

監察院日本東京考察報告

一、考察目的：瞭解日本對於開業醫師假日看診機制、產業醫師執行情形以及助產制度現況。

二、考察日期：100年11月23日-11月27日

三、考察成員：尹委員祚芊、錢林委員慧君
外交及僑政委員會秘書黃淑芬

四、考察行程：

(一)100年11月24日(星期四)下午13時至14時30分，拜會東京都品川區醫師會，與會長吉田三夫、副會長上野正巳、理事松山毅等醫師進行交流座談。

(二)100年11月25日(星期五)上午10時30分至13時，在厚生勞動省大臣官防國際課課長高梨文人陪同下，假東海大學校友會館，針對助產師議題，聽取日本厚生勞動省醫政局看護課看護企畫係長(股長)尾川春香簡報，以及進行交流座談。

(三)100年11月25日(星期五)下午14時至16時，在厚生勞動省大臣官防國際課課長高梨文人陪同下，假東海大學校友會館，針對產業醫師議題，聽取日本厚生勞動省勞動基準局安全衛生部勞動衛生課職業性疾病分析官古田勳簡報，以及進行交流座談。

五、品川區醫師會假日看診機制簡介：

日本假日診療制度自1973年開始實施，至於東京都品川區的假日診療系統有兩種形式，一是品川區醫師會全天(早上9點至下午10點)經營的固定假日診所，另一是會員醫師的診所在白天輪流(早上9點至下午5點)的假日診所；此兩種診所負責品川區醫師會管轄區域內日間的假日診療。

在通常情況下，由於執勤醫師人數較多等理由，患者選擇固定診所的傾向非常強，但在2009年新型流感流行期，卻有不同

的傾向。2009年尤其是秋~冬間，此時期不只患者數多，輪流診所的利用比例也很高；而在此時期，即使固定診所已臨時增加工作人員，患者仍是擠滿了候診室，不得不看診至午夜。若無此兩種假日診療形態，遇到這種情況，地區的初級醫療就會被破壞。初級醫療的破壞將導致所有地區性醫療的崩壞，因此，在經歷新型流感的大流行後，為了公共衛生及社會安全保障，必須維持此兩種的假日診療系統。

品川區醫師會之經費來源，除健保給付外，品川區公署每年約補助1,500萬日幣，用以支付醫師、護士薪水及其他事務費；此外，醫師會之收入來源亦有部分來自於健檢收入。截至目前為止尚未發生赤字情形。

根據統計資料顯示，品川區居民30餘萬人中，99年使用假日門診者約5,600人，1天平均5-60人，如再加上健檢人數，大約13,000人。原則上假日門診不作第二級急救，只作初步診療，以早期發現流感，及早治療，費用較為便宜，因此，利用假日門診的民眾愈來愈多。



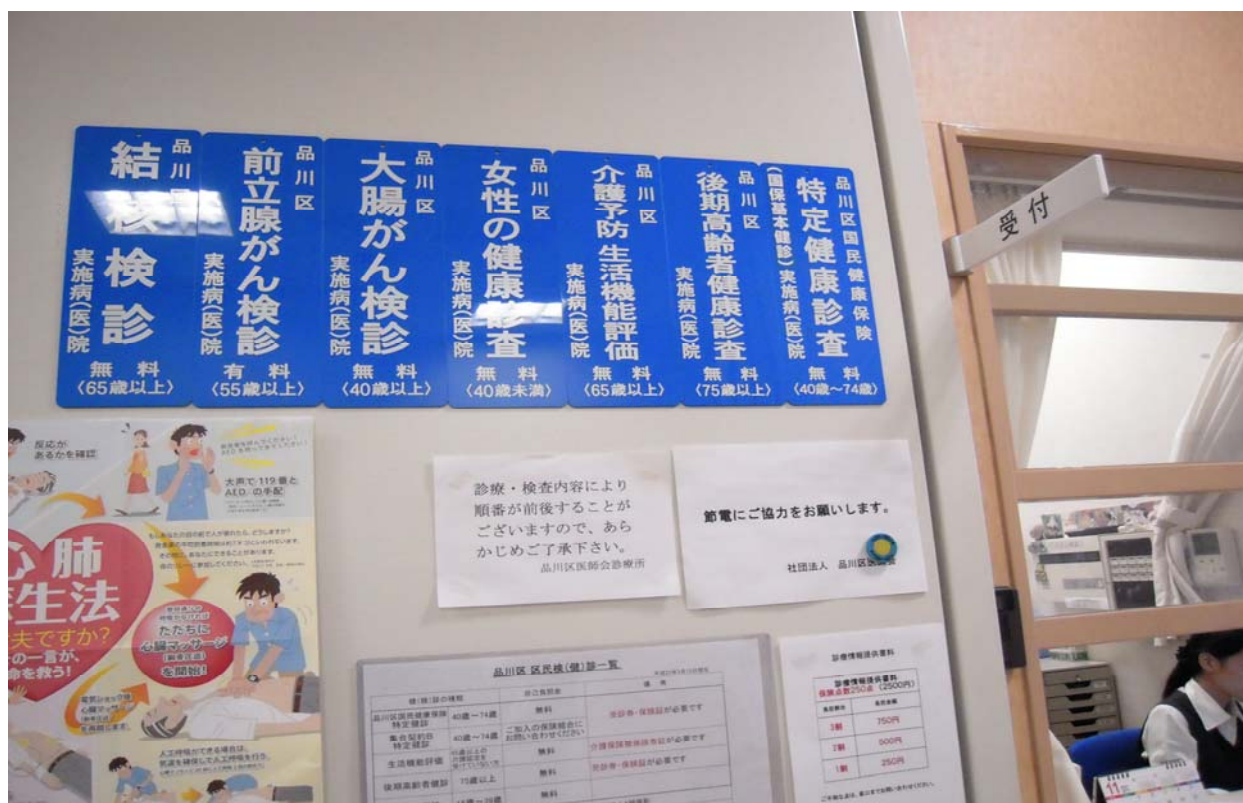
由右至左為品川區醫師會會長吉田三夫、副會長上野正巳、理事松山毅



品川区醫師會掛號櫃檯



品川区醫師會診療室



品川区醫師會健檢項目



2位委員與品川区醫師會會長吉田三夫、副會長上野正巳、理事松山毅進行交流座談



本院考察團與品川區醫師會會長吉田三夫、副會長上野正巳、理事松山毅合影留念



2位委員結束訪查後與3位接待醫師寒暄致意

六、日本助產師制度概況：

(一)考察緣起：

臺灣 3、40 年前大部分新生兒由助產士接生，之後逐漸轉由醫師接生，目前由助產士接生之比例不到 1%；但近 10 餘年來，許多歐美先進國家，以及亞洲的日本，由助產師接生的比例愈來愈高。2 位考察委員曾接獲助產師學會陳情，主張生產是一項自然的過程，在節省健保給付情形下，應由助產師擔任自然產的接生工作，並保障助產師的工作權。因此，為瞭解日本推展助產師接生之情形，特前來進行考察。

