

從準市場機制看日本介護保險制度下介護市場的現狀 ——以訪問照護服務為中心

陳玉蒼

壹、前言

日本高齡化社會伴隨而來之年老後的不安加上社會結構的變化如核心家庭的產生、婦女就業人數的增加導致高齡者照護問題出現。為解決此問題，日本介護保險制度基於「利用者本位、高齡者自立自主」、「普遍性」、「照護在地化」等理念於2000年4月1日開始實施。介護保險制度的目的是將高齡者照護由家族轉為社會全體來支援。

規章制度的鬆綁加上市場化的形成，社會福利如高齡者照護服務的提供亦從行政單位轉為多樣化的服務提供主體；介護市場因而形成。其目的之一是希望藉由市場競爭原理提高福利服務的品質。然而，日本介護保險制度在財源的提供、制度的施行及修正等，政府的涉入依然存在，介護市場被歸屬於「準市場」(Quasi-Market)，一般市場的機能在介護市場中並無法充分發揮。再者，競爭原理所帶來

的效率性及合理性的追求導致優勝劣敗的產生，此勝負將造成社會性差距擴大，弱勢族群被排除於社會外之虞。本文以「準市場」機制考察日本介護市場的現狀，並以準市場原理的評估基準及滿足此基準的條件考察日本制度的課題及介護市場的特徵。

貳、介護保險制度下的介護市場

1. 介護市場之「準市場」機制

向來，市場機能正常運作的條件如下：(1)市場處於完全競爭的狀態；(2)同質性的財貨；(3)消費者能免費使用資訊；(4)所有的財貨和生產要素能無限制的分割；(5)來自於外部效果的非自發性交換關係不存在；(6)所有的財貨和生產要素均可以自由移動；(7)隨時間的經過做順應的調適等。

日本介護保險制度下的照護服務，服務提供者所握有的訊息遠多於服務使用

者。除了兩者間訊息不對稱的鴻溝存在外，照護服務的生產要素為服務提供者，生產要素不能分割的理由亦為市場機能無法在介護市場正常運作的原因。另外，照護服務的財源有一半來自公費的支出，因此，照護服務仍保有公共服務的性質，無法像一般服務一樣市場化。但由於規章制度的鬆綁，照護服務的提供者除了原先的公益法人及社會福利法人外，民間的私人企業及 NPO 法人亦可成為服務提供者，業者間的競爭及消費者的選擇性等市場機能被導進介護市場。此市場機制，一般稱之「準市場」(Quasi-Market)。準市場的概念最早來自於英國。英國的國民健康保險(National Health Service, NHS)是由租稅收入來負擔醫療費用。NHS 賦予家庭醫師使用醫療預算之權，經由家庭醫師和醫院間契約的締結，將病患送醫治療。如此一來，各家醫院為爭取病患來院就診，彼此間的競爭產生，病患可藉此選擇良質且回應快的醫院就診。

「準市場」機制是將競爭原理產生作用的市場機能導入公共部門。美、英、紐、澳等國家將此概念用於新公共經營管理(New Public Management, NPM)體系上。新公共經營管理引進的理念為：(1)市場機能的活用，(2)成果的說明責任(Accountability)，(3)授權，(4)行政的分權化、分散化、企劃與執行的分離等。「準市場」機制的要點如下(駒村康平 1999)：一是服務提供者與服務買入者一分為二。向來，公共服務的生產者與買入者均為政府部門，但準市場機制下的生產

主體並非行政單位而是各式各樣的生產者。另一是服務購買者與費用支出者不同。舊式的公共服務，政府既是服務購買者亦是費用支出者。適用於準市場機制的介護市場，服務使用者為購買者，藉由選擇權的行使，可由多樣的服務提供者中選擇自己所需的服務。為爭取顧客，服務的提供者間競爭的產生與舊有的市場相同，但是準市場機制與舊有市場不同的地方是服務的提供者無利益最大化及私有經營組織之必要。介護市場中 NPO 團體的存在是最好的例子。

另一方面，服務使用者(介護保險制度下，服務的使用者原則上為接受過需要照護程度認定的非保險人)的購買力並非以金錢來表示而是經由「分配給特定目的使用之公共資金(An Earmarked Budget)」利用券(voucher)等形式分配給服務使用者。在此，有一要點需提出。亦即，服務的選擇與購買通常非使用者本人，而是委由代理人(Agent)代為購買。所謂的代理人在一般情況下可能為行政機關；在介護保險制度中，代理人為照護策劃管理人(Care Manager)；醫療方面，代理人可能為醫師。

準市場與一般市場的差異亦存在於官方的監督管制上。在一般市場裡，官方的控管趨於舒緩，相較之下，官方對於準市場的干預較多也較強。其理由及目的是為了讓服務提供者提供適當且滿足使用者所需的服務。營利性及官方控管的強弱比較圖請參照圖 1-1。

