

醫院擴增不同型態精神醫療資源之影響因素探討

彭英傑¹ 陳端容^{2,*}

目標：精神醫療資源長期存在資源不足、分布不均與低度發展之問題，既使在政策鼓勵與經費補助下，其成長仍相當有限。本研究旨在探討影響醫院擴增不同型態精神醫療服務之影響因素，藉以瞭解影響精神醫療資源成長之機制。**方法：**以郵寄問卷方式進行，對台灣地區136家提供精神醫療服務之醫院進行普查。**結果：**寄出問卷136份，回收82份，問卷回收率60.3%，回收個案與未回收個案在權屬別、評鑑別、型態別、地區別上無差異。教學醫院擴增急性精神病床意願較高，擴增慢性精神病床意願較低；住院個案經他院轉介比例高於20%之醫院，在擴增急性精神病床意願較高；而精神科專科醫院在擴增康復之家、社區復健中心意願會較高；中部地區的醫院擴增社區復健中心之意願較高。位居都會區周邊縣市之醫院擴增急性精神病床之意願較高，而鄉村地區醫院擴增慢性精神病床意願較高，工業地區醫院擴增社區復健中心意願較高。機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數多者擴增急性精神病床之意願較低，擴增慢性精神病床、康復之家及社區復健中心之意願較高；機構所在地縣市每萬人口日間留院床數少者擴增擴增慢性精神病床及康復之家之意願較高。**結論：**醫療機構持續有擴增精神醫療資源之計畫，規模有擴大趨勢；影響醫院擴增不同型態之精神醫療服務的因素不同；醫療機構特性、機構所在地社經條件、機構所在地精神醫療資源等因素對不同型態之精神醫療服務有不同之影響，營運層面考量未有顯著影響力。(台灣衛誌 2005; 24(2): 162-172)

關鍵詞：精神醫療資源、醫院、擴增意願、承載能量

前　　言

台灣地區的精神醫療機構發展，始於西元1918年於台北大龍峒的台北仁濟院設置收容所，其開始提供精神病患收容性服務，其間歷經日據時代、光復初期，一直到民國70年代，台灣精神醫療設施不管是在品質或是數量上一直都極為貧乏，大多數的精神醫療

機構僅能提供慢性精神病患的長期收容[1]。幾乎在1980年以前，精神醫療是完全歸屬於社會救助，其實只是救助病患、收容病患、補助病患生活照顧，解決社會的問題而已，負責的單位是內政部、社會處、社會局等，在1980年以後才由衛生署主導，將精神醫療當作醫療來看[2]。

政府首次對精神醫療加以做整體性的規劃開始於衛生署民國75年4月奉行政院核定實施的「醫療保健計畫籌建醫療網計畫」，全程預定15年，自民國75年4月至民國89年6月止，以建立區域醫療體系及特殊醫療系統為方針，配合醫療人力之規劃，以期全面提升醫療技術水準，配合醫療網計畫之推動同時進行精神疾病防治計畫，主要以「發展積極的治療、復健，減少消極的收容、養護」為政策的導向，以建立精神疾病防治醫療網為工作

¹ 行政院衛生署八里療養院

² 國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所

* 通訊作者：陳端容

聯絡地址：台北市仁愛路一段一號

E-mail: duan@ntu.edu.tw

投稿日期：93年2月2日

接受日期：93年7月27日

之方向，使民眾能就近迅速得到適當的預防、保健、治療與復健服務。自此精神醫療體系便循著「醫療保健計畫—精神疾病防治第一、第二、第三期計畫」逐漸展開[3]。

在醫療網的推動之下，精神醫療設施雖然有了相當的改善，精神醫療資源仍呈現了極度不平衡的發展，精神病床仍集中在某些特定的地區與特定的醫院；中華民國公共衛生學會於民國81年所做之「我國病床供需現況與未來發展之規劃研究」中[4]，發現從民國78到81年台灣地區每萬人口精神病床數從民國78年的5.6床，增為民國81年的5.8床，四年以來一直以花蓮醫療區的精神病床最豐富，每萬人口精神病床數從民國78年的150.5床，增為民國81年的153床，而宜蘭、苗栗、台東等三個醫療區則完全沒有精神病床的設置。在全國11648張精神病床中，以權屬別作為劃分，有8197床是公立病床，占精神病床總數的70.4%；以型態別作為劃分，絕大多數的精神病床來自精神科專科醫院，占精神病床總數的86%。在民國84年研考會委託之研究中指出：民國82年台灣地區精神科病床數為13468床，每萬人口共設5.95床精神科病床，距離「醫療保健計畫—精神疾病防治第一期計畫」於民國79年應達到每萬人口7.5床精神病床甚遠。到了民國87年底全台灣地區精神科病床數為15152床(急性精神病床3940床，慢性精神病床11212床)，每萬人口為6.9床精神科病床，民國88年底因將東部部分慢性精神病床劃分為養護床，全台灣地區精神科病床數減少為13322床(急性精神病床4641床，慢性精神病床8681床)，使得每萬人口降為5.03床精神科病床。但如果連同養護床一起計算，全日住院精神病床為17778床，每萬人口精神病床數增加為8.0床[5,6]；精神病床數尚未達到「醫療保健計畫—精神疾病防治第二期計畫」於民國85年應達到每萬人口9.0床精神病床的目標，遑論「醫療保健計畫—精神疾病防治第三期計畫」於民國89年應達到每萬人口10床精神病床甚遠[6]。

