政治科學論叢／第 88 期／民國 110 年 6 月／頁 51-88

日本介護保險制度的準市場化：成果與課題*

林淑馨**

摘　要

在日本，傳統社會福利服務的供給以政府爲主，提供高齡者等相關的協商援助、設施服務與居家服務等。然而邁入 21 世紀，公私部門間的關係出現顯著的變化，政策執行逐漸依賴民間組織，兩者間的權責劃分越來越模糊，連社會福利服務供給也不例外。準市場是一種活用市場原理，同時保留公部門管制的制度設計。該理論強調「購買者與供應者分離」，認爲財政與供給應分別歸屬公部門和私部門，同時也主張服務的使用者可以藉由選擇權的行使，從多樣的服務供給者中選擇自己所需的服務。

本文從準市場理論的成功要件和評估基準來檢視日本介護保險制度的成果與課題。研究發現，日本介護保險制度準市場化後，雖然介護服務市場結構轉換，但尚未形成實質競爭的市場，介護服務市場雖有多元供給者，卻因禁止價格競爭，以及供給者集中在少數大型業者而影響其成效。另外，購買者即是使用者的制度設計，恐怕更容易引起資訊不對稱，從而影響選擇權的發揮。

關鍵詞：介護保險制度、日本、準市場、民營化、市場化

---

* DOI:10.6166/TJPS.202106_(88).0002。本文爲科技部計畫「社會福利民營化與市場化：以日本介護保險制度爲例」（MOST-107-2410-H-305-043）的部分研究成果。作者衷心感謝匿名審查人和編委會所提供的指正與建議，才能使本文更加完整。當然，本文若有不妥或錯誤之處，仍由作者自行負責。

** 國立臺北大學公共行政暨政策學系教授，E-mail: susin@mail.ntpu.edu.tw。

收稿日期：109 年 5 月 4 日；通過日期：110 年 3 月 29 日

臺灣人文社會期刊資料庫

壹、前言

在日本，傳統社會福利服務的供給以政府組織爲主，提供高齡者、兒童、身障者、低所得者等相關的協商援助、設施服務與居家服務等。然而邁入 21 世紀，公私部門間的關係出現顯著的變化，學者眞渕勝（2009）認爲可以將其歸因於民營化與委外的進展。

眞渕勝（2009：172）指出，日本公共服務的改革可以區分爲兩大階段：第一階段發生於 1980 年代中期，在中曾根康弘政權下，國鐵、電信公社、專賣公社、日本航空陸續移轉民營，並積極將公共服務委託給民間部門。第二階段乃是在 2000 年初期，由小泉純一郎主導的政權積極推動行政改革，郵政、道路公團都在此階段民營化，而委外形式更是多樣化，不僅是量的擴充，還包含質的變化；例如 PFI（Private Finance Initiative，民間資金主導公共建設）就是由民間出資興建管理公共設施的一種模式，目前被廣泛用在官邸、校舍、監獄等的興建與管理。此外，2003 年由於《地方自治法》的修正，廢除施行已久的「管理委託制度」，另行創設「指定者管理制度」，此意味著公共設施的經營管理不再侷限於政府部門或自治體出資的法人團體，還引進民間的經營構想與專業技術。因此，自治體公共設施的管理經營權乃大幅開放給民間企業或非營利組織，甚至連體育館、圖書館等公共性較高的設施也都適用。在此背景下，公部門與私部門之間的關係產生很大的變化，政策執行逐漸依賴民間組織，公私兩者的權責劃分越來越模糊，即使是社會福利服務的供給也不例外。

整體而言，日本自 1990 年代開始進行社會福利基礎結構改革，在 1998 年所提出的「社會福利基礎結構改革報告書」中揭示六大改革方向（社会福祉事業等の在り方に関する検討会，1997），包含確立服務使用者和供給者的對等關係、促進多樣主體參與、改善服務品質和效率、確保事業經營的透明性、孕育豐富福利文化的環境、對於個人多樣需求區域應給予綜合性援助，顯示出該國社會福利服務的基本理念在於確保個人尊嚴和社會性公平，並試圖引進多元供給者以提供優質且有效率的服務。再加上近期的公共服務改革強調國民的權利，將「改善服務品質與效率」（效率性）、「因

臺灣大學圖書館

應多樣化需求」（回應性）、「重視使用者的權利或選擇權」（選擇權）視爲是改革的中心目標，而契約關係、提供國民必要資訊，以及促進多樣供給主體加入則被認爲是達成該目標的有效達成手段。

之所以會有如是的轉變起因於：戰後日本的社會福利制度是採取「措置制度」（中文翻譯成行政處分），強調福利服務的供給是政府部門的責任，故其供給主體是行政機關（中央或地方公共團體），經費來源主要是稅收。但隨著需照護老年人口日益增加，現行制度難以因應大量需求。加上在既有模式下，只能由政府提供單一性服務，使用者無法選擇本身所希望的服務內容，而由政府部門直接或委託特定事業體所提供的服務因缺乏競爭，服務品質與效率難以受到保障，這些都有違前述政府社會福利服務和公共服務改革重視品質、效率的方向。因此，強調活用市場機制、解除管制，以顧客與成果導向爲核心之社會福利市場化於是被提出。

在市場化的概念下，日本的介護保險制度採取使用者本位主義的契約型給付方式，[1] 標榜打破過去民眾無法選擇自己期望服務的內容，強調使用者本位與自由選擇權，透過政策鬆綁、強化市場與競爭機制來解決因過度規範而產生的「高成本結構」與「新事業之停滯」等問題，期待提供多樣、充實、持續及綜合性的介護服務，進而強化社會保險財源和解決政府的財政負擔。爲確保使用者會願意且能公平接受適當的服務，[2] 日本認爲政府的介入有其必要，因而建構準市場（quasi-market）機制，但卻也同時影響市場機制的充分發揮。在此情況下，日本實施介護保險制度是否眞能達到當初所強調的使用者本位和自由選擇權，因應民眾多樣需求，改善服務品質與效率，落實負擔和給付的正當性等政策目的？這些都是本文所欲探討的問題。

如檢閱相關文獻發現，臺灣有關長期照顧的研究算是相當豐富，若以「長期照顧」爲關鍵字，且限定在期刊論文，則約有百篇以上的文獻，多集中在社會工作領域，論述焦點偏向於政策內容介紹、制度設計說明、服

1 日文的「介護」一詞乃結合日文「介助」（協助）和「看護」（護理）而成的名詞，在臺灣即爲「長照險」之意。爲尊重日本法制原意，並突顯該國制度的獨特性，本文在提及該國相關制度時，皆以「介護保險」原文稱之。

2 如若價格高出預期，使用者恐怕不會使用市場機制下的介護服務，而又回到家庭照顧。

臺灣人文社會期刊資料庫

務供給現況、運作困境或國外經驗的描述性介紹。如再將搜尋範圍限縮於「日本介護保險或長期照顧」，則只有四十多篇相關研究，2010 年以後的文獻更僅有二十多篇，且多侷限於日本經驗的描述性介紹或考察結果分享，欠缺從理論基礎和實證資料來進行深入的分析與討論，而李光廷（2003）和莊秀美（2005）的論文算是國內探討日本介護保險制度成效較具代表性的研究。這兩篇論文雖在制度內容、設計與實施成果上有進行討論，然因論文發表時該制度才剛實施，成效判定恐不足以眞實反映該制度的價值，顯示國內對於日本介護保險制度的研究仍有努力的空間。

另一方面，有關準市場的研究也顯得相當匱乏，如以「準市場」爲關鍵字進行搜尋，只有林美伶（1999）、陳金哲（2006）和陳玉蒼（2006）這 3 篇期刊論文，其中僅有陳玉蒼的研究與社會福利有關。但是從公共行政角度出發，觀察的重點在市場化後政府職能改變對使用者帶來哪些影響或衝擊的討論可說是付之闕如，更鮮少針對準市場理論，或是對準市場理論運用於社會福利的合適性等相關議題進行深入的檢討，僅有前述陳玉蒼（2006）的論文〈從準市場機制看日本介護保險制度下介護市場的現狀－以訪問照護服務中心〉中有提到準市場的概念並根據厚生勞動省的資料進行簡略的資料分析。但或許受限篇幅以及制度執行時間不長，該文只對準市場做概略描述性介紹，並未系統性整理該理論或對該理論在實際運作中可能產生的限制作深度的探究，甚爲可惜。爲何會產生此研究空白，作者推測，可能是公共行政領域習於將準市場概念置入新公共管理（New Public Management）的系絡下，從公共服務導入競爭原理（如民營化、公私協力、委託外包）等產生的效率來觀察所致。但新公共管理過度強調競爭、效率和市場性，卻容易忽略導入競爭原理後政府職能的轉變以及因應措施的探討。

爲了彌補國內參考文獻在此研究領域和議題上論述的不足，加上我國自 2017 年開始實施長照 2.0，隨著高齡人口的快速增加，開放民營業者參與照護市場以提供多元服務可能是未來的趨勢。但市場化的結果眞如理論所言，可以達到提升效率與回應性，增強選擇性並確保公平性的目的？若產生吸脂問題，政府又該如何因應？作者認爲，日本的實施經驗應值得作爲我國參考與借鏡。基於上述，本文擬檢視日本介護保險制度準市場化後的成果與困境。然而受限於研究經費與照護服務內容過於廣泛，作者無法

臺灣大學 圖書館 期刊資料庫

藉由發放問卷與訪談來收集資料，僅能透過既有文獻與官方統計資料作爲整理和分析基礎，此爲本文之限制。整體而言，作者首先藉由文獻釐清準市場理論的相關內容，如定義、先決要件與評估基準，並說明日本社會福利思想轉換的契機。其次介紹日本介護保險制度的緣起、制度設計，同時分析其特色。接著檢視日本介護保險制度的準市場化現況，並評估準市場的成果，從而探討準市場理論的運用限制，以作爲日後我國在檢討長照相關政策方向時之參考與借鏡。

貳、準市場理論與社會福利的市場化

近年來，伴隨公共服務的改革，「市場」要素就顯得重要，尤其新公共管理中強調導入市場機能、代理人理論、顧客導向與成果導向等被視爲是改革的核心手段。若檢閱相關文獻發現，國內對於「準市場」的討論十分有限，但國外的研究就顯得多元、豐富且深入。簡言之，「準市場」就是「類（擬）似市場」，但如是的說法太過籠統且抽象，再加上各研究者的解釋與看法有差異，而有不同的意義。以下乃以 Le Grand 的學說爲中心，輔以其他學者的見解來加以說明。

