

# 日本長期照護保險的發展經驗 及其對臺灣的啟示

林淑萱

## 壹、前言

臺灣與日本同屬東方國家，社會習俗、價值觀等文化結構面較西方國家類似。由人口老化的速度來看，臺灣與日本

同樣在二十餘年的時間內倍數成長，比起西方先進國家平均五、六十年（詳表一），更凸顯出人口結構遽變所帶來的老人問題的緊迫性。

表一 人口老化速度國際比較

國 家 別	老年人口占率及到達年次(一)			老年人口占率及到達年次(二)		
	7%	14%	倍化年數	10%	20%	倍化年數
中 華 民 國	1993	2020	27	2010	2031	21
日 本	1970	1994	24	1985	2007	22
奧 地 利	1935	1970	35	1950	2023	73
希 臘	1951	1990	39	1968	2011	43
德 國	1930	1972	42	1952	2017	65
英 國	1930	1976	46	1950	2028	78
瑞 士	1935	1982	47	1959	2020	61
丹 麥	1925	1978	53	1957	2021	64
義 大 利	1930	1989	59	1966	2010	44
加 拿 大	1945	2013	68	1984	2028	44
美 國	1945	2014	69	1972	2033	61
澳 洲	1940	2015	75	1985	2034	49
瑞 典	1890	1972	82	1950	2016	66
挪 威	1890	1977	87	1954	2030	76

資料來源：吳凱勳（1997）第五種社會保險—兼論「高齡化社會」與「長期照護保險」。臺灣大學公共衛生研究所，頁30。

由全民健康保險實施的時間來看，日本是在 1961 年開辦，也就是說未達聯合國所界定的「人口老化國家」之前；反觀臺灣則在達到「人口老化國家」之後的二年（1995 年）才開始實施。而日本於 2000 年開辦長期照護保險，當時人口老化率為 17%。歷經三年時間，美、日學者（Campbell Ikegami, 2003; Izuhara, 2003）對其實施績效有不同的評價，但個人認為仍然有值得為我政府與各界借鏡之處。雖然臺灣目前人口老化率為 9%，國民年金規劃了十年，只聞樓梯響卻未見人下來，或許有人會質疑長期照護制度規劃的必要性。但就如當年全民健康保險的規劃一樣，這是一項值得努力挑戰的使命。

## 貳、日本長期照護保險制度簡介

### 一、實施背景

有鑑於人口老化所帶來的醫療照護與生活照顧等需求的迫切性，加上以下的因素孕育了該制度。(一)家庭結構的變遷：主幹家庭下降，三代同堂比率 1980 年為 69%，1998 年降為 50%。同期間獨居老人或高齡夫婦家庭由 28%增加到 46%，婦女勞動參與率由 58%增加到 67%，顯示家庭照顧功能的式微；(二)高齡者照顧高齡者的窘境：根據調查 60 歲以上的照護者佔 50%以上，70 歲以上的照護者也佔 20%以上；(三)社會價值觀的改變：婦運團體大力倡導婦女權益與家庭結構的變遷等因素，高齡者似乎無奈被迫承認照護為有酬勞動的事實，願意接受家庭外照護的比率日趨提高；(四)醫療保險財務的虧損：日本的平均住院天數 30 天以上，高居先進國家之冠，住院患者中高齡者佔一半以上，其中 1/3 住院天數在一年以上，社會性住院（social

hospitalization）導致醫療保險財務的居高不下（莊秀美，2000a：80；Campbell et al., 2003：22-23；Izuhara, 2003：399；山井和則 et al., 1996：61）。

### 二、制度概況

有關日本長期照護保險制度的介紹，可參考國內學者吳凱勳、莊秀美的論文。本文只就相關論點簡述如後。

(一)保險人：由市町村擔任保險人，負責保費的計算、徵收及管理，保險給付的核定、支付及照護服務的輸送等（莊秀美，2000b：235）。

(二)被保險人：六十五歲以上的高齡者為第一類被保險人，四十到六十四歲者為第二類被保險人。相對於選擇式保障，該制度為普及性。

(三)保險給付：由外在的身心失能為給付判定標準，第二類被保險人規定，只有罹患腦中風、帕金森氏症、初老期失智症者才給付。有關給付方式以現物給付（benefit in kind）為原則。

