

日本介護保險之介紹

陳玉蒼

壹、前言

目前，亞洲國家如日本和臺灣正面臨高齡及少子化雙重問題，中國將可能是下一個面臨相同狀況的國家。關於高齡者的照顧，2000年4月日本介護保險（註一）的設立與實施讓 NPO 及一般企業可以進入介護保險市場提供服務。雖然日本的介護保險尚在多方嘗試的階段中，相較於其他亞洲國家，日本的介護保險在法令、制度及營運上尚稱完備，可供其他國家參考。然而日本介護保險制度的實施及運作亦有其問題點及待解決的課題。據聞臺灣國內的高齡者照顧亦將採社會保險的方式提供服務，他山之石，可以攻錯，希望藉

由本文之日本經驗能為臺灣的新制度帶來新的想法。

貳、高齡者介護保險制度實施的背景

1970年，日本65歲以上的人口為733萬人，高齡人口比率超過總人口數的7%，進入所謂的高齡化社會。24年後的1994年，65歲以上的人口占總人口比率超過14%，此時的日本進入真正的高齡社會。相較於歐美高齡化的程度，日本的高齡化急速進展中，歐美日人口高齡化的國際比較請參照表1。

表1 歐美日人口高齡化速度的國際比較

國名	65歲以上人口比率的到達年次		所需年數	國名	65歲以上人口比率的到達年次		所需年數
	7%	14%			7%	14%	
日本	1970	1995	25	德國	1930	1975	45
美國	1945	2015	70	法國	1865	1995	130
英國	1930	1980	50	瑞典	1890	1975	85

出處：日本—總務廳統計局「國勢調查」及舊厚生省人口問題研究所「日本的將來推計人口（平成4年9月推計）」

其他—聯合國資料（“Population, Studies”及“World Population Prospects: 1990”）

1960年代以後，75歲高齡者的死亡率下降，日本人平均壽命年年往上提昇，隨著平均壽命的提昇，需要照顧的高齡者快速增加。以往的高齡者照顧乃是家族（特別是女性）的責任，但由於小家庭的誕生導致獨居老人的增加，加上就業的女性人口逐漸增加，家族式的看護能力下降。高齡者的看護衍生出種種社會問題，如老年人自殺，老人虐待等問題。另外為了照顧高齡者，許多人因而辭去工作，高齡者照顧問題成了國民年老後最不安的因素。且過重的看護負擔是導致家庭支離破碎的要因之一。

舊有的老人福利制度和老人保健制度本身存在以下的問題，導致高齡者看護困難重重：

一、老人療養院數量不完備。

二、「社會性入院」（註二）人數的增加導致醫療費用的增加與浪費。

三、高齡者服務是由政府行政單位所安排，高齡者無法選擇他們想要接受的服務項目及服務提供者。

四、服務費用是根據個人所得來決定，對中高所得層的人而言負擔過重；加上利用服務前需要接受行政單位的所得調查，導致人們有接受服務的人均為低收入層的刻板印象。所以一般人對於政府安排的老人照顧服務產生排斥感。

為解決上述問題，1994年舊厚生省（現改為厚生勞動省）內設置了「高齡者

看護對策本部」開始著手進行檢討新的高齡者照顧系統的成立。同年9月份「社會保障制度審議會社會保障未來藍圖委員會」及同年的12月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提出的報告書中，建議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。

對於上述提案，老人保健福祉審議會於1995年2月開始進行審議。同年7月，社會保障制度審議會提出「社會保障體制的再建—以建構能安心生活的21世紀社會為目標」的建言，針對高齡者照顧並指出「今後高齡者照顧服務的提供，其財源主要應來自公共介護保險的保險費」。1996年4月彙整出高齡者介護保險有關的報告書，公共保險制度的建立由此開始真正啟動。

之後，厚生省草擬介護保險制度的大綱，經與在野黨協商後，1996年11月，與介護保險有關的三法案（介護保險法案、介護保險法施行法案、醫療法的部分修正）在第139回臨時國會中提出。1997年12月，上述三法案經部分修正後成立並公告，正式施行日期為2000年4月1日。關於介護保險制度的設立過程請參照表2。

