

台湾における UHC 達成のオープンデータを用いた検証

小島 克久 (国立社会保障・人口問題研究所)

I. はじめに

台湾は 1995 年に「全民健康保険」が実施されることで、制度上住民すべてをカバーする医療制度が確立した。そしてまさにそのユニバーサル=カバレッジ (以下、UHC) が台湾では現在まで維持されている。UHC とは、WHO の定義によると「経済的な困難に見舞われることなしに、質の高い医療サービスにすべての住民がアクセスできる状態」である。その要素として、①医療保険制度がカバーする対象者の人口に占める割合、②医療保険が給付する医療サービスの種類、③医療保険が給付する医療費の程度 (自己負担の割合)、の 3 つがある¹。

①については、昨年度の本研究班の報告書で筆者が外国人の人口も含める形で検討するとともに、小島 (2019a) でさらに詳細な分析を行った。それによると 2017 年で人口のおよそ 98% が全民健康保険に加入しており、人口カバー率でみた UHC は達成された状態であることが検証できた。③は医療制度がいくら全人口をカバーしていても、公的な費用負担がわずかな場合には大多数の人が医療サービスにアクセスできない。そのため、医療保険制度などで公的な費用負担がどの程度あるか、言い換えると自己負担はどの程度に収まっているかを検証することで、③については検証が出来る。

このような問題意識のもと、本稿では台湾の UHC の達成状況を医療費の財源構成の統計を用いて行う。それが可能な理由は、台湾はわが国と同じように公的統計が充実しており、人口、経済、福祉の統計が充実している。また、国際比較に不可欠な GDP、社会支出などの統計も独自に OECD、ILO などの基準に基づいて推計している。これらは行政院主計総処、衛生福利部の web サイトで公開されており、誰でも入手が可能である。わが国の国民医療費に相当する「国民医療保健支出 (NHE)」も OECD の基準に基づいて推計され、衛生福利部の web サイトで公開されている。こうしたオープンデータを活用することで、台湾の UHC を①と③の側面から検証する。

II. アジア太平洋地区の UHC (財源面) の状況

OECD "Health at a Glance Asia/Pacific 2018" では、わが国を含むアジア太平洋地域の医療サービス提供、医療支出、財源確保などについて分析を行っている。第 6 章となっている『医療支出と財源』によると、「2015 年のアジア太平洋地区の国や地域におけるひとり当たり医療費には多様性がある」、「医療サービスの財源確保の仕組みにも多様性がある。医療費は政府が支出する国があり、その国の住民は自動的にその対象者となる。その一方で強制加入の社会保険制度 (運営主体が公的、民間を問わない) が社会保険料または医療保険料と結びついており、それが医療費の多くをまかなう。さらに、家計から

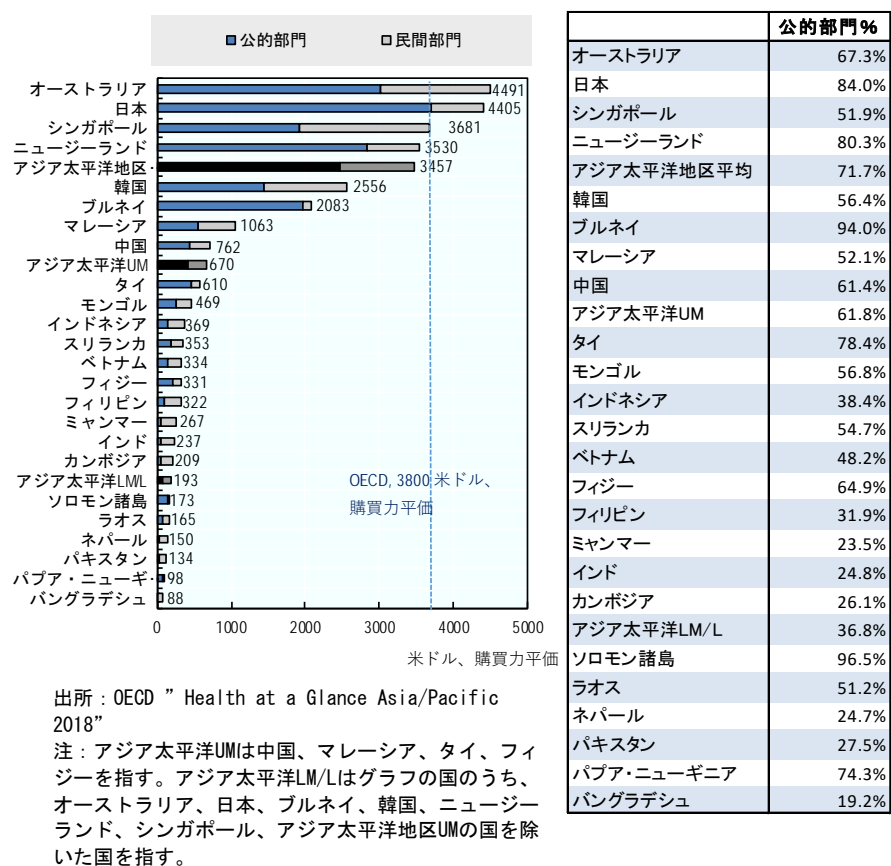
¹ <https://www.who.int/whr/2010/en/> による (2019 年 12 月 16 日閲覧)。

の負担割合にも多様性がある（以下略）」とされている²。この報告書の図 6.1 を和文に仮約、元データの一部を表として加える形で引用したものが図 1 である。それによると、2015 年のアジア太平洋地区のひとり当たり医療支出は 3,457 米ドル（購買力平価）であり、OECD 加盟国平均の 3,800 米ドル（同）を 300 米ドル（同）程度下回る。もっともこの平均を超えるのは、オーストラリアとわが国だけであり、シンガポール、ニュージーランドがそれぞれ 3,681 米ドル（同）、3,530 米ドル（同）で平均値に近い。その他の国や地域はアジア太平洋地区平均、OECD 加盟国平均を大きく下回り、国民健康保険がある韓国でも 2,556 米ドル（同）、皆保険を目指している中国でも 762 米ドル（同）にとどまる（図 1）。台湾の衛生福利部による推計であるが、台湾のひとり当たり医療支出は 2015 年で 2,760 米ドル（購買力平価）であり、この図に当てはめてみると、韓国を上回る位置にある。

