

出國報告（出國類別：考察）

## 參訪日本醫療福利機構及健康保險現況

姓名職稱： 衛生福利部中央健康保險署

服務機關 署 長 黃三桂

主任秘書 蔡淑鈴

企劃組專門委員 廖哲慧

派赴國家： 日本

出國期間： 102年9月5日至9月10日

報告日期： 102年12月3日

# 目 次

第一部分 前言		
壹、前言	-----	4
貳、日本介護保險的發展	-----	7
第二部分 考察行程與機關簡介		
參、考察行程	-----	10
肆、參訪機關		
一、拜會東京女子醫科大學	-----	11
二、拜會厚生勞動省副大臣	-----	11
三、於醫師公會聽取厚生勞動省介護保險簡報	-----	12
四、參訪社會福祉法人老人設施 - 社會福祉法人 清風園介護機構	-----	12
五、參訪醫療法人老人設施 - 醫療法人財團天翁會 あい(A I)老人保健設施	-----	13
六、學者座談	-----	14
第三部分 考察內容總體說明		
伍、日本介護保險體制簡介	-----	17
一、開辦介護保險理念	-----	17
二、保險人	-----	17
三、介護保險對象	-----	17
四、介護保險財源	-----	17
五、介護保險費收繳與計算	-----	21
六、使用服務之部分負擔	-----	27
七、介護保險服務給付流程	-----	27
八、介護認定審查結果之申訴處理機制	-----	30
九、介護保險支付與管理	-----	31
十、介護保險給付	-----	33
十一、適用介護保險的主要服務項目	-----	35
十二、介護施設	-----	40
十三、參與介護服務的提供者	-----	41
十四、介護保險未來改革與展方向	-----	47

陸、	日本醫療保險與介護保險行政運作	-----	51
柒、	產學座談 - 本署與梅原克彥教授及醫療法人座談 紀錄	-----	61
捌、	心得與建議	-----	75
<b>第四部分 附錄</b>			
玖、	致謝	-----	80
拾、	活動照片	-----	81
拾壹、	「日本の医療提供体制の特徴と課題」簡報	-----	89
拾貳、	「公的介護保険制度の現状と今後の役割」簡報	-----	94
	參考資料	-----	106

## 圖表目錄

圖 1-1-1	日本高齡人口扶養比	-----	5
圖 1-1-2	日本家庭結構變化(2012 年)	-----	5
圖 1-1-3	日本社會保障給付與財政關係	-----	6
圖 1-1-4	日本社會保險財務歲入與歲出之差距	-----	6
圖 3-5-1	介護保險組織運作	-----	18
圖 3-5-2	介護保險財政全貌	-----	19
圖 3-5-3	介護保險費的組成	-----	19
圖 3-5-4	日本介護保險費的徵收及其組成	-----	20
圖 3-5-5	介護保險制度以 3 年為 1 周期訂定評估計畫	-----	20
圖 3-5-6	介護保險服務流程	-----	29
圖 3-5-7	日本需介護（要支援）認定流程	-----	29
圖 3-5-8	介護給付的申請---設施機構類申請流程	-----	31
圖 3-5-9	介護給付的申請---指定居家服務類申請流程	-----	32
圖 3-5-10	日本訪問介護與訪問護理結合之服務方式	-----	37
圖 3-5-11	「24 小時 on call 型訪問介護護理」運作模式	-----	37
圖 3-5-12	依服務類型別之介護使用者人數統計 / 總費用	-----	39
圖 3-6-1	厚生勞働省組織圖	-----	53
圖 3-7-1	日本介護費用推移	-----	66
圖 3-7-2	日本醫療、介護機能重整的未來方向(示意圖)	-----	74

圖 3-7-3	強化醫療與照護服務保障-建構富含持續性與全人之地區整合型照護系統	-----	74
表 1-2-1	高齡者相關之社會保險(醫療介護福利)政策推動紀要	-----	9
表 2-4-1	102 年 9 月 10 日與專家學者討論事項	-----	15
表 3-5-1	2012 年至 2014 年度介護保險費分級表(東京都)	-----	22
表 3-5-2	參加國民健康保險之介護保險第 2 號被保險人保險費計算基準(以東京都 23 區為例)	-----	24
表 3-5-3	介護保險與醫療保險在醫療服務支付之區別	-----	34
表 3-5-4	要介護(要支援)認定分級及服務使用	-----	35
表 3-5-5	適用介護保險的主要服務項目	-----	36
表 3-5-6	2012 年介護保險使用者統計	-----	38
表 3-5-7	2011 日本全國經認定有介護需求服務人數	-----	38
表 3-5-8	介護設施種類 及適用之需介護等級	-----	40
表 3-5-9	日本提供社會福利設施之法人	-----	41
表 3-5-10	日本各類照護人員之職責及資格條件	-----	44
表 3-5-11	介護保險修法概要	-----	47
表 3-5-12	日本獨居老人夫婦家戶的變遷	-----	50
表 3-6-1	日本醫療保險與介護保險業務相關行政組織一覽表	-----	51
表 3-6-2	日本全國地方厚生(支)局管轄區域	-----	57
表 3-6-3	日本各縣市地方厚生局業務職掌	-----	58
表 3-6-4	日本各都道府縣政府辦理國民健康保險、後期高齡者醫療保險、介護保險與高齡者福利服務業務相關組織	-----	59
表 3-6-5	日本各市町村公所辦理國民健康保險、後期高齡者醫療保險、介護保險與高齡者福利服務業務相關組織	-----	60

# 第一部分 前言

## 壹、背景

一、日本政府在1961年開辦國民健康保險，實現國民皆保險、皆年金後，日本國家人口研究機關與行政部門陸續對中央提出因經濟發展停滯及人口少子高齡化將對國家財政與國家安全影響甚巨的警訊：(一)為人口與家庭結構的變遷，20-64歲工作人口對65歲以上受扶養人口比由1950年的18.3:1、高度經濟發展期的1960年的9.5:1，到1990年開始泡沫經濟與金融海嘯等，2000年3.5:1、2020年1.9:1、2060年1.2:1；(二)國家的1/2以上稅收全投入社會保障，稅收不足支應歲出，國家的大部分預算運用在社會保障上。因高齡化社會保障相關經費急增，讓自1990年起國家財政衰退的日本財政受到嚴格挑戰，社會保障給付費用在2012年已超出100兆日圓，歲收與歲出的差距越來越大，日本中央政府需另支用1兆日圓稅收與地方政府共同填補財政缺口(如圖1-1-1至圖1-1-4)。因此，強力建議應及早投入因應高齡獨居世代盛行的社會樣態所可能造成高齡照護社會問題，故於2000年4月起開辦介護保險。

二、與我國人口老化速度相當的日本已於 2000 年啓動長期照護，並過數次修法改革，台灣與日本不論在地理環境或是歷史淵源上有相當密不可分的關係，台日雙方在社會保障制度亦有許多相似或參考之處。台灣面臨人口結構之改變，勞動力與照顧人力逐漸萎縮，家庭照顧機制已面臨嚴峻的挑戰，老人照顧與醫療需求，將會是家庭與社會龐大的負擔。有鑑於此，長期照護制度之推動有其迫切性，且必須進行連結醫療體系，進而發展連續性與全人照護之醫療與長照安全網，應是未來推動衛生福利政策的重點。本次參訪係由立法院厚生會及中華民國醫師公會全聯會組團赴日本參訪長期照護機構，並邀請本署人員參加，期許由立法者、政府部保險人及服務提供者三面向共同參訪，並能在參訪後提供政策規劃意見供參考。

圖 1-1-1 日本高齡人口扶養比

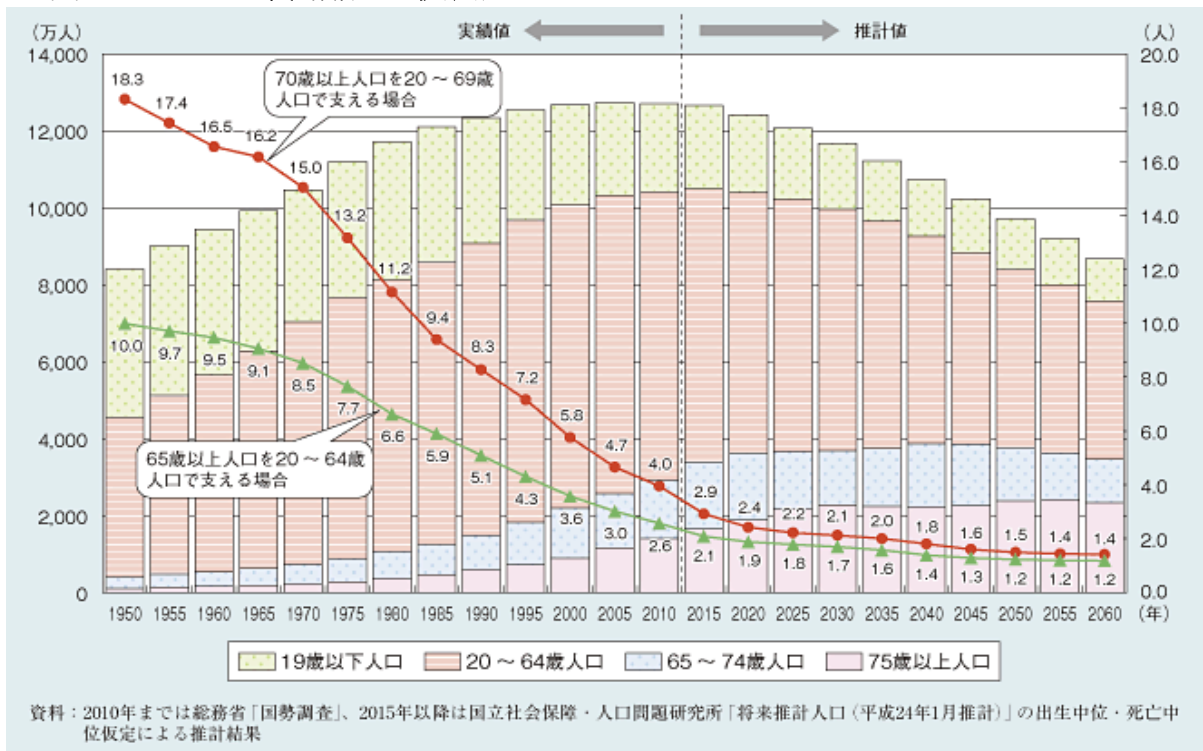
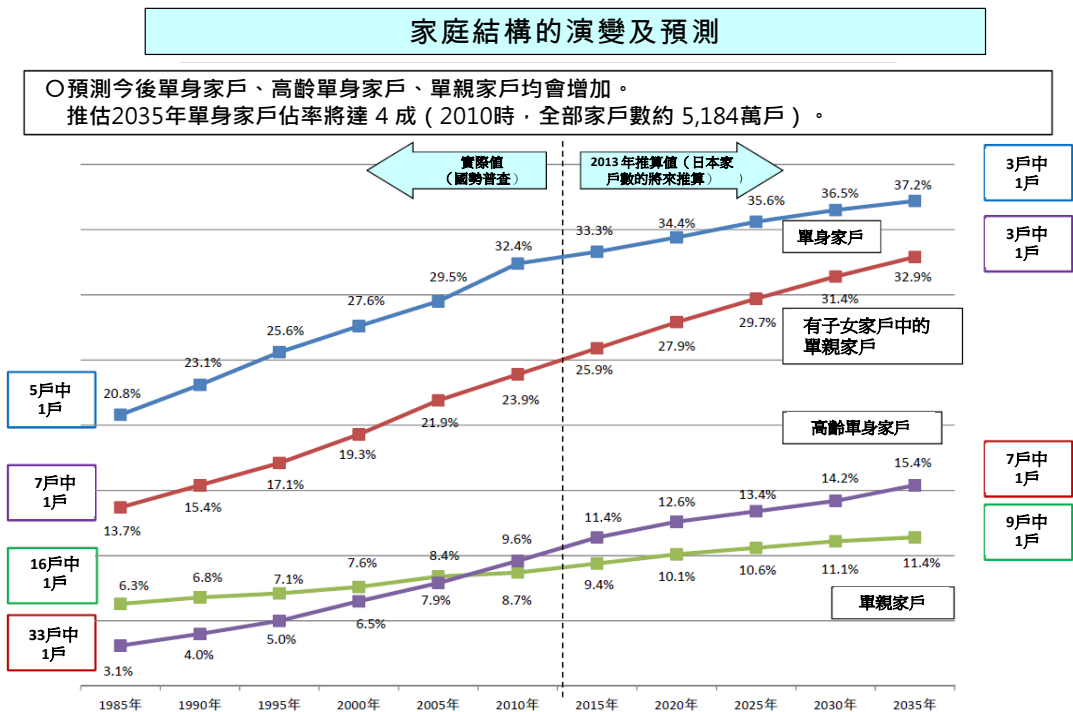


圖 1-1-2 日本家庭結構變化(2012年)



(資料出處) 日本總務省統計局「國勢普查」、國立社會保障・人口問題研究所「日本家戶數的未來推估(全國推算)(2013年1月推算)」

(註1) 戶長年齡超過65歲以上者，視為高齡者家戶。

(註2) 有子女家戶中的單親家戶 = 單親與子女的家戶 / (夫婦與子女的家戶 + 單親與子女的家戶)

圖 1-1-3 日本社會保障給付與財政關係

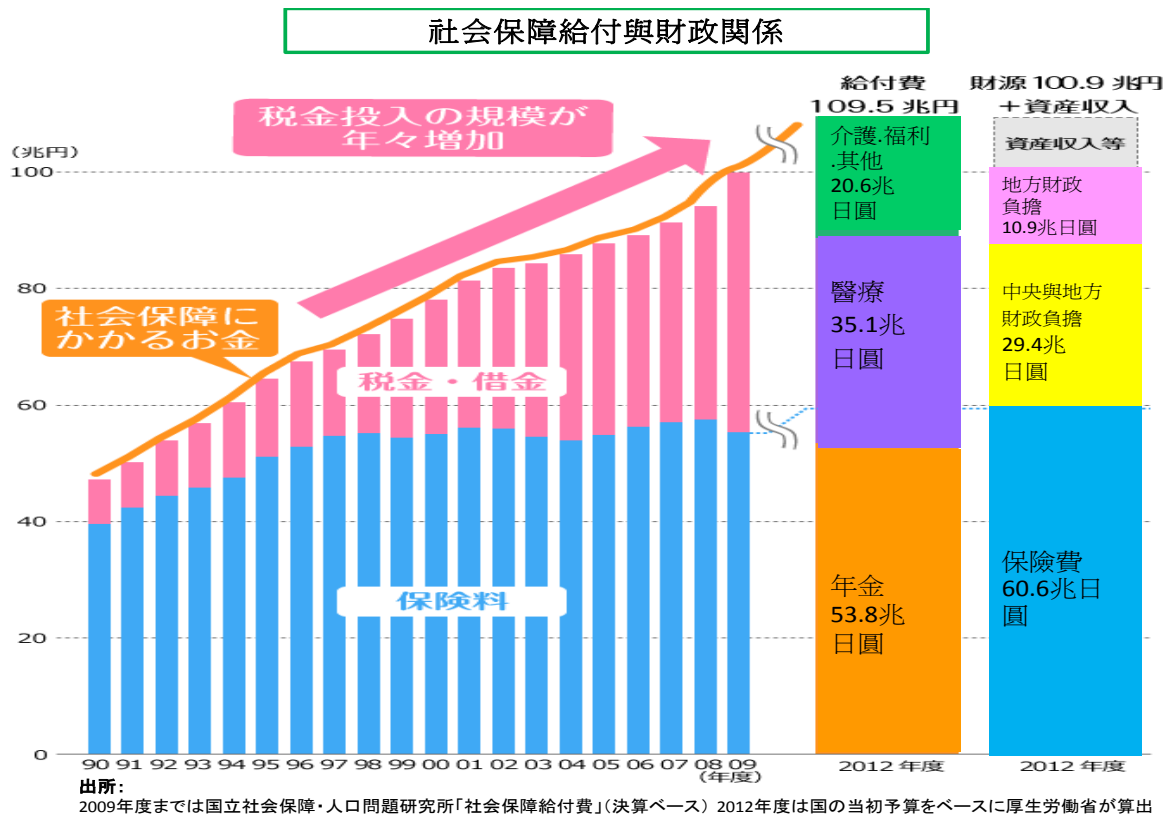
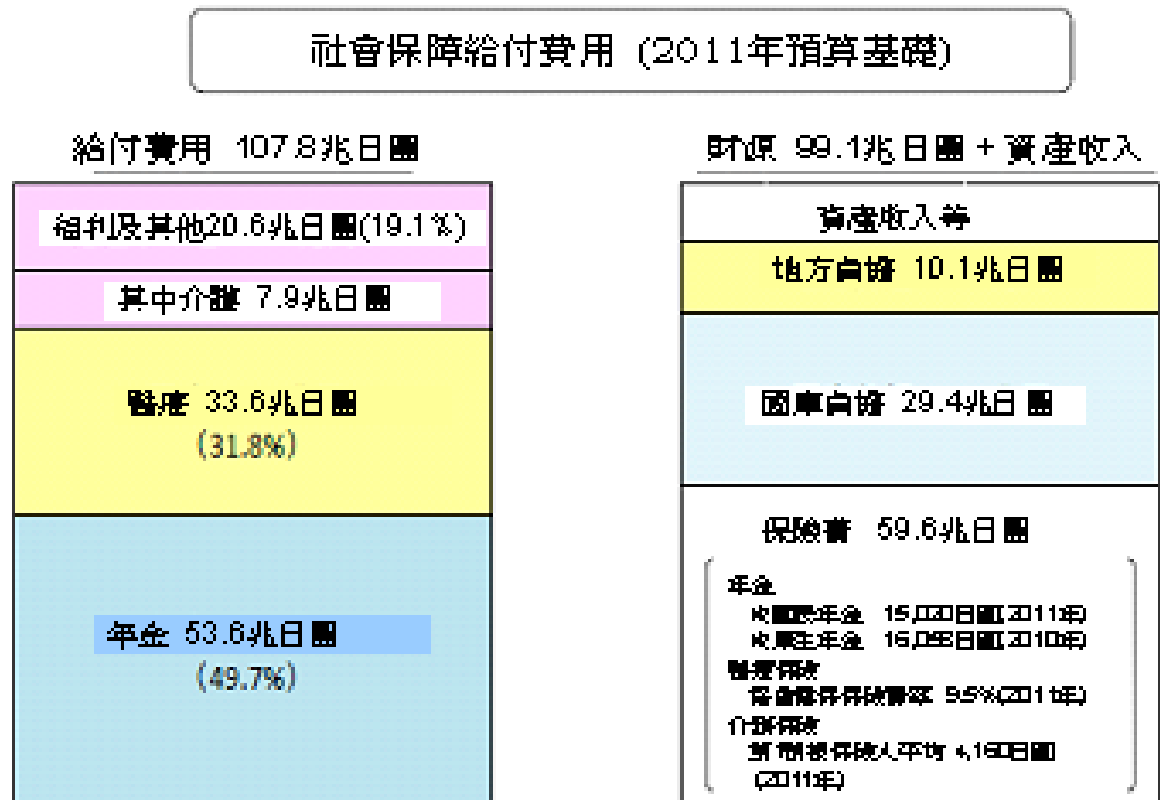


圖 1-1-4 日本 社會保險財務歲入與歲出之差距



資料出處:內閣府「經濟財政の中長期試算」(2012年1月24日)

## 貳、日本介護保險的發展

### 一、沿革

1.日本政府在1960年代高度經濟發展下完成國民皆保險後，因預見老年人口快速老化，推估在1995年65歲以上老年人口數近1,480萬人，2000年將達2,420萬人，預估2015年將達3,430萬餘人，而其中高高齡者在2015年將達14萬人。如何提供中高高齡老人的照顧，將成爲嚴重的個人與社會負擔。經由原厚生省老人保健福祉局(經2001年組織改制，更名爲厚生勞動省老人保健局，組改前即爲老人保健、社會福利措施與社福機構之主管機關)於1989年、1994年正式展開2次黃金十年計畫，著手高齡者福利政策立法與修法、特別養護老人照護設施及創設各項照護服務等相關設置標準與人力基準，建構高齡者照護之基礎。。

(1)介護保險制度的建立，係基於1995年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」(中期報告)的政策建議，該項建議爲日本有必要建立新的高齡者照護制度

(2)日本的健康保險財務負擔逐年增加，已難有財力來照顧日益增加的高齡人口；加之經濟惡化，日本企業終身僱用型態亦崩解，社會家庭功能的轉變，由家庭照顧老年人的功能已逐漸降低，照顧高齡者的責任已由企業轉至家庭再移轉到社會。

(3)日本介護保險制度的開發，受1980年代福利多元主義思潮的影響，尤其強調福利供給的分權化與民間福利組織力量的參與，介護保險制度雖屬國家立法的強制社會保險制度，但提供介護服務的功能轉變由民間高齡福利機構來替代，政府(中央與地方政府)主要的功能與角色將在介護保險財務的籌措與介護服務之創設與財務機轉。

### 二、制度籌劃

自1994年4月由厚大臣正式任命其厚生事務次官設立「高齡者介護對策本部」(相當於衛生署事務副署長任召集人，籌組類似介護保險籌備處組織)，正式啓動籌劃



開辦介護保險。

1.由原老人保健、社會福利措施與社服機構主管機關的老人保健福祉局爲主辦單位，內部成立介護保險準備室辦理籌備立法與組織成立相關行政事務。該準備室以增加及調用各相關局處曾參與黃金十年計畫之中央與地方實務人員，籌劃開辦介護保險各項必要法規要點及介護報酬等，並開始重新檢討既有高齡者照顧系統。

2.1994年7月並經厚生省內部「社會保障制度審議會社會保障未來藍圖委員會」及前述「高齡者介護對策本部」下設立的高齡者照顧、高齡者的自立援助系統研究會等組織提出過去10年政策研究報告或各項服務措施試辦計畫成果報告書後，確立以社會保險方式、保險費及保險對象範圍等基調，再由厚生省社會保障制度審議會彙整出高齡者介護保險有關的報告書後，日本介護保險的建立由此開始真正啓動。

(1)基於高齡者自立援助的理念導入社會保險方式來進行高齡者的照顧

(2)未來高齡者照顧服務的提供其財源主要應來自公共保險制度的保險費，並以修法方式規定各健康保險制度間財政支援義務，安定整體社會保障制度營運

(3)排除原屬社福的身心障礙者納入介護保險，確立介護保險對象範圍

3.1996年11月厚生省「高齡者介護對策本部」向國會同時提出介護保險法草案、介護保險法施行細則草案及醫療法修正案計3法審議案。

4.1997年4月介護保險法立法完成。

5.2000年4月1日保險開辦實施，自1994年成立「高齡者介護對策本部」開始，費時6年籌備。

表1-2-1 高齡者相關之社會保險(醫療介護福利)政策推動紀要

年代別	65 歲以上 人口比	主要政策
1930-1940 年代 結束二戰後混亂期 對生活窮困者的緊急支援 開始建構安定與安全社會		1946 年制定生活保護法 1948 年制定醫療法及醫師法 1949 年制定身體障害者福祉法
1950 年代 經濟高度發展、生活水準提升	4.9% (1950)	1958 年修訂國民健康保險法 1959 年制定國民年金法
1960 年代 國民皆保險、皆年金 展開高齡者福利政策	5.7% (1960)	1961 年實施國民健康保險，完成全民強制納保
		1963 年制定老人福利法 ●創設特別養護老人之家，主要收容高齡失智症者 ●老人家庭服務員法制化(home helper)
1970 年代 增加老人醫療費用	7.1% (1970)	1973 年福祉元年 修定老人福利法(老人免費醫療)、健康保險法及年金制度
1980 年代 老人社會性問題 老人社會性住院及臥床情形	9.1% (1980)	1983 年制定老人保健法 ●導入老人醫療費部分負擔制 1988 年制定 New Golden Plan(高齡者保健福利推動 10 年戰略計畫) ●緊急整備設施及推動居家服務
1990 年代 推動 Golden Plan 籌劃導入介護保險制度	12.0% (1990)	1990 年修定老人福祉等 8 個法案 推動居家福祉服務、由市町村主導開辦福祉服務 1994 年由厚生大臣正式任命其厚生事務次官籌組設立「高齡者介護對策本部」籌劃開辦介護保險。 ●制定 New Golden Plan(新高齡者保健福利推動 10 年戰略計畫) ●充實居家介護服務
	14.5% (1995)	1995 年 2 月老人保健審議會開始審議介護保險法草案 1996 年 4 月政黨協商共同連署、創設介護保險法相關「政黨共識事項」 1996 年 11 月介護保險法草案、介護保險法施行細則草案及醫療法修正案等三法案同時送國會審議 1997 年 12 月介護保險法立法完成
2000 年代 實施介護保險制度	17.3% (2000)	2000 年 4 月實施介護保險
	20.2% (2005)	2005 年修訂介護保險法，展開介護預防體制、創設地區密集型介護設施
	22.3% (2008)	2008 年 開辦後期高齡者醫療保險制度 修訂介護保險法
	25.1% (2013)	2011 年修訂介護保險法 2012 年推動整合醫療與介護服務地區綜合服務

※本表整理自日本岡山縣立大學增田雅暢教授2006「介護保險制度の政策形成過程の特徴と課題－官僚組織における政策形成過程の事例」及內閣府、總務省統計局及厚生勞動省老人保健局資料(2013.10)

## 第二部分

### 參、考察行程

一、本署在不影響原團體行程情形下，另自行安排與日本學者及介護照護服務法人團體座談，聽取其立法、規劃過程經驗及對台灣發展長期照護之未來建言。

#### 二、參訪行程

日期	行程內容
9月5日(四)	(一)出發 (二)拜會東京女子醫科大學及其附屬醫院
9月6日(五)	(一)拜會厚生勞働省副大臣秋葉賢也眾議員 (二)聽取厚生勞働省老人保健局簡介介護保險實施現況，地點為日本醫師公會 (三)參訪社會福祉法人清風園介護機構
9月7日(六)	資料整理 / 觀察大東京地區城鄉居民生活樣式
9月8日(日)	資料整理 / 觀察大東京地區城鄉居民生活樣式
9月9日(一)	參訪東京都多摩市醫療法人あい老人保健設施及醫院
9月10日(二)	(一)與日本學者及辦理介護照護事業體座談，地點為台北駐日本經濟文化代表處 (二)返國

## 肆、參訪機關

### 一、東京女子醫科大學醫院(Tokyo Women's Medical University)

(一)該校由女性醫師・吉岡弥生於 1900 年(明治 33 年)創設「東京女醫學校」為該校前身、為世界上少見的以女性學生為主之醫科大學。該校期許成為以教育及研究並重且兼具自由發想為特色之醫學教育大學。

(二)該校之附屬機構中擁有多所醫療機構、除東京女子醫科大學病院外、並設有心臟病專科醫院、消化系科專科醫院、腦神經專科醫院、糖尿病專科醫院等。

(三)另與理工科研究見長之早稻田大學進行醫療研究與工業技術合作與結盟，2009 年 8 月更開設日本第一個「共同大學院」(共同研究所)研究所程度的碩博士研究課程，先端生命醫科學研究教育施設(Tokyo Women's Medical University - Waseda University Joint Institution for Advanced Biomedical Sciences，簡稱 TWIns)。該研究所包含 5 大類組：

- 1.先端工學外科學以建構醫療安全技術為中心的研究開發，例如腦部手術使用機具發展等
- 2.遺傳因子醫學：以 Genome 基因研究為主
- 3.代用臟器學：以 Biomaterial、「組織・臟器移植」、「人工臟器」為主
- 4.再生醫學工學：再生醫學與組織工學為主軸發展醫療、幹細胞生物學
- 5.統合醫學科學：以分子資訊解析為基礎的基礎醫學研究和臨床醫學研究

(四)參訪該校期間由該校遠藤弘良教授簡報日本醫療提供制的特徵與課題，指出日本醫療體系正面臨『醫院病床之分工』，強調正規劃在急性病床與慢性或介護床間設亞急性病床，使急性病人在急性期住院後能有適當之照護機能之病床；另提及日本介護保險下，多數高齡者期盼在自宅進行療養，因此居家照護需求大幅提升，如何確保居家醫療與介護服務之提供成為介護保險之問題等，此行第一站即點出目前日本醫療與介護體系之重要問題。

