



تحولات جمعیتی و نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

۹۵

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

۱۳۹۹

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

تحولات جمعیتی و نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

Population and Social Security in Japan

مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی، توکیو، ژاپن ۲۰۱۹

مترجم:

حمید گماری

گروه مطالعاتی رفاه و تأمین اجتماعی

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

«نهاده پژوهشی صندوق بازنشستگی کشوری»

۱۳۹۹



مؤسسه راهبردهای
بازنشستگی صبا

تحولات جمعیتی و نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

مترجم: حمید گماری

ناظر علمی: رضا میرزاابراهیمی

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۹

شماره مسلسل: ۹۵

کد گزارش: ۹۹۲۱۶۰۰۶۰

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

نشانی مؤسسه: تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی، پلاک ۴، واحد

۱۰۱ کدپستی: ۱۹۳۴۶۱۳۷۸۱ تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۰۳۴۶۵-۰۲۱ دورنگار: ۰۲۱-۲۲۷۰۲۹۰۳

تارنما: www.saba-psi.ir پست الکترونیک: info@saba-psi.ir

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا محفوظ است.

فهرست

- فصل ۱. تحولات جمعیتی..... ۱
- فصل ۲. نگاهی اجمالی به نظام تأمین اجتماعی در ژاپن..... ۲۹
- فصل ۳. انواع مستمری..... ۴۳
- فصل ۴. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی..... ۶۱
- فصل ۵. رفاه سالمندان..... ۸۳
- فصل ۶. مساعدت عمومی..... ۱۰۳
- فصل ۷. سیاست‌گذاری خانواده..... ۱۱۳
- فصل ۸. سیاست‌گذاری در خصوص افراد دارای معلولیت..... ۱۲۷
- فصل ۹. بیمه کار..... ۱۳۵

اختصارات

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)	مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی
Ministry of Health, labor and welfare (MHLW)	وزارت بهداشت، کار و رفاه
Organization for Economic Cooperation (OECD)	سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
Asian and Pacific Ministerial Declaration on Population (APMD)	بیانیه اجرایی آسیا و اقیانوسیه در خصوص جمعیت
Sustainable Development Goals (SDGs)	اهداف توسعه پایدار
Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology (MEXT)	وزارت آموزش و پرورش، فرهنگ، ورزش، علوم و فن آوری
Assisted Reproductive Technology (ART)	فن آوری کمک به باروری
Densely Inhabited Districts (DID)	مناطق پرتراکم
Nippon Hoso Kyokai (NHK)	رسانه ملی ژاپن
International Labor Organization (ILO)	سازمان بین المللی کار
Japanese Yen (JPY)	ین ژاپن
Employees' Pension Insurance (EPY)	بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان/کارکنان
Defined Benefit (DB)	مزایای معین
Defined Contribution (DC)	حق بیمه معین
Lump Sum (LS)	مبلغ یکجا
Services and Supports for Persons with Disabilities Act (SSPDA)	قانون خدمات و حمایت از افراد معلول
Diagnosis Procedure Combination (DPC)	بسته ترکیبی روند تشخیص
General Practitioner (GP)	پزشک عمومی
Economic Partnership Agreement (EPA)	توافقنامه همکاری اقتصادی
Total Fertility Rate (TFR)	نرخ باروری کل

فصل ۱

تحولات جمعیتی

نویسندگان:

- ▶▶▶ Reiko Hayashi
- ▶▶▶ Motomi Beppu
- ▶▶▶ Futoshi Ishii
- ▶▶▶ Saori Kamano
- ▶▶▶ Masahiro Kishi
- ▶▶▶ Katsuhisa Kojima
- ▶▶▶ Yu Korekawa
- ▶▶▶ Wataru Kureishi
- ▶▶▶ Rie Moriizumi
- ▶▶▶ Masataka Nakagawa
- ▶▶▶ Mariko Nakamura
- ▶▶▶ Kota Toma
- ▶▶▶ Kuriko Watanabe
- ▶▶▶ Katsuya Yamamoto

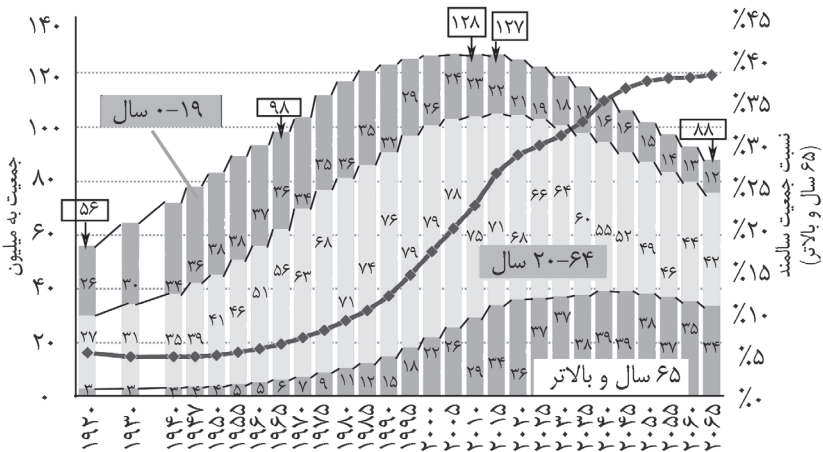
۱-۱ مرور اجمالی روند رشد جمعیت

جمعیت کشور ژاپن در حال سالمند شدن است. درست است که کاهش نرخ باروری کل در سال ۲۰۰۵ روی سطح ۱.۲۶ متوقف شد، اما جهشی هم که بعدها رخ داد ملایم بود و از رقم ۱.۴۳ در سال ۲۰۱۷ بالاتر نرفت. از طرفی دیگر، امید زندگی^۱ افزایشی همچنان آهسته اما در عین حال پیوسته دارد. این‌ها از جمله عوامل دخیل در ساختار و روندهای سن جمعیت^۲ در ژاپن هستند؛ در سال ۲۰۱۷ سهم سالمندان (افراد ۶۵ سال و بالاتر) ۲۷.۶٪ بود که بالاترین میزان در جهان به شمار می‌رود. سرشماری‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که جمعیت در این کشور از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ کاهش ۹۶۲,۶۰۷ نفری داشته است. انتظار می‌رود که این روند همچنان ادامه داشته باشد و تعداد کل جمعیت به ۸۸ میلیون نفر در سال ۲۰۶۵ برسد که ۳۸.۴٪ آن را جمعیت سالمند تشکیل خواهد داد. بنابراین، می‌توان ادعان کرد که کشور ژاپن با در نظر گرفتن رخدادهای جمعیتی با چالش‌های متعددی مواجه است.

1. life expectancy

2. population's age structure and trends

شکل ۱-۱ جمعیت به تفکیک گروه‌های سنی و نسبت جمعیت سالمند (افراد ۶۵ سال و بالاتر) از سال ۱۹۲۰ تا ۲۰۶۵



منبع: داده‌های مربوط به بازه زمانی ۱۹۲۰ تا ۲۰۱۵ بر اساس سرشماری انجام شده توسط اداره کل آمار و وزارت کشور و ارتباطات است. پیش‌بینی‌های مربوط به جمعیت، مفروضات مربوط به میانگین نرخ باروری و مرگومیر برای بازه زمانی ۲۰۲۰ تا ۲۰۶۵ در سال ۲۰۱۷ توسط مؤسسه تحقیقاتی ملی جمعیت و تأمین اجتماعی انجام شده است.

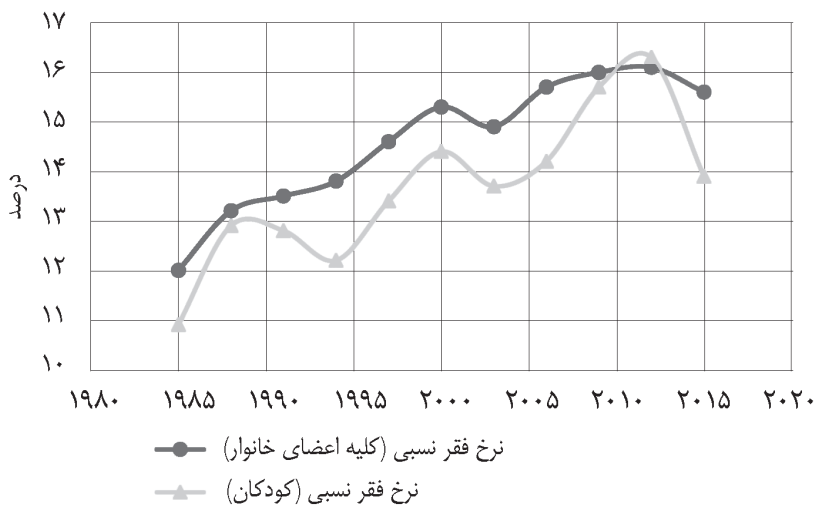
مطالب مطرح شده در این بخش برگرفته از مقاله یا گزارشی سراسری است که هدف از تدوین آن، مرور میان مدت بیانیه اجرایی در خصوص جمعیت و توسعه بود و توسط کمیسیون اقتصادی اجتماعی سازمان ملل برای آسیا و اقیانوسیه در نوامبر ۲۰۱۸ برگزار شد. ترتیب پاراگراف‌های این بخش منطبق با موارد عنوان شده در بیانیه اجرایی آسیا و اقیانوسیه در خصوص جمعیت (APMD^۱) است. شاخص‌های اهداف توسعه پایدار (SDGs^۲) هم در صورت نیاز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. عناوین مذکور با توجه به شماره پاراگراف‌های AMPD تفکیک شده‌اند.

1. Asian and Pacific Ministerial Declaration on Population
 2. Sustainable Development Goals

۱-۲ ریشه‌کنی فقر^۱ و اشتغال

محاسبه نرخ فقر مطلق کاری دشوار است (SDGs1-1-1)، اما روند نرخ فقر نسبی^۲ (SDGs 10-2-1) همواره یکی از عمده‌ترین دغدغه‌های عمومی رایج بوده است. از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲، نرخ فقر نسبی کلیه اعضای خانوار حتی کودکان افزایش یافته است. این روند از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ برعکس شد و نرخ فقر نسبی کاهش یافت (نک شکل ۱-۲). زنان سالمند و خانوارهای تک والد مخصوصاً خانوارهای زن سرپرست، از جمله آسیب‌پذیرترین گروه‌ها هستند که نرخ فقر میان آن‌ها همچنان بالا است.

شکل ۱-۲ روند نرخ فقر نسبی (۱۹۸۵-۲۰۱۵)

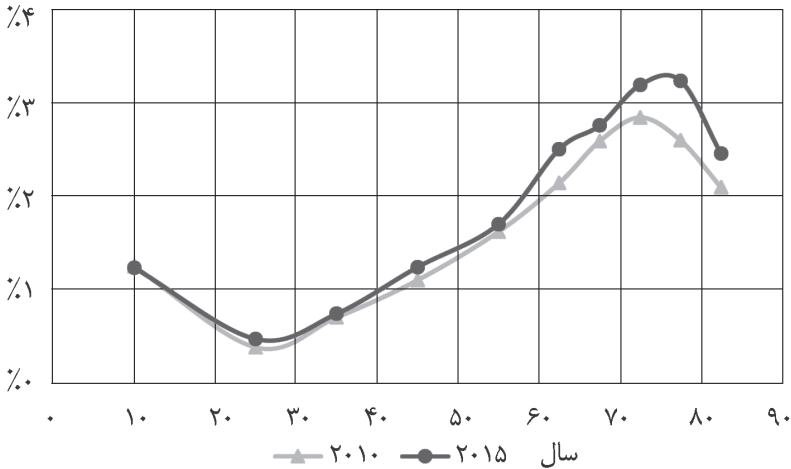


منبع: پیمایش جامع شرایط زندگی، وزارت بهداشت، کار و رفاه^۳

1. poverty eradication
2. relative poverty rate
3. comprehensive survey of living conditions. Ministry of Health, Labour and Welfare

و جوه نقدی^۱، مراقبت‌های پزشکی رایگان^۲ و دیگر مزایای معین‌شده در طرح مساعدت عمومی شامل حال کسانی می‌شود که درآمد کافی ندارند و از فقر رنج می‌برند. دریافت‌کنندگان مساعدت عمومی (SDGs 1-3-1) ۱.۷٪ از کل جمعیت را در سال ۲۰۱۵ تشکیل می‌دادند، که در سال ۲۰۱۰، ۱.۵٪ بود. این نسبت برای سالمندان بسیار بالاتر است (شکل ۳-۱). برآوردها نشان می‌دهند که حدود ۸۰٪ از کسانی که در زمره نیازمندان اقتصادی به‌شمار می‌روند، مساعدت عمومی دریافت می‌کنند.^۳

شکل ۳-۱ سهم دریافت‌کنندگان مساعدت عمومی به تفکیک سن (۲۰۱۵، ۲۰۱۰)



منبع: پیمایش ملی دریافت‌کنندگان مساعدت عمومی، وزارت بهداشت، کار و رفاه

1. cash payments
2. free medical care

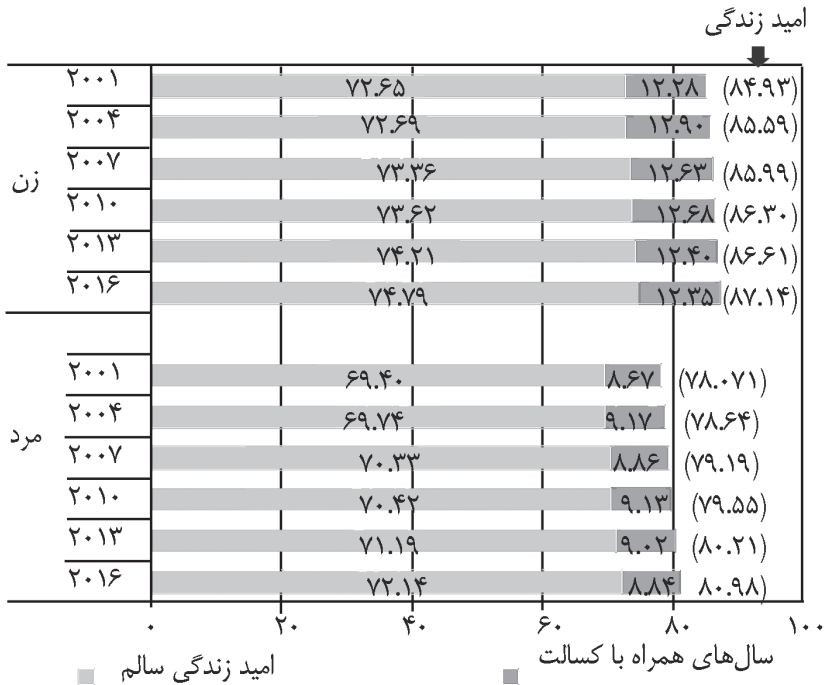
۳. وزارت بهداشت، کار و رفاه (۲۰۱۰)

۳-۱ بهداشت و سلامت

در سال ۲۰۱۶، امید زندگی در این کشور ۸۷.۱۴ سال برای زنان و ۸۰.۹۸ برای مردان بود، که از طولانی‌ترین ارقام مربوط به امید زندگی در جهان به‌شمار می‌رود. باوجود این، هدف دولت تنها افزایش امید زندگی نیست، بلکه هدف اصلی آن بر افزایش امید زندگی سالم^۱ متمرکز است. این هدف در برنامه ۲۱ سلامت ژاپن^۲ و طرح مشارکت پویای همه شهروندان ژاپنی^۳ آمده است. «بهداشت و سلامت» به معنای نداشتن محدودیت در انجام کارهای روزمره به دلیل مشکلات سلامتی است که با پرسشی ثابت در «پیمایش جامع شرایط زندگی»^۴ سنجیده می‌شود (وزارت بهداشت، کار و رفاه). با در نظر گرفتن این تعریف می‌توان گفت که امید زندگی سالم از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۶ افزایش یافته است (نک شکل ۴-۱) و از ۷۲.۶۵ به ۷۴.۷۹ برای زنان و از ۶۹.۴۰ به ۷۲.۱۴ برای مردان رسیده است. از سال ۲۰۱۰، تعداد سال‌های همراه با کسالت^۵ (ناسالم) روندی نزولی داشته و امید زندگی سالم در حال افزایش است.

-
1. healthy life expectancy
 2. Health Japan 21
 3. Japan's Plan for Dynamic Engagement of All Citizens
 4. Comprehensive Survey of Living Conditions
 5. unhealthy years

شکل ۴-۱ روند امید زندگی سالم (۲۰۰۱-۲۰۱۶)



منبع: جداول عمر و پیمایش جامع شرایط زندگی، وزارت بهداشت، کار و رفاه

در رابطه با هزینه‌های بسیار بالای بهداشت و درمان (SDGs 3-8-2)، نظام پرداخت هزینه‌های درمانی بالا تضمین می‌کند که مخارج بالاتر از ۱۰۰،۸۰۰ ین در ماه برای هر خانوار توسط بیمه سلامت مسترد می‌شود، لذا تصور بر این است که از این طریق فشار هزینه‌های بالایی درمانی از دوش خانوارها برداشته می‌شود. نکته دیگر که به آن بایستی اشاره کرد این است که نسبت مرگ‌ومیر مادران (SDGs 3-1-1) و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (SDGs 3-2-1) از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ کاهش یافته‌اند (نک جدول ۱-۱).

1. High-cost Medical Expenses Payment System

جدول ۱-۱ نرخ مرگومیر کودکان زیر ۵ سال و نسبت مرگومیر مادران (۲۰۱۷، ۲۰۱۰)

۲۰۱۷	۲۰۱۰	
۲.۵۹	۳.۱۶	نرخ مرگومیر کودکان زیر ۵ سال (از هر ۱۰۰۰ تولد)
۳.۴۹	۴.۲۰	نسبت مرگومیر مادران (از هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد)

منبع: وزارت بهداشت، کار و رفاه، آمار رسمی تولد و مرگومیر نوزادان

در سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۶، تعداد کسانی که به عفونت HIV (SDGs 3-3-1) دچار شده بودند به ترتیب ۱۰۷۵ و ۱۰۱۱ نفر و موارد جدید گزارش شده از مبتلایان به ایدز هم در این دو سال به ترتیب ۴۶۹ و ۴۳۷ نفر بود. این ارقام افزایش یا کاهش چشمگیری را نشان نمی‌دهند.

۴-۱ سلامت جنسی و باروری، خدمات و حقوق

نرخ باروری کل، پس از ثبت پایین‌ترین نرخ (۱.۲۶) در سال ۲۰۰۵، تا سال ۲۰۱۵ به آهستگی افزایش یافت و به نرخ ۱.۴۵ رسید و پس از آن در سال ۲۰۱۷ به ۱.۴۳ کاهش پیدا کرد. باروری پایین که حاصل آن سالمندی جمعیت است، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها در ژاپن به حساب می‌آید و به همین دلیل است که سیاست‌های فراوانی برای تعدیل نرخ باروری پایین در این کشور وجود دارد. در فهرست اقدامات مقابله با کاهش نرخ تولد، اهدافی در خصوص ایجاد محیطی مناسب برای مراقبت از کودکان تعیین شده و «نرخ تولد مطلوب»^۱ در طرح مشارکت پویای همه شهروندان ژاپنی ۱.۸ در نظر گرفته شده و طبق آن حمایت‌های لازم برای ازدواج، بارداری، مراقبت از کودکان و همچنین خانواده‌های تک والد به عمل می‌آید. اقدامات پیشگیری از بارداری در میان افرادی که هرگز ازدواج نکرده‌اند^۲ (SDGs 3-7-1) و سن آن‌ها بین ۱۸ تا ۳۴ سال است همچنان روندی صعودی برای مردان و زنان دارد و این روند برای افراد متأهل نزولی است (نک جدول ۲-۱). بالا رفتن سن ازدواج می‌تواند موجب کاهش اقدامات پیشگیری از بارداری شود و تعداد زوج‌های متأهلی را که می‌خواهند بلافاصله

1. desirable birthrate
2. never-married persons

بعد از ازدواج بچه‌دار شوند افزایش دهد. از طرفی دیگر، استفاده از روش‌های پیشگیری در میان زوج‌هایی که رابطه جنسی باهم ندارند یا به میزان خیلی کم رابطه دارند^۱ بالتبع کمتر است.

جدول ۲-۱ اقدامات پیشگیری از بارداری (سن، سال و درصد)

۲۰۱۵	۲۰۰۵	۱۹۹۷	
۸۹.۱	۸۴.۷	۷۶.۴	مردانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند (۱۸-۳۴)
۸۷.۴	۸۲.۴	۷۰.۵	زنانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند (۱۸-۳۴)
۳۹.۸	۵۳.۹	۵۹.۹	زوج‌های متأهل

منبع: پیمایش ملی باروری در ژاپن، مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی (IPSS)^۲

در رابطه با پوشش همگانی خدمات باروری^۳ (SDGs 3-8-1)، زایمان طبیعی در دسته‌بندی بیماری‌ها قرار نمی‌گیرد و به همین دلیل هزینه‌ای در ازای ارائه این خدمت دریافت نمی‌شود؛ در عوض مبلغی به صورت یکجا به عنوان کمک‌هزینه بعد از تولد نوزاد به والدین پرداخت می‌شود. برای مراقبت‌ها و آزمایش‌های قبل از تولد، حمایت‌های مالی توسط شهرداری صورت می‌گیرد. سقط‌جنین تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیست و هزینه آن را خود شخص بایستی متقبل شود.

در رابطه با قوانین و مقرراتی که تضمین‌کننده دسترسی برابر و کامل زنان و مردان ۱۵ سال و بالاتر به آموزش و اطلاعات جنسی و تولیدمثل هستند^۴ (SDGs 5-6-2)، می‌توان گفت که گنجاندن رهنمودهایی در این خصوص در برنامه درسی توسط وزارت آموزش و پرورش، فرهنگ، ورزش، علوم و فن‌آوری (MEXT)^۵ اجباری شده است. اما همچنان میانگین نمره کل دانش باروری ۳۴٪ است که به مراتب پایین‌تر از ۶۴.۳٪ متوسط کشورهای با شاخص توسعه انسانی^۶ بالا است؛ در فهرست اقدامات برای مقابله با کاهش نرخ تولد هدفی برای

1. sexless couples
2. National Institute of Population and Social Security Research
3. reproductive services
4. sexual and reproductive information and education
5. Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology
6. Human Development Index

رساندن این نمره به ۷۰٪ در نظر گرفته شده است.

به خاطر ازدواج دیرهنگام و مشکلات بارداری ناشی از آن، سهم تولدها با استفاده از فن‌آوری کمک به باروری (ART)^۱ نسبت به کل تولدها از ۲۰۷٪ در سال ۲۰۱۰ به ۴۰۹۳٪ در سال ۲۰۱۵ رسیده است. در ضمن، برای برداشتن بار اقتصادی از دوش زوج‌هایی که مشکل ناباروری دارند، کمک‌هزینه‌ای برای درمان با ART توسط برنامه‌ای دولتی پرداخت می‌شود که این کار موجب شده تا موارد بهبود از ۹۶,۴۵۸ در سال ۲۰۱۰ به ۱۴۸,۶۵۹ در سال ۲۰۱۳ برسد (APMD، ۱۱۰).

۵-۱ آموزش

آموزش اجباری در ژاپن دوره ابتدایی و راهنمایی^۲ را برای افراد ۶ تا ۱۵ سال تحت پوشش قرار می‌دهد. نرخ ثبت‌نام برای آموزش اجباری (SDGs 4-1-1) برای مقطع ابتدایی ۹۹.۹۶٪ (۲۰۱۰) و ۹۹.۹۵٪ (۲۰۱۷) و برای مقطع راهنمایی ۹۹.۹۷٪ (۲۰۱۰) و ۹۹.۹۶٪ (۲۰۱۷) بوده است. این نرخ‌ها ثبت‌نام تقریباً همگی افراد را نشان می‌دهند. اما این نرخ ثبت‌نام شامل آن دسته از کودکان خارجی که در ژاپن زندگی می‌کنند نمی‌شود. بر اساس پیمایش‌های نمونه، سهم کودکان خارجی که تحت آموزش اجباری قرار نگرفته بودند ۱.۱٪ در سال ۲۰۰۶ و ۰.۷٪ در سال ۲۰۰۹ بوده است. با در نظر گرفتن این شرایط، MEXT برای دانش‌آموزان ژاپنی که از خارج از کشور برمی‌گردند و همچنین کودکان خارجی که در ژاپن زندگی می‌کنند، برنامه‌های حمایتی اجرا می‌کند.

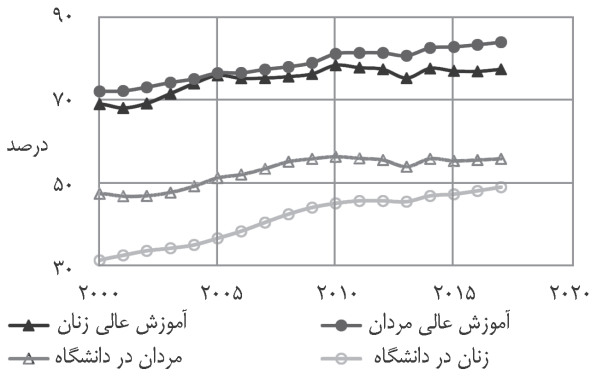
نسبت ورود به دوره‌های آموزش عالی مثل دانشگاه، دوره پیش از کالج، کالج فناوری و کالج مهارت‌های ویژه به تفکیک جنسیت (SDGs 4-3-1) برای مردان ۷۸.۴٪ (۲۰۱۰) و ۷۷.۴٪ (۲۰۱۷) و برای زنان ۸۱.۱٪ (۲۰۱۰) و ۸۳.۹٪ (۲۰۱۷) بوده است. بنابراین، نرخ ورود به دانشگاه برای زنان افزایش پیدا کرده اما در مورد مردان این نرخ ثابت مانده است،

1. Assisted Reproductive Technology

2. lower secondary school

با این وجود نسبت زنانی که وارد دانشگاه شده‌اند به صورت چشمگیری کمتر از مردان بوده است (نک شکل ۵-۱).

شکل ۵-۱ نسبت ورود به دوره‌های آموزش عالی به تفکیک جنسیت (۲۰۱۷-۲۰۰۰)



منبع: وزارت آموزش و پرورش، فرهنگ، ورزش، علوم و فن‌آوری (MEXT)

۶-۱- برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان

تعداد کرسی‌هایی که در اختیار زنان قرار دارند (SDGs 5-5-1) از ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ افزایش یافته است. مخصوصاً، این افزایش در مجلس نمایندگان^۱ از ۸.۱٪ به ۱۰.۱٪؛ در مجلس مشاوران^۲ از ۸.۸٪ به ۹.۹٪؛ در پارلمان‌های شهرستانی^۳ و در پارلمان‌های شهری از ۱۱.۸٪ به ۱۲.۸٪ رسیده است. با وجود این، این نسبت در مقیاس بین‌المللی پایین است، به طوری که در سال ۲۰۱۸، رتبه مجلس نمایندگان در جهان ۱۵۷ بود. به همین خاطر، *قانون ارتقای برابری جنسیتی*^۴ در سال ۲۰۱۸ به تصویب رسید تا احزاب سیاسی را تشویق به اهتمام بیشتر در جذب اعضای زن در مجلس‌های مختلف کنند.

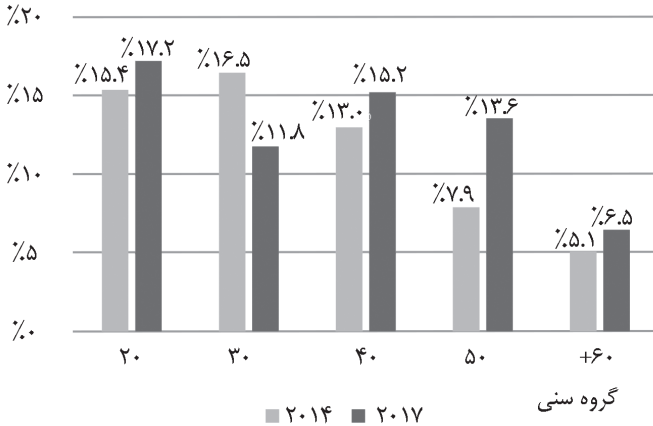
1. House of Representatives
2. House of Councillors
3. prefectural parliaments
4. Act on Promotion of Gender Equality

چارچوب‌های قانونی دیگری هم برای ارتقا دادن، اجرایی کردن و نظارت بر مسئله برابری و عدم تبعیض جنسیتی وجود دارند (SDGs 5-1-1) که شامل قانون تأمین فرصت برابر و برخورد یکسان با مردان و زنان در امر اشتغال^۱ (۱۹۷۲)، قانون جامعه مبتنی بر تساوی جنسیتی^۲ (۱۹۹۹)، قانون ممانعت از رفتار خشونت‌آمیز با همسر و حفاظت از قربانیان^۳ (۲۰۰۱)، قانون ارتقای مشارکت زنان و پیشرفت آن‌ها در محیط کار^۴ (۲۰۱۷) می‌شوند.

نسبت زنان متأهلی که خشونت فیزیکی، جنسی و روانی از طرف همسرانشان تجربه کرده بودند (SDGs 5-2-1) ۸.۸٪ در سال ۲۰۱۴ و ۱۰.۳٪ در سال ۲۰۱۷ بوده است. این میزان معمولاً با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند، اما نسبت تمامی گروه‌های سنی غیر از گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ افزایش پیدا کرده است (نک شکل ۶-۱). در همان بازه زمانی، تعداد دفعات مراجعه به مراکز مشاوره خانواده هم از ۱۰۲،۹۶۳ به ۱۰۶،۳۶۷ مورد رسیده است. این داده‌ها الزاماً نشانگر این نیست که میزان اختلافات افزایش یافته، بلکه این امکان هم وجود دارد که درک جامعه از خشونت خانگی^۵ و مطرح کردن آن بالا رفته باشد.

-
1. act on securing equal opportunity and treatment between men and women in employment
 2. act of the basic act for gender equal society
 3. act on the prevention of spousal violence and protection of victims
 4. act on protection of women's participation and advancement in the workplace
 5. domestic violence

شکل ۶-۱ نسبت زنان متأهلی که خشونت فیزیکی، جنسی و روانی از طرف همسرانشان تجربه کرده‌اند (۲۰۱۴، ۲۰۱۷)



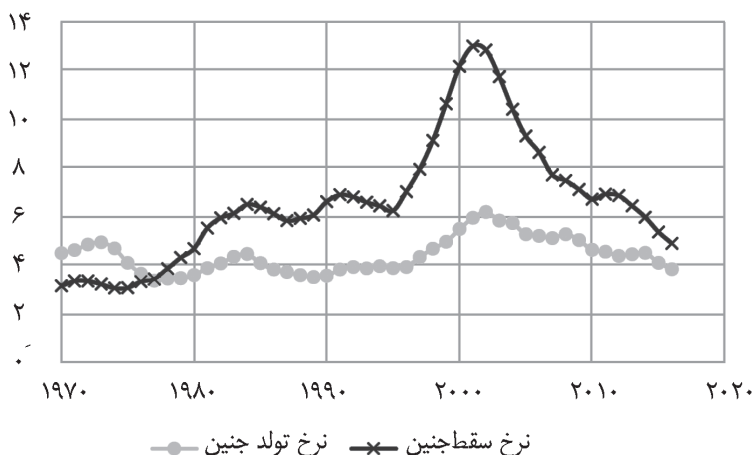
منبع: پیمایش اختلافات بین زنان و مردان، دفتر هیئت دولت

۱-۷ نوجوانان و جوانان

نرخ تولد در میان مادران نوجوان^۱ (SDGs 3-7-2) در سال‌های اخیر کاهش یافته است. در سال ۲۰۱۰، نرخ تولد مادران ۱۵ تا ۱۹ سال ۴.۶ بود که در سال ۲۰۱۴ با اندکی کاهش به ۴.۵ رسید و در سال ۲۰۱۶ به ۳.۸ کاهش پیدا کرد. نرخ سقط‌جنین در این گروه سنی از سال ۲۰۰۲ روندی نزولی داشته اما از سال ۱۹۷۷ به بعد میزان آن از نرخ تولد بیشتر بوده است (نک شکل ۷-۱). سقط‌جنین طبق قانون مجازات عمومی^۲ جرم محسوب می‌شود، اما در صورتی که حفظ جنین سلامت مادر را به‌لحاظ جسمی و اقتصادی به مخاطره اندازد و یا مورد تجاوز جنسی قرار گرفته باشد، بر اساس قانون سلامت مادر^۳ سقط‌جنین مجاز است. هزینه‌های سقط‌جنین تحت پوشش بیمه سلامت قرار نمی‌گیرد اما طبق قانون سلامت مادر خدمات بهداشتی لازم برای این کار ارائه می‌شود.

1. adolescent birth rate
2. penal Code
3. Maternal Health Act

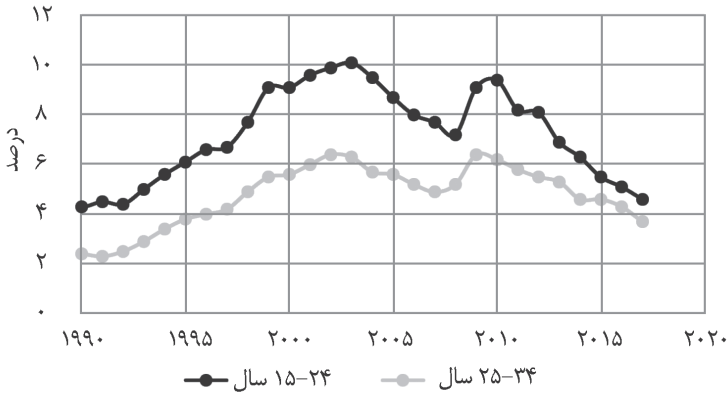
شکل ۷-۱ نرخ تولد و سقطجنین در ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۱۹ سال (۱۹۷۰ تا ۲۰۱۶)



منبع: آمار مربوط به نرخ تولد و گزارش ارائه خدمات بهداشتی (سقطجنین)، وزارت بهداشت، کار و رفاه

نرخ بیکاری (SDGs 2-5-8) افراد ۱۵ تا ۲۴ سال روند مشابهی با افراد ۲۵ تا ۳۴ سال دارد، به طوری که در بحران اقتصادی ۲۰۰۹ افزایش زیادی داشت و پس از آن به آرامی کاهش یافت. در سال ۲۰۱۷، بیکاری افراد بین ۱۵ تا ۲۴ سال ۴.۶٪ و برای افراد ۲۵ تا ۳۴ سال ۳.۷٪ بود که پایین ترین سطح از اواخر دهه ۹۰ به حساب می آید (نک شکل ۸-۱). نرخ بیکاری زنان پایین تر از مردان است.

شکل ۸-۱ نرخ بیکاری جوانان ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷



منبع: پیمایش نیروی کار، اداره کل آمار

از سال ۲۰۱۵ قانون ارتقای اشتغال جوانان^۱ بر به کارگیری جوانان تأکید داشته است که این کار از طریق انتشار اطلاعات مربوط به استخدام جوانان و اختصاص پاداش به شرکت‌هایی که گام‌های مؤثری در این راه برداشته‌اند صورت گرفته است. نسبت جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ای که در حال تحصیل یا اشتغال نبوده و آموزش‌های لازم برای ورود به بازار کار را ندیده بودند (NEET)^۲ ۱۹.۹٪ در سال ۲۰۱۰ بود که در سال ۲۰۱۵ اندکی کاهش یافت و به ۱۸.۸٪ رسید.

