

出國報告（出國類別：視察）

「老人住宅及複合式照顧相關設施機構 及計畫」報告

服務機關：內政部建築研究所

姓名職稱：靳燕玲 研究員

派赴國家：日本(東京)

出國期間：105 年 10 月 10 日至 10 月 14 日

報告日期：105 年 12 月 21 日

摘 要

關鍵字：高齡、全人關懷、日本社區整合性照護體系

依據國家發展委員會推計，我國高齡人口將於107年超過14%，進入高齡社會，同時長期照顧服務法也將開始實施，其中居家式與社區式的整合性服務將是國家未來發展重點，服務體系之建構、連結與運作都須有一套完善可供依循的模式，方能落實政策目標。

亞洲各國中，又以日本為最早進入高齡化社會，也最早展開各項因應措施，日本近年來致力於發展社區整合性照護體系，強調以學區劃分之概念規劃設置每個社區的整合性照顧體系，透過制度之設計誘導出具在地特色之專屬服務，也能達到資源開發與整合之功效。

綜上，本所本(105)年度由靳研究員燕玲於105年10月10日至10月14日期間，赴日本東京地區，考察內容以「日本社區整合性照護體系之發展現況」為主題，期間參訪「櫟木森林」小規模多元照顧服務之社區型機構，以及「豐四季台団地」，由東京大學、柏市政府與UR都市機構共同合作，建構「都會區集合式住宅之照顧服務」模式，提供當地的高齡市民連續性照顧服務與持續勞動的環境，並拜會東京都世田谷區政府機關保健福利部計劃調整科，瞭解當地社區整合支援照顧服務架構，最後並輔以蒐集公園、綠地、廣場等相關活動場所無障礙設施案例，供本所106-109年推動高齡者安全安心生活環境科技發展中程個案計畫之參考。

目次

摘 要.....	I
目 次.....	II
壹、目的.....	1
貳、過程.....	2
一、行程規劃.....	2
二、行程內容.....	3
參、心得與建議.....	40
一、心得.....	40
二、建議.....	40
肆、參考文獻.....	42
伍、附錄	
附錄 1、東京都看護保險制度簡介	

壹、目的

我國高齡人口持續飆升，依據國家發展委員會推估，我國將於 107 年進入高齡社會，115 年邁入超高齡社會，老年人口比率亦將從高齡社會的 14.5% 進入到超高齡社會老年人口比率的 20.6%。我國長期照顧服務法於 104 年 6 月 3 日公布，預計 106 年正式實施，並自 105 年 11 月起推動社區整體照顧模式(長照 2.0)，逐步漸進提供民眾最近便性的照顧服務，並減輕家屬的照顧負擔，以促進長者健康福祉，提升老人生活品質，落實在地安養、在地老化的目標。

事實上，高齡化已成為全球性的趨勢，隨著人口結構逐漸老化，高齡者所需之健康照護產業需求勢將日益增加，相對衍生的老人照護問題也須及早因應。亞洲各國中，又以日本為最早進入高齡化社會，也最早展開各項因應措施，為此，向已邁入高齡化社會之國家學習，吸收相關照護經驗相對重要。另一方面，本所 106 年度擬執行之「高齡者安全安心生活環境科技發展中程個案計畫」以建構高齡社會都市及社區無障礙環境之目標，亦與都會區集合住宅及社區型整合照顧環境有關。

本所就「全人關懷生活環境科技發展中程個案計畫」之研究主軸，加強人文關懷，將過去在空間或環境設計以健康成年人為主要考慮對象之作法，擴大含括身心障礙、老人等行動不便者之需求，研究及推動建置適合所有人的建築與都市環境之宗旨，並配合執行本所 105 年度之出國計畫預算，經奉核由綜合規劃組靳燕玲研究員辦理視察老人住宅及複合式照顧相關設施機構及計畫。

本次考察目的主要係至日本進行為期 5 天之考察與資料蒐集，了解日本因應 2015 年介護保險修法之後，對預防照護服務及相關產業發展策略之調整，與各型態高齡者在宅老化之推動變革，並且透過專家座談會議了解日本與未來發展方針，提供本所執行「全人關懷生活環境」科技計畫及未來推動「高齡者安全安心生活環境」科技計畫之參考。

本計畫預期效益包括：(一)考察日本社區整合性照護體系之發展現況，及如何建置都會區集合住宅及社區整合性照護機構，作為我國推動建構安全、安心之建築及生活環境參考。(二)經由案例考察，瞭解日本如何建構高齡社會都市及社區無障礙環境，及公園、綠地、廣場等相關活動場所無障礙設施之做法。

貳、過程

本次行程係以「日本社區整合性照護體系之發展現況」為主題，考察日本社區整合性照護體系之發展現況，及如何建置都會區集合住宅及社區整合性照護機構，提供本所106-109年推動高齡者安全安心生活環境科技發展中程個案計畫之參考，以推動建構安全、安心之建築及生活環境，提升高齡者生活品質，參訪行程自105年10月10日出發至10月14日回國，共計5天，就以下各議題安排參訪：

- 1.參訪「櫟木森林」小規模多元照顧服務之社區型機構
- 2.參訪「豐四季台団地」都會區集合式住宅之照顧服務機構
- 3.參訪東京都世田谷區政府機關保健福利部計劃調整科
- 4.公園、綠地、廣場等活動場所無障礙設施案例考察

一、行程規劃：

本參訪行程如下表：

表1、視察老人住宅及複合式照顧相關設施機構行程表

日 期	地 點	任 務	備 註
10 月 10 日 (一)	台北→日本 (東京)	■ 上午搭機至東京	
10 月 11 日 (二)	日本(東京)	■ 參訪「櫟木森林」小規模多元照顧服務之社區型機構包括： (1)ユーカリ小金原／介護付有料老人ホーム。 (2)住宅型有料老人ホームユーカリ新松戸。 (3)グループホーム／松戸市新松戸。	「櫟木森林」為隸屬於苛原診療所下之附屬機構，此機構在日本介護保險中屬於社區緊密型的服務，參訪三間機構及座談。
10 月 12 日 (三)	日本(東京)	■ 參訪「豐四季台団地」都會區集合式住宅之照顧服務機構。	參訪「自立棟」及「照護棟」，並與本機構得標機營者日本學研Cocofump控股公司代表座談。
10 月 13 日 (四)	日本(東京)	■ 參訪東京都世田谷區政府機關保健福利部計劃調整科。 ■ 公園、綠地、廣場等活動場所無障礙設施案例考察，包括東京上野、淺草區等。	與區役所代表座談社區整合支援照顧服務概況。
10 月 14 日 (五)	日 本 (東 京)→台北	■ 下午搭機飛返台北	

二、行程內容：

(一)參訪「樺木森林」小規模多元照顧服務之社區型機構及座談

「樺木森林」為一隸屬於苛原診療所(いはら診療所)下之附屬機構，此機構在日本介護保險中屬於社區緊密型的服務，為一提供團體家屋與小規模多元照顧服務之社區型機構，特色包括：

- 與社區診所、醫院與安養護機構建立起互助轉介與照顧網絡。
- 尊重本人與家屬的意願，協助其安心持續的生活。
- 協助入住者找到生活的重心與意義。
- 視入住者需求，靈活轉換服務模式與內容，以滿足入住者需求。



圖1、苛原診療所外觀

本次行程共參訪其中3機構，包括ユーカリ小金原／介護付有料老人ホーム，尤加利新松戸北棟：住宅型有料老人ホームユーカリ新松戸，團體家屋。及南棟：グループホーム／松戸市新松戸，小規模多機能型居家支援、住宅型收費老人之家。概要簡介如下：

(1)ユーカリ小金原／介護付有料老人ホーム

設立時間：平成23年(2011年4月1日)

設施概要：

類型：含照護之自費長照中心（一般型特定設施入居者生活照護：指此機構有提供照護服務，當原本健康的入住者後健康惡化變成需要照護時，可就原機構接受該機構護士的照護服務）。

居住的契約形態：終身契約方式（入住時要繳一筆居住保證金，可使用房間及公設，契約包含居住空間及日常生活照顧或照護。保證金退還規則依各機構規定。不能同一份契約轉讓給下一個人住。）

地坪：2028.75平方公尺

建築物概要：建坪（1440.72平方公尺）、建築物構造（3層樓鋼骨結構）、契約形態（租賃契約）

臥室：可居人數（40名）房數（40間），臥室面積：18.03～18.45平方公尺

房間簡介：廁所、洗手台、冷氣、床、窗簾、看護鈴、衣櫥、第四台

公設簡介：餐廳、機能訓練室、普通浴室、輔具浴室、更衣室、洗衣間、保健室、電梯、無障礙廁所、火災警報器

特約醫療機關：醫療法人社團 實幸會

苟原診所：看診科別/整型外科・內科・復健科

醫療法人社團 木下會、千葉西綜合醫院、高柳牙科醫院 我孫子中央牙科室



圖2、ユーカリ小金原／介護付有料老人ホーム 1樓平面圖

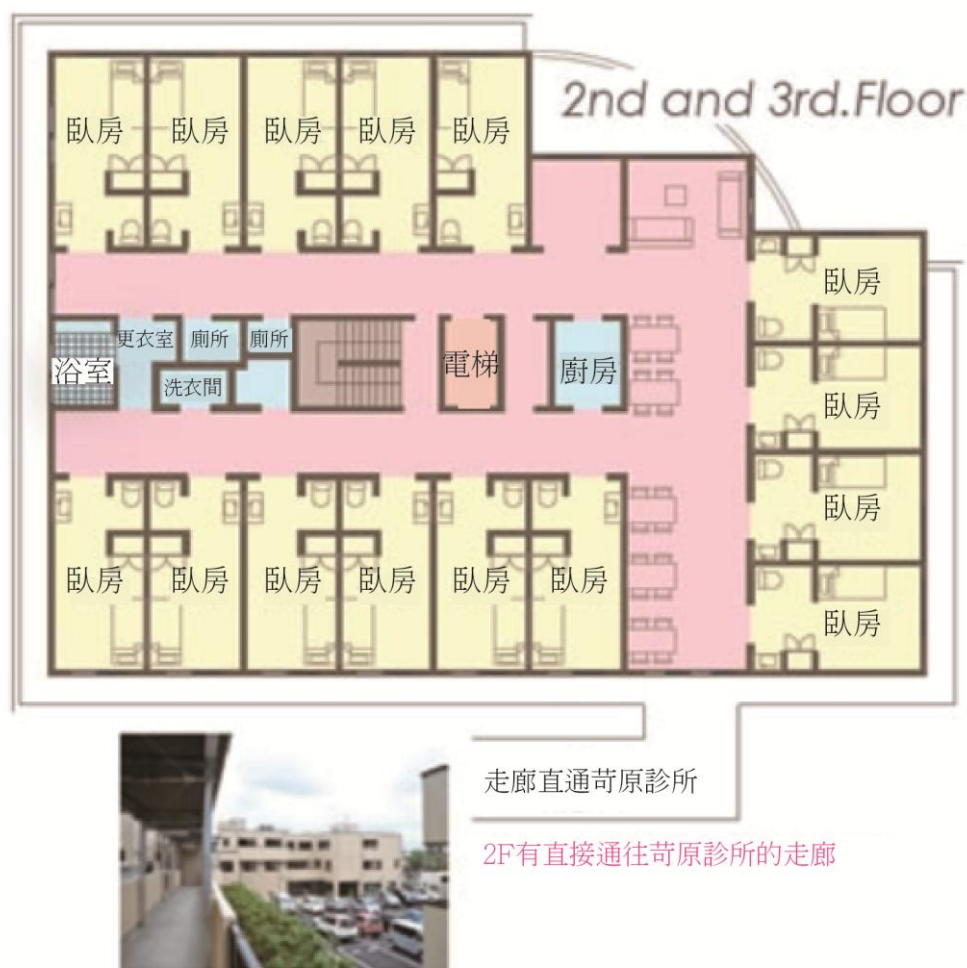


圖3、ユーカリ小金原／介護付有料老人ホーム 2樓平面圖

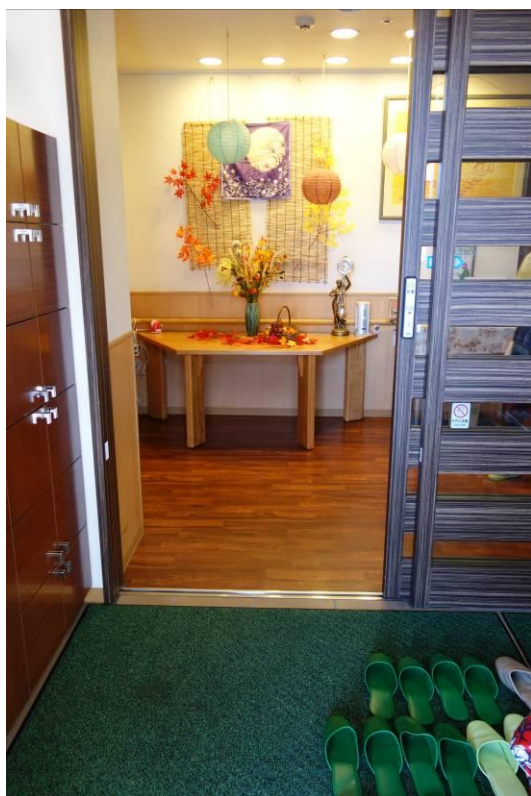


圖4、5 入口處的季節布置，有助於強化住民認知。



圖6、電梯內部設扶手



圖7、入口處設拉門防止住民誤出



圖8、交誼室生活化的擺設

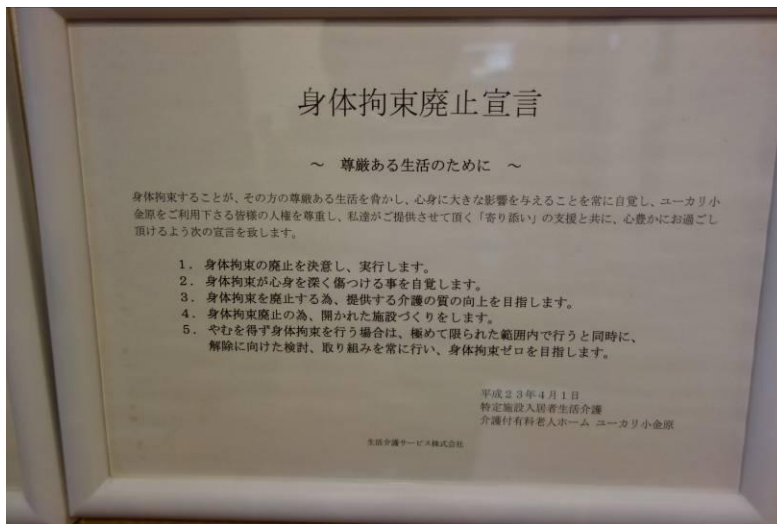


圖9、機構內禁止對住民身體約束的宣言

廢止身體約束宣言

～為了活得有尊嚴～

身體約束會危害人的尊嚴，本人經常會自覺身心受到很大的影響，我們會尊重每一位來使用尤加利小金原的人，在我們提供「貼身照顧」協助的同時，也發表以下宣言望您心靈生活過得滿足。

