

シンガポールの高齢者福祉・介護保障の動向：管理 国家の「社会保障法」について

山田, 晋
明治学院大学社会学部教授

<https://doi.org/10.15017/2249>

出版情報：法政研究. 68 (1), pp.409-439, 2001-07-09. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：



シンガポールの高齢者福祉・介護保障の動向

——管理国家の「社会保障法」について——

山田 晋

はじめに

『高齢者の保健医療』の概要

報告書の検討

はじめに

一 社会保障法研究における外国法・比較法研究は、従来、先進国を中心になされてきた。それについては反省も多く、⁽¹⁾こんにちの社会保障法研究には、アジア（へ）の視点が要請されている。またアジア・アフリカ諸国において社会保障が何をなし得るかにこそ、社会保障法学の真価が問われているともいえる。

二 アジア諸国の社会保障（法）は多様な展開を見せているが、社会保険アプローチ（ビスマルク方式）、税方式、北欧モデルなどをキャッチアップの対象とする傾向にある。そこでは個別領域ごとにもばらばらのモデルを選択し得る有

説 論

利さを活かし、多様な選択がなされている。その一方で、世界銀行などの外圧により一定のモデルを選択せざるをえない局面もある（例えば一部のヘルス・セクター・リフォーム）。このような多様な展開を遂げるなかで、アジアの社会保障法学が検討せねばならないのは、実態を伴わない法整備をどのように評価するか、公的責任を想定しない社会保障制度をどのように評価するかなどの問題であろう。例えば、タイの「優れた」一九九〇年社会保障法をどう評価するかであり、シンガポールの「社会保障」制度をどう評価するかである。⁽²⁾

本稿では、社会保障に関してわれわれとは異質の「公的責任」をとるシンガポールの「社会保障」の性格を把握する試みのために、介護保障の動向について論じた報告書（*Report of The Inter-Ministerial Committee on Health Care for The Elderly*, 1999）を紹介し検討する。したがって社会保障の全体を論じることにはせずに、老齢保障、とりわけ発達障害保障（『社会福祉サービス』の側面に限定して考察する）。

三 シンガポールは基本的に「社会保障」における国家の役割を極めて限定している。一定の制度を構築し、国民に強制するが、国家が供給者たることはなく、国家が社会保障給付することはない。世界銀行が、社会保障の優等生としてシンガポールを挙げるゆえんである。⁽³⁾

シンガポールの「社会保障」は、経済発展、そしてそのための人的資源開発の手段である。リー・クアン・ユーの率いる人民行動党（People's Action Party APP）の独裁政権（あるいは少なくとも権威主義的国家体制）下で、中央積立基金（Central Provident Fund CPF）が「社会保障」の中核となってきた。⁽⁴⁾

中央積立基金は一種の強制貯蓄制度で、中央積立基金は労働者がその給料の一定割合を、目的別に開設された自己の「口座」（account）に貯蓄し、老後の生活保障や特定の目的のために使用するものである。五五歳までは給料の三〇パーセント（使用者一〇パーセント、労働者二〇パーセント）、五五歳から六〇歳までは一六・五パーセント（使用者四パーセント、労働者一二・五パーセント）、六〇歳から六五歳までは九・五パーセント（使用者二パーセント、労働者

七・五パーセント）、六五歳以上は七パーセント（使用者二パーセント、労働者五パーセント）を自己の三種類の口座に貯金する。教育や住宅購入のための資金を貯蓄する「普通口座（Ordinary Account）」、医療保険の購入や入院費用のための「メディセイブ（Medisave Account）」、老後の生活保障の基金である「特別口座（Special Account）」である。これらの口座に蓄積された拠金出は、目的外に使用することはできない。

四 シンガポールの老齢保障

シンガポールの老齢保障は、所得保障における中央積立基金による「特別口座」の生活資金⁽⁵⁾と、民間による社会福祉サービス⁽⁶⁾からなる。

老後の生活保障は、自己の「特別口座」の貯蓄を使用することによってなされる。五五歳になったときに、「特別口座」から「最低保障額（Minimum Sum）」以外の部分を引き下ろすことができる。一九九九年時点での「最低保障額」は、六万シンガポールドルである。

いっぽう、シンガポールの老齢福祉の中心は地域開発省（Ministry of Community Development）であり、保健、医療に関しては保健省（Ministry of Health）である。

地域開発省は、市民、地域社会、民間による社会福祉事業の展開の支援、活用、援助を目的とする。シンガポールにおいては、基本的には民間の社会福祉事業を活用し、政府が直接的福祉事業を展開することはない。地域開発省は、社会福祉における効率性と効果を確保するため、そしてボランティアを奨励するため、民間社会福祉事業を全国社会サービス協議会（National Council of Social Services NCSS）に結集させ、NCSSを通じて社会福祉事業をコントロール⁽⁷⁾する。また住民委員会（Residents Committee RSC）などの組織を活用する。自助あるいは相互扶助によるサービス供給がシンガポールの福祉の原則である。

在宅福祉、施設福祉ともに民営が中心であり、老人ホームに関しては一九八八年に老人ホーム法、八九年には老人

ホーム規則を制定し、MCDとMOHが合同認定委員会を設置し、ホームの監督をしている。

五 報告書の背景

シンガポールは世界で最も高齢化の速い国の一つである。一九九〇年には高齢者は人口の六・一パーセントであったが、一九九七年には七・〇パーセントとなり、二〇三〇年には一八・四パーセント、現在のレベルの二・六倍になると推計される。⁽⁸⁾ こんにち、一〇人の経済的活動人口 (economically active person) が一人の高齢者を支えているが、二〇三〇年には、三・五人で一人の高齢者を支えることになる。

高齢者の医療消費量は一般人よりも多い。というのは、彼らはけがや障害、合併症 (complication) に陥りやすいからである、そして彼らは介護 (long-term care) の必要性に直面しやすい。急速な人口高齢化と高齢者の医療のニーズの増加は、国家的関心事となった。⁽⁹⁾

一九九七年八月、保健省は、「高齢者の医療ニーズを検討するため、そしてもしこれらのニーズが個人と国家に対して適正なコスト (affordable cost) によって充足されるのであれば、来るべき次の五〜一〇年の間に立ち挙げられるべき手段を確定するために」省庁を越えた合同委員会をたちあげた。

