

其及利福與療醫牛衛村鄉



際實與論理的遷變

◎ 進宏蔡 ◎

壹、基本概念

一、衛生與醫療在鄉村生活中的重要性

衛生或健康 (Health) 是人的生活與生命內涵的一重要部分，也為社會制度與社會活動的一重要層面。鄉村人民的健康關係許多其他的社會條件與事故，醫療制度及服務的性質又與健康情形密切關聯，鄉村衛生與醫療問題乃成爲一種重要的鄉村社會學課題，一向爲鄉村社會學家所重視與關切。

鄉村衛生條件的好壞直接關係鄉村人民的健康水準，也關係鄉村人民的工作能力，生活品質與幸福問題，由是也關係社會的生產效率成本負擔，與安定程度等。醫療的制度與服務及衛生的條件相互關聯與對應，衛生與健康水準直接影響人民與社會對於醫療設施與服務的需求，而醫療設施與服務充足與否也直接影響健康或衛生條件能否有效改進。

二、鄉村衛生與醫療的特性

將鄉村與都市加以比較，其自然條件、人口性質與社會經濟狀況都有不同，形成其衛生與醫療的條件與性質也有明顯的差異。一般鄉村地區的衛生條件有利也有弊，有利的條件是空氣較爲清新，住處較爲寬濶，自然的成分較濃厚，乃有益居民的身心健康。但是鄉村人民的教育水準及經濟能力相對較低，對於衛生的認識程度及對於醫療設施與服務的利用能力卻又相對較低，醫療設施與服務水準也

較差，是爲其衛生條件較不利的一面。至於城鄉之間在醫療設施與服務上也常有明顯的差異，且多半是鄉村的設施與服務水準不如都市的情形。主要因爲醫療設施的投資者及醫護工作人員較不願意下鄉，而之所以較不願意下鄉，則多半都是從謀利觀點及生活型態偏向上考慮。在鄉村地區設立醫療機關或從事醫療服務都因鄉村人口的分布較爲稀疏，收入及消費水準較低，故較爲無利可圖。在鄉村居住與生活也顯得較爲單調與簡陋。

三、重要的衛生及醫療指標

鄉村社會學家，人口學家或衛生專家在比較鄉村地區與都市地區的衛生條件與醫療設施與服務水準的差異時，曾發展出許多衡量的指標，茲將重要者列舉於下：

(一) 衛生指標：包括死亡率（如粗死亡率、年齡別死亡率及死因別死亡率等）、生命期望、罹病的種類及比率（包括生理的及精神的等）、生育率、食物的種類及品質、生活設施條件（包括住宅的架構、空間大小及品質的好壞等）、個人的衛生習慣（如清潔行爲習慣、接近病源的機率、對疾病的態度與看法、治療病患的習慣與能力及營養水準等）。

(二) 醫療設施與服務的指標：重要者包括醫院或診所的數量（絕對的及相對的）、規模及品質、醫護人員如醫生與護士等的數量及品質、病患人口的就醫率與治療率、醫療技術水準等。

若就上述各種衛生指標及醫療設施與服務的指標，逐一比較鄉村地區及都市地區的水準，將會發

現有許多指標方面都有顯著的差異。多半的情形是，鄉村地區的水準較低，程度較差。臺灣地區城鄉差異的情形亦然。

四、鄉村衛生及醫療上的其他社會學性概念

在衛生與醫療的社會學研究上，常提及若干重要的概念名詞或指標，於此也有必要加以釐清，以便讀者能了解其真義，由是可以避免觀念上的含混與誤解。

(一) 醫療需要與接受醫療的差異性

醫療需要 (Need for care) 具有主觀與客觀的兩種涵義，主觀的醫療需要是指個人主觀上對醫療感到有需要，其中可能有部份的人確實在客觀上也有醫療的需要，但也可能有部分人的健康情形非常良好，根本無客觀上的醫療需要，但卻有主觀上的醫療需要。

有醫療需要的人不一定都能够或都會接受醫療，有者因為支付不了醫療的費用成本或因爲其他的不方便而未接受醫療。反過來看，不少沒有醫療需要的人也因制度上的因素或其他偶然的環境條件等因素而接受了醫療。在鄉村社會中，不少客觀上需要醫療者在主觀上並未形成需要，且也有許多在客觀與主觀上都需要醫療的人，卻都未接受醫療。

