

日本社區整合型照護體系演進 對臺灣長照政策之啟示

蔡璧竹

壹、前言

日本作為全球高齡化程度最高的國家，面臨龐大的長期照顧（以下簡稱長照）需求，自2000年4月起實施介護保險制度（即長照保險），透過社會保險機制分攤社會共同的風險以來，迄今已邁入第22年，根據厚生勞動省統計，介護保險服務使用人數截至2020年4月已達494萬人，為實施當年同期149萬人的3.3倍（厚生勞動省，2021）。隨著高齡化進展，日本戰後嬰兒潮的「團塊世代」將於2025年集體邁入75歲，加上社會結構變遷，日本失智症高齡者人口比率、老老照顧或單身高齡者家庭比率皆快速增加，以首都圈為中心的都市地區也開始面臨急遽的人口高齡化。對此，日本政府2021年7月公告的厚生勞動白皮書指出為建立「使所有人民進入老年，也能在社區支持下活躍生活的社會，並創造全齡的健康環境」，實現

「社區整合型照護體系」（地域包括ケアシステム）理念乃是關鍵（厚生勞動省，2021）。

所謂社區整合型照護體系是指依據社會結構變化和高齡者需求所建立的因地制宜照顧服務體系，儘可能使高齡者在習慣的社區，以自身能力經營自立的日常生活為目標，並將醫療、介護、介護預防（健康促進）、居住及日常生活協助等服務予以整合。鑑於人口高齡化速度與資源等皆因地區而異，故必須依據個別地區的實際情形來發展社區整合型照護體系。日本社區整合型照護體系的基本精神乃在於「在地資源整合」及「社區互助」，其中社區互助機能的發展，更是社區整合型照護體系是否能夠成功運作且具備永續性的關鍵。根據自2021年起實施的第八期介護保險事業計畫，將「實現社區共生社會」納為重點推動項目之一。

世界衛生組織（World Health

Organization, WHO) 於1978年《阿拉木圖宣言》(Declaration of Alma-Ata) 首次提出基層照護(primary health care) 概念, 樹立全球公共衛生的新里程碑, 後歷經40年發展, 各國意識到基層照護體系對於解決現代社會問題及聯合國永續發展指標之意義, 遂於2018年10月依據《阿斯塔納宣言》(Declaration of Astana) 修正其內容, 指出基層照護之內涵包括: (一) 滿足人民各階段的健康需求; (二) 解決跨領域健康政策或計畫整合難題; (三) 個人、家庭及社區賦權, 強調為自己的健康負責。其中社區賦權亦呼應社區共生與互助型社區理念(WHO, 2018)。

社區由多元行動者組成, 包括個人與家庭、一般社會大眾、私部門的營利與非營利組織及民間團體(如: 消費者團體、社區組織、宗教組織與非政府組織及其附屬團體)等(WHO, 2020)。居民和社區的參與能力、意願及參與形式等隨著社會發展而不斷變動, 且易受全球化、人口流動、人道主義緊急情況與衝突等因素影響, 因此以人為中心且可使居民有效參與的「互助社區」理念, 是建立永續性照護服務體系的關鍵。

在少子化及高齡化進程下, 日本與各國同樣面臨照顧人力不足的危機, 學者於2013年即指出日本照護體系的未來必須朝向「社區化」(地域化)發展, 透過發展社會互助機制, 強化社區的生活照顧支援

功能(高橋紘士, 2015)。日本社區整合型照護體系由「自助」、「互助」、「共助」及「公助」四項要素構成, 其中互助係指由社區住民或自願性團體提來供服務。

日本介護保險制度乃參考德國長期照護保險和英國公共醫療體系照護機制設計而成, 同時導入市場機制, 發展出具亞洲本土特色的長照服務體系, 由被保險人自己購買服務的制度設計, 強化自我選擇與尊嚴, 但依此形成的長照服務市場也存在商品化程度高的特色, 因此如何在社會保險機制構成的照顧服務市場, 成功發展互助社區理念, 實值得深入討論。

