空間。

有鑑於此，臺北市政府應全面檢討整體預算結構及其分配方式、進行相應之調整作為，並以循序漸進方式增加老人健康促進預算項目，以確保老人可享有充足之預算額度。

表 5-3 臺北市近十年老人福利預算及其占社會福利預算及總預算情形

單位：新臺幣億元；%；人

年度	老人福利預算 (註2、註4) (1)			環比指數%	社會福利預算 (2)			比例% (1)/(2)	合計 (3)			比例% (1)/(3)	老年人口數
	單位預算	公彩基金及社福基金 (註3)			單位預算	公彩基金及社福基金 (註3)			總預算	公彩基金及社福基金 (註3)			
97	42.79	39.32	3.47	100.00	240.49	237.02	3.47	17.79	1,524.84	1,521.37	3.47	2.81	322,975
98	43.29	40.28	3.01	101.18	256.12	253.11	3.01	16.90	1,612.76	1,609.75	3.01	2.68	328,416
99	44.66	40.94	3.72	103.16	349.75	346.03	3.72	12.77	1,684.48	1,680.76	3.72	2.65	331,906
100	48.97	42.47	6.50	109.65	463.61	457.11	6.50	10.56	1,802.88	1,796.38	6.50	2.72	338,199
101	47.35	42.58	4.77	96.68	520.18	515.41	4.77	9.10	1,873.70	1,868.93	4.77	2.53	348,656
102	46.90	43.13	3.77	99.05	425.47	421.70	3.77	11.02	1,773.31	1,769.54	3.77	2.64	362,605
103	57.75	53.14	4.61	123.15	411.06	406.45	4.61	14.05	1,740.98	1,736.37	4.61	3.32	380,527
104	60.73	51.64	9.09	105.16	282.32	273.23	9.09	21.51	1,629.27	1,620.18	9.09	3.73	399,182
105	58.25	48.85	9.40	95.91	286.07	276.67	9.40	20.36	1,639.48	1,630.08	9.40	3.55	419,130
106	66.30	55.43	10.87	113.82	297.80	286.93	10.87	22.26	1,719.55	1,708.68	10.87	3.86	439,176

資料來源：訪 12，2018

註：1.97-106 年預算數係包含追加（減）預算數。

2.表列 97-106 年度老人福利預算，係臺北市政府相關機關提供，主計處彙整而得。

- 3.表列「公彩基金及社福基金」預算係臺北市公益彩券盈餘分配基金及臺北市社會福利發展基金編列之老人福利相關預算。
- 4.本表 97-106 年度老人福利預算，其中臺北市公共運輸處編列「老障孩童優待票補貼款」1 項，該處尚無法各別區分老人、身障者及孩童優待票補貼款。

如由表 5-3 之相關數據進行分析，可發現臺北市近十年（97-106 年）老年人口由 32.30 萬人成長至 43.92 萬人，成長 35.98%，臺北市政府衛生局、社會局、交通局、產發局等局處所提出之老人相關計畫（政策）預算則由 42.79 億元成長至 66.30 億元，成長 54.94%。可知，人口結構變化趨勢，將使預算資源配置隨之變化，且以過去十年變動趨勢觀之，臺北市老人福利預算不僅與老年人口變化同步成長，成長比率甚至高於老人人口成長比率。

又在現行老人福利相關內容不變之下，隨著老年人口逐年增加，相關老人福利實際支出勢必隨之上升，長期而言，若總預算規模無法同步增加的情況下，老人福利支出勢必會排擠其他建設及市政支出。換言之，老人健康促進政策，若無法引進公私共同協力模式，而完全依賴政府預算，將使政府財政負擔沉重，故臺北市未來如須再擴增老人健康促進預算項目，則以採取循序漸進方式為宜，又若之後政府整體財源仍有困難，則有關局處於必要時恐須另行研議併同檢討部分既有福利項目之內容，例如：可考量是否納入部分排富條款，或是調整（延後）補助年齡，以使臺北市政府可長久執行老人健康促進政策。

參、檢討與分析

臺北市為因應高齡化社會之來臨，由各局處陸續推出諸多老人促進健康政策，受訪之專家學者綜觀臺北市政府推動之四十餘項相關政策方案後，對臺北市整體老人促進健康政策提出若見解，茲彙整如下：

一、未有效整合資源

臺北市承接衛福部國健署高齡友善城市計畫，並成立健康城市推動委員會，強調及整合健康城市、高齡友善城市與安全社區三大計畫，希望統合全市各局處力量與資源，致力改善健康城市的願景，為全國首創模式，且臺北市各局處由多元面向（包含食、醫、行、育、樂）推動許多老人促進健康政策，相較於台灣地區其他縣市而言，臺北市尚屬臺灣地區目前較有組織與系統在進行並推動老人促進健康相關政策之高齡友善城市（訪 13，2018）。

惟若進一步檢視，即可發現，臺北市推動老人促進健康的政策方案分散在臺北市政府各局處，例如：衛生局推動高齡友善、健康城市、預防失智症、安全社區、健康體能、社區健康促進等。社會局負責社區照顧關懷據點方案、社會救助業務（包含：低收入戶、中低收入生活扶助、醫療補助、急難救助、災害救助、平價住宅管理及輔導等項目）、老人保護、老人收容安置補、老人住宅籌設助等。教育局、體育局、民政局等其他各局處也有另其工作業務。又因老人促進健康政策，係屬跨部門與跨領域之工作範籌，目前召集人為衛生局局長（指揮層級非市長層級），資源整合與推動成果較困難，且恐容易忽略高齡友善城市計畫（訪 13，2018）。

對此，學者陳亮功也提出相關看法：

臺北市老人健康促進的政策，講起來就是會五花八門什麼都有，那好像每一樣你提得出來的市政府都跟會你說我們有做，那最大的缺點就是說其實各個政策之間彼此的目標協調跟經費跨局處的部分做得不夠好，也就是說在市府整個的等級可能他把這個業務切給某個局處去做規劃，但是其實在市府這個跨局處的位階上應該有一個比較完整的老人政策，那不是單純的"明政"或是單純的衛政，然後有一個方向和目標該做什麼事，那做起來比較完整，否則現在的經費使用上面

的效能 就是都是很片段的服務，那所以講起來會說每一樣都有，但其實它的成效評估起 來不是那麼完整。

最大的問題就是說跨局處的協調性不夠，因為在長照裡 面比如說，社區很多健康促進的據點 C 級據點他也在做健康促進，可是我們在做 衛政體系裡面聯醫衛生所也在做健康促進，很多事情其實是重疊的，那這個重疊 因為局處的行政的關係，預算來源的關係其實常常是分開做的，那這個其實有一點經費的重複，那所以如果我們面對這麼多快速增加的老人，其實要做的事情就 是把這些經費好好盤點一次，跨局處的把業務跟經費重新盤點一次，其實經費不 見得需要增加（訪 14，2018）。

除此之外，身為臺北市政府一員的工務局彭振聲局長也有相類似看法：

高齡者生活特性與交通運輸需求密切相關，在高齡社會整合計畫中，住宅 的妥善規劃，可以提供高齡者一個安心的居住環境，而交通運輸的角色就 是讓住家與其他活動(醫療、照顧、經濟安全、就業等)連結，為高齡者 提供一個妥善的交通運輸環境，讓高齡者不因為高齡而使行動受到限制， 藉由自立、獨立的使用交通運輸設施，可增加高齡者之自信心與活力，而 健全的交通運輸服務網絡，使高齡者可以獲得完整的醫療服務、社區照顧 及相關的社會活動。

其執行方案之困難原因在於公部門分權管理負責單位眾多，無整合單位全 權負責統一管理，住宅規劃方面由都市發展局及建管處負責，交通運輸設 施方面由交通局負責，醫療照護方面由社會局及衛生局負責，公共設施之 人行環境改善由本局負責，因此需有針對高齡者需求的統整組織團體來負責，方為解決此困境之有效對策（訪 9，2018）。

二、無法採取因地制宜之措施

臺北市在不同的地區乃至不同的社區，因背景與生態不同，尤其是人口結構亦不一樣，有些地方老年人口比較多、有些地方的老年人口教育水平很高，老人促進健康政策之制定及其推動過程，均須因應老年人口質、量之不同進行因地制宜之措施，並適時選擇具有示範效果之社區進行推廣，否則一體適用的政策恐造成資源浪費（訪 15，2018）。

三、預算編列無法因應人口結構快速老化之現況

臺灣已逐漸步入所謂的高齡化社會，此乃大勢所趨、無法避免的趨勢。又老人促進健康不只牽涉心理滿足層面，還包括生理健康等層面。因此老人促進健康政策涉及層面十分廣泛，以目前臺北市政府各機關之權責劃分，絕非單一機關局處可以自行權處。

面對來勢洶洶的「超高齡社會」，政府目前處理老人政策的面向例如經濟保障、醫療健康維護、長期照護、緊急救援項目，均須龐大之預算金額方可執行。又現行政策大多著重於「被照顧者」的方式或品質，卻忽略「照顧者」的身心壓力也極大，很多人更是辭去工作、專心照顧，長期壓力累積下來，財務也可能無法負荷。政府就算編列預算進行補貼，但編列預算成長的幅度遠不及因應人口結構變遷的趨向（訪談 11）。

第二節 食、醫、行、育、樂政策執行評估

本研究為進一步深入探討與檢視臺北市政府執行老人促進健康政策及其成效，爰由臺北市政府現行實施之四十餘項相關政策之中，選取五大項貼近老人實際需求之重點政策，分別為「食：辦理共餐據點專案」、「醫：健康預防措施」、「行：臺北市敬老卡多元用途」、「育：樂齡學習據點」、「樂：活躍樂齡計畫」等五大項進行討論。

壹、食：辦理共餐據點專案（主責單位：社會局）

一、政策內容

為鼓勵長者多走出家門與人際互動，臺北市政府社會局自 2005 年起於社區開辦定點共餐。同時為延長長者健康生活、延緩老化，社會局依據不同的服務項目及考量辦理單位能量差異，規劃不同等級的據點，尤其針對失能前期的長者，有 5.0 據點提供日間托顧服務，延緩長者失能並減輕家屬照顧壓力。相關規劃及目標如下：

- （一）輔導共餐據點提供深化服務，持續輔導提昇據點升級能量。
- （二）依各據點特色發展多元類型之服務，並提供增值服務。
- （三）優先於尚未佈建據點之里別佈建，平均分配資源。
- （四）推動多元連續性福利服務，打造銀髮族友善環境(訪 2，2018)。

透過 5.0 日托據點以增加開放時段、增加共餐次數、增加服務項目方式升級，服務內涵如下：據點須開放 8 個半天，並提供電話問安、關懷訪視、健康促進，共餐每週 3 次以上及日托服務(收托 6 位以上輕度失能長者)。

又推動老人共餐，真正的意涵，並非僅僅是邀請老人一起吃飯，而是鼓勵老人走出家門一起聚餐，透過建立聯絡網之互動方式，彼此互相關懷、互相照顧，久而久之，哪些長者沒有來用餐，老人們還會主動關心。爰此，臺北市政府衛生局及民政局等有關局處亦結合本專案，推出相關服務，使老人共餐據點專案效益可發揮最大。使共餐地點不只可以用餐，長輩們還能在據點汲取更多衛生保健資訊、學習各種才藝技能，當年長者與年輕人一起互動，自然就會感受到年輕與快樂，達成健康促進、減少失能、延緩老化之政策目標。

二、預算編列

臺北市政府社會局為推動共餐據點專案，於 106 年及 107 年分別編列相關預算金額為 105,619,000 元及 178,989,000 元，以期達成促進老人健康、減少失能、延緩老化之政策目標。