(四)財源：來自被保險人所繳保費與部分負擔（約 10%），政府補助近一半，雇主負擔少許費用。對於低收入者的保費與部分負擔有減免。

由近年各國長期照護服務發展趨勢來看，日本單獨設置保險制度提供服務的作法，值得肯定之處有以下幾點：

1.福利地方主義：服務權責下放到地方政府，此項作法合乎福利分散原則，也與「在地老化」（aging in place）或照護社區化的理念不謀而合。

2.導入個案管理：照護經理（care manager）的設置，依個案的需求等擬定照護計畫，提供適切的照護服務。

3.消費選擇權：服務使用者（被視為消費者）與提供者立基於平等關係上，建立新契約，來提供服務（Izuhara, 2003：396），也就是說，消費者的價值主張獲得重視，進而確保服務品質與經濟效益（黃源協，2000：273-284）。

4.建立財務調整機制：由於地方政府的照護財政與其保費收繳、照護服務量有關，為縮短彼此間的差距，責成道府縣成立市町村相互財務安定事業，創設「財務安定基金」及「中期財務營運方式」機制，來穩定地方照護財務（吳凱勳，1997：19-20）。

5.重視住宅服務的設計：學習北歐國家利用補助來改善失智症者的住宅，提供改良式的 group house（Ikegami et al., 2002：729）。

6.發展急性後期照護（Post-acute care）：使被保險人出院後能獲得後續治療與復健服務，符合長期照護提供連續性與綜合性服務的目標（Campbell et al., 2003：29）。

## 參、新福利社會模式的長期照護

### 一、何謂新福利社會模式

學者 Gould 在其著作“Capitalist Welfare Systems：a Comparison of Japan, Britain and Sweden.”（Gould, 1993：6-7）中指出：1973 年的石油危機及接踵而至的經濟衰退，使得日本政府認為，福利國家的發展模式不利於他們與其他先進資本主義國家的競爭。日本已經由家庭、雇主、志願團體與私部門提供各種福利，而這一套獨特的福利混合體制，讓日本比起西方國家的嬰兒死亡率更低，高齡者平均餘命更長，教育制度更有效率，社會問題更少。所以，

日本政府的分析結論是，日本不需要福利國家，因為他們已經建構日本型福利社會（welfare society）。

由 Gould 的敘述可以理解，日本式的福利意識形態對其社會政策的制定有重大的影響力。國內學者萬育維（1996：174）認為，日本與美國同樣屬於低福利支出，強調福利資本主義的國家。莊秀美在「日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰」一文中（1999：41-70）提出，日本老人福利政策早期大多直接移植歐美先進國家，近年來則不斷檢討、修正，已經逐漸走出日本型福利社會，主張結合公共市場與非正式部門的力量，以社區福利、社區照護為基礎，並鼓勵國民參與。個人的觀察與研究結論是，日本長期照護保險提供給付佔需求的 90%，與德國（同樣獨立於醫療保險之外）比較，後者佔率 50%（Campbell et al., 2003：32），可說非低給付支出。同時日本人口老化速度相對於先進國家為快，必須發展出一套有別於過去的社會政策，因此以「新福利社會模式」的長期照護來稱呼，應該是更恰當的。

### 二、社會正義

有關長期照護體制的議題常環繞在社會正義兩個基本概念—公平（equity）與平等（equality）的爭辯，這二者經常被混合使用，其實有所區分。公平指的是合理分享（fair share），也就是強調「各取所值」、「功績制」給付。平等則是強調以不平等待遇，使處於相對弱勢者能獲最大利益（吳老德，2001：19）。因此在社會政策的制定，不僅強調機會的平等，同時重視結果平等以及無偏私的對待。

社會保險透過強制納費，以社會移轉

性支出來達成社會正義的理想。富者的財富流向窮者、代間移轉的設計，發揮水平或垂直再分配的功效；也就是說，長期照護體制採取社會保險型態來籌措財源，對於社會平等的原則應該更能夠管控。

