

101 年公務人員高考三等 衛生行政試題

等別：三等考試

類科：衛生行政

科目：衛生行政學(包括衛生教育及公共溝通)

一、試繪簡圖說明民國以來中央政府衛生主管機關沿革，並歸納說明其八大特點。此外，我國衛生行政體系，除中央設有主管機關外，基於地方分權的精神，地方政府分別設有地方衛生主管機關，掌管地方衛生事務，請繪圖說明四級衛生行政單位及其隸屬關係，並說明行政院組織改造後衛生施政面臨的挑戰。(25 分)

【擬答】

(一)民國以來中央政府衛生主管機關沿革：

我國衛生行政組織原分為「中央、省、縣(市)」等，配合民國 88 年「地方制度法」公布施行，及政府完成「精簡台灣省政府組織」作業後，衛生行政組織業已簡化為「中央、直轄市及縣(市)」。在中央，行政院衛生署為我國最高衛生行政機關，負責全國衛生行政事務，並對各級地方衛生機關負有業務指導、監督和協調的責任。

1. 民國以後的衛生行政組織沿革：

我國中央衛生主管機關之組織型態，歷經政府北伐、抗戰、國民政府遷臺等政局動盪亦隨之有所更動，自民國 17 年 4 月，政府成立內政部衛生司後，隨後歷經九次改組，簡圖過程如下：

- (1) 民國 17 年 11 月改為衛生部
- (2) 民國 24 年 4 月改為內政部衛生署
- (3) 民國 25 年 11 月改為行政院衛生署
- (4) 民國 27 年 4 月改為內政部衛生署
- (5) 民國 29 年 4 月改為行政院衛生署
- (6) 民國 36 年 5 月改為衛生部
- (7) 民國 38 年 5 月改為內政部衛生署
- (8) 民國 38 年 8 月改為內政部衛生司
- (9) 民國 60 年 3 月 17 日 改為行政院衛生署。

2. 其歸納 8 大特點如下

(1) 建立地方衛生行政組織體系是衛生行政組織發展的第一個里程碑。

1945 年，國民政府接管後，即將總督府警察局的衛生課改組為衛生局，隸屬行政長官公署民政處，為臺灣省最高衛生行政主管機關，其下並設衛生試驗所與檢疫總所，衛生行政遂與警察業務分開。

(2) 基層衛生工作網的建立。

1945 年首創 15 所，自 1949 年起得到中國農村復興委員會援助，在五年內即達到原先設定每一鄉鎮市區一間衛生所的目標。由於有衛生所構成的基層衛生工作網，公共衛生落

實推行成果豐碩。

(3)第二個里程碑是行政院衛生署的成立。

1949 年政府撤退來臺時，中央衛生主管機關已由衛生部縮減為衛生司，隸屬內政部。衛生司因為缺乏人才與經費，並無明顯作為。1971 年 3 月 17 日，行政院衛生署成立，內政部衛生司同時撤銷。最初衛生署下設醫政、藥政、保健、防疫與環境衛生等五處與企劃室掌理各項衛生有關事宜，1982 年擴編後另增設食品衛生處。受到政治、經濟與社會大環境變動影響，衛生署成立後即修訂相關衛生法規，主導臺灣的衛生政策。

(4)第三個里程碑是行政院環境保護署的成立。

1986 年，在社會強大壓力與殷切期盼，行政院成立超部會環境保護小組。翌年，更將衛生署環境保護局升格為行政院環境保護署，至此環境行政組織終於宣告脫離衛生行政體系而獨立，環境保護行政體系則等到 1991 年所有縣市皆設置環境保護局後才建制成功。

(5)1950 年，第一個防癆機構：省立結核病防治院成立。

1951 年，省衛生處設防癆委員會，開始推行卡介苗預防接種工作，加強篩檢及發現病例，並實施免費治療。1966 年為加強防癆工作之推展，省立結核病防治院及防癆委員會兩機構合併為臺灣省防癆局。

(6)附屬機關成立。

依先後順序，有管制藥品管理局、預防醫學研究所、藥物食品檢驗局、檢疫總所及中央健康保險局、中醫藥委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會等。