ひとり当たり医療支出の水準は、OECD 加盟国平均よりも低い国や地域が多いだけでなく、水準そのものにもばらつきが大きい。医療支出の財源として公的な制度（税方式または社会保険方式）からの支出割合を図 1 の元データから計算すると、もっとも高いのはソロモン諸島の 96.0%、次いでブルネイの 94.0% である。わが国は 84.0% でもっとも高い方のグループに属している。人口が大きな国でみると、インドネシアが 38.4%、バングラデシュが 19.2%、ベトナムが 48.2%、ミャンマーが 23.5%、タイが 78.4% と水準にばらつきが大きい。

皆保険が達成、それに近い状態にある東アジアに目を向けると、韓国は 56.4%、中国は 61.4% と 60% 程度の水準にとどまる（図 1）。台湾は衛生福利部の推計では 62.7% となる。つまり、人口カバー率の上で UHC が達成されていても、医療費の財源としての家計負担がわが国よりも大きなまま残されていることになる。

図1 アジア太平洋地区のひとり当たり医療支出と財源構成（2015年）



² 詳細は <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-asia-pacific-23054964.htm> 参照（2019年12月16日閲覧）

Ⅲ. 使用データと方法

1. 台湾の UHC 検証（人口カバー率と財源構成）

今回行った台湾の UHC 検証は、①人口カバー率、②財源構成（公的部門からの負担、家計からの負担）、の2つを組み合わせて行う。まず①であるが、小島（2019a）で推計した人口カバー率を用いる。具体的には、1994年までは、医療給付を行っていた「労工保険」「公務人員保険」³などの被保険者数の合計、1995年以降は全民健康保険被保険者数を取り、医療保険の被保険者数の時系列データを整備した。人口のデータは、内政部戸政司がまとめている「登録人口」をとった。ただし、外国人の人口が取れる年次（1977年以降）は、内政部移民署の統計から「外国人人口」（2012年以降は中国大陸、香港、澳門出身者の統計が利用可能）を加えた「外国人を含む人口」を用いた。前者の医療保険被保険者数を後者の外国人を含む人口で割った割合を「人口カバー率」として算出した。この人口カバー率は1971年から2017年まで算出した。本稿でもこの数値をそのまま用いる。

次に②であるが、衛生福利部「国民医療保健支出（NHE）」（以下、NHE）の数値を用いた。NHEは1998年から作成されている統計であり、台湾の医療費を国際比較可能な形で把握することを目的としている。OECDのSHA（System of Health Accounts）を参考にしており、OECDの統計とも比較可能な形になっている⁴。統計は全民健康保険やその他の各種統計をもとに、医療費の規模、部門別支出、財源構成などの統計が作成されている。本稿では、NHEの統計表のうち、医療費の財源構成の統計表と用いる。この統計では、公共部門（政府、社会保険）、民間部門（家計、任意参加の保険、その他）別の医療支出額が得られる。これをもとに、医療費の財源のうち公共部門が占める割合（以下、公共部門負担割合）、家計部門が占める割合（以下、家計部門負担割合）を算出した。期間は統計が利用できる1991年から2017年までとし、対応する年次の人口カバー率との関係を分析した。

2. 東アジアでの比較

台湾のUHCの人口カバー率と財源構成との関係は、後者のNHEがOECD基準に準拠して作成されているので、東アジアの国でOECD Health Statisticsに搭載されている国との比較が可能である。本稿では、同機関のデータベースにデータが搭載されているわが国と韓国、そして中国について比較を行った。人口カバー率については、わが国は厚生労働省資料、韓国は韓国国民健康保険公団の統計、中国は中国国家統計局および人力資源和社会保障部の統計から、医療保険加入者数が得られる⁵。これを人口で割ることで各国の医療保険の人口カバー率を算定した。医療費の公共部門負担割合、家計部門負担割合はすべての国でOECD Health Statisticsから得られるデータから算定した⁶。両者を組み合わせ

³ 台湾の社会保険制度は、全民健康保険実施までは職種別総合保険（年金、医療などをひとつの保険で給付）であり、被保険者となる者も限られていた。台湾の社会保障制度の概要、沿革は小島（2015）参照。また、全民健康保険の仕組み、現状などは小島（2019b）参照。

⁴ NHEの詳細は、<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2156-113.html>を参照（2019年12月16日閲覧）

⁵ それぞれ、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成27年度の医療費等の状況～（平成29年12月）」、韓国国民健康保険公団『韓国国民健康保険公団年報』（各年版）、中国国家統計局『中国統計年鑑』、人力資源和社会保障部『人力資源和社会保障事業発展統計公報』による。

⁶ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> から利用可能（2019年12月16日閲覧）。

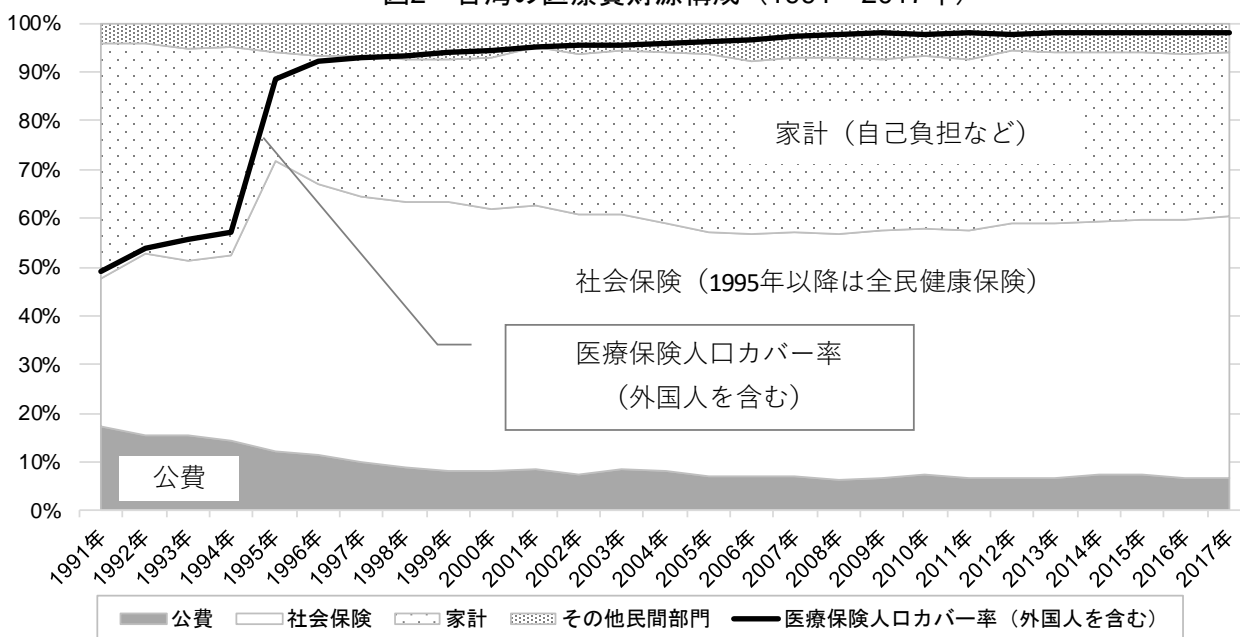
ることその動きと台湾と比較した。なお、OECD のデータの利用可能性からデータの期間は、わが国は 1995 年から 2015 年、韓国は 1980 年、1985 年、1990 年から 2018 年、中国は 2000 年から 2016 年とした。

