

台灣區衛生所 功能調查

前言

衛生所為最基層的醫療單位，對於國民健康的維護和國民衛生水準的提高，佔有相當重要的地位。為了瞭解(1)目前衛生所的一般情況(2)衛生所在村里社區中所扮演的角色(3)衛生所在工作上所遭遇的困難，我們做了這次的調查；希望在報導中，讓同學們對衛生所有更進一步的認識，同時也希望引起同學們的研究興趣。

調查採用問卷方式，由本校同學於寒假中帶回居住地訪問，如果該地無本校同學，則以郵寄到衛生所方式問答。本篇報告分四大部分：(一)一般情況。(二)詳細的工作內容。(三)社區發展。(四)其他問題；由於時間的關係，我們僅做簡單統計和分析；在分類上，因為各地人口密度、交通地位、經濟情況和文化水準各有不同，因此我們將其略分為市鎮區衛生所、平地鄉衛生所和山地鄉衛生所三大組。

在本報告中將帶給同學們更多的問題，就留給同學們再做進一步的探討。

本次調查，從六十三年一月上旬開始設計，到三月下旬統計結果，曾受到本校公共衛生室洪清霖講師和葉銘助教諸多指導，也麻煩了很多同學去訪問、統計，特此謝。

一般情況

1. 編制：將近2%的衛生所表示目前尚有缺人現象，85%以上覺得需要擴大編制，以應付目前的業務；從佔看來，不管是市區、鎮區、鄉、山地鄉都有同樣問題存在；除了台北市外，在回答的問卷裡，似乎目前的編制上很少有牙醫師、藥劑師存在。

2. 設備：僅有7%的衛生所覺得不需要再擴充設備，極大多數都認為需要，把它們所列出需擴充的設備名

表一：一般情況

項目 組別	現是否尚缺人			需擴大編制			需增加設備			經費不夠用		
	是	否	空白	是	否	空白	是	否	空白	是	否	空白
市 鎮 區	40 (65.5)	20 (32.9)	1 (1.6)	51 (83.6)	9 (14.8)	1 (1.6)	58 (95.2)	2 (3.2)	1 (1.6)	44 (72.1)	9 (14.8)	8 (13.1)
鄉	53 (65.4)	26 (32.1)	2 (2.5)	70 (86.4)	10 (12.4)	1 (1.2)	71 (87.7)	7 (8.6)	3 (3.7)	67 (82.7)	7 (8.6)	7 (8.6)
山 地	10 (62.5)	5 (31.3)	1 (6.2)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0)	11 (68.8)	1 (6.2)	4 (25)
合 計	103 (62.5)	51 (32.3)	4 (2.5)	135 (85.5)	21 (13.3)	2 (1.2)	143 (90.5)	11 (7.0)	4 (2.5)	122 (77.2)	17 (10.8)	19 (12.0)

(括弧內數字代表百分比)

□整理□ 田惠中 丁春忠
丁博輝 廖學聰

□顧問□ 洪清霖 講師

綜合起來，依序如下：(1)X-ray 機器 (45.5 %) (2)實驗室設備 (21.5 %) (3)一般外科儀器設備 (12.5 %) (4)一般門診器材 (8.9 %) (5)急救設備 (8.0 %) (6)辦公室和倉庫 (7.1 %) (7)交通工具 (6.2 %) (8)EKG (5.4 %) (9)高壓消毒器 (5.0 %) (10)其他 (如自動注射器、病房、電話及其他各科器材等)

3. 經費：經費分行政費、公共衛生事業費、家庭計劃經費等，來源各有不同，絕大多數的衛生所，人事經費佔總數的百分之八十以上；平均有 77.7 % 表示經費有不夠運用之虞，其中比例為公共衛生事業費 (含環境衛生、傳染病防治等) 45.6 %，器材設備 33.3 %，預防接種 28.9 %，家庭計劃 18.9 %，辦公費 (含旅費、值班費等) 18.9 %，藥品費 17.8 %。

4. 工作：平常工作上，可分為經常實施者、很少實

施者以及其他三類，其經常實施者依序為：(1)家庭計劃，(2)產前後檢查(3)預防接種(4)門診(5)嬰幼兒保健(6)環境衛生管理；很少實施者依序為：(1)心理衛生指導(2)口腔衛生指導(3)營養改善示範(4)成人衛生指導。

詳細情況

一、門診：(見表二、表三)

