

## 台湾「全民健康保険」の制度紹介

高橋 隆

### はじめに

台湾では、1995年に従来の各種社会保険制度の医療給付部門を統合・一本化し、「国民皆保険」制度の実現を目指して新たな医療保険制度(台湾で「全民健康保険」と呼ばれる。本稿でもこの呼び方を使用)が実施された。これにより、1994年における医療保険加入率は全人口の51.2%であったのが、1995年には88.6%となった<sup>1)</sup>。本稿は、この全民健康保険制度のしくみと運用を紹介したものである<sup>2)</sup>。

### I 全民健康保険の全体像

表1は、全民健康保険の概略を整理し、また図1は全民健康保険の構成者の役割を資金とサービスの流れから整理したものなので、参照していただきたい。

全民健康保険実施以前では農民健康保険や労働者保険、低所得世帯健康保険は行政院の労働委員会(労働行政担当部署)や内政部社会司(社会福祉担当部署)の監督を受け、保険者は台湾省政府であった。また、公務員や教職員が対象の保険は国防部や考試院(日本の人事院に相当)の監督を受け、保険者は財政部中央信託局であった。このように、行政機構の側面から見ると、旧保険は労務政策的、また公的扶助的な性格を持つ制度であった。一方、全民健康保険では保険者と監督機

関の両方が医療行政の責任部署である行政院衛生署の担当になり、機構的に医療保険が医療政策の中に位置づけられた。

情報発信にも特徴がある。中央健康保険局のホームページ上では、通達や諸統計、手続き案内、医療機関情報、診療報酬基準などを検索することができる<sup>3)</sup>。また、各地方分局のホームページでは公立病院の外来予約も可能である。のちに述べるレセプトの電子化とあわせて、コンピューターネットワークを活用しているのが、全民健康保険の特徴である。

### II 保険者・保険加入単位・被保険者

全民健康保険の保険者は、行政院衛生署中央健康保険局である。ただし、現在は全民健康保険法の全面改正案が立法院で審議中である。改正案によれば、中央健康保険局を非営利「公立民営」保険者として改組するとともに、他の非営利民間保険団体を保険者として認証し、保険者が「多元化」される<sup>4)</sup>。

被保険者は、保険加入単位(被保険者が被用者や事業主である場合はその事業所や雇用主、個人自営業者の場合は工会あるいは公会<sup>5)</sup>)を通じて保険に加入する。

