

## 日本介護保險制度<sup>\*</sup>之初探：經驗與啟示

林淑馨<sup>\*\*</sup>

### 《摘要》

隨著我國人口結構的改變，老化及失能人口快速增加，長期照護需求有快速成長的趨勢。我國長照十年計畫雖始於 2008 年，但相關討論多圍繞於制度設計，如資金籌措與分配等，加上主管機關散見不同單位，造成服務提供較為完善的縣市多在都會地區，而長照保險也尚停留在規範階段，顯示我國的長照制度仍有相當改進檢討的空間。

反觀日本的介護保險制度自 2000 年實施至今以來，每隔三年進行一次檢討修正。日本的介護保險是社會保險制度改革的第一步，標榜維護老人自立與尊嚴，有照護負擔公平化、服務提供市場化、長期照護社會化、服務選擇自由化等特色，屬於「有選擇的福利」。

研究結果發現，藉由日本經驗所獲得的啟示有五：1. 將公私協力概念融入長期照護政策；2. 長期照護制度的推行與地方自治的落實密切相關；3. 資訊公開對於政策執行的必要性；4. 服務內容應力求簡明化與區域化；5. 實物給付為積極性社會福利的表現。

[關鍵詞]：長期照護、長照保險、日本、公私協力、市場化

---

投稿日期：107 年 6 月 21 日。

\* 日文的「介護」兩字，中文之意即為「照護」，故日本介護保險相當於我國的長期照護保險。為尊重日本法制原意，本文在提及該國相關制度時，皆以「介護保險」稱之。

\*\* 國立臺北大學公共行政暨政策學系教授，e-mail: susin@mail.ntpu.edu.tw。

## 壹、前言

隨著我國人口結構的改變，老化及失能人口快速增加，長期照護（以下簡稱長照）需求有快速成長的趨勢。據推估自 2012 年到 2018 年，我國人口自然增加之 65 歲以上失能老人總數，從 42.7 萬增加到 55.5 萬，成長率高達 30%。因此，長照已成為近期歷任政府積極投入的政策領域。為因應高齡化所產生的照顧需求，我國自 2008 年起分階段建立長照制度：第一階段長照十年計畫，奠定基礎服務模式；第二階段長照服務網計畫及長照服務法，建置普及式服務網路，充實量能，發展在地資源（衛生福利部，2016：41），行政部門首長也公開宣示要推動成立長照專責行政機構，顯示政府整體也已體認到此議題之迫切性與重要性。

然回顧我國長照十年計畫自 2008 年正式推動至今發現，目前長照政策的討論多圍繞於制度設計，例如資金籌措與分配方式、實際服務如何輸送等。加上相關法令與主管機關分散於不同單位，造成服務提供較為完善的縣市多集中在都會地區，而我國的長照保險也尚停留在規範階段，未有具體服務內容與方式（方敬綸、劉淑娟，2013：11-12）。

相較於我國，1970 年代末期，日本在中曾根政權的領導下，打出「不增稅的財政再造」口號，實現「日本型福利社會論」，著手改變社會福利與社會保障制度。具體而言，在 1986 年召開的全國社會福利協議會中所揭示的「社會福利改革基本構想」，主張社會福利自由化，企圖藉由彈性化路線，導入民間活力，最後完成「福利相關八法」<sup>1</sup> 的修正。爾後以此為基礎，陸續於 1994 年描繪出「21 世紀福利願景」，指出福利社會藍圖應由公私部門各自分擔責任，以建構「自助、共助、公助」的重疊福利體系。到了 1998 年，更推動「社會保障結構改革」，創設介護保險制度，改革方向有「確立使用者與服務供給者的對等關係、對多樣需要者進行綜合性支援、重視品質與效率、經由多樣主體促進服務供給」等，並進而於 2000 年將兒童、介護、身障者福利等領域服務的供給體制予以重整，同時實施介護保險制度。有別於社會福利制度是強調政府基於「公平」之責，負有保障與照顧人民的

---

<sup>1</sup> 「福利相關八法」是指老人福利法、身體障礙者福利法、精神薄弱者福利法、老人保健法、社會福利事業法、兒童福利法、母子及寡婦福利法、社會福利暨醫療事業團體法。

義務，經費來源以政府稅收為主，介護保險乃是社會保險理念下的產物，著重風險分攤和需求原則，制度設計上較符合使用者付費與責任分攤概念，是一種社會互助的責任分配。

有鑑於此，作者認為由於日本介護保險制度規劃與實施都較我國早，推行經驗也較我國豐富，或許藉由日本經驗，可以提供目前長照制度才剛起步的我國參考與借鏡。也因之，在本文中作者首先整理日本介護保險的制度沿革，了解該法制的立法背景；其次，從被保險人、保險人、財源結構、認定標準和給付程序等面向來介紹該國的介護保險制度與運作，以及修正後的介護保險制度內容；再者，分析日本介護保險制度的特色，並探討該制度所代表的意義，以及該制度所面臨的課題；最後則論述該國實施經驗對我國帶來之啟示。

## 貳、日本介護保險制度的立法背景

### 一、制度沿革

二次世界大戰結束以後，日本因年輕者在戰爭過程中多赴戰場為國捐軀，導致戰後人口結構劇變，迅速邁向「老人國」之列。該國政府為了照顧老人與滿足其需求，在不同階段規劃差異性照護老人作法，此乃日本介護制度的前身。以下簡述之（蔡啟源，2008：433-434）：

#### （一）「家族介護」階段（1945～1962年）

除了對生活困苦之老人施以經濟協助外，扶養、介護等事宜全由家族自行負責。

#### （二）「機構介護」階段（1963～1973年）

隨著經濟的快速復甦，年輕人口陸續湧入都會地區求職，獨居的高齡夫妻比例增加，子女扶養年老、孤立父母的意識低落，故運用機構介護體制與設施來代為照護老人，老人福利法（1963年）則是此階段所制定之法案。

#### （三）「回歸家族介護」階段（1974～1980年）

在此階段中，由於爆發石油危機而影響日本經濟的發展，故喚起民眾「家族共

同體制」的意識，因此照顧家中老人之責任再次被轉回到家庭中輩分較低的女性身上。

#### (四) 「民間介護」施行階段 (1981~1985 年)

受到少子化與婦女進入職場機會增加之影響，核心家庭難以照顧自家老人，迫使政府部門介入以解決該問題。另一方面，活用民間力量來「共興介護服務」遂成為趨勢。在此階段，著名的是 1982 年制定，1983 年實施的老人保健法。

#### (五) 「在宅介護」階段 (1986 年~現在)

日本政府為加強應用社會資源，以補充家族成員介護之不足與限制，實施「在宅介護服務」。一時間，在宅介護服務乃成為區域福祉的主要施行目標，同時還以「輔導改善介護機構與設施」為輔，強化機構設備與培訓照護人才，來策劃、推行「黃金計畫」系列服務措施。整體而言，此階段可以說是日本介護保險制度發展最蓬勃的階段，各項法規與計畫皆在此時頒布施行，較為著名與重要的法案和做法如下：1990 年的「高齡者保健福利推進十年策略」（又稱「黃金計畫」，Gold Plan），<sup>2</sup> 1991 年將相關福利法修正，通稱「福利相關八法」，1993 年修正醫療法，1994 年討論「黃金計畫」的施行結果，並將其修正改稱為「新黃金計畫」（New Gold Plan）並予以執行；1997 年通過介護保險法，2000 年 4 月開始實施「介護保險制度」，更進而在 2005 年修正介護保險法。

