

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：王篤強 博士

## 台灣中部地區醫務社會工作者醫療補助 原則之研究

**The principles of medical social worker for making  
judgement with the financial subsidy assessment**

研究生：徐婉茹

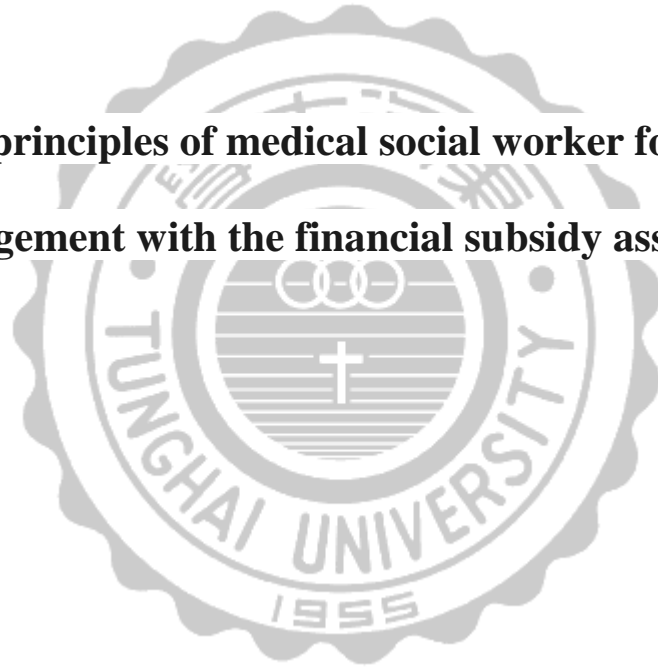
中華民國一〇五年二月

# 東海大學社會工作學系碩士論文

指導教授：王篤強 博士

## 台灣中部地區醫務社會工作者醫療補助 原則之研究

**The principles of medical social worker for making  
judgement with the financial subsidy assessment**



研究生：徐婉茹

中華民國一〇五年二月

東海大學社會工作學系碩士班

研究生 徐婉茹 碩士學位論文

台灣中部地區醫務社會工作者醫療補助原則之研究

業經審查及口試合格

論文審查及口試委員

指導教授：	王馬浩	105年1月25日
審查教授：	龍紀萱	105年1月15日
審查教授：	呂朝賢	105年1月15日
系主任：	劉珠利	105年1月28日

## 摘要

全民健康保險制度的推行，在表面上看醫療補助需求似乎下降了，但實際上經濟弱勢民眾無力就醫的問題依然存在，引入資源，協助經濟弱勢者就醫，保障其權利，解決病患及其家屬相關問題，仍然是醫務社會工作者的重點工作之一。

然而當醫務社會工作者在面對這些經濟弱勢的病人及其家屬需要引入社會資源，進行資源適當之分配，實質上來說進行資源分配也就是在指進行醫療補助的分配，但在有限的資源裡，究竟要按照什麼樣的原則來進行醫療補助的分配呢？故本研究主要探討中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時資源分配之原則及影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素。

本研究以中部地區醫務社會工作者為母群體，採普查方式進行問卷調查，共發出 215 份紙本問卷，回收 205 份紙本問卷，有效問卷計 199 份，有效回收率為 95.35%。

研究結果發現如下：

- 一、中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時採用的資源分配原則為需求與平等原則。
- 二、影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素為國中學歷、高中學歷、大專學歷、扶養未成年子女數、具有債務及評估補助比例。

根據以上研究結果，本研究提出以下建議：

- 一、學校教育應多開設倫理價值、華人文化課程以培養社會正義與華人文化敏感度。
- 二、實務上應多開設醫療補助相關教育訓練，定期舉辦職前訓練、在職訓練並鼓勵社工人員能去參加，以促進醫療補助資源分配的一致性及公平性。
- 三、建立督導制度，以增加服務品質。

關鍵字：醫務社會工作者、資源分配、醫療補助原則

## Abstract

The needs for medical subsidies seem to have reduced after the implementation of the National Health Insurance; however, the issue of economically disadvantaged people not being able to receiving medical treatment has actually persisted. Introducing resources, assisting economically disadvantaged people for medical treatment, ensuring their rights and solving relevant problems for patients and their families are still the priorities for medical social workers. When dealing with the needs of economically disadvantaged patients and their families, medical social workers have to introduce social resources and further determine the appropriate allocation of resources. In essence, the allocation of resources refers to the allocation of medical subsidies. However, due to the fact that resources are limited, the allocation of medical subsidies must be determined by certain principles. Therefore, the purposes of this study were to explore the principles used by medical social workers in central Taiwan for medical subsidy allocation and the factors influencing their allocation.

In this study, medical social workers in central Taiwan were selected as the research population. By using the general survey method, a total of 215 paper-based questionnaires were distributed and 205 were collected, among which 199 were valid questionnaires with a recall rate of valid questionnaires of 95.35%. The research results are listed as follows:

(1) The principles adopted by medical social workers in central Taiwan for medical subsidy allocation were based on the level of needs and equality.

(2) The factors that would influence medical social workers in central Taiwan during the medical subsidy allocation included: education level (junior high school, senior high school or college), the number of dependent minor children, with debts or not, and the assessed proportion of the subsidy.

Based on the above results, the following recommendations are provided:

(1) To foster the sensitivity to social justice and Chinese cultures, school education should include the courses related to ethical values and Chinese cultures.

(2) To promote the consistency and fairness in the allocation of medical subsidies, the educational training related to medical subsidies should be included in the practices, and social workers should be encouraged to attend relevant pre-service training and in-service training.

(3) A proper supervision system must be established to improve service quality.

**Keywords:** medical social worker, resource allocation, medical subsidy principle

## 致謝

終於走到書寫致謝這一刻，代表我就要結束充滿辛苦之研究所生涯，內心充滿無限的感動與感謝。

回首這近六年的研究所生涯滿是感謝，首先我要先感謝我的指導教授-王篤強老師，您總能給我許多空間與包容，每當我遇到論文瓶頸時第一時間向您求救，您總能不厭其煩跟我一起討論、指引我正確的論文書寫道路；除了論文學習之外，您也總會向父親一樣關心我的工作、家庭與健康，讓我在書寫論文繁雜情緒外多出許多溫暖的感覺，感謝上天讓我遇到像您如此好的老師，非常感謝這一切！

謝謝我的口試委員龍紀萱老師及呂朝賢老師，謝謝您們在論文口試時給我的寶貴建議，使我受益良多。另外也要特別感謝系上的大霞助教、雅俐助教、培元助教、宜椿助教，提供了許多行政上的支持及協助。接著，要感謝抽空替我發放問卷及完成問卷的醫務社會工作前輩們，因為有你們的協助我的論文才能順利完成。

謝謝我身邊的好姐妹思恬、裕敏、雅婷、之玉、麗香、韻如，因為妳們總能與我一起討論我的論文，給我許多寶貴意見，重要的是，妳們總能在我對論文書寫感到煩悶時給我許多心理支持和鼓勵，有妳們真好！

謝謝我的工作場域、主管及同事們，不論是工作職務或工作時間的調整、安排實習、協助發放及完成問卷等等的事，都因為有你們包容及協助，才讓我可以安心的完成學業，真的非常感謝！

最後，要感謝的是我最親愛的家人們，我親愛的爸爸、媽媽及我親愛的先生給我無限的愛與支持，讓我能一邊工作還能一邊念書，完全無後顧之憂，而也要特別感謝我的先生，他從我剛進研究所時一直陪伴我到現在要畢業之時，這六年間我們從情侶變成家人，因為有他的督促而促使我完成了這份學業，我愛你們！

婉茹於大度山上

# 目錄

<b>第一章 緒論</b> .....	<b>1</b>
<b>第一節 問題陳述</b> .....	<b>1</b>
<b>第二節 研究動機與目的</b> .....	<b>5</b>
<b>第三節 名詞界定</b> .....	<b>7</b>
<b>第二章 文獻探討</b> .....	<b>8</b>
<b>第一節 醫務社會工作與醫療補助</b> .....	<b>8</b>
<b>第二節 社會資源分配原則及影響資源分配因素</b> .....	<b>13</b>
<b>第三節 相關研究</b> .....	<b>22</b>
<b>第三章 研究方法</b> .....	<b>23</b>
<b>第一節 研究架構與研究問題</b> .....	<b>24</b>
<b>第二節 研究設計</b> .....	<b>26</b>
<b>第三節 研究測量工具設計</b> .....	<b>28</b>
<b>第四節 研究分析與統計方法</b> .....	<b>32</b>
<b>第五節 研究倫理</b> .....	<b>33</b>
<b>第四章 研究結果與分析</b> .....	<b>34</b>
<b>第一節 社會工作者個人基本資料之描述</b> .....	<b>34</b>
<b>第二節 中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配原則</b> .....	<b>42</b>
<b>第三節 影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素</b> .....	<b>44</b>
<b>第五章 結論與建議</b> .....	<b>52</b>
<b>第一節 研究結論</b> .....	<b>53</b>
<b>第二節 討論</b> .....	<b>55</b>
<b>第三節 研究建議</b> .....	<b>57</b>
<b>第四節 研究限制與未來研究建議</b> .....	<b>59</b>
<b>參考文獻</b> .....	<b>61</b>
<b>附錄一</b> .....	<b>67</b>

## 表目錄

表 2-1-1 醫務社會工作專業發展概況.....	12
表 2-2-2 社會資源之定義及分配.....	14
表 2-2-2 社會資源分配原則.....	19
表 3-2-1 中部地區醫院層級家數及人數分布一覽表.....	26
表 3-2-2 本研究問卷發放與回收情形.....	27
表 4-1-1 社會工作者基本資料次數分配與百分比統計表.....	35
表 4-1-2 社會工作者教育背景次數分配與百分比統計表.....	36
表 4-1-3 社會工作者專業背景次數分配與百分比統計表.....	38
表 4-1-4 社會工作者組織背景次數分配與百分比統計表.....	39
表 4-1-5 社會工作者負荷感、其他次數分配與百分比統計表.....	41
表 4-2-1 虛擬家戶特質前三項判準(第一位)次數分配與百分比統計表.....	42
表 4-2-2 虛擬家戶特質前三項判準(第二位)次數分配與百分比統計表.....	43
表 4-2-3 虛擬家戶特質前三項判準(第三位)次數分配與百分比統計表.....	43
表 4-3-1 虛擬家戶特質對醫療費用補助比例公平判斷的迴歸(模型 A).....	45
表 4-4-1 社會工作者基本資料對醫療費用補助比例公平判斷的迴歸 (模型 B).....	47
表 4-4-2 社會工作者基本資料與虛擬家戶特質對醫療費用補助比例公平判斷的 迴歸(模型 C).....	49
表 4-4-3 三個模型之摘要比較.....	51



## 圖目錄

圖 3-1-1 研究架構圖.....	24
--------------------	----

# 第一章 緒論

## 第一節 問題陳述

社會工作是一門助人工作，協助遭遇困難的個人、團體、社區恢復原有的社會功能，促進社會適應能力（Kutchin, 1991）。進而達到社會正義的目標。其中引入社會資源協助服務對象幫助他們自己解決問題，這是社工專業的特色（許臨高，2008）。之所以引入社會資源是要達到社會正義的目的。而這一點在醫務社會工作相關研究中，更可以見到。相關論者們再再強調發掘、聯結、規劃與運用社會資源是醫務社會工作者必備的重要能力（莫藜藜，1998；秦燕，2009；溫信學，2012）。

事實上，社會工作的前身，源自西方教區濟貧，從事志願服務工作成員包含鄰里街坊與教友們，他們很早就發現「貧病相依」的現象，便在所在教區之中從事發放物資、貧民施醫、施棺的服務（林萬億，2002）。爾後這些發放物資，也就是引入資源的服務，在民間形成了慈善組織會社（Charity Organization Society，簡稱 COS）、睦鄰運動（settlement movement）或睦鄰服務中心（neighborhood centers）等工作模式。然而在他們引進各種資源協助這些貧民過程中，社會工作的先驅們為了防止福利欺騙，促使資源有效運用，便逐步發展出諸如「友善訪問員（friendly visitor）」在內的「科學慈善」制度，人與環境並重等相關概念，以及個案工作、社區工作等內容，便成為社會工作專業化的引入資源，協助他人，息息相關而密不可分，然而引入資源協助他人目的就是要追求正義進而達到資源的公平分配。

「貧」和「病」緊緊相連，無論在過去或現代，或是在東方或西方，都是類似的。「一人生病、拖垮全家」，反應出現代社會疾病風險對個人及家庭的嚴重威脅和衝擊（陳武宗，2009），因為家中若有一人生病或遭逢意外入院，尤其那

人是主要經濟來源者時，那麼對家庭經濟所帶來的困境與莫大壓力，甚至拖垮全家的慮焦，更是明顯。孤立無援的他們，迫切需要外界的協助。在這個時候如果沒有及時的幫助，後續的發展往往由病走向了貧，也因此在我們社會中常有著「貧病相連」這樣子帶有經驗判斷、又帶有客觀描述意味的說法。在這樣的脈絡底下，我們回顧臺灣醫務社會工作發展的歷史，可以發現其實在不同時期所創設的不同社會事業與醫療設施，正是試著回應前述貧困無依、疾病威脅等生存課題與需求的努力（陳武宗，2009）。其中，貧民施醫制度、醫務社會工作者的出現便是代表。

「減低經濟與非經濟因素對病人醫療過程的干擾」是醫務社會工作的主要任務之一，特別是經濟性因素所形成的求醫障礙，一直是國內外醫務社會工作發展以來，持續不斷須優先介入的實務課題（陳武宗、劉嫻均、陳冠含、陳錦雯，2011），而醫療補助從一開始就成為了醫務社會工作者最具代表性、也最核心的工作內容之一（莫藜藜，2002）。另外，隨著時代改變，醫療服務從疾病為中心轉變為以病人為中心，而在以病人為中心的理念下，也同樣強調經濟補助為主要之服務內容（溫信學，2012）。以上的說法，和研究者在實務上的經驗很一致，醫務社會工作專業的服務也總還是以醫療補助為較多，其目的是為避免病人就醫時可能因無力負擔醫療費用而中途放棄治療，甚至不願持續就醫，造成病情加劇，而影響健康之維護。

不過，醫務社會工作發展過程中常協助與處理的是經濟問題，和伴隨而來病人因無力負擔龐大的醫療費用所帶來的影響健康維護的問題，在國內隨著政府社會救助法制與措施的日漸充實完備，以及全民健康保險制度的開辦，使得原有醫療補助的內涵與做法有所調整。然而，無論是根據陳武宗（2011）的意見、或是研究者自己實務經驗的觀察，當前全民健康保險制度看起來似乎能夠讓病人的經濟負擔大幅降低；但隨著社會經濟景氣的變化，失業或非典型就業人口上升，他們的情形又無法符合社會救助資格，或受限公民身份被制度排斥在外，使得無力

繳交健保費用人口層出不窮。這讓原本預期，將會日漸萎縮甚至受全民健保制取代的醫療補助，在角色和內容上雖有些許的變異，但大致上還是醫院社會工作者被認知和期待去執行的工作。

而這一點，我們證諸中央健保局自己所發布的期許中，也可以見到醫務社會工作危機人口的轉變。「儘管減低國民就醫過程的財務障礙，確保人民就醫的權益，是國內全民健康保險制度實行，最主要的目標之一，也藉由社會保險的精神，改善與解決『一人生病、拖垮全家』的社會問題，當然因此也減低了醫院醫療補助的範圍，但隨著經濟條件的改變，無法納保或繳納保險費用的弱勢經濟人口群，又成為新的關注對象，甚至是保險單位須提供協助的服務人口群」（行政院衛生署中央健康局高屏分局，2010）。

更具體的說，在研究者工作經驗裡發現，現今許多病人有著需使用昂貴的自費藥材的問題；也因此往往產生一旦病人久病，自己或家屬無力、或因家庭互助與孝道觀念式微而不願負擔照顧責任等問題。所以目前醫務社工的醫療補助內容已經不是僅僅只有單純的醫療費用而已了，它有更大比例是高貴藥劑或因病情需求必要使用的藥材。而綜合上述，指向上述全民健康保險制度的推行，在表面上看醫療補助需求似乎下降了，但實際上經濟弱勢民眾無力就醫的問題依然存在，引入資源，協助經濟弱勢者就醫，保障其權利，解決病患及其家屬相關問題，仍然是醫務社會工作者的重點工作之一。

