發佈：2025-12-22, 週一 15:51
點擊數：3185



一、歷史發展：從家庭責任到社會化制度

日本的長期照護制度經歷由「家庭主義」到「社會責任」的重大轉型。在戰後初期至 1970 年代，高齡照護主要依賴家庭成員，尤其是媳婦，被視為不可推卸的道德義務。然而，隨著少子化、

Phoca PDF

女性勞動參與率上升與核心家庭化，傳統家庭照護基礎逐漸崩解。1973 年政府推動「老人醫療免費化」，短期內大幅增加高齡者的就醫使用，但卻造成醫院被長期臥床老人「社會性住院」現象淹沒。1980 年代中期，約有 43% 的高齡住院者住院超過六個月，多數並非急性病患，而是缺乏照護資源的失能長者。這不僅導致醫療財政赤字，也突顯社會對長期照護制度化的迫切需求。

1989 年的「黃金計畫」（Gold Plan）及 1994 年的「新黃金計畫」試圖透過十年計畫擴充日照、居家服務與機構床位。但數據顯示，儘管特別養護老人院（特養）床位自 2001 年約 31 萬，成長至 2022 年超過 64 萬，整體仍無法滿足需求。同期，民間市場快速擴張：有料老人ホーム（私人經營）使用人數從 2001 年約 6.7 萬增至 2022 年 61 萬以上，幾乎與特養持平。2011 年後，地方政府推動「服務付き高齢者向け住宅」政策，僅十年間已普及至 21.5 萬床，成為在地老化的重要支撐。

1997 年國會通過《介護保險法》，2000 年長照保險（LTCI）正式上路，象徵日本完成「從家庭照護到社會照護」的範式轉移。這項制度創新使長照成為一種普遍社會權利，而非殘餘福利。制度設計亦受德國 LTCI 經驗啟發，但在日本語境下更強調「官督民營」：國家負責立法、財源分配與品質監管，服務則交由非營利法人與民間企業提供。從制度能力理論（Skocpol, 1985；Evans, 1995）的角度來看，日本政府展現高度的「發展型國家」能力，能迅速建構保險框架並動員非國家行動者，這為後續私人部門的快速擴張鋪平道路。

二、制度財務結構：混合籌資與世代共擔

Phoca PDF

日本 LTCI 的財務設計核心是「公共資金與保險費各半」的原則。截至 2024 年，制度總支出約 11.9 兆日圓，其中公共資金與保險費各分攤約 6 兆日圓。在公共資金部分，中央政府負擔 25%、都道府縣 12.5%、市町村 12.5%；保險費部分則由兩類被保險人承擔：65 歲以上的第一號被保險人約分攤 23%，40–64 歲的第二號被保險人則負擔 27%。這樣的「雙層保險人」設計，不僅確保財源穩定，也將長照成本公平分配到不同世代（Matsuda, 2025）。

制度中的另一核心設計是使用者共付比例。目前約 92% 使用者僅需自付 10%，而中高收入者則分別需負擔 20% 或 30%。然而，這樣的比例僅涵蓋「照護服務費」，入住機構的住宿與餐食費仍需 100% 自付。例如大阪府數據顯示，「要介護 4」入住特養多人房，10% 自付者月支出約 25,143 日圓，若為 30% 自付則高達 75,428 日圓；若選擇單人房，則可能超過 9 萬日圓（Matsuda, 2025）。再加上押金、管理費與其他生活開銷，對中產階級家庭構成沉重壓力，即中產階級的隱性困境。

為避免「災難性支出」，政府設計高額介護服務費制度，根據家庭收入設定自付上限。最低可降至 15,000 日圓/月（生活保護戶），一般非課稅家庭則約 24,600 日圓，而高所得戶上限則達 140,100 日圓。這種分級上限兼顧制度公平性與財政可持續性，但實務上，對於不符合低收補助、又需入住民間設施的中產階級，高昂費用仍帶來排擠效應（Matsuda, 2025）。

從制度能力角度分析，日本政府透過嚴謹的財源分攤與安全網設計，凸顯強大的「調節能力」：它不僅確保制度財務的穩定，也在政策理念上展現「社會連帶」（social solidarity）的價值。然而，未來在 2050

Phoca PDF

年人口老化高峰時，現有財務結構可能加劇世代矛盾，尤其是年輕世代被迫承擔近 50% 的保費與稅收來源。如何透過制度改革（如提高保費年齡下限、增加消費稅投入）維持公平性，將成為日本 LTCI 可持續性的關鍵。

