

出國報告（出國類別：考察）

日本介護保險制度之重要運作與變革

服務機關：衛生福利部 社會保險司

姓名職稱：朱日僑 簡任視察

派赴國家：日本

出國期間：2014年10月27日至11月5日

報告日期：2015年1月30日

摘要

台灣從現在起的 10 年後的 2025 年老年人口預期將逾 20.1 %，進入超高齡社會 (Super Aged Society)；因此，為因應人口的急速老化，加強吸取與蒐集先進國家辦理長期照顧保險制度的發展經驗，瞭解辦理過程中發生的問題與解決對策，提供所需要的資訊，作為我國規劃長期照顧保險制度因應的參考。爰規劃前往最老且長壽的日本，瞭解神奈川縣、其所屬橫濱市與海老名市「市町村」規劃介護保險的組織與制度運作，附近的機構(施設)照護與「輔具(福祉用具)」的制度規劃與服務概況。

日本規劃國民日常生活自立支援照顧服務的基礎，乃是源於依據 1989 年「高齡者保健福祉推動 10 年戰略」(黃金計畫，Gold Plan)，開始於各市町村建構中學學區化的社區居家照顧支援中心，大幅度擴充在宅居家(訪問)照護、日間照護中心服務人員與事業所等，加強推動老人福利服務。其後，在 2000 年至 2004 年間的「黃金計畫 21」政策方向，確立推動支援失智症(認知症)老人充實社區生活支援體系等，成為日本開辦介護保險服務的基石。自 1994 年推動介護保險，採多元保險人的制度設計。依據厚生勞動省 2014 年(平成 26 年 4 月 5 日)統計，全國有 1,718 個市町村(保險人)。除介護保險法與其施行法、施行令、施行規則外，尚包括其他相關法系，如高齡者居住法、確保高齡者居住安定法、高齡者生活支援法、身體障害者福祉法(含精神衛生法、精神薄弱者福祉等)、福祉用具法、社會福祉法(規範福祉事業體、知能障礙者福祉及生活保護等，2006 年修法要求地方政府制定地域福祉保健計畫，說明該地區存在的問題與解決方案等)、高年齡者雇用安定法等，相當複雜。日本介護保險制度的特色之一，在於中央規劃制度，而由地方自治體自訂營運計畫，將長照服務權責下放到地方，此項作法合乎福利分攤原則，充分落實「在地老化」(Aging in Place)的照護社區化理念相符。日本在居家社區式的介護給付，提供包括 13 項介護輔具之租賃金給付。提供 5 項輔具每年 10 萬日圓限額的購買金給付，以及居家照護住宅 20

萬日圓支付限額計有 6 項之修繕給付(均採保險對象先自付全額，再申請核退 9 成，亦即自行負擔比例 1 成)。機構(施設)介護服務類型超過有 10 種以上，其中介護保險提供的給付有三種，介護療養型醫療機構(慢性病院)，平均要介護的程度 3.89、介護老人保健機構(護理之家)平均要介護的程度 3.32、介護老人福祉機構(特別養護老人之家)平均要介護的程度 3.43~4.42 等。

日本自 2000 年 4 月開辦介護保險制度後，以每 3 年為一週期進行量出為入的滾動式制度檢討，至今要介護(要支援)人數至 218 萬人增為 564 萬人(2.6 倍)。開辦初期要介護人數使用率 68%，13 年後增至 82%；介護職員人數 10 年來增長 2.43 倍；保險總費用支出亦已超出初期 2 倍。故於 2015 年 1 月決定介護報酬向下調降 2.27%，活用消費稅增加的財源，調增介護職員月薪 1 萬 2,000 日圓，並確保失智症者地區支援策略等。至今保險對象保險費月額急速增長約為 2 倍，已逼近 5 千日圓(折合台幣約 1,350 元)以上，估計 2025 年第 9 期保險費可能突破 8,200 日圓(約 2.8 倍，折合台幣 2,214 元)，因此，規劃保險財務的健全與否，實為制度發展的長期重大挑戰之一。政府亦已決定將自 2015 年 8 月起，65 歲以上年收入 160 萬日圓以上，或單身 280 萬日圓、或夫婦 359 萬日圓年收入所得以上者，保險對象負擔費用自付比例將調升為自付 2 成(保險給付核退比例亦相對同步調降為 8 成)。同時，民間早已有許多國民發出聲音，期待日本政府修正介護保險法，能夠將 40 歲以下的民眾也納入介護保險制度的保障，仍有待我們進一步的關注。縱使日本政府規劃介護保險制度起步甚早，自 1997 年完成立法，於 2000 年開辦至今，整體社區長照服務資源仍然準備不足，而造成不耐等候的現象，甚至因而對於介護福祉機構新收入所個案條件嚴格化由介護等級 2 提升至等級 3 予以機能重點化，調降支付標準等變革，均值得我們審慎規劃與借鏡；國家長照保險制度的規劃導入，乃是植基於全民對照顧服務的需求下，所建立市場服務品質競爭機制，不僅將國家、社會、家庭與個人的照顧責任予以重新界定，同時，亦轉向於公共化的制度層面，而不變的是，「社區化」、「在地老化」仍是各國處理人口高齡化問題的重要原則。

目 次

壹、目的-----	5
貳、過程-----	6
參、心得與建議事項-----	43
肆、附錄-----	46

壹、目的：

依據國家發展委員會(2015)報告指出，我國已於 1993 年老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化 (Ageing) 社會；推估將於 2018 年超過 14%，成為高齡 (Aged) 社會；2025 年將再突破 20%，邁入超高齡 (Super-Aged) 社會，形成長壽高齡社會下，慢性疾病、身心功能障礙與失能人口的加速成長與照顧需求，勢必造成醫衛生醫療與社會福利支出的大幅度增加。另一方面，在「晚進早出」的人口結構，伴隨家庭少子化(2013 年總生育率 1.065)所造成的社會衝擊，自 2016 年工作人口數(15-64 歲)預期將開始反轉、發生老年人口大於幼年人口的勞動力下滑現象，因此，我國應儘速思考如何減輕人口老化對於的社會經濟負荷，與家庭照顧者的負擔，建構高齡化社會完善之長照體系與保險制度，已成為當急要務。

此次規劃以日本神奈川縣附近海老名市、橫濱市、秦野市等多個具代表性之市町村保險人、老人醫療照護機構、福祉用具機構為訪問機構及主題如下：

- 一、瞭解機構(設施)照護提供服務的情形與發展-參訪海老名綜合病院、海老名醫療廣場(Medical Plaza)、海老名醫療支援中心(療養院)、Azalea(介護老人保健)、Chez-Moi(特別養護老人)、JMA 海老名訪問看護ステーション。
- 二、瞭解市町村保險人海老名市健康福祉部(市役所)、橫濱市介護健康福祉局部保險課的制度規劃與運作。
- 三、瞭解都道府縣級的縣級組織-神奈川縣保健福祉局福祉部對於市町村保險人的支援協助制度規劃與運作。
- 四、瞭解民間福祉用具機構的服務提供-參訪 KATAKURI 福祉用具秦野市維護中心-Azbil 安心照護支援股份有限公司。
- 五、瞭解介護保險服務提供者介護福祉士、保險對象家庭照顧者對於服務的感受。

貳、過程

一、參訪行程表

No	日期	行程內容
1	10/27 星期一	台北-東京(羽田機場)
		社會醫療法人 海老名綜合病院 出席人員：鄭義弘 理事長、森康昭 理事、大友利昭 課長代理、坂元了子 副院長、近藤栄樹 管理部部長、恩田美紀 看護部副部長
2	10/28 星期二	海老名メディカルプラザ(海老名醫療廣場) 出席人員：山内喜一郎 病院長、近藤栄樹 管理部部長
		海老名メディカルサポートセンター(海老名醫療支援中心) 出席人員：上野美恵子 副院長兼看護部長、濱咲高 醫療技術部主任
3	10/29 星期三	介護老人保健施設アゼリア 出席人員：依田幸子 部長、松村聡 部長代理、相川浩一 科長
		特別養護老人ホーム シェ・モア(Chez-moi) 出席人員：萩原玲子 施設長、
4	10/30 星期四	神奈川県保健福祉局 出席人員：莊田俊夫 福祉部 高齢社會課課長、齊藤栄一副 主幹、鈴木信之 介護保險課長代理、金高久美子 主査
		海老名市保健福祉部 出席人員：横山丘明 部長、小澤孝夫 參事兼高齢介護課長、涉谷麻美 主任主事、山本聡一 主幹兼係長、萩原明美 係長、荒井保 係長
4	10/30 星期四	横浜市健康福祉局 出席人員：細川哲志 高齢健康福祉部部長、星信行 介護保險課長、堀内俊幸 高齢在宅支援課長、武井和弘 高齢施設課長、赤澤俊之 介護事業指導課長、久保田彰人 高齢施設整備擔當課長
		KATAKURI 福祉用具秦野維護中心-Azbi1 安心照護支援有限公司 出席人員：山本尚人 責任人/福祉用具專門相談員
5	10/31 星期五	JMA 海老名訪問看護ステーション(JMA 海老名居家護理中心) 出席人員：鄭義弘 理事長、森康昭 理事、坂元了子 副院長、恩田美紀 看護部 副部長、若松智穗 看護科科長
6	11/ 1 星期六	專訪介護保險照顧服務員
		專訪介護保險家庭照顧者

二、參訪機構

本次主要參訪地點的資訊分述如下：日本全國分為 47 個一級行政區：1 都（東京都）、1 道（北海道）、2 府（大阪府、京都府）、43 縣，其下再設立市、町、村。2014 年(平成 26 年 4 月 5 日)全日本 1,718 市町村數，本次參訪的日本神奈川縣位於本州島關東地區，人口數約 910 萬人，僅次於東京都，縣內有 33 個市町村。海老名市人口數約 13 萬 9 人，近年來已成為東京都(相距 50 公里)、橫濱市(相距 20 公里)兩個都市的通勤衛星城市，也是一個都市住宅與農業綠地共存的城市。橫濱市則是神奈川縣的縣廳（行政中樞）所在地，人口數約 371 萬人，也是最多人口的市級行政區。秦野市位於神奈川縣中西部，為其面積第 4 大的城市。

(一)海老名綜合醫院

1.簡介：海老名綜合醫院是創立於 1983 年 9 月，建物地上 5 層・地下 1 層，員工數為 758 名，病床數有 469 床。具備內科、外科、婦科、兒科、整形外科、腦神經外科、泌尿科、腎臟內科、呼吸內、麻醉科、放射線科、復健科、齒科・齒科口腔外科、急救部、心臟血管中心（循環內科、心臟血管外科）、糖尿病中心產婦中心、人工關節・關節炎中心等近 20 多個診療科，占床率 80%~85%。

2.任務目標：海老名綜合醫院是神奈川縣中央地區的急性醫療網絡核心機構，負責包含海老名市為主的鄰近的座間市、綾瀨市等機構支援，主要為進行 30 幾萬人急性期醫療的地區醫療支援醫院¹。並於 2008 年取得縣內地區醫療支援醫院的認可資格，並也是培育醫師與多數醫療人員的教育機構。基本理念為「在仁愛精神之下，以大家共同思考的醫療為目的」，價值觀為「和您一起創造明天的幸福」，而揭示 4 個願景：分別為(1)提供高品質急性期醫療。(2)基本的診療是急救醫

¹按日本配合國家「總合確保方針」，都道府縣與市町村為確保醫療・介護一體性之新型財政支援制度」，依據「醫療法」第30條之4第14項的規定，制定地區醫療計畫，對未來病床數需要成長的構想，2014年10月1日引進病床機能(急性期、亞急性期、回復期等)報告制度。

療，主軸是 4 種疾病(癌症、心肌梗塞、腦中風、糖尿病)、5 種事業(急救醫療、周產期醫療、小兒急救醫療、災害醫療、偏遠地區醫療)。(3)用醫療·教育貢獻地區。4、實現健全及安定的醫院經營。

