

**マレーシア
高齢化に係る情報収集・確認調査
最終報告書**

平成 26 年 2 月
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社

人間
JR
14-012

目次

1. 高齢化の現状	1
1.1. 高齢化対策の必要性の背景	1
(1) 少子高齢化	1
(2) 核家族化	3
(3) 女性の社会進出	4
1.2. 高齢者関連基本指標	5
(1) 経済状態	5
(2) 健康	13
(3) 就業	13
(4) 生活環境	14
(5) 社会参加状況	15
1.3. 要介護高齢者の現状	15
(1) 寝たきり、認知症の高齢者の状況	15
(2) 介護サービスの利用状況	16
(3) 在宅高齢者について介護者の状況	16
2. 政府による高齢化対策の状況	19
2.1. 国家政策・計画における高齢化政策・計画（Policy Framework for Aging Society） 19	
(1) 第10次マレーシア計画（10th Malaysia Plan : 10MP）	20
(2) 国家高齢者政策（National Policy for the Elderly）	24
(3) 国家高齢者行動計画（National Action and Plan for Elderly / Dasar Dan Pelan tindakan Warga Emas Negara）	26
(4) 国家高齢者保健政策（National Health Policy for Older Person）	27
(5) マレーシアブルーオーシャン戦略（Malaysia National Blue Ocean Strategy : MNBOS または NBOS）	29
(6) 1 Malaysian Family Care（1MFC）	29
2.2. 国家政策・計画における高齢化政策・計画における現状と課題	30
2.3. 高齢化行政の枠組み	31
(1) 介護・介護予防 / 医療 / 所得 / 生活環境（住宅保障、インフラ整備等）	31
2.4. 高齢化関連の主な省庁等	33
(1) 女性・家族・コミュニティ開発省（Ministry of Women, Family & Community Development : MWFCD / Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat : KPWKM）	33
(2) 国家高齢者諮問評議会（National Advisory and Consultative Council for Older Persons : NACCO）	41
(3) 保健省（Ministry of Health : MOH / Kementerian Kesihatan Malaysia : KKM）	43
(4) 首相府	47
(5) 人的資源省（Ministry of Human Resource : MOHR）	51
(6) 財務省（Ministry of Finance）	53
(7) 住宅・地方政府省（Ministry of Housing and Local Government）	54
(8) 運輸省（Ministry of Transport）	57
(9) 省庁間の調整	58
(10) 地方自治体レベルでの高齢者関連組織	59
3. 介護・介護予防関連の取組	62
3.1. 概要	62

3.2. 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）	62
(1) 主な関係機関の役割・機能	62
(2) 公的機関と企業・NGO等の民間部門との役割分担	70
3.3. 主なサービス・支援	71
(1) 施設サービス	71
(2) 居宅サービス	89
(3) 介護人材の育成・確保	100
(4) 社会参加・生きがいづくり支援	100
(5) 互助による介護・介護予防	108
3.4. 主な課題	108
(1) 施設サービスの包括的な規定に向けた高齢者ケアレベル・サービス水準の設定	108
(2) 要介護者を対象としたHHSの充実	109
(3) PAWEの利用促進、サービス提供の入口としての活用	109
(4) 介護人材の育成・確保	110
4. 社会保障制度	111
4.1. 医療	111
(1) 概要	111
(2) 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）	112
(3) 主なサービス・支援	116
(4) 主な課題	119
4.2. 所得保障	122
(1) 概要	122
(2) 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）	123
(3) 主な取組	125
(4) 主な課題	138
5. 生活環境関連の取組	139
5.1. 概要	139
5.2. 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）	140
(1) 主な関係機関の役割・機能	140
(2) 公的機関と企業・NGO等の民間部門との役割分担	142
5.3. 主なサービス・支援	143
(1) マレーシア計画	143
(2) 国家住宅政策	145
(3) 公共住宅（賃貸・販売）	146
(4) 最貧困層向け賃貸補助金制度	149
(5) 各省庁からの住宅建設費・補修費の補助	149
(6) 地方政府による低所得者向け住宅確保のための民間企業に対する規制	150
(7) 退職者村（高齢者向け住宅ビジネス）	150
(8) 公共施設のユニバーサルデザインに関するガイドライン	151
(9) 交通機関のユニバーサルアクセス化	162
(10) 観光施設におけるユニバーサルデザイン	164
5.4. 主な課題	165
(1) 様々な省庁が住宅政策を展開しており一元的となっていない	165
(2) 住宅・地方政府省が供給する住宅には「KPKT」と明示されておりスティグマとなっている	165

(3) ユニバーサルデザイン政策の実施が不十分であること	165
6. その他高齢者関連対策.....	167
6.1. 概要.....	167
6.2. E-Kasih.....	167
(1) データベース概要.....	167
(2) 経緯.....	168
(3) データベースの活用範囲.....	168
(4) E-Kasih 導入の成果.....	170
(5) 今後の取り組み.....	172
6.3. 徴税システム.....	173
(1) マレーシア内国歳入庁.....	173
(2) 納税義務のある雇用者の責任.....	173
(3) 被用者個人所得税.....	174
6.4. 住民登録制度・選挙人登録・国勢調査.....	174
(1) 住民登録制度.....	174
(2) 選挙人登録制度.....	176
(3) 国勢調査.....	177
6.5. 食料や燃料等の他の補助金給付の状況.....	178
(1) フードバスケットと食料支援プログラム.....	178
7. マレーシアの高齢化分析及び我が国協力の方向性等に係る提言.....	180
7.1. マレーシアにおける高齢化対策の現状と課題.....	180
(1) 高齢化社会に向けた政策枠組み（Policy framework for Aging Society）.....	180
(2) 限定的な社会保障制度の整備状況を前提とした高齢者ケアシステムの構築.....	181
(3) 地域を基盤とした高齢者サービスの開発の現状と課題.....	181
(4) 入所施設整備の現状と課題.....	182
(5) 高齢化対策における課題.....	183
7.2. 日本の協力の可能性.....	184
(1) 社会保障制度に関する協力の可能性.....	184
(2) 高齢者に関する施策の基礎情報基盤の整備.....	185
(3) 自立高齢者施策に関する協力の可能性.....	186
(4) 地域を基盤とした高齢者サービスの展開に関する協力の可能性.....	186
(5) 介護サービスの質の向上の観点からみた協力の可能性.....	188

図表目次

図 1-1 年齢別人口予測と人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合（2010-2040 年）.....	2
図 1-2 労働参加率の推移（1990-2012 年）.....	4
図 1-3 労働力人口の推移（1982-2012 年）（単位：1,000 人）.....	5
図 1-4 個人所得がある高齢者の割合（2009 年）.....	6
図 1-5 男性の所得構造（単位：％）（2009 年）.....	6
図 1-6 女性の所得構造（単位：％）（2009 年）.....	7
図 1-7 国民貯蓄率（Gross Domestic Saving、GDP 比）推移.....	12
図 1-8 従属人口割合の予測（2010-2040 年）.....	14
図 2-1 マレーシアにおける高齢者政策の枠組み.....	20

図 2-2 マレーシアにおける高齢者行政の関係図（社会福祉サービス面）	32
図 2-3 マレーシアにおける高齢者行政の関係図（保健医療サービス面）	33
図 2-4 高齢者家族課体制図	40
図 2-5 国家高齢者政策及び国家高齢者行動計画の実施のための組織図	42
図 3-1 施設サービスの概要	72
図 3-2 訪問系・通所系の居宅サービス・社会参加生きがいつくり支援の概要	89
図 4-1 マレーシア医療保障制度概要	111
図 4-2 GDP に占める保健支出（Public Health Expenditure）比率の推移	119
図 4-3 公的部門／民間部門別の医療支出額比率（対 GDP 比）	120
図 4-4 連邦政府の保健分野における支出額及び歳出に占める比率	120
図 4-5 マレーシアの所得保障制度概要	123
図 4-6 JPA 拠出額と給付額の推移	127
図 4-7 EPF の配当率推移	132
図 4-8 EPF の年間引出額（メンバーによる投資目的の引出を除く）（単位：百万 MYR）	133
図 4-9 EPF 医療目的による引出額（単位：百万 MYR）	134
図 4-10 EPF の機能別運用拠点数	134
図 5-1 低所得者向け住宅政策概要	140
図 5-2 第 9 次マレーシア計画において建設された負担可能な住宅数	144
図 5-3 ユニバーサルデザイン政策概要	152
図 5-4 障害者用駐車スペースを示す標識	157
図 5-5 車いすおよび障害者の国際シンボルマーク	160
図 6-1 2015 年までの E-Kasih の予測	172
図 6-2 フードバスケットの流れ	178
表 1-1 エスニックグループ別高齢化率（2009 年）	2
表 1-2 高齢者に占める女性の割合（2009 年）	3
表 1-3 高齢者を含む世帯の構造（2009 年）	3
表 1-4 移転所得の割合（2009 年）	7
表 1-5 世帯構造別高齢者の平均所得	8
表 1-6 世帯構成別貧困率（単位：％）（2009 年）	8
表 1-7 高齢者を含む世帯の貧困率（地域、居住地域、エスニックグループ別）（2009 年）	9
表 1-8 年齢別貧困率（単位：％）（2009 年）	10
表 1-9 世帯主年齢別・居住地域別世帯支出構造（2009-2010 年）	11
表 1-10 年齢別労働参加率（2008-2012 年）（単位：％）	13
表 1-11 エスニックグループ別ヘルスケアサービス・施設利用状況（2008 年）（単位：％）	16
表 1-12 介護提供者（2008 年）（単位：％）	17
表 1-13 介護提供者と想定する相手（2005 年）	18
表 2-1 国家重要達成分野（NKRAAs）	23
表 2-2 国家高齢者行動計画（DWEN）の概要	26
表 2-3 高齢者に関連する省庁と役割分担	32
表 2-4 女性・家族・コミュニティ開発省の支出と開発支出（単位：百万 MYR）	35
表 2-5 女性・家族・コミュニティ開発省の運営支出及び開発支出（単位：百万 MYR）	37

表 2-6 社会福祉局 (JKM) の予算 (単位: MYR)	38
表 2-7 社会保護サービス関連の支出 (単位: MYR)	38
表 2-8 高齢者家族課及び障害者開発課の予算 (2010-2013 年) (単位: MYR) ...	39
表 2-9 高齢者家族課及び障害者開発課のスタッフ数 (2011-2013 年) (単位: 人)	39
表 2-10 高齢者技術委員会の小委員会一覧.....	41
表 2-11 保健省の運営支出及び開発関連支出 (単位: 百万 MYR)	47
表 2-12 家族保健開発課の予算 (単位: MYR)	47
表 2-13 家族保健開発課のスタッフ数 (単位: 人)	47
表 2-14 ICU の予算とプロジェクトの予算、及びスタッフ数 (単位: MYR)	51
表 2-15 住宅・地方政府省の運営支出及び開発関連支出 (単位: 百万 MYR)	56
表 2-16 スタッフ数と調査開発部の予算 (単位: MYR、人)	57
表 2-17 運輸省の運営支出と開発関連支出 (単位: 百万 MYR)	58
表 2-18 研究開発ユニットの支出とスタッフ数 (単位: MYR、人)	58
表 3-1 CWC による活動プログラム (2011 年)	70
表 3-2 各 RSK の入所者数の推移 (2006-2012)	74
表 3-3 各 RE の入所者数の推移 (200-2012)	75
表 3-4 NGO に対する助成金 (2010 年)	90
表 3-5 訪問介護サービス (HHS) を提供している NGO	91
表 3-6 訪問介護サービス (HHS) の目標.....	93
表 3-7 各 NGO がガイドラインを満たした場合のボランティア数・利用者数	93
表 3-8 高齢者活動センター (PAWE) 一覧.....	103
表 4-1 MOH の第 10 期国家保健計画 (2011 年-2015 年) における主要方針	113
表 4-2 マレーシアの医療機関の特徴	113
表 4-3 マレーシアの公的医療機関.....	114
表 4-4 マレーシアの民間医療機関.....	114
表 4-5 入院者及び外来患者数.....	115
表 4-6 マレーシアの医療制度基本構造.....	116
表 4-7 マレーシアの主な保険関連協会.....	118
表 4-8 公的な年金及び所得保障の種類と概要.....	125
表 4-9 年金加入者及び年金受給者の内訳 (2012 年 2 月現在)	126
表 4-10 年金が支給される主な退職事由.....	127
表 4-11 GP の給付内容.....	128
表 4-12 JPA 拠出額及び給付額の内訳 (2011 年)	129
表 4-13 EPF の給付内容.....	129
表 4-14 現行の保険料納付率.....	131
表 4-15 EPF の年間納付額及び引出額の推移.....	131
表 4-16 インフォーマルセクターの加入者内訳 (2011 年)	133
表 4-17 55 歳時点の引き出し方法の推移 (%)	134
表 4-18 SOCSO の対象スキームと対象者.....	136
表 4-19 SOCSO の拠出額.....	136
表 4-20 SOCSO 加入状況の推移.....	137
表 5-1 住宅の価格リスト.....	145
表 5-2 低価格、低中価格住宅の分類.....	150
表 6-1 貧困所得ラインの推移 (単位: MYR)	169
表 6-2 2009 年の月当たりの地域別貧困ライン所得 (PLI) (単位: MYR)	169

表 6-3 E-Kasih に登録されている極貧層、貧困層の推移（2009-2012年）	170
表 6-4 E-Kasih に登録されている60歳以上の高齢者の世帯主の人口（2012年12月）	170
表 6-5 E-Kasih に登録されている60歳以上の世帯構成員（2012年12月）	171