一、準市場機制

(一) 準市場概念

英國學者 Le Grand 是最早提出「準市場」概念並予以系統化者，此後被廣用於醫療、教育、福利等公共服務領域。根據 Le Grand (1991: 1260) 的說法，所謂「市場」是指服務在供給過程中導入競爭原理，以有別於原本由政府供給的具有獨占壟斷性質之服務。之所以多加「準」字，乃是強調該市場在「供給者屬性」、「交易媒介」和「市場參與者」三大面向上與一般傳統市場有差別。

首先在「供給者屬性」上，不同於市場的供給者以追求利潤最大化爲目的，準市場的供給者未必追求利潤極大化，且供給者未必是營利組織，有可能是非營利組織或公共組織。其次在「交易媒介」上，通常市場的交易都是以現金或貨幣來購買，但準市場中的服務使用者並非透過現金、貨

臺灣大學圖書館

幣直接購買服務，有可能是抵用券等。最後在「市場參與者」上，有時並非由服務使用者直接行使購買選擇權，而是第三方代理人。在準市場中可以避免因個人購買能力的差異而衍生之不平等，從而建構一個能提供公平服務的市場機制。

另外，Ferlie (1992: 81)、Hudson (1992: 131-132)、Le Grand 和 Bartlett (1993: 10)、Nyssens (2010: 502) 等學者對市場機制的觀察與 Le Grand 所歸納出的特性有相似之處，大致認同準市場機制有國家角色轉換、資金分配方式改變以及購買者和供給者分離三項特性。由於購買者和供給者分離的特性前面已經提及就不再贅述，以下僅針對前兩項特性進行說明：在國家角色轉換方面，是指政府由服務供給者轉變爲資助者（funder）及購買者（purchaser），然此並非意味政府權力的撤退或就此迴避責任，而是同時擔任監督者（regulator）與安排者（arrangers）角色。在資金分配方式改變方面，是指透過消費者主權直接（如抵用券）或間接（如由地方政府機構扮演代理人）行使進行資金分配。至於 Kähkönen (2004: 33) 則認爲，準市場除了需具備上述三項特性之外，應還有「機制是由政府設立並維持」以及「其產生的服務通常實現社會淨收益和社會福利之目標」兩項，前者意味政府是準市場的設立者，後者則代表準市場的服務或商品具有公益的性質。整體而言，Le Grand 的準市場理論雖無實證根據，但在日本受到高度評價並引起廣泛的討論，日後學者對準市場的研究多奠定在其理論基礎上。

在日本，有關準市場的研究約起於 1990 中期，駒村康平（1995；1999）是第一位介紹準市場理論，並認爲其適用於該國，同時分析其意義與缺失者。駒村定義準市場是「將購買和供給分離，以促進供給者間競爭的形式，在公部門內導入市場原理，藉以提高效率的類似市場主義」。爾後準市場理論經常被用於日本的社會福利（尤其是高齡者、兒童、障礙者）領域，長期致力於準市場研究的代表性學者有佐橋克彥、兒山正史和狹間直樹等人。

佐橋克彥（2002：140；2006：74-75；2008：31-32；2012：100）認爲，準市場是一種活用市場原理，同時保留公部門管制的制度設計，準市場的「準」是指服務的使用無關使用者的購買能力，也不以貨幣作爲交易媒介，而「市場」則是意味著在財貨和服務供給過程中導入競爭原理。兒山正史（2004：134；2005：127-128）認爲在準市場的概念中，「準」是指費用的

臺灣大學醫務助理資料庫

負擔非爲使用者，而是政府；至於「市場」則是意味著當事者之間（政府、供給者、使用者等）所產生的交換關係。至於狹間直樹（2008：70；2018：24）則著眼於市場結構，認爲準市場是在依法藉由公共財源所提供的公共服務中，導入市場原理的經營方式。在準市場中，市場結構是由政府出資所建構的各種制度而形成，各種營利和非營利組織皆可以參加，在競爭環境中使用者可以依自身需求選擇合適的業者。此外，戶田典樹（2008：64）認爲，政府機關在準市場中並非扮演服務供給者，而是抑制服務財源的角色；亦即政府可以藉由交付抵用券給潛在服務使用者，或是爲使用者提供顧客代理人、資金等，促使各供給者間基於競爭，不會因使用者所得不同而提供差別性服務給使用者。換言之，創設準市場之目的乃是爲了確保使用者無論其負擔能力爲何，皆可以公平購買到所需之服務。

總結上述可知，準市場不同於一般競爭性市場，就本質而言，並非完全市場化，政府仍扮演監督、管制者的角色，有相當程度的介入。該理論強調「購買者與供給者分離」，認爲財政與供給應分別歸屬公部門和私部門，在準市場機制下，生產主體並非僅限於政府部門，而擴充至多元的民間業者。值得注意的是，在日本，「服務購買者和費用支付者分離」也被視爲是一項重要概念。在準市場機制下，政府雖爲費用的支付者，卻非購買者，服務的購買權在使用者。該理論強調服務的使用者可以藉由選擇權的行使，從多樣的服務供給者中挑選自己所需的服務，又因本身非爲費用支付者，可避免在市場中因個人購買能力的差異所產生的不平等。多數日本學者在論述準市場理論時，所關注的並非僅是市場化後政府財政負擔減輕或導入競爭後效率的提升等經濟面向，市場化後政府部門職能的變化以及因應措施等公共性保障更是其討論的重點。

(二) 準市場機制的先決要件

一般認爲，準市場理論可以彌補「政府失靈」和「市場失靈」所產生的困境，而成爲支撐公共服務改革的政策理念。Le Grand 和 Bartlett (1993: 19-33) 從經濟學和契約法律途徑來建構準市場機制欲順利運作並達成政策目標所需滿足的條件，而日本相關學者也以此爲基礎，聚焦於市場運作的先決要件，試圖探討能否藉此以產生預期的市場競爭。由於國內鮮少有研

臺灣人文與社會科學期刊庫

究探討日本介護制度準市場化的運作情形，故在本文中，作者乃以該國學者的論點爲基礎，整理出建構準市場機制的先決要素如下（平岡公一，2002：16-20；竹內友章，2016：111-112；佐橋克彥，2002：141；2006：4、75-79；2012：100；2013：21-23；児山正史，2016：32-35；李宣英，2015：79-86；狹間直樹，2008：71；2018：40、71）：

第一是市場結構（market structure）轉換，意即市場需從獨占轉爲競爭狀態，而爲了確保多數的供給主體，需採取促進新業者加入策略與防止退出策略。另外，價格設定也有異於一般市場，需由公部門進行價格管制，以避免不當的價格哄抬，而在一定的預算範圍內提供服務。

第二是避免資訊（information）不對稱。由於提供財貨或服務者掌握較多資訊，容易導致「逆選擇」（adverse selection）或「道德危機」（moral hazard），造成另一方的損失。在準市場中爲了防止此種情形的發生，購買者必須對契約或廣告內容進行管理監督。

第三是交易成本和不確定性（transaction costs and uncertainty）的因應。交易成本可分爲事前交易成本和事後交易成本，前者如草擬方案、協商所花費的時間，後者如監督控制與處理抱怨問題的時間。由於準市場的結構較一般市場複雜，因此從開始申請使用該服務到實際接受服務的交易過程中所產生的各項成本均需列入考慮。此外，準市場需有一定的管控，致使市場原理經常呈現內在矛盾的不確定性。

第四是賦予追求服務使用者福利之動機（motivation）。一般供給者以追求利潤爲動機，故會考量市場反應的好壞。但在準市場中，由於許多福利服務供給者非以基於財務動機，加上購買者和使用者不同，服務供給者爲了爭取購買者的認同，需賦予追求使用者福利爲優先之動機。

第五是防止吸脂（cream-skimming）效應。服務供給者爲了增加組織的利益，會選擇對本身有利的購買者或使用者，卻不提供服務給需要者。因此，根據準市場原理，藉由對低所得者進行費用減免或無需付費的方式，就可以將服務提供給所需之人。換言之，若需求的有無關係到使用的可否，且會替服務供給者帶來更多的利益，就可以抑止吸脂情形的發生。

臺灣大學學術期刊資料庫

(三) 準市場機制的評估基準

導入準市場機制後，該如何評估其成效？如整理相關學者的論點可以歸納成下列四項評估基準（佐橋克彥，2006：79-80；2008：32；2012：100；2013：23-24；児山正史，2016：35-37；狹間直樹，2018：42）：

第一是改善生產效率。福利服務領域的效率性主要著眼於資源的有效分配，也就是在供給一定品質和數量的服務時盡可能降低生產所需費用，則可以達到改善生產效率目的。

第二是增強回應性。傳統的福利官僚體系對使用者的需求向來反應遲鈍，然而準市場中因存在多樣供給主體，會形成追求利潤的服務供給者和追求福利的使用者之間的緊張關係。再加上服務購買費用有政府保障作爲前提，可預期某種程度的利潤，而提高服務多樣供給的可能性，故使用者的需求可以適切地被滿足。

第三是保障選擇性。在準市場機制下的選擇，意味著服務的選擇和供給者的選擇。當使用者對供給者的選擇能力增強時，就會刺激供給者提供多樣化服務，兩者有必然的關係。

第四是確保公平性。由於服務設有公定價格，低所得者可以減免或完全免費用，因而無關所得或支付能力、性別、種族，人人皆可以使用。另外，從服務供給者來看，由於無法挑選使用者，可以降低服務供給時因使用者差異而可能產生的問題。

事實上，如對照前述日本社會福利基礎結構改革所強調的「改善服務品質與效率」（效率性）、「因應多樣化需求」（回應性）、「重視使用者的權利或選擇權」（選擇權）的中心目標，以及創設準市場所欲落實使用者的負擔和給付之正當性（公平性）四大目標發現，該國介護保險準市場化所欲達成的目標與上述學者所建構的準市場評估基準是相符的。因此，作者認爲，效率性、回應性、選擇性和公平性可視爲是評估日本介護服務準市場化的評估指標。

臺灣大學學術期刊資料庫

二、日本社會福利思想的市場化

(一) 多樣化的社會福利服務供給

日本在二次世界大戰結束後才正式推動社會保障、社會福利；從戰後以國家責任爲基礎採取救貧策略開始，1950 年代實施社會保障給付與失業者政策，1960 年代提供公共福利服務，到高度經濟成長期著手整備社會保障制度（寺田玲，2007：206）。過程中日本一度以北歐型福利國家模式作爲仿效對象，陸續充實各種福利措施，然遭逢二次石油危機之後，該國財源重挫導致經濟邁入低成長時期，在新保守主義路線下，不得不重新檢視社會福利制度。

