



日本高齡者照護社區化之現況

江亮演

一、前言

日本自第二次世界大戰敗戰以後，受到歐美先進國家，尤其美國的政經等等的影響，促進其經濟高度成長以及科技的發展，因此，導致社會劇烈的變遷與人口結構的變動，尤其家庭結構改變，核心小家庭的普遍化致使家庭功能的降低。加上高中（職）以上的教育普及，女性進出社會，職業婦女的盛行，依自己的價值觀選擇自己的多元化生涯或生活類型而使家庭變形，日本為支持新人類多元生活方式，必須依多元的需求建構理想的社會安全制度。

近年來由於少子女、高齡社會的來臨，為因應這樣突然到來的高齡化社會，最急切而最重要的課題，就是對付家族的高齡者扶助功能的減退，而創立新的「高齡者照護制度」，即高齡者生活照顧與照護，尤其飲食、排泄、入浴之介護，特別是高齡者介護制度支援

對策。但是為對付家庭的變遷所確立的社會安全（保障）制度，是應先考慮「確保個人的尊嚴與自由」，也就是應站在支援個人自立的觀點去修正原有的制度，因應新的需求建立新的社會安全保障制度。不過所建立的社會安全應是能促進國民，尤其高齡者長期生活安定之有效率而公平的社會安全制度。也就是要合理增加因應高齡者介護等等的必（需）要費用（預算），去補足家庭功能低下的不足，尤其高齡者經濟、保健醫療的保障。同時也必須講究效率與公平性，使該受照護之高齡者，立即而獲得適當的照顧。但高齡者要達到如此的安全保障，除政府應負起全責之外，社區也必須參與，官民一起，共同來照護高齡者的自立生活，也就是達到高齡者照護社區化境地，這也是日本高齡者照護的實況與其特色。

二、政策與立法

政策

老人醫療有關的社會福利政策：為推行醫療、福利有關政策於一九六一年頒行「國民保險法」，一九六三年頒訂「老人福利法」。

老人醫療費有關政策：為推行醫療費有關政策而於一九七三年修正老人福利法，規定老人醫療費用全部免費。

創立老人保健制度有關之政策：為推行保健制度而於一九八二年頒訂「老人保健法」，採用部分負擔的有費制。一九八六年修正老人保健法，創設老人保健設施（機構）。

邁向二十一世紀營造高齡者介護制度基礎有關政策：為推行介護制度於一九八九年擬訂「黃金計畫（Gold Plan）」，高齡者保健福利推動十年戰略」之政策。一九九〇年修正福利八法（社會福利八種法律），社會福利服務鄉鎮市區一元化之老人保健福利計畫。一九九一年修正老人保健法，改善公費負擔之缺失，並創立老人訪視看護制度。一九九二年頒訂「社會福利人才確保法」及「看護婦（護士）等人才確保法」，同時修正醫療法而創設療養型病床之病房。一九九三年擬訂「都道府縣、市町村（各縣市鄉鎮市區）老人保健福利計畫」。一九九四年三月擬訂「二十一世紀社會福利理想的境界（憧憬）」，並提倡策劃新黃金計畫及建構新介護體系；同年九月社會安全制度審議會、社會安全未來憧憬委員會第二次報告，並提倡創設公共介護保險制度；同年十二月高齡者介護、自立支援體系研究會報告，並提倡以「高齡者之自立支援」的基本理念，創設新的高齡

者介護體系，同時策劃「新黃金計畫」。一九九五年六月執政黨提出社會福利年中報告；同年七月社會安全制度審議會及老人保健福利審議會提出年中報告，宣導老人介護（高齡者介護）新體系之基本思考。一九九六年一月老人保健福利審議會第二次報告，提倡從國民資訊之公開觀點去思考介護給付（津貼）及其他的準備等等具體內容之實施；同年四月老人保健福利審議會提出報告，要求該會第二次報告有關的高齡者介護服務方法之具體化；同時，整理高齡者介護保險制度有關的各種論點，向厚生省（部）提出要求速擬訂具體方案。一九九七年舉行「健康、福利有關服務之需要實況調查」，並於同年通過「介護保險法」。一九九九年立法通過「高齡者介護保險法」施行細則。並於二〇〇〇年正式實施。

近年來老人福利有關之立法

生活保護有關之立法

一九四六年頒訂「生活保護法」，一九五〇年修正「生活保護法」為「新生活保護法」。一九六三年頒訂「老人福利法」。

保健醫療有關之立法

一九四八年頒訂「醫師法」、「牙科醫師法」、「保健士（婦）、護士法」。一九五八年修正「國民健康保險法」為「全民健康保險法」。一九六〇年頒訂「藥事法」。一九六二年頒行「在宅服務法」。一九六六年頒訂「全民保險法」。一九六七年頒訂「公害對策基本法」。一九六九年頒訂「臥病老人在宅服務員派遣法」。一九七三年頒訂「老

人醫療免費法」，並修訂「老人福利法」。一九七八年頒訂「國民健康營造對策法」、「日間服務事業法」、「短期照護事業實行法」。一九八〇年修正「藥事法」、「醫療品副作用被害救濟基金法」。一九八二年頒訂「家庭服務增員法」、「老人保健法」。一九八三年頒訂「癌症十年綜合戰略法」。一九八四年修正「健康法」。一九八五年修正「醫療法」。一九八六年修正「老人保健法」。一九八七年頒訂「社會福利師（士）即社會工作師、介護福利師即介護工作師（士）法」、修正「心理衛生法」。一九八八年頒訂「第二次國民健康營造對策法」。

一九八九年頒訂「老人福利相關八法」。一九九〇年修正「老人保健法」及修正「老人福利相關八法」。一九九一年修正「保健法」、「醫療法」並頒訂「護士確保法」。一九九二年修正「藥事法」、「醫療品副作用被害救濟法」、「研究振興基金法」，並頒訂「福利用具、研究開發普及促進法」、「心理保健法」。一九九三年頒訂「社區保健法」，並修正「全民健康保險法」、「心理保健法」。一九九四年頒訂「原子彈被害者援護法」。一九九五年廢止「癩病防治法」，並修正「藥事法」。一九九六年修正「全民健康保險法」，並再修正「藥事法」，頒訂「臟器（器官）移植法」。一九九七年通過「介護保險法」，一九九八年頒訂「感染法」。一九九九年頒訂「介護保險法實行法（施行細則）」。

年金有關立法

一九四四年頒訂「厚生年金保險法」。一九五四年修正「厚生年金保險法」。一九五九年頒訂「國民年金法」。一九六一年頒訂「全

民年金法（全民保險法）。一九六五年修正「厚生法」。一九六九年修正「厚生年金保險法」。一九七三年、一九八四年、一九八八年、一九九三年四次修正「年金制度法」。一九九五年修正「厚生年金保險法」，並頒行「國民年金（基礎年金）」施行細則。一九九九年再次修正「年金制度法」。

