研究報告

医療とウェルネスについて
―シンガポールの医療制度を参考に―

中央大学大学院　戦略経営研究科　教授
一般社団法人　ＪＡ共済総合研究所　客員研究員
真野俊樹（まの　としき）

アブストラクト

本稿は、シンガポールの医療制度を「制度設計の哲学」「財政構造の解剖」「2030年以降の持続可能性」という三つの視角から多層的に分析したうえで、ウェルネス（wellness）概念との接合という新たな視点を加えるものである。シンガポール医療制度はMediSave（強制医療貯蓄）・MediShield Life（終身ベーシック保険）・MediFund（最貧層セーフティネット）を中核とし、GDP比医療支出を先進国最低水準に抑えながら高い医療パフォーマンスを実現している。しかし本稿は、この「効率性」が制度の優秀さのみに由来するのではなく、需要抑制（demand suppression）の帰結でもあることを論じる。さらに、日本の社会保険型との制度哲学上の根本的差異を整理し、2030年以降の財政リスクを検証する。最後に、ウェルネス概念の観点からシンガポールモデルを違った角度から分析し、日本の健康経営・予防医療政策への含意を提示するとともに、加入者の健康投資をどう支えるかという方向にも議論を広げる。

（キーワード）　シンガポール医療　CPF　MediSave　個人口座型医療保障
ウェルネス　健康投資　健康経営　共済　相互扶助

目　次

1．序論―比較医療制度研究の視角から
2．シンガポール医療制度の全体構造―「S+3Ms」の多層システム
3．「個人口座型」vs「社会保険型」―医療財政哲学の根本的差異
4．「低医療費」の解剖―効率性か需要抑制か
5．予防医療とデジタルヘルス―Healthier SGの革新と課題
6．2030年以降の財政持続性―三つの構造的リスク
7．日本への政策的含意―制度移植の可能性と限界
8．ウェルネス概念とシンガポールモデル―健康投資の哲学的深化
9．結論

1．序論－比較医療制度研究の視角から

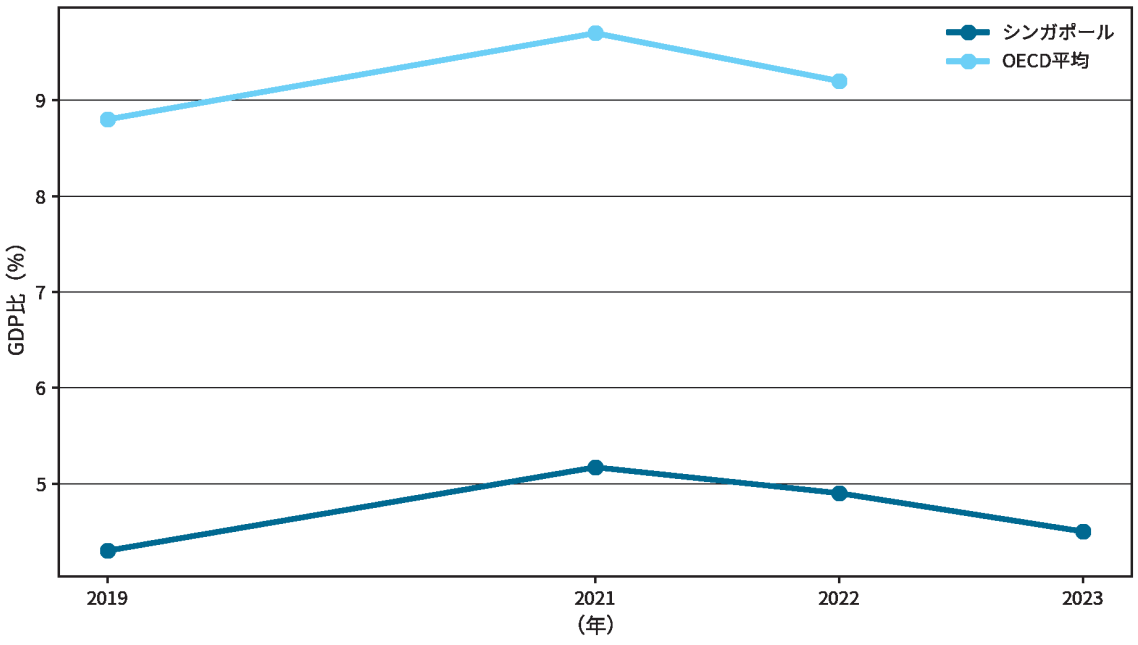
医療制度の国際比較は、単なる制度紹介にとどまらず、各国の社会哲学・政治経済構造・文化的規範を映し出す鏡である。筆者はこれまで、日本、米国、ドイツ、英国、アジア諸国の医療制度につき医療経済学・医療経営学の観点から比較研究を行ってきた[1]。その中で、シンガポールは特異な位置を占める。人口約600万人の小都市国家でありながら、平均寿命は83.7歳（2023年）と世界最高水準にあり[2]、乳児死亡率は出生1,000人あたり1.7（2023年）と世界最低水準を誇るからである[3]。

