

摘 要

爲能及早因應我國長期照護需求，行政院 2008 年施政方針已明確宣示推動長期照護保險制度與立法。日本於 1997 年 12 月立法通過「介護保險法」，2000 年 4 月正式實施，並於 2006 年（實施後 5 年）進行檢討修正，爲亞洲最早推動長期照護保險，制度及推動經驗成熟，足以作爲我國未來推動之參考。

本計畫研修日期自 98 年 9 月 2 日至 9 月 11 日，至日本進行實地研習，分別就（一）介護保險體制及行政實務運作；（二）照護需求認定及照護計畫擬訂；（三）介護人員培訓及資格認定；（四）政府或民間非營利服務提供單位及相關實務；（五）民間企業參與介護保險服務經驗等 5 方面，汲取日本經驗，供爲我國未來長期照護保險制度規劃及推動之參考。

目 次

壹、研修目的與過程	4
一、研修目的	4
二、研修過程	4
貳、日本介護保險體制及行政實務運作	8
一、日本介護保險制度的現狀與未來展望	8
二、介護保險行政營運機制	14
三、日韓介護保險制度之比較	17
參、照護需求認定及照護計畫擬訂	21
一、介護保險服務流程及服務對象	21
二、介護等級審查判定流程	22
三、審查請求	24
四、介護保險服務使用方式	25
五、居家介護支援中心（照護管理服務）	25
肆、介護人員培訓及資格認定	27
一、介護保險照護人員種類	27
二、介護福利人員、訪問介護員、職員之培訓及資格認定	28
三、介護、福利人才保障對策	29
四、2009年介護領域的經濟危機對策（2009年補充預算）	30
伍、政府或民間非營利服務提供單位及相關實務	32
一、橫濱市不老町地區照護廣場	32
二、梅檀之鄉	34
三、失智症照護研究暨研習仙台中心	37
四、梅檀之館	39
五、梅檀之杜-桃生	43

陸、民間企業參與介護保險服務	49
一、帶介護收費老人之家（Sweet Pea）	49
二、照顧管理服務與居家照護服務（青空照護中心）	52
三、夜間對應型訪問照護（日本照護服務集團股份有限公司）	54
四、理想的福利企業部門（地球服務股份有限公司）	60
柒、 研修心得與建議	66
一、介護保險制度之研習心得及建議	66
二、機構參訪之心得及建議	68
附錄：東北福祉大學及社會福祉法人東北福祉會 相關福利體系	73

壹、 研修目的與過程

一、 研修目的

我國人口快速老化，2008 年 65 歲以上老人口為 226 萬餘人，占全國人口比率已超過 10%，估計至 2028 年以後更將高達 22.5%。人口老化將導致照護成本大幅成長，OECD 指出各會員國政府醫療與長期照護之支出占 GDP 比率，將由 2005 年的 6.7% 提升至 2050 年的 12.5%。爰此，為能及早因應長期照護需求，行政院 2008 年施政方針已明確宣示推動長期照護保險制度與立法。

目前實施長期照護保險制度主要國家包括德國、荷蘭、日本及南韓，其中日本於 1997 年 12 月立法通過「介護保險法」，2000 年 4 月正式實施，並於 2006 年（實施後 5 年）進行檢討修正，為亞洲最早推動長期照護保險（南韓於 2008 年開辦），制度及推動經驗成熟，足以作為我國未來推動之參考。

由於長期照護保險制度內容涉及層面甚廣且複雜，規劃時必須詳加以研究與評估，方能據以研訂具體內容。為使規劃更為周延，期望透過本計畫至日本進行實地研習，以補充書面資料與文獻之不足，以對於日本介護保險制度內容及實務運作方式能有全面且深入的了解，具體研修內容如下：

- （一）介護保險之制度體系
- （二）介護保險之行政實務運作
- （二）參訪各類服務提供單位，並見習相關服務提供之實務
- （三）民間產業參與長期照護服務提供的策略與案例

二、 研修過程

行政院經濟建設委員會 98 年台日技術合作計畫「日本介護保險制度之研究」，係由行政院經濟建設委員會周毓文組長、曹毓珊科員、內政部莊金珠科長及衛生署蔣翠蘋科員等 4 員組成，研修日期自 98 年 9 月 2 日至 9 月 11 日，共計 10 天。研修日程及課程安排，均由台北駐日經濟文化代表處協調日本財團法人日本國際協力中心（Japan International Cooperation Center, JICE）辦理。

在日研修期間，承蒙台北駐日經濟文化代表處（經濟部技術交流推進役）秘書謝偉馨先生安排，以及日本財團法人日本國際協力中心（JICE）承辦研修事宜，並由該協會國際研修部研修開發課大岡小姐負責規劃研修課程，由高良小姐協助翻譯與解說，所安排之講師均為實際從事該項業務之政府官員、民間提供單位及業者，在此對她/他們表達最誠摯的謝意（本次研習行程及講師詳如表 1-1）。

表 1-1 研習行程及講師

日期	時間	研習內容	窗口/講師	研習地點	
98.09.02	三	啓程			
98.09.03	四	1100-1130	始業式	台北駐日經濟文化代表處、日本國際協力中心	JICE 會議室
		1130-1200	研修內容介紹	日本國際協力中心	JICE 會議室
		1400-1600	【講座】介護保險制度的現狀與未來展望	【講師】厚生勞動省老人保健局 振興課 土生栄二 課長	JICE 第 2 會議室
98.09.04	五	1000-1130	【講座】介護保險行政運作機制、評價及議題	【講師】橫濱市健康福祉局 介護保險課 松本均 課長	橫濱市政府
		1230-1600	【考察】橫濱市不老町區域照護廣場	【講師】橫濱市不老町區域照護廣場 三枝公一 所長	橫濱市中區不老町
98.09.05	六	休息日			
98.09.06	日	東京到仙台 到達後聽取 東北福祉大學 江尻行男教授 簡介			
98.09.07	一	0930-1130	【講座】日韓長期照護制度之比較	【講師】東北福祉大學 綜合管理學部產業福祉經營管理科 江尻行男 教授	東北福祉大學會議室(仙台)
		1315-1445	【考察】「梅檀之郷(せんだんの里)」(特別養護老人之家、團體之家、日間照護中心、短期入住、居家護理支援中心)	【介紹】梅檀之郷 柿沼利弘 施設長	梅檀之郷(仙台)
		1500-1545	【考察】失智症照護研究暨研習仙台中心	【介紹】失智症照護研究暨研習仙台中心 加藤伸司 主任	失智症照護研究暨研習仙台中心(仙台)

		1600-1715	【考察】「梅檀之館（せんだんの館）」（社區中心預防護理日間服務、個別護理、地區共生高齡者雇用）	【介紹】梅檀之館 中里仁 施設長	梅檀之館(仙台)
98.09.08	二	1030-1330	【考察】「梅檀之杜（せんだんの杜 野もう）」設施本體及小規模設施(特別養護老人之家「ファミリーオ Familo」及小規模多功能設施「なかつやま NAKATSUYAMA」、「USHITA」)	【介紹】梅檀之杜 若山俊治 總施設長 及 佐佐木美保子施設長	梅檀之杜(石卷)
		仙台到東京			
98.09.09	三	0900-1030	【考察】帶介護收養老人之家 Sweet Pea	【介紹】介護企劃 島野洋一 部長	橫濱市金澤區
		1100-1200	【考察/實務體驗】上門介護、居家護理支援事業所青空照護中心	【介紹】青空照護中心 山口 hitomi 代表	橫濱市金澤區
		1400-1600	【考察/實務體驗】申請窗口、需要介護認定審查會	【介紹】橫濱市健康福祉局 介護保險課 落合加惠子 股長、 金澤區高齡障害支援課 大峽誠 股長	橫濱市金澤區市政府
98.09.10	四	0930-1130	【講座】夜間型訪問照護	【講師】日本照護服務集團股份有限公司系統銷售事業組 瀨戸口信也 董事部長	本照護服務集團股份有限公司(大塚)
		1330-1500	【講座】民間業者在社會福利中扮演的角色—介護保險制度修改後的因應、對於照護事業的觀點與理念	【講師】Earth support 股份有限公司 森山典明 董事/社長	Earth Support 股份有限公司會議室(初台)

		1600-1700	【講座】展望台灣的長期 照護保險制度	【講師】聖隸克利斯 得發大學 林玉子 教授	JICE 會議室
		1700-1715	評估會議	日本國際協力中心	
		1715-1730	結業式	台北駐日經濟文化 代表處、日本國際協 力中心	
98.09.11	五	返 國			

貳、日本介護保險體制及行政實務運作

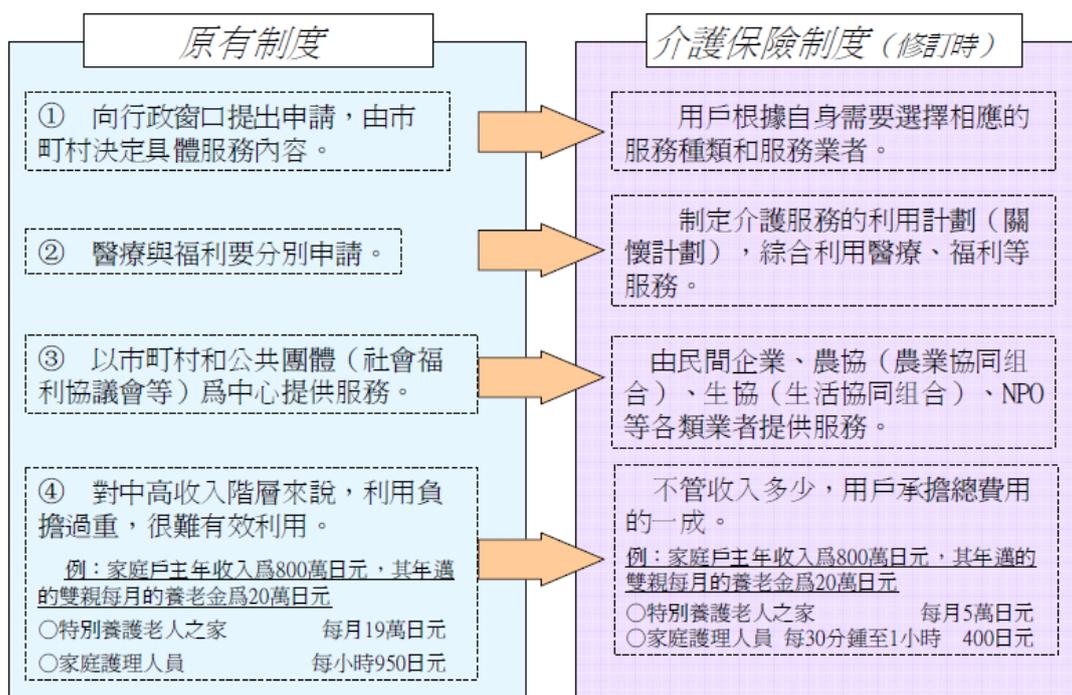
一、日本介護保險制度的現狀與未來展望（講師：厚生勞動省老人保健局振興課長 土生榮二課長）

土生榮二課長任職於厚生勞動省老人保健局振興課，老人保健局組織架構包括總務課、介護保險計畫課、老人保健課、高齡者支援課以及振興課，其中振興課主要任務是從事居家照護相關工作，名稱意涵是指振興事業、振興地區，由政府結合民間單位及資源共同來推動服務。

（一）介護保險推動背景

過去，老人福利由地方法人、社福法人承擔，但隨著老人人口增加，福利與介護需求提高，供給不足，因此為配合介護保險開辦，充實照顧服務資源，修改法律開放民間產業參與投入照顧相關工作，例如，開放社會福利法人、公益法人、醫療法人及營利法人（企業）、農協（農業協同組合）、生協（生活協同組合）等指定事業團體皆得參與照顧服務提供經營，改變傳統的照顧服務輸送體系，其中居家照護服務類更大幅放寬企業的參與，以助長期照顧服務產業的形成與發展。然而，並未全面開放企業參與，例如特別養護老人之家仍以社會福利機構服務型態辦理，只能由地方政府及社會福祉法人經營，不開放營利型態；介護老人保健機構及介護療養型醫療機構，由於原為醫療保險範圍，後改由介護保險支付，只有醫療法人可以經營。

圖 2-1：原有制度與介護保險制度之差異



資料來源：本研習土生課長講義資料。

(二) 介護保險理念

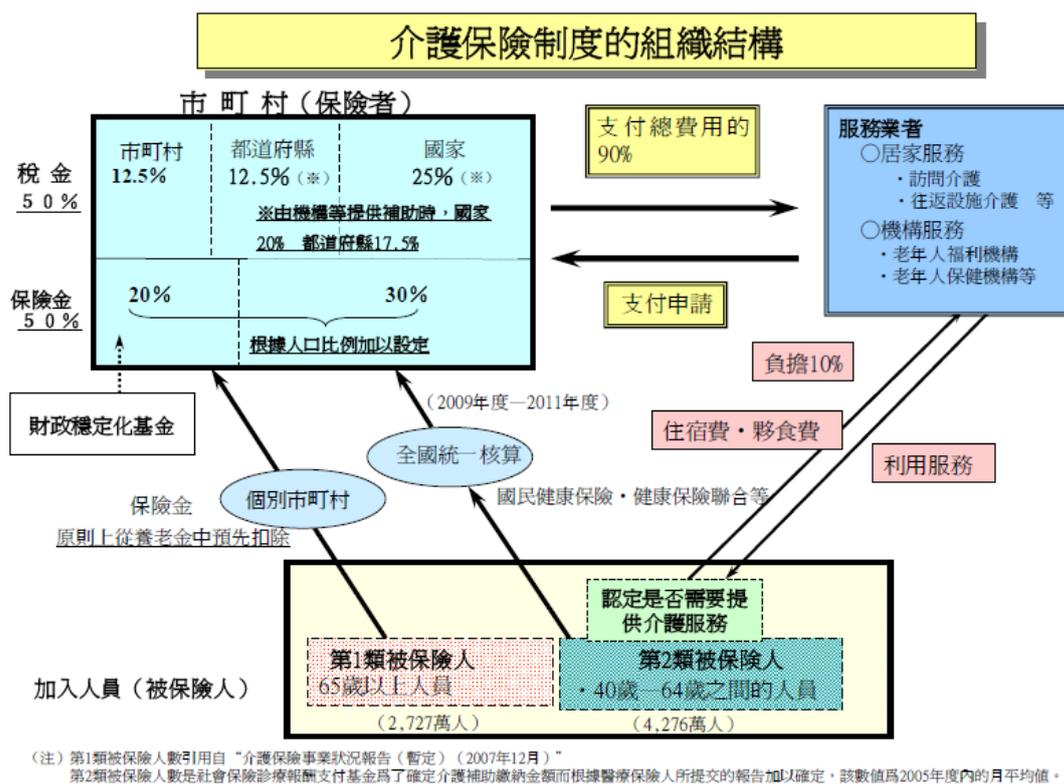
介護保險目的是希望能創立由整個社會為老年人提供介護服務的體制，主要理念為：

- 1、自立支援：介護保險理念不只停留在照顧失能老人的日常生活起居，還要幫助老人實現自我獨立。
- 2、使用者為本：使用者依自己的選擇與需求，由多種機構獲得保健醫療、福利服務等綜合性服務。
- 3、社會保險方式：採用社會保險方式，建立給付與個人負擔間明確關係。

(三) 介護保險人

介護保險由市町村擔任保險人，並由中央以及都道府縣協助辦理。

圖 2-2 介護保險制度的組織組織結構



資料來源：本研習土生課長講義資料。

(四) 介護保險對象

日本被保險人可分為二類，第1類被保險人為65歲以上者（2,727萬人），第2類被保險人為40至64歲者（4,276萬人）。土生課長表示日本介護保險之對象僅

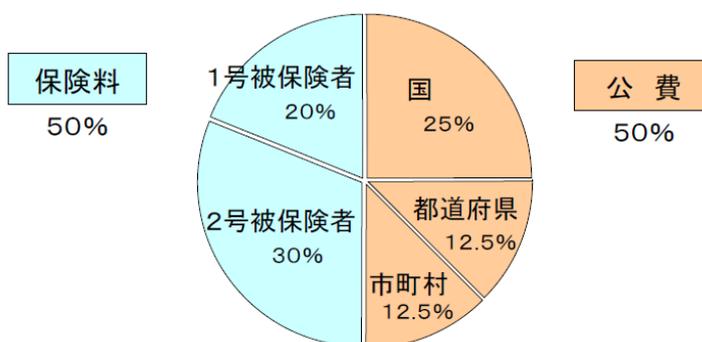
限於 40 歲以上者，此乃受制於政治情勢。若由整體考量，社會保險應是愈多人納保愈好。3 年前，介護保險法修正，身障者維持不納入，惟目前這議題仍尚在研議中。以政府的立場，是願意將他們納入介護保險之範圍；主要反對者為身障團體，反對納入的原因是一「理念」的不同，主張原本以稅收來支付身障服務，意謂著此為身障者的權利，不同於社會保險強調繳費之義務。

（五）介護保險財務結構

日本介護保險制度，政府以一般稅收支應 50% 之保險總費用，其餘 50% 總費用由被保險人負擔（保險費）。在稅收支應部分，中央、都道府縣、市町村負擔總費用比率分別為 25%、12.5%、12.5%¹，其中中央負擔 25% 中的 5% 是作為市町村保險財政「調整補助金」，針對財政不好之市町村給予較多的經費協助；在保險費部分，則由二大類保險人根據人口比例分攤，在 2009-2011 年度，第 1 類被保險人保費占總費用之 20%，第 2 類被保險人保費占總費用之 30%。

由於介護保險保費是透過估算方式來計算，可能有不足或餘絀，因而由都道府縣設置「財政穩定化基金」，市町村財務收入若未用完，可以存放基金，累積愈多，則可以降低保費；若不足，則可以向基金借貸。

圖 2-3 介護保險財源結構



資料來源：本研習土生課長講義資料。

（六）保費分攤

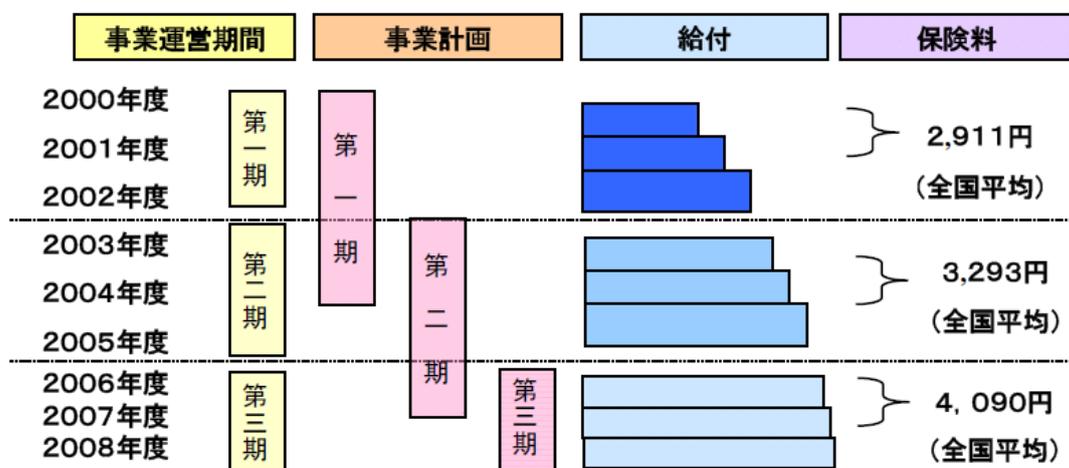
現行市町村以 3 年為一期制定介護保險事業計劃²，每 3 年進行一次修訂。保險費則是根據介護保險事業計劃所規定的服務費用預估值而加以設定，目的是為了保證 3 年內的財政平衡，因此每 3 年調整一次，3 年內則會保持相同的保險費，如 2006-2008 年全國平均每人每月保費為 4,090 日圓；2009-2011 年全國平均每人

¹對機構之補貼，是由中央負擔 20%、都市府縣負擔 17.5%

²在 2005 年度之前，是 5 年為一期

每月保費為 4,160 日圓。

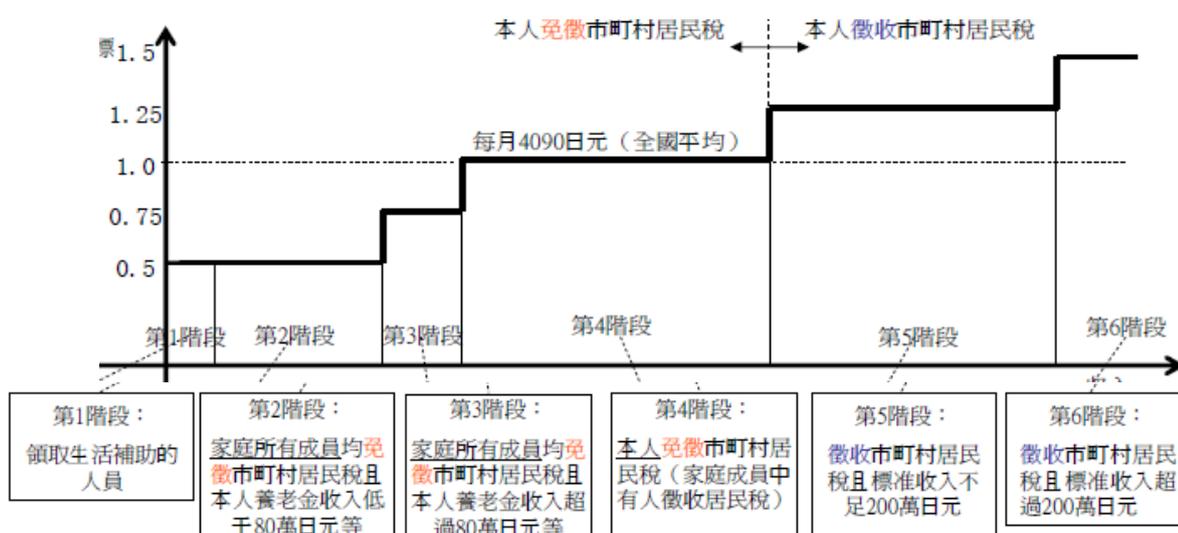
圖 2-4 介護保險保費調整狀況



資料來源：本研習土生課長講義資料。

第 1 類保險人保險費是由市町村以個人為單位向老年人徵收，老人年金達一定標準以上者，由老人年金直接扣繳；第 2 類被保險人保費則與醫療保險保費統一收繳，雇主應負擔保費 50% 以上，但大都維持 50%。對於第 1 類被保險人，介護保險費用徵收充分考慮到了低收入階層，依個人負擔能力決定保險費，亦即依民眾繳稅的情況，劃分 6 個保費等級，國家根據不同狀況給予補助（如圖 2-5）。