整體而言，從民國78年到88年這十年來的成長顯然是相當緩慢的，其間雖然經由醫療政策鼓勵及醫院評鑑標準要求各公私立醫

療機構提供精神醫療服務，以及提供醫療發展基金的經費補助，其中精神科由於資源極度匱乏，故不像一般病床只能在醫療資源缺乏區方能設立，全台灣地區不論於任何醫療區均可設置，得以接受「行政院衛生署醫療發展基金申請作業要點」補助貸款利息並予以獎勵。然而精神科醫療設施之成長並未因此而像其他科一般的蓬勃發展，其中機制值得深入探討。

在探討醫療資源分布成因時，研究指出可分為系統層次、地區層次及個人層次等三個層面考量[7]，系統層次所指頗為廣泛，舉凡政策、制度、醫療系統、醫療保險支付制度、國家醫學教育、社會輿論和社會共識等皆是，透過這些力量的運作，對醫療資源的分布會有不同的影響。在地區層次部分[8]，將組織社會學中用以研究組織和其環境之間的關係之「環境選擇模式」運用在醫事人力分布問題的探討上；這個理論的基本假設，一方面在說明地區內醫療專業人員的數量常反映出該地區環境的「承載能力」，另一方面，一地區內的醫療專業人員數和該地區環境的承載能力必須有著某種程度的配合，若有差距出現，則醫療專業人員的遷移即可能發生；而根據承載能量理論進行之研究均說明了地區的需要、社經條件及醫療環境因素對醫師人力之分布或是醫療機構之生存有相當影響力[7,9-14]。個人層次指的是影響醫師選擇執業地點的個人特質，譬如性別、年齡、家庭背景、專業條件考量等。

在精神醫療政策的規劃推動下，急性住院、慢性住院、日間留院、康復之家、庇護工廠、社區復健中心、居家治療等各項治療模式逐漸建立，精神醫療已經不再侷限於醫院裡面，而是趨向社區發展之全面性精神疾病之預防、保健與治療，然而對於精神醫療資源發展之研究報告卻相當稀少，僅有之數篇報告多著重在描述性之分析[15-17]，無從瞭解精神醫療資源成長之機制與原因。而目前國內對醫療資源之相關研究，不管是在醫事人力、病床數量及分布、醫療發展基金對醫療資源分布之影響或是醫院新設與歇業之因素探討[7,11,14,18-20]，大多未將精神醫療

資源區分出來加以探討，或者根本將精神醫療部分避開不談，其研究結果僅能解釋整體醫療體系，對於是否適用於精神醫療體系值得懷疑，需要加以進一步檢視。因此本研究擬從機構層次的角度切入，進行分析，探討影響未來五年醫院擴增不同型態精神醫療服務計畫之可能因素，以期對精神醫療資源成長之機制與原因有進一步的瞭解。

材料與方法

一、研究設計與研究架構

本研究從機構層次進行探討，根據研究目的，以問卷調查的方法進行，並輔以次級資料重新建構受訪醫院所在地之社經指標及精神醫療資源，深入探討影響精神醫療資源分布之因素。研究架構詳見圖一。

二、研究對象

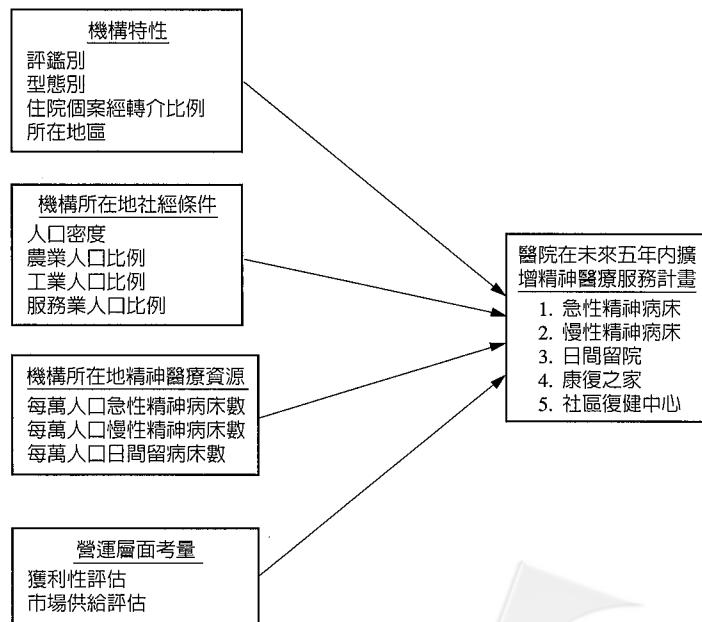
對台灣地區提供精神醫療服務之醫院共136家進行普查，分別對其主要負責醫療行政業務管理階層進行調查，由其代表醫院來填