1. 在平均每日應診人次統計中，每日平均 20 人次以下者，在市鎮區佔 70 %，鄉佔 90 %，山地佔 60 %。如果把到衛生所做健康檢查的人數，以及有勞保、公保業務之應診人數扣除，一般民衆選擇衛生所看病之數目就不多了；再對照當地居民以衛生所為主要門診地點的百分比，如果以 50 % 來劃分，大於 50 % 之居民以衛生所為主要門診地點者，在平地約有 1/5 的衛生所，山地鄉則在 1/2 以

表二：門診情況

項 目 地 區 別	平均每日應診人數						為居民之主要門診地點					
	0-10 人	11-20 人	21-50 人	>50 人	小 計	缺	0-10 %	11-30 %	31-50 %	>50 %	小 計	缺
市 鎮 區	24 (51.1)	10 (21.3)	11 (23.4)	2 (4.2)	47	14	12 (57.1)	3 (14.3)	2 (9.5)	4 (19.1)	21	40
鄉	43 (63.2)	18 (26.5)	6 (8.8)	1 (1.5)	68	13	20 (54.0)	5 (13.5)	4 (10.8)	8 (21.7)	37	44
山 地 鄉	4 (25)	6 (37.5)	6 (37.5)	0 (0)	16	0	2 (15.4)	2 (15.4)	2 (15.4)	7 (53.8)	13	3
計	71 (54.2)	34 (26.0)	23 (17.5)	3 (2.3)	131	27	34 (47.9)	10 (14.1)	8 (11.3)	19 (26.7)	71	87

表三：嚴重疾患之求診

項目 組別	嚴重疾患之求診					處理方法				
	常有	偶有	沒有	小計	缺	主動轉送	推介醫院	患者自行設法	小計	缺
市鎮區	9 (20.5)	20 (45.4)	15 (34.1)	44	17	14 (31.1)	28 (62.2)	3 (6.7)	45	16
鄉	11 (16.7)	40 (60.6)	15 (22.7)	66	15	16 (23.2)	47 (68.1)	6 (8.7)	69	12
山地鄉	5 (31.3)	9 (56.2)	2 (12.5)	16	0	3 (18.8)	12 (75.0)	1 (6.2)	16	0
計	25 (19.8)	69 (54.8)	32 (25.4)	126	32	33 (26.9)	80 (61.5)	10 (11.6)	130	28

上，因此我們可以瞭解，愈偏遠的地區及開業醫師數愈少的地區（參考表七），其居民對衛生所的依賴性愈高。

2. 對於在衛生所門診疾病的統計，最多的為呼吸系和消化系疾病，其次為老年病及循環系統障礙；至於是否有嚴重疾患求診之問題，從表三看來，「偶而有」的比例

最高，而「經常有」的則以山地最多，「沒有」的以市區的比例稍多，理由至為明顯不必贅述；至於當嚴重疾患求診後，衛生所本身能力不夠時，處理的方式以推介醫院最多，再者主動轉送。（見表三）

二、產婦檢查

表四：預防接種之實施方式

項目 組別	A	B	C	D	小計	缺
市鎮區	28 (48.3)	8 (13.8)	22 (37.9)	0 (0)	58	3
鄉	46 (56.8)	3 (3.7)	31 (38.3)	1 (1.2)	81	0
山地鄉	9 (56.2)	2 (12.5)	5 (31.5)	0 (0)	16	0
計	83 (53.5)	13 (8.4)	58 (37.4)	1 (0.7)	155	3

A. 到各村里實施
B. 通知其來貴所

C. 兩者並行
D. 其他

表五：砂眼的防治效果統計

項目 組別	頗佳	尚好	不好	小計	缺
市鎮區	30 (54.6)	23 (41.8)	2 (3.6)	55	6
鄉	48 (61.5)	28 (35.9)	2 (2.6)	78	3
山地鄉	9 (60)	6 (40)	0 (0)	15	1
計	87 (58.8)	57 (38.5)	4 (2.7)	148	10

產前後檢查是衛生所經常性工作之一，依檢查數目，平均每天一人以下者約 60%，一人以上者約 40%

其中山地鄉衛生所有 80 % 每天檢查一人以上；至於檢查工作人員多為助產士。

三、預防接種

本項工作的實施方式以到各村里實施者最多（見表四）。如果到村里實施時缺席，則通知其自行前來補辦；如果光以通知書方式，約有百分之八十以上會自動前來接種，表示一般民衆對預防接種的目的頗有認識；各地區兒童完全接種的比例差別不太明顯，山地鄉約 90 %，平地約 95 %，未曾接種的比例很低，但以市鎮區的比例較高。

