發佈：2013-02-07, 週四 17:49
點擊數：21819

壹、前言

日本自1970年進入高齡化社會(65歲以上人口占總人口的比率超過7%)後，歷經24年在1994年進入高齡社會(65歲以上人口占總人口的比率超過14%)。與其他先進國家相比，法國歷經115年才達此狀況，瑞典為85年，美國72年，德國為40年；日本高齡人口比率之攀升速度，為世界各國之最。日本高齡化社會形成要因有二，一為平均壽命延長，另一為少子化。根據日本厚生勞働省資料所示，2010年日本男性平均壽命為79.64歲，女性為86.39歲，在世界衛生組織的排名上數一數二，無人能望其項背。日本65歲以上高齡人口數占總人口數比率自2005年突破20%(2,576萬人)進入超高齡社會之後， 比率年年上昇，2011年為23.3%(2,975萬人)。預估到2025年，日本65歲以上高齡人口比率將超過30%[1] 。

醫療技術進步與經濟發展所帶來之平均壽命延長與高齡者人數增加非社會之惡，然而，以核心家庭為主流之家庭結構的改變與女性就業人數增加卻讓高齡者照護衍生出種種社會問題，如照護長期化、高齡者照護高齡者、高齡者自殺與高齡者受虐等。為建構一個讓高齡者可以安心生活的環境，日本師法德國，在1996年啟動長期照護社會保險制度之建立。經朝野協商後於1996年11月在第139回臨時國會中提出照護相關
的三法案(介護[2]
保險法案、介護保險法施行法案、醫療法的部分修正)。1997年12月介護保險法正式成立，2000年4月起開始實施介護保險制度。為使制度能順利且永續施行，每5年會作制度的修正，每3年會對保費和給付作重新
審議。介護保險制度已於2005年及2011
年進行兩度修正[3]，修正案的施行也分別於2006年4月及2012年4月正式開始。

貳、介護保險制度概要

日本介護保險制度的設立是基於共同體的理念，對於因高齡伴隨而來之老衰或特殊疾病而需要照顧的人，藉由全體國民的相互支援，提供適切之醫療保健或服務。介護保險制度主要成員有被保險人、保險人及服務提供者。被保險人分為兩類，65歲以上高齡者為第一號被保險人，40歲以上未滿65歲之國民為第二號被保險人。2012年7月底第一號被保險人人數有3,012萬人。保險人主要負責制度之管理和營運。雖然制度運作的財源有部分來自中央政府和都道府縣，介護保險的保險人為市町村等地方自治團體。服務提供者可分居家照護服務提供者及機構照護服務提供者。

被保險人所需繳納之保費因各市町村人口數、照護機構數、被保險人人數不同，繳交費用不會一致；高所得者之保費負擔亦高於低所得者。保費的徵收因年齡而異，第二號被保險人之保費隨國民健康保險或公司所投保之健康保險一起徵收；第一號被保險人若一年之年金所得高於日幣18萬，由年金扣除(特別徵收)，若低於日幣18萬，需填寫繳納書繳費或從帳戶扣除(普通徵收)。

制度的財源主要來自中央、都道府縣、市町村等公費及被保險人的保費收入。制度導入後前半年，未徵收保費，主要由公費負擔(中央50%，都道府縣25%，市町村25%)；2000年10月起徵收一半保費，2001年10月起全額徵收保費。第五期(2012年至2014年)介護保險制度財源結構為公費50%(中央25%，都道府縣12.5%，市町村12.5%)，保費50%(第一號被保險人保費21%，第二號被保險人29%)[4]。

Phoca PDF

發佈：2013-02-07, 週四 17:49
點擊數：21819

被保險人需經一定程序經認定為需要支援或需要照護者方能使用介護保險所提供之照護服務。首先，被保險人需向居住所在地的介護保險行政窗口提出申請，再由市町村派遣專人到府進行訪問調查，同時，需由被保險人的主治醫師出具意見書。照護認定審查會根據訪問調查結果及主治醫師的意見作第二次認定，認定結果通知書會郵寄給被保險人。從申請到認定結果出爐所需時間約一個月左右。照護認定的有效期原則上為半年，有部分市町村為3到5個月。照護認定有效期內若狀況沒有改善，可更新照護認定，更新後的照護認定有效期為一年到兩年。有效期後若沒有更新，照護認定即失效。需要支援或照護的狀態依被保險人所需照護的程度可分為「需要支援1-2」、「需要照護1-5」等7個等級[5]
。日常生活運作如步行、吃飯、睡覺、沐浴可獨力完成，但仍需協助之被保險人判定為「需要支援1-2」，若上述生活運作無法獨力完成需他人協助，判定為「需要照護1-5」，數字愈大所需照護程度愈高。

需要支援者，可接受居家照護服務、社區緊密型服務及照護預防服務；需要照護者可接受居家照護服務、機構照護服務、社區緊密型服務、照護預防服務。各項服務內容說明如下:

- 1. 居家照護服務:為使需要照護或支援協助的被保險人可居家接受服務，服務人員如居家照護員(home helper)、護理師等會到府進行必要支援、看護及復健等服務。此外，被保險人亦可到照護機構接受步行、飲食訓練和復健。照護內容有居家照護支援、照護預防支援、訪視照護、訪視沐浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導(醫師或牙醫師到府診療服務)、日間照護、短期機構入住生活照護、照護用具租賃等。
- 2. 機構照護服務:對於無法在自家生活的被保險人可入住照護機構，接受生活上的看護或復健以回復原有生活機能。機構照護服務亦提供醫療協助。照護機構有高齡者照護福祉機構、高齡者照護保健機構、高齡者照護療養型保健機構、高齡者照護療養型醫療機構。
- 3. 社區緊密型服務:需要照護之高齡者不用入住到照護機構，在其原本熟悉的生活環境中即可接受服務如24小時居家巡迴服務、夜間訪視照護、失智症使用者日間照護、小規模多機能型居家照護、失智症使用者共同生活照護、社區特定機構入住者生活照護、社區緊密型照護機構服務等。
- 4. 照護預防服務:透過高營養的改善、身體及口腔機能之強化、體能訓練等讓高齡者可回復或維持其體力，使日常生活運作無慮。

根據厚生勞働省2012年7月份之統計，被判定為需要支援及需要照護的人數有541.9萬人，為介護保險實施初期之2倍多。其中，接受居家照護及照護預防服務者有332.5萬人，接受社區緊密型服務(含預防照護)者有32.1萬人。接受機構照護服務者有86.9萬人[6]。

照護認定決定後，被保險人可申請所需服務。照護服務的使用申請是由居家照護支援專員(Care Manager)根據被保險人的身心狀態選出適合的服務項目及服務提供者，擬出以一週或一個月為單位的服務使用時間表，此照護計畫(Care Plan)的擬定亦可由被保險人自行訂定，但因服務內容複雜且對服務提供者所知有限，一般會委請照護支援專員協助。

被保險人使用服務所需負擔的自負額為10%，另90%由介護保險給付。給付有三種:(一)需要支援者給予「預防給付」，(二)需要照護者給予「照護給付」，(三)針對需要支援或需要照護者，市町村給予「特別給付」[7]
。保險給付對象主要為第一號被保險人之高齡者，第二號被保險人若因長期臥病在床、失智症或重大特殊疾病而需要照護或生活支援者亦為給付對象。

Phoca PDF

參、日本照護產業之狀況

照護產業的範圍包括居家照護服務、日間照護服務、短期機構入住服務、照護用具租賃與販售、機構照護服務等。在日本標準產業分類中屬老人福祉、照護事業。照護產業的市場規模，從2010年的6兆9,497億日圓[8]上升到2011年的7兆9,000億日圓[9]。2025年的照護市場規模推估為24兆日圓[10]。平成22年度(2010年3月至2011年2月)的保險給付總額為7兆5,550億日圓[11]。同年度之「社會保險、社會福利、照護事業」的銷售總額為9兆6,942億2千萬日圓,從業人數有262萬5,819人，營業所數目估計有11萬3,005家[12]。隨著高齡者人數的增加，雖然介護保險的給付在10年間倍增可能造成制度實施財源不足之危機，業者覬覦照護市場這塊大餅依然前撲後繼進入照護市場。

肆、照護產業所需之人力

介護保險開辦以來，投入照護市場的從業人員在2000年約有55萬人，到2006年增為約117萬人，5年間人數增加約2.1倍。預估到2014年，照護市場所需要的照護人數約140萬到160萬人[13]。財團法人「介護労働安定センター」(照護勞動安定中心)於2012年8月17日公開其針對全國照護服務提供業者(含營利事業、非營利組織、社會福祉協議會[14]、社會福利法人、醫療法人、社團及財團法人、協會、地方自治團體)共7,070家做照護產業人力之就業狀況及就業意識調查。結果顯示有50.3%的業者認為照護服務之從業人員不足，特別是訪視照護員及護理人員最為欠缺。從2010年10月1日到2011年9月30日雇用照護人員率為21%，離職率為16.1%。對於工作條件不滿的原因主要有:「薪資太低」(44.2%)、「人手不足」(40.2%)、「有薪假很難請」(36.1%)、「體力負擔太大」(30.8%)等[15]。女性從業員居多，大多為兼職而非專職人員。

與照護產業相關的職業有社工、精神保健社工、照護支援專員、看護、護理師、居家照護員(1到3級，第1級為最高層級)、介護保險認定調查員、物理治療師、職能治療師、語言治療師等。欲從事照護服務者必須參加長時間人才養成訓練課程(如居家照護員，為居家照護主要服務提供者之一)或通過國家資格考試(如看護、護理師等，為機構照護主要服務提供成員之一)後方可投入照護市場就業。然因薪資較其他產業之勞動者低，加上工作辛苦、壓力大，導致離職率高，很多有資格者亦不想投入此產業。