3.地區支援中心：市町村成立之「地區(包括)支援中心」²是執行地區住民保健·福祉·醫療提升、防止虐待、介護預防管理的總合性機構，提供住民健康，維持生活安定必要支援，減輕「要介護」狀態或防止惡化之必要。依據厚生勞動部規定，65 歲以上的人口每 3,000 人~6,000 人，市町村須設置保健師(或是護理人員)、主任介護支援專門員(照管專員)、社會福祉士(社工師)各配置 1 名為基準，運用各自的專業領域互相合作及執行業務，提供諮詢與協助市町村指定介護預防·日常生活支援總合事業·地域支援事業所的機構(服務據點)，並非直接提供照護與收住等服務。政府期待配合中學學區分別設置地區支援中心。亦可委託外部的民間事業者(醫療法人和社會福祉法人等)營運。海老名市現有 6 所中學，也有設置 6 間地區支援中心。對於要支援、身體虛弱的特定高齡者，市町村以每年 3%介護總費用提供介護保險預防給付，惟介護預防費用高漲年成長率 5-6%，自 2015 年第 6 期計畫，介護預防居家(訪問)介護與通所(往返/日照)機構介護移轉至地區支援事業提供服務，亦即併入市町村預防介護的地區支援照顧系統(地域密著型介護事業)統籌提供相關服務措施，實施營養與用藥指導、口腔機能向上與體能改善、認知症預防與服務支援等。

4.介護服務：依據日本「健康保險法」第 55 條規定，醫療保險與介護保險之兩者間項目是不可以重複(如復健及居家護理)給付。居家照護機構在介護保險制度中，協助利用者擬定照護計畫時，扮演很重要的角色。介護支援專門員不僅因介護保險而使用服務，同時可對於需要者提供保險給付以外的服務進行介紹與調整

²按日本「日常生活自立支援」即平成19年前稱「地域福祉權利擁護事業」。「社會福祉法」第 109-111 條，都道府縣之社會福祉協議會依地區規模設立民間組織，執行地區社會福祉之推進，同法第 81 條得委由市町村辦理，設有「專門員」協助申請人簽署利用援助契約，「生活支援員」則為提供案主具體援助的人。而後，市町村所成立的「地區支援中心」係依據 2005 年「介護保險」第 115 條之 38、第 115 條之 39 規定。

等。保險給付以外的服務包括照護計程車、居家按摩、居家理髮美容³(限於剪髮)、志工等，凡為促進被照護者生活自立的目的是，而儘可能納入照護計畫中。

5.程序：居家照護(訪問看護)服務的對象是認定要介護1~要介護5的居民。要支援1和要支援2的輕度者是無法成為居家照護對象，必要時可以利用每週1~2次程度的居家訪問介護。雖然附近的有的介護事業所沒有提供24小時的服務(機構數量很少)，但是，假日晚上如有必要服務，也可以按照需求由介護支源專門員介紹(圖1)，提供有夜間巡迴服務的居家(訪問)介護事業所。介護保險申請程序(圖2)。要照護的認定對象是65歲以上的第1號被保險人與40歲至64歲的第2號被保險人為對象。第2號被保險人因為老化原因產生的16種類特定疾病⁴

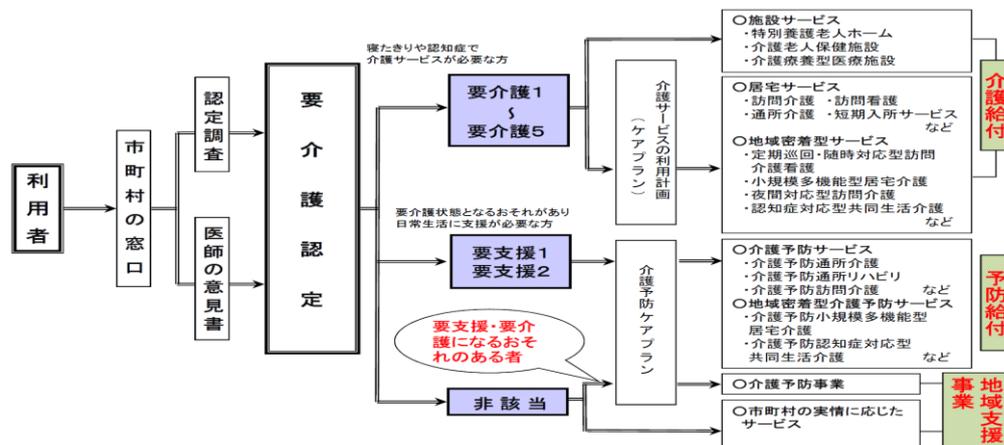


圖1 介護保險利用服務流程

資料來源：厚生勞動部(2014)

³按日本「日常生活自立支援」即「地域福祉權利擁護事業」。「社會福祉法」第109-111條，都道府縣之社會福祉協議會依地區規模設立民間組織，執行地區社會福祉之推進，同法第81條得委由市町村辦理，設有「專門員」協助申請人簽署利用援助契約，「生活支援員」則為提供案主具體援助的人。

⁴按16種特定疾病，和年紀增長老化原因有關係的疾病可能性要介護的16種特定疾病。包括：1、癌症末期(2006年新增，指餘命未滿6個月的癌症。)；2、關節疼痛；3、筋萎縮性側索硬化症；4、後縱韌帶骨化症；5、伴隨骨折的骨質疏鬆症；6、邁入老年期的認知症；7、帕金森氏相關連疾患(進行性核上性麻痺、大腦皮質基底核變性症以及帕金森氏病)；8、脊髓小腦變性症；9、脊柱管狹窄症；10、早老症；11、多系統萎縮症；12、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症以及糖尿病性神經障害；13、腦血管疾患；14、閉塞性動脈硬化症；15、慢性閉塞性肺疾患；16、兩側的膝關節或股關節伴隨嚴重變形的變形性關節症。

而有必要照護的情況時，才可以申請要介護認定。如果只是因為交通事故而形成要介護的情況時，則不在要介護的認定範圍。本人與家屬可透過市政府或者地區支援中心提出申請，尋求協助派員評估服務，除會經過第一次電腦判定等級外，還會由保健・醫療・福祉的專家組成「介護認定審查會」(第二次判定)。要介護認定的架構(圖 3)。

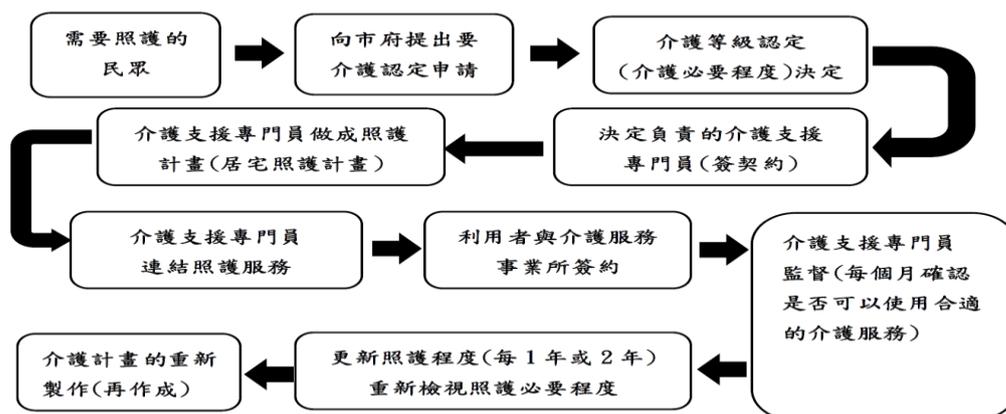


圖 2 介護保險申請程序與利用服務流程

資料來源：作者自製

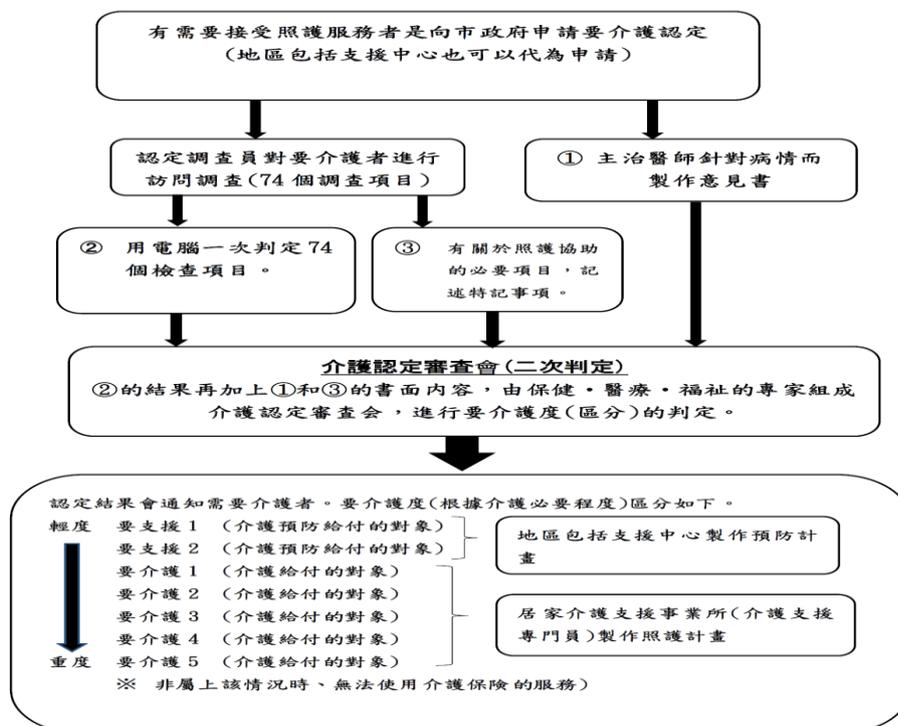


圖 3 介護保險要介護認定的架構

資料來源：作者自製

(二)海老名醫療廣場-海老名メディカルサポートセンター

1.海老名醫療廣場創立於 2005 年 2 月，正職員工數 62 名、兼職員工 70 名，計約 132 名。以「和各位共同思考的醫療」、「地區完結型的醫療合作」為營運方針，包括有 43 間診察室的高機能型診療所(門診中心)。並充實外來機能，建構病患和家人能安心看診的新型診療所為目標。如果往返醫院困難的情況時，也可進行居家訪問診療，如果有必要入院治療的情況時會與海老名總合醫院、海老名醫療支援中心合作，提供符合各地區需求的醫療服務提供。

2.基本理念：主要是由『「大家的想法」所連結而成的結晶』，基本理念中的「大家」，包含病患和職員及當地居民；如果職員幸福的話，將可以提供更好的醫療。因此，為落實持續基本理念，則包含 2 種意涵，(1)是身為組織以維持繼續可能的狀態，(2)是持續和地區居民(包括員工)之間的聯繫，其中亦包括和其他醫療設施之間圓滑性合作，以建構安心接受醫療之體制。診療科包括內科、外科、小兒科、呼吸器內科、整形外科、形成外科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻喉科、呼吸器內科、神經內科、放射線科、消化器內科、血液內科、糖尿病中心。



社會醫療法人海老名總合病院鄭義弘理事長兼院長(左二)、森康昭理事(左一)暨會議交流情形

(三)海老名醫療支援中心(療養院)-海老名メディカルサポートセンター

1.簡介：海老名醫療支援中心為提供一或多數人都可以不要生病以及在病後進行良好的療養生活，以醫療為基礎所進行支援的機構。診療科包括內科、漢方、神經外科、美容外科、美容皮膚科、復健科、人工透析等，病床數為 117 床。事業概要包括：外來醫療・健康服務包括：內科、外來腦神經支援、美容醫療中心、健康支援中心、精油 SPA；慢性期住院醫療(療養病棟、回復期復健病棟)、慢性期外來醫療(人工透析室、外來復健中心)、在宅介護事業(居家健康照護事業部、居家介護支援事業所、訪問看護事業所、訪問介護事業所、輔具租借・販賣事業所、地區支援中心(總合性諮詢窗口機能))；其他(高度醫療機器共同利用事業(CT、MRI))。醫療型療養病棟，總病床數有 77 床(6 樓 39 床，7 樓 38 床)，主有成員有包括醫師、護士、看護助理、物理治療師(PT，理學療法士)、職能治療師(OT，作業療法士)、營養士、社會福祉士等各種專業的職員，

