

公務出國或赴大陸地區報告（出國類別：考察）

日本長期照顧制度與老人福利服務 考察

服務機關：臺中市政府社會局

姓名職稱：陳仲良副局長等

派赴國家：日本

出國期間：104 年 10 月 9 日至 10 月 13 日

報告日期：105 年 1 月 12 日

壹、摘要：

日本於1970年65歲以上的人口超過7%，進入高齡化社會，1994年邁入高齡社會，人口老化率達14%以上，於2000年達17.3%，同年推動介護保險，為現今日本高齡照顧政策基石。

日本面對人口老化，陸續推動高齡者保健福利推動10年戰略(黃金計畫)、「新黃金計畫」、「黃金計畫21」及「公共介護保險」等，逐步擴充在宅服務員、日間照顧中心及養護所等老人福利服務，加強照顧服務基礎及推動失智症老人支援政策等，營造高齡者能夠有尊嚴生活的社會體系。

此次考察日本大阪地區公私部門長期照顧政策與老人福利服務，期促進本市老人照顧、生活、安全等相關權益，建構出成熟及制度化的長期照顧福利制度，精進現行老人福利服務措施。

貳、出國人員名單：

服務機關	職稱	姓名
臺中市政府社會局	副局長	陳仲良
臺中市政府社會局長青福利科	股長	王俞人
臺中市政府社會局長青福利科	科員	林軒儀
臺中市政府社會局長青福利科	科員	蔡瑩蓉
臺中市政府社會局身心障礙福利科	科員	王翰一
臺中市立仁愛之家	組長	鄭香兒

參、目的：

- 一、 瞭解日本介護保險制度、大阪府之長期照顧政策，作為本局推動長期照顧業務參考。
- 二、 參訪日本高齡照顧服務之相關機構及民間團體，如：老人福利機構、日間照顧中心等，以學習多元照顧服務模式，提升本市老人照顧品質。

肆、過程：

一、參訪行程

日期	時間	考察地點
10 月 9 日	14:30－16:00	大阪府地域福祉部
	16:30－18:30	大阪府社會福祉協議會
10 月 10 日	11:00-12:30	大阪大學醫學部保健學科(介護保險制度)
	13:00-14:00	沙龍千里護理之家
	14:30-17:00	特別養護老人院松風園
10 月 11 日	10:00-16:00	社會福利法人吉科社會貢獻會特別養護老人院杵屋社會貢獻之家
10 月 12 日	10:00-12:00	社會福利法人吉科社會貢獻會高齡者優良賃貸住宅杵屋社會貢獻大領之家
	12:00-16:00	食的學習、居家訪視
10 月 13 日	10:00-12:00	加賀屋・粉浜地區地域包括支援中心

二、日本介護保險及相關高齡福祉介紹

(一)介護保險介紹

1.介護保險推動背景:

日本老年人口比率達 26%已為世界之冠，於 2000 年開始實施「介護保險」，期能有效解決老人長期照護的問題。日本介護保險制度的實施目標與我國社會福利政策綱領相同，皆以「在地老化」為基本精神，實施初期及制度面著重於居家式照護體系的建立。從政策規劃並從中不斷的檢討，提出改善方針與政策修訂，過程中邀請政策規劃、實務等相關領域者共同討論規劃，以一個地域為中心，廣設社區整合支援中心，運用生活圈的概念設置相當多樣化與多功能的服務據點，讓需要的民眾很方便地獲得及找到自己想要的服務方式。

2.介護保險對象:

日本被保險人可分為二類，第1類被保險人為65歲以上者（約2,727 萬人），第2 類被保險人為40至64歲者（約4,276 萬人）。

3.介護保險財務結構

日本介護保險制度，政府以一般稅收支應50%之保險總費用，其餘50%總費用由被保險人負擔（保險費）。在稅收支應部分，中央、都道府縣、市町村負擔總費用比率分別為25%、12.5%、12.5%¹，其中央負擔25%中的5%是作為市町村保險財政「調整補助金」，針對財政不好之市町村給予較多的經費協助；在保險費部分，則由二大類保險人根據人口比

例分攤，在2009-2011 年度，第1 類被保險人保費占總費用之20%，第2 類被保險人保費占總費用之30%。

4.歷年修法重點:

日本介護保險在2000年4月實施初期即規定，每3年針對保費、保險給付等項目進行檢討、修正，2006年4月新增預防性給付，因在人口高齡化衝擊下，輕度失能人數（需支援1、2）占介護保險使用人數最多，造成保險費支出成長遽增，影響保險財務平衡，同時推動全國「地域包括支援中心」，在各市村町成立地區性的支援中心，俾利高齡者的身心健康諮詢支援，為高齡者能夠在熟悉的居住環境中安心地生活而設置的，並由保健師、社會福祉士以及主任介護支援專門員等專業人士提供介護預防、諮詢服務等各項福利促進。

5.值得借鏡之處：

(1)因應社會變化、財務負擔狀況修法，每3年調整保費、5年修改制度(2006年後，制度也改為每3年檢討修正)：為避免社會保險制度實施太久，恐跟不上社會的變遷，使得該制度資金不足，並逐年檢討財務來源及負荷量。

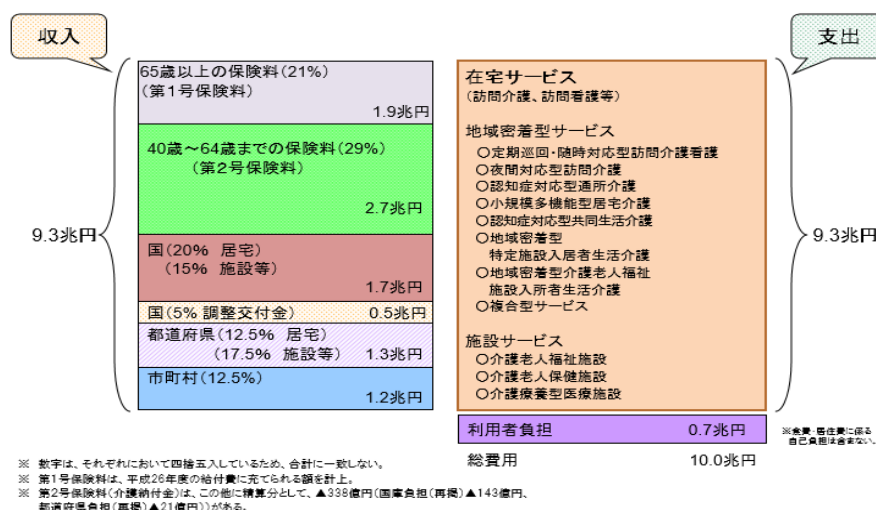
(2)日本介護保險給付採「實物給付」而非「現金給付」：實物給付的好處是讓需要長期照護的高齡退休人士，能真正被專業人士或機構照護，並避免相關資金被退休者挪作其他用途，能實際照護被保險人的健康與需求。

