

日韩老年人护理保障制度比较与借鉴

田香兰¹ [韩]严基郁²

(1 天津社会科学院 日本研究所, 天津 300191; 2 韩国群山大学 行政福利学系, 韩国)

[摘要] 继日本 2000 年实施“护理保险制度”以来, 2008 年, 韩国也公布实施了“长期疗养制度”。韩国的长期疗养制度在吸取日本护理保险制度教训的基础上进一步完善了老年人护理保险制度。从参保人员或服务对象范围来看, 韩国把参保对象扩大到全体国民, 而服务对象却限定在重症老人上。从国家财政负担来看, 在韩国, 国家只负担全部财源的 20%, 而在日本, 国家和地方自治体负担全部财源的 50%。从管理运营体系来看, 韩国采取中央集权主义方式; 而日本采取的是地方主义方式。因此, 对日韩老年人护理制度进行比较的基础上寻找适合中国国情的老年人护理保险制度显得尤为重要。

[关键词] 日韩; 老龄化; 老年人护理保险; 启示

[中图分类号] C913.6 [文献标识码] A [文章编号] 1003-7411(2009)02-0054-(07)

[收稿日期] 2008-11-11

[基金项目] 天津市哲学社会科学规划研究项目(TJJL06-009)

[作者简介] 田香兰(1968-), 女, 吉林延吉人, 天津社会科学院日本研究所副研究员, 博士研究生。

严基郁(1967-), 男, 韩国群山人, 韩国国立群山大学行政福利学系教授。

一、引言

最近, 中、日、韩 3 国都已进入人口老龄化。据日本《朝日新闻》(2008 年 5 月 21 日)报道, 2008 年版《老龄社会白皮书》指出, 截至 2007 年 10 月 1 日, 日本总人口中 65 岁以上的老龄人口数已经达到 2 746 万人(较前年增长 3%), 占总人口的比例为(老龄化率) 21.5%。其中, 75 岁以上的后期老龄人口达到 1 270 万人, 占总人口的 9.9%, 成为全球老龄化率最高的国家。2050 年, 将达到 3 764 万人, 占总人口的 39.6%。^[1]按照联合国的标准, 超过 20% 就进入超老龄社会。日本人口老龄化率从 1970 年的 7% 递增至 1994 年

的 14%, 仅用了 24 年时间。而实施保险制度的 2000 年, 日本人口老龄化率为 17%。韩国统计厅 2008 年 10 月公布的数据表明, 截止 2007 年 6 月 30 日, 韩国 65 岁以上的人口已经达到 481 万, 约为总人口的 9.9%。2050 年, 将达到 1 527 万人, 约为总人口的 34.4%^[2]。韩国人口中 65 岁以上老年人所占比例, 2000 年时达到 7.2%, 老龄化速度将超过日本, 到 2018 年时达到 14%。也就是说, 从 7% 到 14%, 日本用了 24 年时间, 而韩国只用 18 年时间。日本 2004 年时总合生育率为 1.29 名, 韩国为 1.17 名, 世界上最低, 低于人口再生产所需的 2.1 名。随着平均寿命的增加及生育率的下降, 日韩两国到 2050 年时, 每 3 个人中

将有 1 位老人。日韩老龄人口的迅猛增加, 老年人护理需求激增。但由于出生率低, 核家庭化、越来越多的女性参与社会活动以及赡养老人意识淡化等原因, 老年人的护理无法由家庭来承担。因此, 日本和韩国分别在 2000 年 4 月和 2008 年 7 月制定实施了具有契约性质的社会保险方式——老年人长期护理保险。老年人长期护理保险是针对那些因年龄大或精神上或身体上的疾病, 长期无法自理日常生活的老年人制定的。这是韩国和日本自采用国民年金、医疗保险、工伤保险以及雇佣保险以来的第五个社会保险制度。中国目前也出现老龄化问题。全国老龄工作委员会办公室 2006 年 2 月发布的《中国人口老龄化发展预测报告》显示, 2005 年底, 65 岁以上老年人口达到 1.005 5 亿人, 占总人口的 7.7%, 到 2050 年达到 23%。而国家统计局人口和就业统计司 2007 年全国人口变动情况抽样调查数据显示, 我国 65 岁及以上人口占全国总人口的比重达到 8.1%。中国老龄化问题呈现高速、高龄、老人数量多、老人抚养比大等特点。因此, 也面临建立适合中国国情的老年人护理保险制度的问题。本文主要从分析日韩老年人护理保险制度的基本结构、实施现状、存在问题入手, 主要为建立中国特色老年人保险制度提出政策建议。

