

京都大学大学院経済学研究科

Working Paper

J - 6 2

# シンガポールの医療政策

## — 国家主導型政策の成功 —

京都大学大学院経済学研究科

教授 田尾雅夫

博士後期課程 草野千秋

博士後期課程 深見真希

2006年12月

## 1. はじめに

シンガポールは、東南アジアのほぼ中心に位置し、NEISの一つとして、その驚異的な経済発展を遂げた国家である。2001年にはこれまでで最大の不況におちいり、一時は低迷した時期もあるが、かつての勢いを、今は取り戻しつつある。政治的には自由主義的な仕組みを堅持はするが、その運営には相当程度、医療も含めて国家が介入している。

人口は435万人、居住者のみでは355万人である。65歳以上の高齢者の比率は8%であり、わが国の規準でいえば高齢化社会であり、しかもその緒についたばかりである。国土は697.1平方キロメートル(2003年現在)、国土拡張による埋めたてが行なわれているため、毎年少ずつ大きくなっている。

表1 人口統計(1)

人口 (2005.11.2)	
総人口	4,351,400 人
居住者人口	3,553,500 人
人口比率 (2004)	
0~14 歳	20.1%
15~64 歳	71.9%
65 歳以上	8%

出所：Population Trends 2005

基本的に都市国家である。一つの島が一つの国家をなしている。北部には多少の原生林(一部は植物園)を残しながらもほぼ完全に都市化されている。景観をいえば、アパート群が林立しながらも緑地を多く残し、自然環境との調和が図られ、別名「クリーン&グリーン・シティ」あるいは「ガーデン・シティ」といわれている(ただし、下水事情はよいということではあるが、中心部の河川はやはり汚れている)。

チャンギ空港が東南アジアのハブ空港として重要な位置を占めていることでも明らかのように、ビジネスが社会の中心にすえられている。なお、食料などは生鮮食料などを、マレーから移入している。なおマレーとの行き来は自由であるが、感情的にはすれ違いのようなものがある(これは政治的には非常に重要であるが、当面の問題ではない。ただし、マレーを象徴するタイガーに対して、シンガポールはライオンを象徴として用いる。国家意識の高揚を考えれば、非常に微妙な問題ではある)。シンガポールが観光都市としての美しさや、経済的な発展を遂げることができたのは、政府が国土開発や都市計画を中長期的な計画に基づいて推し進めながら、インフラを整備したことが大きい。さらに、強力な国

家主導と小国という利点をいかして、社会情勢（人口増加、経済状況、国民の要望）にあわせて柔軟かつ弾力的に計画を改正し実施できたことも、大きな要因の1つであろう。

中華系が多いといいながら76.2%、他にマレー系13.8%、インド系が8.3%を占め、多民族国家である。国家の成立の背景には特異の事情があるであろうが、分節化されて地域を構成している。たとえばインド系の人たちの多く住む地域があったりするなど、いわゆるサラダ・ボール的である。中華系を中心としながらもそれぞれに発展している。公用語は4カ国あり（中国語、英語、マレー語、タミー語）、国民の半数以上がバイリンガルである。

表2 人口統計(2)

平均寿命 (2004)	79.3 歳
男性	77.4 歳
女性	81.3 歳
民族人口 (2005.6)	
中華系	2,684,900 人
マレー系	484,600 人
インド系	309,300 人
その他	74,700 人
公用語	中国(北京)語、マレー語、タミール語、英語
国語	マレー語
行政用語	英語
識字率 (2004)	94.6%
バイリンガル率 (2000)	56%

出所：Population Trends 2005  
 Monthly Digest of Statistics Singapore 2005  
 Yearbook of Statistics Singapore 2004  
 Census of Population 2000

平均寿命は79.3歳と長い。それは後述するように、国家として保健衛生にさまざまな施策を実施しているからであろう。いわゆる開発独裁によって発展を遂げた。鳥インフルエンザにすばやく対応できたのも、集権国家であるからできたといえなくもない。その医療事情を考えながら、社会全体の仕組みを絡ませながら、制度としての、組織としての医療を、シンガポールを事例として考えるのが、本稿の目的である。

## 2. シンガポールの国家的な医療戦略

高度な医療技術の提供と財政面での効率性を両立させたシンガポールの医療制度は、世界でもっとも成功したヘルスケア・システムの1つであるといわれている。このようにグローバルな評価を得ているのは、政府が早くから、戦略的産業の1つとして医療を育成してきたからである。特に、医療技術と医療サービスは日本と同レベルであるとの評価を受けている。かなり高い医療水準を有しており、1980年代からアジア諸国を中心に、多くの外国患者に医療サービスを提供してきた（経済開発庁：The Economic Development Board）。1990年はじめには、かなりの数に達し、2000年には約15万人の外国人患者がシンガポールで治療を受け、年間3億4500万シンガポールドルの医療費を支出している（シンガポール観光局：Singapore Tourism Board）。2012年にはおよそ100万人、24億シンガポールドルに達するといわれている（The Healthcare Services Working Group: HSWG）。

