

マレーシア

(参考) 1リンギ=27.25円 (2010年期中平均)

1 社会保障制度の概要

マレーシアにおいては、年金給付、労災給付等の社会保険制度、医療保障、感染症や生活習慣病等の疾病予防、健康の保持増進のための公衆衛生施策、高齢者、障害者、支援を要する児童や家庭等に対する社会福祉施策が展開されている。

社会保険制度については、我が国のような全国民を対象とする制度設計とはなっておらず、民間被用者と公務員を対象とする制度が併存している。医療保障については、マレーシア国民は公立の病院・診療所においてわずかな負担で受診することが可能となっている。なお、公的な医療保険制度、介護保険制度は存在していない。

社会保障施策全般を所掌する連邦レベルの省庁は存在せず、保健省(医療保障、公衆衛生施策)、女性・家族・社会開発省(社会福祉施策)、人事院(公務員を対象とする年金給付)、政府関係機関(Statutory Authorities)(民間被用者を対象とする年金給付、労災給付)等が分掌している。

2 社会保険制度

(1) 年金制度

a 制度の類型

主に民間被用者を対象とする退職給付制度(従業員積立基金)と、公務員を対象とする年金制度がある。自営業者や家事手伝い、外国人労働者等については、従業員積立基金への加入が任意となっており、我が国のような国民皆年金の仕組みとはなっていない。

b 従業員積立基金(Employees Provident Fund: EPF)

従業員積立基金は1951年に設立され、1991年従業員積立基金法(EPF Act 1991)に基づき、退職給付制度を運営している。加入者は民間被用者が中心であるが、下記の公務員年金の受給資格のない者も含まれ、2008年末現在で1,207万人が加入している。

財源は、加入者の個人貯蓄口座に対する労使双方からの拠出(各々12%)であり、資金運用による配当と

合わせて退職時の給付にあてられる確定拠出型の仕組みとなっている。拠出については、景気対策の一環として被用者の拠出割合が引き下げられ、2009年1月から2年間は被用者が月給の8%を、使用者が同12%を負担することとされている。なお、上述のとおり、自営業者等については、任意に拠出することができる。

給付は、退職時や就労不能になった場合等に行われる。加入者の個人貯蓄口座は、拠出・配当額の70%に相当する第一口座と、30%に相当する第二口座に分類されている。第一口座は退職時に備えるための口座であり、55歳到達時に貯蓄残高の全額を引き出すことができる。また、残高の一部は加入者自身による資金運用が可能となっている。一方、第二口座は、住宅購入の際の頭金やローン返済、扶養児童への教育、医療等にあてることができる。

民間被用者の退職後の所得保障については、従業員積立基金の加入者の退職時における貯蓄残高が低額であることや、55歳到達時に一括払いにより残高を引き出し、短期間で消費してしまう傾向が指摘されている。このため、従業員積立基金では、加入者による適切な口座運用・貯蓄を促進するとともに、退職後の十分な財政基盤を確保するため、2007年から段階的に制度の見直しを行っている。これまでに行われている制度の見直しの主な内容は、以下のとおりである。

- 55歳到達時の残高引出方法の多様化(一括払いに加え、月額払い等長期間定期的な引き出しの仕組みを創設)
- 第一口座の資金運用の制限(特定の年齢時において残高として残すべき最低額を定め、この額を超えた分に限り資金運用を容認)
- 拠出期間の延長(55歳以降の就労を促進するため、任意であった55歳以降の拠出を義務化し、労使の拠出額は55歳以前の拠出率の半分とする)

c 公務員を対象とする年金制度

公務員については、優良な人材を確保する観点から、1980年年金法(Pension Act 1980)等に基づき人事院により公務員年金制度が運営されている。対象者

は、連邦政府及び州政府の公務員（教員、警察、軍等）のほか、政府関係機関や市の職員、連邦議会議員、裁判官等であるが、上述の従業員積立基金への加入を選択することも可能となっている。