客觀性醫療需要的認定主要以病徵認定方法 (Symptoms approach) 來進行。也即由認定身體上的病徵來決定是否需要治療及需要何種治療。

一般客觀性的醫療需要，隨着健康條件變差而增高。又因年齡與疾病罹患的水準成正比，故隨着年齡的增加，客觀性的疾病需求水準也增高。至於主觀性的疾病需求則隨個人對於健康與疾病的認知程度，就醫方便與否及支付醫療費用能力的高低而有所不同。對於健康比較珍惜且反應敏感者，其主觀的醫療需要程度往往較高。又在醫療設施與服務較爲充足，就醫較爲方便的地區之民眾，主觀的就醫需要程度可能也較高，進而支付醫療費用能力較高者，其主觀的醫療需要程度也可能較高。

(二) 醫療設施與服務的供應與需求間的不平衡性

研究鄉村的醫療設施與服務時，另一個重要的課題是，供應與需求的不相配合性，也即供應與需求間有很大差異，通常的情形是供給短缺。不僅醫院診所的設施短缺，醫生護士等醫護人員的數量也短缺。其相對供應缺乏的情形可由比較鄉村與都市間每一固定數量人口（如每千人或每萬人）可以獲得的病床數，醫生數或其他的醫療設施與服務的數量比率的差異見之。通常的情形是鄉村地區每一固定數量人口可獲得的醫療設施與服務的數量卻較少。

形成鄉村地區醫療設施與服務供應相對缺乏，以致常不能符合客觀上的需求的原因很多，可從鄉村的區位、政治、社會、經濟及文化上的特性等多方面去解釋。就區位上的原因看，鄉村人口分布較爲稀疏，醫院及診所等醫療機關的設置及服務的提供有其不利的條件，設置地點若太集中，則偏遠地

區的居民可及性低。若依人口分散而將醫療設施散布各處，則每處醫療機關可能吸收的患者爲數極有限，以致無法健全發展。再就政治的因素之影響看，鄉村地區的政治力量往往遠不及都市，故對醫療設施與費用分配決策的影響力也較低，形成在國家的醫療建設預算分配中，鄉村的部份都占較不利的地位。再就社會因素觀之，鄉村居民的教育程度較低，對於疾病的敏感度及認知程度都較淺，雖然其客觀的健康條件往往不如都市人口，但對於醫療的需求程度往往不如後者，因而也阻礙了醫療設施的發展。鄉村地區較差的醫療設施條件也會影響，醫護工作人員及醫療設施資金提供者下鄉的意願不高。就經濟因素的影響看，鄉村居民的經濟收入水準普遍偏低，支付醫療費用的能力也較低，影響醫療工作人員的收入會受到限制，故多數醫療人員都不願下鄉服務。最後就文化因素的影響看，鄉村地區的文化水準普遍較爲落後，也會妨礙醫療設施與服務的發達。譬如有些鄉村居民患病時仍然以巫術或求神問卜等非科學醫療方法來治理。又如不少醫護人員也因願及鄉村地區的低水準文化而不願在鄉村行醫或服務。這些不利的文化因素都不利於鄉村地區醫療設施與服務的發展。

(三) 醫療設施與服務利用的差異性

鄉村中不同社區、不同家庭、不同團體與不同的個人在利用醫療設施與服務上都有不同的表現。其原因與其對醫療設施與服務的可及性、對醫療服務費用的負擔能力，對健康與疾病的認知與反應，

以及其對工作與生活的態度與習慣等都有不同。一般的情形是接近都市等醫療服務較充足的社區，收入及教育程度較高的家庭，較上階層的團體及較富有及較現代化的個人等都相對較好的機會與能力去利用醫療設施與服務。

四、醫療設施與服務的相對缺乏性

鄉村地區幅員廣大，人口相對稀少，設立大型的醫院等醫療設施極不經濟。又因鄉村居民的收入及生活程度相對較低，醫護人員都較裹足不前，因此醫療設施與服務均較不充足，病患居民乃常不能獲得適當的醫療照護。

五、鄉村福利的定義

與目的

正如美國的鄉村社會學家 Lowry Nelson 所指，福利 (welfare) 一詞含有多種意義，但大致可分為一般 (general) 的意義及特殊 (specific) 的意義兩種。前者意指社會福祉 (well being)，如繁榮、健康、安全與幸福的情況。而後者是指社會刻意要幫助個人或團體脫離麻煩的方案、過程與組織。包括改正社會的弊病，如減緩貧窮、失業，家庭解組、犯罪等病徵。在以往這種幫助的活動都被稱為慈善性或矯正性的，後來則被福利或社會福利的取代。(Nelson 1935, p. 471)。