根據社會保障審議會所提的「關於社會保障制度勸告」之定義，狹義的社會保障涵蓋「社會保險」（年金、醫療、雇用、勞災與照護）、「公的扶助」（生活窮困者）、「公眾衛生（及醫療）」及「社會福利」（兒童、障礙者、高齡者）四大面向，到了 1983 年又納入「老人保健」（原則上以 70 歲以上老人爲主）項目，至於廣義的社會保障則包含恩給制度和戰爭犧牲者的援護制度（伊藤淑子，2001：2-3）。以社會福利爲例，其供給主體大致分爲非正式部門和正式部門：前者以家族和親族爲主，後者包含政府部門（中央政府、地方政府、公共機關）、非營利民間部門（NPO）和營利民間部門等三大部門（參閱表 1）。早期在社會福利供給尚未制度化之前是由家族或鄰居等非制度化組織來提供。但隨著時代的演進，家庭功能式微，高齡少子化問題的出現，過度依賴家族被認爲有其限制，容易影響女性進入社會，故社會福利的提供逐漸轉變成由政府部門與非營利組織供給的型態。直到 2000 年，爲了減輕政府的財政負擔和解決行政無效率、服務單一化問題，

表 1 日本福利服務供給的構成體系

	公共組織			民間組織		
	正式部門					非正式部門
日本	中央政府	地方政府	公共機關	非營利部門	營利部門	家族、親族、近鄰等
	厚生勞動省	都道府縣市町村	福利公社	社會福利法人 財團社團法人等	股份公司	

資料來源：作者根據李宣英（2015：23）修改製成

臺灣大學社會學系

才導入民間活力以求社會福利服務供給的多樣化，並大幅放寬營利組織進入介護市場。至此，日本社會福利服務供給乃呈現多樣的混合供給模式。

(二) 由國家型福利（措置）轉變爲市場型福利（契約）

回顧戰後日本社會福利的發展歷程發現，在介護保險尚未實施之前，社會福利制度是採取「措置制度」，透過市町村等行政機關篩選符合資格的使用者，並爲其選擇法律上規定必要的、最基礎的服務項目。服務提供由地方政府（地方公共團體、社會保險相關團體等市町村的準公共機關）自營或委託非營利的福利事業團體（社會福利法人）經營，一般營利事業不得加入營運（李光廷，2003：146），[3] 照顧對象以收容低收入者爲優先。在此服務供給模式中，社會福利帶有濃厚的國家照顧色彩，政府的責任主要在提供基本服務、決定服務使用的可否與內容以及提供費用，使用者被視爲是「保護」或「收容」對象，是依靠國家權限和責任得到福利。

但這種國家型福利供給模式卻也飽受批評。除了該制度被認爲官僚化、集權化，以及是造成社會保障高成本結構的主因外，使用者容易被貼上標籤而產生心理抗拒（佐藤卓利，2008：22），由行政機關自行決定服務內容不一定符合使用者需求，使用者也沒有自由選擇權（佐橋克彥，2006：3、117-118，2008：33；岡崎佑司，2007：23；芝田英昭，2001：13），甚至由行政機關或委託的特定事業體來提供服務，不但缺乏競爭也沒有效率（岡崎佑司，2007：23-24），或阻礙民間自發性社會福利事業的發展等問題（佐藤卓利，2008：23-24），都是引發後續社會福利服務朝向市場化的重要因素。有關措置制度與準市場的差異如表 2。

在社會福利市場化的概念下，照護機構雖仍以非營利的福利事業團體爲主，但取消「低收入者優先」的限制，改以「需要照護程度」爲收容標準，以便擴大福利對象。同時導入以使用者爲本位的契約型給付方式，採量益負擔的收費，使用者可依其需求選擇服務，並依服務內容合理付費（李光廷，2003：147）。在此模式運作下，強調使用者與供給者的對等性，競爭或選擇，故可將其定位爲「福利服務的市場化」（市場型福利）。

[3] 營利事業只能經營和居家照顧有關的業務以及老人安養之家，收容行動自如的老人。

臺灣人文學術期刊資料庫

表 2 措置制度與準市場的差異

	條件整備主體	營運主體	服務供給者	服務管理者	服務購買者	服務使用者
措置制度	政府	縣 市町村	市町村 社會福利法人	市町村的專案人員、社會福利法人的設施指導員等	–	需要援助者 被保護者
準市場	中央、縣	市町村	市町村 社會福利法人 NPO、企業	介護支援專門員	市町村、使用者（部分負擔）	消費者 簽約者

資料來源：戶田典樹（2008：64）

三、1990 年代日本介護保險制度的內容與特色

(一) 緣起：社會保障結構改革

1990 年代初期，泡沫經濟的瓦解衝擊了日本財政，迫使政府不得不再次檢討該國的各項制度，從而進行根本的變革，特別是高成本結構與過度規範所衍生的產業空洞化現象尤其令人擔憂，而社會福利領域也在此列。因此，1990 年代中期所展開的社會保障結構改革和社會福利基礎結構改革乃被定位爲「財政結構改革」的一環，其所擘畫出的社會福利藍圖是由公私部門各自分擔責任，以建構「自助、共助、公助」的重疊福利體系。而未來照護體系的作法應包含福利的綜合性提供、接受專家建議做最適服務選擇、與多樣主體的競爭、照護費用由全體國民負擔，以及費用負擔公平化五大重點。

根據 1996 年公布的社會保障結構改革，其基本方向有三：一是在考量國民經濟和社會保障下適切因應國民需求；二是援助個人自立，使用者本位的重視；三是公私職能適切分工與促進民間活力。故第一步乃是創設「介護保險制度」，亦即將市場機制導入介護領域，重視品質與效率，確保事業的透明性，而契約制乃是該制度的特色。

(二) 介護保險制度的設計

介護保險制度的設計目的是基於使用者本位、高齡者自立自主、普遍性、照護在地化等理念，希望達到高齡者福利、高齡者醫療與老人保健等

臺灣大學醫務助理資料庫

制度效率化，著眼於照護需求，以量益負擔、社會保險方式與以市町村爲單位來營運，提供服務的制度設計。根據厚生省（現爲厚生勞動省）的說法，其設立目的主要是爲解決長期以來「社會性住院」[4] 問題，並考量家族照顧有其限度，而將高齡者照護由家族責任改爲社會全體來支援，以消除國民的不安。其內容是基於全民危機共同分擔之理念，由中央、都道府縣與市町村各級政府共同規劃管理，同時委託營利和非營利機構提供照護服務之強制性社會保險制度。

根據《介護保險法》規定，因考量照護服務的區域特性及地方分權福利之趨勢，該制度的運作由市町村擔任保險人，負責保險費的計算、徵收與管理、照護服務輸送等。中央、都道府縣、醫療保險單位、年金保險單位等則需支援市町村的介護保險財務與事務。《介護保險法》將 40 歲以上的國民設定爲被保險人，又可再區分爲第一號和第二號保險人兩種類型：前者是指 65 歲以上，後者是指 40 歲以上未滿 65 歲，需要照護服務與生活協助者。

介護保險費用包括保險給付費、保健事業費等的經費，以及保險事務費，所需的財源由中央和地方共同分擔。扣除掉被保險人在使用服務時須自行負擔的 10% 外，剩下的 90% 費用有一半來自市民繳納的保險費收入，其中第一號保險人和第二號保險人分別負擔 17% 和 33%，其餘 50% 由國庫負擔，各級政府的負擔比例是 2 : 1 : 1，亦即中央是 25%，都道府縣和市町村分別負擔 12.5%。[5] 而保險給付有三種方式：(1) 針對需要照顧者給予照顧給付；(2) 針對需要支援給付給與預防給付；(3) 針對需要照顧或需要支援者，市町村等地自治團體給予特別給付。《介護保險法》規定，上述三種給付方式除了特殊情況才支付現金之外，一般皆以提供服務爲原則。服務提供可分爲居家服務和機構服務兩類，至於照護費用基準由「醫療保險福利審議會」另行規定。

此外，關於服務的使用程序則是由使用者（被保險人）向市町村等地

---

4 由於老人住進醫療機構比住進福利機構手續簡便，且醫療給付比福利給付更爲寬鬆，因此醫院收容了大量可以出院卻不出院的老人，此即爲社會性住院。

5 日本於 2006 年修正介護保險制度，所得額度在一定水準之上的第一號被保險人，地方政府僅負擔八成。又針對機構入住者的介護部分，中央負擔 20%，都道府縣則是 17.5%。

臺灣人文社會期刊資料庫

方自治團體（保險人）提出要認定申請，[6] 再由市町村根據其所屬之認定調查員的訪問調查結果及主治醫師的意見來判定，接著依據使用者的身心狀況選出適合使用者的服務項目及服務供給者，以一周或一個月爲單位擬定出照護計畫時間表後開始接受服務。

(三) 特色

在社會保障制度改革的架構下，日本介護保險制度的運作是民眾在參加保險後，就可要求照護服務，不必再等候市町村的「措置」，所以標榜介護保險是實現地方分權化的先驅，是「有選擇的福利」。大抵而言，日本介護保險制度有五大特色，分別是醫療福利一貫化與專門化、照護負擔公平化、服務提供市場化、長期照護社會化與社區化，以及服務選擇自由化，其中受到準市場原理影響的是照護負擔公平化、服務提供市場化與服務選擇自由化三項，以下分述之（林淑馨，2018：17-18）：

1. 照護負擔公平化

介護保險的構想乃基於國民共同連帶之理念，建構明確的給付與負擔關係，以社會保險方式，由社會全體共同分擔照護責任，明確規範保險費負擔與保險給付，以達負擔的透明性與公平性。換言之，照護負擔不受服務場所的限制，對於服務的種類、內容，不會有不合理的差別待遇。

2. 服務提供市場化

介護保險制度的實施改變過去一貫由政府主導提供的照護服務，開放私部門加入照護服務的提供，只要取得居家服務的法人資格，原則上民營社會福利機構就可參與照護事業的經營，而提供照護所收取的費用即成爲該機構的主要財源，故福利事業團體成爲服務提供主體，並依契約提供使用者各種照護服務，長期照護轉換爲自由市場主義的服務供給體系。

3. 服務選擇自由化

傳統的「措置制度」規定，照護服務內容及服務提供機構的決定，並

[6] 可由家人、照護支援專員或介護保險設施代爲申請。

臺灣人口學術期刊資料庫

非基於使用者立場來選擇，而是由社會福利行政機關自行認定並決定服務內容。換言之，服務的選取並非依使用者的意願，而是根據行政裁量決定使用者能否入住機構。但介護保險制度乃根據市場主義，由使用者（或家屬）與機構直接簽訂契約，賦予使用者享有福利選擇權，可以自由選取服務，利用保健、醫療、福利之綜合照護福利服務等，機構也必須需與照護者明確交涉，簽定明文契約並落實服務內容等。