答問卷，瞭解醫院主觀上對當地縣市之精神醫療市場評估，以及影響其發展的相關因素，與對精神醫療服務之投資計畫。

三、研究工具與資料收集方法

研究者參考相關文獻，根據本研究目的擬定研究問卷。研究者於民國90年1~2月會分別與私立精神醫療機構之院長、負責人、投資者或是精神科主任進行初步的深入訪談。根據深入訪談之內容，並參考相關文獻後由研究者自行設計問卷，聘請六位相關專長專家對問卷內容進行效度檢定，並根據專家意見修改問卷內容。民國90年3月中旬郵寄問卷給受訪對象，由其填寫完後再郵寄給研究者，第一次郵寄問卷未填答回者，予以第二次郵寄問卷並在郵寄一週後以電話催收，如仍未收到問卷則再寄發第三次，於民國90年5月中旬完成回收問卷之收集。

次級資料來源及收集方式為：參考政府出版品、衛生署醫政處第四科所提供之民國85-88年精神衛生工作報表[21]、及以公文方式請衛生署統計室提供民國88年醫院現況及



圖一 研究架構圖

服務量調查之電子檔。所參考之政府出版品為：民國89年衛生署出版之衛生統計[5]、民國89年行政院主計處出版之中華民國台灣地區社會指標統計[22]、中華民國台灣地區家庭收支調查報告及中華民國台閩地區人口統計[23]。

四、研究變項測量

依變項為醫院在未來五年內擴增精神醫療服務計畫之有無，醫院在未來五年內擴增精神醫療服務之計畫依其不同之服務型態可分為：急性精神病床、慢性精神病床、日間留院、康復之家、社區復健中心，故依其不同之服務型態分別建立迴歸模式。模式一為醫院在未來五年內擴增急性精神病床之影響因素分析；模式二為醫院在未來五年內擴增慢性精神病床之影響因素分析；模式三為醫院在未來五年內擴增日間留院之影響因素分析；模式四為醫院在未來五年內擴增康復之家之影響因素分析；模式五為醫院在未來五年內擴增社區復健中心之影響因素分析。

在自變項方面，以研究架構所定義之四組構面因素，(1)機構特性：以評鑑別(教學醫院VS非教學醫院)、型態別(專科醫院VS綜合醫院)、轉介比例(大於20%VS小於等於20%)、機構所在地區(北區、中區、南區、東區)為分析變項。(2)機構所在地社經條件：以人口密度(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)、農業人口比例(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)、工業人口比例(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)、服務業人口比例(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)為分析變項。(3)機構所在地精神醫療資源：每萬人口急性精神科病床數(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)、每萬人口慢性精神科病床數(高於台灣地區中位數vs低於台灣地區中位數)、每萬人口日間留院病床數(高於台灣地區平均值vs低於台灣地區平均值)為分析變項。(4)營運層面考量：將之界定為(a)自評是否營運「有盈餘」；(b)市場供給是否不足、過剩、剛好。

五、資料處理與統計分析

次級資料部分：使用上述收集之次級資料分別建構出醫療機構基本資料、台灣地區各縣市社經指標資料、及台灣地區各縣市精神醫療資源資料等三個資料庫，再與問卷內容進行資料合併。

本研究所取得之問卷內容及次級資料以SPSS 8.0版進行資料鍵入、轉檔、清查、確認及校正等整理工作，並將各資料庫進行資料之合併，最後以SPSS 8.0版進行統計運算分析。

統計方法：以描述性統計分析說明研究對象之基本屬性，並根據研究架構分別對醫院擴增各種不同精神醫療服務型態意願之有無，建立多變項邏輯迴歸模式。以統計方式的逐步淘汰法(backward stepwise)進行邏輯式迴歸分析，逐步選出解釋力高的自變項，以形成最適模式(Final Model)[24]。

結 果

一、問卷回收與統計分析

對台灣地區提供精神醫療服務之醫院共136家寄出問卷，回收82份，整體回收率為60.3%；對回收個案與未回收個案進行卡方檢定，檢定其在權屬別、評鑑別、型態別、地區別是否有差異，其 χ^2 值均未達顯著水準($P > 0.05$)，顯示回收個案與未回收個案在權屬別、評鑑別、型態別、地區別上無差異(見表一)。

二、描述性分析

有將近九成(89%)的醫院在未來五年內有擴增任何一種精神醫療服務之計畫，約有四成的醫院有擴增日間留院(41.5%)或是慢性精神病床(39%)的計畫，約三分之一的醫院有擴增急性精神病床(36.6%)的計畫，約四分之一的醫院有擴增康復之家(26.8%)或是社區復健中心(25.6%)的計畫。另外有一成多(12.7%)的醫院在未來五年內有縮減任何一種精神醫療服務之計畫，以計畫縮減急性精神病床(8.9%)的最多。