1. 決意廢止身體約束並加以實踐。
2. 有自覺身體約束會深深地傷害身心健康。
3. 為了廢止身體約束，會以提供更高品質的照護為目標。
4. 由於廢止身體約束，所以會打造成開放性的設施。
5. 逼不得已要身體約束的情況下，會儘可能縮小使用的範圍，同時會經常進行解開約束的討論及解開約束的方案，目標是身體零約束。

2011年4月1日

特定施設入居者生活照護

含照護之自費長照中心 尤加利小金原

生活照護服務股份有限公司



圖10、走廊通道寬敞



圖11、設於天花板的逃生警示燈



圖12、走廊上門外設扶手



圖13、房間門口地面以圖形暗示



圖14、房間基本配備



圖15、與負責人小林宗一先生合影



圖16、仿照居家的家具擺設

(2)尤加利新松戶：

共有北棟及南棟兩部分，其中Day House提供全年無休的居家照護服務，並可接受醫療聯盟的訪問診療服務；有全天護理需求的長者，也可安心生活於團體之家或住宅型收費老人之家。

地點：千葉縣松戶市新松戶

設立時間：2007年4月

A.北棟：住宅型有料老人ホームユーカリ新松戶，1F、2F團體家屋（Group Home）



圖17、北棟外觀

ユーカリ新松戸／グループホーム
2010年8月30日

尤加利新松戸／老人之家
2010年8月30日
重視入住者自己想要的生活方式
集體照護機構
尤加利新松戸
重視個人特質，實現自我價值的生活

生活照護服務股份有限公司

我們不認為「失智症」是一種疾病。它是人在老化的過程中必經的生理變化。失智症也好，身體障礙也好，老化也好，我們會認同他的人生，努力使他依自己想要的方式過生活。

我們讓能生活自理的失智症高齡者與其他少數人在家庭的氛圍之中，透過一起生活的方式，來達到延緩失智症惡化的目的。我們重視失智症高齡者在「家庭」中扮演的角色的重要性，不管其生活自理的程度如何，我們老人之家的目標是讓失智症高齡者能按自己想要的方式過生活走完一生。



圖18、照護理念

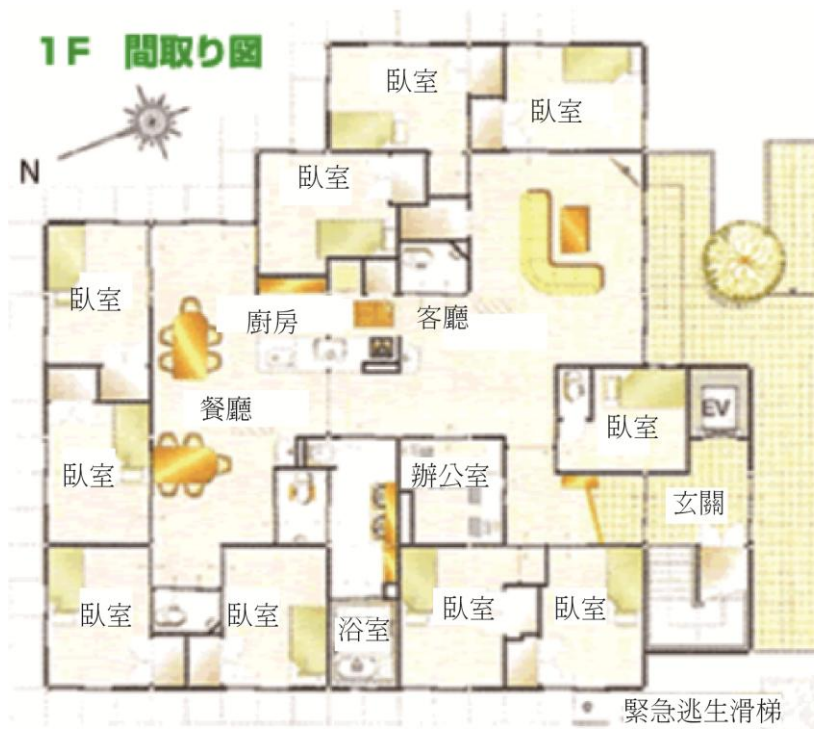


圖19、北棟1樓平面圖



圖20、北棟2樓平面圖



圖21、室內走廊展示住民作品



圖22、入口玄關穿鞋椅



圖23、門上張貼圖樣提醒住民



圖24、人數及空間規模適中的餐廳



圖25、居家風格的客廳



圖26、開放式廚房及配餐台，住民可感受到食物的香味



圖27、鼓勵自己進食



圖28、戶外逃生梯

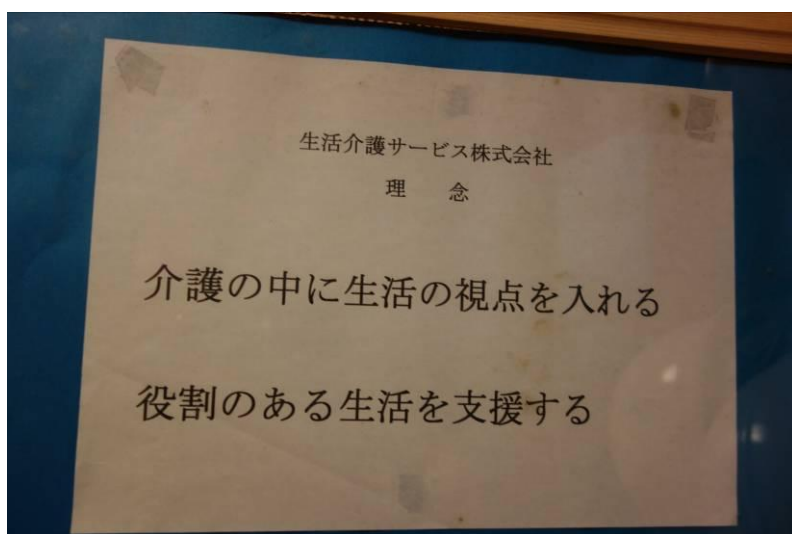


圖29、生活照護服務股份有限公司理念：在照護中加入生活的視點，協助高齡者在生活中實現自我價值

B.南棟：グループホーム／松戸市新松戸，南棟1F為小規模多機能型居家支援 (Day House)，南棟2F為住宅型收費老人之家。



圖30、南棟外觀



圖31、南棟有遮雨頂蓋的入口

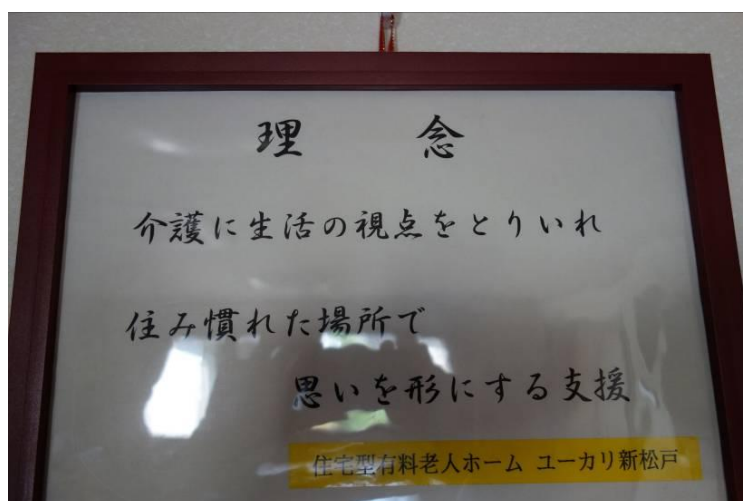


圖32、理念：於照護中加入生活的視點，在住習慣的地方，將心念化作行動進行協助。

1F 小規模多機能型住宅照護事務所



圖33、南棟1樓平面圖

2F 住宅型自費長照中心



圖34、南棟2樓平面圖

【新松戸南棟設施簡介】

名稱：住宅型自費長照中心 尤加利新松戸

地址：〒270-0034 千葉縣松戸市新松戸6-191

建築物概要：構造：2層樓輕量鋼骨結構的2樓

地坪：688.75平方公尺／建坪：241.92平方公尺

房數：9間（單人房）

臥室設備：廁所、洗手台、衣櫥（每間都有）、簡易廚房、淋浴間（僅2間房間有）

公設：廚房、客廳、餐廳、照護用廁所、浴室、電梯等

特約醫療機關：醫療法人社團 實幸會 苛原診所

特約設施：特別養護長照中心 輝陽園、附照護自費法人中心 山茱萸



圖35、於機構門口留影



圖36、入口玄關



圖37、通風採光良好的客廳角落



圖38、交誼廳裡的強化認知活動



圖39、照服員協助失能長者整裡頭髮



圖40、客廳牆面展示住民書法及繪畫作品



圖41、可供短期住宿的空間



圖42、開放式廚房級配膳檯



圖43、無障礙廁所1



圖44、無障礙廁所2

(二)參訪「豐四季台團地」都會區集合式住宅之照顧服務機構

1.背景

日本2025年每5.5人就有1人屬於「團塊世代」(指戰後嬰兒潮的日本人)，屆時年紀已達到75歲以上的高齡者。千葉縣柏市豐四季台地區(2012年)人口6,028人，其中65歲以上人口超過40%。柏市在2010年5月成立「柏市豐四季台地區高齡社會總合研究會」，包含柏市、東京大學高齡社會總合研究機構與獨立行政發人都市再生機構。成立三個委員會：「居家醫療委員會」、「人與人委員會」與「居住・移動委員會」。以建構兼具「區域完整照護體系化」與「具生活意義的高齡者就業」，實現「邁向長壽社會的鄉鎮」為目標。

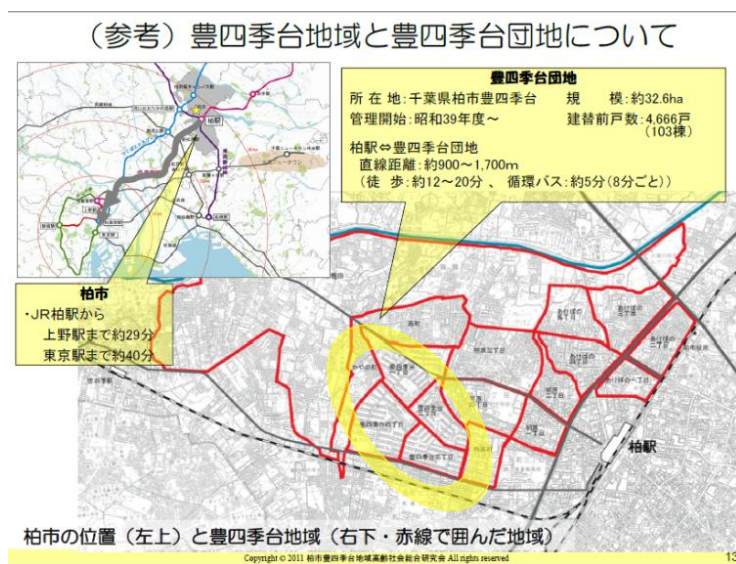


圖45、豐四季台團地區位圖

資料來源：日本UR都市機構網頁(2016)