四、兒童健康問題：

1. 砂眼防治的效果大多認為頗佳（59 %）或尚好（38 %）。僅有四處認為效果不好（見表五）；寄生蟲方面，衛生所多無統計，患率多不清楚，不過目前各國民小學均以凱山錠定期普遍打蟲，效果如何，各衛生所大多沒做實際檢查。

2. 各國小的保健員受過專業訓練的比例，沒有者約佔 55 %；我們都知道學童在校時間，佔其生活之 1/3，健全的保健人員制度，對學童的健康實在很重要；因此我們認為：新進的保健人員需為專業人才，而舊有人員應實施調訓。

五、家庭計劃：

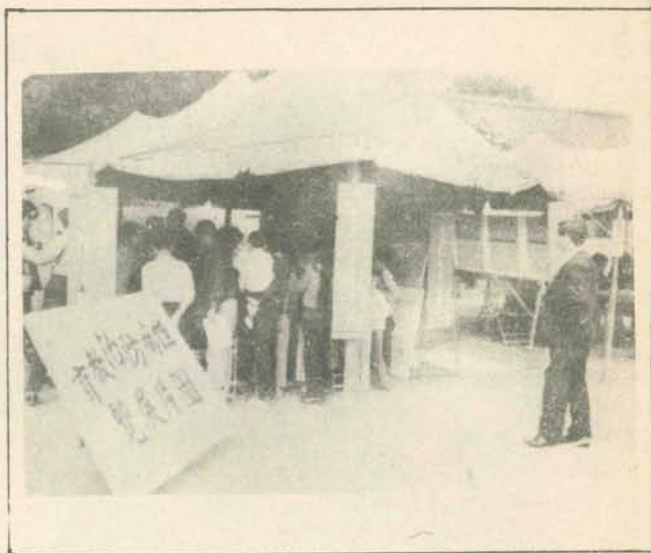
各地生育期婦女進行節育之比例，一半以上地區大於 50 %，三分之一少於 30 %。避孕的方式以裝置樂普最多，口服避孕藥次之，其他方法極少。（見表六），值得注意者在山地鄉，口服避孕藥比裝置樂普者為多，原因不明；但我們知道藥片需每日服用，麻煩得很，而山地鄉卻以此為多，值得再進一步研究。

表六：避孕之方式

項目 組別	樂 普	口服避孕藥	其 他	小 計	缺
市 鎮 區	29 (64.4)	16 (35.6)	0 (0)	45	16
鄉	46 (70.8)	17 (26.2)	2 (3.0)	65	16
山 地 鄉	2 (18.2)	9 (81.8)	0 (0)	11	5
計	77	42	2	121	37

六、醫政問題：

1. 實際開業醫師數，在山地鄉沒有開業醫及有 2—



5 位者各佔 47 %，在一般平地鄉 1—5 位者最多，亦有 10 % 沒有開業醫，在沒有開業醫的情況下，衛生所醫師扮演一個很重要的角色。（見表七）

2. 密醫數：各轄區的密醫數，在市鎮區以 1—10 人較多，超過 30 人者亦達 1/5；比較起來，平地鄉將近一半超過 10 人，而山地鄉則較少。（見表七）

當詢及當地密醫存在之原因，各地對刑罰太輕，居民常識不足的看法頗為一致，但以醫師不足為原因者以山地鄉最多，平地鄉次之，市鎮區則僅 14 %（見表八），既然密醫這麼多，其水準如何？以衛生所的眼光看來，1/5 表示還可以，其餘表示很差。除了 19 所衛生所外，都表示進行過取締工作，而取締工作的困難在於醫師法未能實施，次為刑罰太輕，其他如退役軍醫、人情因素、對取締者沒有保障等，多少增加了取締的困難。

七、藥政管理：（見表九）

1. 對偽劣藥和劇毒藥品之管理，是否確收成效，約 1/3 認為無效。其原因歸納起來，依次如下：(1)人手不足或缺技術人員或專才，(2)法令制度不完善，(3)其他，如：權責在衛生局掌握無法切實做到、對取締人員沒有保障、設備和經費不足。

2. 藥房營業監督業務，有 30 % 回答沒有此項業務，原因為：(1)人員不足或無專技人才（藥師）。(2)衛生局直接管理，沒有授權。(3)其他，如設備。

3. 對於醫藥分業的看法，約 1/2 認為需要，1/3 認為不需要。理由歸納如下：

- (1)藥政管理方便。
- (2)對國民健康有益，防止亂用成藥。
- (3)增加藥學人才之出路，提高功能。
- (4)先進國家多已實施。
- (5)其他：減少密醫、提高醫學水準、減少競爭等。