2.任務：海老名醫療支援中心服務對象，係針對①度過急性期而長時間繼續治療、管理為目的的病棟。②以轉移至自己居住習慣的住家和下一個療養場所為目的。③配合患者本身自身能力而提供能在日常生活中功能訓練、看護、介護。另外一方面，在針對住院病患方面，主要有①根據本院住院的判定基準，而會在判定會議中決定。②居家介護(包含看護)很困難的情況也會根據判定基準，而也有可能入住。③居家介護以減輕家人的介護疲勞為目的短期入住。④有關住院期間會因為病情，而有個別差異，但是以 6 個月為住院標準。而主要的住院流程有包括首先跟醫療機構・設施・家人進行諮詢，而後再請病患提供醫生意見書(診療資訊提供書)・ADL 表等，之後會在醫療支援中心舉行住院判定會議，以決定是否可以入院，並將入院結果和家人面談之後，而進行住院(轉入院)程序。一般交通接送服務實施地區(以車程 20~30 分的距離)接送支援鄰近地區的範圍，包括海老名市、綾瀨市、座間市、寒川町等全部地區與大和市的櫻森及其他部分地區，採取擴大地區支援服務規模的方式運作(表 1)。

表 1 海老名醫療支援中心鄰近地區的支援範圍

一般交通接送服務實施地區	
海老名市	全部地區
綾瀨市	全部地區
座間市	全部地區
寒川町	全部地區
大和市	櫻森
藤澤市	用田、獺郷、打戻、菖蒲沢、葛原
厚木市	中町、旭町、泉町、幸町、寿町、東町、厚木町、元町、南町、岡田
相模原市	磯部、新戸、相武台、相武台団地、新磯野、相模台、相模台團地、櫻台
茅ヶ崎市	下寺尾、芹澤、行谷、みずき(MIZUKI)

資料來源：作者自製

3.費用：有關醫療費用方面可以分為一個月的醫療費用(未含稅)12萬~16萬日圓以，及每天病房費用(未稅)4,200~4,500日圓。自2006年10月1日開始，入住療養病床的高齡者住院時的餐費負擔額變動，重新增加新的住宿費(水電費)根據健康保險法等的规定，入住療養病床的70歲以上(包含65歲以上的老人醫療接受對象)的餐費負擔額度1餐由260日圓改變為1餐420~460日圓，而重新追加新的住宿費(水電費)，除領取老年福祉年金者與重症等免負擔住宿費外，其餘1天自付320日圓。有些民眾以加入醫療保險保險(老人健保是由居住所在地的市町村)所發行的減額認定證明及被保險人憑證向醫療機構窗口提出申請減免。65歲以上高齡者入住療養病床所負擔高齡者餐費的金額有包括餐費(相當於食材費用和料理費用，每月大約4.2萬日圓)和住宿費(每月大約1萬日圓，與負擔水電費)。此外，依照低所得情況可減少負擔額度，如低所得者Ⅱ(住民稅非課稅家庭)約減免3萬日圓、低所得者Ⅰ(年金領取者80萬日圓以下等)約減免2.2萬日圓、而低所得者Ⅰ(老齡福祉年金領取者)約減免1萬日圓。另外，可以依照病

況及治療內容而減輕負擔額度，如有關住院醫療必要性高的病患的負擔⁵和現行餐費的負擔金額相同的負擔額度。另外，有關未滿 70 歲的高額療養費係向醫療機構繳納自我負擔額部分之後，向所加入保險人申請，因超過自我負擔限度額的金額，將由保險人支付。自 2007 年 4 月 1 日開始，未滿 70 歲的民眾入住時，因為可向保險人申請取得「限度額適用認定證明」，向醫療機構提示證明文件後，付給醫療機構的金額是「自己負擔的限度額」。

(四)介護老人保健施設アゼリア(Azalea)

1.任務：介護老人保健施設(機構)運用與海老名綜合醫院合併的優勢，是以結合提供醫療・介護服務並回歸家庭為目的。透過日常生活照護為主所進行的復健、休閒娛樂，並讓使用者能夠早日回到家庭，以求提升身體機能以及精神安定。入住期間通常為 3~6 個月，但是，依照家人的希望而也有能夠延長的情況，並也有希望短期間・集中復健的人入住。家人如因疾病、休養等各種理由而有家庭看護・介護一時困難的情況時，也可以短時間利用介護老人保健機構。另透過復健、入浴、用餐、休閒等來維持身體機能，以減輕家人的介護負擔。

2.連結服務：使用者如有需要介護老人保健機構服務時，可以自己去尋找，由保險人提供公開的服務資訊系統，協助使用者作成自我決定的準備。另外，亦可先入住，同時同步繼續尋找服務，也可以先接受出院的協助，在家繼續尋找服務時，也可以尋求居家介護支援專門員的協助。另外，倘若使用者想要使用介護老人保健施設時，可先連絡諮詢窗口的支援相談員並參觀，表達目前所需要的醫療性・照護性援助內容，以及今後的生活中對於自身和家人的期待・希望」後，準備必要的書面文件(主治醫師的診斷書、以及能夠客觀記載目前身心功能狀態如 ADL 的情況)而提出申請。接受申請之後，介護老人保健施設機構會依據醫生・護士・介護士・復健治療師・營養師・支援相談員的各種職種共同判斷的內容為依據，而

⁵診療報酬的醫療區分 2 或者是 3 的病患(人工呼吸器、需要中心靜脈營養注射等的病患和脊椎損傷(四肢麻痺狀態)、重症等的病患等)、回復期復健病房住院費用、住院天數 14 天以內期間相關診療所老人醫療管理費或者是計算短期住院手術基本費用 2 之患者。

決定是否可以使用設施，並沒有規定入住的優先順序，而是依據需要接受服務的緊急性及其他原因而決定。使用輪椅者也可以利用機構交通接送的服務，尋求物理治療、職能治療人員於居家(訪問)服務時進行專業性復健，並在所居住的場所裡獲得日常生活所需要的身體機能・體力。也可依照身體狀況也可以進行住宅改修諮詢・介護協助方法的相關指導。

(五)特別養護老人ホーム シェ・モア(介護老人福祉機構，Chez-moi)

1.簡介：Chez-moi 介護老人福祉機構（特別養護老人之家）於 2006 年 10 月成立，設置主體係屬社會福祉法人照護網絡，在法文的意思表示「我的家」的意涵。可容納入居 60 名全日住宿，20 名短期收容，南側與 2 樓中庭設有菜園，作為康復訓練活動，2 樓中央地區的中庭設置菜園，在南側庭園中可以和鄰近保育園的兒童們共同栽培時季蔬菜。房間以花、鳥命名便於失智記憶，設置附加廁所的個人房，以確保能夠保障個人隱私以及提供公共空間來充實個人生活。建築物包括地上 3 層建築，1 樓 20 間個人房、食堂・2 處客廳、談話室、洗衣間、浴室、復健房、志工室、調理室、相談室、事務室及其他)；2、3 樓設計類似，分別包括 30 間個人房、食堂、3 處客廳、談話室、洗衣間、浴室等，惟 2 樓多設置醫務室、菜園中庭。主要收住照顧需要持續介護，家庭護理困難、失智者可以入住機構內，利用飲食、入浴、排便等日常生活協助、功能訓練、健康管理等服務。

2.申請程序：首先向各市町村提出申請要介護認定，並在 1 樓的服務處填寫申請書後預約面試，面試時提出診斷書，在面試中確認申請書內容及使用者現在狀況，由入住檢討委員會將入住申請書、面試內容分數化之後，並由醫師・護士・介護士・營養士・相談員舉行入住審查會進行判定有空床時的通知入住優先順位。倘若想要申請短期入住、介護預防短期入住，使用者須先與各市町村負責的介護支援專門員討論、預約面試時間，由相談員針對本人狀況及家庭情況進行詢問面試後，判定是否可以入住，惟介護保險限度額內使用天數有上限。其次、短期預約開始日是由 2 個月前的月初開始進行預約。依據 2014 年 9 月短期入所的

利用天數，3天以內占全體的31%，而4天以上7天以內的為51%，而8天以上為14%。另外，機構(施設)入住服務採用個人房組成的單元型照護，以每10床個人房附設一間客廳的設計，提供個人房的私人空間與能夠在客廳活動的社會性互動。使用者自己能夠自由設計生活，若有日常生活不方便的情況，單元型的職員會代替家人來進行生活照護。尤其在短期入住、介護預防短期入住的情況，可延續居家生活的短期入住，並以減輕照護者的負擔、旅行、婚喪喜慶等各種理由，便可以使用2天1夜，尤其可以利用入、退住時的交通接送服務。目前 Chez-moi 特別養護老人院的入住對象為「要介護1」以上者，每月住宿費用18~19萬日圓(自付1成負擔、餐費、住宿費等)。

3. 入院排序：依據機構申請者中，必要性高的優先，入住標準包括(1)需要介護程度；(2)介護者狀況(考慮被介護者身體·社會性狀況)；(3)特別事項(居住地、入住希望者或保證人的住所)，將入住的各種因素分數化而作成先後順序決定；如出現同分時，以年齡高者優先入住，並經由入住檢討委員會判斷前述以外的因素，以決定優先順位。如果還有其他優先情況，則採用(1)市町村的措施進行入住委託與緊急入住的委託；(2)從該機構(施設)至醫院住院或出院後；(3)再入住者；(4)其他被判斷有緊急性等其他事項。入住地順序依：海老名市、綾瀨市、座間市、厚木市、大和市、寒川町、藤沢市等為入住順序。

4. 特殊事項：介護老人福祉機構(特別養護老人之家)是生活設施，有困難提供給需要特別醫療者。也有可能拒絕失智症者入住。有關胃瘻管插管提供營養等醫療處置，有必要入住者，將視機構情況也可能很難提供入住。一旦申請者拒絕已排定入住順序的情況，則在下次申請入住時，將會扣分，並且會變更入住順序。如過有(1)有虛偽記載入住申請書的內容，會被拒絕入。(2)希望入住者的身體狀況、失智症情況、需要介護程度與申請時點，有所變動時(包括改善、惡化的情況)。(3)介護者的情況和入住申請時的情況有所變動的情況。(4)入住其他特別養護老人院時，而發生要取消原本機構的入住申請。以上須與相談員連絡討論。

(六)JMA 海老名訪問看護中心(居家介護為主)

-JMA 海老名訪問看護ステーション

- 1.簡介：凡具有介護保險、介護預防、醫療保險、職災保險的人，與要介護認定需要支援 1・2、需要介護 1～5 程度的人，可以使用 JMA 海老名訪問看護中心。如果不是以上情況，而有醫師開立的居家護理(訪問看護)・復健的診斷書(指示書)時，也可以使用醫療保險。由於設有 24 小時電話連絡與能夠緊急居家(訪問)介護的體制，所以可以支援居家安心療養。也有 24 小時電話連絡(保險報酬)，加入 24 小時醫療保險連絡處理體制；有加入緊急訪問看護之介護保險服務。2 支手機作為緊急連絡用使用。管理者和職員攜帶手機而應對緊急情況連絡。夜間・假日互相交換持有。亦經常處理使用者・家屬等打電話，而被要求提供看護相關意見的時，必要時而可以用緊急訪問看護的體制(介護保險原則上是沒有計畫性的緊急訪問，除了增加服務以外，計算所規定的服務數量、內容，向使用者說明以取得同意。)，同時，也須在獲得使用者同意的情況下執行計畫。24 小時的服務對象，也是在事前說明協調後，獲得使用者同意後進行。
- 2.服務項目：主要包括觀察病況・一般狀態、健康諮詢、擦拭・入浴介護協助、居家氧氣的管理、人工呼吸器管理、營養指導、服藥管理、臨終期看護、各種病歷管理與復健、醫療福祉之間的合作等。
- 3.特殊條件需求：聽取介護保險使用者・家人的需求，而希望增加緊急訪問看護的情況，可依據特定醫師的指示，有必要發行訪問看護指示書，增加在照護計畫裡。使用訪問看護的對象，是醫療保險所有年齡都有可能使用，但是，經介護認定要支援・要介護為原則時，才能使用介護保險。因為收到訪問看護指示書的使用者急性惡化、癌症末期、出院之後等，在經過數次判斷後有必要訪問看護時，而交給指示書。另外，指示書的有效期限，限於依據特別指示相關診療日開始的 14 天以內，每個月一次交付。但如有使用插管的人、真皮的褥瘡的人，最多可能每個月提出兩次。



