

資料

介護保険制度における公平性分析
—介護給付費集中度曲線を用いて—坂 本 圭^{*1}

要 約

本稿の目的は、介護給付費集中度曲線とジニ係数を使って、介護保険制度における公平性分析を行うことである。そのためには、評価基準を明確にするため、受益指標と負担指標に分け、結果の公平性と機会の公平性のそれぞれの観点から分析した。その結果、受益指標をもとにした結果の公平性については、負担指標をもとにした機会の公平性に比べ45度線からの乖離は大きい。もともと介護保険制度は要支援・要介護者の認定結果に基づき介護サービスが提供されていることを考慮すると、要支援・要介護認定ごとに格差が生じることは当然であるといえる。一方、負担指標をもとにした機会の公平性については、受益指標をもとにした結果の公平性に比べ45度線からの乖離は小さく、ジニ係数が極めてゼロに近いことを示すように、介護保険料の金額設定が納付の必要な金額を各被保険者数で頭割して決定されており、そのことが値にも影響していることが推察される。以上のように結論づけたが、本稿のモデルでは各所得階層の要因は各データの中に平準化された状態となったことは今後の課題とした。但し、ジニ係数の分析によって受益指標並びに負担指標とも徐々にではあるが不公平度が進んでいることは明確になった。

1. 緒言

2000（平成12）年に介護保険法が施行され20年が経過しようとしている。その間に介護給付費は増え続け「平成28年度 介護保険事業状況報告（年報）」¹⁾によると、2016（平成28）年度の利用者負担額を除いた介護給付費は対前年度1,314億円増、率にして1.4%増の9兆9,290億円と過去最高額となっている。その要因の1つとなっている高齢化の状況は「平成30年度高齢社会白書（概要版）」²⁾によると、2017（平成29）年10月1日現在、65歳以上人口は3,515万人となっており、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は27.7%にのぼっている。一方、これらを支える国庫負担（介護給付費の約20～25%を占めている）を含めた社会保障関係費は、2018（平成30）年度一般会計予算（97兆7,128億円）のうち32兆9,732億円にのぼっており、一般会計予算の実に33.7%を占めるまでになっている³⁾。このような状況の中で、限られた資源（介護給付費）をいかに効率的に、しかも公平に必要な利用者へ配分するかを検討する

ことは、介護保険制度の持続可能性を考慮するうえでは必要である。

そこで、本論では齋藤³⁾、坂本^{4,5)}が用いた医療費集中度曲線の手法を援用して、介護保険制度における受益（介護給付費）と負担（保険料）、受給対象者（40歳以上の要介護・要支援者）と加入者（40歳以上の医療保険加入者・65歳以上の高齢者）のデータをもとに公平性の基準を再定義したうえで、公平性分析を行う。ところで、これらの研究のもととなっているのは、Wagstaff et al.⁶⁾、Mooney et al.⁷⁾、Le Grand⁸⁾、Culyer et al.⁹⁾、北浦¹⁰⁾によって試みられてきた実証研究である。Wagstaff は、公平性の概念を「同じサービスを必要とする人々（persons in equal need for medical care）が、貧富、老若、肌の黒白などに関係なく全て等しい治療を受けることが出来る」と定義しており、これを本論の対象となる介護保険制度に置き換えると、「同じサービスを必要とする人々（persons in equal need for long-term care）が、貧富、老若、肌の黒白などに関係

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科
（連絡先）坂本圭 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail: kei@mw.kawasaki-m.ac.jp

なく全て等しい介護を受けることが出来る」になる。

しかし、ここで問題となるのは、Mooney et al.⁷⁾やCulyer et al.⁹⁾が指摘するように、公平の基準を「利用量 (utilization of long-term care)」に設定するか、あるいは、「利用機会 (opportunity of access to long-term care)」に設定するのにより結果が異なってくるという点である⁴⁵⁾。一方、介護保険制度においては、受益（介護給付費）側の公正性の観点から分析するのか、負担（保険料）側の観点から分析するかのによっても異なってくる。

2. 方法

本論では、まず、介護保険制度における「結果と機会」の公平性の視点、「受益と負担」の公平性の視点から再整理し、分析対象を明確にする。次に、分析で用いる理論モデル「介護給付費集中度曲線」と「ジニ係数」を明示する。