佐藤和美(2012)認為日本對國際照護人才之需求意識低，即使有照護人才不足狀況，政府部門、醫師及護理師等專業人士依然不認為外國看護有其必要[16]

Phoca PDF

。基於獲取國外資源或爭取本國產品外銷的優惠待遇等利益交換，日本政府透過經濟合作協議的簽訂，自2009年從菲律賓和印尼引進外籍護理師，自2012年從前述兩國引進外籍看護。雖然日本政府允許在日本國內的外籍護理師有三年、外籍看護有四年時間準備考試，甚至看護只要在日本國內的人才培育機構修完所有課程即有看護之國家資格，但因日本語這個大難關，導致考試合格率低，兩國有意願到日本工作的護理師及看護人數急速下降。

伍、結語

介護保險制度於2000年4月起實施，歷史並不長，施辦至今，毀譽參半。不容諱言，許多中收入家庭因制度的實施減輕照護負擔；不需入住到陌生機構的居家照護也使高齡者更為安心。然而，為使制度持續運作，5年一度的制度修正所建立之新服務體系、服務內容、保費負擔方式、給付內容等往往使被保險人或服務提供業者無所適從。加上照護人力不足、低所得高齡者保費負擔過重、以營利為主之民間照護企業無預警停止不賺錢的照護服務事業導致被保險人成為照護難民等問題亦使制度實施面臨種種困難。日本介護保險制度到底是地方分權的實踐亦或是中央把高齡者照護責轉嫁給地方全待相關人員的協商、明確角色分配與今後的制度修正而定。

作者陳玉蒼為實踐大學高雄校區國際貿易學系助理教授

註解：

1.資料引用自日本內閣府平成24年(2012年)高齡社會白皮書。

2.日本的長期照護法源稱「介護保險法」，長期照護制度稱「介護保險制度」，日文「介護」即中文照護之義，本文在提及日本長期照護法律和制度時，仍使用「介護」一詞。

3.2005年的修正主要由「量的確保」轉為「質的重視」，增設預防照護服務與社區緊密型服務，並大幅抑制保險給付。2011年的修正主要導入「社區綜合照護系統」理念，讓高齡者可就近在其生活圈範圍內接受所需服務，增設24小時對應型巡服務及小規模多機能型之居家復合式服務。

4.前四期第一號保險人及第二號保險人之保費比率為:第一期(2000年至2002年)第一號17%，第二號33%；第二期(2003年至2004年)第一號18%，第二號32%；第三期(2005年至2006年)
第一號19%，第二號31%；第四期(2007年至2009年)
第一號20%，第二號30%。65歲以上高齡者之保費年年增加。

5.介護保險開辦後，照護程度分為「需要支援」及「需要照護1-5」等6個等級，2005年修正為7個等級的主因是為了抑制給付額度，以免財源不足，制度無法持續施行。

6.厚生勞働省「介護保險事業狀況報告之概要」(平成24年 7月暫定版)。

7.各市町村的給付項目不相同。部分地區讓被保險人可使用多次或較長時間的服務，超出介護保險服務項目外的部分，由行政部門負擔；部分地區讓被保險人可使用介護保險給付項目外之服務

Phoca PDF

如機構入住的食宿費，尿布費用或理容費等。

8.一橋總合研究所監修、『図解革命！業界地図「最新」ダイジェスト2011年版』(高橋書店 2010)。

9.資料引自『日経業界地図、2011年版』(日本経済新聞出版社 2010)

10.日經產業雜誌(『日経ビジネス』)，2009.9.28，pp.48-54.

11.厚生勞働省「平成22年度介護保險事業狀況報告」

12.平成22年度服務業動向調查，http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001074551

13.財團法人「照護勞動安定中心」2009年3月21日發表「介護労働者のキャリア形成に関する研究会中間報告
」（照護勞動者的職業形成相關
研究會中間報告）附屬資料1，http://www.kaigo-center.or.jp/report/h20_carria_rpt.html。

14.社會福祉協議會有法人資格，雖屬民間團體，但營運資金來自公部門，為官方色彩濃厚的民間組織，屬「半官半民」的營運方式。主要工作是普及、推廣和支援民間社會福利及高齡和弱勢族群的照顧。

15.財團法人「照護勞動安定中心」2012年8月17日發表「平成23年度介護労働実態調查結果」（照護勞動狀況調查結果），http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h23_chousa_kekka.pdf。

16.佐藤和美(2012)，「人「の移動」と日本の国際化 - 外国人看護師・介護福祉士の受け入れ」（由外籍護理師及看護的接受度來看「人才的移動」與日本的國際化），2012年第三屆日本研究年會國際學術研討會論文集，高雄。

Phoca PDF