۸-۱ سالمندی

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، جمعیت ژاپن در حال سالمند شدن است. داده‌های رسمی اداره کل آمار نشان می‌دهند که تعداد سالمندان (افراد ۶۵ سال و بالاتر) از ۲۳.۰٪ در سال ۲۰۱۰ به ۲۷.۸٪ در سال ۲۰۱۷ رسیده است^۳. طبق پیش‌بینی‌های به‌عمل‌آمده توسط مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی در سال ۲۰۱۷، این نسبت از این هم بالاتر خواهد رفت

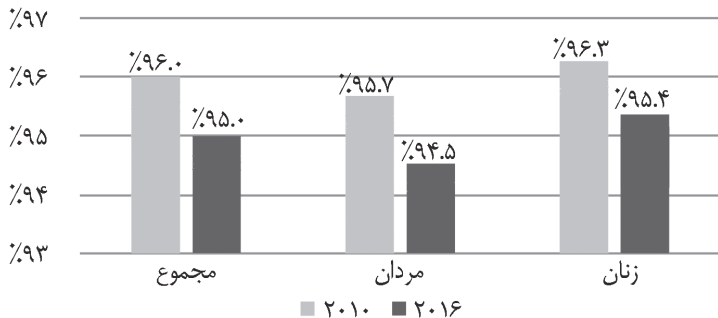
1. Employment Promotion for Youth
2. not in education, employment, or training

۳. برآوردهای جمعیتی اداره کل آمار

و در سال‌های ۲۰۲۵ و ۲۰۶۵ به ترتیب به ۳۰.۰٪ و ۳۸.۴٪ خواهد رسید^۱. این نسبت در سال ۲۰۱۷، بالاترین میزان در جهان است.

همان‌طور که یکی از شاخص‌های نسبت جمعیت تحت پوشش کف حمایت‌های اجتماعی (SDGs 1-3-1) نشان می‌دهد، نسبت سالمندانی که در سال ۲۰۱۶ مستمری عمومی دریافت می‌کردند ۹۵.۷٪ برای مردان و ۹۴.۵٪ برای زنان بود. (نک شکل ۹-۱). این نسبت برای هر دو جنسیت از سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است. لازم به ذکر است، علاوه بر سالمندانی که همچنان مشغول به کار هستند و بنابراین هیچ مستمری دریافت نمی‌کنند، گروه دیگری از افراد هم هستند که حق بیمه پرداخت نکرده‌اند و لذا به آن‌ها مستمری عمومی تعلق نمی‌گیرد.

شکل ۹-۱ نسبت سالمندان ۶۵ سال و بالاتر که مستمری عمومی دریافت می‌کنند



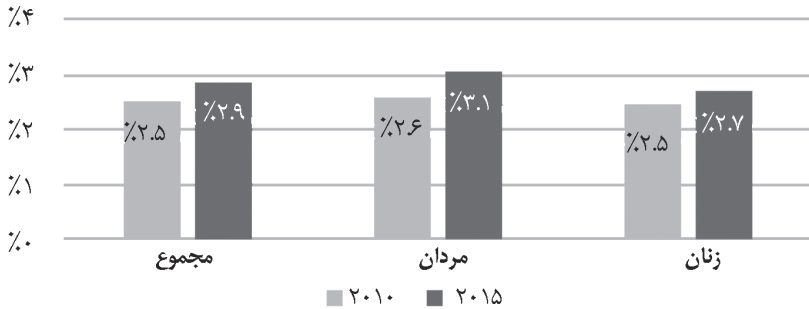
منبع: پرسشنامه خانوار، پیمایش جامع شرایط زندگی، وزارت بهداشت، کار و رفاه

شاخص دیگر SDGs 1-3-1 نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتری هستند که دریافت‌کننده مساعدت عمومی‌اند^۲. این نسبت در سال ۲۰۱۶ برای مردان ۳.۱٪ و برای زنان ۲.۷٪ بوده و برای هر دو جنسیت از سال ۲۰۱۰ روندی افزایشی داشته است (نک شکل ۱۰-۱).

۱. جمعیتی و تأمین اجتماعی پیش‌بینی‌های جمعیتی کشور ژاپن با فرض میانه تولد و میانه مرگ‌ومیر (۲۰۱۷)، مؤسسه ملی مطالعات

2. public assistance

شکل ۱۰-۱ نسبت سالمندان ۶۵ سال و بالاتر که مساعدت عمومی دریافت می‌کنند



منبع: پیمایش ملی دریافت‌کنندگان مساعدت عمومی، وزارت بهداشت، کار و رفاه

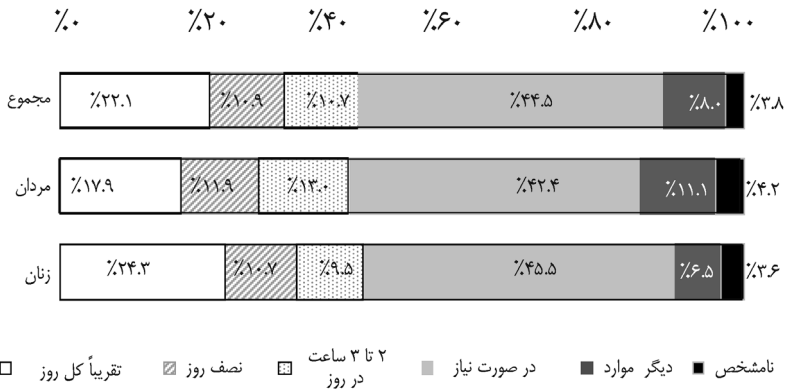
از آنجایی که تعداد زیادی از جوانان حق بیمه پرداخت نمی‌کنند، متأهل نبوده و صاحب فرزند نیستند، پیش‌بینی می‌شود این کشور چالش عظیمی برای تضمین کف حمایت‌های اجتماعی پیش رو داشته باشد.

نظام بیمه مراقبت‌های عمومی بلندمدت^۱ در سال ۲۰۰۰ پایه‌گذاری شد و تعداد افرادی که واجد شرایط دریافت خدمات از این بیمه شناخته شدند از ۲.۱۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۴.۸۷ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ و ۶.۳۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ رسید. نظام ارائه این خدمات شامل تأمین مالی، فراهم کردن امکانات برای سالمندان و پرسنل مجرب جهت مراقبت از آن‌ها می‌شود. با وجود این، خانواده همچنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در سال ۲۰۱۶، ۵۸.۷٪ از سالمندان در خانه تحت مراقبت دیگر اعضای خانواده قرار داشتند. از میان کسانی که در خانه از سالمندان مراقبت می‌کنند (مراقبت‌کننده)^۲ ۶۶٪ زن هستند که ۲۲.۱٪ از آن‌ها تقریباً تمام روز را به این کار اختصاص می‌دهند. نسبت زنانی (۲۴.۳٪) که این مسئولیت را بر عهده دارند (مراقبت تمام وقت) بیشتر از مردان (۱۷.۹٪) است (نک شکل ۱۰-۱، ۱-۱۱، (SDGs 5-4-1).

1. public long-term care insurance system

2. caregivers

شکل ۱-۱۱ زمان صرف شده توسط دیگر اعضای خانواده برای مراقبت از سالمندان، به تفکیک جنسیت (۲۰۱۶)



منبع: : پیمایش جامع شرایط زندگی، وزارت بهداشت، کار و رفاه

از سال ۲۰۰۰ به بعد، نظام مراقبت‌های بلندمدت کشور ژاپن پیشرفت قابل توجهی داشته است. در سال ۲۰۱۶، دولت ژاپن برنامه بهداشت و بهزیستی آسیا (AHWIN)^۱ را به اجرا درآورد تا همکاری دوجانبه و منطقه‌ای را برای توسعه نظام مراقبت‌های بلندمدت از طریق پویایی پرسنل و نیز مبادله فن‌آوری و اطلاعات مثل پروتکل‌های مراقبتی بلندمدت، ملزومات خانگی، فن‌آوری اطلاعات و علم رباتیک، ارتقا دهد.

۹-۱ مهاجرت بین‌المللی^۲

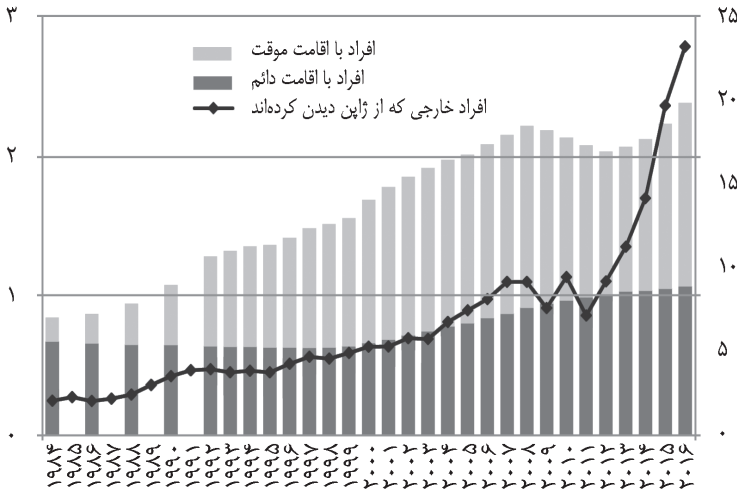
اگرچه نسبت مهاجران به کل جمعیت در ژاپن همچنان اندک است، اما تعداد خارجی‌ها در حال افزایش است. تعداد افراد خارجی که اقامت آن‌ها در سال ۲۰۱۷ بیشتر از ۳ ماه بوده به ۲.۴۷ میلیون نفر رسید؛ تعداد آن‌ها در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰ به ترتیب ۱.۶۹ و ۲.۴۷ میلیون نفر بود (نک شکل ۱-۱۲). علاوه بر این، تعداد کل خارجی‌هایی که در سال ۲۰۰۰

1. Asia Health and Wellbeing Initiative

2. international migration

وارد این کشور شدند، با در نظر گرفتن گردشگران، ۵.۲۷ میلیون نفر بوده که در سال ۲۰۱۰ با افزایش تقریباً دو برابری به ۹.۴۴ میلیون نفر رسید. این میزان در سال ۲۰۱۶ چهار برابر شد و به ۲۳.۲۲ میلیون نفر افزایش یافت.

شکل ۱۲- تعداد افراد خارجی مقیم ژاپن (دائم و موقت) و افراد خارجی که وارد این کشور شدند (۲۰۱۶-۱۹۸۴)



نکته: افراد مقیم آن دسته از افراد خارجی‌اند که بیشتر از ۳ ماه در این کشور اقامت داشته‌اند. منظور از افراد خارجی همان گردشگران است.

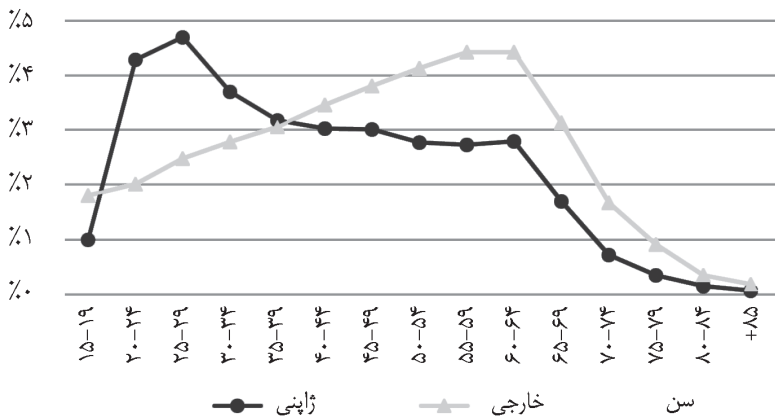
منبع: وزارت دادگستری

با هدف یکپارچگی اجتماعی^۱، اطلاعات افراد خارجی مقیم این کشور در سامانه ثبت اقامت وارد می‌شود تا خدمات شهری با سهولت در اختیار آن‌ها قرار گیرد. تا ماه مه سال ۲۰۱۸ توافقنامه‌هایی در خصوص تأمین اجتماعی با ۱۷ کشور به تصویب رسیده، با ۴ کشور به امضا شده، با ۳ کشور مذاکرات لازم صورت گرفته و با یک کشور هم این موضوع مورد بحث قرار گرفته است. نرخ بیکاری خارجی‌ها (SDGs 8-5-2) ۳.۰٪ در سال ۲۰۱۵ بود که

1. social integration

ندکی بیش از بیشتر از نرخ بیکاری ژاپنی‌ها (۲.۴٪) بود. با توجه به سن، نرخ بیکاری جوانان برای ژاپنی‌ها بیشتر از خارجی‌ها است، اما این موضوع در خصوص افراد میان‌سال و سالمند برعکس بوده و نرخ بیکاری خارجی‌ها بیشتر است (نک شکل ۱۳-۱).

شکل ۱۳-۱ بیکاری به تفکیک ملیت و سن (۲۰۱۵)



منبع: سرشماری جمعیت، اداره کل آمار

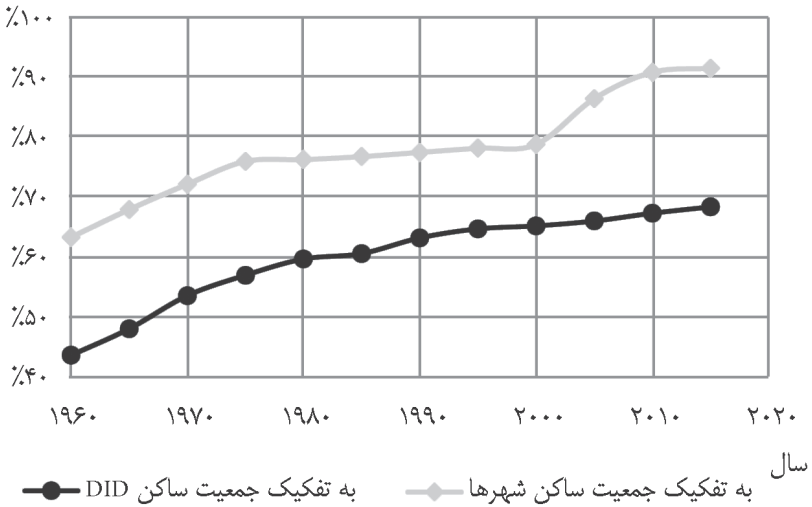
۱-۱۰ شهرنشینی و مهاجرت داخلی

نرخ جمعیت شهرنشین^۱ ژاپن در سال ۲۰۱۵، ۹۱.۴٪ بود. البته بایستی به این نکته اشاره کرد که این رقم هنگامی به دست می‌آید که تنها جمعیت ساکن در «شهر» به‌عنوان جمعیت شهرنشین تعریف شود ولی اگر جمعیت ساکن مناطق پرتراکم (DID)^۲ را هم جمعیت شهرنشین در نظر بگیریم این رقم به ۶۸.۳٪ می‌رسد. هر دو نرخ ذکرشده در حال افزایش‌اند (نک شکل ۱۴-۱).

1. urban population

2. Densely Inhabited Districts

شکل ۱۴-۱ نسبت جمعیت شهری (۱۹۶۰-۲۰۱۵)



منبع: سرشماری جمعیت، اداره کل آمار

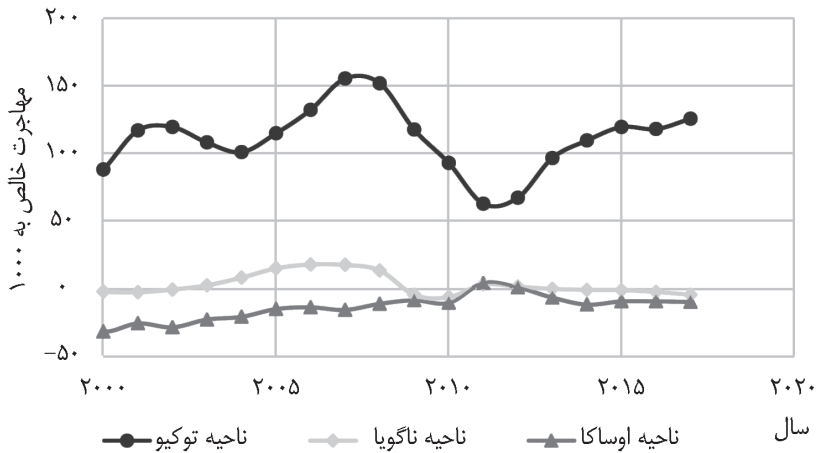
به‌رغم کاهش کل جمعیت، همچنان مهاجرت خالص داخلی^۱ به توکیو، که بیشترین تراکم جمعیت شهری^۲ را در جهان دارد، از مناطق دیگر کشور صورت می‌گیرد (نک شکل ۱۵-۱). از سال ۲۰۱۴ به‌منظور کاهش تمرکز جمعیت در ناحیه توکیو، راهبرد جامع غلبه بر کاهش جمعیت و بهبود اقتصاد محلی^۳ به کار گرفته شده تا نوآوری محلی و مهاجرت بازگشتی بازنشستگان ارتقا یابد و کیفیت دانشگاه‌ها و صنایع هم بهبود پیدا کنند. اما عملی کردن این برنامه با در نظر گرفتن میزان بیش‌ازحد مهاجرت داخلی به توکیو تا به امروز بسیار دشوار بوده است.

1. net in-migration

2. urban agglomeration

3. Comprehensive Strategy for Overcoming Population Decline and Vitalizing the Local Economy

شکل ۱-۱۵ مهاجرت داخلی خالص در سه منطقه متراکم شهری (۲۰۰۰-۲۰۱۷)



منبع: گزارش مهاجرت داخلی در ژاپن، برگرفته از سامانه ثبت اقامت، اداره کل آمار

گرچه میزان کل جمعیت در ژاپن در حال کاهش است، اما در مناطق شهری (با تعریف DID) به آرامی در حال افزایش است. نسبت نرخ استفاده از زمین به نرخ رشد جمعیت (SDGs 11-3-1) از ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰، ۶.۴ بوده است. هنگامی که نرخ مذکور به صورت نسبت نرخ تغییر منطقه DID به نرخ تغییر جمعیت تعریف شود، این نسبت از ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ منفی (-۰.۴) بوده است (نک جدول ۳-۱). به عبارت دیگر علیرغم کاهش میزان کل جمعیت، جمعیت DID و تراکم جمعیت DID همچنان در حال افزایش است.

جدول ۳-۱ جمعیت و مناطق پرتراکم (DID)

نسبت		نرخ تغییر			تراکم جمعیت DID	منطقه DID (کیلومتر مربع)	جمعیت در ۱۰۰۰		سال
c/b	c/a	مساحت منطقه DID % (c)	جمعیت DID % (b)	کل جمعیت % (a)			DID	کل	
					۶۶۴۸	۱۲۴۵۷	۸۲۸۱۰	۱۲۶۹۲۶	۲۰۰۰
۰.۵	۱.۳	۰.۸۳	۱.۸۴	۰.۶۶	۶۷۱۴	۱۲۵۶۱	۸۴۳۳۱	۱۲۷۷۶۸	۲۰۰۵
۰.۷	۶.۴	۱.۴۶	۲.۱۲	۰.۲۳	۶۷۵۸	۱۲۷۴۴	۸۶۱۲۱	۱۲۸۰۵۷	۲۰۱۰
۰.۴	-۰.۴	۰.۳۳	۰.۸۷	-۰.۸۷	۶۷۹۴	۱۲۷۸۶	۸۶۸۶۸	۱۲۷۰۹۵	۲۰۱۵

منبع: سرشماری جمعیت، اداره کل آمار

نسبت شهرداری‌هایی که از ساختار مشارکت مستقیم جامعه مدنی در برنامه‌ریزی و مدیریت شهری برخوردارند (2-3-11) ۴۵.۴٪ است. توسعه اجتماع توسط جامعه مدنی از طریق اجرای برخی قوانین صورت می‌پذیرد که عبارت‌اند از *قانون برنامه‌ریزی شهری*^۱، *قانون تعدیل مجدد زمین*^۲، *قانون نوسازی شهری*^۳، *قانون اقدامات ویژه در خصوص نوزایی شهری*^۴.

۱-۱۱ جمعیت و توسعه پایدار

تعداد جان‌باختگان، افراد گم‌شده و افرادی که در حوادث و بلایا صدمه می‌بینند (SDGs 11-5-1) شمرده شده، ثبت و توسط چندین منبع رسمی منتشر می‌شوند. این منابع رسمی عبارت‌اند از: آژانس مدیریت مقابله با آتش‌سوزی و بلایا،^۵ پلیس ملی ژاپن،^۶ آمار حیاتی وزارت بهداشت، کار و رفاه.^۷ طبق گزارش آژانس مدیریت مقابله با آتش‌سوزی و بلایا، در زمین‌لرزه

1. city planning act
2. land readjustment act
3. urban renewal act
4. urban renaissance
5. Fire and Disaster Management Agency
6. National Police Agency
7. Vital Statistics of the Ministry of Health, Labour and Welfare.

بزرگ شرق ژاپن ۱۹,۶۳۰ نفر جان خود را از دست دادند، ۲,۵۶۹ نفر مفقود شدند و ۶,۲۳۰ نفر آسیب دیدند (بر اساس گزارش پلیس ملی ژاپن، ۱۵,۸۹۵ نفر جان خود را از دست دادند، ۲,۵۳۹ نفر مفقود شدند و ۶,۱۵۶ نفر صدمه دیدند؛ طبق آمار آژانس بازسازی تا تاریخ ۳۰ سپتامبر ۲۰۱۷، ۳,۶۴۷ نفر جان خود را بر اثر این حادثه از دست دادند). پیچیدگی و ناهمخوانی این آمار، خود نشانگر این است که گردآوری آمار دقیق و توضیح درباره تعداد قربانیان و جانباختگان حوادث و بلایای طبیعی همچون زمین‌لرزه کار آسانی نیست.

بر اساس داده‌های منتشر شده توسط پلیس ملی ژاپن، ساختار سنی جانباختگان زمین‌لرزه شرق ژاپن را بیشتر سالمندان تشکیل می‌دادند، سن ۶۴.۳٪ از آن‌ها ۶۰ سال و بالاتر و ۴۵.۵٪ از آن‌ها ۷۰ سال و بالاتر بود. علاوه بر این، بر اساس پیمایش صورت گرفته توسط رسانه ملی ژاپن (NHK^۱)، نرخ مرگ‌ومیر افراد معلول ۱.۹٪، معادل تقریباً دو برابر رقم کلی مرگ‌ومیر (۱.۰٪) بود.

قانون پایه^۲ تاب‌آوری ملی^۲ در سال ۲۰۱۶، هم‌سو با چارچوب سندای برای کاهش خطر بلایا^۳ ۲۰۳۰-۲۰۱۵ وضع شد؛ برنامه پایه^۴ تاب‌آوری ملی^۴ و برنامه عملیاتی تاب‌آوری ملی^۵ به‌همراه شورای مرکزی پیشگیری از حوادث و بلایا^۶ تشکیل شدند (SDGs 13-1-2).

در ماه مه ۲۰۱۶، ادارات مرکزی ارتقای اهداف توسعه پایدار (SDGs) در دفتر نخست‌وزیری تأسیس شد. پس از آن، نظرات عمومی برای تنظیم اصول/راهنمای اجرا جمع‌آوری شدند؛ و در ماه دسامبر ۲۰۱۷، برنامه عملیاتی SDGs ۲۰۱۸ انتشار یافت و اولین جایزه SDGs در ژاپن به دوازده نهاد شامل شهرداری‌ها، جوامع مدنی، دانشگاه‌ها و شرکت‌های خصوصی اعطا شد. قرار بر این است که با اجرای برنامه عملیاتی ۲۰۱۸، مدل ژاپنی اهداف توسعه پایدار ایجاد

1. Nippon Hoso Kyokai (Japan broadcasting corporation)

2. Basic Act for National Resilience

3. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction

4. Fundamental Plan for National Resilience

5. Action Plan for National Resilience

6. Central Disaster Prevention Council

شده و انتشار یابد. پیگیری اصول راهنمای اجرا برای تابستان سال ۲۰۱۹ برنامه ریزی شده و مقرر است اصول مذکور برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار (SDGs)، تا سال ۲۰۳۰ مورد بازنگری بیشتر قرار خواهند گرفت.

۱۲-۱ آمار و داده‌ها

تعداد افرادی که اسامی آن‌ها تا سال ۲۰۱۶ در ثبت احوال ثبت نشده بود ۷۰۲ نفر بودند، که معادل ۰.۰۰۰۰۰۶٪ از کل جمعیت است (SDGs 16-9-1). این رقم بسیار پایین است و علت اصلی ثبت نشدن افراد به روند ثبت افراد مربوط می‌شود. با توجه به ماده ۲-۷۷۲ قانون مدنی، اگر نوزادی ۳۰۰ روز بعد از طلاق متولد شود، فرض بر این گرفته می‌شود که فرزند همسر قبلی باشد، البته اگر مادر فرزند تمایلی به این کار نداشته باشد، نام همسر قبلی به عنوان پدر ثبت نمی‌شود. روند مذکور و مدت زمان آن، از نظر دیوان عالی کشور غیرقانونی شناخته شد و با اصلاح قانون مدنی در سال ۲۰۱۶ این دوره ۳۰۰ روزه به ۱۰۰ روز کاهش یافت.

قانون آمار^۱ که تصویب آن به سال ۱۹۴۷ باز می‌گردد، در سال ۲۰۰۷ مورد بازبینی قرار گرفت و در سال ۲۰۰۹ به اجرا درآمد (SDGs 17-18-2). برنامه آمارهای ملی ژاپن ابتدا در سال ۲۰۰۹ به عنوان برنامه پایه توسعه آمارهای رسمی^۲ پایه‌گذاری شد. از آن زمان به بعد، این برنامه پایه به طور مستمر به روزرسانی شده و در ماه مارس ۲۰۱۸ سومین برنامه پایه به تصویب هیئت دولت رسید. این برنامه‌ها به طور کامل تأمین مالی شده و اجرایی می‌شوند (SDGs 17-18-3).

آخرین سرشماری جمعیت در سال ۲۰۱۵ (SDGs 17-19-2a) انجام شد و سرشماری بعدی در سال ۲۰۲۰ انجام خواهد شود. از سال ۱۹۲۰ هر ده سال یک بار در سال‌هایی که به عدد صفر ختم می‌شوند (مثل ۱۹۳۰، ۱۹۴۰ و...) سرشماری با تعداد سؤالات بیشتر و به همین منوال (هر ده سال) در سال‌هایی که به عدد پنج ختم می‌شد (مثل ۱۹۲۵، ۱۹۳۵ و...) این

1. Statistics Act


2. Basic Plan concerning the Development of Official Statistics

سرشماری با تعداد سؤالات کمتر صورت گرفته است و فقط در سال ۱۹۴۵ بود که سرشماری انجام نشد. تقریباً می‌توان گفت سیستم ثبت تولد و مرگ‌ومیر در ژاپن بی‌نقص است (SDGs 17-19-2b)، اما همان‌طور که قبلاً ذکر شد در برخی موارد نادر، ثبت آمار خانواده به درستی انجام نشده است؛ در خصوص مرگ‌ومیر هم مواردی بوده که ثبت فوت فردی توسط خانواده او عمداً ثبت نشده تا خانواده بتواند مستمری متوفی را دریافت کند. مواردی از این دست در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت. با وجود این، معرفی حضوری به صورت دوره‌ای برای افراد الزامی شد و نهاد ارائه مستمری در کشور پیمایش‌هایی پیوسته انجام داد تا پرداخت مستمری در موارد مشکوک قطع شود. در نظام کنونی، بدون گواهی فوت اجازه برگزاری مراسم تدفین داده نمی‌شود و انجام این کار بدون گواهی امری مجرمانه تلقی می‌شود. با این تدابیر بود که تعداد فوتی‌های ثبت نشده به اندازه چشم‌گیری کاهش یافت.

فصل ۲

نگاهی اجمالی به نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

نویسنده: 

 Katsuhisa Kojima

۱-۲ تاریخچه نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

۱-۱-۲ عصر پیشامدرن (قبل از ۱۸۶۸)

مانند دیگر کشورها، منبع تأمین مالی تأمین اجتماعی در عصر پیشامدرن بر پایه جمع‌آوری اعانه برای فقرا بود. «شیکاین» (مؤسساتی بودند برای رسیدگی به سالمندان ناتوان که خانواده‌ای نداشتند تا از آن‌ها مراقبت کند و موارد دیگری از این نوع) که در سال ۵۳۹ تأسیس شد نمونه بارزی از این دست بود. دربار سلطنتی، شوگون^۱ و اربابان فتودالی اعانه‌ای برای فقرا در نظر گرفته بودند. معابد بودائی هم به فقرا اعانه می‌دادند. معیارهای جمع‌آوری اعانه‌ها بر اساس موازین کنفوسیانیسم^۲ و بودائیسیم بود. با این وجود، تعداد کسانی که این کمک‌ها شامل حالشان می‌شد زیاد نبودند (برای مثال سالمندان فقیری که خانواده نداشتند) چون در آن زمان این کمک دوطرفه^۳ بود که یک اصل به حساب می‌آمد. برای مثال «گونین گومی» (گروهی پنج‌نفره در عصر ادو^۴) نه تنها مسئولیت اداره مالیات^۵، بلکه کمک دوطرفه را بر نیز بر عهده داشتند. این خود یک نوع سرمایه اجتماعی جامعه پیشامدرن محسوب می‌شد.

در رابطه با مراقبت‌های بهداشت و سلامت هم از زمان باستان تا عصر ادو منبع اصلی، طب سنتی کشور چین بود که در ژاپن با افزودن موارد تکمیلی به آن به کار گرفته می‌شد. در

1. Shogunate
2. Confucianism
3. mutual aid
4. Edo Era
5. Nengu

اواخر عصر ادو، طب غربی از هلند از طریق ناگازاکی وارد این کشور شد. مدارس خصوصی (انگاکو جوکو^۱) در ناگازاکی و ساکورا^۲ تأسیس شدند و اساتید مطرح رشته پزشکی در ژاپن در این مدارس تربیت شده و بعدها در دانشگاه مشغول به تدریس شدند. جزییات رویدادهای زمانی در جدول ۲-۲ آمده است.

۲-۱-۲ از عصر مچی^۳ تا پایان جنگ جهانی دوم (۱۹۴۵-۱۸۶۸)

در عصر مچی (۱۸۶۸-۱۹۱۲)، توسعه مدرنیته‌سازی^۴ در ژاپن آغاز شد. اما در آن زمان فقر به خاطر بی‌ثباتی در جامعه افزایش پیدا کرده بود و دولت می‌بایستی با آن مقابله می‌کرد. مقررات کمک به تهیدستان^۵ در سال ۱۸۸۴ تصویب شد، اما مبنای این مقررات «کمک متقابل به فقرا^۶» بود و تعداد کسانی که از آن بهره‌مند می‌شدند بسیار اندک بودند. در دربار سلطنتی افزایش تعداد ذی‌نفعان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و اتفاق اصلی در سال ۱۹۲۹ با تصویب قانون کمک به فقرا^۷ روی داد. البته در مقایسه با نظام موجود بالتبع این قانون نواقصی داشت.

در عصر تایشو و مچی^۸ (۱۹۱۲-۱۹۲۶)، وضعیت نابسامان بهداشت و شرایط نامساعد کاری برای کارگران کارخانه که شامل پسران، دختران و زنان می‌شدند، از جمله مشکلات جدی اجتماعی به حساب می‌آمد. این امر به ارائه قانون کارخانه^۹ منجر شد (۱۹۱۱) که سرآغاز قانون استانداردهای کار^{۱۰} (۱۹۴۷) بود. سپس، طرح بیمه اجتماعی برای کارگران مطرح شد که شامل قانون بیمه سلامت^{۱۱} (۱۹۲۷)، قانون بیمه سلامت ملی^{۱۲} (۱۹۳۸) و قانون بیمه مستمری کار^{۱۳} (۱۹۴۱) می‌شد. در سال ۱۹۳۸ وزارت بهداشت و رفاه تأسیس شد. رفاه

1. Rangaku Jyuku

3. Meiji

5. Indigent Person's Relief Regulation

7. Poor Relief Law

9. Factory Law

11. Health Insurance Act

13. Labor Pension Insurance Act

2. Sakura

4. modernization

6. mutual aid for the poor

8. Meiji and Taisho

10. Labour Standards Act

12. National Health Insurance Act

اجتماعی، سلامت، بهداشت عمومی^۱ و سیاست‌گذاری کار از وزارت داخله^۲ انتقال یافتند. در این حین، دولت‌های محلی هم سعی خود را می‌کردند تا با معضل فقر مبارزه کنند. افرادی از میان داوطلبان فعالیت در امور رفاهی در شهرستان‌های اوکایاما و اوساکا به کار گماشته شدند. این نظام در سرتاسر کشور ژاپن گسترش یافت و منجر به استقرار کمیسیون رفاه و گماشتن داوطلبان فعالیت در حوزه رفاه کودکان شد. علاوه بر این‌ها، خیرین زیادی هم مؤسسات رفاهی همچون دارالایتام، آسایشگاه معلولان ذهنی و سالمندان، تأسیس کردند. در مقایسه با نظام کنونی، نظام وقت از لحاظ پوشش جمعیتی کامل نبود (نک جدول ۲-۲).

از بعد پزشکی، دولت مجی تصمیم به ارائه پزشکی غربی (عمدتاً از کشور آلمان) گرفت و نظام پزشکی و مؤسسات آموزشی تأسیس کرد که به برخی افراد پس از گذراندن دوره پروانه طبابت صادر کرد. این دولت سازوکار بهداشت و درمان عمومی مدرن را بنا نهاد (برای مثال، قانون پیشگیری از بیماری‌های عفونی در ۱۸۹۷). «قانون بهداشت و سلامت مادر و کودک»^۳ در سال ۱۹۳۷ به تصویب رسید که بر اساس آن «کتاب راهنمای مادران»^۴ (کتاب راهنمای بهداشت و سلامت مادر و کودک^۵ فعلی) در سال ۱۹۴۲ به چاپ رسید. هدف از چاپ این کتاب معرفی مراقبت‌های حمایتی و کمک به سلامت مادر و کودک با ثبت معاینات عمومی وضعیت سلامت آن‌ها بود (نک جدول ۲-۲).

۳-۱-۲ پس از پایان جنگ جهانی دوم تا به امروز (۱۹۴۵-۲۰۱۹)

پس از اتمام جنگ جهانی دوم نظام تأمین اجتماعی در ژاپن پیشرفت چشمگیری داشت. در دوره آشفتگی اجتماعی بعد از جنگ جهانی، اقداماتی برای کمک به نیازمندان، بهبود تغذیه مردم و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و در کنار آن توسعه زیرساخت مرتبط با سیاست‌های

-
1. public health
 2. Home Ministry
 3. Maternal and Child Health Handbook
 4. Maternal Handbook
 5. Maternal and Child Health Handbook

رفاه اجتماعی اجرایی شدند. در ماده ۲۵ قانون اساسی ژاپن مصوب سال ۱۹۴۷، اصول اساسی توسعه نظام تامین اجتماعی تصریح شدند، که پایه و اساس قوانین مرتبط با تأمین اجتماعی دوره بعد از جنگ را شکل می‌دادند. در سال ۱۹۴۷، وزارت کار از وزارت بهداشت و رفاه جدا شد تا به طور مستقل به سیاست‌گذاری در حوزه کار بپردازد (این دو وزارتخانه دوباره در سال ۲۰۰۱ ادغام شدند و وزارت بهداشت، کار و رفاه شکل گرفت). در همان سال بود که بیمه بیکاری هم معرفی شد.

در پی رشد سریع اقتصادی، بیمه سلامت و مستمری عمومی گسترش یافتند و در نتیجه تعداد افراد بیشتری تحت پوشش قرار گرفتند؛ در سال ۱۹۶۱ بود که «پوشش همگانی بیمه سلامت و مستمری عمومی^۱»، با پوشش همه شهروندان، ارائه شد *قانون خدمات رفاهی سالمندان و قانون رفاه مادر و کودک* به ترتیب در سال‌های ۱۹۶۳ و ۱۹۶۴ به تصویب رسیدند و سطوح مزایای مختلف نیز به تبع آن‌ها افزایش یافت. از اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی و هم‌زمان با دوره ثبات اقتصادی در ژاپن، نظام تأمین اجتماعی مورد بازبینی قرار گرفت و موضوع سالمندشدن جمعیت به چالشی مهم برای توسعه این نظام تبدیل شد.

