



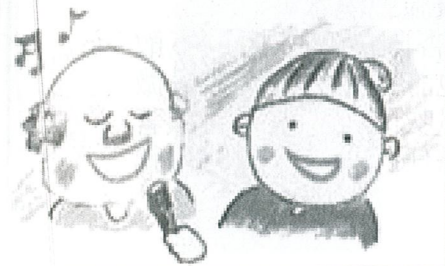
# 日本老人"護照"



一個日本人的一生，就保險制度來看，基本上可以分成三個階段。從0-20歲是一個階段，20-65歲是一個階段，65歲以上又是一個階段，因為0-20歲的日本人若生病上醫院看病時，那他要付30%的自付額，但是他不用付所得稅，如果是20-65歲的人求診，那他也要付30%的自付額，除此之外，他另外還要付7%的所得稅給國家，另外7%的所得稅給地方政府，另外每個月還要繳13,000日幣做為國民年金，待65歲後可以逐月領回。而65歲的老人上醫院看診時，那他只要付10%的自付額，但是他不用付所得稅(一般來說，65歲以上的老人都已退休)，而且每個月可以得到13,000日幣的老人年金，這是他年輕時努力工作的回饋。直至2003年底，日本男女的平均壽命分別78.3歲及85.3歲。

根據(世界衛生組織)WHO的報告，在2005時，全球有65億的人口，而2050年時將有91億的人口，之後世界人口將會下降。但在2005至2050時，人口將會增加，而這部分將以老人人口(65歲以上的人)增加比例最快。而兒童出生率將會下降，所以老人扶養比[Elderly Dependency Ratio (EDR) (65yrs+ aged population/ population age between 15 to 64 x 100)]也是逐年地增加。

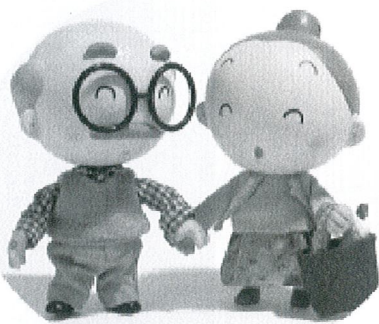
國際貨幣基金組織(IMF (International Monetary Found))在2000年預測若一個國家增加1%的老年人口，這個國家的GDP將下降0.041%，財政收支將下滑0.46個百分點。經濟合作暨發展組織(OECD, Organization for Economic Co-operation and Development)也在2000年時預測其會員國(如美國、日本、韓國等)的EDR將從2000年的20.6%會於上升至2050年的48.9%，也就是說到2050年時，OECD的國家每兩個工作人口要養1個老年人(2000)。



據韓國財政經濟部根據經濟合作與發展組織(OECD)、國際貨幣基金組織(IMF)等組織掌握的資料制定的報告顯示，目前，韓國65歲以上老年人口和20~64歲經濟活動人口的比率為1比10，而到2050年將縮短到1比1.4。此外，經合組織30個成員國(OECD)的經濟活動人口和老年人口平均比率(2000年資料)為5.6比1。進入2050年後，向老年人提供的社會保障和醫療費等支出將大幅上漲，所需相關費用的增長將導致7.7%的財政赤字。其它國家的比較請詳參見表一。

日本的情況  
日本2005年的EDR是25%，也就是說每4個工作人口要養1個老人，在2025年會達到47.3%，也就是說再過20年，每2個工作人口要養1個老人。而在2050年時，會達到71%，也就是說每1.4個工作人口，要養1個老人。而台灣2005年的EDR是12%，在2025年會達到27%，2050年時會達到52%，也就是說每2個工作人口，要養1個老人。其它國家的比較請詳參見表一。

韓國的情況  
據一項研究結果顯示，如果目前韓國社會的高齡化進程速度照此下去，到2050年後，平均1.4名工作人口需要贍養1個老人。目前，平均10名經濟活動人口贍養1個老人。



表一 老人人口扶養比 Elderly Dependency Ratio (EDR)