(3)培育照護管理師，建立專業：負責評估被保險人照護需求，以及為被保險人擬訂照護計畫的「照護管理師」(care manager)，乃是日本介護保險制度能否順利運作的核心。因此其資格與專業被日本政府嚴格規定，採國家考試資格認證制度，且須經過實務培訓，並規定在職進修時數及升遷制度，以維持其專業能力與服務品質。

(二)介護保險制度概要

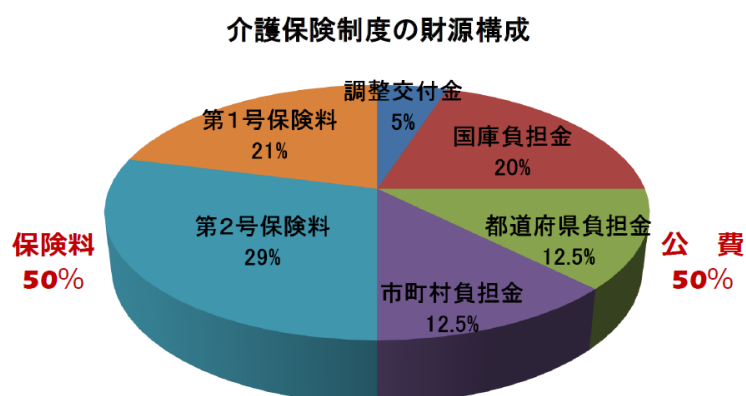
日本介護保險制度的設立是基於共同體的理念，對於因高齡伴隨而來之衰老或特殊疾病而需要照顧的人，藉由全體國民的相互支援，提供適切之照顧服務。介護保險制度主要成員有被保險人、保險人及服務提供者。被保險人分為兩類，65 歲以上高齡者為第一號被保險人，40 歲以上未滿 65 歲之國民為第二號被保險人。介護保險的保險人為市町村等地方自治團體，保險人主要負責制度之管理和營運，雖然制度運作的財源有部分來自中央政府和都道府縣。

介護保險財政の全体像（平成 26 年度予算ベース）



被保險人所需繳納之保費因各市町村人口數、照護機構數、被保險人人數不同，繳交費用不會一致；高所得者之保費負擔高於低所得者。保費的徵收因年齡而異，第二號被保險人之保費隨國民健康保險或公司所投保之健康保險一起徵收；第一號被保險人若一年之年金所得高於日幣 18 萬，由年金扣除(特別徵收)，若低於日幣 18 萬，需填寫繳納書繳費或從帳戶扣除(普通徵收)。

制度的財源主要來自中央、都道府縣、市町村等公費及被保險人的保費收入。制度導入後前半年，未徵收保費，主要由公費負擔(中央 50%，都道府縣 25%，市町村 25%)；2000 年 10 月起徵收一半保費，2001 年 10 月起全額徵收保費。第五期(2012 年至 2014 年)介護保險制度財源結構為公費 50%(中央 25%，都道府縣 12.5%，市町村 12.5%)，保費 50%(第一號被保險人保費 21%，第二號被保險人 29%)。



被保險人需經一定程序經認定為需要支援或需要照護者方能使用介護保險所提供之照護服務。首先，被保險人需向居住所在地的介護保險行政窗口提出申請，再由市町村派遣專人到府進行訪問調查，同時，需

由被保險人的主治醫師出具意見書。照護認定審查會根據訪問調查結果及主治醫師的意見作第二次認定，認定結果通知書會郵寄給被保險人。從申請到認定結果出爐所需時間約一個月左右。照護認定的有效期原則上為半年，有部分市町村為 3 到 5 個月。照護認定有效期內若狀況沒有改善，可更新照護認定，更新後的照護認定有效期為一年到兩年。有效期後若沒有更新，照護認定即失效。需要支援或照護的狀態依被保險人所需照護的程度可分為「需要支援 1-2」、「需要照護 1-5」等 7 個等級⁵。日常生活運作如步行、吃飯、睡覺、沐浴可獨力完成，但仍需協助之被保險人判定為「需要支援 1-2」，若上述生活運作無法獨力完成需他人協助，判定為「需要照護 1-5」，數字愈大所需照護程度愈高。