表七：開業醫師數和密醫數

項目 組別	開業醫師數						密醫數					
	0-10	11-30	31-50	> 50	小 計	缺	0	1-10	11-30	> 30	小 計	缺
市 鎮 區	17 (34.7)	17 (34.7)	6 (12.2)	9 (18.4)	49	12	2 (6.9)	13 (44.8)	8 (27.6)	6 (20.7)	29	32
鄉	0	1-5	6-10	> 11			0	1-5	6-10	> 10		
	8 (10.1)	51 (64.6)	16 (20.2)	4 (5.1)	79	2	2 (3.3)	14 (23.0)	18 (29.5)	27 (44.2)	61	20
山 地 鄉	0	1	2-5	> 6			0	1-5	6-10	> 10		
	7 (46.7)	1 (6.6)	7 (46.7)	0 (0)	15	1	4 (44.5)	1 (11.0)	4 (44.5)	0 (0)	9	7

表八：密醫存在的原因

項目 組別	A	B	C	D	E	統計 數	缺
市 鎮 區	8 (13.8)	28 (48.3)	37 (63.8)	14 (24.1)	26 (44.8)	49	12
鄉	38 (51.4)	42 (56.8)	46 (62.2)	26 (36.5)	44 (59.5)	74	7
山 地	8 (88.9)	7 (77.8)	5 (55.6)	1 (11.1)	6 (66.7)	9	7
計	54 (34.8)	77 (49.7)	88 (56.8)	42 (27.1)	70 (45.2)	132	26

(本表為多選)

- A. 醫師不足
B. 居民常識不足
C. 刑法太輕
D. 當密醫太好賺錢了
E. 密醫取費較廉

認為不需要的理由如下：其中以(1)佔絕大多數。

- (1)條件不夠——民眾醫藥水準不夠、醫師缺乏。

(2)目前醫藥行政未上軌道。

(3)增加老百姓的負擔。

(4)其他。如：取藥不便、易生流弊、醫師診費未確定等。

八、環境衛生管理：

1. 環境衛生管理的方式

我們歸納所有回答的結果，環境衛生管理之實行乃依據台灣省環境衛生管理規則，由衛生所、警察機關、鎮區公所民政課三者互相配合協調執行，其個別工作重如下：(1)衛生機關——以勸導方式為主，設立清潔日，定期和不定期檢查。(2)警察機關——督導、取締、罰款。(3)鄉鎮公所民政課——清潔隊負責垃圾處理、水溝清潔，空氣污染之改善及髒亂地區之消毒。

對於目前環境衛生管理方式，我們有三點建議：(1)立衛生警察專責管理。(2)加強清潔隊之機動化。(3)應有分的經費配合與規律性的管理。

2. 對於食品業的管理

對於這一問題，在我們所收回的資料，回答「是」佔83.2%，回答「否」者佔9.0%，未回答者佔8.8%。據我們的了解，食品業之管理亦應屬於鄉鎮衛生所。於回答「否」者(佔9.0%)，我們分析其原因，一為地並無食品業之存在，一為當地之食品業管理乃是由縣市衛生局主管，鄉鎮區衛生所並無權管理。

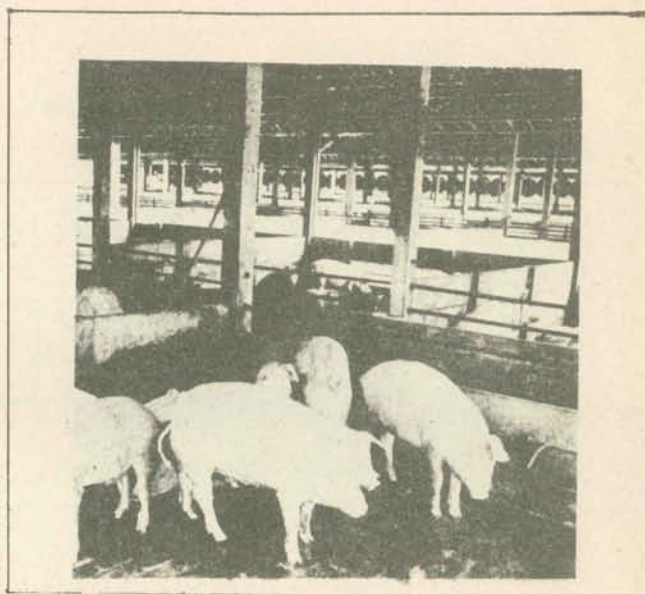
社區發展

一、衛生所於社區中所舉辦的活動

(A)「環境清潔」一年舉辦次數(見表十)

