

主題論文

## 日本介護保險與台灣長照保險的比較

徐瑜璟<sup>1,2</sup>、邱采昀<sup>1</sup>、周美伶<sup>1</sup>

### 一、日本介護保險制度介紹—服務

(一)、日本老年保健福利的重要歷史發展

◆ 1990年的黃金計畫（內政部社會司，2007）

施政八大重點：

1. 市町村居家福利對策緊急擴整—居家福利推動十年計畫
2. 零臥床老人戰略計畫
3. 設置「700億長壽社會福利基金」
4. 緊急設置機構—機構對策推動10年計畫
5. 推動高齡者生活教育
6. 推動長壽科學研究10年計畫
7. 推動社區開發事業

---

<sup>1</sup> 國立成功大學老年學研究所碩士生。

<sup>2</sup> 行政院衛生署台南醫院中醫科醫師。

## 8. 推動黃金計畫之各項支持對策

### ◆ 1995 年的新黃金計畫

在黃金計畫執行三年後，厚生省發現有必要大幅提高黃金計畫原先設定的老人保健福利服務之目標值，且各種老人保健福利措施亦有加強之必要，故對黃金計畫進行全面檢討，提出四大基本理念：

1. 使用者本位、支援自立
2. 普遍主義
3. 提供綜合性服務
4. 社區主義（地域主義）

### ◆ 2000年介護保險制度

旨在減輕家屬照護上的負擔，並由社會共同支持照護，降低老年生活之不安與風險，使老人都能老有所終，據此，政策目標訂定如下：

1. 考量未來社會將呈現高齡化，必須促進介護保險制度之建立以提供對長期照護有需求者的支持。
2. 建立明確的保險制度，讓民眾瞭解給付分擔的關係。
3. 修正健康、醫療及社會福利三分立情形，發展綜合性服務供民眾選擇。
4. 將長期照護從健康照護保險中區分出來，以減少機構化為第一步驟。

## （二）、日本介護保險介紹

### ◆ 推動理念（周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋，2009）

1. 自立支援
2. 使用者為本
3. 社會保險方式

◆ 主管機關及保險人（周毓文等人，2009；黃慧雯、劉淑惠、白玉珠，2010）

（一）中央政府：厚生勞動省

1. 負責福利政策、法令之策劃及擬訂

（二）地方：

1. 負責政策的執行：市町村
2. 負責市町村間協調事項：都道府縣

（三）由最小行政單位市町村擔任保險人，並由中央以及都道府縣協助辦理。

◆ 保險對象（周毓文等人，2009；內政部社會司，2007；黃慧雯等人，2010）

1. 40 歲以上國民皆須加入介護保險
2. 被保人：

- （1）65 歲以上老人
- （2）40-64 歲中，患有腦中風、初期老年失智等 15 項特定疾病者
- （3）除此年齡標準之外，還需經過介護判定評估表，分為「需照護狀態」、「需支援狀態」給予不同程度之給付