近年、実業家・堀江貴文氏が著書『日本医療再生計画』において「運動すれば税金が安くなる仕組み」としてシンガポールを絶賛し、一般社会でもその医療制度への関心が高まった。また、2023年に本格始動した国家プロジェクト「Healthier SG」は、40歳以上の市民を対象にかかりつけ医との連携による個別健康計画を策定し、健康行動へのインセンティブ（Healthpoints）を付与するという革新的な試みとして注目を集めている[4]。

しかし、シンガポール医療制度を「成功モデル」として単純化することには危険が伴うと筆者は考える。本稿は批判的・多層的な分析視点を堅持しつつ、以下の問いに答えることを目的とする。第一に、シンガポール医療制度の設計思想はどのような哲学的基盤の上に立つのか。第二に、GDP比医療支出の「低さ」は本当に制度の効率性を示すのか（**図１**）。第三に、2030年以降、この制度は財政的に持続可能か。そして第四に、ウェルネス概念はシンガポールモデルとどのように接続されるのか、そこから日本への示唆は何か、である。

なお、本稿は厳密な実証分析を行うもので

（図１）医療費対GDP比の推移：シンガポールとOECD平均



はなく、比較医療制度研究に基づく概念・政策論文として位置づけられる。各国の制度設計の哲学と日本への応用可能性を論じることを主眼とし、特に共済・保険実務において加入者の健康投資をどう支えるかという視点を意識しながら議論を展開する。

2．シンガポール医療制度の全体構造－「S+3Ms」の多層システム

シンガポールの医療保障は「S＋3Ms」と呼ばれる枠組みで構成されている。Subsidies（公立病院補助金）、MediSave（強制医療貯蓄）、MediShield Life（終身ベーシック保険）、MediFund（最貧層セーフティネット）の四層である[5]・[6]。この構造は「自助・互助・限定的公助」の原則を制度化したものであり、戦後欧州の福祉国家モデルとは哲学的に相容れない部分がある（**表１**）。

２－１．MediSave－強制医療貯蓄口座

MediSaveは1984年に中央積立基金（CPF：Central Provident Fund）の一部として導入された、医療費支払いを目的とした強制積立口座である[7]。CPFは就労者と雇用主が給与の一定割合を毎月積み立てる制度であり、そのうちMediSaveには年齢に応じて給与の８～10.5％相当が配分される（35歳以下では約10％）（**図２**）。積み立てられた資金は原則として医療目的にのみ使用できるが、その対象範囲は幅広く、本人および扶養家族（配偶者・子・親等）の入院費・日帰り手術費・特定の外来治療費（透析・がん化学療法等の慢性疾患治療）に加え、MediShield LifeおよびCareShield Lifeの保険料支払いにも充当できる。

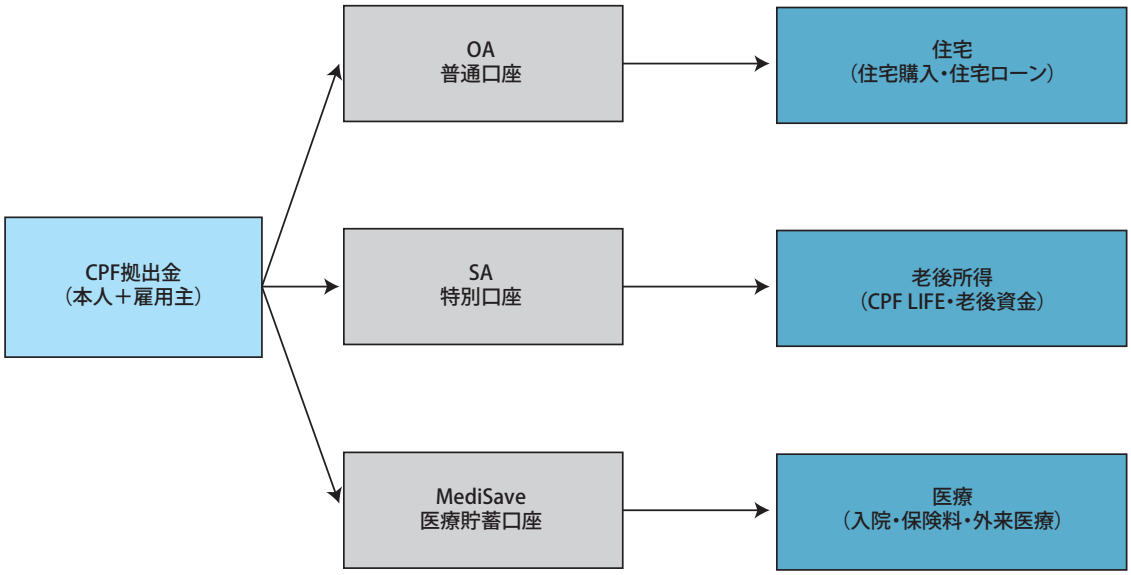
MediSave口座には「Basic Healthcare Sum（BHS）」と呼ばれる上限残高が設定されている。これはシンガポール政府が「老後の基本的な補助医療ニーズに必要と見込まれる貯蓄額」として毎年改定するものであり、2026年時点では65歳未満の会員に対して79,000SGDが適用されている[8]。口座残高がこの上限に達すると、それ以降のMediSaveへの配分分は自動的に他のCPF口座（特別口座または退職口座）へ振り替えられる仕組みとなっている。BHSは上限としての意味だけでなく、個人が老後の医療費に備えるべき目安金額を示す指標としても機能しており、国民の医療費に対する当事者意識を高める設計の一つといえる。