因應照護之需要分成兩類：

1、需要支援：不需要日常生活護理，但在家務或日常生活需要支援。

2、需要介護：依需要照護程度分成五級：

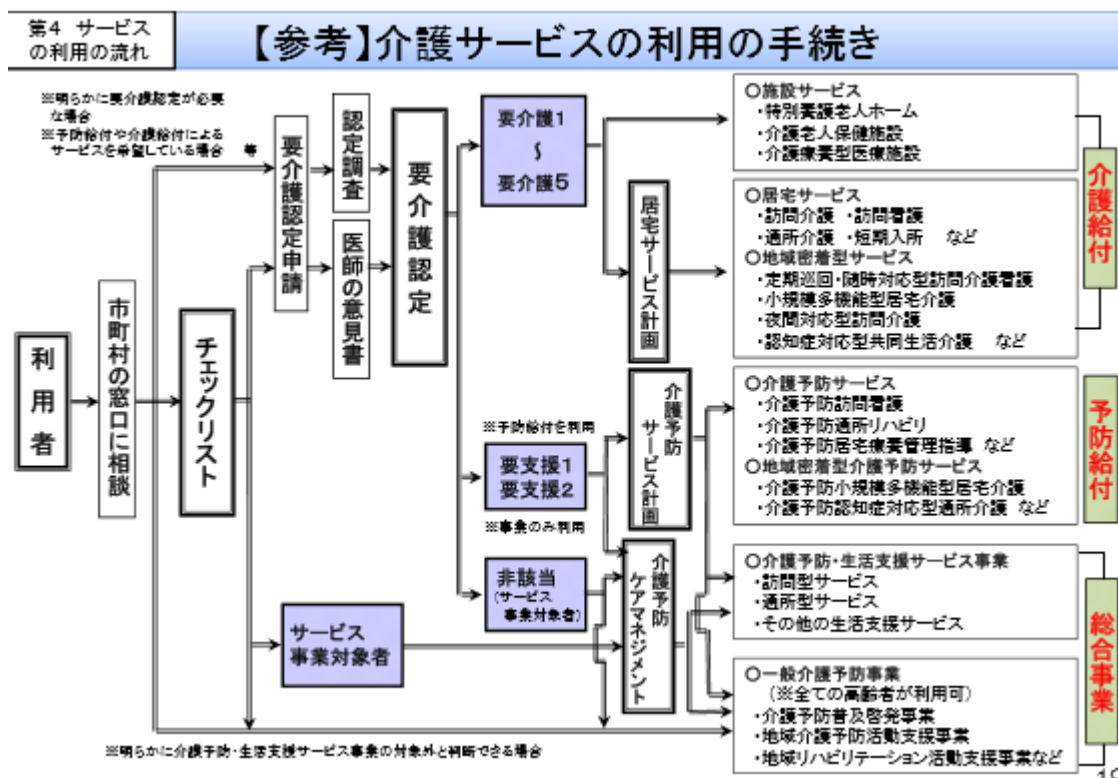
（1）需要介護一級：基本上具有日常生活能力，沐浴方面則需要部分支援。

（2）需要介護二級：自行站立或步行有困難，排泄、沐浴方面需要部分照護。

（3）需要介護三級：無法自行站立或步行，排泄、沐浴、穿衣等方面需全部照護。

(4) 需要介護四級：排泄、沐浴、穿衣等日常生活活動均需
照護。

(5) 需要介護五級：意思傳達困難，生活各方面均需要照
護。



需要支援者，可接受居家照護服務、社區緊密型服務及照護預防服
務；需要照護者可接受居家照護服務、機構照護服務、社區緊密型服務、
照護預防服務。各項服務內容說明如下：

- 1、居家照護服務：為使需要照護或支援協助的被保險人可居家接受
服務，服務人員如居家照護員(home helper)、護理師等會到府進
行必要支援、看護及復健等服務。此外，被保險人亦可到照護機
構接受步行、飲食訓練和復健。照護內容有居家照護支援、照護

預防支援、訪視照護、訪視沐浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導(醫師或牙醫師到府診療服務)、日間照護、短期機構入住生活照護、照護用具租賃等。

2、機構照護服務：對於無法在自家生活的被保險人可入住照護機構，接受生活上的看護或復健以回復原有生活機能。機構照護服務亦提供醫療協助。照護機構有高齡者照護福祉機構、高齡者照護保健機構、高齡者照護療養型保健機構、高齡者照護療養型醫療機構。

3、社區緊密型服務：需要照護之高齡者不用入住到照護機構，在其原本熟悉的生活環境中即可接受服務如 24 小時居家巡迴服務、夜間訪視照護、失智症使用者日間照護、小規模多機能型居家照護、失智症使用者共同生活照護、社區特定機構入住者生活照護、社區緊密型照護機構服務等。

4、照護預防服務：透過高營養的改善、身體及口腔機能之強化、體能訓練等讓高齡者可回復或維持其體力，使日常生活運作無慮。

根據厚生勞動省 2012 年 7 月份之統計，被判定為需要支援及需要照護的人數有 541.9 萬人，為介護保險實施初期之 2 倍多。其中，接受居家照護及照護預防服務者有 332.5 萬人，接受社區緊密型服務(含預防照護)者有 32.1 萬人。接受機構照護服務者有 86.9 萬人。

照護認定決定後，被保險人可申請所需服務。照護服務的使用申請是由居家介護支援專員(Care Manager)根據被保險人的身心狀態選出適合的服務項目及服務提供者，擬出以一週或一個月為單位的服務使用時間表，此照護計畫(Care Plan)的擬定亦可由被保險人自行訂定，但因服務內容複雜且對服務提供者所知有限，一般會委請照護支援專員協助。

被保險人使用服務所需負擔的自負額為 10%，另 90%由介護保險給付。給付有三種：

- 1.需要支援者給予「預防給付」。
- 2.需要照護者給予「照護給付」。
- 3.針對需要支援或需要照護者，市町村給予「特別給付」。

保險給付對象主要為第一號被保險人之高齡者，第二號被保險人若因長期臥病在床、失智症或重大特殊疾病而需要照護或生活支援者亦為給付對象。

(三)老人公寓

1.日本高齡居住設施:分析日本高齡者居住設施之類型與機能，將日本以高齡者為對象之居住設施區分為：

- (1) 福祉型：區分為「養護老人之家」、「特別養護老人之家」、「低費用老人之家」。
- (2) 住宅型：包括「收費式老人之家」、「高齡者優良出租住宅」、

「銀髮住宅」等三類型。

(3) 醫療型：屬於看護療養型醫療設施，依據介護保險法設立，

2.日本老人公寓:日本的老人公寓，即銀髮住宅，日語稱為高齡者集合住宅，是一種專門為老年人規劃、設計、建造的住宅，主要目的是適合老年人的身心特徵，強調居住環境的機能性，使住民獲得人際互動及活動參與的成就感，提供較為接近居家生活且能維護個人自主性，滿足老年人在家庭生活中的醫療照護及休閒娛樂之需求；另言之，老人公寓是以獨立生活感到不安的高齡者為對象，除了確保其居住的安定性外，並提供確認其安全、提供一時的照護、生活諮詢及緊急時的對應等的日常生活照護服務，是為提供高齡者安全且舒適的生活計劃的集合住宅。

「老人公寓」這個名稱在國內出現是近 20 多年的事，主要因應部分中、高收入老人的居住需求，政府參考歐美各國如老人退休者住宅、庇護住宅、年金住宅等，在 1990 年所頒布的獎助建立老人公寓改善老人居住實施計畫。即是專攻 65 歲以上，身心健全，生活能自理的老人居住的集合式住宅，居住其中可能滿足老人在醫療及休閒娛樂的需求。

