

第2節 マレーシア (Malaysia)

社会保障施策

(参考) 1リンギ=25.84円 (2012年期中平均)

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である (マレー系6割、中華系2割、インド系1割弱)。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 (国語)、北京語、広東語、タミル語、英語)、宗教 (イスラム教 (連邦の宗教)、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。

19世紀前半から英国による植民地支配がはじまり、この際のスズ鉱山及び天然ゴムプランテーションへの外国人労働者流入 (福建、広東の中国人、タミル地方のインド人など) が現在の人種構成を生んだと言われている。第二次大戦を経て1957年に独立し (1965年にはシンガポールが分離・独立)、現在では立憲君主国として議会制民主主義を採用。独立以来、マレー系政党である「統一マレー国民組織 (UMNO)」を中心とした与党連合 (バリサン・ナショナル : BN) が一貫して政権を担っている。

豊富な天然資源 (石油・ガス、パームオイル、天然ゴム、木材) に加え、1980年代以降はマハティール首相の下、輸出指向型工業化政策を推進して高度成長を達成した。現在では中所得国 (一人当たり国民総所得 (GNI) は7,760米ドル (2010, 世銀)) 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。実質GDP成長率は近年5~6%で推移しているものの、特に低所得層での賃金の上昇は限定的で、政府はこれに対応するため2012年に最低賃金制度 (半島部で月額900リンギ) の導入を発表した。ジニ係数は0.462 (世銀, 2009) でタイ、フィリピンより高い。インフレ率は、生活必需品 (砂糖、ガソリン等) の価格統制及び補助金交付などにより2~3%に抑えられている。

マレーシアの総人口は約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27.6%、15-64歳が67.3%、65歳以上が5.1%であり、高齢化率は未だ低い水準にとどまっている。2000~2010年の平均年間人口増加率は2.0%である。平均寿命 (2009年) は男性71.7歳、女性76.6歳である。

経済規模に比べ労働力人口が少なく、かつ周辺国より人件費が相対的に高いことから、農業・プランテーション、建築、製造業、家庭内労働 (メイド) などの産業セクターを中心に大量の外国人労働者 (正規外国人労働者だけでも約180万人) が流入している。

政府の財政収支は2008年以降赤字 (対GDP比で▲5~▲7% (2009~2011年)) で、債務残高は対GDP比52% (2011) と高い水準にとどまっており、補助金改革や物品・サービス税 (GST) 導入などが検討されている。

表 5-2-1 マレーシアの基礎データ

| | |
|-------------------|----------------------------|
| 総人口 (2010) | 2,825万人 |
| 65歳以上の人口割合 (2010) | 5.1% |
| 労働力人口 (2010) | 1,152万人 |
| 総医療費 (2010) | 104億米ドル (GDPの4.4%) |
| 一人当たり国民総所得 (2010) | 7,760米ドル |
| 世帯収入月額 (2009) | 平均値4,025リンギ 中間値2,841リンギ |

出典：マレーシア政府統計局、世界銀行

1 社会保障制度の概要

公的な医療保険、介護保険、失業保険は存在せず、社会保険と言えるものは労災保険のみである (ただし、労災保険の対象者は限定されている)。退職者の所得確保制度は、民間被用者向けの従業員積立基金 (個人口座への積立) と公務員向け年金制度が併存している。医療については、公的医療保険はないものの、政府予算の支出によりわずかな自己負担で公立の病院・診療所を受診することが可能となっている。また、社会福祉としては高齢者、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。

近年、高齢退職者の貧困問題、医療費の増大による政府予算の圧迫等を受け、各種社会保険制度 (医療、失業、年金) の整備の必要性が唱えられているものの、社会保険制度への拠出に対する抵抗感、所得再配分への反対は根強い。

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積立基金、労災給付) 等が分掌している。

2 退職者給付、医療、労災制度 ……………

(1) 年金制度

イ 制度の種類

民間被用者を主な対象とする退職給付制度 (従業員積立基金; EPF) 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、EPF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にはなっていない。

なお、民間企業では一般的に55歳が退職年齢であるが、平均寿命の伸び (男72歳、女76歳)、退職後の生活のための貯蓄が不十分であること、近隣諸国との退職年齢の差異等を踏まえ、2012年8月に民間企業の最低退職年齢を60歳とする法律が公布された。一方、公務員の定年は、これに先立って、2008年に58歳、2012年に60歳に引き上げられている。

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

(イ) 制度の概要

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、財務省の監督の下で退職給付制度を運営している。すべての使用者がEPFへの登録・拠出を義務づけられており、約50万社が登録している。これらの使用者の元で働いている民間被用者が主な加入者であるが、自営業者、公務員、主婦、外国人労働者等も任意で加入が可能である。2011年末時点の総加入者は1,315万人、このうち「アクティブ」な加入者 (過去1年間に1回以上拠出を行った者) は626万人である。