二、日本老年人护理制度结构

随着老龄人口的增加, 生活不能自理的老人越来越多。日本政府把护理问题看做是老龄社会的最大课题, 于 1997 年 12 月, 制定了“护理保险法”, 并从 2000 年 4 月开始实行“护理保险制度”。

1. 加入护理保险的范围及服务对象。护理保险法规定, 以市町村及特别区、都道府县和医疗保险机构等为保险人, 40 岁以上的人为被保险人, 被保险人又分为第一号被保险人和第二号被保险人。第一号被保险人是居住在市町村的 65 岁以上老年人; 第二号被保险人是 40~65 岁之间的加入医疗保险的人。2000 年刚实施老年人护理保险制度时, 认定为需要长期护理的人数是全体老人的 11%, 但此后一直在增加, 到 2006 年达到 16%。因此, 所需的财政支出急剧增加, 2000

年 3.6 万亿日元, 而到了 2006 年增加到 7.1 万亿日元, 达到 2 倍。^[3]这主要是与轻度护理患者利用护理服务有关。其结果虽然实现了长期护理社会化的目标, 但由于给轻度患者提供了服务, 使利用护理保险的人员急剧增加, 护理费用也持续增加, 不得不进行改革。

2. 2005 年改革的内容。为了确保护理保险制度的顺利运行, 2005 年, 日本厚生劳动省以修改护理保险法为目标制定了如下改革内容:^[4]

第一, 为了预防轻度患者转成重症患者, 建立预防体系。由地方负责建立支援中心。

第二, 为了确保居家养病和在设施中养病的公平性, 重新调整有关费用。也就是说在设施养病的患者的保险费支付中取消居住费用和伙食费用。但是对低收入患者给予一定的补贴。

第三, 建立新的服务体系。如小规模多功能住宅护理、访问家庭护理、老龄痴呆专用设施等。另外还开发了一批低价位的“三代同堂”式住宅。在地方设立咨询窗口、加强护理设施的医疗功能。

第四, 提高服务水平。要求护理中心向社会公开护理中心的信息, 加强规范参与护理的人员及公司。加强护理人员的培训及资格审定, 提高业务的中立性和独立性。比如, 政府出资培训了 10 万名家庭护理员, 负责看护老人, 处理家务; 普及托老所, 提供短期入住、看护、治疗。

第五, 把按收入制定的保险体系更细化, 采取减轻保险费负担的措施。主要内容见下表。

3. 改革后的财政体系。护理服务利用者为了得到护理服务, 要缴纳一定的保险费。需要看护时, 可提出申请, 经护理认定审查会确认后, 即可享受护理保险制度所提供的不同等级的护理服务。改革后的财政体系如下:

第一, 护理服务所需的费用(利用者负担的 10% 护理费用除外)由国家和地方自治团体负担 50%, 保险财政负担剩余的 50%。具体来说, 设施护理的给付是国家负担 20%, 都道府县负担 17.5%, 市町村负担 12.5%。而居家护理给付由国家负担 25%, 都道府县负担 12.5%, 市町村负担 12.5%。国家负担的费用中 5% 是用于调整市町村之间的财力差距。为了鼓励居家服务, 而限

制设施服务,国家在设施护理给付和居家护理给付上则实施差额负担制。护理保险费每 3 年要调整 1 次。保险费率与收入的比例最高不能超过 0.9%。第一号被保险人负担 19%,第二号被保险人负担 31%。^[5]

