



# 日本社區整體照護制度之研究

呂 慧 芬

## 壹、前言

日本政府為因應人口高齡化與少子化現象交相衝擊下，導致失能需要照護老人急速增加而衍生之種種社會問題，遂於 2000 年 4 月開始實施介護保險（註 1）制度，期能藉由整合醫療保健及社會福利等各項給付措施，提供被保險人整體性之服務。由於介護保險制度涉及醫療、保健及社會福利等多項層面，制訂之初實難掌握其是否得以發揮預期效益，故將該制度定位於「且戰且走」之政策，每五年即需依保險給付狀況、國民負擔能力以及社會經濟環境之變化予以修訂。（介護保險法附則第 2 條）

有鑑於此，日本政府自實施介護保險制度以來，即不斷檢視施行後之實質效能及各項利弊得失，並

在考量第二次世界大戰後嬰兒潮世代即將步入高齡期等環境變化因素下，遂於 2005 年大幅修訂介護保險制度。

本次修訂重點主要係建立在「建構活力開朗的超高齡社會」、「制度永續運作的可行性」及「社會保障統合化」等基本觀點上，期盼藉由介護保險制度之各種新措施，達到提升老人照護服務、促使保險給付效率化及重點化，以及強化在地老化照護體系等目標，而建構「社區整體照護體系（comprehensive regional care systems）」（註 2），即為本次修訂內容之主要具體措施之一。

本文除介紹日本社區整體照護制度之緣起及其具體措施外，並進而探討其實際運作面臨之諸多課題及未來發展方向。惟本研究之主要

目的，並非期望政府主管機關全盤引進該項制度，或將其加以改良成為適合我國國情所需之政策，畢竟華服再美一旦經過裁剪即便合身，總有美中不足之憾！而係能藉由分析日本社區整體照護政策制訂之過程，提供國內產官學各界不同之思維或啓示，得以建構一套適合我國社會環境之照護體系。

## 貳、社區整體照護制度之緣起

日本自 2000 年 4 月起實施介護保險後，各界對其評價不一，實可謂毀譽參半。然而，在每五年修訂制度之政策方針下，厚生勞動省除全面檢討該制度實施後所面臨之種種課題外，並著手研擬制訂各項修正主軸及具體方案；而建構社區整體照護服務網，則是本次修訂介護保險制度之主要基本方向之一。

以下茲先就介護保險制度實施後所呈現之課題予以探討，同時再

就提出建構社區整體照護服務網構想之始末予以分析。

### 一、介護保險實施後面臨之課題

#### (一)需要照護者與輕度失能者逐年增加

在介護保險制度中享有保險給付權者，須先經判定為「需要照護者」或「需要援助者」；而需要照護者又依失能程度區分為「需要照護 1」至「需要照護 5」等五個等級。由圖 1 及表 1 的統計資料得知：2000 年至 2004 年間經判定為需要援助者或需要照護者人數，均有逐年增加之趨勢，其中又以需要援助者及需要照護 1 兩種程度（輕度失能者）增加人數尤為顯著；其次，該資料亦同時顯示輕度失能者有逐漸重症化之傾向。

為避免失能老人持續增加，導致保險財政負擔加重，拖垮介護保險制度正常運作，本次修法亦納入加強預防失能程度惡化之服務。

表 1 需要照護（需要援助）者增加率

等級	合計	需要援助	需要照護				
			1	2	3	4	5
2004 年構成比 (%)	100	16.4	32.5	14.9	12.8	12.1	11.3
2000 年起之增加率 (%)	60	108	89	26	47	36	37

資料來源：平成 16 年度介護保險事業狀況報告（年報），厚生勞動省。

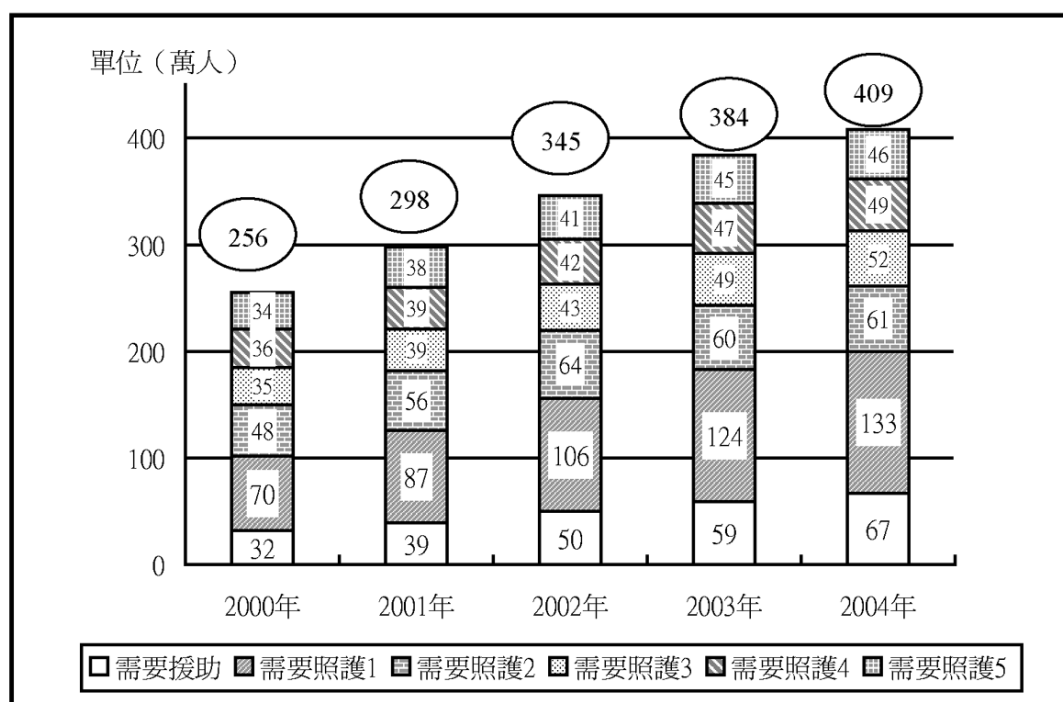


圖 1 需要照護（需要援助）者人數

資料來源：平成 16 年度介護保險事業狀況報告（年報），厚生勞動省。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/04/dl/01.pdf>

## （二）居家照護服務無法滿足需求

由於大多數老人多希望在自己所熟悉環境中度過晚年，惟有在不得已情況下才會被迫選擇在養老機構終老，因此介護保險制度非常重視居家照護服務一環。由表 2 之資料顯示，介護保險制度實施五年以來，接受照護服務人數已由 2000 年 184 萬人增加至 2004 年 317 萬人，其間又以接受居家照護者增加程度特別顯著；其次，依圖 2 顯示，接受居家照護之人數約占整體接受照