在此「總括性照護體系」理念架構下，日本各級縣市政府皆有不同的因地制宜推動策略，其中較具代表性的成功案例「柏市豐四季台團地」位於千葉縣柏市豐四季台地區，該地區2012年人口6,028人，其中65歲以上人口超過40%。因此柏市政府在2010年5月成立「柏市豐四季台地區高齡社會總合研究會」，如圖1所示，包含柏市政府、東京大學高齡社會總合研究機構與獨立行政發人都市再生機構。並成立三個委員會：「居家醫療委員會」、「人與人委員會」與「居住・移動委員會」，以建構兼具「區域完整照護體系化」與「具生活意義的高齡者就業」，實現「邁向長壽社會的鄉鎮」為目標。

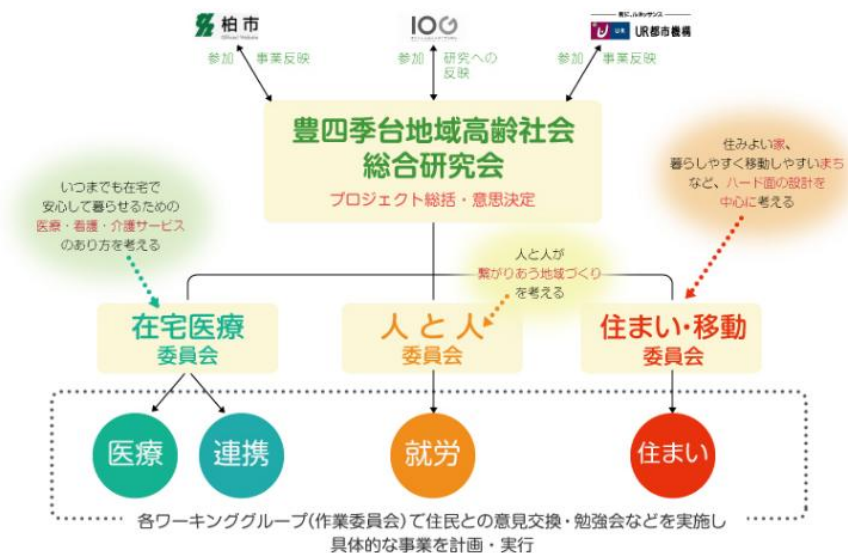


圖46、柏市豊四季台地區高齢社會總合研究會架構圖

資料來源：日本UR都市機構網頁(2016)

2.實現在地老化－對應超高齡社會的3要素

柏市豊四季台團地是一項結合學界、縣市政府及法人機構力量推動的實驗計畫，如圖○所示，以實現在地老化為目標的規劃理念涵蓋三個面向：

- (1)「醫」：地域醫療據點整備及保健系統、在宅医療系統開發、提供具有服務功能的高齡者住宅建設等6項事業。
- (2)「食/職」：雇用高齡者的「元氣活躍街區」，提供高齡者在近便的地域工作、創業，例如進行「農業」生產、「生活支援」、「育兒」、「地方餐飲」等6項領域事業。
- (3)「住」：居住支持的系統。

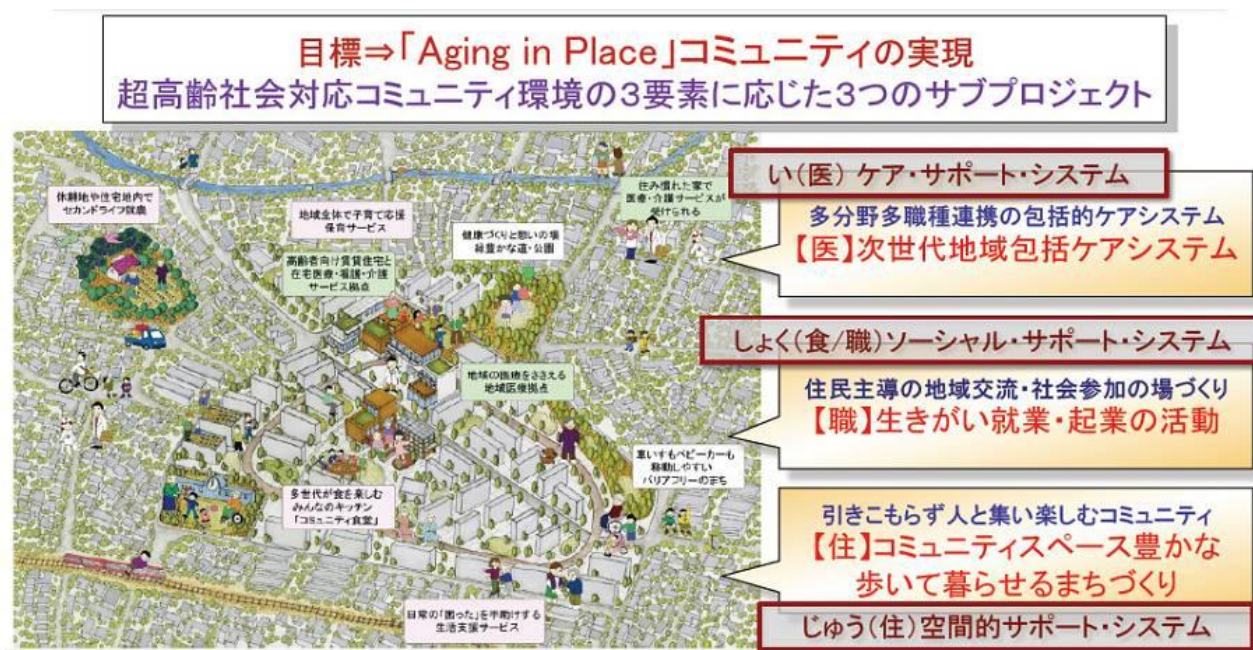


圖47、對應超高齡社會的3要素，資料來源：日本UR都市機構網頁(2016)

如圖○所示，這項以「營造長壽社會」為宗旨的實驗計畫打破了傳統以醫院為核心的高齡照顧模式，轉由居家及社區為主要生活場域，由各地域建構出社區無障礙生活圈之整備，社區營造計畫包括提供符合各樣需求的住宅，導入整體性醫療及照護系統包括基層醫療診療所、日間照護中心、24小時的居家照護等。因應高齡者視覺及反應力等功能退化，重新檢視道路規劃，引進對高齡人士友善的交通工具例如銀髮族小型電動汽車、社區巴士等，並運用健康管理、網路購物、遠距醫療等資訊與通信科技技術。此外，提供高齡者在社區的就業機會，可能是延續過去的專業發揮所長，或者從事符合社區需要的產業，不僅增加經濟收入，減少對子女的依賴，更可避免孤立，增進人際關係及社會參與，並增進生命意義。最終目標為協助高齡者「延長健康壽命及生活自立的時間」、「延長健康壽命及生活自立的時間」、「打造即使體弱也可安心生活的環境」。



圖48、營造長壽社會概念，資料來源：秋山弘子(2015)

此行參訪柏市豐四季台團地之都會區集合式住宅照顧服務機構，目前由日本Cocofump學研機構得標為總經營者，並招募相關照護廠商或團體進駐，除了經營亞健康及失能高齡者住宅之外，也引進提供社區高齡居民服務的照護設施，並在低樓層設置柏西口地域包括支援中心，建築物配置包括：

1.高齡者住宅：Cocofump附居家服務的高齡者住宅(包括可自立生活棟及需要照護

棟)

- 2.高齡照護設施：Cocofump柏豐四季台團體家屋，小規模多功能居家照護中心Nagomi、定期巡視・隨時應對型訪問照護看護Yasuragi、訪問照護Relief、生活支援服務Relief，Sugi訪問看護站豐四季台、Sugi照護計畫中心豐四季台。
- 3.醫療設施：Kuwano診所、豐四季診療所、豐四季藥局。
- 4.柏西口地域包括支援中心。

本活動實地參觀Cocofump附居家服務的高齡者住宅的公共集會空間，及需要照護棟的單人房型居住單元設施、及介護浴室設備等，居住長者皆有獨立的套房，配置符合高齡者人體尺寸的家具，各樓層設有洗衣房、機電設備及簡易服務站等，餐廳及公共交誼空間集中設置在一樓，提供鄰近的小規模多功能居家照護中心、團體家屋等彈性使用，在各個走道的節點設有小型沙發休憩區、各項活動公布欄、餐點菜單、電影播放節目表等，入口、走道及地面皆為防滑順平，門外走廊設有安全扶手，皆符合無障礙設計需求。



圖49、豐四季台團地都會區集合式住宅及照顧服務棟示意圖

資料來源：日本UR都市機構網頁(2016)



圖50、豐四季台團地都會區集合式住宅及照顧服務棟設施內容



圖51、豐四季台團地都會區集合式住宅及照顧服務棟外觀



圖52、與學研機構代表廣澤了一先生等合影



圖53、鄰近的幼稚園



圖54、鄰近之公園



圖55、鄰近之集合住宅



圖56、入口玄關



圖57、走廊角落的交誼沙發



圖58、餐廳



圖59、電梯內設座椅



圖60、房間單元



圖61、懷舊節目表



圖62、介護浴室の輪椅



圖63、介護浴室の穿衣床



圖64、介護浴室の洗澡浴缸

(三)參訪東京都世田谷區政府機關保健福利部計劃調整科及座談會

1.世田谷區概要

位於東京都23區的南西部、通往都心部方便、以居住環境良好的住宅區而聞名，為東京都特別區中面積第2大，人口最多，區內總人口約86萬人，其中65歲以上高齡人口佔19.29%，75歲以上高齡人口佔9.77%。

2.世田谷區地域照護系統的建構準備

日本近年來在介護保險之推動上已開創出多元的照顧服務模式，透過地區財政、服務體系、醫療、資源整合，以因應未來人口老化之趨勢。世田谷區於2006年設置「社區整合支援中心」，藉由結合居家式與社區式之服務措施，建構符合在地老化目標的區域性整合性照顧服務體系。本計畫參訪「東京都世田谷區政府機關保健福利部計劃調整科」，並透過當地政府官員之介紹，以瞭解地方政府在長期照顧服務體系之建構上，是如何透過一連串之規劃與行動，建構出符合在地發展之服務體系。

對於地域包括照護系統如何支援區民的預期

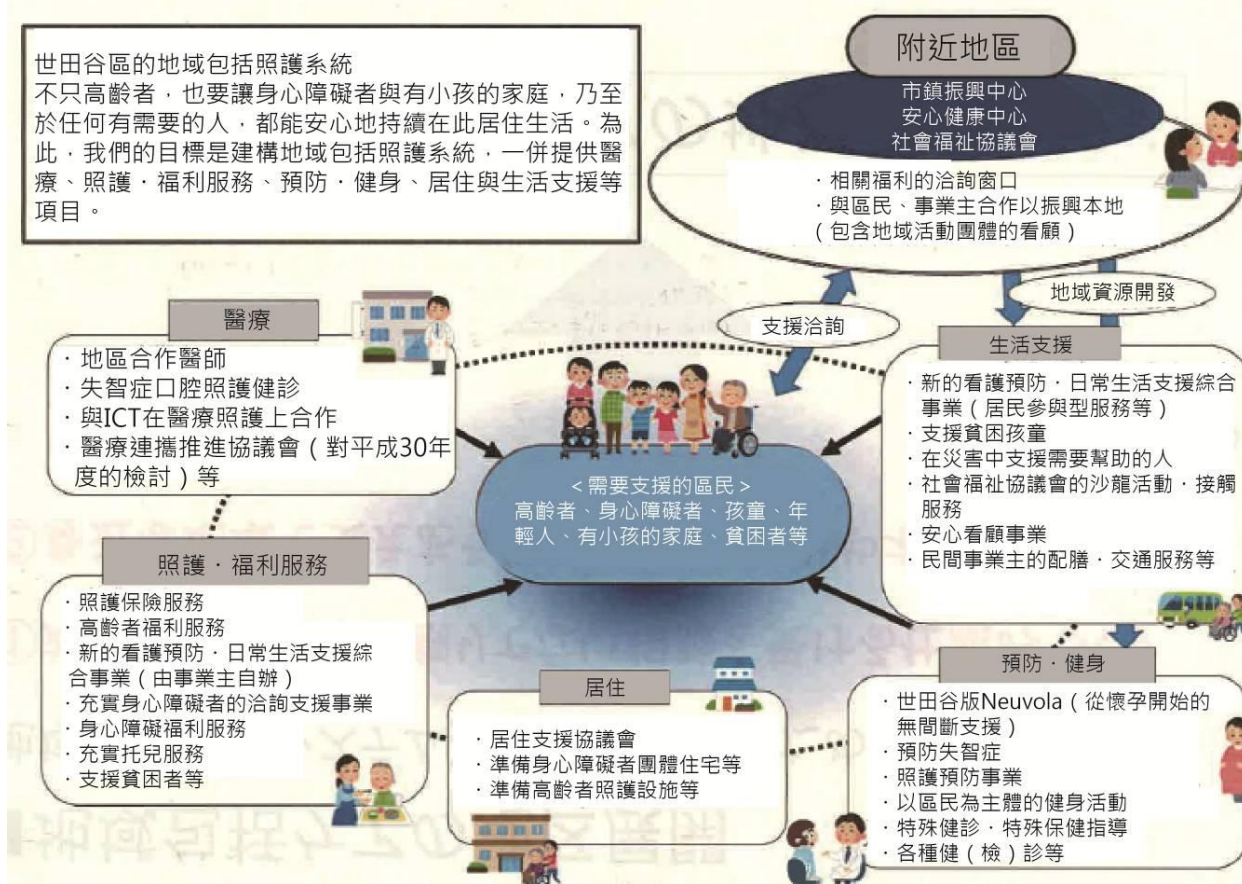


圖65、東京世田谷區地域照護系統，資料來源：東京世田谷區區役所

2.社區整合支援照顧服務包含以下層面

- (1)醫療：充實在宅醫療體系
- (2)照護與福利：實現可以安心的高齡生活
- (3)居住：確保低所得高齡者居住的社會資源運用
- (4)預防及保健：創新高齡居住場所
- (5)生活支援：公有服務以外的地域與資源活動