套房內無障礙固定廁所 輪椅可靠近的專用淋浴區 移動式無障礙廁所



專門自動洗澡機系列(一)



專門自動洗澡機系列(二)

2. 小規模多機能型居家照護地區密集型的服務，是支援居家生活的重要方案。照顧式混合經濟是各國推動老人照顧的範例，而日本照顧服務有朝民營化發展趨勢。日本對於地區「指定居家服務事業者及指定居家照護支援事業者」之規定，容許公司或 NPO 法人方式申請設立，申請加入成為照護服務提供者；而醫療法人可以透過執行營業項目的變更經營照護服務，需接受都道府縣及國民健康保險團體聯合會的指導與服務品質監督。政府對於各市町村發展地區生活自立照顧資源緩慢的問題，逐步將都道府縣指定居家照護支援事業者的權力移轉由市町村逕行指定(2018 年前完成)，且市町村可自行向在地民間尋找指定優質私營機構，納入指定的事業體提供居家照護。

(七)神奈川縣保健福祉局(福祉部)

1. 組織分工：神奈川縣保健福祉局福祉部包括：地區福祉科(地區福祉措施政策)、高齡社會科(高齡者介護預防、失智症對策、社會參與)、高齡施設科(高齡者福祉設施整備、營運指導)、介護保險科(介護保險事業者指定・指導監督等)、障礙福祉科(身心障礙者社會參與・地區生活支援)、身心障礙服務科(縣立身心障礙福祉設施營運指導、身心障礙者自立支援法相關事業者指定、民間身心障礙者福祉設施營運指導以及整備等)、生活援護科(生活保護、遊民自立支援、生活援護・自立支援、戰死者遺族・戰傷病者援護)。尤其以神奈川縣保健福祉局福祉部的地區福祉科為例，包括：(1)調整團體，主要在推動無障礙街道、縣共同募金會等之間的聯絡調整、社會福祉法人的認可・指導監查、特例民法法人的轉移等；(2)地區福祉團體，主要推動地區福祉支援計畫的推動、民生委員・兒童委員相關事宜、福祉服務使用者支援・權利擁護的推動、福祉人材培育・確保對策的推動、介護支援專門員的登錄・研習、指定訪問介護員培育研習。

2. 服務目標方針：依據 2014 年度健康福祉局的營運方針中指出的基本目標：，(1)今日的安心：針對今日生活抱持不安的民眾，提供迅速且積極地處理，而對於日常生活中所發生各種不安及課題，提供適當且柔軟的處理方式。

(2)明日的安心：推動為讓民眾能夠安心度過明日生活的相關所有措施政策、確實推動新的中期計劃所揭示的保健·醫療·福祉措施政策。

(3)邁向將來的安心：建構邁向健康長壽日本第一，並因應超高齡社會，而能實際感覺「聯繫」的福祉社會，並和地區市民共同推動持續可能提供服務和能安心生活的造鎮計畫。

因此，針對為達上述的目標所實施的政策措施，包括：推動地區福祉保健、推動高齡者保健福祉(地區包括照護)、推動身心障礙者設施之策略、生活基盤的安定和支援自立、確保與充實地區醫療體制、支援健康且安全·安心的生活。

3.提供介護服務資源類型：

(1)都道府縣、政令市、核心都市所指定(開設許可)服務



神奈川縣廳會談交流與致贈保健福祉局福祉部高齡社會課 莊田俊夫課長(右圖一)感謝禮

甲、居家服務

居家(訪問)服務	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、 訪問復健、居家療養管理指導
日照機構服務	通所(往返)介護、通所(往返)復健
短期入住服務	短期入住生活介護、短期入住療養介護
	特定施設(機構)入住者生活介護、輔具租借、特定輔具販賣

乙、居家介護支援

A 設施服務：介護老人福祉設施(特養)、介護老人保健設施、介護療養醫療施設

B 介護預防服務

居家(訪問)服務	介護預防訪問介護、介護預防訪問入浴介護、介護預防訪問看護、介護預防訪問復健、介護預防居家療養管理指導
日照機構服務	介護預防日照機構(往返)介護、介護預防日照機構(往返)復健
短期入住服務	介護預防短期入住生活介護、介護預防短期入住療養介護 介護預防特定施設(機構)入住者生活介護、介護預防輔具租借、特定輔具販賣

(2)市町村所指定服務

甲、地區密集型服務：定期巡迴・隨時對應型居家(訪問)介護看護、夜間對應型訪問介護、失智症對應型機構介護、小規模多機能型(25 人以下)居家介護、失智症對應型共同生活介護、地區密集型特定施設(機構)入住者生活介護、地區密集型介護老人福祉機構(特養，29 人以下)入住者生活介護、複合型服務。

乙、地區密集型介護預防支援服務：介護預防失智症對應型機構介護、介護預防小規模多機能型居家介護、介護預防失智症對應型共同生活介護。

丙、住宅改修/輔具支給限度額

A. 居家服務等區分支給限度基準額：僅適用居家服務、地區密集型服務為對象，不適用居家療養管理指導、特定施設(機構)入住者生活介護、特定輔具販賣、失智症對應型共同生活介護(除短期使用以外)、地區密集型特定施設入住者生活介護、地區密集型介護老人施設入住者生活介護。

a. 基本公式：(支給限度基準額)*(地區加給)=〇〇日圓(1 日圓未滿四捨五入)

b. 海老名(5 級地)加給：訪問介護 10.42 日圓/單位、機構介護 10.27 日圓/單位

c. 居家介護(介護預防)輔具購入費支給限度基準額：10 萬日圓(同一年度，意即

保險給付 9 成、指 9 萬日圓，自付 1 萬日圓。)

d.居家介護(介護預防)住宅改修費支給限度基準額：20 萬日圓(同一住宅·同一對象，意即保險給付 9 成、指 18 萬日圓，自付 2 萬日圓。)

B.介護預防服務等區分支給限度基準額：僅適用介護預防服務·地區密集型介護預防，不適用介護預防居家療養管理指導、介護預防特定施設入住者生活介護、特定介護預防輔具販賣、失智症對應型共同生活介護(除短期利用以外)。

a.依照需要支援程度平均一個月(月初~月底)的介護報酬的單位數所設定

b.地區密集型服務：使需要介護狀態的高齡者，儘可能在所居住的自家或者是社區裡持續生活，或需在鄰近的市町村提供服務。因此，市町村長依據需求指定地區密集型服務類型。

地區密集型服務類型	提供照護服務方式
定期巡迴·隨時對應型訪問介護看護	透過日間·夜間定期訪問和隨時處理
夜間對應型訪問介護	夜間定期巡迴和通報所實施訪問介護
(介護預防)失智症對應型機構介護	考慮失智症高齡者特性日間照護服務
(介護預防)小規模多機能型居家介護	在服務據點的日間照護服務、短時間住宿以及對居家的訪問介護
(介護服務)失智症對應型共同生活介護	失智症高齡者團體家屋的入住
地區密集型特定施設入住者生活介護	小規模介護專用型特定施設の入住
地區密集型介護老人福祉施設入住者生活介護	小規模的特別養護老人院的入住
複合型服務	複合小規模多機能型居家介護與訪問看護

4.介護服務資源概況：在 2013 年 3 月底，特別養護老人院入住收案人數是 30,736 人，如與 2000 年時點相比，人數大約增加 2.5 倍。病床由 1999 年底 12,450 床

增加為 30,736 床。2008 年 10 月 1 日時點，都道府縣 65 歲以上人口平均每 10 萬人的特別養護老人院的入住人數，在本縣為 1,248 床是全國第 46 名。神奈川縣主要設施整備狀況(表 2)。

表 2 神奈川縣主要設施整備狀況

機構類型(單位：床)	2000 年度(a)	2013 年 4 月 1 日(b)	成長率(b/a)
特別養護老人院	13,075	30,736	235.0%
介護老人保健設施	8,745	19,615	224.2%
介護療養型醫療設施	4,399	2,542	57.7%
失智症高齡者團體家屋	482	10,635	2,206.4%
短期入住生活介護事業	2,518	5,428	215.5%
收費老人院	6,995	36,837	526.6%
附設介護	-	30,140	-
住宅・健康型	-	6,697	-

※特養、老健、介護療養型是在各年度 4 月 1 日竣工・指定・開設為基準。

※2000 年度的失智症高齡者集團之家以及短期入住設施是在 2001 年 4 月 1 日指定為基準。

5. 服務延遲與等待：

(1)在 2012 年~2014 年度第 5 期的「神奈川高齡者保健福祉計畫」是以「實質解決等待入住者」為目標，為解決入住等待者的情況，在 2012 年~2014 年度的計畫期間中，設定推動機構整備 34,600 床的數值目標，惟實際整備僅達約 5,100 床(15%)。特別養護老人之家實質的等待入住者，排除預約入住申請等，設定需要介護 3 以上的人大約 4,200 人。整體特養入住等待者人數在 2012 年為 23,950 人，與 2000 年度介護保險制度開辦時相較 6,300 人等待者人數，大約已增為 3.8 倍。觀察等待入住者人數的變化來看，厚生勞動省在 1999 年 9 月的全國調查是 22,865 人，全國第 3 名。(第 1 名東京都:43,746 人，第 2 名兵庫縣:25,100 人)；以近 4 前年平均等待人數約 23,954 人。如果累計全日本等待人數可能多達 40~50 萬人以上，顯示機構收住的嚴重度有待調整，而輕度利用者回歸居家照護也有所不足。

(2)目前神奈川縣的在宅重度需要介護者(需要介護 4、5)的比例和全國相比大約

是 1.5 倍，情況算是較為嚴重，因此，很多在家生活困難，等待而無法入住特別養護老人之家生活重度需要介護高齡者，亟需重點強化調整入住機構要介護的功能順位，支持特別養護老人院的入住者限定以需要介護 3 程度上較為妥當。特別養護老人之家的整備無法順利的原因，主要在於本縣都市地區土地取得困難，難獲得附近鄰居的同意；再者，即使是在市區街道調整區域裡也有必要進行開發協議。即使開設，而確保介護人才也是挑戰，因為調降介護報酬，也有很多機構提到面臨營運困難的問題。特別養護老人之家本質上是針對居家有介護困難的重度需要介護者，提供專業性的介護服務，所以今後因應基本方向，應儘可能確實讓必要入住的民眾及早入住。而在各機構設施普遍有介護職員不足的問題，所以除須有確保充實介護職員的對策外，也向國家提出依照入住者重度化、介護保險設施結合醫療的因應措施進行檢討，與人員配置基準是否符合實際介護情況及改善報酬計算等。2015 年 1 月決定介護報酬向下調降 2.27% 等措施⁶。

6. 檢討進行方向：

(1) 為確保特別養護老人之家入住判定的公平性，必須留意在各市町村裡的特例(1、2 級)入住判斷基準條件不要有極大差異，而國家規範的具體要件或指引，不要造成地區建構居家服務提供體系設定條件的阻礙。從推動特別養護老人院的重點化觀點來看，以建構地區照護體系為目標，有必要實施充實在宅服務與確保要介護高齡者地區無障礙生活環境的基本條件。其次，為因應特別養護老人之家入住照顧需求較高利用者的改變情形，在施設內的「照護品質」與無障礙環境因應為重要課題。為更加強化照顧體制，特別在夜間・緊急護理(看護)體系等，有必要檢討扮演「最後的家」(臨終末期安寧緩和醫療照護)的整合性醫療照顧機制的作法。