綜上所述得知，1990 年代以前，日本僅藉由 1963 年制定的老人福利法保障低收入或獨居老人，除對低收入老人免費提供照護服務外，其餘皆需經由資產調查。之後雖也針對其他人口群陸續制定生活保護法、兒童福利法、身體障礙者福利法等，但 1980 年代以前，整體政策仍以健康服務的發展為主。直到 1980 年代以後，因意識到少子高齡化的危機，才開始重視功能障礙老人的福利措施，如改革年金制度、推動老人照護住宅方案、開辦照護工作者訓練證照制度等，強化 40 歲以上 70 歲以下中高齡者的綜合性保健服務。由此觀之，這時期的政策發展已有從「選擇性福利」（資產調查之低收入老人）轉為「普遍性福利」（一般老人）的跡象。

---

<sup>2</sup> 該計畫為日本實施高齡者保健福利施政之依據，預計所需總費用超過 6 兆日圓。

## 二、介護保險法的制定

### （一）社會背景

日本介護保險制度的立法，除了受到 1994 年德國聯邦照護保險法的影響外，國內急速的社會變遷也是重要因素。試整理分述如下：

#### 1. 高齡化社會導致需要長期照護人數增加

日本於 1995 年成為高齡社會，需要照顧的老人急速增加，達到 200 萬人。根據厚生勞動省估計，臥床或認知障礙等需要照顧的老人，在 2000 年約有 280 萬人，2010 年約增加到 390 萬人，到了 2025 年時更將擴增為 520 萬人，其成長率為 160%，需要長期照護的人數大幅增加。在需要長期臥床的老人中，臥床時間達 3 年以上者，占 53%，1 年以上者更高達四分之三（川村匡由，2000：182；林藍萍、劉美芳，2005：82），顯示老人照護有長期化、重度化的趨勢。

#### 2. 對老後生活的不安

根據一項有關老人長期照護的日本國民意識調查顯示，有 89.3% 的民眾對於老後感到不安。至於感到不安的內容則以「自己或配偶長期臥床或癡呆而需要長期照護」和「自己或配偶虛弱而容易生病」，各占 49.4% 為最多，其次是「擔憂老後的生活資金」，占 35.5%（李光廷，2001：72-84；林藍萍、劉美芳，2005：82）。而老人害怕生病後無人照護與被社會淘汰的孤獨感、無助感，也是催生這項制度的重要原因。另外，隨著高齡者與子女同住的比例持續下降，高齡夫婦家庭顯著增加，導致老人照顧者的年齡逐漸高齡化，形成「高齡者照顧高齡者」的情形，這也是促使老人感到不安的因素（佐藤信人，1999：22）。

#### 3. 醫療保險財務發生危機

醫療保險財務困窘是另一項難題。1956 年，日本第一版的《厚生白皮書》中即揭示日本的社會保障架構是以年金制度確保國民經濟安全，以醫療制度守護國民健康。此後陸續於 1961 年實現「全民保險，全民年金」政策，並於 1973 年修訂醫療保險與年金制度。整體而言，日本社會保險費用中將近 9 成都是由醫療與年金系統

支付。然而，大幅增加的老人醫療費用中，卻有高達 13% 是不當的運用。據估計，不當運用的老人醫療費用，一年約浪費醫療保險經費中的 1 兆日圓（渡辺俊介，1997：12-22）。

此外，如參考 1994 年版的《厚生白皮書》得知，日本導入「介護保險制度」的近因可以歸納為下列四項（川村匡由，2000；李光廷，2001：74-82、2003：155）：

（1）隨著高齡化的發展，失智、失能與虛弱等需要照顧的老人日增，以現有的財力物力規模估計，未來所能提供的長期照護服務將大量不足。

（2）獨居老人、獨立老夫婦家庭不斷增加，女性進入社會的機率增大，老人喜歡居住家中，但期待家人照護的困難度卻增高。

（3）過去國民保險及福利服務等靠行政處分執行，使用者無選擇服務的自主性。

（4）老人醫療費支出持續擴大，嚴重影響社會保障給付支出，年老世代與年輕世代的費用負擔不公平等。

事實上，在未有介護保險之前，日本的介護服務是根據「措置制度」（即行政處分）提供，收費方式採量能負擔，不足者由政府補助。過去對於收容並照護老人及身心障礙等事業，由地方政府（包括地方公共團體、社會保險相關團體等市町村的準公共機關）自營或委託非營利的福利事業團體（社會福利法人）經營，一般營利事業不得加入營運，營利事業只能經營和居家照護有關的業務，以及老人安養之家。長期以來，社會福利法人得此特權而能以較高的薪資，聘用經驗豐富且擁有年資資格的職員提供服務，民眾對於這些非營利團體也抱持相當大的信任。然而機構照護一般以收容低收入戶的老人為優先，隨著高齡化的發展，床位早已供不應求，一般老人如想住進公立醫療機構，其困難度很高，除非選擇偏遠地區（李光廷，2003：146-147）。

然而實施介護保險之後則有所改變。機構照護領域雖仍以非營利的福利事業團體為主，但進住條件取消「低收入者優先」的限制，而改以「需照護程度」為收容標準，以便擴大福利對象。居家照護事業更是大量引進民間投資，以解決照護服務供需不平衡問題。同時導入使用者（消費者）為本位的契約型給付方式，收費時採量益負擔，使用者可以依個人需要而選擇服務，且依服務內容合理付費，一方面可

提高使用者的自主權，另一方面可以藉由市場競爭機制來提高服務水準。故在介護保險實施後，政府乃退居監督地位，國家財政赤字還可以因而獲得紓解（參考表 1）。

表 1 介護保險制度下組織型態別服務提供領域

組織型態	居家照護服務	機構照護服務	擬定長期照護計畫表
社會福利法人 (公設民營)	○	○	○
公益法人 (民間非營利)	○	×	○
醫療法人等 (民間非營利)	○	○	○
民間企業 (民間營利)	○	×	○
農協、NPO 等 (民間非營利)	○	×	○
地方自治公共團體 (公營)	○	○	○

資料來源：李光廷（2003：147）。

## （二）立法過程

日本介護保險制度是由厚生省（2001 年改為厚生勞動省）、厚生大臣諮詢機構、總理府（2001 年改為內閣府）諮詢機構經過多次的研討與商議所制定而成，其立法過程約可以簡單整理如下（川村匡由，2014：42；增田雅暢，2016：33）：