IV. 台湾の UHC の検証—人口カバー率と財源構成—

1. NHE でみる台湾の医療支出の財源構成

衛生福利部が推計、公表している NHE から台湾の医療支出の財源構成をまとめたものが図 2 である。なお、図 2 を作成するためのもとのデータは巻末の参考表 1 にまとめている。折れ線グラフは外国人を含めた医療保険人口カバー率である。これらを見ると、全民健康保険実施前の 1991 年は家計部門の負担が最も大きく 48.3% を占めていた。次いで労工保険などの社会保険が 30.0%、政府部門（税財源）の負担である公費は 17.5% であった。全民健康保険実施前の 1994 年まではこの順番で推移し、特に家計部門負担割合は 1994 年の 42.6% まで 40% 台で推移していた。また、社会保険部門の負担割合は 30% 台で推移していた。

図2 台湾の医療費財源構成（1991～2017年）



出所：衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、全民健康保険人口カバー率（外国人を含む）は小島（2019）による推計結果。

全民健康保険が実施された 1995 年には被保険者となる対象者が大幅に拡大され、外国人を含む人口カバー率もおおよそ 90% となる。医療支出の財源構成もこの年を境に大きく変わり、家計部門の負担割合は 22.3% に下がり、社会保険部門の負担割合は 59.4% ともっとも大きな割合を占め、公費は 12.3% となった。その後は社会保険部門からの負担割合がもっとも多い傾向となり、年によっては 50% を若干下回る年もあるが、50% 台前半で推移している。2017 年には 53.7% となっている。公費からの負担割合は 1997 年に 10.0% となった後は、6~8% 台で推移し、2017 年には 6.7% となっている。家計部門の負

担割合は1999年までは20%台で推移したが、2000年以降は再び30%台に上昇し、2017年には33.6%となっている。

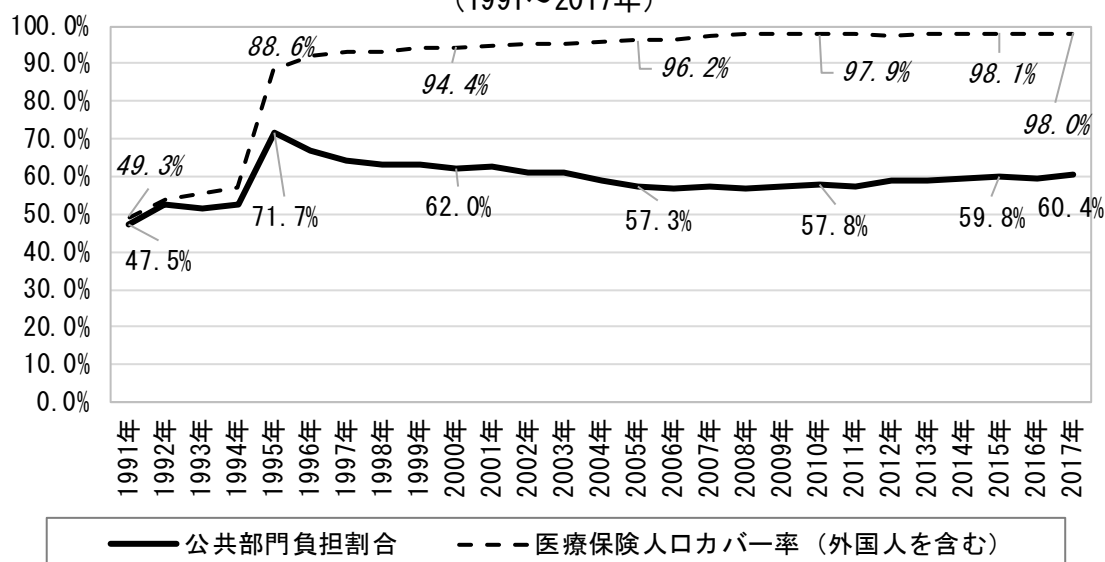
このように、台湾の医療支出の財源構成は1995年の全民健康保険実施の前後で大きく異なり、実施以前は家計部門がおよそ4割を負担していたが、実施後は社会保険部門が5割以上を負担している。しかし、家計部門の3割程度を負担している（図2）。

2. 人口カバー率と財源構成割合の関係

NHEでみる台湾の医療費の財源構成と医療保険の人口カバー率との関係を少し詳しくみてみよう。

まず、図3-1はNHEから社会保険部門と公費からの負担割合を合計した公共部門負担割合と図2にも示した折れ線グラフの医療保険人口カバー率である。これをみると、1991年には医療保険人口カバー率は49.3%であったが、医療支出の公共部門負担割合は47.5%であった。1994年までは両者ともほぼ横ばいで推移しているが、全民健康保険が実施された1995年になると、医療保険人口カバー率は88.6%に大きく上昇し、医療費の公共部門負担割合も71.7%に上昇した。その後の動きを見ると、医療保険人口カバー率は、2000年の94.4%に上昇した後も少し上昇し、2015年には98.1%、2017年には98.0%に達している。一方で医療費の公共部門負担割合は2000年に62.0%となり、2005年には57.3%、2010年には57.8%となるが、2015年には59.8%、2017年には60.4%と若干上昇している。このように、1995年の全民健康保険を境に、医療保険人口カバー率は大きく上昇し、ほぼすべての住民が全民健康保険でカバーされる状況となっている。一方で、医療支出の公共部門負担割合は大きく上昇したが、その後は50~60%程度の水準で推移している（図3-1）。

