

# 照護市場中企業的加入及退出 對日本介護保險制度實施之影響

陳玉蒼、陳錦初



## 壹、前言

日本從高齡化社會（1970 年，65 歲以上人口占總人口的比率超過 7%）進入高齡社會（1994 年，65 歲以上人口占總人口的比率超過 14%）所歷經的時間為 24 年。與其他先進國家比較，法國歷經 115 年才達到此狀況，瑞典為 85 年，德國為 40 年；因此，日本高齡人口比率之上升速度，在世界各國中屬高

速化。根據日本總務省統計局平成 17 年（2005 年）『國勢調查報告』的結果，日本 65 歲以上高齡人口數占總人口數比率自 2005 年突破 20%（2,576 萬人）之後，比率年年上昇。預估到 2023 年，日本 65 歲以上高齡人口比率將突破 30%（3,621 萬人），2052 年將提高至 40%（3,724 萬人）。日本人口調查的總人口數及年齡層結構預估請參表 1。

表 1 日本總人口數及各年齡層結構

年 度	人口(1,000 人)				比率(%)		
	總數	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上	0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上
平成 17 (2005)	127,768	17,585	84,422	25,761	13.8	66.1	20.2
18 (2006)	127,762	17,436	83,729	26,597	13.6	65.5	20.8
19 (2007)	127,694	17,238	83,010	27,446	13.5	65.0	21.5
20 (2008)	127,568	17,023	82,334	28,211	13.3	64.5	22.1
21 (2009)	127,395	16,763	81,644	28,987	13.2	64.1	22.8
22 (2010)	127,176	16,479	81,285	29,412	13.0	63.9	23.1
23 (2011)	126,913	16,193	81,015	29,704	12.8	63.8	23.4
24 (2012)	126,605	15,880	79,980	30,745	12.5	63.2	24.3
33 (2021)	122,097	12,892	73,141	36,064	10.6	59.9	29.5
34 (2022)	121,430	12,622	72,678	36,131	10.4	59.9	29.8
35 (2023)	120,735	12,381	72,144	36,210	10.3	59.8	30.0
64 (2052)	93,056	7,914	47,894	37,248	8.5	51.5	40.0

\*:各年度 10 月 1 日時點的人口，平成 17 年(2005) 日本總務省統計局『平成 17 年國勢調查報告』

日本高齡化的快速演進中，需要被照護的高齡者數目也年年增加。若以人口推移來看，2015 年的 65 歲以上被保險人（註一）人數約為 3,378 萬人，2025 年約為 3,635 萬人。為強化高齡者照護服務供給體系基礎與擴充及確保照護財源，日本於 2000 年 4 月導入介護保險制度。黑木保博（2006）提出介護保險制度實施的意義如次：(1)消除民眾對照護服務供給不足的不安，由原來的「措置制度」（意指照護服務的提供是由政府來安排、處置）轉換為由照護服務的使用者自行決定其所需的服務項目後和服務提供者簽訂契約之契約制度；(2)照護服務社會化後，原為高齡者照護主要成員的女性可減輕其照護負擔，有餘力進入就業市場；(3)醫療法人、社會福利法人外，民間業者、農協、NPO 等多元化的照護服務提供者的加入，可確保照護服務的供給量。營利事業加入照護市場後可將競爭原理帶進，照護服務的品質可望提升；(4)藉社會保險的方式強化照護財源，消除醫療及社會福利提供的官僚習性，也讓制度實施前高齡者以照護為理由，選擇長期住院的現象消除（註二），讓醫療服務的提供更有效率。

然而，介護保險制度實施後，照護服務提供者以造假或灌水的方式獲取不法的報酬屢有所聞，服務的提供不符服務利用者真正需求之問題也浮上檯面。介護保險服務提供者是由業者向都道府縣（註三）等行政機關提出申請，經主管機關審查，滿足一定要件（註四）後方能成為被指定的服務業者。根據厚生勞動省介護保險指導室的調查，制度實施初始的 2000 年，指定資格被取消的業者