(ロ) 財源

加入者の個人貯蓄口座に対する労使双方からの拠出 (確定拠出型) であり、各個人の積立金と資金運用による配当 (2011年は6%) を合わせて退職時等の給付にあてられる。拠出額は定期的に見直されており、2012年1月以降は、被用者は月収の11%、使用者は、昨年より1%増えて同13%相当額を拠出することとされている (ただし、

被用者の月収が5,000リングを超える場合の使用負担は12%のまま)。55歳以降もEPFへの拠出を続ける場合は、被用者は月収の5.5%、使用者は6.5% (被用者の月収が5,000リングを超える場合の使用負担は6%) を拠出する。

一方、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 (最低50リング)、この5%相当額を政府が拠出する (最大年間60リング)。外国人労働者の場合は本人が月収の11%、使用者が月額5リングを拠出する。

いずれの場合も、被用者本人が定められた額以上を拠出することが可能である。なお、使用者拠出は税控除の対象 (給与総額の19%相当まで) であり、同様に被用者はEPF拠出と生命保険料とを併せた最大6,000リングまでが税控除の対象になる。

(ハ) 運用

EPFの投資資産は4,692億リング。収益率は6.67%。

EPF理事会と併存する投資委員会が投資方針・戦略を決定する。現在の資産構成は以下のとおり。なお、投資対象には法令 (EPF法26条) の制限があり、マレーシア政府関連証券 (MGS) に50%以上を割り当てることとされている (ただし、90年代の政府機関の民営化の動きを受けMGSが減っていることやEPFの投資余力が拡大していること等を鑑み、現在は適用免除が認められている。)。また、最近では、23%を上限として海外市場への投資も可能になり、アジアを中心とした海外株式 (11%)、イスラム債 (1%)、公債 (1%) のほか、英国や豪州の不動産などにも投資をしている。

| | |
|-------------------|-------------------------|
| マレーシア政府関連証券 (MGS) | 1,246 億リング (収益率 4.74%) |
| 貸付金・公債 | 1,607 億リング (収益率 5.10%) |
| 株式 | 1,672 億リング (収益率 11.00%) |
| 金融市場 | 149 億リング (収益率 3.43%) |
| 不動産 | 18 億リング (収益率 6.36%) |

(ニ) 給付

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1口座と30%に相当する第2口座に区分されている。第1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2口座は、住宅購入、扶養児童への教育、医療等にあてることのできるほか50歳到達時にも引き出すことができる。政府は、最低退職年齢が60歳に引き上げられることに伴い、55歳から60歳までのいつでも残高を引き出せるようEPF関連法令の改正を行う方針。ただし、55歳での引出しが可能なままだと、退職年齢引上げの目的（退職後のための貯蓄確保）が損われ、さらなる拠出額の引上げを招くのではないかと懸念もある。

54歳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とそうでない加入者と大きく差があり、アクティブな加入者では約15万リングであるのに対し、非アクティブな加入者では約2.3万リングである。政府は、退職後亡くなるまで月700リング程度を生活費として使えるよう、55歳までに少なくとも12万リングを貯蓄するよう促している。

以前より、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（7割の者が、55歳の退職時から10年以内にEPFの積立金を使い切ってしまうと言われており、EPFでは2007年以降残高引出し方式の多様化（月額払い、2か月毎等）等を行った。しかし、現在でもなお約8割の加入者が55歳到達時の一括引出しを希望しており、定期的な引出し方式を選択する加入者は少ない。

なお、任意でEPFに加入している外国人労働者は24万人である。外国人のEPF加入者は、帰国時に貯蓄残高の全額を引き出すことができる。

ハ 自営業者・主婦等に対する貯蓄制度

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、年額60リングを上限に自営業者による拠出額の5%相当額を政府が拠出する貯蓄制度（1 Malaysia Retirement Savings Scheme¹⁾）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。しかしながら現在のところ、約190万人の自営業者及び家庭内労働者のうち任意で

EPFに加盟しているのは約5万人で全体の3%以下である。

ニ 公務員を対象とする年金制度

(イ) 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（JPA）が公務員年金制度を運営している。職域で複数制度に分かれており、約120万人の一般的な公務員（連邦政府、州・地方政府及び法定機関の職員）に対する制度の他、裁判官、議員、政務秘書等に関する年金制度がそれぞれ存在する（省庁間で転職・転属があった場合は勤続月数が加算されるだけだが、連邦政府職員が国会議員になった場合など、制度をまたいで転職した場合は、二つの年金制度からそれぞれ給付が行われることになる。）。現在、公務員関連の年金生活者は約53万人（連邦政府職員関係34万人、州政府職員関係7万人、法定機関関係9万人、地方政府関係3万人、国会議員関係1,000人など）で、給付総額は114億リングに上る。