第二,征收保险费时,第一号被保险人要根据各市町村规定的标准,按照相应的收入档次缴纳。假如是 65 岁以上老年人,就从年金中扣除,其他

人员是由市町村直接征收。45 岁到 54 岁的人员需要缴纳医疗保险费和护理保险费。其中,护理保险费被统一划拨到社会保险诊疗报酬支付基金,并转到市町村。日本的护理保险者是市町村,被保险人的保险费是由各个地方的市町村决定。因此,存在各个地方被保险人负担的费用差距大的情况。负担最高的地区和最少的地区之间甚至达到 2 倍,因此需要平衡负担。

修改后的护理保险法内容

区分	主要内容
转变为重视预防型系统	<ul style="list-style-type: none"> • 为预防要护理状态恶化或减轻,建立“新预防给付” • 为了加强统一的、持续的管理功能,建立“地方支援事业”
调整利用者负担部分	<ul style="list-style-type: none"> • 设施利用者的住宿及伙食费从保险给付中排除 • 为减轻低收入者的负担,制定补助性给付制度
确立新的服务体系	<ul style="list-style-type: none"> • 建立立足于地方的服务(小规模多功能居家护理,夜间访问护理) • 建立具有咨询窗口功能、护理预防管理的“地方统一支援中心”
确保及提高服务质量	<ul style="list-style-type: none"> • 经营护理服务的企业必须要公开信息 • 对福利企业引进选定制度 • 实行看护人资格考试制度,并定期进行进修
完善制度运营体系及保险费	<ul style="list-style-type: none"> • 市町村灵活使用保险费 • 可以委托要护理认定业务

资料来源:根据厚生劳动省资料整理。

4. 管理运营体系及服务供给体系。护理保险的运营主体是市町村和特别区,由中央政府、都道府县、医疗保险者、年金保险者等从财政和业务管理方面对市町村进行支援。护理保险者数比市町村数少,这是由于几个市町村共同管理护理保险业务有关。2005 年护理保险制度改革后,在地域范围内提供服务的审批由市町村行政长官负责。改革前禁止社会福利法人之外的机构提供收费老人福利设施。2006 年,等待入住设施的老人达到 35 万人。改革后,允许民间机构参与提供收费服务设施。最近几年,服务设施急剧增加。居家服务方面,始终允许具有法人资格的营利企业参与,因此,最近几年,提供居家服务的企业增幅比利用居家服务的人员快,因此出现激烈竞争的局面。最初,地域综合支援中心开设了护理咨询窗口。

地域综合支援中心为老年人及其家属提供综合咨询,开展有关老年人权益保护的活動。以市町村 2~3 万人为单位设置了地域综合支援中心,配备社会福利师、保健师等人员。从地域综合支援中心现状看,地域内照看访问、特定老年人的发现及护理预防管理等功能还没有发挥出来。

提供长期护理的服务人员有护理支援专门人员、护理福利师、访问护理员等组成。但由于护理福利师和访问护理员工作环境差、工资低、离职现象严重,无法确保固定人员,更谈不上护理质量。最近,为了解决这些问题,日本政府采取了一些措施。如实施护理人员基础研修制度,使从事护理管理的人员接受 500 小时的进修。对于护理福利师的培养,取消原来必须具有 3 年工作经验并取得资格的条件,可以只接受进修。

5. 改革成果及评价。护理保险制度实施以来的5年间,利用者数从149万人增加到338万人,增加了两倍,而护理给付也从2190亿日元增加到5000亿日元。从服务类型来看,居家服务的利用者数和给付都超过了设施护理利用者数和给付。居家服务需求的增加使很多盈利法人和NPO法人都扩大了居家护理服务。另外,由于放宽了对护理市场的限制,除了公共部门以外,其他民间部门也加入了护理服务行列,使护理服务的质量和效率都有了明显提高。但是由于护理服务提供的种类以及数量过多(3种设施服务和13种居家服务以及9种社区服务),反而给利用者带来了不便。如利用者选择服务种类以及申报服务项目和要护理度时感觉到行政手续的烦琐。今后,日本政府为了抑制护理医疗费用的增加,不断改革护理保险制度,采取能够使各个年龄层公平负担的政策。另外,为了提高护理服务的质量,积极培养护理志愿者。特别是为顺利地实施护理保险,增加市町村的财政收入,而且尽量使各个地区的护理服务达到均衡水平。