件數有 7 件，其中營利法人有 3 件，醫療法人有 3 件，其他業者有 1 件。2012 年厚生勞動省公布 2010 年度，指定資格被取消的業者件數有 103 件，營利事業有 79 件占全體業者的四分之三強，其次依序為 NPO 法人的 13 件，醫療法人的 7 件，社會福利法人的 4 件等。由此可見，介護市場中營利事業的進入雖可帶來量的增加，然而卻無法帶動服務品質的提升。2007 年居家照護服務提供最大的民間企業 COMSN 因不法請求照護服務報酬及以違法的身分申請成為指定照護業者等非法行為，受到厚生勞動省嚴格的處罰，COMSN 旗下的所有事業者不能申請成為新的指定照護業者，也無法每 6 年作更新的命令。為此，COMSN 決定退出居家照護服務提供，造成當年 6 萬 5 千名 COMSN 居家照護服務的利用者頓時無法接受照護，有成為「照護難民」之虞，COMSN SHOCK 因此而生。日本介護保險制度實施的理念與宗旨也因 COMSN 的撤退蒙上陰影，造成國民對介護保險制度的不信任。

日本介護保險制度的介紹與研究，國內學者專家如李光廷（2001,2003）、莊秀美（2005）、陳柏廷（2006）、林蘭萍等（2005）及拙作(2005)均有著墨，本文不再詳加探討。本文的目的是藉由了解營利企業加入及退出照護服務提供之緣由，探討其進退對介護保險制度實施之影響。由於上述問題的產生與 2005 年介護保險制度的改正有關聯，除前言所提及之介護保險制度問題的浮現及研究目的外，本文的構成依序為照護服務的市場化、介護保險制度改正之概要及其影響、企業加入與 2007 年 COMSN 退出照護服務的影響。

響及結語。

## 貳、照護服務的市場化

山本隆（2002）對社會保障構造改革提出三個基本方向。第一是社會保障需與國民經濟做調和，對於國民的需求做出適切的回應；第二是重視利用者本位；第三是公、私部門適切的角色扮演，助長民間的活性化。從政府和市場的關係來看，公、私部門適切的角色扮演強調的是由公部門主導的系統轉向由民間主導的系統。介護保險制度的實施，也是為了將市場機制導入照護市場，將原先由行政機關主導的服務提供移轉為民間企業或團體可加入的多樣化提供主體，希望藉此轉變提高服務提供的效率，強化對服務使用者的回應能力、選擇性與公平性。

市場機制活用於照護服務之優點，林宜嗣（1998）描述如次：福祉服務在供給與需求兩方面，自由化是勢在必行。特別是服務提供主體必須涵蓋到民間以求服務的多樣化。如此一來，市場機制充分發揮機能，可讓資源做適當的配置。但此前提乃是服務提供主體在質與量上的相關訊息能被服務使用者正確地拿到，資訊不對稱的狀況不存在於市場中。

然而，介護保險制度下的照護市場與一般的市場機制並不相同，主要的差異在於：(1)財源的調度及價格訂定由公部門執行，照護服務的財源有半數來自於公費的支出，照護服務仍保有公共服務的性質；(2)介護保險制度下，高齡者照護計畫（Care Plan）的擬定大多是由照護支援專員（Care Manager）幫忙

制定（註五），關於使用服務的選擇並非只是服務利用者和服務提供業者兩者間的關係，有專家的介入；(3)照護服務的提供主體在制度規章鬆綁後，NPO 也包含在內。因此不是每個服務提供主體均以利潤極大化為追求目標。基於上述差異，一般的市場機制在介護市場中無法運作，介護市場是以準市場（quasi-market）的形態運作。

準市場為實現有效率的政府，將民間企業採用的經營管理技術和市場原理導入政府活動之新公共管理（New Public Management, NPM）的方法之一。日本介護保險制度，在財源調度方面是師法德國模式，由照護支援專員擬定照護計畫的方式是以英國模式為參考。但日本介護保險制度與英國大相逕庭之處有二。一是購買日本民間企業或團體提供之服務為服務利用者而非英國式的地方自治團體。二是照護支援專員的身分在英國是公務員，而日本並沒有這方面的限制，服務提供業者的員工也能擔任。因此日本的介護保險制度在市場化及商品化的程度更高（藤原2001）。