なお、公務員であっても上述のEPFを選択することは可能であり、民間企業に転職することの多い医師や技術者などでEPFを選択する者もいる（公務員全体の1%程度）。また、軍属に対しては別途の年金制度が国防省により運営されている。

(ロ) 財源

連邦政府は職員給与の5%を、州・地方政府及び法定機関は職員の基本給の17.5%を拠出している（本人負担なし）。現在は、連邦政府の統合基金から給付する確定給付型の年金であるが、今後は確定給付の形は変えずに、年金目的に特化した年金信託基金（KWAP）を原資とする方向で検討されている。

(ハ) 給付

一般的な公務員の年金制度には、①老齢年金（退職金、残余有給休暇の買取り、医療給付を含む。）、②障害年金、③遺族年金、などがある。毎月の老齢年金支給額は「勤

■ 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。

続月数×最終給与×1/600」で計算される（最終給与の3/5を超えないこと、勤続月数は最大360ヶ月（30年）で計算することという制限あり。）。なお、25年以上勤続した者に対しては月額720リンギの年金を保証することとされている（注：月額720リンギの世帯収入はほぼ貧困ライン）。常勤の職員として雇用され最低3年勤続すること等が給付の条件である（例外あり）。

なお、現役公務員は公立医療機関における診療が無料で受けられるが、退職した公務員本人、配偶者及び18歳までの子供も同様に、公立医療機関における診療が無料になるほか、入院費補助が出る（医療給付）。

(2) 医療、労災制度等

イ 医療制度

(イ) 制度

公平な医療アクセスの実現を大目標に掲げている。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患者の自己負担は少なく、マレーシア国民であれば1リンギから数リンギで外来での診療を受けることができる（なお、低所得者、公務員等は無料である。）。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。

民間の医療機関は、高所得層、富裕外国人等を対象と

したビジネスとしての医療を行っている大病院や専門的な医療を提供する専門診療所、NGOが経営する小規模な診療所など様々であり、その多くが都市部に存在する。先進的な技術を導入している所も多く、診察のための待ち時間が短いなどサービスも充実しているが、一般に公的医療機関に比べると費用が高いため、民間の医療保険に加入している人や、勤務先から医療費補助を受けることができる人が利用している。

民間医療機関における医師の技術料（診察、検査、手術等）は1998年民間医療施設・サービス法の料金規定（Fee schedule）により一定の制限がある（ただし、入院料、医学管理、投薬等について規定なし。）。料金規定の直近の改定は2006年で、2012年末までに次回改定案が内閣に提出される予定（平均で14%の引上げの見込み）。政府は、民間医療機関の高額な医療費は入院料や事務経費など病院側への支払いによるもので、医師の技術料に由来するものではないとして料金規定の改定に理解を求めている。また、マレーシア医師会（MMA）も、独自により詳細な料金規定を策定し、ガイドラインとして公表している（直近は第5版（2008年））。

雇用主が従業員のために加入する民間医療保険には様々なプランがあるが、保険料を鑑みると入院・手術のみをカバーするプランが手頃であり、外来を保険でカバーせず、個別に雇用主が医療手当を支給するなどして対応しているところもある。

表 5-2-2 費用の比較

| | 公立医療機関（クアラルンプール総合病院（三次病院）の場合※） | 民間医療機関（1998年民間医療施設・サービス法の料金規定） |
|-----------|--|---|
| 外来診療（一般医） | 1リンギ | 10～65リンギ |
| 外来診療（専門医） | 初診： 公的医療機関の紹介…無料 民間医療機関からの紹介…30リンギ 再診： 5リンギ（検査料を除く） | 初診： 60～180リンギ+その他の技術料、検査料等 再診： 35～90リンギ+その他の技術料、検査料等 |
| 入院 | 1等病床： 一般…室料40～80リンギ+診療費10リンギ 公務員等…室料3～10リンギ+診療費無料 2等病床： 一般…室料30リンギ+診療費5リンギ 公務員等…室料1.5～3リンギ+診療費無料 3等病床： 一般…室料3リンギ+診療費無料 公務員等…室料・診療費無料 | 室料については規定なし 検査料等は別途加算 (参考：都市部の大手民間病院の一人部屋は240～290リンギ程度) |

※ 外国人は別料金（一般医の外来初診15リンギなど）

(ロ) 医療費

2000年代に入り医療費が急増（10年間で3倍増）し、2010年の総医療費は104億米ドル（GDP比4.4%）とされている。特に民間医療費の伸びが著しく、2004年に公的医療機関での医療費を逆転し、現在では総医療費の55%が民間由来である。なお、総医療費のうち薬剤費の占める割合は1割程度と言われており、2011年の保健省管轄医療機関における薬剤費は約17億リンギであった。

保健省の統計では、年間の総外来受診回数（歯科、母子検診を除く。2010。）は約4,800万回、入院患者総数は延べ約300万人で、これらのうち外来受診回数の9割超、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割弱、入院の3割にのみ対応している民間医療機関が総医療費と医療資源（医師等）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。

