

## 以台灣的家庭價值觀看—— 日本介護保險制度成立的背景與條件

### An Examination of the Background and Conditions Established by Japan's Long-Term Care Insurance from a Perspective of Taiwanese Family Values

李光廷\*

Kuang-Ting Lee\*

#### 摘 要

失能或失智的老人該由誰照顧？如何照顧？如何減輕家屬等親人所背負的煩惱不安及辛苦？其對策之一便是「介護保險」。

1994 年 3 月，日本厚生省成立「高齡者介護對策本部」，同年 12 月，其內部負責研究介護服務的「高齡者介護、自立支援系統研究會」提交報告於老人保健福祉審議會中審議，正式審議由 1995 年 2 月開始（審議達 50 次）。另外有關執政黨福利企劃小組的意見和制度審議會的勸告，以及老人保健福祉審議會的中間報告亦於 1995 年內相繼完成。基本上，老人照顧政策採用社會保險方式的「介護保險制度」在全體國民的認知上已達成共識。經過 1 年多的討論，1996 年 4 月，厚生省提出「高齡者介護保險制度大綱」於老人保健福祉審議會中接受質詢，於 1997 年 12 月通過法案。至此，介護保險制度之施行大致已成定局。

介護保險制度決定於 2000 年 4 月實施，其間所牽涉的供給與負擔雙方面的利害關係十分複雜，具體上應如何劃分包括醫療機關、福利機構的給付範圍，中央與地方的行政權責，老人與非老人的負擔比例，國家介入（公費補助）的程度，家屬介護的定位，是否現金給付等細節，官學民間各界仍然意見多歧。

---

\* 日本櫻美林大學講師

Lecturer, Obirin University, Japan

本稿擬就日本成立介護保險制度的歷史脈絡與背景條件檢討分析，並以此作為今後台灣老人扶養及長期照顧政策的參考實例。

**關鍵字：**介護保險、長期照護保險、居家照護

### Abstract

Who is responsible for disabled elderly people? How can the burden of care on families be eased? "Long-Term Care Insurance" is one of the solutions.

In April, 2000, after six years of deliberation, consultation and drafting, Japan implemented a Long-Term Care Insurance for the elderly on a social insurance model. However, that bill raises many complicated questions about the details of who benefits and who carries the burden. Specifically, how will the costs and burdens to be borne be divided between medical and social welfare bodies, the central and local governments, and the elderly, their families and others? The opinions of officials, scholars and the public are quite divergent on these questions.

This paper critically analyses the history and background of Japan's Long-Term Care Insurance and presents it as a living example that Taiwan can consider as a model for a scheme to provide long-term care for our own elderly.

**Key Words:** long-term care insurance, home care

## 一、前言

日本成立「介護保險」<sup>1</sup>有其必然產生的條件及背景，實踐「21世紀福

<sup>1</sup> 日本広辭苑（1955 岩波書局）舊版中只有看護（亦即護理），解釋為照顧傷病之人或看護病人，而無「介護」一詞。新版広辭苑則將介護解釋為看護並照顧病人等。所以介護乃綜合「care」（身體照顧）與「service」（家事服務）的業務性質，可視為介於「照顧」與「護理」之間包括身體清潔、協助飲食起居以及家事服務而非醫療行為的身心及生活照顧。福利機構或居家福利服務將擔任照顧工作者稱「寮母（照顧住居機構者）」及「Home Helper（訪視介護員）」，也是因為工作性質以生活照顧為主而來。有關「介護」的法令規定，日本「老人福利法」第 11 條中規定：老人特別養護之家的對象為「需要經常照顧者」；14 條之 4 中規定：Home Helper 的業務為「沐浴、排泄、進食及其他照顧工作」。基本上日本的「介護」與台

利藍圖<sup>2</sup>」也絕非唯有「介護保險制度」一途。值得注意的是，正如日本社會福祉大學校長京極高宣（1997）指出：

由結論來看，眼前的財政不可能由稅的分配，強行將以往社會保障制度<sup>3</sup>中年金 5：醫療 4：福利 1 的給付比例，調整為加重福利型態的 5：3：2 是事實。因此，日本的「21 世紀福利藍圖」之所以建立長期照護保險新財政支援系統，有其不得不實施的理由和需要<sup>4</sup>。

長期照護保險和醫療保險一樣，參加保險後，就可要求照護服務，不必再等候行政（市町村）的「措置（行政處分）」。因此，日本一面宣稱介護保險是社會保障制度改革的第一步，是維護老人自立與尊嚴的劃時代需要；一面標榜介護保險是實現地方分權化的先驅，是「有選擇權的福利」。其特色有：

1. 普遍性服務——不論所得收入多寡，所有老人都可以享受服務。
2. 公平性服務——不受服務場所的限制，對於服務的種類、內容，不會有利用手續、利用者負擔等不合理的差別待遇。
3. 妥當性服務——服務的種類、品質皆有社會性妥當標準，並經過適當評價。
4. 專門性服務——提供利用者充分的情報，由支援長期照護專門人員（Care Manager）負責設計支援老人及家屬的長期照護計劃表，並由受過專門訓

---

灣的「看護」或「照顧」一詞近似，台灣近以「長期照護」稱之。為考慮兩地用詞的共通性，必要時本稿亦以「長期照護」取代而僅保留「介護保險」原詞彙，以凸顯日本長期照護制度的獨特性。

<sup>2</sup> 厚生大臣私人諮詢機關「高齡社會福利藍圖懇談會」於 1994.3.28 提出的報告書，以建立可以隨時隨地安心享受長期照護的新長期照護體系為旨趣。

<sup>3</sup> 日本的社會保障制度相當於台灣的社會安全制度。世界各國對社會保障制度概念並不統一，具體實施的生活保障政策—包括財源分配、適用對象、給付水準等亦都不一致。日本狹義的社會保障制度便是指所得保障—年金保險制度、醫療保障—醫療保險制度和各種社會福利服務。廣義的定義更包括公共衛生以及與住宅相關的生活環境保障等。但是不管其內容領域如何，現今各國社會保障制度概念下的給付項目大至可分為二，一是現金給付，一是福利服務給付。尤其在「介護保險」實施後，老人的生活保障更明顯劃分所得保障（現金給付）及生活障礙保障（福利服務）。由於日本社會老化快速，社會保障經費大都在老人階層。隨著高齡化的進展，老人消耗的福利費用更是可觀。因此，一提到社會福利服務，便直接與老人福利的長期照護服務聯想。「介護保險」成立以前，社會保障財政支出比例為年金 5：醫療 4：福利 1 而飽受輿論「醫療重福利輕」的批評。為了平衡醫療赤字，1990 年代中期以後積極朝向以 5：3：2 為改革。

<sup>4</sup> 京極高宣 1997「介護保險戰略」中央法規 pp.25。

練的「長期照護福利士」及「居家照護服務員」從事照護服務工作。

日本介護保險的投保與給付均以個人為單位而設計，凡老齡福利年金給付<sup>5</sup>在 3 萬日圓以上的 65 歲老人其保費由年金預扣；低於此數目者則直接由市町村徵收。惟為顧及制度推行初期老人的負擔一時過重，2000 年 4 月起的前半年（同年 9 月止）65 歲老人免繳保費，之後的 1 年（2000 年 10 月起至 2001 年 9 月止）保費折半徵收；但 45-64 歲的中、中高年者的長期照護保險費自 2000 年 4 月起開始隨健康保險一併繳納，費用由勞資雙方各負擔一半。受雇者所扶養的配偶其保費則由投保的職業別醫療保險體系共同負擔。

限於篇幅，有關日本介護保險制度的結構、各機關的職責、「需照護的程度」審核認定的公平性，以及利用者選擇給付服務的極限等問題雖值得討論，但都不在本稿範圍之內而割愛。以下僅針對日本介護保險成立的背景及條件加以檢討，以作為台灣日後宜否引進長期照護保險的參考。

## 二、 介護保險制度成立的背景

### (一) 高齡社會的到來—老人長期照護問題浮出

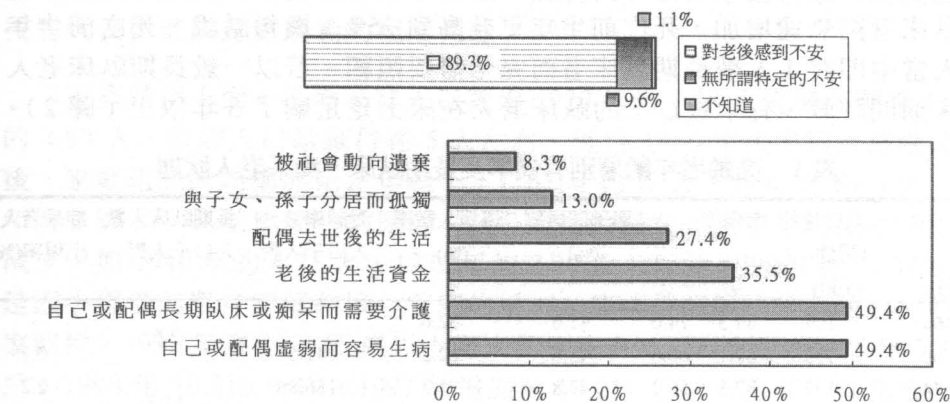
長壽代表了社會進步，也是人類長期以來追求的目標，長壽和少子化的人口動態可謂一般先進國家共通的現象。比起西歐先進國家，日本的高齡化開始得較晚，程度也非最嚴重，但是戰後平均壽命由 50 歲延長到 80 歲，一躍而登上世界第一長壽國，其短速的 aging 過程改寫了歷史的新頁。日本除了經濟成長的奇蹟令世界驚歎之外，人口結構的轉型與變化也是全世界另一個奇蹟。

1970 年，日本 65 歲以上老人突破全國人口比率 7% 而進入高齡化社會，卻在短短的 24 年間（1994）高齡化率倍增，快速邁入高齡社會（高齡化率 14%），預估 2006 年更將邁向高齡化率 20% 的超高齡社會。同樣由高齡化社會轉移到高齡社會的 aging 過程，英國德國花了半個世紀，法國則超過一個世