表一 研究對象屬性一覽表(N=136)

	未回收		回 收		顯著檢定 χ^2 (df)	P value
	數目	%	數目	%		
權屬別					2.836 (1)	0.092
私立	25	33.3	50	66.7		
公立	29	47.5	32	52.5		
總數	54	39.7	82	60.3		
評鑑別					2.334 (1)	0.127
非教學醫院	19	50.0	19	50.0		
教學醫院	35	35.7	63	64.3		
總數	54	39.7	82	60.3		
型態別					0.203 (1)	0.652
綜合醫院	42	40.8	61	59.2		
精神科專科醫院	12	36.4	21	63.6		
總數	54	39.7	82	60.3		
地區別†						0.078‡
北區	19	29.7	45	70.3		
中區	9	39.1	14	60.9		
南區	21	51.2	20	48.8		
東區	5	62.5	3	37.5		
總數	54	39.7	82	60.3		

註：*表示卡方檢定其 χ^2 值達顯著水準($P<0.05$)

†為Fisher's exact test 檢定，Exact Sig.=0.078

三、醫院擴增不同型態精神醫療之影響因素 多變項邏輯迴歸分析(logistic regressions)

根據研究架構所設定之依變項與自變項，進行多變項邏輯式迴歸分析，探討在控制其他變項後，不同構面之特性或條件對醫院擴增精神醫療服務計畫之影響。茲將五組模式邏輯式迴歸方程式之自變項設定及分析結果整理說明如下：

(一) 模式一：醫院擴增急性精神病床之影響因素分析

進入最適模型之自變項為：「評鑑別」、「轉介比例大於20%」、「人口密度」、「服務業人口比例」、「每萬人口急性精神病床數」。達統計上顯著水準之自變項為「評鑑別」、「轉介比例大於20%」、「人口密度」、「服務業人口比例」、及「每萬人口急性精神病床數」等。模式一達統計上之顯著水準($\chi^2=19.623$, $df=5$, $P=0.001$)。各自變項對醫院擴增急性精神病床計畫之影響為：控制其他因素後，教學醫院擴增急性精神病床之機會為非教學醫院的13.751倍；住院個案經其他機構轉介而

來之比例大於20%之醫院擴增急性精神病床之機會為住院個案經其他機構轉介而來之比例小於等於20%之醫院的8.644倍；機構所在地縣市人口密度比例大於台灣地區平均值之醫院，擴增急性精神病床之機會為機構所在地縣市人口密度比例小於台灣地區平均值之醫院的0.125倍；機構所在地縣市服務業人口比例大於台灣地區平均值之醫院，擴增急性精神病床之機會為服務業人口比例小於台灣地區平均值之醫院的11.832倍；機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增急性精神病床之機會為機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數小於台灣地區平均值之醫院的0.188倍。

(二) 模式二：醫院擴增慢性精神病床影響因素分析

進入最適模型之自變項為：「評鑑別」、「型態別」、「農業人口比例」、「服務業人口比例」、「每萬人口急性精神病床數」、「每萬人口日間留院病床數」。達統計上顯著水準之自變項為「評鑑別」、「農業人口比例」、「每萬人

表二 醫院擴增、縮減精神醫療服務之計畫及服務型態(N=82)

	無意願		有意願	
	數目	(%)	數目	(%)
擴增計畫及服務型態(N=82, missing=0)				
擴增急性精神病床	52	63.4	30	36.6
擴增慢性精神病床	50	61	32	39
擴增日間留院	48	58.5	34	41.5
擴增康復之家	60	73.2	22	26.8
擴增社區復健中心	61	74.4	21	25.6
擴增任何一種服務型態	73	11	9	89
是否到外縣市投資(N=82, missing=1)*	72	88.9	9	11.1
縮減意願及服務型態(N=82, missing=3)*				
縮減急性精神病床	72	91.1	7	8.9
縮減慢性精神病床	77	97.5	2	2.5
縮減日間留院	77	97.5	2	2.5
縮減康復之家	78	98.7	1	1.3
縮減社區復健中心	78	98.7	1	1.3
縮減任何一種服務型態	69	87.3	10	12.7

註：*missing個案未進入次數分佈統計

口急性精神病床數」、「每萬人口日間留院病床數」。模式已達統計上之顯著水準($\chi^2=28.421$, $df=6$, $P<0.001$)。控制其他因素後，教學醫院擴增慢性精神病床之機會為非教學醫院的0.139倍；機構所在地縣市農業人口比例大於台灣地區平均值之醫院，擴增慢性精神病床之機會為機構所在地縣市農業人口比例小於台灣地區平均值之醫院的5.569倍；機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增慢性精神病床之機會為機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數小於台灣地區平均值之醫院的15.221倍；機構所在地縣市每萬人口日間留院病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增慢性精神病床之機會為機構所在地縣市每萬人口日間留院病床數小於台灣地區平均值之醫院的0.014倍。