2.1 結果と機会による公平性の視点

本論における「結果の公平性」とは、介護サービスを必要とする者に対しては同額の介護給付費が費やされることが公平であるということの意味している。したがって、ここで言う「介護サービスを必要とする者」とは、制度上要介護・要支援認定を受け介護サービスを受給している40歳以上の者（＝介護認定者）を指す。一方、「機会の公平性」とは、介護サービスを必要とする者に対しては利用機会が均等に与えられることが公平であるということの意味している。したがって、ここで言う「介護サービスを必要とする者」とは、要介護・要支援認定を受け、認定されれば介護保険制度に基づく介護サービスが受けられる者40歳以上の者（＝加入者）を指す。

2.2 受益側と負担側による公平性の視点

本論における「受益」とは、文字通り介護サービスそのものを意味している。したがって、その対象となるのは、要支援1から要介護5の認定を受けた者が実際に介護サービスを受給した量（＝介護給付費）を指す。一方、「負担」とは、保険方式においては、「自助（自己負担）」、「共助（保険料）」、「公助（税金）」とあるが、ここでは「共助（保険料）」に焦点を当て公平性を検討する。したがって、その対象となるのは40歳以上65歳未満の介護保険第2号被保険者が加入する各医療保険者（協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険）が介護保険制度に拠出する介護納付金と介護保険第1号被保険者が負担する保険料収納額（普通徴収と特別徴収の合計金額）を指す。ここで問題になるのは、公平性の視点を事前（負担時）に置くのか、事後（受益時）に置くのかでその公平の基準は異なるということである。す

なわち、事前（負担時）に視点を置いた場合、所得に応じた保険料を負担することが公平であるのか、全ての者が同額の保険料を負担するのが公平であるのかといった意味である。一方、事後（受益時）に視点を置いた場合、介護の必要度に応じた介護給付費を受給することが公平であるのか、全ての者が介護の必要度に関係なく同額の介護給付費を受給するのが公平であるのかといった意味である。以上のよう、「受益」と「負担」のそれぞれの立場により、その公平の基準は異なる。

2.3 本論における公平性の再定義

前述の2.1、並びに2.2で整理した受益者と負担者の特徴をもとに、「結果の公平性」と「機会の公平性」を再定義すると、以下表1ようになる。すなわち、結果の公平を基準にした受益指標とは、全ての受給対象者が同じ額だけの介護給付費を受給できたかどうかを評価することであり、具体的には、「受給対象者当たり介護給付費」を分析することになる。次に、左下の機会の公平を基準にした受益指標とは、全ての利用可能者（被保険者）が同じ額だけの介護給付費を受給できるかどうかを評価することであり、具体的には、「加入者当たり介護給付費」を分析することになる。そして、右上の結果の公平を基準にした負担指標とは、各医療保険の保険者が拠出する介護納付金を受給対象者に同じ額だけ割り当てられたかどうかを評価することであり、具体的には、「受給対象者当たり介護納付金」を分析することになる。最後に、右下の機会の公平を基準にした負担指標とは、各医療保険の保険者が拠出する介護納付金と介護保険第1号被保険者が負担する保険料収納額（普通徴収と特別徴収の合計金額）が全ての利用可能者に同じ額だけ割り当てられるかどうかを評価することであり、具体的には、「加入者当たり介護納付金」を分析することになる。

2.4 理論モデル（介護給付費集中度曲線）

ここでは、前述の受益者側（介護認定者）と負担者側（加入者）それぞれの公平性を計測するため、医療費集中度曲線とジニ係数の手法を援用³¹⁾する。これらの手法は、前者は受益（または負担）の階層別分配状況を視覚的に把握¹²⁾すること、後者は「公平性」を数量的に表すことが可能であり、厚生労働省の所得再分配調査¹³⁾に代表されるように公平性を測る指標として用いられている。

ところで、介護給付費集中度曲線で使用するデータは、表1をもとに述べると以下の通りとなる。すなわち、左上の場合、x軸は要介護・要支援者認定者数でありy軸は介護給付費総額を採用する。いずれも、受給対象者（要介護認定者）別にその受給

