

# 健康照護之社會動力分析

廖榮利

## 社會福利暨衛生體系下之社區發展新課題

### 壹、健康照護體系之社會要素

社會面、經濟面，以及政治面之動態因素，是探究一個社會中，政府的健康體系之決策、建構，以及執行之重要向度；因為這些因素影響決策者的意識型態、行政組織，以及服務輸送效能至鉅，也是民衆的健康照護實質受益程度的先決條件，是值得吾人正視的課題。（廖榮利，一九九一）

健康照護體系之社會要素（Evang, 1987）：

一、該社會傳統以來的社會、政治，以及經濟面之價值觀如何？且這些價值觀變遷趨向又如何？包括：

1. 該社會傳統以來民衆對不同社經背景者之保健、醫療、對醫師，以及對護理師（士）等所持的態度各如何？

2. 上述的社會態度影響健康照護之程度如何？

二、該社會的政治信念和政府型態如何？其所建立的健康照護體系之本質與特性如何？包括：

1. 在整體社會中各種社會制度裏，傳統以來政府所扮演的角色如何？

2. 該政府的決策者對全民健康照護服務之認知和職責感如何？

三、該社會的經濟發展程度，以及其所得分配狀況如何？這些現象對健康照護體系有何影響？

四、該社會的教育程度如何？其與社會結構之關連性如何？包括：

1. 國民義務教育和識字或文盲情形如何？這些狀態與健康照護服務輸送效益之影響如何？

2. 上、中、下階層民衆，對健康照護權益之重視和爭取趨向如何？其對醫療立法與決策之影響如何？

五、該社會中，宗教團體和人道組織之傳統角色如何？包括：

1. 他們在各年代間該社會的健康照護上，是否扮演重要的角色？

2. 他們在當前社會情況之下，是否繼續扮演一種健康照護的重要角色？

六、該社會的地理疆域差異性如何？此種差異性如何影響其健康照護之服務輸送過程及其預期效果？包括：

1. 該社會中的健康照護服務，其提供方式是否在都市和在鄉村有所區分？

及其服務網之建立情形？

2. 該社會中是否有區域性的健康照護設施？

七、該社會中，判定健康照護需求及其服務之決策上，種族差異因素，是否也在考量範圍內？

總之，一項廣含性的醫療社會政策，必須兼顧上述各項因素。尤其，不論在鉅視面社會工作、中介面社會工作，以及微視面社會工作之研究、教學，以及實施上，均須正視上述各項健康維護的社會面、政治面，以及經濟面之動力因素，始能確保健康照護社會工作之專業水準。（Berkman, 1985）

### 貳、健康照護與健康照護體系

#### 一、健康照護與健康照護體系

〈健康照護〉

健康照護 (health care) 是指：系列性、專屬性，以及組織化之服務活動，它們提供社會大眾直接的和效能化的服務，包括對他們生理面和精神面異常狀態之治療、預防，以及檢查（或發現），以增進（或確保）他們生物面和心理暨社會面 (bio-psychosocial) 的良好狀態，進而發揮其功能。（Baker, 1987）

#### 〈健康照護體系〉

健康照護體系 (health care system) 是指政府所主導，並建構而成的系統化之，衛生行政組織和標準化之醫療保健專業服務活動，以促進全民更加強化其健康，有效恢復其健康，及時恢復其失落的健康條件，以及防止（減除）其因疾病所導致的殘障性。（Baker, 1987；廖榮利，一九九一）

一個國家的健康維護體系，宜包括其衛生行政組織、醫療保健設施、醫事人力資源與管理，以及其他相關之社會資源開發與運用等。面對全民健康照護需求所需培訓和管理之醫事人力，包括醫師、醫護人員、醫檢人員，以及健康照護社會工作人員等「醫學專業者」（medical professionals），以及「共同醫學或比照醫學專業者」（co-medical/para-medical professionals）。