(二)法令依據：

1. 保健師助產師看護師法：

- (1)第 3 條：本法所指助產師，係持有厚生勞動大臣所發牌照，以助產或從事孕婦、分娩後回復期之婦女或新生兒的健康指導為業的女性。
- (2)第 37 條：保健師、助產師、看護師或準看護師除非受到主治醫師或牙醫指示，不得使用診療器具、給予藥物、下達藥物指示、以及有其他非由醫師或牙醫行使則可能造成健康危害之行為。但臨時應急之處置、助產師剪臍帶、灌腸、或進行助產師的業務自然伴隨之行為，則不在此限。
- (3)第 38 條：助產師認為孕婦、產婦、分娩後回復期之婦女、胎兒或新生兒有異常時，必須要求醫師診療，而不得對其進行處置。但臨時應急之處置則不在此限。
- (4)第 39 條：從事業務的助產師在助產或接到孕婦、分娩後回復期之婦女或新生兒的健康指導之要求時，非有正當事由不得拒絕。又，進行分娩的援助或死胎驗屍的助產師接到發行出生證明書、死產證書或死胎驗屍書的要求時，非有正當事由不得拒絕。

- (5)第 40 條：助產師不得發行非由自己進行分娩的援助或死胎驗屍之出生證明書、死產證書或死胎驗屍書。
- (6)第 41 條：助產師進行懷孕 4 個月以上死胎驗屍，認為有異常時，應於 24 小時內通知轄區派出所。
- (7)第 42 條：助產師援助分娩時，應立即將助產相關事項記載於助產錄。關於前項助產錄，助產師在醫院、診所或助產所所進行助產者，應由醫院、診所或助產所的管理者，在其他地方所進行助產者，應由該名助產師保存 5 年。至於助產錄的記載事項，由厚生勞動省訂定。

2. 刑法：

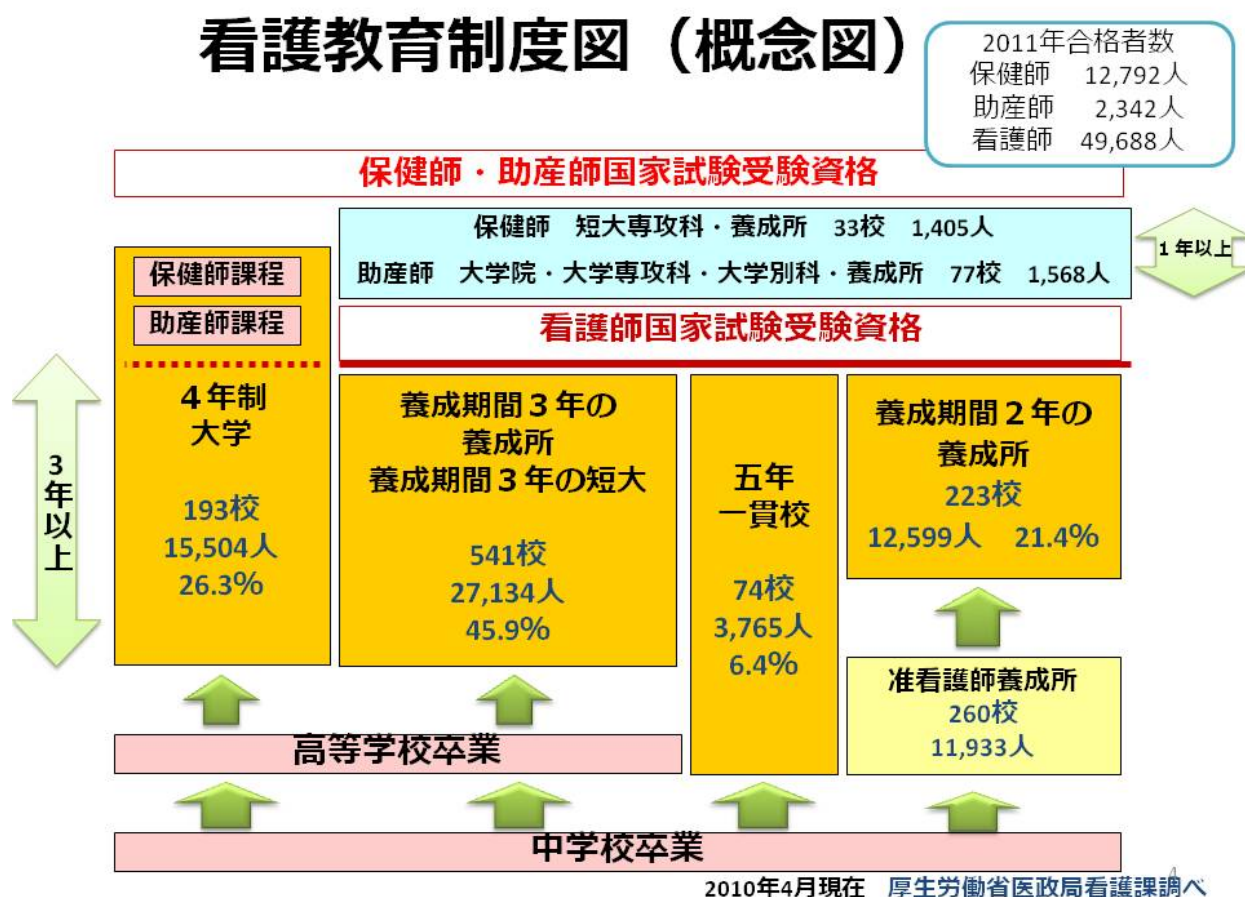
第 134 條：醫師、藥劑師、醫藥販賣業者、助產師、律師、法律顧問、公證人或以前在這些職位的人，在無正當理由的情況下將業務上取得之秘密洩漏者，處 6 個月以下有期徒刑或 10 萬日幣以下罰金。

(三)助產師教育及考試制度：

1. 教育體系：

- (1)4 年制大學：高中畢業後先修習 3 年護士課程，之後再修習 1 年保健師或助產師課程，即可參加保健師或助產師國家證照考試；亦即僅接受護理課程者，僅能考護士證照，接受保健師或助產師課程者，始能參加保健師或助產師執照考試。
- (2)3 年專科體系：高中畢業之後修習 3 年護士專科課程，畢業之後即可參加護士國家考試。考取護士證照之後，如欲成為助產師，可進入大學、研究所學程，研修 1 年助產師課程，之後才可參加助產師國家考試，目前約有 77 所學校有此課程。
- (3)5 年一貫學校：中學畢業之後，進入 5 年一貫學校，修習高中及護理課程，畢業後參加護士國家考試及格取得證照後，須進入大學、研究所學程，研修 1 年助產師課程後，始能參加

