

負擔得起的照顧？日本長期照護保險制度從分級照護到在地老化制度設計與政策發展

黃芳誼

摘 要

本文以日本長期照護保險制度（LTCI）為研究對象，分析其自 2000 年實施以來，如何在高齡化加速、失能人口增加與財政壓力擴大的背景下，透過分級照護與在地老化的制度設計回應長期照護需求。本文採次級資料分析與制度分析方法，整合 2001 至 2024 年間中央與地方政府統計、制度文件、地方政府報告及費用個案資料，從資格認定、照護分級、服務類型、機構配置、經營主體與費用分擔等面向，檢視日本長照制度的演變與運作邏輯。研究發現，日本已形成以公私協力、社區優先與預防導向為核心的多層次長照體系，並由非營利法人在供給端扮演關鍵角色，呈現官督民營的制度特徵。公立與重度照護機構主要服務中重度失能者，民間住宅型與社區型服務則吸納較多輕度與支援需求者。然而，隨著照護等級提高、住宿型與機構型服務使用增加，以及私部門價格差異擴大，使用者自付負擔明顯上升，制度執行上亦出現候補名單與空床並存等資源配置問題。本文指出，日本經驗顯示，長照制度的可負擔性不僅取決於保險給付水準，更取決於地方治理能力、價格監理與服務整合機制能否有效協調財政永續、照護品質與社會公平。

關鍵字：日本長期照護保險、在地老化、分級照護、自付負擔、公私協力

壹、日本長期照護保險制度介紹

在進入超高齡社會的背景下，如何確保高齡者獲得公平、可近且可負擔的長期照護服務，已成為東亞各國社會政策的核心課題。「在跨國比較研究中，Eggink、Woittiez 與 Ras（2016）以靜態微觀模擬模型推估高齡照護服務的使用情形，指出失能率與社經條件的變化將深刻影響長照需求預測，凸顯制度設計必須與人口結構變遷同步調整」。以日本為例，截至 2025 年，65 歲以上人口已占總人口近 30%，如東京都更有超過 65% 的居民屬於高齡人口¹。然而，照護供需之間的矛盾日益浮現，正如東京都特別養護老人之家的實例所示：雖然等待名單上人數眾多，實際入住需求卻因「預備性申請」、取消率高與私營機構空床無人使用等因素而顯得複雜化。這不僅加重了地方政府對機構管理與人力配置的壓力，也反映出制度設計與現場實踐之間的落差。基於此，本研究旨在重新檢視自 2000 年起實施的日本長期照護保險制度，透過制度設計與財務負擔視角，分析分級照護與在地老化政策的實施效果與挑戰。本研究乃系統性整理制度內部的服務分類與使用者自付結構，並分析公私部門角色分工與制度公平性間的矛盾；更重要的是，補足現有文獻對地方實務執行差異的關注不足。

本研究以「在地老化」作為核心分析主軸，將其理解為高齡者即使在失能程度提高後，仍能在熟悉的社區與生活圈中，透過住宅、社區照護、分級照護與財務支持的整合，持續獲得適切照護。為檢視日本長期照護保險制度是否真正形成支持在地老化的制度基礎，本文採取次級資料分析與制度分析方法，系統整理 2001 至 2024 年間日本厚生勞動省、地方自治體、福利機構與相關研究資料，包括，官方統計、制度設計文件、地方政府報告，以及埼玉縣、大阪府與東京等地的長照費用個案資訊，以提高資料來源的多元性與分析的完整性。在此基礎上，本文共分為七個部分：第一部分概述日本長期照護保險制度的基本架構，說明其強制性保險性質、給付對象與失能認定程序；第二部分分析長照居住與照護體系的分類體系，揭示制度如何透過「照護等級」與「所得水準」進行資源分層對應；第三部分探討長照設施的變遷趨勢，指出政策重心如何從傳統公共機構轉向民間經營的居住型服務；第四部分詳列長照床位與資源容量的分布現況，呈現各類型機構在整體量能中的供給占比；第五部分解析照護對象的結構特徵，說明公私部門在服務重度與輕度失能者之間的功能分工；第六部分解析保險費用與財源組成，說明使用者自付比率與保

《註 1》Otsuki, E., “Supply and demand problems at ‘Special Nursing Homes for the Elderly’: Why vacancies exist despite waiting lists”, *Toyo Keizai Online*, April 13, 2025.

費徵收的財務邏輯；第七部分則聚焦於自付額上限與補助機制，說明「高額照護費用補助制度」如何為不同經濟階層的高齡者提供財務安全網，以確保照護服務的可負擔性。

一、日本長照保險制度基本架構

首先，日本的長期照護保險（Long-Term Care Insurance, LTCI）自 2000 年實施以來，已建立起一套由中央政府訂定框架、地方政府執行的強制性社會保險制度。其主要對象為所有年滿 40 歲的居民，必須繳納保險費，其中 65 歲以上者一律具有服務申請資格，而 40 至 64 歲者則須因特定老年性疾病（如早發性失智、中風）才符合資格。該制度涵蓋的服務範圍廣泛，包括機構照護（如特別養護老人之家）、居家照護（日間照顧、訪視照護等）及社區型整合照護服務。

二、日本長照居住與照護體系分類

日本厚生勞動省（Ministry of Health, Labour and Welfare, MHLW）於 2025 年繪製的高齡者住宅與照護設施分類全貌圖（如圖 1），顯示出不同等級照護需求（從「照護不需」到「需要照護 5」）與所得水準下，高齡者可選擇的多元居住型態與設施對應。整體而言，這套分類反映出日本

高齡社會在「在地老化」、「功能適配」、「經濟可負擔」三者間所進行的細緻分層設計²。

圖 1 中左側為照護需求軸，由下至上分為「不需要介護」、「需要支援 1-2」、「需要介護 1-5」，表示高齡者失能程度。橫向則為所得階層軸，由左至右表示從低收入到高收入的變化。居住與照護設施則分為公共住宅、民間租賃住宅、照護型機構，與照護住宅等類型，其中包括：

- （一）「不需要照護者（不需要介護～需要支援）：多半可選擇「公營住宅」如「高齡者專用住宅」（Silver Housing）、「公共租賃住宅」（UR、公益住宅）或「居住安全網住宅」等，提供基本住宅安全保障。
- （二）輕度至中度失能者（需要支援 2～需要介護 1-2）：可選擇如「養護老人院」、「低費用老人院」、「失智症對應型團體之家」等機構型設施，或入住如「附服務高齡者住宅」（Service-Linked Senior Housing）這類民間提供、但可串接外部照護服務的住宅。
- （三）重度失能者（需要介護 3-5）：主要應用於「特別養護老人之家」，可區分為「傳統型」與「單元型」；也包括以外部服務支援為主的「附有介護」有償老人之家，與不直接提供照護、但可外接服務的「住宅型」有償老人

《註 2》日本厚生勞動省，〈地域包括ケアシステムにおける高齡者住まいについて〉，2025 年。

圖 1 高齡者居住照護選項的多樣性與功能階層對應圖



資料來源：日本厚生勞動省，〈地域包括ケアシステムにおける高齢者住まいについて〉，2025 年。

之家。這些設施費用差異較大，入住者須根據自身經濟能力與照護需求慎重選擇。

值得注意的是，在中間層區塊還出現了如「健康型」收費老人養護機構與「附設服務之高齡者住宅」這類介於純住宅與機構之間的複合設計，強調居住自主性與社區照護資源連結。這些設計反映出日本「地域整合照護系統」的核心精神：讓高齡者即使失能，也能在熟悉的社區中獲得適切支持與有尊嚴地生活，展現出日本對於在地老化政策的制度化與生活化實踐。

三、長照設施的變化趨勢

自 2001 年（平成 13 年）至 2022 年（令和 4 年）間，日本各類高齡者照護設施與居住型服務的使用者人數變化趨勢如圖 2 所示。從該圖可看出隨著日本人口快速高齡化，特別是在「需要照護」人口增加的背景下，政府與民間提供的照護設施與高齡者住宅服務類型日益多元化，且呈現出明顯的成長與轉型軌跡。

首先，傳統的「照護老人福利設施」（特別養護老人之家）仍是照護需求最高

的機構，從 2001 年約 31 萬人穩步增長至 2022 年已超過 64 萬人，顯示其在公立機構中的主力地位。然而，近年來成長曲線已趨於平緩，顯示設施擴建趨近飽和。

相比之下，「付費老人院」（私人經營的高齡者住宅，紅色曲線）成長速度相當迅速，自 2001 年約 6.7 萬人增至 2022 年超過 61 萬人，幾乎已與特養設施持平，顯示出民間市場在高齡住宅領域的爆炸性擴張。其中，不僅包括提供照護服務的「附照護服務付費老人院」，亦包含僅供居住的「住宅型付費老人院」。

此外，近年最明顯的成長則來自於「附服務高齡者住宅」（Private Senior Housing with Services），這類由地方政府補助與民間合作興建的居住型住宅，自 2011 年創設制度後快速普及，至 2022 年已達 21.5 萬人使用，成為介於「住宅」與「照護機構」之間的新型態選擇，受到自立高齡者與家庭照護者的高度關注。

而失智症高齡者團體之家（Group Homes for the Elderly with Dementia）也穩定成長，自 2001 年約 1.2 萬人提升至 2022 年約 18.9 萬人，反映出對失智症照護需求的制度化回應。而其他傳統設施如「照護老人保健設施」、「照護療養型醫療設施」與「養護老人院」、「低費用老人院」則呈現趨緩甚至逐漸衰退的使用趨勢，反映出政策重心逐步從集中機構轉向社區與居家連結的方向。