適應全民健康照護之服務輸送體系 (health care service delivery system) 宜包括：醫學中心、各類型醫院和診所、療養暨養護設施、安寧處所，以及其他健康教育暨諮詢組織與社會復健機構等。這些設施中的專業職責包括：檢驗、診斷、治療、復健、諮詢推廣，以及實驗與研究發展等工作。

## 二、健康照護之三級預防

在一種廣含性健康照護 (comprehensive health care) 理念之下，對社會大眾的健康照護服務，可分為三個層級實施，即從預防、治療，到復健三個層面：

- 1 初級預防 (primary prevention) 旨在預防或減除發病的可能性。
- 2 次級預防 (secondary prevention) 致力於對疾病或病患的早期發現和早期治療。

3 三級預防 (tertiary prevention) 針對已發病的病人，從事康復後的後續服務和復健，以防止其惡化和減除其殘障性。

「健康照護社會工作者」(health care social worker) 宜熟悉上述三級預防的知能，以面對民衆的醫療保健整體面之需求，有效整合於衛生醫療團隊中，以及確保「健康照護社會工作」的專業服務之標準化。

## 叁、臺灣的健康照護體系

### 一、臺灣的健康照護體系

現階段臺灣地區的健康照護體系，依照三級預防模式，可分為公共衛生預防保健服務，急性醫療服務，以及復健暨後續服務等三個層次。（衛生署，一九九〇）

1. 公共衛生預防保健服務方面，包括促進健康服務，篩檢暨預防服務，以及緊急救護等三大項工作。
2. 急性醫療服務方面，依提供服務輸送的系統，分為醫學中心、地區醫院，以及基層醫療暨衛生所等三個層級的服務。
3. 復健暨後續服務方面，可分為醫院復健和社區復健兩大類；前者往往附設於醫療院所內，後者則是各地社區中之各類慢性病症養護設施，比如居家護理、療養性照護，以及安寧服務等設施。

### 二、衛生行政組織、醫療設施、衛生人力

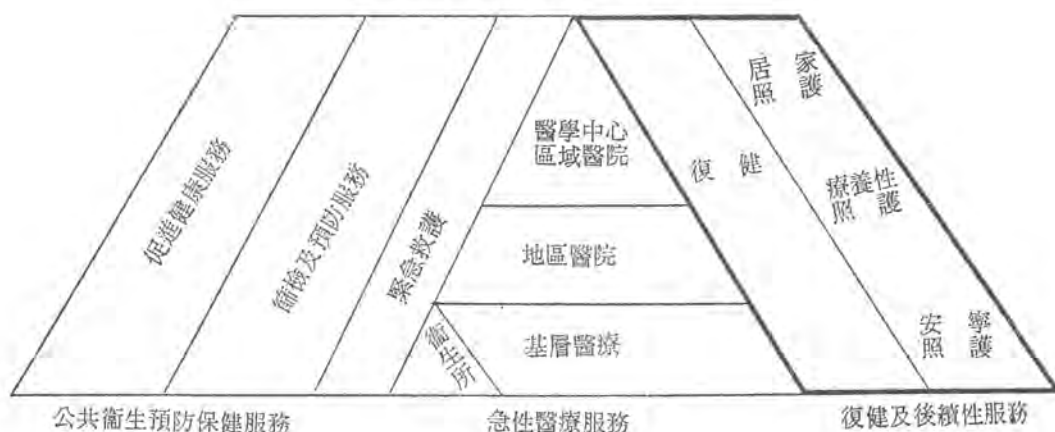
#### （一）衛生行政組織

##### 〈行政院衛生署〉

臺灣地區的衛生行政組織，分為中央、省（市）、縣市（區）和鄉鎮市等四級。在中央，行政院衛生署成立於六十年，且於七十一年擴大編制，設有業務單位五處一室及附設單位三局所，負責全國衛生行政事務，並對各級地方衛生機構負有業務指導、監督，以及協調的責任。