委員会の検討事項は：

- ― 高齢者の保健・医療ニーズと、現在の制度のギャップを確定すること
- ― 高齢者の保健・医療ニーズのプロジェクトを検討すること
- ― 高齢者のニーズを充足するための、医療・福祉施設とサービスの適正な制度を確保する政策と戦略を決定すること
- ― 高齢者のための医療財政制度を検討することである。

委員会は、政府機関、専門職、コミュニティ、全国労働組合評議会 (National Trade Union Congress) ¹、そして

様々なボランティア福祉組織（VWO）を含む、高齢者をケアする多様な組織によって構成された。委員会は一九九九年に報告書を提出した。

本稿は、河野正輝教授・安藤高行教授の還暦を記念するものである。河野教授には永年にわたるご指導に感謝し、また修士課程以来「弟子」を詐称しご迷惑をおかけしたことをお詫びせねばならない。安藤教授には佐賀大学在職中、公私に渡りお世話になった。

なお本稿で使用した文献や知見は、国際厚生事業団（JICWELS）社会保障分野派遣専門家人材養成研修（二〇〇〇年三月 シンガポール・タイ・カンボジア）の成果の一部である。記して感謝する。

- (1) 矢野聡「アジア社会保障への協力・交流を」週刊・社会保障二〇九三号（二〇〇〇）二四頁。
- (2) シンガポールの「社会保障」について、赤塚俊治「シンガポールにおける社会保障の現状と課題」海外社会保障情報一二三号（一九九八年）一三頁、阿部裕二「シンガポールの年金改革の動向—少子・高齢化の進展におけるCPF政策」海外社会保障研究一二六号（一九九九年）八二頁、参照。
- (3) 世界銀行と社会保障に関しては、山田晋「世界銀行の年金戦略」（明治学院大学）社会学・社会福祉学研究一〇五号（一九九九年）一〇一頁、同「社会保障と構造調整—世界銀行の年金報告書をめぐって」大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編著『福祉国家への視座—揺らぎから再構築へ』ミネルヴァ書房（一九九九年）五三頁、参照。
- (4) 中央積立基金については、Central Provident Fund Board, *Building Our Future: take change, plan early*, CPF, 1999.; Michael Sherraden, Sudha Nair, S. Vasoo, Ngiam Tee Liang and Margaret S. Sherraden, Social Policy Based on Assets: The Impact of Singapore's Central Provident Fund, *Asian Journal of Political Science*, vol.3, no.2, 1995, p.112.; CPF, *Annual Report 1998*, CPF, 1999.
- (5) 中央積立基金が高齢者の所得保障に果たす役割について、Angelique Chan, The Role of Formal Versus Informal Support of the Elderly in Singapore: Is there Substitution?, *Southeast Asian Journal of Social Science*, vol.27, no.2, 1999, p.87. また社会

保障として機能しないとする見解について M. Ramesh, Social Security in Singapore-Redrawing the Public-Private Boundary, *Asian Survey*, vol. XXXII, no. 12, 1992, 1093.

(9) シンガポールの社会福祉について Yip Mui Teng ed., *Social Services-The Next Lap*, Times Academic Press, 1995.

(7) 現在、二五六の組織を傘下に置く。NSCC, *Annual Report 98/99*, 1999, p.70.

(8) Ministry of Health, *State of Health 98*, 1998, p.48. シンガポールの高齢化とそれの対応について Paul Cheung and S. Vasoo, Ageing Population in Singapore: A Case Study, in David R Phillips ed., *Ageing in East and South-East Asia*, Edward Arnold, 1992, 77.

(6) シンガポールの高齢者医療の現状と課題について Phua Kai Hong and Yip Mui Teng, Financing Health Care in Old Age: Policy Issues and Implications in Singapore, *Asian Journal of Political Science*, vol. 6, no. 1, 1998, 12. また高齢者政策について Antonio L. Rappa, The Politics of Ageing: Perspectives from State and Society in Singapore, *Southeast Asian Journal of Social Science*, vol. 27, no. 2, 1999, 123.

『高齢者の保健医療』(Report of The Inter-Ministerial Committee on Health Care for The Elderly, 1999) の概要

第一章 イントロダクション

高齢者の医療は、彼らの医学的、精神的、経済的、福利 (well being) をふくむ総体として把握されるべきものである。それは、政府、コミュニティ、家族そして高齢者自身をも含むこむべきものである。政府は公営の病院、診療所 (polyclinic) を通して、一連の急性の医療 (acute care) を供給し、地域組織とボランティア福祉組織は、ほとんどの

介護施設を担っている。政府はこれらのサービスを補助している。しかし究極的には、個人は、健康的な生活様式で過ごすことにより、健康を維持することに個人的責任を負っており、そして病気になったときの保健・医療ニーズのために貯蓄をする責任を負っているのである。

第二章 高齢者のための医療の諸原則

① 高齢者医療の目的

本委員会は一九九三年の白書『適正な医療 (Affordable Health Care)』で提起された基本的な医療の哲学を確認する。すなわち…

- ・健康を促進することにより健康な国家 (healthy nation) を建設する。
- ・健康についての個人責任を促進し、国家の福祉や医療保険に過度に依存することを避ける。
- ・全てのシンガポール国民に適正な基本的医療サービスを供給する。
- ・サービスを改善し効率性を高めるために、競争と市場の力に依存する。
- ・必要であれば、市場が医療のコスト・ダウンを達成できないところでは、直接的に医療部門に介入する。

シンガポールにおける高齢者のケアは、高齢者が健康を維持し、可能な限りながく地域社会で活動的であり続けられるように、健康促進と疾病の予防に重点が置かれる。疾病や障害が生じた場合、高齢者の機能維持が基本的関心事となる。適切で (appropriate) 費用・効率的な (cost-effective) 医療が個人のニーズに応じて給付される。高齢者は一般的に家族と共に生活することを望む傾向にあるので、可能な限り地域でケアされるべきである。高齢者の疾病の施設

内・入院処遇 (institutionalisation) は最後の手段である。

② 高齢者医療の組織

高齢者の医療ニーズへのアプローチは、彼らの医学的、精神的、社会的な福祉 (well-being) に向けられた総合的なものでなければならない。ケアの継続性確保のために、医療、看護、福祉の専門家、ボランティア、そして最も重要なものである家族のケアを含む、総合的なアプローチでなければならない。