### 二、拜訪厚生勞働副大臣秋葉 賢也 (AKIBA KENYA)

秋葉先生現為黨所屬眾議院議員，2007 年第 1 次安倍內閣及 2008 年福田內閣任總務省政務官，於 2012 年第 2 次安倍內閣擔任厚生勞働副大臣兼復興副大

臣，復興副大臣，自 2013 年 10 月旬起專任衆議院東日本大震災復興特別委員長。秋葉先生東北大學法學研究所博士課程畢業，於 1995 年參選宮城縣議員後進入政壇，同時也是培養多位日本政經專家的財團法人「松下政經塾」一員。

由於秋葉先生出身宮城縣，鄰近 2010 年 311 東北地震災區，對來自台灣的拜訪，特別在見面時即表達感謝台灣對 311 東北地震的援助，也說明安倍內閣的全面振興日本經濟的決心，其中高齡者照護產業也是促進日本經濟振興之一環。

### 三、聽取厚生勞働省老人保健局介護保險簡報

地點爲於日本醫師公會，由橫倉義武會長接見，並聽取厚生勞働省老人保健局總務課課長補佐水野嘉郎先生簡報。相關內容併第三部分考察總體說明。

### 四、社團會福祉法人東京清風園

位於東京都墨田區(風土民情近似台北市萬華區)，隸屬賛育会社會福祉法人組織，該法人事業對象包含，婦女、孩童保護及老人之保險、與醫療活動。於 1981 年於東京都內住宅與商業密集地域興建、開設「清風園」，爲一典型的都市、高層型及與地區型的高齡者介護設施。該法人爲地區高齡者介護資源提供介護設施與服務。鄰近清風園另設有屬同一法人組織之醫院，爲該社區組成一個可兼顧醫療與介護照護之良好轉介的環境。另鄰近清風園有屬同法人組織下的醫院，爲該社區組成一個可兼顧醫療與介護照護良好轉介的環境。

#### (一)特別養護老人之家：收容限額 158 名

1.屬介護保險給付服務之設施，收容無法於居家自立生活經介護認定取得「要介護 1 至 5」資格者爲入住對象。入住成員雖行動不便，但在設施中仍以正常生活方式爲主，同時結合地區志工資源爲入住者安排音樂會、插花等團體活動。

#### 2.入住使用申請流程

需經介護保險 CASE MANAGER 諮商及取得主治醫師意見書(診斷書)後、向該設施或地區綜合支援中心及該設施所在地區公所(即介護保險保險人)中的高齡者福祉課提出申請，將由區公所委託的介護認定審查委員會派員調查，經核

定後取得入住資格，經該設施通知有空位後方得入住。收費標準依區公所公告為準。

(二)SHORT STAY：收容限額 20 名

為一支援家庭照護者的喘息服務設施，用以減輕家族照顧者身體與精神上負擔。受照護者入住設施時，由身體機能恢復訓練員提供團體體能活動或個人復健。

(三)高齡者居家服務中心：收容限額 30 名

為減輕家庭照護者身心負擔，並兼顧高齡者維持日常生活機能，於日間提供高齡者有關日常生活機能協助與機能訓練，屬提供日間型介護服務中心。

(四)CARE HOUSE：收容限額 20 名

以無法於自家中自理日常生活(飲食、沐浴及排泄等)為對象，提供專業介護服務、設施內尚有食事、入浴、排泄等協助恢復日常生活援助的機能訓練服務與設備。所有居室均為個人房為主以尊重入住者隱私。

(五)送餐服務

以社區內獨居、或雖與家人同住但白天無法自行外出購物或自理餐食之高齡者為送餐對象。此送餐服務可依使用者需求處理餐飲內容與送餐次數。

(六)贗育會 HELPER STATION

提供社區內居家高齡者訪問介助(入浴、購物與家事協助等生活照護服務)，並與同法人組織內贗育會訪問護理 STATION 合作，強化社區內介護服務品質。

(七)居宅介護支援事業所

主要工作內容為替居家高齡者及其家屬提供製訂以介護為前題之照護計畫、諮商轉介提供服務。

## 五、醫療法人財團天翁會あい(A I)老人保健設施

位於東京都西部的新興住宅區的多摩市內，隸屬天翁會醫療法人財團組織，該法人事業對象包含高齡者保險服務與醫療活動。於 2001 年於東京都內新興住宅區內設立，為一典型的與地區密集型的高齡者介護設施。

(一)設備與服務

1. 入住服務收容限額 150 名，入住者資格以取得介護保險介護認定「要介護 1~5 級」認定，其中 50 名留供失智症專用。
2. 短期入住設施服務 Short stay 收容限額為 8 名，使用者須取得介護保險介護認定「要支援 1-2 級」或「要介護 1~5 級」認定。
3. 日間復健用服務 day care 50 名，其中包含語言訓練及專為輕中度失智症設置的小團體活動，另為充實重度失智需介護者的醫療與介護照護服務，聘用護理師為嚴重身障者提供職能協助等復健服務與醫療照護。

## (二) 提供學校學生及已取得考試合格者實務演練培訓課程

1. 實務演練課程包含護理師、介護福祉士、helper1 級・2 級、物理治療師、職能治療師、社會福祉士等及提供教職員介護技能演練。
2. 另該設施對街即同法人組織下的新天本醫院，為多摩市內指定核心醫院，該院設有 179 床，內有一般病床、復健病床、特殊疾患療養病床、精神科病床，入住病患以腦中風急性後期患者、骨折後復健患者居多，且患者年齡分布各年齡層。
3. 又該院最大特徵是不拒收原患有失智症與因其他疾病就醫病患，設置諮商師，提供出院者及其家屬有關居家診療、訪問護理、訪問復健等使用老人保健設施的諮商服務。為多摩市市民提供一個可兼顧醫療與介護的環境。

## 六、學者專家座談

(一) 主題：日本實施介護保險制度相關問題

(二) 時間：2013 年 9 月 10 日上午 10 時至 14 時

(三) 地點：台北駐日本經濟文化代表處會議室

(四) 參加人員：

國際教養大學東亞研究中心梅原克彥教授、渡邊利之研究員

醫療法人杏仁會 勝田光明理事長、阿部圭吾總務長、神俐娜秘書

健保署：黃署長三桂、蔡主任秘書淑鈴、廖專門委員哲慧

(五) 座談學者與專家簡歷

1. 梅原克彥教授

日本國立東京大學經濟系畢，曾任職日本通產省。現任位於秋田縣公立國際教養大學教授，同時擔任該校東亞研究中心副中心長。於 1996 年任仙台市市長任期內，與台南市簽定姐妹市。曾於 2013 年 4 月 15 日至本署參訪，以日本高齡者介護人力需求，探討引進亞洲地區國家長期照護人力之主題，與本署蔡主任秘書淑鈴及照護處同仁就我國醫療保險與未來長期照護發展交換意見。

### 2. 渡邊利之研究員

日本國立東北大學經濟系畢，曾任職秋田縣銀行融資業務，現任秋田縣公立國際教養大學東亞研究中心研究員，與梅原教授共同以日本高齡者介護人力需求，探討引進亞洲地區國家長期照護人力之主題，協助日本東北地區高齡化社區有關照護事務。

### 3. 勝田光明

日本國立東北大學醫學院畢，現為醫療法人杏仁會理事長，曾任職秋田縣紅十字醫院，以內科、循環器內科為專長。鑑於秋田縣內多為超高齡化農業城鎮，返鄉後自行開業，開設提供往診服務的聯合診所(內科、循環器內科、皮膚科、漢方內科)及短期入住服務的介護保險設施，做為社區居民醫療與介護照護之支柱。目前正參與梅原教授日本東北地區高齡化社區介護研究。

## (六)座談紀錄

為使本次座談有豐富之成果，本署特於行前將提問內容提供給梅原克彥教授，相關提問內容如下，座談內容詳第三部分考察總體說明。

表 2-4-1 102 年 9 月 10 日與專家學者討論事項

題號	問題
一	為開辦介護保險，自保險立法完成後， 1. 日本政府花多時間籌劃時間準備，才正式實施？ 2. 其中承保單位之組織設計為何？
二	日本為開辦介護保險，新增多少人力？ 1. 中央與地方政府新增人力 2. 介護保險被保險人 / 政府單位人力 3. 使用介護服務人數 / 政府單位人力



題號	問題
三	<p>日本政府在實施醫療保險後再開辦介護保險，</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 當時醫療保險中的哪些部分是切割至介護保險及其理由？</li> <li>2. 實施介護保險後，是否仍有與醫療保險給付切割之爭議？如有，如何 解決？</li> </ol>
四	<p>介護保險開辦迄今已 12 年，</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 遭遇政策與挑戰為何？</li> <li>2. 民眾最不滿意的地方為何？</li> <li>3. 請併上述提問之解決方法說明。</li> </ol>
五	<p>日本高齡人口急速增加，</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如何維持長期介護保險財政運作？</li> <li>2. 是否逐年提高保險費率之機制或由政府補貼之機制？</li> </ol>
六	<p>人口高齡化，加之少子化情形，年輕人愈少，介護保險所需之照護人力問題：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如何確保相關照護人力來源？</li> <li>2. 如有人力不足情形，如何因應？</li> <li>3. 對照護品質不佳的申訴處理與預防措施。</li> </ol>
七	<p>相繼開辦醫療保險與介護保險，近期亦將發展亞急性照護，</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 這類照護屬於介護保險或醫療保險？或如何切割？</li> <li>2. 請教亞急性照護發展情形。</li> </ol>
八	<p>介護保險開辦後，有發展介護被保險人個案評估制度。請問當失能老人被評估不符給付資格時，如何處理民眾反彈？</p>
九	<p>在介護保險下，</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 當失能被保險人的給付期間結束時(或消失)，民眾有無反彈？如有，如何處理</li> <li>2. 被保險人自費請照護人員提供服務，可以請領介護補助或本項亦屬介護報酬項目？</li> <li>3. 入住介護機構之被保險人(1)可以住到終老？ (2)是否造成另一種「社會性住院」情形？(3)請問因應措施？</li> </ol>
十	<p>高齡者照護與醫療的合作是密不可分，介護保險開辦前以與高齡者照護機構幾乎由福祉體系的社會福祉法人設置的施設，保險開辦後則醫療法人設置的施設增加，聽聞至 2012 年約佔整體介護設施的 10%%。請問介護設施的設立、由社會福祉法人的施設開始，爾後有醫療法人施設の經驗或理由，與未來發展。</p>
十一	<p>對我國推動長照保險之建議</p>

## 第三部分 考察總體說明

### 伍、日本介護保險體制

#### 一、開辦介護保險理念

介護保險目的是創設由整個社會為高齡者提供照護服務的體制，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，還要幫助老人實現自我獨立。2. 以使用者立場出發：使用者依自己的需求與選擇，由多種機構獲得醫療、福利服務等綜合性服務。3. 採社會保險方式：明確給付與個人負擔間關係。

#### 二、保險人

由民眾接觸最密切的行政機關即市町村擔任保險人，負責1. 保險費的計算、徵收與管理、2. 保險給付的核定與支付、及3. 介護服務的輸送。

#### 三、介護保險對象

- (一) 採行40歲以上國民強制加保，惟身障者維持不納入社會保險，持續由政府公務預算支應。對身障者是否納入保險問題，以政府的立場，原規劃納入介護保險之範圍，但主要反對者來自身障團體，其反對原因為主張原本以稅收來支付係身障者的權利，故不同於社會保險強調個人有繳費之義務。。
- (二) 被保險人可分為二類，第1類被保險人為65歲以上者（2011年，2,978 萬人），第2類被保險人為40至64歲者（2011年，4,299 萬人）。

#### 四、介護保險財源

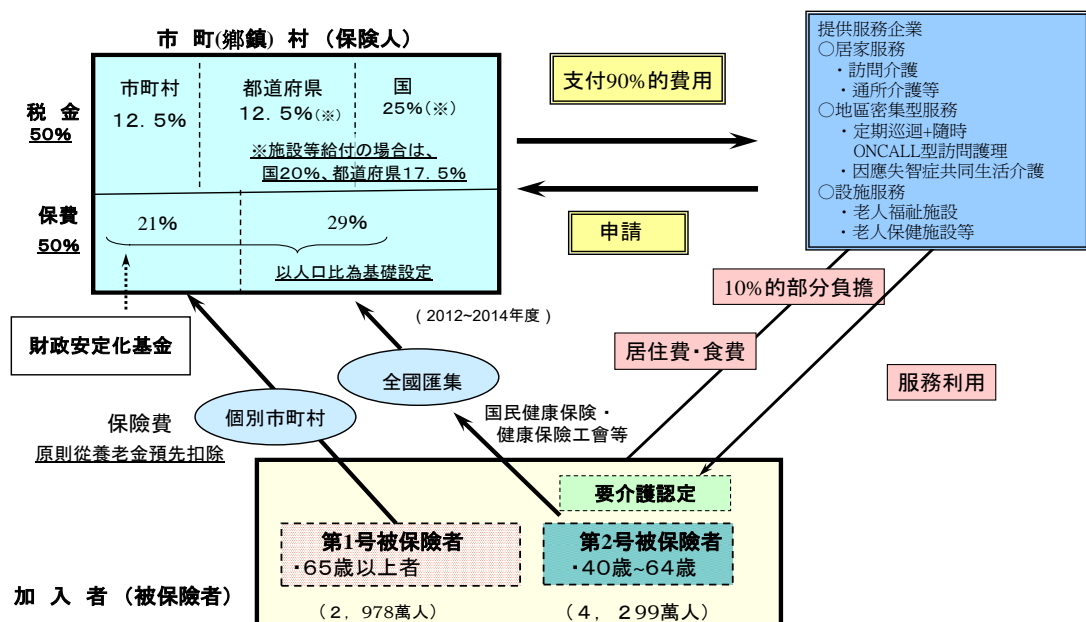
- (一) 保險費50%由政府以一般稅收支應，其餘50%由被保險人負擔。在稅收支應部分，中央、都道府縣、市町村負擔總費用比率分別為25%、12.5%、12.5%；其中央負擔25%中的5%是作為市町村介護保險「調整補助金」，針對介護保險財政不好之市町村給予調節的經費協助。在被保險人負擔保險費部分，則由二大類被保險人根據人口比例分攤，在2011-2012 年度，第1類被保險人負擔保險費之20%，第2類被保險人負擔保險費之30%。
- (二) 介護保險保費是透過估算方式來收取，實施後若有餘絀，可能有不足或餘絀，因而由都道府縣設置「財政穩定化基金」，市町村財務收入若未用完，可以存放基金，當累積愈多時，可以降低保費；若不足時，則可向基金借貸。

### (三) 保險費率與保險費的收繳

現行市町村以 3 年為一期制定介護保險事業計劃，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加以預估與設定，目的是為了保證 3 年內的保險財政穩定，因此每 3 年調整一次保險費率，如 2000 年開辦一年全國平均每人每月保費 2,911 日圓(只有 9 個月)，2009-2011 年全國平均每人每月保費為 4,160 日圓，2012 ~2014 年平均每人每月保險費為 4,972 日圓(相當於費率 1.19%)。

1. 第 1 類被保險人為 65 歲以人口，多仰賴年金收入生活，因此保險費是由同其年金保險-國民健康保險保險人的市町村以個人為單位收取保險費；當被保險人的老人年金達一定標準以上者，市町村直接自應發給的老人年金中扣收保險費後，再存入被保險人的年金金融帳戶。
2. 第 2 類被保險人為 40-64 歲人口，屬生產人口族群組成，因此保險費則透過其所參加的醫療保險保險人徵收，雇主與被保險人各負擔保費的 50%。
3. 對於第 1 類被保險人，介護保險保險費的徵收，充分考慮到了低收入階層，依個人負擔能力決定保險費，即依民眾繳稅的情況，劃分多個保險費等級，國家根據不同狀況給予補助。

圖 3-5-1 介護保險組織運作



(※) 65歲以上被保險人(第1号被保險者)數據:出自「介護保險事業狀況報告(2011年12月現在)」。

40歲~64歲止被保險人(第2号被保險者)數據、出自社會保險診療報酬支付基金支付介護費用、為2011年每月平均值。

圖3-5-2

### 介護保險財政全貌(2013年度預算基礎)



圖3-5-3 日本介護保險財源組成

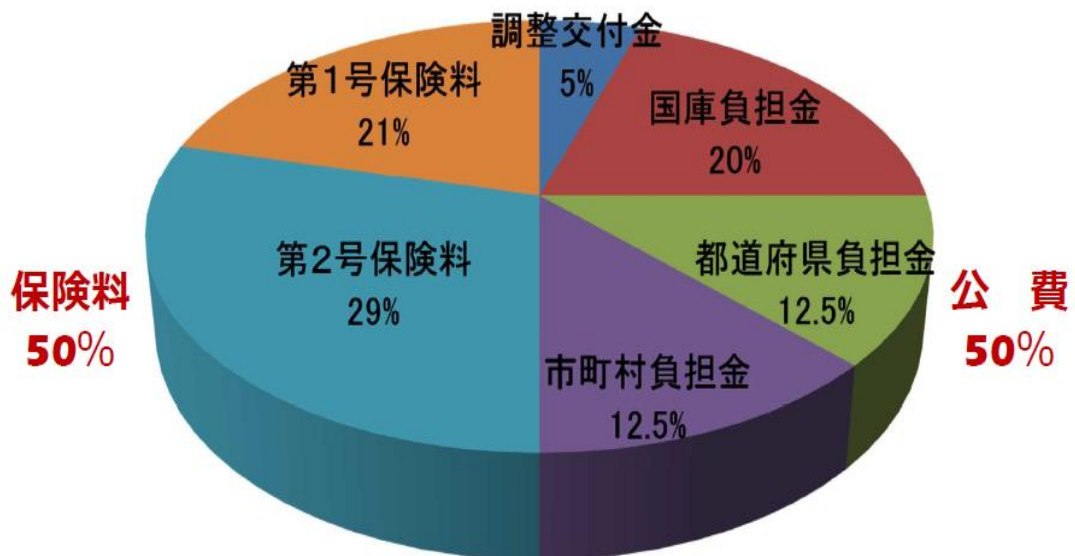


圖3-5-4 日本介護保險費的徵收及其組成

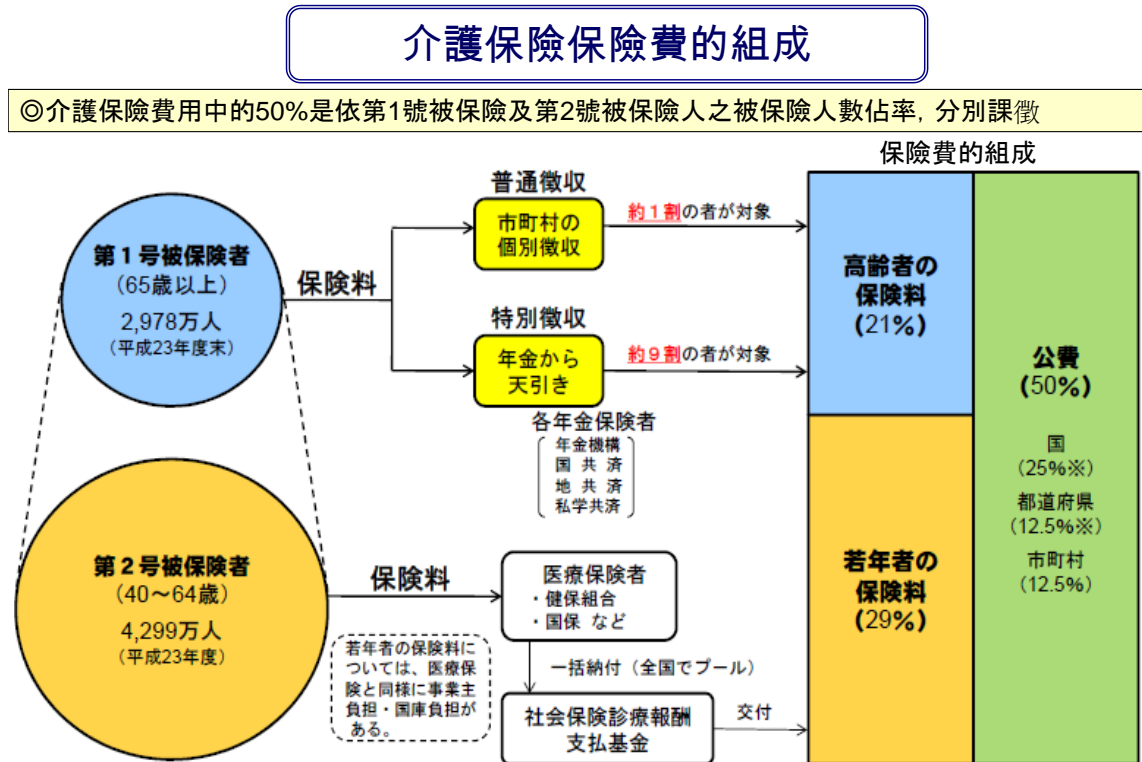


圖 3-5-5

### 介護保險制度 以3年為1周期訂定評估計畫

- 市、鎮、鄉是1期(到2005年是5年1期)3年策定介護保險事業計畫，每隔3年重新評估。
- 每隔3年重新評估保費，依據整體照護計畫及給付範圍所須的服務費用，維持保險財政的收支平衡。(每三年維持同樣的保險費率)

事業營運期間	事業計畫	給付 (總費用金額)	保費
2000年度 2001年度 2002年度	第一期	3.6兆日圓 4.6兆日圓 5.2兆日圓	} 2,911日圓 (全國平均)
2003年度 2004年度 2005年度	第二期	5.7兆日圓 6.2兆日圓 6.4兆日圓	
2006年度 2007年度 2008年度	第三期	6.4兆日圓 6.7兆日圓 6.9兆日圓	
2009年度 2010年度 2011年度	第四期	7.4兆日圓 7.8兆日圓 8.2兆日圓	} 4,160日圓 (全國平均)
2012年度 2013年度 2014年度	第五期	8.9兆日圓 9.4兆日圓 ? 兆日圓	

## 五、介護保險保險費收繳與計算

### (一)保險費的繳交

原則採量能負擔，依不同被保險人類別，有不同的介護保險費計算公式與繳納方式，將分述如下；又介護保險費延持繳納時依規定被保險人將會被停止保險給付或是使用服務時須繳交較高部分負擔，日後補繳保險費時亦有滯納金的規定。

#### 1.第 1 號被保險人--65 歲以上

(1) 65 歲以上者、原則上自年金支接扣取繳交（稱為特別徵收）；如果不是屬自年金直接扣取時、原則上由被保險人開立銀行帳戶、採自動金融機構轉帳方式繳納（稱為普通徵收）。

##### 1)特別徵收

老齡・退職年金、障害年金及遺族年金等每月月額在 1 萬 5 千日圓（年額 18 萬圓）以上者、由保險人依法律規定自被保險人年金帳戶直接扣取介護保險費金額。但如果是老齡福祉年金的情形是不會直接扣取的。又如年度途中才取得資格時（例如 65 歲屆齡月份），由當事人所在地市町村—介護保險人向年金支付機構確認身分後，自年金中直接扣取介護保險費。

##### 2)普通徵收

指不屬特別徵收對象者，以銀行自動轉帳方式或持保險費繳款單至指定金融機構交納即可。

#### (2)介護保險費額度

65 歲以上介護保險費基準額度是由各市町村公所依其介護保險事業計畫的介護保險給付費用為基礎算出後，再循一定法律程序公告實施。以東京都為例，介護保險料 2012 年至 2014 年度基準額為 63,190 圓，再依被保險人所得與家戶內居民稅課稅情形，訂定以下 16 級介護保險費分級表，供 65 歲以上參加國保者對照使用、繳交介護保險費。

表 3-5-1 2012 年至 2014 年度東京都介護保險費分級表

2012 年至 2014 年度東京都介護保險費分級表---65 歲以上，參加國保者適用				
段階	分級說明	計算方法 (基準額度倍數)	介護保險費 年繳金額	介護保險費 月平均金額
第 1 級	本人為生活保護受給者、殘留中國芝日本人等支援給付受給者或本人為老齡福祉年金受給者，且家戶內全員為東京都區民稅非課稅對象	0.50 倍	31,500 円	2,625 円
第 2 級	家戶全員均屬東京都區民非課稅對象、其中本人公部門金收入與合計所得金額之合計不超過 80 万円	0.55 倍	34,700 円	2,891 円
特例 第 3 級	家戶全員均屬東京都區民非課稅對象、其中本人公部門金收入與合計所得金額之合計為 80 万円～120 万円	0.65 倍	41,000 円	3,416 円
第 3 級	家戶全員均屬東京都區民非課稅對象、其中本人公部門金收入與合計所得金額之合計超過 120 万円	0.70 倍	44,200 円	3,683 円
特例 第 4 級	本人不屬東京都區民稅課稅對象，年間公部門年金收入與合併所得合計不超過 80 万円，家戶內其他成員屬東京都區民稅課稅對象	0.85 倍	53,700 円	4,475 円
第 4 級	本人不屬東京都區民稅課稅對象，年間公部門年金收入與合併所得合計超過 80 万円，家戶內其他成員屬東京都區民稅課稅對象	0.95 倍	60,000 円	5,000 円
第 5 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為未滿 125 万円	1.01 倍	63,800 円	5,316 円
第 6 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 125 万円以上 150 万円未滿	1.10 倍	69,500 円	5,791 円
第 7 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 150 万円～200 万円未滿	1.20 倍	75,800 円	6,316 円
第 8 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 200 万円～350 万円未滿	1.40 倍	88,400 円	7,366 円
第 9 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 350 万円～500 万円未滿	1.55 倍	97,900 円	8,158 円
第 10 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 500 万円～700 万円未滿	1.85 倍	116,900 円	9,741 円
第 11 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 700 万円～1,000 万円未滿	2.15 倍	135,800 円	11,316 円
第 12 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 1,000 万円～1,500 万円未滿	2.35 倍	148,400 円	12,366 円
第 13 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 1,500 万円～2,000 万円未滿	2.70 倍	170,600 円	14,216 円
第 14 級	本人屬東京都區民稅課稅對象、合計年間所得金額為 2,000 万円以上	3.00 倍	189,500 円	15,791 円

## 2-1. 參加職域保險保險之第 2 号被保險人(40 歲~64 歲)

### (1)介護保險費的繳交

第 2 号被保險人多屬受雇者保險類，介護保險費的繳交併醫療保險的保險費一起徵收。

### (2)公式:

1)標準報酬月額(月投保金額)×介護保險保險費率（1.19%），由雇主與受僱者各負擔 50%

## 2-2. 參加國民健康保險之第 2 号被保險人(40 歲~64 歲)

### (1)介護保險費的繳交

參加國民健康保險第 2 号被保險人併醫療保險的保險費，由保險人市町村徵收

### (2)介護保險費的計算方式

#### 1)採量能負擔制

2)日本各都道府縣自以下 4 方式中擇一使用，計算其轄內參加國民健康保險之每一家戶年間醫療保險費及介護保險費。

①方式一：資產比（依所得或住民稅之比率計算所得比）

②方式二：所得比 50% + 均等比 50%

③方式三：所得比 50% + 均等比 35% + 平等比 15%

④方式四：所得比 40% + 資產比 10% + 均等比 35% + 平等比 15%

註：名詞解釋：見「醫療保險保險費」部分之國民健康保險

1.日本各都道府縣自以下 4 方式中擇一使用，計算其轄內參加國民健康保險之每一家戶年間醫療保險費及介護保險費。

(1)方式一：資產比（依所得或住民稅之比率計算所得比）

(2)方式二：所得比 50% + 均等比 50%

(3)方式三：所得比 50% + 均等比 35% + 平等比 15%

(4)方式四：所得比 40% + 資產比 10% + 均等比 35% + 平等比 15%

2.名詞解釋：

(1)資產比：以當年度戶內全員資產算出所需固定資產稅額，各都道府縣少用

(2)所得比：依所得或住民稅之比率計算

(3)均等比：以家戶內人數計算

(4)平等比：以家戶為單位計算（不計戶內人數）



### 3)試算例

以東京都 23 區爲例，醫療保險與介護保險費採所得比+均等比+平等比，以前一年年収爲計算基礎。以 2012 年至 2014 年度東京都 23 區參加國民健康保險被保險人爲例，其介護保險保險費計算基準如下

