

健保連海外医療保障

No.124 2019年12月

■特集：アジア諸国の公的医療保障制度・介護保障制度について①

- 中国
中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度 片山 ゆき
- 台湾
アジアの公的医療および介護制度—台湾— 小島 克久
- シンガポール
シンガポールの医療保障と介護保障（上） 菅谷 広宣

健保連海外医療保障

No.124 2019年12月

中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度

株式会社 ニッセイ 基礎研究所
保険研究部 准主任研究員
片山 ゆき
Katayama Yuki

中国の社会保障制度は、急速に進む高齢化と並行して、制度の試験導入や整備が進められている。医療保険制度、介護保険制度はいずれも2020年に皆保険を目指しているが、医療保険は1951年の導入以降70年という時間的な余裕があったのに対して、介護保険は2016年の政府の導入発表以降、制度構築に残されているのはわずか4年である。近年、社会保険導入までの時間的コストの短縮や、社会保障に関する財政支出の急増を背景に、民間保険会社が制度の運営の一部を引き受けており、社会保障体系の公私ミックスにおける「私」の役割は日本よりも大きいといえよう。

1. 中国の公的医療保障制度について

(1) 制度の概要

1) 歴史的背景

1949年の中国建国以降、中国共産党は、都市部のみならず、農村部も広範にカバーする医療・公衆衛生制度を構築しようとした。都市部の労働者には労働保険医療（1951年導入）、国家公務員には公費医療（1952年導入）、農民には合作医療（1960年導入）という3つの制度でほとんどの国民をカバーする医療保険制度を導入した。しかし、1980年代に、改革開放政策が導入されると、中国の医療保険制度は大きく変化した。決定的であったのは、医療保険を支えてきた都市部の国有企業や政府機関と農村の人民公社が解体されたことである（飯島・澤田2010）。これによって、医療は基本的に市場原理のもとで提供されるようになり、都市部の富裕層が受けることができる高額なサービスとなってしまった。特に、農村の状況は深刻で多

くの農民は無保険の状態に置かれた。

このような状況の下、「看病難、看病貴」（医療へのアクセスが難しく、医療費が高額であること）の問題は、21世紀初めの中国において最大の社会問題となった（沈・澤田2016）。医療問題が顕在化する中で、1998年には国有企業改革に併せて都市部の就労者を対象とした制度（労働保険医療）は、都市職工基本医療保険として整備され、1993年にはこれに公費医療も加わった。

一方、2003年には広東省を震源地とするSARS（重症急性呼吸器症候群）が発生、流行がグローバル化したことから、特に農村部で医療保険制度や公衆衛生の体制が整っていない状況を世界に露呈してしまった。SARSの発生と同じくして政権を引き継いだ胡錦濤主席は、2003年、医療保険制度のあり方を見直し、国庫負担を導入した新型農村合作医療保険への移行を発表している。

また、胡錦濤政権は2004年以降、「社会主義和諧社会の構築」をスローガンに、経済の高度

成長に伴う格差の是正、社会的な安定を目指し、社会保障制度改革はその一端を担うことが期待された。社会保障制度間における格差是正を目標に、2007年には都市の非就労者を対象とした都市住民基本医療保険が導入され、2016年には、上掲の新型農村合作医療保険と統合し、都市・農村住民基本医療保険となった。

中国は2020年までに皆保険の実現を目指しているが、当初導入された1951年から考えるとおよそ70年という時間をかけて制度を整備していることになる。

2) 制度運営

中国の公的医療保険制度は、本人の戸籍（都市戸籍・農村戸籍）や、就業の有無によって大きく2つに分類される。都市で働く会社員などの被用者（都市で働く農村戸籍保有者も含まれる）、自営業者、公務員は、都市職工基本医療保険に加入する。日本とは異なり、被保険者に扶養されている家族は被扶養者としての加入資格はなく、別途、都市・農村住民基本医療保険に加入する必要がある。

また、当該市の戸籍をもち、都市職工基本医療保険に加入していない高齢者¹⁾、非就労者、学生・児童、農村部住民は、都市・農村住民基本医療保険に加入する。

財政方式は、保険料方式を採用し、当年の給付を当年の税金と保険料で賄っている。都市職工基本医療保険の保険料は、就労者の賃金をベースに定率で徴収され、都市・農村基本医療保険の保険料は、各地域が定めた保険料（定額）を納付することになっている。

国民皆保険の定義も、全ての国民が何らかの医療保険に加入できる制度を構築するという点では日本と同義であるが、中国では、加入に強制と任意が並存しているのが大きな特徴である。都市で働く会社員は加入が義務づけられているが（強制加入）、都市の非就労者・農村住民は任意加入となっている。公的医療保険制度の被保険者数（2018年）は合計12億1,417万人であり、そのうち、任意加入である都市・農村住民基本

医療保険の加入者は73.9%を占める8億9,736万人となっている²⁾。つまり、公的医療保険制度でありながら、およそ7割は任意加入者で占められていることになる。

運営について、医療保険制度の全体的なモデル設計は、主務官庁である国家医療保障局が行っている。一方、保険料の徴収、財政（基金）の管理、給付内容の決定や改定といった実質的な制度の運営部分については、各地域で分立して行う。よって、日本のフリーアクセスとは異なり、自身が保険料を納めている地域（市）を跨いで、別の地域で受診する場合は原則全額自己負担となる。運営は、各地域に設置された社会保険機構が担うが、2019年以降、社会保険料の徴収漏れ防止として、地域によっては税務局が保険料の徴収を行っている。

(2) 財源

1) 保険料負担

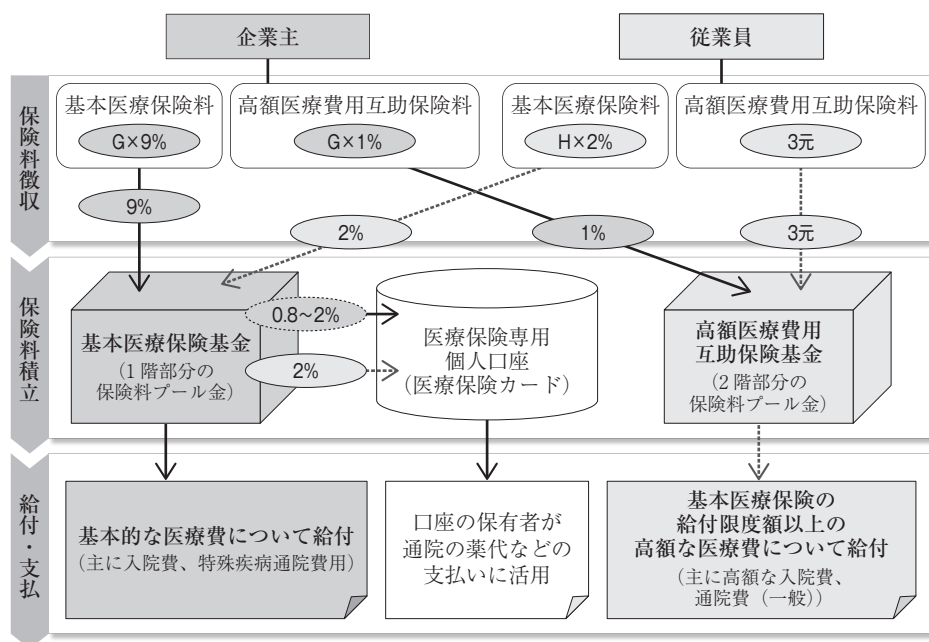
都市職工基本医療保険の保険料は労使折半ではなく、企業主の負担が重い設定となっている。1階部分にあたる基本医療保険の保険料は、企業主が従業員の賃金総額の8%、従業員が（本人の）前年の平均賃金の2%を負担する（図1）³⁾。

従業員が負担する保険料の算出に際しては、その基数となる前年の平均賃金について、上限と下限が設けられている。上限は管轄地域（市）の前年の平均賃金の300%、下限は管轄する地域の前年の平均賃金の60%となっている⁴⁾。2階部分にあたる高額な医療費給付を対象とした医療保険については各地域でそれぞれ定めている。

企業主が負担した基本医療保険の保険料は、各地域で専用の基金（基本医療保険基金）で積み立てられ基礎的な給付に充てられる。従業員が負担した保険料は医療保険専用の個人口座で積み立てられ、通院の際の薬代などに充てることができる。2階部分の保険料については、各地域で別途基金（高額医療保険基金）で積み立てられ、高額な医療費の給付に充てられる。

一方、都市・農村住民基本医療保険の保険料は、地方政府がそれぞれ年齢等の基準に応じて

図1 北京市における都市職工基本医療保険の保険料負担（在職者の場合）



(注1) G: 従業員の賃金、H: 従業員(本人)の前年の賃金

(注2) 高額医療保険基金の名称は、地域で異なっている。

出所: 北京市基本医療保険関連規定より作成

決定している。被保険者は1年間に1回、決められた期間中に年額の保険料を納付する。また、市・区の財政から一定額の補助が拠出される。保険料と財政補助は、都市・農村住民基本医療保険を目的とした基金（都市・農村住民基本医療保険基金）に積み立てられ給付に充てられる。なお、都市職工基本医療保険の基金とは分離されている。

高額な医療費の給付を目的とした大病医療保険の保険料は、地方政府と事務手続きなど運営を引き受けた民間保険会社が定め、都市・農村住民基本医療保険基金から一定額を転用して給付される。都市職工基本医療保険とは異なり、保険料は別途徴収していない地域が多い。

都市職工基本医療保険では、所得に応じて保険料を課しているため、所得の格差を是正する再分配機能の役割は一定程度果たされている。しかし、都市・農村住民基本医療保険では、年

齢に応じて一律の保険料となっており、必ずしも同様の機能を果たしてはいないといえよう。

2) 公費投入・保険種別の収支

都市職工基本医療保険の収入は、保険料、中央（国）・地方政府の財政補填、その他の収入によって構成されている。表1は2018年の各地域で運営される医療保険基金の収入、支出およびその収支残高を全国で合計したものである。

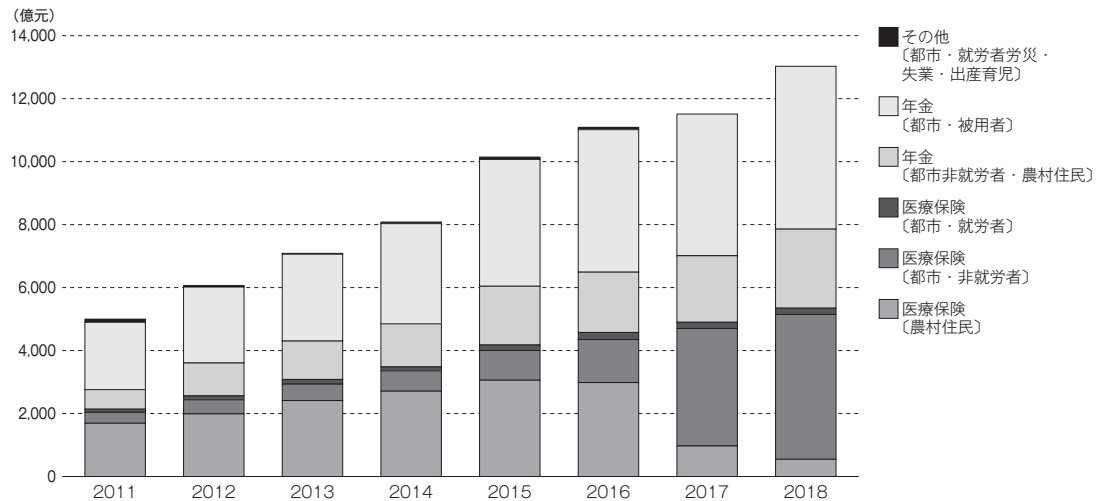
医療保険制度の財源は、保険料、国からの財政負担、利息収入等で構成されている。都市職工基本医療保険をみると、保険料収入が全体の95.6%を占め、保険給付にあたる支出分を保険料で賄っている状態となっており、収支は黒字となっている。ただし、収支を全国ではなく、制度を運営する各市単位で見た場合、地域によっては赤字が発生している可能性が高く、財政補填も0.6%拠出されている。

表1 医療保険ごとの収支状況

		都市職工基本医療保険		都市・農村住民基本医療保険	
		億元	構成比	億元	構成比
収入	収入総額	13,359		7,968	
	保険料	12,777	95.6%	2,487	31.2%
	国・地方政府からの財政負担	79	0.6%	5,374	67.4%
	利息収入	382	2.9%	79	1.0%
	その他	121	0.9%	28	0.4%
支出	支出総額	10,483		7,263	
	保険給付	10,483	100.0%	7,201	99.1%
	その他	0	0.0%	62	0.9%
収入・支出差引残		2,876		705	
年末基金残高		18,569		4,803	

出所：中国財政部決算より作成

図2 各社会保険基金・保険への財政支出（国からの財政移転を含む）



出所：中国財政部決算より作成

一方、都市・農村住民基本医療保険では、収入のおよそ7割が財政補填で支えられている。保険料収入のみでは制度を支えることができず、財政補填がなければ収支は大幅に赤字となる。保険料が相対的に少額であるため、1階部分の給付内容も都市職工基本医療保険よりも狭く、基金の規模自体も小さい状態にある（（3）給付内容にて説明）。しかし、加入者数は公的医療保険制度全体のおよそ7割にあたる9億人と多く、高齢化が進めば、財政へのインパクトはさらに大きくなる。また、高額な医療費の給付

をする大病医療保険の財源を兼ねていることから、今後、中央・地方両方からの財政負担が高まる可能性は高いといえよう。

では、中央・地方による財政負担はどのように推移しているのだろうか。中国では、社会保障に関する経費は、その多くが中央から地方への財政移転と、地方政府による管轄地域の経済状況に基づいた補填や財政支出によって運営されている。

医療保険の財政移転は、直近の5年間でもおよそ2倍に膨らんでいる（図2）。その内訳を

みると、都市・農村住民基本医療保険が大部分を占め、都市職工基本医療保険の財政移転はごくわずかとなっている。2016年には、都市の非就労者と農村住民の制度統合に伴って見直されたこともあるが、今後は、これに少子高齢化の影響が加わり、財政への圧力はより一層高まるであろう。

(3) 給付内容

都市職工基本医療保険の給付の構造は2階建てとなっている。1階部分の基本医療保険からは各地域が決めた一定額（限度額）まで基礎的な給付が受けられる。これを上回る高額な医療費については、2階部分の高額医療保険から給付が受けられる。2階部分でも一定の自己負担が必要となっており、日本の高額療養費制度とは異なり、給付に限度額が設けられている。

また、1階部分の給付を受けるまでに一定額（免責額）を自己負担する保険免責制も導入している。給付は、基本的に入院、通院（一般的な通院外来、市が指定した慢性病や特殊疾病の通院治療）を対象とし、それぞれ免責額や自己負担割合、限度額も地域によって異なる。保険料を納めた地域以外で受診する場合は原則全額自己負担となるが、かかった医療費が加重なものとならないように、管轄地域で、一部の医療費の償還も可能となっている。この場合の自己負担割合は管轄地域内での受診よりも高く設定されている。

受診する医療機関についても、多くの地域では、自身が管轄地域内で保険加入時に予め指定するため、日本の公的医療保険の特徴の1つである、患者が望めば、いつでも、誰でも、どここの医療機関でも医療を受けられる「フリーアクセス」とは異なる。

また、受診病院のレベルに応じて自己負担が異なる点も特徴といえよう。レベルが高い病院を受診する場合は低い病院を受診する場合と比べて自己負担割合が高く設定されているケースが多い。これは、大規模病院⁵⁾への患者の集中を避けるための策である。その背景には、政

府が国民に保障する医療サービスは基本的なものに留め、よりレベルの高い医療サービスを受けるには、それに見合った対価を受益者自身が支払うべきという考え方がある。中国では、受診する医師のランク別初診料、診療内容、使用する医療関連機材、医薬品に至るまで、その価格を病院やネットで公開している。どのようなレベルで、どれくらいの医療サービスを受けるかの判断の多くは、患者（被保険者）側に委ねられている。

都市・農村住民基本医療保険の給付構造も都市職工基本医療保険と同様に、2階建てとなっている。ただし、同一地域内であっても、都市・農村住民基本医療保険と都市職工基本医療保険の被保険者の免責額、自己負担割合、給付限度額はそれぞれ異なっており、1階部分の給付内容も狭くなっている。

都市・農村住民基本医療保険は、1階部分の基本医療保険から一定額まで基礎的な給付が受けられる。保険料の多寡から、都市・農村住民基本医療保険の給付限度額は都市職工基本医療保険よりも低く設定されている。相対的に所得の低い被保険者の高額な医療費については、2階部分に相当する大病医療保険から給付が受けられる。大病医療保険については、給付に際して一定の自己負担（免責額）が必要となっているが、限度額が設けられていないケースが多い。1階部分の運営は各地域で行うが、2階部分については、地域を管轄する地方政府と当該地域に進出し、入札で決定した民間保険会社が協働で運営を行っている。

(4) 課題や最近の動向

これまでの医療保険制度改革においては、「看病難、看病貴」（医療へのアクセスが難しく、医療費が高額であること）を中心に解決が進められていた。中国の医療問題は貧困と結びついて社会問題にもなっており、上掲の2つを含め大きく分けて4つの課題がある。