（表1）シンガポール医療保障の「S+3Ms」構造

制度要素	主な機能	財源	対象
Subsidies	公立病院入院補助	政府一般財源	公立病院利用者全員
MediSave	強制医療貯蓄・保険料支払い	個人・雇用主拠出（CPF）	全就労者
MediShield Life	入院・高額外来カバー	MediSaveからの保険料	全市民・永住者
MediFund	最貧層医療費補助	政府基金	低所得・審査通過者

（出典）筆者作成

（図２）CPF三口座の概略構造と資金フロー



注：OA=普通口座、SA=特別口座、MediSave=医療貯蓄口座。模式図。

２－２．MediShield LifeとWard Class制度

MediShield Lifeは全市民・永住者を対象とする終身ベーシック医療保険であり、主として公立病院補助病棟（Ｂ２／Ｃクラス）水準を前提とした大きな入院費や高額外来治療をカバーする。本制度の重要な特徴として、Ward Class制度（病棟等級制度）による補助率の差別化がある。Ｃクラス（多床室）は政府補助約80％、Ｂ２クラスは65～75％、Ｂ１クラスは25～50％、Ａクラス（個室）は補助なしという階層構造を取る。この設計は「医療の質とアメニティを切り離す」という哲学に基づき、最低限の医療的ケアは全員に保障しつつ、快適さは自己選択・自己負担とすることでフリーライダー問題への対応と社会的連帯を両立しようとする試みである[7]。

２－３．MediFundと制度全体の意義

MediSaveとMediShield Lifeを組み合わせても医療費を賄えない極低所得者を対象に、政府が原資を拠出する医療費補助制度がMediFundである。「自助原則を維持しながら最後のセーフティネットを公的に用意する」という制度哲学を具体化したものであり、厳格な審査を経て給付が行われる。シンガポールの医療提供体制は公立病院と私立病院の二重構造であり、私立病院は医療ツーリズムの受け皿として高度な医療サービスを高価格で提供し、国外患者からの収入を研究・設備投資に還元するサイクルを形成している[6]･[9]。

３．「個人口座型」vs「社会保険型」－医療財政哲学の根本的差異

３－１．社会保険型（日本）の思想的系譜

日本の国民皆保険制度（1961年）の思想的根拠はビスマルク型社会保険にある。19世紀ドイツで労働者の連帯（Solidarität）を制度化したこのモデルは、リスクの社会的プーリ

ングを本質とし、「健康な人が病者を支える」という再分配の論理に立脚する。哲学的には共同体主義（communitarianism）に親和的であり、個人は社会的紐帯の中に埋め込まれた存在として、医療へのアクセスは市民権に付随する権利（entitlement）と位置づけられる。日本ではこれに加え、「お互い様」という、日本文化に基づく互酬的規範が制度を支えてきた。この発想は、組合員同士が相互に支え合うという共済・相互扶助の考え方とも深い親和性があり、日本の医療保障がいわゆる「連帯型」の強い文化的基盤の上に成り立っていることを示している。

３－２．個人口座型（シンガポール）の思想的系譜

シンガポールのCPFは1955年、英国植民地政府が労働者の退職後生活を保障する目的で導入した強制貯蓄制度に起源を持つ。しかし1965年の独立後、リー・クアンユー率いる人民行動党（PAP）政権は、この制度を単なる社会保障の器としてではなく、「どのような国家を建設するか」という根本的な政治哲学の具現化として意図的に再設計していった。その思想的源流は、以下の三つの柱から成る。

第一の源流は「アジア的価値論（Asian Values）」である。リー・クアンユーは欧米型の個人主義的福祉国家モデルを批判し、アジアには欧米とは異なる固有の価値観があると主張し続けた[10]。その核心は「家族を社会の基本単位とする」という認識にある。個人は孤立した権利の主体ではなく、家族という共同体の中に埋め込まれた存在であり、まず個人が自助し、次に家族が互助し、それでも賄えない場合にのみ国家が介入するという「自助→家族扶養→限定的公助」という三段階の序列が、CPF／MediSave設計の基本原理となっている。MediSaveが本人だけでなく扶養家族の医療費にも使用できる仕組みはこの哲学の直接的な表れである。リー・クアンユーはこれを「福祉国家が個人の自立心を腐食させる（corrode the sense of responsibility）」という表現で繰り返し批判しており、シンガポールが欧州型の普遍的医療保険制度を採用しなかった最大の理由もここにある。

第二の源流は「功利主義的パターナリズム（utilitarian paternalism）」である。シンガポール政府の基本的な発想は、「個人は将来のために貯蓄すべきだとわかっていても、目先の消費を優先してしまいがちである。だから国が強制的に積み立てさせる」というものである。これは、個人の選択の自由を最大化しようとするミル的な自由主義とは一線を画し、国家が「あなたのためになる選択」を半ば強制的に設計する「賢明な父権的国家（benevolent paternalist state）」の論理に立つ。しかしこの「パターナリズム」は、強制した資金を個人の名義口座に帰属させ相続も認めるという点において、個人の所有権を尊重するという自由主義的要素とも折衷されている。この構造はそのまま、後述するHealthier SGにも引き継がれている。Healthier SGは一見、任意参加のポイント制度「ナッジ（nudge）」[1]に見えるが、その土台にはMediSaveによる強