表1 介護保険制度における受益者と負担者の特徴

	受益指標	負担指標	特徴
結果の公平	全ての受給対象者が同じ額だけの介護給付費を受給できたかどうかを評価 ＝受給対象者（介護認定者）あたり介護給付費	各医療保険の保険者が拠出する介護納付金を受給対象者に同じ額だけ割り当てられたかどうかを評価 ＝受給対象者（介護認定者）あたり介護納付金	40歳以上の者のうち要介護・要支援になった者 ＝受給対象者（介護認定者）
機会の公平	全ての利用可能者（被保険者）が同じ額だけの介護給付費を受給できるかどうかを評価 ＝加入者あたり介護給付費	各医療保険の保険者が拠出する介護納付金と介護保険第1号被保険者が負担する保険料収納額（普通徴収と特別徴収の合計金額）が全ての利用可能者に同じ額だけ割り当てられるかどうかを評価 ＝加入者あたり介護納付金	各医療保険の保険者が介護保険制度に拠出される介護納付金を負担する被保険者 ＝加入者

出所：筆者作成

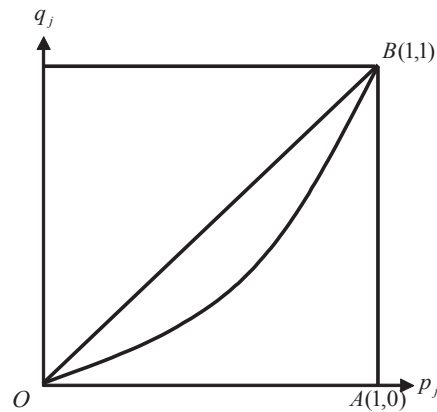


図1 介護給付費集中度曲線

出所：高山¹¹⁾図1を抜粋

割合に応じ低い方から昇順に並べている。一方、表1の右下の場合、x軸は加入者数でありy軸は介護納付金総額を採用する。いずれも、加入者別にその負担割合に応じ低い方から昇順に並べている。その結果、介護給付費集中度曲線は図1で示された曲線OBとなり、一般には下方に凸である。しかし、介護の受益や負担が完全に「公平」である場合、介護給付費集中度曲線は原点から45°線の直線OBとなる。一方、1個人に残り全員の介護受益や負担をさせるという完全に不平等な場合は、介護給付費集中度曲線は折れ線OABとなる。したがって、介護給付費集中度曲線が45°線から離れるほど不平等な状態となる。このように、介護給付費集中度曲線は受益（または負担）の階層別分配状況を視覚的に把握するのに有効な手法である。

しかし、介護給付費集中度曲線の手法においては、複数の介護給付費集中度曲線が重なった場合、また、

図1のOABの大きさの区別が付きにくい場合「公平性」を比較することが不可能な場合もあるという欠点がある。そこで、ジニ係数を用いることにより、数量的に「公平性」を測定することが可能となる。すなわち、ジニ係数は、その値が小さくなればなるほど（ゼロに近づくほど）社会全体として介護給付もしくは負担の分布は平等であると言える。但し、表3で指摘するように、たとえ同じジニ係数の値であったとしても各階層間の偏りまでは表すことはできないことに留意する必要がある。

3. 結果

本章では、2.4の理論モデルをもとに、前章の介護給付費集中度曲線とジニ係数を用いて、表1の介護保険制度における受益者と負担者の特徴で示した左上と右下の基準（グレーの塗り潰し部分）をもとに2009（平成21）年、2012（平成24）年、2015（平

成27)年の公平性を測定した。そもそも、分析においてグレーの塗り潰し部分に限定した理由は、現状として介護保険制度は要介護・要支援認定を受けた被保険者に対して介護給付が行われていると共に、その負担は40歳以上の医療保険加入者と65歳以上の高齢者がその原資を支えているためである。したがって、例えば表1の左下の基準のように「加入者当たり介護給付費」を分析しようとしても、加入者は協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険の第2号被保険者に加え、65歳以上の第1号被保険者の4区分であるのに対し、介護給付費は要介護・要支援者の7区分となり、1対1対応になっておらず、分析が不可能である。また、表1の右上の基準「受