臺灣自2017年實施長照2.0, 以稅收制發展普及式的長照服務體系, 創設以長照ABC為核心的社區整體照顧服務模式, 導入市場競爭機制並於2021年修正《長期照顧服務法》確立服務使用者付費理念。綜觀我國長照政策整體發展脈絡與走向與日本頗為相近, 日本以十年黃金計畫先行, 奠定實施介護保險制度的基石, 臺灣近20年來也廣續推動長照十年計畫1.0與2.0, 以廣布服務資源和提升服務涵蓋率為目標。臺日目前皆同樣面臨長照需求不斷擴張但照顧人力不足的困境, 鑑此本文將透過分析日本社區整合型照護體系及建構互助型社區的理念, 期供作長照2.0未來之參考。

貳、日本社區整合型照護體系概說

一、發展背景

日本老人長照政策可溯自1960年代《老人福利法》制定，其後陸續由政府提供獨居老人居家照顧服務及設置公費特別養護老人之家，從此國家社會福利政策擴張至傳統家庭照顧責任領域。1970年代後，不斷擴張的高齡者醫療費用逐漸成為國家醫療體系的沈重負擔，為避免高齡者長照需求侵蝕公共醫療體系、擠壓急性醫療需求量能，日本1982年制定老人保健法，並於1989年推出「高齡者保健福祉推進10年戰略」（通稱黃金計畫，ゴールドプラン），充實以居家照顧服務為主的老人照顧機構量能、建立普及式的老人照顧服務為目標（河野正輝、江口隆裕，2015）。1994年進一步推出「新·高齡者保健福祉推進10年戰略」（新黃金計畫），確立採取社會保險模式分攤社會長照風險的政策路徑。1997年12月國會通過介護保險法，2000年4月1日正式實施，以全國市町村之基層地方行政單位為保險人，將全國年滿40歲的國民納入被保險人範疇。

日本介護保險制度是參考德國長期照保險及英國公共醫療體系照所建構的社會保險體系，具備亞洲本土性特色及社會福利政策典範轉移之意義。所謂典範轉移具體展現於三面向的「思考轉換」，包括：

（一）從選擇式到普及式福利服務：不再以資產調查為福利給付要件，將全體國民皆納入給付涵蓋範疇；（二）從保護主義到自立支援：強化服務使用者自我決定，例如介護保險法明定「代理受領」機制，使長照需求者成為服務市場上的購買者，而實際服務提供亦強調讓失能者盡量使用自己仍具備的能力，藉此避免或延緩失能程度惡化；以及（三）從「公助」到「共助」：傳統社會救助或福利體系主要由國家編列預算作為財源，而介護保險則透過社會保險機制建立被保險人連帶團體，於分散社會風險同時強化社會連帶意識。另一方面，介護保險機制亦被稱為「地方分權的試金石」，蓋長照需求多元且多變，須依據地區慣習與風俗因地制宜，始可符合人民真實需求；因此介護保險制度透過權限委任和經費移轉，由最貼近人民需求的市町村基層地方自治團體為實施主體，且以建立社區整合照護體系為核心服務理念。值得注意的是，除擴大地方政府權限外，地方自治團體擔負責任也隨之加重，除財政面的公費負擔分攤，在服務供給面，地方自治團體也扮演關鍵角色，例如由市町村及都道府縣分別擬定介護保險事業計畫與介護保險事業支援計畫，定期按區域照顧需求變化制定妥適的服務模式與資源發展規劃。

介護保險制度實施至今已逾20年，介護服務覆蓋率大幅提升，但隨著社會結構

變遷也陸續出現新興挑戰，包括持續擴張的服務費用、第一線人力不足以及介護離職造成的社會問題等。隨著戰後嬰兒潮的團塊世代即將於2025年滿75歲，日本社會約每5.5人就有1人是75歲以上高齡者，此外近年「都市型高齡化」也成為當代日本高齡社會的一大特色，所謂都市型高齡化是指失智症高齡者、單身或老老照顧家庭比例偏高，其中特別是單身高齡者因為缺乏家庭照顧資源、社會參與等生活機能，導致退化風險提升，另因輕度失能而使用介護保險服務的個案也較非都市地區為多（山本隆，2021）。這些社會新興現象皆對日本長照體系與介護保險制度之永續性形成威脅。