1　ナッジについては、真野俊樹「行動経済学の長所・短所と健康診断受診率向上への応用の一考察」共済総合研究．第91号，2025年11月．pp.40－51に詳しい。

制積立という基盤があり、「強制的制度設計の上にナッジを重ねたハイブリッド型」と理解するのが正確である。

第三の源流は「反フリーライダー原則」である。普遍的な社会保険制度は、保険料負担と給付の連動が弱く、健康に気をつけて医療費を抑制した個人も、不摂生で医療費がかかった個人も同じ保険料を負担するという点でモラルハザードを内包している。シンガポール政府はこの問題を制度の根幹に据え、「自分の医療費は自分の口座から払う」という設計を徹底することで、医療費を他人事ではなく自分事（ownership）として意識させる仕組みを構築した[11]。MediSave口座の残高が目に見える形で減っていく経験は、行動経済学的な「損失回避（loss aversion）」の心理を利用した過剰受診抑制策ともいえる。さらにWard Class制度による自己負担の差別化も、「快適さは市場で購入するもの、医療の最低限の質は国家が保障する」という峻別によって、フリーライダーを生まない仕組みの一環として機能している。

これら三つの源流は互いに矛盾するように見えて、実は一つの一貫した政治哲学に収束する。すなわち「国家は個人が自立できるための条件を整えるが、個人の代わりに生きることはしない」という原則である。この原則は、欧米の福祉国家が「社会的権利（social rights）」として医療を位置づけるのとは根本的に異なり、医療を「個人が自ら準備すべき財」として位置づけていると思われる。この哲学的選択が、シンガポール医療制度の財政構造・インセンティブ設計・補助金体系のすべてを規定しているといっても過言ではない。

３－３．２つのモデルの制度的帰結

社会保険型は給付拡張への政治的抵抗が小さく、「保険料を払っているのだから給付を受ける権利がある」という論理が医療費膨張の推進力となる。他方、個人口座型では「自分のMediSaveを使い果たしてしまう」という具体的・可視的なコスト意識が行動経済学的な「精神会計（mental accounting）」として機能し、過剰受診を自然に抑制する[12]。この差異は時間軸にも現れ、社会保険型の「水平的再分配」は高齢化により現役世代の負担が増大する「世代間不均衡」を構造的に生む。個人口座型は理論上、各世代が自らの

（表2）社会保険型 vs 個人口座型の制度的差異

論点	日本（社会保険型）	シンガポール（個人口座型）
リスク帰属	社会（集合的）	個人・家族（分散的）
連帯の単位	国民全体	家族・世帯
給付の論理	必要に応じて（needs-based）	積立に応じて（savings-based）
国家の役割	主要なリスク引受者	最後の砦（MediFund）
道徳的前提	社会的連帯	個人責任＋家族扶養
時間軸	水平的再分配（現代間）	垂直的自己管理（生涯間）

（出典）筆者作成

老後医療費を積み立てるため人口動態の変化に対してより頑健とされるが、これは「十分に積み立てられた場合」という条件付きである。

４．「低医療費」の解剖－効率性か需要抑制か

４－１．シンガポール医療の効率性

シンガポールの総医療支出対GDP比は、2022年、2023年とも約５％と、先進国平均（OECD平均9.2%、2023年）と比較して低い[13]。この数字だけを見ると、シンガポールはきわめて少ない費用で高い医療成果を上げている「効率的な制度」に映る。

もちろん、国際比較で用いられる「医療費対GDP比」は、政府支出だけでなく、強制貯蓄や社会保険を含む総医療支出を分子とする指標であり、その内訳の計上方法（一般財源・社会保険・強制貯蓄などの区分）が国によって異なる点に注意が必要である。シンガポールでは、MediSaveというCPF口座からの引き落としが、政府財源ではなく個人の強制貯蓄の取り崩しとして位置づけられており、これは国民医療費、つまり上記の総医療費には含まれるが「政府の医療支出」には計上されない。

そのため、国際比較において政府医療支出のGDP比だけを見るとシンガポールは、極めて低く見える一方で、実際には強制貯蓄を通じて国民が相当部分を負担している、いわば「財政負担の一部を国民の強制貯蓄に付け替えた構造」と理解することもできる。

さらにもう一つの作用がある。患者がMediSave口座から支払うとき、「政府や保険が払ってくれる」という感覚ではなく、「自分の貯蓄が減っていく」という直接的なコスト感覚が生まれる。行動経済学でいう「損失回避」の心理が働き、軽症であれば受診を控える、不必要な検査を断るといった行動変容が自然に促される。これは医療費抑制の観点からは「効率的」に見えるが、医療経済学的には「需要抑制（demand suppression）」と呼ばれる現象であり、必要な医療までもが抑制されるリスクをはらんでいる。前述のCPF残高不足層が受診を手控えて重症化するという問題は、まさにこのメカニズムの負の側面である。