(三) 模式三：醫院擴增日間留院影響因素分析

進入最適模型之自變項為：「評鑑別」、「型態別」、「營運情形」。達統計上顯著水準的自變項為「評鑑別」，模式未達統計上之顯著水準($\chi^2=7.492$, $df=3$, $P=0.058$)。控制其他因素後，教學醫院擴增日間留院之機會為非教學醫院的4.183倍。

(四) 模式四：醫院在未來五年內擴增康復之家影響因素分析

進入最適模型之自變項為：「型態別」、「每萬人口急性精神病床數」、「每萬人口日間留院病床數」。達統計上顯著水準之自變項為「型態別」、「每萬人口急性精神病床數」、「每萬人口日間留院病床數」。模式已達統計上之顯著水準($\chi^2=24.688$, $df=3$, $P<0.001$)。控制其他因素後，精神科專科醫院擴增康復之家之機會為綜合醫院的8.184倍；機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增康復之家之機會為機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數小於台灣地區平均值之醫院的5.007倍；機構所在地縣市每萬人口日間留院病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增康復之家之機會為機構所在地縣市每萬人口日間留院病床數小於台灣地區平均值之醫院的0.056倍。

(五) 模式五：醫院擴增社區復健中心之影響因素分析

進入最適模型之自變項為：「型態別」、「機構所在地區」、「工業人口比例」、「每萬人口急性精神病床數」、「營運情形」。達統計上顯著水準之自變項為「型態別」、「機構所在地

表三 醫院在未來五年內擴增計畫影響因素對數迴歸分析表

變項名稱	(模式一)		(模式二)		(模式三)		(模式四)		(模式五)	
	急性精神病床		慢性精神病床		日間留院		康復之家		社區復健中心	
	Exp(β)	sig	Exp(β)	sig	Exp(β)	sig	Exp(β)	sig	Exp(β)	sig
一、機構特性：										
評鑑別(教學vs非教學)	13.751	0.007**	0.139	0.026*	4.183	0.045*				
型態別(專科vs綜合)			0.175	0.058			8.184	0.002**	6.313	0.008**
轉介比例大於20%	8.644	0.006**			3.063	0.068				
機構所在地區(參考組：北區)										0.05*
中區									12.098	0.007**
南區									1.686	0.53
東區									6.471	0.209
二、機構所在地社會條件：										
人口密度(高vs低)	0.125	0.022*								
農業人口比例(高vs低)			5.569	0.035*						
工業人口比例(高vs低)									14.818	0.002**
服務業人口比例(高vs低)	11.832	0.007**	5.303	0.073						
三、機構所在地精神醫療資源：										
每萬人口急性精神科病床數(高vs低)	0.188	0.01*	15.221	0.01*			5.007	0.038*	7.164	0.021*
每萬人口慢性精神科病床數(高vs低)										
每萬人口日間留院病床數(高vs低)			0.014	0.001**			0.056	0.001**		
四、營運層面考量：										
營運情形(盈餘vs無盈餘)					2.513	0.089			0.265	0.07
市場供給面評估(參考組：剛好)										
不足										
過剩										
常數項	0.084	0.016*	1.726	0.568	0.122	0.008**	0.26	0.008**	0.013	<0.001***
Chi-Square值(df)		n=74		n=74		n=74		n=74		n=74
P value		19.623(5)		28.421(6)		7.492(3)		24.688(3)		23.705(7)
		0.001**		<0.001***		0.058		<0.001***		0.001**

註：* : P<0.05 , ** : P<0.01 , *** : P<0.001

區」、「工業人口比例」、「每萬人口急性精神病床數」。模式達統計上之顯著水準($\chi^2=23.705$, $df=7$, $P=0.001$)。各自變項對醫院擴增社區復健中心計畫之影響為：控制其他因素後，精神科專科醫院擴增社區復健中心之機會為綜合醫院的6.313倍；醫院所在地位於中部地區的醫院擴增社區復健中心之機會為醫院所在地位於北部地區之醫院的12.098倍；機構所在地縣市工業人口比例大於台灣地區平均值之醫院，擴增社區復健中心之機會為機構所在地縣市工業人口比例小於台灣地區平均值之醫院的14.818倍；機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數大於台灣地區平均值之醫院，擴增社區復健中心之機會為

機構所在地縣市每萬人口急性精神病床數小於台灣地區平均值之醫院的7.164倍。

討 論

衛生署推動精神疾病防治計畫，主要以「發展積極的治療、復健，減少消極的收容、養護」為政策的導向，以建立精神疾病防治醫療網為工作之方向，以精神疾病盛行率為總人口千分之三估計，民國八十九年底台灣地區嚴重病人約65500人，依照衛生署醫療網第四期計畫各項精神醫療設施現況與需求如下：急性治療床推估需求數為6550床(嚴重病人之10%)，而現有數為5116床，尚須增加1434床；慢性復健床推估需求數為16375床

