

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)

日本長期照護保險運作情形及財務規劃

考察報告

服務機關：衛生署

出國人：

職稱：主任

姓名：石曜堂等七人

出國地點：日本

出國期間：90年4月15日至90年4月21日

報告日期：90年6月

摘要

我國現正面臨高齡化時代的來臨，鑑於高齡人口帶來的諸多問題與壓力，以及國民對長期照護服務品質要求與需求的日趨迫切，如何提升老年人口的照護品質，以及如何與財務取得平衡，均是全民健保將長期照護納入給付項目所必須考量的問題。

日本的健康保險制度與民族性與我國相近，而該國實施獨立的長期照護保險又正值滿一年，因此其實施經驗，正可作為我國日後長期照護相關政策制訂的參考。

經由本次考察日本辦理公共介護保險，瞭解到我國有必要加緊推動長期照護保險的開辦，但在進行推動之前，必需對保險的財務精算、政府財源籌措、保險費計收、相關法規、人力培訓、防弊措施等事項，預先作好規劃。

另我國如將長期照護保險交由各縣市或鄉鎮市區來執行，其人力與人員培訓等相關事宜，以及直接關係到被保險人是否能獲得適切的照顧國民的照護管理員（即日本的 Care Manager），其資格及人力培訓等，均需相關主管機關預先妥善規劃。

此外，我國未來若單獨開辦長期照護保險，則勢必由健保局負責統籌計收保險費，健保局之人力是否能負荷，亦需考量。

目 錄

壹、考察目的.....	1
貳、考察人員.....	2
參、考察期間.....	2
肆、考察行程.....	3
伍、考察內容.....	4
一、參訪中央社會保險醫療協議會.....	4
二、參訪厚生勞動省.....	11
三、參訪株式會社 學館及松戶市役所.....	14
四、參訪國民健康保險中央會.....	19
五、參訪健康保險組合連合會.....	27
六、參訪財團法人醫療經濟研究.社會保險福祉協會...35	
陸、考察心得.....	39
柒、考察建議.....	41
附錄 日本長期照護保險制度概要.....	43

「日本長期照護保險運作情形及財務規劃」考察報告

壹、考察目的

89 年底台閩地區老年人口比率 8.6%，高齡化特徵益趨明顯。此外，育齡婦女的總生育率降低及生育子女數減少，以及疾病型態逐漸轉為慢性化的情況，使得「社會性住院」的問題，難以解決。因此，老人的健康照護，不但對個人、家庭、社會及國家均造成相當大的負擔，亦使醫療費用隨之高漲。

鑑於高齡人口帶來的諸多問題與壓力，以及國民對長期照護服務品質要求與需求的日趨迫切，德國與日本先後於 1995 年及 2000 年開辦長期照護保險，其他先進國家則或多或少將相關項目納入給付範圍，而我國目前存在醫療資源分佈不均、服務品質參差不齊、需求面的不確定性，以及生活照料與醫療照護如何劃分等問題，均是全民健保將長期照護納入給付項目所必須考量的。

然而隨著醫療費用高漲，健保財務的惡化，以及國人對長期照護需求日殷，長期照護的給付，似是不可避免的趨勢，然民眾的意願為何？其對財務的影響如何？合理的給付範圍為何？如何辦理 - 納入全民健保或單獨開辦？政府如何結合與有效運用有限的醫療與社政資源，並結合民間力量及社會福利，以規劃完善長期照護服務體系等等，均是值得深思熟慮的問題。

日本實施介護保險正值滿一年，其健康保險制度與民族性亦與我國相近，因此本次考察的目的，即在於瞭解日本實施公共介護保險制度的決策過程、施行現況、如何結合民間資源、實施成效、遭遇問題及解決方案等，並以日本的經驗，作為我國日後長期照護相關政策制訂的參考。

貳、考察人員

姓名	任職單位	職稱
石曜堂	國家衛生研究院醫療保健政策研究組	主任
王怡人	行政院衛生署全民健康保險小組	簡任技正
邱瑜瑩	行政院衛生署全民健康保險小組	研究員
楊冠洋	中央健康保險局醫審小組	研究員
蔡耀如	中央健康保險局財務處	代經理
林麗瑾	中央健康保險局醫管處	襄理
賴大年	中央健康保險局中區分局醫管組	課長

參、考察期間：九十年四月十五日至九十年四月二十一日

肆、考察行程

日期	拜	會	機	構	考	察	內	容
四月十五日 (星期日)	啟				程	搭		機
四月十六日 (星期一)		中央社會保險醫療協議會					1.介護保險審查委員之遴選方式 2.介護保險認定審查委員會審查申請者資格之標準及程序	
四月十七日 (星期二)		厚生	生	省			1.開辦介護保險之歷史沿革及決策過程 2.介護保險制度概要：保險組織、給付內容與部分負擔、被保險者資格與分類、及受介護者之資格與審查 3.介護保險保險財源、保險費精算與分攤、財政調整及行政經費財源等。 4.介護保險保險者財務收支情形 5.日本與德國介護保險之異同 6.介護保險開辦後，對健康保險財務之影響 7.保險對象之保險費負擔、保險費之收繳方式、滯納金規定及呆帳處理 8.國民對長期照護之需求估算及與實際供給之落差 9.面臨之課題與對策及今後發展與改進動向 10.軍人及受刑人等特殊群體之醫療保障方式	
四月十八日 (星期三)	上午	松戶市及 NICHI 公司					1. NICHI 公司設施簡介 2. Care Manager 的培訓與任用 3. 松戶市在介護保險的職掌 4. 松戶市對介護保險保險費的計收	
	下午	國民健康保險中央會					1.於市町村參加公共介護保險之人數、保險費負擔及保險費之收繳方式 2.對無法繳納公共介護保險保險費或自行負擔費用者之處理方式 3.介護保險給付項目及給付項目之適當性 4.受介護者之要件及介護施設狀況 5.介護保險之審查及受介護者利用情形 6.財務收支及受介護者自己負擔情形 7.被保險人之滿意度 8.市町村辦理公共介護保險之財務收支情形及面臨課題	
四月十九日 (星期四)		健康保險組合連合會					1. 如何分擔介護保險財源 2. 介護保險對各組合財務之影響 3. 介護保險保險費如何計收 4.對長期照護保險之建議	
四月二十日 (星期五)		財團法人醫療經濟研究社會保險福祉協會					1. 介護保險給付項目與支付標準之適當性，以及對財務之影響。 2.對介護保險之改進建議	
四月二十一日 (星期六)	返				程	搭		機

伍、考察內容

一、參訪中央社會保險醫療協議會

日期：90年4月16日

接待人員：

厚生勞動省保險局醫療課課長 渡邊由美子

單位簡介：中央社會保險醫療協議會是依據社會保險醫療協議會法所設立的，其所掌管的事項包括主要是訂定有關醫療報酬的費用標準、有關保險醫療機關及保險醫師擔任療養之規則，與相關訪問看護療養費用標準等事項。這各委員會也必須回應厚生勞動部長針對上述事項之諮問，除了審議、答辯申覆外，亦得主動提出建議事項。

參訪及簡報重點：

- 1.中央社會保險醫療協議會主要的委員組成有代表保險者、被保險者及事業主之委員(付費方)八名、代表醫師、牙醫及藥劑師之委員(醫療方)八名、及代表社會公益方面之委員四名，合計二十名，任期兩年。委員是由厚生部長任命，但是公益委員的任命則必須經過兩議院之同意。公益委員之外的委員，則必須由各相關團體的推薦。會長則是經由開會時由委員互選產生。中央社會保險醫療協議會為了審議專門事項，且認為必要時，得設置十名以下的專門委員。現有負責老人醫療費用者的專門委員兩名、負責藥價者三名、負責保險醫療材料者三名，合計八名專門委員。現任委員及專門委員名單如表一。