全民健康保険実施以前の社会保険制度は被用者保険が中心で、しかも民間労働者の扶養家族は加入対象外とされたが、全民健康保険は全住民を

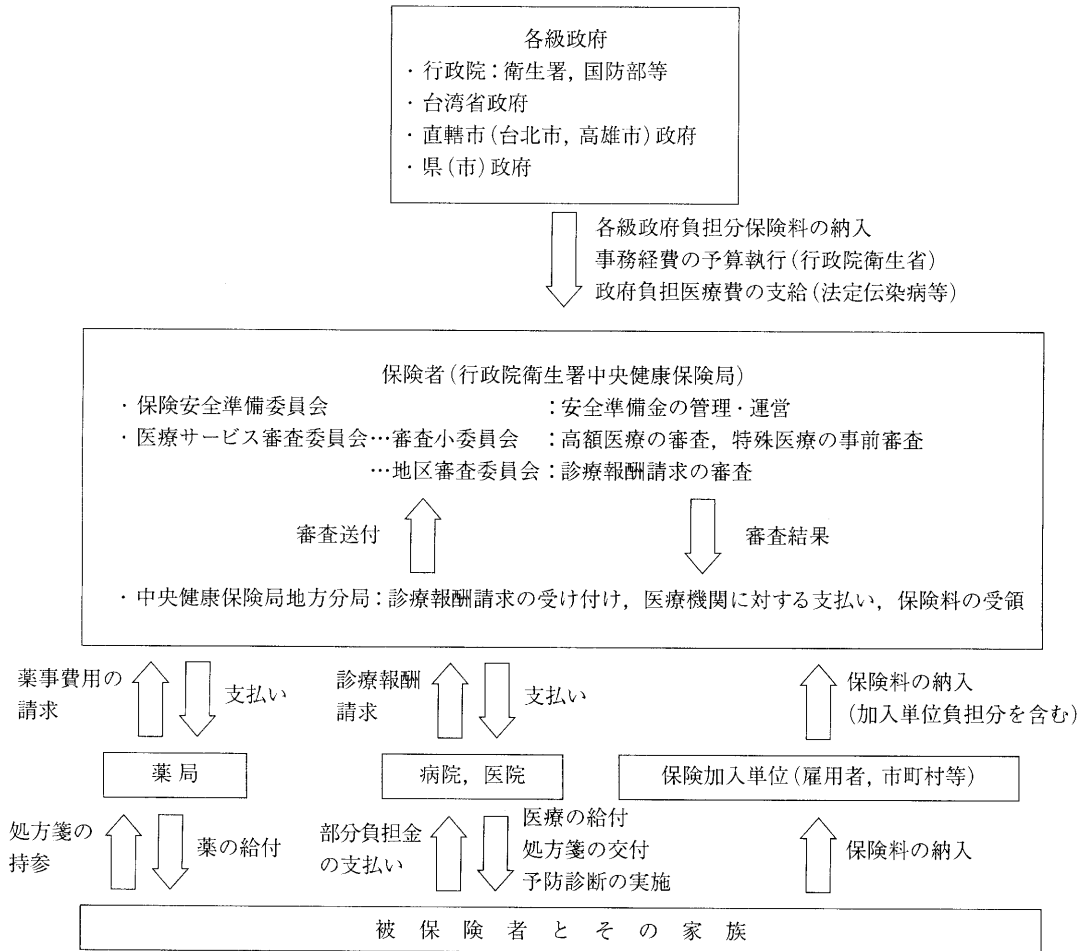
表 1 台湾における全民健康保険の概略

制度の種類	社会保険方式(現物給付)	
根拠法(現行法)	全民健康保険法(1994年) <sup>1)</sup>	
適用対象	全居住者(軍人, 受刑者, 失踪者を除く. 外国人を含む)	
給付	医療給付	<p>現物給付<sup>2)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院は, 入院日数および病室(急性病室/慢性病室)に応じて費用の5%~30%を自己負担. 外来は, 医療機関の等級に応じ50~150台湾元を自己負担(歯科, 漢方50台湾元, 救急150~420台湾元). 出産, 重大病, 予防保健は全額を給付. 在宅看護は10%を自己負担</li> <li>高額医療費: 急性病室30日以内, 慢性病室180日以内の退院の部分負担上限は1回19,000台湾元, 年間31,000台湾元, 超過日数分は負担比率に従って負担</li> <li>特定疾病, 低所得世帯, 高齢者(100歳以上)<sup>3)</sup>, 山地・離島居住者, 退役軍人等には部分負担の減免規定あり</li> </ul>
	被扶養者への給付	被保険者と同じ
財源	被保険者	<p>被用者とその家族</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準報酬月額<math>\times</math>4.25%<math>\times</math>負担比率(職種, 収入, 身分に応じた負担比率)<math>\times</math>家族人数(上限5人分)</li> </ul> <p>退役軍人の家族, その他非被用者世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平均保険料(960台湾元)<math>\times</math>負担比率<math>\times</math>家族人数(上限5人分)</li> </ul> <p>長期勤続公務員本人分, 退役軍人本人分および低所得世帯は全額政府負担</p>
	使用者	<p>被用者世帯の一人あたり保険料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準報酬月額<math>\times</math>4.25%<math>\times</math>負担比率<math>\times</math>平均家族人数(0.88人)</li> </ul>
	国庫負担	<p>被用者世帯の一人あたり保険料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準報酬月額<math>\times</math>4.25%<math>\times</math>負担比率<math>\times</math>平均家族人数(0.88人)</li> </ul> <p>退役軍人本人分および低所得世帯の一人あたり保険料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平均保険料(960台湾元)<math>\times</math>家族人数</li> </ul> <p>退役軍人の家族, その他非被用者世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平均保険料(960台湾元)<math>\times</math>負担比率<math>\times</math>家族人数</li> </ul> <p>事務費用: 当年度給付費用の3.5%が上限で国庫負担</p>
管理運営機構	行政院衛生署中央健康保険局	
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防保健とは, 児童, 成人病, 子宮頸癌, 妊婦を対象とした予防健康診断である</li> <li>保険指定外病院で緊急に受療した場合は医療費用の償還制度がある</li> <li>保険料率の上限は6%である</li> </ul>	

出所: 行政院『中華民國公共衛生概況』行政院衛生署 1997年, 李易駿 許雅惠『全民健保法解讀』台北 月旦出版社 1994年, 張耀懋『健保備忘録』民生報社 1995年, 柯木興『社會保險』三民書局 1997年, 張智雄(編)『社會保險服務叢書 ①② 保障您的健保權利 ①②』勞働基準雜誌社 1997年, 梁憲初 冉永萍『社會保險』五南圖書出版公司 1997年, 張鴻仁 楊銘欽 李玉春『全民健保入門』泰景 1994年, 中華民國行政院衛生署中央健康保險局ホームページ <http://www.nhi.gov.tw/>を参考に, 筆者が作成.