此外，建立以下地區照護的架構整合

- (1)地域含括照護動向：從機構照護到地域照護
- (2)地域含括照護動向課題：保障自由選擇、任何人皆可得到適切照護
- (3)提供從需要生活支援陪伴的人到重度醫療需求的持續體系
- (4)不依存於家族的介護體系
- (5)有介護者的身心支援
- (6)任何人皆可及的體系
- (7)確保照護人才教育的勞動環境
- (8)守護介護從業人員的身心健康

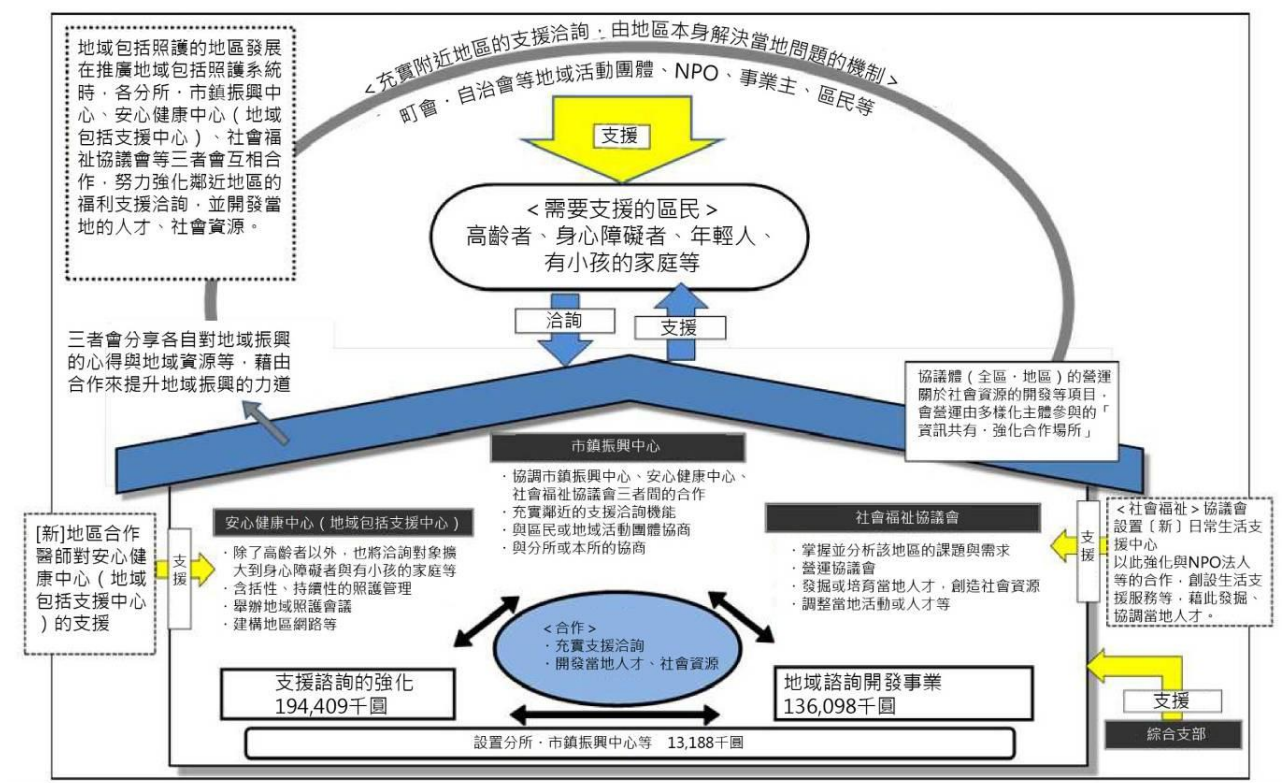


圖66、東京世田谷區社區整合支援照顧系統，資料來源：東京世田谷區區役所



圖67、東京都世田谷区政府機關保健福利部計劃調整科代表簡報



圖68、世田谷區鄰里公園



圖69、東京都世田谷區立厚生會館前

(四)公園、綠地、廣場等活動場所無障礙設施案例考察

本次行程並考察東京羽田機場、淺草觀音寺及上野公園及附近街道之公園、綠地、廣場等活動場所之無障礙設施概況。



圖70、羽田機場廁所推拉式門

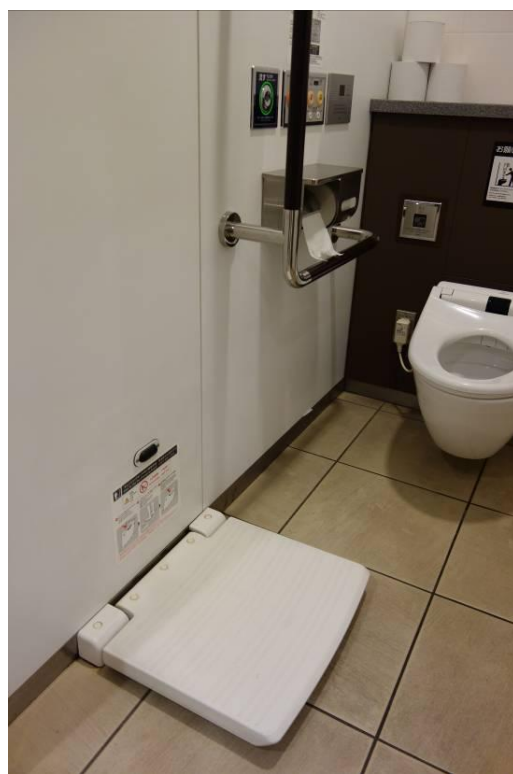


圖71、廁所內設置可更換衣著的踏板



圖72、供旅客使用的溫熱水機



圖73、多功能廁所



圖74、多功能廁所內部



圖75、多功能廁所內部洗滌盆



圖76、多功能廁所內洗手台



圖77、多功能廁所內汙物盆

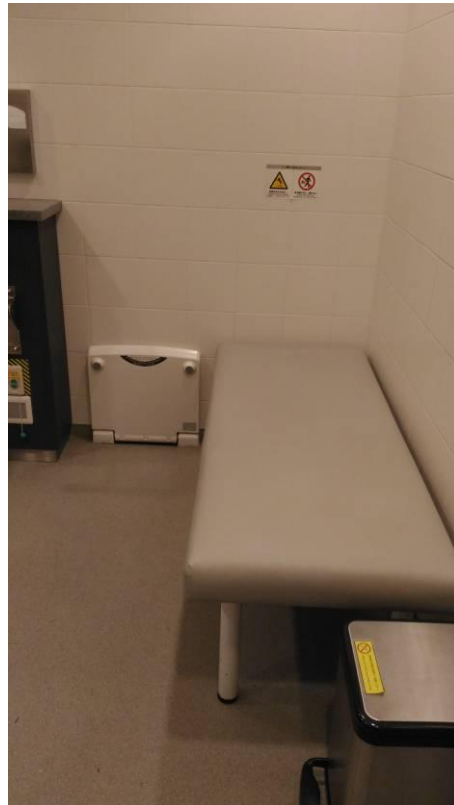


圖78、多功能廁所內長椅



圖79、機場內不同高度的飲水台



圖80、淺草觀音寺公園園道入口



圖81、淺草觀音寺公園園道



圖82、淺草觀音寺公園內植栽護緣石



圖83、淺草觀音寺公園內車阻1



圖84、淺草觀音寺公園內車阻2



圖85、東京上野街道上的植栽槽設計



圖86、淺草街道上的導盲磚



圖87、淺草觀音寺公園園道



圖88、上野公園內的垃圾桶



圖89、上野公園內的互動指示牌



圖90、上野公園內的飲水機



圖91、超市允許身障輔助犬進入



圖92、賣場內的導盲犬募款箱

參、心得與建議

一、心得

綜整前述考察紀錄，可供建築環境規劃領域借鏡參考之心得分述如下：

- (一)此次參訪日本「社區緊密型小規模多元照顧服務之社區型機構」之3案例，隸屬於診療所之社區緊密型服務機構，提供團體家屋與小規模多元照顧服務，具有與社區診所、醫院與安養護機構互助轉介與照顧網絡的優勢，同時視入住者需求，靈活轉換服務模式與內容，以滿足入住者需求。
- (二)回顧日本「都會區集合式住宅之照顧服務」社區整合照護策略，「豐四季台團地」的誕生，是在實務規劃上結合產業界、非營利組織及學術單位之共同合作的造鎮計畫，創造出一個提供高齡貢獻己力、服務社區，也是一個提供連續性照顧與持續勞動的環境供老人安心生活的空間。
- (三)在公部門社區整合支援照顧服務方面，從東京都世田谷區政府機關保健福利部計畫調整科近年來在介護保險之基礎上開創出多元的照顧服務模式，在財政、服務體系、醫療資源之整合，以及為因應未來人口老化之趨勢發展，於2006年起在不同地區設置「社區整合支援中心」窗口，以個案為單位提供諮詢，就近瞭解協助並調度相關資源，建立結合居家式與社區式之服務措施，並建構符合在地老化目標的區域性整合性照顧服務體系。

二、建議

(一)推動安全之友善環境，增進保健預防功能

過去，建築專業領域對於「無障礙設計」的思惟較偏重於協助身心不便者(特別是失能的輪椅使用者)，卻略了為數更多的亞健康高齡者的廣大需求，這群身心機能逐漸退化但尚未失能的使用者，需要的是友善貼心且可支持預防保健活動使用的無障礙環境，例如身體不便者如使用拐杖者、有人工造口或有更衣需求者、及需不同性別家人陪伴如廁者，以及順平的通路、路徑旁的休憩座椅、減輕支撐握力負擔的扶手，清晰易辨認的導引標誌等，以及視覺或聽覺退化者等，亟需更細緻的考量他們的需要。

(二)推動智慧安心社區，提昇科技生活品質

其次，運用ICT引入智慧產品和技術，應用網路、雲端及物聯網等技術，提供住民更高品質的數位生活，包括溝通互動、健康管理、網路購物、遠距醫療、安心支

援系統等面向，提昇生活效率及品質，實現安心及維繫人際關係的功能。未來更可整合智慧能源、水資源、社區管理、社區健康與照護、安全防災、及其他智慧生活等，提供客製化之整合性、永續性服務，創造長者幸福有感活力老化的生活。

(三)建置社區無障礙環境生活圈，落實在宅、在地(社區)老化

最後，對高齡者友善的生活環境應是全面且連續的，從個別建築物向外延伸，擴充至社區及城市尺度，統整個別建築單元空間、建築物、騎樓、人行道與都市公共設施等，打造涵蓋點、線、面的適居環境。不僅如此，環境設計應考量高齡者日常食衣住行育樂、就醫、照護至終老等需求，並從關切使用者「身體無障礙」層次提升至「心靈無障礙」境界，促進高齡者身心健康，達成增加健康年數，促成在地老化之目標。在此架構下，日本「社區緊密型小規模多元照顧服務機構」，「都會區集合式住宅之照顧服務」等策略，皆須運用社區人力、空間資源，營造出有「生活氣息」，可以提供連續性照顧與持續勞動的環境供老人安心生活的空間，更突顯普及建置社區無障礙環境之重要。

肆、參考文獻

秋山弘子(2015) 〈長壽社會之營造〉，台日智慧城市研討會，2015年12月8日，日本東京。

日本UR都市機構(2016) 網頁資料<http://www.ur-net.go.jp/east/chiba/program/tyouju/>



咨询窗口



① 居住地所在的区市町村或地域总括支援中心的咨询窗口

② 东京都国民健康保险团体联合会

投诉咨询窗口〔有关看护服务的投诉〕

☎03-6238-0177

③ 东京都的咨询窗口

东京都看护保险制度咨询窗口〔看护保险制度的一般咨询〕

☎03-5320-4597

东京都看护保险审查会事务局〔对需要看护认定结果等提出异议〕

☎03-5320-4293

东京都消费生活综合中心〔有关服务合约的咨询〕

一般咨询

☎03-3235-1155

高龄者被害热线 110

☎03-3235-3366

高龄消费者保护热线

☎03-3235-1334

东京都保健医疗信息中心〔提供医疗机构的信息〕

☎03-5272-0303

发行 / 东京都福祉保健局高龄社会对策部看护保险课

〒163-8001 东京都新宿区西新宿二丁目8番1号 东京都厅第一本厅舍24层北侧

TEL.03-5320-4291

FAX.03-5388-1395

福祉保健局网址 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/>

2015年5月发行 2015年度 第40号 印刷 /

リサイクル適性 (A)

该印刷品可以回收
再利用为印刷纸。



R100

本手册使用旧纸混入率为100%的再生纸
使用不含石油系列溶剂的油墨

看护保险制度

支援高龄者自立，
实现人人都能安心
生活的社会



2015年4月

東京都



看护保险法修订的要点



(从 2015 年至 2017 年为止)