老人公寓之設置精神，強調生活自主與減緩健康衰退，當退休者未能如願與家人相處，舉凡單身、喪偶或子女成家立業，居家生活無法依靠時，老人公寓無非是多一項選擇。

3.規劃與設計

日本老年人口比例已達 26%，高齡者早已形成了一個龐大的族群，日本自 1970 年即已進入高齡化的社會，在實質國民所得突破 2 萬美元時，日本便出現第一座銀髮住宅，這些建築物異於一般的生活住宅，其最大的特色就是在所有的規劃與設計上，完全顧及到老年人生理與精神層面上的需要，完全配合老年人的人體力學而設計。另外，在空間規劃也有適合老人共同生活的空間，如：餐廳、休閒室、復健室等，住戶們可以安排自己的活動，做自己想做的事，其他在生活上的繁瑣細節，都由專人服務，人員配置上也有護理人員、營養師、復健師，社工人員等，並由專業團隊安排老人的娛樂休閒與健康照護，使老人頓時去除了許多生活的煩惱，讓老人的退休生活重新獲得活潑的生命力，因此，在規劃與設計上，日本老人公寓考慮對應高齡化的事項可概括如下：

- (1)空間：消除室內高差。
- (2)裝置：設置扶手、地面防滑。
- (3)設備：緊急通報系統、安全電熱源。
- (4)管理員或生活扶助顧問。
- (5)盡可能為老年人提供各種鄰里交往、人際交流的環境。
- (6)以建築人類工程學的觀點出發，在家具、衛生器具的尺寸方面符合老年人的身體特徵。
- (7)以環境行為心理學的觀點出發，考慮大多數老年人長年形成的居住習

慣，提供傳統形式的和室或西方居住的洋室；在樓內外層盡量提供公共交往空間。

上述方面對應老年人日常生活能力日益降低的特點，確保日常生活中的安全性，做到緊急時刻可以立刻採取措施。

(四)地區支援中心

為執行地區住民保健，福祉，醫療提升，防止虐待，介護預防管理的總合性機構，提供住民健康，維持生活安定必要支援，減輕「要介護」狀態或防止惡化之必要。依據厚生勞動部規定，65 歲以上的人口每 3,000 人～6,000 人，市町村須設置保健師（或是護理人員）、主任介護支援專門員（照管專員）、社會福祉士（社工師）各配置 1 名為基準，運用各自的專業領域互相合作及執行業務，提供諮詢與協助市町村指定介護預防、日常生活支援總合事業、地域支援事業所的機構（服務據點），並非直接提供照護與收住等服務。政府期待配合中學學區分別設置地區支援中心。亦可委託外部的民間事業者（醫療法人和社會福祉法人等）營運。市町村以每年 3%介護總費用提供介護保險預防給付，惟介護預防費用高漲年成長率 5-6%，自 2015 年第 6 期計畫，介護預防居家（訪問）介護與通所（往返/日照）機構介護移轉至地區支援事業提供服務，亦即併入市町村預防介護的地區支援照顧系統（地域密著型介護事業）統籌提供相關服務措施，實施營養與用藥指導、口腔機能向上與體能改善、認知

症預防與服務支援等。



雙方合影



山川教授講授照片

三、參訪機構介紹

(一)大阪府地域福祉部

1.大阪簡介：

大阪府爲都道府縣中的一個府，劃分爲 33 個市、9 個町及 1 個村。大阪府面積約 1899 平方公里，占整個日本國土的 0.5%，在都道府縣中屬於第 2 小的，截至 2015 年 3 月止人口數共計 8,843,906 人，約日本全國的 7%，其中高齡者人口數爲 2,242,668 人，老年人口占總人口數 25.36%，爲超高齡社會。

2.大阪府照顧人力現況及政策：

大阪府照顧人力供需於 2013 年約 136,356 人，離職率約 16.1%，隨著老年人口逐年增加，於 2017 年照顧人力約不足 3,000 人，其確保照顧人力政策目標爲促進參與照顧長者，辦理地區性的福祉人才綜合事業(求職媒合、辦理高中及大學生職場體驗、辦理初任照顧服務者研習、介護福祉士等學習資金貸款等，並勞動環境條件的改善，提升照顧品質，增加專業照顧人才。

3.大阪府 2015 年高齡者計畫重點如下：

(1)醫療與介護合作，提供住家生活支援：日本預計 2020 年失智症人數將達 400 萬人，提供失智症照護爲必要的國家政策，透過醫療與照顧的合作，協助日本國人早期發現失智症及提供生活照顧的方式。