「需照護狀態」：意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護

「需支援狀態」：雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少

\* 未涵括所有年齡層之身體功能（ADL）和認知功能障礙者

◆ 服務項目（如表 1）

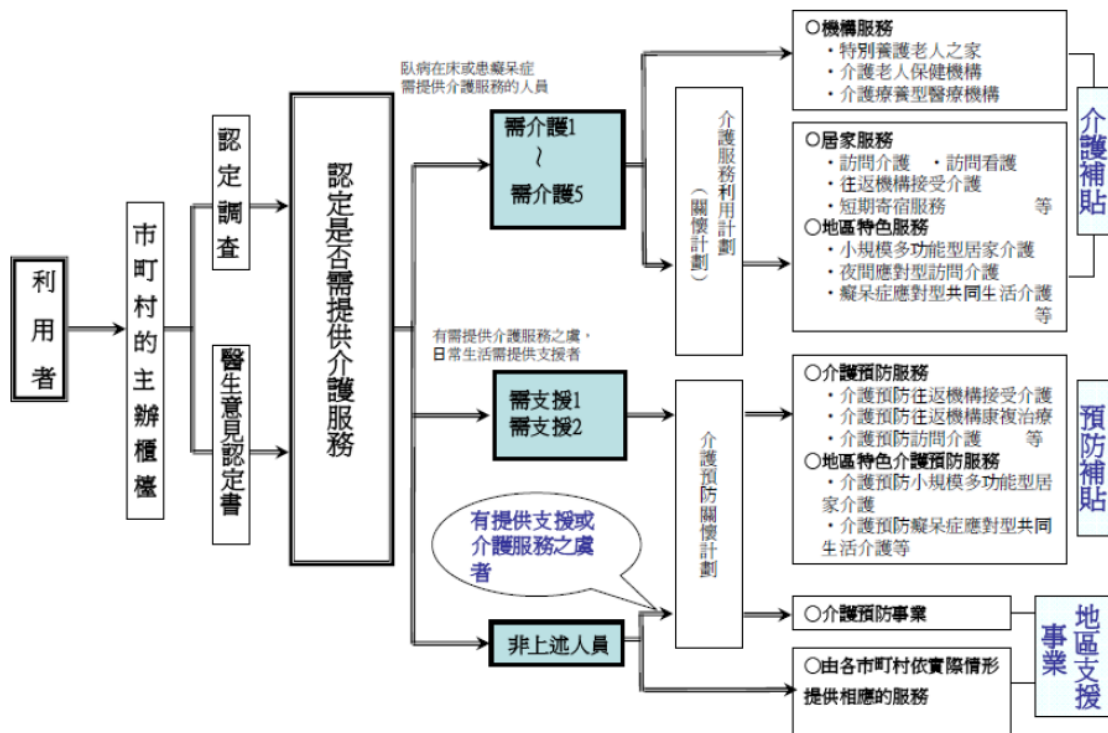
表 1：服務項目

居家 照護 服務	照護服務 (※需照護 1~5)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家庭訪視服務：訪視照護、訪視沐浴（泡澡）、訪視護理、訪視復健</li> <li>2. 當天來回照護服務：日間照護、日間復健</li> <li>3. 短期入居機構照護</li> <li>4. 輔具租借及購買、住宅改建</li> <li>5. 自費老人之家等生活照護</li> <li>6. 擬定照護計畫</li> </ol>
	預防照護服務 (※需支援 1、 2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家庭訪視服務：預防照護型訪視照護、預防照護型訪視沐浴（泡澡）、預防型訪視護理、預防照護型訪視復健</li> <li>2. 當天來回照護服務：預防型日間照護、預防型日間復健</li> <li>3. 短期入居機構照護</li> <li>4. 輔具租借及購買、住宅改建</li> <li>5. 自費老人之家等生活照護</li> <li>6. 擬定照護計畫</li> </ol>
社區 緊密 型 服務	(※需支援 1、 2 急需照護 1~5 皆可利用)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 夜間型訪視照護</li> <li>2. 失智症日間照護</li> <li>3. 小規模多功能型居家照護</li> <li>4. 失智症團體家屋</li> <li>5. 小規模自費老人之家（生活照護）</li> <li>6. 小規模老人特別養護之家（生活照護）</li> </ol>
機構照 護服務	(需支援者不 能利用)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 老人福利機構（老人特別養護之家）</li> <li>2. 老人保健設施（強化復健）</li> <li>3. 療養型醫療機構（慢性病床等）</li> </ol>