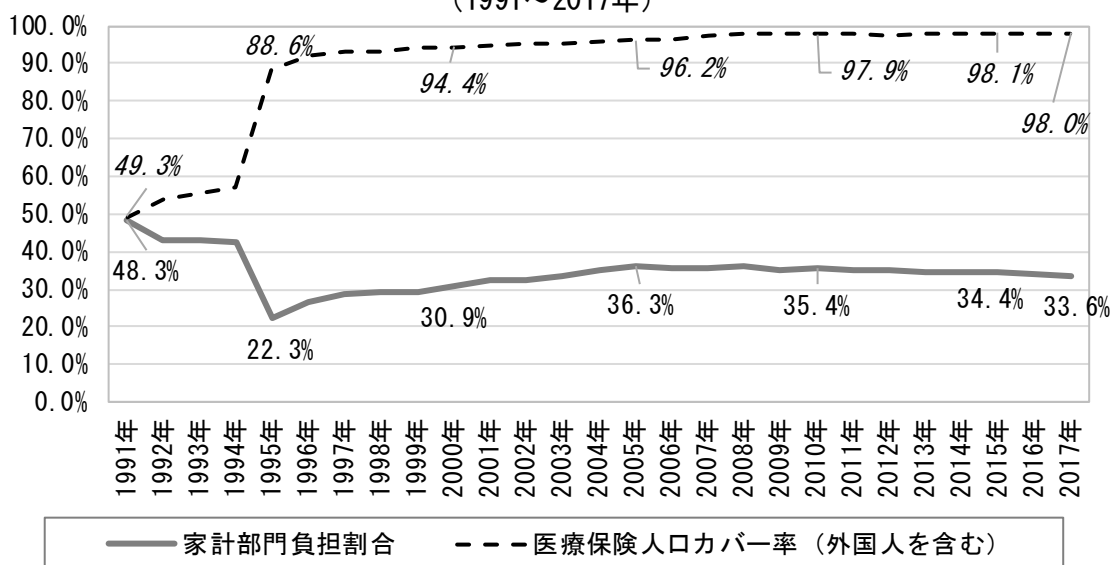
図3-1 台湾の医療費公共部門負担割合と医療保険人口カバー率
(1991~2017年)



出所：衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、医療保険人口カバー率（外国人を含む）は小島（2019）による推計結果。
注：グラフ上の数値は、1991年、1995年、2000年、2005年、2010年、2015年、2017年。

図 3-2 は医療支出の公共部門負担割合を家計部門負担割合に置き換えたものである。これをみると、1991 年の医療保険人口カバー率 49.3%に対して、医療支出の家計部門負担割合は 48.3%と図 3-1 の公共部門負担割合を 0.8%ポイント程度上回る水準であった。1995 年の全民健康保険実施により、家計部門負担割合は 22.3%に大きく低下する。その後は 2000 年に 30.9%、2005 年に 36.5%となるが、2010 年、2015 年はそれぞれ 35.4%、34.4%となっている。そして 2017 年の家計部門負担割合は 33.6%となっている。1995 年の全民健康保険実施により、家計部門からの医療支出負担割合は確かに低下した。しかし、全民健康保険が台湾の住民のほとんどをカバーする状況になった一方で、医療支出の 3 割程度は依然として家計部門が負担している（図 3-2）。

図3-2 台湾の医療費家計部門負担割合と医療保険人口カバー率
(1991～2017年)



出所：衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、医療保険人口カバー率（外国人を含む）は小島（2019）による推計結果。
注：グラフ上の数値は、1991年、1995年、2000年、2005年、2010年、2015年、2017年。

このように、1995 年の全民健康保険実施により、台湾の UHC は人口カバー率の面では確かに達成されている。一方で医療費がどこまで公共部門が負担しているかとなると 5～6 割程度にとどまり、残りのうち 3 割程度は依然として家計部門が負担している。NHE ではわが国の「国民医療費」と異なり、社会保険の対象になり得ない医療費も推計に含まれている。医療支出の 3 割を負担する家計部門では、全民健康保険の自己負担の他、わが国の差額ベッドに相当する特別な入院費用、歯科矯正などの全民健康保険の対象でない医療費などで構成される。この後で取り上げるわが国の家計部門負担割合は 2015 年で 12.9%である。そのため、医療保険の自己負担やその他の費用を台湾の家計部門は負担していることになる。なおこの数値は台湾全体の医療費を公共部門（政府、社会保険）、民間部門（家計など）がどのように負担しているかを示すマクロの数値である。実際に家計が負担する医療費（全民健康保険の保険料を除く）が消費支出に占める割合は、家計調査に相当する統計からみていく必要がある。なお、行政院主計総処「家庭収支調査」によると、台湾の 2018 年の家計の消費支出（年間で約 125 万台湾元、

約 440 万円) のうち、保健医療への支出は年間約 13 万台湾元 (約 45 万円) であり、消費支出の 15.9% となっている⁷。

V. 医療保険人口カバー率と財源構成 (東アジアでの比較)

1. 東アジアの医療保険人口カバー率と公共部門負担率

台湾の UHC の程度 (特に医療支出の財源) を相対的に検証するため、東アジアでの比較を行った。医療保険人口カバー率と医療支出の公共部門負担割合をわが国と中国、韓国について算定した結果もまとめたものが図 4-1 である。横軸が医療保険人口カバー率、縦軸が医療支出公共部門負担割合である。両者の組み合わせた時系列データでグラフを作成しているため、右上に行くほど、医療保険の人口カバー率が上がり、医療支出の公共部門負担が多くなる。人口のカバレッジ、医療費の公共部門の負担の程度が上がることになる。