(2) 從推動地區照顧系統的構想觀察，亦有必要持續強化介護老人保健施設(機構)的回歸居家支援機能・居家療養支援機能等(圖 4)。而為更加支援回到家庭的在宅

⁶厚生勞動部(2015)。塩崎大臣會見概要(平成 27 年度予算編成 大臣折衝について)。網址：<http://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/0000071033.html>。最後瀏覽日期：2015 年 1 月 20 日。

持續療養，而有必要以更多的介護老人保健施設來進行從入住時至回到居家療養時所進行一體性支援體系。離開介護老人保健施設時，對於又在短時間(7~14 天)內回到原來機構持續復與指導的案例，有某種程度存在必要。從提供有效率適切性照顧觀點來看，為更加確保實際成效，有必要檢討往後的措施。有關介護療養型醫療施設是負責擔任需要日常醫療照顧的需要介護高齡者長期療養，實施護理(看護)和臨終照顧服務會相對較多。而介護老人保健施設功能相同也必須同步實施持續檢討。

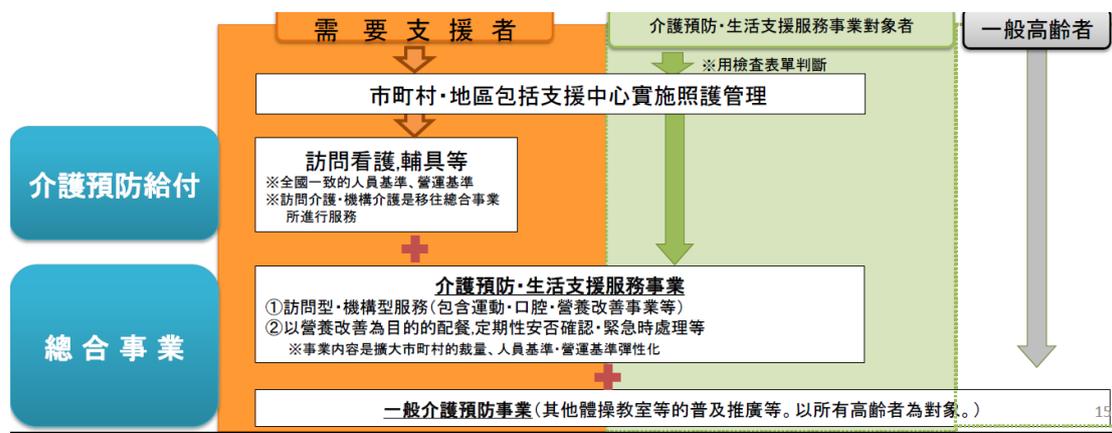


圖 4 日本地區照顧系統的構想

資料來源：厚生勞動部(2014)，介護保險制度の改正案について。

(3)在 2016 年，為提升普及在宅使用，擴充居家(訪問)介護、機構介護、居家(訪問)看護等，並為更加推廣定期巡迴・隨時對應服務和複合型服務、小規模多機能型(25 人以下)居家介護等服務質量，必須加強確保地區社區機構之間的合作關係，以及病床機能營運資訊的透明性，如市町村所指定・監督的地區密集型服務(29 人以下)與由少數人在生活場域裡提供密集型服務的小規模多機能型居家介護機構等。另自 2018 年 4 月開始，為強化保險人機能，屆時都道府縣會將居宅介護支援事業者的指定權限移轉至市町村(田中元，2014)。

(八)海老名保健福祉部(市役所-高齡介護課)

1.組織分工：高齡介護課主要隸屬於保健福祉部之市役所福祉事務所，組織包括高齡者支援股、介護保險股及介護認定股，並管理總合福祉會館、國分寺台照護

中心以及高齡者生活價值會館。高齡介護科底下的高齡者支援股主要業務為高齡者福祉相關工作、高齡者生存價值事業相關工作、提升敬老意識、總合福祉會館、國分寺台照護中心、高齡者生存價值會館相關管理工作。另外，介護保險股、介護認定股負責介護保險相關工作。主要服務時間為星期一～星期五 8：30～17：15 以及第 1・第 3 個星期六 8：30～12：00（窗口服務科・保險年金科・養育支援科・市民稅科・収納科・健康促進科・福祉總務科・身心障礙科・高齡介護科），而國定假日・星期日休息。



海老名市役所一樓服務大廳、服務樓層配置刊板 暨 橫山丘明 部長(右上圖)感謝禮

2. 海老名市介護保險(特定)負擔限度額認定制度，係在介護保險制度中針對低所得者採取按照所得收入，設定餐費⁷及住宿費⁸等自我負擔額度上限。尤其是設定使用者自我負擔金額為最高之負擔限制額度，剩下的費用差額部分是由介護保險給付負擔。如果在申請減輕負擔時，必須向市提出「負擔限度額認定書」。而目前在使用機構服務時的負擔金額包括(介護服務費用的 1 成、餐費全部、住宿費全部、日常生活費)；另在往返機構時的負擔金額包括(介護服務費用的 1 成、餐費全部、日常生活費)。為讓低所得者能夠容易使用機構服務，一定金額係由保險給付支付。低所得者自己負擔按照所得的負擔限度額(表 3)，而剩下的基準費金額(表 4)和差額的部分將由介護保險給付。

⁷餐費包括食材費用及料理費用(營養管理是保險給付對象)。

⁸機構的使用費用(相當於房租部分)及電費及水費。

表 3 海老名介護保險所得別住宿費與餐費負擔限度額

利用者負擔階段/負擔限度額			住宿費等負擔限度額(新台幣/元)				餐費負擔 限度額 新台幣/元
			單元型 個人房	單元型標 準個人房	從來型 個人房	多床房(二人 以上住同房)	
第 1 階 段	老年福祉年金領取者，家庭全員是市民稅非課稅者或者是生活救助領取者	日額	221	132	※132 (86)	0	81
		月額	6,750	4,050	4,050 (2,700)	0	2,700
第 2 階 段	家庭全員是市民稅非課稅以及合計所得金額和課稅年金收入額總額是新台幣 216,000 元以下	日額	221	132	※132 (113)	86	105
		月額	6,750	4,050	4,050 (3,510)	2,700	3,240
第 3 階 段	家庭全員是市民稅非課稅者，合計所得金額以及課稅年金收入金額的合計金額收入超過新台幣 216,000 元	日額	354	354	※354 (221)	86	176
		月額	13,500	10,800	10,800 (6750)	2,700	5,400

※匯率以 0.27 計算。在利用日間照顧機構(Day Service)・日照機構往返復健(Day Care)時的餐費，並非是負擔限度額認定的對象。

※()內的金額係表示利用介護老人福祉設施和短期入住生活介護情況時的負擔限度額。

表 4 老名介護保險住宿費與餐費標準費用金額

種類	區分	日額	附註(單位：新台幣/元)
住 宿 費	單元型個人房	532	
	單元型標準個人房	443	
	從來型個人房 ¹	443	介護老人福祉機構和短期機構入住的生活介護是 311 元。
	多床房(2 人以上居住同房)	86	
餐費		373	

※匯率以 0.27 計算。使用者負擔由機構和利用者契約決定。有規定標準的金額。

(九)橫濱市健康福祉局(高齡健康福祉部)

1.組織分工：橫濱市政府的高齡健康福祉部，重點組成單位包括：(1)介護保險課：要負責介護保險事業的企劃・營運，隸屬於健康福祉局高齡健康福祉部。(2)高齡健康福祉課：負責高齡者健康福祉措施的企劃・調整(高齡者保健福祉計畫、介護保險事業計畫)、高齡者生存價值措施策略；(3)高齡居家支援課：主要負責支援居家要支援護高齡者、介護預防、高齡者健康促進、支援居家服務事業者；

(4)高齡施設課：主要負責介護保險設施的整備助成、指定、營運指導・調整。惠風之家、名瀨之家負責營運養護老人之家。(5)介護事業指導課：主要負責住宅・地區密着型服務事業所指定・更新、指導・監查。

2.任務目標：依據日本每隔3年一期的檢討與修訂規則，自2015年開始至2017年為止的3年，橫濱市已制定「第6期高齡者保健福祉計畫・介護保險事業計畫」⁹。目標在於推動地區照顧系統的造鎮計畫、升保介護人才素質、確保適量服務品質、資訊公開。加強高齡者生存價值，加強培育健康・介護預防的措施；居家醫療・介護合作強化和充實服務、強化地區支援中心的功能、推動地區照顧會議；推動醫療需求因應和24小時能因應的地區密集型服務、推動小規模多機能型居家介護與訪問看護組合的複合型服務；強化確保負責居家醫療的醫療機構和介護之間的合作；充實生活支援服務、推動失智症的措施、政策、早期診斷因應的整備體制¹⁰。且將於第6期計畫期間預定提供在宅服務・地區密集型服務・機構服務服務估計的數量等完成規劃；自2015年開始預防給付是將轉移至地區支援事業，且居家介護、日照(通所)機構介護陸續實施。

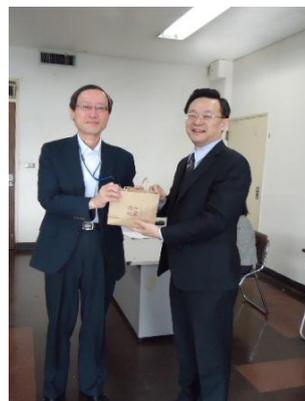
3.介護概況：

(1)橫濱市(神奈川縣首府，縣廳為行政中樞)人口約371萬人；2014年橫濱市65歲以上高齡者有83.6萬人，高齡化比率為22.5%，需要介護的認定比例約14.5萬人(占17.4%)，且多屬介護等級2。今後也逐漸進行少子高齡化，在2017年為89.5萬人(24.0%)，需要介護的認定比例估計將達19.1%。至2025年75歲以上後期高齡人口約為97.2萬人(26.1%)。在橫濱市內的高齡者大約是82.1萬人，而在當中的68.4萬人(83.3%)還沒有經過需要介護者認定，而在當中的55%的老年人口被認定為需要支援和對失智症進行必要介護。在2013年度實施的高齡者現況調查中，有大約5成(53.1%)的65歲以上的老年人希望「使用介護服務而且

⁹ 第6期計畫整合「老人福祉計畫」(老人福祉法)和「介護保險事業計畫」(介護保險法)所制定。

¹⁰ 整備12個月以內可能入住的特別養護老人院，維持有入住必要性・緊急性高的申請者大約在12個月以內能夠入住水準，一年內整備300床(2015~2020年度)。其次，短期住宿機構移轉和老舊施設將被併入在特別養護老人院的長期使用對策。

能在居家生活」。依據 2010 年橫濱市統計，男性平均壽命 80.29 年、健康壽命 70.93 年，男性需要照顧時間約為 10 年；女性平均壽命 86.79 年、74.14 年，女性需要照顧時間約為 12 年。



橫濱市役所會談與交流 暨致贈高齡健康福祉部 細川哲志部長(又圖左一)感謝禮



橫濱市高齡施設課武井和弘課長(左二)、高齡施設整備担当課久保田彰人課長(左三)、高齡在宅支援課堀内俊幸課長(左六)、介護保險課星信行課長(中)、介護事業指導課赤澤俊之課長(右六)

(2)依據 2013 年 10 月統計每月保費約為 5,000 日圓，2016 年 10 月預估將達 6,200 日圓，成長 24.0%，預估至 2025 年 10 月將成長至 9,100 日圓，與開辦時期每月保費相較增為 3 倍(表 6)。至 2013 年 1 月 1 日，橫濱市經過 6 年發展，已有 86 處小規模多機能型居家事業所。小規模多機能型(25 人)居家介護主要在一個事