③ 政府、地域、家族、個人の役割

政府、地域、家族、個人は、高齢者の医療においては相互に補完的な役割を担っている。

(A) 政府

保健省は、地域開発省 (MCD) や全国社会サービス協議会 (NCSS) と協力、医療政策の決定、ニーズに基づいた医療サービス計画の策定、高齢者のための保健サービスの財政的、その他の形態の支援などを行う。

(B) 地域社会

高齢者のための長期的な保健・医療サービスは、可能な限り政府の支援をうけた地域社会とボランティア福祉組織によって提供されるべきである。彼らはまた寄付やボランティアといった財政的資源と人的資源を移転することもできる。そして彼らの継続的な参加は、シンガポールの地域社会のスピリッツを強化するだろう。

民間の営利医療機関もまた、高齢者に対する医療―特に介護―の供給に参加することを奨励される。より快適な環境

を求める高所得者のために、民間営利機関は広範な選択肢を準備することができる。

(C) 家族

高齢者をケアする第一義的責任は家族にある。ほとんどの高齢者は、家族と共に暮らすことを好むので、高齢者は可能な限り、彼らの家庭でケアされるべきである。

高齢者をケアする家族は訓練を必要とする。そのことで適正なケアを供給し、ケア供給者の疲労を減らすことができる。訓練プログラムは地域社会と草の根の組織を通じて、容易に利用が可能なものでなければならない。

(D) 個人

究極的には、すべてのシンガポール人は自身の健康と福祉に個人的責任を持つ。身体的、精神的、そして社会的に健康な生活様式で暮らすだけでなく、彼らは高齢者に一般的な疾病と傷病の影響を最小とするための早期治療を受けるように心がけるべきである。高齢者は可能な限り、働けるように努力すべきである。さらに、彼らは自身の医療費用を賄うための適正な経済的資源を持つべきである。

健康的な生活様式で過ごすことで、将来は、より健康で自立した高齢者が存在することになる。彼らは自助グループを形成することを通じて、自ら奉仕活動をし、病気で自立できない同世代の者を援助するためにその力を行使することを奨励される。

④ ニーズに基づく適切なケアの給付

高齢者の多様なニーズが適正に、そして費用・効率的に (cost-effectively) 充足されるべきであらねばならない。理想的には、高齢者のためのケアは家庭で始められるべきであり、可能な限り、家族によって与えられるべきである。

もしニーズが存在するのであれば、地域社会に基礎をおくケア（community-based care）と外来診療が活用されるべきである。また、高いレベルのケアが必要な場合だけ、その状態に応じて高齢者は慢性疾病病院（chronic sick hospital）あるいはナースングホームに移送される。

第三章 高齢者の健康を促進し障害を予防する

① 身体障害

高齢者が直面している最大の問題は、早期障害（premature disability）であるが、それは、心臓血管障害、卒中、ガン、呼吸器疾患、高血圧、糖尿病、骨粗しょう症、腰痛骨折などで、これらはほとんどの場合、不健康な生活様式から生じる。

② 障害を予防する戦略

個人、専門家、地域社会が障害の予防にそれぞれの役割を果たす。

(A) 個人

個人はその生活様式を改善することで、慢性的な疾病や障害の発症を予防し、遅らせることができる。

(B) 専門家

医療の専門家は、早期治療の重要性を高齢者とそのケア提供者に納得させねばならない。なぜなら早期治療は医学的

結果を改善し、高齢者の生活の質を高めるからである。

(C) 地域社会

高齢者における社会的孤立は、疲労、医療・薬剤の過剰使用などの増加、そして多くの身体的、心理的病状をもたらす。これに対する社会的支援は回復を早め、健康維持を助ける。しかし、核家族化、女性の就業率の上昇などにより、家庭で提供されるケアは減少している。近隣の人々の活動がこのギャップを埋めることができる。住民委員会 (Residents' Committees) のような市民連盟 (People's Association) の下の草の根組織や、地域開発評議会 (Community Development Councils) は、隣人間の接触を増加するためのより多くのプログラムを開始することを要求されている。

③ 高齢者の健康診断

高齢者の定期的な健康診断は、健康上の問題を調査し、早期治療を可能にし、後の合併症と障害（それらは長期にわたり治療するため、より高価なものとなる）を予防することになる。

保健省が認定している、包括的外来老人病診断 (a comprehensive outpatient geriatric assessment) が有益であることが証明されれば、本委員会は、それがプライマリー・ヘルスケア (primary health care) の場面で利用されるべきこと、そして六五歳以上の全ての者が、年一回は検診を受けるべきことを、勧告する。高齢者の間での二つの最も一般的な慢性疾患である、高血圧と糖尿病の発見と、これらの疾病からくる合併症の予防には特別の注意が払われるべきである。また中高年（四〇〜六四歳）の人々に対して、早期の発見と疾病の迅速な治療が、合併症と障害を回避するために奨励される。

第四章 高齢者に保健サービスを供給する

高齢者に対する医療は、① 急性のケア (acute care) (公営・民間の診療所や病院において利用可能であり、専門的なセンターによって供給される専門的なケア) と、② 介護ケア (主にボランティア福祉組織 (VVO) によって提供され、政府によって支援される。コミュニティホスピタル、慢性疾患病院、ナースングホーム、デイリハビリテーション、デイケアセンター、在宅ケアサービスなどによって供給されるケアを含む) に分類される。

① 急性ケア

(A) 急性のプライマリーケア

急性のプライマリーケアは、恒常的なフォローアップを必要とする急性疾病あるいは慢性的状態に対して、公営または民営の診療所によって提供される。これらの診療所は、疾病を早期に治療するため、そして障害を予防するために重要である。これらの医療機関はシンガポールでは適正に配置されており、容易にアクセスできる。

急速な高齢化に伴い、地域社会の医師は、老人医学のケアについて熟練している必要がある。本委員会は、老人医学が、大学院レベルの専門科目として扱われるのではなく、学部教育課程の中に統合されるべきことを勧告する。

(B) 急性の病院ケア

主要な問題は、公立の急性ケア病院の「社会的入院」である。もし介護施設が利用可能であれば、彼らはそこの方がより良い処遇をより安価に受けることができる。本委員会は、保健省は急性病院における高齢患者の過剰入院の問題を継続的に観察すること、そして適切な代替的介護サービスが需要を充たすために利用可能であることを保障する計画