Nelson 進而指出，社會福利制度的目的是在提供有效的方法，使社區分擔個人的危險。現代的社會福利觀念，除了含有對於貧窮者的慈善事業外

，還包括對於犯罪、娼妓、乞丐、病患者、無依老人等的預防及治理。這些被社會福利機關幫助的人，往往是其他個人及家庭所幫助不了的。

六、鄉村社會福利機關

的類型

鄉村社會福利機關的類型可按幫助主體歸屬及功能狀況而分。就幫助的主體或機關而分則可分成兩大類，即公家的福利機關及私人的福利機關。而按機關的功能而分，則可分為一般的福利及特殊的福利。公家的 (public) 的福利機關是指由政府辦理的，包括公立學校及圖書館、衛生所、救濟院及社會工作部門等。私人性的福利機關或單位則是指由志願團體所組成的非營利團體或組織，目的在參與解決或減輕社會問題。在臺灣常見組設福利團體提供社會福利的私人或機關，包括寺廟、教會、宗親會企業組織及善心人士的團體等。

一般功能的社會機關是指可以提供多於一種功能的機關，而特殊性的福利機關是指設立的目的只為提供其特殊性的社會福利。

七、社會福利與社會工作

的關係

社會福利與社會工作 (Social work) 兩者的關係甚為密切，甚至兩詞經常通用。工作的目的為達成福利，福利的目標靠工作的實務與方法來實現。國內社會工作專家李增祿先生曾指出，兩詞之間有微小的差異性，社會福利較偏重福利政策，福利

哲學與概念，而社會工作則較強調實務工作的方法、技術與服務。(李，民七十五年，第七頁) 李氏在其「社會工作概論」一書中甚至使用社會福利工作之概念，顯然把社會福利當為社會工作的一種。

八、社會福利與社會安全

的關係

社會福利與社會安全 (Social Security) 兩個名詞與概念之間也密切有關，並常相提並論。各種社會福利措施都具有促進社會安全的目的或效果，要達到社會安全也必要以實行社會福利措施或政策為手段。許多社會安全法案事實上也是社會福利制度。

九、鄉村社會福利的特性

鄉村的社會福利特性與鄉村社會問題的特性息息相關。各種鄉村社會福利政策或措施的要旨即在解決或減輕重要的鄉村社會問題，而鄉村的社會福利或問題與鄉村生計的特質關係至為密切，故多種鄉村福利措施都與鄉村居民的生計不佳有關。自古以來我國政府實施的平倉、義倉、社倉、賑災、施粥、疏導難民、居養、養老、慈幼等福利措施都為拯救鄉村居民生計上的困難與問題。及到晚近鄉村社會問題也變為較繁複，社會福利項目或內容也為之變為多樣性與複雜性。除有關幫助鄉村居民生計上的困難問題外，也逐漸擴及其他方面。

由於鄉村居民一向以農居多，故鄉村社會福利一向也以農民福利為重點。惟實際上，今日居住

鄉村地區的民眾，除農民外還包括漁民、礦工、鹽民、勞工及公教人員等，故今日的鄉村福利對象，也包括多種非務農的人口。

貳、衛生醫療及社會福利

變遷的理論

一、衛生與醫療變遷的理論

有關鄉村衛生與醫療變遷的理論可從數方面看，其中最主要是有關探討健康水準提升及死亡率下降的影響因素理論，先將此方面理論的要點，摘述如下：

(一) 影響健康水準提升及死亡率下降

因素的理論

人口的衛生水準與死亡程度息息相關，衛生水準越低，死亡程度則越高。反之，衛生水準升高則死亡之程度趨低。就人類長期間衛生變化的趨勢看，是隨時間而逐漸提高的，因而死亡率乃逐漸下降。過去人口學家對於死亡率下降的重要變遷現象已甚表關切，且對於影響因素建立了諸多重要的概念及理論。聯合國的人口專家對於造成已開發國家人口健康水準提升及死亡率下降的因素，提出了五大方面的理論及解釋，即是(1)經濟發展及收入水準提升的影響論，(2)衛生改進及公共衛生發展的影響論，(3)社會改革影響論，(4)醫療技術進步的影響論，及(5)自然因素影響論。每一種影響因素論的主張學者都不僅一人，其論點也頗為不同，摘其重要

者加以分析說明如下：

1. 經濟發展及提升所得水準的影響論

在人口學家與經濟學家不少人都論及經濟發展及提升所得水準是促使人口健康並減少死亡的重要因素。經濟發展肇始於農業發展，於是增進糧食生產，避免饑荒，致使營養充足，身體健康，疾病減少，壽命因而也為之延長。世界農業發展之後，再加上運輸技術的進步，農產物變為商品化，乃更有效分配與消費，對於增進營養，減少疾病的功效更為加大。