从 2015 年 4 月开始

- 扩充了减轻低收入者的保险费（一部分实施）
制定减轻低收入者保险费的措施，对于标准的负担比例实施最大限额减轻时，属于第一等级者的负担额将减轻为基础额的 45%。另外，根据收入水平已经将保险费的标准等级从 6 等级改为 9 等级。
- 看护老人福祉设施的入住标准已经改变
原则上，新入住看护老人福祉设施（特别保健养老院）的对象是“要看护 3 以上”。

从 2015 年 8 月开始

- 有一定金额以上的收入者，其负担将会有变更
有一定金额以上的收入者，在利用相关服务时，其负担为 20%。
- 发给看护保险负担成数证
区市町村发给记载有利用者负担成数(10% 或 20%)的看护保险负担成数证。
- 减轻低收入の利用者所负担的伙食费・住宿费的适用条件有变更
低收入的利用者之中，其配偶为住民税课税者时或储蓄超过一定金额时，其伙食费・住宿费将无法享受减轻待遇。
- 高额看护服务等上限额有部分变更
与现职者收入相当的人，将提高其医疗保险的家庭负担上限额。

从 2016 年 4 月开始

- 小规模在设施接受看护将转向地域紧密结合型服务（2017 年 4 月开始）
作为定员在 18 人以下小规模在设施内接受看护「地域紧密结合型设施内看护」将转变为地域紧密结合型服务。

2017 年 4 月开始

- 全面实施扩充减轻低收入者的保险费制度
标准的负担比例的最大限度减轻率：第 1 等级者为基础额的 30%、第 2 等级者为 50%、第 3 等级者为 70%。

各区市町村开始实施的时期有所不同

- 要支援 1・2 者可利用的服务一部分有变更
面向要支援 1・2 者的「看护预防访问看护」和「看护预防设施内看护」将转变为看护预防・日常生活支援综合事业，变为符合地域实际状况可利用的各个多元服务。
(从 2015 年度到 2017 年度为止，每个区市町村开始时期有所不同)



目 录

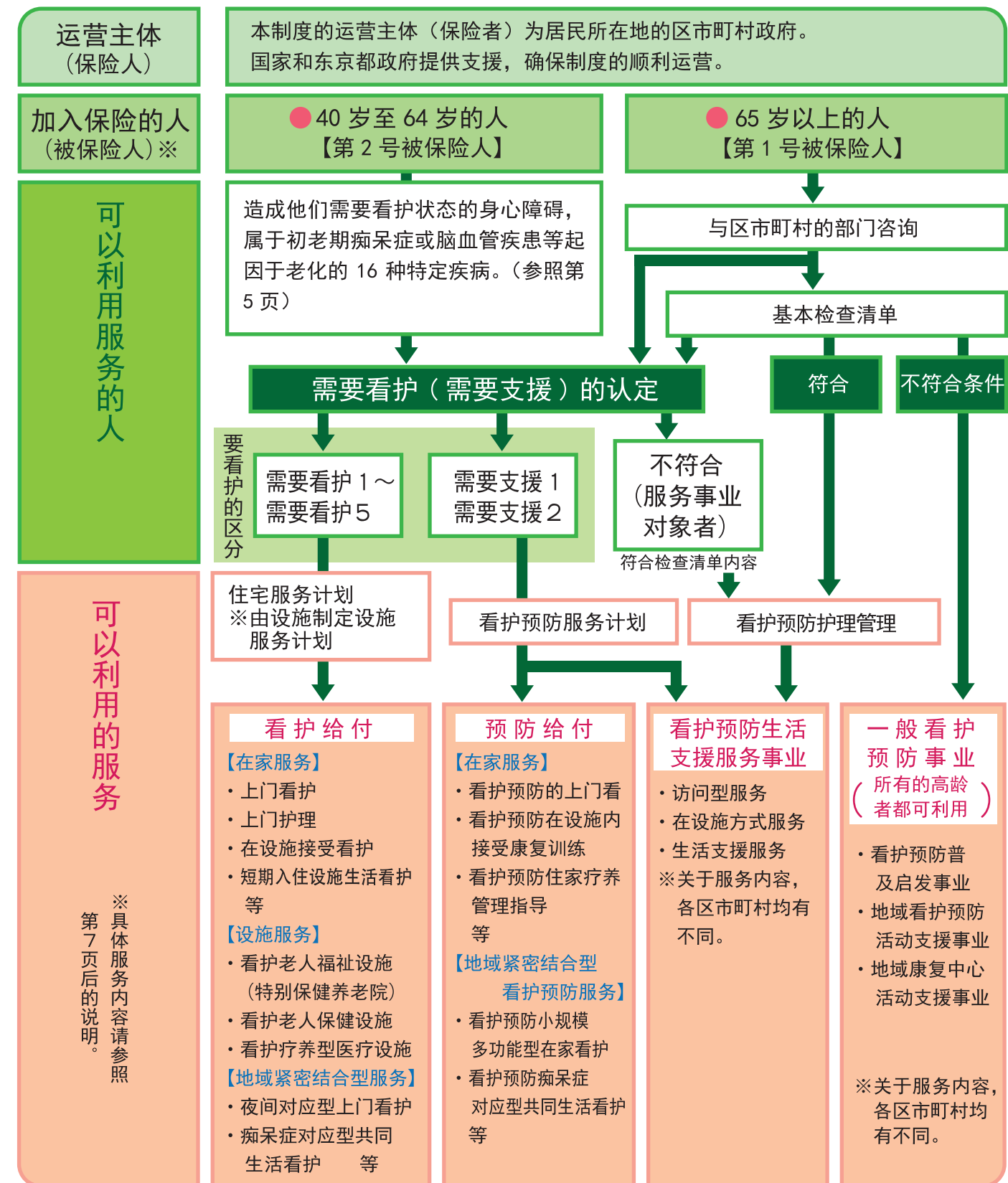
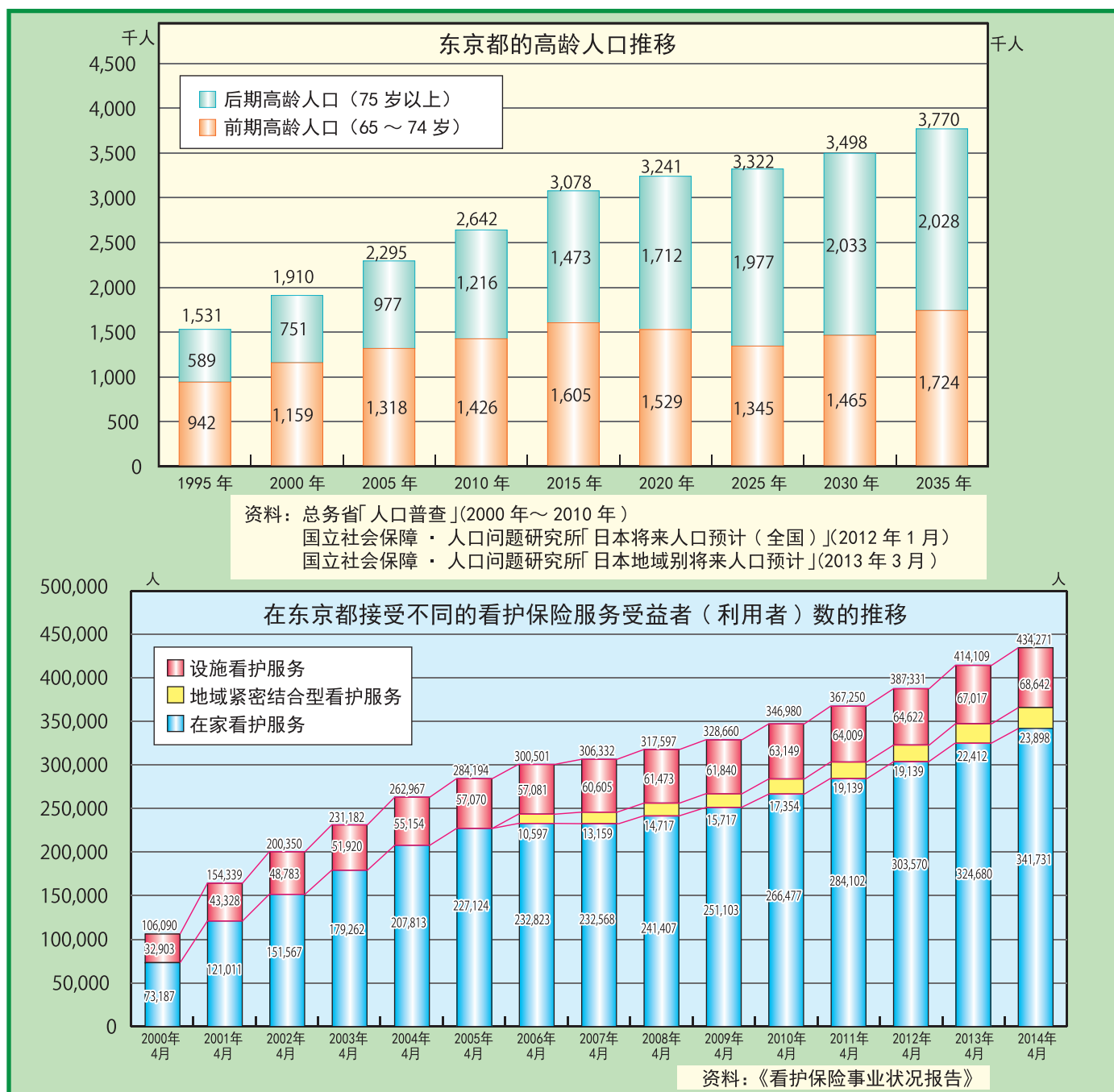


看护保险制度的概要	3
服务的利用手续	5
可利用的服务	7
・ 看护计划的制定	7
・ 在家接受的服务	7
・ 去看护设施接受的服务	9
・ 在入住看护设施等边生活边接受的服务	1 1
・ 其他服务	1 3
看护服务利用者的负担	1 5
利用者负担额的减轻制度	1 5
地域支援事业	1 7
・ 地域支援事业	
・ 地域总括支援中心	
・ 预防看护・日常生活支援综合事业	
保 险 费	1 9
看护服务的选择方法	2 2
・ 看护服务信息的公开制度	
・ 福祉服务的第三方评价制度	
咨询窗口	2 3

看护保险制度的概要

【看护保险制度的理念】

- 至2015年,日本的高龄人口将持续急速增长。此后,75岁以上的后期高龄人口仍将持续增长。
- 为妥当对应高龄社会存在的看护问题,作为一个由社会全体来支援需要看护者的社会保险制度。政府自2000年4月开始了看护保险制度,之后,以接受在家服务为中心的利用需求日益扩大,进而确立了支援人们安度晚年的制度。
- 看护保险制度的目的在于支援年老病弱人员,使他们在需要看护的状态之中,保持尊严,尽其所能自理日常生活。这是一个根据利用者的选择,综合统一地提供必要服务的制度结构。



※ 上述的流程图是已经开始实施看护预防・日常生活支援综合事业的区市町村,说明利用看护保险的流程。看护预防・日常生活支援综合事业因为各区市町村,开始的时期不同,所以有关具体细节请向居住地的区市町村咨询。
※ 外国人包括滞留超过3个月者、特别永住者等。

- 利用看护保险服务时，首先向各区市町村申请需要看护（需要支援）的程度认定，之后根据看护支援专员（看护干事）等咨询后，制定的看护计划，接受看护服务。
- 另外，在已经开始了看护预防・日常生活支援综合事业的区市町村的咨询部门领取基本检查表，符合一定基准时，可以利用访问・在设施等形式的看护预防・生活支援服务事业。

1 申请

- 由本人或家属直接向区市町村政府申请。

【65 岁以上的人】

无论造成需要看护的原因如何，都可以成为服务给付的对象。

【40～64 岁的人】

因以下特定疾病而需要看护时，可以成为服务给付的对象。

①癌症（晚期）②风湿性关节炎 ③肌肉萎缩性侧索硬化症 ④后纵韧带骨化症 ⑤伴随骨折的骨质疏松症 ⑥初老期痴呆症 ⑦进行性核上性麻痹、大脑皮质基底核变性症及帕金森氏病 ⑧脊髓小脑变性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系统萎缩症 ⑫糖尿病性神经障碍、糖尿病性肾病及糖尿病性视网膜症 ⑬脑血管疾患 ⑭闭塞性动脉硬化症 ⑮慢性闭塞性肺疾患 ⑯两侧膝关节或股关节有显著变形的变形性关节炎



2 需要看护（需要支援）的认定

- 对看护和支援的必要程度进行判定。

①访问调查

收到申请后，认定调查员进行家访，询问调查申请人的身心状态和日常生活情况

②第一次判定

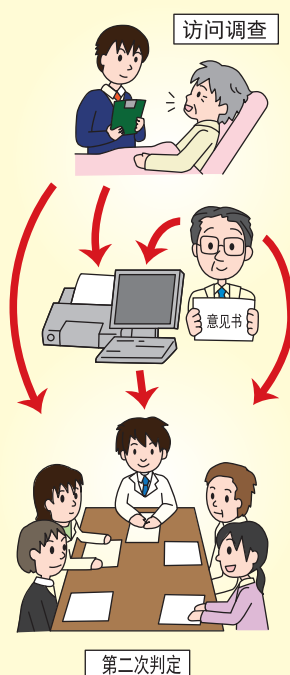
将访问调查结果和主治医意见书的部分内容作计算机处理，根据所获数据，由保健、医疗和福祉专家组成的看护认定审查会进行第一次判定。