資料來源：李光廷，2008。

◆ 服務流程（如圖 1）

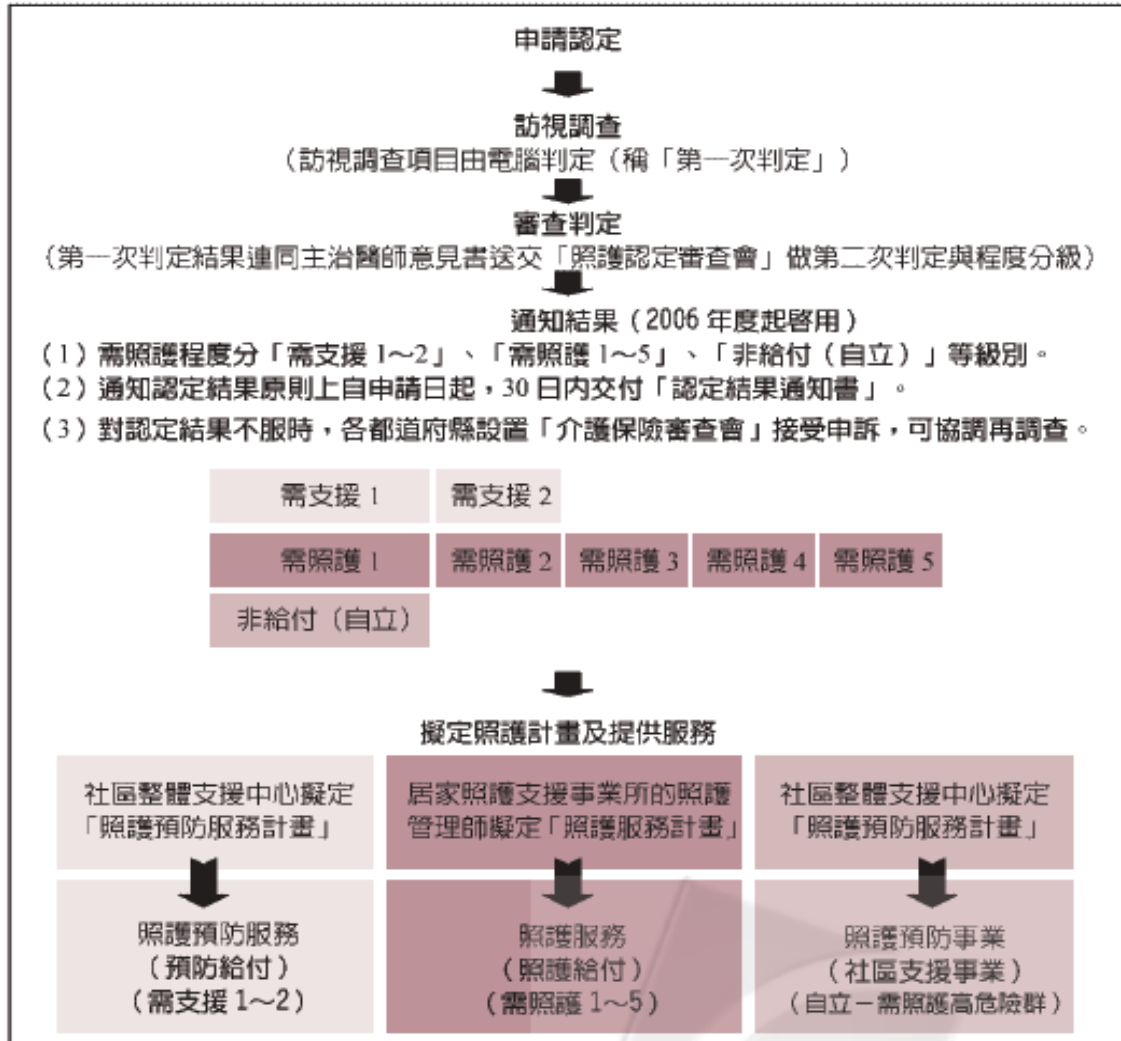
圖 1：服務流程



資料來源：周毓文等人，2009。

◆ 等級判定流程（如圖 2）

圖 2：服務流程



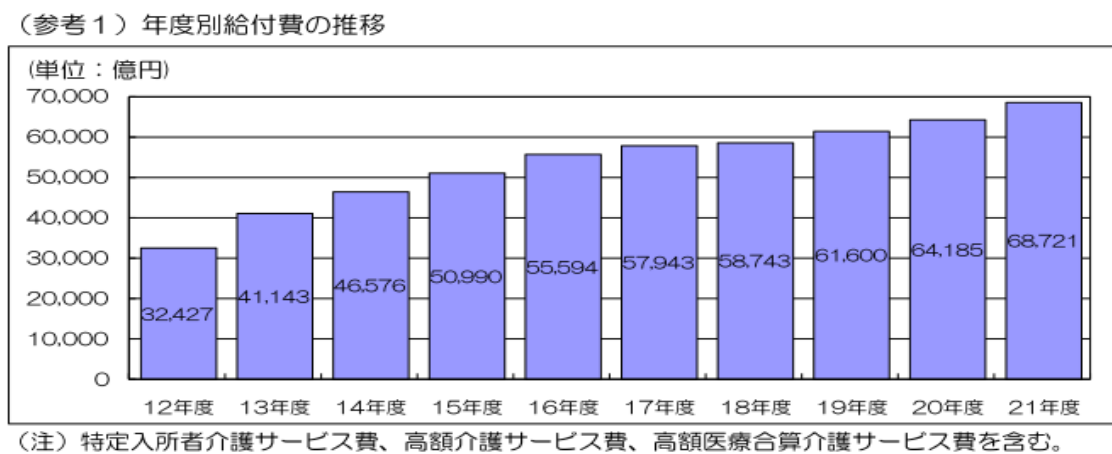
資料來源：李光廷，2008。

## 二、日本介護保險制度介紹—財務規劃

### (一)、介護保險費用規模逐年攀升

從 2000 年開辦時的 3.6 兆至 2009 年為止，已上升至 6.8 兆（如圖 3），可以看出介護保險的發展，隨著時間推移而不斷成長擴大的。

圖 3：日本介護保險費用花費情形



資料來源：日本厚生勞動省網站，平成 21 年度介護保險事業狀況報告（年報）。

### (二)、介護保險給付方式：實物給付為主

日本長期照護保險的給付方式以實物給付為主，只在嚴格條件下才提供現金給付。主要考量若提供現金給付，受益者常會將之移為他用，並非用於購買或使用服務；婦女團體擔心現金給付會變相鼓勵婦女留在家中照顧；也擔心保險人因為給付現金，而不用心發展長期照護服務與鼓勵提供更好的服務。但日本並非完全禁止現金給付，只是採用嚴格的條件限制來抑制現金給付的核發，包括需照護程度 4 級或 5 級的重度需照護者，一整年未利用保險給付，家庭照護者本身擁有居家照護員資格（李玉春，2009）。

### (三)、財源籌措方式

#### 1. 財源結構

日本介護保險總支出除 10%由利用者部分負擔外，其餘 90%由稅收及保險費各分攤一半。在政府稅收的 50%當中，中央政府固定負擔比重為 20%，另有 5%統籌分配款做為調整各市區町村人口結構及老人所得差距之用；而都道府縣則負擔 12.5%、市區町村亦負擔 12.5%；在保險費的部分，需負擔保費者為 65 歲以上老人（一號被保險人），負擔比例約 20%，與 40-64 歲民眾（二號保險人），因尚有一般工作能力，所以負擔比例為 30%（李光廷，2004；蔡文輝，2009）。（詳見圖 4）