三、執行成效

臺北市政府社會局推動老人共餐據點專案，近三年成效為 104 年計 82 處、105 年計 113 處、106 年計 325 處。

至臺北市政府其他局處配合社會局老人共餐據點專案，推動相關加值服務，其成效如下：

（一）衛生局

- 1.結合社團法人臺北市牙醫師公會至本市 10 處共餐據點，辦理 16 場口腔機能促進宣導及健口操教學，共 326 人參與。
- 2.106 年結合共餐據點於本市 112 個里推動包裹式健康促進服務，共服務 2 萬 6,473 人次，包括長者心理健康促進宣導、自主健康管理、健康飲食及用藥安全、運動保健、口腔保健、長期照護宣導及失智症宣導等健康促進課程(訪 8，2018)。

（二）民政局：配合推行老人共餐宗教團體家數共計 33 家，服務人數共計 2,285 人。

- 1.信義區五分埔福德宮等 3 處辦理共餐，共計 280 人參加。
- 2.中山區基督教臺灣信義會大直真理堂等 6 處辦理共餐，共計 800 人參加。
- 3.中正區臺北靈糧堂等 4 處辦理共餐。共計 165 人參加。

- 4.大同區景星里辦公處與臺灣基督長老教會大橋教會合辦共餐，共計 25 人參加。
- 5.萬華區財團法人天主教聖母聖心會《萬華小德蘭堂》等 2 處辦理共餐，共計 40 人參加。
- 6.文山區社團法人臺北市基督教萬芳浸信會等 6 處辦理共餐，共計約 190 人參加。
- 7.南港區財團法人臺北市基督教南港浸信會等 5 處辦理共餐，共計 345 人參加。
- 8.內湖區財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂《內湖日照中心》等 7 處辦理共餐，共計 340 人參加。
- 9.士林區神農宮提供場地與市立聯合醫院合作辦理老人共餐活動，共計 100 人參加。
- 10.北投區福星宮及石牌教會提供場地予財團法人中華文化基金會辦理共餐(訪 5，2018)。

四、評析

(一) 據點設立與供餐來源困難：

目前據點除自行烹煮、訂便當或自助餐，並有媒合中央廚房合作，隨著未來共餐聚點之增加，如何擴展供餐來源、維持共餐餐點之品質，均為一大挑戰。據點場地取得不易，臺北市 456 個里當中，僅有 325 處據點，且分布不均，甚至出現部分區域 3、4 個里竟無據點之窘境，亦為推動老人共餐之困境。

(二) 共餐對象未能符合民眾真實需求

本政策的預算編列金額，自 105 年 4 千萬元增長至 106 年逾 1.7 億元，106 年餐與老人共餐約 180 萬人次，實際受益人數約 2 萬 6 千人次，約佔全體老年人口 6%，此一人數相較於 106 年臺北市 65 歲以上老年人口數 44 萬人，本研究據此推估現行參與共餐長者多屬特定族群，有時社區中真正有需要的老人，例如：部分無行動能力的獨居老人，反而沒有被服務到。換言之，目前臺北市政府推動老人共餐據點，淪為只著眼於「共餐據設置點數」、「共餐受益人次（數）」的數據遊戲，卻未進一步檢視各據點服務的老人組成，導致真正有需要的老人難以享受到社會資源、弱勢族群不僅未被照顧，反而被邊緣化。

(三) 共餐對象僅限於固定長者，無法擴大與普及

正如學者陳亮恭所言：

共餐是一個問題，共餐的目的跟人數，以福利來講的話長照或是社區健康促進的活動，其實他一直以來都遇到相同的問題，就是叫得出來的人永遠都是那一群人，也就是說會使用政府資源的 大概重複再使用，那對於一些社區當中比較需要的人。比如說共餐那你可以說我去吃自助餐行不行，那我去買國民便當行不行，因為你給我 480 元，但是我必須要促進消費（訪 14，2018）。

此外，臺北市長者蔡雍任則認為：

我已經是 80 餘歲之阿伯了，我的活動範圍主要是社區鄰里公園，及社區學校操場漫步與健走，白天子女均外出工作，太太已不在了，自己又不會烹煮飯菜，往往食用隔夜之剩菜，所謂食之無味、棄之可惜。我在意的是如何針對社區老人能除了老人共餐外，能放宏觀使用老人卡以扣點方式到超商、自助餐、24 小時便利商店購買老人便當(訪 17，2018)。

貳、醫：健康預防措施（主責單位：衛生局）

一、政策內容

臺北市政府衛生局主責臺北市長者健康預防措施政策，包含：「辦理臺北市老人健康檢查」並「提升老人流感疫苗接種率」。

（一）老人健康檢查

衛生署於 2007 年推出「社區老人健康促進」，以 65 歲以上社區民眾為對象，選擇彰化縣與臺中市 2 個社區試辦資源整合式的社區老人健康促進模式，並結合老人健康檢查，依當地概況與老人特質，引發老人改變行為的興趣，藉由老人間的互動，強化老人健康促進，改善其飲食、運動等日常生活行為。衛生福利部接續於 2009 年嘗試於 4 縣市 8 社區輔導推動、擴大辦理。並仿照美國疾病管制局發展的 15 項老人健康指標，推出「老人健康促進計畫（2009-2012）」，期目標為：維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴程度。具體策略：促進健康體能、加強跌倒防制、促進健康飲食、加強口腔保健、加強菸害防制、加強心理健康、加強社會參與、加強老人預防保健及篩檢服務等八項重要工作。

爰此，臺北市政府衛生局為促進臺北市長者積極建立維護健康之保健習慣，並落實預防勝於治療理念，乃積極推動臺北市老人健康檢查，檢查項目除共同檢查項目外，還提供 2 套加值方案供長者選擇，A 方案包含「胸部 X 光」、「甲狀腺刺激素」、「心電圖」及「 α -胎兒蛋白」，B 方案則為「腹部超音波」，同時配合中央政策搭配「成人預防保健服務」、「糞便潛血免疫分析」、「婦女子宮頸抹片檢查」一併檢查，使長者健康檢查項目更完善(訪 8，2018)。

(二) 提升老人流感疫苗接種率

為維護臺北市長者健康的身體，臺北市政府衛生局推動流感疫苗工作計畫，增加 300 多家合約醫療院所，並規劃「到院施打」與「外展設站」施打服務的分流機制，運用多元管道提供民眾流感疫苗接種的設站服務，包括社區各里辦公室、學校、職場和長照機構等，讓符合公費接種對象可前往接種。期可透過提升 65 歲以上老人流感疫苗接種率，幫助老人避免流感疫情造成身體不適甚至死亡之情形。

二、預算編列

臺北市政府社會局為推動老人健康檢查及老人流感疫苗接種率等老人健康預防措施，編列相關預算金額如下：

(一) 老人健康檢查

表 5-4 衛生局近十年編列老人健康檢查預算金額 單位：新台幣(元)

年度	98	99	100	101	102
金額	53,900,000	53,900,000	53,900,000	56,842,100	56,842,100
年度	103	104	105	106	107
金額	56,842,100	56,842,100	56,842,100	56,842,100	71,576,000

資料來源：訪 8，2018。

(二) 老人流感疫苗接種率

表 5-5 衛生局流感疫苗工作計畫預算金額 單位：新台幣(元)

來源 \ 年度	104 年	105 年	106 年
金額	544 萬 8,183 元	1,427 萬 5,000 元	1,588 萬 4,000 元
年度	1,148 萬 5,800 元	1,513 萬 2,000 元	2,438 萬 6,361 元

資料來源：訪 8，2018。

三、執行成果

(一) 老人健康檢查

表 5-6 衛生局辦理老人健康檢查成效

年度	受檢人次	達成率	受檢者滿意度
104 年	37,544 人	99.95%	85.10%
105 年	37,462 人	99.89	84.82%
106 年	40,375 人	100%	83.17

資料來源：訪 8，2018。

(二) 老人流感疫苗接種率

①104 年：31.8%。

②105 年：40.06%。

③106 年：25.7%。

臺北市衛生局「辦理臺北市老人健康檢查」，近 10 年預算成長約 132%，完成健康檢查人數增長約 7%，預算與受檢人數之成長幅度明顯不符；在「提升老人流感疫苗接種率」方面，則成長 448%，其接種率由 104 年 31.8%、105 年 40.06%至 106 年 25.7%。

四、評析

(一) 老人流感疫苗接種率仍有待提升

老人流感疫苗之接種率，由 104 年 31.8%、105 年 40.06%至 106 年 25.7%，接種率始終低於五成以下，且至 106 年更有下滑之現象，顯見疫苗接種率仍有待提升。

(二) 接種流感疫苗可降低長者死亡率

分析表 5-4 相關統計資料，可發現臺北市長者接種流感疫苗人口約為臺北市 65 歲以上長者人口數之 30%左右，又有接種疫苗且死於流感重症人數死亡率均控制於 2%以下，顯見 65 歲以上之老年人接種流感疫苗，確實可有效降低長者死於流感重症之機率。

表5-7 65 歲以上長者接種流感疫苗狀況及死於流感重症之統計

年度	接種人數及接種率		有接種疫苗且死於流感重症人數死亡率	
97	129,971 人	40.2%	0 人	0%
98	100,419 人	30.6%	0 人	0%
99	93,423 人	28.1%	0 人	0%
100	105,979 人	31.3%	0 人	0%
101	109,757 人	31.5%	1 人	0.91%
102	112,076 人	30.9%	0 人	0%
103	110,885 人	29.1%	0 人	0%
104	114,723 人	28.7%	0 人	0%
105	152,699 人	36.4%	2 人	1.31%
106	169,043 人	38.5%	3 人	1.77%

資料來源：訪1，2018

1.流感疫苗接種人數：臺北市政府衛生局、衛生福利部疾病管制署流感疫苗管理系統。

2.死於流感重症：臺北市政府衛生局、衛生福利部疾病管制署傳染病倉儲系統。

3.資料下載日期：107年5月3日

此外，針對健康預防措施，學者陳亮功則提出以下建議：

如果你攤開整個臺北市所有相關的政策當中，很多的政策或是預算的執行是比較沒有實證基礎，比如說老人健檢的項目，老人健檢其實每年都編一筆預算，那我們都知道是中央的項目上去加碼的，那這個加碼應該加碼哪些項目，其實現在我們加的東西都是那麼符合國際上的潮流，包誇說我們打疫苗，那應該從幾歲開始打，應該打哪幾種疫苗，其實這些事情是有一些國際政策在建立的，我們這

個部分有做，可是比較沒有完全照國際的建議在執行，所以我是覺得就整體來講，比以前有創意，打破衛政跟社政就市長跟徐麗林跟黃局長他們的關係，打破衛政跟社政比較多，合作比較多，然後創意也比較多，但整體的成效，我覺得還沒有太明顯，沒有量的成長，可能看到一些試辦，好像都是看起來不錯，可是沒有看到一個整體性說到了一個服務量影響多少人，然後有一些政策的執行上面欠缺比較系統性的評估，這個是目前的感覺。

但我覺得錢使用的效率沒有很好，因為他的規劃上面不夠協調規劃上面是沒有那些實證基礎，像老人健檢我每年要做5萬人要做哪些項目是真的符合那些目的，現在沒有現在就是登記然後讓一群人來做做就算了，所以這是我覺得最大問題，錢我不太覺得缺。（訪14，2018）

臺北市高齡85歲長者高蘇美則說：

常到社區參與里辦公處之公費流感疫苗注射，血糖檢測，感覺時間不對，應空腹不進食前抽血化驗，結果衛生局安排之時間確為下午，以致未能精確達到檢測之數值，久而久之，不得不改採自費自行到醫療診所檢測，並感覺老人不受尊重，也是流感疫苗接種率不見提升之警訊（訪18，2018）。

參、行：臺北市敬老卡多元用途（主責單位：社會局）

一、政策內容

臺北市政府針對設籍北市 65 歲以上長輩，提供敬老悠遊卡搭乘大眾交通運輸工具之優惠，每月補助 480 點(1 點等於 1 元)，讓長輩們可免費搭乘捷運、公車、敬老愛心計程車享折價優惠。