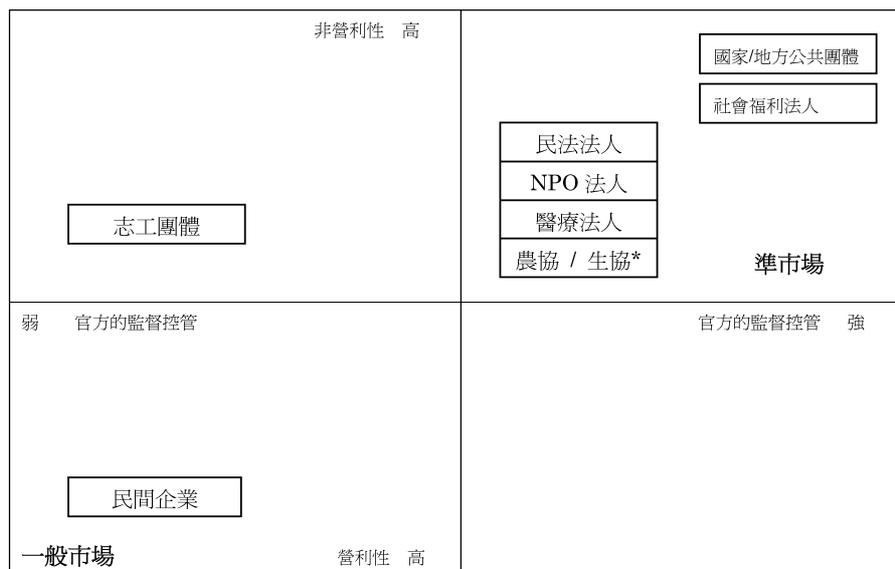


圖 1-1 一般市場與準市場之營利性與監督控管上的比較

出處：增田（2004）「介護保險見直しへの提言—5年目の課題と展望」, p.175

* 農協為日文「農業協同組合」；生協為日文「生活協同組合」的略稱（日文之協同組合為中文合作社之義）。

醫療及福利服務的準市場機制是爲了讓服務的提供者由原先的行政機關移轉爲多樣化的提供主體並藉此轉變來提高服務提供的效率、顧客需求的回應能力、選擇性及公平性。

然而，實際上，英國國民健康保險的相關研究中明示出使用者的選擇權未能充分行使之實情。日本的介護保險制度中亦存在種種問題，稱不上一使用者選擇制度。此點將於下節詳述。此外，保險人的機能、給付方式、制度上的財政侷促及需要照護程度認定制度的不完備、等待進入照護設施因而無法使用照護服務等課題來看，市場原理在介護市場中未能充分發揮其作用。

2. 準市場原理的評估基準及滿足此基準的條件

佐橋克彥（2002）從 Le Grand, J. & Bartlett 所著『準市場和社會政策』（“Quasi-Markets and Social Policy”）一書中引用之準市場的評估基準爲：(1)效率性（Efficiency），(2)回應性（Responsiveness），(3)選擇性（Choice），(4)公平性（Equity）。上述評估基準簡單說明如下：(1)效率性是以費用及效果的觀點來衡量，(2)回應性是評判使用者的需求能否經由服務的提供適切地被滿足，(3)選擇性意指在效率性及回應性等機能確保的狀況下，個人可經由 Hirschman（1970）所提出之「退出」（Exit）或「發言」（Voice）等權利的行使保有其選擇權，(4)公平性無關於收入、社會或經濟地位，而是以使用者所需之服務能否被提供或提供的程度來做判斷。

此外，滿足準市場機制之評估基準的

條件有五，亦即(1)市場構造的轉換 (conversion of market structure)，(2)資訊 (information)，(3)交易費用及不確定性 (transaction costs and uncertainty)，(4)動機喚起 (motivation)，(5)吸脂效應 (cream-skimming) 的防止。

關於市場構造的轉換，準市場機制下的介護市場，為爭取使用者接受服務，服務提供者間競爭的產生有其必要。另外，為確保服務提供的質與量，介護市場裡，多樣的服務提供主體之加入及防止其退出的策略設定亦有必要。現日本介護保險制度下，服務提供業者須滿足行政機關所設定之要件方能成為介護保險的「指定事業者」；但就業者退出市場的防止策略，尚未明文規定。民間企業以利所趨，未能獲利的事業所被關閉一事時有所聞，此舉對使用者而言可能造成莫大的傷害，社會成本也將因此而提高。

資訊公開的不澈底會造成服務提供者與使用者間資訊不對稱的問題產生。投機的業者可利用此一現象進而選擇獲利性較高的使用者進行服務的提供。此一逆選擇現象的防止對策之設定的必要性由此而生。

由於準市場的構造較一般市場複雜，從開始申請利用此服務到實際接受服務的交易過程中所產生之種種成本有列入考慮的必要。而且，社會服務的提供從舊有的行政單位決定方式（日文為「措置制度」）轉為介護保險的契約制度後，在服務的提供上，其產生的不確定性（不合理性及意外等）也相對提高。

動機喚起乃希望業者不是以營利追求而是以使用者的福利追求為目的。

從財團法人、公益法人、醫院到民間的公司行號及 NPO 法人，介護市場的服務提供者非常地多元化，利之所趨下，常有服務提供者集中於某一利潤較高之服務項目上。吸脂效應的防止乃是為防範此一現象的產生，進而使低所得層的使用者得以免費使用照護服務。