然而當醫務社會工作者在面對這些經濟弱勢的病人及其家屬需要引入社會資源，進行資源適當之分配，實質上來說進行資源分配也就是在指進行醫療補助的分配，但在有限的資源裡，究竟要按照什麼樣的原則來進行醫療補助的分配呢？在實務工作中社工人員專業裁量權，又是如何貫穿、乃至影響整個專業服務的過程呢？它是不是影響救助資格的審核？急難救助金額的分配呢（曾華源，2004）？以上這些問題不但困擾著，也引發著我們的關心。而這些放在研究者所服務的醫院場域裡，我更想知道醫務社會工作者們，在資源有限的情形下，社

會工作者從事醫療補助時是不是持守公正對待的原則，避免案主的利益受到損害與犧牲？還是考量華人人情關係而有所斟酌呢？

案例 1：王先生因為一次車禍意外導致腿部嚴重骨折，且因此無法繼續工作，經治療且復健後仍無好轉，後來醫師建議要進行人工關節置換術，且需使用自費藥材，王先生因此有經濟上的困難，無力全額負擔醫療費用，經由醫療團隊轉介而求助於醫務社工，且醫療團隊還特別請求社工必須要補助給王先生，社工考量不願破壞與醫療團隊的關係，最後還是運用社會資源替其申請補助。

案例 2：目前醫務社工手上有兩名急需提供醫療補助的個案，但現在可運用的資源僅足夠補助給其中一名個案，個案王小姐在三個月內已緊急住院兩次，且在第一次住院時遭受差別待遇未能給予補助，但張先生在三個月內僅住院一次，最後社工將該資源優先補助給個案王小姐。

從上述兩個修改過並且改換過姓氏的案例裡，情節在許多醫務社會工作者眼中，看起來一點都不陌生。這種情形，似乎在工作場合中，日日上演，非常熟悉。然而在助人關係中面對資源不足且匱乏，社工在進行醫療補助資源分配時考量人情之間的關係而替其申請補助，我們不禁自問這樣的資源分配真的適當嗎？對其他的案主來說是否公平？而社工因為案主之前曾遭遇過差別待遇，最後優先將資源先分配給他，而這樣的分配原則是否公正呢？此外，服務接受者也常常爭議，為什麼相同的情形卻沒有一致的補助呢？面對這些，我們到底該怎麼辦？

因此，綜合上述，醫務社會工作者在進行醫療補助資源分配時，是考量什麼原則？那又是什麼樣的元素去影響從事醫療補助時的資源分配呢？舉凡這些問題都不禁令人好奇與深思。

## 第二節 研究動機與目的

近年來社會變遷及醫療環境改變，病人及其家屬在就醫過程中遭遇的障礙是多重且複雜，醫務社會工作因此發展出多元服務。然而服務問題及內容多元，且醫務社會工作者多元的服務並非僅協助處理醫療補助，僅研究者本身在實務經驗裡常需要處理及協助的是有著經濟問題的個案，進而認為醫療補助原則相當重要。

隨著全民健康保險制度推動，醫務社會工作中的經濟問題似乎下降了，但實質上經濟問題還是存在，故醫務社工進行醫療補助仍然是重點工作之一。

社會工作特別看重人的獨特性及對個別差異的尊重，因此在提供助人服務過程中，社會工作者實不應該因個人存在的價值偏好或是人情壓力而面對有著經濟問題的案主之補助分配行為有所差異。但實際上，社會工作者在進行醫療補助資源分配時，背後勢必有考量的原則，可能是考量資源分配皆必須平等、考量需要的程度、考量曾經遭遇不公平對待的個人，應該優先給予資源，也可能會考量人與人之間的人情壓力，在不同的考量之下，最後才會作出資源分配的行為，而令研究者好奇的是在作出資源分配行為前，究竟是考量何種原則以進行適切之資源分配行為呢？此為研究動機之一。

綜觀國內對資源運用和分配行為相關論文，大多是以服務使用者觀點去探討資源分配情形，有以青少年（姚淑芬，1994；鍾佳伶，2006）、老人（李昭蓉，1995；劉聖媛，2010）、社區獨居老人（余正麗，2010）、新移民女性（林慧甄，2006）、大學生（黎小甄，2010）、脊髓損傷患者（何伶娟，2011）領域去探討各領域資源分配的情形，有幾篇是以實務工作者觀點出發去探討資源分配情形，有以醫務社會工作者（韓元勤，2004）、國中輔導老師（孫莉琳，2006）、國軍心輔人員（柯芝叡，2010；陳瑛怡，2002）、各領域社工人員（吳怡蓉，2004；陳郁日，2006；韓玉瑛，2006）去探討資源運用及分配的情形，但皆僅討論資源分配的內容及情形，未針對資源分配行為前的考量原則去做探究，更未針對其分配行

為做討論，僅有一篇量化研究是在人情情境下探討資源運用原則（韓玉瑛，2006），另有一篇是針對資源分配行為去探討大學生利社會行為之研究（黎小甄，2010），前者是針對各領域社工人員施測且僅限於在人情情境下探討，後者是以資源分配行為探討大學生利社會行為；而本研究是以醫務社會工作領域為研究對象並去探討醫療補助資源分配原則之研究，目前未有相關研究，故研究者更加期待能從中去瞭解現況，進而促進資源分配的一致性及公平性，並針對研究結果提出具體建議，進而促進社工實務發展，此為研究動機之二。

基於以上研究動機，本研究所欲達成的目的有以下幾點：

- 一、瞭解醫務社會工作者面對經濟弱勢者提供醫療補助時，所持的醫療補助資源分配原則。
- 二、期待透過本研究結果，提供具體建議，以供未來改善服務輸送參考依據。

## 第三節 名詞界定

### 一、醫務社會工作者 (Medical Social Worker)

醫務社工屬於社會工作專業領域的一環，主要是助人專業運用在醫療機構裡，由社工人員針對病人及家屬的需求和問題，透過社會心理暨靈性的評估歷程，而連結相關資源，以協助病人調適疾病、情緒抒發、經濟扶助與出院安置等，以獲致身心健康。本研究所指的醫務社會工作者即是受雇於醫療機構內，從事醫務社會工作的社會工作者。

### 二、醫療補助 (Assistance)

免除低所得就醫之經濟障礙，採救助方式，對非保險人口中罹患傷病之中低所得民眾，經家庭經濟評估與調查核定程序，所提供之全額或部分補助之醫療服務，目的在減低貧困人民傷病之困擾與痛苦，早日恢復健康生活。

### 三、資源分配原則 (Distributive of Resources Principium)

本研究所稱資源分配主要是站在社工人員的立場來探討，是指案主都有權利享有有限資源。而社工人員在面對經濟弱勢者進行醫療補助時，欲分配符合案主需求的資源前，其會如何考量分配的原則而實際作出分配之行為，在本研究中將分配原則可分為平等、需求及人情原則。



## 第二章 文獻探討

本研究旨在探討中部地區醫務社會工作者醫療補助資源分配原則之情形，在此章文獻探討部分，共分為三節，第一節先探討醫務社會工作與醫療補助意涵、歷史發展概況；第二節探討社會資源分配原則及影響資源分配因素；最後，第三節為相關研究。

### 第一節 醫務社會工作與醫療補助

本節針對醫務社會工作及醫療補助背景脈絡作解析，分成三個部分闡述：醫務社會工作及醫療補助的意義與內涵；美國醫務社會工作及醫療補助發展概況；台灣醫務社會工作及醫療補助發展概況。

#### 壹、醫務社會工作意義與內涵

社會工作辭典將醫務社會工作定義為：在醫療衛生保健工作所實施或配合的社會工作。是社會工作者運用社會工作知識與技術於醫療衛生機構，從社會暨心理層面來評估並處理個案問題，主要是與醫療團隊共同協助病人及家屬排除醫療過程中的障礙，不僅能治癒生理疾病，更使病人能達到身心平衡，更著重於處理社會相關因素。

醫務社會工作專業是於醫療衛生單位裡，運用社會工作知識與技術來協助案主解決問題，從社會暨心理層面來評估並處理案主衍生的問題，以醫療團隊的概念共同協助病患及家屬排除醫療過程中之障礙，不但使疾病早日痊癒，病患達到身心平衡，並使得因疾病而產生的各種問題得以解決，同時也促進社區民眾的健康（莫藜藜，1998）。

醫務社會工作是一門以關懷為出發，於醫療機構中提供全人照護的助人工作，透過社會心理暨靈性層面的需求評估，幫助病人及其家屬處理因疾病關係而衍生的家庭、經濟、工作、情緒、復健、出院安置，以及疾病相關適應等問題，提供病人及家屬支持性、補充性與關懷性的服務，使病人在復原過程裡，能有更佳的適應能力。醫務社工主要工作方法包括：個案工作、團體工作與社區工作，而在日益重視病人權益的醫療機構中，亦重視跨團隊合作模式，參與服務層面更加寬廣（溫信學，2012）。

綜合上述，醫務社會工作是屬於社會工作專業領域中的一環，主要是將助人專業運用在醫療場域裡，由社工人員針對病人及其家屬在醫療過程中所產生的需求和問題，透過社會暨心理評估歷程，而連結相關資源，以協助病人及其家屬排除各項障礙，增強疾病及生活適應能力，以獲致身心健康之平衡。

## 貳、醫療補助意義與內涵

社會工作辭典（2000）將醫療補助定義為以社會救助的方式，對罹患傷病之低收入戶及清寒民眾，提供免費或高額補助之醫療服務。

「醫療補助」、「醫療救助」及「經濟補助」的用法被視作同意詞（陳琇惠，2000；莫藜藜，2002）。

從政府社會救助的角度來看，醫療補助係指：「政府為免除低所得者就醫之經濟障礙，所提供的救助措施，目的在減低貧困人民傷病之困擾與痛苦，早日恢復健康和自主生活」；而從醫務社會工作者運作的角度出發，醫療補助則指：「採救助方式，對非保險人口中罹患傷病之中低所得民眾，經社會暨心理評估與調查核定程序，所提供之免費或部分補助之醫療服務」（陳武宗等人，2011）。

醫療補助是指醫療機構基於使命、社會責任或法定的規範，對社會或經濟的弱勢求醫者，經資產調查或其身分審查後，以機構本身的基金或運用社會資源，對其醫療、復健、生活照顧及短期安置等費用，所提供全額或部分補助的社會服

務方案，以提供協助，獲得其必要和適當的醫療服務與照顧為目的(陳武宗等人，2011)。

綜合而言，醫療補助意旨為使弱勢病人及其家屬排除就醫所產生經濟負擔而造成之障礙，經社會暨心理評估與調查核定程序，所提供之部分或全額補助之醫療服務，使得弱勢民眾能降低就醫經濟壓力，恢復健康生活，而醫務社會工作推行的重要目的是須共同維護經濟弱勢者的健康，醫療補助是達到該目的的一種重要手段。

### **參、美國醫務社會工作與醫療補助發展概況**

醫務社會工作起源於 16 世紀英國的放賑者或施賑者 (Almoner)，這些神職人員秉持人道精神與濟世理念在醫院中進行救濟貧病的工作，可謂醫務社會工作之源頭。直到伊麗莎白一世公布濟貧法，1895 年在倫敦皇家醫院中率先聘任施賑者運用個案工作的方法協助病患及家屬處理各種因病痛而引起的問題，也包含補助醫療費用，進而塑造醫務社會工作之雛型。1905 年位於美國波士頓的麻州州立醫院 (The General Hospital of Massachusetts) 在卡博醫師 (Dr. Cabot, Richard) 倡導下成立社會服務部 (李雲裳，2005)，卡博醫師發現許多病患在經過醫生的診治後，癒後不理想，並發現病患在其病情背後仍有社會、心理...等問題需要被解決，因此他提倡必須於醫院中正式設置醫務社會工作專業以解決病患的問題 (廖榮利，1992)，他認為醫務社會工作專業能對更多症狀提供有效的處遇，且醫務社會工作者在此是很有影響力的 (Cowles, 2003)，於是在 1913 年時，便有 100 個醫院設置醫務社會工作專業人員，到了 1923 年更有 400 個醫院設置了醫務社會工作專業人員 (Cannon, 1923；引自 Cowles, Lois A, 2003)。美國更在 1948 年後，開始有專業化的限制，全面管理醫務社會工作者的專業素質 (莫藜藜，2002；謝孟雄，1990)。

坎儂女士 (Ida M. Cannon) 是美國波士頓的麻州州立醫院社會服務部門的首任主管，也是醫務社會工作的奠基者，在她的職業生涯中，曾擔任過護士、醫務

社會工作者，也曾撰寫過醫務社會工作教科書，更積極建立醫務社會工作教育制度，對推動醫務社會工作有很大的助益，可說是發展醫務社會工作重要推手（溫信學，2012）。

## **肆、台灣醫務社會工作與醫療補助發展概況**

從台灣的醫務社會工作歷史軌跡看來，台灣的醫務社會工作發展也六十餘年，在這六十多個年頭裡出現許多關鍵事件發生，從 1949 年在台灣省立臺北醫院首設社會服務部門，後續成立「中華民國醫務社會服務協會」，讓醫務社工有第一個正式專業協會，亦歷經推行全民健康保險制度，使醫務社會工作有著莫大衝擊，也因應醫院社會工作部門隨著醫院評鑑的展開逐步確立其在醫院組織中的法定位置，這樣事件都逐漸奠定醫務社會工作之專業化，故研究者將依醫務社會工作歷史軌跡進而整理醫務社會工作專業發展概況（詳如表 2-1-1 所示）。

表 2-1-1 醫務社會工作專業發展概況

年代	階段	重要事件
清末民初	紮根時期	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1880 年—馬偕博士在淡水創建「偕醫館」，以醫療照顧為經，社會服務為緯，救助貧病。</li> <li>2.1896 年—在馬偕紀念醫院、彰化基督教醫院均設置社會服務部門，提供弱勢病人相關協助，包含經濟上的協助，例：急難救助。</li> </ol>
1949 年~1980 年	萌芽開創時期	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1949 年—在台灣省立台北醫院首設社會服務部門，是台灣第一個設立社會服務室的醫院，協助弱勢病人及家屬，亦提供醫療補助。</li> <li>2.1953~1970 年—臺大醫院、馬偕醫院、各公立及財團法人醫院紛紛在醫院內設立社會服務部門。</li> <li>3.1975 年—台灣省社會處分別成立社區心理衛生中心，中心內有社會工作人員的編制。</li> </ol>
1981 年~1990 年	專業發展時期	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1983 年—中華民國醫務社會工作協會成立。</li> <li>2.1985 年—正式將社會工作納入醫院評鑑項目內，確立其在醫院組織中的法定位置。</li> </ol>
1991 年~迄今	專業挑戰時期	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1995 年—全面推行全民健康保險制度。</li> <li>2.1997 年—社會工作師法通過，社會工作邁入證照化。</li> <li>3.2011 年—醫療機構設置標準納入社會工作人員及社會工作師。</li> <li>4.2012 年—衛生福利部成立、新制醫院評鑑上路、醫事人員法訂定（研擬將醫務社會工作人員納入醫事人員）。</li> </ol>

**資料來源：**研究者自行整理

在相關文獻中提到，世界各國在 1950 年以前於醫療機構設置社工人員，大多因應病人產生的社會問題，其中仍以處理醫療費用產生的經濟問題為主，而以台灣地區來說，醫務社工的初期發展主要也是為了處理病患的急難救助，也就是醫療補助（莫藜藜，2013）。

## 第二節 社會資源分配原則及影響資源分配因素

本節主要針對社會資源分配原則之相關理論及概念作一討論及其影響資源分配之因素，社會資源分配即是指醫療補助分配，以下文獻論述會從幾個面向談起：首先介紹社會資源、資源分配原則之意義與內涵，再來介紹影響資源分配之因素。

### 壹、社會資源的定義

從整理各學者對於社會資源之定義及分類看來（見下頁表 2-2-1），各學者各有不同看法，但在概念及意涵上大致相同，大多包含在人力資源、物力資源、財力資源、人文資源內，而財力資源亦是關鍵，也是本文最關心的，為便於研究操作，故聚焦於財力資源，更進一步來看，財力資源的分配即是指醫療補助的分配，分配的形式可能有部分減免、全額免除，資源的來源可能由他人捐贈、其他基金會補助、醫院補助等，這些都會影響資源分配原則，而本研究旨在探討醫務社會工作者對貧窮態度與資源分配原則之研究，且以醫療補助為例，故本研究所謂的資源分配即是指財力資源之分配。