注 1) 1998年現在, 全面改正案が審議・公開中である.

- 2) 台湾の全民健康保険法は医療給付(現物給付)に特化した医療保険である. 各種手当金等の現金給付の中には, 他の被用者保険(労働者保険, 公務員保険), 退職者保険, 農民健康保険, 学生団体保険で給付されるものもある.
- 3) 台湾には, 日本の老人保健制度に相当する包括的な高齢者医療制度は存在しない.



参考：黄文鴻 陳春山編 張鴻仁 楊銘欽 李玉春著『全民健保法入門』台北 泰景 1994年 p. 284, 李易駿 許雅惠『全民健保法解讀』台北 月旦出版社 1994年 p. 31, 『中華民國公衆衛生概況』台北 行政院衛生署 1997年 p. 97を参考に、筆者が作成。

図1 全民健康保険のしくみ(サービスと資金の流れを中心に)

強制加入とした。台湾在住4カ月以上または一定の雇用主のある被用者、軍人家族の代表とその家族(外国籍を含む)の者や被保険者の新生児は、保険加入者となる(全民健康保険法第10条)。一方、軍人、受刑者、失踪者などは保険加入資格を失う(全民健康保険法第11条)。

被保険者は、職業、身分、所得、就業状態により6種類に細分化されている。第一類、第二類は、農漁民を除く就業者のカテゴリー、第三類は農漁

民のカテゴリーである。第四類は軍人の家族、第六類は名誉国民(退役軍人)と「地区人口」のカテゴリーで、「地区人口」は実質的には失業者、高齢者、障害者、学生や兵役に就き、卒後あるいは除隊後1年経ってなお無職の者を指す<sup>6)</sup>。第五類は、社会救助法上の低所得世帯のカテゴリーである<sup>7)</sup>。第四類、第六類被保険者は、全民健康保険実施以前には保険加入できなかったグループである。また、被保険者の扶養家族も保険に加入する。

このように、保険加入者(被保険者およびその家族)は細かく分類されており、こうした分類は保険料の計算方法に反映されている。なお、職業軍人・徴集兵は軍の病院で無償医療を受療でき、保険対象とされていない。その数は約48万人である<sup>8)</sup>。

### III 給付

#### 1. 給付の内容

全民健康保険以前の被用者保険は、医療給付と老齢一時金等の現金給付部門を抱えた「総合保険方式」だったが、全民健康保険は医療給付のみの「専門保険方式」を採用した。

給付は、原則として現物給付である。例外として、緊急に保険指定外の医療機関で出産または診療を受けた場合、患者が支払った医療費は申請により保険者から償還される(全民健康保険法第43条、「全民健康保険緊急傷病自費医療費用核退辦法」)。

給付には、医療給付と予防保健給付の二種類があり、医療給付には日本にはない出産に対する給付がある(全民健康保険法第31条および全民健康保険医療条例第20～26条)。

#### 2. 患者負担<sup>9)</sup>

全民健康保険実施以前の各種保険は10割給付(ごく一部の保険を除く)であったが、全民健康保険では医療費用(薬代を含む)の患者一部負担を導入した(表1参照)。

外来の患者一部負担は、定額制である。診療科目を一般外来、歯科、漢方(中医学)、救急診療に分け、さらに病院の規模(4段階)に応じて部分負担金を設定している。一般外来と救急診療では、受診した病院が大病院であるほど部分負担額が高くなる。これは、医療資源の合理的な利用を意図したものである。なお、救急診療とは、腹痛、嘔吐、吐血、中毒、事故などに対する処置が該当す

る(行政院衛生署八十四年六月二十八日衛署健保字第八四〇二九四四一號函)。

入院の患者一部負担は、定率制である。入院日数が長くなるほど自己負担率が高くなるが、金額には一定の上限がある。また、退院後14日以内に同じ疾病で同類の病室に再入院した場合は、前の入院日数と通算される。さらに、急性病室(一般病床、特殊病床、急性精神病床)よりも、慢性病室(一般慢性病床、結核病床、ハンセン病床、慢性精神病床)の方が負担率が低い。その他、訪問看護の患者一部負担は1割である。