EDR	2005	2025	2050
日本	25%	47.3%	71%
台灣	12%	27%	52%
南韓	10%	27%	60%

(P.S. Huang., 2005)

再來比較人口老化的速度有多快呢？我們來看一些數據。根據聯合國制定的指標，一個國家有超過7%的老年人口，叫做老化中國家(Aging nation)。老年人口超過14%的國家，叫做已老化國家(Aged nation)。日本在1970年時，達到了老化中國家(Aging nation)的標準，而在1994年時，就已經是已老化國家(Aged nation)，它從老化中國家(Aging nation)到已老化國家(Aged nation)只花了24年的時間，它在2005年的老人人口是19.45%，而2050年會達到28.04%。而我們台灣在1993年時，已經達到了老化中國家(Aging nation)，預計在2020年會成為已老化國家(Aged nation)，從老化中國家(Aging nation)到已老化國家(Aged nation)，我們花了27年的時間，而我們在2005年的老人人口是9.61%，而2050年會將達到17.77%。其它國家的比較請詳參見表二。



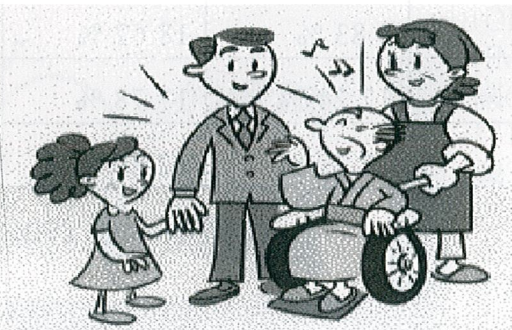
表二

Country	Yrs %	7%	14%	Yrs to reach	% of aged Population (65 yrs+ and above)	
					2005	2025
日本	1970	1994	24 yrs	19.45 %	28.04 %	
台灣	1993	2020	27 yrs	9.61 %	17.77 %	
南韓	2000	2019	19 yrs	8.83 %	18.62 %	
美國	1945	2015	70 yrs	12.24 %	17.78 %	
瑞典	1890	1975	85 yrs	17.29 %	22.80 %	

(P.S. Huang., 2005)

從以上的數據來看，日本是世界上老化程度最嚴重的國家之一。為有鑑於此，從5年前(2000年4月，平成12年4月)開始，日本政府借鏡德國的做法，開始全面實行他們自己的老人長期照護保險(Long term care insurance)，鼓勵日本走向社區化的老人照護醫療。一方面是讓老人可以在家中得到比較好的照護，二來也是可以幫助國家減輕老人照護的財務負擔。這裡來看一個數據，日本厚生省在2000年時的預算是佔全國的預算4%，其中社會保障給付費是78兆1272億日圓，其中花在老年人身上的就佔了68.1%，充分地可觀，若當時再不施行改革的制度的話，預算將會繼續地惡化下去。

這次台灣基督徒醫學協會[TCMA(Taiwan Christian medical association)]及韓國基督徒醫學協會[KCMA(Korea Christian medical association)]受日本基督徒醫學協會[JCMA(Japan Christian medical association)]的邀請，參加為期7天的參訪活動。在這7天內，我們走訪了JCMA的石川信克醫師母親的居家護理、東京都救世軍清瀨病院、東京都練馬區大泉學園日間照護中心、東京都練馬區的翔洋會中心及痴呆性高齡者的安養之家(まささんの家)，使我們可以深入了解日本在老人醫療照護各層面所下的苦心，學習到甚多的知識，並且以自己在中山醫學大學身心科的老人失智症所發表的研究論文，與日本、韓國等的醫護專家交換心得，接受指導，甚感不虛此行。藉此機會，寫下這篇報告，希望對台灣未來的老人照護方向設計有所助益。



日本老人長期照護保險(Long-Term Care Insurance)有別於一般日本國民的國家健康保險。凡是65歲以上的老人(為第1號被保險人)，或是40歲以上，有以下15種特殊疾病的任何一種(詳見下表)的國民(為第2號被保險人)，皆可提出長期照護保險的申請。