表3 外国人患者数の目標

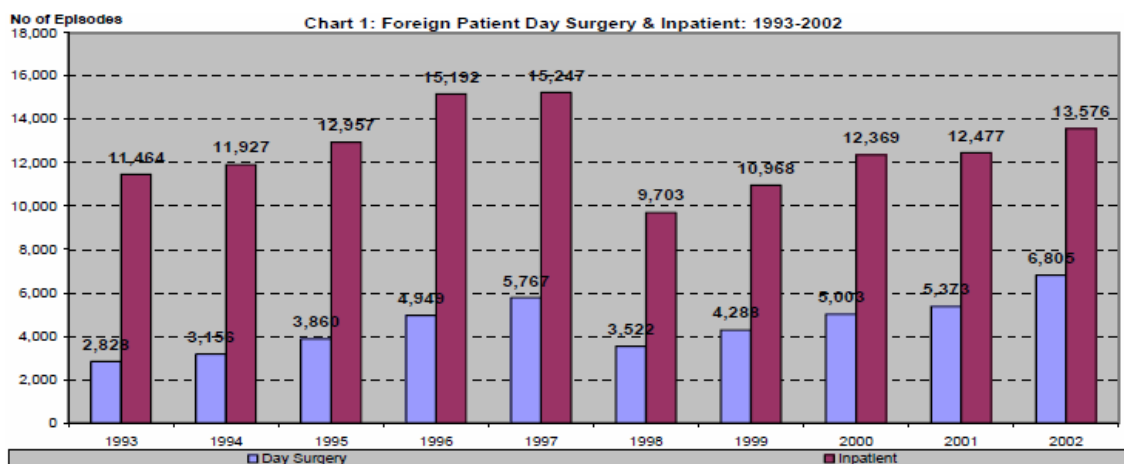
	1996 (実数)	2000 (実数)	2007	2012
外国人患者数(人)	89,000	147,000	500,000	1,000,000
外国人患者支出額 (百万シンガポールドル)		350	1,200	2,400

出所：通産白書、2003

経済開発庁によると、今後、アジアの人口が2050年には56億人に増加し、平均寿命の延長や経済の発展が予測され、この地域で質の高い医療の需要がさらに高まる。つまり、アジアの医療市場が拡大することが明らかなのである。しかしながら、シンガポールの医療サービスが、これまでのようにアジア市場で競争優位を維持するのは難しいのではないかと懸念がある。その理由として次の2点が考えられる。第一に、図1から、外国人患者に対するサービスはこれまで入院が主流であった。しかし近年、日帰り手術数の伸び率が徐々に高くなりつつある。これは、アジア通貨危機を基点として、外国人患者の選択がシフトしつつあることを表している。第二に、シンガポールと比較して物価水準が低いタイなどで、医療技術やサービスが向上し、外国人患者の多くがコストのかからない周辺諸国に急激にシフトしていることがあげられる(図2)。

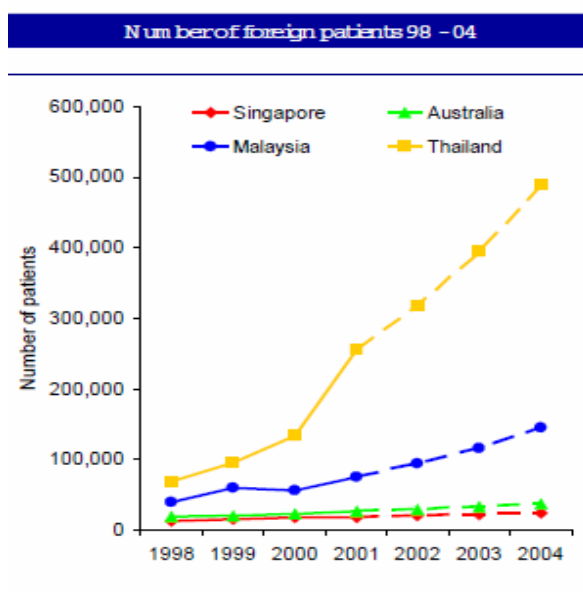
このような状況を危惧し、2003年10月、保健省を中心に政府関係機関であるシンガポール観光局、国際企業庁(International Enterprise Singapore)、経済開発庁によって、シンガポールを「アジアにおける医療のハブ」とすることを目的とした、Singapore Medicineキャンペーンが発表された(自治体国際化協会、2005;大西、2004)。このキャンペーンでは、医療の質を高めより専門的な医療を提供する、多様なニーズに応えるためのClinical

図1 外国人患者の日帰り手術数と入院数(1993-2002)



出所：MOH Information Paper:2003/01

図2 各国の外国人患者の推移(98-04)



出所：Economic Review Committee,2002

Medical Hub と、多くの症例を確保して設備投資や特殊症例への対応を経済的に容易にする、医療費を抑制するための Economic Medical Hub が中心に据えられている(大西、2004)。この政策は、近隣諸国との競争力に対応しようとするものである。2012年までに外国人患者の受け入れを100万人、GDPの1%にあたる26億シンガポールドルの収入を目標に掲げている(自治体国際化協会、2005)。医療を本格的に外貨獲得手段として位置づけ、医療サービスのさらなる強化を目指しているのである。その実現のため、保健省の支援下で、各機関が重要な役割を担っている。

<p>〈 経済開発庁 〉</p> <p>医療関連企業のシンガポールへの投資を促進し、シンガポールにおける医療産業の新たな能力開発に取り組んでいる。</p>
<p>〈 シンガポール観光局 〉</p> <p>旅行会社や医療機関と協力して、観光と医療をセットにしたマーケティングを拡大したり、外国人患者に対するサービスの提供を強化する海外照会の経路を開発したりする役割を担っている。</p>
<p>〈 国際企業庁 〉</p> <p>優れた医師の確保をはじめ、医療従事者の拡充を促進するといった国内の医療産業の育成や発展、医療産業の海外進出を計画している。</p>