圖 2 顯示出日本高齡照護政策的三個主要發展趨勢：一是公私協力的多元照護

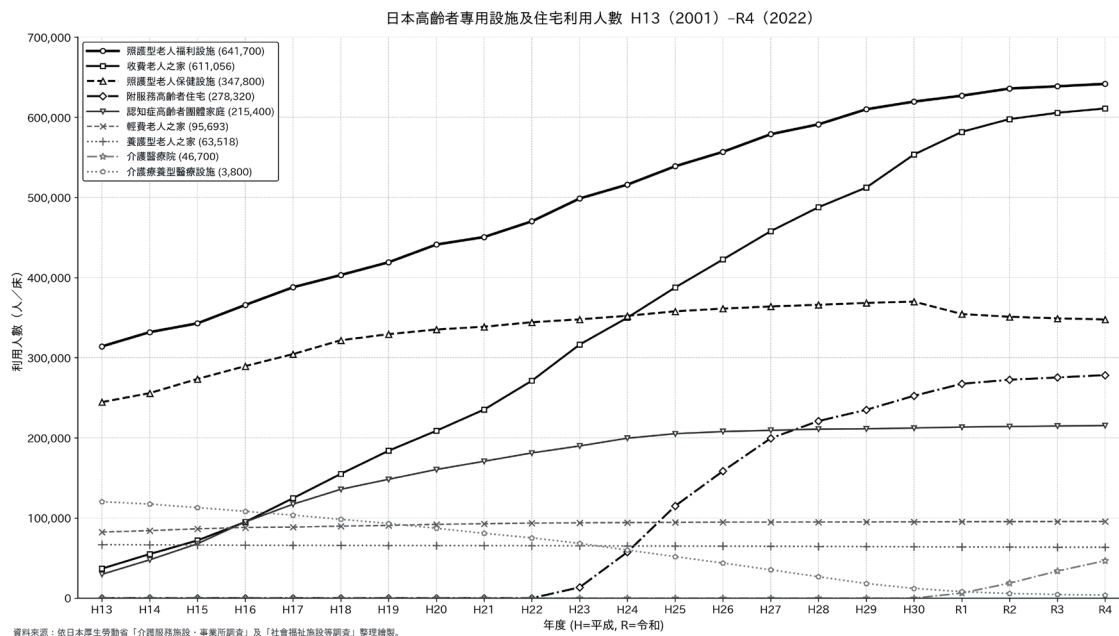
體系擴張；二是從機構照護轉向居住與生活支援的整合模式；三是針對認知症與自立高齡者的特化設計日趨成熟。這也展現日本「地域整合照護系統」所強調的，讓高齡者無論健康與失能狀況，都能在熟悉的社區中安心生活的政策願景。

四、長照床位與資源容量

截至 2022/23 年，日本主要長期照護機構與民間高齡者住宅類型的床位容量（capacity）比率估算，整體總容量可粗略估算為約 180 萬床位，涵蓋公立與民營、醫療型與住宅型等多樣化的高齡照護資源（見表 1）。

首先，特別養護老人之家（Welfare Facilities for the Elderly）占比最高，達 597,973 床（33%），顯示其仍是公立長期照護體系的核心設施，提供給需要照護等級較高（需要照護 3 以上）的長者使用，且入住者多具有低收入與無家庭照顧的背景。其次，付費老人院（Elderly health facility + Private long-term care facilities）總計占比達 21%（369,365 床），為成長迅速的民間住宅與照護設施，部分提供專業照護人員二十四小時服務（附照護服務付費老人院），部分則為僅提供居住空間（住宅型付費老人院），入住條件與服務彈性較高，吸引自立長者或經濟條件較佳者選擇。失智長者團體家園（Elderly Health Facility）則占有 224,738 床（12%），屬於中繼型設施，設計目的為介於住宅與長照之間，協助老人在短期內進行復健後返回

圖 2 高齡照護機構的類型與成長趨勢



資料來源：厚生労働省老健局，〈地域包括ケアシステムにおける高齢者向け住まいについて〉（社会保障審議会介護保険部会第 118 回資料 1），2025 年 3 月 17 日，第 10 頁，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001447747.pdf>。

家庭或轉往其他照護機構，但目前許多使用者長期滯留，成為制度中的一大挑戰。

另外，照護醫療院（Integrated Facility for Medical and LTC）僅占 53,022 床（3%），是近年新設的整合型機構，提供失能長者同時接受醫療與照護服務的選項，目前仍在擴張階段。私人長期照護設施（附設服務）（Group Homes for the Elderly with Dementia）佔有 275,413 床（15%），主要針對失智症長者提供家庭式小單位照護，強調熟悉環境與日常生活支援，是日本失智政策的重要實踐場域。最後，附服務高齡者住宅（Private Senior

Housing with Services），私立長者照護住宅占有 282,120 床（16%），成為近年住宅政策的新方向。這類設施多由地方政府鼓勵民間興建，提供安全、無障礙設計與定時巡視服務，適合低照護需求或尚可自立的長者入住。

日本長照設施朝向「機構照護多元化」與「居住型照護擴張」的結構轉型（表 1），不僅滿足失能長者的深度照顧需求，也試圖創造讓高齡者在社區中自主生活的環境選項，呈現日本高齡社會政策的適應性與多樣性。

日本高齡者居住與照護體系的整體分

表 1 長期照護設施類型分布表（長照護機構與民間高齡住宅床位占比）

設施類型	人數	百分比（%）
LTC 長者福利設施（特別養護老人之家）	597,973	33%
長者健康設施（付費老人院）	369,365	21%
醫療與長期照護整合設施（EAR / 照護醫療院）	53,022	3%
失智長者團體家園	224,738	12%
私人長期照護設施（附設服務）	275,413	15%
帶服務的私人長者住宅（附服務高齡者住宅）	282,120	16%
合計	1,802,631	100%

資料來源：Matsuda, Ryozo, 〈Long term care in Japan〉, [Presentation], 2025。

類，如圖 1 所示，其涵蓋機構型照護、住宅型照護與社區型照護等不同服務模式。

五、照護對象結構

根據 2022 年日本長期照護保險（LTCI）報告整理出各類型設施在不同照護等級下的使用人數，涵蓋支持需求等級（SL1、SL2）與照護等級（CL1 至 CL5）。該資料呈現不同機構的照護對象差異及整體照護負擔的分布狀況（詳見表 2）。

首先，老人福利設施（Welfare Facilities for the Elderly）是最主要的照護設施，共服務約 677 萬人次，其中需要照護 3、4、5 級的使用者合計超過 600 萬人，顯示此類設施主要服務重度失能者，幾乎不接受需要支援者（SL），也少見 CL1 與 CL2 使用者。其次，老人健康照護設施共服務約 412 萬人次，涵蓋所有照護等級，其中以 CL1 至 CL4 為主要使用群。該設施原本為短期復健與轉銜設施，惟實際使用

上常常成為長期照護場所，使用者病況輕重不一，範圍彈性大。再者，照護醫療院（Integrated Facility for Medical and Long-term Care）共服務約 50 萬人次，其服務對象集中在 CL3 以上，顯示此類設施的醫療與照護整合功能主要針對中重度失能者，亦有少數 SL 者入住。此外，醫療機構內長期照護病床（Long-term Care Beds in Medical Institutions）僅服務 91,700 人次，為最少的一類。此類床位多數集中於重症與慢性病患者，呈現醫療照護導向較強。最後，特定設施入住者（Specified Facility Residents）則總計達 311 萬人次，分布範圍最廣，從 SL1 至 CL5 皆有涵蓋，顯示此類民間設施具高度彈性與多元性。例如包括附服務高齡者住宅、住宅型付費老人院、失智症高齡者團體之家等設施，因入住門檻較低且服務多樣，吸引不同程度失能者使用。此顯示政府設施傾向集中照護中重度失能者，而民間設施（特定設

表 2 2022 年日本長期照護保險涵蓋支持需求等級（SL1、SL2）與照護等級（CL1-CL5）

設施類型	SL1	SL2	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	總計 (人次)
老人福利設施	2		62,929	186,775	1,764,821	2,757,750	2,003,203	6,775,480
老人健康照護設施	4	7	510,044	774,859	1,000,791	1,159,551	675,564	4,120,820
照護醫療院（醫療及長期照護 NHEAR）	10	17	10,733	20,300	50,913	194,012	225,028	501,013
長期照護病床機構			1,461	2,738	7,527	35,066	44,908	91,700
特定設施入住者	205,464	170,170	711,351	599,457	525,286	571,093	335,349	3,118,170

資料來源：日本厚生勞動省《令和 4 年度照護保險事業狀況報告（年報）》，由作者根據原始數據彙整計算。

施）則承擔更多輕度與支持需求者的服務，呈現日本長照制度的分工邏輯與機構功能定位。

六、保險費用與財務負擔

日本長期照護保險制度（LTCI）的永續運行奠基於一套嚴密的財務負擔與給付框架。財務永續性議題在比較長照保險研究中備受關注，Chen 等（2025）以中國南寧為例分析長照保險之收支結構與長期平衡，指出共付比率與基準保費設計對制度可持續性具關鍵影響；Sonnessa、Tànfani 與 Testi（2017）則以代理人基礎模型評估不同共付方案對醫療財政之貢獻，呈現財務分擔機制設計所牽動的政策意涵。首先，必須強調該保險並非涵蓋全體住民，

