

出國報告（出國類別：考察）

日本公立醫院改革及提升營運績效之研究
考察報告

服務機關： 監察院

姓名職稱： 監察委員 仇桂美

監察委員 尹祚芊

監察調查處調查官 游聲麒

監察調查處調查員 陳良輔

派赴國家： 日本

出國期間： 104年12月24日至26日

報告日期： 105年7月11日

目 錄

參訪紀要-----	1
壹、前言-----	2
貳、考察項目及行程-----	4
參、獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院考察 所得內容-----	5
肆、南越谷健身會診所考察所得內容-----	12
伍、考察發現與心得-----	13
陸、建議-----	36
柒、日本考察參訪剪影-----	37
捌、參考資料-----	40

參訪紀要：

本次赴日本考察，係為同時調查本院「政府相關權責機關對於護理之家及老人福利機構之輔導查核、評鑑事項是否妥適」及「衛生福利部（下稱衛福部）所屬醫院多仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院占床率偏低、醫療照護品質欠佳」等 2 案需要而成行。期間透過實地考察，蒐集有關日本公立醫院改革計畫政策內容、營運績效之提升措施、介護保險制度及其架構體系，以及老人設施提供之服務內容等的第一手資料，並經由與參訪機關相關人員，包括：獨立行政法人地域醫療機能推進機構藤木理事、獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院（下稱東京城東醫院）中馬院長、SACRAVIA 成城老人設施高見澤理事、南越谷健身會診所周院長、蒲生 MEISEI 老人設施大田設施長等人直接請益及討論的方式，期能學習相關制度的優點及精神，俾作為檢討國內制度及調查相關措施有無不當的參考。在訪查前，已事先蒐集日本公立醫院改革及介護保險與服務體系的相關資料，建立初步概念後，再參酌監察院近年處理國內公立醫院經營績效不佳及長期照護體系有欠完善等調查案所發現及待釐清問題，據以整理擬探討的相關議題，並於事先請臺北駐日文化代表處先行協助送請相關機構參考，俾利會面時能充分交換意見。

在日本實地參訪期間，承蒙臺北駐日文化代表處的安排，得以順利拜會參訪機構；獨立行政法人地域醫療機能推進機構、東京城東醫院、SACRAVIA 成城老人設施，更以簡報方式，深入簡出的詳細介紹相關政策及措施實施或推動的概念與精神，以及具體的執行情形，再透過與上開機關及人員的討論與意見交換，使我們對於日本公立醫院的改革與經營管理指標之建立，以及老人設施提供的服務內容有了更多的瞭解，對於本考察報告的完成，助益甚豐。

壹、前言：

查審計部審核衛福部民國 103 年度醫療藥品基金附屬單位決算，核有所屬醫院仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院或連年發生短絀，或醫療收入不足支應醫療成本，或醫療收入逐年衰退等營運成效欠佳的問題，又部分所屬醫院占床率偏低，未妥為運用所開設病床。事經本院內政及少數民族委員會決議推派委員調查。

國內公立醫院除衛福部所屬醫院外，另有國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫院、國立大學醫學院附設醫院、國軍醫院、直轄市立醫院、縣（市）立醫院等不同權屬的公立醫院，其成立有時代背景及特殊任務的需要，對於我國的醫療照護及公共衛生有不可抹滅的貢獻。然而，隨著私人、財團或宗教團體陸續興建大型醫院，加上全民健保實施後，國人就醫已無經濟上障礙，亦可自由選擇就醫處所，使得公立、非公立醫院在醫療功能及定位上已無明顯區隔。加以同一縣市設有不同權屬別的公立醫院，使資源重複配置，又無法進行整合；或組織體制屬政府機關，在人事、薪資、會計、採購上受有諸多法令限制，使得多數公立醫院在激烈競爭的醫療環境下，經營績效長期欠佳，其維持需仰賴政府經費補助。但在國家財政日益困難之際，公立醫院虧損的問題深受各界重視。行政院早於民國 92 年設立「公立醫院多元化經營專案小組」推動公立醫院的組織再造，建議以行政法人化、委託經營、合作經營、改隸、合併或轉型……等再造的模式，配合業務需要彈性調整組織型態，以因應競爭激烈的醫療環境變化。

緣衛福部所屬醫院的發展，溯自公元（下同）1897 年，在基隆、臺北、新竹、臺中、嘉義、臺南、高雄、屏東、宜蘭、花蓮、臺東、澎湖等地設立醫院，並於二

次世界大戰後更名為省立醫院，嗣於民國 59 年實施「十年農村醫療保健計畫」，於各縣市設立 1 所省立綜合醫院，另設立精神療養院及結核病、漢生病醫院，並於偏遠地區設置分院。之後於民國 88 年 7 月 1 日起，原臺灣省立各醫院改制為行政院衛生署（下稱原衛生署）所屬醫院，改制當時的所屬醫院計 39 家，其中 22 家綜合醫院、5 家精神療養院、1 家慢性病防治局、3 家慢性病防治院、1 家漢生病療養院及 7 家分院；嗣於民國 102 年 7 月 23 日隨原衛生署改制為衛福部，再更名為衛福部所屬醫院，目前有 19 家綜合醫院、5 家精神專科醫院、1 家漢生病專科醫院及 1 家胸腔病院，共計 26 家醫院。

在健保實施前，部分縣市之省立醫院為當地民眾急重症醫療的核心醫院，醫療設備因有政府補助亦優於私立醫院，然而，隨著私立醫療體系興起及規模的擴大，衛福部所屬醫院在各地區的角色已相對逐漸式微，且部分醫院營運成效欠佳，又面臨部分科別醫師、護理人員及其他醫事人員羅致困難。衛福部所屬醫院如何在兼顧政策任務下，進行改革及提升經營績效，已為需持續檢討改進之課題。

鑑於日本與我國民情相似，且近年來日本總務省正推動公立醫院改革，其中不乏提振經營績效的作法，又日本已推動公立醫院行政法人化，藉由日本推動經驗，可作為檢討並釐清衛福部所屬醫院經營管理問題的重要參考依據。爰監察委員仇桂美、尹祚芊率協查人員游聲麒、陳良輔至日本考察。然本次考察雖同時針對老人長期照護議題進行瞭解，但本考察報告為配合本院調查案，需針對案由所涉特定調查範圍提出調查報告，故只涵蓋有關公立醫院經營型態及管理成效問題的釐清、檢討與建議，其他有關老人福利機構的考察心得，將另提出國考察報告，而不列入本報告內容。

貳、考察項目及行程：

一、考察項目：

- (一)日本公立醫院改革內容。
- (二)日本公立醫院如何經營及運作。
- (三)日本對於公立醫院提升營運績效作法。
- (四)日本醫院的門診量、住院量及占床率情形。
- (五)日本獨立行政法人醫院制度。
- (六)日本於1999年及2002年制定「獨立行政法人通則法」與「獨立行政法人國立病院機構法」之背景。
- (七)東京城東醫院改制為獨立行政法人醫院的緣由。
- (八)東京城東醫院接受政府管考或經費補助情形。
- (九)日本病患住院時的醫療費用如何分攤。