三、國家的角色：制度能力與治理框架

日本長期照護保險制度（LTCI）的治理體系顯示強大的制度能力。中央政府透過厚生勞動省（MHLW）制定制度框架，包括給付範圍、照護報酬（介護報酬）標準與服務品質規範，並且每三年調整一次費率。地方政府（市町村）則是具體的「保險人」，負責收取保費、進行要介護認定與支付服務費用，並須每三年制定《市町村長照服務計畫》，預測需求與規劃供給。這種「中央定調、地方執行」的制度設計，讓日本能兼顧全國一致性與地方彈性。

從數據來看，截至 2023 年，日本特殊養護老人ホーム（特養）96% 由非營利法人經營，僅 3.9% 為公立設施。換言之，國家的角色不是直接服務提供者，而是制度設計者與財源擔保者。制度能力理論（Skocpol, 1985；Evans, 1995）認為，有效的國家不必「親自做事」，而是藉由規則與資金調度，引導非國家行動者參與。日本 LTCI
即彰顯「發展型國家」特色：透過公共財政分擔一半費用（約 6
兆日圓），同時建立資訊公開平台與監管機制，維持品質並提升民眾信任。

然而，這種制度能力也有潛在限制。不同市町村的行政能力差異，導致地區間供給落差，例如大都市區出現等待名單（足立區 2025 年約有 1,961 人候補），而部分民營機構卻有空床無人入住。這種「候補與空床並存」現象顯示地方政府在資源配置與溝通上存在缺口。因此，國家在 LTCI

Phoca PDF

中的核心挑戰，不僅是提供財源，更在於如何縮減地方能力差異，確保公平可及。

四、私人部門：市場化與非營利的主導

私人部門是日本 LTCI 的主要供給者，涵蓋非營利的社會福祉法人（SWCs）、醫療法人，以及營利企業。數據顯示，特養機構 95.6%
由社會福祉法人運營，而「有料老人ホーム」與「服務付き
高齡者住宅」則成為民營企業快速擴張的領域，2022 年床位數分別超過 61 萬與 27
萬。這顯示公共制度為市場創造穩定需求，而民間部門則迅速填補供給缺口。

學界對非營利與營利機構的品質差異有長期辯論。Noguchi & Shimizutani (2005)
發現，非營利機構在員工留任與專業比例上較佳，但這主要源自「非營利薪資溢價」（nonprofit wage premium），而非本質性的品質差異。Suda & Guo (2019)
進一步指出，在統一價格與嚴格監管下，營利與非營利服務的品質逐漸趨同。換言之，日本的 LTC 市場更接近「準市場」（quasi-
market）：價格由國家決定，品質由規範保證，供給者競爭則體現在附加服務、地段與品牌。

私人部門的挑戰主要來自人力。2024 年時，日本照護業的職缺倍率高達
4.25，即一名求職者對應四個職缺。政府試圖透過外籍勞工引進補足缺口，截至 2023 年已有
57,000 名外籍照護人員，約佔總人力的 2.7%。然而，薪資偏低與高流動率仍限制生產力提升。這正說明私人部門的發展與國家政策密不可分：工資水準取決於政府訂定的照護報酬，外勞政策則由入管政策掌控，私人部門缺乏完全自主。

Phoca PDF

發佈：2025-12-22, 週一 15:51
點擊數：3185

值得注意的是，私人部門也成為科技創新的試驗場。2016 年已有約 15%
的機構引入照護機器人，近年則出現 AI 輔助翻身機器人「AIREC」的試驗案例。這些創新大多由民間企業研發，但能否普及仍取決於政府補助與規範鬆綁。這說明日本 LTC
市場並非自由競爭，而是「國家創造需求、私人承擔供給、科技尋求突破」的三元結構。

五、家庭角色：從無限責任到合作夥伴

在 LTCI 實施前，家庭被期待承擔無限照護責任，尤其是媳婦照顧婆家的文化規範。LTCI 上路後，家庭角色被制度性重新定義：從「主要提供者」轉為「合作監督者」。制度在設計上刻意「忽略家庭能力」，僅依申請者自身失能狀況判定等級，象徵家庭照護責任的社會化。

然而，家庭仍是不可或缺的照護支柱。調查顯示，日本每年約有 10 萬名勞動者因照護辭職，其中以中壯年女性居多。這反映照護與就業之間的結構性矛盾。研究也發現，LTCI
的導入確實產生「替代效應」：父母獲得 LTCI 資格後，成年子女成為主要照護者的機率顯著下降。這不僅釋放家庭人力，還促進女性勞動參與，具有性別平等與經濟效益的外溢效果。

不過，家庭負擔並未完全消失。「老老照護」現象日益普遍，例如 80 歲妻子照顧 85 歲丈夫。此外，情感與心理支持仍是專業服務無法替代的部分。過勞導致的家庭壓力甚至引發極端案例，如老夫妻雙重自殺或虐待事件。因此，家庭在新制度下的定位是「合作夥伴」：參與照護計畫、監督服務品質、提供情感支持，但不再承擔全部責任。

Phoca PDF

從社會契約角度來看，這種轉變顯示「社會連帶」（social solidarity）的新契約。LTCI 讓照護不再是「家庭私事」，而是整個社會共同分擔的公共議題。然而，如何在未來持續支持家庭（如是否引入「家庭照護津貼」或「年金給付點數」）仍是政策討論的焦點。

六、以大阪府長照制度為例

（一）大阪府長照制度

1.制度財源與保費分擔

大阪府的 LTCI 財源結構維持日本一貫的「公費與保費各半」模式，其中 65 歲以上（第 1 號被保險人）分攤 23%，40–64 歲（第 2 號被保險人）分攤 27%，公共財政則由中央（25%）、府縣（12.5%）、市町村（12.5%）共同承擔。2024–2026 年度，保費等級由原本 9 級擴增至 13 級，高收入者需繳納更高保費，低收入者則獲減免。這顯示制度不僅強調財政穩定，也透過分級加強世代間與階層間的公平性。

2.服務類型與申請程序

長照保險提供多元服務，包含居家（訪視介護、訪問看護、日照）、社區型（小規模多機能、失智團體家屋）、機構型（特養、老健、醫療照護機構），以及失能前期的預防照護。申請流程由市町村受理，透過「基本調查表」與醫師評估，交由認定委員會審核，核准後依照要介護等級制定照護計畫。此一制度化程序確保需求判定的客觀性，也突顯地方政府在執行層面的關鍵角色。

Phoca PDF

3.使用者負擔與高額費用上限

使用者原則上需自付 10%～30% 的費用，依所得而定。例如「要介護 5」的居家服務月上限為 362,170 日圓，自付 10% 為 36,217 日圓，若 30% 則高達 108,651 日圓。機構入住亦需額外支付住宿與餐費，例如特養多人房「要介護 4」的月費用，30% 自付可達 75,428 日圓。制度同時設有「高額介護服務費」補助，依收入分層，最低上限為 15,000 日圓/月（生活保護戶），最高上限則為 140,100 日圓/月，以避免家庭因照護支出陷入破產風險。

（二）大阪府長照制度能力的雙重性

大阪府長期照護保險制度的案例呈現日本 LTCI 制度能力的雙重性。首先，制度能力的優勢在於財源結構與公平分擔。制度延續「公共資金與保費各半」的基本架構，並透過更精細化的收入分級，要求高所得群體承擔更多費用，而低所得群體則獲得減免（Osaka Prefectural Government, 2024）。這樣的設計不僅確保財務穩定，也強化制度的公平性，展現國家在財政調節上的能力（Ikegami, 2019）。

其次，服務規範化與認定程序突顯治理能力。所有長照服務皆須經由市町村受理申請，並透過標準化的調查、醫師評估以及專業委員會審核，決定照護等級與給付範圍。使用者再由專業照護經理人制定個別化的照護計畫（Osaka Prefectural Government, 2024）。此種「中央規範、地方執行」的模式，使服務供給能在全國維持高度一致性與透明性，同時兼顧地方的實際需求，正符合制度能力理論所強調的國家治理優勢（Skocpol, 1985；Evans, 1995）。

Phoca PDF

然而，制度能力過強亦會形成制度約束。除了基本的照護費用外，入住機構的使用者仍需自付飲食與住宿費用，而這些支出並未納入保險給付範圍。雖然制度設有針對低收入者的減免措施，但對於中產階級而言，若不符合補助資格，這些額外的食宿費用往往成為沉重的經濟壓力。換言之，制度在保障低收入戶的同時，卻未能有效支撐中產階層，使其在面對長期入住或選擇較高品質設施時，承擔相對較高的風險與負擔（Tamiya et al., 2011）。

最後，地方執行力的差異隱藏治理的瓶頸。雖然制度賦予地方政府財務管理與服務監督的強力工具，但市町村間的行政能力與資源分布並不均衡，導致部分地區出現候補名單過長與民營機構床位閒置並存的矛盾（Campbell, Ikegami, & Gibson, 2010）。這正反映制度雖在中央設計層面展現高度能力，但在地方落實過程中卻可能轉化為約束，導致資源配置效率下降與公平性受損。

綜合而言，大阪府的案例印證制度能力的雙重性：它一方面確保財務穩定與規範一致，另一方面也因過度規制、食宿費用的額外負擔與地方落差，而對私人部門與家庭形成結構性限制。此種矛盾正是日本 LTCI 在未來改革中必須正視的核心課題。

七、未來挑戰：人口壓力、財務永續與科技轉型

（一）人口與失能壓力

日本是全球人口老化最快的國家之一，截至 2025 年已有將近三成的人口為 65 歲以上，部分地區如東京都足立區的高齡人口比例更高（Nakamura & Takahashi, 2020）。到

Phoca PDF

2055 年，高齡人口比例預計將達到近四成（Yamamoto & Wallen, 2020）。失智症患者也將在 2025 年突破七百萬，相當於每五位高齡者就有一人罹患失智（Tamiya et al., 2011）。這意味著長期照護需求將呈指數級上升。根據厚生勞動省資料，重度失能者主要集中在公共特養機構，而民間設施則承擔更多輕中度失能者的需求（MHLW, 2023）。這樣的分層趨勢預示未來壓力將更加顯著。

（二）財務永續性

長照費用隨需求急遽增加，從 2000 年的不到四兆日圓，到 2021 年已突破十一兆日圓，增幅超過三倍（Ikegami, 2019）。2024 年制度支出總額估計已接近十二兆日圓，其中約有一半由公共資金承擔（MHLW, 2024）。雖然這種結構體現「社會連帶」，卻也對年輕世代造成沉重負擔。世界衛生組織的報告指出，約一半長照財源直接來自現役世代的稅收與保費，若不改革，將加劇代際矛盾（WHO, 2025）。部分學者建議提高保費繳納起始年齡，或增加消費稅分配比例，以確保制度的財務永續（Campbell, Ikegami, & Gibson, 2010）。

（三）照護人力短缺

長照服務高度依賴勞動力，但日本的人力缺口問題日益嚴峻。官方估計到 2025 年缺口將達數十萬人（MHLW, 2021）。就業市場數據顯示，照護職缺與求職者比例遠高於其他產業，顯示勞動市場緊縮。政府逐步開放外籍勞工，截至 2023 年已有數萬名外籍照護人員進入市場，雖佔比仍低，但在特養機構中比重逐漸提升（Kiyoshi, 202

Phoca PDF

5）。然而，語言與訓練障礙依然存在，難以完全補足人力缺口，這也迫使政府與民間同時推動「科技補充人力」的策略。

（四）科技轉型與挑戰

日本寄望以科技提升照護效率。早在 2010 年代中期就已有部分機構導入照護機器人，並在 2025 年出現 AI 輔助翻身機器人的原型，試圖減輕人力負擔（Kiyoshi, 2025）。同時，智慧感測器、ICT 平台與遠距醫療被逐步整合至社區照護。然而，科技應用並非萬靈丹，因為設備昂貴、使用者接受度有限，且情感支持仍無法取代（Tamiya et al., 2011）。科技能否真正提升生產力，取決於政府是否提供補助並鬆綁規範，而不只是依賴市場自身推動。

八、制度能力與私人部門：支持與限制

（一）制度能力的優勢

日本 LTCI 的成功，來自強大的制度能力：

1.明確規則：統一的介護報酬制度確保服務供給者能獲得穩定支付，降低市場不確定性。

2.財務調節：國家、都道府縣、市町村共同分擔成本，並設有「調整交付金」補貼高齡化地區，避免區域差異惡化。

Phoca PDF

3.需求保證：政府承擔九成費用，使長照成為「有支付能力的需求」，帶動民間投資。

4.監管信任：資訊公開制度（如「介護服務情報公開系統」）保障使用者權益，提升社會信任度。

這些制度優勢，正是私人部門能迅速擴張的基礎。例如，有料老人ホーム與服務付き高齢者住宅在十年間倍數成長，就是因制度保證需求穩定，吸引民間資金投入。

（二）制度的限制與副作用

然而，制度也設下結構性限制：

1.價格一律化：照護報酬由國家訂定，機構難以因創新或高品質收取額外費用，壓縮差異化誘因

Phoca PDF

發佈：2025-12-22, 週一 15:51
點擊數：3185

。

2.行政負擔：照護經理人需填寫大量文書，耗費時間，增加交易成本。

3.地方能力不均：部分市町村行政能力不足，導致候補名單與空床並存（如足立區案例），顯示

Phoca PDF

制度雖有框架，但地方落實存在落差。

4.勞動依賴：私人部門薪資受制於報酬標準，若政府未提高補助，則難以改善人力短缺。

（三）制度與私人部門的互動

制度能力的強弱，直接影響私人部門的生產力。當國家調整報酬提高薪資補助時，離職率明顯下降；當國家放寬外籍勞工簽證，民間即能迅速擴充人力。反之，若國家未能及時改革，私人部門只能在有限框架下惡性競爭（例如互相挖角照護員），造成零和效果。從制度能力理論來看，日本展現「創造市場並維持市場」的能力，但也可能因監管過嚴、創新受限而削弱私人部門的效率。

Phoca PDF

參考書目

Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. Health Affairs, 29(1), 87–95.

Evans, P. (1995). Embedded autonomy: States and industrial transformation. Princeton University Press.

Fukushi Iryō Kikō.
(2022). 令和4年度施設・居住系サービス事業者運営状況調査報告書 [FY2022 Survey Report on the Management Status of Facility and Residential Service Providers]. Tokyo: Fukushi Iryō Kikō.

Ikegami, N. (2019). Financing long-term care: Lessons from Japan. International Journal of Health Policy and Management, 8(8), 462–466.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2014, June 25). On monthly benefit caps [Presentation]. 103rd Sub-Committee of Long-Term Care Benefits, Social Security Council, Tokyo, Japan.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2018). Current status and challenges of public Long-Term Care Insurance. MHLW.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2021). Annual Health, Labour and Welfare Report 2020–2021 (English Summary). MHLW.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2023). 介護サービス施設・事業所調査の概況 [Overview of the survey on care service facilities and establishments]. MHLW.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2024). Annual Health, Labour and Welfare Report 2024. MHLW.

Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2025). 地域包括ケアシステムにおける高齢者住まいについて [On Housing for the Elderly in the Community-Based Integrated Care System]. MHLW.

Matsuda, R. (2025, August 1). Long-term care in Japan [Presentation].

Matsuda, S., & Yamamoto, M. (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. International Journal of Integrated Care, 1(e28).

Nakamura, K., & Takahashi, R. (2020). Policy responses to population aging and declining fertility in Japan. The Lancet, 396(10265), 419–422.

Phoca PDF

Noguchi, H., & Shimizutani, S. (2005). Nonprofit and for-profit providers in Japan’s at-home care industry: Evidence on quality of service and household choice. The Japanese Economic Review, 56(2), 1–13.

Osaka Prefectural Government. (2024). About the Long-Term Care Insurance System. Elderly Citizens Care Office, Department of Welfare.

Skocpol, T. (1985). Bringing the state back in: Strategies of analysis in current research. In P. Evans, D. Rueschemeyer, & T. Skocpol (Eds.), Bringing the state back in (pp. 3–37). Cambridge University Press.

Suda, Y., & Guo, B. (2019). Dynamics between nonprofit and for-profit providers operating under the long-term care insurance system in Japan. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 48(4), 810–830.

Kiyoshi Takenaka. (2025, February 28). AI robots may hold key to nursing Japan’s ageing population. Reuters.

Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., & Kobayashi, Y. (2011). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan’s long-term care insurance policy. The Lancet, 378(9797), 1183–1192.

Phoca PDF

發佈：2025-12-22, 週一 15:51
點擊數：3185

Yamamoto, N., & Wallen, J. (2020). The long-term care system in Japan: Past trends, present status and future prospects. Journal of the Economics of Ageing, 17, 100257.

作者 黃芳誼 為東吳大學社會系助理教授

Phoca PDF