財源は、連邦政府が全額負担しており、公務員からの拠出はない（ただし、政府関係機関や市は、職員の月給の17%を拠出している）。

給付は、退職や公務中に死亡した場合等において、一括払い又は月額払いにより行われており、その額は、退職時の最終給与額を基礎として、在職期間（月数：上限あり）及び所定の乗率を乗ずることにより算出される。また、在職期間中に行使しなかった休暇の日数に応じた現金給付があるほか、公務員年金受給者及びその家族が公立の病院・診療所で受診する場合には医療費の減免が受けられる。年金受給者が死亡した場合においても、その未亡人及び21歳未満の未婚児童は年金の支給や上述の医療費の減免が受けられる。

(2) 医療保険制度等

a 医療保険制度

上述のとおり、マレーシアには我が国のような公的な医療保険制度は存在しないが、公立の医療機関での医療サービスについては、連邦政府予算からの支出があるため国民の医療費負担は少なく、マレーシア国民であれば1リンギ（約27円）にて外来での診察を受けることができる（なお、低所得者や政府職員に対する診察は無料である）。

これに対し、民間の医療機関においては、診察のための待ち時間が短いなどサービスは充実しているが、医療費については全額自己負担となる。そのため、企業においては、民間の医療保険プランを利用して従業員の医療費について一定の限度を定めて負担するものも増えてきている。なお、民間の医療保険プランについては、マレーシア中央銀行及び保健省により規制が行われており、個人が購入する場合の税控除措置がとられている。

b 労災給付制度

1969年被用者社会保障法（Employees Social Security Act 1969）に基づき、民間被用者を対象とする労

災給付制度が、政府関係機関である社会保障機構（Social Security Organization）により運営されている。月給3,000リンギ（約81,800円）以下の被用者及びその使用者は加入が義務付けられているが、自営業者や家事手伝い、外国人労働者等は対象外である（なお、月給3,000リンギ以上の被用者は使用者との合意の上での任意加入であるが、加入後に月給が3,000リンギを超えた場合には拠出を継続する義務がある）。2007年現在、社会保障機構に拠出を行っている被用者数は545万人である。

財源は、労使双方からの拠出であり、被用者が月給の0.5%（下記の廃疾年金スキームへの拠出分）を、使用者が同1.75%（下記の労災保険スキームへの拠出分1.25%、廃疾年金スキームへの拠出分0.5%）を負担している。

給付内容には、労災保険スキーム（Employment Injury Insurance Scheme）と疾病年金スキーム（Invalidity Pension Scheme）の2種類がある。労災保険スキームは、被用者の勤務（通勤を含む。）に伴う負傷・疾病・障害・死亡に対して補償を行うものであり、医療給付、障害給付、介護給付、葬祭給付、遺族給付、リハビリテーション給付及び教育ローン給付がある。一方、疾病年金スキームは、勤務に起因するか否かを問わず、重度の身体障害や治療困難な疾病が原因で収入が3分の1となった場合に補償を行うものであり、給付を受けるに当たっては55歳未満であること、社会保障機構に設けられている医療評議会（Medical Board）の審査を経ること等の要件を満たす必要がある。疾病年金（一時金）、介護給付、葬祭給付、遺族給付、リハビリテーション給付及び教育ローン給付がある。

3 公衆衛生施策

(1) 医療提供体制

マレーシアにおいては、公立の医療機関と私立あるいはNGOが運営する民間医療機関とがあり、保健省の運営する病院・診療所が全国的なネットワークを有しているが、都市部を中心として私立病院も医療提供に重要な役割を担っている。病院数及び病床数については、保健省管轄の病院が全国136か所・38,004床、保

健省管轄以外の政府系病院が同7か所・3,245床、私立病院が同209か所・11,689床となっている(2008年現在)。

基礎的な外来診療や保健衛生に関するサービスについては、地域における母子保健サービスの提供や軽微な傷病の治療・応急手当を担う地域診療所(Community Clinics / Klinik Desa)が全国に1,927か所、母子保健サービスに特化した母子保健診療所(Maternal & Child Health Clinics)が同95か所、移動診療所(Mobile Clinics)が同193か所、より広域の地域住民に対して広範なサービスを提供する診療所(Health Clinics)が同802か所保健省により運営されており(2008年現在)、救急医療、外科その他の高度専門的な医療サービスを提供する病院との間での役割分担が確立している。また、都市部から離れた地域の患者については、医療へのアクセスや在宅での診療を拡充するため、ICT技術を活用した医療の推進が図られている。