而是僅限於年滿 40 歲以上的居民。整體制度的財源由公共資金與保險費各負擔 50%。在保費繳納來源上，65 歲以上的第一類被保險人由地方政府依個人所得分級計算，並由個人全額負擔；而 40 至 64 歲的第二類被保險人，其保費與健康保險費合併徵收，若是受僱者由勞雇雙方各負擔一半，自營業者等國民健康保險加入者則由個人全額負擔。當被保險人使用長照服務時，保險制度最多補助 70% 至 90% 的基本照護費用，剩餘的 10%、20% 或 30% 則依據個人所得水準由使用者自行負擔。最後，為避免使用者因長照支出陷入經濟困境，政府設計高額照護費用補助制度，會根據家庭所得狀況設定每月的自付費用上限，超過上限的部分由政府給予補助。

表 3 日本長期照護保險家戶所得別每月自付上限

所得等級分類	具體條件	最高繳費限額 (月額 / 日圓)	適用單位
家庭中有相當於現役勞動人口收入者	年收入 1,160 萬日圓以上	140,100	家戶
家庭中有相當於現役勞動人口收入者	年收入 770 萬至不足 1160 萬日圓	93,000	家戶
家庭中有相當於現役勞動人口收入者	年收入 383 萬至不足 770 萬日圓	44,400	家戶
家庭中有市民稅課稅者之本人	—	44,400	家戶
家庭中無市民稅課稅者之本人	一般情況	24,600	家戶
家庭中無市民稅課稅者之本人	領取高齡福利年金之本人	24,600	家戶
家庭中無市民稅課稅者之本人	前一年度所得與公務員年金合計 80 萬日圓以下之本人	15,000	個人
接受生活扶助之本人	—	15,000	個人

資料來源：Osaka Prefecture, About the Long-Term Care Insurance System, 2024, p. 6, 16–20。

註：政府依所得等級設定每月自付上限，超過部分可申請高額照護服務費補助。

這套涵蓋保費收取、比率給付與自付上限的機制，構成日本長照財務運作的完整全貌。

在財務負擔方面，日本長期照護保險制度採用部分自付機制，根據個人所得分為 10%、20% 或 30% 三種共付比率。對於低收入者，政府提供補助措施以減輕其共同負擔。以需要照護 3 或 4 的個案為例，若使用居家照護服務，每月平均自付金額約為 16,875 至 21,481 日圓，而在社區型服務中則為 23,641 至 27,600 日圓；若入住特別養護老人之家，則每月自付額（不含食宿）約為 20,910 至 22,950 日圓。

值得注意的是，此一供需失衡現象在大月（2025）就東京都特別養護老人之家空床與候補名單並存問題的報導中亦獲清楚呈現，儘管部分地區如東京都足立區出現入住等待名單，實際上由於部分民眾只為預備申請，導致私方仍有空床，這對養護機構營運產生壓力。

日本長期照護保險的具體條件與最高繳費限額(月額 / 日圓)，整理如表 3 所示。

日本長期照護保險制度中，第一被保險人（Primary Insured Persons）與第二被保險人（Secondary Insured Persons）的涵蓋對象、給付資格、保費負擔機制與收費

《註 3》同《註 2》，頁 3。

方式，具體如下³：

在日本，第一被保險人指的是年滿 65 歲的所有居民。這群人只要被認定為需長期照護（例如長期臥床、罹患失智症等）或需要日常生活支援，即可成為 LTCI 給付對象。他們的保費由各地市町村（地方政府）徵收，採取依所得分級的固定金額繳納方式，以減輕低收入者的負擔。若年金收入每年超過 18 萬日圓，則可直接從年金中扣繳保費，其他人則以一般繳費方式處理。各照護等級可使用之每月服務金額上限，如表 3 所示。

相對地，第二被保險人則是年齡介於 40 至 64 歲，並參加醫療保險的居民。然而，他們僅在特定條件下可成為長照保險的給付對象，例如因年齡相關疾病（如末期癌症、類風濕性關節炎等）而被認定需長期照護或支援的情況。其保費是由所屬的醫療保險機構（如健康保險或國民健康保險）一併徵收並整筆繳交。其中，健康保險部分由雇主與受僱者按比率負擔；而國民健康保險則按所得或人頭比率計算，由地方政府與中央政府共同負擔。這樣的雙層保險設計讓日本能依年齡與風險程度做出差異化的給付安排與財務規劃，兼顧財務永續與公平性。不同照護等級所對應的服務金額與使用者負擔比率，如表 3 所示。

七、自付額上限與補助機制

為了減輕使用者的經濟負擔，政府設立高額照護費用補助制度，根據使用者的

所得狀況設定每月的自付費用上限。此制度適用於高額的長照或預防照護支出，使用者須向地方政府提出申請，並經審核後依據所得分類給予補助。

具體而言，若家庭年收入超過 1,160 萬日圓，則每月的自付上限為 140,100 日圓；收入在 770 萬至 1,160 萬日圓之間者，上限降為 93,000 日圓；而年收入在 383 萬至 770 萬日圓之間者，其上限進一步降低為 44,400 日圓。對於家庭中有人需繳納市町村稅的情況，即使收入較低，仍維持 44,400 日圓的上限。

然而，對於家庭成員無須繳納市町村稅者，則可享有更低的上限——若為一般老年人，或前一年度總收入與年金合計未滿 80 萬日圓者，其上限為 24,600 日圓或 15,000 日圓。而領取公共扶助（生活保護）的個人，則最高只需負擔 15,000 日圓。這些上限顯示，日本 LTCI 制度對單身長者與低收入戶提供分級補助，尤其對於收入在市町村稅免稅標準以下的個人有顯著支持，呈現其對社會弱勢的財政保護與風險分擔原則。此制度有助於避免因長照費用過高而導致的經濟困境，並維持照護服務的可近性與公平性。

貳、日本長期照護保險服務申請與評估流程說明

一、評估流程

日本長期照護保險制度設有標準化的認定流程，申請者須經申請、問卷評估、

醫師報告、訪視調查、電腦判定與審查會審議等程序後，最終被分類為需支援 1 至需要照護 5 等級，對應不同的給付上限與服務內容。首先，申請程序須由本人或其家屬向當地市町村的長照保險窗口提出。接下來，進入初步評估階段，申請者須填寫一份標準化問卷，涵蓋其日常生活活動（ADL）、身體與認知功能以及健康狀況，同時主治醫師也須提交一份醫療報告，詳細描述其身心健康狀況與照護需求。第三步是由地方政府派遣的專業評估員（可能是市政職員、照護經理或資深照護專業人員）到申請者住處進行實地訪視，確認其生活狀況與問卷內容的真實性。再來，所蒐集的資料隨後會輸入電腦系統，並透過標準演算法計算出初步的照護等級建議。然後進入第五步，由「照護需求認定審查會」進行綜合審查，該委員會由醫療與照護專家組成，負責檢視問卷、醫療報告與電腦判定結果，最終做出照護等級的正式決定（需支援 1 級至需要照護 5 級）。第六步，市町村會正式通知申請者其照護等級與可獲得的照護服務範圍。最後，由認證的照護經理（Care Manager）與申請者共同擬訂個別化照護計畫，依據認定結果與生活需求，安排具體的服務類型、頻率與內容。整體流程設計強調公平性、科學性與地方執行彈性，確保每位高齡者能獲得符合其需求的長照服務。

二、照護認定

在日本的長期照護保險制度中，申請

者經過認定流程後，會被分級為不同的照護等級（需要照護認定），這項分類對其可獲得的服務內容與給付上限具有決定性影響。整體照護等級分為七級，從「需支援 1 級」到「需要照護 5 級」，代表由輕微支援需求至最重度照護需求的連續光譜。照護等級的高低，反映個人的身體機能、認知狀況及日常生活自理能力，並作為分配資源與設計照護計畫的核心依據。具體而言，「需支援 1 至 2 級」的個案主要需要較輕度的支援服務，例如定期的居家訪視照護或日間照護；而「需要照護 1 至 2 級」則表示需中度支援，服務頻率與密度相對提升，包含較頻繁的訪視照護、日間照護與復健訓練；進一步，達到「需要照護 3 至 5 級」的高失能等級者，則須接受密集的照護安排，包含居家照護、機構照護以及特殊專業服務的組合型照護模式。每一照護等級皆對應一個「給付上限額」（即每月給付上限），在金額與服務類型上明顯區分，確保資源能按需求優先分配，並維持制度運作的公平性與效率。

日本長期照護保險制度自 2000 年實施以來，其政策重心已逐步由單純擴大照護給付，轉向強調分級照護、社區整合與在地老化的制度安排。也就是說，長照政策不再只是決定高齡者可獲得哪些服務，更進一步牽涉到這些服務由誰提供，透過何種組織形式運作，以及地方政府如何與民間機構分工合作。因此，若要理解日本長照制度的實際運作效果，僅分析照護等級、服務類型與給付設計仍有不足，還必

表 4 不同長期照護機構數量、床位與隸屬（政府、非營利組織）比率

設施類型	機構數量	容量（案人）	公部門（%）	NPOs（%）	總計（%）
特殊護理之家	8,548	597,973	3.9	96	100
長者健康設施	4,250	369,365	3.6	96.4	100
整合型照護設施	791	46,970	2.1	97.9	100
醫療長期照護病房設施	197	6,052	10.5	89.5	100

資料來源：日本厚生勞動省，〈令和 5 年照護服務設施・事業所調查之概況〉，2025 年。

須進一步檢視長照機構的經營模式及其治理結構。特別是在日本高度依賴社會福利法人、醫療法人與其他非營利部門提供服務的情況下，機構經營主體的差異，將直接影響照護資源配置、服務可近性、費用結構與在地老化政策的落實程度。基於此，以下進一步分析日本長照機構的經營權結構與經營類型，以說明制度設計如何透過不同組織型態轉化為具體的照護供給模式。

