

## (7) 危険選択

公的医療保険の場合は、疾病金庫が危険選択を行うことは許されていない。従って加入申し込みを受けた場合、申込者の身体リスクが高いことを理由に付加保険料の支払いを要求したり、申し込みを謝絶することはできない。

民間医療保険の場合には、申込者の現症、既往症に応じて危険選択を行うことができる。すなわち、高いリスクの申込者に対してはリスクに応じた付加保険料を要求する、特定のリスクを契約上免責とする、または引き受け自体を謝絶するといった対応を採ることができる。

Vereinte 社の場合、申込者は申込書に記載されている「被保険者の健康に関する質問」に「はい」・「いいえ」で答える、いわゆる告知方式で第一段階の危険選択を行う。

Vereinte 社の告知書に記載されている健康に関する質問事項	
身長	cm
体重	kg
1. 過去 3 年の間、病気、けが、精神的・身体的障害、精神欠陥により治療を受けたことがある、または治療を受けているか。	
2. 過去 3 年の間、定期的に薬を服用した、または服用しているか。	
3. 健康診断の結果や病気により、精密検査を受診するように忠告を受けたことがあるか。	
4. 過去 5 年の間、病院で治療を受けたり、入院したことがあるか。また、サナトリウム療法を受けたことがあるか。	
5. 職業病の認知を受けたことがあるか。	
6. 妊娠中ですか。はいの場合には詳細記入欄に出産予定日を記入のこと。	
7. HIV に感染した事実はあるか。AIDS 検査を受けたことがあるか。	
8. 歯科治療を受けている、または受けるように忠告されたことがあるか。	
9. 親しらず、乳歯以外の歯で、抜けたまま治療していないものがあるか。	
10. 義歯はあるか。	

その回答結果に応じて、より詳細な情報が必要な場合に本人の承諾のもとに受診歴のある病院、かかりつけ医より診断書を取り寄せ、危険選択を行っている。また、ケースによっては他の保険会社、薬局等からも情報を収集することがある。一般的には、被保険者に健康診断を受けてもらうことはコストが嵩むため行っていないが、特定の疾患についてリスクを特定する必要がある場合、例えば 5 年前に肝臓疾患に罹患しているケースなどでは肝臓専門医で所定の検査を受診させる等の対応をとっている。

身体以外のリスクでは、被保険者が建設従事者であったり、鉱山労働者であるなど職業特性に基づくリスクがあるが、これは商品自体を別個に用意しており引受時における危険選択に職業リスクは加味していない。

引受審査の結果、被保険者に現症、既往症が存在した場合には、ICD10 の分類に基づき、該当する疾病リスクを算出し、追加保険料徴収の有無、謝絶対応を決定している。原則、追加保険料が基本保険料の 2 倍を超えるケースについては謝絶対応としている。尚、特定の疾病について免責扱いで引き受ける対応はイギリスでは実施されているがドイツでは部分免責の考え方はなく、追加保険料の徴収で対応している。

危険選択はあくまで加入時、契約内容変更時にのみ実施されることから、加入後に発症した疾病を理由に保険料が増加されることはない。

## (8) 告知義務違反

加入申込時の告知に際して、契約開始後 3 年以内に告知義務違反が判明した場合、保険会社に解約権が生じる。しかしながら、告知義務違反の立証責任は保険会社側にあり、その立証は困難な場合が多い。生命保険会社は告知義務違反調査のため、専門の調査会社に調査委託をしているが、医療保険会社の場合はそのような対応をしていないようである。

保険会社が解約権を行使する場合には、告知義務違反の事実を知ってから 4 週間以内に契約者宛に解約を通知する必要がある。告知義務違反が悪質なケースでは、契約開始後 3 年以内という制限は無くなる。

## (9) 支払審査

支払審査は医師の請求内容のチェック及び告知義務違反のチェックが行われる。

民間医療保険の場合は原則、償還払いであるため、保険会社から直接医師に対して診療報酬を支払うことはなく、医師・被保険者間で診療契約が為され、契約に基づき被保険者が診療報酬を立替払いする。従って、医師の不正請求が発覚した場合、保険会社は被保険者に対して規定額しか支払わないため、被保険者が損害を被ることになる。このような被害を未然に防ぐために、保険会社は被保険者に対して、高額治療の場合には医師への支払期限の 4 週間以内に保険会社へ相談するよう呼びかけている。

保険会社、医師間で診療報酬の支払いが行われなかったため、不正請求をめぐり保険会社が医師に対して法的手続きを取ることは殆どないが、不正請求が高額、多数、悪質なケースにおいては、加入者の同意のもとに代理権を取得して法廷で争うこともある。

医師の支払請求に関する審査については GOÄ(歯科医の場合は GOZ)に照らして正当な請求であるかを審査する。例えば、1 回の開腹手術で同時に脾臓と肝臓、両方を摘出したにも関わらず、2 回開腹手術したことにして、2 回分の費用請求を行うようなケースがある。このような、不当請求を除外することが目的で審査を行う。医師から出される請求書に、治療内容等詳細な情報が記載されているので、その内容に不審な点がないかどうかでチェックを行う。実際に治療内容に関する審査を行う場合には、例えばある被保険者について薬剤処方量が多い(年間 6,000DM~8,000DM)場合や、物理療法を年に 3~4 回繰り返し行っている場合は、実際に必要な処方、治療であったかどうかチェックしている。

また、告知違反の有無についても審査を行っている。既往症なしで告知したにも関わらず契約開始後、一定期間内に不自然な治療請求が行われた場合に審査が行われる。インフルエンザや骨折等、偶発的な疾病、けがは対象外だが、診断名ごとに軽度から重度に 0~3 まで 4 段階に分類し、0・1 は審査無し、2・3 の場合担当者が医師に確認する。2・3 は慢性疾患や AIDS、糖尿病、がん等が含まれている。整形外科などは長期間を経て症状が現れ突発的なものではないが、一方で代謝障害等慢性的なものは 2・3 に分類される。

### 3. 公的医療保険と民間医療保険の関係

民間医療保険への加入は「2. (3) 1) (ドイツの民間医療保険、完全医療保険の商品内容)」で述べた通り、保険料算定報酬額によって左右され、所得の低い被用者は民間完全医療保険に加入できない仕組みになっている。この保険料算定報酬額は公・民双方の立場から引き上げ、引き下げが主張されたが、年金保険料算定報酬額の 75%の水準からは動かず、この水準が「和平ライン」と呼ばれている。

公的保険推進論を掲げている金属産業労働組合などは、民間医療保険会社で販売している完全医療保険を廃止、その部分を公的に取り込むことによって公的医療保険の財政を安定させ、民間では追加保険のみを販売すべきであると主張している。これに対して「社会民主党」や「緑の党」は、世界的に市場経済主義にある中で自由競争原理に反すると反対している他、民間医療保険協会も、「国民の 9 割の被保険者を擁する公的保険の財政が安定していないのであれば、国民の 1 割の被保険者しかいない民間医療保険の被保険者を足しても、果たして財政が安定するかは懐疑的だ」として反対している。