為使臺北市敬老悠遊卡多元使用，分二階段擴大使用範圍，第一階段從 106 年 10 月 29 日起，將敬老卡 480 點優惠擴大至搭乘「捷運、貓纜」，另亦可免費使用部分，包含：士林官邸正館、北投會館健身房、山豬窟游泳池、葫蘆洲運動公園、博嘉運動公園、洲美運動公園游泳池、民生社區中心健身房及桌球室等市公營場館皆可使用等。

第二階段自 107 年 4 月 1 日起增加 Ubike 及觀光巴士，在臺北市所轄範圍內使用敬老卡租借 Ubike，可用補助點數免費騎乘；另外，備有導覽解說臺北市各大景

點的臺北市雙層觀光巴士，也可使用敬老卡 480 點補助折抵車資，刷敬老卡購買乘車票券皆可享優惠票價，100 元以下票券可用點數折抵 16 元，100 元以上票券可折抵 32 元。

二、預算編列

臺北市政府社會局為推動臺北市敬老卡多元用途方案，近三年編列相關預算金額如下：

- (一) 104 年：編列 661,690,000 元。
- (二) 105 年：編列 732,880,465 元。
- (三) 106 年：編列 754,174,225 元。

三、執行成果

表 5-8 104-106 年臺北市敬老卡持卡人暨補助資訊一覽表

年度	持卡數(人)	項目	補助人次
104 年	358,914	公車	63,158,659
		捷運(4 折票)	17,081,595
		計程車	116,883
105 年	374,183	公車	64,862,346
		捷運(4 折票)	18,783,708
		計程車	128,762
106 年	400,052	公車	66,270,666
		捷運(4 折票)	21,488,666
		捷運(點數)	4,211,254
		計程車	249,745
		貓纜	10,995
		場館	4,711

資料來源：訪 1，2018

高齡友善環境之建立及促進被認為是面對人口老化之國家政策的最核心挑戰。高齡友善環境論述有二個主要方向，分別是基礎建設服務及社會環境品質。其中，基礎建設服務之功能著重社區中高齡者不同活動所需要的特定設計，包括住宅、道路交通和公共設施的修護與本局掌管之公共設施息息相關。另住宅社區環境亦會影響高齡者的移動性、獨立性和生活品質，例如住宅附近的交通便利，老人的社會參與增加。基礎建設服務觀點支持高齡者繼續住在自己的社區，認為「在地老化」有其經濟及社會意義，然而在地老化是一項非常複雜的任務，需要全面性的規劃和準備，以及移除會隔離及限制高齡者活動的障礙（訪 9，2018）。

面對高齡化社會到來，老人人口數逐年上升，為鼓勵年長者外出活動，並提升其搭乘大眾運輸工具之意願，運輸工具應提供更貼心及貼近年長者需求之服務。本市持續推動各項高齡友善交通政策，以提供年長者安全友善之公共運輸服務，高齡友善交通政策低地板公車：至 107 年 3 月底止，本市聯營公車計有 2,858 輛低地板公車，佔總車輛數約 81%，持續推動無障礙目標。

此外，本市自 96 年起陸續汰換一般公車為低地板公車，使低地板公車路網更加健全，提供良好、舒適與無障礙的旅運服務，現階段除部分行駛山區、社區型路線及運量較低路線由一般大型公車或中型巴士營運外，其餘路線接已逐漸汰換為低地板公車；至 107 年 3 月底止本市聯營公車計有 2,858 輛低地板公車，佔總車輛數約 81%，未來將持續督促業者新購置低地板公車（訪 10，2018）。

表 5-9 臺北市老人促進健康政策交通設施近 3 年預算表

項次	項目	105 年度	106 年度	107 年度
1	補助公車業者汰換購置低地板公車	90,200,000	56,100,000	170,500,000
2	公車動態資訊系統	11,429,000	12,869,000	12,869,000
3	身心障礙者搭乘計程車補助	2,000,000	4,075,000	4,075,000

資料來源:訪 10，2018

四、評析

補助長者使用之項目逐步放寬與增加，由下表可發現對臺北市長者而言，對於搭乘公車及捷運仍具有高度偏好（公車與捷運之總額高達 99%）。

表 5-10 臺北市敬老卡各補助項目長者使用總金額與百分比

年度	公車		捷運(4折票)		計程車		計程車		貓纜		場館	
	金額及百分比		金額及百分比		金額及百分比		金額及百分比		金額及百分比		金額及百分比	
97年	438,379,912	—	100,570,189	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98年	446,362,972	80%	106,268,107	19%	503,116	1%	—	—	—	—	—	—
99年	446,647,112	79%	115,301,363	20%	3,000,004	1%	—	—	—	—	—	—
100年	443,529,052	77%	127,594,943	22%	3,330,576	1%	—	—	—	—	—	—
101年	454,416,784	76%	140,513,651	23%	3,793,080	1%	—	—	—	—	—	—
102年	467,734,180	75%	151,733,713	24%	4,239,168	1%	—	—	—	—	—	—
103年	478,887,868	74%	167,523,116	25%	3,915,532	1%	—	—	—	—	—	—
104年	491,567,276	72%	186,837,871	27%	3,484,056	1%	—	—	—	—	—	—
105年	504,396,400	70%	204,704,068	29%	3,848,200	1%	—	—	—	—	—	—
106年	512,216,974	65%	212,450,531	27%	60,528,752	7%	7,289,560	0.9%	516,840	0.1%	99,124	0.01%

資料來源：臺北市政府社會局，2018

惟進一步思考，表 5-9 之數據僅可代表目前使用愛心敬老卡之長者優先選擇搭乘公車及捷運，卻無法表示提供搭乘公車及捷運之消費方式即可滿足各長者之需求，因為尚有許多行動不便之長者無法搭乘大眾交通工具而幾乎沒有使用愛心敬老卡，又或因為個人生活習慣而幾乎沒有使用愛心敬老卡。換言之，現行愛心敬老卡提供長者之服務項目及範圍仍過於狹隘，不能滿足每位長者之需求。

又目前設籍臺北市 65 歲以上長者約有 44 萬人，以每月 480 元敬老卡補助計算，每年預算約需 23 億元，惟目前約僅編列 13 億元預算，勢必將影響臺北市政府服務及照顧老人之能力與能量。且在未來老年人口只增不減之情形下，臺北市政府之相關預算將更形捉襟見肘，亦即，臺北市政府應即早通盤檢討府內整體預算結構及其分配，並進行相應之調整作為。

學者陳亮功則認為：

有一個比較根本的問題我們在推高齡友善城市，我們大部分對於老人的需求的探索不太夠，我們會直接跳到無障礙的思考，所以臺北市交出來的這份資料都是低底盤公車有幾臺，然後無障礙的設施，這是臺北市交出來的成績，這個沒有不好，可是這個思考比較不夠全面，所以我們應該做的事有一個真正完整性是市長等跨局處的政策，然後這個政策是整合性的，如何從食衣住行八大面向交通生活，其實最大的問題對於老人是生活上的尊嚴，也就是說那個尊嚴的意思指的是說我可以輕鬆自在地在這個社會生存不需要去請求協助，舉例說，我們馬路如果修得很平不要高高低低的，其實走路不需要特別扶不需要擺一個人去攙扶他還要拐杖，那是我們馬路跟人行道修的問題，然後廁所很多老人家出門需要廁所，會因為廁所不好找他就不太願意出門就減少活動，但如果我們可以很自然的去在公共空間我們設足夠的廁所，讓他出門不用擔心廁所（訪 14，2018）。

臺北市 65 歲剛退休之初老長者李順益則說：

老人不見得又老又醜又窮，老人其實有高度利用價值，既可補足臺灣勞動力不足，又可促進勞動增進健康，但未見臺北市政府政策積極補助老人參加勞動力之行的補助，讓老人自生自滅，形成資源浪費與未尊重老人，為勞參率不能提升之不足之處(訪 19，2018)。

肆、育：樂齡學習據點（主責單位：教育局）

一、政策內容

臺北市政府教育局推動的樂齡學習政策，即推動樂齡學習據點，包含：「建置樂齡學習中心」及臺北市政府教育局補助「辦理樂齡學堂實施計畫」。推動樂齡學習據點係於「活躍老化」基礎之下，強調對中高齡者「學習權」的重視，希望由「學習」的角度切入，提供相關學習課程，以關懷、照顧臺北市長者，幫助長者們的身體及心靈層面都更加健康。

換言之，教育局推動的樂齡學習政策，主要的目標就是要讓長者透過學習的過程，在身、心、靈層面都能夠獲得滿足，不僅是身體能夠健康，也能夠達到心靈富足的境地，更重要的是能夠將自己所學，服務於社區、貢獻於社會，達到貢獻服務的無私精神，讓自己的精神生活更加充實。此外，也希望透過樂齡學習的過程，讓這些樂齡學員能夠知道老，能夠面對老，也能夠知道如何老，能夠以正向的態度來面對老化問題，讓老變成是一種價值、是有意義的。

基於前述原因，臺北市政府教育局提供中高齡者（55 歲以上）學習機會，促進其身心健康，培植樂齡教育專業人員及志工，以及結合社會資源深耕社區中高齡教育工作，共同營造無年齡歧視的社區學習文化，自 97 年起配合教育部於各行政區設置樂齡學習中心，並自 104 年起整合各局處資源，於學校成立樂齡學堂，以提供 55 歲中高齡者學習管道。而中心與學堂主要的差異是，中心是以「行政區」為概念設置，而學堂是以「社區」為概念。樂齡學堂就是要提供中高齡長者「近」、

「便」、「熟」的樂齡學習管道，爰以才會以社區長者較熟悉之學校為據點，提供樂齡學習服務。

以特別針對中高齡者設置的樂齡學習中心以及樂齡學堂來說，基本上，都是透過中心或學堂辦理課程或活動的方式，使中高齡者具有學習管道，所開設的課程都與健康、保健有關，例如課程中會安排一些老人防跌、失智症預防以及健康飲食的議題的宣導，也有安排一些動態性課程，例如：太極拳，同時亦有安排靜態性課程，例如：編織、語言學習等類型。也就是說，透過課程的實施，讓這些老人家能夠學習到健康保健的知識，透過運動，能夠讓自己更加健康，透過靜態課程能夠陶冶心靈，達到身心靈層面的滿足。

又樂齡學習中心及樂齡學堂開設的健康促進課程，可以概略分為三類：

(一) 知識性課程：

如辦理認識老化、健康促進講座、失智症預防及照護、食品衛生與安全、用藥安全、交通安全、退休生涯規劃、生活安全、養生保健等知識面的課程，讓參與樂齡學習之學員能過獲得相關與老化有關的知識，建立樂齡學員正確的面對老化、因應老化的觀念。

(二) 動態性課程

如辦理太極班、太鼓班、元極舞、瑜珈、音樂律動、健康操等動態性課程，讓參加樂齡學習之中高齡者，透過身體的律動，達到健康促進之目的。

(三) 靜態性課程

如辦理書法類、藝術類、手作類、歷史類、樂器類、紙藝類之課程，讓參加之學員能夠從靜態、心靈層面的滿足來達到健康促進之目的(訪3，2018)。

二、預算編列

基本上，臺北市政府教育局辦理樂齡學習的預算數是逐年提高，從 105 年編列 500 萬元、106 年編列 640 萬元，到 107 年編列 1,100 萬元，預計 108 年也會再增加預算辦理樂齡學習(訪 3，2018)。

前開預算是支應配合教育部設置樂齡學習中心的自籌款以及辦理樂齡學堂的經費。而增加預算主要是要回應市民對樂齡學習的需求，同時也搭配樂齡學堂的辦理校數逐年增加，所以應朝增加預算的方向規劃。

三、執行成果（以 106 年為例）

（一）建置樂齡學習中心

1. 臺北市樂齡學習中心共計 12 所。
2. 截至 106 年度 10 月底止共開設 4,830 門課程及活動。
3. 參與人次計 118,536 人次。

（二）辦理樂齡學堂實施計畫

1. 臺北市樂齡學堂自 104 年推動以來，已有 34 所學校辦理。
2. 截至 106 年 9 月底，計開設 1,128 場次之課程（活動）。
3. 共 2 萬 5,464 人次參與(訪 3，2018)。