二、社區整合型照顧服務體系的基本理念

「社區整合型照護體系」（地域包括ケアシステム）用語首次出現於2005年介護保險第三期介護保險事業計畫，該計畫創設「社區密合型服務」（地域密着型サービス）模式，透過小規模且富有彈性的照護服務，儘量使失能者持續在習慣的社區裡生活，並設置社區整合支援中心，負責綜合諮詢、權利保障、照顧管理及預防及延緩失能照顧管理等任務。2009年厚生勞動省「社區整合型照護研究會報告書」指出，社區整合型照護體系的基本理念是：「以個案居住需求為基礎，保障其安

全、安心、健康生活，在日常生活區域內（日常生活圈）提供適當的醫療、介護和福利服務等多元支援協助服務」（厚生勞動省，2009）。介護保險實施後，長照需求快速擴張加上始終難以填補的長照人力缺口，使得日本政府意識到居家照顧服務的界限，以及高齡者照護服務體系改革之必要。2011年介護保險法修訂，正式納入社區整合型照護體系，於介護保險法第5條第3項明定地方自治團體應實施社區整合型照護體系。

社區整合型照護體系是由五項要素組成，包括：（一）醫療；（二）介護；（三）介護預防；（四）居住；（五）生活支援與福利服務。並且須以失能者本人的選擇，以及本人或其家屬的充分意識準備為基礎。依上述原則可知，社區整合型照護體系是以「建構多層次的社會支援體系，使長照需求者能夠有尊嚴而自立地生活」為核心理念。其主要內涵包括：（一）以日常生活圈為單位；（二）以可適當回應實際需求的住宅為前提；（三）社區應具備提供照顧服務、預防保健服務、生活支援服務，及以居家醫療照護機能為核心的日常醫療相關諮詢服務等；（四）整體而具連貫性的服務提供體系（Comprehensive, Continuous and Seamless）（田中滋，2011）。

厚生勞動省提出社區整合型照護研究會報告書指出社區整合型照護體系應透

過「自助」、「互助」、「共助」與「公助」四大領域的分工合作來實現，其內涵分別為（北島佳苗，2022）：

- （一）自助：基於自我選擇理念，依照個人意願經營生活為最大前提要件，也包含從服務市場自費購買所需服務之概念。
- （二）互助：不存在費用負擔的自發性機制，由社區居民或志工等提供實物給付或精神支持。
- （三）共助：由介護保險、醫療保險等被保險人保險費負擔所形成的社會連帶。
- （四）公助：國家編列預算推動老人福利服務、社會救助及保護措施等。

首先，「自助」係指使高齡者充分運用本身之能力，自理日常生活或進行自我健康管理（田中滋，2011），且可基於自主意志在照顧服務市場中購買所需的服務。由此可知，社區整合型照護體系中的「自助」理念，係由介護保險法第1條的「自立」概念延伸而來，顯示個人自我負責以及傳統家庭緊密連結的照顧與扶養責任，其中家庭照顧義務部分，以社會慣習與親密性為基礎。

然而若過度強調自助，則恐使失能者逐漸喪失與社區和社會的連結，因此有必要輔以源自同理心的「互助」理念，透過社區居民與各種非正式照顧資源彼此互相扶助，來建立社區互動、強化社會參與或

創造老後生活價值等。互助理念的具體展現，例如獨居老人守望相助會、鄰里老人外出陪伴、共餐聚會、介護保險給付以外的家事協助，另有部分市町村推動讓包含失智症老人在內的高齡者，協助社區幼托或學童課後輔導等社區活動，一方面能促使高齡者更加融入社區、延緩老化，同時也為社區創造額外的勞動價值（田中滋，2011）