在社區發展上，環境衛生工作佔了一個極重要的地位，而環境衛生工作之成功與否完全在於社區居民是否能配合政府衛生機構來共同執行各項計劃。「環境清潔」之推行有助於培養居民之良好衛生習慣，更進一步，使得居民有共同維護「美麗環境」的公德心。

根據我們調查的結果，不論在市鎮區、鄉村、山地，衛生所都常於各社區舉行「環境清潔」，其中最多者為每年二次，佔 27.8%，不可忽視者為每年十二次者佔 18.3%，這表示在某些衛生所，社區的環境衛生工作是他們極力推行的工作之一。因此，我們認為社區的「環境清潔」，其目標並不在於「一時的整潔」，而在於建立居民一種共同的心理建設——屬於自己的、美麗的、清潔的社區。



表九：藥政管理

A. 對偽劣藥及毒劇藥品取締管理，確收成效否？

C. 對醫藥分業之看法如何？

B. 有否藥房營業監督業務？

項目 組別	A			B			C		
	是	否	缺	有	否	缺	需要	不需要	缺
市鎮區	29 (47.5)	16 (26.2)	16 (26.2)	31 (50.8)	16 (26.2)	14 (23.0)	27 (44.3)	19 (31.1)	15 (24.6)
鄉	39 (48.1)	27 (33.3)	15 (18.6)	39 (48.1)	27 (33.3)	15 (18.6)	41 (50.6)	30 (37.0)	10 (12.4)
山地	7 (43.8)	5 (31.2)	4 (25)	6 (37.5)	4 (25)	6 (37.5)	7 (43.8)	5 (31.2)	4 (25)
計	75 (47.5)	48 (30.4)	35 (22.1)	76 (48.1)	47 (29.8)	35 (22.1)	75 (47.5)	54 (34.2)	29 (18.3)

表十：環境清潔於一年中舉辦次數

次數	1 次	2 次	3 次	4 次	6 次	12 次	未答	總計
所數	5	44	22	36	6	29	16	158
百分比	3.2%	27.8%	13.9%	22.8%	3.8%	18.3%	10.1%	

(B)團體衛生教育

1. 舉辦情形(1)未曾辦過(2)偶而舉辦(3)經常舉辦

表十一：團體衛生教育

項目 組別	未曾辦過	偶而舉辦	經常舉辦	缺
市區鎮	0 (0)	32 (52.5)	20 (32.8)	9 (14.7)
鄉	3 (3.7)	38 (46.9)	34 (42.9)	6 (7.5)
山地鄉	0 (0)	10 (62.5)	6 (37.5)	0 (0)
計	3 (1.9)	80 (50.6)	60 (38.0)	15 (9.5)

2. 衛教項目

- (1)環境衛生 次/年 (2)疾病預防 次/年
(3)婦幼衛生 次/年 (4)家庭計劃 次/年
(5)其他

表十二：衛教項目

項目 組別	環境衛生	疾病預防	婦幼衛生	家庭計劃
市區鎮	6	8	13	13
鄉	4	6	10	9
山地鄉	3	5	7	6

註：此表內之次數為每組各項總次數之平均值

由上表我們可以瞭解，市區鎮衛生所舉辦團體衛生教育之平均次數比鄉村、山地皆高，這和實際需要教育情形正好相反。偏遠、高山地區實際更需衛生教育。

同時，不論於市區鎮、鄉村、山地，婦幼衛生及家庭計劃的次數，都比前兩者為高。當然這與目前的人口政策有直接的關係，但是民衆的反應相信亦與次數之多少有關，婦幼保健及家庭計劃的知識正是民衆所急於獲知的。

實施團體衛教所能獲得的效果，當然是無法估計的。我們只有請教於直接負責此項工作的執行者——各衛生所主任和基層幹部，請他們就執行者的立場，視實施衛教時

表十三：團體衛教效果

項目 組別	優良	良	不佳	缺
市區鎮	8 (13.1)	39 (63.9)	8 (13.1)	6 (10.0)
鄉	12 (14.8)	45 (55.5)	18 (22.3)	6 (7.4)
山地	3 (18.8)	12 (75)	1 (6.2)	0 (0)
計	23 (14.6)	96 (60.8)	27 (17.1)	12 (7.5)