(2)增強預防保健的區域發展：提供住所、醫療、護理、預防和生活支援

等綜合服務，建構地區綜合護理體系的合作機制。

(3)充實高齡者支持服務：

A.建立地域包括綜合支援事業(地域包括中心)。

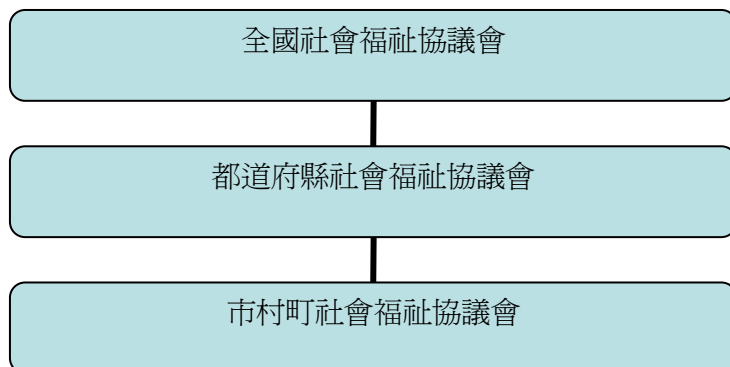
B.充實失智症老人的支持策略。

C.介護保險制度適切的運作。

D.提升服務品質和照顧人力資源。

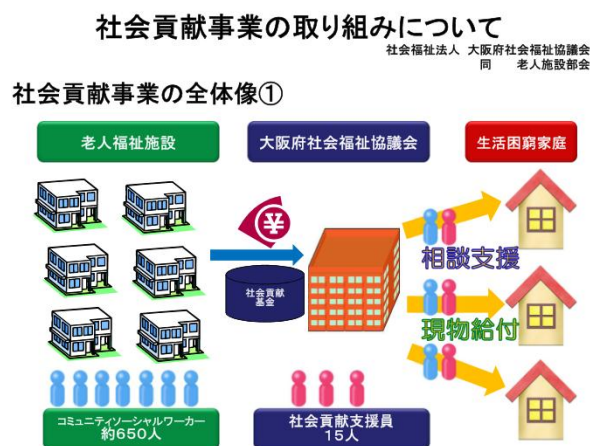
(二) 大阪府社會福祉協議會

1.設立依據：社會福祉法第 111 條設有全國社會福祉協議會，規劃辦理研究、調查新的福利議題、出版圖書等，增進社會福利服務，並提供日常生活支援事業、福利服務評鑑、服務人才確保等事項，同法第 110 條都道府縣社會福祉協議會，促進地區福利服務如福利資訊的提供、地區社會福利團體的聯繫、合作，福利使用者問題解決、生活福利資金貸款、日常生活自立支援事業，及社福團體的支援，包含人才培育、單位經營支援等；再以同法第 109 條，市村町社會福祉協議會，辦理鄉鎮市地區福利資訊、生活支持、在宅福利事業的運作等輔導及推展。



2.大阪府社會福祉協議會社會貢獻業務概要：

(1)生活窮困者救援事業：由綜合生活相談員、大阪府社會福祉協議會社會貢獻支援員合作，訪視有生命緊急危難、生活窮困者，提供 10 萬日圓為上限的經濟援助(現物給付)。



(2)強化社會福祉法人服務優勢：生活自立支援服務、身障者的就業支持、貧窮兒童的學習支持等方案的實踐及推展。

(3)社會貢獻基金的運用：社會貢獻基金為社會福祉協議會成員所捐贈的現金，運用在社會貢獻支援員的人事費用及生活窮困的家庭。

(三)沙龍千里護理之家(大阪 YWCA シャロン千里)

1.緣由:大阪 YMCA 目前已有 130 年歷史，是最資深的日本公益法人團體之一。大阪 YMCA 在日本大阪府內有 36 個據點，提供各式各樣的公益活動。從兒童到高齡者，大阪 YMCA 對於各個不同世代間的交流給予幫忙和援助，以實現能共同生存的永續社會。為了回應社區的需求，自 2003 年起接受日本大阪市政府委託在日本大阪府內的 36 個據點，推展高齡者

照護預防相關健康促進活動、研習會、指導者培訓、檢定和認證，並設有照顧之家、失智症復健機構…等。

2.簡介:創立日期於 2000 年 2 月，建物地下 1 層，地上 5 層， 共有 38 間單人房，6 間雙人房。

3.核心理念：服務在地長者，讓失智症長者與失能長者在社區裡得到類似「家」的服務。

4.服務對象：60 歲以上長者經評定為須介護等級者，共可容納入住 50 名全日住宿。

5.服務內容：團體家屋、日間照顧、復健服務、沐浴服務、24 小時養護服務及推廣高齡者照護預防。

6.結合社區資源與醫療服務，服務內容彈性且多元。

7.居家介護支援的申請流程: (1)電話申請。(2)護理經理帶領參觀中心。(3)護理經理協助擬定護理計劃。(4)簽訂契約。(5)提供服務。

8.單位針對失智症長者會安排復健活動，如下棋、讀報活動、懷舊活動、身體活動、認知訓練、家務活動、外出活動、卡拉 OK…等，參訪當天，適逢工作人員為社區民眾及失智長者安排帶動唱及做操的運動，並以一首臺灣本土歌曲回饋給長者，不亦樂乎。

9.單位設置圖



シャロン千里外觀照片

帶動唱操運動照片

(四)特別養護老人之家「松風園」

- 1.簡介:創立日期 1997 年 4 月 1 日，為大阪府吹田市濟生醫藥福利中心大阪吹田濟生會醫院的相關設施，建物地下 1 層，地上 3 層，共可容納入住 80 名全日住宿。
- 2.核心理念：服務吹田市在地需要照顧的長者，以提供穩定的生活身體及健康為宗旨，並與社區裡的醫院和機構合作，提供整體完善的服務網絡。
- 3.服務內容：養護中心、日間服務中心（普通型，老年癡呆症型）、老人短期入所、老人在宅介護等業務（家庭助手派遣事業）、居宅介護支援中心及指定在宅護理支持企業。
- 4.結合社區資源與醫療服務，由介護支援專員(Care Manager)秉持尊重被照

顧者的意志，致力於照護和生活環境的水平提升，擬定長期照護計畫（關懷計劃），並提供長期照護服務。



松風園照片



雙方合影

(五) 社會福利法人吉科社會貢獻會特別養護老人院杵屋社會貢獻之家

1.緣由: 社會福利法人吉科社會貢獻會特別養護老人院杵屋社會貢獻之家為由大阪市管轄之高齡綜合福祉設施，該法人機構同時設有特別養護老人之家之介護老人福祉設施、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援，並接受政府委託辦理加賀屋粉浜地區地域包括支援中心。

2.設立標準:為6層樓設施，1樓為大廳、廚房、辦公室、會客室及日間照顧中心，設有電話、販賣機，日間照顧中心設有和室房休息區，備有躺椅及復健設施，廚房空間乾淨明亮、作業透明化。2樓為短期入住寢室，3樓至6樓為長期入住寢室。該機構空間為天然木製家俱及裝飾為主，空間感訴求溫和舒適，寢室空間為單人房、雙人房及4人房，未來依政府法規趨勢，將逐步改建為單人房。入住之長輩可依其喜好或使用習慣佈置自己的房間，機構也希望長輩即使入住機構，也像回到自己的家般的舒

適及自在，使長輩有尊嚴的生活，提供人性化的服務。大廳等公共空間或寢室皆設有無障礙扶手及設施，方便長輩使用。各寢室房間設有窗戶或落地窗，空間明亮，乾淨無異味，落地窗設有安全措施，但如遇緊急狀況(例火災)時，落地窗旁有自動開關將自動開啓，以利人員逃生。長輩如有服務需求，於寢室內按緊急鈴，負責工作人員攜帶之手機及工作站皆會響鈴，工作人員可立即提供協助。寢室內床位設計5種高度選項，供工作人員依長輩狀況調整適合高度使用。寢室內設置拉廉，尊重個人隱私，長輩可隨時自行拉上。公共浴室設有洗澡機及泡湯設備，即使重度失能長輩，機構亦會協助其使用輔助設備提供沐浴及泡湯服務，促進其生活品質。