3.介護保險制度下介護市場的現狀

以下將以上述所示之評估基準所需要件進一步考察日本介護保險制度下介護市場的現狀。

首先，在市場結構的轉換方面，如前所述，業者只要能滿足行政單位明文規定的要件即能成為介護保險的指定事業者；但是對於業者退出市場的防範措施尚未設定。因此，民間業者可無視於使用者的權利將赤字單位關閉退出介護市場中的某一服務項目。

接著，在資訊的提供上，與服務品質有關之資訊的公開有其迫切的需要。目前，介護保險之資訊提供網站「WAM NET」（<http://www.wam.go.jp>）雖可以找到照護及醫療等服務提供業者的資訊，但是，對於不擅長電腦操作的高齡者而言並非福音，且此網站上所提供的訊息均為業者的基本資料如所在地、連絡電話、服務項目等，對於服務品質好壞的判斷無所助益。現日本各個都道府縣有針對照護服務導入外部評估的計畫（又稱為第三者評估，是由外部的專家或接受過評估訓練的人員對業者的服務做評估）；但由於很多

地方自治單位已苦於介護保險制度實施的財源確保，對於外部評估的導入實力不從心（註 1）。

另外，關於交易成本，因為衡量有其困難性，現階段之照護服務報酬的設定並未將此交易成本列入考量中。對於不確定性的因應，保險的加入為其方法之一，但並未被強制規定。

在使用者之福利追求的動機喚起上，介護保險制度為使用者所周知實為一重要前提；但實際上對於介護保險制度一知半解的民眾並非少數（註 2）。造成此結果的原因可歸納為二：一是行政單位對介護保險制度的宣導不澈底；另一可能是使用者並未將自己定位為此制度的主體，而是以客體的身分自居，對制度的關心度不高。

最後，關於吸脂效應的防止，現行的制度，雖然對低所得者有部分的支援策略，但對於基於利益考量選擇付費較高的使用者或是因赤字而關閉事業導致服務提供停止等事項之防範措施並未設定。民間企業退出居家照護服務事業轉入有利可圖的設施服務便是最好的例子。

參、介護市場的規模

隨著高齡化的進展，需要照護的高齡者數目亦同時增加。舊厚生省根據介護保險制度下照護費用的預測推定介護市場的規模如次：2000 年 4.2 兆日圓，2005 年 5.5 兆日圓，2010 年 6.9 兆日圓。（圖 1-2）

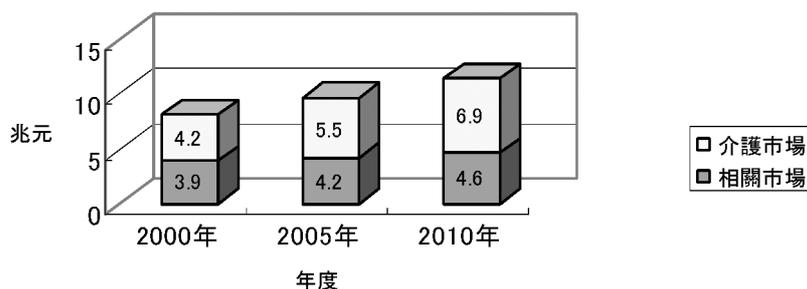


圖 1-2 介護市場規模預測（日圓）

資料來源：厚生省監修（1998）「平成 10 年版 厚生白書」，p.241

肆、介護保險制度的實施狀況

本節將以照護服務使用者及照護服務提供者等介護保險制度的中心主體來說明其實施狀況。

1. 照護服務的使用狀況

首先，由使用者的推移來看，介護保險實施初期的 2000 年 4 月底，65 歲以上的被保險人共計 2,165 萬人，至 2004 年 4 月底，65 歲以上被保險人增為 2,453 萬人。4 年間被保險人數增加了 288 萬人，成長

率為 13.3%。

接受需照護程度認定的人數，從 2000 年 4 月的 218 萬人增到 2005 年 4 月的 410.9 萬人，成長率為 88.5%。這些人中，被認定為「需支援」或「需照護度

1」的高齡者從 2000 年 4 月的 84.2 萬人大幅增加到 2005 年 4 月的 200.6 萬人。成長率約為 141%。各個年度的認定人數如表 1-3 所示。

表 1-3 需要照護程度認定人數的推移（千人）

	需支援	需照護度 1	需照護度 2	需照護度 3	需照護度 4	需照護度 5
2000 年 4 月	291	551	394	317	339	290
2001 年 4 月	320	709	490	358	365	341
2002 年 4 月	398	891	571	394	394	381
2003 年 4 月	505	1070	641	431	424	414
2004 年 4 月	601	1252	595	492	479	455
2005 年 4 月	674	1332	614	527	497	465

資料來源：厚生勞動省「介護保險事業狀況報告」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>)

註：等級（數字）愈高，需要照護程度也愈高。

照護服務的內涵大致可分為居家服務和設施服務。居家服務的項目有居家訪問照護服務、居家訪問看護服務、日間照護（Day Service）、日間復健、照護用具的租售、短期入所生活照顧等。設施服務包括老人照護福利設施、老人照護保健設施、照護療養型醫療設施等。居家服務