を策定すべきことを勧告する。

② 介護ケア

(A) 通所・利用施設の介護

(i) デイリハビリテーションとデイケアセンター

デイリハビリテーションセンターは高齢者に対して、積極的リハビリテーション（疾病回復後の機能回復のため）を供給し、リハビリテーションを継続する（機能の低下を予防する）。そしてレスパイトケアを提供する。

これらのセンターのいくつかは、運営時間や高齢者が参加するための交通手段がないことから、あまり利用されていない。デイリハビリテーションセンターはその業務をただリハビリテーションのみに限定している。そして高齢者は、彼らの条件の変化に応じて、これらと地域開発省の管轄にある社会参加のための、社会的デイケアセンター（social day care center）のあいだを移動しなければならない。現在のこれら二つの分離したプログラムを統合するために、本委員会は、保健省と地域開発省が高齢者のための、保健、社会サービス、その他のサービスを一カ所に統合した「複合サービスセンター」（multiservices center）に関する調査を行うことを勧告する。

高齢者はしばしばこれらのセンターへの交通手段を欠くので、地域開発省は高齢者の交通手段のニーズに対応する計画を策定するべきである。

(ii) 在宅ケア

家庭での高齢者のケアは、在宅医療サービス、在宅・訪問看護、ホームヘルプに分類される。

本委員会は在宅ケアサービスが重大な問題であると判断した。ケアを受けるために、外出できない高齢者は、重い疾

病と合併症を発症する危険を持っている。このことは、最終的には、より高いコストでより長い時間要求される、より高いレベルのケアに結果する。しかし、もし家庭訪問が彼らに対してなされれば、そしてそのことによって疾病が適正に治療されれば、この問題は解決する。本委員会は、高齢者が可能な限り家庭で暮らし続けること、そして早すぎる入院を避けることを奨励するために、より多くのそしてより良い在宅医療サービスが存在すべきである、ということを勧告する。在宅ケアは、低所得の人々のためだけではなく、一般の人々に対しても利用可能であるべきである。

(B) 入所・施設型介護 (residential Long-term Care)

(i) コミュニティホスピタル

コミュニティホスピタルは、高度の技術的なケアを必要としない人々のために、あるいはレスパイトケアのために、急性疾患の治療後、入院患者へのリハビリテーションを提供する。ケアは通常、一〜二カ月続く。一九九七年に、コミュニティホスピタル・ベッドを提供しているのは四病院（計四二六床）である。

(ii) 慢性疾病病院 (Chronic Sick Hospital)

慢性疾病病院は、慢性的な疾患を持つ患者に、延長された医療と看護ケアを給付する。このようなケアは、通常、二、三カ月から数年続く。一九九七年に、慢性疾病病床を提供している二つの病院（計二一八床）である。

(iii) ナーシング・ホーム

ナーシング・ホームは恒常的な看護ケアを必要とする疾患を持つ高齢者に、ケアを給付し保護する。そのようなケアは通常、二〜五年続く。一九九七年、四七の施設が合計四七〇八床を持ち、二三の施設（三二四一床）がボランティア福祉組織によって運営され、二四の施設（一四六二床）が営利施設である。

③ 他の支援サービス

高齢者の健康を強化し、彼らが地域社会で生活し続けることを可能にする他の支援サービスとしては、給食サービス、洗濯サービス、住宅改造サービス、電話相談・情報提供ホットライン、ボランティアによる友愛訪問事業（Befriender Services）、相互支援グループなどがある。

これらのサービスは充分には確立されていない。そのことが、多くの高齢者を「早すぎる」入院・施設入所に導いてしまう。本委員会は、シンガポールの全ての住居が高齢者に低額で利用可能な支援サービスを備えていることを保障するため、地域開発省が、調整基本計画を策定すべきことを勧告する。

本委員会は、インフォーマルな在宅ケア供給者のための訓練コースが、草の根組織を通して、広く利用可能となるべきことを勧告する。

第五章 高齢者のための保健サービスを計画し支援する

① 高齢者による保健サービスの利用と予想されるニーズ

高齢者は他の世代よりも、より多くの医療を必要としている。全人口に占める高齢者の割合が増加する中で、医療の高齢者による利用もまた、消費される医療において大きな比率を占めるようになる。例えば、二〇三〇年には、公立病院における入院患者総数の四三パーセントを高齢者が占めることが見込まれている。

② 高齢者による保健サービスの予想されるニーズ

保健サービスの許容力は、比例的に増加せねばならないだろうし、急性ケア、介護サービスの全ての領域は利用可能でなければならない。

高齢者による医療、介護ケアの利用は当然、政府の負担の増加を意味する。また加齢は痴呆 (dementia) を伴っており、痴呆の問題は介護サービスの必要性をさらに増加させる。

保健省は継続的に、より費用・効率的で、有効な新しい介護技術と方法を検討すべきであると本委員会は勧告する。

③ 介護を供給するボランティア福祉組織のための政府の支援

長期的保健ケアは、主にボランティア福祉組織によって供給されている。財政的援助の他に、政府も以下のようなやり方で、ボランティア福祉組織を支援している。土地、不動産の分配、貸与、専門家への支援と訓練、低所得者への援助、保健省ケア連絡サービス (MOH Care Liason Service) を通して、ナーシング・ホームと慢性疾病病院における調整、などである。

保健ケアサービスの供給と需要の均衡を確保するために、需要・供給の情報は、定期的に既存のあるいは潜在的なサービス供給者に対して提供されるべきである。また必要なところでは、より多くのボランティア福祉組織がサービスの供給を積極的に奨励すべきである。営利目的の事業者は、より裕福なシンガポール人の期待に適合する環境を伴ったサービスを提供することを奨励されるべきである。

サービス供給者は一般的に施設用地を確保することが困難である。市場における土地の購入は、ボランティア福祉組

組織にも営利団体にもその資産を越えた、高価なものになっている。これゆえ本委員会は、保健省が、医療施設、福祉施設の土地の入手に関して、ボランティア福祉組織を支援すべきであることを勧告する。

