

# 日本介护保险制度的演进逻辑与政策启示——基于社会保障视角的分析

郭蓉蓉,王艳玲,罗园,吴瑛

(首都医科大学 护理学院,北京 100069)

截至2024年底,日本65岁及以上人口比例达29.3%,人均预期寿命为84.5岁<sup>[1]</sup>。老年人口规模扩大使传统家庭照护面临劳动力不足、负担过重、照护质量不均等困境。医疗保险长期支付失能老年人照护费用,导致“社会性住院”现象普遍,医疗资源配置效率低下<sup>[2]</sup>。为此,日本于2000年实施介护保险制度,确立“社会共同支撑”的长期照护体系,推动照护责任从家庭转向社区与机构,照护内容从医疗照护转向生活照护与自立支持并重<sup>[3]</sup>。尽管日本与我国在制度环境及社会文化上存在差异,但在应对老龄化挑战上具有相似性:如何实现照护责任社会化并确保资源公平分配。日本的介护保险制度在推动照护责任社会化、构建分级照护服务体系、推动社区照护与自立支持以及整合地方政府与社会力量等方面,对我国具有重要政策启示。本研究基于社会保障视角,梳理日本介护保险制度的形成背景、演进与改革路径、结构与运行机制,总结其成效与问题,以期为我国制度设计提供参考。

## 1 形成背景

1.1 老龄化现状与长期照护风险外部化 人口结构改变是介护保险制度建立的直接驱动力。随着老年人口快速增加,失能老年人规模持续扩大,约7%~9%的老年人存在日常生活活动障碍,需长期照护<sup>[4]</sup>。此外,家庭结构小型化与女性劳动参与率提升削弱了家庭照护功能<sup>[5]</sup>,使长期照护风险外溢为社会风险,迫使政府通过制度将其纳入公共责任体系。

1.2 医疗保险与长期照护的错位 介护保险制度实施前,日本长期照护多依赖医疗保险与社会福利补贴。但医疗保险聚焦治疗疾病,难以覆盖持续性、生活性、康复性的照护需求<sup>[6]</sup>。因此,建立独立于医疗体系、以生活支持和功能维护为核心的长期照护制度成为社会保障体系改革的内在要求。

1.3 社会保障权的法理基础 二战后,日本宪法确立了社会保障的公民权利属性。《日本国宪法》第25条赋予国民“健康且有文化的最低限度生活”权

利,第13条明确了“追求幸福权”<sup>[7]</sup>。此外,日本于1950—1960年逐步构建起医疗、养老、福利与就业“四支柱”体系,并在1961年实现全民皆保险与全民皆年金,为介护保险制度提供了制度基础。

1.4 社会信任与公共责任文化的支撑 日本较高的社会信任与公共责任文化为介护保险制度的强制参与与费用共担奠定了社会基础<sup>[8]</sup>。公共性理念促使照护责任从家庭转向社会,地方自治与社区互助网络则在治理层面强化了制度的基层支撑,实现了制度在信任、伦理与治理上的融合。

## 2 制度演进

2.1 酝酿期 20世纪80年代末至90年代,日本提出了3版“黄金计划”<sup>[9]</sup>。1989年发布的《推进老年人健康和福利十年战略计划》(“黄金计划”)首次提出以政府为主导扩充养老服务供给,旨在增加养老机构床位与介护人员;1994年的“新黄金计划”支持居家与社区照护,强调“居家养老、自立支援”;1999年的《21世纪高龄者保健福祉推进计划》(“21世纪黄金计划”)提出“人人可就近获得必要照护服务”的目标,为照护服务社会保险化奠定基础。

2.2 确立期 日本于1997年颁布《介护保险法》并于2000年4月实施,标志着长期照护体系由社会福利转向社会保险制度<sup>[6]</sup>。该制度以风险共担为核心,建立由保险基金、被保险人及服务机构组成的运行框架,形成居家、社区与机构照护结合的整合服务体系。通过保险基金按比例支付、个人部分自付的方式,有效缓解了低收入群体的经济负担。

2.3 演进期 日本介护保险制度历经7次修订,主要涉及强化介护预防、推进社区整合照护、优化费用结构与信息化治理等,详见表1。

## 3 制度结构与运行机制

3.1 参保机制 日本介护保险制度采取按年龄分层的覆盖机制,保障对象为40岁及以上居民(图1)。65岁及以上老年人为第1号被保险人,被认定为“需要介护”或“需要支援”后即可向居住地所在市町村申请介护服务并享受保险给付。40~64岁且已参加医疗保险者被界定为第2号被保险人,仅限因老年性疾病导致长期照护需求时方可申请服务,其适用疾病包括16种:癌症晚期、风湿性关节炎、肌肉

【收稿日期】 2025-11-30 【修回日期】 2026-01-21

【基金项目】 国家自然科学基金重点项目(72034005)

【作者简介】 郭蓉蓉,博士在读,电话:010-83911766

【通信作者】 吴瑛,电话:010-83911766

萎缩性侧索硬化症、后纵韧带骨化症、伴骨折的骨质疏松症、痴呆症、进行性核上性麻痹及帕金森病、脊髓小脑变性症、椎管狭窄症、早衰症、多系统萎缩症、糖尿病性神经病、肾病及视网膜病变、脑血管疾病、闭塞性动脉硬化症、慢性阻塞性肺疾病和伴随两侧膝/髌关节显著变形的变形性关节炎。

表 1 介护保险制度修订历程

阶段	修订核心
2005年修订 (2006年实施)	将“需要支援给付”转为“介护预防给付” 设立地区综合支援中心 推进社区介护预防与支持项目 发展小规模多功能居家照护服务 公开服务信息,按负担能力细分保费标准
2008年修订 (2009年实施)	建立介护服务机构业务管理体系 实施业务暂停及废止事前申报 规定机构暂停或废止时应保障服务连续
2011年修订 (2012年实施)	推进社区整合照护体系,建立24小时定期巡访 设立介护预防与日常生活支援事业 延长介护疗养病床废止期限 允许护理人员从事部分医疗操作 规定有偿疗养院应退还预付款
2014年修订 (2015年实施)	设立地区综合医疗与介护保障基金 建设社区整合照护体系,推动医养协同及认知症介护 下放介护预防服务至市町村 扩大低收入者保费减免,提高高收入者自付比例 重点为中重度失能老年人提供照护服务
2017年修订 (2018年实施)	明确市町村的保险人职能,推动老年人自立与预防 设立介护医疗院,整合日常医疗、临终照护与生活照护 上调高收入者自付比例至30% 引入介护报酬总额折扣制度
2020年修订 (2021年实施)	建立市町村综合支援体系 推进医疗与介护数据平台建设
2023年修订 (2024年实施)	强化医疗与介护信息协同 建立机构经营信息报告制度 建立数据库以强化管理透明度

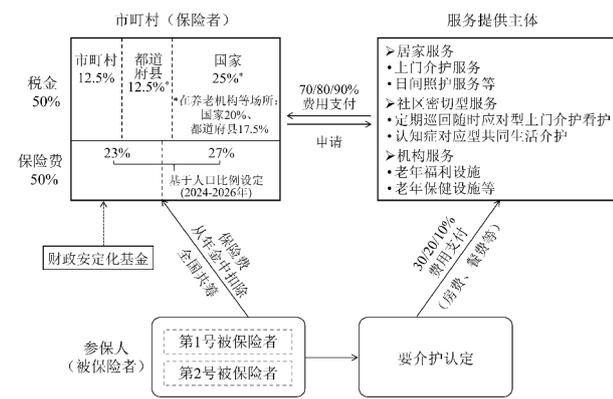
3.3 服务供给体系 服务提供主体包括地方自治体设立的公立照护机构、社会福祉法人运营的非营利性机构及营利企业与非营利组织。政府通过许可准入、质量评估与介护报酬调节等手段维持服务竞争的公平性与运行秩序。养老机构收入主要来自介护保险支付,被保险者通常自付10%、20%或30%,其余由保险基金负担。这一设计既保障了老年人支付能力和服务方收益,也促进了养老服务的规范化与市场化。居家介护以上门照护、康复、助浴等为主;社区介护包括日间照料、夜间巡护等;机构介护则以特别养护老人院和介护医疗院为代表。

3.4 介护认定与服务使用流程 介护保险制度围绕功能等级评估建立了标准化需求认定体系,根据被保险者功能障碍程度将其划分为“需要支援1~2级”和“需要介护1~5级”(表2)。

表 2 介护评估等级划分

等级	核心特征
需要支援1级	基本能独立如厕、进食,部分日常生活需辅助,可维持或改善现有功能状态
需要支援2级	能独立如厕、进食,但洗澡等需定期帮助,可能转为需要介护
需要介护1级	部分日常生活不能自理,洗澡、剪指甲、穿脱衣服等需帮助
需要介护2级	洗澡、排泄等需部分或全面介护,穿脱衣服等需帮助
需要介护3级	以老年痴呆症患者以及失能者为主
需要介护4级	老年痴呆症程度加深,吃饭、穿脱衣服等需全面帮助
需要介护5级	常年卧床,需全面帮助

有介护需求的被保险者需向居住地市町村提出“需要介护”或“需要支援”认定申请。申请时,第1号和第2号被保险者须分别出示介护保险被保险者证明和医疗保险被保险者证明。初次判定由市町村委派的认证调查员入户开展问卷调查,同时结合主治医师意见书评估被保险者功能状态并记录特殊事项;二次判定由保健、福利、医疗专家组成的介护认定审查会依据初次判定结果进行集体审议,最终确定被保险者的认定等级(图2)。



注: \* 代表特殊条件下的支付比例。

图 1 介护保险制度结构与运行机制

3.2 筹资机制 日本介护保险制度采用税收与保险费并行的筹资模式,政府与个人各承担总筹资额的50%。中央、都道府县、市町村分别负担25%、12.5%、12.5%。地方自治体负责征收保费和支付服务,中央政府通过支付基金及支付机制平衡地区间老龄化负担与财政差异。

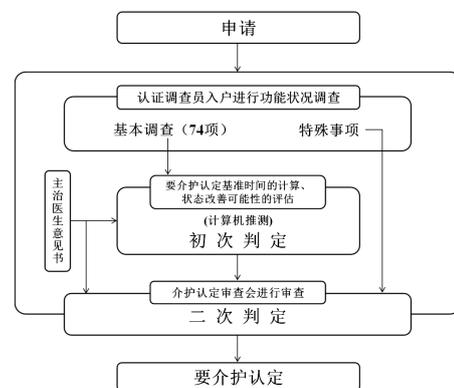


图 2 介护认定制度

被认定为需要介护的被保险者居家使用服务时,应与住宅介护支援运营商签约,由介护支援专员(care manager)制订个性化介护计划并协调资源;入住机构者可直接向机构提出申请。被判定为需要支援的被保险者需与介护预防支援运营商签约,由care manager制订介护预防计划。服务内容和数量与认定等级挂钩,以“单位数”量化月度服务量,并按统一报酬单价结算费用。被保险者需承担10%、20%或30%的介护服务费用,低收入群体可享受减免(图3)。

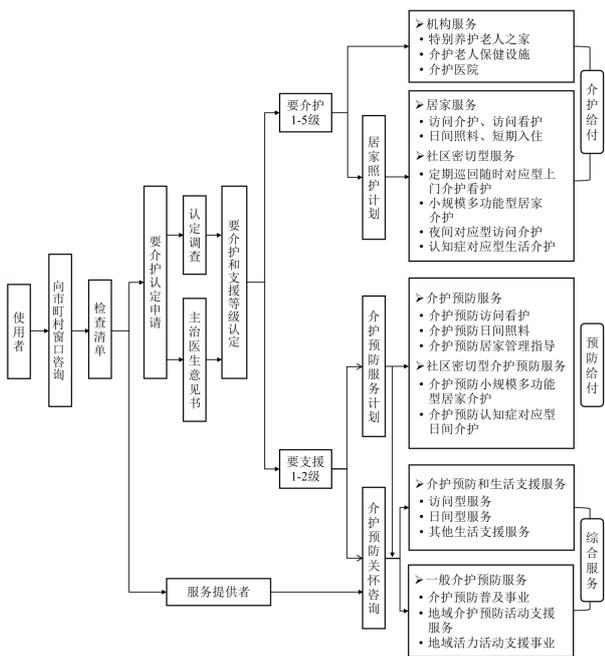


图3 介护服务的申请与使用流程

3.5 介护报酬与加算制度 介护保险制度采用“介护报酬+加算”双层支付结构。介护报酬由厚生劳动省统一制订。加算制度则依据服务内容、质量、地区及从业者待遇等因素,在基本报酬上附加支付,主要包括4类:一是服务内容加算,如初次服务加算、定期巡回与随时应对服务加算、临终关怀加算及紧急访视加算等,用以补偿高强度照护的额外人力投入;二是人力待遇改善加算,通过介护人员待遇改善与特定待遇改善加算提高从业者薪酬;三是服务体系加算,包括服务提供体制加算与机构功能强化加算,旨在鼓励多专业协作与质量管理;四是地区差异加算,按地区物价和人力成本水平,在基本报酬上叠加一定比例调节。

3.6 介护人力配置与职业结构 日本介护人力体系以介护福祉士为核心,形成了分层化、专业化、制度化的照护职业结构。1987年《社会福祉士及介护

福祉士法》的颁布确立了介护福祉士国家资格,标志着长期照护职业进入法制化与专业化阶段<sup>[10]</sup>。介护福祉士须接受3年以上专业培训并通过国家考试,负责照护计划制订、服务协调、现场指导等<sup>[11]</sup>。介护职业体系呈现“基础照护-专业照护-管理支持”的分层结构:基础层为介护人员,负责日常生活照护;中间层为介护福祉士;高层为介护支援专员,负责照护计划统筹与资源协调;顶层为介护专家及教育研究人员,推动职业体系标准化与学术化。

#### 4 现实成效与突出挑战

4.1 现实成效 首先,制度覆盖面与使用率显著提升。据日本厚生劳动省《介护保险事业状况报告》,2000年4月至2024年4月底,第1号被保险者数量由2165万增至3591万,增幅约66%;“需要介护/支援”的认定人数由218万增至710万,增长约2.26倍。同期介护服务总使用人数从149万增至529万,增长约2.55倍,其中居家和社区介护服务使用人数分别增长约3.40倍和0.96倍<sup>[12]</sup>。其次,服务体系日益多元化。日本已形成“居家-社区-机构”三层次照护体系。截至2025年5月底,居家介护服务使用者约440万,占总服务使用者的69.83%;社区和机构介护服务使用者分别占14.81%和15.36%<sup>[13]</sup>。

4.2 突出挑战 首先,财政负担持续攀升并向个人转移。介护支出几乎占社会保障总支出的20%,预计到2025年将高达141兆日元;第1号被保险者的月均保费由2000-2002年的2911日元上升至2024-2026年的6225日元<sup>[12]</sup>。这不仅加重了中央与地方财政压力,也使老年人实际负担显著增加。其次,照护人力供给持续紧张。厚生劳动省数据显示,2022年日本介护从业人员约为215万,预计2040年将增至约272万,届时缺口约57万。此外,2023年10月介护人员约212.6万,首次出现下降趋势<sup>[11]</sup>。人力不足可能导致服务供给能力下降、等待时间延长、服务质量风险上升,影响制度稳定运行。再者,地区差异与资源不均衡问题突出。地方自治体分权治理模式下,不同地区在保费标准、服务覆盖与资源配置上存在显著差异。东京、大阪等都市圈服务体系完善,而农村与偏远地区仍面临服务短缺与人力匮乏,影响了制度的公平性与普惠性。

#### 5 对我国的政策启示

日本介护保险制度在实现照护责任社会化和服务体系扩展方面的显著及其在财政可持续性、照护人力供给及地区公平性等方面存在的结构性问题为制度后发国家提供了重要警示。我国长期护理保险

制度仍处于探索阶段,在制度统筹、筹资安排、服务供给和治理能力等方面面临类似约束,因此有必要在借鉴日本经验的同时,结合自身制度环境进行前瞻性完善。

5.1 明确制度定位 针对我国长期护理保险试点地区在制度定位、保障对象、给付范围和筹资方式等方面存在的碎片化和差距问题,应在国家层面加快推进顶层设计,明确长期护理保险的社会保障属性,在同一制度框架下引导地方政府结合实际进行差异化实施,实现制度平衡发展。

5.2 注重文化差异与制度适配性 鉴于我国社会信任基础和公共责任认同尚在发展阶段,推广长期护理保险需同步加强信任建设,通过公共教育和政策透明度提升社会对政府治理的认同,并结合社会文化背景推动社会力量和家庭照护责任结合,建立更广泛的社会支持体系。

5.3 优化筹资结构 为避免制度负担过度集中于单一主体,我国应根据经济发展和老龄化进程设计灵活的多元分担筹资模式(如税收与保险费并行),合理界定政府、个人和社会的责任边界,并根据地区经济发展水平调整保费标准,提升制度的长期可持续性。

5.4 完善价格与支付机制 针对长期护理支出持续增长和个人负担上升的现实压力,我国应建立与老年人收入水平、失能等级和照护场所等相匹配的差异化支付机制,并引导照护服务向居家场景倾斜。同时,可借鉴日本的加算制度,将服务难度、专业要求和质量表现等纳入支付激励,引导服务提供方在既定支付框架下提升服务质量和运行效率。

5.5 建立全过程服务监管评估体系 我国需进一步完善服务监管评估体系,从服务计划制订、实施、到效果进行全程监督和综合评价。通过绩效考核和定期评估,确保长期照护服务的持续优化,并及时发现和解决问题,以提升服务质量和效果。

5.6 强化照护人才体系建设 针对照护人力供给约束,我国应加快构建多层次照护职业体系,完善职业资格认证、继续教育和职业发展通道,提升照护人员的专业素质和服务水平;同时应通过改善从业人员待遇、工作环境和社会认可度提升职业吸引力,为长期护理保险制度提供可持续的人力保障。

5.7 推进信息化建设和智慧养老 我国应加快推进照护信息的数字化、标准化和互联互通,通过建立智能化信息平台推动医疗、养老与长期照护数据协同使用,利用大数据和人工智能技术实现服务精准匹配并优化资源配置,推动智慧养老,提升服务质量并减少管理成本。

## 6 小结

日本介护保险制度以宪法确立的社会保障权为基础,推动长期照护责任由家庭转向社会共担、服务模式由福利救济转向社会保险,建立了全民参保、财政共担、社区整合的长期照护体系。该制度显著提升了老年照护的可及性与公平性,同时也面临财政压力、人力短缺与地区差异等挑战。我国长期护理保险制度仍处于探索阶段,日本的制度经验对其完善具有重要参考价值。

【关键词】 介护保险制度;社会保障;老龄化;政策启示

DOI:10.3969/j.issn.2097-1826.2026.03.023

【中图分类号】 R47 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2026)03-0096-04

### 【参考文献】

- [1] 日本总务省.2024年65岁以上老年人达3625万人,占总人口29.3%,持续刷新历史最高记录[EB/OL].[2025-12-28].<https://gemmed.ghc-j.com/?p=62791>.
- [2] OKAMOTO S, YAMADA A, KOBAYASHI E, et al. Socioeconomic inequity in access to medical and long-term care among older people[J/OL].[2025-11-20].<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39849500/>.DOI:10.1186/s12939-024-02345-7.
- [3] 徐青松.老年长期照护保险法律制度的国际经验与中国实践[J].军事护理,2025,42(7):1-3.
- [4] 日本内阁府.令和5年老龄化社会白皮书(完整版)[EB/OL].[2025-12-28].[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html).
- [5] NAKATANI H. Population aging in Japan: policy transformation, sustainable development goals, universal health coverage, and social determinates of health[J].Glob Health Med,2019,1(1):3-10.
- [6] IWAGAMI M, TAMIYA N. The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future[J].JMA J,2019,2(1):67-69.
- [7] 日本内阁府. Annual report on the ageing society:2023[EB/OL].[2025-12-28].<https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annual-report/index-wh.html>.
- [8] 日本国立社会保障・人口问题研究所. Social security in Japan [EB/OL].[2025-12-28].<https://www.ipss.go.jp/s-info/e/jasos/jasos.pdf>.
- [9] 日本厚生劳动省. Long-term care insurance system of Japan [EB/OL].[2025-12-28].[https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj\\_e.pdf](https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj_e.pdf).
- [10] 日本厚生劳动省. 社会福祉士・介护福祉士 [EB/OL].[2025-12-28].[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/huku-shi\\_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushil/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/huku-shi_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushil/index.html).
- [11] 日本厚生劳动省. 介护人员数量变化更新(令和5年) [EB/OL].[2025-12-28].[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_47882.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47882.html).
- [12] 日本厚生劳动省老健局. 介护保险制度概要 [EB/OL].[2025-12-28].<https://www.mhlw.go.jp/content/001512842.pdf>.
- [13] 日本厚生劳动省. 介护保险事业状况报告(令和7年7月) [EB/OL].[2025-12-28].<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/os-irase/jigyo/m25/2507.html>.

(本文编辑:刘于晶)