介護保險制度希望能藉多樣化服務提供主體的參與，讓市場競爭及市場原理來促進服務提供的品質和有效性。然而，舊有的社會服務轉為民營化後能否達成上述期望？市場競爭的強化對於服務品質改善的可能性又如何？周燕飛（2004）等的實證調查結果顯示競爭與品質改善兩者間的因果關係並不明確。介護保險制度開始實施不久後，民間業者大舉進入照護市場提供居家照護服務，然而，制度實施 7 年後居家照護服務提供最大民營企業 COMSN 的退出，亦顯現出市場化

路線非高齡者照護及生活協助的守護神。

## 參、介護保險制度改正之概要及其影響

介護保險制度實施之始，民間業者投入照護服務提供主要源於廣大的照護市場規模。根據厚生省（現厚生勞動省）的粗略估計，2000 年的照護市場規模為 8.5 兆日圓，2010 年上昇 30% 為 11.3 兆日圓，2030 年預估會超過 20 兆日圓。JDR 通信（2008）根據厚生勞動省『平成 18 年度高齡者白皮書』描述得知 2006 年照護市場的總規模為 8.4 兆日圓，其中含公共照護保險市場的 4.2 兆日圓，而整個公共照護保險市場中民間企業加入的市場規模約 7200 億日圓，占照護市場總規模的 8.5%。民間企業根據照護市場的總值判斷照護市場有利可圖而大張旗鼓的進軍，使照護服務量的提供增加。然而，照護服務事業開放給民間企業的結果，導致照護費用的給付額上升幅度比原先預期的高出許多。為此，日本政府在 2005 年大幅修訂介護保險制度，於 2006 年 4 月起實施，將方針由「量的確保」轉成「質的重視」，並開始大幅抑制給付額。而這些修訂，為民間企業從照護市場撤退的導火線之一。

本次介護保險制度的改訂可分為三大類：(1)介護保險支出的增加導致財政惡化問題解決之制度修訂；(2)綜合性照護預防系統的建立與設施給付的修訂；(3)地區緊密型服務的創設。

介護保險制度實施後，需要支援、需要照護度 1 的認定者人數顯著增加，為貫徹支

援的提供是讓高齡者在日常生活中過自立生活的理念，上述兩類利用者歸入預防給付的範圍。先前被認定為需要支援、需要照護度 1 の利用者，就其狀態的維持、改善的可能性等觀點作審核，另訂出需要支援度 1，需要支援度 2（註六）。這兩類的服務利用者無法再利用居家訪視照護服務；居家訪視看護服務及照護用具的租賃等服務利用的選擇權被剝奪。

2000 年開始實施介護保險制度以來，服務利用者持續增加。2005 年為 432 萬人，為制度開始時的 1.7 倍。隨之而來，介護保險的給付費用也年年上升。2005 年的給付額為 5 兆 7,943 億日圓，約制度開始時的 1.8 倍。根據厚生勞動省「平成 17 年度介護保險事業狀況報告」的推估，給付額在 2012 年為 12 兆日圓，2025 年將擴大為 19 兆日圓。日本政府基於財源不足的危機意識，決定抑制給付額，最大特色是新設「介護預防服務」。介護預防服務如高齡者營養的改善，身體及口腔機能之強化等，其目的是為了減輕日常生活中的障礙並改善日常生活。在身體機能的強化上，導入高齡者筋骨能力的體能訓練。然而因有受傷之虞，高齡者並未積極利用此項服務。據讀賣新聞 2007 年 3 月 26 日的調查報導，預防給付未達當初預算 50% 的地方自治團體約有 6 成，未達 30% 的有 3 成，此項服務幾乎未被利用。

此外，被認定為需要照護の利用者，生活援助（打掃、洗衣、煮飯等日常生活上的援助）的範圍也被嚴格限制，與家人共同居住的話，無法接受此項服務。另外，生活援助的報酬超過 1 小時的部份不再加算。業者