業所內進行往返支援重症、失智與獨居需介護老人住家，並根據需要介護者的身心狀態所實施的居家(訪問)照顧與提供入所住宿服務等。目標在 2014 年底完成全市 150 個事業所持續整備，期在 2016 年 4 月前逐漸移轉至居家介護。



圖 5 小規模多機能型居家介護和居家(訪問)看護組合的複合型服務

資料來源：橫濱市第 6 期(2015-2017 年)高齡者保健福祉計畫·介護保險事業計畫。

表 5 2012-2017 年橫濱市介護保險各類型服務提供數量

服務種類(單位:人/月)		2012	2013	2014	第 6 期計畫期間			
					2015	2016	2017	
居家	在宅(訪問)介護	介護保險給付	39,400	40,700	41,700	36,700	31,700	33,000
		地區支援事業				6,200	12,400	12,400
		合計				42,900	44,100	45,400
	日照(通所)機構介護	介護保險給付	31,300	34,700	38,300	37,300	35,000	38,100
		地區支援事業				5,100	11,700	13,400
		合計				42,400	46,700	51,500
	訪問看護	10,800	11,800	13,100	14,700	16,400	18,200	
	日照(通所)機構往返復健	8,400	8,900	9,400	10,100	10,800	11,600	
	輔具租借	35,100	38,700	41,900	45,900	50,200	54,800	
	短期入住(短期住宿)	5,900	6,100	6,200	6,300	6,400	6,500	
特定設施(收費老人院等)	6,500	7,100	7,600	8,300	8,900	9,600		
地區密集	定期巡迴·隨時對應型訪問看護	30	200	400	600	800	1,000	
	小規模多機能型居家介護	1,300	1,600	1,900	2,300	2,600	3,100	
	失智症高齡者(group home)	4,400	4,500	4,600	4,600	4,700	4,900	
設施	特別養護老人院	12,200	12,600	13,200	13,500	13,800	14,100	
	介護老人保健設施	7,700	7,900	7,900	7,900	7,900	7,900	
	介護療養型醫療設施	800	700	700	700	700	700	

註 1：自 2015 年開始預防給付是將轉移至地區支援事業，且居家介護、日照(通所)機構介護陸續實施。

註 2：2016 年度開始也包含地區密集型服務的小規模機構往返介護事業所使用者在內。在宅服務是月平均人數、機構服務是每月平均使用者數。

資料來源：橫濱市第 6 期(2015-2017 年)高齡者保健福祉計畫·介護保險事業計畫。

表 6 橫濱市介護保險業務概況推估

	第 5 期 (2013 年 10 月)	第 6 期 (2016 年 10 月)		2025 年 (第 9 期) (2025 年 10 月)	
			成長率		
總人口	3,712,809 人	3731,378 人	0.5%	3,717,810 人	
第 1 號被保險人數	803,837 人	877,476 人	9.2%	946,892 人	
	65~74 歲	436,397 人	461,405 人	5.7%	381,065 人
	75 歲以上	367,440 人	416,071 人	13.2%	565,827 人
需要介護認定者人數	138,345 人	161,900 人	17.0%	228,784 人	
使用服務人數	112,306 人	130,083 人	15.8%	188,587 人	
年度給付費 (包含地區支援事業)	2,189 億日圓	2,616 億日圓	19.5%	3,980 億日圓	
保費(標準月額)	5,000 日圓	6,200 日圓	24.0%	9,100 日圓	



資料來源：橫濱市第 6 期(2015-2017 年)高齡者保健福祉計畫·介護保險事業計畫。

(十)Azbil 安心照護支援股份有限公司-秦野市福祉用具維護中心

1.簡介：Azbil 安心照護支援股份有限公司是 Azbil 集團之一，並在 2012 年 4 月經營整合健康福祉·介護領域相關服務的安全中心股份有限公司和山武照護網絡股份有限公司，提供 24 小時 365 天不間斷的服務。安心照護支援主要為運用人和人之間的溝通及獨特的技術，開發以高齡者為主的緊急通報服務(如無線射頻辨識系統,RFID)，提供居民照護服務。主要分為安心中心事業、介護服務事業和介護預防事業，而在安心中心事業中包括預防型緊急通報服務、手機版緊急通報服務、高齡者為對象之集合住宅用「緊急通報服務」、個人為主之緊急通報服務「居家護理師電話諮詢」、健康撥號 24、家族介護支援服務、特定保健指導、在宅醫療機器支援服務，而在介護服務事業中包括居家介護支援(製作照顧計畫書)、介護訪問(生活援助、身體介護、身心障礙者福祉服務)、機構往返介護(Day Service)、失智症對應型機構往返介護、失智症對應型共同生活介護(集團之家)、定期巡迴·隨時對應型居家庭(訪問)介護看護、輔具租借、特定輔具販賣。介護預防事業則強調為讓高齡者本人自我實現並預防·身心衰弱回復，並開設介

護預防教室。除了自費使用者外，凡通過要介護認定的人，介護支援專門員會依利用者的需要介紹輔具租借事業所，輔具租借與購買東西提供保險給付。



感謝山本尚人執行長(左圖)暨 Azbil 安心照護支援公司廠區消毒設備與輔具秦野維護中心

2. 輔具租借品目：①輪椅；②輪椅的附屬品(軟墊等)；③電動照護床；④電動照護床的附屬品(圍欄和床墊)；⑤預防褥瘡的墊子；⑥體位變換器(容易翻床的東西等)；⑦扶手；⑧斜板；⑨步行器；⑩拐杖(特殊拐杖)；⑪預防認知症所造成的徘徊遊蕩的感知機器；⑫移動用升降機等 12 種。再加上，要介護 4 和要介護 5 的重度(臥床等)情況，可以租借自動排泄處理裝置(排泄物和尿自動吸引的機器)。計 13 種。其中①②③④⑤⑥⑪⑫是輕度者(要支援 1、要支援 2、要介護 1)的人不能使用介護保險租借。因為輕度者是照護程度的必要性很低，如果使用的話反而會造成過度依賴、無法站立及步行。

3. 輔具購買品目：①簡易廁所(Portable Toilet)；②輔助入浴時的用具(在浴室內所使用的椅子和把手等)；③自動排泄處理裝置的交換零件；④簡易浴槽；⑤移動用升降機的吊具，等 5 類為介護保險給付的品目，保險給付 1 年補助至 9 萬日圓(自付 1 成)，由保險給付依實際需求認定。

4. 住宅改建裝修：接受要介護認定的住家裡，若設置把手和降低地板落差的裝修

等皆為保險給付的對象。對於需要介護者每一個人補助至 18 萬日圓範圍(自付 1 成)，由保險給付依實際需求認定。

5.申請介護事業的指定：向都道府縣提出申請文件的事業所，而有必要接受指定。與其他的照護服務(協助家事和日間照護、短期居留相同。輔具是借出時必須要確保衛生，使用後和借出前的輔具必須分開保管。其次，使用之後的輔具會進行洗淨和消毒，避免發生感染等而必須徹底的管理。再者，損害的零件和弄髒的零件等是因為會確實交換，即使是租借也可以借到如新品般的輔具。租借(借入)的情況是借出(入)業者從介護保險裡取得 9 成的給付、從使用者身上領取剩下 1 成的費用。其次，購買的情況是向市町村提出申請後，在獲得(許可)的業者裡購買的情況，也是和租借一樣，9 成是保險給付、1 成是由使用者負擔。未被指定(許可)的業者和店家裡購買的情況，全部費用先由使用者全部負擔後，再向市町村申請完成核准後，即可申請退還已付的 9 成負擔。但是，購買的對象是僅有上述的(4)-2.的購買對象(①~⑤)輔具。

6.KATAKURI 輔具秦野維護(Maintenance)中心：2009 年 12 月 1 日統合 KATAKURI 輔具城南工場和淵野邊工場，而以神奈川縣秦野市為主蛻變成輔具物流據點・新生維持中心。該中心有引進電動床和輪椅等最新設備，實施洗淨・消毒・維持，並提供下一位使用者可以安心使用狀態的 Just-in-time。在輔具的部分，主要為輪椅以及介護用床的輔具使用，以協助自立以及減輕家人的負擔，為致力於提供安全且安心的輔具而和輔具專門相談員及與中心作業員合作提供，提升輔具品質。服務包括：1.租借：為促進使用者能夠在居家自立生活，而提供相關的輔具。輔具的租借是要向使用者和其家人進行充分說明後進行租借程序。2.輔具的販賣：包括介護保險適用的腰掛馬桶座、入浴輔具等各種介護用品販售。3.售後服務：輔具的正確使用與否以及是否有問題，將由輔具專門相談員定期跟使用者訪問並確認，如果有必要修理或者是調整情況時，要當場處理，亦包括在租借使用後的輔具是在工廠嚴密管理下進行清掃及消毒，以提供使用者舒適・安全・安心。

(十一)訪談摘要

介護福祉士國家證照考試的照顧專業，係依據 1987 年 5 月 21 日「社會福祉士及介護福祉士法」規定所產生，1990 年實施。起初，照顧是由無證照的介護從業者擔任，經過多年介護服務後導入證照取得資格，有介護經驗（介護現場工作）3 年以上或從高中的福祉科（1,190 小時）畢業後，通過國家考試（包含筆試與術科）便取得證照。另一方面，從養成機關，包括專門學校、短期大學、大學（2、3、4 年均可，需 1,650 小時）畢業後直接取得證照。2007 年修正「社會福祉士及介護福祉士法」的義務規定，新增「誠實義務」與「資質提升之職責」，並修訂「聯繫合作」等規定（具體內容包括「維持個人尊嚴」、「支援自立」、「因應失智症等身心狀況的照顧」、「與其他服務相關者的聯繫合作」、「證照取得後仍須自我研修」等。）2012 年開始，更將居家服務員培訓研修第 1 級課程與介護職員基礎研修課程統一，再進階國家考試為介護福祉士。

厚生勞動部為確保各項因應介護人力不足的推動措施準備，2011 年所修正對於介護福祉士資格取得的要求，原定 2012 年實施(實務者完成 450 小時研修訓練時數、含抽痰等 50 小時)，已延後至 2015 年施行，惟人力仍然準備不及，現政府又宣布再順延 1 年至 2016 年施行(高野龍昭，2014)。

1. 專訪介護福祉士(甲)

- (1)對象：伊東 ○○ 先生
- (2)年齡：37 歲
- (3)工作年資：專職，9 年
- (4)服務單位類型：機構/醫療支援中心(療養院)
- (5)所在地域區分：海老名 5 級地(介護報酬單價：1 單位=10.27 日圓)
- (6)月薪收入：約 28 萬日圓(約折合台幣 7.56 萬元)。



專訪介護福祉士 伊東 ○○先生(左一)

(7)介護福祉士的應考/取得資格：

A. 早在 2000 年介護保險開辦前就已經開始運作，目前有取得證照者大約有 48 萬人，但僅有一半實際在職，另一半為潛在的介護福祉士)。

B. 起初，介護照顧是由無證照的介護從業者擔任，經過多年介護服務後導入證照取得資格。其後透過「居家服務員養成研修制度」將居家服務員(Home Helper)分為三個等級：第 3 級僅具有提供家事援助之資格，連一般簡單的身體照顧等都無法提供，自 2009 年 4 月開始，居家服務員培訓第 3 級研修課程結業者，已不列在介護報酬計算支付。第 2 級執行身體介護，較為大眾所需要最基本資格；而第 1 級為居家服務員 2 級再上一級的資格，擔任協調者及困難事例的介護，為取得主任居家服務員、高階居家服務員等的必備資格。職業訓練學校等亦可取得。至今，由於介護人力仍然相當不足，第 1 級、第 2 級的工作內容已沒有區別。估計到

