

## マレーシア

マレーシアは、マレー半島部（半島マレーシア）とボルネオ島北部（東マレーシア）を国土とする多民族国家（マレー系6割、中華系2割、インド系1割弱）である。また、多数の在留外国人（総人口の約1割に相当）が国内に居住している。多様な民族、言語（マレーシア語、北京語、広東語、タミル語、英語）、宗教（イスラム教、仏教、ヒンドゥー教、キリスト教、儒教、原住民信仰）が混ざり合い、独自の文化を形成している。

1980年代以降、輸出指向型工業化政策を推進し、高度成長を達成。現在では中所得国（一人当たり国民総所得（GNI）は7,350米ドル（2009））に分類されるが、政府は2020年までに高所得国（一人当たりGNIが約12,000米ドル以上）になるべく様々な経済政策を打ち出している。

### 1 社会保障制度の概要

マレーシアの社会保険制度は、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（民間被用者に向けた従業員積立基金、公務員向け年金制度など）。公的な医療保険制度は存在しないが、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。また、社会福祉として高齢者、障がい者、支援を要する児童・家庭、貧困層などに対するサービスが展開されている。なお、公的な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、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 社会保障制度

#### (1) 年金制度

##### a 制度の種類

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。

（参考） 1リンギ=25.43円（2011年7～9月期中平均）

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。

民間企業では一般的に55歳が定年退職年齢であるが、2008年に公務員の定年退職年齢が58歳に引き上げられたことなどから、個々の業界ごとに定年退職年齢を引き上げる動きが出てきている。（ちなみに、マレーシア労働組合会議（MTUC、民間部門の全国中央労働団体）は60歳にまで延ばすよう要望している。）

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

##### (a) 制度の概要

従業員積立基金は1951年に設立され、現在では1991年従業員積立基金法（EPF Act 1991）に基づき、財務省の下で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、2009年末時点で1,235万人が加入している。

##### (b) 財源

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である。拠出額は定期的に見直されており、2011年1月以降は、被用者は月収の11%、使用者は同12%相当額を拠出することとされている。自営業者等については、任意に拠出額を決めることができる。

なお、個人貯蓄口座の総計は2,740億リンギ（約7兆2,884億円）で、EPFは資金運用などから2009年に過去最高の196億リンギ（約5,233億円）の利益をあげた（配当率は5.65%）。2009年の引出し金の合計は213億リンギ（約5,687億円）。

##### (c) 給付

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。

54歳到達時点での平均貯蓄額は、EPFへの拠出を継続している「アクティブ」な加入者（過去6ヶ月に1回以上EPFへの拠出を行っている者）とそうでない加入者とで大きく差があり、アクティブな加入者では約14万リンギ（約373万円）であるのに対し、非アクティブな加入者では約2万リンギである（約61万円）。

民間被用者の退職後の所得保障については、EPF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、EPF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 自営業者・主婦に対する貯蓄制度

2010年1月、それまでEPFがカバーしていなかった農業従事者、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%相当額を拠出する貯蓄制度（1 Malaysia Retirement Savings Scheme<sup>1)</sup>）

が導入された。同年7月には主婦も本制度の対象になった。

### d 公務員を対象とする年金制度

#### (a) 制度の概要

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EPFへの加入を選択することも可能となっている。

#### (b) 財源

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）。

#### (c) 給付

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。受給可能年金額は従来、退職時の最終給与額の最大50%であったが、2009年から60%まで確保されることとなった。

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、労災制度等

### a 医療制度

#### (a) 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

■1) 「1 マレーシア」とは、ナジブ政権が掲げる民族融和のスローガン。

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）から数リンギ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。）。また、検査、手術、入院や薬剤に係る追加的な費用も低く設定されている。

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。また、費用は政府のガイドラインで一定の指針が示されているものの、医師及び病院によって異なる。（首都クアラルンプールの大手病院グループの例を挙げれば、一般外来の初診料は40-50リンギ程度、専門医の初診料は100-200リンギ、入院（一人部屋）が一晩240～290リンギ程度）。このため、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) 医療費

医療に係る政府予算は過去10年間で3倍以上に急増しており、2008年時点の総医療費は351億リンギ（約8,424億円）である。この46%に相当する162億リンギ（約3,888億円）が政府予算でまかなわれた。なお、2009年の政府系病院における薬剤費は約14億リンギ（約374億円）であった。