<sup>5</sup> 對象為 1961 年 4 月 1 日國民年金制度實施當時已超過 50 歲，且未接受其他年金或低所得者（自由國民社 2000『年金の基本知識』pp.96）。

紀（115年）（參閱李光廷 1994：43-46）。正因為如此，在國家措手不及準備與沒有先例可循的情況下，老人問題不但成為日本今天最大的社會問題之一，全國上下最关心的話題，莫過於老後的生活費與身心照顧。

日本大多數國民對於自己老後都有某種程度的不安。一項有關老人長期照護的國民意識調查顯示（1993），89.2%的人回答「對老後感到不安」，1.1%的人回答「不知道」，回答「無所謂特定的不安」者只有 9.6%。至於對感到不安的內容，在可以複數回答的情況下，則以「自己或配偶虛弱而容易生病」和「自己或配偶長期臥床或痴呆而需要長期照護」各占 49.4%為最多，「老後的生活資金」次之，佔 35.5%，其他依次如「配偶去世後的生活」、「與子女、孫子分居而孤獨」、「被社會動向遺棄」、「失去工作（8.1%）」、「與同居子女或媳婿的人際關係（6.1%）」、「無朋友夥伴（4.0%）」等，顯示老人最怕病弱後無人照顧與被社會潮流所淘汰的孤獨與淒涼（圖 1）。



資料：總理府輿論調查 1993 年

圖 1 對老後感到不安問卷調查 (1993)

## 1. 需長期照護老人增加與照護長期化、重度化、多樣化

人口轉型的結果，高齡人口大量增加，其中日常生活無法自理而必須有人照顧的失能或失智老人亦隨之增加。日本因為年金制度成熟，一般前期老夫婦（65~74 歲）健康時即使不靠子女扶養也可以單獨生活，目前與子女同居的比率約佔一半（包括未婚子女）。年齡愈大，與子女同居的比率則有增

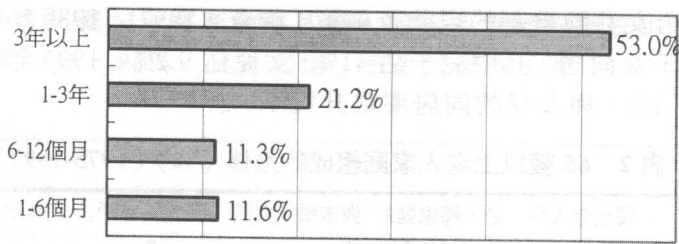
高的傾向。其理由因年歲愈增，夫妻死別而單身化的機率愈大，身心障礙的情形也愈多，特別是 75 歲以上的後期老人，出現長期臥床或老年性痴呆的可能性更高，與子女同居至少可接受子女的生活照顧。由長壽而造成後期老人快速增加的趨勢來看，預測今後需長期照護老人將大量增加(表 1)。同時，生活水準的提高，老人疾病複雜多變，老人的醫療與福利需求也變得多樣化。

根據統計，1995 年時 65 歲以上老人當中每千人即有 194.5 人日常生活需要協助與照顧。隨著年齡增長，日常生活障礙的比率更大，70 歲以上老人則每千人有 221.9 人的生活行為需要旁人協助，如起床、洗臉、刷牙、更衣、排泄、沐浴或步行等。該年居家而需長期照護的老人有 86 萬人，包括「完全臥床者」13 萬人，「絕大時間臥床者」15 萬人，「有時必須臥床者」40 萬人，以及其他 18 萬人。又，死亡前 3 年即因身心障礙而需要照顧的老人，佔 65 歲以上死亡人口的 20%，死亡前 1 年開始需照顧者佔 35%，死亡前半年者增加更甚。而死亡前 3 年的「長期臥床」老人雖不及 10%，死亡前 1 年的長期臥床者則急速增加，死亡前半年更升高到 25%。換句話說，死亡前半年每 4 人當中即有 1 人是長期臥床者而完全需要照顧。若以一般長期臥床老人的臥床期間計算，有半數以上的臥床老人在床上足足躺了 3 年以上(圖 2)。

表 1 高齡者年齡層別有偶率及長期臥床、痴呆老人狀態

年齡(歲)	人口性比	有偶率		與子同居率		傷病人數率	受診率	長期臥床人數	痴呆老人
	(男性 =100)	男	女	(%)		(%)	人口千人對	人口千人對	出現率(%)
60-64	107	89.5	74.0	47.6	52.6	-	-	-	-
65-69	113	89.1	65.6	45.0	62.2	141.62	2.6	0.7	
70-74	142	87.3	50.7	47.8	71.3	186.86	11.3	2.2	
75-79	161	83.2	33.0	55.8	76.8	214.73		4.3	
80-84	179	74.8	18.3	67.6	78.7	225.09		7.4	
85 以上	230	56.4	6.5	(80 歲以上)	(80 歲以上)	238.83	51.2	19.3	
<b>65 歲以上合計</b>	<b>143</b>	<b>84.0</b>	<b>43.1</b>	<b>52.2</b>	<b>70.5</b>	<b>185.67</b>	<b>16.2</b>	<b>4.3</b>	

資料：總務廳「1995 年國勢調查」，厚生省「1995 年國民生活基礎調查」，厚生省「1996 年患者調查」，東京都福祉局「1995 年高齡者生活實態及有關健康調查、專門調查報告書」，1996  
出處：全國社會福祉協議會「高齡者白皮書」，1998，pp.51



資料：「厚生白書」1997年版 pp.111

圖2 長期臥床期間別所占比率

## 2. 居住型態改變—小家庭化、單身化、同居率降低、扶養老人價值觀改變

產業化的發展與出生率降低的雙軌進行下，戰後日本的家庭不論在組成型態上或家庭觀念上都有明顯的變化。前者代表家庭結構組成的規模縮小，後者代表對家族意識規範的程度減弱。

家庭結構方面，平均家庭人口數由1920年的4.98人延續到戰後1965年的4.97人，家庭人口數維持在5人左右。惟自1960年後半經濟高度成長以後，家庭組成的結構開始逐年縮小，1965年約4人，1990年約3人，1995年僅2.82人。此結構縮小的原因，一是因育齡婦女一生中平均出生子女數的減少，如1940年的4.27人，1972年的2.20人，以及1998年的1.37人；一是因小規模的單身家庭和核心家庭的增加。其中最明顯的是急速增加的老人家庭戶。1972年家中有65歲以上老人的家庭有6,578千戶，1975年7,118千戶，1990年10,816千戶，1997年增加至14,051千戶。尤其不容忽視的是老人家庭的組成型態又以三代同堂逐年減少，單身老人及老夫婦家庭逐漸增加的情況。1975年時，日本三代同堂戶尚維持在所有家庭戶半數以上的54.4%，1997年則降至30.2%，減少將近一半；1975年的老夫婦家庭佔所有家庭戶的13.1%，1997年則升高至26.1%，整整增加一倍。同期的單身老人戶也由8.6%倍增至17.6%（表2）。

日本過去因老人與已婚子女的同居率壓倒性地高於歐美，基於家系繼承傳統幾乎都與長子同居，因此素以國際性眼光評價此為日本獨特的家庭美德與文化，並深以為傲。但隨著時代的變遷而傳統式微，不但與子女同居的實

質比率逐漸降低，並傾向於與女兒同居，期待老後受女兒照顧比兒子多（1995年總理府「男女共同參劃的現狀及施策」調查，1997）。1980年時有半數左右老人與已婚子女同居，其中兒子佔41%，女兒佔9.2%；1995年時與兒子的同居率降為32.1%，與女兒的同居率略升為9.6%。

表2 65歲以上老人家庭組成的推移(%) (1975-1997)

年	類別	獨居老人戶	老夫婦家庭戶 (一方65歲以 上)	與未婚子女同 居戶	三代同堂戶	其他	老人家庭戶(雙 方65歲以上)(再 揭)
1975		8.6	13.1	9.6	54.4	14.4	15
1980		10.7	16.2	10.5	50.1	12.5	19.5
1985		12.0	19.1	10.8	45.9	12.2	23.1
1990		14.9	21.4	11.8	39.5	12.4	28.6
1995		17.3	24.2	12.9	33.3	12.2	34.4
1997		17.6	26.1	13.7	30.2	12.4	36.6
	台灣(1998)	13.7	23.99	18.53	42.24	1.52	

註：老人家庭指男65歲女60歲以上者(包括18歲以下未成年子女)1995年統計不包括兵庫縣

資料：1. 日本：1985年以前厚生省<sup>6</sup>「厚生行政基礎調查報告」；1990年以後「國民生活基礎調查報告」

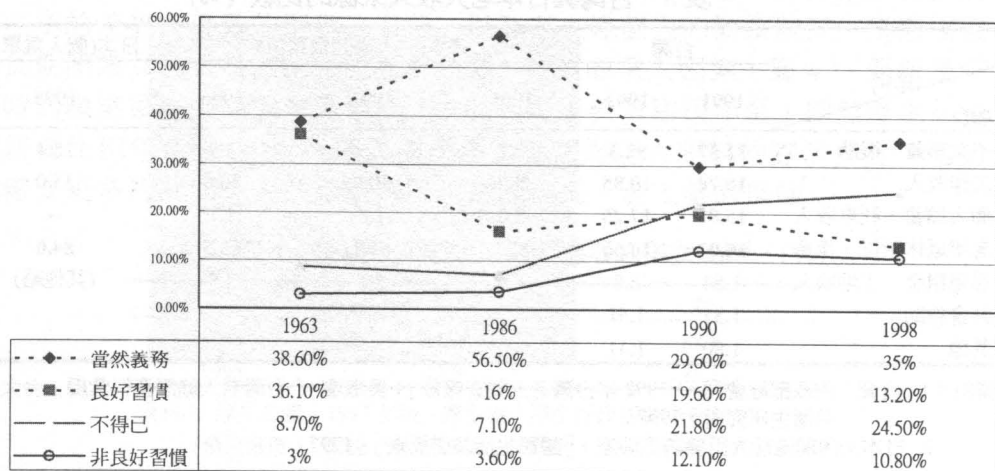
2. 台灣：行政院主計處，1998

三代同堂的減少，一般認為戰後訂立的憲法廢除了舊有的家庭制度，促使家族意識與規範瓦解是主要原因（袖井孝子 1991：16）。一般民眾也贊同傳統的三代同堂容易破壞家庭關係和造成照顧家屬對老人產生憎惡感。由全國輿論調查中證實，日本的下一代扶養年老父母的價值觀念的確愈來愈淡薄。如1963年時，視扶養父母為「當然義務」者最多，佔38.6%，視為「良好習慣」者次之，佔36.1%，顯示75%的民眾對扶養雙親抱肯定價值。1986年時分別各佔56.5%及16%，兩者合計為72.5%，扶養父母的價值觀稍微降低但變化不大。肯定價值觀中則以視為「當然義務」者增多，視為「良好習慣」者減少。至於持否定意見者，1963年時，8.7%的民眾視扶養雙親為「不得已」，3%民眾視為「非良好習慣」。1986年時，二者分別各佔7.1%及3.6%，扶養父母觀念雖漸薄弱，仍然勉強維持。其後，1990年時視為「當然義務」者降至29.6%，視為「良好習慣」者降至19.6%，合計不到50%；而否定意見中，視