表 2-2-1 社會資源之定義及分類

學者	年代	社會資源定義
Halley	1992	資源分為非正式社會資源、正式資源、社會資源系統三種。 1.非正式（自然）社會資源：包含家庭、朋友、鄰居、同事等。 2.正式資源：社會組織、協會成員、其他工會等。 3.社會資源系統：透過社會立法或志願公民的社會行動來提供服務（如：個人透過學校、日托中心等提供服務）。
Johnson	1987	將資源分為正式資源及非正式資源： 1.正式資源：指公部門的政府經費補助、方案規劃、其他社會福利機構與團體等提供之服務。 2.非正式資源：個人親友網絡、鄰居網絡等。
林萬億	1992	將資源區分為人、物、錢、專業知識、組織與關係等。 1.物：則包含各種物品及設施。 2.錢：包括社區如何籌募及如何使用的問題。 3.專業知識：主要是指學校裡的專家對社區能夠提供的專業知識。 4.組織：包括宗教團體、宗親會、各種理事會、青商會、獅子會、義消等。
李建興	1994	資源分為兩類。 1.有形資源：人力、物力、財力、組織。 2.無形資源，如互助、社區意識。
李宗派	2000	資源可分為人力資源、物力資源、財力資源、人文資源、人緣資源等五類。
張英陣	2000	將社會資源分為正式資源及非正式資源。 1.正式資源：機構或專業人員提供服務。 1-1 公部門資源：依法行政並由賦稅制度提供經費，包含了社政單位、衛政單位、民政單位等。 1-2 私部門資源：非營利組織所提供服務，包含了地方性非營利社團、機構或企業捐贈。 2.非正式資源：親朋好友、鄰居與志工等所提供的服務。
陸宛蘋	2001	將資源分為有形物質資源和無形的精神資源。這些資源可做為服務提供者協助服務者重返平衡生活，也是直接提供服務者度過困境的力量，基本上它也是屬於一種供需的關係（黃維憲，1985；潘淑滿，2000）。
高淑清	2001	1.凡是協助適應社會環境與滿足國民需求，使達到健全人格富足的家庭生活，所提供的有形、無形的資源皆為社會資源。 2.又將資源區分為內在及外在資源： （1）內在資源：是指所有能夠解決滿足案主個人心理層面的需求，通常由服務提供者評估案主的個人特質及生活品質後，激發其案主個人支持系統，及環繞案主的親戚、朋友、鄰居、重要他人等非正式有效資源。 （2）外在資源：指透過公、私部門提供服務者的機構、組織、基金會、團體等正式資源（李宗派，2000）。
潘淑滿	2000	將資源區分為以案主及機構為主體： 1.以案主為主體。 2.以機構為主體：以機構為主體可將社會資源分為有形及無形的社會資源。有形資源包括人力、物力、財力；無形資源則包括社會價值、意識形態、信念、專業技術、知識概念、社會關係或社團號召等。
羅正杰	2007	1.人力資源：個人、專家、學者、領導人、社工人員、志願工作者，甚至是各種社團組織。 2.物力資源（天然資源）：為土地、建築物、設施及設備等實質存在的資源。 3.財力資源：義賣、捐助、贊助、獎勵等任何關於金錢的來源。 4.人文資源：人民愛鄉土及回饋故里之心情、人際關係、倫理規範、精神力量、歸屬感、參與感、責任感及榮譽感等。

資料來源：研究者自行整理

## 貳、資源分配的原則

資源分配是指將有限的資源盡可能公平的分配給有需求的人（洪敏琬主譯，2013），它是一種行為意向與意圖，而提到資源分配時，亦根據不同的標準或是原則去進行分配的行為，那又是根據那些標準或是原則去進行公正的分配呢？以下將分別針對分配性正義三原則、資源分配四原則和親疏關係進行相關討論。

### 一、分配性正義三原則

當資源無法立即滿足所有有著經濟問題的個案時，而要將有限資源分配給其經濟個案，可以先考量的便是盡力在分配的過程中符合「分配正義」(distributive justice)。分配正義是有關於運用倫理概念與標準以決定如何分配稀有資源給人們、社區、團體、組織等（包承恩、王永慈主譯，2000），而分配正義亦指資源公平的被分配（Wakefield，1988）。

（一）分配正義亦包含幾項標準，分別說明如下（轉引自吳老德，2000）：

Runiman 指出，分配社會福利資源的三個標準為需求（need）、功績（merit）與對大眾福利資源的貢獻（contributions to the common good）。Ch. Perelman 則列舉六項正義觀，分別是：以同樣的態度、依其功績、依其作品、依其需求、依其層級、依其法律資格對待每個人。L. Tom Beauchamp 提出一多樣性的分配標準：1.分配給每個人相同的份額；2.按照個人之需求進行分配；3.依據個人之權利分配；4.按照個人之成果進行分配；5.依據個人對社會之貢獻進行分配；6.按照個人之功績進行分配。John Edwards 則蒐集近代十一位學者採用的社會正義概念，認為對於社會資源分配的標準，應包括需求、功績、權利與平等。Nicholas Rescher 提出分配正義的七個基準：1.對每個人一視同仁的同等對待；2.需求；3.功績或能力；4.努力或犧牲；5.貢獻；6.經濟效益（economic usefulness）；7.公益（public good）。



## (二) 分配正義三原則：

Deutsch 則指出分配性正義包含三種原則：公平 (equity)、平等 (equality) 與需求 (needs)。公平、平等與需求這三個原則通常被視為分配正義概念的核心 (Miller, 1999)，公平也可作為貢獻原則之用 (Benabu, 2000)，貢獻意指為一種融合能力與努力的成就 (Young, 1958)，也是指個人在工作中各自的貢獻大小獲取相應的報酬；平等則不管個人實際的貢獻大小，大家平分所有的資源；需求認為分配應當滿足接受者的合理需求，而不管他們做出貢獻的大小 (Deutsch, 1975)。

## 二、資源分配四原則

Reamer 指出在社會工作界，一般有四種分配資源的方式：平等 (equality)、需要 (need)、補償 (compensation) 以及貢獻的多寡 (contribution)。有時，我們會單獨考慮四種標準，有時我們也會合併思考 (包承恩、王永慈主譯，2000)。

### (一) 平等原則：

Deutsch 則指平等的觀念是最常被運用的標準。從表面上來看，平等的觀念是指：個人若合乎資格就有平等的權利去取得服務或資源。但是在探討平等的觀念時，還是有幾種不同的角度與思考方向。第一種解釋方式是平分 (equal shares)，也就是對於不足的資源，所有符合資格的人們 (或團體、社區、組織等) 都分配到相同的資源。這種方式是強調分配的結果 (outcome)，所以可以稱為「結果平等」(equality of result or outcome)。這種方式在某些情形下是可行的，例如：排隊領取為窮人所提供的食物，每人領到一樣份量的食物。這樣的結果可能不是非常令人滿意，卻是公平的 (fair)，雖然每個人得到的不一定足夠，但至少都領到一些食物。另一種平等的思考方式是強調分配資源的過程 (procedures)，而非實際的結果。服務與資源未必一定平分，但潛在的案主群都有相同的機會去爭取。在有限的資源配額下，將機會釋出，依照「先到先服務」(first come, first served)、或隨機選取 (random selection) 的原則取得資源。這是強調分配稀少資

源的過程 (process) 而非結果。這樣的操作模式，基本上都是強調「機會平等」(equality of opportunity) (包承恩、王永慈主譯，2000)。平等原則分結果平等、機會平等外，尚包括條件平等。條件平等的意義是給予每個人相同的門路，並考量不同社會族群的生活狀況。在機會平等的狀況下，有可能沒有考慮到條件平等。機會平等只重視不同來源的人獲得不同的利益，而忽略了某些族群相較於其他資源缺乏者在整個社會過程中具有物質與文化的優勢基礎。不平等的條件，會影響真正的機會平等，因為人們在立足點不平等的狀況下彼此競爭 (Bagilhole, 1997)。

## (二) 需要原則：

除了平等原則之外，還有以服務接受者的需要為根據來分配有限的資源。也就是說，由分配資源者來決定誰的需要最大，誰就得到資源。這原則不是將資源均分，或用抽籤、先到先服務的方式讓個人去競爭，而是依據個人需要的程度而定 (包承恩、王永慈主譯，2000)。此時，分配資源者就像是所謂的「守門人」(gatekeeper) 一般，守門人的意思便是形容一個人或某職業團體扮演著看守其機構資源的角色。這些守門人不但決定取得資源的機會，他們同時也決定某些型式資源的分配；當然，在此之前，先要決定是否有需求的存在，以及滿足需求的最適當方法。如此一來，需求就成了一個標準，用以決定優先秩序的排定，因此需求被用在下述兩種決定 (詹火生譯，1987)：

1. 決定是否配給資源。
2. 決定所分配的資源型式。

## (一) 補償原則：

有人主張社會工作者不能只考量平等與需要，也應該對保障弱勢族 (affirmative action) 的原則有所考量。也就是對於曾經遭遇不公平對待的個人、團體、組織與社區，應該給予補償和優先的考量 (包承恩、王永慈主譯，2000)。

## （二）貢獻原則：

最後，社會工作者資源分配的原則尚有基於貢獻的多寡。根據此原則，有限的資源將依據服務接受者已有的或可能有的貢獻來分配（包承恩、王永慈主譯，2000）。Reamer 在此所指的貢獻原則也被 Deutsch 稱做「公平原則」（equity），指的是比例上的平等，在這個原則之下，分配必須依據其投入與產出的比值決定（王篤強，1996），也就是說在資源的交換關係中，以「功績」做為判準（吳老德，2000）。而在投入與產出的判準類型可以分為三種：1.「努力」，分配基於可意識之努力，而不根據其實際的產出；2.「貢獻」，資源分配根據產出的大小而來，不論努力與否；3.「能力」，分配根據個人能力及可能產生的社會貢獻而來（王篤強，1996）。

## 三、親疏關係：

儒家所主張及提及個人和任何人交往時，都應當從「親疏」和「尊卑」兩向度來考量彼此之間的角色關係。互動原則會因著兩個人的關係深淺而有異同，甚至是資源分配原則。對陌生人是採取公平原則，對於熟人，人情法則是主要互動規則，而依循「親親原則」與「尊尊原則」。社工人員與每一案主關係建立深淺、長短不同，又每個案主的情況不同，基於對案主尊重其差異性及個別性，社工人員所提供的服務及資源分配也必須以適當、合理為原則來處理，但從實務經驗上而言是無法完全做到完全、適當的分配。而中國文化是遵從「親親原則」與「尊尊原則」，此對有限的資源，是否為合理分配是國人不會在乎的，反倒是依「親親原則」與「尊尊原則」於分配各種資源，是被國人視為理所當然的（黃光國，1988）。

在「人情與面子」的理論模型裡，將社會互動的雙方界定為資源支配者和請託者。當他人向資源支配者要求將資源有利分配給請託者，此時，資源支配者心中亦會思考「他和我之間有什麼樣的關係？」且「這之間的關係到底有多緊密？」。故他也認為中國人在進行資源交換時，「關係判斷」是主要的考慮。而其

亦提出關係又分為「情感性的關係」、「工具性的關係」和「混合性的關係」(黃光國, 1988)。

表 2-2-2 社會資源分配原則相關研究

學者	年代	社會資源分配原則
Deutsch	1975	提出分配性正義三原則： 1. 公平 (equity)：公平也可作為貢獻原則之用 (Benabu 2000)，貢獻意旨為一種融合能力與努力的成就 (Young, 1958)，也是指個人在工作中各自的貢獻大小獲取相應的報酬。 2. 平等 (equality)：不管個人實際的貢獻大小，大家平分所有的資源。 3. 需求 (needs)：分配應當滿足接受者的合理需求，而不管他們做出貢獻的大小 (Deutsch, 1975)。
		將資源分配原則分為四種： 1. 平等原則：個人若合乎資格就有平等的權利去取得服務或資源。 (1) 結果的平等：即是平分，只要是符合資格的人們 (或團體、社區、組織等) 都分配到相同的資源。 (2) 機會的平等：在有限的資源配額下，將機會釋出，依照「先到先服務」(first come, first served)、或隨機選取 (random selection) 的原則取得資源。 (3) 條件的平等：給予每個人相同的門路，並考量不同社會族群的生活狀況。 2. 需要原則：以服務接受者的需要為根據來分配有限的資源。也就是說，由分配資源者來決定誰的需要最大，誰就得到資源。 3. 補償原則：對於曾經遭遇不公平對待的個人、團體、組織與社區，應該給予補償和優先的考量。 4. 貢獻原則：有限的資源將依據服務接受者已有的或可能有的貢獻來分配，分配必須依據其投入與產出的比值決定 (王篤強, 1996)，也就是說在資源的交換關係中，以「功績」做為判準 (吳老德, 2000)。而在投入與產出的判準類型可以分為三種：(1)「努力」，分配基於可意識之努力，而不根據其實際的產出；(2)「貢獻」，資源分配根據產出的大小而來，不論努力與否；(3)「能力」，分配根據個人能力及可能產生的社會貢獻而來。
黃光國	1988	資源分配原則將考量人情關係，而關係又分為三種： 1. 情感性的關係：長久且穩定的社會關係，這種關係可以滿足個人在關愛、溫暖、安全感、歸屬感等情感方面的需要，是為原級團體，例如：家庭、朋友、同儕團體。 2. 工具性的關係：和情感性關係相對，主要是為了要獲得希冀的某種物質目標，也是說與他人維持情感關係時，維持關係本身便是最終目的，此種關係短暫且不穩定，例如：醫師和病人；店員和顧客。 3. 混合性的關係：交往雙方彼此認識且有一定程度的情感關係，但情感關係又不像原級團體那樣，感情深厚到可以隨意表現真誠行為，例如：鄰居、同學、同事等。

資料來源：研究者自行整理

#### 四、小結：

綜合上述，社會資源分配原則之探討包含了分配正義三原則-公平、平等與需求；Reamer 提出之四種資源分配原則及親疏關係之人情原則，本研究檢視上述針對社會資源分配的各種原則，分配正義三原則中的平等原則內涵與 Reamer 提出之四種資源分配原則中的平等原則內涵相同，分配正義三原則中的需求原則內涵與 Reamer 提出之四種資源分配原則中的需要原則內涵相同，貢獻原則指的是有限的資源將依據服務接受者已有的或可能有的貢獻來分配，通常具貢獻的人員包含有才幹的專業人員、民意代表等，根據 Reamer (1995) 的主張，其認為對大多數社工人員而言，他們不會將有限資源分配給所謂「有價值和有貢獻的人們」，故研究者不將貢獻原則納入本研究測量構面中，而在實務工作中亦少考量「補償」概念，基於上述理由，參考分配正義三原則、Reamer 提出之四種資源分配原則及親疏關係之人情原則，最後將社會資源分配原則歸納為平等、需求及人情原則。

#### 參、影響資源分配之因素

由於國內目前尚無針對醫務社會工作資源分配原則進行探討之相關研究，因此無法就影響醫務社會工作者資源分配原則之因素作分析比較，故研究者將藉由與此研究相關概念的相關研究報告中，探討影響醫務社會工作資源分配之因素，並加上研究者實務經驗作為設定研究架構之參考。

韓玉瑛 (2007) 以問卷調查探究社工人員在人情情境中資源運用原則之研究指出年齡、職稱、教育程度、婚姻狀況、社會工作年資與資源運用原則有顯著差異存在。亦指出在資源運用原則皆會考量社會人情原則及公正需求原則，其中影響資源分配因素最多的是社會人情原則。

黎小甄(2012)以問卷調查探究資源分配探討大學生的利社會行為、同理心、個人集體主義傾向指出研究發現年齡、性別和資源分配有顯著差異。

研究者在實務經驗裡亦發現當有著醫療補助需求的求助者出現時，醫務社會工作者會進行相關社心評估以利進行後續醫療補助之資源分配，而通常社心評估會考量的面向包含性別、學歷、是否有子女、是否負債、求助管道為何、過去是否曾前來申請過補助及醫療補助比例等，以上這些考量即是影響資源分配重要之因素。