圖 2-5 第 1 類被保險人保險費標準



資料來源：本研習土生課長講義資料。

（七）部分負擔

介護保險服務費用 90% 由保險支付，因此服務使用者原則上需負擔 10% 的部分負擔。對於機構服務使用者，除部分負擔外，尚須負擔機構服務的食宿費用。為減輕低收入者負擔，如所負擔的服務費用超過一定額度，則以高額介護服務費和補貼給付等方式予以支付。

1、 高額介護服務費

若每月所負擔的部分負擔（服務費 10%）超過表 2-1 所示家庭（個人）總收入上限時，退還超出部分。

表 2-1 高額介護服務費之給付標準

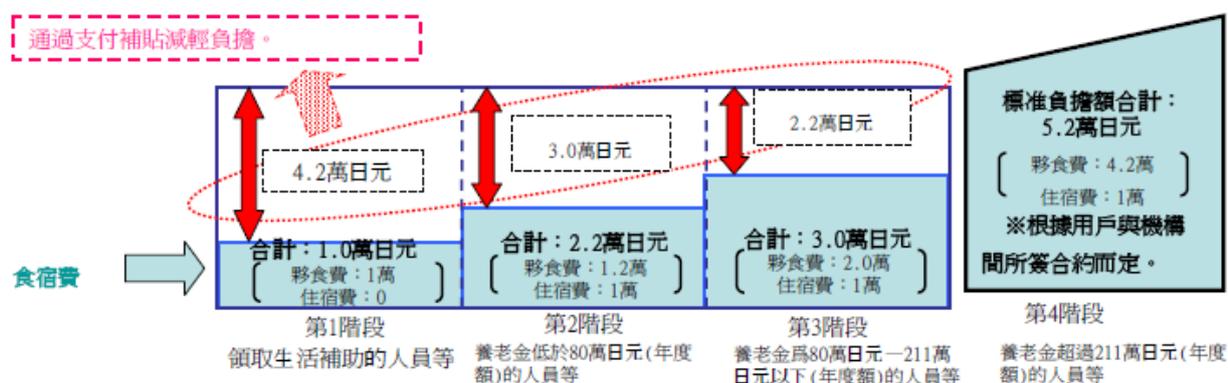
收入區分	每月家庭總收入上限（日圓）
(1) 除 (2)、(3) 所示情況以外	37,300
(2) 家庭成員免徵市町村居民稅等	24,600
家庭成員免徵市町村居民稅，且每年養老金收入低於 80 萬日圓等	個人 15,00
(3) 生活補助之被補助人等	個人 15,00

資料來源：本研習土生課長講義資料。

2、 補貼給付

當每月食宿費用等負擔超過一定額度時，退還超出部分。

圖 2-6 要介護 5 者入住特別養護老人之家多人房之狀況

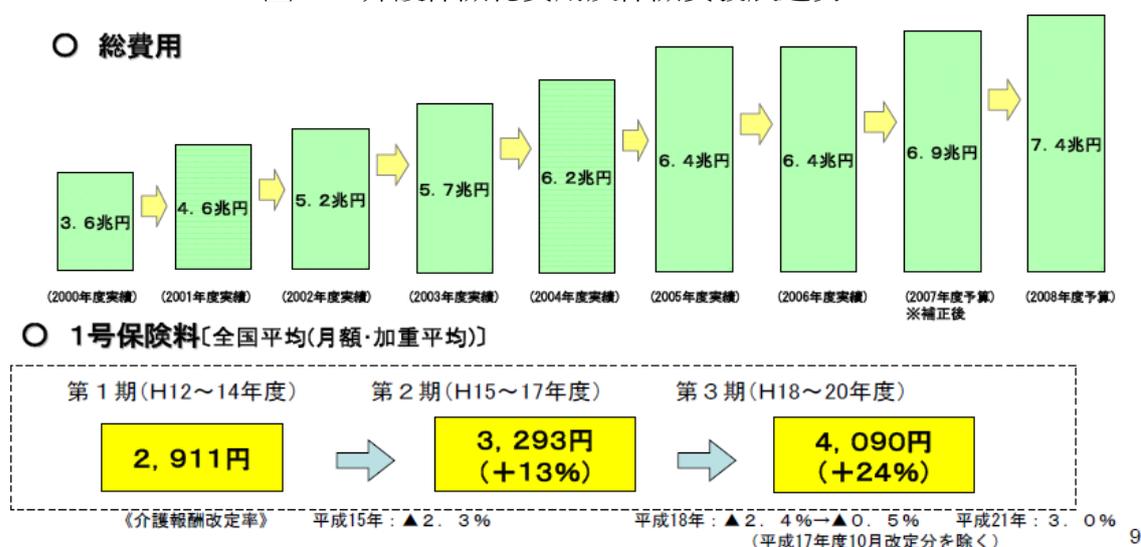


資料來源：本研習土生課長講義資料。

(八) 介護保險財政發展趨勢

老人福利市場隨人口老化急遽增加，隨著老人人口增加，介護保險總費用每年都有增加，也使得保險費不斷上升（如圖 2-7）。土生課長指出必須要朝以下二方面改革：（1）擴大被保險範圍，投保年齡下修至 20 歲或全民；（2）調增政府的公共負擔比例。

圖 2-7 介護保險總費用及保險費發展趨勢



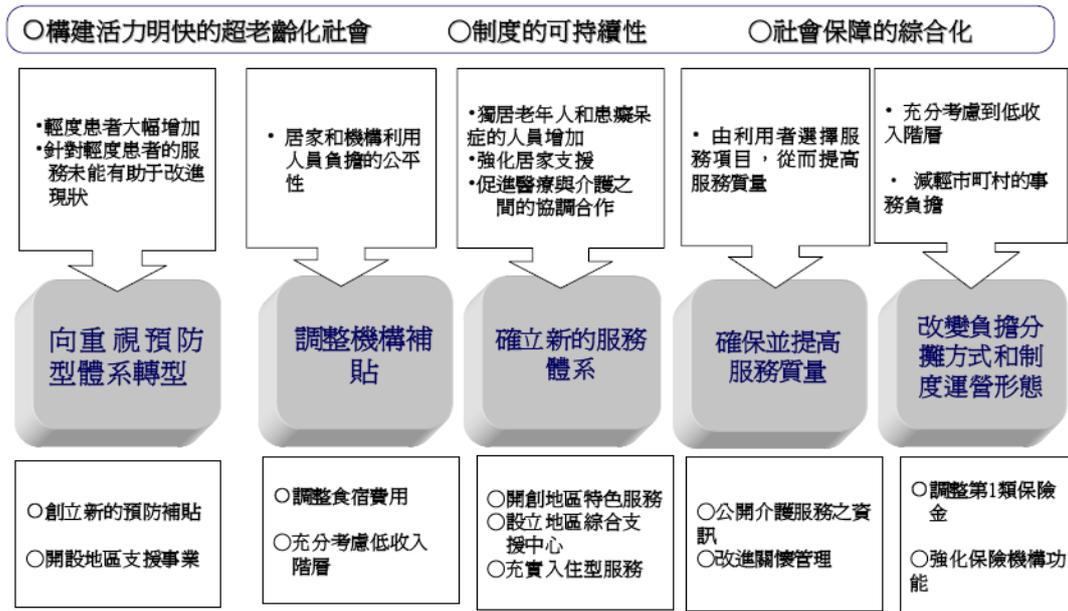
資料來源：本研習土生課長講義資料。

(九) 2005 年介護保險制度改革及未來課題

2005 年介護保險改革修訂實施以來，又經歷了數年，但當前仍面臨許多課題有待克服。

- 1、 老年人口增加：第 1 代嬰兒潮出生的人口開始跨入老年時代，除了介護服務以外，為降低老人使用介護服務之需求，需要充實各類預防對策措施，實施個別關懷服務。
- 2、 因應失智老人數量的增加，須強化失智者的關懷與介護。
- 3、 老年夫婦家庭和獨居老人家庭增加，須確保老人的居住條件。過去傳統介護服務立基於家庭概念，未來應建立介護服務的「獨居模式」。
- 4、 都市超高齡化社會的發展，須確保都市老人的居住條件。
- 5、 確保介護服務提供者之利益，提高介護服務之待遇，以提高介護服務之質量。

圖 2-8 2005 介護保險制度之基本觀點及內容



資料來源：本研習土生課長講義資料。

二、介護保險行政營運機制（講師：橫濱市健康福祉局介護保險課 松本均 課長）

橫濱市有 376 萬人，老人人口有 70 萬人，是市町村中老人人口最多的城市，為日本最大的保險人。松本課長在介護保險開辦前 3 年借調至厚生勞動省支援制度設計之立法工作，長達 5 年時間，之後返回橫濱市負責介護保險制度的營運；2005 年修法期間，松本課長再度到厚生勞動省支援 3 年時間，於制度及實務面皆有豐富的經驗。

（一）介護保險的成果

介護保險實施後 10 年間，機構服務、居家服務的數量增長 3 倍，顯見該制度提供老人照護需求已深入人心。眾多民間服務單位參與，提升了服務的質與量。機構設施也得到了有效的改善，過去 4 人 1 房（10.65 m²）已經改成單人套房（13.4 m²），介護設施不同於醫院，最好應為單人房。民調顯示 80% 的民眾對於介護保險制度表示肯定。

（二）介護保險的結構性問題

保險開辦後服務量急遽增加，長照需求的人數增加，介護保險費也無法避免地

逐年上漲³。在養老金未增加的情形下，介護保險費的上漲自然受限。在上述限制下，補助額度自面臨被不斷要求修改之命運。

（三）因應問題的思維考量

- 1、介護保險是老人長照服務的一項重要的支持性制度，但並不是萬能的。
- 2、老人的長照需求與生活支援若全由介護保險承擔，該制度恐難永續經營。
- 3、提高消費稅作為主要經費來源。目前消費稅率為 5%，政府規劃調高至 10%，但用途尚未固定，松本課長認為未來應明確規範固定比率用於健康與介護。
- 4、需要採取相應對策以減輕介護保險制度之負擔。

（四）介護保險制度

1、被保險人的範圍

考慮擴大被保險人的範圍，保險對象由 40 歲以上擴大至 20 歲以上。至於未考慮擴大至全民納保的主要考量為，20 歲以下沒有能力繳納保費，若免除其繳納保險之義務，而得享有保險給付，亦不符合保險制度精神，因而日本只目前考量目前 40 歲以上擴大至 20 歲以上。

擴大保險對象雖然可以減輕老年人的負擔，但會引發以下問題：（1）身心障礙者一直認為應由國家稅收來支應他們的照顧服務；（2）身心障礙等級認定與照護需求等級認定無法相適應。

2、保險人

由於介護保險開辦前，是由市町村辦理居家介護服務，因此日本介護保險是由市町村擔任保險人。然而，保險要有一定規模，例如，東京都中有一最小的保險單位青島村，僅 30 人，應收保費高達每月 10,000 日圓。因此，為強化保險人營運功能，鼓勵規模小的市町村互相結合，形成「廣域連合保險人」。

給付高低、或服務品質都會影響保費高低，若由國家統一訂定保費標準，則會形成不公平。此外，若介護保險由國家擔任保險人，亦可能會有市町村等地方政府不想承擔責任，而把資源發展等服務輸送責任推給中央政府。

3、保險費

松本課長個人認為，因為老人年金大約為 10 萬日圓至 12 萬日圓之間⁴，應以 6,000

³新的全國平均保費 4,160 日圓，橫濱市平均保費每月 4,500 日圓。保費最高為十和田市，每月 5,770 日圓；最低為七宗町，每月 2,265 日圓。

⁴最低為 6.5 萬圓，已難以為繼，須有家人支持或儲蓄。

日圓為 65 歲以上老人保費上限，再有不足，應用稅收的方式解決，但贊成增加富裕老人之負擔。

4、介護服務資源發展之管理

在居家服務方面，由於國家已明確訂定了介護報酬與營運標準，相關服務單位只要滿足相關標準即可自由參與介護保險市場，市町村無法對此進行管理。在機構服務和住宅服務方面，採行總量管制制度，當都道府縣介護事業支援計畫與市町村介護保險事業計畫所確定的機構超過員額編制，即可拒絕相關業者進入該行業。

（五）提高永續發展的方案對策

- 1、加強預防保健，並以預防盛行之慢性病為重點（使用介護保險者，半數以上原因為中風）。
- 2、促進自助、互助（志願者、地方協助）；共助（介護保險、民間保險）；公助（生活輔助）之間的相互補充。
- 3、善用團塊世代（即戰後嬰兒潮時期（1947-1949 年）出生的人）的知識、經驗與精力，投入介護支援的志願服務工作。
- 4、要充實各類安寧機構以使患者有尊嚴地死亡。過去，日本在家往生者占 80%，在醫院者占 20%；現在則逆轉，在醫院者占 80%，在家往生者占 20%，老人仍希望在家中死亡，但家屬希望老人能多活一秒，往往會將老人送到醫院。因此，松本課長建議政府應鼓勵發展安寧病房療護。
- 5、在都市建置特別養老人之家等介護機構，提供給獨居、低收入人的臥床老人；以及建置具有 24 小時監護功能的老人住宅。

（六）未來的介護服務

1、提供充分考慮老人尊嚴的服務

提供尊重老人的自我選擇與個性的多元服務，過去，服務提供內容僅單一性，例如：歌唱、體操、跳舞，像幼兒園；現在則尊重老人自己喜歡的活動，老人可以選擇自己要做的事，例如打麻將、看電視、折紙等。

松本課長特別提到在南九州山口縣的一個老人設施，故意設計成具障礙之設施（如減少扶手等），老人可以選擇自己喜歡的活動，可以賭博，彩金可以買東西，吃飯採自助式，但活動範圍限於設施之內。此類設施很受老人歡迎，在其中老人很開朗、活潑，這就是尊重自主性原則展現。

2、確保服務品質

介護保險開辦之前，由政府擔任介護支援專業人員（care manager），但開辦之後，改由民間業者擔任，行政官員進行監督、檢查，並進行指導。為確保服務品質，政府應揭露介護服務業者名單，讓使用者能夠選擇與自身情況相符的服務種類。

三、日韓介護保險制度之比較（講師：東北福祉大学綜合管理學部產業服力管理學科 江尻教務長）

江尻教授教授產業管理、福利產業、企業管理理論、社會貢獻論等課程，曾於 2006 年 12 月間前來台灣參加東吳大學社工系主辦的「高齡者福利與企業國際研討會」，並發表論文。因而，十分關心台灣長期照護保險制度發展情形。

（一）日韓引進介護保險（老人長期照護保險）之背景

日本於 2000 年 4 月正式實施介護保險，是亞洲第一個實施此項制度之國家，韓國則於 2008 年 7 月正式引進實施⁵，藉由探討該二國實施過程之面臨之問題，供我國規畫此項保險制度之參考。

日韓引進保險之背景類似，主要都是與老年人口急遽上升，照護費用以醫療費用之型式快速增加，造成相當之財務壓力，加上家庭照護功能下降，必須建立社會化照護制度，由社會共同承擔長期照護工作。

（二）日韓制度之比較

表 2-2 日韓制度之比較

	日本	韓國
名稱	介護保險	老人長期療養保險
開辦時間	2000 年 4 月	2008 年 7 月
保險制度設計單位	舊厚生省之專案小組自行設計完成	由保健福祉部的附屬機關韓國保健社會研究院與保險公團共同合作完成
開辦目的	比較強調支援老人自主，減輕家	以中重度照護需求的老年人為保

⁵ 日本在正式引進介護保險6年前（1994年），而韓國則在引進該制度的8年前（2001年）開始探討此項制度。

	人照護的負擔，以及以與家人同住的居家給付為優先。	險給付對象，較不強調支援老人自主生活。
保險人	多元保險人制度：地方政府（市町村），與地方密切相關，但存在地區性的差異。	單一保險人制度：國民健康保險公團，制度統一、手續簡化，地方政府參與較少。
被保險人的限制	有年齡限制 第 1 類被保險人：65 歲以上 第 2 類被保險人：40~64 歲	健保參加者
保費水準	保費水準依地方政府（市町村）而有差異	全國統一，與醫療保險費一起徵收
給付對象	1.65 歲以上之高齡者，有介護需求者。 2.40~64 歲僅限於與特定 15 種老化相關疾病始可申請保險給付。	1.中重度照護需求的 65 歲以上老年人為主。 2 未滿 65 歲但，罹患老化相關疾病者（失智症、腦血管疾病），並被判定需長期療養者。
保險費徵收	1.第 1 類被保險人從年金扣繳。 2.第 2 類被保險人併同健保保費合併徵收。	併同健保保費合併徵收。
財源	1.保險費、稅收與部分負擔 2.負擔比率：保險費 50%、國家負擔 50% 3.被保險人負擔保費：65 歲以上被保險人從年金扣繳、40~64 歲參加醫療保險者，併同醫療保險金繳納。 4.部分負擔：10%	1.保險費、稅收與部分負擔 2.負擔比率：保險費 71%（主要是健康保險費、長期照護保險費約 5%）、國家負擔 29%。相較日本，韓國國民負擔比例較大。 3.被保險人負擔保費：全體國民，與醫療保險同時徵收。 4.部分負擔：居家照護 15%、機構照護 20%。
給付項目	均為實物給付。 個別市町村另外有提供各自的市町村特別給付。	實物給付外，針對離島等偏遠地區提供特別現金給付。
介護等級	範圍較廣，分為需支援 2 級、需介護 5 級，合計共 7 個等級。	範圍較窄，僅分 3 個等級，僅限於需介護中級以上，約相當於日本的 3~5 級。
需介護等	申請者提出主治醫師意見書，再	申請者提出申請，由公團職員進行

級認定	由市町村職員利用電腦進行等級初判，最後交由介護認定審查委員會作出最終判斷。	初判(非電腦化判定)，再交由等級判定委員會作出最終判定。
接受介護服務人數	2008年3月：為452萬人(所有老人人口的16.5%)	2009年5月：20.2萬人(所有老人人口的4%)
開辦第1年接受服務人數	149萬人(所有老人人口的6.8%)	16萬人(所有老人人口的3.1%)

資料來源：本研習江尻教授講義資料。

(三) 日韓目前面臨之重要課題

- 1、財源之確保：日本現在正面臨財源不足之問題，有幾個因應方向可以考慮，包含(1)擴大第2類被保險人的範圍(降低納保年齡)；(2)提高個人費用負擔；(3)引進福利目的稅或以消費稅固定比例用於長期照護；(4)引進現金給付制度，主要針對偏遠離島地區，江尻教授認為這些地區不一定要設立介護提供單位，可以提供現金給付，但由於現金給付不一定能確保照護品質，要有監督的配套措施。
- 2、提高服務質量：據稱韓國需介護的人員為20萬人，而從事介護服務的機構則有1萬家，出現了所謂的供過於求的現象。此外，韓國也出現了企業等爭相介入介護服務行業的情況，客源競爭激烈，相對於服務品質而言，更加重視數量。因此，韓國提供者供過於求，應提升品質。

日本則工作條件不理想，工作時間長而薪水過低，學生在畢業後即使具備有專業證照也不太願意從事相關產業，介護工作無法吸人才，介護工作求供倍數超過1，其他行業只有0.4。此外，從事照護服務者願意在長期照護產業服務的時間亦不長，因此面臨人力不足之問題，因此質與量之同步提升為當前重要之課題。長期照護從業人員之專業素養及對工作之熱誠至為重要，應改變社會大眾對長期照護專業價值之認識，提升其專業價值。
- 3、充實相關教育體系：韓國增設了福利相關的大學數量(日本處於飽和狀態)，但在此過程中不只是增設相關院校與科系，質與量的同步提升更是重要。介護人員之培養的問題應更加重視，甚至從小學教育培養相關的價值觀，否則即使增加學校與系所，相關專業畢業之學生也未必學以致用從事介護相關產業。
- 4、擴大地方政府的職能：相較日本，韓國地方政府之參與程度較低，其地區性、

親和力與服務的細緻，亦相對有待加強。

5、建立公正與專業的照顧管理制度：日本照顧管理者與提供照護之業者往往有從屬關係，提供之專業服務有公正性與中立性不足之隱憂；而韓國則由健康保險公團之職員承擔照管工作，照管計畫較僅限於服務內容之說明，有專業水準不足之問題。

6、加強服務提供者之管理：日本實施介護保險前後，有大量業者投入，導致後來出現很多泡沫公司和素質較差之業者，一旦經營不善而倒閉，民眾往往蒙受損失，但這也因此讓政府更加重視投入業者之條件，經濟利益與社會責任感往往必須權衡，業者之經營理念應二者兼具之。日本政府和業者應保持夥伴關係並且共同合作，而非任由福利業者多頭馬車各行其政。韓國和日本一樣，也是有大量的企業投入，過度競爭往往使品質下降，為確保品質，應予適度控管。

日本介護保險 2006 年修法，使得民間業者的市場進入條件更嚴格，例如財務報表要公開。但事業經營者人品、理念也要調查，只追求利益的業者，是惡劣的，社會利益與經濟效益都要滿足，才能經營順利。行政監督不宜過嚴，讓民間業者所屬團體自行制定規則控制，自我約束，是最有效率的，其效果更勝法律。