二、考察行程：

日期及行程	考察機構	拜會代表
公元2015年 12月24日 (星期四) 09:00-12:40	搭機前往日本	
12月24日 (星期四) 15:00-17:00	東京城東醫院及附屬老人設施	藤木理事、中馬院長兼施設長、竹本副院長、菅原事務長、松邑總看護師長、青野事務長補佐、相原看護及介護師長、杉本管理課長補佐
12月25日 (星期五) 10:00-13:00	SACRA VIA 成城老人設施	高見澤理事、SECOM 本社國際事業部成員及小柳行央
12月25日 (星期五) 15:00-16:00	南越谷健身會診所	院長周東寬
12月25日 (星期五) 16:00-17:00	蒲生 MEISEI 老人設施	施設長大田正臣
12月26日 (星期六) 14:35-17:45	返程	

參、獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院考察所得內容：

一、獨立行政法人地域醫療機能推進機構（簡稱 JCHO）：

（一）日本於 1996 年由橋本內閣提出「六大改革方案」，包括行政改革、財政結構改革、社會保障結構改革、經濟結構改革、金融體系改革及教育改革。行政改革為改革之中心課題，當時自民黨提出「省廳改革」構想，期透過行政改革，解決行政體系龐雜、制度僵化的結構性問題，使政府功能充分發揮，建立效率化、透明化的行政體系。2001 年 1 月 6 日起實施中央省廳精簡改組，進行大幅整併，鑑於國立醫院、美術館、博物館等服務部門，由國家直接經營，欠缺效率及機動性，若以其他非公立機關的組織型態進行，可提供更具效率、品質的服務，因此推動實施獨立行政法人制度，確保法人對業務營運的自主性及透明度，並提升效率及機動性¹。

（二）自 2015 年 4 月迄考察當日，日本有 98 個獨立行政法人。其中與醫院經營有關的獨立行政法人有 9 個，包括：

1、國立醫院機構：

下轄 143 家醫院，這些機構本來由國家直接管轄，後來改為獨立行政法人，包括：綜合醫院、結核病醫院、身心障礙的兒童、精神病人或因為精神病可能引發的犯罪的治療機構等。

2、勞動者健康福祉機構：與勞動災害醫療有關的機構。

3、國立癌症研究中心：研究先端醫療的機構。

4、國立循環器病研究中心：研究心臟、血管疾病的

¹ 參考莊秀美，日本社會福利基礎結構改革與社會福利行政組織再造之分析，社區發展季刊，第 113 期，第 102-111 頁，2006 年之內容。

機構。

5、國立精神、神經醫療研究中心：研究精神疾病及神經醫療的機構。

6、國立國際醫療研究中心：最主要進行 AIDS 及傳染病的研究。

7、國立成育醫療研究中心：研究兒童疾病的機構。

8、國立長壽醫療研究中心：研究老人疾病的機構。

9、地域醫療機能推進機構。

(三)由於人民對掌管社會保險、年金及船員保險的社會保險廳的不信任，所以原來社會保險廳關係團體經營的醫院，包括全國社會保險協會連合會的 47 家醫院、厚生年金事業振興團的 7 家醫院及船員保險會之 4 家醫院，退出社會保險廳而成立了 JCHO，即 Japan Community Health care Organization，以「Health」命名，而不採狹義的「Medicine（醫療）」作為名稱，係因其成立目的在於提供民眾的健康、保健服務，而不限制在醫療部分。

(四)JCHO 概要：

1、設立目的，包括：

負責醫院、介護老人保健設施等的營運、提供急救醫療、災害醫療，以及偏遠地區醫療、周產期醫療、小兒醫療、復健及其他醫療機能的確保，以提高公眾衛生、增進病患福祉等目的。

2、設立時間：2014 年 4 月 1 日。

3、轄下設施，包括：

(1) 57 家醫院。

(2) 26 家介護老人保健設施。

(3) 18 家訪問看護站。

(4) 10 家地區醫療支援中心，接受市政町委託辦理相關醫療及預防保健。

(5) 7 家培養護理師的專門學校。

(6) 1 家研修中心。

4、職員數：約 2 萬 9 千人，其中醫師約 3 千人、護理人員數約 1 萬 4 千人。

(五) JCHO 的特色是負責地方醫療，該組織未獲國家任何經費補助，與一般非公立的醫院一樣，有獨立的預算，所轄的醫院在財務上要自負盈虧，2014 年的經常利益為 51 億日圓。員工並不認為需由國家補助經費，而認為由政府出資興建後，成立獨立法人，既然由民間負責營運，自負盈虧本是理所當然之事，且醫院營運績效若佳，獎金自然提高。至於營運有赤字的醫院，則以其他醫院的盈餘來填補赤字。

(六) 與非公立醫院不同處，在於需協助推動國家政策，主要是確保急救醫療、災害醫療、偏遠地區醫療、周產期醫療及小兒醫療等醫療服務，以及癌症、中風、急性心肌梗塞、糖尿病及精神疾病等 5 種疾病照護服務的提供。除此之外，尚有下列的公共任務：

- 1、積極處理醫師分配不均的狀況：例如福島等災區、伊研七島等離島及醫師不足的北海道根室等地區的醫師派遣。
- 2、聯合所屬醫院建立雲端通訊系統、將 IT 導入醫療領域的先驅計畫。
- 3、作為總合診療醫師育成的核心醫院。
- 4、全醫院設置直屬院長的地區醫療支援推動室，與當地的醫師合作。

(七) 對於國立醫院改制為獨立行政法人醫院而言，相關規定已被放寬，但對原先的非公立醫院而言，適用的相關規定反而更嚴，例如收受不正利益將等同公務人員收賄、賄賂論處。

(八)57 家機構各有獨立會計預算，原則上東京城東醫院的人事費占醫院成本的 7 成，JCHO 的人事費占 5 成。

二、東京城東醫院：

(一)理念：致力提供每個民眾安全而值得信賴的醫療。

(二)基本方針：

- 1、尊重患者的權利及人格，實踐以病人為中心的醫療。
- 2、推動團隊醫療，提供最好的醫療。
- 3、推動及正確告知醫療的風險管理及安全。
- 4、積極推動與其他醫療機構的合作。
- 5、透過對當地民眾的健康管理，對於當地民眾有所貢獻。
- 6、透過健全的經營，使每個員工能驕傲而全心全力的投入職場。

(三)醫院沿革（如表 1）：

- 1、名稱：獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院（舊名：城東社會保險醫院）。
- 2、所在地：東京都江東區龜戶 9-13-1。
- 3、開設日：2015 年 4 月 1 日（1954 年 6 月 19 日設立，新醫院於 1997 年 4 月 1 日重建）。
- 4、開設者：獨立行政法人地域醫療機能推進機構。

表 1 獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院發展沿革

日期		沿革
1954 年	6 月	原址原由日雇健康保險龜戶診療所開設，接受東京社會保險協會委託經營。
1956 年	12 月	竣工，改稱社會保險城東醫院，病床數 48 床。
1958 年	9 月	從全國社會保險協會聯合會移交予東京社會保險協會經營。
1965 年	4 月	由政府掌管健康保險的福利院移交給日雇健康保險。

1971年	12月	新館建築及舊館改建竣工，為地下1樓、地上5樓，許可病床數100床的醫院。
1981年	8月	購入醫院鄰近土地425平方公尺。
1990年	2月	為東京都指定急救責任醫院。
1993年	8月	新醫院及老人保健設施開工。
1997年	3月	新醫院及老人保健設施竣工。
1997年	4月	新醫院開始營運。
1997年	5月	老人保健設施開始營運。
2015年	4月	更名為獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東醫院。