略語表

略語	英語／マレー語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ADFM	Alzheimer's Disease Foundation Malaysia	アルツハイマー病財団
ADL	Activities of Daily Living	日常生活動作
AusAID	Australian Government Overseas Aid Program	オーストラリア国際開発局
CCT	Conditional Cash Transfer	条件付き現金給付
CWC	Central Welfare Council of Malaysia／Majlis Pusat Kebajikan Semenanjung Malaysia	マレーシア中央社会福祉協議会
DRG	Diagnosis Related Group	診断群別分類
DOS	Department of Statistics	統計局
DWEN	National Action and Plan for Elderly ／ Dasar Dan Pelan tindakan Warga Emas Negara	国家高齢者行動計画
EEP	Economic Empowerment Program	経済能力向上プログラム
E-Kasih	E-Kasih	低所得者データベース
EPF／ KWSP	Employee Provident Fund／ Kumpulan Wang Simpanan Pekerja	被用者積立基金
EPU	Economic Planning Unit	経済計画局
FDTCP	Federal Department of Town and Country Planning Peninsular Malaysia	連邦都市農村計画局
FFS	Fee For Service	出来高払い
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
GTP	Government Transformation Programme	政府変革プログラム
HHS	Home Help Service	訪問介護サービス
HMP	Housing Maintenance Programme	住宅修繕プログラム
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	手段的日常生活動作
ICT	Information and Communication Technology	情報通信技術
ICU／JPM	Implementation Coordination Unit ／Jabatan Perdana Menteri	実施調整局
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
JETRO	Japan External Trade Organization	独立行政法人日本貿易振興機構
JKM	Social Welfare Department of Malaysia	社会福祉局
JPA	Public Service Department of Malaysia／	政府人事院

	Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia	
KPI	Key Performance Indicator	重要業績評価指標
KRAs	Key Result Areas	重要達成分野
LIAM	Life Insurance Association of Malaysia / Persatuan Insurans Hayat Malaysia	マレーシア生命保険協会
IRBM	Inland Revenue Board of Malaysia	内国歳入庁
MBOSI	Malaysia Blue Ocean Strategy Institute	マレーシアブルーオーシャン戦略機関
MKRAs	Ministerial Key Result Areas	各省重要達成分野
MNBOS/NBOS	Malaysia National Blue Ocean Strategy	マレーシアブルーオーシャン戦略
MOH/KKM	Ministry of Public Health / Kementerian Kesihatan Malaysia	保健省
MOHR	Minister of Human Resource	人的資源省
MOU	Memorandum of Understanding	覚書
MS	Malaysia Standard	マレーシア規格
MWFCD/KPWKM	Ministry of Women, Family & Community Development / Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat	女性・家族・コミュニティ開発省
NACCO	National Advisory and Consultative Council for Older Persons	国家高齢者諮問評議会
NACSCOM	National Council of Senior Citizens Organizations Malaysia	マレーシア高齢者全国協議会
NCWSDM / MAKPEM	National Council of Welfare and Social Development Malaysia	全国社会福祉協議会
NEM	New Economic Model	新経済モデル
NHS	National Health Service	国民保健サービス
NIAM	National Insurance Association of Malaysia / Persatuan Insurance Kebangsaan Malaysia	全マレーシア保険協会
NKRAs	National Key Result Areas	国家重要達成分野
1 Malaysia	One Malaysia / Satu Malaysia	1 マレーシア
OFH	Old Folk's Home	高齢者の家
PAWE	Senior Citizen Activity Centre / Pusat Aktiviti Warga Emas	高齢者活動センター
PEMANDU	Performance Management and Delivery Unit	業績管理・実行局
PPR/PHP	People's Housing Programme	国民住宅プログラム
QOL	Quality of Life	生活の質
RE	Home for Chronically ill / Ehsan Home	寝たきり向け公営高齢者入所施設
RSK	Elderly Home / Seri Kenangan	自立向け公営高齢者入所

	Home	施設
RV	Retirement Village	退職者村
SOCISO/PERKESO	Social Security Organization/ Pertubuhan Keselamatan Sosial	従業員社会保険制度
SPNB	Syarikat Perumahan Negara Berhad	国家住宅社
SPP	Housing Loan Scheme	住宅ローン制度
10 MP	10th Malaysia Plan	第 10 次マレーシア計画
TWG	Technical Working Groups	技術作業部会
UBBL	Uniform Building By Laws	マレーシア住宅基準細則
UC	Universal Coverage	皆保障
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UPM	University Putra Malaysia	プトラ・マレーシア大学
UPWE	Elderly Caring Unit	移動支援サービス
USIAMAS	Golden Age Welfare Association Malaysia / Persatuan Kebajikan Usiamas Malaysia	マレーシア高齢者福祉機関
U3A	University of The Third Age	高齢者大学
Wawasan 2020	Vison 2020/Wawasan 2020	ビジョン 2020
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

1. 高齢化の現状

1.1. 高齢化対策の必要性の背景

(1) 少子高齢化

マレーシアの高齢者人口は増加傾向にある。全人口（2010年：約2,833万人）に占める高齢者人口（65歳以上の人口）の割合は、2010年で5.1%である（人口にして142.5万人）¹。また、マレーシアの平均寿命は2005年に女性76.2歳、男性71.5歳となっている²。2030年までには、60歳以上の人口が15%を占め、高齢化社会となると予測されている³。下図はマレーシア統計局による人口予測である。この予測によると、2010年には14歳以下の人口の割合は27.4%、65歳以上の人口の割合は5%であるが、2040年にはそれぞれ19.6%、11.4%になるとされ、少子高齢化が進むものと予測されている。

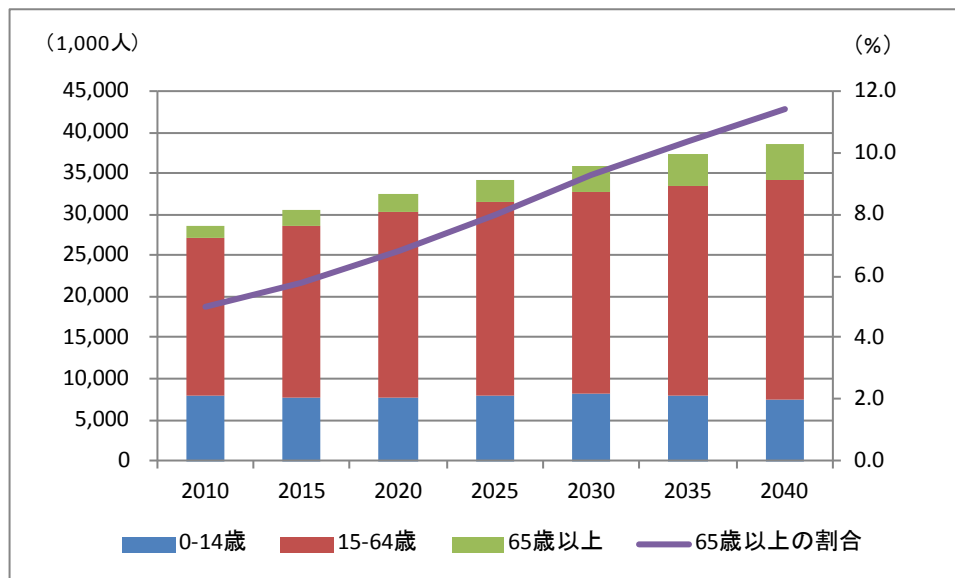
その背景は、平均寿命の増加、出生率の低下、女性の高学歴化・晩婚化・職場進出、核家族化、家族機能の役割低下等である。特に少子化は加速しており、合計特殊出生率が1960年から2005年で6.2%から2.3%に減少している⁴。従って、今後より一層の高齢者に対する援助が必要とされる。

¹ Department of Statistics, Malaysia (2010). "Population Distribution and Basic Demographic Characteristics". p.11.

² Tengku Aizan Hamid (2012). "Population Ageing: Past, Present and Future Trends," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*. University Putra Malaysia Press, p.8.

³ Suhaimi Abd Samad, Halimah Awang and Norma Mansor, University of Malaysia, "Population Ageing and Social Protection in Malaysia". p.6.

⁴ Hamid (2012). "Population Ageing: Past, Present and Future Trends". p.7.



出所 : Department of Statistics (2012), Population Projections, p.2 より作成。
http://www.statistics.gov.my/portal/download_Population/files/population_projections/Population_Projection_2010-2040.pdf (2013年10月15日アクセス)

図 1-1 年齢別人口予測と人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合 (2010-2040 年)

エスニックグループ別の高齢化率を見ると、中華系が最も高齢化が進んでおり、中華系人口の 13.7%を占めている。マレー系とインド系の高齢化率は、それぞれ 7.2%と 8.1%となっている (表 1-1)。また、高齢者のジェンダー比率を見ると、女性の割合が大きく、特に 85 歳以上になると高齢者人口の 62.7%が女性である (表 1-2)。

表 1-1 エスニックグループ別高齢化率 (2009 年)

年齢	マレー系 (人口の 69%)	中華系 (同 23%)	インド系 (同 8%)	その他 (同 1%)
0-6	13.6%	7.9%	10.0%	19.9%
7-11	11.8%	8.5%	9.6%	13.4%
12-17	16.1%	13.2%	14.5%	18.7%
18-59	51.4%	56.7%	57.9%	42.8%
60-74	5.9%	11.2%	6.5%	3.1%
75-84	1.1%	2.1%	1.2%	1.9%
85+	0.2%	0.5%	0.3%	0.3%
合計	100%	100%	100%	100%
60 歳以上	7.2%	13.7%	8.1%	5.3%

出所 : World Bank (2012), Malaysia Elderly Protection Study, p.5.

表 1-2 高齢者に占める女性の割合（2009 年）

年齢	女性
60-74	50.9%
75-84	54.7%
85+	62.7%
60 歳以上	51.9%

出所：World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.5.

(2) 核家族化

マレーシアでは、高齢者に対する世代を超えた援助、特に高齢者と共同生活を送っている家族による援助が未だ多く行われている⁵。表 1-3 は、高齢者を含む世帯の構造を示しているが、7 割以上で就労年齢の大人と同居しており、彼らが高齢者を支えている⁶。しかし、近年のマレーシアにおける家族構成の変化が高齢者に対する援助に影響を与える可能性が指摘されている⁷。マレーシアは核家族化しており、全世界帯に占める核家族世帯の割合は、1991 年から 2000 年にかけて 30.6%から 37.6%に増加している⁸。また、60 歳以上の世帯に占める核家族世帯の割合は、2008 年時点で約 40%以上である⁹。今後、核家族化が進行することにより、高齢者に対する援助は減少するとともに、子どもや親戚と離れて住むことが増えるにつれ高齢者が孤立していく状況が懸念される。

表 1-3 高齢者を含む世帯の構造（2009 年）

	高齢者 1 人	高齢者 2 人	高齢者 3 人以上	合計
高齢者のみ	6.9%	15.9%	0.7%	23.5%
高齢者と児童	0.9%	2.2%	0.1%	3.2%
高齢者と就労年齢の大人	19%	15.5%	0.8%	35.1%
高齢者と就労年齢の大人、および児童	22.7%	14.6%	0.9%	38.2%
合計	49.4%	48.1%	2.5%	100.0%

出所：World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.6.

⁵ Tengku Aizan Hamid, Husna Sulaiman and Siti Farra Zillah Abdullah (2012). "Emerging Issues and Future Challenges," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*. University Putra Malaysia Press, pp.330.

⁶ World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.6.

⁷ Hamid, Sulaiman and Abdullah (2012). "Emerging Issues and Future Challenges". p.330.

⁸ Hamid (2012). "Population Ageing: Past, Present and Future Trends". p.27.

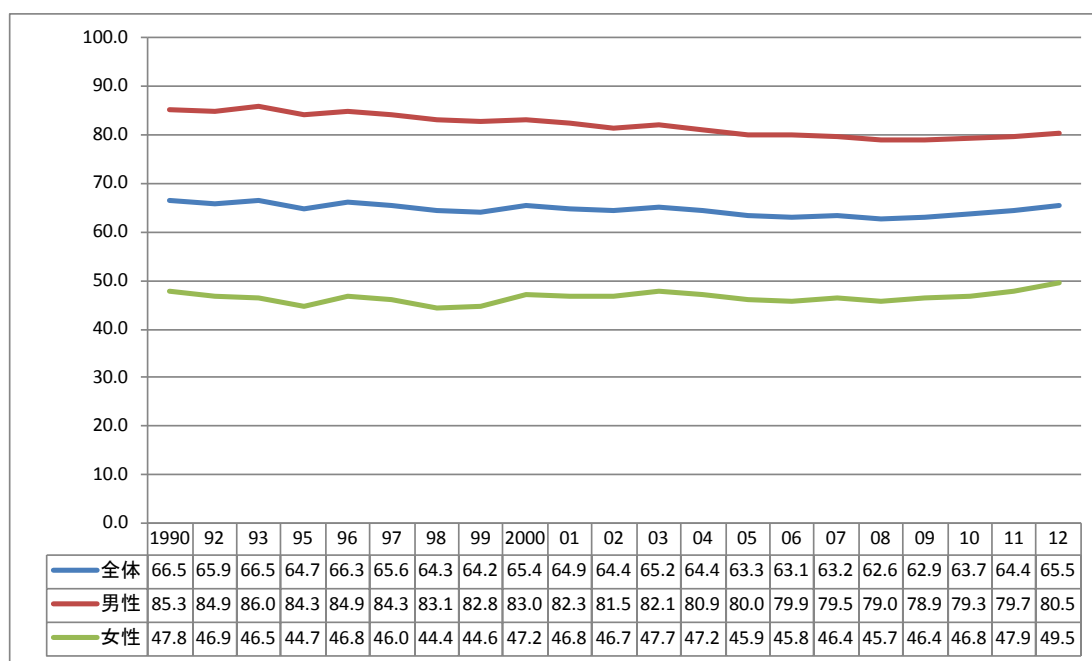
⁹ Tengku Aizan Hamid, University Putra Malaysia (2012). "Meeting the Needs of Older Malaysians: Expansion, Diversification & Multi-sector Collaboration". p.9.