護服務人數四分之三；但就保險給付而言，居家照護部分之保險給付僅占全體給付百分之五十左右。

有鑑於此，經厚生勞動省進一步調查分析後得知，因介護保險制度中欠缺夜間或緊急居家照護支援體系之建立，致使高度失能者縱使期望獲得居家照護之協助，亦不得不無奈被迫住進陌生之養老機構接受照護。因此，如何強化居家照護體系，乃本次修正重點之一。

表 2 接受照護之人數

	2000 年	2004 年	增加率
使用者人數	184 萬人	317 萬人	72%
居家照護	124 萬人	240 萬人	94%
機構照護	60 萬人	76 萬人	26%

資料來源：平成 16 年度介護保險事業狀況報告（年報），厚生勞動省。

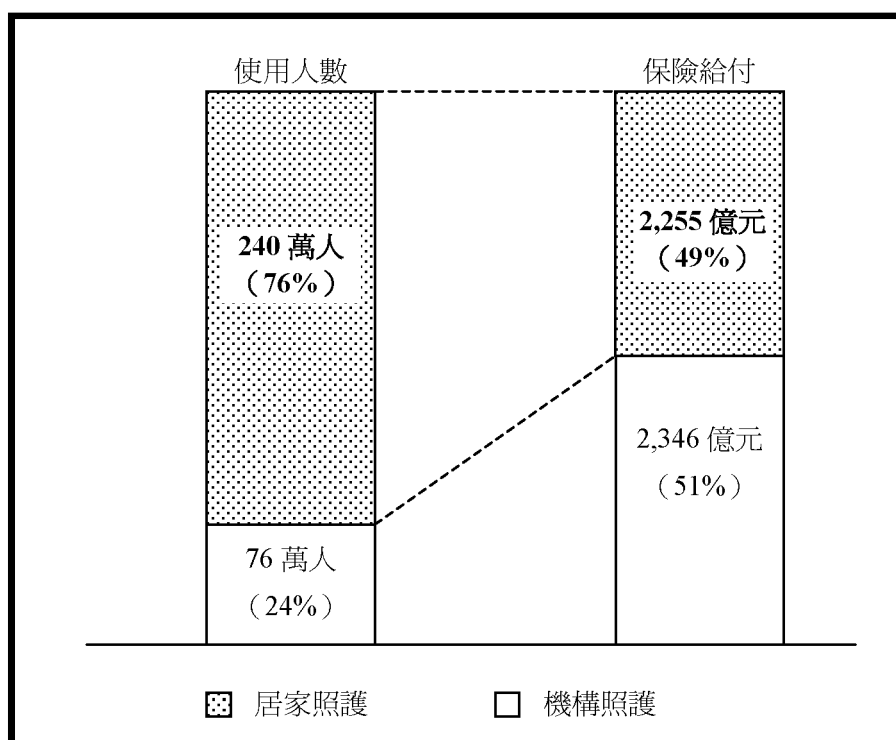


圖 2 居家照護與機構照護之使用人數與保險給付

資料來源：平成 16 年度介護保險事業狀況報告（年報），厚生勞動省。

### (三)對失智症老人之照護擴增

日本厚生省老人保健福祉局於平成 5（1993）年 10 月 20 日公布「痴呆性老人日常生活自立度判定基準」，將痴呆性老人依需照護程度之不同，區分為五個等級（詳見

表 3）。由表 3 之內容得知，自立度 II 以上者，即為需要不同程度照護或援助之失智症老人。根據厚生勞動省之估計顯示（詳見表 4），2002 年自立度 II 以上失智症老人約為 150 萬人，2015 年將增至 250 萬

人，2025 年更高達 323 萬人。

基於上述分析，在失智症老人有不斷增加趨勢情況下，未來在提供老人照護服務上，除應持續強化

對失能老人身體方面之照護外，亦

有必要建構一套照護失智症老人之措施。

表 3 痴呆性老人日常生活自立度判定基準

等級	判定基準	症狀
自立度 I	雖有若干癡呆症狀，但不論在家庭內或社會上的日常生活幾乎仍能自理。	
自立度 II	雖有若干影響日常生活之症狀，或在意思溝通、行為上有少許困難，但僅需「稍加」注意即能自理。	在不熟悉的環境會迷路、對購物、金錢管理等日常熟悉事物常會犯些小錯、無法電話應答或獨自接待訪客等。
自立度 III	有若干影響日常生活之症狀產生，或在意思溝通、行為上有若干困難，需「偶而」注意並施以適當照護。	無法自行穿衣、排便、排尿、飲食等；多次詢問相同的事物；隨意將物品放入口中、隨意撿拾物品；徘徊、失禁、發出奇怪的聲音；不潔的行為或異常的性行為等。
自立度 IV	有若干影響日常生活之症狀產生，或在意思溝通、行為上有諸多困難，需「時加」注意並經常施以照護。	
自立度 M	有顯著的精神症狀、問題行為產生，或患有嚴重的身體疾病等，需要專門醫療照護者。	妄想、興奮、自殘、傷害他人等精神症狀；或因精神症狀持續引發各種問題行為等。

資料來源：厚生省老人保健福祉局。

表 4 失智症老人之人數

(單位：萬人)

	2002 年	2015 年	2025 年
自立度 II 以上	149	250	323
	(6.3%)	(7.6%)	(9.3%)
自立度 III 以上	79	135	176
	(3.4%)	(4.1%)	(5.1%)