其他相關之立法

一九五一年頒訂「社會福利事業法」、一九七〇年頒訂「社會福利設施緊急設備五年計畫法」等。

三、高齡化社會與家庭功能

家庭結構的變遷與生活保障功能的低落

日本從一九四七年到一九五七年十年間，其出生率減少一半以上，以後雖然比較穩定，但是一九七三年以後又開始降低，到一九八九年時出生率降到一・五七人，是日本人口動態史上首次最低記錄。自此以後出生率持續下降，到一九九三年時降到一・四六人。一九九四年稍微回復到一・五〇人，但是一九九五年以後又降到一・四三人，越來越接近歐美超低出生率的社會。

出生率下降之同時，死亡率自敗戰後也有改善，一九四八年到一九九五年之間，出生男性的平均壽命，從五六歲，提高到七六歲，女性亦從五九歲提高到八三歲，現在（二〇〇二年）日本的平均壽

命，男性七八歲，女性八四歲，男女平均壽命都是世界最高的國家。

這樣的低出生率，低死亡的結果，造成日本人口急速的高齡化。

一九五〇年，六五歲以上的老人人口比率為百分之五，但到一九九五年時已超過百分之十四，推測到二〇二五年時其老人人口會達到百分之二七，所以，日本也將成為全世界超高齡的國家。

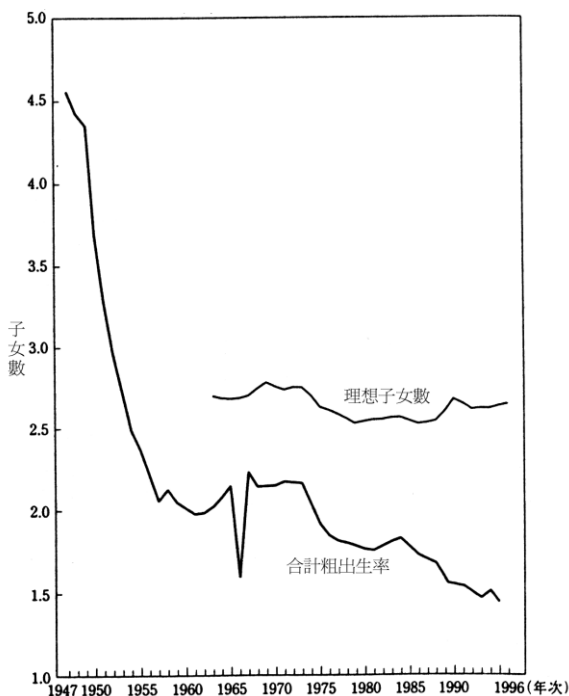
少子女化、長壽化、高齡化的社會也造成日本家庭結構很大的改變，一九五五年時，平均每戶的規模（人數）為五・〇人，但到一九九五年時卻減少到二・八人。又，從高齡者居住情況來看，從一九七二年到一九九五年之間，六五歲以上的高齡者三代同堂的比率從百分之五六，降到百分之三三。而只有高齡者老夫婦的家庭卻從百分之二一提高到百分之二四。

由於上述的人口與家庭結構的變化，所以，必須去檢討高齡者照護，尤其是高齡者介護等有關的家庭生活保障之功能應如何去展開，為促使全民的參與及減輕政府財政之負擔，高齡者照護之社區化是最好的一種社會福利服務途徑。

出生率下降與理想的子女數

一九四七年日本的粗出生率是四・五四人，但從一九四九年以後逐漸下降，到一九五七年降到二・〇四人。一九六六年甚至降到一・五八人，自此之後雖回復到二・〇人以上較穩定，不過從一九七三年開始又下降，到一九九三年如前述降到一・四六人，一九九五年又降到一・四三人。日本的出生率是會越來越低，將來可能會降到一・〇人以下。

不過日本人希望的理想子女數從一九六三年起到一九九六年甚至現在的二〇〇二年止少有變化，都是維持在二・八人左右，如下列圖一：



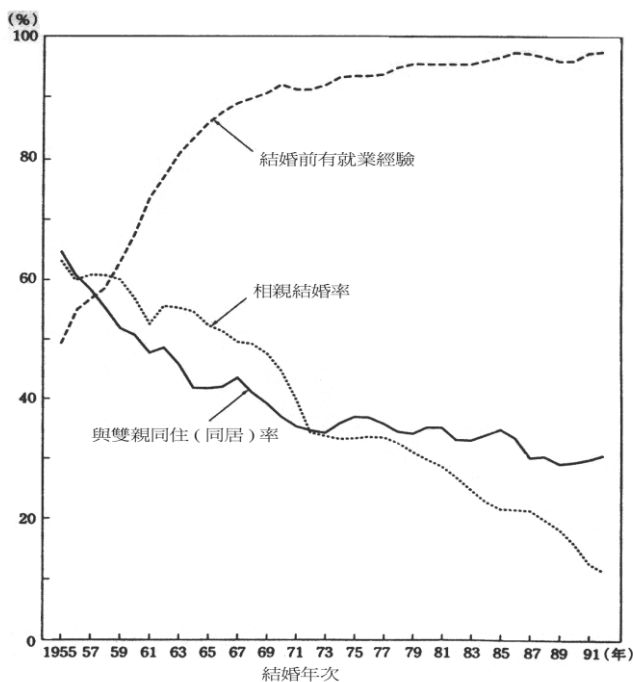
圖一 合計粗出生率與理想子女數等時系列的變化

資料來源：「人口動態統計」及每日新聞社「全國家族計畫世論調查」所作成

與雙親同住的意願

一九九二年國民生活白皮書所記載，日本結婚後與雙親同住的同住率是年年下降，從一九五五年的百分之六五，降到一九九二年的百分之三一。

與雙親同住的比率下降，是與相親結婚或自由戀愛結婚及婚前女性就業率有關。相親結婚從一九五五年的百分之六三，降到一九



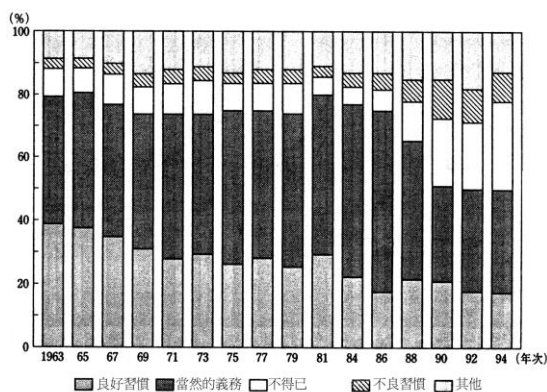
圖二 1955-92 年關於結婚之後與雙親同住(同居)率、相親結婚率、結婚前之就業率等系列的變化
資料來源：每日新聞社「全國家族計畫世論調查」所作成