給対象者（介護認定者）当たり介護納付金」も受給対象者（介護認定者）は要介護・要支援者の7区分であるのに対し、介護納付金は協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険の第2号被保険者に加え、65歳以上の第1号被保険者の4区分となり、同じように1対1対応になっておらず、分析が不可能である。一方、分析年を前述の通り2009（平成21）年から直近の3年ごとに限定した理由は、保険料額の改正が原則3年に1度行われているからである。

3.1 受益指標をもとにした結果の公平性分析(表1の左上の基準)

2.4の理論モデルを基準として受益指標の結果の公平性を分析し経年で整理すると、図2の通りとな

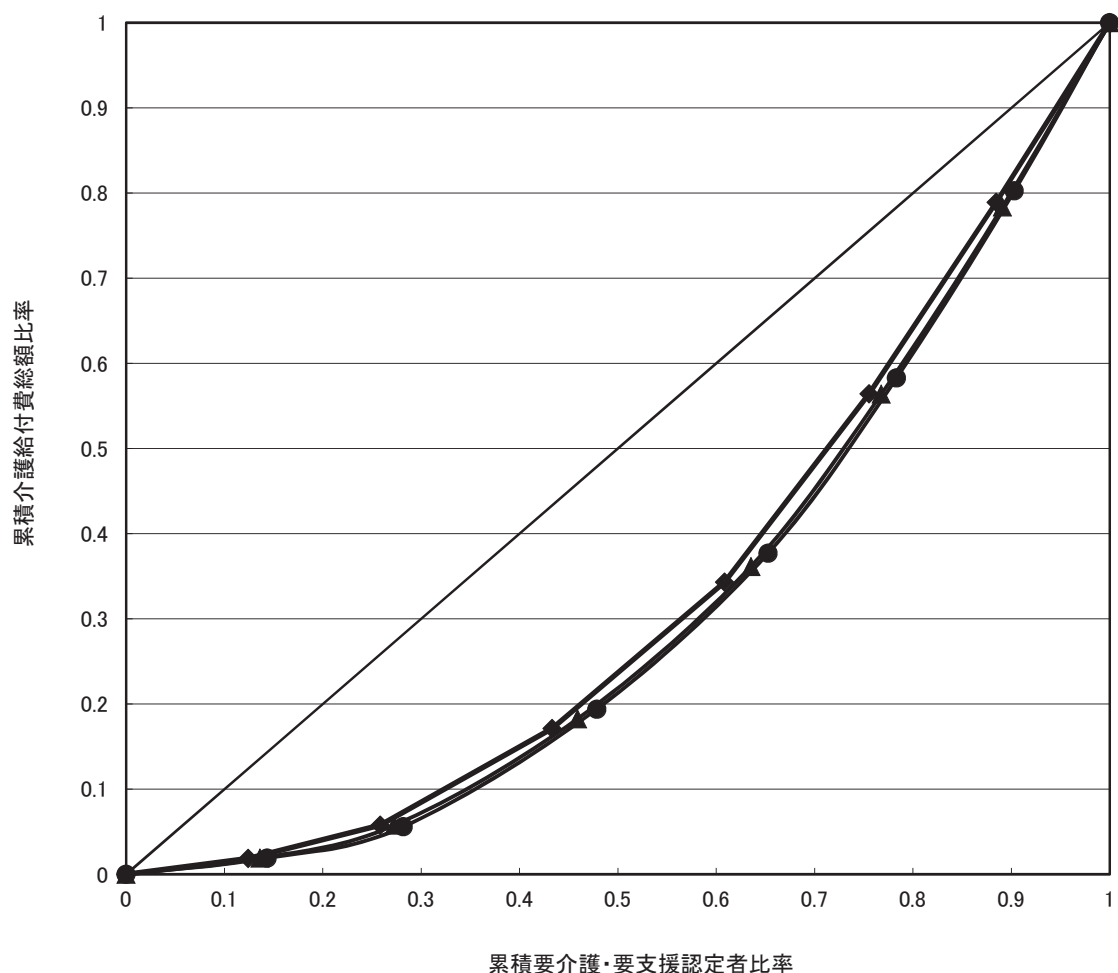


図2 受益指標の介護給付費集中度曲線（結果の公平性分析）

出所：要介護・要認定者数については、厚生労働省¹⁴⁻¹⁶⁾の各年「第4表 要介護（要支援）認定者数」総数より作成

介護給付費については、厚生労働省¹⁴⁻¹⁶⁾の各年「第8-1表 保険給付 介護給付・予防給付」総数（件数，単位数，費用額，給付費）エ 給付費より作成

る。各点は、要支援1、要支援2、要介護1～5の値となっている。また、各点の◆が2009（平成21）年、▲が2012（平成24）年、●が2015（平成27）年である。これを見ると、介護給付費集中度曲線は45度線から乖離し下方に凸の曲線を示していることが分かる。