オランダとドイツの医療保険制度の類似点として、公・民が併存し所得が保険料算定報酬額を超える場合に民間医療保険に加入することが挙げられる。しかしながら、ドイツでは保険料算定報酬額を超える場合には、公・民いずれに加入するかを選択できるが、オランダの場合には、超えれば民間加入、超えなければ公的加入と選択の余地がなく、ドイツにおける「任意被保険者」が存在しない。民間医療保険の規模拡大のため、オランダ方式を取り入れる案が議論されたことがあるが、この方式を取り入れた場合、民間といえども疾病リスクを理由に加入拒否ができなくなるといった問題が存在する。

#### 4. まとめ

公的保険制度において 1993 年以前は、被保険者の職業等により加入できる疾病金庫が限定されていたが、同年に施行された「医療保険構造法(略称GSG)」により、加入者は加入する疾病金庫について農業疾病金庫、連邦鉱夫組合、海員疾病金庫以外の疾病金庫から原則、自由に選択することができるようになった。自由選択制は強制加入者間の公平性の確保と疾病金庫間の競争促進を図るために導入されたが、同時に疾病金庫の被保険者の属性、構造による疾病金庫間で体力差を解消するため、リスク構造調整が導入された。すなわち、低所得者層や高支出者層を多く抱えている疾病金庫が、高所得者層や低支出者層を多く抱えている疾病金庫と同等の立場で競争し得るよう、各疾病金庫に属する被保険者の年齢、性別、被扶養者数、所得を指数化し、それに基づいて高収入・低リスク体質の疾病金庫が、より低収入・高リスク体質の疾病金庫に対して財政拠出を行うこととした。

GSGの改革では疾病金庫の合併・統合に関する要件が緩和され、疾病金庫は競争力を高め、また財政状態を安定させるために統合を進めていった。(図表 30 参照)しかしながら疾病金庫自由選択制の導入後、健康な被保険者がより低い保険料率の企業疾病金庫に移り、疾病リスクの高い被保険者が従来から加入している疾病金庫に残るといった現象が起こった。図表 31 は疾病金庫自由選択制導入に伴う加入者増減を 1996 年と 2000 年とで比較したものであるが、地区疾病金庫から加入者が流出し、企業疾病金庫へ加入者が流入していることが分かる。

図表30 疾病金庫数推移

	疾病金庫 合計	地区 疾病金庫	企業 疾病金庫	同業組合 疾病金庫	農業 疾病金庫	労働者/職員 代替金庫
旧西独						
1991年	1,135	264	684	151	19	15
1992年	1,123	259	680	148	19	15
1993年	1,111	257	673	145	19	15
1994年	1,051	223	653	139	19	15
1995年	875	84	633	122	19	15
1996年	571	12	485	39	18	15
1997年	498	12	424	28	18	14
1998年	443	12	370	28	18	13
1999年	420	12	347	28	18	13
2000年	393	12	324	25	18	12
旧東独						
1991年	74	12	37	23	2	0
1992年	100	12	61	25	2	0
1993年	110	12	71	24	3	0
1994年	101	12	66	21	2	0
1995年	85	8	57	18	2	0
1996年	71	8	47	14	2	0
1997年	56	6	33	15	2	0
1998年	39	6	16	15	2	0
1999年	35	5	14	14	2	0
2000年	27	5	13	7	2	0

(出典) Bundesministerium für Gesundheit, Statistische Taschenbuch Gesundheit 2000, Tab.10.3

図表31 疾病金庫別加入者増減表(1996年/2000年対比)

	1996年1月	2000年6月	増減人数	増減率
企業疾病金庫	5,218,475	7,373,195	2,154,720	41.3%
地区疾病金庫	22,148,745	19,952,658	▲2,196,087	▲9.9%
同業組合疾病金庫	3,000,151	3,231,076	230,925	7.7%
職員代替金庫	17,770,892	17,576,495	▲194,397	▲1.1%
労働者代替金庫	803,677	1,003,569	199,892	24.9%
その他	1,887,027	1,777,336	▲109,691	▲5.8%
合計	50,828,967	50,914,329	85,362	0.2%

(出典) BKK Bundesverband Homepage; [http://www.bkk.de/ihre\\_bkk/statistiken/](http://www.bkk.de/ihre_bkk/statistiken/)

その結果、疾病金庫の財政状況は二極化しつつある。このことから、リスク構造調整の仕組みをより完全なものにし、被保険者の罹病率を取り入れることも検討されている。

他方、民間医療保険会社に目を向けると、完全被保険者数が業界全体で7百万人強と国民の1割しか入っていないにも関わらず、保険会社は50社を超える。保険会社の数は民間保険成立の混乱期には倒産等で減少しているものの、安定期に入ってからには大きな変動はない。これは、民間完全医療保険への加入要件が高所得者であり、且つ保険料率体系が疾病リスクに応じて作られていることから、若年高所得者層を取り込みやすい環境にあり、財政状態が安定していることが理由として考えられる。また、保険料率についても、将来のインフレリスクを取らず、医療費の上昇に関しては都度、見直しが可能であることも財政安定に寄与している。

ただし、一旦、民間医療保険に加入した場合、解約しても老齢積立金は返戻されず、途中で保険会社を変更しにくいといった課題もある。また、「和平ライン」により保険加入できる人が制度的に限定されているため、更なる規模の拡大を図ろうとした場合には上位社が実施しているような海外展開が必要となっている。

## IV. シンガポールにおける公的積立制度と民間保険の役割

### 1. 社会保障の理念

#### (1) 制度の背景と概要

シンガポールでは政府の役割を限定的なものとし、個人や企業の意欲や責任を重視する一方、政府はそのための環境づくりにとどまることが記されている<sup>i</sup>。

公的強制積立制度を管理する CPF(Central Provident Fund)では、社会保障の柱を以下のように位置付けており、公的補助は最後の手段として考えられている。

保健省 (Ministry of Health)も保健医療財政の理念(Health Care Financing Philosophy)として、シンガポールの保健医療は個人の責任を基礎とし、基本的な保健医療についてのみ政府が補助すると明言している。

図表32 社会保障の4つの柱 Social security in Singapore; the 4 tiers fo financial security

自己	self help	CPF、個人の預金。
家族	family help	CPF、家族内の助け合い。
地域	community help	CPFによる保険、ボランティア団体やチャリティ。
政府	government help	公的補助

(資料) CPF 資料

#### (2) 強制積立方式と医療保障

保健省では、患者が医療サービスに対して自己負担すべきだと明言している。政府は、税や社会保険方式の医療サービスの提供では、医療が「ただで」受けられるものとの誤解を生み、需要の増加を招いてしまう危険があることを懸念している<sup>ii</sup>。このような背景のもと、シンガポールでは個人単位の積立制度を採用した。

具体的には、医療費を自己負担できるように、国では CPF(Central Provident Fund)と呼ばれる公的強制積立貯蓄制度を設置し、個人単位で医療が必要になった場合に備える仕組みをとっている。この貯蓄の運用は財務省が行っており、規定された用途に対して引き出すことができる。なお政府が高利率を保証して運用する方法ではなく、米国 401K のように加入者本人が自分でリスクを負って運用する方法も検討されたが、現在はその方式は取らない方針である。