助產師國家考試；目前五年一貫學校數量不多，僅占 6.4%。
 (4) 准看護師(護士)養成所：中學畢業之後進入准看護師(護士)養成所研習 2 年，成為准護士，再修習 2 年護士課程，之後如欲成為助產師，須進入大學修習 1 年助產師課程，始能參加助產師國家考試。



(資料來源：日本厚生労働省醫政局看護課提供)

2. 教育內容：

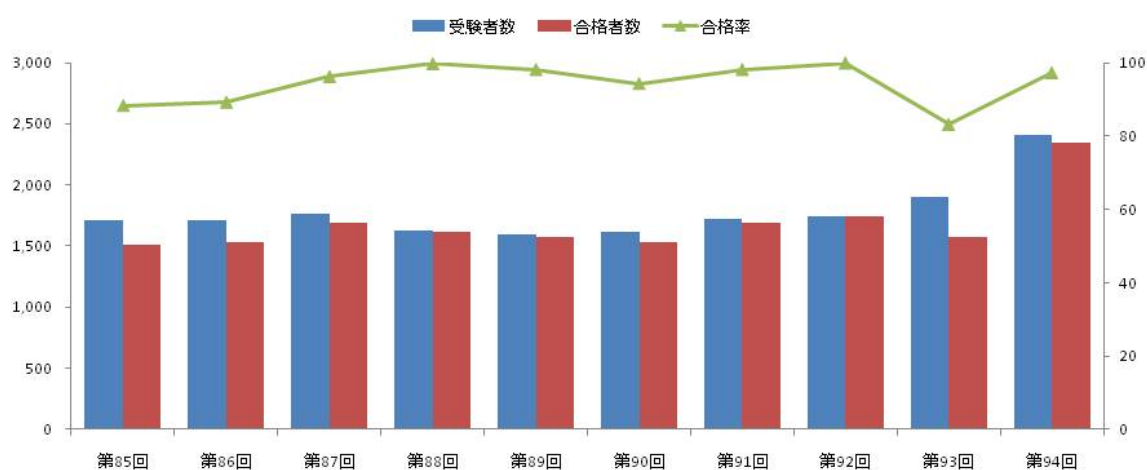
先接受接生之理論課程，之後再進行實習。理論課程內容包括懷孕及分娩產後恢復期間之照護、餵食母乳之知識及方式、懷孕計畫、避孕方式、性知識、如何介入輔導家庭暴力以及不孕症諮商及建議等；亦即從青少年的思春期一直到生產、與家人的關係、甚至不孕部分，均是助產師須學習的內涵。實習內容包括產前檢查、協助分娩(大約 10 例)。

教育内容及學分數，包括基礎助產學 6 學分、助產診斷技術學 8 學分、母子保健 1 學分、助產管理 2 學分及助產學實習 11 學分，共 5 個科目，28 個學分。

3. 國家考試：

助產師國家考試於每年 2 月舉行，考試時間 2 小時 20 分鐘，共 105 題，均是筆試，包括一般問題 75 題及情境模擬問題 30 題。歷年來合格率變遷圖請見下表。

助產師國家試驗受験者・合格者及び合格率の推移

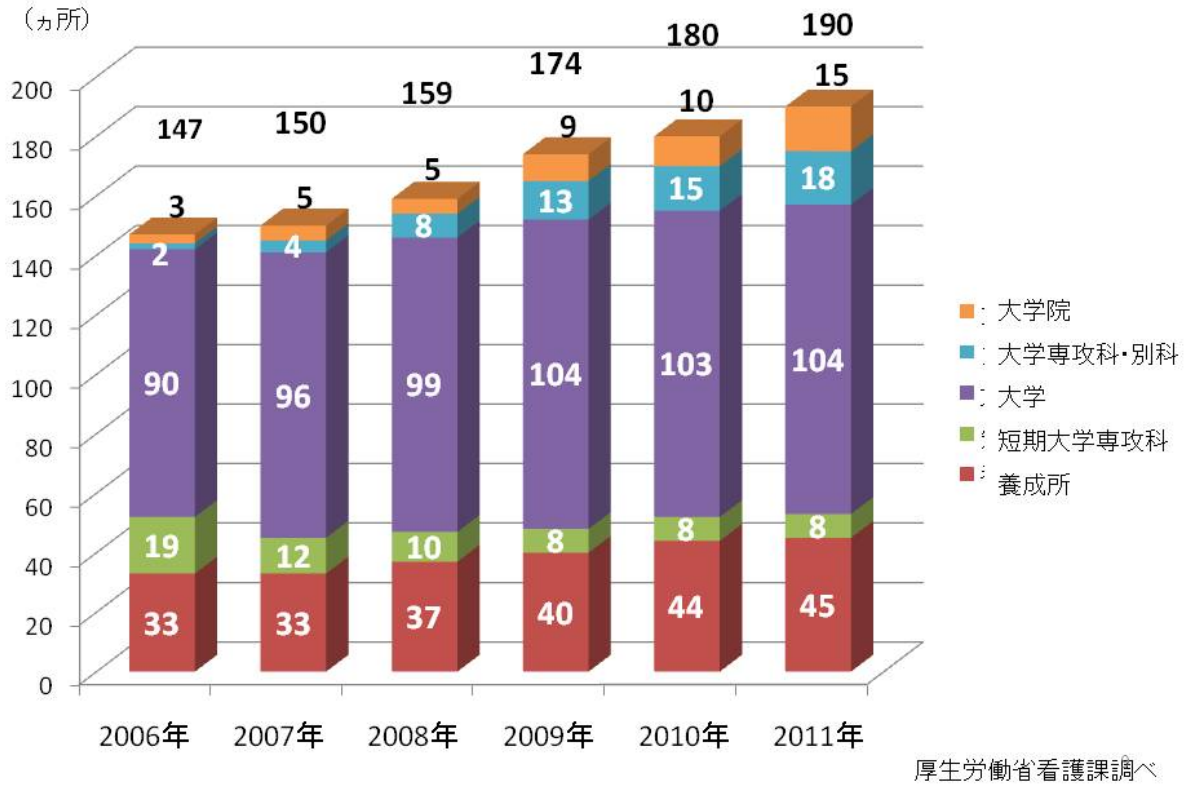


	第85回 (2002)	第86回 (2003)	第87回 (2004)	第88回 (2005)	第89回 (2006)	第90回 (2007)	第91回 (2008)	第92回 (2009)	第93回 (2010)	第94回 (2011)
受験者数 (人)	1,713	1,716	1,761	1,624	1,600	1,621	1,722	1,742	1,901	2,410
合格者数 (人)	1,513	1,531	1,694	1,619	1,570	1,529	1,690	1,741	1,579	2,342
合格率 (%)	88.3	89.2	96.2	99.7	98.1	94.3	98.1	99.9	83.1	97.2

(資料來源：日本厚生労働省醫政局看護課提供)