參、日本介護服務的準市場化現況與成果

一、介護保險制度的實施概況

日本在 2000 年實施介護保險制度後，市場規模不斷擴大，從最初 2000 年的 3 兆 6,000 億日圓，到 2019 年的 11 兆 7,000 億日圓，整整增加 3 倍多，2025 年更預估會擴充到 15 兆 3,000 億日圓的規模（一般情報レポート，2020），故吸引眾多業者進入照護市場，藉此增加服務種類與選擇性。

根據厚生勞動省的資料顯示，介護保險制度實施之初（2000年），65歲以上的第一號保險人有 2,165 萬人，2018 年有 3,492 萬人，增加 1.6 倍。而需要認定照護者，2000 年有 218 萬人，2006 年由於認定標準的修正，需要照護認定者有 442 萬人，到了 2018 年則有 644 萬人，增加近 3 倍。在服務使用者方面，2000 年實施之初有 149 萬人（在宅服務 97 萬人，設施服務 52 萬人），2018 年有 474 萬人（在宅服務 366 萬人，增加 3.8 倍，設施服務 93 萬人，增加 1.8 倍，區域密集型服務 84 萬人），共增加 3.2 倍。其中輕度失智症的需求幅度增加最多，18 年來增加 3.64 倍（厚生労働省老健局，2018）。

當初日本政府將準市場機制導入社會福利領域，主要乃是強調藉由市場機制可以達到競爭和提升服務品質的目的，而透過契約方式可以保障使用者的權利和自由選擇性。如是的說法雖有其說服力，但畢竟服務的使用者多是身體或判斷能力的弱勢者，實施的結果是否眞能達成其政策目標，一直受到相當質疑與批判。有鑑於此，作者以先前綜整的日本學者所提出之建構準市場先決要件和評估基準，分別來檢視日本介護服務準市場化的

臺灣大學圖書館

現況與成果。[7]

二、介護服務準市場化的現況

(一) 市場結構轉換

日本在未實施介護保險時，福利服務供給者多是政府部門或是特定非營利法人，營利事業幾乎被排除在外。也因此，長期以來，社會福利法人得此特權而能以較高的薪資，聘用經驗豐富且擁有年資資格的職員提供服務，民眾對於這些非營利團體也抱持較高的信任。導入市場化的目的之一，乃是希望改變公共服務由政府獨占供給所產生的無效率，同時增加個人選擇的自由。所以，改革後的介護服務是否有多元業者加入而形成競爭市場，則被認爲是攸關擴大選擇權，以及改善服務品質的重要指標。

首先在供給對象方面，如前所述，介護服務市場化後，經營主體除了社會福利法人、醫療法人、社團與財團法人、協同組合外，民營企業、非營利組織等也都可以加入。以居家服務爲例，截至 2018 年止，營利法人有 18,645 家（66.2%），非營利法人有 9,325 家（33.1%），[8]地方公共團體有 76 家（0.3%），其他 101 家（0.4%）。若以供給數量來分析，如表 3 所示，以介護保險制度實施當年（2000 年）爲基礎來比較，在宅服務（居家照護、日間照護、短期入住生活照護）的業者數在 2008 年約增加 1.6～2.8 倍，2017 年約增加 2.5～5.5 倍，其中失智症共同生活照護的業者數從 2000 年到 2017 年增加近 20 倍。由此可知，介護保險制度實施後，隨著市場規模的擴大，供給者有不斷增加的趨勢，其中又以獲利較高的事業項目（如失智症共同生活照護），增加程度更爲迅速。

---

7 雖然先決要件和評估基準兩者之間有連結性問題，也就是先決要件有可能影響準市場的成果表現，但究竟是哪項條件影響哪個評估基準，需要透過實證檢視才能證明。然截至目前爲止，因尚無實證資料，故很難判別兩者之間的關係，但卻是可以分開觀察的。相關概念請參閱 Struyven & Steurs, (2005: 214-215) 的論述。

8 非營利法人中，社會福利協議會 1,493 家，社會福利法人 3,629 家，醫療法人 1,752 家，協同組合 636 家，NPO 法人 1,419 家（厚生労働省施設事業所調査，2018）。

臺灣人口學會期刊資料庫

表 3 日本在宅服務業者數（2000-2017 年）

業者數＼年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
居家照護	9,833	11,644	12,346	15,701	17,274	20,618	20,948	21,069	20,885
日間照護	8,037	9,138	10,486	12,498	14,725	17,652	19,409	20,997	22,366
短期入住生活照護	4,515	4,887	5,149	5,439	5,657	6,216	6,664	7,030	7,347
失智症對應型生活照護	675	1,273	2,210	3,665	5,449	7,084	8,350	8,818	9,292
特別養護老人之家	4,463	4,651	4,870	5,084	5,291	5,535	5,716	5,892	6,015

業者數＼年	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
居家照護	21,517	20,805	21,315	31,075	32,761	33,911	34,823	35,031	35,311
日間照護	22,267	22,738	24,381	34,107	38,127	41,660	43,406	44,101	44,089
短期入住生活照護	7,215	7,096	7,515	8,980	9,445	10,251	10,727	10,925	11,205
失智症對應型生活照護	9,186	8,492	9,484	11,729	12,048	12,497	12,983	13,069	13,346
特別養護老人之家	5,876	5,676	5,953	6,590	6,754	7,249	7,551	7,705	7,891

資料來源：作者整理自厚生勞動省設施事業所調查（2000-2018），2016 年後的統計含地域密集型通所介護

值得注意的是，一般擔心營利業者爲追求利潤，其服務品質應不及非營利業者，故對於開放民間業者加入持保留態度。但根據相關研究調查（內閣府，2002；Suda, 2011；2014；Suda & Guo, 2011）卻發現，事實上兩者提供行爲相似，差別不大。在政府規劃的照護環境下，營利動機被抑制，非營利業者在「服務內容的維持和管理、從業員資格與經歷、事業的計畫性和透明性」上優於營利業者，然營利業者在「便利性」上卻勝過非營利業者。雖然介護保險制度今後仍有需要修正之處，但開放營利業者加入照護市場是有其必要的。

(二) 避免資訊不對稱

醫療或福利等公共服務具有高度專業性，在導入市場機制後，爲了讓使用者能做正確選擇和購買符合本身需求的服務，應避免資訊不對稱情形的發生。另一方面，爲了使市場有效經營，除了需建立容易獲得服務品質訊息的管道外，服務購買者也應監督服務品質，以防止「逆選擇」或「道德危機」的情形。但在日本，由於使用者就是購買者，受到年齡、教育程度

臺灣大學圖書館

的限制，通常社經地位和資訊接近程度低的使用者，比較難以清楚表達對服務品質的評價，更遑論是監督。

若基於此觀點來檢視介護保險制度發現，2000 年 6 月施行的《社會福利法》第 75 條規定，爲使社會福利的使用者都能得到適切的服務，社會福利事業的經營者需致力提供事業相關資訊，而爲了讓福利服務的使用者能容易獲取必要的相關訊息，中央或地方自治體需盡力採取必要措施。2006 年 4 月更修訂《介護保險法》，建立介護服務資訊報告、公開制度，規定業者在開始提供介護服務時，應將其內容或有關業者營運的相關訊息呈報給都道府縣知事，都道府縣知事必須公開報告內容。因此，目前的做法是都道府縣整理好指定業者的相關資訊後，傳送到市町村，各市町村再以此爲基礎因應使用者或業者。

另外，在獨立行政法人福利醫療機構所經營的福利、保健、醫療資訊網站「WAM NET」（2021）也可以找到介護和醫療等服務供給業者的資訊。只不過早期網站上所提供的訊息多是業者的所在地、服務項目、連絡電話等基本資料，無助於使用者判斷服務品質的好壞。各地方自治體下轄的社會福祉協議會雖設有經營適當化委員，但其功能也僅止於申訴或協商等事後因應，對於品質的監督或改善並沒有太大的幫助。爾後伴隨法規的修正，網站上公開訊息的內容漸趨明確，如收費、從業人員（職別、專兼任、人數等）、服務區域內的高齡者人數、事業內容或介護程度等皆有刊登（WAM NET，2021）。除此之外，在資訊取得管道上也較多元，除了介護網站和各地方自治體的官方資料外，民營業者與社會福利法人會將資訊放在自身網站，或透過宣傳單、手冊、電子郵件的寄送傳達給相關使用者。

整體而言，日本雖欲透過網際網路公開業者資訊，來達到降低資訊不對稱情形發生之目的。但因目前制度的使用人多爲高齡者，未必熟悉或習慣使用網際網路，可能較依賴朋友介紹或口耳相傳等非正式途徑來蒐集資料。因此，今後如何建構高齡者方便使用的資訊傳播途徑，以及增強資訊內容的正確性和標準化則是重要的課題。

(三) 交易成本和不確定性的因應

在準市場機制下，隨著供給制度的多元，交易過程也變得複雜。尤其

臺灣人學學術期刊資料庫

是如何降低難以預測情況的發生所衍生出的交易成本和不確定性，因應措施就顯得非常重要。由於交易成本的衡量有其困難性，現階段介護服務的報酬設定並未將交易成本列入其中。另外，保險制度的建立原本是爲了避免不確定性情形的發生。但日本介護服務供給者並未被強制規定需加入保險，故對於不確定性的因應就顯得脆弱（佐橋克彥，2008：122；李宣英，2015：227）。佐橋克彥（2013：22）指出，由於介護服務屬於直接身體的援助服務，有可能發生事故，導致業者須負賠償責任。目前介護服務的供給者有民營業者、社會福祉法人和非營利法人三大類，其中非營利法人的財源較不確定，最需強化經營基礎的穩定性。事實上，不僅是非營利法人，規模較小的民營業者都可能發生財務問題。若能如汽車強制險般強制賦予所有業者都加入保險的義務，應可提高不確定性的因應成效。

(四) 喚起供給者和購買者追求福利服務的動機

在準市場的構想下，由於購買者和供給者不同，供給者爲了爭取購買者，會優先考量使用者的利益。然而事實上，若從供給者立場來看，在準市場中欲喚起以經濟考量爲優先的服務供給業者，改以追求服務使用者福利的動機是有困難的。主要原因乃是目前進入介護市場的業者以民營業者最爲踴躍，非營利法人反而較爲保守。但民營業者進入介護市場之目的原本就是期待獲利，所關注的焦點自然是在於如何降低人事成本或提升效率等經營管理面向，而非服務內容等品質的提升或改善。針對此點，日本目前並無具體的積極做法以喚起業者追求服務使用者福利動機，只是消極期待社福型非營利法人因不以追求利潤爲目的，可以彌補該制度所產生的缺陷，發揮此方面的功能（佐橋克彥，2006：123；2013：23）。