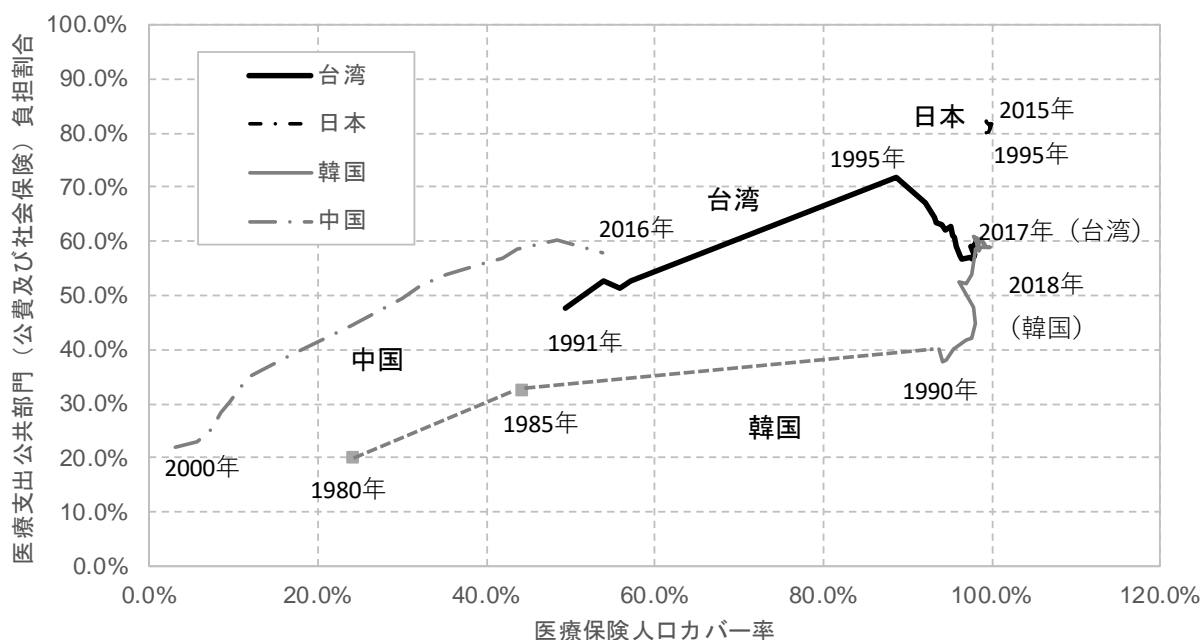
この図を見ると、台湾は 1991 年の医療保険人口カバー率 (49.3%)、医療支出公共部門負担 (47.5%) がともに 50% 付近にあったが、全民健康保険実施の 1995 年に医療保険人口カバー率が 88.6% にまで上昇し、医療支出公共部門負担割合も 71.7% となった。その後は医療保険人口カバー率が 100% 近くになるまで上昇し、医療支出公共部門負担割合は 60% 付近に落ち着く形で推移している。この台湾の動きを基準にしてみると、わが国は 1995 年、2015 年ともに医療保険人口カバー率は 100% 近くであり、医療支出公共部門負担割合も 80% 台にある。韓国の医療保険人口カバー率と医療支出公共部門負担割合をみると、1980 年でそれぞれ 24.2%、20.2% であり、1985 年でもそれぞれ 44.1%、32.6% であった。韓国では制度上の皆保険になったのが 1989 年であり、その直後の 1990 年はそれぞれ 93.7% と 40.1% であった。その後は、医療保険人口カバー率は 100% に向かって上昇し、医療支出公共部門負担割合も 60% 程度に向かって上昇している。2018 年では 2017 年の台湾とグラフの中でほぼ同じ位置にいる。中国の医療保険人口カバー率と医療支出公共部門負担割合をみると、2000 年ではそれぞれ 3.0% と 22.0% であったが、2005 年にはそれぞれ 10.5% と 32.8% になり、2009 年にはそれぞれ 30.1% と 49.4% になった。そして 2016 年には医療保険人口カバー率は 53.8%、医療支出公共部門負担割合は 58.0% になっている。グラフは全体に左に位置している。

このように、医療保険人口カバー率と医療支出公共部門負担割合の組み合わせを時系列データでみると、台湾、韓国ともに皆保険の実現により、医療保険人口カバー率は急激に上昇した後は、医療支出公共部門負担割合も 60% 程度になる形で上昇している。台湾の UHC は韓国と同程度ということが出来る。わが国は人口のほぼ 100% を医療保険がカバーし、80% 以上の医療支出が公的にファイナンスされることで台湾や韓国よりも公的な医療保障が進んでいる。中国は医療保険人口カバー率が 2000 年以降急速に上昇しているが、2016 年でも 60% 程度にとどまる。その一方で、医療支出は 60% 程度が公的にファイナンスされている。中国の 2018 年の医療保険人口カバー率は 96.4% に達しているが、医療支出に関する統計データが利用できないため、医療支出が公的にファイナンスされる割合が上昇するか否かは明確ではない。そのため、人口のカバレッジと医療支出の公的なファイナンスの程度でみると、両方

⁷ 「家庭収支調査」の詳細は <https://www.stat.gov.tw/np.asp?ctNode=509&mp=4> を参照 (2019 年 12 月 17 日閲覧)。

が公的にカバーされるわが国、人口では 100%近くがカバーされるが、医療支出の公的なファイナンスは 60%程度の台湾と韓国、両者が 60%程度の中国の 3 つのグループに分けることが出来る (図 4-1)。

図4-1 東アジア地域の医療支出公共部門負担割合と医療保険人口カバー率



出所：台湾は、衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、医療保険人口カバー率は小島（2019）による推計結果。日本、中国、韓国の医療保険人口カバー率は各国統計、医療支出公共部門負担割合はOECD “Health Statistics”。