ボランティア福祉組織による新しい施設の建築はほとんどない。ビルの建設は需要を下回っている。特に、ボランティア福祉組織にとっては、ホームを作るのに数年を要するためである。本委員会はこの状態に不満で支持しがたいと考える。

保健省は、供給・需要の均衡を確保せねばならない。そうしなければ、高齢者の疾病は急性疾患病院によって供給される、より高価なサービスに依存せねばなくなるだろう。本委員会はこれゆえ、以下のことを勧告する。保健省は、これらの施設を譲渡された土地に建設し、そしてそれを適格な経営者に売りあるいは貸与することにより、ボランティア福祉組織の努力を補うべきである。

④ 医療ケア専門職の算出されたニーズ

本委員会は、保健省は規則的に保健ケアの専門職に対する需要を検証し、増加するケアの需要ニーズを供給が適正に充たすことを確保すること、を勧告する。

第六章 質の高いケアを確保する

① 質の保障

急性ケアサービスと入所型介護サービスは、物的基準、人員基準、保健ケアプログラム、内部的質のコントロール制度 (internal quality control programme) などを規定する「民間病院・医療クリニック法」(Private Hospitals and Medical Clinic Act) によって規整されライセンスが与えられている。また、一九九五年に、保健省は全てのナースィング・ホームのための内部的質の確保制度 (internal quality assurance programme) を策定し、適正な実施を確保するために規則的にチェックを行っている。

しかし、デイリハビリテーションセンターや在宅ケア・サービスのような、通所・利用型のサービスは現在のところ、保健省によって規整されていない。本委員会は以下のことを勧告する。保健省は、在宅・利用型介護サービスの質を、定期的な精査や監査を含む方法で規整し、確保すべきである。

② ケア基準の改善

本委員会は、保健省は適切な指針を設定し、そしてサービスの最低基準指針が、サービス供給者によって遵守されることを保証するための活発な検査や監査のプログラムを持つべきことを、勧告する。

ボランティア福祉組織は、病弱で疾病を煩っている高齢者のケアの過程と結果を改善するために、質の確保の多様な機構を積極的に研究し実施するべきである。

第七章 高齢者のための保健サービスの財源

高齢者のための保健サービスの財源に関する急性ケアと介護の包括的な制度は、そのようなサービスが利用可能で、適正価格 (affordable) であること、高齢者人口の将来の医療ニーズが充足されることを保証するものでなければならぬ。

・高齢者のための保健サービスの財源の原則

シンガポールにおける保健サービス財政の哲学は、自らの保健ニーズに対して支払う余裕のない人々にはコミュニティと政府が援助するが、基本的には、個人の責任と家族の支援を強調するものである。高齢者のための保健サービスの財源についても同じ原則が採用される。個人とその家族、コミュニティ、そして政府からの資金によってである。

① 急性ケアサービスの財源

シンガポールにおいて、高齢者の急性医療サービスの費用は、個人、コミュニティ、政府によって負担される。

・個人の負担としては、メディセイブ (Medisave) 「個人の責任を強調した医療のための個人貯蓄制度」、メディシールド (MediShield) 「メディセイブからの支払いを伴う、重度疾患 (catastrophical illness) に対する健康保険」、利用の段階での自己負担、などがある。

・コミュニティの負担は、ボランティア福祉組織や地域開発評議会といったコミュニティ組織により、個人に対してなされる経済的あるいは他の形態の援助などがある。

・政府の負担は、公営部門の保健サービスに対する政府の援助、メディファンド (Medifund) 「ほとんど、あるいは全

くメデイセイブのない人々のための、そして家族からの不十分な支援しかない個人のためのもの」などである。

現在の補助金の制度は、低・中間所得の家庭の高齢者が、適正な保健・医療ケアに対する利用を保証している。政府の診療所において高齢者は、診療費用の七五パーセントの補助を政府から得る。公立病院では、補助金のレベルは、病棟のクラスに応じてサービス費用の二〇〜八〇パーセントである。

委員会は、急性ケアサービスのための現行の費用制度は、シンガポールの高齢者のニーズを賄うのに適切であると考え。個人のメデイセイブ口座における貯蓄は、人々の年齢に応じて蓄積されてゆく。それに加えて、メデイシールドが重度疾患に対する費用を援助する。これゆえ、将来の世代の高齢者は、彼らの入院費用を支払うのに十分な経済的資源を持ち続けるだろう。

② 介護サービスの財源

(A) 介護のニーズの費用支払いを個人に可能にする

メデイセイブ、メデイシールド、メデイファンドは、基本的には急性病院ケアの費用をまかなうために設立された。数年来、メデイセイブは制限的であった適用範囲を、選定された急性的でない病院のケア「コミュニティホスピタルとホスピスにおける入院ケアと、在宅看護協会 (Home Nursing Foundation) によって供給されるリハビリサービスを含む」に拡大してきた。しかしなお介護に対する個人の経済的負担を援助する包括的な制度というものは存在しない。

シンガポールにおいては、高齢者の八パーセントが施設や在宅の様々なレベルの量の介護を求めている。シンガポールにとって、増加する高齢者を支える労働人口が減少するため、介護問題は次の三〇年間により悪化するだろう。

政府は高齢者の介護の財政を支える経済的な制度を構築する必要がある。国民医療支出（一九九六年には国内総生産

の約二・七パーセント）は、高齢者が全人口の一八・四パーセントに達する二〇三〇年には国内総生産の七パーセントに達すると予想される。政府は、低所得家庭のための保健サービスへの補助を続けてゆくが、利用可能な補助総額には限界がある。ボランティア福祉組織は地域社会からの寄付をより一層増やすことによって援助し続けることが出来るだろう。しかしボランティア福祉組織が増やすことが出来る資金には限界がある。資金調達に費やされる努力はまた、ボランティア福祉組織の高齢者のための質の高いケアを提供する能力にも影響する。