### 第三節 相關研究

綜觀國內與資源分配原則相關研究，發現相關文獻與研究並不多見，大多是以服務使用者觀點或是實務工作者的觀點出發去探討實際資源分配的情形，僅有一篇是針對資源運用原則探討，另一篇是針對資源分配行為去探討大學生利社會行為之研究，其中以服務使用者觀點出發去探討資源分配情形的論文共計七篇（李昭蓉，1995；余正麗，2010；何伶娟，2011；林慧甄，2006；姚淑芬，1994；劉聖媛，2010；鍾佳伶，2006）。

有幾篇是以實務工作者觀點出發去探討資源分配情形（吳怡蓉，2004；柯芝叡，2010；孫莉琳，2006；陳瑛怡，2002；陳郁日，2006；韓元勤，2004）。但皆僅討論資源分配的內涵及情形，未針對資源分配行為前的考量原則去做探究，僅有一篇量化研究是在人情情境下探討資源運用原則（韓玉瑛，2006），另有一篇是針對資源分配行為去探討大學生利社會行為之研究（黎小甄，2010），前者是針對各領域社工人員施測且僅限於在人情情境下探討，後者是以資源分配行為去探討大學生利社會行為。從研究對象來看：有以青少年（姚淑芬，1994；鍾佳伶，2006）、老人（李昭蓉，1995；劉聖媛，2010）、社區獨居老人（余正麗，2010）、新移民女性（林慧甄，2006）、大學生（黎小甄，2010）、脊髓損傷患者（何伶娟，2011）、醫務社會工作者（韓元勤，2004）、國中輔導老師（孫莉琳，2006）、國軍心輔人員（柯芝叡，2010；陳瑛怡，2002）、各領域社工人員（吳怡蓉，2004；陳郁日，2006；韓玉瑛，2006）做為研究對象。

若以研究方法來看，其中有六篇採用質性研究，有九篇是採用問卷調查進行研究，其中一篇問卷調查研究是從人情情境下探討資源運用原則（韓玉瑛，2006），與本研究主題較為相近，且同採用問卷調查進行研究，但該篇研究主要是從人情情境底下探究，研究對象以各領域社工人員為主，與本研究大為不同。

而從研究發現來看，以上研究僅討論資源分配的內涵及情形，未針對資源分配原則去做探究，而本研究是會以醫務社會工作領域為研究對象並去探討醫療補助資源分配原則之研究，目前國內未有相關研究。

## 第三章 研究方法

本章的目的在於結合研究問題陳述與文獻探討兩部份進行研究之設計，以實證研究之方式檢視目前醫務社會工作者面對不同經濟弱勢個案且進行醫療補助時資源分配原則為何。以下共分成五節。第一節為研究架構與問題；第二節為研究設計；第三節為研究資料收集與分析方式；第四節為研究分析與統計方法以及第五節為研究倫理。



# 第一節 研究架構與研究問題

## 壹、研究架構圖

綜合前述研究問題、文獻探討，建構出本研究之概念架構如圖 3-1-1。

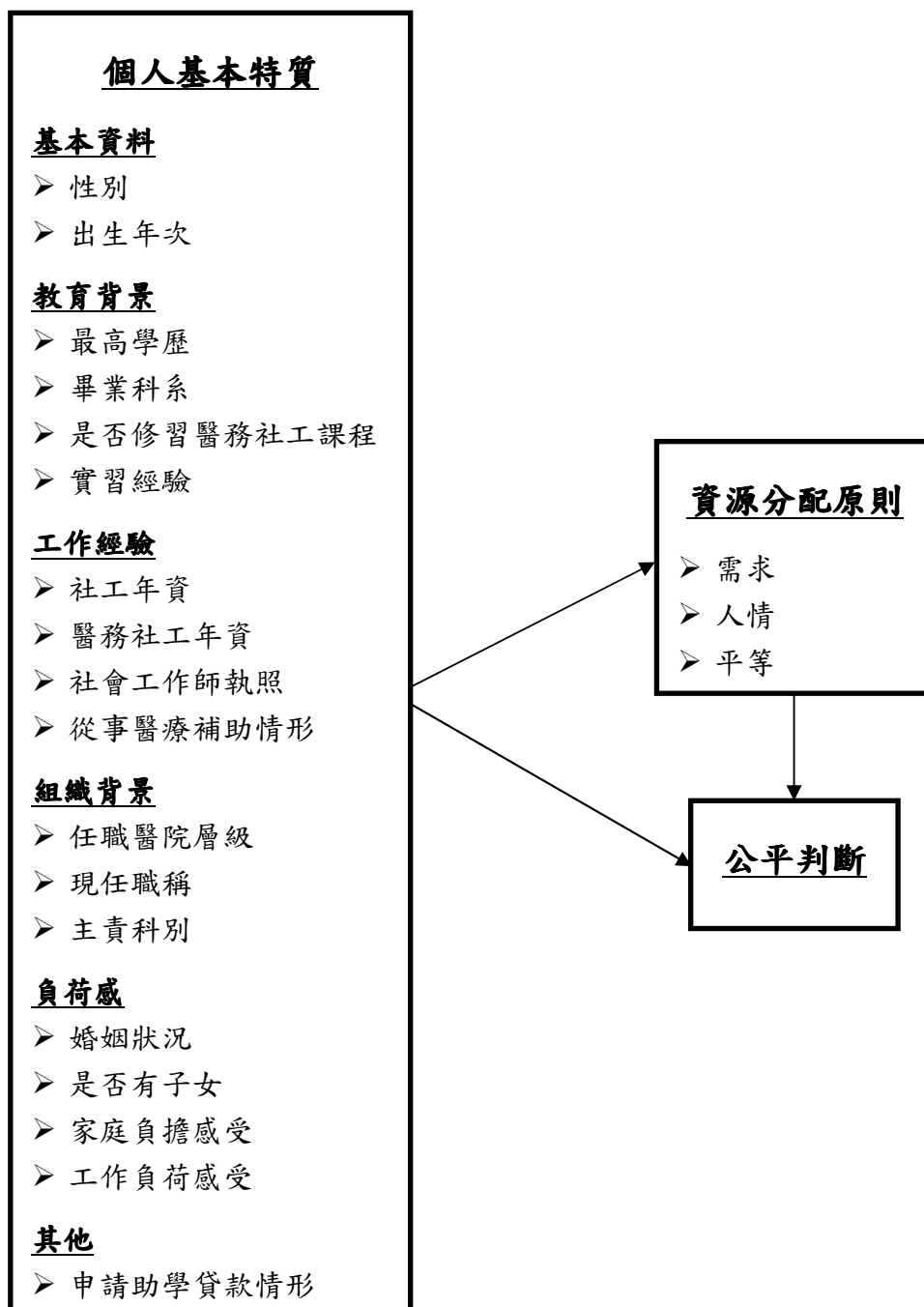


圖 3-1-1 研究架構圖

## 貳、研究問題

根據以上架構，提出本研究所要探討的問題，如下：

- 一、瞭解中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時資源分配之原則為何？
- 二、瞭解影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素為何？

## 第二節 研究設計

### 壹、研究對象

本研究以中部地區醫務社會工作者為母群體，採普查方式進行問卷調查。期待能夠透過此研究，瞭解目前醫務社會工作者進行醫療補助時，面對虛擬家戶中醫療補助資源公平分配原則為何。

根據衛生福利部醫事司（2013）的網站統計資料，目前國內 100-103 年醫院及教學醫院評鑑（含精神科）合格醫院共有 463 家，而中部地區的醫院有 93 家，經研究者一一電訪確認中部地區具有社工編制的醫院共有 34 家，醫務社會工作者約有 217 人。

母群體共計 34 家醫院，研究者以電話說明的方式先與各醫院社工單位的主管聯繫，說明研究問題、研究目的與問卷填答注意事項後，確認可接受問卷調查共 31 家，後以公文郵寄問卷之方式統一將問卷寄送與回收問卷。

表 3-2-1 中部地區醫院層級家數及人數分布一覽表

縣市分布	醫院層級					
	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	家數	人數	家數	人數	家數	人數
台中	2	45	11	62	6	17
彰化	1	15	2	21	4	11
南投	0	0	2	19	6	25

### 貳、樣本設計

研究對象母群體共 34 家醫院，扣除拒絕受訪或聯繫未果之醫院 3 家，剩餘醫院共 31 家。以醫院層級來看，其中醫學中心共 3 家，區域醫院共 14 家，地區醫院共 14 家，總人數共 215 人，考量母群體人數不多，為求樣本的完整性與代表性，採取普查方式進行。

## 參、資料蒐集期程

問卷施測時間自 2015 年 4 月 1 日至 4 月 27 日，總計共發 215 份紙本問卷，回收 205 份紙本問卷，回收率 95.35%，經篩選後，剔除填答狀況不佳問卷 6 份，共計 199 份有效問卷（見下表 3-2-2）。

表 3-2-2 本研究問卷發放與回收情形

醫院名稱	發放問卷	回收問卷	有效問卷
衛生福利部南投醫院	4	4	4
衛生福利部彰化醫院	7	7	7
財團法人彰化基督教醫院鹿東分院	5	5	5
東勢鎮農會附設農民醫院	1	1	1
彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院	3	3	3
臺中榮民總醫院埔里分院	6	4	4
敦仁醫院	6	6	6
澄清綜合醫院中港分院	4	4	4
宏恩醫院龍安分院	2	2	2
陽光精神科醫院	3	3	3
台中榮民總醫院精神科	5	5	5
清濱醫院 社工室	3	3	3
清海醫院 社工室	4	4	4
埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	4	4	4
賢德醫院	4	4	4
佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	6	6	6
仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	6	6	6
財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院	4	4	4
衛生福利部臺中醫院	4	4	4
行政院衛生署豐原醫院	5	5	5
國軍臺中總醫院	6	6	6
維新醫療社團法人台中維新醫院	3	3	3
童綜合醫療社團法人童綜合醫院 心身科	3	3	3
台中榮民總醫院	10	8	6
中山醫學大學附設醫院	12	12	12
秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	15	12	10
財團法人彰化基督教醫院	17	17	16
光田醫療社團法人光田綜合醫院	12	12	11
林新醫療社團法人林新醫院	7	6	6
行政院衛生署草屯療養院	15	15	15
童綜合醫療社團法人童綜合醫院	9	9	9
中國醫藥大學附設醫院	20	18	18
<b>總計</b>	<b>215</b>	<b>205</b>	<b>199</b>

### 第三節 研究測量工具設計

本研究採取量化研究的方式，探討各變項之間的關聯性，研究者按文獻探討中的概念面向，自行編製結構性問卷，並與指導教授討論，確定問卷的信效度。

#### 壹、研究工具的編定

在研究方法上，本研究採用"factorial survey approach" (FSA) 方法，此研究致力於專業判斷的經驗研究，這個研究取向可以視為一種準實驗設計，它在 1980 年代初被引入社會科學中，研究如何判斷人或社會情境的工具，主要內容是要在研究中讓受訪者去評斷虛擬的有關個人或情境的描述 (Wallander, 2011)。

故本研究以問卷調查進行，採用 FSA 方法，設計虛擬家戶以讓受訪者對這些虛擬家戶的特質去評斷醫療補助比例是否公平，而一位受訪者需評斷六戶虛擬家戶案例(附件一)，研究問卷的內涵將分成兩個部分進行：

- (一) 醫務社會工作者的個人基本資料
- (二) 虛擬家戶案例判斷

問卷多為封閉性題目，第二部分問卷每戶虛擬家戶案例下僅有兩道題目，第一題為七點量表，分別為少得太離譜、太少、略少、剛剛好、略多、太多、多的太離譜，第二題按題意選擇適合選項填入。

#### 貳、測量工具的信度與效度

為了使問卷內容與敘述方式符合本研究所欲探討的問題，在設計問卷過程中，研究者透過與指導教授討論，並參考實務經驗去設計虛擬家戶案例，在設計完成後，亦與醫務領域之社會工作者進行題意討論與澄清，不斷修改問卷及虛擬家戶案例後再進行施測，以確認問卷的完整性。

問卷回收完成後，本研究將採用社會科學統計套裝軟體 (SPSS 17.0 中文版)，進行信度考驗、因素分析和資料分析。其中，在信度檢驗部分，將檢驗測量工具的內在一致性 (Cronbach  $\alpha$ )，而因素分析有助於將複雜的共變結構簡化，以建立測量工具的建構效度 (簡春安、鄒平儀，2004；劉夢譯，2007)。

## 參、研究變項的操作性定義

本研究的研究變項包含醫務社會工作者之個人基本資料及虛擬家戶案例判斷，為將各變項概念更具體化，故逐一說明各變項操作性定義：

### 一、個人基本資料

分為基本資料、教育背景、工作經驗、組織背景、負荷感、其他資料共六部分，分述如下：

(一) 基本資料：包含性別、出生年次。

1. 性別：指社會工作者的性別為何，以男、女。
2. 出生年次：指社會工作者實際生理年齡，以民國幾年出生，由受訪者自行填答。

(二) 教育背景：包含最高學歷、畢業科系、是否修習醫務社工課程、實習經驗。

1. 最高學歷：指社會工作者最高教育程度，以學士、碩士、其他。
2. 畢業科系：指社會工作者畢業科系，以社會工作系、社會工作相關科系畢業、非社會工作相關科系畢業，曾修習社會工作相關學程 20 學分以上、非社會工作相關科系畢業，未曾修習社會工作相關學程 20 學分以上、其他。
3. 是否修習醫務社工課程：指社會工作者在學期間是否曾修習醫務社工課程，以是、否。
4. 實習經驗：指社會工作者在學期間是否曾進行社工實習及是否曾於醫務相關領域實習，以是、否。

(三) 工作經驗：包含社工年資、醫務社工年資、是否考取社工師證照、從事醫療補助情形。

1. 社工年資：指社會工作者之社工年資，由受訪者自行填答。

2. 醫務社工年資：指社會工作者從事醫務社會工作之年資，由受訪者自行填答。
3. 是否考取社工師證照：指社會工作者是否考取社工師證照，以是、否。
4. 從事醫療補助情形：指社會工作者是否有從事醫療補助之經驗及有無參與過醫療補助或社會救助相關教育及訓練，以有、沒有。

(四) 組織背景：包含任職醫院層級、現任職稱、主責科別。

1. 任職醫院層級：指社會工作者目前任職醫院層級，以醫學中心、區域醫院、地區醫院。
2. 現任職稱：指社會工作者目前現任職稱，由受訪者自行填答。
3. 主責科別：指社會工作者目前主責科別，此題為複選題，以內科、外科、婦產科、兒科、急診、精神科、其他。

(五) 負荷感：包含婚姻狀況、是否有子女、家庭負擔感受、工作負荷感受。

1. 婚姻狀況：指社會工作者目前的婚姻狀態，以未婚、已婚、其他。
2. 是否有子女：指社會工作者是否有子女，以是、否。
3. 家庭負擔感受：指社會工作者對於家庭負擔感受，以不覺得繁重(沒有感受到壓力)、有些繁重(但可以應付)、繁重(有點吃不消)、非常繁重(喘不過氣來了)。
4. 工作負荷感受：指社會工作者對於工作負荷感受，以不覺得繁重(沒有感受到壓力)、有些繁重(但可以應付)、繁重(有點吃不消)、非常繁重(喘不過氣來了)。

(六) 其他：包含申請助學貸款情形。申請助學貸款情形指社會工作者在學期間有無申請過助學貸款，以有(約幾學期)、沒有。

## 二、虛擬家戶案例判斷:

本研究指的是社會工作者根據虛擬家戶案例去判斷醫療費用補助比例是否公平且挑出前三項最影響社會工作者判斷醫療補助公平與否的前三項判準，即問卷中第二部分的 Q1 及 Q2。

一名社會工作者需判斷六家虛擬家戶案例，案例裡的過去申請醫療補助的次數表示平等概念；性別、學歷、扶養未成年子女數、負債與否表示需求概念；申請補助途徑-醫院管理高層指示、合作密切醫生轉介、重要民意代表介紹、你父母親的介紹表示人情概念。