九二年的百分之一。也就是自由戀愛結婚率越來越高而相親結婚率越來越低，致使尊重女方的「與雙親同注意願」越來越普遍，因此，不像以前相親結婚，結婚後沒有選擇餘地當然都住在婆家，也就是結婚後以夫家為居住的地方，即以夫居為主。同時，女方在結婚前就已就業的比率，從一九五五年的百分之四九，上升到一九九二年的百分之九七。女方有工作，其經濟也就是雙薪的家庭或者女方自營業的家庭越來越多，其經濟力不需靠夫家或不需全部靠夫家提供的職業婦女，大都不希望住在夫家。所以，自由戀愛結婚與職業婦女即婚前就有工作的女性，其比率越高即其與雙親同住的比率就越低，如下列圖二：

照護老的雙親之價值觀

依據一九九五年日本每日新聞社「全國家庭計畫世論」調查資料：即從一九六三年到一九九四年，有配偶女性對老年父母照（介）護有關之價值觀來看，在一九六三年照護老年父母認為是一種善良的風俗習慣者佔百分之三九，認為是當然的義務佔百分之四〇，認為是不得已的事者佔百分之九・〇，認為是一種不良惡習者佔百分之三・〇，其他者佔百分之九・〇。自此以後，認為是一種善良習慣者年年減少，認為是當然的義務卻變動不大，但認為不得已者或一種不良惡習者卻逐漸增加，其他者也漸漸增加。不過到一九八一年時，認為是當然的義務者卻漸漸增加，而認為是不得已的事卻下降。到一九八八年認為當然的義務者卻漸漸下降，而認為是不得已或其他者卻漸漸增加。到一九九四年認為是一種善良風俗習慣者只佔百分之十八，而認為是一種當然義務者佔百分之三二，認為是不得已者佔百分之三二，認為是一種不良惡習者佔百分之十一，其他佔百分之十九，如下列圖三：

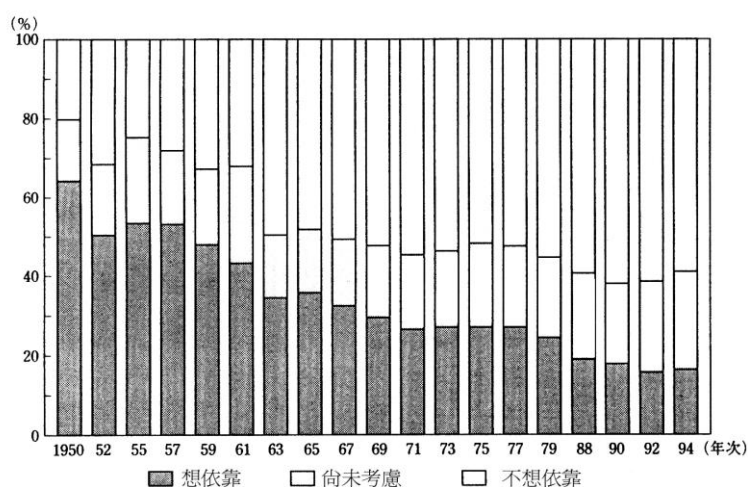
同上述一九九五年每日新聞社「全國家族計畫世論調查」從一九五〇年到一九九四年，一般人老



圖三 1963-94 年有關有配偶女性對雙親介護（照護）的價值觀之變化
資料來源：每日新聞社「全國家族計畫世論調查」所作成

後對子女期待之變化來看，在一九五〇年老後想依靠子女生活者佔百分之六五，尚未考慮依靠子女生活者佔百分之二一五，不想依靠子女生活者佔百分之二〇。自此以後有所變動，到一九六三年時不想

依靠子女生活者大幅



圖四 1950-94 年一般人對子女有關老後期待感的變化
資料來源：每日新聞社「全國家族計畫世論調查」所作成

的情形可知老後生活已不是高齡者能按照自己的期望得到，而家族

後逐漸增加，到一九九四年時，即老後想依靠子女生活者只佔百分之二五，尚未考慮依靠子女生活者佔百分之二五，不想依靠子女生活者佔百分之六〇，如上述圖四。

由於家庭核心及年輕人的觀念之改變，也不見得能盡責擔當照護高齡的家庭之任務，所以，政府及民間團體就必須針對高齡者照護問題加以研究與檢討。

高齡者照（介）護問題與家族的負荷

對高齡者照護之不安：日本有百分之九〇以上的家庭，對身心衰弱病患及癱瘓或痴呆症須照護（介護）的高齡者，感到困擾與不安。

照（介）護長期化與家庭的負荷：依日本二〇〇一年厚生白書所記載癱瘓臥病等期間，平均超過一年以上者約佔四分之三，其中超過三年以上者佔二分之一強（五三%），所以，很多高齡者其照（介）護期間是超過三年。醫藥的發展，平均壽命的延長，照（介）護長期化是越來越普遍。

又從被照（介）護高齡者的家族來看，在宅負責照（介）護工作者，女性約佔四分之三強（八五%），其中年齡超過五〇歲以上者佔二分之一。所以說，高齡者來照（介）護高齡者是相當普遍的現象，其家族的負荷之重也可想而知。

高齡者照（介）護的循環問題

照（介）護高齡者的家族，具有身心雙重負擔：除情緒不佳、睡眠不足外，還有不能隨便外出，自己的時間受拘束，其身心壓力大。若有「照（介）護疲勞症」者會產生家庭關係不良，有憎恨或虐待被照（介）護的高齡者現象。

因照（介）護高齡家族而退休或辭職、轉業調職者，越來越多：上班族的勞動者，為方便照（介）護自己家裡親人，不得不提早退休或辭去工作或轉職，尤其中高年婦女。所以，很容易引起其對受照（介）護的高齡者發生憎恨或虐待等事件。

為減輕高齡者家之照（介）護負荷，所以，政府與民間團體，尤其社區，應結合各種社會資源，並以社區為中心，推動高齡者照（介）護社區化工作。

四、高齡者照（介）護社區化

對策

疾病變化與在宅醫療

任何疾病或障礙都能維持其日常生活的對策

由於疾病類型不斷變化，成人病（老人病）如癌症、心臟病、腦血管疾病患者等就佔全日本死因的百分之六〇以上，這些疾病至今並無特效藥或基本的根治療法。又因高齡化社會，所以，對高齡者的病患到醫療機構（醫院）治療率之高或治療期間的長期化，加上高齡者高品質生活的要求與確保自立生活或維持或回復體力之需要，政府或民間團體，非提供醫療與福利服務以及其他社會服務合而為一的體制不可。

依時代不同，須變動其病房或病床等的醫療環境

為提高醫療行政效率，必須重視醫療環境有關之醫院關係者的專業技能與倫理，尤其應把療養環境作為高齡病患的生活空間，也就是醫院如家庭、民間私人醫院之建築與資金等管理之重視，醫護人員配置，尤其病床數量的合理、病患與醫療機關的共同意識，即重視病患之選擇與要求或如同在自宅生活一樣方便的醫療機構環境等。