表 3-5-2 參加國民健康保險之介護保險第 2 號被保險人保險費計算基準

(以東京都 23 區爲例)

	40 歲~64 歲 加入國民健康保險者 應繳介護保險課稅額
所得比額	1.79%
均等比額	15,000 日圓
上限額度	12 萬日圓

### 3.介護保險費延遲繳納時，原則暫停保險給付

#### (1)65 歲以上（第 1 號被保險人）

##### 1)延遲繳納保險費時間超過 365 天未滿 548 天內(未滿 1.5 年)者

遲繳者其介護服務使用費用將全額自付，待繳清保險費後，再返還保險負擔的 90%金額。

##### 2)延遲繳納時間在超過 548 天未滿 730 天內(未滿 2 年)者

遲繳者其介護服務使用費用將全額自付，並自保險負擔的 90%金額中暫時扣留部分或全部充抵保險費。

##### 3)延遲繳納時間在超過 730 天(未滿 2 年)者

遲繳者其介護服務使用費用將全額自付，又繳清保險費時、在欠費期間的使用介護服務的 10%部分負擔額，將改以 30%計算(即僅返還 70%的保險負擔)。此外，各市区町村公所也將暫停居住費（含入住設施住宿費）、膳食費減免。

#### (2)40 歲~64 歲（第 2 號被保險者）

##### 1)如有延遲繳納介護保險費情事時、原則即暫停保險給付。

2)如爲受薪之民間企業受僱者及公務人員時、在無特別理由情況下延遲繳納介護保險費、各市区町村公所、原則即暫停保險給付。

3)遇有經濟困難，無法繳交保險費情形時，請向各市区町村公所尋求協助。

## (二)介護保險費保險費的計算說明

- 1.參加職域保險「協會健保」(舊稱「政管健保」)之被保險人介護保險費計算說明  
以 45 歲月薪 35 萬日圓，且前一年年終獎金 200 萬日圓男性參加職域保險「協會健保」為例，其有未就業配偶 1 名及 2 名未成年子女，該家戶每月應繳介護保險費

◎試算例

(1)公式:

1)標準報酬月額(月投保金額)×介護保險保險費率(1.19%)，又雇主與受僱者各負擔 50%

2)月薪 35 萬日圓，屬投保薪資 36 萬日圓級

(2)該家戶年間介護保險費計算：

$(360,000 \text{ 日圓/月} \times 1.19\% \times 50\%) \times 12 \text{ 個月} = 2,142 \text{ 日圓/月} \times 12 \text{ 個月}$   
 $= 25,704 \text{ 日圓/年}$

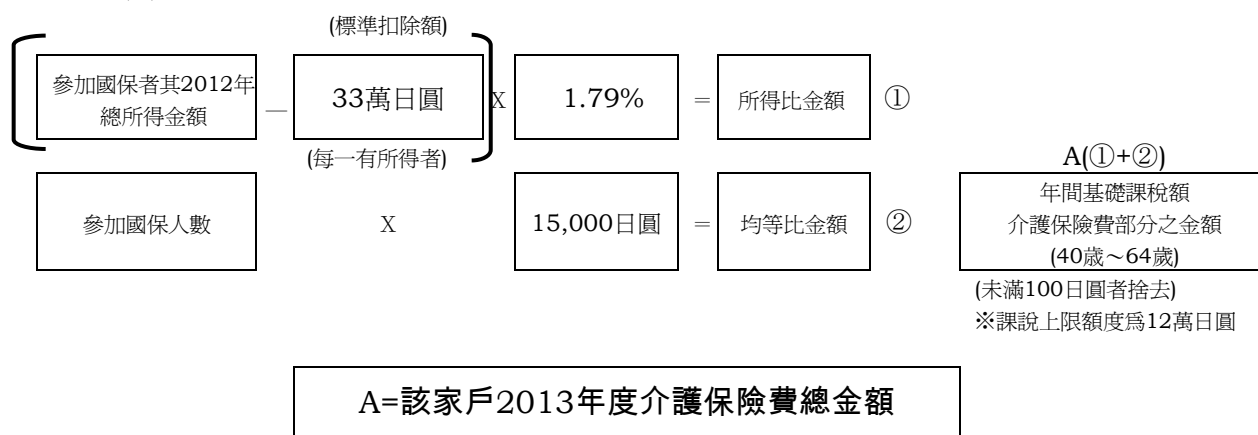
2.第2號被保險人(40歲~64歲)且參加國民健康保險被保險人的介護保險費計算方法

(2013年度東京都23區，2012-2014年間介護保險費率為1.79%為例)

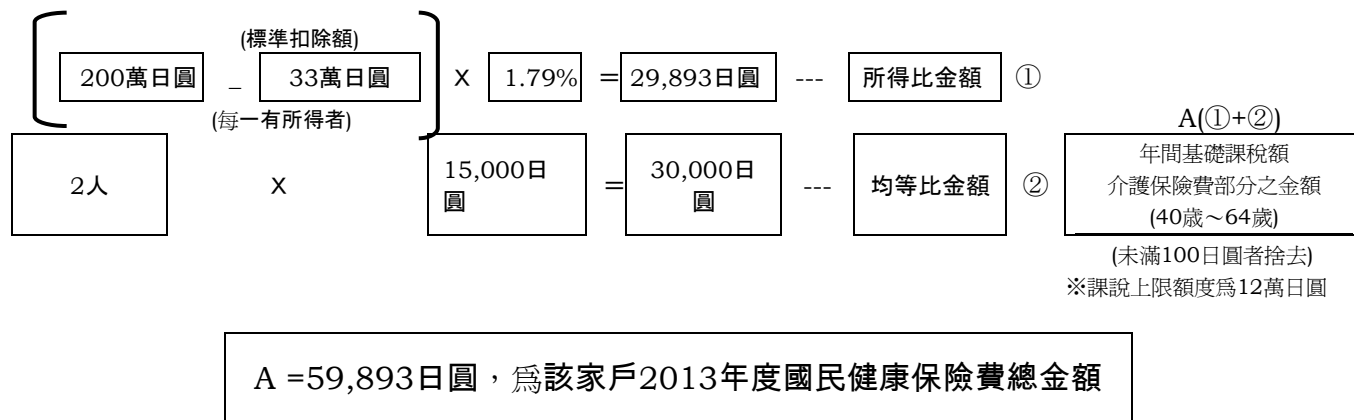
◎試算例

以參加國民健康保險家庭組成夫45歲(年所得200萬日圓)、無業妻42歲，未成年子女2人合計4人家戶之組成試算

(1)公式



(2)計算釋例



## 六、使用服務之部分負擔

- (一)介護保險服務費用 90%由保險支付，使用服務者原則上需負擔 10%的部分負擔。
- (二)對於機構服務使用者，除部分負擔外，尚需負擔機構服務的膳食與住宿費用。為減輕低收入戶的負擔，如所負擔的服務費用超過一定額度(即規定的家庭(個人)總收入上限)，則以補貼方式予以退還。

## 七、介護保險服務給付流程

### (一)申請介護等級判定

#### 1.向市町村公所提書面申請

介護保險的被保險人有照護需求的時候，必須先至所在地市町村(保險人)公所提出書面申請，申請必要文件為醫師意見書，

#### 2.第一次調查

公所受理申請後，由市町村負責訪視的人員或受委託之照顧管理者(care manager)到被保險人家中訪視，調查申請者個案之身心狀況，並填寫調查表(調查表格式全國一致)，透過電腦判定，完成第一次判定結果。

#### 3.第二次審查

將第一次審查結果併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。

#### 4.依審定之「需介護之等級」製作照護計畫

(1)申請人接到附有介護等級的通知後，在審定符合認定等程度範圍內，由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，並展開安排接受相關服務之提供。

(2)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。如需延長照護，需在有效期限前2個月重新申請認定，根據需照護的改善或惡化程度，調整介護等級，再制定新的照護計畫。

(3)介護等級區分需介護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享有服務。

如屬於特定高齡者（如虛弱高齡者），尙可以利用預防性服務，此類服務經費約占介護保險經費3%。

## (二)介護認定審查委員會之組成及運作方式

- 1.由市町村聘請相關專業人員（例如醫師、藥師、社工、個案管理師...）組成審查委員會，依市町村訂定之委員會運作辦法，介護認定審查會委員組成至少5人，由市町村長指派，任期2年，定期或不定期召開審定會議；主席是固定的，多由醫師擔任主席，各審查委員須於會前先行閱讀個案資料，在審查會中就個案需要介護程度與服務項目提出自己的意見。 審查結果採合議制，須由1/2出席委員合議通過後爲之。
- 2.審查委員會的行政事務由各市町村公所介護保險課擔任。

圖 3-5-6 介護保險服務流程

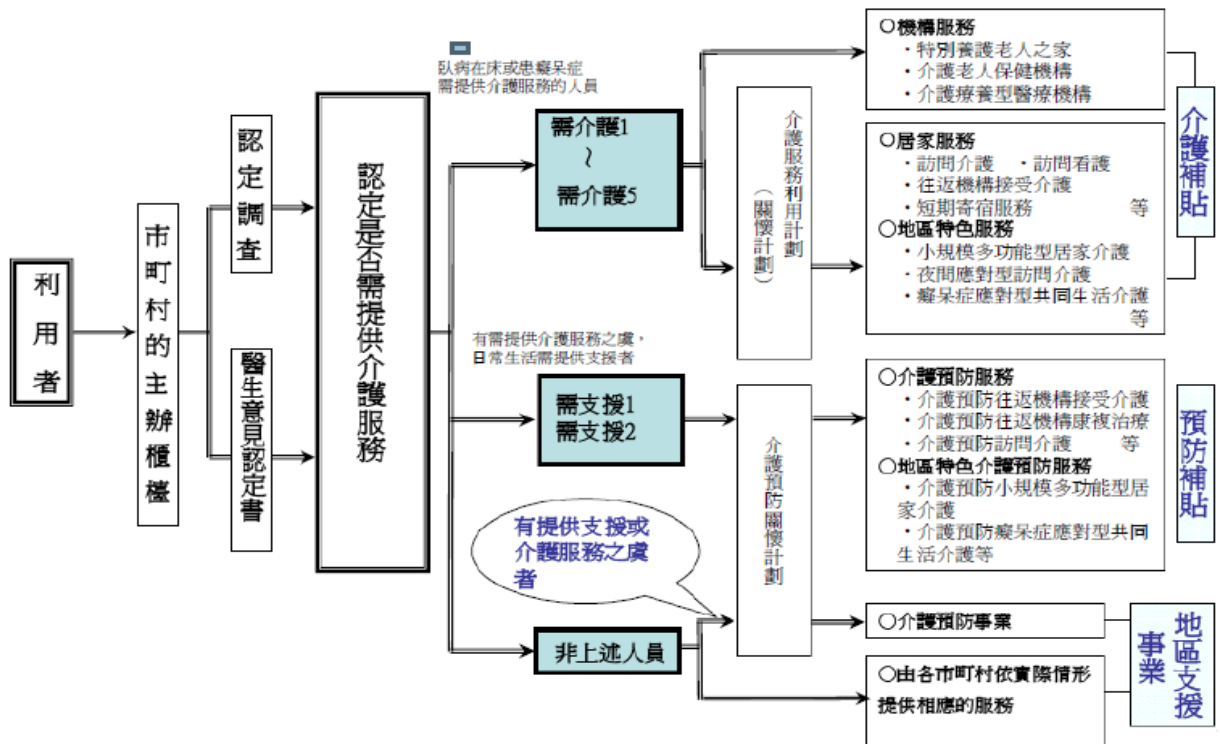
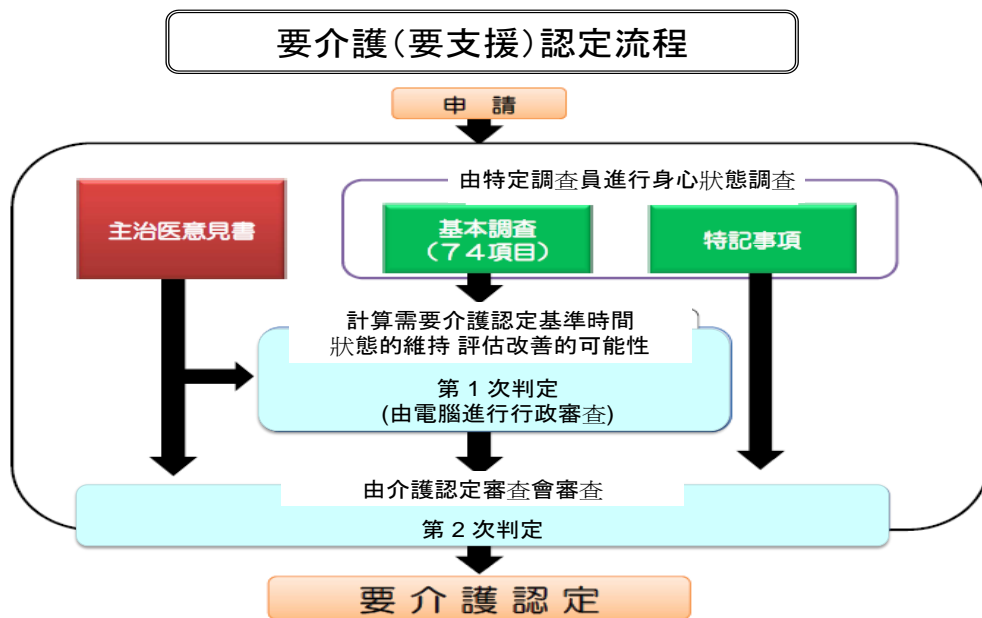


圖 3-5-7 要介護（要支援）認定流程



## 八、介護認定審查結果之申訴處理機制

被保險人如對市町村公所所做之需介護認定結果與介護服務等判定（根據法令作出的各種決定）表示不服時，可以根據介護保險法和行政不服審查法等相關規定，向所屬都道府縣政府介護保險審查會提出申訴請求。當介護保險審查會認定被保險人所提申訴請求有理由時，即可撤銷市町村原做的判定結果，由市町村重新進行判定，申訴請求流程如下：

- 1.可提出申訴者，原則上僅限於接受判定結果的被保險人本人，但亦可由被保險人的代理人（家屬、民生委員等），代其提出審查請求（但需出示被保險人簽署的委託書）。
- 2.申請期限必須在判定結果（決定）通知之日的第二天起 60 天內提出。
- 3.可以以書面或口頭形式提出。惟口頭申請者將由受理單位將口頭申請內容製作成書面，必要時派員(介護認定調查員、主治醫生等相關人員)調查申請人申請情形後做成書面資料。
- 4.受理單位受理申訴後會派員(介護認定調查員、主治醫生等相關人員)調查申請人申請情形後做成書面資料。
5. 從提出申訴開始到得出審查結果，約費時 90 天。

## 九、介護保險支付與管理

- (一)在支付方式部分，服務提供的業者在服務發生月分的次月 10 日前每月以電子媒體方式將實際服務情形的介護報酬明細，提報給國民健康保險團體聯合會(以下稱國保連)，照護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者。
- (二)為減少球員兼裁判之情況發生，照護管理專員如果使用自家所屬服務提供機構的服務超過 90%時，會扣減部分給付。
- (三)國保連在受理提供服務機構的申報明細後，將以電子行政審查及抽樣審查外，輔以無預警至提供服務的機構進行實地審查。於申報費用送審查後 60 日內核付給提供服務的事業單位。

圖 3-5-8 介護給付的申請---設施機構類申請流程

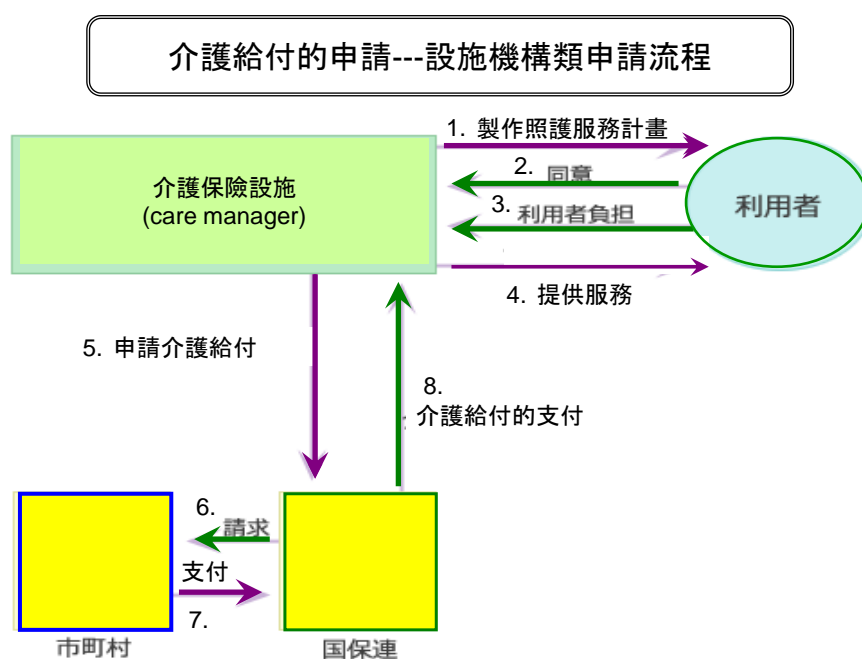
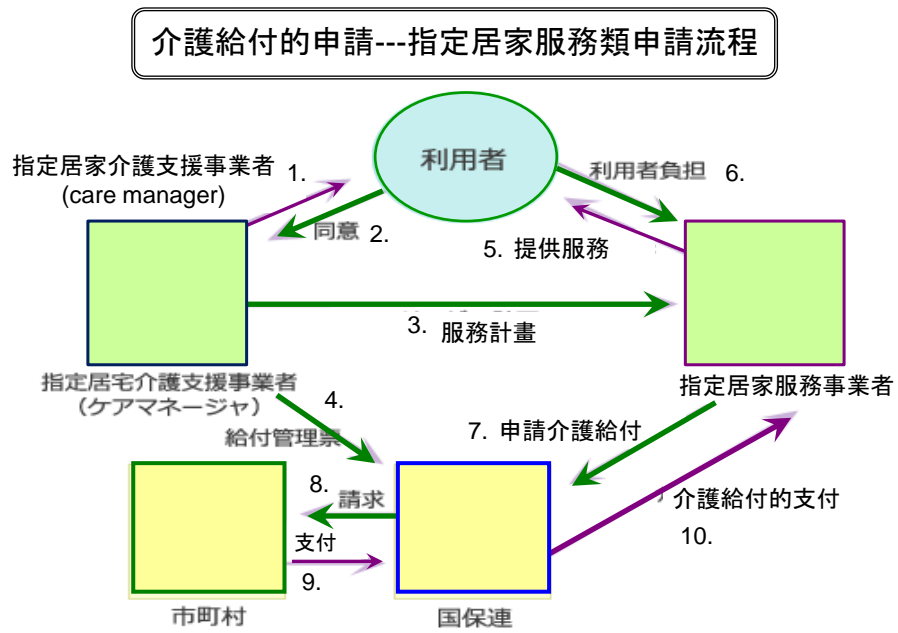




圖 3-5-9 介護給付の申請---指定居家服務類申請流程



## 十、介護保險支付

### (一)介護服務支付標準的訂定

- 1.由厚生勞働省經社會保障審議會檢討各項服務性質、內容、使用時間長短、提供服務的專業性及使用者需照護程度等項，審議各項介護保險服務，訂定介護服務支付標準。原則每3年修一次介護服務支付標準。
- 2.介護服務支付標準訂定之主辦機關為厚生勞働省老人保健局。
- 3.支付以實務給付為原則，無現金給付。

### (二)介護保險與醫療保險的給付關係

- 1.介護保險開辦後基本上是將以老人為對象的醫療相關項目移入介護保險給付項目中；醫療保險與介護保險之兩者間給付項目是不可重複(健康保險法第55條第2款規定，例如復健及居家護理)。
- 2.依據2012年6月21日日本厚生勞働省發布修正2006年4月28日老老發第0428001號函暨保醫發第0428001號函「醫療保險と介護保險の給付調達に關する留意事項及び醫療保險と介護保險の相互に關連する事項などについて」函釋，(略以)，提供介護保險與醫療保險一體式的保險給付以服務發生地點來區分，簡言之，在介護設施發生的醫療服務，由介護設施向介護保險保險人請領保險給付。即在介護保險設施中發生有需要醫療給付時，優先向介護保險申請醫療報酬的給付，在發生疾病急性期需治療時，轉至醫療機構時再由醫療保險支付。
- 3.依健康保險法、國民健康保險法及介護保險法規定，為安定社會保險的營運，各保險間在財務上有相互支援之義務，立法規定並明定被保險人數平均年齡較年輕屬工作人口群的受雇者保險應支應後期高齡者醫療保險一定比率支援金。
- 4.介護報酬與診療報酬主要區別摘要如下表

表3-5-3 介護保險與醫療保險在醫療服務支付之區別

項目	介護報酬	診療報酬
可申報的醫療服務	1. 依主治醫師醫囑，在日常生活的醫學上的管理(居家療養管理指導) 2. 由護理師提供的護理訪視 3. 復健訪視 4. 日間型復健	一般保險醫療機構之門診治療
	1. 入住介護老人保健設施 2. 入住療養型醫療設施	1. 介護保險設施中有診療上困難(例如牙科) 2. 因疾病急性期治療住院
報酬的單價設定	以時間及配置人員設定單價	依個別處置、手術支付表準項目訂定單價
	依地區別設定不同單價	原則上全國一致 (其中住院基本費有地區加給)
服務給付上限	依需介護等級別設定給付上限	無
不同類服務佔率	福利型服務佔介護服務一定比例	不可混入

※本表整理自日本厚生労働省老人保健局訪談及社會保障審議會「後期高齢者醫療の在り方に關する特別部會紀錄」，2006年10月

## 十一、適用介護保險的主要服務項目

(一)市町村指定的認定調查員將申請人的醫師意見書和訪視人員的「認定調查」報告，彙整後由醫師、護理人員和社會福利人員組成介護認定審查會共同審查、確認被保險人介護照顧的需求。介護服務依使用者需求分為下述三類照顧型式：

- 1.自主的老人，由市町村依實際情形提供老人福利服務(非介護保險項目)，如送餐服務、購物、洗衣等簡單的日常生活照顧(又稱介助服務)。
- 2.行動輔具的租借或購買及改善住家環境
- 3.設施：短期或長期入住設施或專業訪視照護

(二)領有「需支援」或「需介護」等被認定資格者、依其被認定需介護程度別的給付範圍內，再依需求組合服務內容，製作照護計畫。

表 3-5-4 要介護（要支援）認定分級及服務使用

	認定結果	介護服務的使用
第 1 類	需介護 1 ~ 5 級	當取得同意使用服務核可時，溯及自提出日起可使用介護保險服務
第 2 類	需支援 1 ~ 2 級	
第 3 類	特定高齡者 (身體虛弱高齡者)	可使用預防性服務 (由介護保險支應總體費用 3%，協助地方發展相關服務)
第 4 類	一般高齡者	不可使用介護保險服務

資料出處：厚生労働省勞人保健局 2013.9

(三)適用介護保險的主要服務項目如下(表 3-5-4)

服務種類		使用對象 經認定 需介護程度		說 明
		要 支 援	要 介 護	
1	訪問服務	○	○	1.由介護服務事業者至使用者居所訪問 2.提供身體介護與生活援助等家事服務，此外對無法在自家中入浴者提供入浴介護、護理及復健等服務。 3.其中使用 24 小時 on call 型訪問介護護理對象限取得要介護資格者
2	日間服務	○	○	1.使用者至提供介護服務地點使用服務， 2.其使用內容主要以生活介護、入浴照護、復健。一般稱之為「DAY CARE」「DAY SERVICES」。
3	短期入所服務	○	○	1.又稱喘息服務，當家屬或照護者短期外出，無法自行照護時，短期間為需照護者申請入住設施，為「SHORT STAY」。 2.設施提供服務內容依使用者身體狀況及設施設備而異，常見為生活照護、入浴、食事、復健等。
4	施設服務	△	○	1.當使用者無法獨自在自家生活時，則改以使用入住設施。除介護保險 3 施設外，其他尚有民間營運的由使用者自費使用(如介護付費老人之家與 GROUP HOME 等)， 2.入住條件，依該設施機構或施設設備別各自訂定。 3.介護保險 3 施設：基本上只有領有「要介護」資格的使用者方能利用，且等待入住人數多。 (1)特別養護老人之家：主要以收容失智症者 (2)老人保健施設：主要提供短期入所及通勤服務 (3)療養病床：為一介護療養型醫療設施
5	福祉用具購入與租賃	○	○	輪椅、步行器、特殊寢及復健器具等的購買費用、租借服務。
6	住宅修繕費支給	○	○	設置扶手、消除段差、修改門窗等為給付項目，用來改善需介護者的無障礙環境的住宅修繕費用。
7	其他	△	○	為提供需介護者良好無障礙地區生活環境，依地區情況提供地域密着型服務。

本表整理自厚生労働省老人保健局資料，2013.8

圖 3-5-10 日本訪問介護與訪問護理結合之服務方式

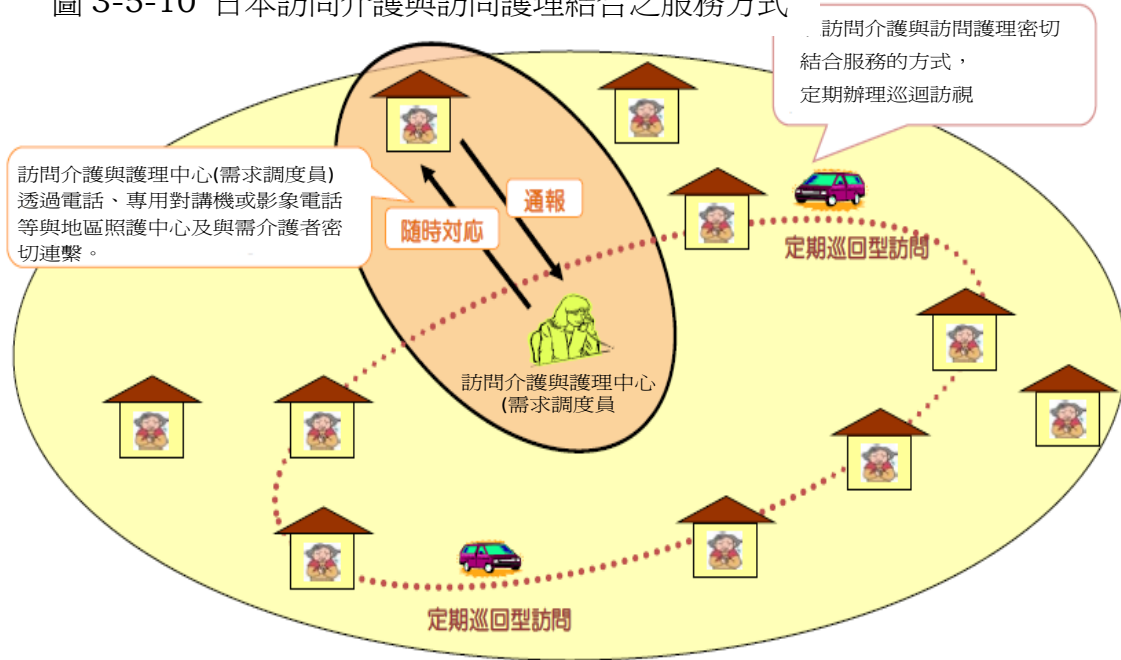
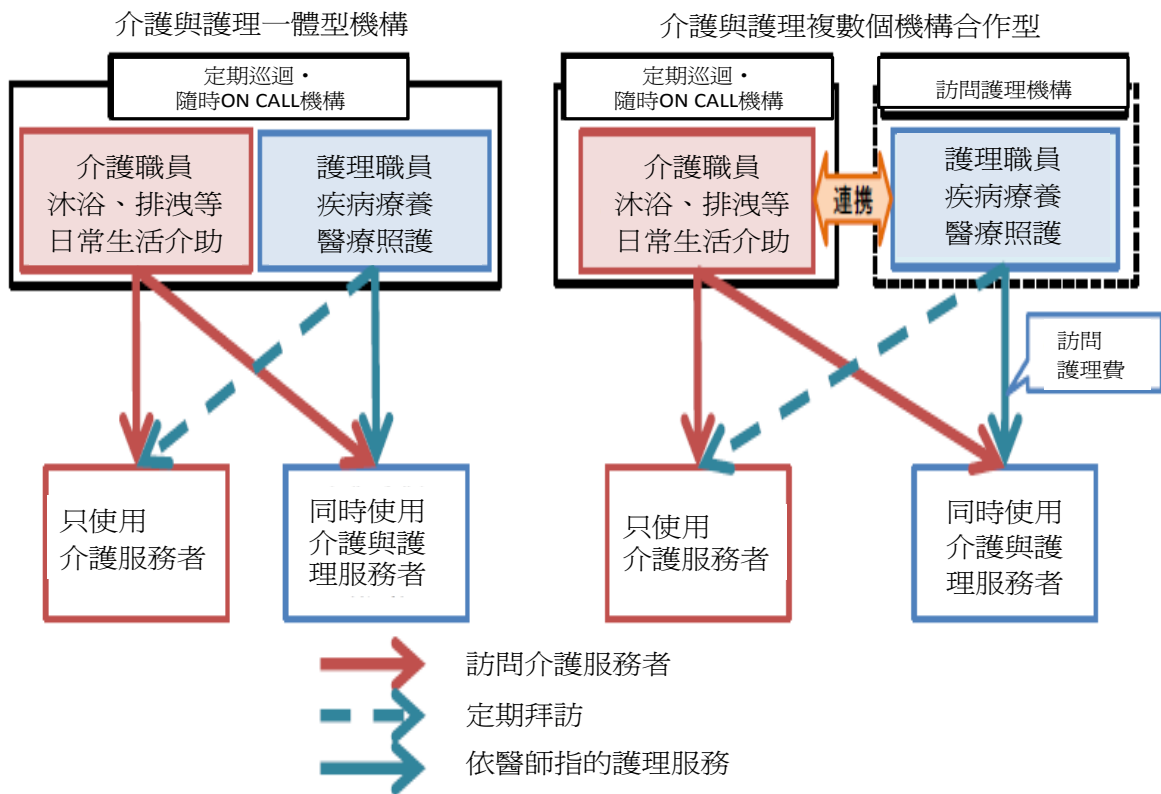