##### 〈省市衛生處局〉

健康照護體系圖（衛生署，1991）



在省（市）方面，臺灣省政府衛生處、臺北市政府衛生局、高雄市政府衛生局，是省市衛生主管機關，分別負責策劃、督導，以及執行省市公共衛生及醫療服務。

（一）地方衛生局所

在縣、市（區）方面，設有衛生局（所）；鄉鎮（市）方面，各設有衛生所；山地、離島，以及較偏遠村落設有衛生室與保健站，提供對各地民衆的保健和醫療服務。

（二）醫療設施現況

臺灣地區的醫療設施（至七十八年底止）有：公私立醫療院所共有一二、二六七所，其中包括公立五七一所，私立一一、六九六所。上述數字比十年前，增加七·八八%；病床數共有八六、六九三床，其中包括一般病床五三、八五五床；慢性病床一八、〇一二床；以及診所觀察床五、〇三〇床。上述病床數分別屬於公立醫院的三四、四二二床佔四二%，私立醫院的四七、五二一床佔五八%。（衛生署，一九九〇）

（三）衛生人力

臺灣地區共有九所醫學院，十二所醫事學校，以及十五所醫事職校；每年各校畢業醫事人力約有：一千二百餘名醫師，四百餘名牙醫師，五百餘名醫檢人員，一千二百餘名護理師，以及五千餘名護理、助產人員；一起投入臺灣的保健醫療服務行列。（衛生署，一九九〇）

臺灣地區的執業醫事人力（至七十八年底止）共有八萬六千九百十三人；其中包括醫師一八、五二九人，中醫師三、三三三人，牙醫師四、八六五人，藥師九、八八三人，醫檢師二、八六九人，醫事技師（士）一、二八三人，護理師一〇、二九九人，護士二五、一二二人，藥劑生八、一三五人，以及營養師二六七人。

在衛生署發佈的上述醫事人力中，並未列入一般醫療社會工作人員之項目與人數；惟有精神醫療人力一項中社會工作人員八十八人，此一數字比四年前增加約五成（四六%）。

### 三、規劃中的全民健康保險方案

#### 〈醫療保險現況〉

臺灣地區醫療保險（至七十九年七月一日止），被保險人總人數有九百九十餘萬人，佔全臺灣總人口的約半數（四九%）。上述被保險人分屬於三大保險體系的十三類保險方案中，即公務人員保險、勞工保險，以及農民保險等分別隸屬於銓敘部、勞委會，以及內政部。

目前尚有半數以上的國民尚未納入健康保險，並且他們之中的大多數是兒童及老人等依賴人口，其醫療需求比較高，而承擔保費能力微弱，須依賴家庭中就業人口承擔其保費。此一人口羣若納入健康保險，其保險單位和醫療機構之複雜化與負荷量，是易於預知的事。

#### 〈規劃中的全民健康保險方案〉

已被正式宣示將於八十三年間實施的，全民健康保險方案，曾於七十七年度起由經建會進行總體（初期）規劃，並於七十九年七月起，改由衛生署，進行全民健康保險的後續規劃工作。

該署的全民健康保險規劃指導委員會，由其規劃小組分五個工作小組，即財務制度組、支付制度組、體制法規組、醫療體系組，以及教育訓練組等，積極規劃中，以期於八十三年度如期全面實施。

### 肆、臺灣社區民眾健康權利之新體認

近年來在臺灣，社區民眾健康照護權利之爭取，政府對大眾醫療保健之責任，已有逐漸受到重視的跡象。

#### 一、社區民眾的健康權利與醫藥職業

臺灣民眾對健康基本權利之新體認，促使今天在臺灣從事醫療保健工作的各種專業人員，對當前民眾對健康權利的新需求，宜建立新的醫療保健者社會責任之觀念與行動。

年前在一項醫學年會上，總統李登輝博士的演講中曾指出（聯合報，一九八六）：

1. 由於國民教育文化水準的逐日提高，民眾已開始建立「健康為基本權利」的觀念，為了促進全民的健康，醫學界應針對常見的主要疾病進行完整的性研究，進而擬定有效的防治措施。

