

出國報告（出國類別：參訪）

## 日本九州復健醫療照護體制參訪

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：鄭舜平 主任秘書

石崇良 司長

李中月 科長等

派赴國家：日本

出國期間：108.10.06~108.10.10

報告日期：108.12.10



## 摘要

依國家發展委員會針對中華民國人口推計，我國 2018 年 65 歲以上的老年人口比例已達 14.5%，正式邁入高齡社會，再以未來人口結構的變化觀之，顯示勞動人口將急速下降，老年人口則急劇上升的情形下，醫療照護需求勢必大為增加，以現行醫療照護體系趨向兩極化發展，實不利於分級醫療政策的落實及民眾在地安養目標的實現，因此亟需重新檢討醫療照護體系該如何調整，以因應高齡社會所帶來可預見的社會衝擊，及醫療照護問題。

以鄰近的日本與我國 65 歲以上人口比例的變遷對照，顯示我國現在的人口高齡化比例，是相當於約 25 年前的日本(1995 年約 14.6%)，且約 20 年後(2038 年)我國即會和日本現在的高齡社會人口比例(2019 約 26.8%)相近。復鑑於日本自 1960 年代開始老人福利政策；1970 年代老人醫療費用增加；1980 年代社會性入院和長期臥床老人的社會問題化；1990 年代推動促進高齡者保健福利政策十年計畫，並準備導入介護保險制度；2000 年代實施介護保險制度；2010 年代促進醫療機能的分化與合作，整頓社區整合性照護體制；至 2020 年代構想朝社區整合醫療、促進共生社會。在這歷來的高齡政策演進中，於 2000 年代並同時發展創設「恢復期復健病房」(集中復健專門病房)，以強化復健服務，減少急性醫療資源的耗用，並促進病人身心機能到生活機能的恢復，使能順利回歸社區或居家自主生活為目標。執行迄今近 20 年累積許多寶貴的經驗與成效，實可作為我國規劃高齡社會所需之醫療體系政策的借鏡與參考。

準此，醫事司奉部長指示，邀集台灣復健醫學會、台灣社區醫院協會、本部醫福會及部立醫院等代表組成參訪團，並由鄭主任秘書舜平率團至日本九州地區，針對小倉復健醫院、医療法人羅寿久会浅木病院、熊本康復病院及医療法人木星会山鹿温泉病院等實際設置集中復健專門病房的醫院，以及負責政策推動的政府部門(保健福祉局及北九州市小倉北區整體支援中心)等進行參觀訪問與交流。

## 目次

壹、目的 .....	4
貳、過程	
一、參訪人員及行程 .....	4~5
二、參訪單位簡介及內容.....	5~30
參、心得及建議	
一、心得.....	30~32
二、建議.....	32~33
肆、附件-剪影.....	34~39

## 壹、目的

為了解日本復健醫院，發展急性後期醫療銜接社區整合性照護制度，提供病人連續性照護之運作模式及實務經驗，以作為我國因應高齡化人口變遷，規劃我國未來醫療體系發展的政策參考。參訪方向及重點摘要如下：

- 一、復健醫院在日本醫療照護體系扮演的角色?任務與功能?
- 二、社區型復健醫院照護之結構、組織及服務如何運作?
- 三、復健醫院推動整合型的復健醫療照護團隊，跨科別或跨機構間的轉介，與個案功能恢復的評估機制等的規劃與運作?成效如何? 保險給付及病人的財務負擔為何?
- 四、發展急性醫療期醫療照顧服務銜接到後期復健照護的服務模式執行過程是否遭遇問題或障礙?因應策略?改善情形?
- 五、如何加強醫療機構與長照機構合作，包括整體病床機能調整?有無相關具體建議?
- 六、地區整體醫療照護業務擬定與執行規劃情形?設置地區整體支援中心制度與營運模式?如何建置地區醫療照護之整合及支援合作網絡?...等。

## 貳、過程

### 一、參訪人員及行程

#### (一)參訪人員名單

No.	姓名	職稱	服務單位
1	鄭舜平	主秘(團長)	衛生福利部
2	石崇良	司長	衛生福利部 醫事司
3	賴仲亮	副院長	部立台中醫院
4	李中月	科長	衛生福利部 醫事司
5	李紹誠	理事長	復健醫學會
6	陳信水	主任	台大雲林分院 復健部
7	陳泰宗	副院長	員郭醫院
8	廖宜新	主任	部立彰化醫院
9	謝武吉	理事長/ 董事長	台灣社區醫院協會/愛仁醫療社團法人愛仁醫院

10	謝景祥	院長	嘉義陽明醫院
11	黃明典	副院長	南門醫療社團法人南門醫院
12	蔡瑞貞	護理 總顧問	中英醫療社團法人中英醫院
13	周志建	副院長	澄清復健醫院/ 新太平醫院
14	田宇峯	副院長	奇美醫療財團法人奇美醫院
15	李聰明	院長	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院
16	黃麗如	專員	社區醫院協會
17	陳忠正	處長	外交部駐福岡代表處
18	李杰宏	課長	外交部駐福岡代表處
19	陳昭榮 (原田和昭)	牙醫師	福岡縣中華總會副會長
20	林宏達	行政協助	大盛旅行社

## (二)參訪人員行程

日期	行程重點	活動
10月6日 (週日)	起程(臺灣桃園機場/日本北九州機場)	交通時間
10月7日 (週一)	北九州市役所	拜會副市長
	九州小倉リハビリテーション(康復)病院/共和会地域リハビリテーションセンター(社區康復中心)/介護老人保健施設伸寿苑	實地參訪/ 業務交流
10月8日 (週二)	保健福祉局及北九州市小倉北區整體支援中心	實地參訪/ 業務交流
	医療法人羅寿久会 浅木病院	實地參訪/ 業務交流
10月9日 (週三)	熊本リハビリテーション(康復)病院	實地參訪/ 業務交流
	医療法人木星会山鹿温泉リハビリテーション病院(溫泉醫療)	實地參訪/ 業務交流

10月10日 (週四)	返程(日本北九州機場/臺灣桃園機場)	交通時間
----------------	--------------------	------

## 二、參訪單位簡介及內容

- Day1. 10月7日(週一)
1. 北九州市役所 拜會及交流
  2. 小倉リハビリテーション(康復)病院/共和会地域リハビリテーションセンター(社區康復中心)/介護老人保健施設伸寿苑 實地參訪及業務交流

首日先行至北九州市役所(市政府)進行禮貌性拜會，由副市長代表來接見(照片1)。該市府就位在小倉城旁邊。北九州市是日本福岡縣北部的一個政令指定都市，位於九州島最北端，僅次於福岡市的第二大城市，1963年由門司市、小倉市、戸畑市、八幡市、若松市合併組成，面積約 487.88 平方公里，人口 981,129 人，是日本第 11 大城。北九州市役所設有企劃調整局財政局、保健福祉局、兒童家庭局、環境局、環境經濟局、公營競技局、交通局、市議會事務局等相關單位。該市府表示北九州依統計 65 歲高齡以上人口已約達 30.1%，屬於超高齡的社區，所以很早就已在規劃超高齡老年化的社會福利制度。台、日雙方並就高齡造成醫療照護環境的衝擊，及積極處理醫療資源不足造成的問題等進行意見交流。另拜會之餘，在市府人員的導引下，亦順道至市府頂樓(16樓)免費的開放式 360 度展望台，瀏覽小倉城及整個小倉區的城市景觀。



(照片 1)

隨後即前往醫療法人共和會所屬的小倉リハビリテーション(康復)病院(小倉

復健醫院)，由濱村會長率相關主管人員親自迎接及接待。該法人共和會是以尊重人權、促進健康及創造生活的理念下，提供復健及療養服務為設立宗旨。所屬的機構包含小倉復健醫院、共和会地域リハビリテーションセンター(社區康復中心)及介護老人保健施設伸寿苑，分設在院區內的3棟主要建物。院區內的中間區域有1棟1樓的建物，是為紓解員工、病人及家屬長期在醫療或復健環境所產生的壓力，而設置的Café Shop。院區內各機構建物的相對配置詳如下圖：

## 施設紹介



上午先參觀小倉復健醫院，該院肩負北九州市及近郊・鄰縣西部復健醫療的樞紐性角色，致力於北九州的醫療與照護的合作，擔任日本的復健推手。主要任務是促進病人早期獨立，回到一般日常生活，所以提供從回復期到生活期的復健治療。設有恢復期復健病房 158 床及身心障礙者病房 40 床，總計 198 床。配置復健專科醫師 11 名負責治療、精通復健方面的牙醫 1 名、79 名物理治療師、56.6 名職能治療師、18.4 名語言治療師及口腔衛生師 1/40 名等。並設有復健科、整形外科、皮膚科、神經內科及牙科等診療科別。

恢復期復健病房患者多為腦血管疾病病人，設有醫師、牙醫師、牙科衛生士、藥劑師、職能治療師、物理治療師、語言治療師、護理師、社工師及公共衛生護士。

各職類治療師都是年輕人居多，以一對一的方式來協助老人家復健，比較少使用超音波，熱療等工具，是屬於高人力密度的復健病院。服務內容包括日常生活練習、住院服務及全年無休的復健服務，出院後也有居家訪視及到宅復健服務。住院病人從早上 8:30 到晚上 9 點，安排十分緊密的復健訓練課程，讓患者可以盡早恢復自我照顧能力，約 7 成的患者可以回到自己的家中或是護理之家，平均住院時間約 86 天。另有一特色為建置口腔照護團隊，銜接從急性治療後恢復期到生活期的復健治療，不僅診療之外，入院後依個案狀況評估，分級照顧所有病人的口腔照護，進食吞嚥訓練，讓病人盡可能回到普通飲食生活。在病房設置如同居家的用餐區(空間明亮寬敞且望外的視野及景觀良好)，鼓勵病人走出病房到此用餐或自行烹煮調理餐食，除了可增加人際互動外，也作為回家前的獨立生活訓練。

接著參觀第 2 棟介護老人保健施設伸壽苑，設有 120 床，是日本第一個老人保健中心，負責復健的在宅支援。提供短期密集復健服務、失智症短期密集復健服務、個別復健、口腔復健、家庭指導，以及在宅生活支援機構的聯繫等。服務對象多為復健能力較好的患者，提供出院後再回來做重點的復健，也有少部分的住院病人(平均約住院 150 天)，這裡復健師的人力需求較低，多數的病人都可以自己完成日常生活的動作需求。該機構肩負生活期復健、在宅復歸及在宅生活支援的機能。