資料來源：摘錄城東醫院於考察當日（2015年12月24日）之簡報資料。

- 5、許可床數130床，其中1床為健康檢查床。
- 6、診療科目包括：內科、循環器內科、呼吸器內科、消化器內科、外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、放射線科、復健科。另設有總合內科，為全國首創，希望能在全國推動。
- 7、診療體制：為了縮短病患等候時間，提升服務品質，新醫院開始營運後，導入了預約診療、影像正確化等制度，2007年9月更新CT，2008年3月更新MRI，強化影像正確性，同年導入PACS，2013年更新PACS系統，2014年4月開始辦理總合內科診療及成為總合內科的研修醫院後，急診病患增加3倍，且2015年上半年救護車次即超過1千車次。
- 8、急診制度：全年無休，每日均有醫師、護理人員、臨床檢查技師及診療放射線技師，但復健科及藥劑師於平日不值班，星期六白天才值班。
- 9、在宅醫療：對於出院患者，會在出院後進行護理訪視、醫師訪視、復健訪視，離開介護設施後，亦會提供在宅服務。
- 10、臨床研修協力醫院：2015年6月起成為臨床實

習的協力單位，同年 9 月成為國家指定的臨床實習醫院，2016 年 4 月成為總合內科的臨床實習醫院。

(四)各類職員人數 (如表 2)：

- 1、復健師、藥劑師星期六有值班，其他時間無值班。
- 2、2015 年間，醫師人數由 15 人增加為 30 人，最主要是總合內科醫師加入實習。

表 2 東京城東醫院各類職員人數

單位：人

職員類別	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
醫師	17	18	16	16	15	15
藥劑師	6	6	6	6	6	6
檢查技師	12	12	12	12	12	12
放射線技師	10	10	10	11	11	11
理學、作業療法士	11	14	13	12	12	12
營養士	3	3	3	3	4	4
調理師	5	5	5	5	5	5
護理人員	95	99	96	105	94	100
事務員	26	26	27	34	32	32
MSW 醫務社工	2	2	2	2	2	2
其他	24	26	27	22	28	26
合計	211	221	217	228	221	225

資料來源：摘錄城東醫院於考察當日 (2015 年 12 月 24 日) 之簡報資料。

(五)近年服務量 (如表 3)：

- 1、醫院要達收支平衡，占床率需達約 8 成。
- 2、醫院若有赤字，由有盈餘的醫院填補。
- 3、病人自付約三成，七成由國民健康保險負擔；長照部分，病人負擔 90%，政府負擔 10%。
- 4、2014 年營運績效不佳，占床率只有 58.6%。
- 5、內科，醫療收入金額不高；外科、整型科較高。

表 3 東京城東醫院近年來患者人數及醫療利用情形

單位：人、%

醫療利用情形	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
入院患者人數	30,937	30,932	31,045	29,138	29,167	27,582
新入院患者數	2,001	2,011	2,031	1,945	1,778	1,859
每日平均入院患者數	84.8	84.7	84.8	79.8	79.9	75.6
病床利用率 (%)	65.7	65.7	65.7	61.9	61.9	58.6
門診患者人數	92,607	89,311	86,559	81,380	79,177	78,517
初診患者人數	7,828	7,425	7,159	6,950	7,200	6,913
每日門診初診患者數	382.7	367.5	354.8	332.2	325.8	321.8

資料來源：摘錄城東醫院於考察當日（2015 年 12 月 24 日）之簡報資料。

肆、南越谷健身會診所考察所得內容：

- 一、負責人周東寬院長出生於臺灣，中學時赴日求學，1978年昭和大學醫學院畢業，現為日本老年醫學權威。
- 二、1990年設立醫療法人健身會，並出任理事長。2003年開設南越谷健身會診所，並出任院長。開業後，將中醫導入西醫的同時，也積極導入飲食指導、運動指導與最新的檢查儀器，並致力於預防醫學。
- 三、一般診療所內設有精密檢查儀器，包括：1.5T MRI、CT SCAN，還設有復健室、運動室與營養諮詢的服務，以提倡預防醫學為目標，教導病人從飲食、運動、生活開始改變，進而改善自己的健康。

伍、考察發現與心得：

茲將考察發現日本公立醫院改革計畫重點及提升營運績效作法，並參考實地考察所得內容，整理考察發現及提出心得如下：

一、考察發現：

(一)日本醫院家數及分類：

按日本醫療法的規定，醫療機構可區分為醫院及診所，醫院設有 20 張或以上之病床，診所則未設病床或設有 19 張以下病床。日本的醫院按提供不同的醫療服務，可分為一般醫院、特定機能醫院、地區醫療支援醫院、精神科醫院及結核病醫院。前述所謂特定機能醫院需由厚生勞動省核准，此類醫院能提供先進醫療照護服務、發展先進醫療技術及執行專業醫療照護訓練，其床數需有 400 床以上，照護的病人有 50% 以上是由一般診療所或其他醫院轉入，且將病患轉出的比率需達 40% 以上，截至 2015 年 6 月 1 日止有 84 家。至於地區醫療支援醫院係由地方政府核准，此類醫院要有能力支持家庭醫師、家庭牙醫師等初級保健照護機構，其功能包括：提供醫療照護或轉診，或將病患轉介予家庭醫師；將建築、醫療設施或設備與其他醫療機構共用；提供緊急醫療照護；以及執行地區醫療專業人員的訓練，至於地區醫療支援醫院要符合的條件主要是對病人的轉診，即病人由診所或其他醫院轉來的比率需達 80% 以上；或達到 65% 以上，且轉回之比率達 40% 以上；或達到 50% 以上，且轉回之比率達 70% 以上，符合條件的地區醫療支援醫院可獲得相應的專項補助及醫療收費加成，又此類醫院的床數至少 200 床以上，截至 2013 年 10 月止，日本有 466

家地區醫療支援醫院²。

按日本厚生勞動省「醫療設施動態調查」統計，日本於1999年的各類醫療機構數為163,270家，至2013年10月1日止，已增加為177,769家，且呈現逐年增加趨勢。至於2013年間，各類型醫療機構中，醫院有8,540家，占4.80%；一般診療所100,528家，占56.55%；牙科診療所68,701家，占38.65%，與1999年各有9,286家、91,500家及62,484家相較，醫院家數減少746家，一般診療所及牙科診療所則各增加9,028家及6,217家³。

若按醫院權屬別區分，日本醫院可分類為公立醫院系統及非公立醫院系統。2013年公立醫院系統有1,630家、473,538床，非公立醫院系統則有6,910家、1,100,234床，家數占率各為19.09%及80.91%，病床數則各占30.09%及69.91%。其中公立醫院系統依開設者不同，又可分為國立醫院、公立醫院及社會保險關係團體經營的醫院。前述的國立醫院有273家，包括厚生勞動省醫院14家、獨立行政法人國立醫院144家、獨立行政法人勞動者健康福祉機構34家、國立大學法人醫院48家、國立高度專門醫療研究中心8家及其他國立醫院25家；公立醫院計有1,242家，包括：都道府縣醫院212家、市町村醫院667家、地方獨立行政法人醫院78家、紅十字會醫院92家、濟生會醫院79家、北海道社會事業協會醫院7家、厚生連醫院107家；至於社會保險關係團體醫院有115家，包括：全國社

² 資料來源：日本厚生勞動省網頁，網址為<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>，檢視日期：105年5月2日。

³ 資料來源：日本厚生勞動省網頁，網址為：http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html，檢視日期：105年5月2日。