接著，「共助」則指由國家法制建構的社會連帶體系，如介護保險法提供的服務給付，就是在社會保險機制下，由被保險人保險費及國家公費為主要財源，分攤社會風險。另由於社會保險制度中被保險人有繳納保費義務，因此共助體系下的服務提供，通常也具備較強的權利性。最後，「公助」乃以國家照顧義務為出發點，由國家提供殘補式福利給付，包括社會救助在內的各類社會福利服務，例如，針對中低收入、無家庭或家庭照顧機能薄弱之失能者，或是有虐待情事發生時，由國家提供相關福利服務或保護措施，此外，還包括國家應建立妥善的權利保障機制，如民法成年監護制度（田中滋，2011）（圖1）。

三、社區整合型照顧服務體系的服務內容

社區整合型照護體系的實施主體是市町村地方政府的「社區整合支援中心」，



圖 1 社區整合型照護體系制度設計內涵

資料來源：筆者改編自池田省三（2011）。

約2至3萬人的區域會設置一個社區整合支援中心，作為該區域執行照護相關業務的據點（河野正輝、江口隆裕，2015），由護理師（看護師）、社工員（社會福祉士）、資深照顧管理專員（主任介護支援專員）等專業人員組成的團隊（增田雅暢，2014），負責提供介護預防、介護支援、綜合諮詢，以及權利保障等服務（石橋敏郎，2016）。

社區整合型照顧體系的服務內容主要分為照護預防服務（居家照顧、社區密合型服務）與社區支援服務（日常生活協助）兩類（田中滋，2011）。具體服務內

容因地方自治團體而異，且並非皆屬介護保險給付項目，有許多是市町村自行發想、規劃及編列預算推動的服務項目，亦包含由社區居民或地方志願性服務團體提供的互助性服務。

社區整合型照護體系以社區密合型照顧服務為重點服務項目，具體運作模式是由市町村劃定數個與居民生活緊密連結的生活圈，再依各生活圈區域計算必要服務量，擬定介護保險事業計畫。市町村會指定社區密合型照顧服務提供者，以協助失能者繼續在社區中生活，或至同一區域內機構接受服務（增田雅暢、島田美喜，

2014)。社區密合型照顧服務的服務項目包括：（一）夜間訪視照護；（二）失智症專用日托照護；（三）小規模多機能居家照護；（四）失智症專用共同生活照護；（五）社區密合型特定機構入住者生活照護；（六）社區密合型養護老人福利機構入住者生活照護；（七）定期巡迴、隨時對應型訪視照護服務；（八）複合型服務（增田雅暢，2014）。

社區整合型照護體系之實踐，有賴在地人力和物力照護資源的確保，以及跨領域專業建立有效的協調合作機制，缺一不可。日本學者石橋敏郎曾指出，服務量能擴充，單憑介護報酬制度提供誘因，恐仍不足以因應快速人口老化所造成的照顧需求擴張。其次，推動跨領域整合時遭遇的最大阻礙乃在於各專業人員的本位主義，縱使2015年後市町村設置「照護會議」（ケア會議）作為跨專業領域人員溝通協調平臺，但實際運作卻往往以不同立場的發言作結，欠缺真正關鍵的統合各方意見之機能（石橋敏郎，2016）。

四、介護保險制度改革與社區整合型照護體系的調整

日本介護保險實施迄今共歷經四次與社區整合型照護體系相關改革，包含：（一）2005年創設社區整合型照護體系並建立社區整合型支援中心；（二）2011年實施社區整合型照護獎勵機制、創設介護

預防及日常生活支援總合事業，並提高第1號被保險人之保險費以穩定財政；（三）2015年於市町村下設置社區照護會議（地域ケア會議）、輕度失能者預防給付改由社區支援事業提供、提升高所得被保險人部分負擔至2成、縮減部分補充給付對象範圍；（四）2019年強化社區共生社會及社區整合型照護體系，再次提升高所得被保險人部分負擔至3成（山本隆，2021）。

其中，依《介護保險法》第115條之48規定，社區照護會議是由介護支援專門員、保健醫療及相關專家學者、民生委員及其他關係團體等成員所組成的合議組織，希望藉由在地專家與利益關係團體間的討論與溝通，確實反映出居民和長照相關工作人員的需求和期望，作為在地資源開發或社區營造相關政策規劃的參考，並擬定反映出在地特色的介護保險事業計畫（厚生労働省，2013）。