註：刮號內比率為 65 歲以上人口比。

資料來源：介護保險制度改革之概要，厚生勞動省，東京，2006 年 3 月，頁 3。

#### （四）在保費負擔公平原則下謀求永續經營之可行性

介護保險制度實施後，隨著接受照護服務使用人數大幅增加，保險給付額亦由 2000 年 3.2 兆日圓，急遽增加至 2004 年 5.5 兆日圓（詳

見圖 3）。未來在人口持續老化之社會環境下，保險給付持續擴大乃必然之趨勢，在謀求介護保險制度永續經營之前提下，保費負擔應有重新檢討之必要。

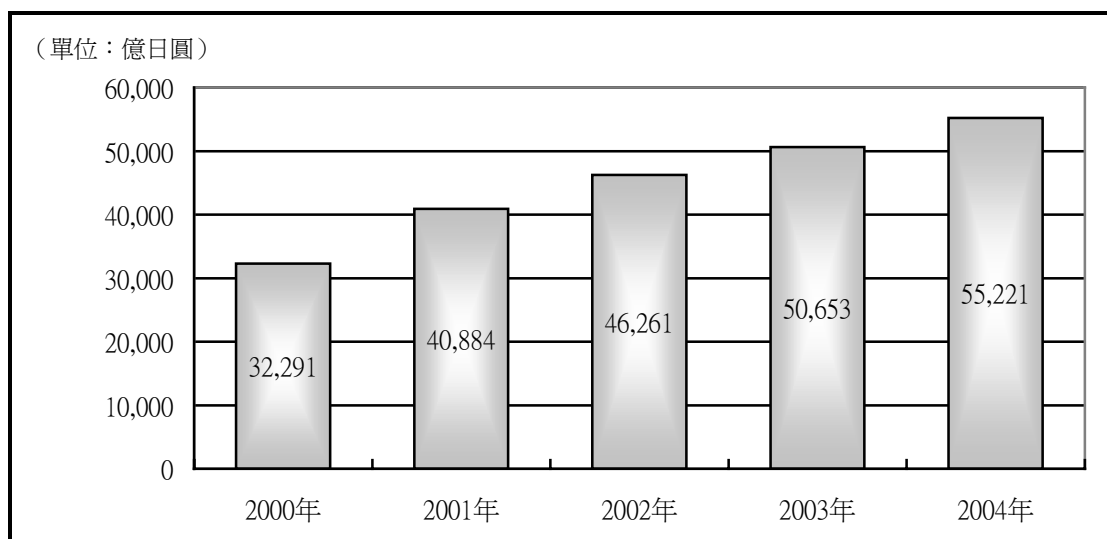


圖 3 2000～2004 年保險給付

資料來源：平成 16 年度介護保險事業狀況報告（年報），厚生勞動省。

## 二、社區整體照護制度之構想

厚生勞動省為有效解決介護保險實施後所面臨之各項課題，乃將本次修正主軸定調於：(1)建立預防重視型體系、(2)檢討機構給付、(3)建立新型服務體系、(4)提升並確保服務品質、(5)檢討保費負擔及制度運作面等五大方面。茲就具體修正內容列示如下：

### （一）建立預防重視型體系：

1. 設立新預防給付制度。
2. 設立社區支援事業。

### （二）檢討機構給付：

1. 檢討住宿費、飲食費等保險給付。
2. 對低所得者予以補助。

### （三）建立新型服務體系：

1. 設立社區密合型服務體系。
2. 充實居住型服務。

3.建構社區型整體照護體系。  
4.強化對中、重度者援助服務，結合醫療與介護服務期能各司其職。

(四)提升並確保服務品質：

1.揭露介護服務資訊。  
2.提升服務之專業性及生活環境。

3.檢討規範業者之相關規定。  
4.檢討照護管理者制度。

(五)檢討保費負擔及制度運作面：

1.檢討第 1 號被保險人之保險費。

2.檢討需介護認定制度及強化保險人機能。

3.檢討保費負擔比例等問題。

就上述五大主軸而言，除第(2)項及第(5)項涉及介護保險財務層面外，其他三項重點均與「社區」產生密不可分之關係，故就整體而言，本次修正重點主要著重於落實「社區整體照護」概念之推行。

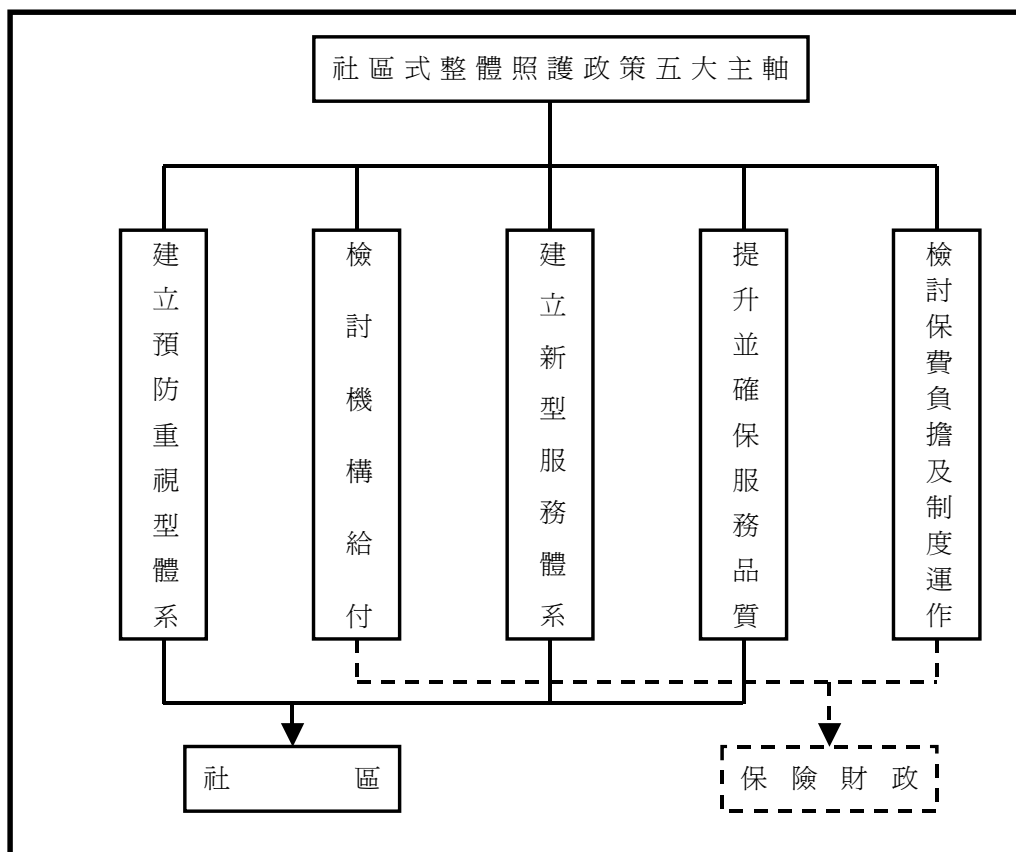


圖 4 社區整體照護制度概念

## 參、社區整體照護制度具體措施

社區照護之概念係自 1960 年代左右由英國傳入日本，其係為落實年長者在地老化（aging in place）之政策目標，讓老人得以有尊嚴在自己熟悉環境中繼續生活，不必因年老多病而被迫離開家園，因此，除強化居家照護服務外，更應考量年長者在住家、（養老或護理）機構、醫院三者間流動時之服務連貫性與一致性，亦即不論就時間或空間而言，在社區內得以對年長者提供持續性、統合性多樣化照護服務。然而，社區照護之具體作法並非一成不變，而是依當時社會、經濟環境以及當地風土民情而有所不同。近年來，日本年長者在老年時期所面臨諸多問題，並不局限於單純之身體照護部分，更應擴及疾病預防、病後復健、老人受虐等諸多層面，過去僅藉由介護保險之給付服務已無法滿足現況之所需，故結合社區內各項資源進而提供年長者整體性照護服務之構想因此產生。