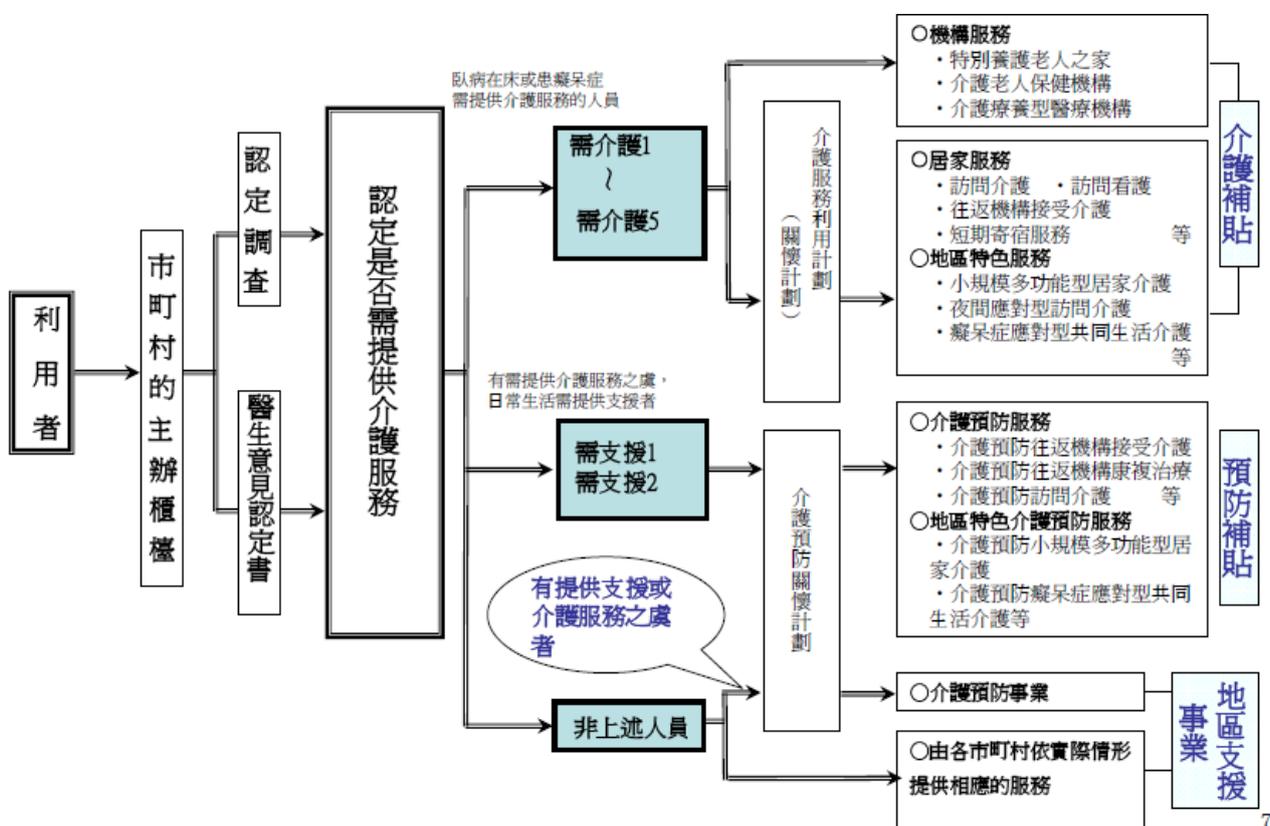
7、導入與強化預防之觀念：日本於 2006 年導入預防介護服務，開始將需支援 1、2 列入保險給付。韓國之長期照護保險制度則是以中重度為對象，應針對尚未嚴重失能之老人，進一步強化預防之相關服務。

參、照護需求認定、照護計畫擬訂

一、介護保險服務流程及服務對象

介護保險服務流程如圖 3-1，主要服務對象為經認定為需介護 1-5 級及要支援 1-2 級者，可以接受保險服務；若有需要，並可回溯自申請之日起享有服務。其次，對於特定高齡者（虛弱高齡者），可以利用預防性服務（如綜合中心的保健服務），此類服務經費來源係介護保險經費 3%⁶。至於一般高齡者，則不能使用介護保險服務，但個別市町村仍可能以公務預算提供老人相關的福利服務（如表 3-1）。

圖 3-1 介護保險服務流程



資料來源：本研習土生課長講義資料。

⁶三枝所長認為介護保險應該給付發生的風險，預防性的給付應另外編列預算支應，不應使用介護保險費用。

表 3-1 介護保險服務對象

	認定結果	介護保險服務之使用
第 1 類	要介護 1-5 級	可使用介護保險服務，自「提出申請之日」即可使用介護保險
第 2 類	要支援 1-2 級	
第 3 類	特定高齡者 (虛弱高齡者)	可使用預防性服務 (由介護保險 3% 支應，協助地方發展相關服務)
第 4 類	一般高齡協	不可使用介護保險服務

資料來源：本研習三枝所長講義資料。

二、介護等級審查判定流程（講師：橫濱市金澤區）

（一）介護等級判定流程

介護保險的被保險人有照護需求的時候，必須先至當地的市町村（保險人）提出書面申請，申請時須附上醫師意見書，完成申請手續後，會由市町村負責訪視的的承辦人員⁷或受委託之照顧管理者（care manager）到被保險人家中訪視（委託辦理只適用於既有介護保險使用者原判定等級之時效過期而更新申請之案件，若為新申請案件或是涉及等級變更者，不能透過委託方式調查，一律由保險人自行調查），調查個案之身心狀況，調查時所使用的調查表是全國一致的，透過結構式之電腦判定，完成第一次判定結果，連同訪視人員的調查意見和主治醫師之意見書，送交認定審查委員會進行第二次的等級判定，以決定申請者需照顧之等級。市町村在一個月內將判定意見和介護等級以書面形式通知申請人。

申請人接到附有介護等級的保險證後，可自行選擇一名專業的照顧管理員來幫助自己找到適合的服務⁸，在符合認定等級許可範圍內，照顧管理員與申請者共同討論，制定一份符合介護等級和申請者需求的介護服務計畫，並安排接受相關服務。新申請等級判定結果的有效期限最長為 6 個月，更新申請判定有效期限則為 6 個月到 2 年，過了有效期間後，必須重新申請（必須在有效期結束前 2 個月），根據需照護的改善或惡化程度，調整介護等級，制定新的照護計畫。

（二）審查委員會之組成及運作方式

審查委員會是由市町村聘請相關專業人員（例如醫師、藥師、社工、個案管

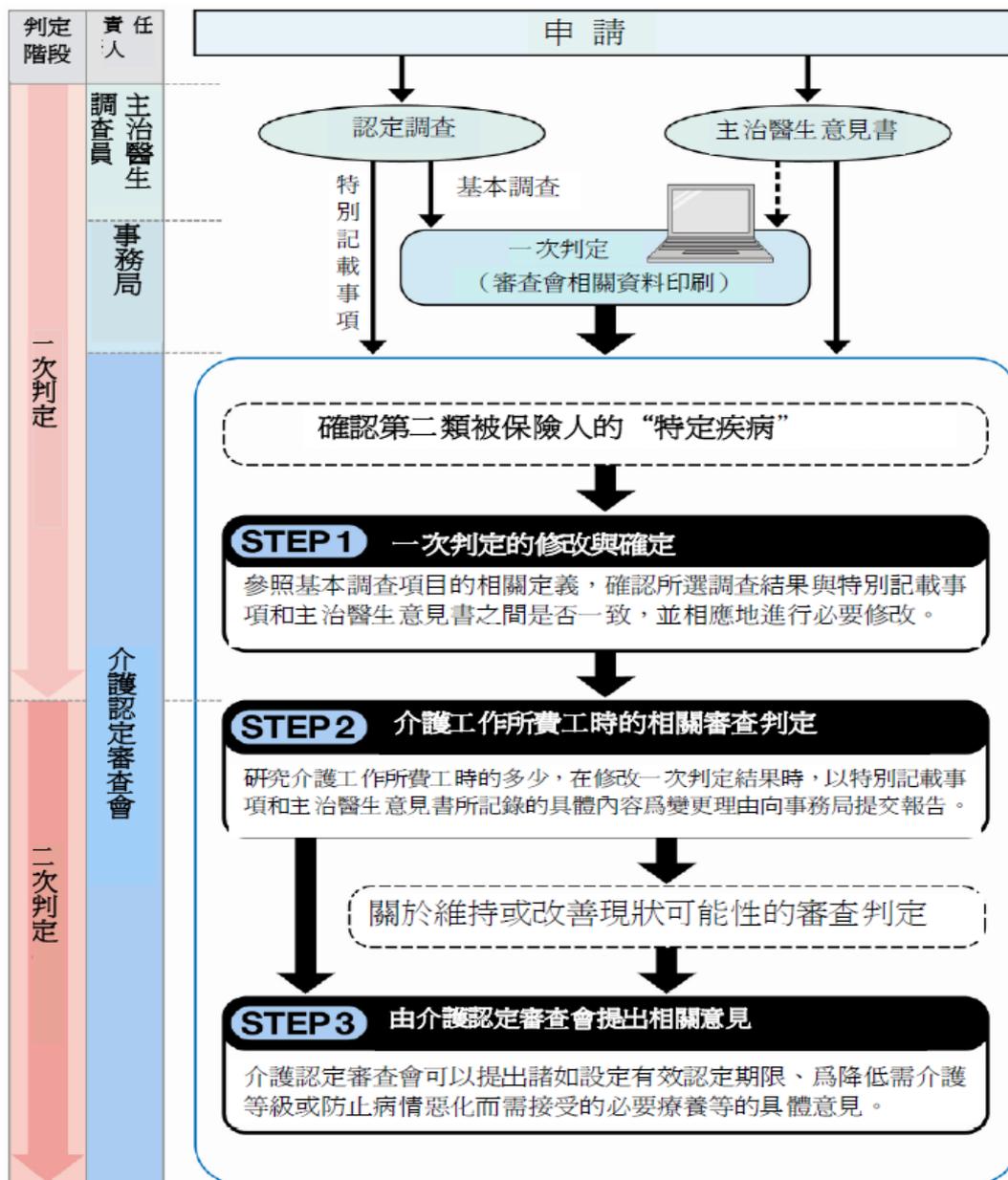
⁷ 此類人員需具有照顧管理員之資格或具備相關專業知識，為準公務人員，但不是正式公務人員，每月個案量平約約為 37 件。

⁸ 服務使用者可以自己擬訂照護計畫，但實務上幾乎沒人自己擬訂，因為照護服務申請及給付過程很複雜，因此多數服務使用者都會請照顧管理員協助。

理師…) 組成，以我們實際到訪的橫濱金澤區為例，共設有 8 個審查委員會（每一個委員有 4 個委員，每月召開 2 次會議，主席是固定的，金澤區都是由醫師擔任主席，其他地區則不一定），每週共計召開 4 次審查會，每次審查人數約 35 人。

以橫濱市為例，在召開審查會議之 1 星期前必須將相關資料寄給審查會委員，各審查委員須於會前先行仔細閱讀個案資料，在審查會中就需提供何種程度的介護服務提出自己的意見⁹。介護等級判定審查流程如圖 3-2。

圖 3-2 介護等級判定審查流程



資料來源：本研習橫濱市金澤區講義資料。

⁹ 審查會前，各委員意見在認定調查及醫生認定意見書後，針對第一次判定結果表示意見，同意或不同意見，行政幕僚會前先行彙整各委員意見，當天會議多僅就不同意見部分，提出討論以達成共識。

三、審查請求

對市町村所作之需介護認定結果等判定（根據法令作出的各種決定）表示不服，可以根據介護保險法和行政不服審查法的相關規定，向神奈川縣介護保險審查會提出審查請求。當介護保險審查會認定審查請求有正當理由時，市町村所作判定結果（決定）即告撤銷，由市町村重新進行判定（決定）。即介護保險審查會並非修改需介護認定等判定結果（決定）。

表 3-2 審查請求主要項目及審查方式

	審查方式
需介護認定	由介護認定審查部門會議（由醫生、律師等公益代表委員 3 名成員組成）負責審查。
保險費的徵收	由保險支付等審查部門會議（由被保險人代表、市町村代表、公益代表委員 9 名成員組成）負責審查。
保險支付的限制	

資料來源：本研習橫濱市金澤區講義資料。

在提出審查請求時，需注意如下事項：

- 1、原則上可以提出審查請求的人員，僅限於接受判定結果（決定）的被保險人本人，但也可由被保險人的代理人（家人、民生委員等），代其提出審查請求（需出示由被保險人簽署的委託書）。
- 2、必須在判定結果（決定）通知之日的第二天算起的 60 天內提出審查請求。
- 3、可以以書面形式或口頭形式提出審查請求。在以書面形式提出審查請求時，請詳細填寫相關必要事項。在「請求理由、欄中，請詳細填寫要求撤銷判定結果（決定）的理由和事實經過。在以口頭形式提出審查請求時，請向審查請求書受理單位（盡可能提前預約）負責此事的工作人員準確闡明相關必要事項，由工作人員負責筆錄，本人則需簽名蓋章。
- 4、在提出審查請求時，除了可以要求市町村作出解釋以外，還可以向審查請求人及其家人、住宿（院）機構、介護認定調查員、主治醫生等相關人員發出書面照會或上門訪談，以便實施調查。
- 5、從提出審查請求開始到得出審查結果（裁決書），約需 3 個月。

四、介護保險服務使用方式¹⁰

（一）要支援 1-2 級

- 1、與設置在地區關懷廣場的“地區綜合支援中心”取得聯繫。
- 2、與地區綜合支援中心簽訂合約（亦可以委託介護支援專業人員（照顧管理專員）實施）
- 3、在簽訂合約時，需要調查生活履歷、當前狀況等（使用專業用語進行評估）。
- 4、由地區綜合支援中心的保健師等擬定照護計劃（照顧計劃「草案」）
- 5、地區綜合支援中心的保健師介紹合適的介護保險服務事務所，召開「服務人員會議」，透請相關服務單位及人員參加，討論照顧計畫之實施方式。
- 6、在開始提供服務之前，服務事務所擔任服務的人員制定個別照護計劃，並開始提供服務。
- 7、地區綜合支援中心的保健師對以下內容進行確認：
 - （1）確認服務實施情況
 - （2）確認本人和家庭情況
 - （3）向服務事務所確認以上情況等，並進行監督。
- 8、在計劃設定期限結束之前，需評估照顧計劃之效果（評估）。
- 9、此時從各專業角度確認本人及其家庭的相關情況（再評估）。

（二）要介護 1-5 級

- 1、尋找合適的介護支援專業人員（照顧管理專員），並與該所屬的「居家介護支援事務所」簽訂合約。之後，如果判定結果為“需支援1或支援2”則由地區綜合支援中心保健師替代介護支援專業人員（照顧管理專員）。
- 2、運用方式同上。

五、居家介護支援中心（照護管理服務）¹¹

照護管理服務為介護保險給付項目，且無部分負擔。照顧管理專員的主要工作可分為照護管理及給付管理二部分。

1、 照護管理

照護管理專員必須監督照顧計畫的執行，每個月 1 次以上到宅面談，一定期間

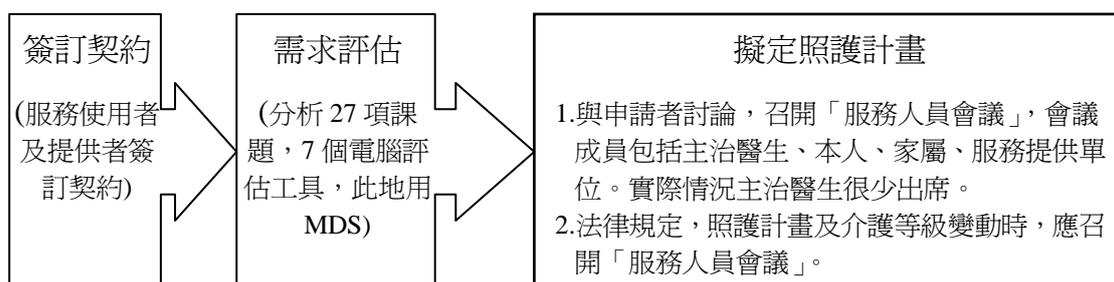
¹⁰ 本節相關內容取自三枝所長之講義內容及上課說明。

¹¹ 同 10

(6個月至2年)後再進行需求再評估，然後重覆前述的利用程序。照顧管理專員可以收取照顧計畫費用，但要盡監督照顧計畫的義務，若無法履行，則要扣減費用，1個月沒去扣30%，2個月沒去扣50%。

三枝所長提到照護管理專員在保險給付額度下，訂定照護服務計畫，因而計畫範圍只包括正式服務，未考量納入家庭、社區非正式服務。在介護保險財務困境下，未來不可能只靠介護保險解決長照需求問題。

圖 3-3：照護管理流程

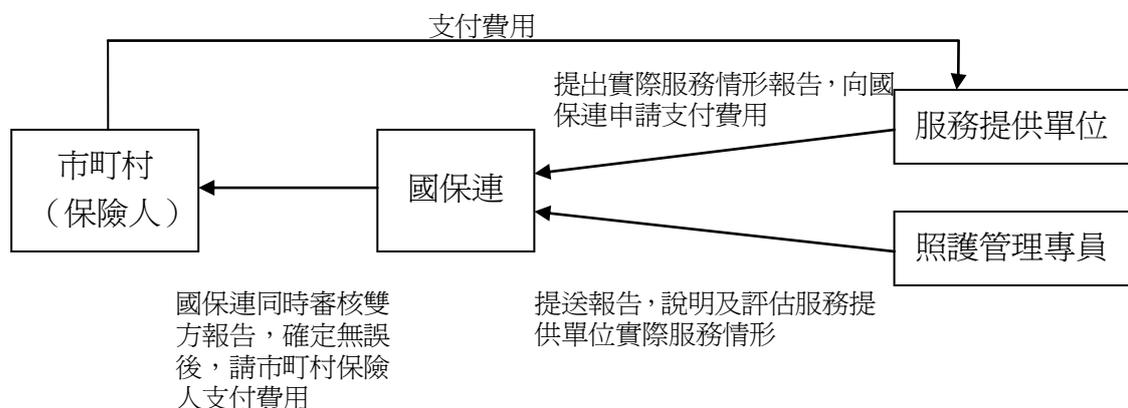


資料來源：本文製圖。

2、給付管理

在支付方式部分，服務提供的業者將實際服務情形提報國保連，照顧管理專員也提送報告給國保連，國保連核對資料無誤後，透過市町村保險人支付給服務提供業者。然而，為減少球員兼裁判之情況發生，照護管理專員使用自家所屬服務提供單位的服務超過 90%，目前修法扣減部分給付。

圖 2-9：支付制度流程



資料來源：本文製圖

肆、介護人員培訓及資格認定

一、介護保險照護人員種類

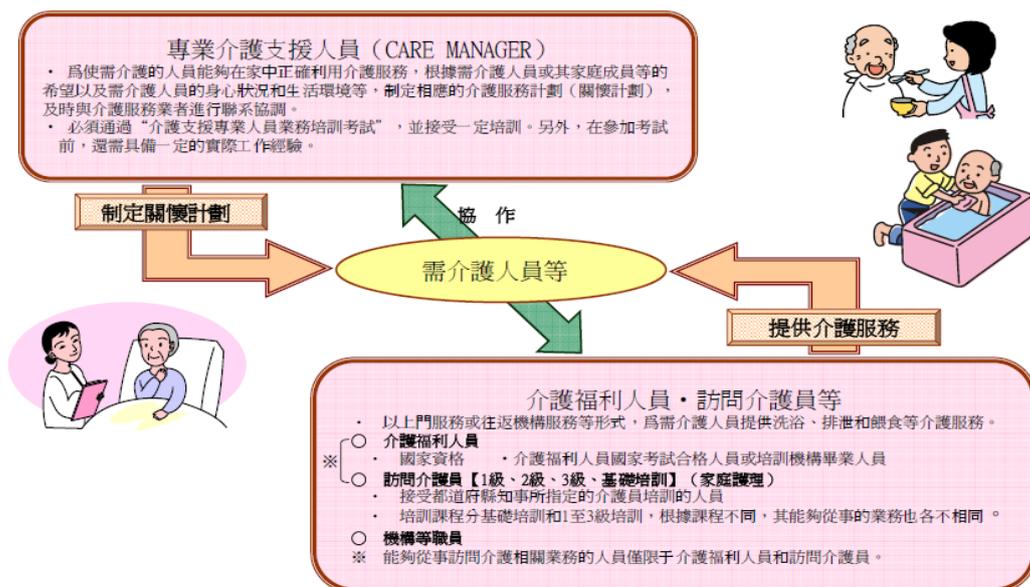
主要包括專業介護支援人員（care manager）、介護福利人員、訪問介護員，前者即為台灣之照顧管理專員，後二者則為台灣之照顧服務員，為提供居家照護直接服務人員。

表 4-1 各類照護人員之職責及資格條件

	主要職責	資格條件
專業介護支援人員	擬訂照護服務計畫及相關評估協調	必須通過「介護支援專業人員業務培訓考試」，並接受一定培訓。另外，在參加考試前，還需具備一定的實際工作經驗。
介護福利人員	提供沐浴、排泄、餵食等居家照護直接服務	「介護福利人員國家考試」合格人員，或培訓機構畢業人員。
訪問介護員		接受都道府所指定介護員培訓的人員，培訓課程分基礎培訓和 1 至 3 級培訓，根據課程不同，其能夠從事的業務也各不相同。

資料來源：本文整理製表。

圖 4-1 各類照護人員之服務內容



13

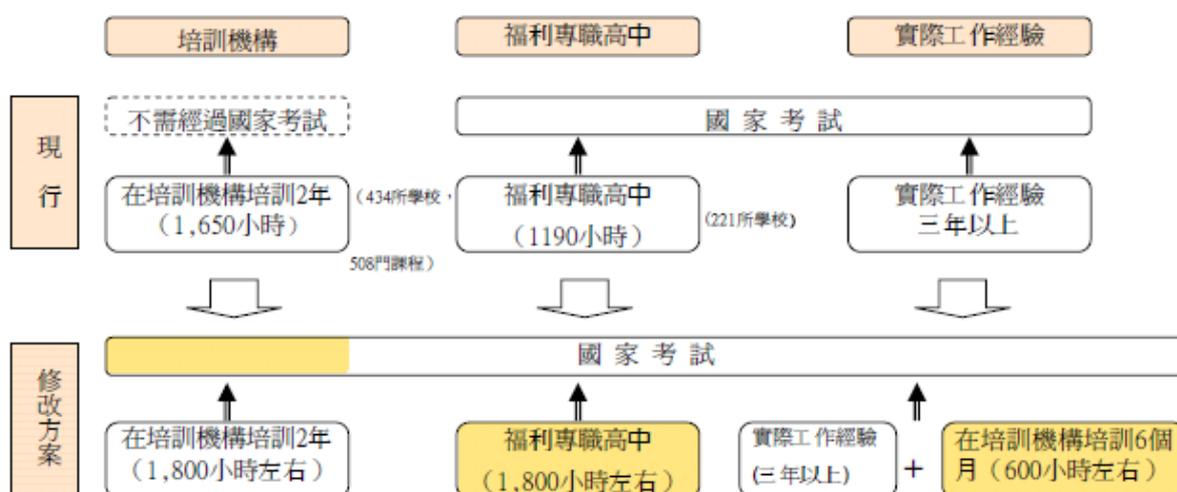
資料來源：本研習土生課長講義資料。

二、介護福利人員、訪問介護員、職員之培訓及資格認定

(一) 介護福利人員

為提高介護福利人員之素質，提出資格取得的修改方案，要求所有人員在經一定教育培訓後，需參加國家考試，以統一資格取得之管理（如圖 4-2）。2007 年該國家考試受試人數為 14.3 萬人，合格人數為 7.3 萬人，合格率約為 51%。