4.收費標準:分為介護保險支付費用及民眾自行繳納分攤費，依照該機構收費標準，該機構表示之前每月收取總額30萬元日元住宿費用，該費用包含90%由年金補助(約27萬日元)及民眾自付額10%費用(約3萬日元)，除住宿費用外，另收取膳食費用約每月4至5萬元不等，日本政府自2000年實施介護保險制度，2015年預估約須花費10兆日元，龐大支出影響政府財政，於是2015年8月1日起，調整保險費用有關民眾自行分攤之級距由10%調漲為20%。

5.工作人員配置:每樓層日間設有3位照顧服務人員，夜間設有1位照顧服務人員，工時約為7.5小時至8小時。護理人員及社會工作人員各聘用3位

，另設有介護支援專門員，負責照顧計畫擬定事宜。照顧服務員薪資約18萬日元起跳，依年資計算，最高每月可領30萬日元。

6.長者膳食服務:對於長輩的生活照顧服務十分用心，膳食部分亦人性化依照長輩身體狀況及牙齒咀嚼功能等安排飲食，分為「美」、「心」、「樂」、「極」、「優」5種軟硬度不等之膳食。該機構努力使所有長輩能自行用餐，避免身體功能退化，且注重營養均衡，設計軟硬度不同之膳食。針對軟質飲食需求者，除將食物打碎外，為求美觀，及享用之視覺美感，該機構將打碎的食物再製成跟原本魚、肉、青菜外貌雷同，即使長輩無法正常咀嚼食物，亦能享用美味料理。機構提供長輩膳食的用心，值得本市各機構參考學習。

7.單位提供像家一樣的環境，讓長輩生活在此安心自在，社區長輩可自行選擇機構住宿、短期入所或日間照顧服務等多樣化服務，無論居住於家中或機構，都能享有人性化的服務，讓長輩能夠有尊嚴、安心在自己熟悉的環境在地老化。



乾淨明亮之大廳



廚房作業透明化



日間照顧中心空間寬敞



日間照顧中心復健設備及休息區



長輩完成的作品



大廳設施



機構內泡湯設施



臥床者可使用輔具泡湯



洗澡機



舒適寢室空間



廚房旁設置洗手設備



頒發感謝狀



膳食準備－美（正常飲食）



膳食準備－心（切碎）



膳食準備－樂（切碎，煮軟）



膳食準備－極（更碎、更軟）



膳食準備－優（打碎、塑型）



依長輩咀嚼功能製成不同軟硬度食物

(六)社會福祉法人白壽會

1. 背景說明:此次原訂參訪社會福祉法人白壽會，但因配合社會福祉法人社會貢獻會杵屋社會貢獻之家協助安排行程，因此未前往社會福祉法人白壽會參訪，而邀請社會福祉法人白壽會在宅部介護支援專門員三浦浩史先生至社會貢獻會杵屋社會貢獻之家進行座談會。社會福祉法人白壽會組織分為施設部（特別養護老人之家白壽苑－短期入所生活介護）、在宅部（通所介護、認知症對應型通所介護、訪問看護等）及相談支援課（居宅介護支援、地域包括支援中心、相談支援事業等），座談會內容重點摘要如下：

(1) 介護保險經費運用：

- A. 府行政組織:日本全國分為47個一級行政區，分別為1都(東京都)、1道(北海道)、2府(大阪府、京都府)、43縣，其下再設立市、町、村。
- B. 介護保險利用服務流程:申請者向市町村申請介護等級認定，經電腦判定等級外，還會由保健、醫療、福祉專家組成介護認定審查會進行第2次判定，分為要支援1至2、要介護1至5共7種等級。因財政支出困難，日本政府將從2015年起，要支援1至2，不再從介護保險給付，而改由市町村經費支付，由市町村辦理介護預防服務，回歸家庭及社區照顧責任。持續增加的保險支出，促使日本政府將規劃介護保險未來不再給付要介護1至2，未來僅要介護3至5者方能申請介護保險給付

。

- C. 經費運用:市町村的經費來源分別為稅金及由保險人負擔之保險費，如長輩入住機構，將由家屬支付10%，而機構可代長輩及家屬向市町村申請保險給付90%，由市町村向國家保險聯合會申請，經審查後撥款予機構。

(2) 專業人員證照取得及訓練:

- A. 介護福祉士應考資格:醫師、社工師、護理師、職能治療師、物理治療師等多種專業人員須有5年經驗，皆可考試認定，惟取得證照後仍須參加實務訓練課程，確保服務品質。
- B. 介護支援專門員:持有介護福祉士證照及參加實務訓練50小時(2016年起將改為80小時)，將可取得介護支援專門員執照。介護支援專門員之工作重點為需求評估、被服務人之權利保障、依需求及評估調整服務內容，及評估保險是否被適當使用等。
- C. 主任介護支援專門員:取得介護支援專門員資格者，繼續教育訓練45小時，可取得主任介護支援專門員資格。

(3) 老人虐待與遺棄問題：

- A. 在日本如長輩遭遇家人遺棄，日本政府將依生活保護法協助長輩，若是虐待案件，則依高齡者福祉法處理。如長輩之家屬將其遺棄在老人福利機構而無繳費或善盡照顧義務，機構可提法律訴訟，日本政府將

依生活保護法提供救助。

- B. 三浦浩史先生提到，現階段日本面臨許多老人孤獨問題，子女遺棄父母或不願善盡扶養義務，家庭失去原本照顧及依附功能，造成許多社會問題。期以日本經驗借鏡，提醒我國應促使家庭及社區增進其照顧責任，子女應善盡扶養義務。透過代間教育倡導小孩多與長者接觸互動，政府應提供多元服務，創造友善高齡環境，提升照護品質與能量，使長輩能安心在地老化。



由陳副局長仲良頒發感謝狀



參訪人員認真聆聽講解

(七) 社會福利法人吉科社會貢獻會高齡者優良賃貸住宅杵屋社會貢獻大領之家

社會福利法人吉科社會貢獻會高齡者優良賃貸住宅杵屋社會貢獻大領之家主為老人公寓住宿服務，提供居家服務及於老人公寓 1 樓設置日間照顧中心，其服務內容、居住環境及收費標準如下：