三、韩国老年人长期疗养保险制度

(一) 引进老年人长期疗养保险制度的背景

2000年,韩国老龄化率超过7%,韩国政府在保健福利部下设了“老年人长期疗养保护政策筹备组”,以此为契机,开始进行关于建立长期疗养保障体系的研究与探讨。2003年3月,由“促进公共老年人疗养保障政策筹备组”提出最终报告。在最终报告的基础上,韩国政府决定分三个阶段实行老年人护理保障制度。为此,从2005年7月开始到2006年3月为止,通过第一次试点工作考察日常生活活动评价判定体系的可行性。第一次试点(2006年4月~2007年6月)工作,主要开发民间能够参加的报酬体系,研究其可行性。最后,第三次试点(2007年7月~2008年6月),以自愿参加的地方自治团体为试点对象实行老年人护理保障制度。与此同时,韩国政府制定了“老年人护理设施综合投资计划”(2006—2008年),为2008年正式实施老年人护理保障制度,新建能满足36000人需要的护理设施。

为此,每年建设100家护理设施,其中公共设施 and 民间设施比例保持在7:3并减轻利用民间设施的费用。到2006年底为止,为实行老年人护理法案,制定相关政策。决定从2008年7月开始,优先让老年重症患者享受老年人护理保障设施。中等程度的老年患者是从2010年7月开始享受。^[6]

引进老年人疗养保障制度的原因主要是:

第一,伴随着老龄化,痴呆症以及脑中风等日常生活自理困难的人员急剧增加。尤其是,长时间居家护理带来沉重的经济负担,也引发了深刻的家庭问题。韩国政府认为有必要把老年人的护理问题从社会和国家的责任来考虑。2006年2月在国会通过“老年人护理保障法案”,从2008年7月开始,针对痴呆症以及脑中风患者、日常生活自理困难的老年人提供居家或设施护理服务。

第二,靠家庭成员护理存在局限性。核家庭化以及参与社会活动的女性增加,使家庭护理遇到困难。家庭规模越来越小,1970年家庭平均人口为5.2人,但到了2005年只有2.9人。老人与子女分居比率达到44.9%。女性社会参与率为48.6%,几乎一半以上妇女参加社会活动。

第三,中产阶级老年人能够利用的设施严重不足。在韩国,根据《老人福利法》居家或设施福利服务对象为领取国民基础生活保障费的最低收入阶层,对象和范围极其狭窄。比较日韩两国接受居家或设施福利服务的比例来看,2000年日本接受居家福利服务的受惠率为5%,设施入住比例为6%,而韩国同期受惠率分别为0.5%和0.6%,仅为日本的1/10。

第四,老人医疗费用的急剧增加。2006年,老人医疗费所占的比重为25.9%,几乎是老年人口的3倍。因此,把那些没有必要接受医院治疗的老年人转移到长期疗养设施或居家接受护理服务。

(二) 韩国老年人长期疗养保险制度的基本结构及存在的问题

1. 加入护理保险的范围及服务对象。韩国的老年人护理保障制度在很多内容上参考了日本老年人护理保险制度。如为确保财源,采取社会保险方式。韩国把全体国民纳入到长期护理保险的加入对象范围内,但是服务对象范围限定在65岁

以上老年人或 65 以下国民中日常生活无法自理的人员,如痴呆、脑血管疾病患者等老年性疾病患者,而且必须由护理程度审查委员会认定为 6 个月以上行动无法自理的老年人。符合这些条件的要经过审查认定过程,达到长期疗养等级 1~3 级,可以接受护理服务。从 2008 年 7 月开始,对身患重症的老年人给予护理给付,从 2010 年 7 月开始,给付的范围扩大到中等疾病的老年人。实施长期疗养保险制度后,全体老人中有 3.6% 取得了接受护理服务的资格。