<sup>i</sup> Ministry of Finance *Budget Statement 2001* [http://www.mof.gov.sg/bud2001\\_txt1.html](http://www.mof.gov.sg/bud2001_txt1.html)

<sup>ii</sup> *Ibid.* Ministry of Health *Health Care Financing in Singapore* [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b.html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html)

## 2. 中央積立基金の概要

### (1) 制度の背景と概要

中央積立基金(CPF, Central Provident Fund)制度は、1955年から実施された年金制度に始まるシンガポールの社会保障制度であり、現在は年金だけでなく医療、住宅などの用途にも利用できる強制積立貯蓄制度である<sup>i</sup>。制度の創設に先がけて McFadzean 委員会が年金制度と積立基金制度とを比較検討し、拠出制年金制度が答申されたが、政府は積立基金制度を採用した<sup>ii</sup>。

その後、仕様用途を年金以外にも拡大し、1968年に公共住宅制度、1984年に医療のためのメディセイブ制度がつけられた<sup>iii</sup>。

中央積立基金では加入者の個々の口座を管理しており、加入者は年金・住宅・医療などの目的に際して必要に応じてそこから費用を引き出すことができる。

中央積立基金で標準的に積み立て・引き出しをしていると、62歳の定年退職年齢までに、住宅購入費用<sup>iv</sup>の支払いを終え、老後の医療費に十分なメディセイブの残高があり、退職時の給与の2~4割の終身年金(life annuity)を購入できるだけの貯蓄ができているとされる。

図表33 中央積立基金(CPF) 関連制度

1953年	中央積立基金法施行
1955年	中央積立基金(CPF)制度実施
1965年	単独の共和国として独立
1968年	公共住宅制度
1977年	特別口座創設
1984年	メディセイブ口座創設・メディセイブ制度
1990年	メディシールド制度
1992年	メディセイブ制度の個人事業主への拡大適用
1994年	メディシールドプラス制度
1999年	法定退職年齢の引き上げ(60歳から62歳へ)

(資料) 厚生年金基金連合会編『海外の年金制度-日本との比較検証-』(東洋経済新報社、1999年)  
Low Chan Kee ed. *Actuarial and Insurance Practices in Singapore* Addison Wesley 1996 p288 などより作成

<sup>i</sup> 中央積立基金の根拠法は1953年に施行された「中央積立基金法」である。

<sup>ii</sup> Tay Boon Nga (田辺忠史訳)「シンガポール中央積立基金」『海外社会保障情報』No.88

<sup>iii</sup> 厚生年金基金連合会編『海外の年金制度-日本との比較検証-』(東洋経済新報社、1999年)

<sup>iv</sup> CPF Board ヒアリングより。ただし公営住宅(Housing & Development flat, HDV)を想定しており、実際は民間の住宅を購入するケースが少なくないため必ずしも標準的なプランどおりにはいかないことが多いとのこと。

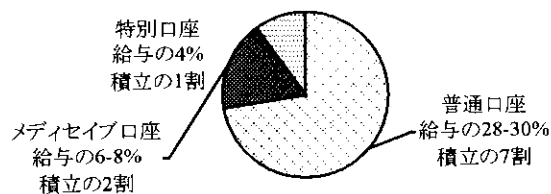
## (2) 加入対象者

シンガポール国民と永住者が加入対象者であり、すべての被用者に加入義務がある。年収2,400ドル以上の自営業者も加入義務があるが、被用者に比べて把握が難しいため、加入率は低い。ただし CPF の中で医療費に備えるメディセイブ口座部分については自営業者にも加入義務がある。CPF および保健省では自営業者の加入を推進するために、例えばタクシーの運転手については営業許可証と中央積立基金加入を連動させ、加入を義務付けるようにしている。

## (3) 積立額

現在、基本的に55歳以下の被用者は収入の20%をCPFに積み立て、被用者負担額と同額を雇用者も負担し、積立額は対収入比の40%に相当する。ただし積立額は制度の創設当初から頻繁に改定している。2001年1月から景気の悪化を受けて雇用者負担を減らすため一時的に被用者負担が16%に軽減され、現在は合計36%である。これが普通口座(Ordinary Account)、メディセイブ口座、特別口座に振り分けて積み立てられる<sup>1)</sup>。この比率は年齢階層別に異なり、医療費が少ない若年層はメディセイブの割合が低く普通口座の割合が高く、年金の引き出しが始まる55歳以降では特別口座への積み立てはない設定である。これらの貯蓄は免税である。普通口座は年金・住宅・保険・投資・教育に使うことができ、特別口座は年金・投資に使うことができる。メディセイブ口座は医療費または医療保険に充てる。

図表34 CPF 積立額の内訳



(資料) Ministry of Health Health Care Financing in Singapore Annex A: Medisave Scheme June 2000

図表35 年齢階層別 CPF 積立額の内訳

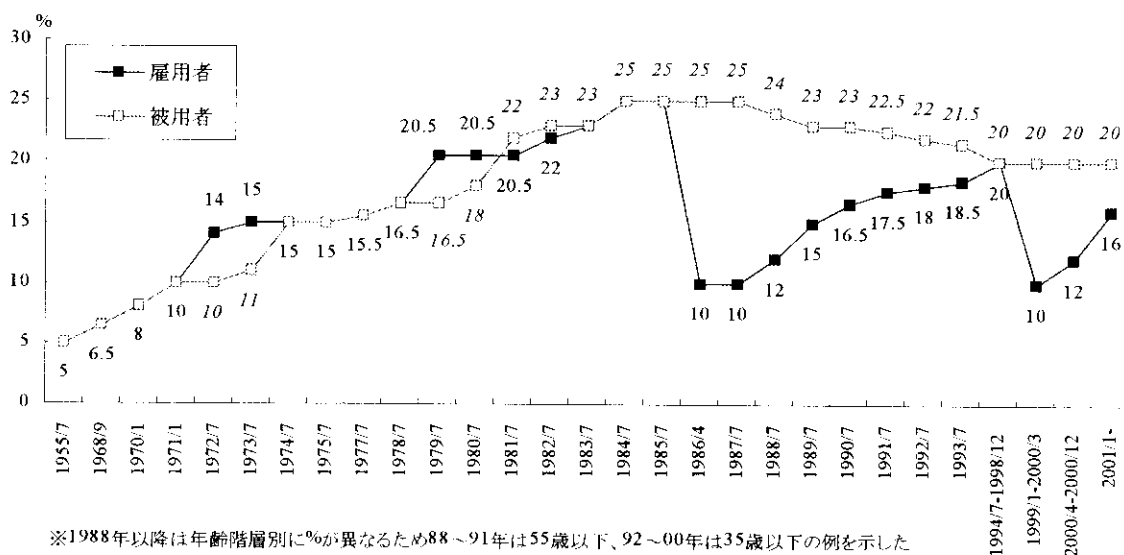
年齢階層	雇用者負担	被用者負担	合計	各口座への振り分け		
				普通口座	特別口座	メディセイブ口座
35歳以上	16%	20%	36%	26%	4%	6%
35歳～45歳以下	16%	20%	36%	23%	6%	7%
45歳～55歳以下	16%	20%	36%	22%	6%	8%
55歳～60歳以下	6%	12.5%	18.5%	10.5%	---	8%
60歳～65歳以下	3.5%	7.5%	11%	2.5%	---	8.5%
65歳以上	3.5%	5%	8.5%	---	---	8.5%