一つ目が医療費の高さで、薬価などが高く、がんなどの重大疾病の治療薬の多くが保険適用

外であるという価格面と、給付に限度額が設けられており、自己負担額が高額になりやすいという制度設計での問題点がある。中央政府の発表によると、自身の家族が疾病に罹患したために貧困に陥った世帯（疾病の罹患により貧困に戻った世帯を含む）は貧困世帯全体のおよそ44%を占めている。また、中国保険業協会によると、重大疾病への備えは必要と思いつつ、民間保険に加入できない人が82.1%にのぼるとされている。

二つ目の問題は、医療の地域間格差である。医療設備の整った医療機関、技術レベルの高い医師は、一部の都市部に集中している。公的医療保険の適用は加入地域に限定されてしまうため、より高度な治療を求めて地域を跨って受診した場合、より多くの医療費を自己負担する必要がある。日本のようなフリーアクセスが存在しないために、医療費が嵩みやすく、上掲のように貧困に陥りやすい状況にある。

三つ目の問題としては、病院での待ち時間の長さである。地方から患者が殺到するケースもあるが、医療費の支払いは最後にまとめてされるのではなく、医師の診察直後に使用する治療薬の支払いや、入院前のデポジットの徴収など診療と決済のフローが複雑な点が挙げられる。

四つ目の課題としては、医師や医療従事者とのマッチングの問題である。上掲の問題を抱えつつ、やっと受診できたとしても、医師の技術レベルの問題や、患者が治療に満足できないケースもあり、「医閥」として、医師と患者家族（本人）間のトラブルが発生している。これらの問題の解決について、政府はこれまで多くの対策をとったが、国民の医療に対する見方は依然としてシビアなままである。

一方、中国社会は急速にデジタル化が進んでおり、近年では、民間のデジタルプラットフォームによる医療問題を含む社会問題改善への取り組みが進んでいる。制度内容の改定や、医療機関の増設、薬価の見直しといった政府が担う制度の運営部分ではなく、エンドユーザーが利用する末端の医療サービスについて、問題解決の

ためのアプリやシステムを開発し、導入を進めている。例えば、アリババ（阿里巴巴）グループは、医療費の高さについては、アリババ会員向けに、保険会社が販売する重大疾病保険の保険料よりも遥かに低額で、多くのユーザーが加入できる重大疾病医療保障（商品名：「相互宝」）を開発した。加入条件は、アリババのサービスを利用していること、アリババが提供する信用スコアが優良であること、健康状態の簡単な要件を満たしていることとしており、加入に際して保険料は発生しない仕組みとなっている。対象となるのはがんなどを含む重大疾病100種で、39歳までは30万元、59歳までは10万元が給付される。給付は、保険事故発生後に、給付金と運営に支払う管理費を加入者全員で同額負担することで低価格を実現している。2019年8月時点で、加入者は8,000万人を超え、加入者のうち5割が都市で暮らす出稼労働者、3割が農村部居住者となっている。相互宝は、2021年までに加入者3億人を目指すとしており、所得の相対的に低い人に医療保障を提供するなど金融包摂としての役割も果たしつつある。

また、医療の地域間格差、医師や医療従事者とのマッチング、病院での待ち時間については、医療・健康アプリを開発し、スマートフォンからオンラインでの受診や、決済のオンライン化で緩和されつつある。アリババグループが契約した医師をユーザー自身が選択することで、直接の診察が必要な場合の診察予約や、必要な薬の購入、その決済も全てオンラインで可能である。また、このような機能は、普段から診察を受けるプライマリ・ケアや、より上位への病院の紹介などのゲート・キーパーの役割も果たしつつある。このように、医療サービスについては、本来、政府が解決すべき問題ではあるものの、民間企業と協力し、その改善に至っている。ここでは、政府、ユーザー、企業の3者の相互利益の実現に成功している。

2. 中国の公的介護保障制度について

(1) 制度の概要

1) 歴史的背景

中国の少子高齢化は急速に進んでいる。2001年に高齢化社会に達しており、2025年には高齢社会、2036年には超高齢社会に突入すると推測されている。この間、高齢社会に達するまでの時間は24年、超高齢社会には11年と、そのスピードは日本とほぼ同じである。一方、国家衛生計画出産委員会の推計によると、自立した生活が困難な高齢者は、2015年時点で4,000万人と推算されている。これは同年の高齢者人口2億2,200万人の18.0%に相当する⁶⁾。社会の核家族化が急速に進む中で、介護の社会化が最大の課題となっていた。

中国において、公的介護保険制度の実験的な取組みを初めて行ったのは、山東省青島市である。青島市は2012年、医療の延長線上に介護があるとした長期医療・介護保険制度を導入した。例えば、財源については、通常、給付と負担の関係から独自の財源を確保する必要があるが、青島市では、公的医療保険の基金（基本医療保険基金）の一部を転用した。介護保険制度の始動当初は、この財源の問題からも都市の就労者、都市の非就労者を対象とした制度の加入者に限定している。加入年齢については、医療保険制度において、被保険者の法定労働年齢が最も若くて16歳であることを考えると、日本の40歳からの加入と比較しても早い時期から加入することになった。青島市以降、2015年には吉林省長春市、2016年前半には江蘇省南通市などでも実験的な取組みを開始している。

2016年6月に、国務院が「介護保険制度の試行に関する指導意見」を発し、全国に対して、2020年までに介護保険制度の施行を指示した。国務院は併せて15のパイロット地域を発表しているが、先駆者である青島市はパイロット地域として追認され、その制度モデルは、その他の地域でも参照されている。

2) 制度運営（対象者・財政方式、加入者数）

公的介護保険制度の被保険者は、戸籍、就労の有無によって、都市就労者、都市非就労者、農村住民に分類される。15のパイロット地域をみると、2018年6月時点で、被保険者を地域内（市内）の都市就労者のみに限定している地域が8地域、都市住民（就労者、非就労者）としているのが1地域、全市民（都市就労者・非就労者、農村住民）まで範囲を拡大しているのは6地域であった（表2）。2020年までの試験導入期間中、まず、市内の複数の「区」で都市就労者を対象とし、その次の段階として、市内全域の都市就労者、最終的に全市民と時間をかけて範囲を拡大していく地域が多い傾向にある。制度導入後、一定の時間が経過している地域（青島市）、南通市や、財政や経済基盤が安定し、都市化が進んだ上海市、蘇州市などを中心に、被保険者の範囲が全市民となっている。

介護保険制度の被保険者は、公的医療保険に加入し、保険料を納付していることが条件となっている。介護保険の加入年齢は定められておらず、加入条件である公的医療保険の被保険者は法定労働年齢以上となっているので、介護保険の加入は最も若くて16歳からとなる。

このように、公的医療保険は、戸籍や就労の有無によって、加入する制度が都市職工基本医療保険（都市の就労者を対象）、都市・農村住民基本医療保険（都市の非就労者・農村住民を対象）に峻別されるが、介護保険については同一の制度に加入することになっている。

財政方式は、パイロット期間中ということもあり、現時点では公的医療保険制度の積立金（基金）から多くを転用している。将来的には、保険料を徴収し、保険料方式を採用する予定とされている。

制度運営については、民間保険会社に業務を委託している地域が多い点が挙げられる。

医療保険制度、年金制度といった既存の社会保険制度の運営は、各地域に設置された主務官庁が担っている。一方、介護保険制度は、保険料の徴収や財源管理などは主務官庁が担う一

表2 被保険者の範囲と
それに該当するパイロット地域

被保険者の範囲	15のパイロット地域
全市民 (都市就労者・非就労者、 農村住民)	青島市、南通市、荊門市、蘇州市、 石河子市、上海市
都市住民 (就労者・非就労者)	長春市
都市の就労者のみ	上饒市、安慶市、成都市、重慶市、 寧波市、承德市、 チチハル市、広州市

(注) 2018年6月時点

出所：15のパイロット地域における通達により作成

方、手続きなどの受付窓口機能、介護認定手続き、給付に係る費用精算などの事務業務や、提供すべきサービス内容の策定業務を民間の保険会社に委託している地域が多い点に特徴がある。15の地域のうち、長春市、上海市を除く13地域は、民間保険会社に業務を委託している。

民間保険会社への業務委託は、単独の保険会社の場合もあるが、多くは当地に拠点を構えている複数（3～5社）の保険会社に委託をしている。委託は各市が入札で決定するが、生保では中国人寿、泰康人寿、太平洋人寿など、損保では中国人民保険、中国大地保険などが落札しており、中国国有大手もしくは介護・医療保険分野に強みのある中国資本の保険会社为中心となっている。委託期間は3年間など複数年契約であるが、1年毎に更新手続きを必要としている。また、落札した保険会社の1年間の業務受託による手数料収入は、運営コストを含め、概ね保険料収入の10%以内に収めるよう規定されている。

このように、公益性の高い社会保険サービスの担い手を民間の保険会社に委託するやり方は、習近平政権以降見られる手法である。国が短期間での社会保険の普及を求める一方で、各地域（市）単位では、財政や人口の規模が小さい場合も多く、各地域に設置された当局のみで制度設計、運営といった技術やノウハウ、それを担う人材の確保が難しいのが現状である。国（中央政府）も介護保険の運営については、民間保険会社の活用を推奨しているという点もあ

るが、結果として民間セクターに頼らざるを得ない状況にある。

介護保険の加入者数（2019年6月末時点）は、8,854万人、そのうち受給者は42万6,000人となっている⁷⁾。

(2) 財源

パイロット期間中において、介護保険の財源の柱は、公的医療保険の保険料を積み立てた医療保険基金となっている。この点からも、介護保険の被保険者に、公的医療保険への加入および保険料納付という条件を設けているのであろう。現時点において、公的介護保険は社会保険のうちの1つの制度として位置づけられているものの、財源においては、独立をしていない状態にある。

地域内において、都市の就労者を対象とした制度の導入が先行しているのは、都市職工基本医療保険が強制加入で保険料が徴収しやすい上、財源の規模が大きく、医療保険制度の収支も安定している点に起因していると考えられる。都市職工基本医療保険は収入の95.6%を保険料収入が占め、国・地方からの財政負担がなくても、制度を維持できる状態にある。一方、都市非就労者・農村住民を対象とした都市・農村住民基本医療保険の収支は黒字ではあるものの、その財源の多くは国庫である国の財政に頼っており、財政規模も小さい状態にある。

財源は、医療保険基金からの転用金以外に、医療保険専用口座からの転用金、地方政府の財政補助金、個人や企業主の介護保険料拠出などによって構成されている。どこからどれくらい拠出するかは地域で決定しているが、徴収された保険料を別途、介護保険専用の基金を設け、プールして給付に充てている。

制度運営の財源として、ほぼすべての地域において医療保険基金から拠出されていることが分かる（表3）。医療保険基金からの転用の多寡は地域によって異なるが、100%依存している地域は上海市、寧波市、広州市の3地域であった。個人の拠出はあるとしても少額であり、高

表3 パイロット期間中における財源構成の状況

		医療保険 基金	個人の医療 専用口座	地方政府の 財政補助	個人	企業主
石河子市	都市就労者	●	-	-	-	
	非就労者・農村住民	-	-	-	●	
上海市	都市就労者	●	-	-	-	-
	非就労者・農村住民	●	-	-	-	-
寧波市		●	-	-	-	-
広州市		●	-	-	-	-
長春市	都市就労者	●	●	-	-	-
	住民（非就労者）	●	-	-	-	-
安慶市		●	-	-	●	-
成都市		●	●	-	-	-
チチハル市		●	-	-	●	-
蘇州市	都市就労者	●	-	●	-	-
	非就労者・農村住民	●	-	●	-	-
青島市	都市就労者	●	●	●	-	-
	非就労者・農村住民	●	-	-	-	-
南通市		●	-	●	●	-
荊門市		●	-	●	●	-
承徳市		●	-	●	●	-
重慶市		●	-	-	●	-
上饒市		●	●	-	-	●

(注1) ●を付しているのが拠出している内容

(注2) 2018年6月時点

出所：15のパイロット地域における通達により作成

齢者についても年金からの徴収はない状態にある。企業主からの拠出については上饒市のみとなっている。

財源は、1人あたりのコストに基いて算出されているが、その基準は各パイロット地域で異なっている。給付は、サービス給付額の見込みを見極めながら決定されと考えられるが、医療保険料の支払い基数（上海市・長春市・青島市（都市就労者））、給与総額（承徳市）、平均可処分所得（南通市、荊門市）といった、医療保険の算出規準に基づいている地域が多い点も特徴であろう。都市就労者の医療保険の保険料率は10%（個人2%、企業主8%）であるが、介護保険の場合、パイロット期間中は1%以下に設定されている地域が多いようである。

(3) 認定基準、給付内容

サービスの利用者としての認定は、これまで、高齢、疾病、傷害によって、長期（6か月以上）

にわたって寝たきりであり、要介護度が重度の者、市指定の特定疾患、がんの末期患者などに限定していた。認定基準やその結果に伴う要介護度の認定は各地域で異なり、介護サービスの地域間格差を広げる状況にあった。そこで2019年7月、国家医療保障局は、国際基準や、これまでのパイロット地域での実施状況に基づいて、要介護認定、等級などの統一認定基準を発表した⁸⁾。介護認定は、3種的能力評価（日常生活能力、精神状態・社会参加能力、感覚・知覚・コミュニケーション能力）と、高齢者総合症罹患状況に基づいて、0～4級の5段階で判定することになった（図3）。

例えば、3種的能力評価のうち、日常生活能力は、寝返り、平地歩行などの15項目について「介助不要」、「介助があれば自身でできる」、「完全に介助が必要」などを0～4点で点数化した。自身で行う能力がなく最も重度の場合は4点となる。また、精神状態・社会参加能力について

図3 要介護認定までのフロー



出所：国家衛生健康委員会、中国銀行保険監督管理委員会、国家中薬管理局、
「関于開展老年護理需求評估和規範服務工作的通知」より作成

は、時間、空間認識など8項目について5段階に分けて0～5点で点数化する。感覚・知覚・コミュニケーション能力については、意識レベル、視力、聴力など4項目を3段階に分けて点数化する。これら3種の能力評価に基づいて、「問題なし」、「軽度」、「中度」、「重度」に分類する。加えて、高齢者総合症罹患状況として、30日以内の転倒の有無、せん妄の有無など12項目について確認を行い、高齢者能力評価の状況と高齢者総合症罹患状況の該当項目数に基づいて、0級の「問題なし」から、4級の「極めて重度の要介護」まで5段階で介護認定を行うこととなった。認定を受けた場合、基本生活ケア（日本の身体介護に相当）、介助・リハビリサー

ビス（痰吸引、服薬介助など）、心理的介助、中国医学に基づく介助を受けることができる。介護認定に際しては、専門の研修を受けて試験に合格した医師や看護師が行い、認定には医師1名を含む有資格者が2名以上立ち会う必要がある。

中国の介護保険制度の場合、介護が医療の枠組みの延長線上にあるという位置づけから、サービスの利用開始年齢については、基本的には設けられていない（但し、上海市を除く）。

一方、具体的な給付内容については、各地域で異なるため、以下では上海市の例に基づいて紹介する。

上海市は、高齢者対策の柱として「90・7・

3計画」を掲げている。つまり、高齢者の90%に家庭での自立した生活を、7%に社区（地域毎のコミュニティ）による訪問介護・看護サービスの提供を、3%に施設介護を提供することを目標としており、高齢者にはより自立した生活を求めている。介護保険制度にも、その考え方が強く反映されている。

被保険者は、都市職工基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険の被保険者である。上海市では、他地域と異なり、介護認定の申請を60

歳以上に限定している。

介護度の認定は1から6級の6段階であるが、介護サービスを受けられるのは2～6級となっている。認定結果は2年間有効である。

どのようなサービスを受けられるかについては、被保険者が介護認定を受けた後、上海市の医療保険を管轄する機関である医療保険センターが認定した社区の介護サービス事業者や施設に所属する担当者と、介護サービスプラン（ケアプラン）を作成して決定する。

表4 上海市における介護サービス内容

訪問介護で提供される「基本生活ケア」（27項目）					
身体介護				生活援助	
排泄介助	排泄介助、失禁ケア、 排便、ベット上での便器使用	体位変換	寝返り・タッピング、ベット 上での移動、褥瘡予防	掃除	-
食事介助	摂食介助・水分補給	移乗・移動介助	器具を利用した移動介助	洗濯	-
清拭	清拭、陰部清拭	外出介助	-	ベットメイク	ベッドメイク
入浴	洗髪、全身浴、 部分浴（手浴・足浴）	起床・就寝介助	起床介助、就寝介助	衣類の整理・ 被服の補修	-
身体整容	洗面・髪の手入れ、 爪きり（手・足）、口腔ケア	服薬介助	-	一般的な調理・ 配下膳	-
更衣介助	更衣介助	自立生活支援	自立生活訓練	買い物・ 薬の受け取り	-
その他	皮膚への外用薬塗布、尿道カテーテルのケア、ストーマ袋のケア、薬物管理、生活環境の改善・安全指導				

「常用臨床看護」（15項目）	
浣腸、直腸内与薬投与、服薬、クーリング、健康チェック、酸素吸入、血糖値モニタリング、褥瘡手当、静脈採血、筋肉注射、皮下注射、経鼻栄養チューブ管理、膀胱カテーテル（女性）管理、胃ろうのケア、末梢挿入中心静脈カテーテル（PICC）管理	