圖 3-5-11 「24 小時 on call 型訪問介護護理」運作模式



(四)2012 年介護保險使用者統計

- 1.介護認定共分以下 7 級，2012 年 4 月日本全國經認定有介護需求人數為 533 萬人
- 2.使用人數計有設施服務 89 萬 5000 人(24%)、居家服務 255 萬 9000 人(67%)、地密集型服務 34 萬人(9%)，合計 379.4 萬人使用介護保險服務。
- 3.服務費用計有設施服務 2 億 8,804 萬 4,000 日圓(42%)、居家服務 3 億 1,727 萬 4,00 日圓(46%)、地密集型服務 7,935 萬 8,000 日圓(12%)，合計 6 億 8,467 萬 6,000 日圓。

表 3-5-6 介護保險使用者統計

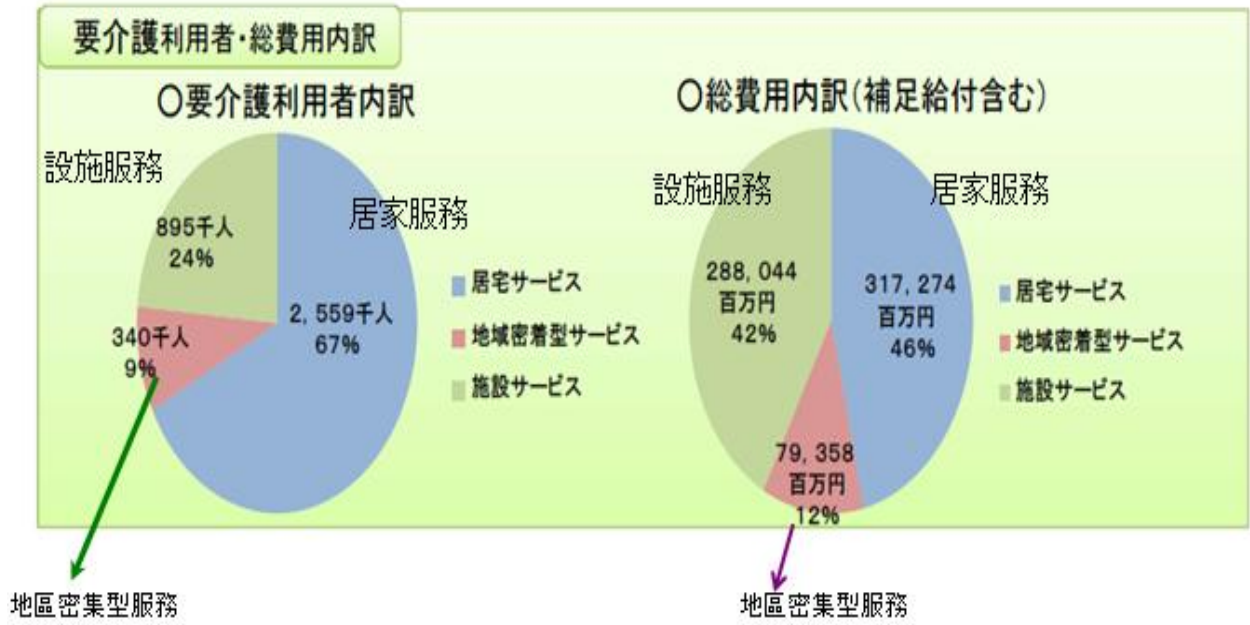
	2000 年 4 月	2012 年 4 月
65 以上介護保險被保險人	2,165 萬人	2,986 萬人
被核定需介護(支援)人數	218 萬人	533 萬人
需介護(支援)者提出申請服務人數	269 萬人	523 萬人

表 3-5-7 2011 年度日本全國經認定有介護需求服務人數

2011 年度日本全國經認定有介護需求服務人數(千人)			
被保險人	第 1 號 (65 歲~)	第 2 號 (40~65 歲)	總計
要支援 1	678	12	690 (13%)
要支援 2	688	21	709 (13%)
要介護 1	940	25	965 (18%)
要介護 2	914	35	948 (18%)
要介護 3	698	22	721 (14%)
要介護 4	646	18	665 (13%)
要介護 5	585	22	607 (11%)
總計	5150 千人	156 千人	5306 千人

圖 3-5-12

依服務類型別之介護使用者人數統計/總費用(厚勞省老人保健局 2012 年)





## 十二、介護施設

高齡者介護施設の種類與特徵

以高齡者或需介護者為對象の護施設或住宅、其種類很多様化。種類包含屬介護保險施設の特別養護老人之家及介護老人保健施設、還有民間經營自費老人之家或附專屬高齡者介護服務住宅等，依服務內容、使用目的，其使用條件也不同。原則上提供介護服務設施均為終身可使用型的介護施設

表 3-5-8 介護施設種類 及適用之需介護等級

介護施設種類 ○屬介護保險 X非保險施設		需介護等級			說明 (本表資料整理自厚生労働省老人保健局說明及 介護服務協會資料 2013.9)
		可自立	需支援	需介護	
○	特別養護老人之家	X	X	○	1.通稱「特養機構」、屬介護保險施設服務之一。 2.入住者多屬需介護程度高者為優先，多數的設施其等候入住人數約在 200-300 人，呈現供不應求現況。 3.提供服務以日常生活的介護、機能訓練、回復日常生活訓練服務為中心。
○	介護老人保健施設	X	○	○	1.通稱「老健施設」、屬介護保險施設服務之一。 2.以病情穩定、但無法直接出院做居家生活者為使用對象。 3.為醫院與居家間之過渡型施設。因此以復健為中心，提供可回復至自立生活為入住目標復健服務、入住期間約在3-6個月程度
○	介護療養型醫療施設（療養病床）	X	○	○	1.通稱「療養病床」、屬介護保險施設服務。 2.以收容結束急性期治療、提供慢性症狀療養服務之施設、為一提供醫療・護理服務內容並重的施設。 3.預定2018年3月廢止設置
X	高齡者自費住宅	○	○	○	1.屬全額自費型，非介護保險給付範圍 2.分有附介護服務、住宅型、健康型等 3 種類，為民間企業投資建置的施設，不屬可提供介護保險施設服務的對象，但為一地區密集型高齡者綜合施設之象徵 3.該施設提供介護服務、日常生活之機能訓練、由各施設設計復歸日常生活動。可提供終身介護服務的施設或也有專為健康的高齡者為對象，入居條件各有不同 4.其中入住者屬介護保險介護認定對象時，可申請使用介護保險的「24時間地域巡回型訪問服務」
X	Group Home (團體家屋)	X	△	○	1.主要收治該家屋所在地之社區高齡失智症者， 2.提供以仿家庭的共同生活住居方式，每一家屋以 5-9 人為一單位。
X	輕費老人之家 (CARE HOUSE)	○	△	X	60 歲以上、屬身體機能須支援協助日常生活或家人無法支援照護者，但無需介護者為對象
X	養護老人之家	○	△	X	1.不屬提供介護保險服務的施設，屬公部門管轄的福利施設，使用申請窗口為各市町村公所。 2.以收容 65 歲以上且起居可自立者、因受虐或身心障礙者及屬經濟弱勢等、無法居家養護者為對象施設，與特別養護老人之家的使用不同。

### 十三、參與介護服務的提供者

(一)觀察日本社會保險發展情形，與大多數國家相似，均自救助弱勢發展而起，以接受政府委託設置福利機構的社會福祉法人成為日本社服機構主要服務提供團體。因此以追求營利的私人企業的參與，自然少了其加入的空間。然因2000年介護保險的開辦，保險給付誘發需求，大型企業(如建設公司及電力公司)以提升社會形象及創造就業機會等為由，紛紛跨業經營。

#### 1.提供介護服務的企業

##### (1)介護保險服務的提供，開啓企業經營照護服務事業

「介護保險制度」實施後至今，照護服務採取市場供給體系之模式，以落實照顧服務的多樣化提供。厚生勞動省等行政機關已訂定一系列硬體設置標準(例如以中學學區範圍訂定一定的醫療與介護照護設施與人力配置計畫、硬體設置標準)，即公益法人、社會福祉法人、醫療法人、營利法人-企業、地方自治公共委員會等團體都可以自由經營介護服務事業，尤其「居家照護」相關服務更大幅放寬企業的投資條件，因此開啓企業經營照護服務事業的大門。但是收容型設施的經營條件並尚未全面放寬。

表3-5-9 日本提供社會福利設施之法人

公私立別	屬性	法人性格
公共機關	行政機關	公共機構
民間團體	非營利機構	社會福祉法人
		醫療法人
		NPO
		中間法人
	合法團體及個人	
	營利機構	營利法人(企業)

##### (2)各項介護服務的提供者集中於3類法人團體

依厚生勞動省2006-2011年調查統計顯示，各項「介護保險制度」指定保險服務的屬性分類及比率。就照護服務產業領域中社會福祉法人、醫療法人及企業等三大法人經營情形來看與介護保險給付項目相關統計如下(厚生勞動省2006-2011年，事業所指定保險事業調查)

1)社會福祉法人主要經營特別養護老人之家(約占90%)、短期入住介護設施(佔85%)、訪視入浴照護(約60%)、通勤照護服務(日間照顧約50%)、

居家照護支援(30%)等。(請參考後附註：民間非營利介護施設經營者特徵--社會福祉法人)

2)醫療法人主要經營老人保健機構(約75%)、療養型醫療機構(約77%)、及其他的療養型機構(約70%以上)等。(請參考後附註：民間非營利介護施設經營者特徵--醫療法人)

3)營利法人-企業主要經營服務產業，包括居家訪視照護(入浴等)、日間照顧(day services)、短期入住設施的生活照顧、失智症對應型共同生活照顧(團體家屋)、特定機構住院者生活照顧(付費老人之家及護理之家等)及輔具租賃、住宅修改、長期照顧支援服務(「需介護認定」審查及長期照護服務計畫之擬訂)等類別都已超過50%以上。另外，企業也經營付費老人之家(特定機構照顧)，與不屬介護保險給付對象的照顧服務(例如：送餐、交通服務、緊急通報、洗衣等)及其他，如租賃及付費老人之家、高齡者住宅等大都是由企業經營。

## 2. 介護市場現況--服務量的供需不均衡、部分服務品質低落

(1)照護服務的中訪視服務、通勤型服務、短期入居服務因開放民間企業加入經營，造成服務量上的供過於求，甚至有服務品質低落的申訴。

(2)設施型服務(如入住型服務及設施型服務等)係由社會福祉法人等須符合一定要件的法人方可設置、經營，因此符合標準的設施不足以因應需介護者的需求。推估2012年等待入住特別養護老人之家的需介護者人數多達42萬人，酷似1980年代的「社會型住院」情形。

## 3. 專業人力培訓及資格認定，確保服務品質

(1)採國家考試資格認證制度

(2)介護保險照護人員種類 主要包括專業介護支援人員(care manager，類似我國的照顧管理專員)、介護福利人員、訪問介護員(即我國的之照顧服務員，直接提供居家照護人員)。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，確保服務品質。

(3)介護、福利人才保障措施

1)現況中福祉與介護人力嚴重不足其原因如下

- ①勞力密集，社會印象為不需高度專業工作能力，薪資亦不高，致較其他產業離職率高
- ②就業市場中屬最常提出招募人員需求的行業，部分地區已呈現短缺工作人口情形
- ③取得介護福祉士國家資格者約 47 萬人，其中實際從事福祉・介護工作者約 27 萬人，其餘 20 萬人屬「潛在介護福祉士」。

## 2)需求人力推估

從事福利與介護工作人口現況以 2005 年 10 月調查約 328 萬人，其中從事高齡者介護保險服務的介護職員數約 197 萬人佔率 60%以上，如以未來 75 歲以上高齡者人數與需介護認定者人數推估介護職員需求人數，預計至 2014 年將需確保 60 萬個介護人力。

## 3)因應對策---將照護產業納入經濟振興產業

2009年日本面對即將來臨的超高齡化社會，為使民衆能安心生活共同面對，因獨居老人以及老年夫婦獨居現象增加，尤其東京等都會地區少子高齡化問題十分嚴重，加上勞動人口減少，介護工作多屬勞力密集，如何增加介護人員成為重要的課題。尤其在近年經濟景氣低落情況下，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。

### ①提高介護能力、創造就業機會

A.加緊建設介護機構，使老年人能夠老有所安。

B.至 2014 年，創造出 40 萬個介護職員等介護人才就業機會

### ②介護服務資源發展管理上主要措施

A.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。

B.為現職介護職員等提供培訓支援，創造替代僱用機會。

C.強化地區諮詢體制：為地區綜合支援中心等機構配置職員和應對失智症患者之協調調度人員等。

表 3-5-10 日本各類照護人員之職責及資格條件

介護服務 專業人員別	工作內容	資格
專業介護支援人員	擬訂照護服務計畫及相關 評估協調	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在參加考試前，還需具備一定的實際工作經驗。</li> <li>2. 必須通過「介護支援專業人員業務培訓考試」，</li> <li>3. 通過考試後，須接受一定實務訓練。方取得資格。</li> </ol>
介護福祉人員		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通過「介護福祉人員國家考試」者</li> <li>2. 或培訓機構畢業人員。</li> </ol>
訪問介護員	提供沐浴、排泄、餵食等居家 照護直接服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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，</li> <li>2. 根據課程不同，能夠從事的業務也各不相同。</li> </ol>

## 【註】--民間非營利介護施設經營者特徵--社會福祉法人及醫療法人

◎資料出處：整理自厚生労働省

### 1. 社會福祉法人

(1) 依據：社會福祉法人

(2) 以辦理非營利之社會福祉事業為目的，須向所在地的都道府縣政府或指定管轄地方政府申請；屬公益法人團體，免課徵法人稅，又在其轄下的公共性高的事業體也享有較優惠的稅率。所有法人營運事業之收入只能充抵社會保險福祉事業，營運必要資產與組織(含幹部成員等)必須符合政府規定。

3) 可設立福祉施設型態

1) 其社會福祉事業以殘障者或高齡者為對象，設置介護保險施設如特別養護老人之家及自費老人之家等各種福祉施設、保育園、甚至也可經營醫院或診所等醫療機構。其福祉施設型態可分下列 2 類

#### A. 第一類社會福利事業

- 嬰幼兒教養院、母子支援施設、兒童養護施設及收容智障兒童施設
- 養護老人之家、特別養護老人之家、輕費老人之家
- 肢障者教養施設
- 智障者教養施設

#### B. 第二類社會福利事業

- 兒童 day services 事業、助產施設、保育所(中譯:托兒所)
- 老人 day services 事業、老人短期入所施設
- 肢障者 day services 事業、肢障者短期入所施設
- 智障者 day services 事業、智障者短期入所施設

2) 常見其下附帶設置養成介護福祉士、保育士的專科學校、並與同一法人內的福祉施設合作(建教合作)為其特徵。

(3) 政府為確保其正常營運社會福利事業，中央及地方政府提供營運補助款(營運補助款中央 1/2、地方政府 1/4；職員退休金，中央與地方各出 1/3)，因此當社團法人解散時、其組織下所剩財產需繳交國庫。

(4) 社團法人的公益性質較醫療法人高，相對要符合設置的條件較醫療法人高嚴格

## 2.醫療法人

(1)依據法令：日本醫療法

(2)當醫療法人解散時，原則上依出資者之出資比率分配剩餘財產。

(3)只能由具醫師或牙科醫師等醫療背景資格申請設立並為其法人代表，以設立醫院、診所，及介護老人保健施設為其主要目的的法人組織，但不屬法人稅法上的公益法人團體。

1)依據醫療法規範分有社團與財團 2 種。須向設立地點之都道府縣政府提出申請，並經許可後方能設置機構。另該法人在 2 個以上縣市開設醫院等機構時、則除向地方政府申請外另須經厚生勞動省審核認定方得設置。

2)醫療法人一旦領有認定資格，則其法人下之醫院、診所，及介護保險老人保健施設の營運所得可以免課法人稅，又可因提供急診救護，享有相關急診救護資產免課固定資產稅及都市計畫稅等多項稅制上優惠。

3)另常見其下另設置從事醫療服務業務人員的養成機構或是研究機構。

4)醫療法人可經營的介護服務相關附帶業務

①依社會福祉法可設立業務，設立介護設施一項，只能以附帶業務設立及營運，不可經營特別養護老人之家等設施型服務

A.自費老人之家

B.day srvice 服務

C.短期入居服務

D.介護支援中心、老人福祉中心

②依據介護保險法可經營的服務

A.訪問服務(入浴、護理、復健)

B.日間復健事業

C.介護預防

D.地區密集型服務事業

## 十四、介護保險未來改革與展方向

(一)介護保險開辦後數次檢討制度，反映出社會高齡生活樣式變化，都會區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地區緊密結合型的服務、「獨居模式」、及支應服務的人力資源基盤。

表 3-5-11 介護保險修法概要

年別	修法概要
2000年	制度開辦
2005年	<p>(1)將原系統轉變為較重視預防的體系</p> <p>A.創設新的預防給付，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。</p> <p>B.創設地區支援事業，因應失智老人數量的增加，預強化失智者的關懷與介護。</p> <p>(2)重新評估設施給付</p> <p>■ 檢討居住費用與膳食費</p> <p>重新審視對低收入者的給付內容與保險費負擔限度，補助提供服務的設施營運費用等</p> <p>(3)確立新服務體系</p> <p>A.設立與地區緊密結合型的服務</p> <p>B.都會區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「獨居模式」介護服務。</p> <p>C.設立整合式地區支援中心</p> <p>D.充實居住環境系統服務，都市超高齡化社會的發展，須確保都市老人的住居條件。</p> <p>(4)確保、提高服務品質</p> <p>■ 介護服務資訊公開</p> <p>(5)重新評估應負擔的狀態及制度經營</p> <p>確保介護服務提供者之營收，提高介護服務人員待遇，以改善介護服務質量。</p> <p>A.重新評估第 1 號被保險人的保險費</p> <p>B.加強保險人機能</p>
2008年	<p>(1)為介護事業營運正常，明確規範介護事業管理體制之義務</p> <p>(2)明訂中央、都道府縣及市町村對提供介護保險服務事業體之稽核調查權限</p> <p>(3)明確規範以使用者權益之服務提供體制</p> <p>(4)當介護設施企業退場時，有義務安頓使用者後續保險給付的處理</p>
2011年	<p>(1)強化醫療與介護間的合作</p> <p>A.推動地域總體照護、</p> <p>B.制定符合地區需求的介護保險事業計畫</p> <p>C.創設因應獨居、需重度介護者之24小時 ON CALL複合型介護服務</p> <p>D.創設由保險人（市町村）核定內含預防給付與生活支援綜合性服務措施之可能性。</p> <p>(2)確保介護人力與提升照護品質</p> <p>(3)整頓高齡者住居環境</p> <p>(4)推動失智症照護措施</p> <p>(5)由保險人推動以服務為主體的計畫措施</p> <p>(6)緩和因保險費增加的財務壓力，由扮演保險人角色的市町村主動向都道府縣政府申請財務安定基金，靈活運用</p>

※本表整理自日本厚生勞働省老人保健局資料 2013 年 9 月



## (二)未來介護服務發展

- 1.以醫療與介護政策評量指標：品質、可近性、效率性，強化地區居民醫療與照  
護服務保障，建構富含持續性與全人之地區整合型照護系統，同時進行總量管  
控[均衡發展各項服務。
- 2.老人照護市場隨人口老化急遽增加，與人口、家庭組成結構的演變，高齡者照  
護無法完全以設施的收容，也無法以醫療或介護單一面向服務體制來支應，日  
本厚生勞動省從一度大量設置設施收容需照護的高齡者，現在則轉為照護是以  
居家、地區為主・設施為輔，同時兼顧醫療與介護需求。

### (1)強化介護服務與醫療照護的合作，檢討各項服務實施要件

放寬設立以收容需介護程度高的特別養護老人之家等法人條件，以解設施不  
足的現象

- 1)厚生勞動省對於是否開放企業經營「特別養護老人之家」至今仍採保留態  
度。其理由之一係因「特別養護老人之家」的服務內容多涉及醫療行為，  
醫療法人較能勝任，因此不予放寬。不過，2003年4月通過「構造改  
革特區法」，已放寬社會福祉法人以外的企業可以設立、經營特別特別養  
護老人之家之條件，各地方政府可以公辦民營方式運用企業力量開辦特別  
養護老人之家。
- 2)近年因經濟蕭條，業者經營不善，造成服務供需失衡；服務提供環境變化  
大，日本政府對介護保險服務並非全面性開放民營化，規範新加入的企  
業不得經營需介護程度高的「特別養護老人之家」等收容型照顧服務等，  
但是付費老人之家或收容需介護程度較低的養護中心則不在此限。

### (2)檢討介護認定等級與實施，並促進介護預防的機能，發展地區密集型服務

- 1)因現行介護認定分級「要支援1~2」相較「要介護5級」，屬僅需輕度生  
活機能支援，多屬無需特殊介護技術之介助(如洗衣或外出購物陪伴等)，  
也不需要醫療照護者，因此建議設施留給需介護度在中重度以上(「要介  
護3」)的需要照護的民眾，朝以充實、促進介護預防的機能方式提供屬於  
「要支援1~2」的使用者，並由與民眾生活最貼近的市町村公所來管理，  
落實居家照護。
- 2)開辦24小時ON CALL型介護與護理巡迴訪視服務，提供全人及全日型服  
務
  - ①現行介護服務無法滿足高齡者醫療與介護的複合型需求，高齡者照護  
與醫療密不可分，雖介護服務中有一般訪問介護等居家服務，加之設

施不足等因素，不足支應需介需護程度高的高齡者其 24 小時居家醫療與介護需求。

②為確保高齡照護介護與醫療人力與安定服務機構的經營

③日本厚生勞働省自2010年進行試辦計畫、並委託研究機構進行試辦成效檢討與使用者滿意度調查後，決定自2012年4月起將24小時on call 型訪問介護護理(功能強化型介護訪問護理)納入介護保險給付項目。

### (3)介護服務資源發展之管理

1)在居家服務方面，由於政府已明確訂定了介護之付標準與營運標準，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。

2)在機構服務和住宅服務等，勵行行總量管制制度，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標準，即可拒絕相關業者進入該行業。

### 3)培養介護員並改善待遇

在國家安全會議中提出強化社會保障機能對策(「社會保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン～」)，訂定福利介護人材確保與雇用改善策略(「介護勞働者の人材確保及び雇用管理改善の支援」及「福祉・介護サービス従事者の確保・養成の推進」)

①改善介護員待遇與工作環境—各都道府縣除要求轄內各設施改善工作條件外，由國家訂定法律(2009年「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」)明定福利介護人員基薪資，直接提撥「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。

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職業訓練。

表 3-5-12 日本獨居及老人夫婦家戶的變遷

(單位:萬家戶)

家戶組成別 \ 年別		2005	2010	2015	2020	2025
一般家戶		4,904	5,01,	5,048	5,027	4,964
	戶長為65歲以上家戶	1,338	1,541	1,762	1,847	1,843
	單獨	386	471	566	635	680
	(%)	28.9%	30.6%	32.2%	34.4%	369.%
	夫婦2人	470	542	614	631	609
	(%)	35.1%	35.2%	34.8%	34.2%	33.1%

## 陸、日本醫療保險與介護保險行政運作

- 一、厚勞省於 2001 年進行中央政府組織改制，適值 2000 年介護保險開辦第 2 年，鑑於部分組織與職掌重疊，以其社會保險 3 大主軸：健康保險、介護保險與年金保險整併組織，且執行實務之專業人員與機構的管理已各有專責機關(醫政局、保險局及老人保健局)，爰將功能重疊的社會保險庁裁撤，併入年金機構。不因介護保險等新制開辦，造成民眾秩序及既有保險財政體制紊亂，以免影響新制實施成效，在既有社會保險體制下，調整其內部局處組織與內部業務，並未變更民眾原來申辦服務窗口。
- 二、如遇醫療保險與介護保險二保險間給付協調或共通業務，原則由厚勞省事務次官統籌，保險局協調。
- 三、日本地方制度與我國相似，計有 47 都道府縣（1 都、1 道、2 府、43 縣）其轄下有各市町村(或特別區)、屬二段階的地方制度。各都道府縣政府依中央訂定之保險、福祉及保健政策方針，擬定各都道府縣事業計畫，交由各市町村執行。

表 3-6-1 日本醫療保險與介護保險業務相關行政組織一覽表

業務項目	醫療保險	介護保險
中央主管機關	1.保險局 2.醫療保險相關法規與支付標準的訂定。	1.老人保健局 (2001 年前為老人保健福祉局) 2.介護保險立法與法規修訂、介護服務項目、介護保險支付標準之訂定與修正及老人福祉法、老人保健法及推動黃金十年計畫
保險人	健康保險組合 全國健康保險協會 各共濟組合 國民健康保險組合 後期高齡者醫療廣域連合	市町村 各地區窗口由各市町村公所介護保險課或高齡保險課(政府組織改制前原辦理老人福利業務)
保險憑證管理與核發	1.中央：保險局 2.地方：各保險人	1.中央：老人保健局 2.地方：市町村公所
保險費率訂定	採量能負擔，由各保險人訂定	採量能負擔，由各市町村訂定
保險費的徵收	被保險人所屬醫療保險的保險人代收	1.第 1 號被保險人由年金機構 2.第 2 號被保險人被保險人所屬醫療保險的保險人代收