(3) 女性の社会進出

60歳以上の高齢者の65%は、収入源を子供や孫、親戚に頼っている¹⁰。特にマレー系社会は家族で家を守るという意識が強く、子どもに老後を頼ることや親を尊重するという文化が根強い¹¹。しかし、工業化を進めているマレーシアでは、家族の役割が変化し、女性が外で働く機会も多くなってきている。

図 1-2 は 1990 年以降の労働参加率の推移を示している。女性の労働参加率は概ね横ばいではあるが、2012 年には過去最高の女性の労働参加率を記録している。また、図 1-3 は労働力人口の推移を示すグラフであるが、男性と女性ともに労働力人口が増加しているものの、1982 年と比較して、男性の労働力人口の増加率は 2.4 倍、女性のそれは 2.6 倍となっており、女性の社会進出が進んでいることがうかがえる。

これまで寝たきりや病弱の高齢者に対する支援という役割を担ってきた女性の社会進出が進むにつれ、家族やコミュニティによる支援だけではなく、政府や自治体による高齢者支援に対するニーズは高まっていくと思われる。

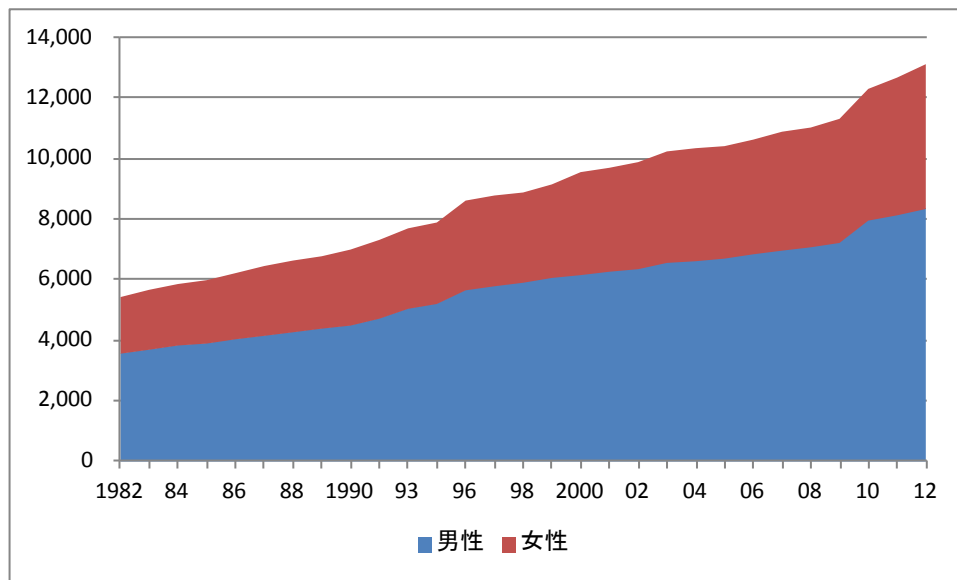


出所：Department of Statistics (2013), *Labour Force Survey Report*, p.241 より作成。
http://www.statistics.gov.my/portal/download_Labour/files/labour_force/Labour_Force_Survey_Report_Malaysia_2012.pdf (2013年10月15日アクセス)

図 1-2 労働参加率の推移 (1990-2012 年)

¹⁰ Hamid. “Meeting the Needs of Older Malaysians: Expansion, Diversification & Multi-sector Collaboration”. p.24.

¹¹ 神波幸子 (2006 年) 「マレーシアにおける高齢者福祉」『医療福祉研究』第 2 号、p.12。



出所 : Department of Statistics (2013), *Labour Force Survey Report*, p.241 より作成。
http://www.statistics.gov.my/portal/download_Labour/files/labour_force/Labour_Force_Survey_Report_Malaysia_2012.pdf (2013年10月15日アクセス)

図 1-3 労働力人口の推移 (1982-2012年) (単位 : 1,000人)

1.2. 高齢者関連基本指標

(1) 経済状態

2004-2005年に55-75歳の高齢者2,327人を対象に実施された調査によると、高齢者の収入源は、勤労所得（報酬、給料、年金等）、老後の備えや投資（被用者積立基金（Employee Provident Fund : EPF）やその他社会保険、投資利益等）、（家族や親戚からの）生活扶助の3つに分けることができる¹²。平均収入は6,610.88マレーシア・リンギット¹³（以下、MYR）であり（男性：8,783.68MYR、女性：4,229.93MYR）、収入源別では、勤労所得（6,903.32MYR）、投資利益（6,331.24MYR）、生活扶助（2,749.42MYR）である¹⁴。貧困所得（生活維持に必要な収入の最低限度）は6,348.00MYRであることに鑑みるに、マレーシアの高齢者は貧困に陥りやすいといえる¹⁵。

個人の所得がある高齢者の割合を見ると、男性は85-89歳に至るまで7割以上の方が所得源を有するのに対して、女性で所得源を有する割合は3割から4割弱に過ぎず、ジェンダー間格差が大きいことがわかる（図 1-4）

図 1-5 と図 1-6 は男性と女性の所得源の内訳を示している。60-64歳の時点で、男

¹² Jariah Masud and Sharifah Azizah Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*, University Putra Malaysia Press, p.63-65.

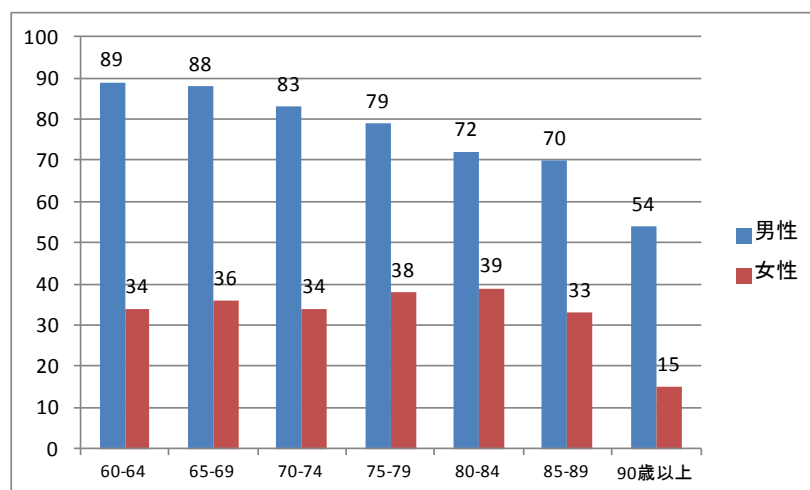
¹³ 1リンギット (MYR) = 31.759円 (JICA平成25年度1月精算レート参照)

¹⁴ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.66.

¹⁵ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.66.

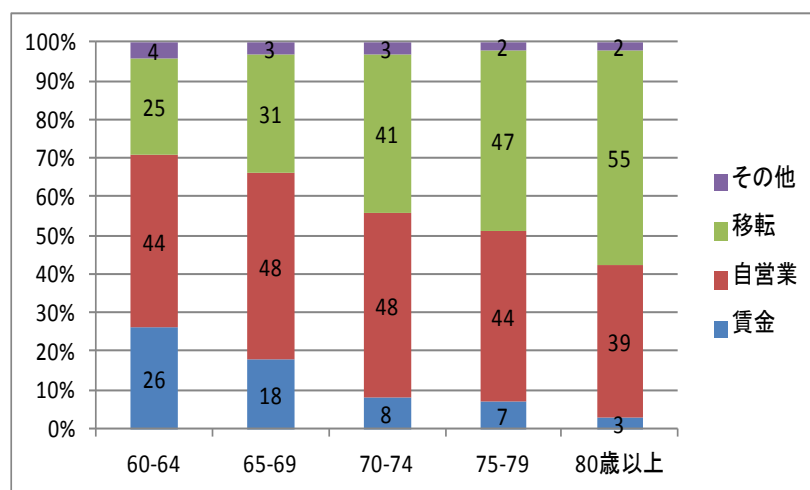
性は26%が賃金収入があり、44%が自営業から収入を得ている。他方、女性はそれぞれ13%と33%であり、勤労所得よりも移転への依存度が高い。

勤労所得の有無は重要であり、勤労所得を有する高齢者と比較し、勤労所得がない高齢者の多くが貧困に悩まされている¹⁶。勤労所得がない高齢者も、家族と共同生活を送ることによって貧困から脱することができる¹⁷。



出所 : World Bank (2012), Malaysia Elderly Protection Study, p.12.

図 1-4 個人所得がある高齢者の割合 (2009 年)

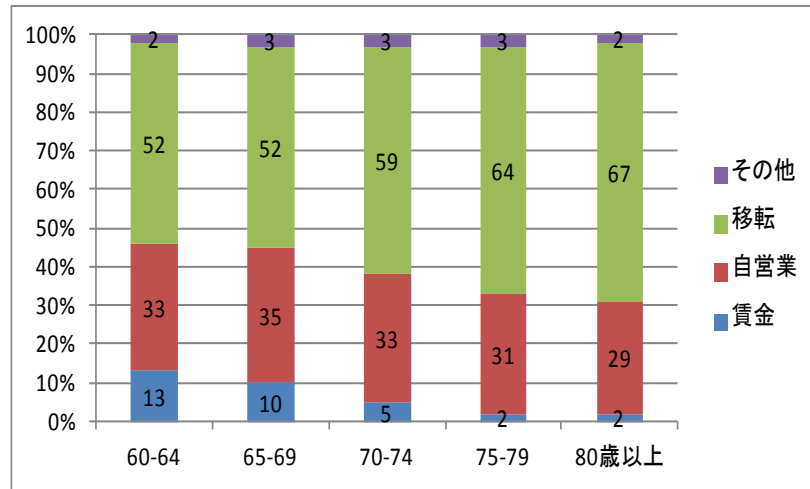


出所 : World Bank (2012), Malaysia Elderly Protection Study, p.11.

図 1-5 男性の所得構造 (単位 : %) (2009 年)

¹⁶ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.76.

¹⁷ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.76.



出所: World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.11

図 1-6 女性の所得構造 (単位: %) (2009年)

表 1-4 と表 1-5 が示すとおり、高齢者にとって移転所得は重要な収入源であり、特に 80 歳を超えると男女ともに所得の 50%以上が移転所得によるものである。移転所得は送金、奨学金、年金、定期金 (periodic payments)、贈答・寄付・現物供与 (gifts, charitable payments, and in-kind) に分けられ、世銀の報告書によると男性高齢者の 77%、女性高齢者の 33%が何らかの移転所得を得ているとされる¹⁸。

表 1-4 移転所得の割合 (2009年)

年齢	送金	奨学金	年金	定期金	贈答、寄付、 現物供与
男性					
60-64	36%	2%	21%	6%	73%
65-69	44%	1%	19%	7%	70%
70-74	48%	1%	18%	7%	64%
75-79	46%	--	19%	7%	59%
80歳以上	47%	--	12%	11%	55%
女性					
60-64	17%	--	7%	4%	25%
65-69	22%	--	7%	5%	29%
70-74	24%	--	7%	7%	29%
75-79	25%	--	6%	10%	33%
80歳以上	22%	--	3%	9%	26%

出所: World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.14

¹⁸ World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.13

表 1-5 世帯構造別高齢者の平均所得

	MYR/月収	全体に占める割合
全高齢者	863	100
世帯における位置		
同居	131	15
世帯主の女性配偶者	166	19
世帯の男性世帯主	1,662	193
世帯タイプ		
高齢者と就労年齢構成員	875	101
高齢者と就労年齢構成、児童	631	73
高齢者のみ	941	109
(高齢者と児童)	(902)	(105)

出所 : World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.15

表 1-6 は 2009 年の貧困率を示しているが、高齢者を含む世帯の貧困率はむしろ他の世帯よりも低くなっている。マレーシア全体の貧困率と極貧率 (food poverty/hard core poor) はそれぞれ 3.8%と 0.7%であったが、高齢者のみの世帯はそれぞれ 0.7%と 0.2%であった。就労年齢者と高齢者世帯はそれぞれ 1.6%と 1.0%、高齢者と児童世帯は両方とも 1.0%であり、全国平均を下回る数値である。他方、就労年齢者・児童・高齢者世帯の貧困率と食料貧困率はそれぞれ 19.9%と 21.9%と高齢者を含む世帯の中で著しく高い貧困率となっている。

表 1-6 世帯構成別貧困率 (単位 : %) (2009 年)

	貧困率	食料貧困率 (極貧率)
マレーシア全体	3.8	0.7
就労年齢者のみ	0.7	0.5
児童のみ	0.1	0.1
就労年齢者と児童	76.1	75.2
就労年齢者と高齢者	1.6	1.0
就労年齢者、児童、高齢者	19.9	21.8
高齢者のみ	0.7	0.2

	貧困率	食料貧困率 (極貧率)
高齢者と児童	1.0	1.0
合計	100	100

出所：World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.18

地域、居住地域、エスニックグループ別で高齢者を含む世帯とそうでない世帯の貧困状況の比較を示したのが表 1-7 である。地域別および居住地域別の全ての項目について、高齢者を含む世帯のほうが貧困率が低い同程度の水準となっている。特に農村部では、高齢者がいる世帯のほうがそうでない世帯に比べて貧困率がかなり低くなっている。

他方、エスニックグループ別の指標を見ると、その他のエスニックグループを除き、マレー系、中華系、インド系のいずれについても高齢者を含む世帯とそうでない世帯の貧困率が同程度かわずかながら高齢者を含む世帯の貧困率が高くなっている。特にインド系は、高齢者を含む世帯とそうでない世帯の貧困率がそれぞれ 2.3% と 2.9% となっており、他のエスニックグループよりも両者の差が開いている。