在宅サービス・施設利用における給付内容							
在宅				施設 （介護施設）		施設 （療養型医療施設）	
要介護度	利用回数	利用 時間	料金 （1時間あたり）	自己負担 割合	利用金額	自己負担 割合	自己負担 割合
2級・3級	3回／1週間	1回の 利用は 1時間 まで	・看護師：80円	10%	20円／1日	15%	15%
4級	5回／1週間		・医療的ケア員：65円		25円／1日		
5級・6級	7回／1週間		・介護員・健康ケア員他：40円		30円／1日		

（注1）利用回数、時間の上限を超えた場合は全額自己負担

（注2）医療的ケア員は、基本生活ケア（27項目）のうち、全ての項目、常用臨床看護（15項目）のうち、7項目の実施が可能。介護員は、前述と同様の順で、生活ケアは、最多27項目（レベル別）、常用臨床看護は最多6項目、健康ケア員は、基本生活ケアは25項目、常用臨床看護は2項目実施可能となっている。

（注3）施設における自己負担割合については、上海市の都市職工基本医療保険に加入（入院給付）の場合で、1階部分の給付限度額までの自己負担割合

出所：上海市「長期介護保険サービス基準・規範」、厚生労働省「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」他より筆者作成

例えば地域の介護ステーションが提供できる訪問介護サービスは、排泄介助、食事介助などの身体介護とベッティメイクの生活援助を含め27項目の基本生活ケアがある。基本生活ケアはほぼ身体介護で構成され、掃除、洗濯といった日本の生活援助に相当する内容はほぼ対象外となっている。また、経鼻栄養チューブ管理など看護師が行う訪問看護に相当するサービスが15項目ある（表4）。

上海市では、介護の必要度合いによって、給付されるサービスの利用回数、時間、金額が決められている。例えば、訪問介護サービスについては、要介護度が最も重い介護6級の場合、1週間に7回、1回あたり1時間までとなっている。自己負担は10%となっており、医療保険における自己負担よりも低く設定されている。決められた利用回数や時間を越えた場合、自己負担となるが、例えば、看護師による看護は1時間80円で計算されることになる。

一方、施設介護については、介護施設および療養型医療施設でのサービスに対して給付がなされる。介護施設については、要介護度に応じて、1日あたりの給付限度額が定められており、最も重い介護6級の場合は、1日30元となっている。

なお、介護施設の自己負担割合は15%であるが、療養型医療施設でサービスを受ける場合は、被保険者が加入している公的医療保険で別途定められた自己負担割合が適用されることになる。

（4）介護保険における課題

介護保険制度における最も大きな課題は、今後制度を運営する上で、財源をどう確保するかであろう。各地域のパイロット導入が進む中で、自立した生活ができない高齢者が想定よりも多く発生するケースなども続出している。このまま医療保険の基金を財源の柱とするには限界があり、今後は企業主や個人による保険料負担の検討も必要となるであろう。

中国の社会保険は、従来より医療、年金といった既存の社会保険の保険料率が高いという問題

もあるが、2019年以降、減税対策の一環として、年金の保険料率が3%ほど引き下げられている。また、社会保険料の上限と下限を決める基数も引き下げられており、社会保険料の負担は全体的に軽減されている。このような状況下で、2020年以降、介護保険の保険料負担を導入する余地もでてくるであろう。

また、同一制度に加入が見込まれる都市の非就労者や農村部住民についても、保険料負担を求める必要もある。企業就労者と同様の保険料負担を求めることが難しい場合、過渡期の措置として、保険料負担の多寡に応じて自己負担割合を調整することも一案といえよう。

加えて、国や地方政府からの財政補填をどうするかについても検討が必要である。現在の市単位での運営では、医療、年金と同様に、地域の経済格差や高齢化の状況の影響を受けやすく、介護についても受給格差が生まれる可能性は高い。この点を財政でどのようにカバーしていくかも大きな課題であろう。

3. まとめ

上掲のように、中国の公的医療保険制度、介護保険制度は、急速に進む少子高齢化に伴って、近年急ピッチで整備が進んでいる。両制度とも2020年までの制度整備を目指しているが、介護保険制度については財源面で公的医療保険制度に頼っており、独立した制度にはなりきれていない状態にある。この財源をどう確保するかが、制度の普及を妨げる大きな要因ともなり得るため、国、地方政府からの財政補填をどうするか、保険料をどう設定するか、サービス内容をどうするかなど負担と給付のバランスを検討のうえ、対応が必要となる。

一方、社会保障体系における公私（福祉）ミックスとして民間企業が果たす役割は大きくなっている。保険会社については、公的介護保険における運営の引受け、公的医療保険における高額療養費制度の運営引受けなど、その役割は日本よりも大きい。加えて、デジタル社会の急速

な進展により、ITプラットフォームによる金融包摂も見られるなど、医療、介護における福祉ミックスはさらに多様化が進む様相となっている。

注

- 1) 高齢者については、市が規定した一定期間保険料を支払った場合、日本の特例退職被保険者制度のように、そのまま都市職工基本医療保険に加入し続けることができる。中国の場合、原則として、高齢者の保険料は免除され、自己負担割合も現役世代より軽減されている。
- 2) 国家医疗保障局「2018年全国基本医疗保障事业发展统计公报」
- 3) 保険料率については、地域によって異なる。
- 4) 従業員自身の給与が下限を下回ったとしても下限に基づいて算出される。
- 5) 中国では病院を病床数、診療科数、設備等によって、全部で10のレベルに分類している。
- 6) 中国における高齢者の対象年齢は65歳以上ではなく、60歳以上となっている。
- 7) 国家医疗保障局（2019年10月22日発表）、加入者数は15のパイロット都市と吉林省、山東省の重点省の加入者の合計となっている。
- 8) 国家卫生健康委员会、中国银行保险监督管理委员会、国家中医药管理局、「关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知」、2019年7月25日

参考文献

〈日本語文献〉

- ・飯島渉・澤田ゆかり（2010）『高まる生活リスク—社会保障と医療』（叢書 中国の問題群10）岩波書店。
- ・片山ゆき（2018）「中国の公的医療保険制度について（2018）」『基礎研究レポート』ニッセイ基礎研究所。
- ・片山ゆき（2018）「老いる中国、介護保険制度はどれくらい普及したのか（2018）—15のパイロット地域の導入状況は？」『基礎研究レポート』ニッセイ基礎研究所。
- ・澤田ゆかり（2019）「習近平時代の“親孝行”と社会保障の行方」『中国の夢』は実現するのか』亜細亜大学アジア研究所。
- ・沈潔・澤田ゆかり（2016）『ポスト改革期の中国社

会保障はどうなるのか』ミネルヴァ書房。

- ・張継元（2019）「中国の介護保険制度における公私協働の特徴と問題」『生命保険論集第206号』生命保険文化センター。
- ・日本銀行（2019）「高齢化社会における金融包摂」G20「高齢化と金融包摂」ハイレベルシンポジウム、https://www.boj.or.jp/announcements/press/koen_2019/data/ko190607b.pdf。
- ・堀田一吉（2006）「医療保障における民間医療保険の課題」堀田一吉編著『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房。
- ・松田亮三／鎮目真人（2016）『社会保障の公私ミックス再編—多様化する私的領域の役割と可能性』ミネルヴァ書房。

〈中国語文献〉

- ・財政部ウェブサイト <http://www.mof.gov.cn/index.htm>
- ・国家医疗保障局「2018年全国基本医疗保障事业发展统计公报」 http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html
- ・国家医疗保障局「关于政协十三届全国委员会第二次会议第3662号（社会管理類273号）提案答复的函」 http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/11/1/art_26_1899.html
- ・国家卫生健康委员会、中国银行保险监督管理委员会、国家中医药管理局、「关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知」、2019年7月25日 <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653/201908/426ace6022b747ceba12fd7f0384e3e0.shtml>
- ・顧昕（2010）「商業健康保險在全民醫保中的定位」中央編翻網駅 http://www.cctb.net/llyj/xswtyj/zdjs/201001/t20100108_274932.htm。
- ・螞蟻金服・支付宝（2019）『未来好社会 MOVING TOWARDS A BETTER SOCIETY FOR THE FUTURE』。
- ・趙晨（2019）「我國保險業智能化發展的現狀問題及對策」『保險理論與實踐』2019年第1期、總第37期。
- ・中国保險業協會（2017）『中国商業健康保險發展指數報告2018・大中城市』摘要版。
- ・中華人民共和國人民政府、「我國60歲以上老年人口已達2.22億人占總人口的16.1%」 http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/11/content_5090300.htm

- ・中央人民政府「新聞弁就十八大以来脱貧攻堅進展成就挙行發布会」 http://www.gov.cn/xinwen/2017-10/10/content_5230859.htm#allContent,
- ・青島市人民政府・政府網 <http://www.qingdao.gov.cn/n172/index.html>
- ・南通市人民政府 <http://www.nantong.gov.cn/ntsrnmzf/index.html>
- ・荊門市人民政府 <http://old.jingmen.gov.cn/govinfo/>
- ・蘇州市人民政府 <http://www.zfxxgk.suzhou.gov.cn/>
- ・石河子市人民政府 http://www.shz.gov.cn/structure/newSite/Index_div
- ・上海市人民政府 <http://www.shanghai.gov.cn/>
- ・長春市人民政府 <http://www.changchun.gov.cn/>
- ・上饒市人力資源社会保障局 <http://www.srhrrs.gov.cn/html/bsdt/shbz/>
- ・安慶市人民政府 <http://aqxxgk.anqing.gov.cn/index.html>
- ・成都市人力資源社会保障局 <http://cdhrss.chengdu.gov.cn/>
- ・重慶市人力資源社会保障局 <http://rlsbj.cq.gov.cn/>
- ・寧波市人民政府 <http://www.ningbo.gov.cn/>
- ・承德市人民政府 <http://www.chengde.gov.cn/>
- ・チチハル市人民政府 <http://www.qqhr.gov.cn/>
- ・広州市人民政府 <http://www.gz.gov.cn/>
- ・人力資源社会保障部ウェブサイト <http://www.mohrss.gov.cn/index.html>

アジアの公的医療および介護制度 — 台湾 —

国立社会保障・人口問題研究所
情報調査分析研究部長

小島 克久
Kojima Katsuhisa

台湾では、1995年の「全民健康保険」実施により皆保険を達成し、現在では住民の生活に不可欠な社会保障制度である。また、急速な高齢化が見通される中、介護制度構築も重要な政策課題であり、2017年実施の「長期照顧十年計画2.0」の下で税財源による介護制度構築が進められている。しかし、「家庭外籍看護工」（外国人介護労働者）の家庭での雇用も多い。そこで、本稿では台湾の公的医療および介護制度について論じる。

1. はじめに

台湾は、わが国の南西に位置し、面積は九州と同じくらいである。経済的には2018年のGDPは約5,900億ドル（約62.5兆円）、一人当たりで見ると25,026ドル（約265万円）である。一人当たりGDPではOECD加盟国平均（40,500ドル、約429万円）やわが国（39,313ドル、約417万円）のおよそ60％程度であるが、韓国（31,351ドル、約332万円）、スペイン（30,368ドル、約322万円）のおよそ80％程度の水準にある。台湾の人口は、2018年で約2,359万人であり、高齢化率（65歳以上）は14.6％といわゆる「高齢社会」（高齢化率14％以上）に突入している。台湾でも人口減少、高齢化の急速な進展が見通されており、人口は2021年をピークに減少しはじめ、2065年には約1,735万人にまで減少する見通しである。また、高齢化率は2065年には41.2％とおおよそ27％ポイント上昇し、同じ年のわが国（38.4％）を3％ポイント近く上回る見通しである¹⁾。

台湾の社会保障制度として、医療、年金、労働災害、雇用には社会保険方式による制度があ

り、特に医療と年金では皆保険・皆年金が達成されている。また、老人、児童および少年、身体障害者などを対象とする社会福祉制度、公的扶助制度もある。台湾で社会保障制度の検討や社会福祉サービスを実践する際にはわが国を参考にすることが多い。一方で、台湾では外国人介護労働者が多く、わが国が参考にできる側面もある。本稿では、台湾の公的医療および介護制度についてその内容、現状、課題について論じる²⁾。

2. 台湾の医療および介護制度の沿革

(1) 医療保険

台湾の医療保険は1950年代からの歴史を有する。ただしその仕組みは現在と大きく異なり、職業別の総合保険（わが国のかつての船員保険に相当）からの給付のひとつとして提供されていた。具体的には、1950年施行の労工保険、軍人保険、1958年施行の公務人員保険がその制度である。しかし、これらの制度の対象者はそれぞれ、一部の企業（従業員数が一定規模以上など）従業員、軍人、公務員（公立学校の教職員

を含む)であった。つまり、特定の職業集団にしか社会保険制度は適用されていなかった。1970年代に入ると、労工保険の対象者の拡大(企業の従業員数基準の引き下げ、強制加入となる業種の拡大など)が行われた。また1980年代には、私立学校の教職員、公務員や私立学校教職員の家族、農民、退職公務員などをそれぞれ対象とした医療保険制度が導入された。これにより医療保険でカバーされる者は増えたが、制度の乱立、給付の格差などの問題が発生した。民主化を経て1990年代に入り、乱立した医療保険制度の整理が検討され、1995年には医療保険が「全民健康保険」に一元化され、台湾すべての住民がこの制度の対象になることで、制度上の皆保険が達成された。その後は複数回の制度改正を経たが、特に2013年実施の制度改正は「二代健保」(二代目の全民健康保険)と呼ばれるほどの大きな制度改正であった。2015年には全民健康保険実施20年を迎え、現在に至っている³⁾。

(2) 介護制度

台湾の介護制度の歴史は医療保険のそれと比べると短い。まず老人福祉に関する法律である「老人福利法」は1980年制定である。ところが、高齢者が70歳以上と定義されたり、具体的な施策への言及が少なかったりする問題があり、高齢者施策の実施は限られていた(その後1997年の改正で、高齢者は65歳以上に再定義)。1990年代の民主化などを背景に、高齢者福祉の重要性も認識されるようになり、台湾当局は高齢者介護に関する施策を実施した。例えば1998年策定の内政部「加强老人安養服务方案」がある⁴⁾。2000年代に入ると、行政院「建構长期照顾体系先导计划」(2000年～2003年)により、一部地域でケアサービス提供が試行された。2006年には、行政院经济建设委员会「2015年国家发展愿景第一階段三年衝刺計畫」(介護サービスに関する長期計画策定が明記)に基づいて、「我國长期照顾十年計画」(現在、長照1.0と呼ばれている)が策定され、税財源による介護制度が2007年から実施された。その後、国民党馬

英九総統の政権下では、公的な介護サービスの内容や提供方法などを整理した「長期照顾服务法」(介護サービス法)が2015年に制定されたほか、介護保険も検討された。現在の民進党蔡英文総統の方針(税財源で介護サービスの充実)の下、「長期照顾十年計画2.0」(介護サービス十年計画2.0、長照2.0)が2017年から順次実施されている⁵⁾。

3. 台湾の医療および介護制度の概要

(1) 全民健康保険(医療保険)

全民健康保険の概要をまとめると図1のようになる。まず、保険者と被保険者についてみると、保険者は衛生福利部の組織である中央健康保険署であり、わが国と異なり単一の保険者による運営となっている。台北に本部があり、各地(台北、桃園、台中、台南、高雄、花蓮)に支部がある。被保険者(本人および家族)は原則として(在留資格のある外国人を含む)台湾の住民すべてである。被保険者本人については、職業などにより第1類から第6類までの6種類に分類する。これは保険料の計算のほか、政府や事業主が負担する保険料割合の基礎になる。例えば、会社員は第1類被保険者であるが、これには自営業者、専門職(弁護士や会計士など)も含まれる。農林漁業従事者は第3類被保険者であり、兵役についている者などは第4類被保険者、職業についていない高齢者は第6類被保険者となる。そして、社会救助(生活保護)の対象となる低所得者は第5類被保険者である。家族としての被保険者は、被保険者本人の配偶者、父母や祖父母、20歳未満の子などであり、無職であることが条件である。第1類から第3類、第6類被保険者で被保険者家族としての加入ができる。

財源は保険料を柱としているが、政府からの補助もある。全民健康保険の費用のうち、後述の宝くじ収益金、健康福利税⁶⁾からの収入を除いた金額の少なくとも36%を保険料への補助などとして政府が負担することになっている。