美國學者 Pampel (1998: 58) 研究老人社會福利政策發現，公共福利或私有部門的混合，前者較強調平等，後者強化不平等，結果是維持階級的差異 (class differences)。檢視新保守派學者 Gilbert 的福利正義觀，強調使能政府 (enabling state)，目的在於重建社會的公平 (1995: 154)。美國的福利意識形態形塑殘餘式 (residual) 福利制度也就不足為奇。至於日本長期照護體制是否也屬殘餘式，因實施時間才三年多，有關資料不足，仍有待更深入的研究。

### 三、相關議題

#### (一) 服務提供者

由於長期照護市場充其量只具有準市場的外貌，在不完全競爭情境下，對服務使用者的選擇權無法充分滿足。日本政府雖有心整合三大照護類型 (居家、社區以及機構)，提供多層級的照護模式，但因組織因素 (既得利益者不願意改變以及政治力介入等) 而不甚成功 (Ikegami, et al., 2002: 729-730; Campbell, et al., 2003: 28-30)。

目前民眾對護理之家的需求較高，因住宿費用包括在照護給付內，使用者花費較居家照護少。多數護理之家為吸引消費者，雇用兼職人員來降低成本，並改善服務品質，提高經營績效，終於轉虧為盈 (Campbell, et al., 2003: 29-30)。

至於服務供給的品質與效率問題，依

據 Sumizutani 等人 (2002) 對居家照護的研究結果，非營利部門的人員在資格、經驗與專業訓練方面較營利部門佔有優勢，但是兩者的服務品質並沒有顯著差異；控制服務品質之後，檢視與比較兩者的成本估算，營利部門較有效率。在立足點平等的服務市場裡，政府部門的營運效率不見得高於營利與非營利部門。日本政府因應長期照護市場的需求，開放營利部門加入居家照護業，使得自由市場的競爭更加激烈，明顯地促進服務供給的品質與效率。但是 Izuhara (2003: 399) 認為，自由市場的機能是否充分發揮，仍有待密切觀察與研究。

綜觀上述，政府如何透過法規來激勵、誘導與規範服務部門；如何整合服務部門；如何避免對非營利部門的過度依賴而導致壟斷之害；如何降低營利部門服務的商品化，避免利潤導向而選擇有利的服務使用者；如何提供服務使用者充分的資訊，保障其選擇及參與的權益等議題，都是服務供給應該慎重其事的面向。

#### (二) 保障範圍

目前瑞典、英國與德國等國家是提供全民普遍 (universal) 保障。當然各國在財源籌措與服務提供的方式、服務品質、數量與效率等有所不同，加上政治的考量以及福利意識形態的交互影響，而決定服務範圍的大小不等。

觀茲日本的政策考量及行政作法，以四十歲為分界 (cutting point) 來決定被保險人的資格，又範定第二類被保險人的給付資格與疾病有關。這種有選擇性的全民普遍保障引發民眾與各界對其是否合乎社會正義的質疑。

### (三)保險給付

1.給付方式與商品化：一般長期照護保險給付方式分現金給付 (benefit in cash) 暨現物給付 (benefit in kind) 兩種，德國採用混合制，日本規定採用現物給付，少數例外。該兩種給付方式各有其優劣點 (莊秀美，2000b：239-240)。由學者 Izuhara (2003：406-408) 的訪問報告裡，發現女兒當居服員來照護母親的個案，引發對服務商品化與公平性的質疑。根據個人電訪與面訪數家居家服務支援中心的答覆是，目前臺灣自費個案中有親戚關係者佔極少數，尚未發現有家屬當居服員來照護其他家屬的案例。該情況是否合乎照護給付倫理？居服員的工作手冊應規範哪些居家照護倫理？值得大家去思考。

2.給付標準：由相關專業人員組成的「照護認定委員會」來認定給付的資格。目前依被保險人外在的身心失能程度分為六個等級，基本上是具客觀性與一致性。但在執行的過程中因統計分析的錯誤，臨床回饋訊息的不足，而有公正性 (fairness) 的質疑。其次是電腦系統的規則 (algorithm)，適用於護理之家 (機構照護) 的評定工具是否同樣適用於社區照護？第三、失智症者的照護給付時數問題，因為需要全天候盯住，卻不太需要個人照顧 (personal care)，這樣的矛盾產生合理的給付時數不易取得共識 (Campbell, et al., 2003：26)。