2. 疾病防治對策，必須因人、時、地而有不同，醫學界應在現有的科學和學術成就上，配合政府的政策，共同努力，以研究出「經濟而安全」的防治方法，以提昇大眾社會醫療服務水準，並增進國民健康作更大的貢獻。

李總統上述的兩段話，告訴醫界和醫師，在其醫學研究與保健工作上，應對社區民眾與病患之教育暨社會文化之進步，不同社會文化因素對醫療關係，有新的體認並採行應變的行動；同時，個別或團體之醫學研究與執業，要能整合於全國醫療政策與全民保健目標上。

#### 二、兼顧醫師權責與病人權益之醫療法

將病人權利與醫師責任之概念，落實於醫療法令的事實，見諸於當年醫療法，在立法院中審議過程。根據行政院衛生署法規會人士指出（陳照德，一九八六）：

1. 「醫療法」之擬定乃依據對病人及醫師相互性的維護，若過份強調一方的權利，必然相對增加另一方的義務，最後反而會造成「兩相其害」的反效果。

2. 「醫療法」修正草案中，沒有明文賦予消費者（病人）「強而有力」的權利，但在該法條文中規定醫師的義務，這些辦法的訂定，即旨在保護病人權利。

3. 醫療行為牽涉到「不確定因素」相當多，譬如：醫生因病人的體質及生長環境的不同，在醫療採量上就有不同的措施。因此，醫生的醫療職務和其他消費問題不同於其他消費問題發生時，比較容易看出「錯」在那一方。

4. 醫療法規，如果一定要賦予病人權益，並加以強制規定這項權益，恐怕會造成一些醫生「畏首畏尾」地，表現防衛性醫療行為來診斷病人。如

此，不利的一方反而是病人。

總之，在社區發展中為社區居民健康權益爭取之，任何社會行動方案，宜先參照上述的資訊與其中的動態因素關鍵性，作一種深思熟慮的考慮，始能帶來明智的社會行動方案。否則，資訊不全和認知不清的社區行動，反而會為社區民眾日後的保健實質效益增添負面效果。

## 伍、社區發展方案與健康照護

### 一、社區民眾健康照護之社會要素

社區民眾健康照護所涉及的社會要素有三 (Dana, 1987)：

1. 要有用以保護社區民眾的健康與提昇健康方面的人權，並去除影響醫療資源的有效利用之因素，就必須有公正分配社會財物與免除人為的社會障礙，以利社區民眾之社會政策。

2. 要有用以擴大並提昇健康服務的質與量，並將之形成社會規範，就必須有各種社會行動或社區方案參與健康照護的立法與決策。

3. 要建立起由醫療照護的提供者與消費者，共同負起維護健康的職責與社會責任之立法與方案，始能造福社區民眾之健康照護。

以下就與醫療保健有關的社會政策、社會行動，以及社會責任等三方面的內容作一簡介。

### 二、健康照護有關的社會政策

有利於社區民眾健康照護之社會政策，宜在政策訂制與形成前，考量五個課題，即權利 (entitlement)、資格 (eligibility)、範圍 (coverage)、主辦機構 (agency) (auspices and benefits)、及管理 (governance)。

上述這些課題應用於健康照護上之探討時，就須要考慮以下的課題：

1. 那些人有取得健康照護的權利？
2. 在何種資格條件下，這些權利得以保障？

3. 健康照護的權利中，應涵蓋怎樣的服務？

4. 宜由何種機構來辦理健康照護之業務？

5. 應如何保障健康照護之權利？並宜由誰負起此項責任？

### 三、社會行動與健康照護

嚴格說來，任何對於為了強化醫療衛生服務體系所採用之社會行動，其目的乃在於大眾的改變（或創造）良好的醫療環境，使社區民眾能享受高品質的健康照護。因此，針對當前醫療環境的缺乏，吾人可從下列幾個應努力之方向，如下：