保険外負担には、受付料(「掛號費」)、差額室料などがある。受付料は外来で受診する毎に支払う性質のもので、地域間に差があるが100台湾元以下である<sup>10)</sup>。また、病院は差額室料として、急性病室は2人以下の部屋、慢性病室は1人部屋のみ患者に請求する(全民健康保険医療条例第32条、全民健康保険医療服務機構特約および管理条例第13条)。

患者一部負担には免除制度があり、傷病等によるもの(政府が指定する重大病、分娩、予防保健、同一治療コースなど)、居住地域によるもの(遠隔地)、身分・所得によるもの(名誉国民、低所得世帯)、労災によるもの、高齢者(100歳以上)に分けられる。

#### 3. 「慢性連続処方せん」と医薬分業

医師は、外来患者に対して処方せんを発行する(全民健康保険医療条例第16条)。1回の調剤量は、内服薬は3日分、外用薬は5日分を越えることができない。また、1通の処方せんの有効期限は3日で、1通につき1回しか調剤することはできない。

ただし、慢性病患者に限り慢性連続処方せんを発行することができる。慢性連続処方せんとは、有効期限が最大3カ月、1回の最大処方量は30日分というものである(全民健康保険医療条例第35条)。つまり、1通の慢性連続処方せんで数回に分

けて調剤することができるので、処方せんの有効期間内であれば医師の診察がなくとも薬を受け取ることができる。一種の無診投薬であるが、患者の負担軽減と医療支出削減をねらっている。なお、慢性病として癌、内分泌・代謝疾患、精神疾患、神経系疾患、循環器系疾患、呼吸器系疾患、消化器系疾患、泌尿器系疾患等16系統の疾病グループが指定されている。

1997年3月から、まず台北市と高雄市を手始めに医薬分業が実施された。患者が医師から処方せんを受け取り、調剤薬局(台湾では「特約薬局」という)で薬を受け取るというシステムは日本と同じであるが、以下の4点で際立った特徴がある。

第1に、病院(医師)は、病院内薬局がある場合でも患者に処方せんを手渡すことが義務づけられている(中央健康保険局87.2.4健保醫字第八七〇〇一二七七號函)。そのため、患者は病院内薬局で薬を受け取るか、特約薬局へ行くかの選択の機会が保証されている<sup>11)</sup>。

第2に、病院(医師)が、処方せんを患者本人に手渡さずにFAXもしくはオンラインで特約薬局へ送信した場合、保険者は病院(医師)に対しては診療報酬のうち処方せん交付料を、特約薬局に対しては「薬事サービス料」を支払わない(中央健康保険局87.2.4健保醫字第八七〇〇一二七七號函)。これは、患者が病院(医師)の影響下にある特定の特約薬局に集中することを防ぐものである。

第3に、処方せんを発行しなかった場合や病院内薬局で調剤した場合、病院(医師)が受け取る診療報酬(外来診察料)が低くなるよう設定されている。例えば、小規模医院以外の病院が外来診察を行い、かつ病院外の特約薬局で調剤した場合は1件あたり227点の診療報酬が病院(医師)に対して支払われるが、病院内薬局で調剤した場合は207点になる。これは、患者が病院内薬局に集中することを防ぐことをねらっている。

第4に、特約薬局は処方せんに記載されている

薬について、医師が代替不可と記入していない限り、同等の成分、薬量、剤型であればより低価格の薬を処方すること(代薬処方)が認められている(全民健康保険医療条例第44条)。

薬局のマージンとしては、診療報酬表に薬事サービス料が定められている。薬事サービス料として、1件あたり処方量13日分以下の処方に対しては30台湾元、14～27日分は40台湾元、28日以上は50台湾元が保険者から処方した病院や特約薬局に支払われる。

#### IV 診療報酬制度・薬価基準

##### 1. 診療報酬の請求・審査・支払い

医療機関(病院、特約薬局など)は、レセプトを保険者である中央健康保険局の地方分局に送付し、保険者の内局である地区審査委員会がこれを審査してその結果に基づき保険者が病院等に対して医療費用を支払う<sup>12)</sup>。

レセプトの提出方法には、書面、電子メディア(フロッピーなど)、オンラインの3方法がある。医療機関は、いずれかの方法を選択し申請する。一方、中央健康保険局は書面提出に対しては1件あたり外来5～10点、入院50点を電算処理費として診療報酬から差し引く。このようにレセプトの電子化を促進し、管理合理化をめざしている。1995年度は、レセプト受理件数中電子メディア渡しはほぼ9割であった<sup>13)</sup>。