值得注意的是，自2015年《介護保險法》改革以來，顯見日本政府期許透過強化社區整合型照護體系的社區互助功能，來分散日益沈重的介護保險財政負荷。然而社區居民與志工活動的活躍程度不如預期，也成為日本高齡者政策推動互助型社區的阻礙。例如隨著歷次介護報酬改定提高預防及延緩失能和自立支援服務給付，以及逐步提升高所得被保險人部分負擔等策略，導致2018年日本國內媒體一面倒地批判為「國家責任撤退」，並主張政策轉

向迫使服務使用者成為「介護難民」。對此，日本財務省回應：「為了抑制介護費用擴張，並期待因應地方需求提供多樣化的服務，故策略上改由社區居民互助團體提供輕度施失能者生活支援服務」（夏原和美，2018）。實際上，強化社區互助機能是永續發展長照體系的關鍵，然而在導入照顧服務市場機制、強調照顧服務專業後，又鼓勵社區基於互助理念提供無償的照顧服務，乃存在根本理念之扞格。另一方面，部分服務項目涉及隱私或私密生活領域，例如洗澡沐浴，實難以期待由志工或鄰里居民完全取代。最後，觀察介護保險法改革逐次提升高所得被保險人的部分負擔至3成之政策變遷，可見其持續強化所得重分配機能。換言之，整體制度設計上再次回到強調「自助」理念，此一趨勢對於日本高齡者照護體系的發展，值得持續關注。

參、社區整合型照護體系之現況與困境

一、社區整合型照護體系發展現況

日本《社會保障改革計畫法》、《醫療介護綜合確保推進法》皆明定「社區整合型照護體系」，作為市町村推動相關政策的法源依據，雖然法制層面已完備，但各地方政府實際上仍處於探索狀態（北島佳苗，2022）。以市町村或都道府縣保險

人為中心，要落實具備地區自主性或主體性的社區整合型照護體系，實際上在人力和財源都面臨許多挑戰。根據厚生勞動省調查報告，建構社區整合型照護體系所遭遇的困境，在服務使用者端，以服務使用者本人的意識改革最為關鍵，而服務提供者端則包括服務資源不足、地方政府間服務體系參差不齊及模範案例不足等（厚生勞動省，2013）。

日本學者分析日本社區整合型照護體系成功案例，發現大多數模式只包括一至兩項制度設計內涵（自助、互助、共助、公助），顯然無法全部涵蓋所有責任理念。其次，整合型照護體系的重點亦會根據實施主體不同而異，目前各地方政府推動的整合性照護體系之實施主體相當多元，包括行政機關、醫師團體、社區整合支援中心、大學、非營利組織等（表1）。

二、社區整合型照護體系的關鍵與挑戰

面臨全球少子化及高齡化社會伴隨而來的挑戰，日本社區整合型照護體系以基層照護理念為基礎，透過促進社區的「互助」機能，來滿足多元的照顧需求並減緩日益沈重的國家社會福利財政負擔。若自基層照護理念出發，則社區整合型照護體系至少應符合四項要件：（一）以居民需求為基礎；（二）有效運用社區資源及適當利用專業技術；（三）住民參加；

表 1 日本社區整合型照護體系成功案例

編號	都道府縣	社區	實施主體	特徵	解決問題	制度內涵	政策亮點
1	廣島縣	尾道市	醫師團體	主治醫師定期在醫療機構舉行15分鐘照護會議	實現長期居家養護	共助	提升照護管理品質
2	埼玉縣	和光市	行政機關	社區會議、住民資料的收集與運用	提升照護品質、解決困難照護個案、促進全體高齡者預防及延緩失能意識	共助	提升照護管理品質、預防及延緩失能
3	北海道	当別市	非營利組織	提供失智症者工作場所、促進跨世代交流	促進社會融合避免孤立、落實互助機能、創造高齡者價值	互助	社區營造
4	山形縣	鶴岡市	社區整合支援中心	透過數位科技共享病患資訊、長照與醫療專業人員共同研修	預防重症與提升病情急性變化因應能力、跨專業協調	共助	醫療長照整合
5	福島縣	樽葉市	行政機關	建立避難者社群、維持高齡者自立生活機能	按照高齡者精神狀態實施防止身心機能低落之措施	共助	社區營造
6	千葉縣	浦安市	行政機關	培養社區居民領導、促進市民自發性活動	不依賴社區整合支援中心的預防及延緩失能服務體系	互助	地方政府與居民之合作
7	神奈川縣	横浜市	行政機關	促進社區密合型服務、建立有利於服務提供者合作的環境	強化服務提供者與保險人合作	共助	社區緊密結合