از دهه ۱۹۹۰ میلادی، اقدامات مقابله با کاهش میزان تولد، علاوه بر سالمندی جامعه، به‌عنوان یک مسئله مهم سیاستی مورد توجه قرار گرفت. در این راستا، بازنگری‌هایی در نظام بیمه سلامت و پرداخت مستمری به اجرا درآمد. قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت^۲ معرفی شد و برای پنج بار مورد بازنگری قرار گرفت تا حمایت‌های اجتماعی لازم از نیازهای مراقبتی بلندمدت سالمندان و خانواده‌های آن‌ها را فراهم سازد. خدمات مراقبت از کودکان و حمایت مالی از آن‌ها برای کمک هرچه بیشتر به آن‌ها افزایش یافت. علاوه بر این، تغییر و تحول در امر اشتغال و گسترش تفاوت‌ها در عرصه اقتصاد، اهمیت سیاست‌های اشتغال را افزایش داده است (نک جدول ۲-۲).

1. universal coverage in public pension and health insurance

2. long-term care insurance act

۲-۲ طرح‌های تأمین اجتماعی ژاپن و ویژگی‌های آن‌ها

طرح تأمین اجتماعی در اصل نظامی است که از وضعیت معیشت افراد جامعه در برابر فقر، بیماری، جراثیم، مرگ، سالمندی و بیکاری حمایت‌های لازم را به عمل می‌آورد. طرح‌های تأمین اجتماعی در کشور ژاپن از تنوع بالایی برخوردارند. نظام پرداخت مستمری عمومی^۱، امنیت درآمد سالمندان، بازماندگان و از کارافتادگان را فراهم می‌کند. نظام‌های مراقبت بهداشت و درمان، حافظ بهداشت و سلامت عمومی بوده و شامل بیمه سلامت، بهداشت و سلامت عمومی و نظام بهداشت و درمان مادر و کودک می‌شود. در ضمن، رفاه اجتماعی برای سالمندان شامل بیمه مراقبت‌های بلندمدت می‌شود، درحالی‌که سیاست‌های مربوط به خانواده^۲، خدمات مراقبت و حمایت مالی از کودکان را در بر می‌گیرد، برای مثال کمک‌هزینه کودکان و حمایت از خانوارهای تک سرپرست. سیاست‌های مربوط به افراد معلول^۳ شامل ارائه خدمات مراقبی و حمایت مالی می‌شود. مساعدت عمومی^۴ هم به‌عنوان بخشی از نظام حمایت اجتماعی از فقرا در دسترس افراد کم برخوردار جامعه قرار دارد. به همین ترتیب، بخش‌هایی هم برای حمایت از کارگران، بیمه اشتغال^۵، بیمه حوادث ناشی از کار^۶ در نظر گرفته شده است.

مزایایی که این طرح‌ها ارائه می‌کنند به دو صورت نقدی و غیر نقدی انجام می‌شوند. جدول ۱-۲ لیست طرح‌های اصلی تأمین اجتماعی به تفکیک مزایا و نقدی و غیرنقدی بودن بر اساس طبقه‌بندی سازمان بین‌المللی کار (ILO)^۷ آورده شده است.

1. public pension system
3. policy for persons with disabilities
5. employment insurance
7. International Labour Organization

2. family policies
4. public assistance
6. work-related accident insurance

جدول ۱-۲ طرح‌های تأمین اجتماعی در کشور ژاپن

عملکرد اصلی (استاندارد ILO)	مزایا ^۱		تأمین مالی	طرح
	نقدی	غیر نقدی		
مستمری بازنشستگی، بازماندگان، مزایای از کارافتادگی ^۲	*		بیمه اجتماعی	مستمری عمومی
بیماری و سلامت		*	بیمه اجتماعی	بیمه سلامت
بیماری و سلامت		*	مالیات	بهداشت عمومی
مستمری بازنشستگی		*	بیمه اجتماعی	بیمه مراقبت‌های بلندمدت
مستمری بازنشستگی		*	مالیات	خدمات سالمندان (به غیر از بیمه مراقبت‌های بلندمدت)
مزایای خانواده	*	*	مالیات	سیاست خانواده
مزایای از کارافتادگی	*	*	مالیات	سیاست مربوط به افراد معلول
مساعدت اجتماعی و موارد مشابه دیگر	*	*	مالیات	مساعدت عمومی
مزایای بیکاری و مزایای خانواده	*		بیمه اجتماعی	بیمه اشتغال
حوادث حین اشتغال	*	*	بیمه اجتماعی	بیمه حوادث ناشی از کار

اکثر طرح‌های تأمین اجتماعی در ژاپن در چارچوب نظام بیمه اجتماعی فعالیت می‌کنند. در این کشور در مجموع پنج نظام بیمه اجتماعی وجود دارد که عبارت‌اند از: مستمری عمومی، بیمه سلامت، بیمه مراقبت‌های بلندمدت، بیمه اشتغال و بیمه حوادث ناشی از کار. از میان این بیمه‌ها، در دو برنامه مستمری عمومی و بیمه سلامت کلیه شهروندان ژاپنی عضو هستند. پوشش همگانی در مستمری عمومی و بیمه سلامت از جمله ویژگی‌های اصلی نظام تأمین اجتماعی ژاپن به شمار می‌رود. علاوه بر این، شهروندان ۴۰ سال و بالاتر تحت پوشش بیمه مراقبت‌های بلندمدت و افراد شاغل تحت پوشش بیمه اشتغال و بیمه حوادث ناشی از کار قرار

۱. در اینجا به همه مزایا اشاره نشده است.

دارند.

تأمین مالی نظام‌های بیمه اجتماعی فوق‌الذکر از محل حق بیمه‌های بیمه اجتماعی انجام می‌شوند و درآمدهای مالیاتی هم در قالب یارانه نقش مکمل آن را ایفا می‌کنند. همه افراد بیمه‌شده^۱ حق بیمه پرداخت می‌کنند و میزان آن در اغلب موارد با در نظر گرفتن سطح درآمد آن‌ها تعیین می‌شود. عملکرد بارز بیمه اجتماعی تقسیم ریسک بین افراد بیمه‌شده و باز توزیع درآمد میان آن‌ها است.

از طرف دیگر، تأمین مالی طرح‌های دیگری مثل مساعدت اجتماعی (اقدامات کاهش فقر) و خدمات/مزایای خانواده، کودکان و افراد معلول از محل بودجه عمومی^۲ دولت (مالیات) صورت می‌گیرد.

۳-۲ سازمان‌های مدیریتی (اجرایی) و ارائه‌دهندگان خدمات

تائید صلاحیت عملکرد نظام‌های تأمین اجتماعی با وزارت بهداشت، کار و رفاه (MHLW) است. این وزارتخانه استانداردهای ملی را تعیین می‌کند و از طرح‌های پژوهشی که از بُعد ملی ضروری به نظر می‌رسند حمایت لازم را به عمل می‌آورد. هیئت دولت هم مسئولیت برنامه‌ریزی طرح‌های اساسی سیاستی مربوط به تأمین اجتماعی مثل سالمندی جمعیت و سیاست مراقبت از کودکان را بر عهده دارد. دولت‌های محلی مانند استان‌ها و البته شهرداری‌های شهرهای بزرگ و کوچک و دهیاری‌ها ملزم به ارائه خدمات تأمین اجتماعی هستند. دولت‌های محلی از ادارات رفاه اجتماعی و مراکز بهداشت و درمان عمومی برخوردارند. در سال‌های اخیر، در نتیجه سیاست تمرکززدایی^۳، منابع مالی از دولت مرکزی به دولت‌های محلی انتقال یافته است. این کار بر مبنای ایده «خودمختاری محلی^۴» انجام شده است.

1. insured

2. general budget

3. decentralization

4. local autonomy

در ژاپن قانونی هم تحت عنوان خودمختاری محلی وجود دارد که به نوعی قانون قدرت‌سپاری است که بخش اعظمی از ساختار دولت معاصر ژاپن و تقسیمات اداری، شامل استان‌ها و شهرداری ژاپن بر این اساس بنا شده‌اند.

نظام تأمین اجتماعی دارای طرح‌های متعددی است و مدیریت مزایا بگیران و حق بیمه‌ها کاملاً جداگانه انجام می‌شده است. این امر باعث ایجاد نارضایتی مردم و ناکارآمدی در مدیریت شده بود. برای حل این مشکلات بود که در سال ۲۰۱۳ قانون مالیات و تأمین اجتماعی مورد تأیید نمایندگان قرار گرفت و در سال ۲۰۱۵ به تصویب رسید. طبق آن شماره‌ای ویژه به هر فرد تخصیص یافت که کلیه اتباع خارجی و شرکت‌های خارجی فعال در ژاپن را نیز شامل می‌شد. نظام «شماره من^۲»، با رعایت حداکثری اصول حریم خصوصی افراد، برای مدیریت خدمات تأمین اجتماعی و مالیات مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ارائه‌دهندگان خدمات تأمین اجتماعی مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بهداشت و سلامت، آسایشگاه‌ها و مؤسسات نگهداری از سالمندان، مراکز توان‌بخشی و حمایت از معلولان و غیره می‌توانند خصوصی و یا عمومی باشند. با وجود این، نهادهای خصوصی اجازه تسهیل سود و توزیع آن را ندارند. در ضمن، چنین نهادهایی، چه عمومی و چه خصوصی، تحت نظارت وزارت بهداشت، کار و رفاه و دولت‌های محلی فعالیت می‌کنند.

۴-۲ آمارهای مالی و تأمین اجتماعی

امروزه در کشور ژاپن دو دسته از آمار مالی برای تأمین اجتماعی جمع‌آوری می‌شوند. مخارج اجتماعی ژاپن در سال مالی ۲۰۱۶، بر اساس استاندارد OECD، ۱۱۹.۶۳۸۴ تریلیون ین (JPY)، معادل ۲۲.۱۷٪ از GDP و ۹۴۲،۵۰۰ ین سرانه، بود. در سال مالی ۲۰۱۶، مزایای اجتماعی مبتنی بر استاندارد ILO، که شامل هزینه‌هایی که به‌طور مستقیم به افراد منتقل نشده‌اند (مانند هزینه‌های نگهداری از تاسیسات) نمی‌شود، ۱۱۶.۹۰۲۷ تریلیون ین معادل ۲۱.۶۸٪ از GDP و ۹۲۱،۰۰۰ ین سرانه بود. آمار مبتنی بر استاندارد ILO این قابلیت را

1. beneficiaries and contributions

2. My Number

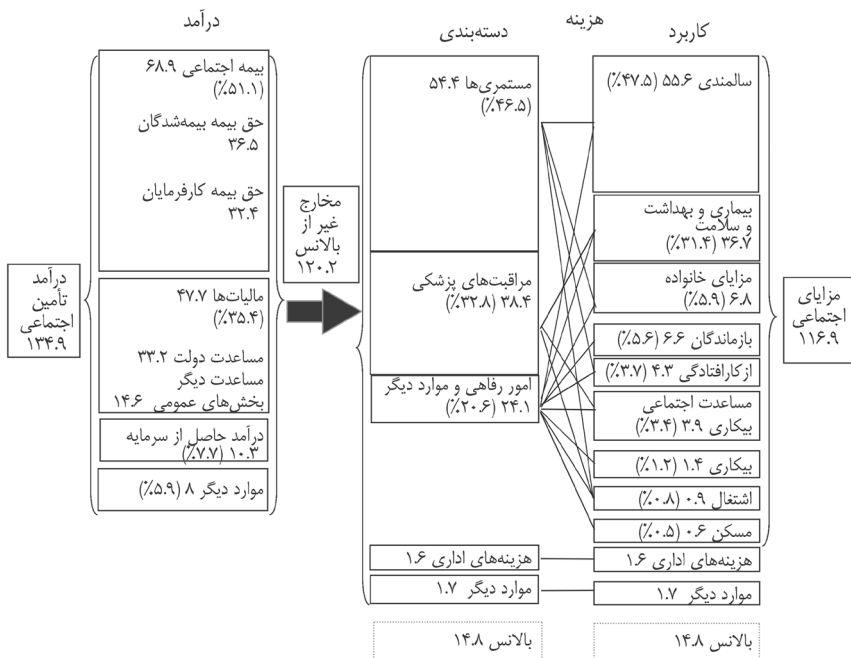
کد ۱۲ رقمی است که کلیه شهروندان ژاپنی و اتباع خارجی از آن برای پرداخت مالیات و دریافت خدمات تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند.

3. Japanese yen

دارد که جریان درآمد و هزینه را در تأمین اجتماعی کنترل کند. شکل ۱-۲، لیست درآمد و هزینه تأمین اجتماعی طبق این استاندارد ILO را نشان می‌دهد. ۵۱.۱٪ از کل درآمد را حق بیمه‌ها و ۳۵.۴٪ را مالیات‌ها تشکیل می‌دهد. مخارج مستمری عمومی نیمی از کل مخارج و مراقبت‌های پزشکی^۱ حدود یک‌سوم کل مخارج را به خود اختصاص می‌دهند. آمارهای عملکردی هم نشان می‌دهند که حدود ۵۰٪ از مخارج صرف موضوع سالمندی می‌شود.

شکل ۱-۲ نمودار درآمد تأمین اجتماعی و مزایای اجتماعی مبتنی بر استانداردهای ILO، سال

مالی ۲۰۱۶



1. medical care

جدول ۲-۲ تاریخچه تأمین اجتماعی در ژاپن

دوره و سال	وقایع اصلی
۵۹۳	«شیکیان» ^۱ توسط شوتوکو تایشو ^۲ تأسیس شد (عضوی از خاندان سلطنتی)
۷۱۸	تصویب قانون «یورو ریتسوریو» ^۳ (کمک دوطرفه برای سالمندان و غیره)
۱۶۴۲	«اویکوییگویا» ^۴ تأسیس شد (نهاد کمک‌رسانی در هنگام قحطی)
۱۷۳۲	تأسیس موسسه «کویشیکاوا یوجوجو» (موسسه پزشکی برای فقرا در شهر ادو)
۱۷۹۱	«شیچیبو-تسومیکین» ^۵ (سندوقی برای کمک فقرا، شهر ادو)
۱۸۷۴	مقررات کمک به تهی‌دستان
۱۸۹۷	قانون پیشگیری از بیماری‌های عفونی
۱۹۱۱	قانون کارخانه ^۶ (سرآغاز استانداردهای کار-۱۹۴۷)
۱۹۲۲	قانون بیمه سلامت
۱۹۲۹	قانون کمک به فقرا
۱۹۳۷	قانون کمک به مادر و کودک
۱۹۳۸	قانون بیمه سلامت ملی (اصلاح‌شده در ۱۹۵۸)، قانون خدمات اجتماعی تأسیس وزارت سلامت و رفاه
۱۹۴۱	قانون بیمه مستمری کار ^۷ (امروزه قانون بیمه مستمری شاغلان) ^۸
۱۹۴۶	قانون مساعدت اجتماعی (قانون قدیمی)
۱۹۴۷	قانون اساسی ژاپن؛ قانون رفاه کودکان؛ قانون بیمه بیکاری؛ قانون بیمه جبران حوادث مشاغل صنعتی ^۹ ؛ قانون مراکز بهداشت و درمان (امروزه قانون سلامت جامعه) ^{۱۰} و تأسیس وزارت کار
۱۹۴۹	قانون رفاه معلولان جسمی ^{۱۱}
۱۹۵۰	قانون مساعدت عمومی

1. Shikain

2. Shotoku Taishi

3. Yoro Ritsuryo

4. Osukuigoya

5. Shichibu-tsumikin

6. Factory Law

7. Labor Pension Insurance Act

8. Employees' Pension Insurance Act

9. Industrial Accident Compensation Insurance Act

10. Community Health Act

11. Act for the Welfare of Persons with Physical Disabilities

دوره و سال	وقایع اصلی
دهه ۷۰ تا دهه ۸۰	۱۹۵۱ قانون رفاه اجتماعی
	۱۹۵۸ قانون بیمه سلامت ملی (اصلاحیه قانون سال ۱۹۳۸)
	۱۹۵۹ قانون مستمری ملی (اجرایی شده در سال ۱۹۶۱)
	۱۹۶۰ قانون رفاه معلولان ذهنی ^۱
	۱۹۶۱ پوشش همگانی بیمه مستمری و سلامت ^۲
	۱۹۶۳ قانون رفاه سالمندان ^۳
	۱۹۶۴ قانون رفاه مادران و افراد وابسته به آنها (اعضای تبعی) ^۴
	۱۹۷۱ قانون کمک‌هزینه کودکان ^۵
	۱۹۷۳ اصلاحیه قانون رفاه سالمندان (خدمات رایگان پزشکی برای سالمندان «فوکوشی-گانن» ^۶) (بهبود مزایای تأمین اجتماعی)
	۱۹۷۴ قانون بیمه اشتغال (جایگزین قانون بیکاری)
دهه ۸۰ تا ۲۰۰۰	۱۹۸۱ قانون رفاه مادران معلول و زنان بیوه (اصلاحیه قانون مادران و افراد وابسته به آنها)
	۱۹۸۲ قانون خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان (طرحی جدید برای تأمین مالی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمان سالمندان)
	۱۹۹۰ اصلاحیه هشت قانون مرتبط با رفاه اجتماعی
	۱۹۹۱ قانون رفاه کارگرانی که از کودکان (مراقبان کودک) مراقبت می‌کنند
	۱۹۹۵ قانون مبنای اقدامات مربوط به جامعه در حال سالمندی
	۱۹۹۷ قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت (اجرایی شده در ۲۰۰۰)
	۲۰۰۰ قانون رفاه اجتماعی (اصلاحیه قانون خدمات رفاه اجتماعی)

1. Act for the Welfare of Persons with Intellectual Disabilities
2. universal coverage in pension and health insurance
3. Act on Social Welfare for the Elderly
4. Act on Welfare of Mothers with Dependents
5. Child Allowance Act
6. Fukushi-Gannen

دوره و سال	وقایع اصلی
۲۰۰۱	تأسیس وزارت بهداشت، کار و رفاه (ادغام مجدد وزارت بهداشت و رفاه با وزارت کار)
۲۰۰۳	قانون مبنای اقدامات کنترل نرخ پایین تولد
۲۰۰۵	قانون ارائه خدمات و حمایت از معلولان
۲۰۰۸	مرحله نهایی نظام مراقبت‌های پزشکی (طرحی جدید برای سلامت سالمندان بالای ۷۵ سال)
۲۰۱۱	«کودومو تیات» (کمک‌هزینه کودکان) تحت حزب دموکرات
۲۰۱۲	کمک‌هزینه کودکان (نظام کنونی تحت حزب لیبرال دموکرات)
۲۰۱۵	قانون حمایت از زندگی مستقل مستمندان ^۲

1. Kodomo Teate

2. Act on the Independent Life Support for Needy Persons

فصل ۳

انواع مستمری

نویسنده: 

 Itaru Sato

۱-۳ تاریخچه نظام بازنشستگی (پرداخت مستمری) در ژاپن

همانند دیگر کشورهای پیشرفته، نظام بازنشستگی ژاپن برای اولین بار برای نیروهای نظامی، نیروی دریایی و کارکنان دولت^۱ ارائه شد. در پایان قرن نوزدهم، طرح بازنشستگی نیروهای مسلح سلطنتی در ۵ آوریل ۱۸۷۵ و بعدازآن طرح بازنشستگی نیروی دریایی سلطنتی در ۲۴ اوت همان سال پایه‌گذاری شد و این دو در سال ۱۸۹۰ ادغام شده و در سال ۱۹۴۵ هم برچیده شدند. مستمری بازنشستگی کارمندان^۲ بعدها در سال ۱۸۸۴ برقرار شد و نظام پرداخت مستمری بازنشستگی کارگران^۳ در حوزه‌های عمومی^۴ در سال ۱۹۱۹ پایه‌گذاری شد. نیروهای نظامی نیازی به پرداخت حق بیمه نداشتند و سهم حق بیمه آن‌ها از محل درآمد عمومی و دولت ملی تأمین مالی می‌شد. این طرح بعدها گسترش یافت و کارکنان دولت را هم در بر گرفت. در آن زمان مبنای محاسبه مستمری (مزایای بازنشستگی) برای نظامیان و کارگران بخش دولتی^۵، آخرین حقوق آن‌ها قبل از بازنشستگی بود و می‌توان گفت که سطح پرداخت مزایا سخاوتمندانه بود. اختلاف میان مستمری بخش دولتی و بخش خصوصی (بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان - EPI^۶) زیاد بود و تا اکتبر ۲۰۱۵ این روال ادامه پیدا کرد تا اینکه این دو طرح ادغام شدند و یک صندوق مشترک^۷ شکل گرفت و این اختلاف کاملاً از میان برداشته شد.

1. civil servants

3. blue color workers

5. civil workers

7. mutual fund

2. white color workers

4. public fields

6. Employees' Pension Insurance

طرح بازنشستگی مستخدمان بخش خصوصی در سال ۱۹۴۲ تأسیس شد. در آن زمان حق بیمه و مزایا متناسب با دستمزدها بود. در آغاز، نام این طرح، بیمه بازنشستگی کار بود (LPI)^۱ که فقط کارگران مرد^۲ را تحت پوشش قرار می‌داد اما یک سال بعد نام آن به بیمه بازنشستگی مستخدمان (EPI) تغییر یافت و کارگران زن^۳ را هم تحت پوشش قرار داد. در آن زمان، نرخ حق بیمه ۱۱٪ بود (البته بر اساس نظام اندوخته گذاری). نرخ حق بیمه بعد از جنگ جهانی دوم به خاطر افزایش میزان فقر از ۱۱٪ به ۳٪ کاهش یافت.

علت اینکه دولت ژاپن در زمان جنگ، نظام بازنشستگی برای کارگران بخش خصوصی معرفی کرد چه بود؟ دلیل آن واضح است، در طول جنگ، دولت نیاز به نیروی کار ثابت داشت تا تولید پایدار را حفظ کرده و تورم را با کاهش قدرت خرید خانواده‌ها مهار کند، دولت این کار از طریق دریافت حق بیمه بیشتر انجام می‌داد. بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان/ کارکنان (EPI) در سال ۱۹۴۵ مورد بازنگری قرار گرفت و از سازوکار مبتنی بر درآمد (عواید)^۴ به نظام مزایای دولتی^۵ که شامل مزایای بیمه‌ای با نرخ یکسان^۶ می‌شد، تغییر یافت. در سال ۱۹۶۱، برای جمعیت باقیمانده، مستمری ملی برای خویش‌فرمایان، ماهیگیران/کشاورزان، افراد بیکار، زنان خانه‌دار و غیره معرفی شد و بدین ترتیب بود که نظام بازنشستگی ژاپن به پوشش همگانی^۷ دست یافت. مستمری همگانی، از لحاظ پرداخت حق بیمه و دریافت مزایا از همان زمان بدون تغییر مانده است.

۲-۳ نگاهی اجمالی به نظام بازنشستگی

نظام کنونی ژاپن چندلایه^۸ و از طرح‌های عمومی و خصوصی تشکیل شده است (نک شکل ۳-۱). در اینجا، تمایز بین سازوکار پرداخت مستمری عمومی و خصوصی در این است که آیا

1. Labour's Pension Insurance
3. female and white collar workers
5. two-tier benefits system
7. universal coverage

2. male blue collar workers
4. earnings-related pension
6. flat-rate benefits
- 8 multi-tiered

نهاد بیمه‌گر^۱ دولت است یا خیر (اگر سازوکار پرداخت مستمری عمومی باشد، نهاد بیمه‌گر دولت و در غیر این صورت بخش خصوصی است). لایه اول همان مستمری پایه است که فراهم‌کننده مستمری پایه با نرخ یکسان در پوشش همگانی به حساب می‌آید. به‌عنوان نوعی از مستمری که مبتنی بر درآمد نیست^۲ هدف اصلی آن فراهم کردن تضمینی برای درآمد پایه برای سالمندان است، و عضویت در آن برای کلیه شهروندان ژاپنی اجباری است. لایه دوم، بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان است که اکثر شاغلان را تحت پوشش قرار می‌دهد و ساختار حق بیمه و مزایا در آن مبتنی بر درآمد است. ارائه این نوع از بیمه برای همه نهادهای بزرگ‌تر از مقیاسی خاص الزامی بوده و حق بیمه بین کارفرما و مستخدم تقسیم می‌شود. اداره سازوکار ارائه مستمری‌ها در هردو لایه بر عهده دولت است، بنابراین سازوکار عمومی محسوب می‌شوند.

لایه سوم اختیاری بوده و ارائه مزایا دو حالت دارد: یا بر عهده نهادهای کارفرمای خصوصی است که توسط صندوق‌های بازنشستگی مستخدمان (شاغلان)^۳ انجام می‌شود و یا بر عهده صندوق بازنشستگی ملی^۴ خویش‌فرمایان است که در این صورت بیمه‌گر دولت است. صندوق‌های بازنشستگی مستخدمان توسط کارفرمایان اداره می‌شوند اما بخش اعظمی از منابع مالی آن‌ها از محل بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان^۵ تأمین می‌شود؛ بنابراین ماهیتی نیمه عمومی^۶ دارند. سازوکارهای پرداخت مستمری‌های شخصی^۷ هم وجود دارند که توسط مؤسسات خصوصی بیمه و تراست بانک‌ها^۸ اداره می‌شوند، اما در این بخش به آن‌ها نمی‌پردازیم چراکه آن‌ها ذیل نظام تأمین اجتماعی قرار نمی‌گیرند.

1. insurer

3. employees' pension funds

5. Employees' Pension Insurance

7. personal pensions

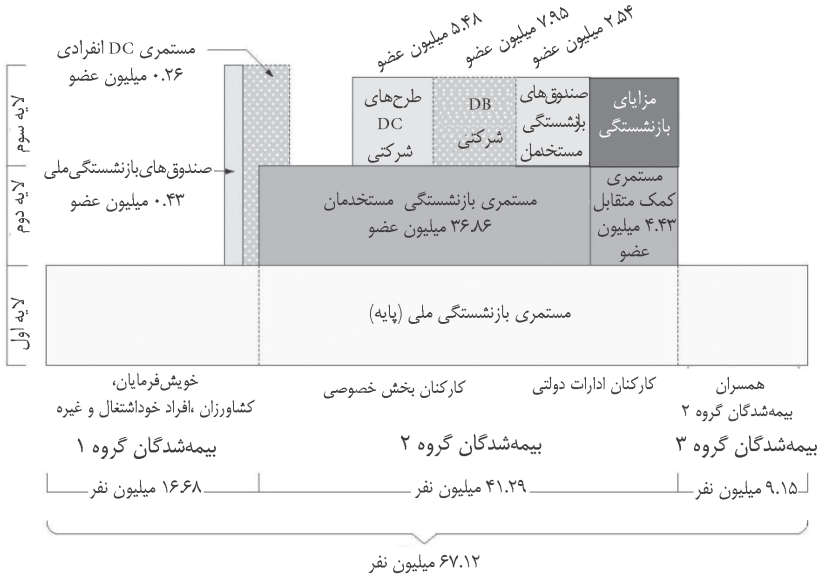
2. non-income-related pension

4. National Pension Fund

6. quasi-public

8. trust banks

شکل ۱-۳ نظام بازنشستگی در ژاپن (۲۰۱۶)



منبع: گزارش سالانه وزارت بهداشت، کار و رفاه (۲۰۱۷)

مستمري ملي به مستمري پايه‌اي اطلاق مي‌شود که مختص خوش فرمايان، کشاورزان و افراد خوداشتغال^۱ (بيمه‌گر گروه ۱) است، اين مستمري توسط خدمات مستمري بازنشستگي ژاپن^۲ و با مسؤليت دولت اداره مي‌شود. بنابر اين، کليه افراد بزرگ‌سال در ژاپن تحت پوشش بيمه‌اي قرار دارند؛ اين پوشش ممکن است توسط بيمه مستمري بازنشستگي مستخدمان يا مستمري ملي فراهم شود و يا توسط نهادهاي ارائه مستمري‌هاي کمک متقابل^۳. پوشش مستمري پايه حالي همگاني دارد، به عبارت ديگر، اين مستمري کليه افراد بالاي ۲۰ سال حتي اتباع خارجي را تحت پوشش قرار مي‌دهد. شرايط برخورداری از مزايای بازنشستگي در مستمري ملي داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه پرداخت حق بيمه است و حداکثر ميزان عضويت در آن ۴۰ سال است.

1. non-employed
2. Japan Pension Service
3. mutual aid pensions

۳-۳ تأمین مالی نظام بازنشستگی

سه منبع برای تأمین مالی مستمری وجود دارد که عبارت‌اند از: حق بیمه، یارانه دولتی و اندوخته‌ها. در بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان، حق بیمه توسط کارفرما و مستخدم پرداخت می‌شود و نرخ ثابتی از حقوق بیمه‌شده بابت آن کسر می‌شود (نک شکل ۲-۱). حق بیمه شامل حال همسر بیمه‌شده هم می‌شود، البته این در صورتی است که درآمد او کمتر از ۱.۳ میلیون ین در سال باشد (بیمه‌شده شماره ۳). در مستمری ملی، تنها فرد بیمه‌شده (اصلی) حق بیمه می‌پردازد و نرخ آن برای همه یکسان است. اگر هر دو نفر از زوجین شاغل باشند مجبور به پرداخت حق بیمه‌اند مگر اینکه یکی از آن‌ها بیکار باشد، در این صورت فقط یکی از آن‌ها که شاغل است حق بیمه پرداخت می‌کند.

روال تخصیص یارانه دولتی به گونه‌ای است که برای لایه اول (مستمری پایه)، ۵۰٪ از مزایا و همچنین کلیه هزینه‌های اداری از محل بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود. در لایه دوم (بیمه مستمری مستخدمان)، هزینه‌های اداری را دولت مرکزی پرداخت می‌کند. و برای لایه سوم، هیچ یارانه‌ای از طرف دولت پرداخت نمی‌شود.

۳-۴ نظام بازنشستگی به تفکیک طرح‌ها

۳-۴-۱ مستمری ملی

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، کلیه افراد مقیم کشور ژاپن (شهروندان و اتباع خارجی) که سن آن‌ها بین ۲۰ تا ۶۰ سال است واجد شرایط عضویت در طرح مستمری ملی هستند و حتماً بایستی برای عضویت خود اقدام کنند (عضویت الزامی است). مقدار مستمری با توجه به مدت‌زمان عضویت تعیین می‌شود و میزان آن را می‌توان با فرمول زیر محاسبه کرد:

$$(۴۸۰ / \text{تعداد ماه‌های معاف شده} \times \frac{1}{4} + \text{تعداد ماه‌های تحت پوشش}) \times ۷۹۹,۳۰۰ \text{ ین}$$

1. exempt months

2. insured months

مستخدمانی که تحت پوشش بیمه مستمری بازنشستگی مستخدمان قرار دارند به صورت خودکار به عضویت مستمری پایه درمی‌آیند، اما کسانی که در هیچ نهادی استخدام نیستند تحت پوشش مستمری ملی قرار می‌گیرند. از مستمری ملی هر عضو مبلغ ثابتی (۱۶,۳۴۰) ین در ماه، سال مالی ۲۰۱۸) به عنوان حق بیمه کسر می‌شود (طبق آمار خدمات مستمری بازنشستگی ژاپن^۱، ۳۷.۵٪ از اعضای گروه ۱ به‌طور کامل و ۲.۸٪ هم تا حدودی از پرداخت حق بیمه معاف هستند). مزایای کنونی با وصول حق بیمه‌های اعضا (نظام PAYG)^۲ پرداخت می‌شود، اما تقریباً به نیمی از مزایا یارانه بودجه عمومی دولت تعلق می‌گیرد. مزایای بیمه‌ای برای همه با نرخ یکسان محاسبه می‌شود و طرح از نوع مزایای معین (DB)^۳ است.

به خاطر تأثیر رکود اقتصادی^۴ اخیر، سازوکار پرداخت مستمری ملی با مشکل عدم پرداخت حق بیمه^۵ توسط اعضا، مخصوصاً اعضای جوان‌تر مواجه شده است. با این وجود، با ارائه نظام چندلایه معافیت پرداخت حق بیمه^۶ در سال ۲۰۰۲، برخی از اعضا می‌توانند از مستمری‌های آینده با استفاده از برنامه معافیت^۷ بهره‌مند شوند. در نتیجه، در سال ۲۰۱۷ میانگین مزایای بازنشستگی ماهیانه از طرح مستمری ملی به ۵۵,۵۱۸ ین رسید که تقریباً برابر با ۸۵٪ از کل مبلغ مستمری بود. طبعاً با گذشت زمان و بیشتر نظام تامین اجتماعی، این مبلغ نیز افزایش خواهد یافت.

۲-۴-۳ بیمه بازنشستگی مستخدمان (شاغلان)

بیمه بازنشستگی مستخدمان، هسته اصلی امنیت درآمدی برای بازنشستگان محسوب می‌شود. کلیه مکان‌های کاری با تعداد کارکنان بیشتر از پنج نفر، ملزم به مشارکت در این طرح هستند. ۹.۱۵٪^۸ از حقوق ماهیانه کارکنان به‌عنوان حق بیمه به این طرح پرداخت می‌شود و این مبلغ

1. Japan Pension Service Statistics

2. pay-as-you-go system

3. defined-benefit scheme

4. economic downturn

5. Contribution evasion

6. multi-level premium exemption system

7. waiver program

۸. حقوق و پاداش شامل کسر حق بیمه می‌شود.

را کارفرما و مستخدم باهم پرداخت می‌کنند (این مبلغ شامل حق بیمه مستمری پایه ملی^۱ هم می‌شود). مزایای مستمری بازنشستگی مبتنی بر درآمد است و تخفیفی برای افراد و خانوارهای کم‌درآمد (و کارفرمایان آن‌ها) وجود ندارد، اما کارفرمایانی که کارکنان آن‌ها در مرخصی زایمان به سر می‌برند تا یک سال از پرداخت حق بیمه آن‌ها معافاند.

میانگین ماهیانه مزایای بازنشستگی در طرح بیمه بازنشستگی مستخدمان حدود ۱۴۴،۹۰۳ ین است که به ۴۶،۷٪ از متوسط حقوق ماهیانه اعضا می‌رسد (۲۰۱۷).

۳-۴-۳ صندوق بازنشستگی ملی

صندوق بازنشستگی ملی نوعی مستمری اختیاری برای خویش‌فرمایان (گروه شماره ۱) فراهم می‌کند و به‌گونه‌ای طراحی شده که به آن دسته از خویش‌فرمایانی که لایه سوم مستمری (بیمه بازنشستگی مستخدمان) تعلق نمی‌گیرد، پوشش مستمری مازاد ارائه می‌کند. با وجود این، تنها حدود ۳٪ (۰،۴۳ میلیون نفر) از اعضای گروه شماره ۱ (۱۶۶۸ میلیون نفر) به عضویت این صندوق درآمدده‌اند.

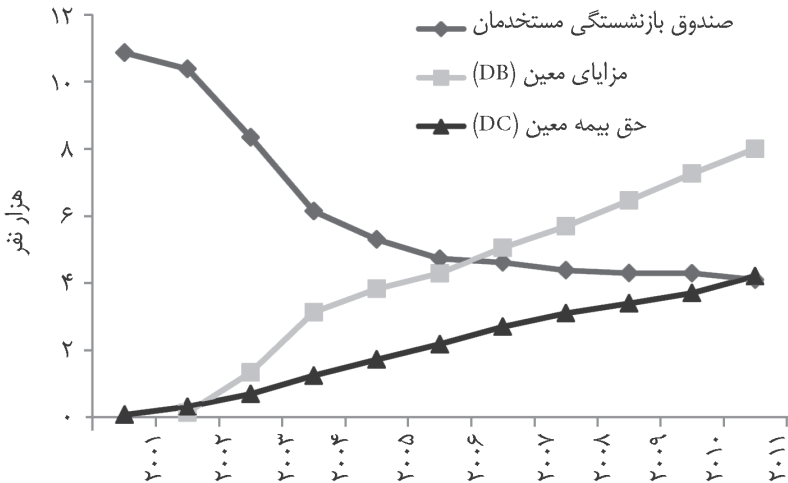
۳-۵ بازنگری در نظام بازنشستگی

۳-۵-۱ تحولات مستمری لایه سوم از سال ۲۰۰۰

هم‌راستا با معرفی استانداردهای بین‌المللی حسابداری در سال ۲۰۰۰، طرح‌های بازنشستگی لایه سوم مورد بازنگری جدی قرار گرفتند. در نتیجه، از پیچیدگی صندوق بازنشستگی مستخدمان (شاغلان)^۲ کاسته شد و طرح مزایای معین (DB) شرکتی^۳ (۲۰۰۱) و برنامه حق بیمه معین (۲۰۰۲)^۴ (DC) شکل گرفتند. دلیل اصلی برای معرفی این طرح‌ها، بازتاب دقیق تعهدات مستمری بنگاه‌ها در صورت‌های مالی آن‌ها بود. تسهیل امکان انتقال و تغییرات در شرایط شغلی از جمله ویژگی‌های طرح DC به حساب می‌آید.