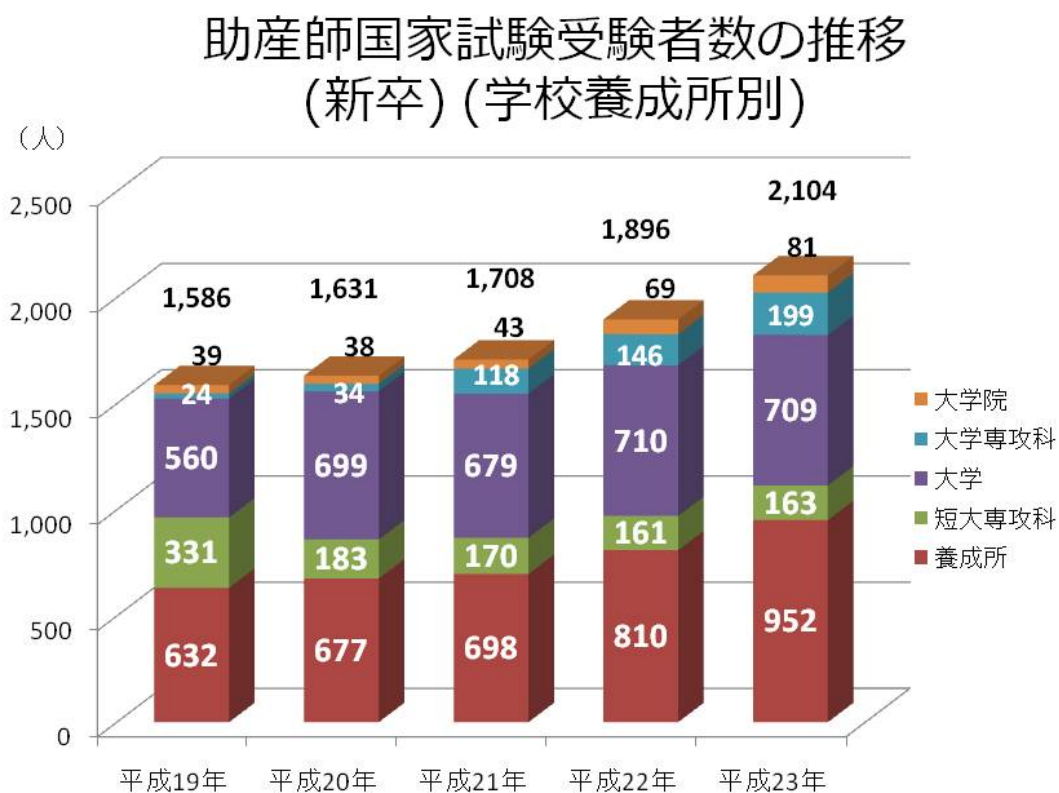
4. 助産師學校數目變遷圖：最多者為4年制大學。

助産師學校養成所数の推移



(資料來源：日本厚生労働省醫政局看護課提供)

5. 接受助產師國家考試之應考者從何種學校畢業之變遷圖：最多者為1年以上之養成所。



(資料來源：日本厚生労働省醫政局看護課提供)

(四)助產師就業狀況：

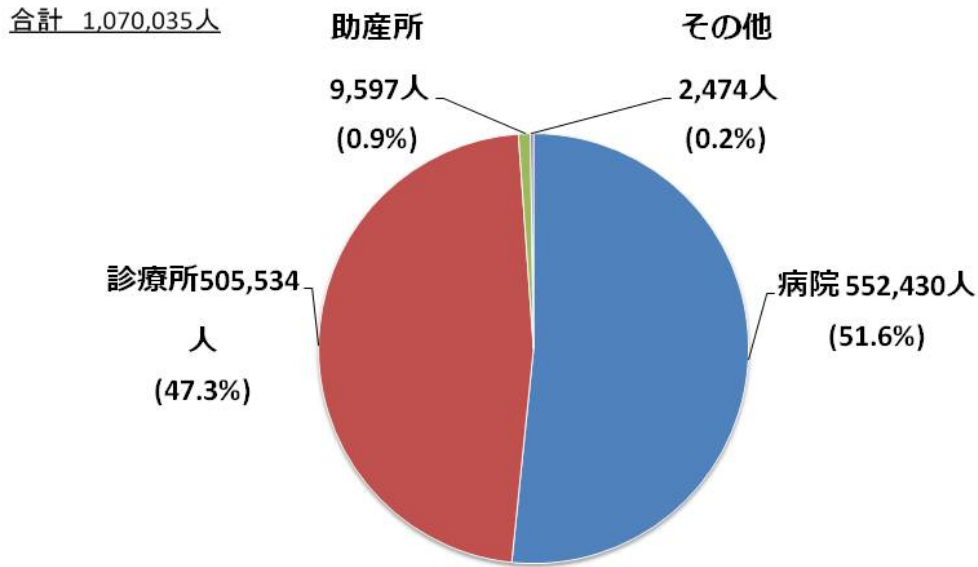
1. 日本在 1950 年代大部分是請產婆(助產士)到家裡接生，1960 年之後，由於國家政策轉變，以及安全考量，產婦逐漸轉而到有消毒設備的診所或醫院進行生產。不過，在接生過程中，醫師與助產師係扮演不同的角色，助產師的功能是陪伴產婦；由於生產過程漫長，助產師的陪伴往往讓產婦覺得放心，在自然分娩情形下，均是由助產師進行接生，但在產婦分娩過程中，如發現有任何異狀，則須通知醫師立即緊急處理。亦即只有在發生異常分娩情形下，醫生才會出面處理。是以，在分工上，

發生難產或剖婦產情形，才會由醫生接生，自然產原則上由助產師負責接生。此外，日本民眾已逐漸瞭解生產是很自然的過程，並不是疾病，很願意讓助產師接生。是以，目前助產師的人數逐漸增加，而婦產科醫生人數則在減少中。

2. 日本的生產費用並非由健保給付，而是由個人自行負擔，目前生 1 個小孩平均約花費 50 萬日幣，全部自費，但國家會給予生產津貼，大約 42 萬日幣。如在醫院生產且由助產師進行接生，醫院會給付薪水予助產師；如係助產師自己開業，則由助產師獲得該筆生產費用。
3. 近 10 餘年，日本大力推動「院內助產所」及「助產師外來」，所謂「院內助產所」（醫院內附設助產所），係指在能夠應對緊急情況的醫療機關，由助產師獨立進行過程正常的孕產婦的護理及助產行為；例如醫院 2 樓是婦產科，3 樓是院內助產所，3 樓雖無醫生，但如生產過程中發生任何問題，醫生可立即從 2 樓趕到 3 樓；此一設計有 2 項擔保，第 1 是可在醫院進行自然生產，第 2 是一旦發生任何安全上問題，醫生可立即處理。而「助產師外來」（助產師門診）係指在醫療機關，由助產師獨立進行過程正常的孕產婦的健康檢查及健康指導行為。此 2 項制度推廣的目的係滿足孕婦多樣的需求，確保生產場所安全、安心、舒適，並在婦產科醫院及產科門診中藉由助產師負責正常生產，以減輕產科醫師的負擔。日本剛開始先推行「助產師外來」制度，等上軌道之後，才依序推動「院內助產所」。目前實施「助產師外來」者約 3 成，「院內助產所」不到 5%，尚未普及，未來日本政府將提供補助金，鼓勵醫院多設立「助產師外來」及「院內助產所」。