- 血管萎縮性側索硬化症(ALS)
- 後縱韌帶骨化症
- 伴隨骨折的骨質疏鬆症
- Sky-draeger症候群
- 初老型痴呆(阿茲海默症)
- 脊髓小腦變性症
- 脊柱管狹窄症
- 早衰症
- 早衰症
- 糖尿病性神經障礙、糖尿病性腎症以及糖尿病性視網膜症
- 腦血管疾病
- 帕金森綜合症
- 閉鎖性動脈硬化症
- 慢性風濕性關節炎
- 慢性閉鎖性肺病(COPD等)
- 伴隨兩側膝關節或股關節明顯變形的關節炎

服務的內涵包括：

1.在家服務

- 在家看護支援、訪問看護(居家服務員的服務)。居家服務員前來訪問，進行身體看護及生活援助。
- 訪問入浴看護。
- 訪問護理：居家護理師和保健婦可以根據主治醫師的指示，進行療養的照顧和診療的輔助。
- 訪問復健：復健師前往家庭訪問，進行復健活動。
- 福利用具的租用：如輪椅及氣墊床的租用。



- 前往設施看護(白天服務)：如日間照護中心(Day care center)，提供入浴和用餐等看護，進行服務和功能訓練等，當天回家。
- 前往設施復健(白天服務)：前往醫院診療所和看護老人保健設施，接受復健訓練等，當天回家。
- 短期進入設施生活看護(短期逗留)。
- 短期進入設施療養看護(短期逗留)。
- 在家療養管理指導。醫生、牙醫、藥劑師、營養師等前往家庭訪問，進行療養上的管理和指導。
- 福利用具購入費的支給：如復健輔具，入浴輔助用具，大小便輔助用具。
- 住宅改修費的支給：如扶手安裝，更換拉門等。
- 對痴呆症老人的共同生活看護(痴呆性高齡者的安養之家)：在痴呆性高齡者可共同生活的場所，可住宿、進行用餐、入浴等看護及功能訓練。



- 進入特定設施者生活看護：在指定的老人之家等，進行用餐、入浴等看護及功能訓練。
- 2.設施服務  
設施服務可分按照以生活看護為中心、或以治療為中心等分為3種設施，需要服務的人可以從中選擇。利用者可以直接申請，偶合滿意者與該設施簽署合約後即可利用。
- 看護老人福利設施(特別養護老人之家)：以生活看護為中心的設施。
- 看護老人保健設施(老人保健設施)：以看護和復健為中心的設施。
- 看護療養型醫療設施(指定療養型病房等)：以治療為中心的設施。

表三 需要看護的等級和可利用的服務

看護程度	身心的狀態	能利用的服務
需支援	'步行'和'站起'等的日常生活上的基本功能大致上可以自己進行。但是'服藥'和'打電話'等日常生活上的能力需要一些支援。	'在家服務' 不能利用設施服務和不能對應痴呆症的共同生活看護。
第一級看護	相較於需支持的狀態，'洗澡'和'金錢管理'等日常生活必要能力更低，需要部分的看護的狀態。	'在家服務' 或者 '設施服務'
第二級看護	在第一級看護的狀態之外，'移動'等日常生活基本動作也需要部分看護狀態。	
第三級看護	相比較第二級看護的狀態下，日常生活基本動作和日常生活必要能力明顯降低、幾乎處於需全面看護的狀態。	
第四級看護	比在第三級看護的狀態下，動作能力更低，沒有看護即難以生活的狀態。	
第五級看護	比第四級看護的動作能力更下降，沒有看護幾乎不能進行日常生活的狀態。	
不符合(自立)	尚未達到需支援，需看護的狀態。	不能利用看護保險服務，但能利用區里的福利服務。