1. national basic pension
2. employees' pension fund
3. Defined-Benefit Corporate Pension
4. Defined Contribution Plan

شکل ۲-۳ تغییر صندوق بازنشستگی مستخدمان، اعضای طرح‌های DB و DC



منبع: داده‌های مستمری‌های شرکتی (Corporate Pensions)، اتحادیه صندوق بازنشستگی (Pension Fund Association)، ۲۰۱۲

همان‌طور که در شکل ۲-۳ می‌بینیم، تعداد افرادی که به عضویت طرح مستمری بازنشستگی شرکتی DB و طرح مستمری بازنشستگی شرکتی DC درآمده‌اند افزایش پیدا کرده است، اما اعضای صندوق بازنشستگی مستخدمان به‌طور پیوسته کاهش یافته است. طرح‌های بازنشستگی DC دو نوع دارند: طرح‌های انفرادی^۱ و طرح‌های نهادی^۲. طرح DC انفرادی مختص خویش‌فرمایان (گروه ۱) است و هدف آن ارائه پوشش اختیاری به خویش‌فرمایان است. اداره این طرح بر عهده اتحادیه صندوق بازنشستگی ملی^۳ و حق بیمه هم توسط خود اعضا پرداخت می‌شود. نوع دوم طرح‌های DC، مبتنی بر نهاد است که نوعی مستمری شرکتی محسوب می‌شود. این نهادها به مستخدمان خود مستمری پرداخت می‌کنند

1. individual-based
2. corporation-based.
3. National Pension Fund Association

و حق بیمه را به‌طور کامل از کارفرما دریافت می‌کنند.

طرح‌های DC مورد استقبال نهادهای مختلفی قرار گرفتند و تعداد زیادی از افراد از طرح DB نهادی به طرح DC شرکتی روی آوردند، یکی از دلایل این بود که طرح DB نهادی در آینده فشار زیادی را به خاطر پرداخت مستمری‌ها بایستی متحمل می‌شد. اما دلیل اصلی استقبال نهادها از انتقال از طرح‌های بازنشستگی DB به DC، بازده پایین‌داری‌ها بود چراکه در طرح‌های DC پرداختی‌های آینده با عملکرد سرمایه‌گذاری‌ها ارتباط تنگاتنگی دارند، درحالی‌که در نظام DB پرداختی‌های آینده از همان ابتدا معین می‌شوند.

در بریتانیا هم در سال‌های اخیر طرح DC مورد استقبال قرار گرفته است، به‌طوری‌که طرح DB برچیده شده و اعضای جدید به عضویت طرح DC درآمده‌اند. اما از آنجایی‌که طرح DB برای مستخدمان ارزشمند بود و به بنگاه‌ها این اجازه را می‌داد تا هنگام جذب نیروی کار جدید، خود را از دیگران متمایز کنند، صاحبان مشاغل مشتاق به حفظ طرح DB بودند. در جدول ۱-۳ می‌بینیم که هر دو طرح DB و DC هرکدام معایب و مزایایی دارند و توجه به آن‌ها برای مدیران و نیروی کار مفید است.

جدول ۱-۳ مقایسه ویژگی‌های طرح‌های DB و DC

برنامه غالب	طرح DC	طرح DB	
DC	معمولاً مشتریان در خصوص سرمایه‌گذاری‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند	مشترکان هیچ کنترلی بر سرمایه‌گذاری‌ها ندارند	گزینه‌های سرمایه‌گذاری
DB	ریسک سرمایه‌گذاری را مشتریان متحمل می‌شوند	ریسک سرمایه‌گذاری با مشتریان نیست	ریسک سرمایه‌گذاری

برنامه غالب	طرح DC	طرح DB	
مشخص نیست	مشترکان از بازده سرمایه منتفع می‌شوند	مشترکان تنها می‌توانند از مزایایی که در فرمول‌های DB تعریف شده‌اند بهره‌مند شوند حتی اگر سرمایه‌گذاری‌ها بازده بالایی داشته باشند	بازده سرمایه‌گذاری
DC	مشترکان امکان جابجایی دارند سرمایه‌گذاری و جوه آن‌ها ادامه پیدا می‌کند	مشترکانی که ترک شغل می‌کنند در شاخص بندی مزایا در آینده به‌نوعی جریمه می‌شوند	ترک طرح-قابلیت انتقال و جابجایی
DB	در مقایسه با طرح DB مشترکان از انگیزه کمتری برخوردارند چراکه مزایای دریافتی آن‌ها به سیر دریافت دستمزد در طول کل زندگی بستگی دارد	مشترکان از انگیزه بالاتری برخوردارند تا تمام سعی خود در تمام طول خدمت بکار گیرند و با حقوق نهایی بالاتری بازنشسته شوند	مشوق‌ها
مشخص نیست	مزایا بستگی به میانگین درآمد دارد	مزایا به دستمزد تعریف شده در فرمول‌ها بستگی دارد، مخصوصاً آخرین دستمزد	مزایا و دستمزد
DB	بخش اعظم توزیع در این طرح به‌صورت مبلغ یکجا (lump sum) پرداخت می‌شود. مشترکان ممکن است که هنگام خرید مستمری (سالانه) ^۲ با نرخ مرگ‌ومیر غیر منقطع/نامطلوب و دلیل آن کژگزینی (انتخاب نامساعد) ^۳ است	در این طرح بیمه مستمری عمر با نرخ مرگ‌ومیر منقطع/مطلوب ارائه می‌شود	Life Annuity ^۱ بیمه مستمری عمر

منبع: درک گزینه مزایای معین در مقابل حق بیمه معین (Yang, ۲۰۰۵) شورای پژوهش مستمری

۲-۵-۳ بازنگری‌های پیاپی در نظام بازنشستگی

نرخ پایین رشد اقتصادی، نرخ‌های بهره نزدیک به صفر، باعث شده‌اند تا طرح مستمری ملی و بیمه بازنشستگی مستخدمان در تأمین منابع مالی کافی برای تأمین مزایای بازنشستگی با مشکل مواجه شوند و سالمندی سریع جمعیت هم باعث تشدید مشکلات شده است. اصلاحات مختلفی برای تضمین پایداری نظام بازنشستگی و کاهش فشار بر نسل‌های آینده انجام شده که مهم‌ترین آن‌ها کاستن مزایا، افزایش حق بیمه‌ها، بالا بردن سن بازنشستگی^۱ بوده است.

بازنگری‌های اخیر در سال‌های ۲۰۰۴، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲ انجام شده‌اند که عبارت‌اند از:

○ بازبینی پرداخت مزایا و حق بیمه

معرفی روش تثبیت سطح حق بیمه و شاخص‌بندی اقتصاد کلان، استفاده از اندوخته‌ها به‌عنوان منابع مالی و افزایش سهم یارانه ملی برای طرح مستمری عمومی تا $\frac{1}{3}$ ؛ این روش به تدریج طبق قانون مصوب اجرایی خواهد شد.

○ بازبینی نظام مستمری بازنشستگی برای کارگران فعال

نظام مستمری بازنشستگی کارگران فعالی که بالاتر از ۶۰ سال دارند مورد بازبینی قرار می‌گیرد، افزایش سن بازنشستگی برای افراد ۶۵ سال و بالاتر و تعدیل میزان مزایای مستمری بازنشستگی برای مستخدمان بیمه‌شده ۷۰ سال و بالاتر اجرایی خواهد شد.

○ بهبود خدمات/اقدامات برای افراد بیمه‌شده‌ای که مشغول مراقبت از کودکان

هستند

معافیت از پرداخت حق بیمه برای کسانی که در مرخصی مراقبت از فرزند به سر می‌برند و تعدیل پاداش^۲ استاندارد ماهیانه در مدت‌زمان مرخصی

1. pensionable age

2. remuneration

○ بازنگري در نظام پرداخت مستمري بازماندگان^۱

○ تفكيك پرداخت مزایا و مدت زمان پرداخت مزایا (گروه بیمه شده شماره ۳)

در مواردی مثل طلاق

بنا به برخی دلایل سیاسی، بازنگري سال ۲۰۰۹ در سطح حداقلی صورت گرفت و تنها سهم یارانه ملی مستمري پایه به $\frac{1}{4}$ افزایش یافت. در عوض، در بازنگري سال ۲۰۱۲ اقداماتی اساسی صورت گرفت که محتوای آن ها به شرح زیر است:

تاریخ اجرا	جزئیات بازنگري
اکتبر ۲۰۱۴	کاهش حداقل مدت زمان لازم پرداخت حق بیمه از ۲۵ سال به ۱۰ سال
آوریل ۲۰۱۴	نسبت یارانه ملی برای همیشه $\frac{1}{4}$ از مستمري در نظر گرفته شد
اکتبر ۲۰۱۶	بیمه بازنشستگی مستخدمان شامل حال کارکنان پاره وقت هم می شود
آوریل ۲۰۱۴	معافیت از پرداخت حق بیمه برای کسانی که در مرخصی زایمان به سر می برند
آوریل ۲۰۱۴	مستمري پایه بازماندگان به خانواده های بی مادر پرداخت می شود
آوریل ۲۰۱۵	مستمري های بازنشستگی کارکنان (EPI) و (Mutual Aid Pensions) یکنواخت شدند
آوریل ۲۰۱۵	مزایای حمایت از مستمري بگیران به مستمري بگیر پایین تر (lower pensioner) پرداخت می شود

۳-۶ مسائل جاری نظام بازنشستگی

۳-۶-۱ عدم انطباق و مشکلات طرح مستمري ملی

همان طور که قبلاً ذکر شد، یکی از بزرگ ترین مشکلات طرح مستمري ملی این است که تعداد افراد واجد شرایطی که ملزم به پرداخت حق بیمه هستند، حق بیمه خود را به طور کامل پرداخت نمی کنند. طبق پیمایش انجام شده در سال ۲۰۰۹، تعداد ۰.۳۳٪ میلیون نفر از افراد، به هیچ وجه به عضویت طرح مستمري ملی در نیامده اند. علاوه بر این، در سال ۲۰۰۹ نسبت کسانی که حق بیمه خود را به طور کامل پرداخت کرده بودند فقط ۶۰٪ بود. همان طور که

1. Survivors' Pension
2. motherless family

در بخش قبلی هم ذکر شد، حق بیمه‌های وصول نشده مربوط به نسل جوان می‌شد. برای افزایش میزان انطباق، دولت سازوکاری به کار گرفت و آن معاف کردن جوانان کم‌درآمد از پرداخت حق بیمه بود. در سال ۲۰۰۶ وضعیت معافیت چهار سطحی معرفی شد که قبلاً فقط دو سطح داشت. با وجود این، تعداد کسانی که کاملاً از پرداخت حق بیمه معاف بودند به ۵.۲۱ میلیون نفر و کسانی هم که به‌صورت جزئی معاف از پرداخت مالیات بودند به ۰.۵۲ میلیون نفر رسید. اگر از این تعداد، ما دانش‌آموزان (۱.۶۵ میلیون نفر) و افرادی که به لحاظ قانونی معاف‌اند مثل معلولان (۱.۱۴ میلیون نفر) را کسر کنیم، حدود ۱۱.۹٪ از افرادی که ملزم به پرداخت حق بیمه بوده‌اند، معاف شده‌اند و این امر باعث شده تا فشار مالی زیادی بر این طرح وارد شود. در سطوح مختلف دولت مرکزی، شهرستانی و شهرداری‌ها سعی بر این است تا نرخ حق بیمه را افزایش دهند.

۲-۶-۳ فشار مالی بر شرکت‌ها/مؤسسات^۱

به‌طور هم‌زمان، طرح‌های بازنشستگی شرکتی^۲ هم با برخی مشکلات مواجه شدند، که اولین آن‌ها مشکلات مالی است. ادامه رکود اقتصادی در ژاپن و نرخ بهره بسیار پایین نه‌تنها باعث شد تا شرکت‌ها در حفظ مستمری‌های شرکتی با مزایای معین (DB) با مشکل مواجه شوند، بلکه پرداخت حق بیمه مستخدمان را هم برای کارفرمایان دشوار کرد. طبق قانون، شرکت‌هایی که از حد خاصی بزرگ‌تر باشند ملزم به عضویت در بیمه بازنشستگی کارکنان^۳ هستند، با وجود این شرکت‌هایی هم هستند که این کار را انجام نداده و کارکنان خود را به عضویت در طرح مستمری ملی درآورده‌اند و ملزم به پرداخت سهم حق بیمه کارفرمایی نیستند.

-
1. corporations
 2. corporate pension schemes
 3. Employee's Pension Insurance

۳-۶-۳ هماهنگی ترتیبات شغلی و سبک‌های زندگی مختلف

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، الگوی سنتی اشتغال که مبتنی بر یک کارفرما و اشتغال مادام‌العمر بود، به‌مرور زمان منسوخ شده است. امروزه، افراد زیادی مشاغل خود و به‌تبع آن، وضعیت مستمری خود را تغییر می‌دهند و این امر باعث ایجاد تغییر در سبک زندگی آن‌ها می‌شود. این امر به‌وضوح میان زنان دیده می‌شود چراکه آن‌ها برای مراقبت از فرزند/فرزندان، کار خود را ترک می‌کنند و دوباره وارد بازار کار می‌شوند. لذا مدت‌زمان پرداخت حق بیمه برای آن‌ها پیچیده‌تر است. در طرح مستمری ملی، برای برخورداری از مزایای کامل هر فرد ملزم به پرداخت حق بیمه به مدت ۴۰ سال است و در صندوق‌های بازنشستگی کارکنان، تعداد سال‌های پرداخت حق بیمه کمتر است. افراد زیادی، مخصوصاً زنان قادر به پرداخت حق بیمه برای مدت‌زمان تعیین‌شده نیستند، بنابراین به آن‌ها مبلغ کامل مستمری تعلق نمی‌گیرد. در سال‌های اخیر، روند ترتیبات شغلی تغییر کرده و تعداد زیادی از افراد، مخصوصاً زنان از کار تمام‌وقت به کار پاره‌وقت روی آورده‌اند. اما طرح بازنشستگی کارکنان مشاغل پاره‌وقت را در بر نمی‌گیرد؛ بنابراین تعداد زیادی از زنان سبک کار خود را به‌گونه‌ای تنظیم می‌کنند که بتوانند در گروه شماره ۳ باقی بمانند (همسران اعضای طرح بازنشستگی کارکنان). در اصلاحات انجام‌شده در سال ۲۰۰۴ در واقع اقدامی در خصوص اصلاح این مورد صورت نگرفت، اما مقرر شد تا دولت این مورد را مورد بازبینی قرار دهد و اقدامات لازم را در مدت ۵ سال انجام دهد.

در بازنگری سال ۲۰۰۴، تغییرات زیر به‌منظور هماهنگی با تغییرات در سبک زندگی اعمال شدند:

۱. افزایش تعداد سال‌های معافیت از پرداخت حق بیمه برای والدین از ۱ سال به ۳ سال؛
۲. در صورت طلاق گرفتن، امکان تقسیم مزایای بازنشستگی بین زوجین؛ و
۳. تعیین بازه زمانی پنج‌ساله مزایای بازماندگان برای افرادی که همسرشان فوت کرده و سن آن‌ها کمتر از ۳۰ است و فرزندی هم ندارند.

در حال حاضر، ۸۳.۹٪ از شرکت‌ها بسته‌های بازنشستگی برای کارکنان خود ارائه می‌دهند. این بسته به دو صورت ارائه می‌شود: به صورت کمک‌هزینه یکجا (LS) و یا به صورت مادام‌العمر یا مدت‌زمان محدود و در بعضی مواقع به هر دو صورت. تفکیک آنها نشان می‌دهد، ۲۶.۸٪ از شرکت‌ها مبلغ کمک‌هزینه LS و مستمری را باهم ترکیب می‌کنند، ۱۰.۷٪ فقط مستمری و ۴۶٪ فقط به صورت LS ارائه می‌کنند. باوجوداینکه سهم مستمری به تدریج در حال افزایش است، اما کمک‌هزینه LS همچنان رویه اصلی به حساب می‌آید و اکثر افراد ترجیح می‌دهند بخشی از کل مبلغ و یا همه را یکجا دریافت کنند. در هر کدام از این موارد، بخش‌های خصوصی و عمومی بایستی باهم همکاری کنند تا پرداخت مستمری‌ها با در نظر گرفتن تغییر روزافزون در سبک زندگی افراد انجام شود.

۴-۶-۳ نظام بازنشستگی و سازگاری آن با دنیای مدرن یا دنیای جهانی شده^۲

از آنجایی که تعداد افراد خارجی که در ژاپن زندگی و کار می‌کنند و ژاپنی‌هایی که در خارج از کشور هستند رو به افزایش است، بین‌المللی‌سازی^۳ نظام بازنشستگی امری ضروری تلقی می‌شود. در ماه اوت سال ۲۰۱۲، حداقل دوره پرداخت حق بیمه از ۲۵ سال به ۱۰ سال تقلیل یافت. علاوه بر این، کشور ژاپن توافقاتی در رابطه با تأمین اجتماعی با دیگر کشورها نهایی کرده بود با این هدف که به مسائل مربوط به عضویت دوگانه^۴ اتباع خارجی در نظام‌های تأمین اجتماعی (کشورهای مبدأ و ژاپن) و روش‌های مربوط به محاسبه مستمری و سابقه پرداخت حق بیمه پرداخته شود. تا سال ۲۰۱۳، کشور ژاپن با ۱۷ کشور توافقنامه تأمین اجتماعی امضا کرده و با ۸ کشور دیگر در حال مذاکره بود (نک جدول ۲-۳). انتظار می‌رود تا تعداد کشورهای طرف توافق همگام با توسعه اقتصادی، جهانی‌شدن و به‌کارگیری نظام‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه افزایش یابد.

-
1. lump-sum
 2. globalized world
 3. internationalization
 4. dual-enrollment

جدول ۲-۳ وضعیت توافقات بین‌المللی تأمین اجتماعی

آلمان، بریتانیا، کره جنوبی، بلژیک، فرانسه، کانادا، استرالیا، هلند، جمهوری چک، اسپانیا، ایرلند، برزیل، سوئیس مجارستان، هند، لوکزامبورگ، فیلیپین	اجرایی شده
ایتالیا، اسلواکی، چین	امضاشده
سوئد، ترکیه، فنلاند	در حال مذاکره
اتریش، ویتنام	مقدمات مذاکره در حال بررسی


منبع: وبسایت وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nenkin/nenkin/shakaihoshou.html>

فصل ۴

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

نویسنده: 

 Nobuyuki Izumida

۱-۴ مقدمه

خدمات بهداشتی و درمانی در ژاپن توسط نظام‌های بیمه سلامت عمومی غیرانتفاعی اجباری و همچنین برخی ارائه‌دهندگان خدمات غیرانتفاعی ارائه می‌شوند. نظام بیمه سلامت عمومی در این کشور از سه نوع بیمه سلامت تشکیل شده که در نوع اول و دوم خدمات مبتنی شغل^۱ و نواحی شهرداری^۲ ارائه می‌شوند و نوع سوم هم مختص افراد ۷۵ سال و بالاتر است. ثبت‌نام در نظام بیمه سلامت برای همه افراد اجباری است. این خدمات نه تنها در مراکز عمومی بلکه در مراکز خصوصی هم ارائه می‌شوند و هر دو حالت غیرانتفاعی دارند. بیماران دارای حق انتخاب بوده و می‌توانند پزشک و مرکز درمانی موردنظر خود را، حتی بخش‌های درمان سرپایی بیمارستان‌ها^۳ را انتخاب کنند. تأمین مالی هزینه‌های درمانی از طریق حق بیمه‌ها، درآمدهای مالیاتی و پرداخت مشترک^۴ انجام می‌شود. سالمندان، نوزادان و افراد کم‌درآمد به‌طور کامل یا جزئی از پرداخت مشترک معافند، اما افراد دیگر ۳۰٪ از هزینه‌های درمانی را بایستی بپردازند. مبنای محاسبه حداکثر مبلغ پرداخت مشترک، میزان درآمد و سن بیماران است. پایداری نظام بهداشت و درمان به قابلیت باز توزیع بار مسئولیت بین مؤسسات و منابع انسانی کافی برای ارائه خدمات بستگی دارد.

-
1. occupation based
 2. municipality based
 3. outpatient departments of hospitals
 4. co-payments

۲-۴ بیمه سلامت عمومی

۱-۲-۴ تاریخچه

نظام بیمه سلامت در ژاپن از ۱۹۲۰ به بعد به‌طور مداوم توسعه پیدا کرده است. ابتدا، قانون بیمه سلامت در سال ۱۹۲۲ تصویب شد اما این قانون به خاطر زمین‌لرزه بزرگ کانتو^۱ با چند سال تأخیر در سال ۱۹۲۷ به اجرا درآمد. بیمه سلامت ابتدا کارگران کارخانجات و معادن را تحت پوشش قرار داد. سپس در سال ۱۹۳۸ بود که قانون بیمه سلامت ملی^۲ تصویب شد و در نتیجه آن دامنه پوشش بیمه سلامت عمومی^۳ گسترش یافت و کشاورزان و مردم عادی^۴ که تحت پوشش بیمه سلامت نبودند، تحت پوشش قرار گرفتند. قانون بیمه سلامت ملی به شهرداری‌ها این اختیار را داد تا بیمه سلامت ملی را برای مردمی که در ناحیه‌های خود زندگی می‌کردند به‌عنوان بیمه‌گر اجرایی کنند. البته تأسیس نظام بیمه سلامت ملی در شهرداری‌ها اجباری نبود و مردم هم حق تصمیم‌گیری در خصوص ثبت‌نام در بیمه سلامت عمومی را داشتند. به همین خاطر بود که برخی افراد در آن زمان همچنان تحت پوشش بیمه نبودند. بین سال‌های ۱۹۳۹ و ۱۹۴۱، قوانین دیگری هم در رابطه با بیمه سلامت عمومی به تصویب رسیدند و کارمندان را که شامل کارمندان رسمی دولت^۵ هم می‌شدند تحت پوشش قرار دادند. علاوه بر این، نظام بیمه سلامت عمومی ملوانان^۶ را بر اساس قانون بیمه ملوانان^۷ در سال ۱۹۴۰ تحت پوشش قرار داد. به‌طور خلاصه، قبل از جنگ جهانی دوم، نظام بیمه سلامت عمومی در ژاپن با تصویب قوانین مرتبط با بیمه سلامت زیرگروه‌های مختلف جامعه به‌تدریج توسعه پیدا کرد.

بعد از جنگ جهانی دوم، بیمه سلامت عمومی پیشرفت چشم‌گیری داشت. کلیه قوانینی که قبل از جنگ به تصویب رسیده بودند همگی به اجرا درآمدند. بنابراین، بیمه سلامت عمومی با همان ویژگی‌های دوران قبل از جنگ به فعالیت خود ادامه داد. هرکدام از قوانین

1. Great Kanto Earthquake
3. public health insurance
5. government officials
7. Seamen's Insurance Act

2. the National Health Insurance Act
4. general public
6. seamen

بیمه سلامت عمومی، بودجه مالی خود را داشت لذا مدیریت قوانین به طور مستقل از هم انجام می‌شد. مسئله مهم‌تر، فقدان قوانین پوشش بیمه سلامت جامع بود که باعث شده بود یک عده از افراد تحت پوش هیچ‌گونه بیمه‌ای نباشند. این مشکل با به‌کارگیری قانون بیمه سلامت ملی در سال ۱۹۶۱ برطرف شد و از این طریق، کشور ژاپن توانست به پوشش همگانی دست پیدا کند. طبق این قانون، همه افراد در ژاپن (شهروندان و اتباع خارجی) ملزم به ثبت‌نام در بیمه سلامت ملی هستند مگر اینکه آن‌ها قبلاً در یکی از نظام‌های بیمه سلامت عمومی ثبت‌نام کرده باشند.

مورد دیگری که در توسعه بیمه سلامت عمومی وجود داشت و به بهبود کیفیت مزایای بیمه‌ای و از میان برداشتن نابرابری در ارائه مزایا کمک کرد، معرفی طرح‌های گوناگون بود. در ابتدای دهه ۶۰ میلادی آنتی‌بیوتیک‌های گران، استروئیدها و داروهای شیمی‌درمانی تحت پوشش نظام بیمه سلامت عمومی قرار نمی‌گرفتند. این محدودیت در سال ۱۹۶۲ برداشته شد و این امر باعث شد تا هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی افزایش یابد. اما این هزینه‌ها به خاطر نرخ بالای رشد اقتصادی کشور که موجب تقویت مالی نظام بیمه سلامت عمومی شده بود به‌نوعی جبران می‌شد.

در اوایل دهه ۶۰ میلادی، نرخ پرداخت مشترک برای همه کسانی که در بیمه سلامت ملی ثبت‌نام کرده بودند ۵۰٪ بود و برای سرپرست خانوار (عضو اصلی) در بیمه سلامت تحت مدیریت جامعه^۱ و بیمه سلامت تحت مدیریت اتحادیه^۲ ۰٪ بود. بنابراین، مقدار یارانه‌ای که دولت به بیمه‌گران بیمه سلامت ملی پرداخت می‌کرد افزایش یافت تا از این طریق از میزان نرخ پرداخت مشترک اعضای بیمه سلامت ملی کاسته شود.

بار مالی پرداخت مشترک برای بیمارانی که بیماری جدی و بیماری مزمن داشتند بیشتر بود. در دهه ۶۰، شهرداری‌ها شروع به پرداخت یارانه به سالمندان ۷۰ سال و بالاتر کردند و با این کار نرخ پرداخت مشترک آن‌ها را به ۰٪ رساندند. این یارانه در سال ۱۹۷۳ همگانی شد.

1. society-managed

2. association-managed

در همان سال برای افراد زیر ۷۰ سال نظام مزایای مراقبت‌های پزشکی با هزینه بالا معرفی شد تا بار مالی پرداخت مشترک را تعدیل کند. در اوایل دهه ۷۰، اقتصاد ژاپن تحت تأثیر بحران نفتی قرار گرفت. برای جلوگیری از رشد سریع قیمت‌ها، دولت سیاست‌هایی را اتخاذ کرد تا فعالیت‌های اقتصادی را تحت کنترل خود درآورد، برای مثال تقلیل هزینه‌های عمومی. این سیاست‌ها موفقیت‌آمیز بودند اما یک سال بعد از آن، دولت با رکود مواجه شد که باعث کاهش درآمد مالی دولت و درآمد حاصل از حق بیمه بیمه‌گران نظام بیمه سلامت عمومی^۱ شد. دولت شروع به پر کردن خلأ مالی سالانه با انتشار اوراق قرضه ملی^۲ و کاهش هزینه‌های دولت کرد. هزینه‌های تأمین اجتماعی به همراه یارانه‌های دولتی هم کاهش یافتند.

به‌رغم کاهش هزینه‌های تأمین اجتماعی، هزینه‌های مراقبت‌های درمانی سالمندان به سرعت افزایش می‌یافت و یکی از دلایل آن یارانه پرداخت مشترک سالمندان بود. هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی برای سالمندان از ۴۰ میلیارد ین در سال ۱۹۷۳ به ۶۷ میلیارد ین در ۱۹۷۴ و ۸۷ میلیارد ین در سال ۱۹۷۵ رسید. بعد از سال ۱۹۷۵ هم نرخ رشد مخارج مراقبت‌های درمانی بسیار بالا رفت. برای رسیدگی به رشد سریع هزینه‌های درمانی سالمندان نیاز به نظامی جدید بود. با این وجود، افزایش هزینه‌ها تنها دلیل معرفی نظام مراقبت‌های درمانی جدید نبود. با این کار سالمندان تنها از خدمات مراقبت‌های درمانی بهره‌مند می‌شدند و امکان برخورداری از خدمات دیگر همچون ارتقای سلامت، و اقدامات پیشگیرانه مثل آزمایش‌های پزشکی یا توان‌بخشی برای آن‌ها ممکن نبود. خدماتی از این دست، به همراه مراقبت‌های پزشکی نیازمند این بود که روشی یکپارچه‌تر ارائه شود. بنابراین، در سال ۱۹۸۳، نظام خدمات بهداشت و سلامت^۳ مختص سالمندان معرفی شد. برای استفاده از مراقبت‌های پزشکی هم پرداخت مشترک روزانه^۴ تعیین شد.

نظام خدمات بهداشت و سلامت سالمندان بخشی از تعدیلات بین‌نهادی به حساب می‌آید که با توجه به هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از آن‌ها انجام می‌شود. از اواسط دهه ۸۰،

1. public health insurance system insurers
2. national bonds
3. health service system
4. Per-diem-basis

سیاست‌های مهار هزینه،^۱ به کار گرفته شدند. نابرابری در نرخ‌های پرداخت مشترک بین نظام‌های بیمه سلامت عمومی در سال ۲۰۰۳ به ۳۰٪ رسید و متناسب‌سازی انجام گرفت. تعدیلات بین نهادهای به‌تدریج تقویت شدند و در سال ۲۰۰۸، نظام قدیمی توسعه پیدا کرد و به نظام بهداشت و درمان سالمندان در مراحل واپسین زندگی (سالمندان بالای ۷۴ سال) تبدیل شد.

۲-۲-۴ نظام بیمه سلامت عمومی: امروز

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، خدمات درمانی در کشور ژاپن، از طریق نظام بیمه سلامت اجباری عمومی تأمین مالی می‌شود و این نظام بیمه سلامت عمومی از سه نوع بیمه سلامت تشکیل شده که در نوع اول و دوم خدمات مبتنی بر شغل و نواحی شهرداری ارائه می‌شوند و نوع سوم هم مختص افراد ۷۵ سال و بالاتر است. سالمندان ۷۵ سال و بالاتر در بیمه سلامت عمومی ثبت‌نام می‌کنند که اصطلاحاً به آن نظام بهداشت و درمان سالمندان گفته می‌شود که در مراحل واپسین زندگی شامل حال آن‌ها می‌شود. افرادی که سن آن‌ها کمتر از ۷۵ سال است در طرح بیمه سلامت عمومی مبتنی بر شغل^۲ یا بیمه سلامت عمومی ثبت‌نام می‌کنند. بیمه سلامت عمومی مبتنی بر شغل سه نوع دارد: ۱) بیمه سلامت برای کارکنان شرکت‌ها (با اندازه معین) که به آن بیمه سلامت تحت مدیریت جامعه هم گفته می‌شود. شرکت‌های بزرگ ملزم به ایجاد نهادهای بیمه‌گر بیمه سلامت عمومی^۳ غیرانتفاعی اند تا از این طریق همه کارکنان خود را تحت پوشش بیمه سلامت عمومی قرار دهند. برای کسانی که در شرکت‌های کوچک‌تری کار می‌کنند، اتحادیه بیمه سلامت ژاپن،^۴ (اتحادیه‌ای عمومی برای بیمه سلامت) بیمه سلامت جمعی ارائه می‌کند که به آن بیمه سلامت تحت مدیریت اتحادیه گفته می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده، کسانی که مشاغل خاصی دارند مثل کارکنان دولت، معلمان و کارکنان مدارس خصوصی، کارگران روزمزد^۵ و ملوانان،

1. cost containment policies
2. occupation-based
3. nonprofit public health insurers
4. Japan Health Insurance Association
5. day laborers

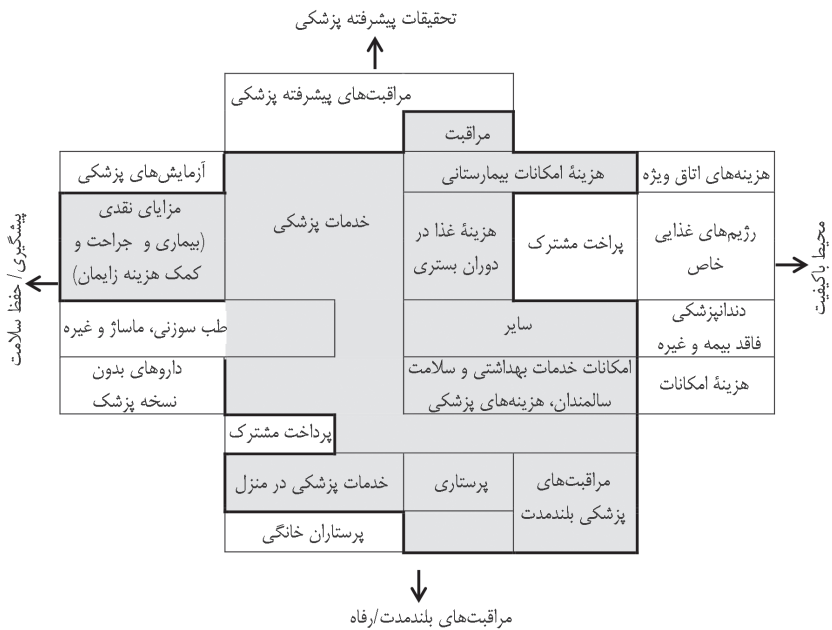
اتحادیه‌های اختصاصی کشوری^۱ جداگانه‌ای را تشکیل می‌دهند.

افرادی که سن آن‌ها کمتر از ۷۵ سال است و تحت پوشش بیمه سلامت عمومی مبتنی بر شغل نیستند تحت پوشش بیمه سلامت ملی قرار می‌گیرند. قبل از ۱ آوریل سال ۲۰۱۸، نهادهای بیمه‌گر بیمه سلامت ملی، شهرداری‌ها و دولت‌های محلی بودند و به اجتماعات خود نزدیک بودند (تعریف اجتماع در بخش بعدی آورده شده است). بیمه سلامت ملی خویش‌فرمایان، کارگران فعال در حرفه‌های کشاورزی، جنگل‌بانی و ماهیگیری، کسب‌وکارهای کوچک، افراد بیکار و مستمری‌بگیران را تحت پوشش قرار می‌دهد. بعد از ۱ آوریل ۲۰۱۸، استان‌ها (دولت محلی لایه دوم در ژاپن) هم اقدام به ایجاد نهادهای بیمه‌گر در شهرداری‌ها کردند. نهادهای بیمه‌گر بیمه سلامت عمومی مسئول ارائه پوشش همگانی برای کل جمعیت ژاپن هستند. نمای کلی هر نظام در جدول ۱-۴ نشان داده شده است. بیمه سلامت ملی ۲۷٪ از کل جمعیت را تحت پوشش دارد، بیمه سلامت تحت مدیریت اتحادیه^۲ ۲۹٪، بیمه سلامت تحت مدیریت جامعه^۳ ۲۳٪ و نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان (۷۵ سال و بالاتر) هم ۱۳٪ را تحت پوشش قرار می‌دهند.

همان‌طور که در شکل ۲-۴ نشان داده شده است، مزایای بیمه در تمامی طرح‌های بیمه سلامت عمومی حالت استاندارد دارند. شورای پزشکی بیمه اجتماعی مرکزی^۴ میزان خدمات درمانی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی را مورد بررسی قرار می‌دهد و اعضای آن متشکل از نمایندگان کلینیک‌های پزشکی و بیمارستان‌ها، نهادهای بیمه‌گر بیمه سلامت عمومی و مردم عادی‌اند. این شورا تعرفه‌های رسمی خدمات درمانی را هم مورد بحث قرار می‌دهد. بر اساس پیشنهادات شورا، وزارت بهداشت، کار و رفاه در خصوص میزان پوشش و تعرفه خدمات پزشکی تصمیم‌گیری می‌کند.

