

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：出國考察)

赴日本考察「觀摩長期照護（老人照護）相關知識及經驗」

出國人	服務機關	職稱	姓名
	行政院衛生署中部辦公室	副研究員	謝國珍
		科員	梁 妙
	竹東醫院	副院長	趙崇良
	苗栗醫院	護理主任	涂淑貞

出國地區：日本

出國期間：90年12月19日至23日

報告日期：91年3月14日

Jo/
c09100854

[]

行政院及所屬機關出國報告提要

出國報告名稱：赴日本考察「觀摩長期照護（老人照護）相關知識及經驗」

頁數：31 頁 含附件： 是 否

出國計畫主辦機關/聯絡人/電話

行政院衛生署中部辦公室 孫立志 049-2332161-228

出國人姓名/ 服務機關 /單位/	職稱	電話
謝國珍 行政院衛生署中部辦公室 品質促進科	副研究員	049-2332161
梁妙	品質促進科 科員	049-2332161
趙崇良 竹東醫院	副院長室 副院長	03-5943248
涂淑貞 苗栗醫院	護理科 護理主任	037-261900

出國類別： 1.考察 2.進修 3.研究 4.實習 5.其他

出國期間：90 年 12 月 19 日至 23 日

報告日期：91 年 3 月 14 日

分類號/目

關鍵詞：介護保險（老人照護保險）、長期照護（老人照護）、老人醫療保險制度

內容提要：

日本是超高齡化社會，老人照護（長期照護）成為國家最重要的課題之一。透過介護保險法（老人照護保險法），日本政府將老人保健福祉計劃及老人照護保險事業計劃合一，同時希望也將老人醫療保險制度一起納入，但因醫師團體的反對使目前老人醫療保險仍和介護保險分開。我們先分別和日本厚生勞動省保險局總務課老年醫療企劃室及厚生勞動省老健局總務課的官員會談目前老人醫療保險制度和介護保險制度在全國實施的情形，然後實地去參訪兩個整合老年人護理福利設施（特別養護老人之家）及老年人護理健康設施（老人保健設施）的機構，一個是地方政府的設施（武藏野市高齡者整合中心），一個是民間的設施（高齡者總合福祉設施吉祥寺之家）。日本的經驗由一年來的初步統計可做為我國做老人長期照護的參考，而日本官方及民間合力去實施老年照護保險制度的精神也很值得我們借鏡。但日本因客觀形勢將老人醫療保險制度和介護保險制度分開，使整個保險費用上漲而近破產也值得今後我們實施同性質制度的警惕。

目次

壹、考察目的與行程	1
貳、日本介護保險制度簡介	2
參、行程內容報告	7
一、老人醫療保險制度.....	7
二、介護保險制度進一步資料.....	16
三、武藏野市高齡者整合中心.....	24
四、高齡者總合福祉設施吉祥寺之家	26
肆、心得建議.....	30

壹、考察目的與行程

本項考察主要目的在瞭解日本在實施介護保險制度後對老人照護（長期照護）病患服務員、個案管理員培訓及管理制度、高齡者單一窗口服務之支援運作模式、病患照護與福利政策現況及支持系統之建立、保險實施現況、民間團體及志工在整個長期照護服務的角色與功能，希望經由拜訪政策之主管機關及機構之實地訪查瞭解日本現行長期照護推展狀況，作為國內推展之參考。

本次考察透過亞東關係協會與日本交流協會安排及台北駐日經濟文化代表處的協助與聯繫，其考察行程如下

- 90年12月19日（星期三） 台北啟程，抵日本
- 90年12月20日（星期四） 拜會日本交流協會，在該協會聽取厚生勞動省保險局總務課老年醫療企劃室副室長及厚生勞動省老健局總務課副課長簡報資料。
- 90年12月21日（星期五） 拜會武藏野市役所高齡者福祉課及參訪武藏野市高齡者綜合中心。
- 90年12月22日（星期六） 參訪吉祥寺北町高齡者總合福祉設施吉祥寺之家。
- 90年12月23日（星期日） 東京返回台北

貳、日本介護保險制度簡介

日本實施介護保險制度已經一年有餘。介護保險制度的「介」在日文的意義是「厄介」，即較麻煩的照顧，原來是要把老人的醫療照顧及生活照顧合在一起，所以訂此名稱。日本預測在 21 世紀中半國民 3 人當中會有 1 人是 65 歲以上的高齡者，為全世界僅見的超高齡化社會。現在國民最不安的問題之一是老人照護。經過多年奮鬥，日本在新世紀初誓言展開新的「介護保險法（老人照護保險法）」。改革後的「介護保險法」計劃在 5 年後雇用 100 萬人，收集社會情報，並在全國所有的地方公共團體內，將老人保健福祉計劃及老人照護保險事業計劃合一。不僅日本將是高齡化社會，世界各國也迎向「高齡者世紀」。因此由「介護保險法」實施開始，日本對老人保健的政策將是各國視線的焦點。

對於急速進行的高齡化社會，日本政府在 90 年代開始實施一個至 1999 年 10 年間的計劃——「高齡者保健福祉推進 10 年戰略」，通稱為「黃金計劃（gold plan）」。希望透過黃金計劃在 2000 年 4 月介護保險制度導入時，所需的準備都已完成。但因低估預期的高齡者數目，至介護保險制度要實施前，在宅介護服務的供給量估計只有全國平均需要量的 83%。因此，日本政府在 1999 年底時訂了一個新的五年計畫，稱做「新黃金計劃」。在這計畫中，將家庭支援者（home helper）的數目從原估量 17 萬人增加 1.5 倍，使在宅介護服務更加充實。五年計畫以後，日本政府有見於 2025 年高齡者數目將是目前的兩倍，估計達 520 萬人，家庭支援者據此換算需 35 萬人，訪問看護所的數目也需 9900 個。因此目前日本政府正在修訂新黃金計劃，不久將推出一個更新的計劃——「黃金計劃 21」。

日本政府規劃的介護保險制度（老人照護保險制度）服務的項目包括：

1. 寓所（在宅）服務，含 12 種：

家庭訪問服務：

- (1) .訪問照護（家庭支援服務 home help service，家庭支援者的訪問）
- (2) .訪問看護（護士等的訪問）
- (3) .訪問康復（復健）（康復專職人員的訪問）
- (4) .訪問入浴（入浴組的訪問，入浴生活護理訪問）
- (5) .寓所（居宅）療養管理指導（醫生，牙科醫生，藥劑師、營養師，牙科衛生師等的指導）

當日往返服務（day service），生活護理服務設施（每日服務中心）的當日往返，含：

- (6) .通所照護（當日往返照護設施的生活護理，每日看護 day care，含機能訓練、飲食、入浴等）
- (7) .通所康復（復健）（分當日往返老年保健服務設施及康復中心兩種）

短期入設施服務（short stay），含以下兩種：

- (8) .短期入設施生活照護（特別養護老人之家短期入院）
- (9) .短期入設施療養護理（老年人保健設施暫住）

福利用具的租借，採購及住宅的改建，含：

- (10) .福利用具（輪椅、特殊病床特用床等）的租借，支付福利用具（坐式便池、入浴用椅等）的購入費及支付住宅改建費（安裝扶手，取消階梯等）

針對痴呆症的共同生活護理：

- (11) .老年痴呆症患者的集體療養所

特定設施入院者生活護理：

(12) .收費老年公寓內的護理

2. 居家照護支援：護理服務計劃的制定

3. 設施服務，含以下3種：

(1) .護理老年人福利設施（特別養護老人之家）

(2) .老年人護理健康設施（老人保健設施）

(3) .照護療養型醫療設施（備有護理人員細心周到護理的醫院等）

4. 養老型病床群，含

(1) .老年性痴呆症患者療養病房

(2) .強化生活護理的醫院（平成14年度，2002年，未實施）

但實際實施時第四類的養老型病床群因醫師會的杯葛一直無法如期進行，將在下述。

日本政府原規劃介護保險制度（老人照護保險制度）的實施行程表如下：

平成13年（2001年）10月至12月：設立社會保障審議會照護給付費的分科會調查事業者的經營實態

11月11日舉行照護支援專門員實務研修授課測驗調查和「要照護」（定義下述）認定有關事情

平成14年（2002年）1月至3月：訪問通所服務及短期入所服務支付限度基準額的一元化

提示對作成介護保險事業計畫及老人

保健福祉計畫的基本考量

提示預估照護服務量的工作表

分發「給付分析軟體（改定版）」

平成 14 年（2002 年）4 月至 6 月：公告對策定照護保險事業計畫
改正後的基本指針

公佈介護保險經營概況的調查結果

認定「給付分析軟體（改定版）」至
平成 15 年（2003 年）3 月間開始試行
整理市街村、都道府縣服務量的預估
（中間值）

平成 14 年（2002 年）7 月至 9 月：照護報酬大綱設定

平成 14 年（2002 年）10 月至 12 月：整理市街村、都道府縣服務
量的預估（最終值）

修改「黃金計劃 21」（公佈服務量的
最終值）

平成 15 年（2003 年）1 月至 3 月：策定市街村介護保險事業計畫
策定都道府縣介護保險支援事業計畫

平成 15 年（2003 年）：改定照護報酬

修改後「黃金計劃 21」開始實施

認定「給付分析軟體（改定版）」開始實
施

但至目前為止的實施情況如下：

平成 11 年（1999 年）11 月，日本政府為了順利實施介護保險制

度開始試行特別對策，如高齡者保險費的特別措施。

平成 12 年（2000 年）4 月，正式實施介護保險法，但仍不敢全面施行，只暫定從照護計劃（care plan）開始。期間產生一些問題，如為了要實施訪問通所服務的短期入所設施（short stay）而實行的兌現（金）使用被人指出有使用限度的問題；用電腦做介護認定的一次判定被人指出在痴呆性高齡者的評價有問題。

同年 9 月為了落實介護保險制度，執政黨和在野黨協商同意一些改善方向，包括在訪問介護的對象上公佈家事援助範圍內的保險給付；在短期入設施方面將訪問通所服務的支給限度額一元化；在低所得者對策上委託社會福祉法人使利用者負擔減輕的對象擴大；整備介護的基盤以及照護經營者（care manager）資質的提昇。

同年 10 月開始半額徵收高齡者保險費，在 107 個市街村收納率達 98.6%。

平成 13 年（2001）開始全額徵收高齡者保險費。

參、行程內容報告

一、老人醫療保險制度

20日上午至日本交流協會會議室，先和技術文流部的鹿養香小姐會合，再與前來的厚生勞動省保險局總務課老年醫療企劃室副室長（室長補佐）榎本健太郎會談。

日本衛生署的組織已更改，原稱厚生省的衛生署已和勞働省合併改稱為厚生勞働省。舊制厚生省下有一房一廳九局，局下設部。新制厚生勞働省有一房一官十一局八部，目前部、局地位已平等。保險局下設總務課、保險課、國民健康保險課、醫療課及調查課。

保險局主要的工作是規劃健康保險、國民健康保險、船員保險及老人醫療等的醫療保險制度。今後日本會走向真正的少子高齡社會，為使全國國民能安心接受醫療，保險局致力於長期安定的醫療保險制度。為了提供有效率的高齡者必要醫療，逐漸增加的老人醫療費再規劃在現今社會主幹的世代及高齡者世代同意下由兩者公平負擔的組合。

榎本和我們主要談老人醫療保險制度，包括國民醫療費、老人醫療費及醫療制度的改革。剛開始我們以為醫療保險制度就是我們參訪主要考察的介護保險制度或其中一環，但下午和厚生勞動省另一官員真正談到介護保險制度發現內容諸多不同，經詢問結果是日本醫師會的權力很大，一直杯葛介護保險制度的實施，因此醫療方面有另一套的醫療保險制度，其中受惠的老人在此醫療保險制度內是老人保健制度（事實因和介護保險制度分開，在會議內所提的資料有些稱為老人醫療制度），且老人指70歲以上，和介護保險制度內老人指65歲以上不同。老人保健制度內的老人承續自己在年輕時的保險。若年輕時是自營業者或無職者自己會加入國民健康保險，若年輕時是薪水階級者自己會加入被用者保險。未達70歲已退休時另會加入退休者醫療。

國民健康保險的要保者是市街村，目前日本全國共有3245個保險單位，保險金繳納方式是以家庭為單位，分定額繳納及依負擔能

力繳納兩種。給付不足的部份由國庫負擔，約佔給付費的 50%。被用者保險又依企業大小分政府掌管健康保險（適用於中小企業，只國家 1 個保險單位）及公會掌管健康保險（適用於大企業，共 1780 個保險單位）兩類。保險金繳納全部以底薪的 8.5% 計算，在中小企業的職員自己負擔一半，另一半由國家負擔，年終獎金要提供 1% 做保險金。給付不足的部份約一半由國庫負擔，佔 13.0% 的給付費，另約一半由厚生勞動省出，佔 16.4% 給付費；而在大企業的職員自己負擔 3.7%，另 4.8% 由雇主（事業主）負擔，年終獎金要提供 0.9% 做保險金。給付不足的部份另編列預算補助。退休者醫療的保險金除少部份自行負擔外，由被用者保險制度內的退休者給付處出錢，不足部份另有互助合作社承擔。

使用國民健康保險的人有逐年增加的情形，在昭和 50 年（1985 年）70 歲以上老人約有 60% 使用這種保險，昭和 60 年（1975 年）增至約 65%，至平成 11 年（1999 年）已將近 75%。使用國民健康保險的家庭家長職業別的改變在昭和 40 年（1965 年）自營業者是 23.5%，平成 11 年（1999 年）是 18.6%；農林水產業者由 38.9% 降至 5.6%，被雇用者由 18.0% 升至 27.3%，而無職者由 6.1% 大幅升到 38.4%。細查最後一項發現平成 11 年無職者家庭中 55.5% 的家長是 70 歲以上的老人，可能原因是年輕人成家後仍和雙親住一起。

在醫療保險制度下入院患者的負擔在昭和 47 年（1972 年）12 月以前未實施老人醫療費支給制度時，使用國民健康保險的人要負擔 3 成，使用被用者保險的人要做定額負擔，而被用者保險的家屬要負擔 5 成。從昭和 48 年（1973 年）1 月至昭和 58 年（1983 年）1 月日本實施老人福祉法，其中老人醫療費支給制度內規定老人住院費全免，一般人使用國民健康保險的人要負擔 3 成，使用被用者保險的人在低額度下定額負擔，高額度下負擔 1 成；被用者保險的家屬在低額度下要負擔 3 成，高額度下負擔 1 成，而門診要負擔 3 成。昭和 58 年（1983 年）2 月起老人保健制度開始實施，但步調不一。在老人方面，剛開始是定額負擔，入院日付 300 日圓、門診月付 400 日圓，隨物價波動，至昭和 62 年（1987 年）1 月分別改為 400 日圓及 800 日圓，至平成 4 年（1992 年）1 月升到 600 日圓及

900 日圓。平成 9 年（1997 年）9 月起要要反映醫療費的上漲加入藥費部份負擔，入院日付額及門診月付額也分別改成 1000 日圓及 500 日圓，門診且規定至多一個月給付四次。平成 13 年（2001 年）1 月因應高額醫療費的創設不再規定藥費部份負擔，改用定率負擔，負擔比率為醫療費的 1 成，但同時規定月額上限，在小醫院門診每月最高負擔 3000 日圓，大醫院門診每月最高負擔 5000 日圓；而入院不管醫院大小每月最高 37200 日圓，低收入者酌量減輕。但在診所看病仍可選擇定額負擔。相對的，一般非老年人的負擔在昭和 48 年（1973 年）實施的制度一直沿用到平成 9 年（1997 年）9 月，以後使用國民健康保險的人入院要負擔 3 成，門診除負擔 3 成外要加上藥費部份負擔（一天 20 日圓）；使用被用者保險的本人入院及門診都負擔 2 成，門診另加藥費部份負擔；被用者保險的家屬入院負擔 2 成，門診除了要負擔 3 成外另加藥費部份負擔。平成 6 年（1994 年）起又開始加收住院伙食費。

日本政府的財務負擔在平成 13 年（2001 年）共 826524 億日圓，其中用於社會保障的金額是 21.2%（175552 億日圓），而給地方政府的是 20.4%（168230 億日圓）。社會保障的金額中有 41.1%（72083 億日圓）用在醫療費，30.2%（52954 億日圓）用在年金，7.9%（13902 億日圓）用在老人照護。在醫療費方面，日本政府估計老人醫療費要 11.0 兆日圓，相對的一般非老人的醫療費要 17.7 兆日圓。其中有 30% 的公費醫療費中國庫要負擔 20%，約 2.0 兆日圓；其它 70% 中公會掌管健康保險部份國庫不必負擔，但政府掌管健康保險中 16.4%（約 0.4 兆日圓）要由國庫負擔，國民健康保險中 50%（1.1 兆日圓）要由國庫負擔。相對的一般非老人的醫療費中公會掌管健康保險國庫仍不必負擔，政府掌管健康保險中 13%（約 0.5 兆日圓）要由國庫負擔，國民健康保險中 50%（2.2 兆日圓）要由國庫負擔。

老人醫療制度的對象除 70 歲以上的老人外還包括 65 歲以上長期臥床的人。保險費以自己能負擔的能力來向市街村繳交，市街村目前將醫療給付和保健事業一併實施。平成 12 年 9 月估計有 1480 人加入老人醫療制度，其中原是國民健康保險者約 1140 萬人，約可

收到 7300 億日圓的保險費；原是被用者保險的本人約有 50 萬人，約可收到 1700 億日圓的保險費；原是被用者保險的被扶養者約 290 萬人，此部份的人不負擔保險費。再加上入院伙食費的收入，估計共可收到 0.9 兆日圓的保險費。由國民健康保險、政府掌管健康保險、公會掌管健康保險及互助合作社等出金 7.1 兆日圓的保險費，其餘 3.0 兆日圓保險費的公費中的 2/3 (2.0 兆日圓) 如上述是國庫要負擔，縣 (相當於我國的省) 要負擔 1/6，市街村要負擔 1/6。

國民健康保險、政府掌管健康保險、公會掌管健康保險等各種保險出金數的算法如下：

$$\text{保險費} = (\text{該種保險的醫療費}) \times (\text{老人加入率的全國平均} / \text{該種保險的老人加入率}^*) \times (1 - \text{公費負擔率})$$

*老人加入率訂有上下限，分別為 30% 及 1.4%。

因加入國民健康保險的人數過多，保險費的分擔並不公平。加上經濟不景氣、人口高齡化以及介護保險制度 (老人照護保險制度) 的實施，要保者的財務已出現危機，如何調整是今後的課題。以下是幾個考慮方向：

1. 適當抑制老人醫療費的成長
2. 老人和年輕人保險費的公平分擔
3. 不同制度間的公平分擔

日本國民的醫療費在昭和 60 年 (1985 年) 是 16.0 兆日圓，佔國民所得的 6.2%，其中老人醫療費是 4.1 兆日圓，佔國民醫療費的 25.4%。至平成 2 年 (1990 年)，國民醫療費是 20.6 兆日圓，佔國民所得的 5.9%，此一年醫療費佔國民所得是最低的一年，但其中老人醫療費是 5.9 兆日圓，佔國民醫療費的 28.8%。以後所有的參數都節節上升，平成 10 年 (1998 年)，國民醫療費是 29.8 兆日圓，佔國民所得的 7.8%，其中老人醫療費 10.9 兆日圓，佔國民醫療費的 36.5%。

平成 11 年（1999 年），國民醫療費是 30.9 兆日圓，佔國民所得的 8.1%，其中老人醫療費 11.8 兆日圓，佔國民醫療費的 38%。

國民醫療費的負擔在平成 11 年（1999 年）患者自付額佔 14.7%，保險費佔 52.5%，其餘 32.9% 是公費，這其中地方政府分擔 8.0%，國庫分擔 24.9%。國民醫療費的分配上老人訪視看護佔 0.3%，入院伙食佔 3.5%，調劑藥局佔 7.8%，牙科診所佔 8.2%，門診佔 40.8%（其中醫院 17.7%，診所 23.1%），及入院 36.8%（其中醫院 35.4%，診所 1.5%）。醫療機構的費用結構上醫療人員的人事費佔 50.9%，藥品費佔 19.4%，醫療器材費佔 6.1%，其它用在水電燃料、借貸費、支付利息等雜費佔 18.4%。

至平成 12 年（2000 年），國民醫療費壓低至 26.6 兆日圓，使用在醫科佔 90.4%，牙科佔 9.6%。醫科費用中醫院費用佔 69.4%，診所費用佔 30.6%。醫院費用內大學附屬醫院佔 9.8%（內醫科用費 6.8%），公立醫院佔 39.5%（內醫科用費 27.4%），財團法人醫院佔 46.4%（內醫科用費 32.2%），小型私人醫院佔 4.3%（內醫科用費 3.0%）。而在診所費用內 48.9% 用在內科。

從平成 2 年（1990 年）至平成 11 年（1999 年），日本國民所得的成長率由 +8.1% 跌到平成 10 年（1998 年）的 -1.1% 及平成 11 年（1999 年）的 -0.2%（10 年間平均成長 +2.1%），但國民醫療費的成長率除平成 9 年是 +1.9% 外，介於 +2.6% 至 +7.6% 間，10 年間的平均成長率是 +4.6%。而老人醫療費的逐年成長率在 +5.7% 至 +9.5%，10 年間的平均成長是 +7.8%。這期間老人醫療的受給付對象增加比例平均是每年 +4.2%。因此有 3.5% 的老人醫療費用逐年成長是其它因素引起。

日本政府檢討在昭和 60 年（1985 年）制定老人保健制度時 70 歲以上的老人有 827.7 萬人，佔總人口的 6.8%，75 歲以上的老人有 471.2 萬人，佔總人口的 3.9%。預估在 2025 年 70 歲以上的老人會有 2055.4 萬人，佔總人口的 16.2%，75 歲以上的老人會有 1384.0 萬人，佔總人口的 10.9%。但事實上至 2000 年，70 歲以上的老人已有 1506.3 萬人，佔總人口的 11.9%，75 歲以上的老人有 909.0 萬人，

佔總人口的 7.2%。以此預估在 2025 年 70 歲以上的老人應會有 2624.7 萬人，佔總人口的 21.7%，75 歲以上的老人會有 1888.7 萬人，佔總人口的 15.6%。

老人醫療費在國民醫療費所占比例在 1983 年是 23%，至 1999 年日本人口是 1 億 2669 萬，其中 70 歲以上有 1424 萬人，佔 11.2%；75 歲以上有 850 萬人，佔 6.7%。而使用的醫療費在國民全體是 30.9 兆日圓，其中 70 歲以上老人醫療費用掉 12.1 兆日圓，佔 39.1%，75 歲以上老人醫療費用掉 8.4 兆日圓，佔 27.1%。以此重新預估在 2025 年的情形，日本人口會是 1 億 2091 萬，其中 70 歲以上會有 2625 萬人，佔 21.7%；75 歲以上有 1889 萬人，佔 15.6%。而使用的醫療費在國民全體會是 81.4 兆日圓，70 歲以上老人醫療費會用掉 45.2 兆日圓，佔 55.5%，75 歲以上老人醫療費會用掉 32.7 兆日圓，佔 40.2%。在平成 9 年（1997 年），醫療費增加 0.6 兆日圓，其中被用者保險是負成長 0.1 兆日圓，國民健康保險增加 0.1 兆日圓，而老人醫療費用增加 0.5 兆日圓。至平成 11 年（1999 年），醫療費增加 1.0 兆日圓，其中被用者保險仍是負成長 0.1 兆日圓，國民健康保險增加 0.2 兆日圓，多出的 0.9 兆日圓全被老人醫療費用吃掉。增加的老人醫療費用中在平成 9 年（1997 年）的 0.5 兆日圓有 0.2 兆日圓用在門診，0.2 兆日圓用在入院，其它費用 0.1 兆日圓；平成 11 年（1999 年）的 0.9 兆日圓有 0.5 兆日圓用在門診，0.3 兆日圓用在入院，其它費用仍是 0.1 兆日圓。觀察老人醫療費用的成長從平成 2 年（1990 年）至平成 11 年（1999 年）間每年住院日數都在下降（成長率從-1.0%至-3.9%），但住院人數持平增加（成長率從 3.7%至 5.0%），而每人使用的醫療費的上漲率年間有很大波動，從平成 2 年的 1.6%至平成 4 年（1992 年）的 8.7%。門診的情形大致相同，使用門診醫療日數的成長率介於平成 9 年（1997 年）的-3.8%及平成 3 年（1991 年）或平成 11 年（1999 年）的+1.3%之間，門診人數成長介於平成 4 年（1992 年）的 3.7%及平成 8 年（1996 年）的 5.0%之間，每人使用的醫療費的成長率介於平成 10 年（1998 年）的 0.7%及平成 5 年（1993 年）的 5.4%之間。因此在平成 11 年（1999 年）預估平成 12 年（2000 年）時平均 70 歲以上老人一個人使用的

醫療費會是 73.8 萬日圓，是 70 歲以下人每人的醫療費 15.2 萬日圓的 4.9 倍，其中入院用的醫療費比例會是 6.7 倍（35.7 萬日圓對 5.3 萬日圓），門診會是 4.4 倍（35.3 萬日圓對 8.0 萬日圓）。主要增加的因素是使用醫療的次數，入院次數 70 歲以上老人是 70 歲以下人的 7.5 倍，門診受診次數（日數）比例是 3.8 倍。而每人診療費的比例在入院只 1.2 倍，門診只 1.6 倍。全體老人和全體非老人的一般人來比，在入院情形老人受診率是一般人的 5.8 倍，每次入院住院日比例是 1.3 倍，而每日診療費比例卻只 0.9 倍；在門診老人受診率是一般人的 2.7 倍，門診受診日數比例是 1.4 倍，而每日診療費比例是 1.2 倍。而從日本各都道府縣來看，受診日數和醫療費用的高低有顯著的正相關，但平均壽命的長短和老人醫療費用的高低沒有相關。比較目前國際間每年門診受診次數在日本 1996 年平均是 16.0 次（其中老人平均是 41.8 次），美國 5.8 次，英國 6.1 次，德國 6.4 次，法國 6.5 次，瑞典僅 2.9 次，義大利根據 1994 年的資料是 6.6 次，加拿大根據 1995 年的資料是 6.6 次，韓國根據 1995 年的資料是 9.5 次。平均住院日，日本 1999 年是 26.2 日（已扣除慢性病床只看急性病床，其中 70 歲以上 37.8 日。若加入慢性病床全體平均住院日是 31.8 日），美國 7.0 日（1996 年是 7.5 日），英國 9.8 日（1996 年資料），德國 12.3 日（1998 年資料），法國 10.6 日（1997 年是 10.8 日），義大利 8.0 日（1998 年資料），加拿大 8.2 日（1998 年資料），瑞典 6.6 日（1998 年資料），韓國 12.0 日。醫療提供體制在 1998 年日本每千人有 13.1 張病床，相對的在國際間美國最低只 3.7 張病床，而最高的德國也只有 9.3 張病床。每百張病床的醫師數在日本只 12.5 人，國際間比較，美國最高是 71.6 人，法國最低也有 35.2 人。每百張病床的所有醫療人員在日本只 43.5 人，國際間比較，美國最高是 221 人，法國最低也有 69.7 人（1997 年資料）。

平成 12 年（2000 年）因介護保險制度的實施，較原來平成 11 年（1999 年）醫療保險的醫療費 8.5 兆日圓（內含老人醫療費 11.8 兆日圓），減少了 0.6 兆日圓（其中老人醫療費減少 0.8 兆日圓，故事實上一般非老人的醫療費是上漲 0.2 兆日圓）。但是介護保險所

花費的錢是 1.7 兆日圓，故整個醫療及照護保險費用是多支出了 1.1 兆日圓。

以前實施老人醫療不付費的時候（1973 年至 1983 年實施的老人福祉法），一般病床的數目大幅增加。1970 年一般病床是 600 床，而特別養護老人之家非常少，1985 年時一般病床近 1100 床，而特別養護老人之家約 100 家。至 1990 年一般病床已近 1250 床，特別養護老人之家近 200 家，且開始有幾家老人保健設施。自從黃金計劃導入後，介護設施開始大量增加，病床也分為一般病床及療養型病床。2001 年一般病床縮減為 1000 床，療養型病床約 250 床，老人保健設施約 200 家，特別養護老人之家約 350 家。

依年齡別來看使用的醫療費及患者繳的保險費及部份負擔，30 歲及 80 歲平均每人每 10 年用了 23.2 萬日圓，而每人每 10 年繳的保險費及部份負擔平均是 16.9 萬日圓，但是在 70 至 80 歲這階段每人這 10 年使用的醫療費是 80.1 萬日圓，每人這 10 年繳的保險費及部份負擔只有 12.1 萬日圓。若以 5 年為一階段，一人在一生中平均每五年用 24.4 萬日圓，而 65 至 69 歲間每人平均用 48.6 萬日圓，70 至 74 歲間用 64.6 萬日圓，75 歲以上更用掉 98.8 萬日圓。

再看日本的平均壽命，在昭和 57 年（1982 年）男性是 74.22 歲，至平成 12 年（2000 年）是 77.64 歲，增加 3.42 歲；女性同期間從 79.66 歲延伸至 84.62 歲，增加 4.96 歲。而 70 歲以上的老人佔總人口的比率由昭和 57 年（1982 年）的 7% 上升至平成 12 年（2000 年）的 12%，預期 2025 年這比率會上升至 22%。但在高齡者中要照護的人在 65 至 69 歲年齡層的人有 2.0% 虛弱，1.5% 長期臥床；70 至 74 歲的年齡層有 3.0% 虛弱，3.0% 長期臥床，另有 0.5% 老人性痴呆；75 至 79 歲的年齡層有 6.5% 虛弱，5.5% 長期臥床，1.0% 老人性痴呆；80 至 84 歲的年齡層有 11.0% 虛弱，10.0% 長期臥床，1.5% 老人性痴呆。因此世界衛生組織在 2000 年的保健報告給日本人的健康壽命是男性 71.9 歲，女性 77.2 歲，平均 74.5 歲。

平成 12 年（2000 年）4 月至平成 13 年（2001 年）3 月每位老人在門診一次的費用平均是 18400 日圓，有 86.1% 的件數使用費用

在 3 萬日圓（含部份負擔每月 3 千日圓）以下，有 94.7%的件數使用費用在 5 萬日圓（含部份負擔每月 5 千日圓）以下，而每件 15 萬日圓以上高額醫療費用（含部份負擔每月 1.5 萬日圓）的件數僅 0.6%。相對的每件入院使用的醫療費用平均是 406500 日圓（已扣除伙食費及藥局調劑費），有 81.7%的件數每次入院費用在 15 萬日圓（含部份負擔每月 1.5 萬日圓）以上。

日本政府有鑑於目前醫療制度產生的危機，提出以下一些改革的方案。

目前醫療制度的情況：1.全民健保

2.國民的高齡化，每年醫療費用增加 1 兆日圓

3.經濟不景氣，使用政府掌管健康保險的人每月月薪和前一年比較下滑 0.4%，政府保險費收入減少，目前可動用資金已經用罄，無法付出醫療費

4.國民健康保險一年間出現 3000 億日圓的赤字。

日本政府的醫療制度改革大綱是基於平成 13 年（2001 年）11 月 29 日由政府和各政黨組成的社會保障改革協議會所做成的決定，基本方向有三個：

1. 醫療保險制度一元化：第一階段將被用者保險和國民健康保險個別的目標公佈，將要保者整合。
2. 制定新的老人醫療制度：檢討目前老人醫療制度的基本精神及財源結構，儘早訂出新的制度。
3. 診療報酬體系：在涉入所有醫療改正的同時，將醫療技術及醫療機構營運費用透明化，報酬能適切地反映這些費用。

具體的改革如下：

為使負擔能公平，今後醫療的給付率將訂為7成，但70歲以上高收入者8成，低收入者9成；不滿3歲的乳幼兒8成。藥品不再部份負擔。擴大對低收入老人負擔的減輕措施。政府掌管健康保險的保險費率要提高。而住院超過1個月的人不再負擔醫療費用。

老人醫療中老人的定義提高至75歲以上，而公費的負擔由3成提高至5成，但同時要訂出有效的壓抑成長措施。

老人的醫療費目前有7成由一般非老人保險費中拿出，對年輕人的負擔相當重，今後75歲以上老人醫療費的公費負擔比率將從3成提高至5成，而70至74歲年齡層的人因保險費的算法和一般非老人一樣，使保險費的收入增加，從保險費提出支付老人醫療費的比率將從平成14年（2002年）的35.0%降至平成19年（2007年）的23.3%。

保健醫療制度將朝向預防保健（健康日本21）、細專科醫院（醫療提供體系的機能分化及集約化）及推行健康教育著手。

診療報酬體系將在平成14年（2002年）檢討最近的經濟動向及保險財政狀況。

此新的規劃預定平成15年（2003年）開始實施。

二、介護保險制度進一步資料

20日下午和前來交流協會的厚生勞動省老健局總務課副課長川上一郎會談介護保險制度。

老健局名稱雖是新設，但在日本舊制厚生省即有「老人保健福祉局」，新制厚生勞動省中才改稱「老健局」。老健局下設總務課、（老人）照護保險課、計劃課、振興課、老人保健課。除了介護保險制度外，「老健局」的其它目標：

- 1.確保老人照護服務的供給體制。
- 2.推動支持老人照護保險的政策實施。

3.從壯年期起維護健康，支援老人保健事業。

4.促進老人的生活品質，達到「年輪尖峰」。

因介護保險制度和原立意已有不同，把醫療分開，日本用簡體字譯給中國大陸看的簡介手冊中將介護保險制度譯成生活護理保險制度，而譯給西方的簡介手冊用 long-term care insurance，因此臺灣目前通用長期照護。但介護保險制度內也含短期照護，且對象以老人為主體，故本文以下譯成老人照護保險制度。老人照護保險制度於平成 12 年 4 月起實施，制度的實施主體（被保險者）是市街村及東京都 23 區的老人或 40 歲以上有特殊病的人。被保險者又分第 1 號及第二號，區分及人數如下：

[第 1 號被保險者]

65 歲以上者

(至平成 13 年 8 月
末共 2267 萬人)

[第二號被保險者]

40 歲至 64 歲之間加入
醫療保險者

(平成 13 年估計共
4286 萬人)

其中可納入老人照護保險制度者至平成 13 年 8 月末共 275 萬人，依嚴重度分要支援及要照護兩大類，區分如下：

[第 1 號被保險者]

(1)臥床不起或痴呆症等原因，需要
日常生活護理者：要照護（需要
疾：生活護理狀態）

[第二號被保險者]

因初老期痴呆，腦血管疾
病等老化而引起的 15 種
要照護或要支援（需要支
援狀態者）。

(2) 不需要日常的生活護理，但在家務或

日常穿著等方面需要支援者：要支援

要支援者是利用每週 2 次的當日往返服務。

要照護者又依要照護程度分 1-5 級，如下分類。

要照護 1：每天只靠保姆的一些服務

要照護 2：每週 3 次的當日往返服務的同時，還做其他一些服務。

要照護 3：· 深夜（或清晨）依靠保姆 1 週 2 次服務

- 如果需要醫療時，可每週提供 3 次的訪問看護服務

- 對痴呆症患者提供每週 4 次的當天往返服務

要照護 4：· 深夜（或清晨）依靠保姆 1 週 2 次至 3 次服務。

- 若需要醫療時，可每週提供 3 次的訪問看護服務。

- 對痴呆症患者提供每週 5 次的當天往返服務。

要照護 5：· 深夜（或清晨）依靠保姆提供 1 週 3、4 次的服務。

- 若需要醫療時，可每週提供 3 次的訪問看護服務。

至平成 13 年（2001 年）8 月末：

要支援共 34.1 萬人，佔 12.4%

要照護 1 共 77.4 萬人，佔 28.1%

要照護 2 共 52.2 萬人，佔 19.0%

要照護 3 共 37.2 萬人，佔 13.5%

要照護 4 共 38.0 萬人，佔 13.8%

要照護 5 共 36.5 萬人，佔 13.3%。

接受服務的情形如下：

接受居宅內照護（支援）服務者共 148.2 萬人。

接受設施內照護服務者共 65.0 萬人，其中在特別養護老人之家者有 31 萬人，在照護老人保健設施內者共 24 萬人，在療養病床者共 11 萬人。

兩方面的人數在這 1 年內都有增加。比較平成 12 年（2000 年）4 月接受居宅內照護服務者只 97.1 萬人，接受設施內照護服務者只 51.8 萬人。再以平成 11 年（1999 年）居宅內照護服務利用量的月平均做基準，在訪問照護方面至平成 12 年（2000 年）11 月增加了 52%，至平成 13 年（2001 年）5 月增加了 82%；而在通所照護上至平成 12 年（2000 年）11 月增加了 36%，至平成 13 年（2001 年）5 月增加了 54%。居宅內照護的服務設施也有增加，比較平成 12 年（2000 年）4 月及平成 13 年（2001 年）9 月，開放訪問照護的設施由 9185 所增至 14008 所，增加了 53%；開放通所照護的設施由 5621 所增至 9266 所，增加了 65%；開放居宅照護支援的設施由 19466 所增至 22688 所，增加了 17%。

而給付的費用在平成 12 年（2000 年）4 月一個月內居宅內照護服務用了 602 億日圓，設施內照護服務用了 1539 億日圓。至平成 13 年（2001 年）7 月一個月內施行老人照護保險制度居宅內照護服務用了 1271 億日圓，增加了 211%；設施內照護服務用了 2129 億日圓，增加了 138%。整體費用上從 2141 億日圓增加到 3401 億日圓，增加了 159%。居宅內照護服務的給付費再細分為訪問照護、訪問看

護、通所照護、通所復健及短期入所生活照護等。平成 12 年（2000 年）4 月一個月內訪問照護用了 98 億日圓，訪問看護用了 48 億日圓，通所照護用了 158 億日圓，通所復健用了 138 億日圓，短期入所生活照護用了 39 億日圓；平成 13 年（2001 年）7 月一個月內訪問照護用了 309 億日圓，訪問看護用了 85 億日圓，通所照護用了 297 億日圓，通所復健用了 215 億日圓，短期入所生活照護用了 77 億日圓。調查日本各縣市對服務利用的情形，和平成 12 年（2000 年）4 月剛開始實施老人照護保險制度時比較，同年 8 月利用此服務的人增加最多的是鳥取縣，增加 47.1%；其次是橫濱市，增加了 30.9%；再次是名古屋市，增加 29.5%。在定點市街村對 1263 人做調查，感覺在平成 12 年（2000 年）7 月實施老人照護保險制度後比同年 3 月實施前利用各項服務有增加者有 67.5%，差不多者有 14.8%，而感覺減少者僅 17.7%。從平成 12 年（2000 年）11 月至次年 3 月在青森縣、富山縣、石川縣、廣島縣、島根縣、高知縣、熊本縣、千葉市、和歌山市對 11181 人做滿意度調查的結果，滿意者 54%，略為滿意者 32%，略為不滿者 4%，不滿者 1%，無意見者 8%。

保險費的繳納情形如下：

[第 1 號被保險者]

[第二號被保險者]

原則上從老年退休養老金中
預先扣除

其所加入的公共保險費上，
一併繳納。

在享受老人照護保險服務時，原則上要負擔所需費用的 10%。而在住入服務設施的時候，除以上費用以外，還需要負擔伙食費等費用。如果被護理一方覺得難以承擔 10% 的費用時，可設定所能負擔的上限。為了減輕特別低收入者的負擔，還設定低上限和低伙食費。日本政府訂了三個減輕的原則：

1. 不能全額免除
2. 無法得到被保險者的資產狀況，完全靠收入做準定保險費者

不能減免

3. 減免的保險費不能由一般財源中支出。

但事實上在平成 12 年（2000 年）10 月調查 72 個市街村中只有 4 個遵守這三個原則，平成 13 年（2001 年）10 月調查 310 個市街村中有 188 個遵守這三個原則，其餘 122 個中 84 個違反第 1 原則，23 個違反第二原則，74 個違反第三原則。

第 1 號被保險者在各市街村繳納的保險費也不一：有 85 個市街村每月繳納不到 2000 日圓，617 個市街村每月繳納 2000 至 2500 日圓，1422 個市街村每月繳納 2500 至 3000 日圓，679 個市街村每月繳納 3000 至 3500 日圓，97 個市街村每月繳納 3500 至 4000 日圓，只有 1 個市街村每月繳納保險費超過 4000 日圓。在平成 13 年（2001 年）8 月對 107 個市街村調查在平成 12 年（2000 年）保險費繳納的情形，只算普通徵收時繳納額是調定額的 92.8%，若和特別徵收合計，繳納額是調定額的 98.6%。若觀察不滿 5000 人的小市街村（共 37 個），徵收率更分別達到 95.7% 及 99.4%。利用銀行等戶口轉帳者在平成 13 年（2001 年）8 月的 105 市街村調查結果是 42.4%，比同年 1 月在 76 市街村調查 40.6% 略高。

對於滯納老人照護保險費者，超過一年將追討給付，超過一年半暫時停止再支付保險給付費用，用其金額來扣除滯納的保險費，超過兩年，將不再給予老人照護保險（達消滅時效），往後連醫療保險的給付也由 9 成降為 7 成。

日本政府希望實施的老人照護保險制度和現在的制度有下列不同：

1. 現在由市街村決定服務種類，理想的老人照護保險是利用者可自行決定服務的種類及選擇服務的機構。
2. 現在醫療和福祉分別申請，理想的老人照護保險是兩者合一，成一個照顧計劃（care plan）
3. 現在提供服務的單位以市街村及公立團體如社會福祉協議會為

主，理想的老人照護保險是要有多樣的事業團體如民間企業、農業協進會、生活協進會、志工團體等加入。

- 4.目前中高所得者的老人要利用服務設施時負擔很重，反而不願使用。如家長年收入在 800 萬日圓以上或有老人的雙親一個月受領 20 萬年金時，進入特別養護老人之家一個月要繳 19 萬日圓，接受家庭支援者服務時一小時收費 950 日圓。理想的老人照護保險是不論所得有多少，利用者要負擔 1 成，如此上述高所得者進入特別養護老人之家一個月只要繳 5 萬日圓，接受家庭支援者服務時一小時收費可降到 400 日圓的合理負擔。

往後日本政府規劃的老人照護保險制度保險費在 65 歲以上一律是每人每月繳 2900 日圓，另加財政安定化基金構成老人照護保險費 17% 的財源，40 至 64 歲要利用服務設施要自付 1 成費用，加上這些人加入的國民健康保險及各種健康保險團體所支付的費用構成老人照護保險費 33% 的財源，政府由稅金中提撥的金額佔老人照護保險費 25% 的財源，都道府縣由稅金中提撥的金額佔老人照護保險費 12.5% 的財源，市街村由稅金中提撥的金額也佔老人照護保險費 12.5% 的財源。

今後日本政府對這套保險制度的缺失提出了幾個改善課題：

- 1.促進老人照護服務的品質：將向以下幾組重點推進：

- (1) 為了使痴呆照護改善，必須對此病做專門研修、研究及探討其它對策
- (2) 無障礙空間的推進
- (3) 特別養護老人之家朝單人室個別照護方向著手（設施標準另有一長達五頁的規定）
- (4) 對照護經營者進一步的支援

- 2.從基礎整頓照護服務：以黃金計劃 21 為基礎確實推進。又依平成 14 年（2002 年）的預算要求（設施整頓費補助），希望

達到以下期望：

(1)在往後數年勘察特別養護老人之家的設置準備狀況，可選擇新型（單人室個別照護）及傳統型兩種。而針對新型特別養護老人之家的入居者，考慮低收入者的經濟負擔能力，平成 15 年（2003 年）以後的費用將壓低至一般旅館一樣的費用。

(2)照護之家的設置主體由政府移到民間企業，活用 PFI 制度（Private Finance Initiative，私人投資提案制度）朝公辦民營方式整頓。

3.平成 15 年（2003 年）以後準備朝第二期事業前進：在 3 年內修改全國自治體的市街村的老人照護保險計劃，重訂保險費。而對照護報酬的修正，將設立社會保障審議會照護給付費的分科會，並調查事業者的經營實態。

社會保障審議會照護給付費的分科會原訂於平成 13 年（2001 年）10 月至平成 14 年（2002 年）間舉辦，而事實上在平成 13 年（2001 年）10 月 22 日及 11 月 5 日已分別辦了兩次。工作行程表如下：

平成 13 年（2001 年）10 月：選任分科會長及會長代理

報告照護保險制度實施狀況

下回要改正的照護保險制度的觀點

平成 13 年（2001 年）11 月至平成 14 年（2002 年）4 月：

以 1 個月開 1 次會的頻率召開第一回合審議

各種照護保險服務的順位、報酬有關論點的綜合討論

聽取各關連事業團體的意見

平成 14 年（2002 年）5 月：第二回合審議

平成 14 年（2002 年）6 月：綜合討論

平成 14 年（2002 年）7 月：設定照護報酬大綱

平成 14 年（2002 年）秋：討論照護報酬新單價的設定

平成 15 年（2003 年）1 月：接受照護報酬新單價的諮詢、答辯及申復

平成 15 年（2003 年）4 月：改定照護報酬。

三、武藏野市高齡者整合中心

21 日的行程是先到武藏野市區公所（市役所）和福祉保健部高齡者福祉課課長長澤博曉相會後由職員帶領拜會武藏野市立高齡者綜合中心所長（施設長）喜多清陽。

武藏野市鄰接於東京特別行政區西側，車程約 20 公里；其面積狹長為 10.73 平方公里。該市雖小，但因老年人口數高，早於十幾年前即規劃了完善的老人福利照護服務措施，包括老人送餐服務、老人殘障巴士（係全日本首創）-----等。喜多所長在會談外另給職等人在平成 12 年（2000 年）3 月刊行的武藏野市高齡者保健福祉計劃及武藏野市介護保險事業計劃（合刊）及同年刊行將在平成 13 年（2001 年）至 18 年（2006 年）實施的武藏野市第三期長期計劃第二次調整計劃，以及兩本和本次參訪主題較無關的武藏野市市勢概要及 2000 武藏野市市勢要覽。由這些資料及會談內容曉得平成 10 年（1998 年）該市總人口是 133368 人，65 歲以上老人就有 20796 人（15.6%）。其中長期臥床的老人有 2.7%，長期臥床且痴呆老人 0.8%，虛弱老人 11.7%，虛弱且痴呆老人 0.5%，虛弱且略有痴呆老人 3.0%。目前人口總數達 130,376 人，65 歲以上者更佔 16.1%。平成 5 年（1993 年）3 月該市制定了地域福祉計劃時在高齡者施策下就訂有高齡者保健福祉計劃。目前修改這計劃，並把介護保險事業計劃和障患者計劃調和，整合成該市特有的長期計劃。

武藏野市高齡者整合中心介紹：

(一)、建築說明：位於東京都武藏野市綠町 2-4-1，該中心土地面積 1305.79 平方公尺、總樓板面積 3166.83 平方公尺，為地下一層、地上五層之鋼筋水泥西洋式建築物。

(二)、人力配置：該中心係武藏野市社會活動事業（社政單位），非隸屬保健醫療業務，目前委託財團法人武藏野市福祉公設營運；正式員工 20 人，臨時月薪 4 人、臨時時薪 11 人，包括護理、物理治療、職能、營養等專業人員，另有行政、美勞、才藝等工作人員。

(三)、服務內容：主要服務有三部份～

1.社會活動中心：以趣味競賽、社區活動、節慶集會、體操教室及有志工參與的活動為主，提供市內 60 歲以上老年人使用，月平均利用計 4,250 人次。

2.日間服務（day service）中心：月平均利用為 670 人次，提供一般日間照護服務，如生活指導、健康檢查、老人接送、送餐服務、機能訓練、入浴服務、趣味活動課程、日常動作訓練、照護教室、痴呆性日間照護等。

3.在宅照護支援中心：顧名思義係前往個案家中提供需求服務，係配合日本之戒護保險新近於 2001 年 4 月方開始執行之措施，該中心專業人員接案後，先替老人評估戒護保險等級，再安排並提供核定等級之服務，包括老人綜合會談、訪問看護指導、住宅改善、家事援助、生活用具及自助用具等輔助器具的無息租用、透過居宅幫助（home help）的老人照護服務及家事援助服務等。

因會談時間太長，實地參觀時這些活動已結束，只剩各種擺設、道具及老人們的作品。喜多所長也帶我們到某層樓的陽台上，上面種著各種奇花異草，喜多所長告訴我們這是防火逃生口，因老人學員們嫌太單調，合力整頓出來的結果。

此中心為赴日行程第一家參訪觀摩之機構，基本上其隸屬社政

單位，為因應日本所實施介護保險法之需求而設置；可感受到政府刻意尊重老年族群之自主、獨立與尊嚴，尤其能顧及提升其生命活力意義目標之用心。公家設施雖已有規模，但參訪私人機構時，更讓我們吃驚日本民間對舉辦老人照護保險的用心。

四、高齡者總合福祉設施吉祥寺之家

以下的行程原訂參訪對象是位於東京都武藏野市吉祥寺南町 4-25-5 的特別養護老人之家，但武藏野市區公所派車接我們至吉祥寺北町 2-9-2 的高齡者總合福祉設施吉祥寺之家。原因未問，但後者的規模真可稱上模範的養護之家。該設施內含：

東京都吉祥寺老人之家（東京都立養護老人之家）

吉祥寺療養護理之家（nursing home）（武藏野市立特別養護老人之家）

吉祥寺療養護理之家日間服務中心

吉祥寺療養護理之家老人照護支援中心

等四個單位的合併建築設施，於平成 6 年（1994 年）12 月開始營運。而跟據對方給我們的平成 13 年度（2001 年）事業計劃書顯示吉祥寺之家的第四大機構稱「吉祥寺療養護理之家在宅介護支援中心」而不是「吉祥寺療養護理之家老人照護支援中心」，顯示目前該機構已往社區方向擴展。

吉祥寺之家的緣起是在 90 年前的明治 44 年，創設者的稻永久一郎在神田開「一心堂」的西洋點心量販店時即以「誠心」為經營理念，以接管及指導少年為契機開始做私人的少年保護事業，並將這些少年納入自己的從業員。於大正 11 年結合這些職員成立合作社，於大正 14 年正式成立至誠學舍。昭和 20 年（1945 年）成立武藏野市支部，至昭和 26 年（1951 年）受保護的少年已超過 2600 人。但因日本政府少年法的改正，稻永改以照顧老人為對象。於同年開設「柳橋保育園」，昭和 30 年（1955 年）設「尚和園」，昭和 47

年（1972年）設「柳橋診療所」，昭和50年（1975年）設「綠壽園」，是日本最早的地域照護中心，從此在東京受板橋區、武藏野市及東京都公家機構的委託成立多處老人照護中心。吉祥寺之家的全名是社會福祉法人東京至誠學會吉祥寺之家。