編號	都道府縣	社區	實施主體	特徵	解決問題	制度內涵	政策亮點
8	富山縣	南砺市	行政機關／大學醫院	社區醫療相關人才培育、改善地方政府內部相關組織整合機能	促進自助及互助、有助於推動社區整合型照護的組織改革	自助、互助	地方政府組織改革
9	愛知縣	名古屋市	非營利組織	以單一法人實施整合型生活照顧服務	在習慣的社區中安心生活	互助、共助	住民參加、互助機能
10	愛知縣	名古屋市	醫療消費合作社	建立以綜合醫院為中心的網絡	活用合作社組織、醫療長照福利體系整合	互助、共助	社區管理、協助推動社區營造
11	滋賀縣	東近江市	行政機關	地方政府與住民合作推動社區營造	預防及延緩失能、建立看視失智症高齡者網絡、社區醫療整合網絡	互助、共助	醫療長照整合、地方公務員專業性提升
12	福岡縣	大牟田市	行政機關	失智症照護人才培育及社區營造	社區共同守護失智症者的意識建構、延續居家生活	互助、共助	促進高齡失智症者照護
13	鹿兒島縣	肝付市	社區整合支援中心	保健師協助社區管理、建立互相支援機制	建立居民守望相助意識、活用數位科技建立社區支援體系、志工協助與交流	自助、共助	人口減少之社區

資料來源：筆者改編自北島佳苗（2022）。

（四）跨領域協調整合。其中，難度最高者為「住民參加」，因其涉及當事人意識改革，必須由社區住民自發性地建立守護社區生活的觀念，才能夠創造社區支援活

動的「互助型社區」。社區整合型照護體系係由社區居民、地方自治協會、非營利組織、志願性團體等作為服務提供者，基於同理心與社區一體性理念，無償提供生

活支援服務，彌補照顧服務市場網絡之不足（夏原和美，2018）。

日本學者高橋紘士指出「社區整合型照顧體系之建構必須從社會價值觀改革著手」，正如基層照顧將健康相關決定權限由專業人員手中交回住民自決一般，社區整合型照顧體系的運作與維繫，亦有賴社區住民本身價值理念的轉換（高橋紘士，2015）。在少子化與未婚率逐年攀升的當代社會，家庭照顧功能日趨式微，故而有必要強化社區連結及社區互助責任意識，建立社區照顧機能以填補現代社會家庭功能減弱部分，方可維護社會安全體系的永續運作。

肆、代結論：日本經驗對臺灣 長照政策之啓示

臺灣於2017年實施長照2.0，以稅收布建公共長照服務資源，並自2018年起推動長照特約及給付支付制度，開放多元服務提供者投入長照服務體系，藉由明列各項照顧組合服務內容及價額，建立長照專業及使用者付費意識（衛生福利部，2015）。雖然長照2.0效仿日本社區整合型照顧體系推動「社區整體照顧服務模式」，建立以長照ABC單位為中心的社區式照顧服務網絡，仍而觀察長照2.0推動至今，服務模式仍處於一元化階段，在長照特約及給付支付制度形成的準市場結

構下，服務項目及其內涵皆以中央政府規範框架為模板，不僅未能因應在地需求發展多元服務模式與內容，反而進一步削弱地方自治空間。如此一來，在模板統一的長照政策下，首當其衝者將是原鄉與偏鄉地區的服務資源網絡建構，以及在地照顧需求者權益。