3.給付與社會正義：目前給付不需要資產調查 (means test)，是否會造成資源的浪費與違反社會正義原則？由以下實證資料 (Pampbell, 1998：52-56; Izuhara, 2003：

401-403) 來說明。

(1)高齡者使用率低：高齡者的經濟狀況來自年金佔 62%，年所得在 100 萬日圓以下者佔 13%，100-200 萬日圓者佔 30%，顯示出高齡者相對於中年人屬於經濟弱勢者，長期照護服務使用率為 41.2%。另外有 67.4% 的受訪高齡者表示，他們因為經濟考量會自我節制服務的使用。

(2)中產階級高齡者使用率高：根據 Institute for Research on Household Economics 於 2002 年在東京對 209 位高齡者使用長期照護服務的訪談報告顯示，月收入 25 萬日圓以下者使用率佔 57%，25-34 萬日圓者使用率佔 61%，35-49 萬日圓者使用率佔 44%。

(3)租屋者 vs. 自有住宅者：租屋者依賴家庭照護的比率為 41%，自有住宅者佔率 23%，引發社會平等的質疑。

(4)經濟弱勢者相對負擔較重：月收入 25 萬日圓以下者在長期照護保險的支出佔所得的 2.8%，稅負佔率 2.4%，醫療保險佔率 0.2%；反觀月收入 35 萬日圓以上者在長期照護保險的支出佔所得的 1.5%，稅負佔率 4.4%，醫療保險佔率 0.9%。上述統計資料顯示，長期照護保險比起其他具所得再分配功能的制度，相對不利於經濟弱勢者 (詳表二)。

綜觀所述，Izuhara 批評日本長期照護保險的給付權利只提供局部的權益保障，忽視 Marshall (1950) 所倡議的公民權或代間互助的考量。更嚴重的是，令人質疑其維護社會平等與促進社會整合的功能何在。

表二 社會制度支出與所得比較

支出佔率	長期照護保險	稅負	醫療保險
月收入 25 萬日圓以下者	2.8%	2.4%	0.2%
月收入 35 萬日圓以上者	1.5%	4.4%	0.9%

資料來源：Izuhara, M. (2003) Social Inequality under a New Social Contract : Long-term Care in Japan. *Social Policy and Administration*, 37 (4) : 403.

#### 四保險財務

一般而言，長期照護制度財源籌措方式有保險制與稅收制之分。日本政府因政治面考量，在制定照護保險法時放棄稅收制，由被保險人繳納保費，初期保費負擔較輕，但國庫高比率補助來支應，終於獲得大部份選民的認同與支持（岡本祐三，1996：148-149）。另外，受益者部分負擔制可以平衡服務使用者與非使用者間的公平，並喚起服務使用者的成本意識（cost conscious），穩定保險的財務基礎（林淑萱等編譯，1983），日本政府也承繼醫療保險之後，導入受益者部分負擔制來抑制長期照護保險費用的增漲。

目前保險財源較有爭議的是，高低所得者的保費差距過小，以第一類被保險人負擔保費為例，由 1500-4500 日圓分為五等，差距只有三倍。根據賴美淑（1999：75）對臺灣全民健保投保金額的高低差距看法，應本量能負擔與自助互助的精神，維持在五倍以上。部分負擔雖然對低所得者有減免措施，但仍有學者（Izuhara, 2003：401-402）由可負擔性（affordability）的觀點提出對保險費用分擔的質疑。

又，社會性住院患者佔用急性病床的情況未明顯改善，轉移到長期照護體系的

比率較預估低，該制度實施以來的財務狀況控制在預算範圍內。但人口老化速度甚快，以及社會價值觀的改變，將來有長期照護需要時，近 70% 的受訪者會使用居家服務或機構照護（高木修等，2003：170-171）。綜合所述，日本的長期照護保險支出將快速增加，預計 2010 年時將佔國內生產毛額（GDP）的 1.5%（Campbell, et al., 2003：32）。如何兼顧被保險人、雇主的負擔能力以及政府的財力，逐步擴大保障範圍，提高服務品質與效率，在在考驗日本政府的智慧與能力。