2. 提供服务的种类及水平。目前,老年人长期疗养保险种类分为居家服务 6 种(访问护理、访问看护、访问沐浴、昼夜护理、短期护理、租赁福利用具)和设施服务 2 种(入住设施、共同生活照料)。只有在特别情况下才提供现金给付(家属护理费、特别疗养费、疗养医院看病费)。这些服务种类与日本相比,非常少。

虽然提供服务的种类多,选择余地也大,但有可能成为财政恶化的原因,因此目前财政水平下,是个比较现实的选择。今后根据情况可以适当增加种类。老年人可以在给付的范围内选择服务种类,超额部分自己负担。一般利用设施护理时本人需要负担 20%,利用居家护理时需要负担 15%。这种措施主要是为了防止滥用服务的行为,也是为了实现稳定的财政。

韩国国民健康保险公团管理的长期疗养服务供给体系

序号	内容
1	管理长期疗养保险加入者及其被抚养者、医疗给付受惠者的资格
2	征收长期疗养保险费
3	调查申请人情况
4	设立等级审定委员会,认定长期疗养等级
5	制作长期疗养认定书、提供长期疗养利用计划
6	管理及评价长期疗养给付情况
7	向利用者提供信息、指导、咨询等
8	审查并支付居家及设施护理给付、提供特别现金给付
9	确认长期护理提供的内容
10	调查、研究及宣传长期护理业务
11	预防老年性疾病事业
12	没收根据长期疗养法获取的非法收入
13	保健福利部委托的有关长期疗养保险的业务

3. 财政体系。护理保险费是健康保险费的 4.05%,占收入的约 0.2% (在职人员加入保险时需要雇主负担一半,因此占收入的 0.1%)。这对于韩国国民来说不是太大的负担,但长期来看,负担有可能上升。

韩国保险费与日本保险费相比,保险费非常低,因此实际国民负担的保险费不太高。长期疗养所需财政支出中政府支援 20%,实施制度初期还补贴运营费。

4. 保险管理体系及服务供给体系。韩国疗养护理保险的管理主体是国民健康保险公团,除了委托给地方自治团体的长期疗养机构的指定及废除权限外其他管理都由国民健康保险公团负责。

韩国实施的单一的管理运营体系在全国范围内实行统一的服务种类、服务水平、保险费等标准,因此管理上方便,但也存在着无法反映地方特色的缺点。过去,提供老年人福利服务的主体大部分是民间非营利法人,但实行长期疗养保险制度后,营利企业也可以参与,因此扩大了提供主体,提高了服务水平。

四、日韩老年人护理保障制度比较及对中国的启示

比较韩国和日本的老长期护理保险制度,就会发现,虽然在制度的基本框架上有很多相似的特点,但在具体措施方面有很多不同。^[7]

第一,考察两个国家引进制度的背景,就会发现两国都是因为人口老龄化、家庭养老体系的局限性、老人医疗费增加等原因而制定的。但是,在韩国,主要是为了从原先的选择性福利过渡到普遍性福利而采用了此制度。而日本是为了统一各种制度,解决新的财源而制定的制度。

第二,从加入人员或服务对象等范围来看,韩国为了提高财政效率,把加入对象规定为全体国民,而护理服务的对象限定为重症老人。日本是把加入对象和服务对象一体化,把轻度患者也包括在对象里,把重点放在长期护理服务的社会化。

第三,从提供服务的种类和水平来看,韩国比日本提供的服务种类少,但从给付水平上两国没有太大差异。特别是,日本努力去满足不同对象的长期多样化的护理需求。

第四,从财政体系角度考虑,韩国把制度设计为加入者多,而接受服务的对象窄,保险费负担比日本相对少。另外,在韩国,国家只负担全部财源的20%,而在日本,国家和地方自治体负担全部财源的50%,从而提高收入再分配效果。