表一 中央社會保險醫療協議會委員名單

代 表 區 分	姓 名	現 職 名 稱
一、健康保險、船員保險、國民健康保險保險者及同時代表被保險者、事業主及船舶所有人委員	富岡 悟 下村 健 加藤勝敏 吉高 弘 若杉史夫 片岡和夫 今井恆嘉 富塚陽一	社會保險廳運營部長 健康保險組合連合會副會長兼專務理事 日本化學產業勞動組合連盟中央執行委員長 日本化學、服務、一般勞動組合連合會副會長 日本經營者團體連盟社會保障特別委員會副委員長 全日本海員組合副組合長 日本郵船股份有限公司顧問 山形縣國民健康保險團體連合會理事
二、醫師、牙醫及藥師委員	糸氏英吉 菅谷 忍 櫻井秀也 橫倉義武 木村佑介 平井泰行 譽田雄一郎 漆田 稔	日本醫師會副會長 日本醫師會常任理事 日本醫師會常任理事 福岡縣醫師會專務理事 東京都醫師會理事 日本齒科醫師會常務理事 福島縣齒科醫師會會長 日本藥劑師會常務理事
三、社會公益委員	宮島 洋 星野進保 村由幸子 森鳥昭夫	東京大學大學院經濟學研究科教授 總合研究開發機構特別研究員 日本廣播協會解說委員 地球環境對策研究機關理事長
四、專門委員	關根重慶 上田慶二 八代光夫 奧田秀毅 松谷高顯 渡邊悅男 廣瀨光雄 田中凡實	全國町村會常任理事 東京都多摩老人醫療中心名譽院長 武田藥品工業股份有限公司常務經理 鹽野義製藥股份有限公司業務部長 東邦藥品股份有限公司社長 旭美迪卡爾股份有限公司副社長 強森&強森股份有限公司最高顧問 田中三誠堂股份有限公司社長

2.總會之外，關於特定事項，為了事先彙整各方之意見，也設置有小委員會，或者為了調查審議專門事項而另設置部會。目前有：

醫療報酬基本問題小委員會(有關醫療報酬問題)；

調查實施小委員會(有關醫療經濟實態調查)；

藥價專門部會(有關藥價制度)；

保險醫療材料專門部會(有關保險醫療材料)。

3.有關醫療報酬改定事項的一般流程，如表二。

表二 醫療報酬改定事項的一般流程

六月	醫療經濟實態調查之實施(兩年一次) 藥價調查之實施(兩年一次) 醫療材料價格調查之實施(兩年一次)
九月	在中央醫療協會開始檢討有關醫療報酬之改定
十月下旬~	醫療方面之希望改定事項(關於改定率)
十二月	醫療經濟實態調查速報值等之報告 有關改定程度等之議題 整理意見 (在編列預算時設定改定率)
一月	在設定改定率之範圍內，討論改定具體之檢討項目 沿著合議的項目，做成具體的諮問案，集合整理議論 上的各方意見
二月	接受厚生部長的諮諮並由中醫協答辯申覆
三月	厚生部長告示
四月	實施改定

4.在過去，這樣的費用標準改定程序運作，已有一定的成果。但是由於醫療團體在政治上的實力，使得整體醫療保險費用的支出也是持續的成長。過去十二年來，調整改定的成果如表三。

表三 日本診療報酬和藥價基礎之改定狀況等

年 度	診 療 報 酬 改 定			藥 價 改 定 等			淨調整	
	改 定 率	各科改定率(%)	實 施 年	提 高 率	藥 價 基 礎 (%)	醫 療 費 基 礎 (%)		實 施 年
一 年 度	+0.11 導入消費稅 之改定		1.4.1	+2.4		+0.65	1.4.1	+0.76
二 年 度	+3.7	醫科:+4.0 齒科:+1.4 調劑:+1.9	2.4.1	9.2		2.7	2.4.1	+1.0
四 年 度	+5.0	醫科:+5.4 齒科:+2.7 調劑:+1.9	4.4.1	8.1		2.5 (減少醫療材料 0.1)	4.4.1	+2.5
五 年 度	伴隨醫療法 改定之部份 改定		5.4.1					
六 年 度	+4.8 4/1 實 施:3.3% 10/1 實 施:1.5%	(4/1 實施) 醫科:+3.5 齒科:+2.1 調劑:+2.0 (10/1 實施) 醫科:+1.7 齒科:+0.2 調劑:+0.1	6.4.1	6.6		2.12 (減少醫療材料 0.15)	6.4.1	+2.7
八 年 度	+3.4	醫科:+3.6 齒科:+2.2 調劑:+1.3	8.4.1	6.8		2.6 (減少醫療材料 0.1)	8.4.1	+0.8
九 年 度	+1.70 提高消費 稅.+0.77		9.4.1	4.4		1.32 (減少醫療材料 0.05)	9.4.1	+0.38
十 年 度	+1.5	醫科:+1.5 齒科:+1.5 調劑:+0.7	10.4.1	9.7		2.8 (減少醫療材料 0.1)	10.4.1	1.3
十 二 年 度	+1.9	醫科:+2.0 齒科:+2.0 這 部份+0.5%(為 應付齒科 用貴金屬 國際價格 之變動) 調劑:+0.8	12.4.1	7.0		1.7 (減少醫療材料 0.1)	12.4.1	+0.2

問題答詢：

問題一：中央社會保險醫療協議會的屬性為何？各委員代表中，那一類委員對保險費的影響最大？

答：1.中央社會保險醫療協議會是厚生勞動大臣下的諮詢機構，是一獨立機構。

2.以往的經驗，在費用及審查方面，政治力影響最大的委員代表是醫師公會。過去曾發生協議會雖審查通過費用，醫師會卻下令全國醫師共同抵制。隨著社會變化，這種情形已較少見，但國會議員都有醫師，且與自民黨的關係密切。

問題二：保險費率是如何決定？

答：如果是由政府辦理的年金保險，保險費率是於法律中規定，並經由國會通過，健保費率則由各健保組合自行決定，國保組合則涉及地方自治，保險費率需經各市町村議會通過。

問題三：費用是否全國一致？

答：診療報酬是全國一致，但整體而言，會有財政調整，也就是對於老人多、年輕人少的市町村，政府會以公費作財政調整。

問題四：政府作財政調整時，必會涉及預算，協議會中八位組合代表的委員是否會特別關心？

答：保險的費用是由各組合自行決定，但協議會討論費用時，所有委員都會參與討論，但最後的費用並不是在協議會中決定，只能決定是否要調整，至於調整的幅度，是由厚生省與財務省（大藏省）協商後決定。

問題五：如果協商是要調升某一比率，各組合是否會因費率不足而破產？

答：的確有組合破產的例子。

問題六：專門委員的職掌為何？

答：專門委員共有 8 人，其中 2 人負責高齡者的醫療報酬業務，由全國市町村選出來，3 人是藥價代表，由藥界選出，3 人是醫療器材方面的代表，與協議會本身的 20 位委員，均是依法選出，並參與協議會的分科會議討論，但沒有決定權。

問題七：委員代表有大分類，大分類是否有再細分被保險人代表、業界代表等？委員是由單位推薦或由厚生大臣遴選？協議會作成協議時，是否需經國會通過？

答：1. 委員產生採推薦制，亦即由依法規定的相關團體推薦，如醫師由醫師會推薦，牙醫師由牙醫公會推薦，付費者代表也是由相關團體推薦，又區分為保險與非保險代表，保險代表如社會保險廳運營部部長、健康保險組合連合會選出的代表等，非保險代表如工會連合會選出的代表、經營者代表等。但社會公益委員是由厚生省推薦，經國會同意。多為服務於學術或研究機構之學者，或具公義形象的社會賢達。