また、年齢に比例して貧困率が高くなっており、より年齢を重ねた高齢者ほど経済的な脆弱性が高いといえる（表 1-8）。

表 1-7 高齢者を含む世帯の貧困率（地域、居住地域、エスニックグループ別）（2009年）

高齢者の有無	貧困率	食料貧困率 (極貧率)
マレーシア全体		
高齢者なし	3.9%	0.8%
高齢者あり	3.5%	0.7%
地域		
半島部		
高齢者なし	2.1%	0.3%
高齢者あり	2.0%	0.3%
サバ・ラブワン		
高齢者なし	19.8%	4.9%
高齢者あり	19.5%	4.4%
サラワク		
高齢者なし	5.4%	1.1%
高齢者あり	5.0%	0.8%
居住地域別		
都市部		
高齢者なし	1.8%	0.3%
高齢者あり	1.4%	0.2%

高齢者の有無	貧困率	食料貧困率 (極貧率)
農村部		
高齢者なし	9.2%	2.0%
高齢者あり	6.7%	1.3%
エスニックグループ別		
マレー系		
高齢者なし	5.3%	1.1%
高齢者あり	5.3%	1.0%
中華系		
高齢者なし	0.5%	0.1%
高齢者あり	0.6%	0.1%
インド系		
高齢者なし	2.3%	0.3%
高齢者あり	2.9%	0.3%
その他		
高齢者なし	7.0%	1.7%
高齢者あり	5.6%	0.0%

出所 : World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.20

表 1-8 年齢別貧困率 (単位 : %) (2009 年)

	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80 歳以上
男性	2.2	3.7	3.4	4.8	6.1
女性	2.9	3.3	4.5	4.3	5.1

出所 : World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.21

表 1-9 は世帯主年齢別の世帯支出構造を示した表である。マレーシア全体、都市部、農村部のいずれにおいても、食料・非アルコール飲料や住宅・水道・電気・ガス・その他燃料が全支出に占める割合が大きく、65 歳以上の世帯主の世帯では他の年齢層に比較して両項目が占める割合が大きくなっている。他方で、移動費や通信費、外食・宿泊費に対する支出の割合は他の年齢層と同等か低くなっている。

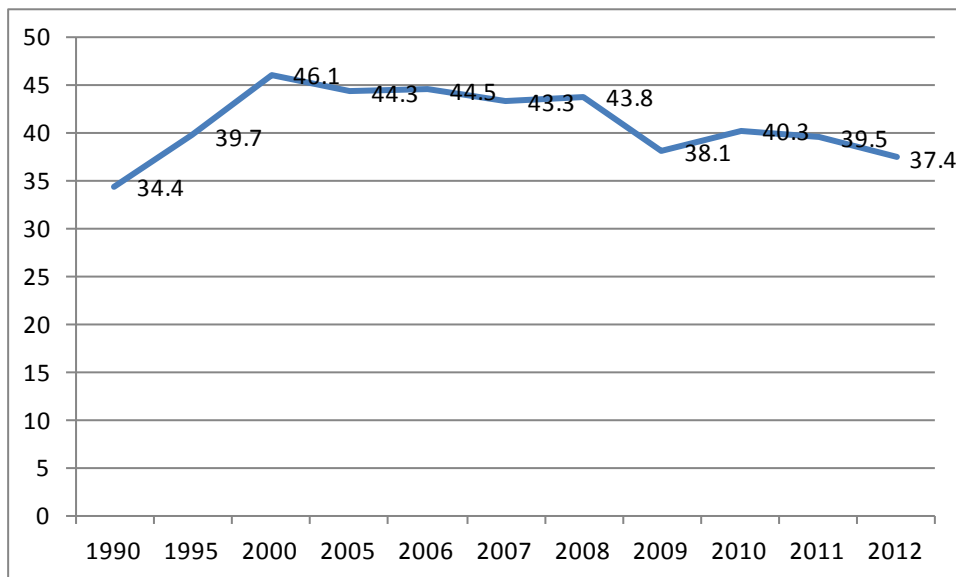
表 1-9 世帯主年齢別・居住地域別世帯支出構造（2009-2010年）

マレーシア全体										
分類	24歳以下		25-34歳		35-44歳		45-64歳		65歳以上	
	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%
食料・非アルコール飲料	251	15.5	382	18.2	453	19.6	496	21.2	403	24.4
アルコール飲料・タバコ	55	3.4	52	2.5	49	2.1	48	2.0	30	1.8
衣料品	58	3.6	70	3.4	78	3.4	79	3.4	63	3.8
住宅、水道、電気、ガス、その他燃料	387	23.8	484	23.1	505	21.9	518	22.1	435	26.3
家具、自家用設備、維持費	45	2.8	93	4.5	106	4.6	85	3.7	67	4.1
健康・保健	13	0.8	24	1.1	25	1.1	33	1.4	38	2.3
移動	186	11.5	321	15.3	353	15.3	358	15.3	193	11.7
通信	127	7.8	124	5.9	125	5.4	133	5.7	79	4.8
娯楽	61	3.8	91	4.3	107	4.6	112	4.8	71	4.3
教育	25	1.5	15	0.7	45	1.9	36	1.5	9	0.5
外食、宿泊	300	18.5	259	12.4	250	10.8	235	10.0	160	9.7
雑費	115	7.1	182	8.7	214	9.3	205	8.8	106	6.4
1カ月平均世帯支出	1,623		2,096		2,310		2,338		1,655	
都市部										
分類	24歳以下		25-34歳		35-44歳		45-64歳		65歳以上	
	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%
食料・非アルコール飲料	247	13.6	380	16.5	461	17.6	497	19.0	425	21.5
アルコール飲料・タバコ	59	3.3	56	2.4	54	2.1	50	1.9	33	1.7
衣料品	62	3.4	75	3.2	84	3.2	84	3.2	54	2.7
住宅、水道、電気、ガス、その他燃料	444	24.5	560	24.3	595	22.8	607	23.2	559	28.3
家具、自家用設備、維持費	50	2.7	103	4.5	123	4.7	93	3.6	81	4.1
健康・保健	16	0.9	26	1.1	29	1.1	38	1.5	51	2.6
移動	207	11.4	336	14.6	389	14.9	398	15.2	225	11.4
通信	148	8.1	142	6.1	150	5.7	158	6.0	103	5.2
娯楽	72	4.0	105	4.5	131	5.0	133	5.1	94	4.7
教育	32	1.8	17	0.7	56	2.1	46	1.7	12	0.6
外食、宿泊	357	15.9	302	10.6	296	9.2	276	8.6	205	8.5
雑費	121	6.7	204	8.9	247	9.5	234	9.0	137	6.9
1カ月平均世帯支出	1,815		2,306		2,614		2,614		1,978	
農村部										
分類	24歳以下		25-34歳		35-44歳		45-64歳		65歳以上	
	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%	MYR	%
食料・非アルコール飲料	263	25.0	386	25.3	436	26.8	494	28.0	375	30.5
アルコール飲料・タバコ	42	4.0	39	2.6	40	2.5	43	2.4	26	2.1
衣料品	47	4.5	59	3.9	66	4.1	69	3.9	75	6.1
住宅、水道、電気、ガス、その他燃料	216	20.6	279	18.3	302	18.6	333	18.8	271	22.0
家具、自家用設備、維持費		2.8		4.4		4.1		3.9		4.0
健康・保健	29	0.7	66	1.1	67	1.0	69	1.3	49	1.8

移動	125	11.9	278	18.2	271	16.7	276	15.6	152	12.3
通信	63	6.0	76	5.0	69	4.2	82	4.6	48	3.9
娯楽	28	2.7	54	3.5	54	3.3	69	3.9	42	3.4
教育	2	0.2	9	0.6	19	1.2	15	0.8	5	0.4
外食、宿泊	130	12.4	141	9.2	147	9.0	150	8.5	102	8.3
雑費	97	9.2	123	8.0	138	8.5	144	8.1	64	5.2
1カ月平均世帯支出	1,049		1,526		1,624		1,767		1,229	

出所：Department of Statistics (2011), *Report on Household Expenditure Survey*, pp.42-47.

ライフサイクル仮説によると、若年期および壮年期で勤労所得を得て貯蓄を行い、高齢期でその貯蓄を取り崩して生活をすると思われる。そのため、高齢化が進むと貯蓄率が低下すると考えられている。図7はマレーシアの国内貯蓄率（Gross Domestic Saving）を示しているが、2000年に貯蓄率が46.1%でピークを迎えて以降、漸減傾向にある。また、インフォーマルセクターのみを対象とした調査ではあるが、2004-2005年時点で、貯蓄があるのは男性の46.6%と女性の35.9%であった¹⁹。彼らの貯蓄の目的は緊急時への備えであり、退職後の生活のための貯蓄をしているのは男性の20%と女性の10%にとどまった。インフォーマルセクターに対する社会福祉制度は整備が遅れているため、彼らはとりわけ脆弱な立場に置かれているといえる。



出所：ADB (2013), *Key Indicators for Asia and the Pacific 2013 (44th Edition)*, p.219.

図 1-7 国民貯蓄率（Gross Domestic Saving、GDP 比）推移

¹⁹ Masud, Jariah and Sharifah Azizah Haron (2012), "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians," in Hamid Tengku Azian, Husna Sulaiman, and Siti Farra Zillah Abdullah (eds), *Profile of Older Malaysians: Current and Future Challenges*, University Putra Malaysia Press, pp.75-76.

(2) 健康

1999年に実施された調査によると、60歳以上の高齢者が多く居住するコミュニティの58%が自分たちの健康状態を良好であると判断し、10%が大変良好であると判断している²⁰。一方、高齢化が進むにつれ、多くの高齢者が様々な病気に悩まされており、マレーシアにおける高齢者の健康上の問題として、高血圧、糖尿病等が多く報告されている²¹。2006-2007年に60歳以上の高齢者2,230人を対象に実施された調査によると、1,090人(49%)が慢性的な病気に悩まされていると回答している²²。また、精神病患者の54.1%が60歳以上の高齢者であり、他にも認知症(dementia)・鬱病・認知障害(cognitive impairment)に悩まされている高齢者が多く存在する²³。このような高齢者の健康状態は、経済的制約、医療施設への距離、医療・福祉サービスの存在が十分に高齢者に周知されていないことにより、高齢者の医療・福祉サービスへのアクセスが十分に確保されていないことが原因として指摘されている²⁴。

(3) 就業

マレーシアの15歳から64歳までの就業比率(2002年)は、男性81.5%、女性46.7%である²⁵。高齢者の就業について、55-64歳の就業率は4-7%であり1988年から2007年まで就業率の大きな変化は見られず、男性と女性の就業率の差もそれほど大きくはない(男性:6.9%、女性:4.4%/2002年)²⁶。ただし、下表のとおり、労働参加率には男女差が見られる。一方、高齢者人口の増加に伴い、高齢者の就業人口は1990年と比較して、2001年には45.3%増加している²⁷。高齢労働者の多くがインフォーマルセクターで働いており、定年が設けられていないことから、高齢者の就業人口は今後増加していくと思われる²⁸。就業人口は増加する一方で、従属人口割合を見ると、少子高齢化の進展により従属人口に占める高齢層の割合の増加が予想されている(図1-8)。

表 1-10 年齢別労働参加率 (2008-2012年) (単位: %)

性別	年	全体	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
全体	2008	62.6	18.4	64.9	80.6	78.5	76.3	75.2	72.8	67.2	47.7	36.7
	2009	62.9	17.2	64.0	81.9	79.5	77.1	76.2	72.5	68.4	49.5	35.7
	2010	63.7	18.6	64.7	82.6	80.5	78.3	75.8	74.5	67.8	50.2	34.6
	2011	64.4	18.6	62.9	83.2	82.2	79.4	76.6	76.0	68.5	52.2	36.3

²⁰ Ruziaton Hasim, Zaiton Ahmed, Mohmad Salleh and Tengku Aizan Hamid (2012). "Health Issues among the Aged," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*. University Putra Malaysia Press, p.128..

²¹ Hasim, Ahmed, Salleh and Hamid (2012). "Health Issues among the Aged". p.130.

²² Hasim, Ahmed, Salleh and Hamid (2012). "Health Issues among the Aged". p.130.

²³ Hasim, Ahmed, Salleh and Hamid (2012). "Health Issues among the Aged".p.133.

²⁴ Hasim, Ahmed, Salleh and Hamid (2012). "Health Issues among the Aged". p.140.

²⁵ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.58.

²⁶ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.59.

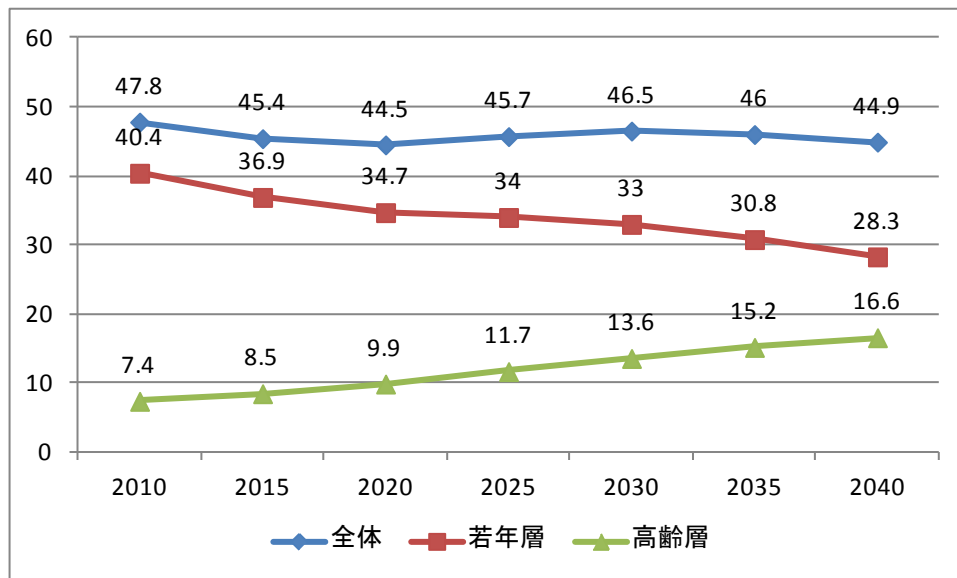
²⁷ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.59.

