

シンガポールの社会保障

— CPF・公共住宅対策と医療中心として

二 木 立

(日本福祉大学社会福祉学部教授)

1. シンガポールの概況——先進国水準に近い1人当りGNP

シンガポール共和国(以下シンガポールと略称)はマレー半島の南端に位置する島国であり、淡路島とほぼ同じ面積(621.7km²)に人口258.62万人¹⁾(1986年中央)が居住する都市国家である。

シンガポールは典型的な多民族国家である。しかも先住民族であるマレー系は15.0%に過ぎず、中国系が76.3%、インド系が6.5%を占めている²⁾。これは1824年から140年間に亘ったイギリス統治時代の産物である。

政治形態は大統領を元首とする一院制の議会制民主主義であり、1965年のマレーシアからの分離独立以来、リー・クワン・ユー(李光輝)首相の率いる人民行動党(PAP)が一貫して政権を担当している。同政権は一面では極めて強権的であり、国内外からの政府批判を徹底的に排除している。他面、独立以来、一貫して近代化を至上命令とし、外国民間企業導入を柱とする徹底した工業化政策を進めてきた。そして、同国の経済成長率はNICs(新興工業化諸

国・地域)の中でも、群を抜いて高かった。その結果、1985年の1人当りGNPは7,420米ドルと、日本の11,300米ドルの65.7%の水準にまで達している。これは日本を除くアジア諸国の中で際だって高いたけでなく、西欧諸国中のスペインの4,290米ドルやイタリアの6,520米ドル等をも上回る高水準である²⁾。しかも、日本に比べて物価水準は相当低い。

このような工業化・経済成長の結果、労働力構成も先進国型になっている。1986年の就業者総数114.9万人中、被用者が84.4%を占め、使用者は5.1%、自営業者は8.6%であり、無給の家族労働者は1.9%にすぎない³⁾。

シンガポールは1985年に、建国以来初めて深刻な不況に直面し、実質経済成長率はマイナス1.8%となり、1986年のそれもプラス1.9にとどまった。その結果、1984年まで3%前後と極めて低かった失業率も1985年には4.2%、1986年には6.5%と急上昇した。しかし、1987年に入ってから経済回復は目ざましく、同年の実質経済成長率は6%台に回復することが確実視されている。

このような高い経済的達成を反映して、シンガポールの社会保障もアジア諸国では日本に次ぐ水準に達しており、更に、特定の分野では日本を上回るに到っている。

2. 西欧諸国とは異なる社会保障の理念と構造

ただし、シンガポールの社会保障の理念は欧米諸国や日本とは大きく異なり、国家責任や国民の権利は全く認められていない。

逆に同国では、旧宗主国英国の「福祉病」を避けるため、国民の自助努力と相互扶助が第一義的に重視されており、国家は社会の最弱者の保護のみを、しかも部分的に行うとされている。また租税や社会保険による所得再分配制度も存在しない。後述するC P F (central provident fund. 中央儉約基金)でも、拠出金は加入者間でプールされず、加入者が拠出額に応じた個人口座を持っている⁴⁾。

表1 シンガポールの社会保障制度の構造

-
- 1 政府が直接実施
 - ・ 公的扶助制度 (P A S)
 - ・ 労災補償制度
 - ・ 公務員に対する無拠出年金制度
 - ・ 政府立病院・診療所
 - ・ その他の法外措置
 - 2 C P F (中央儉約基金)による強制貯蓄制度
 - ・ 普通口座
 - ・ 医療貯蓄口座
 - ・ 特別口座
 - 3 民間福祉団体
 - ・ シンガポール社会サービス協会 (S C S S)
 - ・ 共同募金
 - ・ その他
-

資料：Kalirajan K, et al : The social security system in Singapore. In Social security systems in ASEAN, ASEAN Economic Bulletin 3 (1), 1986.