(資料) [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=/cpf\\_info/Index\\_Members.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=/cpf_info/Index_Members.asp)  
cache [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/Online/ContriRa.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Online/ContriRa.asp) 2001年1月1日より

<sup>1)</sup> [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b\(A\).html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(A).html)



図表36 CPF 積立率の推移



※1988年以降は年齢階層別に%が異なるため88～91年は55歳以下、92～00年は35歳以下の例を示した

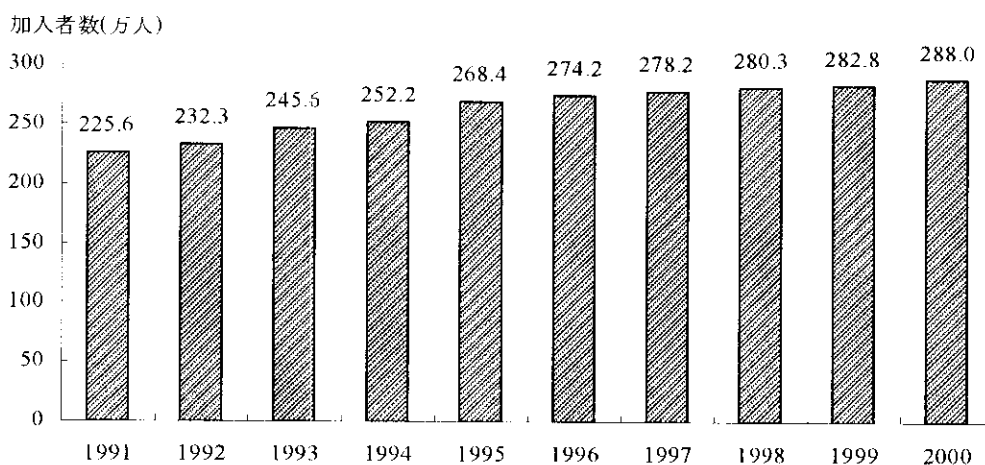
(資料) CPF Annual Report 2000 p60 Annex A

#### (4) 運営状況

##### 1) 加入者数

中央積立基金の加入者数(口座数)は2000年12月31日現在で2,879,956人に上る。シンガポール国民と永住者が約326万人であり、この中に子どもなどの未就業者を含むことを考えると、非常に高い加入率(人口比約88%)であるといえる。この中には、就職後に専業主婦になった加入者や退職後の加入者の口座も含まれるため、引き出しのみならず積み立ても行い稼働している(active)口座は約130万である。

図表37 CPF 加入者数(口座数)の推移



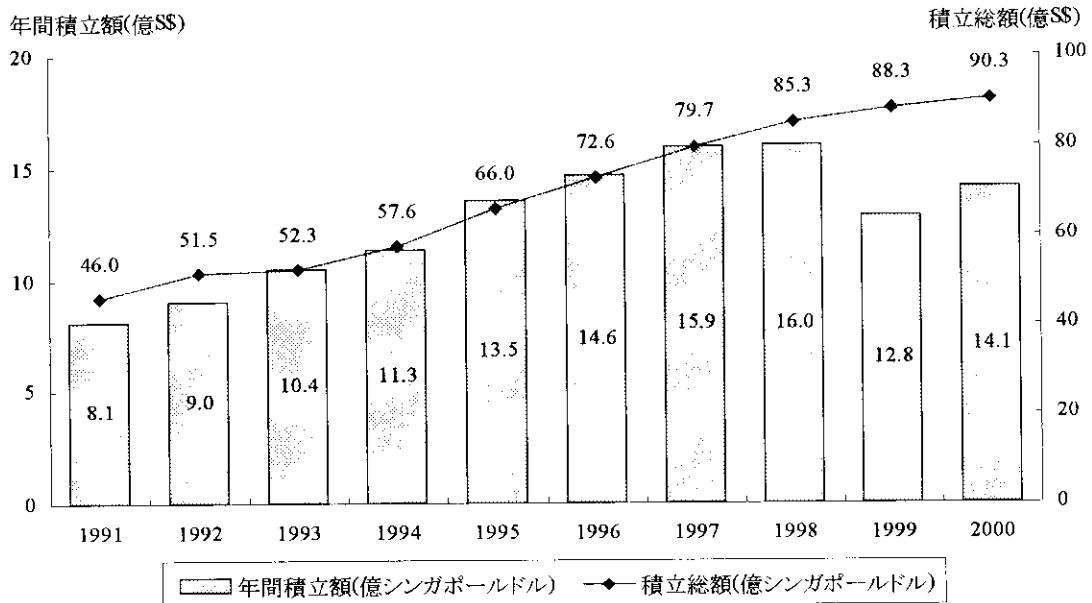
(資料) CPF Annual Report 2000 p63 Annex C

<sup>i</sup> Ministry of Information and the Arts Singapore 2001 p52 による2000年6月現在人口

## 2) 基金積立額

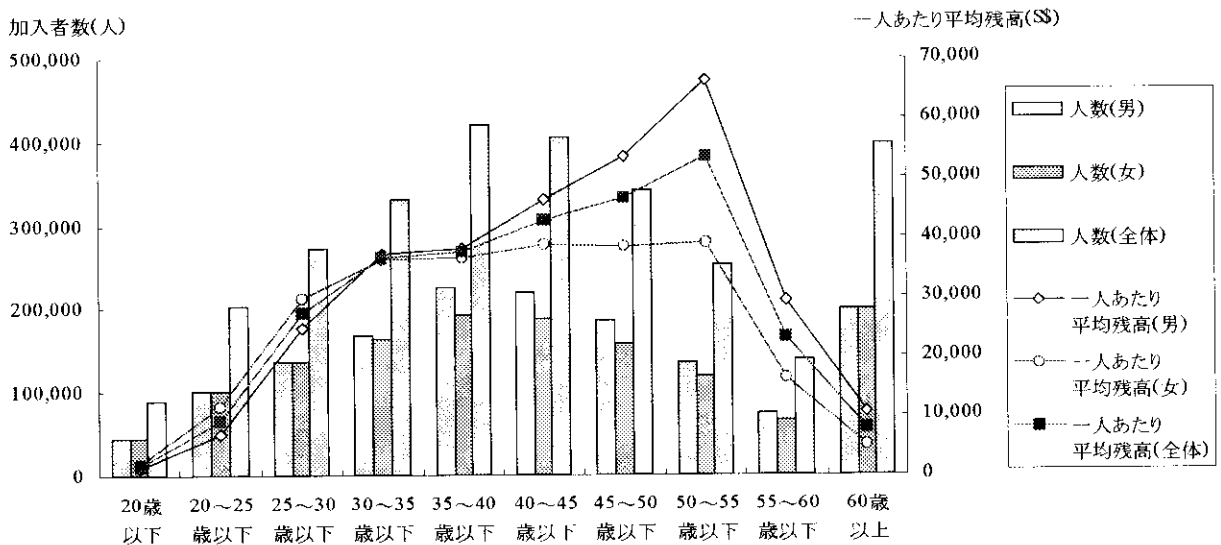
2000年12月31日現在のCPF積み立て総額は902億9830万シンガポールドルにのぼる。運用されているのは2001年6月30日現在で、23.9億シンガポールドルである<sup>1)</sup>。