2. 協議會審查通過的費用，不需經國會同意，而由厚生大臣告示即可。

問題八：醫療科技日新月異，但協議會每二年才召開一次會議，中間若有新科技產生時，如何處理？

答：基本上由被保險人自費，但日本有許多大醫院會作調整，如住院費由保險付，以外的費用才由被保險人負擔。被確認安全性高的且普及的高科技醫療，會在協議會每 2 年召開的改正會議提出討論。

問題九：4 個小委員會的職掌為何？

答：其職掌是針對討論如何展開今後發展方向、診療報酬如何維持平衡、支付點數改正，以及藥價與器材的訂價原則等，並於二年改正會議前，先對診療報酬、藥價、醫療器材等作調查。

問題十：新藥的審核程序為何？

答：先向藥品安全局提出申請，由該局依藥事法審議後，再送到保險局，由該局依審核標準，審核該藥與舊藥的藥效與成本，並確定藥價後，送至協議會討論，但自去年後，保險局再將新藥送往協議會前，會先請醫藥專家提供意見。

問題十一：醫療與介護如何劃分？

答：急性期至復健期屬醫療部分，轉為慢性期時就可申請介護，但二者的界線並不是很清楚，這也是目前面臨的問題之一。

問題十二：同一家醫院是否可能同時申請二種保險的費用？

答：如果被保險人需要長期照護，就向長期照護保險申請費用，如果需要醫療，就向醫療保險申請。

二、參訪厚生勞動省

日期：90年4月17日

接待人員：

厚生勞動省老健局補左課長 大島一搏

單位簡介：介護保險之主管機關，亦為政策制定與決策單位。

簡報內容重點：

- 1.日本人口老化情況相當嚴重，目前65歲以上人口約21,871千人占總人口17.2%，預計至2015年會增加1千萬人，即31,883千人占總人口25.2%，到2050年將達到32.3%。75歲以上人口，2000年只占總人口7%，但比率不斷上升，最後可能高達20%。老年痴呆人口目前約有15萬人，預計25年後將達到31.3萬人。
- 2.長期臥病者的照顧者，以媳婦最多，其次是配偶，女性占85.1%，且照顧者的年齡大多超過六十歲。
- 3.日本創設介護保險的目的，就是要使老人的照護作的更好，目前比較有問題的，是市町村對需介護者的認定問題，日本花了五年的時間，蒐集各項資訊並建立一套電腦系統。被保險人向市町村提出申請，市町村受理後就會派人至申請者的家中訪查，調查項目有85項，調查終了之後，會將調查資料送至電腦計算需受照護的等級（等級分成7級），第二個部分是由4至5位專家組成審查小組，對電腦判定作確認。
- 4.給付項目分為在宅及設施服務，被保險人可選擇服務提供者到家服務，或至設施接受服務，或二種混合，但每個月的使用額度有上限，且不可以保留到下個月使用，並且需自付10%的部分負擔。如果不

- 知如何使用服務，可諮詢 Care Manager。
- 5.有關 Care Manager 的資格，必須是醫生、護士、藥師等專業人員，並且要有五年以上的經驗，經過都道府縣考試通過及 30 個小時的講習以後，才能取得資格，這是參考英國的作法。Care Manager 每服務一人可獲得 7500 日元的報酬，每位 Care Manager 必須服務 50 個老人，但他們希望只要服務 30 人，所以報酬偏低是一大問題。
 - 6.介護保險成功與否最重要的關鍵是 Care Manager，因其可以掌握被保險人的狀況，建立監測網路，並且可以找到有需要但未提出申請的人口。目前希望有 14 到 15 萬人的 Care Manager。
 7. 目前對介護設施並未評鑑，只能要求符合最低標準，只要合乎標準，事業機構都可以設立，設施標準由各市町村自行規定。目前經營者約有 3000 家。
 - 8.有關保險費負擔方面，二分之一來自稅收，二分之一來自保險費，此與德國完全來自保險費不同。二分之一稅收中，國稅占 25%，都道府縣及市町村各占 12.5%。保險費方面，40 到 64 歲由原健保組合徵收，65 歲以上由市町村規定，如果服務項目多，保險費亦較高，每隔三年估算一次保費，目前 2000 年至 2002 年，65 歲以上者每月平均要交 2900 日元的保險費。全國支付的總費用是 4 到 5 兆日元。
 - 9.在計算保險費之前，必須先對所有的市町村調查需要各等級服務的人數，再依據各等級的單價及上限等，計算出全國所需的總費用。
 - 10.有關介護保險導入前後對居家服務利用情形的比較，請參考表四。

表四 介護保險導入前後居家服務利用情形比較

服務項目	平成11年月平均	平成12年7月	平成12年11月
訪問介護	3,550,000回	5,000,000回 (增加41%)	5,390,000回 (增加52%)
通所介護	2,500,000回	3,330,000回 (增加33%)	3,400,000回 (增加36%)
短期入所	918,000日	644,000日 (減少30%)	877,000日 (減少4%)
痴呆性高齡者 集中照護所	266所	605所 (平成12年7月1日)	870所 (平成13年3月10日)

問題答詢：

問題一：居家服務與設施服務何者營運成本高？

答：從保險的角度來看，設施比較便宜。

問題二：沒有由年金扣繳保險費的老人，如何繳交保險費？

答：有三成的人沒有由年金扣繳者，必須自行至市町村繳納。

問題三：哪些人不會由年金扣繳保險費？

答：沒有年金或年金額每月在1,500日元以下者。

問題四：國民健保如何處理未按時繳納保險費者？是否會拒絕給付？

答：不會拒絕給付，但部分負擔會提高至三成。

問題五：對繳不起部分負擔者又如何處理？

答：市町村對低所得者有免除制度。

問題六：日本全民健保或介護保險的保障範圍是否亦涵蓋軍人及受刑人等特殊群體？

答：不論全民健保或是介護保險均係保障一般國民，軍人及受刑人等特殊群體並未涵蓋在內，而係由政府另行提供醫療服務。

問題七：老健局有無估算2015年介護保險支出占GDP的比率？

答：約為現行的2倍。

問題八：每位工作人口的醫療保險費與介護保險費占所得的比率為何？

答：目前約0.95%，到2025年可能達到2~3%。

三、參訪株式會社 學館及松戶市役所（即市公所）

日期：90年4月18日

接待人員：

學館取締役副社長 三浦 弘幸

松戶市介護支援課長 鈴木貞夫

單位簡介：

1. 學館

簡介

「株式會社 學館」是一家從事醫療相關服務的公司，經營的項目包括長期照護、保健用品的販賣、藥劑、醫療廢棄物的代處理，以及醫事技能的代訓等，營業項目十分廣泛。「株式會社 學館」是日本全國規模最大的長期照護經營公司(Provider)，在日本共有六百餘個長期照護的服務據點。由於日本長期照護保險的費用申請一律採媒體申報，因此該公司內設有大型的電腦教室，可以訓練各據點的申報人員。

當日參訪的「株式會社 學館」，位於千葉縣的新柏市，是一棟五層樓建築，面積約655坪，大樓中除了該公司外，尚有新柏光陽醫院(內科門診部)、新柏牙醫門診部及新柏在宅介護支援機構等三個部門。

參訪重點：

當日參訪重點是新柏在宅介護支援機構，主要是提供老人日間照護，服務的對象包括可行動及行動不便的老人，每日由機構派車前往老人的家中接至照護中心，每日服務的時間是上午8

時至下午 4 時。照護中心有完備的無障礙設施，主要的設施有生活起居室，提供老人休閒（電視觀賞、下棋、閱讀、社交）場所及膳食的場所，旁有一間和室，可讓老人臥床休息；浴室是特別需注意安全的場所，規劃有可自行入浴的澡池、需人員協助的浴缸、可將輪椅推入的浴缸，更衣室亦設備齊全並兼重隱私。膳食方面亦設有營養師。負責照顧的工作人員需有一定比率的護理人員，並著制服。照護中心亦備有簡單的復健器材，協助老人進行簡易的復健訓練。