(7)疾病管制局成立。

整合防疫處、檢疫總所、預防醫學研究所等三個防疫單位，於民國 88 年 7 月 1 日成立「疾病管制局」。

(8)國民健康局成立。

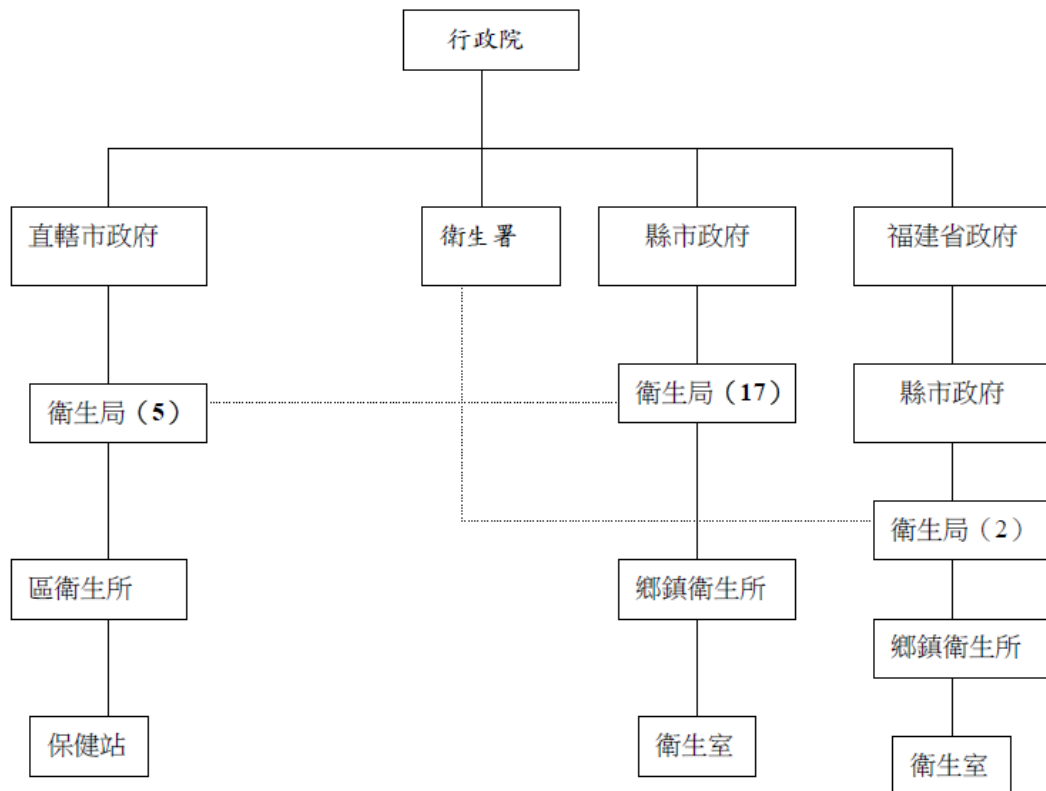
簡併四個國民保健體系，整合保健處、家庭計畫研究所、公共衛生研究所及婦幼衛生研究所，於民國 90 年 7 月 12 日掛牌成立「國民健康局」。

(二)四級衛生行政單位及其隸屬關係，說明行政院組織改造後衛生施政面臨的挑戰。

配合後 SARS 重建,再度進行衛生署組織再造工程，於民國 93 年 7 月 1 日起，

- (1)將「醫政處」改名「醫事處」。
- (2)成立「護理及健康照護處」，專責推動山地離島醫療及長期照護服務業務
- (3)「國際合作處」，專責國際衛生事務拓展業務。
- (4)成立「醫院管理委員會」，專責署立醫院及療養院之監督與管理。

1. 我國衛生行政組織分為中央、省（市）、縣市（區）和鄉鎮市等四級，其架構如下圖：



2. 行政院組織改造後衛生施政面臨的挑戰。

行政組織重組的目的是希望建立一個有效率、有效能，以及具有回應內在與外在環境的組織體系。檢視我國現行衛生行政體制面臨諸多缺失，如：中央衛生行政主管機關的位階偏低、體制混亂錯置與業務零散割裂等問題。早在十幾年前就應該調整衛生行政位階與體系，拖到現在，加上精省不夠澈底所留下的後遺症，我國衛生行政體系再不儘速調整，對於國家公衛政策發展不利。

二、衛生計畫評價是針對衛生計畫的觀念架構資源分配執行情況及實施成果進行系統分析，以判斷如何改善計畫的實施。請問衛生計畫評價的擬定包括哪六個步驟？評價常見的問題為何？評價結果必須回答那些問題？請試舉一個已經實施的衛生政策為例，進行說明。(25分)