從支持生活的觀點去擴充在宅醫療服務

從「往診」變為「訪視」之在宅醫療服務：以前醫療機構是被动，病患家族邀請前往病家診斷。但時代不同，醫療機構應將被動改變為自動，由醫療機構醫護人員定期或不定期訪視病患，尤其獨居的高齡病患。

在宅醫療服務：分為：腎不全患者之CAPD（自己腹膜灌流）即無法飲食者，運用靜脈營養、自我灌食等等的在宅醫療技術及高齡者的「看護或介護為中心的在宅醫療」、以及癌症末期患者之「在宅末期醫療」等三大類。

依醫療與患者意識之變動而擴大社區在宅醫療服務：提供醫療的場所應從醫療機構轉到社區之在宅。使疾病、障礙與家庭生活結合在一起，也就是從重視醫療而轉移到重視生活方面而緩和病痛、支援患者精神的生活。

提供在宅醫療服務之社區照顧所需各種人員（或機構）：為了提供在宅醫療服務，必須有充分足夠的醫護人員，如提供往診、訪視、診療、在宅療養指導、老人日間或心理衛生照顧等等之醫師，

提供牙（齒）科訪視診療之牙（齒）科醫師，提供在宅護理、指導、追蹤訪視等保健員、護士，提供在宅醫療藥劑管理、臥病老人藥劑指導之藥劑師，提供在宅復健指導、臥病老人復健管理之物理或職能（工作）治療師，提供在宅病患營養指導、臥病老人飲食訪視指導之營養師，及其他等人員。

導正以入院為中心之心理疾病醫療而重視支援其社會復歸之心理疾病醫療

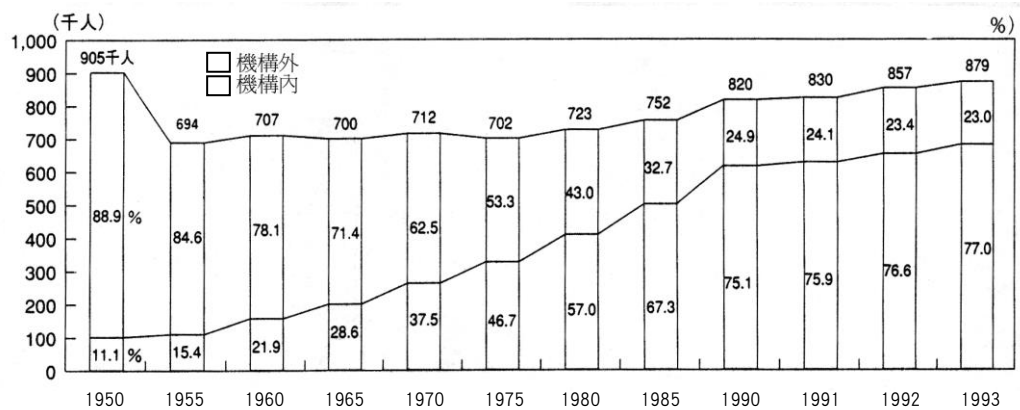
重視患者的日常生活，推進心理病患之社會復歸的醫療服務，也就是從精神病醫院轉移到社會復歸機構，再從社會復歸機構轉移到社區。

死亡與醫療功能

日本是世界最長命的國家，所以，確保國民的生活與健康，建立不受貧窮與疾病所威脅的社會安全制度是極為重要。死亡與醫療以前和現在有很大的變化如：

國民大多數是在醫療機構往生（死亡）：依日本在一九九五年人口動態調查資料，一九五〇年時九十萬五千的高齡者當中，在醫療機構內死亡者只有百分之一・一，而在醫療機構外（自宅等）死亡者卻佔百分之八八・九。但從此以後二者之變化十分明顯，到一九九三年時，八十七萬九千的高齡者當中，在醫療機構內死亡者提高到百分之七七・〇，而在醫療機構外死亡者卻減低為百分之二三・〇，如下列圖五：

末期高齡病患希望在自宅度過者多：依一九九〇年日本厚生



圖五 場所別死亡者數

資料來源：厚生省一九九四年「人口動態統計」

門（用）醫院度過者佔百分之二三・二，其他佔百分之一・一，無

省「保健福祉動向調查」資料，從有否介護過癌症經驗者來看其對末期醫療、看護對策之期望。有介護過癌症病患經驗者，如果是自己的話，希望在家（自宅）度過者佔百分之四五・七，希望在醫院（病院）度過者佔百分之三五・一，希望在末期患者專門（用）醫院（病院）度過者佔百分之一四・七，其他佔百分之一・九，無特別期望者佔百分之二・六。若家族的話，即希望其在家庭度過者佔百分之四一・五，希望其在醫院度過者佔百分之四二・一，希望其在末期患者之專

希望二年內的療養期間者最多，即療養期間希望六個月內者佔百分

表一 癌症患者介護經驗之有無別來看其對末期醫療，看護對策的期望(單位%)

癌症患者 介護經驗之有無	自己的話						家族的話					
	總數	家庭	病院	末期患者專門病院	其他	無特別期望	總數	家庭	病院	末期患者專門病院	其他	無特別期望
總數	100.0	53.3	28.1	11.1	2.8	4.8	100.0	52.1	32.3	10.1	1.8	3.7
有癌症患者介護經驗	100.0	45.7	35.1	14.7	1.9	2.6	100.0	41.5	42.1	13.2	1.1	2.1
無癌症患者介護經驗	100.0	53.7	27.7	10.9	2.8	4.9	100.0	52.7	31.7	9.9	1.9	3.8

資料來源：厚生省「保健福祉動向調査」(一九九〇年度)

特別期望者佔百分之二・一。若無介護過癌症病患經驗者，自己的話，希望在家庭(自宅)度過者佔百分之五三・七，希望在醫院度過者佔百分之二七・七，希望在末期患者之專門(用)醫院度過者佔百分之一〇・九，其他佔百分之二・八，無特別期望者佔百分之四・九。若家族者，希望其在家庭(自宅)度過者佔百分之五二・七，希望其在醫院度過者佔百分之三一・七，希望其在末期患者之專門(用)醫院度過者佔百分之九・九，其他佔百分之一・九，無特別期望者佔百分之三・八，如上列表一。

死亡前生活方式：依上述的厚生省「保健福祉動向調査」之療養，也就是到死為止

之二五・二，六個月以上一年未滿者佔百分之二二・六，一年以上二年未滿者佔百分之二〇・六，一年以上三年未滿者佔百分之一〇・四，三年以上者佔百分之一八・八。其次，死亡之前，醫療與介護是必要，也就是從高齡者死亡時之受醫療狀況來看，「入院」者佔百分之五九・八，其次依序為「往診」者佔百分之二六・五，到醫院「看病」者佔百分之八・四。但是年齡越高其「入院」的比率就會下降，但是「往診」比率就會增高。又從死亡前佔病床床位情形來看，一個月未滿者佔百分之一九・〇，一個月以上三個月未滿者佔百分之一七・四，三個月以上一年未滿者佔百分之二四・八，一年以上者佔百分之二六・五，其他佔百分之一二・三。所以，從上述情形可知高齡期是有必要給予醫療服務與介護之照顧。