第五,从管理运营体系及服务供给体系来看,韩国是由国民健康保险公团负责管理运营,也就是采取中央集权主义方式;而日本,是由地方自治体履行保险者的角色,采取的是地方主义方式。这些共同点和差距都反映了各个国家不同的制度环境,因此有必要根据中国国情,选择内容,建立有中国特色的老年人长期疗养保障制度。

考察这些特点给我们的启示如下:

第一,必须在准确预测人口老龄化水平及速度的基础上建立老人的长期护理保险制度。日本实施护理保险制度时人口老龄化率为17.4%,而韩国为10.3%。虽然从人口老龄化水平来看,韩国比日本相对低,但老龄化速度比韩国快,老龄化水平也较低,因此尽早制定护理保险制度,可以为今后的超老龄社会做准备。因为,韩国老龄化速度之快,前所未有,这会给韩国带来很多社会问题。等问题深刻之后再采取措施,会给财政带来巨大负担、在行政方面的负担也会加重。

第二,根据社会、文化及经济方面的实际情况,逐步建立普遍的老人长期护理保障制度。日本虽然于1997年制定了长期护理保险法,但1963年制定老人福利法时已经设立了很多老年人专门护理设施。因此,后来只是废除了收入限制条款,只要有护理需求,所有老年人都可以入住的普遍主义政策。其结果,中产阶层老年人也可以享受公共福利服务。但是,韩国缺乏制定长期疗养保险制度所需的服务。虽然实施长期疗养制度以后,把原先的有选择的福利转变为普遍的福利,但是享受福利的对象逐渐增加,目前限定为重症老年人,今后逐步放宽到中度病人。

第三,确定适当的服务范围、服务种类及服务水平,满足老年人的护理需求。日本引进护理保险制度以后主要实现了长期护理服务的普及和社会化,从而使提供长期护理服务的主体多样化,由地方自治团体承担制度运营主体,促进社会福利服务的地方分权化。虽然这种制度安排可以满足不同的护理需求,但

由于提供的服务种类过多,降低行政效率。尤其是为了持续稳定地实施护理保险制度,需要稳定的财政来源,但由于日本实施的初级阶段就设定规模过大,导致财政压力过大。韩国吸取日本教训,缩小了服务对象范围及服务种类,从而缓解了财政压力。

第四,各国根据国情,采取适合本国社会保障体系的老人健康护理方式。日本健康保险制度的保险者是地方自治团体,而韩国是国民健康保险公团,因此在运营管理上有所不同。因此,选择运营管理方式时有必要根据本国社会保险体系选择。

五、中国护理制度中存在的问题及对策

随着人口老龄化的到来,老年人的社会福利需求急剧增加。而目前我国社会福利供给严重不足。据《中国老年人供养体系》的调查,全国有98.1%的老年人依靠家庭提供生活照料和精神慰藉的服务,只有1.9%的老年人由社会福利机构和社区组织照料养老。目前,大约有1400万老年人有进入福利机构养老的需求,而全国各类福利机构提供的老年人床位149.7万张,仅占老年人人口总数的1%,^[8]这与日本设施入住比例6%相比差距较大。虽然与韩国的0.6%相比还算高一些,但日韩实施护理保险制度以后,利用居家护理服务的老年人非常多。但中国目前居家护理服务层次低、不规范,无法满足老年人的多样化需求。而且,中国的福利设施硬件设施较差、服务水平低,基本停留在只能提供吃、穿、住等简单服务的原始阶段。^[9]

中国也应该像日本、韩国一样,努力将老年人护理保障制度的运行建立在比较完善的立法基础上,使护理保障制度真正为老年人谋福利,解决后顾之忧。为了建立老年人长期护理保障制度,第一步,加快我国养老金社会保障立法工作。^[10]目前,我国社会保险法及养老保险条例尚未出台,养老保险改革缺乏法律法规的保障,应尽快出台《社会保险法》《基本养老保险条例》等,使养老保险走上法制化和规范化的轨道。^[11]第二步,制定老年福利法、老年保健法、老年社会福利法等。第三步,制定老年人长期护理保险法。老年人护理法可以先在老龄化程度严重的北京、上海、天津等地试行,等积累经验和完善后逐步推广