表 2 介護保險制度設立過程

時間	制度設立過程
1994 年 4 月	厚生省設立高齡者看護對策本部
1994 年 12 月	高齡者看護、高齡者自立援助系統研究會報告書 基於「高齡者自立援助」的基本理念導入社會保險制度
1995 年 2 月	老人保健審議會開始審議
1995 年 7 月	審議會提出「公設介護保險制度的創立」
1996 年 4 月	審議會提出「關於公設介護保險制度的創立」最終報告
1996 年 11 月	介護保險相關三法案提出
1997 年 12 月	法案部分修正後成立並公告
2000 年 4 月	法案實施

參、介護保險制度的目的

介護保險法第一條明示，介護保險的設立是基於國民共同連帶的理念，對於因高齡伴隨而來之疾病而需要照顧的人，為回應其本身所具有的能力並使其能自立於日常生活中，提供醫療保健服務或社會福利服務。其目的為醫療保健的提昇及社會福利的增進。

關於保險給付，下列三事項需列入考量中：(一)與醫療體系合作的同時，注意到受照顧者身心狀態的改善，防止其惡化，需要接受照顧狀態產生的預防，(二)按被保險人的選擇，從各式各樣的服務提供者中找出適合被保險人的服務，綜合並有效率地提供服務，(三)保險給付內容及給付水準，盡可能採居家照顧的方式，就高齡者所保有之體能，提供其在日常生活中能夠自立的協助（介護保險法第二條）。

從上述兩條文，我們可得知介護保險的目的，其關鍵字應為「自立」、「被保險人的選擇權」、「居家」、「合作」、「多樣的

服務提供者」、「共同連帶」等。所謂自立，是將高齡者所保有的體能做最大的發揮，為使其能在日常生活中過著自立的生活提供種種援助。藉由被保險人自由選擇，被保險人可從多樣的服務提供者中選擇其想要接受的服務。被保險人的意思亦可受到尊重。另外，為靈活運用民間的力量，除原有的醫療法人及社會福利法人外，介護市場另導入民間業者、農協、NPO 等多樣的服務提供者，有效率且高品質服務的提供深受各方的期待。介護預防是介護保險制度實施的目的之一，為達成此目的，社會福利、保險及醫療三方面需密切合作建構綿密的合作網絡。共同連帶之意乃是介護保險事業所需要的費用是以公平負擔的方式由被保險人共同支付。

舊厚生省（今厚生勞動省）的高齡者照顧對策本部事務處表示，介護保險制度的目的為下列四點：

一、高齡者照顧是國民年老後最大的不安，藉由社會全體的相互扶助方式消除此不安；高齡者照顧的長期化加上需要被

照顧的高齡者逐年增加的緣故，家人的照顧有其限度；因此將原有的家族照顧移轉到社會照顧可消除國民的不安。

二、社會保險方式其給付及負擔明確，易得到國民的理解：高齡者的需求及價值觀人人不同，為因應此多樣化，高齡者可按其需求自由選擇其所要的服務，此為介護保險制度的特徵之一。

三、將原先上下層級關係的制度改變（註三），藉由自己的選擇，高齡者可從各種服務提供者中接受醫療、社會福利等綜合性服務。同時，介護市場因各式各樣服務提供者，如公營機構、醫療法人、社會福利法人、民間業者、NPO 等的加入，優質且有效的服務為民眾所期待。

四、介護保險實施前，由於醫療設施的負擔較輕，一般人選擇長期住在醫院而非老人看護設施，造成所謂的「社會性入院」。介護保險的實施，將照顧和醫療保險分開，其目的是為了消除此一現象，因此，介護保險的實施是社會保障構造改革的第一步。

換言之，為了消除國民對年老後無人照顧的不安，社會福利和醫療分支，高齡者的介護制度重整後，容易利用、公平且統一的社會支援系統的建構是介護保險制度的設立目的。

肆、介護保險制度的概要

介護保險制度是以高齡者的自立援助為目的，以共同連帶的理念，藉由國民全體的相互援助進行高齡者看護。制度的構造是由市町村等地方自治團體及東京都 23 個特別區為主的保險人，第一號及第二號被保險人，服務提供者（居家服務者及

設施服務者）等三者構成。介護保險事業的營運由保險人負責，但為減低營運費用負擔，中央或都道府縣及醫療年金保險者亦共同援助。

被保險人區分為第一號及第二號。第一號被保險人乃指 65 歲以上高齡者；第二號被保險人為 45 歲以上未滿 65 歲的國民。滿足上述條件的外國人，只要其辦理外國人登錄且在日本居住一年以上者亦可成為被保險人。