## 第四節 研究分析與統計方法

本研究以問卷調查法進行研究，於四月回收問卷，進行問卷登錄與分析；根據本研究各個變項的測量尺度，選擇適合之統計方法，以 SPSS17.0 進行資料分析；使用之統計方法如下：

### 壹、次數分配及百分比(frequency distribution; percentage)

此統計方式用以描述說明研究對象之個人基本特質（包括：性別、年齡、教育程度等概括性資料）以及資源分配原則等情形，以便瞭解研究對象之特性。

### 貳、多元迴歸分析 (multiple regression analysis)

此統計方式用來考驗主要變項對醫療補助公平判斷的預測作用。

## 第五節 研究倫理

社會工作畢竟是一門以人為對象的專業，而社會工作的研究也多是以人為主要的研究對象，因此經常會遇到爭議性的倫理議題，尤其在質性研究中更是重要的一部分；但是在量化研究中，仍然有必須遵守的研究倫理規範，研究者將於下分述本研究可能有關之倫理議題（簡春安、鄒平儀，2004；高美英譯，2010）。

### 壹、自願參與及告知後同意

研究者將於進行研究前，先行以電子郵件的方式，告知研究對象本研究之研究問題與研究目的等，讓研究對象能夠瞭解本研究之目的為學術之用，且研究對象有拒絕參與研究的權利，確保其同意自願參與本研究。

倘若研究對象對此研究有所疑慮或不解可向研究者詢問相關訊息，若受試者不願意填答本研究之問卷，也予以尊重，不強迫其作答。

### 貳、保密

研究者進行資料收集時採取保密原則，對於研究對象所填答之問卷，皆以匿名之方式進行登錄；問卷填答亦會說明清楚問卷上之問卷追蹤碼，僅作為問卷登錄時的資料追蹤之用，不會觸及個人隱私，請研究對象安心填答；且對於研究對象所提供之資料將由研究者妥善保管，僅限與指導教授、研究同儕討論之用，其亦會遵守保密原則。此外，本研究回收之所有問卷亦會在研究結束，由研究者保管五年後，便予以銷毀，避免資料外流。

### 參、研究成果的貢獻者

研究的結果是由許多人共同努力才得以產出，因此研究者將於研究結束後將研究結果公開分享，提供後續相關學術研究之用；若研究對象期待瞭解研究結果為何，研究者願意提供研究對象本研究結果之摘要。

## 第四章 研究結果與分析

本研究發出 215 份問卷，共回收 205 份問卷，扣除填答狀況不佳的問卷後，共 199 份有效問卷，依據本研究之研究問題為架構，將研究結果分成下列幾個部分加以陳述：

- 一、個人基本資料分佈情形之描述，包括：基本資料、教育背景、專業背景、組織背景、負荷感、其他，共六部分。
- 二、個人基本資料、虛擬案例變項之迴歸分析。

### 第一節 社會工作者個人基本資料之描述

本節主要描述受訪者的概況，針對社會工作者的基本資料（性別、年齡）、教育背景（最高學歷、最高學歷畢業科系、是否修習醫務社工、是否社工實習）、專業背景（社工年資、醫務社工年資、是否考取執照、從事醫療補助情形）、組織背景（醫院層級、職稱、主責科別）、負荷感（婚姻狀況、子女、家庭負擔、工作負荷）、其他（是否申請過助學貸款）的特性分別作說明。

#### 壹、社會工作者基本資料之描述

以下頁表 4-1-1 來看，社會工作者基本資料共有 199 位受訪者，其中男性受訪者有 21 位（10.56%），而女性受訪者則有 178 位（89.44%）。

在年齡部分，原先問卷設計包含 25 歲以下、26-30 歲、31-35 歲、36-40 歲、41-45 歲、46-50 歲、51-55 歲、56-60 歲、61-65 歲一共九個選項，其中 25 歲以下受訪者有 16 人（8.04%），26-30 歲受訪者有 52 人（26.13%），31-35 歲為 58 人（29.15%）人數為最多，36-40 歲受訪者有 42 人（21.10%），41-45 歲受訪者有 14 人（7.03%），46-50 歲受訪者有 10 人（5.02%），51-55 歲受訪者有 3 人（1.40%），55-60 歲受訪者有 3 人（1.50%），61-65 歲受訪者僅有 1 人（0.63%）。

表 4-1-1 社會工作者基本資料次數分配與百分比統計表 (n=199)

基本資料	組別	人數	百分比
性別	男	21	10.56%
	女	178	89.44%
年齡	25 歲以下	16	8.04%
	26-30 歲	52	26.13%
	31-35 歲	58	29.15%
	36-40 歲	42	21.10%
	41-45 歲	14	7.03%
	46-50 歲	10	5.02%
	51-55 歲	3	1.40%
	55-60 歲	3	1.50%
	61-65 歲	1	0.63%

## 貳、社會工作者教育背景資料之描述

以下頁表 4-1-2 來看，在社會工作者教育背景部分共有 199 位受訪者，其中在學歷部分問卷設計分成學士以及碩士學位兩個選項，其中學士學位有 144 人 (72.36%) 人數最多，碩士學位有 55 人 (27.64%)。

在最高學歷畢業科系部分，問卷設計分成社會工作、社會工作相關科系、非社會工作相關科系曾修 20 學分、非社會工作相關科系未曾修 20 學分以及其他共五個選項，其中社會工作有 129 人 (64.82%) 人數最多，社會工作相關科系有 56 人 (28.14%)，非社會工作相關科系曾修 20 學分有 6 人 (3.02%)，非社會工作相關科系未曾修 20 學分有 3 人 (1.51%)，其他有 4 人 (2.51%)。

在曾修習醫務社工課程部分，問卷設計分成是、否兩部分，其中是的受訪者共有 154 人 (77.39%)，否的受訪者共有 45 人 (22.61%)。

在曾進行社工實習部分，問卷設計分成是、否兩部分，其中是的受訪者共有 180 人 (90.45%)，否的受訪者共有 47 人 (9.55%)。

在是否曾於醫務相關領域實習部分，問卷設計分成是、否兩部分，其中是的

受訪者共有 96 人 (48.24%)，否的受訪者共有 99 人 (51.76%)。

表 4-1-2 社會工作者教育背景次數分配與百分比統計表 (n=199)

教育背景	組別	人數	百分比
學歷	學士	144	72.36%
	碩士	55	27.64%
最高學歷 畢業科系	社會工作	129	64.82%
	社會工作相關科系	56	28.14%
	非社會工作相關科系 曾修 20 學分	6	3.02%
	非社會工作相關科系 未曾修 20 學分	3	1.51%
	其他	4	2.51%
	曾修習醫 務社工	是 否	154 45
曾進行社 工實習	是 否	180 47	90.45% 9.55%
是否曾於 醫務相關 領域實習	是 否	96 99	48.24% 51.76%

### 參、社會工作者專業背景資料之描述

以下頁表 4-1-3 來看，在社會工作者專業背景資料部分共有 199 位受訪者，其中在社工年資部分共分成 1 年以下、1-3 年、3-5 年、6-10 年、11-15 年、16-20 年、20 年以上共七個選項，其中在 1 年以下受訪者共 12 人（6.03%），1-3 年受訪者有 25 人（12.56%），3-5 年受訪者有 22 人（11.06%），6-10 年受訪者有 52 人（26.13%），11-15 年受訪者有 43 人（21.61%），16-20 年受訪者有 27 人（13.57%），20 年以上受訪者有 17 人（9.04%）。

在醫務社工年資部分，問卷設計共分成 1 年以下、1-3 年、3-5 年、6-10 年、11-15 年、16-20 年、20 年以上共七個選項，其中在 1 年以下受訪者共有 30 人（15.08%），1-3 年受訪者有 30 人（15.08%），3-5 年受訪者有 22 人（11.06%），6-10 年受訪者有 45 人（22.61%），11-15 年受訪者有 40 人（20.10%），16-20 年受訪者有 17 人（8.54%），20 年以上受訪者有 15 人（7.53%）。

在是否考取社工師證照部分，問卷設計共分成是、否兩個選項，其中是的受訪者有 139 人（69.85%），否的受訪者有 60 人（30.15%）。

在從事醫療補助情形部分，問卷設計共分成是、否兩個選項，其中是的受訪者有 185 人（92.96%），否的受訪者有 14 人（7.04%）。

在參與過醫療補助教育或訓練部分，問卷設計共分成是、否兩個選項，其中是的受訪者有 20 人（10.05%），否的受訪者有 179 人（89.95%）。

表 4-1-3 社會工作者專業背景次數分配與百分比統計表 (n=199)

專業背景	組別	人數	百分比
社工年資	1 年以下	12	6.03%
	1-3 年	25	12.56%
	3-5 年	22	11.06%
	6-10 年	52	26.13%
	11-15 年	43	21.61%
	16-20 年	27	13.57%
	20 年以上	17	9.04%
醫務社工年資	1 年以下	30	15.08%
	1-3 年	30	15.08%
	3-5 年	22	11.06%
	6-10 年	45	22.61%
	11-15 年	40	20.10%
	16-20 年	17	8.54%
	20 年以上	15	7.53%
是否考取社工師證照	是	139	69.85%
	否	60	30.15%
從事醫療補助情形	是	185	92.96%
	否	14	7.04%
參與過醫療補助教育或訓練	是	20	10.05%
	否	179	89.95%

## 肆、社會工作者組織背景之描述

以表 4-1-4 來看，在社會工作者組織背景部分共有 199 位受訪者，其中在任職醫院層級部分共分成醫學中心、區域醫院、地區醫院三個選項，其中在醫學中心之受訪者共有 54 人 (27.14%)，在區域醫院受訪者有 95 人 (47.74%)，在地區醫院受訪者有 50 人 (25.12%)。

在職稱部分，問卷設計包含社工員、社工師、組長、主任、其他共五個選項，其中職稱為社工員之受訪者有 66 人 (33.17%)，職稱為社工師受訪者有 115 人 (57.79%)，職稱為組長受訪者有 9 人 (4.52%)，職稱為主任受訪者有 5 人 (2.51%)，職稱為其他受訪者有 4 人 (2.01%)。

在主責科別部分，問卷設計包含內科、外科、婦科、兒科、急診、精神科、其他共七個選項，此題為複選題，N=282，其中科別為內科之受訪者有 46 人 (16.31%)，科別為外科之受訪者有 49 人 (16.67%)，科別為婦科之受訪者有 23 人 (8.16%)，科別為兒科之受訪者有 29 人 (10.28%)，科別為急診之受訪者有 38 人 (13.48%)，科別為精神科之受訪者有 83 人 (29.43%)，科別為其他之受訪者有 16 人 (5.67%)。

表 4-1-4 社會工作者組織背景次數分配與百分比統計表 (n=199)

基本資料	組別	人數	百分比
任職醫院層級	醫學中心	54	27.14%
	區域醫院	95	47.74%
	地區醫院	50	25.12%
職稱	社工員	66	33.17%
	社工師	115	57.79%
	組長	9	4.52%
	主任	5	2.51%
	其他	4	2.01%
主責科別 <sup>1</sup>	內科	46	16.31%
	外科	47	16.67%
	婦科	23	8.16%
	兒科	29	10.28%
	急診	38	13.48%
	精神科	83	29.43%
	其他	16	5.67%

<sup>1</sup> 此題為複選題，N=282。



## 伍、社會工作者負荷感、其他資料之描述

以下頁表 4-1-5 來看，在社會工作者負荷感及其他部分共有 199 位受訪者，其中在婚姻狀況部分共分成未婚及已婚兩個選項，其中未婚之受訪者有 102 人 (51.26%)，已婚之受訪者有 97 人 (48.74%)。

在有無子女部分，問卷設計含是、否兩個選項，其中回答是的受訪者有 67 人 (33.67%)，回答否的受訪者有 132 人 (66.33%)。

在對照顧子女的負擔感受部分，問卷設計共分成不覺得繁重、有些繁重、繁重、非常繁重四個選項，其中不覺得繁重之受訪者有 6 人 (3.02%)，有些繁重之受訪者有 57 人 (28.64%)，繁重之受訪者有 7 人 (3.52%)，非常繁重之受訪者有 129 人 (64.82%)。

在對於家庭負擔的感受部分，問卷設計共分成不覺得繁重、有些繁重、繁重、非常繁重四個選項，其中不覺得繁重之受訪者有 62 人 (31.16%)，有些繁重之受訪者有 122 人 (61.31%)，繁重之受訪者有 11 人 (5.4%)，非常繁重之受訪者有 4 人 (2%)。

在對工作負荷的感受部分，問卷設計共分成不覺得繁重、有些繁重、繁重、非常繁重四個選項，其中不覺得繁重之受訪者有 10 人 (4.90%)，有些繁重之受訪者有 132 人 (64.70%)，繁重之受訪者有 41 人 (20.60%)，非常繁重之受訪者有 21 人 (10.55%)。

在有無申請過助學貸款部分，問卷設計分成有或沒有兩個選項，其中有申請過助學貸款之受訪者有 60 人 (30.15%)，沒有申請過助學貸款之受訪者有 139 人 (69.85%)。

表 4-1-5 社會工作者負荷感、其他次數分配與百分比統計表 (n=199)

負荷感、其他	組別	人數	百分比
婚姻狀況	未婚	102	51.26%
	已婚	97	48.74%
子女	是	67	33.67%
	否	132	66.33%
對照顧子女的 負擔感受	不覺得繁重	6	3.02%
	有些繁重	57	28.64%
	繁重	7	3.52%
	非常繁重	129	64.82%
對於家庭負擔 的感受	不覺得繁重	62	31.16%
	有些繁重	122	61.31%
	繁重	11	5.53%
	非常繁重	4	2%
對於工作負荷 量的感受	不覺得繁重	10	5.03%
	有些繁重	127	63.82%
	繁重	41	20.60%
	非常繁重	21	10.55%
申請過助學貸 款	有	60	30.15%
	沒有	139	69.85%

## 第二節 中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的 資源分配原則

以表 4-2-1 來看，共 1194 個虛擬家戶案例，其中以選擇扶養未成年子女數的有 808 位（66%）為最多，表示影響判準公平與否前三項判準的第一項會是考量虛擬家戶裡的扶養未成年子女數，而扶養未成年子女數表示的資源分配原則是需求概念。

表 4-2-1 虛擬家戶特質前三項判準（第一位）次數分配與百分比統計表（n=1194）

虛擬家戶特質	人數	百分比
性別	1	0.10%
學歷	26	2.10%
需扶養未成年子女數	808	66%
負債與否	165	13.50%
過去申請次數	139	11.40%
醫院管理高層指示	34	2.80%
合作密切的醫師轉介	13	1.10%
重要民意代表介紹	17	1.40%
你父母親的介紹	15	1.20%
自己主動前來	6	0.50%

以表 4-2-2 來看，共 1194 個虛擬家戶案例，其中以選擇負債與否的有 576 位（48.24%）為最多，表示影響判準公平與否前三項判準的第二項會是考量虛擬家戶裡的負債與否，而負債與否表示的資源分配原則是需求概念。

表 4-2-2 虛擬家戶特質前三項判準（第二位）次數分配與百分比統計表（n=1194）

虛擬家戶特質	人數	百分比
性別	17	1.42%
學歷	53	4.44%
需扶養未成年子女數	204	17.09%
負債與否	576	48.24%
過去申請次數	276	23.16%
醫院管理高層指示	27	2.26%
重要民意代表介紹	7	1.40%
你父母親的介紹	3	0.59%
自己主動前來	18	1.51%

以表 4-2-3 來看，共 1194 個虛擬家戶案例，其中以選擇過去申請醫療補助次數的有 416 位（34.84%）為最多，表示影響判準公平與否前三項判準的第三項會是考量虛擬家戶裡的過去申請醫療補助次數，而過去申請醫療補助次數表示的資源分配原則是平等概念。

故中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配原則為需求概念及平等概念。

表 4-2-3 虛擬家戶特質前三項判準（第三位）次數分配與百分比統計表（n=1194）

虛擬家戶特質	人數	百分比
性別	27	2.26%
學歷	136	11.39%
需扶養未成年子女數	112	9.38%
負債與否	260	21.78%
過去申請次數	416	34.84%
醫院管理高層指示	105	8.79%
合作密切的醫師轉介	39	3.27%
重要民意代表介紹	41	3.43%
你父母親的介紹	21	1.76%
自己主動前來	37	3.10%