四、評析

臺北市教育局推動樂齡學習據點，係透過就近提供長者學習平台，使長者擁有健康快樂的晚年生活，據點屬於積極性預防服務，舒緩家庭照顧者的壓力，讓長者在地安老並發揮鄰里效應，扮演長者第一線社區照顧服務網絡角色(訪 1，2018)。

推動樂齡學習據點，可有效增加長者的「社會參與」能力及程度，所謂社會參與，其實就是人與人之間的互動及貢獻服務。基本上，長者參與樂齡學習，就是增加人與人互動的機會與頻率，同時對於部分學員，也會以貢獻服務的方式，

幫助學校共同維護環境，甚而有部分學員會在學校擔任義工，協助處理學校事務。對於學校或學員都是互惠的。

然而，臺北市政府辦理之樂齡學習據點，仍存在若干問題，例如：樂齡學習據點之設置，仍缺乏普遍性及全面性，且未能有效整合或結合民間資源，而有再檢討之必要。

此外，臺北市口琴班 80 歲的楊樹林老師提到：

場地是決定政府對老人樂活推動的重視與積極作為，臺北市銀髮口琴班 2 年借 4 個場地，足見巧婦難為無米之炊窘境，但臺北市因少子化空出之教室，卻未積極開放與社區共用，亦未落實青銀同樂之情境，致老人有許多創意與傳承卻無法兌現，樂活之地點是片面是狹礙的，自然預算也是點綴的，當然更無法展現樂活之效益(訪 20，2018)。

伍、樂：活躍樂齡計畫（主責單位：體育局）

一、政策內容

銀髮族群要擁有「人生七十才開始」的第二春，首要條件必需要有健康的身體及良好的身體適能，而要促進身體健康及維持良好的體適能，與身體的活動量息息相關，讓銀髮族群能重視身體活動的重要性，建立正確的運動觀念，鼓勵培養規律的運動行為，增進運動能力信心，並將規律性運動行為落實於日常生活中，重拾健康運動活力，提昇生活品質，使其生活得更有尊嚴，生活得更快樂。

有鑑於此，臺北市政府體育局因應高齡化趨勢，配合市政府白皮書將銀髮照顧列為重點，打造臺北健康城市的政策目標，並以安全、有趣與持續為三大核心主軸，透過整合運用現有的資源，例如：社區老人據點、民間單位等，提供銀髮族社區型的健康運動學習空間與運動相關知能，以不斷的提升本市銀髮族規律運動人口為使命，打造以區里為本的優質運動環境，以建構友善樂齡健康城市。

同時，為提升高齡民眾運動風氣、營造全民運動之環境，臺北市政府體育局以「關懷、統合、準確」為出發點，規劃臺北市 65 歲以上高齡民眾在公益時段至轄區運動中心，只要出具相關身分證明者，即可免費使用各中心游泳池及健身房，且每期開設不同運動休閒之免費公益課程。期可鼓勵銀髮長者多動多健康，以養成規律運動習慣，促進身心健康。進來為臺北市銀髮高齡長者注入活力，打造以區里為本的優質運動環境，以建構友善樂齡健康城市。於臺北市 12 個行政區中，均以潛在運動人口社區為考量，各選 1 處所成立「活躍樂齡社區運動據點」。

考量高齡者不講求激烈的運動，而是把握三要素「安全、有趣、持續」，樂齡計畫以此三要素作為框架，透過運動融入遊戲，讓長輩一起動手、動腳、動動腦，在適度的活動空間，讓長者透過彈力球、沙包、彈力帶等輔具，設計互動反應遊戲、靜態與動態的趣味競賽等，讓高齡者覺得運動很有趣，以提升運動興趣。並進一步串連社會局與衛生局的老人服務中心、共餐據點及老人悠活站等既有銀髮族社福據點，提供長者運動指導服務，讓這些據點增加運動元素，以活化整體服務(訪 7，2018)。

同時，臺北市觀光傳播局為鼓勵長者踴躍參加臺北市政府「市政建設參觀活動」，於 107 年首度試辦「長青樂活遊臺北活動」，鼓勵長者走出戶外，增加長者相互交流之機會，豐富長者生活的樂趣，進而提升身心健康及紓解壓力，讓臺北成為銀髮族樂活、幸福的城市，透過里辦公處宣傳並召集各里持有敬老卡之 65 歲以上銀髮長者，以一車 40 人為單位，帶領長者參觀市政景點，除可達豐富長者休閒生活、提升生活品質，並可提振臺北市觀光產業，使臺北市邁向多元樂活城市(訪 2，2018)。

二、預算編列

為因應臺北市即將進入高齡化社會，打造樂活銀髮健康城市為臺北市推動全民運動發展策略之一，又由於銀髮族的體能及活動能力與一般人不同，要鼓勵高齡者參與運動，就需要為他們提供量身訂作的運動課程、運動內容及運動空間，臺北市政府體育局據此為推動活躍樂齡計畫，分別於 106 年及 107 年編列相關預算金額如下：

(一) 106 年：編列 3,200,000 元。

(二) 107 年：編列 3,200,000 元(訪 7，2018)。

三、執行成果

高齡者運動是為了延緩老化，維持一定生活能力，最基本的就是自在行走預防跌倒，所以要注重高齡者的平衡力、肌耐力。課程設計核心理念「安全、有趣、持續」，像是樂齡運動巡迴指導團的快樂操，以懷舊金曲搭配肢體動作，利用音樂律動，活化大腦、強化心肺功能，也有肢體反應遊戲，提升高齡者活動量之外，主要培養銀髮族持續運動的習慣。

臺北市 12 個行政區中，每區以潛在運動人口社區為考量，各選 1 處所成立「活躍樂齡社區運動據點」。而臺北市 12 個運動中心所提供的公益時段上，平均月使用人次達 90 萬人，高齡者使用比例逐年提升，已達全體使用人次的 1 成，以下為活躍樂齡計畫之各面向執行效益：

表 5-11 106 年活躍樂齡計畫執行成效

	據點	場次	小時數	人次
通路結合	15 個	—	60 小時	1,325 人
樂齡據點	12 個	—	288 小時	8,259 人
廣納申請	45 個	—	180 小時	5,570 人

樂齡示範教室	2 個	—	96 小時	1,205 人
樂齡運動師資 培訓		1 場	—	42 人報名，35 人報到， 28 人通過考核
樂齡運動志工 培訓		1 場		53 人報名，實際到課 43 人
整體滿意度平 均分數	98.49% (總計 2014 份問卷)			

資料來源：訪 7，2018。

四、評析

老年人會因為身體老化而活動遲緩，導致生活圈縮小，人際關係也跟著不斷減縮，最後連心靈也開始封閉，最後逐步退出社交生活與社會角色，生活品質下滑。而此政策執行困難之處即在於如何激發沒有運動習慣長者的興趣，幫助他們接受並願意走出家門，主動來社區運動，否則政府政策的立意與設計就算再好，長輩們沒意願參與，亦是枉然。有鑑於此，臺北市體育局分析老年人不運動之主因後，採用通路結合、主動出擊及廣納申請之方式，協助老年人激發其運動參與動機。

然本研究檢討活躍樂齡計畫相關內容後，即發現目前實施之活躍樂齡計畫存在若干問題，例如：執行面有「社區資源整合龐雜」、「政府未有效結合民間資源」等問題，而相關問題恐因此導致臺北市政府體育局所推行之活躍樂齡計畫效果大打折扣，因此仍有檢討與改善之空間。誠如學者陳亮功所言：

我們講政策講預算講效益，應該效益要出來，效益就是我們的終極目標，但我們只有看到政策，只有看到預算，效益卻不見了，預算用完了效益也不見了，那等於大家都在做花錢比賽，爭取預算來做花錢比賽，所以我覺得要解決這種問

題，這是首長，不管中央地方，這是首長要去訂下一個宏觀的高齡政策，我的臺北市的高齡政策是什麼，所以大家各局處的執行目標是什麼，不是就說我錢分給你然後我去做我的所謂的老人福利，我的所謂的老人健康促進，所以大家想的都是健康，所以觀傳局想的是出來活動你會健康，然後教育局你出來學習也是心靈健康，每個人想得都用同樣的名詞去包裝，但都不知道如何去量測效益，就是觀傳局每個里給他三部車出去，回來之後有沒有比較健康，有阿，但如何去量化，如何有一個評價的機制來檢測效益(訪 14，2018)。

比如說臺北市悠遊卡要宏觀到什麼程度?既然給了 480 點，那要宏觀到什麼程度，最好的作法當然是臺北市大部分支付的店家就可支付，包括購買國民便當，因為我們現在幾乎剩 480 點，大部分計程車已經有了，如果說我們支付的店家的種類，如果現在想都還是跟市政府有關，比如說 UBIKE、捷運或是運動中心，這都還是跟公部門有關的，但如果說他有擴大到居家附近她的生活所需也不見得大老遠，其實他的支付的對象可以使用的店家是變多的，他去民間的運動中心可不可以，他去從事這樣的活動可不可以，就是他可以直接取得他要做的事情，不用到特定定點，運動中心他的收費我用 480 點去消費，只要消費有促進健康也應該要支付，而不應該限說運動中心，第一個扶植民間產業，第二個也可以創造老人促進健康，但是你現在把它限縮，你認為民間業者會造假，你就可以給他刷卡機，按照電子支付票證既然計程車不會偽造，那其他也不會偽造才對(訪 14，2018)。

此外，臺北市 85 歲外單功老師周萬居則提出:

創造老人活躍老化有許多形式，圓極舞、外單功、太極拳、法輪功，雖然市政府對於運動中心場館、市立公園內政府之游泳池均有公益時段，但對於社區學校之游泳池於寒暑假期間確採對外出租時段方式，未開放社區老人免費使用，及針對社區活動中心未採友善老人之因地制宜社施政策，未積極重視老人全面之健

康促進而是片面之短期政策、難怪老人健康促進政策無法達成預期效果(訪 21，2018)。

綜上所述，顯見臺北市政府執行老人促進健康政策，尚處於各局處協調分工中，各面向仍存有爭議與窒礙難行之處如下：

一、長期照護:失能人口增加以致獨居長者、健康不良或行動不便長者無法走出來，需思考如何在有限人員資源將服務送達，並永續提供長者可近性健康照護服務。

二、疫苗接種服務:從臺北市民社會經濟條件、教育程度水準來看，普遍對於自費施打流感疫苗接受度高，又公費流感疫苗需於三到五個月內全數接種完畢，造成公衛防疫人力負荷大，醫療院所的動員量能在經費不足的條件下，調度困難，流於形式，造成疫苗接種浮濫與不實際。

三、老人及成人健檢服務:歷年來老人健康檢查需求量大，供不應求，衛生局應提高預算及受檢名額，並鼓勵特約醫院增加名額，及符合資格醫院加入服務。另中央補助之成人健康檢查項目少且知曉率不高，應透過資訊鼓勵未參與老人健康檢查之民眾多加運用，以提升長者篩檢服務成效。

四、長者參與健康促進活動方面:臺北市政府各局處推動相近的長者健康促進活動，造成資源重疊，應整合並在人力流動大與有限資源下將政策發揮最大效益；另因臺北市長者自主性高、自我意識強，自覺健康狀況良好，為增進長者參與健康促進，除結合在地資源提供整合性服務外，將提供更多元正確知能管道以提升長者健康知能與自主健康管理，及鼓勵各機關、學校社區團體參與。