減少服務提供時間的案例遽增，對於居家生活援助，須再由家人來擔任。介護保險制度所揭櫫照護社會化的理念只是口號與幻影，無法實現。

照護計畫的擬定，在介護保險制度改訂前，經照護支援專員對服務利用者及其家屬作現場實情調查後制定出。制度修訂後，統籌由「地區總括性支援中心」（註七）（日文為「地域包括支援センター」）處理。雖然厚生勞動省基於照護管理事業的中立性與公平性，為避免民間照護支援專員自肥，提出對其所屬公司有利的照護計畫，而非服務利用者真正所需而做出此修訂，但對服務利用者而言，在照護支援專員的選擇上沒有自由性；對民間企業而言，在全國各地據點配置照護支援專員也失去其意義。

高齡者照護主要是希望能讓高齡者在自己熟悉且習慣的地方生活，因此，居家附近

由市町村提供的小規模特別養護老人之家、小規模多機能的居家照護服務等歸類為地區緊密型服務。此外，還有夜間訪視照護、認知症（註八）利用者日間照護、認知症利用者共同生活照護、地區緊密型特定設施入住者生活照護等。這些服務，原則上只有當地的被保險人可利用。

## 肆、企業加入與退出照護服務的影響

介護服務可歸為兩大類，一是居家照護服務，一是設施服務。根據介護保險法的規定，民間企業進入照護市場後能提供的服務侷限於居家照護，居家照護服務中若有涉及到醫療、復建的部分，營利企業不得提供。營利事業者提供的照護服務範圍請參表 2。

表 2 營利事業者提供的照護服務範圍

服務項目	可否提供 (○:可提供 X:不可提供)
居家照護服務	
訪視型照護	○
訪視型沐浴照護	○
訪視型看護	○
日間照護	○
短期機構入住生活照護	○
照護用具租賃	○
訪視型復健	X
往來事業所型復健	X
居家療養管理指導	X
短期機構入住療養照護	X
認知症利用者共同生活照護	○
特定設施入住者生活照護	○

設施服務	
高齡者照護福祉設施	X
高齡者照護保健設施	X
照護療養型醫療設施	X

出處：兩角良子（2006）「日本の介護市場の経済分析：ミクロ・マクロデータを用いた実証研究」

由於民間企業參與照護服務的提供並未跨及設施的照護服務，因此，本節所探討的企業加入與退出照護服務的影響僅限於居家照護服務。首先就服務的供需狀況做描述後，進而探討其參與和退出之影響。表 3 為 2001 年至 2007 年各項居家照護服務利用者人數。由表 3 可得知居家照護服務中的訪視型照護、訪視沐浴型照護、日間照護、日間復健及歸其項下之高齡者照護保健設施與醫療設施、短期機構入住療養照護及歸其項下之高齡者照護保健設施、照護用具租賃、居家照護支援（主要為照護計畫的擬定）等服務

的利用者人數均在 2005 年達到高峰後逐年下降，此現象與前述介護保險制度修訂之預防重視方針有很大關聯性。特別是居家訪視型照護的利用者由 2005 年的 1,090,112 人減少到 2006 年的 882,556 人及居家照護支援由 2005 年的 2,264,525 人降為 2006 年的 1,889,213 人等兩項服務的降幅較大，主要原因可能是介護保險制度修訂後，需要支援、需要照護程度認定的改變，導致大部分的被保險人轉為照護預防的對象，利用者人數銳減。

表 3 介護保險制度下居家照護服務利用者數目（2000-2007）

服務項目	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
居家照護服務								
（到府探訪類）								
訪視型照護	446,679	600,313	728,974	899,167	972,266	1,090,112	882,556	738,793
訪視型沐浴照護	60,384	69,340	66,525	70,948	67,208	67,288	62,219	64,396
訪視型看護站	203,573	221,005	244,475	262,325	274,567	279,914	281,160	274,079
（往來事業所系）								
日間照護	616,967	689,721	790,365	920,869	995,903	1,097,273	955,506	882,596
日間復健	273,769	336,302	383,259	419,510	439,754	461,687	412,044	366,665
高齡者照護保健設施	177,122	190,458	220,353	243,587	258,235	270,436	244,585	220,274
醫療設施	96,647	145,844	162,906	175,923	181,513	191,251	167,459	146,391
（其他）								
短期機構入住生活照護	103,258	129,568	155,863	175,858	192,781	210,688	224,163	237,257
短期機構入住療養照護	29,703	39,182	49,508	56,666	60,277	60,633	58,069	56,089
高齡者照護保健設施	27,332	35,347	43,825	50,109	53,371	54,118	52,711	51,210
醫療設施	2,371	3,835	5,683	6,557	6,906	6,515	5,358	4,879
認知症利用者共同生活照護	5,450	12,486	23,888	43,519	70,161	94,907	115,644	123,479