### 1. 構想的提出

厚生省於 1994 年 4 月設置「高齡者介護對策本部」，7 月舉辦「高齡者介護、自立支援體系研討會」，同年 12 月發表「新介護體系構想報告書」，建議以自立支援體系為基本理念，指出高齡者的照護不僅是照護癱瘓老人，更必須積極建立老人的資源體系，重視老人的選擇，並採用社會保險方式創立長期照護體系。同年 3 月，厚生大臣諮詢機構之「高齡社會福利展望懇談會」擬定「二十一世紀福利展

望」報告書，將傳統高齡福利的施政重點從「設施福利」轉換為「居家福利」，指出應以社會保險方式來制訂高齡者照護制度。該報告書中建構介護保險意圖具體明確，同時介紹介護保險的概念、保險的主體、財源與保險制度等內容。

## 2. 社會保障體系的重建

1995 年 7 月，審議會向村山內閣提出「社會保障體系重建—迎向能安全生活的二十一世紀社會」案，有 3 項建議，包括：（1）社會福利的財政分擔應依「社會連帶」原理，以維持公費和保險費負擔之平衡；（2）制定介護保險制度；（3）社會保障制度改革應以自立自助、抑制公共福利、運用民間活力為方向。同一時期，厚生省亦由「老人保健福祉審議會」提出「確立新的高齡者介護體系」方案，建議政府開辦介護保險制度。

## 3. 介護保險關連三法的審議與通過

1996 年 4 月開始，厚生省在短期審議修正該法案後，於同年 11 月向國會提出「介護保險關連三法案」，從而於 1997 年 12 月通過介護保險法、介護保險法施行令與醫療法（部分條文修正）等相關法案。

## 參、介護保險制度的概要

日本介護保險制度是根據介護保險法所設定的強制性社會保險制度（坂口正之、岡田忠克編，2009：132）。該制度由中央、都道府縣及市町村各級政府共同負擔長期照護制度經營，委託營利與非營利機構提供照護服務之強制性社會保險制度（40 歲以上的國民強制加保）。主要內容如下：

### 一、被保險人

日本介護保險制度以年滿 40 歲以上的國民為強制保險對象，由於 40 歲以上罹患腦中風與初老期癡呆症等慢性疾病的可能性較高，而且家中父母親成為受照護者的可能性也較強，故以 40 歲作為保險年齡的界限。

根據介護保險法第 9 條的規定，該制度的適用對象可以分為兩大類：一類稱為第 1 號被保險者：為 65 歲以上，身體虛弱、臥床、失智程度，需要介護服務與生



活協助者，需負擔自付保險固定額；另一類則稱為第 2 號被保險者，是指 40 歲以上未滿 65 歲，為醫療保險加入者，且有初期認知症、腦血管障害等引發老化之特定病狀，需要介護服務、生活協助者，保險費負擔是來自健康保險（含雇主依標準酬勞、介護保險課賦率所付之保險費）、國家保險（依個人收入所得、國家分擔之比例原則支付）等（井村圭壯、相澤讓治，2004：88；村川浩一、矢部正治、宮武剛、村田美由紀編，2009：12；岡本祐三，2000：44-45）。

表 2 被保險者的分類與費用負擔

	第 1 號被保險者	第 2 號被保險者
對象	65 歲以上	40 歲以上未滿 65 歲的醫療保險加入者
受給資格	身體虛弱、臥床、失智程度，需要介護服務與生活協助者	有初期認知症、腦血管障害等引發老化之特定病狀，需要介護服務、生活協助者
保險費負擔	由市町村依所定標準計算加以徵收	依被保險人所加入的醫療保險及國民健康保險所定徵收不同金額的保險費
徵收方法	需負擔自付保險固定額	健康保險（含雇主依標準酬勞、介護保險課賦率所付之保險費） 國家保險（依個人收入所得、國家分擔之比例原則支付）

資料來源：村川浩一等人編（2009：15）。

## 二、保險人

介護保險法第 3 條規定，介護保險的法定保險人由市區町村與特別區（東京 23 區）擔任，其任務有負責管理保險收入（保險費、統籌分配款）及支出（給付費、審查費）、提供需照護程度、給付額度等資訊，並將統計資料向管轄的都道府縣報告，以及監督各相關機關。原則上，各市區町村獨立成為保險人，但對於轄區較小且受財政、環境限制的市區町村，可聯合其他轄區共同營運。而介護保險法第 5 條和第 6 條也規定，中央政府、都道府縣、醫療保險單位、年金保險單位等需支援介護保險的保險人來經營介護保險事業（村川浩一等人編，2009：12）。

### 三、財源結構

關於實施介護保險中所需要的財源部分，在介護保險法第 7 章「費用」中有明確的規定。如圖 1 所示，介護保險財源的 50% 來自保險費收入，其中 17% 由第 1 號被保險人負擔，第 2 號被保險人負擔 33%，其餘的 50% 由國庫負擔，分別是中央政府負擔 25%，都道府縣負擔 12.5%，市町村也是 12.5%。到了 2006 年，日本調整有關保險費用的負擔，亦即所得額度在一定水準之上的第 1 號被保險人，地方政府僅負擔府八成的費用。<sup>3</sup> 至於機構入住者的介護部分，中央政府負責 20%，都道府縣則是 17.5%。

第 1 號保險金 + 調整交付金 (所得差距調整)	第 1 號保險金 17.0%	
第 2 號保險金	第 2 號保險金 33.0%	
租稅負擔	中央 25.0%	都道府縣 12.5%
		市町村 12.5%

圖 1 日本介護保險的財源調整結構

資料來源：岡本祐三（2000：49）。

該制度最特殊之處在於，被保險人所繳納的保費是終身的，即使高齡者是由家屬或自費請人照護而連一次都沒利用保險給付者也不例外。至於低收入者則由政府補助以減輕負擔。第 1 號被保險人的保險費原則上由年金中扣繳，稱之為特別徵

<sup>3</sup> 為了達到世代公平，使該制度能持續實施，自 2018 年 8 月起，年金收入等未滿 280 萬日圓者，地方政府負擔九成費用，年金收入等超過 280 萬日圓未達 340 萬日圓者，地方政府負擔八成費用，但年金收入超過 340 萬日圓者，自費額度則從兩成提高到三成，亦即地方政府僅負擔七成（厚生労働省老健局〈介護制度改革関連法案の概要〉，取自：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/houritu/dl/gaiyo.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%94%B9%E9%9D%A9%E9%96%A2%E9%80%A3%E6%B3%95%E6%A1%88%E3%81%AE%E6%A6%82%E8%A6%81%27>；參閱日期：2018 年 6 月 5 日）。

收，全國年金受給者約八成由年金特別徵收，年金給付不足以負擔保險費者，個別向市町村繳納，通常與國民健康保險費一併繳納，稱之為普通徵收。至於市町村徵收的保險費額，其標準由各地區保險主體（市町村及議會）依當地服務量需求自行訂定，因此有居住地的落差。市町村的保險給付財源，利用者的量益負擔約占 10%，其餘費用一半來自市民繳納的保險費，另一半由租稅負擔。簡言之，自付額以外的介護保險財源中，第 1 號、第 2 號與政府三者間的比例大約是第 1 號：第 2 號：政府=1：2：3。