□ 労災給付制度

(イ) 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/PERKESO）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リンギ以下の被用者及びその使用者に制度加入が義務付けられており、自営業者や家事手伝い、外国人労働者等は対象外である（月給3,000リンギを超える被用者は使用者との合意の上での任意加入。一方、加入後に月給が3,000リンギを超えた者は拠出を継続する義務がある。）。2010年時点で、SOCSOに拠出を行っている使用者は35万社、被用者は552万人である。

なお、2012年7月に政府は、タクシードライバー等の自営業者もSOCSOに加入できるよう検討を進めている旨発表した。

(ロ) 財源

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。2010年には約20億リンギの拠出金が集まり、基金は186億リンギに達した。

投資資産は179億リンギで、収益率は5.14%。資産の構成は以下のとおり。

| | |
|-------------------|-----------------|
| マレーシア政府関連証券 (MGS) | 82.6 億リンギ (46%) |
| 貸付金・債券 | 20.5 億リンギ (11%) |
| 株式 | 27.3 億リンギ (15%) |
| 金融市場 | 48.6 億リンギ (27%) |

(ハ) 給付

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以下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。

2010年にいずれかの給付を受けた者の延べ人数は35万人で、給付総額は16.8億リンギであった。

なお、2010年にSOCSOに報告された労働災害件数は5.8万件で、このうち2.2万件が通勤中の事故に係るものであった（死亡者は1,090名）。ただし、SOCSOの統計には、国内に200万人近くいるという外国人労働者をはじめとしたSOCSO未加入者に係る労働災害は含まれていない。

韓国

タイ

マレーシア
（社会保障施策）

インドネシア

フィリピン

オーストラリア

(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、これに加え相当数の違法外国人労働者が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については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。

(1) 労災 (Foreign Workers Compensation Scheme)

使用者は、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リンギ程度からである。

(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(プランテーション業及び家事手伝いを除く。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(公立医療機関での診療のみ、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。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

イ 公的医療機関と民間医療機関

上述のように、保健省などの政府機関の傘下にある公的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。一般に公立医療機関の患者は中・低所得層、公務員、退職者及び地方・へき地在住者であり、民間医療機関は都市部の高所得層及び富裕外国人(メディカル・ツーリズムを含む)を主なターゲットとしている。

地方・へき地における医療サービスは主に公的医療機関が担っており、基礎的な外来診療や保健衛生に関するサービスは10km圏ごとに設置される地域診療所や移動診療所において提供される。より専門的な検査・治療は地区病院において、さらに救急医療等の高度な医療サービスは州立病院やナショナルセンター(国立循環器センター等)において提供されており、医療機関間の役割分担が確立している。なお、都市から遠く離れた過疎地域の村落では、診療所に医師が配置されることは少なく、医療助手(3年の医学教育を受けているが医師資格はない。)、看護師、保健師などが、都市部の病院の医師の監督・支援の下、駐在又は巡回して医療サービスを提供している。

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」が設置されるようになった(2012年4月時点で約100か所に設置され、2012年中にさらに70か所に開設される予定。)。同様に、都市部から離れた地域の住民に対しては、バスや船を改装した「1マレーシア移動診療所」が無料で医療サービスを提供することとなった。

一方、民間医療機関では、近年、大手の病院グループ(KPJヘルスケア(20病院、2,600床)、パークウェイ・グループ(国内外に30病院、4,900床、60診療所)などが新規の病院建設を進めており、大手だけでも2015年までに17病院(合計4,500床)が開業する予定である。これに併せて既存病院の増築なども行われている。

ロ 専門施設

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、30床)、高齢者医療施設(12か所、263床)などの特定の分野に特化した施設も増えつつある。また、透析患者数の急増(4年間で57%増)を背景に透析センターも増えている(政府系181か所、民間297か所、NGO140か所。病院・診療所内に設置されているものを含む。)

表 5-2-3 医療機関の数 (2010年)

| | |
|-------------------------|-------------------|
| 保健省管轄の病院 | 131 か所 (33,211 床) |
| 政府系病院 (保健省管轄を除く) | 8 か所 (3,690 床) |
| 診療所 (地域診療所, 母子保健診療所を含む) | 2,833 か所 |
| 移動診療所 | 165 か所 |
| 歯科診療所 | 1,744 か所 |
| 民間病院 | 217 か所 (13,186 床) |
| 民間診療所 | 6,442 か所 |
| 民間歯科診療所 | 1,512 か所 |

出典: Health Indicators 2010 (保健省)

ハ 医療従事者

現在、医師数の人口比は1:859だが、地域差が大きく、首都クアラルンプールでは1:357である一方、国内13州のうち7州で1:1000に満たない。精神科医、脳外科医などをはじめ各分野の専門医が不足している上、国内に比