<sup>6</sup> 日本政府在「省廳重整」的行政改革下，2001年1月起原有的厚生省與勞動省合併為「厚生勞動省」，掌理國民的一生，包括出生後的養育，到就職、離職，甚至健康、福利、老後生活保障等。



為「不得已」者增高至 21.8%，視為「非良好習慣」者升高為 12.1%，顯然有 3 成以上的民眾扶養父母實在勉為其難。1998 年同樣的調查中，視為「當然義務」者稍微回升，視為「良好習慣」者更是減少（圖 3）。



註：不滿 100% 的剩餘比率為「不知道」及「其他」

資料：每日新聞社「全國家族計劃輿論調查」各年度

圖 3 對扶養年老父母的意見調查 (1963-1998)

此外，受居地及職業影響的家庭居住型態，也是直接關係扶養老人的一大關鍵。若以與已婚子女同居作為扶養老人的指標來看，同 1995 年的統計中，保有傳統家庭規範的郡部地區老人與已婚子女同居率較高，佔 45.6%；都市地區的同居率較低，人口 15 萬以下的都市佔 39%，人口 15 萬以上的都市佔 31.8%，大都市更低，僅佔 19.5%。反之，「老夫婦家庭」及「獨居老人」的比率則以大都市居多，佔 54.6%，郡部地區佔 33.8%。而普遍與子女同居的郡部地區亦有高低之別，如東北山形縣的 74.1% 和西南鹿兒島縣的 28.9%。

至於家庭的職業分類，大致可分為受雇者家庭、自營業家庭以及農業家庭。根據 1997 年厚生省「國民生活基礎調查」的統計，日本的「受雇者家庭」最多，佔全體戶數的 65.5%，其中有老人的「受雇者家庭」佔全戶數的 10.4%，有老人的「自營業家庭」佔 10.5%，而以上皆非的「其他家庭（農業除外）」佔 74%，老人的「農業家庭」則佔 5.2%。所謂「其他家庭」，包括無職業者

在內，即家庭中最多收入者非靠受雇、自營或農業的工作所得，而是靠年金、恩給、房租、財產分配、利息收入以維生。換句話說，大多數老人的生活收入來源來自個人年金而非子女的奉養（表3）。

表3 台灣與日本老人收入來源的比較 (%)

年別 項目	台灣		日本(老人家庭為單位)			日本(個人為單位)
	1991	1993	1991	1993	1996	1995
子女奉養、援助	52.37	52.3	2.7	1.5	3.9	15.4
工作收入	10.78	10.85	28.6	30.9	26.6	35.0
個人儲蓄、利息收入	15.87	17.25	3.0	1.6	1.1	--
老年退休給付、年金	16.07	16.56	57.1	61.7	63.5	84.0
房屋租金、土地收入	1.54	6.8	6.6	5.4	4.9	(其他略)
社會救助	1.57	1.61	(其他略)			
其他	1.80	1.31				

資料：1. 台灣：內政部社會司，「1992年台灣老人調查報告」；吳淑瓊，「台灣老人健康資料彙編」台大公共衛生研究所，1997

2. 日本：內閣總理大臣關防広報室，「國民生活基礎調查」，1997

### 3. 長期照護者的女性化、高齡化

有關老人長期照護的實況調查，1995年死亡老人的生前資料顯示<sup>7</sup>：由「家屬」照顧者佔66.8%，由「家屬以外的親屬」照顧者佔5.5%，「醫院、診療所的專門人員」16.4%，「其他」5.6%，「不詳」5.7%，可見得老人不管跟誰住，照顧的重任大部分仍由自己的親屬負責。而擔任長期照護者的親屬當中，以「妻」佔31.6%最多，其次是「長媳」，佔27.6%，再其次為「長女」，佔15.5%。又，長期照護者當中85.1%為女性，14.9%為男性<sup>8</sup>（表4），除專門長期照護人員以女性居多代表福利服務女性化之外，家庭照顧者也以8成左右的女性占絕對多數。據東京都立勞動研究所「中高年女性的勞動與生活調查」（1987），超過50歲的女性當中2/3者曾經有照顧老人的經驗，長期照護期已成為女性生命週期中必然出現的一個階段。

再看男女的生命週期，長壽國日本65歲以上男性老人超過80歲者尚有

<sup>7</sup> 厚生大臣官房統計情報部「1995年國民生活基礎調查」。

<sup>8</sup> 厚生統計協會「國民の福祉の動向1994」；三浦文夫編「圖說 高齡者白書1999」全社協pp.55。

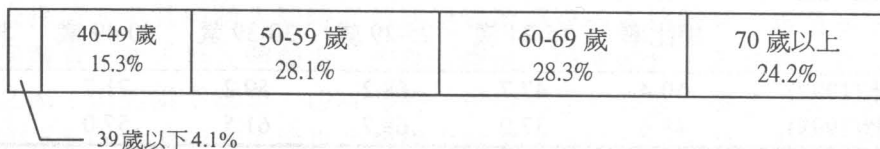
80%的有偶率，而女性過了 60 歲以後，有偶率急遽下降，70 歲後半女性的有偶率僅佔 33.0%。女性平均壽命原本較長，加上男女間結婚時的年齡差，毫無疑問女性愈長壽有偶率愈低。1993 年時，日本獨居老人占所有老人的 12.1%，其中男性占 19.6%女性占 80.4%，兩者間差異顯著，充分顯示男女間死亡率的差異所導致的配偶之有無，以及老夫婦個人的健康狀況，是形成家庭長期照護女性化及高齡化（老老照護）特質的重大因素（圖 4）。問題是年輕時無職業家庭主婦或兼職低收入女性，老後雖有國民年金，卻無厚生年金（薪資比例年金），年老後僅靠國民年金生活而乏人照料的寡居女性，生活上需要更多的關切，因此介護保險也被戲稱為「老太婆的保險」。

表 4 長期臥床老人家庭照護者的男女比率 (%)

	男	女
1984	11.2	88.8
1995	14.9	85.1

資料：「厚生白書」1997 年版；厚生省「厚生行政基礎調查」

（湯沢雍彦，「圖說 現代日本の家族問題」NHK Books，1995，pp.157）



資料：「厚生白書」1997 年版

圖 4 長期照護者 50%以上超過 60 歲

#### 4. 女性就業者增加

日本家庭另一項重大的轉變，便是女性就業者的增加。尤其是養育孩子告一段落後的 40 歲以上勞動女性，高佔 70%，其百分比遠超過 20 歲前半進入社會的年輕女性，證明日本婦女的再就業及兼職的中高年女性比率極高（表 5）。

早期日本女性的就業特徵是「年輕未婚短期雇用型」，經濟高度成長期後，漸轉為「中高年已婚長期雇用型」。已婚女性受雇者由 1962 年的 32.7%，增加到 1975 年的 51.3%，1983 年達到最高峰的 59.5%，後因未婚年齡延長 1990

年時稍降至 58.2%。又，從女性就業的年齡層別來看，1960 年時 40 歲以上勞動女性僅佔 19.7%，1975 年時升到 37.4%，1990 年又增加至 48.4%（袖井孝子 1993：165）。

除就業人口增加外，平均就業年數也由 1960 年的 4 年，延長至 1975 年的 5.8 年，以及 1990 年的 7.3 年。特別是 20 年以上的長期勤務者，1980 年時僅有 3.4%，1990 年增加一倍到 7.3%。就業年數增加表示職位升遷的機率加大，一旦位居管理職，便不像兼職或低職等位置的職工一樣輕易地辭職（以上，根據總務庁統計局各年「勞動力調查」）。

而職場與家庭分開的受雇者又不比自營業者或農業從業者，其勤務時間或密度可以自由調整。所以女性就業者的增加，使得傳統上向來期待媳婦、女兒照顧老人的希望於是落空，家庭中照護力的主軸不是仰賴高齡配偶的老年照護，便是求助於社會福利措施的長期照護服務，甚至乾脆送進機構或醫院委託照顧，此亦是社會性入院<sup>9</sup>的由來之一。

表 5 台灣與日本女性勞動力參與率概況

	總比率	15-24 歲	25-29 歲	30-39 歲	40-49 歲	50-64 歲
日本(1997)	50.4	47.7	68.2	59.2	71.7	55.9
台灣(1998)	45.6	37.0	68.7	61.5	57.0	30.9

資料：台灣行政院主計處，1998

## (二) 制度面的缺失

克服由老年人口增加而自然形成的人口高齡化問題比較單純，因少子化所造成的經濟社會轉變，情況便顯得複雜。日本的年金和醫療保險制度已走到繳納小，支付大的傾斜地步（朝日新聞 2000.3.4），無怪各界專家一致指出，目前面臨的老人照護問題，絕非單獨的改善某一部分政策便可解決，而是得