第 1 號被保險人的保險費性質近似專款專用的地方稅，第 2 號被保險人的保險費由中央基金集結後，和租稅一同交付給市町村。老人人數多的地區，中央交付的統籌分配款相對較多，而老人人數較少的地區，中央所交付的統籌分配款相對較少。換言之，高齡化較高的市町村所獲得之補助金較多，高齡化低於全國平均數的市町村，其第 2 號被保險人繳納的保險費透過全國集結後，則轉移至高齡化較高的地區。另外，為了安定市町村的介護保險財政，都道府縣設置有財政安定基金，其財源負擔比例為中央的三分之一，都道府縣三分之一，第 1 號被保險人保險費三分之一。對於經濟條件較差而保險費徵收不足的市町村，其不足額的二分之一由保險財政安定基金補助（岡本祐三，2000：51-52）。另外，保險保健服務費由第 1 號被保險者的保險費支付，而保險事務費，也就是照護需求認定及支援需求認定所需的保險事務費則由國庫負擔 50%。據估計，總照護經費約 4.2 兆日圓，其中機構照護 3 兆日圓，居家照護 1.2 兆日圓。

#### 四、認定標準

介護保險法第 14 條規定，市町村必須設置介護認定審查會，稱為「認定審查會」。該會的委員由市町村長任命，由保健、醫療、福利等相關學識經驗的照護專家組成（第 15 條），該認定審查會為一獨立單位，以確保審查的公平公正。

此外，介護保險法第 7 條規定，第 1 號被保險者及第 2 號被保險者的介護需求認定標準有如下的差異（村川浩一等人編，2009：18-19）：

第 1 號被保險者的介護需求認定可以分為兩種：一種是需要介護狀態（介護保險法第 7 條第 1 項）：亦即法律上所規定需要介護的狀態係指身體上或精神上的障礙，致使被保險人的入浴、排泄、飲食等日常生活的基本動作一部或全部受到限制

而無法改善，並在厚生省所規定的期間內持續需要長期介護，且其需要介護的程度符合厚生省所訂定的需要介護狀態項目；另一種是有需要介護之虞狀態（需要支援者）（介護保險法第 7 條第 2 項）：是指法律上所定需要支援者的情形係指身體上或精神上的障礙，在厚生省所規定的期間內持續產生生活不便之虞，但不屬於厚生省所訂定的需要介護項目。

至於第 2 號被保險者，根據介護保險法第 7 條第 4 項及介護保險法施行令第 2 條規定，是指因腦中風、初期老年痴呆症等特定疾病（即老化併發症）所導致需要長期照護的狀態；或是需罹患筋萎縮性側索硬化症（*amyotrophic lateral sclerosis*，簡稱 ALS）、骨質疏鬆症所引發的骨折、腦血管疾病、脊髓小腦變性症、慢性關節炎、痛風、慢性閉塞性肺病等 15 種特定疾病需要介護或有介護之虞，才可提出申請。

## 五、介護保險給付

### （一）給付種類與型態

介護保險法第 18 條規定，介護保險的給付種類有兩種：一是介護給付，給付對象為需要介護者；另一種為預防給付，給付對象為需要支援者。又，同法第 42 條也規定，介護保險的給付方式以實物給付（服務給付）為原則，遇到特別情況才給予現金給付。現金受益者以給付本人為原則，並且限制需要照護程度 4 級或 5 級之重度需要照護者，且需一整年未利用保險給付。同時，家庭照護者本身擁有居家照護員資格才得以給付。由於條件嚴苛，申請現金給付者寥寥無幾。

### （二）給付要件與限制

介護保險依據照顧需要提供服務，不考慮其財務狀況與家庭結構情形。一般而言，依其照護的需求程度分為居家服務和機構服務兩類，前者的服務內容包括訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居家復健、門診復健等，後者則涵蓋老人照護福利機構、老人照護保健機構以及照護療養型醫療機構。居家照護服務根據需要照護的程度設定保險給付金額，而針對進駐機構的需要照護者，也根據入住機構的照護差異設定給付金額。照護費用基準由「醫療保險福利審議會」另行規定。除了最輕微的照顧需要者外，在擬定照顧計畫後，符合受益的個案除可在居家服務和機構服

務中自由選擇外，也可以以受益者的自主意願為優先，於給付額度內，自由選擇服務提供單位，以及自由組合服務項目，只要在給付限度範圍內皆可互通，並合計總給付點數計費。自 2002 年 1 月起，用不完的給付額度更可轉移選擇短期住宿照顧服務。若當事人擁有其他的社會福利服務資格（如身障等），則以社會福利服務為優先。同一對象介護保險不重複給付，即照護所需的費用總額先由社會福利部分的給付抵扣，剩餘的費用則由介護保險給付（王增勇等人，2005）。

### （三）給付項目

介護保險的法定給付項目包括「照護給付」和「預防給付」，以及各市町村依條例設置的「特別給付」三項。「特別給付」即各市町村可依當地居民之需要而成立老人福利保健福利事業，提供保險給付以外的服務，但其財源及給付對象規定必須透明公開。而保險給付則依需照護程度的輕重限定給付額度，使用者使用各種服務時，原則上必須負擔該項服務報酬費的 10%，超過使用上限額度者，自行負擔全額。而入居機構或利用日間照護服務者，除需負擔部分膳食費用外，日常生活費用需自行負擔。另外，若需求者每月部分負擔超過一定額度時，依照身分別，經過市町村核定後，則可申請「高額照護服務費」，其超過部分由保險全額給付。

## 六、介護保險的給付程序

當被保險人有照護服務需求時，必須接受照護需求認定機構之審查，如保險單位、市町村及照護認定審查會，其具體程序如下：被保險人向所在地的市町村提出申請，然後市町村開始展開審查，照護認定審查會根據訪視調查結果與主治醫師意見進行審查、判定，市町村決定是否支付保險給付，通知被保險人認定結果。被保險人可委託指定在宅照護服務支援機構代理提出申請。調查部分由市町村的職員直接進行或將該服務委託給在宅照護服務支援機構與介護保險機構的照護管理師進行。