有鑑於此，社區整體照護制度遂成為本次修正重點之一；惟為能實現社區整體照護理念，過去僅憑照護專業技能之提升則屬無法達成，亟需藉由保健、醫療、社會福

利等各項專業機構之配合，進而結合社區內公益團體或社區活動等非官方力量之資源，始能建構一個完善照護服務網。至於社區整體照護制度之具體措施，可包含兩項重要內容，亦即：(一)設置「社區整體支援中心（comprehensive regional support centers）（以下簡稱為「支援中心」）（註 3）」，以及(二)創設社區密合型照護服務。

### 一、設置支援中心

#### (一)設置目的：

設置支援中心之目的，乃係期望藉由各種活動過程，達到實現社區整體照護之理念。因此，在確立社區整體照護體系之前，應先考量下列三點因素：

1.綜合性：應傾聽年長者之需求並提供各項諮詢服務，對其延續尊嚴生活環境提供必要的援助。

2.整體性：並不僅局限於提供照護服務，應結合社區內之保健、社會福利、醫療服務以及公益活動等多樣化之社會資源。

3.持續性：因應年長者身心狀況之變化，持續且適當提供各項服務，以期維持現有之生活品質。

基於上述三項考量因素可知，介護保險法第 115 條之 39 第 1 項規定，



設置支援中心，係以「維持社區居民身心健康及生活安定而提供之必要服務，進而提升醫療保健水準及增進社會福祉之整體性支援活動」為目的。

(二)基本功能：

支援中心係以落實社區整體照護制度而設立之機構，故應具備下列各項基本功能（參照圖 5）：

1.建構共通支援基礎：在社區內建構綜合性、雙重性服務網絡。

2.提供綜合性諮詢支援、保障年長者之權利：

(1)藉由年長者綜合性諮詢服務，並配合實際訪談過程，提供必要相關服務。

(2)保障年長者之基本權利，避免老人受虐事件發生。

3.提供整體性、持續性照護管理支援服務：善用社區內各種社會資源，協助建構照護管理體制，以期提供年長者持續而全面性之照護服務。

4.提供照護預防管理服務：藉由適宜地管理措施，謀求高效能之介護預防工作與新制預防給付服務。

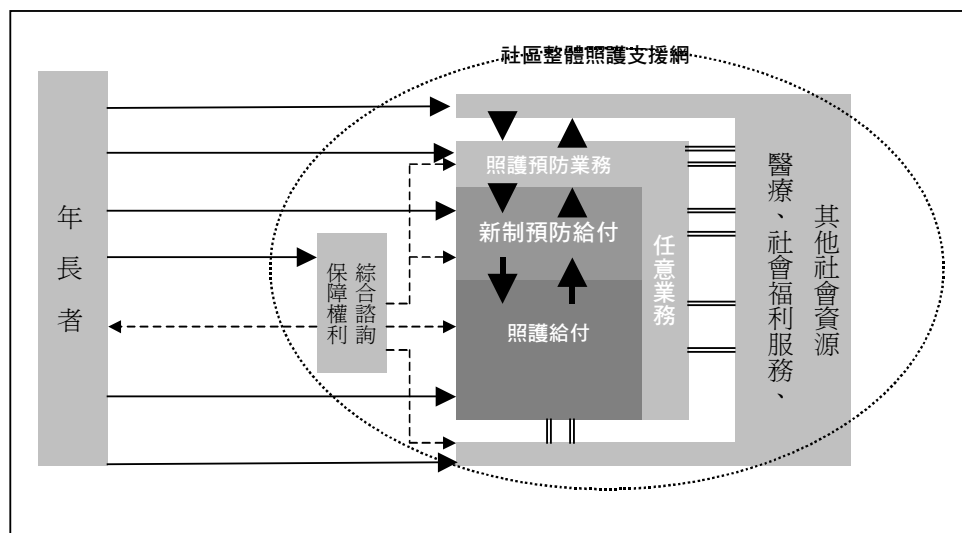


圖 5 支援中心基本功能

資料來源：地域包括支援センター業務マニュアル，厚生労働省老健局。

(三)實際運作模式：

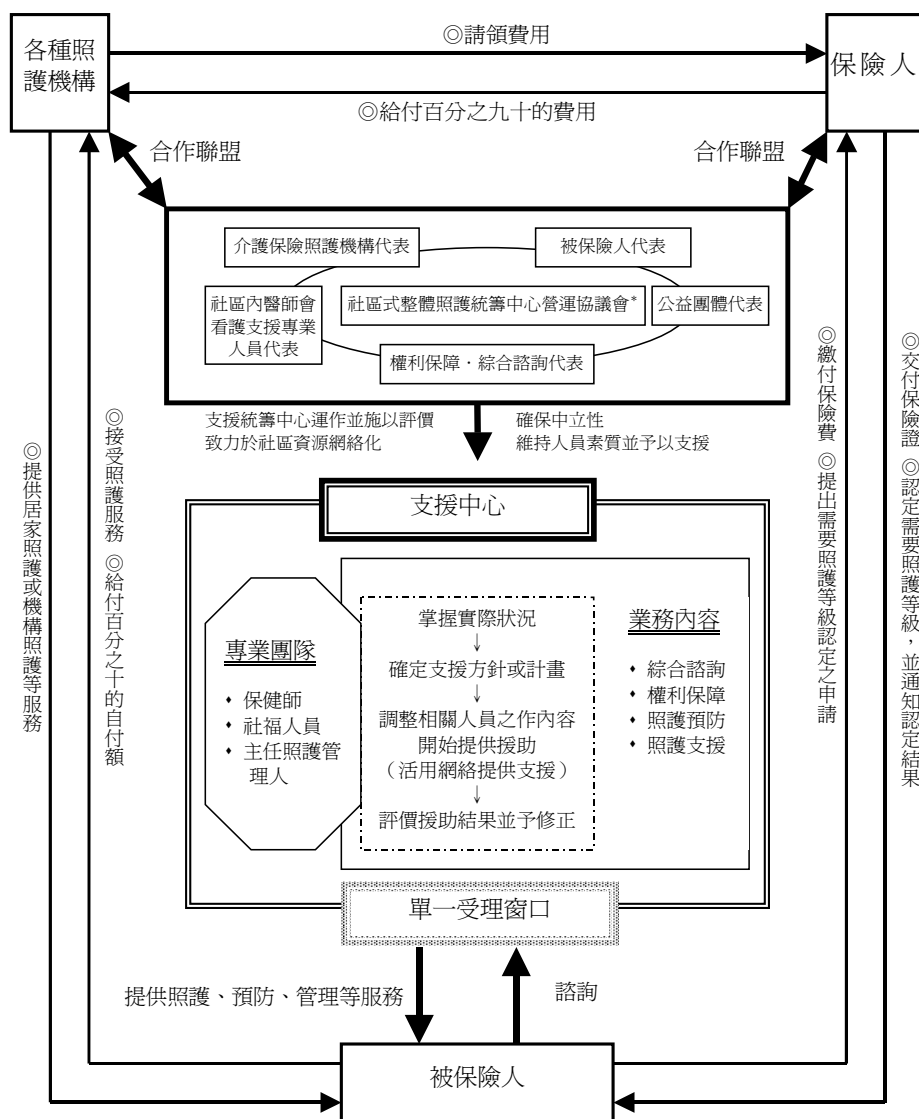
社區型整體照護統籌中心為能實現上述各項基本功能之目的，即在中心內配置保健師、主任照護管