五、供餐據點來源困難:加強推廣據點結合中央廚房辦理供餐，提供據點與中央廚房合作之機會，協助據點解決供餐之困難。且共餐之政府補助經費有限、

核銷工作繁瑣、又食材來源難以把關以及長者出門路途上恐有安全顧慮等，使得里辦公處參與共餐的意願偏低。

六、提升高齡者重回勞動市場:推動友善高齡就業環境、消弭勞動市場的年齡歧視，促進中高齡及銀髮以上之勞動參與，及促進健康參與為目標。友善高齡就業環境部分，除了持續強調提升高齡化正面形象外，運用雇用獎助促進雇主提供友善就業環境，鼓勵企業願意活化，推動年輕人與中高齡或是銀髮以上勞工一起分享工作或共事模式，讓青銀共擔、共榮，減少年齡歧視，並將繼續推動友善企業評選與表揚，持續辦理「菁業獎」活動，透過獎勵、表揚方式鼓勵企業的企業責任及榮譽感，願意讓他們也作為模範，鼓勵其他事業單位一起來提供友善高齡者的就業環境。此外，為創造社會雙贏的行動策略，社區大學高齡課程大都為健康促進與活躍老化課程，建議臺北市政府教育局、勞動局與社會局能整合思考，透過社區大學終身學習平台，協助高齡者創造生命第二階段與價值為現階段重點。

七、創造高齡者社會參與:協調教育、社福、醫療、交通... 等單位以高齡者的需求與視角，提供全方位的服務與資訊管道。並考量近便性 與適齡性，讓長者樂於參與，且感受到其中的樂趣，已能達到活躍老化的多元成效。近年來，高齡者學習電腦與 3C 智慧型手機課程意願很高，透過在實例中學會電腦與智慧型手機的應用，輕鬆利用網路資源融入生活中。使了解電腦與智慧型手機操作使用，進而有效管理日常生活及社群聯絡訊息資料。

八、老人共餐外溢效益分析:臺北市政府社會局倘能增加推動共餐政策的補助經費，共餐的餐食就能較豐富，課程也能安排更多元，請更好的師資，場次也能增加，這樣高齡者的參與意願也會提高。高齡者透過參與共餐，擴大生活及社交圈，不再整天對著電視，生活更為精彩有活力，又時常活動身體，

身心都會更為健康，延緩老化症狀。照顧高齡者的家人，也能與其他高齡者的家人交流，分享經驗，舒解照顧的壓力。

九、建立友善空間落實高齡服務:臺灣高齡化已為不可逆的現象，為因應高齡化的浪潮，除了就過去倡導在地老化、建康老化及活躍老化以外，實質上對於高齡服務的部分也需要加強，包含友善空間場域，並且提供相關專業化的企業在經費上的補助。政策面應辦理如日、韓高齡運動中心一般的完善設備，不僅提供健康促進的運動課程，並結合身心靈的活動規劃，如插畫、書法或心靈課程等，並且針對補助預算應當從寬認定。當務之急是必須統一高齡相關健康檢測及認定標準，得以分級提供服務，相對應的也是補助的評定。

十、鼓勵社區長者參與工作與志願服務:因應 WHO 世界人口老化，提出活躍老化之政策架構，以健康(health)、安全(security)和參與(participation)三大面向全面提升長者生活品質。活躍老化之政策架構不僅以健康為目的，同樣重視長者的社會參與。長者社會參與包含許多面向，其中擔任志工已逐漸成為長者社會參與之選擇及建立新的人際關係管道，推動高齡志工服務方案，結合本市高齡友善及長者健康促進政策，於社區推動社區長者健康促進改善方案等，及成立高齡志工團隊，依照高齡者專長與興趣，多樣化組織志工服務小組及安排相關訓練課程。

十一、因地制宜、整合分工、跨域合作:高齡相關政策往往是跨不同機關部門，造成政策執行常有重疊部份，應對分工有更清楚的界點，資源才能有效運用；更重要的是強化跨域合作的團結向心力，有意願合作的決心與誠意，建立溝通與協調平台，加強橫向聯繫，才會是務實、有感及被需要的政策。政策的推動應有城鄉地域、在地文化、民眾特性、需求差距的考量，而非一體適用。

綜上所述，臺北市已面臨嚴峻的人口老化問題，臺北市政府應有相關積極因應作為，以有效減緩人口老化問題所帶來之衝擊。為深入瞭解臺北市政府現行政策措施之成效，本研究爰整理訪談政策擬定者與執行者、專家與學者等對於臺北市執行老人促進健康政策之看法，並為兼顧政策之「廣度」及「深度」，由「臺北市老人促進健康政策執行評估」及「食、醫、行、育、樂政策執行評估」兩方面進行探討。

首先，於臺北市老人促進健康政策執行評估面向，本研究發現：於高齡友善城市計畫部分，出現資源整合與推動成果等面向之困難，以及缺乏垂直與水平整合，社區的參與的機制等。致使造成社區健康營造計畫、辦理社區長者健康促進課程等皆未達成預期之效益，使相關政策流於形式，無法落實效益。至預算編列方面，亦發現如僅依賴臺北市自有財力恐難以支應龐大之老人福利及其相關支出，因此中央在財源分配方面，應考量納入人口分佈比例後進行通盤性評估，以有效提升中央與地方資源整合與分配的效益；另臺北市政府對於老人福利預算之編列，遠低於老年人口之比例，而應全面檢討整體預算結構及其分配方式、進行相應調整作為，並以循序漸進方式增加老人健康促進預算項目，以確保老人可享有充足之預算額度。

其次，於食、醫、行、育、樂政策執行評估面向，本研究認為：社會局主辦之「食：辦理共餐據點專案」存在據點設立與供餐來源困難、共餐對象未能符合民眾真實需求及共餐對象僅限於固定長者，無法擴大與普及等困難；衛生局主辦之「醫：健康預防措施」存在老人流感疫苗接種率仍有待提升及接種流感疫苗可降低長者死亡率等問題；社會局主辦之「行：臺北市敬老卡多元用途」存在服務項目及範圍過於狹隘、無法有效滿足每位長者之需求之現象；教育局主辦之「育：樂齡學習據點」存在樂齡學習據點之設置，仍缺乏普遍性及全面性，且未能有效整

合或結合民間資源等問題；體育局主辦之「樂：活躍樂齡計畫」則存在社區資源整合龐雜、政府未有效結合民間資源等問題。

第六章 研究發現與建議

為減緩老化帶來的衝擊，推動長者健康促進倍顯重要，又因應國際趨勢，各國應將活躍老化納入施政核心，以營造高齡友善環境及鼓勵長者參與健康促進活動，除鼓勵長者在團體中互相學習成長外，亦增進人際關係，提升長者社會參與。

臺北市老人福利政策理念為健康、安心、尊嚴三大核心，依循不同健康階段及老化程度的長者提供妥適的福利服務。其所倡導之促進健康政策，係以幫助長者實現活躍老化、在地終老，並以延長高齡者健康時間、提升生活品質，促進多元參與，提高自我價值，營造世代共融，消弭歧視障礙，普及支持網絡，達成建立健康、幸福、活力、友善的高齡社會為目標願景，並以延緩失能、活躍老化為核心理念。

本研究以需求理論探討高齡者社會需求，並探討主要鄰國相關老人健康政策，再藉由深度訪談之實證研究方法，同時分析臺北市相關人口資料及其趨勢，以檢視老人促進健康政策、措施及預算分配之成效，研析老人促進健康政策之成效，並提據以提出若干建議。

第一節 研究發現

壹、臺北市老年人口及其失能人口變化情形，成長趨勢並無明顯差異，顯見老人促進健康政策效果不彰

臺北市近十年來，65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口均呈現正向成長，且自民國 100 年起，65 歲以上老年人口成長率，與 65 歲以上老年人口失能人數

之年成長率近乎一致、失智人數則有上下高低起伏之情形。由此觀之，臺北市政府所推行的老年人促進健康政策，似乎無法有效減緩或抑制老年人的失能人數成長率，充其量僅能使臺北市長者失能人數與臺北市老年人口數成長率維持一致，換言之，臺北市現行老年人促進健康政策未能有效幫助臺北市長者的失能失智人數大幅下降或減緩，則如此龐大預算的促進健康政策，應檢討是否再持續推動，亦或應重新檢視並省思新的促進健康政策。

本研究蒐集臺北市近十年來（97年-106年）之65歲以上老年人口、65歲以上失能人口數及65歲以上患有失智症人口數等相關數據，彙整如表6-1（65歲以上老年人口暨65歲以上失能、失智症人口數統計數據）及表6-2（65歲以上老年人口暨65歲以上失能人口成長率數據），並繪製圖6-1（65歲以上老年人口暨65歲以上失能、失智症人口變化趨勢）及6-2（65歲以上老年人口暨65歲以上失能人口變化趨勢）：

表 6-1 臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口數統計表

年度	65 歲以上老人人口數	65 歲以上失能人口數	65 歲以上患有失智症人口數
97 年	322,975	41,018	4,209
98 年	328,416	41,709	4,659
99 年	331,906	42,152	4,955
100 年	338,199	42,951	5,411
101 年	348,656	44,279	5,734
102 年	362,605	46,051	5,896
103 年	380,527	48,327	6,252
104 年	399,182	50,696	6,598
105 年	419,130	53,230	6,694
106 年	439,176	55,775	7,068

資料來源:內政部、臺北市政府社會局、衛生局，2018

表 6-2 臺北市近 10 年老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口成長率

年度	65 歲以上老人人口成長率	65 歲以上失能人口成長率	65 歲以上患有失智症人口成長率
97 年	2.68%	2.69%	4.44%
98 年	1.68%	9.95%	10.69%
99 年	1.06%	1.06%	6.35%
100 年	1.89%	1.89%	9.2%
101 年	3.09%	3.09%	5.96%
102 年	4.00%	4.00%	2.85%
103 年	4.94%	4.94%	6.03%
104 年	4.9%	4.9%	5.53%
105 年	4.99%	4.99%	1.59%
106 年	4.78%	4.78%	5.58%