²⁸ Masud and Haron (2012). "Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians". p.59.

性別	年	全体	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
	2012	65.5	18.6	62.7	83.2	82.5	80.7	78.6	76.7	71.2	56.2	39.5
男性	2008	79.0	22.1	76.1	95.4	97.5	98.1	97.3	96.4	91.0	67.7	54.6
	2009	78.9	21.7	74.0	95.8	97.7	97.9	97.6	96.6	92.4	70.4	52.0
	2010	79.3	24.0	74.5	95.8	97.6	98.0	97.8	96.2	91.4	71.1	51.5
	2011	79.7	23.8	72.9	96.1	97.9	98.0	97.7	97.0	91.3	73.5	53.8
	2012	80.5	23.7	73.8	96.1	97.7	98.2	97.6	96.9	92.5	76.8	57.4
女性	2008	45.7	14.6	53.4	65.5	59.2	54.1	52.4	48.2	42.1	26.8	18.1
	2009	46.4	12.5	53.6	67.5	60.8	55.9	54.2	47.7	43.4	27.9	18.7
	2010	46.8	13.0	54.1	67.6	61.1	57.1	53.2	50.9	42.6	28.2	17.2
	2011	47.9	13.1	52.3	68.8	64.2	59.1	54.9	53.3	44.1	29.8	18.3
	2012	49.5	13.3	51.0	69.0	65.1	61.4	59.0	55.3	48.3	34.6	21.2

出所：Department of Statistics (2013), *Labour Force Survey Report*, p.242 より作成。

http://www.statistics.gov.my/portal/download_Labour/files/labour_force/Labour_Force_Survey_Report_Malaysia_2012.pdf (2013年10月15日アクセス)



出所：Department of Statistics (2012), *Population Projections*, p.3.

http://www.statistics.gov.my/portal/download_Population/files/population_projections/Population_Projection_2010-2040.pdf (2013年10月15日アクセス)

図 1-8 従属人口割合の予測 (2010-2040年)

(4) 生活環境

マレーシアでは、依然として家族間の関係は強固であるが、少子高齢化及び核家族化が進行しており、高齢者のみで構成される世帯が増加している。高齢者の53.9%が都市部に住んでおり²⁹、インフラ及び医療・福祉・教育等社会サービスは整備されてきているものの、都市部より遠く離れた地方に住む高齢者にとって、時間や経済的制

²⁹ Tey Nai Peng (2012). "Socio-Economic Characteristics of Older Malaysians," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*. pp.35-37.

約により都市部へのアクセスは限られている³⁰。また、高齢になるにつれ女性の高齢者人口が増加しており、特に勤労所得がない女性にとって家族からの援助は重要なものとなっている³¹。少子高齢化及び女性の高齢者人口の増加に伴い、高齢者（65歳以上）の若年層（15-64歳）に対する経済的依存率は約6.3%と年々増加傾向にある³²。

(5) 社会参加状況

2005年に女性76.2歳、男性71.5歳と、男女とも平均寿命が延びていることから、60歳で定年を迎えたのちも元気な高齢者が少なくない³³。こうした元気な高齢者向けのグループ活動や学習活動の多くはNGOや財団などの非営利団体が担っており、例えば、プトラ・マレーシア大学（University of Putra Malaysia: UPM）の老年学研究所が行う「University of Third Age: U3A」プログラムやマレーシア高齢者全国協議会（National Council of Senior Citizens Organisations Malaysia : NASCSOM）がデイケアセンターを通じて実施する、地域の高齢者向けのダンスやカラオケなどのプログラムがある³⁴。コミュニティ・カレッジも各地で設立されているが、高齢者のみを対象としたものではなく、多くは1日のみの開催であり、生涯教育の場は限られている³⁵。生涯学習やグループ活動に参加することで知識と友人を得ることができ、高齢者の生活の質（QOL）向上につながるものとされる³⁶。

1.3. 要介護高齢者の現状

(1) 寝たきり、認知症の高齢者の状況

マレーシアで認知症と診断されている患者数は約2万人、医師の診断を受けていないが、認知症を患っていると考えられる患者を含めると患者数は約6万人に達すると見込まれている³⁷。アルツハイマーを含む認知症患者はこれからも増加するとされ、2020年には約4万人、2050年には約14万人に達すると予想されている。

認知症患者の増加が予想される一方で、認知症に対する理解度は低い³⁸。WHOでは、認知症をがんや心臓病と同様に主要疾患（primary diseases）の1つとしているが、マレーシアでは認知症が重大な疾患という認識には至っていない。また、介護者へのサ

³⁰ Gill Raja (2012). "Circumventing the Marginalization of Older Citizens," *Profile of Older Malaysians Current and Future Challenges*. pp.228-230.

³¹ Peng (2012). "Socio-Economic Characteristics of Older Malaysians", pp.37-38.

³² Peng (2012). "Socio-Economic Characteristics of Older Malaysians", pp.37-38.

³³ 2013年4月26日現地調査ヒアリングより（Universiti of the Third Age Malaysia）。

³⁴ 2013年3月18日現地調査ヒアリングより（National Council of Senior Citizens Organisations Malaysia）。

³⁵ 2013年4月26日現地調査ヒアリングより（Universiti of the Third Age Malaysia）。

³⁶ 2013年4月26日現地調査ヒアリングより（Universiti of the Third Age Malaysia）。

³⁷ (株)国際社会経済研究所(2012)『高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書—世代を超えて住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築—』、p.169。

³⁸ 2013年3月19日現地調査ヒアリングより（Alzheimer's Disease Foundation Malaysia）。

ポートシステムもほとんどない状態である。認知症患者にケアを提供しているアルツハイマー病財団（Alzheimer's Disease Foundation Malaysia : ADFM）のようなケアセンターはクアラルンプール周辺にしかなく、多くの患者が存在する地方や農村部では、家庭での介護が中心となっている³⁹。

(2) 介護サービスの利用状況

表 1-11 は、エスニックグループ別ヘルスケアサービス・施設の利用状況を示した表である。どのエスニックグループも公的ヘルスケアサービス・施設のみを利用している割合が最も大きい。中華系は経済的に恵まれている状況を反映してか、民間ヘルスケアサービス・施設のみを利用している割合が他のエスニックグループよりも圧倒的に高くなっている。

ただし、そもそも施設を利用するかどうかについて、エスニックグループ間に違いが見られる。マレー系は、高齢者を家庭で世話するという意識が高いことと、一般的なデイケアセンターではハラルに対応した食事を提供していないことから、施設利用の割合が他のエスニックグループよりも低い⁴⁰。

また、高齢者施設の料金を支払うのは入所者の子供であることが多いため、子供が親の承諾なしに高齢者施設に預けることがある⁴¹。本人の承諾なしに入所させられている高齢者は90%にのぼるとされる。

表 1-11 エスニックグループ別ヘルスケアサービス・施設利用状況(2008年)(単位:%)

	マレー系	中華系	インド系	その他 ブミブトラ	その他
公的ヘルスケアサービス・施設のみ利用	75	46	84	80	50
民間ヘルスケアサービス・施設のみ利用	14	42	8	10	16
公的・民間ヘルスケアサービス・施設併用	6	7	3	4	17
利用なし/その他	5	5	5	6	17

出所：Hamid, Tengku Aizan (2012), *Meeting the Needs of Older Malaysians: Expansion, Diversification & Multi-sector Collaboration*, p.13.

[http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_\(Tengku_Aizan\).pdf](http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_(Tengku_Aizan).pdf) (2013年10月15日アクセス)

(3) 在宅高齢者について介護者の状況

表 1-12 は、2008年現在の介護提供者の内訳を示した表である。介護の最大の担い

³⁹ 2013年3月19日現地調査ヒアリングより (Alzheimer's Disease Foundation Malaysia)。

⁴⁰ 2013年3月18日現地調査ヒアリングより (National Council of Senior Citizens Organisations Malaysia)

⁴¹ 2013年4月23日現地調査ヒアリングより (Institute of Gerontology, UPM)。

手は子供であり、全体の47.5%を占めている。配偶者が36.8%で、子供と配偶者を合わせると全体の8割を超えている。また、介護提供者として想定されているのも子供であり、特に女性、マレー系とインド系、地方でその傾向が強い。

このように介護提供者として子供が占める位置が大きく、またその役割を期待されているが、前述の通り、マレーシアでは少子高齢化、女性の社会進出が進んでいることから、早晩、家族だけで高齢者の介護を担うことは困難になるものと予想される。しかし、政府は公営の老人ホームを今以上に増やしたくないと考えており、施設による高齢者ケアではなく、各家庭での高齢者ケアへのシフト、もしくは地域での高齢者ケアを推進している⁴²。

資力のある高所得者であればメイドを雇うことができる。しかし、貧困層ではないが、老人ホームに住んだりメイドを雇ったりするほどの経済力がない中間層の高齢者層に対しては政府の政策は不十分である⁴³

外国人労働者がメイドの担い手として期待されるが、マレーシアのメイドの給与は香港や中東諸国に比較して低いため、外国人労働者にとってマレーシアは魅力的な国ではなく、マレーシアは年間30,000人ともいわれるメイドの需要を満たすのに十分な数のメイドを確保できないでいる⁴⁴。2013年末、マレーシアでの就職を促すため、マレーシアに対する主要なメイド供給国であるインドネシアとの間でインドネシア人メイドの斡旋費の値上げと待遇改善に関する覚書が締結された。

表 1-12 介護提供者 (2008年) (単位: %)

配偶者	兄弟	両親	子供	娘婿/息子の妻	孫	その他親類	近隣住民	その他
36.8	2.2	0.8	47.5	4.0	3.2	2.1	2.0	1.5

出所: Hamid, Tengku Aizan (2012), *Meeting the Needs of Older Malaysians: Expansion, Diversification & Multi-sector Collaboration*, p.29.

[http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_\(Tengku_Aizan\).pdf](http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_(Tengku_Aizan).pdf) (2013年10月15日アクセス)

⁴² また、過去20年間、政府は公営老人ホームをほとんど新設していない。2013年4月18日現地調査ヒアリングより (National Council of Welfare and Social Development Malaysia)。

⁴³ 2013年4月23日現地調査ヒアリングより (Institute of Gerontology, UPM)。

⁴⁴ “Najib, Susilo achieve progress in talks on domestic maid issue,” *New Straits Times*, 19 December, 2013, *New Straits Times (online)*.

<http://www.nst.com.my/latest/najib-susilo-achieve-progress-in-talks-on-domestic-maid-issue-1.438636> (2014年1月31日アクセス)

表 1-13 介護提供者と想定する相手（2005 年）

ケア提供者	性別		エスニックグループ			地域		全体
	男性	女性	マレー系	中華系	インド系	都市部	地方	
配偶者	30.3	9.3	19.4	25.9	9.8	21.2	20.1	20.7
子供	55.3	75.3	68.8	54.1	76.8	60.9	68.2	64.5
孫	0.5	2.4	1.8	1.0	0.0	0.7	2.3	1.4
兄弟	1.2	1.2	1.0	1.8	1.2	1.4	1.0	1.2
親類	0.8	2.8	1.1	1.3	2.4	2.2	1.1	1.7
近隣住民 /兄弟	0.8	0.8	1.0	1.0	0.0	1.0	0.8	0.8
その他	3.0	2.8	2.9	2.8	3.7	2.9	2.9	2.9
なし	8.0	5.4	3.9	11.9	6.1	9.7	3.6	6.8

出所 : Hamid, Tengku Aizan (2012), *Meeting the Needs of Older Malaysians: Expansion, Diversification & Multi-sector Collaboration*, p.25.