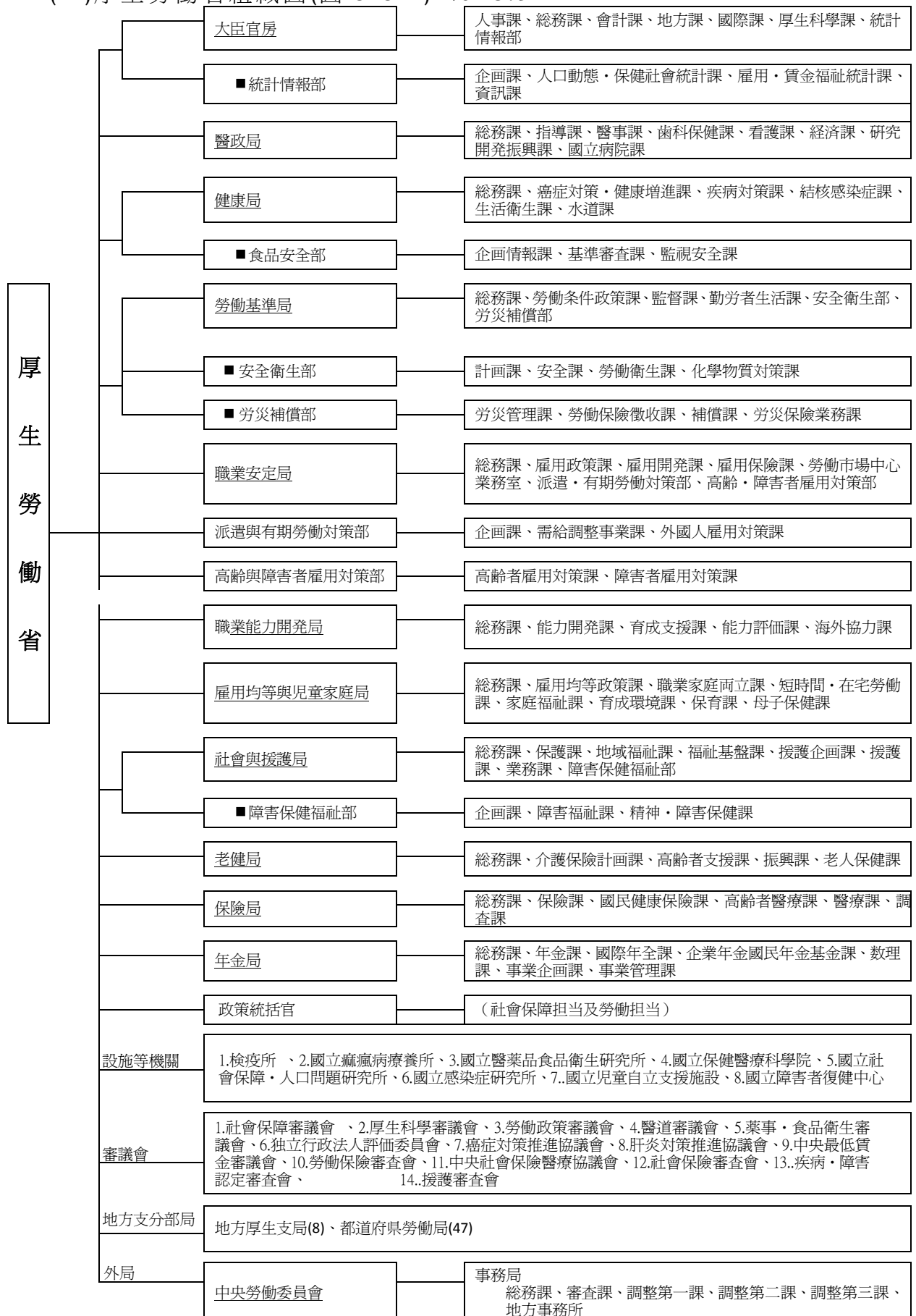
醫療保險與介護保險業務相關行政組織一覽表(續)

業務項目別	醫療保險	介護保險
服務報酬的訂定	診療報酬/藥價基準 醫政局	老人保健局
保險給付的審核	1. 社會保險診療支付基金 2. 國民健康保險連合會	國民健康保險連合會
保險服務提供機構之管理	1. 特約醫事機構 由醫療法人設立 2. 管理機關 a. 中央主管機關：醫政局 b. 地方：各都道府縣政府	1. 介護保險設施 / 由社會福祉法人、醫療法人及營利法人-企業設立 2. 管理機關 a. 中央主管機關:老人保健局 b. 地方：各都道府縣政府
保險服務提供方式	由保險對象逕洽保險特約機構	1. 被保險人申請服務需求認定 a. 由被保險人或其家屬洽地方市町村公所社會福祉業務窗口(介護保險課或高齡保險課)申請 b. 由縣市政府社政單位轄下之介護認定審查會審查後確認介護需求 2. 由照管專員協調立案設施提供照護服務。
服務提供機構與人力的管理	1. 醫事人力(醫師與護理師等)及醫事機構 2. 管理機關 中央：醫政局 地方：地方厚生局	1. 社會福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援專門員(通稱 care manager)、訪問介護員(通稱 home helper)及移動介護從業者 2. 管理機關 中央主管機關為老人保健局 地方：為都道府縣市政府
對服務提供機構的稽核	1. 中央由醫政局主政 2. 地方厚生局執行辦理	1. 中央由老人保健局主政 2. 都道府縣政府執行辦理
申訴處理機關	1. 都道府縣市政府社會保險審查會、國民健康保險暨後期高齡者醫療制度社會保險審查會 2. 地方受理窗口 a. 各保險人及 b. 地方厚生支局	1. 都道府縣市政府介護保險審查會 2. 地方受理窗口: a. 服務提供機構 / b. 照護管理專員/ c. 市町村公所

本表整理自厚生労働省組織、都道府縣政府及市町村公所(東京都及其轄下多摩市役所)2013.9

註：一、厚生労働省

(一)厚生労働省組織圖(圖 3-6-1) 2013.9



(二)厚生労働省中主管醫療保險與介護保險相關局處有以下三局

1.保險局

- (1)企劃課：醫療保險制度之企劃、調整、調查研究。船員保險之企劃與研究、社會保險審查官、社會保險審查會、醫療保險審議會、船員災害防止協會之監督。
- (2)保險課：健康保險相關企劃與研究、健康保險組合、健康保險組合連合會之監督指導、社會保險診療報酬支付基金之監督指導。國家公務員共濟組合等營運相關指導。
- (3)國民健康保險課：國民健康保險之企劃與研究、國民健康保險之保險人、國民健康保險組合連合會之監督指導。
- (4)醫療課：健康保險法、船員保險法、國民健康保險法醫療相關之監督。社會保險診療報酬、訪問看護療養費及眷屬訪問看護療養費之研擬規劃、保險醫療機關、保險藥局、特定承認保險醫療機關、保險醫、藥劑師及其他醫療保險事業執業者之監督指導、保險醫療機關及保險藥局之指定與取消、保險醫師及保險藥劑師之登錄與取消。指定訪問看護事業者的指定與取消、特定承認保險醫療機關之認可與取消。國民健康保險藥劑師之登錄與取消、中央社會保險醫療協議會、社會保險診療報酬支付基金及國民健康保險組合連合會之審查委員會其醫療技術上之監督指導。
- (5)調查課：健康保險、船員保險、國民健康保險之統計、健康保險組合掌管之健康保險及國民健康保險之統計、醫療保險制度之調整及統計數字之調查。

## 2.醫政局

- (1)總務課：保健醫療相關基本政策之企劃與執行、醫療提供體制的確保、醫政局所管事務之整合與協調、獨立行政法人福祉醫療機構相關業務、其他醫政局所管業務。
- (2)指導課：保健醫療之普及與品質提升、醫療監視員、地域保健醫療計畫及醫療法人相關業務、救急醫療及醫缺地區醫療體制之整備、醫事機構之經營管理、醫院安全管理及業務委託、看護師等人材確保、臨床檢查技師與衛生檢查所等相關法律、救急救命士相關證照管理與醫療提供等業務。
- (3)醫事課：醫師等醫療提供者相關事務、外國醫師之臨床修練、外國醫療關係者中有關外國醫師提供療服務相關業務、大體解剖及保存等業務。
- (4)看護課：護理人力確保、指定介護預防服務、介護老人保健施設及設置者之指導、擁有外國護理資格者在日境內提供服務業務。
- (5)試驗免許室：醫事人力(醫師、臨床檢查技師、及義肢裝具士等)試驗及證照管理、外國醫師在日臨床修練相關醫事機構之指定與臨床修練等相關事務。
- (6)經濟課：醫藥品、醫藥部外品、醫療機器等與其他衛生用品之資源配置與生產、國內外輸出入相關物流。
- (7)研究開發振興課：醫藥品、醫藥販賣業、販賣業及賃貸業(限研發用)之促進與調整(含體制之建立)、藥用植物之栽培及生產、醫療技術之評價業務。
- (8)國立病院課：獨立行政法人國立病院機構組織及營運。



### 3.老人保健局

#### (1)總務課

- ・老健局業務相關行政事務之綜合規劃與協調
- ・老健局業務所管業務法規 之統合。
- ・老人保健福利相關調查研究之統合。

#### (2)介護保險指導室

- ・對地方自治體的介護保險事務之指導。
- ・對居家服務事業者等之指導監查

#### (3)介護保險計畫課

- ・對介護保險事業相關企劃等。
- ・對都道府縣辦理介護保險業務之補助、及醫療保險人繳付之保險費等。
- ・有關介護保險事業計畫及老人保健福祉計畫等。

#### (4) 高齡者支援課

- ・依老人福祉法規定之老人福祉施設之規範業務。
- ・依老人福祉法規定相關付費老人之家業務。
- ・提升老人保健福利品質相關施設之整備等。

#### (5)失智症・虐待防止對策推進室

- ・相關失智症對策之企劃等。
- ・高齡者虐待防止、受虐高齡者之保護及養護之支援等。

#### (6)振興課

- ・老人居宅生活支援事業、DAY SERVICES CENTER、短期入住施設等業務。
- ・福祉用具研究開發・普及促進等。
- ・銀髮事業事業之振興、老人俱樂部相關業務。
- ・確保介護支援專門員等人材業務。

#### (7)老人保健課

- ・提升老人保健品質之企劃業務。
- ・依老人保健法辦理之醫療等以外之保健事業的實施。
- ・依介護保險法之介護報酬相關業務。
- ・依介護保險法辦理之需介護・需支援之認定等。

(三)日本全國地方厚生（支）局--表 3-6-2

1.管轄區域

地方厚生局	管轄地域
1.北海道厚生局	北海道
2.東北厚生局	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
3.關東信越厚生局	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
4.東海北陸厚生局	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
5.近畿厚生局	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
6.中國四國厚生局	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
7.四國厚生支局	徳島県、香川県、愛媛県、高知県
8.九州厚生局	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

2.日本各縣市地方厚生局業務職掌--表 3-6-3

<p>●醫療保險制度的營運</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.保險診療等申請受理與確認</li> <li>2.保險醫療機關等的指導監查</li> <li>3.保險醫療機關等特約</li> <li>4.對國民健康保險保險者之指導</li> <li>5.對健康保險組合等指導監督</li> <li>6.對後期高齡者醫療制度保險者的指導</li> <li>7.對社會保險診療報酬支付基金的監督</li> </ol>	<p>●年金制度的營運</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.對日本年金機構辦理業務的認可</li> <li>2.對年金委員的委任與解除委託</li> <li>3.對學生納付特例事務法人制度的宣導業務</li> <li>4.厚生年金基金・國民年金基金的指導監督</li> <li>5.確定拠出年金・確定給付企業年金的指導監督</li> </ol>
<p>●食品安全管理</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.綜合衛生管理製造過程(HACCP)認證</li> <li>2.登錄檢查機關的認證與監督</li> <li>3.食品安全工作</li> <li>4.食中毒相關業務</li> </ol>	<p>●福祉・介護服務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.指導監督社會福祉法人團體</li> <li>2.對介護保險者・介護服務事業的指導</li> <li>3.對民生委員、主任兒童委員的委託及解除委託</li> <li>4. 監督消費生活協同組合</li> </ol>
<p>●醫療・福祉等從事者的養成教育</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫師・齒科醫師臨床研修制度</li> <li>2.醫師・看護師等國家試驗</li> <li>3.各種養成施設の認證與指導監督</li> </ol>	<p>●醫藥品・醫療機器等の安全</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫藥品等的輸入監督（輸入申請）</li> <li>2.醫藥品等的輸入監督（輸入報告書）</li> </ol>
<p>●醫療服務的提供</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.對醫療法人等監督</li> <li>2.醫療安全対策</li> </ol>	<p>●健康危機管理</p> <p>對持有病房設施之監督</p>
<p>●藥物亂用防止</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.藥物犯罪搜查</li> <li>2.對麻藥持有者的指導監督</li> <li>3.藥物亂用防制宣導活動</li> <li>4.麻藥等中毒患者對策</li> <li>5.麻藥許可與申請</li> </ol>	<p>●年金給付等審查與申請</p> <p>健康保險、年金給付等審查與申請</p>

註：二、日本各都道府縣政府辦理國民健康保險、後期高齡者醫療保險、介護保險與

高齡者福利服務業務相關組織--表 3-6-4

業務課別	業務職掌
厚生總務課	保健福祉行政的企劃及統計調查 醫療計畫 地域保健福祉 國民健康保險 老人醫療
福祉指導課	福祉施策企劃調整、地域福祉、社會福祉法人檢查、生活保護
醫療對策課	1.醫療指導：醫療法及其他醫務關係法令、醫院、診療所等指導 2.醫療法人：病院及醫療法人設立許可・監督・指導等相關事項 3 保健情報：蒐集與提供地區保健相關資訊、規劃保健衛生資訊系統、辦理地區保健人口動態統計 4.企劃調查：彙辦各種保健事業、執行保健衛生事業調查研究、企劃、衛生教育 5.醫療整備、保健醫療人材培訓、醫師確保對策
保健予防課	感染症予防 齒科保健 罕病對策、癌症對策 生活習慣病予防、健康促進
兒童家庭課	單親・寡婦福祉、 兒童福祉、母性・乳幼兒保健、兒童扶養手当、 少子化對策
高齡者福祉課	高齡化對策、老人福祉 對戰沒者遺族之援護、舊軍人軍眷援護 介護保險
障害福祉課	肢障兒福祉、智障兒福祉、 精神保健・精神障害者福祉
藥務課	捐血、骨髓移植、臟器移植、 藥事法・藥劑師法施行、 毒物・劇物、麻藥等藥物亂用防止、 温泉管理
生活衛生課	水道施設整備、環境衛生、 動物保護管理、 食品衛生、食肉安全確保
轄下各區(市町村) 保健所	協助執行以上各課健康與福祉事業

本表整理自東京都及其轄下多摩市役所 2013.9

註：三、日本各市町村公所辦理國民健康保險、後期高齡者醫療保險、介護保險與高齡者福利服務業務相關組織--表 3-6-5

課名	係名	業務概要
保險課	國保給付係 國保加入係 高齡者醫療係 特定健診係	國民健康保險相關(各種給付業務、保健事業等、國民健康保險被保險者資格・保險稅課徵業務、特定健康診查・特定保健指導業務)、後期高齡者醫療相關項。
地域福祉課	地域福祉係 障礙者諮詢係 障礙者福祉係 地域照護推進係	民生委員、保護司相關事務、提供戰傷病者援護事務、身心障礙者(身障・智障・精神)手冊、身心障礙者相關給付、地域照護網絡的設立・運營的支援。
高齡者支援課	高齡者支援係 高齡者諮詢係 介護給付係 介護認定係 介護保險費係	高齡者福祉服務綜合諮詢、高齡者住宅、在宅介護支援中心、要支援・要介護認定、介護保險費的徵收。
生活福祉課	福祉給付係 福祉 1 係 福祉 2 係 自立支援係	生活保護相關業務(低收入等)。
健康推進課	健康推進係 保健服務係	基本健康診查、各種檢診、母子保健事業、預防接種、市民健康講座、健康促進推進事業、在宅生活支援事業、營養與齒科諮詢及講習會、母子健康手冊、健康諮詢。
身心障礙中心	事務・諮詢 事業	身心障礙者諮詢、療育、指導、訓練等。

本表整理自東京都及其轄下多摩市役所 2013.9

## 柒、產學座談 - 本署與梅原克彥教授及醫療法人座談紀錄

主題：日本介護保險制度相關問題

時間：2013 年 9 月 10 日上午 10 時至 14 時

地點：台北駐日經濟代表處東京事務所

參加人員：

健保署：黃署長三桂、蔡主任秘書淑鈴、廖專門委員哲慧

公立法人國際教養大學東亞調查研究中心 梅原克彥教授、渡邊利之研究員

醫療法人杏仁會 勝田光明理事長、阿部圭吾總務長、神俐娜秘書

紀錄：廖哲慧

### ◎討論議題

一、為開辦介護保險，自保險立法完成後，日本政府花多時間籌劃時間準備，才正式實施？

(一)日本自 1963 年創設特別養護老人之家開始設置收容需照護之高齡者設施，在 1994 年著手規劃「介護保險法草案」，1997 年將介護保險法草案送國會審議通過，於 2000 年 4 月 1 日正式實施介護保險。

(二)請參考表 1-2-1 高齡者相關之社會保險(醫療介護福利)政策推動紀要

(三)介護保險制度的承保單位組織為何？

1.依據介護保險法，介護保險保險人為各市町村。

(保險者)第三條 市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保險を行うものとする

2. 承保手續窗口的設置原則是以民眾熟悉且具可近性為前題設置。

(1)65 歲以上屬第 1 號被保險人者是由各地市町村公所(原社會福利業務窗口)辦理。

(2)40 歲至 64 歲屬第 2 號被保險人部分則因其多屬受雇者保險類之保險對象，因此是透過其所屬醫療保險的保險人，由其代辦手續與繳交保險費給市町村。

(3)又被保險人申請介護服務窗口均為被保險人所在各地市町村公所主辦(內部組織為原介護保險開辦前辦理福祉服務的課室)。

3.請參考圖 3-5-1 「介護保險制度的組織架構」

二、日本為開辦介護保險，中央與地方政府各新增多少人力？又介護保險被保險人與使用介護服務人數對應政府單位人力比各是多少？

(一)中央與地方政府為開辦介護保險日本政府是否新增政府機關人力乙節，因年代久遠並不清楚，因 1990 年代初期適值日本政府著手進行業務簡化與統合及組織改制工作時期。

(二)介護保險被保險人與使用介護服務人數對應政府單位人力比

1.介護保險保險人：政府單位人力(厚生勞働省全體人員)

7,277 萬人：32,462 人= 2,250 人: 1 人(資料時間 2011 年)

2.已使用介護服務人數：政府單位人力比

440 萬人：32,462 人=136 人: 1 人(資料時 2013 年)

3.被認定需要支援及要介護人數：政府單位人力比

533 萬人：32,462 人=164 人: 1 人(資料時間 2013 年)

4.介護保險開辦前的第 1 次黃金十年計畫目標中即提出「照護員 10 萬人」以充實照護人力。

### 三、日本政府在實施醫療保險後再開辦介護保險，

#### (一)當時醫療保險中的哪些部分是切割至介護保險及其理由？

請參考「高齡者保健福利政策推動紀要」

1.基本上是以老人為對象的醫療相關項目移入介護保險；醫療保險與介護保險之兩者間給付項目是不重複(例如復健及居家護理)。

介護保險開辦前，於介護福利服務基盤尚未十分完備、致非疾病治療為主的介護住院的社會性住院情形已嚴重影響醫療費負擔，然家庭照護功能轉變，又以疾病治療為目的的醫院的醫療照護環境並不適合以需要長期療養為目的的對象，因此產生一連串興建「介護專業施設與服務」基盤整備計畫。

(1)1963年制定老人福祉法、創設特別養護老人之家、HOME HELPER法制化、在1970年代經濟高度成長期間，確立高齡者介護福祉為地區共同体之政策。

(2)1973年以提升老人福利醫療事業，開辦老人免費醫療費，然經過石油危機等經濟景氣低迷至國家與地方財政負擔日益沉重、於1982年制定老人保健法，導入老人醫療費定率部分負擔制。

(3)1989年起展開黃金10年計畫，以「〇癱患臥床老人」，「HELPER 10萬人」為目標

#### (二)實施介護保險後，是否仍有與醫療保險給付切割之爭議？如有，如何解決？

以前會有不清楚的爭議，現在則原則以服務發生地點來區分該項服務屬醫療保險的診療報酬，或是介護保險介護報酬。簡言之，即在介護保險設施中發生的醫療服務，則由介護保險設施向介護保險人申請費用，但如為介護保險被保險人因病送特約醫療院所診治時，即由特約醫所申報醫療保險醫療費用。



四、介護保險開辦迄今已 12 年，(一)遭遇政策與挑戰為何？(二)民眾最不滿意的地方為何？請併上述提問之解決方法說明。

(一) 遭遇政策與挑戰

- 1.日本老年人口快速老化，1995年65歲以上老年人口數近1480萬人，2000年將達2420萬人，預估2015年將達3430萬餘人，而其中高高齡者在2015年將達14萬人。如何提供中高高齡老人的照顧，將成為嚴重的個人與社會負擔。
- 2.介護保險制度的建立，係基於1995年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」（中期報告）的政策建議，該項建議為日本有必要建立新的高齡者照護制度
- 3.日本的健康保險財物負擔逐年增加，已難有財力來照顧日益增加的高齡人口；加上日本社會家庭功能的轉變，由家庭照顧老年人的功能已逐漸降低，照顧高齡者的責任已由家庭移轉到社會。

(二) 民眾最不滿意的地方及其解決方法

- 1.請參考「介護保險法改正の流れ（概要）」
- 2.依據民眾反映意見，修正介護保險法，修法概要如下

●2005 年

(1)將原系統轉變為較重視預防的體系

- 創設新的預防給付
- 創設地區支援事業

(2)重新評估設施給付

- 檢討居住費用與膳食費
- 重新審視對低收入者的給付內容與保險費負擔限度，補助提供服務的設施營運費用等

(3)確立新服務體系

- 設立與地區緊密結合型的服務
- 設立整合式地區支援中心
- 充實居住環境系統服務

(4)確保、提高服務品質

- 介護服務資訊公開

- (5)重新評估應負擔的狀態及制度經營

- 重新評估第 1 號被保險人的保費

- 加強保險人機能

- 2008 年

- (1)為介護事業營運正常，明確規範介護事業體整備其管理體制之義務

- (2)確立中央、都道府縣及市町村對提供介護保險服務事業體之稽核調查權限

- (3)明確規範以使用者權益之服務提供體制

- (4)當介護設施企業退場時，有義務安頓使用者後續保險給付的處理

- 2011 年

- 以強化介護服務基盤為主軸

- (1)強化醫療與介護間的合作

- 推動地域總體照護、

- 制定符合地區需求的介護保險事業計畫、

- 創設可因應獨居、需重度介護者之 24 小時 ON CALL 複合型介護服務

- 創設由保險人(市町村)核定內含預防給付與生活支援綜合性服務措施之可能性。

- (2)確保介護人力與提升照護品質

- (3)整頓高齡者住居環境

- (4)推動失智症對策

- (5)由保險人推動以服務為主體的計畫措施

- (6)緩和因保險費增加的財務壓力，由扮演保險人角色的市町村主動向都道府縣政府申請財務安定基金，靈活運用

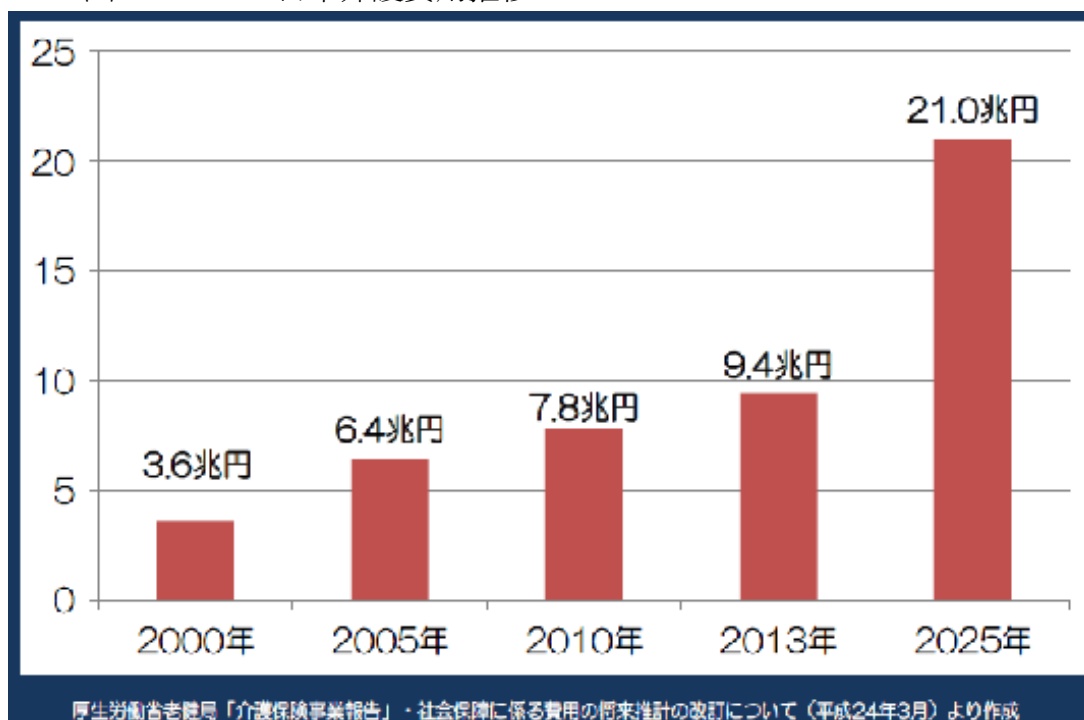
## 五、日本高齡人口急速增加，如何維持長期介護保險財政運作？是否逐年提高保險費率之機制或由政府補貼之機制？

(一) 介護保險財政運作(出自增田雅暢教授著作及內閣府資料)

- 1.健康保險法、國民健康保險法中均為支持社會保險制以維護安全為目的，明文立法規範各保險負有支援高齡者醫療照護制度運作之義務
- 2.介護保險每 3 年檢討一次制度運作(含介護報酬修正及保險費率)
- 3.被保險人使用介護保險服務時亦需負擔 10%部分負擔。
- 4.近年以提高消費稅方式來增加與穩定社會保險財源(日本內閣府已於 2013 年 9 月 9 日發布預計 2014 年由 5%提升至 8%，2015 年則提升至 10%，其中加收 5%中的 4%消費稅將全數運用在社會保險老人醫療與介護政策上)

(二)請參考以下資料

- 1.圖 3-5-2 介護保險財政全貌
- 2.圖 3-5-3 介護保險費的組成
- 3.圖 3-5-4 日本介護保險費的徵收及其組成
- 4.圖 3-5-5 介護保險制度以 3 年為 1 周期訂定評估計畫
- 5.圖 3-7-1 日本介護費用推移



六、人口高齡化，加之少子化情形，年輕人愈少，如何確保相關照護人力來源？如有人力不足情形，如何因應？又照護品質不佳的申訴處理與預防措施為何。

(一)醫療與介護施設の人材確保確實是困難（醫療法人杏仁會）

醫療與介護工作屬重勞力工作，現在日本確保介護職員是重要課題。在日本國內各都道府縣中常見施設經常性提出徵人啓事、在施設中有因介護職員未達設置標準而招扣減介護報酬的情事發生。常見照護人力的流失原因為介護職員工作待遇與環境條件不良，加上造成獨居老人及高齡夫婦 2 人家庭組成現象增加，加上生育率下降、勞動人口減少，如何增加介護人員已成為重要的課題

(二)培養介護員並改善其待遇

1.厚生労働省於2007年8月發布「新・福祉人材確保指針」，以營造良好就業環境為目的，訂定一系列資格認定後實務養成課程，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。各服務設施亦對新進無介護經驗之介護員提供實務訓練，以確保介護人力的量與質。

2.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。

(三)對照護品質不佳的申訴處理與預防措施。

被保險人如對介護服務不佳時可向每一都道府縣或市町村或施設提出申訴，曾有介護職員涉及虐待院民情事發生，其中遭申訴內容多為服務品質不佳不符使用者需求。又服務提供施設設置申訴受理窗口屬指定事項，行政管理部門除對遭申訴施設或企業進行調查與指導改善外，並將申訴處理情形公開於該機關的全球資訊網供流覽。

七、相繼開辦醫療保險與介護保險，近期亦將發展亞急性照護，這類照護屬於介護保險或醫療保險？或如何切割？請教亞急性照護發展情形。

(一)亞急性照護是屬於介護保險或醫療保險？或如何切割？

亞急性期屬於急性後期的恢復狀態、或症狀仍不安定的恢復期。因此、將其歸屬醫療為主的照護，以最長住院日數原則以 60 日為其上限。另以「支援復歸居家計畫」為基礎，由主治醫師、護理師、藥劑師、營養士、復健師及社工師等團隊，支援患者早日康復回歸居家。