シンガポールの社会保障制度は、表1に示したように、財政方式により、①政府が直接実施するもの、②CPF、③民間福祉団体の3つに分けられる⁴⁾。

政府が直接実施する制度は、貧困者に対する現金給付（公的扶助制度、PAS）労災補償制度、公務員に対する無拠出年金制度・寡婦遺児年金制度、政府立病院・診療所での事実上の割引診療（支払い能力に応じて料金が変わる）等に限られている。1984年の公的扶助受給家族数は、月平均3,278世帯であり、これらのうち60歳以上の老人世帯が88%を占めている。1月当りの支給額は単身者で90シンガポールドル（1シンガポールドル=110円換算、9,900円。以下、換算率は同じ）、2人家族でも140ドル（15,400円）と極めて低い。これは、シンガポールでは公的扶助制度は親族や民間福祉団体等による援助を補足するものと位置づけられ、単独で貧困者の最低生活を保障することは意図されていないからである。

加入者が個別の口座を持つCPF （中央俵約基金）

それに対して、シンガポールの社会保障で中心的位置を占めるのが、CPFである。CPFは1955年に設立され、全被用者・使用者が加入している強制貯蓄制度である。CPFは当初は勤労者の退職後の所得保障を目的としていたが、1968年以降は、主として勤労者が公共アパートを購入する場合のローン返済手段となっている。後述するようにシンガポールはいまや質量ともに

「世界一の団地国家」になっているが、それを経済的に支えたのがこのCPFなのである。

CPFの拠出金は元来は労使折半である。

表2に示したように、月間賃金・給与に対する労使合計の拠出率は1955年の10%から毎年のように引き上げられ、1984年には50%にも達した。しかし、1985年以降の不況対策＝賃金・労働費用抑制政策の一環として、1986年4月以降、使用者側の拠出率は25%から10%に引き下げられた。その結果、現在の労使合計の拠出率は35%に低下している⁵⁾。

ただしこの拠出金は社会保険方式のように制度内でプールされることはなく、各加入者が個別に保有する「口座」に利子付きで積み立てられる。この口座には、普通口座・特別口座・医療貯蓄（Medisave）口座の3種類あるが、1986年の利用者側の拠出率引き下げにともない、特別口座は一時停止されている。その結果、現在では上述した35%のうち、29%は普通口座に、6%は医療貯蓄口座に積み立てられている。

普通口座の積立金は、退職年齢（55歳）に達したときに全額引出し可能であるが、それ以前は住宅購入等の特定の目的以外には引出せない。そして現在では、引出しの大半は勤労者が購入した公共アパートまたは民間アパートのローンの返済に充てられている。

医療貯蓄口座は、国民保健計画の一環として、1984年4月に発足したばかりの“短期入院費用保険”である。ここでも拠出金は制度内でプールされずに各加入者の口座

論文

表2 CPF (中央俵約基金) 拠出率の推移 (1955-87年)

開始年月	拠出率 (%)		口座別 (%)			合計
	使用者	被用者	普通口座	特別口座	医療	
1955年7月	5.0	5.0				10.0
1968年9月	6.5	6.5				13.0
1970年1月	8.0	8.0				16.0
1971年1月	10.0	10.0				20.0
1972年7月	14.0	10.0				24.0
1973年7月	15.0	11.0				26.0
1974年7月	15.0	15.0				30.0
1977年7月	15.5	15.5	30.0	1.0		31.0
1978年7月	16.5	16.5	30.0	3.0		33.0
1979年7月	20.5	16.5	30.0	7.0		37.0
1980年7月	20.5	18.0	32.0	6.5		38.5
1981年7月	20.5	22.0	38.5	4.0		42.5
1982年7月	22.0	23.0	40.0	5.0		45.0
1983年7月	23.0	23.0	40.0	6.0		46.0
1984年7月	25.0	25.0	40.0	4.0	6.0	50.0
1986年4月	10.0	25.0	29.0	0.0	6.0	35.0

資料: Kalirajan K, et al: The social security system in Singapore. In Social security systems in ASEAN Economic Bulletin 3(1), 1986.