三、長照中心經營模式

（一）經營權結構

根據日本厚生勞動省 2023 年 10 月 1 日的統計資料（如表 4），特殊護理之家等主要特殊長期照護機構的經營權大多由非營利組織（Nonprofit Organization, NPO）所經營。在特殊護理之家的 8,548 間機構中，總收容量達 597,973 人，其中僅有 3.9% 的設施由公立單位經營，高達 96% 由非營利組織經營，顯示出日本在長期照護體系中對民間非營利部門的高度

依賴。

同樣地，在長者健康設施中，總數為 4,250 間，收容能力達 369,365 人，僅 3.6% 為公立設施，而 96.4% 則由非營利組織負責經營。即使是在醫療與長期照護整合設施（Integrated Medical and Long-Term Care Facilities）中，非營利組織的參與更為顯著，達到 97.9%，公部門僅占 2.1%。唯一例外的是設於醫療機構中的長期照護病房設施（Long-term Care Beds in Medical Facilities），其中 10.5% 為公部門所設，但仍有 89.5% 為非營利組織經營。

換言之，日本的長期照護設施多數由非營利機構經營，政府部門的直接經營比率極低。這種模式反映了公共與民間協力的制度設計，即由政府提供制度規範與財政支持，由 NPO 承擔實際照護服務的供給角色。這種高度民營化、非營利導向的照護模式，也有助於強化在地化照護、社區參與及服務創新。

（二）長照機構經營類型

根據厚生勞動省 2023 年 10 月 1 日的

詳細統計，日本的特別養護老人之家以及其他長照設施的經營類型顯示出明顯的非營利組織（NPO）主導格局，這可從日本長照機構的公立與非營利組織經營百分比整理如表 5 所示。以特別養護老人之家為例，其中高達 95.6% 的設施由「社會福利醫療法人」（Social Welfare Corporation）經營，公部門僅占極少比率，其中市町村（Municipality）為 2.5%、都道府縣（Prefecture）為 0.4%、市町村聯合（Union of Municipalities）為 1.0%、一部事務組合（IAB）為 0.1%、社會福利委員會（Social Welfare Council）為 0.3%（如表 5）。

在老年健康照顧設施中，社會福利醫療法人仍占 15.7%，但更多比率由法人團體及基金會負責（75.6%），顯示該類設施與醫療機構的連結更為緊密。其他如公益法人與社團法人（2.8%）、其他法人與團體（0.8%）亦參與其中。公部門比率略高，但仍僅為 3.1%（市町村）、1.5%（IAB）等。

醫療與長期照護整合設施（Integrated Care Facilities）與設於醫療機構內的長期照護病房設施（Long-term Care Beds in Medical Facilities）則幾乎完全由醫療法人所經營，分別為 89.0% 與 78.9%。公部門在醫療機構型照護中參與稍多，例如醫療機構型設施中市町村擁有 10% 的經營比率。

表 5 反映出日本長照設施管理權幾乎由非營利部門（尤其是社會福利法人與醫療法人）主導，政府公部門所經營的比率極為有限。不同設施的經營結構也與其功

能定位有關，例如醫療導向設施更多由醫療法人管理，而生活照護導向的特殊養護設施則幾乎全面由社會福利法人運作。這樣的制度設計促成日本長照體系中「官設民營」或「官督民營」的發展模式，強調制度監理與資源支持交由政府，而服務供給與管理則交由非營利部門落實。

四、給付額度與使用限制

日本長期照護保險（LTCI）中「居家訪視服務可用金額與使用者自付費用」的分級說明。

在日本長期照護保險制度中，申請者依據其失能程度被分為「需支援 1 至 2 級」與「需要照護 1 至 5 級」等七個等級，每一級別對應一個政府所核定的每月最高可用照護金額上限（Maximum Available Amount）。這筆上限金額用於支付如居家訪視照護、沐浴照護、復健、護理、日間照顧、短期療養、輔具租借等多種長期照護服務。不同等級的失能者，其照護需求與給付額度明顯不同，並採用按比率共付制度，個人需負擔 10%、20% 或 30% 的費用，其餘由保險給付。

具體來看，「需支援 1 級」者每月可用金額為 50,320 日圓，若自付 10%，則每月需支付約 5,032 日圓；而「需支援 2」的給付上限則達 105,310 日圓，對應自付 10% 為 10,531 日圓。進入「需要照護等級」後，給付額度逐級上升：「需要照護 1 級」者可使用最高 166,500 日圓，屬 10% 自付者，每月支付 16,650 日圓；「需要照護 3

表 5 長照機構的公立與非營利組織經營百分比

設施類型	公部門				非營利組織					合計 (%)
	都道府縣	市町村	市町村聯合	IAB	社會福利委員會	社會福利醫療法人	法人團體及基金會	其他法人	其他	
特殊護理之家	0.4	2.5	1	0.1	0.3	95.6				100
長者健康設施		3.1	0.5	0.5	0	15.7	75.6	2.8	0.8	100
整合型照護設施		2	0.1	1.3		1.3	89	3.8	0.9	100
長期照護床位於醫療設施		10	0.5	05		1.1	78.9	0.6	1.1	100

資料來源：日本厚生勞動省，〈令和 5 年照護服務設施・事業所調查之概況〉，2025 年。

級」者則可獲得高達 270,480 日圓的服務，對應自付額為 27,048 日圓（10% 自付）或 54,096 日圓（20% 自付）。至於最重度的「需要照護 5 級」，其每月最高給付上限為 362,170 日圓，自付金額則為 36,217 日圓（10%）、72,434 日圓（20%）或 108,651 日圓（30%）。

上述制度設計，透過照護等級與財務共擔機制，讓政府得以控制長照支出，同時考量個人支付能力與實際照護需求，達成公平分配與財政可持續的平衡。需要注意的是，金額為概算值，實際支付額仍會因服務提供者所在地區、服務類型與頻率有所差異。

五、服務類型與分類

根據日本長期照護保險制度的分類，整體服務大致可劃分為「照護服務」（Care Services）與「預防照護服務」（Preventive Care Services）兩大類，分別對應不同照

護等級與需求者的功能狀況。

在照護服務方面，首先包含居家服務，其中的「訪視型服務」提供如居家照護、洗澡、護理、復健、醫療管理指導等內容，也涵蓋結合身心障礙福利的「共生型訪視服務」。此外，還有門診服務（如日間照護與日間復健）、短期住宿照護（短期療養、醫療照護）、設施照護服務（如特別養護老人之家、老人健康照護設施、長照與醫療整合機構）等。對於需長期支持的使用者，也提供生活輔具租賃與購買補助、居家照護支援及住宅改造服務（如浴室扶手、坡道安裝），以利居家生活安全。

另外，日本也十分重視社區型照護服務，提供多樣化的組合模式，例如定期巡迴訪視照護、夜間訪視、失智症專門門診、小規模多機能型居家照護、多機能型照護之家（群體之家）等，讓高齡者即使在家或社區中也能獲得連續性的支持。這些服務亦包含針對特定設施居民的社區型

生活照護，以及複合型照護服務（結合護理與日間照護功能）。

相對地，預防照護服務（針對失能風險較低或輕度者）則著重於延緩功能退化與保持自理能力。內容涵蓋訪視型預防服務（如預防性沐浴、護理、復健、醫療指導）、門診式預防服務、短期設施照護（預防型），同樣提供生活輔具的租賃與購買補助，以及預防性住宅改造與居家預防照護支援等。此外，也有社區型預防照護服務，例如針對失智高齡者的日間活動中心、小規模多功能預防型訪視服務，以及群體之家型的預防照護設計。

總體而言，日本長照服務體系不僅提供以失能程度為基礎的多層級服務，更強調「在地老化」與「預防優先」的理念，結合社區與家庭資源，建立起綿密、彈性且結構完整的服務網絡。這種系統性的分類與組合設計，為高齡社會的照護需求提供了多元且可持續的回應。各照護等級居家訪視服務可使用金額與使用者自付費用之分級。

（一）設施入住者服務

在日本的長期照護保險服務體系中，針對居住於特定設施中的高齡者，制度設計中提供兩種類型的服務，分別為「特定設施入住者生活照護」(Life Care for Specified Facility Residents) 以及「特定設施入住者預防性生活照護」(Preventive Life Care for Specified Facility Residents)。這兩者分別對應於已被認定為

需要照護的對象，以及尚未進入失能狀態但需要預防性支持的高齡者。

所謂「特定設施」通常是指提供住宿與基礎生活支援的民間照護住宅，例如有提供照護的付費老人住宅或附生活支援服務的高齡者住宅（提供生活支援服務的高齡者住宅）。對於這些設施內的高齡者，如果其經過需要照護認定，被確認為需要照護服務者，即可申請「生活照護服務」，內容包含日常生活支援（如洗澡、更衣、如廁協助）及健康管理等服務。而若該居民尚未達到失能狀態，但被認定為具有功能衰退風險，則可透過「預防性生活照護」獲得支持，其目的在於延緩身體與認知功能退化，避免過早進入需要照護狀態。

這兩種服務的設計展現出日本長照政策中「早期介入，在地支援」的核心理念，也呈現保險制度對於不同功能階段長者的精緻化服務分類。藉由在設施中直接提供生活照護與預防性照護，不僅減輕了家屬與外部機構的照顧負擔，也促進了高齡者在熟悉環境中維持生活品質的可能性。