特定設施入住者生活照護					33,921	49,927	66,070	84,355
照護用具租賃	106,274	375,754	567,979	702,733	739,212	965,245	652,262	670,700
居家照護支援	1,074,242	1,447,463	1,656,794	1,909,598	2,083,382	2,264,525	1,889,213	1,643,451

出處：2000 年-2005 年數據取自厚生勞動省「平成 17 年介護設施/事業所調查結果概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/kekka1.html>

2006 年數據取自厚生勞動省「平成 18 年介護設施/事業所調查結果概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/kekka1.html>

2007 年數據取自厚生勞動省「平成 19 年介護設施/事業所調查結果概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka1.html>

從供給面來看，介護保險制度實施後，全體事業所及營利事業業者數目的變動和增加率可由表 4 看出。表 4 所列出的年度分別為介護保險制度開始實施的 2000 年、介護保險制度改訂後開始實行之 2006 年與民間居家照護服務最大提供業者 COMSN 退出居家照護服務的 2007 年等 3 個年度。從 2000 年 4 月至 2006 年 4 月，在訪視型照護、訪視型沐浴照護、日間照護、特定設施入住者生活照護及照護用具租賃等服務的提供業者不管是全體或營利法人都呈上升趨勢。此上升的趨勢與服務利用者年年增加呈正相關。營利法人增加率最高的是日間照護

(2,779.1%)，其次依序為特定設施入住者生活照護 (772%)、訪視型照護 (329.8%)、照護用具租賃 (225.4%)、訪視型沐浴照護 (149%)。2000 年至 2007 年的營利法人增加率以特定設施入住者生活照護的 957.5% 為冠。其次依序為日間照護的 334.3%、訪視型照護的 252.76%、照護用具租賃的 175.6%、訪視型沐浴照護的 115%。與 2006 年相較，2007 年的事業者除特定設施入住者生活照護增加外，其他服務項目的業者人數均下降，顯示營利法人退出部分無法獲利的照護市場。

表 4 介護保險制度實施後事業所數目變動狀況

服務項目	2000 年 4 月	2006 年 4 月	2007 年 10 月	增加率*	增加率**
訪視型照護	全體 11,196	25,123	21,069	210.8	188.2
	營利法人 4,507	14,865	113,92	329.8	252.76
訪視型沐浴照護	全體 2,501	2,519	2,124	100.7	84.9
	營利法人 715	1,062	822	149.0	115.0
日間照護	全體 7,501	19,341	20,997	257.5	279.9
	營利法人 244	6,781	8,156	2,779.1	334.3
特定設施入住者生活照護	全體 271	1,807	2,617	666.8	965.7
	營利法人 186	1,436	1,781	772.0	957.5
照護用具租賃	全體 3,329	7,308	5,649	219.5	169.7
	營利法人 2,863	6,452	5,027	225.4	175.6

\*為 2000 年 4 月至 2006 年 4 月的增加率(%)

\*\*為 2000 年 4 月至 2007 年 10 月的增加率(%)

出處：2000 年 4 月數據取自厚生勞動省「第 1 回社會保障審議會介護給付分科會資料」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/1022-1g.html>

2006 年 4 月數據取自厚生勞動省「平成 16 年度介護保險事業狀況報告」

<http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigy04/index.html>

2007 年 10 月數據取自厚生勞動省「平成 19 年介護服務設施/事業所調查結果概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka1.html>