理人（care manager）、社福人員三種專門技術人員，該等專業人員並非僅就各自專業部分獨立作業，而是採取團隊相互合作模式運作，亦

即由三種專業人員共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「照護預防」、「照護支援」等四項業務。

其次，年長者所需要接受援助之內容互有不同，為避免產生因不

同需求須向不同單位諮詢或申請之困擾，而採用單一受理窗口方式辦理，亦即年長者不論任何需求皆能在支援中心獲得援助。茲將支援中心實際運作模式列示如圖 6：



\*社區整體照護中心營運協議會隸屬於各地方政府。

圖 6 支援中心營運流程  
資料來源：本研究自行整理。

## 二、開辦社區式密合型照護服務

日本介護保險法第 1 條規定：「基於國民共同連帶理念，對因年老疾病達到需照護程度者，在執行有關沐浴、排泄、飲食等照護、復健，以及看護或療養管理等其他醫療行為時，應在秉持維護其尊嚴之原則下（註 4），視其自身能力提供必要之醫療保健服務及社會福利服務等各項給付，促使其達到自立正常生活運作之狀態。為求達到提升國民保健醫療水準及增進社會福利之目的，特就保險給付等相關必要事項制訂本法。」

由此可知，日本政府基於維護接受照護服務年長者尊嚴之原則，盡其可能提供在地老化服務，得以讓年長者在其熟悉的環境接受各種照護服務措施，故而開辦社區式密合型照護服務（community-oriented services）。

（一）社區式密合型照護組織架構：

以下茲以圖示方式，說明社區式密合型照護服務架構：

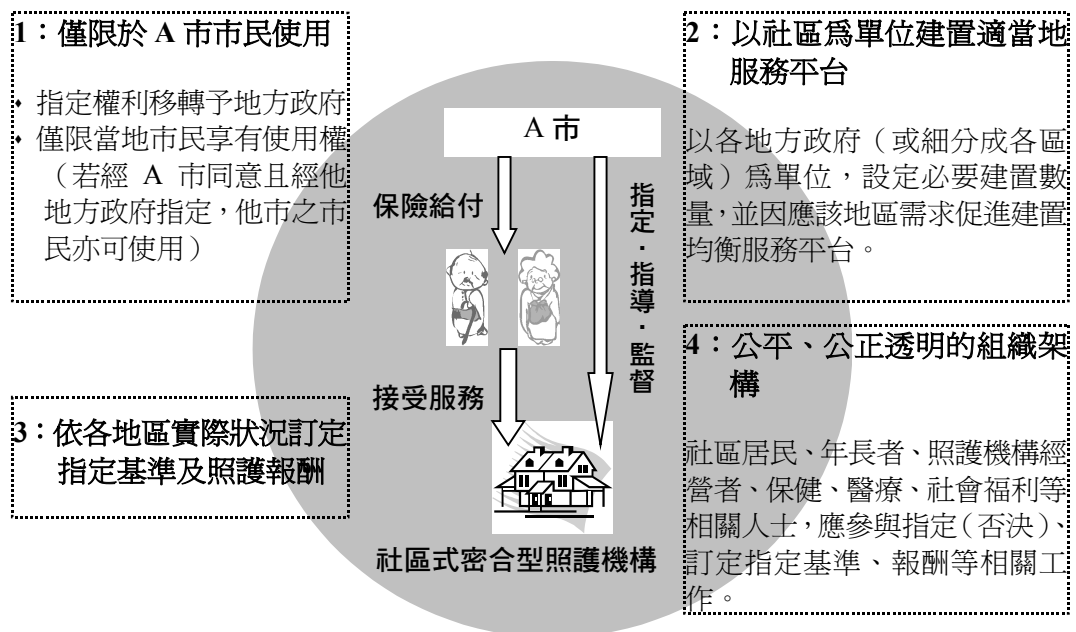


圖 7 社區式密合型照護服務組織架構

資料來源：介護保險制度改革之概要，厚生勞動省，東京，2006 年 3 月，頁 14。

(二)內容：

至於社區式密合型照護服務之主要類別如下：

1.小規模多功能式居家照護：

所謂小規模多功能居家照護 (small-scale and multifunctional in-home care)，係指在住家或照護機構接受沐浴、排泄、飲食等照護，或接受日常生活照料、復健等相關服務而言。原則上，為滿足被照護者居家照護之需求，多以被照護者自住家「往返」照護機構接受照護服務方式為主；惟經考量被照護者身心狀況或依本人之期望，亦得採「訪視」或「住宿照護」等方式提供服務。由此可知，所謂多功能係指「往返」、「訪視」、「住宿照護」等功能而言；而因採小規模經營方式，每一照護機構提供照護服務人數不得超過 25 名，且服務對象係以失能程度經判定為「需要照護」等級者為限，至於「需要援助者」則予以排除。

2.夜間訪視照護：

所謂夜間訪視照護 (home help service at night)，係指照護業者於夜間定期巡迴被照護者住家附近，遇有緊急狀況或接到通報時，得隨時派遣專業照護人員提供沐浴、排泄、飲食等相關照護或一般日常生

活照料上之服務而言。基本上，該等照護業者服務對象之規模設定為 300 人，且其服務對象失能程度皆須達「需要照護」程度。

3.失智症老人專用日間托老照護〔托老所（註 5）〕：

失智症老人專用日間托老照護 (day service for the elderly with dementia) 係以失能程度達「需照護者」等級之失智症老人為照護對象，主要是提供被照護者日間至特別養護機構或托老所接受沐浴、排泄、飲食等相關照護，或日常生活上之照料、復健等服務。

4.失智症老人專用共同生活照護〔失智老人之家（註 6）〕：

所謂失智症老人專用共同生活照護 (daily-life group care for the elderly with dementia)，係將失能程度達「需照護者」等級之失智症老人共同安置於失智老人之家，接受沐浴、排泄、飲食等照護或其他日常生活照料、復健等相關服務而言。失智老人之家係專為照護失智症老人而設立之機構，且採小規模經營方式，故每一失智老人之家通常僅安置十名左右失智症老人。

5.社區密合型特定養護機構院民生活照護：

所謂社區密合型特定養護機構

院民生活照護（community-oriented daily-life care service in specified facilities），係指失能程度達「需要照護」等級之老人，居住在社區密合型特定養護機構內接受沐浴、排泄、飲食等照護，或接受日常生活照料、復健等服務而言。至於社區密合型特定養護機構，則係指專為提供照護服務而設立之自費老人院等機構，在採小規模經營之原則下，服務對象不得超過 30 人。