為確保介護保險制度財政的安定性，制度運作的財源 50%由公費負擔（中央 25%，都道府縣 12.5%，市町村 12.5%）。第一號被保險人保費負擔 18%，第二號被保險人保費負擔 32%。

保險給付分為三種：(一)對於需要照顧者給予照顧給付，(二)對於需要支援者給予預防給付，(三)針對需要照顧或需要支援者，市町村等地方自治團體給予特別給付（此為市町村單獨給的給付，主要目的是防止被保險人身體狀況惡化）。這三種給付大致可區分為兩大類，一為居家服務，一為設施（機構）服務。關於居家及設施服務的詳細服務內容請參照表 3。根據介護保險法第 7 條第 1 項及第 2 項規定，需要支援的判定是指有身體上或精神上的障礙，連續 6 個月，前述障礙會導致其日常生活運作受影響而言。需要照顧的判定是指因身體或精神上的障礙導致洗澡、排泄及吃飯等日常生活的基本運作全部或部分，連續 6 個月需要照顧的狀態而言。需要照顧的狀態依其所需的照顧程度分為需要照顧 1—5 等 5 個等級。上述狀態的認定是由介護認定審議會根據市町村所屬之認定調查員的訪問調查結果及主治醫師的意見來判定。

表 3 針對需要照顧、需要支援者提供之居家及設施服務項目

介護認定	居家服務項目	設施服務項目
需要照顧	<ul style="list-style-type: none"> * 訪問照顧 (Home Help) * 訪問入浴 * 訪問看護 * 訪問復健 * 日間照顧 (Day Service) * 日間復健 (Day Care) * 居家醫療管理指導(醫師或牙醫師到宅診療服務) * 短期入所生活照顧 (Short Stay) * 短期入所療養照顧 (Short Stay) * 老人院付費照顧設施 * 看護用具的借貸及購入費的支付 * 住宅修改費的支付 	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉設施 (特別養護老人院) 介護老人保健設施 (老人保健設施) 介護療養型醫療設施 * 療養型病床 * 老人痴呆患者療養病院 * 介護力強化病院
需要支援	同上 (收容老年癡呆患者的老人院除外)	無法利用

關於服務的利用程序如下：

一、需要照顧認定的申請(註①)：由被保險人(利用者)向保險人(市町村等地方自治單位)提出要認定申請。此申請可由家人、居家照顧支援專員(Care Manager, 制定服務利用計畫的專門人員)或介護保險設施代為申請。

二、需要照顧認定的判定：根據市町村所屬之認定調查員的訪問調查結果及主治醫師的意見來判定。

三、擬定照顧計畫(Care Plan)後開始接受服務：照顧計畫是根據利用者的身心狀態選出適合利用者的服務項目及服務提供者，以一週或一個月為單位訂出服務利用的時間表。此計畫的擬定，利用者本身亦可自行訂定，但因服務提供者及服務內容過於複雜，一般人都會委請前述居家照顧支援專員幫忙擬定。

伍、介護保險制度的課題

社會服務的提供從原來的行政安排措施下改為介護保險的契約制度，對於高齡者照顧的改變，光成英正(1999)做了如下說明：

一、過去的行政安排措施是靠稅收來維持，介護保險制度是由被保險人的保費收入及服務利用的部分費用(現為服務報酬的一成)負擔來維持制度的營運。被保險人可以自由選擇其所需的服務內容並經由與服務提供者訂立契約的方式來接受服務。