-
1. nationwide professional associations.
 2. association-managed health insurance
 3. society-managed health insurance
 4. Social Insurance Medical Council

شکل ۲-۴ ساختار پوشش مراقبت‌های بهداشتی درمانی درون / بیرون بیمه سلامت عمومی



■ هزینه‌های درمانی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی

□ سایر هزینه‌های درمانی

۴-۲-۳ تأمین مالی بیمه سلامت

طبعاً مخارج مراقبت‌های درمانی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. این موضوع در مورد کشور ژاپن هم صدق می‌کند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در ژاپن سالمندی در دو مرحله تعریف می‌شود: سالمندی مرحله اول سالمندان زیر ۷۵ سال و مرحله دوم سالمندان ۷۵ سال و بالاتر. بالاترین میزان هزینه‌های در نظام مراقبت‌های درمانی متعلق به سالمندان مرحله دوم است (۸۴۴,۳۸۲ ین در سال). بیشتر سالمندان ۶۵ تا ۷۴ سال عضو بیمه سلامت ملی‌اند و متوسط مخارج مراقبت‌های درمانی آن‌ها ۳۰۰,۲۲۹ ین در سال برای هر نفر است و این مبلغ بالاتر از مخارج نظام‌های بیمه سلامت مبتنی بر شغل است. همان‌طور که در بخش فوقانی جدول ۴-۳ نشان داده شده، هزینه‌های مزایای سلامت در بیمه سلامت عمومی نشانگر تفاوت موجود در ساختار سنی اعضا است.

جدول ۴-۳ وضعیت مالی نظام‌های بیمه سلامت عمومی (۲۰۱۵)

نظام مراقبت از سالمندان مرحله دوم	بیمه ملوانان	بیمه سلامت ملی (شهرداری‌ها)	بیمه سلامت تحت مدیریت جامعه	بیمه سلامت تحت مدیریت دولت/بیمه سلامت تحت مدیریت JHHA	
۸۵۳,۴۷۳	۲۱۷,۵۰۰	۳۰۰,۲۲۹	۱۳۳,۰۵۹	۱۴۵,۱۹۷	مخارج مزایای بیمه
-	۵۳,۳۳۳	۵۶,۱۵۰	۵۶,۶۴۱	۴۷,۶۷۸	پوشش حمایتی سالمندان مرحله دوم
-	۳۱,۶۶۷	۵۷	۵۰,۱۸۲	۳۹,۸۰۵	هزینه‌های سالمندان مرحله اول
-	۵,۸۳۳	-	۵,۶۰۰	۴,۴۶۷	حق بیمه‌ها برای بازنشستگان
۴,۱۹۹	۵۵,۰۰۰	۱۴۷,۶۶۵	۲۱,۹۷۲	۴,۹۳۰	موارد دیگر
۸۵۷,۶۷۲	۳۶۳,۳۳۳	۱۲۹,۱۰۱	۲۶۷,۴۵۳	۲۶۶,۲۱۷	جمع

نظام مراقبت از سالمندان مرحله دوم	بیمه ملوانان	بیمه سلامت ملی (شهرداری‌ها)	بیمه سلامت تحت مدیریت جامعه	بیمه سلامت تحت مدیریت دولت/بیمه سلامت تحت مدیریت JHIA	
۶۴,۹۶۳	۳۰۰,۸۳۳	۹۲,۷۲۲	۲۶۷,۲۸۱	۲۳۶,۶۷۸	درآمد حاصل از (مالیات) حق بیمه
۴۳۲,۵۳۳	۲۵,۰۰۰	۱۲۹,۲۳۱	۱,۱۶۴	۳۵,۷۵۰	یارانه دولت
۳۵۴,۳۲۹	-	-	-	-	یارانه سالمندی مرحله دوم
-	-	۱۰۹,۳۵۸	-	-	یارانه سالمندی مرحله اول
۱,۴۱۶	۵۴,۱۶۷	۱۸۶,۰۰۶	۱۷,۸۷۵	۳۸۲	موارد دیگر
۸۵۳,۲۴۲	۳۸۰,۰۰۰	۵۰۲,۳۱۹	۲۸۶,۳۲۱	۲۷۲,۸۱۰	جمع
-۴,۴۲۴	۱۷,۵۰۰	-۱,۷۸۲	۱۸,۸۶۸	۶,۵۹۲	میانگین افراد عادی درآمد و هزینه

واحد: یین برای هر عضو

منبع: وزارت بهداشت، کار و رفاه، گزارش سالانه ۲۰۱۷

طرح‌های بیمه سلامت عمومی از طریق حق بیمه‌ها، یارانه‌های دولتی از بودجه عمومی و پرداخت‌های مشترک بیماران تأمین مالی می‌شوند. حق بیمه‌ها یکی از منابع تأمین مالی بیمه سلامت عمومی به شمار می‌روند. وصول حق بیمه در طرح‌های مختلف بیمه سلامت عمومی به روش‌های گوناگون انجام می‌شود. نهادهای بیمه‌گر بیمه سلامت عمومی که مبتنی بر شغل هستند با کسر حق بیمه از حقوق کارکنان این کار را انجام می‌دهند. بالاترین و پایین‌ترین حدود حق بیمه به ترتیب $\frac{۱۳۰}{۱۰۰۰}$ و $\frac{۳۰}{۱۰۰۰}$ است. حق بیمه سلامت ملی از طریق پرداخت مستقیم به شهرداری بر اساس تعداد اعضای خانوار انجام می‌شود. حق بیمه‌ها از دو بخش تشکیل شده‌اند: بخش تناسبی^۱ و بخش ثابت^۲؛ بخش تناسبی بر اساس درآمد، دارایی‌ها و تعداد اعضای خانوار محاسبه می‌شود، بخش ثابت هم برای هر خانوار به طور

1. proportional part

2. fixed part

یکسان محاسبه می‌شود. بیمه‌گرها در نظام مراقبت‌های درمانی سالمندان مرحله دوم (۷۵ سال و بالاتر)، حق بیمه را از مستمری آن‌ها کسر می‌کنند.

دولت‌های مرکزی، استانی و شهری به بیمه‌گران بیمه سلامت ملی بابت هزینه‌های جاری به آن‌ها یارانه پرداخت می‌کنند. دولت محلی ۴۱٪ و دولت‌های استانی ۹٪ یارانه به عنوان مزایای مراقبت‌های بهداشتی و سلامت می‌پردازند. مبلغ این مزایا به ازای هر عضو ۱۲۹,۲۳۱ یین است (نک جدول ۳-۴). در صورتی که تأمین مالی بیمه با مشکل کمبود بودجه مواجه شود، شهرداری مربوطه این هزینه را در قالب یارانه برای نهاد بیمه‌گر تأمین می‌کند. این مبلغ در دسته‌بندی موارد دیگر در بخش درآمد جدول ۳-۴ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۳-۴ می‌بینیم، هزینه مزایا در بیمه سلامت ملی و نظام مراقبت‌های درمانی سالمندان مرحله دوم (۷۵ سال و بالاتر) بالاتر است، اما درآمد حاصل از وصول حق بیمه در این دو نظام پایین‌تر است. همین امر باعث ایجاد عدم تعادل مالی در این دو نظام بیمه‌ای می‌شود. برای تنظیم این عدم تعادل طرح تعدیلات مالی بین نهادی معرفی شده است. تحت این طرح، بار مالی حاصل از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از سالمندان مرحله اول (۷۴-۶۵ سال) بین بیمه‌گران بیمه سلامت عمومی تقسیم می‌شود. مبلغی که به بیمه سلامت ملی از این تعدیل مالی تعلق می‌گیرد ۱۰۹,۳۵۸ یین به ازای هر عضو است.

نظام مراقبت از سالمندان مرحله دوم (۷۵ سال و بالاتر) به‌عنوان طرحی مجزا برای تعدیلات مالی بین نهادی در نظر گرفته می‌شود. سالمندان ۷۵ سال و بالاتر هم بایستی در این نظام عضو می‌شوند و حق بیمه پرداخت کنند. حق بیمه‌ها ۱۰٪ از هزینه‌های درمانی را تأمین مالی می‌کنند. از ۹۰٪ بقیه، ۵۰٪ توسط یارانه‌های دولت مرکزی و محلی تأمین می‌شوند و ۴۰٪ باقیمانده توسط حق بیمه‌های دریافتی از نهادهای بیمه‌گر دیگر تأمین می‌شوند. مبلغی که نظام مراقبت‌های درمانی سالمندان مرحله دوم از این تعدیل مالی دریافت می‌کند برابر با ۳۵۴,۳۲۹ یین به ازای هر عضو است.

با اینکه در جدول ۳-۴ بخش مربوط به پرداخت‌های مشترک آورده نشده است، اما

بایستی در نظر داشت که مبلغ کل پرداخت مشترک، مبلغ کمی نیست و در نظام بیمه سلامت، نرخ آن به ۳۰٪ هم می‌رسد. پرداخت‌ها در هنگام مراجعه به مراکز درمانی انجام می‌شوند. نرخ پرداخت مشترک به سن و درآمد بیمار بستگی دارد، برای مثال ۲۰٪ برای کودکان با سن پایین‌تر از سن مدرسه، ۳۰٪ برای سالمندان پردرآمد (منظور سالمندان بالای ۷۰ ساله هستند که درآمدها برابر با نسل حین اشتغال است) و این نرخ ۱۰٪ برای سالمندان بالای ۷۵ سال است. نرخ پرداخت مشترک اجباری برای سالمندان ۷۰ تا ۷۴ ساله‌ای که درآمد آن‌چنان بالایی ندارند، ۲۰٪ است. با وجود این، این نرخ برای این دسته از افراد به‌طور موقت همچنان ۱۰٪ است.

هزینه مراقبت‌های درمانی به‌طور کلی در بیمه سلامت عمومی بالا است، به‌عبارت‌دیگر مراقبت‌های درمانی مزایایی پرهزینه در کل نظام بیمه سلامت عمومی تلقی می‌شود. در این نظام سعی بر این است که سقفی با توجه به سن و درآمد تعیین شود و مابه‌التفاوت میان سقف و مبلغ قابل پرداخت توسط نهاد بیمه‌گر تأمین شود. سطح سقف برای اقشار کم‌درآمد پایین‌تر در نظر گرفته می‌شود، برای مثال از اقشار کم‌درآمد با سن کمتر از ۷۰ سال مبلغ ۳۵,۴۰۰ ین دریافت می‌شود و برای سالمندان مرحله دوم که تحت مراقبت‌های پزشکی قرار دارند و درآمد آن‌ها پایین است برای درمان سرپایی^۱ ۸۰۰۰ ین و تا ۲۴,۶۰۰ ین برای بستری شدن در بیمارستان است.

۴-۲-۴ مشکلات تأمین مالی در بیمه سلامت عمومی

با رشد سریع جمعیت، هزینه‌های مراقبت از سالمندان نیز افزایش پیدا می‌کند. این امر به‌طور خودکار موجب افزایش بار مالی بر یارانه بیمه مبتنی بر شغل در نظام مراقبت پزشکی از سالمندان مرحله دوم می‌شود. افزایش بار مالی با افزایش حق بیمه بایستی جبران شود. با وجود این، وضعیت مالی نهادهای بیمه‌گر متفاوت است و این هزینه شاید برای برخی از آن‌ها خیلی سنگین باشد. برای حصول اطمینان از برابر بودن هر چه بیشتر هزینه‌ها، سیاست تعیین

1. outpatient treatment

میزان یارانه بر اساس مقدار کل درآمد اعضا تغییر کرده است. طبق سیاست جدید، بیمه‌گران بیمه سلامت مبتنی بر شغل، نرخ حق بیمه را تنها وقتی افزایش می‌دهند که سطح حق بیمه با توجه به سطح درآمد اعضا خیلی پایین باشد.

در نظام بیمه سلامت ملی تعداد افراد کم‌درآمد و سالمندان بیشتر از نظام بیمه سلامت مبتنی بر شغل است. در نتیجه، میزان حق بیمه برای اعضای فقیرتر تا حدی بالا است و همین امر منجر به افزایش عدم پرداخت حق بیمه‌ها در بیمه سلامت ملی شده است. در سال ۲۰۱۶، میزان حق بیمه پرداخت‌نشده ۸.۰۸٪ از میزان کل حق بیمه وصول‌شده بود. در نظام بیمه اجتماعی، عدم پرداخت حق بیمه به معنی عدم احراز شرایط برخورداری از مزایا است. لذا برای جلوگیری از چنین مسئله‌ای، گروه‌های هدف معاف از پرداخت حق بیمه بیشتر شده‌اند. علاوه بر این، خانوارهای خیلی فقیر بدون پرداخت حق بیمه می‌توانند به خدمات پزشکی دسترسی داشته باشند، این خدمات بر نظام مساعدت عمومی استوار است.

۳-۴ ارائه خدمات

۱-۳-۴ نگاه اجمالی

ارائه خدمات مراقبت‌های پزشکی به قبل از جنگ جهانی دوم برمی‌گردد. مدیریت نهادهای ارائه خدمات پزشکی به صورت «غیرانتفاعی» انجام می‌شود. مالکان این نهادها پزشکانی هستند که دوره شش‌ساله دانشگاهی را گذرانده‌اند و یک دوره آموزشی پنج‌ساله را هم پس از فارغ‌التحصیلی به اتمام رسانده‌اند. آن‌ها هم‌زمان با فعالیت می‌توانند قابلیت‌های خود را در زمینه تخصص‌های بالینی افزایش دهند. بیماران در انتخاب نهادهای درمانی محدودیتی ندارند و می‌توانند به هر مرکز درمانی که ترجیح می‌دهند مراجعه کنند. بنابراین، نقش کلینیک‌های واقع در محله‌های مختلف و بیمارستان‌های تخصصی از هم جدا نیستند و بیمار می‌تواند به‌عنوان مثال به پزشک متخصص موردنظر خود در بخش خاصی از یک بیمارستان مراجعه کند. در اواسط دهه ۷۰، نرخ پرداخت مشترک برای سالمندان ۰٪ بود. طبقاً این امر باعث می‌شد تا مراجعه سالمندان به مراکز درمانی افزایش یابد. با وجود این، خود این کار

اقدامی خاص بود و دلیل آن فقدان امکانات و خدمات بلندمدت در آن زمان بود. نرخ ۰٪ پرداخت مشترک در سال ۱۹۸۳ منسوخ شد و بجای آن با اصلاح قانون نهادهای ارائه خدمات پزشکی و اجرای سیاست‌های مربوط به افزایش امکانات مراقبت‌های بلندمدت و تغییر تعرفه‌های پزشکی، کیفیت و کارآمدی مراقبت‌های بلندمدت بیمارستانی (بستری)^۱ برای سالمندان به‌طور چشمگیری افزایش یافت. از جمله اقدامات دیگر، معرفی بیمه مراقبت‌های درمانی بلندمدت بود که گزینه‌های مختلفی علاوه بر بستری شدن در بیمارستان در اختیار سالمندانی که نیازمند خدمات حمایتی بودند قرار می‌داد. امروزه، این خدمات همچنان ارائه می‌شوند و فقط بایستی هماهنگی‌های لازم بین مراقبت‌های پزشکی و مراقبت‌های بلندمدت انجام شود.

۲-۳-۴ ارائه خدمات بهداشتی و درمانی: تاریخچه

پیش از عصر مجی، پزشک‌هایی در ژاپن بودند که آن‌ها را «کوسوشی»^۲ می‌نامیدند و دلیل آن گرایش آن‌ها به طب شرقی بود. آن‌ها بیماری را تشخیص و نسخه تجویز می‌کردند و دارو هم می‌فروختند. اما طبق مقررات، آن‌ها مجوز قانونی برای این کار را نداشتند و فقط پزشکانی که طبابت آن‌ها بر اساس علم پزشکی غربی بود می‌توانستند به‌صورت قانونی در این دوره فعالیت کنند. تجویز نسخه بر اساس اصول پزشکی غربی انجام می‌شد. علت این گرایش به طب غربی، کمبود تعداد متخصصان داروساز بود، آن‌ها تمایل فراوانی داشتند تا در این زمینه به استقلال برسند اما به خاطر قدرت ضعیف سیاسی در این کار موفق نمی‌شدند. بیمارستان‌هایی که بر اساس طب غربی فعالیت می‌کردند نخست در سال ۱۸۶۱ در ناگازاکی تأسیس شدند. تعداد این بیمارستان‌ها تا سال ۱۸۷۸ به ۱۰۶ عدد رسید. بیمارستان‌ها توسط دولت‌های مرکزی و سازمان‌های خصوصی و شهروندان تأسیس می‌شدند. در آن زمان، بیمه سلامت عمومی وجود نداشت. بنابراین، افراد فقیر جامعه به خدمات مراقبت‌های پزشکی دسترسی

1. inpatient

2. kusushi

نداشتند. صلیب سرخ ژاپن تحت عنوان هاکو-اشا^۱ در سال ۱۸۷۸ و سازمان رفاه اجتماعی تحت عنوان بنیاد پاداش سلطنتی سائسِیکای^۲ در سال ۱۹۱۱ تأسیس شدند. همین سازمان‌ها ساختن بیمارستان‌ها را بر عهده می‌گرفتند و به فقرا خدمات پزشکی ارائه می‌دادند.

در آن ایام، پزشک‌ها ترجیح می‌دادند به صورت مستقل در مطب‌های شخصی خود فعالیت کنند. اغلب مراکز درمانی در نواحی متراکم شهری قرار داشتند چراکه پزشکان به عنوان مدیران چنین مراکزی می‌خواستند درآمد بیشتری داشته باشند. خود این امر موجب می‌شد که دسترس‌پذیری به مراقبت‌های پزشکی با توجه به نواحی جغرافیایی نابرابر باشد. در مناطق روستایی برای مثال، درآمد پزشکان کافی نبود چون مراجعین آن‌ها کشاورز و نسبتاً فقیر بودند و قادر به پرداخت هزینه‌های پزشکی نبودند. البته رقابت در میان پزشکان در مناطق شهری بالا بود و به همین دلیل در آنجا هم درآمد آن‌گونه که انتظار می‌رفت بالا نبود.

بعد از جنگ جهانی دوم، خسارات زیادی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها از لحاظ امکانات و کارکنان وارد شده بود. به منظور افزایش حمایت از ارائه خدمات درمانی، گزینه‌های سیاستی گوناگونی اتخاذ و به کار گرفته شدند. مراکز درمانی نیروی دریایی و دپارتمان جنگ در هم ادغام شدند و دپارتمان بیمارستان‌های وزارت سلامت و رفاه شکل گرفت و این مراکز درمانی در قالب بیمارستان‌های ملی برای استفاده عموم مردم در نظر گرفته شدند. دولت مرکزی ژاپن تصمیم گرفت تا یارانه‌هایی در اختیار بخش خصوصی (اما غیرانتفاعی) قرار دهد تا آن‌ها بتوانند بیمارستان یا کلینیک بسازند و یا تجهیزات پزشکی خریداری کنند. به خاطر این سیاست‌ها و رشد اقتصادی بلندمدت، تعداد بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی افزایش یافت.

قبل از جنگ، دولت‌های محلی مسئولیت تأسیس کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند. صلیب سرخ ژاپن - سائسِیکای و دیگر سازمان‌های غیرانتفاعی هم مراکز درمانی تأسیس کردند. سرمایه‌گذاری‌های جدید تا حدودی به توسعه تدریجی توزیع مراکز درمانی کمک کرد. اما روشی مؤثر برای از میان برداشتن معضل نابرابری جغرافیایی و توزیع مراکز

1. Hakuai-sha

2. Saiseikai Imperial Gift Foundation

درمانی وجود نداشت. در اواسط دهه ۸۰، معلوم شد که بین تنوع منطقه‌ای^۱ در هزینه مراقبت‌های بیمارستانی و تأمین تخت‌های بیمارستانی نوعی رابطه همبستگی وجود دارد. در سال ۱۹۸۵ قانون مربوط به مراکز درمانی اصلاح شد، به طوری که دولت توانست مناطقی را که در آن‌ها تعداد تخت‌ها با توجه به جمعیت بیشتر بود شناسایی کند.

از میان تغییرات اعمال شده بر قانون نهادهای درمانی، بر اساس دومین اصلاحیه در سال ۱۹۹۲، بیمارستان‌ها به دو دسته تقسیم شدند: «بیمارستان‌های تخصصی» و «بیمارستان‌های بستری بلندمدت». در بیمارستان‌های تخصصی خدمات پیشرفته و مراقبت‌های ویژه ارائه می‌شد. در نوع دوم از بیمارستان‌ها، خدماتی که ارائه می‌شدند الزاماً جنبه درمانی نداشتند. در آن زمان، همان‌طور که در بخش ۱-۲-۴ اشاره شد، نرخ پرداخت مشترک برای سالمندان ۱۰٪ بود. این سیاست موجب شده بود بیمارانی که نیاز به حمایت معیشتی داشتند و نه حمایت درمانی، از خدمات بستری در بیمارستان استفاده کنند، هرچند نیازی به بستری شدن نداشتند. قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت در سال ۲۰۰۰ به اجرا درآمد. از آن زمان، خدمات بستری از پوشش بیمه سلامت عمومی خارج و تحت خدمات بیمه مراقبت‌های بلندمدت قرار گرفت. با معرفی این نوع از بیمه، بیمارانی که نیاز کمتری به بستری شدن داشتند متقاعد شدند تا از خدمات حمایتی دیگر استفاده کنند.

مراقبت‌های بستری بیماری‌های حاد مورد بازنگری قرار گرفتند تا خدماتشان را به‌طور کارآمدتری ارائه دهند. در سال ۲۰۰۳ بسته ترکیبی روند تشخیص (DPC)^۲ به‌صورت آزمایشی به‌عنوان ابزاری برای دسته‌بندی بیماری‌ها مورد استفاده قرار گرفت. سیستم بازپرداخت^۳ برای مراقبت‌های بستری بیماری‌های حاد از سال ۲۰۰۶ به بعد از DPC استفاده کرد. بازپرداخت مبتنی بر DPC بر اساس تعداد روزهای بستری^۴ انجام می‌شد. بنابراین، تأثیر مستقیمی بر کاهش میانگین مدت‌زمان بستری شدن نداشت.

-
1. regional variations
 2. diagnosis procedure combination
 3. reimbursement system
 4. per diem basis

۳-۳-۴ ارائه خدمات بهداشتی و درمانی: امروز

ویژگی‌های بارز نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در کشور ژاپن عبارت‌اند از:

۱. یکی از ویژگی‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی در ژاپن در دسترس بودن تخت‌های بیمارستانی و مدت طولانی بستری در بیمارستان است. بر اساس تعریف، با توجه به قانون نهادهای درمانی، تعداد تخت‌های کلینیک می‌تواند کمتر از ۲۰ عدد باشد اما بیمارستان‌ها حتماً بایستی حداقل ۲۰ تخت داشته باشند. در سال ۲۰۱۷، تعداد بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و کلینیک‌های دندانپزشکی به ترتیب ۸،۴۱۲، ۱۰۱،۴۷۲ و ۶۸،۶۰۹ بودند. تعداد تخت‌های بیمارستانی به ۱،۵۵۴،۸۷۹ رسید (۱۲.۳) تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)، و تعداد تخت‌های کلینیک‌ها هم به ۱۹۸،۳۵۵ رسید (۰.۷۸) تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر). میانگین مدت‌زمان بستری در بیمارستان ۲۸.۲ روز بود، این رقم بسیار بالاتر از کشورهای OECD (۸ روز) بود.
۲. دومین ویژگی این نظام این است که پزشک عمومی (GP)^۱ در این کشور به معنایی که در دیگر کشورها رایج است وجود ندارد. پزشک شدن در ژاپن روندی پیچیده و طولانی دارد به طوری که دانشجویان پزشکی یک دوره شش‌ساله را پشت سر گذاشته و واحدهای درسی مربوط به این رشته را می‌گذرانند، سپس در آزمون مورد پزشکی شرکت می‌کنند و در صورت پذیرفته شدن یک دوره پنج‌ساله تخصصی را می‌گذرانند. تعداد کل پزشکانی که در مراکز درمانی مشغول به کارند ۳۰۴،۷۵۹ نفر (۲.۴) پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)، تعداد کل پزشکانی که در بیمارستان‌ها مشغول به کار هستند ۲۰۲،۳۰۲ نفر و تعداد کل پزشکانی که در کلینیک‌ها کار می‌کنند ۱۰۲،۴۵۷ نفر هستند. تعداد بسیار کمی از پزشکان خارجی در ژاپن مشغول به کارند: ۱،۵۹۵ نفر در بیمارستان‌ها و ۷۵۵ نفر در کلینیک‌ها.
۳. پرستاران در ژاپن به طور مستقل فعالیت نمی‌کنند. تعداد پرستاران رسمی که در

1. general practitioner

بیمارستان‌ها کار می‌کنند ۷۹۶,۸۳۰ نفر هستند. افرادی که می‌خواهند پرستار شوند حداقل بایستی به مدت سه سال بعد از قبولی در آزمون در رشته پرستاری تحصیل کنند. در سال‌های اخیر، آموزش پرستاری از مدارس فنی و حرفه‌ای به دانشگاه‌ها انتقال یافته است. در دانشگاه‌ها مدت‌زمان تحصیل در رشته پرستاری چهار سال است و بعد از فراغت از تحصیل، افراد واجد شرایط اشتغال در این رشته می‌توانند به‌عنوان پرستاران عادی و همچنین پرستاران سلامت عمومی مشغول به کار شوند. برای ماما شدن علاوه بر دروس پرستاری افراد باید دروس تخصصی را نیز بگذرانند تا واجد شرایط اشتغال در این حرفه شوند. اتحادیه پرستاران گواهی تخصص برای پرستاری در حوزه‌های مختلف صادر می‌کند که عبارت‌اند از پرستار اورژانس، پرستار شیمی‌درمانی و نظایر آن‌ها.

۴. همه اعضای بیمه سلامت عمومی این حق انتخاب را دارند تا در چارچوب قانون به هر نهاد یا مرکز درمانی مراجعه نموده و از امکانات آن استفاده کنند. بیماران می‌توانند هر کلینیک یا هر بخش بیماران سرپایی در بیمارستان‌ها را انتخاب کنند. خدمات در دسترس همگان قرار دارد اما هزینه اضافی خدمات مازاد بر اساس تعرفه‌های خدمات درمانی هر مرکز متفاوت است. دریافت این هزینه از لحاظ قانونی بلامانع بوده و میزان هزینه‌های مازاد بستگی به بیمارستان دارد و از بیمارستانی به بیمارستان دیگر متفاوت است.

۵. تعرفه‌های خدمات مراقبت‌های پزشکی را شورای پزشکی بیمه اجتماعی مرکزی^۱ تعیین می‌کند. این شورا تشکیل شده است از نمایندگان پزشکان، بیمه‌گران بیمه سلامت عمومی و نمایندگان عامه مردم. هر دو سال یک بار این شورا تعرفه‌های خدمات مراقبت‌های عمومی را به‌روزرسانی می‌کند. این به‌روزرسانی بر اساس نتایج پیمایش وضعیت مالی کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها و همچنین پیمایش استفاده از

1. Central Social Insurance Medical Council

خدمات مراقبت‌های درمانی انجام می‌شود. در این به‌روزرسانی، از مذاکرات به‌عنوان ابزار تشویقی استفاده می‌شود. وقتی تشخیص داده شود که نیاز به برخی خدمات بالا رفته و برای نهاد ارائه‌دهنده خدمات مقرون‌به‌صرفه نیست، در این صورت میزان تعرفه‌ها را افزایش می‌دهند. وزارت بهداشت، کار و رفاه در خصوص میزان پوشش و تعرفه‌های خدمات درمانی و بر اساس پیشنهادات شورا تصمیم‌گیری می‌کند.

۶. نهاد یا مرکز درمانی حتماً بایستی غیرانتفاعی باشد. این بدین معنا است که مبلغ مازاد مالی حاصل از اداره کردن نهاد درمانی بین سرمایه‌گذاران یا آورندگان سرمایه تقسیم نمی‌شود. بلکه از این مبلغ برای سرمایه‌گذاری در خرید تجهیزات، امکانات برای نهاد درمانی استفاده می‌شود و یا در قالب اندوخته داخلی نگهداری می‌شود. شرکت‌های خصوصی می‌توانند مالک نهادهای درمانی در تشکیلات خود باشند و به کارکنان خود خدمات درمانی ارائه دهند. در مواردی از این دست هم مدیریت نهادها باید از اصل غیرانتفاعی بودن تبعیت کند.

۴-۳-۴ مسائل جاری در نظام ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

۴-۳-۴-۱ کمبود پزشک

با افزایش تعداد سالمندان، نیاز به مراقبت ویژه از آن‌ها نیز بیشتر می‌شود، چراکه تعداد افرادی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و یا درگیر بیماری‌های مزمن‌اند افزایش می‌یابد. از ۱۹۷۰ به بعد، حداقل یک دانشگاه با دانشکده پزشکی در هر استان تأسیس شده است. در آن زمان مسئولان وقت فکر می‌کردند که این سیاست نیاز به خدمات پزشکی را برآورده خواهد کرد. اما سالمندی جمعیت آن‌چنان سریع اتفاق افتاد که تعداد پزشکان جوابگوی نیازهای درمانی سالمندان نبود. همان‌طور که در بخش ۲-۳-۴ اشاره شد، نسبت تعداد کل پزشکانی که در مراکز درمانی مشغول به کارند ۲.۴ پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر است. این رقم در مقایسه با کشورهای OECD نسبتاً پایین است (نک شکل ۴-۴).

تأسیس یک نظام یگپارچه امری اجتناب‌ناپذیر به حساب می‌آید. برای دستیابی به این هدف، برقراری ارتباط هنگام ارائه خدمات بین پرسنل بخش مراقبت‌های بلندمدت و پرسنل بخش مراقبت‌های درمانی بایستی تقویت شود. در بخش ۵-۳-۲ به این موضوع به تفصیل پرداخته شده است.

فصل ۵

رفاه سالمندان

نویسنده: 

 Katsuhisa Kojima

۱-۵ نگاه اجمالی به رفاه سالمندان

قبل از تصویب قانون رفاه اجتماعی سالمندان در سال ۱۹۶۳، رفاه برای سالمندان به نگهداری از سالمندان ناتوان در آسایشگاه تحت نظام مساعدت عمومی محدود می‌شد. هدف اصلی قانون ۱۹۶۳ حفظ سلامت جسمی و روانی سالمندان، رسیدگی به مسئله معیشت آن‌ها و خدمات رفاهی گوناگون برای سالمندان مثل مراکز مراقبت‌های ویژه، ارائه خدمات در منزل بود که در دهه ۶۰ اجرایی شده و توسعه یافت. با معرفی طرح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای سالمندان ۷۰ سال و بالاتر در سال ۱۹۷۳، مخارج مراقبت از سالمندان بالا رفت و بار مالی بیشتری بر دولت تحمیل شد. با تصویب قانون خدمات بهداشت و درمان برای سالمندان^۱ در سال ۱۹۸۲، سالمندان ملزم به پرداخت مشترک هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شدند. تصویب این قانون موجب تأکید بیشتر بر اهمیت و ارتقای مبحث بهداشت و سلامت برای افراد میان‌سال بالای ۴۰ سال شد.

به‌طور هم‌زمان، تعداد افراد بیشتری به مشکل «بستری اجتماعی»^۲ و سالمندان زمین‌گیر شده^۳ پی می‌بردند. این دو عبارت به سالمندانی اشاره می‌کرد که حتی پس از بهبود یافتن، تمایل به مرخص شدن از بیمارستان نداشتند و علت آن کافی نبودن امکانات و خدمات بلندمدت برای سالمندان در بیرون از بیمارستان بود و سهم آن‌ها از پرداخت مشترک برای

1. Health and Medical Service Act for the Aged

2. social hospitalization

3. bedridden

دریافت خدمات و استفاده از امکانات بیرون به مراتب بیشتر از هزینه‌های بیمارستان می‌شد. برای از میان برداشتن این مشکل، در سال ۱۹۸۹ دولت برنامه طلایی^۱ (راهبردی ۱۰ ساله برای ارتقای وضعیت سلامت و رفاه سالمندان) را در دستور کار خود قرار داد، تا امکانات و خدمات در منزل را در اسرع وقت توسعه دهد. این برنامه در سال ۱۹۹۴ مورد بازبینی قرار گرفت و برنامه طلایی نوین^۲ (راهبردی ۱۰ ساله برای ارتقای وضعیت سلامت و رفاه سالمندان) در دستور کار قرار گرفت که موجب پیشرفت خدمات مراقبت در منزل شد و به مطرح شدن بحث نظام جدید مراقبت بلندمدت از سالمندان منجر شد.

در آوریل سال ۲۰۰۰، بیمه مراقبت‌های بلندمدت معرفی شد. این نظام بیمه اجتماعی، مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد، این در حالی است که قبلاً بخشی از این پوشش از طریق نظام بیمه سلامت و بخشی دیگر هم با انجام اقدامات رفاهی برای سالمندان صورت می‌گرفت. تغییرات در جامعه مثل روابط اجتماعی ضعیف، روند صعودی کوچک‌تر شدن خانواده‌ها و بیشتر شدن تعداد زنان شاغل، همه و همه باعث شده بود تا مراقبت از سالمندان باری روانی و مالی بر خانواده‌ها تحمیل کند که به‌صورت غیرقابل‌تحملی بزرگ و بزرگ‌تر شده بود. علاوه بر این، در نظام رفاه و سلامت موجود، حد معینی در ارائه خدمات وجود داشت و دلیل آن افزایش تعداد سالمندانی بود که نیاز به مراقبت‌های بلندمدت برای دوره‌های طولانی‌تری داشتند. بنابراین، بیمه مراقبت‌های بلندمدت طراحی شد تا بخشی از بار مراقبت از سالمندان را از دوش کلیه اعضای جامعه بردارد.

۲-۵ نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت

۱-۲-۵ اصول نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت

بیمه مراقبت‌های بلندمدت سه اصل بنیادین دارد: حمایت از استقلال اعضا، ایجاد نظامی با محوریت کاربران و بیمه اجتماعی. در اینجا لازم است که به چند نکته توجه کنیم؛ نکته اول،

-
1. Gold Plan
 2. New Gold Plan

این نظام به دنبال فراهم کردن مراقبت‌های شخصی از سالمندانی که نیاز به مراقبت‌های بلندمدت دارند نیست، بلکه هدف اصلی آن حمایت از استقلال آن‌ها است. نکته دوم: افراد این حق انتخاب را دارند تا جهت بهره‌مندی از خدمات جامع بهداشتی، درمانی و رفاهی به یکی از نمایندگی‌های موردنظر خود مراجعه کنند. نکته سوم: برای کسانی که سن آن‌ها بالاتر از ۴۰ سال است و تحت بیمه اجباری قرار دارند، رابطه بین مزایا و حق بیمه بایستی روشن شود و برچسب خدمات رفاهی برداشته شود.

۲-۲-۵ نهاد بیمه‌گر

شهرداری‌ها نقش بیمه‌گر را بر عهده دارند و آن‌ها در ارائه خدمات رفاهی و بهداشت و سلامت برای سالمندان مشارکت جدی دارند، لذا از آن‌ها انتظار می‌رود تا خدمات مربوطه را مطابق با ارزش‌های اجتماعی ارائه دهند. بیمه‌گران با دولت ملی، استان‌ها، بیمه‌گران مراقبت‌های درمانی و بیمه‌گران مستمری بازنشستگی همکاری تنگاتنگی دارند و مسئولیت‌های آن‌ها عبارت‌اند از: ۱) وصول حق بیمه‌ها، ۲) مدیریت دارایی‌ها، ۳) ارزیابی نیازهای مراقبتی، و ۴) پرداخت حق‌الزحمه به ارائه‌دهندگان خدمات از طریق سازمان بیمه سلامت استانی.

۲-۳-۵ بیمه‌شدگان

بیمه‌شدگان اولیه، افراد ۶۵ سال و بالاتر (گروه ۱) و بیمه‌شدگان ثانویه اعضای ۴۰ تا ۶۴ سال (گروه ۲) هستند. حدود ۳۴.۴ میلیون نفر از افراد عضو گروه ۱ و حدود ۴۲ میلیون نفر عضو گروه ۲ بوده‌اند (تا پایان سال مالی ۲۰۱۶). حق بیمه‌ها توسط شهرداری‌ها جمع‌آوری می‌شود، نحوه وصول آن برای اعضای گروه ۱، کسر حق بیمه از مستمری آن‌ها و اعضای گروه ۲، با پرداخت حق بیمه مازاد به بیمه سلامت انجام می‌شود. میزان حق بیمه برای اعضای گروه ۱ را هر شهرداری به‌طور مجزا تعیین می‌کند، بنابراین میزان آن از یک شهرداری به شهرداری دیگر متغیر است. حق بیمه مبتنی بر درآمد نیست و تمهیداتی نیز برای کم کردن حق بیمه افراد کم‌درآمد در نظر گرفته شده است.