民衆的反應和民衆接受衛教前後衛生習慣的比較，來舉辦之效果。

市區鎮、鄉、山地三組的效果，其間並無顯著的差異值得我們欣慰的是，認為“良”或“優良”者，佔了三分之二以上，這對於我們實施團體衛教是一大鼓勵。近年我國國民不論在身心健康、疾病防治、衛生觀念都有進步，衛生教育在這方面所作的貢獻是不可忽略的。

表十四：對團體衛教之看法

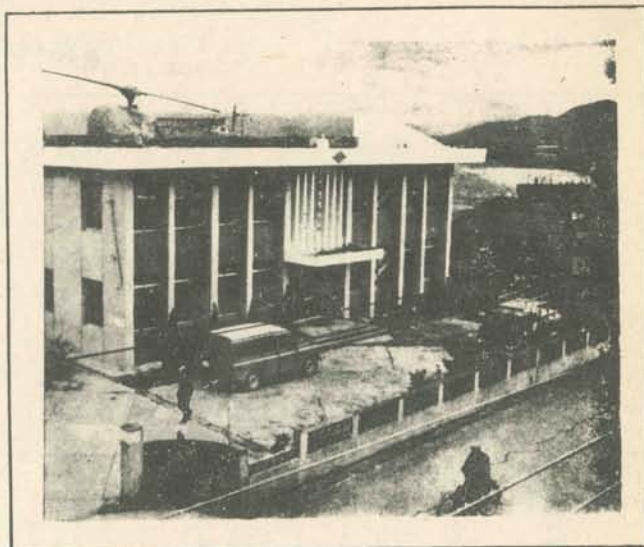
項目 組別	應該經常舉辦	沒必要	缺
市區鎮	45 (73.8)	1 (1.6)	15 (24.6)
鄉	63 (77.8)	1 (1.2)	17 (21.0)
山地鄉	12 (75.0)	1 (6.2)	3 (18.8)
計	120 (75.9)	3 (1.6)	35 (22.5)

我們先就村里社區中舉辦團體衛教之必要性提出，在一百五十八份資料中，只有三份（佔1.6%），

沒有必要，由此可見團體衛教，在一個健全的社區發展中，乃是不可或缺的一環。

至於舉辦團體衛教的方式，過去常用的「演講方式」，現在已漸漸不為人們所喜歡了；在我們的調查資料中，百分之八十以上的衛生所，希望能有影片或幻燈片來進行團體衛教，以提高民衆之興趣，增加衛教之效果；更有人提出，在大衆傳播事業甚為普遍的現在，應善於運用廣播、新聞、電視等傳播事業；在此，我們認為設計一套有系統、效果好、容易接受之教材，實有再做進一步研究之必要，而宣傳工具之充實亦刻不容緩。

不論在市鎮、在鄉村、在山地，衛生所在舉辦衛生教育都遭遇了莫大的困難，其中以經費不足為最，器材不足次之，人員不足再次之，不過此三者皆已超過了百分之五十；我們瞭解了這些困難，對於在此環境下仍能努力工作創造出優良效果的衛生工作人員表示最大的敬意，希望大



表十五：舉辦衛教困難之分析

項目 組別	有 困 難	無 困 難	缺	何種困難				
				人員 不足	經 費 不 足	器材 不足	效果 不佳	其他
市區 鎮	47 (78.0)	2 (2.3)	12 (19.7)	29 (47.5)	37 (60.6)	35 (57.4)	12 (19.7)	6 (9.8)
鄉	73 (90.1)	0 (0)	8 (9.9)	53 (65.4)	57 (70.4)	50 (61.7)	11 (13.6)	15 (18.5)
山地 鄉	12 (75)	0 (0)	4 (25)	7 (43.8)	11 (78.8)	8 (66.7)	2 (12.5)	1 (6.3)
計	132 (83.5)	2 (1.3)	24 (15.2)	89 (56.3)	105 (66.5)	93 (58.9)	25 (15.8)	22 (13.9)

家能體認衛生教育工作的重要性，給予衛生所最大的支援和鼓勵。（見表十五）

(C)其他社區中之活動

在我們所收回的資料中，對此問題提出回答的只有13%，其中回答「媽媽教室」者有6.5%，「康樂活動」3.3%，「健康檢查（X-ray巡迴）」3.3%。媽媽教室乃是在社區中建立一活動中心，專供母親們於工作之餘作各種活動，包括手工藝教導，文盲教育、衛生教育……等。我們認為這種「媽媽教室」的設立，不僅是在社會