<sup>9</sup> 經急性治療後僅需復健而可出院療養的老人等，因回家後無人照顧或家人無意照顧，又無適當的福利機構可收留，於是長期住進醫院佔據床位。日本的醫院患者住院愈久收費折扣愈大，醫療保險下高額醫療費又有減免制度，同時老人患者受診時更是以低額定額收費，因此老人患者長期住院的情形陳痼已久。醫院收留老人愈久損失也愈大，因為醫療制度改革後的今天，保險人償還給醫療機構長期住院給付額愈低。

從整個社會保障制度的觀點，重新規劃改革。

日本的社會保障制度究竟問題何在，以一個需照護老人的生活實態為例，年金方面—日本的年金水準不低，甚至高過許多歐美先進國家。但是，一般老人因普遍存有對老後被照顧的不安，故而個人儲蓄率極高，不少入居老人特別療養機構的老人至死才發現，年金以外並且留下一筆用不完的儲蓄。所以，對某些老人來說，年金的保障並不比貼心的照顧來得實際。

醫療方面—在老人保健制度下，長期「社會性入院」的異相繼續存在。而老人醫療當中，有 1/3 是屬於長期照護問題。住院的條件除了住得起之外，家屬不願接回照顧是更直接的主因。醫院可以治療疾病，但不是生活場所。醫院的閉鎖環境反而成了培養長期臥床老人的溫床。

長期照護福利方面—近年來，各市町村雖積極擴充有關老人照護的保健福利服務，這類服務乃政府的福利措置（行政處分），收費低廉，但收容有限。再說，接受措置的老人對於提供的服務內容以及被分發入居的老人療養機構並無選擇權，有的老人必須離鄉背井，被分派到臨縣臨村的療養機構，子女鮮去探望。尤其申請入居時必須透過資產調查的資格限制，難免被貼上「生活保護者」或「無人照顧者」的負面標籤。即便如此，各地的「老人特別療養之家」仍然供不應求，1994 年時，待機入居者高達 5 萬 5 千人（每日新聞 1994.6.5）。除非有老人過世由機構中銷案才可能空出床位，否則許多地區必須等上好幾年才輪得到。

嚴格說來，日本籌措介護保險固然是受到高齡化、少子化的衝擊，但也只是潛在原因，真正的導火線還是經濟蕭條和制度面的障礙導致的財政危機，尤其是老人醫療政策的失敗。

## 1. 老人醫療費激增與老人保健法

高齡化、長壽化是醫療費高漲的一大主因，因為老人的患病率高，治療期間長，醫療費耗資自然增大。1996 年的國民總醫療費中，人口占 15.1% 的 65 歲以上老人花掉全國 46.3%（老年人口的 3.2 倍）的醫療費，當年 65 歲以上老人的醫療費是 15-44 歲年齡層的 7.7 倍（厚生省統計情報部「1996 年度國民醫療費」）。

日本的醫療赤字由來已久，除了不可抗拒因素的高齡化是消耗醫療費的要因之外，日本的醫療政策也大有問題。為因應高齡化社會的到來，1973 年根據老人福利法實施老人醫療免費制度，結合醫療與福利提供醫療保障。立意良好，但卻助長老人無事即上醫院聚會，門診部像老人沙龍，醫院成了老人病院（60%以上為老人病床）。老人病院的經營成本極低，盡量減少醫師及護士而鼓勵聘請私人看護，並以大量點滴及檢查私收費用，少換尿布亦不做復健，長時間下來，入院時能行動的老人反而變成臥床老人，此即為惡名的「社會性入院」<sup>10</sup>。該惡行醫療經報章披露後，老人照護才由家庭問題演變成社會問題而受各界關注。

需照護老人除了選擇醫院之外，尚可選擇根據老人福利法設置的「老人特別養護之家」，但入居福利機構必須經過身家調查和有條件的入居許可，不像醫院一般方便。同時，對家屬來說，讓老人住進福利機構極不體面，又不能隨自己想入居的時間和地點作選擇；對地方行政來說，醫療保險由中央管理，中央補助較多，發展福利機構由地方負責，地方負擔較重（西村周三 1998:137）。因此，地方較不熱衷發展福利。換句話說，本來應該正常發展長期照護福利的途徑卻被健康保險制度的老人病院大量吸收而阻礙。老人醫院的背後，實隱藏了老人的長期照護負擔及老人的家庭的問題。

老人醫療免費制度維持了 10 年，繼石油危機後經濟不振，為減輕國庫過大負擔，1982 年制定「老人保健法」，次年 1 月起實施。老人保健制度雖導入患者部分負擔以抑止無謂的浪費，之後又將老人病院<sup>11</sup>的診療報酬訂為定額收費，將原來量件計酬方式改為每月的點滴檢查等限定在一定範圍之內的點數計酬法。此部分固然減少了漫無意義的浪費，但是另一部份由國家及所有醫療保險體系撥款支援老人醫療費的策略，不但老人加入率最大的國民健康保險體系（簡稱國保，保險人為市町村）赤字持續擴大，甚至拖垮了其他受雇者醫療體系的財政。

1973 年以前老人醫療費僅占國民健康保險總醫療費中的 10%，老人醫療

<sup>10</sup> 只需療養而可出院的老人利用醫療給付長期佔用病床。

<sup>11</sup> 隨著老人保健法實施，老人病院訂為特例許可老人病院及特例許可外老人病院。前者為 70 歲老人收容率達 70% 以上，後者為 70 歲老人收容率達 60% 以上醫院。特例許可老人病院中患有老人慢性疾病者，1992 年導入住院定額收費，將屬於療養型入院管理科病房及非療養型入院管理科病房區分，避免過度醫療。對於照顧痴呆老人困難的家屬，不乏因等不到分配住進福利機構或老人保健設施而住院者。

免費制度後暴增 2 倍，1985 年時達到 40%，1996 年時更增加至 50%，1996 年度同體系中，平均每位老人的醫藥費是其他患者平均的 5 倍之多（「國民健康保險事業年報」），市町村國保一半以上保險人醫療赤字，估計 2000 年度老人加保率最低的健保組合將有近 80% 保險人赤字虧損（日本產經新聞 2000.3.8）；同年一般中小企業加入的政管健保將虧損 2100 億日元（朝日新聞 1999.10.20）。醫療改革中雖逐漸提高診療報酬的自付額，也只能鎮痛一時，經過一段時間便麻木而習以為常（表 6）。1996 年度的老人醫療費用用去 9 兆 7000 億日元，其中老人直接向醫院窗口繳費只不過 5067 億日元，僅占全體醫療費的 5.2%。醫療制度的不公備受矚目。

表 6 日本國民醫療費的未來推計

(單位:兆元)

	1993 年度	2000 年度	2010 年度	2025 年度
國民醫療費的成長	24.3	38 6.5%(對 1993 年度)	68 6.0%(對 2000 年度)	141 5.0%(對 2010 年度)
社會保障制度中醫療給付比率	21.7	34 6.6%(對 1993 年度)	61 6.1%(對 2000 年度)	130 5.1%(對 2010 年度)
其中老人醫療費的成長	7.3	13 8.9%(對 1993 年度)	28 7.8%(對 2000 年度)	71 6.4%(對 2010 年度)
社會保障制度中老人保健給付比率	7.0	13 8.9%(對 1993 年度)	27 7.8%(對 2000 年度)	68 6.4%(對 2010 年度)
老人醫療費/ 國民醫療費	30%	35%	42%	50%
社會保障制度醫療給付中老人保健比率	32.1%	37%	44%	53%

資料：宮武 剛，「介護保險とは何か」，1997，pp.131

## 2. 老人保健制度的功過

老人保健制度以加強保健預防綜合性的保健醫療為改革，基於社會連帶<sup>12</sup>理念，將所有 70 歲以上老人（包括 65 歲以上長期臥床老人）的醫療保健費用由各健康保險體系<sup>13</sup>共同支付 70%，其餘 30% 由中央及地方自治體分擔。該制度的意義，在於減輕老人加入率最大的國民健保體系（以下稱國保，加保

<sup>12</sup> 社會各階層各部間的相互依存關係，特別是個人與個人間的相互依存關係。

<sup>13</sup> 醫療保險體系大致分為職域保險體系的組合健保(大企業員工及其家屬組成)、政府掌管健保(中小企業員工)、共濟組合(類似互助工會，由公務員、教職員組成)，和地域保險體系的國民健保(農民及自營業者及無職業者)。

制度的意義，在於減輕老人加入率最大的國民健保體系（以下稱國保，加保的 70 歲以上老人占 22%）的負擔，而以其他職域醫療保險體系行作財源調整，以達制度間、世代間重分配的公平為目的，因此假定其他各職域保險體系均以同比率的老人為加保人數而共同分擔。起初分擔上限定為 20%，其中任何體系的老人加保率若超過 20%，亦以 20% 計算，超過部分則由自己的保險體系獨自負擔<sup>14</sup>。日本全國的國保市町村有 3253 個，該制度啓用當初，老人加保率超過 20% 者不過 151 個，1993 年度卻增至 2038 個，超過全體市町村的 60%，獨自負擔金額高達日幣 477 億圓。為此，1995 年度緊急提高各體系分擔上限至 22%，1996 年至 24%，1998 年至 30%，以致造成除少數醫療保險體系維持正常營運之外，絕大部分都是財政赤字，而且不知止境。特別是象徵老人醫療體系的國保一支，可謂背負健保制度的矛盾與高齡化的債務於一身。而保險費未接受公費補助的大企業員工及其家屬加入的組合健保，老人的加保率不過 3%，為了支援老人醫療，幾乎有 1/3 的保費轉移至老人健保制度，對此抱怨最深。