出所：自治体国際化協会、2005

一方、国内の医療政策に目をむけてみると、健康や医療費に対する国民一人ひとりの責任を促進することで、公共支出を抑えることに成功している。先進国（アメリカ合衆国を除く）では、医療費の多くを公共支出でまかなっている。WHOによると、シンガポールでは、医療の年間総支出に占める公共支出の割合がおよそ3割強で、先進国の半分程度に抑えられている。公共支出の抑制に関しては、シンガポールの医療システム、なかでも病院システムと医療保険制度の貢献が大きい（4、医療システムで詳しく述べる）。表4は、各省庁の予算比較である。本来は膨大な予算が必要とされる保健省の予算が、かなり抑えられていることがわかる。

国家戦略として推し進められてきたシンガポールの医療政策の成功は、日本においてこれまであまり認識されていなかった。医療に関する政策・制度は国によって異なるため、他国の成功例がそのまま自国に適用できるものではない。しかしながら、現在、日本がかかえる医療問題に取り組むさいに、異なるシステムに関する知識が有益な情報となることは確かである。そこで、以降ではシンガポールの医療システムについて検討する。

シンガポールは、かつてイギリスに統治されていたため、医療においても英国式の影響を多大に受けており、世界でみられる標準的なシステムを有している。医療の受け方（初診）は、世界の中で日本のほうが独自のものを形成している。シンガポールは、スタンダ

ードかつ独自性をもったシステムをつくりあげている。その中でも、日本の医療制度と大きく異なる3点を、プロフェッショナルのレベル（3章）、病院システムの構築（4章）、医療保険制度の確立（5章）について、以降で詳細に検討する。

表4 各省庁の予算比較

Sector/Ministry	Total(2005)\$	(%)
<b>SOCIAL DEVELOPMENT</b>	<b>12,312,282,130</b>	<b>(41.5%)</b>
教育省(Education)	6,165,208,920	(20.8%)
保健省(Health)	1,791,497,460	(6.0%)
国家開発省 (National Development)	1,426,842,370	(4.8%)
環境・水資源省 (Environment and Water Resource)	1,363,464,480	(4.6%)
社会開発青年スポーツ省 (Community Development, Youth and Sports)	1,090,406,400	(3.7%)
情報通信芸術省 (Information, Communications and the Arts)	474,862,500	(1.6%)
<b>SECURITY&amp;EXTERNAL RELATIONS</b>	<b>11,904,661,250</b>	<b>(40.1%)</b>
国防省(Defense)	9,259,000,000	(31.2%)
内務省(Home Affairs)	2,311,819,590	(7.8%)
外務省(Foreign Affairs)	333,811,660	(1.1%)
<b>ECONOMIC DEVELOPMENT</b>	<b>3,896,241,670</b>	<b>(13.1%)</b>
運輸省(Transport)	2,044,950,090	(6.9%)
通商産業省(Trade and Industry)	1,575,241,540	(5.3%)
人的資源省(Manpower)	220,605,540	(0.7%)
Info-Communications Technology	55,444,500	(0.2%)
<b>GOVERNMENT ADMINISTRY</b>	<b>1,567,788,220</b>	<b>(5.3%)</b>
財務省(Finance)	785,951,580	(2.6%)
法務省(Law)	330,950,650	(1.1%)
Organs of State	241,190,200	(0.8%)
首相府(Prime Minister's Office)	209,695,790	(0.7%)
<b>TOTAL EXPENDITURE</b>	<b>29,680,973,270</b>	<b>(100.0%)</b>

出所：THE Budget FOR THE FINANCIAL YEAR 2004/2005

### 3. 医療プロフェッショナルのレベル

シンガポールは、人材を最大の資源と位置づけ、有能な人材を育成するために国家政策として学校教育に重点をおいている。表4からもわかるように、教育費は国防費（31.2%）につぐ、20.8%の歳出となっている。学生は、初等教育から徹底した能力主義のエリート選別が行なわれ、成績によって進路が決められる（自治体国際化協会、2005）。シンガポールの教育水準の高さは、国際教育到達度評価学会(IEA)の実施した調査(2003)で、世界でもトップクラスであることが明らかになっている。授業は英語で行なわれ、大学教育では、MIT やペンシルバニア大学など英語圏の大学との提携が積極的に行われている。

#### 3-1 医師のレベル

医師のレベルは高い。それは2つの相乗効果によるものであろう。シンガポールには、シンガポール国立大学(NUS)に医学部があるのみで、国内唯一の医師養成機関となっている。しかも、能力主義が徹底しているため、大学、特に医学部進学者の基本的な学力は高く、WHOの医大名簿にリストされている。NUSのM.BやB.Sは、イギリスのGeneral Medical Councilで登録資格として、アメリカのECFMG(Educational Commission for Foreign Graduates)でもアメリカの資格試験をとる条件として受け入れられている(シンガポール国立大学、<http://www.nus.edu.sg>)。国内の養成機関が一箇所であるため、欧米の大学で資格を取得した医師を認めており、欧米で専門医の資格を取得している医師が多い。外国人医師も制限はあるものの、他国に比べると積極的に受け入れられている。要するに、世界で通用する資格を保有する医師が多い。

保健省は、海外の有名医療施設を積極的に招致している。たとえば、アメリカのJohns Hopkins大学医学部がんセンターや、Mayo Clinic Stanford大学医学部の施設が病院内に設置されている。シンガポールの医療水準は、医師が国際的なレベルである、海外の一流医療施設との共同事業が推進されているという相乗効果によって高くなっていると考えられる。

