

第2節 マレーシア (Malaysia)

社会保障施策

2015年5月に、2016年から2020年までの国家計画として、第11次マレーシア計画 (11MP) が発表された。経済成長、インフラ整備、環境配慮、人材開発の他、平等社会促進及び福祉の改善についても政策の柱としている。

1 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 (しかも、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、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、障害者、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・地域開発省 (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 年金制度、医療保険制度等

(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、日本のような国民皆年金の仕組みにはなっていない。

表 5-2-18 年金制度

名称	公務員年金制度	従業員積立基金制度 (EPF)
根拠法	年金法 (Pension ACT 1980)	従業員積立基金法 (Employees Provident Fund ACT 1991)
制度体系	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 (省庁間で転職・転属があった場合は勤続月数が加算。制度をまたいで転職した場合は、各年金制度から給付)。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る。	1951年設立。すべての使用者にEPFへの登録・拠出を義務づけられており、約50万社が登録。公務員であっても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)。
運営主体	マレーシア人事院	マレーシア財務省所管のKWSP基金
被保険者資格	公務員	民間使用者・被用者。自営業者、公務員、主婦、外国人労働者等も任意で加入可
年金受給要件	支給開始年齢	60歳
	最低加入期間	常勤の被用者として3年 (例外あり)
	その他	—
給付水準	支給月額 [勤続月数 × 最終給与 × 1/600] で算定。 老齢年金には退職金、残余有給休暇の買取り、医療給付を含む。算定にあたっては、①最終給与の3/5を超えないこと、②勤続月数は最大360ヶ月 (30年) で計算すること。25年以上勤続した者に対しては月額720リンギ (注: 貧困ライン) の年金が保証される。 現役公務員は公立医療機関における診療 (入院等を除く) 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他、入院費補助が出る (医療給付)。	任意 (退職時や就労不能になった場合)。 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。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出すことが可能。また、残高の一部は加入者自身による資金運用も可能。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ができるほか50歳到達時にも引出すことができる。 なお、任意でEPFに加入している外国人労働者 (約24万人) は、帰国時に貯蓄残高の全額を引出すことが可能。
	繰上 (早期) 支給制度	あり (定年前退職時で条件を満たした場合に限る)
年金受給中の就労	可能	可能 (本制度はあくまでも積立基金)

中国

韓国

インドネシア

マレーシア
(社会保障施策)

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

中国	財源	個人負担なし	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（2012年は6.15%）が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る。年齢による拠出額の区分について、2013年7月に最低退職年齢を55歳から60歳に引上げる法律が施行されたことに伴い改正が行われ、以下のとおりとなっている。 ① 60歳未満、月収5000リンギ未満の場合 使用者：月収の13%、被雇用者：月収の11% ② 60歳未満、月収5000リンギ超の場合 使用者：月収の12%、被雇用者：月収の11% ③ 60歳以上、月収5000リンギ未満の場合 使用者：月収の6.5%、被雇用者：5.5% ④ 60歳以上、月収5000リンギ超の場合 使用者：月収の6%、被雇用者：5.5% ⑤ 自営業者等の場合 政府：拠出額の5%相当額（年間最大60リンギ）、本人：任意の額（50リンギ～） ⑥ 外国人労働者の場合 使用者：月額5リンギ、被雇用者：月収の11% 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。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、また被用者はEPF拠出と生命保険料とを併せた最大6,000リンギまでが税控除の対象になる。
		保険料	
韓国	財源	国庫負担	連邦政府：職員給与の5%、州政府等：職員給与の17.5% ※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。
		障害年金	あり（障害の程度に応じて、最終給与の1/8～1/2）
インドネシア	その他の給付（障害、遺族等）	遺族年金	あり（加入者の被扶養者の人数等の条件に応じて、最終給与の1/24～1/4）
		受給者数	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）（2012年2月時点）
マレーシア（社会保障施策）	実績	支給総額	114億リンギ（約3,500億円）（2011年）
		基金運用状況	不明
ミャンマー	実績	投資資産	6,365.3億リンギ（2014年末時点）
		投資利益率（ROI）	7.25%
フィリピン	実績	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。投資対象には法令（EPF法26条～26条のC）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、英国や豪州の不動産などにも投資をしている。	
		投資資産の内訳は以下のとおり。（2014年）	
シンガポール	タイ	マレーシア政府関連証券（MGS）	1,641.6億リンギ（ROI 4.28%）
		貸付金・公債	1,599億リンギ（5.13%）
タイ	タイ	株式	2,696.3億リンギ（ROI 11.29%）
		金融市場	236.7億リンギ（ROI 3.04%）
タイ	タイ	不動産	191.8億リンギ（ROI 8.92%）
		インフラ	191.8億リンギ（ROI 8.92%）