其次，自長照1.0以來，雖已開始運用社區居民擔任志工，開始發展在地照顧量能；長照2.0「社區整體照顧服務模式」更以日本社區整體照顧體系為原型，設立長照ABC中的巷弄長照站（C單位），逐步強化社工服務。惟搭配長照給付及支付制度，巷弄長照站也可申請成為特約單位，依照照顧組合提供服務並申請服務價額，如此一來更使其無法發揮互助型社區之精神。

回顧日本高齡者照顧政策創設介護保險制度，及其後致力於發展社區整合型照顧體系之發展脈絡可知，其制度設計理念由1960年代以前強調個人及家庭責任的「自助」，到1960年制定《老人福利法》由國家提供高齡者照顧服務的「公助」，再到2000年創設介護保險制度的「共助」。其後，為彌補現代社會與人口結構變遷導致的家庭照顧機能弱化，日本政府意識到社會福利支出對國家財政造成沉重負荷，而提高介護保險費或部分負擔，也逐漸逼近生存權保障之界限，故而強調「互助」機能的社區整體照顧體系，才被

視為日本高齡者福利制度的未來（高橋紘士，2015）。且介護保險制度實施20年間改革軌跡，亦可看出逐步強化社區整合型照護體系的意圖及期許。雖然日本欲完成互助型社區之建構，還需克服社區住民意識改革的難關，但整體而言，其高齡者照護政策及介護保險制度已經邁向永續發展的改革道路（圖2）。

反觀臺灣長照政策的制度設計理念，主要仍停留在「公助」與「自助」之光譜兩端，前者是以稅收建構的長照服務體險，雖依《長期照顧服務法》設置長照基金，但有限的基金收入遲早無法趕上

逐年增加的長照服務支出。同時國內20餘萬家庭高度仰賴外籍看護工協助，事實上仍是失能者個人或其家庭「自助」機能的展現，由此可知，臺灣長照體系尚未建立完整的社會連帶機制，更遑論互助型社區之建構。由日本推動社區整合型照護體系經驗可知，住民參與的意識改革是建立互助型社區的關鍵，因此於建立服務使用者權利意識之同時，應同時推動社區互助理念，始有助於減少未來權利意識轉換過程之阻力。