6.社區密合型養護老人福利機構院民生活照護：

所謂社區密合型養護老人福利機構院民生活照護（community-oriented welfare facility for the elderly requiring care），係指失能程度達「需要照護」程度之老人，居住在社區密合型養護老人福利機構內接受沐浴、排泄、飲食等照護，或接受日常生活照料、復健等服務而言。至於社區密合型養護老人福利機構，則係指入住人數在 30 人（不含）以內的特別養護老人之家而言。

#### 肆、檢討與分析

誠如前述，社區整體照護制度乃本次介護保險修訂內容主要具體

措施之一，日本政府期盼藉由該政策之推行達到介護保險「制度永續運作的可行性」，並以介護保險為首「統合各種社會保障制度」，進而「建構活力開朗超高齡社會」（註 7）。由此可知，營造活力開朗超高齡社會之願景，實有賴介護保險制度之永續經營方能實現，故如何推動各項政策達到制度永續經營之目標，才是此次修正制度真正核心之所在。探究其原因，不外乎係為解決長期以來最為社會大眾所關切焦點之一——保險財政問題。

介護保險制度自 2000 年實施以來，保險給付費用由 2000 年 3.2 兆日圓逐年上升，至 2005 年底將超過 7 兆日圓（參閱圖 3），約為施行之初二倍之多。在人口高齡化持續發展之社會環境下，倘不作任何改進措施，預估在戰後嬰兒潮出生人口（註 8）開始享有保險給付權利之 2015 年以前，保險給付費用將高達 10.6 兆日圓，更遑論嬰兒潮出生之人口邁入老年後，保險給付之金額將更為可觀。

就保險經營原則而言，保險制度之運作應考慮「收支相等原則」，介護保險雖屬社會保險之一環，其收入來源除有被保險人所繳交之保險費外，尚有來自政府稅

收部分。然而，在保險給付擴大趨勢無法改變之情況下，寄望稅收部分以爲支應實不可期，唯有提高保費收入方能因應支出面之不斷擴大，屆時被保險人之保費負擔將由 2000 年 2,900 日圓逐年上升到 2014 年 6,000 日圓，被保險人負擔可謂相當沈重，政府若消極坐視此問題惡化而不謀求因應對策，恐將有危及介護保險制度繼續存在之虞。有鑑於此，日本政府乃採取保險經營上最常使用傳統解決方法之一，亦即「擴大收入面、緊縮支出面」，而社區整體照護制度則爲緊縮支出面之產物（高橋，2005；岩下，2006）。

由上可知，社區整體照護制度係在謀求介護保險制度永續經營，以迎接 2015 年嬰兒潮出生人口邁入高齡期到來之前提下，研擬設計而成之具體政策。由於其係屬長期計畫性質，且實施以來僅一年有餘，就現今之時間點尚難論斷其是否能發揮效用達成當初既定之政策目標。以下分就支援中心及社區密合型照護服務等兩大具體措施予以分析，探討該項政策預期面臨之課題：

### 一、支援中心

依介護保險法第 115 條之 39 之規定，支援中心係爲執行各種整體支援業務（註 9）、爲維持社區內住民身心健康及生活安定所提供之必要援助活動，以及爲提升醫療保健水準、增進社會福利而提供整體性支援活動等目的而設立之機構。由此可知，支援中心係爲提供社區內年長者日常生活全面性照護服務而設，故其業務範圍包括：(1)綜合諮詢；(2)權利保障；(3)照護預防；(4)照護支援等四項內容（參閱圖 6）。因涉及層面擴及保健、社會福利、照護等三項領域，故需配置保健師、主任照護管理師、社工人員等專業人員（註 10）執行上述業務；其次，依介護保險法第 115 條之 39 規定，該中心係直屬市町村等地方政府轄下，得由地方政府直接經營、或委託居家介護支援中心之營運法人（社會福祉法人、醫療法人等）、其他業者代爲營運（註 11）。以下茲就設置數量、營運主體、業務範圍等方面分析如下：

#### （一）設置數量：

厚生勞動省當初在規劃支援中心時，係以全國設立 5,000 所支援中心爲目標，惟因支援中心係屬社區支援業務之一環，財源受到介護保險、國家、都道府縣（註 12）、市

町村等分配比例限制；其次，照護服務自介護保險實施後，已由過去行政處分改為保險給付，中央政府對於地方政府之補助金亦逐年降低，故各地方政府在面臨預算緊縮之困境下，對於設立支援中心可謂興趣缺缺。因此，未來是否能達到厚生勞動省設定之目標，實有待觀察。

## (二)營運主體：

支援中心之經營主體，可分為由地方政府直接經營或委託其他法人、業者經營兩大類，茲分述如下：

### 1.直接經營：

厚生勞動省係以地方政府直接經營方式為藍圖，規劃支援中心之架構，主要係期盼地方政府積極參與社區照護服務，並考量該中心之業務範圍廣泛，諸如老人受虐事件、權利保障等業務亦需仰賴公權力介入處理。

然而，就地方政府立場而言，採此種方式運作支援中心雖具有貫徹施政方針之優點，但有待解決問題頗多實非易事。首先必須面臨人員配置問題，由於係屬公營事業，若人員係由地方政府派至前往，實質上已與行政組織脫離，在所屬機關屬性、工作條件與時間（註 13）

等不同情況下，必須取得工會之協議；此外，尚有會計業務處理、營運費用等諸多問題有待處理（鏡諭，2006）。

就被保險人立場而言，因此種支援中心官方色彩濃厚，對於公平認定失能程度缺乏信心，存有地方政府（保險人）在保險給付財政壓力下，藉機深入所屬之支援中心輕判需要支援或需要照護等級，達成減少保險給付之意圖（日下部雅喜，2005）。

綜上所述，目前地方政府採取以直接經營方式設立支援中心之意願並不高。

### 2.委託經營：

依介護保險法第 115 條之 39 規定，符合經營支援中心資格之相關業者，應備妥厚生勞動省規定之文件，向市町村等地方政府提出申請設立之手續；至於具有申請資格者，則包含經營養護機構之社會福祉法人，以及其他經營照護服務業者。

由社會福祉法人申請設立之支援中心，若有心欲藉由該支援中心掌握之權利，將事業版圖由既有之機構照護領域延伸至居家照護體系，日後恐將衍生由該社會福祉法人擔任支配社區內「整體」資源之

後果。

然而，由提供照護服務之業者成立支援中心則有利益輸送之嫌疑，恐發生該支援中心藉由職權將被保險人轉介至自身經營之照護機構之情事。厚生勞動省在研擬相關規定時，原否決照護業者申請成立社區照護支援中心之提案；惟在業者強烈反彈聲浪下，主管機關亦不得不接受業者之要求，為照護業者兼營支援中心開啓方便之門（日下部雅喜，2005）。