注：韓国の1990年以前は1980年、1985年のみ。

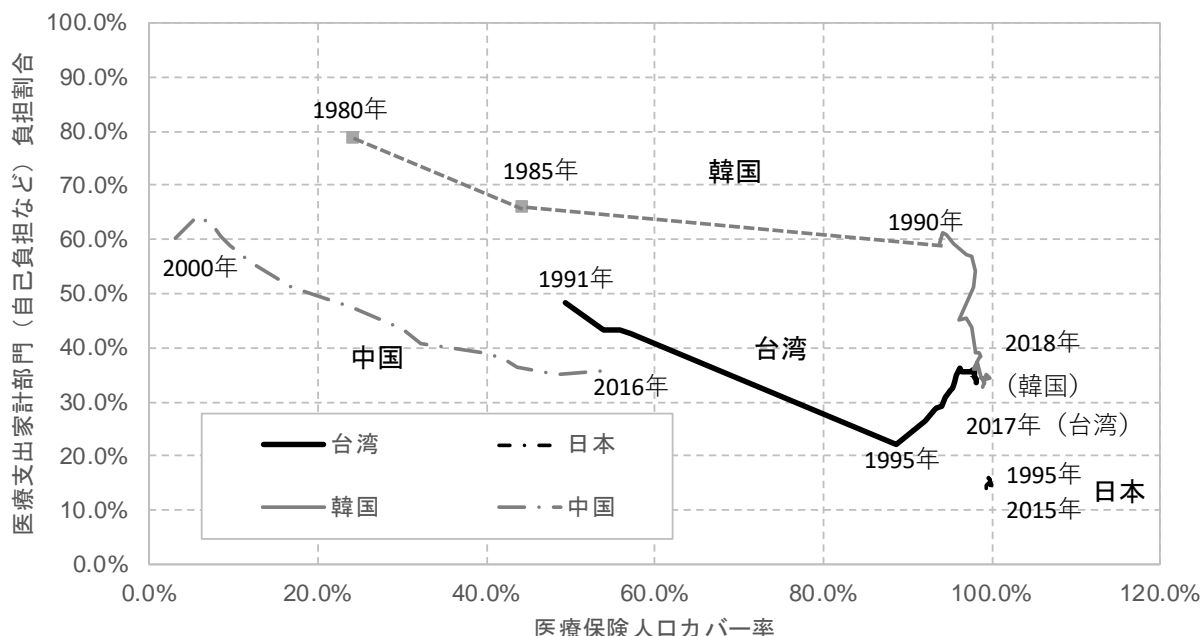
2. 東アジアの医療保険人口カバー率と家計部門負担率

図 4-1 の縦軸を医療支出の家計部門負担割合に置き換えたものが図 4-2 である。右下に行くほど、医療保険の人口カバー率が上がり、医療支出の家計部門負担が少なくなる（公共部門負担が多くなる）。

この図をみると、図 4-1 とは逆に台湾の医療保険人口カバー率は 1991 年の 49.3%から 1995 年の 88.6%に上昇する一方で、医療支出家計部門負担割合は 48.3%から 22.3%へと低下している。その後は、医療保険人口カバー率は 100%に向かって上昇しているが、医療支出家計部門負担割合は上昇に転じ 2017 年の 33.6%に至っている。わが国は 1995 年、2015 年とも医療保険人口カバー率が 100%近くにあり、医療支出家計部門負担割合は 12~15%程度である。グラフのもっとも右下に位置する。韓国の場合、医療保険人口カバー率が 24.2%だった 1980 年では医療支出家計部門負担割合は 78.8%であり、1985 年でもそれぞれ 44.1%、66.1%であった。皆保険になった直後の 1990 年でも医療支出家計部門負担割合は 59.0%であった。その後は、医療保険人口カバー率は 100%に向かって上昇したが、医療支出家計部門負担割合は急速に低下し、2018 年の 32.9%に至り、2017 年の台湾とグラフの中で同じような位置にある。中国の医療保険人口カバー率は 2000 年の 3.0%から 2016 年の 53.8%へと上昇しているが、医療支出家計部門負担割合では、2000 年の 60.1%から 2016 年の 35.9%へと低下しており、グラフは全体的に左下に位置している。

このように、医療保険人口カバー率と医療支出家計部門負担割合の組み合わせを時系列データでみると、台湾、韓国ともに皆保険の実現により、医療保険人口カバー率は急激に上昇する中で、医療支出家計部門負担割合は急速に低下している。台湾ではその後上昇しているが、30%台に収まっている。わが国は人口のほぼ100%を医療保険がカバーし、家計からの負担は10%を超える程度に収まっている。中国は、医療保険人口カバー率は2000年以降急速に上昇し60%程度になった。その一方で、医療支出のうち家計が負担する割合は急速に低下し、30%程度は家計が負担する形になっている。人口のカバレッジと医療支出の家計によるファイナンスの程度でも、家計の負担が抑えられているわが国、人口では100%近くが公的医療制度でカバーされるが、医療支出の30%程度は家計が負担する台湾と韓国、医療支出の家計負担割合は台湾や韓国と同程度であるが、人口カバー率が60%程度の中国という、図4-1で分けた3つのグループと同じようになる(図4-2)。

図4-2 東アジア地域の医療支出家計部門負担割合と医療保険人口カバー率



出所：台湾は衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、医療保険人口カバー率は小島(2019)による推計結果。日本、中国、韓国の医療保険人口カバー率は各国統計、医療支出家計部門負担割合はOECD "Health Statistics"。
注：韓国の1990年以前は1980年、1985年のみ。

VI. まとめ

台湾では1995年に「全民健康保険」が実施され、制度上全住民が医療保険に加入する仕組みとなった。そのカバー率を、外国人を含む人口でみると1995年には88.6%であったが、その後は上昇し続け、2017年には98.0%となり、人口のカバレッジでみたUHCは達成されている。医療支出を公的に負担する程度を公共部門負担割合でみると、1991年の47.5%から1995年の71.7%へと上昇した後、いったん低下するが2017年には60.4%となっている。逆に家計部門負担割合は1991年の48.3%であった

が、1995年に22.3%になった。その後は若干上昇し2017年で33.6%となっている。医療費の財源構成では6割程度を公的に負担し、3割程度は家計部門が依然として負担している。

これを東アジアの国及び地域として比較すると、1961年に皆保険を達成したわが国は80%以上の医療費が公的に負担されている。1989年に皆保険となった韓国と公的負担と家計部門の負担が同程度に現在はなっている。中国も近年医療保険人口カバー率が上昇しているが、公的な医療費の負担割合は6割近くとなっている。人口カバレッジと医療費の財源構成でUHCを検討すると、台湾は韓国と同じような状態にあり、わが国と中国がそれぞれ別の状態にあるという3つのグループに分けることが出来る。

台湾のNHEも準拠したOECD基準の医療費は、わが国などが保険診療になじまないとする給付(差額ベッドなど)も含まれる。そのため、台湾で医療支出の3割が家計部門で負担されることは、基本的な医療保障がされていないと一律に言うことは出来ない。したがって、台湾のUHCは医療費の財源構成からみても相当程度達成されていると言える。このようにUHCの検証は、公開されている人口統計、医療保険統計の他、医療費の統計を組み合わせることである程度可能なことがわかる。こうした基礎的なデータがいつでも利用できる形で整備、その所在がわかることが不可欠である。

付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。また、中国の資料整理にあたっては、万琳静さん(日本女子大学大学院)の協力を得た。彼女を含め、ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

参考文献

小島克久(2015)「台湾」増田雅暢・金貞任編著『アジアの社会保障』法律文化社,pp.81-107.