保健省の統計では、年間の総外来受診回数（歯科を除く）は約4,500万回、入院患者数は延べ約300万人で、これらのうち外来受診回数の9割、入院患者数の7割を公的医療機関が担っているとされている。このため、外来の1割、入院の3割しか担っていない民間医療機関が総医療費のおよそ半分を使っているとして、高額な医療費を請求する民間医療機関に対する批判の声もある。

#### b 労災給付制度

##### (a) 制度の概要

1969年被用者社会保障法(Employees Social Security

Act 1969) に基づき、1971年に人的資源省の下に設置された社会保障機構(Social Security Organisation; SOCSO)により、民間被用者を対象とする労災給付制度が運営されている。（なお、SOCSOは1985年に人的資源省の内局から、政府関係機関に組織変更された。）月給3,000リンギ（約81,000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）。2009年時点で、社会保障機構に拠出を行っている被用者数は513万人である。

##### (b) 財源

財源は、労使双方からの拠出であり、被用者が月給の0.5%（下記の疾病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%、疾病年金スキームへの拠出分0.5%）を負担している。

##### (c) 給付

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、SOCSO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。

2009年の労災報告件数は55,186件で、うち20,810件が通勤中の事故に係るものであった。受給者の累計は、労災保険スキームが11.3万人、疾病年金スキームが20.7万人である。

**(参考) 非熟練外国人労働者に対する労災・医療制度**

マレーシアの労働力人口（約1,200万人）の2割弱を占める非熟練外国人労働者（約180万人、これに加え非正規の非熟練外国人労働者が相当数居住していると言われていた。）に対しては、民間保険会社が提供する特別な労災保険、医療保険スキームが用意されている。これらの外国人労働者はEPFは任意加入、SOCSOは対象外として取り扱われているが、現在この是非について政府内で検討が行われているところ。

**(1) 労災 (Foreign Workers Compensation Scheme)**

使用者は、非熟練外国人労働者の労働災害をカバーする外国人労働者補償保険への加入が義務づけられている。死亡・後遺障害の場合の保険金は最大23,000リンギ程度だが、医療費・入院費は最大500 - 750リンギ程度と少ない。指定された十数社の民間保険会社が同保険商品を扱っており、保険料は一人当たり年額80リンギ程度から。

**(2) 医療 (労災を除く)**

(Foreign Worker Hospitalization & Surgical Insurance Scheme)  
2011年1月より、民間医療保険への加入が義務化された（未加入の場合は労働許可が下りない）。これにより、労働災害以外の医療費（公的病院での診療のみ。10,000リンギまで。）をカバーする。保険料は年額120リンギで、労働者側が保険料を支払う（プランテーション業及び他事手伝いを除く）。数十社の登録民間保険会社が同商品を扱っている。

**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る。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。

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）、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）、移動診療所（Mobile Clinics）などにおいて提供されており、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、数は未だ少ないものの、民間の施設としてホスピス（3か所、28床）、高齢者医療施設（12か所、273床）、透析センター（75か所）などの特定の分野に特化した施設も増えつつある。

2010年以降、貧困層への支援策の一つとして、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遅くまで（～22時）診療を行う1マレーシア診療所（1 Malaysia Clinics）が設置されるようになった（2011年2月時点で国内78か所）。また、都市部から離れた地域の住民に対しては、1マレーシア移動診療所（1 Malaysia Mobile Clinics、バスや船）が無料で医療サービスを提供している。

〈表4-10-1〉 医療機関の数（2009年）

保健省管轄の病院	130か所 (33,083床)
政府系病院(保健省管轄を除く)	8か所 (3,523床)
診療所	808か所
地域診療所	1,920か所
母子保健診療所	90か所
移動診療所	196か所
歯科診療所	1,724か所
移動歯科診療所	560か所
私立病院	209か所 (12,216床)
私立診療所	6,307か所
私立歯科診療所	1,484か所

