

Sac-Res-095-001 (委託研究報告)

## 專題研究計畫(十二)

### 運動與健康

行政院體育委員會編印

中華民國95年12月

Sac-Res-095-001 (委託研究報告)

## 專題研究計畫(十二)

### 運動與健康

行政院體育委員會編印

中華民國95年12月

# 專題研究計畫（十二）

## 運動與健康

審 查 委 員：王同茂 李高祥 李天任 何卓飛 周宏室  
紀 政 陳全壽 陳士魁 陳國儀 陳光復  
黃啓煌 許樹淵 康世平 楊忠和 楊志顯  
劉北陵 鄭志富 簡明忠（依姓氏筆劃排列）

計 畫 主 持 人：紀雪雲 黃月桂

研 究 員：林怡利 黃光獻 張榮珍 李玉麟

審 訂 小 組：吳龍山 彭臺臨 葉景棟 謝季燕 張芬芬

行政支援小組：何金樑 洪志昌 周 瑞 胡啓邦 江秀聰

葉丁鵬 戴琬琳 洪秀主

撰述暨工作小組

總 主 持 人：王同茂

共 同 主 持 人：康世平 許樹淵

研 究 員：黃國恩 康正男 莊哲仁 古博文 陳志一  
連玉輝 劉宏裕 林聯喜 張俊一

研 究 助 理：唐郁惠 林惠如 黃啓彰 張世嫻

校 稿：郭雅婷 洪渝涵 張智鈞 陳麗安 呂雅芸  
劉漢賢

委 託 單 位：行政院體育委員會

受 委 託 單 位：國立臺灣大學

中華民國 95 年 12 月

# 運動與健康

## 中文提要

### 一、研究緣起及經過

體育的最終目的應為提升國民福祉，而國民健康乃為福祉首要，因此體育白皮書之規劃乃將運動與健康之關係作深入之探討，並撰寫專章以供政府決策之參考，本研究透過專家會議多次，期待分析國民健康局國民健康調查（NHIS）資料與健保就醫資料串檔，可惜申請手續繁瑣未能配合資料整理時間，乃用既有文獻整理，輔以專家討論法進行。

### 二、研究方法

本研究採文獻回顧法，蒐集國內外有關運動與健康之文獻及政府出版品，並邀請政府該項業務主管及專家學者核對是否有錯漏之處予以修正，專家領域包括運動體育、健康促進、運動休閒、統計學、資料處理等。分運動對生理、心理及社會的影響、政府相關政策的檢討、運動與體適能、運動與健康保險以及運動與健康促進六大章節分析資料，以為撰寫我國未來運動與健康政策白皮書之依據。

### 三、重要發現

- （一）健康體能既然有科學證據顯示其對健康及正向行為的影響，但我國政府總預算在運動經費上的投資比例偏低，而運動經費又偏向競技技能提升，對於提升體能與全民運動的經費比重偏低。
- （二）國家運動政策以培育競技運動為優先，不論是人員培訓或場館設施都缺乏培養規律運動的配套措施及環境。
- （三）青少年及成人身體活動普遍不足，規律運動人口比率偏低。
- （四）我國政府推動的提升體能計畫，大都參酌先進國家規劃，唯其完整配套措施及持續部分有待加強。
- （五）相較於規律運動人口比率較高的國家，我國在運動場所提供的可近性、安全性、連續性尚有很大的改善空間，而運動活動不夠多元，與生活連結較低。

## 四、主要建議

### (一) 近期策略

1. 我國學校體育從師資培育到課程教學以及運動會等活動一直以運動技能為主，建議能轉化為健康體能教學，落實為生活教育的一環，運動會等活動及獎勵亦能將持續運動、動態生活列為獎項。
2. 我國 516 所健康促進學校，有 266 所預定推行健康體位，建議政府能優先提供配套措施輔導這些學校成為健康體位示範學校以提供學校和社區培養動態生活的標竿學習對象。
3. 配套措施包括：體育老師生活技能教學培訓、學校作息及環境調整為動態生活作息和處處是運動場所的環境，運動大會能規劃獎勵提升健康體能之師生、家長，健康檢查、體能檢測、體適能護照列為健康評估之主要依據，並據以規劃師、生、家長體能推廣計畫。
4. 體委會應開發輔導及資源支持網絡輔導、協助各單項運動協（學）會將培養社區居民養成動態生活列為重點工作。
5. 普設動態生活支持性運動場所、設施。
  - (1)教育部鼓勵走路上學相關安全走廊的建置應列為優先 補助。健康城市計畫推動無車日或騎腳踏車上班等活動應規劃、建置腳踏車專用道，並列為工務維修計畫。
  - (2)公園、綠地美化亦將動態活動場所列為永續或綠化環境營造之一。
  - (3)配合一人一運動、一校一團隊提供場所設施，鼓勵學校 採自給自足方式（自辦、委辦、公辦民營或 BOT 等）開放校園運動設施、場所供社區居民使用。
6. 教育部社會教育、家庭教育能將國民動態生活養成列為主要項目。
7. 建議商業保險公司能將健康體能納為風險考量。
8. 鼓勵醫療人員參與運動評估、傷害防護相關設施及人員的培訓。
9. 慢性病人運動的指導應與正常人有所區別，這些輔導員的培訓亦應及早規劃。

### (二) 長期策略

- (一) 運動評估、運動傷害防護及運動規劃與指導能合而為一，以全人照護的思維規劃國民運動計畫。

- (二) 立法或以行政命令將規律運動列為國民的責任。
- (三) 國家總預算能增加在運動與健康的投資。
- (四) 全民健保給付能將運動責任列為保費減少之考量，健保給付能將運動指導納入。

**關鍵詞：運動、健康、體適能、健保、健康促進**

# Exercise and Health

## Abstract

### Background

The aim of physical education is to increase the happiness of the population, while an individual citizen's health is essential to the happiness of whole population. This report explores the relationship of exercise and health, which may provide some references for the future public decision making. At the beginning, we planned to link and analyze the dataset collected by the Bureau of National Health Insurance (BNHI) and the Bureau of Health Promotion. However, due to the time constraint, we had not had enough time to process them. Instead, based on literature review, we invited several sports experts and health professionals to discuss our research questions and concerns and gathered consensus conclusions.

### Methods

In literature review, we collected journal articles and governmental documents related to exercise and health. Experts in sport management, health promotion, data process and statistics were invited to verify and to interpret those data collected from the related literature. The results were organized into the following categories: the impacts of exercise on physical, mental, and social well-being, an assessment of governmental policy, exercise and fitness, exercise and health insurance, exercise and health promotion.

### Important findings

1. The government has invested insufficient funds into exercise, even though it's clear that the impact of exercise is positive to health status. Most sports budgets are allocated in reinforcing competitive sports, not in general sports. The proportion of budgets allocated in promoting fitness and general sports are very limited.
2. Since the priority of national sports policy is to promote competitive sports instead of general sports, there is a lack of matched policy and environment in

personnel training and equipment for regular exercise.

3. Both populations of youth and adult have insufficient physical activities. The population proportion for regular exercise is relatively low.
4. Most national fitness promotion programs are adopted from those in the developed countries, but they may need more integration and reinforcement in the aspect of continuity.
5. Compared to those countries with higher proportions of regular exercise, the accessibility, the safety, and the continuity of our sporting facilities need to be significantly improved. More diversified physical activities linked with daily living are required to be developed.

## Main Suggestions

### Short-term strategies

1. To transform health and fitness courses from traditional physical education that used to be focused on sporting techniques at games. Regular exercise and dynamic living styles should be included as an alternative activity and prize for daily living education.
2. To provide guidance to 266 schools that plan to advocate healthy body among 516 health promotion schools. These schools may become demonstrative schools for healthy body, and act as benchmarks for dynamic living at schools and in the communities.
3. Matching programs may include: educational training of living techniques for teachers in physical education, adopting dynamic living and sporting environment to schools' daily agenda, involving programs in promoting physical fitness for faculty, students, and parents in sport conventions, developing physical check-ups and physical fitness tests with passports for physical assessment, and planning fitness promotion programs for students, teachers, and parents accordingly.
4. Council of Physical Education should develop the supportive internet in order to assist every sport association in educating the community residents to



prioritize dynamic living style.

5. Set up more supportive sport institutions and facilities for dynamic living:
  - To prioritize the supplement of building safe hallway for “walk to school” programs encouraged by the Ministry of Education.
  - To plan and to set up “bike only” trails for promotion programs in the healthy cities, such as activities of “no car day” or “bike to work”, etc.
  - To include parks and green fields in the establishment of environmental continuity.
  - To collaborate with the advocacy of “one person one sport” and “one school one team”, schools should be encouraged to build sport facilities and institutions by self-sufficient ways (e.g., contract out, OT, or BOT, etc.), and these campus facilities should be available to the community.
6. To include citizen’s dynamic living as a major item for social and family education in the Ministry of Education.
7. To suggest commercial insurance companies to consider health fitness into risk adjustment.
8. To encourage medical professionals to participate in the training of sport assessment and injury prevention.
9. To differentiate the sport guidance of chronic patients from that of ordinary people in the early stage of long-term care plan.

#### Long-term strategies

1. To integrate exercise assessment, sport injury prevention, and sport planning and guidance with holistic mind in the national sport program.
2. To include regular exercise as a citizen obligation in the regulation.
3. To increase national budget in the investment of sport and health.

To consider regular exercise as an essential condition for the decrease of national health insurance premium, and to include sport guidance in the reimbursement.

**Key Words : exercise, health, health fitness, National Health Insurance, health promotion**

## 目錄

中文提要.....	i
Abstract.....	iv
目錄.....	vii
表目錄.....	ix
圖目錄.....	x
第一章 概論 .....	1
第二章 運動與健康文獻回顧.....	5
第一節 運動與身體健康.....	5
第二節 運動與心理健康.....	7
第三章 政府推動相關政策檢討.....	11
第一節 體委會相關政策計畫.....	12
第二節 教育部相關政策計畫.....	15
第三節 衛生署相關政策計畫與檢討 .....	20
第四節 中央政府運動與健康預算.....	31
第四章 運動與體適能.....	35
第一節 體適能(Physical fitness).....	35
第二節 各國健康體能政策與相關指標.....	37
第三節 我國健康體能政策與相關計畫.....	43
第五章 運動與健保.....	49
第一節 我國健保與醫療付出.....	49
第二節 國內、外醫療保健現況與調查分析 .....	52
第三節 運動保健與運動計畫.....	58
第四節 運動傷害防護計畫 .....	61
第六章 運動與健康促進.....	67
第一節 健康促進觀念 .....	67
第二節 國內健康促進實施成效 .....	72
第三節 國外關於健康促進活動相關政策的發展 .....	75
第七章 結論與建議.....	79

第一節 結論.....	79
第二節 建議.....	79
<b>附錄.....</b>	<b>81</b>
附錄一：體育白皮書諮詢委員會第1次會議會議 紀錄.....	81
附錄二：體育白皮書諮詢委員會第2次會議會議 紀錄.....	86
附錄三：體育白皮書諮詢委員會第3次會議暨各 議題撰述構想簡報會議紀錄.....	90
附錄四：體育白皮書諮詢委員會第4次暨第5次會 議會議紀錄.....	95
附錄五：體育白皮書諮詢委員會第6次會議會議 紀錄.....	105
附件六：2006體育政策白皮書「運動與健康」議 題第一次會議紀錄.....	112
附件七：2006體育政策白皮書「運動與健康」議 題第二次會議紀錄.....	113
附件八：2006體育政策白皮書「運動與健康」議 題第三次會議紀錄.....	114
附件九：2006體育政策白皮書「運動與健康」議 題第四次會議紀錄.....	115
附件十：2006體育政策白皮書「運動與健康」議 題座談會.....	116
<b>參考文獻.....</b>	<b>117</b>

## 表目錄

表 3-1 九年一貫健康與運動領域主軸學習內容 .....	19
表 3-2 2001 至 2005 年度政府機關體育經費佔國民生產毛額等比例	31
表 3-3 體委會 2001 至 2005 年度施政計畫預算分配比重(單位：%)	32
表 4-1 教育部學校體育政策 .....	46
表 5-1 不運動比例 .....	58
表 6-1 健康促進學校六大範疇 .....	68

## 圖目錄

圖 2-1 健身運動對身、心效益架構圖 .....	10
圖 5-1 歷年平均每人 NHE 及 NHE/GDP 比 .....	50
圖 5-1 歷年平均每人 NHE 及 NHE/GDP 比之項目 .....	50
圖 5-3 國民醫療保健支出疾病配置圖 .....	51
圖 5-4 歷年平均每人每月應收保險費及醫療支出 .....	52
圖 5-5 國民醫療保健支出占國內生產毛額比率 .....	53
圖 5-6 平均每人國民醫療保健支出 .....	54
圖 5-7 我國與國際 0 歲時健康平均餘命 .....	55
圖 5-8 我國平均每人每年門診次數之國際比較 .....	56

## 第一章 概論

**「健康是人生永恆的話題，擁有健康，就擁有一切」**

「健康」這議題時常掛在人們的嘴邊，例如人的最大財富是健康，如果沒有健康，其他都是枉談；健康的意義遠遠大於任何物質所帶來的意義，又如，西方有句諺語：「寧可做終身無疾的乞丐，也不做疾病纏身的皇帝。」這句話道盡了顯而易懂的道理，而人們卻難以領悟的健康真諦。一個人即使是粗茶淡飯，陋室簡居，但只要身體強壯、身心快樂、絕對可以感受到人生幸福；反之，縱使山珍海味、五子登科，卻因終日疾病，食不甘味、夜不成眠、愁眉不展、苦不堪言的過日子，哪有心思享受這些榮華富貴；此時，欲將所有的財富換成健康，去享受無病的生活，也是萬萬不可行了；到了這般地步，人們才會感受到身體健康的重要性，感受什麼是真正的幸福、財富與快樂。

其實，健康的內涵隨著時代的變遷與發展，人們對自身健康認識的逐步提高而不斷擴大的。健康的人必須智力發展正常，精神、情緒、意識各方面處於良好的狀態，同時再加上社會學的屬性，這就形成了生理—心理—社會三維的健康觀(許樹淵，2004)。

而「運動」，是一種有計畫、有組織且具重要性的體能活動，其主要目的是促進或保持體適能，而規律運動是指一個人能持續的、規律的進行運動。為了更深入瞭解健康與運動的完整訊息，我們必須先瞭解其中意義。

### 一、健康的意義

眾所皆知，人類最大的欲求，無不在追求生命的安全與長存，亦即，沒有一個人不想過著安寧舒適的生活，而能長命百歲，即所謂：「追求身、心、靈的健康是人類未來的夢想與願景」。世界衛生組織(World Health Organization, 簡稱WHO)於「公元2000年全民健康的全球策略」一書中，將健康定義為「健康並不只是單一的目標，它是領導人們邁向進步發展的過程。一個健康的人，表示有工作能力及有參與生活中社區的活動，而健康系統是指在家庭、教育機構、工作地點、公共場合、社區及健康相關機構都處於健康狀態，它同時也包含個人和家庭

應採取主動態度去參與和解決他們自己的健康問題」。所以，健康是生理上、心理上和社會上的安全、安寧、美好狀態，即身、心、靈都要健全的。

美國健康與體育休閒舞蹈學會(AAHPERD)根據體適能的觀點對健康提出整體性的概念，認為健康是由五個成分的安適狀態(well-being)所構成，其內涵大致如下：

- (一) 身體適能(Physical fitness)：包括瞭解身體發展、身體照顧、發展正向身體活動的態度與能力。
- (二) 情緒適能(emotional fitness)：包括思考清晰、情緒穩定、成功的調適壓力、具備自制與自律的能力。
- (三) 社會適能(social fitness)：包括關心配偶、家人、鄰居、同事和朋友，積極與他人互動和發展友誼的能力。
- (四) 精神適能(spiritual fitness)：包括尋找個人生命的意義，設定人生的目標，擁有愛人與被愛的能力。
- (五) 文化適能(cultural fitness)：包括對社區生活改造有貢獻，能關注文化和社會事件以及接受公共事務責任的能力。

五種安適狀態彼此相符相成，進而影響生活型態與品質。

世界衛生組織也提出「生活品質」為個人在所生活的文化價值體系中，對於自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念、以及環境六大方面。健康生活品質包含生理、心理和社會的安適，評估一個人所擁有的健康功能，稱之為健康狀態。

## 二、運動的意義

運動是一單純性、直接性的名詞或動詞，是指對人體有良好適應的各種大肌肉活動，並可利用設計成為體育者。在運動宣言中，指運動是任何人體的運動，凡有屬於遊戲性質，並同時具有自我奮鬥或含有和他人比賽之特性者。運動亦是一種有計畫、有組織且具重要性的體能活動，其主要目的是促進或保持體適能(Casperson et al, 1885)。從客觀條件來說，運動必須可以隨心之所欲，充分做好身心的準備，在合適的時與地，著舒適的服裝，最好迎著溫暖的陽光與清新的空氣，量力而為，隨時可以依身體的感覺而停止。運動更有助新陳代謝，調節身心，增強健康。

其實，運動是非常特別的健康行為，不但可以促進身心健康，抒解壓力，增加工作和讀書效率，提升生活品質，而且在競爭劇烈偏向物質化的社會，運動也是促進良好的人際互動關係，亦可排遣閒暇時間的疲勞，以及促進社會和諧的休閒活動。

當然，良好的健康不再只是沒有病痛而已，目前健康的概念已走向「全人健康」概念，全人健康包含七個範疇( W.W.K Hoeger, L.W Turner, 2002 )：

- (一) 身體適能：擁有良好的體適能以及個人自信於關照健康問題的能力。
- (二) 情緒適能：瞭解自己的感受、接受自己的缺點及維持情緒穩定的能力。
- (三) 心智適能：指你的心靈與周遭的世界有交流互動的狀態。
- (四) 社會適能：與他人有良好互動的能力，不論是家庭之內或之外。
- (五) 環境適能：活在一個清淨而安全的環境之能力，而不會危害健康。
- (六) 職業適能：巧妙地完成自己份內的工作而能滿足自己與團隊的需求，並能回饋他人的能力。
- (七) 精神適能：體認生命是有意義、有目的、並帶給人類一股凝聚的力量；生命的倫常、價值與不朽指引著我們生命的意義與方向。

全人健康必須這七種範疇達到平衡狀態。因此，精神健康、生理健康和全人健康的關係，對於我們追求更好的生活品質來說是相當有意義的。

因此，「健康與運動」領域，乃為建構「人與自己之生長發育」、「人與人、社會、文化之互動」、「人與自然、面對是務實如何做決定」三個層面的活動，並以達到全人健康(total well-being)為主要目標。





## 第二章 運動與健康文獻回顧

我們為何要運動？它可以身體遠離肥胖及疾病，帶給您快樂及幸福。誰需要運動？每一個人都需要運動，但必須選擇適合的方法與強度。很多人都說運動很重要！但都僅止於「mouth exercise“嘴巴運動”。」根據體委會 2002 年體育統計，約 80%男性與 70%女性表示喜歡或非常喜歡運動，且此比例在各年齡層都很接近，表示大多數的民眾對運動有興趣，但每週僅運動 0-3 次的比例卻高達男性 56.5%，女性 58.1%，顯示對運動的喜好並未完全轉換成運動參與。既然運動是非常特別的健康行為，運動對於身體、心靈和社會的影響，也是影響到健康的品質；在這一章，我們藉由探討運動與身體健康、運動與心理健康瞭解運動的益處。

### 第一節 運動與身體健康

按照教育部頒布體適能專家所建議的每週三次，每次 30 分鐘以上，和每次運動讓心跳高達 130 次以上(即 333 計畫)，那麼對人類最大的好處由身體開始；首先是心臟、肺臟、血液、肌肉、骨頭、關節、韌帶、和無數的新陳代謝和內分泌系統，以及身體內部生化作用功能的強化；而且只要這些規律身體活動持續時間到達一定程度的話，那麼最先產生影響的部分應是肌肉力量、柔軟度、肌肉持久力、心血管循環功能和耐力，以及身體脂肪比等五大體適能要素的提高，以及包括身體的結構和組成方面的改善。除此之外，規律運動所帶來的心肺功能改善和生理效能的提高，以及在運動過程中生化和代謝作用的影響下，血壓、膽固醇和三酸甘油酯(triglycerides)成份的改變，大大降低了人們罹患高血壓心臟病的機會：包括中風、冠狀心臟病發生率( Shinton, 1993; Wannamethea, 1992 )、和心血管疾病死亡率( Blair 等, 1995 )。另外，有一些研究指出規律運動在預防直腸癌( Slattery, Potter, & Caan, 1997 )、肺癌( Thune & Lung, 1997 )、降低罹患糖尿病等效果十分顯著。同時，也有一些研究指出規律運動者在面臨各項疾病威脅時，死亡率較低( Kujala, Kaprio, Sarna, & Koskenvuo, 1998 )。Morgan(1985)更指出規律運動者身體功能退化較慢。總之，規律運動在改善一個人的身體體質，體適能水準和預防疾病上的效果上十分顯著。

另外，運動可以增加心縮壓、舒張壓與兩者的血壓差，也就是說，運動時心縮壓的增加量大於舒張壓的增加量，造成兩者之間的差異性提高，提高心臟血管輸送血液的功能。身體運動的程度越高，出現安靜時心縮壓與舒張壓下降的證據更完整。耐力運動訓練對於降低血壓的效果最好。運動訓練強度對於血壓變化的影響：對於原發性高血壓病患而言，要想藉由耐力運動訓練來降低血壓，低強度之運動訓練優於高強度的運動訓練。而且低強度運動訓練的安全性較高。根據美國醫學會期刊對 72,488 位女護士，40-65 歲於 1986 年之前未得到心血管疾病或癌症者研究，發現增加身體活動，明顯降低中風的危險(林世澤，2001)；文獻又有提到長期運動訓練會促進胰島素的活性，使得運動訓練後，血漿胰島素濃度降低、胰島素的分泌速率增加、胰島素的排除速率增加、胰島素的阻力減少。對於骨質疏鬆症的益處，除了本身鈣質的吸收和補充賀爾蒙外，運動可以提高骨質的最高量(peak bone mass)，透過適當的身體活動可以增加骨質的密度。一般來說，在 35 歲時骨質的密度會達到最高量，透過運動可增加骨細胞的建造能力，進而更加提高骨質的密度。雖然運動可能增加骨折傷的機率，但是運動使骨骼的密度更高，更不易造成骨折。運動也可減低骨質的流失量，研究發現太空人於四天的太空飛行中，尿中鈣質的流失顯著增加，然而在一個十四天的太空飛行中，每天從事等長性的肌肉活動，尿中的鈣質流失率會顯著的減少。研究也發現從事槌球運動的老年人，其骨骼中礦物質的含量顯著大於控制組，也就是運動可以減少骨質的流失。

所以，根據 Corbin(2000)文獻彙整的資料得知，定期規律運動對健康和全人健康的益處如下：

### 一、在心血管疾病上

- (一) 有改善循環系統的體適能和健康。
- (二) 使心肌更強健。
- (三) 降低心跳速率。
- (四) 使心臟更穩定的跳動。
- (五) 增加腦的氧氣量。
- (六) 減少血液中的低密度脂蛋白(Low-density lipoprotein(LDL)，使動脈壁沈積變窄的物質)。

- (七) 增加具保護力的高密度脂蛋白(High-density lipoprotein(HDL)，帶走動脈壁沈積的物質)。
- (八) 延遲動脈硬化的發展。
- (九) 使工作更有活力。
- (十) 改善末稍血管的循環。
- (十一) 改善冠狀循環。
- (十二) 減少心臟病、中風、高血壓慢性疾病的風險。
- (十三) 增加血液的攜氧量、...等。

## 二、在肌肉適能的影響

- (一) 改善肌力與肌耐力。
- (二) 減少肌肉與關節傷害的機會。
- (三) 加快在激烈運動後恢復的時間。
- (四) 增加骨質密度。
- (五) 減低成人糖尿病發生機率、...等。

## 三、在身體組成及健康方面

- (一) 增加淨體重且減少身體脂肪量。
- (二) 改變外觀...等。

## 第二節 運動與心理健康

除了身體上的好處之外，很多人都忽略規律運動對一個人心理上的效果。心理健康是個體在各種環境中能保持一種良好適應能力和效能的狀態。一個人不僅僅是生物體，更是一個社會成員。而健康的心理是一個社會人適應社會的基本條件。目前不僅青年學生的心理健康問題已越來越受到全社會的關注，任何年齡層的民眾更加需要我們對此引起重視。根據「身—心交互作用」理論，身體健康與心理健康有著較為密切的聯繫。目前，我國的全民健身也成為熱門研究領域，健身活動與心理健康的關係也日益受到廣泛關注。

一般較常見的心理問題，如憂鬱症、壓力和焦慮；特別是最近幾年來，憂鬱症(depression，又稱沮喪)是國人經常關注的議題，如社會不景氣、情變、政治立場而導致自殺或妨礙他人。罹患憂鬱症的人容易自殺，其情緒常感絕望、悲傷、無助、低自尊、和悲觀。臨床徵狀則為疲勞、易怒、猶豫不決、社會性退縮、乃至於自殺念頭。而焦慮是一種「對於威脅的一種冗長且擴散式的擔心；它的特徵是不確定感和無助；而且焦慮可看成一種對一個人人格本質、自尊、和自我價值的一種威脅(張春興，1991)。」現代人由於生活步調緊湊，社會進步速度飛快，每一個人都有無限的工作壓力。求績效、求業務擴展，似乎是一個人現代生活中常常面臨到的問題。於是臨床上出現心悸、緊張、頭痛、呼吸困難、胃痛等症狀。嚴重者甚至出現嘔吐、四肢乏力、全身疲乏、注意力無法集中、記憶力遲鈍等。壓力是人們生活中難免碰到的事。人們因長期壓力而引起的身心上的疾病不少，包括心絞痛、偏頭痛、潰瘍、痔瘡、高血壓、痢疾、腎結石、酗酒、心律不整、焦慮、結腸炎、支氣管炎、精神分裂症、性生活困難等等(盧俊宏，2003)。

運動心理學家 North 及其研究同僚( North, McCullagh, & Tran, 1990 )以統合分析進行運動與憂鬱症的研究而發現運動是一種有效的抗憂鬱劑(antidepressant)；而且不管短期或長期，特質性或狀態性憂鬱心理，或者是以有氧性運動或無氧性運動進行治療，運動都可以有效地降低憂鬱感覺；如果以運動課程/計劃(exercise program)治療憂鬱，則時間越長，其效果量越大；運動心理學家 Petruzzello 及其研究同僚( Petruzzello , Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991 )亦以統合分析發現運動的確可以減低焦慮，但僅以有氧運動有效，而且這種效果是不分年齡和受試者的特性(正常人或病人)；在狀態性焦慮方面，運動和其它知名的輔助性治療(例如放鬆法)一樣具有效果。研究也發現受過有氧訓練的受試者在面對壓力時，正腎上腺素較一般人高，但他們接觸壓力之後，心跳恢復較快，而且焦慮程度也較輕( Sinyor, Schwartz, Peronnet, Brisson, & Seraganian, 1983 )。運動心理學者，Crews 和 Landers(1987)以統合分析法探討運動對壓力的效果。他們發現長期的運動課程訓練效果高達 0.59 的效果量(effect size)，而短期的(acute)運動效果僅 0.11。Rejeski and Thompson (1991)以不同劑量的有氧運動施於受試者，卻發現短期的運動亦可降低血壓反應，而導致降低壓力效果。

據研究統計，規律運動能抵抗情緒壓力、改善沮喪情緒、降低壓力症狀、減少因肥胖發生的自我概念(自卑及無自信心)問題、使心情更好...( Corbin, 2000 )，

對自信心、果斷力、獨立性、內控能力與自我控制、工作效率、記憶和學術表現亦有增加的趨勢( Taylor, 1985 )。參與運動在心理健康方面的作用亦有增強安全感、提高獨立性、消除緊張、有助於形成友誼、聲望和領導地位和提高對自己價值的認識，增進自信心。當然，亦有研究指出通過運動來達到自我價值的目的、滿足人們尋求新奇，超越自我的心理、是人們的緊張情緒的到無拘無束的宣洩、以及能激發人的生物潛能的釋放，提高人的自我昇華能力( Fox & Corbin, 1989 )。

運動與心理健康有著密切的關係，兩者皆相互影響、相互制約。所以在運動過程中，應抓住心理健康與運動相互作用的規律，利用健康的心理來保證健康活動效果；利用運動來調節人的心理狀態，促進心理健康。使全民都認識到健身活動與心理健康的關係，這有利於人們自覺參加運動並以此來調節心情，促進身心健康，從而積極投入到全民健身計劃的實施中去。

運動既是一種個體活動，又是一種社會性的行為，它通過競爭與合作的方式，增進了人與人之間的交往，這種交往是多向性的，同時也是一種社會情感的表現。隨著社會經濟的發展以及生活節奏的加快，許多人越來越缺乏適當的社會聯繫，人與人之間的關係趨向冷漠。因此，運動就成為一個增進人與人接觸的最好形式。通過參與運動，可使人與人之間互相產生親近感，使個體社會交往的需要得到滿足，豐富和發展人們的生活方式，這有利於個體忘卻工作、生活帶來的煩惱，消除精神壓力和孤獨感，並在當中找到志趣相投的知音，從而給個體帶來心理上的益處，有利於形成和改善人際關係。對社會方面可以加強互助合作、守法、負責、幫忙、重視組織、發揮補償功能...，有能力去享受閒暇時間、增加工作效率、使動作更順暢而增加工作效率、改善患者的生活品質、凝聚國人民族向心力。

下圖 2-1 為學者盧俊宏針對運動對人體的效益結合澳洲學者 Dr.Bull 的「體能活動不足所衍生沈重的全球疾病負荷」提到的觀念，那就是健身運動(或廣義的身體活動)對人類的影響是多向度的；一方面改善人們的體適能、一方面增進人們的健康、一方面降低疾病的發生、一方面維持所有年齡層的身體機能，道盡了運動對身、心的效益。