に積み立てられ、加入者本人・家族（配偶者・子供・父母・祖父母）が政府立短期入院型一般病院または認可を受けた私立病院で入院医療を受けた場合に、政府立病院の大部屋利用時の「標準料金」の引出しが行われる。政府立病院には相当額の政府資金が投入されているため、この「標準料金」は医療原価よりはるかに低い水準に設定されている。もし入院しなければ、その拠出金はそのまま利子付きで積み立てられるが、逆に、入院費用が積み立て額を上回った場合には、その口座は“赤字”となり、加入者は病氣回復後に、その借入金を分割払いにより利子付きで返済しなければならない。また、医療貯蓄口座から引出し可能

な医療費は、正常の出産を含めた短期入院の医療費に限定されており、外来医療費や精神疾患等長期入院の慢性疾患医療費は対象外となっている^{6,7)}。1985年には、政府立短期入院型一般病院入院患者の49%が医療貯蓄口座を利用しており、1人当りの平均引出し額は324シンガポールドル（35,640円）であった⁸⁾。

この医療貯蓄制度は、①政府の財政負担を回避すること、及び②強力な入院医療費抑制を行うことを目的として設立されたとされている⁵⁾。尚、普通口座の場合と異なり、この医療貯蓄口座には自営業者も加入することが奨励されているが、現在のところ自営業者の加入はごく限られている。

尚、上述した公的扶助受給者は、政府立の病院・診療所で無料の医療を受けられる。

活発な民間福祉団体・ボランティアと 政府の強い規制力

移民社会であるシンガポールでは、伝統的に出身国・地域別に組織された団体による相互扶助活動が盛んであった。それに加えて、政府が民間福祉団体育成政策を系統的に実施した結果、民間福祉団体はシンガポールの社会保障のなかに「制度化」されるに至っている。特に、社会福祉分野では、民間福祉団体が財政・サービス提供の両面で主導的役割を發揮している。

シンガポール社会サービス協議会（SCSS）は、約150の主要な民間福祉団体で構成される「法で定められた」団体であり、政府（地域開発省）と協力して各民間福祉団体の活動の調整を行うとともに、新しい社会サービスのパイロット・スタディ（モデル事業）を行っている。

驚くべきことにこれら民間福祉団体の活動費（経常費）の大半は一般からの寄付によって賄われており、政府からの財政援助はごくわずかである。筆者が直接調査した民間障害者団体の場合、それは1-5%にすぎなかった。1983年からはシンガポール社会サービス協議会のもとに、「シンガポール共同募金」が設置され、一部の民間福祉団体への寄付金募集を代行している。税制面では、慈善法により、認可された個人・団体の民間福祉団体への寄付金に対しては、全額所得控除の扱いがなされている¹⁰⁾。

ただし、シンガポールでは団体法により、10人以上の構成員を有するすべての団体は国家登録を義務づけられている¹¹⁾。更に、主要な民間福祉団体の理事会等には、政府代表が参加しており、民間福祉団体に対する規制力は日本よりもはるかに強い。