3. 2 負担指標をもとにした機会の公平性分析（表1の右下の基準）

2.4の理論モデルを基準として負担指標の機会の公平性を分析し経年で整理すると、図3の通りとな

る。各点は国民健康保険、組合管掌健康保険、協会管掌健康保険の各40歳以上の被保険者と介護保険第1号被保険者の値となっている。また、各点の◆が2009（平成21）年、▲が2012（平成24）年、●が2015（平成27）年である。これを見ると、介護給付費集中度曲線は45度線から乖離し下方に凸の曲線を示しているが、その乖離は図2に比べ小さいことが分かる。

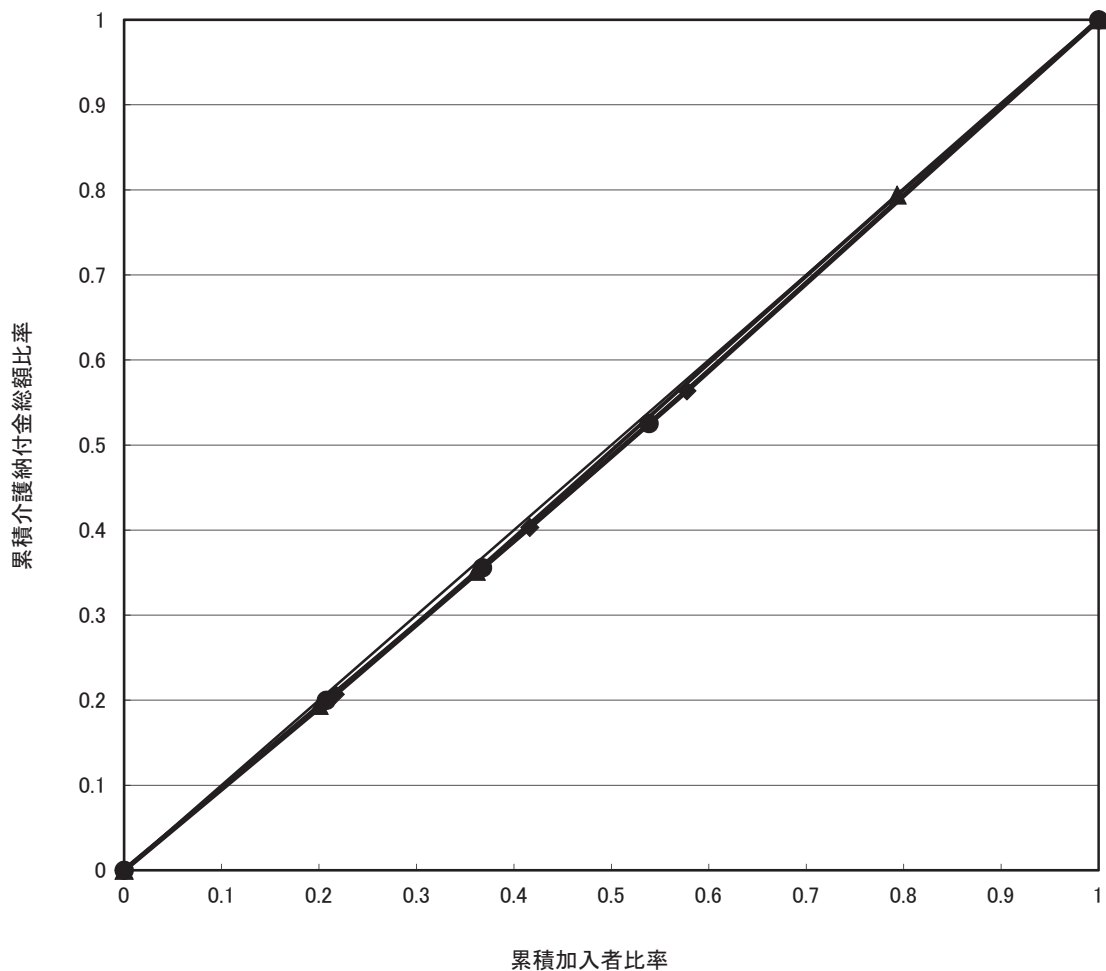


図3 負担指標の介護給付費集中度曲線（機会の公平性分析）

出所：第1号被保険者の加入者数については、厚生労働省¹⁴⁻¹⁶⁾の各年「第2表 第1号被保険者数」65歳以上70歳未満、75歳以上の前年度末現在^{†2)} 合計より作成

第1号被保険者の介護納付金については、厚生労働省¹⁴⁻¹⁶⁾の各年「第14表 保険料収納額」特別徴収、普通徴収の収納額累計の計より作成

第2号被保険者（協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険の加入者数）の加入者数については、厚生労働省¹⁷⁾の各年「2. 第2号被保険者の推移」より作成

第2号被保険者（協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険）の介護納付金については、厚生労働省¹⁷⁾の各年「1. 介護給付費納付金収納額の推移」より作成

3.3 両指標をもとにしたジニ係数

受益指標と負担指標をもとにした各年のジニ係数を算出すると、表2の通りとなる。それによると、受益指標をもとにした結果の公平性分析（図2）のジニ係数は0.343～0.372の値を示している。このことから、公平性に関しては負担の指標をもとにした機会の公平性に比べその不公平性は大きく、徐々に値が大きくなっていることが分かる。一方、負担指標をもとにした機会の公平性分析（図3）のジニ係数は0.008～0.017の値を示している。このことから、公平性に関しては受益指標をもとにした結果の公平性に比べその不公平性は小さく、その係数は極めて0に近いことが分かる。

4. 考察

本研究では、過去に分析した医療費集中度曲線とジニ係数の手法を用いて、介護保険制度における受益者と負担者の公平性分析を行った。前章の結果から考えられることは、以下の通りである。