主な医療従事者の数については下記のとおり。

政府は医師数の人口比を1：600とすべく、2020年までにさらに15,000人の医師を育成する方針である。現在の医師数の人口比は1：927だが、地域差が大きく、クアラルンプールを含むクランバレー地域では1：390である一方、1：3000に満たない州も存在する。また、精神科医、脳外科医などの特定の分野の専門医の不足も指摘されており、高等教育省及び保健省は専門医の養成や海外からのリクルートなどに取り組んでいる。

なお、マレーシアでの医学教育は英語で行われており、国内の医学校を卒業後、英国、豪州、シンガポールなどの専門分野の学位・認定を取得する医師が少なくないが、国内に比べ給与水準の高い海外への流出も多いと言われている。

〈表4-10-2〉 医療従事者の数（2009年）

	所属機関別従事者数	人口比
医 師	30,536人 (政府系：20,192人、民間：10,344人)	1：927
歯科医師	3,567人 (政府系：1,858人、民間：1,709人)	1：7936
医療助手	9,414人 (政府系：8,648人、民間：766人)	1：3007
看護師	59,375人 (政府系：45,060人、民間：14,315人)	1：477
薬剤師	6,784人 (政府系：3,877人、民間：2,907人)	1：4137
理学療法士	664人 (政府系：664人、民間：不明)	—

(2) 公衆衛生の現状

a 人口動態

マレーシアの総人口（2009年、推計）は約2,830万人であり、その8割が半島マレーシアに在住している。年齢階層別で見ると、1-14歳が31.9%、15-64歳が63.6%、65歳以上が4.5%であり、高齢化率は未だ低い水準にとどまっている。過去10年の平均年間人口増加率は2.1%である。平均寿命（2008年）は男性71.56歳、女性76.40歳。

b 母子保健指標

栄養改善、母子保健に関するサービスの充実、予防接種の接種率向上等により母子保健指標は向上傾向にある。2008年における、乳児死亡率（対1,000出生）は6.4、5才未満児死亡率（対1,000出生）は8.1、妊産婦死亡率（対10万出生）は28.9である。

c 疾病・感染症の動向

現在でもレプトスピラ症やアデノウイルス感染症などの集団発生による死亡例がたびたび報道される状況であり感染症対策が公衆衛生政策の大きな柱となっている。その一方、先進国と同様に心臓病、がん、糖尿病等の生活習慣病の患者が急速に増加している。

なお、保健省管轄の病院における死因の上位は、心臓・肺循環系疾患（16.1%）、敗血症（13.8%）、悪性新生物（10.6%）、肺炎（10.4%）、脳血管疾患（8.4%）である。

(a) 感染症

〈表4-10-3〉主要な感染症の罹患率（10万対、2008年）

HIV	10.88
結核	63.95
マラリア	24.76
B型肝炎	2.13
C型肝炎	3.71
梅毒	3.13

もっとも発生率の高い感染症としては、デング熱がある。発生数は年度によりばらつきがあるが概ね年間4万人を超えるデング熱患者が報告され、そのうち1割程度はデング出血熱だと診断されている。近年、死亡例は年間70～130例である。デング熱対策としては殺虫剤散布や蚊の繁殖場所（雨水のたまる空容器、放

置タイヤなど）の除去などが行われている。また、鳥インフルエンザは、直近では2007年6月に発生したが、ヒトでの発症はなく終息している。

なお、マレーシアでは、先進国と同様の予防接種制度が確立しており、DTP-Hib混合ワクチンの接種率は97.44%、B型肝炎ワクチンの接種率（三回目）は85.37%である。

(b) 生活習慣病

保健省の発表では、1996年から2006年までの10年間で、30歳以上の国民における糖尿病の罹患率及び高血圧と診断される割合はそれぞれ8.3%から14.9%（6.6%増）、32.9%から42.6%（9.7%増）といずれも大きく増加している。また、同期間における18歳以上の肥満率（BMIが30以上）は4.4%から14%に増加、2011年にはさらに増え16.3%と東南アジアで最も高い水準にある。このため政府は、WHO-WPROの定めたアクションプラン等を参照しつつ、生活環境、生活様式及び医療それぞれでの介入の方針を定めた「非感染性疾病に関する国家戦略（2010-2014）」を策定し、非感染性疾病の対策に乗り出している。

d 喫煙

18歳未満の者へのたばこの販売は禁止されているが、2007年の保健省の報告では、310万人の喫煙者のうち、24.1%が18歳未満であったとされている。政府は、たばこ規制枠組条約の実施を確保するため、2009年から2010年にかけてたばこ対策強化のための措置を相次いで実施したところ。（同条約批准は2005年9月）