小島克久(2019a)「外国人人口を含む人口統計で検証する台湾のUHC」『人口問題研究』国立社会保障・人口問題研究所,第75巻4号,pp.305-323.

小島克久(2019b)「アジアの公的医療および介護制度－台湾－」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会,No.124,pp.15-24.

OECD(2018) ”Health at a Glance Asia/Pacific 2018 ”

参考表1 台湾の医療費財源構成と全民健康保険人口カバー率(1991～2017年)

	国民医療保健支出(単位:100万台湾元、%)										医療保険人口 カバー率(外 国人を含む、%)			
	総額	公共部門					民間部門							
		公費	社会保険	家計			その他 民間部門							
1991年	216,413	102,873	47.5%	37,854	17.5%	65,019	30.0%	113,541	52.5%	104,619	48.3%	8,922	4.1%	49.3%
1992年	277,020	145,972	52.7%	42,733	15.4%	103,239	37.3%	131,048	47.3%	119,616	43.2%	11,432	4.1%	54.0%
1993年	301,038	154,954	51.5%	46,920	15.6%	108,034	35.9%	146,084	48.5%	130,267	43.3%	15,817	5.3%	55.7%
1994年	339,273	178,285	52.5%	48,406	14.3%	129,878	38.3%	160,988	47.5%	144,479	42.6%	16,509	4.9%	57.0%
1995年	378,756	271,634	71.7%	46,700	12.3%	224,934	59.4%	107,122	28.3%	84,303	22.3%	22,819	6.0%	88.6%
1996年	410,874	275,231	67.0%	46,825	11.4%	228,406	55.6%	135,644	33.0%	108,308	26.4%	27,336	6.7%	92.0%
1997年	445,918	287,582	64.5%	44,449	10.0%	243,133	54.5%	158,336	35.5%	127,726	28.6%	30,610	6.9%	93.1%
1998年	489,674	310,715	63.5%	43,121	8.8%	267,594	54.6%	178,959	36.5%	142,195	29.0%	36,764	7.5%	93.4%
1999年	528,778	334,136	63.2%	44,311	8.4%	289,825	54.8%	194,642	36.8%	155,099	29.3%	39,543	7.5%	94.0%
2000年	547,936	339,642	62.0%	44,644	8.1%	294,998	53.8%	208,294	38.0%	169,167	30.9%	39,127	7.1%	94.4%
2001年	573,352	359,588	62.7%	49,772	8.7%	309,816	54.0%	213,765	37.3%	184,810	32.2%	28,955	5.1%	95.0%
2002年	617,279	376,345	61.0%	45,753	7.4%	330,592	53.6%	240,934	39.0%	201,321	32.6%	39,613	6.4%	95.4%
2003年	655,326	398,537	60.8%	55,255	8.4%	343,282	52.4%	256,789	39.2%	219,596	33.5%	37,193	5.7%	95.5%
2004年	710,870	419,737	59.0%	57,673	8.1%	362,064	50.9%	291,133	41.0%	248,877	35.0%	42,256	5.9%	95.8%
2005年	747,305	427,885	57.3%	54,242	7.3%	373,643	50.0%	319,420	42.7%	271,054	36.3%	48,366	6.5%	96.2%
2006年	782,443	443,710	56.7%	55,390	7.1%	388,320	49.6%	338,733	43.3%	278,092	35.5%	60,641	7.8%	96.5%
2007年	814,591	465,974	57.2%	58,642	7.2%	407,332	50.0%	348,617	42.8%	290,533	35.7%	58,084	7.1%	97.5%
2008年	834,681	474,567	56.9%	52,464	6.3%	422,102	50.6%	360,115	43.1%	300,017	35.9%	60,098	7.2%	97.7%
2009年	873,219	500,829	57.4%	59,871	6.9%	440,958	50.5%	372,390	42.6%	306,836	35.1%	65,554	7.5%	97.9%
2010年	889,345	513,923	57.8%	66,500	7.5%	447,423	50.3%	375,421	42.2%	314,964	35.4%	60,457	6.8%	97.9%
2011年	917,040	526,231	57.4%	62,590	6.8%	463,641	50.6%	390,809	42.6%	321,600	35.1%	69,209	7.5%	97.9%
2012年	927,956	548,235	59.1%	62,281	6.7%	485,954	52.4%	379,721	40.9%	326,679	35.2%	53,042	5.7%	97.6%
2013年	967,872	572,166	59.1%	64,587	6.7%	507,580	52.4%	395,706	40.9%	336,302	34.7%	59,404	6.1%	97.9%
2014年	1,007,923	597,701	59.3%	73,848	7.3%	523,853	52.0%	410,222	40.7%	348,750	34.6%	61,472	6.1%	97.9%
2015年	1,038,486	620,837	59.8%	77,189	7.4%	543,648	52.4%	417,649	40.2%	357,309	34.4%	60,340	5.8%	98.1%
2016年	1,086,848	646,887	59.5%	72,961	6.7%	573,926	52.8%	439,961	40.5%	369,156	34.0%	70,805	6.5%	98.1%
2017年	1,127,360	680,778	60.4%	75,484	6.7%	605,294	53.7%	446,583	39.6%	379,152	33.6%	67,431	6.0%	98.0%