繼農業發展之外，工業發展也為經濟發展的另一重要現象。在工業化的過程中，社會或國家的生產力顯著提升，人民的工資或收入水準也明顯提升，食衣住行及營養衛生條件都為之改善，疾病乃有效控制，死亡率亦隨之下降。(UN, 1973, 146-147頁) 依據聯合國專家的研究，提及上述經濟發展及收入水準提高對死亡率下降影響理論的專家計有 Uterstrom (1965) Helener (1965), Henry (1965), Cipolla (1965), Harsin and Heilm (1965), Thomas (1941), Eversley (1965), Habakkuk (1965), Eversley (1965), McKewen and Brown (1965), Thompson and Lewis (1965), Carr-Saunders (1936), Dorn (1959), Taylor (1966), Hobsbawm (1957) 及 McKewen 與 Record (1962) 等人。

2. 個人衛生改革及公共衛生進步的影響論

十九世紀以後，世界上的個人衛生改革及公共衛生改進的運動興起，政府及民間熱烈投入衛生改革之中。在英國於一九四八年時形成公共衛生法案 (Public Health Act)，樹立現代公共衛生運動的重要里程碑。繼之在美國也產生一連串的公共衛生改進行動。重要的公共衛生改進則包括供應淨化用水、清理排水溝渠及垃圾，消滅蚊蠅老鼠及蟑螂等昆蟲，預防注射及噴洒消毒藥水等。

個人衛生改善方面，則包括使用肥皂、改進營養、注意洗滌及改善兒童保育等。個人與公共衛生改善的結果，改善了人口的健康條件，因而也可減少死亡並延長生命。

3. 社會改革的影響論

足以改進衛生增進人體健康的社會改革包括改善工作條件，減少工業災害，改進住宅品質，辦理健康保險，改進醫療設施與服務，發展社會服務與福利制度以照顧病弱民眾，提升教育水準以增進衛生醫療知識及醫療效果等。這些方面的社會改革對於健康的促進及死亡的降低都有功效。

4. 醫療技術進步的影響論

McKewen, Brown 及 Record 等人認為晚近的醫療改進對於疾病防治及減少死亡功效至大。重要的醫療改進包括接種疫苗、人體解剖、病理分析、手術技術、細菌研究，免疫科學、X光透視、新藥物的發明及 DDT 等殺蟲劑的使用等。這些醫療技術的進步有效防治了多種疾病，包括流行性的

及慢性疾病等。有效被防治的流行性疾病有肺病、瘧疾、痢疾、黃熱病、麻疹、梅毒及鼠疫等。流行疾病的有效控制乃使死亡率也為之下降。

5. 自然因素的影響論

疾病的減少及死亡率的降低也有因引發病因素的減輕或人體抗病力增強等自然因素所致成。這種因素不能與醫療技術的改進、環境改善或經濟發展等原因相提並論。(UN, 1973, 151, 152頁)

(一) 有關健康疾病與變遷中社會文化

環境關係的理論

社會學者在探討社會現象的影響因素時，最注重社會及文化等方面的因素。Edward Stainbrook 在一篇「人與其變遷環境：健康疾病與變遷中的人之社會文化環境」之論文中，認為人的生理條件、生物過程、醫療行動、幸福與否的感受，以及是否健康或疾病等一部分，是受其生命所處空間的社會文化條件所決定。其理論的細節可再摘要如下。個人身體所表達的生命與生活是其生命史上所累積的分化及組織功能之結果，而這些生理功能或條件是與其行為表現相關聯的。又人的各種行為表現包括醫療的及非醫療的又都受其社會環境及文化因素所影響。

醫療行為直接影響健康與疾病，而這種行為卻也深受文化價值、生活方式、經濟條件、衛生及住宅等社會因素所影響。

再看人的疾病，除與其本身的生理或生物條件

有關外，也與人羣團體及心理狀況等有關。人羣關係或自動及心理狀況會影響疾病的診治是否合理性，終至也會影響健康條件。

現代的社會與文化條件或環境是變動性的。社會面的變動性既廣且深，至於文化上的重要變動是對自己價值認定的程度增強。於是影響自己對於命運掌握的看法與觀念也為之增強。至於人本身是否有自信，並是否可獲更多知識能力來掌握自己命運，則也受社會組織條件所影響。因為社會組織條件，影響人們是否可以有效地獲得社會資源及知識與訊息。