[http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_\(Tengku_Aizan\).pdf](http://familyrepository.lppkn.gov.my/270/1/Meeting_the_Needs_of_Older_Malaysians_(Tengku_Aizan).pdf) (2013 年 10 月 15 日アクセス)

2. 政府による高齢化対策の状況

2.1. 国家政策・計画における高齢化政策・計画（Policy Framework for Aging Society）

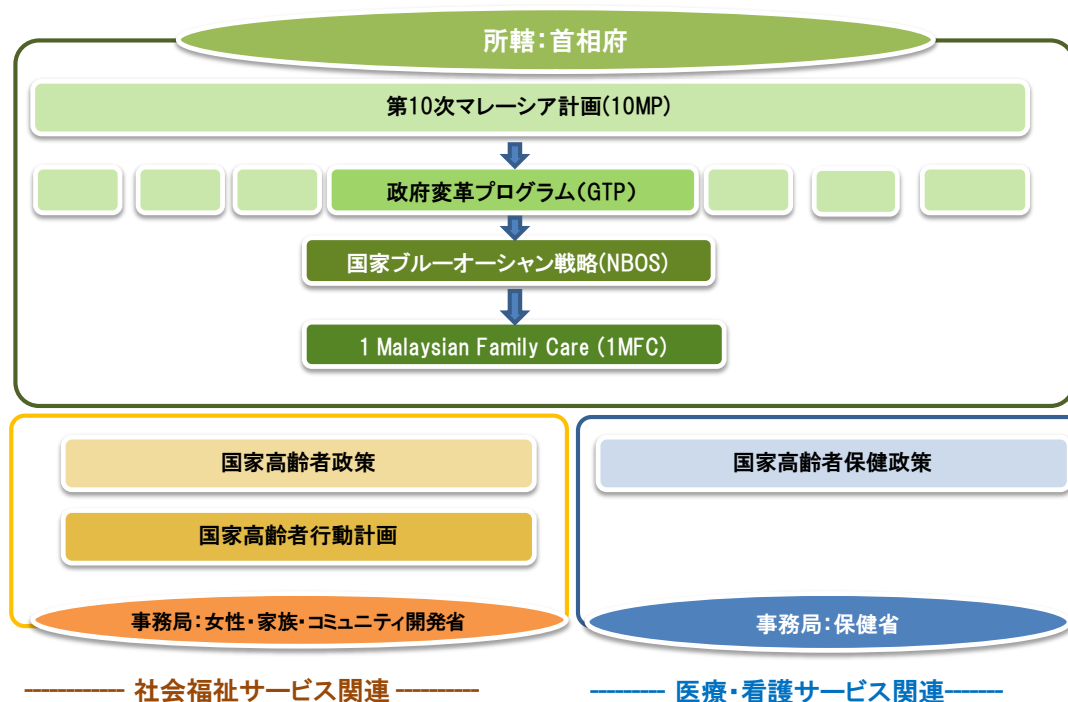
マレーシアの高齢化に係る課題は、第10次マレーシア計画（10th Malaysia Plan：10MP）においても施策の必要性が言及されるなど、長期的な政策課題として政府に認識されている。高齢者を対象としたプログラムは、住宅、所得保障、保健医療サービスなどの個別の社会サービスの中にも言及が見られるが、独立した節として整理されているのは、高齢者を活動的で生産的な存在として理解し、社会的な役割を果たすための支援を行なうといった、いわゆるアクティブエイジングの考え方に基づく施策が中心となっている。

国家高齢者政策（National Policy for the Elderly）及び国家高齢者保健政策（National Health Policy for Older Persons）がそれぞれ女性・家族・コミュニティ開発省（Ministry of Women, Family & Community Development / Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat : KPWKM）、保健省から、具体的な戦略として提示されているが、高齢化に係るもっとも中心的な政策が、二省庁から提示されており、これらを統合した具体的な政策は存在しない。統合的な法制度が整備されていないことから、各省庁が個別にプログラムを実施するなど、省庁間の縦割りが課題となっており、中長期の視点からみた、高齢者ケア資源の開発に向けたロードマップ等の作成の必要がある。また、現場レベルで実際に提供されているサービス資源の多くは一部の地域に限定されており、普遍的なサービスとして多くの高齢者がサービスを利用できる状況にはない。

こうした状況に対して、政府はマレーシアブルーオーシャン戦略（Malaysia National Blue Ocean Strategy : MNBOS または NBOS）⁴⁵に基づき、2013年3月には、地域住民（高齢者に限定されず、母子世帯や障害者なども含む）に対する保健医療福祉サービスの統合的提供を目指す1MFC（1Malaysia Family Care）⁴⁶の推進を発表し、関係省庁（主に保健省）は主に法制度面での統合準備を進めている。こうした動きとは別に、首相府業績管理・実行局（Performance Management and Delivery Unit : PEMANDU）を中心に、保健省、女性・家族・コミュニティ開発省、首相府経済計画局（Economic Planning Unit : EPU）も含めた複数の機関による、高齢者ケアに関する統合的な法整備のための準備作業も進められている。

⁴⁵ マレーシアブルーオーシャン戦略については、2.1.（5）で後述する。

⁴⁶ 1MFCについては、2.1.（6）で後述する。



出所：各種資料より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

図 2-1 マレーシアにおける高齢者政策の枠組み

(1) 第 10 次マレーシア計画 (10th Malaysia Plan : 10MP)

マレーシア計画とは、5 か年の政府主導による国家開発イニシアティブである。10MP は、最新の国家開発計画 (2010 年から 2015 年) である。10MP は、政府変革プログラム (Government Transformation Programme : GTP) と新経済モデル (New Economic Model : NEM) の 2 つのプログラムによって構成され、2 つのプログラムの具体的な行動は 10MP の戦略と政策に沿って実施されている⁴⁷。

10MP は、5 つの戦略的要点から構成されている⁴⁸。

1. 経済成長を促進するための環境の創造
 - ・ 民間セクターを主な担い手とした経済成長を促進する環境づくりのための戦略の策定
2. 包括的社会経済開発に向けた取り組み
 - ・ 収入と福利が公正な方法によって確保されるための指標の採択

⁴⁷ RSM Strategic Business Advisors Sdn. Bhd (2010) “A Summary of The 10th Malaysia Plan”. Retrieved from <http://www.rsmi.com.my/WebLITE/Applications/productcatalog/uploaded/Docs/The%2010th%20Malaysia%20Plan%202.pdf>.p.1

⁴⁸ RSM Strategic Business Advisors Sdn. Bhd (2010) “A Summary of The 10th Malaysia Plan”. Retrieved from <http://www.rsmi.com.my/WebLITE/Applications/productcatalog/uploaded/Docs/The%2010th%20Malaysia%20Plan%202.pdf>.p.1

3. グローバルな水準の人材開発、維持
 - ・ 生産性の促進と革新主導の成長をもたらす質の高い人材開発とそれを保持するための戦略づくり
4. 生活の質（QOL）を促進する環境づくり
 - ・ 経済成長は国のより高い収入状況に似合った QOL を向上させる戦略で補完される
5. 政府の変革からマレーシアの変革への移行
 - ・ 政府の役割は、経済変革をもたらす質の高いサービスを人々に提供していくための効果的なファシリテーターとなることにある

特に 10MP では今後 5 年間の国内総生産（GDP）を、サービス部門を中心とした民間セクター主導の経済成長を想定し、年間 6%の経済成長率を目指している。また、一人当たりの国民総所得（GNI）は 2010 年の 8,256 米ドルから 2015 年には 12,139 米ドル（約 40,000MYR）となることを目指している⁴⁹。

10MP では高齢者及び障害者福祉についてもいくつかの側面について強調しているが、より具体的な政策及び計画として 2011 年の国家高齢者政策（National Policy for the Elderly）及び国家高齢者行動計画（National Action and Plan for Elderly）が策定された。この政策及び計画においては、国力強化のため高齢者の潜在能力を再認識し、その可能性と能力を活用できるようにすることが目標とされている（国家高齢者政策と国家高齢者行動計画の詳細は次節にて記述）。

さらに、政府は政府機関において高齢者専用特別カウンターや特別席の設置を行っている。既存の高齢者向け施設は継続的に改良され、よりよいケアとサービスを提供していくことが謳われている。マレーシアの民間監査法人・コンサルティング会社である RSM Strategic Business Advisors によれば、2010 年までに、マレーシア国内に 22 の高齢者活動センター（Senior Citizen Activity Centre／Pusat Aktiviti Warga Emas : PAWE）が設立され 1 万 6,300 名の高齢者がセンターでケアを受けている他、障害者のためのコミュニティベースのリハビリセンターは 409 設立されている。また、各センターは障害のスクリーニング及び診断、職業訓練、障害についての情報発信を行っている。また、これらのセンターの働きにより、障害者の雇用機会は増大し、計 7,975 名が民間部門での就労につながったと推計されている⁵⁰。

政府は、包括的社会経済開発に向けて、高齢者が生産的で自らの役割を果たすこと

⁴⁹ RSM Strategic Business Advisors Sdn. Bhd (2010) “A Summary of The 10th Malaysia Plan”. Retrieved from <http://www.rsmi.com.my/WebLITE/Applications/productcatalog/uploaded/Docs/The%2010th%20Malaysia%20Plan%202.pdf>.p.2.

⁵⁰ 同上。

ができるよう、そのための支援においてイニシアチブを発揮し、健康を維持し活発で安定した状態を保つための環境を提供してきた。10MP によると、政府は今後高齢者に配慮したインフラ整備、手頃な価格でのヘルスケアサービスへのアクセス向上、適切なシェルターの確保、財政面での安定、雇用機会の向上等に注力していく予定であるとしている⁵¹。また、政府が家族やコミュニティに対する高齢者介護に関するより広い啓蒙活動を促進することにより、マレーシアコミュニティにおける高齢者介護に対する家族内の責任、理解、価値観がより浸透していくことが期待されている⁵²。

政府は高齢者の雇用機会を拡大するための支援も行っている。例えば人的資源省は、被用者積立基金（Employee Provident Fund：EPF）の企業負担の保険料を55歳以上75歳までの従業員に対しては通常13%の保険料を半額の6.5%としたり、同省が開設・運営している求人・求職サイト「ジョブマレーシア（Job Malaysia）」⁵³に高齢者向けの求人データベースを開設・運営し、高齢者の就業支援をしている。

高齢者の健康的・身体的・精神的な支援に関しては、女性・家族・コミュニティ開発省の社会福祉局（Social Welfare Department of Malaysia：JKM）の訪問介護サービス（Home Help Service：HHS⁵⁴）プロジェクトによるボランティアの独居高齢者支援や、NGO とのパートナーシップにより設立された高齢者向けの高齢者活動センター（Senior Citizen Activity Centre / Pusat Aktiviti Warga Emas：PAWE）のサービスが実施され、仕事をもつ家庭内でも高齢者を介護できるような体制に向けて準備が始まっている⁵⁵。高齢者の医療的な支援に関しては、JKM による病院及びクリニックへの交通費の無償化等も一部の地域では実施されている（HHS 及び PAWE に関しては、第3章で後述）。

10MP は障害者が自立し、生産的に社会参加できるように支援することも目指している。10MP では、建物、公共空間、公園におけるユニバーサルデザイン基準を推進することで、障害者だけでなく高齢者が交通機関へアクセスすることをより容易にし、より優しい環境を創造することが謳われている。その他、既存のコミュニティを基礎としたリハビリセンターを、例えばコミュニティベースのリハビリプログラムをマルチメディア技術と ICT の観点から改善することが予定されている。また、マレーシアには、公務員の障害者雇用率を1%にするという目標が設定されており、障害者の雇

⁵¹ The Economic Planning Unit (2010). “10th Malaysia Plan” (http://www.pmo.gov.my/dokumenattached/RMK/RMK10_Eds.pdf)及び調査団の政府各機関の現地ヒアリングより。

⁵² 同上。

⁵³ JobMalaysia のウェブサイト (<http://www.jobsmalaysia.gov.my>)

⁵⁴ 訪問介護サービスについては、3.3. (2) ①1) で後述する。

⁵⁵ 調査団現地ヒアリングより。

用機会の提供に貢献している⁵⁶。

① 政府変革プログラム（Government Transformation Program : GTP）

政府変革プログラム（Government Transformation Program : GTP）は2010年1月に発表された。このプログラムは、Vision 2020 に従いマレーシアが高所得国になるための手段として社会に貢献することが期待されている。GTP では 1Malaysia の「国民優先、すぐに行動（“People First, Performance Now”）」の原則をもとにしたロードマップが準備された。このロードマップは、目的、結果、キーエリアから構成されている。キーエリアは国家重要達成分野（National Key Result Areas : NKRA）と各省重要達成分野（Ministerial Key Result Areas : MKRA）の2種類がある⁵⁷。

GTP はもっとも注力が必要な分野とその分野への焦点が当たるような構成となっている。省庁から一般市民までの主要な関係者による幅広いコンサルテーションにより、政府は NKRA を特定した。また、GTP は NKRA が網羅することのできない開発目標を達成する MKRA の構成要素も含んでいる。NKRA の一覧と担当相省庁は以下の通りとなっている。

表 2-1 国家重要達成分野（NKRA）

No	NKRAs	担当省庁
1	犯罪削減	内務大臣（Minister of Home Affairs）
2	汚職との闘い	法律担当の首相官邸大臣（Minister in the Prime Minister's Department, in charge of Law）
3	学生の成績向上	教育大臣（Minister of Education）
4	低所得家庭の生活水準向上	女性・家族・コミュニティ開発大臣（Minister of Women, Family and Community Development）
5	農村開発の促進	農村・地域開発大臣（Minister of Rural and Regional Development）
6	都市交通機関の向上	運輸大臣（Minister of Transport）
7	生活費問題の解消	副総理大臣（Deputy Prime Minister）

出所：PEMANDU ウェブサイト⁵⁸。

GTP は、「GTP1.0（2010-2012）」、「GTP2.0（2013-2015）」、「GTP3.0（2015-2020）」の3つの計画に分かれている⁵⁹。

⁵⁶ The Economic Planning Unit (2010). “10th Malaysia Plan”

⁵⁷ PEMANDU (2011). “GTP Overview”. Retrieved from http://www.pemandu.gov.my/gtp/About_GTP-@-GTP_Overview.aspx

⁵⁸ PEMANDU (2012). “Overview”. Retrieved from http://www.pemandu.gov.my/gtp/What_Are_NKRAs%5E-@-NKRA_Overview.aspx

⁵⁹ PEMANDU (2011). “The Story So Far”. Retrieved from http://www.pemandu.gov.my/gtp/About_GTP-@-GTP-;_The_Story_So_Far.aspx

(2) 国家高齢者政策 (National Policy for the Elderly)

人口統計シナリオの変化に伴い、政府は 1995 年に策定した国家高齢者政策を 2011 年 1 月 5 日、新国家高齢者政策として改訂した⁶⁰。この新国家高齢者政策では将来直面する高齢化社会に向けて、政府が準備を進めていくことをコミットしたものである。