簡報內容重點：

醫院中設有長期照護 Care Manager 的服務站，經過與 Care Manager 交換意見，發現大部分的 Care Manager 認為工作負荷過大，依據政府的規劃，希望每位 Care Manager 每個月可以服務 50 個個案，但因 Care Manager 除了需訪談、評估、為個案設計照護計畫、轉介與聯繫，需花費許多時間和個案建立互信和了解的基礎，並且須追蹤個案照護情形，因此每月如服務 20 至 30 名個案已負荷頗重。

除此，目前 Care Manager 每服務一名個案每月約給付 7,500 至 8,000 日元，在如此的工作負荷下，個案管理員普遍認為待遇偏低，亦是日本當局需重視的問題。

2. 松戶市

簡介

松戶市位於千葉縣，面積 61.33 平方公里，人口有 46 萬人，65 歲以上人口計 5 萬 8 千餘人，老年人口占 12.7%。松戶市以行政效率

高聞名日本全國，由於市長強烈的企圖心，對於民眾的事務希望能馬上辦、立刻處理，因此亦積極推動長期照護。

簡報內容重點：

松戶市役所（即市公所）於長期照護保險開辦後，成立介護支援課，來推動長期照護。市內計有老人照護機構（含介護老人福祉機構、介護老人保健機構、介護療養型醫療機構三種，後二種兼具醫療功能）14家，計744床。

提供居家照護的機構計有80家。以2000年（平成12年）的資料來看，經認定需長期照護及支援的老人約4千人，其中接受居家照護者約3千人，在機構照護者1千人。

鈴木課長表示，由於市公所在長期照護保險中是扮演保險人及執行單位的角色，的確使市公所與民眾的互動更為密切。政府在辦理長期照護保險時，一定要能妥善導入民間的力量，運用民間的專門技術，讓民間的單位來提供照護的服務。

介護保險開辦一年來，有以下問題尚待解決：

需照護者之認定手續繁雜：

老人是否需生活支援或照護，需由市町村公所來認定，申請的程序大致如下：

- * 本人或家屬提出申請。
- * 訪問調查：調查員至個案家中就生活的獨立性（可否步行、自行更衣、沐浴、外出、飲食、排泄等）醫療之需求等計85項逐一了解並填表。
- * 第一次判定：調查資料之後輸入電腦，由程式自動就各項目

予以評分。推定需照護時間。

* 主治醫師的意見：需加入參考。

* 第二次判定：由醫師、護理人員、社工等人士所組成之審查小組，就第一次判定及主治醫師的意見，綜合研判。

* 正式認定：市町村正式認定。

* 審查結果通知：於申請後 30 日內完成通知。判定的結果計分七種，包括：不需照護(拒絕給付)、需支援，以及需照護（又分為五個等級）。

如此申請的程序十分繁瑣，特別是部分的老人，會將長期照護保險與健康保險做比較，認為一樣都需繳交保費，健保可直接接受醫療服務，但長期照護卻需經審查、認定後，才能獲得服務，因此覺得不方便；並且部分判定的結果，與個案的預期有落差（如被判定為不需要或受照護等級太低等），亦會引起民眾抱怨。

照護機構之利用者激增：由於居家照護依個案需求，設定每月給付上限；但照護機構的使用者可獲得較豐富的給付內容（如提供住宿及平均較高之給付月額），因此二邊的給付並不均衡，使得機構的使用者似乎可以獲得較大的福利，因此造成照護機構之利用者激增，需考慮未來的財務負擔與給付之公平性。

Care Manager 的工作負擔過重與報酬偏低問題待解決。

問題答詢

問題一：介護保險的開辦，對市町村的影響為何？

答：市町村為了導入介護保險制度，設立新的單位與人力，另以往國家要市

町村作什麼，市町村就作什麼，但這個制度導入新的觀念，就是主動的觀念，也就是由市町村主動主導這個制度，雖然異常辛苦，但此一制度使得當地居民與市政府的關係更加密切。

問題二：是否日本每個市町村都有能力來辦理長期照護保險？

答：未必各市町村都有像松戶市的人才和效率，不過亦允許市町村可聯合設置認定審查會，以順利推動行政事務。此外，亦需民間企業的專業力量配合，才能將介護保險做好。

四、參訪國民健康保險中央會

日期：90年4月18日

簡報或接待人員：

理事長	北鄉勳夫
企劃部長	田中一哉
介護保險課長	加藤宏治
企劃調查課長	稻垣仁
老健局介護保險課法令係長	山口高志

單位簡介：

1. 單位組成

國民健康保險中央會（簡稱國保中央會），由設立於全國47都道府縣之公法人國民健康保險團體聯合會（簡稱國保聯合會）所組成，為一社團法人，係以發展國民健康保險事業，普及介護保險事業，提昇國民保健為目的設立之團體。

2. 組織編制與執掌

總務部

總務課—大會及理事會開會之秘書工作，定款及諸規程之管理，人事、檔案管理及職員福利等。

會計課—預算、決算、會計事務，監事會開會之秘書工作。

研修課—國保聯合會職員以及國保關係者之研修、企劃等。

企劃部

企劃調查課—醫療保險制度與關連事項之調查、研究，國保制度之改善企劃，國民健康保險統計之調查、分析等。

事業課—推動國保制度之改善，都道府縣間診療報酬業務之管理，超高額醫療費共同事業之實施，國民健康保險對策基金事業之推動。

保健介護部

保健事業課—國民健康保險保健事業之企劃、調查、研究，國保連合會事業之指導，支援保險人（市町村）之保健事業，老人保健等、在宅醫療等推進支援情報提供等。

介護保險課—介護保險關係業務之準備以及調查、檢討（介護保險審查支付開發，研究會研修以及說明會之實施，介護保險關聯之資訊）。

宣導部

廣報 1 課—機關報「國保新聞」、「國民健康保險月刊」、「國保情報」之發行。支援國保連會之宣導工作。

廣報 2 課—各種出版物之企劃、發行。

資訊部

資訊管理課—申報明細電腦處理系統、保險人事務共同資訊處理維護管理等，審查支付機械化之研究開發等。

審查部

審查管理課—診療報酬審查支付制度之研究，診療報酬審查支付業務，本會與國保連合會之聯絡及調整事宜等。

審查業務課—有關國保連合會審查診療報酬明細案件，專審每月西醫超過 20 萬點、中醫超過 4 千點之案件。

簡報內容重點：（簡報主要由山口高志擔任）

1.被保險人之分類：

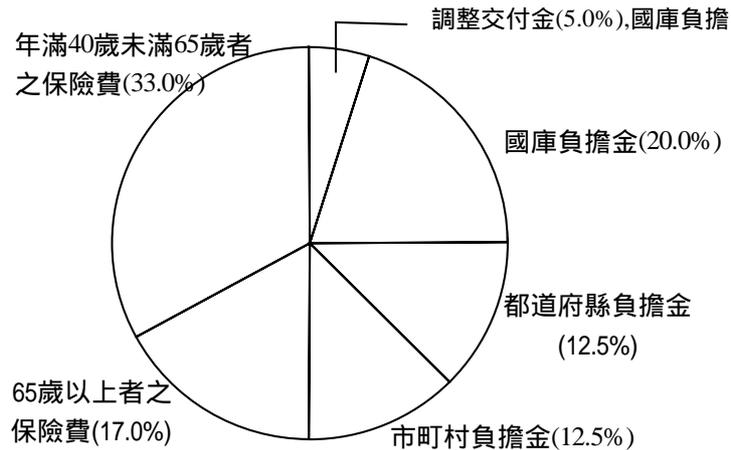
第一類被保險人：凡年滿 65 歲之國民。

第二類被保險人：年滿 40 歲未滿 65 歲參加醫療保險者(包括

被保險人及眷屬)。

2.保險財源：(詳圖一)