（一）社區型照護服務

在日本長期照護保險制度中，社區基礎照護（Community-Based Services）扮演關鍵角色，特別是針對失智症高齡者的支持。此類服務結合居住、照護與預防功能，旨在讓高齡者能在熟悉的社區環境中維持生活品質，避免過早進入大型機構照護體系。

其中，針對失智者的「社區生活照

護」(Community Life Care for Elderly with Dementia, Group Homes) 是一種小規模群體住宅照護模式，提供生活協助、健康管理與認知支持。這種設施通常入住人數較少，強調日常生活的規律與情緒穩定性，特別適合輕度至中度失智的高齡者。除了群體之家之外，還包括針對「特定設施居民」(Specified Facility Residents) 以及「社會福利設施居民」(Welfare Facility Residents) 的社區生活照護服務。原則上，這些服務主要提供給被認定為需要照護 3 級以上的使用者，特殊情況下亦可能接受照護等級較低（1、2 級）的高齡者。

另一方面，針對失智高齡者的「社區型預防照護服務」(Community-Based Preventive Care Services) 中，也包含針對群體之家中居民的「預防照護」(Preventive Care for Residents in Community-based Care Home for Elderly with Dementia)。這類服務針對尚未達到失能標準、但已有輕度認知退化的長者，提供生活訓練、社交活動、身心刺激課程等，期望延緩其功能衰退，維持生活自立。

六、平均自付額與制度負擔

日本的長期照護保險制度於 2000 年建立⁴，旨在應對高齡化社會的照護需求，並作為社會安全網的關鍵支柱，其財政由

公共資金和保險費各負擔 50%⁵。針對 40 至 64 歲的第二類被保險人⁶，長期照護保險費與健康保險費合併徵收，受僱者的保費根據其「標準報酬月額」和「標準獎金額」計算，並由雇主和受僱者各負擔一半；例如，全國健康保險協會（協會けんぽ）2024 年的照護保險費率為 1.60%，這使得受僱者個人負擔約占薪資的 0.80%，且在總健康與照護保險費中約占 13.82%（以協會けんぽ東京都健康保險費率 9.98% 為例）。對於自營業者等國民健康保險的加入者，保費則基於所得、家庭人數，甚至資產計算，並由個人全額負擔。而 65 歲及以上的第一類被保險人，其保費與健康保險費完全分離，由居住地地方政府每年根據「基準額」和個人所得及居民稅狀況分級計算，且完全由個人負擔，通常直接從年金中扣除（年金 18 萬日圓以上）或透過繳費單繳納；2024 至 2026 年的全國平均基準額為每月 6,225 日圓，但實際保費因地方政府和所得級距而異，從低所得者的極低金額到高所得者每年數十萬日圓不等。自 2000 年制度啟動以來，長期照護總費用已增長三倍，從 3.6273 兆日圓增至 2021 財年的 11.2838 兆日圓，這對制度的可持續性構成重大挑戰，因此需要持續的政策調整和負擔重新評估。此外，制度也設有免除（如海外居住者、生活保護受領者、被

《註 4》日本厚生勞動省《Annual Health, Labour and Welfare Report 2024》，頁 221、222、228、230, 2024.

《註 5》同《註 4》，頁 14。

《註 6》同《註 4》，頁 14。

扶養者）和減免（如因災害或所得顯著減少）條件，以確保公平性。

針對「日本長照保險（LTCI）所涵蓋的服務項目」（例如基本照護、日常生活支援、復健、訪視照護等）進行計算，則根據制度設計，使用者需負擔的金額為總服務費用的 10%、20% 或 30%⁷，具體比率依個人所得水準而定。換句話說，LTCI 最多可補助 70% 至 90%⁸ 的基本照護費用，其餘部分則由使用者個人負擔。此外，住宿費與餐費通常不包含在 LTCI 給付範圍內，因此實際上的自付總額可能遠高於上述比率。這也使得高齡者及其家庭在選擇入住設施時，須對財務狀況進行詳細評估與規劃。

（一）依照照護型態區分

根據 2022 年日本長期照護保險制度資料估算⁹，不同照護等級（Support-required Level 與 Care-required Level）之高齡者，在接受完整的居家型照護服務或社區型照護服務時，每月平均自付費用有顯著差異。這些費用尚未由官方公布為正式統計，但可作為實務估算的參考。在居家型照護服務（Home-Based Services）方面，自付費用會隨照護需求程度上升而增

加。例如，「需支援 1 級」（SL1）者每月平均僅需自付 2,314 日圓；而「需要照護 1 級」（CL1）者則需自付 8,420 日圓，「需要照護 3 級」為 16,875 日圓，「需要照護 4 級」達 21,481 日圓，最高的「需要照護 5 級」更高達 26,714 日圓。這反映出照護服務密度與使用頻率的提升將直接增加個人財務負擔。而在社區型照護服務（Community-Based Services）中，自付費用普遍高於居家型服務。以「需要照護 3 級」為例，每月平均自付額為 23,641 日圓，「需要照護 4 級」與「需要照護 5 級」則分別為 27,600 日圓與 31,071 日圓。即使是屬於輕度失能的「需支援 2 級」個案，其社區型照護的平均自付費用（12,490 日圓）也高於居家型的 3,097 日圓。整體而言，社區型照護雖提供更多活動與人際互動機會，但其自付門檻相對較高，對於中高程度失能的高齡者與其家庭來說，是一項重要的財務考量。在制度設計與資源分配上，如何在服務品質與可負擔性之間取得平衡，仍是政策須持續回應的重要課題。

（二）依照照護等級區分

根據日本厚生勞動省 2023 年公布的統計資料¹⁰（2020 年度），日本長期照護

《註 7》日本厚生勞動省〈給付と負担について（參考資料）〉，社会保障審議会介護保険部会第 107 回參考資料 2，2023 年 7 月 10 日，頁 1。

《註 8》同《註 7》，頁 15。

《註 9》同《註 4》，頁 14。

《註 10》日本厚生勞動省 Long-Term Care Benefit Expenditures Statistical Survey Monthly Report, “Table 18: Home-Based Services Benefit Units and Beneficiaries, by Care Need Level”, March 2025。

表 6 2020 年度日本長期照護保險各照護等級使用人數

類型	需支援 1	需支援 2	需要 照護 1	需要 照護 2	需要 照護 3	需要 照護 4	需要 照護 5	總數
利用者計	30	46	112	104	83	76	52	502
機構照護			5	9	25	36	27	102
住宿型 照護	2	2	10	10	10	8	5	47
居家照護	28	45	97	84	48	32	19	353

資料來源：日本厚生勞動省，Long-Term Care Benefit Expenditures Statistical Survey Monthly Report, “Table 18: Home-Based Services Benefit Units and Beneficiaries, by Care Need Level”, March 2025。

註 1：利用者人數及每位利用者的自付金額（依服務別），單位：萬人。

註 2：彙整 2020 年度的照護服務利用者人數，以及每位照護服務利用者的自付金額。

保險使用者的分布與每人平均月自付金額（以萬日圓計算）呈現出明顯的等級與照護場所差異。此份資料顯示了從需支援 1 到需要照護 5 等七個等級的服務使用者人數（以萬人計）及每位照護服務利用者的自付金額，區分為三大類服務場所：機構照護（設施）、住宿型照護（居住）與居家照護（在宅）。2020 年度日本長期照護保險各照護等級使用人數與每月平均自付額如表 6 所示

首先，在使用者人數方面，2020 年全國共有約 502 萬人使用 LTCI 服務，其中以居家照護最多（353 萬人），其次為機構照護（102 萬人），住宿型照護最少（47 萬人）。若進一步依照照護等級來看，「需要照護 1 級」與「需要照護 2 級」的使用者人數最多，分別為 112 萬人與 104 萬人；而「需要照護 5 級」重度照護者僅 52 萬人。

在每人每月平均自付費用方面，如表

7 所示整體來說隨著照護等級上升，自付額也隨之增加。例如，在「在宅」服務中，「需支援 1」僅須自付 0.2 萬日圓（約 2,000 日圓），而「需要照護 5 級」則達到 2.8 萬日圓（約 28,000 日圓）。同樣趨勢也出現在「居住」與「設施」類型中，尤其在機構照護設施中，「需要照護 5 級」者每月平均自付費用為 3.4 萬日圓，遠高於低照護等級者。

此外，資料也顯示，住宿型照護（如特定設施或群體之家）整體自付水準偏高。例如，「居住」類服務中「需要照護 4 級」與「需要照護 5 級」的月平均自付額分別為 3.0 萬與 3.2 萬日圓，高於居家照護的對應等級，顯示出設施照護在成本與財務負擔上相對集中。

上述呈現三個趨勢¹¹：第一，失能等級愈高，個人需須承擔的照護費用愈高；第二，選擇機構型或住宿型照護者的自付

表 7 2020 年度日本照護給付費用（每人自負額）等實態統計報告

類型	需支援 1	需支援 2	需要 照護 1	需要 照護 2	需要 照護 3	需要 照護 4	需要 照護 5	總數 (平均)
利用者計	0.2	0.3	1.1	1.5	2.3	2.8	3.2	1.7
設施			2.7	2.9	3	3.2	3.4	3.1
居住	0.8	1.4	2.3	2.6	2.8	3	3.2	2.6
在宅	0.2	0.3	0.9	1.2	1.8	2.3	2.8	1.2