国家高齢者政策は、多様なバックグラウンドや経験を持つ市民が、快適な人生を享受し、尊厳を持ち、国家の発展に貢献し続ける権利があることを示している。この政策は、医療・保健面（健康的な高齢化）、社会面（活力のある高齢化（アクティブエイジング：Active aging））、経済面（生産的な高齢化）、精神面（前向きな高齢化）、環境面（支えのある高齢化）、と全ての側面において高齢者福祉を保障することを目的としている。

① 政策目標

同政策の政策目標としては、効率的・効果的な高齢者サービス、高齢者が快適に生活できる環境を提供することによって、個人、家族、コミュニティをエンパワメントすることが掲げられている。

② 政策目的

政策目的としては、下記の 6 つが挙げられている。

1. 高齢化の現象に配慮した社会と、高齢者に対応できる社会作りを促進する
2. 高齢者、家族、社会での生涯学習へのアクセスを促進する
3. 高齢者が安全で保護された環境を確保する
4. 高齢者にとって効果的で総合的なサービス供給システムを構築する
5. 全ての年齢のコミュニティに高齢者が参加できる機会を増やす
6. 高齢者向けの計画、モニタリング、プログラム評価の基礎となる調査結果の活用を促進する

③ 戦略

同政策には下記の通り 7 つの戦略の柱がある。それぞれの詳細は以下の通りとなっている。

1. 推進と啓発
 - ・ 高齢化は生涯を通じて積み重なっていくプロセスである。そのため、高齢化に対する関心と高齢化の課題が公共性の高いものであるという認識を高めて

⁶⁰ 1Malaysia (2012). “KARISMA Program for Elderly Speech by Prime Minister”. Retrieved from <http://www.1malaysia.com.my/speeches/program-karisma-warga-emas/>

いくために、全ての社会のレベルで継続的に高齢化に関する啓蒙活動を促進する

- ・ 高齢者を対象にした訓練（高齢者が直面する問題や課題に対応する能力開発等）によって、高齢者が国家の発展に貢献できる資産であることを示す

2. 生涯学習

- ・ 早期準備と予防、高齢者の現在と将来の福利を向上させるための家族とコミュニティのつながりの強化に焦点を当てた人的資本投資に注力する
- ・ 教育、訓練、生涯学習に関連した全てのプログラムは道德価値、経済バランス、保健、社会、身体的環境と精神性に重きをおくべきである
- ・ 社会における高齢者の役割を維持しながら、高齢者が経験と知識を共有し、学習と教育プログラムに貢献できるような機会と場所を提供する

3. 保障と保護

- ・ 高齢者のベーシック・ニーズ、社会保障、ネグレクト、治療ミス、虐待からの保護を明示した法律を策定することによって、高齢者の安全と保護を確保する⁶¹

4. ガバナンスと責任の共有

- ・ 高齢者支援に関するガバナンスの向上、高齢者支援プログラムの実施、高齢者支援施設とサービスの準備等、様々なレベルの関係者間で高齢者支援政策実現のために取り組む
- ・ 高齢者の便益を直接的に増加させるサービスと施設を提供する際には、マネジメントと財務における説明責任に重点を置くことが必要である
- ・ 政府がサービス・プロバイダーではなくモニタリング機関として機能するような体制を運営することでアウトプットとパフォーマンスを基にした高齢化戦略が実施される
- ・ 高齢化戦略は開発プログラムや各種活動、施設やサービス提供に係る全ての関係者（政府、民間セクター、非営利組織等）による効果的な協働が必要とされる

5. 世代間の参加と結束

- ・ 高齢者間または様々な世代と高齢者との関係強化を目指す活動やプログラム、結束を通じて、世代間の補完的な関係性の育成と強化に努める

⁶¹ 1994年ドメスティックバイオレンス法の2012年の改定の際に高齢者の保護が明記された(出所:United Nation Human Rights ウェブサイト: Information and Good Practices for the Public Consultation on the Rights of Older Persons Pursuant to the Human Rights Council Resolution No.21/23 (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/PublicConsultation2013/MalaysiaHRCCommission_SUHAKAM.doc))

- ・ 伝統と世代間の相互尊重、相互扶助の関係性は各種活動及びプログラムにおいて強調されるべきである

6. 調査・開発

- ・ 高齢者戦略においては、全ての高齢者に配慮した計画プロセス、実施、評価の各プロセスにおいて、年齢とジェンダーを基にした統計収集と活用に注力する。また、この戦略によって、より幅広い関係者の関与、包括的・継続的なプログラムを開発するための様々なレベルでの政策を策定していくことができる⁶²

(3) 国家高齢者行動計画 (National Action and Plan for Elderly/Dasar Dan Pelan tindakan Warga Emas Negara)

女性・家族・コミュニティ開発省は2010年2月に国家高齢者行動計画(National Action and Plan for Elderly/Dasar Dan Pelan tindakan Warga Emas Negara: DWEN)を発表した。2011年には、国家政策としての高齢者のためのアクションプランが正式に承認された⁶³。

政府は高齢者のための国家政策を成功させるために、個人や家庭、教育や雇用、地域社会等の広範囲にわたり、福祉向上や高齢者に対する理解を求めている。

表 2-2 国家高齢者行動計画 (DWEN) の概要

全ての個人や団体、ボランティア団体、地域社会、政府機関や民間部門は国家高齢者政策に基づき高齢者関連プログラム活動を行うこと。

国家高齢者政策を成功させるために、各関連部門が統合的かつ包括的に実施する必要がある。

①教育機関・施設

教育及び訓練により、高齢者の潜在能力を引き出すために、彼らに適切な教育・訓練サービスを提供し開発する。若い世代に対しては学校のカリキュラムや家庭を通じ、高齢者に対する問題について理解し、重要視する意識を醸成する。

②雇用

高齢者が自身を持つ経験やスキルに基づき就労を通じ、国の発展に寄与を続けるよう奨励する。経済的に自立することで、より幸福な生活を得ることができる。

③地域社会への参加

高齢者が家庭や社会活動への参加を通じ、役割を果たすことを促進する。

④レクリエーション

高齢者のレクリエーション活動を実現するために、住宅地域、公園、スポーツセンター施設に高齢者に適切な設備を提供する。

⑤交通

⁶² Ministry of Women Family and Community Development (2011). "National Policy for Older Persons". pp.4-6.

⁶³ 過去の国家政策である1995年版国家高齢者政策 (National Policy for Older Persons 1995)及び1998年版高齢者行動計画 (Plan of Action for the Older Persons 1998)がベースとなっている。

公共交通システムは、高齢者が快適に移動できるよう適切な交通機関を提供すること。

⑥住宅

住宅は、高齢者が快適に生活できるよう設備を備える必要がある。

⑦家族への支援システム

高齢者の家族との同居継続確保を目的とし、住宅地域では家族が高齢者の介護を支援するシステムを確立する。家族が高齢者の世話を続けられるよう、適切なインセンティブを導入する必要がある。

⑧保健

高齢者が適切に健康診断を受けることができるようにするために、一般或いは専門病院、または保健医療施設の提供が必要である。

⑨社会保障

高齢者の将来を保障するための包括的な社会保障制度の実現。

⑩メディア

印刷媒体だけでなく、電子メディアにおいても、社会の高齢者への意識を高めるために有効な役割を果たすこと。

⑪調査及び開発

高齢者に対するより良好な計画立案のために、情報収集や調査研究を行うこと。
KPWKM は、アクションプランの実施やコーディネートを管轄する機関として制定されている。

出所：女性・家族・コミュニティ開発省ウェブサイト。

http://www.jkm.gov.my/content.php?pagename=dasar_warga_emas_negara&lang=bm (2014年2月5日アクセス)

(4) 国家高齢者保健政策 (National Health Policy for Older Person)

国家高齢者保健政策 (National Health Policy for Older Person) はマレーシア保健省家族保健開発部課 (Family Health Development Division, Ministry of Health) の管轄である。全ての社会層への身体的、精神的、社会的福利のための医療保健サービスの供給は、健康的で活発で積極的な高齢化社会のために必要不可欠な要素であることを踏まえ、この政策によって、高齢者支援のニーズに基づいた医療・保健サービスの重要性が示されている。また、近年マレーシアでは医療費が増大していることから、保健分野の経済的問題についても焦点を当てるとしている⁶⁴。

① 政策目標

政策目標は、総合的で包括的な保健及び保健関連のサービスを通して高齢者に最適な医療保健サービス提供を実現することにある。また政策は段階的に高齢者の変化する保健ニーズに継続的に対応しながら、政策目標を達成することを目指している。

② 政策目的

政策目的は下記の4つとなっている。

⁶⁴ Family Health Development Division (2008). “National Health Policy for Older Person”. p.11.

1. 高齢者の健康状態を向上させる
2. 生涯を通じた健康増進と病気予防のための活動への参加を促進する
3. 高齢者に優しく、手頃で公正なアクセスがしやすく、文化的にも許容可能で、ジェンダーへの配慮のある、完璧なヘルスケアサービスを総合的に全てのレベルにおいて提供する
4. 高齢者が独立して生活をするができる環境づくりを啓発、支援する

③ 戦略

戦略は下記の7つから構成されている。

1. 健康増進：生涯を通じて健康的な生活を営み、個人、家族、コミュニティ、社会が一丸となって高齢者の健康と生産的な生活を送れるような活動を実施すること
2. 継続的な包括的ヘルスケアサービスの提供：シームレスなサービス供給システムを通して予防、促進、治療、苦痛緩和、リハビリを含めた包括的なヘルスケアサービスを提供する
3. 人材育成計画と開発：高齢人口の増加に伴う健康・介護ケアプロバイダーへのニーズの高まりに合わせた人材育成・開発を行う
4. 情報システム：高齢者のための保健プログラム及びサービスの開発、実施、モニタリング、評価のための情報システムを強化、拡大する
5. 調査・開発：患者ケアとマネジメント及び、プログラム実施とサービス分配に係る計画、モニタリング、評価の基準を作成することを目的とした高齢者の保健及び保健関連問題の調査を促進する
6. 組織間・セクター間の協働：高齢者へのヘルスケアサービス提供のために、既存の組織間のネットワークの強化及び全ての関連機関（政府機関、非政府機関及び民間企業）の新規のネットワークを構築する
7. 法整備：高齢者の尊厳と自律性を守り、サービスの質と基準を維持し、健康を促進し、高齢者の差別や虐待を防ぐため、新法の制定及び既存の法律の見直しを行う⁶⁵

⁶⁵ Ministry of Women Family and Community Development (2011). “National Policy for Older Persons”.pp.13-15.

(5) マレーシアブルーオーシャン戦略 (Malaysia National Blue Ocean Strategy : MNBOS または NBOS⁶⁶)

マレーシアにおける NBOS は、前述の 10MP の下にある GTP の一環として、2013 年 3 月にナジブ首相がイニシアティブを取って開始した戦略である。2016 年までの 4 年間で 2 つのキーエリアの目標を達成し、Vision2020 に向けての布石とするものである。キーエリアのうち、1 つは、高い経済成長率と統合された経済発展により、高い所得水準を達成すること、もう 1 つは社会保障と社会的包摂 (Social Inclusion) を通じた市民の幸福度の向上 (高齢者と若者も含む様々な社会層との格差を解消する) にある⁶⁷。

高齢化と NBOS との関連では、上記のキーエリアの社会保障と社会的包摂の文脈における高齢者支援の一部として HHS⁶⁸プログラムが実施されている。

NBOS は、マレーシアブルーオーシャン戦略機関 (Malaysia Blue Ocean Strategy Institute : MBOSI)、保健省、女性・家族・コミュニティ開発省によってその進捗がモニタリングされている。NBOS の中で、1 Malaysia Family Care⁶⁹を含む包括的な医療・社会保障サービスに関するプログラムとして NBOS7 が掲げられ、政府、民間セクター、NGO といった幅広い関係者の連携により、高齢者やシングルマザーを対象にしたサービスを提供することが示されている⁷⁰。

また NBOS では、地元住民によるボランティアなどのコミュニティの資源を活用し、1 Malaysia Mobile Health Care といったサービスとの連携を図りながら、低所得者の高齢者の支援や、高齢者、児童、シングルマザーといった社会的弱者へのサービスを促進することの重要性を強調している⁷¹。

(6) 1 Malaysian Family Care (1MFC)

前述の通り、1 Malaysia Family Care (1MFC) とは、高齢者、シングルマザー、障害者といった人々に対してボランティアのリソースを活用して包括的な医療・社会保障

⁶⁶ ブルーオーシャン戦略 (Blue Ocean Strategy) とは、欧州経営大学院 (INSEAD) 教授の W・チャン・キムとレネ・モボルニュが著した経営戦略論のビジネス書から生まれた言葉である。競争の激しい既存の市場を「レッドオーシャン (赤い海、血で血を洗う競争の激しい領域)」とし、競争のない未開拓市場である「ブルーオーシャン (青い海、競合相手のいない領域)」を開拓する経営戦略を意味する。ブルーオーシャン戦略を国家 (または自治体レベル) の開発戦略に取り入れられている事例としては、アジア諸国ではマレーシア以外にも、シンガポール、台湾、ミャンマー、スリランカ、ネパール等がある。他にも、北米、南米、中東諸国・地方自治体の戦略に採用されている (Blue Ocean Strategy ウェブサイト <http://www.blueoceanstrategy.com/national-blue-ocean-strategy/>)

⁶⁷ Blue Ocean Strategy ウェブサイト <http://www.blueoceanstrategy.com/malaysia-nbos/book/>

⁶⁸ 訪問介護サービスについては、3.3. (2) ①1) で後述する。

⁶⁹ 1 Malaysia Family Care については、次の 2.1. (6) で後述する。

⁷⁰ 女性・家族・コミュニティ開発省ウェブサイト (マレー語) <http://www.kpwkm.gov.my/home>

⁷¹ 女性・家族・コミュニティ開発省社会福祉局 (JKM) ウェブサイト (マレー語) より。

サービスを提供するプログラムである。NBOS 戦略の下で 1MFC を保健省と女性・家族・コミュニティ開発省の 2 つの省が連携して実施することにより、プログラム実施の費用を最小化しながら、社会サービスを実施している。