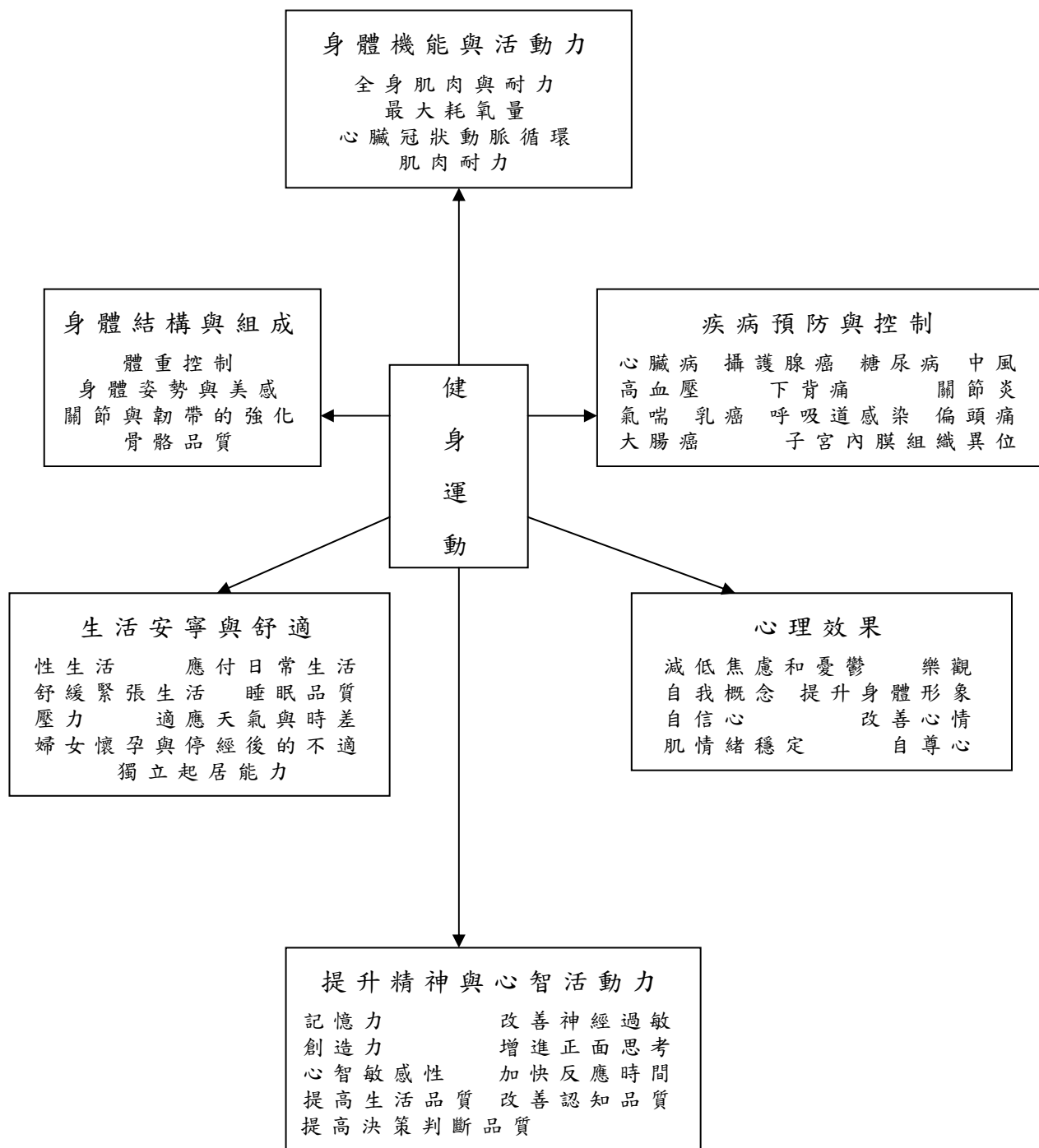


圖 2-1 健身運動對身、心效益架構圖

### 第三章 政府推動相關政策檢討

1998年行政院體育委員會(以下簡稱體委會)成立，展現政府對於體育政策的用心和決心，體育相關政策的推動邁進另一個新的紀元，1998、1999年體委會推動「陽光健身計畫」，並完成第一本的體育白皮書，規劃未來施政的主軸，2002年開始推動「運動人口倍增，推廣國民體育休閒活動」計畫，並納入「行政院挑戰 2008：國家發展重點計畫」中，「建立 E 世代終身學習社會環境—推展國民學習運動」項下的子計畫；2005年行政院再次提出整合型施政計畫—「台灣健康社區六星計畫」，計畫中規劃有「產業發展」、「社福醫療」、「社區治安」、「人文教育」、「環境景觀」及「環保生態」等六大領域，將運動人口倍增計畫納入社福醫療領域中，歸類於「落實社區健康營造」執行策略的一項子計畫，運動參與或運動人口的增加，成為營造健康社區的一項重要指標。由以上政府推動之相關政策可得知，政府各單位已將運動視為健康保健重要的執行策略之一，運動已從原教育的附屬事項，開始逐漸增加健康保健的重要意涵。

由於歷史環境發展使然，我國體育運動的發展重心部分仍偏重在教育的部門，因此教育部從 1997 年與體委會完成分工後，即全力投入學校體育政策的推動，與運動與健康較有關係的施政計畫包括有：提升學生體適能中程計畫、學校體育教學發展中程計畫、適應體育教學中程發展計畫、提升學生游泳能力中程計畫、學校體育發展中程計畫、學校健康促進計畫、推動學生水域運動方案、增加學生運動時間方案等，2002 年在「行政院挑戰 2008：國家發展重點計畫」中，提出「一人一運動，一校一團隊」的施政計畫，等顯示出教育部施政的企圖心。

1997 年衛生署公佈「衛生白皮書-跨世紀的衛生建設」，特加入健康體能一章，希望藉由推展國民運動，來達到全民健康的目的，1999 年衛生署又依據聯合國世界衛生組織推行「健康城市」的概念，提出「社區健康總體營造計畫」，其中規律運動、提昇體能、促進健康等要項，包含於健康生活目標中。2002 年行政院「挑戰 2008：國家發展重點計畫」中提出「健康生活社區化」等健康促進活動的整合與推展，2005 年行政院再次提出整合型施政計畫—「台灣健康社區六星計畫」，提出「落實社區健康營造」執行策略，「健康生活社區化」與體委會的「運動人口倍增計畫」共同列為直接有關之施政計畫。



本章主要針對國內近幾年政府單位所推動「運動與健康」的主要相關政策與計畫加以分析敘述。

## 第一節 體委會相關政策計畫

### 一、1999 年度體育白皮書(行政院體育委員會，1999)

體育白皮書可說是集合眾多人力、時間和智慧所形成的重要施政指導方針，依白皮書所提跨世紀的體育發展指標架構，可分為理念、課題、策略、指標和願景等 5 大方向，以下簡述如后：

- (一) 二大理念：1.普及全民運動風氣，強化國民體質；2.增進運動競技水準，提高運動競爭力。
- (二) 10 大課題：1.推展全民運動；2.增進國民體能；3.振興學校體育、4.強化競技運動；5.改善運動環境；6.鼓勵民間參與；7.充實體育內涵；8.促進體育交流；9.活絡媒體互動；10.拓展運動產業。
- (三) 近中長程策略：近程有 33 項，中程有 26 項、長程有 7 項策略，將上述十大課題內涵完全包括，並依其難易程度與時間需求等因素分別規劃。
- (四) 25 項指標：從法規、制度、人力、經費、場地、參與程度等軟硬體方面均訂出具體數據，方便檢核。
- (五) 願景：活潑的城鄉、強勁的競技、健康的國民。

### 二、陽光健身計畫

以「走出戶外」、「迎向陽光」、「展現青春」、「親子同樂」、「帶來歡笑」等為理念，規劃系列活動，推廣全民運動，自 1998 年元月開始，共推出十四種系列活動，結合 172 個單位，在 25 縣市共舉辦了 19,697 場次活動，吸引 3,264,262 人次參加。1999 年展開的各項活動超過 30,000 場次，6,000,000 人次以上參加(行政院體育委員會，1999)。

### 三、運動人口倍增計畫

#### (一) 主要目標

1. 全國新增運動參與人口每年約計 50 萬人，六年後規律運動人口趕上先進國家水準。
2. 經由強化理念宣導，建立國民「自覺運動參與」之運動權意識並付諸行動。
3. 經由運動設施之充實，建構國民「優質運動環境」。
4. 經由人才培訓、活動推展，普及運動風氣。

#### (二) 完成項目(行政院體育委員會網站，2005 至 2007 年中程計畫)

2002年起辦理運動人口倍增計畫，至2003年止計新增運動人口約108萬人，並完成下列各項工作成果：

1. 理念宣導方面：印製國民體能常模及簡易運動單張供民眾索取、編印運動指導手冊、建置網路及製作廣播系列宣導、辦理說明會、研討會、實地訪視及全民運動博覽會計 101 場。
2. 人才培訓方面：2002 年培訓國民體能推廣教室指導員 280 人，體能檢測員 550 人及體育志工 1,000 人、2003 年培訓社區運動指導員 400 人、一般體育志工 908 人、體育指導志工 616 人、社區體育志工 769 人。
3. 活動推展方面：辦理社區自發性休閒運動 1,870 場次，推動各社區、年齡層、親子、青少年、婦女、銀髮族、身心障礙國民等休閒體育活動計 2,686 梯次。

2005 至 2006 年成果統計如下(體委會，2006a、2006b)：

1. 2005 年度體委會與各縣市共同推動各項體育活動 3,765 梯次，計新增規律運動人口 568,605 人。
2. 2006 年截至目前止，體委會與各縣市政府、民間體育團體、社區等，共同推動各項體育活動計 4,623 梯次，預計全年度新增規律人口逾 56 萬人。

### 四、海洋運動發展計畫

(一) 計畫緣起：本計畫執行期間自九十一年五月至九十六年十二月止，為期六年。

1. 依據

- (1) 體委會中程施政計畫。
- (2) 國內旅遊方案。
- (3) 國內輿情反應及民意要求。

## 2. 未來環境預測

- (1) 台灣地區四面環海，海岸線長達 1,566 公里，海洋是國人發展運動休閒項目，提昇民眾生活品質最佳途徑之一，如何有效利用海洋資源，開創海洋運動休閒價值與觀念，普及海洋運動人口，將是本世紀最重要課題之一。
- (2) 目前，我國國民所得已經超過 14,000 美元，國人對運動休閒品質之要求日益提昇，依據國外經驗，國民所得達到一萬美元時，購買海上遊艇能力急速竄升，依國人目前消費能力而言，購買遊艇從事海洋運動休閒人口，應急速增加，海洋運動休閒活動將成為未來運動發展的主要潮流之一。
- (3) 我國加入 WTO 以後，農漁業勢必轉型，近海漁業閒置人口將隨之增加，海洋休閒運動發展，應結合地方特性，鼓勵當地居民投入運動休閒產業，將有效解決轉業問題。

### (二) 計畫項目

1. 辦理海洋運動發展相關專案研究。
2. 檢討現行法規。
3. 改善海洋運動設施。
4. 培訓海洋運動指導人才與經營管理人才。
5. 加強海洋運動宣導。
6. 輔導舉辦海洋休閒運動。

## 五、檢討

### (一) 政策具有聯貫性

在推動全民運動、增進國民體能等運動與健康相關政策從體育白皮書開始，至運動人口倍增計畫，歷經四位主委，仍秉持一貫理念，顯示擴大民眾參與運動，提昇國民體能水準的價值主軸仍為全民運動的核心。

(二) 政策目標具體

每項施政目標均以數字等具體呈現，在施政考核時亦以達成率或增加人數等具體數據呈現施政績效。

(三) 應建立國民體能、運動參與家戶資料庫

歷年國民體能檢測均採自願方式檢測，且以抽樣方式建立；運動參與人口亦無法得知是否有重複計算，因此可考慮比照公衛護士方式，在各基層健康營造中心建置專業體適能指導員，以家庭為單位建立國民體能、運動參與的家戶資料，據以長期追蹤觀察，並做為政策規劃、執行與考核的基礎。

(四) 活動規劃應更多元精緻

從體委會成立至今已近十年，活動場地安排，從體育場擴展到社區、學校，活動內容規劃從上而下的思維到由學校、單項協會、社區主動提出申請，惟目前活動舉辦時間仍多以假日居多，可考慮結合學校、機關、公司、行號，利用公餘時間、上班空檔時間或中間(午茶)休息時間等職場體適能介入的方式，規劃多元而精緻活動方式，讓全民時時可運動。

(五) 立法擴增運動空間

根據體委會每年的預算規劃，場地設施增擴建預算佔最高比重，惟多集中於中大型運動場館居多，小型或簡易型運動空間與設施與人口比例仍有極大努力空間，建議考慮比照容積率轉移、獎勵措施或停車位等，在建築法中規定一定比率的運動空間與設施，提供民眾處處可運動的空間。

## 第二節 教育部相關政策計畫

### 一、提昇學生體適能中程計畫(333 計畫)

計畫期程自 2000 年起至 2004 年為期 5 年，希望達成以下三項目標(教育部體育司，1999)：

- (一) 提高學生體適能的知能，讓學生對體適能的認知於五年內提昇 30%，強化學生體適能教育。
- (二) 養成學生規律運動習慣，讓學生規律運動人口比率於五年內提昇 10%，拓展學生參與運動機會、活絡學校與社區體適能教育活動。
- (三) 提昇學生體適能，並於五年內提昇 10%，改善學校運動設施環境、

建立學生體適能獎章制度、以及加強學生體適能研究與發展。

依據教育部自我檢核說明(教育部體育司，2002)，該計畫自實施以來，除已完整建構我國各級學生體適能常模外，為落實學生體適能，乃研發學生體適能護照，並於 2000 年在二十五縣市 3,754 所中小學校全面實施，約 368 萬名學生參與。在大專校院方面，依 1999 年調查建置之大專校院學生體適能常模，研製大專校院學生體適能護照，遴選 30 所學校試辦，並辦理相關研習。另亦積極辦理教師體適能護照，期經由本計畫之落實執行，使學生及教師重視健康體適能，養成規律運動習慣，提升生命品質。

## 二、一人一運動、一校一團隊計畫

計畫的規劃期程從 2002 年至 2007 年，主要目標(行政院，2002)如下：

- (一) 提升各級學校學生規律運動人口 18%。
- (二) 輔導各級學校學生參與各類運動社團與趣味性體育活動。
- (三) 培養學生每人至少學得一種終生運動技能。

其所擬定的策略如下：

1. 在國小階段推展遊戲性及趣味性之體育課程及體育活動、提供教師運動學習知能、增進學生運動參與機會及習慣，提高規律運動人口。
2. 在國中階段推展班際性、團體性體育活動，促進教師學習知能的提升，提倡普及化之班際運動競賽，改善運動參與環境、促進學生參與班際體育活動及運動社團，提高規律運動人口。
3. 在高中階段培養學生學習個人喜好運動項目至少一種，促進學生參與班際及校際體育活動及運動社團，提昇規律運動人口。
4. 在大專階段培養學生學習終生運動技能至少一種，每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘以上。

## 三、學校體育發展中程計畫

- (一) 計畫總目標：創新體育課程教學、活絡體育活動競賽、促進健康體適能發展、充實學校體育設施、改善運動參與環境及提升學校體育品質。

- (二) 策略目標：1.一人一運動、一校一團隊(每位學生至少習得一種運動技能；每校至少組成一個具體育特色之運動團隊並參加區域性運動交流)；2.每年提升學生體適能 2%；3.每年提升學生規律運動人口 3%。
- (三) 實施策略：1.創新適性課程設計，增進體育教學品質；2.活絡校園體育活動，拓展學生運動機會；3.培養運動參與習慣，促進健康與體適能；4.培育優秀運動人才，提高競技運動實力；5.充實運動場館設施，打造優質運動環境；6.落實輔導訪視制度，提升學校體育效能。

#### 四、推動中小學生健康體位五年計畫(教育部，2004)

- (一) 計畫目標：營造健康體位優質環境，提升正確體型意識，藉動態生活、均衡飲食，提昇學生體適能，逐年降低學生過輕及過重(肥胖)之比率，以促進學生身心健康。
- (二) 實施策略：六大策略，分別為 1.營造學生健康體位環境；2.營造學生健康體型意識價值觀；3.推動學生健康飲食；4.強化學生身體活動；5.推展學生體適能活動；6.建立學生健康體位推展機制。
- (三) 預期效益：共有十三項，分別為 1.自辦午餐學校依學校午餐食物內容及營養基準供餐比例增加；2.輔導縣市政府訂定校園食品規範，學校依校園食品規範供售食品；3.開發學生、教師及家長多面向的健康飲食教育學習管道，提昇健康飲食的教與學成效；4.發展具由下而上動員策略之多元且適性的學生健康體位教育執行方案；5.編撰學生健康體位教育推展手冊，作為各級機關、學校辦理健康體位教育之參考；6.培育各類推動學生健康體位教育推廣人才，各縣市至少成立一支種子教育師資團隊；7.灌輸學生健康體位正確觀念，並培養學生健康體位知識與技能，降低國小學生體重過重盛行率至 12%(2004 年為 14.0%)，及降低國小學生體重過輕盛行率至 11%(2004 年為 12.9%)；8.國中小學生體育課程教學一周至少需達 2 小時；9.學生每天規律活動時間至少 30 分鐘以上，逐年提昇 10 分鐘，即「333 再升級，210 增活力」；10.學生規律運動人口每年增加 2%；11.50%的學生每週至少有三次費力的活動一次達 30 分鐘以上(2002 年國小學童 34%達成)；12.降低學生假日從事靜態活動時間超過六小時比率降為 30%以

下(2002年約有36%國小學童)；13.提升學生體適能水準，增進身心合理發展，提高學習效率。

## 五、九年一貫健康與運動領域主軸

教育部自2001年開始實施「九年一貫課程」，「健康與體育」是七大學習領域之一，但實施之後發現，學童體育教學時間有減少的趨勢，尤其國小情況更為普遍，對此種變化實應審慎應對。先進國家考量運動對國民健康的影響，對學校體育均極重視，並有興革計畫，普遍以學童每天至少有一小時的運動時間為重要目標。由各國體育課實施概況可知，我國中小學體育課授課時數明顯不如美國、日本、法國及大陸等國家，運動時間不足將影響學生的身體健康。有鑑於此，教育部於2003年五月十六日在健康與體育領域討論會議中決議，健康與體育課程時間分配以1:2為原則，各校應儘量利用學校自主時間及課外時間安排體適能及其他休閒活動，每週至少實施三次，鼓勵學生參與運動競賽、表演、與欣賞等活動，同時亦鼓勵學生多走路、騎自行車上學等，以提升學生體適能及培養學生健康休閒生活的觀念。依據國內學者許樹淵(2004)分析：「運動、體適能和健康」為一個正三角形關係，而非三個互不相干的獨立學科，...在進行運動、體適能關係的探討，必然連帶關係著健康，因為運動是方法，達到體適能的提昇，促進健康的途徑。」運動的內涵概念，據所蒐集的資料進行分析，無論在學校教育或者政府推動相關政策時，皆是將身體活動以健康為主的觀點來看待，並運用為促進健康的重要策略之一。唯一的差別是在學校教育推動時，加入了身體文化和休閒的意涵，而放入社區健康營造時，則多了休閒的意涵。

「健康與體育」領域為七大學習領域之一，其綱要的內容包含有七大主題軸；其重要教學概念為(一)以學生為中心，學會帶得走的能力；(二)重視課程統整，與生活經驗結合。表3-1為九年一貫健康與運動領域主軸學習之內容：

表 3-1 九年一貫健康與運動領域主軸學習內容

主題軸	主題	健康	運動
生長發展	個人衛生	衛生習慣、視力保健、口腔衛生與潔牙方法	身體意象、身體功能開發
	生長與發展	身體部位與功能、生長、老化、死亡	
	性教育	生殖器官、愛、婚姻	
人與食物	食物與營養	食物與營養及健康、均衡膳食、飲食習慣與衛生及選擇、安全與管理	運動與飲食的關係
運動技能			運動技能、概念及運動規則
運動參與	家庭生活	休閒教育	體適能、運動參與與規劃、運動欣賞
安全生活	安全與急救	安全教育、意外傷害處理與急救、行的安全、防火、防震、防颱、危機處理	運動安全與運動傷害
	藥物教育	藥物使用與濫用、菸酒檳榔毒品濫用問題	運動禁藥
健康心理	健康心理	自我認識、人際關係、情緒管理、壓力調適、生活適應、增進心理健康	運動團隊表現、運動道德、運動與人際關係
	家庭生活	家庭的社會功能與生活	
群體健康	健康促進與預防疾病	各種傳染病之預防、促進健康的方法	運動資訊與消費
	消費者健康	健康醫療資訊與消費	
	環境教育	環境公害與保育、社區意識	

資料來源：教育部，2001。



## 六、檢討

- (一) 政策具有聯貫性：從提昇學生體適能中程計畫開始，每階段均強調學生體適能與規律運動的核心價值。
- (二) 政策目標具體：每項施政目標均以數字等具體呈現，在施政考核時亦以達成率或增加人數等具體數據呈現施政績效。
- (三) 應落實學生體適能護照：體適能護照每位學生都人手一冊，網路上亦可查到個人體適能資料，惟目前部分學校已淪為紙上作業或訪視之書面資料，各校或沒有落實檢測或沒有善用此項資源，以做為學校規劃體育課程或活動之重要參考指標；畢業後的體適能資料，沒有隨學生移轉，無法建立完整的體適能追蹤系統，相關研究就無法取得最實際的資訊。
- (四) 增加學生在校運動時間：受限於場地、時間、人數、社會環境、安全考量、休閒娛樂項目增多、電腦電視等主客觀因素，現在學生的身體活動時間愈來愈少，透過改變學校上下課作息時間、增加課間、課後、假日等身體活動時間，來增加學生運動時間。

### 第三節 衛生署相關政策計畫與檢討

近代人類生活型態轉變，各種便利的科技產品使人類的生活，從過去的動態生活漸漸轉變為靜態生活，但隨之而來的是影響國人生活品質、增加社會負擔的慢性疾病。依據衛生署統計資料顯示，2005年台灣地區十大死因中，以惡性腫瘤高居第一位，而腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、腎炎（含腎徵候群及腎性病變）、高血壓等分佔第二、三、四、七、八、十位，慢性病即佔了七種。而依據國外相關資料顯示，缺乏運動是心臟血管疾病和中風的主要危險因子，這些慢性病危險因子，除了會剝奪個人的健康，還會造成國家經濟的負擔。

衛生署基於促進國民健康，本著公共衛生預防保健之專業，積極推展健康體能，歷年所推計畫策略及其執行成效分述如下：

## 一、「國民保健計畫」(衛生署，1993-1997)

衛生署為辦理「健康體能促進—國民健康體能之測定與推廣」，於「國民保健計畫」中建立國人健康體能測定方法項目及常模、辦理健康體能之宣導教育與活動(含工作場所、社區及學校)以及辦理健康體能有關人員之訓練與研究，以提升國民健康體能認知率及提高成人規律運動人口比率。

## 二、衛生白皮書—跨世紀衛生建設(衛生署，1997)

為應社會環境之變遷，相關衛生問題之湧現及全民健康保險之實施，衛生署於1997年研擬「衛生白皮書—跨世紀的衛生建設」，將衛生部門之各項衛生政策目標及至2006年之各項指標明列作為施政藍圖，共列有八大目標，分別為：穩健發展全民健康保險；推動國民保健；發展健全之醫療體系；強化防疫體系、預防控傳染病流行；增進藥物食品安全；充實醫療設施、加強長期照護；發展醫藥衛生科技；促進國際合作等。

在白皮書第三章促進成人健康第一節健康體能促進中，提到從臺灣地區近三十年來威脅身體健康的死亡原因來看，已經由過去的傳染病轉變成現今的慢性病(如心臟病、糖尿病)、身體機能退化性疾病(如下背痛、關節性病變)。由於疾病型態的轉變，建立健康的生活型態(包括健康體能的促進)，已被視為預防慢性疾病的重要方法之一。因此，加強辦理宣導教育及推廣活動、編訂國民及慢性病患所需健康體能促進指引，以提高國民對健康體能之認知，進而提升成人規律運動人口之比率。

## 三、「國民保健三年計畫」(衛生署，1999-2000)

衛生署配合社區健康營造計畫，研發健康生活DIY教材—要活就要動，作為志工及其推動社區履行健康行為之指引。

## 四、推廣「上班族身心健康操」

工作場所的健康促進活動，已成為歐美各先進國家廣大上班族的必修功課之一，這項活動所帶來的效益不僅使員工的士氣因而大為提昇，更使員工因病假所造成的缺席率降低。依據陽明大學運動健康科學研究指出，台灣上班族健康體能狀態與改善需求如下：

- (一) 體能活動太少，工作型態以坐式工作為主，長期坐在電腦螢幕前面，下班後又繼續面對電視、電玩，終日靜坐。
- (二) 健康情況尚可，但缺乏活力，容易疲倦，睡眠不佳，體力不足。
- (三) 長期以固定姿勢工作，往往重複使用不當的姿勢，造成累積性傷痛，如腕道症候群等傷痛，也常有愛用單側的現象。
- (四) 上班族迫切需要全面提昇柔軟度、心肺耐力、肌力等健康
- (五) 體能，但受限於場地無法改善。

衛生署基於上述需求，針對工作壓力大，長期坐式工作之上班族，設計適合工作場所簡易、安全、有效的健身活動，於2001年10月在衛生署內全面推動上班族身心健康操，為跨出帶頭示範的第一步，並廣泛推廣於衛生署附屬機關、醫院、各地衛生局以及中央部會等，以培養健康優質的公務員，由於「上班族身心健康操」推出以來，職場反應良好、需求甚殷，陸續增印整套教材，以提供各界索取，期待藉由「上班族身心健康操」的推廣，在國內營造出健康、活力、快樂的辦公環境，增進上班族的身心健康。

## 五、推動「每日一萬步，健康有保固」之健康概念

在日常生活中，「健走」是最基本、最簡易，且最不受外在因素限制與干擾的體能活動。「健走」不僅可以增加人體心肺功能，強化骨頭、肌肉力量，還有解除壓力、控制體重、延緩老化等許多好處。衛生署國民健康局自民國2002年開始推廣「每日一萬步，健康有保固」的理念，強調「健康的生活應從最簡單的走路開始」，宣導民眾健走健身的觀念，落實健康生活型態。鼓勵民眾利用生活中三至十分鐘的空檔，有空就走，積少成多，每天最好能走上一萬步，以及早建立動態生活，所辦理之歷年宣導活動包括：

- (一) 2002年台灣走透透全民健走活動。
- (二) 2003年「跨年健走，愛心接力」、「健走抗SARS，台灣加油」、「健走嘉年華」及「靜心湖健走，健康跟著走」活動。
- (三) 2004年「全家逗陣走，百萬聚樂步」健走活動。
- (四) 2005年「元旦健走，愛心接力」活動、「擬環島健走180天活動」、「日行萬步一帶頭行動」記者會、「30天1000公里徒步環島大挑戰」活動、「走出憂鬱、邁向健康」活動。

(五) 2006 年「健走 VS 健康座談會」、「萬步寶島，有您真好」、活動首印會暨走讀植物園、「萬步寶島，有您真好」步數認證活動。

為能提供國人有關運動之健康概念，除於台北捷運系統刊登「每日一萬步，健康有保固」、「多走、少坐、動一動，隨時隨地可以運動」之燈箱、海報廣告外，特別拍攝「百萬聚樂步—走出健康台灣」公益宣導短片，及研發健康體能指引及動動 12 手冊、推廣健走宣導海報及摺頁等，以提供國人健康體能之相關資訊。

尤其，在 2004 年辦理 15 場「百萬聚樂步、全國鬥陣走」活動，同時製作一本淺顯易懂、活潑、圖文並茂的「跟健走談戀愛」手冊，該手冊採訪全國 25 縣市鄉鎮，規劃具當地特色、需求之都會型、郊區型及社區型態的健走路線，並依區域性及適合健走時間比例搭配，介紹了台灣 100 個最適宜、最方便的健走環境，供民眾按圖索驥，分享健走的心情；2006 年再推薦各縣（市）結合在地社區特色之 92 條社區健走步道，提供國人舒適、安全的用路環境，將健走、健身概念融入日常生活中，鼓勵民眾一起響應健走運動。

## 六、推廣「家庭有氧健康操」

衛生署於 2003 年為持續推廣「動態生活、邁向健康」之健康概念，特別在健康議題中加入了「家庭」元素，期望藉由健康體能與家庭有氧結合，為生活注入健康新活力。因此，在 2003 年所推之「家庭健康年」中，提出了「無菸家庭—有氧運動」的口號，其中所提的「有氧運動」更是有別於以往健身房中的有氣體操，而是在結合家庭關係下，將各類加強身體體能的活動中帶入「有氧」因子。所以，「家庭有氧健康操」不僅提倡全家一起來且隨時隨地動一動的樂趣，加強了親子關係，也使運動更有趣，健康更容易。

## 七、建置健康能量便利屋網站

衛生署國民健康局於 2004 年為加強民眾重視健康體能的重要性，以培養民眾規律運動的習慣，進而促進個人的健康體能，減少疾病的發生，建置『健康能量便利屋』網站 (<http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/healthhouse/go.asp>)，「以 24 小時健康不打烊、運動就像是全家方便的商店」帶出『隨時隨地動一動，便能為健康加分』的健康概念，讓國人都能培養全年無休規律運動的習慣，進而促進國人的健康體能；2006 年並完成「健康能量便利屋網站改版計畫」，取得無障礙 AA 等級

認證標章。

## 八、辦理國際衛生組織身體活動量表監測系統

為了解國人身體活動情形，並和世界各國相比較，衛生署國民健康局自 2003 年起委託國立陽明大學辦理「國際衛生組織身體活動量表監測系統建立與國際合作」三年計畫，第一年完成本土版的臺灣國際身體活動量表；第二年（2004 年）秋季針對 13 歲以上國民進行身體活動量電話調查，有效訪問 6,009 人，部分個案並佩戴儀器實測身體活動量、將 18 至 65 歲共 5069 人之調查結果與國際作進行比較、並發展身體活動圖卡；第三年（2005 年）完成冬季身體活動量電話調查，並進行秋冬二季身體活動之比較、建構中英雙語互動式身體活動量監測網路系統（<http://140.129.70.70/index.htm>），提供身體活動量調查結果，重要發現如下：

### （一）臺灣地區女性從事中等費力活動之比率高於男性

臺灣地區 13 歲以上國人，有 33.3% 國人達到每週費力活動 60 分鐘之活動量，50.2% 民眾達到每週中等費力身體活動 150 分鐘之活動量，不過仍有 39.2% 民眾活動不足；另以 18-65 歲調查資料，與 2006 年國際初步分析資料比較，臺灣身體活動量足夠的人佔 38%，與國際之 40% 相去不遠，但仍有 38% 的人是活動不足，遠高於國際 17% 平均值。

而男女從事活動類型不同，從事費力活動之比率，男性高於女性，從事中等費力活動之比率，女性高於男性；26-45 歲工作人口活動不足的情形相當嚴重，每天久坐不動的時間平均高達 7 小時，特別是白領階級與初入社會的年輕人活動量明顯不足。45 歲以後身體活動量緩步上升，至退休前（61-65 歲）達到每週中等費力活動 150 分鐘，達 65%，是我國獨特現象。

### （二）環境會影響身體活動

環境會影響身體活動，影響之因素包括住家附近有無民生場所、大眾捷運系統、及住家附近治安等因素，但對於身體活動高者影響不大，以台灣七大生活圈而言，高身體活動量比率最高的為高屏澎地區（20.6%）、身體活動量足夠比率最高的為台北市（53.4%）、身體活動量不足比率最高的為雲嘉南地區（42.7%）。

### （三）冬季整體身體活動量低於秋季

從事費力活動者不受季節的影響，從事中等費力活動及走路者，受季節影響

最大：冬季走路僅為秋季走路的七成，冬季中等費力活動只有秋季一半。冬季花在輕度身體活動的時間比秋季多三成。

## 九、辦理 94 年度國民運動行為調查

根據衛生署國民健康局於 2005 年針對臺灣地區 18 歲以上民眾進行「國民健康訪問調查」，發現近四成六國人，沒有做運動的習慣，容易伴隨肥胖、心血管疾病及糖尿病等慢性疾病。該調查係以 2004 年底台灣地區戶籍登記人口為抽樣母群體，運用隨機抽樣方法抽選出具全台灣地區代表性樣本為調查對象，總共收集了 23,665 位 18 歲以上民眾有關過去兩個禮拜之運動行為相關資料，有效回收問卷 18,499 份，回收率為 78.2%。本調查重要發現如下：