図1 全民健康保険の概要

制度の特徴:ひとつの社会保険制度ですべての住民(外国人を含む)をカバー									
被保険者(本人および家族)			保険者			給付(本人および家族)			
台湾のすべての住民 (外国人を含む) ・職業に応じて6種類の被保険者 (保険料算定などの基礎)			中央健康保険署 ・衛生福利部の組織 ・被保険者管理、保険料徴収 ・診療報酬審査、給付など			(種類)①診療(医科、歯科、漢方医)、②薬剤、③訪問看護(回数制限あり)、 ④ターミナルケア、⑤分娩 など ※給付対象外 美容整形など (方法)総額予算制+診療報酬請求・審査結果に基づく給付 (自己負担)定額(外来、薬剤)、定率(入院、訪問看護)			
制度の詳細(主なもの)									
保険料算定						自己負担			
被保険者の種類			一般 保険料 算定	一般保険料負担割合(%)			補充 保険料		
	本人	家族 加入		被保 険者	事業主	政府			
第1類	公務員、公立学校教職員、職業軍人	○	定率	30	70	0	あり		
	私立学校教職員			30	35	35			
	雇用されている者			30	60	10			
	(従業員がいる)自営業者など			100	0	0			
第2類	(従業員のない)自営業者など	○		60	0	40			
第3類	農民、漁民	○		30	0	70			
第4類	兵役・代替従事者、受刑者など	—		0	0	100			
第5類	社会救助(生活保護)適用者	—		0	0	100	なし		
第6類	栄民(退役軍人)	○	定額	0	0	100	あり		
	栄民の家族			30	0	70			
	その他(地域住民)			60	0	40			
一般保険料の算定 (第1類～第3類) 標準報酬×一般保険料率(4.69%)×一般保険料負担割合 (第4類と第5類) 平均保険料(1,759台湾元(約6,000円)) (第6類) 平均保険料(1,249台湾元(約4,200円))×一般保険料負担割合 ※一般保険料は被保険者本人分と家族分を負担 補充保険料の算定 被保険者 賞金以外の所得(賞与の一部、利子・配当など)×補充保険料率(1.91%) 事業主 (給与総額－標準報酬総額)×補充保険料率(1.91%)									
税財源からの補助(一般保険料の負担以外)									
宝くじの収益、健康福利税※の税収からの補助 ※たばこ税とは別にたばこにかける税 (例)紙巻きたばこ1,000本当たり1,000台湾元(約3,380円)									

(外来)						(単位:台湾元)	
医療機関 の種類	医科 (紹介状 あり)	医科 (紹介状 なし)	急患(緊急度分類別)		第1～2級 (待ち時間10 分程度まで)	第3～5級 (待ち時間30 分程度以上)	
医学センター	170	450			450	550	
区域病院	100	240			300	300	
地区病院	50	80			150	150	
診療所	50	50			150	150	
(入院)						歯科・漢方医 50台湾元 薬剤 薬剤費に応じた自己 負担あり(200台湾元を上限) 訪問看護 5%	
自己負担 割合	急性期 病室	慢性期 病室					
5%	—	30日以内					
10%	30日以内	31～90日					
20%	31～60日	91～180日					
30%	61日以降	181日以降					
自己負担免除: 重大な疾病、山間部・離島での診療、分娩、3歳以下の者、低所得者など							
総額予算制							
人口の変動、医療技術の進歩などをともに、医療費の伸び率を決めて、翌年度の医療費の総額を決定。 医療機関の診療報酬申請をもとに、実際に医療機関に支払う医療費が決まる。							

出所：衛生福利部資料などから筆者作成

保険料は一般保険料と補充保険料に分かれている。前者は上述の6つの被保険者ごとに算定方法が定められている。第1類から第3類被保険者の保険料は標準報酬(賃金など)に保険料率(4.69%)を乗じた金額が保険料となる。保険料は、被保険者本人、政府、事業主(公務員、公立学校教職員などの場合は政府が事業主)が決められた負担割合で分担して負担する。例えば、民間企業の勤め人の場合、被保険者本人は30%、事業主は60%、政府は10%である。第6類被保険者のうち高齢者などの地域住民の保険料は定額の保険料(1,249台湾元、約4,200円)のうち、被保険者本人は60%を負担し、残りの40%を政府が負担する。第4類、第5類被保険者の保険料(1,759台湾元、約6,000円)は全額政府が負担する。なお、被保険者家族の保険料

は被保険者本人(3人まででよく、4人目以降は不要)の他、事業主や政府(平均家族人数として政府が算定した被保険者本人一人当たりの家族人数の平均、0.61人)も負担する。後者の補充保険料とは、被保険者(第5類被保険者を除く)でボーナスが一定以上ある者や、利子・配当金がある者にそれらの合計の1.91%に相当する金額が算定され、これを負担する。事業主も従業員の給与総額が標準報酬総額を超える場合、その差額の1.91%を負担する。そして政府は、宝くじからの収益、健康福利税の収入の一部も全民健康保険の財源とする。

被保険者(本人および家族)への保険給付として、医科、歯科、漢方医による医療サービスと薬剤に加え、自然分娩、訪問看護(月2回まで)などがある。受診時の自己負担もあり、外

来の場合は定額（法律上は定率）であり、医科、歯科などの部門・医療機関の種類別に定められている（50台湾元（約170円）～550台湾元（約1,900円））。入院の場合は定率であり、急性病棟・慢性病棟および入院期間別に定められている（5～30%）。なお、訪問看護の自己負担も定率（5%）である。保険給付は総額予算制に基づく。具体的には、次の年度の医療費の総額をあらかじめ政府が決定し、その後で診療部門・地域別などの医療費の配分を決定する。翌年度になると保険医療機関から出された診療報酬申請の審査結果をもとに保険から給付する医療費を点数単位で決定する。その点数と医療費の総額を比較して1点当たり単価が決まる。これに基づいて算出される診療報酬を医療機関は受け取る（図1）。

（2）介護制度

現在の台湾の高齢者介護制度は、老人福利法や長期照顧服務法の下で、具体的な政策プランとしての長期照顧十年計画2.0（長照2.0）に基づいて実施されている。長照服務法は介護サービスの基本的な内容をまとめた法律である。具体的には、介護サービスの種類、介護サービス利用の原則（要介護認定を受けるなど）、介護事業所、介護従事者に関する規則、個人看護者（家庭で私的に雇用される介護者）などで構成される。長照2.0は、具体的な公的な介護サービス提供・整備計画であり、要介護高齢者や障害者を対象に、施設、居宅、地域（通所）などの介護サービスを提供するものである。その費用は税財源（自己負担あり）で賄われる。

その概要は図2のとおりである。最大の特徴は、税財源で運営される一方で、わが国の介護保険のような要介護認定、ケアプランの作成も行った上で、若年障害者も含めて多様な介護サービスが提供されていることである。

まず長照2.0の対象者は、①65歳以上の者、②55～64歳までの原住民族（先住民族）、③64歳までの障害者、④50～64歳までの認知症の者などで介護が必要な者であり、高齢者と若年障

害者の両方をカバーしている。次に、介護サービス利用までの流れを見ると、介護サービス利用希望者は、（台北などの）直轄市や県市政府（地方自治体）の「介護管理センター」に要介護認定を申請する。要介護認定基準は、日本などの外国は参考にしたが、台湾で開発されたものであり、ADLsやIADLsなどの喪失度に基づく。要介護度（CMS等級）は8段階であり、自立の第1級から最重度の第8級までである。なお、認定の有効期間は半年である。

介護サービスの利用は、要介護度が第2級以上の者で可能であり、ケアプラン作成、サービス利用計画の作成を経る必要がある。前者は介護管理センターが要介護認定の際に作成するのであり、利用可能な介護サービスの種類、量だけが定めてある。後者は後述のA型の介護事業所で作成され、ケアプランに基づく具体的な介護サービス利用スケジュールである。介護サービスは複数の種類の介護サービスを組み合わせることが可能である。しかし給付の基準がある。施設ケアでは種類ごとに給付額が定められており、居宅および地域ケアについては、第2級以上の要介護度別の利用限度枠が金額単位で定められている。例えば最も軽度の第2級では毎月10,020台湾元（約3.4万円）であり、最も重度の第8級では毎月36,180台湾元（約12.2万円）である。

長照2.0で提供される介護サービスとして、施設ケア（介護施設）、居宅ケア（訪問介護、訪問看護など）、地域（通所）ケア（デイサービス、レスパイトケア、配食サービス、小規模多機能、家族介護者支援など）がある。その他、移送サービス（自宅から医療機関、リハビリ施設への往復サービス）、福祉用具・住宅改修（バリアフリー化）への補助もある。地域ケアに含まれている家族介護者支援では、介護に関する各種相談、介護技術講習などがある。介護サービス利用時の自己負担は、居宅・地域ケアの場合は、低所得者（生活保護対象者相当）は0%（無料）、中低所得者（その他の低所得者）は5%、一般（低所得者以外の者）は16%である。また、

図2 長照2.0による介護制度の概要

制度の特徴：税財源の制度で、高齢者だけでなく障害者も対象												
対象者		サービス利用までの流れ				利用できるサービス						
以下の者で介護が必要な者 (1)65歳以上の者 (2)55～64歳の原住民族 (3)64歳までの障害者 (4)50～64歳の認知症の者 など		要介護認定(第1級から第8級)				施設ケア		居宅ケア		地域ケア (デイサービス、レスパイトケア、配食サービス、小規模多機能、家族介護者支援など)		
		ケアプラン※・サービス利用プラン作成 (※介護サービスの種類・量のみを決定)				福祉用具・住宅改修		移送サービス				
		介護サービス利用(第2級以上)				地域包括ケアモデル						
制度の詳細												
要介護認定と利用限度枠(居宅および地域ケア)	CMS等級		長照要介護度		支給限度額(台湾元・月額)	介護事業者	当局が認定した非営利法人(法人格を持つ)であること。ただし、長照服務法実施以前から認可を受けた介護事業者、他の法律に基づく介護事業者を除く。 福祉用具・住宅改修に限り営利法人も可能					
	区分	基準	区分	基準(ADLs喪失度)								
	第1級	ADLs, IADLs等の喪失度で総合的に評価	自立		自己負担割合	(1)居宅・地域ケア等						
	第1a級		(軽度)認知症			所得類型		条件		一部自己負担割合		
	第1b級		虚弱					基準例		居宅、地域ケア	福祉用具住宅改修	移送サービス
	第2級		軽度	1～2項目		10,020	低所得	社会救助(生活保護)適用相当	一人当たり世帯所得が最低生活費の1.5倍未満など	0%	0%	0%
	第3級					15,460						
	第4級					18,580						
	第5級		中度	3～4項目		24,100	中低所得	上記以外の低所得者	同1.5倍以上2.5倍未満など	5%	10%	7～10%
	第6級					28,070						
	第7級		重度	5項目以上		32,090	一般	その他の者	16%	30%	21～30%	
	第8級					36,180						
						(2)施設ケア 重度で低所得の場合は0% ※別途施設入所費用補助が2019年10月より実施						
地域包括ケアモデル						【目的】 地域(市区町村レベルの範囲)での介護サービスの量と種類を増やし、介護事業所間の連携を図ること 【特徴】 地域内の介護事業所をA,B,C型に指定し、A型を頂点としたピラミッド型のネットワーク構築 A型(旗艦店型) ケアマネジメント、介護関係者の会議の運営など B型(専門店型) 従来の専門的な介護サービス C型(街角型) 介護予防、レスパイトケアなど身近なサービス ※A,B,C型の指定は事業者の申請を受けた審査結果に基づく(申請は義務ではない)						
その他						【家族介護手当(中低収入老人特別照顧津貼)】 月5,000台湾元(約1万7千円) ※給付条件あり 【家庭外籍看護工(外国人介護労働者)を雇用している場合】 一部の介護サービスに限り利用限度枠の30%まで利用可 【税制】 介護費用の所得税額控除(最大12万台湾元(約40万円)、2020年より)						

出所：衛生福利部資料、台湾ヒアリング(2018年3月、2019年3月、10月) 結果などから筆者作成

福祉用具・住宅改修などでは所得などに応じて0～30%の自己負担となっている。施設ケアは重度で低所得の場合に限り0%であるが、2019年10月から所得などの条件を満たす者を対象に施設利用額の補助を開始している。また、2020年から所得税の税額控除による介護費用の支援も始まる予定である。

台湾では以前から地域密着志向の介護サービス構築を目指していた。長照2.0には、これを一層推進するための「地域包括ケアモデルの構築」が盛り込まれている⁷⁾。これは、わが国の「地域包括ケアシステム」を参考にしていて、わが国が目指すもの(地域の医療、介護、福祉などの関係者の連携とその工夫を重視)とは大きく異なる。その目的は、地域(市区町村相当の範囲を単位)の介護サービスの量と種類を増加させること、介護事業所間の連携を図ること

である。その実現のために、地域内の介護サービス事業所を機能別にA,B,C型に指定し、A型を頂点としたB型、C型のピラミッド型で連携を行う。A型の介護事業所は地域の中心となる介護事業所であり(旗艦店型)、前述の介護サービス利用計画の作成、介護関係者の会議などのマネジメント、介護サービス提供などが主な役割である。ただし、現在ではケアマネジメントを中心とした役割となっている。B型は従来型の介護サービス事業所であり、わが国の介護保険指定事業所に相当するものである。介護サービスの提供の他、A型介護事業所への協力とC型介護事業所への支援が役割である。C型の介護事業所は介護予防、レスパイトケア、配食サービスなどを提供するより身近な介護拠点として位置づけられている。介護予防だけでなく、元気な高齢者の居場所の機能も兼ねている。すべ

表1 台湾の医療保障（1995年～2018年）

			1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2018年
全民健康保険								
適用状況	被保険者数 (対登録人口比)	(万人)	1,912 89.5%	2,140 96.1%	2,231 98.0%	2,307 99.6%	2,374 101.0%	2,395 101.5%
受診状況	平均受診回数(外来)	(回)	10.6	14.7	15.5	15.6	15.0	15.0
	平均入院日数	(日/入院1回)	9.4	8.7	9.9	10.2	9.5	9.4
保険財政	収入 (被保険者一人当たり)	(億台湾元) (台湾元)	1,945 10,171	2,914 13,616	3,661 16,404	4,652 20,160	6,450 27,171	6,106 25,498
	支出 (被保険者一人当たり)	(億台湾元) (台湾元)	1,574 8,229	2,904 13,571	3,724 16,688	4,467 19,358	5,421 22,836	6,373 26,611
全民健康保険安全準備基金 (運用規模)		(億台湾元)	(1996年) 251.5	35.2	34.7	1.8	1,183.8	1,509.5
医療提供体制								
人口 10万人 当たり	医師	(人)	128.7	148.9	169.8	190.8	213.9	230.2
	歯科医師	(人)	32.9	38.6	44.5	50.3	57.5	62.4
	看護師	(人)	265.7	317.6	406.0	479.6	538.3	591.3

出所：中央健康保険署「全民健康保険統計2018」、衛生福利部「107年医療機構現況及医院医療服務量統計」および内政部統計より作成

- 注：1. 中央健康保険署の被保険者数には外国人を含み、内政部公表の登録人口には外国人が含まれない。そのため、被保険者数の対登録人口比が100%を超えることがある。
 2. 平均受診回数は外来診療の件数を被保険者数で割って求めた。
 3. 医師には漢方医師の数を含む。看護師は「護理師」と「護士」（それぞれわが国の看護師、准看護師に相当）の合計。

ての介護事業所がA,B,C型のいずれかに申請する義務はない。しかし、A,B,C型の介護事業所として指定されると、当局の規程に基づく補助金を受けることができる。

さらに、家族介護手当として「中低収入老人特別照顧津貼」があり、重度の要介護高齢者を同居家族（介護サービスを利用していない、就業していないなどの条件がある）が介護している低所得世帯に月額5,000台湾元（約1.7万円）が支給される（図2）。

4. 台湾の医療および介護制度の現状

（1）医療制度の現状

台湾の医療制度の現状を主な統計数値でまとめたものが表1である。全民健康保険が実施された1995年以降の主な年次についてまとめている。まず全民健康保険の被保険者数をみると、1995年（実施年度）には約1,912万人であり、人口の約90%をカバーしていた。その後、被保

険者数は増加し、2018年では約2,395万人、人口の約101.5%をカバーしている。被保険者数が人口よりも多くなるのは、分母になる人口に外国人が含まれないためである。それを考慮しても、皆保険が達成された状態にある。次に医療サービスの利用状況を見ると、平均受診回数（外来）は、1995年は10.6回であったが、その後は順調に増加し、2018年には15.0回となっている。平均入院日数も、1995年の9.4日から変動を持ちながら推移し、2018年には9.4日となっている。そして、全民健康保険の保険財政を見ると、収入は1995年の約1,945億台湾元（約6,580億円）から2018年の約6,106億台湾元（約2兆650億円）へと増加している。一方で、支出も1995年の約1,574億台湾元（約5,320億円）から2018年の約6,373億台湾元（約2兆1,550億円）へと増加している。収入と支出を比べると、年によっては支出の方が上回っているがおおむね保険財政は均衡している。

そして、台湾の医療提供体制を人口10万人当

表2 台湾の介護サービス整備・提供状況

(単位：人(単位が付記されているものを除く))