圖 4：日本介護保險財源結構

## 介護保險財源結構

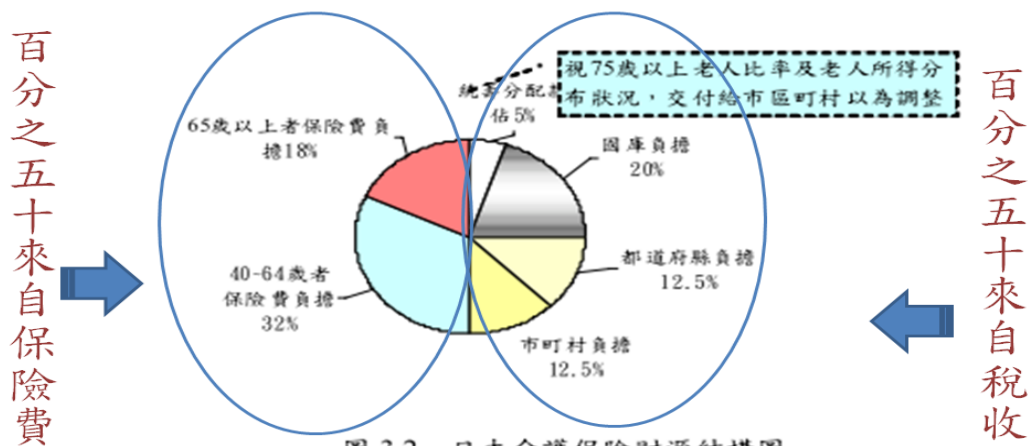


圖 3.2 日本介護保險財源結構圖

資料來源 厚生勞動省

(李光廷，2004)

資料來源：李光廷，2004。

#### 2. 被保險人保險費

(1) 一號被保險人保險費（65 歲以上老人）分為兩種繳費方式：一為特別徵收，是每月年金在 18 萬日圓以上者將會直接從年金中扣繳，這類人數較多占 80%；其二為普通徵收，由自己個別向市區町村繳納，人數較少約占 20%（李光廷，



2004)。

(2) 一號被保險人保險費多寡由各市町村依當地服務量需求自行訂定，因此有地區性落差，以 2003 年為例，北海道鶴居村最高 (4528 日圓)，山梨縣秋山村最低 (1783 日圓)，兩者相差 3.3 倍。為了解決這種保費差異的問題，因此會鼓勵相鄰市町村可以成立區域聯盟，同時也可以讓需要介護者便於利用鄰近服務設施 (李光廷，2004)。

(3) 二號被保險人保險費 (40-65 歲者) 則是被保險人與雇主各負擔一半，根據被保險人以已加入的醫療保險計算保費，並且與醫療保險費用一起繳納，由於職業薪資不同，每人繳納金額不同，以 2005 年為例，平均每人負擔約 8000 日元的介護保險費 (詹火生，2005)。

#### (四)、財務處理方式與調整機制

1. 介護保險財務處理方式採隨收隨付，隨收隨付制係指當年度需要多少經費即編列等額預算或收取保費，但通常保有數個月的給付所需費用作為安定基金，以預防精算因子的變動超乎原來的假設，也可以緩和實際費率的經常變動。由於長期照護制度的給付對象多為老年人口，隨收隨付制容易受到人口結構老化影響，因此日本有下列調整機制來調整財務：

(1) 設置統籌分配款 5%，若保險人該區有 75 歲以上老人偏多、老人收入偏低、發生災害而減免被保險人保險費時，這些情況，都有可能導致被保險人所收的保險金額不敷使用，這時統籌分配款可做為其經費補助來源。

(2) 設立財務安定基金，該基金由都道府設置，基金數額是 3 年期間介護保險事業給付總額的 0.5%，由 1 號保險人、都道府、中央政府各負擔 1/3。保險費徵收不足時 (例如遇到該地區 75 歲老人多或低收入人口多)，財務安定基金會以兩種方式協助：(1) 直接撥款補助保險費不足額的一半 (2) 由市區町向該基金貸款 (貸款金額不超過保險費不足額的一半為原則)。貸款額須於三年後下一期計畫中期，用提高 65 歲以上老人的保險費方式無息分期償還。(李光廷，2004)

(3) 保險人每 3 年調整一次 65 歲以上老人的保險費，伴隨著介護保險的支出不斷增加，從 2000 年開辦以來，總共經歷過三次調整保險費，全國平均金額分別從 2,911 日圓調到 3,293 日圓，最近一期金額已上升到 4,090 日圓，上升幅度為三至四成。(蔡文輝，2009)

#### (五)、日本介護保險困境解決方向

日本介護保險現存財務最大問題服務與需求量同步都不斷的在成長，讓整體保險支出金額也不斷上升，為解決此困境，下列措施都是正在研議中的方向：

1. 擴大二號被保險人的範圍，考慮降低納保年齡至 20 歲。
2. 將個人負擔部分由 10% 再提高金額。
3. 引進福利目的稅或以消費稅固定比例用於長期照護。
4. 針對偏遠離島地區，引進現金給付制度，因為從偏離島地區角度來說，設立介護提供單位成本上來說是比較高的，但提供現金給付，就必須考量到照護品護，同時要有監督的配套措施。(周毓文等，2009)