### (一) 十八歲以上民眾，有運動人口增加 4.02%

相較於 2001 年調查，臺灣地區 18 歲以上民眾，過去兩個禮拜有做運動者，已由 90 年 49.7%，94 年增為 53.72%，上升 4.02%，推估 4 年內全國總運動人口數多出 69 萬，平均每年增加 17 萬之運動人口數。但仍有高達 46.28% (男性 46.01%，女性 46.53%) 國人，過去兩個禮拜，沒有做運動習慣。

### (二) 國人最常做的運動項目為散步(含健走)

國人最常做的運動項目，以散步(含健走)為主，佔 42.81%，其他依序為慢跑(16.69%)、爬山(11.75%)、體操(9.94%)、騎單車(9.38%)、籃球(8.38%)、游泳(6.39%)、甩手(4.47%)、其他(4.19%)、羽毛球(4.13%)。然而在運動強度方面，相較於 2001 年調查，台灣地區十八歲以上民眾從事中等費力以上運動人口(例如：健走、爬山、騎單車、游泳.....)亦呈上升趨勢，由 90 年 11.74%，94 年增為 16.14%。

### (三) 國人每天久坐(不太動)的時間，高達 5.38 小時

就 18 至 64 歲的受訪民眾，過去兩個禮拜，每天久坐(不太動)的時間，平均高達 5.38 小時(5 小時 23 分)。若以性別來加以比較，男性平均為 5.21 小時(5 小時 13 分)；女性平均為 5.56 小時(5 小時 34 分)，顯示女性每天久坐(不太動)的時間比男性還要多 21 分鐘。

### (四) 從事運動人口，各縣市有別

依據臺灣地區受訪民眾居住地之縣市進行比較，從事運動人口百分比最高前 10 縣市，依序為台北市(63.37%)、台中市(61.82%)、台北縣(56.6%)、新竹

市 (56.44%)、高雄市 (55.66%)、澎湖縣 (54.43%)、嘉義市 (54.19%)、台中縣 (54.03%)、新竹縣 (52.74%)、桃園縣及台南市 (51.77%)。

## 十、補助社區健康營造計畫

2006 年度輔導及補助各縣(市)衛生局或社區健康營造計畫，於社區及機關團體辦理健康體能宣導活動，共計 160 家，推廣健康體能促進概念，鼓勵社區民眾養成規律運動習慣。

## 十一、定每年 11 月 11 日為「全民健走日」

衛生署為推動「每日一萬步·健康有保固」之重要政策及配合行政院「全民二氧化碳減量暨節約能源運動」專案、「千里自行車道、萬里步道」實施計畫，特自 2006 年起將每年 11 月 11 日定為「全民健走日」，象徵「兩人雙腳，結伴而行」之健走意義，鼓勵國人建立健走、健身的健康觀念，並登載於國民曆項下之紀念日與節目表中，供民眾查詢。

## 十二、社區健康營造計畫(健康城市)

為呼應世界衛生組織健康城市理念，台灣地區許多縣市紛紛開始建立跨部會及跨領域之合作機制，共同推動健康的公共政策，其中衛生署於 2003 至 2005 年委託成功大學辦理台南市健康城市計畫，主要推動成果包括：

### (一) 結合學界及地方政府，推動台南市健康城市計畫：

結合成大 16 位學者，建立核心團隊，協助台南市成立健康城市推動委員會，並依據世界衛生組織建議之健康城市推動步驟，整合政府部門及產官學界之資源，推動台南市健康城市計畫，2005 年度台南市政府各局室之預算已結合健康城市指標，共同推動健康的公共政策。

### (二) 建立健康的公共政策，完成台南市健康城市白皮書。

為建立具體的健康城市目標，整合產、官、學、民間的努力完成台灣第一本健康城市白皮書。台南市健康城市白皮書內容包括：1) 台南市的健康問題分析，2) 健康城市組織架構，包括研究小組、工作小組及推動委員會，3) 健康城市指標的建立與監測，包括世界衛生組織國際指標及台南市新增本土指標共 82 個，並完成 2002-2005 年的指標資料收集，3) 健康城市示範計畫，每組 7 項，三組共

21 項示範計畫，4) 資訊交流，包括網頁建置、城市結盟、讀書會、出版學刊及辦理國際研討會。

(三) 成立「台南市健康城市促進會」，加入 WHO 西太平洋國際健康城市聯盟。

2004 年成功大學研究團隊與台南市政府參與第一屆 WHO 西太平洋區國際健康城市聯盟會議，於會中發表六篇研究成果並拜會聯盟成員，建立國際友好關係。並於 2005 年 3 月以「台南市健康城市促進會」名義申請加入 WHO 西太平洋區健康城市聯盟會員，並於當年 7 月正式成為聯盟會員，是台灣第一個加入 WHO 健康城市聯盟的城市。

(四) 推動台灣健康城市聯盟、舉辦工作坊，引導其他縣市推動健康城市計畫。

為促進其他縣市推動健康城市之能力，於 2005、2006 年共舉辦了 3 場健康城市全國工作坊，並於 2006 年 2 月 24 日召開健康城市聯盟籌備會議，邀請 25 縣市首長或代表討論成立台灣健康城市聯盟之可行性。2006 年 10 月 13 日延續籌備會議之決議召開台灣健康城市聯盟第一次會議，與會者對於成立台灣健康城市聯盟皆抱持支持的態度，並決議由成功大學研究團隊進一步規劃適用於台灣地區的健康城市指標。

(五) 辦理健康城市國際研討會，促進國際交流。

於 2004 年邀請國際著名的健康城市專家學者 Dr. Leonard Duhal (美國)、Dr. Trevor Hancock (加拿大) 及 Dr. Iain Butterworth (澳洲) 來台分享健康城市的理念及推動經驗。2005 年擴大辦理台灣健康城市國際研討會暨台南市健康城市博覽會，共規劃 23 條社區參訪路線，除了邀請 4 國際學者 Dr. Evelyne De Leeuw (Australia)、Dr. Suzanne Jackson (Canada)、Mr. Tyler Norris (USA)、Dr. Shumei Wang (China) (王書梅副教授) 外，另外邀請 WHO 健康城市聯盟會員城市，包括：韓國 4 個城市 Gangnam District (Seoul)、Busanjin-gu、Geumsan、NamHae-gum，菲律賓 2 個城市 Paranaque City、Tagaytay City 及香港西貢區共 14 位國際健康城市代表參加，將國內推動健康城市的成果與國際人士分享。

(六) 創辦「健康城市學刊」及建置健康城市中英文網站，提供健康城市資訊服務。

創辦「健康城市學刊」將國際資訊整理並中文化，包括各國健康城市案例研究及 WHO 健康城市文件翻譯等，目前健康城市學刊已出版至第四期，並納入國家圖書館編目收藏。另建置健康城市中英文網頁達到資訊傳遞及國際交流的目的。



的。

另外台北市政府亦從 2003 年起推動臺北市推動健康城市。此行動方案共分為 7 大健康方案，再分為 26 個子議題，透過這 7 大方案、26 個子議題，對與臺北市市民日常生活息息相關的各個系統與層面進行分析，而其中方案四的：建構舒適之運動環境主要是提昇市民運動意願及強化運動生活型態。同時建構適宜市民運動之環境與空間。台北市政府有鑒於臺北市的獨特地形及特色如北市位於臺北盆地中央，三面環山，北有大屯山群雄鋸，其中包括陽明山、七星山，設有「陽明山國家公園」，風景優美，設有許多條步道。基隆河自圓山飯店以下之河岸，形成寬廣的帶狀河濱公園，而深入市區的外雙溪、景美溪及磺溪等，是市民親水、運動及遊憩的熱門空間。為鼓勵市民從事登山運動，增進市民健康，並提供安全舒適之運動路徑，推動一系列登山步道改善計畫。其策略包括：

(一) 建立健康的公共政策

1. 鼓勵各級學校積極開放運動場地設施，發揮公共造產效益。
2. 研訂校園開放獎勵措施，增加社區民眾運動空間。
3. 推動親山活動，鼓勵民眾從事登山健行。

(二) 創造支持性的環境

1. 提供學生學習游泳運動技能，養成終生運動習慣。
2. 整合各校學校游泳池資源，發揮資源共享計畫。
3. 更新改善老舊步道，並加強指引標示及休憩設施維護改善工作。

(三) 強化社區行動

1. 結合市府工務局、交通局等各有關局室，妥善維護河濱公園各有關棒球場、壘球場、溜冰場、腳踏車道等現有運動施，提供民眾運動空間。
2. 建立場地管理機制，發揮臺北市體育處運動設施開發與管理之功能。
3. 結合地方觀光旅遊活動或社區發展協會及居民的力量，使登山步道社區化。

(四) 發展個人的技能

1. 加強營運現有體育運動場地設施，提高使用效率。
2. 積極規劃各行政區內容的運動設施，以增加市民運動場地。
3. 將登山步道分級，讓民眾依自己的體能狀況及時間選擇適合路線。

#### (五) 重新調整服務的方向

1. 協助臺北市體育處積極興建小巨蛋體育館，提供市民大型國際運動參與機會。
2. 鼓勵各體育團體辦理各項體育活動。
3. 登山步道生態化、自然化。

由於台北市推動健康城市的成果，在 95 年 9 月該市以大安健康促進協會之名義，通過審核，成為台灣第 2 個加入世界衛生組織西太平洋「健康城市聯盟」之會員。

為擴大健康城市工作，衛生署於 2006 年參考台南市的模式，由專業團隊與地方政府共同合作推動，分別委託中國醫藥大學、慈濟大學及國立高雄大學，協助苗栗縣、花蓮縣及高雄市，推動健康城市計畫。

另外高雄市將於 2009 年舉辦世界運動會，為了迎接這件國際盛事，高雄市政府團隊於日前宣佈，將以「健康城市」作為施政目標及方向，為了配合明年形塑高雄「健康城市」意象，高市府團隊傾全力建設高雄市，除了正在積極興建中的高雄捷運系統以及巨蛋綜合體育館之外，為了改善都市風貌，希望藉由街道景觀之改善，給參與 2009 年世運會的各國好手及媒體一個友善國際都市的印象，工務局不但於日前大刀闊斧剷除路霸，保持人行道路淨空，還給市民及孩童安全行的空間，對道路景觀維護、植栽養護、以及路街牌加註英文等各項工作都在積極進行中，以利世運會在最佳環境下舉行。對國內身心障礙團體的照護方面，市府團隊在去年底通過「高雄市視覺障礙者使用導盲犬自治條例」，讓高雄市成為全台灣地區第一個導盲犬友善城市，並積極落實車站、機場等公共建設的無障礙設施，讓全體市民有一個無障礙的生活環境。

### 十三、健康生活社區化計畫

延續「挑戰 2008：國家發展重點計畫」中有關健康生活社區化的計畫，行政院再次整合各部會施政計畫，於 2005 年 4 月提出「台灣健康社區六星計畫」，計畫目標有下列三大項(行政院，2005)：

- (一) 推動全面性的社區改造運動，透過產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環保生態、環境景觀等六大面向的全面提升，打造一個安居樂業的「健康社區」。

- (二) 建立自主運作且永續經營之社區營造模式，強調貼近社區居民生活、在地人提供在地服務、創造在地就業機會、促進地方經濟發展。
- (三) 強化民眾主動參與公共事務之意識，建立由下而上提案機制，厚植族群互信基礎，擴大草根參與層面，營造一個「永續成長、成果共享、責任分擔」的社會環境，讓社區健康發展，台灣安定成長。

在社福醫療面向則規劃有下列三個內涵與策略：

- (一) 發展社區照護服務：建立社區照顧關懷據點，使得生活照顧及長期照護服務等工作可以就近社區化。
- (二) 強化社區兒童照顧：除由國民小學辦理兒童課後照顧服務外，亦鼓勵社區媽媽協力合作，提供社區內之托育照顧服務及兒童課後輔導，營造溫馨成長環境。
- (三) 落實社區健康營造：推動健康生活社區化，增進國民運動健身觀念，並激發民眾對健康的關心與認知，自發性參與或結合衛生醫療專業性團體，藉由社區互助方式，共同營造健康社區。

#### 十四、檢討

- (一) 政策符合國際潮流趨勢與本土化：健康社區營造或健康城市的建構，是國際目前主流趨勢，行政院能整合各部會而提出整合型的大型施政計劃，值得肯定。
- (二) 規劃健保給付規律運動者：運動對部分慢性疾病具有預防及改善的效果已獲諸多實驗研究證實，部分歐洲國家亦開始實施健保給付給上健身房等規律運動者，因此為提昇國人規律運動習慣，可分年分級實施「規律運動與健保使用頻率低者」給予健保給付及運動所需部分經費。或以醫生為核心，針對部分慢性疾病成立專業醫療團隊，結合醫療、照護、營養、運動等專業人員，實施整合型醫療計畫，提昇療效。
- (三) 規劃培訓體適能指導員：目前社區健康中心公衛護士工作繁重，若再加上提供民眾運動諮詢與評價等，不僅實質效能不易獲至，更恐影響原有職能設計，因此設置體適能指導員應為可行措施。以體適能指導員為動態生活規劃發動機，營造社區動態生活風潮，並可充實完整社

區專業人員之建置。(黃光獻、賴政秀，2005)

## 第四節 中央政府運動與健康預算

預算乃為政府公共政策的展現，各項政策計畫的實施必須編列預算加以支持才得以實現，因此本節將針對中央政府近五年來在運動與健康方面所列預算加以分析。

### 一、預算編列情形

依中華民國體育統計最新資料顯示(體委會，2006)，將我國政府機關的體育經費預算與國民生產毛額、國內生產毛額、中央政府總預算進行比較，自 2001 至 2004 年間，佔國民生產毛額或國內生產毛額比例皆僅約 0.08%，佔中央政府預算比例皆僅約 0.5%，至 2005 年稍有增加，分別約佔 0.09%及 0.6%。詳請參閱表 3-2。

表 3-2 2001 至 2005 年度政府機關體育經費佔國民生產毛額等比例

單位：新台幣／億元；百分比

年度	國民生產毛額 (GNP)	國內生產 毛 額 (GDP)	中央政府 總預算	體育運動 組織預算 (中央／地 方)	佔 GNP 比 例(%)	佔 GDP 比 例(%)	佔中央政 府總預算 比例(%)
2001	96,396	94,476	16,081	80.69	0.0837	0.0854	0.5017
2002	99,778	97,353	15,992	87.27	0.0875	0.0896	0.5457
2003	101,730	98,442	15,723	84.31	0.0829	0.0856	0.5362
2004	105,847	102,058	16,112	86.96	0.0821	0.0852	0.5397
2005	109,502	105,570	16,356	101.65	0.0928	0.0963	0.6215

資料來源：體委會，2006c

進一步分析體委會單位預算，以各施政計畫的預算數與當年度單位預算總額做比較，可釐清在各施政計畫中所佔比重，進而得知資源分配情況。以推展全民運動施政計畫為例，2001 年佔當年度體委會單位預算之比重為 16.40%，是近五

年來比重最高的年度，依序逐年降低分別為 11.81%、9.0%、7.91%、7.42%等，而佔比重最高者，當屬運動設施整建計畫，從 2001 年 32.52%逐年增加至 48.51%，詳請參閱表 3-3。

更深入的探討「推展全民運動」施政計畫預算內涵發現，列在此項施政計畫的經費，還包含了部分非全民運動項目的經費內容，以 2006 年預算為例，(體委會，民 95c)推展全民運動經費預算金額為 345,973,000 元，包含有「提昇國民體質與生活品質」分支計畫 180,211,000 元、「保存發揚固有體育」分支計畫 11,000,000 元、「加強特殊體育推展」分支計畫 70,152,000 元、「加強原住民體育推展」分支計畫 10,000,000 元、「加強世運會選手培訓」分支計畫 74,610,000 元，等五項分支計畫。其中「世運會選手培訓」分支計畫，依其計畫說明內容而言，乃為培養加世運會單項國際運動競賽之選手而設；同樣情形在「加強特殊體育推展」分支計畫中，亦提列參加身心障礙國民運動競賽經費。上述兩類運動競賽活動經費是否應列為推展全民運動計畫經費，或許仍有討論空間。

若依內政部公布之 2005 年臺閩地區總人口數 22,770,383 人與中央政府編列體育經費計算，每人平均分配數為 311.90 元；若僅計算「推展全民運動」經費 345,973,000 元計算，則每人降至 15.19 元，其比率可謂偏低。

表 3-3 體委會 2001 至 2005 年度施政計畫預算分配比重(單位：%)

年度	一般行政	體育	推展	推展	推展	整建
		行政業務	全民體育	競技運動	國際體育	
2001	5.74	6.33	16.40	24.66	13.04	32.52
2002	5.04	3.09	11.81	22.69	7.77	47.69
2003	5.28	3.56	9.00	28.82	7.79	44.16
2004	4.08	3.10	7.91	27.30	6.82	48.88
2005	5.45	2.97	7.42	29.02	6.51	48.51

資料來源：體委會單位預算(2001~2005)；尤杏暖、洪嘉文，2006

## 二、檢討

- (一) 政府編列預算總額明顯不足：依統計資料顯示，過去五年編列之體育預算僅佔中央政府總預算約 0.54%，建議依照人口數或國民生產毛額(GDP)比率編列。該比率可進行協商確立。

- (二) 各施政計畫所佔預算額度，應依政經環境調整：如亞、奧運舉辦年度在競技體育部分可酌予調增，其他年度除經常性或重點培訓計畫經費外，可酌予調減，其他各施政計畫亦同。
- (三) 推動全民體育經費，應全部由政府編列或由政府透過立法如發行運動彩券、推動減免稅賦、提供獎勵措施...等鼓勵由民間籌措，應予明確；若依目前預算編列情形而言，政府似乎傾向後者，由民間籌措為主、政府編列為輔，但相關法令措施的推動仍有很大進步空間。



## 第四章 運動與體適能

體適能一直都是國內外相當重視的主題，因為體適能與健康疾病或生活品質有密切關係。適當的身體活動可提升國民的健康體能狀況，並進而減少許多慢性病的罹患機率，健康是指一個人採取積極的行為方式的動態過程，而透過這種行為方式來促進健康、降低得病的危險性，對於提升國民健康、降低醫療支出與社會成本都有極大的幫助，因此，歐美各先進國家近年來紛紛訂定提升國民運動習慣的政策，並陸續進行大規模的健康體能檢測和身體活動量分析，以追蹤這些政策的成效。國內在過去的幾次大規模學生體適能檢測中，發現體適能一般比歐美及亞洲的大陸與日本學童差。因此，如何提升學生的體適能一直是教育部或是相關單位的重點工作。如果本身能夠在平時增加身體活動量，或是養成規律的運動習慣，體適能就能夠提升或維持在較理想的狀態。

對於體適能的實施，學者方進隆(2004)提出運動保健介入方式，運動保健目前倡導的介入方式主要有二種，即結構式的介入方式(Structure intervention)與生活型態的介入方式(Lifestyle intervention)。過去美國運動醫學會(American College of Sports Medicine)或運動科學相關的團體，皆鼓勵民眾以結構式的介入方式(Structure intervention)來提升體適能。這種介入方式就是要在日常生活中抽出時間，有規律或結構式地來從事運動，就像目前體適能三三三的推廣理念，希望民眾每週至少運動三天，每天至少三十分鐘，運動時強度要達到每分鐘心跳率 130 次左右，這種方式對於體適能的提升，已經被運動醫學與運動科學的研究或報告證實其訓練效果，可以改善心肺功能、肌肉適能(肌力與肌耐力)、身體組成或柔軟度等健康體能，也可減低疾病危險因素(如高血壓、高膽固醇等)，有助於壓力紓解與提升工作效率。有鑑於此，大家能進一步認識與瞭解體適能，相信對於國人的健康促進，會有正面的效果。

### 第一節 體適能(Physical fitness)

#### 一、定義(definition)

所謂體適能中外體育學者各有其特殊觀點與名稱，如：德國人稱之為「工作



能力」，法國人稱為「身體適性」，日本人稱為「體力」，國人稱為體能或體適能，通常指一般人能夠有效且安全地應付日常生活中一般性及緊急的情況，並有餘力從事休閒活動的能力。

## 二、健康體適能與運動（競技）體適能

Bouchard 和 Shephard(1994)將體適能分成兩個領域，即與健康相關的體適能(health-related fitness)與動作能力相關的體適能(Performance-related fitness)，健康相關的體適能跟個人健康狀況有極大關係，而且也受身體活動的習慣影響；而動作能力相關體適能取決其是否有足夠的工作能力或運動表現成績優異與否。健康體能是由肌肉適能、柔軟度、心肺功能、身體組成等四種不同特質的身體能力與構造所組成。擁有良好的健康體能是建立良好生活品質的最基本條件。健康體能較佳者，較有活力完成每天的工作、感覺精力充沛、有餘力享受休閒娛樂生活，亦可輕鬆應付偶發的身體活動。擁有較佳的健康體能並不難，只要規律的參與運動就可達成。在擁有較佳的健康體能之後，若停止運動，所擁有的良好健康體能將會逐漸消失，因此養成規律運動的生活習慣，才能維持終生的幸福與健康。而運動體能是由敏捷、協調、平衡、速度、反應、爆發力等六種不同特質的身體能力所組成，這些運動體能要素又被稱為「基本運動能力」。擁有良好的運動體能是參與各項休閒與競技運動、享受運動樂趣的最基本條件。運動體能較佳者，具備參與各項休閒活動的運動能力、能夠充分享受休閒運動的樂趣，亦可輕鬆投入各項競技性的運動比賽。

國內行政院體委會的國民體能系列網站，推動認識健康體能，透過檢測引導國人從事運動；體育司也有「國民小學學生健康檢查實施計畫」、「學生體重控制教育活動」、「健康體適能檢測」以及「健康體適能護照」等，均為體育正課以外的身體活動，因此，身體活動指標和健康體適能息息相關(許樹淵，2004)。

事實上，有關運動體能的要素內容仍然還被不斷的討論著。Corbin 與 Lindsey(1994)認為運動體能包含平衡、協調、反應時間、敏捷、瞬發與速度等六項；Maud and Foster(1995)指出人體運動能力包括反應時間、平衡、速度、敏捷與協調等五項(少了瞬發一項)；Morrow 等人(1995)指出人體運動表現的主要次項目(primary subdomain of human performance)，包括肌力、速度、敏捷、無氧動力(瞬發)、柔軟度、平衡與肌肉運動知覺(kinesthetic perception)等七項。Gallahue(1997)

指出體能的競技要素，包含平衡、協調、敏捷、速度、瞬發等五項，而且要依其順序加以強調重視，也就是說，兒童的平衡技巧發展是最重要的，進而促進協調與敏捷，最後才是速度與瞬發能力的養成。

## 第二節 各國健康體能政策與相關指標

國際相關組織與世界各國有鑑於適當的身體活動可提升國民的健康體能狀況，並進而減少許多慢性病的罹患機率，對於提升國民健康、降低醫療支出、以及減少因各種慢性病而付出的社會成本都有極大的幫助，近年來紛紛訂定健康體能政策，選擇符合研究結果與國情的健康體能指標，分別分析如下：

### 一、世界衛生組織

世界衛生組織(WHO)有鑒於各種形式的身体活動是增進個人以及社區健康最經濟的方式，於 1997 年推動 Global Initiative on Active Living，結合世界各國與各相關組織，致力於傳播身體活動的相關知識、營造促進身體活動的生活環境、並協助制訂與推廣提升身體活動的相關政策，希望將身體活動融入日常生活之中，提升各年齡層與各族群在各種環境的身體活動量，包括老年人與殘障者，在學校、職場、與社區中的身體活動，希望提升世界各地居民的身體活動量，以增進全球民眾的健康。

世界衛生組織歐洲區辦公室(Regional Office for Europe)認為，以走路和騎腳踏車做為主要的交通方式，是增加身體活動量最有效的方法，在相關的各方面政策配合下，包括提供安全的走路和騎腳踏車的環境，可以讓身體活動融入民眾的日常生活之中。數個歐洲(丹麥、義大利、瑞典、瑞士)主要城市，也分別針對不同的族群，經由改善交通設計與宣傳鼓勵的方式，讓走路與騎腳踏車融入民眾的日常生活中，以提升身體活動，並都已獲得令人滿意的結果。

### 二、美國

美國早於 1956 年就已成立 President's Council on Physical Fitness and Sports，由總統召集政府、體育、醫學、公共衛生和運動等各方面的專家，致力於促進各年齡層的國民對身體活動的參與，及相關政策的制定，並協助企業界、各公會和

社區等發展完善的健康體能與運動計畫，同時協助推廣身體活動對健康之重要性的相關資訊。美國於公元 2010 年的國家健康目標(Healthy People 2010)已將身體活動列為評估國民健康的十大指標之首，將促進身體活動和健康體能，以提升生活品質，亦列為主要的工作目標之一。

### 三、加拿大

加拿大於 1981 年針對超過 23,000 名 7 歲以上的國民，由 Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute(CFLRI)主導，進行 1981 Canada Fitness Survey，以 Canadian Standardized Test of Fitness 進行大規模的健康體能檢測，並自 1995 至 2001 年間，進行 6 次 Physical Activity Monitor，以電話訪問各年齡層民眾從事日常身體活動的情形，並探討影響從事身體活動的因子。2001 Physical Activity Monitor 指出，57% 成年人身體活動不足，男女性身體活動不足之比例差距不大(男性 52%，女性 59%)，成年人最常從事的運動依序為走路、整理庭院、在家中做運動、游泳、騎腳踏車。58% 兒童與青少年身體活動不足，包括 52%(男性與 62% 女性，此族群最常從事的運動依序為走路、游泳、騎腳踏車、慢跑、籃球。由於加拿大政府的大力宣傳與提供安全方便的環境，41% 民眾走路上班或上學，這些人平均每年實施 153 天，每天走 40 分鐘，13% 民眾以騎腳踏車的方式通勤，平均每年 57 天，每次 36 分鐘。這些措施讓身體活動不足的人口比例自 1995 年起逐漸降低。

### 四、紐西蘭

由 Hillary Commission(之後合併為 Sport and Recreation New Zealand，簡稱 SPARC)於 1988 年所提倡的 KiwiSport 政策，主要目的在於促進紐西蘭國民參與各項體能活動，提升體能與休閒活動品質，並提供經費給各運動協會與俱樂部。KiwiSport 主要針對兒童與青少年，將體能活動趣味化，增加兒童與青少年參與體能活動的意願，進而促進全國民眾參與運動的習慣。主要經費來源除了政府預算之外，還有各種彩券的盈餘。

KwiSport 採用 modified sport 的概念，將各項成年人的運動根據參與者的年齡、體型、運動能力、運動經驗、健康狀況等，略為修改裝備重量與體積、場地大小、規則、比賽時間等，使其符合參與者的程度，但仍然提供一定程度的強度

和挑戰，以增加兒童與青少年的參與，培養運動的興趣與習慣，讓他們在於增加與體能發展後，可以持續參與這些成年人的運動。除了增進健康體能與培養運動能力和興趣之外，KiwiSport 還透過運動培養參與者自信、社交技巧、公平競爭的精神、友誼和領導能力。

根據 1996 年全國調查的資料顯示，64%人口每週參與休閒性身體活動的時間超過 2.5 小時，15%人口屬於非常少運動的坐式生活者。絕大部分中學生都參與校內或校外的身體活動，每週平均運動 8.5 小時，而且中學生參與運動的興趣很高，因為他們認為在其中得到很大的樂趣。和世界各國相比，紐西蘭人民的身體活動參與度很高，但是該國政府仍然致力於鼓勵國民參與身體活動，透過組織和規劃現有的短程步道，並建設新的步道，新建與維修多項運動設施，以提供高品質的運動場所，提倡走路、慢跑、騎腳踏車、伸展操等運動方式，並鼓勵老年人參與運動，目標為將每週參與休閒性身體活動超過 2.5 小時的人口比例達到 70%。

## 五、英國

Health Survey for England 1998 是英國最近一次針對 16 歲以上民眾的全國性身體活動量的調查，此調查顯示，35%男性與 41%女性每週運動 1 次以下，且此比例在 45-54 歲後逐漸增加。女性最常從事的身體活動是高強度的家事(58%)，而參與此項身體活動的男性則為 38%。

有鑒於僅有 37%男性和 25%女性達到美國運動醫學會(American College of Sports Medicine, ACSM)的建議身體活動量-每天 30 分鐘，每週 5 次以上，英國 Health Development Agency 於 2003 年 9 月發起為期 2 年的 Local Exercise Action Pilots 初步計畫，結合政府與民間組織，針對各種不同的年齡層，採用兒童活動營隊、社區健走、透過職場和社區促進身體活動、提倡學校體育、鼓勵民眾從事走路和騎腳踏車等，嘗試找出最適用各年齡層的促進身體活動的方式。

## 六、法國

法國響應 WHHO 的政策，透過新的都市設計，將身體活動融入於日常生活之中。巴黎許多道路設置腳踏車專用道，並以欄杆和矮小的行道樹與汽車車道做明顯的區隔，汽車不可行駛或停靠於腳踏車專用道。在有階梯的地方，也在階梯旁設置斜坡，讓騎士可方便的牽腳踏車上樓梯。Strasbourg 則在原有的紅磚人行

道中開闢一條柏油的腳踏車道，可供腳踏車或直排輪使用。這些措施都是在都市中鼓勵騎腳踏車，做為通勤或一般交通工具，進而提升日常生活身體活動量。

## 七、瑞典

瑞典於 2002 年公佈「Public Health Objectives」法案，將提升身體活動量列為 11 個提升國民健康的主要目標之一，特別針對兒童與青少年，整合各政府單位，建立長期的規劃，確保各社經階層的兒童與青少年都有機會參與足量的身體活動。主要的實施內容在於增加在學校中參與身體活動的機會，並廣泛建造安全且容易到達的運動場所，同時透過宣傳與教育，讓家長與兒童和青少年都了解身體活動對健康的幫助，進而願意規律的從事各項身體活動。在職場中也應增加參與身體活動的機會，對於老年人或行動不便者，也應提供更多適合其生理狀況的活動。此項法案也強調，透過經濟與社會福利制度，讓國民獲得穩定的經濟生活狀況，才可以讓民眾有更多時間與精力投注於對個人健康的關心。

## 八、丹麥

調查顯示，丹麥 13-15 歲的青少年平均每天使用電腦的時間是 1.25 小時，但此年齡層參與各項運動的比例也很高，約 80% 的兒童與青少年參與至少一個運動俱樂部，約 80% 成年人在閒暇時刻從事中強度的身體活動，但參與運動俱樂部的比例約為 50%。與其他已開發國家相比，丹麥的兒童、青少年與成年人參與身體活動的比例是相當高的，主要的原因是傳統文化與習慣的影響。學校放學後，其運動設施讓全國超過 14,000 個針對各種年齡層的運動俱樂部使用。丹麥每人可使用的運動設施是全世界最高的，全國的 5 百萬人口，擁有超過 1,300 個運動設施，以及 5400 個運動場地，而且國家規定，所有設施都是免費提供運動俱樂部使用，其中的運動指導員大部分都是志願者，主要的經費來源是政府，且補助時並無特定的要求。在職場中提供每週至少一次運動機會的公司僅有 20%，因此國家運動協會之一的 Danish Federation of Company Sports，除了整合全國各公司的各項運動隊伍與運動競賽之外，還與 University of Southern Denmark 合作，推動「Active Living at the Workplace」，協助各公私立公司建立更完整的員工健康服務，包括設立各項運動設施，增加運動指導人員，並鼓勵員工運動。但目前仍在評估此項措施是否可讓原先無運動習慣的民眾動起來。