□ 退職年齢引上げの影響

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、2013年7月に施行された。一方、公務員の定年は先立って、2008年に58歳、2012年に60歳に引上げられている。

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で大きく差があり、アクティブな加入者では約15万リンギであるのに対し、非アクティブな加入者では約2.3万リンギである。政府は、退職後亡くなるまで月700リンギ程度

を生活費として使えるよう、55歳までに少なくとも12万リンギを貯蓄するよう促している。

以前、55歳到達時に一括払いにより残高を引出し、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。）が指摘され、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）等を行ったが、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かった。民間企業における退職年齢の引上げに併せた受給開始年齢引上げ

について現在、政府において検討中である。

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リンギ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 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、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（2012年時点）。

(2) 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。日本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い。公立の医

療機関については、医療料金法（Fee Act）に基づいて診療費を設定しており、例えば、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察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たり、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。

なお、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年であるが、2014年3月に保

表 5-2-19 費用の比較（2015年時点）

	公立医療機関	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 (外国人の場合は15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) (外国人の場合は初診・再診ともに60リンギ)	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 (1~4人部屋*)： 一般…室料 40 (4人部屋) ~80 (1人部屋) リンギ/日+診療費 10リンギ 公務員…室料 6 (4人部屋) ~10 (1人部屋) リンギ/日+診療費無料 (外国人の場合は、80 (4人部屋) ~160 (1人部屋) リンギ/日) ※場合によって5人部屋 2等病床 (6人部屋)： 一般…室料 30リンギ/日+診療費 5リンギ 公務員…室料 3リンギ/日+診療費無料 (外国人の場合は、60リンギ/日) 3等病床 (8人部屋)： 一般…室料 3リンギ+診療費無料 公務員…室料・診療費無料 (外国人の場合は、40リンギ/日)	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リンギのところもあれば、数千リンギのところもある。)

■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。

中国

韓国

インドネシア

(社会保障施策)
マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

健省から民間医療施設・サービス規則に基づく料金上限表を補完する形で関係機関へ14.4%増の料金規定改定を行う予定である旨通知された。なお、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。

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。

□ 医療費

2000年代に入り医療費が急増(10年間で3倍増)し、2015年に公表された保健省のデータによれば、2013年の総医療費は447億4,800万リンギ(対GDP比4.53%)であった。この内、総額に占める民間病院の医療費は、51.96%である。また、財務省のデータによれば、2015年の保健省のマレーシア政府予算に占める比率は、8.51%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(1,363万人)の約15%を占める非熟練外国人労働者(約225万人、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る(2013年時点。))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、2015年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。

(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(2015年時点)。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) 現状

イ 人口動態

2014年における総人口は約3,009.8万人であり、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25.7%、15~64歳が68.7%、65歳以上が5.6%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。平均寿命は男性72.5歳、女性77.2歳。

□ 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。乳児死亡率(対1,000出生)は6.2¹⁾、5歳未満児死亡率(対1,000出生)は7.6²⁾、妊産婦死亡率(対10万出生)は25²⁾である(1):2014年、(2):2013年)。

ハ 疾病・感染症の動向

近年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、死因の上位(2014年)は、循環器系疾患(27.5%)、悪性新生物(25.5%)、呼吸器疾患(13.2%)、特定感染症(11.1%)、泌尿器系(4.99%)、消化器系疾患(4.37%)であった。