図表38 CPF 積み立て総額



(資料) CPF Annual Report 2000 p63 Annex C

図表39 CPF 年齢階層別加入者数と積立額



(資料) CPF Annual Report 2000

<sup>1)</sup> Central Provident Fund Board Central Provident Fund Board Annual Report 2000 Chairman's Statement, 2001/6 (アニュアルレポート自体は2001/8/24に発行)  
[http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=/cpf\\_info/News/PressRel/N\\_24Aug.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=/cpf_info/News/PressRel/N_24Aug.asp)

### 3) 年間積立額と収入

CPFの会計は積立基金の部分と保険とからなる。保険部分は住宅保険 home protection fund、扶養者保険 dependants' protection fund、医療保険 MediShield fund とからなる。

中央積立基金部分の収入は加入者による積み立てが大部分を占め、年間で24億シンガポールドルに上る。一方、保険部分は保険料5億シンガポールドルのほか、運用利益などで年間合計6.8億シンガポールドル規模である。

図表40 CPF Board Income and Expenditure Statement (2000年)

(単位: 1,000シンガポールドル)

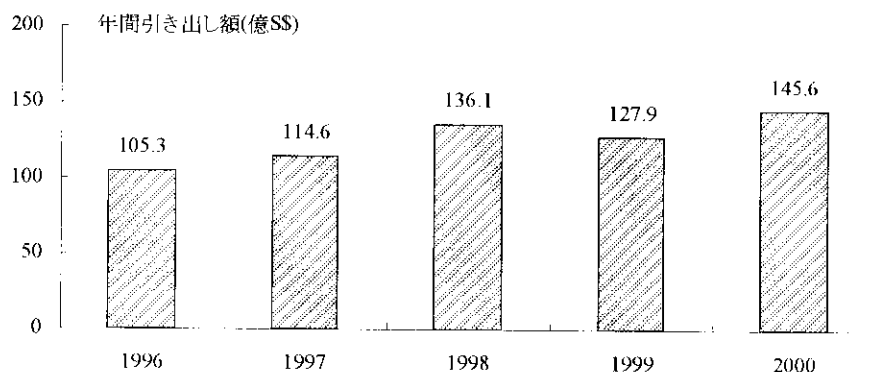
		中央積立基金 (CPF)	保険 (MediShield)	合計
収入 (預入、保険料、利子など)		2,513,236	684,954	3,198,190
投資収入	Investment income	2,437,640	55,827	2,493,467
銀行等預金受取利息	Interest from bank and other deposits	12,323	45,108	57,431
投資販売利益	Profit on sales of investment	15	79,307	79,322
収入保険料	Insurance premiums		504,701	504,701
代理店・データ処理費	Agency and data processing fees	32,667		32,667
家賃・サービス費・駐車収入	Rent, service charges and car park receipts	15,135		15,135
遅延罰金	Penalty interest from late contributions	13,419		13,419
雑収入	Miscellaneous revenue	2,037	11	2,048
支出 (人件費、事務経費、保険金、解約金など)		106,975	357,368	464,343
支出 (加入者口座への利子 Interest credited to Members' accounts)		2,379,812		2,379,812
剰余金 (Surplus of the year)		26,449	327,586	354,035

(資料) CPF Annual Report 2000 p48

### 4) 引き出し額

2000年の年間引き出し額は145億5590万シンガポールドルであった。これは、年金・住宅・医療などすべてが含まれる。

図表41 年間引き出し額の推移



(資料) CPF Annual Report 2000 p63 Annex C

## 5) 管理・間接経費

CPF では法律によって委員会を設置することが規定されている。中央積立基金委員会 (Central Provident Fund Board) が運営方針を検討するとともに、事務処理を担っている。CPF 委員会には、保健省・労働省・金融庁などの行政関係者、雇用者代表、被用者代表(労組など)、アクチュアリーなどの専門家などが参加している。

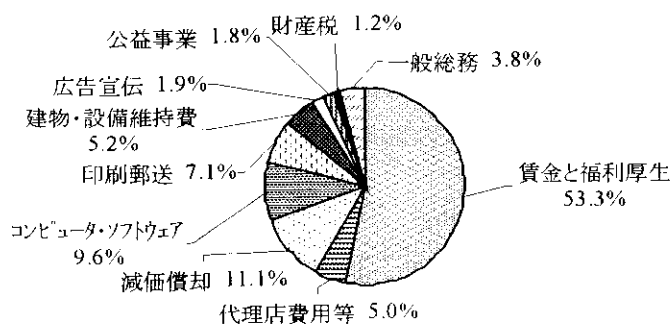
会計報告は中央積立基金部分と保険部分とからなるが、人件費など間接費用の大部分は中央積立基金が負担している。中央積立基金部分の収入 25 億シンガポールドルに対して、人件費などの間接経費は 1 億シンガポールドル規模である。

図表42 CPF Board Income and Expenditure Statement (単位: 1,000 シンガポールドル)

	中央積立基金	保険	合計
収入 (預入、保険料、利子など)	2,513,236	684,954	3,198,190
支出 (人件費、事務経費、保険金、解約金など)	106,975	357,368	464,343
賃金と社員福利厚生	Salaries and staff benefits	57,038	57,038
支払保険金	Claims	190,973	190,973
解約返戻金	Surrenders	116,931	116,931
為替差損	Foreign exchange loss	26,068	26,068
代理店費用・支払手数料	Agency fee and other professional charges	5,356	17,709
減価償却	Depreciation	11,850	11,850
コンピューター・ソフトウェア	Computer and software supplies	10,253	10,253
印刷郵送	Printing and postage	7,632	7,632
建物・設備維持費	Maintenance of buildings and equipment	5,523	5,523
投資の目減り	Diminution in value of investments	5,218	5,218
広告宣伝	Publicity and campaigns	2,048	2,048
公益事業	Public utilities	1,934	1,934
財産税	Property tax	1,302	1,302
一般総務費用	General and administration expenditure	4,039	469
支出: (加入者口座への利子 Interest credited to Members' accounts)	2,379,812		2,379,812
剰余金 (Surplus of the year)	26,449	327,586	354,035

(資料) CPF Annual Report 2000 p48

図表43 間接費用の内訳



(資料) CPF Annual Report 2000 p48 より作成

## 6) 運用と利率

中央積立基金は財務省 Ministry of Finance および Government of Singapore Investment Corporation (GIC) Statutory Board が運用しており、現在、利率はシンガポールの4大銀行<sup>i</sup>の利率を参考にして3ヵ月ごとに設定される。中央積立基金や保健省ではより高い利率での運用を求めて財務省と交渉している。現在は、普通口座(Ordinary)が2.5%、特別口座(Special)・メディセイブ・年金(Retirement)は4%である(2001年10月～12月)<sup>ii</sup>。普通口座の利率が2.5%であるのは、かつての国債の利率にあわせた名残であるが、現在の銀行の利率1%に対して高い設定である。運用の内容は明らかにされていないが、おそらく2.5%以上の運用利回りがあった年もあると推測され、当時の差額分を引き当てている可能性がある。