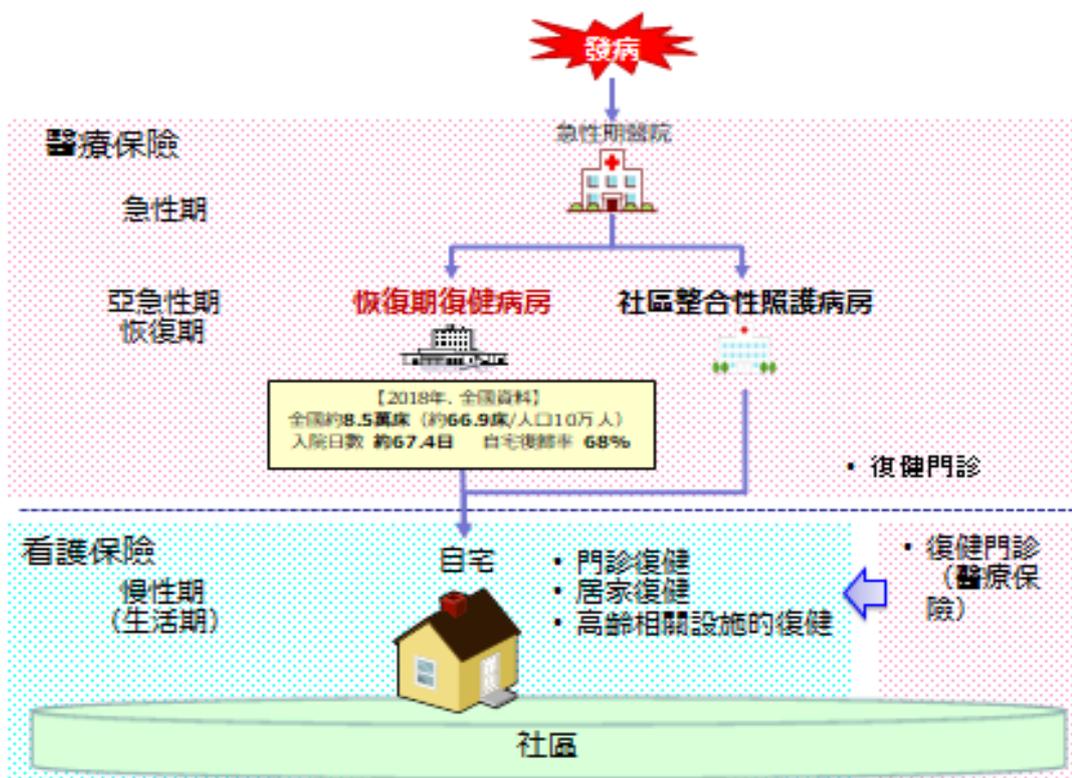
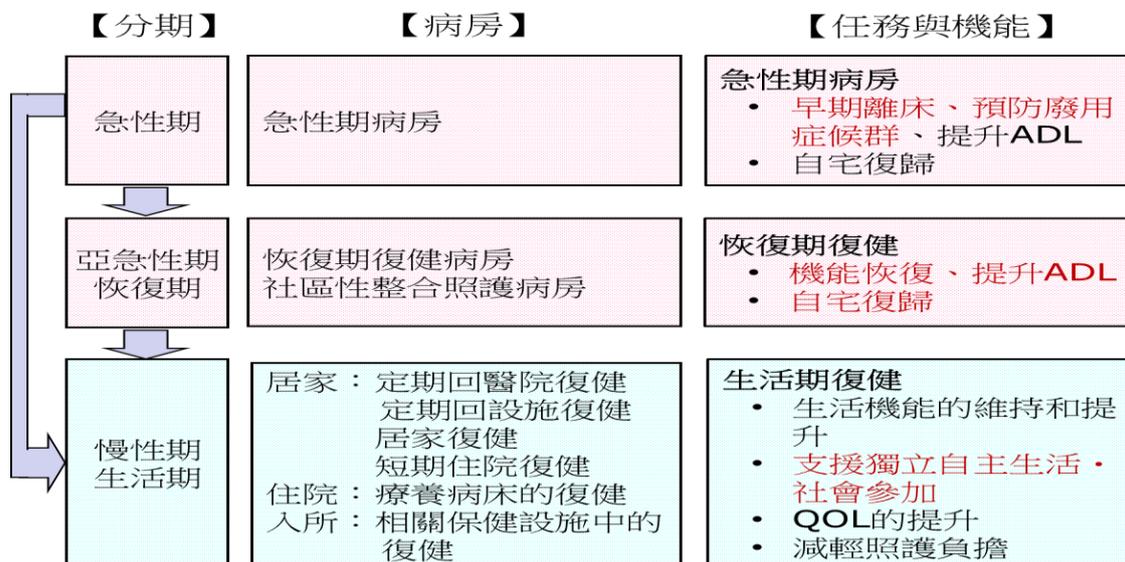
第 3 棟共和会地域リハビリテーションセンター(社區康復中心)，主要提供居家看護・居家復健・照護管理・福祉用具等在宅生活支援的服務。包含日間照護(日本第一個)，日照中心，輔具中心，失智中心及在宅介護支援中心。該中心的功能有三大項，第一讓病人早期回歸社區且正常的生活，第二在自己習慣的地方生活，第三加強社區各長照合作，社區照護系統化，重要的是從醫院為中心轉型為社區為中心的模式。偏向日間照護，日照中心，失智中心，並有輔具中心提供約 700 項可客製化的輔具給病人。

實地參觀過後，下午便由濱村會長親自簡報，並針對本次參訪的相關提問一一詳細解說，過程中多有熱烈的交流與討論，內容重點包括：1. 日本高齡化與復健的照護政策，醫療制度中復健醫院的任務及機能；2. 關於回復期復健病房的規劃設計；3. 在回復期復健病房中，實際上進行中的復健；4. 關於與社區資源合作；5. 支援出院病人的居家復健服務；6. 其他問題討論等。摘述如下：

2000 年日本的高齡化的比例達到 17.3%，當時的主要照護政策是創設「恢復期復健病房」(即集中復健專門病房)。規劃醫院依病人對於醫療的需求性，進行病房的分期與任務功能的重新界定。可分為急性期病房，功能為早期離床、預防廢用症候群、提升 ADL，及回到居家；恢復期復健病房(社區性整合照護病房)，功能為恢復期復健、機能恢復、提升 ADL，及回到居家；慢性期(生活期)，主要功能為生活

期復健(生活機能的維持和提升、支援獨立自主生活及社會參與、QOL 的提升及減輕照護負擔)。

病房的分期與任務功能的關聯圖及日本的復健流程圖分別列示如下：



➤ 如果要創設利於社區整合照護的恢復期復健的話，會有下列的建議：

1. 「明確地訂定目標」是不可或缺的。
  - 只有恢復機能並不足夠、能夠回歸家庭生活・社会生活為復健目標。
2. 重要的是「無論何處、何人都可以接受基本服務的體制」。
  - 復健的充實以外、下列的議題需要進行進一步的討論。
    - ① 增加復健技術專員（PT, OT, ST）的政策
    - ② 防止高齡者成為需要照護的狀態的政策
    - ③ 整備家庭生活中擁有障礙的高齡者的居家照護服務、日間照護等的服務支援
    - ④ 提供高齡者自宅以外的生活場所當作住宅
    - ⑤ 與社區諸機關合作、建立網絡
    - ⑥ 促進市民的理解與合作的政策與活動 等
3. 針對高齡社會的到來、重要的是明示「什麼樣的社會為目標」
  - 重要的是用社會全體支撐有障礙的人・高齡者的概念
    - ① 依日本的狀況來說「創造共生社會」為目標
    - ② 國際的 community based rehabilitation 裡面、以「social inclusion」為目標

➤ 恢復期復健治療病房的計算標準、人員・環境標準（概要）

《計算標準》

入院對象疾病（詳細在針對問題相關資料3）	發病到住院	計算期間	復健治療提供時間	在宅復歸率
⊖ 腦血管疾病等	2個月以內 (60日以內)	最長150日	1日最長 180分 (詳細在針對問題的相關資料4)	7成以上
伴隨腦部嚴重後遺症者		最長180日		
⊖ 骨折（部位限定）		最長90日		
⊕ 廢用症候群				
④ 神經・筋、韌帶損傷後	1個月以內	最長60日		
⑤ 股・膝關節置換術後		最長90日		

### 《病房的工作人員標準》

	入院費用1	入院費用2	入院費用3~6
醫師	專任常勤1名以上		
護理職員	13比1以上	15比1以上	
護理助手	30比1以上		
復健技術專員	專屬常勤PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		專屬常勤PT2名以上、OT1名以上
社會工作人員	專任常勤1名以上		—

### 《病房的環境標準》

病室面積：6.4m<sup>2</sup> 以上/病患 1 人

適合利用的浴室與廁所（可使用馬桶）

走廊寬（雙側有病房的狀況，至少 2.7m 以上）等

### ➤ 恢復期復健病房的設施基準（2018.4月更新）

指標項目	入院費用6	入院費用5	入院費用4	入院費用3	入院費用2	入院費用1
醫師	專任常勤1名以上					
護理職員	15比1以上40%以上為護理師			13比1以上70%以上為護理師		
護理助手	30比1以上					
復健技術專員	專屬常勤物治2名以上、職治1名以上			專屬常勤物治3名以上、職治2名以上、語治1名以上		
社會工作師	—			專任常勤1名以上		
管理營養士	—					盡可能專任常勤1名以上
假日復健體制	如有能加復健次數的體制即可加算			必須		
對象疾病比例	80%以上					
<b>實績指數</b>	—	<b>30以上</b>	—	<b>30以上</b>	—	<b>37以上</b>
日常生活機能評價10分以上（重症者比例）	—		20%以上		30%以上	
重症者的出院時日常生活機能改善率	—		30%以上為改善3分以上		30%以上為改善4分以上	
在宅復歸率	—		70%以上			
<b>1日的住院基本費用</b>	<b>1,647點</b>	<b>1,702點</b>	<b>1,806點</b>	<b>1,861點</b>	<b>2,025點</b>	<b>2,085點</b>

➤ 小倉復健醫院之醫師/護理/介護/復健技術專員等配置人數(如下表)

職種	醫院 (198床)						老健 入住 (120床)	社區復健				管理職位等	總人員	
	恢復期復健病房					身心障礙者病房		門診・ 短時間 日間復健	老健 通所 復健 (滿額 40人)	醫院 通所 復健 (滿額 45人)	居家 復健			居家 照護
	7階 40床	6階 40床	4階 38床	3階 40床	5階 40床									
醫師 牙醫	復健科專科醫師11名 牙醫1名 其他非常勤醫師						2.3	兼任	兼任	兼任		1		
看護	16.1	16.5	16.7	17.5	18.9	2.3	13	3	1.9		3.8	3	112.7	
介護	7.7	7.9	8	7	7.5		42.7	10.4	8.4				99.6	
物理治療師	15	14	14	15	9	7	5	1.8	3	6		3	92.8	
職業治療師	11	10	9.8	11	6	5.8	3	2	1	2		1	62.6	
言語治療師	3	3	3.9	4	3	1.5	2	1.8					22.2	
社會工作師	2	2	2	2	2	2	3.9	1.8				1	18.7	
口腔衛生師	1	1	1	1	0.9	1	兼任	兼任	兼任				5.9	
部門總人員	55.8	54.4	55.4	57.5	47.3	19.6								
藥劑師	5.3					兼任	兼任						6	
管理營養師	5						2						7	