附表 1：2009 年新生兒出生場所統計

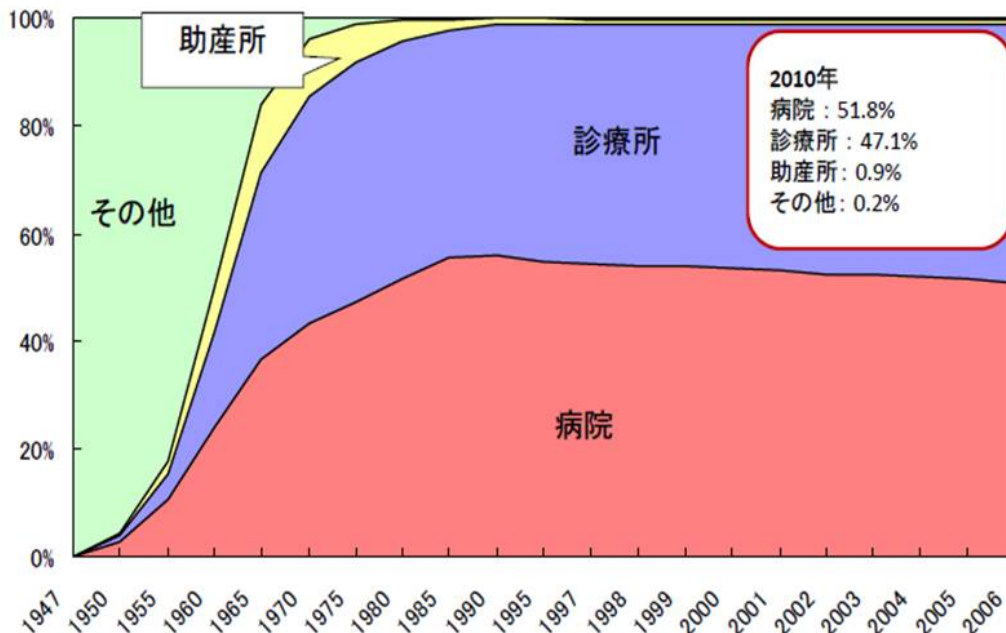
出生場所別出生数（2009年）



厚生労働省「人口動態統計」

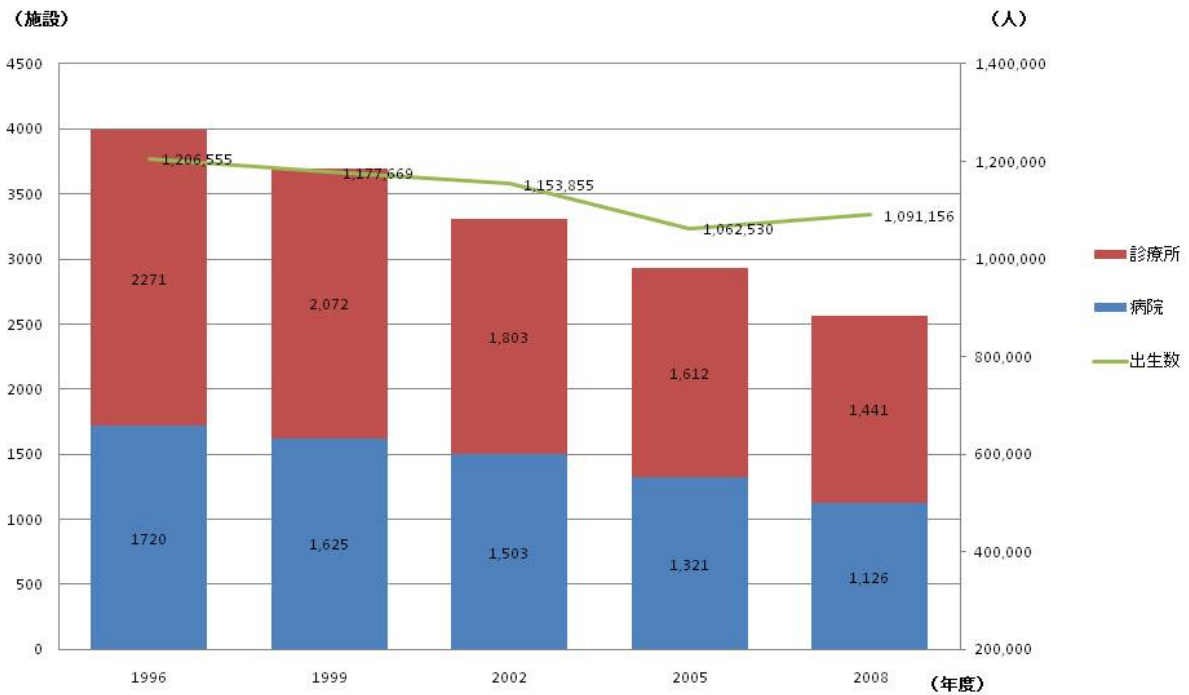
附表 2：新生兒出生場所比例演變圖

出生の場所別出生割合の年次推移



附表 3：協助分娩機構變遷圖

分娩取り扱い施設の推移

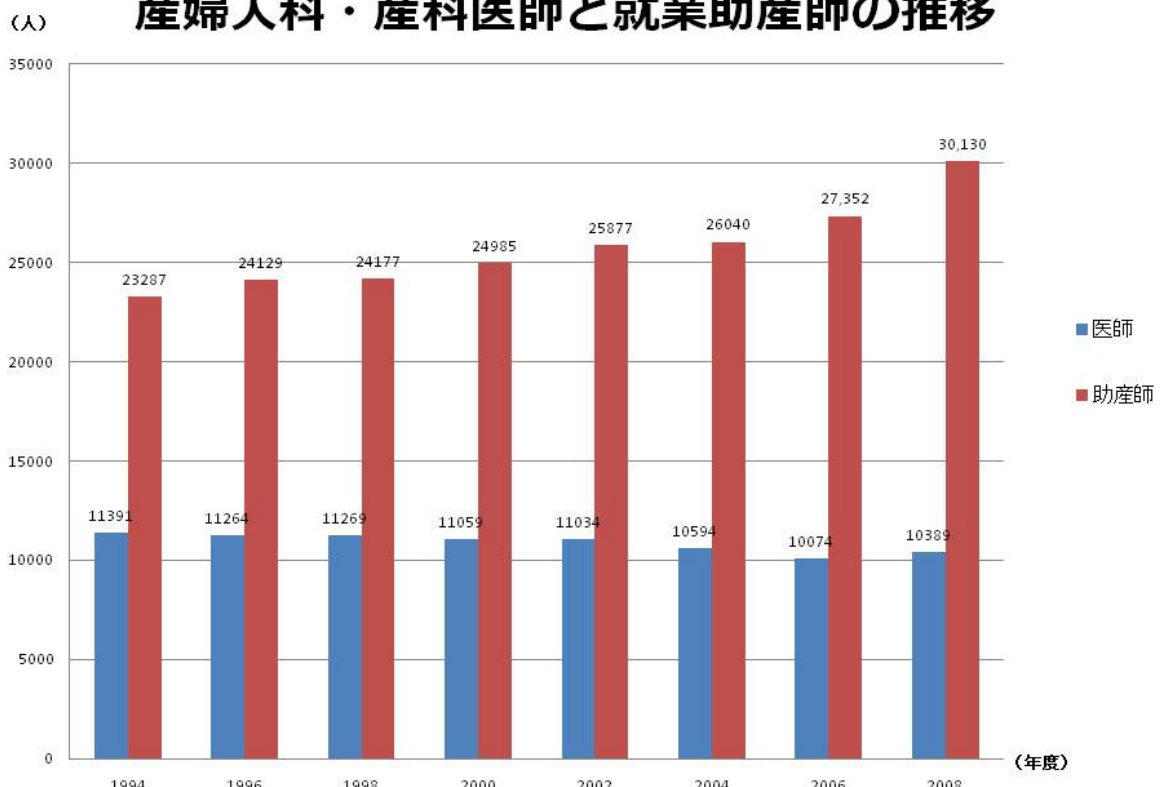