1. 將政府在健康企業中所扮演的角色制度化，使其能順利與正當地運作此項業務。

2. 在提高醫療照護服務過程中，健康照護的消費者的實際參與意見，即由消費者運動的發起，來保護自身保健方面之權益。

3. 於與健康相關的政策制定過程中，不應完全操縱於醫界人士手中，相對的，廣大社區民眾應有權來表達對其本身保健有關之意見，以爭取並獲取其合理應得之權益。

4. 關於醫療保健經費的結構與分配，要能符合民眾的實際需要，衛生政策優先次序的決定，亦應以社區居民的最大利益為主要顧念。

總之，為了達成醫療的公正與均等原則，保障全民的醫療利益，吾人要以理性與科學的信念為基礎，合理地調整健康照護的提供者、消費者、和有關機構自身的行為，以及其相互之間的關係。而這一些也須有社區行動方案，始能發揮其功能。

### 四、健康照護的社會責任

健康照護的社會責任之觀點，與現代自由經濟與民主政治的理念關係是密切的。尤其，福利國家的社會福利理念是指——政府保障每一國民應享有的最低標準的所得，營養、健康、住宅，以及經濟教育。上述這些保障是基於每一國民的政治權利，而不是慈善的施捨。可見，與健康關係密切之健康照護體系



乃是社會福利之一環，國家有維護國民基本健康之義務，國民有享受健康照護之權利；亦即國民健康不再只是個人關心的事，而應由社會與國家共同負擔起維護健康與治療疾病的責任。

進一步地說，當國民的醫療衛生保健需求，不但政府方面應透過健康保險與社會救助的施行，用以保障國民的健康權利；並且，醫療從業者也應提供高品質，提供完整、便利可行的，以及經濟有效的醫療保健服務；而國民在接受、參與、以及干預醫療企業時，更應與醫療人員合作地建立正確之健康與疾病觀念；同時也要了解醫療保健計畫與各種行政等措施，以確實地對自己健康負起責任，並善於運用所得到的醫療保健服務資源。

## 陸、初級健康照護與社會工作

### 一、初級健康照護的基本內容

初級健康照護與社會工作是一種持續照護的模式，它是由關心人的整體健康更甚於疾病治療的保健工作者所提出。在「初級健康照顧」的名稱上，即指出此種模式強調病人在健康照顧系統上的首次接觸。它同時也對病人的治（curing）與療（caring）兩方面。

完善的健康照護包括五項基本要素（Miller, 1987）：

1. 可估性（accessibility）
2. 廣含性（comprehensiveness）
3. 協調性（coordination）
4. 持續性（continuity）
5. 權責性（accountability）

由於許多初級照護模式，皆由預算經費加以補助；因此，一個易於獲得照顧的可估性，是有所助益的。此外，廣含性的照護包含了基本疾病的看護，以及強調預防、早期發現生理及心理問題的保健照護。

已有研究報告指出愈來愈多的精神疾病及情緒上困擾的患者，常會尋求初級健康照護提供者的幫助，而比較少到心理衛生專業人員及精神科診所就診。

初級照顧醫師透過轉介而達到協調的目的，其轉介之對象有專科醫療提供及第二級或第三級（醫師）的照護型態，以確保服務的持續性及權責性。

醫療團隊型式，是提倡多功能的目的，故增加醫師、護理人員、醫事人員、營養師，以及社會工作人員，以達成初級健康照顧的功能；另一些模式則僅以一基本專科代表其團隊特徵，如小兒科醫師、婦產科醫師，以及住院醫師等。

### 二、社會工作的角色

初級照護提供了生命週期中，各階段的持續性的服務。其重視之焦點不僅在於醫療上的照顧；並且，對保健照護也投注相當精力。此觀念與社會工作在實施的健康領域中，社會工作之助人角色是一致的。基本上，病人應可以指認一位能對其病史及情況了解的醫師，以幫助他。