那麼要如何利用以上的這些服務呢？首先由本人或家屬向居住所在地的政府(區公所、市公所)如的看護保險窗口提出申請，接著接受調查人員(看護管理員，Care manager，國家考試及格，有公務員資格)就老人的身心狀況，生活情況等進行調查。調查人員根據全國共通的基本調查表，就79個項目進行調查。如果有特殊的身心狀況，也將會列入特記的事項。接著調查人員將調查結果輸入電腦，再加入所委託的"主治醫師"的意見，然後再根據"電腦判定"和"主治醫師"的意見做出第一次的判定，看老人是否需要看護及所需看護的等級。第一次的判定的結果再經由看護認定審查會(由保健、醫療、福利方面等5位專家組成)就所需看護的等級進行第二次的審查，就可以決定老人所需要看護的等級和可利用的保險額。需要看護的程度分為以下幾個級別：

- 需支援
- 需看護(等級1-5)
- 不符合(自立)

等七個級別

這樣的一份龐大的看護保險計劃制度中，提供服務的機構並非全都由政府來經營。現代日本老人看護保險制度類似公辦民營的方式，將各種不同的公營或自願加入的或民營的組織納入這個保險制度中，例如說在看護保險計劃中有居家護理師(保健婦，有國家執照)、家庭服務員及復健專門人員、日間照護中心(Day care center，公營或民營)、老人痴呆症養護所(Group home，目前只限收容痴呆症老人，公營或民營)、醫院及診所(公營或民營)等等的合作，其中並非全是政府公營的組織。

我舉一個我們在東京都調布市訪問到的一位目前98歲的石川太太的長期照護為例，她是JCMA石川信克醫師的母親，目前選擇參加在家照護，現在和長子及長媳住在一起，看護管理員幫她擬訂的居家照護計劃是等級3，計劃如下：



表五

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午		到日間 照護中 心(day care center)	保健婦 訪問看 護	到日間 照護中 心(day care center)	家庭服 務員訪 問看護 幫忙陪 同購物	到日間 照護中 心(day care center)	
下午	家庭服 務員訪 問看護 準備餐 點		至醫院 檢查身 體(由保 健婦陪 同)		家庭服 務員訪 問看護 準備洗 澡		

\*房屋改建樓梯加裝扶手、租借輪椅 1 檯、氣墊床一張、步行手仗一枝、入浴用椅一張。

\*看護管理員每月會來巡視兩次，以利反應意見及調整計劃內容。

那麼家庭服務員及居家護理師(保健婦)各做些什麼事呢?  
一般可分為<身體看護>及<生活援助>。

家庭服務員訪問看護之身體看護  
如

- 用餐、入浴、排泄的照護。
- 更換衣服、床單。
- 陪同就醫等等。

家庭服務員訪問看護之生活援助  
如

- 住宅的掃除、清洗、購物。
- 用餐的準備、烹飪等等。

當我們到石川老太太家中訪問時，剛好遇到家庭服務員前來為老太太洗澡及打掃老太太的房間。石川信克醫師也非常熱心地邀請看護管理員(Care manager)來解說長期照護保險的內容與做法，並且也一一詳細地回答我們所提出的問題。

居家護理師(保健婦)、復健專門人員(來自訪問護理站或醫院、診所)

- 可以根據主治醫師的指示，進行療養的照顧和診療的輔助。

日間照護中心 Day care center

如果老人家白天沒事時、或是需要外出與朋友交流、娛樂、希望使看護自己的家人休息時、或者想去設施中心接受復健、入浴及功能訓練等活動時，可以向這些日間照護中心提出申請，一般每日是4-6小時，也有專人陪同專車來回接送。不同的中心各有不同的設施，提供不同的服務，老人們可根據自己的需要，向不同的中心提出申請，保險的給付各有不同。舉例來說，當我們在東京都練馬區的大泉學園(私立的日間照護中心，與政府簽有合約)參訪時，它是練馬區眾多的日間照護中心之一，負責照護附近的80位老人，那些老人大概都是每週來2-4次，每次來時，都由中心的社工人員帶領做各式各樣的活動。而東京都政府衛生局也會每年派專員來視察1-2次。在我們參訪的那一天，社工人員熱心地一一地為我們做中心活動及設施的介紹，也向老人們介紹我們是來自台灣及韓國的醫學見習生。因為我們是第一次到大泉學園日間照護中心參訪的外國人，當那些老人見到我們來參訪時，非常地高興，還特地勉勵我們要加油，印象非常深刻。