綜上所述，採委託經營方式設立支援中心之作法最為人詬病者，即該支援中心在行政機關之保護傘下，若無法秉持公正、公平之立場為社區老人提供相關服務，將喪失此次修正介護保險法之意義，更有早日瓦解介護保險制度之虞。

### （三）業務範圍：

支援中心之業務內容可分為：

(1)綜合諮詢；(2)權利保障；(3)照護預防；(4)照護支援等四項。此四項業務係由保健師、社工人員、主任照護管理師等三種專業人員，採團隊運作共同負責執行。茲就業務內容及專業人員之相關問題分析如下：

#### 1.偏重照護預防業務：

前已述及，介護保險制度實施

後需要照護者與輕度失能者有逐年增加之傾向（參閱表1），為避免失能者人數年年持續成長危及介護保險制度之運作，乃將預防照護工作列為本次修法最主要的目標之一。換言之，主要係強調預防勝於治療之觀念，期望藉由：(1)防制社區內年長者步入輕度失能狀態，以及(2)避免已失能者的病況惡化之作法，達到降低保險給付金額，維持介護保險制度永續經營之目的。由此觀之，照護預防業務係在介護保險財政負擔沈重背景下醞釀而成之政策乃眾所周知之事，倘社區照護整體支援中心為配合政府政策執行，恐有假借「預防照護」之名、行「縮減給付」之實，恐將無法秉持公正、公平、客觀之立場認定被保險人之失能等級，損及被保險人接受照護服務之權益。

#### 2.業務範圍廣泛、重視團隊合作：

支援中心係由三種專業人員以團隊方式共同執行四種不同層面之業務，避免傳統以保健師執掌照護預防業務、主任照護管理師負責整體照護業務、社工人員擔任綜合諮詢與權利保障業務之缺失。過去各專業人員僅需具備本身業務範圍之專業知識即可，未來支援中心職員



除應具備本身專業領域外，對其他業務之主旨、內容、方法等亦應有基本認識，方能承擔支援中心提供全方位服務之重任。因此，為使支援中心得以發揮既定之政策目標，相關職員應積極強化其他領域專業技能，乃刻不容緩之事；此外，在執行團隊合作時，如何有效管理相關資訊，達到資源共享則為非常重要之一環。

### 3.有待考驗之使用率：

支援中心設立之目的，係期望藉由單一受理窗口之設立，為年長者提供全面性服務。然而，能否達到預期效用，則有賴能否得到年長者之信賴，不論地方政府直接經營、抑或是委託民間經營之支援中心，若無法得到年長者信賴前往請求援助，則支援中心之設立僅徒具形式，根本無法發揮基本效能。因此，如何喚起社區內年長者對支援中心之信任，將是各個支援中心必須正視之課題。

## 二、社區密合型照護服務

社區密合型照護服務機構甚多，囿於篇幅所限，謹就小規模多功能式居家照護與夜間訪視照護兩種最具代表性分子說明如下：

### (一)小規模多功能式居家照護：

小規模多功能居家照護之產生，應歸因於大規模機構照護無法滿足被照護者多樣化需求，致使部分人士於 1990 年代初期起自行成立小規模照護單位（註 14），藉以彌補機構照護服務之不足。後因 2003 年 6 月厚生勞動省老健局公布之「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」報告書中提及：「『為提供使用者日常生活範圍內完整性的服務型態』……『提供一年 365 天、24 小時毫不間斷的居家照護據點』……以『確立新型態的照護體系』」等觀點，導致各界寄望於小規模多功能照護型態之功能及實施成效。最後，厚生勞動省在修正介護保險法過程中，基於小規模多功能照護模式得以取代部分機構照護之考量下，企盼藉此抑制保險給付擴大之趨勢，進而達到介護保險永續經營之目標，而決定將小規模多功能居家照護模式予以制度化，正式成為介護保險給付型態之一（岩下清子，2006）。

然而，在修法過程中社會對於將小規模多功能居家照護模式納入介護保險制度內仍有反對聲浪，茲就相關意見整理歸納如下：

### 1. 「多功能」內容不符社會期望：

小規模多功能之經營模式，主要係為提供介護保險無法給付部分之服務而存在，所謂「多功能」並無一定之定義，各業者針對本身服務對象不同各有特定業務項目。換言之，多功能係基於使用者之需求而自然應運而生之產物。然而，介護保險將多功能予以制度化，代表各業者提供多功能服務項目係採同一標準，亦即所謂「往返」、「訪視」、「住宿」照護等三種業務。由此觀之，標準化後之多功能所代表之意義，與自然應運而生之多功能已相去極遠，實無法達成多功能原應具備之效益。（岩下清子，2006）

2.現存經營小規模多功能照護服務業者面臨存廢關鍵：

修正後介護保險制度規定，業者須經地方政府認可後始得經營小規模多功能照護事業；惟自 1990 年代起各地方已陸續成立若干小規模多功能照護業者，倘現有業者未能取得地方政府認可，其未來命運如何？將是值得重視之問題。（岩下清子，2006）

3.給付內容受限報酬所得不足以支應營運經費：

介護保險法對於小規模多功能照護業務之規範，不僅將多功能限

定於「往返」、「訪視」、「住宿」照護等三項服務內容，並將小規模定義為服務對象不得超過 25 人。由於厚生勞動省對於服務人數有所限制，並對相關服務訂定統一報酬基準，若依業者過去經驗顯示，該等收入實無法支應營運之所需，致使反對聲浪高漲。（「シルバー新報」2005 年 11 月 18 日）

綜上所述，標準化後之小規模多功能照護服務已背離當初創立此種制度之理念，並有違現行業者經營模式，惟在政府降低機構照護率、減少保險給付、維持介護保險永續經營之中心思想下，正式納入介護保險給付項目之一。

（二）夜間訪視照護：

眾所周知，日本為已邁入高齡社會之國家，目前接受特別養護老人中心照護之老人約有 38.8 萬人，在老人保健設施養老的約有 29.1 萬人，在病床上接受療養者約有 36 萬人，共計約有 104 萬老人係離開家庭長住醫療院所或養老機構接受安養。一般而言，年長者皆希望在自家接受照護，而不願進入機構接受安養，惟依調查顯示：目前期盼進入養老機構安養者推估約在 38 萬人至 40 萬人之間。探究其原因，主要係年長者擔心夜間突發狀況無法獲

得即時妥適之處理，而對居家照護欠缺一份安全感。

有鑑於此，厚生勞動省在降低機構照護保險給付之考量下，決定於介護保險制度之給付項目中增列夜間訪視照護給付，使年長者得以安心在宅接受照護，落實在地老化政策，進而達到介護保險永續經營之目的。