### 三、日本介護保險制度—與台灣的比較

#### (一)、推動時間的比較

先以日本人口來先作一個粗絡的了解，1970 年日本 65 歲以上的人口超過 7%，進入所謂的高齡化社會，於 2000 年推動介護保險(當時老年人口比例 17.3%) (陳玉倉，2005)。

在台灣的情形，於 1993 年台灣 65 歲以上的人口超過 7%，並預估在 2016 年推動台灣長期照護保險(行政院衛生署，2010；王順民，2012)。

圖 5：比較日本及台灣推動長期保險的老年人口比例及推動時間

年別	日本65歲以上人口占總人口(%)	年別	台灣65歲以上人口占總人口(%)
1970	>7%	1993	>7 %
		2007-	我國長期照顧十年計畫
1994	>14%	2011	全台老年人口佔10.745%
1996	彙整出高齡者介護保險有關的報告書		
2000	推動介護保險(17.3%)	2016	預定105年推動長期照護保險(約14%)

### (二)、管理主管機關的比較

日本公部門體系，中央政府為厚生勞動省，地方則為市、町、村負責政策的執行（陳玉倉，2005）。

台灣目前的情形則分成社政跟衛政體系（蔡閻閻，2011；陳素春，2011），未來推動長期照護保險之後，希望中央由中央健保局統籌管理，並由地方長照管理中心為單一窗口負責執行政策，並由健保分局推動政策。（王順民，2012）

### (三)、財務規劃比較

在日本的情形，被保險人分 2 類，第 1 類為 65 歲以上的老人，第 2 類為 40 歲到 64 歲以上的人口。各級政府和兩類被保險人所繳納的保險費，合計共負擔介護服務所需費用的 90%，其餘 10%則由被保險人在接受介護服務時的自付額（詹火生，2005）。

目前台灣規劃未來長期照護保險，希望由全民納保的方向推辦，自付額與日本相同均為 10%，並作進一步的評估規劃（周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋，2009；吳尚琪，2011）。

#### (四)、未來長照保險規劃比較

由學者黃慧雯、劉淑惠、白玉珠（2010）比較日本介護保險及未來台灣長照保險的比較，如圖 6。

圖 6：台灣長期照護保險與日本介護保險之比較

表一 台灣長期照護保險與日本介護保險之比較

項目	台灣長期照護保險	日本介護保險
保險對象	方案一：全體國民 方案二：40歲以上國民	40歲以上全體國民
組織體制	主管機關在中央為行政院衛生署、地方為直轄市、縣(市)政府，承保機關為中央健康保險局，主管機關下設立二個相關委員會「長期照護保險委員會」及「長期照護保險爭議審議委員會」，賦予相關權責與任務。	管理單位以市、町、村為中心，政府居監督功能。
需求分配認定	召開審查委員會方式進行審理判定，並由判定單位選聘 5-7 名專家學者召開審查委員會。 認定時程：約 2-3 天。	介護認定過程進行兩次審查，第一次審查為訪視調查及電腦判定，判定結果連同主治醫師意見書，再行第二次審查，第二次審查由「須照護認定審查會」審查，審查會成員由 5 至 6 位專家組成。 認定時程：約 30 天。
評估工具	IADL	IADL
機構照護	護理之家 長期照護機構 養護機構 安養機構	養護老人之家 老人保健機構 療養型及慢性病房 短期機構生活照顧 短期機構療養照顧
居家照護	居家服務 家庭托顧 居家護理 居家復健	居家服務 居家護理 居家復健 沐浴服務 療養管理指導喘息服務
社區照護	社區復健 日間照護 喘息服務	日夜間照護復健中心 失智症照護中心 失智症團體家屋
其他服務項目	輔具購買、租借 居家無障礙環境改善 老人營養餐飲服務* 交通接送服務	輔具租借及購買 住宅無障礙空間修繕

資料來源：黃慧雯、劉淑惠、白玉珠，2010。

若以項目及對象而言，似乎非常雷同，但再以評估方式、財務比較、輸送模式、人員訓練等部分作探討比較（黃慧雯、劉淑惠、白玉珠，2010）。

#### (五)、評估方式

日本以介護評定量表，將健康生活功能歸類分成六個照顧需求等級（詹火生，2005；李世代老師上課講義）：生活支援，在日常生活有必要支援的（要支援 1 級、2 級）、介護 1、介護 2、介護 3、介護 4、介護 5。

台灣在長照十年計劃中的現況則是依據以下條件來供給服務（台南市政府照

顧服務管理中心，2012 年 6 月 7 日)：

1. 65 歲以上 ADLs 失能之老人。
2. 50 歲以上未滿 65 歲之身心障礙者 (持有身心障礙手冊)。
3. IADLs 輕度失能之獨居老人。

台灣在長期照護保險的服務供給的未來規劃，希望開辦初期分級參照德國，以分四級為原則，分為需支援、照護一級、照護二級與照護三級等四級；中長期則依據長照保險案例組合或發展多元評估量表，以訂定給付與支付標準 (經建會人力規劃處，2009；行政院衛生署長期照護保險籌備小組，2010)。

#### (六)、輸送模式

日本的輸送方式為單一窗口，由醫師審查並提出意見書及市村町的老人介護保險主辦人員進行「認定調查」，彙整後共同審查確認被保險人介護照顧的需求 (詹火生，2005)