## 九、芬蘭

芬蘭是歐盟中人民參與閒暇時身體活動率最高的國家，約達三分之二的國民每週從事3個小時以上的身體活動，且男女性的比例相當接近。除了在學校中的體育課之外，全國幾乎每個村中都有運動設施，且和附近的民眾建立良好的關係，開放給所有民眾使用，僅收取少許的費用。地方政府有責任提供運動場所與服務給民眾，而中央政府則補助各運動組織與地方政府，設置與開放各項運動場所，主要的經費來源是樂透的收入。透過立法是最直接有效的方式，地方政府將參與身體活動定為人民的基本權力之一，因此地方政府必需提供人民運動設施、場所、與機會，就如同提供教育。中央政府則通過 Sports Act 法案，將促進民眾參與身體活動，尤其是兒童與青少年，列為政策，中央與地方政府必須提供基本的運動設施與場所，民間各運動組織則負責統籌管理各項運動的競賽。在過去10年間，透過立法強制各級政府提供運動場所，以及讓民眾更瞭解身體活動對健康的益處，讓芬蘭在提升國民參與身體活動方面獲得非常顯著的效果。

## 十、大陸

陳威村學者指出，大陸於1995年開始實施「全民健身計畫」，首先進行宣傳和改革試驗，再透過重點實施逐步推進，促進全民運動。根據此計畫，全國各地興建適合的運動設施，以青少年和兒童為重點，並加強職工、社區、農民、部隊、少數民族和殘障者的身體活動。此計畫經費的來源包括政府預算補助，以及各種彩券的盈餘。目前大陸推廣全民健身計畫所面臨的問題包括城鄉差距與地域差距，運動人口多集中於沿海和東部城市，農村運動人口顯著偏低，且由於投入時間尚短，仍缺乏適當的運動場館與合格的體育指導人員，而民眾的相關消費支出也非常有限。

## 十一、韓國

韓國傳統以來即有男女性社會地位不平等的問題，參與運動者一直以男性為主。從1960至1980年代，韓國政府的運動政策著重於競技運動的表現，以國際性比賽奪牌為主要目標，女性運動員也有許多傑出的表現，但女性大眾參與一般性運動的比例仍較男性顯著為低。在90年代後，經濟情況大幅改善，民眾逐漸

重視身體健康與休閒品質，1988 年漢城奧運的成功，讓韓國政府開始大力推動全民運動，更多的女性參與運動，傑出的女性運動員成為女性民眾的偶像，也促使更多的女性參與日常性的身體活動，健康的體態也被認為是「美」的象徵，運動的參與以及運動場上的成就，也協助縮小男女性社會地位的差異，但社會價值觀仍認為女性較不宜參與運動。韓國政府透過宣傳與教育，希望消除根深蒂固的觀念，但仍需要時間。韓國也重視適應體育(adapted physical activity)的發展，由 Korea Sports Association for the Disabled(KOSAD)與 Sports Organization for the Disabled 為主要領導組織，雖然剛開始時也是以在殘障運動會奪取獎牌為目的，但透過推廣適合各種殘障人士與年齡層的運動，並舉辦各項競賽，也促進了這些原本無運動機會者參與各種身體活動。1977 年通過的 Special Education Promotion Law 規定學校必須針對無法參與一般性身體活動之殘障學生提供體育課程，目前已公佈各級學校盲生、心智障礙與肢體殘障學生之體育相關課程與教師手冊。校際或全國性的殘障單項或大型運動會也經常舉辦，參與對象包含各種不同程度的殘障學生或社會人士，顯著提升此族群的身體活動參與率。

## 十二、日本

根據 1998 年 Sasakawa Sports Foundation 所做的 National Sport-Life Survey 全國性調查，20 歲以上的民眾每週從事運動 2 次以上，每次 30 分鐘以上的比例僅為 13%，雖然此比例已從 1992 年的 6.5%逐年上升，但仍明顯不足。最常從事的運動項目為走路，其次為保齡球和有氧舞蹈等。從 2000 年開始的「第三大健康營造對策」，推動「健康 21」，包含運動、營養、心理健康、心臟病等 9 大項，強調預防對於提升健康的重要，透過社區營造，根據各社區不同的屬性與資源，創造社區的特性，規劃適合各社區特性的方法，強調社區全民的參與，不侷限於醫療活動，而著重於整體健康行為與觀念的改變，包括多運動與均衡而營養的飲食，提供相關資訊，讓社區居民自我選擇且主動的參與，並設定各項於 2010 年預定達成的健康目標，定期檢視目標達成度，讓 21 世紀的日本更健康。於 2002 年公佈之健康增進法草案中，將制訂增進居民健康計畫列為中央、縣市、鄉鎮等大小行政區域的責任，顯示促進民眾健康是從中央到地方的責任，也強調社區對於促進民眾健康的重要地位。

「健康 21」於 2010 年在運動方面預定達到的目標包括:(1)提升規律從事可促

進健康的身體活動之民眾比例;(2)提升從事快走運動，以走路取代搭車，以爬樓梯取代搭電梯之民眾比例(1996年資料為男性 25.7%，女性 32.5%);(3)增加每人每天行走步數 1000 步以上(1997年資料為男性平均 8,202 步，女性平均 7,282 步)。

### 十三、澳洲

澳洲民眾每週從事至少 3 次身體活動的比率從 1997 年的 62% 降低至 1999 年的 57%，而 7-15 歲族群的 BMI 自 1985 年起逐年增加，女性參與身體活動的比率較男性為低，原住民族從事身體活動的比率也較低。澳洲政府於都市計畫中即包括提供市區、郊區、與偏遠地區可供民眾從事走路、慢跑、騎腳踏車的安全且容易到達的場所，並在各級學校中落實體育課，提供多項運動課程，同時要求醫生對病人提供運動的建議，透過各種傳播系統讓民眾了解規律運動的益處，並針對不常運動的族群，例如原住民族，提供適當的運動場所與社會支持。澳洲以社區公園為中心，大力宣傳鼓勵鄰近居民於公園內從事慢跑、散步、騎腳踏車、各種球類的多項運動，可增進運動設施使用率，也增加鄰近社區民眾參與運動的程度。

有鑒於母親的運動時間常受到家庭與社會責任的限制，澳洲針對將小孩送到托兒所的母親(ProActive Mums, promoting physical activity through childcare centers)，建立這些母親的互相支持網路，輪流協助照顧家庭，讓其他人有從事運動的時間，或安排各家家人一同進行運動，並組織運動團體，可有效提升這些母親的運動量。針對小學生身體活動量日漸不足的問題，澳洲試辦由大學體育系的學生擔任小學生參與運動的伴遊(buddies)，帶領並鼓勵小學生參與運動，收到不錯的效果，顯示有同伴一起進行運動，運動習慣更可以持久。

## 第三節 我國健康體能政策與相關計畫

我國政府近年來也體會到提升國民健康體能的重要性，教育部曾委託中華民國體育協會分別針對各層級學生進行大規模的健康體能檢測，行政院體委會曾於 1999 和 2001 年進行全國性大規模的體能檢測，建立我國國民體能常模。檢測所得到的結果顯示，我國學生的體能普遍較亞洲鄰近各國為低，再加上國人坐式生活習慣日益普遍，身體活動量降低，對於健康體能，以致於身體健康都是非常



的警訊(陳全壽，2003)。

為怕國人健康體能降低，且遵循以往各主委的精神，行政院體委會 2002-2005 年度中程施政計畫，列有以下幾點因素作為政策發展的方向：

- (一) 全民運動風氣覺醒、國民健康體能的提升漸受重視。
- (二) 優質運動環境需求日增。
- (三) 必須建立體育專業人員證照制度與提升體育人才素質。
- (四) 政府與民間共同參與。

體委會於 2002 年開始推動 6 年期的「運動人口倍增計畫」，結合中央、地方、民間團體等的力量與資源，目標為每年增加運動人口 50 萬人，2002 年委會施政績效報告中指出，該年度運動人口比率成長幅度為 6.76%，超出原訂目標值 2.5% 甚多。全國各縣市的配合工作包括辦理各項賽會、興建與整修休閒運動場館、加強校園開放、推動學校體育、辦理運動育樂營、體能運動教室、針對各年齡層推動適合的運動(包括老年、成年人、青少年、幼兒、身心障礙者等)、發展地區特色的運動項目等。而在 2002 年其中行政院推動「挑戰 2008 國家發展重點計畫」政策，對投資未來的規劃有四項主軸、十大重點投資計畫，其中關於我國的國民體能與健康，融合了現今相關部門之體能政策的規劃，來全面提升國家與人民的競爭力。

體委會也針對改善休閒運動設施、培育國民體能專業指導人才及辦理國民體能檢測作業等多方面著手，致力於推動全民運動及提升國民體能各項措施，擘劃全民運動發展的好環境。

## 一、改善休閒運動設施

提供近便、友善的運動環境是普及運動風氣、提升國民運動參與的重要條件，政府各相關部會應積極協調合作，並輔導地方政府整合資源，逐年增加學校運動設施開放使用率、提升國民使用運動設施面積比率，並加強硬體建設與管理營運等軟體的改善。

## 二、培育國民體能專業指導人才

每年平均認證 50 名國民體能指導員，預估至 2010 年可認證 500 名以上之國民體能指導員，並建立經考試與認證合格之體能指導員人力資料庫，協調整合全

國各縣市及公民營機關團體，於辦理體能活動時優先任用合格之體能指導員。

### 三、辦理國民體能檢測作業

推動國民體能護照制度，統一訂定體能檢測項目，設置體能檢測站，定期全面化實施體能檢測；研擬成年人、老年人活動模式，針對不同工作屬性的上班族與銀髮族，研擬職場需求的身體活動模式，為即將來臨的銀髮族時代奠定良好的發展基礎；推動以國民體能評核等第列為健康保險保費分級之依據。

### 四、辦理各項運動人口調查工作，建立我國每年體能變化數據

持續進行我國各項運動人口數及分布族群調查，建立我國每年體能變化數據，以作為活動推廣之依據，輔導民間團體，積極從事各項體育活動。

### 五、建立體能推廣活動之組織架構

除中央及縣市行政體系，推動體能活動外，結合鄉、鎮、市、區公所及社區等單位，辦理各種青少年、老人、小孩、婦女體能教室活動或晨間、晚間活動，促成全民運動風氣。

### 六、規劃運動彩券方案暨後續作業

比照體育發展先進國家做法，發行運動彩券，作為發展競技運動及全民運動的經費，帶動全民體育運動的參與感與運動風氣。

### 七、落實學校運動設施的開放，提供民眾適當的活動場所

我國學校運動場地數量約占全國運動場地的 41%，開放學校運動場地，可以迅速擴充運動設施的數量，增加其使用率，並節省政府運動場館設施的投資經費。

### 八、落實大型企業設置運動指導員的措施

「國民體育法」第 10 條雖明定，員工 500 人以上的機關、團體及企業，應聘請體育專業人員，辦理員工體育休閒活動。惟缺乏強制規範，國內企業尚未完全落實此項政策，爰推動職工體育活動，鼓勵企業員工從事休閒運動，是政府推動社區體育活動之外，亟待推廣的全民運動的項目之一。

## 九、培訓基層體能指導及推廣人才

服務社區、民眾，形成由社區主動向政府爭取運動設施或運動指導人才的模式，落實全民運動社區化，使人人愛運動，時時可運動，處處能運動。

教育部對於學生體適能，也結合體委會與衛生署辦理相關計畫，除了「體適能護照」、「333 學生體適能向前走計畫」、「一人一運動，一校一團隊」和「健康體位 5 年計畫「333 再升級，210 增活力」外，另有表 4-1 敘述如下：

表 4-1 教育部學校體育政策

活動名稱	時間	目的
響應「國際走路上學日」～走路上學 SO EASY，健康加分 SO HAPPY！	2005 年 10 月	教育部體育司表示，為輔導學生適當實施體重控制，實踐健康生活，並早期預防心血管疾病發生，增進學生身心健康，2004 年起更發展成「推動中小學生健康體位 5 年計畫」，以「健康體型意識」、「動態生活」及「健康飲食」等三面向策略，配合「健康促進學校計畫」採用多元的方法，希望提升學生健康體位的比例，培養健康、活躍的下一代。
走讀台灣·永保健康～學校「百萬聚樂步」開走！	2006 年 03 月	教育部為採用多元策略提升學生身體活動時間，並鑒於財團法人希望基金會推動健走活動「百萬國人日行萬步～百萬聚樂步」的創意與成績，決定推出全國國小學童健走計畫「走讀台灣、永保健康：快樂健走 90 天」，期待以遊戲化的方式鼓勵學生多活動，並搭配網路社群「虛擬環島」的設計，同時發揮鄉土教學的效果。
中小學生健康體位計畫 2005 年度成果發表會～Aid Students to Fit	2006 年 04 月	為了提升健康體位學生比例，同時增強學生體適能，教育部目前正在積極推動「中小學生健康體位計畫」，關注對象從過去的預防過重與肥胖學生，擴展為全國中小學生身上，藉由正確體型意識的教育，推動動態生活及健康的飲食習慣等三大主軸，除了改變學生的生活型態，也減少肥胖所產生的相關疾病，更積極地建構一個健康的校園環境。

活動名稱	時間	目的
「學生水域運動方案」與「學生游泳能力方案」及「推動學生游泳能力」	2006 年 07 月	在「推動學生游泳能力方案」實施 1 年後，依據「2005 年游泳教學狀況調查」顯示，在國小學生部分有游泳池學校學會比例約達 23%；無游泳池學校約達 11% 比例較低，但隨學級的提高，學會之比例亦相對提高。

其實，體委會雖然針對改善休閒運動設施、培育國民體能專業指導人才及辦理國民體育檢測作業等多方面著手，但培訓人數太少，體適能指導員的認證每年才只有 50 人，這對於台灣這麼多社區及中、小學的數量而言，有呈現人力短缺的現象，況且檢測作業與後續體能指導較不連貫，是否應該由政府或是教育部推廣，鼓勵學校老師或是民間健身中心多多進修報考，但是也應維持訓練適能指導員的品質，應有再進修或是更新的課程。目前民間團體對指導員證照都是採用各家標準的模式，未能有效統一制度，對於此點相關單位是否該立法制訂標準，或經由體委會、教育部相關單位合作辦理或是委辦其他單位代辦，所得證照經由實習一定時數後才能發給並上網公告，讓其欲聘用體適能指導員的單位有一平台可找尋；至於證照年限與延續，需靠體委會與教育部討論之後的相關辦法來實施。

其實在教育部方面，除了健康 333 等上述活動外，另外公布「學生健康檢查實施新方案」、「早自習不如早運動」與「運動表現與體適能納入升學指標採計」等均為提升體能的重要策略，可是如何透過行政力與立法持續推動是其主要重點，不然，誠如 1978 年教育部委託國立台灣師範大學辦理國民體育獎章第一期測驗工作，1982 年實施第二期測驗工作，檢視第一期測驗項目之信、效度，卻受限於經費，未能實施檢測於全國，影響到至今的體適能測驗沒有不連續，實屬憾事。



## 第五章 運動與健保

全民健保自 1995 年實施以來，全體國民都能藉由自助互助及風險分擔的方式，獲得預防保健、門診、住院、居家照護及社區復健等完整的醫療照顧。自 2000 年起，健保局又致力於建立一套管理式的全民健保、提升醫療照護結果與滿意度、提供優質服務；並透過落實「方針管理」，確立年度目標並整合各項年度計畫，強化經營體質，有效運用資源，不斷求取內、外部服務品質之改善；更因為有一些具體數據，顯示我國健保制度已達減輕民眾醫療負擔、提供適切醫療照護、落實平等就醫權利等目標。所以美國與德國歐美國家對我國健保稱讚有加，美國更稱為我國為健保烏托邦。

健保制度的實施，其重要性的認知為：

- (一) 健康權為社會體系中最重要的一環。
- (二) 健康的促進為國家最佳的投資。
- (三) 全民健康保險的實施可促進醫療、製藥、資訊等相關產業的發展。
- (四) 全民健康保險的實施可促進醫療產業稅制的健全化。

基於健康體能觀念的倡行及疾病與經濟問題的存在，導致近二十年間相關領域學者，廣泛討論健康、運動與預防醫學等主題。本文也將對於規律運動對醫療付出做一敘述。

### 第一節 我國健保與醫療付出

根據行政院衛生署(2004)的「國民醫療保健支出統計」(National Health Expenditure, 簡稱 NHE)指出，我國自 1995 年 3 月開辦全民健康保險以來，醫療保健經費顯著增加，資金流向內容丕變，2004 年國民醫療保健最終支出(NHE) 6,647 億元，較上年增加 3.9%，約占當年國內生產毛額(GDP)的 6.2%，或占國民生產毛額(GNP)的 6.0%。平均每位國民醫療保健支出達 29,351 元，相較於全民健保實施以前(民國 83 年)名目成長 13,882 元，其增幅較同期 GDP 之增加率為高。由於 90 年 GDP 之年增率呈現負成長，致 2001 年 NHE 占當年國內生產毛額(GDP)的比例明顯擴大，為自 1995 年以來之最大增幅。

93年NHE/GDP為6.2%

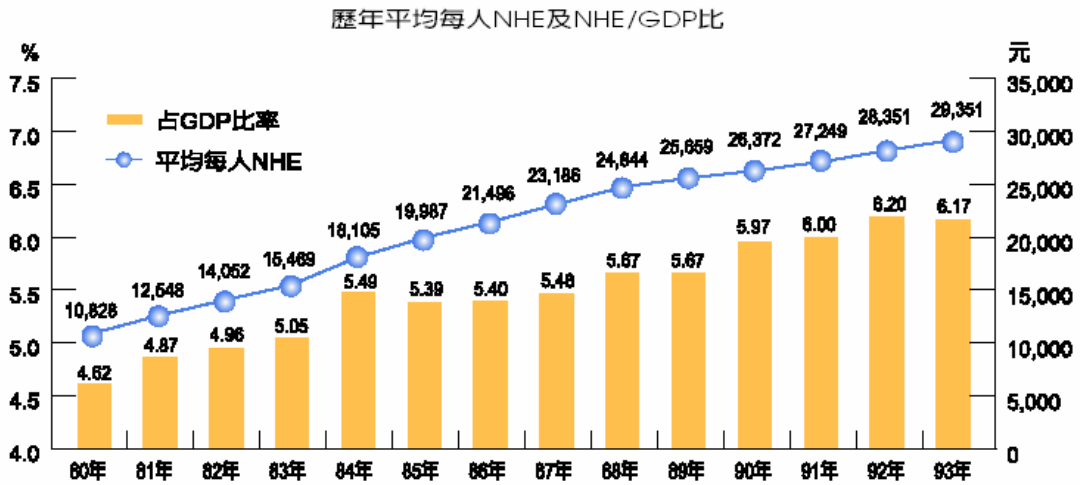


圖 5-1 歷年平均每人 NHE 及 NHE/GDP 比

年別	國民醫療保健支出		平均每人每年醫療保健支出(元)	國民醫療保健支出		國民生產毛額(GNP)		國內生產毛額(GDP)		年中人口數
	總額(百萬元)	增加率		占GNP(%)	占GDP(%)	(百萬元)	增加率	(百萬元)	增加率	
80年	222,016	...	10,828	4.51	4.62	4,927,801	...	4,810,705	...	20,503,568
81年	259,791	17.01	12,548	4.76	4.87	5,459,814	10.80	5,338,952	10.98	20,704,226
82年	293,668	13.04	14,052	4.87	4.96	6,032,180	10.48	5,918,376	10.85	20,899,019
83年	326,188	11.07	15,469	4.96	5.05	6,571,009	8.93	6,463,600	9.21	21,086,645
84年	385,047	18.04	18,105	5.40	5.49	7,129,131	8.49	7,017,933	8.58	21,267,652
85年	428,557	11.30	19,987	5.32	5.39	8,054,095	12.97	7,944,595	13.20	21,441,432
86年	465,050	8.52	21,496	5.35	5.40	8,699,750	8.02	8,610,139	8.38	21,634,124
87年	506,291	8.87	23,186	5.44	5.48	9,307,023	6.98	9,238,472	7.30	21,835,703
88年	546,820	8.01	24,844	5.62	5.67	9,731,411	4.56	9,640,893	4.36	22,010,489
89年	569,236	4.01	25,659	5.60	5.67	10,171,562	4.52	10,032,004	4.06	22,184,529
90年	589,170	3.50	26,372	5.86	5.97	10,054,207	-1.15	9,862,183	-1.69	22,341,120
91年	612,103	3.89	27,249	5.86	6.00	10,436,780	3.81	10,194,278	3.37	22,463,172
92年	639,675	4.50	28,351	6.01	6.20	10,647,483	2.02	10,318,610	1.22	22,562,663
93年	664,698	3.91	29,351	5.96	6.17	11,146,310	4.68	10,770,434	4.38	22,646,836

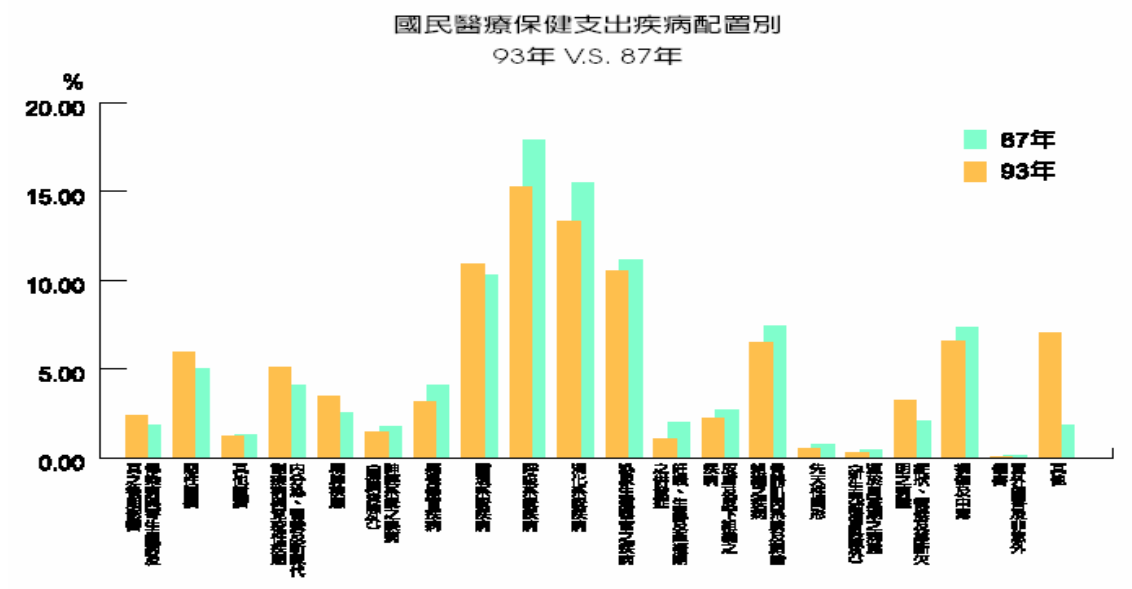
資料來源：行政院衛生署「國民醫療保健支出 2004」

圖 5-1 歷年平均每人 NHE 及 NHE/GDP 比之項目

雖然醫療照護是人類基本需求之一，也是衡量一個國家進步程度的重要指標，然而民國 2004 年 NHE 較 1991 年增加約 134%，同期間 GDP 增加 100.87%，顯示 10 年來，NHE 之增速較經濟成長為快(行政院衛生署，2004)。可以得知，國家在醫療花費的支出上，可說是有增無減，國民的健康狀況堪虞。

然而，健康的獲得除了和個人享受生命的品質有關外，對其國家社會的經濟負擔亦有相當的影響。我國則是從 1991 年約 4.5% 到現在的 2004 年約 6% 的 GNP 被運用在醫療疾病，2004 年 NHE 按疾病別估計，用於呼吸系統疾病者有 908 億

元，占個人醫療 15.3% 最多；其次為用於消化系統疾病者有 791 億元，占個人醫療 13.3%；用於循環系統疾病者有 650 億元，占個人醫療 11.0%；用於泌尿生殖器官之疾病者有 623 億元，占個人醫療 10.5%；其餘疾病之醫療保健支出占個人醫療之比率則皆在一成以下。而這些疾病均與不從事身體活動有直接或間接關係。



歷年國民醫療保健支出最終支出疾病配置

單位：百萬元、%

疾病別	87年		88年		89年		90年		91年		92年		93年		93年vs.87年
	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	個人醫療	百分比	
總計	446,382	100.00	481,781	100.00	506,074	100.00	530,019	100.00	552,482	100.00	567,661	100.00	593,445	100.00	32.95
傳染病與寄生蟲病及其之後遺影響	8,042	1.80	8,351	1.73	10,240	2.02	10,996	2.07	11,821	2.14	11,863	2.09	14,003	2.36	74.12
惡性腫瘤	22,508	5.04	23,331	4.84	27,033	5.34	28,774	5.43	31,568	5.71	33,459	5.89	35,240	5.94	56.57
其他腫瘤	5,881	1.32	6,097	1.27	6,407	1.27	6,809	1.25	6,744	1.22	6,297	1.11	6,929	1.17	17.81
內分泌、營養及新陳代謝疾病與先天性疾患	18,171	4.07	18,825	3.91	23,021	4.55	23,816	4.49	25,871	4.68	28,075	4.95	30,044	5.06	65.34
精神疾患	11,140	2.50	11,541	2.40	13,331	2.63	17,514	3.30	16,680	3.02	22,971	4.05	20,576	3.47	84.70
神經系統之疾病(腦囊蟲除外)	7,967	1.78	8,254	1.71	7,255	1.43	7,669	1.45	8,137	1.47	8,382	1.48	8,421	1.42	5.70
感覺器官疾病	18,227	4.08	18,583	3.82	17,636	3.48	18,579	3.51	18,807	3.40	17,799	3.14	18,547	3.13	1.75
循環系統疾病	46,826	10.31	47,682	9.90	52,127	10.30	55,084	10.39	59,216	10.72	61,643	10.86	64,955	10.95	41.13
呼吸系統疾病	79,887	17.90	82,766	17.18	84,198	16.64	87,009	16.42	88,786	16.07	88,683	15.62	90,755	15.29	13.60
消化系統疾病	69,181	15.50	82,251	17.07	75,483	14.92	76,549	14.44	78,391	14.19	76,787	13.53	79,075	13.32	14.30
泌尿生殖器官之疾病	49,743	11.14	51,533	10.70	54,976	10.86	58,428	11.02	60,006	10.86	62,679	11.04	62,272	10.49	25.19
妊娠、生產及產後期之併發症	8,762	1.96	9,078	1.88	9,446	1.87	8,343	1.57	7,347	1.33	6,737	1.19	6,069	1.02	-30.73
皮膚及皮下組織之疾病	11,870	2.66	12,298	2.55	11,800	2.33	12,806	2.42	12,823	2.32	12,900	2.27	13,230	2.23	11.46
骨軟肌肉系統及結締組織之疾病	33,827	7.40	34,217	7.10	33,398	6.60	35,126	6.63	37,182	6.73	37,509	6.61	38,700	6.52	17.18
先天畸形	3,151	0.71	3,285	0.68	3,347	0.66	3,339	0.63	3,393	0.61	3,154	0.56	3,222	0.54	2.27
源於胃產菌之病態(新生兒破傷風除外)	1,967	0.44	2,038	0.42	2,285	0.45	2,168	0.41	2,258	0.41	2,060	0.36	1,420	0.24	-27.80
症狀、徵候及診斷不明之病態	9,338	2.09	9,674	2.01	13,919	2.75	15,537	2.93	16,976	3.07	15,089	2.66	19,097	3.22	104.51
癲癇及中毒	32,811	7.35	33,997	7.08	35,782	7.07	36,716	6.93	37,269	6.75	35,124	6.19	38,841	6.54	18.38
意外傷害及非意外傷害	364	0.08	377	0.08	156	0.03	115	0.02	106	0.02	52	0.01	67	0.01	-81.49
其他	8,319	1.86	17,322	3.60	24,234	4.79	24,841	4.69	29,102	5.27	36,399	6.41	41,981	7.07	404.64

資料來源：行政院衛生署「國民醫療保健支出 2004」

圖 5-3 國民醫療保健支出疾病配置圖



在每月健保醫療支出方面，從 1995 年全民健保開辦，健保醫療給付(係指核付數)及行政支出之合計皆小於應收保險費，然其差距逐年縮小，至 1998 年首次出現給付及行政支出大於應收保險收入。平均每人每月應收保險費由 2000 年的 1,175 元上升至 2004 年的 1,344 元，增加率為 14.4%；平均每人每月健保醫療支出由 2002 年的 1,171 元增至 2004 年的 1,415 元，增加率為 20.8%(衛生署，2004)，請見圖 5-3。亦是說，自 2001 年起平均每人每月健保醫療支出高於應收保險費，也顯示醫療健保收支平衡上是不足的。

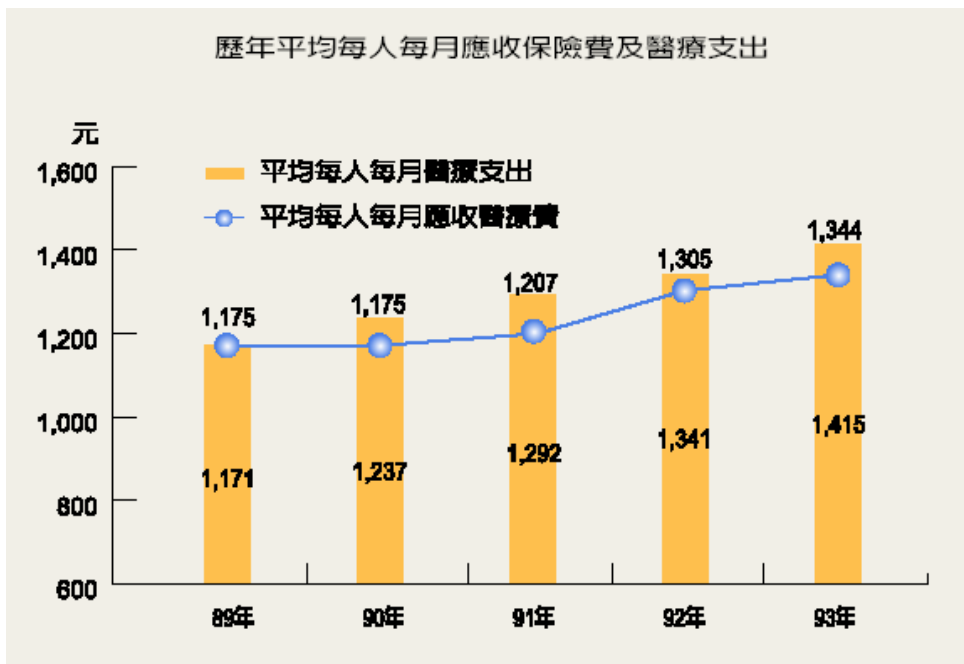


圖 5-4 歷年平均每人每月應收保險費及醫療支出

## 第二節 國內、外醫療保健現況與調查分析

台灣健保既然被他國稱讚為健保烏托邦，也被英國經濟學人雜誌報導醫療保健表現，全球健康排行榜列為第二名(僅輸給瑞典)，對國內實施健保制度，實為一大鼓勵；下述針對國內與國外醫療保健狀況做一分析：