		長照1.0								長照2.0	
		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
要介護認定者 (利用者)	人数 (名寄せ済み)	23,963	70,567	94,337	113,203	142,146	155,288	170,465	—	—	—
	カバー率 (高齢者、%)	5.70%	16.30%	21.00%	27.00%	31.80%	33.20%	33.96%	—	—	—
居宅ケア	利用者数	22,392	28,398	33,193	37,994	41,486	43,584	46,428	48,962	56,056	96,522
	介護サービス 従事者数	4,794	5,591	6,353	7,118	7,463	7,675	8,368	8,988	9,801	15,007
デイサービス (認知症高齢者 ケアを含む)	利用者数	615	898	1,206	1,780	1,878	2,314	2,993	3,917	5,091	8,968
配食 サービス	一人当たり 利用日数(日)	104.2	133.0	272.6	277.6	277.8	270.3	248.8	280.1	231.5	164.3
移送 サービス	一人当たり 利用(往復)	16.5	20.4	9.9	10.1	10.5	11.5	12.3	13.3	13.4	12.2
施設ケア	施設数(か所)	1,066	1,053	1,051	1,035	1,035	1,063	1,067	1,082	1,099	1,098
	定員	54,567	55,066	56,090	56,910	57,675	59,280	59,869	61,082	62,421	62,724
	利用者数	40,183	41,519	42,819	42,808	43,496	45,298	46,264	47,181	48,295	49,575
	利用率(%)	73.6%	75.4%	76.3%	75.2%	75.4%	76.4%	77.3%	77.2%	77.4%	79.0%
介護サービス従事者数 (ヘルパーなど)		10,707	11,041	12,212	12,711	13,069	14,522	15,097	16,236	16,618	17,632
家族介護手当 (月平均)	受給者数	7,263	7,862	8,116	9,042	9,152	9,077	9,470	9,448	9,360	8,745
	支給総額 (万台湾元)	3,535	3,814	4,062	4,529	4,587	4,555	4,753	4,746	4,694	4,378
(参考) 家庭外籍看護工		163,818	174,307	185,317	189,373	196,246	204,733	208,600	221,139	233,368	241,000

出所：衛生福利部統計をもとに作成

注：1. 2017年6月から長照2.0の実施に伴い対象者が大幅に拡大し、若年障害者なども対象になっている。

2. 「カバー率(高齢者)」は衛生福利部の推計による数値であり、(要介護認定の有無に関係なく)介護が必要な高齢者のうち公的介護サービスを利用している者の割合。

たりの数値でみると、医師(漢方医師を含む)、歯科医師、看護師の数は2018年でそれぞれ、230.2人、62.4人、591.3人である。わが国と比較すると、医師と歯科医師の最新の統計が利用できる2016年では医師251.7人、歯科医師82.4人(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」による)、看護師(准看護師を含む)1160.1人(厚生労働省「衛生行政報告例」による)であり、台湾の数値はこれらを下回る(表1)。

なお、台湾にも医療提供体制の地域差があり、例えば、人口10万人当たり医師数(漢方医師を含む)を直轄市・県市政府別にみると、最も多いのは台北市(414.6人)であり、最も少ないのは離島の金門県(63.2人)である。

(2) 介護制度の現状

台湾の介護サービスの現状を主な統計数値でまとめたものが表2である。介護制度は医療制度よりも歴史が短いため、長照1.0が通年で実施された2009年以降の毎年でまとめている。また、長照2.0が実施された2017年からは対象者が拡大されたので、数値に大きな変化の見られる部分がある。これをみるとまず、居宅ケアの利用者数は2009年の2万2,392人から2016年の4万8,962人へと増加した(年平均増加率11.8%)。長照2.0実施後は若年障害者などに対象が拡大されたこともあり、利用者は大幅に増え2018年には9万6,522人にまで増加した(2016年からの年平均増加率40.4%)。デイサービス

の利用者数は、2009年の615人から2016年の3,917人へと年平均増加率で30.3%の大きな増加であったが、長照2.0実施後も利用者数は増加し、2018年には8,968人へと大幅に増加している(2016年からの年平均増加率51.3%)。移送サービスは、2009年の利用者一人当たり16.5往復から2016年の13.3往復へと推移し、長照2.0実施後の2018年には12.2往復となっている。これより居宅・地域(通所)ケアの利用者数は長照1.0、2.0いずれの期間を通じて大幅に増加している。施設ケアの利用者数は2009年の4万183人から2016年の4万7,181人へと推移し、長照2.0実施後の2018年でも4万9,575人となっている。年平均増加率を見ると、2009年から2016年の間は6.1%、2010年から2018年の間も4.2%である。施設ケアも利用者数は増えているが、居宅・地域(通所)ケアほどではなく、長照1.0、2.0ともに居宅や地域(通所)ケアの普及が重視され、それが実現されてきたことが分かる。

家族介護手当である「中低収入老人特別照顧津貼」の受給者数は、2009年の7,263人から2016年の9,448人を経て、2018年の8,745人に至っている。表2で見ると年による変動はあるが、2009年から2018年にかけて約1.2倍に増加している。そして、台湾で雇用が多いと言われる家庭外籍看護工(外国人介護労働者)の数は2009年の約16.4万人から2018年の約24.1万人へと、2009年の1.5倍近くまで増加している。家庭外籍看護工を雇用する場合、長照2.0からのサービス利用に制限がかかる。それにもかかわらず、多くの家庭外籍看護工が雇用されていることは、台湾の介護システムが家庭で雇用される外国人介護労働者に多く依存している面があることが分かる(表2)⁸⁾。

5. 台湾の医療および介護制度の課題

(1) 医療制度

全民健康保険が実施されて20年を超え、外国人を含む台湾の住民すべてが医療保険でカバーされ、公的な医療サービス保障が達成されて

いる(制度上のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、UHCの達成)。特に従来の医療保険では対象とされにくかった高齢者や自営業者などに医療保障が確保されたことが大きな成果である。また、保険料を基本的な財源とするが、政府部門の補助を明確にし、保険料以外の財源確保にも努めてきた。総額予算制などの医療費の伸びを合理的な範囲に抑える仕組みをとる努力も進められてきた。こうした取り組みが、台湾の皆保険を維持させてきたといえる。

一方で課題として、①高齢化や慢性病による医療費の増加への対応、②医療サービスの有効かつ効果的な活用(最新医療技術の導入、ターミナルケア、家庭医の普及など)、③医療の質の確保、などが考えられる。皆保険の達成により、医療ニーズが増加する一方で、限られた医療資源をどのように効果的に活用するかが重要である。また、医療サービス提供体制の地域差も大きい。山間部や離島部で医療サービス提供体制の構築をどのように進めるかも課題である。

台湾では制度的にUHCは達成されているが、衛生福利部の統計によると、国民医療支出に占める家計支出の割合も高く、2017年で医療費の33.63%(全民健康保険の保険料を除く)となっている。これは治療目的以外の歯科矯正などの保険になじまない支出がある一方で、わが国の老健施設を参考にしたナースিংホームが全民健康保険、長照2.0のいずれの給付対象でないこと(台湾で老健施設のような施設が制度化されていない)が背景にあるものと思われる。また、介護サービスとの連携も重要な課題であろう。さらに、台湾の国際戦略として「新南向戦略」がある、東南アジアなどの国々との経済連携強化のための動きである。その中で、台湾の医療サービス、医療制度の経験の提供による支援も含まれている。こうした支援がどのように進むかも注目すべきところである。

(2) 介護制度

台湾の介護サービス利用者数は長照1.0、2.0の実施により確かに増加した。しかし、要介護

認定者の数が2015年で約17万人であったが、公的な介護サービスでカバーされている者の割合は33.96%と非常に低い。その背景としてまず、介護サービス提供体制が十分でないことがある。長照2.0、その中で地域密着型のケアシステム構築（A,B,C型介護事業所の指定）により介護サービスの増加に努めている。介護サービス増加にとって重要な民間営利事業所による公的介護サービスへの参入は、長照服務法により可能にはなった。しかし、A,B,C型介護事業所の指定は非営利法人（公営、民営）に限られている。こうした参入障壁ともいえる基準をどのように緩和するかが課題である。また、医療サービス同様に介護サービス提供体制にも地域差がある⁹⁾。こうした地域差の解消の一方で、地域の実情に応じた介護サービス提供体制構築も課題であろう。長照2.0では居宅、地域ケアの充実が重視されている。重度で専門的な介護が必要な高齢者には、施設入所の方が現実的な場合もある。そうしたニーズに応えるためには、施設ケアもある程度整備・充実させることも重要ではないかと思われる。

次に、介護サービスの普及にあたって重要なのが人材の確保である。台湾でも介護人材の不足が深刻であるばかりか、低賃金などの労働条件の改善も課題である。台湾当局は2018年から訪問介護ヘルパーに賃金水準のための新しい改善策を実施しており、最低賃金として月給では32,000台湾元（約10.8万円）、時給では200台湾元（約680円）とするなどを内容としている。もっとも台湾の平均賃金は行政院主計総処の統計によると、2018年で52,948台湾元（約17.9万円）であり、賃金水準が低いことは依然として変わらない。休暇、キャリアアップなどのその他の処遇改善も重要な課題である。

さらに、公的介護サービスの普及を妨げていると言われているのが、家庭外籍看護工への依存度が高いことである。2018年で約24万人が家庭で介護労働に従事し、住み込みで24時間の対応が可能であることから、高齢者や障害者の介護ニーズの大半を担っているといわれる。当局

の雇用許可や負担金（就業安定費）の支払いが必要であるが、家庭で雇用される場合は台湾の最低賃金が適用されず、ある程度の経済力がある家庭では彼らを雇用する方が良い。こうした現状に対して、台湾当局はできるだけ台湾の人で介護人材を確保することを目指しているが、いったん多くなった家庭外籍看護工をゼロにするのは現実的ではない。しかも、家庭外籍看護工は3年間の滞在が許可されるが、最長14年間の滞在更新が可能である。家族の呼び寄せはできないが、台湾の住民として中長期の滞在になる人々も現れているであろう。彼らを人材として処遇することだけでなく、生活者としての支援も重要な課題となっている。

最後に、現在の介護制度は税財源で運営されているが、今後の高齢化による介護ニーズの増加に対して十分な財源が確保できるかという懸念もある。馬英九前総統下で検討されていた介護保険の検討を再開するのかといった、安定的な介護費用確保策の構築も残された課題であるといえる。

〔付記および謝辞〕

本稿は、科学研究費（基盤研究C）「東アジアにおける高齢者介護制度の構築段階と日本の経験の伝播に関する研究」（課題番号16K04252）および厚生労働科学研究費補助金「東アジア、ASEAN諸国におけるUHCに資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」（H30—地球規模—一般—002）の成果をもとに筆者個人として執筆したものである。これらの研究活動の中で助言などをくださった方々にこの場を借りて御礼を申し上げる。

注

- 1) 台湾のGDPの統計は行政院主計総処の統計、人口統計は2018年の数値は内政部の統計、2065年の数値は国家發展委員会「中華民國人口推估（2018至2065年）」による。OECD加盟国の一人当たりGDPはOECD Statによる（2019年10月11日アクセス）。

- 2) 台湾の社会保障制度についてまとめているものとして、小島 (2017a) 参照。
 - 3) 医療保険を含む台湾の社会保障制度の発展は、小島 (2003)、井伊 (2009)、加藤・西田和弘 (2013)、小島 (2015) 参照。
 - 4) 高齢者の介護サービスの充実の他、健康維持、所得保障に関する施策等の推進を明記。
 - 5) 台湾の介護制度の沿革は沈潔 (2007)、小島 (2014) 参照。
 - 6) 健康福利税とは、たばこ税とは別にたばこに課せられる税金である。例えば、紙巻きたばこ1,000本当たり1,000台湾元 (約3,380円、たばこ税は1,590台湾元 (約5,380円)) が課税される。税収は全民健康保険などの社会保障の財源などに用いられる。
 - 7) 原語では「社區整體照顧服務體系」。地域密着型の介護サービスシステムを目指す内容、わが国の地域包括ケアシステムも参考にしたことに着目して、筆者は本文のような訳をあてた。
 - 8) 家庭外籍看護工の雇用は当局の許可が必要であり、送り出し国は二国間協定を結んだ国に限られている。労働部「107年外籍勞工管理運用調査」(2018年)によると、約23.5万人の家庭外籍看護工のうち、インドネシアが約18.8万人と最も多く、フィリピンが約2.9万人、ベトナムが約1.7万人などとなっている。男女別では女性が約23.4万人とほとんどを占める。家庭外籍看護工についての詳細は小島 (2017b) を参照。
 - 9) 台湾の介護サービス利用の地域差については、小島 (2019) 参照。
- ・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 (2014)「台湾・シンガポールの介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障【第2版】』, 法律文化社, pp.154-170.
 - ・小島克久 (2017b)「台湾—介護サービスにおける外国人介護労働者」金成垣・大泉啓一郎・松江暁子編著『アジアにおける高齢者の生活保障』, 明石書店, pp.184-204.
 - ・小島克久 (2018)「台湾における地域密着の高齢者介護ケア提供体制構築の動向」『国際労働経済研究 Int'l ecowk』 通巻1085号、国際労働経済研究所 pp.7-16.
 - ・小島克久 (2019)「台湾の地域別介護サービス利用状況の検証」『週刊社会保障』 第3047号、法研 pp.48-53. (2019年11月18日刊行)

〈中国語文献〉

- ・中央健康保険署 (2017)『2017-2018 全民健康保険年報』
- ・衛生福利部 (2016)「長照十年計畫2.0」(106～115年) (核定本)
- ・游曉微・鞏愛華・植村尚史・陳雅美 (2019)「日本介護制度沿革對台灣長期照顧體系發展之啟示」『台灣衛誌』 2019; 38 (5), pp.457-469.

参考文献

〈日本語文献〉

- ・小島克久 (2017a)「台湾の社会保障 (第1回) 台湾の人口・経済の状況と社会保障制度の概要」『社会保障研究』 第2巻第2・3号、国立社会保障・人口問題研究所, pp.41-415.
- ・小島克久 (2003)「台湾の社会保障」広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』, 東大出版会, pp.135-172.
- ・井伊雅子編著 (2009)『アジアの医療保障制度』 東京大学出版会.
- ・加藤智章・西田和弘編著 (2013)『世界の医療保障』, 法律文化社.
- ・沈潔編著 (2007年)『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』 ミネルヴァ書房

シンガポールの医療保障と介護保障（上）

岐阜協立大学教授

菅谷 広宣

Sugaya Hironobu

シンガポールの医療保障と介護保障は、プロビデント・ファンド（制度名の略称はCPF）の積立金活用をベースとし、それを政府の各種補助金制度が補完する形態を採っている。そして、CPFの積立金を使って加入する公的な医療保険や介護保険には、政府の保険料補助金が出ることを除けば、民間保険の性質が非常に強く表れている。また、自己と家族との間で積立金の移動が相互にできたり、双方の積立金を用いて互いの医療費や保険料の負担をし合えたりというように、CPFには家族間における相互扶助の要素も強い。他方、外国人労働者を含め、永住権を持たない人々は補助金やCPFの対象外とされており、その意味では極めて排他的だといえるし、永住者より国民が優遇されている面も多い。本稿では、こうしたシンガポールの医療保障と介護保障の在り方を整理して、それらの全体像を明らかにしていく。

はじめに

シンガポールの社会政策¹⁾は、自助努力を大前提に、これを政府が支援するという国家理念を具現化したものであり、公的生活保障では、ほぼすべての働く国民と永住者を強制加入とするプロビデント・ファンド (provident fund) が、中心的な役割を果たしてきている。

このプロビデント・ファンドは、文字通りには準備基金であり、さまざまな出来事に備えるため、予め拠出金を積み立てていく制度である。その特徴は、各々の加入者が個人勘定をもち、給付が個人勘定残高の範囲内で行なわれることである。

この点でプロビデント・ファンドは、リスク分散の仕組みである社会保険とは根本的に性質が異なっており、国が介入する貯蓄制度だといえる。ちなみに、ILO (1984) は、プロビデント・

ファンドを従来の意味での社会保障ではないとしており、筆者もこれを個人保障または企業保障に近い（労使が拠出するので）ものだと考えている²⁾。また、シンガポールのプロビデント・ファンド（制度名 Central Provident Fund：略称はCPF）では、加入者が高い利回りを目指して自らの積立金の一部を運用することも認められており、この点では確定拠出年金の性質も帯びている。

こうした制度をもつシンガポールは、医療保障と介護保障の分野でも、CPFの積立金活用をベースとし、それを政府の各種補助金制度が補完する形態を採っている。そして、積立金を使って加入する公的な医療保険や介護保険には、後述のように政府の保険料補助金が出ることを除けば、民間保険の性質が非常に強く表れている。

なお、法定機関であり、CPFを所轄する中

中央積立基金委員会（Central Provident Fund Board：以下、CPF 委員会）は、医療保障と介護保障をヘルスケア（healthcare）として一体的に捉えているが、この点は医療・介護行政を担当する保健省（Ministry of Health）も同様である。特に、回復期リハビリテーションや慢性期などは、医療と介護の両方にまたがるものであり、シンガポールでは、それらが制度上にもあらわれている部分がある。これを念頭に置きつつも、本稿では同国の医療保障と介護保障の在り方を整理し、それらの全体像を明らかにしていきたい。

I. CPF の制度概要³⁾

1. 強制加入の対象

雇用されるすべての国民と永住者は、公務部門も含め、CPF に強制加入となっている。パートタイム労働者、臨時労働者、一時的労働者も同様であり、これらの労働者にはフルタイム労働者と同様の拠出率が適用される⁴⁾。ただし、国民と永住者であっても、国外で働いている場合は任意加入であり、使用者に対しても、国外に配置されている者への拠出は任意とされている。また逆に、国内で働く外国人には、CPF への加入が認められていない。その他、役務契約下で給与を受け取っている企業の取締役、事業主から賃金を受け取っている家族従業者なども強制加入であるが、共同経営者、オーナー経営者、自営業者には、後述するメディセイブ勘定部分のみが強制加入となる⁵⁾。