【擬答】

(一)衛生計畫評價的擬定步驟：

衛生計畫評價是針對衛生計畫的觀念架構資源分配執行情況及實施成果進行系統分析，以判斷如何改善計畫的實施。不同於測量，需要客觀、精確數字以便做價值判斷。其步驟如下：

1. 界定相關群體：

對該計畫有興趣、和計畫攸關群體，包括該計畫的領導者、贊助者、工作人員及所涵蓋的標的人口皆可為計畫評價的相關群體。

2. 召開評價計畫研擬會議：

計畫定案前，邀集相關人員研討下列問題：

- (1) 為什麼需要評價？
- (2) 誰需要這些評價結果？
- (3) 需要那一類評價？
- (4) 何時何處需要評價？
- (5) 有那些資源可支援評價結果？

3. 決定是否需要評價：

重要的是決定計畫是否可評價、必要評價或是值得評價，因為評價工作本身需耗費資源。當衛生計畫缺乏合理邏輯及明確目標或是計畫工作者覺得評價威脅其工作安全感，拒絕與評價者合作...；同樣的若是計畫資助者對評價結果預設立場，或評價者對評價結果失去信心，此時評價工作就不適合進行。

4. 文獻考查：

複雜的評價工作，必須先做謹慎的文獻收集分析，以得知：

- (1) 曾經使用過那些評價設計？
- (2) 常用的評價指標信度效度如何？
- (3) 曾經完成類似的評價？
- (4) 是否曾經發展新的評價測量方法？
- (5) 曾經使用那些統計方法？

5. 決定評價的方法：

- (1) 評價策略和類型
- (2) 評價母群體、標本和抽樣方法
- (3) 評價測量方法
- (4) 資料收集方法
- (5) 統計分析方法

6. 評價報告格式

6. 提出書面評價計畫和評價報告方式

有助於增進評價者和執行者間的溝通和瞭解就是提出書面的評價計畫，這可使得他們對評價目標、類型、執行方法等有充分準備。可使計畫工作者去除受威脅不安全感，並且有足夠心理準備，瞭解整個評價過程，才能使計畫工作者協助評價工作的進行。

(二) 評價常見的問題為何？

1. 計畫改變很慢，無法充分配合。
2. 評價花費很多時間及資源。
3. 計畫者為將評價納入計畫中。
4. 有些改變無法持久，又會恢復原狀。
5. 因果關係混淆不清。
6. 專業標準與實際執行間衝突矛盾。

(三) 評價結果必須回答那些問題？

1. 衛生計畫適切性和充分性。
2. 衛生計畫可接受性。
3. 衛生計畫合法性。
4. 衛生問題的大小和嚴重性。
5. 衛生計畫的經濟評估準則。

(四) 衛生政策的評價實例：

以國健局 100 年推動減重計畫「健康 100 台灣動起來」提倡健康生活，營造健康環境，號召全國民眾共同減重 600 噸（目標），依據常見評價模式中的目標達成模式三要素為目標、資源、活動，以此評價本計畫是否擬定正確可靠？所以主要回答下列問題：

1. 資源使用是否依原計畫設計？

由於國健局推動此衛生政策，是宣導全民脂肪回收，只要 BMI 值超過 24 以上的都必須利用人力、物力、財力去加強全民宣導。其可利用資源，包括有媒體宣導、衛生所辦減重班、提供獎品獎勵減重成功的機關單位...，其使用資源都有按衛生計畫中設計工作手冊而做。

2. 衛生活動是否按原計畫推展？

計畫執行是全國人民一起動起來，所以需要確實按計畫推展。

3. 原計畫目標達成多少？

完全達成其所設定目標號召全國民眾共同減重 600 噸（目標），也因為成效不錯，因此 101 年仍持續推動此減重計畫。

衛生計畫評價是提升公衛工作的品質及效率的重要關鍵，可以達到衛生行政體系中的管理和政策規劃的目的，其主要功能在於衛生體系中提供回饋，計畫評價結果要公布使計畫執行者檢討，更要有效應用於衛生問題的界定、衛生資源的分配及修正衛生政策等。

三、吸菸對健康的危害已經是眾所皆知，青少年吸菸問題在臺灣也一直存在。民國 96 年 6 月 15 日立法院修正通過之「菸害防制法」已於 98 年 1 月 11 日正式生效。然當前國內青少年吸菸率仍偏高，試依健康促進學校 (Health Promoting School) 模式提出校園青少年菸害防制教育策略。(25 分)
【擬答】

一、計畫摘要：

世界衛生組織 (WHO) 於 1995 年起，積極推動「健康促進學校計畫」(Health-promoting School Programs)，是以場所的角度 (setting approach) 為基礎，將學校視為學生成長過程中很重要的生活階段，學生在這裡養成健康的生活習慣，學習健康的技能與知識。