(イ) 感染症

表 5-2-20 主要な感染症の罹患率

(10万対、2014年)	
デング熱	357.49
手足口病	104.07
結核	82.10
(食中毒)	58.65
レプトスピラ症	25.94
マラリア	13.03
B型肝炎	12.94
HIV	69
C型肝炎	7.30

出典：Health Facts 2015（保健省）

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が、2014年はデング熱の罹患率が増加し、10万人近い感染例が報告されている。また、近年、死亡例は年間70～130例であったが2014年は200例近い死亡例が報告されている。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、マレーシア国民での発症は報告されていないが、H7N9亜型の鳥インフルエンザに罹患した旅行者がマレーシア国内で発症した例が1例報告されている。

なお、先進国と同様の予防接種制度が確立しており、2014年の主なワクチンの接種について、BCGワクチンの接種率は、98.63%、DTP-Hib混合ワクチンの接種率（三回目）は96.77%、B型肝炎ワクチンの接種率（三回目）は96.29%、麻疹・風疹・おたふく風邪混合ワクチンの接種率（1～2歳）は92.06%、13歳児の子宮頸がんワクチンの接種率（3回目）は84.44%であった。

(ロ) 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。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。

(ハ) 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、2012年には54万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、2008年から2010年までで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、これに従い各州に少なくとも1か所の精神保健センターの設置を進めている。

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倍増する方針である。

(2) 医療提供体制

イ 公的医療機関と民間医療機関

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

中国

韓国

インドネシア

マレーシア
(社会保障施策)

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

(社会保障施策)
マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

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、駐在また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（2014年末時点で307か所に設置、その他、バスまたはボートによるモバイルクリニックもある。）。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、サンウェイ ホスピタル、パークウェイ・パンタイ・グループなどが新規の病院建設を進めている。

□ 専門施設

数は未だ少ないものの、2014年12月末時点で民間の施設としてホスピス（4か所、38床）、高齢者医療施設（19か所、513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、透析患者数の急増を背景に透析センターも増えている（民間336か所、病院・診療所内に設置されているものを含む。）。

表 5-2-21 医療機関の数（2014年12月末日時点）

保健省管轄の病院	142か所（40,260床）
政府系病院（保健省管轄を除く）	8か所（3,562床）
診療所（地域診療所、母子保健診療所を含む）	2,871か所
その他診療所（1マレーシア診療所等）	316
歯科診療所（診療所、院内歯科等を含み、学校歯科及び移動歯科診療を除く。）	710か所
民間病院	184か所（13,038床）
民間診療所	6,978か所
民間歯科診療所	1,758か所

出典：Health Facts 2015（保健省）

ハ 医療従事者

2014年12月末時点で、医師数の人口比は1:661だが、地域差が大きい。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（Malaysian Medical Council）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。公立病院勤務の後には、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。）

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 5-2-22 医療従事者の数（2014年12月末時点）

	所属機関別従事者数	人口比
医師	45,565*人（政府系：33,275人（保健省）／不明（保健省以外）、民間：12,290人） ※第11次マレーシア計画では、51,835人という数値が示されているが、保健省管轄医療機関以外の政府系医師が含まれているものと推察される。	1:661
歯科医師	5,888人（政府系：3,229人（保健省）／534人（保健省以外）、民間：2,125人）	1:5,112
医療助手	12,294人（政府系：11,305人（保健省）／470人（保健省以外）、民間：998人）	1:2,356
看護師	92,681人（政府系：59,364人（保健省）／4,984人（保健省以外）、民間28,333人）	1:325
薬剤師	12,294人（政府系：6,819人（保健省）／298人（保健省以外）、民間：5,177人）	1:2,448

出典：Health Facts 2015（保健省）

(3) 薬事制度

イ 医薬品

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が、薬剤師の裁量は広く、日本では処方箋が必要な医薬品に分類されるものでも薬剤師の裁量で販売することもある。（処方箋が必要な医薬品を無断で販売した場合、罰則が科される。）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処方を一般名で記載。）に記載された医薬品のみが使用されている（例外あり）。個々の医薬品については、保健省の薬事規制局（National Pharmaceutical Control Bureau（NPCB））の承認を得る必要がある。申請の流れとしては、企業からのアプリケーション（申請資料含む）、NPCB内の評価、保健省及びNPCBのハイランク並びに有識者から構成される薬事規制諮問委員会（Drug Control Authority（DCA））の最終評価という流れになる。DCAの評価に不服がある場合、不服の申し立ても認められている。