會保險協會連合會醫院 48 家、厚生年金事業振興團醫院 7 家、船員保險會醫院 3 家、健康保險聯合會醫院 10 家、共濟組合聯合會醫院 46 家及 1 家國民健康保險組合醫院⁴。

日本對於國家健康照護的策略，係由厚生勞動省擬定健康照護計畫政策，建構健康照護體系，以整合各項醫療機能及促進醫療專業，有效率的提供具備高品質且適當的持續性醫療。地方衛生機關則依據地區民眾健康狀況及醫療資源，擬定地區醫療照護計畫。日本近年的醫療照護計畫，主要內容包括建立疾病、服務或居家醫療照護的醫療整合體系、確保醫療專業、維護醫療安全、設定醫療機構目標、建立病床標準數及發展社區健康照護願景⁵。

健康照護體系主要針對的疾病包括：癌症、中風、急性心肌梗塞、糖尿病及心理疾病等 5 類，涉及的服務類型則有：緊急醫療、災害醫療、遠距醫療及周產期醫療，除此之外，還包括地方公共團體認為有必要的服務類型，另外還包括居家醫療照護。醫療照護計畫需評估病床數需求，以二級醫療圈的長期照護病床及一般病床數為標準，且要評估地區精神病病床、結核病床及感染症病床數需求，至於社區健康照護的願景，除強化急性照護功能外，也要發展復健階段及慢性照護階段的功能⁶。

綜觀上述醫療照護計畫針對的疾病、提供服務類型、病床數規劃及社區健康照護的發展，均需仰賴醫院提供適當之設施、設備及服務，可見醫院在日本醫療服務體系具備了重要功能。

⁴ 資料來源：同註 3。

⁵ 資料來源：同註 2。

⁶ 資料來源：同註 2。

(二)公立醫院任務與經營管理的問題：

日本於 1922 年制定健康保險法，建立以受雇者為對象的健康保險制度，在 1938 年頒布國民健康保險法，再建立以自營業者、農民為對象的國民健康保險制度，但到 1961 年才涵蓋所有民眾，成為實施全民健康保險的國家。日本健康照護服務的主要財源來自社會保險基金，部分支出由政府補助，以 2012 年為例，國民醫療費用支出共 39.2 億兆圓，其中政府負擔 38.6%，社會醫療保險占 48.8%、病人自行負擔 11.9%及其他 0.7%⁷。

日本於 2013 年時，公立系統的醫院家數占全國之 19.09%，病床數則占 30.09%，再依經營主體來看，都道府縣立醫院 212 家，市町村立醫院 667 家，全國 300 床以上的醫院家數為 1,536 家，其中有 22.0%為公立系統的醫院，而公立系統中約有 30%以上的醫院病床數達 300 床以上，可見公立系統的醫院多有一定的規模，也具有較先進及昂貴的醫療設備，可承擔地區核心醫院的重要任務⁸。

公立系統的醫院，除提供一般非公立系統醫院即可提供的醫療服務外，也被認為應負擔較多的特定公共任務，包括：提供偏遠、山地及離島地區等非公立系統醫院難以涵蓋地區的醫療服務；提供急救醫療、兒科、周產期、災害及精神疾病等難有收益或特殊部門的醫療服務；設立癌症中心、循環系統疾病中心，提供非公立系統醫院在技術上無法提供的先進醫療技術；強化醫師之研修，並對所屬地區的其他醫院進行技術援助及派遣醫師。

⁷ 資料來源：同註 2。

⁸ 參考臺北市政府衛生局、臺北市立聯合醫院 103 年「日本獨立行政法人醫療機構考察」報告。

公立系統醫院的成員，例如醫師、護理人員、藥劑師及事務人員等，皆具有公務人員身分，另公立系統醫院相較於非公立醫院系統，承擔較多難有收益的醫療業務，但可獲得來自政府的財政補助⁹。然而，即使公立系統醫院需承擔地區醫療及政策任務責任，但因同地區內重複設立，或缺乏專業的經營管理能力，致營運不具效率，甚至發生營運困難或虧損的情形，在 2006 年時，全日本約有 7 成以上的公立系統醫院營運虧損，有些醫院面臨醫師數不足需縮減服務的情形，都使日本的公立系統醫院常被批評。

(三) 公立醫院改革指引及相關配套方案提出之過程：

在公立醫院改革指引訂定前，日本於 2004 年已實施地方獨立行政法人法，2006 年修改地方自治法，引進「指定管理者」制度，都成為改革指引中公立醫院轉型的可能經營型態。

日本於 2007 年 6 月內閣會議決議對公立醫院進行改革，總務省進而於同年 12 月底訂定公立醫院改革指引，嗣於 2009 年 4 月通過及全面實施地方政府財政健全化相關法令，要求經營形態的多樣化和財政營運的健全化，期地方政府所屬的事業機構的財務能更健全與穩固，醫院亦不例外。改革指引的財源係使用「地域醫療再生（重建）基金」的預算，倘若公立醫院的重整也納入重建計畫中，再依規模給予不同的補助。都道府縣必須先與市町村或民間醫院、當地醫師會等取得協議，訂定「2011 至 2013 年度的地區醫療重建計畫」，並向厚生勞

⁹ 同前註。

動省提出，經專家會議討論認定有重建地區醫療的效果，才獲得補貼¹⁰。

(四)公立醫院改革指引內容：

公立醫院是所屬地區公立醫療機構的基幹，負有確保地區醫療穩定提供的功能，但許多公立醫院的經營惡化，醫師人力缺乏，若不改革，要維持醫療功能將相當嚴峻。日本總務省遂於 2007 年底制定公立醫院改革指引，要求對公立醫院進行改革。

日本公立醫院改革的架構，是建立在與地方公共團體的合作上，改革的主要目的是使公立醫院、非公立醫院各自發揮功能，確保當地居民的醫療衛生服務需要獲得滿足，並能提供具備可近性且高品質的醫療服務，也讓醫院的經營環境健全而穩定。改革指引要求各地方政府提高各自地區的醫院經營效率，且需對公立醫院的經營提出有效的計畫及決策，各醫院的改革計畫必須包括 3 項內容，即：醫院管理的效率化、醫院的重組或整合，以及經營型態的重新審視。至於改革地方公共團體醫院事業的策略，須思考不同醫院的功能，且因各公立醫院在地理環境及醫院功能有所不同，所以不可能提出一個改革計畫，就讓所有公立醫院都能達到改革的效果，而需依各地實際狀況訂定不同策略。至於改革指引研議公立醫院未來可能採行的經營模式，包括：全部適用地方公營企業法；地方獨立行政法人化（非公務員型）；引進指定管理者制度；以及轉讓給民間等。前述地方公共團體提出的公立醫院改革計畫需涵蓋的內容如下：