資料來源：日本厚生勞動省，〈給付與負擔（社會保障審議會照護保險部會叻考資料 2）〉，2023 年。

註 1：「設施」包含照護老人福利設施、在地化型照護老人福利設施、照護老人健康照護設施、照護醫療院、照護療養型醫療設施。單位：萬元日幣 / 每月。

註 2：「居住」包含特定設施入居者生活照護、認知症高齡者團體家屋。

註 3：「在宅」包含訪問照護、定期照護、短期入所照護、看護小規模多機能等。

金額高於居家照護者；第三，雖然重度失能者人數較少，但其在整體長照支出與財務負擔上占比不容忽視，對制度永續性具有關鍵影響。

參、日本長期照護保險制度之政策評析與發展挑戰

一、長期照護保險制度對各照護等級設有每月給付上限（支給限度基準額區分）

根據日本厚生勞動省¹²在第 103 屆社會保障審議會長期照護費用小組會議中所提出的資料¹³，日本長期照護保險制度

對各照護等級設有每月給付上限（區分支給限度基準額），並明確列出哪些照護項目可計入上限之內，以及哪些服務與費用則排除在外。以需支援 1 為例，其每月給付上限為 49,700 日圓，適用於訪問照護與訪問入浴服務；而需要照護 5 的上限則達 358,300 日圓，可涵蓋的服務項目則擴展至短期入所生活照護、夜間對應型訪問照護、認知症對應型設施服務等，如表 8 所示。

然而，不同於一般照護服務，許多加算項目與特殊照護處置並不計入上述限度額中，例如：「偏遠山區小規模事業所加算」、「緊急訪問照護加算」、「特別管理

《註 11》同《註 10》，頁 15。

《註 12》Ministry of Health, Labour and Welfare, “On monthly benefit caps”, [Presentation to the 103rd Subcommittee of Long-Term Care Benefits, Social Security Council], June 25, 2014.

《註 13》日本厚生勞動省，〈給付與負擔（社會保障審議會照護保險部會參考資料 2）〉，2023 年。

表 8 長期照護保險制度對各照護等級設有每月給付上限（支給限度基準額）

區分給付限度基準額不含之費用及不適用之服務		
給付限度額	適用限度額的服務種類	【不含於限度額的費用】
要支援 1 49,700 日圓 (50,030 日圓)	①居家訪問照護（訪問介護）	特別地區加算／偏遠山區小規模事業所加算／偏遠山區提供加算／照護人員待遇改善加算
	②訪問入浴照護（訪問入浴介護）	
	③訪問護理（訪問看護）	特別地區加算／偏遠山區小規模事業所加算／偏遠山區提供加算／緊急訪問護理加算／特別管理加算／安寧照護加算
要支援 2 104,000 日圓 (104,730 日圓)	④訪問復健（訪問リハビリテーション）	偏遠山區提供加算
	⑤日間照護（通所介護）	偏遠山區提供加算／照護人員待遇改善加算
	⑥日間復健（通所リハビリテーション）	
要介護 1 165,800 日圓 (166,920 日圓)	⑦福利輔具租借（福祉用具貸与）	特別地區加算／偏遠山間地區小規模事業所加算／偏遠山間地區提供加算
	⑧短期入住生活照護（短期入所生活介護）	照護人員待遇改善加算
要介護 2 194,800 日圓 (196,160 日圓)	⑨短期入住療養照護（短期入所療養介護）	介護老人保健施設緊急施設療養費（緊急治療管理・特定治療）及特別療養費／醫院・診所特定診療費／照護人員待遇改善加算
	⑩特定設施入住者生活照護（限短期使用）（特定施設入居者生活介護）	照護人員待遇改善加算
要介護 3 267,500 日圓 (269,310 日圓)	⑪定期巡迴・隨時應對服務（定期巡回・随時対応サービス）	特別地區加算／偏遠山區小規模事業所加算／偏遠山區提供加算／緊急訪問護理加算／特別管理加算／安寧照護加算／照護人員待遇改善加算
	⑫夜間對應型居家照護（夜間対応型訪問介護）	照護人員待遇改善加算
	⑬失智症對應型日間照護（認知症対応型通所介護）	
要介護 4 306,000 日圓 (308,060 日圓)	⑭小規模多功能型居家照護（小規模多機能型居宅介護）	事業開始支援加算／照護人員待遇改善加算
	⑮失智症對應型共同生活照護（限短期使用）（認知症対応型共同生活介護）	（無）
要介護 5 358,300 日圓 (360,650 日圓)	⑯社區在地化特定設施入住者生活照護（限短期使用）（地域在地化特定施設入居者生活介護）	照護人員待遇改善加算
	⑰複合型服務（複合型サービス）	事業開始支援加算／緊急訪問護理加算／特別管理加算／安寧照護加算／照護人員待遇改善加算
不適用限度額的服務（限度額が適用されないサービス）		
①居家療養管理指導 ②特定設施入住者生活照護（不含外部服務使用型；不含短期使用） ③失智症對應型共同生活照護（不含短期使用） ④社區在地化特定設施入住者生活照護（不含短期使用） ⑤社區在地化照護老人福利設施入所者生活照護		

資料來源：Ministry of Health, Labour and Welfare, “On monthly benefit caps”, [Presentation to the 103rd Sub-Committee of Long-Term Care Benefits, Social Security Council], June 25, 2014.

加算」、「照護人員待遇改善加算」等，均屬於限度額外費用。此外，針對設施機構內之急性醫療行為、特定治療（如褥瘡處理）、終末期照護（ターミナルケア）等，也不納入保險給付限度額的計算範圍。這種制度設計的邏輯在於：基礎照護服務控制在保險上限之內，以便於財政預算管理，而對於偏遠地區支援、照護品質提升或特殊醫療需求，則以「加算」方式給予額外補助與彈性處理。

整體而言，這樣的分類體系反映出日本在制度設計上的精細化思維，不僅保障基本照護權益，亦保留空間支援地區差異與特殊需求；但同時也意味著，對使用者與其家庭而言，理解保險上限適用範圍與額外加算的規則並不容易，若無充分資訊與專業協助，可能導致服務誤用或費用負擔預期落差。因此，未來在政策執行上，仍須加強地方行政機關、照護機構與使用者三者之間的資訊對接與制度理解，確保制度的公平性與可及性能有效落實。

二、個案自付額預估

本研究於個案自付額預估部分選取埼玉縣（志木市）、大阪府與東京都三地資料，主基於資料可得性、區域差異與機構型態代表性三項考量。首先，三地皆有相對明確且可比較的官方或調查資料，有

助於具體呈現不同照護等級、房型與自付比率下的費用結構。其次，埼玉縣可作為首都圈近郊地方自治體的代表，大阪府代表大型都會區之制度化收費架構，東京都則反映首都地區民營付費老人住宅與附服務高齡者住宅市場較為發達、價格差異較大的特性。換言之，三地案例並非意在推論日本全國平均情況，而是透過不同區域條件與機構類型的對照，呈現日本長照制度下自付負擔的差異性及其政策意涵，因此其代表性屬於分析性代表，而非統計性代表。

（一）埼玉縣案例

根據日本埼玉縣志木市政府公布的資料¹⁴，對於一位年滿 80 歲、被認定為「需要照護 3 級」或「需要照護 4 級」等級的高齡者，若入住特別養護老人之家（Special Nursing Homes），其每月的典型費用（僅限自付部分，不含餐食、住宿與日常生活用品等額外支出）依照設施類型不同而有所差異。在傳統型照護設施（Traditional Care Setting）中，「需要照護 3 級」者的每月平均自付費用為 20,910 日圓，「需要照護 4 級」則為 22,950 日圓；若為「需要照護 5 級」則上升至 24,960 日圓。而在單元型照護設施（Unit Care Setting）中，因空間設計與照護模式較為現代化與個別

《註 14》志木市，〈Shiki/20/2804.html〉，2025 年，<https://www.city.shiki.lg.jp/soshiki/20/2804.html>，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

化，相應的自付費用也略高：「需要照護 3 級」者為 23,340 日圓，「需要照護 4 級」為 25,380 日圓，「需要照護 5 級」則為 27,390 日圓。從上述可知，單元型設施比傳統型設施每月多出約 2,000 至 2,500 日圓的費用，但也提供更多私密性與生活自主性，符合近年高齡照護「去機構化」與「生活化」的趨勢。不過須注意的是，以上費用不包含食宿與日用品等額外項目，實際入住者的總體經濟負擔可能更高，對中低收入家庭而言仍是重要的財務考量。該成本比較呈現長照政策兼具公共支援、補助制度與照護品質選擇權三種重要意涵。

（二）大阪府案例

根據大阪府政府 2024 年的長期照護制度報告¹⁵，一位年滿 80 歲、被認定為「需要照護 3 級」或「需要照護 4 級」的高齡者，若入住特別養護老人之家（Welfare Facility for the Elderly），其每月實際支出金額會因房型與自付比率不同而有顯著差異。這些費用包含服務費（依照照護等級）與個人負擔比率（10%、20%、30%），但尚未包含餐費、住宿費與日常開銷等額外費用（表 9）。

以「多人房」（Multiple-bed Room）為例，若為「需要照護 3 級」，且屬 10% 自

付者，月費約為 22,948 日圓；若為 30% 自付者，則費用上升至 68,845 日圓。進一步來看，「需要照護 4 級」在相同房型下，自付 10% 為 25,143 日圓，自付 30% 則為 75,428 日圓；「需要照護 5 級」的 30% 自付者，每月自費甚至達 81,918 日圓。在設備與空間較佳的「單人房」（Unit-type Private Room）中，費用更高。以「需要照護 3 級」的 30% 自付者為例，每月須支付 76,651 日圓；「需要照護 4 級」為 83,382 日圓；「需要照護 5 級」則達到 89,818 日圓。即使在 10% 自付比率下，「需要照護 4 級」與「需要照護 5 級」入住單人房的月費也分別為 27,776 日圓與 29,939 日圓，顯示單人房的空間隱私與居住品質所伴隨的是更高的經濟負擔¹⁶。

承上所述，特別養護老人之家內部的照護費用高度依賴三項要素：失能等級、自付比率與房型選擇。從政策設計角度來看，這樣的多層級費用結構雖有助於彈性分配資源與鼓勵自立，但也可能對中等收入以上、未達補助標準的高齡者家庭造成壓力，進一步凸顯政府對於高額照護費用補助制度設計的重要性。

在人力資源方面，日本目前尚未普及住家型外籍看護，主要由持有特定技能簽證的移工支援機構型照護工作。截至 2024

《註 15》Osaka Prefecture, About the Long-Term Care Insurance System, 2024, pp. 6, 16-20.