2018年12月31日現在、CPF の勘定に残高がある加入者は約390万8000人、過去3か月以内に少なくとも1か月分の拠出をした加入者は約201万4000人であった（CPF, 2019a）。他方、若干時期はずれるものの、国民と永住者のうち2018年6月の就業者数は約220万3700人で、その内訳は使用者が約9万6100人、被用者が約189万4400人、自営業者が約20万5200人、家族従業者が約7900人だった⁶⁾。これらのことから、

就業している国民と永住者の大部分が、CPF に拠出していることがわかる。

なお、あとでみるようにCPF の拠出率は非常に高く設定されているが、企業はCPF への拠出で人件費がかさむ国民や永住者の代わりに、給料が安く CPF への拠出の必要がないマレーシア人を雇うなどしていた（中田、2009）⁷⁾。ただし、シンガポール人の職を奪っているとして、高度人材・非熟練労働者ともに、外国人労働者に対する市民の不満の声が大きくなったこともあり、2009年以降、外国人労働者の受入規制が強化された（労働政策研究・研修機構、2018）。とはいえ、それでも2018年6月の就業者数は約357万5300人、うち国民と永住者が約220万3700人であったから、その差である約137万1600人が非永住者である外国人就業者ということになる⁸⁾。また、非就業者を含めた人口構成をみておくと、2019年6月末現在の総人口は570万3569人で、その内訳は国民が350万940人、永住者が52万5269人、その他が167万7360人、民族別では、国民と永住者402万6209人のうち、中華系が299万3708人、マレー系が54万783人、インド系が36万2637人、その他が12万9081人となっている⁹⁾。

2. 4つの勘定

CPF は、加入者が55歳になるまでは、普通勘定（Ordinary Account）、特別勘定（Special Account）、メディセイブ勘定（Medisave Account）の3つの勘定からなり、拠出金がある一定の比率で各勘定に積み立てられていく。また、55歳に達したときから加入者は退職勘定（Retirement Account）をもつことになり、以後は普通勘定や特別勘定から退職勘定へ、積立金の移行ができるようになる。

これらのうち、普通勘定の積立金は、住宅の購入や、公認された投資、保険への加入、子どもの教育費に使えるほか、両親の退職勘定への積立金移行¹⁰⁾に用いることができる。特別勘定の積立金は、老後や不慮の事故に対する備え

であり、投資目的にも使うことができる。メディセイブ勘定の積立金は、特定の医療、および介護にかかる費用の支払いや、医療保険と介護保険の保険料に充てることができる。

なお、普通勘定の積立金には年利3.5%まで、それ以外の勘定の積立金には年利5%までの金利がつくほか、各勘定の積立金の合計6万シンガポール・ドル¹¹⁾（以下、ドルと表記：6万ドルのうち普通勘定分は2万ドルが上限）までに対しては、さらに年利1%の金利が付与される。

3. 拠出率

上記のようにCPFの積立金の使途は幅広くなっており、全体の拠出率も高く設定されている。その拠出率と各勘定への配分率は、年齢階層、合計賃金月額、永住者の場合は永住権を取得してからの年数、そして公務部門の場合は独自年金¹²⁾の対象となっているかどうかで異なるが¹³⁾、民間被用者と独自年金の対象となっていない公務部門被用者のうち、合計賃金月額が750ドル以上の場合は、表1に示す通りである。

なお、この合計賃金（total wage）は、通常賃金（ordinal wage）と付加賃金（additional wage）からなる。そして、通常賃金には諸手

当や残業代などが含まれる（CPF, 2019c）が、拠出金の賦課対象は月額6000ドルが上限とされている¹⁴⁾。ただし、複数の使用者に雇用されている場合、通常賃金月額の合計が6000ドルまでは、それぞれの使用者から支払われる賃金に対して被用者は拠出をしなければならず、6000ドルを超えても、各使用者は支払い通常賃金月額に応じた拠出（ただし、個別の使用者には6000ドルの通常賃金月額上限が適用される）をしなければならない（CPF, 2019b）。また、付加賃金には、単一月の労働または雇用に対して支払われる以外のもの、例えば賞与や休暇手当などが含まれるが、拠出金の賦課対象となる付加賃金の上限は、10万2000ドル（6000ドルの17か月分）から、通常賃金¹⁵⁾の年間合計額を控除した額とされている¹⁶⁾ ¹⁷⁾。ただし、複数の使用者に雇用されている場合には、これが各使用者に対して適用される¹⁸⁾。

他方、年間純利益が6000ドルを超える自営業者も、年齢と年間純利益に応じて、年間純利益の4.0～10.5%をメディセイブ勘定に拠出しなければならない。この拠出率は、年齢が同じであれば年間純利益が多いほど、また、年間純利益が同じであれば年齢が上がるほど、高くなる。ただし、この場合も、年間拠出金の上限額は、

表1 CPFへの拠出率と各勘定への配分率（2016年1月改定：合計賃金月額に対する比率：%）

年齢	拠出率（合計賃金月額に対する割合：%）			各勘定への配分率（合計賃金月額に対する割合：%）		
	使用者	被用者	計	普通勘定	特別勘定	メディセイブ勘定
35歳以下	17.0	20.0	37.0	23.0	6.0	8.0
36-45歳	17.0	20.0	37.0	21.0	7.0	9.0
46-50歳	17.0	20.0	37.0	19.0	8.0	10.0
51-55歳	17.0	20.0	37.0	15.0	11.5	10.5
56-60歳	13.0	13.0	26.0	12.0	3.5	10.5
61-65歳	9.0	7.5	16.5	3.5	2.5	10.5
66歳以上	7.5	5.0	12.5	1.0	1.0	10.5

注：表に示されている比率は、民間被用者と独自年金の対象となっていない公務部門被用者のうち、合計賃金月額が750ドル以上で、かつ永住者の場合は永住権取得後3年目以降の者に適用されるが、永住権取得1～2年目の者も、使用者と共に申請することにより、同様の率となる。

出所：<https://www.cpf.gov.sg/Employers/EmployerGuides/employer-guides/paying-cpf-contributions/cpf-contribution-and-allocation-rates>（CPF委員会のウェブサイト：2019年11月15日アクセス）より作成。

年齢に応じて5760ドル（35歳未満の場合）～7560ドル（50歳以上の場合）とされている。

II. 医療保障

1. 概観

シンガポールの医療保障は、他の生活保障と同様に自助努力を前提としつつ、“補助金+3Mの枠組み”（Yin and He, 2018）から成り立っている。この3Mは、メディセイブ（MediSave）、メディシールド（MediShield：現在のメディシールド・ライフ）、メディファンド（MediFund）に共通する頭文字のMに由来する（Chia and Loh, 2018）。これらのうち、メディセイブはCPFにおける同名の勘定を、メディシールド・ライフ（MediShield Life）は同勘定の積立金を使って加入する医療保険を示す。また、メディファンドは、メディセイブやメディシールド・ライフなどを活用しても、医療費の支払いができない人々を対象とするセーフティーネットの役割を担う制度である。なお、メディシールド・ライフはCPF委員会が運営する強制加入の公的制度であるが、これによる保障は必ずしも十分でないため、メディセイブ勘定の積立金を使って民間保険会社が運営する保険に合わせて加入する統合シールド・プラン（Integrated Shield Plans：IP）も用意されている。

他方、政府の補助金は、これら3M、特にメディシールド・ライフやメディファンドに対しても出されているが、それ以外にも、医療費や薬剤費に対する補助がある。なお、Lin（2016）は、シンガポールの初期の医療制度は、旧宗主国であるイギリスと似て、税財源の補助金を基盤にしていたとしており、それが1984年のメディセイブ導入や1990年のメディシールド導入などで改革されてきたものの、補助金は依然として医療財政の土台となっているとしている。ただ、シンガポールの特徴として、政府補助金の出ている医療費にさえ、付加価値税ないし日本の消費税に相当する7%の物品・サービス税（Goods

and Services Tax：GST）が賦課されている。

なお、外国人労働者（家内労働者も含む）にはCPFの適用がないし、また、外国人労働者の医療に対しては、政府の補助金も出ない。ただし、使用者は、入院と日帰り手術も含めて、年間で最低1万5000ドルの保険給付金が出る民間医療保険を、外国人労働者のために購入しなければならないとされている¹⁹⁾。

2. 医療提供体制

(1) 初期医療

初期医療を担当するのは、政府系病院²⁰⁾の出先外来診療所であるポリクリニック（polyclinic：全国で20施設²¹⁾）と、私立の一般医クリニック（general practitioner clinic：全国で2222施設）である。両クリニックの一般医のなかには、家庭医（family physician）とよばれる上級医がいるが、これには質の高い初期医療をある程度の年数に渡って提供した医師や、一定の研修を受けたうえで、専門の免許（Graduate Diploma of Family Physician）や学位（Master of Medicine in Family Medicine）を取得した医師などが含まれる²²⁾。

ポリクリニックでの診察料の目安は表2の通りだが（歯科クリニックが併設されているポリクリニックが10施設ある）、そこにみられる料金の差は、政府による補助金の違いによって生じている。ただし、一般医による場合では、国民や永住者、特に国民である子どもや高齢者の診察料が安くなっている一方で、全般的に家庭医の料金は高めで、かつ子どもや高齢者の料金も、国民一般と同じである。これは、上級医である家庭医を受診するには相応の対価が求められ、それを払ってでも受診しようとするのは、支払い能力がある（よって国民間で年齢による補助金に差を設ける必要はない）と考えられているためであろう（JOMF, 2016b）。

他方、私立の一般医クリニックを受診する場合には自由診療であり、政府の補助金もない。

表2 ポリクリニックにおける診察料の目安(ドル)

	国民	子ども・高齢者 (国民)	永住者	非居住者 (Non-Residents)
一般医	13.2	6.9	26.0	51.5
家庭医	24.0	24.0	37.9	67.8
歯科	15.8-27.0	7.8-14.1	23.7-41.9	37.4-111.8

注：診療費は個別の治療内容によって異なる。

出所：<https://polyclinic.singhealth.com.sg/patient-care/charges-payment> (2019年11月14日アクセス)

ただし、上記の通りポリクリニックの施設数が圧倒的に少ないことから想像できるように、初期医療の80%は私立の一般医クリニックが担っている²³⁾。比較的に安価なポリクリニックは混雑することが常であり、また、ポリクリニックで受診したとしても、そもそも国民と永住者以外には政府の補助金はなく、待ち時間の短い私立の一般医クリニックを選択する患者が多いという事であろう。また、ポリクリニックと私立の一般医クリニックの料金には、必ずしも政府補助金以上の差はなく、患者の支払額に補助金をくわえると、むしろポリクリニックの費用の方が高い場合もあるようだ²⁴⁾。

なお、2018年時点で、歯科については、ポリクリニックに併設されている10施設以外に、政府系では病院内の歯科や国立歯科センターで7施設、初等・中等教育の生徒を担当する学校歯科クリニック(school dental clinic)²⁵⁾が228施設、私立の歯科クリニックが876施設ある。また、薬局は、政府系が68か所、私立が190か所ある。

(2) 病院医療

まず、政府系では、親会社としての保健省ホールディングス(MOH Holdings)が、その傘下にグループ分けされた病院群を従えている。グループ分けでは、各地域の中心病院としての位置づけという目的のほか、グループ間で競争原理を取り入れることにより、互いのサービス向上を促すことが意図されている。このため、同じ政府系でも医療費は必ずしも同じではなく、地域に関しても明確な線引きがなされているわけではないため、いずれの病院にも患者は自由

にアクセスできる(JOMF, 2016a)。

こうした政府系病院は、2018年以前には、中部、東部・西部に各2つずつで6つのグループに分けられていたが、それらは同年より各地域で1つの3つに統合された。そして各グループは、その傘下に急性期医療を担当する病院(acute hospital)、亜急性期医療(sub-acute care)と回復期リハビリテーション(rehabilitative care)を担当する病院(コミュニティ病院：community hospital)、およびポリクリニックなどをもち、さまざまな医療ニーズに対応しているのだが、2018年時点でみると、急性期病院が総合病院と専門病院を合わせて10施設、精神病院が1施設、コミュニティ病院が4施設ある²⁶⁾。

ところで、政府系急性期病院の病室は、下から順にC、B2、B1、Aといったクラスに分かれている。これらのうちCおよびB2クラスはクーラーのない多床室(6~10床)で、B1クラスはクーラーなどがある4人部屋、Aクラスはクーラーなどがある個室であるが、政府系急性期病院における病床の81%²⁷⁾は、CおよびB2クラスの病床である。下位クラスの病床に入院するのは、比較的に経済上の余裕がない患者層だが、患者の所得や住宅の年間評価額²⁸⁾に応じて、Cクラスの入院費には65%~80%、B2クラスの入院費には50%~65%、B1クラスの入院費には20%の政府補助金が出る。ただし、これは患者が国民の場合であって、永住者に対する補助金は、国民よりも10%ポイント低いものとなる²⁹⁾。また、コミュニティ病院の医療費にも、世帯人員1人当たり所得月額に応

じ、国民の場合で20～75%（入院）または30～80%（外来）、永住者の場合で10～50%（入院）または15～55%（外来）の補助金が出る³⁰⁾。

他方、私立病院は、株式会社によって保有されている。その多くが外国資本であり、しばしばM & Aも行なわれる。また、医師は病院に雇用されているのではなく、隣接されたメディカルセンターにテナントとして入り、そこで開業している。そして、病院との契約により、医療機器や手術室などを使用したり、患者を入院させたりしている。これは救急外来でも同じである。なお、私立病院の医師の多くは欧米に留学し、帰国後に政府系の大病院などで指導的立場にあったエリートの専門医と考えてよい。また、政府からの補助金もないため医療費は高額となるが、富裕層の患者による需要があるほか、医療ツーリズム³¹⁾のためのサービスも充実させている。これらの医師は、他方で政府系病院の客員顧問（visiting consultant）などとして働いていることも多い（JOMF, 2016a）。2018年時点で、私立の急性期病院は8施設ある。

その他、病院の運営主体としては非営利組織もあるが、これによる施設数は、2018年時点で急性期病院と精神病院が各1、コミュニティー病院が4となっている。また、非営利組織によるホスピス（inpatient hospice）が2施設ある。

3. メディセイブ勘定と積立金の使途³²⁾

メディセイブ勘定の積立金は、医療費や介護費の直接的支払いと、メディシールド・ライフや統合シールド・プランといった医療保険、およびエルダーシールド（ElderShield）や2020年に導入されるケアシールド・ライフ（CareShield Life）といった介護保険の保険料支払いに使われる。これらのうち、医療保険と介護保険については後述することとし、ここでは医療費の直接的支払いについて述べる。

メディセイブ勘定の積立金は、すべての政府系病院のほか、認可された私立の病院や医療機関において、自己および扶養家族の入院費、日

帰り手術費、特定の外来医療費の支払いに使うことができる。この場合の扶養家族には、配偶者、子、両親、祖父母、および兄弟姉妹が含まれるが、これらのうち祖父母と兄弟姉妹は、シンガポール国民または永住者でなければならない。また、自己の医療費が賄えない場合は、逆に配偶者、子、両親、祖父母、または兄弟姉妹のメディセイブ勘定を活用できるが、祖父母または兄弟姉妹の勘定を使う場合には、本人が国民か永住者でなければならない。

こうした医療費の支払いに充てるための引出額には、加入者が老齢期の基礎的医療ニーズに対して十分な残高をメディセイブ勘定に残しておけるよう、受診する医療機関の種別や手術・医療の内容によって細分化された上限額が、慎重に設定されている。そのうち入院費についての引出上限は、政府系病院におけるB2またはCクラスの病室での費用を賄うのに、概ね十分な額とされている。ただし、CPF加入者の世帯全員を強制加入とするメディシールド・ライフがある以上、メディセイブ勘定の積立金を使った医療費の支払いは、メディシールド・ライフの保険金給付で不足する患者負担分というのが一般的だろう。なお、がんや臓器不全の終末期と診断された患者に対するデイホスピス（day hospice）や在宅緩和ケアについては、費用が患者自身のメディセイブ勘定から支払われるのであれば、引出上限額はない。

ところで、メディセイブ勘定には、基本ヘルスケア金額（Basic Healthcare Sum : BHS）というものが設定されている。これは、老齢期における補助金付きの基礎的ヘルスケアへのニーズを満たすのに必要と推計される積立金の額である。65歳以下の加入者に対し、BHSはメディセイブ勘定からの積立金引出額の増加ベースに合わせて毎年改定され、2019年1月1日より、その額は5万7200ドルとなっている。そして、66歳以降のBHSは65歳時の金額で固定され、それ以降は終身で一定に保たれる。なお、2016年4月1日より、積立金がBHSに満たない55歳以上の加入者は、退職準備金満額（不動産を

所有している場合は退職準備金基本額³³⁾を蓄えておくことを条件に、普通勘定と特別勘定の積立金を、自身のメディセイブ勘定にBHSとの差額分まで移行できるようになった。また、2017年1月1日からは、上記と同様の条件で、加入者は55歳以上の家族加入者のメディセイブ勘定に、自身の普通勘定からBHSとの差額分まで積立金を移行することが認められた。この場合、家族の範囲は、配偶者、両親、兄弟姉妹、祖父母、義父母、義祖父母である³⁴⁾。