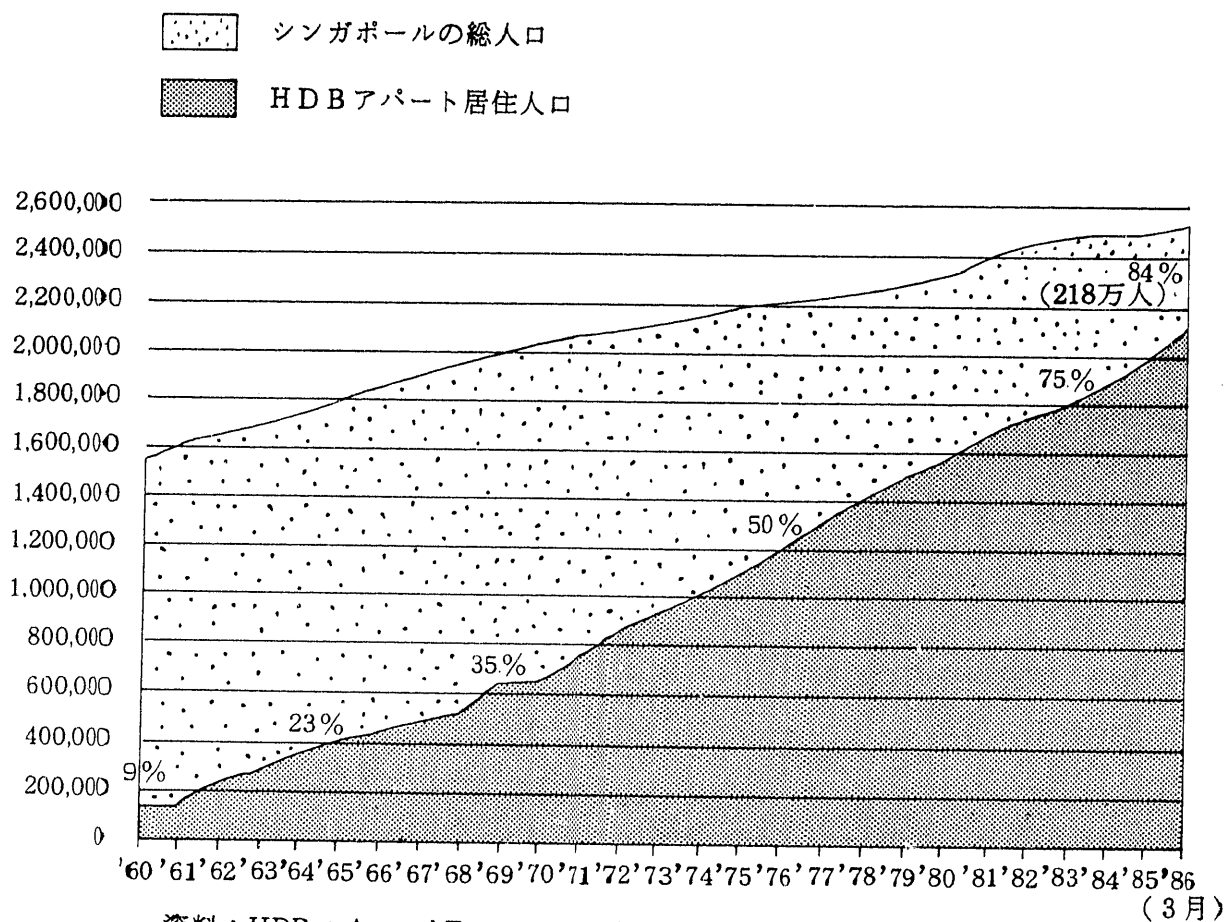
更に、シンガポールでは、国民一人一人のボランティア活動が極めて盛んであり、国民の6-7割は何等かの活動に参加していると言われている。特記すべきことは、最近シンガポールでも盛んになってきた老人・障害者に対する地域ケア（訪問看護やリハビリテーションを含む）の分野に多数の医療専門職がボランティアとして参加していることである。例えば、後述する国立大学病院リハビリテーション部のスタッフの多くは、平日の昼休みや土曜の午後を利用して、地域でのリハビリテーション活動に参加している。

3. 世界一の団地国家——全人口の 84%が“公共マンション”に居住

シンガポールの社会保障政策の中でもっとも優れたものは、政府の一貫した公共住宅（アパート）供給政策であろう。

シンガポールでは、住宅供給公社（HDB）が1960年以来6次に渡る住宅建設5カ年計画により、主として低・中所得層むけの公共アパートを大量に建設している。図1に示したように、計画開始時の1960年には総人口の9%のみが公共アパートに居住していたにすぎなかったが、1986年にはその比率は実に84%に達している。しかも、シン

図1 HDB（住宅供給公社）アパート居住人口の推移



ガポールでは1964年以降「国民持ち家政策」が進められており、これら公共アパートの76%は分譲式となっている¹²⁾。

公共アパートの各戸の広さは1DKから5DKにまで多様であり、低所得層は1・2DKを賃貸し、中所得層は3-5DKをローンで購入し、上述したCPFを用いて平均20年で返済するのが普通である。1986年までに供給された公共アパート全戸数55万7,612のうち43.9%を占める3DKの床面積は65㎡であり、質量共にわが国の平均的マンションと同水準である。更に近年は中所得層向けにはこの3DKより4DKの

ほうが多く供給されるようになっており、1986年には4DKは総戸数の25.4%を占めるに至っている。この4DKの床面積は85-105㎡であり、わが国の“億ション”に相当する広さである。しかも、これらの公共アパートの分譲価格は極めて安価である。公共アパートの分譲価格は広さ・構造(タイプ)・所在地等により異なるが、都心から車で30分程度の郊外の4DK単純タイプで46,900シンガポール・ドル(約516.9万円)にすぎない。このように、シンガポールの公共住宅政策は質量共にわが国とは比較にならない高水準であり、世界一と言っ