また、主な医療従事者の数については、2008年現在、医師が全国で25,102人(医師一人当たり人口1,105人)、歯科医師が同3,640人(歯科医師一人当たり人口7,618人)、薬剤師が同6,397人(薬剤師一人当たり人口4,335人)、看護師が同54,208人(看護師一人当たり人口512人)となっている。

(2) 疾病の発生状況

マレーシアで発生が見られる疾病には、発展途上国に多く見られる感染症と、先進国に多く見られる心臓病、がん、糖尿病等の生活習慣病が挙げられる。

感染症については、これまでに実施されてきた政府のプログラムや衛生状況の改善を反映し、全体的には発生頻度は減少してきているが、デング熱が2009年に報告数41,486件、死者数88人となり、現在最も発生率の高い感染症となっている。鳥インフルエンザは、直近では2007年6月に発生したが、人での発症はなく終息している。2009年に発生した新型インフルエンザA(H1N1)については、2010年6月1日現在、感染者14,843人が確認され、死者数は87人となっている。この他に見られる感染症としては、主に薬物使用を原因とするエイズ感染のほか、マレーシアも日本同様「中まん延国」に分類されている結核が挙げられる。

生活習慣病については、早期発見・予防の取組が行われているところであるが、肥満や不健全な食習慣、運動不足等を原因として報告数が増加している。また、死亡原因の上位には、心臓病、悪性腫瘍、脳血管疾患等の非感染症が入っており、先進国と同様の傾向を示している。

ミレニアム開発目標との関係では、栄養改善や母子保健に関するサービスの充実や予防接種の接種率向上等により、2007年には、乳児死亡率が出生千人対6.3人、妊産婦死亡率が同0.3人までに改善している。

4 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策の概要

マレーシアの社会福祉施策は、高齢者、障害者など対象者の需要に応じたサービスの提供、対象者の自立を促すコミュニティの形成、「助け合う社会(Caring Society)」の創出等を目標に、女性・家族・社会開発省社会福祉局が中心となり、高齢者福祉、障害者福祉、児童・家庭福祉、地域のコミュニティ強化及びボランティア開発が幅広く行われている。公的給付や公的福祉施設によるサービスの対象は低所得者を中心に据え、対象者の稼働能力を高めるための教育・訓練や雇用を通じた自立促進に重きが置かれていること、福祉サービスの提供においてNGOや民間ボランティアが果たす役割の大きいことが特徴として挙げられる。

(2) 公的扶助制度

低所得世帯については、家族の構成や障害・疾患の状況を考慮しつつ、現金給付による経済的支援(一般手当)が行われており、給付額は州により異なるが、クアラルンプール連邦直轄区においては世帯構成員1人につき月額80リンギ(約2,200円)、1世帯につき最大月額350リンギ(約9,500円)となっている。

また、1977年貧窮者法(Destitute Persons Act 1977)の下、ホームレスや一時保護を要する貧窮者については裁判所の命令により全国2か所の保護施設に送致される。保護施設においては、貧窮状態から脱却できるよう、対象者の稼働能力に応じた職業訓練やリハビリテーション活動が行われている。

(3) 高齢者福祉施策

経済的支援としては、高齢者の日常生活に関する需要を満たし、地域において生活を続けることができるよう、60歳以上の高齢者であって、生計を得る手段がなく、介護する家族を欠く者に対して月額300リンギ（約8,200円）の高齢者手当を支給しており、2008年現在31,042人が受給している。また、障害や慢性疾患を有する高齢者を介護する家族の経済的負担を軽減するため、こうした高齢者を抱える世帯であって月収が3,000リンギ（約81,800円）を下回るものに対して、月額300リンギ（約8,200円）の介護手当を支給している。

高齢者向けの施設としては、要介護状態ではないが、身寄りがなく感染症に罹患していない60歳以上の貧困高齢者に対して医療や就労に向けたリハビリテーションやレクリエーションを提供する施設が全国に9か所、慢性疾患により介護を要し、身寄りの者も収入もなく、感染症に罹患していない60歳以上の高齢者に対して医療・介護ケアを提供する施設が全国に2か所設けられている。

この他、在宅サービスとして、全国に22か所の高齢者向けのデイケアセンターが設けられており、関係行政機関及びマレーシア全国福祉評議会（National Welfare Council Malaysia）の協働により運営されている。デイケアセンターは、地域において高齢者が家族等とともに自立した生活を営めるようにすることを主眼とし、日曜祝祭日を除く毎日、56歳以上の高齢者に対してレクリエーションや保健サービス、訓練サービス等が提供されている。