４－２．CPF残高不足－構造的不平等の核心

NUS（シンガポール国立大学）の政策研究によると、2011年時点でCPFに現役加入する会員の40％（約70万８千人）が、55歳時点でMediSave最低必要額（36,000SGD）を満たしていないことが示された[7]。残高不足が特に深刻なのは以下の層である。

① 独立前世代（1965年以前生まれ）：CPF加入期間が短く積立額が構造的に少ない
② 低賃金労働者・非正規雇用者：CPF拠出の基礎となる賃金が低く絶対額が不足
③ 非居住者（外国人労働者）：2024年時点で人口の約３分の１を占めるが政府補助の対象外

CPF残高不足は、MediSave引き出し可能額の減少→医療費の現金払い強制→受診抑制・治療中断→重症化・入院長期化→かえって医療費増大、という逆説的な連鎖を生む。高い医療アウトカム指標にもかかわらず、CPF残高不足層の受診抑制という「見えない

格差」が構造的に存在している点は、制度評価において重要な留保事項である。

４－３．CareShield Lifeのカバレッジギャップ

介護保険に相当するCareShield Life（CSL）の給付額と実際の介護費用の間には大きなギャップがある。CareShield Lifeの給付は介護費用の実勢の約４分の１程度しかカバーしておらず、家族または個人貯蓄が介護費用の大部分を担うことを前提としている[5]。これは日本の介護保険の「現物給付＋自己負担１～３割」モデルとは根本的に異なり、シンガポールが将来的に日本型の現物給付制度に近づかざるを得ない方向性を示唆している。

５．予防医療とデジタルヘルス－Healthier SGの革新と課題

2023年に本格始動した「Healthier SG」は、40歳以上の市民・永住者を対象に、かかりつけ医（Family Doctor）と連携した個別健康計画を作成し予防ケアを推進するプログラムである。健診受診や健康行動によりHealthpointsが付与され、生活費・交通費等に充当できる。初回のHealth Plan相談完了で20SGD（約2,300円）相当のポイントが付与される「健康になれば得をする」設計は、行動経済学的なナッジ理論の実装として評価できる[4]。

同様の発想が「National Steps Challenge」にも見られる。Health Promotion Board（HPB）が主導し、無料の活動量計とHealthy 365アプリを活用して歩数に応じてポイントを付与する、国民の身体活動量を底上げするゲーミフィケーション施策である。また、国家電子健康記録（NEHR：National Electronic Health Record）が構築され、個人の健康情報を効率的に活用する基盤が整っている。政府の一党優位体制が、こうした大規模な国家プロジェクトの迅速な全国展開を可能にしていることも見逃せない。ただし、予防医療インフラの充実が現段階では主に65歳以下の市民を念頭に設計されており、高度な複合疾患を持つ後期高齢者への対応については今後の課題として残されている。

これらのシンガポールの施策は、日本の共済・保険実務にも重要な示唆を持つ。保険者や健康保険組合は、加入者の日常的な健康行動を可視化し、インセンティブで後押しする仕組みを導入しやすい立場にある。たとえば、歩数目標の達成・健康診断の受診・ワクチン接種の完了などに対してポイントを付与し、保険料の割引や生活関連サービスへの充当を可能にすることは、National Steps ChallengeやHealthier SGのエッセンスを日本に取り込む具体的な方法として考えられる。「事後的な給付」から「事前的な健康投資の支援」へという方向転換は、保険の持続可能性を高めるうえでも合理的な選択肢である。

６．2030年以降の財政持続性－三つの構造的リスク

６－１．高齢化の急進と医療費の爆発的増大

シンガポール保健省（MOH）は、国民医療費が2018年の220億SGDから2030年には590億SGDに増加する可能性があると試算している[14]。これは約2.7倍の増大に相当する。保健大臣Ong Ye Kung氏は2025年４月に、2030年までに医療費が政府支出の中で最大の費目になると明言した。シンガポール政府の公式

推計では、2030年には市民人口の約23.9％（約４人に１人）が65歳以上になる見込みであり[16]、65歳以上は現役世代の３～５倍の医療費を消費するため、この人口シフトの財政インパクトは絶大である。また、Nature Agingに掲載された2025年の研究は、慢性疾患・重複疾患・肥満・障害の有病率が上昇し続け、生涯医療費の推計はインド系が最も高く約93,900米ドル、中国系75,700米ドル、マレー系70,000米ドルと民族間の格差も拡大するとしている[15]。

６－２．CPF三口座競合－三重財政脆弱性

2030年以降の財政持続性リスクの核心は「CPFの三口座構造が相互に競合する」点にある。すでに図２で説明したように、CPF拠出金（給与の37％）はＯＡ（普通口座）・ＳＡ（特別口座）・MediSaveの三口座に配分されるが、世界最高水準の住宅費のためＯＡを大量に取り崩した世代では、退職後の年金（CPF LIFE）が細り、医療費の現金払い能力も低下するという三重の財政脆弱性が露呈する。シンガポール国会での2025年９月の質問に対し、政府は「CPF引き出し柔軟性を高めることは退職後の月次給付が減るというトレードオフを伴う」と答弁しており、住宅・医療・年金の三競合の調整が政策的に困難であることを認めている[17]。