資料來源:內政部、臺北市政府社會局、衛生局，2018

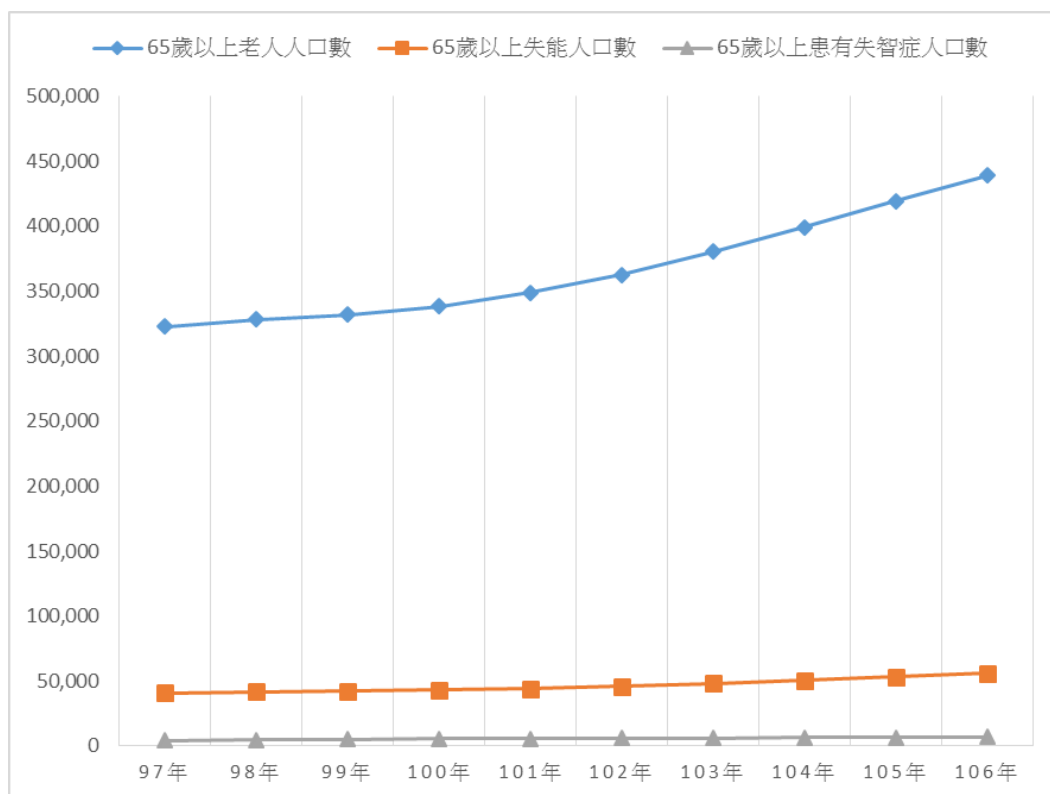


圖 6-1 臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能、失智症人口趨勢圖

資料來源：本研究繪製。

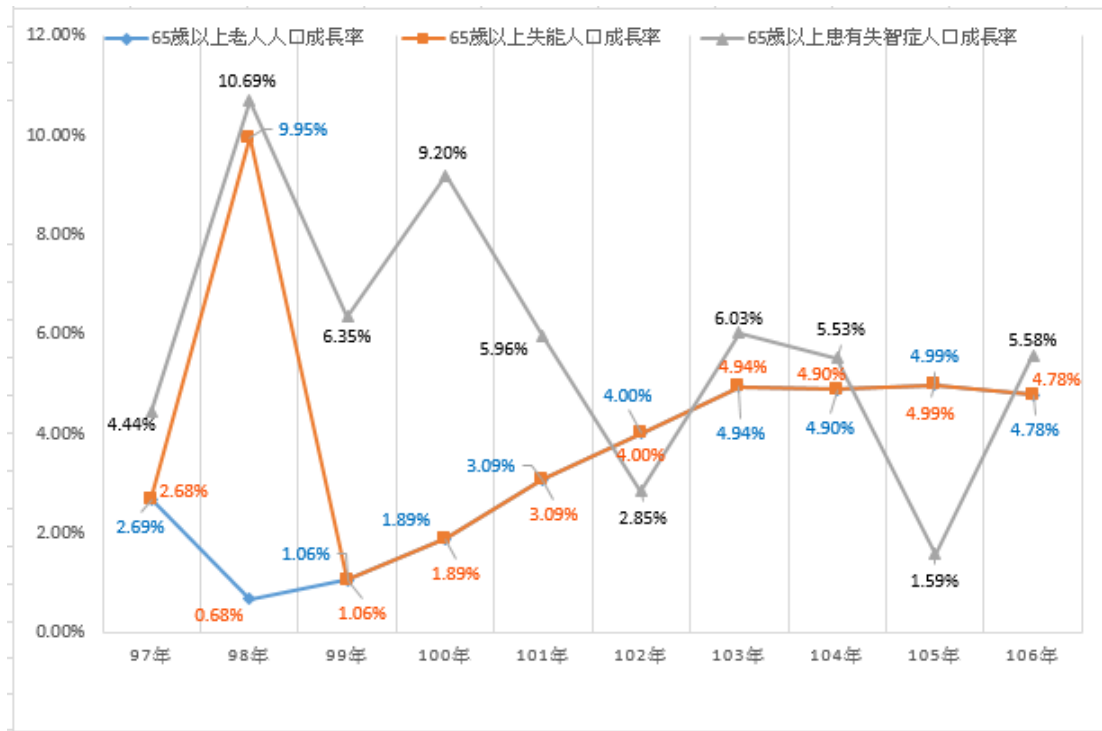


圖 6-2 臺北市近 10 年 65 歲以上老年人口暨 65 歲以上失能人口成長趨勢圖

資料來源：本研究繪製。

貳、食：老人共餐無法落實健康促進政策與樂齡活躍老化課程之良善美意

臺北市政府推動「老人共餐」據點方案，並非單純邀請老人來一起吃飯，而是鼓勵老人走出家門一起聚餐，建立聯絡網，彼此互相關懷、互相照顧。至 106 年已建立 325 個共餐據點，又為強化據點功能，臺北市政府亦引入各單位資源，讓據點成為活動學習中心。

惟如深入探討，老人共餐之預算編列，自 105 年的 4 千萬元暴增至 106 年逾 1.7 億，106 年餐與老人共餐約 180 萬人次，實際受益人數約 2 萬 6 千人次，約佔全體老年人口 6%，此一人數相較於 106 年臺北市 65 歲以上老年人口數 44 萬人，

本研究推估參與共餐長者應屬固定族群，換言之，部分無行動能力的獨居老人難享受到社會資源，造成弱勢被邊緣化。

參、醫：臺北市長者接種流感疫苗可有效降低長者死亡率，應加強提升接種率

本研究發現臺北市長者接種流感疫苗人口約為臺北市 65 歲以上長者人口數之 30% 左右，又有接種疫苗且死於流感重症人數死亡率均控制於 2% 以下，顯見 65 歲以上之老年人接種流感疫苗，確實可有效降低長者死於流感重症之機率。

惟現行老人流感疫苗之接種率，由 104 年 31.8%、105 年 40.06% 至 106 年 25.7%，接種率始終低於五成以下，至 106 年更有下滑之現象，可知，臺北市政府應更加致力於宣導，以有效加強提升老人流感疫苗之接種率。

又以長照 2.0 檢驗臺北市健康促進政策發現：經衛生局照管中心評估審核核可之 65 歲以上老人申請長照 2.0 照顧之人數仍 100 年～106 年仍呈現 1.42 倍增加的情況，同一時間高齡化成長為 1.29 倍，經審核核可長照人數 106 年達 5178 人占全體老人 1.15%，顯見不光是老人失能與高齡化成相同趨勢成長，更讓人難以理解的是經照管系統產出之長照 2.0 照顧人數卻是出現不降反升之離譜怪象，顯示臺北市老人促進健康政策仍有再努力調控的空間。

肆、行：愛心敬老卡適用項目及範圍仍顯不足，未能達成預期

效果

臺北市政府針對設籍北市 65 歲以上長輩，提供敬老悠遊卡搭乘大眾交通運輸工具之優惠，每月補助 480 點(1 點等於 1 元)，讓長輩們可免費搭乘捷運、公車、敬老愛心計程車享折價優惠。又為使臺北市敬老悠遊卡多元使用，分別自 106 年 10 月 29 日及 107 年 4 月 1 日，分為二階段擴大使用範圍。

補助長者使用之項目逐步放寬與增加，惟許多行動不便之長者因無法搭乘大眾交通工具或因為個人生活習慣而幾乎沒有使用愛心敬老卡。換言之，現行愛心敬老卡提供長者之服務項目及範圍仍過於狹隘，不能滿足每位長者之需求，而應作更為適切且宏觀之考量，例如：愛心敬老卡可與超商或餐廳業者合作，推出如每個 60 元的限定便當，使沒有交通需求的長者也有誘因出門走動，進而落實老人促進健康的政策目的。

伍、育：樂齡學習據點

臺北市政府教育局為提供中高齡者（55 歲以上）學習機會，促進其身心健康，培植樂齡教育專業人員及志工，以及結合社會資源深耕社區中高齡教育工作，共同營造無年齡歧視的社區學習文化，自 97 年起配合教育部於各行政區設置樂齡學習中心。並自 104 年起整合各局處資源，於學校成立樂齡學堂，以提供 55 歲中高齡者學習管道，促進其身心健康及社會參與機會，促進世代交流。

臺北市政府 106 年編列預算 640 萬元辦理樂齡學習中心及樂齡學堂，至 106 年 10 月，本市樂齡學習中心共計 12 所，共開設 4,830 門課程及活動，參與人次計 118,536 人次。另本市樂齡學堂已有 34 所學校辦理；截至 106 年 9 月底，計開設 1,128 場次之課程（活動），共 2 萬 5,464 人次參與。

惟綜合評估臺北市政府辦理之樂齡學習據點，發現存有缺乏普遍性及全面性，且社區資源整合龐雜、市政府未有效整合及結合民間資源等問題，而有再檢討之必要。

陸、樂：活躍樂齡計畫

臺北市政府體育局為因應高齡化趨勢，配合市政府白皮書將銀髮照顧列為重點，打造臺北健康城市的政策目標，並以安全、有趣與持續為三大核心主軸，透過整合運用現有的資源(如:社區老人據點、民間單位等)，提供銀髮族社區型的健康運動學習空間與運動相關知能，以不斷的提升本市銀髮族規律運動人口為使命。

106 年共編列 320 萬預算，至 106 年於通路結合方面，共有 15 個據點；於樂齡據點方面，共 12 個據點；於廣納申請方面，共 45 個據點；於樂齡示範教室方面，共 2 個據點；於樂齡運動師資培訓方面，辦理 1 場；於樂齡運動志工培訓方面，辦理 1 場。又經本研究檢討相關內容後，發現活躍樂齡計畫執行面存有社區資源整合龐雜，以及市政府未有效整合及結合民間資源等問題。

第二節 研究建議

整體而言，臺北市的人口結構在未來 5-10 年將步入嚴重老化階段，而臺北市政府的老人促進健康政策卻仍處於萌芽階段，相關的預算不僅杯水車薪，預算之分配也尚有檢討與改善的空間，主政者必須審慎面對並提出有效的因應政策，才能讓臺北市有限的資源與預算發揮最大的效能。

臺北市老人健康促進政策經比對高齡化成長與高齡化失能比例，並無顯著的正相關，主要是台北市推動老人健康促進政策尚在發展階段，推動時間尚短，未建立有足夠之歷史數據作有效驗正，唯有透過老人健康促進政策之持續推動以達成活躍老化延緩失能，以紓解台北市超高齡社會老人問題。

壹、訂定老人健康促進政策之長遠目標為全體老人之十分之一

臺北市的老人數量會越來越多，失智的比率並無下降，申請長照的人數不降反升。若以政策層面的效益來看，或可參考日本將申請長照人數之增減趨勢當作主要參考與判斷的指標，亦即臺北市失能老人約佔老年人口數 1/7，也就是約 13.5%，若以本市失能老人約佔老年人口數 10%為目標，不僅臺北市政府各局處可以有清楚的關鍵績效指標(KPI)可以參考與努力，同時也能具體落實老人促進健康政策，更得以容易檢視與證明該政策之執行效率等。

貳、調整預算結構及方配方式，以政策目標作為增加老人促進

健康預算項目

臺北市預估至民國 110 年，65 歲以上老人人口將達 55.4 萬人，占臺北市總人口數比率將超過 20%，屆時將步入「超高齡社會」。如以每位老人可享有之年度預算金額約 1 萬 3 千元計算，未來 5 年臺北市政府老人福利預算編列金額，將由 107 年 62.03 億元成長至 111 年 75.43 億元，增加 13.4 億元。可知，隨著臺北市老年人口逐年增加，相關老人福利支出亦將隨之增加，長期而言，若總預算規模無法同步增加，則極有可能發生「老人福利支出排擠其他市政支出」或「老人福利不足」之兩種情形。

有鑑於此，臺北市政府應全面檢討整體預算結構及其分配方式、進行相應之調整作為，並以循序漸進方式增加老人健康促進預算項目，以確保老人可享有充足之預算額度。

參、提高召集人層級以落實跨局處目標，確實發揮臺北市老人

福利推動小組任務編組功能，使各項政策能真正服務長者

需求

臺北市推動老人促進健康的政策方案分散在市府各局處，例如：社會局負責社區照顧關懷據點方案、老人收容安置等；衛生局負責健康城市、社區健康促進等。各局處雖均照計畫期程、各司其職，各方案之召集人均為其局處首長，缺乏整體之評價平臺，各局處都有自己的計畫分案，然而，因屬於跨部門與跨領域之工作範籌，目前召集人為衛生局局長層級而非市長層級，資源整合與推動成果較困難，目前臺北市已成立健康城市推動委員會，強調三合一，及整合健康城市，高齡友善城市與安全社區三大計畫，希望統合全市各局處力量與資源，致力改善健康城市的願景，是全國首創模式，但其缺點是資源整合，局處行動力，是否會忽略高齡友善城市的計畫，仍缺乏垂直與水平的整合，社區的參與的機制。