保険者による医療費用の支払いはレセプト審査終了後が原則であるが、そうすると支払いは診療してから数カ月後になってしまう。それは、病院経営にとっても運転資金調達の面で好ましくなく、また不正請求の温床にもなりがちである。そこで、全民健康保険ではレセプト審査終了前に、一定の条件を満たす病院等に対し暫定的に医療費用を支払う「暫定支給制度」を設けた。これは、レセプト提出の締め切り日を守り、かつ審査による診療報

削減率実績が過去3カ月間で30%未満の医療機関には医療費用を仮払いするというものである。審査結果と暫定支払額に違いが生じた場合は、その都度精算する。

## 2. 診療報酬と薬価基準

医療費用は6カ月単位の総額予算制と疾病別報酬(「同病同酬」)を原則とすることが定められているが、これらは段階的に実行に移すとされている(全民健康保険法第47、51、54条)。なお、全民健康保険法には、日本の中央社会保険医療協議会にあたる診療報酬点数の決定機関の設置が明記されていない。実際は全民健康保険の管理者である行政院衛生署がこれを決定している。現在の診療報酬表は、全民健康保険実施以前から使用していた出来高払い制の診療報酬表をもとにしている。

1点単価は1台湾元である(行政院衛生署八十四年二月二十八日衛署健保字第八四〇一〇七八三號函)。医学生や看護学生等を臨床実習生として受け入れている病院(「教學醫院」)は、申請額に訓練費用として3%の上乗せを受ける。漢方の場合には外来診察料が相対的に低く、また入院やX線などは給付対象になっていないなど不利な面がある。

薬価基準は、「全民健康保険用薬品項表」という。これは1995年7月から実施されているもので、特殊薬については全民健康保険実施以前に労働者保険が使用していた薬価を参考とし、それ以外の薬については公立病院の仕入価格を基準に策定されている<sup>14)</sup>。

## 3. 新しい試み

現行の診療報酬制度は出来高払い制が基本であるが、医療費用抑制をにらんだ新しい試みもいくつか盛り込まれている。

第1に、一部の入院診療項目に、DRG-PPS (diagnosis related group-prospective payment system: 疾病診断群に基づく予見支払い方式)的

な診療報酬制度を導入している<sup>15)</sup>。よく知られているように、DRG-PPSは1983年以来アメリカのメディケア・パートAで導入された、疾病診断の類型に基づく医療費の定額払い方式である。台湾では、出産(自然分娩、帝王切開)、外科手術(虫垂切除など)、婦人科手術、整形外科、泌尿器科手術のそれぞれ一部に適用されている。なお、アメリカでは、DRG-PPSで償還されるのはホスピタルフィーにあたる部分のみであるが、台湾では患者や保険者が支払う医療費はもともとアメリカのようにホスピタルフィーとドクターズフィーに分離していない。従って、償還される金額は実質的には両者を含むものになっており、その点がアメリカの方式とは違う。

第2に、外来診察料の算定式に、「合理量」を導入したことである。「合理量」は、当該病院の1日あたり外来診療件数を事前に予測したものであり、これは前年度の実績、病床数、医師の数を基準に算出される。また、「合理量」が適用されるのは大規模医療機関で、小規模医院には適用されない。「合理量」を越えた病院は、外来診察料の点数が安くなるようになっている。例えば、ある日の外来診療件数が「合理量」以内ならば1件あたり227台湾元(特約薬局で調剤した場合)であるが、「合理量」を超過した場合は、超過分については120台湾元と半額近くになる。なお、山地・離島地区の病院は「合理量」による規制を受けない(行政院衛生署廣告85.12.13健保醫字第八五〇二五六六五號)。

## V 保険財源

全民健康保険の財源には、保険料収入と中央政府による経費の支出がある。

給付に関する費用は、保険料収入でまかなわれる。保険料率は被保険者の月収(標準報酬月額)の6%が上限とされており、現在は4.25%である(全民健康保険法第19条)。