目前台灣長照十年計劃規劃由長照管理中心為單一窗口，並由照管專員提供多元服務管道；未來長期照護保險推動後，申請管道希望仍能以單一窗口來提供服務以及申請，評估單位則增設專業團體 (加上原本的照管專員) 作評估，而審查時間則希望縮短為評估 (7-10 天)、審查 (2-3 天) (黃慧雯、劉淑惠、白玉珠，2010)。

#### (七)、人員訓練

日本 2006 年起導入「照護職員基礎研習」制度，由都道府縣或都道府縣指定對象實施訓練，全程課程包括講習加實習共 360 小時，另設置機構實習 140 小時，合計 500 小時 (如圖 7) (李光廷，2009)。

台灣目前人力情形，有以下特點：在國內民眾偏好使用外勞及部份負擔，影響使用服務之意願；長期照護工作之勞動條件不佳不易留住人力等。故人力部份除重視照護人員素質外，應加強確保工作人員權益，增加人員福利，重視人員離

職率並深入瞭解造成離職之要因（黃慧雯、劉淑惠、白玉珠，2010）

圖 7：照護職員基礎研習時數

照護職員基礎研習		500小時
居家照護服務員1級	實務經驗 1年以上	60小時
居家照護服務員2級		150小時
其他		300小時
居家照護服務員1級	實務經驗 未滿1年	200小時
居家照護服務員2級		350小時
其他		500小時

資料來源：日本厚生勞動省老健局，2008年2月，李光廷製作。

基礎理解及展開 (360小時) — 講習、實習一體化實施	
1. 理解生活支援理念與維護尊嚴 (30H)	
2. 理解及活用老人、殘障者等相關法規制度 (30H)	
3. 理解老人、殘障者等相關疾病及障礙 (30H)	
4. 理解失智症 (30H)	
5. 照護技術與對應溝通 (90H)	
6. 生活支援與家事援助技術 (30H)	
7. 如何與醫療及護理提供者合作 (30H)	
8. 照護相關的社會福利援助技術 (30H)	
9. 生活支援的需求評估與照護計畫 (30H)	
10. 照護職員的倫理與職務 (30H)	
機構實習 (140小時)	

資料來源：日本厚生勞動省老健局，2008年2月。

資料來源：日本厚生勞動省老健局，2008。

未來規劃分為Level-I、Level-II、及Level-III來建立完整人員訓練的內涵，如圖8。

圖 8：分三階段建立人員訓練內涵

**Level II：專業課程**

1. 依照各專業課程需求及服務場域之不同因應
2. 各專業領域自訂應訓練時數，再依大方向規劃原則，分別訂定細項課程
3. 發展個別專業領域之長照課程，強調專業照護能力

**Level I：共同課程**

1. 具備長照基本知能
2. 發展設計以基礎、廣泛之長照理念

**Level III：整合性課程**

1. 以重視團隊工作及增進服務品質為前提
2. 學習與其他專業人員適時合作溝通
3. 課程設計以強化跨專業及整合能力為主

(楊志良, 2010)

	時數	訓練時間
Level I： 共同課程	18小時	到職前或到任半年內
Level II： 專業課程	24+8小時， 醫師16小時	到職2年內
Level III： 整合性課程	24小時	配合在職教育於到職 6年內完成

參訓資格：已取得專業證照者

- 實習課程建議於到任1個月內由有經驗者帶領完成
- 長照訓練課程同時可認證各醫事專業人員繼續教育時數
- 短期以評鑑要求，長期納入長期照護法規規範
- 長照人力足夠後，考慮Level I、II完成後再投入長照服務

#### (八)、反思

根據李光廷（2009）可了解日本介護保險制度特性，反觀目前台灣長期照顧十年計畫的問題，包括評估失能者輕症重判；長期照護相關法規立法目的、規範主體、主管機關與權責不同；長照服務人員各類別規範不同；長期照護機構管理品質差異大；供給面之量能及品質發展遲緩；長期照護資源分布不均等（吳尚琪，2011），應於未來長期照護保險推動時應考慮進台灣文化背景、民族性、經濟狀況、外籍看護工、醫療資源等因素不同，已達到較切合台灣人時地物的長期照護保險。

### 四、綜合心得

周美伶<sup>3</sup>

長照保險的給付及所提供的服務，是根據所評判的級別去進行給予，有長照需求者會因為所位於的等級不同，而獲得不同的給付與服務，所以判定的過程必須具有專業性及公平性，對照日本的評定過程需經過兩次的評定，結合訪視、專業人員的評判與審查會的審訂，來制訂出級別，依台灣目前長照計畫為照管專員去進行評估與擬定照護計畫，未來需要經過哪些程序的嚴格審核，是需要去做評估與判斷的。