ても過言ではない。尚、公共アパートの1階部分はすべて共有部分（多くは空間）として確保されており、居住者の交流・憩いの場になるとともに、民間福祉団体による各種社会サービスの実施の場としても使われている。

このようにシンガポールで公共住宅政策が徹底的に押し進められているのは、それにより、①国民意識の統合をはかる、②狭い国土の有効利用をはかる、ためとされている。更に、大量の公共住宅建設が、同国の高い経済成長を支えてきたことも見落とせない。

親子の近居・同居促進のための 住宅政策の展開¹³⁾

このような公共住宅建設は、旧来の地域社会の破壊・再開発をともなあって進められた結果、シンガポールでは伝統的な大家族が激減し、核家族化が急激に進行した。この点に関しての正確な統計はないが、現在では家族総数の8割が核家族であると言われている。しかし、最近になって、政府は、家族の介護力を高め、老人の地域ケアを促進するために、親子の近居・同居を重視するようになってきている。

このために思想的には儒教の再評価が行われており、住宅政策の面からもそれを促進するために、さまざまな誘導政策（incentive policy）がとられるようになってきている。それらは、「共同抽選制度」（開始年1978年）、「（近居促進のための）アパート相互交換制度」（1981年）「（賃貸アパー

ト利用者のための）両親と結婚した子供との近居制度」（1979年）、「三世代家族向け住宅制度」（1979年）の4つである。これらのうち、もっとも成功したのは「共同抽選制度」であり、これは、公共アパート分譲の抽選時に、近居（隣居、または同じアパート内・同じ団地内での居住）を望む親夫婦と結婚した子供家族の2通の分譲申し込み書をペアで扱い、どちらか一方が当たれば、両方が当たったことにする制度である。それに対して、「三世代家族向き住宅制度」では、新たに同居を希望する親子に対して、書類上の分譲申し込み日を実際よりも3年早めて待機期間を短くするだけでなく、アパート購入時に支払う頭金を割り引いたり、ローンの返済期間を一般の20年から25年に延長する等の財政的優遇処置が採られている。しかも、この制度は現在居住している3DKから、親との同居を目的にして4-5DKに買い換える場合にも、利用できる。しかし、この制度は分譲後8年間の同居を義務づけているためもあり、「共同抽選制度」ほどには利用されていない。これらの誘導政策が開始された1978年以降に分譲された公共アパートのうち、約11%はこれらの制度を利用しての購入となっている。このような老人の地域ケア・家族の介護力強化のための系統的な誘導政策は、わが国には見られないものである。

4. 先進国と肩を並べる保健衛生 水準と公私混合の医療制度

このように高い経済・生活水準に対応し

論文

て、シンガポールの保健衛生水準も先進国水準に達している。

1986年の粗出生率（人口千対，以下同じ）は15.2，粗死亡率は5.0，自然増加率は10.3と，いずれも日本を除くアジア諸国の中ではきわだって低い。同年の死因順位をみても，①心・高血圧疾患（23.0％），②悪性新生物（22.5％），③脳血管疾患（10.5％），④交通事故（9.4％），⑤肺炎（8.2％）と，完全に先進国型である¹⁾。

保健衛生水準の指標として，乳児死亡率と平均寿命を見ると，1986年の乳児死亡率（出生千対）は9.1¹⁾，1985年の平均寿命は男70歳，女75歳である²⁾。特に乳児死亡率の低さは注目され，世界の最高水準グループにはいる。

出産抑制から奨励への人口政策の転換

シンガポールは他のアジア諸国に比べると人口構成の高齢化が進んでおり，1986年の65歳以上人口比率は5.3％である。しかも，この比率は今後急上昇し，2030年には18.9％に達すると予測されている。これは独立以降，政府が推進してきた強力な産児制限政策のためである。この政策は「（子供は）2人で十分」をスローガンとし，第3児以降の出産費用に対しては「医療貯蓄口座」からの引出しがなされない等の，徹底したものであった。