(二) 亞急性照護發展情形

亞急性照護的展開情形，自 2010 年度 16,432 床起，2011 年 17,750 床微增、但 2012 年度微減至 17,551 床，並未大幅增加。推測其理由應是亞急性期照護特性屬回歸居家為前提，不以治癒為目的(其基準為回歸居家率 60%、入住期間限制為 60 日內)，所以多數醫院將亞急性病床做為恢復期的復健病床、又因亞急性病床支付標準與一般住院的支付標準大致相同，因此並無強烈誘因使醫院選擇擴展建置亞急性病床。

八、介護保險開辦後，有發展介護被保險人個案評估制度。請問當失能老人被評估不符給付資格時，如何處理民眾反彈？

◎申訴流程處理

- (一)依介護認定流程，由具被保險人資格且有介護需求者向市町村提出介護認定申請、再由市町村委託的介護支援專門員（care manager）對申請者進行身心狀況調查、再取得申請者主治醫師意見書，將2者交由醫師、護理師、社工師等專業人員組成的介護認定審查來認定申請者需介護程度。
- (二)被保險人如對介護認定不服時，可依據「行政不服審査法」，於接到介護認定通知日之次日起60日內，向都道府県都設有介護保險審査會提出申訴(再審査的請求)，也可以透過市町村向各都道府県提出不服審定的申請。
- (三)不服再審的申請，可以書面及口頭方式處理。由需介護者之家屬、居宅介護支援事業者或提供居家服務事業者、以代理人身分提出申請。

九、在介護保險下，當失能被保險人的給付期間結束時(或消失)，民眾有無反彈？如有，如何處理？被保險人自費請照護人員提供服務，可以請領介護補助或本項亦屬介護報酬項目？入住介護機構之被保險人(一)可以住到終老？(二)是否造成另一種「社會性住院」情形？(三)請問因應措施？

(一)被保險人如對不服介護認定時可依據「行政不服審査法」，於接到介護認定通知日之次日起60日內到每一都道府県均設有介護保險審査會提出再審査的請求と也可以透過市町村向各都道府県提出不服審定申請。

不服再審的申請求、可以書面及口頭。由需介護者之家屬、居宅介護支援事業者或提供居家服務事業者、以代理人身分提出申請。

(二)被保險人自費請照護人員提供服務即不屬公部門介護保險給付範圍。

民間保險公司有許多「介護保險」商品，是以公部門認定之要介護等級為基準，做為其民間保險給付

(三)在介護施設如特別養護老人之家等施設是可以入住至臨終時點。

這種現象不列為「社會性住院」。因為一般住院是指為治療『因需住院的疾病』為前提、然而入住介護設施的意涵是「居家的延伸」。因此屬需介護度5（使用者IADL等級為癱瘓臥床）使用者為生存及生活的全部行為均委由介護職員及護理職員代理、介護度1~2等級者屬可短距離步行及可自理周圍生活事務，介護職員則僅協助(介助)步行、因需介護程度不同，所需要的服務是不同得。

十、高齡者照護與醫療的合作是密不可分，介護保險開辦前以與高齡者照護機構幾乎是由福祉體系的社會福祉法人設置的施設，保險開辦後則由醫療法人設置的施設有增加情形。聽聞至 2012 年止僅佔整體介護設施的 10%。請問介護設施的設立、由社會福祉法人的施設開始，爾後有醫療法人施設の經驗或理由，與未來發展。

(一)設施型服務(如入住型服務及設施型服務等)係由社會福祉法人等須符合一定要件的法人方可設置、經營，因此符合標準的施設不足以因應需介護者的需求。現況中等待入住「特別養護老人之家」的需介護者人數多。

(二)因日本高齡者介護以福利服務發展，又「特別養護老人之家」的設置僅限社會福祉法人方可設置。

(三)依現行規定具醫療背景的醫療法人，除診所等醫療施設外，在介護設施的設立上僅能以附帶業務經營，所以投入施設服務的醫療法人較社會福祉法人少。

(四)介護保險開辦前後有建設公司等企業投入介護服務中訪視服務或介助居家生活的照護服務(洗衣及剪髮等)，地方政府的市町村也未作流量管理，加上經濟蕭條，企業經營不善，照護人力亦無法充分支應，造成供需失衡，因此是否為鼓勵民間企業或醫療法人參與附醫療的照護設施的設置，應是保留觀察中。但醫療法人可以經營短期入住型的介護保險施設。

1. 訪視服務及日間服務等民間企業投入較多，供過於求。

2. 住居型或入住型屬施設服務，則因限社會福利法人及醫療法人才能設立，供不應求，估計約有42萬人等待入住施設。

(五)雖然自1980年代為改善社會性住院情形開始設置入住施設，但仍是一床難求，故引起厚勞省正重新檢討入住設施的需介護等級，認為如屬要支援者等較輕症者，應該改由地方政府來辦介助等服務，且以介護預防來照護較妥適。

(六)厚勞省正在推行病床機能分工與地區統合型照護，希望推廣亞急性照護，運用訪式服務來提供居家醫療。

(七)為抑制社會保障費用節節成長，可以想見的是檢討介護服務內容及提高使用者負擔比率。



## 十一、對我國推動長照保險之建議

### (一)確保獨立財源、建立財務平衡機制

#### 1.被保險人範圍將影響保險財務設計與現有社會福利措施間的運作

少子高齡化問題是全民共有，應有相對配套措施因應制度設計。日本目前考量繳納保險費對象由 40 歲以上國民擴大至 20 歲以上國民。

#### 2.研議部分負擔比率，落實使用者付費，珍惜照護資源

老人的長照需求與生活支援是每一家庭都會面臨問題，若財務全由長照保險或國家承擔，新制度也恐難經營。為能落實使用者負擔，建議參考日本已啓動近期將介護保險部分負擔由原來 10%，提升至 30%的作法，同時增訂其他對弱勢者之減免措施。

#### 3. 為健全長期照護發展，必須有獨立且穩定財源規劃，如依照規劃時期以 3 年為 1 期，修訂相關介護保險計畫，並依計畫所需調整保險費，以確保未來 3 年內之財務平衡。根據日本介護保險開辦經驗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 2,911 日圓，2012~2014 年則為 4,972 日圓，10 年間調整幅度超過 70%，如何研擬一套獨立財源與財務平衡機制，將成為推動長期照護保險之重要基礎。

### (二)長期照護發展的前置是推動預防失能策略，以提升民眾健康與減輕後續長照體系的財務負擔

建議同時進行亞急性照護規劃，以減緩失能程度。又長期照護發展屬高齡者醫療後續支援，發展長期照護同時亦不可忽略醫療照護的需求，因此，規劃長期照護的同時也必須重新檢視高齡者醫療制度。

### (三)日本長期照護服務提供體制發展經驗，應確保服務品質與人力來源

#### 1.開放醫療團體及民間參與長照產業發展，但同時應建置軟硬體行政管理制

又高齡者照護與醫療服務需求密不可分，對醫療團體介入長照服務一事，應予鼓勵，期許藉由開放醫療團體及民間參與設置經營設施的規定(例如具醫療服務背景的醫療法人及社會福祉法人等民間企業參與)，透過健全的競爭與合作，增強整個介護行業的活力，來改善介護市場。如何有效管理介護服務機構，確保品質與人力來源。相對的，行政部門除需訂定服務提供相關設置標準及人力規

範外(含評鑑與稽核機制)，另需規劃地區服務總量控管，以免供需不均衡。

2. 少子化問題衍生未來勞動人口短缺，可能的解決之道可能就是要解決少子化的問題，以維持或增加納稅人口，同時增進介護服務人力的專業知識，並提供相應合理的報酬。介護人力之訓練與人材培育應及早進行，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，必要時可考慮因入外籍勞工。

#### (四) 長期照護無法完全依賴保險制度，預防高齡者之失能應列優先項目

日本爲了強化互助的精神，2006年修改社會福祉法，運用地方政府力量，推動結合產官學，發展因地制宜之預防失能計畫與產業，並以預防盛行之慢性病爲重點(腦中風)，因此議會審理預算時會同時要求地方政府必須制定地域福祉保健計畫，分析說明該地區存在的問題以及解決的方案，方能通過預算審核。

#### (五) 須形成「高齡化社會全民共有」的社會共識

人口少子高齡化社會是全民共有的，長期照護制度是支持社會安全與安定的制度，立法前宜加強對民眾宣導長期照護之必要性，以強化社會大眾對實施長期照護之共識，形成協助推動之力量，並減少加收保險費的阻力。

圖 3-7-2

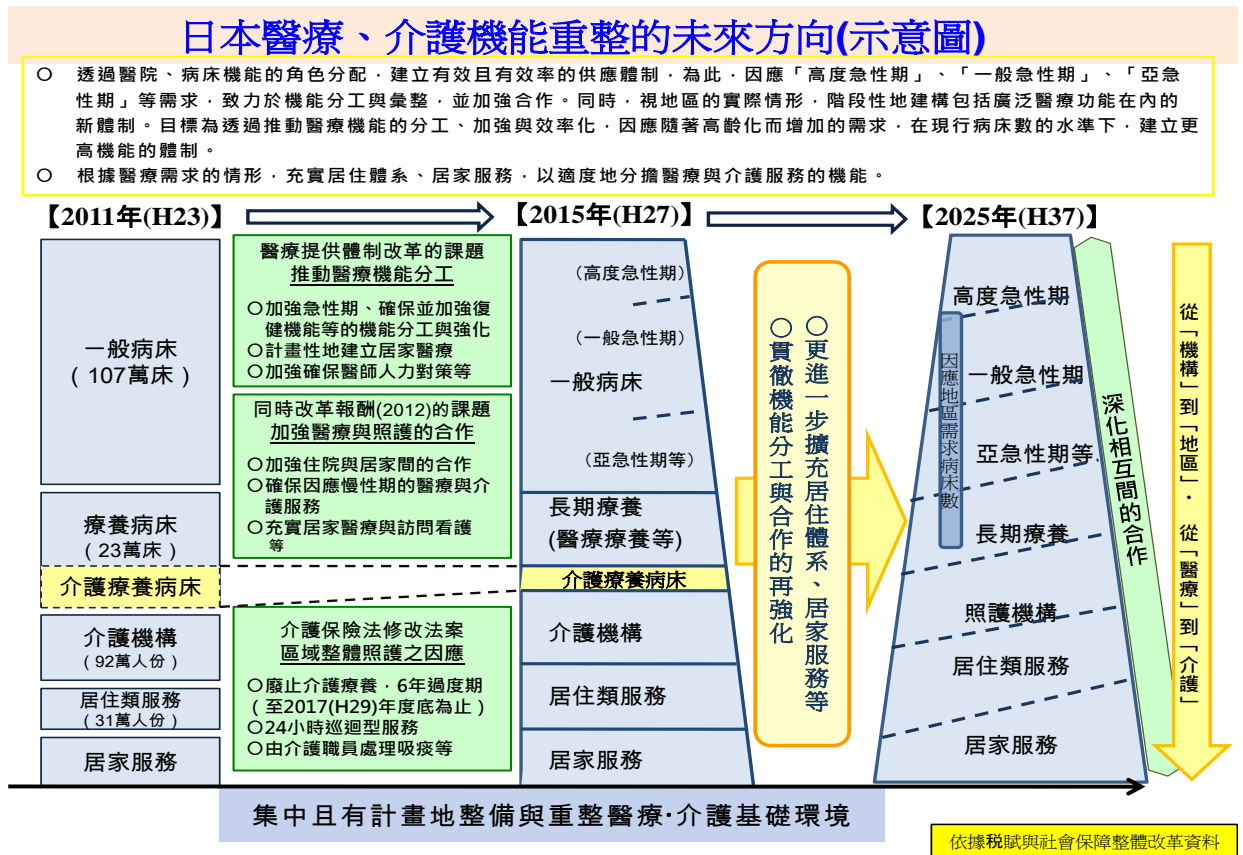
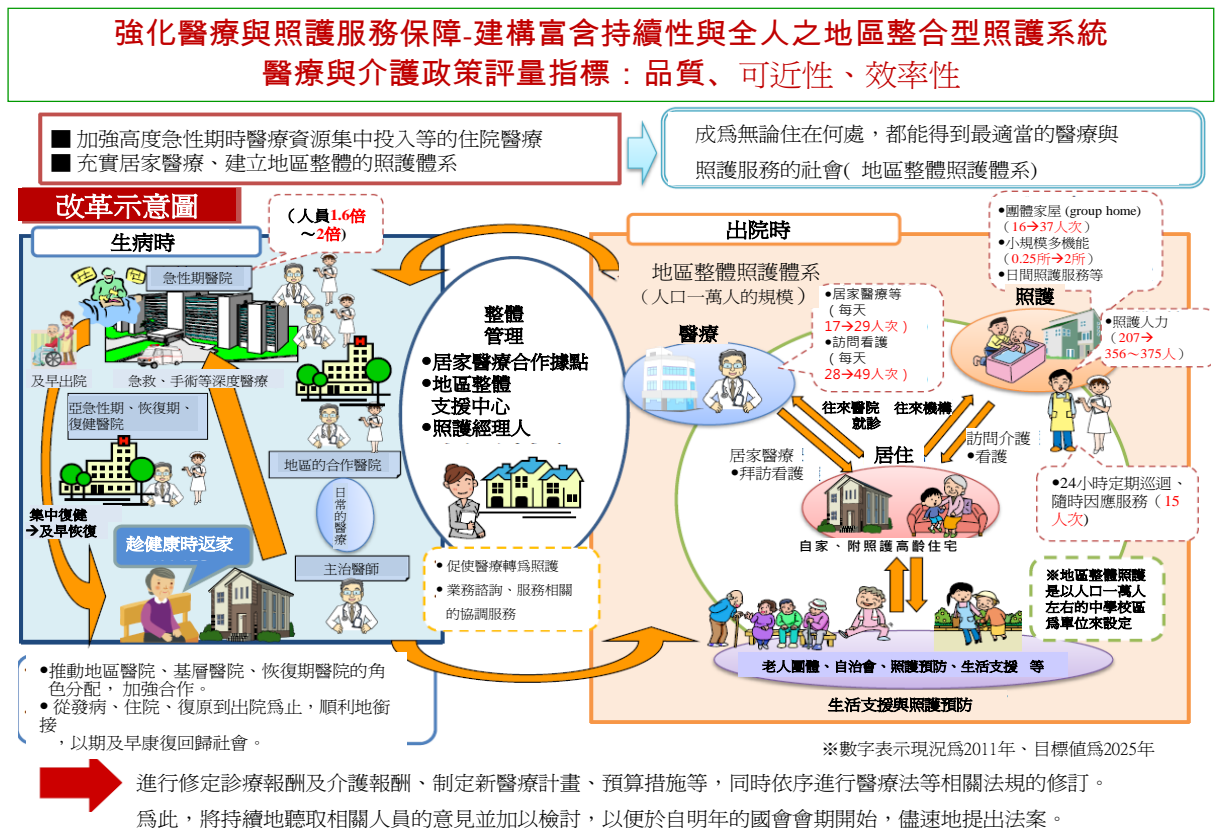


圖 3-7-3 強化醫療與照護服務保障-建構富含持續性與全人之地區整合型照護系統



## 拾、心得與建議

### 一、心得:

#### (一) 日本介護保險經驗確實值得台灣規劃與準備實施長照保險之參考借鏡:

在整體政策面，長期照護制度之發展係結合醫療體系、社會體系、照護體系、企業與政府部門通力合作下之龐大社會工程。日本因很早即面對高齡化問題，自1980年起即著手建置各項老人照護設施，並創設各種老人需要之照護服務，在介護保險開辦前係由政府以福利制度下由公費支應，長期之發展已建構一定規模之軟硬體設施與服務標準，為日本介護保險開辦前奠定良好基礎。2000年日本政府開辦介護保險，採社會保險方式辦理，初期必然帶來長照需求擴大之結果，供給無法滿足需求形成等待問題，又老人之照護與醫療係密不可分，近年則由原限定由福祉法人才可設立之長照設施亦開放至醫療法人亦可設立，以落實全人照護，提供失能者持續且完整之醫療與照護服務；另又因老化人口持續增加，介護保險負擔沉重，老人期盼能在自宅療養之需求陸續出現，近期再興起應發展居家服務以減少設施服務之需求之呼聲，並提出應以全面預防失能之主之對策，更值得台灣借鏡。

在實際保險運作面，日本介護保險實施至今已超過12年，在介護保險之政府運作上，無論在保險費收取之機制、保險費調整與支援機制、介護需求之認定、申訴之處理、介護服務項目之開發、介護人力之培育、介護服務之品質監控、介護設施之數量監控及醫療與介護服務之密切配合等各方面，均已制度化且穩定順利運作中，日本經驗確實值得台灣在規劃與準備實施長照保險之重要參考。

#### (二) 產學座談中，對台灣推動之長照保險之建議中肯，值得納入在立法與準備過程中參考:

本次考察行程中特別約訪公立法人國際教養大學東亞調查研究中心之梅原克彥教授，並在行前將欲請教之問題先行提供，十分感謝梅原教授之用心，除對所提問之問題詳細當面說明外，並再邀請醫療法人杏仁會(設有醫院與長照設施)勝田光明理事長與其同仁一起與會，並提供日本介護保險與醫療保險間如何合作運作與

兩項保險財務如何合理切割等經驗，藉由產學之在當面討論，更釐清我們的問題，尤其是梅原教授對台灣正推動之長照保險所給之建議更是中肯，值得納入參考，其建議包括：

1. 繳納保險費之年齡層建議為 20 歲以上(日本現行規定為 40 歲以上)，以長期分擔保險費，以免老人負擔太重。
2. 落實使用者部份負擔為 30%(日本現行為 10%)，以避免需求過高，有浮濫之虞。
3. 確定保險費率之規劃週期以 3 年為一期，若財務失衡，應有調整費率之機制，以確保財務平衡。
4. 同時進行亞急性醫療之規劃與全面實施，使因疾病醫療造成之失能在急性期後即加強復健，以減少失能程度，特別是老人最常面臨之腦血管疾病及其它手術後之短暫失能之復原。
5. 確保照顧服務員之人力數量與品質，除須有良好之培訓與證照制度外，亦應有合理之報酬，以留住必要人力。同時應持續鼓勵生育，以增加未來照顧服務員之勞動力，若人力不足持續嚴重，不排除引進外籍人士。(註：日本目前雖尚未引進外籍人力，但仍面臨介護人力不足與流動率高之問題)
6. 全面鼓勵民間投資於預防老人失能之產業(非只是興建介護設施而已)，並在人民未老化與失能前即應全面推動，形成全民共識，除可幫助振興經濟外，亦可確實減緩老人之失能，並減少長照之負擔。
7. 加強對社會宣導『高齡化社會全民共有』之互助共識，有助長期照護法之通過與全民支持長照保險之實施。

### (三)台灣有儘早開辦長照保險之決心：

行政院江院長與衛福部邱部長均宣示短期內(105 年)台灣開辦長照保險之決心，然目前長照服務市場之軟硬體設施並尚未完備，除長照服務法與長照保險法須先完成立法外，實施前之準備期更要有足夠之時間與籌備經費(日本立法通過至實施，準備期間超過 2 年)，以使未來之長照保險能與實施 18 年以上之全民健保能順利無縫接軌。

## 二、建議:

### (一) 針對長照保險法立法內容之建議:

1. 擴大繳納保險費之年齡層為 20 歲以上，以分擔保險費。
2. 落實使用者部份負擔為 30%，以避免浮濫使用。
3. 確定保險費率之規劃週期以 3 年為一期，並有機動調整費率之機制，以確保財務平衡。
4. 年金受益者(含各類老人或退休年金，如公務員、軍人、私校、勞工與國民年金等)之長照保險費由年金中按月扣除，在職者由全民健保費收繳時一併收取，其它無法有年金扣收與健保費併收者，再由保險人開單另收保險費，以簡化保險費之收繳手續與成本。另對未依限繳納保險費者，參考日本作法，應規定為暫時停止給付，由其自行墊付介護服務費，待保費繳清後在退還給付。
5. 長照保險與全民健保之照護與醫療密不可分之部份，應明確定義其財務歸屬(日本係以機構屬性區分，非以服務屬性區分，亦即長照機構內亦有醫療之提供，主要為簡單之醫療護理與復健)，兩保險特約之機構得以簡化申報作業，並可落實以失能老人為中心之全方位醫療與照護之無縫服務提供。
6. 失能者經評估符合保險所提供之長照給付之資格時，可落實由失能者直接參與討論服務計畫內容之規劃，以使保險所提供之服務能與失能者之需求契合。
7. 立法過程中應強力向國人宣導長照之重要性，並能凝聚全民對長照保險採互助之社會保險實施之共識，以利排除雇主、個人等對要加收長照保險費之反對聲音，並強化政府再投入資源之信心。

### (二) 對長照服務法立法之建議:

1. 應明確訂定各類型長照服務機構之設置標準，並對現有市場上所有設施進行盤點，並引入機構之定期評鑑制度，以確保機構服務之品質。
2. 對長照市場中之照顧服務員建立之培訓與證照制度，以落實考用合一，並確保人力品質。

3. 對長照設施之設立，除公立外，其它法人或民間企業設立之規定應明確訂定，並以接近民眾居住之社區為主，規模應與當地需求相當，避免設立大型機構，並有輔導機制與鼓勵政策，並由市場競爭以維持並提升品質。

(三) 對保險人準備長照保險法上路前準備之建議:

1. 在立法通過後應爭取同時成立籌備處，給與合理人力與預算，並有足夠之籌備時間(至少 1 至 2 年)，以利整備所需之組織人力、制度設計(含保險費收繳、機構特約與管理、服務支付報酬之設計、服務給付之審查與核付與服務品質之監測制度等)、服務輸送整備、人力招募，機構盤點、全民宣導等，並做好與全民健保無縫接軌之準備，才不致會有倉促上路之結果。
2. 長照保險須與全民健保接軌部份，相關可能重疊之給付服務應以失能者為中心去設計，參考日本以機構做為劃分，並在兩項保險之服務輸送體系中重新設計，以免造成資源重復投入之問題。
3. 全面預防失能之政策應在開辦長照保險前即全面展開，包括因疾病造成之失能應由全民健保發展急性後期之照護，並全面實施，以減少疾病後失能程度；因老化或社區中意外造成之失能，則應全民宣導，從居住設施改善、營養、運動、生活習慣等全方位展開，並鼓勵民間企業投入銀髮族市場，即在生活中即時預防失能之風險，以減少長照之負擔。
4. 照顧服務員之人力市場開發部份，應全面構建此新服務人力之市場價值，並結合保險支付之報酬，給與照顧服務員合理之報酬，以吸引失業人力之投入，並建立優質之管理制度，以建立民眾對照服員之信心與好感，形成長照保險服務提供之主力。
5. 對長照設施與服務提供之管理部份，應有一套完善之管理制度，除比照醫療機構定時進行評鑑外，保險人之特約管理制度亦相形重要，除落實機構管理、費用申報外，亦要有防止費用之不誠實申報問題之制度。
6. 全面建立資訊化作業，包括長照服務之申請、失能評估、服務提供、費用申報與審查、機構管理、品質之監控與保險憑證管理等均應全面資訊化規劃與作

業，必要時可規劃導入雲端技術連結失能者之即時生理資訊，使長期照護與全民健保醫療資訊接軌，充份發揮全民健保與長照保險資料庫之功能，並能提升長照之品質與失能者之照護。



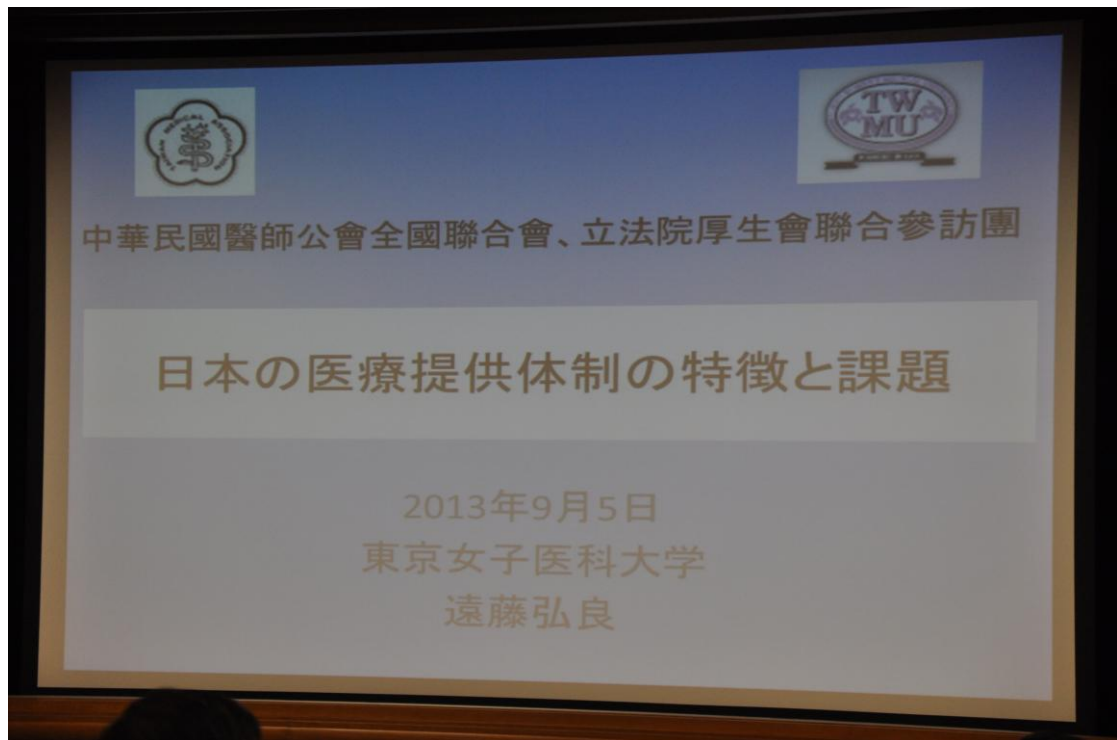
## 第四部分 附錄

### 玖、致謝

本次訪日時間雖然短暫，在諸多單位與專家學者的協助下，獲得寶貴資料，在此一併致謝。

- ◎感謝立法院厚生會黃明和總裁、中華民國醫師公會全聯會前理事長吳大使運東、蘇理事長清泉與各位幕僚細心安排，及台北駐日本經濟文化代表處沈斯淳代表、張淑真組長、鄒立槐秘書、陳瑩如秘書等人於訪日期間全程陪同，使參訪行程非常順利。
- ◎為能把握參訪機會，瞭解介護保險規劃與實務概要，本署洽詢曾任職厚生勞働省保險局的國立一橋大學田近栄治教授、曾任老人保健局的日本岡山縣立大學增田雅暢教授及曾任厚生勞働省駐 WHO 審議官的東京女子醫科大學遠藤弘良教授有關日本介護保險的開辦與行政運作規劃等資料，感謝三位教授在百忙中以電子郵件說明。
- ◎更感謝國際教養大學梅原克彥教授與杏仁會勝田光明理事長，就本署人員提問協助蒐集資料外，更專程配合我方行程，自秋田縣花費 6 小時，搭乘新幹線往返東京辦理座談。