藉著實施上的程序安排，病人與社會工作人員之間的幾個接觸點受到確認。在其安排下，新的病人一律轉介到社會工作者，以先行了解其心理的暨社會的動力因素，以作為初步診察的一部分。

在初診的過程中，社會工作人員即能指出病人心理暨社會的重要因素，或精神上的症候，並給予幫助。許多研究報告也指出：社會工作人員與醫療人員的合作，能對提供醫療中有限的醫師時間，作最大的利用；在早期，醫師可能（或是）病人精神及情緒上的早期發現者；但是，他們缺乏時間及專業技巧，也成為病人尋求精神治療的理由之一。

當一大串的待診患者名單，使得完善的診斷評估實行困難的時候，社會工作人員經由醫師的轉介個案或利用標準的篩選後，而指出心理暨社會面的問題。達成情緒上壓力的判定有三種方法：

- （一）醫師及社會工作人員的早期診視。
- （二）掃描標準的篩選。
- （三）醫師的轉介。

初級照顧的模式反應出整體健康的需要，以及對病人的關切。並且，它使各方的醫療供應者及病人之間，有更多的交流機會，以及促進病人順從醫療建

議，加強其社會暨心理上的關心。再者，對病人整體需要的注意，也是使病人滿足的一大重要因素。

初級照顧模式肯定了身體與心理的不可分性，一個社會工作人員經由對傳統服務職位的重組，而能肯定有更多功能的展現，以面對綜合廣泛的照顧模式需求。根據利用初級照顧模式的人口，社會工作者的職責有：

(一)參與計畫活動及政策的制定。

(二)由病患人口羣指出社區的需要。

(三)在學校實行網絡工作。

(四)主動向外尋求合法獲得醫療資源的家庭。

(五)提供健康資訊給每一個個別案主，或因保健預防教育而形成的團體。

另一方面也經由自助或互助團體的形成，加強其策略運用。以上這些工作均在社會工作的功能範圍之內。尤其，在鄉里保健中心，以及對於社會經濟較低羣體之健康需求；進而建立之初級醫療機構中，尤其明顯。他們最常見的問題是不接受醫療照顧，以及不願從醫療建議。

社會工作者尚可從事於人口的研究，利用社會流行病理學的方法，指出有高度感染危險的人口，提高重要資訊，以求健康照顧服務的發展和完成。對初級照顧的增進，以及加強其他醫療人員對社會工作的了解，也是一個基本服務項目。社會工作人員不僅僅對個人及家庭提供服務，他們並藉由社區之中，對保健預防討論的參與，以發展其功能。

### 三、社會工作實施的障礙

一般而言，社會工作人員對於家人、老人、新近移民以及缺乏醫療者，有較大的幫助。因此，各地的衛生所也逐步建立雇用社會工作人員的基本編制，以求能增進以下三方面的技巧：

(一)正確而迅速的心理暨社會評估。

(二)對於壓力減輕的介入。(三)對社會問題的定位。

以上三項技巧常在下列服務對象中被應用而確認問題：這些對象包括未成年的產婦、酗酒或吸毒、兒童或配偶虐待、憂鬱症、以及急性或慢性精神病。

這些問題常易因環境的變化，而使問題更加複雜。因此，初級照顧服務可以早期發現，以預防並減少危險或傷害的情況發生。

近年來，無論在理論上或實際上，僅僅強調預防或治療的任何論點都已消失；預防及醫療都藉著擴張功能而增強服務範圍。社會工作者處於一種超然地位，而指出何者為最需要的服務，並在中央政府忽視了某些身陷困境的案主時，提出適時的服務問題與建議。

### 四、團隊目標

為了使初級治療模式的目的更易於達成，互助合作的醫療團隊原則不僅為基本的且是需要的，合作照顧病人的方式也可藉此展開，沒有任一個單獨醫療供應者，能置身於服務模式之外。在新的醫療保險制度及心理暨社會因素的被重視之下，醫生是無法提供完整的醫療服務的。