圖一



介護保險所需費用，由利用者自行負擔 10%，餘 90%由保險負擔。

保險之財源，50%來自政府(國庫負擔 20%+5%調整金，都道府縣 12.5%，市町村 12.5%)，50%來自被保險人(第一類被保險人占 17%，第二類被保險人占 33%)。國庫所負擔之 5%調整金，係用於調整各市町村間之財務能力差距，調整事由包括：市町村之高危險群高齡者占率較高時、低所得老人偏多時、其他因災害須減免保費之特殊情形。

3.被保險人保費之計算

第一類被保險人之保費採定額收取，但依所得能力分五級 (詳表五)，全國平均基準額約 2,900 元。

表五 第一類被保險人所得級別保險費計算方式

所得級別	適用對象	保險費計算方式
第一級	老年福利年金受益人	基準額×0.5
第二級	市町村住民稅非課稅戶	基準額×0.75
第三級	住民稅非課稅對象的被保險人	基準額
第四級	住民稅課稅對象，但合計年所得金額未滿250萬日圓者	基準額×1.25
第五級	不符合第一級至第四級要件者	基準額×1.5

第二類被保險人之保費分兩種，一為參加健康保險者(即受雇者部分)，其保費係以標準報酬(即投保金額分級表中之投保金額)乘以保險費率，由雇主負擔 50%，自付 50%；一為參加國民健康保險者(即所謂參加國保者)，其保費計算得依所得能力計算抑按人頭定額計算，其保費由國庫補助 50%。但受雇者之介護保險費率與醫療保險費率合計以 95%為上限。

4.保險人：市町村或特別區。

5.保費之收繳方式：

第一類被保險人之保費收繳方式有兩種：

特別徵收：年金月收入在 15,000 元以上者，由年金中直接扣繳。

普通徵收：年金月收入在 15,000 元以下者，由存款帳戶轉帳扣繳或持單繳納。

第二類被保險人之保費，併醫療保險(即健康保險)一併收繳。

6.保費滯納之處理方式：

針對第一類被保險人之處理方式：

保險給付時，欠繳之保險費已時效消滅者，則依欠費期間(欠費月數)，僅給予 70%之給付(亦即自負額由 10%提高至 30%)。

保險給付時，欠繳之保險費未逾時效者，除催繳外，欠費在一年以

內者，仍予給付；欠繳一年以上一年半以內者，則被保險人須先行全額自付，再向保險人申請退費，此時，保險人即自退費中扣繳保險費；欠費達一年半以上者則暫行拒絕給付。

針對第二類被保險人之處理方式：由醫療保險之保險人及介護保險之保險人，就被保險人之欠費情形，互通情報。至於是否對被保險人拒絕給付，由市町村個案判斷。

7.介護保險之給付項目：

須介護之認定由市町村處理。首先經過調查(調查項目 85 項)，調查項目以外之情形，由調查員另為記錄，此為特記事項，此外，並由主治醫師提出意見書。

經上項調查後，給予須介護程度之認定，介護程度分六個等級，一為須支援，二為須介護，須介護再分五級。

給付項目分居家服務及機構服務兩種。

居家服務之服務項目包括：

- 家務助理(home help)
- 入浴服務(home-visit bathing)
- 居家護理(home-visit nursing)
- 居家復健(home-visit rehabilitation)
- 日間照護(day care)
- 居家療養管理指導(home-visit medical treatment etc.)
- 日間照護(day service)
- 短期收容照護(short stay)
- 因應失智症患者的共同生活照護 (community life care for demented persons)
- 付費老人院入院照護 (long-term care at facilities which levy a charge)

- 福利用具租借、購買費給付 (loan or purchase of welfare equipment)
- 住宅修繕費給付(無障礙空間) (home renovations— handrails, removal for level difference)

機構服務之服務項目包括：

- 老人照護福利機構(特別養護老人之家)
- 老人照護保健機構(老人保健機構)
- 照護療養型醫療機構
 - * 療養型病床群
 - * 老人失智患者療養病院
 - * 經強化照護整備之病院

8.支付標準

居家服務：依須照護程度，自每月 6.2 萬元至 36.8 元之間，此外，有關福利用具給付部分，每年為 10 萬元，至於住宅修繕，一間為 20 萬元。

機構服務：

特別養護老人之家：每月約 32.5 萬元。

老人保健設施：每月約 35.4 萬日元。

療養型病床群等：每月約 43.1 萬元。

9.部分負擔之上限：

接受介護服務須自負 10%部分負擔，但對於高額介護服務，依所得能力，

部分負擔訂有上限，即：一般人為 37,200 元/月，低所得者為 24,600 元/月，老齡福利年金之受領者為 15,000 元/月。

此外，接受機構介護服務者，除部分負擔外，須自付膳食費。膳食費之負擔，亦因所得能力而不同，即一般人為 780 元/日，低所得者為 500 元/日，老齡福利年金之受領者為 300 元/日。

10.其他

日本介護保險實施第一年之預算，介護費用總額為 4.3 兆元，其中 1.9 兆元係醫療保險（老人保健制度）原應負擔之費用。

因介護保險之實施，各市町村處理介護認定事宜所需之事務費，由國庫補助二分之一。

為財政安定考量，由各都道府縣設置財政安定基金，其財源由國庫、都道府縣、第一類被保險人之保險費各負擔三分之一，以彌補因保險給付超支或保費收入短少所致之財政赤字。

為宣導實施介護保險，對於 65 歲以上被保險人應繳之保費，在實施初期之六個月，予以免徵，六個月以後至實施一年期間，保費減半徵收。以上保費之減收，由國庫補足。

問題答詢

問題一：日本介護保險之實施，政府負擔保險經費占 50%以上，是否對政府財政造成壓力？都道府縣有無因開辦介護保險而發生財政困難？老人的保費由年金扣除，對老人的影響如何？

答：1.在實施介護保險之前，即有老人福祉及老人保健制度，介護保險大部分的經費是由該二種制度轉移而來，所以不致對政府造成太大之財政壓力。

2.雖然各都道府縣的財政情形不一，但未聽說因開辦介護保險而發生財政問題的。

3.目前日本六十五歲以上者，大多有老人年金，所以基本上保險費由年

金直接扣除，不致影響其生活，但年金額度每月 15,000 元以下者，由其自行繳納，不由年金扣除。

問題二：需要介護者依等級不同而有不同的給付上限，此一上限是否全國一致？

答：原則上是全國一致，但有例外，如東京都物價較高，所以上限會稍微調高。

問題三：目前介護保險經費政府負擔部分由中央負擔二分之一，是否係沿襲以往的制度？

答：是的。

問題四：第一類被保險人保險費分成五個等級，此種作法是參照以往的制度或是獨創？考量的因素為何？

答：分成五個等級是獨創的，最初是提議全體繳交一致的保險費，但討論後，因老人所得高低差異很大，所以分成五等級。分成五個等級並無特殊考量，而又注意到不必繳市民稅的老人占 75% 的事實，所以未區分太多等級。

問題五：支付標準是否一點為十元？

答：是，但對物價較高的大都市如東京等，會作調整。

問題六：為何以 40 歲以上者為被保險人？

答：因 40 歲以上者其父母大多已年老，比較能接受，最初構想是以 20 歲以上為被保險人，但反彈很大，基於政治壓力，所以如此規定，未來有可能以 20 歲以上為被保險人。