(PT93+OT62+ST23=178人)

➤ 小倉復健醫院恢復期復健病房的目標

《前端的連繫》

1. 儘早接受患者。
2. 和急性期醫院的連繫，除了用工具以外，還要面對面進行。

本院獨自的前方連攜：恢復期醫院和急性期醫療機關的連攜



於急性期醫院

針對轉介患者的入院前急性期醫院房間



職種	件數
醫師・護理師	249
醫師・SW	121 (76.1%)
唯護理師	116

住院前、轉介患者42.3%有醫師訪問

- 由訪問的連攜的意義
  - ✓ 減輕患者・家族對轉院的不安
  - ✓ 促進信頼關係的形成 (Face to Face)
  - ✓ 促使早期入院
- 但是、努力程度增加

### 《服務的理想》

3. 盡可能使從口進食。
4. 依照個案狀況儘早離床，脫離臥床狀態。
5. 協助儘早回到一般的生活。
6. 從住院的時機點開始考量出院後的生活，計畫整體服務。
7. 以團隊協助。
8. 提供充分的復健 (PT, OT, ST) 給患者。

### 《後續的連繫》

9. 患者出院前確認能否在家庭、能否安全、能否活得像自己。
10. 與支援家庭生活的相關人員密切的聯繫。



## 後方連攜：出院前、本院和照護服務提供設施的連攜



服務提供負責人會議



交接實際的活動能力  
(共享今後的照護目標，照護任務)

51

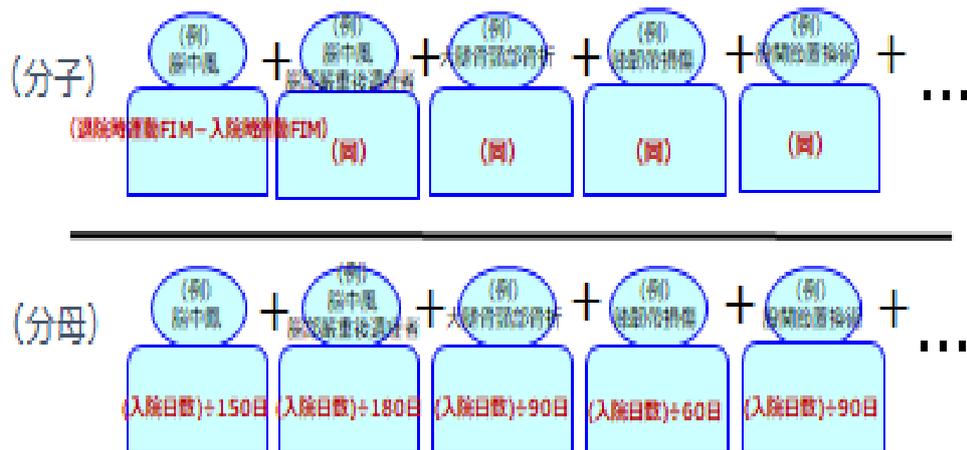
介紹復健病房的設立，是希望病人能提高日常生活活動功能量表(ADL)，盡早回復原本的社區生活，並結合社區的資源減少病人再回到醫院。以能達到 70%以上的在宅回復率。病人的功能獨立性評定(F I M)改善量越高，住院日越短，則政府的給付可最高到日幣 2085 點/每日 (約台幣\$6000) 詳上開恢復期復健病房的設施基準表。病人需負擔 10~30%的部分負擔，以多職類的團隊進行復健；包括醫師、護理師、看護師、物理治療師(PT)、職能治療師(OT)、語言治療師(ST)、社工師(SW)、藥師、營養師、口腔衛生師、牙醫師等..協助病人盡可能從嘴巴進食，盡早離開病床，回到一般的生活方式，出院前也會針對住家環境做改善，包含浴室廁所的改裝，確認病人可以安全的在家自我照顧。出院後仍有一半的病人需要介護服務，包含日

間看護，居家看護，居家復健、居家護理。最後再強化社區復健與社區的整合照護，讓這些年長者在社區的陪同以及互助下，能參加各種社區的活動，在自己習慣生活的地方，活得更健康更有活力。

評估患者功能恢復的保險給付的計算方式：

$$\frac{\text{(分子) 各患者的FIM改善量 (出院時運動FIM - 入院時運動FIM)}}{\text{(分母) 各患者的住院日數上限 (依照每個疾病規定) 與實際住院日數百分比}}$$

※ 也有規定從上述計算除外的患者



依實績指數，會有一天住院基本費用點數 (1,647点~2,085点) 的差異。

參考「醫療點數表的解釋 2018年4月版/社會保險研究所」製作

住院患者的自費負擔分為未滿 70 歲者及 70 歲以上者，前者不分收入負擔比例皆為 3 成，後者則按收入或條件，負擔比例會有 1 成到 3 成的差異性，詳如下表：

### 【未滿70歲的人】

區分	負擔比例	醫療費用負擔金額 (月額) *1	伙食(生活) 療養費用負擔額		總負擔月額 (概算) *4
年收1,160萬日圓以上	3成	252,600日圓+a	460日圓 (1餐)	370日圓 *3 (1日)	30萬日圓
年收770~1,160萬日圓		167,400日圓+a			22萬日圓
年收370~770萬日圓		80,100日圓+a			13萬日圓
年收未滿370萬日圓		57,600日圓			10萬日圓
免住民稅族群		35,400日圓	210日圓 *2 (1餐)		5.5萬日圓

殘存重大障礙・罹患難治疾病・接受生活保護等能免醫療費用或減額（接受生活保護者可免除伙食費用負擔額）

- \*1 有四個月以後減輕醫療費用負擔金額的制度
- \*2 最近一年內有住院90天以上，費用會是160日圓/1餐
- \*3 只有住療養病床的65歲以上者為對象，相當於水電瓦斯費用
- \*4 65歲以下的人，生活療養費（水電瓦斯費用）加上1萬日圓為負擔額

參考「醫療・看護高額導覽 2017年1月版/社會保險研究所」製作

### 【70歲以上的人】

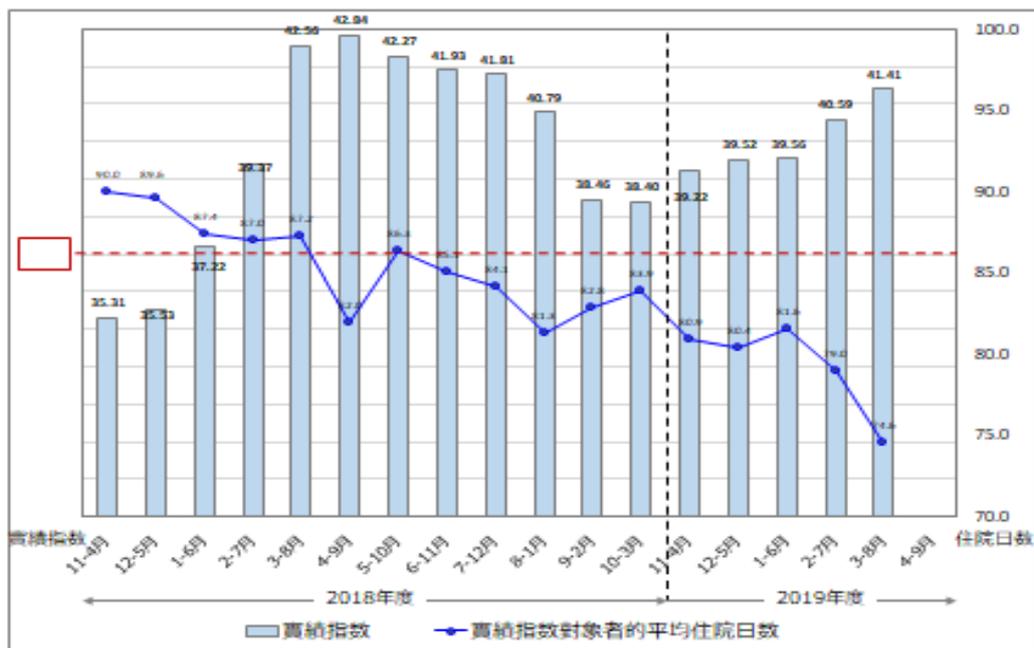
區分	負擔比例	醫療費用負擔金額 (月額) *1	伙食(生活) 療養費用負擔額		總負擔月額 (概算)
年收1,160萬日圓以上	3成	252,600日圓+a	460日圓 (1餐)	370日圓 (1日) *3	31萬日圓
年收770~1,160萬日圓		167,400日圓+a			23萬日圓
年收370~770萬日圓		80,100日圓+a			14萬日圓
年收370萬日圓未滿	2成 或是 1成	57,600日圓	210日圓 (1餐) *2		11萬日圓
免住民稅族群		24,600日圓			5.5萬日圓
免住民稅族群兼低收入戶		15,000日圓			3.5萬日圓

殘存重大障礙・罹患難治疾病・接受生活保護等能免醫療費用或減額（接受生活保護者可免除伙食費用負擔額）

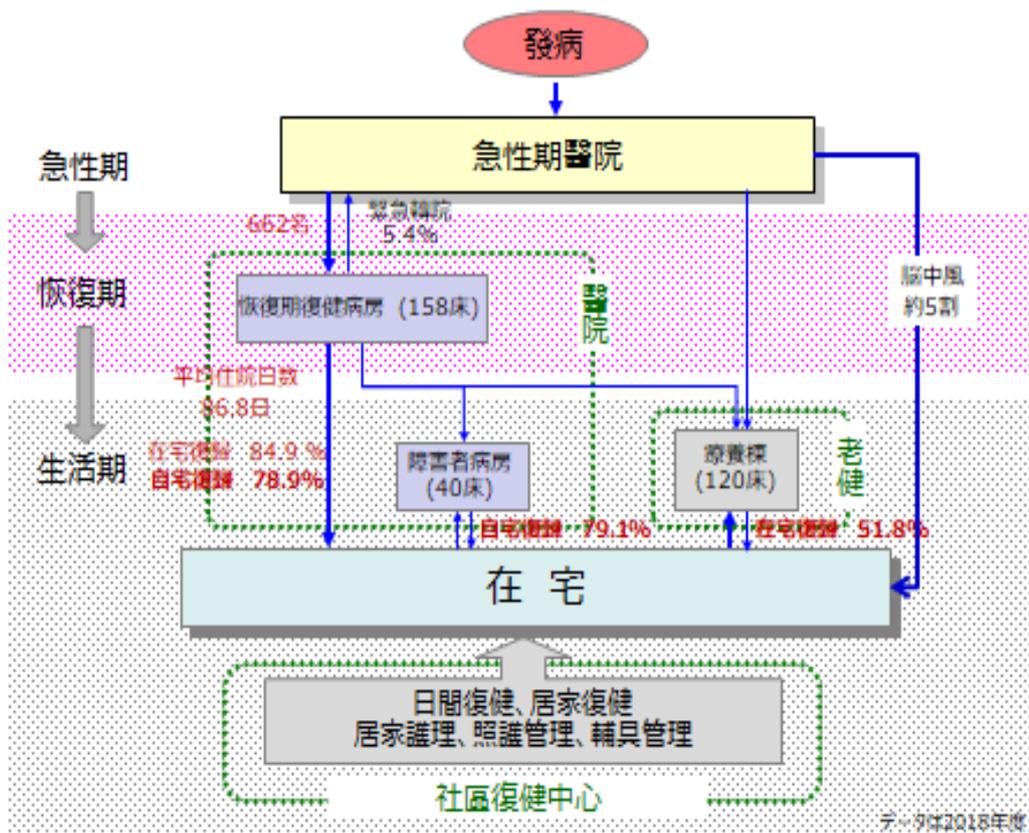
- \*1 有四個月以後減輕醫療費用負擔金額的制度
- \*2 最近一年內有住院90天以上，費用會是160日圓/1餐
- \*3 只有住在療養病床者為對象，相當於水電瓦斯費用的負擔。  
(低所得者為免除)