教育上有莫大的幫助，對於衛生教育，尤其是家庭計劃、婦幼衛生的推行，實在是最理想的施教場所。康樂活動對於一個人的身心健康之重要性是不庸贅言的，一個理想的社區，應有運動場所、設備，小公園等設施，使得居民在工作、課業之餘，能有空間供其活動。雖然「每人每年至少應檢查身體一次」，這是大家所共知的，但事實上能做到此點的仍是少數，所以健康檢查（X-ray巡迴），若能在社區中定期實施，早期發現各種疾病，對於國民健康的維護將為無可估量。

表十六：推廣業務上所遭遇的困難

組別 \ 項目	經費不足	醫師缺乏	其他人員不足	設備不足	其他單位不能配合	其他	未答
市區鎮	48 (78.7)	30 (49.2)	39 (64.0)	38 (62.3)	13 (21.3)	4 (6.6)	7 (11.5)
鄉	70 (86.4)	49 (60.5)	63 (78)	58 (71.6)	22 (27.2)	6 (7.4)	2 (2.4)
山地鄉	16 (100)	13 (81.3)	12 (75)	12 (75)	4 (25)	1 (6.3)	0 (0)
總計	134 (84.8)	92 (58.2)	114 (72.2)	108 (68.4)	39 (24.7)	11 (7)	9 (5.7)

(本表多選)

二、在社區發展上，對居民健康提供之服務項目：

健康檢查、心理衛生、傳染病及慢性病防治、家庭計劃診等。

A. 項目

(一)衛生教育，包括下列諸項：個人衛生、婦幼保健、疾病預防、家庭計劃、急救訓練、防癆保健等。

(二)環境衛生工作，包括下列諸項：環境清潔、家戶生、衛生工程建設等。

(二)醫療保健，包括下列諸項：診療工作、預防接種、

B. 方法

表十七：其他問題

組別 \ 項目	歸屬問題			全民健康保險			取消門診		
	屬地方	屬衛生局	缺	應該實施	沒有必要	缺	同意	反對	缺
市區鎮	7 (11.5)	43 (70.5)	11 (18.0)	51 (83.6)	0 (0)	10 (16.4)	33 (54.1)	21 (34.4)	7 (11.5)
鄉	21 (25.9)	50 (61.7)	10 (12.4)	67 (82.8)	7 (8.6)	7 (8.6)	48 (59.3)	32 (39.5)	1 (1.2)
山地	3 (18.9)	12 (75.0)	1 (6.1)	13 (81.4)	1 (6.1)	2 (12.5)	6 (37.5)	9 (56.4)	1 (6.1)
計	31 (19.6)	105 (67.1)	22 (13.3)	131 (82.9)	8 (5.0)	19 (12.1)	87 (55.1)	62 (39.2)	9 (5.7)

於每一社區建立衛生組織（衛生室或保健室），實施上述工作，其方法如下：

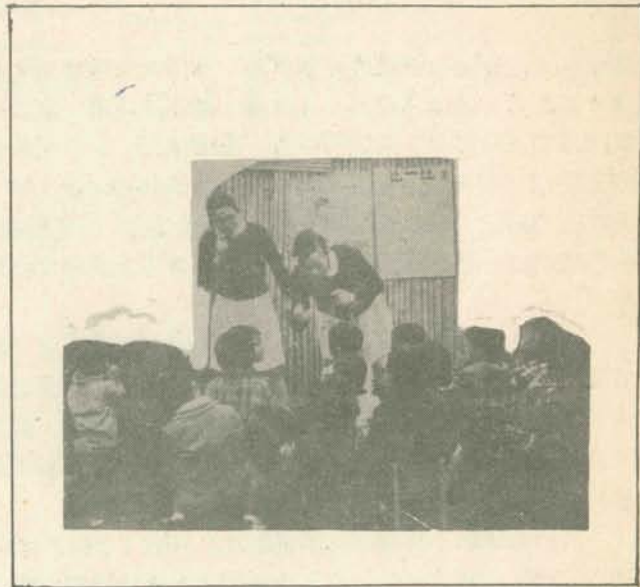
(一)衛生教育：利用衛生組織內之設備（如：幻燈、電影、圖片、海報、宣傳單……等），由公共衛生護士、村里護士，利用村里民大會、母親會、兒童會、座談會、衛生講習會等民衆集會，針對當地所需改善事宜施以團體衛生教育；或由地段護士，以家庭訪視方式，個別予以衛生教育。