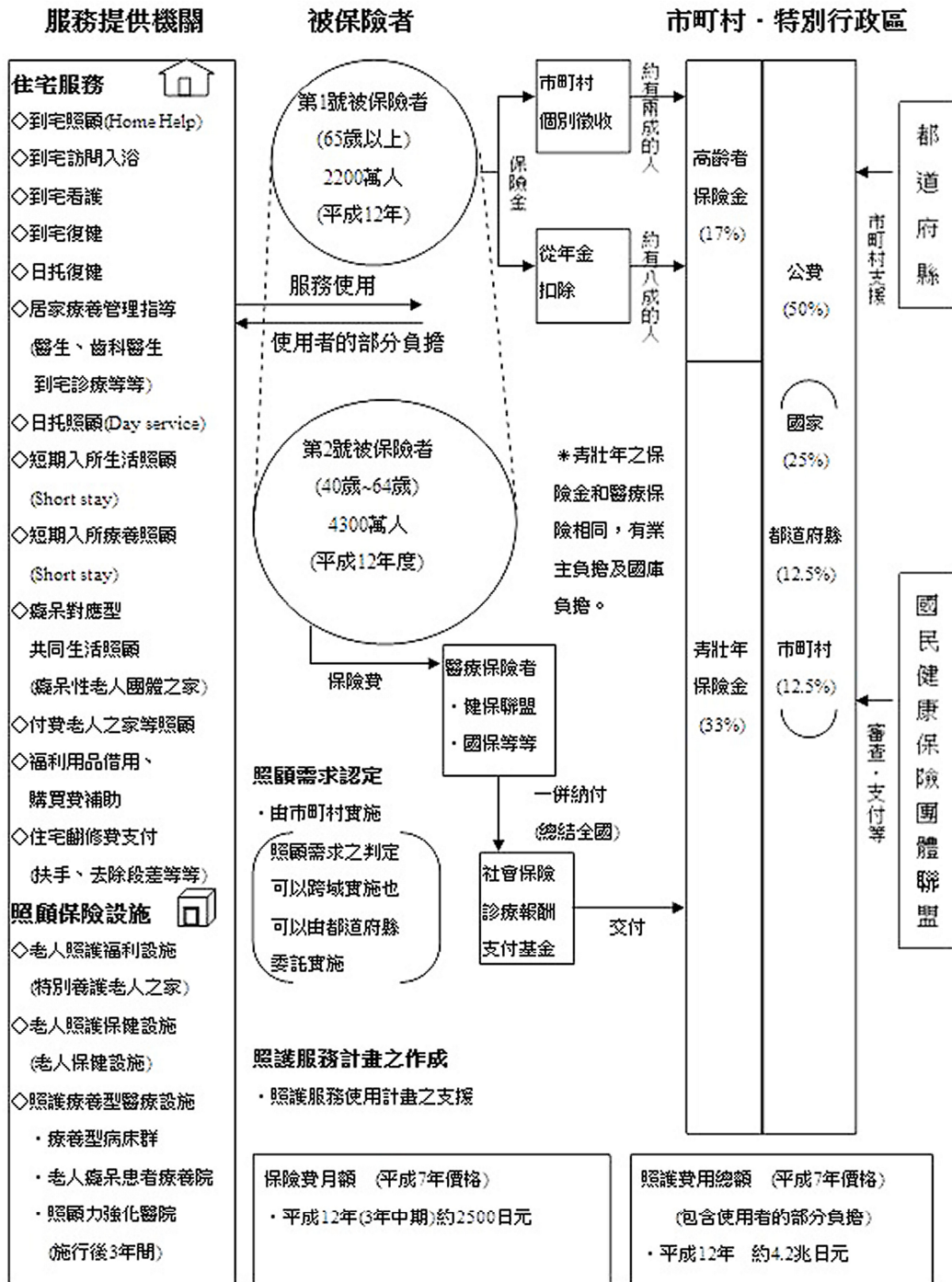


圖 2 日本介護保險制度概要

資料來源：村川浩一等人編 (2009：16)。

## 七、介護保險制度的修正

日本政府考量老人人口增加的速度遠超過預期，罹患失智症老人人數正以倍數不斷增加，以及老人單人家戶持續增加等趨勢，在制定介護保險法時於附則第 2 條規定，該法實施後 5 年內需進行全面性檢討，之後每隔 3 年修正一次。故介護保險制度首次 2005 年進行修正，並於隔年 4 月施行，重要修正方向與內容如下（二木立，2007：233-251）：

### （一）建立預防性服務體系

由於考量輕度患者人數大幅增加，且先前對輕度失能者所提供的服務無法改善其狀況，因而提出兩項修正策略：一是建立預防給付之體系，二是建立區域型支援體系。前者為預防惡化及減輕照護程度，建立以輕度失能者為對象之預防給付制度，而管理方面由「社區整體支援中心」負責；後者是將有可能接受與支持和有介護需要的老人列為介護預防的服務對象，並將預防照顧納為介護保險制度的一環。

### （二）重新評估機構給付標準

有鑑於居家與機構服務使用者的公平性有待商榷，且介護保險與年金給付部分有明顯重疊，因此重新評估住宿費及伙食費給付標準，刪除介護保險給付中對於機構式服務住宿費、伙食費的給付。另外，為減輕低收入者使用服務的經濟障礙，重新檢討低收入者的補助標準。

### （三）建立新型服務模式

因考量獨居老人和失智症老人持續增加，為強化居家支持服務體系，研擬預防老人受虐之對策，加強醫療與介護體系的互動，特建立新型服務設施，如建立區域密集型服務模式、區域整體支援中心，以及充實居家型服務模式。

### （四）提升服務品質

由於考慮被取消特約資格的服務單位陸續增加，品質的保證乃成為新興議題。故透過建立資訊公開的標準化程序、重新檢討服務提供單位的評估標準，以及重新評估照顧管理制度等 3 項策略進行以保障和提升服務品質。

## （五）重新評估負擔方式及營運制度

新法因考量低收入戶的可負擔性、提升使用者的便利性、減輕鄉鎮市的事務負擔，以及建立更具主體性的保險經營方式，特別重新評估保險費設定標準與收費方式，強化鄉鎮市長對服務提供單位的調查權限，並設定鄉鎮市事務之委外相關規定。

爾後，介護保險制度又陸續在 2008 年、2011 年和 2014 年進行 3 次修正。若歸納這幾次的修正內容，主要有下列兩項重點（增田雅暢，2016：59-61）：

一是修正後的介護保險制度擴大了市町村的功能。介護保險制度剛引進時，由於民間業者參與熱烈，原本提供訪問介護服務的市町村大多取消該項服務。故在介護保險制度實施後，市町村並非服務供給主體，而是成為介護保險財政或管理被保險者、實施需要支援或介護認定、規畫介護保險事業計畫的相關業務的中心。然而在 2005 年的修正中，導入由市町村監督指導區域貼身型服務、介護預防事業或區域支援中心營運，亦即市町村成為上述事業實施中心的區域支援事業。至於在 2011 年和 2014 年的修正中，將市町村定位成需負起建構區域照護體系的責任者。甚至在 2014 年的修訂中更是賦予所有市町村實施介護預防、日常生活支援總合事業的義務。如此一來，市町村的業務量大增，也產生區域落差，此不僅攸關財政狀況，也因職員數或行政能力而有相當差異。故今後從減輕市町村業務負擔的觀點來看，持續修正該制度是有其必要。

二是多數修正的觀點是基於抑制介護保險財政負擔的增加為出發點。例如 2005 年修正設施服務的餐費、居住費用需自行負擔；2014 年則修正一定所得以上的使用者負擔增加等。然而，修正後的制度所帶來之財政效果實遠不及 2014 年介護保險給付額超過 9 兆日圓。換言之，隨著高齡化的進展所帶來的需介護者的增加，以及保險給付額的擴大，公費負擔的增加或提高保險費用是可以預期的。因此，今後持續抑制財政負擔或為了財政效率化而進行改革是有必要的。