(4) 障害者福祉施策

2008年、障害者福祉に関して包括的に定めた法律としてはマレーシアにおいて初めてのものとなる2008年障害者法（Persons with Disabilities Act 2008）が施行された。障害者施策の立案、調整等を担う国家評議会を設けるとともに、公共施設、公共交通機関等へのアクセスや障害者に適した教育、雇用の確保、地域に根ざしたリハビリテーションの強化など、障害者福祉施策全般について規定する内容となっている。

マレーシア国内の障害者の状況把握を目的として、上記法律に基づき任意の登録制度が社会福祉局により

運営されており、2009年末現在277,509人が登録されている。

経済的支援としては、障害者の自立に向けた就労を支援するため、月収1,200リンギ（約32,700円）以下の雇用されている障害者に対して、月額300リンギ（約8,200円）の障害者就労手当を支給しており、2008年現在の受給件数は24,761件となっている。また、自らの技能を活かして小規模事業を開業しようとする障害者については、2,700リンギ（約73,600円）の開業資金補助が受けられるほか、低所得の障害者による移動や就業を支援するため、車いすや補装具等の給付も行われている。また、就労が困難な18歳から59歳までの障害者に対しても月額150リンギ（約4,100円）の手当が支給されており、慢性疾患を有する障害者を抱える低所得世帯に対しては、高齢者同様の介護手当の制度がある。

障害者の生活の質を改善するためのリハビリテーションや自活に向けた能力開発を支援するため、様々な施設サービス、施設外のサービスが提供されている。社会福祉局の下に設置されている職業訓練リハビリテーションセンター（Industrial Training and Rehabilitation Centre）においては、上記の登録を受けた18歳から40歳までの身体障害者に対して、IT分野、電機電子分野等の職業訓練及び医学的リハビリテーションを提供している。また、知的障害者の一時保護を行い、その学習能力に応じて基礎教育や初歩的職業訓練を提供する施設（Taman Sinar Harapan）が全国に7か所、宿舍の提供や食費の支給を行いつつ、官民協働により障害者に対してパン製造、縫製、工芸等の就業機会を提供する保護作業所（Sheltered Workshops）が全国に2か所設けられている。また、施設外のサービスとしては、地域社会において自立した生活を営む訓練の場としてのグループホームが設けられるとともに、家族や地域社会の参加を得ながら障害者のリハビリテーション・能力開発の支援を行う「地域に根ざしたリハビリテーション（Community-Based Rehabilitation：CBR）」事業が、2009年現在全国409か所のCBRセンターで展開されている。

この他にも、社会福祉局その他関係行政機関、民間団体により、以下のとおり広範にわたる障害者福祉施

策が実施されている。

- 公的部門における障害者への就業機会（就業人数）の1%割当て及び民間部門における障害者の雇用促進、製造業、政府機関等における障害者の就労に対する支援
- 視聴覚障害や学習障害を有する児童に対する特殊教育の提供
- 公共施設への障害者のアクセスを確保するための設備設置規制
- 障害者の雇用主や18歳未満の障害児を扶養する家庭に対する税還付措置
- 身体障害者の自動車購入に係る消費税の50%免除措置、障害者向け設備に係る輸入税・売上税の免除措置
- 公共交通料金の減額、旅行に要する書類作成手続に係る費用の免除措置
- 低額での住居の提供
- 政府系病院における一定範囲の医療に係る医療費の免除措置
- 障害者向け電話サービス（オペレーターサービス）
- 障害児を抱える公務員に対する変形労働時間（フレックスタイム）制の容認

(5) 児童福祉施策

a 子育て支援

扶養家族のある低所得世帯に対する経済的支援としては、(2)に述べた一般手当のほか、18歳以下の児童等のある低所得世帯や一人親の世帯に対して、扶養児童1人につき月額100リンギ（約2,700円。ただし、4人より多くの扶養児童がいる場合であっても最大月額450リンギ（約12,300円））の児童手当や、学校の制服や日用品の購入にあてるための手当（月額180リンギ（約4,900円）から220リンギ（約6,000円））が支給される。また、世帯構成員が就労しながら技能訓練を受ける場合にあっては月額200リンギ（約5,500円）の補助が、小規模事業を開業しようとする一人親世帯に対しては、2,700リンギ（約73,600円）の開業資金補助が支給される。