それゆえ、個人が彼らの高齢期の介護のニーズのために費用を負担できることを確保することは重要である。本委員会は個人の介護費用を支援するいくつかの選択肢を検討した。

a 政府はそれを個人の準備に任せることもできる。しかし、準備できない個人もいる。そして、彼らは国家に依存しなければならぬだろうし、究極的には納税者に依存しなければならない。介護のための適切な貯蓄をする努力をした人は、彼らの所得のかなりの部分（もしそうしなければ消費に回されたであろう）をしまい込むだろう。

b 政府は、アメリカのメディセイブやメディケイドと同じような、高齢者の介護のための一般的な税制度により、支えられる包括的な財政制度を準備することもできる。しかしこれには膨大な費用を要し、相対的に、より少ない労働人口からの税歳入は、増加する高齢者人口を支えられず、長期的には持続できない。

c 政府は、急性の医療ケアのためのメディファンドと同様の、介護の費用をまかなう公共的基金（endowment fund）を設置することもできる。そしてもし予算的に余剰があるときにのみ、基金は数年にわたり存続し続けるだろう。その場合、基金の総額では、ただ病弱な高齢者のみを支援することしかできないであろう。

d 介護のための保険制度を構築する。これが最も現実的選択のように見える。

以下には最後の選択肢を検討する。

③ 介護保険

一度に介護を要求するのは、相対的に少数の高齢者であるから、介護のためのリスクのプールが必要であるというのが本委員会の考えである。介護の保険制度は、介護のための個人の支出を援助するために望ましい。この手法は既にアメリカ、フランス、ドイツ、日本で採用されている。

保険制度には以下のことを保障するために、保護手段が内包される必要がある。

―適切なレベルで費用・効率的な費用の行使を奨励する。

―過剰な消費（利用）に導かないこと、あるいは不必要な需要を生みだし、供給者による過剰なサービスを生み出さないこと。

最善の選択は、メデイシールドと併存する介護保険制度であると本委員会は結論する。メデイシールド制度と同様、介護保険制度は、自発的脱退（opting-out）のアプローチを認めた、任意の制度であるべきである。過剰な消費と、過剰なサービス供給を避けるために、控除条件つき保険（deductibles）と再保険（co-insurance）という特徴を持つべきである。

本委員会は介護保険制度に以下の特徴を導入すべきことを勧告する。

- ・ 申請は資格を持った保健医療専門家による、患者の医療的状态と障害の証明を必要とする。これは、身体・精神能力の恒久的喪失（permanent loss）のレベルを認定し、そしてADLにおける重要なケアと援助のニーズを決定する。
- ・ 給付は、被保険者の医療的な状態に最適のケアにかかる費用支出を援助するために、金銭給付の形でなされる。介護は、慢性疾患病院、ナースینگ・ホーム、デイリハビリセンター、デイケアセンター、在宅ケアサービスによって供給されるケア（訪問医療、在宅看護、ホームヘルプ、民間の専門職、インフォーマル・ケア供給者によっても提供さ

れる）を含むべきである。このことは、被保険者が地域に根ざしたサービスによって補完される家庭のケアを受けるか、あるいは施設によるケアを受けるかを決定するのを助けることになる。これはまた、そのようなサービスに給付が限定されているのであれば、施設サービスに対する過剰な信頼を避けることを助ける。

- ・個人あるいはその家族が、利用に際してサービスの自己負担をなお要求されるので、給付は適正なレベルに設定されるべきである。

- ・保険料は（低所得層に対しても）適正に維持されるべきである。そうすれば、彼らはメデイセイブから支払うことができる。

- ・誘導的な要素（incentives）（つまり低額の保険料）は、健康な生活様式を送り、定期的な健康をチェックしている人々に対して設定されるべきである。

- ・世代間（cross-generation）の補助は存在すべきではない。

- ・適用は死亡時までである。

全国労働組合評議会の運営する共済保険（NTUC Income）のような他の保険機関も、同様の保険制度を供給することを奨励されるべきである。付加的な資金をもっている人々はまた、介護のための付加的な給付を支給するための他の保険制度を購入することができる。

(B) コミュニティの援助

現在、ボランティア福祉組織は主に、低所得家庭の病人に対するサービス提供を行ない、きわめて低額の料金を徴収している。政府の補助は運営費のほぼ五〇パーセントのみをカバーしているだけであるので、彼らはその運営費のかなりの部分を集める必要がある。

本委員会は高齢者の介護の財源にコミュニティを関与させることの利益を認識している。しかし人口高齢化の中で、

ボランティア福祉組織は彼らの伝統的な対象者である、低所得層の枠を越えて、民間のケア供給者のサービスを購入するゆとりのない、中所得の家庭に対するサービスを増加させる必要がある。ボランティア福祉組織は、サービスの実費に近い額をそのような利用者に課することが出来よう。

彼らがそのエネルギーを、ケアを供給しケアを改善することにのみ集中するために、ボランティア福祉組織は運営費の基金を二〇パーセントまで集めることが必要であるというのが本委員会の見解である。

(C) 政府資金

介護サービスを行うボランティア福祉組織の自己資金と現在の支出の双方に対して、政府は援助を通じて、介護サービスを支える。

(i) 資金の財源

保健省は、ボランティアのナースング・ホームの認可された建物と施設設備費用の九〇パーセントまでの資金を供給する。それに加えて、政府はボランティア福祉組織によって運営されるナースング・ホームの周期的な維持費用の九〇パーセントを負担する。

急速な高齢化により、次の一〇〜二〇年間に作られるべき介護施設は著しい数にのぼる。ビルディングの計画は、費用効率的であり、計画に基づいて進められねばならない。本委員会は、自身のナースングホーム（二五〇床）を建設するボランティア福祉組織の資本基金の九〇パーセントが「病床割り」(cost per bed) の原則に基づいて供給されるべきことを勧告する。ボランティア福祉組織は施設のデザインについては柔軟性を持つべきだが、彼らは供給される資金の範囲内で、保健省の指針を充たさねばならない。

(ii) 経常資金 (recurrent fundings)

現在のところ、政府はボランティア福祉組織の運営費の五〇パーセントまでを政府標準費用 (governmental norm

cost) の比率に基づいて資金援助している。もし彼らが国有地あるいは政府のビルディングを使用していれば、彼らはまた賃貸料の全額を補助される。

ボランティア福祉組織は、サービスの供給に専念すべきであり、資金集めに多くの努力を注ぐことを避けるべきだ。

ボランティア福祉組織が、彼らのサービスを中所得層をカバーするところまで拡大してゆくのに伴って、限られた公的資金は、経済的援助を真に必要としている人々に転換することになる。本委員会は、資産調査がナースィングホームに對してだけではなく、介護のサービスの全ての利用者に對しても実施されるべきことを勧告する。保健省は、様々な所得層の家族に對して支給される適正な補助金を決定する必要がある。そこで介護は彼らに對して容易に利用できるものとなるであろう。本委員会は、ボランティア福祉組織のナースィングホームに適用されている現在の資産調査（二〇〇〇ドル以下の家庭の患者に對して政府からの補助を与える）は、厳し過ぎるものであると考える。介護は、家族に長期にわたる経済的負担を強いいる。そして介護保険制度があつても、政府からの援助がなければ経済的に苦境に立たされる中間所得の家族がある。本委員会は、資産調査は政府が低所得に對するものとは異なつた変動調整方式（sliding scale）に基づいて、中間所得層の患者にも、彼らの収入に見合つた補助金を支給できるようにすべきであることを勧告する。