參考「醫療・看護高額導覽 2017年1月版/社會保險研究所」製作

恢復期復健的實際成效，顯示收案者平均住院日變化如下圖：



醫療法人共和會的復健服務流程與成效，如下圖：



復健的統合帶來成果，但也有些問題需要面對，例如：1、對於統合團隊難以熟

悉(問題發生時，責任所在有時候變得模糊，以及在理解統合的職員和無法同步的職員間會明顯出現態度和服務品質的差別。)2、各職種の專門性提升(和統合前相比，專門職種的教育・進修的頻率變低，以及護理和看護的任務・機能明確化、復健護理尚待成熟)3、跨越職種的管理能力及人才的培育(跨越職種的領導-可以針對多職種指示・建言的人才的培育)。

**Day2. 10月8日(週二) 1. 保健福祉局及北九州市小倉北區整體支援中心  
2. 医療法人羅寿久会 浅木病院**

第二天行程是拜會市政府的保健福祉局，該局下設有「地域醫療課」、「介護保險課」、「健康推進課」、「地域福祉推進課」、「長寿社会対策課」，及「認知(失智)症支援・介護預防中心」等單位。到訪時，該局是分別由地域医療課長青木穂高、地域支援担当課長丹田智美，及介護保險課長岩村恭代分別進行簡報，主題包括「在地域醫療方面的規劃與政策」、「地區統合支援中心的介紹」，及有關「介護保險制度」的政策與辦理情形。重點摘要如下：

**在地域醫療方面的規劃與政策部分：**

北九州市 65 歲以上高齡人口已達約 30.1%，在醫院住院的病人多數為肺炎，心血管疾病，中風及骨折，遠多於癌症的病患。據調查許多人想在家中迎接最後階段，但實際死亡地點卻主要是在醫院。日本醫療機構病床很多、住院日數很長，私人的醫療機構佔三分之二。機構間功能及角色分擔不明確；互相競爭，分科精細又重疊，緊張的體制、臨床人員的過勞、長期間日數的住院及醫療費用的增加，面對將來高齡者的增加，及病人希望住在習慣的地方，像自宅般的生活等，這些是不得不解決的課題。雖然醫療體系可提供急性期的醫療，但卻無法支援病人回到家的生活，而導致反覆的住院。因此，日本醫療體系改革(社會保障制度改革國民會議報告書)訂定朝向下列幾個方向努力：1. 透過持續充實恢復期等的醫療或介護服務，實現早日回歸家庭社會。2. 同時也大大充實了居家醫療・居家介護(長照)。3. 構築起地方的統合性照護系統。4. 透過從醫療到介護的網絡建構。5. 期待提升使用者・患者的生活質量。特別是如何規劃各種不同層級的病床需求有其必要性(尤其是缺少恢復期機能的病床)。

北九州市各行政區的高齡人口及高齡化統計、高齡化的醫療需求及醫療照護的規劃方向，分別詳如下列個表(圖)：

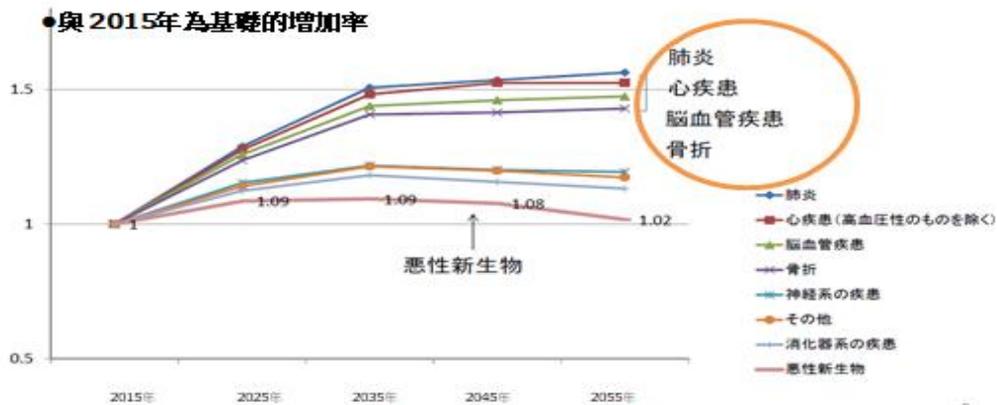
北九州市の高齢者人口・高齢化率（行政区別）						
	総人口	高齢者人口 (65歳以上)	高齢化率 (%)	後期高齢者 人口 (75歳以上)	総人口に 対する 後期高齢者の 割合(%)	高齢者人口に 対する 後期高齢者の 割合(%)
門司区	99,769	35,967	36.1	18,895	18.9	52.5
小倉北区	180,124	51,634	28.7	25,502	14.2	49.4
小倉南区	211,742	58,213	27.5	29,026	13.7	49.9
若松区	83,365	26,148	31.4	13,354	16.0	51.1
八幡東区	67,319	23,976	35.6	13,256	19.7	55.3
八幡西区	255,411	73,286	28.7	37,184	14.6	50.7
戸畑区	58,237	18,225	31.3	9,671	16.6	53.1
北九州市	955,967	287,449	30.1	146,888	15.4	51.1