(嚴重病人之25%)，而現有數為9146床，尚須增加7211床；日間住院床推估需求數為2183床(每萬人口一床)，而現有數為3644床，數量已足夠不須增加；康復之家床推估需求數為2183人(每萬人口一床)，而現有可服務之人數為1637人，尚須增加546人，社區復健中心推估需求數為4366人(每萬人口二床)，而現有可服務之人數為561人，尚須增加3805人[6]。然而由於各醫院之機構性質迥異、所在地社經條件之差異、不同類型精神醫療資源充足與否不同、以及各醫院本身對當地醫療市場之評估，對各醫院的不同型態精神醫療資源擴增計畫有著不同程度的影響。精神醫療資源長期資源不足、分布不均、低度發展的整體環境下，有將近九成(89%)的醫院在未來五年內有擴增任何一種精神醫療服務之計畫，醫院對其醫療市場的評估後選擇對本身最為有利的服務型態來作為其擴增計畫，就急、慢性精神病床而言，約三分之一的醫院有擴增急性精神病床(36.6%)的計畫，有8.9%的醫院有縮減急性精神病床之計畫，約有四成的醫院有擴增慢性精神病床(39%)的計畫，醫院在急性精神病床與慢性精神病床的擴增計畫，符合衛生署對急、慢性精神病床需求之推估；就日間留院而言，約有四成的醫院有擴增日間留院(41.5%)的計畫，而衛生署推估日間住院床數已經足夠不須增加，二者之間有著極大的落差；就康復之家、社區復健中心而言，約有約四分之一的醫院有擴增康復之家(26.8%)或是社區復健中心(25.6%)的計畫，相較之下，醫院擴增社區復健中心之計畫，並未能符合衛生署對社區復健中心需求之推估。

在全民健保精神醫療支付制度下，給付的標準對醫院營運及成本考量有一定影響。曾婉君以質性研究方式探討全民健保精神醫療支付制度之問題，其研究發現目前精神醫療生態為急性病房萎縮、慢性病房擴張[25]。在本研究中雖然急性精神病床的發展趨勢尚在擴增的階段，然而卻有8.9%的醫院在未來五年內有縮減急性精神病床之計畫，已隱約可見健保給付制度對急性精神病床的抑制作用已有悄然成型之態勢。

不同型態的精神醫療服務其成長與分布的影響因素各有不同，在台灣地區急性精神病床、慢性精神病床與社區精神復健機構，不僅在數量上不足，配置不佳，在地理分布不均的問題更加嚴重[26,27]。由於服務的對象還是有所區隔，所需之專業人員及設施標準亦不相同，其成長與分布受到不同的因素影響。

以機構特性而言，自1970年代長期住院病患從州立機構釋放出來，美國精神科住院照護在綜合醫院呈現成長趨勢，在精神科醫院則是呈現減少趨勢[28,29]，但在本研究中，對急性精神病床、慢性精神病床的擴充計畫醫院型態別(綜合醫院vs 精神科專科醫院)並非是其影響因素。專科醫院相較於綜合醫院對於精神病人住院後之照顧追蹤時間明顯較長久[30]，同時專科醫院也提供更廣泛的服務項目[31]，精神科專科醫院絕大多數只提供精神科服務，與一般醫院相比較之下具有較多的精神病床，尤其是慢性精神病床的數量，因此有些慢性精神病人經過治療與復健以後，不須再繼續留置於醫院之中，可以在專業人員訓練與督導之下居住於一般社區之中，進行回歸社區生活訓練，在考量上下游服務整合、擴大服務規模及提高市場佔有率因素或是配合政府政策下，精神科專科醫院擴增康復之家及社區復健中心之意願較高。教學醫院本身具有教學任務，負有精神科專業人員之養成與提供繼續教育之責任，住院個案經轉介比例大於20%之醫院代表其與外部環境連結程度大，與其他醫院之院際關係存在著友好、互助、互惠之合作關係，在競爭的醫療環境中具有較穩固之生存利基，轉介行為的活化，對機構的生存是看好的，其進一步的擴增急性精神病床的機會也是較大的。當醫院無須負擔教學責任，以服務病患為主時，選擇的是低成本、較容易達到收支平衡甚至產生盈餘的醫療服務，擴增慢性精神病床之意願較高。醫院所在地位於台灣中部地區的醫院可能由於原先社區復健中心數量就少，當地需求面遠大於供應面，因此擴增社區復健中心之意願較高。