表 5 為歷年來（2000 年至 2009 年）營利事業照護服務提供業者占全體業者的比率。由表 5 可看出，從 2000 年至 2006 年，除醫療設施服務外，在大多數的服務提供上，營利法人所占的比率逐年增加，特別是日間照護由 2000 年的 4.5% 上昇至 2006 年的 36.2%；認知症利用者共同生活照護也呈倍數增加。值得一提的是，介護保險制度修訂後，新增了地區緊密型服務，其中夜間訪視照護的提供業者中，營利法人占全體的 91.7%。先前提及的 COMSN 即是首創「24 小時 365 天全年無休之老人照護服務」的先驅，COMSN 的退出，導致此項服務的占有率由 2006 年的 91.7% 驟降到 2007 年的 71% 後逐年遞減。民間企業無預警的退出，導致夜間服務的使用者無法繼續利用，成為有保險無照護的照護難民。

介護保險制度希望把市場原理導入照護市場，讓多樣化的服務提供者（如社會福利法人、醫療法人、民間企業及 NPO 法人等）加入，產生良性競爭。也讓照護服務的使用者和其家屬可在多樣化的服務提供主體中選擇其所需要的優質服務。從營利事業在照護市場的服務提供比率可看出服務的利用者對營利事業的依存確實有上升趨勢。然而，過度的依存卻也讓這些利用者成為營利法人不法行為下最大的受害者。如此一來，政府僅能用圍堵政策，設定更嚴厲的罰則與規範來對抗可能產生的不法；服務提供業者在縛手綁腳的狀況下，捨棄無利可圖的居家照護服務，轉向有高利潤的設施服務；而服務利用者在逆選擇的狀況下，不安的情緒必定提高。這樣的惡性循環下，最後可能導致制度無法施行。

表 5 營利事業照護服務提供比率（2000 年-2009 年）

服務項目	比率%									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
居家服務事業所										
（到府探訪類）										
訪視型照護	30.3	34.0	36.1	44.8	48.2	53.9	54.3	54.1	55.1	56.9
訪視型沐浴照護	23.1	26.1	25.0	28.7	30.5	34.8	35.8	38.7	40.5	44.8
訪視型看護站	6.0	7.0	9.2	10.9	13.0	15.3	18.7	21.0	22.5	23.3
（往來事業所系）										



日間照護	4.5	8.8	12.7	19.1	25.3	31.4	36.2	38.8	40.6	41.6
日間復健		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
高齡者照護保健設施			2				...	•	.	
醫療設施	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
(其他)										
短期機構入住生活照護	0.6	0.5	0.5	0.9	1.7	3.7	5.7	7.7	7.7	7.8
短期機構入住療養照護		0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	...	0.0		
高齡者照護保健設施							...	•		
醫療設施	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	...	0.1		
特定設施入住者生活照護			...		76.1	79.8	79.0	68.1	68.7	68.9
照護用具租賃	82.6	85.4	84.7	87.0	87.1	88.6	88.9	89.0	89.6	90.7
特定照護用具販售			...				93.3	92.5	93.1	93.3
地區緊密型服務事業所										
夜間訪視照護			...				91.7	71.0	68.7	53.3
認知症利用者日間照護			...				21.8	24.2	25.5	26.2
小規模多機能型居家照護			...				46.5	45.4	43.5	43.5
認知症利用者共同生活照護	21.2	26.1	34.1	42.8	47.3	50.5	52.9	53.3	53.1	52.6
地區緊密型特定設施入住者生活照護		-	...			-	-65.2	67.7	63.7	57.1
地域緊密型老人照護福祉施設			-		•	-	...	...		
照護預防支援			...				1.9	4.0	2.6	3.3
居家照護支援	18.1	19.5	20.6	26.0	20.2	33.5	34.8	36.8	37.2	38.7

\*以上為各年度 10 月份時點的比率。

出處：厚生勞働省各年度「介護設施/事業所調查結果概況」

## 伍、結語

莊秀美（2005）就企業參與照護服務提供，認為其可活絡照護服務提供體系，強化照護服務的市場機能，服務使用者可有更多樣化的選擇，得到適當的照護。惟企業以利潤追求為先，可能會放棄成本過高的服務；加上市場機制的運作，有加入者就會有退出者，對於服務使用者而言，業者的退出是一大風險。伊藤周平（2000）針對營利企業參與照護服務提供可能帶來的問題，舉出可能