問題七：引進介護保險之前對老人照護方式為何？對德國長期照護保險的評價如何？老人保險費的設定，是否考量其家人的經濟能力？

答：1.導入介護保險之前，由老人福祉及老人保健制度提供老人醫療及生活照顧。

2.各國對長期照護有不同作法，各有長短，德國長期照護保險保險對象涵蓋全體國民，是其優點，但有痴呆老人認定的問題，所以無法評論孰優孰劣。

3.老人的保險費分級，係以繳納的市民稅高低來決定，而市民稅已將子女的所得列入考量。另開辦介護保險，就是希望減輕子女負擔，所以保險給付未考量是否有子女照顧。

問題八：對於介護費用之申報請求，保險人如何審查？

答：審查作業(包括申報作業)均透過電腦處理。

五、參訪健康保險組合連合會

日期：九十年四月十九日

簡報或接待人員：下村健（副會長）

鈴木久雄（常務理事）

須藤武德（企畫部長）

片岡昭彥（企畫部社會保障研究室長）

單位簡介：健康保險組合連合會是為各組合（保險人）之代表，其功能為代表各組合向中央政府提供建言，或接受諮詢，行政經費來源為各組合繳交之會費。

簡報內容重點：

1. 下村健（副會長）：日本公共介護保險制度導入時間僅有一年，尚有許多不足之處，尤其是此一制度之建立太過倉促，如果台灣對此一制度有興趣，歡迎參考我們的制度，不要重蹈我們的錯誤，並以我們作為反面教師。我們會將所知盡量告知。

2. 須藤武德（企畫部長）：

本次簡報，將以事先提問的問題為重點，亦即將以公共介護保險的財源為主，並以各位對介護保險架構有所瞭解為前提作介紹。首先介紹第 2 號被保險人（即四十歲至六十四歲者）如何徵收其保險費，各醫療組合必須先調查各組合的被保險人數，以計算出每人每月應負擔之保險費，計算公式為：介護保險保險費率 = 給付總額 ÷ 第 2 號被保險人本人的每月標準報酬（薪資）總額，但因被保險人的扶養人數不同，所以負擔金額也不同。2001 年預算，最低費率為 0.6%，最高為 2.6%，平均為 1.114%，相差四倍以上。另健保組合徵收健保費的行政事務費，是由國庫負擔。過去介護保險與醫療保險是未區分的，費率上限是 9.5%，有些組合無法負擔，現在將二者分開後，就無此問題，因醫療保險的上限仍是 9.5%，介護保險則無上限。

其次介紹介護給付費用預估及第 2 號被保險人數（詳如表六及表七），以及第 1 號與第 2 號被保險人之比較（詳如表八）。

有關保險費分攤情形，其中政府負擔 50%（其中中央負擔 25%，都道府縣負擔及市町村各負擔 12.5%），被保險人負擔 50%（其中第 1 號被保險人負擔 17%，第 2 號被保險人負擔 33%），為何

被保險人是 17% 及 33%？這是依據全國國民人數算出來的比率。第 1 號被保險人的保險費大部分是從年金中扣除的，第 2 號被保險人則是與醫療保險一起徵收，最後交給市町村。

有關保險費的計算公式是依據全年的預估，也就是預算的金額，會與實際數不同，所以先採概算方式支付，後來才採實際的金額。介護醫療保險為何會改成介護保險，其中最重要的原因之一是，不需醫療但須照顧的人，但卻到醫院住院，稱之「社會性住院」，使得醫院投入大量資本，添購 X 光機、MRI、CT 等設備，但住院者不需使用那些設備，造成醫療投資的浪費，所以日本認為不如將經費用於成立另一種制度，以照顧這些需照顧而不需醫療者，效果會更好，並使國家在醫療方面的財政負擔減輕。介護保險推行以後，醫療支出雖比以往減輕，但幅度並不如預期。勞動省在平成 12 年投資了 19 萬張病床，但只達成 60% 的目標，平成 13 年將病床數目標數改成 12 萬 6 千床，過去使用病床者且需要介護有 19 萬人，但目前病床數並未達成目標。另一個背景是醫療院所經營者的選擇問題，也就是醫療經營者會觀察介護保險或醫療保險那一種制度的醫療報酬較高，如果是介護保險的報酬高，就會轉型為介護保險設施，否則就會維持現狀，更進一步的說，日本的病床數比實際需要的多，因為社會性住院的人佔住相當多的病床，厚生省最先的考量，是將這些社會性住院的人，轉到介護設施去，較為適當。目前似未如期望的由醫院轉出，但目前因缺乏數據，不適宜評估。平成 12 年導入介護保險時，確有很多老人轉至介護保險設施，醫療費用也減少，但一年後，有逐漸回復的現象，這並不是表示轉到介護保險的老人又回到醫療。最先我們一直在向國家宣導，讓使用醫療的人轉入介護保險後，可以減少醫療費用，為何不需住院的人要住院，這涉及到醫生的判斷，因考量到家中無人可以照顧這些人，所以有些可以回家的人還是讓他們住院，而只要住院，就會有醫療行為，如檢查、開藥等，我們認為這些人要讓他們轉入介護保險，如此，才可以減少不必要的醫療行為與浪費。

表六 介護給付費用預估

單位：億日元

區分	平成 13 年 (2001 年)	平成 12 年 (2000 年)	對前年度比 (%)
政管健保	4,338	3,925	110.5
船員保險	36	34	104.3
共濟組合	1,119	1,004	111.5
健保組合	3,434	3,138	109.5
小計	8,927	8,101	110.2
市町村國保	4,436	3,899	113.8
國保組合	526	489	107.6
小計	4,962	4,388	113.1
合計	13,889	12,488	111.2

說明：平成 12 年只有 11 個月的資料。

表七 第 2 號被保險人數預估

單位：人

區分	平成 13 年 (2001 年)	平成 12 年 (2000 年)	對前年度比 (%)
政管健保	13,379,677	13,573,725	98.6
船員保險	109,583	117,794	93.0
共濟組合	3,451,638	3,472,606	99.4
健保組合	10,591,555	10,850,773	97.6
小計	27,532,453	28,014,898	98.3
市町村國保	13,679,600	13,484,411	101.4
國保組合	1,622,849	1,690,766	96.0
小計	15,302,449	15,175,177	100.8
合計	42,834,902	43,190,075	99.2

表八 第 1 號與第 2 號被保險人之比較

	第 1 號被保險人	第 2 號被保險人
對象	65 歲以上	40 歲以上未滿 65 歲的醫療保險被保險人
給付要件	* 需要介護者 * 需要支援者	需符合老年痴呆、腦血管障礙等 15 種因老化引起之疾病
保險費負擔	市町村徵收	與醫療保險保險費一起徵收
保險費計收方式	* 依所得別繳定額保險費 (低收入者負擔減輕) * 一定年金額以上者由年金扣除，一定年金額以下者採普通徵收	* 健保：標準報酬×介護保險費率(雇主補助部分保費) * 國保：依所得別採定額徵收(國庫負擔部分費用)

問題答詢：

問題一：開辦介護保險的目的之一，就是要把原住在醫療院所的人轉到

介護保險，醫院經營者是否會有反對的聲音？另醫療經濟學有一理論，就是供給創造需求，所以如果將老人轉至介護保險，醫院是否會設法讓一些不必要住院的人住院？是否觀察到介護保險與醫療保險二者的費用同時上漲？