６－３．「集権的改革スピード」の鈍化リスク

これまでシンガポールの強みとされてきた「小国ゆえの集権的改革スピード」も、財政制約の拡大により鈍化するリスクがある。2030年に医療が最大の政府支出となれば、これまで教育・インフラ・国防に回してきた財政余力が削られ、シンガポール型「選択と集中」の政策哲学そのものが問われることになる。GDP比医療支出が先進国最低水準から脱却し日本・欧州型に近づく場合、シンガポールモデルの比較優位の一部は失われる可能性がある。

７．日本への政策的含意－制度移植の可能性と限界

７－１．制度移植の構造的限界

シンガポールモデルをそのまま日本に移植することは、少なくとも三つの理由から現実的ではない。第一に「制度的経路依存性」がある。70年以上にわたって社会保険型を運用してきた日本では、医療機関・患者・行政のすべてがこの制度を前提に構造化されている。第二に「文化的受容性」がある。「病人が別の病棟を選ばざるを得ない」仕組みは、日本の医療倫理観・患者権利意識と摩擦を生じさせる可能性がある。第三に「所得分布の差異」がある。シンガポールの個人口座型は比較的高い所得水準と完全雇用に近い状態を前提とするが、日本の非正規雇用比率（約40％）の下では積立不足者が大量に生じうる。

７－２．部分的導入の可能性と比較研究の視点

しかし、シンガポールモデルの「要素」を日本の社会保険型の枠内で部分的に実装することは十分に論じる価値がある。日本での応用として、特に以下の三点が有力な政策オプションとして挙げられる。

① **「生涯医療費＋健康リスク」の見える化**

個人が自らの累積医療費や将来の健康リスクを具体的な数字で認識できるよう、保

険者団体がデータを提供する仕組みが考えられる。これで、コスト感覚の醸成というシンガポール的哲学を、社会保険型の枠内で実現する。

② **保険会社や健保組合によるポイント制度**

歩数目標達成・健康診断受診・ワクチン接種完了などの予防行動に対してポイントを付与し、保険料・掛金の割引や生活関連サービスへの充当を可能にする。

③ **自治体・保険者・かかりつけ医が連携する日本版Healthier SG型モデル事業**

40歳以上の住民を対象に、かかりつけ医・保険者・自治体が連携して個別健康計画を策定し、継続的な予防行動を支援するモデル事業が考えられる。2024年度から始まった、かかりつけ医機能強化政策との相乗効果が期待できる。

比較研究の視点から言えば、効率性においてシンガポールは優位に立つ可能性がある。しかし公平性においては評価が分かれる。垂直的公平性（所得に応じた負担）という点では補助金体系が一定の再分配機能を持つが、水平的公平性（同じ疾病には同じ医療を）という点では、Ward Classの差異が病院での体験の格差を生む。日本は「医療は権利であり社会的財（social good）である」という前提に立ち、シンガポールは「医療は個人が管理すべき財であり、国家はその失敗への補完者に過ぎない」という前提に立つ。どちらが「正しい」かは価値判断の問題であり、高齢化・財政制約・社会的凝集性（social cohesion）という文脈の中で評価するべきであろう。

８．ウェルネス概念とシンガポールモデル－健康投資の哲学的深化

ここからは、これまでの制度分析を受けて、ウェルネスと健康経営の理論的・実務的含意に議論を移す。シンガポールモデルの財政構造・哲学的基盤を踏まえたうえで、「個人が自律的に健康に投資する」というウェルネスの概念がどのように制度設計と接続されるのかを論じたい。

８－１．ウェルネスとは何か－WHOの健康定義との連続性

ウェルネス（wellness）とは、単に「病気でない状態」を超えた、身体的・精神的・社会的健康の積極的追求である。この概念の出発点はWHO憲章（1946年）の健康定義にある。「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態にあることであり、単に病気や虚弱ではないことにとどまるものではない」という定義は、健康を欠如状態の単純な不在としてではなく、ポジティブな達成状態として捉えている。

ウェルネスという言葉を広く普及させたのは、米国の医師ハルバート・ダン（Halbert Dunn）である。ダンは1959年の論文において、ウェルネスを「その個人が機能しうる最高の潜在能力に向けて、統合された形で機能している動的な状態」と定義した[19]。これは静的な「健康」ではなく、動的な「健康への志向」であり、個人が自律的に自らの状態を向上させ続けるプロセスを重視する。

この「動的・自律的・積極的な健康追求」というウェルネスの本質は、シンガポールの

CPF ／ MediSave設計思想と深く共鳴する。MediSaveに積み立てられた資金は、名義上は個人の資産として残り、死亡時には遺族に相続される。この設計は、医療費を「他者から与えられる給付」ではなく「自分が自分のために積み立てる資産」として位置づける－まさに「自らの健康への投資（health investment）」というウェルネス哲学の制度的表現といえる。