的利用人數從 2000 年 4 月的 97 萬人增到 2003 年 1 月 194 萬人。設施服務的利用人數從 2000 年 4 月的 52 萬人增到 2003 年 1 月的 72 萬人。居家服務的利用成長率（100%）遠高於設施服務的使用成長率（38%）。詳參圖 1-4。

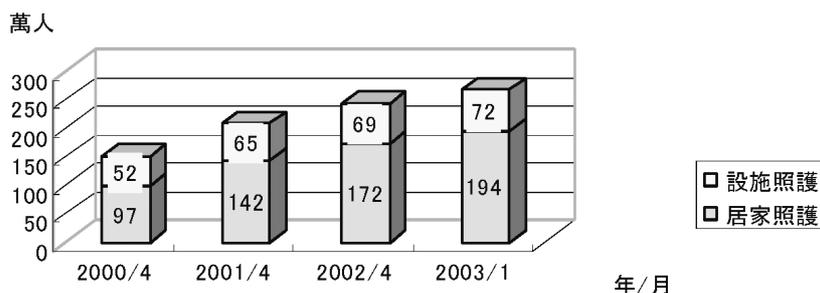


圖 1-4 照護服務利用人數的推移（萬人）

資料來源：厚生勞動省「介護保險事業狀況報告」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/zuhyou1-1.html>

從需要照護的程度和照護服務的使用狀況來看，需要照護的程度愈高，設施服務利用的比率也愈高。被認定為需要支援或需要照護（照護度 1-3）的使用者有半

數以上利用居家服務。特別是被認定為需要支援之被保險人幾乎都利用居家服務（圖 1-5）。

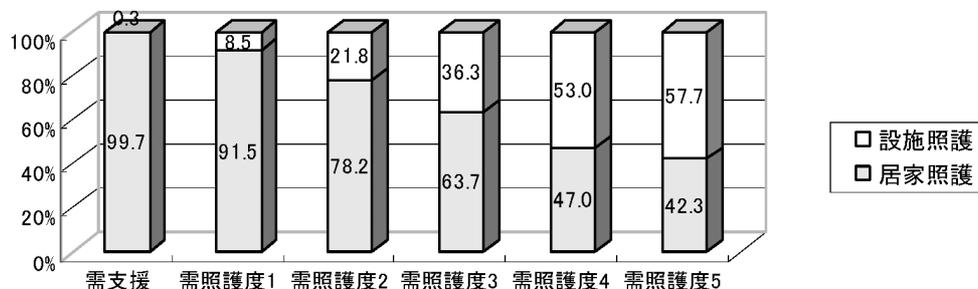


圖 1-5 需要照護程度與服務利用狀況

資料來源：厚生勞動省「介護給付費實態調查月報」（照護給付實況調查月報 2003 年 4 月）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo.kyufu.2003.04.html>

2. 照護服務的提供狀況

關於照護服務的提供狀況，根據厚生勞動省第 20 次社會保障審議會介護給付費用之專門討論會的資料顯示，介護保險制度實施後，訪問照護、日間照護、照護用具的租售、照護計畫（Care Plan）的擬定、認知症患者（註 3）對應型的共同生

活照護等服務提供的業者有逐年增加的趨勢。表 1-6 為介護保險制度開始實施後 2000 年 10 月之各個事業主體其營業所數所占的比率。在訪問照護服務的營業所數上，社會福利法人的 43.2% 為最高，其次為營利法人的 30.3%。其他服務的比率請詳參表 1-6。

表 1-6 各經營主體其服務事業所數之構成比率

2000 年 10 月 1 日現在

	事業所數	構成比率 (%)									
		總數	地方公共團體	公營社會保險關團體	社會福利法人	醫療法人	合作社	營利法人(企業)	特定非營利活動法人(NPO)	其他	
居家服務事業所											
(到宅探訪類)											
訪問照顧	9,833	100	6.6	...	43.2	10.4	4.6	30.3	2.1	2.7	
訪問沐浴	2,269	100	8.6	...	63.5	2.6	0.9	23.1	0.4	0.8	
訪問看護站	4,730	100	5.1	3.3	10.4	53.3	4.3	6	0.3	17.3	
(往來事業所類)											
日間照顧	8,037	100	22.2	...	66	4.2	1.1	4.5	1.3	0.7	
日間復健		100					...		...
照護老人保健設施	2,638	100	5.4	2.1	15.7	73.2	...		...	3.6
醫療設施	2,273	100	2	1.1		70.3	...		...	26.4
(其他)											
短期入所生活照護	4,515	100	13.5	0.1	84.9	0.8		0.6			
短期入所療養照護							...		...
老人照護保健設施	2,616	100	5.5	2.1	15.5	73.3	...	...	...	3.7
醫療設施	2,035	100	4.8	1.6		72.3	...	0.3	...	21	
認知症對應型生活照護	675	100	3.6	...	37.5	31.1	0.3	21.2	5.5	0.9	
照護用具租售	2,685	100	1.6	...	8.3	2.6	3.6	82.6	0.5	0.8	
照護計畫擬定事業所	17,176	100	11.9	0.3	35	25.1	3.3	18.1	0.9	5.5	

資料來源：厚生勞動省「介護服務設施及事業所調查概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service00/kekka1.html>