ただし，最近では人口減少・高齢社会化が経済成長に与える悪影響が指摘され，1987年3月からは，逆に，一転して「子供は3人以上生もう」という出産奨励政策がとら

れるようになっている。

公私混合の医療制度だが，病院は政府立主導

シンガポールの医療供給制度は全体としては公私混合である。しかし日本のような無政府的混合ではなく，医療のレベルに応じてある程度の役割分担がなされている。まず一次医療の7割は開業医が担っているが，それ以外にも，表3に示したように，1986年現在，政府立の母子保健クリニックが28，総合診療所（outpatient dispensary・日本の診療所と保健所を合わせたもの）が26，歯科クリニックが183カ所（学校内のクリニックを含む）存在する。

それに対して，二次・三次医療は政府立病院が主導している。表3に示したように，病院数は政府立10私立12で私立の方が多いが，病床数をみると，政府立病院は7,898床で病床総数9,974床の79.2％を占めている。平均病床数も政府立病院は790床と極めて巨大であるのに対して，私立病院は173床にとどまっている。尚，米国の営利病院チェーンはシンガポールにも進出しており，1983年以降，NMIとAMIが既存の私立病院をそれぞれ1病院ずつ買収している。

政府立の10病院のうち，5病院は短期入院型一般病院であり，5病院は専門病院（産婦人科，精神科，皮膚泌尿科，伝染病および小児リハビリテーション）である。そして，短期入院型一般病院の人的・物的水準は全体として極めて高く，特に人的水準は日本の病院を上回ってきえている。例え

表3 シンガポールの医療施設・医療従事者数の概要

(1986年)

		実数	人口 10万対			実数	人口 10万対
病院	総数	22	385.7	医師	総数	2,781	107.5
	政府立	10		公務員	1,337		
	私立	12		私的	1,444		
	病床総数	9,974		歯科医師	総数	526	20.3
	政府立	7,898		公務員	154		
	私立	2,076		私的	372		
	政府立歯科クリニック	183		薬剤師	454	17.6	
	政府立総合診療所	26		看護婦	6,402	247.5	
	母子保健クリニック	28		准看護婦	2,166	83.8	
					助産婦	601	23.2

資料：Dept. of Statistics Yearbook of Singapore 1986.

ば、それらのうち平均的病院である Toa Payoh 病院（410 床）の職員数は 822 人（うち医師 93 人）で、100 床当り 200.5 人に達している。このためもあり、政府立短期入院型一般病院 5 病院の平均在院日数は 5.5 日と極めて短くなっている。これは一般に短いと言われている米国の水準をも凌ぐ、世界一の短さである。

国立大学病院は完全民営化

しかし、最近では、公費節減のために、政府立医療施設の再編・民営化政策が進められている。それをもっとも徹底したのが、国立大学病院の完全民営化である。同病院は国立シンガポール大学医学部の教育・研修・研究病院として、1985-86年に段階的に建設・オープンされた最新鋭の病院である。この病院は当初の計画では政府立病院とされていたが、政府立病院民営化政策の

第一号として、政府の持株会社が所有・管理する私立病院に変更された。更に、将来利益が計上できた場合には株主に配当することも可能とされている。

その結果、同病院では、各診療科・部門別の収益・原価管理が徹底的に行われている。各診療科・部門の責任者には、毎月、前月の収益・原価の詳細な内訳が提示され、部門ごとに少なくとも収支均衡を達成することが義務づけられている。もし、収益が不足している場合には、各診療科・部門の責任者自身が“患者開拓”のために病院内外で「マーケティング活動」を行う。例えば、リハビリテーション部門（専任の医師はおらず、理学療法士が主任）では、病院内の各科を訪問してリハビリテーションの効果を宣伝したり、医師への教育セミナーを開催するだけでなく、病院外の開業医に対しても患者紹介の依頼を行っている。

また、各診療科は一般の大部屋（6 人室）

論 文

のみの病棟と、冷暖房・トイレ・シャワー・テレビ・電話・応接室等付きの特別室（個室と4人室）のみの病棟の2病棟を有しており、両病棟では、医療サービスや補助的サービスが全く別個に提供されている。1日当りの室料（治療費は含まない）は、大部屋の場合、政府からの多額の補助がある結果、35シンガポールドル（3,850円）に抑えられており、しかも全額医療貯蓄口座からの引出しが可能である。それに対して、特別室の場合には、政府からの補助はないため、個室で175-200ドル、4人部屋でも95-105ドルに達している^{18,19)}。このような大部屋と特別室との病棟単位での分離方式は、程度の差こそあれ他の病院でも同じである。このことは、シンガポールでは、少なくとも入院医療に関する限り、支払い能力に応じた「階層消費」が行われていることを示している。