８－２．健康ストックと医療の資本財論－経済学とウェルネスの接点

「健康」というものは、知識と同様に蓄積できるという考え方がある。これは「健康ストック」といった考え方になろう。経済学的には、医療という財は「資本財の要素がある」ということになる。資本財とは、将来の利益が期待できる、生産の資本となるような財のことをいう。体がプラスマイナスゼロの良好な状態からマイナスになり、病気になった状態を元に戻していくのが「医療」であるならば、そこからプラスにもっていこうとするのが「健康志向」である。また、これに将来というものを考えて、今後健康がマイナス状態にならないようにあらかじめ手を打っておこうというのが「予防」の考え方だ。同じように健康そうに見える状況であってもレベルはまったく同じではなく、限りなくゼロに近い健康状態もあれば、レベルが非常に高い健康状態もあると考えることができる。

シンガポールにおける予防医療インフラはまさにこの「健康ストックの積み上げ」を国家戦略として実装したものである。Healthier SGプログラムは40歳以上の市民に個別健康計画を義務付け、National Steps Challengeは日常的な歩行を「ストック積み上げ行動」としてゲーミフィケーションにより継続させる。これらは行動経済学的なナッジ理論の実装であるとともに、ウェルネス概念が制度設計に落とし込まれた具体例といえる[12]。

８－３．ワークエンゲージメントとウェルネスの接合

ウェルネス概念は個人の身体的健康にとどまらず、職場・組織の文脈においても重要な意味を持つ。ワークエンゲージメントとは、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態であり、活力・熱意・没頭によって特徴づけられる持続的かつ全般的な感情と認知である[20]。健康経営においては、企業が従業員の健康投資を行うことによりワークエンゲージメントが高まり、生産性向上やイノベーション拡大を促し、企業価値が向上するという連鎖が想定されている。

シンガポールのHealthier SGは、この連鎖をまさに国家レベルで制度化したモデルといえる。かかりつけ医との個別健康計画策定→健康行動のモニタリング→Healthpointsによるインセンティブ付与→行動変容の継続→慢性疾患予防→医療費抑制・労働生産性向上、という連鎖は、個人レベルのウェルネスと社会レベルの医療財政効率化を同時に実現しようとする野心的な設計である。日本の健康経営の文脈では、健康経営が企業側だけではなく従業員個人やその家族までが自主的に取り組むには、自分の働き方を改めて考えること、さらには生き方を考え直すことが重要になってきている。それがあって、勤務先企業の健康経営の取り組みに対する満足感や自身

の効果実感が得られ、浸透していくことが期待できる。それこそがウェルネスではないだろうか[18]。

保険に即していえば、ウェルネスとは「事後給付から事前投資への転換」を意味する。伝統的な共済・保険は、病気・けが・死亡といった事後リスクに備える仕組みとして発展してきた。しかし高齢化・慢性疾患の増大という構造的変化の中で、加入者が健康であり続けることを支援する「予防投資型」の機能を保険が担うことの重要性が増している。具体的には、加入者の健康行動データを活用したリスク区分の精緻化、予防行動への報酬設計（掛金割引・ポイント付与）、かかりつけ医・自治体との連携による個別健康支援など、保険者が「健康の伴走者」として機能する方向性が、シンガポールの経験から示唆される。

８－４．自助・予防・自律の三角形ーシンガポールモデルが示す方向性

シンガポールモデルを貫く哲学を抽出するならば、「自助（self－reliance）」「予防（prevention）」「自律（autonomy）」の三角形に集約できる。「自助」とは、自らの医療費を自らの積立（MediSave）で賄うという財政的自助である。これは単なる国家の責任回避ではなく、医療費に対する当事者意識（ownership）を個人に持たせることで過剰受診を抑制し、予防行動への動機付けを生む設計上の意図がある。「予防」とは、Healthier SGやNational Steps Challengeに見られるように、後払いの医療費よりも前払いの予防投資を優先するパラダイムである。「自律」とは、これらの自助・予防の実践が、国家による管理・強制ではなく、個人が自らの意思で選択・継続するものとして設計されているという点である。

日本の文脈でこの三角形を考えると、「自助」については国民皆保険の存在が「他者が払ってくれる」という意識を温存してきた側面がある。「予防」については特定健診・健康日本21・THP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）という制度的基盤が整っているが、行動変容への動機付けは依然として弱い。「自律」については、健康経営が管理型マネジメントに偏りがちな日本企業の体質と摩擦を起こしており、従業員個人のウェルネス意識の醸成が最大の課題である。ここで重要なのは、「自助・予防・自律」をそのまま自己責任論として読み替えないことである。シンガポールのMediFundが示すように、自助原則は最後のセーフティネットなしには機能しない。日本においては、共済・相互扶助の仕組みがまさにこの「自助を支援する相互扶助」の役割を担いうる。個人が自律的に健康投資を行う動機付けを共済が設計し、万が一の際には相互扶助がカバーするという構造は、シンガポールの「強制貯蓄＋セーフティネット」モデルの日本版として、社会的連帯の文化に根ざした形で実装できる可能性がある。

９．結論

本稿はシンガポール医療制度を多層的に分析し、ウェルネス概念との接合という視点を加えた。シンガポールの個人口座型は「アジア的価値論」「功利主義的パターナリズム」「反フリーライダー原則」という三つの思想的源