當我們在東京都練馬區的翔洋會中心(內有醫院、日間照護中心Day care center、居家訪問護理站、老人痴呆症養護所等)參觀訪問時，剛好遇到一位居家護理師大熱天地從外面騎著鐵馬回來，她今天已經訪視過4位老人家了。在她的身上大包小包地，什麼基本醫療武器都有，如血壓計、點滴針筒、聽診器、小型醫藥箱等等，並且有一本厚重完整的醫療記錄，隨時記錄，拍照，以便回來向醫院報告今天訪視的老人家病況如何等等。

自從長期照護保險實施以來，居家護理師(保健婦)成了一項熱門的職業，因為市場大量地需求，又有國家的執照的保障，吸引了不少熱情的年輕男女投入工作。學校也大量地開辦看護系，保健系。坊間的補習班、函授等也十分興盛。但是一向有排外民族性，保護本國醫療市場的日本人，為了國內市場大量的需求及本土大量的護士荒，明年(2006)也不得不要首次地引進菲律賓的護士，加入長期照顧及醫院的服務，來應付迫切地需要呢。以上的居家服務，依照工作內容及時間而有不同的給付標準。總之所有的服務加起來不能超過保障的總額給付範圍就是了。



短期進入托老中心或臨床照護中心生活

其他的服務還有很多，例如家人因旅行外出，暫時無法照顧老人時，或想讓家人暫時休息一下，或需要接受暫時的醫療照顧，此時可以申請暫時住在短期的看護中心或療養所，接受生活上或者醫療上的看護，一般來說不能連續住超過30天。當然若是需要長期看護的老人，也可以申請進入專為長期看護設計的老人之家來接受看護。

#### 在家療養管理指導

如果需要專業的醫療人員的在家診療時，如醫師、牙醫師或藥劑師的教授吃藥、用餐或假牙的使用方法時，也可以跟他們預約前往進行家庭訪視，以進行療養上的指導和管理。

對應痴呆症老人的共同生活看護(痴呆性高齡者的安養之家，Group home)

這是一個針對痴呆症老人可以共同生活的地方，一般收容的人數不會太多，住在裡頭的老人家一般是家人難以在家照顧者。

社工人員會把安養之家儘量佈置成像是痴呆症老人自己的家一般，使得痴呆症老人可以在熟悉的環境中共同生活，進行用餐，入浴看護及功能訓練等。像我們參訪大泉學園日間照護中心旁的私立痴呆性高齡者的安養之家(まささんの家)時，感覺它的設計是非常溫馨及和諧的，在這裡有9名的職員，照顧了9名的老人家，面積整體佔有647平方尺大。每位老人家各有自己的房間，旁邊也有菜園可供老年人做做園藝、種種菜的，也有房間可以讓家人來拜訪老人家的時候可以住，而且老人家要出入買東西、會面什麼的，只要有人陪伴的話，基本上是可以自由出入的。那些住在裏面的老人們，雖然是罹患了痴呆症，但是他們每個人看起來像是小孩子般地可愛，他們把安養之家當做是自己的家一樣，對我們殷勤地招待，還唱歌給我們聽呢！

另外老人家若因病而住院時，那麼在他住院期間，他的長期看護保險就會暫停，直到他回家為止，長期看護保險才再開始執行。

看護保險的費用的分擔  
最後看護保險的費用是如何分擔的呢？以東京都練馬區為例：

練馬區的負擔占12.5%，東京都負擔12.5%，國家負擔23.02%，45-65歲的第2號被保險人的自付額佔32%，65歲以上的第1號被保險人的自付額佔19.98%，合計100%。大家一起負擔保費，這個制度才能長久地走下去。