べ給与水準の高い海外への医師の流出も指摘されている。

政府は医師の人口比を1:600とすべく医学部の拡充等を進めて来たが、急激に増加した新卒医師を受け入れるための臨床研修病院の不足、新卒医師の質の低下等の問題に直面している。専門医の不足に関しては、海外医学校との提携による専門教育課程の導入、外国人専門医の受入れ、専門医を目指す医師への奨学金等で対応しようとしている。

(参考：医師資格を得るためには、国内外の認定医学校(国内校では5年の課程で、医学教育は英語で行われる。)を卒業し、保健省の医学評議会に医師登録を行った上で、2年の臨床研修及び3年の公立病院勤務を経験する必要がある。年間の新卒医師は3,500名程度であり、国内校卒と海外校卒の割合が半々である。公立病院勤務の後は、民間医療機関への転職などの自由な活動が認められるが、英国、豪州、シンガポールなどの海外の医学校で専門分野の学位・認定を取得し、専門医となる者も少なくない。)

看護師については、政府は2015年に人口比を1:200にしたい意向である。公立看護学校の卒業生(年間約5,000人)はその多くが公立医療機関に就職しているが、民間医療機関への就職希望が多い民間看護学校の卒業生の雇用の受け皿は足りていない(年間約12,000人の卒業生に対して、民間医療機関の新卒看護師の受入れは1,500人程度といわれている。公立医療機関での受入れも400人程度にとどまる。)。医師と同様、ベテランの看護師が海外(先進国、中東)に流出する一方、民間医療機関には多数の外国人看護師(約8,000人)が就業しており、民間医療機関でマレーシア人看護師を雇用するよう求める声もある。

表 5-2-4 医療従事者の数(2010年)

| | 所属機関別従事者数 | 人口比 |
|-------|---------------------------------|---------|
| 医師 | 32,979人(政府系:22,429人、民間:10,550人) | 1:859 |
| 歯科医師 | 3,810人(政府系:2,055人、民間:1,755人) | 1:7,437 |
| 医療助手 | 10,350人(政府系:9,556人、民間:794人) | 1:2,738 |
| 看護師 | 69,110人(政府系:47,992人、民間:21,118人) | 1:410 |
| 薬剤師 | 7,759人(政府系:4,610人、民間:3,149人) | 1:3,652 |
| 理学療法士 | 807人(政府系:807人、民間:不明) | - |

出典：Health Indicators 2010(保健省)

(2) 公衆衛生の現状

イ 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徐々に向上してきたが、ここ数年は改善がなく、保健省は一層のてこ入れを行う方針である。乳児死亡率(対1,000出生)は7.0、5歳未満児死亡率(対1,000出生)は8.7、妊産婦死亡率(対10万出生)は28.0である(2009年暫定値)。

ロ 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(2010)は、循環器系疾患(25.4%)、呼吸器疾患(18.5%)、特定感染症(17.8%)、悪性新生物(11.9%)、外傷等(5.4%)であった。

(イ) 感染症

表 5-2-5 主要な感染症の罹患率(10万対、2010年)

| | |
|------|-------|
| HIV | 12.89 |
| 結核 | 68.25 |
| マラリア | 23.47 |
| B型肝炎 | 2.26 |
| C型肝炎 | 2.56 |
| 梅毒 | 2.99 |

出典：Health Indicators 2010(保健省)

2010年には、約3,700人の新規HIV患者が報告されたが、感染経路として初めて性交渉(49%)が注射針の使い回し(48%)を上回り、保健省は注意を呼びかけている。

最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。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、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94.28%、B型肝炎ワクチンの接種率(3回目)は82.57%である。

(D) 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%、32.9%から42.6%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。なお、WHOの統計(2008)では、15歳以上のマレーシア人の61.4%が運動不足とされており、この値は周辺国より飛び抜けて高く(タイ19.2%、インドネシア29.8%)、むしろ中東諸国、ミクロネシア(66.3%)及び先進国(英国63.3%、日本60.2%)の値に近い。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。

(H) 精神疾患、自殺

精神疾患で公立医療機関を受診する患者は増加傾向で、2010年には42万人が入院又は外来で治療を受けた。また、中・高等学校での調査では、学生の5.2%がうつ症状を示していた。

自殺者数は諸外国に比較して少ないものの年々増加していると言われており、専門家は10万人当たり9～12人程度と見積もっている。保健省に報告された自殺者数は、過去3年で1,000人超(2008年290人、2009年328人、2010年425人)で、この多くが24～44歳であった。男女比は3:1で、人種別構成は、華人48%、インド系21%、マレー系18%である。政府は「自殺防止5カ年戦略・アクションプラン(2012-2016)」を策定し、これに従い2012年中に各州に少なくとも1か所の精神保健センターを設置する予定である。