答：事實上導入介護保險，因各種立場不同，觀念及想法就會不一樣，對國民而言，老人需要長期住院，而日本老人因壽命延長，對日常生活能力有問題需要照護者，過去日本除老人福祉法外，完全沒有支援的制度，所以導入介護保險制度對國民而言是很好的，以保健的立場而言，將來可使醫療費用減低，以及使醫療資源適當的使用，這也是正確的政策，但是目前的問題是，因事先準備不夠充分，是否能正確的運作，不無疑問，在醫療機構方面，固然有因老化而造成機能退化，但也有許多因生活習慣引起的疾病，如暴飲暴食，醫療機構希望把這些人繼續留在醫院裡。在行政上，也是盡量支援醫院希望使其順利經營，但是目前經濟不景氣，這個政策已逐漸無法持續，現在政策已轉向讓醫院自求多福，這就涉及醫院經營者的選擇，如醫院的設施要提供何種功能，才能繼續經營下去，目前醫療經營者必須面對的問題是，繼續提供急性病照護或是轉型為照護慢性病的介護保險設施，也就是面臨轉型的過渡時期。

問題二：職業團體的組合如何與市町村配合？特別是保險費是由各職業團體的組合計收，但執行者是市町村，二者如何互動？

答：我們這個組織是運營醫療保險的全國性組織，與市町村的介護保險沒有直接的關連，唯一有關係的是，將各組合向 2 號被保險人收取的保險費，交至市町村。我們比較關心的是，將社會性住院的人轉到介護保險，使醫療費用能減輕，舉例而言，我熟知的某一醫院，有非常多住院超過二、三十年的病患，而這不應是屬於醫療的範圍。

問題三：負責審查醫療合理性的機構為何？

答：組合只能根據醫療費用申報書，來審查是否合理。

問題四：對不合理的醫療，是否可以扣除申請的費用？

答：要找出不合理的醫療是非常不容易的，因每月只有一張申報單，除非長期保留，才有可能找出，但即使發現，我們認為是社會性住院，醫院卻認為是醫療。如果是非常明確屬社會性住院的，是可以扣錢的。在導入長期介護保險之前，我們及醫院對社會性住院大多是睜一隻眼閉一隻眼。

問題五：對第 2 號被保險人使用介護醫療服務的適當性，是否會加以審查？

答：沒有。

問題六：開辦介護保險之後，經營不下去的醫療院所，是否會轉向被保險人收費？

答：日本醫療保險與長期介護保險有一個很大的不同點，就是要使用介護保險前必須經審查確認，所以較不會濫用，但醫療只要自認有需要就可以住院，不需認定的過程，以日本目前的環境，如果醫療院所經營不下去，就必須改行或想辦法招攬病人。

問題七：第 2 號被保險人大多為受雇者，其雇主是否負擔部分的保險費？

答：日本年金保險、醫療與介護保險，原則上雇主與被保險人各負擔 50% 的保險費。

問題八：目前經濟不景氣，既然雇主要負擔保險費，是否會反對開辦長期介護保險？

答：在介護保險立法前，雇主提出很多要求，我們也參考他們的意見後再訂定法律。最先反對導入長期照護保險的是經濟界，因他們認為使用介護保險者，大多是對經濟沒有貢獻的退休者，但政府也考慮到輿論。介護保險對企業主而言，負擔的確加重，所以會反彈也是能理解的。

問題九：企業主是否因此而出走？

答：沒有，反而變成企業主與政府討價還價的手段。

問題十：企業員工負擔社會安全的支出，包括年金、健保、介護保險等，佔其薪資的比率為何？

答：可能很高，但目前並無確實的資料。

問題十一：費用每三年要作調整，預期前三年的改革方向？

答：此一問題，應請教厚生勞動省，我們所考量的是這三年的費率，必須是收支平衡，所以，預期三年後費率一定上升，理由是：介護保險的利用者增加，以及必須增加或擴大很多服務設施。

問題十二：貴單位是否辦理職業災害業務嗎？

答：不是，職災屬於厚生勞動省勞動部門的業務，唯一相關的業務是，如果是因工作發生的傷病時，必須判斷是否為職災或一般傷病，也就是付錢單位是勞動部門或是醫療保險。

問題十三：職災費用佔總醫療費用的比率為何？

答：我們與職災沒有直接關係，職災涉及企業的信譽，若企業職災發生率高則費率也會提高。

問題十四：住院費用，是向誰申請？是病人自己申請嗎？

答：如果是普通傷病，是向健保申請。如果是申請職災，必須經過認定程序。日本劃分得很清楚。

問題十五：職災的虧損如何處理？

答：日本職災的發生率很低，因此職災保險從未有赤字，只是近來申請的案件較多，而職災涉及到年金部分，所以對年金保險財務影響較大。

問題十六：醫療保險的費率有上限，若醫療給付發生虧損，如何處理？

答：日本因高齡化迫使醫療費用上漲，目前還在工作的人口，醫療保險的財務

是不會出現赤字，問題出在 70 歲以上的退休人口，其醫療費用使醫療保險變成赤字，到西元 2002 年時，可能會發生付不出錢的窘況。我們只能期待政治解決，因今年夏天會有參議員的選舉，雖然政治的力量不透明，但仍寄予厚望。目前日本政府效率不佳，難以期待可以解決這麼複雜的問題。老人醫療會變成赤字，有一個很大的原因，就是過去日本因經濟很景氣，所以有很多措施對老人採免費方式，包括老人保健制度，至今無法改變。中國人很尊重老人，與日本人相像，但建議不要學我們，以免犯下同樣的錯誤，據我們瞭解，中國大陸的問題可能更嚴重。

六、參訪財團法人醫療經濟研究.社會保險福祉協會

日期：九十年四月二十日 14:00-16:00

報告者：

主任研究員 井原辰雄

研究員 柴崎祐美

單位簡介：醫療經濟研究機構(IHEP, Institute for Health Economic and Policy)於昭和 39 年 12 月 28 日設立，現有職員 27 名，組織設有所長 副所長專務理事及研究員多名，另分五部門包括研究部，國際部，調查部企劃涉外部及研究總部主要工作項目有：一、調查研究事業：包括國民醫療費用、診療報酬範圍、高齡社會介護需求與制度實施之研究；二、機盤整備事業：與醫療經濟研究相關資料蒐集與整理及國際交流等活動之參與；三、普及器啟發事業：各種行政資料、法令集等之編集發行、機關雜誌月刊等定期刊物之發行。本次報告內容以該機關目前辦理與介護保險相關之研究調查，該份報告目前尚未完成。

參訪及簡報重點：

- 1.長期照護內容：日本長期照護給付內容包括：居家服務含訪問介護、家事服務、入浴服務、居家護理、日間照護、短期收容、癡呆患者共同生活照顧、福利用具租借及購買費給付、住宅無障礙空間修繕；機構服務包括 介護老人福祇機構； 介護老人保健機構； 介護療養型醫療機構，又分為： 醫療型醫院； 老人痴呆療養醫院； 照護強化醫院。機構服務每月支付費用約為居家服務的兩

倍。本制度實施一年多以來，民眾反映對機構型之服務需求漸增，因機構服務之服項目較多，民眾獲得之醫療亦較居家服務為多；唯因國家預算有限，且目前機構式服務其環境及設備之適當性亦值得商榷。近來亦有傾向採多人集中式之居家服務為特殊老人提供服務之規劃傾向，惟究宜採個人式或以集中式何者為佳，仍為目前大家議論之話題。

2. Care Manager：由於介護保險制度有明確的規定及給付標準，故對於 Care Manager 並無專業限制。其需具備資格為兩年（含實習）之介護學校畢業並考試及格或有五年以上任何工作經驗並參加介護員考試及格者均可擔任，但仍以具有醫護背景者或從事相關工作者（例養護中心工作人員）參加考試為多。由於制度內沒有嚴格的專業限制，許多簽約機構均派員參與考試取得 Care Manager 資格，可同時擔任相談及評估之角色。因此，居家護理師及養護中心看護均可能同時擔任介護員之評估及執行服務之雙重角色。官方規定每位支援專員每月應負責 50 個個案，惟實際上 Care Manager 每月處理 20-30 個個案即已感吃力，加以待遇偏低，無法以此維生。為提高 Care Manager 工作效益，鼓勵其採電腦連線作業、加入團體以集體運作方式等均可改善工作現況。