追究國保虧空的原因，大致有(1)被保險人以農民、自營業及無職業老人為對象，保費掌握不實，(2)低所得者多，(3)保險人規模小（有 1121 市町村加入人數不滿 3000 人），財政經營困難，(4)加入者平均年齡高，保費少收而給付多支，(5)保費徵收採「量能」及「量益」合併計算，前者比率提高則中層所得者負擔重，後者比率加大則加重低所得者負擔。而社會性入院情形多的市町村，平均每人的醫療費亦高，都道府縣間最高的北海道與最低的沖繩縣相差 2 倍；市町村間最高的長崎縣高島町與最低的東京都御藏島村相差 6 倍，此醫療費的地區性差異反彈至保險費，因而各地保險費差距不等。此外，國保中醫療給付的一半是由國家支出，而低所得者保險費輕減部分的 1/2 亦由國家補助，光是填補 1993 年市町村年間一般會計就需 5312 億圓，林林總總的醫療赤字隨著高齡化而不斷增加，支應國保就像是個無底洞（圖 5）。至於每月堆積如山的診療報酬審核作業，則是過度申報瞞混過關的堤防缺口。

<sup>14</sup> 老人醫療費中由中央負擔 20% 都道府縣 5% 市町村 5%，其餘 70% 分成二半由各保險體系平均分攤，一半以老人醫療費總數平均的「醫療費按份」，一半是老人加保人數平均的「加入者按份」計算。前者「醫療費按份」於 1990 年撤銷。



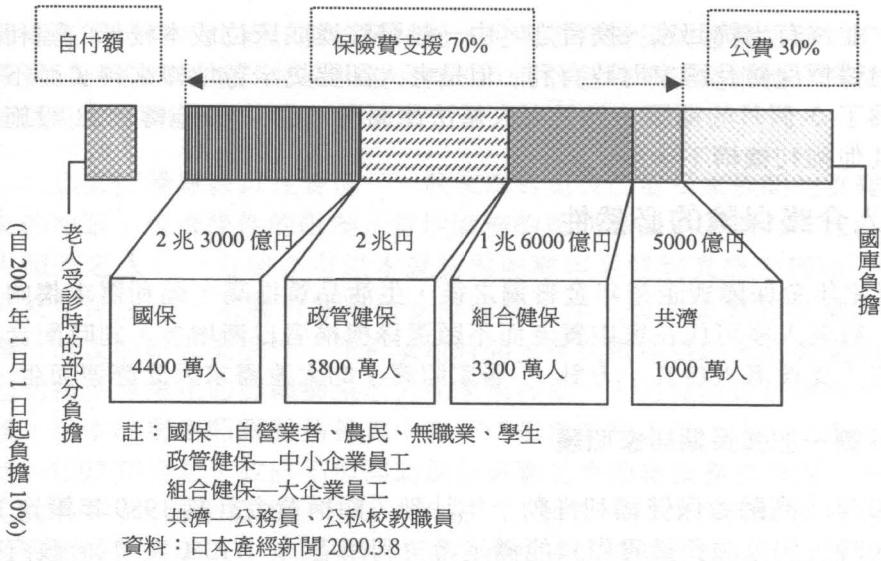


圖 5 老人醫療制度結構圖 (1997 年度老人醫療費實質支出總額 10 兆日元)

職是之故，厚生省一面摸索撤銷老人保健法中負擔之上限而採一元化健保制度<sup>15</sup>的節流措施，一面試圖展開介護保險的開源計劃，以轉移承擔混合在老人醫療費中的巨額照護費。只是，介護保險並無法為國保中低所得者和小規模的市町村保險人解套，所以，等在介護保險背後者，更有下一波徹底的醫療制度改革<sup>16</sup>。

本制度另一項特色，即是為減少非必要的「長期性入院」以非營利為目的而創設著重復健與生活照顧的「老人保健設施」(老人保健法 46 條之 8 第 5 項)(參閱註 9)，以收容急性醫療期過後需療養的老人，並規定 3 個月為入居期限，用意使家屬有充分的準備迎接老人回家。針對減少「社會性入院」的效果評價，多數出院老人只是從「醫院」轉到「老人保健設施」的中間設

<sup>15</sup> 老人保健法於 1986 年通過修法，1987 年 1 月起實施。要點有 (a) 提高患者的自付額(門診 800/月住院 400/日)(b)階段性提高加保老人按份率(1980 年度 80%1987-1989 年度 90%般 1990 年度後 100%)(c) 創設老人保健設施(暫時收容出院而不能回家的老人施以復健，以 3 個月為限)。該設施之目的在減少老人不必要的住院，但也淪為比醫院便宜的「次級老人醫院」之象徵效果。因此，2000 年的醫療改革案中，國保中央會即全國市長會、市町村會提出一元化醫療保險方案。

<sup>16</sup> 2000 年始，老人醫療的患者部分負擔決定由定額負擔提高為 10%的定率負擔。

施暫歇，並沒有出院回家。換言之，由一般醫院換成床位成本較低的福利機構只是對醫療保險及國家財政有利，但是老人卻要更辛苦地轉來轉去而不得回家（爲了 3 個月的期限，於是老人循法律漏洞，由 A 設施轉到 B 設施 C 設施或其他福利機構不一）。

### (三) 導入介護保險的必然性

公有化年金保障與企業年金普遍之後，生活品質提高，福利需求趨向多樣化，一般老人寧可住在家中養老而不願選擇機構者日漸增多，同時配合政府宣導的「支援老人自立」方針，「居家照護」的大量需求因此應運而生。

#### 1. 黃金計劃—加強長期居家照護

1990 年「高齡者保健福利推動十年計劃（簡稱黃金計劃 1989 年策定）」推出不久時，居家服務量實際只能滿足希望利用者的 1/10（表 7）。政府雖努力補充人力設備，依照 1994 年的預計進度，老人特別養護之家只能達到目標 24 萬人的 90%，居家照護服務員 10 萬人的 60%，日間照顧 1 萬所的 50%，以及老人保健設施 28 萬人的 一半。如果以各市町村 1993 年底擬定的「老人保健福利計劃」<sup>17</sup>標準來看，黃金計劃的供給量顯然不夠。縱使達成目標，居家照護服務員至多只能一週輪流訪視個案 2~3 次。於是 1995 年厚生省又推出新擬定的「新黃金計劃」，將基底整備（充實人力物力）的目標提高。增加的預算在大藏（財政部）、厚生、自治（內政）三省大臣（部長）的同意下，算出 1995~1999 年的總事業量，包括現行黃金計劃有關部分在內，總數超過日幣 9 兆円。其中國費占 4 兆円，都道府縣及市町村合計負擔 4 兆円，事業負責人（建設福利機構時設置者負擔等）負擔 1 兆餘円，比較前 5 年的黃金計劃總事業費，增加數目將近 2 倍。

#### 2. 新黃金計劃—改善設施環境，擴充人力，提昇服務

財政困難的現實下，厚生省新黃金計劃的原案目標略經縮減，新計劃的目標訂爲居家照顧員 17 萬人（含兼職）、日間照顧 1 萬 7000 所、短期收留照

<sup>17</sup> 根據市町村版的黃金計劃，詳細調查長期臥床或痴呆老人人數、生活狀態以及未來預測，而訂出足以因應的居家、機構服務的儲備目標。值得一提的是由市町村鼓勵住民參加而作的計劃很少，反而委託民間調查機關而作的計劃較多。

顧 6 萬人份等。此新計劃的另一面，說明了介護保險建構之前，老人照護政策業已將力點著重於居家照護（表 8），而該儲備量正是維護介護保險功能營運最低限度的基礎。

居家照護雖較以往普遍，一般家庭難免有因遭受家族間的責難，鄰居親友的冷眼，經濟條件的限制，當地服務的短缺等種種因素而不能任意委託他人照護老人；一方面亦有原本就認為照顧年老雙親責無旁貸而不忍勉強老人交由陌生人，家屬只好照舊支撐照顧工作。長期疲憊的家屬因此希望清晨、深夜能派人支援外，亦希望短時間、多次數地協助沐浴與處理褥瘡，更迫切需要專業化的照顧痴呆老人和家事援助。人力資源是長期照護服務的命脈，日本的居家照護服務員當中有 70% 強為兼職人員，人力上顯然不足。為此，1992 年度起，政府不但補助調整專職居家照護服務員待遇（中央與縣市町村各半），防止照護服務員的流失，一面要求居家照護服務員的主任安排負責短時間、隔天、清晨或深夜等多樣化需求的專門職務，以讓照顧的家屬有充分的睡眠。

除了量的補充之外，對於服務品質亦大有改進。諸如：

- (1) 設立 24 小時巡迴型居家照護服務員（可以增加服務人數及次數）。
- (2) 減少日間照顧 D 型（小規模型）及 E 型（適合痴呆性老人每日參加型）利用人數，由 8 人減至 5 人，放寬認可小型民間機構。
- (3) 對於土地取得不易的都市地區，降低老人特別養護之家的收容人數限制，由 50 人減至 30 人，以促進興建小規模機構。
- (4) 鼓勵老人特別養護之家擴大平均每人居室面積及設置個人房間，並以此作為補助金的單價依據（包括房間公用部分，由 30.83 m<sup>2</sup> 增加到 34.13 m<sup>2</sup>）。

所謂 24 小時巡迴型居家照顧，即 2 人派為一組，在不驚動家屬的睡夢下，巡迴地為老人更換尿布，以減輕家屬照顧的負擔（台灣的風土民情是否合宜，有待評估）。未來介護保險的機能運作亦可能在「照護的空白時段」導入此型態；個別房間的開設則不但讓老人保有隱私權，亦可有限度選用個人喜愛或帶有回憶意義的小家具，擬似「家」的感覺。總之，設施環境的改善與服務項目的增加提昇了福利水準，經費支出也相對提高。同時，為補充

市町村的福利措施未能足夠收容需照護老人至機構中照顧，或不願住進機構的老人，日本全國各地設有「長期居家照護支援中心」<sup>18</sup>，以便支援社區內居住家中的需照護老人。

表 7 福利服務的利用狀況 (1991 年 10 月)

項 目	利用者數(a)	希望利用者數(b)	利用率(a/b)
居家(訪視)護理	22.2 萬人	202.9 萬人	10.9%
家事援助	21.8	263.8	8.3
沐浴	9.1	109.8	8.3
配食	10.3	140.9	7.3
護理、照護器具租借服務	11.0	122.1	9.0
緊急通報服務	3.3	157.3	2.1
日間照顧	17.6	60.5	29.1
短期收容照顧	5.1	54.5	9.3
情報資訊、諮詢服務	9.4	131.7	7.1
老人住宅(附照顧服務)	0.9	126.9	0.7

註：以約 5 萬 2 千戶為調查對象而推計

資料：厚生省，「健康、福祉關連服務需要實態調查」，1991.10.