まず、受益指標をもとにした結果の公平性については、もともと介護保険制度は要支援・要介護者の認定結果に基づき介護サービスが提供されていることを考慮すると、要支援・要介護認定ごとに格差が生じることは当然であるといえる。一方、負担指標をもとにした機会の公平性については、ジニ係数が極めてゼロに近いことを示すように、介護保険料の金額設定が納付の必要な金額^{†3)}を各被保険者数で頭割して決定されており、そのことが値にも影響していることが推察される。

ところが、厚生労働省¹⁸⁾によると、介護費用（介護保険の総費用）は年々増加し続けており、制度開始時の2000(平成12)年度に3.6兆円であったものが、介護認定の大幅な改正がなされた2005（平成17）年度には6.4兆円と2倍弱となっている。その後、改正の影響により横ばいが2008（平成20）年度までの4

年程度続いたもののその後増え続け、2017（平成29）年度には10.8兆円（介護給付費で9.9兆円）にのぼるとみられている。それに伴い、保険料も増え続け、第6期の事業運営期間であった2015（平成27）年度～2017（平成29）年度は、全国平均で月額5,514円となり、当初より約2,500円の増額となっている。今後も増え続けることが予想され、2025年度には月額8,165円になる事が予測されている。このような状況の中で、本論では限られた保険料をなるべく公平に負担しているか、なるべく介護サービスとして公平に配分しているかを示す指標の作成を試みたところである。ところが、データの制約上、負担指標の対象者となる単位を、各医療保険の被保険者（40歳～64歳）と介護保険制度の第1号被保険者（65歳以上の場合）にせざるをえなかった。したがって、各所得階層の要因は各データの中に平準化された状態となってしまったことは今後の課題となる。但し、ジニ係数の分析によって受益指標は徐々にではあるが不公平度が進んでいることは明確になった。あわせて、介護給付費集中度曲線の分析データを詳細に観察し、受益指標と負担指標の各分析対象のシェア率を表3に整理した。それによると、受益指標では要介護1以下（縦の二重線よりも左列）の受給対象者は、何れも結果の公平性基準をもとに考えると、対象者比率以下の介護給付しか受給しておらず、一方、要介護2以上（縦の二重線よりも右列）の受給対象者は、結果の公平性基準をもとに考えると、2009年の要介護2を除き、何れの期間においても対象者比率以上の介護給付を受給していることが分かる。また、負担指標では40歳以上の第2号被保険者（縦の二重線よりも左列）の被保険者は、機会の公平性基準をもとに考えると、2009年の組保管掌健康保険を除き対象者比率以下の負担しかしていないことが分かる。一方、65歳以上の高齢者である第1号被保険者（縦の二重線よりも右列）は、機会の公平性基