¹⁰ 參考改制前行政院經濟建設委員會，日本重整公立醫院，國際經濟情勢雙週報，第 1724 期。

- 1、提高醫院管理效率的部分，主要透過具體的營運指標進行管理。相關指標舉例如下：
 - (1)「收支改善情形指標」包括：經常損益額、資金不足額、資金不足比率、折舊前收支額、經常收支比率、醫療收支比率、工資與醫療收入比率、平均 100 床的工資等。
 - (2)「經費消減指標」包括：醫藥材料統一購買而節省經費的比例、藥品使用的效率、材料費與醫療收入的比率，以及每 100 床病床所需工作人員數量等。
 - (3)「醫院收入相關的指標」主要有：病床利用率、平均住院天數、患者平均每人的診療收入等。
 - (4)「經營安定性指標」包括：純資產額、現金保有額等。
- 2、公立醫院的重組或整合部分：將公立醫院進行重組或整合，使得在同一法人下的醫院、診療所，能統合進行經營。在醫師的派遣上，使公立醫院逐漸成為兩大類醫院，一類是具有醫師派遣能力的地區骨幹醫院，另一類是接受骨幹醫院各種人才技術支援的一般醫院及診療所。而兩類醫院間，要建立人才、技術及資源可以共同使用之網絡體系。另外，要再檢討醫院的功能，讓同地區的醫院各自承擔特定功能，不要互相重複，並與診療所進行合作，必要時也應與其他民間醫療機構進行整合。
- 3、經營型態的重新審視：包括引進非公立醫院的經營方法，改革醫院經營方式；或改制為地方獨立行政法人醫院；或採指定管理者制度，或將醫院交給民間經營；或改成診療所、高齡者健身所或

高齡者住宅。

在實施公立醫院改革後，總務省每年進行相關調查及審查顯示，2013年時經常收支有盈餘的醫院占46.4%，較2012年的50.4%略為下降，但較公立醫院改革前的2008年的29.7%，則明顯增加；經常收支的比率亦由2008年的95.7%提升為2013年的99.8%。雖然如此，醫師不足及醫護人員勞動條件問題持續，加以人口減少、少子、高齡化問題亦將使得醫療需求產生重大變化，因此在各地區要建構適切的醫療服務提供體系，確保良好的醫療品質，仍需透過強化經營效率、促使醫院間整合，以及重新審視經營型態等方法。

(五)新公立醫院改革指引內容：

日本於2007年12月24日通過公立醫院改革指引，改革的重點主要在地方公共團體設置的醫院，如何強化其經營管理。在推動公立醫院改革後，經常損益呈現正值的醫院由約3成增加為5成。然而，醫師人力不足問題，以及人口減少、少子化及高齡化的問題急速發展，使得醫療需求發生很大變化，因此有必要再對各地區如何提供適切的醫療服務，再加以檢討及改革。

新公立醫院改革指引的重點除延續醫院管理的效率化、醫院的重組或整合，以及經營型態的重新審視外，另需配合醫療制度的改革來推動。改革指引所提配套的制度或計畫，包括：2013年法律第112號的社會保障制度改革措施、都道府縣的地區醫療計畫、醫事人力的確保措施、勤務環境的改善、地區醫療介護總合確保基金的運用，以及醫療介護總合確保推進法的整備等。因公立醫院改革的目

的，與地區醫療計畫均係為了確保醫療服務體系的穩定及健全，因此，公立醫院的改革將與醫療法有關地區醫療計畫的檢討，共同規劃。至於新公立醫院改革的內容有四，包括：經營效率化、組織重整或整合、經營型態的重新審視及在地區醫療計畫中定位的明確化。

1、新公立醫院改革計畫需涵蓋之內容：

(1) 明確化在地區醫療計畫中之定位：

新公立醫院改革更加強調公立醫院定位的明確，且必須與非公立醫院共同合作實現地區醫療計畫之功能。但在人口密集、且有其他醫院提供服務的地區，與在山地、離島地區作為唯一一家醫院的公立醫院相比較，兩者承擔的機能自然不同，如果公立醫院是地區中唯一的醫院，其定位必須要能夠維持緊急醫療、確保醫師人力、作為當地的基幹醫院，以及作為二次醫療圈醫院對病患進行轉入、轉出。至於定位公立醫院功能時，應考量之事項，舉例如下：

- <1>公立醫院需配合在地區醫療計畫中應發揮之功能，或按當地所需各類病床數的需求量予以定位。
- <2>需支援的其他服務，例如：在宅醫療、介護；配合醫療介護總合確保推進法之實施；支援地區照護體系；確保地區醫療計畫所需在宅醫療、介護等服務的確保。建議中小規模的公立醫院，可以與介護保險事業整合，提供在宅醫療；規模較大的公立醫院則可作為緊急醫療的後送醫院，或作為人才培育的醫院。

- <3>實施獨立預算：公立醫院需以地方公營企業模式營運，有獨立的預算。
- <4>設定醫療機能指標：除經營績效指標外，亦訂定公立醫院應達到的醫療機能目標，指標包括：急診患者數、手術件數、接受臨床研修件數、醫師派遣件數、轉診率、雙向轉診率、在宅醫療或居家護理件數、復健件數、分娩件數等。
- <5>病患對醫院定位的理解：病患能瞭解醫院之定位及能夠提供之照護服務。
- (2)強化經營的效率：
- <1>設定營運績效指標，確保地區醫療的提供，持續提供良好品質的醫療，避免因為醫藥品費、醫療材料費的削減，而影響醫療品質的提升。至於營運績效指標包括：
- 收支改善情形，包括：經常收支比率、醫業收支比率、修正醫業收支比率、不良債務比率、資金不足比率、累積欠損金率等。
 - 經費削減，包括：材料費、藥品費、委託費、職員給予費、折舊費占醫業收益比率、醫藥材料費一次購入折扣、每100床職員數、學名藥使用比率等。
 - 收入確保情形，包括：每日住院人數、每人每日診療收入、診療收入、病床利用率、平均住院日數等。
 - 經營的安定性，包括：醫師數、資產、現金保有餘額、企業債餘額等。
- <2>達成經營績效目標的具體作法，包括：
- 醫療人才的確保及養成：透過地區醫療支援中心與地區醫療介護總合確保基金的合作

- 、職員採用彈性化、勤務環境的整備、研修機能的充實，並使不同規模的醫院也能合作進行醫師的派遣及人才的育成。
- 起用醫院管理人才：起用對於醫院經營改革有強烈意識的醫院管理人才。
- 與民間醫院進行比較：2014年公立醫院的會計按照新的會計基準，變的比較容易與非公立醫院做比較。
- 抑制設施、設備整備費：公立醫院折舊費高，若能抑制建築的單價會見到明顯成果。近年來建築費明顯上升，醫院在新設或擴充的整備時期，就應加以檢討費用，計算比較公立醫院與非公立醫院建築的造價。另設備開始使用後，需編列維持管理費，如何控制費用也很重要，可以活用民間業者的管理作法，例如與民間業者簽約，契約期間的長短則需因應契約期間醫療環境可能的變化，讓公私立機構間各自承擔適切的風險。
- 對於病床利用率較低的醫院的配套措施：過去3年有些醫院將病床數削減或診療所化，但連續3年占床率不到70%的醫院仍為數不少。對於過去3年間一般病床及療養病床利用率不到70%的醫院，要進行適當的重新評估。

以上新公立醫院改革指引執行期間，各年度的收支計畫及目標數值，需經過審查。至於收支計畫、診療報酬等經營環境的變化若影響到經營績效時，亦要對指標有所調整。

(3) 重組、整合計畫的明記：

明確記載公立醫院與都道府縣合作的具

體措施，及在二次醫療圈對於公立醫院預定的重組及整合方案與措施，以及預定實施的時間。

(4)經營型態的重新評估：

<1>全部適用地方公營企業法：醫院業務，除了有關財務等一部分規定外，全部適用地方公營企業法，設置具有廣泛權限的經營管理者。

<2>地方獨立行政法人化（非公務員型）：地方公共團體設立非公務員型的一般地方獨立行政法人，作為醫院的經營主體。

<3>引進指定管理者制度：按照地方自治法的規定，指定法人或其他團體，管理公共設施。

<4>民間讓渡：轉讓給民間醫療機關經營。

<5>事業型態的重新評估。

2、計畫的實施狀況必須每年檢查、評價1次以上。日本總務省每年也將對各公立醫院改革計畫實施情況進行1次以上的全國調查，並公示結果。

二、考察心得：

(一)日本公立醫院改革指引要求公立醫院設定營運績效指標及醫療機能指標，期公立醫院在符合定位下，提升經營績效，此與國內之政策方向一致；衛福部亦訂有所屬醫院共通性管理指標，其中不乏公醫指標，應妥善利用管理指標，評價部屬醫院的營運是否達成其特定的醫療任務：