ロ 輸血用血液製剤

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（2014年時点で4か所）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。

ハ 化粧品

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。

【参考】医薬品におけるハラル認証について

近年、サプリメント、化粧品及び一般用医薬品一部において、ハラル認証を取得する企業もいる。ただし、ハラル認証はNPCBの製品登録と別になされているものであり、マレーシアにおいて医薬品等を流通させるために必須でない。あくまでも任意のものである。

さらに、イスラム法においては命の保護を最優先としているため、選択がない場合においてはノンハラルのものを活用することを否定していないため、医療用医薬品のような選択が限られているものについてはハラル表示が推奨されていない。

ニ 医療機器

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（GHIF）文書に沿った規制が行われている（医療機器法については、2015年7月1日までに完全施行し、マレーシア医療機器庁が承認し、製品登録したものでなければ流通できないことになっていたが、延期し、現在登録申請をしている製品については、流通を継続してもよいことになった。）。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア
（社会保障施策）

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

(社会保障施策)
マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

【参考】 マレーシアのヘルスケア産業

保健省及び首相府（経済企画院（ETP）及び業績管理局（PEMANDU）が連携して、海外投資の呼び込みを積極的に行っている。一人当たりGNI 12,000米ドル超を達成すること及び2020年までに高所得国入りをするを目的とした経済変革プログラム（ETP）の中では、12の経済重点分野（NKEA）が指定され、ヘルスケア分野も含まれている。

2020年までに350億リンギのGNI成長を達成するため、政府として種々のプロジェクトを認定している（EPP）。

No.	内容
EPP #1	外国人労働者の医療保険加入 2011年4月より年額RM120の保険加入を義務づけ
EPP #2	国内での臨床試験の実施 2011年に321件実施27の中核施設、13のCRO
EPP #3	後発医薬品の輸出 外資メーカー製品のローカルメーカーによる製造受託
EPP #4	ヘルスケア・トラベル
EPP #5	画像診断の外注受託 遠隔画像診断のネットワーク（DSN）を構築すべく、 外資医療機器メーカーと政府が組んでパイロット実施中
EPP #6	ヘルス・メトロポリスの建設 マラヤ大を中心に医療・生命科学の研究・教育拠点を 2016年までに設置
EPP #7	検査薬の振興 主に感染症の検査薬の製造・輸出に注力
EPP #8	単回使用製品の受託製造 カテーテル、創傷被覆材、大型機器の使い捨て部品など
EPP #9	高付加価値機器の受託製造
EPP #10	医療機器輸出促進 特に整形外科関係機器
EPP #11	大型機器のサプライ・チェーンへの参画 多国籍企業からのアセンブリ工程受託など
EPP #12	医療機器の組立・改装 外資メーカー製品のローカルメーカーによる製造受託
EPP #13	医療関連器具産業の振興 医療用のベッド等の関連の産業を支援
EPP #14	腎臓関連の医療機器製品
EPP #15	高齢者向けモバイルケアサービス
EPP #16	高齢者施設
EPP #17	リタイアメントビレッジ アクティブライフを望む高齢者のケアサービス付き総合住宅（主に富裕層向け）

プロジェクトの認定を受けた場合は、許認可における迅速審査、税制優遇の恩恵を受ける。なおプロジェクトの認定如何によらず、マレーシアへの製造所の建設、高度技術施設の導入など、一定の要件を満たす場合には、所得税控除（最大5年間）、投資間接税控除（最大5年間）などの恩恵もある。