C. 資格途徑有三：a. 學校完成一定時數教育，畢業後直接取得證照；b. 經高中修讀福祉相關的科目完成一定學分時數教育者；c. 從事 3 年以上介護實務工作經驗者。考照通過比例平均約 6 成。

(8)流動率：約 16%~20%。

(9)月繳保費：接近 5,000 日圓。

(10)工作實務經驗分享：

A. 目前日本厚生勞動省為因應人力不足採取法令鬆綁的政策，面對長期依如賴鼻胃管、導尿管、氣切造口等「三管」長期照顧需求的受益利用者，個案沒有力氣將痰咳出、或意識不清、氣切口被痰阻塞等，無法順暢呼吸的病人，已於 2012 年時修正法令，規定自 2015 年 4 月起，介護福祉士經過都道府縣認定，通過約 50 小時的訓練與登錄後，即可施行抽痰行為，紓解部分專業人力不足的瓶頸，因為，過去也有不少糾紛是因為發生高齡老人無法嗑痰的意外，或相關的併發症發生(高橋信幸，2014)。

B. 日本政府也經嘗試引進外籍看護，但是即便採取放寬介護福祉士證照考試(試題的難度)，仍然因為看不懂日文試題，也僅有少數人通過，而實際執業的也很少，或服務短期就會離職，以致人力培訓並不太有經濟效益。

C. 雖然目前待遇有些偏低，但是機構內制度健全，時間安排比較有穩定固定，工作安定，各方面都比起我 6 年前所服務自費老人之家很多不確定變化來得好，薪資也比較以前高了 3~5 萬日圓，而且還有加班費補貼，即使工作辛苦一點也願意，這裏的專業技術與學習空間較大，組織健全而有一定的規模，也是關鍵因素。

2. 專訪介護福祉士(乙)

(1)專訪對象：藤川 ○○ 女士

(2)年齡： 45 歲

(3)年資：12 年

(4)服務機構:民間私人的小型介護機構

(5)月收入：專職，按件計酬

(6)工作實務經驗補充分享：

A. 到府進行居家服務時，遇到超出服務範圍要求的情況，如用餐煮飯服務事項以利用受益者一個人的份量為主，若有其他家人要求，一樣時間內煮飯一樣動作，順便多煮些份量，是絕不可以的行為。因為不要讓利用者與家人對介護福祉士有

比較的情況。

B. 照護計畫指示為洗澡服務，就執行洗澡服務，不可以自行加減洗頭，洗頭服務就是洗頭服務不可以洗澡，除非是同時洗澡與洗頭服務。包括有陪伴外出看病服務事項時，也是純帶去看病，不能順便購物或其他事，就算在服務時間內還有多餘的時間也絕對不行。

C. 日本的介護保險制度規定相當細緻且複雜，各地方因為物價不同，保險給付的單位數，各地方所對應的地域加給也不同，保費也不同，以所從事介護福祉士的工作，自評保險制度，感覺十分零亂的經驗(變動的很頻繁)。

D. 介護福祉士的平均薪資比起一般行業，大約偏低 10 萬日圓。日本政府自 2008 年開始訂出國家調整介護員待遇改善補助金的措施，隔年就開始調薪 3%。在保險給付計算的內涵中將介護職員待遇改善加算比率，不同條件適用不同加算率；如在 5 級地(海老名)服務往返機構的介護的服務，加算約在 110~138 單位，再乘以地域單價(1 單位=10.27 日圓)，以每次服務加算大約每次增加 1,400 日圓。

3. 專訪介護福祉士(丙)

(1)對象：金子 ○○ 女士

(2)年齡： 61 歲

(3)年資：20 多年

(4)服務單位類型：機構/私醫療支援中心(療養院)

(5)月收入：60 歲前每月薪資約 30~35 萬日圓(含加班費)。超過 60 歲後，目前每月薪資約 20 萬日圓，是依領取年金退休制度以後再回醫院工作的新計算方法。

(6)工作實務經驗補充分享：

A. 在醫院內介護技術與與病人互動技巧都要學會，如失智症(認知症)病患者，常遇到健忘的情況，如吃過藥或用過餐事後卻說沒有吃，對失智症病者是無法說清楚的，只能技巧的告訴患者，如對他說：您吃的很乾淨，我們將您乾淨的餐盤

放在門口讓大家知道您好棒喔和學習。等到他若忘了，又吵說他還沒吃飯時，就指著放在門口乾淨的餐盤，對他再讚揚一次，他就相信了，但又過一會兒，有時也會一而再、再三的陪患者重演。

B. 需要介護訓練復健行為的機能患者，當他行為裝弱時，也要以半鼓勵加半強迫讓患者自行學習，如臥床起身上廁所，或自己進食、自行走動等。失智症(認知症)照顧是介護與醫療並進的，所需專業訓練稍有不同，日本也一直在加強地區專業認知人力的推進，在醫療照護體系中加強與介護支援專員充分合作。

C. 厚生勞動部估計，由於戰後世代的人口高齡化，至 2025 年達到最高峰，因此屆時介護人力仍尚缺現在的 1.5 倍，約 100 萬人力。

D. 總結：專訪三位介護人員均表示，日本與介護保險法有關的法令很多，推出以前已有 1963 年社會福祉法(主要規範福祉事業體、知能障礙者福祉及生活保護等，2006 年修法要求地方政府制定地域福祉保健計畫，說明該地區存在的問題與解決方案等)為基礎，如高齡對策者基本法、高年齡者雇用安定法、老人虐待防治法、高齡者居住法、確保高齡者居住安定法、高齡者生活支援法、身體障害者福祉法(含精神衛生、精神薄弱者福祉等)、福祉用具法、社會福祉法、健康保險法、醫療法、生活保護法、國民健康保險法、老人福祉法、老人保健法、保健所法(規範地區保健、醫療等)、高年齡者雇用安定法等，相當複雜。另外，對於政府要求經過都道府縣認定登錄，透過一定時數加強學習抽痰行為的專業技術訓練，以協助無法嗑痰的介護保險利用者執行抽痰，即使會增加照顧工作的風險，且在未必增加薪資的前題下，仍然表示願意配合積極學習(資質提升之職責)，因為訓練也能夠增加個人的能力與職場競爭優勢，也才能有較多接案服務的機會。特別提到，對於介護職員從事照顧服務的倫理，包括在執行為介護利用受益者進行介護服務時，必須嚴守準時與服務內容(誠實義務)的分際，也絕對不能多做照顧計畫規定以外的額外事項，是彼此認同的敬業態度。

4. 專訪介護保險家庭照顧者

(1)背景：小林 ○○的太太是一位 66 歲的女性，她先生 2014 甫於今年往生(享年 82 歲)，原本入院診斷是腦中風併有極輕微認知症而治療，屬於出院後需積極往返機構復健，屬於介護等級 3。而家屬的任務即是幫助女性返家後的生活，使用助行器(或拐杖)行動，減少因為使用輔具而有生活上的不便。當時小林 ○○先生表達出希望住在家裡的意願。

(2)居家(訪問)調查：小林太太回憶起當時先生出院準備計畫階段，醫院會先邀請病人與家屬共同召開會議進行討論，協助病人返家後的自我照護訓練與生活須知。此時如需後續照顧進行要介護認定，機構協助病人向市町村提出「介護保險要介護認定/要支援認定申請書」，市町村與申請人連絡討論確定後，多會就近委請原機構在院服務的介護支援專門員(Care Manager，當時小林 ○○先生是由小山 ○○/照管專員所評估，或由市町村介護認定調查員執行評估)，親自到提出利用者(會確認保險證)家中，瞭解生活狀況、需求與期望的服務，做出居家評估調查後的照顧管理計畫書，而所需檢附的醫師意見書，即可直接委由原診治機構醫師協助開立，市町村受理病人提出介護保險的申請後，也會委請主治醫師為個案狀況提供醫師意見書。介護支援專門員會執行評估調查的項目大約有 74 項，目前已知在 2015 年 4 月起(第六期)的居家(訪問)日常生活圈的相關評估調查內容可能會增加為 96 項，其中大約有 25 項是屬於介護預防的相關照顧問題，也包括失智(認知)機能的調查內容。

(3)介護程度判定：介護支援專門員會將擬訂的照顧計畫(Care Plan)計畫書相關內容輸入電腦上傳，送請保險人核定等級額度。最初的判定作業是將居家評估調查的資料輸入電腦，由電腦作第一次的判定；第二次審查是交由保健、醫療、社會福祉等相關人員所組成的介護認定審查會，依據第一次審查及主治醫師的意見書等做出最後需介護的程度認定。

(4)連結服務：依據介護認定審查會通過的「介護認定結果通知書」所核定等級，

介護支援専門員到個案家裡訪談後，會邀集福祉用具專門相談員(或服務的提供者)合作，提出「介護保険制度的輔具・住宅改修對象化相關問卷調查票」介護保険制度的輔具・住宅改修對象化相關問卷調查。也會同復健師與家人等共同召開「照顧會議」，討論個案所需要提供的服務。同時確認其居家環境有無需要小規模改修無障礙設備，如加裝扶手等。如果要自行連結輔具服務，也可以自行向市町村的社區支援中心諮詢並提出申請，透過該中心向特定輔具事業者提出申請，而後提供使用者輔具(租賃或購買)相關的服務(圖 6)。

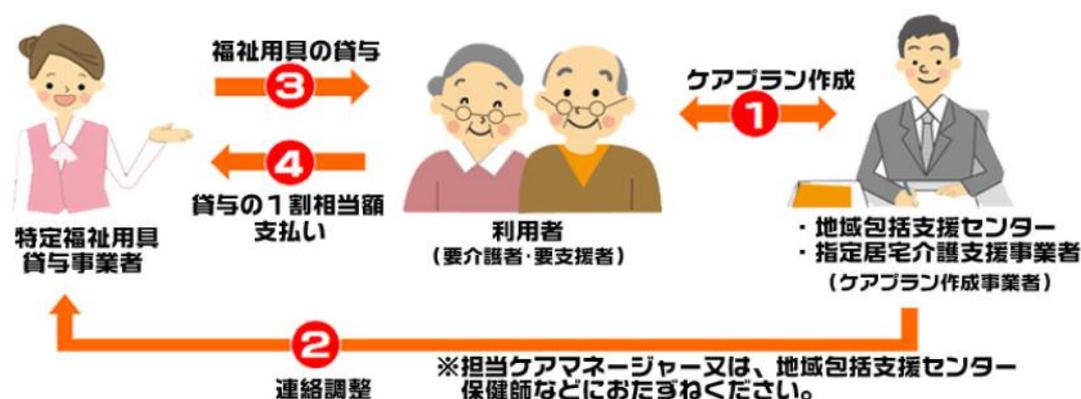


圖 6 輔具租賃或購買流程圖

資料來源：太陽シルバーサービス株式会社「福祉用具レンタルの流れ」

轉引自 <http://www.taiyoss.co.jp/product/rental.html>。

(5)照顧會議決定：小山介護支援専門員與小林先生與其家人，提供者(服務機構、輔具業者)完成連結服務溝通會議決定：除利用者原本居住的住宅建物已經設置的一樓廁所一把扶手、一樓浴室門口內一把扶手外，介護施作加裝：A. 一樓大門入口加裝一把扶手；B. 浴缸內、外各加裝一把扶手；C. 機構排訂時間每週兩次由專車到府接送到機構作復健。小林女士指出當時提供他先生的居家介護(預防)給付概況如下：

A、一樓大門入口小規模施作加裝扶手一把



B.浴缸內、外各加裝一把扶手



C. 復康巴士專車到府接送到機構作復健(搭載輪椅示意圖，非小林先生使用)



註：A、B住宅修繕施作補助和C.到機構接受服務。

(6)政府規定介護支援專門員每個月到小林先生家中訪問利用者，確認是否滿意住宅改修提案(如附錄)以及是否有成效，不滿意的話則必須重新擬訂計畫。另因小林先生很早已自行購買的拐杖，不需要提供介護給付。居家住宅修繕施作(改修)經完成簽認後(業者檢附修改前、後照片圖示，驗收/同意書等向保險人提出申請送審)，基本上利用者是先付全額，事後向保險人請款只須負擔一成，其餘9成由保險人支付給提供服務的業者或其他單位支出，介護支援專門員是自由服務於民間私人企業的員工，大部分的在擬訂以往擬訂照顧計畫的時候，都會以使用自家公司的產品為首要考量，而不一定能公正的使用其他公司也有品質的產品(也可能是因為不熟悉產品狀況)；目前政府已訂定出，使用同一家機構產品超過一定比例90%則規定會扣減碼(算)部分給付，減少球員兼裁判的現象，希望介護支援專門員能夠客觀使用各家公司的產品。