کلیه اعضای گروه ۱ (افراد ۶۵ سال و بالاتر) می‌توانند از خدمات مراقبت‌های بلندمدت بهره‌مند شوند به شرط اینکه کمیته ویژه خدمات تشخیص دهد که آن‌ها نیاز به حمایت بلندمدت دارند و برای آن‌ها گواهی مراقبت‌های بلندمدت^۱ صادر کند. برای اعضای گروه ۲ (۴۰ تا ۶۴ سال) نحوه برخورداری از این خدمات متفاوت است و محدود به کسانی می‌شود که درگیر بیماری‌های خاص مرتبط با سن هستند، برای مثال زوال عقل یا دمانس و اختلال عروق مغزی.

۴-۲-۵ نحوه ارائه خدمات

خدماتی که بیمه مراقبت‌های بلندمدت ارائه می‌کند به دو دسته تقسیم می‌شوند: خدمات پیشگیری و خدمات مراقبت^۲. خدمات پیشگیری به کسانی تعلق می‌گیرد که تشخیص داده شوند که در سطح حمایت ۱ یا ۲ قرار دارند و خدمات مراقبت هم به کسانی که در سطوح حمایت ۱ تا ۵ قرار داشته باشند تعلق می‌گیرد.

خدمات پیشگیری انواع مختلف دارد که عبارت‌اند از: ویزیت در منزل، خدمات توان‌بخشی سرپایی و بستری کوتاه‌مدت در مراکز مراقبت. خدمات مراقبتی شامل ارائه خدمات در منزل مثل کمک در خانه و مراقبت در طول روز می‌شود؛ خدمات تسهیلاتی شامل ارائه خدمات در خانه‌های (مراکز) مراقبت‌های ویژه^۳، مراکز مراقبت‌های بلندمدت و مراکز مراقبت‌های آسایشگاهی می‌شود؛^۴ و خدمات اجتماعی ارائه خدماتی مثل بازدیدهای شبانه در منزل، مراقبت روزانه از بیماران مبتلا به زوال عقل یا دمانس و مراقبت‌های جزئی چندمنظوره در منزل^۵ را در برمی‌گیرد. با توجه به سطح نیازها، افراد می‌توانند نوع خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات با مدیریت خصوصی یا دولتی را انتخاب کنند.

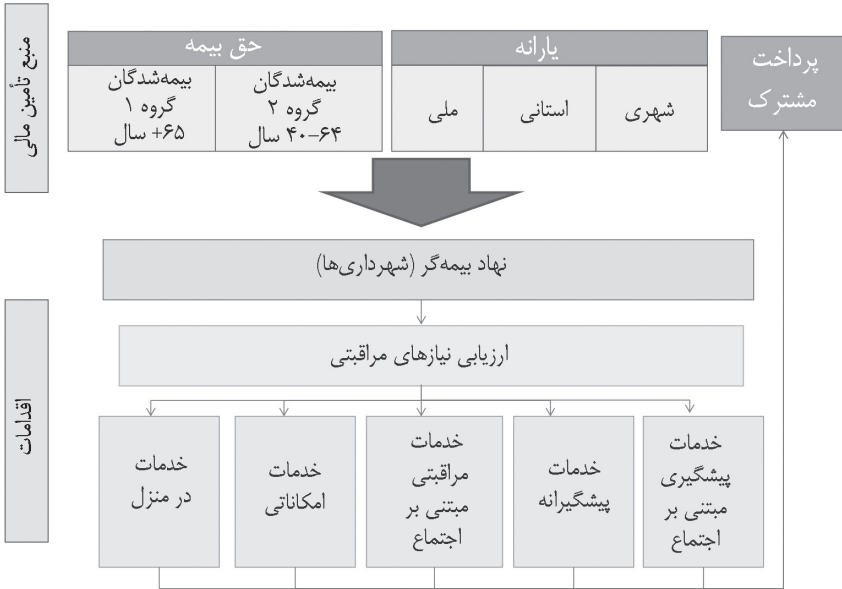
-
1. Certification of Long-Term Care
 2. preventive service and care services
 3. intensive care homes
 4. sanatorium-type care facilities;
 5. small-sized multifunctional in-home care

۵-۲-۵ منبع تأمین مالی

تأمین مالی هزینه‌های بیمه مراقبت‌های بلندمدت از طریق وصول حق بیمه‌ها، مخارج عمومی و پرداخت‌های مشترک انجام می‌شود. به غیر از پرداخت‌های مشترک، ۵۰٪ از هزینه‌ها توسط حق بیمه‌ها و ۵۰٪ از محل مخارج عمومی تأمین مالی می‌شوند. از ۵۰٪ حق بیمه‌ها، ۲۳٪ توسط اعضای گروه ۱ و ۲۷٪ توسط اعضای گروه ۲ پرداخت می‌شود. از ۵۰٪ مخارج عمومی، ۲۵٪ توسط خزانه‌داری ملی بابت ارائه خدمات در منزل، ۱۲.۵٪ از طرف استان‌ها، ۱۲.۵٪ از طرف شهرداری‌ها تأمین می‌شود. هزینه خدمات امکاناتی، ۲۰٪ از طرف خزانه‌داری ملی، ۱۷.۵٪ از منابع استان‌ها و ۱۲.۵٪ از منابع شهرداری‌ها تأمین مالی می‌شود. در این چارچوب، نرخ حق بیمه اعضای گروه ۱ توسط شهرداری‌ها و بر اساس مجموع درآمد اعضا تعیین می‌شود و هر سه سال یک بار مورد بازبینی قرار می‌گیرد. این نرخ از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ به‌طور میانگین ۲,۹۰۰ ین در ماه بود، اما از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰ مقدار آن افزایش یافت و به ۵,۸۶۹ ین در ماه رسید. برای اعضای گروه ۲، این نرخ ۱.۵۷٪ از حقوق و پاداش سالانه است که توسط اتحادیه بیمه سلامت ژاپن تعیین می‌شود.

به‌منظور حمایت مالی از شهرداری‌ها و استان‌ها، بنیاد ثبات مالی^۱ تأسیس شده است (تأمین مالی آن از طرف خزانه‌داری ملی، منابع استان‌ها و شهرداری‌ها انجام می‌شود) تا در صورت کمبود بودجه (ناشی از عدم پرداخت حق بیمه و ارائه بیش از انتظار خدمات)، وام یا پاداش به آن‌ها اعطا شود.

شکل ۱-۵ توصیف کلی بیمه مراقبت‌های بلندمدت



۶-۲-۵ ارزیابی نیازهای مراقبت

کسانی که از خدمات مراقبتی استفاده می‌کنند با توجه به میزان نیاز به مراقبت به هفت گروه تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از: سطوح حمایتی ۱ و ۲ و سطوح مراقبتی ۱ تا ۵. حدود خدماتی که ارائه می‌شوند با توجه به تقسیم‌بندی فوق تعیین می‌شود. متقاضی دریافت خدمات بر اساس ارزیابی شهرداری بایستی در یکی از سطوح مذکور قرار گیرد تا بتواند از خدمات بهره‌مند شود. برای مثال، وقتی شخصی در موقعیتی قرار می‌گیرد که نیاز به حمایت یا مراقبت پیدا می‌کند، او یا عضو دیگر خانواده بایستی ابتدا فرم درخواست برای دریافت گواهی مراقبت‌های بلندمدت را کامل کرده و به یکی از دفاتر شهرداری تحویل دهد. سپس یک بازرس از طرف شهرداری از منزل متقاضی بازدید می‌کند و در رابطه با وضعیت سلامت جسمی و ذهنی او و جنبه‌های مختلف زندگی روزانه مصاحبه انجام می‌دهد. نتایج مصاحبه

به صورت کامپیوتری تحلیل می شود و بدین ترتیب نتیجه ارزیابی اولیه مشخص می شود. این ارزیابی به همراه نظر پزشک ابتدا توسط کمیته نیازهای مراقبت های بلندمدت^۱ مورد بازبینی قرار می گیرد. اعضای این کمیته از افراد صاحب نظر در زمینه خدمات بهداشتی، درمانی و امور رفاهی تشکیل شده است، آن ها بر اساس ارزیابی مجدد مدارک در خصوص سطح مراقبت یا حمایت تصمیم گیری می کنند و نتیجه از طریق شهرداری به متقاضی اطلاع داده می شود. آن دسته از متقاضیانی که واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت و پیشگیری یا بیمه مراقبت های بلندمدت نباشند، می توانند تحت طرح حمایت اجتماعی شهرداری قرار گیرند و این خدمات را دریافت کنند.

۷-۲-۵ مدیریت مراقبت

به محض تصمیم گیری در مورد سطح مراقبت یا حمایت، طرح مراقبت شخصی^۲ ارائه می شود که ترکیبی از بسته های مراقبتی و حمایتی است و این بسته ها با توجه به حدود معین هر گروه برای متقاضیان در نظر گرفته می شوند. متولیان طرح مراقبت با توجه به گروه مشخص می شوند. متخصصان ارائه خدمات مراقبت های بلندمدت متولی طرح های مراقبت از کسانی هستند که واجد شرایط دریافت خدمات سطوح ۱ تا ۵ هستند. به آن ها مدیران مراقبت^۳ نیز گفته می شود که آن ها در زمینه ارائه خدمات بلندمدت در منزل یا تأمین تسهیلات مراقبت فعالیت می کنند. مراکز ارائه خدمات یکپارچه اجتماعی متولی طرح های مراقبت از افرادی هستند که واجد شرایط دریافت خدمات پیشگیری سطوح ۱ و ۲ باشند.

بعد از اصلاح قانون خدمات در سال ۲۰۰۵، طرح حمایت از مراقبت های یکپارچه اجتماعی^۴ ایجاد شد، این طرح بر خدمات پیشگیرانه تمرکز داشت و مبنای آن مراقبت از سالمندان بود. این طرح مسئولیت مدیریت مراقبت های بلندمدت، ایجاد طرح های مراقبت بلندمدت

-
1. Committee of Long-Term Care Needs
 2. personal Care Plan
 3. care managers
 4. Integrated Community Care Support

پیشگیرانه، ارائه مشاوره به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها، حمایت از حقوق سالمندان و شناسایی برخی از موارد سوءاستفاده را بر عهده داشت.

۸-۲-۵ حق الزحمه^۱ خدمات

وقتی ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت خدمات پیشگیرانه بلندمدت یا خدمات مراقبتی برای متقاضیان فراهم می‌کنند، آن‌ها در ازای این خدمات حق الزحمه دریافت می‌کنند. مبلغ حق الزحمه بر اساس لیست رسمی مخارج^۲ مزایای مراقبت‌های بلندمدت تعیین می‌شود. وزارت بهداشت، کار و رفاه با در نظر گرفتن توصیه‌نامه شورای تأمین اجتماعی^۳ در این خصوص تصمیم‌گیری می‌کند. لیست تعرفه‌ها متشکل از خدمات تسهیلاتی و خدمات مراقبتی یا پیشگیرانه در منزل است و هر سه سال یک بار مورد بازبینی قرار می‌گیرد. ۹۰٪ از تعرفه‌ها را سازمان بیمه سلامت استانی و ۱۰٪ آن را هم متقاضیان از طریق پرداخت مشترک به ارائه‌دهندگان خدمات پرداخت می‌کنند. البته نسبت پرداخت مشترک برای سالمندان پردرآمد ۲۰٪ یا ۳۰٪ است و هزینه باقی‌مانده (۷۰٪ یا ۸۰٪) بر عهده سازمان بیمه سلامت استانی است.

۳-۵ مسائل جاری بیمه مراقبت‌های بلندمدت

۱-۳-۵ فشار مالی و ایجاد «نظام مراقبت‌های اجتماعی یکپارچه»

بلافاصله پس از تصویب قانون در این خصوص، معلوم شد که تدابیر و ترتیبات مالی اولیه از کفایت لازم برای تأمین هزینه مراقبت‌های بلندمدت برخوردار نبود. همان‌طور که در شکل ۲-۵ می‌بینیم، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶، تعداد افراد واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت‌های بلندمدت افزایش ۲۴۷ درصدی داشته و از ۲.۵۶ میلیون نفر به ۶.۳۲ میلیون نفر رسیده است. تعداد افرادی هم که این نوع از خدمات را دریافت کرده بودند نیز در این بازه زمانی افزایش

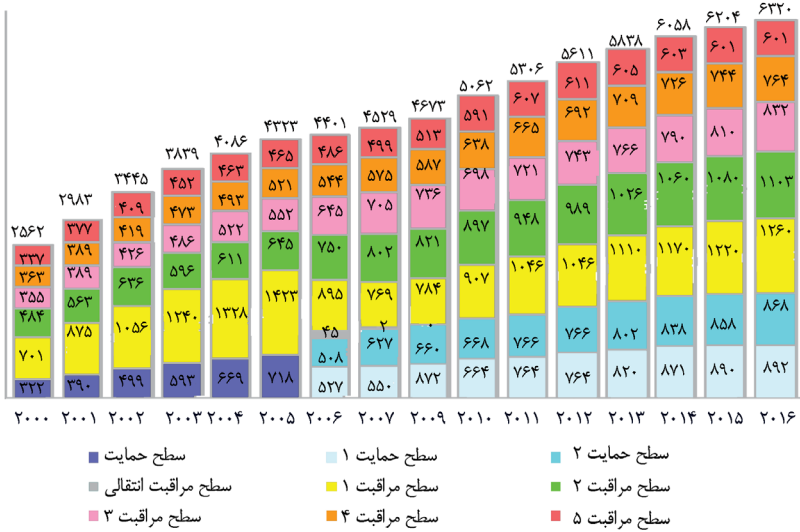
-
1. remuneration
 2. Long-Term Care Benefit Expense
 3. Social Security Council

یافت و از ۱.۸۴ میلیون نفر (۰.۶۰ در مراکز و ۱.۲۴ بابت مراقبت در منزل) در سال مالی ۲۰۰۰ به ۵.۶۰ میلیون نفر (۰.۹۲ در مراکز، ۳.۹۱ بابت مراقبت در منزل) در سال مالی ۲۰۱۶ رسید. هزینه مالی^۱ هم به‌طور پیوسته و یکنواخت رشد کرد و از ۳.۶ تریلیون ین در سال ۲۰۰۰ به ۱۰ تریلیون ین در سال ۲۰۱۶ رسید.

در چنین شرایطی، بیمه مراقبت‌های بلندمدت چندین بار مورد بازبینی و بازنگری قرار گرفت. به‌عنوان مثال، بازنگری‌های سال ۲۰۱۱ با هدف ایجاد نظام مراقبت‌های اجتماعی یکپارچه انجام شد. این نظام، حمایت‌های یکپارچه ارائه می‌داد تا از این طریق باعث ایجاد پایداری و رابطه‌ای متعادل بین حق بیمه‌ها و مزایا شود. حمایت‌های یکپارچه عبارت بودند از مراقبت‌های بهداشت و درمان، مراقبت‌های بلندمدت، پیشگیری، مسکن و معیشت. قانون بازبینی جزئی بیمه مراقبت‌های بلندمدت شامل موارد زیر بود:

۱. تقویت هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با مراقبت‌های بلندمدت؛
۲. تأمین منابع انسانی برای مراقبت‌های بلندمدت و بهبود کیفیت خدمات؛
۳. بهبود وضعیت مسکن سالمندان؛
۴. ارتقای اقدامات حمایتی از افراد مبتلا به دمانس؛
۵. تقویت عملکرد نهادهای بیمه‌گر و کمک به استقلال آن‌ها؛ و
۶. افزایش متعادل حق بیمه‌ها

شکل ۲-۵ تعداد افراد واجد شرایط مراقبت‌های بلندمدت/سطح حمایت (در ۱۰۰۰)



منبع: گزارش وضعیت بیمه مراقبت‌های بلندمدت

۲-۳-۵ ایجاد نظام مراقبت‌های جمعی یکپارچه^۱

در ابتدا، نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت با هدف حمایت از استقلال وضعیت معیشتی سالمندان ایجاد شد. اگر سالمندان به مراقبت‌های بلندمدت نیاز پیدا می‌کردند، شرایطی برای آن‌ها مهیا می‌شد که از بهترین امکانات درمانی برخوردار شوند. برای دستیابی به این هدف، در بازبینی انجام‌شده روی قانون نظام مراقبت در سال ۲۰۰۵ تصمیم بر این شد تا خدمات مراقبت‌های مبتنی بر اجتماع^۲ ارائه شوند و مراکز حمایتی مراقبت‌های جمعی یکپارچه^۳ ایجاد شوند تا از این طریق خدمات باکیفیت تضمین شده و هماهنگی در سطح شهرداری ایجاد شود.

با وجود این، دستیابی به هدف تعیین‌شده محقق نشد چراکه برخی مشکلات همچنان بر

1. Integrated Community Care System
2. community-based care services
3. integrated community care support centers

جای خود باقی بودند که عبارت بودند از کمبود مراکز مناسب در مناطق مختلف جهت ارائه خدمات به سالمندان، حتی در منزل؛ پایین بودن سطح هماهنگی و همکاری میان مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان امکانات مراقبتی و خدمات در منزل و کافی نبودن امکانات مناسب برای اسکان سالمندان.

تعریف مراقبت‌های جمعی یکپارچه عبارت است از نظام مبتنی بر اجتماع که به‌درستی بتواند خدمات گوناگون حمایتی همچون مراقبت‌های بهداشت و درمان، مراقبت‌های بلندمدت، پیشگیری، مسکن و حمایت‌های معیشتی را برای زندگی روزمره افراد تأمین کند و از این طریق ایمنی، امنیت و سلامت آن‌ها را تضمین کند. اجتماع در اصطلاح به محلی گفته می‌شود که در مدت زمان ۳۰ دقیقه افراد بتوانند به امکانات موجود دسترسی داشته باشند، به عبارت ساده‌تر، از لحاظ تقسیمات به منطقه‌ای به مساحت تقریبی یک منطقه آموزش و پرورش اطلاق می‌شود. در ایجاد چنین نظامی، به جوانب زیر بایستی توجه شود:

۱. تقویت همکاری با مراکز درمانی؛
 ۲. بهبود و تقویت توانایی و انعطاف خدمات مراقبت‌های بلندمدت؛
 ۳. ارتقای سطوح پیشگیری؛
 ۴. تضمین خدمات حمایتی و پشتیبانی از وضعیت معیشتی؛ و
 ۵. فراهم کردن امکانات مناسب برای اسکان سالمندان
- دولت‌های مرکزی و محلی مسئولیت ایجاد هماهنگی‌های لازم میان موارد مذکور را بر عهده دارد تا افراد بتوانند در اجتماع مربوطه تا جایی که امکان دارد به‌طور مستقل زندگی خود را اداره کنند.

۳-۳-۵ تأمین منابع انسانی برای مراقبت‌های بلندمدت

تعداد افراد مشغول به کار در ارائه خدمات مراقبتی از زمان تأسیس نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت افزایش یافته و از سال مالی ۲۰۰۰ (بر اساس سرشماری) که حدود ۰.۵۵ میلیون نفر بود با شیب تندی به حدود ۱.۸۳ میلیون نفر (بر اساس سرشماری) در سال مالی ۲۰۱۵

رسیده است. با وجود این افزایش، نهادهای فراهم‌کننده مراقبت‌های بلندمدت همچنان با معضل کمبود نیروی انسانی مواجه‌اند چراکه تقاضا برای این نوع از خدمات افزایش پیدا کرده است. تأمین پرسنل موردنیاز و ساماندهی محیط کاری آن‌ها چالش بزرگی به حساب می‌آید. اساساً، اغلب کارکنان در این حوزه را زنان تشکیل می‌دهند و اغلب آن‌ها به‌صورت پاره‌وقت کار می‌کنند، به‌ویژه در ارائه خدمات در منزل. این در حالی است که اکثر کارکنان مراکز درمانی به‌صورت تمام‌وقت کار می‌کنند.

وزارت بهداشت، کار و رفاه اقداماتی در جهت افزایش حقوق کارکنان خدمات بلندمدت و بهبود شرایط کاری آن‌ها انجام داده است. اگر کارکنان شرایط لازم را داشته باشند، می‌توانند از برنامه افزایش حقوق بهره‌مند شوند. علاوه بر این، در سال‌های اخیر به‌کارگیری تجهیزات جدید با استفاده از فناوری ICT و ربات‌ها در زمینه ارائه خدمات توسعه پیدا کرده است؛ برخی از آن‌ها در مراکز ارائه خدمات بلندمدت و برخی هم در منازل به کار گرفته می‌شوند. انتظار می‌رود که استفاده از این وسایل موجب بهبود کارآمدی خدمات و شرایط کاری شود. جذب نیروی کار خارجی در این حوزه یکی از داغ‌ترین موضوعات در ژاپن است. بر اساس قانون، کارکنان این حوزه بایستی از منابع انسانی داخلی تأمین شود. باوجوداین، بنا بر توافقنامه همکاری اقتصادی (EPA)^۱، کشور ژاپن توافق کرده تا پرستار و کارگر خانگی از کشورهای اندونزی، فیلیپین و ویتنام به کار بگیرد. تعداد پرستاران و کارگران خانگی در سال ۲۰۰۰، ۱,۲۰۳ نفر بود و بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۷، این تعداد به ۳,۴۹۲ نفر رسید. در سال ۲۰۱۷، خدمات مراقبتی به «برنامه کارآموزی فنی اتباع خارجی»^۲ اضافه شد و گروه جدیدی به دسته‌بندی مجوز اقامت تحت عنوان «خدمات مراقبتی» افزوده شد.

-
1. Economic Partnership Agreement
 2. Foreign Technical Internship Program

۴-۵ خدمات رفاهی سالمندان (به‌غیر از بیمه مراقبت‌های بلندمدت)

۱-۴-۵ اسکان سالمندان

در شکل ۳-۵ فهرستی از خدمات مسکن سالمندان را می‌بینیم که شامل (۱) خانه‌های مراقبت‌های ویژه^۱، (۲) خانه‌های گروهی یا جمعی برای بیماران مبتلا به دمانس^۲، (۳) آسایشگاه‌های سالمندان^۳، (۴) خانه‌های مقرون‌به‌صرفه (با هزینه متوسط^۴)، (۵) خانه‌های انتفاعی^۵، و (۶) مسکن سالمندان همراه با خدمات مراقبتی^۶.

خانه‌های مراقبت‌های ویژه برای سالمندان، مرکز مراقبت روزانه برای افراد ۶۵ سال و بالاتری است که به خاطر معلولیت‌های جدی جسمی و روانی نیاز به مراقبت‌های مداوم دارند. این خدمات در قالب مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت ارائه می‌شود. خانه گروهی برای بیماران مبتلا به دمانس، مراکز کوچکی هستند که در آن سالمندانی که درگیر این بیماری هستند باهم در فضایی صمیمی زندگی می‌کنند. این نوع از خدمات هم ذیل بیمه مراقبت‌های بلندمدت قرار می‌گیرد. ظرفیت این خانه‌ها پنج تا نه نفر است.

باوجوداین، بر اساس نظام قراردادی تعریف‌شده در قانون خدمات رفاه اجتماعی برای سالمندان^۷، خدمات نهادی برای سالمندان همچنان ارائه می‌شود. آسایشگاه‌های سالمندان مختص افراد کم‌برخوردار هستند. خانه‌های مقرون‌به‌صرفه محلی برای اقامت سالمندان است که خدمات حمایتی همچون غذا با قیمت پایین فراهم می‌کند.

در سال‌های اخیر، اداره کردن خانه‌های انتفاعی بیشتر بر عهده بخش خصوصی بوده است. در این مراکز اولویت بیشتر با اسکان سالمندان است و نه ارائه خدمات رفاهی به آن‌ها. وقتی یک سالمند تصمیم به اقامت در یکی از این مراکز می‌گیرد، طبق قرارداد بایستی کلیه هزینه‌ها را پرداخت کند. در بعضی مواقع هم بر سر پرداخت همین هزینه‌ها، تنش‌هایی بین

1. intensive care home

2 group home for those with dementia

3. nursing home

4. moderate-fee home

5. fee-based home

6. elderly housing with care services.

7. Social Welfare Service for the Elderly

دو طرف ایجاد می‌شود. سالمندان می‌توانند از بیمه مراقبت‌های بلندمدت که برای خدمات در منزل در نظر گرفته شده در اینجا استفاده کنند.

طرح اسکان سالمندان همراه با خدمات مراقبتی در سال ۲۰۱۱ برای اولین بار در ژاپن معرفی شد. این طرح توسط بخش خصوصی اداره می‌شود و مجوز ثبت چنین مراکزی توسط استانداری صادر می‌شود. معیارهای تعیین شده برای چنین مراکزی عبارت‌اند از: (۱) متراژ هر یونیت حداقل ۲۵ مترمربع باشد، (۲) خدماتی برای حفظ امنیت و مشاوره روزانه ارائه شود و (۳) موارد خاصی مثل بستری شدن طولانی‌مدت در قرارداد بایستی لحاظ شود. دولت یارانه‌ای برای این طرح در نظر گرفته است تا از این طریق خدمات باکیفیت بالاتری ارائه شوند. تا سال ۲۰۱۸، تعداد ساختمان‌های ثبت شده برای این نوع از اسکان ۷,۱۳۸ مورد بوده که شامل ۲۳۶,۴۲۸ یونیت می‌شد.

طرح دیگری از اسکان وجود دارد که به‌طور مشترک توسط وزارت بهداشت، کار و رفاه و وزارت املاک، زیرساخت، حمل‌ونقل و جهانگردی^۱ در سال ۱۹۸۶ تأسیس شد و تا به امروز به فعالیت خود ادامه داده است. این طرح نوع اسکان جمعی است و به سالمندان (متأهل یا مجرد) ۶۰ سال و بالاتر خدمات ارائه می‌کند. در این طرح مشاوران پشتیبان^۲ در محل اسکان حضور دارند تا در صورت لزوم خدمات مشاوره‌ای ارائه دهند و امنیت مکان را تأمین کرده و در مواقع اورژانسی به ساکنان آنجا کمک کنند. طرح دیگر، طرح مسکن دولتی^۳ است که برای خانوارهای کم‌درآمد در نظر گرفته شده است. بخشی از این طرح هم شامل حال سالمندان و افراد کم‌توان می‌شود.

-
1. Ministry of Land, Infrastructure, Transport, and Tourism
 2. Life Support Advisors
 3. public housing

گونه‌ای از تصدی مسکن است، که در آن ملک متعلق به یک نهاد دولتی یا متعلق به دولت است و به‌صورت همگانی در اختیار مردم قرار گرفته است.

شکل ۳-۵ خدمات اسکان سالمندان

مسکن سالمندان همراه با خدمات مراقبتی	خاندهای انتفاعی برای سالمندان	خانه‌های مقرون به صرفه	آسایشگاه‌های سالمندان	خانه‌های جمعی برای بیماران مبتلا به دمانس	خانه‌های مراقبت‌های ویژه
قانون تأمین مسکن با اثبات برای سالمندان ^۱	قانون رفاه سالمندان	قانون رفاه سالمندان	قانون رفاه سالمندان	قانون رفاه سالمندان، قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت	قانون رفاه سالمندان، قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت
مسکن برای سالمندان	مسکن برای سالمندان	مسکن برای سالمندان کم‌درآمد	امکانات برای سالمندان کم‌درآمد	خانه گروهی برای بیماران مبتلا به دمانس	امکانات برای سالمندانی که نیاز به مراقبت‌های بلندمدت دارند
شرکت‌های تجاری	شرکت‌های تجاری	دولت‌های محلی، مؤسسات رفاه اجتماعی، مؤسسات مورد تأیید استانداردهای	دولت‌های محلی، مؤسسات رفاهی	شرکت‌های تجاری	دولت‌های محلی، مؤسسات رفاهی
۲۵ مترمربع	۱۳ مترمربع	۲۱۶ مترمربع	۱۰۶۵ مترمربع	۷۴۳ مترمربع	۱۰۶۵ مترمربع
میانگین مساحت به ازای هر نفر					

منبع: وزارت بهداشت، کار و رفاه (۲۰۱۳)، گزارش: وضعیت کنونی و چشم‌انداز نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ژاپن با تمرکز بر مسکن سالمندان

۲-۴-۵ برنامه پنج‌ساله برای حمایت از بیماران مبتلا به زوال عقل / دمانس

در سال ۲۰۱۲ وزارت بهداشت، کار و رفاه مقاله‌ای را تحت عنوان «روش‌های حمایت از بیماران مبتلا به دمانس در آینده» منتشر کرد و هم‌زمان با آن، تصمیم خود را مبنی بر برنامه راهبردی پنج‌ساله برای حمایت از بیماران مبتلا به دمانس اعلام کرد (برنامه نارنجی). این برنامه در سال ۲۰۱۵ مورد بازبینی قرار گرفت و برنامه جدید «راهبرد جامع ارتقای سیاست حمایت از بیماران مبتلا به دمانس» (برنامه نارنجی جدید) را معرفی کرد. هدف اصلی این برنامه، ایجاد جامعه‌ای است که به منزلت افراد احترام می‌گذارد و به آن‌ها کمک می‌کند تا در محیطی امن و آشنا در اجتماع به زندگی خود ادامه دهند، حتی در صورت ابتلا به دمانس. برای دستیابی به این هدف، وزارت بهداشت از برنامه‌های جدیدی استفاده کرد تا فرهنگ قراردادی جامعه را در مورد مفهوم مراقبت تغییر دهد. به عبارت دیگر، فرهنگ غالب مراقبت از بیماران دمانس در بیمارستان‌ها یا مراکز روان‌پزشکی موردبازنگری قرار گیرد. چنین برنامه‌هایی شامل موارد زیر است:

روش‌های نوین و استاندارد مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس، تشخیص و درمان زودهنگام، ارائه خدمات مناسب مراقبت‌های بلندمدت برای حمایت از زندگی بیماران در اجتماع، حمایت هرچه بیشتر از بیماران و خانواده‌های آن‌ها و آموزش پرسنل.

۳-۴-۵ پیشگیری از سالمند آزاری^۱ (سوءاستفاده از سالمندان)

قانون پیشگیری از سالمند آزاری، حمایت از مراقبان سالمندان^۲ و دیگر مسائل مرتبط با آن در سال ۲۰۰۵ به تصویب رسید. هدف از آن احترام به شأن و منزلت سالمندان، جلوگیری از سوءاستفاده، حمایت از سالمندان آزرده و پشتیبانی از مراقبان سالمندان بود. سالمند آزاری به عمل توهین‌آمیز توأم با سوءاستفاده اطلاق می‌شود که از برخی اعضای خانواده یا مراقبان سالمندان سر می‌زند. مسئولیت برنامه‌های پیشگیری از سالمند آزاری در وهله اول بر عهده

1. elderly abuse

2. elderly caregivers

شهرداری‌ها است و استانداری‌ها نقش رابط را دارند و هماهنگی بین شهرداری‌ها، جمع‌آوری و ارائه اطلاعات را انجام می‌دهند.

موارد زیر از جمله ابعاد اساسی هستند که در برنامه پیشگیری از سالمند آزاری بایستی مورد توجه قرار گیرند:

۱. حمایت یکپارچه از اقدامات بازدارنده سالمند آزاری و کمک به بهبود سالمندانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند؛
۲. احترام به تصمیم‌گیری سالمندان؛
۳. به‌کارگیری رویکردهای مثبت در پیشگیری از سالمند آزاری؛
۴. تشخیص زودهنگام و به عمل آوردن حمایت‌های به‌موقع؛
۵. پشتیبانی از سالمندان و کسانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند؛ و
۶. ایجاد هماهنگی‌های لازم و همکاری با سازمان‌های مربوطه.

۴-۴-۵ ارتباط با دیگر خدمات حمایتی و مراقبتی عمومی

در خصوص ارتباط بین بیمه مراقبت‌های بلندمدت و خدمات سالمندان (که تحت قانون ارائه خدمات و حمایت از افراد معلول^۱ یا مساعدت عمومی قرار دارند)، اولویت با مزایای قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت است. خدماتی مثل سمعک و پروتز دست یا پا که تحت پوشش بیمه مراقبت‌های بلندمدت قرار نمی‌گیرند، توسط قانون ارائه خدمات و حمایت از افراد معلول فراهم می‌شوند. در نتیجه بازنگری بیمه مراقبت‌های بلندمدت در سال ۲۰۱۸، قرار بر این شد تا خدمات مراقبتی سالمندان و معلولان در کنار هم، توسط یک نهاد بیمه‌گر ارائه شوند. در رابطه با مساعدت عمومی هم باید به این نکته اشاره کرد که برای سالمندانی که فقیرند، مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت در اولویت قرار داشته و سهم آن‌ها از پرداخت مشترک توسط نظام مساعدت عمومی پرداخت می‌شود.

1. Services and Supports for Persons with Disabilities Act

فصل ٦

مساعدت عمومي

نويسنده: 

 Kuriko Watanabe

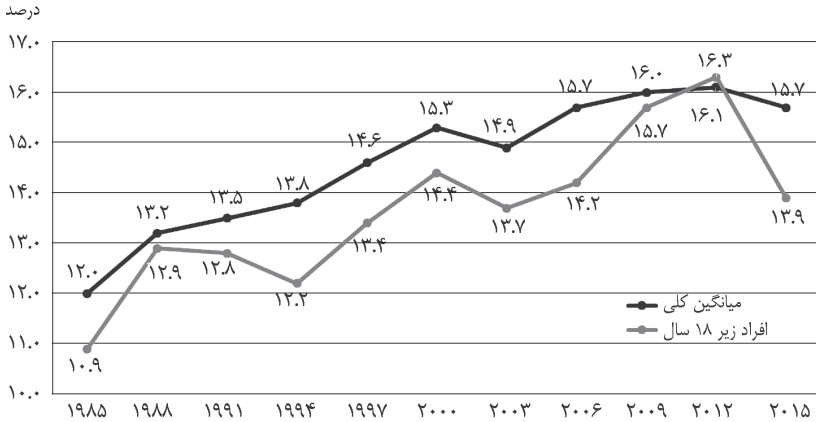
۱-۶ ظهور مجدد فقر در ژاپن

تا اواسط دهه اول قرن بیست و یکم (تقریباً تا ۲۰۰۵)، اعتقاد عموم مردم جهان بر این بود که کشور ژاپن توانسته معضل فقر را از میان بردارد. دستیابی ژاپن به رشد اقتصادی و ایجاد جامعه‌ای تساوی طلب^۱ در ژرفنای اذهان عمومی رسوخ کرده و منشأ غرور و هویت ملی شده است. در دهه ۶۰، استانداردهای زندگی مردم ژاپن رشد سریعی داشت و مشکلات بعد از جنگ جهانی دوم مثل کمبود غذا به‌طور کامل برطرف شد. در دهه ۷۰، از عبارت «ملت طبقه متوسط^۲» برای توصیف کشور ژاپن استفاده می‌شد. و تمامی مردم ژاپن، حتی محروم‌ترین قشر بر این باور بودند که همگی از رشد اقتصادی کشور منتفع شده‌اند. در دهه ۶۰ دولت گردآوری و انتشار آمار فقر را متوقف کرد و واژه فقر از گفتمان سیاستی^۳ حذف شد.

با این وجود، نکته قابل‌تأمل این است که نرخ فقر از دهه ۸۰ به‌طور پیوسته در حال افزایش بوده است. همان‌طور که در شکل ۱-۶ می‌بینیم، نرخ فقر نسبی^۴ بین سال‌های ۱۹۸۵ و ۲۰۱۵ افزایش ۴ درصدی داشته است و این موضوع باعث شده است که ژاپن یکی از پنج کشوری باشد که بالاترین نرخ فقر را میان کشورهای OECD دارد.