國民醫療保健支出占國內生產毛額比率

單位：%

國別	年別	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
中華民國	Republic of China	4.6	4.9	5.0	5.0	5.5	5.4	5.4	5.5	5.7	5.7	6.0	6.0	6.2	6.2
澳大利亞	Australia	8.0	8.1	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	9.0	9.1	9.3	...	...
奧地利	Austria	7.0	7.4	7.8	7.8	8.0	8.2	7.5	7.6	7.7	7.6	7.5	7.6	...	...
比利時	Belgium	7.8	8.0	8.1	7.9	8.4	8.5	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8	9.1	9.6	...
加拿大	Canada	9.7	10.0	9.9	9.5	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.6	9.9	...
捷克	Czech Republic	4.9	5.1	6.7	6.9	6.9	6.7	6.7	6.6	6.6	6.6	6.9	7.2	7.5	...
丹麥	Denmark	8.4	8.5	8.8	8.5	8.2	8.3	8.2	8.4	8.5	8.4	8.6	8.8	9.0	...
芬蘭	Finland	9.0	9.1	8.3	7.7	7.5	7.6	7.3	6.9	6.9	6.7	6.9	7.2	7.4	...
法國	France	8.8	9.0	9.4	9.4	9.5	9.5	9.4	9.3	9.3	9.3	9.4	9.7	10.1	...
德國	Germany	...	9.9	9.9	10.2	10.6	10.9	10.7	10.6	10.6	10.6	10.8	10.9	11.1	...
希臘	Greece	7.2	7.9	8.8	9.7	9.6	9.6	9.4	9.4	9.6	9.9	10.2	9.8	9.9	...
匈牙利	Hungary	7.1	7.7	7.7	8.3	7.5	7.2	7.0	7.3	7.4	7.1	7.4	7.8	...	...
冰島	Iceland	8.2	8.3	8.4	8.2	8.4	8.4	8.3	8.7	9.4	9.3	9.3	10.0	10.5	...
愛爾蘭	Ireland	6.5	7.1	7.0	7.0	6.8	6.6	6.4	6.2	6.3	6.3	6.9	7.3	...	...
義大利	Italy	8.2	8.2	8.0	7.7	7.3	7.4	7.7	7.7	7.7	8.1	8.2	8.4	8.4	...
日本	Japan	6.0	6.2	6.5	6.7	6.8	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	...	...
南韓	Korea	4.4	4.4	4.3	4.2	4.2	4.4	4.3	4.5	4.8	4.7	5.4	5.3	5.6	...
盧森堡	Luxembourg	5.9	6.2	6.2	6.1	6.4	6.4	5.9	5.8	6.2	5.5	5.9	6.1	...	...
墨西哥	Mexico	5.2	5.6	5.8	5.8	5.6	5.1	5.3	5.4	5.6	5.6	6.0	6.0	6.2	...
荷蘭	Netherlands	8.2	8.4	8.6	8.4	8.4	8.3	8.2	8.2	8.4	8.3	8.7	9.3	9.8	...
紐西蘭	New Zealand	7.4	7.5	7.2	7.2	7.2	7.2	7.4	7.8	7.7	7.8	7.9	8.2	8.1	...
挪威	Norway	8.1	8.2	8.0	7.9	7.9	7.9	7.8	8.5	8.5	7.7	8.9	9.9	10.3	...
波蘭	Poland	6.1	6.2	5.9	5.6	5.6	6.0	5.7	6.0	5.9	5.7	6.0	6.0	...	...
葡萄牙	Portugal	6.8	7.0	7.3	7.3	8.2	8.4	8.5	8.4	8.7	9.2	9.4	9.3	9.6	...
斯洛伐克	Slovak Republic	...	...	...	...	...	...	5.8	5.7	5.8	5.5	5.6	5.7	5.9	...
西班牙	Spain	6.9	7.2	7.5	7.4	7.6	7.6	7.5	7.5	7.5	7.4	7.5	7.6	7.7	...
瑞典	Sweden	8.2	8.3	8.6	8.2	8.1	8.4	8.2	8.3	8.4	8.4	8.8	9.2	...	...
瑞士	Switzerland	8.9	9.3	9.4	9.5	9.7	10.1	10.2	10.3	10.5	10.4	10.9	11.1	11.5	...
土耳其	Turkey	3.8	3.8	3.7	3.6	3.4	3.9	4.2	4.8	6.4	6.6	...	...	...	...
英國	United Kingdom	6.5	6.9	6.9	7.0	7.0	7.0	6.8	6.9	7.2	7.3	7.5	7.7	...	...
美國	United States	12.6	12.9	13.2	13.1	13.3	13.2	13.0	13.0	13.0	13.1	13.8	14.6	15.0	...

資料來源：OECD Health Data, 2005, June

圖 5-5 國民醫療保健支出占國內生產毛額比率

圖 5-5 為我國與其他 OCED 會員國，其國民醫療保健支出占國內生產毛額比例之國際比較。2004 年我國醫療保健支出(NHE)占國內生產毛額(GDP)比率為 6.2%，與 OCED 會員國比較仍屬偏低，為日本十二年前的水準。各國 NHE 占 GDP 比例高低，主要係受該國人口結構老化速率及經濟成長率大小，醫療科技及醫療制度之影響。

平均每人每年國民醫療保健支出

單位：美元

國別	年別													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
中華民國 Republic of China	404	499	532	585	683	728	749	693	770	822	780	788	824	878
澳大利亞 Australia	1,476	1,455	1,404	1,579	1,699	1,903	1,905	1,708	1,858	1,836	1,736	1,960	...	...
奧地利 Austria	1,552	1,822	1,851	1,990	2,427	2,425	1,951	2,040	2,047	1,831	1,803	1,961	...	...
比利時 Belgium	1,563	1,779	1,725	1,829	2,292	2,258	2,002	2,073	2,108	1,926	1,945	2,172	2,796	...
加拿大 Canada	2,033	2,008	1,909	1,815	1,820	1,829	1,867	1,842	1,918	2,072	2,130	2,227	2,670	2,994
捷克 Czech Republic	137	156	243	290	367	395	364	392	380	358	408	518	668	...
丹麥 Denmark	2,180	2,403	2,345	2,489	2,827	2,877	2,630	2,725	2,767	2,479	2,565	2,835	3,534	...
芬蘭 Finland	2,207	1,973	1,421	1,517	1,917	1,911	1,744	1,732	1,710	1,543	1,619	1,836	2,297	...
法國 France	1,882	2,119	2,105	2,188	2,558	2,547	2,260	2,306	2,282	2,061	2,102	2,345	2,967	...
德國 Germany	...	2,476	2,384	2,613	3,191	3,160	2,747	2,775	2,730	2,404	2,425	2,637	3,204	...
希臘 Greece	642	759	792	920	1,064	1,107	1,066	1,051	1,110	1,034	1,088	1,185	1,549	...
匈牙利 Hungary	232	278	290	334	323	315	309	335	345	326	375	496	...	...
冰島 Iceland	2,120	2,180	1,919	1,909	2,153	2,226	2,217	2,542	2,854	2,778	2,500	2,965	3,827	...
愛爾蘭 Ireland	884	1,058	980	1,066	1,254	1,332	1,399	1,454	1,589	1,577	1,837	2,255	...	...
義大利 Italy	1,678	1,774	1,400	1,390	1,413	1,604	1,573	1,607	1,602	1,519	1,574	1,750	2,139	...
日本 Japan	1,668	1,891	2,257	2,579	2,875	2,595	2,359	2,222	2,601	2,827	2,558	2,450	...	...
南韓 Korea	317	335	352	398	481	535	486	337	463	513	550	607	705	...
盧森堡 Luxembourg	1,813	2,107	2,162	2,315	2,819	2,799	2,460	2,582	2,863	2,468	2,617	2,950	...	...
墨西哥 Mexico	189	231	260	267	174	181	220	232	273	323	369	381	372	...
荷蘭 Netherlands	1,641	1,846	1,821	1,892	2,253	2,196	1,958	2,067	2,102	1,916	2,067	2,411	3,088	...
紐西蘭 New Zealand	892	862	886	1,027	1,198	1,287	1,303	1,125	1,155	1,055	1,056	1,255	1,611	...
挪威 Norway	2,246	2,423	2,178	2,253	2,689	2,861	2,798	2,865	3,024	2,850	3,333	4,143	4,976	...
波蘭 Poland	131	146	142	154	198	238	228	264	249	246	292	303	...	...
葡萄牙 Portugal	551	687	631	661	878	938	896	932	985	951	995	1,092	1,348	...
斯洛伐克 Slovak Republic	...	...	...	...	...	...	230	235	218	208	216	256	360	...
西班牙 Spain	976	1,101	968	948	1,128	1,180	1,063	1,107	1,133	1,038	1,083	1,211	1,535	...
瑞典 Sweden	2,402	2,528	1,955	1,987	2,290	2,563	2,299	2,335	2,396	2,280	2,172	2,494	...	...
瑞士 Switzerland	3,150	3,376	3,287	3,641	4,353	4,323	3,762	3,908	3,881	3,572	3,774	4,221	5,041	...
土耳其 Turkey	...	...	...	77	85	115	126	149	179	194	...	...	...	...
英國 United Kingdom	1,148	1,278	1,143	1,258	1,357	1,422	1,541	1,665	1,755	1,756	1,837	2,031	...	...
美國 United States	2,957	3,165	3,357	3,500	3,654	3,794	3,940	4,098	4,295	4,539	4,888	5,287	5,635	...

資料來源：OECD Health Data, 2005, June

圖 5-6 平均每人國民醫療保健支出

2004 年我國平均每人每年國民醫療保健支出為 878 美元(NHE/GDP 為 6.2%)，2003 年 OECD 各國平均每人醫療保健支出(NHE)前三名依次為美國 5,635 美元(NHE/GDP 為 15%)、瑞士 5,041 美元(NHE/GDP 為 11.5%)、挪威 4,976 美元(NHE/GDP 為 10.3%，見圖 5-6)。以 2002 年我國平均每人每年醫療保健支出與 OCED 會員國比較，高於墨西哥、波蘭、匈牙利、南韓、捷克與斯洛伐克 6 國，遠低於亞洲之日本。我國雖與 1990 年代初期日本 NHE 占 GDP 比例的規模相似，但 1991 年日本平均每人每年國民醫療保健支出仍為我國的四倍。

2002年OECD會員國與我國0歲時健康平均餘命			單位：歲	
排名	國名--依兩性之幾何平均數排序	0歲時健康平均餘命		
		男性	女性	
	中位數	69.1	72.9	
1	日本	72.3	77.7	
2	瑞典	71.9	74.8	
3	瑞士	71.1	75.3	
4	冰島	72.1	73.6	
5	義大利	70.7	74.7	
6	澳大利亞	70.9	74.3	
7	西班牙	69.9	75.3	
8	加拿大	70.1	74.0	
9	挪威	70.4	73.6	
10	法國	69.3	74.7	
11	德國	69.6	74.0	
12	盧森堡	69.3	73.7	
13	奧地利	69.3	73.5	
14	荷蘭	69.7	72.6	
15	比利時	68.9	73.3	
16	芬蘭	68.7	73.5	
17	希臘	69.1	72.9	
18	紐西蘭	69.5	72.2	
19	英國	69.1	72.1	
20	丹麥	68.6	71.1	
21	愛爾蘭	68.1	71.5	
22	中華民國	67.1	71.5	
23	美國	67.2	71.3	
24	葡萄牙	66.7	71.7	
25	捷克	65.9	70.9	
26	韓國	64.8	70.8	
27	斯洛伐克	63.0	69.4	
28	波蘭	63.1	68.5	
29	墨西哥	63.4	67.6	
30	匈牙利	61.5	68.2	
31	土耳其	61.2	62.8	

資料來源：1. The World Health Report 2004, WHO  
2. 我國資料源於行政院衛生署統計室

圖 5-7 我國與國際 0 歲時健康平均餘命

2002 年我國女性零歲健康平均餘命(HALE)71.5 歲；男性 67.1 歲，我國男女兩性分別較 OECD 會員國之中位數減少 2.0 歲及 1.4 歲。就男女兩性平均而言，我國排名第 22 名。相較 OECD 國家，我國高於美國、葡萄牙、韓國、波蘭、墨西哥、匈牙利、土耳其等國，而低於排名第一之日本 5.7 歲。由男女兩性 OECD 中位數(男 69.1 歲，女 72.9 歲)所構成之座標圖，我國位於第 III 象限，男女皆低於 OECD 的中位數，是需要注意的，且未來老化現象將是已開發國家面臨的共同問題。

國別	年別															
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
中華民國 Republic of China	...	...	...	...	...	11.4	12.7	13.6	15.8	16.3	15.5	14.4	15.3	14.9	16.0	
澳大利亞 Australia	6.1	6.3	6.6	6.8	7.8	8.2	8.2	6.7	7.7	7.9	6.4	8.0	6.2	7.2	...	
奧地利 Austria	7.2	7.3	7.3	7.5	7.5	7.6	7.6	7.5	7.7	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	...	
比利時 Belgium	9.3	9.6	10.0	9.8	9.6	9.8	9.9	9.8	9.8	9.8	9.8	9.7	9.8	...	...	
加拿大 Canada	6.7	8.0	6.9	6.8	6.6	6.5	6.4	6.4	6.4	6.4	6.3	6.2	...	...	...	
捷克 Czech Republic	13.9	13.7	13.2	13.4	14.7	14.7	15.5	15.1	14.5	14.4	14.7	14.8	15.0	15.1	...	
丹麥 Denmark	6.7	6.8	6.6	6.4	6.5	6.7	6.7	7.7	7.8	7.6	7.9	8.0	8.0	8.2	8.4	
芬蘭 Finland	3.9	4.0	3.9	3.9	4.0	4.1	4.3	4.2	4.2	4.3	5.6	5.6	5.4	5.4	...	
法國 France	7.4	7.6	7.8	8.0	8.1	8.1	8.2	8.0	8.1	8.1	8.5	8.5	8.6	...	...	
德國 Germany	...	6.6	7.1	7.3	7.5	7.8	8.2	8.4	8.5	8.6	8.7	...	...	...	...	
希臘 Greece	2.5	2.5	2.6	2.7	2.8	2.8	2.8	2.6	2.5	...	...	...	...	...	...	
匈牙利 Hungary	1.1	1.0	1.0	1.0	11.0	11.2	11.2	12.2	11.4	11.6	11.9	12.1	12.8	13.2	...	
冰島 Iceland	5.1	5.2	4.9	4.9	4.9	5.1	5.2	5.2	5.1	5.3	5.5	5.6	...	...	...	
義大利 Italy	...	7.4	...	...	7.2	...	...	...	...	6.9	7.0	...	...	...	...	
日本 Japan	17.0	17.5	17.8	17.7	18.0	17.9	18.2	17.6	17.8	17.8	17.6	17.7	17.3	...	...	
南韓 Korea	...	...	...	...	...	...	...	...	...	10.0	...	...	11.9	...	...	
盧森堡 Luxembourg	...	...	...	...	...	...	6.5	6.6	6.8	6.7	6.6	6.7	6.8	6.9	...	
墨西哥 Mexico	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.4	2.6	2.6	2.6	2.7	2.6	...	
荷蘭 Netherlands	7.4	7.4	7.9	7.6	8.0	7.8	7.4	8.1	7.9	8.1	8.3	8.1	7.8	...	...	
紐西蘭 New Zealand	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4.4	...	3.2	...	
挪威 Norway	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
波蘭 Poland	7.1	7.0	6.5	6.4	6.4	6.4	6.2	6.3	6.3	6.0	6.1	6.1	6.2	6.8	...	
葡萄牙 Portugal	3.0	3.1	3.1	3.1	3.2	3.2	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.6	3.7	3.7	...	
斯洛伐克 Slovak Republic	...	...	...	...	12.0	9.0	...	13.0	17.0	16.0	16.0	14.0	14.0	13.7	...	
西班牙 Spain	...	...	...	9.6	...	9.2	...	9.6	...	...	...	10.2	...	11.0	...	
瑞典 Sweden	2.8	2.7	2.9	2.9	3.0	3.0	2.9	2.8	2.9	2.9	2.8	2.9	...	...	...	
瑞士 Switzerland	...	...	1.6	...	...	...	...	1.3	...	...	...	...	4.6	...	...	
土耳其 Turkey	...	...	...	1.5	1.6	1.7	1.8	2.0	2.1	2.1	2.6	2.7	0.2	...	...	
英國 United Kingdom	6.7	6.3	6.8	7.3	6.8	6.8	6.8	0.7	6.1	0.7	6.1	5.6	6.3	...	...	
美國 United States	...	...	...	...	...	...	...	10.0	10.1	10.4	8.9	9.0	8.9	8.9	...	

註：黑字表西醫；藍字表西、牙醫合計；紅字表西、牙、中醫合計。  
資料來源：OECD Health Data, 2005, June

圖 5-8 我國平均每人每年門診次數之國際比較

2004 年我國平均每人每年門診次數為 16.0 次，其中西醫平均 13.5 次，牙醫 3.1 次，中醫 5.2 次；較 1999 年減少 0.3 次，年增率為-1.8%，若與健保開辦當(1995)年比較，則平均每年每人增加。根據 OECD Health Data(2005)資料，2002 年我國平均每人每年門診次數高於匈牙利(12.8 次)、南韓(11.9 次)、比利時(9.8 次)、美國(8.9 次)、法國(8.6 次)、丹麥(8.0 次)、奧地利(7.9 次)、荷蘭(7.8 次)、盧森堡(6.8 次)、英國(6.3 次)、澳大利亞(6.2 次)、波蘭(6.2 次)；僅低於日本(17.3 次)；而與捷克(15.0 次)相當(衛生署，2004)。

不過值得一提的是我國門診次數高的原因，一方面可能因為採用論量計酬支付制度和民眾就醫自由，促使就醫頻率較高，有必要再加強支付制度的改革；另一方面，亦有可能因為國人習於疾病初發即看病，故少住院而多用門診服務；而日本從 1988 年開始認可「促進健康設施」制度實施以來，目前全國已經建立了

約 300 所。在大阪、北海道等部分地方城市中，雖然規定「促進健康設施」的利用者是會員制，但是已經面對普通市民及加入國民醫療保險者的使用費用，由地區行政部門全額負擔，可能產生高門診率的產生。不過，借此提倡和鼓勵市民依靠運動來維護自己的健康是給於鼓勵。

根據衛生署的調查資料，只侷限於有健保系統的單位，對於國外只有單一選項與成熟化的醫療系統，其門診次數相當有代表性，而台灣是屬於多項選項的醫療方式，可能更是低估門診次數，甚至連醫療支出都會產生陷阱與不正確，因為台灣的醫療市場還沒有被開發出來，所以我們健保的系統會出問題，一是病越看越多，可是你不知他是一種病，有些在學理上是稱為疾病，而在生活形態上因為他沒有對生理產生壓力，所以不當他是病，如肥胖。尚有一些民眾受傷了，尋求一些民俗療法，所以，健保費用被低估；GDP 也因少數人會賺，而所產生陷阱出來。

其實，有兩種健保模型亦可以解釋，(一)國民保健服務模型(NHS，丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、愛爾蘭、英國、希臘、義大利、西班牙)、社會保險模型(NHI，奧地利、比利時、法國、德國、盧森堡、荷蘭、瑞士)，NHS 國家有較高的納保率，多為近 100%，醫師費用酬付制度以薪水制和論人計酬制為主，急性病床數較低，顯示其對於醫療服務供給面有較高的管控能力，所以費用控制效果較佳，醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)的比率較低，民眾的就診率、住院率和平均住院日數均較 NHI 國家低，但民眾有較高的等候期、就醫選擇權較少、醫療機構效率較差和民眾滿意度較低等問題，而 NHI 國家民眾滿意度較高，但是面臨供給及消費過量，醫療費用高漲的困境，而同一國內設有不同保險計劃，付費與受益相異及部分族群無保險，也產生了公平性爭議。我國目前醫療費用支出對於總體經濟壓力尚不太大。

當然，不要因為被評定為全球健康第二，就認為自己很健康；行政院衛生署國民健康局 NHIS 中針對台灣地區 15 歲以上的國人進行運動習慣調查，其發現為表 5-1，發現 15 到 29 歲沒有運動習慣的女性多於男性(40%對 30%)；而 30 到 39 歲的男性和女性則差不多，大約在 43%以上；到了 40 到 49 歲，不運動的男性和女性稍微降低(38%對 40%)；到了 50 到 64 歲則更低，男性大約 30%，女性為 32%；而 65 歲以上男性不運動者佔 27%左右，而女性則近 39%(國民健康局，2002)。

表 5-1 不運動比例

年齡	男	女
15 到 29 歲	30%	40%
30 到 39 歲	43%	43%
40 到 49 歲	38%	40%
50 到 64 歲	30%	32%
65 歲以上	27%	39%

且從上述資料看來，沒有規律運動習慣的民眾相當多，約有 731 萬人口無規律運動，另外也提出 406 萬人口體重過重（兩者重疊者有 267 萬人口），也就是說，約 1000 萬人口還是跟自己的健康過意不去；為了自身的永保健康，請勿忽略一些健康措施。

### 第三節 運動保健與運動計畫

運動保健其實有面向，其中有兩大領域，一是體適能；另一是運動防護，按字面上防護是預防和保護，但英文卻是訓練，所以，防護應該有很多訓練，且訓練必須往體適能方向，體適能又有競技體適能與健康體適能，即一般人和競技選手的適能。當我們防護是往治療方向走時，保護也有，例如貼紮，其實包含訓練，都是防護的一部份(訓練是加分型的預防，而貼紮是避免減分型的預防)；其實可以把這個專業當作一個橋樑，是讓一般人從事體適能來協助一般傷害防護或是運動員實施運動傷害防護，目前沒有任何體制，可以有辦法地從現有的醫療資源或是運動資源直接獲得，醫生不瞭解運動行為與訓練計畫，體適能健康指導員不瞭解病理與身體評估，雖都有專業，卻無法結合，導致傷害問題繼續存在。

眾所皆知，活動量不足為現代文明社會普遍存在的現象，導致國民體能不佳、免疫功能下降、肥胖、以及糖尿病、高血脂、高血壓、心臟病、骨骼疏鬆等慢性病罹患率提高。若能延續以往體適能檢測經驗，融入於現有醫療系統的健康檢查，構成更完整的健康評估與行為指導系統，不僅能擴展醫療院所的觸角與服務面向，也較能有效落實動態生活健康促進與疾病預防措施。以 2001 年中央部

會員工體能檢測為例，高達近九成(87%)受測者，肯定體能檢測的意義，其中尤以對施測者的專業與服務的滿意度，居然高達近 100%，可見專業運動醫療保健人員的培訓非常重要，而且絕大多數的受測者，支持且願意接受含有醫療健康檢查與完整體能檢測項目進階的體能檢測(陳俊忠，2005)。另外，體委會老人體能常模計畫，首次與醫院合作，結合一般健康檢查與體能檢查，在有系統的健康檢查篩檢後，去除安全顧慮，所有受檢者都安全完成檢測，其中萬芳醫院的受測者，均為接受健康檢查的老人，比較關心自己的健康，又有醫師鼓勵，接受體能檢測的意願較高。

不過，先階段國內體能檢測都趨向於只有檢測，對於後續的運動或身體活動規劃與實踐，沒有具體的計畫，其實很多受試者都很關心的問題，即：瞭解體力差的原因、最需要做哪些運動、是否有足夠體力應付緊急事件、有助於疾病預防、了解自身體能狀況、以及不能做哪些運動，偏向於事後結果的解釋與個人運動計畫(處方，或稱為運動評估與規劃)，才是他們的目的。

英國、挪威、德國等歐洲先進國家，都已於 2004 年或是更早就開始推動「醫師運動處方」的推動。醫師可以依需要為病人開立運動處方，交由民眾前往指定健身房運動，費用則由健康醫療保險全額或部分給付；或是在醫院增設運動治療中心或處室，例如：日本，強化醫院對欲協助的對象健康體能評估以顯示個體體能與健康的程度，藉由定期檢測、運動處方及規律的指引促進個體健康；甚至是歸類在保險制度下，德國保險制度更強調「與其撥筆經費讓保險人運動，比保險人門診住院治療還要少負擔且有經濟效益」；顯示運動處方納入正式醫療服務的時代已經來臨，而且已經有擴大至預防醫學服務的趨勢(醫師需瞭解訓練計畫)。而台灣有運動治療中心，目前北部只有西園、康寧、萬芳、和全國只有體適能課程的長庚醫院桃園分院，比例實在太少。

所以，如果只是認為體能檢測納入健康檢查對醫院有強化醫院衛教功能、增加社區民眾認同、增加醫院服務項目、增加接觸民眾機會、改善醫院正面形象、提高醫院知名、及增加醫院收入等好處來成立運動治療中心，將會使中心功能大打折扣；醫院內也需規劃營養師來協助飲食調整與體能師實施運動處方，目前香港以一個嶄新的觀念來運用運動處方計畫，它旨在鼓勵病人奉行活躍的生活模式及多運動以達致預防及控制長期病患的效果；病人且可憑著受過適當訓練之醫生所發出的運動處方，多了解自己健康和身體需要，進行合適的運動。且運動處方



的概念在外國如澳洲、美國和英國等地的醫生中已被證實是有效的。於 2003 年，香港勞生署曾進行一次隨機對照試驗，評估此概念套用在當地臨床環境下之成效。結果也顯示了病人會因運動處方而變得更有動力做運動。

另外，獨立出去的物理治療系統也是急需整合或有體能師協助；美國加州、科羅拉多等 38 個州的民眾，腰痠背痛、運動扭傷時，不必上醫院取得診斷書或處方箋，就可以直接到社區的物理治療所接受處置，像上「便利超商」一樣方便；台灣則不同，至今只有 13 家獨立經營的物理治療所；國內對物理治療所的門檻設限很多，但任何人都可以隨意走進宣稱有療效的國術館、民俗療法場所，前者過嚴、後者過鬆，對受過專業訓練的物理治療人員明顯不公。根據健保局的統計數據發現，國人每年因腰痠背痛而求診者約 5、6 百萬人次，其中，申請物理治療給付者只有 50 萬人次左右，約一成；也就是說，每 100 名腰痠背痛者只有不到 10 人尋求物療。此數據顯示出國人的物理治療需求雖大，卻因便利性不足，造成四處亂竄，流入民俗療法的手中，也造成健保浪費，有時也因療法不當，導致不必要的法律問題。

近年來，政府相關單位等，莫不深切體認：使民眾養成規律的運動習慣即可提升其體能、改善體質，有效的預防心血管疾病、成年型糖尿病、肥胖與下背痛等文明病之罹病率與致死率，進而減低國民醫療負擔與相關社會成本的支出；因此體委會、衛生署、教育部，以及相關專業團體應共同研商有益落實民眾健康的計畫（陳俊忠，2004）：

1. 體能檢測人員培訓與證照制度
2. 融入性健康檢查流程標準化
3. 推廣示範醫院獎勵輔導
4. 檢測費用補助與活動獎勵
5. 體能活動產業與社團品管與推薦
6. 長期執行的成本效果分析
7. 跨領域部會協調合作

建立社區健康促進的專業人口平台，經由定期檢測提醒民眾維持健康生活習慣，各種文明病不活動的高危險群也能及早介入改善，並可依照民眾個人體能與興趣，適當鼓勵引介參與社區內可近的體能活動社團與健康產業，對於社區健康營造提供穩固而持續的生力軍。

## 第四節 運動傷害防護計畫

當體適能指導員漸漸步入正軌之後，運動傷害防護員也需就其定位，此節將針對運動傷害防護環境作一通盤計畫。

### 一、人力資源

#### (一) 新進人才培育部分

預測在 2010 年之後，全台每年大約會有 500 名左右的運動傷害防護相關領域的畢業生，因此數量多寡也許不是重點議題，相對的質量更是關鍵，這些人力的校內訓練是否能和產業需求確實結合？對於產業環境變遷的緩衝力是否有 10 年以上的緩衝年限？這都將成為運動傷害防護領域發展的主要關卡。新進人才培育需實際的考量之後產業的活動情況，除了基本專業以外更應當包括市場經營、產品創新、品質管理、國際競爭力等，此外在專業發展的面貌上應更加重視運動預防疾病與運動疾病的預防工作，因此強化體能訓練學的核心技能應該更加要求。此外醫學復健的面貌發展必然進入主動運動治療的蓬勃期，各醫療院所無論以自費或社會保險幾付的方式，都必然會開增運動健身服務作為醫療的重要手段，只是專業間的交流與溝通更是重要的工作。故新進人才在專業間的對話能力訓練更顯重要，透過對話才能取代對抗。

#### (二) 職場專業增進部分

而現有市場人力部份經過多年的發展，時下現況應會呈現百家爭鳴的情勢，應此在專業服務內容的論述上應會進入整合與整理階段，因此建立服務知識系統與個案研究將成為職場訓練的雙軌主軸。系統化發展會以健康管理的精神為主實施運動防護計畫，所以跨領域的知識將整理為基本的執業要求，凡是繼續從事運動防護專業領域者，將成為系統性服務的一部分，或是成為維持服務系統運作功能正常的管理者，讓每個專業都能對運動傷害防護工作有所貢獻是「服務知識系統化」的精神。有關於「個案研究發展」乃係因為市場服務行銷導向，必須有明確的主題性議題創造能力，因此個案研究發展將成為直接訴求市場發展的利器，當單一議題能精緻化與服務周密性提升後，民眾較容易了解產品的特質與界線，可使民眾購買運動保健或運動傷害防護產品的障礙降低，活絡產業的消費行為帶來現金流量，進而支撐產業的進一步開發與擴展。

## 二、市場發展

### (一) 運動保健產業健康管理創新與校園運動防護紮根保固

目前我國產業發展以兩兆雙星作為主要產業引擎，在創新與產業升級上下足工夫，因此產業發展模式以人力升級和生產流程的改進作為重點工作，也因為這樣讓人力資源的保護與運用成為重要的關鍵，當前我國各個主要企業體系都非常重視員工的運動保健與職場安全環境的建設。員工運動會成為各大廠家每年宣揚企業競爭力的校閱場，並且也逐步將運動健康管理實際的作法導入廠區和上班時段的工作內容之一，因此運動保健開始介入改善職場工作條件與降低長時工作發生的勞動傷害。時下某些具有國際競爭力的產業指標性公司，除了例行的年度健康檢查、年度運動會...這些表面性的新聞活動以外，更是落實以運動社群的管理模式成為員工對單位凝聚力建設的手段，也將健身俱樂部的設施與規劃導入生產基地與廠區空間內，由此可見運動保健的市場區塊已經逐漸的轉型為民眾的生活必需品。此外校園運動競技代表隊的專業化發展已逐漸接近新建國家的模式，受到旅外球員醒目搶眼的表現，更是激勵了各運動代表隊發展的企圖心，但也因此更需要運動保健專業的介入，提供運動傷害防護與科學體能訓練的作法，以期使年輕運動選手得以在運動表現與運動安全上或的更大的效益，也期望未來能產生更大的經濟產值。由上可知必須將現有具有初步基礎與規模的運動傷害防護體系資源，更加有效的加強訓練與提升國際觀與國際競爭力，也將體育訓練教育的相關人才與運動保健或運動傷害人才，互相磋商訓練產生完整的生產流程體系，各自成為生產鏈的上下游與夥伴關係。