「医療施設調査・病院報告」「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

15

附表 4：婦産科、産科医師及就業助産師演變圖

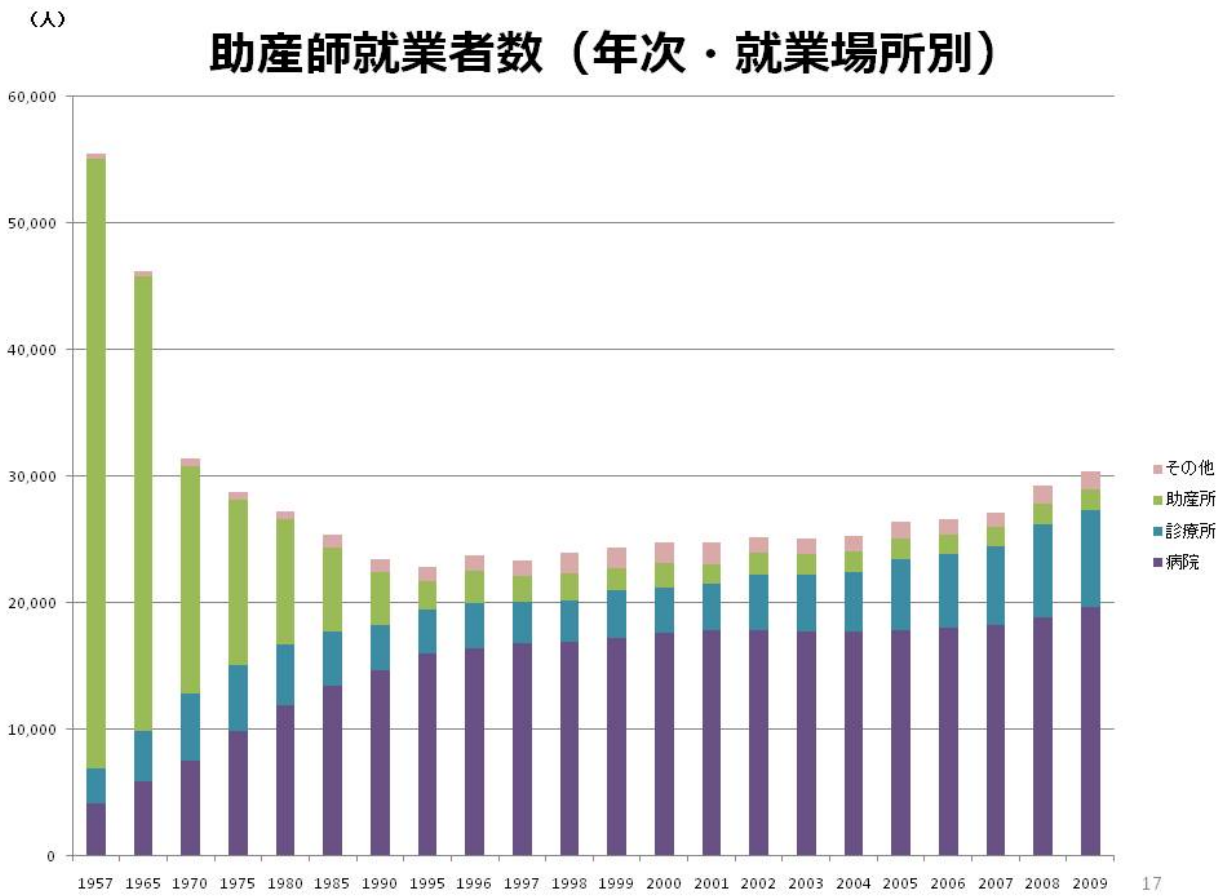
産婦人科・産科医師と就業助産師の推移



「医療施設調査・病院報告」「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

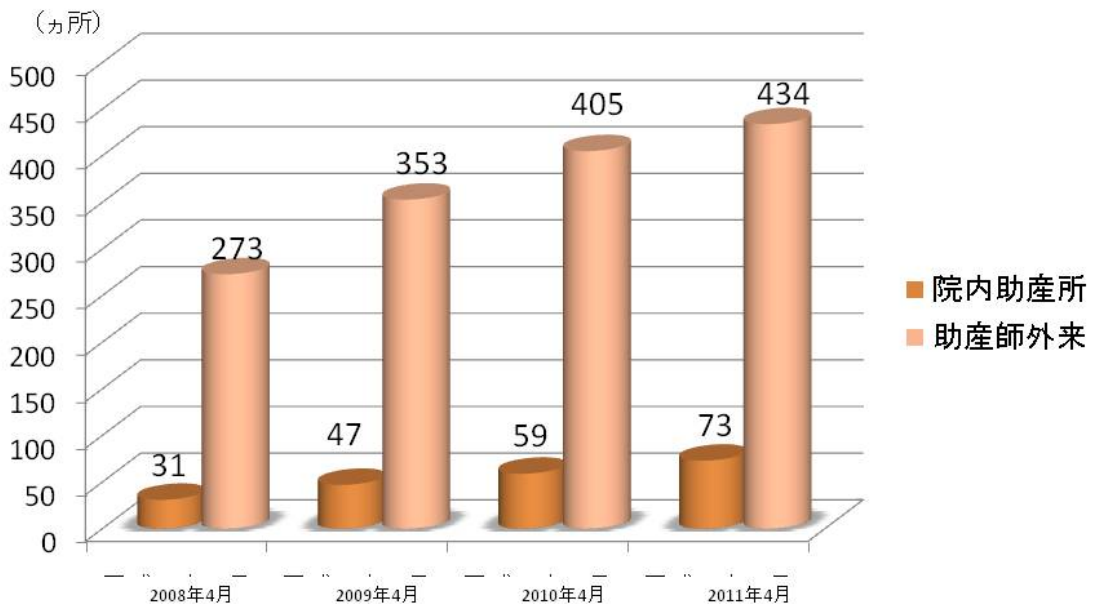
16

附表 5：助産師就業人数