-
1. egalitarian society
 2. middle-class nation
 3. policy discourse
 4. relative poverty rate

شکل ۱-۶ نرخ خط فقر نسبی در ژاپن



نکته: نرخ خط فقر نسبی با در نظر گرفتن نسبتی از جمعیت زیر ۵۰٪ میانه درآمد خانوار محاسب شده است. منبع: وزارت بهداشت، کار و رفاه (۲۰۱۷).

بعد از سال ۲۰۰۰، تقریباً اواخر دهه اول بود که دولت به بالاخره وجود معضل فقر را تصدیق کرد. در سال ۲۰۰۹ وزارت بهداشت، کار و رفاه میزان نرخ خط فقر نسبی را اعلام کرد و اقداماتی نیز در خصوص کمک به فقرا صورت گرفت و در سال ۲۰۱۴ قانون مقابله با فقر کودکان به تصویب رسید.

۲-۶ برنامه مساعدت عمومی

مساعدت عمومی آخرین تور حمایتی^۱ برای تأمین امنیت افراد فقیر و نیازمند به حساب می‌آید. تاریخچه مساعدت عمومی به قبل از جنگ جهانی دوم، تصویب قانون کمک به فقرا (۱۹۲۹) برمی‌گردد. اما برنامه مساعدت عمومی کنونی، بر اساس قانون مساعدت عمومی مصوب ۱۹۵۰ است و از چهار اصل تشکیل شده است: (۱) مسئولیت ارائه مساعدت عمومی به کلیه شهروندان مستمند بر عهده دولت است، (۲) کلیه شهروندان واجد شرایط به‌طور برابر و بدون تبعیض حق برخورداری از مساعدت عمومی را دارند، (۳) دولت ملزم به تضمین استانداردهای

1. safety net

حداقلی است تا افراد بتوانند استاندارد زندگی متناسبی داشته باشند و ۴) مساعدت عمومی متناسب با نیازمندی‌های افراد مستمند ارائه می‌شود تا آن‌ها بتوانند با توجه به دارایی‌ها، توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود استانداردهای حداقلی را در زندگی حفظ کنند.

برنامه مساعدت عمومی متشکل از هشت نوع از مساعدت است که عبارت‌اند از معیشت، تحصیل، مسکن، درمان، مراقبت‌های بلندمدت، زایمان، اشتغال و تشییع جنازه. میزان مبلغ مساعدت با کسر درآمد خانوار از مخارج حداقلی زندگی (نک شکل ۲-۶) مشخص می‌شود. مخارج حداقلی زندگی، مبلغی متغیر دارد و به عواملی همچون منطقه، تعداد اعضای خانوار، سن اعضای خانوار بستگی دارد. هزینه‌های مراقبت‌های درمانی و بلندمدت به صورت غیر نقدی و بقیه موارد به صورت انتقالات نقدی انجام می‌شود.

شکل ۲-۶ نحوه محاسبه حداقل هزینه زندگی ماهیانه

مساعدت معیشتی	+	مساعدت مسکن	+	مساعدت تحصیل	+	مساعدت مراقبت‌های بلندمدت	+	مساعدت درمانی	=	حداقل هزینه زندگی
مخارج زندگی		هزینه‌هایی مثل اجاره‌خانه		هزینه آموزش اجباری		هزینه مراقبت‌های بلندمدت		هزینه‌های درمان		

محاسبه میزان دقیق درآمد

درآمد = (کسورات پایه + مخارج ضروری واقعی) - میانگین درآمد ماهیانه

محاسبه میزان دقیق مساعدت

میزان مساعدت = میزان دقیق درآمد - مخارج حداقلی زندگی

۲-۲-۶ آزمون وسع

مساعادت عمومی اساساً به محض دریافت درخواست از طرف خانوار نیازمند بعد از انجام آزمون وسع ارائه می‌شود. همان‌طور که اشاره شد، طبق اصل چهارم مساعادت عمومی، یک خانوار بایستی بتواند کلیه منابع موجود مانند دارایی‌ها، توانایی کار کردن و مساعادت از طرف کسانی که طبق قانون موظف به حمایت از آنها هستند را مدیریت کند. برای برخورداری از مساعادت، دارایی‌هایی مانند زمین، خانه و مزرعه بایستی فروخته شوند به‌استثنای مواردی که شخص در آن محل زندگی می‌کند و یا از زمین و مزرعه برای کسب درآمد استفاده می‌کند و ارزش دارایی‌ها در صورت بهره‌برداری از آنها بیشتر از مبلغ حاصل از فروخته است.

در رابطه با توانایی کار کردن هم بایستی به این نکته اشاره کرد که اگر فرد قادر به کار کردن باشد و کار مناسبی هم در محل زندگی او وجود داشته باشد، کار کردن مقدم بر دریافت مساعادت است، به عبارت ساده‌تر او شرایط دریافت مساعادت عمومی را ندارد. اما اگر فرد کار کند و درآمد او کمتر از مخارج حداقلی زندگی باشد، مساعادت عمومی به او تعلق می‌گیرد. اگر فردی از حمایت‌های اقوام و اعضای خانواده برخوردار باشد، در این مورد هم اولویت با حمایت‌های خانواده و اقوام است، هرچند این بدین معنی نیست که مساعادت عمومی شامل حال او نمی‌شود.

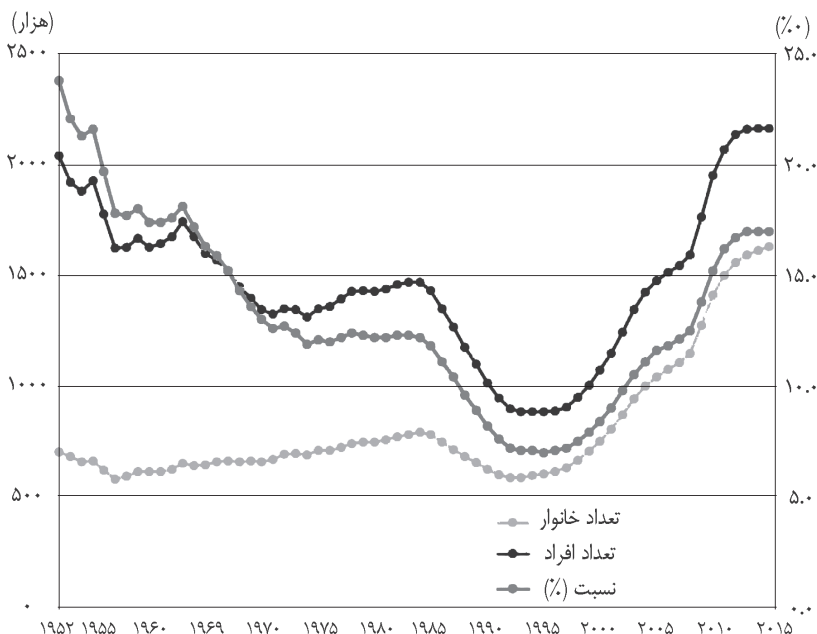
۲-۲-۳ آمار مربوط به دریافت‌کنندگان مساعادت عمومی

تا ماه ژوئیه سال ۲۰۱۶ تعداد خانوارهایی که مساعادت عمومی دریافت کرده بودند ۱۶ میلیون خانوار یا ۲۰۲ میلیون نفر بودند. تعداد این افراد یا خانوارها از اواسط دهه ۹۰ افزایش یافت و تعداد آن از زمان بعد از جنگ جهانی دوم هم بیشتر شد، البته نسبت دریافت‌کنندگان کمی پایین‌تر از آن زمان است (نک شکل ۳-۶).

شکل ۴-۶ نسبت دریافت‌کنندگان مساعادت را به تفکیک نوع خانوار نشان می‌دهد. از میان این دریافت‌کنندگان، خانوارهای سالمند با بیشتر از ۵۰٪، بیشترین نسبت را داشته‌اند و میزان آن در چند دهه اخیر افزایش یافته است. نسبت خانوارهایی هم که اعضای معلول یا

بیمار داشته‌اند بالا بوده است (۲۶.۴٪). خانوارهای زن سرپرست (مادران مجرد) هم حدود ۶٪ را به خود اختصاص داده‌اند.

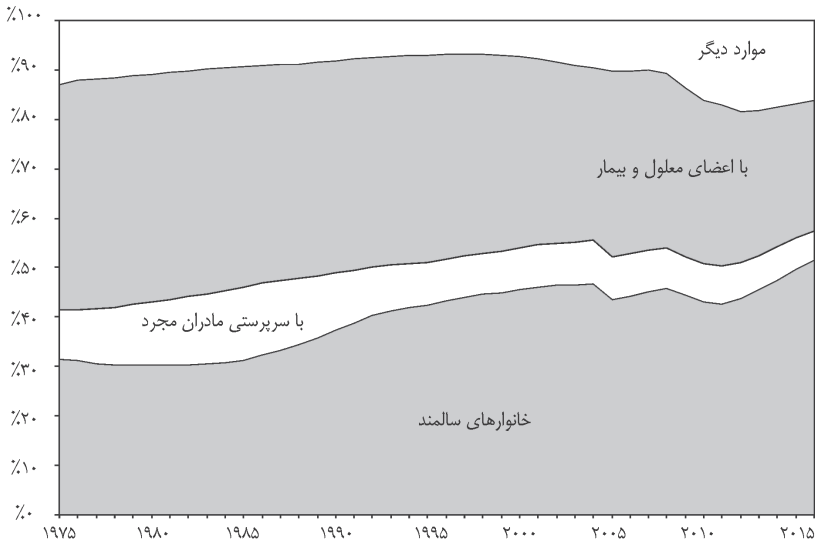
شکل ۳-۶ روند تعداد و نسبت دریافت‌کنندگان مساعدت عمومی (۱۹۵۲-۲۰۱۶)



منبع: مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی «آمار رسمی نظام مساعدت عمومی»

http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/securityAnnualReport.html

شکل ۴-۶ نسبت دریافت کنندگان مساعدت به تفکیک نوع خانوار

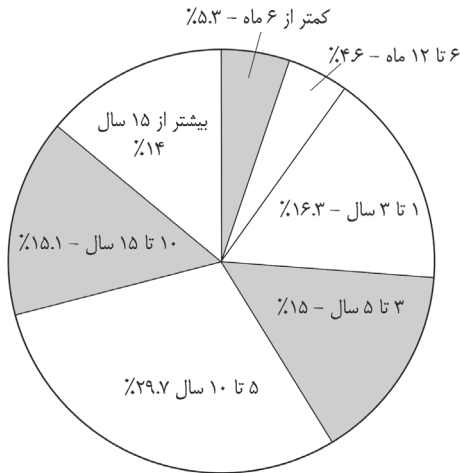


منبع: مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی «آمار رسمی نظام مساعدت عمومی»

http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/securityAnnualReport.html

در شکل ۵-۶ مدت زمان دریافت مساعدت عمومی نشان داده شده است. خانوارهایی که کمتر از یک سال مساعدت دریافت کرده‌اند، نزدیک به ۱۰٪ و خانوارهایی که بیش از یک سال مساعدت دریافت کرده‌اند ۳۰٪ هستند. این مدت زمان نسبتاً طولانی است چراکه اکثر کسانی که این خدمات را دریافت می‌کنند سالمند هستند و انتظار نمی‌رود که وضعیت اقتصادی آن‌ها از این طریق بهبود یابد.

شکل ۵-۶ مدت زمان دریافت مساعدت اجتماعی



منبع: وزارت بهداشت، کار و رفاه «پیمایش ملی دریافت کنندگان مساعدت عمومی» داده‌ها توسط مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی گردآوری شده‌اند.

۳-۶ مسائل جاری

مساعدت عمومی یکی از قدیمی‌ترین برنامه‌های نظام تأمین اجتماعی ژاپن به حساب می‌آید. روند صعودی تعداد دریافت کنندگان مساعدت عمومی و تأثیر آن بر مخارج به یکی چالش‌ها در مهار بودجه مبدل شده است. یکی از انتقاداتی که نسبت به این برنامه مطرح می‌شد این بود که سطح مزایای مساعدت عمومی در مقایسه با سطح درآمد افرادی که این مزایا را دریافت نمی‌کردند بسیار بالاتر بود. برای مثال، سطح مزایای مادران مجردی که مساعدت دریافت می‌کردند، از آن دسته از مادرانی که عضو این برنامه نبودند و خودشان زندگی را بدون دریافت مزایا اداره می‌کردند بسیار بالاتر بود. تعداد زیادی از صاحب‌نظران معتقدند که این تنها مشکل موجود نیست، افراد زیادی هستند که سطح درآمدشان پایین است اما مزایا دریافت نمی‌کنند. به همین دلیل بود که دولت مزایای مازادی را که قبلاً به مادران مجرد و خانوارهای سالمند پرداخت می‌کرد، در سال ۲۰۰۷ کاهش داد. با این وجود، در سال ۲۰۰۹

دولت تصمیم گرفت تا این مزایا به مادران مجرد پرداخت شود. در ماه اوت سال ۲۰۱۳ دولت تصمیم دیگری مبنی بر کاهش ۱۰ درصدی مساعدت معیشتی برای برخی خانوارها اتخاذ کرد تا از این طریق روند نزولی شاخص قیمت مصرف‌کننده^۱ را جبران کند. این امر باعث شد تا مخالفت‌های گسترده‌ای در رابطه با این اقدام صورت گیرد.

۲-۳-۶ سیاست‌های نوظهور در خصوص کاهش فقر

در سال‌های اخیر، اقداماتی در رابطه با کاهش فقر در ژاپن انجام شده است. بین سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ قانون کمک به افرادی که از نظر مالی در مضیقه بودند^۲ مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در سال ۲۰۱۴ تصویب شد. بر اساس این قانون، مراکز برای ارائه خدمات جامع رفاهی در اقصی نقاط کشور در نظر گرفته شدند. از جمله اقدامات دیگر، تصویب قانون مقابله با فقر کودکان^۳ بود. طبق این قانون دولت متعهد شد تا سیاست جامع مبارزه با فقر کودکان را اجرایی کند. هدف اصلی این قانون ایجاد جامعه‌ای بود که عوامل پیرامونی در آن موجب ایجاد فقر کودکان در آینده نشوند. طبق این قانون، قرار بر این شد که کمیته مبارزه با فقر کودکان^۴ یک چارچوب سیاستی مبنی بر این خصوص را در نظر گیرد و یک سال بعد آن را به کار گیرد و دولت نیز ملزم شد تا گزارشی سالانه در رابطه با وضعیت فقر کودکان و سیاست‌های اتخاذشده در این زمینه ارائه دهد.

-
1. consumer price index
 2. Law to Assist Those Experiencing Hardship
 3. Law on Measures to Counter Child Poverty
 4. Committee on Combating Child Poverty

فصل ۷

سیاست گذاری خانواده

نویسندگان:

▶ Rie Moriizumi

▶ Junko Takezawa

۱-۷ تاریخچه سیاست‌های خانواده در ژاپن

نظام پایه خانواده و کودک در ژاپن بعد از جنگ جهانی دوم پایه‌گذاری شد و بین دهه ۴۰ و دهه ۷۰ توسعه پیدا کرد. در این بازه زمانی شش قانون به تصویب رسیدند که عبارت بودند از: قانون رفاه کودک^۱ (۱۹۴۷)، قانون کمک‌هزینه پرورش و تربیت فرزند/فرزندان^۲ (۱۹۶۱)، قانون پرورش و تربیت فرزند/فرزندان استثنایی (کودکان با نیازهای ویژه)^۳ (۱۹۶۴)، قانون رفاه خانواده‌های تک سرپرست^۴ (۱۹۶۴)، قانون بهداشت و سلامت مادر و کودک^۵ (۱۹۶۵) و قانون کمک‌هزینه کودک^۶ (۱۹۷۱). از دهه ۸۰ به بعد، میزان مشارکت زنان در بازار کار رشد چشمگیری داشته و به تبع آن تقاضا برای مراقبت از کودکان افزایش یافته است.

از دهه ۹۰ به بعد، در چارچوب سیاستی «اقدامات پیشگیرانه در خصوص نرخ تولد نزولی»^۷ به‌منظور از میان برداشتن موانع ازدواج، فرزندآوری و پرورش و تربیت فرزند/فرزندان، در سال ۱۹۹۱ دولت تصمیم گرفت تا خدمات مراقبت از کودکان و کمک‌هزینه کودکان و مرخصی

1. Child Welfare Act

2. Child Rearing Allowance Act

پرورش کودکان به فرایند تقویت و حمایت از پیشرفت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و فکری فرزند از نوزادی تا بزرگسالی است.

3. Special Child Rearing Allowance Act

4. Lone-Parent Family Welfare Act

5. Maternal and Child Health Act

6. Child Allowance Act

7. countermeasures against the declining birthrate

زایمان را ارتقا دهد. به رسمیت شناختن اشتغال زنان و پرورش و تربیت فرزند/فرزندان به یکی از مسائل اصلی در حوزه سیاست‌گذاری خانواده تبدیل شده است.

در سال ۲۰۱۴، قانون اقدامات مقابله با فقر کودکان^۱ به تصویب رسید. لازم به ذکر است که نرخ فقر کودکان از سال ۲۰۰۰ به بعد روندی صعودی داشته و در سال ۲۰۱۲ رقم ثبت شده ۱۶.۳٪ بود که در میان کشورهای OECD رقمی بالا به شمار می‌رفت. طبق قانون، دولت‌های مرکزی و محلی مکلف به تدوین برنامه‌های جامع برای مقابله با فقر شدند.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، سیاست‌های مرتبط با خانواده و کودک، با توجه به تحولات خانواده و جامعه بعد از جنگ جهانی دوم گسترش یافتند. در ژاپن با در نظر گرفتن بافتار خاصی که دارد، به سیاست‌های مذکور «سیاست‌های خانواده» گفته نمی‌شود و به‌جای آن عبارتهایی مثل «نظام حمایت (یا رفاه) کودکان و پرورش کودکان» یا «اقدامات پیشگیرانه در خصوص نرخ تولد نزولی» به‌صورت رسمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. به‌نوعی می‌توان گفت که چنین سیاست‌هایی با «سیاست‌گذاری خانواده» مطابقت دارند که عموماً در سازمان‌های بین‌المللی یا کشورهای اروپایی استفاده می‌شوند (Masuda, 2008).

کشور ژاپن در سال‌های ۱۹۸۴ و ۱۹۹۵ به ترتیب به کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان^۲ و کنوانسیون حقوق کودک^۳ ملحق شد. در سطح بین‌المللی این کشور در پذیرش معاهدات بین‌المللی پیشتاز بوده است و به‌عنوان عضوی از جامعه بین‌الملل همیشه سعی داشته تا در جهت بهبود اقدامات اجتماعی مختلف مربوط به خانواده قدم‌های مثبتی بردارد.

۲-۱-۷ سیاست‌های مقابله با کاهش نرخ زادوولد از دهه ۹۰

سال‌مندی و کاهش جمعیت در کشور ژاپن خیلی سریع رخ داد و علت اصلی آن کاهش

1. Law on Measures to Counter Child Poverty

2. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

3. Convention on the Rights of the Child

چشمگیر نرخ باروری^۱ بود. کارشناسان بر این باورند که برای تشویق جامعه برای فرزندآوری، بستر مناسب یا محیط مساعدی برای پرورش و تربیت کودکان^۲ بایستی مهیا شود.

یکی از دلایل اصلی کاهش سریع نرخ باروری و تداوم آن در ژاپن، عدم برخورداری زنان از حق انتخاب در خصوص سبک کار^۳ است. افزایش تعداد افراد با مشاغل پاره‌وقت و ساعات کار طولانی ایجاد توازن بین سبک کار و زندگی را برای زنان ژاپنی دشوار ساخته است. عوامل دیگر هم عبارت‌اند از روابط غیررسمی، افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم پرورش و تربیت فرزندان، ریسک بالای بی‌ثباتی درآمد و نقش عمیق جنسیت در تقسیمات شغلی است.

انتقاد از سیاست افزایش باروری طی جنگ جهانی دوم رایج بود، اما برخلاف آن دوره گرایش سیاست‌های کنونی بیشتر بر مقابله با نرخ پایین باروری متمرکز است و هدف آن‌ها از حل اختلاف بین تمایل و واقعیت^۴ این مسئله است. ازجمله سیاست‌های رایج در این مورد عبارت‌اند از ارتقای برابری جنسیتی، ایجاد توازن بین کار و زندگی و حمایت‌های لازم از خانواده‌های دارای فرزند.

نرخ باروری کل (TFR)^۵ در سال ۱۹۸۹ به ۱.۵۷ رسید که نوعی زنگ خطر برای جامعه ژاپن محسوب می‌شد، چراکه این رقم پایین‌ترین نرخ باروری از جنگ جهانی دوم بود و معضلی اجتماعی اقتصادی به حساب می‌آمد. از سال ۱۹۹۵ به بعد، طرح‌های اساسی ملی برای مقابله با نرخ نزولی باروری هر پنج سال یک‌بار به اجرا درآمده است. این برنامه‌ها عبارت بودند از برنامه انجل^۶ (فرشته) از ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۹، برنامه نوین انجل^۷ از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴، برنامه حمایت از کودکان و مراقبت از کودکان از ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹، چشم‌انداز کودکان و مراقبت از کودکان^۸ از ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ و سومین طرح کلی اقدامات برای مقابله با نرخ نزولی باروری^۹ از ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹.

1. fertility rate

2. child rearing

3. work style

4. divergence between desire and reality

5. Total fertility rate

6. Angel Plan

7. New Angel Plan

8. vision for children and childcare

9. third outline of measures against the declining birthrate

همان طور که در بالا هم اشاره شد، اقدامات جدی در خصوص کنترل نرخ نزولی باروری بعد از سال ۲۰۰۰ به کار گرفته شد و قوانینی هم در این رابطه وضع شدند که مهم‌ترین آن‌ها قانون پایه برای مقابله با نرخ نزولی باروری در جامعه^۱ بود که در سال ۲۰۰۳ تصویب شد. علاوه بر این، به منظور اجرای بازنگری‌های محسوس در راستای ایجاد توازن بین کار و پرورش و تربیت فرزند، قانون دیگری در همان سال تحت عنوان *قانون حمایت از پرورش کودکان نسل آینده*^۲ تصویب شد که استناداری‌ها، شهرداری‌ها و کارفرمایان شرکت‌های خصوصی و مقامات دولتی را ملزم می‌کرد تا توسعه برنامه‌های حمایتی از نسل آینده را در برنامه کار خود قرار دهند.

۷-۲ حمایت از درآمد خانوارهای دارای فرزند

۷-۲-۱ کمک‌هزینه کودک

قانون جدید کمک‌هزینه کودک بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های درآمدی در ماه آوریل سال ۲۰۱۲ تصویب شد اما در آوریل ۲۰۱۲ اصلاح شد و در نتیجه آن محدودیت‌های درآمدی دوباره اعمال شدند. طبق قانون اصلاح‌شده، هر خانوار دارای فرزند می‌توانست تا ۱۵ سال کمک‌هزینه دریافت کند و میزان آن با توجه به سن فرزند و سطح درآمد خانوار (نک جدول ۷-۱) بین ۵,۰۰۰ تا ۱۵,۰۰۰ ین متغیر بود.

1. basic act for measures to cope with society with declining birthrate

2. act of measures to support raising next generation children

جدول ۱-۷ نظام پرداخت کمک‌هزینه کودک (۲۰۱۸)

سن و مدت‌زمان دریافت کمک‌هزینه	از نوزادی تا ۱۵ سالگی (تا ۳۱ مارس پانزدهمین سال تولد)
محدودیت درآمدی	وجود دارد، برای مثال محدودیت درآمدی برای یک خانواده ۴ نفره (زن، شوهر و ۲ فرزند)، ۹۶ میلیون ین در سال
مقدار مزایا	<p>۱. برای خانوارهای که درآمد آن‌ها از حد معین پایین‌تر است</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فرزند/فرزندان زیر ۳ سال ۱۵۰۰۰ ین ● بین ۳ سال تا سن قبل آغاز مقطع تحصیلی ابتدایی ۱۰۰۰۰ ین در ماه برای فرزند اول و دوم و ۱۵۰۰۰ ین در ماه برای فرزند سوم ● دانش‌آموز دوره پیش از دبیرستان^۱ (راهنمایی) ۱۰۰۰۰ ین در ماه <p>۲. خانوارهایی که درآمد آن‌ها بالاتر از حد معین است</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تا سن ۱۵ سالگی ۵۰۰۰ ین در ماه
تأمین‌کننده مخارج	دولت ملی (مرکزی)، دولت‌های محلی، کارفرما (تا زیر ۳ سال)
مخارج مزایا	مبلغ کل مزایا ۲,۲۲۱,۶ میلیارد ین بود (بودجه سال مالی ۲۰۱۷)

۲-۲-۷ کمک‌هزینه پرورش و تربیت کودک

این کمک‌هزینه به پدر یا مادر مجردی^۲ تعلق می‌گیرد که درآمد او کمتر از حد معین باشد و سن فرزند/فرزندان او کم‌تر از ۱۸ سال باشد. کمک‌هزینه ماهیانه ۳,۰۰۰ تا ۴۲,۲۹۰ ین برای فرزند اول، ۵,۰۰۰ تا ۹,۹۹۰ ین برای فرزند دوم و ۳,۰۰۰ تا ۵,۹۹۰ و به ازای هر فرزند دیگر پرداخت می‌شود. پرداخت کامل به کسانی صورت می‌گیرد که درآمد آن‌ها پایین‌تر از حداقل درآمد باشد و اگر بالاتر از حداقل باشد مبلغ پرداختی در دامنه‌های ذکر شده قرار می‌گیرد). قبل از ماه اوت سال ۲۰۱۰، این مبلغ تنها به مادران مجرد پرداخت می‌شد اما بعد از تاریخ ذکر شده این مبلغ به پدران مجرد هم تعلق گرفت. در محاسبه میزان درآمد، تعداد فرزندان و درآمد دیگر اعضای خانواده هم در نظر گرفته می‌شود.

1. junior high school

2. single parent

۳-۲-۷ کمک‌هزینه پرورش و تربیت فرزند/فرزندان استثنایی (کودکان با نیازهای ویژه)

کمک‌هزینه پرورش و تربیت فرزند/فرزندان استثنایی به والدین پرداخت می‌شود (با توجه به میزان درآمد آن‌ها) و مبلغ این کمک‌هزینه برای افراد زیر ۲۰ سال که معلولیت درجه یک دارند ۵۱,۷۰۰ یمن در ماه^۱ و برای معلولیت درجه دوم^۲ مبلغ کمک‌هزینه ۳۴,۴۳۰ یمن در ماه است. علاوه بر این، به والدین افراد زیر ۲۰ سال که معلولیت شدید دارند و در خانه از آن‌ها مراقبت می‌کنند، مبلغ ۱۴,۶۵۰ یمن در ماه به‌عنوان مساعدت رفاهی تعلق می‌گیرد. مبلغ این کمک‌هزینه در صورتی که فرد معلول بالای ۲۰ سال داشته باشد ۲۶,۹۴۰ یمن در ماه است. در ضمن، مستمری معلولیت^۳ هم به آن‌ها تعلق می‌گیرد و مبلغ آن، بستگی به میزان معلولیت دارد.

۳-۷ خدمات برای خانوارهای دارای فرزند

۱-۳-۷ خدمات مراقبت از کودکان

بر اساس قانون رفاه کودک، دولت‌های شهری^۴ بایستی مراکز مراقبت از کودکان یا به‌اصطلاح کودکستان برای مراقبت از کودکانی که والدین آن‌ها بنا به دلایلی مثل اشتغال، بیماری و یا مراقبت از دیگر اعضای خانواده مثل سالمندان قادر به مراقبت از آن‌ها نیستند فراهم کنند. این مراکز معمولاً ۸ تا ۱۱ ساعت از کودکان (نوزاد تازه متولدشده تا کودکان مشغول به تحصیل در پایه ابتدایی) مراقبت می‌کنند. اما همچنان متقاضیان این نوع خدمات، درخواست افزایش ساعات مراقبت را دارند. مقررات سخت‌گیرانه‌ای از طرف شهرداری برای جذب نیرو و نحوه اداره چنین مراکزی در نظر گرفته شده است. شهریه این مراکز متغیر بوده و با توجه به درآمد والدین و سن کودک از صفر تا یک‌صد هزار یمن در ماه است.

از سال ۲۰۱۰ به بعد تعداد والدینی که می‌خواستند فرزندان خود را در مراکز مراقبت از کودکان یا کودکستان‌ها ثبت‌نام کنند افزایش یافت به‌طوری‌که مراکز موجود جوابگوی تقاضای

-
1. first-degree disabilities
 2. second-degree disabilities
 3. disability pension
 4. Municipal governments

مردم نبودند، به همین دلیل این مسئله به یکی از چالش‌های جدی تبدیل شد و دولت سعی داشت تا هر چه زودتر به آن رسیدگی کند، مخصوصاً در مناطق شهری. به همین منظور، نظام جدیدی را برای حمایت از کودکان و پرورش و تربیت آن‌ها در سال ۲۰۱۵ پایه‌گذاری کرد. علاوه بر مراکزی که دارای مجوز بودند، دولت تصمیم گرفت تا به مراکز کوچک‌تری که از کودکان کمتر از دو سال مراقبت می‌کردند و یا خدمات مشابهی در خانه یا محل کار ارائه می‌دادند مجوز صادر کند و با این کار موجب پیشرفت تدریجی نظام مراقبت از کودکان شد.

اهمیت این موضوع تا حدی بود که دولت کارگروه ویژه‌ای برای رسیدگی به آن در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۰۸، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ در نظر گرفت. در آوریل سال ۲۰۱۸ تعداد کودکانی که در کودکانستان‌ها از آن‌ها مراقبت می‌شد حدوداً به ۲۶ میلیون نفر می‌رسید. این رقم نسبت به سال قبل افزایش ۶۸،۰۰۰ نفری داشت. در آوریل سال ۲۰۱۸، تقریباً تعداد ۲۰،۰۰۰ کودک در لیست انتظار برای ثبت‌نام در کودکانستان‌ها قرار داشتند، این رقم بالایی بود اما نسبت به سال قبل ۶،۱۸۶ نفر کاهش پیدا کرده بود.

۲-۳-۷ پرورشگاه‌ها (محلی برای نگهداری از کودکان قربانی خشونت‌های خانگی^۱ و کودکان بی‌سرپرست)

تعداد کودکانی که در ژاپن مورد آزار و خشونت خانگی قرار می‌گیرند همچنان در حال افزایش است، به طوری که تعداد آن‌ها از ۱۱،۶۳۱ نفر در سال ۱۹۹۹ به ۱۳۳،۷۷۸ نفر در سال ۲۰۱۵ رسیده است (این آمارها بر اساس مشاوره‌های انجام شده در خصوص کودک‌آزاری است). کودکانی که سن کمتری دارند بیشتر قربانی خشونت‌های خانگی هستند (نک جدول ۲-۷). در ژاپن ۶۰۵ پرورشگاه وجود دارد و تا سال ۲۰۱۷ حدود ۲۵،۰۰۰ کودک تحت حمایت و پوشش آن‌ها قرار داشتند. علاوه بر این، تا همان سال تعداد ۵،۴۰۰ کودک هم تحت حمایت و پشتیبانی والدین خوانده^۲ قرار داشتند.

1. Domestic viole victims

2. foster parents

جدول ۲-۷ تعداد مشاوره‌های انجام شده در رابطه با کودکان از آوریل ۲۰۱۶ تا مارس ۲۰۱۷

کودکاتی که از رفتن به مدرسه محروم نشده‌اند ^۴	کودکاتی که والدینشان آن‌ها را ترک کرده‌اند ^۳	کودکان رهاشده ^۲	کودکاتی که مورد کم توجهی قرار گرفته‌اند ^۱	کودکاتی که شاهد خشونت بوده‌اند	خشونت روانی	خشونت جنسی	خشونت جسمی	مجموع	گروه سنی
۲۲۵	۶۸۲	۳۷	۲۶,۸۲۱	۴۳,۴۲۲	۷۲,۱۹۷	۱,۵۳۷	۳۳,۲۲۳	۱۱۳,۷۸۸	مجموع
۷	۱۶۶	۳۳	۵,۶۴۵	۱۱,۴۹۸	۱۷,۳۵۳	۴۷	۴,۰۰۱	۲۷,۰۴۶	۰-۲
۲۲	۱۹۷	۶	۵,۴۰۶	۸,۹۳۱	۱۵,۰۰۸	۱۲۲	۵,۲۵۶	۲۵,۸۹۲	۳-۵
۱۴۶	۲۶۲	۷	۱۰,۶۶۲	۱۶,۱۵۱	۳۷,۴۰۳	۵۱۹	۱۴,۱۴۱	۵۲,۷۲۵	۶-۱۲
۵۰	۴۱	-	۳,۴۴۹	۴,۶۵۵	۸,۳۱۳	۴۹۶	۶,۴۱۹	۱۸,۶۷۷	۱۳-۱۵
۱۰	۱۶	-	۱,۶۵۹	۲,۱۸۷	۴,۱۲۰	۳۵۳	۳,۳۰۶	۹,۴۳۸	۱۶-۱۸

منبع: گزارش خدمات و مدیریت رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، رفاه و کار، ۲۰۱۷

-
1. neglected
 2. abandoned
 3. left behind
 4. forbidden to go to school

۴-۷ تعادل کار و زندگی: نظام مرخصی والدین

زنان ژاپنی معمولاً برای مراقبت از فرزندان و تربیت آنها ترجیح می‌دهند تا کار خود را ترک کنند و یا به عبارتی مرخصی بگیرند. آمارها نشان می‌دهند که نرخ مشارکت کاری زنان ۳۰ تا ۳۴ سال نسبت به ۱۹۹۰ افزایش یافته و از ۵۱.۷٪ به ۷۵.۲٪ در سال ۲۰۱۷ رسیده است. همین نرخ برای زنان ۲۵ تا ۲۹ سال نیز روندی صعودی داشته و از ۶۱.۴٪ در سال ۱۹۹۰ به ۸۲.۱٪ در سال ۲۰۱۷ رسیده است. اما همچنان شکافی بین زنان مجرد و متاهل وجود دارد. دلیل اصلی افزایش نرخ مشارکت زنان در گروه‌های سنی مذکور بیشتر به خاطر مشارکت چشمگیر زنان مجرد است. اغلب زنان ازدواج و بچه‌دار شدن خود را به تعویق می‌اندازند تا مجبور نشوند کار خود را ترک کنند. بنابراین، ایجاد تعادل بین کار و زندگی و حمایت از مسئولیت‌های مربوط به خانواده و کار به بخش مهمی از سیاست‌گذاری خانواده مبدل شده است.

علاوه بر توسعه مراکز مراقبت از کودکان پیش‌دبستانی و دانش‌آموزان ابتدایی در پایه‌های پایین‌تر، در نظر گرفتن مرخصی والدین^۱ هم از جمله اقدامات مهم حمایتی از خانوارهای دارای فرزند محسوب می‌شود. بین اکتبر ۲۰۱۵ و سپتامبر ۲۰۱۶ درصد مادران شاغلی که پس از تولد فرزندانشان برای مرخصی اقدام کرده بودند ۸۳.۲٪ بود. بین سالهای ۲۰۱۰ و ۲۰۱۵، نرخ اشتغال مستمر قبل و بعد از تولد اولین فرزند ۵۳.۱٪ بود. اما همچنان تعداد زیادی از زنان بعد از تولد فرزندشان کار خود را ترک می‌کنند. از طرف دیگر، تا اکتبر ۲۰۱۷ فقط ۵.۱۴٪ از پدران شاغلی که فرزندشان در بازه زمانی مذکور (بین اکتبر ۲۰۱۵ و سپتامبر ۲۰۱۶) متولد شده بودند هم از مرخصی والدین استفاده کرده‌اند. بنابراین، دولت تدابیری جهت ارتقای تعادل کار و زندگی اندیشیده است تا بتواند پدران را برای گرفتن مرخصی والدین تشویق کند. اصولاً این مرخصی برای کسانی در نظر گرفته شده که فرزندان زیر یک سال دارند.