表2 介護保険制度における受益者と負担者の公平性指標（ジニ係数）の値

	受益指標	負担指標
結果の公平	2009年:0.343 (図2)	
	2012年:0.363 (図2)	
	2015年:0.372 (図2)	
機会の公平		2009年:0.017 (図3)
		2012年:0.008 (図3)
		2015年:0.015 (図3)

出所：図2、図3のデータより作成

準をもとに考えると、対象者比率以上の負担を担っていることが分かる。以上のことから、2015年の保険料改定^{†4)}に見られるように、今後ますます老後の生活に保険料負担が重くのしかかってくることは想像に難くない。

今後は、理論モデルをもとにより現実に沿った公平性指標を開発すると共に、より複雑になった社会保障制度において、重要な「公平性」の議論が進むようより分かりやすい資料提供を試みていきたい。

表3 各指標のシェア率

<受益指標>

西暦(年)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2009	12.4	13.4	17.5	17.5	14.7	12.9	11.5
	1.9	3.9	11.4	17.2	22.1	22.5	21.1
2012	13.6	13.6	18.6	17.6	13.2	12.3	10.9
	1.9	3.9	12.5	17.9	20.2	22.0	21.6
2015	14.3	13.8	19.7	17.4	13.1	12.0	9.7
	1.9	3.7	13.8	18.3	20.6	22.0	19.7

上段は、要介護・要支援認定者比率(%)

下段は、介護給付費総額比率(%)

<負担指標>

西暦(年)	協会健保	組合健保	国保	第1号
2009	20.0	16.1	21.7	42.3
	19.6	16.1	20.7	43.6
2012	20.0	16.1	20.7	43.2
	19.4	15.8	20.6	44.2
2015	20.7	16.0	17.1	46.1
	20.0	15.6	17.0	47.5

上段は、加入者比率(%)

下段は、介護納付金総額比率(%)

なお、何れの指標も上下段で比較し、シェア率の多い方に網掛けをした。

出所：図2、図3をもとに作成

注

- †1) 内訳は、年金給付費11兆6,853億円(前年度比+1.8%)、医療給付費11兆6,079億円(同+0.9%)、介護給付費3兆953億円(同+2.7%)などとなっている。
- †2) 介護納付金の計算は前年度加入者数に対し、当該年度の5月～翌年度4月までの金額を計上していることから当該前年度末現在のデータで統一している。
- †3) 介護給付費は、税金(50%)と保険料(50%)で支えられており、そのうち保険料は、22%(2.2兆円)を第1号被保険者の保険料で、残りの28%(2.8兆円)を第2号被保険者の保険料で賄われている。その金額は、人口比に基づき設定されている。
- †4) 2015(平成27)年の保険料改定では、第1号被保険者の加入者数の増加に比べ、2012年～2014年の月額平均保険料が2009年～2011年のそれから大幅に引き上げ(全国平均で月額約800円と過去最大の引き上げ)がなされている。具体的には、介護保険第1号被保険者の月額の保険料平均額は、2009年～2011年が4,160円であったのに対し、2012年～2014年が4,972円と今までで最も高い812円の増加となっている¹⁹⁾。

文 献

- 厚生労働省：平成28年度 介護保険事業状況報告(年報)。
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/16/index.html>, 2018. (2019.8.28確認)
- 内閣府：平成30年度高齢社会白書(概要版)。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_1.html, 2018. (2019.3.1確認)
- 斎藤観之助：医療サービスの公平性測定に関する一考察—医療費の所得階層別分析—。川崎医療福祉学会誌, 6(2), 251-260, 1996.
- 坂本圭, 斎藤観之助, 荒谷真由美, 平田智子, 植田麻祐子：我が国の老人医療制度における公平性計測のアプローチ—医療費集中度曲線の集中度曲線の手法を用いて—。川崎医療福祉学会誌, 18(2), 449-463, 2009.