我們訪談的對象是吉祥寺療養護理之家的所長祭田志保美及吉祥寺療養護理之家內的療養護理照顧（nursing care）室研修長（研修擔當）高野要。祭田所長是營養師，高野研修長是療養護理師，兩人都有該方面執照。探知在日本要營運護理之家也要有這類執照。

老人之家是依據老人福祉法第20條之4所定養護老人之家，收容居住在東京都內65歲以上因身體上、精神上、環境上及經濟上的理由，居家養護有困難的人，定額是130名，實際上申請者遠超出這數字，造成「一床難求」。

機構內原有37間和室，93間洋室。居室有單人房、三人房及四人房。但為了便於照顧老人，除保留一間四人房的和室外，已全改為洋室，且全部是單人房。不論是和室或是洋室，裏面都有盥洗台、廁所、熱水供應設備、冷暖房設備，但無浴室。床側及廁所內有護士呼叫鈴。房子佔地相當廣，但不像武藏野市立高齡者綜合中心，只是一棟五層樓的建築。對方告訴我們因該設施建在住宅區內，日本非市中心區的住宅房子一般只是一至二樓的建築，建太高會引起左鄰右舍的抗議。

費用依老人照護保險制度，由利用者本人或其扶養義務人依經濟負擔能力來部份分擔。希望入此設施的人，以往須先向居住地的市街村福祉事務所提出，由事務所來決定是否可住入及所需分擔費用的額度，但目前機構內設有療養護理之家老人照護支援中心可代理這些業務。

浴室採光以自然光為主，四邊牆有兩邊的上頭可讓陽光直接進入，浴室內皆設有手攔干及緊急呼叫按鈕。

食堂共有3個，一樓1處，二樓2處。此外在一樓有2處，二

樓有四處（包括一處和室）設談話間，裏面也是迷你廚房，可飲茶，也可做簡單料理。供應的飲食考慮到個人的喜好及季節的變化，由營養師配餐，直接送到老人的餐桌上，並有供應代替食、治療食及特別食（如減鹽食）。

機構內有一名特約醫師每週一次迴診，在參訪日對方告知該醫師當天正來診視，但我們未遇到該醫師。該機構另和附近診療所及醫院有合約，可隨時將急症病患送出。參訪當日該機構正為一名在該所死亡的病患佈置靈堂，並和前來的葬儀社人員商談舉辦喪事的事。對方告訴我們若死者有家屬時大都由家屬領回安葬，而當日死亡的老人無家屬，故該機構代為辦理一切後事。

日常老人的醫療照顧委由設施內護士照顧。機構內有三名編制內及三名編制外護士。對方不願意告知薪水，但告訴我們一般醫院護士薪水約 30 萬日幣，而在該機構內護士的薪水較低。

休閒活動會考慮到自主性及自立性，以增進生活品質為目的，而有多數的小團體（club）活動及節慶活動。

在安全對策上，每月會舉行一次防災訓練並檢點防災設備。

療養護理之家老人照護支援中心含居宅老人照護支援事業所及在宅老人照護支援中心，可受理居住在武藏野市住民的老人照護或替居住在武藏野市的住民申請老人照護保險。老人照護服務範圍包括住家幫助、日間服務中心及短期入所生活照護。對於指定居宅老人照護支援事業者幫忙做老人照護計劃（care plan）。老人照護方法上介紹各種老人照護用品及機器，並在住宅改善上建言。

通所及訪問服務上對在家休養或無法外出的老人有專用送迎車載送來機構內調劑身心，送迎車本身有升降梯可直接載送在輪椅上的老人。機構舉辦的趣味小團體活動包括作陶藝、手藝、音樂、繪畫、有氧體操及傳承遊戲，也有皮革細工、書道、花道及茶道。機能訓練包括復健體操、增進日常活動的運動及呼吸法。早上以機能訓練為主，午飯及午休後以趣味小團體活動為主，然後有下午茶（tea time），再送病患回家。因大部份時間和接待人員在交談，現場

參觀時，部分活動並沒有看到。在二樓個別室外幾乎每個房間外都有許多手工藝作品，但細問之下，是家屬或住戶本人從家中拿來擺設，不是入居老人的作品。

送食服務（食物配達服務）目前請志工幫忙，目前約服務 43 至 50 人，對象是 65 歲以上獨居老人或是只有夫婦或兄弟姊妹同住的老人家庭。可每天送，不像武藏野市立高齡者總合中心一週才送兩次。

對於在自宅無法入浴的老人提供一星期兩次的入浴服務，利用入浴車由專門人員負責。

提供飲茶及便餐的「和談苑」也對外開放，不限於利用該設施的老人。

短期入所生活照護目前該設施有 3 所，一所內可容納 50 人，仍然供不應求，一般只能入住一至二星期，最長也不能超過一個月。在短期入所中，老人最感貼心的服務是入浴，入浴分對麻痺等行動不便老人提供的幫助入浴及對完全臥床（bed-ridden）老人提供機械入浴兩種。

肆、心得建議

對於老人照護，台灣也有類似組織，但非在整體政策或法規之範疇來執行，也未能政府與民間協力進行，故未能全民受惠，提供的服務內容也相當貧乏。惟由於現階段大環境之不景氣，似乎也不能奢望全然跟進，但建議在一定條件下，循序漸進的規劃可做、應做的老年照護相關措施。

整體而言，日本為了成功的執行「介護保險」，預先以「黃金計畫」與「新黃金計畫」兩個五年計畫來充實長期照護業務，包括政策之宣導、人力之培訓、機構之擴增——等，在在顯示該國對老人長期照護領域之重視與落實；惟執行至今（2000年4月實施），財務問題顯然影響其後續之推展，是以如何在有限的資源下，仍能提供完整的長期照護服務，似乎係施政者必須突破之課題。

本次和日本官方和民間接觸，對方最擔心的兩個問題是來訪者語言，特別是醫療專門用語的溝通及來訪者是否真正有意願參訪學習他們的制度，還是只藉機來玩。以往參訪團在國內並沒有充分的準備，語言溝通方面也往往是臨時在日本找一位留學生翻譯。日本留學生語言程度參差不齊，且往往無醫學背景，造成雙方溝通困難。國內醫學界目前即有多位有高深日文造詣的醫療人員可供日文翻譯諮詢。且目前因網路發達，日文字體可免費從網路下載，在行程前可直接到日本各網站去收集第一手資料，做充分準備。本次行程前將國內目前的資料，由趙副院長崇良翻成日文帶往日本，在言談之間和日本官方討論說明國內目前的情形，讓對方了解我方學習參訪的誠意而能有相當愉快的會談。在日本的行程及住宿同樣在國內即可透過日本各網站事前安排，不必透過旅行社，能使經費支出做到最少的地步。這些主題外的經驗可提供往後到國外參訪考察的借鏡。最後感謝行政院衛生署中部辦公室的經費贊助，也希望中部辦公室往後能提供機會給其它衛生署醫院的同仁。

建議：

實地瞭解該國針對長期照護政策面架構及實務面分析，再省思目前臺灣地區執行現況提出下列淺見：

- (一) 行政方面：建請整合社政和醫政體系，除能有效提供全人之長期照護外，亦期能未雨綢繆積極規劃長期照護保險制度。
- (二) 財務方面：籌劃永續經營的財務機制，減少社會負擔。
- (三) 資源方面：營造社區資源發展之有利環境，鼓勵民間投入並發展多元服務。
- (四) 管理方面：建構嚴謹管理體制，確保品質與效益。
- (五) 服務提供方面：優先社區照顧、延長居家時間、增進自主性。