### (二) 現有運動保健防護服務工作標準化

為俾利上述市場趨勢的變化與人才縱效的發揮，勢必要在知識與專業出版市場上有相對應的發展，因此運動保健防護專業內容應當更加呈現出流程的標準化，其目的是為了能使專業執行過程的差距縮小，但鑒於個案個個不同，因此在建立流程的標準化過程中應當審慎考量個體的差異性，給予實際執行者一定程度的自主判斷空間。標準化的流程衡量應以「防守原則」設計實際的做法，也就是「最小化」應做的必要項目，在此基礎下做專業標準的判斷，之後再提供「最大化」的專業選擇知識與資訊成為「加值化」專業服務的範圍，如此的流程標準化做法，較不易造成各說各話的分歧說明而讓消費者無所適從，也不會發生掠奪了實作者創造更大專業服務領域的空間和機會，變成沒有創新能力的產業使得競爭

活性下降。

### 三、法律制度

#### (一) 證照制度分級與分科完善化

目前截至 95 年為止運動傷害防護員證照制度是由行政院體育委員會，委由台灣運動傷害防護學會執行辦理，依據國民體育法的運動專業人員證照認證制度作為實施依據，此證目前約有 100 人通過受證檢定，但能經常從事運動場現場運動傷害防護急救與處理者約不及五成，其中還包括了已經在學校有教職或其他單位有正職工作者，僅能利用假日出勤協助執行現場防護工作者。事實上對於運動項目龐雜與市場需求程度多階的現狀，目前的運動傷害防護的主要實施仍以比賽防護急救處理工作為主項，但對於更廣大的運動復健與運動保健需求而言，如不能有更好的市場機制與專業訓練機制，必定因為服務品質落差而削弱了市場信任水準。因此運動傷害防護專業人才應當更加強化專業發展，除了入門基礎的「運動傷害防護員」證的取得外，更應當分為至少初中高三級的進階制度，除了可能採用的集中考驗受證方式以外，中高階更應該大幅增加實作績效與公開發表的比重權值，藉此方能端正專業人員的專業擴充與升級服務的能力。而分級並不能完全解決市場需求多元的現象，因此中高階的分級規劃基礎應該以分科教育作為思維主軸，也就是中高階的訓練並非有「鑽牛角尖」的「學術象牙塔化」疑慮的做法，而是將市場機能作為基礎訓練後的升級訓練內容，如此的設計方式才不至於使得專業人員在發展的過程中，陷入因為過度學術的曲高和寡或是因為市場導向的基礎能力缺陷的窘況。

#### (二) 國家考試立法與實施

近年來因為運動與醫學的結合越來越緊密，因此讓醫學與運動專業間的關係略顯緊張，各自擔憂工作範圍與領域受到壓縮或侵犯，因此運動傷害防護師國家考試制度的推動顯得無法順利推展，但這樣的狀況並非長治久安之理，各專業領域原本就應當有各自的專長，但也需要有交集的專業訓練於執業內涵銜接。因此運動傷害防護師的國家考試制度不應該受到任何原因的擔延，因為越是不能順利發展推動，只是愈加深專業領域間的隔閡與擴大情感缺口，所以讓專業的歸與專業、市場歸與市場，是刻不容緩的。任何合法化具有法律位階的專業才有辦法受到管轄與要求，任何人為手段都無法阻止市場需要的潮流，任何行銷包裝手段都只是暫時延遲市場的發展而已，所以要讓專業真正受到管理、確保民眾的消費安

全、加強專業綜效與形象，都必須採用積極開放有效管理的手段，行政單位將全力輔佐支持專業的發展，成為產業的基礎，造就社會的進步與運動的風行。

#### 四、產業行銷

##### (一) 建立運動保健產業工會與同業公會

人力素質與市場機制的建立與規範，單靠政府或學術單位是無法深入且落實的執行，在市場機制需要有健全的同業公會制定正確的、公平的、可行的市場機能，就勞動者而言產業發展的變遷快速是必然的趨勢，因此面對勞資關係的緊張程度逐日上升的同時，勢必經常需要應付勞動條件變遷的壓力，因此產業公會勢在必行。產業公會對於勞動者的社會福利權益，具有穩定與整合力量的功能，唯有有實力的工會才能確保運動產業勞資關係平衡不至於失調，就目前市場現況來看業者經常讓未經行銷訓練的專業人員站上銷售的第一線，並且將績效制度與業績制度混為一談，讓勞動者的基本權益受到模糊與弱化，促使專業人員缺乏安全感因而流失眾多訓練多年的人力根基。

因此協助產業公會的建設並非墊高營運業主的營運成本，而是降低長期的營運人力資源損耗率，畢竟運動保健防護人力資源除了基本的勞動體力外，更需要具備高度的腦力專業勞動條件，所以健全勞動者的工作環境將有安定產業發展速率的最佳效果。而在銷售領導專業的現有市況而言，並不能一味的認定業者遠見不足短視近利，而是目前的確還沒有蓬勃發展 20 年的社會氛圍，因此長期的固定資本投資常被業主視為畏途，更遑論要能使勞動者的福利提升了，因此發展至中程階段時市場的生存者大都已經建立出自我品牌價值與產業使命，對於自己品牌的生命延續力必然更加重視與保護，加上社會大眾經過多年的運動消費教育之後，更成為「識貨」的消費者，因此成為品牌管理的最佳時代，官方力量的鼓勵與支持將使同業公會的組織力量更為有效。

##### (二) 建設運動防護社會服務網絡

實則運動防護與保健健身原本就是不該分割的連體嬰，運動健身原本就需要以運動防護作為入門基礎與安全監控檢查實際執行內容，而有效的運動防護技術更無法屏除運動健身的基本訓練學原理，因此在現實不可分割的情況下更應該相互成為行銷管道與業務服務內涵。民眾教育即為消費者教育，未經教育的消費者不易遵守健康的消費機制，只能依據基本消費原理進行表淺的比價動作，因此造成了一些投機份子利用的空間並且容易使市場機制遭到破壞，而產業發展自然無

法健全，對於民眾而言安全的市場機制與環境的確需要某些免付費管道來作為入門工具。因此行政單位將在此時提供服務網絡架構的功能，讓優質的業主與單位都能藉此通路提供基本的社會服務與教育功能，培養下一個 10 年的消費者來源，如此運動保健防護領域的長程季或才能有落實的基礎。

## 五、國際發展

### （一）運動防護臨床專業國際學術研究與發展

運動防護建於運動與醫學兩大基礎之上，而台灣雖然在運動競技表現尚稱不上國際領先發展的區域，但在世界運動舞台上也不乏話題與關注，而台灣醫學的發展屬於全世界第一級的水平，尤其在醫療工藝能力（外科與器材技術）上經常扮演輸出國的角色。因此經過更加頻繁的國際交流之後，應能提升我國運動醫學的學術能力，加上原有的中國醫學基礎引入西方醫學對話之後，可預見在運動醫學的臨床發展上應有爆發性的空間，所以加強對話與交流的機會能導入西方務實哲學，融入東方抽象哲學的醫療思考中。透過對話也能讓中國傳統醫學的特色向外發聲，長久以來在西方教育之下中國醫學曾經看似危急，但經過西方醫學的臨場驗證後反而啟發了中國醫學的轉化，透過驗證將中國醫學去蕪存菁，而且使醫療選擇更加豐富，因此中國醫學反倒成為下一個百年世代重要的研究議題。運動醫學當然也在此波濤中被推向下一個高峰。

### （二）跨國人力輸出與交流

配合國際市場的開拓我國在產業發展特性上總是會面對市場腹地較小的先天障礙，因此真正能為國家經濟貢獻良多的產業，經常都是以台灣為基礎以全世界為市場，採取台灣生產世界行銷的營運策略突破重圍為台灣賺取了龐大的外匯。但近年來因為中國經濟的崛起，由原本的「世界工廠」逐步轉變為「世界市場」，世界各國紛紛極力尋求「競合」之道以圖生存與發展，因此競爭與合作需同時進行並進。而對台灣運動傷害防護市場而言「封鎖政策」絕不可行，相反的應該以搶佔亞洲市場灘頭堡做為經濟大戰的主線。目前亞洲各區域的運動成績與國際水準逐日提升，而台灣因為民主制度甚早也連帶的運動發展較為自由，不像一般國家有所謂強烈的民族主義寄附於運動競賽中，因此台灣人對於各種運動項目的普遍了解與學習資源的取得顯著具有優勢，所以若是在運動傷害防護的分科化發展之下，勢必能培育出多元且廣泛具有環境適應力的防護人才，而防護人力在運動人力資源上屬於培育難度較高的專業分支，因此對外輸出時必定成為優勢

人力。全亞洲或甚至歐美的運動競技市場，未來 50 年中國市場的比重必然逐步增加，當全世界都會提高參與中國運動市場競爭的同時，台灣不一定只能以直接進入中國市場的方式獲利，也可能運用間接承攬其他開發中國家運動防護服務的機會，將中國市場列入運動防護產業「煉金計畫」的一站，必將成為比歐美防護人力更具國際優勢地位。

## 第六章 運動與健康促進

### 第一節 健康促進觀念

#### 一、前言

「健康促進(Health promotion)」是在1974年由加拿大國家衛生福利部長 Marc Lalonde 首次正式提出，其將健康促進的概念融入公共政策，對後來的健康與衛生政策走向影響甚鉅。在1981年WHO提出公元2000年全民健康(Health for All by the Year 2000)的六大原則，它包括了健康的公平性(Equity in health)、社區參與(Community participation)、健康促進(Health Promotion)、部門合作(Intersessional collaboration)、初級保健(Primary health care)、國際合作(International cooperation)。後來在1986年於加拿大渥太華召開的「第一屆國際健康促進會議」(First International Conference on Health Promotion)更提出現今廣為引用的「渥太華憲章」(Ottawa Charter)，對健康促進作出了較明確的定義，並提出行動綱領，規劃出實踐健康促進的五項原則，即(1)建立公共衛生政策、(2)創造有利的環境、(3)加強社區活動力、(4)發展個人技能、與(5)重導保健服務方針及進行的過程(WHO, Geneva, 1986)。

綜合前述，健康促進代表一種整體的社會及公共政策改變過程，不只針對個人能力的加強，同時包括改變社會、環境及經濟等狀況，以減少這些大環境因素對個人及大眾健康的影響；而醫療領域上，是以疾病為導向(Disease oriented)的三段五級預防模式，強調提昇健康與疾病預防、早期診斷與治療以及減低失能與復健；「健康促進」是在這個醫療照顧模式中最前面的一環，在個體還沒有生病前，盡量維持健康的生活型態，以減少疾病的發生；而一旦生病以後，希望能透過定期健康篩檢，以便早期發現疾病，同時儘早治療，並及早開始復健與失能防治，冀望在醫療照顧體系下，大部分的人都能保持或是回復最佳的健康機能，若不幸發生殘障，則應接受復健治療，至於需要長期照護者，則需結合教育、環境改變以及社會福利體系來因應。所以，「健康促進」除了在公共衛生上扮演重要角色外，還需群策群力，結合醫療專業外的其他領域，包括各類人文社會與政經科學，例如教育、經濟、體健、管理...等，並且要有長期的努力和規劃，是著眼於未來



的一種實踐過程。

## 二、健康促進學校之定義和實踐

近年來政府戮力在全國各地推展的「健康促進學校」(Health promotion school)，正是 1996 年以來由 WHO 積極規劃的健康促進相關策略之一，所謂「健康促進學校」，簡單的定義為「一所學校能持續地增強它的能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」，這樣的陳述符合 WHO 定義的精神，但不再僅局限於以個體(學生)為健康促進的對象，而是讓學校能建立更有利健康的 support 環境，使師生在其中能更快樂地生活與學習；而要營造一所健康促進學校，必須全校教職員生、家長和週遭居民共同參與，也就是落實「學校即社區」的理念。健康促進學校的重點包括正式與非正式的健康教育課程、創建安全與健康的學校環境、提供適宜的健康服務、以及使相關家庭和社區廣泛參與促進健康的工作，終期學生們能獲得最大的健康發展(WHO, 1996)。健康促進學校六大範疇如表 6-1：

表 6-1 健康促進學校六大範疇

六大範疇	主要內容
學校 衛生政策	組成工作組織，評估學校自己的健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策。
學校的 物質環境	學校提供環境泛指校園內房舍建築、操場、各項設備及器材等硬體設備的提供、保養與安全，以及健康的學習環境、飲食環境、無菸及無毒環境的營造。學校藉由控制和改善環境中可能對人體健康有害的因素以促進教職員生的健康狀態，並且提供適合教師教學及學生學習的良好環境。
學校 社會環境	面對不同年齡層的對象，學校除了提供知識的學習外，亦需教導如何與人相處，從群體生活中培養自信等，並視需要調整學校作息，贏得重視全人健康的環境，以形成支持性社會網絡。
社區關係	社區關係是指學校與家長、政府機構、地方健康服務機構或社區組織間的聯繫狀況。社區意識逐漸覺醒，在教育機會人人均等，學校社區化、社區學校化及社區總體營造的政策領導下，健康促進學校與社區機構或人員建立伙伴關係，以共同營造健康校園。

六大範疇	主要內容
個人 健康技能	透過健康相關課程及訓練，教導學生對健康促進的認知、採取正向的健康行為，進而提升個人健康技能與生活品質。
健康服務	健康服務是藉由健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，進而採取適當措施以協助其獲得健康最佳狀態的一系列服務。

健康促進學校及政府部門共同努力，除了提供醫療服務外，同時應針對地方文化的需求，結合健康部門外的管道，以提供個人及社區的整體健康。健康促進學校之所以有別於傳統學校衛生在於三大方面，一是主動結合現有體系、組織、資源，尤其是教育及衛生行政體系的結合，加上鼓勵家長、老師、學生、社區的共同參與；二是鼓勵「由下而上」的參與模式，盡量超越過去「由上而下」的政策引領模式，營造『上下共識』自動學習的環境，並透過適當的健康議題，將健康融入日常生活之中；三是傳統學校衛生雖然早就涵蓋健康環境、健康服務、健康教學、社區關係，但環境常只限於物質環境，很少去調整制度、作息、校風等心理社會環境，健康教學也很少能落實課程教學、協同教學或聯絡教學，社區關係大都只有點的結合，未能持續有系統性或全面的結合。

由於全球環境快速變遷，疾病型態和健康的問題已經不同於過去，我國的十大死因已由過去的肺炎和結核病等急性傳染病，轉變成惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病及糖尿病等慢性疾病為主。而青少年的未婚懷孕、愛滋病感染、藥物濫用、事故傷害、及營養等問題，更是日趨嚴重，例如我國 15 至 19 歲青少年之生育率高達 11%(內政部人口統計資料, 2003)、青少年吸菸率男女各為 17%與 4%(台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查, 2002)，抽菸問題甚至下探到國小五年級學童就開始；而學生感染愛滋病的人數攀升，已達每五個愛滋感染者中，就有一人是 15 至 24 歲的年輕人，且其中 21%為學生身份(愛滋病資料庫, 2003)；再者青少年藥物濫用之盛行率為 1%，換言之每兩至三班就有一人以上青少年濫用藥物(台灣地區在校青少年藥物使用情形流行病學調查研究, 1992-1999)。因此，如何從小培養國民正確之衛生知識，養成良好之健康行為，以減少日後疾病及健康問題之發生，是我們的目標。

要達成健康促進學校的目標需要政府投入更多的關心與努力，以營造健康校園，培養學生健康生活化，生活健康化之良好行為，得以健康、喜樂、安全的生

長，厚植國力，並降低政府醫療費用的負擔。且隨著「預防重於治療」與「健康促進又重於預防」的時代來臨，也應突破過去由上而下的推動方式，改由學校全體教職員工及學生主動參與校園健康管理，明瞭健康是他們的權利，也是他們應盡的義務，從發現學校自身的健康需求，進而擬定健康促進的政策與方針，結合社區各項資源，讓全校、家長、和社區一起參與，改善學校物質環境，營造自動學習的環境，實施健康教育與活動及健康服務，將健康融入日常生活之中，來完成學生及教職員工健康促進的目標，正是目前行政院衛生署與教育部積極推動健康促進學校的心願。

在實際的措施上，學校衛生教育也必須跳脫過去的習慣，不再侷限於提供疾病預防或治療服務，亦即除了傳統的疫苗施打和口腔、視力保健外，需進一步規劃健康安全的校園環境，其中最重要的環節之一，便是確保校園運動設施的安全性和可近性，亦即有利於一般師生，甚至家長與社區民眾來運用這些設施，共同營造運動健身的環境，將「運動」的健康效果廣為推展，而非僅侷限於競技體育或精英體育族群。

「運動」與健康促進的關係可以由 WHO 健康促進學校的六大範疇中來省思，包括：

#### (一) 健康政策

由學校衛生政策面著手，例如：組成健康促進工作團隊(可以是委員會或是工作小組)，討論要提昇學校師生健康體能要如何推動？有沒有其他配套措施？並討論學校體育及衛生經費如何挹注計畫的推行？是否需要修定學校內部政策...等。

#### (二) 支持性物質環境

加強學校物質環境改善，例如校園內健體房舍建築、操場、各項健體設備及器材等硬體設施的提供、保養與安全維護，學校藉由控制和改善環境中可能不利於健體營造的因素以促進教職員生的健康狀態，並且提供適合教師教學及學生體育學習的良好環境，例如固定提撥經費辦理健體相關活動，也可以在校園內推行一人一運動，但要考慮如何設量與種類，才能達到經濟實惠，又容易維護。

#### (三) 學校社會環境

面對不同年齡層的對象，學校除了提供知識的學習外，亦須教導如何與人相處、從群體生活中培養自信自尊等，並視需要調整學校作息，營造重視全人健康

的環境，以形成支持性社會網絡。就是營造校園內健體的社會環境，「營造規律運動的校風」是一個重要目標，可行的措施例如：營造無菸、無毒、無檳榔的運動空間與校園風氣，並將規律運動納入校園生活作息中，像是規定上午第二節下課、下午第二節下課到教室外至少活動 10 分鐘，除了體育課，像是課間時間、早操時間、社團活動時間、導師時間...等是否可融入體能性活動的推行，再如校慶或是運動會總錦標的計分是否也融入平時班級規律運動的成績評比等。

#### (四) 社區結盟

營造運動健體友善(exercise-friendly or healthy fitness)的社區關係，學校與家長、政府機構、地方健康服務機構或社區組織間維持聯繫，因為健康促進學校的實施需要一群人永續耕耘，因此需要人力、資源的投入，社區關係以建立社區與學校師生健康雙贏或三贏的伙伴關係，持續結盟、持續耕耘以建構健體校園與健康社區，結合社區運動團體(例如媽媽土風舞班、社區棒球或排球隊、區內大專體育校隊及熱舞社、保齡球或是撞球業者、瑜珈或舞蹈教室)增加校園體健活動的多樣性與參與率，並藉由學校提供運動場地(增加設施的利用率)，由社區團體回饋資金或是人力，共同參與運動場地與設施的維護，達到運動場所的衛生與安全，也可將學校運動會與社區(鄉鎮市公所或是村鄰里辦公室等)合辦，當然也可以增設班級家長參與項目為評分標準之一。

#### (五) 個人技能

提昇個人健康技能可以透過健康相關課程及訓練，教導學生對健康促進的認知、採取正向的健康運動行為，進而提升個人健康運動的技能和生活品質。透過健體領域或融入、協同其他課程、活動，教導師、生、家長對健康促進學校的認知，健康生活技能的學習、演練，以增進個人健康技能，例如數學課練習 BMI 或是熱量計算、國語課練習運動日誌撰寫等。此外，健康體能或是健康體位的技能教學，是以教導「養成規律動態生活」所需的技能為主，因此自尊、自我管理、運動傷害預防等都必須要配合體育技能教學一起教導。

#### (六) 健康服務

健康服務指的是藉由健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，並配合學校健康政策優先採取適當措施以協助其獲得健康最佳狀態的一系列服務，因此可以超越過去校園健康服務多僅限於口腔衛生、視力保健或是疫苗施打的範圍，不僅檢測齲齒率、視力或疫苗接種率，還要主動結合社區醫療機構進行

校園師生的心肺功能篩檢、體適能檢定、血脂血糖與體脂肪檢測、骨骼肌肉系統檢測、甚至是心理健康的篩檢。

期望透過健康促進校園推行體育運動來提昇校園師生與社區的雙重健康。

## 第二節 國內健康促進實施成效

### 一、健康促進學校實施成效

WHO 以學校為基礎，建構學校成為健康促進的重要場所，主要的理由有幾點：(1)基於預防重於治療的理念，鼓勵年輕學子及早建立健康的生活型態，而非針對成年人才著手去糾正不健康的習慣，(2)有些疾病的危險因子是起於早年生活中，例如抽菸和運動習慣等，所以宜在學齡期間便加以教育，(3)由學校提供多樣性的健康促進活動，有機會整合與兼顧學生的生理、心理和社會因素，(4)除了透過傳統的健康教育或是體育課程，也希望整合其他的學科、術科，甚至是生活作息安排，來影響師生、家長，甚至是社區民眾( Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996 )。在臺灣，由教育部與衛生署共同著手執行的「健康促進學校計畫」便是基於這些理念，並配合渥太華憲章的精神，自 2004 年出版「健康促進學校簡要版」以來，已有 516 所學校投入響應，階段性的計畫目標已逐步完成，例如數位學習網站、輔導支持網絡建置、人員培訓、教學資源中心設置、概念推廣、標誌標語網路票選、階段成果分析與分享等，其中較顯著的計畫成效有 2001 年由教育部推動「學校健康促進計畫」；2002 年教育部與衛生署共同合作的「學校健康促進計畫」與「學校健康營造計畫」，2002 年 2 月公佈實施「學校衛生法」，2003 年中華民國學校衛生學會編印「健康促進學校工作手冊」就是以整體性學校衛生計畫為藍本發展「綜合性學校衛生計畫」，隨後於 2004 年舉辦多場相關研習會，教育部同時選定四十八所國民中小學為種子學校，由基層推動健康促進學校計畫，希望落實「由下往上(bottom-up)」的活動精神(黃松元等，2004)。

綜合過去國內健康促進學校實施的成效，在中央政府部分已經建立教育資料庫、設置教學網絡平台、成立輔導諮詢小組並辦理巡迴輔導、舉辦教育訓練及製作多媒體教材、也舉行過多次記者會、透過媒體宣導等活動強化健康促進校園的概念；而地方政府的努力則包含定期召開學校衛生委員會委員會議、整合地方政府各單位協助轄區內學校營造健康校園(例如成立健康促進學校輔導團)、提供所

需行政資源及修正相關規定、協助輔導人員辦理相關業務、以及辦理各項健康促進學校活動；至於各個實施的學校則已能夠在輔導之下主動進行以下活動：每學期辦理實施前後成效評價、將健康促進融入教學課程及學校規約、辦理教師健康教學相關研習、充實健康促進相關之硬體設施、辦理教職員工健康活動或社團、結合社區或家長組織建立健康網路、辦理班際或校際健康相關展覽或觀摩，並於校刊或校園佈告等刊登健康相關之文章或資訊、協助學生組織自發性健康倡導團隊、進行健康宣導及同儕管理、也同時各自發揮創意進行活潑具體之健康教育相關活動或進行行動研究。

相對於國外以非政府組織為主的發展過程，我國先是由上而下(top-down)，有政策支持，加上經費奧援以及專家學者的努力，使得概念的宣導與活動的推展在數年內展現成果，然而，健康促進學校的推行，除了政府公務部門的起頭，過程尚需民間參與及學者紛紛投入，才能在學生的體能活動與健康促進議題上多所著墨，過去學者曾經針對影響青少年參與體能活動的相關因子加以探討，發現包含自覺的運動益處與障礙、自我效能、從事體能活動`的心情、人際或同儕的影響、情境因素、體能活動計畫的投入與否、以及立即性的競爭需求等因素(Wu, Pender & Noureddine, 2003; Wu & Pender, 2005; Wu, Pender, & Yang, 2002)，推廣與體能提昇有關的活動，除了可以契合健康促進的理念，也能有助於消除疾病的危險因子，例如和心血管疾病相關的肥胖問題(Hsieh & FitzGerald, 2005)。

推展與體能提昇相關的健康促進活動，目標是為了達到 2008 年全面推動健康促進學校計畫的國家發展目標，也是健康新世代人才的培養、健康生活環境的促進、個人健康技能提升等計畫目標的具體成果展現。且透過各學校落實健康計畫的成果表現，表揚在促進活動中，表現優異的學校團體與健康促進創造項目，以期更多的個人學校、社區到全社會大眾能共襄投入。更強化縣市政府、各級學校、社區相關團體與民眾對「健康促進學校計畫」的認知與支持推動，全力打造一個「健康生活、創意加值」的高優質生活品質。

綜合過去 2005 與 2006 年的健康促進學校實施成效可以發現，由 2005 年的 318 所中小學(高中 40 所、國中 66 所與小學 212 所)，其中半數以上(179 所, 56.3%)有意願成為示範學校，繼續推廣與分享他們推行健康促進學校的成效與心得；95 學年度中央提供 3,700 百多萬元與縣市相對配合款 6 百多萬元共同補助了 516 所學校推行健康促進學校計畫，議題相當多元化，不但有傳統的口腔視力保健，尚

有心理健康促進、性教育與愛滋病防治、安全教育與急救、用藥安全與物質濫用防治以及健康體位(含健康飲食與健康體能)等諸多方面，其中「健康體位」相關計畫就被 266 所(佔受補助學校的 51.6%)學校列為重要的自選議題，主動提出申請並優先著手進行校園體康體位的改善計畫，過去雖然每校每一項議題的補助金額僅有數萬元，但這 516 所學校都是有意願積極推動健康促進業務，且願意接受健康促進學校輔導團輔導、與接受參觀之學校，並且視健康校園為一個重要的方針，成立全校性推動委員會，有些學校為了健康已調整校園作息和改善設施，有些學校融入各種學科教學，有些學校和社區建立健康共同體的夥伴關係，健康促進學校已改變應付式的作為，其中已見的具體成效實例包含：

#### (一) 菸害防制

例如高雄市中正高工利用中醫治療協助學生戒菸制、宜蘭縣觀音國小推動「拒檳無菸」活動協助社區民眾降低吸菸情形、高雄愛群國小推動「禁菸宣誓」降低學生家人抽菸行動。

#### (二) 檳榔防制

例如宜蘭縣冬山國中利用風箏社團將拒絕檳榔議題融入健康教學創造綠色校園、宜蘭縣觀音國小地處偏遠地區，以口腔議題為出發，下降家長與社區民眾使用檳榔比例。

#### (三) 口腔衛生

台北縣更寮國小編製健康歌舞，加強潔牙知識教育，有齲齒率逐年下降的具體成效、台北縣深坑國小透過教學活動，將口腔保健議題融入教學，組訓潔牙天使，社區牙醫師到校為全校學童進行口腔檢查，其齲齒矯治率逐年提昇到 70%以上、宜蘭縣公館國小積極推動口腔保健議題，將保健觀念融入課程中，每學期的恆齒齲齒指數(DMFT)持續下降，且恆齒齲齒治療率接近百分之百。

#### (四) 視力保健

台中市泰安國小由學生觀點出發，特別規劃健康地圖與健康學習護照，讓健康概念轉化行動實踐，在視力保健推動上，視力正常學生比率逐年升高達六成以上、台北縣五股國中透過教室照度與黑板照度的檢測，更換照明硬體設備，維護學生視力的健康。

#### (五) 健康飲食

台北縣深坑國小透過健康飲食的宣導，並與學校附近早餐店共同推行健康餐

點活動，學生吃早餐比率高達 90%以上、宜蘭縣冬山國中則是考慮學生升學壓力與許多學生無法來得及吃早餐，特別調整學校作息，將每日早上 08:00~08:20 設定為學生早餐時間，讓學生有充裕時間用早餐、台南市忠義國小推行健康早餐活動，輔導學生每天吃早餐，不吃早餐比率逐漸下降、台中市台安國小以創意的健康飲食 DIY 活動，指導學生五蔬果的健康飲食。

#### (六) 健康體位(含健康飲食及健康體能)

台北縣更寮國小學童健康體位教學活動的成效則是下降體重過輕與過重的學童比例、宜蘭縣冬山國中分析學生健康飲食行為問題及提出健康體位改革政策，減重計畫成效良好、桃園同德國中鼓勵 BMI 大於 30 以上的同學利用聯課活動時間參加「拳擊有氧」班(減重班)，成效卓著、彰化縣育英國小推行健康體位活動，男學生的 BMI 值改變較明顯。

#### (七) 其他議題尚包含

性教育(含愛滋病防治)、安全教育急救、用藥安全及藥物濫用防治、心理健康促進、傳染病防治、與消費者健康等。

### 第三節 國外關於健康促進活動相關政策的發展

健康促進活動從相關概念演進之後，許多國家都制定了相關的政策措施來推行。美國方面，除了健康促進觀念的演進均佔有重要的角色外，1980 年政府組織調整過後的衛生福利部則出版了「健康促進與疾病預防：國家的目標」(Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation)一書，其中明白揭示預防性健康服務、健康維護以及健康促進等三大類 15 大項的目標，預計在 1990 年要達到，其中有高血壓控制、家庭計畫、意外災害預防及傷害控制、口腔衛生、體適能及運動、營養問題以及心理問題及暴力控制....等。而從 1986 年起開始，就開始檢討相關目標的執行成效，為下一個十年目標進行評估 (Centers for Disease Control and Prevention, 1989)。

在 1989 年，美國衛生部又發表「健康促進與疾病預防：2000 年國家的目標」(Promoting Health/Preventing Disease: Year 2000 Objectives for the Nation) (Hodgson, 1990)。根據 1979 年報告的執行成效，於 1986 年開始多次檢討得失



之後，重新擬定 2000 年的計畫，正式的版本在 1990 年公布，名為「健康國民 2000—國家健康促進及疾病預防目標」(Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives) (U.S. Department of Health and Human Services, 1990)，此報告不同於 1979 年的版本，另外增加了健康促進的內容，包括了健康促進(Health Promotion)、健康維護(Health Protection)、預防性服務(Preventive Services)等 3 大領域及 22 大項的目標，其中身體活動及體適能就包含在健康促進項目當中。

1980 年美國學校衛生學會在發展整體性學校衛生計畫時，便提出以學校為健康促進中心的概念，隨後，WHO 的聯合國兒童基金會以及聯合國教科文組織共同在澳洲提出「創造健康的支持性環境」，以健康教育為重要政策之一，1992 年全球共有 38 個國家加入歐洲健康聯盟，參與相關計畫的推動，1995 年 WHO 正式開始「全球學校衛生新創舉」計畫，1998 年 WHO 進一步修正健康促進學校工作指引，作為推動健康促進學校的指導原則(黃松元等，2004)。