- 5) 坂本圭：社会保障と医療福祉. 川崎医療福祉学会誌, 19, 増刊号, 249-260, 2009.
- 6) Wagstaff A, van Doorslaer E and Paci P : On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, 10(2), 169-205, 1991.
- 7) Mooney G, Hall J, Donaldson C and Gerald K : Utilization as a measurement of equity: Weighing heas ? (Note). *Journal of Health Economics*, 10(4), 465-470, 1991.
- 8) Le Grand J : The distribution of public expenditure: The case of health care. *Economica*, 45(1), 125-142, 1978.
- 9) Culyer AJ, van Doorslaer E and Wagstaff A : Utilization as a measure of equality by Mooney, Hall, Donaldson and Gerald. *Journal of Health Economics*, 11(1), 93-98, 1992.
- 10) 北浦義朗：国民健康保険料（税）の水平的不平等性. 大阪大学大学院経済学研究科博士後期課程博士論文, 2007.
- 11) 高山憲之：租税. 熊谷尚夫, 篠原三代平編, 経済学大事典 I, 第2版, 東洋経済新報社, 東京, 468-481, 1980.
- 12) 斎藤観之助：所得階層別社会保険料の負担状況. 月刊マーク, 14(1), 33, 2003.
- 13) 厚生労働省：所得再分配調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/96-1.html>, 2014. (2019.3.1確認)
- 14) 厚生労働省：平成21年度 介護保険事業状況報告（年報）.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/09/index.html>, 2011. (2019.8.28確認)
- 15) 厚生労働省：平成24年度 介護保険事業状況報告（年報）.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/12/index.html>, 2014. (2019.8.28確認)
- 16) 厚生労働省：平成27年度 介護保険事業状況報告（年報）.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/index.html>, 2017. (2019.8.28確認)
- 17) 厚生労働省：第2号被保険者にかかる介護保険料について.
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_hihokensha.pdf, 2017.
(2019.8.28確認)
- 18) 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会 第137回資料1 介護分野の最近の動向.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000163525.pdf, 2017. (2019.3.1確認)
- 19) 厚生労働省：日本の介護保険制度について.
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_j.pdf, 2016. (2019.3.1確認)

(令和2年1月14日受理)

A Study on the Disparity in the Long-term Care Insurance in Japan: An Analysis of the Long-term Costs and Benefits among the Long-term Care Insurances

Kei SAKAMOTO

(Accepted Jan. 14, 2020)

Key words : equity, long-term care insurance, benefit and payment

Abstract

The purpose of this paper is to analyze fairness in the nursing care insurance system using the nursing care cost concentration curve and Gini coefficient. For that purpose, in order to clarify evaluation criteria, it was divided into beneficiary index and burden index, and analyzed from each viewpoint on the fairness of the result and the fairness of the opportunity. As a result, about the fairness of the result based on the beneficiary index, the divergence from the 45-degree line is larger than the fairness of the opportunity based on the burden index. It is natural that disparities arise between the required support and the necessity of long-term care, considering that the long-term care insurance system is provided with long-term care services based on the certification results of long-term support and long-term care needs. On the other hand, about the fairness of the opportunity based on the burden index, the deviation from the 45 degree line is smaller than the fairness of the result based on the beneficiary index, and it is shown that the Gini coefficient is extremely close to zero. The amount of nursing care premiums is determined by dividing the amount necessary for payment by the number of insured persons, and it is inferred that that also affects the value. It concludes as mentioned above, but with the model of this paper, the factor of each income class was made into the state of being equalized in each data, and it will be a future subject. However, analysis of the Gini coefficient revealed that the beneficiary index and the burden index both gradually progressed in the degree of unfairness.

Correspondence to : Kei SAKAMOTO

Department of Health and Welfare Services Management

Faculty of Health and Welfare Services Administration

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : kei@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.29, No.2, 2020 423 – 431)