2004 年 10 月之各事業主體之營業所數所占比率請參照表 1-7。其中，訪問照顧服務的營業所數上，冠軍之座已被營利法人的 48.2% 所取代，社會福利法人的比

率由 2000 年 10 月的 43.2% 降為 30.8%。直得一提的是，服務提供主體中的 NPO 法人由 2000 年的 2.1% 增為 2004 年的 4.8%，呈倍數成長。

表 1-7 各經營主體其服務事業所數之構成比率

2004 年 10 月 1 日

	事業所數	構成比率 (%)									
		總數	地方公共團體	公營社會保險團體	社會福利法人	醫療法人	合作社	營利法人(企業)	特定非營利活動法人(NPO)	其他非營利活動法人(NPO)	其他
居家服務事業所											
(到宅探訪類)											
探訪照護	17,274	100	1.2	...	30.8	8.5	1.6	4.0	48.2	4.8	0.9
探訪沐浴	2,406	100	1.7	...	62.0	2.8	1.0	1.1	30.5	0.8	0.2
探訪看護站	5,224	100	4.7	1.6	9.8	48.0	15.9	5.6	13.0	0.7	0.6
(往來事業所類)											
日間照護	14,725	100	2.9	...	55.1	8.3	0.9	1.9	25.3	4.8	0.7
日間復健	5,869	100	3.4	1.3	8.8	74.2	3.0	...	0.1	...	9.2
照護老人保健設施	3,049	100	4.9	2.0	15.9	73.3	3.1	...	...	...	0.8
醫療設施	2,820	100	1.8	0.6	1.0	75.1	3.0	...	0.2	...	18.2
(其他)											
短期入所生活照護	5,657	100	5.4	...	90.6	1.6	0.1	0.3	1.7	0.2	0.2
短期入所療養照護	5,821	100	5.2	1.8	8.9	75.0	3.0	...	0.1	...	6.1
照護老人保健設施	3,102	100	4.9	2.0	15.8	73.5	3.1	...	...	...	0.8
醫療設施	2,719	100	5.6	1.5	1.0	76.7	2.8	...	0.2	...	12.2
認知症對應型生活照護	5,449	100	0.4	...	24.5	20.6	0.4	0.3	47.3	6.2	0.3
照護用具租售	5,391	100	0.2	...	4.7	2.7	0.4	3.5	87.1	0.7	0.6
照護計畫擬定事業所	24,331	100	3.9	...	33.1	22.4	4.5	3.6	29.1	2.3	1.1

資料來源：厚生勞動省「介護服務設施及事業所調查概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/kekka1.html>

自 2001 年 4 月至 2003 年 9 月，指定訪問照護營業所的總數由 1 萬 2,179 所增為 1 萬 8,603 所。由經營主體來看，NPO 法人的數目 2001 年的 344 所增為 2003 年的 861 所。成長率為 150%，是所有營業

主體中成長最快的。其次是營利法人。其增加數由 2001 年的 4,493 所增為 2003 年的 9,216 所，成長率為 109% (圖 1-8)。醫療法人事業所的增加率為 36.3%，社會福利法人的事業所增加率為 14.4%。NPO

法人雖然在事業所的數量上無法與營利法人或其它經營主體匹敵，但其成長率為所有經營主體之冠。由此狀況可推知在高齡者照護服務的提供上，NPO 以其根植於地方區域的特性逐漸興起並擴大，扮演著重要的角色。

關於營利法人的營業所數遠在其他經營主體之上的原因，筆者推斷是與需要支援和需要照護者的人數有關。如表 1-3 所示，2005 年 4 月被認定為需要支援與需要照護度 1 的人數合計為 200 萬 6 千人，占認定者總數的 49%。而且，這些被認定為需要支援與需要照護度 1 的高齡者中有 9 成以上的被保險人均利用居家照護服務，對營利法人而言是一群重要且無法割捨的目標客戶。然而，營利法人為提高獲利，其服務提供集中在收費較高的身體照護上，對於收費低且無法獲取太高利潤的家事援助上，NPO 法人扮演著重要的角色。2003 年 4 月，介護保險服務報酬修定時，基於居家照護服務為介護保險重心

的考量，居家照護服務的報酬全體提高 0.1%，設施服務的報酬減低 4%。另外，原訪問照護服務中分成身體照護、家事援助及複合型等 3 種服務，隨著報酬的修訂，服務項目減為生活援助及身體照護兩種。前者的報酬上漲，後者的報酬下跌。

對於各經營主體而言，上述之報酬修訂乍看之下對於服務集中於家事援助上的 NPO 業者而言似乎是個好消息；但事實上，NPO 業者所提供的服務大多集中在修訂前的複合型服務上，其報酬高於修訂後生活支援的報酬。服務項目及服務報酬的修訂導致原先複合型服務的使用者轉利用生活援助，NPO 業者的收入驟減。加上身體照護服務時間超過 1.5 小時以上的話，超過時間的服務收費標準比照生活援助的收費，介護服務報酬的修訂並無法讓 NPO 業者的收入提昇。關於訪問照護服務報酬之修訂前與修訂後的比較請參照表 1-8。