- 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）
- 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）
- 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）
- 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)

#### e 薬事制度

医薬品は、成分、剤形等により、医師が処方するもの、購入に際し処方箋が必要なもの、薬剤師が販売できるもの、薬剤師の監督下で販売できるものなどに細かく分類されている。一般的的な解熱鎮痛薬や胃腸薬などはいわゆるOTC医薬品として薬局・薬店で入手可能である。病院等で使用される医療用医薬品をはじめとして、海外で使用されている医薬品がそのまま承認されたものも多い。輸血用血液製剤は、献血により国内で収集した血液を原料に保健省の血液センターが供給しているが、独自の血液銀行を持つ民間病院も存在する。また、血漿分画製剤は、保健省が国内で収集した原料血漿を海外企業に委託して分画したものと、外国企業から購入したものの両方が存在する。

医療機器については、法的拘束力のない各種ガイドンスに基づく規制が行われており、海外の医療機器が比較的自由に使える状況にある。一方で、政府は、法的な裏付けを持つ制度の必要性や先進国に比肩する医療機器制度の構築等の観点から、医療機器規制国際整合化会議（GHTF）文書に沿った市販前規制等を含む医療機器法案を2011年に国会に提出したところ。

なお、化粧品については、ASEAN化粧品指令に基づき、適合宣言と保健省へのオンライン通知により、製造・輸入等が可能であり、日本や欧米の化粧品が容易に入手できる。

## 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、障がい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、障がい者福祉、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。

なお、2010年より、女性・家族・社会開発省が、データベース（e-Kasih）に登録された貧困世帯（世帯収入が月440リンギ以下）に向けた貧困撲滅プログラム（1AZAMプログラム）を開始し、金銭補助、就業・起業支援、低所得世帯者向け生命・傷害保険の提供等を行っている。

### (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8,100円）の高齢者手当を支給している（2008年時点で31,042人が受給）。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81,000円）を下回るものに対して、月額300リンギ（約8,100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) 障がい者福祉施策

2008年、障がい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年障がい者法（Persons with Disabilities Act 2008）が施行された。障がい者施策の立案、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がい者に適した教育、雇用の確保、地域に根ざしたりハビリテーションの強化など、障がい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がい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、障がい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32,400円）以下の雇用されている障がい者に対して、月額300リンギ（約8,100円）の障がい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がい者については、2,700リンギ（約72,900円）の開業資金補助が受けられるほか、低所得の障がい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歳までの障がい者に対しても月額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がい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。

障がい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歳までの身体障がい者に対して、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、知的障がい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、官民協働により障がい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がい者のリハビリテーション・能力開発の支援を行う「地域に根ざしたりハビリテーション（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がい者福祉施策が実施されている。

- 公的部門における障がい者への就業機会（就業人数）の1%割当て及び民間部門における障がい者の雇用促進、製造業、政府機関等における障がい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
- 公共施設への障がい者のアクセスを確保するための設備設置規制
- 障がい者の雇用主や18歳未満の障がい児を扶養する家庭に対する税還付措置
- 身体障がい者の自動車購入に係る消費税の50%免除措置、障がい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
- ・障がい者向け電話サービス(オペレーターサービス)
- ・障がい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歳以下の児童等のい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12,200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リンギから220リンギ)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5,400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72,900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ヶ月ごとの更新が義務付けられている。2008年時点の登録保育所の数は全国に2,176か所。(未登録の保育所も相当数存在すると言われている。) 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、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ヶ所設けられている。

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) 医療保険制度

#### (National Healthcare Financing Scheme)

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庭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。

一方で、民間医療保険への加入等により自由に医療を選択できる現在の状況をあえて変える必要はないと考える意見が少なからずあり、また、医療保険制度については1980年代からたびたび議論になるものの現在まで明確な方向性が出ていないことも相まって、制度の導入にはまだまだ時間がかかるという見方も多い。

## (2) 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。2010年にメディカル・ツーリズムでマレーシアを訪れた患者は約40万人で、国内35の医療機関において約3億8000万リング(約106億円)の収入があったといわれている。