医師は、一般医あるいは家庭医(General Practitioner)と専門医(Specialist)に大別される。通常、一般医が日常的な疾病の治療や健康維持管理、予防などを行なう。一般医の治療範囲を超える専門的な知識や治療が必要なときには、専門医を紹介するというシステムになっている。このシステムは多くの国で見られ、日本においても家庭医(プライマリーケア医)の導入が注目されている。

養成機関が1箇所であるため、近年、医師不足が深刻な問題となっている(表5)。その対策として、医学部以外の大卒者を医学部に受け入れたり、これまで制限されていた医学部への女性入学者数を変更したり、あらたな医科大学の新設などが検討され始めている。



これまでも海外で医師資格をえたシンガポール人や外国人医師を受け入れていたが、さらに積極的に受け入れることも考慮されている。

表5 医師および看護師／助産師の数

	2002	2003	2004
<b>医師の総数</b>	<b>6029</b>	<b>6292</b>	<b>6492</b>
Public Sector	2907	3044	3142
Private Sector	2936	2863	2845
Not in Active Practice	186	385	505
Doctor per 1,000 Population	1.4	1.5	1.5
<b>看護師／助産師の総数</b>	<b>18034</b>	<b>18763</b>	<b>19329</b>
Public Sector	9690	10314	10585
Private Sector	4313	4480	4749
Not in Active Practice	4031	3969	3995
Doctor per 1,000 Population	4.3	4.5	4.6

出所：Statistic, Health Facts Singapore 2005, Ministry of Health

### 3-2 看護師

大学には看護学部がないため、看護教育は専門教育（ポリテクニク）の看護学校で行なわれる。3年間の教育課程を終えたあと、国家試験に合格したものは登録看護師となる。最近では、高学歴志向によって、より高度な大学資格のある看護教育を受けるため、欧米の大学へ進学したり、主にオーストラリアの大学の通信課程で学ぶものも多い。しかしながら、シンガポールの看護師は、給与が高い看護師不足の欧米諸国（特にイギリスやアメリカ）へ流出し、シンガポールはアジアでも優秀なフィリピンの看護師が支えている。

このような事態に対応する政策として、雇用訓練庁による「別業種への転換を促すプログラム (Strategic Manpower Conversion Programme:STCP)」がある(厚生労働省、2005)。医療への転換プログラムは、2003年4月にはじまった。医療関係の人材を戦略的に増やすことを目的に、シンガポール市民および永住者で、医療関連の資格をもたないが訓練後に医療機関に就職を希望する者に対し訓練を提供している(労働政策研究・研修機構、2005)。訓練を受けるには、大卒 (Degree) か技術短大卒 (Diploma) の資格を有している、医療機関以外の民間企業に2年以上フルタイムで働いていた、これらのどちらかに該当していることが条件である(労働政策研究・研修機構、2005)。看護師コースは、ポリテクニクのナンヤン技術短大で2年の教育課程を終えた後、すぐに病院へ就職する。医療技術

者も国内に養成機関がなく、海外の資格取得者および外国人が占めていた。このプログラムでは、看護師コースと同様に医療技術者の養成も行っている。

#### 4. 医療システム

医療システムは二重になっている。一方は、パブリック (public system)、他方は、プライベート(private hospitals & general practitioners)である。初診は、そのほとんど80%が私立の開業医 (現在、約1900の診療所がある) に、20%は政府系の診療所 (government polyclinics、17箇所ある) に行く。その後に必要があれば、公立か私立の病院に行くことになる。いわば公立病院と私立病院とに分かれるのである。どちらに行くかは、患者が選択してよい。外来患者の平均診察料は、10S\$から15S\$で、シンガポール人の収入に相応している。政府系のポリクリニックでは、65歳以上、18歳までと児童(School children)は診察料と治療費の75%、他のシンガポール市民は50%が免除される。

現在(04年10月)、国内には29の病院がある。そのうち13が公立で、平均180-2250床、16が私立、平均10-500床である。公立病院のほうが圧倒的に大きい。公立の一般病院は5つある。他に、産科&婦人科、精神科、心臓、神経科といった特殊病院が4つ、それ以外に、眼科、皮膚科、歯科に関する4つのセンターを運営している。心臓外科、腎臓医療、血液学、神経学、腫瘍学、放射線治療、形成外科や再建手術、小児外科、神経外科、移植外科などの重度の専門ケアは、大病院すなわち、シンガポール・ジェネラル・ホスピタル(SGH)とシンガポール国立大学病院の2つに集中している。

##### 4-1 リストラクチャリング

1985年に、当時の国立大学病院でリストラクチャリングが始まり、1990年から1992年にかけて主要な公立病院でも行なわれた。政府は、政府所有の病院を民間企業のように運営するために、7つすべての急性期治療の病院を独立行政法人化し、6つの専門センターを公益法人として再構築した。このリストラクチャリングは、公立病院が、より迅速に患者のニーズに対応できるように、マネジメントに関して自律性や柔軟性を高めることを目的に行なわれた。そのプロセスにおいて、企業会計システムが導入され、オペレーティング・コストの実体を把握し、財政の抑制やアカウンタビリティが可能になった。再構築された病院は、非営利組織のように運営されている。

再構築された病院は、あらたに政府企業であるHealth Corporation of Singapore(HCS)のもとで、独立した機関として自立的な運営が可能になった。だが、最も重要な課題である外部との統合が行われておらず、これらの病院をまとめることが必要となった。2000年

にリストラクチャリングが完了したときには、ポリクリニックがかなり拡大していた。そこで、病院とポリクリニックを2つにクラスター化することになった。2001年、保健省は公立病院をシンガポールの西側と東側の2つに分類した(表6)。西側はNational Health Group(NHG: <http://www.nhg.com.sg>)が運営し、これにはシンガポールで唯一の大学病院であるシンガポール国立大学病院が属している。東側はSingapore Health (Singhealth: <http://www.singhealth.com.sg>)が運営している。患者も含めて、狭い地域で資源を奪い合うことは、むしろ資源の浪費になる。この政策は、それぞれのグループで、資源の融通などを行なうことで、ハイコストの医療と効率的なサービスの発給につなげたいという制度改革である。シンガポールでは、このようなクラスターによって病院間の協力体制やネットワークが高まり、効率的な医療システムの発展が実現している。

表6 NHG と Singhealth に属する主要病院と病棟クラス数

病院	病棟クラス						
	A	B 1	B 2 +	B 2	C	I C U	Total
<b>National Healthcare Group (NHG)</b>							
Tan Tock Seng Hospital	86	205	144	264	515	100	1314
National University Hospital	133	148	95	309	78	172	935
Alexandra Hospital	9	36		113	201	34	393
Woodbridge Hospital	46	64		212	2498	36	2856
<b>Total for NHG</b>	<b>274</b>	<b>453</b>	<b>239</b>	<b>898</b>	<b>3292</b>	<b>342</b>	<b>5498</b>
<b>Singapore Health Services (Singahealth)</b>							
Singapore General Hospital	165	294	45	647	134	231	1516
Changi General Hospital	56	202	89	155	260	39	801
Kandang Kerbau Woman's Children's Hospital	59	230	120	209	122	158	898
<b>Total for Singahealth</b>	<b>280</b>	<b>726</b>	<b>254</b>	<b>1011</b>	<b>516</b>	<b>428</b>	<b>3215</b>

出所：WHO,2003

一方、私立病院は、公立と比較すると専門性が少なく規模も小さいが、公立ができないサービスを提供することで、より良い医療を受けることができるようになっている。政府は、急性期総合病院の高額ケアを必要としない回復期患者や老人のために、中間医療を提供するコストの低いコミュニティ病院を導入している。特に、老人医療サービスは、ボランティア・ウェルフェア組織(VWOs)が運営し、政府が財政支援を行なっている。さらに、急速な人口高齢化で高まるニーズに取り組むために、1997年 IMC(Inter-Ministerial

Committee on Health Care for the Elderly)が設立された。ここでは、個人や家族、コミュニティ、国が長期的なケアに余裕をもち、なおかつ老人に十分な医療を提供する政策や戦略を実施している。

以下では、公立病院と私立病院のシステムの違いを比較する。

#### 4-2 クローズドシステム

公立病院は日本の総合病院と同じシステムをとっており、ひとつの病院で検査から治療、入院まで全ての診療プロセスを提供し、治療費は一度で支払うことができる。医師はそれぞれの病院に所属している公務員である。公立病院を受診するには、一般医から紹介をうけるか、個人で予約を入れる。公立といっても、シンガポールの病院はどこも新しく改築され、非常に広いスペースを利用していることから、日本の病院のイメージと違って「ホテル」に近い。病室に関しては患者が病棟クラスの中から選択でき、クラスによって政府補助金は異なる（表7）。

表7 病棟別の補助金（クラスの床数は病院によって異なる）

病棟クラス	政府の補助金
ClassA（個室か2床）	0%
ClassB1（4床）	20%
ClassB2+（5床）	50%
ClassB2（6床）	65%
ClassC（9床）	80%

WHO,2003

公的医療の目的は、低所得者に医療を提供すること、医療技術と医療料金の基準を示すことにある。公立病院は政府によって医療費が規制され、政府は1999年10月にオーストラリアのDRGに基づくモデルを独立行政法人化した公立病院に導入している。

#### 4-3 オープン・システム

私立病院は日本ともっとも異なる構造になっている。日本では多くの医師が勤務医としてひとつの病院に所属しているが、シンガポールの私立病院は、会社が病院を経営し、オープン・システムを採用している。各専門医は病院内の施設をテナントとして借り受けて

クリニックを開業しており、日本のショッピングモールに例えられることが多い。検査や処置、入院が必要な時は病院の施設を借りて行う。また、各クリニックのスタッフは医師が直接雇用し、運営や診療方針も全てその医師に委ねられている。これらの専門医は独立した開業医と考えるとわかりやすい。

一方、病院側は場所と設備を提供するとともに、緊急時に備え、常時緊急医と看護師を待機させている。従って、支払いの際は、病院設備の使用料、薬代などは病院に、診察料、治療費などは担当医に別々に支払うことになる。公立病院に対して、私立病院や診療所は自由診療の出来高払いであったが、2002年には、公立病院と同じように DRG に基づくキャップ制が導入されている。

## 5. 医療保険制度

シンガポールの福祉政策は、自助の原則、互助の原則、間接的援助の原則という3つの原則のもとで行なわれている（自治体国際化協会、2005）。強制的な社会保険制度はなく、医療費は中央積立基金(Central Provident Fund; CPF)といわれる強制的な社会保障貯蓄制度で賄われている。基本的に、老後の生活や医療費は国民の自助が前提になっている。1955年に発足した CPF は、この自助の原則にしたがって老後の生活資金を自らの口座に強制的に貯蓄させ、これを中央積立基金庁（Central Provident Board）が運営するというシステムである。この制度は、日本のような「賦課方式」の社会保険ではなく、完全な積立方式である。この基金は、その後、老後の資金だけでなく住宅購入や投資、医療費や医療保険への支払いにあてられるようになった。この CPF の医療資金は、シンガポールの医療保険制度 MAS へと発展していった。

### 5-1 中央積立基金（Central Provident Fund; CPF）

CPF は、労働者の老後生活資金のみならず医療、住宅ローンなどの資金確保にも利用される多目的社会保障システムとして、1955年に創設され、雇用主および従業員の双方に積立が義務付けられている。拠出金は、年齢と所得に応じて使用者と本人が負担する。給与に対する CPF への拠出率は、創設以来何度も見直されている（表8）。

拠出金は以下の3種類の口座に分けて積み立てられ、積立金には年2.5%以上の利子が法律で定められている。この積立金および利子収入はともに非課税である（自治体国際化協会、2005）。加入者は55歳になれば積み立てたお金を引き出すことができ（ただし、トータルで最低3万5400Sドルは万一の場合に備え留保しなければならない）、55歳以前でも口座ごとに定められた利用目的に応じて引き出すことができる（CLAIR REPORT、1998）。

① 普通口座 (Ordinary)

被雇用者の給与から CPF に積み立てられた 33%のうち、22%は普通口座に積み立てられる。住宅購入、政府に認可された投資、保険、教育費および両親の退職金口座の積み立てのために引き出すことができる (CLAIR REPORT、1998; 自治体国際化協会、2005)。

② メディセーブ (Medisave) 口座

6%(年齢によって積立額は異なる)はメディセーブに積み立てられる。加入者やその直系親族の入院費や医療保険費のために引き出すことができる (CLAIR REPORT、1998 ; 自治体国際化協会、2005)。

③ 特別口座 (Special)

5%が特別口座に積み立てられる。定年後または不慮の事態に備え留保される (CLAIR REPORT、1998 ; 自治体国際化協会、2005)。

表 8 CPF の拠出率の変化

	雇用者 (%)	被雇用者 (%)
1955	5	5
1970	8	8
1975	15	15
1980	20.5	18
1984	25	25
1990	16.5	23
1994	20	20
1999	10	20
2001	16	20
2003	13	20
2005	13	20

出所 : Central Providence Fund Board

CPF の拠出は、不況時には人員削減の一因になるほど使用者にとって負担が重いのである。拠出率は 1994 年以来、雇用主、従業員ともに月収の 20%だった。雇用者拠出率は、1997 年のアジア経済危機の対策の一環として企業コストの軽減を図るため、1999 年 1 月に、20%から 10%に引き下げられた。その後、段階的に 16%まで戻されたが、2005 年には 13%になっている。CPF の拠出率は、景気の動向や社会情勢によって、柔軟に変動している (表 8)。また、従業員の年齢が増すごとに拠出率が逡減する仕組みになっているのは (表 9)、年齢の高い労働者の雇用を促進するためである。

表9 CPF 年齢別拠出率

年齢	雇用主 拠出率	被雇用者 拠出率	合計	一般	メディセーブ	特別
35歳以下	13%	20%	33%	22%	6%	5%
36歳以上 45歳以下	13%	20%	33%	20%	7%	6%
46歳以上 50歳以下	13%	20%	33%	18%	8%	7%
51歳以上 55歳以下	9%	18%	27%	12%	8%	7%
56歳以上 60歳以下	6%	12.50%	18.50%	10.50%	8%	0%
61歳以上 65歳以下	3.50%	7.50%	11%	2.50%	8.50%	0%
66歳以上	3.50%	5%	8.50%	0%	8.50%	0%

出所：Central Providence FunBoard,2006

自治体国際化協会、2005

## 5-2 MSA(Medical Savings Account)制度の導入

シンガポールでは、基本的に医療費は個人が責任をもつ。政府はその手助けをするにすぎないという政策のもとで、政府の補助金と個人負担の組み合わせを基盤とした医療保険制度が整備されている。MSAは、1984年4月に「国民保健計画」の一環として発足した非課税の医療貯蓄口座制度である。先に述べたCPFのメディセーブ口座がこれにあたる。医療費の財源は、税による補助金、企業の福利厚生、メディセーブ、メディシールド、民間保険、および自己負担で賄われている。この制度は、諸外国において注目されており、アメリカでは1996年の医療制度改革法でMSAの導入を開始している（川渕、2002）。

### 〈 私的財源 〉

#### (1) メディセーブ(Cheong, 2004)

1984年に導入された医療のための強制的貯蓄制度である。シンガポール国民および永住者は、CPFの一部として自動的に給与から控除され、積み立てられる。加入者は、シンガポールの人口のおよそ85%である。その積立金は、加入者やその家族の医療費として引き出すことができるが、支払い内容に制限がある。メディセーブの医療サービスは、高額で標準化されていない医療、および外来医療は原則的に対象外とされている。口座を使用する際、一定の自己負担があり、すべての医療をまかなうことができない。個人が健康で医療費として消費しない残高は資産となる。このような条件は国民が無駄な医療費を削減するための健康維持へのインセンティブになっている。ただし、費用が積立額を超えた場合は、口座は赤字となり、ローンで返済しなければなら

らない。

(2) メディシールド(CLAIR REPORT、1998 ; 川渕、2002 ; 自治体国際化協会、2005)

メディセーブは、高額な医療や長期疾患には対応できない。これを補完する制度として、1990年に低価格の高額医療保険としてメディシールドが創設された。メディセーブが強制加入であるのに対して、メディシールドは任意加入で、雇用主の拠出金がない。保険料は年齢に応じて上昇し、保障金額により年間12Sドルから132Sドルに分かれ、メディセーブ基金から支払うことができる。現在、メディセーブ加入者はメディシールドへ自動的に加入する仕組みになっていて、その掛け金の一部はメディセーブ口座から自動的に引き落とされる。

(3) メディシールド・プラス (CLAIR REPORT、1998 ; 川渕、2002)

1994年7月に導入されたこの制度は、メディシールドよりも高額な医療を使用する、公立病院の上クラスの病棟(AやB1など)や私立病院への入院を対象とする任意保険である。メディシールドや、メディシールド・プラスは加入に年齢制限があり、70歳までに加入し、75歳まで給付をうけることができる。したがって、75歳以上の高齢者は対象外であるし、対象外の医療サービスもある。

(4) 民間保険

外来医療の多くはメディセーブの対象外であるため、企業は福利厚生の一部として、従業員の医療費を援助している。企業から医療保険を受けるには、雇用関係が必要である(メディシールドやメディシールド・プラスは雇用にかかわらない)。民間保険の加入者はメディシールドやメディシールド・プラスに加入できるが、医療費の支払いには民間保険が優先される。民間保険の給付額も医療費を越えることはない。また、CPF加入者は保険料をメディセーブ口座から支払うこともできる。

〈 公的財源 〉

(1) 税による補助金(taxation subsidies)

政府は、公的な病院および健康促進の財源として、税収から補助金をだしている。これは、年間のヘルスケア総支出のおよそ3割にあたる。

(2) メディファンド(Medifund)

メディファンドは、政府の支出による生活困窮者の医療費を補助するための基本財源である。1993年4月に導入され、一定の病院や医療機関で受けた医療費の支払いができない患者に支給され、メディセーブやメディシールドに加入できない低所得者に対するセーフティーネットになっている。メディファンドは、公立病院、独立行政法人化された病院、医療機関の標準的な医療入院に利用できる。また、専門外来診療所の患者も利用できる。ただし、全ての病院にはこの利用方法を検討するメディファンド委員会が設置され、受給資格の有無は、申請時に財政状況を調査して決定する。



表 10 「3M」の導入経過

1984年	MSA制度の導入（メディセーブ）
1990年	メディシールドの導入
1993年	メディファンドの導入
1994年	メディシールド・プラスの導入

### 5-3 小括

政府の医療政策の軸となっているのは、「3M」といわれるメディセーブ、メディシールド、メディファンドである（表10）。政府は、医療費の財政負担の回避、入院医療費の抑制を目指した政策を推進し、この3M制度の確立によって個人に自己負担を課し、医療財源に自己資金を優先させることに成功した。

経済状況によっては、CPFの拠出が雇用者に負担となることがある。シンガポールは、外貨導入政策と経済発展によって今日の繁栄を成し遂げた。つまり企業の維持、発展が国家の将来を担っている。したがって、CPFの拠出率の変化（表8）からわかるように、企業拠出金は景気の動向に対応し、企業に配慮した形になっている。

2001年には企業は最大の不況に陥った。それに対処する新たな医療保険として、転職・失職した場合でも医療保険の対象になり、同時に雇用主が節税できるポータブル型医療保険制度が2004年4月に導入された。雇用主が「ポータブル型医療福利スキーム(Portable Medical Benefits Scheme=PMBS)」および「移動型医療保険スキーム(Transferable Medical Insurance Scheme=TMIS)」のいずれかを選択できるようになっている。シンガポールの医療保険制度は、現行の制度に柔軟で、なおかつ必要に応じて新しい形態が導入され、いままも発展をつづけている。

## 6. 今後の課題

シンガポールは、独立後、数十年で驚異的な発展をとげ、いまや先進工業国の1つといわれている（自治体国際化協会、2005）。これまでのところ、国内政策も十分な成果をあげている。一般に、福祉政策において自助努力を要請する国家主導型体制は、国民の不満を招きやすい。にもかかわらず、シンガポールでは国民が十分な理解を示し、政府への信頼が厚い。それは、1つには政府が政策を策定し実施するさいに、長期的な視野にたって、将来の方向性やビジョンを明確にし、国民へ周知させているからである。もうひとつは、

リー・クワンユー首相（1959年～1990年）の長期安定政権のもと、貧困から脱出し国家が繁栄したため、国民の不満が少なく、彼の政策を引き継いだ後継者である現首相のもとでも、様々な政策が一貫した方針で実施されている。

しかし、社会全体、とりわけ医療をとりまく環境が少しずつ変化しはじめている。それにともない、医療政策に関して、今後新たな課題に直面することが推測される。

第一に、これまで社会を支えてきたシンガポール人の約76%が中華系である。彼らは儒教精神にのっとり、親の扶養や親族への互助精神、なによりも自らの自助意識が高かった。しかし新しい世代は、国策によって欧米の影響をつよく受けている。少子高齢化の問題もある。1990年には平均寿命75.3歳、65歳以上の全人口に対する割合は6%であったが、2004年には79.3歳、8%と高齢化が加速している。その一方で2003年には合計特殊出生率が1.25%と少子化も進んでいる。自助、互助精神の変化、少子高齢化による労働力人口の減少が、自助、互助、間接的援助の三原則に則った福祉政策に与える影響は少なくないだろう。