文化因素中的價值觀念牽連對行為的理性及非理性判斷，這種文化及心理觀念也應用到醫療的實務上。近代家庭組織變化很大，家庭的生殖、生物、心理、社會化、社會控制等功能也為之變遷。家庭中個人的健康價值、資源與實物都為之改變。近來家庭價值轉向側重本身的益處。家庭分子與社會的關係，影響個人是否會產生緊張、敵對、衝突、焦慮、感情疏離或缺乏溫情等心理疾病。此外，家庭的生活習慣與生活方式，也影響嬰兒死亡率等有關生理的健康條件。家庭文化價值體系中，有關老年人的部分最與衛生醫療行為表現有關聯。

又都市化引發的社會結構變化，也最容易產生社會病態，包括各種犯罪行為等。都市的醫療行政及防治犯罪組織並不能有效嚇阻都市的疾病與犯罪。隨着人口的分散化，公共衛生防治機構也有分散化的趨勢。

使用人為的創造力可以促使物理環境、社會環

境及文化環境的改善，於是各種疾病、意外傷害、空氣污染、心理壓力、自殺等都可經由人們的聰明的組織及行政而有效減少或預防。

總之，有關疾病的觀念不僅與其心理有關，且也與其社會階級、個人經驗等有關聯。醫療機關治療病人不能以片斷的觀點去治理，而應整合社會體系來加以治療。

為調和社會文化條件與醫療的教育、研究及制度，我們必須能善於安排與管理組織。為追求人的健康與福祉，必須盡力發展人的科學、生理科學、生物科學及文化的研究，藉以增強生活的潛力。(Stainbrook, 1969, pp. 827-837)

二、福利發展的理論

有關較抽象性的福利發展理論，是最近才發展起來的，且大多是由歐美的社會福利學者所發展出來的。這些方面的理論大致可區分為兩大類：一類是社會福利發展的階段論，另一類是社會福利發展的工業或經濟決定論。國內社會福利專家詹火生教授對於這兩類社會福利發展理論的要點曾作了介紹與說明，茲就其介紹的理論內容再摘述如下。

(一) 社會福利發展的階段論

這種理論的要點是把社會福利看為是社會體系內的功能需求 (Functional requisite)，其發展趨勢隨着功能的分化而呈現由簡而繁，由寡漸眾。不同的學者對於階段劃分的基礎有不同的看法，有以年代的劃分基礎，此外也有以福利模式的劃分的

標準。若就年代而分，兩方的社會福利發展階段大致可分為工業革命前與工業革命後兩大階段，後一大階段可再更加細分。至於以福利模式而分，則又可分成以政府干預範圍的模式及個人權力擴大的模式。有關政府干預模式的分類則由 Wilensky 及 Lebeaux 劃分為殘補模式 (residual model) 及制度化模式 (Institutional model) 兩類。Richard M. Titmuss 則將之劃分為殘補模式 (residual model)、工業成就表現模式 (Industrial achievement model) 及制度再分配模式 (Institutional redistribution model)。Julia Parker 也提出了社會福利的三種模式，即放任主義模式 (Laissezfair model)、自由主義模式 (Liberal model) 及福利國家模式 (Welfare State model)。此外 N. Furniss 及 T. Tilton 則劃分為社會安全國家 (Social Security State)、實證國家 (Positive State) 與福利國家 (Welfare State) 等。

至於以個人權利擴大概念化模式而劃分者則有 Marshall 所提出的三種階段，即宗教權利階段 (Religious right)、政治權利階段 (Political right) 及社會權利階段 (Social right)。

(二) 社會福利發展的工業或經濟決定理論

Clark Kerr 強調經濟技術決定社會福利的發展。在工業化社會都免不了要發展社會福利。原因有三：(1) 有社會福利，工業化才能存在，(2) 愈工業化的社會，其社會福利愈趨相近，(3) 社會福利既受

工業技術與經濟發展條件所決定，就不受價值觀念及意識型態所影響。(詹，民七六，八—二頁)