また、精神科医が不足しているため(保健省管轄医療機関に224名。人口比で1:15万。)、政府はこれを3倍増する方針。

八 薬事制度

医薬品は、成分、剤形等により、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などに分類されている。医薬分業は未徹底で、診療所での医薬品の処方・販売も多い。一般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。なお、公立医療機関の大部分を占める保健省管轄医療機関では、定期的に更新される「保健省医薬品処方集」(約1,550処方を一般名で収載)に収載された医薬品のみが使用されている(例外あり)。

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ダンスに基づく規制が行われ、海外の医療機器が比較的自由に使える状況にあったが、2012年10月末より医療機器法が施行され、医療機器規制国際整合化会議(GHTF)文書に沿った規制が行われる方針である。

化粧品については、ASEAN化粧品指令に基づく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。

二 その他

(イ) 喫煙

2008年の調査では男性の4割が喫煙者である。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、たばこへの表示・名称規制、公共施設等における禁煙区域の拡大等を行っているが、取り締まりが不十分との指摘もある。

(D) 交通事故

外傷患者の大半が交通事故によるもので、特に二輪車の事故によるものが多いと言われている。2009年に発

生じた人身事故の4分の1（6,218件）が死亡事故で、人口当たりの死亡事故の発生件数（2.24件/人口1万人）は日本の6倍にもなる。多くの世帯が2台以上の車や二輪車を保有しているが、車両の増加に道路の整備が追いついていないことや無理な運転が少なくないことなどから交通事故の発生件数は増加の一途をたどっている。なお、救急車は公立のものと、民間企業（民間病院又は専門の救急搬送会社）所有のものがあり、公共ダイヤル（999：警察と救急）で呼ばれた公立救急車は原則公立医療機関に患者を搬送する。

(ハ) 違法薬物

2011年に報告された薬物中毒者は約1.1万人（うち4割が再使用）で、約8割がマレー系であった。原因薬物はヘロイン（40%）とモルヒネ（31%）で7割を占め、覚せい剤（15%）、大麻（14%）が続く。これらの薬物中毒者の社会復帰のため、専用の診療所（8施設）での治療（メサドン代替療法を含む。）、麻薬中毒リハビリテーションセンター（PUSPEN、23施設）、治療・ケア・サービス・センター（CCSC、39施設）、地域入居施設（CCH）等での再使用防止、リハビリテーション、生活支援などが行われている。なお、2006年よりNPOなどを通じてホーム・リダクション（注射針・シリンジの供与）²⁾が行われている。

4 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策の概要

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、「助ける社会（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

国内約600万世帯のうち約23万世帯（3.8%）が貧困世帯とされている（2009年）。貧困線は地域によって異なるが一般に760リンギ（世帯収入月額）程度と言われている（なお、平均の世帯人員は4.2だが、貧困世帯では6.4。）。2008年より各貧困世帯の現状や関係者から提供されている支援等の情報等をまとめた「貧困世帯データバンク（e-Kasih）」が稼働しており、貧困層支援施策のモニタリングや効率向上に使われている。

貧困世帯には、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）が行われている。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、1世帯につき最大月額350リンギとなっている。連邦レベルでは、2010年より女性・家族・社会開発省が、e-Kasih登録者を対象に貧困撲滅プログラム（1 AZAMプログラム）を開始し、金銭補助、職業訓練・研修、コンサルティング、貧困世帯向け生命・傷害保険の提供等により貧困層の就労及び起業の支援を行っている。併せて、低所得世帯用の賃貸住宅（6万戸）の整備等が行われている。

ホームレスや一時保護を要する貧窮者については1977年貧窮者法（Destitute Persons Act 1977）の下、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

60歳以上人口は約225万人で、総人口の7.9%を占める。2020年には344万人（9.9%）、2030年には528万人（15%）に達すると推計されており、徐々に高齢化しつつある（なお、一般に60歳以上の者を高齢者として定義。）。これらの高齢者の約3割は前述の従業員積立基金（EPF）や公務員年金に加入していない者であると言われており、

■ 2) 薬物使用者が注射器や針を共有することによるHIV感染等を予防するため、注射針やシリンジ供与等を行うこと。

またEPFの積立金を使い果たしてしまった者も多いこと、経済成長に伴う物価上昇の影響があることなどから、所得保障が大きな課題である。なお、政府の高齢者福祉施策はあくまで低所得者に向けたもので、高齢者全体をカバーするものではない。

イ 経済的支援

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、生計を得る手段がなく、介護する家族を欠く高齢者に対して月額300リングの高齢者手当が支給されている（受給者は2011年時点で135,217人）。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リングを下回る場合は、月額300リングの介護手当が支給されている（受給者は2011年時点で27,882人）。