日本總務省於2007年底訂定公立醫院改革指引，要求地方公共團體對公立醫院的經營提出有效的計畫及決策，改革計畫的內容需包括醫院管理要有效率，並透過具體的營運指標管理醫院的營運效

率，管理指標例如：收支改善情形指標、經費消減指標、醫院收入相關指標及經營安定性指標等。上述指標兼容醫院之財務及業務範疇，除國內醫院管理常運用的門診、住院、病床利用率等醫療業務量指標外，還包括國內公立醫院較少運用的財務指標項目，例如資金不足額、資金不足比率、現金保有額，亦列為管理指標，可見營運者非但要重視醫療業務的發展，亦被課予承擔財務健全的責任；且改革指引除了重視收入的增加外，指標亦同時注意成本的控制，將工資與醫療收入比率、平均每 100 床的工資、藥品使用的效率及材料費與醫療收入的比率、經常收支比率都列為管理指標，即改革指引對於公立醫院增加盈餘的方式，除建議加強醫療服務的量能外，尚須重視醫療成本的控制。又公立醫院改革指引除要求設定醫院經營績效指標外，更強調地區公立醫院的定位要明確，甚至依據公立醫院的定位，設定醫院應達到的醫療機能指標，此類指標項目包括：急診患者數、手術件數、臨床研修件數、醫師派遣件數、持轉診單率、雙向轉診率、居家醫療、看護件數等。

衛福部為提升所屬醫院經營管理、營運績效及服務品質，參考醫院評鑑條文、臺灣臨床成效指標系統 (Taiwan Clinical Performance Indicator)、臺灣醫療照護品質指標 (Taiwan Healthcare Indicator Series) 及公醫等各項考核指標，訂定所屬醫院適用之共通性管理指標，且依業務屬性分別訂定指標之目標值，並按指標評量頻次彙整指標數值，建立同儕統計分析、異常事件檢討改善及學習回饋等機制。共通性管理指標計 7 大構面及 88 項指標，包括：醫療照護 24 項、健保品質 15 項、健保指標 6

項、營運績效 14 項、經營管理 5 項、資財營繕 4 項及公醫指標 20 項。然衛福部所屬醫院之功能，除提供一般民眾所需之預防保健及社區醫療服務外，最重要的是配合國家醫療衛生政策，執行公共任務、新興傳染病預防及治療，並結合社會福利需求，提供國內弱勢族群、偏遠地區民眾、老弱殘障團體及傳染病、慢性病、精神病等特殊疾病患者之醫療服務，所屬醫院適用之共通性管理指標中有 20 項為公醫指標，惟各項公醫指標均未設有閾值。

日本公立醫院改革指引要求公立醫院設定營運績效指標及醫療機能指標，期公立醫院在符合定位下，提升經營績效，此與國內之政策方向一致；而國內部屬醫院與其他醫院最重要的區隔亦在於公共衛生任務之執行，但部屬醫院之指標，除未設有閾值可評估政策執行落實情形外，各項指標是否符合目標值亦與衛福部補助所屬醫院之公務預算無關，衛福部應妥善利用管理指標，評價部屬醫院的營運是否達成其特定的醫療任務。

- (二) 衛福部從未積極落實健保轉診制度，復未採行具體辦法，讓民眾接受轉診，使國內醫療體系的結構失衡，更使中、小型規模的衛福部所屬醫院，需與大型的醫學中心競相發展急重症醫療，而未能發揮社區型醫院的功能，讓國內分級醫療淪為空談：

日本的醫院按提供醫療服務的不同，又可分為一般醫院、特定機能醫院、地區醫療支援醫院、精神病醫院及結核病醫院。特定機能醫院原則上需有 400 床以上，且能提供先進醫療照護服務、發展先進醫療技術及醫療照護訓練，其照護之病人至少需有 50% 是由一般診療所或其他醫院轉入，且將病患轉出之比率至少達 40% 以上。至於地區醫療支援醫

院係由地方政府核准，此類醫院要有能力支持家庭醫師、家庭牙醫師等初級保健照護機構，其功能包括：提供醫療照護或轉診，或將病患轉介予家庭醫師；將建築、醫療設施或設備與其他醫療機構共用；提供緊急醫療照護；以及執行地區醫療專業人員的訓練，至於地區醫療支援醫院要符合的條件主要是對病人的轉診，即病人由診所或其他醫院轉來的比率需達 80% 以上；或達到 65% 以上，且轉回之比率達 40% 以上；或達到 50% 以上，且轉回之比率達 70% 以上，符合條件的地區醫療支援醫院可獲得相應的專項補助及醫療收費加成，此類醫院的床數至少 200 床以上。另按東京城東醫院之說明，到該院接受醫療之病人，需自付 3 成費用，7 成由國民健康保險負擔；長照部分，病人則負擔 9 成、政府負擔 1 成。

原衛生署於^{民國}74 年核定的第一期醫療網計畫，以「生活圈」概念，劃分 17 個醫療區，並以區域為單位規劃醫療人力與設施，當時國內醫療服務的提供，主要仰賴公立醫院，而前省立醫院設立目的，則為平衡城鄉醫療差距、提供當地民眾初級及中級醫療服務、照顧精神等弱勢族群，至於醫療網的目的之一在於：建立分級醫療及轉診制度，達到醫療分工及合作的目的。衛福部為推動轉診制度，讓大醫院看大病，小診所看小病，使醫療資源合理運用，遂於健保法訂定越級就醫加重部分負擔之規定，惟目前西醫門診基本部分負擔，基層醫療單位為 50 元，但不經轉診逕赴地區醫院為 80 元、逕赴區域醫院及醫學中心則分別為 240 元及 360 元，金額雖有差異，但民眾似乎未因逕赴區域醫院或醫學中心需多付 190 元或 310 元，而不去大型醫院就

醫；又國內交通便利，逕至醫學中心就醫又無交通上之不便，使原本應以住院為主，照顧急、重症患者之大型醫院，紛紛擴展門診規模，地區醫院則呈漸萎縮。

衛福部所屬醫院多為中、小型之社區型醫院，若國內能落實分級醫療，則許多疾病在衛福部所屬醫院即能處理，當然可以發揮社區中醫療守護者的功能，但國內健保轉診制度從未落實，衛福部亦未建立鼓勵轉診的機制，復未採行具體辦法，讓民眾接受轉診，使國內醫療資源之結構產生失衡狀態，更使中、小型規模的衛福部所屬醫院，需與大型的醫學中心競相發展急重症醫療，而未能發揮社區型醫院的功能，使國內分級醫療淪為空談。

(三)衛福部所屬醫院的改革，似與所在縣市對於當地醫療發展的規劃無關，改革方向若未與地方需求相結合，效果恐難彰顯，相形之下，日本公立醫院改革係配合各地區醫療計畫的規劃一併檢討，並予整合，值得借鏡：

日本對於國家健康照護的策略，係由厚生勞動省擬定健康照護計畫政策，藉以架構健康照護體系，希透過醫療機能的整合及專業角色的促進，有效率的提供具備高品質且適當的持續性醫療，地方衛生機關依據地區民眾健康狀況及醫療資源，擬定地區醫療照護計畫，亦即對於日本醫療照護體系的建置及服務的提供，中央、地方政府各有權責，分工合作。而日本公立醫院改革亦是築基於與地方公共團體的合作上，改革的主要目的是使公立醫院、民間醫院各自發揮作用，確保當地居民對醫療衛生服務的需要，以提供具備可近性且高品質之醫療服務，並使醫院的經營環境健全而穩定。

日本總務省在 2007 年底制定公立醫院改革指引，規範各地方政府提高各自地區的醫院經營效率，並對公立醫院的經營提出有效的計畫及決策。至於地方公共團體對於公立醫院改革的策略，必須全盤思考醫院的功能，且各公立醫院所處地理環境及醫院功能，並不相同，所以不可能於訂定一個改革計畫後，就讓所有公立醫院的改革達成效果，而需依各地區不同的狀況，思考如何促進健康及進行整合。又因公立醫院改革的目的，以及地方公共團體提出的地區醫療計畫，均係為確保當地區醫療服務體系的健全，因此，日本公立醫院改革係配合各地區醫療計畫的規劃一併檢討，並予整合。

衛福部醫院目前有 26 家，部分醫院位於偏遠或離島地區，或為特殊功能醫院，受人口數、就醫量限制，經營不易，且多數醫院存有醫師、護理人員等招募不易的問題。近年來衛福部雖已強化對於所屬醫院經營績效的管理，然而，受限於整體醫療環境限制，部分醫院未有明顯的進步。且衛福部所屬醫院之改革，似與所在縣市對於當地醫療發展的規劃未能整合，改革方向若未與地方需求相結合，其效果恐難彰顯。

- (四) 改變衛福部所屬醫院之組織體制，恐非當務之急，現階段最重要之事項應在於建構優質的醫療網絡，藉此促成部屬醫院間或部屬醫院與民間醫院間之資源共享，降低經營管理成本，提高競爭力：

日本將公立醫院行政法人化，做為公立醫院經營型態轉型的主要模式之一。行政法人係指國家及地方自治團體以外，由目的事業主管機關，為執行特定公共事務，依法律設立之公法人。日本各獨立行政法人醫院均需提出業務計畫書，並訂定業務目

標，經評價委員會進行業務評價，但基於維持獨立行政法人自主性的原則，主管機關對其監督應儘量縮減至最小限度。

本次考察的東京城東醫院，原先並非公立醫院，而是民間醫院，改制為地方獨立行政法人醫院後，除需遂行公立醫院的政策任務外，其員工若收受不正利益，將等同公務員受相關罰則的處分。該院未獲國家給予的任何補助，在營運上自負盈虧，但員工都認為醫院只要營運情形佳，員工分配到的獎勵金自然增加。另日本的醫院要收支平衡，占床率約需達到 80% 以上，但以東京城東醫院而言，近年來的病床利用率在六成至六成五之間，2013 年時更只有 58.6%。至於地方獨立行政法人醫院在營運上發生赤字時，則由有盈餘的醫院提撥盈餘來協助。

衛福部所屬醫院需配合執行國家衛生政策，在有重大疫情發生時，該部調度的病床均以所屬醫院病床為優先；又多家部屬醫院位於偏遠或離島地區，對於當地急診、重症醫療責無旁貸，若改制為行政法人，不再隸屬於衛福部，該部是否能順利調度其資源，似不無疑問。另國內對於公立醫院迭有轉型為行政法人醫院的主張，主要理由係讓公立醫院在人事、會計、採購上不致受到法規的層層限制，使其在營運上較具彈性，但按東京城東醫院的改制模式，係由民間醫院改制成為 57 家的獨立行政法人地域醫療機能推進機構醫院之一，該院願意轉型，其著眼點應該在於與該體系的其他醫院、介護設施、專門學校、研修中心及地域醫療支援中心的合作，在競爭激烈的醫療環境中，醫院不再是單打獨鬥，而是互相支援，即類似目前衛福部所屬醫

院的「聯盟」策略。且日本公立醫院僅有部分醫院行政法人化，並非如同國內當年擬將所有公立醫院均行政法人化，以去除公務人力，節省人事成本，當時之考量主要係節省成本，增加盈餘，然民國 92 年 SARS 流行，部分醫院拒收病患，但公立醫院多能配合國家醫療衛生政策，執行傳染病預防及治療，其公共任務，絕非民間醫院能完全取代。故改變衛福部所屬醫院的組織體制，恐非當務之急，現階段最重要的事項應在於建構優質的醫療網絡，藉此促成部屬醫院間或部屬醫院與民間醫院間的資源共享，降低經營管理成本，提高競爭力。

(五) 衛福部所屬醫院可參考日本公立醫院之作法，例如將設施改為高齡者健身所或高齡者住宅，抑或承擔提供長期照護服務之重要責任，或發展類似日本的在宅醫療、介護等服務：

日本醫師人力不足及醫護人員勞動條件問題仍持續發生中，加上人口減少、少子化、高齡化問題日益嚴重，使得醫療服務的需求產生變化，因此，公立醫院改革指引強調在各地區建構適切的醫療服務提供體系的必要，其內涵包括對各機構經營型態的重新審視，具體作法則包括引進私立醫院的經營方法、改革醫院經營方式，可能的方式包括：公立醫院獨立行政法人化，或採指定管理者制度，或將醫院交給民間經營，或改成診療所、高齡者健身所或高齡者住宅等。

至於日本公立醫院的功能，除提供一般的醫療服務外，還包括提供其他支援性的服務，例如規模較大的公立醫院可作為緊急醫療的後送醫院或作為人才培育的主要醫院，而中小規模的公立醫院，在醫療介護總合確保推進法通過後，則可配合地區

醫療計畫及長期照護體系，提供在宅醫療、介護等服務。

隨著人口結構改變，急重症與慢性疾病發展，國內許多中大型醫院已強化急重症醫療，但對於急性期後（中期照護）醫療服務及長期照護等服務體系，仍在逐步建置階段。而衛福部所屬醫院遍及全臺灣及離島地區，除特殊型專科醫院外，多為區域型及地區型規模之社區醫院，以營造社區民眾健康、公共衛生及醫療照護為主要任務，近年更涵蓋至社會福利領域。在衛福部所屬部分醫院占床率無法提升，國內長期照護服務設施目前供不應求的情形下，日本公立醫院將設施改為高齡者健身所或高齡者住宅，或承擔提供長期照護服務之重要責任，或發展在宅醫療、介護等服務，此等作法，均值得參考。

- (六) 衛福部所屬醫院被定位為「社區型醫院」，就醫民眾中老年人甚多，部分病人具多重慢性疾病，故日本總合內科的作法，以及健保署推動的醫院門診整合照護計畫，應以健保政策予以配合，鼓勵部屬醫院推動或加入，以提供病患完整照護：