被保険者、保険加入単位(雇用主等)、政府が、

表2 被保険者の分類と保険料負担比率

被保険者 類別	保険対象類別		負担比率 (%)		
	被保険者の法定範囲	被保険者 との続柄	被保険者	保険加 入単位	政府
第一類	1. 公務員, 公職人員 <sup>1)</sup>	本人, 家族	40	60	0
	1. 私立学校教職員 <sup>2)</sup>	本人, 家族	40	30	30
	2,3. 公・民営事業, 機構等で一定の雇用主がある被雇用者 <sup>3)</sup>	本人, 家族	30	60	10
	4,5. 雇用主, 自営業者, 専門職および技術者で開業しかつ雇用者 のない者	本人, 家族	100	0	0
第二類	一定の雇用主がない, あるいは自営業者で職業公会に参加する者, 外国船に雇用される船員 <sup>4)</sup>	本人, 家族	60	0	40
第三類	農民, 漁民, 水利会会員 <sup>5)</sup>	本人, 家族	30	0	70
第四類	軍人の家族 <sup>6)</sup>	本人, 家族	40	60	0
第五類	低収入戸 <sup>7)</sup>	本人, 家族	0	0	100
第六類	1. 名誉国民, 名誉国民の遺族, 行政院国軍退役軍人補導委員会 が受託し遇する大陸滞留の台湾籍前国軍台湾復帰要員 <sup>8) 9)</sup>	本人 家族	0 30	0 0	100 70
	2. 地区人口(第一類~第六類-1にあてはまらないもの) <sup>10)</sup>	本人, 家族	60	0	40

参考: 『社会保険服務叢書 ① 保障您的健保權利 ①』台北 勞動基準雜誌社 1997年 p. 28, 張耀懋『健保備忘録』台北 民生報社 1995年 p. 98, 行政院衛生署中央健康保險局ホームページ <http://www.nhi.gov.tw/chi33-03.htm> 1998年3月10日。

- 注 1) 行政院衛生署八十四年六月二十九日衛署健保字第八四〇三五一九四號函では, 郷(鎮, 市)民代表, 村(里)長, 無職の隣組長の負担比率は第三類のものを準用できるとあるが, 実際には運用されていないようである。
- 2) 政府負担分の保険料は, 当該学校を管轄する政府[中央政府, 省(市)政府]が負担する[全民健康保險法第27条第1項の1の(1)]。
- 3) 政府負担分の保険料は, 中央政府と省(市)政府がそれぞれ半分ずつ負担する(全民健康保險法施行細則第44条)。なお, 省(市)負担については保険加入単位の所在地の行政単位とする(行政院衛生署八十四年六月二十六日衛署健保字第八四〇三四〇五〇號函)。
- 4) 政府負担分の保険料は, 全額省(市)政府が負担する。(全民健康保險法第27条第1項の2)
- 5) 政府負担分の保険料の分担構成は, 台湾省政府管轄地域では中央政府100分の40, 台湾省政府100分の20, 県(市)政府100分の10とし, 行政院直轄市(台北市, 高雄市)では中央政府100分の40, 直轄市政府100分の30とする。(全民健康保險法第27条第1項の3)
- 6) 政府負担分の保険料は, 行政院国防部が負担する。(全民健康保險法第27条第1項の4)
- 7) 第五類の保険料は, 台湾省政府管轄地域では中央政府社会政策主管機關が100分の15, 台湾省政府100分の20, 県(市)政府100分の65を分担し, 行政院直轄市(台北市, 高雄市)では直轄市政府が全額負担する。(全民健康保險法第27条第1項の5, 行政院衛生署八十四年八月二十一日衛署健保字第八四〇四七四二二號函)
- 8) 事実上, 香港など大陸地区から帰還した国民党軍の元兵士を指すものと考えられる。彼らは大陸残留中は「台湾地区と大陸地区の人民關係条例」第27条の規定に基づき, 行政院国防部国軍退役軍人補導委員会から就養給付を受けていた。
- 9) 第6類-1被保険者本人の政府負担分は, 行政院国防部国軍退役軍人補導委員会が負担する。(全民健康保險法第27条第1項の6)
- 10) 政府負担分の保険料は, 全額中央政府が負担する。(全民健康保險法第27条第1項の7)

保険料をそれぞれ分担する(表2参照)<sup>16)</sup>。被保険者の労働市場における立場や収入、身分に応じてそれぞれの負担比率がちがうことが特徴である。特に、高齢者が多い名誉国民(第六類)や低所得世帯(第五類)は保険料を支払う必要がなく、これは社会保険というよりもむしろ医療扶助である<sup>17)</sup>。

保険料を減免する制度もある。高齢者の保険料減免要件は、70歳以上でかつ所得要件として準低所得世帯(「中低所得世帯」<sup>18)</sup>)であることが定められている<sup>19)</sup>。また、台北市と高雄市は独自の制度を設け、65歳以上(台北市在住先住民族は55歳以上)が減免を受ける。さらに、公務員には公務員保険に加入しこの保険料を30年以上支払った「資深公務員(資格が深いという意味)」の保険料を免除するなどの減免措置がある<sup>20)</sup>。