【出所】住民基本台帳（平成30年3月31日現在）

1

## 検視医療（需要）

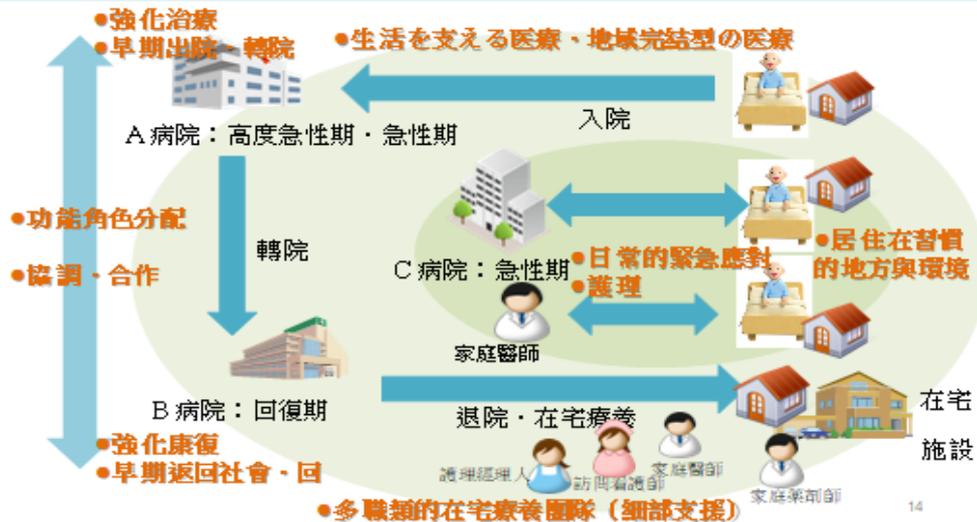
○因為高齢化，**肺炎、心臓疾病、腦血管疾病、骨折**增加。



3

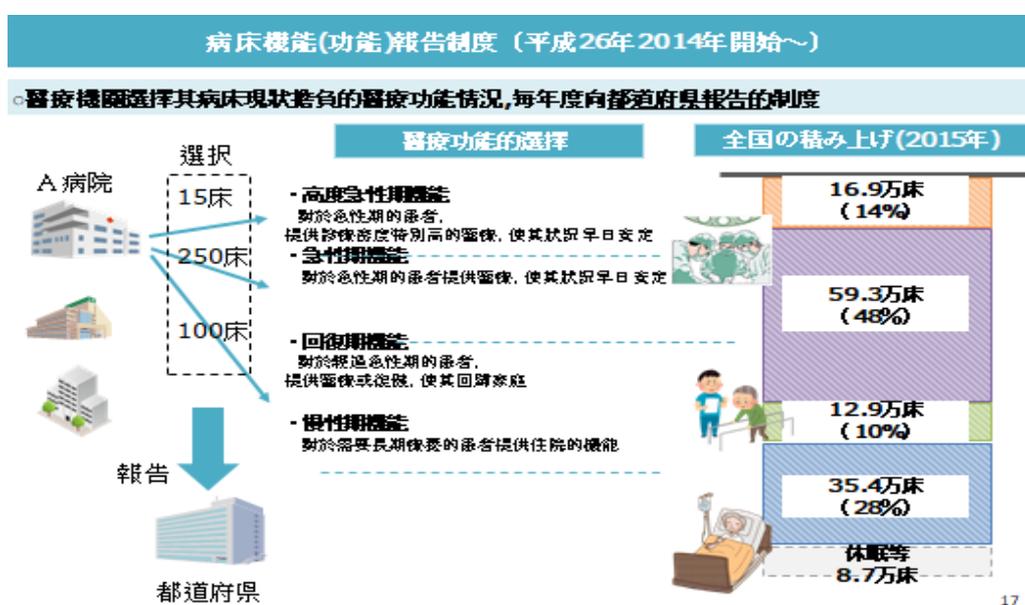
## 醫療的方向性

○醫療的方向性該如何實現？

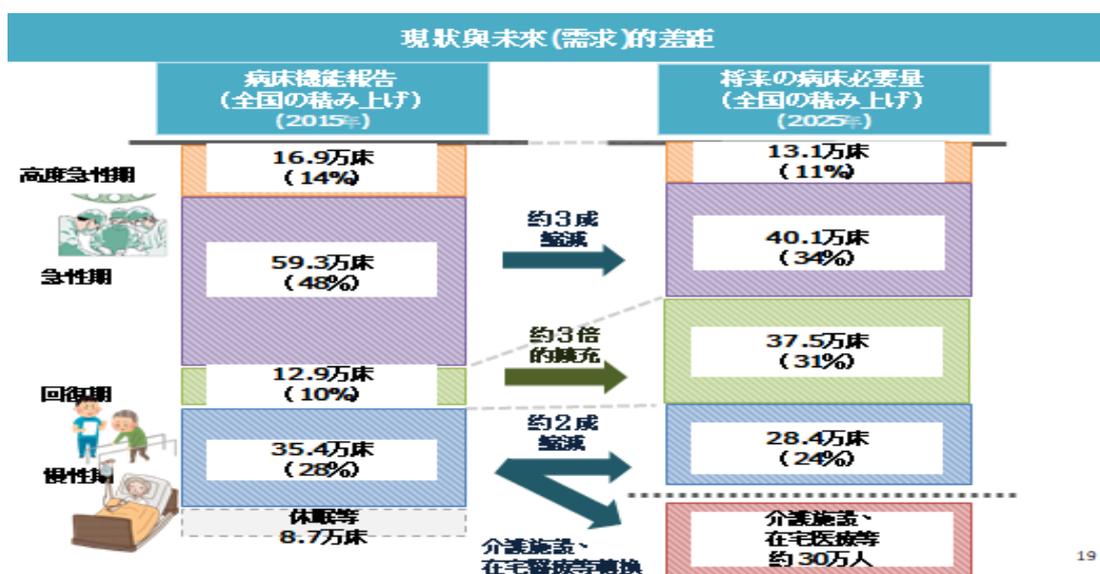


14

在日本自 2014 年開始建立病床機能(功能)通報制度，即醫療機構選擇其病床現狀擔負的醫療功能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能，及需要長期療養的患者提供住院的慢性期機能)情況，每年度須向都道府縣報告的制度。據此，都道府縣於 2015 年統計全國病床，計有高度急性期機能床 16.9 萬 (14%)、急性期機能床 59.3 萬床 (48%)、回復期機能床 12.9 萬床 (10%)，推估未來到 2025 年前開病床各別所需的床位數，則是分別為 13.1 萬床 (11%)、40.1 萬床 (34%)、37.5 萬床 (31%)。所以考量未來高齡人口的照護需要，檢視醫院病床機能的情況與未來(需求)的差距，「高度急性期機能床」與「急性期機能床」約需縮減 3 成，「回復期機能床」則約需增加 3 成。來加強處理這些老人家回家前的復健訓練，提升他們的 A D L，讓他們出院後能夠回到社區繼續生活，而不會反覆的再回到醫院來住院，同時也可以減少急性病床的需求，降低整體醫療費用的支出。



17



19

都道府縣根據病床機能報告及將來的病床需要量的預估，制訂「地區醫療構想」，並以下列策略來進行病床機能的調整或轉換：

1. 由個別醫院檢討自己醫院醫療提供的定位，自行修正醫療功能。
2. 都道府縣依照「地區醫療構想調整會議」，進行個別醫院病床再編協議。
3. 都道府縣以「地區醫療介護統合確保基金」，支援醫院的機能分工合作（設施整備等等）。
4. 都道府縣行使醫療法上的權限，推展病床的機能分工與合作。

醫療法賦予都道府縣的權限，包含對於地方上醫院已經過剩的醫療機能轉換或要求轉換中止。並可要求或勸告私立醫院，及指示公立醫院擔任起不足的醫療機能病床之角色。對於如不遵從勸告、命令或指示的醫院，得以公布機構名字或取消地區醫療支援醫院的認證。

為了病床機能的任務分擔，係由國家提供手術及復健件數、每種疾病的患者數等資料。並活用資料，集中檢討個別的醫院名稱或轉換病床數等等的具體對應方針。如透過地域醫療構想調整會議(醫師會、醫院團體、行政、個別醫院等)協調醫院病床的功能調整。另外針對行動不便的病人，可以透過居家(在宅)醫療的方式來照顧，有醫生或護理師復健師到家裡來訪診及治療。病人只要負擔 10% (診治費約台幣 \$5000/月) 的費用就可以得到妥善的醫療照顧，反而比送回醫院照顧還要便宜。

#### **有關地區統合支援中心部分：**

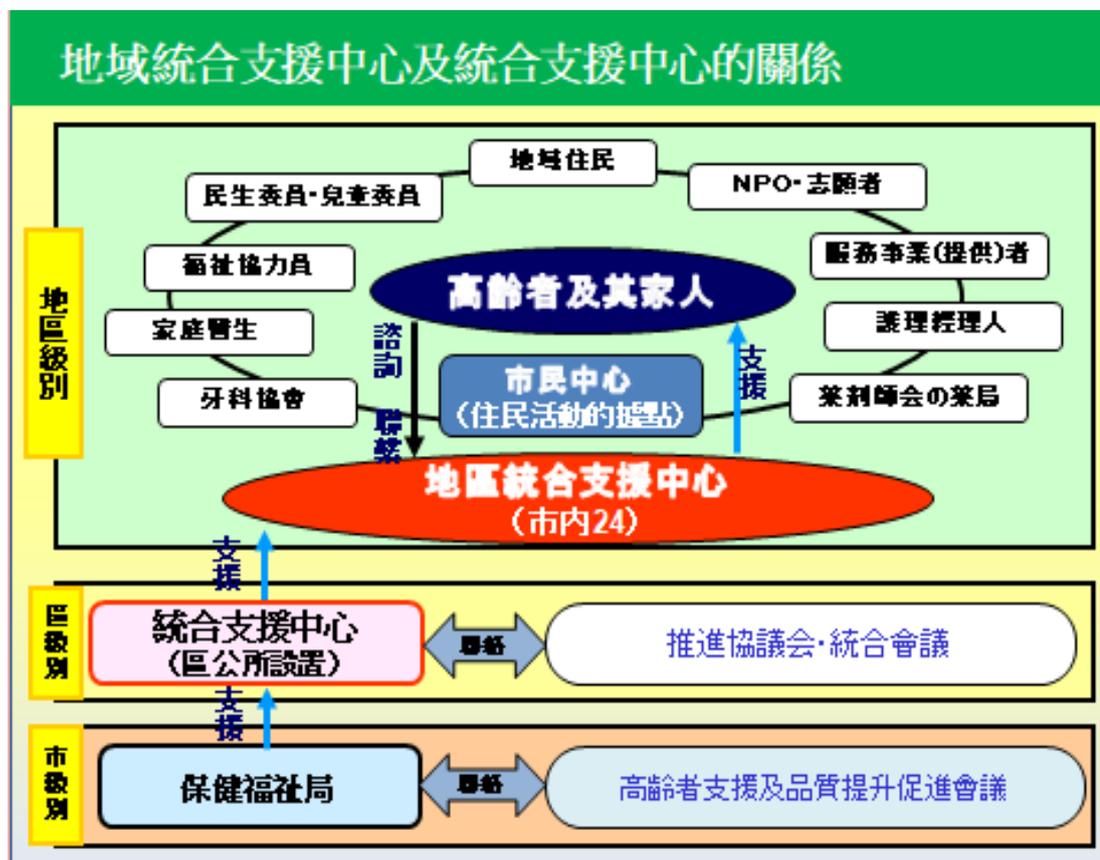
該中心設置目的，主要是為了保持地方住院的身心健康以及安定生活必要的支援，統合支援提升保健醫療及增進福祉，以及實現使高齡者在住慣的地方，可以安心生活，而擔負起地區統合照護為主的角色任務。設有綜合諮詢窗口，對於高齡者的保健、醫療、福祉、照護等相關問題提供諮詢，或及時提供必要的建議及支援，由保健師(負責支援介護預防及健康促進)、社會福祉士(負責對應福祉相關的洽談)、主任看護經理人(負責支援提供適切的介護保險及保健·醫療等之服務)等專業工作人員提供諮詢；除了諮詢業務，還辦理相關業務，包括「照護預防管理」：對於生活機能下降的人也提供照護預防之援助。另外，該單位不是只有對應來區公所的市民，也能迅速支援前往住家接受洽談。地域統合支援中心共有 24 處，貼近地區市民。統合支援中心有 7 個所，設置於各區公所內。

**保健師、社會福祉士及主任看護經理人等 3 類人員的主要任務分工如下圖：**

### 3職種的主要任務



地域統合支援中心及統合支援中心的關係(如下圖)



# 北九州市的地區統合照護系統（概念圖）

完整提供醫療・介護・預防・居住・生活支援的「日常生活圏(市内24個)」，關於地方上各種課題，本人及家屬、地方住民、醫療及介護專業人員、行政部門一起檢討並解決，讓高齢者盡量能在家繼續生活著

高齢者ができるだけ自宅で継続的に生活できるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援を「日常生活圏(市内24圏域)」毎に一体的に提供。それぞれの地域が抱える課題について、本人・家族、地域住民、医療・介護の専門職、行政などが一緒に検討し、解決していく。



## 有關介護保險制度部分：

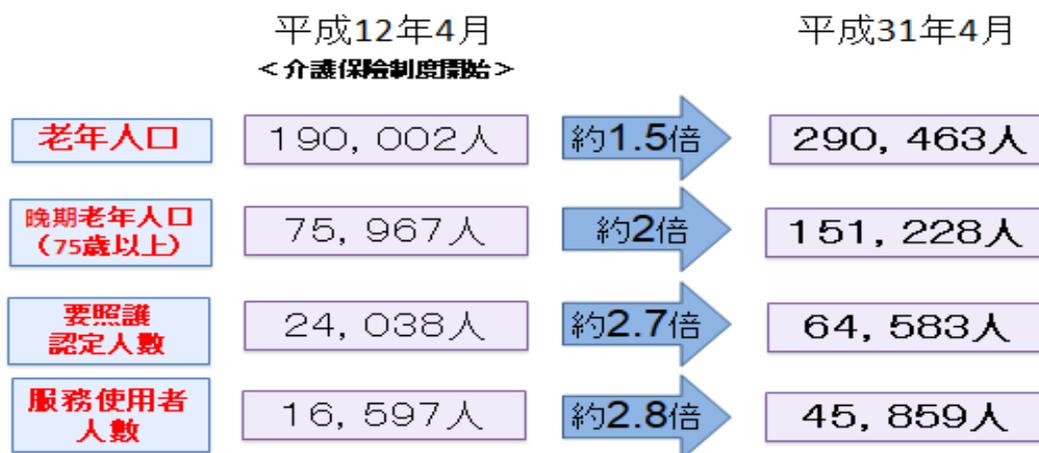
依日本的人口統計動態，顯示即將迎接的未來，是當日本戰後出生的第一代(1947-1949年)全都變成75歲以上，在2025年，75歲以上人口將佔總人口的百分之18。平成12年(2000年)4月介護保險制度開始實行。介護保險服務的使用流程，被保險人支付介護保險費用→使用服務，須得到照護認定資格→制定服務管理計畫→依計畫使用照護服務→支付服務費用的10% (或20%，30%)。