1. parenta leave

جدول ۳-۷ طرح کلی نظام مرخصی والدین تا دسامبر ۲۰۱۸

مرخصی مراقبت از خانواده	مرخصی والدین	
سال تصویب: ۱۹۹۵ سال اجرا: ۱۹۹۹	سال تصویب: ۱۹۹۱ سال اجرا: ۱۹۹۲	اجرا
● سه نوبت در مدت زمان ۹۳ روز برای هر عضو خانواده	● تا یک سالگی فرزند، البته تحت شرایط خاص تا دو سال، برای مثال اگر والدین نتوانند فرزندان خود را در مهدکودک ثبت‌نام کنند ● اگر پدر و مادر فرزند هر دو مرخصی بگیرند، مدت زمان آن دو ماه می‌شود (مرخصی ویژه پدر و مادر) ● اگر پدر تا هشت ماهگی فرزند از مرخصی مراقبت از فرزند استفاده کرده باشد، باز هم می‌تواند یک بار دیگر برای مرخصی اقدام کند	مدت زمان
● هزینه‌ها تحت پوشش بیمه کار قرار دارند ● از ۱۸۰ روز ۶۷٪ از مبلغ دستمزد ● از ۱۸۱ روز تا یک روز قبل از تولد یک سالگی فرزند، ۵۰٪ از دستمزدهای قبلی (اگر مرخصی تا دو سال تمدید شود، این مبلغ تا دو سال پرداخت می‌شود) ● معافیت از پرداخت حق بیمه	● هزینه‌ها تحت پوشش بیمه کار قرار دارند ● تا ۱۸۰ روز ۶۷٪ از مبلغ دستمزد ● از ۱۸۱ روز تا یک روز قبل از تولد یک سالگی فرزند، ۵۰٪ از دستمزدهای قبلی (اگر مرخصی تا دو سال تمدید شود، این مبلغ تا دو سال پرداخت می‌شود) ● معافیت از پرداخت حق بیمه	مزایای جبرانی

۵-۷ بیمه سلامت عمومی برای مادر و فرزند/فرزندان

مادر و فرزند/فرزندان مورد حمایت قانون بیمه سلامت عمومی مادر و فرزند^۲ که در سال ۱۹۶۵ تصویب شده قرار می‌گیرند. خدماتی از قبیل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، راهنمایی و مشاوره سلامت و کمک‌هزینه درمانی (که شامل یارانانه درمان ناباروری هم می‌شود) توسط دولت‌های محلی فراهم می‌شوند. کتابچه‌های مخصوص سلامت مادر و فرزند/فرزندان

1. Papa/Mama Parental Leave Plus
2. Maternal and Child Health Act

(بوشیتکو) در اختیار زنان باردار قرار می‌گیرند. تا اوایل قرن بیستم، میزان مرگ و میر نوزادان ۱۵۰ تا ۱۶۰ نوزاد در هر هزار نفر بود، اما از ۱۹۲۰ به بعد به طور چشمگیری کاهش یافت و به رقم ۱۰ در سال ۱۹۷۵ رسید. در سال ۲۰۱۷ این رقم ۱۰.۹ بود که حتی در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته دیگر پایین‌ترین رقم به حساب می‌آید. این دستاورد را می‌توان نوعی پیروزی در سیاست‌گذاری سلامت مادر و کودک در ژاپن به حساب آورد.

بلافاصله بعد از پایان جنگ جهانی دوم، به خاطر رشد انفجاری جمعیت^۲ و افزایش فقر، وضعیت سلامت مادران و فرزندان وخیم‌تر شد. تحت این شرایط قانون حمایت از یوزنیک (بهبودی نژادی)^۳ در سال ۱۹۴۸ به تصویب رسید که طبق آن به پزشکان اجازه داده می‌شد تا عمل سقط جنین را تحت شرایط خاصی انجام دهند: برای مثال، در صورتی که مدت زمان بارداری ۲۱ هفته یا کمتر باشد و یا اینکه زایمان سلامت مادر را به خطر اندازد یا مشکلات اقتصادی برای او ایجاد کند و یا در صورتی هم که مادر مورد تجاوز قرار گیرد سقط جنین مجاز است. پزشکان هم موظف هستند تا تعداد دفعاتی که عمل سقط جنین انجام داده‌اند را گزارش دهند و در صورتی که سن جنین ۱۲ هفته یا بیشتر باشد آن را تحت عنوان مرده‌زایی^۴ ثبت کنند. عنوان این قانون در سال ۱۹۹۶ به قانون حمایت از بارداری^۵ تغییر یافت.

در سال ۱۹۹۶، حمایت از درمان ناباروری هم به موارد دیگر در زمینه سیاست‌گذاری بهداشت و سلامت مادر و فرزند افزوده شد. از آن پس مراکز ارائه مشاوره تخصصی متعددی در رابطه با ناباروری در کل کشور تاسیس شدند و تا ۲۰۱۷ تعداد آن‌ها تقریباً به ۷۰ مرکز رسید. یارانه خاصی برای هزینه‌های درمان ناباروری از سال ۲۰۰۴ در نظر گرفته شد و تاکنون این حمایت اقتصادی چندین بار مورد بازبینی قرار گرفته است. امروزه زوجین یارانه‌ای

1. Boshitecho

2. baby boom

3. Eugenic Protection Act

4. still birth

5. Maternity Protection Act

به مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ین به ازای هر عمل لقاح آزمایشگاهی (مصنوعی)^۱ دریافت می‌کنند (البته سن زن بایستی زیر ۴۳ سال باشد و برای زنان زیر ۴۰ سال می‌توانند تا ۶ بار و زنان بین ۴۰ تا ۴۲ سال هم در مجموع ۳ بار می‌توانند برای این عمل اقدام کنند و یارانه دریافت کنند). اگر مردی هم نیاز به این نوع درمان داشته باشد، یارانه‌ای با مبلغ یکسان به او تعلق می‌گیرد. در این موارد محدودیت‌های درآمدی هم در نظر گرفته می‌شوند (درآمد در نظر گرفته شده برای زوج‌های متاهل ۷.۳ میلیون ین است). تعداد تقاضاها هر سال افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۴ وقتی که این سیستم پایه‌گذاری شد، تعداد کمک‌هزینه‌ها ۱۷,۶۵۷ مورد بود و در سال ۲۰۱۳ این رقم به ۱۴۸,۶۵۹ مورد رسید.

1. in vitro fertilization

فصل ۸

سیاست‌گذاری در خصوص افراد دارای معلولیت

نویسنده: 

 Yoshihiro Kaneko

۱-۸ سیاست‌گذاری در خصوص افراد دارای معلولیت در ژاپن

دولت ژاپن کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت^۱ را در سال ۲۰۰۷ امضا کرد اما هنوز به تصویب نرسیده است. از آنجایی که این کنوانسیون در ۱۳۸ کشور به تصویب رسیده است، دولت ژاپن هم سعی دارد تا کلیه اقدامات ضروری را در این خصوص انجام داده و شرایط لازم را برای تصویب آن مهیا کند (تا اکتبر ۲۰۱۳).

در چارچوب شش قانون رفاهی، خدمات مختلفی به افراد واجد شرایط ارائه می‌شوند، این قوانین عبارت‌اند از قانون مساعدت عمومی، قانون رفاه کودک، قانون رفاه افراد با معلولیت جسمی^۲، قانون رفاه افراد عقب‌مانده ذهنی^۳، قانون رفاه اجتماعی سالمندان^۴، قانون رفاه مادران سرپرست خانوار و زنان بیوه^۵. خدمات و امکانات نظام رفاهی با توجه به نوع معلولیت ارائه می‌شوند و میزان مخارجی که افراد متقبل می‌شوند هم بستگی به نوع معلولیت دارد. تعداد افرادی که معلولیت جسمی و عقب‌ماندگی ذهنی^۶ و بیماری‌های روانی داشتند به ترتیب به ۳,۶۳۳,۰۰۰ نفر، ۵۴۷,۰۰۰ نفر و ۳,۲۳۳,۰۰۰ نفر در اواسط دهه اول قرن بیست و یکم می‌رسید (نک جدول ۱-۸).

-
1. Convention of Rights of People with Disabilities
 2. Act on Welfare of Physically Disabled Persons
 3. Act on Welfare of Mentally Retarded Persons
 4. Act on Social Welfare Service for Elderly
 5. Act on Welfare of Mothers with Dependents and Widows
 6. mental retardation

جدول ۱-۸ تعداد افراد دارای معلولیت در ژاپن، به ۱۰۰۰ نفر (۲۰۱۳)

مراقبت در مراکز تخصصی	مراقبت در خانه	مجموع		
۵	۹۳	۹۸	زیر ۱۸ سال	افراد با معلولیت جسمی
۸۱	۳۴۸۳	۳۵۶۴	بالای ۱۸ سال	
۸۷	۳۵۷۶	۳۶۶۳	مجموع	
۸	۱۱۷	۱۲۵	زیر ۱۸ سال	افراد دارای معلولیت ذهنی
۱۲۰	۲۹۰	۴۱۰	بالای ۱۸ سال	
۰	۱۲	۱۲	سن نامعلوم	
۱۲۸	۴۱۹	۵۴۷	مجموع	
بستری	سرایبی	مجموع		
۳	۱۷۶	۱۷۹	زیر ۱۸ سال	افراد با اختلالات روانی
۳۱۹	۲۶۹۲	۳۰۱۱	بالای ۱۸ سال	
۱	۱۰	۱۱	سن نامعلوم	
۳۲۳	۲۸۷۸	۳۲۰۱	مجموع	

منبع: گزارش هیئت دولت در خصوص افراد دارای معلولیت (۲۰۱۳) و پیمایش‌های MHLW در خصوص افراد با معلولیت در سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۰۶ و ۲۰۱۱

به‌منظور ایجاد هماهنگی بین نظام‌هایی که بر اساس نوع معلولیت طبقه‌بندی شده‌اند، قانون خدمات و حمایت از افراد معلول (SSPDA^۱) در سال ۲۰۰۵ تصویب شد. بر اساس این قانون، طرح جدید خدمات برای سه نوع از معلولیت ذکر شده (معلولیت جسمی، عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری‌های روانی) در سال ۲۰۰۶ ارائه شد. اما بر سر هزینه‌هایی که خانواده‌هایی دارای فرزند معلول بایستی متقبل می‌شدند اختلافاتی وجود داشت. به همین دلیل و برخی

دیگر از کاستی‌ها، حزب دموکرات بحث بازنگری SSPDA را پیش کشید و لایحه اصلاحی را که شامل بررسی مجدد تقسیم هزینه‌ها می‌شد (به عبارت دیگر، تعدیل مخارج با توجه به درآمد) در پارلمان مطرح کرد و در دسامبر سال ۲۰۱۰ مورد تأیید نمایندگان قرار گرفت. این تلاش‌ها بالاخره نتیجه دادند و قانون جدیدی که در آن معایب SSPDA اصلاح شده بود در ژوئن سال ۲۰۱۲ تحت عنوان قانون رفاه جامع معلولان^۱ به تصویب رسید.

۲-۸ انواع مختلف حمایت

۱-۲-۸ حمایت درآمدی

مستمری ملی، طرحی است که شامل حال افراد معلول بزرگسال می‌شود، به این طرح مستمری پایه معلولیت^۲ گفته می‌شود. مستمری بگیران این طرح افرادی هستند که در دوران کودکی معلول شده‌اند و یا به‌طور مادرزاد با معلولیت متولد شده‌اند. مستمری شاغلان (کارکنان) نیز شامل طرحی برای افرادی که دچار از کارافتادگی حین اشتغال شده‌اند می‌شود. طرح‌های مشابه دیگری هم برای کارکنان دولت‌های مرکزی و محلی و همچنین معلمان و کارکنان مدارس خصوصی وجود دارند. طبق قانون بیمه جبران حوادث کارکنان (کارمندان/ کارگران)^۳، به افراد شاغلی که در حین خدمت به خاطر بیماری یا حوادث حین کار قادر به ادامه کار نباشند، مستمری تعلق می‌گیرد. طرح‌های جبران حوادث با سازوکارهای مشابهی برای کارکنان دولت هم وجود دارد.

1. Act for Comprehensive Welfare for Persons with Disabilities

2. disability basic pension

3. Workers' Accident Compensation Insurance

جدول ۸-۲ حمایت درآمدی از افراد معلول و از کارافتاده

نوع مستمري	مستمري پايه عمومي	بيمه مستمري مستخدمان
نوع	نرخ يکسان ^۱	مبتني بر درآمد
ميزان مستمري (مبلغ ساليانه)	۹۳۸,۱۰۰ ين (درجه ۱) يا ۷۸۶,۵۰۰ ين (درجه ۲) + کمک هزینه اعضای تبعی	۲۵٪ بيشتر از مبلغ مستمري بازنشستگی (درجه ۱) يا مبلغی برابر با مبلغ مستمري بازنشستگی (درجه ۲)
شرایط احراز	برای افراد بالای ۲۰ سال: اگر $\frac{۲}{۳}$ (دوسوم) از حق بیمه دوره (insurance period) را پرداخت کرده باشند. برای افراد زیر ۲۰ سال: به محض معلولیت یا از کارافتادگی مستمري برقرار می شود.	افرادى واجد شرایط هستند که در هنگام از کارافتادگی تحت پوشش بیمه‌ای باشند (برای افرادی که سابقه آن‌ها کمتر از ۳۰۰ ماه است، ۳۰۰ ماه در نظر گرفته می شود)

منبع: آمار تأمین اجتماعی ۲۰۰۹، مؤسسه ملی مطالعات جمعیتی و تأمین اجتماعی

به غیر از مزایای مستمري عمومی، کمک هزینه‌هایی هم هستند که تحت شرایط خاص معلولیت/از کارافتادگی توسط مقامات محلی پرداخت می‌شوند. اما بایستی به این نکته توجه کرد که طرح پرداخت کمک هزینه حالت همگانی ندارد و اگر مقامات محلی تصمیم به پرداخت کمک هزینه‌ای به فرد یا افرادی بگیرند، اعتبار آن از محل بودجه نهاد محلی تأمین می‌شود.

۲-۸ حمایت در قالب ارائه خدمات

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، قانون رفاه جامع معلولان در سال ۲۰۱۲ به تصویب رسید و بر اساس این قانون ارائه خدمات به افراد زیر ۱۸ سال که معلولیت داشتند دوباره سازمان‌دهی شد. این قانون متمرکز بر سه هدف بود: (۱) سیاست‌گذاری فراگیر در خصوص سه نوع معلولیت: معلولیت جسمی، معلولیت ذهنی و اختلالات روانی، (۲) سازمان‌دهی مجدد طرح‌های ارائه خدمات با تأکید بر اولویت افراد دارای معلولیت، (۳) اجرایی کردن مشارکت فعال نیروی کار دارای معلولیت.

1. flat rate

جدول ۸-۳ طرح ارائه خدمات به افراد دارای معلولیت تحت نظارت SSPDA

پرستاری در خانه	خدمات مراقبت و پرستاری
پرستاری و مراقبت از افرادی دارای معلولیت شدید	
کمک در انجام فعالیت‌های روزانه	
حمایت‌های جامع از افراد دارای معلولیت شدید	
مراقبت از کودکان دارای معلولیت در طول روز	
مراقبت شبانه‌روزی از کودکان دارای معلولیت	
خدمات پرستاری در طول روز	
مراقبت در انجام امور شخصی	
ارائه امکانات و خدمات شبانه	
مراقبت در آسایشگاه‌ها	
خدمات توان‌بخشی	
ارائه آموزش‌های لازم برای اشتغال	خدمات آموزشی
آموزش و حمایت از اشتغال پیوسته	
حمایت و ارائه آموزش در خصوص زندگی گروهی	
ارائه خدمات حمل‌ونقل به افراد دارای معلولیت جسمی	
ایجاد مراکزی با تجهیزات ویژه برای فعالیت‌های اجتماعی	خدمات اجتماعی
خانه‌های رفاه	

منبع: وبسایت رسمی وزارت بهداشت، کار و رفاه

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/taikei.html>

۳-۲-۸ توسعه خدمات توانبخشی حرفه‌ای^۱ و اشتغال افراد دارای معلولیت

چالش‌های زیادی برای اشتغال افراد معلول وجود دارند و این امر موجب شده تا خدمات توانبخشی حرفه‌ای اهمیت بالایی داشته باشند. این خدمات شامل ارزیابی و راهنمایی حرفه‌ای، حمایت و ایجاد آمادگی لازم برای کار، سنجش افراد دارای معلولیت ذهنی و

1. vocational rehabilitation services

حمایت جامع از اشتغال آنها می‌شود. این خدمات در راستای قانون توسعه اشتغال افراد دارای معلولیت توسط مراکز فنی و حرفه‌ای محلی و مراکز فنی و حرفه‌ای مناطق بزرگ برای افراد دارای معلولیت ارائه می‌شوند.

استخدام افراد معلول در بسیاری از موارد موجب ایجاد هزینه بیشتر برای کارفرمایان می‌شود چراکه آن‌ها بایستی تغییرات لازم را در محیط کار اعمال کنند و امکاناتی فراهم کنند که با شرایط این گروه از افراد سازگار باشد و همچنین برنامه‌های خاصی برای مدیریت پرسنل نیز بایستی به کار گرفته شوند. به منظور ارتقای شغلی و ایجاد امنیت برای افراد معلول، دولت یارانه‌ای برای جبران هزینه‌های شرکت‌هایی که چنین افرادی را استخدام می‌کند اختصاص داده است. از طرف دیگر، اگر شرکتی در این زمینه کوتاهی کند از طرف دولت جریمه می‌شود. این نظام استخدامی تحت *قانون ارتقای استخدام/افراد دارای معلولیت* قرار می‌گیرد.

مسائل جاری

از لحاظ نحوه ارائه خدمات مراقبتی به افراد نیازمند، شباهت‌هایی بین خدمات رفاهی افراد معلول و مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان وجود دارد. در بازنگری که اخیراً در خصوص بیمه مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان صورت گرفت بر مسئله جایگزینی خدمات متمرکز بر امکانات با مراقبت‌های یکپارچه اجتماعی به همراه خدمات مراقبتی در منزل تاکید شده است. روند مشابهی هم در حال شکل‌گیری است که تمرکز آن بیشتر بر محیط پیرامون افراد دارای معلولیت است و هدف آن فراهم کردن شرایط مساعد برای آن‌ها جهت ادامه روال عادی زندگی در اجتماعی است که به آن عادت کرده‌اند است. در نتیجه چنین بازنگری‌هایی، سرانجام قانون امحای کلیه اشکال تبعیض در خصوص افراد دارای معلولیت در سال ۲۰۱۳ به تصویب رسید. با تصویب این قانون، یکی از شرایط تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت برآورده شده و این امکان وجود دارد که در آینده نزدیک در ژاپن به تصویب برسد. سیاست‌گذاری در خصوص رفاه افراد دارای معلولیت در ژاپن همگام با جریان بهبود رفاه جهانی در حال پیشرفت است، اگرچه همچنان ریسک‌های متعددی به جای خود باقی هستند.

فصل ۹ بیمه کار

نویسنده: 

 Ashiya Kuroda

۱-۹ نگاه اجمالی

نرخ بیکاری در ژاپن در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته نسبتاً پایین است. قبلاً طولانی بودن قراردادهای کاری یا مدت‌زمان بالای تصدی شغل از جمله ویژگی‌های بارز بازار کار در این کشور به حساب می‌آمد، اما در سال‌های اخیر مدت‌زمان قراردادهای کار کوتاه‌تر شده است، به عبارت دیگر میزان ثبات شغلی در بازار کار ژاپن کاهش یافته و بر تعداد افراد بیکار افزوده شده است.^۱ بنابراین، امروزه این قشر نیاز به حمایت بیشتری دارند. در این فصل به شرح و توصیف دو برنامه تأمین اجتماعی پرداخته می‌شود که عبارت‌اند از بیمه اشتغال^۲ و بیمه جبران حوادث کارکنان (کارمندان/کارگران)^۳. در ژاپن «بیمه کار»^۴ به دو نوع از بیمه‌های اجتماعی اشاره می‌کند و عملکرد هر کدام از این دو مستقل از دیگری است. با این حال ویژگی‌های مشترکی هم بین این دو وجود دارند، برای مثال بیمه‌گر در هر دو این‌ها دولت است و اداره کل کار واقع در هر استان^۵ مسئول جمع‌آوری حق بیمه‌ها است.

۱. لازم به ذکر است که در ژاپن مقررات سخت‌گیرانه‌ای در خصوص اخراج کارکنان وجود دارد، با وجود این، تمهیداتی در این رابطه در نظر رفته شده است

2. Employment Insurance
3. Workers' Accident Compensation Insurance
4. labor insurance"
5. prefectural labor bureau

۹-۲ بیمه اشتغال

۹-۲-۱ طرح پایه

بیمه اشتغال از سه لایه اصلی تشکیل شده است: مزایای بیکاری، خدمات تثبیت اشتغال^۱ و خدمات توسعه منابع انسانی. اگر فردی بیکار شود به او مزایای نقدی پرداخت می‌شود که نوعی حمایت معیشتی محسوب می‌شود تا فرد بیکار بتواند دوباره مشغول به کار شود. مزایای بیکاری شامل موارد زیر است:

مزایای متقاضیان کار^۲، مزایای ارتقای وضعیت اشتغال^۳ (فرصت‌های شغلی)، مزایای دوره‌های آموزشی^۴، مزایای اشتغال مداوم^۵.

خدمات تثبیت اشتغال به کارفرمایان ارائه می‌شود تا تعدیل نیرو را به حداقل برساند. خدمات توسعه منابع انسانی به منظور کمک به کسب مهارت به کارفرمایان و کارکنان ارائه می‌شود. در شکل ۹-۱، تصویر کلی این طرح همراه با جزئیات آورده شده است. طبق قانون اشتغال، از ماه آوریل ۲۰۱۰ هر فرد مشغول به کار که دو شرط زیر را داشته باشد بیمه‌شده تلقی می‌شود:

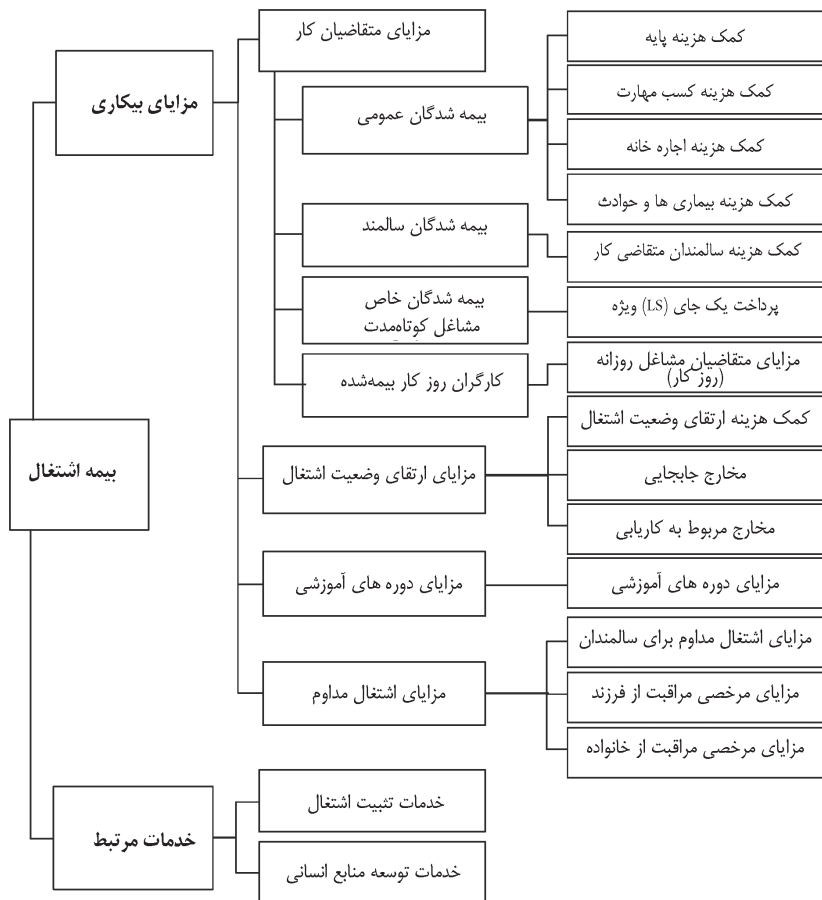
۱. حداقل ۲۰ ساعت در هفته مشغول به کار باشد (طبق برنامه کار هفتگی)

۲. حداقل ۳۱ روز سابقه کاری داشته باشد

تأمین مالی بیمه اشتغال از طریق دریافت حق بیمه‌ها و درآمدهای مالیاتی انجام می‌شود. طبق قانون، کارفرمایان و کارکنان موظف به پرداخت حق بیمه هستند. مقدار حق بیمه بر اساس میزان هزینه و درآمد با اسلوبی معین محاسبه می‌شود و بعد از تأیید وزارت بهداشت، کار و رفاه مبلغ نهایی تعیین می‌شود.

-
1. employment stabilization
 2. Job Applicant Benefits
 3. Employment Promotion Benefits
 4. Educational Training Benefits
 5. Continuous Employment Benefits

شکل ۱-۹ بیمه اشتغال



۲-۲-۹ کمک‌هزینه پایه برای متقاضیان کار

این کمک‌هزینه یکی از مزایای متقاضیان کار و رایج‌ترین نوع مزایای اشتغال محسوب می‌شود (به عبارت ساده‌تر به این کمک‌هزینه، مزایای بیکاری گفته می‌شود^{۱)}). در صورت از دست دادن شغل، فردی که قبلاً تحت پوشش بیمه قرار داشته می‌تواند این کمک‌هزینه را دریافت کند.

1. unemployment benefits

مدت زمان پرداخت این کمک هزینه ۹۰ تا ۳۶۰ روز است (البته برای افرادی که یافتن کار برای آن‌ها دشوار است، مثل معلولان ۱۵۰ تا ۳۶۰ روز است) و مدت زمان پرداخت آن به علت بیکاری، سابقه پرداخت حق بیمه و سن مزایا بگیر بستگی دارد. هر چه سابقه پرداخت حق بیمه بیشتر باشد مدت زمان دریافت مزایا طولانی‌تر است. اگر علت بیکاری یک فرد ورشکستگی شرکت یا ترک غیرارادی کار باشد، برای مثال به خاطر اتمام قرارداد بیکار شود، مدت زمان بیشتری مزایا دریافت می‌کند. در جداول ۹-۱، ۹-۲ و ۹-۳ به جزئیات دریافت مزایای بیکاری اشاره شده است. اگر فردی به میل خود و بنا به دلایل شخصی کار خود را ترک کند، مزایا تقریباً سه ماه بعد از ترک شغل پرداخت می‌شود و مقدار آن ۵۰٪ تا ۸۰٪ از میانگین دستمزد شش ماه پایانی اشتغال خواهد بود (برای افراد ۶۰ تا ۶۵ سال بین ۴۵٪ تا ۸۰٪ خواهد بود).

جدول ۹-۱ مدت زمان دریافت کمک هزینه پایه (برای بیکاری غیرارادی)

واحد: تعداد روز

بیشتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۱۰ سال و کمتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۵ سال و کمتر از ۱۰ سال	بیشتر از ۱ سال و کمتر از ۵ سال	کمتر از ۱ سال	سابقه پرداخت حق بیمه سن مزایا بگیر
-	۱۸۰	۱۲۰	۹۰	۹۰	کمتر از ۳۰ سال
۲۴۰	۲۱۰	۱۸۰	۹۰		۳۰-۳۴ سال
۲۷۰	۲۴۰		۱۸۰-۶۰ سال		
۲۳۰	۲۷۰	۲۴۰	۱۸۰		۴۵-۶۰ سال
۲۴۰	۲۱۰	۱۸۰	۱۵۰		۶۰-۶۴ سال

جدول ۹-۳ مدت زمان دریافت کمک هزینه پایه (ترک شغل ارادی)

واحد: تعداد روز

بیشتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۱۰ سال و کمتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۵ سال و کمتر از ۱۰ سال	بیشتر از ۱ سال و کمتر از ۵ سال	کمتر از ۱ سال	سابقه پرداخت حق بیمه سن مزایا بگیر
۱۵۰	۱۲۰		۹۰	-	کلیه گروه‌های سنی

جدول ۴-۹ مدت زمان دریافت کمک‌هزینه پایه (افراد با شرایط خاص مثل معلولان)

واحد: تعداد روز

بیشتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۱۰ سال و کمتر از ۲۰ سال	بیشتر از ۵ سال و کمتر از ۱۰ سال	بیشتر از ۱ سال و کمتر از ۵ سال	کمتر از ۱ سال	سابقه پرداخت حق بیمه سن مزایا بگیر
		۳۰۰			کمتر از ۴۵ سال
		۳۶۰		۱۵۰	۴۵-۶۴ سال

در سال ۲۰۱۷، میانگین تعداد افرادی که این نوع از مزایا را دریافت کردند ۳۷۸,۳۴۴ نفر بود و کل مبلغ مزایای پرداخت شده در این سال حدوداً به ۵۸۴ میلیارد ین رسید.

۳-۲-۹ کمک‌هزینه ارتقای وضعیت اشتغال و مزایای دوره‌های آموزشی

کمک‌هزینه ارتقای وضعیت اشتغال به افرادی که موفق به یافتن شغل شده باشند پرداخت می‌شود. این کمک‌هزینه به هر دو نوع شغل دائم^۱ و موقت^۲ تعلق می‌گیرد. بنابراین، می‌توان گفت افرادی که واجد شرایط دریافت کمک‌هزینه پایه (مزایای بیکاری) بوده و توانسته‌اند شغلی پیدا کنند، واجد شرایط دریافت این نوع از مزایا هستند.

مزایای دوره‌های آموزشی به افرادی پرداخت می‌شود که در هنگام حضور در دوره‌های آموزشی (که بخش خصوصی تحت نظارت وزارت بهداشت، کار و رفاه برگزار می‌کند) برای مدت معینی تحت پوشش بیمه اشتغال بوده‌اند. این کمک‌هزینه ۲۰٪ از هزینه‌های آموزشی را تا سقف ۱۰۰,۰۰۰ ین پوشش می‌دهد.

1. regular job (permenant job)

2. non-regular job (temporary job)

۴-۲-۹ مزایای اشتغال مداوم

مزایای اشتغال مداوم به بیمه‌شدگانی پرداخت می‌شود که اشتغال آن‌ها بنا به دلایلی همراه با دشواری بوده است، برای مثال سالمندی، پرورش و تربیت فرزندان یا مراقبت از اعضای خانواده. ذیل این نوع از مزایا سه نوع برنامه وجود دارد: مزایای اشتغال مداوم برای سالمندان^۱، مزایای مرخصی مراقبت از فرزند^۲ و مزایای مراقبت از خانواده^۳.

مزایای اشتغال مداوم برای سالمندان به بیمه‌شدگانی پرداخت می‌شود که سن آن‌ها بین ۶۰ تا ۶۴ سال باشد و حداقل ۵ سال تحت پوشش بیمه اشتغال قرار داشته باشند. اگر دستمزد فرد سالمندی به کمتر از ۷۵ درصد از دستمزد زمانی که ۶۰ سال داشته رسیده باشد، تا ۱۵٪ از دستمزد ماهیانه تا ۶۵ سالگی به او پرداخت می‌شود.

مزایای مرخصی مراقبت از فرزند به بیمه‌شدگانی تعلق می‌گیرد که برای مراقبت از فرزند زیر یک سال (در برخی موارد تا دوسالگی فرزند) مرخصی گرفته باشند. مقدار مزایا برابر با ۶۷٪ آخرین دستمزد (مبلغ حداکثر) قبل از مرخصی است. در گذشته این مزایا تا ۶ ماه پس از بازگشت فرد به کار پرداخت می‌شد، اما امروزه فقط در زمان مرخصی پرداخت می‌شود.

مزایای مراقبت از خانواده مانند مزایای مرخصی مراقبت از فرزند است و به افرادی تعلق می‌گیرد که برای مراقبت از اعضای خانواده (برای مثال سالمند یا بیمار) مرخصی می‌گیرند. مقدار مزایا برابر با ۶۷٪ آخرین دستمزد قبل از مرخصی است و حداکثر تا سه ماه پرداخت می‌شود.

-
1. Continuous Employment Benefits for the Elderly
 2. Childcare Leave Benefits
 3. Family Care Leave Benefits

۵-۲-۹ وضعیت اشتغال و بررسی اقدامات صورت گرفته

در سال‌های اخیر، میزان اشتغال موقت چه با قرارداد ثابت^۱ و چه به صورت پاره‌وقت و یا در قالب کارگران اعزامی^۲، روندی صعودی داشته است، به طوری که ۴۰٪ از کارکنان را نیروی کار موقت تشکیل می‌دهد. علت اصلی این روند، اشتغال سالمندان و افزایش تعداد کارکنان پاره‌وقت، مخصوصاً کارکنان زن است. اما در خصوص نیروی کار جوان ۲۵ تا ۳۴ سال، روند به گونه‌ای دیگر است و تعداد افراد بسیار کمی در اشتغال موقت مشغول به کار هستند. از جمله مشکلات اشتغال موقت می‌توان به عدم ثبات شغلی، دستمزدهای پایین و کمبود فرصت برای توسعه توانمندی‌ها و ظرفیت‌ها اشاره کرد. به همین دلیل ارتقای اشتغال دائم برای افرادی که خواهان قرار گرفتن در اشتغال غیرموقت هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

۳-۹ بیمه جبران حوادث کارکنان

۱-۳-۹ طرح کلی بیمه جبران حوادث کارکنان

بیمه جبران حوادث کارکنان نظام ارائه مزایا به کارکنان بیمار یا آسیب‌دیده‌ای است که در هنگام کار کردن یا رفت‌وآمد به محل کار آسیب دیده‌اند. این بیمه برنامه خدمات توان‌بخشی اجتماعی به کارکنان آسیب‌دیده ارائه می‌دهد. کلیه افراد شاغل، فارغ از نوع قرارداد و شغل تحت پوشش این بیمه قرار دارند. تأمین مالی این بیمه از محل حق بیمه کارفرمایان انجام می‌شود. نرخ حق بیمه کارفرمایان تا حد زیادی به صنعتی که در آن مشغول به کار هستند بستگی دارد (نک جدول ۴-۹). برای شرکت‌هایی که تعداد کارکنان آن‌ها بیش از صد نفر است، میزان حق بیمه با توجه به حوادث رخ داده در سه سال اخیر افزایش یا کاهش پیدا می‌کند.

1. fixed-term contract

2. dispatched workers

جدول ۹-۵ نرخ حق بیمه در بیمه جبران حوادث کارکنان به تفکیک صنعت (به درصد)

صنعت	نرخ حق بیمه (%)
جنگلداری	۶۰
شیلات	۳۸-۱۹
معدنکاری	۸۸-۳
ساختمان	۷۹-۶.۵
تولید	۲۶-۲.۵
حمل و نقل	۱۳-۴.۵
انرژی (برق، گاز، آب)	۳
موارد دیگر	۴۹-۲.۵

این مزایا شامل موارد زیر است:

درمان در مراکز پزشکی، مزایای موقت از کارافتادگی، مزایای بیماری و حوادث، مزایای معلولیت جسمی و مزایای بازماندگان.

۲-۳-۹ روندهای اخیر حوادث مشاغل صنعتی

به‌طور کلی حوادث صنعتی در بازه زمانی بلندمدت روندی نزولی در ژاپن داشته است. با وجود این، بیماری‌های قلبی و عارضه‌های مغزی و اختلالات روانی ناشی از کار و مزایای پرداخت‌شده به افراد بیمار روندی صعودی داشته است. بنابراین، اقدامات بازدارنده در این حوزه، مخصوصاً در رابطه با کار بلندمدت و سلامت ذهنی کارکنان بایستی انجام شود.

نکته: متن اصلی این گزارش به زبان ژاپنی بوده و سپس به زبان انگلیسی ترجمه شده است. لذا، متن انگلیسی به لحاظ نحوی تحت تاثیر قواعد زبان ژاپنی قرار گرفته است. در ترجمه متن انگلیسی به فارسی هم در برخی موارد این تاثیر مشهود است.



تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی، پلاک ۴، واحد ۱۰۱

تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۰۳۴۶۵	دورنگار: ۰۲۱-۲۲۷۰۲۹۰۳
info@saba-psi.ir	www.saba-psi.ir