查老人福利法第 9 條「主管機關應邀集老人代表、老人福利相關學者或專家、民間相關機構、團體代表及各目的事業主管機關代表，參與整合、諮詢、協調與推動老人權益及福利相關事宜；其中老人代表、老人福利相關學者或專家及民間相關機構、團體代表，不得少於二分之一，且老人代表不得少於五分之一，並應有原住民老人代表或熟諳原住民文化之專家學者至少一人。前項之民間機構、團體代表由各該轄區內立案之民間機構、團體互推後由主管機關遴聘之」，臺北市政府現行已依法成立老人福利推動小組，作業要點明訂其任務為「（一）老人權益及福利業務發展之整合規劃事項。（二）老人權益及福利業務之協調、諮詢及推動事項。（三）其他老人權益及福利促進事項」；另同法第 10 條亦規定「管機關應至少每五年舉辦老人生活狀況調查，出版統計報告。」，惟目前臺北市政府所推

出之各項老人福利政策規劃似非皆有透過前述推動小組通盤檢討、整合，並評估推動成效，反饋未來政策推動，恐難避免「見樹不見林」、「難窺全貌」之憾(訪 13，2018)。

在政策目標與實際執行效益之差異，由於各局處細部計畫負責 KPI，其達成率均可完成，是否會見樹不見林之憾，或無法聚沙成塔之效？目前仍缺少整體較大範疇老人促進健康政策的評估。若能統合市政府全部資源，由研考會來負責整體評估，配合衛生局及社會局進行老人健康評估與需求，臺北市政府應有具體可量化之成果。

學者郭憲文針對臺北市 12 區健康服務中心針對高齡者進行問卷調查，總計回收 1,200 份有效問卷，其結果在八大面之改善率為 54.2%，以社會參與改善最高為 59.8%，最低為工作與志願服務 47.5%，要促進長者健康，必須有組織，有策略，循序漸進方式去推動，可以用高齡友善城市作為評估市府促進長者健康之基礎建設，若未能符合高齡友善城市之核心指標(WHO 制定 28 個指標)，不僅無法與國際接軌，更無法彰顯努力成果。

例如在住宅政策上，臺北市仍有老舊高寓都沒有電梯，長者無法自由行動，房屋室內設計沒有通用設計，對失能者或行動不便長者更加困難。各局處是否有針對高齡者調查之需求與滿意度，仔細考慮提出具體改善措施？臺北市府雖有龐大的經費，但過去缺乏完整監督管考的機制，雖有策略地圖與 KPI，但沒有跨部門完整監督考核機制，使得無法評價老人促進健康政策方案 具體成效。

綜上所述，高齡社會既是臺北市政府必須正視之問題，則應強化該推動小組之功能，由該任務編組進行整體性評估，具體而有效整合各局處資源、進行跨部門合作，制定有感而務實的政策與措施，建立綿密而完整的服務網絡，並督導各

相關機關簡化各項作業之申請及審核流程，以使政府推動的各項政策能貼進長者的日常，真正符合各階段長者的需求，達到延緩老化、預防失能等目的。

肆、補助企業雇用初老，提昇老人社會參與，增加 65 歲以上 求職者就業機會，提高高齡者勞動參與力

老人於經濟上希望在物質上能獲得滿足，同時也期望增加社會上互動機會，因為退休後沒工作，人際關係也會隨之減少，同時家庭結構也會跟著改變，導致家庭成員的互動減少，就容易產生身心疾病。且現今醫療科技發達、個人對健康之重視以及政府持續加強老人健康促進政策之推動等，使得人們身體更為強健、更有活動力，故可思考有哪些能提供老人就業或社會參與的機會。

臺灣 65 歲的勞參率是 8%，日本約為 26%，韓國則是 32%，依據本市高齡統計指標顯示，本市 65 歲以上之就業者人數於 102 年-105 年度分別為 2.1 萬人、2.4 萬人、2.7 萬人及 2.9 萬人，呈成長趨勢。然而臺北市的老年人數量正快速增加，長照預算與需求快速擴大，政府應仿效「身心障礙者權益保障法」保障就業相關規定，研擬以政策補貼中小型企業雇用 65-75 歲初老之健康老人，不僅能使長者積極的參與社會，同時還得以藉由社會參與，來維護與促進健康。

如能提供更加友善（更具彈性或可兼職）的工作環境或工作機會，將能提高老人社會參與程度，幫助長者經濟獨立、人際互動、增進其自我價值，又可補充勞動力不足。

伍、引進或輔導民間資源或相關產業投入，公私協力共同提供

高齡健康促進

因為政府資源有限，而民間的力量無窮，建議相關局處可思考如何加強結合民間資源、擴大民間參與共同推動各項老人健康促進計畫，此方式除可補足政府資源不足之處外，亦可藉由公私協力引進更多民間企業創新思維，並帶動銀髮服務產業的發展，以提供更完善、多元的高齡服務。

因此臺北市政府應擴大公私部門共同參與，營造高齡友善的環境，以增進長者活躍老化與健康老化：建立平臺與輔導機制，鼓勵民間業者參與高齡友善計畫，研發各種年長者之輔具，智慧型的儀器，設施或環境，例如智慧城市展覽，就有銀髮族之產業鏈。以公民參與及參與式預算等方式，加強社區及民眾之參與，了解高齡友善城市計畫內涵，來改善老人健康與居住環境的品質。

陸、建立「時間銀行」制度，讓初老年人投入照顧老老年人的行列

雖然目前將 65 歲以上長者稱之為老年人，但由於醫療與保健觀念等進步，步入初老之長者(約 65 歲~75 歲)體力與健康往往仍處於良好狀況，因此應善用初老長者之人力，投入協助老老長者(75 歲以上)之老人促進健康之領域，並由政府規劃與建立「時間銀行」制度，讓初老長者從事照顧老老長者之服務時數，在初老長者未來成為老老長者時，可以將服務時數轉換成被照顧時數，抵免並免費獲得其他初老長者的協助與照顧。如此一來不僅能善用初老長者之人力，使其也能得以減緩老化速度，同時藉由「時間銀行」制度，增加初老長者投入照顧老老長者的意願，更可以使初老與老老長者有更多交流、溝通與傳承的機會與平台。

柒、以減稅方式落實在地終老家庭照顧，避免讓社會福利形成社會依賴，

由於社會福利容易形成社會依賴，一但黑洞打開會慢慢擴大，所以必須要省慎評估與思考，同時兼顧未來政府財政狀況。換言之，決策者須了解什麼時間點推動政策才會有預期的效益。因此應鼓勵嬰兒潮世代的人，透過他們有比較多的兄弟姐妹一起合作，在金錢上跟時間上，來共同照顧年邁的父母親，尤其是失能的前期，有一大段很長的時間，如此才能夠延緩這些老人家進入嚴重失能，同時在照顧自己父母親的同時，可以學到自我老化的延緩，因為父母親的慢性疾病有相當高的比例會遺傳到這些子女身上，不僅可以節省許多不必要的支出，也可有效建立預防機制。對臺灣至少到 2025 年應該如此來推動。然而，政府須提供誘因，例如減稅的方式，或是提供家裡面改善無障礙設施，以及教導這些嬰兒潮世代的人照顧的技巧等。尤其身為首都的臺北市，更應率先著手進行。

捌、建立臺北市悠遊卡宏觀使用

柯文哲市長既然給了老人每人每月 480 點，那要宏觀到什麼程度，應思考建立宏觀資源統一不重疊，全面不能片面，不能老是享有資源的是固定人，促進健康是要全面的，要整個有宏寬，不應僅限於搭公車與捷運等行的消費，應擴大到民間的運動中心適用抵 15 點，參加據點共餐、購買自助餐、購買國民便當比照搭乘捷運、公車等扣抵每次消費 15 點，擴大悠遊卡適用範圍促進在地健康老化之概念，解決社區獨居老人用餐問題等。

綜上所述，臺北市老人健康促進政策，如果能擴大悠遊卡使用範圍，以每年約 24 億編列預算(每人每月 480 點*24 萬*12 個月)，訂定如臺北市悠遊卡宏觀使用

辦法，與社區藥局、便利商店診所、自助餐、等社區商店合作，將足以因應高齡化成長率所帶來之食、醫、行、育、樂之支出預算，並得以解決獨居、弱勢老人供餐，完成老人食的問題，惟老人據點餐政策為因應高齡化成長，預算應持續增加，醫的方面：配合社區醫療體系運用，落實在地老化、在地終老、在地醫療，惟老人醫療體系之預算應已足夠無虛增加預算，只需將預算使用控制得宜，不要流於行式之大拜拜，至於行的問題應依狀況可以增加預算，建議增加友愛社區老人，前面增設觸控式人行綠燈，讓社區老人有足夠時間過馬路及補助商店增設無障礙斜坡出入口並增設高齡化用品專區，另針對育的方面因原編列預算少，建議合併供餐辦理樂齡學習，以利局處整合方便老人使用，樂的方面：為因應高齡化之成長，觀傳局主辦之是老人市政參觀仍有其必要，且需擴大舉辦，增加預算.....等，雖或臺北市政府的老人促進健康政策仍處於萌芽階段，相關的預算僅是杯水車薪，預算之分配也尚有檢討與改善的空間，但唯有隨時隨地修正與調整，才能讓臺北市有限的資源與預算發揮最大的效能。

參考文獻

一、中文部分

中時電子報，2013，〈借鏡德國晚退政策〉，10/20。

中時電子報，2016，〈長照人口 10 年後破百萬 照服員拉警報〉，12/18。

內政部編印，2008，《人口政策白皮書：少子女化、高齡化及移民》，臺北：內政部。

方進隆，1991，《運動與健康》，臺灣：漢文書店。

方進隆，1992，〈規律運動與健康促進和疾病預防〉，《中華體育季刊》，5(4)：1-7。

王瑞霞，1994，《社區老人健康體能活動參與及相關因素的探討》，行政院衛生署委託研究計畫。

王熙哲，2013，〈臺灣高齡居家照顧服務業之機會與挑戰〉，《產業與管理論壇》，15(2)：60。

江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺，2006，〈老人自殺問題〉，《臺灣醫學》，10(3):353-361。

自由時報電子報，2016，〈高齡化衝擊 臺灣市老年人口突破 40 萬〉，9/21。

行政院經濟建設委員會，2012，《中華民國 2012 年至 2060 年人口推計》，臺北：行政院經濟建設委員會。

吳玉琴，2011，〈臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望：老盟觀點〉，《社區發展季刊》，136：251-263。

吳尚琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻，2011，〈百年大計—建構我國長期照護服務網〉，《社區發展季刊》，133：209-221。

- 吳明儒、湯宏忠，2005，〈社區發展與組織再造－臺灣高齡社區照顧模式之比較分析〉，「2005年臺灣社會福利學會年會 社會暨健康政策的變動與創新趨勢：邁向多元整合的福利體制國際學術研討會」（5月6-7日），高雄：高雄醫學大學。
- 吳淑瓊、莊坤洋，2001，〈在地老化：臺灣二十一世紀長期照顧的政策方向〉，《臺灣公共衛生雜誌》，20(3)：192-201。
- 呂寶靜，1997，〈臺灣地區老人日間照護方案功能之初探：從老人使用者及其家屬的觀點出發〉，《國立政治大學社會學報》，27：89-120。
- 呂寶靜，2014，〈從活力老化觀點談健康促進：美國的作法，臺灣的借鏡〉，《社區發展季刊》，145：172-183。
- 呂寶靜、吳淑瓊，1995，《老人福利政策之研究》，內政部社會司委託研究報告，http://socialwork2009.nccu.edu.tw/faculty08_lu.html
- 李再立，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 李佳綺、胡淑貞、李中一，2015，〈臺灣活躍老化政策的現況與未來發展〉，《長期照護雜誌》，19(2)：117-126。
- 李易駿，2002，〈全球化對社會福利的挑戰：兼論臺灣個案初探〉，《臺灣社會福利學刊》，2：119-154。
- 李易駿，2002，〈從公民社會觀點對社區工作模式的初步建構〉，《社會發展研究學刊》，6(1)：1-30。
- 卓春英，2005，〈日出南方-臺灣公部門社會福利發展重要記事與創新作為：以省立臺南醫院和高雄縣為例〉，《社區發展季刊》，109：354-357。
- 周月清，2000，《英國社區照顧：源起與爭議》，臺北：五南圖書出版股份有限公司。