表 1-8 照護服務報酬改定前後的比較表（日圓）

照護服務內容	未滿 30 分鐘	30 分~1 小時	1~1.5 小時	1.5 小時後每 30 分鐘
A. 身體照護	210	402	584	219
改訂後	231	402	584	83
B. 家事援助		153	222	83
改訂後（生活援助）		208	291	83
C. 複合型		278	403	151
改訂後（取消）		—	—	—

資料來源：2003 年 1 月 24 日「銀髮族新報」

3. 訪問照護服務之各個營業主體的活動狀況及其特徵

居家照護服務中，市場規模最大的是訪問照護服務。加上其參與障礙低，民間業者容易進入。NPO 法人在介護市場的參入中亦集中於訪問照護服務上。如表 1-7 所示，指定訪問照護服務的最大提供者

為營利法人。其次是歸屬於社會福利法人的「社會福利協議會」(以下簡稱社協)。這些服務提供者基於種種不同的經營理念和目標構築其在介護市場裡存在的基石。

首先，在營利企業中，參與照護服務提供的各個業者的服務內容及各項服務收入占總收入的百分比請參表 1-9。

表 1-9 各營利法人其服務內容及各項服務的收入占全部總收入的百分比 (%)

公司名稱	Saint-care	Tsukui	Japan Long Life	Comsn	Medcajapan	Kichii Gakkan
訪問照護	38.1	46.8	25.7	86.2	12.7	45.7
訪問沐浴	32.3	24.8			X	6.4
照護計畫擬定	5.3	4.9			2.4	6.3
訪問看護	2.7	X	X	X	X	X
日間照護	V	16.2	X	X	33.2	18.6
分布於各都道府縣的事業所總數	12	28	3	47	21	47
代表性地區	關東地區	從關東到全國各地	以大阪、兵庫縣為中心，今後亦將進入關東市場	全國各地	從埼玉縣拓展至全國各地	全國各地

註：V 代表些微的參與，X 表示未參與。

資料來源：日興 Citygroup 證券

關於居家照護服務中營利法人的參入，由訪問照護、訪問沐浴及照護計畫擬定來看，Comsn 的 86.2% 及 Tsukui 的 76.5%，分占第一位及第二位。排名第三的是 Saint-care 的 75.7%。訪問照護事業的報酬為公定價格，業者並不冀盼能獲得高利潤，乃一薄利多銷事業。各個營利法人積極在全國各地設立照護據點為一大特色。另外，營利法人為提高其利益，服務的提供傾向由報酬較低的生活援助轉向報酬較高的身體照護。

另一訪問照護的主要業者為社協。在 1994 年 5 月 12 日、13 日召開的「都道府縣暨指定都市市社協業務部長會議」中，明文將社協定位如次：「基於地方居民的福利需求積極地接受公共福利服務提供的請託，且站在民間的立場維持此服務提供的柔軟運作；對於公營服務無法滿足的民眾需求，開發因應此需求的服務，鼓勵居民參與並主導多樣化服務的提供等綜合性營運」(註 4)。介護保險制度實施前的社協，接受行政單位的委託，提供居家照護

服務人員 (Home Helper) 的派遣，人們對社協的印象乃是「受公家庇護的社協」(井上英晴，2002)。基於此認知，人們產生行政機關「社協一面倒」的批判。社協亦被認為是「集官與民之惡於一身的組織」(三好春樹，2001)。

但是，介護保險制度實施後，由於多樣化的經營主體可加入介護市場，競爭由此而生，大多數的社協亦不得不強化其經營體系。介護保險制度的實施可視為社協變革的契機。介護保險制度實施後，進入介護市場提供服務的社協不在少數。關於介護市場中社協的加入，根據全國社會福利協議會的資料得知，在 2000 年 4 月介護保險制度實施初期，提供訪問照護服務的社協共 2,442 團體，占全部服務項目的 72.5% 為最多。接下來依次為，照護計畫的擬定 (1,385 團體，41.1%)、訪問沐浴服務 (990 團體，29.4%)。另接受行政單位委託，執行需要照護程度認定調查的社協有 1,645 團體；經營居家照護支援中心的社協有 848 團體；成為基幹型居家支援中心的社協有 413 團體 (註 5)。由上可知，大部分的社協除接受行政單位的請託成為介護保險事業的服務提供者外，亦加入支援中心的營運為「事業型」與「支援型」的複合體。

市川一宏 (2001) 針對社協在介護保險制度中所扮演的角色歸納出以下十點任務：(1) 協同醫療機構、民生委員 (註 6)、志工及地方居民強化諮商、服務資訊的提供及發現居民的需求，(2) 客

訴系統及維護居民享有地方福利權利事業的整備，(3) 改變使用者或地方居民抑制其利用所需服務的意識，(4) 促進地方居民的交流及鼓勵居民投入社會活動以防止孤立現象的產生，(5) 透過小型地方性福利活動形成相互支援的地域網絡，(6) 推動改善生活環境及無障礙空間等社區營造，(7) 身為服務使用者的代言人積極地提出建言，(8) 強化及開發非介護保險給付對象之地區性服務，(9) 致力於社會服務從事者、志工等人力的養成和研修，(10) 積極參與高齡者保健福利計畫、地區福利計畫、介護保險事業計畫的擬定及上述計畫支援系統的具體化。