參、臺灣鄉村衛生醫療及社會福利的變遷趨勢

一、鄉村衛生醫療的變遷

過去四十餘年來，臺灣鄉村的衛生與醫療頗有改變，在衛生方面的改變多半都朝向進步的方向，但變得更壞的情形也有，就重要的改變事實列舉並說明於下。

(一) 個人衛生條件與習慣的改善

在光復初年，臺灣鄉村的社會經濟水準相當落後，農民等鄉村居民的衛生條件與習慣普遍都差，多數的農家都無浴室設備，更無抽水馬桶，毛巾、臉盆及牙刷等個人衛生用具也普遍不足，因而全家或數人共用一件者甚為普遍。住宅也都普遍缺乏紗窗及紗門的設備，聚蚊成雷，蒼蠅亂飛，故嬰孩大人都易染患疾病。患病時又缺乏能力就醫，常以推銷藥品商人寄存的成藥服用，效果甚差。

戰後初年，鄉村居民的經濟水準普遍都低，食物品質粗劣，以甘藷筴為主食者極為普遍，副食也部質劣量少，普遍缺乏營養。

晚近臺灣的經濟頗有進步，鄉村居民的收入水準及教育程度頗有改進，衛生條件與習慣也有顯著改善。農家的炊煮方法及廚房、臥房等設備經由家政推廣人員的指導，進步程度乃頗為可觀。鄉村婦

女也都普遍接受家庭計畫指導人員的輔導而能了解節制生育並保重母子健康。此外衛生工作人員對於鄉民也傳播了重要的衛生及醫療知識，並也開展預防注射等重要的醫療服務，鄉民的疾病的罹患率顯然降低，健康條件普遍有所改善。

(二) 死亡率下降

反應健康改善的具體指標之一是死亡率的下降。戰後四十餘年來，臺灣地區的居民，包括鄉村居民等，死亡率有很顯著的下降，在一九五二年時，臺灣地區人口的粗死亡率為九·九%，至一九八七年時，降至僅為四·九%。三十五年來，死亡率水準降低了一半，效果甚佳。在一般人口死亡率下降的同時，嬰兒死亡率的下降程度尤大。僅在一九七七年至一九八六年的晚近十年之間，全臺灣地區嬰兒死亡率由一二·四%降至六·六三%，各鄉的嬰兒死亡率也由一四·四三%降至七·五%，下降的幅度相當大。

(三) 多種流行病症漸有效控制

戰後初期臺灣的若干流行病症尚為猖獗，鄉村地區還常發生傷寒、白喉、痢疾、腦膜炎及狂犬病等流行病，且也易導致死亡。由於公共衛生逐漸改善，個人營養及衛生習慣也漸改進，這些流行性的疾病乃漸少見。

隨著流行性疾病漸有效控制，影響鄉村人民死亡原因的結構也起了變化。死於流行疾病因素者相對減少，而死於慢性病及車禍等意外原因者都有增加的趨勢。

(四) 醫療設施與服務的改進

雖然至今鄉村地區的醫療設施與服務遠不如都市地區之充分與良好，但多年來鄉村地區的醫療設施與服務也有相當大程度的改進。依照衛生統計，臺灣地區在一九五四年時每位醫師的服務人數為一、五五六人，至一九八七年時減為一、〇一六人，而在一九五四年時每二、九八八人才分得一張病床，但至一九八七年時每二二八人即可分得一張病床。此項統計資料雖係包括鄉村與都市地區的情形，但在鄉村地區醫療設施與服務條件確實也有改進，只是改進程度不如都市地區之程度大。

在醫療設施改進的過程中，規模較大，設備較充裕，服務項目較多的綜合性醫院也逐漸多見，尤以公立的省立或縣立醫療都比私人的醫院或診所的規模大。

(五) 健康保險制度漸趨普及

因為受到民眾的要求，臺灣社會正在朝向全面健康保險的目標邁進。目前此一政策正在政府的密切規劃之中。在邁向全民健康保險的過程中，公教人員保險領先其他各項，至今已實施數十年，隨後是勞工健康保險，行之也已長久。農民保險為第三波，於民國七十五年開始試辦，於七十七年光復節宣布全面實施，全臺灣共約有六十五萬農民將加入健康保險。此一政策性措施的宣布，使鄉村人民的醫療機會將較以前更有保障，唯要使此一制度的推行能够順利，則今後政府在籌設經費上還需要做很大的努力。

農民全面投保以後，若能進而推及其眷屬也都能加入保險，則鄉村地區居民全面加入健康保險之目標已近乎達成。保險是促進疾病者改善就醫率的重要策略與過程，但並不保證投保者都能因此獲得良好的醫療照護。要使投保者都能獲得完美的醫療照護並收到維護健康的結果，則需要推動政策的政府部門，辦理業務的農會，從事醫療的醫護人員及投保的農民本身等各方面共同努力。