保育サービスについては、1984年保育所法（Child Care Centre Act 1984）により、保育従事者の人員配置

や施設の広さ、施設における食事、訓練内容等について規制されている。保育所は、働く親を有する4歳未満の児童に対して有料にて保育サービスを提供し、4人以上を受け入れる施設として定義されている。9人以上受け入れる保育所については1984年保育所法に基づき社会福祉局への登録及び12か月ごとの更新が義務付けられている。2008年現在、全国に2,176か所の登録保育所がある。また、働く低所得の親に代わって保育サービスを提供する地域保育所（Community Child Care Centres）が、これまでに全国で36か所登録されている。政府は、職場における保育所の設置も推進しており、これまでに13か所の登録保育所が連邦省庁に、5か所の登録保育所が政府関係機関に設けられている。

b 孤児、虐待児等への対応

18歳以下の児童、孤児等の保護を担う里親に対して、要保護児童1人につき月額250リンギ（約6,800円。ただし、2人以上を保護する場合であっても最大月額500リンギ（約13,600円））の里親手当が支給されている。

孤児、虐待児等への対応については、2001年児童法（Child Act 2001）に基づき様々な施設が設けられている。家族や里親による受入体制ができるまでの間に保護収容を行う施設（Children Homes）が全国に10か所設けられている。やむを得ない理由により家族との同居が困難な児童に対しては、施設入所への代替措置として、通常の児童と同様の家庭的環境において保護、教育を行う取組が、社会福祉局、NGO、地域社会との協働により全国8か所で行われている。

犯罪児童については、リハビリテーション、技能訓練等を行う教育施設（Approved Schools）が全国に8か所、軽微な罪を犯した非行児童の一時保護（最長12か月）を行う施設（Probation Hostels）が全国に11か所設けられている。また、売春等に関わった18歳未満の非行児童のための矯正施設が4か所設けられている。

全国135か所の児童保護センター（Child Activity Centres）においては、家族の抱える虐待、養育放棄、学校中退等の問題に対して相談や非常時の介入、セミ

ナー等による支援を行っている。また、全国112か所の児童福祉委員会 (Child Welfare Committees) が、各地域社会において児童が非行に走ることを予防するため、保護観察官 (Probation Officers) による活動の支援や草の根レベルでの各種のプログラムの運営を担っている。

この他、保護を要する若年のシングルマザーや、サバ州にいる非マレーシア人のストリートチルドレン、人身売買 (トラフィッキング) の被害にあった18歳未満の児童のための保護施設が設けられている。

5 近年の動き・課題・今後の展望等 ……………

(1) 人口の高齢化と制度の見直し

マレーシアでは、総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合が4.5% (2009年) と未だ低い状態にとどまっているものの、寿命については1957年時点で男性56歳、女性57歳であったのが、2009年には男性72.0歳、女性76.8歳となっており、人口の高齢化・長寿化は着実に進行している。

退職後の所得保障や医療・福祉施策に対する関心も高まりつつある中で、2008年には公務員の定年退職年齢の58歳への引き上げが行われた。また、年金給付額の算出方法についても見直され、従来、退職時の最終給与額の最大50%であった受給可能年金額が2009年から60%まで確保されることとなった。2010年1月には、従来から従業員積立基金にカバーされていなかった農夫、タクシー運転手等の退職後の所得保障に対する不安を解消するため、月収の不安定なこうした自営業者を対象に、月収に応じた少額の拠出を奨励しつつ、導入後5年間は年額60リンギ (約1,600円) を上限に自営業者による拠出額の5%相当額を拠出する新たな年金制度 (1 Malaysia Retirement Savings Scheme) が導入された。政府は、将来的には定年退職年齢を60歳に延ばすことも検討するとしており、現在55歳が一般的である民間部門の定年退職年齢の見直しについても、今後の検討課題となることが予想される。