## 拾、活動照片



102 年 9 月 5 日於東京女子醫科大學附屬醫院聽取遠藤弘良教授醫療保險簡報



102 年 9 月 5 日聽取東京女子醫科大學與早稻田大學合作先端生命醫科學研究簡報



102 年 9 月 5 日東京女子醫科大學宴請訪問團，黃三桂署長與吉岡理事長合影



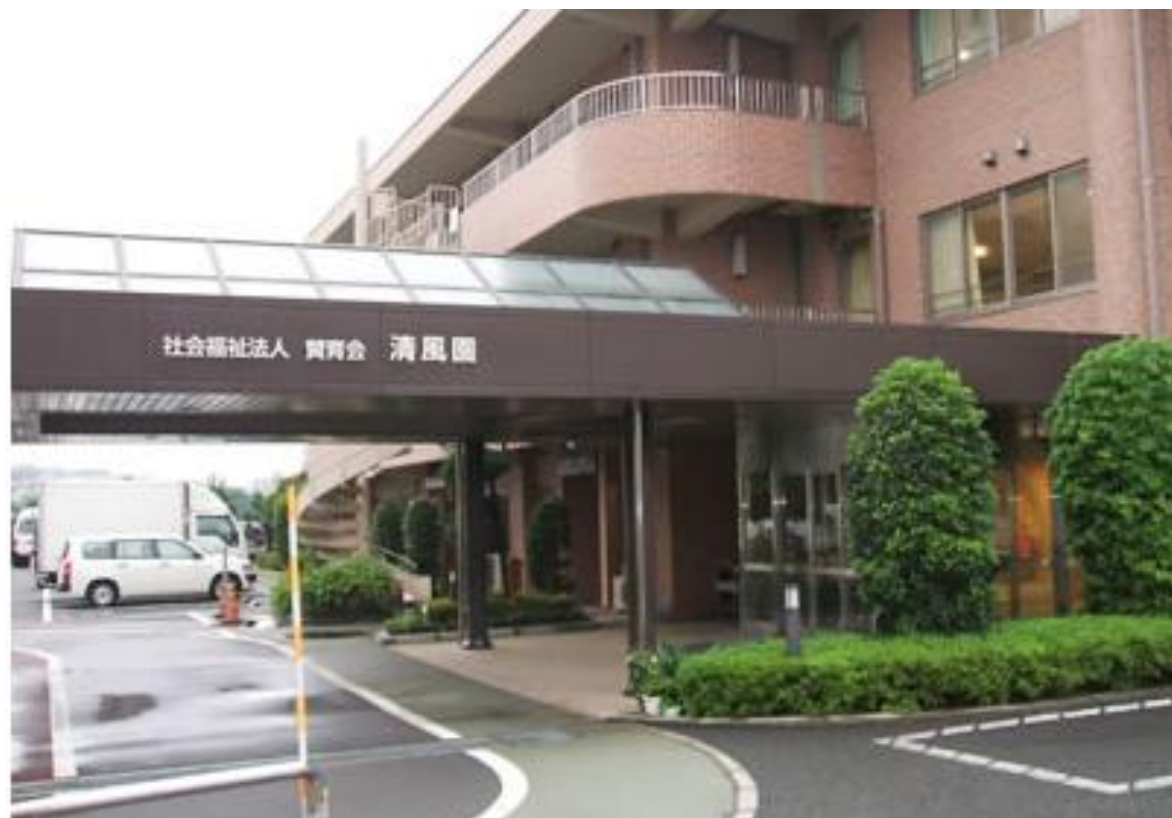
102 年 9 月 6 日拜訪日本醫師公會，由橫倉義武會長接見，前華民國醫師公會全聯會前理事長吳運東大使及現任理事長，同時也是現任立法院蘇清泉委員代表致謝詞。







102年9月6日日本署人員與立法院厚生會委員及中華民國醫師公會全國聯合會於日本醫師會聽取厚生労働省介護保險簡報



102年9月6日與立法院厚生會委員及中華民國醫師公會全國聯合會理事長參訪社會福祉法人贊育會特別養護老人之家「清風園」



102年9月6日與立法院厚生會委員及中華民國醫師公會全國聯合會理事長參訪社會福祉法人贊育會特別養護老人之家「清風園」，圖為該設施中老人聚會場所



102年9月7日與立法院厚生會委員及中華民國醫師公會全國聯合會理事長參訪醫療法人財團天翁會「あい老人保健設施」





102年9月6日與立法院厚生會委員及中華民國醫師全國聯合會一同拜訪日本厚生労働省副大臣秋葉賢也合影



102年9月6日拜訪厚生労働省副大臣秋葉賢也



102年9月7日台北駐日本經濟文化代表處代表沈斯淳夫婦合影



102年9月10日與梅原克彥教授及勝光明理事長，於台北駐日本經濟文化代表座談  
右起第四位為梅原克彥教授、第五位為勝田光明理事長





受僱者健康保険卡(年金保險+醫療保險卡)



受僱者眷屬的健康保險卡



国民健康保険高齢受給者証	
交付年月日 平成24年 8月 1日	
記号	99-99 番号 9999
世帯	市 3丁目 番地30
主保	氏名 平成 昭和 男
対象被保険者	氏名 平成 女子 女
	生年月日 昭和 年 月 日
一部負担金の割合	1割
発効期日	平成24年 8月 1日
有効期限	平成25年 3月31日
保険者の所在地名称及び印	1 3 町田 東京都町田市森野 2丁目2番22号 町田市

国民健康保険卡(年金保険+醫療保險)

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限平成26年 7月31日	
被保険者番号	70707070
住所	市 3丁目 番地30
被保者	氏名 平成 男男 男
	生年月日 昭和 年 月 日
資格取得年月日	平成23年 8月24日
発効期日	平成23年 8月24日
交付年月日	平成24年 8月 1日
一部負担金の割合	1割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	99139099 東京都後期高齢者医療広域連合

後期高齢者醫療保險卡

介護保険被保険者証	
番号	3333
被保者	194-0043 市 3丁目 番地30
住所	
フリガナ	
主保者	氏名 平成 昭和 男
	生年月日 昭和 年 月 日 性別 男
交付年月日	平成24年 3月23日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 0 2 町田市 東京都町田市

介護保險卡正面

要介護状態区分等	要介護2	
認定年月日	平成24年 3月22日	
認定の有効期間	平成24年 4月 1日 ~ 平成26年 3月31日	
区分支給限度基準額		
居宅サービス等	平成24年 4月 1日 ~ 平成26年 3月31日	19,480 単位
	1月当たり	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

介護保險卡背面.可填寫核定服務項目

拾壹、「日本の医療提供体制の特徴と課題」簡報  
東京女子医科大学遠藤弘良教授



中華民國醫師公會全國聯合會、立法院厚生會聯合參訪團

## 日本の医療提供体制の特徴と課題

2013年9月5日  
東京女子医科大学  
遠藤弘良

### 日本の医療・保険の特徴①

- 民間と公的機関が併存  
病院、診療所
- 患者さんが自由に選択
- 出来高払い(fee for service)  
一部定額支払いの選択も可能  
(DPC: Diagnosis Procedure Combination)

## 日本の医療・保険の特徴②

- 医療保険

- 国民皆保険制度
- 職域保険、地域保険、後期高齢者医療制度
- 自己負担(3割、2割、1割)

- 介護保険

- 65歳以上(要介護・支援状態の者)
- 保険者:市町村

## 日本の医療・保険の特徴③

### 基本的法律

医療法

健康保険法、国民健康保険法

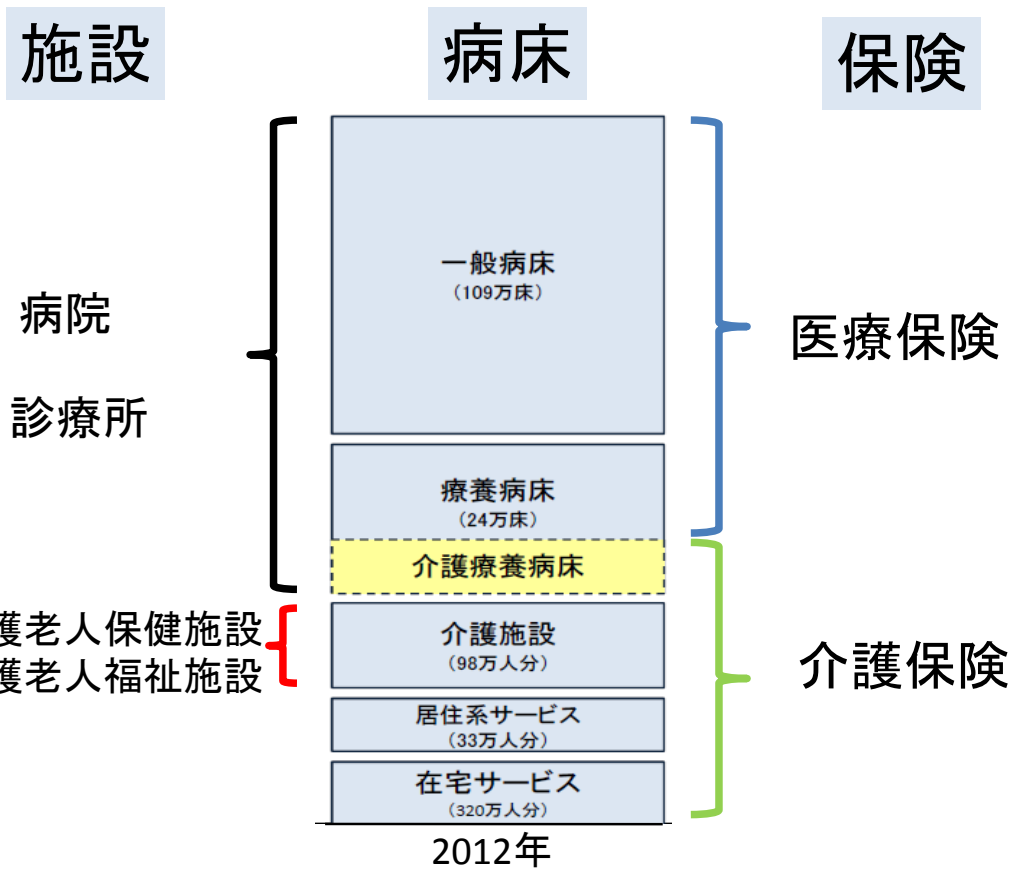
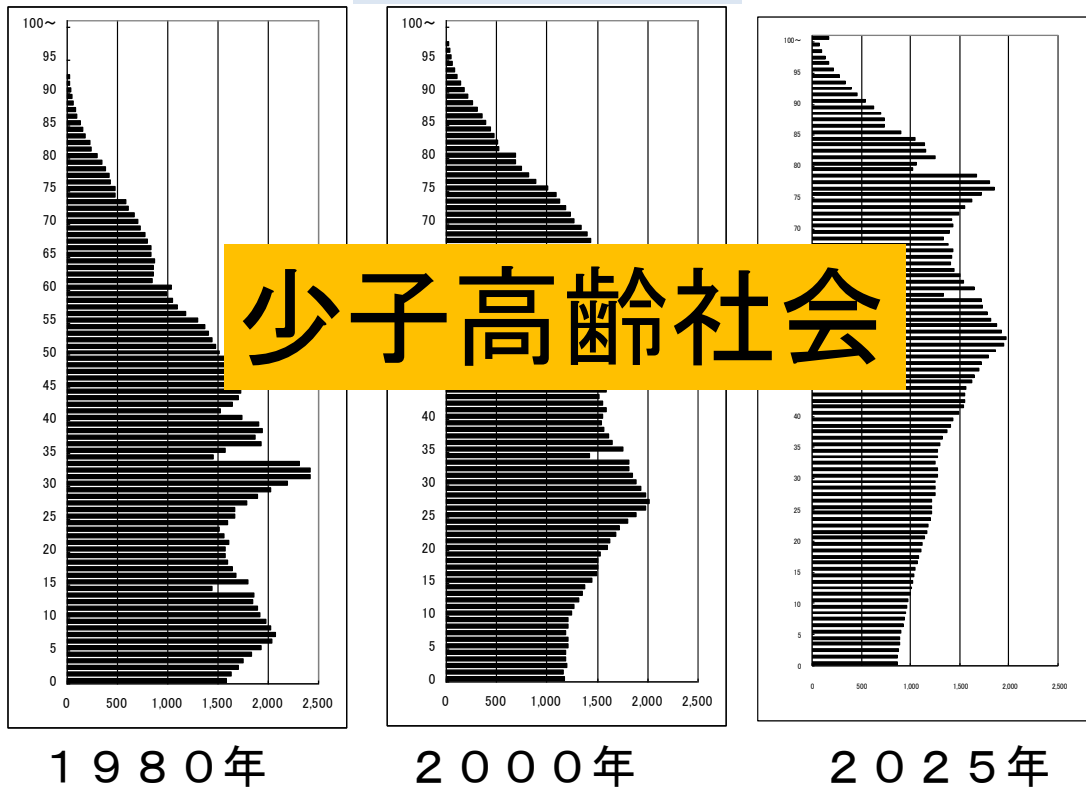
介護保険法

### 審議会(厚生労働省)

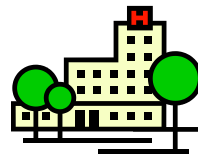
社会保障審議会医療部会

中央社会保険医療協議会

## 人口構成の変化



## 医療提供体制の課題



病院・病床の機能・役割分担が不明確

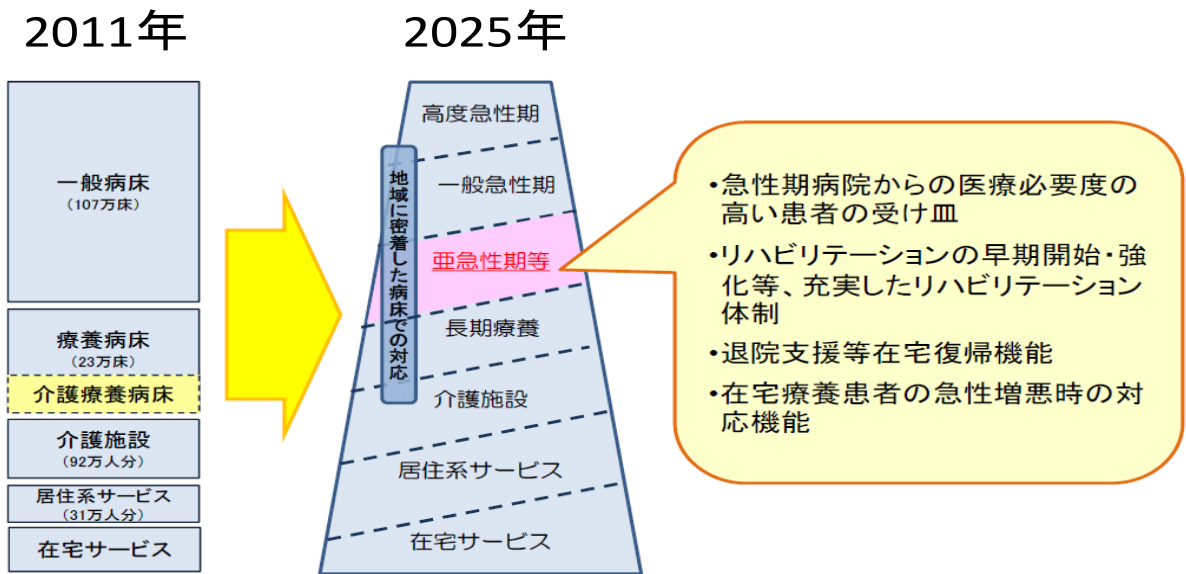
急性期治療を経過した患者を受入れる入院機能が不足

多くの国民が自宅などでの療養を希望しており、在宅医療の確保・充実が必要

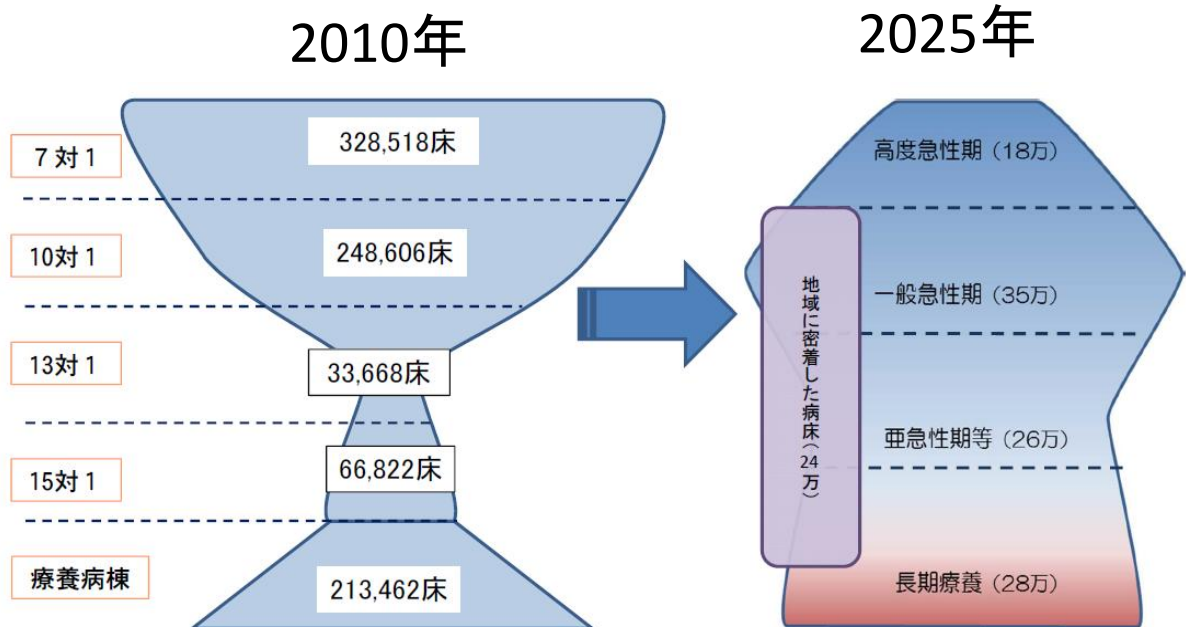
## 医療法等改正法案による対応の方向性

病床の機能分化・連携の推進

在宅医療の推進



一般病棟・入院基本料の病床数



## 拾貳、厚生労働省老人保健局簡報

### 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」



## 公的介護保険制度の現状と今後の役割

平成25年

厚生労働省 老健局  
総務課

### 1. 介護保険制度制定の経緯

#### 高齢者保健福祉政策の流れ

年代	高齢化率	主な政策
<b>1960年代</b> <u>高齢者福祉政策の始まり</u>	5.7% (1960)	1963年 老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホーム創設 ◇老人家政事社員（ホームヘルパー）法制化
<b>1970年代</b> 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973年 老人医療費無料化
<b>1980年代</b> 社会的入院や寝たきり 老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
<b>1990年代</b> <u>ゴールドプランの推進</u>	12.0% (1990)	1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）策定 ◇在宅介護の充実
<u>介護保険制度の導入準備</u>	14.5% (1995)	1996年 連立与党3党政策合意 介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1997年 介護保険法成立
<b>2000年代</b> 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000年 介護保険施行



## 高齢者介護に関する従前の制度の問題点

### 老人福祉

#### 対象となるサービス

- ・特別養護老人ホーム等
- ・ホームヘルプサービス、デイサービス等

#### (問題点)

- 市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない。
- 所得調査が必要なため、利用に当たって心理的抵抗感が伴う。
- 市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがち
- 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担(応能負担)となるため、中高所得層にとって重い負担

### 老人医療

#### 対象となるサービス

- ・老人保健施設、療養型病床群、一般病院等
- ・訪問看護、デイケア等

#### (問題点)

- 中高所得者層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院の問題が発生
  - ・特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高く、医療費が増加
  - ・治療を目的とする病院では、スタッフや生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分(居室面積が狭い、食堂や風呂がない等)



従来の老人福祉・老人医療  
制度による対応には限界



## 介護保険導入の経緯・意義

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。

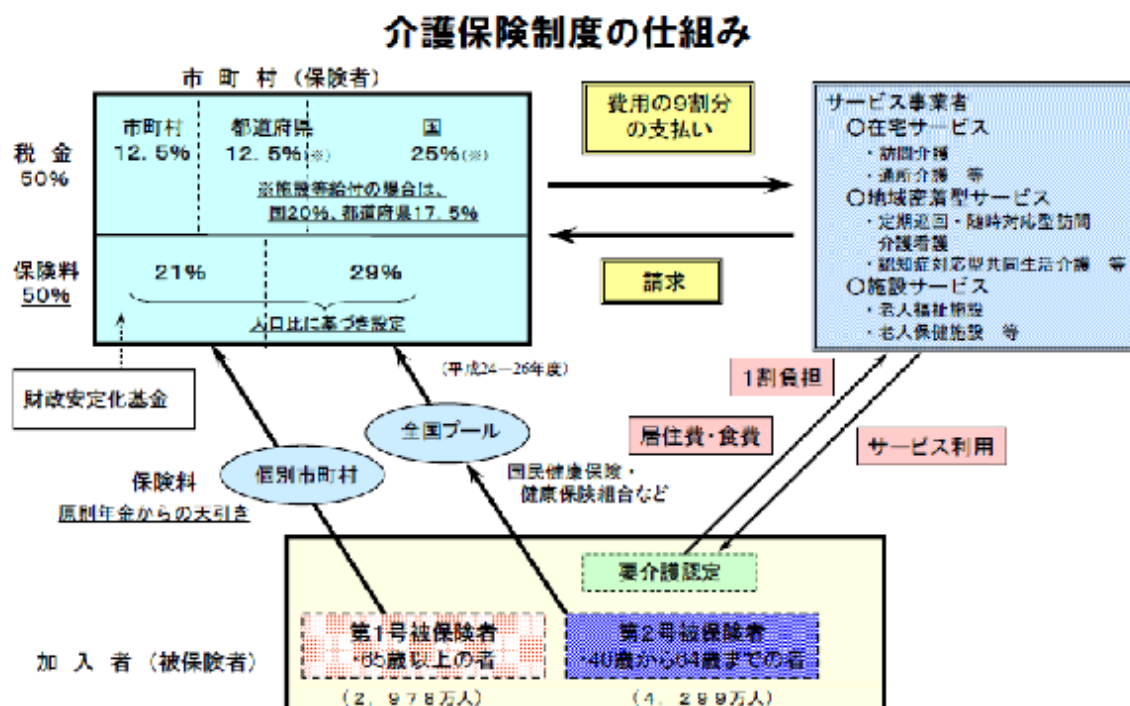


## 高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

- 自立支援・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- 利用者本位・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- 社会保険方式・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用



## 2. 介護保険制度の基本的な仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成23年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成23年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付買付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成23年度内の月平均値である。

### 介護保険制度の被保険者（加入者）

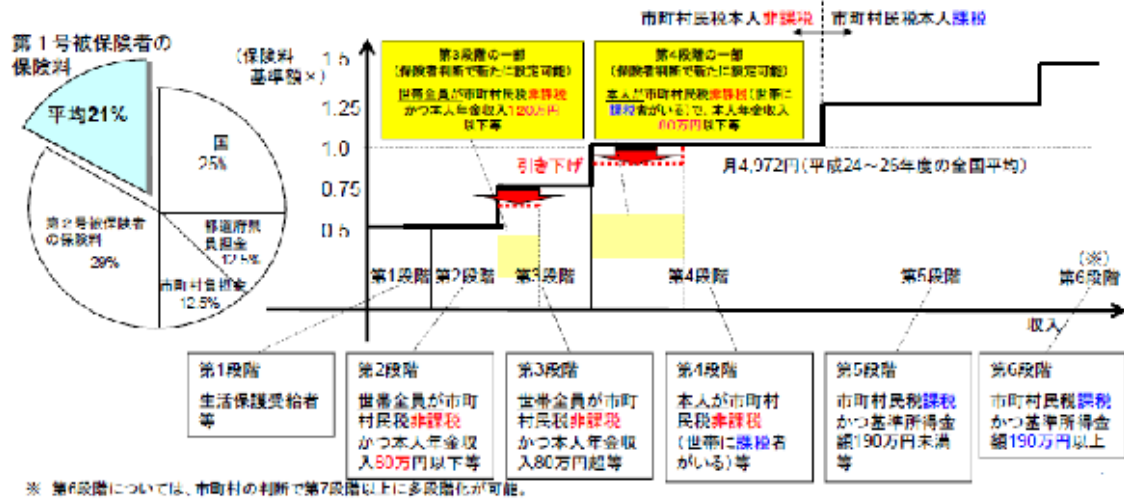
- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	2,978万人 (65～74歳: 1,505万人、75歳以上: 1,472万人) ※一万人未満の繰上は切り捨て	4,299万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)</li> <li>・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)</li> </ul>	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	515万人(17.2%) { 65～74歳: 65万人(4.3%) 75歳以上: 450万人(30.5%) }	16万人(0.4%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成23年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成23年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付買付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成23年度内の月平均値である。

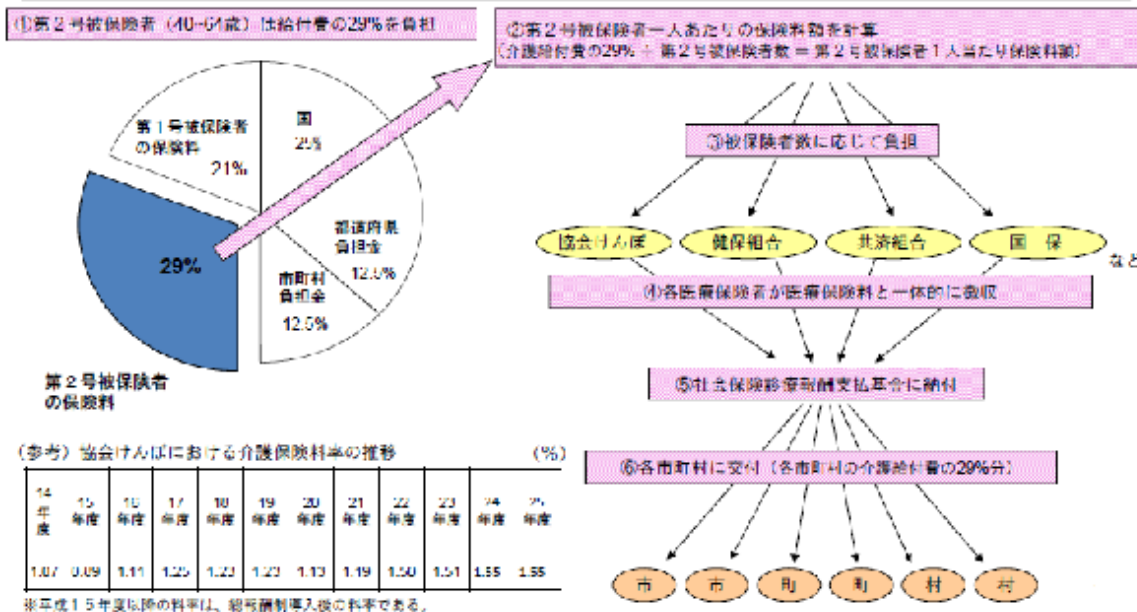
## 介護保険の保険料（第1号被保険者）

- 市町村（保険者）は、介護保険給付費の約21%に相当する額を第1号被保険者（65歳以上の高齢者）に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。（標準は6段階）