③第二次判定

根据第一次判定结果和主治医意见书，看护认定审查会通过综合判断，进行第二次判定。

④结果的通知

根据第二次判定的结果，区市町村政府决定需要看护（需要支援）的认定等级区分，通知申请人。



3 看护计划的制定

- 利用看护保险服务时，为了能够独立生活，和看护支援专门员（看护干事）一同，根据需要制定综合的看护计划。

【被认定为需要看护 1～5 级的人】

看护计划可委托居家看护支援事业所的看护干事制定，也可由申请人本人制定。

【被认定为需要支援 1～2 级的人方】

看护计划可委托地域总括支援中心（参照第 17 页）制定，也可由申请人本人制定。

- 根据需要看护（需要支援）的不同认定等级，看护保险的服务费用限额（支付限度基准额）也有所不同（有关支付限度基准额，请参照第 15 页）。

4 服务的利用

- 根据看护计划，申请人与提供服务的事業者签订合约，接受服务。
- 签约时，请确认有关服务时间、费用、内容、取消利用的方法及对服务不满时如何处理等事宜。
- 服务费用的 10% (2015 年 8 月开始，有一定金额以上收入者为 20%) 由利用者自己负担。但是，超出支付限额基准的利用费用全额由自己负担。
- 被认定为不符合需要看护（需要支援）条件的人，为维持生活机能，也可以利用地域支援事业提供的服务。具体请向居住地附近的地域一揽子支援中心咨询。

※不以接受服务为目标，接受服务，目标是计划安排自身生活。

- 进入设施时，申请希望去的设施，在接收的设施制定看护计划。



可利用的服务

- 看护计划的制定
- 在家接受的服务

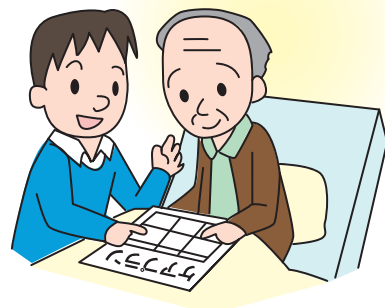


- 看护保险可利用的服务有被认定为需要看护 1～5 级的人可利用的服务（看护给付），和被认定为需要支援 1・2 级的人可利用的服务（预防给付）。
- 预防给付是以预防看护（即维持提高生活机能、预防进入需要看护的状态）为目的，以适于轻度患者的服务内容、服务期间和方法，向所需者提供服务。
- 可利用的服务之中，有地域紧密结合型的服务，这是在人们居住习惯的地区，提供多种灵活服务的结构，以事业所或设施的所在区市町村的居民为基本利用对象。地域紧密结合型服务以外的服务也可以在其他区市町村的事业所或设施利用。

看护计划的制定

■居家看护支援(针对需要看护的人)

为确保居家服务的适当利用，居家看护支援事业所根据利用者的身心状况、生活环境和本人希望，制定看护计划，与提供服务的事业者进行联络协调。



■看护预防支援(针对需要支援的人)

地域一揽子支援中心以防止需要支援状态的恶化为重点，设定具体目标，制定看护计划，为利用者提供有助于自立的看护预防服务。

※需要看护和需要支援的看护计划也可由利用者本人制定。

在家接受的服务

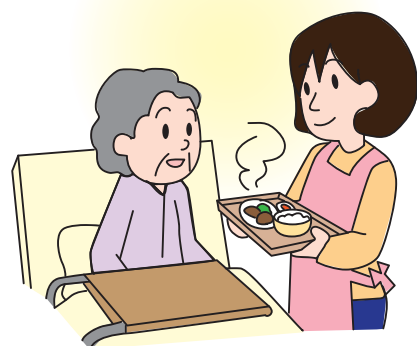
■上门看护

针对需要看护的人

家庭助理上门家访，进行饮食和排泄等日常生活的看护，提供烹饪和洗涤等生活援助。

针对需要支援的人

家庭助理上门家访，对于利用者无法自理的行为，进行饮食和排泄等日常生活的看护，提供烹饪和洗涤等生活援助，预防进入需要看护的状态。



※已经开始了看护预防・日常生活支援综合事业时，区市町村将提供「看护预防・生活支援服务事业」。

* 标志的服务由于是地域紧密结合型服务，因此事业所与设施的所在区市町村的居民为基本利用对象。

■定期巡回・随时对应型上门看护*

家庭助理和护士等，定期巡视利用者家庭，访或根据利用者的要求，进行家访，提供看护和疗养上的照顾。

需要支援的人不能利用此项服务



■夜间对应型上门看护*

夜间，家庭助理等人定期巡视利用者家庭，或根据利用者的要求，进行家访，提供看护和照顾起居。

需要支援的人不能利用此项服务



■上门入浴看护

以无法在自家浴室入浴的人为对象，将浴缸搬入利用者家内，提供入浴服务。



■上门护理

由护士等人进行家访，遵从主治医的指示，进行疗养照顾和辅助治疗。



■上门康复指导

由理学疗法士、作业疗法士或语言训练士进行家访，提供训练指导，帮助利用者维持恢复身心机能，实现日常生活的自立。



■居家疗养管理指导

由医生、牙科医生、药剂师、护士和营养管理士等人，根据无法去医院的利用者的身心状况和生活环境，提供指导和建议。



可利用的服务

· 去看护设施接受的服务



* 标志的服务由于是地域紧密结合型服务,因此事业所或设施的所在区市町村居民为基本利用对象。

去看护设施接受的服务

■在设施接受看护、地域紧密结合型在设施看护* (日间服务)

需要看护的人的利用

去看护设施接受饮食、入浴等日常生活的支援,参加恢复机能的训练和娱乐活动。

此外,还有配合医疗的看护事业所,可针对身患难病或癌症的需要看护的人,提供改善口腔机能和营养状态的服务。

※2016年4月以后,定员18人以下的小规模在设施看护作为「地域紧密结合型在设施看护」转向地域紧密结合型服务。



需要支援的人的利用

接受饮食等支援,进行机能恢复的训练。此外,还有部分事业所可根据每个利用者的不同要求,以“自选服务”的形式,提供提高运动器官(活动身体的肌肉和骨关节等)机能和改善营养、口腔机能的服务。

※已经开始了看护预防・日常生活支援综合事业时,区市町村将提供「看护预防・生活支援服务事业」。



■痴呆症对应型的设施看护 (日间服务)*

利用者定期去看护设施,接受针对痴呆症高龄者的看护和机能训练,以此达到尽可能在家自理日常生活的目的。

■在设施接受康复指导 (日间看护)

需要看护的人的利用

去医疗机构或老人保健设施,接受维持恢复身心机能和提高日常生活自理能力的训练指导。

此外,还有事业所可提供改善口腔机能和营养状态的服务。

需要支援的人的利用

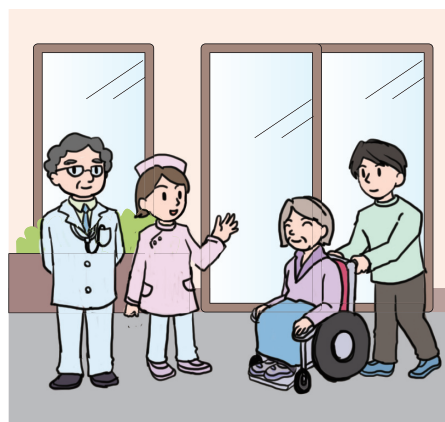
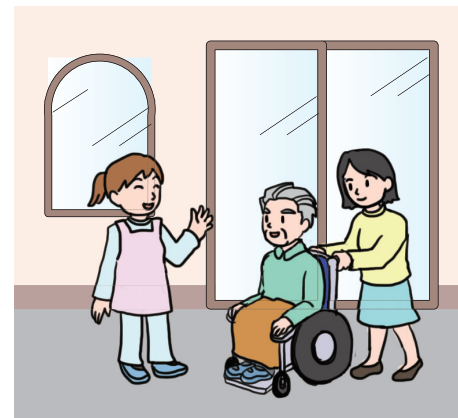
接受恢复机能和提高日常生活自理能力的训练。此外,还有事业所可根据每个利用者的不同要求,以“自选服务”的形式,提供提高运动器官机能和改善营养、口腔机能的服务。



■短期入住设施的生活看护 (福祉系统的短住看护)

短期入住特别保健养老院,接受入浴、饮食等日常生活的看护和机能训练。

此服务的利用期限最长为连续30天。



■短期入住设施的疗养看护 (医疗系统的短住看护)

短期入住医疗机构或看护老人保健设施,在医生和护士的医学管理下,得到疗养照顾和日常生活的看护,并接受机能训练。

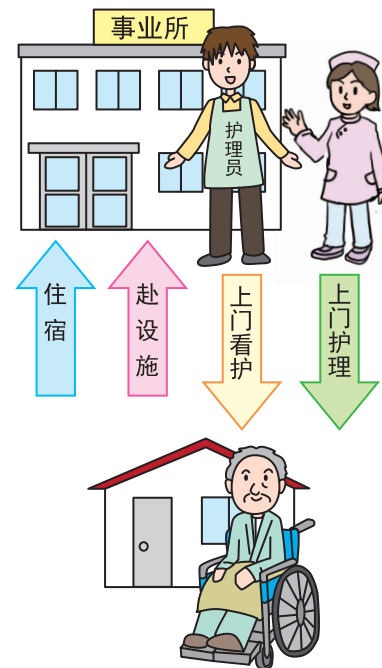
此服务的利用期限最长为连续30天。

■小规模多功能型的居家看护*

利用者主要通过去附近的地域事业所,接受饮食、入浴和机能训练等服务。此外,根据利用者的状态和希望,在需要看护的程度加重时,可提供在同一事业所的住宿或随时上门服务,由此支援利用者,使他们能够继续在家里的生活。

■看护小规模多功能型在家护理*

看护小规模多功能型在家护理和上门看护相结合的服务,同一事业所提供“赴设施”、“住宿”、“上门护理”、“上门看护”等多数服务,由此支援医疗需求很高的利用者,使他们能够继续在家里生活。



需要支援的人不能利用此项服务



可利用的服务

· 在入住看护设施等
边生活边接受的服务



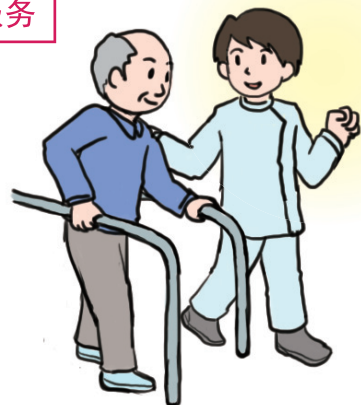
* 标志的服务由于是地域紧密结合型服务,所以事业所或设施的所在区市町村居民为基本利用对象

在入住看护设施等边生活边接受的服务

■ 看护老人保健设施

这是为帮助病情稳定后出院的人早日恢复在家生活的能力,提供以康复指导为中心的医疗护理和看护的设施。

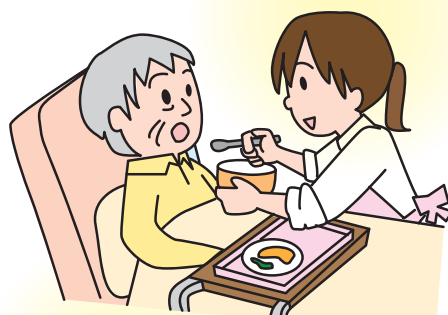
需要支援的人不能利用此项服务



■ 看护老人福祉设施 (特别保健养老院)

这是为随时需要看护而无法在家生活的人提供的入住设施。利用者可接受饮食和排泄等日常生活的看护以及起居方面的照顾。

需要支援的人不能利用此项服务



■ 地域紧密结合型看护老人福祉设施* (特别保健养老院)

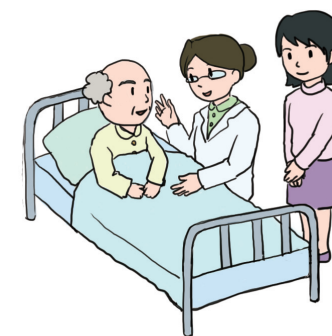
这是为随时需要看护而生活有困难者提供(定员不超过 30 人的小规模特别保健养老院)。利用者可接受饮食和排泄等日常生活的看护以及起居方面的照顾。

需要支援的人不能利用此项服务

■ 看护疗养型医疗设施

这是让需要较长期的日常医疗护理及慢性期康复指导和看护的人入住的设施。

需要支援的人不能利用此项服务



■ 痴呆症对应型共同生活看护* (痴呆症高龄者集体设施)

5~9 人的少数痴呆症高龄者共同生活,在有家庭气氛中接受看护和起居照顾。

需要支援 1 级的人不能利用此项服务



■ 特定设施居住者的生活看护

指在被认定为看护保险事业者的收费养老院或经济型养老院边生活边接受看护。此外,还有「外部服务利用型特定设施」,可接受设施以外的事业者的服务。

■ 地域紧密结合型特定设施居住者的生活护理*

指在被认定为看护保险事业者的定员不超过 30 人的小规模收费养老院或经济型养老院边生活边接受看护。此外地域紧密结合型特定设施的入住者限于需要看护的本人及其配偶(看护专用型特定设施),接受看护服务的对象限于需要看护的本人。