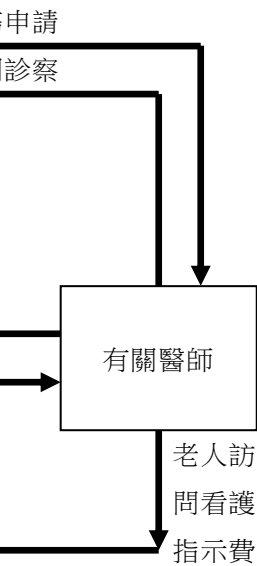
高齡者保健醫療社區化事業

高齡者保健醫療服務措施

宗旨：對病情安定期之高齡者，提供在宅醫療等服務及日常生活照顧，支援高齡者自立，達到家庭及社區復歸為目的之措施。而設施是一九八六年所創設而到一九八九年開始營運的措施。

對象：病情安定期而無需入院治療，而以復健、看護以及介護為主(中心)，有醫療照護必要之臥病高齡者為對象。也就是除痴呆症而在精神病醫院專門性醫療、保護者外均為服務對象。

服務內容：依臥病高齡者的希望，所提供服務的高齡者保健醫療措施。其服務內容可分為：



a 機構服務：離床期到步行期之復健。日常生活操作訓練、體位轉換、清拭、飲食協助、入浴看護以及介護服務。對病情較安定者之診察、投藥、注射、檢查、其他有關之處理等的醫療照護。其他如理髮等個人的事務之協助、教養娛樂有關之日常生活服務等等。

b 在宅服務：短期或日、夜間復健、飲食及入浴之協助等。

高齡者（老人）訪視（問）看護制度

在宅臥病高齡者（年老者）等可向老人訪視（問）看護站或有關醫師申請「看護或訪視診斷看病（診察）」後，老人訪視看護站就會向有關醫師報告，同時有關醫師會指示看護站，看護站就會派人去訪視看護，而患者或其家族會發給每日二百五十元使用（利用）費及實花的交通費。而有關醫師也依高齡患者等所申請派醫師去看病。在老人保健制度有關之鄉鎮市區公所，會發給看護站「老人訪視看護療養費」，同時會發給有關醫師「老人訪視看護指示費」等，其制度如上列圖六。

高齡者照（介）護知識與介護保險制度

高齡者照（介）護知識：日本政府為推行「高齡者介護社區化」工作，不但透過各級學校推行「社會福利教育」灌輸介護各種基本知能外，還利用各種社區居民的「社會福利講習會」培養居民介護高齡者有關的各種知識與技術。以便介護高齡居民。所以除重視生活品質、生理性老化、及老年期有關之思想的高齡者健康與心理，以及透過「看」、「聽」、「飲食」或「口腔清潔」、「復健」等的基本操作技能之外，尚有灌輸下列必要知識與處理方法：

照（介）護高齡者必要之知識：包括介護者必須具備的急救法如人工呼吸、心臟按摩以及喉部異物之急救等之急救方法，昏迷、吐血、流血、腹痛、呼吸困難、受到打擊、傷害或跌倒等等急症之認知與處理，臉或皮膚狀態、意識狀態、呼吸狀態、脈拍狀態以及體溫狀態的觀察能力，可否復健之臥病高齡者等的判斷，注意病原體及感染症病狀預防等之介護有關的清潔狀況，重視入浴、濕熱、濕布等療法與針灸、中醫治療方法以及高齡者復健與老年末期介護的理念或技術等知識。

高齡者常患的疾病之預防與治療：包括了解跌倒原因與預防，頭昏目眩因由與治療，尿失禁等之排尿異常與便秘、下痢、血便等之排便異常之原因與治療，生瘡原因與治療，其他如高血壓、動脈硬化、脫水、肩、背、腰、膝、腳、手等疼痛，耳鳴不眠以及壓抑、假性痴呆、幻覺（幻視、幻聽）、妄想等症狀之原因與治療等。

高齡者常見的疾病之理解與介護：包括腦中風（腦出血、腦栓塞、腦血液循環不全、腦虛血性發作、慢性硬膜下血腫）、帕金森症、骨、關節系疾病（骨質疏鬆症、變形性脊椎症、變形性膝關節炎症）、心臟病（狹心症、心肌梗塞、心衰竭、心不全）、恐怖（急性）肺炎、各種皮膚病、牙週病、眼疾等疾病的原因病（症）狀與治療方法等的理解與介護。

高齡（老年）期心理與照（介）護：包括人格變化、人格特性等之老年人格心理與適應方法、老年期的記憶與學習、聽或味覺等，知覺的老化（退化）以及老年期的不安、屆齡退休的打擊、體

驗機會之喪失、孤獨感、老人之犯罪與自殺、死亡的恐懼等不安與害怕之理解與輔導。

其他如各種輔導知識與技巧等。

介護保險制度：日本的介護保險制度於一九九七年所訂，二〇〇〇年起實行的制度是針對高齡化社會所帶來的臥病或痴呆高齡者的長期化，減輕高齡者家庭與政府的負擔，所做的老人福利與醫療結合及社區照護的一種社會保險制度。

保險者：鄉鎮市區公所（市町村）為保險者，同時中央或縣市（都道府縣）政府為支持單位的制度。因為為推行介護社區化及考量鄉鎮市區的老人福利或老人醫療保健的實績以及服務權限一元化，所以保險者為鄉鎮市區公所。

被保險者：分為六十五歲的第一類被保險者與四〇歲以上到六四歲（未滿六五歲）的第二類被保險者兩種。

保險範圍：第一類被保險者只保險介護部分，所以，保險費與徵收方法與第二類被保險者的介護保險是包括在醫療保險內的保險費算法或徵收方法不同。第一類的保險費是從年金或由鄉鎮市區公所個別徵收，而第二類的保險費即由就業的職業領域或地區領域的醫療健康保險單位徵收。

保險給付內容：經被保險人或其家族的申請，經保險單位調查，認為須要介護者依須介護程度分為兩類，第一類為一般介護即每週訪視（問）介護一至二次、訪視看護一次、日間介護與復健一至二次，必要時一年一至二次一週程度給予短期機構收容，給予醫

學管理或復健。第二類為第六級（VI）重度介護者，除週日外，每月訪視介護一次，每週訪視看護二次，每隔一天日間介護一次、復健一次，每日（含週日）深夜巡迴訪視介護一次，每月一週程度短期機構收容給予醫學管理或復健，以及其他服務等，其保險給付內容如下列表二：

表二 保險給付之內容

	在宅服務	機構（設施）服務
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護（在宅服務、介護人員） ・訪問入浴 ・訪問看護 ・訪問復健 ・通所復健（日間復健） ・居宅療養管理指導（在宅療養管理） ・通所介護（日間照護） ・短期入所（短期照護） ・有照護人之共同生活住居（團體之家） ・有費老人之家等有關之介護（自費老人之家） ・福祉用具借貸、購入費之支給 ・住宅修改費之支給 	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人之家 ・介護老人保健設施 ・療養型病床群等 ・療養型病床群 ・老人性痴呆症病患療養病院 ・介護力強化病院（施行後三年間）
要支援者	・同上（團體之家除外）	—————