## 肆、日本介護保險的特色與意義

### 一、特色

日本的介護保險和醫療保險一樣，民眾在參加保險後，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，日本一方面宣稱介護保險是社會保障制度改革的第一步，有維護老人自立與尊嚴的劃時代需要，另一方面也標榜介護保險是實現地方分權化的先驅，是「有選擇的福利」（李光廷，2001：73）。關於日本介護保險的特色，綜觀學者的論述約可以整理歸納如下（川村匡由，2014：178-181；佐橋克彥，2002：144-146；村川浩一等人編，2009：2-4；李光廷，2001：73-74；莊秀美，2005：110-112）：

#### （一）醫療福利一貫化、專門化

日本介護保險試圖整合老人福利及老人醫療兩個體系，以避免負擔不公平的弊端。原來由老人健保所支付的照護服務費用，可隨介護保險制度的開辦而吸收。將醫療保險與照護保險分開，使一般的國民醫療保險體系，不致因過多照護費用而產生財務困境，也可落實社會保障改革的基本方向。另一方面，該制度提供使用者充分資訊，由支援長期照護專門人員負責設計支援老人及家屬的長期照護計畫表，並由受過專門訓練的「長期照護福利士」（care worker）及「居家照護服務員」從事照護服務的工作。

#### （二）照護負擔公平化

介護保險的構想乃基於國民共同連帶之理念，建構明確的給付與負擔關係，以社會保險方式，由社會全體共同分擔照護責任，明確規範保險費負擔與保險給付，以達負擔的透明性與公平性。換言之，照護負擔不受服務場所的限制，對於服務的種類、內容，不會有使用手續、使用者負擔等不合理的差別待遇。

#### （三）服務提供市場化

介護保險制度開放私部門加入長期照護服務的提供，只要取得在宅服務的法人資格，原則上民營社會福利機構亦可加入照護事業的經營之列，且其營運經費非來

自政府的補助金，提供照護所收取的費用即成為機構的主要財源，長期照護轉換為自由市場主義的服務提供體系。除了充分運用民間活力擴大服務的供給之外，介護保險制度的實施改變過去一貫由行政主導的照護服務提供，行政機關喪失福利裁量權，福利事業團體成為服務提供主體，並依契約提供使用者各種照護服務。

#### （四）長期照護社會化、社區化

介護保險制度規定只提供服務給付，除特殊情況不提供現金給付，目的在於推動長期照護社會化，避免女性受限於照護工作，形成照護家庭化。其次，由家庭單獨長期照護工作，不但照護者身心負擔過重，難以確保服務品質，也給無心投入照護政策計畫的市町村推卸責任之藉口，並將造成原本就發展遲緩的社會福利停滯不前。另外，基於在地老化原則，盡量讓老人留在原來的社區內安養，介護保險的目標乃是建構以居家照護為主，機構照護為輔的長期照護服務體系。由於企業及 NPO 法人的加入，老人取得居家照護的容易度及選擇多樣化服務的可能性大為提高。

#### （五）服務選擇自由化

過去依「措置制度」規定，照護服務內容及服務提供機構，如「特別養護老人院」的入住資格及機構決定等，非基於使用者立場來選擇，而是由社會福利行政機關自行認定並決定服務內容。換言之，服務的選取並非依老人的意願，而是在行政權的裁量下決定老人是否能夠入住機構。而介護保險制度乃根據市場主義，提供服務的福利機構與服務使用者基於「自由契約制」，由使用者（或家屬）與機構直接簽訂契約，賦予使用者享有福利選擇權，可以自由選取服務，綜合利用保健、醫療、福利之綜合照護福利服務等，機構也必須與照護者明確交涉，簽定明文契約並落實服務內容等。

## 二、意義

關於日本介護保險的制度設計，作者整理相關學者專家（川村匡由，2014：178-181；村川浩一等人編，2009：2-4）之論述，提出下列幾項意義：

## （一）充實介護服務的質與量

介護保險制度實施的最主要意義，是對老人介護服務質與量的充實。如前所述，根據厚生勞動省的資料統計，市町村老人需求的調查顯示，未來需要介護的老人人數，可能會從 1993 年的 200 萬人次增加到 2025 年的 530 萬人次。由此可知，介護保險制度的實施可視為是確保介護服務總量的一項策略。

## （二）建構明確的服務供給體制

實施介護保險制度的第二項意義，乃是建立老人介護服務量的充實供給服務體制，亦即介護服務基盤整備的明確化。在中央方面被要求實現「黃金計畫 21」等政策責任，而都道府縣、市町村則被具體賦予達成老人保健福祉計畫與實施責任；亦即各級政府需根據其職能提供福利服務且承擔責任。

## （三）培養使用者本位服務與權利意識

介護保險制度是以實現使用者本位服務為前提，介護保險費的繳交和其關係，培養國民的權利意識。1994 年所制定的「新黃金計畫」的理念之一，在於使用者本位、自立支援。基本而言，乃是尊重高齡者本身的意願，決定其所需接受的服務項目，同時也讓使用服務的高齡者可以清楚瞭解介護保險制度所具有的支援意義與內容，使其可以透過活用高品質的介護服務，盡可能地保障其自立的生活狀態。

另外，介護保險制度導入社會保險方式，要求 40 歲以上的國民負擔介護保險費用，除了降低公費負擔比率外，也意味使用者負擔新制的實施。相較於以國民稅收來支付保險費的方式，由被保險人自行支付容易讓使用者意識到有關保健福祉服務的權利義務。

## （四）對「選擇、契約」的重視

介護保險制度的實施在於廢除傳統的「措置制度」，將其改為自由選擇的「契約方式」。過去的「措置制度」是直接由行政當局主導、計畫、實行、管理各項服務，無「市場」與「競爭」概念。因此，廢除「措置制度」並改為基於市場原理的「契約方式」，乃是尊重市場與競爭機制的結果，同時賦予使用者自由選擇權。也因之，介護保險制度的實施可視為是政府觀念從「措置」制度轉變為重視「選擇、契約」的一項結果。

## （五）財源負擔明確化

如前所述，介護保險制度實施前，提供長期照護服務被視為是行政處分，一切由市町村決定，被處分者所需的照護經費大部分由公費負擔，少部分於進住機構時以量能負擔方式綜合收費。由於負擔極低，一般民眾多無成本概念，又因為是行政處分，故民眾即使對服務的內感到不滿意，也無選擇的餘地。但介護保險實施後，負擔與給付關係明確化，使用者對於給付內容雖有足夠的選擇權，卻也同時必須負擔一定的自付額，不但在財源負擔明確，可採租稅或社會保險方式籌措，也間接賦予民眾成本概念。

## 伍、日本介護保險制度的課題

日本介護保險制度實施至今已超過 18 年了，雖然歷經多次修正，但制度本身仍未臻完善，依然有改善空間。作者整理該制度所面臨的幾項重要課題如下（莊秀美，2000：238-239；牛越博文，2005：157-162；鈴木亘，2017：8-12）：