注目すべき訪問看護事業²⁰⁾

シンガポールの医療供給制度で注目すべきものに「訪問看護基金」がある。これは、1976年に保健省によって設立された半官半民の事業であり、看護婦・事務職員の給与は政府が支払い、それ以外の経常費は一般からの寄付で賄われている。

当初、訪問看護は、政府立の母子保健クリニックと総合診療所の看護婦が3カ月ごとのローテーションで実施していたが、1985年からは、18カ所の総合診療所に配置された23人の専属看護婦が行うことになった。ただし、現在でも母子保健クリニックの看

護婦は部分的に訪問看護を実施している。また、それ以外に、シンガポール看護協会に所属する79人の看護婦等がボランティアとして積極的に参加している。

この訪問看護は当初は、低所得層の“寝たきり老人”・障害者のみを対象にして無料で実施していた。しかし1986年からは所得制限が撤廃され、すべての“寝たきり老人”・障害者が受けられるようになった。それにともない、低所得者以外は家族の所得水準に応じて5・10・15シンガポールドルを支払うことになった。

表4は、1985/86年度1年間の訪問看護の概要である。患者総数は3,109人であり、女が59.1%、60歳以上が71.5%を占めている。主疾患でもっとも多いのは、脳卒中の36.2%であり、ついで糖尿病合併症が20.5%を占めている。これ以外に、末期癌が8.6%を占めているのが注目される。新患の紹介先では、病院が70.8%を占めている。看護の種類でもっとも多いのは、支持的ケアで37.5%であるが外科的処置も36.7%と同水準である。更に、リハビリテーションが10.5%あるのも注目される。表4には示さなかったが、患者1人当りの平均訪問回数は15回、平均継続期間は5カ月間である。

先述したように、シンガポールの病院の平均在院日数は極めて短い。その結果、訪問看護の対象には医学的に安定していない患者やリハビリテーション途上の患者が少なくなく、単なる支持的ケア以上の看護が必要になるのである。またこの訪問看護では、家族参加が強調されており、家族が患者のケアを出来るようになった段階で、訪

表4 訪問看護の概要 (1985/86年)

		実数	比率
患者総数		3,109	100.0
性別	男	1,272	40.9
	女	1,837	59.1
年齢区分	-50才	409	13.2
	50-59	475	15.3
	60-69	1,087	34.9
	70才以上	1,138	36.6
主疾患	脳卒中	1,124	36.2
	糖尿病合併症	638	20.5
	その他の障害	219	7.0
	末期癌	268	8.6
	その他	860	27.7
患者の新旧	継続	1,058	34.0
	新	2,051	66.0
新患者紹介先	病院	1,453	70.8
	総合診療所	441	21.5
	市民から直接	135	6.6
	その他	22	1.1
総訪問回数		46,733	
看護の種類	総看護回数	63,874	100.0
	外科的処置	23,409	36.7
	支持的ケア	23,934	37.5
	注射	3,763	5.9
	リハビリテーション	6,692	10.5
	膀胱カテーテル交換等	4,364	6.8
	経鼻栄養チューブの交換等	1,428	2.2
	入浴	284	0.4

資料：Home Nursing Foundation：Annual Report 1985/86.

問看護は終了することになっている。

訪問看護基金は、当初は訪問看護のみを実施していたが、現在ではそれに加えて、2カ所の「老人医療ケアセンター」を開設し、通院可能な障害老人（主として脳卒中患者）に対して、デイケアセンター・リハ

ビリテーション・健康教育・カウンセリング・家族教育等を行っている。費用的には訪問看護よりもこのケアセンターの方が安価であり、1986-1990年の5年間に、毎年2カ所ずつこの種のケアセンターを増設して行くことが計画されている。

まだ不足する医療マンパワー

シンガポールでは、表3に示した、医師・歯科医師・薬剤師・看護婦（正・准）・助産婦の5職種が国家登録が義務づけられている³⁾。

1986年の医師数は2,781人（人口10万対107.5人）であり、そのうち1,337人（48.1%）が公務員である。ただし、シンガポールでは、イギリスと同じく、政府立病院の勤務医でも一定の資格を持った医師は、病院内で私費患者の診療に当たることが許されている。ただし、それによる所得は給与の50%が上限とされている。