（註）不當面現金給付、家族介護、短期入所（短期照護）等利用權擴大等之支援

資料來源：厚生省編一九九七年版厚生白書
月二十年一十九國民華中

公費負擔與保險費：公費負擔百分之五〇，其中中央政府分擔百分之二五，縣市政府分擔百分之二二・五、鄉鎮市區公所分擔百分之二・五。被保險者負擔百分之五〇，其中第一類被保險者負擔百分之二七，第二類被保險者負擔百分之二三。

高齡者照（介）護社區化之實況

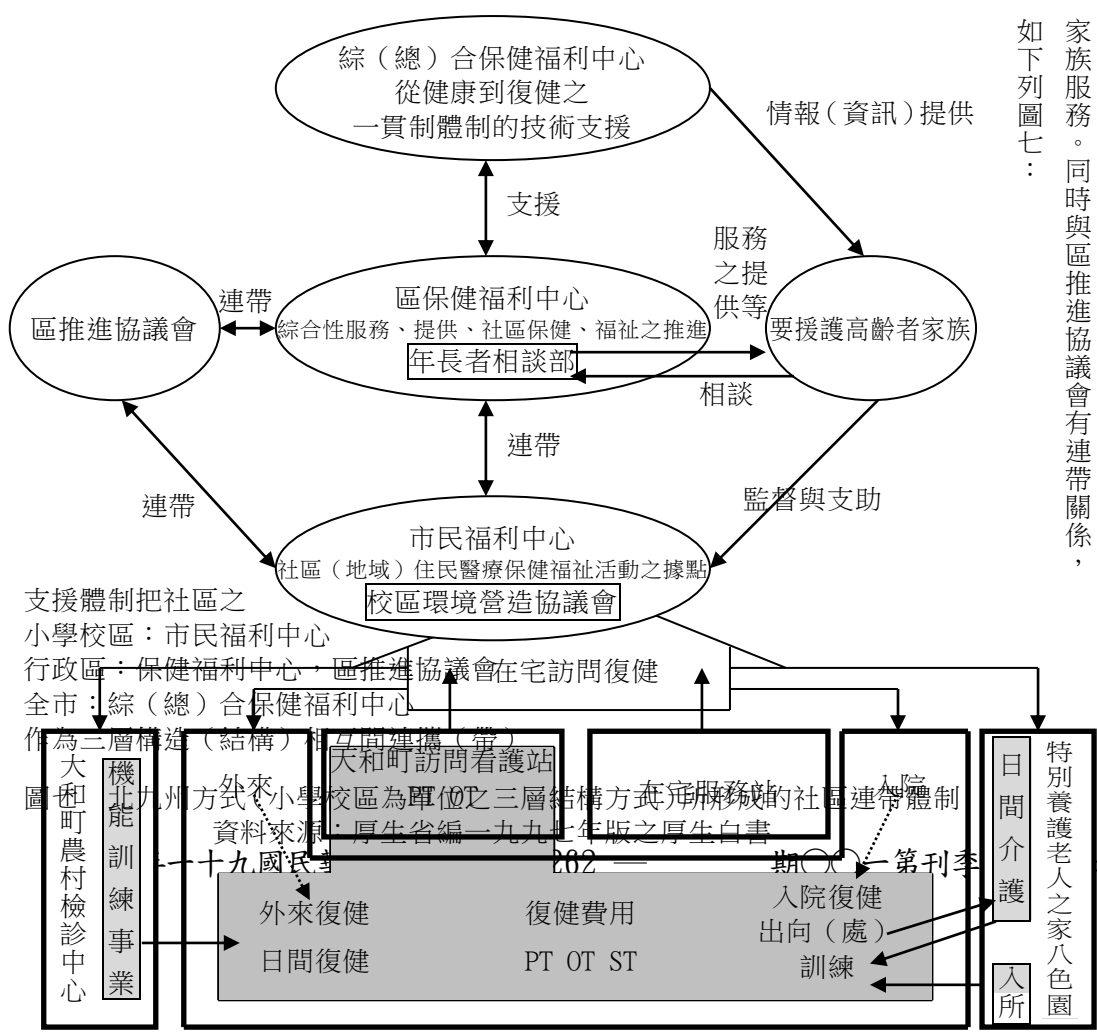
各地高齡者照（介）護社區化組織體系

對於健康上如身體或精神上有障礙，日常生活處理有困難之高齡老人提供介護等各種服務之組織，雖因地制宜各有不同，但是一般來說是大同小異，分為機構式照護與在宅服務等之非機構式照護，後者之組織如：

北海道稚內市：其擔任在宅介護的訪視（問）看護服務與訪視介護服務的據點是同一地方。經地方的醫療機構的全力協助及社區資源配合之下，即由保健、醫療以及福利的關係者協力合作共同來推展高齡者介護社區化事業。以在宅介護支援中心與訪視看護站等之有機性連帶為基礎的「綜合在宅照（介）護中心」是為其推行高齡者介護社區化的中心。該綜合中心的保健員或訪視看護士以及社會福利擔當者均掌握高齡者實況，參加會同（協調）會議後，就決定個個高齡者服務方針。

福岡縣北九州市：是以國小校區為單位以三層結構方式即綜合（總合）保健福利中心、區保健福利中心、市民福利中心等提供資訊（情報）、服務、看護、支援等資源提供給要援護的高齡者或其

家族服務。同時與區推進協議會有連帶關係，如下列圖七：



圖八 新瀉縣大和町（鎮）社區復健體系
資料來源：厚生省編一九九七年版之厚生白書

新瀉縣大和町（鎮）：是以町立（鎮立）的大和綜合醫院為主軸，與特別養護（療養）老人之家、農村檢驗診斷醫療中心結為一體，提供社區之醫療、保健、福利等服務。醫院有附設在宅介護支援中心，而特別養護老人之家有附設日間介護（day care）中心。同時，各設施以連帶的形式，設置高齡者復健中心，此為該鎮的一大特色。在復健方面，各社區除有社區復健據點外，還有訪視復健、日間復健以及特別養護老人之家的復健與復健人員訓練等福利措施，詳細情形如下列圖八：

在宅服務

日本的社區大都以國小的學區為單位，配合學校的社會福利教育，也就是結合學校師生資源提供社區照顧（介護）服務，所以，學校師生是當然志工。學校志工再加上社區居民志工，形成一龐大的志工團體，同時鄉鎮市區公所的社會福利事務所，由社工師或介護工作者師規劃或推行社區照（介）護服務。日本在宅服務可分為收費與免費兩種。早期在一九六二年頒行「在宅服務事業法」開始提供生活照顧戶老人日常生活服務，一九六三年頒訂「老人福利法」其第一二條硬性規定設立「在宅服務」制度，一九六五年時在宅服務對象從生活照顧戶擴大到低收入戶老人，一九六九年由日常生活