二、舊有的行政裁量制度下，服務的利用量受限於預算的規定；介護保險下的契約制度，需要照顧的高齡者誰都可以接受服務，故介護保險為一社會保障系統。

三、介護保險導入市場原理，其目的是為積極地運用民間的力量，讓 NPO 及民間企業等多樣性的服務提供者進入介護市場。

四、服務的提供並非單獨劃一性，乃為多樣且有效率的服務。

五、面對著高齡少子化社會，介護保險制度的成立乃是社會保險制度的再建構。

六、為避免社會性入院問題的產生將醫療與高齡者照顧分開，醫療保險的效率化亦備受期待。

七、介護保險制度可改進費用負擔不公平的問題，受益人（被保險人）負擔相稱的保費及利用費之同時亦可享受保險給付的權利。

八、介護保險的營運主體為市町村等地方自治團體，此營運主體針對高齡者所需設定保險給付的環境，保費減輕的實現亦為人們所期待。

此外「21 世紀福利展望」（註五）揭示以來，根據政府所屬的各研究會及審議會中提出「凡國民皆能迅速地從其身邊得到其所需要的服務」的口號，老人保健福利審議會的中間報告清楚寫出「需要照顧的高齡者，不管身於何時何地，人人皆可迅速地利用高齡者照顧服務的理念」為介護保險的宗旨。因此，介護保險制度應為根據需要接受照顧者的自立援助理念，確保普遍性、權利性、公平性和選擇性的系統（里見、二木、伊東，1997）。

普遍性是指當高齡者需要受照顧時，任何人皆可不用受限於經濟條件，得到其想要的服務。權利性是指服務的利用並非來自於誰的恩惠或慈善義舉，而是高齡者的權利。公平性則是指在舊有的制度下，高齡者的負擔是根據其所得的高低而定；

介護保險制度下，高齡者的負擔是根據其受益的內容（保險給付內容）來訂定，符合公平性原則。選擇性是指服務內容選擇的主體為利用者，他們可以自由選擇需要的服務項目。

介護保險制度的營運即根據以上四大理念來運作，其運作成效備受各界矚目。但是，介護保險制度從 2000 年 4 月實施以來，保險人（市町村等地方自治團體），被保險人及服務提供者間出現了種種問題與課題待解決。介護保險制度的主要問題點列舉如下（橫山，2001）：

一、第一號被保險人（65 歲以上高齡者）的保險費居高，且各個地方自治團體間也有財務上的差距，導致保費收取各地不一。

二、低所得的高齡者因需自付一成的服務利用費，負擔過重因而無法接受服務。

三、被判定為不需要支援（自立者）或需要支援的高齡者無法接受老人設施的服務。

四、介護保險實施後，高齡者因其介護判定導致利用額度受限，無法繼續利用制度實施前的服務。

五、居家服務人員因其通勤移動的時間不列入報酬支付的考量，基於實質報酬的考量，居家服務人員有不願到偏遠地區服務之虞。

六、高齡者對於介護認定的客觀性和公平性的確保持疑且不安。

七、民間企業所屬的居家照顧支援專員有圖利其所屬企業的可能性。

另外，對於民間企業成為居家服務提供者一事，其可能產生的問題點為：赤字企業的退出、服務的提供有集中於都市之虞、服務提供人員的勞動條件惡化、服務品質低下等（伊藤，2000）。上述問題詳細

說明如下：

一、**企業的退出**：介護保險實施初期，企業為廣大介護市場的魅力所吸引，在全國各地紛紛設立事業處。但制度實施後，消費者的利用狀況非當初所預期，營業上產生赤字的企業陸陸續續出現。由於企業的退出不受法律條文的約束，所以，民間企業可以隨時撤除不獲利的事業處，如此一來，對消費者而言，持續且安定的服務提供不受保障，消費者的不安不減反增。

二、**服務提供集中於都市**：因為服務提供人員的報酬是根據實際勞動時間來計算，通勤移動時間並未列入報酬計算的考量。移動的時間愈長，服務提供人員的實質報酬愈低，因此需要花費長時間才能到達的農村、離島、山地等偏遠地區沒有民間企業進駐。許多企業的事業據點僅限於都市（註六）。上述偏遠地區對於公家提供的服務、家族照顧及志工所提供的照顧等依存度非常高。

三、**服務提供人員勞動條件惡化**：過去對居家照顧服務提供人員的評價僅將其視為代做家事的勞動者，至今其待遇及僱用條件仍不穩定。對於這些居家照顧服務提供人員，政府亦壓低其補助單價，專職的居家照顧服務提供人員的補助為三成，非專職的居家照顧服務提供人員的補助為七成，所以大半的居家照顧服務人員均為非專職人員。這些非專職的居家照顧服務人員和事業者之間的僱用關係不明確，從業人員的身分保障及勞動條件等亦曖昧不清。