(六) 衛生觀念與需求的改進

因為受到教育水準提高及社會經濟條件改善的影響，鄉村居民的衛生觀念與需求也在改變之中，重要的改變方面或內容約有下列數種：(1)預防重於治療的觀念加強，(2)飲食因素對健康的重要性之觀念漸受到重視，(3)迷信巫術等醫病方法漸被放棄，(4)對於醫療設施與服務人員品質的辨識能力提高，需求的水準也提高。(5)逐漸依賴公共服務性的醫療制度。(6)對醫療費用的支付能力提高，(7)對醫療服務的選擇性也增高。

二、社會福利的變遷

長期間以來，臺灣的社會福利事業並不發達，不論城市或鄉村都是如此，主要原因是：長期以來家庭功能甚受重視，多種社會問題都在家庭內解決，(2)政府的社會福利預算缺乏，若有，也常用於政治目的上，而少能真正使用於社會福利事業上，(3)缺乏對社會福利有認識與了解的學者，及政府官員為之倡導鼓吹與設計，故在知識及觀念上進步緩慢。

直到晚近，社會福利的概念逐漸受到社會大眾注意與主張，政府也逐漸展開較多種類的福利事業，並支出較多經費於社會福利的發展上。原因也有多種：(1)社會較多元化，社會問題也變得較為複雜且嚴重，社會上對於社會福利的需求乃較為迫切，(2)政治結構發生變化，民眾對於政府的預算結構要求加以改變，使其較能符合國民的需求，其中要求改變的較大部分是減少國防預算，增加福利預算，(3)社會福利專家漸多，有關社會福利的知識觀念乃漸被認識並知所運用。

由於上述社會變遷的因素，鄉村社會福利與都市社會福利都漸趨發達。在都市化、商品國際化及自由化過程中，農業經營漸趨困難之際，政府也考慮要從增進農民福利措施，來彌補農民在農業經營上的不利與困難，藉發展農民福利措施來改善農民生活水準，且也藉以挽救或彌補農民生活程度的惡化。多年來政府推行的主要農民福利措施包括(1)發展鄉村地區的實質建設，也改善道路交通、住宅、用水、排水及路燈等設施，(2)實施部分農產品的保證價格制度，藉以維護農民的收入及生活水準，(3)發展鄉村文化建設，藉以提升鄉村文化水準，(4)推展鄉村人民的心理建設，如革除陋俗及改善社會風氣等，(5)由減稅等措施來減少農民或其他鄉村居民的經濟負擔，以增進其物質生活能力。(6)發展多種校外的教育，包括成人及青少年的推廣教育等，藉以提升鄉村居民的知識能力，改善生活技能。

展望未來，鄉村社會問題，將因工業化及都市化的衝擊，而變為更繁榮更複雜，對於社會福利的

需求也會越多。政府面對越多越複雜及越分化的鄉村社會福利需求，乃需要研擬更詳實的政策以之應對，也需要訓練更多專業性的社會福利的計畫者及工作人員，才能滿足日漸增強的社會福利需求。政府經由發展社會福利事業，也最能發揮為民服務的功能，且也最能合乎民有的三民主義治國原則之一。唯有效發展鄉村社會福利，在方法上也更需要更

講究，更改進。

〔本文作者為臺灣大學農業推廣學系教授〕

參考文獻：

一、中文部分

- 吉允文等譯，民國七十六年，社會福利發展一經驗與理論，臺北桂冠圖書公司。
- 李增祿主編，民國七十五年，社會工作概論，巨流圖書公司印行。
- 江東亮，臺灣鄉村基本醫療保健服務的探討，公共衛生，九卷三期，二六二—二七〇頁。
- 藍采風、廖榮利合著，民國七十三年，醫療社會學，三民書局印行。
- 詹火生，民國七十六年，社會政策要論，巨流圖書公司印行。
- 二、英文部分
- Anderson, C. L., 1973, *Community Health*, The C. V. Mosby Company.

Axinn, June and Levin, Herman, 1982,

Social Welfare, A History of the American Response to Need, Harper & Row, Publishers, New York.

Beal, George M., Powers Ronald C. and Coward, E. Water Jr., 1971, *Sociological Perspectives of Domestic Development*, The Iowa State University Press, Ames, Iowa.

Bertrand, Alvin, L., 1968, *Rural Sociology*

Bradshaw, Ted K., and Blakely, Edward J., 1979, *Rural Communities in Advanced Industrial Society*, Praeger Special Studies, Praeger Publishers, New York.

Burt, John J. and Miller, Benjamin, 1972, *Personal Health Behavior in Today's Society*, W. B. Saunders Company.