醫療團隊提供了一個系統性的服務網絡，他們給予病人多方專家的建議，在每一層面上了解病人的行為。並且，與病人的家屬一起計畫社區的支持活動，為了確保生活品質，使供應者及接受者在某一觀念上互惠地互動，並擴展於社區居民之間。

### 柒、公共衛生社會工作之社區介入模式

#### 一、公共衛生社會工作的本質

公共衛生社會工作的服務要項包括：預防、診斷、治療、維護，以及復健。一般而言，公共衛生計畫皆由中央或地方政府加以補助，而由醫院、衛生所、社區保健中心、以及收容所等，加以執行。社會工作人員在公共衛生領域中的服務有：個案工作、團體工作、社區服務……以及預防和傳染病防治工作。

公共衛生的基本定義是：「公共衛生是一門學科和藝術，它促使大眾預防疾病的侵害，增進壽命的延長，以及身心健康的發展；其方法乃經由有組織的社會大眾的力量，推行各項公共衛生措施，控制傳染病，從事個人衛生教育，以確保個人健康的平均水準。」以上定義提供社會工作者一個「社區介入」

的背景。

在預防方面，社會工作可分為三階段：

- (一)初級預防：在疾病未發生前，作初步的預防。
- (二)次級預防：在疾病之初期，作早期預防。
- (三)三級預防：著重於治療層面（包括社會復健）。

## 二、公共衛生社會工作之發展

(一)公共衛生與中央政府之政策

臺灣地區的公共衛生社會工作人力發展與制度，理應隨着新的「社會福利暨衛生部」的創立而同步發展，以應新時代的社會民衆的保健需求。以美國為例，專業社會工作在公共衛生領域中的發展，始於一九二一年七月一日，依莉沙白 (Elizabeth G. Gardiner) 受雇於紐約艾利斯島的海軍醫院，他是第一個公共衛生社會工作者。

到了一九八〇年代初期，社會工作人員提供了醫療及心理健康計畫上的服務，此類社會工作人員也增加為八百人。而後，中央政府與地方保健機構平行發展，且都納入公共衛生社會工作，其發展模式極具參考價值。所以，在此加以介紹。

## 三、公共衛生社會工作與社區保健

社會工作者在社區保健單位的一般功能有：

- (一)設定服務品質標準及監視。
  - (二)以各種方法增進個人及家庭之社會功能。
  - (三)參與資料收集。
  - (四)評論方案計畫及策略。
  - (五)社會工作實務研究：包括計畫的示範與完成。
  - (六)評估。
  - (七)擬定計畫。
- 社會工作者參與公共衛生的實務之後，便逐漸瞭解預防工作及流行病學的

方法。對於預防的有效程度，往往成為爭論的重點。公共衛生社會工作者也逐漸瞭解到，完整的研究計畫可確立預防效果；因此，他們會對下列工作加以注重：(一)資料收集和設計。(二)說明可變性。(三)對介入情形的測試，包括介入前及介入後。(四)取樣設計。(五)長期追蹤。上述五項也是社會工作研究方法落實於公共衛生暨社保健的特徵。

## 參考書目

- Berkman, B. et al. (1985). "Course Content for Social Work Practice in Health Care." *Social Work Education*, 3(1985), pp. 43-51.
- Bracht, N. F. (1987). "Preventive Health Care and Wellness." *Encyclopedia of Social Work* 18. Silver Spring, Md. : National Association of Social Workers. pp. 315-321.
- Baker, R. L. (1987). *The Social Work Dictionary*. Silver, Spring, Ma. : National Association of Social Workers. p. 81.
- "Interdisciplinary Activity."
- Bassoff, B. Z. (1980). "Interdisciplinary Education for Health professionals." *Social Work in Health Care*, 2(2), 219-228.
- Brill, N. I. (1876) *Team-Work : Working Together in the Human Services*. New York: J. B. Linnott.
- Butryn, Z. et al. (1983). *Health, Doctors, and Social Workers*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Clarkin, D.F. et al. (1980). "An Advocate's Guide to Health Planning." *Clearing House Review*, 13(11), 831-847.
- Clare, A. W. et al. (1982). *Social Work in Primary Health Care*. London: Academic Press, pp. 81-104, "Health Team Work."
- Dana, B. (1983). "The Social Work-Community Medicine Connection." *Advancing Social Work Practice in Health Care*