基金の8割を定期預金 fixed deposit、2割を普通預金 saving deposit として運用している。かつては1対1で配分していたが、長期運用でも対応できると判断してこの比率となった。

これまでの利率の推移を見ると、1994年以前はいずれの口座でも利率は一律の「CPF 利率 CPF interest rate」を適用している。年に数回の頻繁な利率見直しが行われるようになったのは1986年以降である。

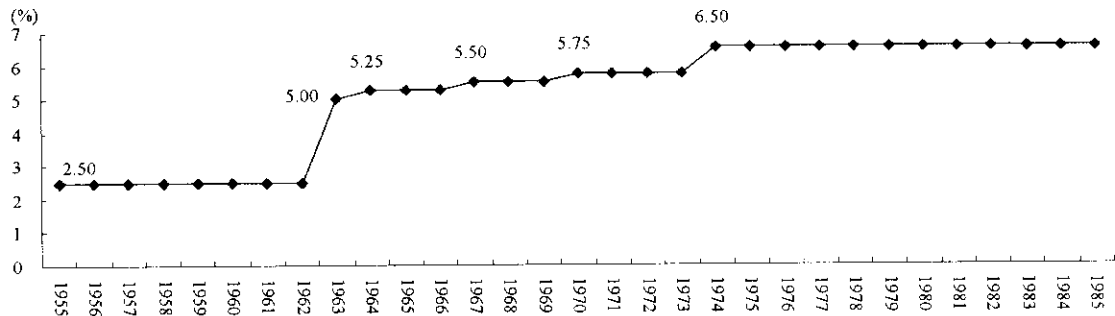
1995年7月には、普通口座・メディセイブ口座は通常のCPF利率を適用し、特別口座・年金口座にはCPF利率に1.25ポイント上乗せした利率が適用されるようになった。この背景には、普通口座は短期運用であるのに対し、特別口座は長期のため比較的高い利率での運用が可能であることが挙げられる。その後、1998年7月より1.5ポイントの上乗せに変更された。

また、2001年10月よりメディセイブ口座も特別口座、年金口座と同様にCPF利率より1.5ポイント高い利率に設定されるようになった。この理由には、メディセイブ口座もさほど頻繁に引き出さないため、長期と同じような運用の設定が可能であることが挙げられる。

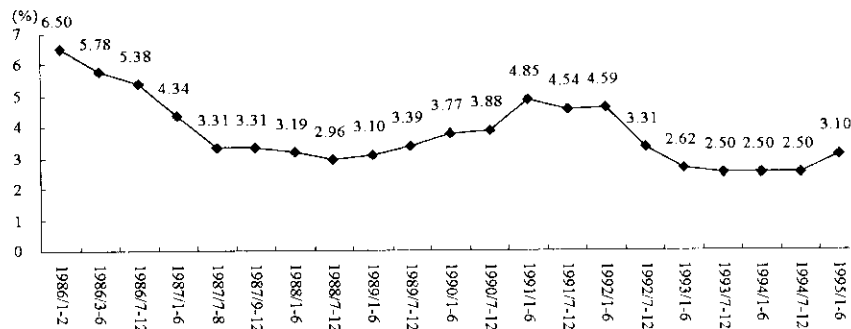
<sup>i</sup> 近く、3大銀行に変わる予定

<sup>ii</sup> [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/home.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp) 2001年10月15日アクセス

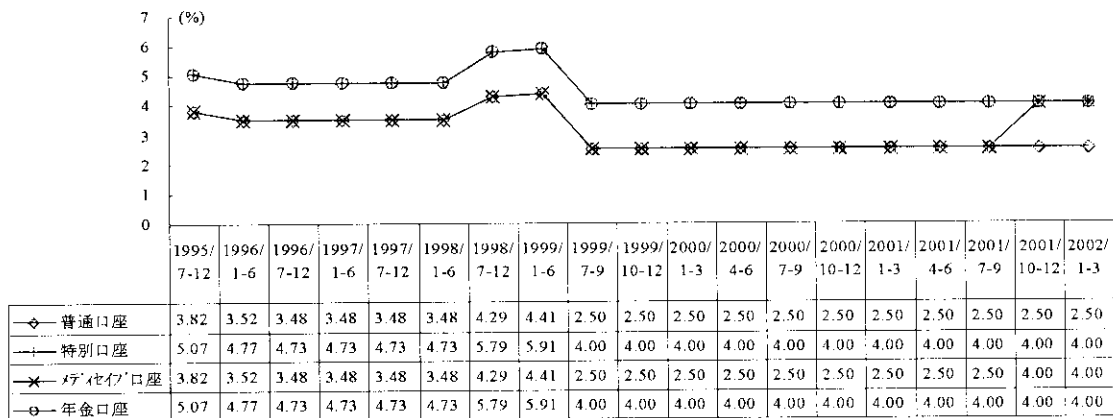
図表44 CPF口座利率の推移・各口座の利率の推移  
(CPF利率 1955年～1985年)



(CPF利率 1986年～1995年6月)



(CPF利率 1995年7月～2002年3月)



(資料) [http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/In\\_Arc.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/In_Arc.asp) による CPF Interest rates 1955-2002 CPF Annual Report 2000 p62 Annex B

## 7) CPFの啓蒙活動

CPF Board では老後や病気の時のために貯蓄が必要であるという啓蒙活動を行っている。例えば Ministry of Community Development and Sports の協力を得て、フィナンシャル・プランナーを講師として高校生(junior college/pre-university)を対象として CPF に関する教育「あなたと CPF(“CPF and You”)」を実施している。2000年には800カ所以上の高校で行っている。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CPF Annual Report p44

### 3. 中央積立基金の医療関連制度

#### (1) 制度の理念と概要

退職後の年金のための強制積立制度としてつくられた中央積立基金制度の中に、医療費にあてるための積み立てとして 1984 年にメディセイブ口座が作られた。メディセイブは特に医療ニーズが高まる高齢期の医療費を貯蓄するためにつくられ、高齢者の医療費も自分個人で積み立てることを基本としている。メディセイブは自分自身の老後の医療費に充当するだけでなく、配偶者、子、父母、祖父母等の家族の医療費についても引き出すことができる<sup>i</sup>。その後、メディセイブ口座から保険料を支払うことができる公的医療保険制度として 1990 年にメディシールド制度がつくられ、メディシールドよりも保険料・給付ともに高額な医療保険であるメディシールドプラス制度は 1994 年に作られた。

なお、低所得者の医療費は政府が運営するメディファンドと呼ばれる基金がカバーしており、メディセイブ・メディシールドと並んでシンガポールの 3 大医療制度 3M's と呼ばれているが、中央積立基金と直接的な関係はない(報告書末尾の関連資料参照)<sup>ii</sup>。