表六 看護保險的費用之分擔(以東京都練馬區為例)

區域	比例 (%)
練馬區	12.5
東京都	12.5
國家	23.02
45-65 歲的第 2 號被保險人的自付額	32
65 歲以上的第 1 號被保險人的自付額	19.98

老人家住院時，依照我們前面所說的，他們在醫院中接受醫療給付是國家健康保險給付，老人家自付額也是10%，但是我們知道日本醫院的醫療費用是非常地昂貴，有老人家如果就醫的話，光是10%的自付額就可能遠遠超過老人年金可拿來負擔的程度，及長期看護保險的可以給付金額的費用。因此在日本醫院有一個奇怪的現象就是，有些老人家因為付不出住院10%的自付額，這部分醫院就必須幫他付擔，如果是公立醫院的話，這些都是納稅人的錢。所以如果他一旦住滿3個月時，醫院間會有一個默契，往往會要求他轉院到其他的醫院去，所以一年之內轉個4、5次院也不是什麼新聞。因此這就是為什麼日本政府十分鼓勵老人家回到社區家庭，做居家的看護，不要長期住在醫院中，也不會太浪費醫療的資源。所以凡是出院後在家中需要醫療、復健治療的是需要租借復健輔具的，長期看護保險也可以來支付。

長期看護保險的服務及設施還有非常地多，一週的時間實在無法一一參訪考察完畢。然而一個制度則開始可能是起於非常理想化的設計，久而久之也會有它的問題出來。日本這樣的一個長期看護保險制度，實施5年以來，已經是花費了政府不少的稅收，而老年人口也不斷地增加，補助的名目也越增越多，雖然長期看護保險制度十分令日本國民滿意。自2000年4月，平成12年4月開辦以來，從一開始加入的老年人有218萬人(佔老年人人口的10%)，上升到2003年12月的376萬人(佔老年人人口的15%)，人數上升幅度達72%，其中85%是女性，而男性只佔了15%。使用長期看護保險超過3年以上的老年人，已達50%。然而大家過度的消耗財政預算的結果(預算自2000年的3.2兆日圓上升至2005年的6.8兆日圓)，已經使得日本政府大感吃不消，如果再不改革的話，可能就會面臨叫停的可能，因此日本政府有意在明年(2006)起改用其他的制度。至於會有什麼樣子的發展，且讓我們拭目以待。

這次的大會的活動就在日本代表合唱沖繩民謠「花」(象徵著我們國際的友誼一定會再繼續友好下去)，及跳沖繩舞蹈下歡樂地結束，這段時間也特別讓我們感謝到日本人在各方面作事的細心及流暢，使一切活動特別順利而印象深刻。最後在此也特別感謝保健婦-安間ちゅう子、學生-清水範子、岡崎惠美子等人全程陪伴以及英文翻譯的工作，不辭辛勞。值得一提的是，她們的英文特好流利，見證了日本年輕的一輩在英文學習上的努力，改變了外國人對日本人英文不好的印象。如果有機會我們一定還會再參加類似的活動，以將所學所識傳遞開來，福祉國人。

#### 參考資料：

1. 東京都練馬區公役所。看護保險說明。2003; Apr.
2. 甲斐一郎。日本における高齡者福祉保健の科學。2005;47:596-600.
3. Tokyo Metropolitan Government. Long-term Care Insurance System. 2000; Nov.
4. 日本厚生省老人保健福利局。生活護理保險簡介。2003; Apr.
5. 趙崇良。日本介護保險(老人照護保險)制度考察。台灣醫界。2003;46:44-48.
6. 日本厚生勞動省網頁。http://www.mhlw.go.jp/。
7. 國際貨幣基金組織[IMF (International Monetary Found)]網頁。http://www.imf.org/。
8. 經濟合作暨發展組織 [(OECD, Organization for Economic Co-operation)]網頁。http://www.oecd.org/。