#### 肆、臺灣長期照護制度規劃的借鏡

目前我政府即將完成為期三年的「建構長期照護體系先導計畫」。另一「發展照顧服務產業」計畫仍在持續推動。由日本實施長期照護保險的經驗，筆者認為值得臺灣學習或思考的課題有以下幾點：

##### 一、如何強化地方政府的權能及平衡區域醫療與社會福利等資源？

由日本辦理長期照護保險的權責下放到地方（市町村），意味著福利地方主義或分散化。臺灣地方政府辦理委託案等實際

情況，由筆者親自訪問承辦人員與非營利團體負責人等過程中發現，地方政府的經驗、能力、人力與財力等均不足。又，臺灣地區醫療資源與社會福利資源等分布不均，城鄉差距以及偏遠地區在資源的可及性（availability）與可近性（accessibility）仍受到質疑，因此，這方面仍有待努力。

## 二、如何整合三大照護體系（居家、社區及機構）？

長期照護是一連續性與完整性的服務體系，居家、社區及機構三大次體系（subsystem）彼此間如何協調、整合與溝通、互動，關係著服務品質與成本效益等問題。日本的整合經驗並不甚成功，主要來自政治力的介入與既得利益者不願意配合改革。臺灣長期以來社政部門與衛政部門的分立，目前呈現長期照護機構類別太多，功能重疊，收費標準欠缺規範，惡性競爭，品質堪虞等缺失。政府打出「七成社區照護，三成機構照護」的口號，但目前機構（護理之家、養護與安養機構）式的供給已呈現飽和狀態，卻仍有繼續投資的跡象，反倒是社區照護與居家服務仍有供給不足的情形。因此，為達成多層級與經濟效益的服務目標，機構中老人要往社區或回到家庭接受較人性化的照護時，是否應有誘發、鼓勵的機制使民間團體轉向投資在社區照護。

## 三、如何將外籍監護工的人力需求與管理等一併納入政策考量？

社會政策的制訂要由經濟、社會、政治、文化、醫療、教育等統整性與全盤性

考量才易奏效。目前外籍監護工的引進，除擔任照顧外，包辦全部家務，因其價格低廉，因此已威脅到本地勞工的就業，形成照顧服務「替代人力」的一環。但由照顧品質與本地勞工失業以及社會問題等層面著眼，外勞政策是否要縮減以及應如何管理的問題就浮出檯面，我們在研擬長期照護人力供給與需求評估時應一併納入政策考量。

## 四、如何建立本土化的照護給付認定標準？

目前日本外界對照護給付認定標準的質疑，在於其執行過程的公正性問題。我們很欣慰的臺灣版 MDS（Minimum Data Set）：機構版（MDS-NH）與居家版（MDS-HC）均已順利完成翻譯工作，並經修訂與測試。但其他如 MDS-PAC（急性後期照護）、MDS-MH（心理衛生）、MDS-AC（急性照護）等版本仍有待努力研發。最重要的是，我們需要融入本土化的照護需求與經驗等，才不至於落入移植西方經驗的窠臼，產生格格不入與失去公信力。

## 五、如何籌措財源？

財源的籌措應兼顧量能原則（使用者的財務負擔能力）以及政府的財務狀況。此外，由保險或稅收來支應的抉擇，筆者較傾向在既有的基礎（foundation）上延續全民健保的模式，由被保險人繳納保費、政府部分補助，對於低收入戶或偏遠地區民眾免除部分負擔（病床費、伙食、藥劑費等）或減免保費的措施，再者，開辦時

機應配合國民年金的實施較方便徵收保費。為穩定地方照護財務，可學習日本的作法，由各縣市政府成立鄉鎮區相互財務安定事業，創設「財務安定基金」，及「中期財務營運方式」機制。由於財務問題攸關長期照護制度的成敗，需要透過科際整合予以達成共識。目前國家衛生研究院以及國內大專院校長期照護研究所等有不少人關注且投入財務規劃的研究，但筆者認為單由各自專業素養為出發點來論如何籌措財源是冒險的作法，這部分仍需要大家交集肯用心，才能累積更多的實證資料，以供更精確的照護費用推估與財務規劃的參考。