《註 16》同《註 15》，頁 19。

表 9 大阪府政府 2024 年的長照機構每月設施服務費負擔金額

(單位：日圓 / 月)

類 型		負擔率	需要介護 等級 1	需要介護 等級 2	需要介護 等級 3	需要介護 等級 4	需要介護 等級 5
長期照護福利設施（特別養老院）	多人房	10%	—	—	22,948 日圓	25,143 日圓	27,306 日圓
		20%	—	—	45,896 日圓	50,285 日圓	54,612 日圓
		30%	—	—	68,845 日圓	75,428 日圓	81,918 日圓
	單位・類型 獨立房	10%	—	—	25,550 日圓	27,776 日圓	29,939 日圓
		20%	—	—	51,101 日圓	55,552 日圓	59,879 日圓
		30%	—	—	76,651 日圓	83,328 日圓	89,818 日圓
老人健康照護設施	多人房	10%	24,861 日圓	26,428 日圓	28,466 日圓	30,127 日圓	31,726 日圓
		20%	49,721 日圓	52,856 日圓	56,932 日圓	60,255 日圓	63,452 日圓
		30%	74,582 日圓	79,284 日圓	85,397 日圓	90,382 日圓	95,179 日圓
	單位・類型 獨立房	10%	25,143 日圓	26,585 日圓	28,623 日圓	30,347 日圓	31,914 日圓
		20%	50,285 日圓	53,170 日圓	57,245 日圓	60,694 日圓	63,829 日圓
		30%	75,428 日圓	79,754 日圓	85,868 日圓	91,040 日圓	95,743 日圓
長期照護及醫療照護機構	第一類 (1) （傳統一型 私 人房間）	10%	22,603 日圓	26,083 日圓	33,545 日圓	36,742 日圓	39,595 日圓
		20%	45,207 日圓	52,166 日圓	67,089 日圓	73,484 日圓	79,190 日圓
		30%	67,810 日圓	78,250 日圓	100,634 日圓	110,227 日圓	118,785 日圓
	第二類 (1) （傳統一型 單 人房）	10%	21,161 日圓	24,171 日圓	30,754 日圓	33,513 日圓	36,021 日圓
		20%	42,323 日圓	48,342 日圓	61,509 日圓	67,026 日圓	72,042 日圓
		30%	63,484 日圓	72,513 日圓	92,263 日圓	100,539 日圓	108,063 日圓

註：「—」表示該照護等級不適用此類設施。

資料來源：Osaka Prefecture, About the Long-Term Care Insurance System, 2024, pp. 6, 16-20.

註 1：使用費範例：每月 (30 天) 費用相當於設施服務費的 10% 至 30%。

註 2：數值基於 1 單位 / 10.45 日圓標準 (第 5 級區域) 計算，若適用高額長期照護服務費用，請參閱上述資料第 16 頁「7 (1) 高額長期照護 (預防照護) 服務費用」項下所列金額。

年底，已有超過 4 萬名外籍照護人員於日本長照體系中工作，約三分之一集中於特養機構服務。針對住家型外籍照護，自 2016 年起日本政府允許特定都會區開放公司派遣家務服務人員，但發展速度較緩且使用人數有限，費用大多須由使用者自行負擔，並不納入 LTCI 制度保障範圍。

(三) 東京私人療養院案例

東京地區的付費老人住宅或附服務高齡者住宅，其租金與相關費用差異極大。根據福利醫療機構 2022 年度調查 (466 間有效回覆)，約 40% 的設施會收取「押金 / 保證金」，平均金額高達 91.6 萬日圓，最低僅 5.4 萬日圓，最高卻可達 1,380 萬

表 10 東京私立長照機構設施費用統計表

費用項目	設施數量	比率	平均	最低	最高
①押金・保證金	184	39.5%	915,944	54,000	13,800,000
②房租（月額）	440	-	144,676	13,300	900,000
③食材費用（日額）	444	-	1,660	293	3,700
④光熱水費（日額）	188	-	647	33	3,000
⑤其他費用 （例如管理費）（月額）	432	-	83,119	138	336,420

資料來源：福祉醫療機構，「令和 4 年度施設・居住系服務事業者運営狀況調査報告書」，2022 年。

註 1：押金・保證金因確認有無，故顯示有效回答之設施比率。

註 2：使用費用（單位：日圓）如上。押金與保證金、房租、食材費用、光熱水費及其他費用項目均存在最高與最低費用差距甚大之情形。

日圓，顯示部分高級設施仍採一次性高額入居費用。就每月租金而言，440 間設施的平均租金為 14.5 萬日圓，但區間從 1.33 萬日圓到 90 萬日圓不等，反映出地段、房型與服務水平的巨大落差。此外，444 間設施的每日餐食費用平均 1,660 日圓，最低僅 293 日圓，最高 3,700 日圓；188 間設施回報的每日水電瓦斯費平均 647 日圓，最低 33 日圓，最高 3,000 日圓；而 432 間設施的其他管理維護費平均為每月 8.3 萬日圓，最低 138 日圓，最高 33.6 萬日圓¹⁷（見表 10）。整體而言，私人設施的收費結構由一次性押金、月租、餐食、水電與管理費組成，各項費用在規模、地段及服務內容影響下呈現高度分化，對希望入住的高齡者及其家庭而言，財務規劃

與比較不同設施條件尤為重要。

肆、長照機構候補名單

日本的長照機構候補名單雖然廣泛存在，但實務上並沒有全國統一的統計或總表，每間機構各自維持其專屬的等待名單。地方自治體（市區町村）會統計轄內符合長照保險（LTCI）資格者等待入住的狀況，並可能包含部分民間設施，並公開於網站。例如東京都府中市與西東京市皆有公開候補者人數的網頁。此外，不同類型房間（如單人房與四人房）也存在明顯價格差異，對候補者的選擇與等待時間造成影響。根據厚生勞動省資料，截至 2022 年（令和 4 年度），需要照護 3 級以上（CL3～CL5）者中有 25.3 萬人在等候入住，

《註 17》福祉醫療機構，「令和 4 年度施設・居住系服務事業者運営狀況調査報告書」，2022 年。

較 2019 年減少約 3.9 萬人（約 13.5%）。其中仍住在家中的人為 10.6 萬人，也較過去減少 9.1%。需要照護 1 至 2 級（CL1～CL2）的特例入住對象，候補總人數為 2.2 萬人，亦較 2019 年顯著減少 35.3%，住在家中的人為 1.1 萬人¹⁸。此外，從照護等級分布來看，候補者以中重度照護者為主，需要照護 3 級與 4 級的候補者分別占 38.0% 與 33.5%。住在家中的比率合計約 42.3%（請見表 11、表 12），代表雖已具入住需求，但實際居住於自宅者仍占顯著比率。這與現實障礙有關，包括設施是否具備醫療照護能力、家屬間意見是否一致等，都可能延遲入住安排，進一步加劇高齡者及其家庭的照護壓力。

伍、結論與建議

本研究針對日本自 2000 年起實施的長期照護保險（LTCI）制度進行全面性制度與實務分析，發現其制度設計具有高度分層化與制度化特徵，不僅涵蓋公私協力、分級照護與社區優先的服務邏輯，更透過「需支援」與「需要照護」等級制度因應不同失能程度的照護需求。中央與地方政府透過稅收與保費共同支撐財政基礎，並建立共付比率與自付上限等設計，在制度理念上努力實現公平與永續的平衡。惟如 Luyten 與 Tubeuf（2025）回顧健康照護財源公平性時所指出，社會保險式財源在制

度設計上雖具進步性，但因免稅門檻與所得上限規定，仍可能對中低收入家庭造成相對較高的負擔，此一論點對於檢視日本長照保險自付結構與分配公平性亦具參照意義。日本長照制度的供給面高度依賴非營利部門與地方政府的協調，形成「官設民營」的制度樣態。付費老人住宅與附服務高齡者住宅等私人機構的迅速擴張，反映出市場在滿足高齡者多樣化需求方面的積極回應。然而，民間機構服務品質與價格的透明度仍有待提升，特別是在服務內容、照護人員訓練與財務揭露方面，缺乏一致性規範。儘管日本長照體制存在照護共擔機制，實際上不同失能等級與設施選擇仍會顯著影響使用者的自付費用，特別對於中等收入但不符合補助條件的家庭而言，可能造成沉重的財務壓力。