1. 服務內容：

- (1) 高齡者的賃貸住宅：提供 60 歲以上長者安全安心的居住環境。

- (2) 特定設施入住者的生活介護：以介護保険要支援 1 至要介護 5 為對象，
介護人員為 24 小時常駐輪班，提供沐浴、排泄、飲食的照顧服務，並
有配合之醫療單位醫師服務及護理師健康管理照護。
- (3) 訪問介護及通所介護：提供到宅生活自立支援服務及日間照顧服務，
以介護保険要支援 1 至要介護 5 為服務對象。

2. 居住環境：



房間門牌



房間陳設



由長者自行布置房間，並設有緊急求救鈴



生活自理能力佳者可自行炊煮食物



住宅空間注重無障礙設施

3. 收費標準：(單位：日元)

項目 型態	房租	公共服務費	安全檢查和生活諮商	食物預算	總計
A 型	40,000	30,000	-	46,500	116,500
B 型	55,000	15,000	5,000	0 至 46,500	75,000~
C 型	58,500	15,000	5,000	0 至 46,500	78,500~

(八)加賀屋・粉浜地域包括支援中心

1. 設置背景：日本介護保險法於平成 17 年 6 月(西元 2006 年)修訂，將「介護預防」納入介護保險中，地域包括支援中心因而設置，因應少子高齡化、介護支援評估、獨居或高齡夫妻同住及失智症人數增加等問題，以高齡者能夠在熟悉的社區裡安心生活為目標。

2. 設立標準：

(1) 地域包括支援中心由各市村町地方政府機關委託社福單位辦理，並以中學學區為劃分社區的標準，2 至 3 個社區設置一處，大阪市共設置 66 處。

(2) 社会福祉法人ジー・ケー社会貢献会自平成 23 年(西元 2011 年)起接受政府委託辦理加賀屋・粉浜地域包括支援中心位於大阪府住之江區，服務範圍包括加賀屋、加賀屋東、粉浜等地區，服務人口數約 3 萬 300 人，65 歲以上人口約 8,000 人，人口老化程度為 26%。

3. 服務內容：

(1) 綜合諮商及權利擁護服務：

提供高齡者家族、地區性照顧服務單位資訊、服務使用情形適切性、介護保險制度使用、老人虐待預防等諮詢服務。

(2) 生活支援服務：

介護保險中之要支援 1、要支援 2 之服務項目評估，並提供社區型及

到宅介護預防照顧服務，如：健康促進、口腔機能促進、營養狀況改善等。

(3) 多方面支援服務：

建構社區照顧服務網絡，連結社區民生委員、警察、地區住民、醫療機關、介護保險事業者等社區相關人員及專業人士，關心社區議題，提升社區關係及功能，共同解決社區問題。

(4) 成年後見制度：

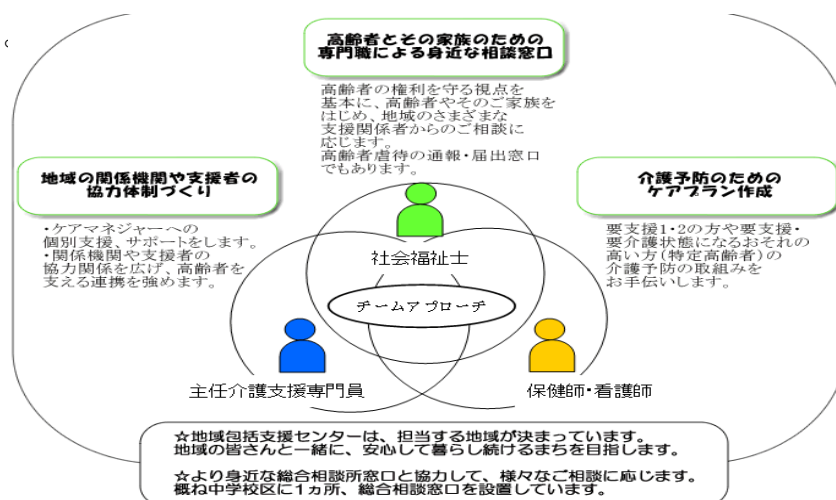
提供認知功能不佳之高齡者財產安全維護，協助向法院申請監護/輔助宣告。

(5) 預防高齡者虐待、消費者被害服務：

身體、經濟、心理、疏忽、性等方面之虐待情形及高齡者消費糾紛(如電話勸誘購物)皆可通報至地域包括支援中心，再尤其評估及轉介至政府單位，提供後續專業性服務。

(6) 家庭照顧者支持服務：

辦理家族介護者會議(照顧者支持團體)、喘息服務、家族介護教室(課程/研習)。



伍、心得：

此次參訪日本大阪政府組織、民間團體、老人福利機構、日間照顧中心等，看到日本政府及服務提供者對老人福利的用心，真的值得我們學習。臺中市升格為直轄市後，對老人福利服務及經費的挹注每年持續增加，目的就是希望給長輩們一個好的安養環境，並推動社區化及在地老化的社區照顧服務，讓長輩有尊嚴及有活力的享受老年生活，打造臺中市為長輩們首選的宜居城市。本次參訪心得如下：

一、以長輩為中心的理念提供服務內容及環境設施規劃

本市老人福利機構今年推動日本自^立支援照顧模式，期以零尿布、零臥床、零約束照顧模式，逐步提升機構照顧服務品質，目的在於讓長輩更有尊嚴、更人性化地在機構裡安養生活。此次實際至日本大阪的老人福利機構參訪，看到機構內環境清潔無異味、角落無堆積雜物阻礙長輩活動動線、寢室空間明亮、木質傢俱創造溫暖感、以單人房數為主以保留長輩隱私、膳食準備依據長輩口腔咀嚼能力設計不同軟硬度的飲食、用餐時儘量讓長輩依自己能力進食以延緩生理功能退化、注重長輩食衣住行等需求及貼心無障礙設施設備等，整體服務內容皆以長輩為中心思考，長輩需要什麼，長輩希望在機構裡怎麼生活等，值得我們重新思考如何提升現有的服務讓長輩即使入住機構，也能真的像住在原來家裡