#### 六、如何平衡服務使用者的選擇權與照護「去商品化」(de-commodification)？

照護「市場化」的結果，雖可滿足服務使用者的選擇權加大與經由競爭而提高品質。但國內照護市場經營來看，也有消費者被當人球般踢來踢去，選擇「輕案」而枉顧消費者權益的也大有人在；另外削價競爭，造成服務品質的下降。由日本居

家服務(女兒照顧母親)的特例，引發家庭倫理與照護服務的倫理議題。照護服務在市場中如何避免成為商品化的一環，勞動被界定為交換實質金錢的報酬，如此會扭曲利他行為的價值，而喪失照護服務的本質。因此，如何平衡「市場化」與「去商品化」也是長期照護服務的重要課題。

### 伍、結語

美國經濟學者 Evans 指出(林淑萱, 1994: 57)，一個運作良好的體制其規範性標準(normative criteria)有四：大眾的接受性(public acceptability)、效果(effectiveness)、公平(equity)以及效率(efficiency)。但是整合性的經濟政策、社會政策、勞動政策與衛生政策，應該更要慎重思考社會平等(social equality)的議題。由日本實施長期照護保險的評價不一來看，目前爭議的焦點仍不離社會正義的本質。如果我們要借鏡日本新福利社會的體制，必須經過一番檢視，長期觀察其間的變革，本文只算是初步的探討。

(本文作者為空中大學兼任講師)

### 參考書目

- 吳凱勳(1997) 第五種社會保險—兼論「高齡化社會」與「長期照護保險」。臺灣大學公共衛生研究所 1-33 頁。
- 吳老德(2001) 正義與福利國家概論。五南 18-30 頁。
- 林淑萱等編譯(1983) 醫療保險費用部分負擔制度的研究。臺閩地區勞工保險局。
- 林淑萱(1994) 柯林頓的健康保險改革方案。勞工行政 第八期 54-58 頁。
- 莊秀美(1999) 日本老人福利政策新趨勢：高齡社會的挑戰。東吳社會工作學報 第五期 41-70 頁。



- 莊秀美 (2000a) 高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共 介護保險法爲例。 東吳社會工作學報 第六期 73-100 頁。
- 莊秀美 (2000b) 日本的長期照護保險制度。 社區發展季刊 第九十二期 233-241 頁。
- 黃源協 (2000) 社會工作管理。 揚智。
- 萬育維 (1996) 社會福利服務。 三民。
- 賴美淑 (1999) 全民健保財務收支現況與未來展望。 社區發展季刊 第八十八期 68-76 頁。
- 岡本祐三 (1996) 高齡者醫療と福祉。 東京：岩波書店。
- 高木修 田中泉 (2003) 高齡者の在宅介護における援助授受の実態解明—主たる介護者を対象にした「介護に関するアンケート調査」により。 関西大學『社會學部紀要』34 (3) : 129-179。
- 山井和則 齊藤弥生 (1996) 日本の高齡者福祉。 東京：岩波書店。
- Campbell, J.C. and Ikegami, N. (2003) Japan's Radical Reform of Long-term Care. *Social Policy and Administration* 37 (1) : 21-34.
- Gilbert, N. (1995) *Welfare Justice: Restoring Social Equity*. New Haven: Yale University.
- Gould, A. (1993) *Capitalist Welfare Systems: a Comparison of Japan, Britain and Sweden*. London: Longman.
- Ikegami, N. and Campbell, J.C. (2002) Choice, Policy Logics and Problems in Design of Long-term Care Systems. *Social Policy and Administration* 36 (7) : 719-734.
- Izuhara, M. (2003) Social Inequality under a New Social Contract: Long-term Care in Japan. *Social Policy and Administration*. 37 (4) : 395-410.
- Pampel, F.C. (1998) *Aging, Social Inequality and Public Policy*. CA: Pine Forge.
- Shimizutani, S. and Suzuki, W. (2002) The Quality and Efficiency of At-Home Long-term Care in Evidence from Micro-level Data. <http://www.esri.go.jp/en/archive/e-dis/abstract/e-dis018-e.html>