

医疗保健

以高质量和可持续的健康和医疗服务为目标



急救车
(照片提供单位: AFL0)

简介

在日本，系统化的医疗保健是从6世纪引进中医之时开始的。此医疗传统造就了许多著名的日本医生，并一直延续到明治维新时期（1868年）。当时，西方医学被作为国家政策而推广，并导致了日本现代医疗体系的发展。战后的快速经济增长带来了日本生活水平的显著提高，同时在公共健康的所有领域都取得了巨大的进步。

如今，日本的医疗体系在许多方面都位居世界最高水平，例如平均寿命，婴儿和幼童死亡率等。同时，此体系也面临许多挑战，包括

每张病床平均的医疗专业人士（医生、护士等）数量较少，以及病人平均住院期限较长等。在21世纪，医疗体系将需要应对疾病结构方面发生的变化，包括日益普遍的精神疾患诸如抑郁症等，新的传染疾病诸如SARS等，而最主要的是，由于人口平均年龄的增长而导致的老年性疾病日渐增多。

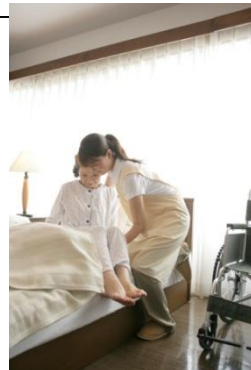
医疗服务

在过去40到50年间，多种因素造成了人口疾病的性质方面发生了显著变化，例如环境的改善，医疗技术的发展和医疗设施的进步。

高龄者护理

越来越多地利用家庭帮手，在支援高龄者自立生活方面起到巨大作用，并且能够减少整个社会用在高龄者护理方面的费用。

（照片提供单位：AFL0）



1950年时作为主要头号杀手的肺结核，曾造成每100,000人中146.4例死亡，而现在已经降低到100,000人中不足2例死亡。

中风在上世纪60年代是主要的死亡原因，而在70年代后半期中风死亡率则有所下降。自从80年代以来，癌症成为了主要的死因，且死亡率每年都稳定增长。据厚生劳动省2016年调查，死因最多的为癌症（28.5%），接着依次为心脏疾病（15.1%）和肺炎（9.1%）。此外，国民医疗费2016年度为42.1万亿日元，人均332,000日元，与国民收入的比率为10.76%。

日本的医疗服务基础，原则上是全民均以某种形式加入公共医疗保险，即所谓“国民皆保险制度”，而患者可以不受限制、“自由选择”医疗机构。在这两个构架下，建立起了无论居住在何处，人人均可安心接受必要的医疗服务的医疗供给体制。并且，还试验性地引进了新的医疗服务，即便居住在山区等人口稀少地区，也可以使用互联网等通信技术，接受远程医疗服务等。

日本健康保险体系

健康保险法的修正法案在1961年生效，使所有日本公民以及定居日本的外国人享受六项健康保险方案之中一项的保障。这些保障方案中主要的有雇员健康保险，它保障了绝大多数的私营行业的雇员，国民健康保险，它保障了自雇者，失业者，退休者以及其他不适合雇员健康保险的人士。其他的保险方案为海员，国家公务员，地方公务员及私立学校教师和雇员提供了保障。日本的医疗费个人负担比率为，婴儿至学龄前儿童20%，小学以上69岁以下30%，70岁以上为20%（但截止到2016年，尚延续以往的10%比率未变）。70-74岁之间原则上需支付20%（至2014年3月满70岁者支付10%，与在职雇员收入水平相当者为30%）。75岁以上人士原则上须缴纳10%（与在职雇员水平相当者则支付30%）。75岁以上则适用“后期高龄者医疗制度”，与一般医疗制度有所不同。保险的承保人则根据厚生劳动省所决定的付费服务

的依据，直接向医生、医院、诊所或其他医疗保健机构支付剩余款项。

此全民医疗保险体系使所有公民能获得充分的医疗保健，因而大大有助于民众保持平和心态以及改善社会健康总体水平。日本的全民保险制度中的高额医疗费用支付制度，根据个人收入设定了各自负担的限额。

老人健康和医疗服务

在1970年，在日本总人口中老龄人口，即65岁及以上的人口只有7.1%，43年后的2013年超过了25.1%。截至2019年9月，日本有3580万人的高龄人口。这意味着每3名日本人中就有一位是老龄人员，而到了2060年这一比例还将增加到每2.5名日本人中就有一位是老龄人员。在2014年度，该群体的医疗费用为男性11.157万亿日元，占该年男性医疗费用总量的56.1%，女性12.8909万亿日元，占该年女性医疗费用总量的60.9%。即该群体人均医疗费用为男性774,300日元（65岁以下为181,400日元）、女性686,700日元（65岁以下为177,900日元）。

通过医疗科技的进步，能提供最好的医疗保健服务，而这同时也使保健期变得更长了。此外，随着小家庭和妇女参加工作等趋势的发展，对于一些家庭来说，在家照顾老人变得困难了。与之相伴的是，照顾老人的设施如护理院等，出现了短缺。老人们主要需要的是护理而非医疗，但上述情况导致了老人们长时间在医院而不是护理机构内获得照顾，从而加剧了老人的医疗费用的增加。

为了改善老人护理的质量，提供额外的资金并消除医疗与长期护理功能的交混所产生的低效率，政府在2000年实施了一套长期护理保险体系。此体系从部分人口中（所有40岁及以上的人员）广泛收取强制性保险费用，并提供各种服务，如由家庭帮手进行家访，对护理中

心的访问，以及让患老年痴呆症或因健康原因而卧床不起的老人能在护理院长期居住。在每一个个例中，必须由市、镇和村中管理护理保险体系的办公室提供患者需要此类服务的证明。65岁及以上的人员（“1类受保人员”）的保险费用由当地管理部门从其退休金中扣取，而年龄在40岁到64岁之间的“2类受保人员”的保险费用则与其健康保险费用一起汇总收取。此体系的受益人必须至少年满40岁，并在支付了常规保险费用之外，还必须支付其所接受服务的费用的10%。自2015年8月起，凡收入超过指定限额者均必须自行支付这些费用的20%。日本的护理保健保险体系由以下方面提供资金：国家政府（25%），县和当地政府（各12.5%），保险费用（50%）。

2005年对《长期护理保险法》（Long-Term Care Insurance Law）的修订特别添加了一条，旨在帮助那些存在相对轻微问题的人，以维持并改善他们的状况，避免其病情恶化至需要长期照顾的程度。这一预防性措施由以社区为基础的综合性救助中心负责实施。

健康和医疗护理改革

日本的医疗保健体系正处于一个重要的转折点。为了创建可长期持续的健康和医疗保健体系，政府继续研究并实施广泛的改革措施，截至2015年，用于65岁以上的老年人医疗保健支出已超过总成本的一半以上，约占59.3%左右。并且，75岁以上老年人的人均医疗费比65岁以下成人高出近5倍。为此，政府于2008年4月开始引进了“后期高龄者医疗制度”，这是指把75岁以上的后期高龄者作为对象独立出来进行医疗费用集中管理的新制度。因老年人们对其“后期高龄者”的称呼表示反对，其名称被改为“长寿医疗制度”等，采取了一些改善措施。

尽管最近医疗体系改革的重点是在资金事项上，也不应忽略为了改善医疗保健而采取的改革努力。