圖 4-2 介護福利人員資格取得之方式



資料來源：本研習土生課長講義資料。

(二) 介護職員

為提高介護服務之品質，有必要增加介護職員之專業知識，在 2006 年設立了介護職員之共同基礎培訓課程。截至 2006 年，完成基礎培訓人數為 31 人。

表 4-2 基礎培訓課程內容

課程	時數	形式	目的
基礎培訓	500 小時	授課・練習：360H；實習140H ¹²	使介護職員掌握所需的基礎知識與技能等。

資料來源：本研習土生課長講義資料。

¹² (1)居家照顧1級且擁有1年以上實際工作經驗的人員，其培訓時間為60小時，實際工作經驗不足1年的人員，其培訓時間為200小時。(2)居家照顧2級且擁有1年以上實際工作經驗的人員，其培訓時間為150小時，實際工作經驗不足1年的人員，其培訓時間為350小時。(3)其他擁有1年以上實際工作經驗的人員，其培訓時間為300小時，實際工作經驗不足1年的人員，其培訓時間為500小時。

(三) 訪問介護員

培訓課程可分為 1 至 3 級培訓，根據培訓課程不同，所能夠從事的服務也不相同。然而，規劃於 2012 年 3 月將結束 1 級之課程培訓，統一歸於基礎培訓。

表 4-3 居家照顧培訓課程內容

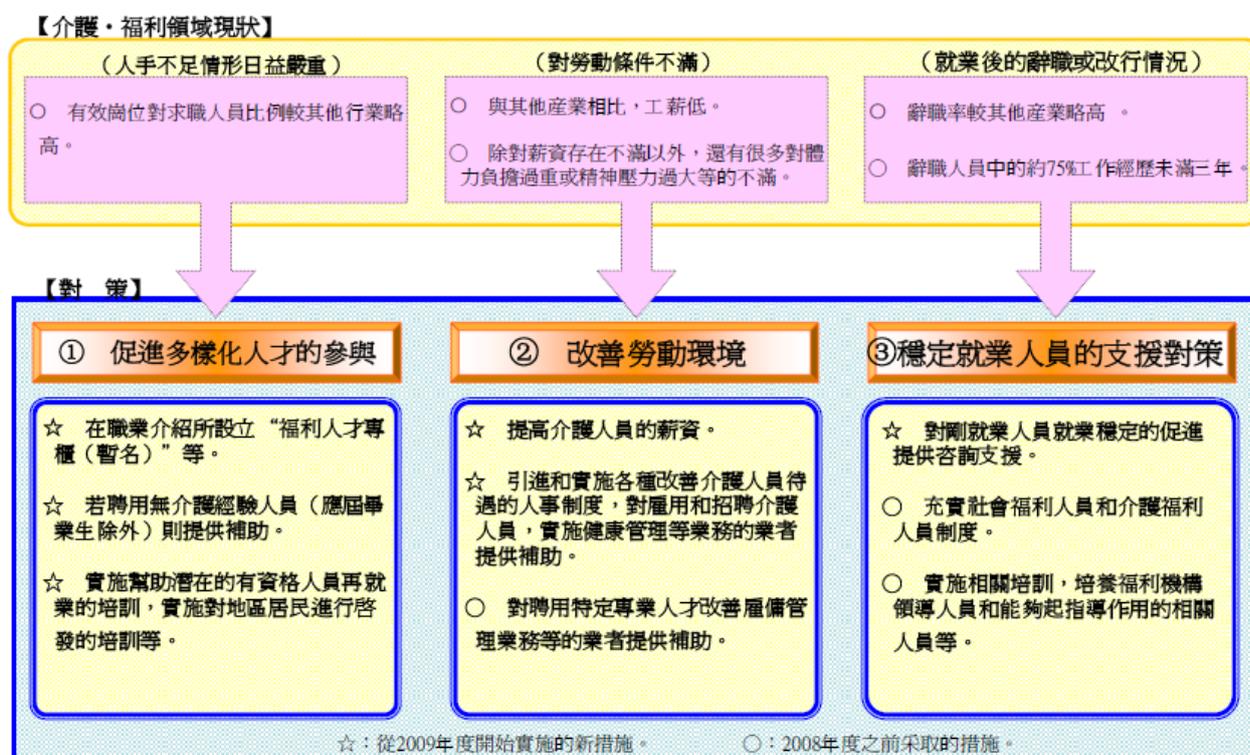
課程	時數	形式	目的
1 級	230 小時	授課：84H；練習：62H 實習：84H	進一步加深 2 級課程所掌握知識與技術，同時學習掌握主任訪問介護員所從事業務的相關知識與技術。
2 級	130 小時	授課：58H；練習：42H 實習：30H	學習掌握訪問介護員所從事業務的相關知識與技術。
3 級	50 小時	授課：25H；練習：17H 實習：8H	學習掌握訪問介護員所從事業務的相關基礎知識與技術。

資料來源：本研習土生課長講義資料。

三、介護、福利人才保障對策

(一) 整體保障對策

圖 4-3 介護、福利人才保障現況及對策



資料來源：：本研習土生課長講義資料。

四、2009 年介護領域的經濟危機對策（2009 年補充預算）

2009 年日本面對即將來臨的超高齡化社會，為使民衆能安心迎來晚年生活，同時在當前嚴峻的就業情形之下，能夠在介護領域創造出更多的就業機會、培養出更多的專業人才，採取綜合性對策。

（一）提高介護能力、創造就業機會

1、目標

- （1）加緊建設介護機構，使老年人能夠老有所安。
- （2）力爭在今後 3 年內，創造出 30 萬個介護職員¹³等介護人才就業機會

2、主要措施

- （1）加緊建設介護機構等：加緊建設特殊療養、老年保健、集體福利院、小型多功能事業所等介護機構，創造出更多的就業機會。
- （2）為現職介護職員等提供培訓支援，創造替代僱用機會。
- （3）強化地區諮詢體制：為地區綜合支援中心等機構配備辦公職員和癡呆症的協作負責人等。

（二）培養介護員並改善其待遇

1、改善介護員待遇－「介護員待遇改善補助金（暫名）」

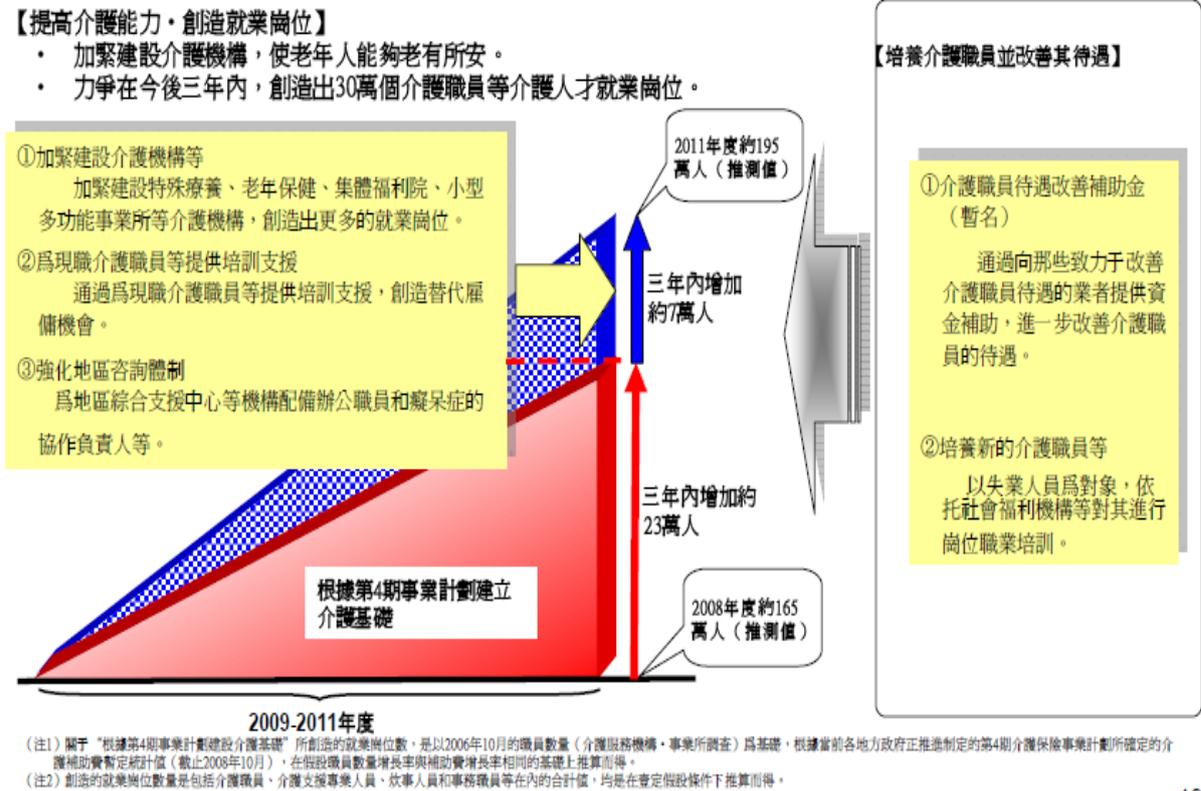
獨居老人以及老年夫婦獨居現象增加，尤其東京、大阪地區老化問題十分嚴重。再加上，生育率下降、勞動人口減少，如何增加介護人員成為重要的課題，而增加介護人員之前提是照顧觀念要改進，要確保介護人員的福利與待遇。

介護保險支付總費用的 90% 是用來支付介護人員的待遇，2009 年提高 3% 的介護員報酬，介護員的平均月薪為 20 萬日圓，但每個地區、每個單位都不相同，介護員實際待遇是與僱用單位協商，所以提高介護保險支付費用，不一定可以達到提高介護員報酬的目的。因此，2008 年（平成 21 年）決定由國家直接提供「介護員待遇改善補助金」，由國家另外編列預算直接補助介護員，每人每月 1.5 萬日圓，連同前述提高 3% 的介護員報酬（相當於 0.5 萬日圓），合計 2 萬日圓。然而，目前經歷內閣改組，民主黨於競選期間的政見是主張提高介護員報酬達每月 4 萬日圓，因此新任的鳩山首相是否會繼續推動麻生首相的政策，仍是未知數。另外，有人主張提高待遇的幅度不要超過每月 0.5 萬日圓，約為保險費的上限。

¹³ 關於所創造的就業機會人數，今後可能會根據未來業務發展情況等進行修正。包括介護職員、介護支援專業人員、炊事人員和事務職員等在內的合計值。

2、培養新的介護人員等：以失業人員為對象，透過社會福利機構等對其進行崗位職業訓練。

圖 4-4 介護、福利人才保障現況及對策



資料來源：本研習土生課長講義資料。

伍、政府或民間非營利服務提供單位及相關實務

一、橫濱市不老町地區照護廣場（講師：橫濱市不老町區域照護廣場 三枝公一 所長）

三枝所長公一，千葉縣淑德大學畢業，1989 年進入橫濱社會福祉協會，擔任特別養護老人之家介護員 12 年，2003 年 4 月到橫濱市不老町區域照護中心擔任所長。

在保險開辦前，橫濱市自 1991 年開始建立地區照護廣場（care plaza），歷經 18 年建置 115 所區域照護中心，計畫目標是建置 145 所。照護廣場的經費來源分別來自於橫濱市及介護保險。

不老町區域照護中心是接受橫濱市政府委託橫濱社會福祉協會設立，辦理（1）地區綜合支援中心；（2）地域活動交流支援中心（為此中心之特色）；（3）居家介護支援中心（照護管理）；（4）通所介護（日照服務）。前二項服務由橫濱市政府所委託，經費來自市政府；後二項服務經費則來自介護保險。

（一）地區綜合支援中心

2006 年介護保險法修正，規定全國各地都應成立地區綜合支援中心。

表 5-1：地區綜合支援中心之介紹

	說明
設立標準	係按人口分佈區分，每 5 萬人設置一處
經費	設置費用來自橫濱市政府委託設置
專業人員	設置 3 類專業人員：（1）主任介護管理人；（2）保健師，負責預防工作；（3）社會福祉士，負責諮詢服務，包括虐待。
工作重點	提供綜合性支援活動，以使老人能在家生活

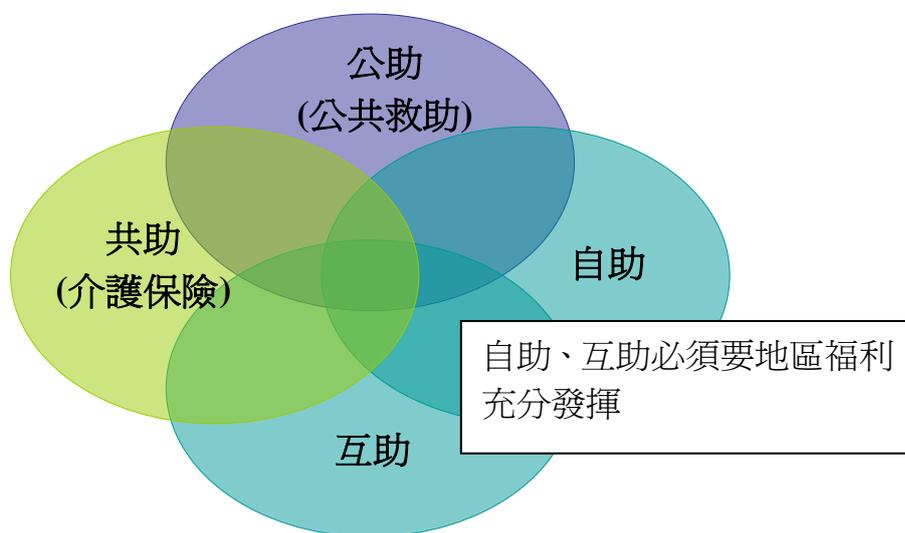
資料來源：本文製圖

（二）地域活動交流支援中心

主要的服務內容為：（1）培養志願者；（2）自主事業，如老人餐飲服務；（3）健康指導；（4）成立聯誼的沙龍（salon），聚會聯聊天、請人講課、到各地進行交流等；（5）出租會場作為非營利目的使用，例如戒酒、戒毒課程，有針對中華街居民開設日語班。

三枝所長認為日本介護保險失敗之處在於，推動介護保險之前，未充分開發及利用地區資源，因此開辦保險之後，使用者大幅增加。介護保險的理念包括自助、互助、共助、公助，其中自助、互助必須要地區福利充分發揮；共助是藉由介護保險提供福利；公助則是政府提供生活輔助。長期照護無法完全依賴保險制度，應要強調自助及互助的重要性。為了強化互助的精神，2006 年修改社會福祉法，要求地方政府必須制定地域福祉保健計畫，說明該地區存在的問題以及解決的方案。此外，各地方政府層級亦要再擬訂自己的計畫，如橫濱市每一區都要再制訂計畫，橫濱市共有 18 個區，因此有 18 個分區地域福祉保健計畫。

圖 5-1 介護保險理念（自助、互助、共助、公助）



資料來源：本文製圖。

二、梅檀之鄉

參訪日期：98年9月7日下午

參訪機構：東北福祉大學關連設施 社會福祉法人東北福祉會 梅檀之鄉（せんだんの里）

機構地址：宮城縣仙台市青葉區國見之丘6丁目149-1

接待人員：柿沼利弘 主任

（一）機構介紹

本機構成立於平成13年（2001年），經營母體為社會福祉法人東北福祉會（為東北福祉大學關連設施），該組織共有4個事業所，其中「梅檀之鄉」、「梅檀之杜」、「梅檀之館」位於仙台市，距此只有2.5公里，另外「梅檀之杜—桃生」則在本縣石卷市，距此60公里。

「梅檀之鄉」為東北福祉會規模最大的福利設施，服務項目包含：

1、特別養護老人之家（150床）：採單元照顧（Uni-Care），共有9個單元，每單元有10個房間，每個房間有10.65平方公尺；每年進住率為95.2%，至98年8月為止，等候名單有254人¹⁴。老人主要來自仙台市，也有來自仙台市外或宮城縣外者；每星期二、三有醫生到機構提供診療服務，所需經費由醫療保險給付。

在此接受服務的老人，以要介護4級為主（重度失能）；其中90%為失智症者。收費標準方面，依個人所得而異，平均每月為9萬5,000日圓（含介護保險使用者應自行部分負擔的10%、伙食、房租費），最高為每月15萬日圓，低所得者有部分老人不需負擔任何費用。

依日本國家規定，個人所需負擔的機構費用包括部分負擔、伙食（含3餐及水電費）、房租費，其中介護保險部分負擔為介護服務費用之10%；伙食及住宿費則由機構自訂，伙食費依規定每日以1,380日圓為上限，梅檀之鄉住宿費為每月5萬日圓。

2、短期住宿（50床）：有3個單元，空間安排與特別養護老人之家相似，進住率為70%。每個單元內，均有不同失能等級之老人入住。利用此設施者，多是由老人保健設施搬來此處短期住宿。

¹⁴ 入住要符合條件，依分數高低（而非等候時間）排序，優先入住。

3、日間照顧（50 床）。

4、團體家屋（Group Home，4 棟）：其中一棟位於本機構 1 公里外，每棟為 1 個單元，收費標準大致與特別養護老人之家相同，住民的失能程度平均為要介護 3 級；老人不分男女、失能等級，均可住在同一單元。團體家屋屬於居家式服務，而非機構式服務，介護保險所提供給付標準，是按居家介護標準計算，法規也沒要求配置護理人員。

每一個單位約 5-9 個人，每 3 個老人需配置一名工作人員，夜班則每 1 個單位配置 1 個工作人員。現行該機構每個單元有 7 個職員，白天約有 3-4 個職員上班，未配置護理人員，但請外面護士協助做健康檢查。

圖 5-2 獨棟的團體家屋，硬體設施非常優雅宜人

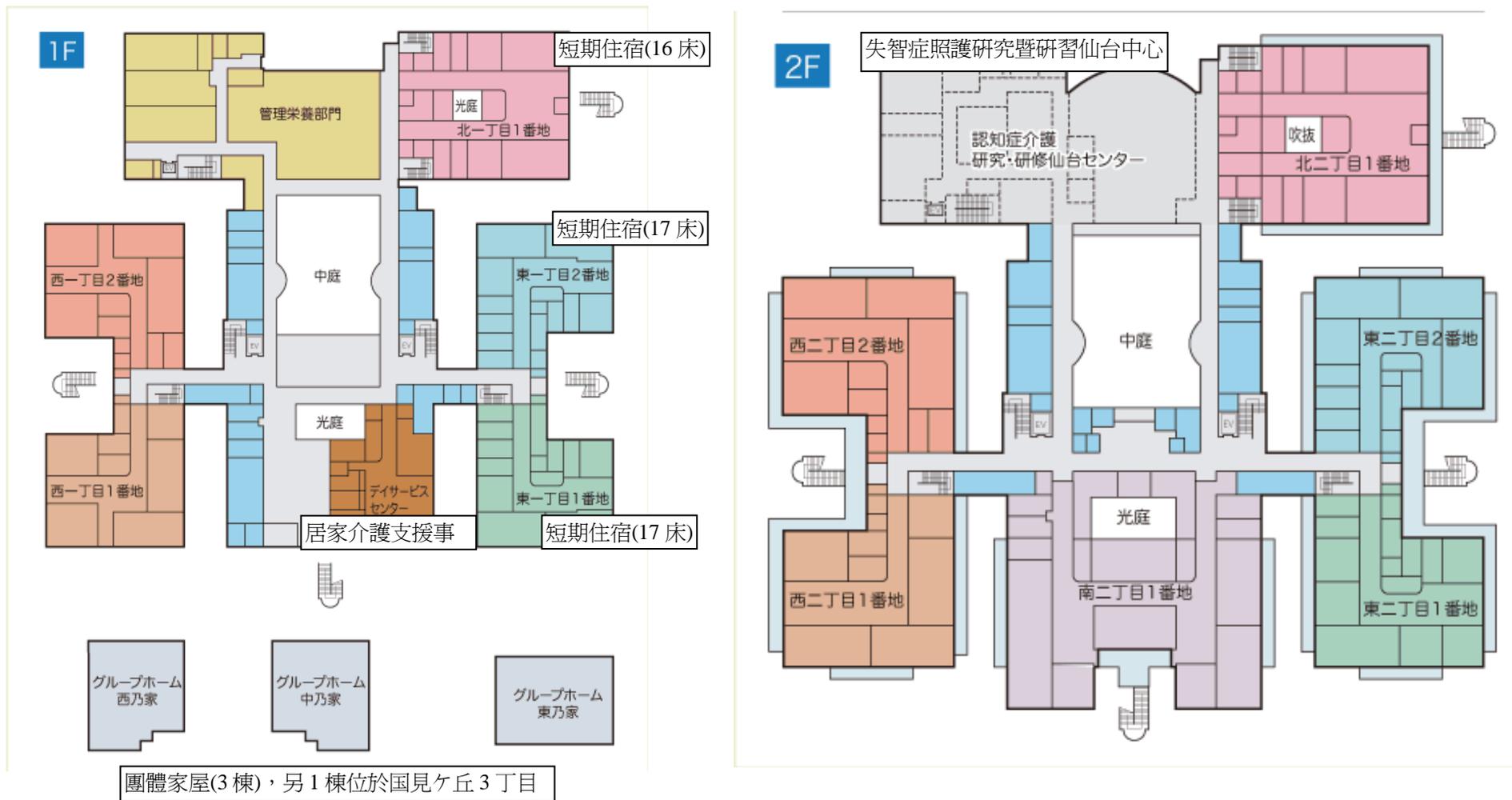


圖 5-3 團體家屋的佈置有如一般家庭溫馨



5、居家介護支援事業所：日本在實施介護保險之前，已於各地設置居家介護支援中心；介護保險實施後，因為有些老人需要介護服務，但找不到合適的單位，所以國家規定在某些地區成立多功能的綜合支援中心，做為諮詢窗口或人才培訓單位；該中心以初中學校的學區為範圍，大致上每 5,000 至 1 萬人設立一處。也就是說，利用既有設施在同一地點設立地區綜合支援中心，亦即在同一個地方掛二張招牌。部分地區有利用學校教室成立諮詢中心，提供諮詢服務或學童課後服務。

圖 5-4 「梅檀之郷」樓層平面圖



三、失智症照護研究暨研習仙台中心

參訪日期：98 年 9 月 7 日下午

參訪單位：東北福祉大學關連設施 社會福祉法人東北福祉會 失智症照護研究暨研習仙台中心

地址：宮城縣仙台市青葉區國見之丘 6 丁目 149-1（同梅壇之里）

接待人員：事務部長堀村和弘、東北福祉大學綜合福祉學部福祉心理學科加藤伸司教授

（一）機構介紹

本中心於 2000 年在國家經費補助下成立，厚生勞動省每年透過仙台市補助本中心 1 億 2,000 萬日圓的營運費用，負責失智介護相關之研究及培訓¹⁵，緊臨梅壇之鄉特別養護老人之家。培訓狀況說明如次：