此外，本研究也觀察到申請流程繁複與家屬資訊不足所導致的照護資源誤配現象，使得床位空缺與等候名單並存的問題持續存在，凸顯制度在執行層面仍面臨結構性挑戰。針對長照財源擴大與外籍照護人力的政策省思，日本經驗對我國極具借鏡價值。在財源涵蓋面上，日本長照保險僅強制 40 歲以上居民納保。雖此設計旨在依年齡與風險分級，但面對長照總費用自 2000 年來暴增三倍至 11.28 兆日圓的現況，未將青壯年納入保費母體確實加劇了財政永續的挑戰，迫使日本必須持續進行

《註 18》日本厚生勞動省，〈家事使用人の雇用主のための指針〉，2022 年。

表 11 長照機構候補名單日本照護設施入住需求統計（2019-2022）

單位：萬人

需要照護 3 以上（CL3~CL5）			
	本次調查 2022 （令和 4）年度	前次調查 2019 （平成 31 年）年度	增減數（增減比）
合計 全體	25.3	29.2	3.9（13.5%）
居家	10.6	11.6	1.0（9.1%）

需要照護 1、2 以上（特例入住對象）（CL1~CL2）			
	本次調查 2022 （令和 4）年度	前次調查 2019 （平成 31 年）年度	增減數（增減比）
合計 全體	2.2	3.4	1.2（35.3%）
居家	1.1	1.6	0.5（31.3%）

日本厚生勞動省，〈特別養護老人ホームの入所申込者の状況（令和 4 年度）に関する調査結果を公表します〉，2022 年 12 月 23 日，頁 1。

表 12 2025 年日本各級別照護需求人數與居家照護比率統計表

類別	需要照護 1	需要照護 2	需要照護 3	需要照護 4	需要照護 5
總計 （人數：萬人）	0.8	1.5	10.5	9.2	5.6
總計（百分比）	2.8%	5.3%	38.0%	33.5%	20.3%
居家 人數：萬人）	0.4	0.7	5.2	3.5	1.9
居家（百分比）	1.4%	2.6%	18.7%	12.7%	6.9%

資料來源：同上，頁 2。

政策調整與負擔重估。這提醒我國在規劃制度時，應審慎評估限縮納保對象可能導致的財源局限風險。另一方面，有別於我國高度仰賴住家型外籍看護，日本的外籍照護人力（截至 2024 年底逾 4 萬人）多集中於機構型設施。日本雖於近年開放特定都會區由公司派遣家事服務人員，但發展

緩慢，費用全由使用者自付，且並未納入長照保險給付範圍。日本將外籍人力集中於長照機構，並將住家看護維持在非保險給付自費市場的謹慎態度，是我國未來評估是否將外籍看護納入長照支付體系時，考量財務衝擊與品質控管的重要參考。

透過上述分析，日本經驗對臺灣長照

制度具有重要啓示。相較於臺灣目前以稅收支持與服務給付爲主的長照體系，日本長期照護保險透過分級照護、共付機制與自付上限設計，較完整建立需求評估、服務配置與財務負擔之間的制度連結，顯示長照制度的發展不僅在於擴大服務供給，更在於如何兼顧制度永續、使用公平與在地老化的實踐條件。尤其日本在住宅、社區與機構照護之間所建立的銜接模式，以及對民間與非營利機構的制度化監理，對臺灣檢討照護服務分流、價格透明化、機構品質管理與人力配置政策，均具有重要參考價值。基於此，本文建議：第一，針對中產階級家庭提供更多彈性補助、費用扣抵或分級支持機制，以減輕其照護支出壓力；第二，強化地方層級的照護諮詢、轉介與導覽制度，提升民眾對制度的理解與資源運用能力；第三，持續擴充社區型照護與居家支持服務，降低對機構照護的過度依賴，進一步落實在地老化理念；第四，健全民營機構的價格透明化與品質監理機制，以保障使用者權益並縮小照護落

差；第五，檢討並強化外籍照護人力與本國照護勞動力的政策配套，以穩定長期照護人力來源並維護服務品質。換言之，日本經驗顯示，臺灣未來長照制度改革的重點，不僅在於增加資源投入，更在於建立一套能兼顧可負擔性、可近性與治理能力的整合性制度。

儘管本研究透過制度文件、官方統計與地方案例進行系統性分析，但仍存在幾項限制。首先，研究主要聚焦於制度設計與結構性評析，較少涉及使用者實際經驗與照護結果的質性觀點，未能充分呈現高齡者與其家庭的主觀感受與因應策略。其次，研究資料來源多依賴日本官方文獻與地方政府公開資料，對於近年私營機構快速發展的最新變化，尚缺乏第一手調查佐證。未來研究可進一步結合實地訪談與長期追蹤資料，補充本研究在微觀層面與動態演變上的不足，並與其他東亞國家制度進行比較，以深化對長期照護體系多樣發展路徑的理解。

（本文作者黃芳誼為美國佛羅里達大學社會學博士，東吳大學社會系助理教授）

參考文獻

一、官方檔案資料

- 日本厚生勞動省，〈地域包括ケアシステムにおける高齢者住まいについて〉，2025 年。
- 日本厚生勞動省，〈令和 4 年度介護保険事業狀況報告（年報）〉，2024 年，<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/22/index.html>。
- 日本厚生勞動省，〈給付與負擔（社会保障審議會照護保險部会参考資料 2）〉，2023 年。
- 日本厚生勞動省，Long-Term Care Benefit Expenditures Statistical Survey Monthly Report, (Table 18: Home-Based Services Benefit Units and Beneficiaries, by Care Need Level), March 2025。
- Osaka Prefecture (大阪府), About the Long-Term Care Insurance System, 2024, p.6, 16-20.
- 福利醫療機構，「令和 4 年度施設・居住系服務事業者運営狀況調查報告書」，2022 年。

二、期刊論文

- Chen, B., Zhu, X., Wang, H., Zong, L., Feng, J., Tu, S., & Wang, Q., “The financing sustainability of long-term care insurance: An example from Nanning, China”, *Frontiers in Public Health*, Vol. 13, Article 1454037, 2025.
- Eggink, E., Woittiez, I., & Ras, M., “Forecasting the use of elderly care: A static micro-simulation model”, *European Journal of Health Economics*, Vol. 17, No. 6, 2016, p. 681-691.
- Luyten, E., & Tubeuf, S., “Equity in healthcare financing: A review of evidence”, *Health Policy*, Vol. 152, 105218, 2025.
- Sonnessa, M., Tànfani, E., & Testi, A., “An agent-based simulation model to evaluate alternative co-payment scenarios for contributing to health systems financing”, *Journal of the Operational Research Society*, Vol. 68, No. 5, 2017, p. 591-604.

三、研討會論文與簡報

- Matsuda, Ryoza, “Long term care in Japan”, [Presentation], 2025.
- Ministry of Health, Labour and Welfare, “On monthly benefit caps”, [Presentation to the 103rd Sub-Committee of Long-Term Care Benefits, Social Security Council], June 25,

2014.

四、報紙與評論

Otsuki, E., “Supply and demand problems at ‘Special Nursing Homes for the Elderly’: Why vacancies exist despite waiting lists”, Toyo Keizai Online, April 13, 2025.

五、網際網路

日本厚生勞動省，〈令和 5 年照護服務設施・事業所調査之概況〉，2025 年，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service23/index.html>，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

日本厚生勞動省，〈照護分野における外國人材の受入れ状況〉，2025 年，<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001240343.pdf>，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

日本厚生勞動省，〈家事使用人の雇用主のための指針〉，2022 年，https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00454.html，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

日本法務省，〈照護分野における特定技能外國人の受入れ〉，2025 年，https://www.moj.go.jp/isa/applications/ssw/nyuukokukanri07_00215.html，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

志木市，〈介護サービス（施設サービス）の種類と費用のめやす〉，2025 年，<https://www.city.shiki.lg.jp/soshiki/20/2804.html>，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

西東京市，〈介護保険施設入所待機者数をお知らせします〉，2025 年，https://www.city.nishitokyo.lg.jp/kenko_hukusi/kenko_hukusi/taikisya.html，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

府中市，〈特別養護老人ホームの待機状況について〉，2025 年，<https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/hoken/kaigosabisu/tokuyotaiki.html>，最後瀏覽日期：2026 年 2 月 28 日。

Affordable Care? The Evolution of Japan's Long-Term Care Insurance System from Tiered Care to Aging in Place: Institutional Design and Policy Development

Fang-Yi Huang

Abstract

This article examines the institutional design and policy development of Japan's Long-Term Care Insurance (LTCI) system from its introduction in 2000 to recent reforms emphasizing aging in place. Against the backdrop of rapid population aging, rising care needs, and mounting fiscal pressures, the study analyzes how Japan has developed a stratified long-term care regime that combines tiered care assessment, community-based services, and public-private collaboration. Drawing on secondary analysis of official statistics, government documents, local policy reports, and case-based cost information from 2001 to 2024, the article investigates eligibility rules, care-need classification, service provision, facility composition, governance structure, and cost-sharing arrangements. The findings show that Japan's LTCI has evolved into a highly differentiated system in which public and quasi-public institutions mainly serve individuals with higher care needs, while private and community-based providers absorb a substantial share of lower-level and supportive care demand. Nonprofit organizations play a central role in service delivery, reflecting a state-supervised but privately operated model. At the same time, out-of-pocket burdens increase significantly with higher care

levels, residential care use, and reliance on private facilities, raising concerns about affordability and equity. The Japanese case demonstrates that the sustainability of long-term care depends not only on insurance financing, but also on effective coordination among local governance, price regulation, and integrated service delivery.

Keywords: Japan; Long-Term Care Insurance; Aging in Place; Tiered Care; Care Affordability