需要支援的人不能利用此项服务



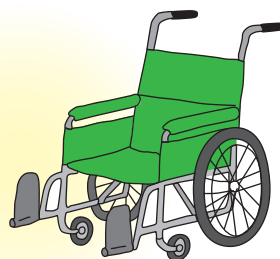


其他服务

■ 福祉用具的出借

需要看护 2～5 级的人

可以借用看护专用床、轮椅车、预防褥疮用品等支援在家生活的用具。



需要看护 1 级 · 需要支援的人的利

为帮助维持和提高生活机能,可借用限定的福祉用具(原则上为扶手、消除地面高低的斜面、扶车、步行辅助拐杖)。

■ 福祉用具购买费用的支付

不习惯借用而希望向指定事业者购买入座式便桶及入浴用坐椅时,其费用可部分报销。

利用者先自己全额支付购买费用,之后从看护保险中报销其 90%(或 80%,支付金额有限度)。



■ 住宅改装费用的支付

在进行安装扶手或消除地面高低等小规模住宅改装时,可获得部分费用的报销。

利用者先自己全额支付改装费用,之后从看护保险中报销其 90%(或 80%,报销金额是有限度的)。



*住宅改装前必须向区市町村提出住宅改装申请书。详细内容请向区市町村政府咨询。

看护预防 · 生活支援服务事业 (看护预防 · 日常生活支援综合事业)

※对象为符合要支援者和基本检查清单者。

【上门型服务】

家庭服务员上门看护以预防为目的的支援,之外还有 NPO 和居民为主体的组织进行多样性生活支援。



【到设施型服务】

日托服务中心等进行功能训练等的服务,之外还向 NPO 和居民为主的组织提供聚会场所。



【生活支援服务】

进行送餐和护理服务、举办地域沙龙等符合地域需要的各种服务



< 地或紧密结合型服务的定义 >

是为利用者能在住惯的地区,通过接受多种灵活服务,继续当地生活而设立的服务结构。

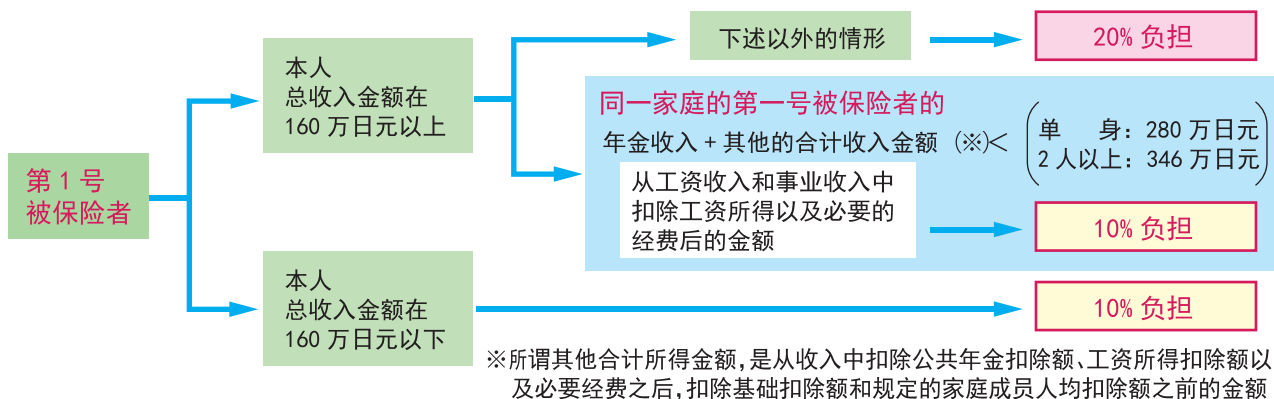
- A. 此服务以事业所或设施的所在区市町村的居民为基本利用对象。
- B. 事业所和设施的指定及指导由区市町村实行。
- C. 根据地域的实际情况,区市町村设定看护报酬(只限定期巡回 · 随时对应型上门看护,夜间对应型上门看护和小规模多功能型居家看护)。
- D. 地域居民参与设施的指定(否决)及指定基准和报酬的设定,确保公平公正和透明度。

看护服务利用者的负担

<自己负担的费用>

- ◆ 利用看护服务时，所需的服务费用的 90% 由看护保险支付，剩余的 10% 由利用者自己负担(注)。另外，2015 年 8 月开始有一定收入以上者自己负担 20%(参照下图)，利用者可以得到记载有负担成数的看护保险负担比例证。

注：住家看护支援、看护预防支援无需自己负担。



<在家中接受服务的支付限度基准额>

- ◆ 关于在家中接受服务，根据不同要看护状态，决定接受从看护保险支付的上限额（支付限度基准额，参照右表）。

实际的上限额（支付限度基准额）由单位数决定。1 个单位所需的单价根据地域和服务的不同而不同，右表是概数值，1 个单位按照 10 日元计算。

- ◆ 利用超过上限额的服务时，超过部分的全额由自己负担。

需要看护等级	可以接受保险支付的上限额 (平均一个月的大致金额)
需要支援 1	50,030 日元
需要支援 2	104,730 日元
需要看护 1	166,920 日元
需要看护 2	196,160 日元
需要看护 3	269,310 日元
需要看护 4	308,060 日元
需要看护 5	360,650 日元

利用者负担额的减轻制度

针对看护服务等利用者所负担，设有以下减轻制度。

<高额(合计医疗)看护服务费>

- ◆ 1 个月的看护服务费的自己负担总额超过一定上限额时，支付给利用者超出部分的金额（参照右表）。此外，如 1 年中的医疗保险和看护保险的自己负担额的总额特别高时，以“高额医疗总算看护服务费”形式，将一定的金额支付给利用者。

所得等级		上限金额
生活保护领取者		个人为 15,000 日元
区市町村 民税家庭 非课税者	①老龄福祉年金领取者	
	②课税年金等收入所得年额合计为 80 万日元以下的人	
	①、②以外的人	
区市町村民税家庭课税者		家庭为 37,200 日元
有与同在职者相当的收入(※)(从 2015 年 8 月开始)		一个家庭 44,000 日元

※课税收入在 145 万日元以上者(但是，根据家庭内的收入，也有上限金额为一个家庭 37,200 日元的现象)。

<伙食费等由自己负担和减轻制度(补贴)>

- ◆ 利用设施服务时，伙食费、住宿费(水电费)和日常生活费均由利用者自己负担。另外，到设施看护(日间服务)和短期入住设施(短期住宿)等，前往设施等接受服务时，所需的伙食费以及住宿费等需要利用者自行负担。
- ◆ 设施服务和短期入住设施生活看护等的负担金额由利用者与服务之间的合同来决定，但是对于低收入者(利用者的负担等级为第 1 等级到第 3 等级为止者)，将根据收入，可享受减轻负担金额制度(特定入住设施者看护服务费(补贴))。
- ◆ 但是，配偶为住民税课税者或有超过一定金额的储蓄(单身者为 1,000 万日元，有配偶者为 2,000 万日元)者，是不能享受伙食费・住宿费减轻(补贴)待遇。(从 2015 年 8 月开始)

<针对生活困难者的利用者负担减轻制度>

- ◆ 各区市町村对被认定为“生活困难”の利用者，设有费用减轻制度，看护服务负担的 10%，或伙食费、设施住宿费的自己负担可获得约 25% 的减轻。

有关利用者负担额的各种减轻制度的详细内容，请向居住地的区市町村政府咨询。

《例：设施服务负担额的大致金额(需要看护 3~5 级时) 2015 年 8 月以后》 (单位：万日元 / 30 日)

设施种类等		利用者负担等级	看护服务费 (负担 10% 时)	伙食费	住宿费	合计
看护老人福祉设施 (特别保健养老院)	单元型 单人房间	第 1 等级	1.5	0.9	2.5	4.9
		第 2 等级	1.5	1.2	2.5	5.1
		第 3 等级	2.5	2.0	3.9	8.4
		第 4 等级	2.5 ~ 2.9	4.1	5.9	12.5 ~ 13.0
	多床房间 (合住房)	第 1 等级	1.5	0.9	0.0	2.4
		第 2 等级	1.5	1.2	1.1	3.8
		第 3 等级	2.2 ~ 2.5	2.0	1.1	5.3 ~ 5.6
		第 4 等级	2.2 ~ 2.7	4.1	2.5	8.9 ~ 9.3
看护老人保健设施 (通常型)	多床房间 (合住房)	第 1 等级	1.5	0.9	0.0	2.4
		第 2 等级	1.5	1.2	1.1	3.8
		第 3 等级	2.5	2.0	1.1	5.6
		第 4 等级	2.9 ~ 3.2	4.1	1.1	8.1 ~ 8.5
看护疗养型 医疗设施 (通常型)	多床房间 (合住房)	第 1 等级	1.5	0.9	0.0	2.4
		第 2 等级	1.5	1.2	1.1	3.8
		第 3 等级	2.5	2.0	1.1	5.6
		第 4 等级	3.5 ~ 4.1	4.1	1.1	8.8 ~ 9.3

注 1：表中所示「利用者负担等级」与保险费的收入等级不同。

注 2：第 1 ~ 3 等级的伙食费・住宿费是对超过国家规定的负担限额部分的「补贴」以及适用了第 15 页的「高额看护服务费」后的金额。

注 3：「看护服务费」根据地域而异(表中所示为特别区时的情形)。

注 4：除了表里所示，还有根据身心的状态，加算疗养食、痴呆症专门护理等。此外，牙刷、化妆品等日用品以及预防流感注射、嗜好品等为本人负担，都由利用者和设施之间的合同决定。

注 5：2015 年 4 月改订了看护报酬，8 月改订了住宿费。



地域支援事业



1 地域支援事业

地域支援事业是指防止高龄者成为需要看护（需要支持）状态，即使已成为需要看护状态时，也要以支持可自立生活为目的，是由各区市町村实施的事业。

【地域支援事业的内容】

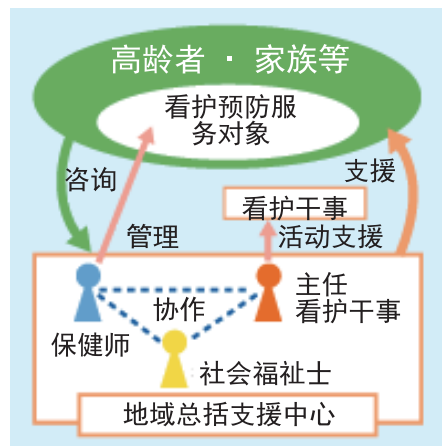
①预防看护・日常生活支援综合事业	→详见下页
②总括的支援事业	是地域一揽子支援中心所实施的事业。 →请参照「2 地域总括支援中心」。
③任意事业	是为了使看护保险事业运转安定化以及帮助高龄者在该地区可以自立生活而进行的事业。

- ①由全部的区市町村实施，从 2015 年度开始到 2017 年度为止，开始时期因各区市町村不同。还没有开始实施的区市町村，可以继续利用过去的看护预防事业。
- ②则是由全部区市町村实施。
- ③也有的区市町村不实施。

2 地域总括支援中心

为使高龄者在居住习惯的地区健康生活，除了看护保险服务，还需要综合保健、医疗和福祉的专职人员及志愿者等地域资源，提供总括的看护。

由区市町村设置的地域总括支援中心里，配置有主任看护干事、保健师、社会福祉士等工作人员，相互有效利用各自的专门知识和技能，向高龄者及其家属提供综合性支援。



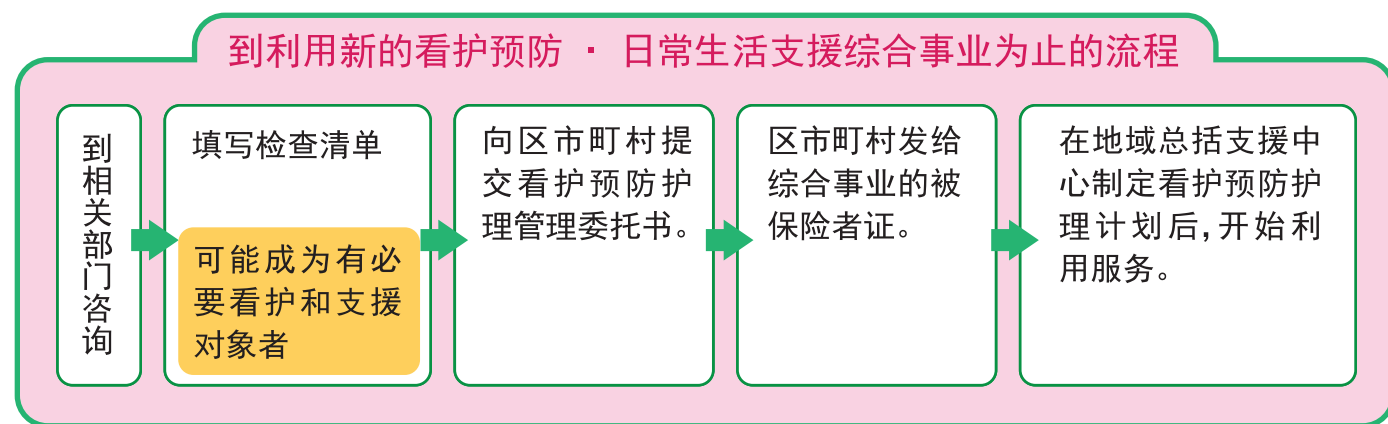
【地域总括支援中心的事业内容】

①看护预防等管理	为有效实施预防事业，根据利用者本人的意欲和能力，制定适当的服务计划。
②综合咨询・支援	建构地域相关人员的网络，同时接受高龄者和家属的咨询，支援他们有效地利用各种制度和地域资源，获得合适的服务。
③权利维护	以确保高龄者的生活尊严，作为“维护权利”和“防止虐待”的窗口，介绍成年人监护制度，早期发现并防止对高龄者的虐待，对应处理消费者的受害案例。
④总括、持续的看护管理	为根据高龄者的身心状况变化而不间断地提供必需的适当服务，进行支援看护干事的工作，调整医疗设施等相关机构。