(4) 食品衛生

主に食品法（Food Act 1983）及び食品法に基づく食品規則（Food Regulation 1985）に基づいて規制される。また、細則については様々なガイドラインに規定されている。（保健省の食品安全品質局（FOOD SAFETY AND QUALITY DIVISION）が担当している。）残留農薬基準等多くの食品規格は、WHO及びFAOの合同委員会であるコーデックス委員会が策定するものを準用している。レストランを始めとする飲食店等については原則として、保健省への登録を要する。また、加工食品については成分表示の義務が課されており、特に日本から輸出する製品については、名称、成分、商品量、製造業者名・住所、輸入者名、生産国、賞味期限及び栄養成分について、英語またはマレー語で表示する義務が課され、一回目の輸出については、日本語表記の包装に成分表示ラベルの貼付でよいものの二回目以降の輸出については原則として包装を現地語表記にする必要がある。

(5) その他

(イ) 喫煙

毎年10万人が喫煙に関する疾患が理由で死亡しているとされており、WHOのたばこ規制枠組条約に基づき、2015年8月から全国のエアコン付き飲食施設、一般の公園、国立公園での喫煙を全面的に禁止した。

(ロ) 違法薬物

2011年に報告された薬物中毒者は約2.2万人（うち4割が再使用）で、約8割がマレー系であった。原因薬物はオピオイド系麻薬で8割を占め、覚せい剤（23%）、大麻（10%）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（12施設）での治療、麻薬中毒リハビリテーションセンター（PUSPEN CCRC、19施設）、治療・ケア・サービス・センター（CCSC、59施設）、地域入居施設（CCH）、治療・ケア・職業訓練施設等での再使用防止、リハビリテーション、生活支援などが行われている。なお、マレーシアでは2006年よりNPOなどを通じてハーム・リダクション（注射針・シリンジの供与）²が行われている。

■2) 薬物使用者が注射器や張り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。

4 社会福祉施策

(1) 概要

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・地域開発省の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。この他、保健省では、高齢者保健の他、精神衛生に関する施策を行っている。

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、対象者の稼得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。

なお、看護師については国家資格化されており、介護の分野での活躍も期待されているが、介護福祉士等については、国家資格化されていない。

(2) 公的扶助制度

2009年時点で国内約600万世帯のうち約23万世帯(3.8%)が貧困世帯とされていたが、2012年には1.7%、2014年には0.6%まで減少した。貧困線は半島マレーシアで930リンギ、ボルネオ島サバ州で1,170リンギ、同サラワク州で990リンギとされている(2015年時点)。(なお、マレーシアの平均の世帯人員は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・地域開発省の社会福祉局が、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、コンサルテーション、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。また、月収2,500リンギ以下の世帯に対する住宅提供(賃貸・販売)プログラムであるPeople's Housing Programが、都市福祉・住宅・地方自治省(Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)によって、e-Kasih登録の世帯に対する住宅提供(財政支援)プログラムであるHousing Assistance Programmeが地方・地方開発省(Ministry of Rural and Regional Development)によって、都市部に居住する中所得層(月収2,500リンギ~10,000リンギ)向けの住宅を100,000リンギ~400,000リンギで販売するプログラムで(Perumahan Rakyat 1 Malaysia (PRIMA))プログラムがPRIMA公社によってなされるなど、中低所得者のための政策も実施されている。

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、対象者の稼得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、マレーシアにおけるジニ係数は、0.401であり(2014年)、第11次マレーシア計画においては、2020年までに0.385に改善することを目標としている。

(3) 高齢者福祉施策

65歳以上人口は約169.9万人(2014年)³で、総人口の5.6%を占める。また、60歳以上の人口について、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。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、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

■3) Health Facts 2015 (保健省)

中国

韓国

インドネシア

(社会保障施策)
マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

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リンギの高齢者手当が支給されている（2015年時点）（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リンギを下回る場合は、月額300リンギの介護手当が支給されている（2015年時点）（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相応にあるが、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（2014年時点）。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で、サービス内容、費用等は様々である。なお、ケアセンター施設については、主に、社会福祉局の所管するケアセンター法に基づき登録されるケアセンターと保健省の所管する民間医療施設・サービス法に基づき登録されるナーシングホームがある。前者については、社会福祉局長の登録許可を要するが、どのような施設までが登録対象になるか不明確な部分もあり、国内の民間施設には登録を受けずに運営しているものある模様。後者については民間医療施設・サービス法に基づいて運営されているが、現在政府において検討中の高齢者保健に関する新法に基づいて運営されるとの情報もある。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（アクティブセンター）（全国22か所（2014年時点）、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) 障害者福祉施策