另外，從區域之「承載能量」的觀點來

看，醫院與診所地點的選擇及病床數的配置，比較反映出當地的社會經濟條件，而不反映出地區上的「需要」。社經條件的影響經常是隱而未見，在無形中影響著不同性質機構的座落位置，如同對一般醫療而言，人口和社會經濟條件，對於吸引醫師前往的過程之影響是一種孕育的作用，而專業條件的配合則是促使醫師採取行動的「催化劑」[7]。不同的社經條件對於不同專科的醫事人力或是不同類型醫療機構有著不同的影響力[7-14]；對精神醫療而言，不同的社會經濟條件孕育著不同型態的精神醫療服務[30,32,33]。本研究發現，對急性精神病床而言，服務業人口比例高的地區都市化程度較高，本身由於人口的聚集，需求量較高，然而又考慮到人口密度高的地區，一來民眾接受度低，一來地價較高，建置成本相對提高[34]，對於急性精神病房的擴增是有困難的，故人口密度低但又保有相當都市化的地區，換言之，都會地區的邊陲地帶或是鄰近縣市，對擴增急性精神病床是較適合的。對慢性精神病床而言，收費標準低，需要達到經濟規模來經營，病患住院時間長，需提供適當活動、復健場所，所需要之土地面積也較為廣闊，在考慮成本因素及土地的可獲得性下，農業人口比例較高的地區，代表著鄉村地區，隨著台灣農事從業人口凋零，產業發展前景式微，土地供應充足，加上「行政院衛生署醫療發展基金申請作業要點」補助貸款利息並予以獎勵，並予以協助土地變更，在土地的取得上不成問題，當醫院所處地區社經條件是農村地區，醫院具有土地取得成本較低之優勢，在精神病床資源不足的情形下，市場尚未達到飽和，相對於急性精神病床，慢性精神病床不需要大量精神科專業人員，只要有足夠的資金來源，在擴充營運規模考量下，使得擴增慢性精神病床成為較好的標的，相對而言較有擴增的機會。在可近性的考量下，可近性的缺乏進一步阻礙病患與家屬對復健設施的使用意願[27]，社區復健中心因需要兼顧交通的便利性，不能離病患所居住的地點太遠，同時需提供適當的復健工作，工業人口比例高的地區，可能象徵著交通便

利、同時獲得機械性、簡單性復健工作的機會較高，在以服務業為主的繁華都會區中，人際之間的互動處於頻繁、緊張的狀況下，由於社會污名化(social stigma)的影響，民眾對精神病人的容忍度較低[35]，對社區復健中心存在較多的疑慮與不安全感，甚至反對社區復健中心的設立[36]，相對的，在工業地區人與人之間「疏離感」較高，社區復健中心就像是另外一個工廠或是家庭代工的場所一樣，與當地住民所處之生活環境較為類似，社區復健中心反而較容易獲得生存的空間。

最後，營運績效構面的變項對醫院是否擴增各項精神醫療服務之影響均不顯著。這並不代表經濟效益對精神醫療資源之成長沒有影響，可能是在目前的環境下精神醫療低度發展、分布不均，需求面多於供應面，精神醫療市場競爭機制尚未完全形成，也可能是在問卷設計上未能正確詢問到受訪者之意見。

到本研究完成時，精神醫療資源呈現持續擴增的趨勢，89%的醫院在未來五年內對各種不同型態之精神醫療服務仍有擴增計劃，影響急性精神病床、慢性精神病床、日間留院、康復之家、社區復健中心擴增計劃的因素各有不同，「機構特性」、「機構所在地社經條件」、「機構所在地精神醫療資源」、「營運層面考量」四個構面對各種不同型態之精神醫療服務亦造成不同的影響程度，對這些影響因素加以探討分析，不僅可以瞭解醫院擴增精神醫療服務的原動力，更可以解釋以機構層次的分析觀點下，精神醫療資源分布與成長之影響因素。