### 一、被保險人年齡與保險給付範圍

在介護保險制度中規定第 2 類被保險人（40 歲以上國民）必須繳納保險費，看來似乎符合社會扶養與世代連帶之社會保險理念，但對於第 2 類被保險人的保險給付卻只限於「老化併發疾病」所導致的需要照護者，暗示 64 歲以下的身心障礙者並非保險對象，保險給付與保險負擔之間差距甚大。照護保險制度理應統合身心障礙者福利與老人福利兩大領域，否則將招致身心障礙者的不滿。另外，被保險人的年齡是否以 40 歲為界限也應該詳加檢討，如有學者就指出，若從負擔平準化的觀點來看，或許應下修被保人的年齡至 20 歲，以擴大被保險人的範圍，從而延長保險費的徵收。

### 二、需照護認定的執行問題

日本介護保險制度中的照護認定，雖然是由中央訂定認定基準，不過由於執行單位為市町村，在執行過程中可能發生因執行認定差異而導致不公平，或因人情的負擔而放水，甚至因地方政治人物的施壓而妥協等情形。雖然制度有規定統一的認

定標準，然因執行者的不同，可能會產生些許的差異，衍生出執行時的公平性問題。

### 三、現金給付問題

根據日本介護保險法的規定，除了特殊情況以外，如被保險人居住在離島、山地等照護人力設備十分缺乏的地區，才會給予現金給付，否則基本上是不提供選擇居家照護者現金給付。主要理由，乃是因現金給付容易造成照護居家化，導致女性受到居家照護的牽制；其次，乃是擔心阻礙老人自立，而且由家庭獨立負擔照護工作，不但身心負荷過重，也無法確保照護品質；第三，給無心投入照護政策計畫的市町村推卸責任的藉口；第四，恐造成社會福利服務停滯不前。但從老人及其家人的立場與服務的公平性來看，限制現金給付的規定除了過於嚴苛外，在執行上也較為困難。再加上目前大多數老人都是由家庭負擔照護的狀況來看，因照護而產生的家計困難等現實問題也不容忽視。

### 四、保險費用問題

在照護服務輸送方面，民間部門福利機構的參與可以解決突增的照護需求。但介護保險法實施以後，政府不再補助民間部門福利機構的營運經費，提供照護所收取的費用就成為機構主要的財源。機構為了維持經營收益，不得不提高照護費用，否則不願意加入照護保險的特約機構。因之，訂定照護費用的基準是實施照護保險法的難題。

另外，介護保險的費用來源共分為「使用者負擔」、「保險費」和「稅收」三項。徵收的標準和方法在介護保險制度中皆有明確的規定，萬一被保險人的適用範圍從 40 歲擴大到 20 歲，該保險費應如何計算則成為另一個課題。

## 陸、結語：日本經驗之啟示

雖然臺灣已於 2017 年 1 月正式實施長照政策，但因制度才剛實施，照顧多元化及產業發展都尚未達到日本目前的發展階段，因此借鏡日本的實施經驗應可以作為今後我國在推行該制度的重要參考。茲說明分析如下：

## 一、將公私協力概念融入長期照護政策

從日本介護保險制度的實施經驗發現，隨著少子高齡化問題日漸嚴重，單倚靠政府部門提供長期照護或是由家人擔負老人照護責任，在現在或未來都已經顯得不可能。因此，引進民間業者的資金與專業技術來補足政府部門的不足，無論在日本或臺灣似乎已經成為一種必要的趨勢。然一般認為，在利潤的考量下，民間業者所提供的長照服務之品質應較政府部門或非營利部門遜色，尤其在人口稀少、偏遠地區，民間業者更無意願加入市場提供服務，因此對於是否得以公私協力方式開放長照市場多持保留態度。

若從「供給主體」來看，根據介護保險法規定，介護服務的供給需獲得知事（縣市長）的指定或許可，才能成為服務供給業者。換言之，公部門為了管制業者的加入，設定進入市場要件，只要滿足該要件，即可進入市場，故可促進多樣供給主體的參與。相關資料顯示，2000年4月在介護保險制度剛實施時，提供服務的業者約有12萬9千多所，到了2012年4月提供服務的業者已經增加到36萬3千多所，足足增加近3倍之多（吉田竜平，2013：148）。武川正吾（2004：124）表示，介護服務由營利或非營利等多樣組織來提供，使用者可以自由選擇供給者，故在介護服務領域中，供給者之間會形成競爭，進而可以擴大介護服務市場。另一方面，由於介護所需費用保險者會確實支付，因此使用者的需求得以受到尊重。

由此可知，隨著少子高齡化的發展，由於民間業者擁有成本較低、服務多樣化、機動性強、使用方便等優勢，開放民間業者進入長照市場似乎已經成為一種趨勢。但如何避免民間業者的「吸脂」效應，亦即僅選擇都會區市場條件較佳，或是有發展潛力的地區提供服務，卻將市場條件低、缺乏發展潛力的區域留給非營利組織或政府機關乃是我國今後需思考的課題。

參酌日本經驗得知，未來我國政府部門如決定開放長照市場，即意味著我國福利政策的思考從傳統「以所得維持為中心」轉換為「以照顧服務為中心」，也就是並非以國家作為福利服務的唯一或直接提供者，而是希望透過政府部門與民間部門的合作，來達到服務品質提升與多元化之目的。政府或許可以考慮建立誘因，對於有信譽的民間業者或非營利組織予以鼓勵，透過「認證制度」的實施，以提高組織的知名度與使用者的消費意願。如此一來，才能發揮公私協力的優點，並達到確保

服務品質並維持其穩定性之目的。

## 二、長照制度的推行與地方自治的落實密切相關

目前我國政府推動長照業務是採中央訂定政策與編列預算，而地方政府配合執行分工的方式（鄭文輝、鄭清霞，2008：8）。然由日本的介護保險制度內容得知，該制度的營運主體是市町村自治體，而長照事業的發展也由其掌握居民需要而自行設計。此外，市町村還需負擔部分介護保險的財源。換言之，今後我國在執行長照保險制度時也必須重視地方政府所扮演的角色，可以透過地區總額支付制度的設計，責由地方政府因地制宜，開發照顧資源，設計富有特性的服務項目，然而若未能確實落實地方自治，恐影響該制度的施行成效。另外，對於高齡化程度較嚴重的地方自治體，因居民所需承擔的負擔較重，中央政府如何進行財政調整，是否准許各市町村個別制定不同減免補助辦法，這些對於正面臨長照財源困境的我國而言，應該可以提供值得參考之處。

## 三、資訊公開對於政策執行的必要性

日本政府在政策宣導時，是以「一億人口總動員」的積極態度進行，而政府宣導的前提則是資訊公開，因為唯有資訊公開才足以獲得民眾的理解與合作。由於政府部門妥善運用報紙（全國性和地方性報紙）、媒體與網路，藉由各類管道介紹「介護保險」資訊給民眾，使得無論是東京居民或是偏遠地區的民眾，皆能瞭解「介護保險」制度的內容、必要性與實施概況，並化解老人的孤獨與不安感，這對於我國而言是相當值得參考的作法。我國行政院雖於 2016 年 12 月核定「長照十年計畫 2.0」，並自 2017 年 1 月實施，以因應高齡化社會的照護問題。但因宣導不周、民眾瞭解不清、使用情形不佳而影響執行成效。由於該制度與民眾關係密切，特別是高齡者與經濟弱勢者或資訊的弱勢者，原本就不容易掌握與瞭解制度對本身的影響性。故如能透過各種媒體管道定期播放，甚至鄰里長的宣傳，加強民眾對制度內容和本身權益的瞭解，應有助於制度推動與執行。