在家生活可以接受居家服務(到宅照護、日間照護及短期入院照護)；進入機構後可接受的服務，包括照護福利老人機構及社區老人照護福利機構的特殊養老院(入院原則「要介護3」以上，以生活照護為中心)、照護老人保健機構(以照護或康復為中心)、照護療養型醫療機構(以醫療為主)，及照護醫療院(需要醫療照護的長期療養生)。

介護保險服務對象・使用者狀況：介護保險制度自創設以來經過19年，65歲以上的老年人口數增加到1.5倍而服務使用者則增加了約2.8倍。

## 老年人口增加的數量超過服務使用者增加的數量

⇒ 「晚期老年人口增加」「完整的服務」等要因



對於高齡者的獨立支援、預防保健及生活支援，國家考量的方向，是照護服務著重於支援高齡者獨立與支援其無法自理的部分。2005年（平成17年）制度修改重視預防保健：對於恐懼於變成需要照護狀態的高齡者，建立預防保健服務。保險給付另付，創設「地域支援事業」：實行高齡者社會參與、預防保健措施、供餐服務、守護等生活支援。再者，結合照護、醫療、預防、住宅政策等生活支援措施，支援在地區生活的高齡者，於最後的人生，能在習慣的居住地區繼續生活（社區關懷體系）。

下午則前往在福岡縣的醫療法人羅壽久會 淺木病院參訪，由三好院長帶領相關部門主管親自接待並進行簡報說明。該院總病床數 58 床（一般病床 23 床，回復期病床 35 床），並聘有醫師 8 名、兼職醫師 10 名；病房護理人員 28 名、護佐 12 名、放射師 2 名、醫檢師 2 名、藥師 1 名、PT 17 名、OT 14 名、ST 3 名…等人員共計 113 名。103 年 8 月 1 日至 108 年 8 月 31 日共收治 1464 名個案，其中腦中風佔 54%、髕骨骨折佔 10%、脊椎骨折佔 16%、其他佔 20%。

該院經營的理念，復健(Rehabilitation)是殘疾人和老年人的藥物。這是一項多學科的工作，需要許多專家。我們反對當前過度專業化和碎片化的趨勢。我們認為，只需很少的人員就可以完成常見的嚴重殘疾的復健。這可以通過簡化復健方法來實現，這種方法使復健變得很經濟，並使殘疾人能夠負擔得起復健，其中許多人是窮人，可依靠公共資金。因此，院長強調透過簡單化的復健運動，如站立運動和爬樓梯運動，對復健的重要性。且人力更精簡，大大降低人事費用。透過運動刺激對老年病人不論在肌肉萎縮、關節攣縮、骨質疏鬆、深靜脈血栓形成、大小便失禁、

尿路感染、褥瘡、肺炎、體位性低血壓、吞嚥困難、便秘及代謝症候群等均可改善。並曾針對 168 名中風病人進行 5 年 ADL 研究，發現透過起立坐下運動，這些研究對象在 5 年內 ADL 功能可以持續維持。

該院自 2000 年 6 月取得綜合回復期復健許可，積極擴展回復期復健的治療，針對腦血管疾病、失智症、衰弱老人、骨折、關節疾患之病人，積極復健早期回歸社區及自宅生活為主的目標。診療科別以神經內科、復健科為主，並以提升營養、睡眠及運動為其醫療特色。更強調只要透過固定及簡單的站起來→坐下，並隨著訓練節奏音樂的循環運動復健，每日 500 到 600 回，病人就可以很快地恢復下肢的力量，有助於以最短的時間提升他們的 A D L，他們的平均住院日只有 48 天，比全國平均少了 32 天。F I M 上升 24 分遠高於全國的 17 分。出院後的在宅回歸率 78% 也比全國的 66% 好。

日本的介護保險分為 7 級，依照需照護狀況而定，使用者需自付 10%，服務項目包含日間照護、居家護理、居家服務、居家復健、出院後在宅環境評估及支援醫師到宅服務。該院日間照護每日最多收治 100 人，現有 250 名使用者(stroke 佔 66%；brain disorders 佔 12%；fracture 佔 7% 等)，平均年齡 77.7 歲，男性佔 51%，女性佔 49%，輪椅使用者佔 48%，一天洗一次澡佔 76%，因中風入院復健佔最多數 66%，依照顧需求分為需支持 2 個等級及需照顧 5 個等級。

醫院一樓分為門診區、檢查區、門診復健及住院復健區(包含物理、職能、語言治療及失智症團體訓練室)；二樓為病房區(急性病床 23 床、回復期病床 35 床，共 58 床)；三樓回復期復健中心，針對回復期住院病人安排訓練課程包含起立坐下訓練及用餐；四樓為介護保險中心、服務項目為日間照顧(包含病患用餐、在宅身體及運動習慣評估，日常生活支援、床邊動作、生活入浴指導，起立坐下訓練及每日安排課程等活動)。在這裡也看到了自動泡澡機，病人約 76% 都能夠泡澡。醫院的空氣中幾乎沒有什麼異味，環境清幽亮麗。下午 3 點，病房中的住院老人家沒有半個在病床上，所有的病人都到 1 樓的復健室去做站起來-坐下的運動，在醫院設計錄製的樂音及治療師的口令指揮下大家努力動作著，這真是一個充滿活力的醫院。且在院長獨特的經營理念管理下，發展成非常有特色的社區型醫院。



Day3. 10月9日(週三) 1. 熊本リハビリテーション(康復)病院

2. 医療法人木星会山鹿温泉リハビリテーション病院

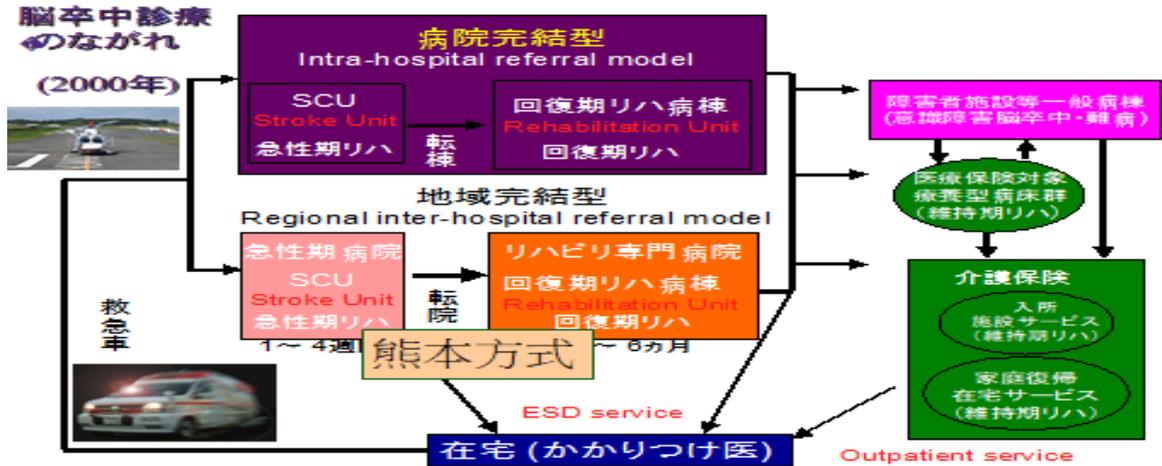
第3天上午參訪位於熊本縣菊池郡的熊本復健醫院，由院長川上宏治醫師率10位相關主管人員接待。該院是在1974年設立，共有總病床225床，其中急性一般病床90床，135張床為恢復期復健病床(護理人力10:1)。設有骨科、康復科、內科、神經外科、神經內科、整形外科、血管外科、泌尿科、口腔外科、戒煙門診、足療門診、營養支持門診等專科門診。配置復健專科醫師8名、骨科6名、腦神經外科2名、整形外科2名、麻醉科3名、腦神經內科名、血管外科1名、口腔科1名…等全職醫師共29名；兼職醫師5名。以高功能性綜合治療醫院滿足地區需求為目標。



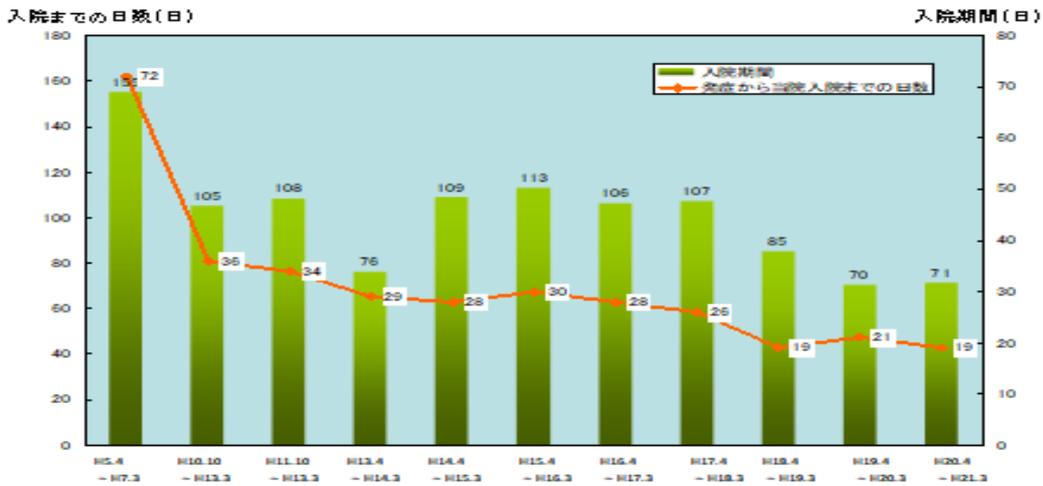
該院在病人於急性期照顧約二到三週之後，便轉入恢復期病棟，再繼續持續復健照顧之後，透過介護照護，讓88%病人可以回家。此過程稱為「熊本模式」(如下

圖)。透過這樣的模式病人住院日由 155 天逐漸下降至 71 天，尤其當病人越早由急性病院轉入復健病院，其整個住院期間將更為縮短。

熊本方式是急性期病院經由轉院模式,到復健專門醫院的回復期復健病棟接受復健經由ESD服務,提供在宅(家庭醫師居家診療)



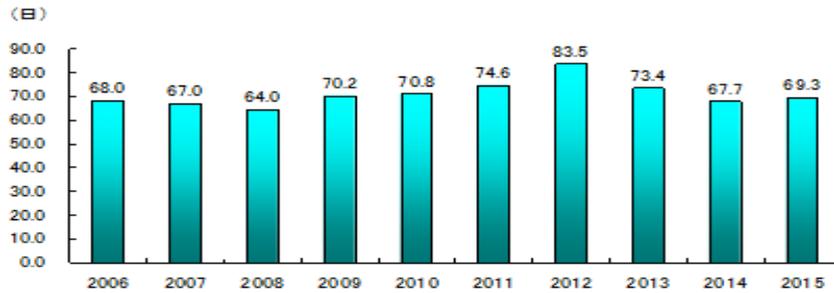
Period from onset to hospital admission (發病到入院日數) —  
Length of hospital stay (住院日數) ■