事務経費やキャピタルコストは中央政府予算から支出され、その上限は年間給付支出総額の3.5%である(全民健康保険法第68条)。

## VI おわりに

全民健康保険法は、実施2年後に機構や財源などを中心に見直すとして定めている(全民健康保険法第84条、89条)。同法改正案は、1997年7月23日付で立法院の審議が始まった。主な改正点は、現行の保険者である中央健康保険局の民営化と、民間非営利の保険機構を保険者として認証することである。保険の民営化論争は全民健康保険実施以前からあったが、今後は国営保険から「民営化」と「多元化」の方向で展開することは確実である。

では、全民健康保険は台湾の医療政策にとっていかなる意義を持つのだろうか。

まず、全住民が参加する医療の普遍的サービスが完成した。この帰結には、一般論として住民の医療へのアクセス向上と国民医療費の増大がある。どちらも統計が不十分なため、台湾についての具体的な検証は今後の課題となるだろう。

また、全民健康保険実施に伴い行政院衛生署が医療保険の担当となったことにより、構造的に医療政策と保険政策が一元化され、医療保険が医療政策の中に位置づけられた。今後は、高齢化と慢性病の増大に伴う医療需要の変化と国民医療費の増大に対して、行政院衛生署のリーダーシップで医療基盤整備や医療費政策をどう進めていくかが関心事となる。

しかし、「普遍的サービス」の完成についていえば、全民健康保険制度の細かな点を観察するとそれらの反証となりうる要素も含んでいる。ここでは2点を指摘しておく。

第1に、被保険者を労働市場における価値や身分(軍関係者)に応じて分類している。保険料の算出や政府の補助は、被保険者の収入に加えこうした価値観に基づいている。

第2に、退役軍人や長期勤続公務員の保険料免除など、軍・官の特権が残された。

労働市場重視、軍・官の優遇・特権という特徴は旧保険時代から引き継いだものであり、戦後(または内戦終結後)台湾の社会政策のパターンである<sup>21)</sup>。これは、台湾の政治的・歴史的特質を反映したものとして見るべきであろう。

(平成10年10月投稿受理)

## 注

- 1) 1994年の数字は行政院 1996a p. 142, 1995年は <http://www.nhi.gov.tw/stat/06z-1.htm> 1998年3月10日による。
- 2) 全民健康保険の概説的な紹介に、平石長久 1995、高育仁 1997、石本忠義 1997がある。
- 3) 中央健康保険局のURLは、<http://www.nhi.gov.tw/> (1998年6月現在)である。
- 4) 注意したいのは、改正案では保険者が民営化・多元化されることであり、保険加入単位が保険者となるのではない、ということである(全民健康保険法第二次修正法案第6条)。この点で、日本の組合管掌健康保険と同じになるという誤解が生じないようにしたい。
- 5) 公会とは同業組合を、工会とは労働組合をいう。
- 6) 張智雄 1997a p. 22.