出所:衛生福利部「中華民國106年國民醫療保健支出」より作成。ただし、全民健康保険人口カバー率(外国人を含む)は小島(2019)による推計結果。

参考表2 東アジアの医療保険人口カバー率と医療費財源負担割合

	台湾			日本			韓国			中国			
	医療保険人口カバー率		医療費財源負担割合	医療保険人口カバー率		医療費財源負担割合	医療保険人口カバー率		医療費財源負担割合	医療保険人口カバー率		医療費財源負担割合	
	公共部門	合計	公共部門	合計	公共部門	合計	公共部門	合計	公共部門	合計	公共部門	合計	
1980年				99.7%			24.2%	20.2%	78.8%				
1981年				99.0%				19.9%	79.1%				
1982年				99.2%				24.1%	74.8%				
1983年				99.3%				27.7%	71.1%				
1984年				99.4%				30.7%	68.1%				
1985年				99.5%			44.1%	32.6%	66.1%				
1986年				99.5%				30.5%	68.2%				
1987年				99.6%				31.6%	67.2%				
1988年				100.0%				34.3%	64.7%				
1989年				100.2%				34.7%	64.3%				
1990年				100.3%				39.7%	40.1%	59.0%			
1991年	49.3%	47.6%	48.3%	100.0%				94.2%	37.6%	61.4%			
1992年	54.0%	52.7%	43.2%	100.0%				94.5%	38.2%	60.9%			
1993年	55.7%	51.6%	43.3%	100.1%				95.5%	40.0%	59.1%			
1994年	57.0%	52.6%	42.6%	100.0%				96.9%	41.7%	57.3%	0.3%		
1995年	88.6%	71.7%	22.3%	99.7%	81.8%	14.5%		97.6%	42.1%	56.9%	0.6%		
1996年	92.0%	67.0%	26.4%	99.9%	81.8%	14.5%		98.0%	44.9%	54.2%	0.7%		
1997年	93.1%	64.6%	28.6%	99.7%	80.8%	15.6%		97.8%	47.6%	51.2%	1.4%		
1998年	93.4%	63.6%	29.0%	99.6%	80.1%	16.1%		96.1%	52.4%	45.2%	1.5%		
1999年	94.0%	63.2%	29.3%	99.7%	80.1%	16.2%		96.9%	52.2%	45.5%	1.6%		
2000年	94.4%	62.0%	30.9%	99.5%	80.4%	15.9%		97.6%	53.9%	43.6%	3.0%	22.0%	60.1%
2001年	95.0%	62.7%	32.2%	99.3%	81.0%	15.8%		97.9%	58.3%	39.6%	5.7%	22.9%	64.2%
2002年	95.4%	61.0%	32.6%	99.4%	80.8%	16.0%		98.0%	58.7%	39.0%	7.3%	25.4%	62.9%
2003年	95.5%	60.8%	33.5%	99.4%	80.0%	16.9%		98.4%	58.3%	39.1%	8.4%	28.4%	60.7%
2004年	95.8%	59.0%	35.0%	99.5%	80.3%	16.6%		98.6%	58.8%	38.4%	9.5%	30.2%	58.8%
2005年	96.2%	57.3%	36.3%	99.6%	81.2%	15.7%		98.5%	59.0%	38.1%	10.5%	32.8%	57.7%
2006年	96.5%	56.7%	35.5%	99.7%	80.3%	16.4%		97.9%	60.9%	36.2%	12.0%	35.2%	56.0%
2007年	97.5%	57.2%	35.7%	99.8%	81.2%	15.5%		98.2%	60.6%	36.2%	16.9%	39.0%	51.3%
2008年	97.7%	56.9%	35.9%	99.7%	81.2%	15.2%		98.2%	58.7%	37.4%	24.0%	44.6%	47.4%
2009年	97.9%	57.4%	35.1%	99.7%	81.3%	15.2%		98.6%	60.5%	34.7%	30.1%	49.4%	43.5%
2010年	97.9%	57.8%	35.4%	99.4%	81.9%	14.6%		98.7%	60.6%	34.4%	32.3%	51.9%	40.8%
2011年	97.9%	57.4%	35.1%	99.3%	83.7%	13.1%		99.0%	59.7%	34.6%	35.1%	53.7%	40.3%
2012年	97.6%	59.1%	35.2%	99.3%	83.9%	13.0%		99.3%	58.9%	35.0%	36.6%	55.7%	39.2%
2013年	97.9%	59.1%	34.7%	99.4%	84.3%	12.7%		99.5%	59.0%	34.6%	41.9%	57.1%	38.2%
2014年	97.9%	59.3%	34.6%	99.4%	84.1%	12.9%		99.8%	58.7%	34.3%	43.7%	58.4%	36.6%
2015年	98.1%	59.6%	34.4%	99.3%	84.1%	12.9%		99.0%	58.9%	34.0%	48.4%	60.2%	35.1%
2016年	98.1%	59.6%	34.0%		84.0%	12.9%		99.1%	59.1%	33.4%	53.8%	58.0%	35.9%
2017年	98.0%	60.4%	33.6%		84.1%	12.8%		99.0%	58.9%	33.7%	64.7%		
2018年					84.1%	12.7%		98.9%	59.8%	32.9%	66.4%		

出所：台湾は、衛生福利部「中華民國108年國民醫療保健支出」より作成。ただし、医療保険人口カバー率は小島(2019)による推計結果。日本、中国、韓国の医療保険人口カバー率は各国統計、医療費公共部門負担割合はOECD "Health Statistics"。

補論 台湾の「新南向政策」と医療連携

台湾は医療サービスの水準も高く、たとえば2018年の乳児死亡率は4.3（出生数1000あたり）、2015年の妊産婦死亡率も11.7（出生10万件あたり）であることにも反映されている。これは東南アジア諸国と比べると、インドネシアの21.9と126.0、ミャンマーの34.4と178.0などと比べると非常に低い。

蔡英文総統の政権下では、東南アジアなどとの経済的な結びつきを強化すべく、従来の「南向政策」に代わり「新南向政策」の政策綱領を2016年8月16日に策定した。その下での5つの計画として、産業人材育成、産業イノベーションへの協力、農業発展、新南向フォーラム及び人材交流に加えて、2017年4月に医療衛生及び産業連携が立てられている。

新南向政策では、タイ、インドネシアなどの東南アジアの他、インドなどの南アジア、オーストラリアなどのオセアニアなど18ヵ国を対象としている。そのような中、医療衛生分野ではベトナム、タイ、フィリピン、マレーシア、インドネシア、インドの6ヵ国に台湾の大学病院などが設置したセンターを設け、人材育成、医療衛生産業の進出支援、現地の医療機関との連携などを進めている。

一方で、海外から台湾の医療機関を受診する人の誘致も進められており、衛生福利部の資料「醫衛新南向」によると、2017年には延べ人数で30万5618人が受診し、147.27億台湾元の規模となっている。

参考

- 日本貿易振興機構（2017）「台湾新政権下の兩岸経済交流」
- 衛生福利部国際合作組（2019）「醫衛新南向」