- Field, By Rosenberg, G. New York: The Haworth Press.
- Johnson, L. C. (1990). *Social Work Practice: A Generalist Approach*. London: Allyn and Bacon. pp. 354-350, "Coordination of Services."
- Kane, R. (1976). "Interprofessional Education and Social Work: A Survey." *Social Work in Health Care*, 2(2), 229-238.
- Kane, B.A. (1975). *Interprofessional Teamwork*. Syracuse, N. Y.: Syracuse University Press.
- Light, T. J. (1971). "Comparative Analysis of Health Care Systems: A Socio\*Political Approach." *Social Sciences & Medicine*, 5(1971). pp. 573-581.
- Miller, R. S. (1987). "Primary Health Care." *Encyclopedia of Social Work* 18. Silver Spring, Md.: National Association of Social Workers. pp. 321-324.
- Roemer, M. I. (1985). "The Structure and Types of Health Service System: National Strategies for Health Care Organization: A World Views. Washington, D. C.: Health Administration Press.
- Roemer, M. I. (1980). "A World Perspective on Health Care in the Twentieth Century," *Public Health Policy*, 1(1980). pp. 70-78.
- Stephen, W. G. (1979). *An Analysis of Primary Medical Care: An International Study*. New York: Cambridge University Press.
- Shayonlian, N. (1983). *Human Values in Medicine and Health Care*. Binghamton, New York: Vail-Ballou Press.
- Schramm, C. J. et al. (1981). "A New Role for Municipal Hospitals in the Delivery of Primary Care." *Journal of*

- Ambulatory Care Management*, 4(2), 49-55.
- Theoder, J. L. et al. (1984). *Health Politics and Policy*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Veatch, R. M. (1976). *Ethics and Health Policy*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Wallace, S. R. (1984). *Clinical Social Work in Health Care: New Biopsychosocial Approach*. "p. 36," *Defining Interdisciplinary Roles*.
- 余玉眉 (一九九〇)。公元二千年國民健康指標。臺北：行政院衛生署。頁五一七。〔公元二〇〇〇年我國國民健康目標草案〕。
- 胡海國 (一九八二)。「精神科醫療團隊的運作兼論心理衛生人員的角色」。中華心理衛生學刊，(1)，一一一八。
- 周玲玲 (一九八九)。「臺北仁愛醫院急診病患社會心理問題之探討」。臺北：醫務社會服務協會七八年刊，頁八二一八六。
- 莫黎黎 (一九八七)。「醫務社會工作在『出院計畫』中的角色與功能」。醫務社會服務協會，第七屆醫務社會工作研討會資料，頁三三—三五。
- 廖榮利 (一九九〇)「醫療社會工作。臺北：國立編譯館主編、巨流圖書公司印行，頁九一—一〇四。〔社區衛生與社會工作〕。
- 廖榮利 (一九八六)「醫療團隊工作之社會觀」，醫事法學，一〇(1)，頁一一八—一二〇。
- 廖榮利 (一九九〇)「社會工作管理：人羣服務經營藝術。臺北三民書局。頁一四七—一六〇。〔個案管理〕。
- 廖榮利 (一九九一)「精神病理社會工作。臺北：國立編譯館。頁一六八—一八五。〔社區組織與心理衛生〕。
- 廖榮利 (一九九一)「健康照護之社會要素」。臺北地區八十年度醫務社會工作基礎訓練教材，頁一一一七。臺南成功大學醫學院附設醫院。
- 衛生署 (一九九〇)「臺灣地區公共衛生概況。臺北：行政院衛生署。頁一一—一三〇。〔醫療照護體系〕。