### 第三節 影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助 時的資源分配因素

#### 壹、虛擬家戶特質

見下頁表 4-3-1，以虛擬家戶特質對醫療費用補助比例公平性進行多元迴歸分析（使用強迫進入法），因補助比例級距為 25%，範圍 100%，因此對補助比例數值取對數  $\log$  後再進行分析，以減少過度的解釋量，其結果如表。相關係數  $R=.726$ ，決定係數  $R^2=.528$ ，修正後的  $R^2=.522$  ( $F=102.120^{***}$ ,  $p<.001$ )，表示這七個變項對醫療費用補助比例公平的變異解釋量有 52.2%。

檢視各變項之標準化迴歸係數，分別為男性.021、國中-.132、高中-.124、專科-.057、大學學歷-.027、扶養子女數-.227、有債務-.078、求助於醫院高層.031、由醫師介紹.001、透過民意代表.041、由父母介紹-.005、已申請補助次數-.005 以及補助比例之對數-.676，當中虛擬家戶的學歷國中 ( $T=-5.243^{***}$ ,  $p<.001$ )、高中 ( $T=-4.871^{***}$ ,  $p<.001$ )、大專 ( $T=-2.271^*$ ,  $p<.05$ )、扶養子女數 ( $T=-11.340^{***}$ ,  $p<.001$ )、有債務 ( $T=-3.880^{***}$ ,  $p<.001$ ) 及補助比例之對數 ( $T=-33.795^{***}$ ,  $p<.001$ ) T 值達統計上的顯著，以虛擬家戶補助比例對社工知覺醫療費用補助比例公平負向變化（較容易感受不公平）的效果最大，其次依序為扶養子女數、國中學歷、高中學歷、有債務、大專學歷的負向效果。

表 4-3-1 虛擬家戶特質對醫療費用補助比例公平判斷的迴歸 (模型 A) (n=1194)

Y=醫療費用補助比例公平		未標準化之係數				
變項名稱		B 值	標準誤差 Se	β 值	T	VIF
(常數)		6.543	.133		49.069***	
<b>性別 (女為參照組)</b>						
男		0.061	.057	.021	1.064	1.012
<b>學歷 (碩士為參照組)</b>						
國中		-0.477	.091	-.132	-5.243***	1.595
高中		-0.438	.090	-.124	-4.871***	1.625
專科		-0.210	.093	-.057	-2.271*	1.580
大學		-0.092	.088	-.027	-1.046	1.651
扶養子女數		-0.291	.026	-.227	-11.340***	1.006
<b>債務 (無為參照組)</b>						
有		-0.222	.057	-.078	-3.880***	1.014
<b>求助管道 (自己前來為參照組)</b>						
醫院高層		0.109	.090	.031	1.220	1.624
醫師介紹		0.004	.089	.001	0.050	1.629
民意代表		0.147	.091	.041	1.619	1.608
父母介紹		-0.019	.092	-.005	-0.202	1.588
已申請補助次數		-0.006	.021	-.005	-0.268	1.019
補助比例之對數		-3.875	.115	-.676	-33.795***	1.007
<b>模型摘要</b>		<b>MSE=.971</b>	<b>F=102.120***</b>	<b>R=.726</b>	<b>R<sup>2</sup>=.528</b>	<b>adj R<sup>2</sup>=.522</b>
<b>未標準化迴歸方程式</b>						
$Y=f(X_n)=6.543+.061 \text{ 性別 (男)}-.477 \text{ 學歷 (國中)}-.438 \text{ 學歷 (高中)}-.210 \text{ 學歷 (專科)}$ $-.092 \text{ 學歷 (大學)}-.291 \text{ 扶養子女數}-.222 \text{ 債務 (有)}+.109 \text{ 求助管道 (醫院高層)}$ $+.004 \text{ 求助管道 (醫師介紹)}+.147 \text{ 求助管道 (民意代表)}$ $-.019 \text{ 求助管道 (父母介紹)}-.006 \text{ 已申請補助次數}-3.875 \text{ 補助比例之對數}$						
<b>標準化迴歸方程式</b>						
$Y=f(X_n)=.021 \text{ 性別 (男)}-.132 \text{ 學歷 (國中)}-.124 \text{ 學歷 (高中)}-.057 \text{ 學歷 (專科)}$ $-.027 \text{ 學歷 (大學)}-.227 \text{ 扶養子女數}-.078 \text{ 債務 (有)}+.031 \text{ 求助管道 (醫院高層)}$ $+.001 \text{ 求助管道 (醫師介紹)}+.041 \text{ 求助管道 (民意代表)}$ $-.005 \text{ 求助管道 (父母介紹)}-.005 \text{ 已申請補助次數}-.676 \text{ 補助比例之對數}$						

註：\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

## 貳、社會工作者基本資料

見下頁表 4-4-1，以受訪的社會工作者其個人基本資料對醫療費用補助比例公平性進行多元迴歸分析（使用強迫進入法），結果如表，相關係數  $R=.345$ ，決定係數  $R^2=.119$ ，修正後的  $R^2=.062$  ( $F=2.089^*$ ， $p<.05$ )，表示這十一個變項對醫療費用補助比例公平的變異解釋量僅有 6.2%。

檢視各變項之標準化迴歸係數，分別為男性 $-.017$ 、年齡 $-.026$ 、學士學位 $.135$ 、修習醫務社工 $.016$ 、社工師證照 $.094$ 、醫學中心 $-.082$ 、區域醫院 $.059$ 、已婚 $-.359$ 、子女 $.287$ 、家庭負擔 $-.065$ 、工作負擔 $.039$ 、申請助學貸款學期數 $.155$ ，當中僅有已婚 ( $T=-3.301^{**}$ ， $p<.01$ )、有子女 ( $T=2.728^*$ ， $p<.05$ ) 及申請助學貸款學期數 ( $T=2.100^*$ ， $p<.05$ ) T 值達統計上的顯著，以已婚對醫療費用補助比例公平負向變化（較容易感受不公平）的效果最大，其次依序為有子女、申請助學貸款學期數的正向效果（較容易感受補助過多）。

表 4-4-1 社會工作者基本資料對醫療費用補助比例公平判斷的迴歸（模型 B）（n=1194）

變項名稱	未標準化之係數				
	B 值	標準誤差 Se	β 值	T	VIF
Y=醫療費用補助比例公平					
(常數)	3.885	.355		10.855***	
性別 (女為參照組)					
男	-0.038	.158	-.017	-0.240	1.060
年齡	-0.002	.009	-.026	-0.286	1.726
學歷 (碩士為參照組)					
學士	0.205	.111	.135	1.852	1.120
修習醫務社工 (無為參照組)					
有	0.025	.117	.016	0.214	1.110
社工師證照 (無為參照組)					
有	0.139	.108	.094	1.284	1.129
任職醫院層級(地區醫院為參照組)					
醫學中心	-0.126	.134	-.082	-0.942	1.608
區域醫院	0.079	.116	.059	0.679	1.572
婚姻 (未婚為參照組)					
已婚	-0.483	.146	-.359	-3.301**	2.500
子女 (無為參照組)					
有	0.410	.150	.287	2.728*	2.337
家庭負擔	-0.070	.080	-.065	-0.866	1.182
工作負擔	0.036	.068	.039	0.529	1.136
申請助學貸款學期數	0.034	.016	.155	2.100*	1.154
<b>模型摘要</b>	<b>MSE=.426</b>	<b>F=2.089*</b>	<b>R=.345</b>	<b>R<sup>2</sup>=.119</b>	<b>adj R<sup>2</sup>=.062</b>
<b>未標準化迴歸方程式</b>					
$Y=f(X_n)=3.885-.038$ 性別 (男) $-.002$ 年齡 $+.205$ 學歷 (學士) $+.025$ 修習醫務社工 $+.139$ 社工師證照 $-.126$ 任職醫院層級 (醫學中心) $+.079$ 任職醫院層級 (區域醫院) $-.483$ 已婚 $+.410$ 子女 $-.070$ 家庭負擔 $+.036$ 工作負擔 $+.034$ 申請助學貸款學期數					
<b>標準化迴歸方程式</b>					
$Y=f(X_n)=-.017$ 性別 (男) $-.026$ 年齡 $+.135$ 學歷 (學士) $+.016$ 修習醫務社工 $+.094$ 社工師證照 $-.082$ 任職醫院層級 (醫學中心) $+.059$ 任職醫院層級 (區域醫院) $-.359$ 已婚 $+.287$ 子女 $-.065$ 家庭負擔 $+.039$ 工作負擔 $+.155$ 申請助學貸款學期數					

註：\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05



### 參、社會工作者基本資料與虛擬家戶特質

將完整模型帶入，使用社會工作者基本資料與虛擬家戶特質對社工所回覆的醫療費用補助比例公平性進行多元迴歸分析（使用強迫進入法），其結果如表。相關係數  $R=.733$ ，決定係數  $R^2=.537$ ，修正後的  $R^2=.527$  ( $F=54.285^{***}$ ,  $p<.001$ )，表示這十八個變項對醫療費用補助比例公平的變異解釋量有 52.7%。

檢視各變項之標準化迴歸係數，分別為男性社工-.024、社工的年齡.004、社工學士學歷.019、過去曾修習醫務社工課程.006、擁有社工師證照.022、在醫學中心任職-.043、在區域醫院任職-.015、已婚社工-.109、有子女社工.057、社工的家庭負擔-.022、社工的工作負擔.006、社工過去申請助學貸款的學期數.048、虛擬家戶特質男性.021、虛擬家戶特質國中學歷-.135、虛擬家戶特質高中學歷-.125、虛擬家戶特質專科學歷-.061、虛擬家戶特質大學學歷-.032、虛擬家戶特質扶養子女數-.229、虛擬家戶特質有債務-.074、虛擬家戶特質透過醫院高層求助.030、虛擬家戶特質由醫師介紹.003、虛擬家戶特質透過民意代表.034、虛擬家戶特質由父母介紹-.006、虛擬家戶特質已申請補助次數.001、虛擬家戶特質補助比例之對數-.669，當中社工已婚 ( $T=-3.431^{***}$ ,  $p<.001$ )、社工過去申請助學貸款學期數 ( $T=2.233^*$ ,  $p<.05$ )、虛擬家戶特質的學歷國中 ( $T=-5.362^{***}$ ,  $p<.001$ )、高中 ( $T=-4.914^{***}$ ,  $p<.001$ )、大專 ( $T=-2.440^*$ ,  $p<.05$ )、扶養子女數 ( $T=-11.415^{***}$ ,  $p<.001$ )、有債務 ( $T=-3.710^{***}$ ,  $p<.001$ ) 及補助比例之對數 ( $T=-33.229^{***}$ ,  $p<.001$ ) T 值達統計上的顯著，以虛擬家戶補助比例對社工知覺醫療費用補助比例公平負向變化（較容易感受不公平）的效果最大，其次依序為扶養子女數、國中學歷、高中學歷、有債務、大專學歷的負向效果，最後是社工過去申請助學貸款學期數的正向變化效果（較容易感受補助過多）。

表 4-4-2 社會工作者基本資料與虛擬家戶特質對醫療費用補助比例公平判斷的迴歸（模型 C）（n=1194）

Y=醫療費用補助比例公平 變項名稱（社工）	未標準化		β 值	T	VIF
	B 值	標準誤差 Se			
（常數）	6.281	.255		24.610***	
性別（女為參照組）					
男	-.114	.098	-.024	-1.167	1.068
年齡	.001	.005	.004	.160	1.742
學歷（碩士為參照組）					
學士	.062	.068	.019	.909	1.133
修習醫務社工（無為參照組）					
有	.022	.072	.006	.298	1.129
社工師證照（無為參照組）				1.011	
有	.067	.067	.022		58
任職醫院層級（地區醫院為參照組）					
醫學中心	-.141	.082	-.043	-1.717	1.619
區域醫院	-.043	.071	-.015	-.609	1.579
婚姻（未婚為參照組）					
已婚	-.310	.090	-.109	-3.431***	2.535
子女（無為參照組）					
有	.173	.093	.057	1.872	2.360
家庭負擔	-.049	.050	-.022	-.992	1.189
工作負擔	.011	.042	.006	.274	1.149
申請助學貸款學期數	.022	.010	.048	2.233*	1.163
變項名稱（虛擬案例）					
性別（女為參照組）					
男	.061	.057	.021	1.054	1.022
學歷（碩士為參照組）					
國中	-.489	.091	-.135	-5.362***	1.607
高中	-.444	.090	-.125	-4.914***	1.641
專科	-.226	.093	-.061	-2.440*	1.593
大學	-.110	.088	-.032	-1.251	1.661
扶養子女數	-.295	.026	-.229	-11.415***	1.018

（續下頁）

---

**債務（無為參照組）**

有	-0.213	.057	-.074	-3.710***	1.017
<b>求助管道（自己前來為參照組）</b>					
醫院高層	.105	.090	.030	1.162	1.642
醫師介紹	.011	.089	.003	.125	1.643
民意代表	.123	.091	.034	1.354	1.620
父母介紹	-.023	.092	-.006	-.256	1.597
已申請補助次數	.001	.022	.001	.038	1.036
補助比例之對數	-3.837	.115	-.669	-33.229***	1.024

---

<b>模型摘要</b>	<b>MSE=.965</b>	<b>F=54.285***</b>	<b>R=.733</b>	<b>R<sup>2</sup>=.537</b>	<b>adj R<sup>2</sup>=.527</b>
-------------	-----------------	--------------------	---------------	---------------------------	-------------------------------

---

**未標準化迴歸方程式**

$Y=f(X_n)=6.281-.114$  社工性別（男）+.001 社工年齡+.062 社工學歷（學士）  
+.022 修習醫務社工+.067 社工師證照-.141 社工任職醫院層級（醫學中心）  
-.043 社工任職醫院層級（區域醫院）-.310 社工已婚+.173 社工子女  
-.049 社工家庭負擔+.011 社工工作負擔+.022 社工申請助學貸款學期數  
+.061 案例性別（男）-.489 案例學歷（國中）-.444 案例學歷（高中）  
-.226 案例學歷（專科）-.110 案例學歷（大學）-.295 案例扶養子女數  
-.213 案例債務（有）+.105 案例求助管道（醫院高層）  
+.011 案例求助管道（醫師介紹）+.123 案例求助管道（民意代表）  
-.023 案例求助管道（父母介紹）+.001 案例已申請補助次數  
-3.837 案例補助比例之對數

---

**標準化迴歸方程式**

$Y=f(X_n)=-.024$  社工性別（男）.004 社工年齡+.019 社工學歷（學士）+.006 修習醫務社工  
+.022 社工師證照-.043 社工任職醫院層級（醫學中心）  
-.015 社工任職醫院層級（區域醫院）-.109 社工已婚+.057 社工子女  
-.022 社工家庭負擔+.006 社工工作負擔+.048 社工申請助學貸款學期數  
+.021 案例性別（男）-.135 案例學歷（國中）-.125 案例學歷（高中）  
-.061 案例學歷（專科）-.032 案例學歷（大學）-.229 案例扶養子女數  
-.074 案例債務（有）+.030 案例求助管道（醫院高層）  
+.003 案例求助管道（醫師介紹）+.034 案例求助管道（民意代表）  
-.006 案例求助管道（父母介紹）+.001 案例已申請補助次數  
-.669 案例補助比例之對數

---

註：\*\*\*p<0.001 \*\*p<0.01 \*p<0.05

## 肆、三模型之比較

三個模型的 F 值皆有顯著 ( $F_1=102.120^{***}$  ;  $F_2=2.089^*$  ;  $F_3=54.285^{***}$ )，但是當以社會工作者的基本資料來預測補助比例公平性的變化量時，解釋量僅有 6.2%，表示在統計上雖然有顯著性但解釋量不大；而以虛擬家戶特質的資料進行迴歸分析則有較佳的解釋量 (52.2%)；將虛擬家戶特質的資料與社會工作者的基本資料合併進行公平性的預測，解釋量 (52.7%) 僅比第一個模型多 0.5%。因此，以虛擬家戶的特質來預測社工對於補助比例公不公平是較佳的方式。故說明資源分配判斷主要受到虛擬家戶特質之影響。

表 4-4-3 三個模型之摘要比較

Y=醫療費用補助比例公平				
	R	R <sup>2</sup>	adj R <sup>2</sup>	F
虛擬家戶特質	.726	.528	.522	102.120***
社會工作者基本資料	.345	.119	.062	2.089*
社會工作者基本資料與 虛擬家戶特質	.733	.537	.527	54.285***