(2) 医療従事者の確保と医療保障制度の見直し

マレーシアにおいては、特に公立の病院において専門医が不足している状況である。この背景として過重

な負担に対して給与が見合っていない現状が指摘されていることから、保健省は、医療の質の確保にも資するとして、休日や時間外の診療に対する手当の拡充を行うとともに、海外で診療を行っているマレーシア人医師の呼び寄せによる人員の確保 (公立医療機関における診療義務の減免措置等) や、官民医療機関の連携の一層の強化 (フォローアップ治療における民間診療所の活用等) を推進しているところである。また、看護師その他の医療補助職についても同様に不足傾向にあり、看護師についてはASEANや英連邦諸国の各国から募集を行っている。

医療提供体制については、より充実した医療サービスを提供する民間の医療機関が都市部を中心に進出する一方で、公立の医療機関においては医師不足が見られるなど、国民に対する平等な医療の確保の観点からは改善が求められる状況となっている。また、医療費については、国内総生産に占める医療支出の割合が1997年の2.9%から2008年には4.8%にまで増加し、2004年以降は民間医療支出が政府医療支出を上回るなど、医療費の増加に歯止めがかかっていない状況にある。このような状況を踏まえて、ゲートキーパーとしての家族医の役割を強めるとともに、官民の医療機関において一元的に同質の医療が受けられる仕組みを導入しつつ、低所得者、高齢者等を除く国民からの拠出を財源とする公的な医療保険制度により給付を賄う新たな医療財政メカニズムが検討されているところである。

(3) 健康増進対策・たばこ対策の強化

健康増進対策については、成人に占める太りすぎ又は肥満の者の割合が4割以上に達するなど国民による健康な生活習慣を維持増進のための取組が強く求められている現状を踏まえ、保健省において健全な食習慣、運動等についての普及啓発を強化しているところである。

また、たばこ対策については、たばこ規制枠組条約の実施を確保するため、対策強化のための措置が相次いで実施されている。これまでに行われている取組の主な内容は、以下のとおりである。

- 喫煙の健康への有害な影響について、警告写真の製

品包装への掲載の義務付け及び誤解を招く情報(「ライト」等の用語)の製品包装への掲載禁止(2009年6月から実施)

- たばこの最低小売価格の公定及び同価格を下回る価格での販売をしているとの誤解を招く情報(「割引」等の用語)の製品包装への掲載禁止(2010年1月から実施)
- 未成年が入手しやすい一箱の本数の少ないたばこの流通禁止(2010年6月から実施)
- 公共施設等における禁煙措置の対象となる区域の拡大(中央管理システムを用いた空調機能のある職場を追加:2010年6月から実施)

(4) メディカル・ツーリズムの推進

マレーシアは、良好な治安や文化的・宗教的多様性、英語が広範に通じることによる医療従事者とのコミュニケーションの容易さ等から、東南アジアや欧米の各国から多くの患者を受け入れており、タイ、シンガポール等周辺国と並び人気国の一つとなっている。都市部の私立病院35か所が患者受入れの中核を担っており、国内外の認証団体による医療の質に関する認証を受けているものもある。政府は、2009年に関連政策の立案・関係省庁の取組の調整を行う機関を保健省に設けるとともに、産業としてのブランド化を図るための統一ロゴやウェブサイトを導入するなど、新たな産

業として積極的にその推進を図っているところである。

(5) 貧困層への支援の強化

マレーシアの社会経済が発展し、都市化や女性の社会進出が進む中で、地域間・人種間の所得格差や、高齢者や障害者に対する家族・地域の役割の低下が指摘されており、社会状況の変化を踏まえた一層の社会保障施策の充実が期待されている。長期的な経済政策の指針として2010年3月に発表された「新経済モデル」においても、貧困世帯向けの社会支出が極めて限定的であること、貧困対策に関する制度や施策の内容が関係省庁で統一されておらず、一貫したものとする必要があること等が現状の問題点として指摘されており、生活の質の改善のための所得増加、社会のセーフティネットの整備による貧困層への支援が政府にとって今後優先して取り組むべき事項の一つとなっている。

こうした中で、2010年1月からは、都市部住宅地の住民に対して医療助手(Medical Assistants)が発熱、咳等の軽微な傷病について夜間(午後10時まで)診療を行う新たな公立診療所(1 Malaysia Clinics)が国内50か所にて運営が開始されており、この取組も都市部に多いとされる貧困層への支援策の一つとして位置付けられているところである。