3. 家事援助員(Home Helper)：介護保險實施初期，以申請家事援助者為最多，但因該項給付較少，且不含交通費用，加上部分使用者對

服務內涵不瞭解常有不合理之要求，致從事者人數極少，亦有人執疑家事援助之適當性；據調查家事援助對獨居老人確有其必要性，應予提昇，所以未來該項服務給付標準可能會予提昇。

4.老人醫療轉介護保險情形之調查：原預計介護保險實施老人醫療支出可下降約 1 2 %將有助解決社會性住院個案，以及健保財務壓力之紓緩，但目前觀察到下降幅度未如預期；究其原因為：機構照護之給付金額相對較高、家屬不必照顧，不必支付住宿成本、所以流向機構者愈來愈多；另外因醫療與介護目前切割不清楚、醫院會選擇有利者申報、醫院經營模式的轉型醫界尚在觀望，所以也是一項尚待解決的重要問題。

問題答詢：

問題一：家事援助之內容包括項目為何？申請者是否僅限於獨居者？

如何申請登記？

答：大部分服務項目為支援沐浴、穿衣、洗衣等，申請者並無限制獨居者，但援助對象僅限於申請之老人，其他人的家事不可要求援助。可向事業所契約單位申請登記。

問題二：貴所在辦理相關研究中，機構屬性、研究經費來源及所扮演之角色為何？

答：本所屬財團法人，並無政府預算補助，研究主題與學術相關者較多，另研究調查項目及評估結果主為反映民意，作為未來政策擬訂

之參考。

問題三：貴所對日本介護保險有無進一步之評估？

答：評估的方向及方法正研擬中；本所對現行醫療院所體制亦有進行評估，目前九千家院所經本所進行評估者約計有五百所。

問題四：貴所對 care manage 之定位、服務範圍、及人力配置有無作建議？

答：目前研究報告仍未產生，至達成合理的訪問人數、增進效率仍以建議採集團方式、導入電腦等反映成本措施幫助提昇。

問題五：貴國醫療保險與介護保險仍相當模糊，但費用又明顯的增加中，在整合方向有無評估？

答：社會福祉、老人保險及介護保險其功能各有不同，服務對象亦有差別，目前國內醫院以病床數在 200 床以下之小型醫院居多，政府希望將部分病床轉為療養床，但在現實面仍有困難，但不可否認的是該項政策實施有助減少失業人口增加就業機會。

問題六：有無評估介護保險的財源及其分擔的適當性？

答：尚未評估，但目前正在進行各市町村高齡人口及使用率的研究，希望能藉以瞭解經費分配是否合理，作為將來財源調整的依據。

問題七：care manage 由何單位主管，information 向何單位洽詢？

答：直屬當地事務局，為民間公司，需經考試及格者才可擔任。

陸、考察心得

世界先進國家，不論是日本、美國或台灣，老年人口會愈來愈多，而世

界衛生組織對健康的定義，是身心與社會的完全安寧，日本開辦長期照護保險即在實現這樣的理念，令人佩服。

長期照護保險制度的實施，紓解了日本社會性住院長期不當占住病床的壓力，並對老人提供適當的照護，但實施一年來，也發現不少問題，如：醫療保險與長期照護保險提供的給付，難以清楚劃分、費用控制未如當初規劃時所預期的、長期設施設置標準未確立，以及設施數量不足等問題。

此外，日本長期照護保險由全國三千餘個市町村來執行辦理，雖可顧及地方特性與地域的特殊需求，但就行政層面而言，是否符合成本效益？如果將辦理的單位擴大（如依生活圈將鄰近市町村合併辦理，設置聯合辦公中心）是否會更節省行政成本或提高效率？是值得探討及繼續觀察的。

在參訪各機構方面，中央社會保險醫療協議會與我國全民健保費用協定委員會的運作非常類似，但是其所負責掌管的事項較細，主要是訂定醫療報酬標準，類似我國中央健保局醫務管理處訂定支付標準藥價基準等事務。這些細目若是僅以如中央社會保險醫療協議會透過協商的方式進行，就容易受到各界的壓力，而且不易達成控制所有醫療費用總支出的目標。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與各界協商醫療費用總額的目標，並且附加品質改善等等條件，而統一由中央健保局與各界協商支付標準甚或訂定藥價基準的方式進行，可能我國全民健康保險的運作要有效率的多了。

「株式會社 學館」是一家從事醫療相關服務的公司，從參觀的過程

中不難發現該公司是有計畫地經營長期照護，特別是將新內科門診部、牙醫門診部及日間照護等三個部門置同棟大樓，顯然接受照護的個案身體不適時，可立即至門診部診療，除可方便患者外，亦有利於醫療部門的財務收入。但是，是否會因此誘發不必要的醫療需求，增加健康保險方面的財務負荷，是值得關心的議題。同樣地，台灣目前部分的地區醫院營業情況不佳時，時有透過安療養機構患者定期門診或住院，來提高醫院收入的情形，其中究竟有多少是供給者所創造的需求，是目前中央健康保險局正在積極處理的問題。

柒、考察建議

- 一、面對少子化時代之來臨及高齡人口逐漸增加之趨勢，我國有必要加緊推動長期照護保險之開辦。
- 二、在進行推動長期照護保險之開辦，需對下列事項，預先作好規劃：
 - 1.為精算保險財務，有必要就全國之需求做一普查。
 - 2.以日本為例，政府負擔一半以上長期照護保險財源。未來如我國要開辦長期照護保險，必定會面對相同的問題，政府必須及早籌措財源。
 - 3.在日本，65歲以上被保險人之保費係由年金中扣繳，我國目前尚未實施國民年金，但似可考慮從老人津貼(敬老津貼或老農津貼)扣繳。
 - 4.要做好長期照護保險，軟硬體設施之準備妥當至為重要，政府宜及早確定政策走向，訂定相關法規，輔導民間投入此一產業；尤其在人力培訓方面，是否須與教育單位配合，廣設相關科系。
 - 5.必須透過社區將長期介護與醫療資源加以整合。
 - 6.如何防止介護保險與醫療保險間費用之不當轉移，亦為重要課題。
- 三、Care Manager 在日本長期照護保險中扮演重要的角色，直接關係到被保險人是否能獲得適切的照顧，並且因為老人人口眾多，Care Manager 的需求亦隨之增加。日本目前的 Care Manager 主要成員，來自有五年執業經驗並經考試合格的醫師、護理人員、藥師及其他醫事人員、社會工作人員等。未來台灣推動長期照護，勢必面臨個案管理員的來源與培訓問題，如何培訓良好的 Care Manage，需要衛生、教育、考試等主管機關互相配合，並事先作好規劃。

- 四、台灣目前因為醫療的普及與民眾自我照顧意識逐漸提高，各基層衛生所的功能與角色逐漸地轉變，未來台灣大批的公共衛生護士經過培訓，應可投入 Care Manager 的工作。
- 五、日本的長期照護保險由市町村（相當於台灣的鄉鎮市區）執行主辦，對地方基層單位無非是莫大的挑戰，雖然日本長期照護保險法中明訂中央政府及都道府應對市町村提供財務及事務支援，但顯然市町村仍需具備優良的行政能力，才能順利推動長期照護業務。未來台灣如辦理長期照護保險，亦可考量由各縣市或鄉鎮市區來執行，但其人力與人員培訓等相關事宜，相關主管機關應預先妥善規劃。
- 六、我國未來若單獨開辦長期照護保險，則勢必由健保局負責統籌計收保險費，健保局之人力是否能負荷，有待考量。

附錄

日本長期照護保險制度概要