到全国。只有这样才能促进老年人社会福利社会化进程。在国外,老年人社会福利社会化的一个重要的特征就是有大量的民间组织来承办各类社会福利服务。在中国,福利服务不发达的根本原因就是缺乏对现有资源的有效整合,政府部门之间、政府与企业、民间组织之间尚缺协作意识,因此,重视在护理服务中发挥各种各样的民间组织的作用,并有意识地建立起生活支援网络,通过这一网络,使得养老保障、社会救助、医疗保健等社会福利制度有效地衔接起来,共同发挥作用。^[12]针对护理制度非常不完善的情况,可以借鉴日本和韩国的经验,采取以下对策:

第一,为了预防轻度患者转成重症患者,建立预防体系。并由地方负责建立支援中心。

第二,为了确保在家养病和在设施中养病的公平性,重新调整有关费用。

第三,提高护理服务水平。加强护理人员的培训及资格审定,提高业务的中立性和独立性。

第四,建立各种类型的养老院,完善设施,使老人很容易根据自己身体状况和经济状况找到合适的养老院。第五、地方政府还需要出资培训下岗职工从事护理,负责看护老人,处理家务。^[13]

参考文献:

- [1] 日本健康保险组合联合会编. 社会保障年鉴 2007年版[M]. 日本: 東洋経済新聞社, 2007 129
- [2] 韩国统计厅. 2007年高龄人口统计[M]. 2008.
- [3] 太田贞司. 新版高龄者福祉论[M]. 日本: 光生馆. 2007 (2): 44.
- [4] 日本健康保险组合联合会编. 社会保障年鉴 2007年版[M]. 日本: 东洋经济新报社, 2007 (4). 131-133.
- [5] 小田兼三. 社会福祉概论[M]. 日本: 劲草书房. 2006 (10). 232
- [6] 周云, 陈明灼. 我国养老机构的现状研究[J]. 人口学刊, 2007 (4): 23
- [7] 严基郁. 环黄海圈国家的老人福利政策[M]. 韩国群山大学环黄海研究院出版, 2005 108
- [8] 胡务. 社会福利概论[M]. 西南财经大学出版社, 2008 140
- [9] 金度完, 郑真真. 韩国人口老龄化过程及其启示[J]. 人口学刊, 2007 (5): 48-49
- [10] 年志远, 胡继立, 朱军. 日本年金制度及对我国的启示[J]. 现代日本经济, 2007 (5): 59.
- [11] 张晓艳, 朱军. 俄罗斯养老金制度改革评析[J]. 东北亚论坛, 2007 (2).
- [12] 杨刚. 日本地域福利的现状及其走向[J]. 经济社会体制, 2008 (4).
- [13] 徐祖荣. 城市社区照顾模式研究[J]. 人口学刊, 2008 (1): 52-53

(责任编辑 富燕妮)

A Comparative Study on the Old People Nursing Guarantee Policy of Japan and Korea as well as Its Enlightenment to China

Tian Xiang-lan¹, [Korea]Yan Ji-yu²

(1 Tianjin Academy of Social sciences, Institute of Japan Studies, Tianjin 300191, China

2 Academy of Administration and Welfare, Korean Kunsan National University, Korea)

Abstract After Japan had carried out the nursing insurance policy in 2000, Korea also announced and implemented perennial recuperation policy in 2008. This policy was based on the lessons of Japan nursing insurance policy and further consumed it. From the point view of insurance participation or serving scale, Korea took all national people as insurance participation, but only limited the serving scale on old people who had serious illness. Viewed from the burden of State revenue and expenditure, Korea government beard only 20% of all source of revenue, while in Japan, government and provincial autonomous bodies beard 50%. In term of the administration and prosecution system, Korea accept centralization pattern, Japan is the pattern of provincial autonomous. the comparative studies on Japan and Korea is very important for China to look for the old people nursing insurance policy which is suitable to China's condition.

Key Words Japan and Korea, Aging, Old People Nursing Insurance, Enlightenment