2012年には、高齢者に対して、公的医療機関での医療費の減額、一部の公共交通機関利用料の減額が実施された。

ロ 施設サービス

家政婦（メイド）を雇用することが比較的広く行われているため、各家庭で家政婦の力を借りて高齢者の介護を行うケースがあるが、高齢者向け施設の利用も行われている。公営の高齢者向け施設としては、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貧困高齢者に対して医療、就労に向けたリハビリテーション及びレクリエーションを提供する施設が全国に9か所（2,000人収容）、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（240人収容）設けられている。なお、民間の高齢者向け施設は、極めて豪華なものからシンプルなものまで、サービス内容、費用等は様々である。この他、在宅サービスとして、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高齢者向けデイケアセンター（全国22か所、1.7万人が利用登録）、ボランティアによる家事手伝い・付き添い（週1回以上の訪問）、送迎サービス等が行われており、これらを実施するNGO等には政府から補助金が供与さ

れている。

(4) 障がい者福祉施策

2008年に国連障害者権利条約に署名し、同年、初の障がい者に係る包括的な法律である2008年障がい者法が制定された。同法に基づき、障がい者施策の立案、調整等を担う国家評議会が設けられ、公共施設、公共交通機関等へのアクセス、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記述する「障がい者政策」及び「障がい者計画」が策定された。なお、2010年1月より開始された新区分での障がい者登録数は約31万人（2010年8月時点）である。

なお、古くから日本の支援・援助が行われており、例えば、初めて作成された統一手話辞典の印刷費用の供与（平成12年度草の根無償資金協力）、障がい者の支援付き就労を目的とするジョブコーチ制度の導入支援（JICA障がい者の社会参加プロジェクト（2005～））、政府機関やエア・アジア航空等で取り入れられている障がい平等研修の指導者育成（同上）などが行われてきた。

表 5-2-6 登録された障がい者の障害別内訳（2010年8月）

| | |
|------|----------|
| 視覚障害 | 27,821人 |
| 聴覚障害 | 39,814人 |
| 言語障害 | 249人 |
| 身体障害 | 108,952人 |
| 精神障害 | 3,295人 |
| 知的障害 | 120,414人 |
| 重複障害 | 12,140人 |

出典：国家障害者評議会

イ 経済的支援

自立に向けた就労を支援するため、月収1,200リング以下の雇用されている障がい者に対して、月額300リングの障がい者就労手当が支給されている（受給者は2011年時点で53,063人）。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は、2,700リングの開業資金補助が受けられる。このほか、低所得の障がい者への車いすや補装具等の給付、就労が困難な18歳から59歳までの障がい者に対する手当（月額150リング）、慢性疾患を有する障がい者を抱える低所得世帯に対する介護手当などの制度がある。

障がい者を雇用する雇用主に対しては、障がい者の就業を容易にするために行った社内の改装費用の一部について税控除を認める等の措置がとられている。

□ 施設サービス

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「地域に根ざしたリハビリテーション (Community-Based Rehabilitation: CBR)」事業が、全国409か所のCBRセンターで展開されている(2009年時点)。

ハ その他

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、以下をはじめとした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
- ・ 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
- ・ 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

(5) 児童・家庭福祉施策

イ 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リング (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リング) 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リングから220リング) 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リングの補助が、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リング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おり、9人以上受け入れる保育所は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。しかし、取締り人員の不足等から全国でおおよそ3,200か所程度存在する保育所のうち3分の2以上が未登録で、また、保育所での死亡事故や児童虐待事例などもたびたび報告されているため、働く母親が子供を安心して預けられる場所が切実に求められている。政府は、職場における保育所の設置を推進しており、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が民間企業への浸透が今後の課題である。

□ 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リング (ただし、2人以上を保護する場合であっても最大月額500リング) の里親手当が支給されている。

韓国

タイ

(社会保健施策)
マレーシア

インドネシア

フィリピン

オーストラリア

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、虐待、養育放棄、学校中退等の家族の抱える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 ……

独立以降、政権を担ってきた与党連合 (BN) は2008年の総選挙で大幅に議席を減らし (90%→63%)、同日開催された州議会選挙でも12州中5州で野党に政権を奪取された (野党議員の離党で現在は4州が野党政権)。次期総選挙 (2013年3月までに実施) ではBNへの支持回復が至上命題であり、ナジブ首相率いるBNは補助金改革や物品・サービス税 (GST) の導入を見送る一方、低所得世帯への一時金支給 (1回限り)、タクシー運転手への補助金拡大、公務員の待遇改善及び一時金支給などといった選挙対策の色彩が濃い施策を次々に実施している。

また、長年労働組合が要求してきた最低賃金制度、最

低退職年齢 (60歳) の設定、外国人労働者への依存低減策等の施策を打ち出してきており、これに加えて医療保険、失業保険等の議論が巻き起こっているため、度重なる負担増に産業界は懸念を深めている。

(1) 医療保険制度 (National Healthcare Financing Scheme) の検討

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らない状況にある。このため、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、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。

