

101年公務人員高等考試三級考試試題

代號：33220

全一頁

類 科：衛生行政

科 目：衛生行政學（包括衛生教育及公共溝通）

考試時間：2小時

座號：_____

※注意：(一)禁止使用電子計算器。

(二)不必抄題，作答時請將試題題號及答案依照順序寫在試卷上，於本試題上作答者，不予計分。

- 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）
- 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那六個步驟？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）
- 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）
- 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）

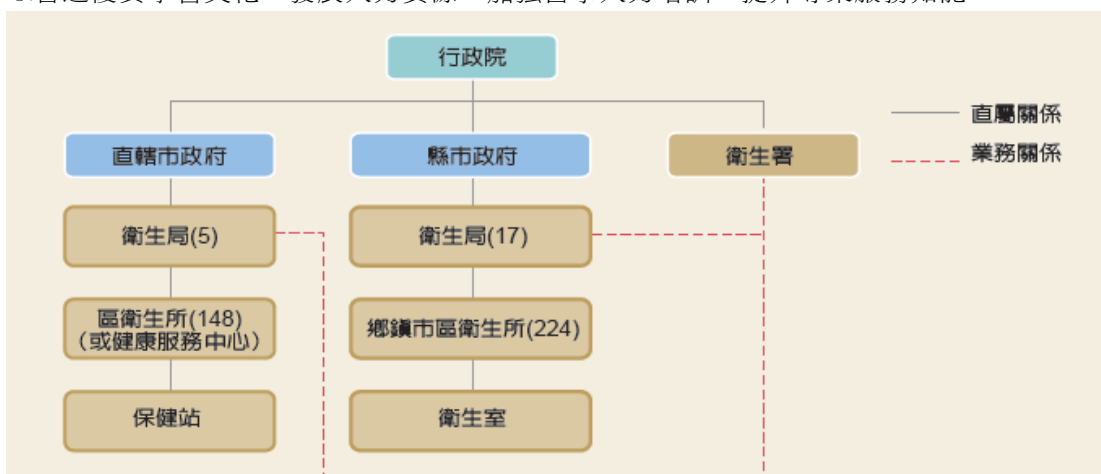
申論題解答

一、

答：我國衛生主管機關歷經多次改組，大至可以區分三個階段：隸屬內政部階段（1912~1971）、隸屬行政院階段（1971~2013）、整合內政階段（2013~），以下圖可知衛生署數次改組的時間點，及其沿革與政府施政八大特點：



- 1.強化民眾全面參與，實踐健康生活：重點將以防癌及慢性病防治為主，促進活力及健康老化。
- 2.落實保健防疫整備，免除疾病威脅：接續將鼠疫、天花、狂犬病…等疾病除疫，目前正積極辦理結核病、愛滋、B型肝炎…等傳染病防治。
- 3.精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益：建置全國急重症照護網絡及整合性社區健康照護網絡，促進資源合理分布。
- 4.加強食品藥物管理，保障民眾健康：強化食品、藥物、化粧品管理及風險評估，健全食品藥物安全與管理，加強跨部會協調合作機制。
- 5.發展醫藥衛生科技：紮根衛生科技及醫衛安全研究，發展國內生醫科技產業，推廣衛生科技服務。
- 6.提高行政效能：訂定符合國際潮流之醫藥品的審查模式、食品安全風險評估及管理原則。
- 7.改善健保財務，減少收支短絀：配合二代健保修法，規劃相關作業執行措施，確保健保永續經營。
- 8.營造優質學習文化，發展人力資源：加強醫事人力培訓，提升專業服務知能。



現今面臨全球化議題，為提升國家競爭力，均致力藉由組織改造，增進政府效能，秉持「精實、彈性、效能」原則，重新檢討政府組織型態，但仍面臨多種挑戰，包含：

- 1.全民健保的定位及永續經營，如何將醫療品質與全民皆保的理念創造雙贏。
 - 2.全民健保後的醫療生態丕變，如何解決醫病關係、五大專科醫師空缺問題。
 - 3.無法避免高齡化、少子化的社會，如何維持社會福利稅基充足的財源準備。
 - 4.面對新興疾病發生、國際疾病傳染，如何建立國際化的公共衛生防疫體系。
 - 5.整合福利部門後，面對更加繁重及多元的衛生福利業務，如何消弭磨合期。
- ※本題於班系講義第一冊及第一堂課補充教材三，有完整說明

二、

答：衛生計畫評價的基本原理由管理學者與公共衛生學者的理論演進，林芸芸教授認為原則上包含六個基本步驟：

- 1.界定相關群體：包含計畫的領導者、工作人員、資助者及所涵蓋的標的人口。
- 2.召開評價計畫研擬會議：邀請相關人員商討計畫相關問題。
- 3.決定評價是否需要：檢視其目標、邏輯性、假設問題、立場的可行性。
- 4.文獻查考：尋找是否有前例可以進行參考，參考前例成敗可增加其周延性。
- 5.決定評價方法：收集主要資料進行評量。
- 6.提出書面評價計畫和評價報告方式：對計畫之目標、類型、執行方式具有充分共識及準備。