另一方面，若從使用者來看，日本的制度設計爲購買者就是使用者，由於購買者會追求自身利益或許問題較少，但若有代理人的情況發生，如何確保代理人能中立，兼顧購買方針與使用者需求則是重要的課題。此外，雖說購買者就是使用者，使用者理應會追求自身的福利，但多數使用者受限於專業，並不清楚那些服務是適合自身需求的，而容易產生遺漏潛在性服務，或以追求短期性服務爲主的困境。

臺灣大學學術期刊資料庫

(五) 防止吸脂

所謂吸脂是指部分業者在利潤的考量下，僅經營高獲利區域或提供高獲利的服務，而不願經營不經濟區域或提供低利潤的服務。若將此概念援引至社會福利服務的供給，一般認爲營利組織在追求利潤的情況下，僅會提供獲利高的都會地區多元且質優的服務，卻不願提供服務到無利可圖的偏鄉地區，就算提供服務也是提供單一且質差的服務；或是選擇高獲利的服務項目，故在營利組織不願進入的地區或不願提供服務的項目上僅能依賴非營利法人，從而形成吸脂效應。

當初 Le Grand 所提出的準市場機制，就是考量服務的購買者是政府而非使用者，且交易非用現金，可以避免因個人購買能力差異而衍生的不公平。但因日本的制度設計是由使用者直接向業者購買所需服務，故有可能發生吸脂情形。根據須田木棉子（2011）、野口靖子（2016）、金谷信子（2018）等所做的調查發現，營利組織在追求利潤的前提下，確實比非營利組織容易產生吸脂效應，介護保險制度實施後，營利業者的參與多是以都會地區爲主。金谷信子（2018）更進一步指出，營利法人由於早已適應競爭市場，在經營管理上較非營利法人有經驗，會挑選有利的使用者和易獲利的區域，反觀非營利法人則因經營管理的專業知識與經驗較不足，經費也有限，而容易陷入經營困境。換言之，如何避免非營利法人在都會地區的市場被營利組織所取代，以及營利法人退出虧損地區或事業轉進有利可圖的地區或事業，[9] 亦即如何有效抑制吸脂情形的發生，目前日本尚無具體對策，僅透過法規的修正（2008 年），要求介護服務的業者在停止營業或退出市場前須事先提出申請，卻無法避免吸脂情形的發生。

三、介護服務準市場化的成果

日本介護服務在引進市場競爭後，是否有助於政策目標的達成？在本小節最後，作者嘗試以效率性、回應性、選擇性和公平性 4 項指標來檢視

9 如部分進入照護市場的民營業者目的並非是提供照護服務，而是藉此販賣周邊商品（伊藤周平，2000：215）。

臺灣大學學術期刊資料庫

日本介護服務的準市場化成果如下：

(一) 效率性

準市場概念下的效率性是指對於服務的確保和成本降低的追求（佐橋克彥，2013：23）。首先從服務的質與量來觀察服務保障發現：在質的面向上，介護保險制度實施後，介護服務乃是基於使用者與供給者間所簽訂的契約關係，因涉及到專業，使用者對於契約內容未必充分理解，故有關簽約時業者對於服務內容說明不足的爭議事件時有所聞，抱怨申訴案件也不少（佐橋克彥，2008：137）。也有研究指出，相較於非營利業者，營利業者在存續與獲利的考量下，雖會重視使用者的需求，但服務品質較低（金谷信子，2010：50；2016：306；2017：57；2018：11-12），[10] 即使服務供給者增加，但服務內容未必多樣化（竹內友章，2016：114）。

另外，在服務的供給量上，若以在宅服務供給爲例，如表 4 所示，介護保險制度實施前後（2000 年和 2017 年）在宅服務（含居家、日間和短期入住生活照護）業者的數量約增加 2.5～5.5 倍，而失智症對應型生活照護的業者數之增加更爲顯著，實施前後暴增近 40 倍。照理來說，大幅增加的服務供給量應該能充分滿足使用者的服務需求，但因高齡人口增加過於快速（制度實施前後，65 歲以上人口增加 1.7 倍，75 歲以上人口增加 2 倍），導致服務增加量與需求量幾乎互相抵銷，現階段僅能算是勉強足夠。另外，由表 4 發現，服務供給量的增加似乎偏重在失智症對應型生活照護這一特定服務項目，究竟其是意味該服務項目有龐大需求，還是因爲該項服務報酬單價較高或是容易供給，目前尚無相關證明資料。但有研究指出，居家照護領域的服務量有顯著增加，質的提升卻不足（佐橋克彥，2008：34），顯示介護服務供給的效率性無法僅從數量增減來判別，同時也應重視其品質。

其次在成本方面，如表 5 所示，無論是第一號或第二號保險人，介護保險費用是呈現逐年增加的趨勢。當初日本在實施介護保險制度時，是考

[10] 有實證研究指出，日本介護保險的供給，非營利業者的服務品質未必高於營利業者（須田木綿子，2005；鈴木亘，2002）。

臺灣人文學術期刊資料庫

表 4 在宅服務的供給量（2000-2017 年）

單位：千人

從事人數（常勤換算） ＼ 年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
居家照護	77	104	118	151	160	185	177	173	163
日間照護	71	83	101	123	144	170	177	188	199
短期入住生活照護	(99)	52	60	63	70	81	98	105	119
失智症對應型生活照護	4	10	19	36	58	82	102	108	115

從事人數（常勤換算） ＼ 年	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
居家照護	170	167	175	196	208	214	215	217	218
日間照護	204	209	224	264	284	306	315	323	407
短期入住生活照護	123	129	140	150	160	168	165	168	172
失智症對應型生活照護	116	114	123	138	141	149	155	157	163

資料來源：作者整理自厚生勞動省設施事業所調查（2000-2018），2016年後的統計含地域密集型通所介護

表 5 介護保險費用（2000-2017 年）

單位：兆日圓

年　度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
第 1 號	0.2	0.6	0.8	0.9	1.0	1.0	1.3	1.3	1.4
第 2 號	1.1	1.3	1.5	1.7	1.8	1.9	1.8	1.9	2.0
合　計	1.3	1.9	2.4	2.6	2.8	2.9	3.1	3.3	3.4

年　度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
第 1 號	1.4	1.4	1.4	1.8	1.8	1.9	2.1	2.2	2.2
第 2 號	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.6	2.6	2.7
合　計	3.5	3.6	3.7	4.1	4.3	4.5	4.7	4.8	4.9

資料來源：作者整理自厚生勞動省設施事業所調查（2000-2018 年）

量導入保險方式，以收取保費來維持特定財源，較容易確保因服務量增加所需的財源，同時避免傳統以稅金（一般財源）來支應可能遭受大藏省（現爲財務省）抵制排擠所產生的困境。但事實上，保險制度實施後僅短暫解決財源問題，隨著高齡人口的急速增加，[11] 介護服務使用人數年年攀升，

[11] 2000年介護保險制度剛實施時，65 歲以上高齡人口有 2,204 萬人（17.4%），到了 2019 年則有 3,619 萬人（28.9%）。

臺灣大學學術期刊資料庫

政府的保險費支出總額從剛開始的 3 兆 6,000 億日圓，提高到 2019 年的 11 兆 7,000 億日圓，足足增加 3 倍，而 65 歲以上的保費也從制度實施之初的月付 2,911 日圓，調升到 2019 年的 5,869 日圓，預計到了 2025 年還會調高到月付 7,200 日圓，顯示制度實施後並未見有降低成本之成效。

(二) 回應性

介護服務市場化的目的是希望改變傳統官僚體制僵化、無視使用者需求的弊病，希望透過市場化引入多元供給者的創意與活力，藉此產生實質競爭以提升其回應性（竹內友章，2016：114；佐橋克彥，2006：79；2012：100；李宣英，2015：169）。因此，可以從服務供給彈性和使用者能否使用必要之服務兩大面向來檢視回應性的達成與否。

首先在服務供給彈性上：介護保險實施後，隨著法規多次修正，服務內容也因應高齡者需求的增加逐漸擴充，如新預防給付、定期巡迴、增設區域整合支援中心、24 小時及時訪視服務、複合型服務（小規模多機能）[12]等，或是擴充「區域整合型服務體系」（在宅醫療、介護聯合、失智症照護）、強化區域性整合支援中心的自力支援服務和預防失能服務等，這些都因能適切回應高齡者需求而可以給予相當肯定。

其次，在使用者能否使用必要之服務方面：介護保險的設計是希望藉由民營業者的加入提供效率高且品質好的服務。但是制度實施後卻發現，部分報酬單價較高的服務（如居家護理）傾向設立於高齡人口較多的地區（佐橋克彥，2006：133），而制度實施不久更發生大型業者因錯判市場需求，迅速關閉服務據點的事件（芝田英昭，2001：19-20），顯示民營業者在考量服務供給時，並非完全是以使用者需求，而是多以使用者人數多寡與獲利與否作爲判斷基礎。[13] 由此可知，介護服務市場化後本欲藉由民營業者的參與來提升其回應性，但實際上，民營業者在成本壓力下，恐怕無

[12] 複合型服務可以根據高齡者狀態發生變化時，靈活、持續多樣地提供服務項目，讓高齡者可以在居住習慣的區域內繼續生活。

[13] 須田木棉子（2011）、Suda (2009；2011）、Suda & Guo (2011) 的實證研究指出，營利業者會積極爲需求水平較低者提供額外服務以賺取利潤，而非營利業者則專注於爲低收入或更高需求水平者提供照護服務。

臺灣人文社會期刊資料庫

法如理論所言，會以使用者需求爲優先，而是以獲利與否作爲品質水準、契約締結與否判斷基礎，故回應性能否眞的提升，恐怕應持保留態度。

(三) 選擇性

當初推動介護保險制度的主要論點之一是強調賦予使用者選擇權，標榜社會福利的觀念已經從「恩惠」轉變爲「權利」，因爲既然使用者支付費用就有一定的權利，可以透過契約方式挑選合適的供給者來提供本身所需的服務，所以選擇權就成爲評估準市場的一項重要指標（佐橋克彥，2012：101；児山正史，2017：148；岡崎祐司，2007：33；浅井春夫，2000：25；高藤昭，1999：23）。根據日本在 2000-2001 年對全國市町村所做的調查顯示，使用者認爲在居家照護服務選擇權上，相較於介護保險制度實施前，有相當程度擴大者有 34%，部分擴大者有 48%。而在 2003 年所進行的全國性調查中，認爲介護保險制度實施後服務或業者選擇變得較容易者，高達 63%，反之，不這麼認爲者僅有 13%（社会保障審議会，2004：47）。而在厚生勞動省（厚生労働省，2003：69）於 2003 年針對約 900 名介護保險制度實施前就使用該項服務的使用者所進行的調查顯示，卻僅有 12% 的使用者認爲可以選擇業者。[14]