Rodefeld, Richard; Flora, Jan; Voth, Donald; Fujimoto, Isao and Converse, Jim ed, 1978, *Changing in Rural America*, The C. V. Mosby, Saint Louis.

Ceves, Joseph S. and Douglass, William A. ed., 1976, *The Changing Faces of Rural Spain*, John Wiley and Sons, Inc., New York, London, Sydney, Toronto.

Cockerham, William C., 1978, *Medical Sociology*, Prentice Hall Inc., Englewood

Cliffs N. J.

Conyers, Diana, 1982, *An Introduction to Social Planning in the Third World*, John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore.

Fitzsimmons, Stephen J. and Freedman, Abby J., 1981, *Rural Community Development, A Program, Policy, and Research* Moder, ABT Books, Cambridge, Massachusetts.

Folta, Joannette R. and Deck, Edith S., 1966, *A Sociological Framework for Patient Care*, John Wiley & Sons, INC, New York, London, Sydney.

Gilbert Neil and Specht, Harry ed., 1981, *Handbook of the Social Services*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

Glennester, H. 1975, *Social Service Budgets and Social Policy*, George Allen & Unwin Ltd, Ruskin House, Museum Street, London.

Hardiker, Hauilne and Barker Mary, ed. 1981, *Theories of Practice in Social Work*, Academic Press, London, New York, Toronto, Sydney, San Francisco

Hassinger, Edward W., 1982, *Rural Health Organization*, Social Network and Regi-

- onalization, Iowa State University Press, Ames, Iowa.
- Hassinger, Edward W. and Whiting, Larry R. ed. 1976, Rural Health Service, The Iowa State University Press.
- Henderson, Paul and Thomas David, 1980, Skills in Neighbourhood Work, George Allen & Unwin, London.
- Insel, Paul, Paul M., and Roth Walton T., 1977, Helath in A Changing, Society, Mayfield Publishing Company, Palo Alto, California.
- Kadand, Emanuel and Williams Gavin ed., 1974, Sociology and Development, Tavistock Publications, London.
- Katz, Alfred H and Felton, Jean Spencer ed., 1965, Health and the Community, Reading in the Philosophy and Sciences of Public Health, The Free Press, New York.
- Kahn, Alfred J., 1979, Social Policy and Social Services, Random Hause, Inc, New York.
- Kolb, John H. and Brunner, Edmund, des, 1952, A Study of Rural Society, Houghton Mifflin Company, Cambridge, Massachusetts.
- Kornblum, William, 1988, Sociology in a Changing World, Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York, Chicago, etc.
- Martinez, Emilia E. and Brawley ed., 1980, Pioneer Efforts in Rural Social Welfare, The Pennsylvania State University Press, University Park and London.
- Lea, David A. M. and Chaudhri, D. P., 1983, Rural Davelopment and the State, Great Brian at The University Press Cambridge.
- Lele, Uma, 1975, The Design of Rural Development, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London
- Misher, Elliot G. and others, 1981, Social Contexts of Health, Illness and Patient Care, Cambridge, London, New York, New Rochelle, Melbourne, Sydney.
- Nelson, Lowry, 1955, Rural Sociology, American Book Company, Chicago, Atlanta, Dallas, San Francisco.
- Nelson, M.-Richands, 1982, Social Change and Rural Development, University Press of America, Washington, D.C.
- Paul, Benjamin D. Ed. 1935, Health Culture & Community, Russell Sage Foundation, USA.
- Plant, Raymond, Lesser Harry and Taylor, Peter-Gooby, 1980, Political Philosophy and Social Welfare, Routledge & Kegan Paul, London, Boston and Henley.
- Sanger, Maryna, 1979, Welfare of the poor, Academic Press, New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco.
- Susser, M. W. and Watson, W., 1972, Sociology in Medicine, The Pitman Press, England.
- Susser, Mervyn, 1973, Causal Thinking in the Health Sciences, Concepts and Strategies of Epidemiology, New York Oxford University Press, London, Toronto.
- Ford, Thomas R. ed., 1978, Rural U.S.A., Persistence and Change, Iowa State University Press, Ames, Iowa.
- Timms, Noel ep., 1980, Social Welfare: Why and How, Routledge & Kegan Paul, London, Botton and Henley.
- Weinberger, Paul, 1974, Perspectives on Social Welfare, An Introductory Anthropology, Macmillan Publishing Co. Inc., New York; Macmillian Publishers, London.
- Zietz, Dorothy, 1960, Child Welfare, Principles and Methods, Sacramento, California.