流を持ち、日本の社会保険型とは医療費負担の所有論的次元で根本的に異なる。GDP比医療支出の低さは制度の効率性のみでなく需要抑制の帰結でもあり、CPF残高不足層の「見えない格差」が存在する。2030年以降、高齢化・慢性疾患増加・CPF三口座競合という三重の構造的リスクが医療費を爆発的に増大させる見込みであり、シンガポールモデルは重大な試練に直面している。

ウェルネスの観点から見れば、シンガポールモデルは「健康ストックの積み上げ」を制度設計の中核に据え、個人の自律的な健康追求を財政インセンティブと行動経済学的ナッジによって促進するという、ウェルネス哲学の制度的実装として高く評価できる。Healthier SGは単なる医療費抑制策ではなく、個人のウェルネス向上と社会の医療財政効率化を同時に追求する統合的プログラムである。

日本への含意は明確である。制度の全面移植は非現実的だが、保険者による健康投資支援こそが有力な政策オプションとなりうる。具体的には、「生涯医療費＋健康リスクの見える化」「保険者・健保組合によるポイント制度」「自治体・保険者・かかりつけ医が連携する日本版Healthier SG型モデル事業」の三本柱が、シンガポールの経験から引き出せる実務的示唆である。比較医療制度研究の最終的な問いは、「どの制度が優れているか」ではなく、「それぞれの社会が相互扶助と個人責任の関係をどのように構想するか」である。医療とウェルネスは、社会の哲学そのものの表れなのである。

（2026年６月執筆）

引用文献

［1］真野俊樹「シンガポールの医療制度－高齢化対策から見た日本への示唆」共済総合研究，第89号，2024年10月．pp.88－104
https://www.jkri.or.jp/PDF/2024/sogo_89mano.pdf

［2］Our World in Data. Singapore Health Country Profile: Life expectancy at birth 83.7 years（2023）.
https://ourworldindata.org/profile/health/singapore

［3］World Bank ／ UN Inter－agency Group for Child Mortality Estimation. Infant mortality rate for Singapore：1.7 per 1,000 live births（2023）.
https://fred.stlouisfed.org/series/SPDYNIMRTINSGP

［4］Ministry of Health Singapore（MOH）. Healthier SG White Paper. Singapore Government, 2023.

［5］Ministry of Health Singapore（MOH）. Annual Report 2022／2023. Singapore Government, 2023.

［6］Commonwealth Fund. Singapore：International Health Policy Center. 2023.
https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore

［7］Lim J. Myth or Magic：The Singapore Healthcare System. Select Publishing, 2013.

［8］Ministry of Health Singapore（MOH）／CPF Board. Basic Healthcare Sum（BHS）for 2026：S＄79,000 for members below 65.
https://www.cpf.gov.sg/member/infohub/news/news-releases/cpf-interest-rates-from-1-january-to-31-march-2026-and-basic-healthcare-sum-for-2026

［9］経済産業省「医療国際展開カントリーレポート　新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報　シンガポール編」2026年３月
https://healthcare-international.meti.go.jp/files/a/public/parts/PDF/2026_v2.1/countryreport_singapore_vf2.1.pdf

［10］Lee Kuan Yew. From Third World to First：The Singapore Story 1965－2000. HarperCollins, pp.102－108, 2000.

［11］京都大学経済研究所「シンガポールの医療政策－国家主導型政策の成功」調査論文，ｊ－62, pp. 1 －28, 2005年.
https://www.econ.kyoto-u.ac.jp/~chousa/WP/j-62.pdf

［12］Thaler RH, Sunstein CR. Nudge：Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. Yale University Press, pp.53－58, 2008.

［13］WHO Global Health Expenditure Database. Current health expenditure（％ of GDP）：Singapore 5.57％（2021）. apps.who.int ／ nha ／ database

［14］Ministry of Health Singapore（MOH）. Healthcare Cost Projections 2018－2030. Singapore Government, 2024.

［15］Guo X, et al. Disease burden, lifetime healthcare

cost and long－term intervention impact projections among older adults in Singapore. Nature Aging, 5, pp.1358－1369, 2025.
https://doi.org/10.1038/s43587-025-00915-0
[16] Singapore Government. Population in Brief 2025. By 2030, around 23.9% of citizens will be aged 65 and above.
https://www.population.gov.sg/our-population/population-trends/longevity/
[17] Ministry of Manpower Singapore（MOM）. Parliamentary Replies on CPF Flexibility, September 2025.
https://ask.gov.sg/moh/
[18] 真野俊樹「「日本の医療」を展望する世界目線：健康経営とウェルネス概念①～④」集中MediCom，第101・103・104・105回，2024年１月・３月・４月・５月号.
[19] Dunn HL. High-level wellness for man and society. American Journal of Public Health, 49（6）, pp.786－792, 1959.
https://doi.org/10.2105/AJPH.49.6.786
[20] Schaufeli WB, Salanova M, González－Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout：A two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of Happiness Studies, 3, pp.71－92, 2002.
https://doi.org/10.1023/A:1015630930326

参考文献

・厚生労働省「シンガポール共和国　社会保障施策」https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-10.pdf（2017年）
・堀江貴文『日本医療再生計画：国民医療費50兆円時代への提言22』幻冬舎，2025年.