表 8 新舊黃金計劃基底整備目標及 1996 年現況目標的比較

項 目	舊目標(1990)	新目標(1999)	1996 年目標	黃金計劃(GP)21 (2004) *
居家照護服務員(Home Helper)	10 萬人	17 萬人	122,482 人	35 萬人
日間照顧(Day Care, Day Service)	1 萬所	1.7 萬所	7,573 所	2.6 萬所
短期收留照顧(Short Stay)	5 萬人份	6 萬人份	36,727 所	9.6 萬所
居家照護支援中心	1 萬所	1 萬所	4,672 所	
老人特別養護之家	24 萬人份	29 萬人份	247,109 人份	36 萬人份
老人保健設施	28 萬人份	28 萬人份	191,811 人份	29.7 萬人份
照護之家(Care House)	10 萬人	10 萬人	38,200 人	10.5 萬人份
高齡者生活福利中心	400 所	400 所	280 所	1800 所
訪視護理站(Home Nursing Station)	(註)	5,000 所	1,500 所	9900 所

註：訪視護理站(Home Nursing Station)於 1992 年度創設，舊黃金計劃中無此目標；高齡者生活福利中心則是偏僻地區或離島的照護據點兼居住用的綜合機構

資料：厚生省，\* [「介護保險制度」5 年內新目標] 朝日新聞 1999.12.19

### 3. 社會保障制度的改革

1990 年代開始，經濟情勢惡化，社會保障制度審議會於 1993 年提出社

<sup>18</sup> 負責 (a) 與市區町村等相關行政機關和提供長期照護服務機構聯絡、調整以便提供公有化長期照護服務 (b) 長期居家照護諮詢、建言 (c) 福利器具展示及指導使用方法 (d) 宣導啓發社區居民對公有化服務之認識及利用。24 小時免費指導。

會保障制度的理念改革報告書，以確保社會保險財源的長期穩定。書中除揭櫫統合保健、醫療、福利的主張之外，更以「基本上維持並提高生活的第一責任由國民自己負責」，而公家部門則在「國民各自無法維生時，方行使生活保障」。同時公認社會保障中的民間事業，獎勵民眾加入民間保險。此報告提出後，4月即行醫療法改革，增設以長期照護為主的療養型病床群（類似慢性病房），採定額收費。11月厚生省成立有關高齡者長期照護專案小組，12月醫療保險審議會指示加強長期照護，並提高長期照護型醫院，老人保健設施及護理站（Nursing Station）的診療報酬。而老人保健審議會則呼應明確注重居家照護支援中心功能，具體推動醫療與長期照護分離，長期照護費用由醫療保險以外負擔等策略（大野勇夫 1998：176-178）。

同（1993）年3月厚生大臣諮詢機關（高齡社會福祉藍圖懇談會）提出的「高齡社會福祉藍圖」中，亦提倡以支援福利、醫療、保健一體化的新長期照護體系為目的而提高福利水準。亦即改變整個社會保障制度的體制結構，將現行制度中年金、醫療、福利的三大給付分配，由5：4：1調整為加重福利型態的5：3：2。財源籌措方面則以「全體國民共同負擔」為前提，建議採取（1）以社會保險為中心（2）提高消費稅（1989年導入3%消費稅，1997年提高至5%）（宮武剛 1997：126）。

因為現行的醫療保險或福利措置制度<sup>19</sup>下，一般醫院護理根據醫療法給付，居住「老人保健中心」的訪視護理、長期照護或復健則根據老人保健法給付，居住福利機構「老人特別養護之家」或居家照護服務員負責的長期照護服務—包括身體照顧及家事協助又根據老人福利法給付，三者雖然都屬厚生省的管轄，但是財務上前二者是社會保險，後者則是租稅負擔，彼此協調不易。

同時，福利服務的財源來自稅金，根據福利措施地方分權化的原則，福利服務的足與不足，深受地方財政的影響。各相關制度雖作了多次改革，但都是在現行的分立制度下作體系間的調整，至多只能收短暫的功效，不久後

<sup>19</sup> 社會福利法中，由社會福利行政機關對需要福利服務對象所行的職務權限。措置的行政權屬於督道府縣或市町村，其權限可全部或部分委讓其管轄下的福利事務所。措置制度採申請制，不申請則不受理。此制度雖以保障國民生存權為宗旨而確立行政責任，但在行政解釋上，並非以保障利用者的受領權為目的。接受行政處理者對行政機關所執行事項只能接受而不能選擇，故又稱「反射性利益權」（武川正吾等編「福利社會事典」弘文堂 pp.663）。

又回復原狀。以日本的社會保障給付水準而言，爲了履行國民負擔稅率不超過 50%的指標，年金與醫療的給付勢必得縮水，否則財政赤字將愈滾愈大(宮島洋，朝日新聞 1997.5.1)。

#### 4. 介護保險呼之欲出

然而，社會保障制度的福利給付比率由 1 成加到 2 成，並非單純地將醫療給付的部分移轉到福利上去即可，高齡、少子化壓迫下的成熟社會，提高福利就得增稅，而增稅則易給日本帶來結構性經濟停滯的危機，同時對執政黨不利，因此必須新闢財源，確保福利的水準。此新闢的財源便是介護保險。

介護保險制度下，原則上利用者可以被保險人的身分持有使用服務的決定權，老人照顧服務的輸送又可由獨立的保險財務支應，不受地方政府財政狀況而左右，比較符合當今時代的需要。針對此優點，老人保健福祉審議會於是決定在既有的醫療保險、年金保險之外，設立介護保險制度，有利於提供需照護老人保健、醫療、福利一體化的綜合性服務。所以介護保險也可說是社會保障制度結構改革的先鋒。

### 三、 檢討分析—兼論台灣有否實施長期照護保險的條件

福利的成果非一朝一夕之功，不可否認，1960 年代後半開始的經濟高度成長，爲日本的社會保障制度與社會福利奠定了良好的基礎，可貴的是，即使在經濟不景氣的 1970 前後半，甚至泡沫經濟瓦解的 1990 年代，日本政府福利人力、物力上的投資亦未停歇。尤其是政府的行政效率優異，政令的宣導與推行十分快速。而對福利需求的情報蒐集，官民共同的討論，學者的建議，住民團體的共識和自動自發的參與，也都發揮了極大的效力。

台灣雖然已具備高齡化衝擊的危機意識，可是對於老人的長期照護保障是否應該或者有無能力導入介護保險卻值得商議。以下，就日本何以能夠實施介護保險制度的條件試作分析。

#### (一) 社會連帶責任觀念的建立

日本每年將近 10 萬人辭去工作回家照顧老人(朝日新聞 1999.12.21)

(1993 年有 8 萬人；1996 年有 8 萬 9 千人爲此離職，其中 90% 是女性)，預估在 2025 年的高齡化的高峰期，離職者將升高到 21 萬 9 千人。如果家中不能照顧老人，則必須得將老人送進醫療或福利機構，如此不但增加政府建設與經營的預算，並且違反老人希望生活在自己住慣的家庭中意願。只不過，即使機構的照護再好，狹小環境、劃一起居、長期沒有個人時間、空間，沒有親人陪伴的空虛寂寞，很難想像老人會有享受長壽的幸福感。

日本也曾接受儒教文化的洗禮，也曾擔憂敬老思想、家庭功能的衰退，也曾以住宅政策和減稅優待的行政措施，誘導三代同堂的居住型態，並提倡所謂的「日本型福利社會」<sup>20</sup>構想，防止老人老後落得孤獨無依。不用說，老人福利法中規定的入居機構照顧或居家照護等福利措施，也都以補充家庭扶養的不足爲前提。但是，該「日本型福利社會」被指爲：

「日本的居家照護是在機構福利不齊全的情況下，爲逃避社會性扶養而倡導的政策。這點和福利先進國家站在人道人權或公民社會權的立場，在增加機構福利的階段過程中，轉移至居家照護的立足點不同。」(坂本重雄 1997：125)。

日本逐漸走向社會性扶養的現實令人無奈，保守的家庭政策已無法讓以往的家庭型態復活，輿論調查也指出，將近 3 成 (28%) 的民眾表示「老人機構及制度 (年金等) 不全，不得已才照顧老親」；作父母的也看穿了自己老後的生活大概不至於寄託子女扶養 (宮武剛 1995：113)。另外，從早期生活的「農村社會共同體」，到戰後社會的「愛公司主義」，以及團體意識下民間自組「共濟」、「組合」、「生協」、「農協」、「社協」等社會組織功能和歷史脈絡來看，「互助」、「互酬」等社會連帶責任觀念十分符合日本人的民族性。

<sup>20</sup> 1979 年大坪內閣中決議，爲因應日本急速高齡化、少子化的到來，基於經濟低成長之行政財政改革之必要，以配合「新經濟社會 7 年計劃」爲前提，在維持公家部門效率化的原則下提供適當的公有化福利。亦即主張自立自助，強化家庭及社會連帶責任的日本獨特型福利社會。該主張強調有別於西歐福利家因過度擴張公有化福利而導致公家部門的行財政非效率地肥大的缺失，因此提倡善加利用家庭照顧及社區連帶長期照護，並建構合理化的公有化福利。此日本型福利社會乃 1980 年代社會保障、社會福利的政策方針。

## (二) 社會保險制度的成熟

### 1. 對保險制度公有化的共識

成立公有化保險制度（社會保險）有幾個重要條件。第一，「保險事故」的風險足以讓全國人民感到不安，而且該事故人人都可能遭遇到。譬如年金保險，一個人年老退休後，除非有足夠的資產或積蓄，否則即陷入「收入短缺事故」而貧窮。所以年金制度是一種「防貧」政策，原則上持續繳納 25 年的保險費，到了一定年齡之後，人人都可享受同樣的年金給付；此和個人購買的私人保險意義不同。