附表 6：院内助産所及助産師外来数目變遷圖

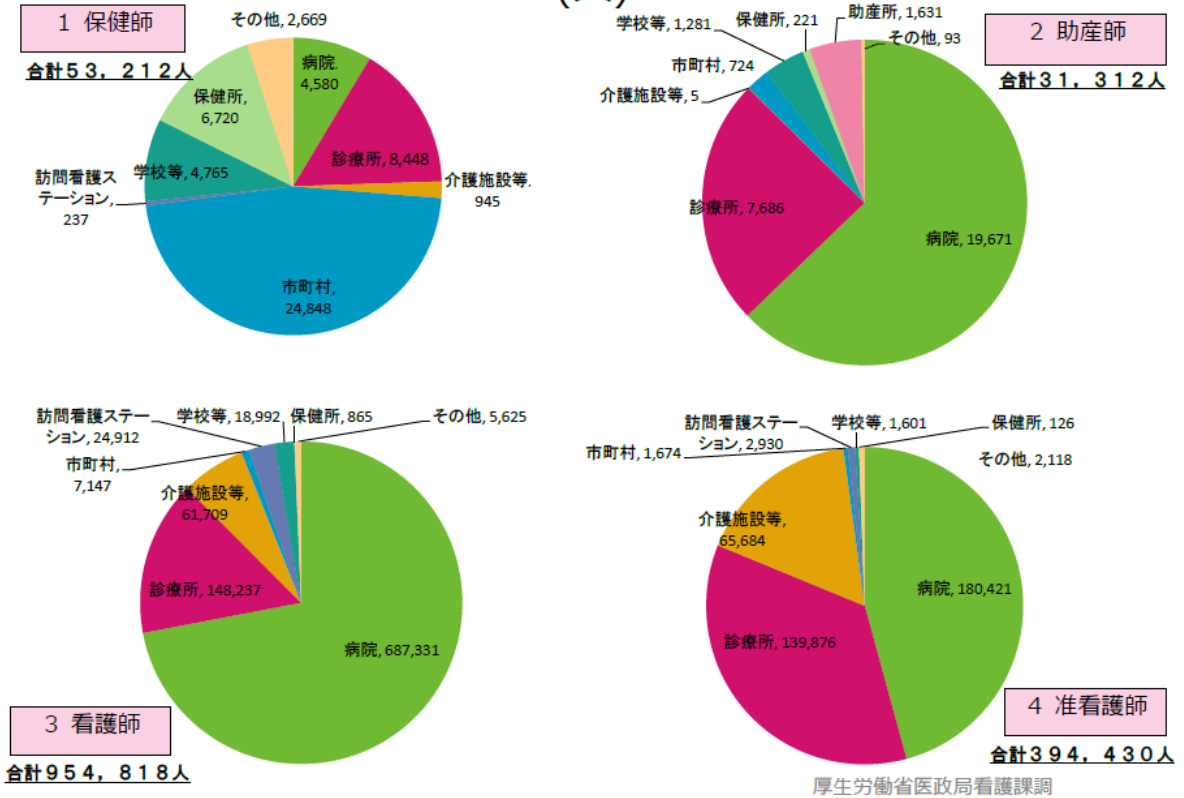
院内助産所数及び助産師外来数の年次推移



附表 7：2009 年保健師、助産師、看護師、准看護師之就業場所

保健師・助産師・看護師・准看護師の就業場所(平成21年)

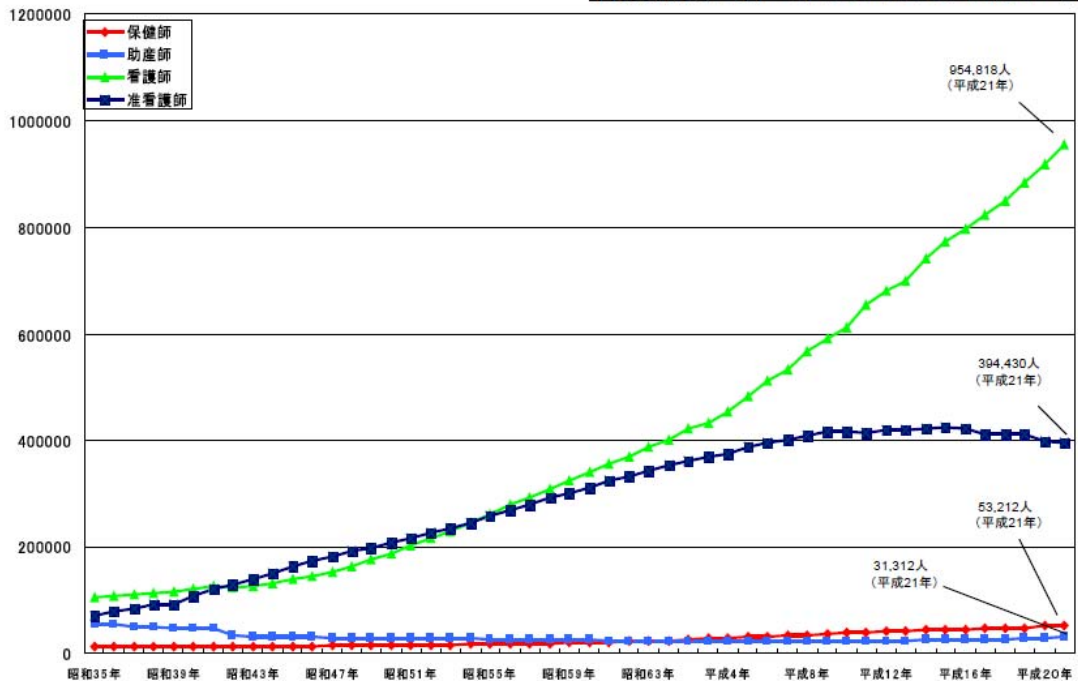
(人)



附表 8：看護職員就業人数變遷圖

看護職員就業者数の推移

看護職員全体 1,433,772人(平成21年)