日本介護保險制度的推動以社區為中心，將可以視各地的條件與特色，進行保險費額及服務的調整，反觀比日本的地理範圍小很多的台灣，光在南北差距上就有資源不平均的現象，若在未來推行長期照護保險之時，如何讓各地都有充足的資源可以利用，而不要產生繳了保費卻等不到相同的服務的狀況。另外，在人力的部分，看看台灣的現況，許多照顧老人的服務員，多半為外籍勞工來擔任，加上工作形象較為低下、薪資不高的情況下，許多人不願意從事老人照護相關工作，導致照護工作人員缺乏及工作重，這會直接影響到照顧的品質。若要避免以

---

<sup>3</sup> 國立成功大學老年學研究所碩士生。

上所提到的服務提供不均及人力的問題，在這之前需要做足功課，可以看到日本在推行介護保險前身，已在黃金計畫中列出培訓照護人力，希望能培訓出足夠且資質優良的照服員，當介護保險一推行下去，才不會有人力缺乏及品質參差不齊的情況發生，以及許多綜合性服務的形成，讓有長期照護需求的人，可以依照自己的需要，進行多樣化的選擇。

日本的照服員須經過不同課程內容的培訓，而且在累積一定時數後，分成不同等級，反觀現在台灣的照服員培訓時數遠小於日本，所開設的課程內容主要分為共同課程、專業課程、及整合性課程，若要提升照顧品質，必定要注重培訓的內容與方式，來提高照服員的服務效能，另外，在待遇的部分，台灣的薪水偏低，導致照服員的工作形象低落，這樣會造成惡性循環，越來越沒有人想要從事這方面的工作，但在老年人越來越多的情況下，服務也需要人力的投注，如何提升工作形象及待遇，讓人願意加入照護老人的行列，是迫不及待的議題。其實人力是就讀老年相關系所同學們需要去關心到的地方，我們究竟比其他如社工、護理等專業，到底定位在哪？我想就在於有較多元的、較全面性的視野，關注於老人的異質性，可給予非齊一化的服務與規劃，在台灣長期照護保險推動之際，找到著力點。

#### 邱采昫<sup>4</sup>

日本是世界上平均餘命很長的國家，同時老年人口比例在已開發國中也是最很高的，但日本與台灣同為亞洲國家，在民情上較西方國家較為趨近，另外，從歷史的角度來看，台灣曾經被日本殖民過 50 年，甚至在 1936 年時也曾推行過「皇民化」運動，使得台灣與日本在文化上有著跟分不開的關係，因此台灣在推行許多制度的時候，都會參考日本的做法。

---

<sup>4</sup> 國立成功大學老年學研究所碩士生。



日本介護保險的發展進程上，由於日本老年人口比例一直都是走在已開發國家平均值以上很多，對老人長期照護迫切需要的敏銳度就來得更早些，從 1990 年開始推動的五年一期的老人保健福利推動 10 年戰略（黃金計畫），再接著推動同為五年一期的新黃金計畫，開始為介護保險的各項基礎服務做準備，即使在 1997 年就通過介護保險法完成法規建置，但也是中間再經過三年的準備期，才於 2000 年 4 月 1 日正式施行介護保險，中間我們可以看到至少是經過十年的時間，反觀台灣，進程上在於 2007 年推出「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，希望先建置起完整的長期照顧服務體系，長照保險才能夠順利接軌，但在中期計畫（97-100 年）中，仍然看到有提升民眾付費意願、拓展服務資源與佈置服務輸送體系、充實各照管中心人力資源等事項須要努力解決，未來還有幾年的準備期，在這中間，如何讓服務品質提升（民眾才有付費意願）、增加民眾對長期照護的認識（讓服務量增加）應該是最需要去加強的方向。

日本介護保險的財務規劃與台灣在納保對象上有很大的不同，台灣基於社會風險共同分擔的概念，未來將全民納保，而日本雖然也是認同社會連帶的原則，最後選擇 40 歲以上的成年人需繳交保險費，然而，為什麼日本不考慮全民納保？我自己的解釋是若將全民納保，中生代除了須負擔自己的保險部分，甚至連小孩及父母的都必須共同負擔，也許會有負荷過重的疑慮。然而，我們看日本介護保險制度運行的過程中，其支出財務是年年增加，因此保險費幾乎每三年都必定調升，這中間一方面凸顯了介護對象服務需求量的確很大，另一方面也讓日本警覺到是否產生資源過度浪費的情形，因此，在 2006 年的改革中，回歸基本預防體系的建立，開始做許多健康促進的規劃，這樣的發展過程中，又再度提醒我們，不管是在醫療或長期照顧上，如何在前端做好預防工作，比起事後耗費許多成本來修補都來得重要許多，關於這一點，芬蘭模式在老人運動處方上的重視就很讓人印象深刻，後來漸漸明白，擁有健康的身體，不僅是對自己負責，也是降低社會整體成本支出的一個重要概念，尤其在不管是醫療保險或是長照保險發展之後，個人的健康與社會的發展連帶性更加密切，而變得越來越不能置身事外。

## 徐瑜璟<sup>5</sup>

以台灣現在制度及未來長期照護保險的推動時間來說，台灣與日本預定要推動的時間其老年人口比例差不多，正可符合李玉春老師上課所說的正是時候推行台灣長期照護保險，帶動社會關注老年人照護的議題，並注入更多的人力物力在長期照護這個產業上面，以提升老年照護的品質。