シンガポールでは医師は国立シンガポール大学医学部で養成されており、卒業後は8年間（以前は5年間）の政府立施設での勤務が義務づけられている。現在では、内科・外科等の主要診療科に関しては、シンガポール国内での専門医養成制度が確立している。特に、最近では、医療水準向上のために、①循環器科・心臓外科、②神経内科、③脳外科、④小児外科、⑤形成外科の5診療科での専門医養成が奨励されている。それに対して、リハビリテーション科等の小規模診療科ではそれは未確立であり、これらの専門を志望する医師は、英国・オーストラリア・米国等に留学している。

シンガポールにはリハビリテーション関連職種（理学療法士・作業療法士・言語療法士）の養成施設はなく、これら職種の志望者は政府等から上記諸外国に派遣されている。その結果、一般の医療職に比べてリハビリテーション関連職種は不足しており、就業している理学療法士は約50人、作業療

法士は約25人、言語療法士は6人とどまっている。

5. おわりに——日本より進んでいる三つの分野

以上、CPF・公共住宅政策と医療を中心として、シンガポールの社会保障制度の特徴と最近の動向を紹介してきた。

シンガポールの社会保障の理念と構造はわが国のそれとは異なっているため、単純な比較は出来ない。しかし、他のアジア諸国が農村主体であり、しかも低い経済水準にとどまっているのとは対照的に、都市国家であり高い経済水準を達成したシンガポールの社会保障が、全体としてわが国の水準に近付いていることは疑いない。

それどころか、①公共住宅政策、②訪問看護事業、③老人の地域ケア・家族の介護力強化のための住宅面での誘導政策、の少なくとも三つの分野では日本を上回っているとも考えられる。また、各種専門職を含めて実に多数の国民がボランティア活動に積極的に参加している点も、日本にはみられないことである。

更に、筆者自身は賛成できないが、国立大学病院の民営化は米国にもみられないほど徹底したものである。

それだけに、今後、日本とシンガポールとの研究面での交流を進めることが期待される。

尚、紙数の制約上、触れられなかったシンガポールの社会福祉の“各論”（障害者福祉や老人福祉）については、文献²¹⁾を参

照されたい。

※ 本文中に引用文献を明記していない情報・データは、1985年8月と1987年8月に、シンガポール保健省、地域開発省、国立大学病院、訪問看護基金、住宅供給公社等の関係者から直接聴取した。

文献

- 1) Dept. of Statistics : Yearbook of Singapore 1986.
- 2) The World Bank: World development report 1987.
- 3) Ministry of Communications and Information (MCI) : Singapore 1987.
- 4) Kalirajan K, et al: The social security system in Singapore. In " Social security systems in ASEAN " , ASEAN Economic Bulletin 3 (1) : 129 - 139 , 1986.
- 5) Ministry of Social Affairs : Annual report 1984.
- 6) Ministry of Health (MH): National health plan, 1983.
- 7) MH : A guide to Medisave, 1987.
- 8) MH : Annual report 1985.
- 9) Singapore Council of Social Services (SCSS) : Annual report 1986.
- 10) The charity act, 1982. Government Gazette No.28.
- 11) Societies act, 1966. amendment, 1982. Governmet Gazette No.19.
- 12) Housing and Development Board : Annual report 1985 / 86.
- 13) Aline K. Wong, Stephen H. K. Yea (ed.) : Housing a nation - 25 years of public housing in Singapore, Maruzen Asia, 1985.
- 14) MH : Report of the committee on the problems of the aged, 1984.
- 15) 東南アジア調査会編『東南アジア要覧』1987年版. 第6章シンガポール.
- 16) National University Hospital (NUH) : Annual report 1986.
- 17) NUH : Using your Medisave account at NUH, 1987.
- 18) NUH : Hospital charges, 1987.
- 19) NUH : Your first visit to NUH, 1987.
- 20) Home Nursing Foundation : Annual report 1985 / 86.
- 21) 二木立 : シンガポール (のリハビリテーション) . リハビリテーション研究 No.52 : 24 - 31, 1986.