註：\*\*\* $p < 0.001$  \*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

## 第五章 結論與建議

本研究主要瞭解中部地區醫務社會工作者面對不同經濟弱勢個案且進行醫療補助時資源分配原則為何。透過文獻探討擬定研究架構、編制問卷、施測與資料分析等研究過程，得到第四章的研究結果，本章將透過第四章之結果，彙整研究發現後，進行綜合討論，以及對限制之處能提出具體建議。本章共分為三小節，第一節為研究結論，歸納研究發現，回答研究問題；第二節針對研究結論進行相關討論；第三節為研究建議；第四節為研究限制與未來研究建議。

本研究的受訪者個人基本特質部分，以基本資料部分來看，性別以女性為主，女性受訪者近九成，男女性別比例近一比九；受訪者年齡大多分布於 26-30 歲、31-35 歲及 36-40 歲這三組，占了七成多，顯示年輕的未婚女性是目前中部地區醫務社工的主力。

在教育背景的部分，其中學士仍為大宗，佔了七成多的比例；受訪者最高學歷畢業科系以社會工作及社會工作相關科系最多，佔九成多，顯示實務上的醫務社會工作者仍以社會工作及社會工作相關科系畢業為主；在受訪者是否曾修習醫務社工課程部分，其中曾修習過的人數比例近八成；受訪者是否曾進行社工實習部分，其中九成多的人數皆實習過，顯示是否具實習經驗是相當重要的；受訪者是否曾於醫務相關領域實習部分，是否的比例都佔近五成。

在專業背景的部分，本研究受訪者社工年資以六~十年及十一~十五年佔了大宗，合佔近五成比例，顯示社工年資都不算資淺之年資；受訪者醫務社工年資分類同社工年資，其中大宗同社工年資皆落於六~十年及十一~十五年，合佔近四成五比例；受訪者是否考取社工師證照，以考取證照佔大多數，比例佔了近七成，顯示在醫務社工場域具社工師執照是相當重要的；受訪者以有從事醫療補助情形就佔了九成多，顯示大多醫務社工者皆有從事醫療補助之經驗；受訪者是否參與

過醫療補助教育或訓練，結果顯示近九成皆未受過此訓練，表示在實務工作裡確實缺乏此相關訓練。

在組織背景的部分，本研究受訪者任職醫院層級以區域醫院佔大宗，有近五成比例，而醫學中心及地區醫院比較相近，各約佔二成五；在受訪者職稱部分社工師比例就佔了近六成，是各職稱中的大宗；在主則科別部分，此題為複選題，其中精神科為大宗，佔了近三成比例，其次為內科及外科，各佔一成五比例。

在負荷感及其他資料的部分，本研究受訪者婚姻狀況分為未婚及已婚，兩者比例差不多，已婚佔五成一比例；受訪者是否有子女部分，未有子女為大宗，佔了六成六的比例；而在有子女的受訪者裡認為對照顧子女的負擔感受以感到非常繁重的有六成五比例，有些繁重的亦佔了近三成比例，顯示受訪者認為照顧子女的負擔大多是非常繁重的；受訪者對於家庭負擔的感受以有些繁重的佔了六成左右，是為大宗，不覺得繁重的佔了三成，顯示受訪者認為家庭負擔感受是不覺得繁重至有些繁重；受訪者對於工作負荷的感受分類同上，結果顯示近六成五表示是有些繁重的，兩成比例表示繁重，顯示受訪者對於工作負荷量大多皆表示具繁重的，受訪者其他資料-是否申請過助學貸款，其他近七成比例皆表示未申請過助學貸款，另有三成比例的受訪者表示有申請過助學貸款。

## 第一節 研究結論

本研究於第一章問題陳述中及第三章研究架構歸納主要研究問題有以下兩點：

- 一、研究問題一：瞭解中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時資源分配之原則為何？
- 二、研究問題二：瞭解影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素為何？

經過統計分析後針對研究問題所得結果如下：

## **一、中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時採用的資源分配原則**

### **為需求與平等原則。**

根據本研究結果顯示，近七成受訪者在表示影響判準醫療補助公平與否的前三項判準中的第一項會去考量虛擬家戶裡案主扶養未成年子女數，而扶養未成年子女數在資源分配原則裡代表的是需求概念。

而近五成受訪者在表示影響判準公平與否前三項判準的第二項會去考量虛擬家戶裡的案主是否負債，而負債與否在資源分配原則裡代表的亦是需求概念。

而三成五受訪者在表示影響判準公平與否前三項判準的第三項會去考量虛擬家戶裡案主過去申請醫療補助次數，而過去申請醫療補助次數表示的資源分配原則是平等概念。

根據上述陳述總結，中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時採用的資源分配原則為需求與平等原則。

## **二、影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素**

### **為國中學歷、高中學歷、大專學歷、扶養未成年子女數、具有債務及評估補助比例。**

根據第四章的研究結果分析，發現以虛擬家戶的國中學歷、高中學歷、大專學歷、扶養未成年子女數、有債務及補助比例之對數，T值達統計上的顯著，而虛擬家戶補助比例對社工知覺醫療費用補助比例公平負向變化(較容易感受不公平)的效果最大，其次依序為扶養子女數、國中學歷、高中學歷、有債務、大專學歷的負向效果，結果顯示影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素有包含國中學歷、高中學歷、大專學歷、扶養未成年子女數、具有債務及評估補助比例。

## 第二節 討論

依據研究結果，研究者針對以下幾方面的發現作進一步的討論。

### 一、醫務社會工作者從事醫療補助時採用的資源分配原則為需求與平等原則，而這兩個原則是否符合實務現況？考量這兩個原則而進行醫療補助行為果真能適切進行資源分配？

從研究結果發現，醫務社會工作者在公平分配進行醫療補助行為時，所考量的資源分配原則為需求與平等原則，呼應了 Runiman (1995) 指出的分配性正義三原則中的需求原則；John Edwards (轉引自吳老德，2000) 蒐集近代十一位學者採用的社會正義概念中的需求及平等原則；Nicholas Resche (轉引自吳老德，2000) Reamer 提出分配正義七個基準中的對每個人一視同仁的同等對待、需求；Deutsch (1975) 提出的平等及需求原則；以上皆強調了資源分配原則應考量需求及平等原則。

從文獻裡得知資源分配原則應考量人情原則，在 Reamer (1995) 提出親疏關係之人情原則及黃光國 (1988) 提出之人情關係皆可呼應，另韓玉瑛 (2007) 研究指出在資源運用原則皆會考量社會人情原則及公正需求原則，其中影響資源分配因素最多的是社會人情原則。但從研究發現醫務社會工作者並無將人情原則納入考量醫療補助之分配原則，而在問卷調查裡設計各種求助管道，包含：醫院管理高層指示、合作密切的醫師轉介、重要民意代表介紹及父母親介紹等人情關係的管道，但研究發現醫務社會工作者並不會因為各種人情關係的壓力而影響醫療補助之公平判斷，這樣的結果亦表示醫務社會工作者在實務情境上能公正判斷醫療補助，不受任何人情壓力，但卻在實務上常聽聞有來自各方，好比是重要民意代表或是合作密切的醫師前來以不同方式關切，這或多或少都會影響醫療補助之判斷。



## **二、影響中部地區醫務社會工作者從事醫療補助時的資源分配因素**

### **為國中學歷、高中學歷、大專學歷、扶養未成年子女數、具有債務及評估補助比例，對於現況有何其他影響因素？**

從本研究發現看來，影響從事醫療補助時的資源分配因素為學歷、扶養未成年子女數、具有債務及評估補助比例，這樣的研究結果部分呼應韓玉瑛（2007）發現教育程度影響資源分配原則，而本研究發現也符合研究者之實務經驗，研究者認為學歷較低者普遍在社會上競爭力較小，具有相對弱勢，而扶養未成年子女數實為造成家庭負擔重要因素，故在實務上大多會考量是否扶養未成年子女，認為個人是否負債也會是家庭重要負擔故會是實務上考量的重要因素，舉凡學歷、扶養未成年子女、債務、評估補助比例皆會是實務上考量醫療補助時資源分配重要影響因素。

而在黎小甄（2012）研究中提及性別會是影響資源分配因素，研究者實務經驗亦表示除了上述研究發現外的因素，對於現況來說，性別、前來求助的管道-人情因素、已申請次數皆會是影響資源分配之因素，但本研究發現並未證實。

### **三、在研究發現中，社會工作者個人基本資料變項對醫療費用補助比例公平的變異解釋量僅有 6.2%。**

在本研究問卷中列了眾多個人基本資料的項目，進行迴歸分析後的研究結果中顯示社會工作者個人基本資料變項對醫療費用補助比例公平的變異解釋量僅有 6.2%，這表示了醫務社會工作者在進行醫療補助資源分配時並不會因為自身的個人背景不同而讓醫療補助之資源分配判斷有所不同，亦表示醫務社會工作者皆能秉持公正態度去進行醫療補助之資源分配。

### 第三節 研究建議

依據研究結果，提出下列建議以供參考。

#### **一、學校教育應多開設倫理價值、華人文化課程以培養社會正義與華人文化敏感度。**

建議各校社會工作相關系所能開設倫理價值、華人文化相關課程，能從教育起頭去培養學生具正確倫理價值觀念，能知悉社會正義重要性，以利進入實務工作後能以社會正義之態度去進行相關資源分配，而本研究中雖無證實人情原則會是資源分配原則重要考量，但在實務上或多或少會陷入兩難中，如在學校教育就曾受過華人文化課程的訓練，或許進入實務工作後較不受其干擾。

#### **二、實務上應多開設醫療補助相關教育訓練，定期舉辦職前訓練、在職訓練並鼓勵社工人員能去參加，以促進醫療補助資源分配的一致性及公平性。**

對於新進之醫務社會工作者的教育訓練，除了一般機構相關認知外，期待能增加醫療補助相關教育訓練，從陳武宗、劉嫻均、陳冠含、陳錦雯（2011）之研究來看「減低經濟與非經濟因素對病人醫療過程的干擾」是醫務社會工作的主要任務之一，特別是經濟性因素所形成的求醫障礙，一直是國內外醫務社會工作發展以來，持續不斷須優先介入的實務課題，以及莫藜藜（2002）的研究說明，醫療補助從一開始就成為了醫務社會工作者最具代表性、也最核心的工作內容之一，在在說明醫療補助對於醫務社會工作的重要性，故醫療補助為核心概念之教育訓練對新進人員或在職人員絕對都是不可或缺的，更可以醫療補助為核心概念去設計深淺不同之課程目的讓實務工作者定期接受訓練，以期待能促進醫療補助資源分配的一致性及公平性。

而醫務社會工作者常處於高壓的醫療環境內，實務工作者常感到無比疲累，面對繁重的工作實無多餘時間能夠接受其他額外的教育訓練，故須多加鼓勵實務工作者能撥空去參與相關教育訓練。

### **三、建立督導制度，以增加服務品質**

醫務社會工作者在實務工作中，面對之問題及情境是複雜且多元的，使得醫務社會工作者常陷入困境中，甚至缺乏可尋求支持因應的管道。如在實務工作場域裡能有完善的督導機制，醫務社會工作者能透過督導者去尋求相關諮詢或專業協助，甚至能透過督導者給予情緒支持，讓工作者能更有力量去面對工作困境，順利解決相關問題，進而提升服務品質。

## 第四節 研究限制與未來研究建議

本研究主要了解醫務社會工作者之醫療補助原則。然而，在研究過程中有許多的限制與困難，未盡周延之處，故將於本節一一說明，以供後續相關研究參考。

### 一、研究工具與方法之限制與未來研究建議

#### (一) 量化取向之研究方法

本研究是採用量化研究方式進行施測，透過問卷調查蒐集資料，雖然使用虛擬案例讓研究對象依循該案例去進行實測，但研究對象的深度訊息可能會被忽略，且在問卷題目的設計上，其精確度、一致性恐顯不足，無法深切表達题目的代表意義，容易造成受訪者在填答上的誤解或是易產生疑問。

因此建議未來研究也可改施以質性訪談的研究方式，透過深度訪談的方式補充本研究方法上的不足，亦可增加文化層面的議題進行探討。且本研究探討的是醫務社會工作者醫療補助原則之研究，不同醫務社會工作者的醫療補助原則可能都會不同，但僅僅透過問卷研究的方式，無法深入去了解醫務社會工作者真實想法，對於人情概念更難以表達，另人情概念恐需有實際情境去測量，且針對案例可再精緻些，因此建議未來研究若透過深度訪談的方式進行研究，可能會有不同於本研究的醫療補助原則之呈現。

#### (二) 資料蒐集之限制

蒐集資料之限制礙於時間、經費及地理關係，研究者無法一一親自至各醫院去集體發放問卷，僅能先以電話說明的方式先與各醫院社工單位的主管聯繫，說明研究問題、研究目的與問卷填答注意事項後，確認可接受問卷調查之醫院而統一郵寄問卷的方式進行施測，並請各醫院主管協助發放問卷給各醫務社會工作者填寫，此法可能會造成受試者在人情壓力下完成問卷而無法在自由的情況下填寫問卷，且研究者無法一一向受訪者進行填答說明，而使少數之問卷有遺漏的情形產生。

本研究考量受訪者的匿名性，除在問卷開頭信上說明研究的匿名處理外，在進行施測時也準備信封，提供受訪者於填答完畢後自行放入信封內，最後由收發窗口統一收齊後寄回；但由於收發窗口大多是該單位的主管，可能會造成受訪者在較敏感的題目上，不敢真切表達真實的想法進行填答，而造成誤差。

因此建議未來相關研究若是以量化研究的方式，研究者可以考量一一親自至各醫院去集體發放問卷，親自說明研究問題、研究目的與問卷填答注意事項，以減少受訪者因為題意不清而少數之問卷有遺漏的情形，且由研究者親自回收問卷不需透過單位主管，亦可減少人情壓力；亦或可考量由受訪者自行郵寄的方式進行，而不需透過主管統一收齊寄回。

## 二、研究對象的限制與未來研究建議

本研究之研究對象是中部醫務社會工作者，礙於經費、時間及地理環境因素而無將研究對象擴及全國，因此建議，未來相關研究可考量將研究對象擴及全國之醫務社會工作者，使研究更具代表性。

另建議未來相關研究可從服務對象之視野著手，進一步去探討服務對象在獲得醫療補助分配之情形，或許可從服務對象及醫務社會工作者兩方進行交叉研究，或許會有不同的研究結果產生，並針對研究結果，以修改現今實務場域的醫療補助資源分配。

## 參考文獻

### 中文書目：

- 中央健康保險局高屏分局 (2010)。中央健康保險局高屏分局補助經濟弱勢者自付保險費政策宣導手冊。
- 王方 (2003)。貧窮歸因、社會階層、保障態度與快樂感受之間的關係。2004
- 王慶福、洪光遠、程淑華、王郁茗譯 (2006)。社會心理學 (原作者: Brehm, S. S. & Kassin, S., & Fein, S.)。台北市: 雙葉書廊。(原作出版年: 2005)
- 王篤強 (1996)。「普遍且均等給付之殘障津貼」的道德基礎—檢視與替代。思與言, 34 (4), 121-148。
- 包承恩、王永慈 (譯) (2011)。社會工作價值與倫理 (原作者: Reamer, F. G.)。台北市: 洪葉文化。(原作出版年: 1999) 台灣社會學會年會暨走過台灣- 世代、歷史與社會研討會。清華大學主辦。
- 石泐、孫健忠 (2008)。對貧窮者與社會救助的態度: 基層社會救助行政人員的觀點。社區發展季刊, 122, 159-182。
- 余正麗 (2010)。社區獨居老人健康狀況與社會資源利用之探討 (未出版之碩士論文)。國立陽明大學, 台北市。
- 何伶娟 (2011)。脊髓損傷患者社會資源應用與生活品質之相關探討 (未出版之碩士論文)。中臺科技大學, 台中市。
- 吳老德 (2000)。正義理論與福利國家。台北市: 五南文化。
- 吳怡蓉 (2004)。當社工碰到濟公—社會工作人員將民間信仰視為社會資源之初探 (未出版之碩士論文)。東吳大學, 台北市。
- 吳盛 (2003)。以計劃行為理論探討資訊人員的知識分享行為 (未出版之博士論文)。中山大學, 高雄市。
- 呂朝賢、王德睦 (2000)。1960s 以降的美國貧窮理論: 回顧與整合。人文及社會科學集刊, 12 (1), 149-195。