政府の補助金はまた、より多くのボランティア福祉組織がサービスを供給することを奨励するために、訪問医療、在宅看護サービスをも対象とすべきである。

現在のボランティア福祉組織に對する政府の援助は、その現在の支出の五〇パーセントまで留まつている。この規模では、より効率的なものとなるようにサービス供給者を奨励することにはならない。本委員会は、現在の經常資金は、デイケアを含む全ての既存の・そして新しい介護サービスのために、出来高単位あたり（piece-rate）の原理に基づいて支給されるべきであることを勧告する。

第八章 結 論

一 われわれの人口は急速に高齢化している。増加しつつある高齢者の医療ニーズを、効果的に充足することを確保する施策を、われわれが展開する時期にきている。

二 高齢者の保健・医療のニーズは、より大きく、国民保健・医療費支出は増加し、保健・医療制度は苦境に立たされている。

三 高齢者の保健・医療のニーズを研究するため設置された本委員会は、一九九三年の白書『ゆとりある保健・医療 (Affordable Health Care)』で提起された基本的な保健・医療 (basic health care) の哲学を支持し、勧告はその哲学の上に基礎を置く。それはまた健康的な生活様式をおくこと、自分の保健・医療ニーズのために貯蓄することにおける、個人の責任の重要性に焦点をあてるものである。

四 不適切で高価な科学技術の過剰な利用、そして貧困者と支払う余裕のある者との間を区別することに失敗している補助金の制度は、ただ国家と家庭の資源を無駄にしているだけであろう。むしろ、高齢者の保健・医療の主眼は、健康の増進と疾病の予防である。

七 しかし、十分な資金と適切な長期的財政策なしに、高齢者の多様な保健・医療サービスは展開できないし、維持できない。本委員会は、高齢者のための介護の財源のため、リスク・プールを可能とする介護保険制度の設立を提言する。政府はまた、中所得層がボランティア福祉組織によって提供されるゆとりある、費用効率的なケアを得るための、支援方法を調査すべきである。

八 高齢化は動態的な (dynamic) 問題である。保健省は、継続的に、実施のために採用された手段を検討し、人々の保健・医療ニーズにおける変化をモニターし、ボランティア福祉組織と共に働き、そして彼らが費用効率的な介護

サービスを高齢者に提供することを継続することを奨励し、保健・医療サービスがゆとりあるものであり続けることを保障する必要がある。

九 高齢者は社会の負担であってはならない。適正な健康を維持し、彼らは多くの年月、活動的であり生産的であることができる。家族、コミュニティ、政府が一緒になり、高齢者が社会に貢献し続けることに関与し、挑戦するということは、必須の課題である。

報告書の検討

本報告書は、介護保険制度の導入を提唱した点で注目されるが、制度の詳細については語っていない。しかし本報告書にはシンガポールの社会保障観があますところなく現れている。第一は、シンガポールにおいて「社会保障」は、国民を管理することによる直接的・間接的な経済発展の手段である。直接的には、強制貯蓄により長期的に政府が利用できる資金を獲得することにより、間接的には国民に政府好みのワークインセンティブを与えることによるのである。

C P F は、住宅供給制度と結びついており、生活基盤となる住宅の供給を政府が一元的にコントロールすることで、政府は国民を全面的に管理しえたのである。労働者はC P F への拠出を強制され、一旦、自己の口座に蓄積された拠出金へのアクセスは、政府の厳格なコントロール下におかれる。このことにより、政府の国民の管理は完全なものとなる。^① C P F による高齢保障は、個人の貯蓄高（＝拠出高）を反映するため、十分な保障を得ようとするれば、十分な拠出を可能とする労働に従事せねばならず、このことは強力なインセンティブとなる。^②

またシンガポールにおいては、正規労働者の大半が、全国労働組合評議会傘下の労働組合に加入している。全国評議会は、互助的な健康保険、レクリエーション、売店など広範な福利厚生を組合員に提供している。^③ これらの福利厚生は、

本来、組合独自の利益施策であるはずだが、シンガポールではこれが政府の政策に強固に組みこまれており、実質的に国民が受ける「社会保障」の一部となっている。

第二に、社会保障における国家の役割である。シンガポールは自らを「福祉国家」とは位置づけていない。ここでの「福祉国家」とは、国家が積極的に社会保障に関与し、場合によっては直接給付主体となり、場合によっては最終的な責任をとる国家を指す。シンガポールは、「社会保障」に関しても国家の役割を極めて限定している。人的資源の面から関与するのみである。健全な国家を作ることに関連する場合においてのみ、国家は「社会保障」に関与する。⁽⁴⁾

第三に、国家が「社会保障」において自己抑制的である分、地域社会と家族の役割、個人の責任が強調される。本報告書でも、健康に対する個人の責任は繰り返し強調されている。とくに生活習慣病とその合併症、それがもたらす障害が引き起こす不経済に力点がおかれる。CPFは、基本的には、個人貯蓄であり、所得再配分の機能はない。個人の責任で、国家施策に服従することのみが国民にとつての残された選択肢である。また一九九六年の「親扶養法 (Maintenance of Parents Act)」も、老親扶養の家族責任を強調した例とみなすことができる。家族の役割を強調する思考は、シンガポールの実質的な「国民」である中華系国民になじむため、比較的容易に受容された。ただ人口増加をおそれ少子化政策を強行し、少子・高齢社会の危機を察知するや政策を一転させた政府の動向に、国民が翻弄され、国民間の家族扶養の信頼がうすれたともいえる。⁽⁵⁾