- 7) 低所得世帯は、所得と世帯における就業可能者の比率を基準に、一級～三級に分けられている。世帯所得は最低生活費標準が基準となる(行政院 1989b p. 50, p. 77)。
- 8) 数字は<http://www.nhi.gov.tw/stat/06y1-1.gif> 1998年3月10日による。
- 9) 患者負担といった場合、保険の部分負担や室料差額のほか、我が国では医師などへの謝礼や「お世話料(老人病院の場合)」など、公的統計から見えにくい負担が問題になる(池上直己 J.C.キャンベル 1996 pp. 102-104, 二木立 1992 pp. 198-200)。台湾でも同様の状態であろうとは想像するが、ここでは全民健康保険の制度的な説明が目的なので、部分負担の説明にとどめておく。
- 10) 張智雄 1997a pp. 46-47。
- 11) こうした「患者の知る権利」は、筆者が現地で収集したパンフレットにも強調されている(パンフレットのタイトル例:『關壞心・專業情 醫藥分業 照顧您』行政院衛生署,『有病看醫師 調劑裁藥師』中央健康保險局)。
- 12) 旧保険では、外来診療のレセプト審査を一部免除していた(張鴻仁 楊銘欽 李玉春 1994 p. 239)。
- 13) 数字は、行政院 1997 p. 98。
- 14) 「八十三年十一月二十八日衛生署與醫事服務機構及藥界團體協商全民健康保險藥價基準訂定原則會議決議」。
- 15) 新診療報酬点数表は、1998年1月1日から実施された(中央健康保險局函87.12.27健保醫字第八六〇七六九六五號)。
- 16) 1997年度の保険料総収入における負担者別割合は、保険加入者38.1%、政府29.2%、保険加入単位32.7%(民間雇用主25.9%、政府雇用主6.8%)であり、ほぼ三等分であった。
- 17) 数字は少し古いですが、1987年の低所得世帯の世帯主の平均年齢は一級低所得世帯が70歳、二級が56歳、三級が51歳であり、また低所得世帯認定理由の37.4%が「独居老人」であった(行政院 1989b p. 80, p. 84)。低所得世帯の保険料公費負担は、高齢者福祉の要素が強い。
- 18) 世帯収入が最低生活費標準の2.5倍以下で、低所得世帯よりも多い世帯。
- 19) 70歳以上準低所得世帯の保険料免除者は、<http://www.nhi.gov.tw/chi06-d4.htm> 1998年3月10日によれば1997年5月時点で144,408人である。また、障害者の減免者は311,511人である(/chi06-di.htm)。
- 20) この「資深公務員」に対する保険料免除は、もともと公務員保険で行われていた(公務員保険法第12条)。一方、1993年に行政院は新しい医療保険制度の研究成果として、『我國社會保險制度現況分析及整合

- 問題』を発表した。これは全民健康保険法の立法指針といえるものであるが、その中で「…こんな制度は外国にはないので…廃止するか退職した公務員のみに限定するかした方がいい…」とある(行政院 1993b, p. 130)。しかし、実際には現職と退職者の両方が免除の対象となった。台湾の社会保障制度には、公務員に対する優遇措置が多いのが特徴である。
- 21) 盧政春は、盧政春 1995 p. 209で台湾では福祉が軍人、公務員、教職員に過度に厚く分配されている点を指摘し、これを「軍公教福利」と呼んだ。

#### 参考文献

- 行政院 1989a『我國老人福利法執行成效評估』行政院研究發展考核委員會。
- 行政院 1989b『我國社會救助體系整體規劃之研究』行政院研究發展考核委員會。
- 行政院 1993a『衛生白皮書』行政院衛生署。
- 行政院 1993b『我國社會保險制度現況分析及整合問題』行政院研究發展考核委員會。
- 行政院 1995a『因應我國人口高齡化之對策』台北 行政院研究發展考核委員會。
- 行政院 1995b『中華民國臺灣地區社會指標統計』台北 行政院主計處。
- 行政院 1996a *Statistical Yearbook of the Republic of China*, Directorate-General of Accounting and Statistics, Executive Yuan, Republic of China.
- 行政院 1996b『中華民國政府組織與工作簡介』行政院研究發展考核委員會。
- 行政院 1997『中華民國公共衛生概況』行政院衛生署。
- 周家華 1991『老人問題與老人福利之研究』台北 正中書局。
- 李易駿 許雅惠 1994『全民健保法解讀』台北 月旦出版社。
- 張耀懋 1995『健保備忘錄』台北 民生報社。
- 盧政春 1995『利益團體與社會福利資源分配—透視我國軍公教福利』『臺灣的社會福利：民間觀點』中華民國現代社會福利協會編 台北 五南圖書出版公司。
- 柯木興 1997『社會保險』台北 三民書局。
- 張智雄 編 1997a『社會保險服務叢書① 保障您的健保權利①』台北 勞働基準雜誌社。
- 張智雄 編 1997b『社會保險服務叢書② 保障您的健保權利②』台北 勞働基準雜誌社。
- 梁憲初 冉永萍 1997『社會保險』台北 五南圖書出版公司。
- 張鴻仁 楊銘欽 李玉春 1994『全民健保法入門』台北 泰景。
- 若林正丈 1992『東アジアの国家と社会2 台湾』東京大学出版会。
- 池上直己 J.C.キャンベル 1996『日本の医療』中央公論社。
- 二木立 1992『90年代の医療と診療報酬』勁草書房。
- 平石長久 1995『アジア諸国の社会保障制度』『海外社会保障情報』No. 110。
- 高育仁 1997『台湾社会安全概況についての紹介』『世界

の福祉』No. 40.

石本忠義 1997「医療保障制度改革の国際動向」『週刊社

会保障』No. 1957.

(たかはし・たかし 法政大学大学院博士課程)