照顧擴大到低收入戶的臥病癱瘓老人介護，一九七六年時把一九六七年所創立的「肢體殘障者在宅服務制度」與「老人在宅服務制度」合併為「在宅服務制度」，實現老人福利法第一二條的精神。一九八二年修正把「免費低收入戶在宅服務制度」增加「須援助之收費在宅服務」部分而成為現行的「在宅服務制度」。

在宅服務，除志工免費提供高齡者在宅照護服務外，鄉鎮市區社會福利事務所或民間有關團體也提供免費低收入高齡者在宅照（介）護及收費之一般高齡者在宅照護服務。前者（免費）照護是由上述社會福利事務所或民間有關團體支薪聘人，一人負責五至六位老人，每週訪視照護二次，每次上午、下午各二小時。除此之外，每週要到鄉鎮市區社會協議會二次，幫助老人入浴或飲食服務。週日計畫獨居老人懇談會事宜。後者（收費）在宅服務是以使用者付費方式，一般需要在宅服務者可向有關機關或團體申請，由該機關、團體派員前往服務，服務鐘點費依規定金額由使用者支付。在宅服務之內容包括：打掃環境、整理室內、洗衣服、打開窗戶、作為老人聊天對象、煮飯、購物、陪老人看病或外出、臥病時的介護以及其他之服務等雜務。

(星期) 午 前 午 後 夜 間 深 夜

護
在宅介
臥病或癱
瘓高齡者其日

資料來源：厚生省編一九九七年版之厚生白書

第二類是重度介護，即如上述除週日外，每日訪視介護一次（回），每週訪視看護二次，每隔一天日間介護、復健各一次，含週日、每日深夜巡迴訪視介護一次等等。這類的介護大都由介護工作師或經特殊介護專業訓練者來擔任。其介護情形如上列圖十：

鄉鎮市區地方衛生院所之角色，包括：普及及提高衛生思想與有關事宜。改善營養及飲食衛生。重視住宅、水道、排水溝、廢棄物等之處理與清掃等之環境衛生。增進或提高公共醫療衛生。注意孕產婦及嬰幼兒以及老人的衛生。重視齒牙衛生。衛生上之試驗與檢查。重視心理衛生。結核病、性病、傳染病之預防。其他。

對象：心理疾病老人。痴呆症老人。其他相關疾病老人等。

社區介護：

患者有不安、痛苦之問題者，對應方法包括：a 安定其精神

如：代找主治醫師、在宅服務援助；b 治療其褥瘡等。

媳婦或家族負擔之集中的問題者，對應方法包括：a 護理人員頻繁的訪視；b 在宅服務的協助等來減輕媳婦或家族的負擔。

家族相談：透過家族與社會工作者或介護工作師的會談來協助解決照護痴呆或心理疾病等高齡者的困難問題。

志工（義工）團體

志工是利用自由空閒時間，不求報酬，自願提供福利服務者。

在這裡所指的志工是除提供社區高齡者之日常生活在宅照顧與在宅介護服務之外，還有解決或勸導高齡者等有關問題之服務者。因此，志工團體其功能包括：有關志工的養成、研修、供需之調整、福利訊息收集與廣告、調查研究、相談或援助、聯絡等。

日間照護服務

老人日間照護事業，是利用大樓一樓或專門為高齡者服務的日間照護機構設置高齡者可使用的大廣場、會議室、機能復健室等等，提供在宅高齡者各種必要之服務，是促進社區交流，社區照護的功能為目的之設施。這些設施是社會福利法人或以公辦民營方式由政府所設立，所以可以說都是民營的福利事業。日間照護服務對象是六五歲以上有身心障礙，日常生活無法自理之高齡者為原則，但未滿六五歲之痴呆症或癱瘓者等亦可使用。機構內置療母（監護工）、介護人員、司機、社工師，以及志工等人員。費用分為免費（低收入）與收費兩種。服務內容，分兩班制，一週內每日服務項目不同，但主要服務內容包括：專車接送、早會、

量血壓、入浴、中午飲食、午睡、復健、老人參加服務項目之設計、茶點與聊天時間，其他如感謝會等服務。每日服務時間原則上是上午八點半至下午四點為止，但可依老人或家族的意思提早或延後。感謝會是由機構、志工、社會協議會，鄉鎮市區社會福利事務所的支援下，由高齡者或其家族，在每日回家之前舉行，大都與下午茶點聊天時間合併舉行，感謝機構人員、志工及相關人員一天的辛勞以及交換意見等。

短期照護之家

短期照護之家是為在宅照護臥病或痴呆高齡者之家族，因病或生產子女、旅行等原因，短期內無法照護在家的的高齡者時，利用特別養護老人之家代為照護，減輕高齡者家族的負擔。代為照護時間，原則上為一週，但不得已時可延長，同時也可再利用。利用（使用）費，因屬於私事，所以原則上飲食費是使用者自己負擔外，其他即由介護保險之保險者來負擔。

短期照護之家所提供的服務內容，主要是飲食、入浴、排泄之介護等，必要時與特別養護老人之家所提供的服務相同。一般來說，短期照護或日間照護等的服務亦稱為「喘息服務」，給照護高齡者的家族有喘息的機會，減輕其照護高齡者的壓力。

痴呆症老人照護

高齡者因腦的病變，致使記憶、認識、判斷、學習等的能力退化，自身或周圍狀況無法正確掌握或適應環境有困難而造成自立生活有障礙者稱為痴呆症老人。痴呆症有記憶障礙、見識障礙、夜間

不眠、失禁、認知能力喪失、行為或語言能力喪失、幻覺、妄想等症狀。如何支援痴呆症老人，首先要先了解其實際狀態，以判斷基準來判斷其痴呆程度，並分為輕度、中度、高度、非常高度等四類，再依不同痴呆程度給予必要之介護，輕度者重視日常會話或理解，認知能力衰退者之介護與生活指導等。中度者重視金錢管理或藥物管理以及適應環境等等的必要之介護。高度者重視其日常會話之困難或遺忘，所以必須時常看著他（她）以免走失並給予必要之介護。非常重度者，重視提醒其姓名、房間的號碼或家族名字，以免忘光所有記憶之必要介護。

在宅醫療與護理訪視措施

為結合醫療、保健、福利生活為一體的老人福利服務，使高齡者在社區照護之下，自己的家如同衛生院所，如同醫院，一直到死亡都在自己家中生活，所以，在宅醫療或護理訪視，如前述醫院或保健機構，定期或不定期（必要時）派醫護人員到高齡者家中作在宅醫療、護理等服務。