醫療保險則是因為每個人都可能面臨「疾病與傷害事故」而需要相當的療養費。因傷病而無法工作，也可能陷入貧窮，因此每個月繳少許的保險費，傷病事故時便可獲得給付，減少因重大傷病所引起的貧窮。但是和年金保險不同，醫療保險屬於短期保險，一加入即可享用。針對醫療給付，雖然有使用次數與程度的個別差異，但總是有利用的機會。所以醫療保險可算是一種「制貧」（控制貧窮）措施。

公有化保險制度的第二個條件，便是「保險事故」的風險必須由全體社會來承擔。從醫療、年金到勞災、雇用（失業），介護保險是日本強制納保的第 5 個社會保險，生活上早已習慣。針對日本女性對家庭觀念逐漸動搖，家庭照護已走入極限等危機，推動介護保險就是以「支援家庭照顧者」為宗旨，以提高照護服務水準為號召。1994 年 9 月，該制度具體內容雖未明朗，每日新聞以「你願意支持導入公有化介護保險制度，由個人、國家、自治體共同負擔一定的金額，幫助照顧老人者支付照護服務或現金給付的嗎？」為題所作的問卷調查中，其結果竟然「贊成」者高達 86%；「反對」者僅 9%；若以年齡層區分則 20-29 歲、40-49 歲及 50-59 歲均有 87%贊成，30-39 歲則有 90%贊成。而贊成的最大理由便是「長期照護必須由社會解決」（35%），其次是「長期照護費由家屬負擔吃不消」（33%），「家屬無法承擔長期照護」（30%），「其他+未作答」（2%）（每日新聞社主辦，美國家庭生命保險公司協辦）。



## 2. 居家照護社會化的必要性

日本戰後歷經「產業化」、「都市化」、「核心家庭化」、「女性就業化」、「家庭功能弱小化」、「企業公司共同體化」、「長壽化、少子化」、「育兒社會化」、「年金化」、「社會保險成熟化」等社會變遷後，家庭扶養老人的跡象確實已經淡化。不過話說回來，扶養觀念雖傾向低落，畢竟還是有半數的中生代家庭保有親自照顧老人的意願。在現有的福利制度與水準無法充分替代的情況下，不能逃避也沒有餘地逃避。無怪乎許多家庭中有照顧老人經驗而恐懼照顧的已婚女性，當被問到自己需照顧而作選擇時，大多不願將痛苦的經驗加諸兒女身上，因此選擇「醫院或機構」照顧者較其他身分類別者都多，選擇「自宅」照顧者不過 20%（1993 年全國家族計劃輿論調查）。

基於以上事實，又經過幾次高齡化對策試行錯誤之後，日本朝野終於體認到包括身體照顧的「社會性扶養」（家屬仍為法定扶養義務人）時機已經成熟，與其發展機構式照顧不如推動「居家照護社會化」，讓老人回歸家庭，況且生活在習慣自由的社區中更能滿足人性。而介護保險方式不但是大幅縮減財政預算的適當途徑，同時也因為保險中「權利與負擔」的清楚概念容易向民眾說明。日本輿論常譏諷自己是「福利開發中國家」，太低估高齡化的衝擊，經濟景況又久久不見復甦，介護保險顯得倉促而不周延，同樣是長期照護保險，德國醞釀了 20 年（朝日新聞 2000.3.18）。

## 3. 專業人員資格化

日本型福利其中最引以為傲者，便是福利專門人員的高素質。日本於 1989 年成立「社會福利士」與「長期照護福利士」法，從事福利工作者通過國家資格考試後持有證書，福利服務中設置長期照護福利士對提昇長期照護品質別具意義之外，此更是日本能繼德國之後，順利地導入介護保險的關鍵條件之一。

一般國家會在醫療制度中增加「訪視護理」的給付，此工作因牽涉到醫療行為而由護士擔任。護理與長期照護之間固然有重疊部分，但是對於身邊的起居照顧與協助家事等，醫療中很難給付。並由於需照護者的量化、重度化，照顧痴呆老人的專門化以及照護期間的長期化，必須有專業性知識和技術方能勝任。況且，福利服務若被包含在的醫療服務之內，通常會由醫師主

導，則醫師可能將長期照護視為協助醫療或護理的補助行為而偏重於「療養」，甚或指揮由護士領導長期照護工作者。但是在日本，長期照護被當作是照顧類似慢性成人病等特殊需照護情形下的一門獨立學問，長期照護不一定是醫療行為的一部份。

除此之外，「介護福利法」中規定，長期照護福利士不可像醫師或護士一樣可以獨立成立事業，必須與醫療工作者聯手合作。此法律規定亦為全世界之創舉。

早期南丁格爾創設護理的時代，護理與長期照護或許不分家，如今樣樣講求專業化，護理學早已成為獨立學問的一支。醫院中護士與助理護士的職務分工，或臨床護士與公共衛生護士的領域不同便是一例。因此，現實生活中涉及需照護老人生活照顧的瑣碎工作，確實有專門分類並提昇品質的必要，連居家照護服務員也分 1 級、2 級、3 級，分別接受 230、130 和 50 小時的課程訓練與實習。

日本國內雖以「福利水準落後」自稱而期許政府擴大福利，平心而論，無論是制度的建構與改善或人才方面的培養，即使全世界，短短 10 年內能達此佳績及共識者並不多見。

### (三) 地方自治及住民參與

地方分權化進行中，亦有類似岩手縣澤內村、秋田縣鷹巢村、廣島縣御調町等部分地方自治體的首長，基於對社區福利的高度意識，聯合當地的議員、職員、居民、社協等有關人員，組織「準公家機關」(或稱第三部門)的「NPO(非營利機構)」社會福利法人，展開獨創的老人長期照護服務。其掌握的行財政規模雖小，卻有前瞻性的老人長期照護對策。

為配合介護保險的實施，各地迅速展開全國性需照護老人的實況調查，以統一規格的電腦作業為申請者作照護度的審核認定。同時，市町村有足夠的權利和能力獨自處理對於介護保險不給付的服務項目或「市町村特別給付」<sup>21</sup>，其他有關保健福利內容的檢討、長期照護服務的基底整備、需照護

<sup>21</sup> 長期照護保險的給付低於該制度啓用前原有的福利水準時，市町村可自訂額外的福利給付。惟財源由市町村自籌自理，超過負擔則壓迫其他行政資源運用。

的認定及居家照護的計劃表設計、特別會計的設定、條例、規則的制定、介護保險的相關預算等，均在當地議會討論下完成。

換句話說，在當地居民的合作下，市町村首先必須評估該地區有關居家照護、短期收留照顧、日間照顧（統稱「在宅福利」三大支柱）和長期照護保險設施所需要的服務量，方能擬定長期照護保險事業計劃。為能充分提供各種服務，市町村必須和經營居家服務的機構和長期照護保險設施二者之間經常聯繫與調整。其次，在公開所掌握的情報後，透過市町村議會的審議而決定長期照護服務體制，並設定「介護保險」的保險費。都道府縣的職責則是調整該轄區內的長期照護服務總量，以便策劃長期照護保險事業支援計劃。

針對介護保險，某些自治體在政府公佈需照護老人審核認定（1999年10月始）之前，早已做好認定及規劃（增加介護保險所不給付部分的福利服務項目），所以，地方首長的認知與住民的參與，無疑是提昇該地福利水準的最大原動力。

#### （四）日本的啓示、台灣的反省

畢竟，介護保險只是提供老人「長期照護保障」的方法之一，不論是德國或日本，其出發點都是站在國家財經以及政府行政的立場，而不是站在老人真正的需求為第一考量。何況，台灣對於社會保險、長期照護社會化的理念不足，介護保險在台灣是不是人人可以接受，必須經過檢討。

又，介護保險屬於長期保險型態的給付模式，和年金、醫療相比，介護保險所給付的對象較少，除非有更強烈的「社會連帶」需求感和理念方能運作。

再談到負擔，福利水準的高低取決於付出相對的代價與否。參加保險就得繳稅（賦課制保險費形同繳稅），一般人只知道羨慕瑞典的高福利，卻忽略瑞典須繳70%的高稅率。台灣因為沒有年金，保險稅才較低；地方稅的內

涵不同，所得稅亦低。相較之下，台灣的國民負擔稅率不但比日本低，比一般經濟發展同水準的國家亦低（表9）。表面上看，整個社會的成本較日本低許多，其實這些看不見的成本只是暫時積壓在下一代的身上，對未來社會將產生難以估計的負面結果。

至於長期照護資源，據吳淑瓊指出，台灣的需照護老人數30萬人，80-90%以上家屬照顧者中，約有一半家屬提供5年，1/4家屬提供10年以上長期照顧（社區發展季刊88期 pp.162）。和日本的280萬需照護老人以及目前已有15萬人的居家照護服務員相比，兩國的長期照護人力的差距懸殊。比較困難的瓶頸，在於台灣女性多半不願從事身體接觸地位不高的工作，因此，需照護老人不是高薪聘請看護，便是衡量雇用溝通不良的外勞。至於無力支付專人照顧費用者，則大部分仰賴志工人員，或者委託機構的少數服務員。

2020年時台灣的高齡化率將達14%（吳淑瓊1997）而邁入高齡社會，可以預見屆時需照顧的老人更會增加。志工人員絕對是發展社區照護的一塊寶藏，但是以志工的不定性、非專業性、非責任性的有限人力以及為數有限的老人服務中心處理諮詢轉介工作，前景堪憂。更要不得是選舉期間亂允福利承諾，灌輸國民毫無理念根據的錯誤觀念，導引台灣走向日本醫療財政赤字擴大和家庭制度瓦解的覆轍。

表9 主要國家國民負擔率

	總計		賦稅負擔率		社會保障捐負	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
日本	37.3	37.4	23.5	23.1	13.8	14.3
台灣	20.2	20.5	16.2	16.4	4.0	4.1
美國(1995)	29.9		22.2		7.7	
英國(1994)	33.3		27		6.3	
德國(1995)	42.7		24.3		18.4	
法國(1995)	43.2		23.9		19.3	