(二)醫療保健：

(1)由上級衛生機構組織巡迴醫療保健工作隊，由醫生、護士組成，定期下村里工作。

(2)於社區衛生組織建立個人健康管理卡，定期綜合健康檢查，並作各種疾病追蹤。

(3)發動社會團體或宗教團體之醫療工作人員配合機構人員一同推動社區醫療保健工作。



表十八：醫師出國問題

(A) 老醫師前往日本的原因：

1. 日本待遇高
2. 沒法在本地生存
3. 爲了進修
4. 其他因素

(B) 限制年輕醫師出國後，對所謂醫師缺乏問題，有否改善

1. 已顯著改善
2. 改善程度不大
3. 目前尚無法看出

項目 組別	老醫師前往日本原因				限制醫師出國後醫師缺乏改善程度			
	1	2	3	4	1	2	3	缺
市 鎮	48 (78.6)	9 (14.8)	8 (13.1)	11 (18.0)	2 (3.3)	24 (39.3)	28 (45.9)	7 (11.5)
鄉	59 (72.8)	10 (12.4)	7 (8.6)	11 (13.6)	4 (4.9)	26 (32.1)	38 (46.9)	13 (16.1)
山 地	13 (81.4)	3 (18.9)	4 (25.0)	2 (12.5)	2 (12.5)	5 (31.2)	7 (43.8)	2 (12.5)
計	120 (76.0)	22 (13.9)	19 (12.1)	24 (15.2)	8 (5.1)	55 (34.8)	73 (46.2)	22 (13.9)

(本表多選)

(三)環境衛生工作：

(1)衛生工程建設由政府規劃設計並撥款補助，以致力於家戶衛生改善、飲用水之改善、污水排除之改善。

(2)設立清潔隊。

(3)衛生清潔競賽。

由表十六，我們可以得知目前衛生所在推廣業務上所遭遇的困難，以經費不足爲最大的因素，此種情形在山地衛生所更爲明顯。同樣地，醫師缺乏在市鎮衛生所比較不構成困難，我們認爲這是因爲鄉村、高山地區醫事人員較不願意去服務。另外鄉村、高山地區衛生所醫師在門診工

作可能比市鎮衛生所醫師較為繁重，使原本醫師缺乏的現象更為嚴重。值得注意的，在市鎮、鄉村衛生所，認為「其他編制人員不足」的並不少於「醫師缺乏」，平常我們只重視衛生所裡缺少醫師，却很少注意到其他人員，如：公共衛生護士、助產士、藥劑師等人員之缺乏，這是值得我們檢討的一點。「設備不足」這和經費不足有密切的關係。

在我們收回的資料裡，前面四項因素：經費不足、醫師缺乏、其他編制人員不足、設備不足，皆佔了百分之五十以上，這種大比例的缺乏給我們一個很大的警惕，假如我們認為衛生所確能在國民健康上有所作用的話，這該是我們針對困難，提出改革的時候了！

至於第五點「其他單位不能配合」只佔了24.7%，其他困難則只有3.9%，可見目前衛生所業務推廣上所遭遇的困難，外在因素是非常小的，主要仍是本身先天不足。

其他問題

衛生所從業人員為最基層的衛生從業人員，他們與老百姓的接觸最多。因此我們選了幾個問題，希望從這些問題中瞭解他們的看法，以為地方意見的代表。

一、對衛生所歸屬問題的看法。最近報紙上曾有關於衛生所歸屬問題的報導；對這問題，平均約%的衛生所認為應改屬衛生局統一管理，其最大理由是(1)鄉鎮長不瞭解衛生業務(2)技術指導和支援方便(3)事權統一，提高工作效率。其他約有1/5認為仍屬地方較好，鄉衛生所的比例比市鎮衛生所的比例來得高；大多數理由如下：(1)與地方配合方便(2)經費預算較方便，拿錢比較容易。(見表十七)

二、對實施全民健康保險的看法，百分之八十以上認為應該實施，各地看法頗為一致；實施的理由(1)增進國民健康(2)保障低收入者(3)消除密醫。(見表十七)

三、對取消門診專門從事公共衛生的推廣。在平地有一半以上同意取消門診，但是山地鄉則相反，一半以上反對取消(見表十七)，如果對照表二和表七，我們可以發現這與民衆對衛生所的依賴性有很大的關係。

四、醫師待遇問題

只有一個衛生所認為目前待遇是合理的，他們希望的待遇，75%在8000元至15000元，部分則認為比照公立醫院醫師待遇。

五、醫師出國問題(見表十八)

(1)對於老醫師前往日本之最大理由是日本的待遇高(76%)。

(2)限制年輕醫師出國已有數年，對醫師缺乏的改善程度，認為目前還看不出的最多(46%)，其次為改善不大約1/3，認為有顯著改善者僅5%。