其次，鑑於長照體系中自助機能的弱化乃是社會變遷及全球人力流動脈絡下之

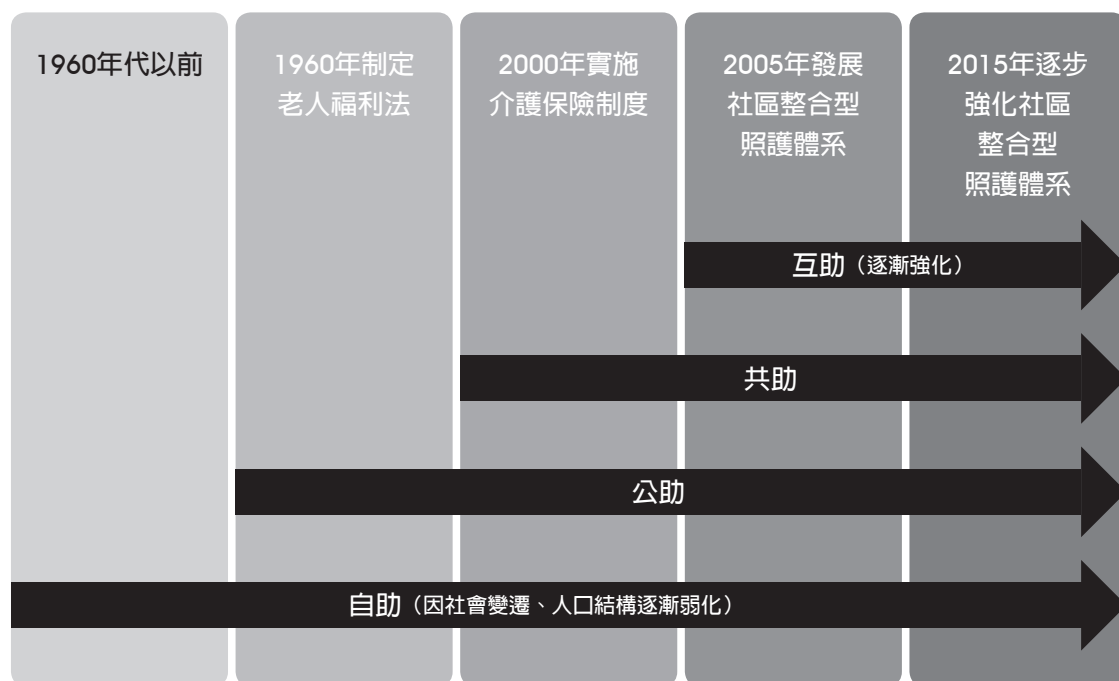


圖 2 日本高齡者照護政策理念演進

資料來源：筆者繪製。

必然，本文建議應即早推動長期照顧保險制度，建立法制化的社會相互扶助機制，填補當前臺灣長照制度中仍缺少的「共助」拼圖，以穩定長照服務財源，因應持續擴張的長照需求和社會支出。基此，當務之急應可自重啟長照保險法立法作業開始，以《長期照顧服務申請及給付辦法》及《長期照顧特約及費用支付辦法草案》為基底，於確認被保險人範疇後，參考全民健康保險法納入保險人暨被保險人相關權利義務規範，以完備長照保險法制之架構。

同時必須謹記，依照日本推動介護保

險制度之經驗，介護保險永續經營的關鍵在於社區整合型照護服務體系，而社區整合型照護服務體系之核心精神則係互助型社區的建構。基此，未來臺灣長照政策應朝向建立長照保險制度，以及推動具備社區互助精神的社區整合性照顧服務模式礎之兩大方向來發展。

（本文作者為國立政治大學法律學系博士候選人）

關鍵詞：日本介護保險、社區整合型照護體系、互助、地方創生、長期照顧

📖 參考文獻

- 山本隆（2021）。〈福祉時代潮流を振り返って：福祉国家レジーム・グローバル化・新自由主義・市場化・ローカル・ガバナンス〉。《Human Welfare: HW》，13（1），37-52。
- 北島佳苗（2022）。〈地域包括ケアシステムの現状と課題〉。《日本経営品質学会誌オンライン》，7（1），61-68。
- 田中滋（2011）。〈地域包括ケアシステムの構築〉。《ジュリスト》，1433，22-31。
- 石橋敏郎（2016）。《社会保障法における自立支援と地方分権——生活保護と介護保険における制度変容の検証》。法律文化社。
- 池田省三（2011）。《介護保険論——福祉の解体と再生》。中央法規。
- 河野正輝、江口隆裕（2015）。《レクチャー社会保障法》（第二版）。法律文化社。
- 前田雅子（2015）。〈社会保障〉。載於加藤智章、菊池馨実、倉田聡、前田雅子，《社会保障法》（第六版）。有斐閣。
- 厚生労働省（2009年5月22日）。〈地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理〉。http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html
- 厚生労働省（2013年3月）。〈地域包括ケアシステムの五つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」〉。https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-

houkatsu/dl/link1-3.pdf

厚生労働省（2013年9月20日）。〈地域ケア会議について〉。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/02_2.pdf

厚生労働省（2021）。《令和3年版厚生労働白書—新型コロナウイルス感染症と社会保障—》。

夏原和美（2015）。〈互助による生活支援とプライマリ・ヘルスケア：地域包括ケアシステム構築のための視点〉。《日本健康学会誌》，86（6），180-186。

高橋紘士（2015年2月10日）。〈地域包括ケアシステムの構築と住民参加〉。 <https://www.mri.co.jp/news/press/i6sdu60000010htd-att/201503tkho.pdf>

増田雅暢（2014）。《逐条解説介護保険法》。法研。

増田雅暢、島田美喜（2014）。《社会福祉と社会保障》（第三版）。メディカ。

衛生福利部（2015年12月）。《長期照顧十年計畫（106~115年）核定本》。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>

World Health Organization. (2018). *Declaration on primary health care*. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>

World Health Organization. (2020). *Operational framework for primary health care-transforming visions into action*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).