本院考察團與日本厚生勞動省大臣官防國際課課長高梨文人(右二)及厚生勞動省醫政局看護課看護企畫係長(股長)尾川春香(左三)、技官勝又明子(左一)合影留念

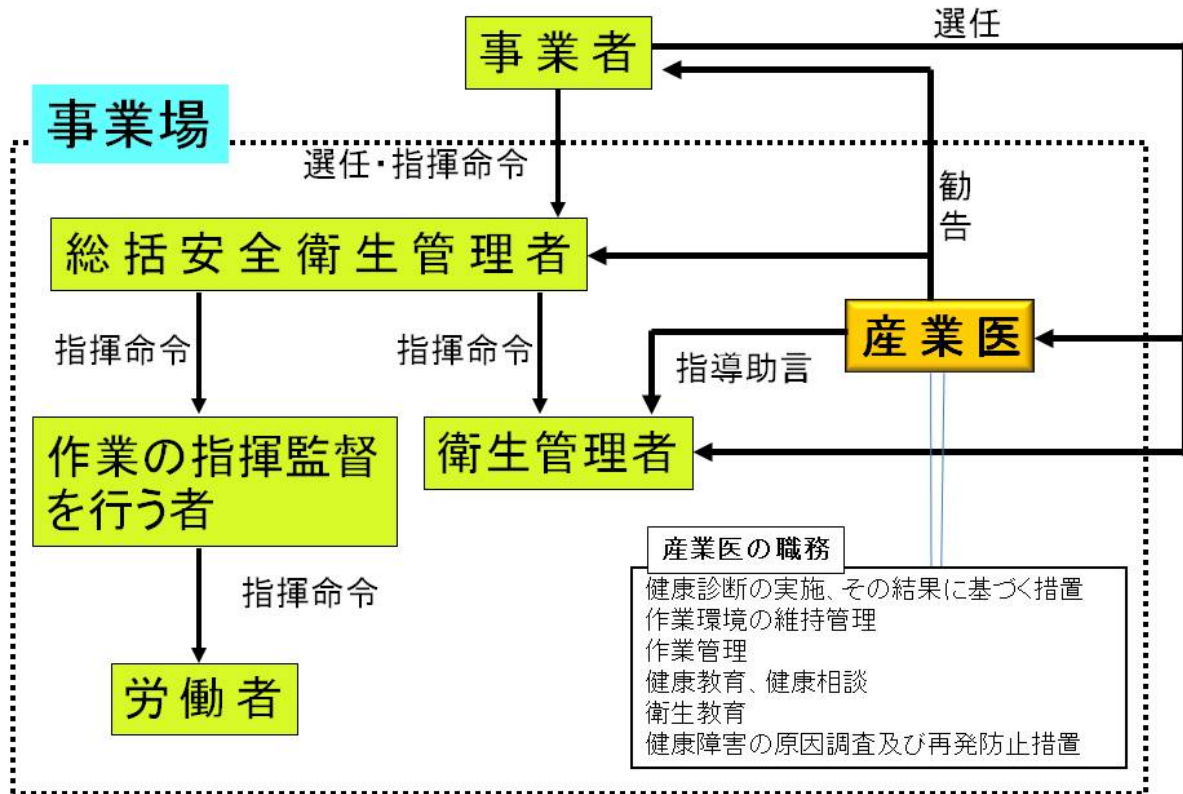
七、日本產業醫師制度概況：

(一)日本勞動衛生管理體制：

日本為保護勞工的安全及健康，訂定勞動安全衛生法，明定企業主應避免有危害勞動者健康的行為，亦即應有預防勞動災害的措施。其具體規範如下：如屬較具危險性的工作場所，且員工人數在 100 至 300 人者，須選任 1 位總括安全衛生管理者；如屬較不具危險性者，員工人數在 1000 人以上，始須選任，總括安全衛生管理者並無資格限制，但須具備管理工作場所之權限；總括安全衛生管理者之下設有作業指揮監督進行者及衛生管理者，實際管理勞工的安全衛生，此 2 人均由員工中選任，其中衛生管理者須通過國家考試；此外，員工人數在 50 人以上者，須選任產業醫師，以執行勞工的健康管理事宜，其任務包括健康的診斷及健康的管理，以其專業知識，給予衛生管

理者指導及建言，以及對業者提出建議(日文稱為勸告)。(詳如下表)

労働衛生管理体制



(資料來源：日本厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課提供)

(二) 産業醫師的選任：

1. 勞工人數 50 名以上 3000 名以下者，選任 1 名以上。
2. 勞工人數 3001 名以上者，選任 2 名以上。
3. 勞工人數 1000 名以上，及 500 名以上勞工從事相關業務的職場(例如暴露在鐳放射線、X 放射線等有害放射線的業務、處理鉛、汞等有害物質的業務)須選任專屬產業醫師。

(三) 産業醫師的條件：

産業醫師須從具備以下任一要件的醫師中選任：

1. 完成勞動厚生大臣指定機構(日本醫師會、産業醫科大學)所舉行研修之培訓者。
2. 在設有産業醫師培養課程的産業醫科大學或其他大學，修畢勞動厚生大臣所指定的課程、畢業、並在該大學完成實習者。

3. 通過勞動衛生顧問考試，且其考試類別為保健衛生者。
4. 在大學講授勞動衛生相關科目的教授、副教授、常勤講師或有以上經驗者。

(四) 產業醫師的職務：

1. 實施健康診斷、面對面指導及根據診斷後之結果所進行的勞工健康保持措施、工作環境的維護管理、工作管理等勞工健康管理事項。
2. 健康教育、健康諮詢及其他保持增進勞工健康之措施。
3. 勞動衛生教育事項。
4. 勞工健康受損之原因調查及防止復發措施。

(五) 產業醫師認有確保勞工健康之必要時，得針對勞工的健康管理對企業主提出必要的勸告。產業醫師最少每月須巡視工作環境 1 次，發現有工作方法或衛生狀態不良的風險時，須採取防止勞工健康損害的必要措施。

(六) 勞工人數未滿 50 人之職場雖無選任產業醫師之義務，亦須努力請具有執行勞工健康管理醫學知識之醫師，進行勞工健康管理的全體或一部。



本院考察團與日本厚生勞動省大臣官防國際課課長高梨文人(右二)及勞動基準局安全衛生部勞動衛生課職業性疾病分析官古田勳(正中)合影留念

八、結語

本次本院組團前往日本東京考察，實地瞭解東京都品川區醫師會假日看診機制、產業醫師執行情形及助產制度概況，對於各該制度有進一步的認識，同時亦攜回相關資料，作為未來本院委員行使職權之參考，成果豐碩。

考察期間，承蒙駐日本代表處馮代表寄台指派該處王秘書瑞豐協助安排行程，以及陪同拜會、擔任傳譯工作，備極辛勞，使本團考察圓滿順利，特表謝忱。

考察團：尹委員祚芊
錢林委員慧君
黃秘書淑芬