台灣推動的「健康促進學校」是希望「由下而上」的推展模式，使學生積極的促進健康，讓學校能建立健康的支持環境，使學生有良好的生活品質。要營造一所健康促進學校，必需全校師生及社區居民共同參與，即「學校即社區」的理念，健康促進計畫的目標是使學校全體師生永續經營，增進個人能力以控制其環境，因此健康促進學校模式旨在發展讓全體師生有正確健康觀念而產生健康行為，因而建立健康的生活型態。

二、背景說明：

男女青少年吸菸率各為 17% 及 4%，由於少年絕大多數均在就學養成吸菸與性教育正確觀念，因此減少青少年吸菸率此議題是學校教育努力的目標。

三、計畫目的：

- (一)利用衛生教育宣導使校園成為無菸且有益健康的學習環境。
- (二)學校課程適時加入菸害防制有關之創意內容。
- (三)利用課餘時間推動以菸害防制為主題之全校性活動。
- (四)結合社區的力量擴大無菸校園的範圍和意識。
- (五)以「菸害防制」作為『健康促進學校』為永續經營的目標。

四、需求評估：

- (一)將學生過去幾年各方面的健康狀況資料數據彙整後，分析並找出生理、心理及體適能健康狀況不良的主因，再來召開工作團隊會議，研擬出各項改善的方法。
- (二)由工作團隊分組與導師進行訪談，以便了解學生相處最久的導師意見，也藉此深入了解導師對學生健康狀況的態度，並適時給予健康促進學校現況的看法及滿意度，藉著訪談互動過程，來激發導師參與意願。
- (三)針對學校學生健康生活狀況問卷調查，了解學生健康行為與生活型態及其影響因素，並調查學生對學校健康環境、健康服務、健康教育的看法與需求。

五、健康促進學校對青少年菸害防制實施策略：

- (一)校長主持健康促進委員會，定期召開會議決議執行健康促進政策。
- (二)教務處規劃課程加入菸害防治健康教育宣導主題，並實施融入教學。
- (三)結合志工服務隊，進入班級宣導菸害防治的健康概念。
- (四)總務處美綠化校園，營造並規劃無菸毒的清靜環境。
- (五)教務處辦理反菸毒藝文競賽暨相關活動。

1. 辦理學生繪畫比賽。
 2. 辦理學生以健康議題為主書籍的心得寫作比賽。
- (六) 訓導處辦理體適能、體育競賽、暨相關活動。
1. 提倡正當休閒，辦理學生體育社團活動。
 2. 辦理有獎徵答等趣味競賽。
- (七) 總務處、輔導室協助相關健康促進議題宣導活動之成果及文宣印製。
1. 將菸害防制繪畫比賽及健康議題心得寫作成果發表。
 2. 將反菸議題印製於校園通訊專刊分發家長及社區增進宣導效果。
- (八) 於學校年度行事曆中安排健康促進各項議題之宣導週，進行有架構之宣導。
- (九) 本校健康網站，將相關成果建置在網站上，以利健康促進學校社區間資源交流與整合。
- (十) 聘請鄰近社區醫師作為健康促進議題宣導之諮詢專家、提供專業建議。

六計畫預期成效：

- (一) 凝聚校園內外健康促進的共識及決心，共同創造健康良好的學習環境。
- (二) 創造無菸的學校環境，影響家庭社會戒菸的決心。
- (三) 藉由健康正確的菸害防制教育，讓學生有更健全的身心。
- (四) 藉由菸害防制教育議題實施，使青少年有更正確價值觀，來保護自己健康。

四、臺灣在 2006 年之自殺率為每十萬人口 19.3 人，係屬 WHO 分類下高盛行率之國家。依行政院衛生署 2006 年資料，65 歲以上老人自殺死亡率為每十萬人口 38.84 人，較 1994 年增加 61.4%，老年人自殺死亡有逐年增加之趨勢。在人口老化趨勢及金融風暴下，老人自殺的議題，應該受到政府及老人福利相關機構的關心及重視。試問：臺灣地區老年人自殺之流行病學分析特徵為何？配合全面性、選擇性及指標性之老人自殺防治策略為何？（25 分）