資料：1. 日本：株式會社法研「週刊社會保障」No.2049(1999.8.9-16)

2. 台灣：行政院主計處

## 四、結語

歸根結底，日本開創介護保險的直接目的，是因為醫療赤字過大，尤其是老人醫療的擴增，危害到整個國家財政的支配。同時，泡沫經濟瓦解後，日本經濟一蹶不振，政府無意再為貼補老人醫療及長期照護費用而增加預算，意圖以社會保障制度結構性改革，達到縮減財政支出的目的，因此籌措介護保險新財源，將老人醫療保健中的長期照護巨額轉移至新保險給付。第二個目的，才是因老人照顧長期化而家庭的負擔過重，尤其是女性的負擔。為減輕這項負擔，可以藉保險的財力，擴充長期照護人力與設備，以加速長期照護的社會化，並間接地達到第三個目的。亦即日本有史以來的少子化造成人口結構的傾斜，預見未來生產力的減少，不但年金給付捉襟見肘，且勢必要延長退休，以及增加女性的市場勞動力（女性薪水較低，大量兼職長期照護工作人員成本更低）。

理論上，由家庭照顧釋出的人力可以回流到市場社會，可是限於稅制規定，日本的家庭主婦年薪只要年收不超過日幣 130 萬円，可以享受所謂的年金第 3 號被保險人而免繳保險費，卻同樣領有國民年金；反而有工作的婦女必須繳稅。因此賦閒在家或部分打工的婦女很多。同時根據調查，現階段許多接受長期照護訓練甚至考有執照的主婦是為了照顧家人而不是為了工作，如果周邊法律稅制不改，提昇女性勞動力的效果恐怕難如預期。

日本的介護保險能否根本抑制老人醫療費的持續增加，喚起老人由社會性入院回歸家庭，關鍵就在長期照護人力的基底整備是否充分，以及實際利用的程度而定。尤其令人關心的是，有了介護保險之後，家屬的無償照顧獲得解放，家庭親情是不是變得更淡薄，這些都有待政策實施後的反映與檢驗方有答案。

日本的介護保險雖宣揚家屬的照顧並不會消失，相反地，照顧者從所謂的「照護地獄」解脫後，家庭關係會更融洽，更有時間與父母交談，帶父母上街、旅行等。但是，由過去年金保險的經驗來看，1985 年的「國民基礎年金」實現後，同居率降低之外，子女扶養父母的情況相對減少。與其他國家比較，不單是亞洲，甚至包括歐美，日本的家庭關係最鬆散。1986 年日本總務庁老人對策室「有關老人生活意識的國際比較調查」中，普遍顯示各國老人一致最重視家庭、子女（日本 89%義大利 89%丹麥 85%美國 80%泰國 40%）

(岡本祐三 1994: 147), 但「老人與分居的子女見面頻度」則以義大利最高, 泰國次之, 日本最低, 不及義大利的一半數字(湯沢雍彥 1995: 165); 1997年日本朝日新聞又以中、日國民對扶養老親的意識觀念作比較, 則中國以 92% 視為「當然」的比率壓倒性高於日本(男 49%女 41%)(「中日共同輿論調查」朝日新聞 1997.9.22)。如今介護保險完全以「個人」為單位, 老人的保險費從年金中扣除, 與子女的收入或扶養無關, 不難預測日本「私」領域的家庭扶養一旦捨棄, 順利改由「公」領域的社會性扶養後, 恐怕很難再復原。日本模式的介護保險成果如何, 全世界都在拭目以待。

相較於日本, 台灣目前的高齡化率只達日本的一半(8.2%比 16.7% 1999), 相當於日本 1970 年代末期的高齡化程度, 但卻以相同速度、相同類型的高齡化、少子化急起直追。而家庭結構縮小、家庭功能減弱、家庭價值觀轉變, 女性進入社會等社會變遷亦與日本同出一轍。更可憂的是, 台灣私有化的照護服務品質低劣, 並且供不應求。台灣老人照顧問題的出現僅有時機的早晚, 卻不可能避免。巧合的是經濟開發中國家大都有此過程。

一般都認為經濟是發展福利的條件, 但卻不是唯一的條件。即便是談經濟, 台灣已有日本 90 年代的經濟能力, 可惜只有日本 80 年代初期的福利水準。以台灣目前的現況來說, 國人對全國性社會保險的認識只有全民健保, 保齡也不過才 5 年, 便已露出破綻。所幸台灣的全民健保起步較遲, 即使有赤字也遠不及日本。有鑒於日本醫療政策失敗的教訓, 建立嚴謹的監督制度以防堵過度給付, 過分浪費的政策改革, 並以情報公開灌輸民眾珍惜醫療資源的正確觀念極為重要。

筆者以為, 台灣社會與日本社會文化背景大致類似, 但接受歐風西化的速度與層面不同, 家庭社會價值觀與「世代隔絕現象」與台灣的標準頗有出入。更大的差距, 在於日本全國上下對於「高齡化社會」所帶來的影響有相當的危機感, 家庭中只重「下一代」不重「上一代」, 所以擬似家庭的「社會連帶關係」比「祖孫三代」關係更密切, 只有天真浪漫的兒童對老人的負面價值判斷較低(表 10)。台灣的家庭則不同, 習慣上台灣家庭對於老人尚有某種程度的尊重, 實質上也擔負相當的扶養責任(伊慶春、陳玉華 1998: 136-154)。而台灣的法律、社會規範, 甚至國家政策, 始終教導以「孝道」持家。由日本的實例看出, 工商社會下, 長久維繫家庭的親情倫理問題恐怕

比實現年金更難，年金制度固然是老人所期待，但若成爲親情社會的絆腳石則有檢討的必要。因此，台灣未來在高齡化、少子化的持續進展下，即使擴充長期照護給付，甚至導入長期照護保險或其他替代方策，也未必一定得和日本相同。

表 10 日本兒童及青少年與老人交流問卷調查

	小學 4 年級	小 6	中 2	高 2	
想與祖父母或老人交往嗎	86%	76%	56%	49%	
老人對兒童、青少年印象(複數作答)	受溺愛	不懂禮貌	言語粗劣	任性	可信任
	64%	57%	53%	38%	15%

註：文部省研究所調查對象：小學 4、6 及中 2、高 2 年級學生共 15,697 人；65 歲以上老人 1,644 人

資料：朝日新聞 1999.11.17

其實，福利政策的先進或落後很難下斷語，就像一雙舊鞋舒服的適合腳並不比新穎時髦的外型但卻不合適的價值低劣一樣。台灣缺乏的是整體社會安全制度的建構，而非個別零散沒有規劃的應付措施，亦不應永遠被定位在開發中國家的保護傘下，放任不合格的市場服務踐踏老人。

在福利發展過程中，「亞洲型緊密家庭、宗族關係」是日本想維繫而無法維繫的最大遺憾。誠如日本學者石本忠義建言（「日本介護保險研討會」2000.2.14 衛生署）：「台灣目前高齡化率 8.2%，此時研究老人的「長期照護保障」正是時機。幸運的是，台灣的家庭子女扶養父母的觀念或實質意義尚在，如果導入類似介護保險政策，也應以仿效德國現物（服務）與現金（津貼）合併給付的方式爲佳」。

台灣今後的老人扶養與長期照護是循著先進國家的軌跡亦步亦趨，或者集思廣益開創一套台灣模式的合理制度，值得國人深思。

## 後記

長期照護保險畢竟和醫療保險不同，給付上很難拿捏。再怎麼說，照護服務給付不像醫療給付的適用範圍廣泛，只有 1 成的老人可能使用，其他 9 成健康可行動的老人很少用到。同時，為防止過度給付等道德危險（moral hazard）氾濫，給付的審查資格勢必嚴苛。有關日本介護保險實施後的效果與評價，有待後續追蹤及檢討。

## 參考文獻

- 丸尾真美（1996）市場指向の福祉改革，日本經濟新聞社。
- 大野勇夫（1998）新醫療福祉論，ミネヴェア書房。
- 小良林二等編（1994）高齢社會と在宅福祉，日本評論社。
- 山井合則等（1998）日本の高齢化社會，岩波書局。
- 川村匡由（1999）介護保險總點檢，ミネヴェア書房。
- 中華民國人口學會出版（1998）跨世紀台灣人口與相關現象。
- 內政部印製（1997-1999）社區發展季刊，80：84-88。
- 加藤菌子（1999）介護保險と人權，かもがわ出版。
- 広井良典（1999）日本の社會保障，岩波書局。
- 広井良典（1999）醫療保險改革の構想，日本經濟新聞社。
- 伊藤周平（1999）介護保險，青木書店。
- 坂本重雄（1997）社會保障改革，勁草書房。
- 李光廷著（2001）台灣と日本における高齢者の扶養と福祉政策の比較研究，日本櫻美林大學（2000）學年度博士論文。



李光廷撰（1994）日本與我國老人福利制度下醫療保健措施之比較，文化大學碩士論文。

杉本敏夫編著（1999）高齢者福祉論，ミネヴェア書房。

里見賢治等（1996）公的介護保險に異議あり，ミネヴェア書房。

京極高宣（1997）介護保險革命，ベネッセ。

京極高宣（1997）介護保險の戰略，中央法規。

岡本祐三（1994）醫療と福祉の新時代，日本評論社。

岡本祐三（1998）高齢者醫療と福祉，岩波書局。

社會保障研究所編（1995）社會保障論的新潮流，有斐閣。

社會保障研究所編（1986）社會福祉改革論Ⅱ，東京大學出版社。

金子勇（1995）高齢社會、何がどう変わるか，講談社現代新書。

食品流通情報センター 介護サービス統計資料年報2000。

宮武剛（1995）介護保險とは何か，保健同人社。

宮武剛（1997）介護保險のすべて，保健同人社。

荒木誠之（1999）生活保障法理の展開，法律文化社。

朝日新聞、日本經濟新聞、產經新聞各年度。

樋口恵子編（1997）介護が変れば老後も変わる，ミネヴェア書房。

醫療保險制度研究會編集（1999）目で見る醫療保險白書，きょうせ。