- 李宗派 (2000)。探討社會資源之開發與管理原則。**社區發展季刊**，89，53-61。
- 李建興 (1994)。**運用社會資源協助社區發展可行途徑之研究**。台北市：內政部。
- 李昭蓉 (1995)。**老人福利資源運用與社工人員服務績效之關係** (未出版之碩士論文)。東海大學，台中市。
- 李美枝 (1997)。**社會心理學-理論研究與應用**。台北市：大洋出版社。
- 林威成 (2005)。**旅運者觀點討論態度、涉入程度、群體影響力、行為意向與運具選擇行為的關連性：以台北地區為例** (未出版之碩士論文)。中山大學，高雄市。
- 林萬億 (1992)。**社區資源整合與運用**。**社教雙月刊**，51，5-9。
- 林萬億 (2002)。**當代社會工作：理論與方法**。台北市：五南文化。
- 林慧甄 (2006)。**東南亞新移民女性特殊需求子女社會資源運用之研究** (未出版之碩士論文)。佛光大學，宜蘭縣。
- 姚淑芬 (1994)。**少年逃家與資源運用之研究** (未出版之碩士論文)。東海大學，台中市。
- 柯芝叡 (2010)。**國軍心輔人員運用社會資源之研究** (未出版之碩士論文)。國防大學政治作戰學院，台北市。
- 洪敏琬 (譯) (2013)。**社會工作實務理論：整合運用取向** (原作者：Beckett, C.)。台北市：洪葉文化。
- 孫莉琳 (2006)。**花蓮縣國中輔導工作運用社會資源之經驗研究** (未出版之碩士論文)。慈濟大學，花蓮縣。
- 秦燕 (2009)。**醫務社會工作**。台北市：巨流圖書。
- 高淑清 (2001)。**家庭生活教育與社區資源**。載於**中華民國家庭教育學會(主編)**，家庭生活教育，83-112。台北市：師大書苑。
- 張英陣、朱小綺 (2000)。**社區資源網絡建構的原則與方法**。收錄於張英陣 (主編)，**推動社會福利社區化實務工作手冊 (社區資源網絡建構篇)**。台北：內政部。

- 張清富（1993）。**台灣省貧窮趨勢與致貧因素之研究**。台北市：豪峰。
- 張滿玲（譯）（1999）。**社會心理學**（原作者：Taylor S.E., Peplau L.A. & Sears D. O.）。台北市：雙葉書廊。
- 莫藜藜（1998）。**醫務社會工作**。台北市：桂冠文化。
- 莫藜藜（1999）。**全民健保與醫院社會工作**。台北市：雙葉書廊。
- 莫藜藜（2002）。**醫療福利**。台北市：亞太文化。
- 莫藜藜（2013）。**台灣醫務社會工作發展與變革**。「**中華民國醫務社會工作協會三十週年慶暨第一屆華人地區醫務社會工作研討會**」發表之論文，天主教輔仁大學醫學院國璽樓。
- 許臨高（2008）。**社會個案工作:理論與實務**。台北市：五南文化。
- 陳武宗（2009）。醫院社會工作部門社會資源運用與倡導經驗回顧。**社區發展季刊**，126，20-33。
- 陳武宗、劉佩均、陳冠含、陳錦雯（2011）。醫院醫療補助與社會工作實務。**社區發展季刊**，136，136-148。
- 陳郁日（2006）。**社會工作者將算命視為社會資源之初探**（未出版之碩士論文）。慈濟大學，花蓮縣。
- 陳琇惠（2000）。醫療補助，引自社會工作辭典。台北市：社區發展研究訓練中心印行。
- 陳瑛怡（2002）。國軍心輔官處遇自殺未遂個案運用社會資源網絡之研究-以南區心理衛生中心為例（未出版之碩士論文）。國防大學政治作戰學院，台北市。
- 曾華源（2004）。「**社會工作專業倫理兩難與抉擇辨明研討會**」發表之論文，國立屏東科技大學。
- 曾華源、劉曉春譯（2000）。**社會心理學 (Social Psychology)**（原著者：Baron, R.A. & Byrne, D.）。台北：洪葉。（原著出版年：1997）
- 黃光國（1988）。**中國人的權力遊戲**。台北市：巨流圖書。



- 溫信學 (2012)。醫務社會工作。台北市：洪葉文化。
- 詹火生 (譯) (1987)。社會政策要論 (原作者：Jones, K., Brown, J., & Bradshaw, J.)。台北市：巨流圖書。(原作出版年：1983)
- 廖榮利 (1992)。醫療社會工作。台北市：巨流圖書。
- 劉聖媛 (2010)。從老年人觀點探討在地老化之社會資源需求 (未出版之碩士論文)。長庚大學，桃園縣。
- 潘淑滿 (2000)。社會個案工作。台北市：心理文化。
- 蔡明璋 (1996)。臺灣的貧窮：下層階級的結構分析。台北市：巨流圖書。
- 黎小甄 (2012)。資源分配探討大學生的利社會行為、同理心、個人集體主義傾向 (未出版之碩士論文)。中正大學，嘉義縣。
- 蕭秋棋 (2010)。國中體育教師自我概念、教學信念、教學成敗歸因及其教學自我效能線性結構關係之實徵研究 (未出版之博士論文)。國立臺灣師範大學體育學系，台北市。
- 謝孟雄 (1990)。社會工作與醫療。台北市：桂冠文化。
- 韓元勤 (2004)。醫務社工者運用社會資源處遇軍職病患之研究 (未出版之碩士論文)。國防大學政治作戰學院，台北市。
- 韓玉瑛 (2006)。社工人員在人情情境中資源運用原則之研究 (未出版之碩士論文)。東海大學，台中市。
- 鍾佳伶 (2006)。少年觀護所收容人偏差行為與社會資源運用之關聯性研究 (未出版之碩士論文)。國立臺北大學，台北市。
- 簡春安、鄒平儀 (2004)。社會工作研究法。台北市：巨流圖書。
- 羅正杰 (2007)。國軍心理衛生中心與公部門社福組織之資源連結策略研究 (未出版之碩士論文)。國防大學政治作戰學院，台北市。

## 英文書目：

- Bagihole, B. (1997). *Equal Opportunities and Social Policy*. New York, NY: Longman.
- Benabu, R. (2000). Meritocracy, redistribution, and the size of the pie. In: Arrow, K., Bowels, S., and Durlauf, S. (eds.), *Meritocracy and Economic Inequality*(pp.317–339).New Jersey, NJ, Princeton University Press.
- Buz, S., Ontas, O. C. & Hatiboglu,B. (2012). Opinions of social Work students from Turkey on social justice. *International Social Work* 56(6), 724-742.
- Cowles, L. (2003). *Social Work in the Health Field*(2nd ed.). New York, NY: Haworth Social Work Practice Press.
- Deutsch, M. (1975). Equity, Equility and Need : What Determines Which Value Will Be Used as the Basis of Distributive justice? *Journal of Social Issues*, 31, 137-149.
- Franzoi, S. L. (2006). *Social psychology* (4th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Halley, A. A. (1992). *Delivering human services*(3rd). New York, NY: Longman.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York, NY: Wiley and Son.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28(2), 107-128.
- Kutchins, H. (1991). The Fiduciary Relationship: The Legal Basis for Social Workers' Responsibilities to Clients. *Social Work*, 36(2), 106-113.
- Miller, D. (1999). *Principles of Social Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Norman, J. (1987). *The welfare state in transition: The theory and practice of welfare pluralism*. Massachusetts , MA: University of Massachusetts Press.

Reamer, F. G. (1995). *Social Work Ethic and Values*. New York, NY: Columbia University Press.

Wakefield, J. C.(1988). Psychotherapy, distributive justice, and social work. Part 1:Distributive justice as a conceptual framework for social work. *Social Service Review*, 62(2), 187-210.

Wallander, L. (2011). Measuring social workers' judgements: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgements..*Journal of Social Work* , 12(4),364-384.

## 台灣中部地區醫務社會工作者對醫療補助之資源分配原則調查問卷

問卷編號□-□□-□□

親愛的醫務社會工作夥伴，您好：

非常感謝您撥空填寫這份問卷，您的協助與支持對本研究相當重要！

在醫務社會工作實務場域中，我們經常面臨到底要不要對經濟弱勢者提供醫療補助的抉擇，除了專業的評估之外，也常有來自其他方面的考量，但其中，到底是什麼標準指引我們的專業判斷呢？令人非常好奇！本研究想試著找出大家最常用的判斷依據，期待藉此增進我們的服務品質。

請您先閱讀方框內的案例並加以判斷問卷中對各個「案例」的補助比例到底公不公平？這沒有標準答案，只是想瞭解您最真實的想法。問卷中相關的資料也僅供學術研究之用，我們會善盡保密責任，請您放心填寫。煩請您於**104年4月27日前**將填妥之問卷，交由收發的同事，統一隨回郵信封寄回。在此，向您致上萬分謝意！

祝福您 平安健康

東海大學社會工作學系研究所

指導教授 王篤強

研究生 徐婉茹 敬上

民國一〇四年四月

如您對問卷有任何疑義，歡迎與我聯繫。

電話： 電子郵件信箱：

### 填答說明：

- 1、本問卷包含兩部份，第一部份為「個人背景資料」，第二部分為「案例判斷」。
- 2、問卷中僅個人背景資料的主責科別為複選題，其餘皆為單選題。請仔細閱讀後，依照您的想法，圈選(如①、②)或填入最符合您意見的答案。

### 【第一部分 個人基本資料】

1. 性別：1.男 2.女
2. 出生年次：民國\_\_\_\_\_年

3. 最高學歷：1.學士 2.碩士 3.其他\_\_\_\_\_
4. 最高學歷的畢業科系：  
 1.社會工作系  
 2.社會工作相關科系畢業(社會福利政策系等)  
 3.非社會工作相關科系畢業，曾修習社會工作相關學程 20 學分以上  
 4.非社會工作相關科系畢業，未曾修習社會工作相關學程 20 學分以上  
 5.其他 \_\_\_\_\_
5. 就讀社工相關科系時，是否曾修習醫務社會工作這門課：1.是 2.否
6. 在學期間是否曾進行社工實習：1.是(請繼續填答 6A) 2.否(請跳答第 7 題)  
 6A 進行社工實習時，是否曾於醫務相關領域實習：1.是 2.否
7. 社會工作年資：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；醫務社會工作年資：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
8. 是否考取社會工作師證照：1.是 2.否
9. 任職醫院層級：1.醫學中心 2.區域醫院 3.地區醫院
10. 現任職稱：\_\_\_\_\_
11. 主責科別(可複選)：1.內科 2.外科 3.婦產科 4.兒科 5.急診 6.精神科 7.其他  
 \_\_\_\_\_
12. 目前婚姻狀況：1.未婚 2.已婚 3.其他\_\_\_\_\_
13. 請問您是否有子女：1.是(請繼續填答 14A) 2.否(請跳答第 15 題)  
 14A 請問您對子女照顧負擔的感受程度  
 1.不覺得繁重(沒有感受到壓力) 2.有些繁重(但可以應付)  
 3.繁重(有點吃不消) 4.非常繁重(喘不過氣來了)
15. 請問您對於家庭負擔的感受：  
 1.不覺得繁重(沒有感受到壓力) 2.有些繁重(但可以應付)  
 3.繁重(有點吃不消) 4.非常繁重(喘不過氣來了)
16. 請問您對於工作負荷量的感受：  
 1.不覺得繁重(沒有感受到壓力) 2.有些繁重(但可以應付)  
 3.繁重(有點吃不消) 4.非常繁重(喘不過氣來了)
17. 請問您，讀大學時有沒有申請過助學貸款：1.有(約\_\_\_\_\_學期) 2.沒有
18. 關於從事醫療補助情形：  
 18A 請問您，有沒有從事醫療補助的經驗：1.有(年資有\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月) 2.  
 沒有  
 18B 有沒有參與過醫療補助或社會救助相關教育或訓練  
 1.有(是那種教育或訓練：\_\_\_\_\_ ) 2.沒有

## 【第二部分 案例判斷】

請您仔細閱讀下列案例，然後判斷所提供的醫療補助比例公不公平？

案主，離婚，35歲，現居於台中市約12坪大的租屋處。他沒有父母或手足，平時仰賴擔任餐廳洗碗工維生，是位不符合政府社會救助資格的近貧戶。案主在工作中因突發性腦中風被送來醫院進行緊急手術且住院治療，手術很成功，保住了性命，但後續須持續休養六個月，休養期間暫無工作能力。另外，案主住院期間產生了一大筆無法負擔的高額自費醫材費用，此自費醫材是因病情需要而使用，非案主自行指定。擔任社工的你介入評估此個案的醫療補助需求。

請教您：

除了前述案例的條件皆無異之外，會談後還發現：

// 1 //

[1]. 這位案主張先生，  
學歷是大學畢業，  
他獨力扶養未成年子女0名，  
目前負債中，  
前來申請補助是因為自己主動前來，  
過去已申請本院醫療補助0次，  
評估後決定補助醫療費用的100%。

-----  
Q1: 綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2: 就本案例而言，請在下列選項中，挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前3項判準？

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密

切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第1位是\_\_\_\_，第2位是\_\_\_\_，第3位是\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

[2]. 這位案主張女士，  
學歷是高中(職)畢業，  
他獨力扶養未成年子女3名，  
目前負債中，  
前來申請補助是因為醫院管理高層指示，  
過去已申請本院醫療補助3次，

評估後決定補助醫療費用的 100%。

-----  
Q1:綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2:就本案例而言，請在下列選項中,挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前 3 項判準？

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密

切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第 1 位是\_\_\_\_，第 2 位是\_\_\_\_，第 3 位是\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

[ 3 ].這位案主張女士，

學歷是高中(職) 畢業，

他獨力扶養未成年子女 1 名，

目前沒有債務，

前來申請補助是因為醫院管理高層指示，

過去已申請本院醫療補助 0 次，

評估後決定補助醫療費用的 100%。

-----  
Q1:綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2:就本案例而言，請在下列選項中,挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前 3 項判準？

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密

切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第 1 位是\_\_\_\_，第 2 位是\_\_\_\_，第 3 位是\_\_\_\_

// 2 //

[ 1 ].這位案主張先生，

學歷是碩士以上學位，

他獨力扶養未成年子女 2 名，

目前沒有債務，

前來申請補助是因為自己主動前來，

過去已申請本院醫療補助 1 次，

評估後決定補助醫療費用的 100%。

-----  
Q1:綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2:就本案例而言，請在下列選項中,挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前3項判準?

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密

切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第 1 位是\_\_\_\_，第 2 位是\_\_\_\_，第 3 位是\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

[ 2 ].這位案主張女士，

學歷是專科畢業，  
他獨力扶養未成年子女 0 名，  
目前負債中，  
前來申請補助是因為你父母親的介紹，  
過去已申請本院醫療補助 3 次，  
評估後決定補助醫療費用的 25%。

-----  
Q1:綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2:就本案例而言，請在下列選項中,挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前3項判準?

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密

切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第 1 位是\_\_\_\_，第 2 位是\_\_\_\_，第 3 位是\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

[ 3 ].這位案主張先生，

學歷是碩士以上學位，  
他獨力扶養未成年子女 3 名，  
目前負債中，  
前來申請補助是因為合作密切醫生轉介，  
過去已申請本院醫療補助 2 次，  
評估後決定補助醫療費用的 100%。

-----  
Q1:綜合前述，您覺得這項醫療費用補助的比例，公平嗎？

1 少的太離譜 2 太少 3 略少 4 剛剛好 5 略多 6 太多 7 多的太離譜

Q2:就本案例而言，請在下列選項中,挑出最影響你判斷醫療補助公平與否的前3項判準?

1 性別 2 學歷 3 須扶養未成年子女數 4 負債與否 5 過去申請次數 6 醫院管理高層指示 7 合作密



切的醫師轉介 8 重要民意代表介紹 9 你父母親的介紹 10 自己主動前來  
最影響我的第 1 位是\_\_\_\_，第 2 位是\_\_\_\_，第 3 位是\_\_\_\_