發生的風險為服務品質低落及拒絕契約的締結。前者乃因居家照護服務，人事費用占總費用的 8 成，效率化的達成與成本刪減非常困難。若人事費用刪減為成本降低唯一途徑，則服務品質必然低落。後者則是介護保險服務是由照護服務的使用者或其家屬和服務提供者締結契約後利用照護服務，契約的生效是在雙方均同意的狀況下方能成立，一旦營利企業因利潤考量拒絕簽約的話，服務使用者也莫可奈何。

雖然照護市場中營利事業的參與可能帶來上述風險。然而，某些照護服務必須由營

利法人來提供也是不爭的事實。24 小時巡迴看護就是一個例子。營利事業參與照護服務的提供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。與其一味地反對，不如取其長處，設法降低其所帶來的負面影響。茲提出下列建議作為臺灣高齡者長期照護制度之參考。

一、降低行政主導的色彩:由於日本介護制度下之照護服務提供業者的指定、需要支援或需要照護程度的認定、照護報酬的設定、制度的改訂等均由行政單位執行，無法真正發揮自由市場之競爭機制。若政府能降低干預的程度，轉為指導與監督的角色，可防止民間業者有利加入、無利退出之機會主義的蔓延。

二、提升服務使用者的消費意識:讓服務使用者成為保險制度的主體而非客

體，對於服務提供業者服務品質的要求嚴苛以利提升服務品質。

三、對服務提供業者的評鑑:日本在介護保險制度的改革與推進計畫已將業者的訊息公開及外部第三者對服務業者的評鑑列入計畫中。除此之外，基於服務無實體、異質性、無法儲存及無法分割的特性來看，服務品質的好壞是如人飲水，冷暖自知。因此，第三者評鑑外，利用者與服務提供者間也可以採用雙向式的評估方式，增進服務供需雙方的了解，有助於服務提供的圓滑性及使用者滿意度的提高。

(本文作者:陳玉蒼、陳錦初均為實踐大學國際貿易學系助理教授，陳錦初為通訊作者)

**關鍵詞:** 照護市場、企業之加入及退出、日本介護保險制度

## 書 註 釋

註一:介護保險制度的被保險人分為兩類，第 1 號被保險人為 65 歲以上高齡者，第二號被保險人為 40 歲以上未滿 65 歲的國民。

註二:介護保險制度實施前，醫療設施的費用負擔較老人看護設施低，很多人選擇長期住在醫院接受照護，造成所謂的「社會性入院」，形成醫療服務提供的低效率。

註三:都道府縣是日本行政區分的一種，涵蓋市町村為廣域的地方公共團體，是一級的行政區。日本現有 1 都(東京都)、1 道(北海道)、2 府(大阪府及京都府)及 43 縣，共計 47 都道府縣。

註四:所謂一定要件乃是指服務提供業者必須有法人資格(營利或非營利均可)，且人員的配置及營運設備等須滿足基本要件，另被指定後，每 6 年需更新。都道府縣在必要狀況下，可對指定業者執行指導與監督。關於照護服務業者之指定，『介護保険ハンドブック』2006:173 中有詳細說明)。

註五:照護計畫是根據被保險人身心的狀態選出適合其利用的服務項目和服務提供業者，以一

週或一個月為單位制定出服務利用時間表。此計畫的擬定，利用者本人亦可自行訂定，然而因內容繁雜難解，大多數的人都會委請專家幫忙。

註六：介護保險制度修訂前，被保險人的照護認定依其需要被支援或被照護的狀況可區分為需要支援、需要照護度 1-5 共 6 個等級，需要支援屬預防給付，需要照護度 1-5 屬照護給付。修訂後，分為需要支援度 1，需要支援度 2，需要照護度 1-5 共 7 個等級，需要支援度 1，需要支援度 2，隸屬於新的預防給付，需要照護度 1-5 屬照護給付。

註七：「地區總括性支援中心」是設立在各市町村的機構，隸屬市町村的事業，但也可外包。其設立目的是在提高居民保健、醫療、福利的品質，防止高齡者照護虐待的發生，照護預防管理等綜合性支援的提供。