第二に、人材はシンガポールの貴重な資源であるため、教育政策にかなり重点をおいている。それがシンガポールの発展に寄与してきたのだが、高学歴化によって所得格差が拡大している。また、優秀な人材の海外流出も多くなっている。同時に、女性の高学歴化がすすみ、社会進出を促進している。これらは、老後や医療費に関する貯蓄の差を拡大し、親の扶養に支障をきたすおそれがある。したがって、医療政策の根幹に関わる問題になる。

第三に、医療に関しては、医師をはじめとする医療従事者の不足、外国人患者のために設備やサービスを向上させた私立病院による医療費の高騰といった問題がある。これらが相まって、公立と私立の病院で医師と患者の需給がアンバランスになり、公立病院の専門医の負担が大きくなっている。対外的には外貨獲得手段として医療サービスを「アジアにおける医療のハブ」とすることを目指しているが、近隣諸国も追いつきつつある。

これらの課題は、現状では大きな問題ではないが、今後の医療政策で考慮しなければならないだろう。シンガポール政府は、常に中長期的な視点で国の将来を見据えた計画を策定し、必要があれば適時修正を行い、国民を今日の繁栄に導いてきた。楽観的な見方をすれば、これらの課題に対して現時点で必要な対策は検討されている。しかし、これまでのような医療の成功を維持・発展させるには、国内外の変化に対して、今後、適時どのような政策をうちだすかに左右されるであろう。

## 【参考文献】

- 大西洋一、「シンガポールにおける医療ビジネスの動向」、『月報』2004年8月号、シンガポール日本商工会議所
- 川渕孝一、「医療改革」、東洋経済新報社、2002
- CLAIR REPORT 177号、「シンガポールの福祉政策」、財団法人自治体国際化協会、1998
- CLAIR REPORT 240号、「シンガポールの都市計画」、財団法人自治体国際化協会、2003
- シンガポールの政策（2005年改訂版）、財団法人自治体国際化協会
- 経済産業省編、「通産白書〈2003〉」、経済産業調査会、2003
- 労働政策研究・研修機構、「アジア諸国における職業訓練政策－若年層を中心に－」、労働政策報告書、No.29、2005
- State of Health 2001－The Report of the Director of Medical Service, Ministry of Health Singapore, 2002
- Population Trends 2005*, Singapore Department of Statistics, 2005
- Monthly Digest of Statistics Singapore 2005*, Singapore Department of Statistics, 2005
- Yearbook of Statistics Singapore 2004*, Singapore Department of Statistics, 2004
- Census of Population 2000*, Singapore Department of Statistics, 2001
- Leslie Khoo, *Trends in Foreign Patient Admission in Singapore*, MOH Information Paper Year 2003/01, Ministry of Health
- Leslie Khoo, International Comparison of Key Healthcare Utilisation Trends, MOH Information Paper Year 2004/04, Ministry of Health
- Subcommittee on Service Industries, *ERC Report: Developing Singapore as the Healthcare Services Hub in Asia*, Ministry of Trade and Industry, Singapore, 2002
- THE Budget FOR THE FINANCIAL YEAR 2004/2005*, Ministry of Finance Singapore, 2004
- International Association for the Evaluation of Education Achievement(IEA), Trends in International Mathematics and Science Study(TMSS) 2003', 2004
- ECONOMIC SURVEYS SERIES, Year 2003*, Ministry of Health, 2005
- Cheong, LN, M, *Medical Savings Accounts in Singapore: The Impact of Medisave and Income on Health Care Expenditure*, 2004
- ( [http://www-econ.stanford.edu/academics/Honors\\_Theses/Theses\\_2004/Cheong.pdf#search='Medical%20Savings%20Accounts%20in%20singapore'](http://www-econ.stanford.edu/academics/Honors_Theses/Theses_2004/Cheong.pdf#search='Medical%20Savings%20Accounts%20in%20singapore') )
- Cities and Health Advisory Task Force Meeting: Organization and Management of Health Services in Large Cities*, World Health Organization, 2003
- Healthcare Sector: A beneficial of improving conditions, Singapore Eruity Research, 2004, DBS Vickers Securities ( <http://www.dbsvickers.com> )

Health Market Review: The Singapore health system – achieving positive health outcome with low expenditure, Watson Wyatt, 2004

( <http://www.watsonwyatt.com/europe/pubs/> )

【参考資料】

シンガポール政府 保健省 <http://www.moh.gov.sg>

シンガポール政府中央積立基金庁

[http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=mbr\\_gi\\_a.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=mbr_gi_a.asp)

シンガポール政府 観光局 <http://app.stb.com.sg/asp/index.asp>

シンガポール国立大学 <http://www.nus.edu.sg>

シンガポール政府 経済開発庁 [http://www.edb.gov.sg/edb/sg/en\\_uk/index.html](http://www.edb.gov.sg/edb/sg/en_uk/index.html)

シンガポール政府 国際企業庁 <http://www.iesingapore.com/wps/portal>

シンガポール政府 教育省 <http://www.moe.gov.sg>

独立行政法人 労働政策研究所・研修機構 <http://www.jil.go.jp/foreign/index.html>

日本貿易振興機構 [http://www.jetro.go.jp/world/asia/sg/basic\\_01/](http://www.jetro.go.jp/world/asia/sg/basic_01/)

世界銀行 <http://www.worldbank.org/>

アジア開発銀行 <http://www.adb.org/>

世界保健機構 <http://www.who.int/en/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/05/dl/tp0512-1a38i.pdf>