第四に、社会福祉の局面においては、ケア・サービスの供給は、基本的には民間事業者に委ねることになる。在宅サービスに関してはほぼ全面的に民間事業に依存し、施設福祉に対する国家の関与は、公的規制と補助金のみである。補助金は主に施設建設に関するものである。

ただし、この場合でも、実は政府の強力なイニシアチブがあり、民間組織が創意工夫を発揮するというよりは、政府の敷いたレールをボランタリー組織が走る「大政翼賛」型であるといえる。

以上の前提のもとで、報告書の提起した保険制度によるシンガポールの介護保障にどのように評価が下し得るのだろうか。

まず第一に、介護保障について、社会保険制度を採用した点である。これはシンガポールの「社会保障」が、国家の役割を可能な限り抑え、かつ人的資源活用が中心である以上、税に財源を求め介護保障を行うという選択はあり得ないだろう。事実、社会保険によるか税により財源を確保するのかという議論は、報告書からはうかがえない。報告書の記述はきわめて簡素である。わが国のような、社会保険による権利性の向上という議論ももちろんなかった。

社会保険料として徴収するにしろ、税として徴収するにしろ、国民の合意が「管理国家」シンガポールにおいては実質的に不要である以上、税は例外的な社会的弱者の救済のためにのみ使用するという原則からも、社会保険が採用されたといつてよい。

第二に、介護保険が任意保険であるという点の評価である。個人責任が強調される以上、介護に対しても自己防衛すべきであるという発想である。「任意の社会保険」という大いなる矛盾がここに生じる。

社会保険は本来、強制適用、保険原理の修正などを特徴とするが、シンガポールで構想される介護保険は、脱退を認めている。また適用対象も、住民保険あるいは多様な職域保険制度を構築することにより実質的に全国民を対象とするという形をとつてはいない。

この点で、わが国の議論が介護保険制度の導入にあたって、制度から排除される者がでないように配慮を重ねた点と著しい差を示している。シンガポールでも現実問題として、社会保険からめれる層は存在し、近時、政府は無保険者に対して政府が保険料をたてかえ払いする施策をうちだしている⁽⁶⁾。

第三に、報告書は、民間サービス供給事業者について、これを確保する積極的施策を政府に勧告してはいない。この点について、シンガポールは香港同様、都市国家（city-state）であり、地理的にみれば、サービス供給事業の展開が

空白のまま残される地域を想定することが困難であるということも背景にはあるだろう。それゆえ報告書でも、わが国で議論となった供給事業主の大都市集中の問題は考慮する必要がなかったともいえる。

シンガポールでは、国家が直接サービスを供給するという形態をとらず、補助金の支給という方法をとる。そのような手法をとる以上、高齢化社会において補助金の増額は必須であるが、政府はこれ以上の直接的な補助金支給ではなく、外部に基金を設け、そこからボランティア福祉組織に補助金を支給するという手法を用いている。⁷⁾

シンガポールの介護保障は極論すれば、管理国家の国民の管理の一形態に過ぎない。介護を国民に保障し、適正なアクセスを確保せねばならないという発想はない。果たしてこれを「社会保障」と呼ぶかは議論せねばならない。

このように強権的管理システム下で、仮に介護が保障された場合、社会保障制度として、これを肯定的に評価し得るだろうか。これについては否定的にとらえざるを得ない。

社会保障は生活保障の体系ではあるが、パターンリズムによる国民への「援助」ではない。保護客体として国民があるのではなく、国民のニーズに対して、国家責任の発現として社会保障給付があるのである。この点で、国家利益が最優先する公衆衛生と質的に異なる。

国民のニーズに対応する形での国家責任の発現である以上、国家の関与は国民のニーズいかんによってその形態が決定する。国民のニーズは、立法府を通じて法律の形態をとる。立法府を通じて、国民のニーズ（意思）が反映するシステムが実質的に保障されていない国家においては、無条件にこれを社会保障と評価することはできない。自律のチャネルが存在しないところで成立した公的給付の「法」では、たとえそのことで国民の生活保障がなされたとしても、それは国家による規制にすぎず、管理にすぎない。

この点でシンガポールの介護保険制度はさらなる吟味が必要である。

- (1) Christopher Tremenwan, *The Political Economy of Social Control in Singapore*, Macmillan, 1994, p.54.
- (2) Chew Soon Beng and Rosalind Chew, The development of industrial relations strategy in Singapore, in Anil Verma, Thomas A. Kochan and Russell D. Lansbury, eds., *Employment Relations in the Growing Asian Economies*, Routledge, 1995, 62, at p.81.
- (3) Chew Soon Beng and Rosalind Chew, *Employment Driven Industrial Relations Regimes-The Singapore Experience*, Avebury, 1995.
- (4) 人民行動党の最大の関心事は、高齢人口の経済的影響、雇用の影響であると指摘するものとして、Peggy Teo, *The National Policy on Elderly People in Singapore, Ageing and Society*, vol.14, 1994, 405, at p.409.
また、シンガポールの社会保障政策は、CPFと住宅政策にみられるように、APFAがプラグマティックに社会的・政治的影響力を使用する機会を掌握してきた結果にみられると指摘するものとして、Linda Y. C. Lim, *Social Welfare*, in Kernal Singh Sandhu and Paul Wheatley, eds., *Management of Success—The Moulding of Modern Singapore*, Institute of Southeast Asian Study, 1990, 171.
- (5) シンガポールの家族的施策について、Dang Rajakru, *The State, Family and Industrial Development : The Singapore Case, Journal of Contemporary Asia*, vol. 26, No. 1, 1996, 3. 家族と貧困について、Janet W. Salaff, *State and Family in Singapore-Restructuring A Developing Society*, Cornell Univ Press, 1988.
- (6) CPF未加入者の増大により、高齢者の取得保障としてもはや機能しえないと指摘するものとして、William KM Lee, *The Poor in Singapore: Issues and Options, Journal of Contemporary Asia*, vol. 31, No. 1, 2001, 57.
政府は二〇〇〇年八月に、無保険の高齢者についてメディシールドの保険料を肩代りして支払うと発表した。
- (7) 政府は二〇〇〇年八月に、「高齢ケア基金 (Elder Care Fund)」の設立を発表し、基金から、ボランティア福祉組織によって運営される施設に補助金が支給されるという構想を発表した。