他方、2015年1月1日以降に生まれた国民は、新生児メディセイブ助成金（MediSave Grant for Newborns）の対象となる。誕生時にメディセイブ勘定が開設され、自動的に4000ドルの助成金が入金される。この新生児メディセイブ助成金は、メディシールド・ライフの保険料、推奨される子どものワクチン接種、入院、外来診療といった子どものヘルスケアに対するニーズに対して両親を支援するためのものであり、2018年には、1億3810万ドルの助成金が出されている。（CPFB, 2019a）

4. メディシールド・ライフ³⁵⁾

(1) 概要

メディシールド・ライフは、CPF委員会が運営する基礎的医療保険であり、メディシールドの後継として、2015年11月1日に導入された。メディシールドからの主要な変更点は、つぎの通りである（Cf. Tan [2015]）。

- ① 普通病床における入院費の給付上限額が、1日450ドルから700ドルに引き上げられた。
- ② 年間給付上限額が7万ドルから10万ドルに引き上げられた。
- ③ 30万ドルとされていた生涯給付上限額が撤廃された。
- ④ 92歳までだった対象年齢が100歳に引き上げられた。
- ⑤ 20%だった共同負担（co-insurance：後述の当該箇所を参照）の最高割合が10%に引き下げられた。

⑥ 保険適用外だった先行疾患（すでに罹患している疾病）が、追加保険料を払うことでカバーされるようになった。

⑦ 保険からの脱退が認められず、強制加入となった。

⑧ 保障内容の改善に伴い、保険料が引き上げられた。

なお、上記のうち④に関しては、現在では対象年齢の上限が撤廃され、終身の保障が提供されるようになっている。また、⑦に関しては、すべての国民と永住者は自動的に制度へ登録され、加入申請は不要である。ただし、国外永住者であり、シンガポールに帰って居住する意思がない国民は、一定の条件³⁶⁾のもとに、保険料の支払いを停止することができる。

(2) 保険給付

保険給付には入院する病室のタイプ（集中治療室か普通病室かなど）や医療の内容などに応じて上限額が定められているが、その上限額まで給付金が出るわけでもない³⁷⁾。まず第1に、比例配分係数（pro-ration factor：実際にかかった医療費のうち給付金算定基礎となる割合）というものが、病室クラスや病院タイプ（政府系か私立かなど）、手術や外来医療の種類、さらには国民か永住者かによって決められている。例えば、政府系病院のB2クラス病室に入院した場合、国民であれば比例配分係数は100%であり、入院費の100%が保険給付金算定基礎となるが、永住者では比例配分係数は58%となっており、入院費のうちで保険給付金算定基礎となるのは58%である。また、国民であっても、政府系病院のより上位の病室クラスや私立病院に入院した場合には、比例配分係数は100%にはならず、Aクラスまたは私立病院に入院すると、係数は35%となる。

第2に、保険給付には、年齢（保険契約開始後つぎの誕生日時点の年齢）や入院する病室クラスなどに応じ、控除免責金額（deductible）が定められている。80歳以下の患者についてみると、政府系病院のCクラス病室に入院した場

合で1500ドル（81歳以上では2000ドル）、Bクラス以上または私立病院に入院した場合で2000ドル（同3000ドル）、日帰り手術で1500ドル（同3000ドル）が、控除免責金額となっている。

第3に、これを控除した後の医療費に対しても、共同負担（co-insurance）として定率の患者負担がある。入院医療と日帰り手術に対する共同負担は、医療費が控除免責金額を含めて5000ドルまでが10%、つぎの5000ドルに対しては5%、1万ドルを超える部分に対しては3%となっている。そして、外来医療に対しては、控除免責がないが、かかった医療費にかかわらず、共同負担が10%となっている。

では、具体的な事例につき、メディシールド・ライフの給付金はどうなるかをみておこう。第1は、政府系病院で胃の手術を受け、集中治療室に8日、Cクラス病室に2日入院した35歳の国民で、実際の医療費が入院部分8600ドル、手術部分1250ドルの計9850ドルのケースである。この場合、Cクラス病室に入院しているので、比例配分係数は100%であり、かつ入院費は給付上限額（集中治療室1日当たり1200ドル×8日＋普通病室1日当たり700ドル×2日＝1万1000ドル）を下回っているため、この部分に関する給付金は実際にかかった8600ドルとなる。また、手術費の1250ドルも、このカテゴリーの手術に対する給付上限額である1850ドルの範囲内にあり、この部分に対する給付金は1250ドルとなる。そして、入院費と手術費の合計である9850ドルのうち、控除免責額1500ドルと共同負担592.5ドル（5000ドルから控除免責額1500ドルを引いた3500ドルの10%＋5000ドル超過分4850ドルの5%）の計2092.5ドル（総医療費9850ドルの21%）が自己負担となり、これを差し引いた7757.5ドル（総医療費9850ドルの79%）がメディシールド・ライフから支払われる。

第2は、政府系病院で人工股関節置換手術を受け、Aクラス病室に18日間入院した60歳の国民で、実際の医療費が入院部分1万2000ドル、手術部分8500ドル、移植部分4000ドルの計2

万4500ドルのケースである。この場合はAクラスの病室に入院しているので、すべての費用に対する比例配分係数は35%となり、給付金算定基礎は入院部分が4200ドル（1万2000ドルの35%）、手術部分が2975ドル（8500ドルの35%）、移植部分が1400ドル（4000ドルの35%）の計8575ドルとなる。このため、入院に関する保険給付金の上限は1万2600ドル（普通病室1日当たり700ドル×18日）だが、給付金算定基礎は4200ドルとなる。これに対し、この種の手術に関する保険給付金の上限は1400ドルだが、これを上記の2975ドルは上回っているため、給付金算定基礎は1400ドルとなる。また、移植部分に関しては、保険給付の上限は7000ドルだが、給付金算定基礎は上記の1400ドルとなる。そして、これらの合計である7000ドル（4200＋1400＋1400）から控除免責額の2000ドル、および共同保険の400ドル（5000ドルから控除免責額2000ドルを引いた額の10%＋5000ドルを超えた部分である2000ドルの5%）を差し引いた4600ドル（総医療費2万4500ドルの19%）がメディシールド・ライフから支払われ、残りの1万9900ドル（総医療費2万4500ドルの81%）が自己負担となる。

第3は、政府系病院で膵臓と胆嚢の手術を受け、集中治療室に2日間、B2クラス病室に52日間入院した40歳の永住者で、実際の医療費が入院部分2万1340ドル、手術部分1350ドルの計2万2690ドルのケースである。入院、およびこのタイプの手術に関する保険給付金の上限は、前者で3万8800ドル（集中治療室1日当たり1200ドル×2日＋普通病室1日当たり700ドル×52日）、後者で1850ドルだが、B2クラス病室に入院した永住者の比例配分係数は、すべての医療費に関して58%となるため、保険給付金算定上の入院費は1万2377.2ドル（2万1340ドルの58%）、手術費が783ドル（1350ドルの58%）となる。そして、これらの合計である1万3160.2ドルから控除免責額の2000ドル、および共同保険の644.81ドル（5000ドルから控除免責額2000ドルを引いた額の10%＋つぎの5000ドル

の5%+1万ドルを超えた部分である3160.2ドルの3%)を差し引いた1万515.39ドル(総医療費2万2690ドルの46%)がメディシールド・ライフから支払われ、残りの1万2174.61ドル(総医療費2万2690ドルの54%)が自己負担となる。なお、上記1～3のいずれのケースにおいても、自己負担分は、メディセイブ勘定の積立金と現金のどちらか一方、または両者から支払うことになる。

このように、メディシールド・ライフの給付金は、政府系病院のB2またはCクラスの病室に入院する国民には概ね十分かもしれないが、国民であっても政府系病院のAまたはB1クラスの病室や私立病院に入院したり、あるいは永住者の場合には政府系病院のB2またはCクラスの病室に入院したりしても、自己負担は相当な額(率)になる。そこで用意されているのが、メディシールド・ライフに、民間会社が運営する保険を上乗せした統合シールド・プランである。保険料は上乗せ分だけ高くなるが、その支払いに充てるため、メディシールド・ライフの保険料支払とは別に、下記の通り、メディセイブ勘定からの積立金の引出上限額が定められている。

- ・つぎの誕生日時点で40歳以下の場合には300ドル
- ・つぎの誕生日時点で41～70歳の場合には600ドル
- ・つぎの誕生日時点で71歳以上の場合には900ドル

なお、後述のように、メディシールド・ライフでは、10年間にわたって30%の追加保険料を支払うことで、加入時に罹患している重い疾病もカバーされるが、統合シールド・プランにおける民間保険会社の上乗せ部分に関しては、この限りでない。また、上乗せ部分の保障内容や保険料は、各保険会社が用意している商品によって異なっている。

(3) 保険料

保険料は、加入者の年齢と世帯構成のほか、いくつか用意された補助金の適用状況によって決まるが、まずは補助金についてみておこう。これには下記の4種類がある。

① 暫定的補助金

これは、メディシールドからメディシールド・ライフへの移行(2015年11月)に伴う保険料の増額を補填する目的で実施された4年間の暫定的補助金であり、世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額を問わず、CPFに加入している全国民に適用される。1年目は保険料増額分の90%、2年目は同70%、3年目は同40%、4年目は同20%が補助される。ただし、4年間の暫定的なものであるため、2018/2019年をもって、この補助金は終了した。

② 低・中所得者に対する補助金

年間評価額が1万3000ドル以下の住宅に住んでいる場合には、表3の通り年齢階層と世帯人員1人当たり所得月額に応じた比率(補助金適

表3 低・中所得者の保険料に対する恒久的補助の割合

年齢階層	世帯人員1人当たり所得月額 1200ドルまで	世帯人員1人当たり所得月額 1201～2000ドル	世帯人員1人当たり所得月額 2001～2800ドル
1～40歳	25%	20%	15%
41～60歳	30%	25%	20%
61～75歳	35%	30%	25%
76～85歳	40%	35%	30%
86～90歳	45%	40%	35%
91歳以上	50%	45%	40%

出所：https://www.moh.gov.sg/medishield-life/medishield-life-premiums-and-subsidies/premium-subsidy-tables(保健省のウェブサイト：2019年10月19日アクセス)より筆者作成。

用前の保険料に対する比率)で補助金が出る。住宅の年間評価額が1万3001～2万1000ドルの場合の補助率は、表3の比率から10%ポイント低下し、2万1000ドルを超える年間評価額の住宅に住んでいるか、または多数の不動産を所有している場合には、この補助金はない³⁸⁾。また、永住者に対する補助金は、国民の50%となる。なお、世帯人員1人当たり所得月額が2800ドル以下、かつ住宅の年間評価額が2万1000ドル以下という恒久的補助の要件を、最大で人口の3分の2が満たすと保健省は説明している³⁹⁾。

③ 開拓者世代に対する補助金と

メディセイブ口座補填

開拓者世代(Pioneer Generation)は、世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額にかかわらず、年齢に応じて40～60%の保険料補助金を受給できる。また、開拓者世代は、生年に応じ生涯にわたって、年間200～800ドルのメディセイブ口座補填(MediSave top-ups)を受けることができ、これをメディシールド・ライフの保険料支払いに使うことができる。なお、これらの受給要件は、1949年12月31日以前に生まれ、2014年に65歳以上で、かつ1986年12月31日以前に国民となっていることである。

④ 独立世代に対する補助金と

メディセイブ口座補填

2019年1月1日より、独立世代(Merdeka Generation)は、上記②にくわえ、世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額にかかわらず、年間保険料に対し5%の追加的補助金を受けることになった。この補助金は、75歳になると年間保険料の10%に増額される。また、独立世代は、2019～23年の5年間、毎年7月に200ドルのメディセイブ口座補填を受け、これをメディシールド・ライフの保険料支払いに使うことができる。なお、これらの受給要件は、1950年1月1日から1959年12月31日の間に生まれ、1996年12月31日以前に国民となっていることである。

⑤ 追加的保険料補助金

この補助金は、保険料の支払いができないためにメディシールド・ライフのカバレッジから外れることを、誰もが心配せずにすむことを目的にするものであり、上記の補助金とメディセイブ勘定の積立金を活用してもなお、保険料の支払いに困難がある世帯に支給される。

メディシールド・ライフに対する保険料補助金は以上の通りだが、これら補助金の適用前、および低・中所得者に対する恒久的補助金と開拓者世代に対する補助金が適用された場合の年間保険料は、2019/2020年において、年齢に応じ表4の通りになっている。そして、同一世帯のうち、CPFの加入者が1人であれば、各世帯員の年齢ごとに表4の通り定められた保険料を足しあげたものが、世帯保険料となる。また、共働きなど同一世帯に2人以上のCPF加入者がいれば、原則それぞれが年齢に応じた保険料を支払うが、同一世帯内のCPF非加入者の分は、いずれかの加入者の保険料に上乗せされる。なお、メディシールドからメディシールド・ライフへの移行(2015年11月)に伴う保険料の増額を補填する目的で実施された4年間の暫定的補助は、2018/2019年をもって終了しているため、表4における補助適用後の保険料には反映されていない⁴⁰⁾。

ところで、概ね80歳代まで金額が上昇していくことからわかる通り、保険料は年齢階層ごとの健康リスクに応じて設定されている。少子高齢化が進むなかで世代間扶養の理念を保険に援用すると、後世代になるほど負担が重くなり、制度の持続可能性が損なわれるという考え方が、シンガポールでは根強い。保健省も、勤労世代の拠出の多くが高齢者のために使われるという、他国にみられるような社会保険制度と、メディシールド・ライフは異なっていると述べている⁴¹⁾。ただし、就労期に多めの保険料を徴収し、その分を後で割り戻すことにより、高齢期の保険料負担が重くなりすぎないようにする配慮はなされている。割り戻される金額は、制度加入時の年齢と割り戻しを受けるときの年齢に応じ

て、表5の通りに設定されている。

他方、メディシールド・ライフ加入時に、がん、心臓その他の循環器疾患、脳卒中など、既に重い疾病にかかっている人々は、高いリスクを反映して、10年間にわたって30%の追加保険料を支払うことになる。この点も、既往症を排

除していないとはいえ、やはり社会保険と異質である。くわえて、メディシールド・ライフの保険料には、7%の物品・サービス税（GST）が賦課されており、これは次号（下）で述べる介護保険（エルダーシールドおよびエルダーシールド・ライフ）についても同様である。

表4 メディシールド・ライフの年間保険料（2019/2020年：ドル）

次の誕生日時点の年齢	補助金適用前の保険料	補助金適用後の保険料（GST込み価格）			
		世帯人員1人当たり所得月額 1200ドルまで	世帯人員1人当たり所得月額 1201～2000ドル	世帯人員1人当たり所得月額 2001～2800ドル	開拓者世代の保険料
1-20歳	130	98	104	111	—
21-30歳	195	146	156	166	—
31-40歳	310	233	248	264	—
41-50歳	435	305	326	348	—
51-60歳	630	441	473	504	—
61-65歳	765	491	529	566	—
66-70歳	815	530	571	611	489
71-73歳	885	575	620	664	491
74-75歳	975	634	683	731	497
76-78歳	1130	678	735	791	517
79-80歳	1175	705	764	823	537
81-83歳	1250	750	813	875	566
84-85歳	1430	858	930	1001	615
86-88歳	1500	825	900	975	615
89-90歳	1500	825	900	975	615
91歳以上	1530	765	842	918	612

注：—は適用がないことを示す。

出所：https://www.moh.gov.sg/medishield-life/medishield-life-premiums-and-subsidies/premium-subsidy-tables（保健省のウェブサイト：2019年10月20日アクセス）により筆者作成。

表5 保険料の年間割り戻し額（ドル）

加入時年齢 （次回誕生日時点）	年齢階層ごとの保険料年間割り戻し額							
	66-70歳	71-73歳	74-75歳	76-78歳	79-80歳	81-83歳	84-85歳	86-90歳
30歳以下	49	107	184	260	313	440	483	537
31-40歳	41	80	138	195	235	330	362	403
41-50歳	36	53	92	130	157	220	241	269
51-60歳	30	30	46	65	78	110	121	134
61-70歳	—	12	33	50	64	71	77	90

注：1）1950年よりも前に生まれた人々は、保険料割り戻しの対象外だが、1986年12月31日以前に国民となっていれば、開拓者世代に対する保険料補助とメディセイブ口座補填を受けることができる。

2）—は適用がないことを示す。

出所：MOH（2019）より引用。

5. 政府の医療費補助事業

(1) メディファンド⁴²⁾

メディファンドは、政府の補助金および、メディシールド・ライフ、統合シールド・プラン、メディセイブ勘定の積立金、現金を含む他のあらゆる手段を利用しても、医療費の支払いが経済的に困難な患者に対するセーフティーネットであり、1993年4月に2億ドルの資金で設立された。そして、政府は財政黒字が出た時に、その一部をメディファンドに組み入れるとともに、ファンドの運用益も患者の保護に充ててきている。また、経済的に恵まれない高齢者と若者へ焦点を当てた支援をさらに提供するため、2007年にはメディファンド・シルバー (MediFund Silver) が、2013年にはメディファンド・ジュニア (MediFund Junior) が導入されるとともに、歳月をかけて、メディファンドは、ポリクリニックでのプライマリー・ケア、歯科サービス、産前・出産サービスといった、より多くのヘルスケア・サービスをカバーするように拡大されてきた。ただし、メディファンドの対象となるのは国民のみであり、医療はメディファンドの認可機関で受けなければならない。