#### (2) 医療費総額に占める CPF 関連支払いと公的負担の割合

2000 年のシンガポールの医療費 (National Health Expenditure, NHE)は 47 億シンガポールドルと、1999 年の 44 億シンガポールドルから 6.8%増加している。これは GDP の 3%に相当し、一人あたりの年間支出は 1,439 シンガポールドル(S\$1=70 円換算で約 10 万 1 千円)であり、前年の 1,360 シンガポールドルと比較して約 6%増である<sup>iii</sup>。

10 年前の 1989 年の比較すると、医療費 16 億シンガポールドル、一人あたり 549 シンガポールドルであり、単純計算で一人あたり約 2.5 倍である。しかし経済成長率が高いため、医療費の対 GDP 比率は 1989 年の 2.9%から横ばいである。

保健医療支出は、雇用者・メディセイブ・メディシールド・利用者の自己負担・政府の補助金によってまかなわれている。政府・雇用者・利用者負担がそれぞれ約 3 分の 1 ずつである。

2000 年の公的医療費負担(Government Health Expenditure, NHE)は 12 億 2400 万シンガポールドル GDP の 0.8%にあたる。このうち 11%は開発費(development expenditure)で、89%が運営費(operating budget)である。運営費の 88%は病院・診療所・ボランティア福祉団体(Voluntary welfare organizations, VWOs)が提供するサービスに充てられ、12%は管理費、IT、規制などに充てられた。

#### 《入院医療に対する公的補助》

サービスに対する政府の補助金の多くは、入院医療費に対する支援である。ほぼ個室の A クラスの病床には補助金が出ないが、B1 クラス以下には補助があり、特に B2 および C 病床に

<sup>i</sup> [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b\(A\).html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(A).html)

<sup>ii</sup> [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b\(C\).html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(C).html)

<sup>iii</sup> Ministry of Health Annual report 2001 p21

入院する患者の入院医療費の5割～8割については国から補助金が出る。国の補助は資産調査など直接的なミーンズ・テストを経ているわけではないが、1病室あたり病床数が多く、エアコンがないなど環境がさほど快適でない安価な病室を選ぶ患者は、低所得者層や入院が長期にわたる重症患者などが多いことから、間接的なミーンズ・テストが実施されている。この方法によって、より政府の補助を必要としている人を支援することができる。ただしどの病室にいても提供される医療サービスの質に変わりはない。なお、民間病院に入院している患者に対する政府の補助はない。シンガポールの病院は8割が公立病院であり、2割が民間である。

#### 《プライマリ・ケアへの公的補助》

プライマリ・ケアについては2割が公立の総合診療所であり、8割が民間の診療所である。公立総合診療所については年齢等に応じて政府から補助が出るため、1回の受診料の利用者負担は10シンガポールドルから15シンガポールドル程度とさほど高い値段でないため、政府の補助は不要であると考えられている。また入院医療と比較して、診療所を受診するケースは重篤でない場合が多いため、補助をしないことにより不必要な利用が抑制されると考えられている。

#### 《日帰り手術への公的補助》

日帰り手術については、公立病院で受ける場合65%の補助が出るが、これはBまたはCクラスの病床に入院していた患者で手術が必要だと認定された場合か、公立診療所で手術の必要性が認められた場合にのみ適用される。なお、民間病院での手術への補助はない。手術の費用はかつては出来高制で、また手術後の入院も1日あたりで支払われていたが、効率化へのインセンティブが働かないため、1999年からオーストラリアのケースミックス方式のDRGを採用して、包括払いにしている。この結果、病院滞在日数は減少傾向にある。今後は病院別に各DRGについての価格設定を公表しようと考えており、これによって患者の選択が働き、コスト抑制につながることを期待している。しかしもしこの方法で費用が抑制できない場合は、定額制などの料金の上限 price cap を設定することを検討しているが、これは民間病院の医師の反対に遭うことは必至であり、保健省としてはできれば避けたいと考えている。

### (3) 財政安定化のための取り組み

保健省の示している「保健医療財政の理念」の中で、政府が医療サービスを完全に補助したり、医療保険によって前払いをする仕組みをとれば、医療が「ただで」受けられるものとの誤解を生み、需要の増加を招いてしまう危険があることを懸念している<sup>1)</sup>。

自己責任の基本理念を徹底し、医療の適切な利用を推奨するためメディセイブでは原則個人単位で積み立て、そこから支払うしくみをとっている。また、メディセイブの名義人が死亡した

<sup>1)</sup> 公立の総合診療所(polyclinic)では外来診療、退院患者の経過観察、予防、検診、健康教育を行う。

Ministry of Health Health Care Financing in Singapore [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_a.html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html)

<sup>2)</sup> Ministry of Health Health Care Financing in Singapore [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b.html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html)



後の積立残高は相続人に非課税で現金にて支払われる。このため、メディセイブ口座に残高を残して死亡しても「損」はしないしくみとなっている。

また、基本的なサービスが入手可能となるように政府が補助するとともに、高レベルのサービスを利用する際には自己負担の比率が高まる制度になっている。シンガポールでは病床をほぼ個室の A 病床から 10 人以上が相部屋でエアコンがついていないような C 病床まで 5 段階に病床が区分されており、アメニティの低い病床ほど政府の補助も大きい。付加的なサービスに対して相応の自己負担を義務付けることによって、最低限のサービスは保障しつつ政府の負担を最小限に抑えている。

なお、医療費が増加するにつれてメディセイブの積立額も増加させる必要が生じるが、メディセイブへの積立額が給与の 10% を超過しないように医療費を抑制していく政策である。

図表45 病床のレベル別 政府の補助の割合

	1 病室の病床数	政府の補助
Class A1	個室 1~2 床	なし
Class A2	準個室 3~4 床	20%
Class B1	5 床	50%
Class B2	6~10 床	65%
Class C	10 床以上	80%

(資料) <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/you/you05.asp> などより作成

(参考) シンガポール政府による医療の費用を賢く利用するための手引き

- 1 最初は一般医または公立総合診療所の医師を訪問しましょう。  
*Visit your private GP or polyclinic doctor first.*
- 2 特別な治療が必要な場合は公立総合診療所から紹介状を入手しましょう。  
*Obtain a referral letter from the polyclinic if you require specialist treatment.*
- 3 費用を減らすためにより安い薬はないか尋ねましょう。  
*Ask for cheaper drugs to reduce cost.*
- 4 公立病院で自分で支払える相応のランクの病床を選択しましょう。  
*Choose a class of ward you can afford at a public hospital.*
- 5 経済的に難しいようだったら C または B2 クラスの病床に変えてもらうように言いましょう。  
*Request to downgrade to a Class C or B2 ward if in financial difficulty.*
- 6 入院費用の支払いにはメディセイブとメディシールドを利用しましょう。  
*Use your Medisave and MediShield to pay for your hospital bills.*
- 7 経済的な支援を必要とする場合はソーシャルワーカーに相談しましょう。  
*Ask to see a Medical Social Worker (MSW) if you need financial assistance.*
- 8 医学上健康になりしだいすぐに退院の手続きをしましょう。  
*Make arrangements to be discharged as soon as you are medically fit.*
- 9 定期的に健康診断を受けましょう。  
*Go for regular health screening.*
- 10 健康的な生活習慣を身につけましょう。  
*Lead a healthy lifestyle.*