健康促進的活動可以是一個從上到下的過程，例如國內初期推動相關計畫時，政府公部門介入較多，雖起步較歐美國家晚，但可以在較短時程中迎頭趕上，但健康促進理念的發展，更需一個由下而上的活力(Nader, 2000)，結合夥伴關係(partnership)和賦權(empowerment)等新時代意義，以現存基層組織進行運作，透過正式和非正式的策略結合，促成健康之知識、態度與行為的改變。而當我們要借鏡外國過去健康促進活動的經驗時，文化間的差異將會是本土化過程的一個重要考量，例如健康促進學校的實踐上，若由上而下的策略比重準備逐步轉換成由下而上時，則個別學校應被賦予更大的自主權，需有能力依個別的需要來決定健康促進的重點，也必須能整合自己社區中的資源，不再完全依賴相關主管機構的支援才推展健康活動。這種文化差別，在實際活動設計上也要注意，例如有關青少年參與體能活動上，在國內現況是男孩比女孩活躍，而影響運動的相關因素上，國內青少年是自我效能最有意義，而國外學生則是受運動好處與參與障礙的左右較多(Wu 等, 2002)。

美國疾管局(Centers for Disease Control and Prevention, 簡稱 CDC)之下所設的全國慢性病預防與健康促進中心(National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion)將體能活動(physical activity)列為重要的健康議題之一，並正式公告體能活動可以降低提早死亡率(premature mortality)，尤其是能下降心血管

疾病、大腸癌、高血壓或糖尿病的死亡率。強調兒童青少年期的規律運動有助於增加其身體強度、幫助健康的骨骼肌肉發育、有助於合適的體重控制、並能下降焦慮與壓力、增加自尊、也可能可以促進血壓與血脂值(CDC, 1996)；相反地，自幼未建立規律運動的習慣者，將來發展各種疾病的危險性相對增高，例如肥胖、糖尿病、高血壓、高血脂、氣喘、關節炎或大腸癌等(Mokdad, et al., 2003)。在兒童青少年期建立正向的運動經驗將有助於此人一生擁有規律主動的運動習慣(CDC, 1996)。據 CDC 的統計，美國 2002 年的調查發現 9 到 13 歲青少年當中約 77%在一週內會參與閒暇時的體能活動(*free-time physical activity*)，而有 39%會參與有組織性的體能活動(*organized physical activity*)(CDC, 2003)，而最近於 2005 年進行的普查發現美國青少年有 36%在過去一週當中至少有五天參與體能活動，指的是能夠增加心跳速率(*increased heart rate*)或使呼吸較喘急(*made them breathe heard*)的任何體能性活動，男性(約 44%)參與體能活動顯然比女性(約 28%)多，參與體能活動的頻率也隨著年齡增加而下降，例如 9 年級學生有 45%參與每日的體育課(*physical education class daily*)，但 12 年級學生卻僅有 22%的參與率(CDC, 2006)，美國也正視兒童青少年體能變差、影響國民健康、造成政府健康支出負擔的困境，因此由白宮授權衛生健康部門(*the Secretary of Health and Human Services*)與教育部門(*the Secretary of Education*)攜手進行「由健康體能活動與運動提昇年輕人健康」的改造計畫(*Promoting Better Health for Young People Through Physical Activity and Sports*)(CDC, 2006a; CDC, 2006b)，配合美國早年提出「健康國民 2010 年」(*Healthy People-2010*)計畫目標的達成，除了有政策性地列出十項具體措施來企圖養成終身參與(*lifelong participation*)安全愉快的體能活動(*enjoyable and safe physical activity*)外，也將全體兒童青少年體能提昇的計畫全面推展，例如列出六大兒童青少年可以有機會增加體能的場所環境，像是「家庭」(家人示範與帶領參與愉快安全的體能活動)、「學校」(像是經由體育課、健康教育課或是學生社團經驗增加學生體能方面的知識、正向態度、技能與自信)、此外課後(*after-school*)、社區(*community structural environment*)或是休閒娛樂社團(*youth sports and recreation programs*)也都可以增加學生參與體能活動的機會，當然計畫中也認知到透過媒體宣傳(*media campaigns*)也能增加學生維持體能活躍(*physically active*)的動機，而較願意主動維持參與體能活動。

上述美國 CDC 列出的十項具體策略來增加兒童青少年的體能包括：

- (一) 在兒童青少年健康體能活動的起始期時應將其父母或監護人包含在內。
- (二) 協助所有的兒童青少年自幼稚園(pre-K)到高中畢業(Grade 12)有機會接受有品質的每日體能教育課程，包括有專業證照認可的教練、適當的體能課程班級人數、提供安全妥善的設施與設備等。
- (三) 公告或是主動發送可以協助學校發展體能教育或體能活動計畫的各式工具(例如檢測指標、體操教學示範影片等)。
- (四) 加強州政府教育與衛生健康部門合作，一同協助各級學校推行體能運動或相關教育訓練，例如每州有一位專職的協調統籌者(a full-time state coordinator)，也盡量將政府與民間組織的資源整合運用，一起來支持校園推行健體計畫。
- (五) 促使課後照顧計畫(after-school care programs)，能夠規律性地提供動態性、體能性的遊戲。
- (六) 協助所有兒童青少年都有機會接近與參加社區運動與休閒團體 (community sports and recreation programs)。
- (七) 提供兒童青少年運動休閒團隊教練與協助的工作人員，幫忙團隊的運作，藉以提供適齡、安全與愉快的體能活動經驗。
- (八) 鼓勵並支持社區發展與使用安全、有良好維護、離住家近的步道、自行車道、慢跑道、公園、休閒設施、或是多功能的遊樂區域。
- (九) 持續進行媒體宣傳讓「體能教育是有品質的教育中重要的一環，且影響長期健康」的概念深入人心。
- (十) 中央與地方都要持續監督與視察全國各兒童青少年相關的體適能、體能教育、學校與社區的健體課程計畫之推行。

美國政府也認知到上述十項策略的永續經營，需要靠很多的中央與地方合作，加上民間組織與學校及社區的辛苦投入，其中「統整協調」的工作最是艱辛，但沒有完整的統合，年輕一代的體能提昇計畫是維持不久的，因此設有一個委員會持續追蹤與主動向白宮與國會定期報告成效，也只有從實際推行當中才能發現健體活動的推行是需要多部會的共同支持，例如交通部門支持步道慢行道的規劃、內政部門支持社區遊樂區域的劃定設立、社會福利部門支持社區運動或休閒團隊的經營等。

## 第七章 結論與建議

### 第一節 結論

- (一) 健康體能既然有科學證據顯示其對健康及正向行為的影響，但我國政府總預算在運動經費上的投資比例偏低，而運動經費又偏向競技技能提升，對於提升體能與全民運動的經費比重偏低。
- (二) 國家運動政策以培育競技運動為優先，不論是人員培訓或場館設施都缺乏培養規律運動的配套措施及環境。
- (三) 青少年及成人身體活動普遍不足，規律運動人口比率偏低。
- (四) 我國政府推動的提升體能計畫，大都參酌先進國家規劃，唯其完整配套措施及持續部分有待加強。
- (五) 相較於規律運動人口比率較高的國家，我國在運動場所提供的可近性、安全性、連續性尚有很大的改善空間，而運動活動不夠多元，與生活連結較低。

### 第二節 建議

#### 一、近期策略

- (一) 我國學校體育從師資培育到課程教學以及運動會等活動一直以運動技能為主，建議能轉化為健康體能教學，落實為生活教育的一環，運動會等活動及獎勵亦能將持續運動、動態生活列為獎項。
- (二) 我國 516 所健康促進學校，有 266 所預定推行健康體位，建議政府能優先提供配套措施輔導這些學校成為健康體位示範學校以提供學校和社區培養動態生活的標竿學習對象。
- (三) 配套措施包括：體育老師生活技能教學培訓、學校作息及環境調整為動態生活作息和處處是運動場所的環境，運動大會能規劃獎勵提升健康體能之師生、家長，健康檢查、體能檢測、體適能護照列為健康評估之主要依據，並據以規劃師、生、家長體能推廣計畫

- (四) 體委會應開發輔導及資源支持網絡輔導、協助各單項運動協(學)會將培養社區居民養成動態生活列為重點工作。
- (五) 普設動態生活支持性運動場所、設施。
  1. 教育部鼓勵走路上學相關安全走廊的建置應列為優先補助。健康城市計畫推動無車日或騎腳踏車上班等活動應規劃、建置腳踏車專用道，並列為工務維修計畫。
  2. 公園、綠地美化亦將動態活動場所列為永續或綠化環境營造之一。
  3. 配合一人一運動、一校一團隊提供場所設施，鼓勵學校採自給自足方式(自辦、委辦、公辦民營或 BOT 等)開放校園運動設施、場所供社區居民使用。
- (六) 教育部社會教育、家庭教育能將國民動態生活養成列為主要項目。
- (七) 建議商業保險公司能將健康體能納為風險考量。
- (八) 鼓勵醫療人員參與運動評估、傷害防護相關設施及人員的培訓。
- (九) 慢性病人運動的指導應與正常人有所區別，這些輔導員的培訓亦應及早規劃。

## 二、長期策略

- (一) 運動評估、運動傷害防護及運動規劃與指導能合而為一，以全人照護的思維規劃國民運動計畫。
- (二) 立法或以行政命令將規律運動列為國民的責任。
- (三) 國家總預算能增加在運動與健康的投資。
- (四) 全民健保給付能將運動責任列為保費減少之考量，健保給付能將運動指導納入。

## 附錄

### 附錄一：體育白皮書諮詢委員會第 1 次會議會議紀錄

時間：94 年 12 月 16 日下午 2 時 30 分

地點：本會一樓會議室

主席：陳委員兼召集人全壽

記錄：古專員博文

出席人員：

黃委員兼副召集人啟煌

王委員同茂

李委員天任

何委員卓飛

周委員宏室

紀委員政

陳委員士魁

陳委員光復（蔡副會長賜爵代理）

許委員樹淵

楊委員志顯

劉委員北陵

鄭委員志富

蘇委員文仁

請假人員：

楊委員忠和

本會列席人員：

競技運動處 洪副處長志昌

全民運動處 何副處長金樑

運動設施處 胡副處長啟邦

國際體育處 周副處長瑞（吳小姐瑞娟代理）

綜合計畫處 葉處長景棟

江副處長秀聰

戴科長琬琳

古專員博文

## 壹、承辦單位報告

- 一、本會於 88 年發布我國第 1 本體育白皮書（如附件一）。然而，6 年多以來，不僅社會經濟發展、國內外體育發展現勢，以及政府的施政思維，已有顯著差異。為與時俱進，研擬前瞻的體育政策，提供更為優質的服務，以呼應民眾對於政府的期待。本會於本（94）年 8 月下旬接獲行政院指示，建請本會於研擬「健康台灣－我國體育發展策略」論述之際（已於本年 10 月完成，如附件二），同時著手規劃體育白皮書修訂事宜。
- 二、對於修訂作業，主任委員曾提示：在兼具代表性的前提下，擴大參與及凝聚共識。有鑒於未來修訂工作包括：決策與實際執行等兩個層次。本會規劃成立如下之任務小組（如附件三）：（1）體育白皮書諮詢委員會：邀集體育界意見領袖參與（共 15 人）。負責未來推動過程之諮詢與審議（白皮書議題、架構與內容）工作。為示本會對於撰擬白皮書之慎重，諮詢委員會由主任委員擔任召集人。（2）體育白皮書撰述小組：由本會邀請台灣大學王教授同茂擔任召集人，以貫徹諮詢委員會以及本會之決定。並配合議題內容需要，邀請各校之精英體育學者以及相關領域之非體育學者參加。人選由王召集人建議，經本會核定後遴聘。（3）體育白皮書支援小組：由本會副主任委員偕同各處副處長及綜合計畫處同仁組成。負責諮詢委員會之行政作業，以及支援未來撰述小組之需要。
- 三、本次會議主要係針對體育白皮書應如何修訂，進行討論、凝聚共識。本次會議之相關建議，將由撰述小組據以研擬體育白皮書修訂作業之執行計畫草案。相關規劃並將提交第 2 次諮詢委員會中討論，俾定案後由撰述小組與本會支援小組共同執行。

## 貳、討論事項

案由：有關體育白皮書內容、架構應如何修訂，提請討論。

說明：

- 一、目前政府施政思維、時空環境與 6 年前發布第 1 本白皮書時已有

顯著差異，諸如：

- (一) 全民運動人口已具備基礎資料。根據本會歷年所做的國民運動參與調查（2003 年 12.8%；2004 年 13.1%）與體能檢測資料，已可建立未來指標，並找出 population at risk，擬定優先順位與策略，趕上歐美先進國家水準。
- (二) 奧運成績已從破 0 金，達成去年雅典奧運奪 2 金，以至於今年世大運、東亞運締造我國歷屆最佳參賽成績，從而擬定「挑戰 2008 黃金計畫」，前瞻北京奧運 7 金的艱巨目標。其中展現的我國整體競技運動戰略思維，以及未來如何透過計畫落實，排除可能的困難與挑戰，在新版白皮書中均應有所論述。
- (三) 邇來新聞媒體對於閒置公共設施迭有批評，地方興建之體育館，未能發揮預期效果，尤為人所詬病。本會目前配合行政院六星社區計畫，檢討運用閒置空間興設多用途之綠美化運動公園，即回應以往施政措施可能產生之偏失。
- (四) 為呼應環保與能源短缺的世界趨勢，構思推動都會地區運輸接駁型的自行車路網系統，已納入本會「健康台灣－我國體育發展策略」中。計畫透過 transportation（或稱 commuting）physical activity 的落實，鼓勵民眾減少使用汽機車的通勤、上班（學）的機會，進而使個人健康與環境保育均能獲益。類此創新的施政思維，未來白皮書中亦應展現其具體規劃。
- (五) 申辦國際重大賽會為本會長久以來之施政目標，2009 高雄世運會與 2009 台北聽障達福林匹克運動會已提供展現與測試台灣舉辦大型國際賽會能力之場合，也可藉此凝聚國人對於體育發展之重視。至於前瞻 2020 奧運，以及期間擬規劃申辦之 2011 年世大運、2013 年東亞運、2018 年亞運等綜合性賽會等長遠目標，應如何整合資源，依序推動，亦是未來白皮書可納入之重點之一。
- (六) 拓展運動產業亦頗見新猷，諸如：籌辦中即將成形的運動彩券；如何從行銷奧運五環，找出台灣體育的新價值，建立符合台灣社會環境的賽會行銷計畫，擴增體育發展經費；以及透過活化運動賽會（如台灣馬拉松與國際自行車賽），帶動觀光發



展。

(七) 國家運動園區的興設規劃，已為我國未來體育發展注入另一股新的契機。

二、至於，往後每隔 5 到 10 年修訂體育白皮書可能將成為常態。本會於 88 年公布「中華民國體育白皮書—活潑的城鄉、強勁的競技、健康的國民」。為免造成前後版本在名稱上之混淆，是否能參酌文建會「2004 文化白皮書」、環保署「九十三年版環境白皮書」或經濟部「2005 年中小企業白皮書」等的範例，將年度別冠在白皮書名稱上，定名為「2006 年體育白皮書」。

以上所列是否妥適？提請討論。

**主席裁示：**

- 一、體育白皮書最遲應每 5 年修訂 1 次，以結合時代脈動，避免政策與現實環境無法結合。
- 二、修訂作業應先分析國內外環境的變遷與趨勢（如：全球化、高齡化、少子化、等），釐清台灣當前與未來的需要，找出核心的問題、重點與方向，並輔以相應之基礎研究。俾使未來白皮書內容除能具有深度、廣度外，並兼具本土需要與呼應國際趨勢。
- 三、白皮書修訂應善用國內相關部會（如：衛生署、內政部、行政院主計處、經濟部、教育部與本會等）之統計資料與資源，以及國外政府機構之研究成果與指標，予以直向與橫向的整合運用。
- 四、學校體育是運動發展的基礎，至關重要。有關如何落實學校體育以及連結全民與競技運動的發展，白皮書中應有明確架構與策略。
- 五、特殊與弱勢族群權益的保障是先進國家的指標。有關如何落實身心障礙、幼兒與老人等的運動權，在白皮書中應有相當篇幅予以論述。
- 六、婦女運動的議題在國際上日益受到關注，如何保障女性的運動權，以及推動、鼓勵其主動參與相關運動組織之運作（如研訂指標下限），請在白皮書中予以論述分析。
- 七、有關推動體育外交在國際與兩岸關係上應扮演之角色與定位，應有清楚立場與規範，並作為國內政府與民間團體從事相關交流時

之準則。修訂作業務須聆聽各方具有實務經驗之人士，以凝聚共識，形成明確可行之立場。

八、為使白皮書的政策規劃能納入民意機構之意見，以利未來國會溝通與政策落實。未來修訂過程中應函請立法院教育委員會之委員表示意見，並將其建議綜融在白皮書中。

九、撰述小組在撰擬白皮書內容時應不受既有框架限制之情況下，進行撰寫。並於初稿完成後再予以整合。

十、為免產生混淆，修訂之白皮書將定名為「體育白皮書 2006 年版」。

## 附錄二：體育白皮書諮詢委員會第2次會議會議紀錄

時間：95年1月16日下午2時30分

地點：本會1樓會議室

主席：陳委員兼召集人全壽

記錄：古專員博文

出席人員：

黃委員兼副召集人啟煌

王委員同茂

李委員天任

何委員卓飛

周委員宏室

陳委員士魁

陳委員光復

許委員樹淵

楊委員志顯

楊委員忠和

劉委員北陵（陳副秘書長金榮代理）

鄭委員志富

蘇委員文仁

請假人員：紀委員政

本會列席人員：

競技運動處 洪副處長志昌

全民運動處 何副處長金樑

運動設施處 胡副處長啟邦

國際體育處 周副處長瑞

會計室 黃主任雪雲

綜合計畫處 葉處長景棟

江副處長秀聰

朱專門委員文生

戴科長琬琳

古專員博文

## 壹、承辦單位報告

- 一、為擴大參與、凝聚共識，以推動體育白皮書修訂事宜，本會已邀集體育界意見領袖，籌組體育白皮書諮詢委員會，負責未來推動過程之諮詢與審議（白皮書議題、架構與內容）工作。第 1 次諮詢委員會議已於去 94 年 12 月 16 日召開，會中各諮詢委員對於未來白皮書撰述之方向，提出諸多建議。
- 二、為落實相關建議與構想，在第 1 次諮詢委員會議後，業由體育白皮書撰述小組王召集人同茂參據諮詢委員會之意見，研擬「中華民國體育白皮書—2006 年版」撰述計畫（草案）提交本次會議討論。俾定案後，將由撰述小組及支援小組共同推動。

## 貳、討論事項

案由一：檢陳「中華民國體育白皮書-2006 年版」撰述計畫（草案），如附件一，提請討論。

說明：

- 一、本案由撰述小組研擬，請王召集人同茂進行簡報（10 分鐘）。
- 二、本案所列基礎研究與調查（除學校體育部分由教育部負責外）原則將依「行政院體育委員會委託研究計畫作業要點」之規定辦理。惟依據前揭要點之經費編列標準所列「研究人員費」：每一委託研究計畫案之研究人員數，以不超過 4 人為原則；以及所需人事費用佔總經費比例，以不超過百分之五十為原則。將對本案之執行造成影響。
- 三、依本計畫草案所列，本次委外研究議題涉及層面廣泛，亟須科際整合。以第一部分及第三部分為例，每案之研究成員約 5 至 7 人。且由於調查部分之經費將整合至第二部分，因此，各研究案之主要經費項目將以研究人員費為主（將超過百分之五十）。為順利推動體育白皮書之修訂事宜，有關本案委外研究部分，建議參照「行政院所屬各機關行政及政策類委託研究計畫經費編列原則及標準」之規定辦理（如附件二：研究人員 4 人之限制得經機關首長同意酌予增列；以及未列百分之五十人事經費

比例上限)。

**主席裁示：**本案主體架構相當完整，原則可行。請撰述小組參酌以下建議，進行修正：

一、第一部分「先進國家體育制度」

- (一) 本部分列有 7 國，是否將重點集中在日本、中國（大陸）、美國、德國與澳大利亞等 5 國，或再增列俄羅斯 1 國，請撰述小組考量其必要性與資料取得之可行性，再行審酌。
- (二) 何謂先進國家或體育大國，有其多元選取指標。為免爭議，是否考量以「國際體育政策比較」取代「先進國家體育制度」為標題。
- (三) 各國體育發展資料之蒐集，以不派員出國為原則。如有必要，可協請駐外單位提供協助。

二、第三部分「我國體育發展焦點論述」

- (一) 議題 1「全球環境變遷與體育」、議題 6「空間與運動」及議題 12「體育運動資源整合規劃」等題目很好，惟範圍均相當大。研究是否能夠完成，請再行考量。
- (二) 所列 13 議題，涵蓋範疇甚廣，請思考配合目前體育運動推展之核心價值「健康+卓越」，以及未來待努力開發之新興課題等方向，研議予以整併。如：議題 7、8、9 等，可考慮合併為「體育與教育」。
- (三) 議題 13「商業與運動」請研議將運動對經濟層面之影響（如：降低健保支出、促進旅遊觀光、、、等），納入分析，擴大研究層面。
- (四) 建請增列「職業運動發展策略」。

三、其他

- (一) 未來體育白皮書所列之政策與策略，除係由基礎研究與調查等分析而得外，仍須與國家政策主軸（諸如：健康台灣、六星社區計畫、拓展國際關係、、、等）結合。
- (二) 有關 88 年版體育白皮書所列內容，迄今已落實多少，請本會各業務單位填列彙整。

- (三) 本研究案之審查，以不委外辦理為原則。除公開辦理成果發表外，建議由本諮詢委員會擔任未來研究報告之審查角色。可考量在會外之適當地點召集，以 1 至 2 天的方式，進行密集審查。
- (四) 為能擴大參與，蒐整各方多元意見。未來白皮書研訂過程是否加入公聽會之程序，請撰述小組納入考量。
- (五) 有關陳委員光復所提書面建議（如附件），請撰述小組列入參考。

### 附錄三：體育白皮書諮詢委員會第3次會議暨各 議題撰述構想簡報會議紀錄

時間：95年6月10日上午9時整

地點：國立台灣大學綜合體育館2樓247會議室

主席：陳委員兼召集人全壽

記錄：體育白皮書撰述暨工作小組

出席人員：

黃委員兼副召集人啟煌

王委員同茂

何委員卓飛

李委員天任（陳教授景星代理）

周委員宏室（吳教授政崎代理）

許委員樹淵

陳委員光復（蔡副會長賜爵代理）

陳委員國儀

康委員世平

楊委員志顯

楊委員忠和

劉委員北陵

本會列席人員：

競技運動處 洪副處長志昌

全民運動處 何副處長金樑

國際體育處 周副處長瑞

綜合計畫處 彭處長台臨

朱專委文生

戴科長琬琳

古專員博文

請假人員：

紀委員政

鄭委員志富

蘇委員文仁

本會運動設施處 胡副處長啟邦

## 壹、承辦單位報告（體育白皮書撰述暨工作小組）

### 一、體育白皮書暨工作小組專案報告：

- （一）作業目標：
1. 建立平台、促進交流
  2. 排定流程、推動進度
  3. 提供服務、解決問題
  4. 加強資訊、增進品質

### （二）95年5月至6月已執行作業內容：

5月1日～7日

1. 撰述暨工作小組第一次會議
2. 籌辦陳主委與主持人座談餐會

5月8日～14日

1. 撰述暨工作小組第四次會議
2. 陳主委與主持人座談餐會
3. 發送電子報

5月15日

1. 撰述暨工作小組第三次會議
2. 籌辦計畫說明事宜

5月16日～21日

1. 專題計畫說明會
2. 規劃線上管理系統
3. 發送電子報

5月22日～28日

1. 撰述暨工作小組第四次會議（05/22）
2. 發送電子報

5月29日～6月4日

1. 撰述暨工作小組第五次會議（05/22）
2. 發送電子報
3. 線上管理系統試用

6月5日



1. 撰述暨工作小組第六次會議 (06/05)
2. 籌辦專題計畫撰述構想書簡報
3. 發送電子報

6月10日 辦理專題計畫撰述構想書簡報

(三) 95年6月至8月規劃執行內容：

- 6月
1. 召開撰述工作小組會議
  2. 協助各專題計畫撰述事宜
  3. 執行線上作業管理系統
  4. 規劃我國體育運動基礎調查內容
- 7月
1. 召開撰述工作小組會議
  2. 協助各專題計畫撰述事宜
  3. 執行線上作業管理系統
  4. 規劃執行我國體育基礎調查
- 8月
1. 召開撰述工作小組會議
  2. 協助各專題計畫撰述事宜
  3. 執行線上作業管理系統
  4. 規劃辦理期中審查會

二、線上作業管理系統簡報：

- (一) 本系統平台分線上作業、知識分享及全民參與三部份。
- (二) 經費預算：新台幣22萬元。
- (三) 策略聯盟：本案網站系統維護及更新由Me工廠支援。

貳、討論事項 (各議題撰述構想簡報與討論)

說明：

- 一、本次簡報包括撰述計畫第一部分「國際體育運動制度比較分析」(6個議題)以及第三部分「我國體育發展焦點論述」(10個議題)，由各議題代表依後附流程表排定時段進行簡報。
- 二、時間控管：為提升會議進行效率，本次簡報與討

論將依流程表進行時間控管。除第一部分因同質性較高，採共同簡報方式進行討論（預計 1 小時）。其他各議題簡報與討論時間僅有 20 分鐘（簡報請於 7 分鐘內完成，討論時間則於 13 分鐘內完成），時間截止前 1 分鐘，將由議事人員按鈴 1 次提示。時間結束按鈴 2 次，簡報或發言討論必須立即停止。各議題時段間隔 5 分鐘，以作為換場準備。

三、迴避原則：諮詢委員如另有擔任各撰述議題主持人，請於各該議題簡報後之討論時段自動迴避，以提升審查之嚴謹性。

**參、各議題簡報與討論意見：**（審查意見彙整表如附件）  
**主席裁示：**

- 一、體育白皮書相關後續執行工作，請撰述暨工作小組依撰述計畫所定期程積極執行並提供各專題計畫研究團隊必要之協助。
- 二、體育白皮書各專題計畫構想書簡報審查意見由撰述暨工作小組彙整後報會核備，並轉請各專題研究團隊參酌修正。
- 三、本案線上作業管理系統請撰述暨工作小組完成規劃試用後，充分啟動功能，以利相關資訊交流及進度管控。

**肆、散會：下午 4 時 30 分**

## 專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表

<b>計畫編號：12 運動與健康</b>	
<b>填表說明：</b> 請於下表左側各項審查意見於右側回覆說明欄中逐項填寫後續擬執行情形之說明文字，如：1.依審查意見辦理 2.審查意見納入執行參考 3.執行審查意見有其困難(請加註文字說明)4.其他	
審 查 意 見	回 覆 說 明
<p>一、希望從預防醫學概念談，從成本效益分析角度談運動與健保財務的關連性。</p> <p>二、研究焦點過雜，如學習成就、社經地位差異.....，是否應列入，請再詳酌。</p> <p>三、有關國內已經做的體適能政策成效如何？建請列入檢討。</p> <p>四、訪談的對象必須搭配研究主題，找到最適合的對象，以免失焦。</p> <p>五、請增加運動、保健、健保等相關聯性課題。</p> <p>六、建請納入運動對疾病預防的相關內容。</p>	<p>一、限於時間短暫，本小組只能採文獻回顧法、蒐集現有資料分析，無法探討成本效益。</p> <p>二、已將研究焦點縮小。</p> <p>三、預計將國內、外的體適能政策納入白皮書中。</p> <p>四、預計將找教育部、體委會和衛生署相關部門做訪談。</p> <p>五、已著手與相關人員訪談與索取資料。</p> <p>六、已跟國民健康局索取資料與考慮納入本書內容。</p>
<b>撰述暨工作小組補充意見：</b>	
<p>一、請將撰述內容架構，另填於附件二（撰述內容架構章次表）。</p> <p>二、請配合專題計畫章節焦點課題需求，填寫欲瞭解之我國體育基礎調查資料類項內容，俾利列第二部份作業執行（請另填於附件三）。</p> <p>三、請配合專題計畫性質特性，舉辦產官學跨界領域焦點議題座談會，並充分納入實務經驗豐富之意見領袖，如體育團體負責人、秘書長、總幹事、教練、民代、媒體代表、行政人員等，參考名單請至體育白皮書平台下載。</p> <p>四、請配合專題計畫特性，對熟稔專題內容之代表性焦點人士領袖進行訪談（深度匯談），以蒐集及發揮更完整之第一手資訊，參考名單請至體育白皮書平台下載。</p> <p>五、請盡量取得原始資料及各國量化數據作為比較分析之依據。</p>	
<b>待協助及協調事項：</b>	

## 附錄四：體育白皮書諮詢委員第4次暨第5次會議會議紀錄

時間：95年9月25日（星期一）上午9時整

地點：國立台灣大學綜合體育館2樓247會議室

主席：陳委員兼召集人全壽                      記錄：體育白皮書  
撰述暨工作小組

### 出席人員：

黃委員兼副召集人啟煌  
王委員同茂  
何委員卓飛  
李委員天任（陳教授景星代理）  
周委員宏室  
許委員樹淵  
陳委員光復（蔡副會長賜爵代理）  
康委員世平  
楊委員志顯  
鄭委員志富  
蘇委員文仁

### 本會列席人員：

全民運動處    何副處長金樑  
綜合計畫處    彭處長台臨  
                    戴科長琬琳

### 請假人員：

紀委員政  
楊委員忠和  
劉委員北陵  
陳委員國儀  
本會競技運動處    洪副處長志昌  
本會國際體育處    周副處長瑞  
本會運動設施處    胡副處長啟邦

本會綜合計畫處 江副處長秀聰

本會綜合計畫處 朱專門委員文生

**會議流程：**

時間	內容	備註
0900-0910	報到	
0910-0920	主持人致詞	
0920-0930	工作報告	體育白皮書撰述小組報告當前工作推動情形以及本次簡報會議之流程與作業方式
0930-1050	討論提案一	確認期中報告書面審查意見(每項專題計畫討論5分鐘,流程表請參考會議手冊附件一)
1050-1100	茶敘時間	
1100-1130	討論提案二	「第1版體育白皮書執行情形評核報告(初稿)」
1130-1200	討論提案三	體育白皮書2006年版章節架構(草案)
1200-1210	臨時動議	
1210	散會	

**說明：**

- 一、本次會議為第4次及第5次諮詢委員會議合併召開，為提升會議進行效率，本次會議將依流程表(如會議手冊附件一)進行時間控管。
- 二、因各專題於會前已有書面審查作業，並分別委請每位諮詢委員審閱2~3篇期中報告，故本次會議各專題計畫討論時間僅有5分鐘。討論時間截止

前 1 分鐘，將由議事人員按鈴 1 次提示，時間結束按鈴 2 次。

三、迴避原則：諮詢委員如另有擔任各專題計畫主持人，請於討論時段自動迴避，以提升審查之嚴謹性。

### 壹、承辦單位報告（體育白皮書撰述暨工作小組）

#### 一、體育白皮書撰述暨工作小組專案報告：

項目	時間	內容
95 年 6 月至 9 月已執行 作業內容	6 月 19 日	撰述暨工作小組第七次會議
	6 月 26 日	撰述暨工作小組第八次會議
	6 月 27 日	發送電子報第 4 號
	7 月 3 日	1. 撰述暨工作小組第九次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表
	7 月 11 日	1. 撰述暨工作小組第十次會議 2. 規劃各專題計畫撰述格式、內容架構及規範提供下載 3. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表
	7 月 18 日	1. 撰述暨工作小組第十一次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表 3. 訂定期中報告執行進度及期程
	7 月 28 日	1. 撰述暨工作小組第十二次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表