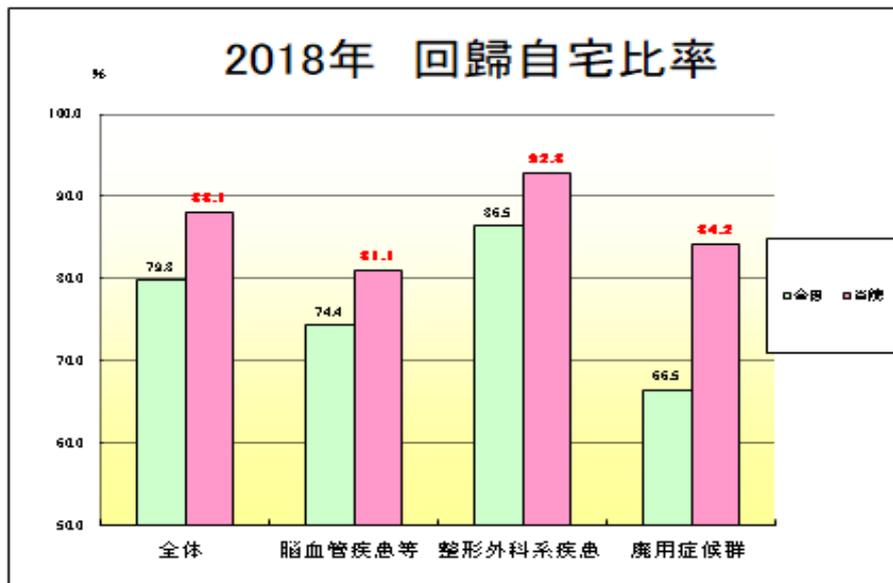
該院說明復健醫院的角色為及早治療、及早回歸家庭及社區，為建構完善的地區照護關懷體制，實施有效率的入院醫療服務，並且在醫療上各單位分工與合作，支援長照為必要的主因，中風通常是疾病第一名，故慢性病的預防是很重要的，經由積極的復健可以改善身體機能，經由改善日常活動可以減少長照需求，關於中風的復健，一天給予復健治療單位數分 4、6、9 個單位，分別在三種腦中風人群比較，研究指出訓練量較多的病人 ADL 或功能障礙會較佳，自宅復歸率也較高，可看出 3 個群組住院天數無差別，FIM 運動項目獲益級 FIM 運動項目改善效率上，於 6 個單位及 9 個單位可看出明顯差異。20 年前，日本住院時間很長（半年到一年）因於醫

院功能的改變及在宅醫療的支持,住院時間縮短,此為,經由針對性的復健達到早期回復。

## 回復期病棟 平均在院日数



20年前,日本住院時間很長(半年到一年)  
 因於醫院功能的改變及在宅醫療的支持,住院時間縮短  
 此為,經由針對性的復健達到早期回復



2018年回歸自宅比率,不論是腦血管疾患等、整形外科系疾患、廢用症候群及全體等的表現,都比全國來得好。

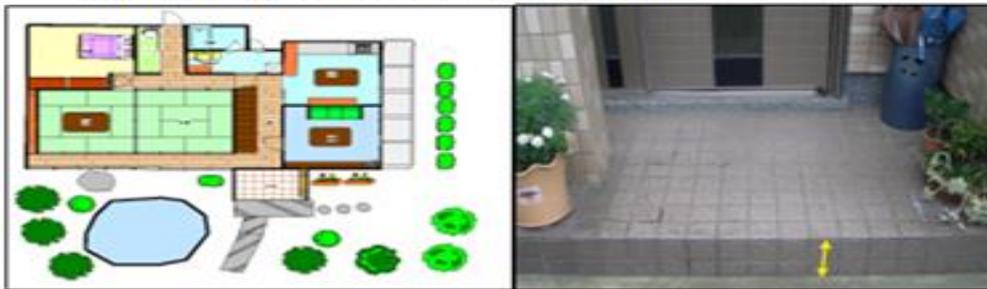
該院以醫療團隊和多種職類人員專業合作,讓病人盡早回歸家庭及社會,由復健科醫師、牙科醫師、護理人員、營養師、藥師、復健治療師、社工、出院準備服務、輔具等多職類人員組成團隊。各職類人員針對病人提供統合的復健,以恢復機能障礙及日常生活動作的提升改善為目標而組成的團隊,像是攝食吞嚥團隊、營養支援團隊、褥瘡對策團隊、下肢照顧團隊、排泄照顧團隊、癡呆照顧支援團隊、感

染對策團隊。

從急性期到恢復期的復健階段，高度急性期提供高密度的醫療服務、急性期提供醫療服務，使病情早日穩定、恢復期提供醫療和復健服務、慢性期需長期住院，以復健為主軸建立地域服務醫療機構合作，地域復健即是有障礙的病人，可以在習慣所住的地方生活，提供保健、醫療、福祉、長照與當地生活有關的居民、機關、組織，從復健立場出發協力合作所有的活動。

該院出院的流程，為病人入院時就會召開出院前會議，擬定好護理計畫，針對病人及家屬的期望、生活機能、家中及社區環境，設定出院後的目標，例如家中移動、如廁動作、入浴動作、飲食準備、玄關段差的移動、停車場的移動、前往臨時住宅的移動、出院後的身體機能維持，住院期間向病人及家屬說明相關護理計畫，病人出院前會有出院前會議，回到家後會有出院後會議及出院後訪，醫護人員到宅訪問復健及病人持續復健照護。

### 【住院時自宅(到宅)訪問】 治療師、社会福祉士參加



居家環境的查視,家中地板的落差與住家環境的確認。  
在習慣居住的住家環境中制訂適合的照護計畫  
使其在就近之處進行訓練。

### 【出院前訪問指導】

治療師、退院調整護士、病房護士參加



患者本人陪同一起。  
如廁及入浴的動作姿勢的實際指導  
確認並檢討扶手及輔具的位置。

## 【出院前會議】 全職種、居家護理經理人一同參加



負責出院後的護理經理人向患者及家族說明出院後的服務計畫。醫院的照護團隊人員也一同參加，分享現況報告，提供最適切的照護服務。

## 【出院後訪問】 治療師、退院調整護士、病房護士參加



了解出院後，居家生活的困難及疑問，提供修正與建議，並對其行動姿勢提供實際的指導。

熊本復健醫院復健實證，在回復期復健病房發現了53%的肌肉減少症，肌肉減少症是復健效果不佳的因素(ADL及吞嚥障礙改善困難、出院率降低)，因此在進行個別化復建計畫的同時，可能必須進行有效的運動療法，如團體站立訓練及營養支援。運動治療後服用支鏈胺基酸可以改善復健效果(ADL、肌肉質量、力量)，富含中鏈脂肪酸(MCT)和蛋白質的強力稻米(熊本復健強力大米，特徵為不依靠糖分來取得熱量，且不影響味道，對於吞嚥障礙的腦中風病人，強力大米非常有效果)還可以有效改善營養不良和ADL。牙科專業口腔護理也可改善患者的治療效果，住院期間利用閒暇時間進行集體站立鍛煉可有效改善患者預後。

下午接續參訪位於熊本縣山鹿市的醫療法人木星会山鹿溫泉復健病院，為熊本縣內歷史最悠久的溫泉地之一，傳說保元之亂時，在京都戰敗的宇野親治在山中狩獵時，偶然遇上一隻受傷的鹿正浸泡在熱水中療養傷勢，進而發現了此溫泉。溫泉

名、地名「山鹿」也有可能是由此來。醫院利用地方溫泉增加治療特色。設有內科、康復科、放射科、神經內科，消化內科，目前總床數 101 床，沒有急性病床、回復期病棟 33 床、療養病棟 68 床。設有溫泉游泳池及泡湯池(如下照片)，提供附近病人做日間照護時使用，並使用最新的設備和利用溫泉的治療進行先進的醫療，特別是在每個患者的康復、治療方面。主要目的是從全面的角度全面恢復，如精神護理，假肢矯形器和社會福利。展望未來，努力創建一個植根於社區的值得信賴的醫院，讓每個人都能過上健康活潑的生活。



## 參、心得及建議

### 一、心得

(一)日本人口老化嚴重，腦中風人口日益攀升，亞洲地區對於腦中風急性期、恢復期、生活期、在宅各階段的復健治療，在日本已經發展得非常完善。依日本的經驗，隨著人口老化，將急性床的部分病床轉換成為亞急性的病床，約有 30%。這些亞急性期的復健病房以提升病人的 ADL、FIM 為訓練目標，讓病人可以早日回歸社區的生活。參訪的這幾家復健醫院，住院的病人完全由護理師及看護師來全責照顧，並沒有家屬陪同，且編制有為數眾多的復健師提供高密度的復健，費用則透過介護保險與醫療保險資源的協調，提供急性期、急性後期、慢性期，到生命末期的居家醫療（含復健）服務。

(二)日本所謂恢復期復健病房，是針對腦血管疾病、大腿骨骨折等患者進行以提升 ADL 為目標的防止長期臥床，及家庭復歸的集中型復健治療病房，或需要恢復期復健治療的病患常駐八成以上的病房。復建醫院於黃金期的患者都會接受每日 2.5~3 小時以上一對一的復健治療（包括物理、職能、語言），治療師有充足的時間評估，並針對病患訂定個別化復健計畫，所以患者在經過 60~180 日住

院復健之後的返家率可以高達 70%以上！恢復期出院後如果仍需要復健，能於社區的日照中心，每天提供各種體適能活動及個別復健治療，幫助病患在出院後持續進行復健訓練，也讓去上班的家屬不用擔心患者會因為留在家中怠於練習而退步。部分復健醫院也結合地區性之資源特色如溫泉或旅遊特色等，得以發展具特色的復健療護計畫，含括肌耐力、熱療、步行訓練等。

(三)日本的政策理念是將長者的醫療和長照一體化，抑制老年人醫療費用的增長，且降低對急性期病床的依賴，及減少住院日數，不論是自付額或是全體保險制度的負擔，施行「預防長照」政策，以建立一個可以互助支持並且可以長久運行的社會系統。所謂的「預防長照」則包含：