(2) 政府系医療機関での薬剤費補助金⁴³⁾

一般的な病状に対して患者が効果的な薬物治療を受けられるようにするため、保健省は政府系病院やポリクリニックなどで出される薬剤に対する補助金を、ミーンズ・テストに基づき提供する。

(3) 命のための健康診査 (Screen for Life)⁴⁴⁾

命のための健康診査は、国民と永住者に対し、年齢と性別に応じた補助金付きの健康診査を提供する国家的プログラムであり、国民と永住者が定期的な健康診査と経過観察に行くのを促すことを目的としている。早期発見と適切な治療介入により、糖尿病や合併症のような病気を予防したり、発病を遅らせたりできる。なお、2017年9月1日から、保健省と健康増進庁 (Health

Promotion Board : HPB) は、より多くの人々が推奨される健康診査と必要な経過観察に行くよう、命のための健康診査に対する補助金を増額した。

(4) コミュニティー健康支援スキーム (Community Health Assist Scheme : CHAS)

CHASは、2012年に保健省によって導入された。この制度は、国民が命のための健康診査のもとで推奨される健康診査（以下、健康診査）を受けたり、一般医と歯科クリニックなどにおいて、メディセイブやメディシールド・ライフが適用されない診療を受けたりした際に、補助金を支給するものである。対象は当初、開拓者世代以外は、低・中所得者に限られていたが、2019年11月1日より、所得にかかわらず持病のある全国民に拡大され、所得や世代などに応じて、下記の通りの区分で補助金が出されるようになっている。

① CHASグリーン⁴⁵⁾

これには世帯人員1人当たり所得月額が2000ドル超または住宅の年間評価額が2万1000ドル超の人々が該当する。ひとつの持病がある場合には、1回の受診につき28ドルまでが年間112ドルを上限に、複数の持病または合併症を伴う持病がある場合には、1回の受診につき40ドルまでが年間160ドルを上限に支給される。また、健康診査とその後最初の診察が5ドルで提供される。

② CHASオレンジ

これには世帯人員1人当たり所得月額が1201～2000ドルまたは住宅の年間評価額が1万3001～2万1000ドルの人々が該当する。一般疾患に対して1回の受診につき10ドルまでが支給されるほか、ひとつの持病がある場合には、1回の受診につき50ドルまでが年間200ドルを上限に、複数の持病または合併症を伴う持病がある場合には、1回の受診につき80ドルまでが年間320ドルを上限に支給される。また、総義歯、歯冠、歯根管治療に対し、ひとつの治療行為当たり50～170.5ドルが支給されるほか、健康診査とその

後最初の診察が2ドルで提供される。

③ CHASブルー

これには世帯人員1人当たり所得月額が1200ドル以下または住宅の年間評価額が1万3000ドル以下の人々が該当する。一般疾患に対して1回の受診につき18.5ドルまでが支給されるほか、ひとつの持病がある場合には、1回の受診につき80ドルまでが年間320ドルを上限に、複数の持病または合併症を伴う持病がある場合には、1回の受診につき125ドルまでが年間500ドルを上限に支給される。また、ひとつの歯科治療行為につき11～256.5ドルが支給されるほか、健康診査とその後最初の診察が2ドルで提供される。

④ 独立世代

世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額のいかんにかかわらず、すべての独立世代には一般疾患に対して1回の受診につき23.5ドルまでが支給されるほか、ひとつの持病がある場合には、1回の受診につき85ドルまでが年間340ドルを上限に、複数の持病または合併症を伴う持病がある場合には、1回の受診につき130ドルまでが年間520ドルを上限に支給される。また、ひとつの歯科治療行為につき16～261.5ドルが支給されるほか、健康診査とその後最初の診察が2ドルで提供される。

⑤ 開拓者世代

世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額のいかんにかかわらず、すべての開拓者世代には一般疾患に対して1回の受診につき28.5ドルまでが支給されるほか、ひとつの持病がある場合には、1回の受診につき90ドルまでが年間360ドルを上限に、複数の持病または合併症を伴う持病がある場合には、1回の受診につき135ドルまでが年間540ドルを上限に支給される。また、ひとつの歯科治療行為につき21～266.5ドルが支給されるほか、健康診査とその後最初の診察が無料になる。

(以下)に続く)

注

- 1) この社会政策は厳密な意味ではなく、シンガポールでsocial policyといわれているのを訳したものである。
- 2) したがって、あえて本稿では社会保障に代えて、公的生活保障としている。ただし、中央積立基金委員会(本文中で後記)は、social securityという用語を使っている。
- 3) CPFの沿革や制度全般については、菅谷(2013)や北野(2018)を参照。
- 4) ただし、合計賃金月額が、50シンガポール・ドル以下の場合には労使双方に拠出は求められず、50シンガポール・ドル超500シンガポール・ドル以下の場合には使用者のみが拠出することになっている。https://www.cpf.gov.sg/Assets/employers/Documents/Table%201_Pte%20and%20Npen%20CPF%20contribution%20rates%20for%20Singapore%20Citizens%20and%203rd%20year%20SPR%20Jan%202016.pdf (CPF委員会のウェブサイト:2019年10月26日アクセス)を参照。
- 5) 以上、CPFの対象については、(CPFB, 2019b)による。
- 6) <https://stats.mom.gov.sg/Pages/EmploymentTimeSeries.aspx> (人的資源省のウェブサイト:2019年10月27日アクセス)による。なお、四捨五入により、内訳の合計と総数に若干の差異がある。
- 7) ただし、外国人を雇用する場合には、外国人雇用税(Foreign Worker Levy:FWL)の支払いと、後述のように一定額以上の保障がある民間医療保険の購入をしなければならない。
- 8) 注6に同じ。
- 9) <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme?theme=population&type=all> (統計局のウェブサイト:2019年11月1日アクセス)による。
- 10) いうまでもないことだが、積立金の移行ができるのは、過去においてCPFに拠出をしていた、あるいは現在もCPFに拠出をしていることにより、55歳以上の両親が退職勘定をもっている場合である。
- 11) <https://www.bloomberg.co.jp/markets/currencies/asia-pacific> (ブルームバーグのウェブサイト)によると、2019年11月15日午後9時15分現在、1ドルは79.85円。

- 12) <https://www.pensionfundsonline.co.uk/content/country-profiles/singapore>(PENSION FUNDS ONLINE:2019年11月5日アクセス)によれば、公務部門独自の年金には、2つのものがある。ひとつは文官を対象とする無拠出制の政府年金スキーム(Government Pension Scheme)で、いまひとつは軍人を対象とする貯蓄・被用者スキーム(Savings and Employees Scheme)である。これらのうち、特に政府年金スキームの対象者は近年大幅に限定されて減少し、非対象者は民間部門と同一なCPFの枠組に移行している。なお、これらのスキームについては、Asher(1999)に若干の記述がある。
- 13) 詳細は、<https://www.cpf.gov.sg/Employers/EmployerGuides/employer-guides/paying-cpf-contributions/cpf-contribution-and-allocation-rates>(CPF委員会のウェブサイト:2019年11月15日アクセス)を参照。
- 14) <https://www.cpf.gov.sg/Employers/EmployerGuides/employer-guides/hiring-employees/cpf-contributions-for-your-employees>(CPF委員会のウェブサイト:2019年11月29日アクセス)による。
- 15) 月額が6000ドルを超える場合は6000ドルとして計算される。これは、拠出金の賦課対象となる通常賃金月額の上限が、6000ドルとされているためである。
- 16) 注14に同じ。
- 17) ちなみに、残業代や諸手当、賞与の12分の1などをくわえた税・CPF拠出金控除前の賃金月額の中央値は、2018年において4437ドルであった。これに関しては、<https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/economy/labour-employment-wages-and-productivity/latest-data>(統計局のウェブサイト:2019年11月30日アクセス)を参照。
- 18) 注14に同じ。
- 19) <https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-worker/sector-specific-rules/medical-insurance>および<https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-domestic-worker/eligibility-and-requirements/insurance-requirements>(ともに人的資源省のウェブサイト:2019年11月4日アクセス)による。
- 20) ここで「政府系」というのは、保健省ホールディングス(MOH Holdings)が親会社となり、その傘下に病院群を従えているためである。
- 21) 以下、医療施設数は2018年現在。<https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities>(保健省のウェブサイト:2019年11月9日アクセス)による。
- 22) 詳しくは、<https://www.parkwayshenton.com/healthplus/article/family-physician-general-practitioner>(2019年11月14日アクセス)を参照。なお、まず患者はポリクリニックや私立の一般医クリニックで受診し、必要に応じて病院の専門医へ紹介を受けるのが通常である。患者は家庭医を選ぶことができる(ポリクリニックの一般医の場合、初診では患者が医師を選ぶことはできない)ので、家庭医はある程度、かかりつけ医やゲートキーパーの機能を果たしている。ただし、それは私立の一般医の場合でも同じであるし、制度的なことでもない。つまり、イギリスなどの場合と異なり、シンガポールでは一般医や家庭医への登録制が採られているわけではないし、直接病院の専門医を受診することも可能である。
- 23) <https://www.moh.gov.sg/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/primary-healthcare-services>(保健省のウェブサイト:2019年11月14日アクセス)を参照。
- 24) <https://www.theonlinecitizen.com/2019/07/04/why-does-a-private-clinic-charge-less-for-consultation-than-the-unsubsidised-cost-of-the-same-at-a-public-polyclinic/>(2019年11月14日アクセス)を参照。
- 25) 学校歯科クリニックについては、https://www.healthhub.sg/programmes/15/school_dental_programme(2019年11月29日アクセス)を参照。
- 26) 日本では病院の機能は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能に4区分されており(Cf. 厚生労働省[2018])、亜急性期という用語は公式には使用されなくなっている。なお、病院に関するシンガポール保健省の統計(<https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities>:2019年11月30日アクセス)では、急性期病院とコミュニティ病院以外の病院は、政府系にも私立にも見当たらないが、慢性病ユニット(chronic sick units)という名称の施設を有する病院があ

- る。これに関しては、<https://www.moh.gov.sg/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/chronic-sick-hospitals> (保健省のウェブサイト:2019年12月6日アクセス) を参照。
- 27) <https://www.moh.gov.sg/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/hospital-services> (保健省のウェブサイト:2019年11月20日アクセス) を参照。
- 28) 年間評価額は、当該住宅が賃貸された場合の推定年間家賃で、内国歳入庁 (Inland Revenue Authority) が評価する。なお、患者の所得に関しては、注29の資料で平均所得月額 (average monthly income of patient) と書かれている。
- 29) 保健省の資料 Singapore's Healthcare Financing Systemによる。
- 30) 保健省の資料 Community Hospital Care: Handbook for Patientsによる。なお、コミュニティー病院は、施設サービスや在宅サービスとともに、中間的長期ケアサービス (intermediate and long-term care (ILTC) services) に位置づけられているが、この点については次号 (下) における介護保障の節でふれる。また、血液透析と腹膜透析も中間的長期ケアサービスに含められており、それらに対しても補助金が出ているが、これについても介護保障の節でふれる。
- 31) シンガポールでは、観光目的でないという意味で、メディカルトラベルと呼んでいる (真野、2016)。
- 32) ここでの記述は、特に断りのない限り、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medisave> (保健省のウェブサイト)、および <https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medisave> (CPF 委員会のウェブサイト) による。アクセス日はともに2019年10月19日。
- 33) 退職準備金満額 (Full Retirement Sum) と退職準備金基本額 (Basic Retirement Sum) の額は、55歳になる年によって毎年改定されていくが、2020年に55歳になる加入者の場合、前者で18万1000ドル、後者で9万500ドル (前者の半額) である。これに関しては、<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/retirement/retirement-sum-scheme> (CPF 委員会のウェブサイト:2019年11月2日アクセス) を参照。
- 34) 以上、BHSに関してはCPFB (2019a) による。なお、注10で述べたのと同様に、積立金の移行ができるのは、過去においてCPFに拠出をしていた、あるいは現在もCPFに拠出をしていることにより、55歳以上の家族加入者がメディセイブ勘定をもっている場合である。
- 35) 以下、メディシールド・ライフの内容については、特に断りのない限り、<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medishield-life> (CPF 委員会のウェブサイト)、および <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medishield-life> (保健省のウェブサイト) による。アクセス日はともに2019年10月19日。
- 36) 詳しくは、<https://www.moh.gov.sg/medishield-life/what-is-medishield-life/medishield-life-coverage-for-singaporeans-permanently-located-abroad> (保健省のウェブサイト:2019年10月26日アクセス) を参照。
- 37) 以下、メディシールド・ライフの保険給付については、MOH (2019) による。
- 38) 注28でも述べた通り、年間評価額は、当該住宅が賃貸された場合の推定年間家賃で、内国歳入庁 (Inland Revenue Authority) が評価するが、住宅開発庁 (Housing and Development Board) が提供するフラット (同一階の数室を一家族が住めるように設備した住宅) と、一部の戸建て住宅は、年間評価額が2万1000ドルの範囲に収まるとされている。これに関しては、<https://www.chas.sg/content.aspx?id=306> (2019年10月22日アクセス) を参照。
- 39) <https://www.moh.gov.sg/medishield-life/medishield-life-premiums-and-subsidies> (保健省のウェブサイト:2019年10月20日アクセス) を参照。
- 40) 独立世代に対する補助金適用後の保険料は、煩雑さをさけるために省略した。
- 41) <https://www.moh.gov.sg/medishield-life/medishield-life-faqs#ps> (保健省のウェブサイト:2019年10月20日アクセス) を参照。
- 42) 以下、メディファンドの内容については、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medifund2019> (保健省のウェブサイト:2019年10月29日アクセス) による。
- 43) この薬剤費補助金については、<https://www.>

moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/drug-subsidies-schemes(保健省のウェブサイト:2019年11月2日アクセス)を参照。

- 44) 命のための健康診査については、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/enhanced-screen-for-life>(保健省のウェブサイト:2019年11月2日アクセス)を参照。なお、日本では「健康診査は、健診と検診の両者を含むもの」という考え方があるが(Cf. 辻 [2017])、命のための健康診査にも健診と検診の双方が含まれている。
- 45) 以下、CHAS の内容については、<https://www.chas.sg/content.aspx?id=636> (コミュニティー健康支援スキームのウェブサイト:2019年11月2日アクセス) による。

参考文献

- ・ Asher, Mukul G. (1999) *The Pension System in Singapore*, SP Discussion Paper, No.9919, The World Bank.
- ・ Chia, Ngee Choon and Shu Peng Loh (2018) “Using the stochastic health state function to forecast healthcare demand and healthcare financing: Evidence from Singapore,” *Review of Development Economics*, Volume 22, Issue 3, pp.1081-1104, John Wiley & Sons Ltd.
- ・ CPF Board (2019a) *Central Provident Fund Board Annual Report 2018*, Central Provident Fund Board.
- ・ — (2019b) *Who do you need to pay CPF for?*, Central Provident Fund Board.
- ・ — (2019c) *Which allowances and payments attract CPF contributions?* Central Provident Fund Board.
- ・ JOMF (2016a) *JOMF News Letter* No.274, Japan Overseas Medical Fund (海外邦人医療基金).
- ・ — (2016b) *JOMF News Letter* No.275, Japan Overseas Medical Fund (海外邦人医療基金).
- ・ ILO (1984) *Introduction to Social Security*, International Labour Organization.
- ・ Lin, Lai Wei (2016) “Paying for Healthcare,” In: Lee Chien Earn and K. Satku (eds.) (2016) *Singapore’s Health Care System: What 50 Years have Achieved*, World Scientific Publishing.
- ・ MOH (2018) *10 Top Common Myths of Singapore Health Care: Navigating our healthcare system*, Ministry of Health, Singapore.
- ・ — (2019) *MediShield Life: Better Protection. For All. For Life*, Ministry of Health, Singapore.
- ・ Tan, Samuel (2015) *Singapore Healthcare System*, Singapore Actuarial Society.
- ・ Yin, Jason Dean-Chen and Alex Jingwei He (2018) “Health insurance reform in Singapore and Hong Kong: How the two ageing Asian tigers respond to health financing challenges?,” *Health Policy*, Volume 122, Issue 7, pp.693-697, ELSEVIER.
- ・ 北野陽平 (2018) 「シンガポールの年金制度」『年金と経済』 Vol.37, No.2, 年金シニアプラン総合研究機構。
- ・ 厚生労働省 (2018) 『平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理(資料編)』第14回地域医療構想に関するWG資料2-2。
- ・ 菅谷広宣 (2013) 『ASEAN諸国の社会保障』(第6章「シンガポール・ブルネイの社会保障」) 日本評論社。
- ・ 中田健夫 (2009) 第2章「シンガポール——国家戦略の一環としての医療——」井伊雅子編『アジアの医療保障制度』東京大学出版会。
- ・ 辻一郎 (2017) 「健診・検診の評価と動向」『日本内科学会誌』106巻3号。
- ・ 真野俊樹 (2016) 『アジアの医療提供体制:日本はアジアの医療とどう向き合えばいいのか』日本医学出版。
- ・ 労働政策研究・研修機構 (2018) 『諸外国における外国人材受入制度—非高度人材の位置づけ—イギリス、ドイツ、フランス、アメリカ、韓国、台湾、シンガポール—』JILPT資料シリーズ No.207。

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp