

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書

(出國類別：考察)

日本健保連與厚生省修訂甲乙表  
及物理治療所給付現況之機制與規劃

服務機關：中央健康保險局等三單位

出國人 職稱：副總經理

姓名：劉見祥等六人

出國地點：日本

出國期間：91年10月20日至10月26日

報告日期：91年12月

J0/  
CO9104084

系統識別號:C09104084

公務出國報告提要

頁數: 52 含附件: 否

報告名稱:

赴日考察支付標準訂定及物理治療所給付現況

主辦機關:

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人/電話:

劉彥秀/27029959

出國人員:

張培玉	行政院衛生署中央健康保險局	醫務管理處	三等專員
劉見祥	行政院衛生署中央健康保險局	副總經理	
黃肇明	行政院衛生署中央健康保險局	醫審小組	一等專員
劉立麗	行政院衛生署中央健康保險局	醫務管理處	科員

出國類別: 考察

出國地區: 日本

出國期間: 民國 91 年 10 月 20 日 - 民國 91 年 10 月 26 日

報告日期: 民國 92 年 02 月 10 日

分類號/目: J0/綜合(醫藥類) J0/綜合(醫藥類)

關鍵詞: 日本, 支付標準, 診療報酬, 物理治療所

內容摘要: 本項考察期間自民國91年10月20日至91年10月26日止共7天。參與考察人員一行六人, 透過亞太科學技術學會安排為期七天之考察研習活動, 期間分別參訪厚生勞働省、中央社會保險醫療協議會、國民健康保險中央會、健康保險組合連合會、社會保險診斷報酬支付基金及國立復健中心附設醫院之復健醫療等部門。主要考察與研習日本支付制度(包括支付標準結構、訂定、研修過程及運作)及物理治療現況(包括法規、執行業務內容、費用申報及審查)。透過與政府組織(厚生勞働省及其下設立之中央社會保險醫療協議會)、保險人組織(健康保險組合聯合會), 第三者團體(國民健康保險中央會及社會保險診斷報酬支付基金)之研討, 以及實地參觀位於日本國埼玉縣所澤之國立復健中心附設醫院復健醫療部門(物理治療與職能治療)與職業訓練設施(手工藝中心、洗染中心及視聽障患者訓練中心), 更進一步了解日本醫療保險制度、支付制度改革趨勢及對殘障患者提供系統及綜合性之復健醫療狀況等, 未來將有助於中央健康保險局於規劃支付制度改革時之參考。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

## 摘要

本項考察期間自民國 91 年 10 月 20 日至 91 年 10 月 26 日止共 7 天。參與考察人員一行六人，透過亞太科學技術學會安排為期七天之考察研習活動，期間分別參訪厚生勞動省、中央社會保險醫療協議會、國民健康保險中央會、健康保險組合連合會、社會保險診斷報酬支付基金及國立復健中心附設醫院之復健醫療等部門。

主要考察與研習日本支付制度（包括支付標準結構、訂定、研修過程及運作）及物理治療現況（包括法規、執行業務內容、費用申報及審查）。透過與政府組織（厚生勞動省及其下設立之中央社會保險醫療協議會）、保險人組織（健康保險組合聯合會），第三者團體（國民健康保險中央會及社會保險診斷報酬支付基金）之研討，以及實地參觀位於日本國埼玉縣所澤之國立復健中心附設醫院復健醫療部門（物理治療與職能治療）與職業訓練設施（手工藝中心、洗染中心及視聽障患者訓練中心），更進一步了解日本醫療保險制度、支付制度改革趨勢及對殘障患者提供系統及綜合性之復健醫療狀況等，未來將有助於中央健康保險局於規劃支付制度改革時之參考。

## 目 次

壹、考察人員.....	1
貳、考察目的.....	2
參、考察過程.....	3
肆、考察內容	
一、日本醫療保險制度.....	4
二、考察過程	
(一)厚生勞働省	
1. 參訪內容.....	9
2. 座談摘要.....	10
(二)國民健康保險中央會	
1. 參訪內容.....	13
2. 座談摘要.....	14
(三)健康保險組合連合會	
1. 參訪內容.....	17
2. 座談摘要.....	19
(四)中央社會保險醫療協議會	
1. 參訪內容.....	22
2. 座談摘要.....	26
(五)社會保險診斷報酬支付基金	
1. 參訪內容.....	30
2. 座談摘要.....	32
(六)國立康復中心	
1. 參訪內容.....	35
2. 座談摘要.....	37
伍、考察心得.....	38
陸、考察建議.....	42
柒、後記.....	49
捌、參考資料.....	50

### 壹、考察人員

中央健康保險局	副總經理	劉見祥
國立陽明大學衛生福利研究所	所長	吳肖琪
慈濟技術學院物理治療系	講師	李志偉
本局醫審小組	組長	黃肇明
本局醫務管理處	四等專員	張培玉
本局醫務管理處	科員	劉立麗

## 貳、考察目的

主要在考察與研習日本支付制度（包括支付標準結構、訂定、研修過程及運作）及物理治療現況（包括法規、執行業務內容、費用申報及審查）。透過與政府組織（厚生勞動省及其下設立之中央社會保險醫療協議會）、保險人組織（健康保險組合聯合會）、第三者團體（國民健康保險中央會及社會保險診斷報酬支付基金）之研討，以及實地參觀位於日本國埼玉縣所澤之國立康復中心附設醫院復健醫療部門（物理治療與職能治療）與職業訓練設施（手工藝中心、洗染中心及視聽障患者訓練中心），更進一步了解日本醫療保險制度、支付制度改革趨勢及對殘障患者提供系統及綜合性之復健醫療狀況等，未來將有助於中央健康保險局於規劃支付制度改革時之參考。

### 參、考察過程

本項考察期間自民國 91 年 10 月 20 日至 91 年 10 月 26 日止共 7 天。參與考察人員一行六人，透過亞太科學技術學會安排為期七天之考察研習活動，期間分別參訪厚生勞働省、中央社會保險醫療協議會、國民健康保險中央會、健康保險組合連合會、社會保險診斷報酬支付基金及國立康復中心附設醫院之復健醫療部門，詳細考察行程如附表一。

## 肆、考察內容

### 一、日本醫療保險制度

#### (一)醫療保險制度概要

1. 日本現行醫療保險可區分為二大類別，其一是以受雇者為對象之受雇者保險(被用者保險)，另一類為從事農林漁業、自營業者、退休人士等為對象之地域保險(國民健康保險)。受雇者保險又以被保險人職業性質不同，分為健康保險(政府掌管健康保險-以中小企業受雇者為主、及組合掌管健康保險-以大企業受雇者為主)、船員保險、各種共濟組合(以國家公務員、地方公務員、私校教職員為主)；國民健康保險則包括市、町、村之居民及原被用者保險等退職者之保險；老人保健制度則包括 75 歲以上老人或 65 歲以上行動不便長期臥床老人。各保險皆由中央政府，市、町、村政府或組合共濟組合等為保險人辦理保險業務。

#### 2. 醫療費用申請、審查、核付

醫療費用之審查及核付係透過第三者機關，即社會保險診斷報酬支付基金(被用者保險部分)及國民健康保險團體連合會(國民健康保險部分)辦理申請、審查及核付，醫療機構透過前開機關向保險人請求



醫療費用，而保險人則亦須透過第三者支付醫療費用予醫療機構。

### 3. 醫療費用

近十五年來因高齡化及醫療技術科技化等影響，導致國民及老人醫療費用大幅上漲，1999 醫療費已達 30.9 兆日圓，其中國民醫療費約 19.1 兆日圓(佔 31.8%)，老人醫療費約 11.8 兆日圓(佔 38.2%)，2000 年醫療費用約達 30.4 兆日圓，其中國民醫療費用較 1999 年減少幅度達 1.9%，老人醫療費減少幅度則高達 5.1%，據日本方面解釋國民醫療費用減少原因，在於 2000 年介護保險制度實施後，部分醫療費移轉入該制度使然。

#### (二) 診療報酬支付制度之變遷

日本醫療保險制度的歷史已超過六十年，大致可分為：至昭和 18(西元 1943 年)年醫師會等之團體包辦時代、昭和 18 年至昭和 33 年之政府支付時代、昭和 33 年(西元 1958 年)10 月以後之甲乙表診療費用制度、昭和 58 年(西元 1983 年)之老人保健制度。

##### 1. 昭和 2 年至昭和 18 年(西元 1927-1943 年)

政府與醫師會及牙醫師會間締結契約，透過每年協議訂定每一被保險人之金額採承攬方式，醫療費用一次給付給上開之醫師會，醫師會按照每個都道府

縣來分配，各都道府縣醫師會根據醫療費用計算規則，算出各醫療機構之分配總額，實施之結果，各都道府縣訂定其每 1 點單價，即發生都道府縣不平衡之現象，而此後即力圖改善此一現象。

## 2. 昭和 18 年至昭和 33 年(西元 1943-1958 年)

昭和 18 年因健康保險法之修正，改變原來人頭承攬方式，採取直接給醫療費用給醫療機關。當時，政府依照原醫師會及牙醫師會所訂之醫療費用點數計算規則為基礎，訂定診療報酬點數表，其間亦經過多次修訂；昭和 30 年及 31 年(西元 1955-1956 年)受到醫藥分業實施之影響，政府雖試圖從藥價與技術分離之觀點建立新醫療體系，惟並未實現，但為配合給藥價格之修訂，將處方費、調劑費及藥劑費予以分開增訂。

## 3. 昭和 33 年至昭和 58 年(西元 1958-1973 年)

昭和 32 年，中央社會保險醫療協議會沿用原診療報酬點數表以作為乙表之依據(甲、乙二地並支付不同點數)，然而為了合理化之緣故，訂定甲表(僅區分甲地用)，統一將「一點」單價改為 10 日圓，並由醫療機構自由選擇使用甲表或乙表，經過幾番波折，於昭和 33 年 10 月 1 日開始施行，並沿用迄今；昭和 38 年則撤銷了地域之差別(改成甲地和乙地為

相同調福)，至昭和 42 年實施醫療經濟調查，以作為日後多次修訂診療報酬點數表之依據，然而甲、乙表之施行造成一物二價之問題是其遭受最大之批評，日後經過數次修正，終使二者內容逐漸相近，並於平成 6 年 4 月統一整合。

#### 4. 昭和 58 年以後

昭和 58 年 2 月為因應高齡化社會，符合老人身心特質，推行綜合保健醫療對策為目的之老人保健法，而在診療報酬點數表部分，亦配合增訂老人診療報酬點數表。

#### (三) 診療報酬點數表

日本現行診療報酬點數表分為醫科診療報酬點數表、老人醫科診療報酬點數表、牙科診療報酬點數表、調劑報酬點數表等四部分，共計六千多項診療項目，其特色為診療項目與相關解釋並列。

##### 1. 醫科診療報酬點數表：

區分為基本診療費及特定診療費，基本診療費包含門診診察費及住院費，特定診療費包含指導管理、居家醫療、檢驗檢查費、放射線治療費及診斷費、注射費、復健費、精神治療費、處置費、手術費、麻醉費等，其結構與我國全民健康保險醫療費用支付標準相似。

2. 老人醫科診療報酬點數表與牙科診療報酬點數表：其架構與醫科診療報酬點數表相近。

3. 調劑報酬點數表：包含調劑技術費、指導管理費、藥劑費及特定保險材料費

#### (四) 中央社會保險醫療協議會

前開診療報酬點數表雖經厚生省(現今厚生勞動省之前身)制定及公告實施，但仍須向中央社會保險醫療協議會(以下簡稱中醫協)諮詢以作為日後決策之依據；中醫協之成員共計 20 名，包含保險人代表 8 名、醫界代表 8 名及公益代表 4 名，而公益代表委員之任命須取得國會二院之承認。

## 二、考察過程

### (一) 厚生勞動省

#### 1. 參訪內容：

由於日本尚未有物理治療師(理學療法士)及職能治療師(作業療法士)獨立設立之物理治療所，本次參訪以理學療法士及作業療法士之養成、法令依據及現況為主：

(1) 物理治療師：採證照制度(1965年開始上述人員之證照制度)、須在醫師指導下從事理療行為、以身體障害者為對象、主要目的在促進患者基本動作能力之回復；截至平成十三年止取得證照者為30,084人，實際執業者為19,025人。

(2) 職能治療師：其主要目的為身體功能及社會適應力之提昇；截至平成十三年止取得證照者為17,227人，實際執業者為9,305人。

(3) 養成機構：因日本之高齡化影響，及近年來介護保險及障害者對策法之實施，使得物理治療人員等及訓練機構快速成長，據了解，訓練學校之師資至少須聘有六個物理治療師、六個職能治療師及一個醫師。

I 厚生勞動省：負責職業技術學校部分，一年約收5,170物理治療學生。

II 文部科學省：負責國立、私立及短期大學部分，  
一年約收物理治療學生約 1,079 名。

(4)物理治療學生招收方式：依據理學療法士國家考試之受試資格第十一條

I 第一款：規範高中畢業者考物理治療系所或專門學校，接受三年(含)以上之物理治療教育訓練之相關事宜。

II 第二款：規範職能治療轉修物理治療相關事宜。

III 第三款：規範國外學歷如何取得日本物理治療師相關事宜。

IV 二者之課程內容設計由國家決定，分為

V 基礎分野共計 14 個學分(教育內容為科學思考及人文、英文等通識課程)。

門基礎分野共計 26 個學分(包含人體構造、疾病史及保健醫療福祉理念等)。

VI 專門分野共計 18 個學分(包含物理治療、職能治療、地域理學療法及實習 810 個小時)

VII 推估平成十六年(西元 2004 年)之物理治療人員須 46000 人，職能治療人員須 33000 人，每年提供約 5000 名相關人員，其供需尚可平衡。

2. 座談摘要：

(1) 日本對開立物理治療處方之醫師，有無科別限

制？

答：目前日本僅有證照考試制度而已，並無限制開立物理治療處方之醫師科別，而是由醫師依自己專業能力、市場平衡來決定，開立處方之醫師還是會以相關科別為主，例如：皮膚科不會也不敢開立處方，可能會造成醫療傷害及自行負擔醫療風險；惟醫療費用申請另有規定。

(2)考取證照與實際執業者人數之差異原因？

答：有些在老人機構從事物理治療之人員並未計入計算(僅計算醫院部分)，另外也有一些未實際執業。

(3)物理治療之養成機構或人員之成長是否過於快速？

答：(1)因日本之高齡化速度極快，故市場需求也大，同時厚生勞動省每隔五年即進行人力評估。

(2)仍面臨資源不平均之問題，例如：較偏遠之地方即缺乏該項人員。

(3)日本目前因法規問題，對於縮編學校數仍予以考量，目前做法係以不補助學校經費，來抑制養成學校成長過速之問題(校

舍部分由政府補助 50%。

(4)由厚生勞動省及文部科學省培養出來之物理治療人員，其薪水是否有大幅差距？

答：技職體系或教育體系下之物理治療人員並無差異，其薪資差異可能來自區域或醫院，現在物理治療人員較多，也導致薪水降低。

(5)偏遠地區之醫事人員是否有特別補助？

答：補助缺乏相關醫事人力參與之地區。

(6)介護保險後對醫療體系之影響(如：住院日數...)?

答：(1)日本平均住院日數過長，大部分來自精神疾病之住院日數過長，期望未來於精神疾病養護機構及住院治療中取得平衡。

(2)分為醫療及福祉二大系統，福祉系統則改由介護保險來保障，目前實施介護保險之醫院約一萬多家，由政府設立者約 200 家，其餘均由私人設立。



## (二)國民健康保險中央會

### 1.參訪內容

- (1)由全國 47 都、道、府、縣之國民健康保險連合會所組成之社團法人，於昭和 34 年 1 月(西元 1959 年)由厚生省((現今厚生文部省)認可設立。該法人以發展國民健康保險事業及介護保險事業之普及，並使之健全發展，以增強社會保障及提昇國民健康為目的而設立之團體，其主要負責業務如下：
  - I.國保制度改善對策之推動及調查研究與資訊提供之充實。
  - II.有效率的審查支付業務與醫療費用對策之推動。
  - III.國保事業的安定實施與支援。
  - IV.保健事業活動強化對策及國保診療設施對策之推動。
  - V.介護保險事業之穩定實施與支援。
  - VI.國保連合會業務的充實及效率化支援服務。
- (2)組織：設會長、副會長(為無給職)，下有理事長，並設有總務部、企劃部、保健介護部、宣導部、資訊部、審查部六大部門，各部門下另設有相關之事務課。

(3)申報及審查制度：由國保相關醫療費用支付，由全國各地 47 個國保連合會辦理審查及支付作業。其與保險者、被保險者、保險醫療機構之關係圖。

## 2. 座談摘要

(1)何謂高額醫療費用共同事業？

答：由於高額醫療費用案件年年增加，為分散市町村保險人(特別是小規模之保險人)財務上之困難，市町村之保險人須提出一筆經費及配合都道縣之補助經費，以解決高額醫療費用帶給市町村保險人財務上之困境。

(2)何謂高額案件？

答：高額案件指西醫申報點數 42 萬點以上，牙醫 20 萬點以上，中藥 4000 點以上之申請案件(每點 10 日圓)；前述高額案件審查由國保中央會負責。目前每件額度超過 700 萬日圓以上之案件，均由國保中央會審查。

(3)在非投保地區就醫之醫療費用如何審查及給付？

答：從 1975 年開始保險對象可跨區就醫，如在東京加保至大阪就醫之醫療費用直接由大阪地區之國保連合會審查後，向東京之國保連合會申請醫療費用再支付給大阪之醫療機構，

其過程相當複雜。

(4)何謂新國保 3%推進運動？

答：由於人口高齡化及醫療費用之上漲，並有於老人保健實施後，仍有很多人未參加保險，其納保率仍低之情況下，為增加財務來源，而於西元 1983 年實施新國保 3%推進運動，其內容如下：1.納保率提高 1%，2.加強醫療費用審查減少醫療費用支出 1%，3.挪保險費 1%作為推動保健事業(如：健康檢查、健康教育、訪問指導等)之用。

(5)老人保健什麼時候開辦？其內容包括哪些項目？

答：1983 年開始。老人保健制度除含括原有之醫療保險外，還包括健康診查、健康教育、訪問指導等(類似我國之成人預防保健)。

(6)老人保健制度之財務來源？參加老人保健之條件？

答：老人保健制度之經費 10%由保險對象負擔，90%中之 70%自被用者保險及國民健康保險之撥出金，30%來自公費負擔(國家負擔 20%，都道府縣負擔 5%，市町村負擔 5%)，費用聚合在市町村，由市町村統合運用。參加老人保健對象為 70 歲以上老人及 65 歲以上之失

能者，目前約有 2,300 萬人加入。

### (三)健康保險組合連合會

#### 1. 參訪內容

##### (1)連合會之組織

I 健康保險組合屬受僱者保險之一種，原則上係具有 300 名以上員工之公司(現行實際係 700 人以上)。截至 2002 年 5 月，共有 1,722 個組合數。日本之共濟組合數，自 1997 年以來，即呈現不斷之下滑趨勢。

II 連合會由會員代表 173 人組成，並設置理事會運作，理事會設會長 1 人、副會長 5 人、常務理事 12 人、理事 67 人。

III 連合會本部設在東京，其餘在 47 個都道府縣皆設立支部。

##### (2)健康保險適用狀況

政府掌管健康保險被保險人數占 29.1%，組合掌管健康保險占 25.1%、國民健康保險占 37.7%、其他各種共濟組合占 8.0%、船員保險占 0.2%。

##### (3)老人保健制度介紹

I .老人保健制度於 1983 年 2 月開始，其目的係要老人能得到完整且適當醫療照護。

II .適用對象:70 歲以上(含)或 65~70 歲且長期臥床或失能者。

Ⅲ. 醫療費用之分攤：老人醫療費扣除患者部分負擔後之費用，由公費分攤 30%（中央 20%、都道府縣 5%、市町村 5%），70%由各保險人分攤。

#### Ⅳ 給付內容

- 醫療：住院膳食費、特定療養費、老人訪問看護療養費、療養費、高額療養費等。
- 老人訪問看護

#### Ⅴ 部分負擔

- 門診：10%，每月上限為 3,200 日圓(200 床以下醫院)／5,300 日圓(200 床以上醫院)。診所可採每日定額 850 日圓，每月 4 次。
- 住院：10%，每月上限為 37,200 日圓，低收入者上限 24,600 日圓，低收入且屬年金受給者，上限 15,000 日圓，長期特定疾病患者 10,000 日圓。

#### Ⅵ 老人保健制度改革建議方向

- 70 歲以上(含)老人部分負擔，自 2002 年 10 月起針對一定所得以上者收取 20%。
- 老人保健制度之對象年齡逐年提高，至 2006 年度時，提高至 75 歲。
- 老人保健制度公費負擔部分，將逐年提高，至

2006 年度時，提高至 50%。

## 2. 座談摘要

(1) 共濟組合數不斷下降之理由為何？

答：健康保險組合已降至 1,700 個以下之主要有二個原因，第一為產業結構問題，例如紡織業部分公司破產關閉。其次為老人醫療費支出不斷增加，致有些組合(保險人)無法支付費用下即予破產關閉。

(2) 共濟組合倒閉後，原參加該組合之被保險人及其眷屬，將參加何種性質健康保險？

答：政府掌管健康保險組合或國民健康保險組合。

(3) 個別保險人財務發生困難時，如何解決？

答：(1) 增加收入：員工及雇主共同討論是否增加保險費率及正確掌握各被保險人之薪資(將年終獎金列入保費徵收之範圍)。

(2) 減少支出：請支付基金加強審查，並強調預防醫學之重要性。

(3) 經由以上之方法若仍無法解決財務問題，最後該組合將倒閉。

(4) 組合連合會之會員中，有多少組合之財務為赤字？

答：大約 90% 之共濟組合財務出現赤字，且於

1999 年組掌管健康保險之赤字為 1,922 億元，2000 年減少為 1,163 億日圓，2001 年又上升為 3,032 億日圓。

(5) 為何 2001 年之赤字暴增為 3,032 億日圓(較 2000 年增加 1,869 億日圓之赤字)？

答：問題不在 1999 年及 2001 年那麼高(亦即 1999 年屬正常)，而是 2000 年因實施介護保險，使在原醫療費用中部分屬社會性住院之費用，轉移至介護保險中，使 2000 年之醫療支出降低。

(6) 面對此一財務赤字問題，有何改革措施？

答：除了降低支付標準 2.7%(2002 年 4 月生效)，而明年(2003 年)4 月開始，門住診之部分負擔皆為 30%，如此可增加 2~3% 之費用，另外保險人要多忍耐。

(7) 健保連在 2002 年醫療制度改革扮演之角色為何？

答：以健保連之立場，當然希望赤字能往下拉，他們對 2002 年之改革表贊成，且參與國會之公聽會表達立場。

(8) 日本部分負擔將全面提升至 30%(含門、住診)，請問對部分負擔無法負擔之民眾，有何相關配套措施？



答：有訂定最高負擔上限，若在最高負擔上限範圍內民眾仍無法支付，則由政府補助。

(9) 日本支付方式主要係以論量計酬為主，是否有規劃支付制度之改革方向？

答：日本因為並非採用 ICD-9，而係自行發展疾病分類系統，所以在推展 DRGs 之進較慢。西元 1998 年國立大學附設醫院試辦日本版 PPS DRG，計 183 個 DRGs。美國 DRGs 係以 Cost 為基礎，日本則未將成本因素放入。自 2003 年將擴及到 82 個大學附設醫院試辦日本版 DRGs。

#### (四)中央社會保險醫療協議會

##### 1. 參訪內容

(1)日本支付標準之修訂，每二年進行一次，由厚生勞動省下設一獨立諮詢機構-中央社會保險醫療協議會議，負責支付標準(點數)、藥價、重要解釋及相關規範之討論及訂定外，對於厚生勞動省亦提供上述事項之諮問及建議事項。該會議成員共計 20 名，包含保險人代表 8 名、醫界代表 8 名及公益代表 4 名，而公益代表委員之任命須取得國會二院之承認。1991 年為容納相關團體之建議，始設置醫療報酬基本問題、醫療經濟實態調查、藥價調查、保險醫療材料等 4 個委員會)，前述討論通過之提案內容，經過厚生勞動省部長之諮詢後始公告實施。

(2)日本診療報酬之組成包括各診療項目之點數(The point-for-service)及點值(unit-price formula)，自 1958 年迄今其一點均為十日圓，診療報酬內容之編排亦區分為「醫科診療報酬點數表」、「齒科診療報酬點數表」、「藥局調劑報酬點數表」，而厚生勞動省保險局醫療課係負責中央社會保險醫療協議會議之幕僚作業(例如：小至會場佈置，大至診療報酬項目(含支付點數)之合理性

評估、或資料收集、提案內容等相關作業或調查。

(3)配合每二年為掌握醫藥經營實態、物價及薪資動態等而實施之醫療經濟實態調查，醫療進步狀況、保險人財政等情形、綜合考量診療報酬之增修訂事宜，並提案於中央社會保險醫療協議會議討論。

(4)日本診療報酬點數表之架構始於1958年，期間為因應各界諸多反映意見，故於1991年7月在「中央社會保險醫療協議會」下設「診療報酬基本問題小委員會」，以分類處理診療報酬內之基本問題，並提供中長期之報告。

(5)日本近年來診療報酬改定重要事項：

I .1994年4月：

本次診療報酬改定事宜係參採1991年「中央社會保險醫療協議會」之建議報告，此次改定主要為因應多元化病人需要及診療報酬之合理化，包含評估醫療機構功能及特質、醫療技術之重視、推動居家照護及老人醫療、檢查及藥劑之合理化使用等

II .1994年10月：

包含創設新護理體系、取消付添(attending)看護、增訂居家照護、建立老人醫療福祉制度及膳食療養之改定等。

III .1996年4月：

包含急性疾病及長期照護醫療之適切評估、推動長期照護病床、促進醫院及診所之功能及合作、藥價使用、結構之合理性等。此外，亦著重急性、小兒、精神及牙周醫療技術費改定，以確保醫療品質。

#### IV.1997 年 4 月：

為因應醫療院所因消費稅提高而增加之新負擔，本次修訂除了持續進行醫療制度改革，嘗試處理日本平均住院日數過長之問題，增進急性疾病短期住院、醫療技術效率評估等，並於國立醫院等試行實驗性質之論病例組合制度(fixed payment system)。

#### V.1998 年 4 月：

因應醫療院所持續上升之人事及設備費用等，診療報酬幅度約調高 1.5%(其中醫科 1.5%、齒科 1.5%、調劑 0.7%)，

#### VI.2000 年：

包含藥價改變，增加小兒醫療服務、改善復原期復健方案、長期療養患者在持續遞減方式下接受必要醫療服務之確保、導入有效性及高效率之新技術、評估齒科技術、居家照護之改善。

#### VII.2002 年：

受到物價、薪資及經濟面影響，本次修訂是歷年來首次對於醫療費用診療報酬(含西醫、牙醫、藥局)價格進行大幅調降，調降幅度達 1.3%，包含醫療機構效率及安全性之確保、醫療技術評估、調整門診、手術費、復健、長期住院患者保

險給付範圍之調整、特定功能醫院廣泛性評估之導入、修訂特別療養費以反映病人多元化需求等；此外，藥價、醫療材料等制度亦在修訂範圍內。

(6) 日本對診療報酬改革之基本方向：

- I. 確立穩定之公辦醫療保險制度。
- II. 確保以病人為中心高品質且適當之醫療。
  - 加強醫療資訊之提供與保險人角色。
- III 促進醫療機構在功能上之分工合作，以提供更有效率之醫療服務。
- IV 促進醫療機構之健全性與效率的價格體系。

(7) 日本對於醫療費用成長之對策：

I. 醫療保險層面：

- ① 強化指導及監督醫療保險機構。
- ② 社會保險診療支付基金、國民健康保險團體連合會之醫療費用審查之改進。
- ③ 醫療機構申報醫療費用之審查概要。
- ④ 加強保險人對於醫療機構申報費用之核對。
- ⑤ 加強保險人之醫療費用報告。
- ⑥ 診療報酬合理化。
- ⑦ 藥價基準反映市場價格。

II. 醫療費用報告之實施：

- ① 政府掌管健康保險：一般醫療費用每二個月，高額醫療費用每三個月報告一次。
- ② 健康保險組合：在 1787 個保險人中已有

1733 個保險人實施(實施率佔 97.8%)。

- ③ 國民健康保險:在 3411 個保險人中已有 3385 個保險人實施(實施率佔 99.2%)。

### III. 醫療供給面之對策：

- ① 致力協助民眾建立更好的健康狀況。
- ② 地域醫療計畫之編纂。
- ③ 醫院功能之系統組織化。
- ④ 病床過剩區域不再特約新的醫療機構。
- ⑤ 減少醫師及牙醫師之養成。
- ⑥ 提供適合老人之高品質醫療服務：通過老人護理居家訪視制度、發展老人醫療照護指引、設立老人保健設施。
- ⑦ 其他醫療服務系統之合理化及改進。

## 2. 座談摘要

- (1) 中醫協委員在保險人及醫界部分是如何產生？公益委員的角色為何？

答：透過保險人及醫界之總團體推派組成。公益代表部分由各界推薦並須獲得國會同意，其主要任務為緩衝及折衷醫界及保險人之不同意見。

- (2) 中央社會保險醫療協議會議是否於平時定期開會？

答：每月定期一次開會，若有需要亦會增加開會次數；最近一次點數修訂是在今年 4 月，每

二年定期進行診療報酬之修訂。

- (3)中央社會保險醫療協議會議除了負責診療報酬、藥價、醫療材料點數或價格外，是否還有其他項目？

答：主要負責範圍就是診療報酬、藥價、醫療材料點數或價格之修訂等。

- (4)中央社會保險醫療協議會議在開會過程中，如雙方各自堅持不同意見時，是否採用表決制或使用其他方法？

答：若有對立意見無法協調時，則延續舊方案。

- (5)如何調整診療報酬？

答：診療報酬之調整有二個方法，第一是藉由點值調整，第二可以透過診療報酬各個項目之調整。2002年4月之診療報酬修訂，是日本首次大規模透過第二種方式調降，調降後醫療院所須共體時艱，至於調整點值方式則從未運用過。

- (6)2002年診療報酬之調整大約有那些項目？其調整之原則為何？

答：很多項目，大致分為調降項目(例如：住院診療部分項目)，調高項目(例如：因小兒科經營困難而調高小兒科診療項目)以及不予調

整(例如：居家照護)；調整原則是由中央社會保險醫療協議會議在過去一年來之討論，無法在此及時說明。

(7)是否建立系統性收集醫界對於診療報酬修訂建議？

答：除了透過厚生勞働省統計局提供之統計資料做為討論及修訂基礎之外，醫師或醫院之建議係透過中央社會保險醫療協議會內設置醫界代表八名來反應。

(8)現行診療報酬是否造成醫療結構改變？

答：以本年診療報酬調整為例：主要是透過醫療院所收支調查，來了解各科別之經營狀況，確實是有一些科別比較偏高，或因為診療報酬項目調降導致收支陡降(例如：調降復健科診療報酬項目，導致骨科、一般外科、...等科別收支下降...)；另外本次藥價調降係針對原廠藥價調降的，調降之醫療費用拿來做為調增診療報酬項目之基礎。

(9)現行診療報酬點數表中關於各項目解釋部分，是否須提交至中央社會保險醫療協議會議討論決議？

答：重要的解釋仍會提交至該會議討論，比較不



重要的就由厚生勞働省決定。

(10) 中央社會保險醫療協議會如何運用醫療經濟調查結果？

答：醫療經濟調查之目的係爲了掌握醫療院所之收支狀況，每二年實施一次，通常於六月開始調查，調查範圍爲該醫療院所調查前前一年之收支狀況，十二月可提供調查結果，以做爲次年診療報酬點數表修訂之參考依據。

(11) 對於建議新增之診療項目或新藥如何處理？

答：如果是公認具有臨床療效之新增診療項目，會由厚生勞働省提交至中央社會保險醫療協議會議討論(每二年一次)，未納入給付前，應由病人自費，但有某些例外手術(例如：心臟移植)是由病人及保險各負擔部分；新藥亦提交至中央社會保險醫療協議會議討論，惟每一年可以討論四次。

(12) 是否訂有高科技項目納入醫療保險給付之法規或準則？

答：目前基準尚不明確，但是診療報酬要新增之項目仍須在中央社會保險醫療協議會議討論。

## (五)社會保險診斷報酬支付基金

### 1. 參訪內容

#### (1) 支付基金之組織及業務

I 於東京設立支付基金本部，並於全國 47 個都道府縣設立支部，各支部所轄醫事機構向該支部申報醫療費用。

II 基金本部設立理事會，由保險者代表 4 人，被保險者代表 4 人，醫療院所代表 4 人及公益代表 5 人組成。另亦推薦保險者代表 1 人、被保險者代表 1 人、醫療院所代表 1 人及公益代表 1 人為監事。

III 基金支部設立幹事會，各由四類代表 2 人擔任。

IV 另於基金本部及各支部皆成立審查委員會，由醫療院所代表、保險者代表及學識經驗者代表若干人組成。

V 約有 20 萬醫療機構向支付基金申請給付，每年約有 7 億 6 千萬件，支付金額亦高達 11 兆日圓。

#### (2) 支付基金運作之財源

I 支付基金成立時，由政管健保及船員保險出資 40 萬日圓、健康保險組合出資 60 萬日圓，合計 100 萬日圓為基本金。

II 支付基金每審查一案件，向保險者(政管組合、

共濟組合、健保組合)收取 116.2 日圓為營運費用，藥局申請之案件，每件之行政費用為 59.2 日圓。

### (3)醫療費用審查、支付流程

#### I 受理

- 醫療院所 (西醫 92,806 家、牙醫 66,857 家、藥局 44,349 家、老人看護機構 5,064 家，合計 209,076 家)於完成診療後，於次月 10 日前，向各醫療院所所在地基金支部提出申請，逾期不予支付。
- 目前約有 3%以磁片申報，其餘 97%均以書面方式申報。

#### II 事務性檢核、審查事務之協助

- 由行政人員對申報資料內容檢查核對、勘誤與遺漏事項補正等工作。

#### III 審查

- 支付基金審查醫師約有 4,500 人，平均每位醫師一天(4 小時)可審查 2,500~3,000 件(台灣每位審查醫師每 2-3 小時約審查 250 件)。每件超過 42 萬點、齒科超過 20 萬點、門診中藥超過 4,000 點之案件由本部審查，其餘由支部審查。

#### IV 將案件依病患所屬保險人分類，計算支付金額。

## V 請款

- 於完成診療後，次月 10 日，由支付基金將各保險人應撥交金額通知各保險人，保險人應於完成診療後次月 20 日前將費用撥入基金。

## VI 支付

- 醫療費用於完成診療次月 21 日前支付醫療院所。

### (4) 審查結果

I 平成 10 年受理件數為 7 億 4 千萬件，計 743 萬件被核減(約占 1%)，平成 11 年計 809 萬件被核減(約占申請件數之 1.08%)，平成 12 年計 826 萬件被核減(約占申請件數 1.09%)，由此可見核減件數百分比逐年上升。

II 該支付基金審查之核減率(金額)為 0.2~0.3%。

III 申復件數由平成 10 年 369 萬件，下降至平成 11 年 362 萬件，再下降至平成 12 年 318 萬件。另申復案件之同意率約 20~25%；其中健保組合部分，當年約核減 200 萬件，申復案件約 202 萬件，其中約有三成同意率。

### 2. 座談摘要

- (1) 支付基金審查支付案件每件收取 116.2 日圓之費用，其中「每件」之計算基礎，係指「專審案件

數」或「申請案件數」？

答：申請之案件，全數皆經書面審查，即「專審案件數」。

(2)目前醫療院所多少百分比係以磁片向支付基金申報費用？

答：目前約有3%係以磁片申報，預計至平成十八年將媒體申報比率提升至50%。

(3)醫療院所若於次月10日後，才向支付基金申請給付，將如何處理？

答：法律上規定，不受理(即不給付)。

(4)醫療院所申請之案件，如何進行抽樣專業審查？

答：他們係百分之百送專業審查，每一審查醫師每四小時的審查2,500~3,000件。

(5)平成10、11、12年之申復案件逐年下降，原因何在？

答：審查人員之水準提升及醫療資料之有效分析，以利案件之審查。

(6)申復案件同意之件數比例為多少？

答：約20~30%。

(7)支付基金審查之案件，歷年平均核減率為多少？

答：約0.2%~0.3%。

(8)日本申復程序為何？有無次數之限制？

答：申復原則一次，最多可再一次。

(9)當保險人財務困難時，是否會向支付基金要求加強審查？

答：不可以，因支付基金屬公平之第三者。

## （六）國立復健中心

### 1. 參訪內容

(1) 國立康復中心成立於 1970 年，該中心設立的目的是對日本國內殘障人士進行綜合、有系統的復健訓練同時不斷研究發展有關復健醫療的技術，並將成果推廣至全國各地的復健醫療機構，以促進殘障人士福利事業的發展。

(2) 該中心位於日本埼玉縣的所澤市，面積約有 225,180 平方公尺，中心組織在總長下設有管理委員會，委員會下設有管理部、更生訓練所、醫院、研究所及學校等五大部門（如附件）。中心的主要業務內容包括：殘障人士進行綜合性復健訓練、復健醫學的研究與開發、培養指導復健治療的專業人員及辦理在職進修課程、收集及提供有關復健醫療之相關資訊及資料。

(3) 該中心主要是對身體障礙者進行一連串之醫療看護及重返社會生活能力之訓練。設有下列部門：  
I. 醫院—分門診部、機能恢復訓練部、醫療諮詢研發部、護理部，目前有 200 張病床，對病人進行專科檢查和手術，及在專業人員之指導下進行物理治療（運動療法、水床、電床、基礎身體機能）、職能治療（身體機能、身邊處理日常

活動、社會、職業、寫字及生活品質)、運動體育治療(各種體操運動機能改進、健康維持、增進運動習慣)、語言聽力訓練、視覺適應訓練等復健訓練。目前該中心還做復健訓練技術的研究與開發，並推廣到全國各地的復健中心，希望能提高復健醫療品質。不需進行治療與復健醫療訓練之殘障人士可直接進入更生訓練所。

- II. 更生訓練所—目的是為培養殘障人士重返社會的能力，對殘障人士進行生活指導，同時進行各種有助於自立的訓練，訓練內容包括：為擁有工作能力而進行的職業培訓、以盲人為對象的理療教育(針灸、推拿)以及生活訓練等。
- III. 研究所—研究所除了從醫學、工學、社會學的角度對殘障人士的復健訓練進行研究外，同時對輔具也進行綜合性研究，及義肢之製造及修理。
- IV. 醫學院—進行培養專業職員(如：盲人生活訓練師、語言聽力訓練師、手語翻譯、義肢裝配師、體育治療師)的教育外，並有計劃地針對各專業職員舉辦進修課程。
- V. 國立職業培訓中心—與國立康復中心在同一院區，均屬厚生勞動省下的單位，但為不同之



機構。在更生訓練所完成職業能力訓練後，約有 70%具工作適應性和能力的殘障人士可進入職業培訓中心，接受難度較高的職業培訓，結訓後可透過職業介紹所的協助到各企業就業。

## 2. 座談摘要

### (1) 國立復健中心的經費來源？

答：主要來自診療報酬支付基金，另外更生訓練所有福祉法條，政府提供了部分經費的來源。

### (2) 復健醫療目標達成之比率為何？

答：除了高危險性的動作較難達成外，其餘治療目標訂得很低，一般都能達成。

### (3) 中心的收案標準及條件？治療時間須多久？

答：個案須先經過中心檢查、評估後再決定治療方式，本中心的特色為接受全國各地治療難度較高的個案，所以這裡是最後治療的地方，每個個案療程平均三至四個月，但腦血管疾病(CVA)的病人時間可較長些，有治療一年以上的情形。

### (4) 在中心接受職業訓練須多久的時間？

答：打字訓練一期兩年，通常訓練一年以上即可；燙衣服訓練期間兩年，快的話六個月即可就業。

## 伍、考察心得

- 一、日本保險制度與我國不甚相同，惟面臨人口老化、昂貴醫療儀器引進、經濟不景氣等諸多因素，所造成之醫療費用成長及保險財務之問題，卻與我國全民健保當前所面臨的問題相似，該國為因應老年人口增加實施了老人保健制度為解決老年慢性病患長期住院問題而發展出來的介護保險制度、以及為了改善保險財務問題，日本健康保險法已於 2002 年 4 月開始調高保險費率及部分負擔比率(例如：保險對象之部分負擔調整為 30%，70 歲以上收入較低之老人調整為 10%，70 歲以上收入較高之老人調整為 20%，政府掌管健康保險費率調整為 8.2 %等)；相對於此，我國於今年九月調整保險費率及部分負擔之措施，在國內引發相當大之反對聲浪，日本國民對保險制度上改革之反應並不如我國強烈，究竟是與其保險制度之種類複雜的關係，或是民眾已深刻覺悟到此為高齡化社會所須付出的代價，值得深思。
- 二、中央社會保險醫療協議會之組織與我國衛生署下之全民健康保險醫療費用協定委員會類似，乃由醫界、保險人、專家學者(我國則多了付費者代表)共同組成；該會主要負責之業務為支付標準、藥價、重要解釋及相關規範之討論，並設置醫療報酬基本問題、醫療經濟實態調查、藥價調查、保險醫療材料等 4 個委員會，類似健保

局下設全民健康保險醫療給付協議會議、全民健康保險藥事小組、全民健康保險特殊材料專家小組會議等。支付標準、藥價等細項修訂透過中央社會保險醫療協議會進行，各界壓力匯集下必須二年檢討修訂一次。反之，我國目前以總額預算方式，由全民健保費用協定委員會負責協定醫療費用總額，支付制度及藥價、特殊材料等則由中央健康保險局下之各小組會議進行協商，在組織分層負責、專家功能、支付標準合理性及即時性各層面上，我國實際運作方式顯然較有效率。然而日本在支付標準建立定期之檢討方式，使幕僚單位具備足夠時間評估及準備之模式，亦可供本國支付標準修訂之參考。

三、近二十年來，日本對於醫療費用診療報酬(含西醫、牙醫、藥局)之公告修訂計十四次，調高幅度在0.11%-5.0%之間，2002年則是日本首次對於醫療費用診療報酬(含西醫、牙醫、藥局)價格進行大幅調降，調降幅度達1.3%，在未引起醫界大規模反彈聲浪下即能公告實施，據日方說法，係因其於實施半年前即予充分告知，而醫界亦能共體時艱。此外我們也猜測可能原因在於日本屬多元保險人，醫療費用之申請、核付及審查又須透過第三團體(國保連合會及診療報酬基金會)辦理，在未建立系統性蒐集醫界建議下，醫師及醫療機構對於診療報酬建議事項，僅能透過中央社會保險醫療協議會內之醫界

成員反映，在與保險人代表人數均等下，醫界表達醫療費用診療報酬修訂建議確有其限制。反之，我國自從全面實施中、西、牙醫總額支付制度後，醫界具有專業主導權，對於支付標準不合理部分，可透過總額執行小組、總額支付委員會、醫療給付協議會議等表達建議並主導修訂之情況下，似乎我國提供醫界較多元化支付標準建議及表達管道。

四日本診療報酬點數系統分為支付點數及點值二部分，點值係為調整經濟變動因素而設計，但自 1958 年實施 1 點為 10 日圓迄今，點值並未再進行修訂調整，據了解，近年來係利用藥價調降下節省之醫療費用，輔以醫療經濟實態調查上醫療院所經營狀態表現，以做為調高支付標準診療項目之基礎；我國得力於幾已全面實施之電子化醫療費用申報系統，對於支付制度、支付標準、藥品、特殊材料等檢討修訂之相關事項(例如：診療項目範圍、評估實施前後影響、財務影響及醫療行為之改變等)，運用於決策面、實務面、協調協商等較具客觀及週延性。

五日本於 2000 年 4 月實施介護保險，其目的係要建立福祉的社會，並將醫療費用中，部分屬社會住院者，回歸至介護保險支出中，惟 2000 年之醫療支出較 1999 年減少之幅度，仍低於介護保險支付金額，故介護保險之實

施，條件若太嚴，仍無法將「社會保險」回歸介護保險中，反之，則將增加許多支付，故制度之設計應妥為評估財務之衝擊。

六日本支付基金會處理(含審查)申請案件，向各共濟組合索取每件 116.2 日圓之費用，以該基金會平成十二年處理之案件(760,649,000 件/10,828,988,000,000 日圓)計算，費用審查之行政費用佔醫療費用之 0.82%，但核減率僅 0.2-0.3%(台灣核減率約為 3-4%)，所以由所謂第三者公正團體承辦審查業務，是否有效率應值得關切；另外日本在醫療費用申復部分，再申復一次即不再受理，而國內做法是申復二次，仍有爭議再向衛生署全民健康保險爭議審議委員會申請審議一次及向行政法院提出行政訴訟。