之所以會有如是的結果，作者認爲主要乃是相較於傳統措置制度下，是由行政機關代爲選擇服務項目，多數民眾會認爲市場化後使用者可以自行和供給業者簽訂契約，服務選擇權理應會擴大。但是對於介護服務的眞正使用者而言，如欲選擇適合自身的服務，需有正確的資訊。然如前述，目前使用者多依賴「WAM NET」網站，但該網站所揭示的介護服務資訊多是業者基本資料和服務項目，除了資料內容正確與否無從判別外，由於介護服務是對人服務，使用者在選擇福利服務介護機構時是基於信任關係，業者的規模、知名度反而不是重點，故對提高使用者選擇性的實質助益相當有限。也因此，對於介護服務水準認知度越高者，評價越低。爲彌補上述缺失，雖然現階段有關資訊內容已有所強化，但若能透過公正第三者機關

[14] 類似此種全國性調查或是涉及個人隱私資料，一般研究者很難獨立完成。由於 2003 年以後缺乏此種大規模調查資料，故僅能以此資料作爲參考。

臺灣大學社會科學期刊資料庫

確認與公佈資料內容，而各地方自治體也能盡力充實介護保險資訊或增加訊息發布管道，應更有助於使用者選擇權的發揮。

值得注意的是，一般認爲介護保險實施後，民營業者考量需求和獲利情況，會在都會地區提供質高且多樣服務，因此都會區使用者選擇性較高。反之，在虧損或營運狀況不佳的偏鄉地區，由於需求較低，業者爲節省營運成本，所提供的服務類型可能較少，使用者能選擇的機會恐怕就較低。但如是的假定未必正確，因爲介護市場的業者家數多並不代表競爭者眾，或使用者的選擇性增加。如表 6 所示，日本介護服務的提供多集中在 Nichii Gakkan (17.3%)、Sompo Holdings (14.6%)、Benesse (13.4%) 等少數大型民營業者，尤其是營業額前三名業者的市場佔有率更高達 45.3%，在許多地方幾乎形成寡占型態（介護業界，2020）。作者認爲這或許可以作爲解釋 2003 年的調查爲何僅有一成多的使用者認爲可以選擇業者的理由。這些大型民營業者不但可以任意進出介護市場，且可以運用其財務優勢刊登廣告，型塑「收費低廉、顧客人數多」等品牌形象，讓使用者對這些大型業者產生潛在好感，從而影響使用者的選擇。此外，在服務類型的選擇上，儘管服務類型增加，但因服務的使用者可能在意思決定或資訊蒐集上受到限制，屬於機能上的弱勢者，很難自行擬定照護計畫或有足夠的判斷力，而需委託照護支援專員來代理，然代理人是否能根據使用者需求給予公正的選擇建議，則又成爲另一項課題。

表 6　民間介護業者營收排名（2018-2019 年）

單位：億日圓

排名	業　　者	營業額	排名	業　　者	營業額
1	ニチイ学館 （Nichii Gakkan）	1,514	6	ユニマットリタイアメントアド （Yunimattoritaiamentoado）	548
2	SOMPO ホールディングス （Sompo Holdings）	1,274	7	セントケア HD （Sentokea HD）	411
3	ベネッセ （Benesse）	1,169	8	ケア 21 （Care Twentyone Corporation）	281
4	ツクイ （Tsukui Coporation）	863	9	ソラスト （Solasto）	280
5	セコム （SECOM）	722	10	学研 HD （Gakken HD）	244

資料來源：作者自行整理

臺灣大學學術期刊資料庫

(四) 公平性

隨著介護保險制度的導入，日本介護福利領域首次形成營利組織、非營利組織和政府組織三者混合的供給市場（金谷信子，2003：4），卻也引發使用者能否公平接受均質服務的擔憂。因此，在談論介護市場的公平性時可以將其分爲使用的公平性和負擔的公平性；前者是根據需求關係來定義，係指使用者不會因爲地理性差異（偏鄉或都市）、社經地位與所得高低而獲得有差別之服務內容（佐橋克彥，2013：24；狹間直樹，2018：93），後者是指無關所得水準的公平。

介護保險制度的原始構想是，由於服務設有公定價格，低所得者可以減免或完全免費，因而無關所得或支付能力等差異，使用者可以自由選擇服務供給者與內容，符合社會正義與公平。但該制度實施之前，多數反對者都認爲民營業者可能不願對虧損或獲利不高的偏鄉、低所得使用者提供服務（伊藤周平，1997：175）。爲彌補此缺陷以及確保使用者公平性，乃指定公共性高的社會福利法人爲服務供給者（厚生省社会、援護局企画課監修，1998：10-11），並於 2000 年 5 月設置使用者負擔額減輕制度，以減免使用者保險費和使用費。該制度幾經修改最後確定，以市町村爲事業實施主體，而市町村民非課稅者爲減輕對象，凡符合「年收入單身者 150 萬日圓，家族成員每增加一人可以增加 50 萬日圓額度」等 5 項必要條件者即被認定爲生計困難者，從而成爲使用者負擔額減輕制度的適用對象。然因減輕部分需由地方自治體和社會福祉法人分別承擔，所以並非全國市町村皆實施使用者負擔額減輕制度。根據厚生勞動省發行的《介護保險事務調查》（各年版）顯示，實施該制度的市町村（2003 年有 75.6%，2005 年有 76.7%，到了 2018 年則有 91.6%）有增加與普遍的趨勢。雖然截至目前爲止，日本缺乏這方面的實證調查，故無法確切認定介護服務市場化後是否擴大不公平性。

另外，若從負擔公平性來看，當初介護保險實施的目的之一是要改變過去量能負擔的付費，而造成中高所得民眾沉重負擔之缺失，改採結合使用者付費和量益負擔觀念的付費方式。若從此點來看，介護保險制度的實施似乎有達到負擔公平性的效果。

臺灣大學學術期刊資料庫

然而，爲了因應團塊世代（戰後嬰兒潮出生人口）即將在 2025 年達到 75 歲，屆時服務使用者恐由目前的 487 萬人增加到 605 萬人，而失智症人口更是上看 700 萬人，預期介護需求必然擴大。爲使制度能永續並抑制財源短缺，日本自 2015 年 8 月開始陸續調高一定所得者的負擔（由一成調到兩成），將特別養護老人之家的使用限定在「要介護 3」以上。2018 年更是將高所得者的負擔調高到三成，並將介護保險給付限制在「要介護」程度較高的使用者。如此一來，雖可大幅減輕財政負擔，但「要支援 1、2」（失能程度較輕）的使用者必然受到衝擊，而無法符合原本期待藉由準市場化達到使用公平性和負擔公平性之目的。

肆、準市場理論運用於介護服務的限制

公共服務供給過程中「市場性」和「公共性」究竟能否並存？一直是各界爭論的議題，在政府財政負擔日益沉重之時，尤其容易引發討論。整體而言，日本介護保險制度在市場化和商品化的程度較高，但實施的結果，「市場」機能由於政府的過度介入未能充分發揮，至於「公共性」卻也因照護服務爲使用者與供給者之間的契約關係，弱化國家在社會福利領域的角色，使政府責任變得模糊，加上相關配套措施規劃不周全而無法受到完整保障。因此，如何建構政府責任範圍應是影響準市場機制實施成效的重要關鍵因素。在本小節中，作者嘗試從實務面探討準市場原理運用於日本介護服務的限制如下：

一、介護服務市場結構雖轉換，但尚未形成實質競爭的準市場

(一) 介護服務市場雖有多元供給者，卻因禁止價格競爭而影響成果

準市場理論強調透過解除管制，開放民間參與原本由公部門獨占的領域，藉由競爭來提高服務品質與效率。從日本介護保險制度改革經驗來看，市場化後伴隨解除管制，介護服務的供給者只要滿足一定條件，獲得知事的指定或許可，即可進入該市場，故從促進多元供給者參與者加入這點來看，應可說是該改革中成果較顯著的項目。然而，有多元供給者是否就會帶來服務品質的提升與效率的改善？

臺灣大學學術期刊資料庫

若對照 Le Grand 和 Bartlett (1993: 19-22) 所提出的準市場概念發現，其認爲準市場中的競爭必須是實質的競爭，而 Kähkönen (2004: 35-36) 則強調，其價格需由市場競爭決定 。但日本介護服務市場的特徵之一卻是，服務價格須依循厚生勞動省制定的「介護報酬單價」基準，亦即規定介護報酬，禁止價格競爭（平岡公一，2018：59）。如此一來，原本欲建構的市場機制乃受到限制，不但無法促進供給者間產生競爭以爭取購買者，也難以賦予供給者提高服務品質的動機，甚至因既定價格無法讓供給者有利可圖，反而會降低供給者提供介護服務的誘因，促使業者轉向其他事業項目，如販賣介護周邊商品來獲取較高的利潤。近期調查就發現，約有高達七成以上（74.2%）的業者認爲介護報酬水準是低廉的，認爲不算低廉僅有3.3%（李宣英，2015：239）。在此情況下，應很難激起業者追求改善服務品質與提高效率的意欲。因此，如何設定適切的介護報酬以喚起業者的供給動機，進而建構一個具有實質競爭的介護市場，則成爲攸關日本介護服務準市場化成功與否的重要因素。

(二) 雖有多元服務供給者，卻恐集中在少數大型業者

日本的社會福利早期是由地方公共團體、準公共機關自營或是委託公共性強的社會福利法人來供給，尤其是社會福利法人因有地緣關係，深受當地民眾的信任。市場化後，雖然開放民營業者、非營利法人的加入，但非營利法人或許因經費與專業考量態度較爲保守，反觀民營業者在十幾兆商機的吸引下最爲積極，甚至還有大型居酒屋、保險公司等民營業者因而跨足照護市場。雖然初期曾經發生當時最大民營企業 Comsn 因錯估市場規模，緊急關閉 40% 服務據點的重大事件而影響使用者觀感，甚至引發民眾對市場化質疑。[15] 但在民營業者的持續努力與不斷宣傳下，目前日本介護市場服務供給有六成以上是集中在 Nichii Gakkan、Benesse 等幾家少數大型民營業者。表面上看來介護服務的供給者有增加的趨勢，不但可以提高使用者的選擇性，還能透過業者間的競爭來提高服務的品質與效率。但實際上，這些民營業者爲降低成本都是以大型連鎖店方式經營，由於財務優