(資料) <http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/you/you05.asp>

#### (4) メディセイブ

##### 1) 制度の概要

メディセイブは 1984 年 4 月に創設された強制積立制度であり、入院医療、特に高齢になつてからの入院医療のために十分な積立をすることを目的としている。公立病院の 6 人部屋程度の最低限の入院医療費をカバーしている。被用者は年齢に応じて給与の 6～8%をメディセイブ口座に積み立て、本人及び直系家族<sup>i)</sup>の病院医療費のために引き出すことができる。

##### 2) 加入対象者と積立額

メディセイブ制度が始まった時点では被用者のみが対象であったが、1992 年 2 月から自営業者も加入が義務付けられた<sup>ii)</sup>。積立額は年齢によって異なり、給与の 6～8%となっている。雇業者も加入者とほぼ同額を負担する<sup>iii)</sup>。加入対象者は永住者 permanent residence であり、外国人の多くは働いている会社の福利厚生でカバーされていることが多い。

メディセイブ口座は上限額を 26,000 シンガポールドルに設定しており、これを超えた分は普通口座に積み立てる。ただし医療費のために引き出して、残高が 26,000 シンガポールドル未満になった場合には普通口座から振り替えることができる。26,000 シンガポールドルという設定は医療費として必要になる金額として考えているが、実際この金額が想定できる医療費上限額だという算定根拠はない。メディセイブは 1980 年代に始まったので、現時点では就業してから定年まで加入しつづけた層がいないためである。また、本人だけでなく家族も利用するために状況は複雑である。

上限額は毎年増加しており、2001 年 7 月 1 日現在で 26,000 シンガポールドル、2002 年 7 月 1 日には 28,000 シンガポールドル、2003 年 7 月 1 日には 30,000 シンガポールドルとなる。

なお、国外に移住した人の医療についてのメディセイブからの支払いは現時点では認めていない。しかし老後を国外で過ごす人は増えてきており、問題が顕在化している。

図表46 メディセイブ積立額

	料率	月額積立額上限
35 歳未満	6%	S\$360
35 歳以上 44 歳以下	7%	S\$420
45 歳以上	8%	S\$480

(資料) Ministry of Health Health Care Financing in Singapore Annex A: Medisave Scheme June 2000

<sup>i)</sup> 配偶者、子、父母、祖父母。ただし祖父母はシンガポール国民ないし永住者である必要がある。また、外来の腎臓透析や HIV 抗レトロウイルス薬剤は自分自身のメディセイブ口座のみ、受胎支援は自分または配偶者のメディセイブのみ、などの制約がある。 Ministry of Health Guide to Medisave July 2000

<sup>ii)</sup> Finance Policy and Planning Department, Ministry of Health Health Care Financing in Singapore Annex A: Medisave Scheme June 2000

<sup>iii)</sup> 被用者と雇業者の負担割合は毎年変化している。

図表47 メディセイブ積立率の推移

(単位: %)

	1984/7	1985/7	1986/4	1987/7	1988/7	1989/7	1990/7	1991/7	1992/7	1993/7	1994/7-1 998/12	1999/1- 2000/3	2000/4- 2000/12
35歳以下	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
35～45歳	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7
45～65歳	6	6	6	6	6	6	6	6	7	8	8	8	8
65歳以上	6	6	6	6	6	6	6	6	6	8	8	7	7.5

(資料) Ministry of Health Health Care Financing in Singapore Annex A: Medisave Scheme June 2000

### 3) カバー内容

#### ① 払戻し対象

基本は1日あたり上限300シンガポールドルまで引き出すことができ、入院料、検査、投薬、医師の診断料に充てることができる。医師の料金に対しては上限額が1日50シンガポールドルである。

また、手術に関する引き出し金額は下の表のようになっている。これによって外科医師の処置料、埋め込み・移植の装置料、手術室などの設備仕様料、消耗品費に充てることができる。

図表48 メディセイブ引き出し上限額

処置表 Table of Operation	処置表の手術の例 Examples of surgical procedures in each Table of Operation	メディセイブ引き出し上限額 Medisave Withdrawal Limit
1	膝吸引、肺内視鏡検査 Knee aspiration, endoscopic lung examination	S\$150-250
2	痔の除去 Removal of piles	S\$350-600
3	盲腸手術、ヘルニア手術 Removal of appendix, Hernia operation, etc	S\$800-1200
4	胆嚢除去、白内障手術 Removal of gall bladder, Cataract operation	S\$1400-1800
5	乳がん手術 Breast cancer operation	S\$2000-2400
6	心臓バイパス手術 Heart artery by-pass operation	S\$2800-3600
7	腎臓移植、変形脊柱の矯正 Kidney transplant, correction of crooked spine	S\$4000-5000

(資料) Ministry of Health Health Care Financing in Singapore Annex A: Medisave Scheme June 2000

なお、メディセイブでは診療所におけるプライマリ・ケアは引き出しの対象とならない。公立診療所では年齢に応じて政府方補助が出て、1回あたりの受診料の患者負担額は7～8シンガポールドル、政府の補助のない民間診療所でも15シンガポールドル程度である。このような低価格設定のための自己負担できる範囲内であると考えられている。

## ② 払戻し制限

前述の通り、払戻しの対象となる医療サービスと上限金額が定められている。入院であれば日額 300 シンガポールドル＋手術料 5,000 シンガポールドル、日帰り手術であれば日額 125 シンガポールドル＋手術料 5,000 シンガポールドルなどであるが、実際にかかった費用のほうが少なければその分しか引き出すことはできない。

上限額を設定することによって、利用者が医療費用の満額を引き出しによって賄うのではなく、利用の際に上限額の超過部分を自己負担することになり、コスト意識の喚起につなげるためである。特に、公的病院よりも高価で設備の整った民間病院の病室の入院料の際には自己負担をすることによって、必要以上の入院をしないように促すことが重要であると考えられている。

## ③ 最低積立額 (minimum sum, retention sum)

またメディセイブ口座には最低積立額(minimum sum, retention sum)が設定されており、定年退職の前の 55 歳時点でこの金額を満たしていることが目標である。最低総額は退職後に本人と配偶者の医療費需要を満たすために必要だと考えられる金額であり、医療費の増加を反映して定期的に更新される。これは毎年引き上げられており、2000 年 6 月時点で 17,000 シンガポールドル (1 シンガポールドル=70 円で換算して約 120 万円) であったが、毎年 2,000 シンガポールドルのペースで増加している。

図表49 メディセイブ最低貯蓄額 minimum sum / retention sum

2000 年 6 月時点	S\$17,000
2000 年 7 月 1 日	S\$19,000
2001 年 7 月 1 日	S\$21,000
2002 年 7 月 1 日	S\$23,000
2003 年 7 月 1 日	S\$25,000

(資料)

[http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo\\_b\(A\).html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(A).html),  
[http://www.cpf.gov.sg/cpf\\_info/goto.asp?page=/cpf\\_info/Index\\_Members.asp](http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=/cpf_info/Index_Members.asp)