社協在社會福利事業的經濟活動上，由於被認定為是部分從事公益事業部分從事營利事業的團體，其被定位是社會福利事業的補足物，無法自由地從事其他活動。另外，在決策的決定上，由於需事先與理事會和評議委員會諮商，無法對市場的需求做出迅速且柔軟性高的回應 (高山忠雄，1998)。

另一方面，介護保險制度實施至今，NPO 法人的事業所數目呈現倍數成長。在服務內容方面，除了介護保險服務的提供外，對於行政單位、社會福利法人及民間企業等難以進入的區域及無法提供的服務，NPO 法人盡其所能滿足使用者的需求。與民間的大企業相較之下，NPO 法人具有小規模、根植於地方的特性；在使用者需求的因應上較為迅速，組織的運作上亦具柔軟性。

伍、介護市場的特徵

岡本仁宏（1999）提及介護保險制度下之介護市場有其特殊的構造。此市場的特殊性如下：

1.藉由相互扶持及自治制度來補足市場機能無法充分發揮之特性：介護保險制度的實施財源一半來自國家和地方自治團體的租稅收入，另一半來自被保險人的保險費。因此，介護市場與一般的市場不同，無法依據純粹的市場原理來運作，而是以「半公營半民營」的形式產生作用。在公家與民間的相互扶助上，身為保險人的地方自治團體肩負著不浪費稅金及介護保險制度順利營運的重責大任。

2.服務使用者為構造型弱勢族群的市場：造成服務使用者為構造型弱勢族群的理由有 4：(1)介護保險制度下的服務，一旦使用後，想要變更服務提供者並非易事，(2)照護服務使用者欠缺醫療與看護方面的專門知識，因此無充分能力來判定服務品質的好壞，(3)照護服務使用者欠缺選擇其自身所需之服務的能力，(4)對於身心逐漸衰竭的高齡者而言，無人監管「密室化」下的居家照護服務提供，易發生高齡者受虐之不幸事件。再加上服務使用者所包含的群體是被認定為需要支援或需要照護的 65 歲以上高齡者（第 1 號被保險人）及 65 歲以下 45 歲以上罹患特定疾病之患者（第 2 號被保險人），不論是精神上或身體上均處於弱勢的狀態。

筆者根據介護保險制度的實施體制及介護市場的現狀，補充 3 點特性如下：

1.介護市場為政府機關主導之市場

照護服務提供業者的指定、需要照護程度的認定、照護報酬的設定、介護保險制度的修訂等功能的執行均由行政單位一手包辦，行政單位的決策大大地左右業者的經營方向。因此，介護市場可說是一「行政風險」非常高的市場（梁川敬子，2004）。如何規避或分散此行政風險，是各個服務業者的一大課題。

2.介護市場下之消費者意識不鮮明

介護保險制度實施的目的之一是為了解讓消費者藉著多樣化的服務提供者之加入來選擇良質的服務提供者。但是，由於行政主導的色彩過於濃厚，加上消費者本身不認為自己是介護保險制度的主體，消費者自我選擇服務的意識低落。如此一來，介護保險制度存在著機能與作用無法發揮之虞。

3.機會主義易蔓延之市場

如前所述，業者欲成為介護保險的指定事業者時須滿足行政單位明文規定之種種要求。但是，對於退出介護市場，行政單位並未對業者做出任何限制。因此，以追求利潤為目標之營利法人在事業產生赤字後，枉顧消費者的權益，任意停止無利可圖的服務等事件還是有繼續出現的可能。行政單位有必要設定對策來防止此種事件的發生。

陸、結語

日本介護保險制度所訴求的是賦予消費者普遍性、權利性、公平性及選擇性。

基於消費者本位的理念由服務提供者和使用者雙方經由契約的締結讓使用者接受其所需之照護服務。然而，照護服務的利用乃採申請主義，沒有向行政機關申請的話，無法利用此服務。此外，需要照護程度的認定、保險費的繳納、服務使用費的支付等都有可能將需要受照護的高齡者排除在外。再加上服務提供者間機會主義的蔓延、使用者對制度的不了解、資訊的不對稱性等現象的存在，使用者與服務提供者並無法站在對等的立場締結契約。前述之介護市場的特性更可能阻礙普遍性、權利性、公平性、選擇性等種種訴求的達成。

由國家及地方行政的財政困難來看，高齡者照護要完全依賴公共的政策來達成實屬不易。日本介護保險制度是為了讓高齡者照護由全體社會共同來支援而實施的制度。由介護市場之準市場特性來看，完全仰仗民間私人企業基於使用者本位的理念來提供照護服務亦不適切。