一樣，非僅是口號，而是落實照顧長輩的需求。

二、辦理社區活動，建立對失智症長者之友善社區

此次參訪位於大阪千里的失智症社區照顧中心，中心設施長提到每天會在下午固定時間安排下午茶活動，社區民眾及家屬皆可於該時段來中心活動、與長輩聊天、喝喝茶，藉此促進家屬及社區民眾對於失智症長輩健康狀況改變的正確認識，避免因不正確的理解造成大眾對於失智症長輩的抗拒或不正確照顧方式。對於老人福利推動而言，讓社區能夠參與，確實能帶來正面影響，也值得我們思考在我們推動相關社區服務，能夠更進一步地促進社區與老人福利服務的連結，串連社區力量，一起為長輩帶來更好的服務，成為失智長輩的友善社區。

三、強調自助與互助的重要性

日本從 2006 年起修訂介護保險法，將介護預防的概念從社區中落實，減少高齡者老化速度及維持其身體健康，並藉以節省長期照顧服務開支；從法律制定規範，由中央到地方執行，就制度層面而言具完整性，提供老人生活照顧、財產維護、防止虐待、健康促進等第一線服務，若有其他需求者則轉介其他專業單位，由單一窗口提供整合性初級社區預防性照顧服務。此外，地域包括支援中心注重在地長者的需求，有任何的困難及問題皆提供諮詢、轉介服務，並將問題回饋給社區，邀集地方仕紳、政府單位、醫療機關、照顧服務提供單位等網絡單位，凝聚社區

意識，解決地方問題，發展在地化的照顧模式，促進現代都市聯繫鄰里間的情誼，發揮社區自助互助的精神。如何發展社區資源，發揮社區互助，是未來規劃長期照顧的重要課題。

四、財源永續及財務平衡：

日本介護保險自 2000 年開辦以來，雖然目前亦面臨財源不足之問題，但至少依照規劃時期之目標，以每 3 年為 1 期修訂介護保險計畫，並依計畫所需調整保險費，以確保未來 3 年內財務收支平衡。若我國推行長照保險制度，需審慎規劃財源，並研擬一套獨立且可以運作之財務收支平衡機制，將會是我國長照保險成功推動之重要基礎。

五、預防照顧之重要性：

為減少長期照護之財務負擔，應加強預防保健，日本在介護保險開辦幾年後，於 2006 年修正介護保險，加強介護預防給付，針對高風險老年，投入 3%費用提供預防性福利服務。目前我國規劃的長照保險並不給付預防照顧，但仍建議應考量預防保健之重要性，惟相關經費來源可仿照日本以介護保險固定比率投入發展，或以由公務預算支應。

六、建立整合照顧服務之必要性：

借鏡日本經驗，結合健康、醫療照護及生活照顧之業務，由一個單位推行高齡照顧政策。臺灣於民國 102 年進行組織改造，將衛生署及內政部社會司改編制為衛生福利部，整合社會福利及衛生醫療資源，然於

各縣市政府仍以衛生局及社會局分別執行各項衛生醫療及福利服務政策，未來如何延續中央組織改造之效，使該二局之業務得以密切整合推動是項業務殊值正視。

七、照顧人才培育計畫：

本市及日本大阪皆面臨人口老化照顧人力不足問題，大阪府推動高中及大學生透過照顧服務職業體驗向下紮根，促使學生了解長輩需求及特性，增進對照顧服務的興趣及作為生涯發展可能性，培養未來的長期照顧人力。

八、以法律支持照顧計畫，公私協力提供弱勢者服務

日本以介護保險制度規劃高齡照顧服務，並加入介護預防概念，中央亦訂定社福團體不須繳納稅費，促使社福團體肩負社會責任，自發性成立社會福祉協議會，會員定期繳交社會貢獻基金，彈性且即時協助弱勢民眾，補足福利申請至福利服務核准期間資源不足之情形；而臺灣社福團體自行建立資源盤點手冊，媒合民眾所需的服務資源，雖亦為公私協力提供民眾服務，但仍有資源連結之等待期，缺少資源提供之立即性。

陸、建議：

本次規劃考察行程，相當緊湊，經由交流過程中，獲得相當多的寶貴資訊與文件，在有限的時間，學習到難得的經驗，可作為本市長期照顧政策規劃及老人福利服務執行方向，分述如下：

一、強化社區預防性照顧功能：

社區為長者熟悉且習慣的活動範圍，應持續推動長青學苑、佈建社區照顧關懷據點、長青快樂學堂、老人共餐等，鼓勵長者運動及參與社區活動，維持身心健康，達到預防失能之效，並積極培植社區照顧關懷據點能量，發展在地化特色，使社區居民能緊密連結及主動關懷社區長者，減少發生獨居老人或弱勢老人孤立無援的情形。

二、規劃失智長者社區守護網絡計畫：

本市 65 歲以上失智症人數約為 21,905 人，推估 110 年本市 65 歲以上失智症人數將達 30,610 人，失智症盛行率達 7.74%，照護失智症者為未來的重要政策之一。本市參考日本經驗，將以辦理失智症服務之團體為基礎，結合在地公家及民間單位成立瑞智長者守護站，並鼓勵服務提供單位於日照中心之公共空間不定期辦理健康促進、宣導活動，邀請社區民眾參與，增加社區民眾與失智症長輩的互動，提升市民對失智長者的認識及接納，維持長者尊嚴與生活品質，營造失智長者之友善社區環境，落實社區照顧及在地老化的精神。

三、運用各區公所及鄰里長等區里能量，共同守護本市長者

日本於市村町之學區範圍內設置地域包括支援中心提供社區老人諮詢及預防照顧服務等，本市可協同各區公所、鄰里長及志工等，建立以地緣關係為基礎之照護網絡，共同關懷及守護本市長者，並視長者需求即時轉介相關單位，可藉由目前於南區試辦之愛鄰守護隊，逐步擴大至各區里，發揮就近服務之功能。

四、透過社衛政合作推動本市長期照顧服務

為降低衛生福利部之長期照顧政策至地方政府執行單位不同而導致與中央政策之落差，抑或各自執行致整合不周情形，社會局與衛生局應定期召開相關聯繫會議，以凝聚本市長期照顧服務政策之共識，共同推動本市長期照顧服務計畫。