參、心得與建議事項

本次規劃參訪行程，相當緊湊，且時值我國長照保險規劃階段時期，經由交流過程中，獲得相當多的寶貴資訊與文件，可以作為我國長照保險規劃準備方向的參考。在有限的時間，學習到以下經驗，分別臚列如下：

一、日本因應少子化、面臨家庭功能式微後，照顧老人的責任勢必移轉到社會，台灣亦然。而長照保險制度規劃的導入，正在建立市場服務的競爭機制，且將老人照顧對於家人造成的重擔，由家庭轉向社會與國家共同分擔的公共化制度層面；另一方面，政府介入公辦長照保險的目的，乃是為了減輕全民發生長照費用的個人負擔，嘗試以較為經濟實惠的價格，統一購買長期照顧服務，且在一定的品質與擇優基準下提供照顧服務。台灣至 2018 年達到 14.6%而邁入高齡 (Aged) 社會，亦即大約僅以 25 年的時間因應快速老化，惟長照服務法迄今尚未通過立法，而「長照保險法」草案雖已陳報行政院，但在現行長照服務資源投入不足、國家財政與保險對象對於保險財源負擔比例，缺乏整體社會共識的前題下，尚難能進入法案審查程序，十分令人憂心。又醫療與照護密不可分，建議整合區域化醫療與長照服務網絡體系與資源，並以六都為核心生活圈漸次延伸長照服務網絡，發展分區的長照服務政策，因地制宜總量管制。

二、日本規劃介護保險之財源，保險費的 50%是由政府以一般稅收支應，其餘 50%則由被保險人負擔。前者稅收的支應分配，由中央 25%、都道府縣 12.5%、市町村 12.5%的比率分擔，而中央負擔 25%中的 5%是作為市町村介護保險的「調整補助金」；後者被保險人的負擔比率，第一號保險對象(65 歲以上)占 20%，第二號保險對象(40~64 歲)占 30%。從另一方面觀察，介護保險總體財務結構的組成，90%是由國家稅收(占 45%)與保險費(占 45%)負擔，而保險對象利用者須自付 10%費用。惟利用者的自付費用，日本政府已修正一定所得比例以上者，將自 2015 年 8 月 1 日調升自付比例為 2 成，規定 65 歲以上老年人其年收入所得在 160 萬日圓以上者，單身 280 萬日圓以上者、夫婦 359 萬日圓年以上收入所得以上者，

保險對象負擔費用自付比例將調升修正為自付 2 成(本間清文, 2014)。由於, 民眾對於介護保險所提供的完善給付內容與服務感受, 使用經驗似乎呈現非常滿意的狀態, 或許正是意味者日本正面臨大量服務利用的服務人力與財務的壓力, 因而, 不得不朝向調升受益者負擔比例的方向前進, 值得我們省思。

三、1997 年日本將消費稅由 3% 上調至 5%, 次年就面臨亞洲金融風暴, 當時慘痛的經驗讓日本民眾聞消費稅色變。日本政府在 2014 年 4 月調升消費稅率至目前的 8%。與國際水準相比, 日本然還有很多調漲空間, 惟因經濟復甦力道未如預期, 原訂 2015 年 10 月再次上調至 10% 消費稅的政策, 亦已宣布延後 18 個月至 2017 年 4 月實施。再觀察日本自 2000 年 4 月介護保險保險費已由開辦初期, 大約為 2,911 日圓(約折合台幣 786 元), 以每 3 年為一週期進行制度滾動式檢討後, 2015 年第 7 期有些地區(如橫濱)每人每月保險費已急速上漲至 6,200 日圓(為 2.13 倍)。甚至估計到 2025 年第 9 期還可能會逼近 3 倍。並於 2015 年 1 月決定介護報酬向下調降 2.27%¹¹。可見保險財務的健全與否, 實為政府能否順利開辦的重大挑戰之一。

四、介護保險 2000 年開辦初期評估要介護人數約 218 萬人, 整體利用率約 68%; 2013 年 4 月保險對象中評估要介護人數約 564 萬人(成長 2.59 倍), 整體利用率約 82%, 亦相當的高。開辦 13 年來, 機構設施利用者數目增加 1.69 倍(88 萬人/52 萬人), 而介護保險服務人力也持續面臨不足的状态, 恐與薪資待遇水準未能滿意有關; 如以機構設施介護福祉士平均月薪 28 萬日圓(約折合台幣 7.56 萬元), 一般照顧服務員平均月薪 18 萬日圓(約折合台幣 4.86 萬元), 如轉換日本國民所得約為台灣 2.2 倍多計算, 約台幣 3.43 萬元的高給付水平尚非台灣照管專員的月薪所能及。另一方面, 日本民間早已有許多國民發出聲音, 期待能夠將 40 歲以下的民眾也納入介護保險制度的保障, 仍有待我們進一步的關注。厚生勞動部甚至估計 2025 年, 規劃介護人力尚需 100 萬人(1.5 倍), 可以想見服務

¹¹東京新聞(2015 年 1 月 10 日) 介護報酬 2.27% 引き下げへ 職員月給 1 万 2 0 0 0 円増。
網址: <http://www.tokyo-np.co.jp/article/politics/news/CK2015011002000141.html>。最後瀏覽日期: 2015 年 1 月 20 日。

人力資源將是介護保險的另一項重大挑戰。建議是否規劃訓考用合一的長期照顧役(研發役)，連結教育學制引導取得照服員產學證照，提供青年學子學習長照一技之長的機會發展。

五、雖然，日本政府規劃介護保險制度起步甚早，令人稱道，惟今，以資深的機構照顧服務主管仍自述，自 1997 年政府立法乃至 2000 年的開辦準備似乎太過於匆促，整體社區服務資源仍然準備不足，介護支援專門員與醫師合作不足，失智症(認知症)診斷缺乏訓練，地區生活支援中心整備落後等。基於長照機構服務照顧床位設施、人力資源不足所造成的長期等候現象，2015 年已修正施行對於介護老人福祉機構(特別養護老人之家)中重度個案新收入所的條件予以機能重點化，由原介護等級 2 嚴格化提升至介護等級 3。因此，建議落實成立「社區化」的地域生活自立支援中心與服務據點，加速居家照護服務能量，以病人為中心，推動社區照顧者會議。

六、日本介護保險制度的精神並以受益利用者的自主意願為優先，在宅養老為主流。依據市町村條例設置特別給付，已預先思考對於評估不符合(非該當)介護等級或給付條件者(表示個案身體狀況尚稱健康，並不需要任何介護的服務)，即保險給付以外的由市町村提供社區化地域支援事業老人福利相關措施或保健服務；而評估介護等級為要支援者，則由介護保險制度提供預防介護服務(開辦初期)，惟基於介護保險預防給付(每年占總費用 3%額度)費用高漲成長率 5-6%，自 2015 年第 6 期計畫將修正預防介護財務負擔改由市町村稅收分擔提供服務，亦即市町村地區支援中心(地域密著型，由主任介護支援專門員、保健師、社會福祉士、護理人員等組成)基於照顧管理將預防介護(要支援)與生活支援總合服務合併地區支援統籌照顧系統的相關措施服務。因此，建議優先發展「預防與延緩失能惡化的長照政策」，加速落實在地老化的失能預防與延緩的策略有其必要。

参考文献

- 1 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会(2012)。居宅介護支援・介護予防支援給付管理業務マニュアル。中央法規出版株式会社。
- 2 本間清文(2014)。ケアマネべんり手帳 2015。株式会社メディカ出版。
- 3 田中元(2014)。介護事業所経営者のための改正介護保険早わかり：速報〔2015年度施行〕。株式会社自由国民社。
- 4 高橋信幸(2014)。改正介護保険制度のポイント。中央法規出版株式会社。
- 5 高野龍昭(2014)。これならわかる<スッキリ図解>介護保険 2015年速報版。
- 6 ユーキャン学び出版ケア実用手帳研究会(2014)。2015年版U-CANのケア実用手帳(第9版)。株式会社ユーキャン学び出版。
- 7 横濱市(2014)。第6期(2015-2017年)高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画。
- 8 厚生労働部(2014)。介護保険制度の改正案について。
- 9 醫學通社(2014)。日本介護報酬早見表(2014年4月版)。
- 10 日本介護保険制度的解説(2012年)。
- 11 太陽シルバーサービス株式会社「福祉用具レンタルの流れ」。網址：<http://www.taiyoss.co.jp/product/rental.html>。最後瀏覽日期：2015年1月5日。
- 12 神奈川県における適合高齢者専用賃貸住宅に係る基準の取扱いについて。網址：<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/43582.pdf>。最後瀏覽日期：2015年1月15日。
- 13 横浜市(2013)「小規模多機能居宅介護運営の手引き(平成25年1月版)」。網址：<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/>。最後瀏覽日期：2015年1月25日。

肆、附錄

致謝

本次前往日本參訪，雖然時間短暫，但在諸多先進前輩協助下，獲得十分寶貴的資訊，在此一併感謝。

◎感謝海老名綜合病院附屬海老名メディカルサポートセンター大友利昭課長
協助行程安排與接待

◎感謝社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス鄭義弘理事長

◎感謝海老總合病院 鄭院長接待

◎感謝社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス全體同仁

◎感謝社会福祉法人ケアネット森康昭理事長接待並贈介護報酬早見表(2014)

◎感謝神奈川縣保健福祉局福祉部高齡社會課 莊田俊夫課長 於縣廳接待

◎感謝海老名保健福祉部 橫山丘明部長 暨 市役所高齡介護課全體同仁接待-

◎感謝橫濱高齡健康福祉部 細川哲志部長接待

◎感謝橫濱役所高齡施設課武井和弘課長、介護保險課星信行課長接待

◎感謝高齡在宅支援課堀内俊幸課長、高齡施設整備担当課久保田彰人課長接待

◎感謝介護事業指導課赤澤俊之課長接待

◎感謝山本尚人執行長暨 Azbil 安心照護支援公司接待

◎感謝輔具秦野維護中心廠區同仁接待

◎感謝佛教慈濟慈善事業基金會協助支持

◎感謝日本分會陳量達師兄/行政中心主任暨與會師姊參與協助

◎感謝申育誠博士協助

參考附件

一、介護保險相關參考表單

- 1.提出介護保險(要介護/要支援・認定)申請書
- 2.核發介護保險(要介護/要支援・認定)等結果通知書
- 3.核發介護保險證(不符合/非該當，由市町村提供地域支援事業之介護預防服務)
- 4.提出介護保險負擔額限度額認定申請書
- 5.核發介護保險負擔額限度額認定結果通知書
- 6.介護保險利用票(兼 居宅介護保險計畫)/介護保險利用票別表
- 7.退院支援計畫書
- 8.訪問看護指示書
- 9.訪問看護計畫書
- 10.訪問看護計畫書紀錄
- 11.居宅介護保險計畫書
- 12.介護保險擔當者會議的要點
- 13.介護保險提供票/介護保險提供票別表
- 14.週間介護保險計畫表
- 15.介護預防基本項目評估表
- 16.介護預防介護保險・支援計畫表
- 17.介護保險制度的輔具・住宅改修對象化相關問卷調查票
- 18.介護保險居宅介護住宅改修費支給申請書(等 6 頁)
- 19.KATAKURI 福祉用具秦野維護中心消毒檢核表

二、獲得主要資訊文件概要

- 1.日本介護報酬早見表(2014 年 4 月版)代表頁
- 2.日本介護保險制度概況
- 3.神奈川縣指定介護保險事業者營運手冊-訪問看護/介護預防訪問看護
- 4.海老名市役所介護保險手冊(2014 年版)
- 5.橫濱市介護保險手冊(2014 年版)