註八：2004 年 12 月 24 日，日本厚生勞動省為消除歧視及偏見，將「痴呆」一詞改為「認知症」。

註九：介護保險制度原意是讓服務使用者可在眾多選擇下挑選適合自己所需的服務，一旦有逆選擇狀況發生的話，使用者無選擇權，而是由企業挑選對其獲利有助益的客人來服務。使消費者權益受損。

## 參考文獻

### 中文文獻

- 李光廷（2001），「以臺灣的價值觀看---日本介護保險制度成立的背景與條件」，『人口學刊』，第 22 期，pp.72-103
- 李光廷（2003），「日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗」，『臺灣社會福利學刊』（電子期刊），第 3 期，pp.145-197
- 林藍萍、劉美芳（2005），「德、日長期照護保險制度之簡介」，『臺灣老人保健學刊』，Vol.1 No.2，pp.75-94
- 莊秀美（2005），「日本社會福利服務的民營化---「公共介護保險制度」現況之探討」，『臺大社會工作學刊』，第 11 期，pp.91-128
- 陳玉蒼（2005），「日本介護保險之介紹」，『社區發展季刊』，第 110 期，pp.351-358
- 陳柏廷（2006），「由日本介護保險制度的起源與發展看臺灣醫療制度未來的發展」，『健康保險雜誌』，2:2，pp.41-56

### 日文文獻

- 伊藤周平（2000），『介護保險で福祉が消える－福祉をなくさないための介護保險の修正提

- 言』(介護保険讓福祉消失-為不讓福祉消失對介護保險的修正建言)、株式会社 かもがわ出版
- 黒木保博(2006)、「高齢者福祉の民営化に関連して」(高齢者福祉民営化之關聯)、『社会福祉学』、Vol.47-1(No.77)、pp.108-111
- 月刊介護保険編集部(2006)、『介護保険ハンドブック』(介護保険手冊)、株式会社 法研
- 周燕飛、鈴木亘(2004)、「日本の訪問介護市場における市場集中度と効率性、質関係」(日本訪問照護市場之市場集中度及效率性和服務品質之關聯)、『日本經濟研究』、No.49、pp.173-187
- 林宜嗣(1998)、「高齢化の中の財政システム」(高齢化下の財政系統)、『財政システム』、有斐閣、pp.112-113
- 藤原千沙(2001)、「福祉の市場化と介護サービスの供給に関する考察(關於福祉市場化及照護服務供給之考察)」、『Artes Liberales』、No.68、pp.111-137
- 山本隆(2001)、「ニュー・パブリック・マネジメント(NPM)と準市場としての介護政策」(新公共管理(NPM)和準市場機制的照護政策)、『賃金と社会保障』、1289・90号、p.90
- 山本隆(2002)、「介護保険制度と福祉行財政—介護保険制度実施2年間レビュー」(介護保険制度和福祉之行政與財政-介護保険制度實施兩年之回顧)、『立命館産業社会論集』、第37卷第4号、pp.13-39 讀賣新聞 2007年3月26日

## URL

- JDR 通信 2008年2月5日 [http://www.jdr-japan.com/jnewsletters/jdr\\_jnewsletter\\_3.pdf](http://www.jdr-japan.com/jnewsletters/jdr_jnewsletter_3.pdf)
- 厚生労働省「第1回社会保障審議會介護給付分科會資料」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/1022-1g.html>
- 厚生労働省「平成16年度介護保険事業狀況報告」  
<http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/04/index.html>
- 厚生労働省「平成17年度介護保険事業狀況報告」。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/05/index.html>
- 厚生労働省「平成19年介護服務設施/事業所調查結果概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka1.html>
- 厚生労働省「平成20年介護服務設施/事業所調查結果概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/dl/sisetu-jigyousyo.pdf>
- 厚生労働省「平成21年介護服務設施/事業所調查結果概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service09/dl/sisetu-jigyousyo.pdf>
- 日本總務省統計局『平成17年國勢調查報告』

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

兩角良子（2006）「日本の介護市場の経済分析：ミクロ・マクロデータを用いた実証研究」

[http://www.gerontology.jp/home/04/img/0402\\_05.pdf](http://www.gerontology.jp/home/04/img/0402_05.pdf)