【擬答】

一、老年人自殺之流行病學分析特徵為何？：

鑒於近年來老年人自殺事件頻傳，自殺防治是現今衛生行政工作的重要議題之一，自殺已連續 12 年列入國人十大死因之列，但 99 年首度掉出榜外的自殺，100 年統計顯示自殺死亡率持續減少，從去年的死因第 11 名再滑落至第 12 名，自殺行為與精神病關係密切，尤其重鬱症與自殺問題日漸嚴重，各國研究皆顯示重鬱症為自殺行為最重要原因，老年人最常見的精神病危憂鬱症；因此老年族群的自殺率也有逐年增加之趨勢，對照近日發生因壓力而自殺的社會案件，加強老年族群抗壓能力並持續執行自殺防治策略，更是相形重要。

因此，擬定全國性自殺防治策略並全力推動，期使老年人自殺率降幅能更快速。我國自殺防治策略主要分為三個層面擬定方案，分別為全面性（universal）、選擇性（selective）與指標性（indicative）策略。行政院衛生署委託台灣憂鬱症防治協會辦理自殺防治工作，成立全國自殺防治中心協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程。

二、全面性、選擇性及指標性之老人自殺防治策略為何？

(一) 全面性(universal)：

1. 導正媒體報導：

讓社會大眾認識「自殺是可以預防的」，是全面性防治策略核心。合宜媒體報導應避免過度渲染，不可報導詳細自殺方式細節，不要美化自殺行為，可防止自殺模仿效應，報導時也應提供專業諮詢資源。

2. 擴大民眾參與：

透過活動、媒體、演講及藝文參與，推動精神疾病與自殺去污名化工作，加強學校心理衛生教育，建立自殺防治的網站。

3. 促進民眾心理衛生：

透過社區各種管道，加強心理衛生與「情緒管理」教育，強化並結合各縣市心理衛生中心功能，與民間自殺防治或相關之非營利組織，以及宗教慈善團體共同合作以促進該地區民眾心理衛生；連結各縣市衛生所，以建立社區心理衛生執行網絡。

4. 監測自殺相關資訊：

建立自殺資料庫，定期統計自殺相關資料做為規劃、執行自殺防治策略與成效評估參考。

(二)選擇性(selective)：

1. 心理健康篩檢工作：

心理健康篩檢及高危險群辨識工作在選擇性自殺防治策略中，是相當重要的一個環節。自殺防治中心從 95 年起積極推動精神症狀篩檢表—「簡式健康量表 BSRS-5」。加強醫護與諮商輔導人員篩檢、辨識可能有精神病或自殺傾向者能力，可適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置。

2. 老人自殺問題之因應：

降低老人自殺企圖，減少自殺行為對老人的後續不良影響及對遺族親屬的創傷衝擊、透過及早介入、危機處理及連續性服務，提升我國老人的心理健康。

3. 推動社區化整合型醫療照護：

讓精神病患回歸社區，可由基層保健醫療提供常見精神病醫療服務。增加醫療可近性，減少「污名化」，藉由篩檢、診斷與治療，加強疾病全面照護，可使病患獲得較好的治療。

(三)指標性(indicative)：

1. 自殺企圖為自殺死亡之危險因子：

追蹤曾有自殺企圖者為相當重要的高危險群，在防治議題，可減少其自殺率。

2. 全國自殺防治通報系統：

全國自殺防治通報系統是以資訊管理科技，提供統一標準自殺通報介面，以收集第一手個案資料，並提供訊息，促進各單位進行派遣訪視，了解並收集個案情況，並提供個案轉介服務。

三.其實施策略簡表如下：

	全面性	選擇性	指標性
目的	導正媒體報導、減少致命性自殺物品的可近性、降低自殺與精神病的社會污名化，促進社會大眾心理健康，以及自殺概況與相關資訊的有效監測。	以高風險群為對象，如：慢性精神病患、重鬱症、酒癮、藥癮...等，以及精神疾病早期診斷和有效處置（個案管理），針對容易取得致命性高自殺方法特殊族群(如軍警、醫護人員)。	追蹤自殺企圖者，強化偏遠地區緊急救護能力，給予有效的身心醫療及社會介入措施，以防止其再度試圖自殺，個案管理並列管追蹤。
對象	一般社會大眾及媒體	高危險慢性精神病患、憂鬱症、酒癮、藥癮、創傷與災難受難者...等。	各種管道通報自殺未遂案例、門診、住院高危險個案、安心專線通報個案。

四.結論：

老人自殺防治工作必須能促進各種網絡間之有效性連結，以提供完整而連續性關懷服務。透過全民的參與，照護系統整合，利用社區支持網絡，落實以病人為中心、家庭為單位、以社區為基礎之整合型社區健康照護體系。