管理主管機關相較日本來說，以日本的模式（以市町村為單位）來提供可能較能由基層了解民眾的需求，目前台灣規劃為健保局分局或長照管理中心來負責，則可能會有多頭馬車的可能（因為民眾仍會先去尋求鄉鎮市公所的協助，但這也可能經由教育社會大眾後而減少多頭馬車的機會），但可能在推行政策較為簡單，而介護保險給付內容與台灣最大的差異是台灣規劃以全民納保為方向以及會提供現金給付，雖然現在規劃三年調整一次費率，但若沒有規範好，是否會導致如全民健保虧損嚴重，而由長照機構自行吸收買單？現金給付是否未能較彈性的提供老年人服務而轉至照顧者去使用？外籍勞工使用與現金給付的界定是否會使資源分布不均，都是很需要受到討論的爭議點。

日本評估每一位需要照護的老年人之前，經過全日本的老年人口需求調查，並去評估每一個需求需要的照護時數，在李玉春老師上課時所告知，為專家學者討論的情形，但與真正老年人的需求狀況能夠符合而不過度浪費資源或降低老年照護的生活水準則是一個難題，如目前長照十年計畫提供的服務來說（與德國提供時數作比較）：輕度失能：擬將輕度失能者之補助總時數調整為25小時，平均一日約50分鐘（德國長期照顧保險對象第一級失能每天至少需90分鐘）；中度失能：我國目前之補助總時數則為36小時，研擬將中度失能補助時數調整為50小時，平均每日為100分鐘（德國第二級失能等級為每天至少需三小時之照顧時間）；重度失能補助時數為90小時，亦即每日3小時（德國第三級失能等級為每天至少需5小時之照顧時間）--可發現照顧時數及基本照顧時數相較為少，該如何適度的評估老

---

<sup>5</sup> 國立成功大學老年學研究所碩士生、行政院衛生署台南醫院中醫科醫師。

年人的需求並給予適當的服務，應該是長期照護保險要推動前需評估的首要事項。

台灣長期照護保險，參考國外經驗，如日本、德國等，但要如何根據台灣的文化背景、習慣使用外籍看護工、不願意支付過多費用或有保險則要多去使用等民族性、基本薪資下降導致購買力減少、全民健保的虧損等因素不同，來達到較切合台灣人時地物的長期照護保險，似乎是非常困難的政策推行，但目前已預訂在 2016 推動台灣長期照護保險，雖然刻不容緩，但要眾多事項一層層訂定，依據公平正義的原則，似乎需要各界人才的統整，以期待長期照護保險的施行。

## 參考文獻

- 王順民（2012）。關於長照保險規劃 105 年上路之政策評析。國家政策研究基金會，取自：<http://www.npf.org.tw/post/1/10689>。
- 台南市政府照顧服務管理中心。取自：<http://test.clweb.com.tw/tncare/branchmap.asp>，查閱日期：2012 年 6 月 7 日。
- 日本厚生勞動省網站。平成 21 年度介護保險事業狀況報告（年報）。取自：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/09/index.html>，查閱日期：2012 年 6 月 12 日。
- 內政部社會司（2007）。我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。台北：內政部社會司。
- 呂寶靜（2005）。高齡社會的來臨：為 2025 年的台灣社會規劃之整合研究—高齡社會之老人健康與社會照顧。
- 李玉春（2009）。長期照護保險法制給付方式及給付項目。（行政院經濟建設委員會委託研究計畫成果報告，計畫編號：No.（98）024.807）
- 李光廷（2008）。日本介護保險實施現況、發展與未來。研考雙月刊，32 期 6 卷，頁 53-67。
- 李光廷（2009）。由德日兩國經驗看我國長期 照護保險制度規劃。Taiwan Economic Forum，7（10）。
- 周毓文、曹毓珊、莊金珠、蔣翠蘋（2009）。日本介護保險制度之研究。行政院經濟建設委員會出國報告（C09804021）。台北：行政院經濟建設委員會。
- 吳尚琪（2011）。活躍老化與長期照護。
- 陳素春（2011）。我國長照體系介紹，內政部社會司，社福 100 專業滿載研討會。
- 黃慧雯、劉淑惠、白玉珠（2010）。台灣長期照護保險制度與日本介護保險執行

改革方針；護理雜誌 57 卷 4 期，頁 77-82。

詹火生（2005）。日本介護（長期照護）保險制度現況與展望。財團法人國家政策

研究基金會國政分析，社會（析）094-022 號。

經建會人力規劃處（2009）。長期照護保險制度初步規劃成果與構想。

楊志良（2010）。我國長期照護現況與展望。研考雙月刊，34（3）。

蔡文輝（2009）。長照保險法制財務機制及財源籌措之評估。（行政院經濟建設委

員會委託研究計畫成果報告，計畫編號：No.（98）027.801）

蔡玉時（2009）。日本因應高齡化國民年金制度改革對我國之啟示。經濟研究，第

9 期，頁 91-123。

蔡閻閻（2011）。長期護體系介紹-衛政服務發展現況；行政院衛生署護理及健康照

護處。