誠然，訪視照護已在日本運作多年，部分業者亦早已提供夜間訪視照護服務，且成效卓著，此次修正介護保險法後將夜間訪視照護服務納入給付範圍，係企盼藉由制度化之方式推廣夜間訪視照護服務。由於該項服務主要著重在「夜間」部分，因若僅針對夜間提供訪視照護服務之費用，應較一般訪視照護便宜（註 15），如此不僅能使年長者減輕經濟上負擔，更能安心在宅接受安養。惟本項政策是否得以順利推行，則有賴政府如何提出其他獎勵措施，吸引業者投入本業務共襄盛舉。

## 伍、結論

社會福利政策應以「人」為本，大凡使用社會福利措施者多屬社會弱勢族群，如何維護人之基本

尊嚴則是一項重大課題。日本於 2005 年修訂介護保險法時，將第 1 條立法目的內增訂「應在秉持維護其尊嚴之原則下」提供各項照護服務，本次修正內容中雖僅就抽象性之「尊嚴」兩字予以法制化，卻未對其實質內涵加以定義；惟從此亦確立應在維護受照護者尊嚴之前提下推行各項照護服務政策，而建構社區整體照護服務體系則為其具體措施之一。

由此可知，在社區整體照護體系架構下設置之社區整體支援中心，以及推廣社區密合型各種照護服務型態，皆係以「受照護者為本位」設計、研擬而生之產物。然而，就前述之政策分析內容可知事實並非如此，實際上，日本政府實施社區整體照護制度最主要目的乃在抑制保險給付金額持續擴大，藉以維持介護保險制度持續運作。由此觀之，社區整體支援中心雖具有單一受理窗口方式，便於年長者利用之優點；惟因官方色彩濃厚恐有損及優先考量受照護者意願之虞，有違實施介護保險制度之基本精神；此外，社區密合型各種照護服務型態早已存在於日本照護體系內，且實施成效卓著，此次日本政府僅是基於以社區密合型照護服務

方式取代機構照護之考量，進而主導推廣社區密合型照護服務型態，其出發點實已背離以人為本之精神。

綜上所述，日本政府基本係以官方立場修訂介護保險法內容，名為「尊重受照護者之權利」、實為「抑制保險給付金額擴大」，嚴格來說，形式上達到尊重受照護者意願之精神，實質上不論就給付內容之質與量均遠不及往昔。然而，日本實施社區整體照護制度是否得以達到預期效益，實因推行時日尚短難能論斷，仍有待日後持續觀察。

目前世界各國不斷強調「在地老化」、「居家照護」之重要性，企盼藉由在地老化之優點解決機構照護面臨種種問題，我國政府自不

能置身事外，近年來國內亦不斷致力於研擬、推行各項在地老化政策，期盼為年長者營造一個舒適地安養晚年之生活環境。誠如前言所述，本研究之主要目的並非希望我國主管機關全盤引進日本社區整體照護制度，僅係提供一個建構我國照護體系之思考方向。最後，誠懇期盼政府主管機關以及從事安養事業各界，在研擬照護政策或提供照護服務時，能將焦點聚集在「人」，而非「需要照護」上，亦即秉持為「需要照護的人」而非「需要照護的人」態度服務，共同為我國年長者營造一個具有人性尊嚴之舒適安養環境！

（本文作者呂慧芬現為醒吾技術學院財務金融系講師）

## 註釋

註1：日文中之「介護」，係指「介助」與「照護」之意，國內學者對「介護保險」有以「長期照護保險」稱之，亦有以「公共介護保險」稱之，而多數乃尊重原文採用「介護保險」表示，本文亦採後者方式。

註2：日文為「地域包括ケアシステム」。

註3：厚生勞動省係以全國設置5,000所支援中心為目標。

註4：「應在秉持維護其尊嚴之原則下」係本次修法時新增訂之內容；惟「尊嚴」乃抽象名詞，介護保險法中並未就其作出具體定義。

註5：李光廷（2004）於「失智症老人照護模式與日本機構照護革命」乙文

將其稱為「托老所」。

註 6：前掲李光廷（2004）將其稱為「失智老人之家」。

註 7：「制度永續運作的可行性」、「社會保障統合化」及「建構活力開朗的超高齡社會」，乃本次修訂介護保險之三大主軸。

註 8：日本將戰後第一次嬰兒潮出生的人口，稱為「団塊の世代」。

註 9：整體支援業務係規範於介護保險法第 115 條之 38 第 1 項第二款至第五款。

註 10：每 3,000～6,000 名 65 歲以上老人，需配置三名專業人員。

註 11：介護保險制度改革の概要，2006，P17

註 12：都道府縣係指東京都、北海道、大阪府、以及其他各縣。

註 13：一般公務員上班時間為 8：30 至 17：00，而支援中心所服務的業務項目是二十四小時皆有可能發生。

註 14：小規模照護單位係以「宅老所」為代表。

註 15：訪視照護係由業者每日定時至受照護者家中提供服務；夜間訪視照護係由業者於夜間定期巡迴受照護者住家附近，遇有緊急狀況或接到通報時，隨時派員提供照護服務。由於夜間訪視僅於特殊狀況時提供服務，除基本費外係採計次收費方式，故較一般訪視照護採固定收費便宜。

## 參考文獻

李光廷（2004）失智症老人照護模式與日本機構照護革命，台灣社會福利學刊第 5 期，119～172。

大田貞司（2003）地域ケアシステム，東京：有斐閣アルマ。

日下部雅喜（2005）地域包括支援センターの問題点と提言，1～9。

岩下清子・佐藤義夫・島田千穂（2006）小規模多機能の意味論，1～3；91～92。

高橋鉦士（2005）介護保険制度の改正と地域包括ケアシステムの構築，東京：練馬区介護保険シンポジウム。

東内京一（2006）これからの介護予防・地域ケア、サンライフ企画，東京。  
鏡諭（2006）地域包括支援センター課題と対応：丸投げ委託と無気力直営。  
小規模多機能ホーム研究会（2007）小規模多機能型居宅介護開設の手引き，  
東京。

独立行政法人福祉医療機構（2005）小規模多機能サービスに関する調査報告書，14～21。

厚生労働省（2006）介護保険制度改革の概要：介護保険法改正と介護報酬改定，東京。

厚生労働省（2005）みんなで支えよう介護保険，東京。

厚生労働省（2006）平成 16 年度介護保険事業状況報告（年報），東京。

厚生労働省（2003），2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～，東京，1～5。

厚生労働省労健局（2005）地域包括支援センター業務マニュアル，東京，1～32。

財団法人老齡健康科学研究財団（2006）夜間対応型訪問介護が未来を拓く，東京。

シルバー新報（2005 年 11 月 18 日）。