鄉鎮市區社會福利協議會與志工活動

鄉鎮市區社會福利協議會主要事業是從事：

調查：居民意識、老人實況與需求等的調查以及社區福利活動計畫的擬訂等。

諮商：家庭問題（婚姻、兒童、身心障礙及老人的問題），以及福利活動網絡之社會支持問題等有關之諮商（相談）。

社區組織：社區社會福利協議會的設立、服務網絡（社會支

持）活動的推行、社會福利委員會的設置等。

志工活動：志工團體的成立、志工學級與志工學校的設立、志工基金的創立等等。

在宅福利服務的實行：

高齡者：在宅服務（國庫補助）、日間照護服務（國庫補助）、飲食服務、排泄或入浴服務、在宅介護（介護保險給付）、醫院或殯儀館之移送服務、家庭介護技術與知識之講習會等。

身心障礙者：授產、小規模庇護工廠的營運、導遊介護服務（國庫補助）、在宅訪視、福利機器（輔具）展覽等。

兒童：兒童、青少年之志工活動、單親家庭援助活動、其他等。

上述鄉鎮市區社會福利協議會是地方的民間組織機構團體，從其從事的事業來看，其與社區的志工活動是密不可分。也就是服務或介護高齡者或身心障礙等的志工，幾乎都是由該協議會培養出來，由該協議會來發動與安排服務活動。例如上述高齡者在宅福利服務之實行，不管是在宅服務或介護、排泄或入浴、飲食、移送等等的社區照護服務，大多由民間團體的鄉鎮市區社會福利協議會來策劃與推行。

飲食服務與日常生活用具供應

對於獨居或臥病的高齡者定期供應飲食，費用由鄉鎮市區公所或縣市政府負擔或補助鄉鎮市區社會福利協議會來辦理或老人負擔部分費用，這對獨居或行動不便或無法自炊的高齡者助益不少。至

於日常生活用具供應是依高齡者實際需要免費提供或租借特殊設計之睡床、浴槽、熱水器、大小便器、枕頭、棉被、輪椅、拐杖等用具。

洗澡服務：在家（在宅）無法洗澡的高齡者，由安老或療養機構以及老人福利中心、鄉鎮市區社會福利協議會等單位派車接送臥病或行動不便高齡者到上述機構、中心等場所洗澡，但須先接受醫師檢查認可後才能入浴，由工作人員或護士介護之下使用特殊設備之自動洗澡浴槽為高齡者洗澡。或由上述單位派巡迴洗澡車，巡迴各社區為高齡者洗澡服務。費用，低收入者免費，一般老人半價或依老人家庭經濟酌予收費。

高齡者福利電話與老人監護人員的派遣

對獨居或臥病高齡者以電話定期或不定期聯絡，一有問題馬上聯絡有關單位協助解決。同時對獨居高齡者生病，無法處理日常生活事務時，由有關單位團體派人到高齡者家中監護幫忙照顧。

高齡者福利中心

鄉鎮市區設置高齡者福利中心並分為A、B及特A型三種，免費提供老人保健、醫療、復健、娛樂等的場所。

其他，如高齡者醫護巡迴車、免費慢性病及急病救治以及身心健康服務中心、休養之家、退休或喪偶老人或老人法律、犯罪、暴力受害老人、高齡者臨終安寧照護等等，提供高齡者必要之服務。

以上為非機構或短期性機構收容之服務，至於長期性機構式照

護，雖與社區照護不是有直接關係，但仍有密切關連，如機構式的高齡者安養或療養機構，也必須利用當地社區居民之志工來協助，解決人手不足之弊，但社區也必須利用機構的資源，例如社工人員或護理人員到社區做外展業務或教導社區居民，尤其教導志工一些專業知能，以便從事高齡者等等社區照護服務。

機構型長期照護機構可分為：

免費老人精神病醫院或養護院所：不分男女、貧富、精神不正常老人一律免費收容照護，減輕老人家庭負擔及維護社區安全。

免費老人傳染病醫療及療養院：不分男女、貧富、患有肺結核、癲瘋、登革熱等等傳染病老人一律免費收容醫治或療養，減輕老人家庭經濟負擔及維護社區居民的健康。

老人安養機構（仁愛之家）：收容身心及環境上、經濟上的理由，在家生活有困難的六十歲以上老人為對象，提供日常生活等必要之服務，如衣、食、住、行、娛樂、醫療等服務。費用依社會保險年金給付或老人家庭經濟能力減免。

低費老人安養機構：依利用者與機構經營者簽約，收容六十歲以上老人為對象，但夫婦者其一方須滿六十歲以上者。並分為全由機構提供飲食、日常生活必需品等與自炊（自己煮飯）二種類。前者一切費用由社會保險年金給付或依老人家庭經濟狀況收費。後者一切費用原則上自負，但費用不高。

自費老人安養機構：分私立公營、私立民營、公辦民營等三種，因自費不屬老人福利範圍，公立公營者幾乎沒有，以免與民爭

利，其費用等等均以雙方契約收費，並在政府監督之下以企業化方式經營。

老人護理之家：收容病情較為穩定不必再醫療，但也無法回家的末期老人，給予必要之護理服務。不過老人護理之家漸漸被在宅醫療及護理訪視取代。

五、結論

日本一直重視以國小為單位結合學區資源與國民的社會福利教育精神的灌輸，尤其鄉鎮市區的社會福利協議會，不但培養志工人才，而且積極推展社區照護工作。在過去政府也好，民間福利法人團體也好，對高齡者的福利是較偏重機構收容與臥病低收入者的在宅服務。但自石油危機以後，一方面，為減輕中央政府經費負擔，一方面為加強社區居民與學校資源的結合及全民參與，漸漸轉移到社區照護，也就是轉移到高齡者照護社區化的方向來。

近年來高齡化社會所帶來的許多問題，尤其是家庭結構核心化，平均年齡延長，高齡者的身心健康的照護以及高齡者日常生活的照顧，家族照護高齡者的身心壓力與照護意願之低落等等的老人問題，政府為解決這些老人問題以及尊重老人的意願，自一九八三年起積極推展醫療、保健與福利三者合為一體的政策，發動全民參

與或關心高齡者照護事業，由政府或民間福利法人與醫療機構團體等之專業人員帶動社區居民參與在宅服務、在宅介護以及在宅醫療保健等醫護與生活服務。

總之，日本高齡者照護偏重於高齡者在宅醫療、在宅護理、在宅介護以及在宅服務等，使高齡者生活在自宅內、家庭如醫院如護理之家，方便又舒服，快樂地度過其晚年，此為，日本高齡者照護社區化的特色。

（本文作者現任長榮管理學院社會工作學系教授兼主任）

◎參考文獻：

- 日本厚生省編，一九九五年、一九九六年、一九九七年「厚生白書」，厚生問題研究會發行。
- 日本總務廳編，一九九七年「高齡社會白書」，大藏省印刷局發行。
- 八代尚宏編「高齡化社會の生活保障システム」，東京大學出版會一九九七年發行。
- 小室豐允主編「老人の在宅介護」，中央法規出版社一九八八年出版。
- 青木信雄編集「老人の健康と心理」，中央法規出版社一九八九年出版。