致謝

本研究感謝行政院衛生署醫政處及統計室提供精神醫療資源統計與醫院現況調查資料。

參考文獻

1. 行政院衛生署：台灣地區公共衛生發展史(四)。台北：行政院衛生署，1997。

2. 陳永興：國家醫療與精神醫療政策。台灣精神醫學 1997；11：3-15。
3. 行政院衛生署：建立醫療網第三期計畫。台北：行政院衛生署，1996。
4. 楊銘欽、江東亮：我國病床供需現況與未來發展之規劃研究。行政院衛生署八十一年度委託研究計畫（BOH-HI-001），1992。
5. 行政院衛生署：衛生統計。台北：行政院衛生署，2000。
6. 行政院衛生署：醫療網第四期計畫(核定本)。台北：行政院衛生署，2000。
7. 張莘雲：台灣地區衛生人力分布問題之初探。中國社會學刊 1983；7：133-56。
8. Rundall TG, McClain JO. Environmental Selection and Physician Supply. AJS 1982;87:1090-113.
9. 嚴雅音：台灣地區發展與衛生人力一分布與長期趨勢的研究。台北：台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1983。
10. 劉淑珍：都市發展與醫師人力空間變遷：以高雄市為例。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1997。
11. 黃偉堯：醫師間的競爭對醫師人力地理分布的影響。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1988。
12. 李彩萍：台灣地區醫師人力地理分布之改善情形與影響地區醫師人力成長因素之探討。台北：台大公共衛生研究所碩士論文，1988。
13. 王宗曦：台灣地區診所醫師地理分布之變遷1996～1998。台北：台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1999。
14. 黃博彥：影響臺灣地區牙醫師人力變化之因素探討。台北：長庚大學管理學研究所碩士論文，2000。
15. 行政院研考會：精神病患醫療服務體系之檢討。台北：行政院研考會，1995。
16. 胡海國：台灣精神科床位分布。中華精神醫學 1996；10：45-52。
17. 劉俊顯：全民健康保險對精神醫療住院與費用之影響研究兼論其對精神醫療資源與體系之政策意義。臺中：中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，1997。
18. 謝琇蓮、江東亮：台灣地區醫院歇業及新設之決定因素。中華衛誌 1994；13：453-8。
19. 江玉琴：醫療發展基金對醫療資源分布及民眾就醫流向影響之探討。台北：台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
20. 劉容華：台灣小型醫院新設與歇業之影響因素。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1998。
21. 行政院衛生署：精神衛生行政工作報表。台北：行政院衛生署，1996-1999。
22. 行政院主計處：中華民國台灣地區社會指標統計。台北：行政院主計處，2000。
23. 行政院主計處：中華民國台灣地區家庭收支調查報告。台北：行政院主計處，2000。
24. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 1st ed., New York: Wiley, 1989;55-7.
25. 曾婉君：全民健康保險精神醫療支付制度及其對精神醫療院所影響之質性研究。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1999。
26. 胡海國：醫院所在地與精神科住院患者之戶籍。中華精神醫學 1996；10：66-73。
27. 宋麗玉：精神病患社區照顧之省思—社區化或機構化，選擇或困境？中華心理衛生學刊 1998；11：73-103。
28. Geraty RD. General Hospital Psychiatry and the New Behavior Health Care Delivery System. Gen Hosp Psychiatry 1995;17:245-50.
29. Mechanic D, McAlpine D, Olfson M. Changing Pattern of Psychiatric Inpatient Care in the United States, 1988-1994. Arch Gen Psychiatry 1998;55:785-91.
30. Dorwart RA, Schlesinger M, Davidson H, Epstein S, Hoover C. A National Study of Psychiatric Hospital care. Am J Psychiatry 1991;148:204-10.
31. Schlesinger M, Dorwart R, Hoover C, Epstein S. Competition, Ownership, and Access to Hospital Services. Evidence from Psychiatric Hospital. Medical Care 1997;35:974-92.
32. Eveland AP, Dever GE, Schafer E, Spinkel C, Davis S, Rumpf M. Analysis of Health Service Areas : Another Piece of the Psychiatric Workforce Puzzle. Psychiatr Serv 1998;49:956-60.
33. Thomas CR, Holzer CE. National Distribution of Child and Adolescent Psychiatrists. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:9-15.
34. 黃祺芳：從經濟學角度探討現階段慢性精神病患醫療照顧之問題—以台北市為例。台北市立療養院86年年報，1997；50-61。
35. Byrne P. Stigma of mental illness: Changing mind, changing behavior. Br J Psychiatry 1999;174:1-2.
36. 陳正宗、文榮光：從仙人掌咖啡屋歇業論推動慢性精神病人復健的阻力。中華心理衛生學刊 1985；2：11-21。

The factors associated with the willingness of hospitals to expand different types of mental health services

YING-CHEH PENG¹, DUAN-RUNG CHEN^{2,*}

Objectives: To examine the factors associated with the investment of hospitals in five different types of mental health services and explore mechanisms of mental health resources growth in Taiwan. **Method:** A cross-sectional study was conducted, and mailed questionnaires were used to collected data from the managers of all (136) hospitals. Logistic regressions were employed to examine whether institutional linkages, socio-economic levels, and the mental health resources capacity surrounding hospitals, and the profit consideration were associated with the future investment of hospitals in mental health services. **Results:** 82 of 136 hospitals responded to the questionnaires, resulting in a response rate of 60.3%. The respondents were not different from the non-residents across the variables examined. Institutional linkages are significantly statistically associated with future investment in different mental health services. Various variables were differently associated with the future investment of hospitals in different types of mental health service. Being a teaching hospital or a hospitals that has more than 20% of inpatients transferred from other hospitals were significant factors associated with investment in acute psychiatric inpatient service. **Conclusions:** Different variables are associated with different types of mental health services. The results indicate that more work should be done to look into the different mechanisms for the growth of mental health services. (*Taiwan J Public Health*. 2005;24(2):162-172)

Key Words: *mental health, hospitals, willingness to expand, investment plans*

¹ Bali Mental Hospital, Department of Health, Executive Yuan, Bali, Taiwan, R.O.C.

² Graduate Institute of Health Care Organization Administration, College of Public Health, National Taiwan University, No. 1, Jen-Ai Rd., Sec. 1, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*Correspondence author. E-mail: duan@ntu.edu.tw

Received: Feb 2, 2004 Accepted: Jul 27, 2004