2008年に国連障害者権利条約に署名し、同年、マレーシアで初の障害者に係る包括的な法律である2008年障害者法が制定された。同法に基づき、障害者施策の立案、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記述する「障害者政策」及び「障害者計画」が策定された。なお、障害者登録数は約49.4万人（2013年末時点）である。

なお、障害者福祉分野では、古くから日本の支援・援助が行われており、例えば、マレーシアで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）、障害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障害者の社会参加プロジェクト（2005～2015））、政府機関やエア・アジア航空等で取り入れられている障害平等研修の指導者育成（同上）などが行われてきた。

表 5-2-23 登録された障害者の障害別内訳
（2013年末時点）

視覚障害	46,307人
聴覚障害	58,706人
身体障害	162,215人
知的障害	178,800人
言語障害	3,677人
精神障害	19,914人
重複障害	24,455人

出典：社会福祉省

イ 経済的支援

障害者の自立に向けた就労を支援するため、月収1,200リンギ以下の雇用されている障害者に対して、月額300

リンギの障害者就労手当が支給されている(2015年時点)(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害者は、2,700リンギの開業資金補助が受けられる。このほか、低所得の障害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歳までの障害者に対する手当(月額150リンギ)、慢性疾患を有する障害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(2015年時点)。

障害者を雇用する雇用主に対しては、障害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。

ロ 施設サービス

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(2015年時点)。

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、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

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
- ・ 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)の一般手当のほか、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(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)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リンギの開業資金補助が支給される(2015年時点)。

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

中国

韓国

インドネシア

マレーシア
(社会保障施策)

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

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（2012年時点）。

韓国

□ 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（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）の里親手当が支給されている（2015年時点）。

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（2015年時点）。

インドネシア

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（2015年時点）。

マレーシア
（社会保障施策）

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（2015年時点）。

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

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.....

(1) 物品・サービス税（GST）の導入

2015年4月1日より、物品・サービス税（Goods and Tax: GST）が導入され、GST徴収を登録した者は、GSTを請求することが求められることになった。ヘルスケアサービスについては、公立病院における医療サービスには、税が課されないものの民間病院のサービスについては、医療スタッフ（従業員）がサービス提供を行う場合と院長等経営者（GST登録者）自らがサービスを提供する場合で、運用が異なる。また、医薬品については、原則課税対象であるが、National Essential Drugsとしてマレーシア関税局に認めれたものは税が課されない。

(2) アジア太平洋雇用促進・ジョブコーチセミナーの初開催

2015年5月には、女性・家族・地域開発省主催（アジア太平洋経済社会委員会（UN ESCAP）及び国際協力機構（JICA）の共催）により、第1回アジア太平洋雇用促進・ジョブコーチセミナーが開催され、アジア太平洋地域における障がい者の雇用を永続的に維持するため、ジョブコーチ制度に対する共通の理解が促された。

<参考>

○ マレーシアの基礎データ

総人口（2014）	3,009.8万人 ²⁾ （世界銀行2,990万人 ³⁾ ）
65歳以上の人口割合（2014）	5.6% ²⁾ （世界銀行5.64% ³⁾ ）
労働力人口（2015）	1,429万人 ¹⁾
総医療費（2013）	447億4,800万リンギ ²⁾ （GDPの4.53% （世界銀行4.03% ³⁾ ）
一人当たり国民総所得（2014）	10,760米ドル ³⁾
一人当たり収入月額（2014）	平均値 2,231リンギ（約6.22万円） ¹⁾ （マレー系：2,286、中華系：2,675、 インド系：2,240） 中間値 1,575リンギ（約4.39万円） ¹⁾ （マレー系：1,725、中華系：2,000、 インド系：1,600）

出典：1) マレーシア政府統計局、2) マレーシア保健省、3) 世界銀行