隨著醫藥發展與醫療科技之進步，許多急重難症有了更佳之治療方法，也促使醫療逐漸走入專科化，甚至進入次專科與次次專科等範疇。例如內科即有心臟內科、胃腸科、新陳代謝科……等，主要治療範圍包括心臟、肺臟、肝膽、腸胃、新陳代謝與內分泌、過敏免疫風濕科等領域。然而，醫療精細的專科化，對多數並非醫療專業人員的民眾而言，囿於對疾病的不瞭解，在有醫療需求之時，卻可能不知如何正確選擇專科，甚至延誤就醫時間。

醫療專科化之目的，固然係為民眾提供更具品

質之醫療，然而，在國際間以提供「以病人為中心」的醫療服務的趨勢下，日本近年來推動總合內科制度，總合內科醫師具備多種專科醫師資格，可以為病人提供不同內科專科之服務，即將過去的次專科進行組合，不再依器官來決定診療範圍，而是以病患所需要的醫療服務進行整合，以提供完整的照顧。據本次參訪的東京城東醫院及健身會診所表示，自從開始實施總合內科後，醫院之醫療服務量有明顯的改善情形。

在人類生命的發展歷程中，有些老人免不了罹患多重慢性疾病，因此隨著國內老年人口的增加，多重慢性疾病之門診病患增加，應是必然的趨勢。健保署自 98 年 12 月起推動「醫院門診整合照護計畫」，鼓勵各醫院為多重疾病患者提供整合式醫療照護，讓有多重慢性病患者不必四處逛醫院，至於該整合計畫服務對象為同時就診多科別的慢性病患，其目的則為改善慢性或老年病患重複用藥與就診率，提升生活品質，使病患獲得完整而連續性服務。可見健保政策之配合，可導引醫院提供病患完整之照護服務。

衛福部所屬醫院均被定位為「社區型醫院」，病患主要來源為當地或鄰近地區的民眾，且部屬醫院就醫民眾以老年人居多，另些許醫院病患大多來自養護機構，因此病人通常具多重慢性疾病，故日本總合內科之作法，以及健保署推動之醫院門診整合照護計畫，應鼓勵部屬醫院推動或加入，以提供病患完整照護。

- (七)醫護人力係影響醫療服務品質及醫院經營績效之主要因素，但透過醫院間醫師人力的派遣機制，恐仍難解決醫師人力不足問題，尚需澈底瞭解原因，

謀求解決之道：

日本公立醫院在近年來發生醫師人力不足的問題，醫院中的部分科別，無法提供醫療服務，為解決此一人力問題，地方公立醫院進行重組或整合為方法之一。另日本把醫院按提供或接受支援醫師分成兩類，一類係具有派遣醫師能力的地區骨幹醫院，另一類是接受骨幹醫院各種人才技術支援的一般醫院及診療所。在兩類醫院間，要建立人才、技術及資源可以共同使用的網絡體系。即各醫院不需具備各類專科別的醫師，所需但無法招募醫師的科別，可透過人力派遣的機制，獲得醫師來源。然而，即使如此，日本公立醫院醫師人力不足問題，仍未能獲得解決。

衛福部所屬醫院的規模與國內其他醫院相較，屬於中等，在分級醫療中屬「地區醫院」或「區域醫院」的一環，無一家達醫學中心規模，其功能角色被定為「社區型醫院」，但部分具有教學醫院的功能，亦可辦理住院醫師訓練，部分的區域級醫院，也已派員支援醫師人力難以招募的醫院，然而，雖已有支援醫師的制度，但部屬醫院中仍普遍存有醫師人力不足的問題。

醫護人力係影響醫療服務品質及醫院經營績效的主要因素，以東京城東醫院為例，2015年的醫師人數由15人增加為30人，該院之醫療績效即顯著提升，可見醫護人力是否充足，對於醫院營運有顯著的影響。但衛福部所屬醫院普遍存有醫護人力不足、醫事人員缺額率偏高問題，此情形已非在個別醫院發生，且不論醫院地理位置係在醫療資源充足或不足地區，都無法避免，可見醫護人力缺額誠屬衛福部所屬醫院的共通問題，且已由來甚久。若

此問題在全國各醫院普遍性發生，則與國內醫療服務量年年增加，教學醫院病床數陸續開設，但每年醫學系招收學生人數卻訂有 1,300 人為原則的上限，不無關聯。若此問題在部屬醫院尤為嚴重，則衛福部更應針對部屬醫院的勞動條件進行檢討，否則即使公費醫師被派往部屬醫院服務，一旦合約期滿，亦難以留住人才。

陸、建議：

- 一、衛福部對於所屬醫院的經營管理，除透過現有的共通性管理指標外，應研議是否針對不同部屬醫院，訂定不同的特定醫療功能指標及公共任務指標，且要有具體方法可客觀評價部屬醫院在相關指標的達成情形及研議如何按指標結果進行檢討或回饋處理。
- 二、衛福部所屬醫院務必要強化醫院管理能力，提升經營績效。但國內健保轉診制度未落實，部屬醫院難以發揮社區型醫院功能，即使強化醫院管理能力，績效的改進仍將甚為有限。爰衛福部在制度面應引導分級醫療的落實，使國內醫療資源的運用更具效益，方有助於社區型醫院的經營。
- 三、衛福部所屬醫院的改革方向，應與地區醫療計畫的規劃一併檢討，並予整合，而非各行其是。
- 四、衛福部應建構優質的醫療網絡，藉此促成部屬醫院間或部屬醫院與民間醫院間的資源共享，降低經營管理成本，加強人力支援，以提高競爭力。
- 五、衛福部所屬醫院可參考日本公立醫院的作法，將部分建築或設施改為高齡者健身所或高齡者住宅使用，且承擔提供國內長期照護服務的重要責任，發展類似日本的在宅醫療、介護等服務。
- 六、健保署推動之醫院門診整合照護計畫，應納入衛福部所屬醫院，並研議是否擴大照護範圍。
- 七、醫護人力係影響醫療服務品質及醫院經營績效的主要因素，衛福部應檢討國內醫學系學生每年招生名額1,300名是否妥適，以及部屬醫院的勞動條件有無需改善之處。

柒、日本考察參訪剪影：

1.獨立行政法人地域醫療機能推進機構及東京城東醫院參加
座談人員



2.本院尹監察委員祚芊與獨立行政法人地域醫療機能推進機
構藤木理事合影



3. 本院仇監察委員桂美與城東醫院中馬院長合影



4. 全體考察人員與參與座談人員合影



5.本院仇監察委員桂美、尹監察委員祚芊與南越谷健身會診所周東寬院長合影



6.本院考察人員於南越谷健身會診所合影



捌、參考資料：

- 一、新公立病院改革ガイドライン（2015年）。
- 二、公立病院改革ガイドライン（2007年12月24日）。
- 三、林奇宏、翁林仲、陳慧嬪、簡雅芬、朱昭美，日本獨立行政法人醫療機構考察出國報告，臺北市政府衛生局、臺北市立聯合醫院，103年8月31日。
- 四、莊秀美，日本社會福利基礎結構改革與社會福利行政組織再造之分析，社區發展季刊，第113期，第102-111頁，2006年。
- 五、行政院經濟建設委員會，日本重整公立醫院，國際經濟情勢雙週報，第1724期，2011年3月3日。
- 六、日本厚生勞動省全球資訊網，<http://www.mhlw.go.jp/>，檢視日期：2016年4月29日。
- 七、日本總務省全球資訊網，<http://www.soumu.go.jp/>，檢視日期：2016年4月29日。
- 八、本次參訪機構之簡報資料。