- ①不只限于地域总括支援中心实施，也有由区市町村直接实施。

3 预防看护・日常生活支援综合事业

从 2015 年 4 月开始，实行新的看护预防・日常生活支援综合事业（以下、简称「综合事业」）。综合事业是依据每一个区市町村的地域实际情况，充实对地域居民等各种主体的多元次服务，因此推进地域的相互帮助体制的形成，同时对需要支援者等确立既有效果又有高效率的支援体系。（事业开始时期为 2015 年度到 2017 年度为止，每个区市町村均有不同。）



新看护预防・支援日常生活综合事业

■看护预防・支援生活服务事业

为适应要对支援者等的多元次生活支援的需要，进行增加相当于看护预防上门看护和看护预防到设施接受看护的服务，也包括居民为主体的支援等多样化服务。

※对象为符合要支援者和基本检查清单者

①上门型服务

是替换以前的看护预防上门看护的服务，实行家庭服务员上门做以看护预防为目的的支援，之外，还有 NPO 和居民为主体的组织的多样化生活支援。

②到设施型服务

是替换以前的看护预防到设施看护的服务，在日托服务中心等进行功能训练等的服务，之外，还向 NPO 和居民为主体的组织提供聚会的场所

③其他生活支援服务

进行送餐和护理服务、举办地域沙龙等符合地域需要的各种服务

■一般看护预防事业

65 岁以上者谁都可以使用。往来的公共场所、地域沙龙等，是根据人与人的关联，为推动地域发展的事业。

①普及启发看护预防事业

可积极参加区市町村举办的体操教室和演讲会等，另外，为了普及启发看护预防，分发宣传小册子等。

②支援地域看护预防活动事业

往来的场所和沙龙等，进行支援与培养地区居民为主体的看护预防活动。

③支援地域康复活动事业

派遣康复专业人士等前往居民为主体的往来的场所。



保 险 费



1 65 岁以上的人(第 1 号被保险人)的保险费

【保险费金额】

65 岁以上的人的保险费，按照各区市町村每 3 年所定的基准额，乘以与所得等级相应的比例而决定，其金额根据区市町村而不同。

看护保险费的标准等级设定如下所示。都内许多的区市町村的标准设定不一，有关保险费，请向居住地的区市町村看护保险担当科咨询。

所得等级	对 象 者	保 险 费 金 额
第 1 等级	・家庭全体成员属区市町村民税非课税者、生活保护领取者或老龄福祉年金领取者 ・家庭全体成员属区市町村民税非课税者，去年的总所得金额和课税年金收入的总和在 80 万日元以下的人	基维额 × 0.5 (2015、2016 年度 45%) (2017 年度 30%)
第 2 等级	家庭全体成员属区市町村民税非课税者，去年的总所得金额和课税年金收入的总和在 80 万日元以上，120 万日元以下的人	基维额 × 0.75 (2017 年度的 50%)
第 3 等级	家庭全体成员属区市町村民税非课税者，但是不符合第 1 等级、第 2 等级条件的人	基维额 × 0.75 (2017 年度的 70%)
第 4 等级	虽然本人为区市町村民税非课税者，但家中有纳税者，去年的合计所得金额和课税年金收入的总和为 80 万日元以下的人	基维额 × 0.9
第 5 等级	虽然本人为区市町村民税非课税者，但家中有纳税者，不符合第 4 等级的人	基维额
第 6 等级	本人缴纳区市町村民税，去年的总所得金额未满 120 万日元的人	基维额 × 1.2
第 7 等级	本人缴纳区市町村民税，去年的合计所得金额在 120 万日元以上到未满 190 万日元之间的人	基维额 × 1.3
第 8 等级	本人缴纳区市町村民税，去年的总收入金额在 190 万日元以上到未满 290 万日元之间的人	基维额 × 1.5
第 9 等级	本人缴纳区市町村民税，去年的总收入金额在 290 万日元以上的人	基维额 × 1.7

※从第 1 等级到第 3 等级者，依据看护保险法可以减轻保险费(第 1 等级者从 2015 年度开始，第 2、3 等级者从 2017 年度开始有资格享受此待遇)。

※表中 () 内的负担成数是实施了最大限额的减轻时的数字。

【保险费的缴纳方法】

看护保险费的缴纳方法，有从年金中自动征收特别征收和向金融机关缴纳的普通征收两种。特别征收以领取年额 18 万日元以上的老龄退職年金、遗属年金或残疾年金的人为对象，定期支付年金时(一年 6 次)，先行扣除保险费。普通征收缴纳时期和次数，各区市町村有所不同。

2 40 ~ 64 岁的人(第 2 号被保险人)的保险费

40 ~ 64 岁的人的保险费另行决定，作为医疗保险(国民健康保险等)的一部分保险费来征收。保险费的金额根据医疗保险而不同。

不缴纳保险费，将受到各种制约

看护保险是需要看护和支援的高龄者的相互支援制度。因此，所有被保险人都必须缴纳保险费包括不需要服务的人。

针对不缴纳保险费的人，利用服务时将受到以下处置：

① 1 年以上没有缴纳保险费时 → 支付方法的变更

不仅是自己的负担部分，而必须先自己负担服务的全额费用。日后，经过申请才能获取保险给付的部分。

② 1 年 6 个月以上没有缴纳保险费时 → 保险给付的暂时中止

保险给付的一部分或全部将被暂时停止。未支付的保险给付费有可能用来充当被拖欠的保险费。

③ 2 年以上没有缴纳保险费时 → 给付额的减额

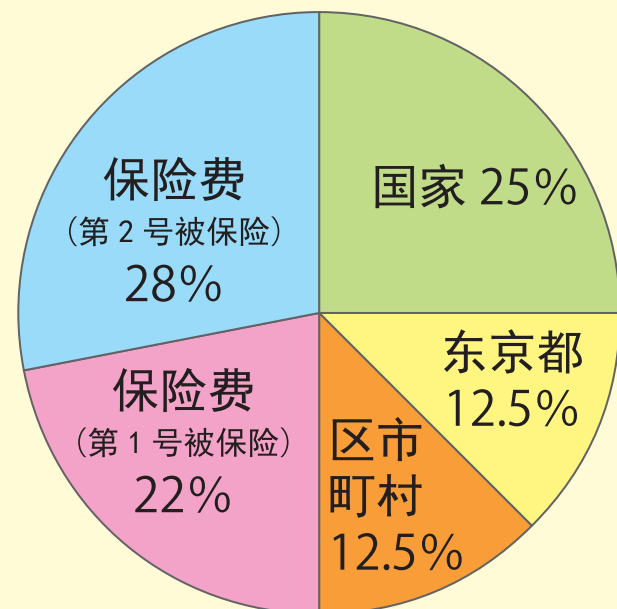
如果 2 年以上不缴纳保险费，将导致时效过期。利用服务时，如果有过期未付的保险费，在一定的期间内，原来为 10% (或 20%) 的利用者负担额将变成 30%，而且高额看护服务费及特定入住设施者的看护服务费也将不再支付给利用者。



保险费



3 看护保险的财源构

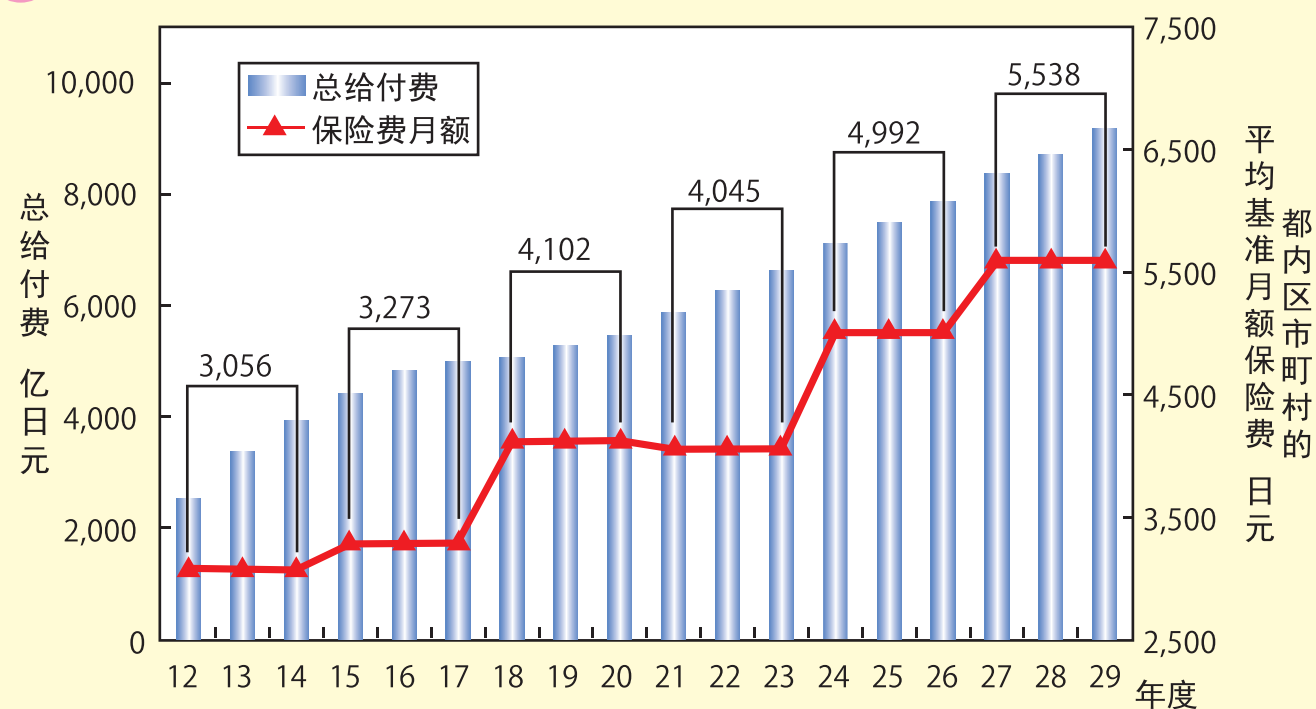


※左侧的图解所显示的是上门看护等在家系统服务的财源。

关于看护保险设施和特定设施的给付费用，是国家负担 20%，东京都负担 17.5%。

※其中，国家负担部分之中的 5% 将作为财政调整交付金，根据被保险人的状况分配，因此，区市町村的负担率将会有所增减。

4 看护保险给付的增长和保险费的推移



※ 出处：东京都高龄者保健福祉计划(2015 年～ 2017 年)

※ 保险费月額是将各区市町村的基准额按被保险人数加重平均后的结果。



看护服务的选择方法



- 看护保险制度是由利用者通过选择服务提供者来接受看护服务的结构。如果不知道该从哪里得到哪种服务，首先请向居住地的区市町村的行政窗口或地域总括支援中心作咨询。
- 如果已安排了看护支援专员（看护干事），请和看护支援专员商量，选择所需要的服务。
- 关于看护服务，为了使利用者能选择最适合自己的看护服务事业者，设置了以下的信息提供机构。

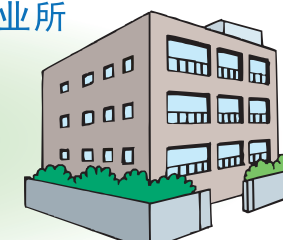
看护服务信息的公开制度

通过互联网，公开各事业所提供的服务内容和运营状况等信息，便于大家随时查询。另外，今后将增加有关从事看护工作者的信息，区市町村的地域一揽子支援中心等信息。

将公开的信息进行比较研究，选择最合适的事业所



A 事业所



B 事业所

可以比较事业所公开的信息和实际提供的服务，确认所利用的服务是否合适适当。

利用者

家属

信息公开的效果

可以为分开居住的父母选择合适的看护服务事业所。

看护支援专员

与看护支援专员（看护干事）共享信息，便于商讨如何利用服务。

福祉服务的第三方评价制度

第三方评价机构是对各事业所的服务及组织运营状况作出评价（事业评价），对实际利用者作意向调查（利用者调查）。各项结果将登载在互联网上，有助于把握各事业所的特征和为提高服务质量所作的努力状况。

通过利用者选择接受了第三方评价等积极改善服务的事业者的方法能促进提高看护服务的质量。

有关看护服务信息的公开制度和福祉服务第三方评价制度，



搜索

可从以下网址阅览细节：「东京福祉导航」<http://www.fukunavi.or.jp>