政策的鬆綁讓多樣化的介護服務提供者加入介護市場再某種程度上可以保護消費者的選擇權及公平性。此部分原因可歸於 NPO 法人的加入。NPO 法人的非營利性使得介護市場中 NPO 法人的參與扮演著資訊的提供者、消費者的代言人、行政單位或營利法人的互補、滿足消費者個人需求的服務提供者等角色，對於介護保險制度目的及訴求的達成有其不可或缺的存在性。但資源困窘的 NPO 法人由於市場化的競爭及法令修正所帶來的負面影響，面臨事業無法持續的困境。在如何讓多樣化的服務提供主體在介護市場中形成良性競爭，如何讓民眾了解制度的內容及服務的使用、對低所得者層的支援措施、需要照護程度認定方式的再檢討等課題的解決上，行政單位的決策有其重大影響力。

（本文作者現為實踐大學高雄校區國際貿易系助理教授）

註釋

註 1：根據讀賣新聞就介護保險制度對全國 3,204 市町村的地方自治團體所作的問卷調查結果發現，未實施第三者評估的地方自治團體占回答問卷的 2,898 市町村中的 73%，「非常致力於第三者評估」（2%）及「某種程度致力於第三者評估」（9%）的地方自治團體僅占全體的 11%。（2003 年 10 月 7 日讀賣新聞）

註 2：每日新聞針對全國 300 個地區 20 歲以上男女共 2,680 人所做的實地訪查中得知，對於介護保險制度不甚瞭解的人占全體訪查對象的 34%。（2003 年 10 月 17 日每日新聞）

註 3：由於「癡呆」一詞帶有歧視及偏見的意味，2004 年 12 月 24 日，日本厚生勞

動省老健局在行政用語上，將「痴呆」一詞變更為「認知症」。日本國會亦於 2005 年將相關法令條文如介護保險法中的用語予以修正。但對於此修正，贊成及反對的意見並存，在 2005 年，醫學上仍沿用「痴呆」一詞。

註 4：詳參『福祉新聞』第 1736 號，1994 年 6 月 13 日。

註 5：居家照護支援中心是站在高齡者及其家屬的立場，為使高齡者能接受必要的保健、照護服務，與行政機關及服務提供者進行聯絡調整等事宜；提供服務內容及服務使用相關的資訊。高齡者或其家屬對服務的使用若有任何問題，居家照護支援中心的專業人員（社福人員及護理人員）亦提供諮商服務。另外，居家照護支援中心也提供高齡者預防保健計畫的擬定及預防保健教室的開設等服務。2004 年 3 月，日本全國的居家照護支援中心共計有 8,675 所（有關在宅照護支援中心的介紹請詳參 <http://www.zaitaikyo.gr.jp>）。基幹型居家支援中心的成立目的基本上與居家照護支援中心相同，兩者不同之處是居家照護支援中心設立於市區町等區域範圍，基幹型居家支援中心設立於中學校區範圍內。雖然涵蓋範圍不同，兩者均為區域密集型的支援中心。

註 6：民生委員是根據民生委員法設立於市町村等區域的志願服務者。民生委員所扮演的角色是充當居民的諮商者，對於居民的需要提供必要的援助，並致力於社會福利之增進。民生委員乃經推薦後，由行政機關委託其擔任此務。一般任期為 3 年，無給薪，交通費實報實銷。

📖 參考文獻

Hirschman, A.O. (1970), *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organization, and stores*, Harvard University Press, (三浦隆之譯「組織社會的論理構造：退出・告発・ロイヤルティ」(組織社會的理論構造：退出・告發・忠誠)，ミネルヴァ書房，1975)。

駒村康平 (1999) 介護保險・社會福祉基礎構造改革と準市場原理 (介護保險・社會福利基礎構造改革與準市場原理)，季刊社會保障研究，Vol. 35 No.3、pp.276-284。

佐橋克彦 (2002) 「わが国の介護サービスにおける準市場的形成とその特異性」(我國介護服務下準市場之形成與其特殊性)，社會福祉学，第 42 卷第 2 號，pp.139-149。

厚生省監修 (1998) 平成 10 年版 厚生白書，ぎょうせい (行政)。

増田雅暢 (2004) 介護保險見直しへの提言——5 年目の課題と展望—— (介護保險制度重新評估之建言——制度實施第 5 年之課題與展望)，株式會社法研。

井上英晴 (2002) 介護保險と社會福祉協議會 (社會保險與社會福祉協議會)，豊田謙

- 三、高橋信行編著「地域福祉と介護保険」(地區福祉與介護保險)，ナカニシヤ出版，p.72。
- 三好春樹(2001)關係論なき制度の末路(將關係論排除在外之制度的末路)，三好春樹編「月刊ブリコラージュ」10月號，p.12。
- 市川一宏(2001)社會福祉協議會は、介護保險から何を学ぶか(社會福祉協議會從介護保險中學到什麼)，月刊福祉，4月號，p.32。
- 高山忠雄(1998)編「保健福祉におけるトップマネジメント——保健福祉サービスの經營管理を考える——」(保健福祉下之高層管理——保健福祉服務之經營管理思維)，中央法規出版株式會社。
- 岡本仁広(1999)高齢者介護事業評価の動向と課題(高齢者介護事業評估之動向與課題)，<http://www.jttk.zaq.ne.jp/barbrs808/okamoto/koureisya.html>
- 梁川敬子(2004)民間事業者は高利益「施設系」を目指す(民間業者瞄準高獲利的介護設施)，「エコノミスト」(Economist)，2004年9月14日，pp.75-78