[15] Comsn 已經於 2007 年退出介護服務供給市場。

臺灣大學學術期刊資料庫

勢與善用行銷手法，使用者可能在資訊不對稱的情況下進行「逆選擇」，造成「因偏好錯誤產生失靈」（failure by preference error）的「準市場失靈」現象（Lowery, 1998: 147-150）。如此一來，原本期望透過改變措置制度下由行政機關或特定業者來提供服務所產生的無效率與缺乏競爭，可能因少數大型業者的寡占而無法達成提升效率性與形成競爭等目標。因此，如何透過設定新的管制規範，避免寡占民營業者擠壓小型服務供給者生存空間，甚至忽略照護服務特性。在考量健全「地域性整合照護服務體系」的基礎上，結合社區資源，培力在地、區域的民間業者或社福型非營利組織，同時強化服務評鑑和資訊公開內容，應是今後應該努力的方向。

二、購買者即是使用者的制度設計，恐更容易引發資訊不對稱，影響選擇權的發揮

如前所述，日本傳統社會福利採措置制度，直接由行政當局主導、計畫、執行、管理各項服務，無「市場」與「競爭」概念。因此，廢除措置制度並改爲基於市場原理的契約方式，乃是尊重市場與競爭機制的結果。在此背景下，日本介護服務市場化的最大特徵是透過購買者與供給者分離，以期促進供給者之間的競爭，而爲賦予使用者選擇權，使用者即是購買者。然如是的做法卻有違當初 Le Grand 所設定的準市場概念。因爲在其構想下，準市場中的購買者是政府，政府可以透過招標方式和供給者簽訂契約提供服務，比較不容易發生資訊不對稱問題。

反觀日本的制度設計卻是，政府雖是費用的提供者，卻非購買者，使用者才是購買者，主要強調服務使用者可以藉此脫離依存者的角色，根據個人需要選擇服務，且視服務內容合理付費，並與合適的業者簽訂契約。如此不但可以提高使用者的自主權，而且還可以透過市場競爭機制來提高服務水準。表面上看來這樣的制度設計似乎是尊重使用者選擇權，卻忽略社會服務的使用者通常具有低度自主性與高度脆弱性的特質，再加上專業的限制，未必有足夠判斷能力的事實，從而影響選擇權的實質發揮。雖然制度實施後日本爲了彌補這項缺失，陸續設有「照護支援專員」制度協助擬定照護計畫，使用者在選擇服務時，非僅是使用者與供給業者兩者關係，而

臺灣大學學術期刊資訊網

是有專家介入，以及針對欠缺足夠判斷能力者所創設的「成年後見制度」[16]等，但以「照護支援專員」爲例，由於不具公務員身分，是否具有專業性和公平性，能否中立執行職務，成效仍有待後續評估。[17]

伍、結語

日本是亞洲第一個提出長期照顧保險制度的國家，該國介護保險制度的實施情況如何？遇到那些限制？相信是許多人關切的問題。日本的介護服務爲何要導入準市場機制？其實就是想解決學者眞渕勝所言，公共服務改革以後，公私部門權責劃分模糊的問題，而賦予國家介入管制、監督的空間。故基於「市場性」和「公共性」可以並存的觀點，在政府財政負擔日益沉重無法因應社會結構改變之時，企圖透過市場化與競爭機制，擴大民間參與，來達到提升服務品質與效率，並降低政府經費支出之目的。換言之，市場機制是日本爲了實現政府社會目標的一種手段。也因此，該國的社會福利乃朝擴大民間業者參與、強調服務選擇權與效率化等市場化的方向發展，並明顯反映在服務供給模式的改革上－亦即由國家型福利（措置制度）轉變爲市場型福利（契約制度），不但開放民間企業加入照護服務的提供，還賦予使用者自由選擇權，可挑選適合自身的服務。不過，日本對於這種人群服務的業務仍抱持審愼態度，認爲市場原理和競爭機制雖可以運用於社會福利領域，但因直接涉及人（使用者），仍需透過政府部門的規範、管制以維持和保障服務的品質和供給的穩定，才能避免影響使用者的權利。換言之，在準市場的思維模式下，介護服務不同於一般市場，政府的責任無法迴避，仍需某種程度的干預管制。因此，若從強調「建構國

---

16 此乃針對因缺乏足夠判斷力，在從事法律行爲時欠缺充分意思決定能力或有困難之高齡失智症、智能障礙、精神障礙等患者，爲彌補其不足的判斷能力而創設的保護支援制度（中央法規出版編輯部，2012：365）。

17 淺川典子（2010）的研究指出，照護管理專員的身分不是公務員，雖可以協助使用者，但受限於地區中服務資源和支援專門員本身的背景，未必皆能達成所期待的目標。而平岡公一（2008）也指出，照護管理專員是否有足夠的專業知識、能否保持中立、是否負責過多案件等，都會影響其成效。

臺灣人口學會學術期刊資料庫

家介入要素和市場要素並存」的準市場機制來檢視日本介護服務準市場化的成果，由於涉及內容複雜，實難以從單一面向或用單一詞彙（成功或失敗）來判定。

總結來說，市場化的結果雖然暫時減輕政府的財政負擔及解決社會性住院問題，成功改變介護服務長期以來由政府相關組織獨占的市場結構，導入多元供給者的參與，同時提高對需求者的回應（供給彈性）。但是在避免資訊不對稱（資訊內容標準化與正確性、資訊獲取管道多元）、不確定性因應（強制供給者納保）、喚起供給者追求福利動機與防止吸脂（建立事後管制規則）等四大面向上，由於相關制度或管制等因應措施尚未建置完成，仍有需改善與加強的空間，從而影響市場機制在效率性（服務品質保障和成本降低）和回應性（使用者的服務需求）的充分發揮，也使原本期待的選擇性和公平性（負擔公平性）受到部分限制。因此，該制度施行至今，雖然有助於效率和回應性的提升，但在公平性服務的供給上仍有努力的空間，而當初所強調的使用者本位和自由選擇權發揮之政策目的也未完全達成。

由日本經驗得知，隨著我國老年人口快速增加，預計在 2026 年會邁入超高齡化社會，單靠政府或非營利部門已很難滿足民眾多樣需求。因此，開放市場引進民間活力與技術，充實多元化照護服務支持體系應是今後我國長照政策的發展趨勢。惟長照市場規模雖大，由於該項服務屬於人群服務性質而不能將其視之爲商品，在考量市場化與否時，應跳脫傳統關注的成本、效率等經濟性目標，而著眼於市場化後可能產生的影響與衝擊，例如資訊不對稱（應如何確保資訊的正確性，避免業者誇大不實，以及獲取管道的多元）、吸脂（如何防止業者任意縮編或退出市場）、不確定性因應（如何規劃業者強制納保）等問題，也就是政府的公共性責任範圍應如何重新建構，才能在強化政府監督職能的情況下，又不致使市場機能受到過度干預而無法發揮，服務品質和供給得以受到保障，相關法規的定期檢討修正，以及支援制度等配套措施的事前規劃，應是值得我國借鏡之處。

最後，本文雖未探討日本介護保險制度的財源和人力問題，但從日本經驗可以發現，爲喚起使用者的付費觀念，介護保險制度的財源需由使用者負擔一成費用，乃是避免該服務造成政府財政沉重負擔的作法。另外，

臺灣大學圖書館

無論是居家服務人員或照護管理專員，都因服務報酬低、地位不高、勞動條件差等因素而出現離職率高、人力不足的窘境，這些都是值得深入探討的課題。但受限於主題與篇幅，相關研究就留待後續討論。

參考書目

一、中文部分

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》，3: 145-197。Li, Guang-ting. 2003. “Riben shishi jiehu baoxian yu changqi zhaohu shichang minyinghua de xiaoguo jianyan” [Examining the Effect of Japan’s Implementation of Long-Term Care Insurance and Market Privatization]. *Taiwanese Journal of Social Welfare* 3: 145-197.

林美玲，1999，〈學校選擇與準市場的分析研究〉，《中等教育》，50(2): 3-15。Lin, Mei-ling. 1999. “Xuexiao xuanze yu zhunshichang de fenxi yanjiu” [Analysis and Research on School Selection and Quasi-Market]. *Secondary Education* 50(2): 3-15.

林淑馨，2018，〈日本介護保險制度之初探：經驗與啓示〉，《文官制度季刊》，10(3): 1-28。Lin, Shu-hsin. 2018. “Riben jiehu baoxian zhidu zhi chutan: Jingyan yu qishi” [A Preliminary Study of the Japanese Long-Term Care Insurance Act: Lessons for Taiwan]. *Journal of Civil Service* 10(3): 1-28.

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〉，《臺大社工學刊》，11: 89-128。Chuang, Hsiu-mei. 2005. “Riben shehui fuli fuwu de minyinghua ⟨Gonggong jiehu baoxian zhidu⟩ xiankuang zhi tantao” [Social Welfare Privatization in Japan: A Study of the Existing Situation of the Long-Term Care Insurance System]. *NTU Social Work Review* 11: 89-128.

陳玉蒼，2006，〈從準市場機制看日本介護保險制度下介護市場的現狀－以訪問照護服務爲中心〉，《社區發展季刊》，115: 392-407。Chen, Yu-cang. 2006. “Cong zhunshichang jizhi kan riben jiehu baoxian zhidu xia jiehu shichang de xianzhuang－Yi fangwen zhaohu fuwu wei zhongxin” [Examining the Current Quasi-market Mechanism under the Japanese Long-term Care Insurance System-Centered on Visiting Care Services]. *Community Development Journal* 115: 392-407.

臺灣大學學術期刊資料庫

陳金哲，2006，〈準市場機制與區域治理－以秀傳醫院、署立醫院及臺北市立醫院之執行經驗爲例〉，《公共行政學報》，19: 91-126。Chen, Chin-cher. 2006. “Zhunshichang jizhi yu quyu zhili－yi xiuchuan yiyuan, shuli yiyuan ji taibei shili yiyuan zhi zhihang jingyan weili” [Quasi-Market Mechanism and Regional Governance: The Cases of Implementing Experience among Private Show Chwan Hospital, National Public Hospitals and Taipei City Hospital]. *Public Administration Review* 19: 91-126.