2012年1月には、保健省が検討中の医療保険制度 (1Care) の素案が流出し、「給与の10%を労使が政府系のファンドに拠出」、「まず、登録したかかりつけ医 (GP) を受診し、要すればより高度な医療機関に紹介」「年間受診回数は6回まで」などといった内容に対して、批判が巻き起こった。これに対し、保健省は、流出した案はコンセプト検討段階のもので決定されたものではないこと、同制度を議論する検討委員会には2013年末までに制度案を作成するよう指示しており、制度は2014年初めにならないと固まらないことを説明し、併せて全国各地で関係者との意見交換会を開くことを発表した。

国内には、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具体化に至っ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) 年金制度の検討

① 民間退職年金スキーム (Private Retirement Pension Scheme)

2012年3月にマレーシア政府の証券委員会が、任意加入の私的年金制度である「民間年金スキーム (PRS)」のガイダンスを発表した。PRSは、もともとEPFや公務

員年金等の未加入者（当時の推計で約200万人）を主な対象として、2009年に制度設立が公表されたものだったが、現在では、EPF加入者を含めた可処分所得を持つ層に追加的な長期投資オプションを与え、EPF以外のルートでマレーシア国内の証券市場に資金を回す、金融セクター刺激策として認識されている。証券委員会は、すでに8社の証券会社を初期PRS提供者として承認している。なお、今後10年でPRSを含む私的年金として管理される資金は310億リングに拡大するとされている。

② 民間企業従業員の年金制度

2012年6月、スブラマニウム人的資源大臣が、高齢退職者の貧困問題への対応策として、民間企業従業員に対する老齢年金制度の設立を検討すべきと発言した。最低賃金制度の導入、退職年齢引上げ（60歳定年制）、失業保険制度の検討、公的医療保険制度(1Care)の検討等が先行して行われており、現時点（2012年9月）では年金制度に関して具体的な検討が行われている段階ではないが、産業界を代表するマレーシア経営者連盟(MEF)は、まずEPF制度の問題に取り組むべきとし、組合側（マレーシア労働組合会議(MTUC)）も具体的な制度の姿が明らかになるまではいかなる制度の導入にも賛成できないとして慎重な姿勢を取っている。

(3) 失業保険制度

1998年の金融危機の際、解雇手当（雇用法に基づき雇用主に支払いが義務づけられる解雇労働者への金銭補償）を支払わずに破産・事業停止した企業がいたことなどを踏まえ、「第10次マレーシア計画(2011-2015)」(2010年6月に公表された、5カ年の経済計画)では、失業者に対して最大6ヶ月、月額600リングを支給する「失業救済基金」を設置することが明記された。政府は、2010年からの3年間で8,000万リングの予算措置も行ったが使用者側の反対で実現には至らず、現在は人的資源省及び社会保証機構(SOCSO)がILOの支援の下、持続可能な制度の設計を行っている。

2012年6月には、中小企業団体や与党連合内からの反対を受け、ナジブ首相が失業保険制度の検討を一旦棚上げにするよう指示した旨報道されたが、人的資源省は「棚上げ」ではなく「更なる検討」であると説明し、年末ま

では拠出金に基づく失業保険制度に関して報告書をまとめる方針を示した。

(4) メディカル・ツーリズムの推進及び医療分野の自由化

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、東南アジアや欧米各国から多くの患者を受け入れており、タイ、インド等周辺国と並びメディカルツーリズムの渡航先として人気国の一つとなっている。都市部及びリゾート地の私立病院（63施設）が患者受入れの中核を担っており、これらの中には国内外の認証団体(JCI等)による医療の質に関する認証を受けている施設も多い。保健省の下に設けられたマレーシア・ヘルス・トラベル公社(MHTC)が中心となって、対応医療機関の選定と統一ロゴによるブランド化、海外での商談会、広報雑誌の発行などの宣伝活動を行い、産業の振興を支援している。

2011年に上記の63施設で検査・治療を受けた外国人患者（在留外国人を含む）は58万人（前年比47%増）で5億リングの売上げがあった。外国人患者の半数はインドネシア人で、次いで英国人、日本人、中国人などであり、ロシアや中東からの患者も増えつつある。主な診療内容は人間ドック、美容外科、循環器、整形、不妊治療などとされているが、患者の出身国により医療ニーズは異なるようである（インドネシア人は医療全般、欧米人は美容外科が多いなど）。政府は2020年までに年間190万人の患者を受け入れ、96億リングの収入を得ることを目標としている。

この一方、ナジブ政権は、2009年のサービス27分野及び金融分野の自由化に続き、2011年10月に病院・診療所サービスを含む17サービスサブセクターの自由化の方針を発表した。具体的には、民間病院及び独立専門診療所(歯科を含む)について100%外国資本を認める上、外国人の専門医がマレーシアで医業を行う際の規制を緩和する方針である。これにより、外国の病院グループによる投資増加や外国人専門医の訪馬が期待されている。