#### 四、長照服務內容應力求簡明化與區域化

有研究指出，過去長照業務中慣用「安養、療養、養護、長期照顧」等稱謂，屬性劃分不清，不易理解，常令人感到混淆。故有學者建議，應將其簡化之，方可便民、利民。另外，長照資源之規劃、分配與執行，應以區域需求為考量重心，不能再以行政劃分之社區領域來設限，而是改以區域事態之老人需求實況作為長期照護資源與管理之依據，如此一來才能實際解決長照的需求（蔡啟源，2008：448）。對此，作者認為，政策如欲使民眾能真正瞭解，相關的用詞應予以統一。過去我國在政策的推行上之所以出現困境，除了上述資訊不夠公開、宣導不足外，民眾無法瞭解政策內容，因而造成恐慌或產生不配合的情形也是原因之一。另外，參考日本經驗發現，長照制度的推行雖與地方政府有密切的關聯，但由於各地區老人的需求可能有所不同，如何避免因區域差異而影響其權益，確保服務品質的穩定和多樣化，乃是各地方政府所面臨的重要課題。

#### 五、「實物給付」為積極性社會福利的表現

根據研究指出，一般在社會政策分析上將福利提供分為「現金給付」與「實物給付」兩種方式，前者被認為是強調自由經濟與個人主義的社會價值，後者則是具有社會性集體主義的福利提供方式（傅立葉，2002：7）。如以此作為基礎，再參考日本介護保險制度的內容發現，該法提到除非特殊情況，如被保險人居住在離島、山地等照護人力設備十分缺乏的地區，才會給予現金給付，否則基本上是不提供選擇居家照護者現金給付，而一律給予實施較困難的「實物給付」。換言之，日本的介護保險制度由於強調「實物給付」的服務供給模式，所以制度設計是較符合積極性社會福利政策所強調的普及式照顧服務，而實施「實物給付」的結果，可以減少女性受到家庭的牽制與來自家庭的負擔，促使照護工作公領域化，增進女性的社會參與，這對目前已朝向後工業社會邁進的我國來說是值得參考之處。



## 參考文獻

- 二木立（2007）。**介護保險制度の総合的研究**。東京：勁草書房。
- 川村匡由（2000）。**新・介護保險総点検**。東京：ミネルヴァ書房。
- 川村匡由（2014）。**介護保險再点検**。東京：ミネルヴァ書房。
- 方敬綸、劉淑娟（2013）。論我國推動長照保險與其可能帶來的挑戰。**源遠護理**，7（2），10-13。
- 王增勇、周月清、林麗蟬、張宏哲、郭登聰、陳武宗（2005）。**我國長期照顧服務輸送規劃研究**。內政部委託規劃報告，未出版。
- 井村圭壯、相澤讓治（2004）。**高齢者福祉基本体系**。東京：勁草書房。
- 牛越博文（2005）。**介護保險のしくみ**。東京：日本經濟新聞社。
- 吉田竜平（2013）。介護サービスと障害者福祉サービス市場の問題と運用のあり方—準市場の視点から—。**北海道医療大学看護福祉学部学会誌**，9（1），147-150。
- 坂口正之、岡田忠克（編）（2009）。**よくわかる社会保障（第3版）**。東京：ミネルヴァ書房。
- 村川浩一、矢部正治、宮武剛、村田美由紀（編）（2009）。**介護保險論**。東京：第一法規。
- 李光廷（2001）。以臺灣的家庭價值觀看日本介護保險制度成立的背景與條件。**人口學刊**，22，71-103。
- 李光廷（2003）。日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗。**臺灣社會福利學刊**，3，145-197。
- 佐橋克彦（2002）。我が国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性。**社会福祉学**，42（2），139-149。
- 佐藤信人（1999）。**介護保險 制度としくみ**。東京：建綿社。
- 武川正吾（2004）。日本における福祉国家と市場。載於郡司篤晃（編），**医療と福祉における市場の役割と限界（113-129）**。埼玉：聖学院大学出版会。
- 林藍萍、劉美芳（2005）。德、日長期照護保險制度之簡介。**台灣老人保健學刊**，

1 (2) , 72-94 。

岡本祐三 (2000) 。**介護保険の教室** 。東京：PHP 研究所。

莊秀美 (2000) 。日本的長期照護保險制度。**社區發展季刊** , 92 , 233-241 。

莊秀美 (2005) 。日本社會福利服務的民營化：「公共介護保險制度」現況之探討。**臺大社會工作學刊** , 11 , 89-128 。

渡辺俊介 (1997) 。**介護保険の知識** 。東京：日本經濟新聞社。

傅立葉 (2002) 。積極性社會福利政策：面對全球化的新策略。**台灣智庫通訊** , 4 , 5-7 。

鈴木亘 (2017) 。介護保險實施 15 年の經驗と展望：福祉回歸か、市場原理の徹底か。**学習院大学經濟論集** , 54 (3) , 133-184 。

増田雅暢 (2016) 。**介護保険の検証** 。京都：法律文化社。

蔡啟源 (2008) 。建構「老人長期照護制度」之我見：日本「公共介護制度」經驗之參酌。**社區發展季刊** , 121 , 428-457 。

鄭文輝、鄭清霞 (2008) 。長期照顧保險制度之規劃。**研考雙月刊** , 32 (6) , 3-11 。

衛生福利部 (2016) 。長期照顧十年計劃 2.0 (106-115 年核定本) , 取自：  
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3636-38462-201.html> 。

# A Preliminary Study of the Japanese Long-term Care Insurance Act: Lessons for Taiwan

Shu-Hsin Lin \*

## Abstract

With the change of population structure, marked by increases in the elderly and the disabled, the need for long-term care grows rapidly. In 2008, Taiwan launched the Ten-year Long-term Care Plan. However, the discussion of the plan centered on the system design, such as funding and distribution. Also, responsible authorities are spread among different government agencies. As a result, metropolitan areas have received better long-term care services than rural areas. It looks the Long-term Care Insurance Act is still at the planning stage. All these indicate that our long-term care system has much room for improvement.

The Japanese Long-term Care Insurance Act was first implemented in 2000, and has since been revised every 3 years. It is the first step to reforming the social insurance system. It is a “welfare system with choices”- a system that respects the elderly and emphasizes fair expenses, marketization of service provision, socialization of long-term care and liberalization of services choices.

This study identifies the following five lessons for Taiwan from the

---

\* Professor, Department of Public Administration and Policy, National Taipei University, e-mail: susin@mail.ntpu.edu.tw.

Japanese experience in seeking a good long-term care system: 1. Public-private partnership can be applied on the long-term care system; 2. Long-term care system is highly related to local autonomy; 3. Information transparency is essential to policy execution; 4. The services provided must be concise and localized; 5. Actual reimbursement is an act of proactive social welfare.

**Keywords:** long-term care insurance system, Japan, public-private partnership, marketization