二、日文部分

WAM NET，2021，〈独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイトです〉，WAM NET web ページ，https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/service/，2020/01/15。

一般情報レポート，2020，《東奥日報》，4/5，16。

中央法規出版編輯部（編），2012，《社会福祉用語辭典（六訂）》，東京：中央法規出版。

介護業界，2020，〈2019 年の介護業界のランキングや現状、動向、課題等の研究〉，業界動向 web ページ，https://gyokai- search.com/3-kaigo.htm，2020/03/02。

內閣府，2002，《介護サービス市場の一層の効率化のために－介護サービス価格に関する研究会報告書－》，東京：內閣府。

戸田典樹，2008，〈生活保護制度改革による準市場整備の問題点と課題－自立支援プログラムや自立助長は商品なのか－〉，《龍谷大学大学院研究紀要 社会学・社会福祉学》，16: 60-76。

平岡公一，2002，〈福祉国家体制の再編と市場化－日本の介護保険を事例として－〉，小笠原浩一、武川正吾（編），《福祉国家の変貌－グローバル化と分権化の中で－》，東京：東信堂，頁 12-29。

平岡公一，2008，〈ケア市場化の可能性と限界〉，上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理、神野直彦、副田義也（編），《ケアを支えるしく絜》，東京：岩波書店，頁 125-142。

平岡公一，2018，〈介護保険制度の創設・改革と日本の高齢者ケアレジーム〉，須田木棉子、平岡公一、森川美絵（編），《東アジアの高齢者ケア》，東京：有信堂，頁 54-80。

伊藤周平，1997，《介護保険 その実像と問題点》，東京：青木書房。

臺灣人文學術期刊資料庫

伊藤周平，2000,《検証介護保険》，東京：青木書房。

伊藤淑子，2001,《現代日本の社会サービス》，東京：日本経済評論社。

寺田玲，2007,〈福祉生産・供給システムの生成と地域福祉政策〉,《佛教大学大学院紀要》，35: 203-219。

竹内友章，2016,〈福祉サービスの準市場と社会福祉領域における社会的企業に関する基礎的研究〉,《Human Welfare》，8(1): 107-118。

佐橋克彦，2002,〈我が国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性〉,《社会福祉学》，42(2): 139-149。

佐橋克彦，2006,《福祉サービスの準市場化－保育・介護・支援費制度の比較から－》，京都：ミネルヴァ書房。

佐橋克彦，2008,〈「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用〉,《季刊・社会保障研究》，44(1): 30-40。

佐橋克彦，2012,〈わが国介護サービスにおける選択制と利用者主体の限界－準市場の観点から－〉,《北星論集》，49: 99-114。

佐橋克彦，2013,〈変容する福祉サービスと「新しい公共」－日本における準市場化の動向と課題－〉,《社会政策学会誌 社会政策》，5(1): 19-31。

佐藤卓利，2008,《介護サービス市場の管理と調整》，京都：ミネルヴァ書房。

児山正史，2004,〈準市場の概念〉，日本行政学会（編）,《年報行政学研究ガバナンス論と行政学》，東京：ぎょうせい，39: 129-146。

児山正史，2005,〈公共サービスにおける市場：準市場からの接近〉,《人文社会論叢社会科学篇》，12: 127-149。

児山正史，2016,〈準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論〉,《人文社会論叢社会科学篇》，35: 25-41。

児山正史，2017,〈準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論〉,《人文社会科学論叢》，2: 143-156。

李宣英，2015,《準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか》，京都：ミネルヴァ書房。

岡崎祐司，2007,〈社会福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討〉,《社会福祉政策論集》，3: 21-38。

社会保障審議会，2004,《介護保険制度の見直しに向けて：社会保障審議会

臺灣大學學術期刊資料庫

介護保険部会報告・介護保険 4 年間の検証資料》，東京：中央法規。

社会福祉事業等の在り方に関する検討会，1997，〈社会福祉基礎構造改革について（主要な論点）〉，国立社会保障・人口問題研究所 web ページ，http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/souron/28.pdf，2021/01/07。

芝田英昭，2001，〈社会福祉法の成立と福祉市場化〉，《立命館產業社会論集》，36(4): 12-25。

金谷信子，2003，〈訪問介護市場はイコール・フッティングか－格差の存在とその影響－〉，《The Nonprofit Review》，3(1): 1-23。

金谷信子，2010，〈準市場における非営利その組織の役割と市場シェア－介護サービス市場の分析－〉，《Hirosima Journal of International Studies Volume》，16: 37-53。

金谷信子，2016，〈準市場・訪問介護サービスにおける非営利・営利事業者の行動比較〉，《老年社会科学》，38(3): 297-307。

金谷信子，2017，〈準市場における非営利・営利事業者のサービスの質と経営戦略的行動：介護保険グループホームの場合〉，《Hirosima Journal of International Studies Volume》，23: 43-60。

金谷信子，2018，〈介護保険サービス市場における経営主体別事業者のパフォーマンス－質の相違とクリームスキミングに関する分析〉，《The Nonprofit Review》，18(1): 1-13。

厚生労働省，2003，《厚生労働省白書（平成 15 年版）》，東京：ぎょうせい。

厚生労働省老健局，2018，〈介護サービス施設・事業所調査の概況〉，厚生労働省 web ページ，https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf，2020/02/16。

厚生労働省施設事業所調査，2018，〈介護サービス施設・事業所調査の概況（2000-2018）〉，e-Stat 政府統計の総合窓口 web ページ，https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450042&tstat=000001029805，2020/03/24。

厚生省社会、援護局企画課監修，1998，《社会福祉基礎構造改革の実現に向けて：中央社会福祉審議会社会福祉改造改革分科会中間まとめ》，東京：中央法規出版社。

浅川典子，2010，〈介護保険制度下の契約にもとづく介護サービス利用支援

臺灣人文學術期刊資料庫

に関する研究〉,《埼玉医科大学看護学科紀要》, 3(1): 39-45。

浅井春夫, 2000,〈検証・成立した社会福祉法〉,《賃金と社会保障》, 1277: 18-31。

狭間直樹, 2008,〈社会保障の行政管理と『準市場』の課題〉,《季刊・社会保障研究》, 44(1): 70-81。

狭間直樹, 2018,《準市場の条件整備》, 東京：福村出版社。

真渕勝, 2009,《行政学》, 東京：有斐閣。

高藤昭, 1999,〈社会保険・福祉における「措置から契約へ」論（下)〉,《週刊社会保障》, 2041: 22-25。

野口靖子, 2016,〈訪問介護事業所の経営主体による差異に関する一考察〉, 加藤久和 (編),《超高齢社会の介護制度》, 東京：中央法規, 頁 141-154。

須田木棉子, 2005,〈公的対人サービス領域における行政役割の変化とNPO〉,《福祉社会学研究》, 2: 51-66。

須田木棉子, 2011,《対人サービスの民営化》, 東京：有信堂。

鈴木亘, 2002,〈非営利訪問介護業者は有利か？〉,《社会保障研究》, 38(1): 74-88。

駒村康平, 1995,〈英国における社会サービスへの市場メカニズム導入政策の研究体系－Quasi-Markets〉,《研究の紹介海外社会保障情報》, 112: 75-82。

駒村康平, 1999,〈介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理〉,《季刊・社会保障研究》, 35(3): 276-284。

三、西文部分

Ferlie, E. 1992. “The Creation and Evolution of Quasi Markets in the Public Sector: A Problem for Strategic Management.” *Strategic Management Journal* 13(S2): 79-97.

Hudson, B. 1992. “Quasi-Markets in Health and Social Care in Britain: can the Public Sector Respond?” *Policy & Politics* 20: 131-142.

Kähkönen, L. 2004. “Quasi-Markets, Competition and Market Failure in Local Government Services.” *Kommunal ekonomi och politik* 8(3): 31-47.

Le Grand, J. & W. Bartlett. 1993. *Quasi-Markets and Social Policy.* London: Palgrave.

臺灣大學學術期刊資料庫

Le Grand, J. 1991. “Quasi-Markets and Social Policy.” *The Economic Journal* 101(408): 1256-1267.

Le Grand, J. 2007. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition.* New Jersey: Princeton University Press.

Lowery, D. 1998. “Consumer Sovereignty and Quasi-Market Failure.” *Journal of Public Administration Research and Theory* 8(2): 137-172.

Nyssens, M. 2010. “Introduction to the Special Issue the Development of Quasi-Markets In Domiciliary Care: A European Perspective.” *Annals of Public And Cooperative Economics* 81(4): 501-507.

Struyven, L. & G. Steurs. 2005. “Design and Redesign of a Quasi-Market for the Reintegration of Jobseekers: Empirical Evidence from Australia and the Netherlands.” *Journal of European Social Policy* 15(3): 211-229.

Suda, Y. & B. Guo. 2011. “Dynamics between Nonprofit and For-Profit Providers Operating under the Long-Term Care Insurance System in Japan.” *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 40(1): 79-106.

Suda, Y. 2009. “Changes in Inter-Governmental and Government-Private Relations under the Long-Term Care Insurance System in Japan.” *Taiwanese Journal of Social Welfare* 8(1): 1-28.

Suda, Y. 2011. “For-Profit and Nonprofit Dynamics and Providers’ Failures.” *Public Management Review* 13(1): 21-42.

Suda, Y. 2014. “Changing Relationships between Nonprofit and For-profit Human Service Organizations under the Long-Term Care System in Japan.” *Voluntas* 25(5): 1235-1261.

臺灣大學學術期刊資料庫

The Quasi-Marketization of Japan's Long-Term Care Insurance System:

Achievements and Issues*

*Shu-hsin Lin***

Abstract

In Japan, social welfare services are traditionally provided by the government, which support the elderly with counseling, facility support and home care services. However, entering the 21st century, there has been a significant change in the relationship between the public and private sectors, with policy implementation gradually relying on the private sector. The role and responsibility between the public and private sectors has become vague, including the supply of social welfare. The quasi-market is an alternative to the free market mechanism, which at the same time preserves the control and institutions of the public sector. Quasi-market theory stresses "the separation of supplier and purchaser", meaning that the finance and the supply should be the responsibilities of the public and private sectors respectively. Service users may choose what they need according to the various services offered.

This study aims to review the results of Japan's Long-term Care Insurance System through the success factors and evaluation criteria of quasi-market theory. Th study finds that the structure of long-term care services changed after the quasi-marketization of Japan's Long-term Care Insurance System, however it is not yet a competitive free market. Though there are multiple suppliers in the long-term care industry, forbidding price competition and the fact that only large companies have provided such services has limited the success of the quasi-market mechanism. Additionally, the design of having service users act as purchasers causes asymmetric information and negatively affects the power of choice.

Keywords: Long-term Insurance System, Japan, Quasi-market, Privatization, Marketization

---

* DOI:10.6166/TJPS.202106_(88).0002

** Professor, Department of Public Adminstration and Policy, National Taipei University. E-mail: susin@mail.ntpu.edu.tw

臺灣大學學術期刊資料庫