七日本支付基金會所受理之案件，有 97%係書面申報，3%才以磁片申報，但依據該基金會規定，醫療院所需於翌月 10 日前申報，逾期不予支付。目前國內 90%以上係以媒體申報，惟規定 2 年內皆可申請給付，此將嚴重影響總額費用之結算，日本做法，頗值得參考。

八我國目前並沒有類似日本國立復健中心結合復健醫療與職業訓練之機構，該中心最大的特色是復健醫療結束後能依殘障患者個別特性予以安排重返社會所須之適切職業訓練課程；目前我國復健醫療僅限於醫療機構內

常規性之復健治療，對患者重返社會所需之訓練則分散於各社福機構內實施。日本這種結合醫療與職訓之全國性機構，除了能減少醫療資源之浪費(棘手的個案最後都轉至該中心)，對具生產能力之患者，能於提供適當職業訓練後，使其能早日投入社會，達到減少人力資源浪費之做法，值得我國參考。

九日本介護保險已實施 2 年，評估實施成效部分似未見完整，新國保 3%亦未見評估，這方面與國內在執行計畫後會立即評估之做法不同。

#### 陸、考察建議

- 一、日本於 2000 年施行介護保險制度，本次考察期間，曾多次對參訪機構請教初步實施成效，惟可能實施時間尚短，醫療行為之改變也較為複雜，所以尚無法全面了解，未來，或許可就介護保險實施成效做進一步參訪，亦可為我國未來居家照護政策面提供思考方向。
- 二、1997 年，日本為改善支付制度，在國立醫院首次進行實驗性質之病例組合支付制度，並預計於 2003 年於國立醫院全面推行；我國目前實施之論病例計酬項目計達五十項，目前全面規劃推動住院病例組合支付制度，未來二國在推動本土化制度上，應有分享交流之空間。
- 三、日本診療報酬點數表將診療項目、支付點數併同相關法規及解釋之方式，對於醫療體系或保險體系相關人員使用上極為方便，可為我國全民健康保險醫療費用支付標準全面修訂改版時之參考。
- 四、日本的媒體申報之狀態仍於 10 天內完成申報，我國給予 2 年之申報期間似乎過長且不必要，建議可修正全民健康保險法，將費用之請求時間，縮短為 20 天或 30 日應已足夠，如此才能將總額切割更為清楚且易控管。
- 五、為提高復健醫療品質與控制復健醫療費用之成長，建議未來我國亦應有類似之機構，惟於現階段，各醫學中心及相關學會單位應摒除門戶之見，建立共同之復健治療

指標，以供各醫療機構依循，讓民眾可享有更高品質之復健醫療服務。

六、日本目前只有證照考試制，並未限制開立物理治療應由那些科別醫師之限制，是否造成醫療傷害之利弊得失，值得未來重視與觀察。



### 柒、後記：

本次考察研習能順利圓滿，除了歸功於本局劉副總經理熟稔日本醫療保險體制及督導協調溝通能力外，吳老師肖琪及李老師志偉於語文翻譯及食衣住行等各項指導及協助亦是一大主因。劉副總經理對外領導溝通，對內以平易近人作風凝聚團隊之能力，絕對是我們晚生後輩終生的學習對象，另外值得一提的是，因為副總的介紹，我們找到了日本政府出版品的專賣店，帶回了多本即時性的參考書籍，而副總對美食的敏感度，也讓我們在此行中品嚐到高貴不貴的精緻和豚料理、風味絕佳的韓式烤肉...等；吳老師絕佳之地理空間感、協調組織能力，讓我們處在像蛛蛛網絡般的池袋站上及各拜會單位中不致迷失人生方向，更因為吳老師鍥而不捨的精神，讓我們發現池袋的地標(貓頭鷹)並留下深刻記憶；李老師以其久居日本多年的經驗，為整個行程做了最好的安排外，更不時的告訴我們與日方溝通的技巧(適時地講一些英文...)、日本傳統料理的所在地、日文遣詞用句的典故...等，在在使我們受益匪淺；最後要謝謝其他團員(黃組長、培玉、立麗)在此行中規劃、討論、連繫及合力撰寫考察報告等事宜，因為大家的參與及努力，才會讓日本一行留下完美句點。

## 捌、參考資料

- 一、各拜會單位參訪之簡報資料，2002。
- 二、平成十四年厚生勞働白書。厚生勞働省監修。
- 三、國民衛生之動向-厚生之指標(臨時增刊)。財團法人厚生統計協會編，2002年第49卷第9號。

出國期間：中華民國九十一年十月二十日至同年十月二十六日

考察行程：

日期	地點	內容	參訪接待人員
91.10.20 (日)	台北→東京	起程	亞太科學技術學會：井板先生
91.10.21 (一)	厚生勞動省保險局	物理治療所之立法過程、法規訂定、申請特約之資格條件及審查機構、設置標準及執行業務、繼續教育規定等	醫政局醫事課醫事係長：久保木隆 醫政局醫事課(併)齒科保健課、看護課、經濟課課長：三浦明
91.10.22 (二)	國民健康保險中央會	日本支付制度現況及未來規劃方向、結構及科別問題、與研修組織間之關係、研修方法及作業流程。	企劃部長：田中一哉 審議役：南澤孝夫
91.10.23 (三)	健康保險組合聯合會	日本支付結構是否導致科別及部門間之不平衡、確保品質措施、支付標準疑義認定處理等。	醫療部長：高智英太郎 醫療部次長：宗像利之 企劃部長：鈴木克惠 參與：椎明正樹、對馬宗明、櫛本純 常務理事：鈴木久雄

日期	地點	內容	參訪接待人員
91.10.24 (四)	國立復健中心  中央社會保險 醫療協議會	國立復健中心之運作與作業流程及其所面臨問題等。  日本支付制度現況及規劃方向、支付結構是否導致科別及部門間之不平衡、支付標準研修方法及作業流程、新科技引進之決策過程及準則等。	管理部長：吉田秀博 回復訓練部部長：山崎裕功醫師  保險局醫療課企劃法令第一係長：津曲共和
91.10.25 (五)	社會保險診斷 報酬支付基金	醫療費用申報審查、醫療費用結構現況。	審查業務部次長：久保和幸、山崎英昭 審查業務部課長：佐野龍孝
91.10.26 (六)	東京→台北	回程	