- 周臺龍、鄭文輝，2008，〈臺灣多層次長期照顧財務保障架構之探討〉，《臺灣社會福利學刊》，7(1)：65-122。
- 周麗芳，1999，〈德國長期照護保險制度及其財務規劃〉，《保險專刊》，58：53-68。
- 林秀芳、蕭淑媛、陳秀雯、李玫臻、涂筱菁，2010，〈社區活力再現－高雄縣社區培力的歷程探討〉，「社會福利研討會」，高雄：高雄縣政府。
- 林萬億，2003，《當代社會工作:理論與方法》，臺北：五南圖書出版股份有限公司。
- 林萬億、陳美蘭、鄭如君，2012，〈臺灣活力老化的推動：現況與議題〉，「臺灣因應高齡社會來臨政策研究研討會」，臺北：國立臺灣大學公共政策與法律研究中心。
- 邱汝娜、林維言，2004，〈邁向多元與包容的社會－談現階段外籍與大陸配偶的照顧輔導措施〉，《社區發展季刊》，105：6-19。
- 邱汝娜、陳素春、黃雅鈴，2004，〈照顧服務社區化－當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃〉，《社區發展季刊》，106：5-17。
- 邱銘章、陳達夫、王培寧、白明奇、黃正平、花茂琴、林克能、湯麗玉、孫瑜、林仲志、傅中玲，《失智症（含輕度認知功能障礙(mild cognitive impairment, MCI)）流行病學調查及失智症照護研究計畫》，行政院衛生署委託科技研究計畫。
- 厚生省社会・援護局，2000，〈社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する 検討会報告書〉，厚生労働省ホームページ，http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html，2000/12/8。
- 柯文哲，2018，訪談紀錄，臺北市。

翁毓秀，2009，《日本、韓國少子女高齡化社會之因應策略-臺灣做了甚麼？未來可以做甚麼？》，社區發展季刊第 125 期，頁 247。

國家發展委員會，2016，《中華民國人口推估（105 至 150 年）》，臺北：國家發展委員會。

國家發展委員會，2016，《中華民國人口推估（105 至 150 年）》，臺北：國家發展委員會。

張彩秀，1992，《中老年人運動型態、體適能及健康狀況之研究》，臺北：陽明大學公共衛生研究所碩士論文。

張舜翔，2015，〈高齡化社會來臨 樂齡族群特色大不同〉，《工業技術研究院市場產業情報》，2015 月 8 月 14 日。

曹俊漢，2009，《全球化與全球治理－理論發展的建構與詮釋》，新北市：韋伯文化國際出版有限公司。

梁秀菊，，2018，訪談紀錄，臺北市。

莊秀美，2012，《營利部門與非營利部門於照顧服務提供之競合》，臺北：松慧文化。

莊秀美、賴明俊，2010，〈活躍老化—日本推動「生涯現役社會營造」相關課題之探討〉，《社區發展季刊》，132：252-263。

莊秀美、賴明俊，2010，〈活躍老化—日本推動「生涯現役社會營造」相關課題之探討〉，《社區發展季刊》，132：252-263。

莊秀美、賴明俊，2010〈活躍老化—日本推動「生涯現役社會營造」相關課題之探討〉，《社區發展季刊》，132：252-263。

許立民，2018，訪談紀錄，臺北。

郭凱儀，1995，《社區工作的價值取向及方法》，香港：中華書局。

- 郭憲文，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 陳正芬，2011，〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉，《社區發展季刊》，133：197-208。
- 陳伊敏，2015，〈德國老年社會專題 1:在德國，我們為什麼可以優雅老去？〉，端傳媒，
<https://theinitium.com/article/20151124-culture-feature-agingsociety-German01/>，2015/11/24。
- 陳志銘，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 陳明芳，2013，〈活力老化與老年經濟安全體系:歐陸與臺灣的對話〉，《人文及社會科學集刊》，25(2)：175-219。
- 陳武宗，2010，〈健康促進、社會工作與老人服務方案〉，《社區發展季刊》，132：189-206。
- 陳亮功，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 陳俊辰、李佳欣，2015，〈全球高齡趨勢/終結孤單，有解〉，康健雜誌，
<http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=73420>，2016/11/4。
- 陳思宇，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 陳學臺，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 勞動部，2013，〈國際勞動統計〉，<http://www.mol.gov.tw/statistics/2452/2457/>。
- 勞動部，2015，〈勞動統計月報〉，
<http://statdb.mol.gov.tw/html/mon/rptmenumon.htm>。
- 彭振聲，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 曾妙慧、呂慧芬，2013，〈由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系〉，《社區發展季刊》，141：442-463。

- 曾燦金，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 游麗惠，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 黃世傑，，2018，訪談紀錄，臺北市。
- 黃志忠，2007，〈社區組織推動福利社區化之我見〉，96年度社區發展工作績效評鑑報告。
- 黃幸玲，2012，《參與樂齡學習對心理健康的影響》，南投：南開科技大學福祉科技與服務管理所碩士論文。
- 黃明發，2013，《長照機構經營與管理》，新北市：揚智文化。
- 黃源協，1997，〈英國國民健康照護體系的發展(1948-1996)：臺灣全民健康保險的借鏡與啟示〉，《社會政策與社會工作學刊》，1(1)：99-132。
- 黃源協，1999，〈福利社區化的迷思與省思－以鹿港實驗計畫為例〉，《社區發展季刊》，87：121-134。
- 黃源協，2000，《社區照顧-臺灣與英國經驗的檢視》，新北市：揚智文化。
- 黃源協，2001，〈臺灣社區照顧的實施與衝擊-福利多元主義的觀點〉，《臺大社會工作學刊》，5：53-101。
- 黃源協、劉素珍、蕭文高，2011，〈英國社區新政對臺灣社區工作的啟示與借鏡-社區治理觀點的分析〉，《臺大社會工作學刊》，20：1-46。
- 黃碧霞、莊金珠、楊雅嵐，〈高齡化社會新對策從「友善關懷老人服務方案」談起〉，《社區發展季刊》，2010，132：3-14。
- 楊志良，2010，〈由活躍老化觀點建構國民健康新願景〉，《社區發展季刊》，132：26-40。
- 楊佳益，2012，〈身體活動或運動與健康促進〉，《屏東教大體育》，15：25-33。
- 楊佳益，2012，〈身體活動或運動與健康促進〉，《屏東教大體育》，15：25-33。

楊卓翰，2015，〈延退救老化社會，看看澳洲怎麼做〉，今周刊，

<http://www.businesstoday.com.tw/article-content-80392-108913-%E5%BB%B6%E9%80%80%E6%95%91%E8%80%81%E5%8C%96%E7%A4%BE%E6%9C%83%20%E7%9C%8B%E7%9C%8B%E6%BE%B3%E6%B4%B2%E6%80%8E%E9%BA%BC%E5%81%9A>，2014/7/3。

葉至誠，2012，《老人長照政策》，新北市：揚智文化。

臺北市政府社會局，《103年臺北市老人生活狀況調查報告》，臺北：臺北市政府社會局。

臺北市政府社會局，2008-2018，〈老人人口數統計〉，

https://dosw.gov.taipei/News_Content.aspx?n=27AAE5ED6FF97B25&sms=4B1E8360DEFCCDC2&s=F2845354E457EE98。

劉宜君，2017，〈政策參與與政府再造談政策網絡的概念與類型〉，國家政策研究基金會，<https://www.npf.org.tw/2/925>，2007/2/8。

衛生署長期照護保險籌備小組，2011，《國民長期照護需要調查(第一階段)結果報告》，臺北：衛生署。

衛生福利部，2013，《長期照護保險政策評估》，臺北：衛生福利部。

衛生福利部，2014，《中華民國 102 年老人狀況調查報告》，臺北：衛生福利部。

衛生福利部國民健康署，2005，《國民健康訪問調查報告》，臺北：衛生福利部國民健康署。

衛生福利部統計處，2015，〈衛生福利統計〉，

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312。

賴兩陽，2001，《臺灣社會福利社區化之研究：政策、推動模式與實施成效》，臺北：臺灣大學國家發展研究所博士論文。

賴兩陽，2002，《社區工作與社會福利社區化(一版)》，臺北：洪葉文化事業有限公司。

賴兩陽，2004，〈社區發展協會推動福利社區化的策略分析〉，《社區發展季刊》，106：68-78。

賴香伶，，2018，訪談紀錄，臺北市。

薛承泰，，2018，訪談紀錄，臺北市。

藍世聰，，2018，訪談紀錄，臺北市。

蘇孟宗，2015，〈銀髮服務科技與週邊產業之發展〉，《工業技術研究院產業經濟與趨勢研究中心》，2015年9月17日。

蘇景輝，1995，《社區與社會福利的結合：社區照顧》，「社會福利政策策略原則分析研討會」，內政部、臺灣大學社會系。

蘇錦輝，2012，〈臺灣社會福利社區化綜觀〉，「社會福利社區化：以社區為本的福利服務學術研討會」，新北市：輔仁大學。

顧燕翎，2011，《芬蘭老年照顧政策轉型研究》，財團法人婦女權益促進發展基金會委託研究計畫。

二、英文部分

- Analasis & Policy Observatory(APO). 2014. *Australia for an Ageing Blueprint*.
<http://apo.org.au/node/41140>. Latest update 20 May, 2018.
- Baker, Lindsey A., Lawrence P. Cahalin, Kerstin Gerst, & Jeffrey A. Burr. 2005.
“Productive Activities and Subjective Well-Being among Older Adults: The
Influence of Number of Activities and Time Commitment.” *Social Indicators
Research* 73(3): 431-458.
- Biklen, P. D. 1983. *Community Organizing: Theory and Practice*. Englewood Cliffs, NJ:
Prentice-Hall.
- Giddens, Anthony. 1994. *Beyond Left and Right: Future of Radical Politics*. Cambridge:
Polity Press.
- Gilbert, N., & P. Terrell. 2010. *A Framework of Welfare Policy Analysis Dimensions of
Social Welfare Policy* (7th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Griffiths, H. 1997. “Feminist Perspectives on Caring.” In J. Bornat et al. eds.
Community Care. London: OUP.
- Iecovich, E. 2014. “Aging in Place: From Theory to Practice.” *Anthropological
Notebooks* 20(1): 21-34.
- Maslow, A., & R. Lowery (ed.). 1998. *Toward A Psychology of Being* (3rd ed.). New
York: Wiley & Sons.
- O’Toole, K., & Neil Burdess. 2004. “New Community Governance in Small Rural
Towns: The Australian Experience.” *Journal of Rural Studies* 20(4): 433-443.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 1996. *A Software
for the Comparative Analysis of 27 Health Systems*. Paris: OECD.

Pender, J. N. 1996. *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

United Nations Population Fund. 2017. "Aging." in <https://www.unfpa.org/ageing>. Latest update 21 February 2018.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. 2017. "World Population Aging 2017." in <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/05/WPA-2017-Launch-to-the-IDOP-5-October-2017.pdf>. Latest update 1 April 2018.

Walker, Alan. 2002. "A Strategy for Active Ageing." *International Social Security Review* 55(1): 121-139.

Walker, Alan. 2006. "Active Ageing in Employment: Its Meaning and Potential." *Asia-Pacific Review* 13(1): 78-93.

World Health Organization (WHO). 2002. *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2007. *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: WHO.