四、**服務品質低下**：介護保險制度的目的之一是想藉著多樣的服務提供者的加入啟動市場競爭原理以利提昇服務品質及經營效率。但是，若業者的經營產生赤字的話，屬勞動密集產業的居家照顧服務業

者所採行的措施定是從人事費用的刪減開始（註七），人事費用的刪減後隨之而來的是服務品質低下的隱憂。

針對介護保險的實施，讀賣新聞在2003年10月對全國3,204市町村做問卷調查。回覆的2,898市町村中，對於介護保險的營運，他們最擔心的是保險費的高升（66%）；接著依序為等待進入老人設施的人數增加（59%）、保險財政的惡化（49%）、低所得者的相應措施（48%）、要介護認定者的急速增加（41%）、老年痴呆患者的相應措施（40%）、服務品質的確保（36%）等。近年來各地方自治團體因為財政困難，許多預算及補助費用均遭到刪減的命運。介護保險美其名為地方分權制度的表徵，但是，財政困難的自治區在制度的實施上所面臨到的困難重重，大部分與財源的確保有關係。以上所提出來的問題，可以為國內主事者將來在制度擬定上的參考。如何能夠不重蹈覆轍，是國內今後制度形成的課題之一。

陸、結語

日本介護保險制度所揭櫫的理念是高齡者的自由選擇及高齡者的獨立自主援助（自立支援）。藉由制度的實施希望達成普遍性、權利性、公平性和選擇性的原理。並希望透過多樣的服務提供者的加入，讓市場機能發揮效應，提昇服務品質及效率。然而，介護市場因為有政府的參與，政府除了提供財政上的援助外，服務報酬的訂定及制度的檢討等均由政府主導而非市場機能來控制。加上服務提供者中以利益為導向的民間企業隨時可退出，高齡者期望的持續且安定的服務提供有中斷之虞。另外高齡者所持有的訊息相對減少，

此訊息不對稱性亦使高齡者無法選擇他們真正想要的服務。

日本介護保險的實施即將邁入第 6 年，其成效毀譽參半。不容諱言，許多中收入家庭因介護保險的實施減輕他們照顧高齡者的負擔，且高齡者可就近在家中接受照顧而不需到陌生的老人設施去，此居家服務可以降低高齡者的不安。然而制度實施上種種困難的存在亦是事實，地方分

權的實踐或是中央把責任轉嫁給地方全待制度實施的各方相關人員協力諮詢以及明確的角色分配而定。亞洲其他國家如韓國亦有意導入介護保險制度。因此，2005 年日本介護保險 5 年一期的檢討及其今後的動向仍會是矚目的焦點。

（本文作者為日本東北大學大學院經濟學研究科博士課程）

註釋

註一：「介護」為日文，中文意義為照顧之意。但由於「介護保險」為制度名稱，故本文中提及此制度時仍稱之「介護保險」。

註二：由於醫療費用的負擔低於老人看護設施的負擔，許多人選擇長期性住院而不願意到老人看護機構，此現象稱之為「社會性入院」。

註三：介護保險施行前的社會服務提供是由行政單位決定（日文為「措置制度」）。介護保險實施後，高齡者可自行選擇其所需要的服務，藉由與服務提供者間契約的訂定，接受服務。

註四：介護保險服務的利用是採申請制度，被保險人向保險人提出申請後，由保險人派調查員至被保險人家中做實地訪問調查。

註五：「21 世紀福利展望」是民間有識之士經厚生省委託後於 1994 年 3 月提出的建言，其建構之日本未來社會服務理想圖需由公共保障及個人的自助努力合而為一後方為適當之社會福利保障。

註六：日本全國地方自治團體約半數以上人口未滿一萬人，在這些地區幾乎看不到民間企業的進駐。

註七：居家照顧服務的人事費用約占企業總費用的八成左右。

參考文獻

伊藤周平（2000）檢證介護保險，青木書店。

介護保險研究會監修（2001）わかりやすい介護保險制度 Q&A，（株）中央法規出版。

光成英正（1999）要援助高齡者ニーズの特性に関する考察－在宅介護サービスでの「自己決定」尊重に向けて－，經營學研究論集，西南學院大學大學院，33，1－37。

橫山純一（2001）介護保險法の全面改訂を－地方分權を目指した税方式へ，神野直彦・金子勝編著，「福祉政府」への提言，岩波書店，48－95。