1. 改善運動機能：肌力訓練、有氧訓練，提高坐、站、走等日常生活機能；
2. 改善營養：營養師的諮詢和教室廚房，預防及改善低營養狀態；
3. 改善口腔功能：透過呼吸法、體操、吞嚥訓練改善口腔功能；
4. 預防及幫助自我封閉的老人：透過志工的培訓以日托、日照、居家等社區、住家介紹和推廣預防長照政策，預防老人的自我封閉；
5. 預防及協助認知症：通過以上活動，增加使用認知機能的機會維護老人的認知力；
6. 預防憂鬱症：接觸可能有憂鬱症之長者，並提供切實幫助預防症狀加深。

(四)日本推動復健醫院病房的特色：

1. 是依照功能評估施行物理、職能、語言吞嚥及心理治療配合醫療輔具等，採集中治療功能障礙、恢復身體功能、減輕後遺症以重返家庭及社會，同時因為 ADL 的改善及活動範圍增加，更需要確保患者的安全，且需要患者積極主動參與治療以達成目標，和一般醫院病房不同。
2. 復健醫院的門診量較少，醫事部門中主要也以復健診斷和治療的設備為主，物理治療室、職能治療室、語言治療室、水療室、ADL 訓練室，復健病房既是患者生活的場所，也是盥洗、如廁、進食等日常生活訓練的場域，因此病床占用面積雖然不大，但是整體患者使用的病房面積仍然大於一般病房。鼓勵患者走出個人病房，至交誼廳、書桌、餐廳等公共空間增加人際交流活動或用餐。
3. 復健病房的服務對象是採正面表列，以腦中風以及下肢承重骨骨折為主，此外針對不同的診斷、發作至轉到恢復期復健醫院的時間，以及住院復健天數等都有嚴格的管控，入住接受復健的患者可以接受較高強度的復健，並且接

受入院前後的生活功能評估(FIM的運動部分)，並且監控出院後是否能夠順利回到居家照護的生活模式並評估實際成效，是以病人為中心，提供非常完整及周全的連續性照護服務。

4. 使用 FIM((Functional Independence Measurement))運動類別評估，其包含四大領域(自我照顧、控便控尿、轉位、移動能力)，分數從最低的 7 分到最高的 91 分，以 1 分為級距；相較於巴氏量表滿分 100 分，5 分為級距，FIM 運動類別的分別會再更細膩一些。
5. 不同的診斷可以有不同的最長住院天數(LOS)，可以支付的住院復健為每天 3 個小時。建立在醫療保險內增進復健品質(包含結果、過程構面)的誘因，不只從西元 2000 年開始的復建醫院病房系統，醫療保險的給付原則是針對醫院的常規處置、醫院的醫師、護理師、治療師的人力比。在公元 2008 年並將 incentive system 考量到更高的返家比率(higher rate of home discharge)還有生活功能的進步(better improvement in the outcomes)與醫療保險給付連結。到了公元 2010 年更將每日復健的量，做到給付連動設施設備人力、提供服務內容、最終功能恢復成效以及返家照顧與否。

## 二、建議

### (一)因應高齡人口的高速成長，重新形塑我國醫療體系有其必要：

我國正快步走向如日本般超高齡化社會，而日本在 2000 年即創設恢復期復建病房(集中復健專門病房)制度，為急性住院民眾，提供返回居家前恢復活動功能的照護場所，因此有關亞急性期的醫院病房是需要及早規劃的。日本政策整體性的概念，是強化每一項服務的銜接，避免中斷或無資源的窘境，照護政策規劃都能以整體性的概念為出發點且強調訊息共享。20 年後台灣人口老化程度正是此刻的日本現狀，因此應該重新檢討規劃適合台灣的整體照護計畫，完整規劃出各類專業人力，逐年增加充足的人力及建置相關設施，以建構永續的照護體系。

### (二)建立復健(急性後期或亞急性)醫療鏈結社區照護網絡，刻不容緩：

本次參訪日本之復健醫院經營模式，其能有效發展各自特性，並能發揮其應有健康促進的效益，其中重要關鍵在於日本在醫療體系規劃政策上進行了極大的調整，及確立了醫院的分級專屬照護制度。各級醫療服務機構間，在個案健康療護計畫上亦應用統一之評核策略，規劃個案各階段之健康計畫，且完善

的轉介至合宜之機構以照護，同時有完備之轉銜交班作業，使個案不需奔波，而是隨各階段之發展，於各級機構接受不同階段之照護計畫，最終乃為回歸社區，達健康生活之目標。另鑑於民眾於就醫選擇上，不若開發國家有明確之分級醫療，復健醫療做為急性後期照護，宜有明確之下轉機制，使個案不留滯於上游醫院，而無法有效轉往各級照護機構。

**(三)復健(亞急性期)的醫院病房之建置，應有完整配套：**

宜明確規範入住收案標準。訂定結果面的品質指標(如順利銜接出院返家成功率，FIM改善率)，以指標成效評核其給付。不同給付標準以照顧品質為優先。

**(四)確保照護體系各職類人力資源，至關重要：**

可以看出日本不管是在急性醫療或是長期照護，在各職類人員編制皆高於台灣，尤其是護理人員、3T治療師、社工師、照服員，且日本也特別重視在口腔部分，另有口腔專科醫師及個管師，我國3T治療師錄取率偏低，且面對大陸及日本高薪挖角專業人才，人才嚴重流失，將影響醫療復健用人的穩定性，進而影響民眾就醫復健所需，各職類人力是建置照護體系的關鍵因素，人力不足將會造成有需求無人服務的現象，如何妥善運用各專業人力，未來在政策規劃上是一個不容忽視的重點。為因應未來照護人口需求之增加，建議檢討各職類錄取率，思考銜接人力不足問題。以及檢討復健專科醫師容額適度調整，並建立配套措施，避免考上專科醫師後未投入復健醫療。

**(五)提供長期且穩固的財政來源，是成功之鑰：**

建構永續的醫療照護體制，守護民眾的健康與生命的質量，須建立在一個適當及穩定財源的基礎上。我國人口結構的快速變遷，勞動人口也日漸減少，醫療及長照需求勢必隨之擴大，為因應長期發展，宜提早規劃增加更多財政來源，依日本經驗是以增加營業稅提供穩定財源的方式或可作為借鏡或參考。

**肆、附件-剪影**

於北九州市役所接待會議室與副市長及相關主管交流與合影



醫療法人共和會小倉康復病院相關合影



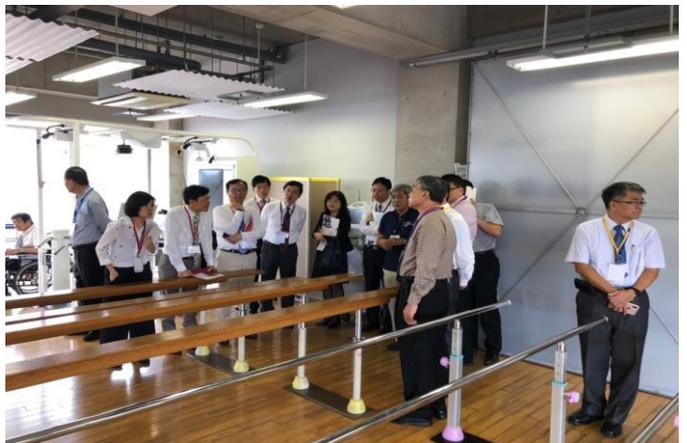
醫院標示歡迎的文宣



大廳環境介紹



病房區  
(鼓勵病人活動減少臥床)



復健區



光線充足明亮的用餐區



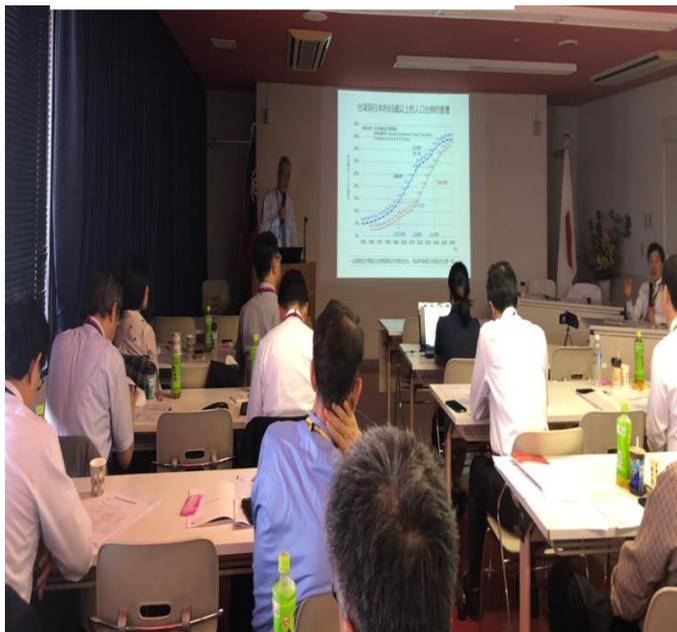
仿居家生活的餐食調理區



仿居家生活的餐食調理區



仿居家生活的餐食調理區



濱村會長熱誠及詳盡的講解日本復健醫療制度



與濱村會長及醫院相關主管留影

保健福祉局聽取簡報及合影



醫療法人羅寿久会 浅木病院



社團醫療法人熊本九田會 熊本康復病院



川上宏治院長介紹醫院與會主管

健康促進員帶領健康運動



集中復健區



復健病房廁所仿家庭 設在病室外鼓勵走動



病人飲食



病人飲食



聽取醫院簡報



與醫院院長及相關主管合影

医療法人木星会山鹿温泉リハビリテーション病院



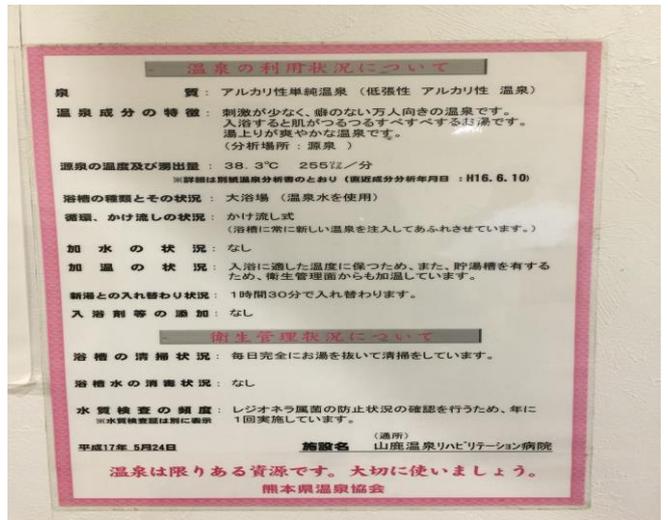
復健病房



交誼空間



温泉泡湯池



温泉検測



課程活動区



集中復健区



院長親自簡報



與醫院院長及同仁合影

促成參訪行程順利圓滿的重要人物



團長代表感謝陳昭榮醫師義務幫忙居中協調



團長代表感謝外交部駐福岡辦事處陳忠正處長(及李杰宏課長)周到及熱誠的多方協助



全體團員大合影 順利圓滿 收穫滿載