Solomon (1987) 認為衛生計畫評價常見的問題有：

- 1.計畫者未將評價納入計畫中。
- 2.評價需花費相當多的時間與資源。
- 3.計畫的改變通常很慢，無法充分配合依評價結果所提的建議。
- 4.某些改變無法維持很久，故態復萌。
- 5.因果關係常混淆不清。
- 6.專業標準與實際執行間常存在衝突與矛盾。
- 7.計畫的目標與動機常搖擺不定。

評價結果需回答下列基本問題：

- 1.衛生問題的大小和嚴重程度。
- 2.衛生計畫的適切性和充分性。
- 3.衛生計畫的可接受性。
- 4.衛生計畫的合法性。
- 5.衛生計畫的經濟評估。

舉例內容可以用：結核病十年減半計畫、後天免疫缺乏症候群防治計畫、根除三麻一風計畫、肝炎防治計畫、癌症防治計畫、慢性腎臟病防治計畫、老人健康促進計畫…等。

※本題於班系講義第十堂課補充教材二，有完整說明。

三、

答：根據世界衛生組織（WHO）在1996年在對健康促進學校（Health promoting school）的定義是：「學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體性與積極性的經驗和組織，以促進並維護學生的健康」，WHO 倡導健康促進學校應包含：學校衛生政策、健康服務、健康教育課程和推動、學校物質環境、學校精神環境和社區關係等六大範疇行動層面。相關防制青少年菸害的具體策略如下：

- 1.學校衛生政策：將禁菸作為學校規範之中，並且在各教育單位內規範教職員以身作則，且對學生以校規或生活規範方式進行硬性、柔性勸誡。
- 2.健康服務：針對有吸菸行為的學生及教職員提供戒菸服務，除從生活層面的戒菸行動之外，必要時結合醫療上的戒菸治療服務。
- 3.健康教育課程和推動：在正規教育與輔導教育中增加菸害教育課程，對於菸品危害要進行體認及推廣至學生家

中，更重要得是學校教職員亦需要配合。

4. 學校物質環境：目前校園中依法不得銷售菸品，因此關鍵在於各類可能吸菸場所，進行必要的巡察督導，除學生自律團體外，必要時尋求軍訓教官協助。
5. 學校精神環境：提供各類健康導向的活動，提供學校師生可以遠離菸害的誘惑，並且透過精神環境的建立，其餘青少年之健康促進活動可協同辦理。
6. 社區關係：菸害防制必須擴及週邊社區環境，因此需要與週邊社區共同合作推廣菸害防制活動，讓學子能夠遠離菸品的取得、嘗試的誘因。

歸納言之，健康促進學校的特色在於強調學校衛生政策的重要性，建立團隊合作的機制，善用社區資源，成為健康生活、學習和工作的場所，應用於青少年菸害防制上，其效果及意義都十分顯著。

※本題於班系講義第一冊及第一堂課補充教材二，有完整說明。

四、

答：我國自殺為十大死因之外之第十一位致死因素，與事故傷害為兩項重要的非疾病致死原因。而我國在衛生條件大幅改善之後，除原有癌症及慢性病為重要致死原因外，老人自殺議題也是必須關注之內涵。我國於 1993 年起成為 WHO 定義之老人國，65 歲以上的人口自殺在流行病學分析上，根據劉慧俐（2009）研究指出，包含下列特徵：

1. 男性多於女性，約 1.69：1
2. 75 歲以上多於 75 歲以下，約 1.45：1
3. 婚姻狀態與性別具交互影響，男性以未婚者最高、女性以喪偶者最高。
4. 方式以吊勒最高、以服藥物（毒物）次之。
5. 發生時間以 4-7 月（春夏季）最高。
6. 另依地區分，則有都市發生比例高於農業縣市的情形。

其防制策略上因從老人自殺的社會、心理、生理進行深入觀察，包含：社會孤立（獨居老人）、生活壓力（經濟失援者）、身體疾病（罹患疾病者），我國在因應老年化社會的政策中，老人的自殺防治，可以有以下幾點建議：全面性：對於獨居老人、經濟失援者提供經濟層面上的補助（老年年金補助）、一般健康照護、家居訪視服務網絡的建制。

選擇性：使用心理學之相關量表，如簡式健康量表（BSRS-5）以偵測自殺意念，針對高危險族群加強訪視、增進心理衛生服務處所的可近性、宣導憂鬱症與自殺防治、增加治療憂鬱症的資源。

指標性：結合民間資源進行衛生政策的指標性試辦計畫，例如強化張老師及生命線的諮商功能、精神科介入病患之復健追蹤、衛生所轉型社區民眾的關懷中心…等。

其衛生政策在此項目上，容易被疾病類的防制政策所忽略，但只要能擬定這三種層次的策略，依序執行，可以產生效益極高的衛生計畫，也能為我國近年積極爭取的健康都市加分。

※本題於班系講義第十一堂課補充教材，有完整說明。