		3. 討論體育白皮書 88 年版執行評核表撰述格式草案
	7 月 30 日	發送電子報第 5 號
	8 月 4 日	1. 撰述暨工作小組第十三次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表 3. 訂定體育白皮書 88 年版執行評核表撰述格式草案，報請體委會核備 4. 函請體委會及體育司就體育白皮書 88 年版體育指標策略說明執行情形
	8 月 11 日	1. 撰述暨工作小組第十四次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表 3. 擬定期中書面報告審查程序
	8 月 14 日 ~ 8 月 21 日	1. 推薦期中報告書面審查委員 2. 由十位委員推薦名單，每一專題計畫由 2 位委員進行書面審查
	8 月 18 日	1. 撰述暨工作小組第十五次會議 2. 確認各專題計畫構想書審查意見暨回覆說明表 3. 訂定期末發表會實施計畫(如會議手冊附件 六)
	8 月 25 日	1. 撰述暨工作小組第十六次會議 2. 修訂期末發表會日程表 3. 討論體育白皮書 2006 年版章節架

		構草案
	9月1日 ~ 9月15日	1. 期中報告書面審查 2. 每一專題計畫由2位委員進行書面審查
	9月1日	1. 撰述暨工作小組第十七次會議 2. 修訂期末發表會實施計畫 3. 討論體育白皮書2006年版章節架構草案
	9月15日	1. 撰述暨工作小組第十八次會議 2. 研擬體育白皮書2006年版章節架構草案
	9月22日	1. 撰述暨工作小組第十九次會議 2. 研擬體育白皮書2006年版章節架構草案
95年10月至12月	9月26日 ~ 9月30日 (預定)	1. 函請各專題撰述團隊依書面審查意見暨諮詢委員會第四次暨第五次會議決議事項修正報告書內容並持續執行後續撰述工作 2. 函請各專題撰述團隊依統一撰述架構撰寫期末報告
	10月 (預定)	1. 召開撰述暨工作小組會議 2. 籌備辦理期末成果發表會
	11月11日 (預定)	辦理期末成果發表會
	11月17日 (預	體育白皮書2006年版期末成果審查會



	定)	
	11 月~12 月 ( 預定 )	1. 依據第一版體育白皮書執行情形 評核報告內容執行基礎調查 2. 依據體育白皮書 2006 年版章節架 構完成撰述內容

二、線上作業管理系統簡報：

(一) 本系統平台分線上作業、知識分享及全民參與三部份。

(二) 新增資訊提供各專題計畫下載：包括體育白皮書 88 年版、體委會「黃金計畫」、相關體育政策檔案、工作小組會議記錄及各專題期中報告等。

貳、討論事項

提案一

案由：體育白皮書 2006 年版—16 項專題計畫期中報告書面審查意見，提請討論。

說明：一、16 項專題計畫業已於會前分請審查委員（每項專題由 2 位審查委員審閱），就其章節架構及撰述內容提出建議，審查意見表彙整後如會議手冊附件二。

二、檢附 16 項專題計畫期中報告。

決議：一、各專題計畫審查意見由撰述暨工作小組彙整後報會核備，並轉請各專題研究團隊參酌修正，彙整表如附件一。

二、各國體育運動制度之架構已擬定，所有

專題之撰述格式亦已確定並公布於網站上提供下載，請提醒各計畫小組依擬定之撰述格式撰寫。

三、體育、運動、休閒之名詞定義，請白皮書撰述暨工作小組加以釐訂闡釋，以提供各計畫參考使用。

四、各計畫內容重疊部分，由白皮書撰述暨工作小組負責查核並協調相關專題計畫在撰述上予以適當區隔。

## 提案二

案由：有關「第 1 版（88 年版）體育白皮書執行情形評核報告（初稿）」，提請討論。

說明：依合約執行有關第 1 版體育白皮書（88 年版）執行情形檢核作業，業已委請體委會及體育司就所屬業務陳述「第 1 版體育白皮書」體育指標策略執行情形，如會議手冊附件三。

決議：一、未來體育發展指標配合新版白皮書的撰述方向再行研訂。

二、撰述暨工作小組請針對重要評核指標，規劃發展體育白皮書撰述計畫第二部分—基礎調查資料建構內容。

## 提案三

案由：有關體育白皮書 2006 年版章節架構（草案），提請討論。

說明：經撰述小組第 17～19 次工作會議討論，提出

體育白皮書 2006 年版章節架構（草案），如  
會議手冊附件四。

決議：一、撰述暨工作小組可據此章節架構執行相  
關撰述工作。

二、11 月各專題計畫期末成果發表會後，撰  
述暨工作小組可再行微調。

參、臨時動議：無

肆、散會：中午十二時

## 專題計畫期中報告審查意見暨回覆說明表

<b>計畫編號：12 運動與健康</b>	
填表說明：請於下表左側各項審查意見於右側回覆說明欄中逐項填寫後續擬執行情形之說明文字，如：1.依審查意見辦理 2.審查意見納入執行參考 3.執行審查意見有其困難(請加註文字說明) 4.其他	
審 查 意 見	回 覆 說 明
<p><b>壹、書面審查意見：</b></p> <p>甲委員：</p> <p>一、章節內容大體上尚符本專題計畫名稱「運動與健康」之意旨，惟章節之完整性或因文獻正持續蒐整中而有待繼續強化。</p> <p>二、如並不考慮以實證性研究體例呈現成果，則建議將第二章「文獻探討」之章名略做調整（例如：「運動的效益」）；如訪問調查（第五章第二節所述）之結果將融入各章中，作為本計畫重要之撰述依據，則宜另立專章介紹「方法論」，全文並套用現行學位論文之撰擬格式。</p> <p>三、有關「各國健康體能政策與相關指標」一節，除介紹現況外，宜盡可能對政策背景與施行成效進行評析，並與國內相關措施互為比較。</p> <p>乙委員：</p> <p>一、第一章概論，建議現存第一節與第二節合併討論。</p> <p>二、第二章建議改為運動與健康文獻回顧，第一節改為運動與身體健康，第二節運動與心理健康。</p> <p>三、第三章，建議加強政策檢討的部分。</p> <p>四、第四章第二節各國健康體能政策，建議依經費、設施、政策單位等列表比較，著重其特點與優點。</p> <p>五、其他部分尚未完成，建議加強補充。</p>	<p>一、目前先完成約 40 %，會依審查意見辦理。</p> <p>二、第二章已修改為運動與健康文獻回顧。</p> <p>三、審查意見納入執行參考，將與第一部份各國體育制度尋求資料。</p> <p>一、已修改合併討論。</p> <p>二、已照委員意見修改之。</p> <p>三、已與教育部、衛生署、體委會尋求資料。</p> <p>四、審查意見納入執行參考，將與第一部份各國體育制度尋求資料。</p> <p>五、將在完成之後 60 %的內容。</p>
<p><b>貳、諮詢委員會議發言及書面意見彙整如下：</b></p>	<p>一、依審查意見辦</p>

<p>一、前揭意見請各專題計畫主持人暨研究團隊納入撰述參考。</p> <p>二、增加說明運動參與對健康及醫療保健之關係。</p> <p>三、參考體育與健康領域之七大主軸，說明運動與健康保健之內涵。</p> <p>四、說明孩童、少年、青年、壯年、與老年之運動與健康促進問題。</p> <p><b>參、撰述暨工作小組補充說明：</b></p> <p>一、章節架構已於構想書說明會後統一明訂（如附件三）；計畫封面及內文撰述格式請至體育白皮書網頁下載。</p> <p>二、期末成果報告書章節頁數之原則如下：本文以 5~7 章為原則，每章 3~4 節，每節 4~6 頁，預計本文總計約 60~168 頁（請盡可能勿少於 90 頁），附錄頁數不計。</p> <p>三、請將法規、重要歷史文件或其他過量內容列為附錄，便於查閱。</p> <p>四、各專題計畫撰述時，對於體育白皮書 2006 年版體育與運動相關名詞使用概念，在 95 年 9 月 25 日第 4 次暨第 5 次諮詢委員會議討論過程中，建議由撰述暨工作小組綜整委員意見，研擬相關名詞使用概念說明提供各專題計畫參考採用（如附件四）。</p> <p>五、前揭審查意見煩請各專題計畫研究團隊填列審查意見回覆說明表，於二週內回傳。</p>	<p>理。</p> <p>二、將會在第五章運動與健保裡面詳談。</p> <p>三、預計第三章會提到七大主軸與內涵。</p> <p>四、會納入考量，並與衛生署社區健康組討論內容。</p>
<p><b>待協助及協調事項：</b></p>	

## 附錄五：體育白皮書諮詢委員會第6次會議會議紀錄

時間：95年11月27日（星期一）下午2時30分整

地點：國立台灣大學綜合體育館2樓247會議室

主席：陳委員兼召集人全壽                      記錄：體育白皮書

撰述暨工作小組

出席人員：

黃委員兼副召集人啟煌  
王委員同茂  
何委員卓飛  
李委員天任  
康委員世平  
許委員樹淵  
陳委員光復（沈永賢代理）  
楊委員忠和  
蘇委員文仁

本會列席人員：

綜合計畫處    彭處長台臨  
                    戴科長琬琳  
                    洪專員秀主  
全民運動處    何副處長金樑  
運動設施處    胡副處長啟邦

請假人員：

周委員宏室  
紀委員政  
楊委員志顯  
劉委員北陵  
陳委員國儀  
鄭委員志富

會議流程：

時間	內容	備註
1420-1430	報到	
1430-1435	主持人致詞	
1435-1440	工作報告	體育白皮書撰述小組工作報告
1440-1632	討論提案	專題計畫期末報告審查
1632-1635	臨時動議	
1635	散會	

壹、工作報告（體育白皮書撰述暨工作小組）

一、「中華民國體育白皮書—2006年版初稿」撰述期程訂定如下：

日期	工作要項
11/20～ 11/26	1. 確定白皮書撰述分工 2. 確定白皮書撰述格式 3. 確定白皮書撰述方式 4. 確定白皮書撰述期程 5. 以部落格方式置於網站上共讀及討論
11/27～ 12/3	1. 撰述小組與研究團隊代表協調撰述相關事宜 2. 進行撰述工作 3. 以部落格方式置於網站上共讀及討論
12/4～	1. 修訂白皮書初稿（一）

12/10	2.彙整資料 3.以部落格方式置於網站上共讀及討論
12/11~ 12/17	1.修訂白皮書初稿(二) 2.彙整資料 3.以部落格方式置於網站上共讀及討論
12/18~ 12/23	1.籌辦第七次諮詢委員會議 2.審查白皮書初稿 3.以部落格方式置於網站上共讀及討論
12/25	1.«體育白皮書2006年版初稿»報會 2.«體育白皮書撰述實錄»報會 3.以部落格方式置於網站上共讀及討論

二、擬定「中華民國體育白皮書—2006年版」初稿之章節架構(草案)。

三、中華民國體育白皮書2006年版網路平台，有關全民參與以部落格方式置於網站上共讀及討論作業，將於近日內開放。

## 貳、討論事項

### 提案一

案由：體育白皮書2006年版—16項專題計畫期末報告書面審查意見，提請討論。

說明：一、每項專題計畫業已於會前分請2位諮詢委員審閱，就其撰述內容提出建議。



二、審查意見提供各專題計畫作定稿前之修正參考。

決議：一、本次諮詢委員會議之審查結果，併同體委會各業務處針對各專題計畫之意見，提供各研究團隊作為修正參考，諮詢委員審查意見表如附件一。

二、16 研究計畫共通性部分依據審查委員意見及本次會議決議事項，請撰述暨工作小組以補充說明方式請各研究團隊遵照辦理（例如目次、章節架構格式等）。另有關名詞用法、外國譯文書寫方式等由撰述暨工作小組統一規範，並提供研究團隊作為修正依據。

三、各專題計畫請正確登錄於 GRB 系統，期末成果報告書之格式，包括封面格式、中英文摘要（包括研究緣起及經過、研究方法、重要發現及主要建議，並加註關鍵詞）、建議事項（分立即可行建議及中長期建議兩類）等撰述規範，請依據行政院體育委員會委託研究期末報告格式撰述（如附件二，或下載網址：[http://www.ncpfs.gov.tw/upload/2004\\_12\\_29\\_930730-7.doc](http://www.ncpfs.gov.tw/upload/2004_12_29_930730-7.doc)）。

四、各專題計畫成果報告修正後於 12 月 15 日前回傳撰述暨工作小組。

五、為增進白皮書初稿與現況及現行政策之結合，請撰述暨工作小組提供白皮書初

稿，由綜計處轉發各主管業務處檢視及補正，並研擬我國體育短中長程發展策略。

六、白皮書各項成果報告將適時置於白皮書網站上，第一階段提供諮詢委員、審查委員、支援小組、各研究團隊、撰述暨工作小組等社群上網，以部落格方式溝通討論。第二階段再開放全民共讀共享，以廣收政策宣導之效。

七、執行白皮書撰述第一階段（95年4月～95年12月）發現之重要未竟課題，例如我國體育基礎調查、白皮書研究成果線上專題討論（體育政策網路宣導計畫）、各專題分區焦點團體跨界座談（包括產官學、民代、媒體等社群）、職業運動發展策略研究、運動產業調查及產值推估……等課題，由撰述暨工作小組列入第二階段提報。

**參、臨時動議：無**

**肆、散會：下午六時**

## 專題計畫期末報告審查意見暨回覆說明表

計畫編號：12 運動與健康	
填表說明：請於下表左側各項審查意見於右側回覆說明欄中逐項填寫後續擬執行情形之說明文字，如：1.依審查意見辦理 2.審查意見納入執行參考 3.執行審查意見有其困難(請加註文字說明) 4.其他	
審 查 意 見	回 覆 說 明
<p><b>壹、書面審查意見：</b></p> <p>一、P.39「重」字應為「量」字之誤。</p> <p>二、P.71「殘障」建議修正為「身心障礙」。</p> <p>三、P.88 (10)中央與[ ] 相關的體適能、體能教育...，建議將體適能修正為體能。</p> <p>四、(一) 第 15 頁提到的體委會針對運動人口倍增計畫對應到 49 頁的政策與方法部分，體適能指導員的認證每年才只有 50 人，這對於台灣這麼多社區及中、小學的數量而言，是否有人力短缺的現象？是否應該由政府或是教育部推廣，鼓勵學校老師或是民間健身中心多多進修報考，但是也應維持訓練適能指導員的品質，應有再進修或是更新的課程，而有關民間團體對指導員的證照熟識度及優先錄用的比例把關是否應該有具體的方式加強。建立活動推廣組織，這方面應該考慮宣傳的效果是否不彰顯(民眾知道活動的比例)，以免造成成效不如預期。</p> <p>(二) 提升學生體適能中程計畫裡安排有體適能測驗及體適能認知的部分，多數學校也已經順利地進行教育，但是其測驗結果並沒有帶來其必要的貢獻，是否對於測驗之後續的運動指導或是體能增進的課程安排，另有完善的規劃，才不枉費老師們的配合及家長對於教育的期望。</p> <p>(三) P.36 對於體適能的定義是 1991 年的版本 ACSM，是否應該更新參照 2005、2006 年的版本，比較具有時效性。</p> <p><b>貳、體育白皮書支援小組意見彙整如下：</b></p> <p>一、各專題計畫期末成果報告書應加入目錄、圖次、表次。</p> <p>二、各專題計畫期末成果報告書之中英文摘要，應包括：<b>1.研究緣起及經過、2.研究方法、3.重要發現及主要建議(建議事項分立即可行建議及中長期建議兩類)</b>，並加註<b>4.關鍵詞</b></p>	<p>一、已修改</p> <p>二、已修改。</p> <p>三、已修改。</p> <p>四、將在第七章結論與建議中，請相關單位對於各些問題，是否要立法與因應對策。</p> <p>目前引用文獻都是用 ACSM 的定義，我們</p>

<p><u>(至少三個)</u>，請參考附件一。</p> <p>三、第二章第二節運動與心理健康，有關運動與憂鬱症之關係，文獻部分建請更深入探討分析。</p> <p>四、第三章第一節體委會相關政策計畫，建請增列「海洋運動發展計畫」。</p> <p><b>參、撰述暨工作小組補充說明：</b></p> <p>一、各專題計畫報告書之封面與書背格式、章節架構格式（例如：章、節、一、(一)、1...）、標點與名詞用法、外國譯文書寫方式、參考文獻 APA 格式等，由撰述暨工作小組統一修正潤飾。</p> <p>二、各專題計畫成果報告修正後於 12 月 15 日前回傳撰述暨工作小組，俾便後續作業。</p>	<p>參考其他文獻或找尋更新的版本。</p> <p>一、已加入。</p> <p>二、已修改，如內容摘要。</p> <p>三、已請負責研究員深入探討分析。</p> <p>四、已增列為第三章第一節第四單元</p> <p>一、已修改符合 APA 格式。</p> <p>二、執行審查意見有其困難(目前加強內容部分，各老師回傳時間預計 21 日才會回傳完畢，故無法在 15 或 18 日傳給工作小組，21 日後將會轉達至工作小組，敬請見諒)。</p>
<p><b>待協助及協調事項：</b></p>	

## 附件六：2006 體育政策白皮書「運動與健康」 議題第一次會議紀錄

主席：紀主持人雪雲

紀錄：李玉麟

時間：95 年 05 月 26 日上午十時

地點：台北市愛國東路二姐的店

出席人員：如附件一（略）

討論議題：體育政策白皮書「運動與健康」議題專題計畫構想書與相關架構。

主席致詞：(略)

結論：

- 一、 因應 95 年 06 月 10 日在台大發表專題架構書，其內容先以體委會運動人口倍增計畫、衛生署健保資料與教育部、衛生署健康促進方面為主要架構，並委請李玉麟老師當日至台大報告。
- 二、 請教育部體育司對學校體育這方面，給於書本與政策方面的資訊。
- 三、 工作團隊擬向國民健康局 NHIS 單位申請資料庫，對於常規運動與疾病的相關，以及醫療的支付問題。

臨時動議：無

## 附件七：2006 體育政策白皮書「運動與健康」 議題第二次會議紀錄

主席：紀主持人雪雲

紀錄：李玉麟

時間：95 年 06 月 26 日下午五時

地點：基隆市經國學院健康促進中心

出席人員：如附件二（略）

討論議題：06 月 10 日「運動與健康」議題專題計畫構想書報告後建議與內容修正。

主席致詞：（略）

結論：

- 一、 關於教育部何卓飛司長的建議，以預防醫學的觀點、成本分析來看運動效益與經費問題，作為內容參考依據。
- 二、 有委員提到計畫構想書中太於複雜化，焦點不需太廣之建議，日後將對於運動倍增計畫、健保方面、健康促進方面加強內容修正，其他子題暫不考慮著墨。
- 三、 對於「運動與健康」九年國民義務教育方面的相關資料，建請工作小組參考，必要時列入專書內容上。
- 四、 對於常規運動是否可降低醫療支出方面的文獻與期刊，以及國外關於運動與健康文獻，請工作小組查詢與收集資料。
- 五、 運動造成運動傷害方面亦可探討。

臨時動議：無

## 附件八：2006 體育政策白皮書「運動與健康」 議題第三次會議紀錄

主席：紀主持人雪雲

紀錄：李玉麟

時間：95 年 07 月 28 日下午五時

地點：基隆市經國學院運健休系

出席人員：如附件三（略）

討論議題：運動與健康議題章節確定與相關資訊

主席致詞：（略）

結論：

- 一、「運動與健康」議題分成七大章，第一章、緒論或前言，第二章、運動文獻回顧、第三章、我國各部會體育相關政策、第四章運動與體適能、第五章、運動與健保、第六章、運動與健康促進、第七章，結果與討論。
- 二、9 月 15 日之前，各負責老師需完成份內工作 80%的內容。
- 三、運動、保健、健保等相關聯性課題，請林世澤老師與其他運保相關領域的委員與予協助，讓其完善。
- 四、運動、體適能與健保給付，請再查詢各國體育（運動）經費在國家總預算的比例。
- 五、德國，甚至歐洲國家保險制度與運動結合，敬請兩位保險經理給工作團隊一些相關訊息或國內保險制度。

臨時動議：無

## 附件九：2006 體育政策白皮書「運動與健康」 議題第四次會議紀錄

主席：紀主持人雪雲

紀錄：李玉麟

時間：95 年 10 月 09 日下午五時

地點：台北縣新店市

出席人員：如附件四（略）

討論議題：運動與健康議題章節確定與相關資訊

主席致詞：（略）

結論：

- 一、 期中報告審查意見依序修正，文獻部分請再加強。
- 二、 有關「各國健康體能政策與相關指標」一節，除介紹現況外，宜盡可能對政策背景與施行成效進行評析，並與國內相關措施互為比較。
- 三、 全部章節的頁數約為 90-150 頁左右，請委員們加強所負責部分。對於不足之處，請聯繫所司單位尋求幫忙。
- 四、 十一月一日需提出中英文摘要以及期末報告初稿，請各委員於 10 月 18 日以前內容繳交完畢，下旬會辦理座談會，冀望全部內容能提早完成。
- 五、 目前運動保健部份仍較薄弱，感謝委員提供衛生署醫療保險支出與各國 NHE 相關資料，請納入內容。

臨時動議：無



## 附件十：2006 體育政策白皮書「運動與健康」 議題座談會

主席：紀主持人雪雲

紀錄：李玉麟

時間：95 年 10 月 20 日下午五時

地點：台北市布查花園（金華店）

出席人員：如附件五

討論議題：「運動與健康」議題期末內容檢討與相關事宜

主席致詞：(略)

結論：

- 一、 內容不需複雜化，也不要太大範圍。
- 二、 鼓勵學校對於常規運動者，給於獎項。
- 三、 從預防醫學（醫療）的角度去探討運動與保健。
- 四、 國內體育經費宜從實際面來評估，不要從單位別來陳述，會有高估經費的窘境。
- 五、 現在全民出在推動健康指導員部分，最早推動時，由於衛生署反對，所以沒有納入健教裡面；體能部分檢測項目較多，對於一般人或疾病者，針對其需要實施必須的檢測與之後檢討，成立體能檢驗師納到醫院裡面。
- 六、 司長特別強調的重點，一個是一般人的運動，一個是競技的運動所造成的傷害的防護與治療；第三是以預防醫學的角度來說，預防疾病的運動與已經發生慢性病的運動，誠如黃光獻老師所提目前沒有政策，我們必須點出這些問題出來來給於對策。

臨時動議：無

## 參考文獻

- 尤杏暖、洪嘉文(2006)。中央體育預算資源配置與執行情形之探討。《體育學報》，39(2)。台北市：中華民國體育學會。
- 行政院(2002)。《挑戰2008：國家發展重點計畫》。台北市：作者。
- 行政院(2005)。《台灣健康社區六星計畫》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(1999a)。《中華民國體育白皮書》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(1999b)。《陽光健身計畫》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(2002)。《運動人口倍增計畫》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(2004)。《中程施政計畫草案(九十四至九十七年度)》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(2006a)。《行政院體育委員會94年年終業務報告》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(2006b)。《中華民國體育統計》。台北市：作者。
- 行政院體育委員會(2006c)。《中華民國95年度中央政府總預算行政院體育委員會單位預算》。台北市：作者。
- 行政院衛生署(1997)。《衛生白皮書—跨世紀的衛生建設》。台北市：作者。
- 行政院衛生署(1999)。《社區健康總體營造計畫》。台北市：作者。
- 行政院衛生署(2005)。《我國國民醫療保健支出統計》。搜尋網址：  
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。
- 行政院衛生署國民健康局 NHIS 網站 (2002) (<http://nhis.nhri.org.tw/>)
- 行政院衛生署國民健康局 (2002)。《民國九十一年台灣地區國民健康促進、知識態度與行為調查報告。第一卷》。
- 林世澤(2001)。《運動與保健》。《學校體育雙月刊》，63，頁44-45。
- 周碧瑟 (1999)。《台灣地區在校青少年藥物使用流行病學調查研究》。行政院衛生署八十八年度委託研究計畫。
- 教育部體育司(1999)。《提昇學生體適能中程計畫》。台北市：作者。
- 教育部體育司(2002)。《學校體育發展中程計畫》。台北市：作者。
- 教育部(2002)。《教育政策白皮書》，頁32-35。

- 教育部體育司(2003)。推動中小學生健康體位五年計畫。台北市：作者。
- 教育部(2006)。國民中小學九年一貫課程綱要。台北市：作者。
- 陳全壽(2003)。各國健康體能指標之收集與分析國人健康體能狀況評估調查。  
國民健康局九十二年度科技研究發展計畫。
- 陳俊忠(2004)。體能檢測納入健康檢查之可行性與成本效果初探。國民體育季刊，142，頁7-13。
- 張春興(1991)。張氏心理學辭典。台北：東華書局。
- 許樹淵、崔凌震(2004)。健康與體育概論。台北市：師大書苑。
- 黃光獻、賴政秀(2005)。以社區體育運動推廣模式探討國人規律運動習慣之建立。  
國民體育季刊，147。台北市：行政院體育委員會。
- 黃松元、陳政友、賴香如(2004)。學校衛生工作新模式-健康促進學校。學校衛生，45，59-71。
- 愛滋病資料庫(2003)。取自網站 <http://hint.nhri.org.tw/>。
- 盧俊宏(2003)：規律運動、心理健康和生活品質，國民體育季刊，146，  
頁60-73。
- Blaier, S.N.K, Kohl, H.W., Barlow, C.Ek., Paffenbarger, Gibbons, LW. & Macera, C.A.  
(1995). *Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women*. JAMA, 262 (17), 2395-2401.
- Bouchard, S. H., & Shephard, R. J.(1994). Performance- related fitness and health-related fitness. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts* (pp.79-86).  
Champaign, IL: Human Kinetics.
- Brener, Laura Kann, Tim Mc-Manus, Beth Stevenson, Susan F. Wooley. *Journal of School Health*. April 2004, Vol. 74, No. 4, 130-135.
- Casey, V.A., Dwyer, J.T., Coleman, K.A., & Valadian, I. (1992). Body mass index from childhood to middle age: a 50-year follow-up. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56:14-8.
- Casperson, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related

- research. *Public Health Report*, 100(2), 126-131.
- Center for Disease Control and Prevention. ◦ *Youth risk behavior surveillance—United States*, 2003. ◦ MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ◦ 2004;53(SS02);1-96. ◦
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Physical activity levels among children aged 9 to 13 years old in United States in 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* August 22, 52 (SS-33): 785-788.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006a). Youth risk behavior surveillance in United States in 2005. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 55(SS-5):1-108.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006b). Promoting better health for young people through physical activity and sports: A report to the president. Retrieved from [http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/promoting\\_health/](http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/promoting_health/) retrieved date October 21, 2006.
- Corbin, C.B., & Lindsey, R. (1994). *Concepts of fitness and wellness – with laboratories*. Brown & Benchmark.
- Corbin, C.B. & Lindsey, R. (2000). *Concepts of fitness and wellness – with laboratories*. Brown & Benchmark. New York. NY : U.S.
- Crews, D.J., & Landers, D.M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Medicine and science in sports and exercise*, 19(5), s114-120.
- Downie, R.S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health promotion: modes and values. (2<sup>nd</sup> Edition)* New York: Oxford University Press.
- Ferraro, K.F., Thorpe, R.J., Wilkinson, J.A. (2003). The life course of severe obesity: Does childhood overweight matter? *Journal of Gerontology*, 58B(2):S110-S119.
- Fox, R.K., & Corbin, C.B. (1989). The physical self perception profile: Development

- and preliminary validation. *Journal of sport and exercise psychology*, 11, 408-430.
- 許義雄(譯)(2004)。兒童發展與身體教育。台北市：國立編譯館主譯。(Gallahue, DL, 1997)。
- Guo, S.S., Roche, A.F., Chumlea, W.C., Gardner, J.D., Siervogel, R.M. (1994). The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 years. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59:810-19.
- Hsieh, P.L., & FitzGerald, M. (2005). Childhood obesity I Taiwan: review of the Taiwanese literature. *Nursing and Health Science*, 7(2), 134-142.
- J.O.Prochaska, J.C. Norcross, and C. C. DiClemente, *Changing for Good* (New York: William Morrow, 1994).
- Kujala, U.M., Kaprio, J., Sarna, Sk., & Koskenvuo, M. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *Journal of the American Medical Association*, 11, 440-444.
- Maud, P.J., & Foster, C.(1995). *Physiological Assessment of Human Fitness*. Human Kinetics.
- Mokdad, A.H., Ford, E.S., Bowman, B.A., et al. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *Journal of the American Medical Association*, 289(1):76-79
- Morgan, W.P. (1985). Psychogenic factors and exercise metabolism: A review . *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 17, 309-316.
- Morrow, J.R., Jackson,A.W., Disch,J.G., & Mood,D.P. (1995). *Measurement and Evaluation in Human Performance*. Human Kinetics.
- North, T.C., McCullagh, P., & Tran, Z.V. (1990). Effect of exercise on depression. In K.B. Pandolph and J.O. Holloszy (Eds.), *Exercise and Sport Science reviews* Vol,18 (pp.379-415).
- Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, R.D., Kubitz, K.A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis of the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Rejski, W.J. & Thompson, A. (1993). "Historical and conceptual roots of exercise

- psychology” In Seraganian (Ed.), *Exercise psychology: The influence of physical exercise on psychological processes*. New York: Wiley (pp.3-35).
- Sinyor, D., Schwartz, S.G., Peronnet, F., Brission, G., & Seraganian, P. (1983). Aerobic fitness level and reactivity to psychosocial stress: Physiological , biochemical, and subjective measures. *Psychosomatic Medicine*, 65, 205-217
- Shinton, R., & Sagar, G. (1993). Lifelong exercise and stroke. *British Medical Journal*, 307, 231-234.
- Slatter, M., Potter, J., & Caan, B.(1997). Energy balance and colon cancer beyond physical activity. *Cancer research*, 57, 75-80.
- Taylor C.B. Sallis,J.F.,Neece,R.(1985). The relation of Physical and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2),195-200.
- Thune, I., & Lund, E. (1997). The influence of physical activity on lung cancer risk. *International Journal of Cancer*, 70, 57-62.
- Wannamethea, G & Shaper, A.G. (1992). Physical activity and stroke in British middle aged men. *British Medical Journal*, 304, 597-601.
- WHO Regional Office for the Western Practice(1996). *Regional Guidelines for the development of health- promoting school- A framework for action*. Manila : The Office.
- Wu, T.Y., Pender, N., & Yang, K.P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *Journal of Nursing Research*, 10(1), 57-64.
- Wu, S.Y., Pender, N., & Nouredine, S. (2003). Gender differences in the psychosocial and cognitive correlates of physical activity among Taiwanese adolescents: a structural equation modeling approach. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(2), 93-105.
- Wu, T.Y. & Pender, N. (2005). A panel study of physical activity in Taiwanese youth: testing the revised health-promotion model. *Family and Community Health*, 28(2), 113-124.
- W.W.K Hoeger, L. W Turner, & B. Q. Hafen, *Wellness Guidelness for a Healthy Lifestyle* (Belmont, CA: Wadsworth/ Thomson Learning, 2002).