1、失智症照護指導者培養研修班

- （1）辦理方式：每年最多辦理 3 次、最少 2 次，每次參加人數為 20 人，學員來自各縣的推荐，以持有國家證照、具實務工作經驗的醫生¹⁶、護士、社會福祉士、介護主任，且參加過縣政府主辦實務者、指導者研修為主；希望受訓學員返回所屬都、道、府、縣，能發揮指導者的功能。從今（2009）年 4 月開始，介護保險提供單位的工作人員，如能獲推荐參加失智症照護研修及格，則該單位可另外從別的制度獲得較多補助經費，所以參訓人員都很認真，整體及格率也很高。
- （2）仙台研修中心負責區域：北海道、東北、中國地區、四國地區。2008 年培訓 28 人，累計到目前為止，本中心已培訓 381 人。
- （3）研修方式：包含授課、練習（體驗），介護員與失智症者互動時應注意事項等。
- （4）研修時間：昔日為 10 週，今（2009）年開始改為 9 週，前 3 週在本中心研修，另外 4 週在受訓者服務的單位按自己提報的計畫進行實務培訓，最後 2 週再回到本中心做研修報告。
- （5）結業證明書：以都、道、府、縣的名義頒發。
- （6）研修費用：每人 23 萬日圓，部分學員有接受縣市政府的補助，部分則完全自費，需住宿者，每日加收 1,800 日圓。

¹⁵ 日本成立 3 所失智症研修中心，包括東京、仙台、愛知縣。

¹⁶ 參訓學員可以包含醫生，但從開辦至今，尚未有醫生參加。

圖 5-5 學員宿舍配備齊全且舒適



圖 5-6 學員房間均有個人電腦設備



圖 5-7 提供學員洗衣設備



圖 5-8 本參訪小組與事務部長堀村和弘先生合影留念



2、研究事業

每年向國家申請研究經費，代表性的研究包含：

- (1) 與介護預防有關的研究、民眾參與等，例如針對人口少、老化特別嚴重的地區進行相關照護的研究。
- (2) 根據調查結果，製作教材，以利各界利用。
- (3) 介護家庭教育計畫的開發事業：依家屬、失智症照護設施的工作人員與老人一起交流的形式來開展，交流內容公開於網站，以利各界參考。
- (4) 與失智症照顧模式建設有關的研究：主要根據評價表來訓練參加的人員。
- (5) 老化和健康有關的追蹤研究：已於宮城縣氣仙沼市旁的「大島」，針對 55 歲以上民眾，以面談方式進行 10 年的追蹤調查。調查項目包含生活習慣是否能預防失智症；辦理健康、失智症有關講座，並調查參加與否的老人，

其健康狀況變化情形。

3、研究成果之推廣

- (1) 失智症介護市民講座：每年辦理一次，針對一般市民辦理演講、論壇；透過表演方式，讓市民了解失智症介護的重要性。目標為－即使患失智症，也可以活的好好！
- (2) 專業人員專業報告會：每年辦理一次。
- (3) 全國 3 個研修中心的成果報告：今年輪由仙台研修中心主責，已於 7 月 4 日辦理竣事，有 357 人參加。
- (4) 編印介護預防、防止虐待等宣導手冊，建立網站：一般人可以參考，或透過網路獲取所需資訊。

三、梅壇之館

參訪日期：98 年 9 月 7 日下午

參訪單位：東北福祉大學關連設施 社會福祉法人 東北福祉會 梅壇之館（仙台芬蘭健康福利開發館）

地址：宮城縣仙台市青葉區水之森 3 丁目 43-10

接待人員：主任 中里仁

（一）機構介紹

本機構成立於平成 16 年（2004 年），興建前採公開比賽徵求設計圖，其中優勝設計者經芬蘭設計師的指導，也就是說按芬蘭模式來興建，強調採光的重要性，此為本機構硬體設施的最大特色（日間照顧中心除外）。此外，在服務理念部分，強調透過輔具、介護預防等服務，來協助老人自立。服務項目包含：

- 1、多功能交流中心：設於 1 樓，可提供給社區居民預約使用，亦可做為本機構的諮詢中心、書法教室、音樂教室、老人租錄影帶看電影的場所。
- 2、健身房：設於 1 樓，社區民眾或日間照顧中心的老人都可以使用，服務員由教練或具備介護福祉士資格者擔任。
- 3、流水式游泳池：設於 1 樓，可促進老人血液循環，以達復健目的。採俱樂部會員制，社區居民亦可使用；每月收費 8,000 日圓，使用項目包含健身房、泳池等，每週 2 次；日間照顧中心的老人，有 60% 會來使用本項設施。
- 4、新型特別養護老人之家（100 床）：本機構所以強調「新型」，是因為採單元照

顧，分爲 10 個單元，每個單元服務 10 人，均爲單人房；而且是在政府要求採單元照顧之後成立，所以比其他機構更重視預防照顧，例如提供流水式游泳池、使用輔具協助老人自立等。老人在此住得很舒適，但因需增加人力、薪水支出，且機構規模只有 100 床，收入較少，所以機構的財務負擔很重。

服務對象包含要介護 1 級至 5 級者，目前進住者失能程度平均爲要介護 3.9 級。每月收費 11 萬至 13 萬 5,000 日圓，也有部分是完全免費者¹⁷。等候名單是以老人要介護的程度爲主，不是申請的先後次序，其決定權 70% 爲仙台市政府，其餘由機構決定，目前有 600 位等候名單¹⁸；老人離開本機構的主因爲死亡。

5、短期住宿（20 床）：有 2 個單元，10 個房間，服務對象包含要支援 1 級、2 級，及要介護 1 至 5 級者。每次入住時間以 1 個月爲限，但沒有限制入住的次數。目前入住者失能程度平均爲要介護 3.3 級。入住原因以減輕家人照顧負荷者爲主，所需交通費用由使用者另外付費。

6、日間照顧中心（35 床）：服務時間爲每週一至週五早上 10 點至下午 4 點，等候名單不多（不到 10 人）。服務內容包含，檢查健康狀況、游泳、健身、用午飯，下午提供洗澡服務，大部分老人每週洗 3 次，費用由老人自行負擔。服務內容由老人自行決定，強調讓老人做自己喜歡做的事。

老人最多一星期來三次，有 6 部車提供交通接送，單程最遠的距離在 30 分鐘以下，沒有另外向老人收費。

7、牙科服務：本項服務並非法定項目，但機構考量老人有口腔介護的需要，所以設有本項服務。每日均由具牙科衛生師資格的職員值班，服務對象包含短期住宿、日間照顧、特別養護的老人。特約牙醫師有 3 位，按老人的需要，不定期到診服務，此項費用由醫療保險提供給付。

8、居家介護支援事業所。

¹⁷ 此機構目前不再新收低收入者，因爲生活補助費用低於機構收費標準。

¹⁸ 老人不一定只向一個機構提出申請，所以可能同時列爲不同機構的等候名單。

圖 5-7 寬敞大廳，備有各項輔具，以利使用



圖 5-8 本機構最特殊的服務項目---流水式游泳池



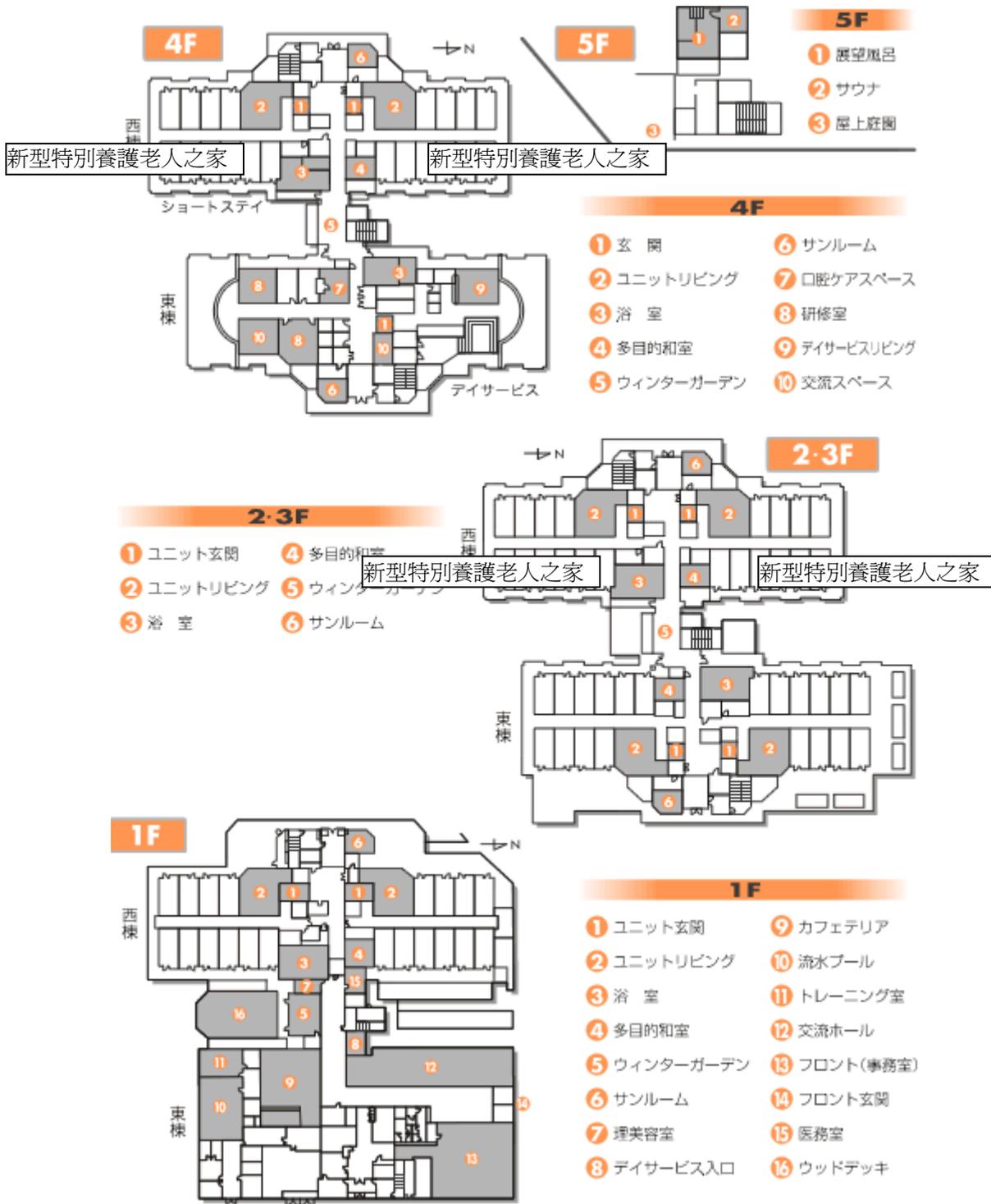
圖 5-9 牙醫服務室



圖 5-10 提供非常豐富與多元輔具設施，亦為本機構特色之一



圖 5-11 「梅檀之館」樓層平面圖



資料來源： <http://www.sendan.or.jp/yakata/shisetsu/index.html>

四、梅壇之杜-桃生

參訪日期：98年9月8日上午

參訪單位：東北福祉大學關連設施 社會福祉法人東北福祉會 梅壇之杜-桃生

地址：宮城縣石卷市桃生町中津山字八木46番地3

接待人員：主任佐佐木美保子、生活支援事業部高齡福祉課課長小山一哉

(一) 機構介紹

宮城縣老人人口占總人口比率為 21.8%；石卷市總人口有 16 萬 4,486 人，老人人口比率為 25.8%，為宮城縣第 4 名。

桃生町的老人有 8,000 人，占總人口 28.6%，位處農村地區，轄內有 3 所小學、1 所中學，本機構成立於平成 11 年（1999 年），在 3 所小學的學區內各有一個設施，即桃生、牛田、中津山（均取當地地名）（如圖）。桃生館有特別養護老人之家，也照顧輕度失能老人，至於身心障礙者則以短期住宿為限；牛田、中津山主要特色為地區密著型小規模多功能型設施，所謂「地域密著型」係指與當地社區保持密切關係；「小規模多功能」旨在小範圍設置多功能小設施，居民彼此認識、交通時間短，若大規模設施，服務地區範圍大，部分老人會有交通問題。

圖 5-12 「梅壇之杜-桃生」三所設施位置圖



資料來源：<http://www.sendan.or.jp/monou/index.html>

1、牛田地域密著型小規模多功能福利設施

2005 年成立，本設施硬體建物原為設計事務所，經重新裝潢後為今日的設施。該擁有人無償提供建築使用，土地則為租的，每月租金為 12 萬日圓；房舍則由設計事務所的主人無償借用。

- (1) 日間照顧中心（1 樓）：服務對象主要為要支援 1 至 2 級，頂多為要介護 1 至 2 級，服務時間為每週一至週日早上 9 點至下午 4 點，天天提供服務，最多可收托 10 人，實際每日收托 5 至 6 人（受訪當日只來了 4 位老人），交通接送時間平均為 15 分鐘。介護服務員有 2 至 3 人（法令規定每照顧 3 位老人，應配 1 名工作人員）；短期住宿者接送時間最遠者為 40 分鐘。收費標準採按日計費，老人每日自付額為 2,000 日圓（不含介護保險給付的部分）。

洗澡服務另外收費，每次收費 50 日圓，其餘由介護保險給付，老人幾乎都洗好澡再回家。洗手間可以通團體家屋，擔心利用者在洗手間發生事故，故可由團體家屋的另一個門進入協助。

裝潢布置像家一樣，有榻榻米，並考量其高度，使老人坐下後容易起身。

- (2) 團體家屋（1 樓）：1 個單元，可照顧 9 位老人，含男、女兩性。服務對象為要支援 1、2 級，及要介護 1 至 5 級者，平均為要介護 3 級。白天有工作人員 4 名，夜間 1 名。收費標準為每月 9 萬日圓；均為單人房，房門口掛有老人自己的東西，以利老人辨識及穩定老人情緒。四周環境好，亦可視老人個人喜好，在工作人員陪伴下外出走走。附近有神社，亦依視老人的習慣，陪同前往拜拜。白天可以在起居室一起聊天，但亦另闢小生活室，使老人獨處或避免老人吵架。

- (3) 居家介護支援事務所（2 樓）：免費提供諮詢、申辦手續服務，設有 1 名照顧管理專員常駐服務。

圖 5-13 一樓為日間照顧中心、團體家屋，二樓則為居家支援中心



圖 5-14 在小小設施內，亦規劃有老人可以聊天，或可供工作人員集會用場所



圖 5-15 榻榻米離地 40 公分高，以利老人起身



圖 5-16 為營造家的感覺，日間照顧中心的浴缸採用一般居家設備



2、中津山地域密著型小規模多功能福利設施

2003 年成立，本設施原為幼兒園，拆掉改建。設施的旁邊即為小學，因少子女化的關係，全校學生人數不到 100 人，彼此之間並沒有圍牆，所以打開大門即可到學校，學校有活動時，老人可以去參加。

- (1) 兒童遊戲設施：小學生放學後可以來使用，社區居民可以帶小孩來玩，以利社區居民接近、認識老人，與社區居民融合；此外，醫師每月定期到此服務 1 次。本設施不定期辦理失智症教育活動，均邀請社區居民參加。
- (2) 功能訓練室：社區居民、小孩、兒童下課後均可使用，夜間亦可免費提供市民使用，也接受石卷市政府委託辦理兒童課後服務，如此可提供老人更多與社區、兒童交流的機會。
- (3) 日間照顧中心：服務對象包含失智、失能老人，本日來了 5 位老人，其中一位是到此使用短期住宿（本設施短期住宿最多可服務 2 人）。
- (4) 團體家屋：共有 9 間單人房，三餐均由職員與老人一起準備，浴室設施如同家一樣，所以沒有洗澡機等大型機具。

圖 5-17 本設施與社區毫無界限，一旁
兒童遊樂設施，更有利於老人與兒童互
動機會



圖 5-18 與國小融為一體



圖 5-19 多功能活動室，可提供社區居
民使用，增進社區與老人的互動



圖 5-20 本設施一隅



3、桃生館

於 1999 年（平成 11 年）成立，為複合型福祉設施。

- (1) 老人住宅（15 床）：日語為自費老人之家，本設施服務對象為 60 歲以上輕度失能者，無法做家務者，最多可收容 15 人。老人可自由外出工作、購物；夫妻可以同住；縣政府補助工作人員的管理費。老人如果失能，則可利用桃生館的日間照顧，或由居家介護到宅提供服務。

每日早上 9 點到下午 5 點有工作人員 1 至 2 人提供服務，包含社會福祉士、兼行政職的介護服務員；社會福祉士以諮詢服務為主，日常生活庶務由老人自理。老人的住宅都設有緊急呼叫器，且與桃生館中心互通，以利工作人員

巡邏。老人住宅不屬於介護保險的給付範圍，所以相關費用由老人自行負擔。

表 5-2 老人住宿收費標準

	每月收費	說明
房租	1 萬-8 萬 9,300 日圓	房租收費標準不論房子的大小都一樣，主要是依老人個人所得而異，老人個人所得等級分為 18 級，最高級者為每年收入 310 萬日圓以上者。
生活費	每月 4 萬 2,500 日圓	統一收費標準
水費、電費、瓦斯費	依實際使用量數計費	
管理費	不收	本住宅土地為桃生町政府無償借用，所以不收管理費（一般收費為 2 至 3 萬日圓）。
小計	6 萬至 14 萬日圓	

- (2) 特別養護老人之家（ファミリオ，50 床）：雖為介護保險推動前成立，但已採單元照顧。大多數為單人房，但 3 丁目有 4 間 4 人房，依老人意願擺設床舖或榻榻米，並保留一間單人房，如有老人生病或快往生時，可提供老人單獨居住，也可提供家屬陪住。右側門可通往 2 丁目。每個單元都有其獨立入口，另備有可上輪椅的車，以載老人外出，每個單位負責管理介護人員有 5000 元零用金，以協助支應老人所急需。此外，為營造像家的環境，工作人員著便服，工作人員每天均與老人一起用餐，並利於介護場所開會。
- (3) 短期住宿（15 床）：均為單人房，2 間單人房共用一間廁所，因老人多使用紙尿褲，所以尚足使用。
- (4) 日間照顧（30 床）：一般型 20 床，失智症 10 床¹⁹。
- (5) 居家介護支援事業：有照顧管理專員，提供生活、介護諮詢服務。
- (6) 訪問介護：到宅協助老人清潔身體、打掃居住環境。介護服務員有 7 至 8 人，包含專職、兼職；每月服務 800 人次，有逐漸增加的趨勢；中津山、牛田各配一名工作人員，以利資訊交換。
- (7) 地區綜合支援中心：接受石卷市政府的委託，設有社會福祉士、護士等人員。居家介護支援事業與地區綜合支援中心的差別，在於居宅介護支援事業設有

¹⁹ 桃生館對面設有一個日間照顧中心，可服務 20 人，午餐亦由桃生館提供

照顧管理專員，針對要介護者擬訂照顧計畫；地區綜合支援中心主要是針對要支援者提供介護預防服務，例如體操指導，以免老人退化。

(8) 兒童課後服務：接受石卷市政府委託兒童課後服務 15 人。

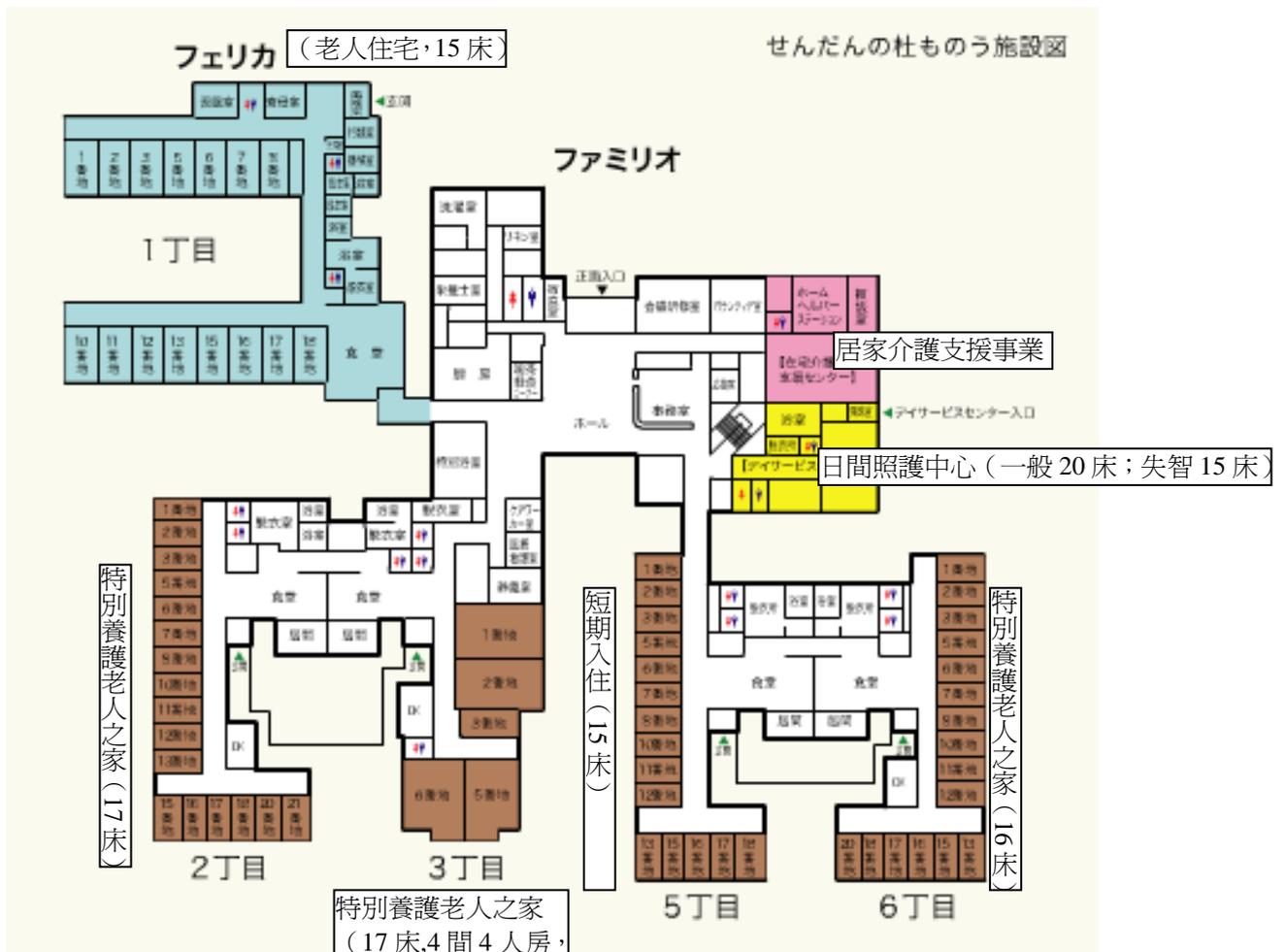
圖 5-21 舒適安全的扶手及人造景，優雅怡人



圖 5-22 為改善四人房的老人看不到機構外觀的缺點，特別在角落人工造景



圖 5-23 「梅壇之杜-桃生」平面圖



陸、民間企業參與介護保險服務

一、帶介護收費老人之家 (Sweet Pea)

(一) 公司簡介

日總 Nifty 股份公司之前身為日總集團(日總工產股份公司),創立於 1971 年,原先是從事工業代工之業務,在 2003 年 4 月重新改組為日總 Nifty 股份公司,秉持「培育人才,活用人才」之創社理念,投入綜合福祉事業服務。有鑑於當時日本國內逐漸進入高齡化社會,讓高齡者及其家人能夠在生活的各方面得到支援,亦擁有充實的人生,是日總 Nifty 進入這個領域的主要目標。

日總 Nifty 旗下的設施,命名為 Sweet Pea,是取自香豌豆的花語「獻身」、「喜悅」,希望能發展成以「分享喜悅」為主旨的事業活動。Sweet Pea 服務項目主為分為兩大類:帶介護收費老人之家以及居家照護服務(包含:居家照護支援、到宅照護、2 級居家介護員養成講座、福祉用具租借及販售、照護型住宅改裝等)。其中, Sweet Pea 帶介護收費老人之家據點,包括新橫濱、金澤八景、三境,以及港南台 mio 等處。以下就我們有實際到訪的「Sweet Pea 金澤八景老人之家」為例簡要說明。

表 6-1: 帶介護收費老人之家-Sweet Pea 金澤八景

營運主體	日總 Nifty 股份公司
所在地	〒236-0027 橫濱市金澤區瀬戸 7 番 10 號
設施類型	附介護服務的自費老人安養院
權利型態	建築物和土地都是租的,從 2007 年起租 20 年(介護保險實施前,必須自有土地和建築物才能經營老人之家,介護保險實施後放寬為租賃亦可)
入住條件	照護需求認定「需介護 1~5」「需支援 1、2」(入住時) (依身體狀況會有謝絕入住的可能)
介護保險	居住等多數費用皆為自費,有居家介護需要之部分可以申請保險給付
住房區分	都是單人房
人力編制	1.3:1 以上(入住者 3 名者搭配有 1 名以上之照護相關職員,此為法定標準),滿床時夜間最少三名。 2.為 24 小時照顧,但護理人員工作時間 8:30~17:50。(30 個老人必須要配備 1 名護理人員)
建築用地面積	1,528.07 平方公尺

總用地面積	2,291.18 平方公尺
停車場	可停 7 輛
建築結構	鋼筋水泥建造，地上四層建築
住房概要	56 間（個人房 54 間，夫妻房 2 間）* 人數 58 名（個人房照護）
住房面積	個人房 18.00 平方公尺（約 11 疊） 夫妻房 36.00 平方公尺（約 22 疊）
住房設備	濕度控制空調、廁所（附溫水洗淨加溫馬桶座椅）、附三面鏡洗臉台、照護用電動床、衣櫃、窗簾、呼叫鈴、電視配線、電話配線、自動撒水滅火器
公共設施	接待櫃台、談話室、客餐廳(與功能訓練室共用)、健康管理室、洗衣室、吸煙房、廁所（附溫水洗淨加溫馬桶座椅）、一般浴室（各層樓為個人浴室，一樓有大浴池）、特別浴室（可使用輪椅之浴室）、照護站、電梯、自動撒水滅火器、屋頂花園、庭院
協助醫療機關	社團法人恩賜財團，濟生會若草病院（協助診療）
診療項目	內科，心臟科，整型外科，皮膚科，復健科
交通	京濱急行「金澤八景」車站下車，約 800 公尺（徒步約 10 分鐘）
洽詢	0120-515-315、045-791-7080
網頁	Http://www.sweetpea.co.jp/

（二）Sweet Pea 金澤八景帶介護收費老人之家

帶介護收費老人之家和特別養護之家之區分，二者所提供之介護服務是相同的，但帶介護收費老人之家要屬於自付費用的服務項目較多，只有介護服務部分可以申請保險給付；特別養護之家則是屬於機構照護，大部分服務項目（除住宿和伙食外）都可以申請保險給付，目前特別養護之家尚未開放給民間企業經營，民間企業僅能經營帶介護收費老人之家。

Sweet Pea 金澤八景帶介護收費老人之家，設立於 2007 年 2 月，位於橫濱市金澤區，地處擁有美麗海景的平瀨灣旁，整體建築以南歐的渡假勝地為概念建造。位置於住宅區，沒有多餘的土地可以蓋設施，此地原為公司宿舍，在不用後，改為老人之家，目前土地及建築都是以租用的方式獲得²⁰。

公共設施包括屋頂花園、庭園、談話室、乾洗店、吸煙房、照護站、健康管理室，一樓設有大浴池及輪椅專用浴室；個人房內則有空調、電動床、呼叫鈴、電視及電話配線等。本設施同時附有神奈川縣之一般介護服務，居住的老人在照護服務的部分，可以申請保險給付。Sweet Pea 金澤八景之相關資料及收費狀況說明

²⁰ 介護保險開辦前，經營老人之家，必須自有土地及建築；在介護保險開辦後，放寬了此項限制。

表 6-2。

表 6-2 Sweet Pea 金澤八景帶介護收費老人之家收費標準

費用種類	說明
入住時的費用	1. 入住時一次收取 2,940,000 日圓。 2. 主要是收取入住者所居住的設施內的共同物品、設備、宣傳費用、啓用前費用。入住 14 日內解約全額無息退還，入住 15~89 日內解約則按日計算退還餘額，入住 90 日以後不退還此項費用。
每個月的費用	<ul style="list-style-type: none"> ● 每月使用費用（30 天計）235,100 日圓 <ul style="list-style-type: none"> 1. 租金（免課稅） 105,000 日圓 2. 管理費* 106,475 日圓 3. 餐費 23,625 日圓 <p style="margin-left: 20px;">*共用設備等的維護管理費，廚房管理費，事務費，生活服務等相關費月，水費，床單毛巾等的費用（此部分在特別養護之家是可以申請保險給付 90%，但是在收費附介護收費老人之家全部都是要老人自己負擔）</p> ● 其他費用 <ul style="list-style-type: none"> -為其他追加服務費用、尿布費、住房內電費、電話費、私人衣物洗滌費，醫療費，個人購買物品費等，費用依據照護狀況而有所不同。 ● 照護保險的使用者負擔：每月的基準（免課稅）（1 個月以 30 日計算） <ul style="list-style-type: none"> -需介護 1：17,901 日圓 -需介護 2：20,096 日圓 -需介護 3：22,290 日圓 -需介護 4：24,453 日圓 -需介護 5：26,679 日圓 -需支援 1： 6,364 日圓 -需支援 2：14,704 日圓 <p style="margin-left: 20px;">（未使用介護保險者：71,455 含稅）</p>
入住體驗	1. 兩天一夜(含餐費)，12,600 日圓。 2. 尿布費、個人購入物品費用、醫療費等需額外加收。 3. 不適用介護保險。 4. 入住期間：原則上最多七天六夜

二、照顧管理服務與居家照護服務（青空照護中心）

青空照護中心是我們為了解民間經營居家照護服務事業而安排之參訪，我們與經營者有深入的對話，同時也安排參訪案家，實地見習介護服務的提供，以下簡單說明該中心之運作狀況。

日本介護保險是 2000 年 4 月開辦，青空照護中心的經營者原先是金融從業人員，退休後有感於老人社區照護服務之價值，於 2003 年 4 月結合志同道合者，在橫濱市金澤區開設居家照護服務事業所（居家護理支援事業），該本中心以作為深耕本土的居家照護服務事業所為職志，希望以在地的方式，實現老年人在地老化為目標，提供的服務主要可分三大項：

（一）照護管理服務

- 1、提供介護保險有關的諮詢：在被保險人申請介護等級認定之過程提供相關協助，針對無法自行申請者，亦可免費代辦申請手續。
- 2、制定照顧計畫：由照顧管理者到案家訪視，依據案主的身心狀況、家人的期待，在介護等級認定範圍內，擬定照護計畫。同時也與個別服務事業者聯繫，安排案主接受相關的居家服務。為協助照管員擬訂照護計畫，業者會依據國家相關規定開發軟體，在輸入使用者狀況後，電腦軟體即可提供建議服務內容，再透過服務人員會議進行討論修正。
- 3、定期督導：照護管理員每月訪視案家 1 次，以了解服務提供狀況，並填寫檢查表。此檢查表不須正式提交市町村，但在許可設立規定中，機構要接受評鑑，且相關文件要保管 2 年。

（二）居家照護服務

由認證之居家照護人員，到個案家中提供，提供服務包括：

- 1、身體介護：包含起床、就寢、如廁、協助進食、穿脫衣、身體擦拭、沐浴、翻身、移動、服藥、協助就醫、其他必要之介護服務。
- 2、生活協助：煮菜、洗衣、打掃、衣物整理、購物、領藥、其他必要之家事。

（三）輔具的租借與販賣：提供專門諮詢人員及販售。

表 6-3 居家照護服務事業所-青空照護服務中心

居家照護業務	訪問照護業務	照護輔具管理	總務、公關、其他
認證之照顧管理者 5 人	專職人員 8 人	諮詢人員 4 人	專職人員 4 人

<ul style="list-style-type: none"> .照護利用契約 .擬定照護計畫 -基本資料登錄 -評估 -照護服務計畫 -照護服務利用單 -照護提供單 .服務負責人會議 .協調照護服務業者之聯絡 .監督 .給付管理(業績管理) .案家訪視(每月 1 次) .等級認定調查 .等級認定更新代辦 .與主治醫師合作 .與地方社福機關合作 .提供被保人與其家屬.諮詢 .緊急災難時的應對 .其他 	<ul style="list-style-type: none"> .照護利用契約 .協調照護員之派遣 .照護計畫製作與修改 .陪同照護員訪問 .監督 .定期訪問被保人 .檢查活動內容 -紀錄單 -照護服務實施內容之確認 -交通費 .紀錄單檔案 .照護服務評估會議 .協調與照護經理之聯繫 .企劃與實施照護員進修 .提供照護員諮詢與協助 .提供被保人與其家屬諮詢 .與主治醫師合作 .緊急災難時的應對 .其他 	<ul style="list-style-type: none"> .照護利用契約 .確認訂單與點收物品 .回收銷售貨款 .輔具租賃使用者之管理 .輔具使用業績管理 .支付費用與業者 .代辦返還業務 .定期檢查輔具 .服務負責人會議 .緊急災難時的應對 	<ul style="list-style-type: none"> .人事相關業務 -僱用相關業務 -社會保險相關業務 .會計相關業務 .國民健康保險聯合會相關業務 .橫濱市補助款相關業務 .橫濱市產後照護員 .橫濱市認定調查費用 .薪資支付業務 .自動轉帳手續 .寄送照護提供單給事業所 .寄送薪資明細 .照護服務使用者費用催收相關業務 .與相關業者之聯絡 .車輛管理 .編輯「青空」雜誌 .行政相關手續 .寄送收受郵件 .辦公事務用品之訂購管理
---	--	---	--

三、夜間對應型訪問照護（日本照護服務集團股份有限公司）

（一）公司簡介及服務項目

日本照護服務集團股份有限公司在西元 1990 年（平成 2 年）成立，也就是介護保險開辦前 10 年已成立，前身社會福祉法人，經營老人保健設施、特別養護之家，資本額達 30.3 億日圓（約 10.6 億台幣），員工有 7,866 名，其中多數為居家照顧服務員（詳如表）。

表 6-4 日本照護服務集團股份有限公司基本資料

公司名稱	株式会社ジャパンケアサービスグループ(ジャスダック証券取引所上場 日本創業板證券上市)
本社所在地	東京都豊島区北大塚1丁目13番15号
東北本部	仙台市泉区松森字鹿島53番9号
北海道本部	札幌市豊平区月寒西1条4丁目3番1号
代表者名	代表取締役会長 対馬 徳昭 代表取締役社長 馬袋 秀男
設立時間	平成2年12月25日
資本	30億3,085万9千円
員工人數	7,866 名（包括部分工時社員、註冊社員）

資料來源：本研習講義。

該集團介護事業遍及東京、北海道及東北，服務項目亦十分多元，包括居家介護支援、訪問介護、訪問沐浴、訪問護理、夜間型訪問介護、日間介護、帶介護收費老人住宅、團體家屋、輔具租借等（如表 5-5）。本次訪談主要聚焦在夜間型介護服務，該集團目前有 32 個事務所提供夜間對應型訪問介護²¹。

表 6-5 日本照護服務集團股份有限公司介護事業所數量

服務項目	東京	北海道	東北	合計
居家介護支援	95	22	19	136
訪問介護（居家照顧）	181	36	33	250
訪問沐浴服務（居家沐浴服務）	20	5	4	29
訪問看護（居家護理）	8	5	2	15
夜間對應介護（夜間型居家照顧）	30	1	1	32

²¹ 日本於 3 年前開始開放夜間對應型訪問介護，目前全國有 120 個事業所，該集團占 32 個。

日間介護（日間照顧中心）	35	5	8	48
小規模多功能服務	7	7	4	18
輔具租借	5	3	2	10
帶介護的收費老人住宅等	2	3	0	5
團體家屋	6	1	0	7
總計	389	88	73	550

資料來源：本研習講義。

（二）夜間對應型訪問介護之目的

該集團的理念為要建設很豐富的高齡化社會，尤其對於使用居家服務有困難的老人，要開發新的照顧方法。過去日本居家照顧服務只提「定時服務」，即只提供確定日期、時間的服務；另一方面，醫院或機構服務卻能提供「定時服務」及「不定時服務」。隨著人口老化的進程，75 歲以上老人人口上升，意謂著獨居或老年夫婦家庭、有醫療需求或失智症老人的增加，而機構設立成高，傳統居家照顧體系仍無法滿足一些老人的照護需求，因此日本介護保險引進夜間對應型訪問介護，提供 365 天 24 小時的定時及不定時服務，以協助老人能留在家中生活。

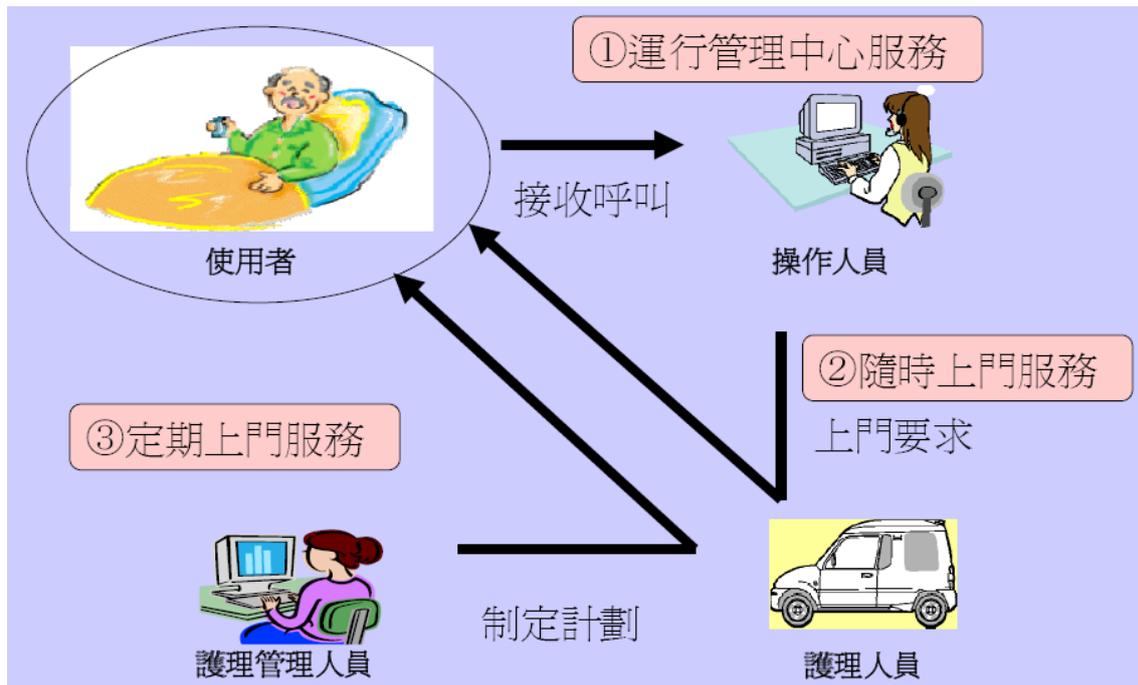
（三）夜間對應型訪問介護之內容

夜間對應型訪問介護內容主要包括服務管理中心、夜間不定期訪問介護及夜間定期訪問介護等三類服務（三類服務方式、目的、內容及收費方式，如圖 6-1 及表 6-6）。

其中不定期訪問介護服務部分，無論老人是否有家屬，都可透過介護保險申請此項服務，該公司說明其在收到服務要求後，平均可在 20 分鐘內到達提供服務。針對獨居老人家庭，為能順利提供服務，該公司經同意後得擁有其家庭鑰匙。此項服務原只限於夜間，但服務使用者多期望能提供 24 小時的不定期介護服務，由 2009 年 4 月起開始提供日間不定期訪視照護。

此外，由於不定期服務使用次數的不確定性，可能用超過每月保險給付上限，因此為建立服務使用之共識，擬訂照護計畫時，老人/家屬、照顧管理員、服務提供單位將會就此議題進行討論，確認當服務使用超過上限時，是否繼續提供服務。

圖 6-1 夜間對應型訪視服務方式



資料來源：本研習講義。

表 6-6 夜間對應型訪視服務目的、內容及費用

	服務管理中心	夜間不定期訪問介護	夜間定期訪問介護
目的	建立夜間隨時能取得聯系的服務體制，提高居家生活的安心感。	1.主要滿足那些無法透過定時服務滿足的照護需求。 2.也可用於發生介護人員難以處理之情況。	與原來日間訪問介護服務一樣，根據事先約定的日期和服務內容提供訪問介護服務。
服務內容	1.出借呼叫裝置，包括裝置的安裝與回收) 2.由介護福利師或護士回應呼叫 3.回應訪問介護服務之要求 4.緊急情況時的聯絡，如安排救護車、與醫療機構和家庭成員取得聯絡等	跌倒/跌落時的協助、幫助排泄、更衣、變換睡姿等，根據服務管理中心操作人員的指示隨時提供的訪問介護服務。	就寢護理、幫助起床、更換尿布、幫助服藥等，在照護計劃中事先約定服務日期和服務內容，並依此提供訪問介護服務。

	5.定期監控（每一個月或三個月一次）		
費用 (介護保險給付項目，自付額10%)	1.基本費用為每月1,000個單位(1個單位約10日圓，計約10,000日圓) 2.沒有最低服務使用期間限制	只有實際提供訪問介護服務時才收取費用。 1.夜間：1名介護服務人員，每次580個單位(計約5,800日圓) 2.夜間：2名介護服務人員，每次780個單位(計約7,800日圓) 3.日間(由2009年4月開始提供)：日間定期訪問介護費用，再加上100單位	1.每次服務時間約30分鐘以內，且沒有時間間隔限制(2小時以上等)。 2.每次381個單位(約為日間訪問介護服務費用的1.5倍)

資料來源：本研習講義。

(四) 夜間對應型訪問介護之案例

表 6-7 夜間對應型訪問介護之案例

分類	呼叫內容	處理	效果
緊急處理	呼吸困難 (由本人呼叫)	【訪問介護服務】 • 身體檢查 • 吐血 • 聯繫居家護理 • 安排救護車 • 聯繫家人	• 及早發現緊急事態 • 確保聯絡體制
電話處理	希望聯繫兒女(由本人呼叫)	• 與急救單上的家人取得聯繫 • 確認	• 任何時候都可以取得聯繫，使服務對象感到安心(雖無介護無關，但仍可滿足其需要) • 確保聯絡體制
	胸口發悶 (由本人呼叫)	• 確認就寢前需服用的服藥(事先已透由主治醫師了解其用藥) • 確認身體狀況	• 消除精神不安 • 使服務對象有一個講話和交流對象，使其能夠安心

		・傾聽服務對象的不安傾訴	
隨時處理	請求幫助 更換尿布 (由家人 呼叫)	【不定期訪問服務】 幫助排泄、更換床單、幫助 更衣	・在必要時才使用服務 ・平常多由家人協助，但如 弄髒程度高時，可以請求 協助，以減輕家人的照護 理擔
	・從床上 跌落。感 覺冷(由 本人呼 叫)	【不定期訪問服務】 跌落後的介護服務 身體檢查、整理環境	・身體突然發生不適時，及 時採取應對措施 ・發生突發情況時，提供所 需介護服務

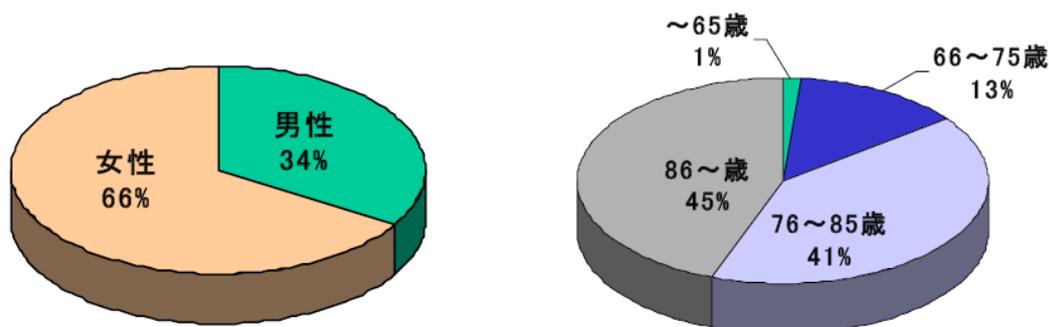
資料來源：本研習講義。

(五) 夜間對應型訪問介護之使用者特性分析

1、性別、年齡

性別而言，以女性為主，惟此與要介護人口性別比例差不多。另使用夜間服務者，有 86% 為 76 歲以上老年。

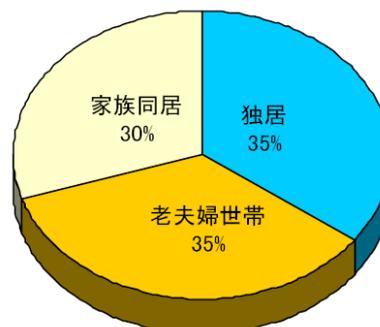
圖 6-2 日本照護服務集團股份有限公司夜間對應型訪問介護之使用者特性



資料來源：本研習講義

2、家庭狀況

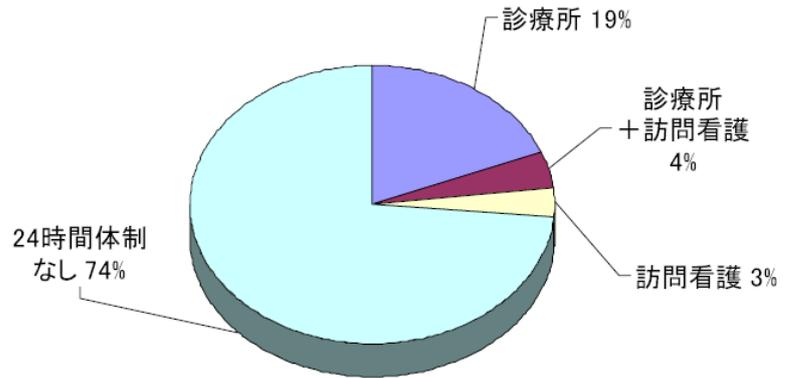
以獨居及老年夫妻家庭為主，但仍有 30% 為與家庭同住者，顯示即便與家人住，但仍需要正式服務的協助。



3、24 小時醫療體系連結

當老人介護程度高時，需要同時接受醫療和介護服務。夜間服務管理中心收到老人呼叫後，有時難以判斷真正的需求，就需要事先與主治醫師和護理人員溝通了解個案狀況，以判別是否須立即送醫。然而，只有在老人發生緊急需求時，有 26% 服務使用者有既有醫療體系協助，這是日本未來需再努力的方向。

圖 6-3 日本照護服務集團股份有限公司夜間對應型訪問介護使用者之 24 小時醫療體系連結狀況

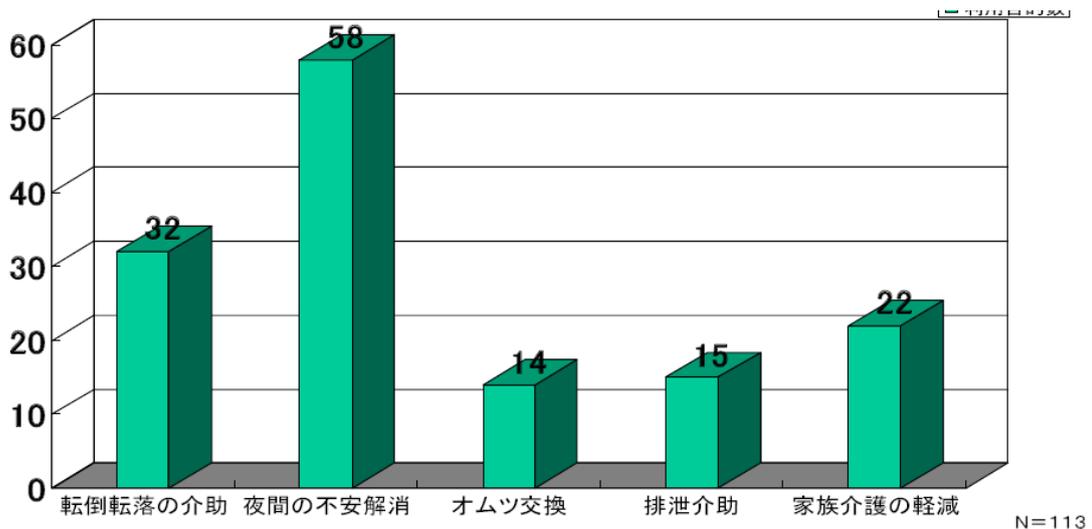


資料來源：本研習講義

4、使用夜間對應型介護服務的原因

在服務使用原因中，最主要為消除夜間不安心感，其次依序為跌倒協助、減輕家庭照護負擔、協助如廁、換尿布。其中，有 19.5%（22 人）老人不希望麻煩家人或家屬希望透由服務使用，而獲得好好休息。

圖 6-4 日本照護服務集團股份有限公司夜間對應型訪問介護使用者之使用原因

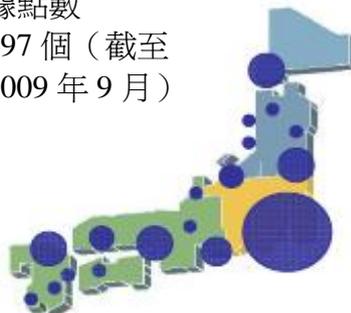


資料來源：本研習講義

四、理想的福利企業部門（地球服務股份有限公司）

由地方服務股份有限公司（Earth Support）之森山典明社長為我們說明日本民間企業進入介護服務產業的歷程。該公司1982年（平成4年）成立，1986年（平成8年）開始業務推動，早於介護保險之開辦。2009年9月營業處所有197個據點（均為直營店），服務項目遍及各項服務、包羅萬項，其中可服務2,000人沐浴、送餐1,800人²²、共計服務52,000人，2009年營業額可達81億3,700萬日圓（若含子公司，可達87億7,000萬元），社長更說在營運13年間，公司從未賠過錢（詳如表6-8）。

表 6-8 地球服務股份有限公司基本資料

公司名稱	アースサポート株式会社	
本社所在地	東京都澀谷區本町1-8-7	
設立時間	設立 平成4年7月17日； 事業開始 平成8年11月1日	<p>據點數 197 個（截至 2009 年 9 月）</p> 
代表取締役社長	森山 典明	
職員數	4,800人	
資本	5,209萬日圓	
車輛台數	訪問入浴車輛 240 台；訪問 介護・通所介護車輛 125 台；配食車輛 50 台；寢具衛 生加工車輛 23 台；其他 80 台。	
事業內容	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援サービス ・障害福祉サービス ・ケアプラン作成サービス ・訪問介護サービス ・福祉用具販売レンタルサービス ・住宅改修サービス ・寢具水洗い乾燥消毒サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス ・在宅介護支援サービス ・訪問入浴サービス ・配食サービス ・デイサービス・ショートステイ ・訪問理髪美容サービス ・寢具類販売及びリース

資料來源：本研習講義。

²² 日本送餐服務非介護保險給付項目，但市町村提供 1 半的補助。

（一）民間介護業者的發展歷程

1、民間介護業者的誕生過程

（1）行政和社會福利法人所不善長的訪問服務

訪問服務屬於「陌生人登門服務」，為「非常識性」行動，即家庭成員不喜歡被無關人員看到家中的情況。隨著社會老齡化加速，行政和社會福利法人在處理此類業務已至極限，然而民間福利企業既無政府補助和保障制度，又需支付稅金，有必要進一步通過提高機動性和服務效率，以提高服務量及服務使用者之滿意度。隨著用戶的進一步增加，使民間介護企業有了發展前景，但此同時，森田社長強調也意謂著企業責任的增加，只要用戶的生命繼續延續，這些企業福利服務就不能中途而廢。

（2）由民間企業提供的「居家福利服務委託事業」正式啓動

因國家未制定民間企業參與介護服務之相關制度，因此只能透過地方政府編列預算以福利服務方式來推動。1974年，日本國內首個由民間企業提供的居家福利委託事業正式啓動，服務內容主要為家事協助。

在接受地方政府委託之下，借助政府可靠的信用，確保了客源；另一方面，利用了「行政機關和社會福利法人雖放心，但無靈活性」的社會心理，努力做好民間企業版的「社會福祉法人」，以與其他機構區別。

因物以稀為貴，因此頻頻受媒體訪問及讚揚；介護服務人員傳統認為福利事業無法營利、所得微弱，在民間企業加入後，對於收入增加感到驚喜，也因眾多用戶的感謝而感動。

（3）民間業者從事福利事業之優點：包括①價格低廉、計件付酬，且業者依規定納稅；②不受地區限制，能擴大範圍提供快捷服務；③致力於創新、專業化，以增加附加價值；④長期致力於培養多樣化人才；⑤從業人員劇增，產生競爭、提高了服務質量；⑥用戶能「自由選擇」服務業者。

2、民間介護業者之成長、發展

（1）提高知名度

民眾首先是好奇觀望，申請數量無明顯增加，該公司推動免費試用一次，努力說服用戶嘗試接受這種服務。在民眾試用後，即能充分體會到它的方便和必要性，致重複利用，在頻繁宣傳及口耳相傳下，提高知名度，取得良好的業績。

（2）成長發展過程中的注意事項：① 政府機關對民間業者應採取一種放寬管控

和自我克制的態度，避免妨礙業者開展業務；② 人才（經營者、管理者、專業服務人員）培育尤其重要，但關鍵在於所有服務場所應靈活聘用專業服務人員；③ 充分利用規模化經營的特點，提高工作效率，降低費用；④ 透過競爭提高服務質量和降低服務價格，然而若過度競爭，則有導致服務質量下降的可能。當從業者劇增時，應逐步加強管控以保持供需平衡。

3、啓動介護保險制度

- (1) 行政的作用：① 預測未來相關數據並加以公開，包括老年人數量、市場規模、未來發展遠景等；② 了解掌握服務對象、家庭成員和業者現狀；③ 最初管控可較為寬鬆，之後依實際情況逐步加大管控程度。若初始階段就嚴加管控，會導致無人參與，缺乏創意和企業活力。森山先生特別提到，在介護保險制度開辦時，厚生勞動省在這方面做得很好，採取寬鬆態度，但2006年修改制度，民間業者未納入共同討論，之後相關規定過度嚴格，回到措置行政模式。
- (2) 業者的作用：① 理解介護保險制度和介護事業的特殊性；② 認識到介護業者所擔負的使命、功用及應遵守的基本事項等；③ 首先是確保「服務質量」，之後才是「商業活動」；④ 企業理念的DNA需要始終貫穿於服務質量和用戶至上主義；⑤ 通過健全的競爭與合作，增強整個介護行業的活力。

4、介護保險制度的修訂及其影響

- (1) 2006年的修訂內容從措施制度上來講是走回頭路：① 「人員標準」甚至對一些不必要的人員都提出了具體要求，如（a）要求10個照護服務人員，要配1個服務管理人員，且該管理人員不得從事直接服務工作；（b）未考量個別照管人力之工作能力，統一規定照管員個案量不得超過35件，超過者其每案件可領取報酬將有所折扣；（c）同一機構內，若提供不同服務，如短期入住、日間照護、機構照顧，工作人員不能彼此調派流動；② 過於嚴格的連帶責任制度；③ 全國各地的實地指導和檢查內容參差不齊；④ 不同地區/不同業務之間的收益差距過於巨大。
- (2) 期冀於2009年能修訂介護保險制度和介護報酬規定：① 放寬限制；② 採取確保並培育人才的對策；③ 確保財政來源、提高介護報酬；④ 介護職員待遇改善補助金（做爲緊急經濟對策實施，補助期間爲2年6個月），對此森山社長個人覺得不會發揮很大的作用。

（二）今後面臨的課題與發展方向

1、日本總人口的變化情況

- (1) 總人口數量與社會支柱人口持續減少
- (2) 通過實施預防介護，以維持老年人的健康生活

2、確保財政來源和服務供給體制

- (1) 社會保障是國家的一項重要政策
- (2) 為保證提供正常的介護服務必須加快相關人才的培育並確保人才
- (3) 有必要提高服務質量和服務效率，建立健全營運的商業模式

3、業者所面臨的課題

- (1) 充實居家服務：為使服務對象能在所習慣的家庭繼續生活，訪問服務尤其重要。然而，以現實狀況而言，民間業者很難僅靠一項業務支撐事業的正常經營，需要密切結合當地實際情形、多元發展綜合性服務以達綜效。
- (2) 提高服務質量：① 能夠滿足臨終前護理、感染癥、癡呆癥等嚴重性多樣化服務需求（老年人相互介護⇒癡呆患者相互介護）；② 與醫療等相關機構合作；③ 預防介護、幫助實現生存價值；④ 由提供讓用戶「滿意」的服務，向提供讓用戶「感動」的服務發展。
- (3) 人才的確保與培育：① 引進優秀人才（精通多門知識的人員和專家），森田社長認為因為較少優秀工作者願意投入介護產業，建議應錄取較多的人才進入，再給予適當的培訓；② 根據不同人員的不同特點進行有針對性的培育並能夠充分利用其特長（不要千篇一律而要尊重個性）；③ 培養並確保絕對數量可能出現不足的鍾點護理人員；④ 改善工作環境、提高工資待遇。森田社長提到現行勞動法令規範是針對工廠工人，並不適用介護產業，如規定一週工作40小時，且不能連續工作7天的規定。
- (4) 確保收益：① 合理的利潤；② 制定長期發展計劃，確保穩定經營；③ 為保持工作的活力與動力，需要提高企業業績，開創光明的未來。

4、未來展望與發展方向

- (1) 持續開展介護服務：只要有服務對象，業者就有提供服務的責任。
- (2) 老年人的生活支援：讓老年人能夠有尊嚴地活下去是首要原則；幫助陷入困境的人是人之常情，但這也是提供有償服務的工作職責；介護服務是幫助服務對象繼續存活下去的一項崇高事業。
- (3) 作為介護事業的商業模式：① 賺取合理的利益並依法納稅；② 提供高質量的「社會福利服務」是一項嚴峻的挑戰；③ 在面臨超老齡化社會的今天，迫切需要建立一種有效的介護事業商業模式。

(三) Earth Support 確立介護事業為目標

1、Earth Support 挑戰這一艱難事業的理由

- (1) 民間介護企業以能「維護人類生命和企業發展命運」為榮：只要服務對象一息尚存，仍將一如既往地提供所需服務。此外，以專業服務團隊的敬業精神，繼續各種挑戰。
- (2) 開拓者精神：維持民間介護企業的「開拓者精神」，全力以赴完善組織結構，為企業贏取合理的利益。
- (3) 使命感：「為了日本的將來，舍我其誰」的使命感。

2、追求經濟合理性之重要性，應「小於或等於」為服務對象提供全方位服務

- (1) 介護服務企業存在的意義：所服務的對象是那些為現今日本發展作出巨大貢獻，並一如既往地支持本公司的人員，企業以一種感恩之心為其提供全身心的服務。此外，企業存活意義在於愈困難，愈應面對現實、敢於承擔責任。
- (2) 介護服務人員應具備的覺悟：為老年人和身心障礙者的生命和生活提供服務，需要具備堅強的意志和覺悟。無論置於何處，都應積極提高以服務對象為本的服務。

3、介護服務企業應有形象

- (1) 把介護服務企業定位於社會性基礎設施：介護服務提供的是一種公共性服務，因此需要將其作為社會性基礎設施來對待。
- (2) 地區居民所需要的一種存在=存在意義，要求介護事業為社會作出應有貢獻。
- (3) 強化經營基礎：必須穩定經營基礎，以繼續生存，來滿足服務對象及其生活的地區社會的需要。因此，適當提高合理利潤，以滿足中長期發展需求。
- (4) Earth Support的發展目標：① 貫徹用戶至上主義，以期區別於其他追求短期利益的行業和業者；② 「維護社會持續穩定，為全體國民創造利益」，成為介護業的骨幹企業；③ 進一步努力發展成為日本社會的模範企業；④ 通過介護服務和構建地區服務網絡，突破常規，直面挑戰，繼續為建立適應老齡化社會發展需求的企業結構而努力。

圖 6-5 Earth Support 公司訪問入浴之情形



資料來源：本研習講義

圖 6-6 Earth Support 公司日間照護之相關活動



圖 6-7 Earth Support 公司培訓研習活動



資料來源：本研習講義。

柒、 研修心得與建議

一、介護保險制度之研習心得及建議

(一) 應擴大保險對象之範圍，以寬籌財源

日本隨著人口急劇老化，介護保險費用支出劇增，目前研議修法將保險對象年齡下修至 20 歲。然而，未考量全民納民之主要原因為，20 歲以下沒有繳費能力，若免除其繳納保險之義務，而得享有保險給付，亦不符合保險制度精神，因而日本只考慮由 40 歲以上擴大至 20 歲以上。

在台灣，在保險對象之界定上，目前傾向於採行全民納保，似可避免日本因保險對象限於高中齡者所導致的財務困境，惟未來仍應審慎評估與身障福利體系之銜接整合，以及 20 歲以下者是否比照全民健康保險賦予父母繳納保費之義務等議題。

(二) 自助、互助、共助及公助相互補充

日本介護保險理念之一一促進自助、互助（志願者、地方協助）、共助（介護保險、民間保險）、公助（生活輔助）之間的相互補充。幾位講師都提到了老人的長照需求與生活支援無法完全依賴保險制度，若全由介護保險承擔，該制度恐難永續經營，應要強調自助及互助的重要性。

此外，三枝所長特別指出日本介護保險推動前，自助與互助未充分發展，社區資源未充分活化利用，是介護保險最大的失敗之處。因而，日本於 2006 年修改社會福祉法，要求地方政府必須制定地域福祉保健計畫，說明該地區存在的問題以及解決的方案，以強化互助精神。相較於日本，台灣社區資源更顯低度發展，因此長期照護保險推動前或開辦後，如何強化社區互助及活化資源，都是需要重視的基本課題。

(三) 落實在地化服務體系－權力下放，地方政府承擔

日本介護保險行政架構是建立在既有的衛生福利行政體系之中，並未設置一個承作介護保險的獨立機構，由市町村等地方政府擔任保險人，辦理介護保險業務，包括保費收繳、服務輸送。

我國則有一既成的全民健康保險局，未來長照保險實施可以以行政委託方式委託該局承作保險業務，由該局擔任單一保險人。因服務輸送權責在中央健保局，所以發展並建置服務資源的責任勢必要由保險人承擔。如江尻教授之提醒，台灣長照保險制度行政結構較像韓國，未來應強化地方政府之參與，俾能充分掌握地

區照護需求，發展更具在地性、親和及細緻的服務資源體系。

（四）強化照顧管理制度

在介護等級認定部分，日本介護保險應已是發展相當成熟之制度，無論評估工具、電腦系統及行政流程都已運作良善，相當值得我們未來進一步深度學習、技術交流。然而，近來日本對於照顧管理制度也有了相關檢討，如短時間的訪視調查往往不易全盤了解老人的實際狀況，而使得介護等級判定有誤差，這也是我們未來應避免及改善之處。

日本介護保險是透過公權力進行介護等級判定後，申請者在獲得判定結果後，再自行選擇照顧管理員擬訂照顧管理計畫、召開服務人員會議、評估及監督照護服務提供。台灣現行制度則不同，是由公權力進行照護等級判定，且同時擬訂照護計畫及服務資源安排等事項。未來長期照護保險開辦後，若維持原運作方式，則應審慎評估公權力是否或如何有充足的人力或資源同時擔任照護等級判定及照護管理員的角色。

（五）提升機構服務品質

日本介護保險實施，民眾滿意度高，而且造就服務品質的提升，機構服務一改過去 4 人 1 房的標準，而提供單人住房。反觀國內，機構式照顧資源仍以床位數為計算單位，所以數量相較其他資源相對充裕，甚至供過於求，但相關的服務品質亟待提升。目前老人福利機構設之標準，允許 1 房 6 床，實應有躍進式的改革，儘速以單人房的設計願景，迎合即將邁入老年的戰後嬰兒潮之龐大需求。此外，老人長期照護機構在行政面未能整合管理，良莠不齊，缺乏一致的設置標準及評鑑機制，推動長照保險之過程，應一併強化機構管理之相關機制。

（六）重視預防保健服務

為減少照護之需求，應加強預防保健，日本在介護保險開辦幾年後，於 2005 年採取對策，改革介護保險制度，強調需支援 1-2 級預防型介護服務之重要性，並針對高風險老年，投入 3% 費用提供預防性福利服務。台灣未來長期照護保險之設計，亦應考量預防保健之重要性，惟相關經費來源可仿照日本以介護保險固定比率投入發展，或以由公務預算支應。

此外，日本帶介護收費老人之家或夜間對應型訪問介護等新型服務，是未來台灣可進一步努力之方向。這些新型服務的發展，均有助於老人照護品質的提升，尤其是夜間對應型訪問介護，突破過去居家照顧服務只提供「定時服務」（即只提供確定日期、時間的服務）之限制，而能提供 365 天 24 小時的定時及不定時服務，

以協助老人能留在家中生活。

(七) 為充實照顧服務資源，評估開放民間企業參與投入之可行性

日本於 2000 年引進介護保險制度，同時開放民間企業進入介護服務產業。民間企業參與的確有助於長期照顧服務產業的形成與發展，如居家照顧服務；另一方面，民間企業「開拓者精神」之下，亦有助新型服務之發展，如夜間對應型訪問介護。

台灣對於是否開放民間企業參與 照顧產業，尚未形成共識。日本經驗值得我們學習，亦有二點值得特別關注，首先，日本並非全面開放，在機構服務部分，仍是不開放民間企業加入（如特別養護老人之家由地方政府或社會福祉法人經營；介護老人保健機構及介護療養型醫療機構，仍只有醫療法人可以經營）。台灣未來如考量開放民間企業參與，應審慎評估開放之服務項目，優先可開放之項目應以道德風險較低、新型服務為主。其次，幾位講師都提到服務提供單位管理之重要性，如江尻教授提到除了資訊公開透明等管理措施外，事業經營者人品、理念也要調查，企業應兼顧社會利益與經濟效益。然而，另一方面講師們也提到行政管理不可太過嚴格，否則容易扼殺民間企業之創意及彈性，應使民間業者所屬團體自行制定規則、自我約束，才是最有效率的，其效果更勝法律。因此，未來台灣如何拿捏好規範監督的尺度，是引進企業參與成敗的關鍵。

(八) 建立財務平衡機制

日本介護保險自 2000 年開辦以來，目前雖然亦面臨財源不足之問題，但至少可以依照規劃時期之目標，以 3 年為 1 期，修訂相關介護保險關計畫，並依計畫所需調整保險費，以確保未來 3 年內之財務平衡。我國長期照顧保險目前規劃由健保局擔任保險人，然根據健保經驗，雖訂有費率調整機制，但實務執行面卻困難重重，致財務問題嚴重，根據日本介護保險開辦後服務需求量大增之經驗，日本 2000~2002 年之全國平均保險費為 2911 日圓，2009~2011 年則為 4160 日圓，不到 10 年調整幅度超過 4 成，且迄今仍有相當財務壓力，足見如何研擬一套獨立且可以運作之財務平衡機制，將會是我國保險成功推動之重要基礎。

二、機構參訪之心得及建議

(一) 梅檀之鄉

本機構為仙台市最大的老人福利設施，經營團隊能充分掌握單元照顧的精神與原則，將機構照顧調整為一個提供老人固定居住，又可與人交流的場所，而且

盡可能讓老人擁有在自己家生活的感覺；任何一個照顧環節均以長輩的自主與尊嚴為優先考量，所以進住率高達 95.2%，值得吾人借鏡。

更令人感動的是團體家屋部分，每一棟建物只設一個單元，且佈置得很溫馨、舒適，就如同我們一般的家庭一樣；職員與老人一起用餐，老人自己可以做的事，例如摺衣服、煮飯，都由老人參與，以延緩失智長輩退化。在人力配置方面，雖然日本政府規定每單元照顧 5 至 9 位老人為限，每 3 位老人應配置 1 位介護服務員，夜間每 2 個單元有 1 位職員值班即可，但本機構每單元只照顧 8 人，均為單人房，夜間每單元均有 1 位服務員值班，不容否認其照顧成本較其他單位高，但失智長輩在此幸福生活的情形，真是令人稱羨。

（二）失智症照護研究暨研習仙台中心

據推估，日本患有失智症的老人數量將會出現急速增長的趨勢，失智症照護研究暨研習中心的設置目的，就是在進行護理相關技術的臨床研究，建立失智症護理的研修網絡、培養失智症護理的專業人員，以普遍在全國的介護保險設施、事業所推動各項照顧服務工作。

日本於 2000 年時，已由國家經費補助成立 3 所失智症研修中心，分別位於仙台、東京及愛知縣。截至目前為止，全國已培訓 1 千多位失智症照護指導員；此外，完成指導員後續研修者則有 161 人，該等人員對於失智症老人照顧品質的提升，確已發揮一定的效益。

反觀國內也有與日本相類似的情形，隨著老年人口快速增加，失智症老人也越來越多，根據台灣失智症協會推估，社區中的失智老人有 11 萬 6,199 人，占老人人口的 4.8%，加上長期照顧機構有 3 萬多名失智老人，及 64 歲以下失智者有 2 萬 647 人，總計目前台灣失智人口將近有 17 萬人。面對失智人口急速增加，政府部門雖積極推動相關照顧服務，例如透過教育宣導活動、製作宣導光碟及問答手冊，增進社會大眾對失智症的認識與了解，及早發現及早治療；成立照顧者支持團體，提升家屬照護能力；也逐步開發多元服務模式，參考日本經驗發展失智症團體家屋，或於老人福利機構設置失智症照護專區，但不容否認，尚缺乏失智症照護專業人力的養成單位與培訓制度，未來應可參考日本結合學術或照護機構成立失智症照護指導員培訓單位，協助政府部門培植專業人力，以提昇失智症照護品質。

（三）柵欄之館

與機構施設長中里仁先生座談時了解，芬蘭模式的建築物，其特色包含：（1）

窗戶很大、採光佳；(2) 提倡老人自立，老人應注意自己的健康；(3) 大量使用輔具，扶持老人日常生活；(4) 重視介護預防；(5) 此外，芬蘭國家地理環境有湖泊、森林、社區居民居住分散，所以機構多同時照顧老人、身心障礙者或遊民，為綜合性機構，與日本 40 多年前相似，但近年來日本的照顧設施已細分化，成為專門機構，已與芬蘭不同。

中里仁先生謙稱本機構雖試圖學習芬蘭精神，但日本老人與芬蘭不同，日本的老人缺乏自立精神，所以未能充分發揮芬蘭模式的特色，效果也不是很顯著，目前真正保存芬蘭特色大概只剩下流水式游泳池，可見學習他國的優點時，更應同步將本國文化、民情納入考量。

日本於 2000 年開辦介護保險時，宣誓的「口號」是：(1) 提供 365 天、24 小時的服務；(2) 提供必要的服務給有需要的人。但要提供 24 小時的服務，則必需先保證有人願意在夜間提供服務，而且財務負擔很重，所以中里仁先生建議台灣的長期照護保險，可以先從做得到的部分先做，做不到的則可列為以後努力的方向。此外，亞洲地區的老人都希望盡可能不要給家人添麻煩，忍耐到最後逼不得已才會向別人請求介護服務，所以政府應先為老人規劃所需服務，這的確是我國政府部門及長期照護保險規劃團隊應該深思的。

有關人力方面，社會福祉法人東北福祉會所轄老人福利機構，共有 600 名工作人員，其中僅 40% 為正式職員。近年介護保險給付單價又調降，機構經費有限，所以無法聘足所需人力；政府雖自今年有提供短期優惠措施，每月補助每位介護服務員 1.5 萬日圓，但適逢日本政黨輪替，未來是否會有變化不得而知。

日本實施介護保險之前，對失能老人的照顧是採措施制度，機構的工作人員均為正式職員；政府對於工作人員的薪資、興建設施、修繕費，每年提供補助。但實施介護保險之後，因缺乏財政支持之下，介護服務員每月薪水只有 12 至 13 萬日圓。

日本介護服務員的薪資偏低主因為：(1) 昔日的介護工作都是由家庭承擔，介護保險規劃者誤以為介護工作是件很簡單的事，所以給付單價就不需給的太高；(2) 若服務時間短，介護單價會高於薪水，但當服務時間較長時，介護單位降低，會低於薪水；(3) 有關介護服務員的薪資計算基礎，是以一般勞工 18 至 28 歲工作期間來計算，因為介護服務員多為女性，制度一開始就假設服務員 28 歲結婚後就會離職，所以未將服務員所需退休成本納入考量；(4) 另外一種說法為先匡定給付總額，等到分配給介護服務員的薪資，就只能這麼低了。日本介護人力缺乏，當問到中里仁先生是該機構是否會引進外籍看護工，他說由於語言、文化的差異，目前沒有準備僱用外籍看護工，並笑說日本提供的引進條件不好，應該

沒有外籍看護工要來。

中里仁先生認為人才短缺可能的解決之道為，首先要解決少子女化的問題，以維持或增加納稅人口；其次，需透過教育宣導福利的重要性；最後，增進介護服務人力的專業知識，並提供相應合理的報酬。介護工作如此重要，現行卻只有 12-13 萬日圓的報酬，太少了！在介護保險引進前，介護服務是措施制度，介護工作人員都是正式人員，薪資是每年稅收預算編列；在引進介護保險制度後，服務要求為過去的 3 倍，保險財務很難因應。中里仁先生建議可將消費稅改為福利之目的稅，由現行費率 5% 增為 7%，所增加之稅收全部用於福利，或許可以解決介護保險財務問題。中里仁先生語重心長的說，「如果國家不尊重老人，是不會有未來！」。

可見日本的介護保險，與台灣推動的經驗一樣，面臨照顧人力多屬非正式聘僱、薪資低、招募不易的困境；未來台灣的長期照護保險制度要能有效落實，關鍵亦在於提供第一線照顧服務人力合理的薪資報酬，保障基本勞動條件，也應同步透過學校的教育體系，教育宣導福利的重要性。

（四）梅壇之杜-桃生

此次研修行程，特別到本機構參訪主要目標，是爲了實際了解、體驗何謂地區密著型、小規模多功能設施，及老人福利機構如何努力讓老人擁有如同在「家」生活的「幸福」感受。從往返機構的交通路程，也很意外、興奮地享受到日本農村自然景觀，尤其恰逢稻穀成熟季節，空氣中瀰漫著稻米的香味，讓人有如回到台灣的幸福感覺。

從參訪過程，我們都深刻體驗本機構對於老人的體貼照顧與用心呵護，例如牛津設施的日間照顧中心，特別設有像日本早期家庭的榻榻米，可提供老人休憩或午休，而且榻榻米離地 40 公分高，以方便老人起身；廁所有一扇門可通往團體家屋，除了方便二個設施的老人共用外，萬一老人不小心被關在裏面時，工作人員亦可由此門入內協助；團體家屋設有多處「安靜設施」，以防失智老人吵架或心情不好時可以獨處。桃生館有部分爲 4 人房，因無法看不到設施外的景色，所以特別在房門外設計一個庭園景觀，以方便坐輪椅的老人也能欣賞到自然的景色，讓老人保持好心情；又因長廊很長，爲了讓老人不會有住在大型機構的感覺，就刻意在該單元外側裝置一扇門；每一個單元都有獨立的出入口，工作人員都由此進出，並配有一輛車（坐輪椅者亦可使用），方便載老人出去購物（每一單元每日 5000 日圓）等等。

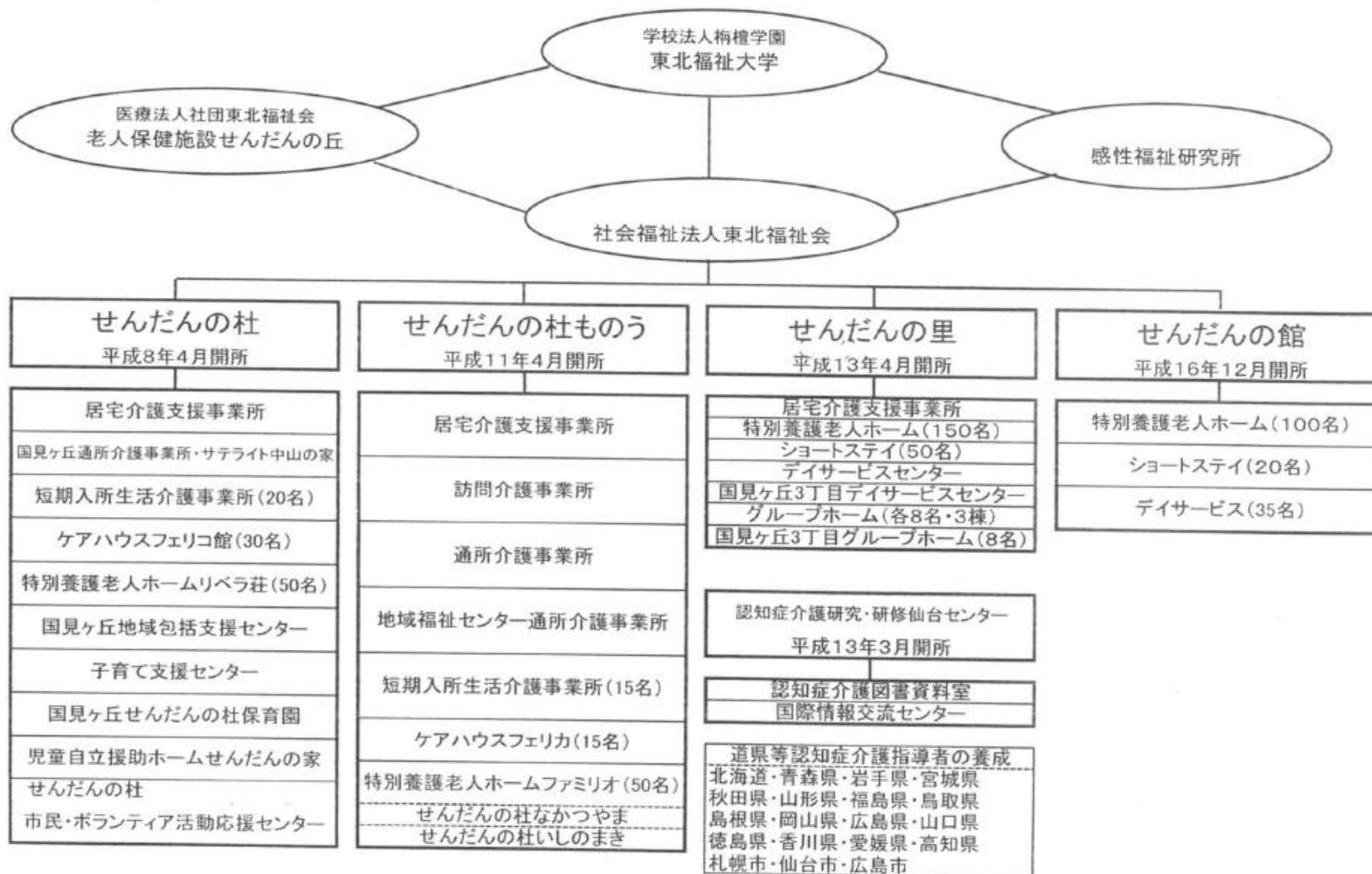
中津山設施充分實踐「地域密著」的精神，其如何在農村地區強化機構與社

區居民的互動，也非常值得學習，如為具體實踐設施與社區緊密互動，增進老人與社區居民交流的理念，設施與緊臨的小學彼此之間並沒有圍牆，打開大門即可到學校；學校舉辦活動時，老人可以去參加；設施旁邊也保留有兒童遊戲設施，方便居民帶小孩到此耍玩，如此社區居民就可以自然接近、認識老人，老人也可以與孩子互動。此外，也讓社區解認識該機構之失智老人，當老年不慎走失時，亦可協助送其返回機構。

此外，對於國內老人福利機構而言，大型機構採取單元照顧時，每一單元照顧人數應可盡量減少，工作人員也可避免穿著制服，讓老人享有如同與家人一起生活般親切、自然。老人福利機構為能與社區居民進行密切交流，應可朝小規模、多功能服務設施發展，老人就不會有離家很遠的感覺，也可提升對於機構式照顧的接受意願。機構亦可結合鄉（鎮）長、村（里）長等地方士紳成立營運委員會，定期召開會議，以針對地區的問題尋求解決方法，因為台灣地區與日本一樣面臨老人人口不斷增加的趨勢，要由長期照護保險解決老人所有的照護需求是很難的，必需利用地區的力量共同支撐社會老人，透過社區小型機構，能讓地區居民自然認識長期照護服務、社會福利工作與重要性，並一起支撐社區老人的照護工作。

附録：東北福祉大学及社会福祉法人東北福祉会相關福利體系圖

東北福祉大学並びに社会福祉法人東北福祉会実施事業関連図



せんだんの杜
平成8年4月開所

- 居宅介護支援事業所
国見ヶ丘通所介護事業所・サテライト中山の家
- 短期入所生活介護事業所(20名)
- ケアハウスフェリコ館(30名)
- 特別養護老人ホームリベラ荘(50名)
- 国見ヶ丘地域包括支援センター
- 子育て支援センター
- 国見ヶ丘せんだんの杜保育園
- 児童自立援助ホームせんだんの家
- せんだんの杜
- 市民・ボランティア活動応援センター

せんだんの杜ものう
平成11年4月開所

- 居宅介護支援事業所
- 訪問介護事業所
- 通所介護事業所
- 地域福祉センター通所介護事業所
- 短期入所生活介護事業所(15名)
- ケアハウスフェリカ(15名)
- 特別養護老人ホームファミリオ(50名)
- せんだんの杜なかつやま
- せんだんの杜いしのまき

せんだんの里
平成13年4月開所

- 居宅介護支援事業所
特別養護老人ホーム(150名)
ショートステイ(50名)
デイサービスセンター
国見ヶ丘3丁目デイサービスセンター
グループホーム(各8名・3棟)
国見ヶ丘3丁目グループホーム(8名)
- 認知症介護研究・研修仙台センター
平成13年3月開所
- 認知症介護図書資料室
国際情報交流センター
- 道県等認知症介護指導者の養成
北海道・青森県・岩手県・宮城県
秋田県・山形県・福島県・鳥取県
島根県・岡山県・広島県・山口県
徳島県・香川県・愛媛県・高知県
札幌市・仙台市・広島市

せんだんの館
平成16年12月開所

- 特別養護老人ホーム(100名)
- ショートステイ(20名)
- デイサービス(35名)

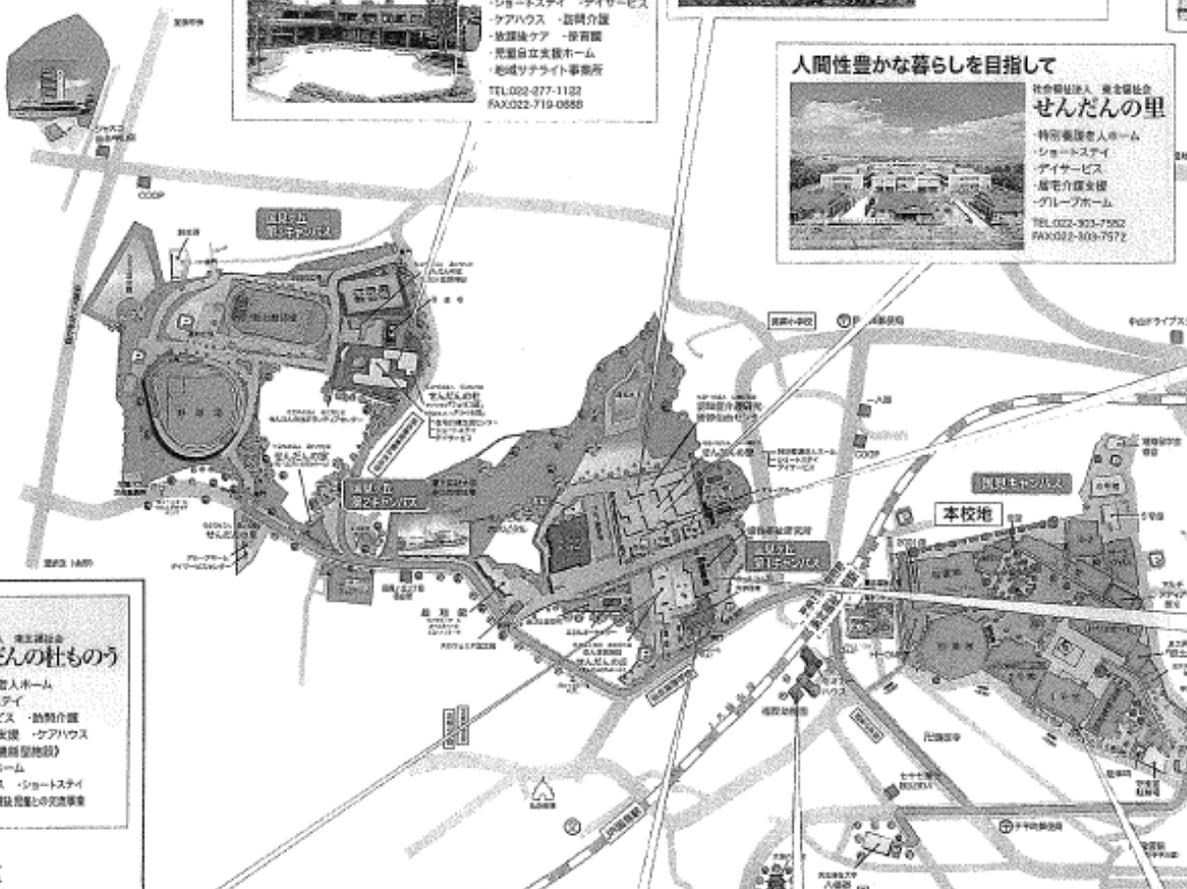


東北福祉大学 関連法人グループ施設

東北福祉大学が目指す21世紀型福祉は「予防」がキーワード。病気や介護が必要になる前に、「あらかじめ備える」という福祉の新しい考え方です。

この「予防福祉」への挑戦のためには、知・心・体の調和が求められ、そのためには真の「感性力」の醸成が必要です。

東北福祉大学と関連法人グループ施設は、人間が本来持っている「感性力」の重要性と研究成果を教育現場を通じて伝え、福祉の実践現場で「予防福祉」の実現をめざしています。



その人らしい生活を地域の人たちと築いていく

社会福祉法人 東北福祉大学
せんだんの杜

- 特別養老老人ホーム
- ショートステイ・デイサービス
- ケアハウス・訪問介護
- 地域活動センター
- 児童自立支援ホーム
- 地域ケアプラザ事務所

TEL:022-277-1132
FAX:022-719-0888

あすの日本の高齢者福祉を考える

社会福祉法人 東北福祉大学
認知症介護研究・研修仙台センター

- 認知症介護実習センター
- 無料の/実践的認知症介護研究

TEL:022-303-7592
FAX:022-303-7570

予防に気づき健康を築くやかと

社会福祉法人 東北福祉大学
せんだんの館

- 特別養老老人ホーム
- ショートステイ
- デイサービス

TEL:022-303-0371
FAX:022-277-0732

人間性豊かな暮らしを目指して

社会福祉法人 東北福祉大学
せんだんの里

- 特別養老老人ホーム
- ショートステイ
- デイサービス
- 居宅介護支援
- グループホーム

TEL:022-303-7592
FAX:022-303-7572

子どもたち一人ひとりの力を最大限に

東北福祉大学
特別支援教育研究センター

- 施設/教室
- 学習支援
- 社会福祉実習
- 子育て教室 など

TEL:022-303-1136
FAX:022-303-1137

小さな単位で個性を活かす

社会福祉法人 東北福祉大学
せんだんの杜のもの

- 特別養老老人ホーム
- ショートステイ
- デイサービス・訪問介護
- 居宅介護支援・ケアハウス
- 【小規模多機能型施設】
- グループホーム
- デイサービス・ショートステイ
- 高齢者と施設職員との交流事業

TEL:0225-76-5325 FAX:0225-76-2810

21世紀型福祉の探求

東北福祉大学
感性福祉研究所

- 「学術フロンティア探索事業」
- 感性力の醸成に焦点を当てた
- 「実践/福祉サービスの開発」
- 「実践/福祉サービスの開発」
- 「サービス提供システムのモデル化」

TEL:022-728-6000
FAX:022-728-6040

石巻市桃生町地区

一人ひとりの暮らしを大切にすリハビリテーション理念

社会福祉法人 東北福祉大学
せんだんの丘

- 介護老人保健施設
- ショートステイ
- 通所リハビリテーション
- 福祉用具貸与
- 居宅介護支援
- 訪問看護ステーション

TEL:022-727-7722
FAX:022-727-7727

自分に合った健康をデザインしましょう

**ウェルコム21
予防福祉健康増進センター**

- 健康づくりをサポートする福祉施設
- 予防福祉クリニック
- 健康トレーニング室

TEL:022-727-2295
FAX:022-727-2281

やさしくなかよくみんなでおもいやりのある子どもに育てます

学校法人 東北福祉大学
福聚幼稚園

- 幼児教育

TEL:022-254-7754
FAX:022-234-1348

「行学一如」理論と実践の融合

学校法人 東北福祉大学
東北福祉大学

- 大学院総合福祉学研究所
- 博士課程 修士課程
- 通信制大学院
- 総合福祉学部
- 社会福祉学部
- 福祉心理学部
- 福祉保健学部
- 子ども科学部(平成18年度発設)
- 子ども教育学部
- 健康科学部(平成18年度発設)
- 看護学部
- 通信教育部

TEL:022-233-3111 FAX:022-233-3113