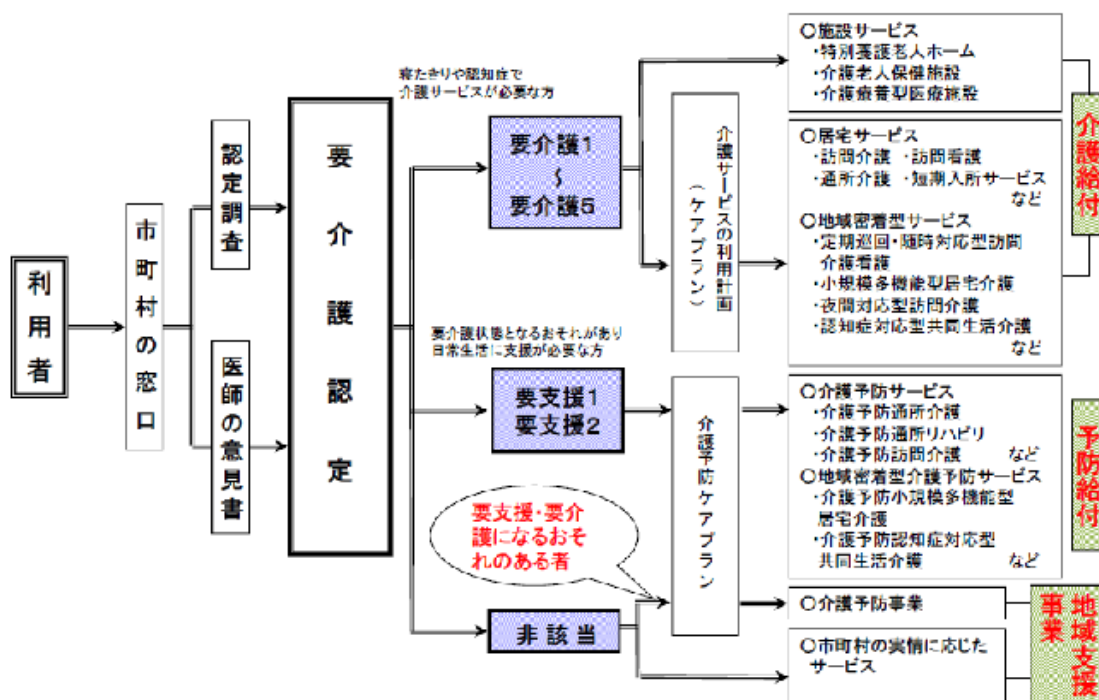


## 介護保険の保険料（第2号被保険者）

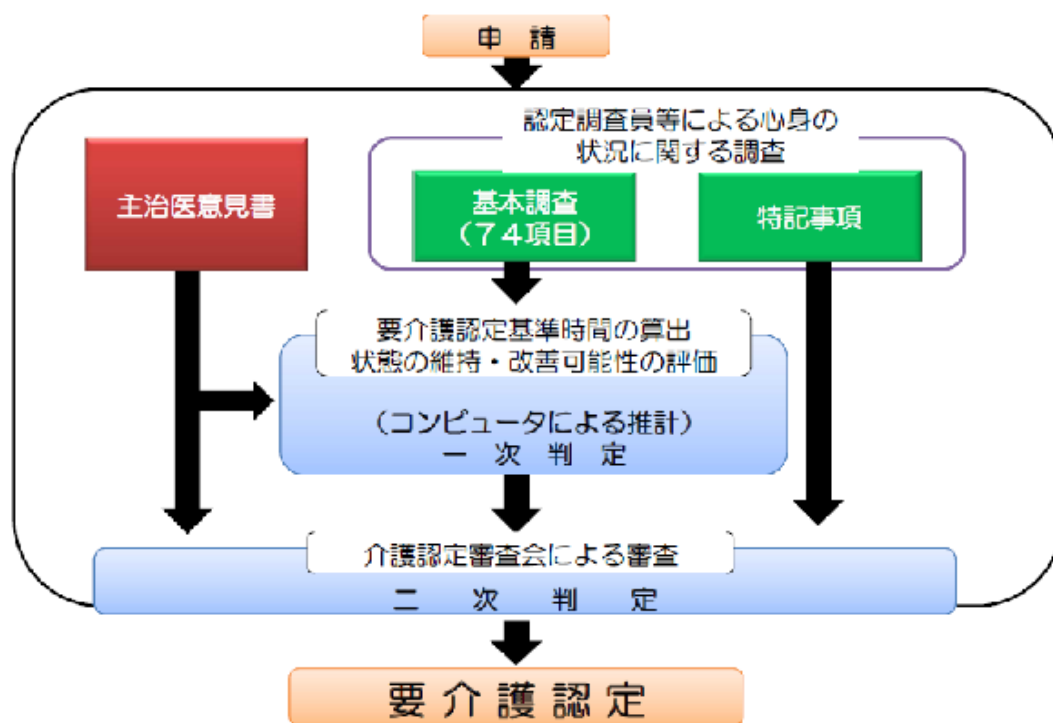
- 40～64歳（第2号被保険者）については、各医療保険者を通じて保険料を徴収。
- 全国ベースで第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算し、これを各医療保険者が被保険者数に応じて納付する仕組み。



## 介護サービスの利用の手続き



## 要介護認定の流れ

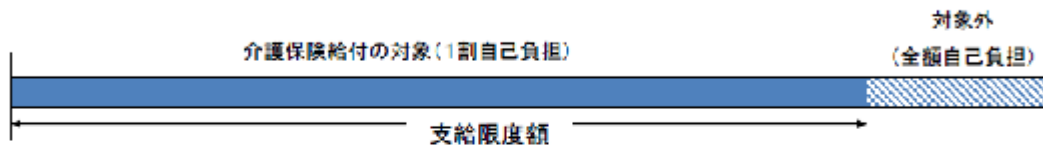


## 介護サービスの種類

<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>○地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>○複合型サービス</li> </ul>	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定福祉用具販売</li> </ul> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> </ul> <p>◎居宅介護支援</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○通所介護（デイサービス）</li> <li>○通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○短期入所療養介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> </ul>	サービス 介護給付を行う
<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> </ul> <p>◎介護予防支援</p>	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> </ul> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> </ul> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防通所介護（デイサービス）</li> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> </ul>	サービス 予防給付を行う
市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	

## 区分支給限度基準額

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
- 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



- 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

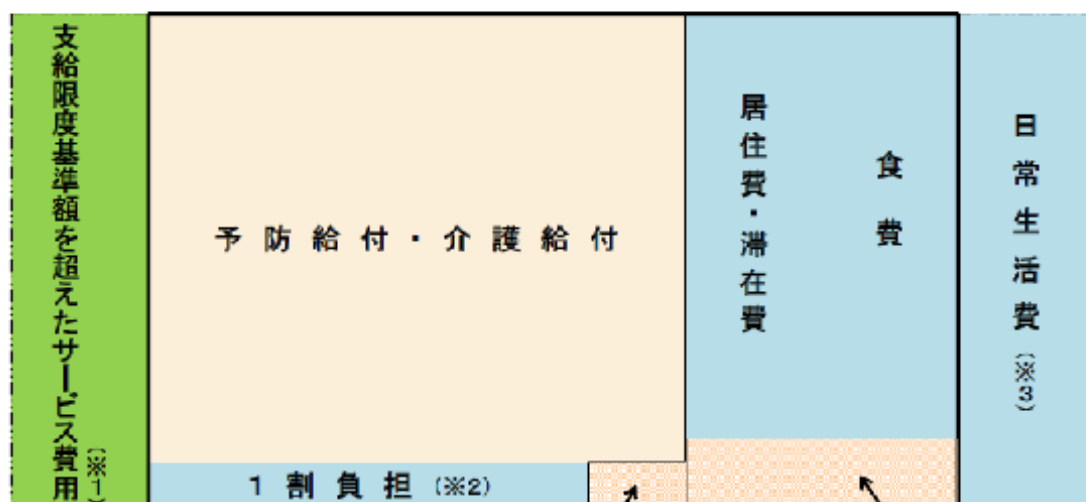
	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	49,700(円)	23,240(円)	46.8%
要支援2	104,000(円)	42,020(円)	40.4%
要介護1	165,800(円)	74,240(円)	44.8%
要介護2	194,800(円)	101,680(円)	52.2%
要介護3	267,500(円)	151,180(円)	56.5%
要介護4	308,000(円)	184,380(円)	60.3%
要介護5	358,300(円)	225,220(円)	62.9%

※ 平成24年介護給付費実態調査(4月調査分)を基に作成

(注)額は介護報酬の1単位を10円として計算。



## 利用者の自己負担



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。

※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。

※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。  
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

## 高額介護(介護予防)サービス費

月々の介護サービス費の1割の負担額が世帯合計(個人)で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

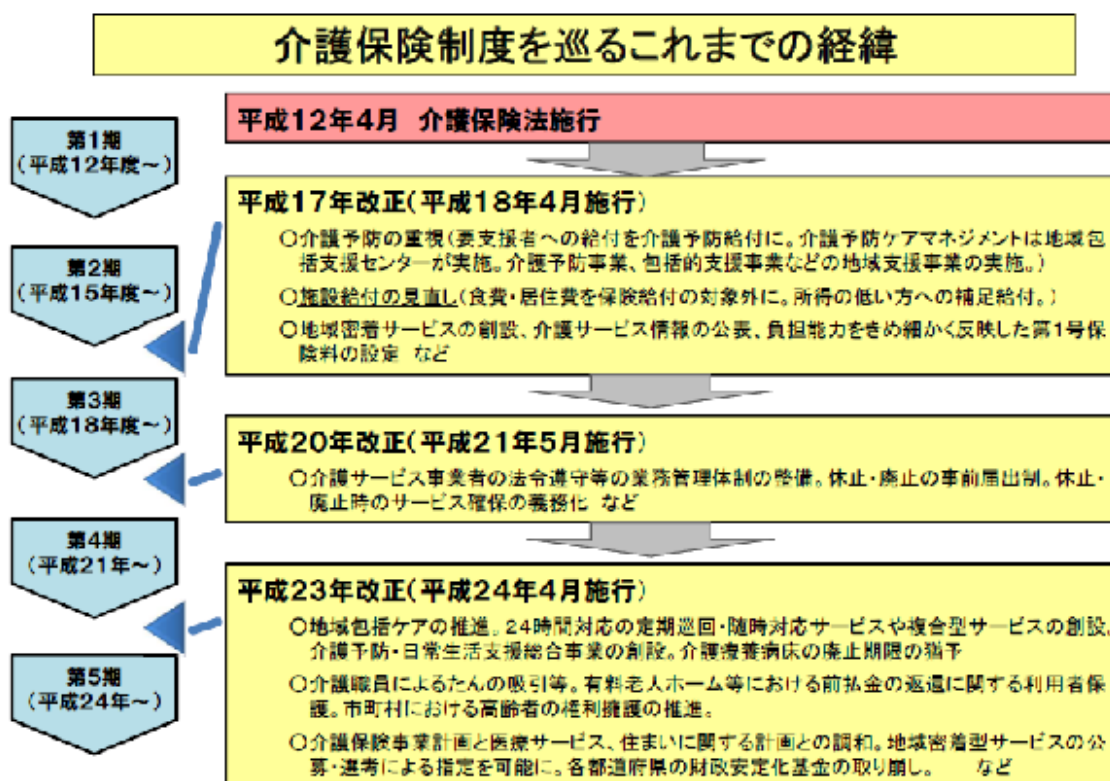
所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者	①個人15,000円
	②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	②世帯15,000円 ③世帯24,600円
	③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額+合計所得金額]が30万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	上記のいずれに該当しない者	世帯37,200円

### 個人の高額介護(介護予防)サービス費の支給

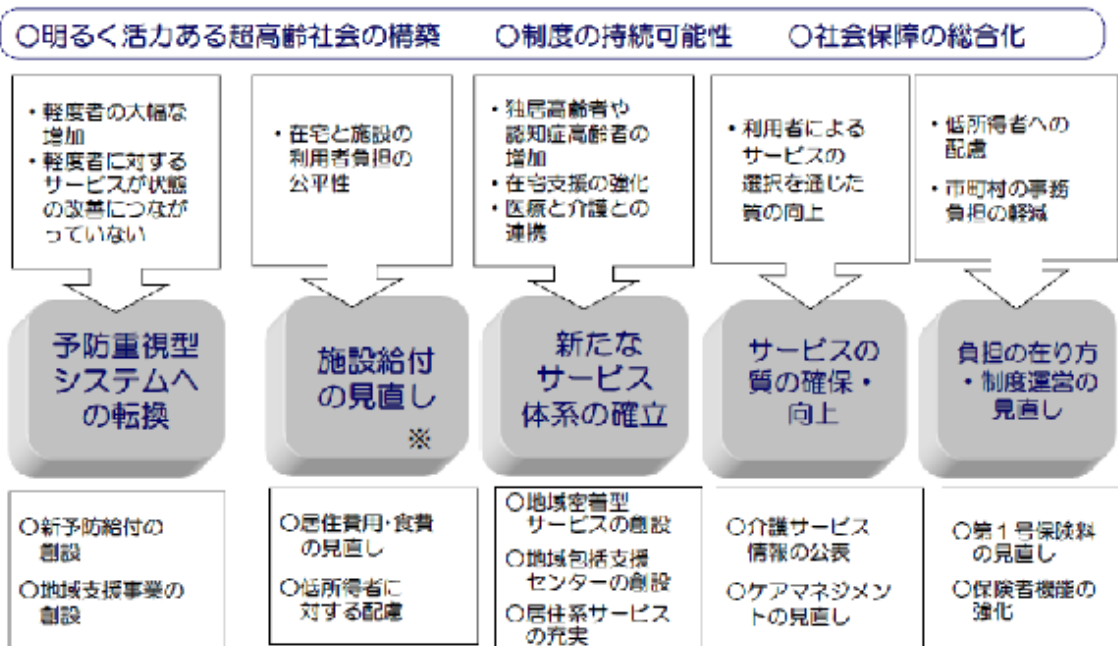
(利用者負担世帯合算額 - 世帯の上限額) ×  $\frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$

※上記計算の結果、個人単位の負担上限額を超える場合は、負担が15,000円になるように適用される。

### 3. 介護保険制度のこれまでの改正



#### 平成17年介護保険制度改革の基本的な視点と主な内容



※平成17年10月施行。他の改正については平成18年4月施行。

**平成23年介護保険法改正の概要**  
 (介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

**1 医療と介護の連携の強化等**

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)

**2 介護人材の確保とサービスの質の向上**

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

**3 高齢者の住まいの整備等**

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。  
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給が促進(高齢者住まい法の改正)

**4 認知症対策の推進**

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利保護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

**5 保険者による主体的な取組の推進**

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

**6 保険料の上昇の緩和**

- 各都道府県の財政安定化基金を取り直し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

## 4. 介護保険制度の現状と今後

### 介護保険制度の実施状況

**① 65歳以上被保険者数の推移**

・65歳以上の被保険者数は、制度開始時から約821万人(38%)増加。

	2000年4月末	2012年4月末
被保険者数	2,165万人	2,986万人

(出典) 介護保険事業状況報告

※2012年4月末には、福祉町、富岡町、人形町は含まれていない。

**② 要介護(要支援)認定者数の推移**

・要介護認定を受けている者は、制度開始時から約315万人(144%)増加。

	2000年4月末	2012年4月末
認定者数	218万人	533万人

(出典) 介護保険事業状況報告

※2012年4月末には、福栄町、高岡町、大沢町は含まれていない。

**③ 要介護(要支援)認定の申請件数**

・要介護認定の申請件数は、13年で約254万件(94%)増加

(注) 2001年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたこと、2011年から区分変更認定及び更新認定で要介護と要支援をまたいだ場合の有効期間を最大1年としたことにより、申請件数の伸びは鈍化している。

	2000年度	2012年度
申請件数	269万件	523万件

(出典) 介護保険総合データベース (平成25年6月19日集計時点)

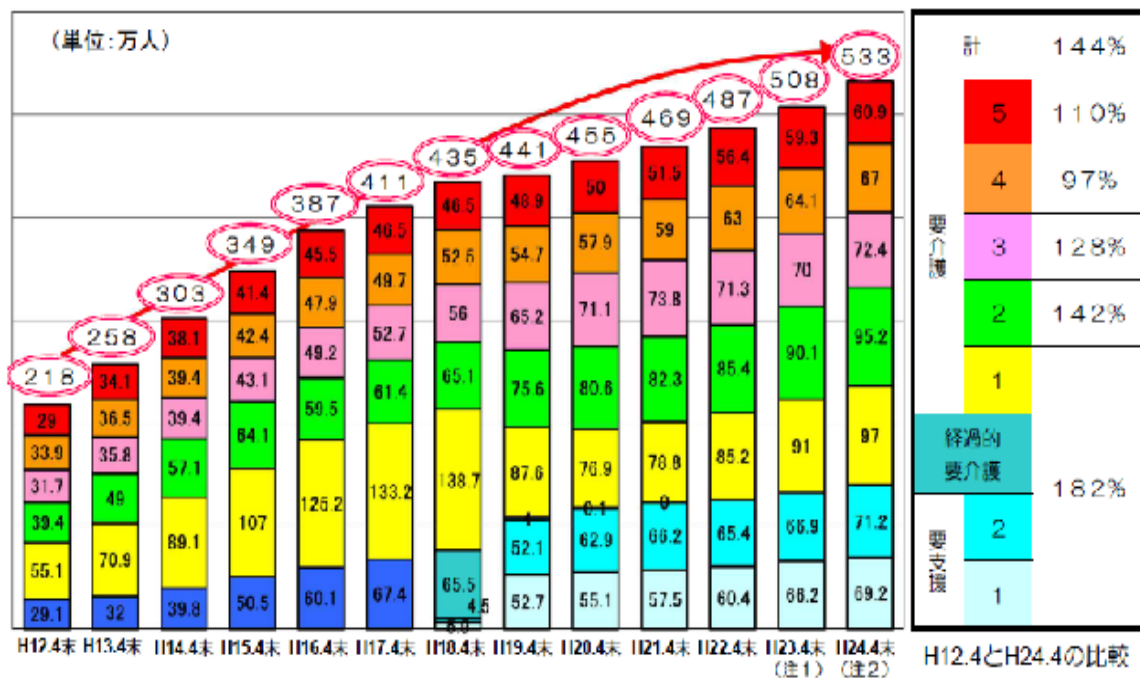
## 介護保険制度は3年が1サイクル

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される。（3年度を通じた同一の保険料）

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料
2000年度 2001年度 2002年度	第一期	3.6兆円 4.6兆円 5.2兆円	} 2,911円 (全国平均)
2003年度 2004年度 2005年度	第二期	5.7兆円 6.2兆円 6.4兆円	
2006年度 2007年度 2008年度	第三期	6.4兆円 6.7兆円 6.9兆円	
2009年度 2010年度 2011年度	第四期	7.4兆円 7.8兆円 8.2兆円	} 4,160円 (全国平均)
2012年度 2013年度 2014年度	第五期	8.9兆円 9.4兆円 ?	

※2011年度までは実績である。2012～2013年は予算ベースである。

## 要介護度別認定者数の推移



- 要支援
- 要支援1
- 要支援2
- 経過的
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

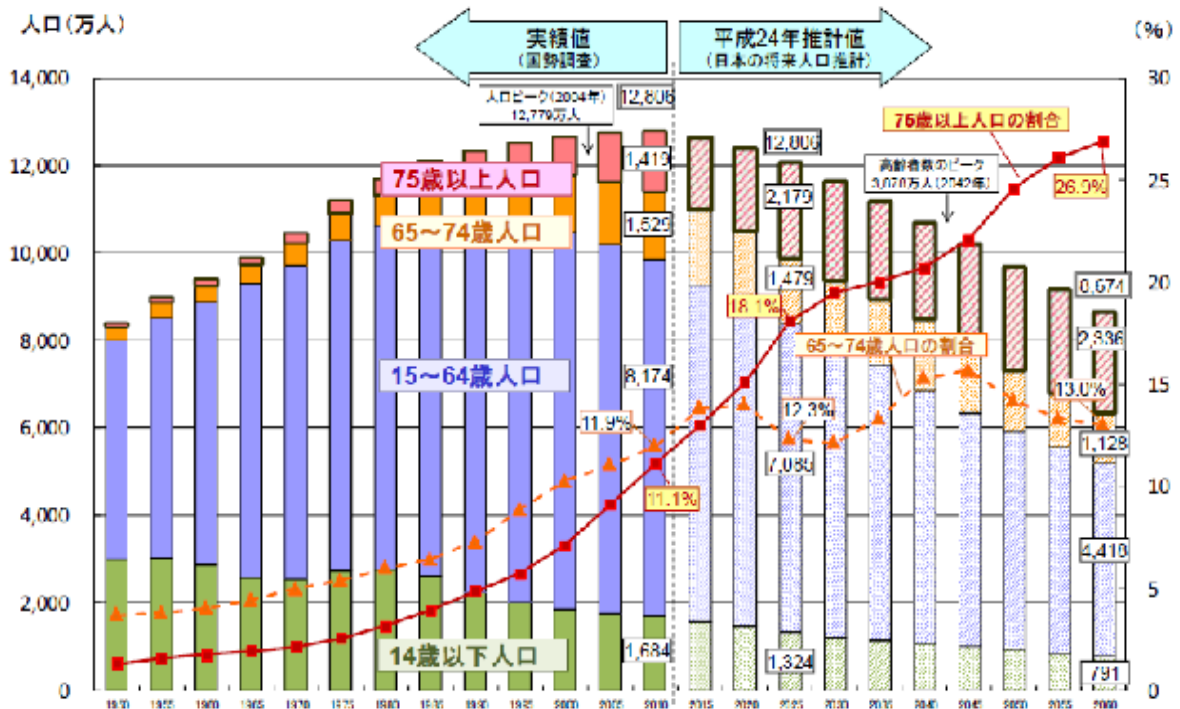
(出典:介護保険事業状況報告)

注1) 陸前高田市、大船町、女川町、豊浜町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2) 楢葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。



## 75歳以上の高齢者数の急速な増加

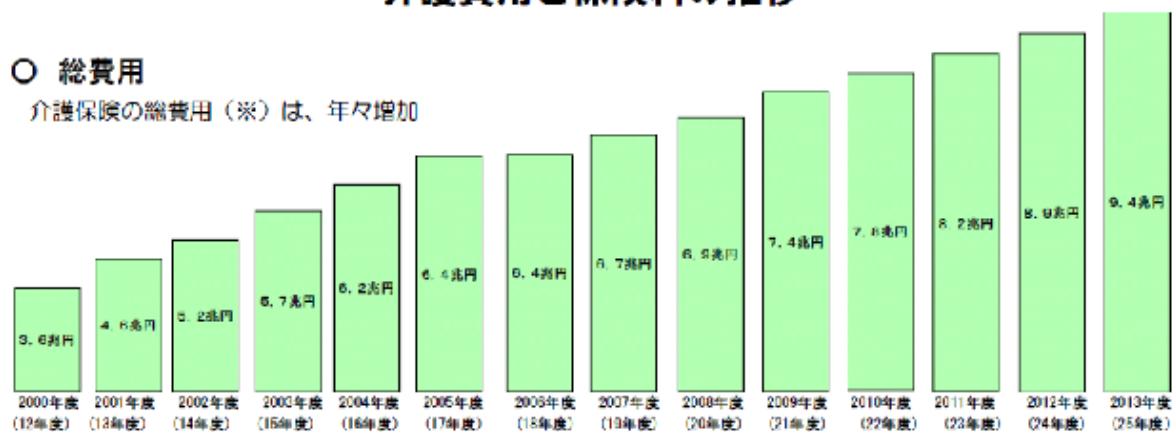


(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計」  
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

## 介護費用と保険料の推移

### ○ 総費用

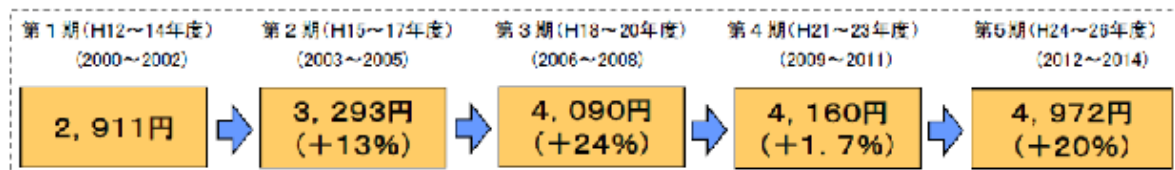
介護保険の総費用(※)は、年々増加



(注) 2000~2011年度は実績、2012~2013年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

### ○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕

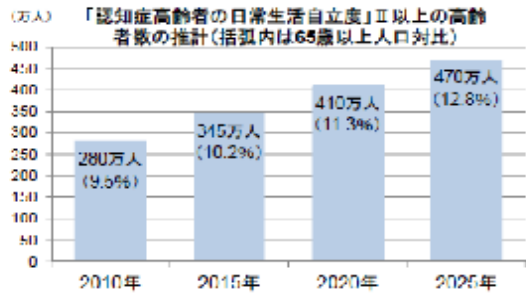


## 今後の介護保険をとりまく状況について

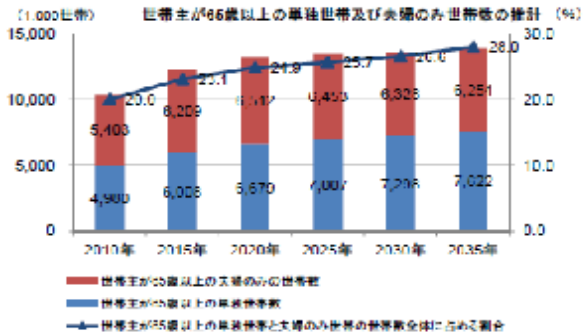
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2066年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,355万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,628万人(29.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.0%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が66歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

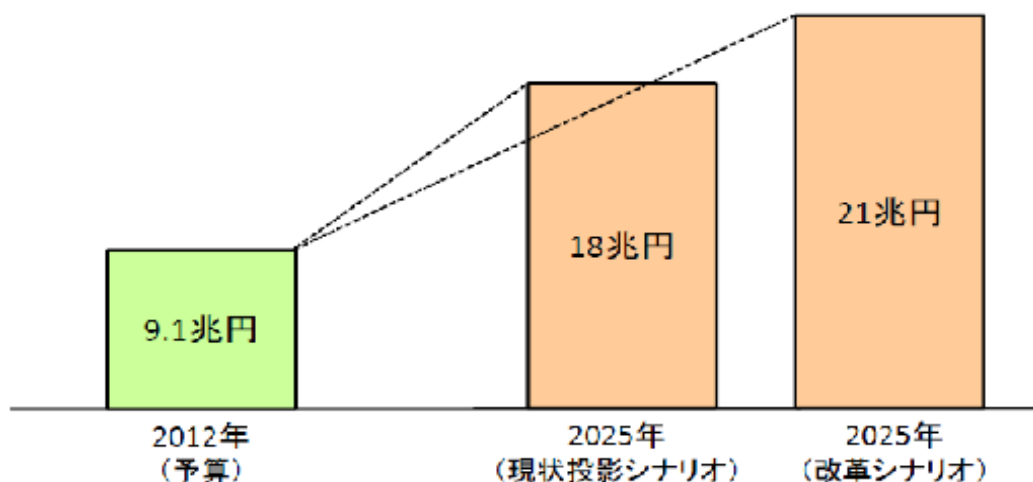


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	高知県	山形県	全国
2010年<>は割合	58.9万人<8.2%>	58.5万人<9.1%>	79.4万人<8.8%>	84.3万人<9.5%>	86.0万人<8.9%>	123.4万人<9.1%>		25.4万人<14.9%>	11.9万人<18.6%>	18.1万人<15.5%>	1419.4万人<11.1%>
2025年<>は割合( )は倍率	117.7万人<18.8%>(2.00倍)	108.2万人<18.1%>(1.92倍)	148.5万人<18.5%>(1.87倍)	152.8万人<18.2%>(1.81倍)	118.6万人<15.9%>(1.77倍)	197.7万人<15.0%>(1.60倍)		29.5万人<19.4%>(1.16倍)	13.7万人<22.1%>(1.15倍)	20.7万人<20.8%>(1.16倍)	2178.8万人<18.1%>(1.53倍)

## 介護費用の見通し

現在約9兆円の費用が2025年には約20兆円に



※ 医療の費用は41兆円(2012年)から61~62兆円程度(2025年)になる。

(資料) 社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)をもとに作成  
(注) 介護費用には、地域支援事業に係る費用を含む。

## 參考資料

- 1.日本厚生労働省醫政局、保険局及老人保健局全球資訊網  
<http://www.mhlw.go.jp/>；檢視時間：2013年10月
- 2.東京都庁全球資訊網  
<http://www.metro.tokyo.jp/> 檢視時間：2013年10月
- 3.小野俊樹(2000)，厚生労働省の組織の概要について，厚生，8(22-25)。  
日本：厚生雑誌。
- 4.厚生雑誌社編集部(2001a)特集，新省庁再編---厚生労働省の始まりに向けて，  
厚生，1(11-22)，日本：厚生雑誌。
- 6.厚生雑誌社編集部(2001b)平成13年版厚生労働省の組織の概要，  
厚生，10(8-20)，日本：厚生雑誌。
- 7.本多滝夫 (2001)社會福祉基礎構造改革社會と福祉行政組織の変容。社會保障法，  
16:55~77。日本：日本社會保障法學會
- 8.峯潔(2004)福祉行政における都道府縣の役割とは—市町村から見た都道府 縣。  
月刊自治研，46(537)，68~73。日本：自治研中央推進委員會
- 9.江尻行男，2000。介護ビジネス戦略--主として在宅介護サービス関連企業に関連  
して，社會福祉研究室
- 10.江尻行男，2003b。福祉マーケティング—主として在宅介護サービス企業のビ  
ジネス展開に関連して新マーケティング情報論(城田吉孝、河辺匡一郎、玉木徹  
志編)，199-217
- 11.増田雅暢 2006「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織にお  
ける政策形成過程の事例」，季刊・社會保障 Vol.37 No.1，44-58
- 12.田近栄治 菊池 潤 「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改  
善効果の検討--」<財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」  
>March-2006
- 13.全労働者：「雇用動向調査(平成18年)」，「介護職員+ホームヘルパー：事業所  
における介護労働実態調査，(2008年7月介護労働安定センター)」
- 14.厚生労働白書 平成24年版