マレーシア現地紙国営ベルナマ通信によると⁷²、マレーシアでは、高齢者のための施設が 205 か所、調査対象となった 7,000 人の高齢者のうち、4,000 人が手当てを受けている他、自宅で寝たきりとなっている高齢者が約 3,000 人存在している。現在マレーシア国内で寝たきり高齢者の特別なケアの研修を受けた人材は約 3,000 人程度とされている。

保健省の発表によると、50 郡で実施された 1MFC のパイロットプロジェクトにおいて、医療ケア、栄養、歯科、免疫、障害者のためのリハビリなど包括的な医療サービスの提供が行われ、障害者とシングルマザーが医療サービスの恩恵を受けたとされる。

2.2. 国家政策・計画における高齢化政策・計画における現状と課題

2.1 において、マレーシアにおける高齢化に関する国家政策や計画の概要について説明を行ったが、これらの政策・計画が、実際のマレーシアの高齢化の現状にどの程度適応しているのかについて言及したい。

国家高齢者政策においては、医療・保健面（健康的な高齢化）、社会面（アクティブエイジング：活力ある高齢化）、経済面（生産的な高齢化）、精神面（前向きな高齢化）、環境面（支えのある高齢化）と包括的な高齢者福祉を保障することを目的としている。現状のマレーシアの高齢者支援の政策・計画とのバランスという観点からは、社会面、いわゆる元気高齢者への支援に関しては、全国に展開している PAWE において、様々な健康増進、生涯学習のプログラムが実施されていることから、PAWE の充実を図ることによって社会面と精神面、一部の環境面における高齢者支援のニーズが満たされていくと考えられる。

医療・保健面においては、国家高齢者保健政策によって幅広い側面からの高齢者医療支援のメニューが示されている。同政策では 7 つの戦略が示されているが、中でもマレーシアにとって大きな課題となる点は、継続的な包括的ヘルスケアサービスの提供、人材育成計画と開発、高齢者のための保健プログラム及びサービスの開発、実施、モニタリング、評価のための情報システムの強化、調査・研究といった分野であると考えられる。

医療・保健面においては、低所得者の高齢者を除いては、高齢者施設が公的機関・民間事業者ともに十分な数が存在しているとはいえず、高齢者の支援・介護を全国的

⁷² 国営ベルナマ通信 2013 年 3 月 8 日号より。

に提供できる体制にはない。また、国家政策として推進されているコミュニティのリソースを活用した在宅介護においても、女性・家族・コミュニティ開発省 JKM の所轄である HHS⁷³が一部地域でパイロットプロジェクトとして実施されているが、利用者が 1,600 人と非常に限られた数にとどまっており、全国展開するためには、更なる資源投入と制度・体制の整備が必要である。

HHS で必要とされている在宅ケアの技術支援（支援が必要な「技術」とは、要介護状態の判定基準、介護サービスの量的・質的水準、ケアマネジメントの技術、介護技術等を意味する）、の整備も支援が必要な分野であり、具体的な HHS 技術向上のための段階的な対策も今後必要とされると考えられる。

経済面（所得）に関しては、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は現在月額 300MYR の高齢者手当が支給されているが、一部の元公務員を除き公的な年金制度が弱いマレーシアにおいては、老齢期においても収入を確保することが生活の質を高めるためには重要な要因となる。そのため、元気高齢者においては、可能な限り生産性を高め、収入源を確保するような取り組みが今後必要となっている。現状、PAWE で一部実施されている経済能力向上プログラム（Economic Empowerment Program : EEP）は、高齢者の生活を経済的に支えるほどの効果はなく、また身体能力の改善面でも、レクリエーションの域を出ない活動が中心と考えられる（家庭菜園を市場で売る等）。そのため、健康な高齢者の多い社会を目指し、予防や自立の支援を中心に据えるためには、EEP のプログラムの改善や、サービスの量的な拡大を実現するための実現可能性の高い改革案が必要である。

2.3. 高齢化行政の枠組み

(1) 介護・介護予防／医療／所得／生活環境（住宅保障、インフラ整備等）

マレーシアにおける高齢者に関する省庁は、女性・家族・コミュニティ開発省、保健省、国家高齢者諮問評議会(National Advisory and Consultative Council for Older Persons: NACCO)を中心に、首相府、EPU、PEMANDU、生活環境では、農村・地域開発省、運輸省、農業・農村開発省などが所轄している。それぞれの省庁と役割、法令などは以下の通りとなっている。

基本的に、高齢者に対する社会福祉的な側面からの支援に関わる制度、計画、実施は女性・家族・コミュニティ開発省、医療保健的な側面からの支援に関わる制度、計画、実施は保健省が所轄している。NACCO は、国家高齢者政策及び国家高齢者行動計画の実施に関する諮問機関であり、議長を女性・家族・コミュニティ開発大臣が務め、メンバーに関連省庁、

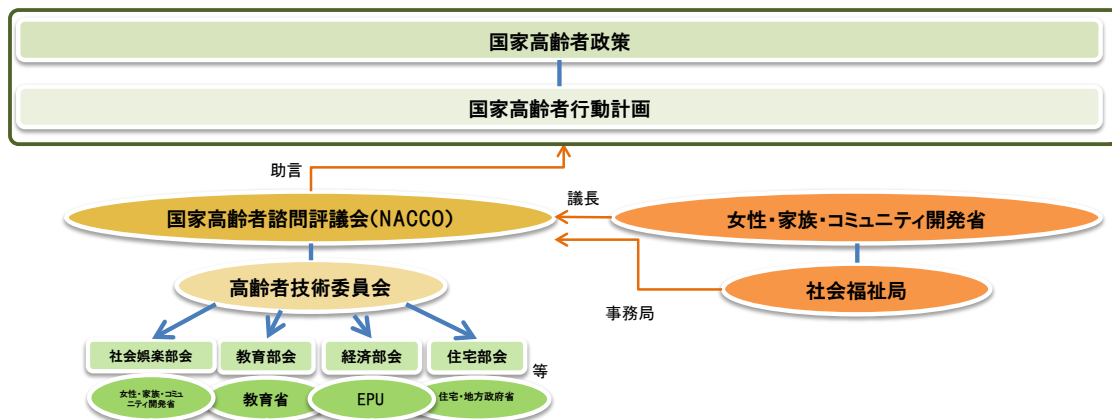
⁷³ 訪問介護サービスについては、3.3. (2) ①1) で後述する。

民間セクター、非営利組織の代表者及び高齢者に関連した専門家が加わっている。諮問評議会の下には、各分野の技術委員会があり、関連省庁が各委員会の議長を務めている(図 2-2 参照)。

表 2-3 高齢者に関連する省庁と役割分担

	介護・介護予防	医療	所得/雇用	生活環境(住宅、インフラ整備等)
関係省庁	女性・家族・コミュニティ開発省	保健省	EPF Department of Public Service	農村・地域開発省 連邦直轄領省 農業・農業関連産業省 住宅・地方政府省
主なサービス・支援	・ 貧困・孤立高齢者の保護を目的とした施設サービス ・ 在宅介護サービス ・ 社会参加・生きがいがづくり	・ 公的医療制度 ・ 政府年金制度の医療給付	・ 退職者積立制度 ・ 公務員年金制度	・ 高齢者の住まいに関する施策 ・ バリアフリー・ユニバーサルデザイン
主な法令	Care Centre Act	Private Medical facility and Service Act	Retirement Fund Act Pension Act	Housing Act

出所：各種資料より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。



出所：各種資料より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

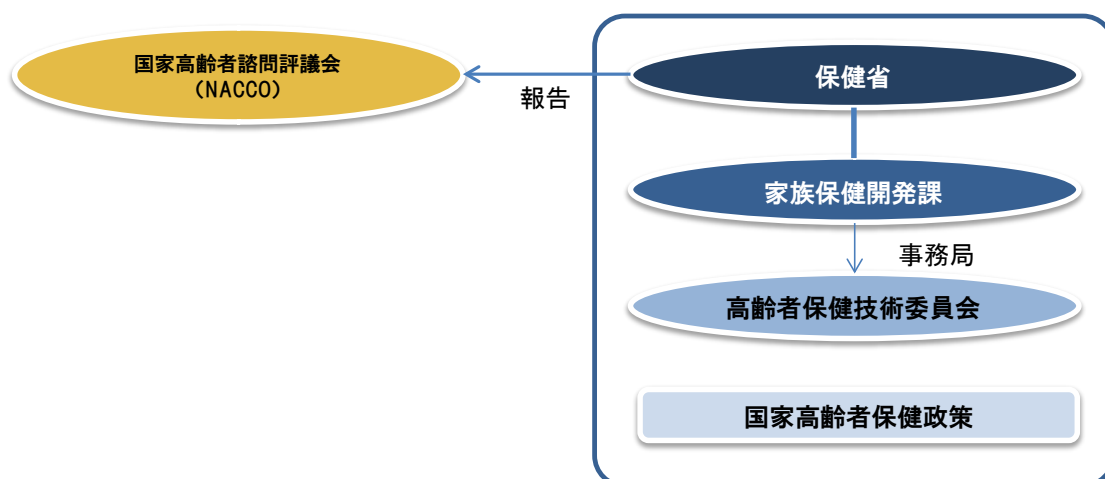
図 2-2 マレーシアにおける高齢者行政の関係図(社会福祉サービス面)

高齢者行政の医療保健的な側面の枠組みは、社会福祉サービス面に比べると、高齢者支援に特化したものは存在していない。保健省は、高齢者施設のためのケアセンター法

(Care Centre Act 1993)、ナーシングホーム(Nursing Home)のための民間ヘルスケア施設サービス法(Private Healthcare Facilities and Services Act 1998)に基づいて、主に施設ケアを中心とした高齢者支援サービスを所轄している。

高齢者支援における医療保健的な行政枠組みにおいては、社会保障サービス面でのNACCOに相当するような全国評議会は存在していないが、保健省のもとで高齢者保健技術委員会が設置されている。同委員会のもとで国家高齢者保健政策が策定された(国家高齢者保健政策については2.1.(4)に記述)。また、保健省は国家高齢者政策の保健分野についてNACCOに報告を行っている。

現在保健省では、要介護度が中程度の人(中度者)向けの施設サービスも含めて、高齢者向けの施設サービスを包括的に規定する方向で新しい取り組みの検討を進めている(詳細は第3章にて後述)。



出所：各種資料より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

図 2-3 マレーシアにおける高齢者行政の関係図 (保健医療サービス面)

2.4. 高齢化関連の主な省庁等

(1) 女性・家族・コミュニティ開発省 (Ministry of Women, Family & Community Development : MWFCD / Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat : KPWKM)

1) 役割

1995年に北京で開催された第四回世界女性会議により、女性の権利保護と地位向上のためのプラットフォームとして、2001年1月に、女性省 (Ministry of Women Affairs) として発足した。低所得者や高齢者、児童、女性等の社会福祉施策の企画、策定を担当している。

女性省の設置後、その役割と機能の拡大に伴い、2001年2月には女性・家族開発省(KPWK)に改称され、同省の傘下に女性開発局(Department of Women Affairs:HAWA)及び国家人口・家族開発委員会(National Population and Family Development Board:LPPKN)が配置されることとなった⁷⁴。

2004年の総選挙以降、同省の役割が拡大され、現在の名称である女性・家族・コミュニティ開発省(マレー語でKPWKM)に変更され、数回の組織再編を経て、現在は、女性開発局(Department for Women Development/JPW)、マレーシア社会福祉局(Social Welfare Department of Malaysia/JKM)、国家人口・家族開発委員会(National Population and Family Development Board/LPPKN)、マレーシア社会研究所(Social Institute of Malaysia:ISM)の4局が設置されている。

女性・家族・コミュニティ開発省では、国を挙げての目標である「ワワサン 2020⁷⁵(Vision2020)」実現に向けて、社会福祉の増進を図り、思いやりと発展が共存する社会を目指している。女性・家族・コミュニティ開発省におけるビジョンや目的、戦略などは以下の通りとなっている。

i. ビジョン

公平で発展した国家として、ジェンダー平等で、家族やコミュニティを基礎としたケア開発を達成する。

ii. ミッション

女性と社会の側面を国家開発の主流に組み込むとともに、社会福祉を向上させることにより家族制度を強化していく。

iii. 目標

社会サービスを効率的・効果的に供給し、戦略的開発の責任を共有することで希望のある社会を築く。

iv. 目的

1. 開発国家の貢献者・受益者としての女性と家族、コミュニティの参加及び活発な活動を促進する
2. 差別をなくし、女性、家族、コミュニティの権利を守る
3. 社会的、政治的に女性への平等な機会を拡大する
4. 家族制度を強化する
5. 効果的・効率的な供給支援システムを確保する⁷⁶

v. 戦略

1. ジェンダーの視点、家族及びコミュニティグループが政策形成・計画、プログ

⁷⁴ HAWA は数回の組織編成を経て、現在の女性開発局 (JPW)となった。

⁷⁵ 1991年にマハティール元首相が2020年までの先進国入りを目標にしたもの。

⁷⁶ Ministry of Women Family and Community Development (2012).“Vision, Mission and Objective”. Retrieved from <http://www.kpwkm.gov.my/visi-misi-dan-objektif>

- ラムの実施に反映されること
2. 政府機関、民間セクター及び非営利組織と協働しながら、プログラムの実施により社会における家族の価値を強化していく
 3. 女性、家族、コミュニティを保護、地位を向上させるための会計制度、既存制度及び新規の規制を構築すること
 4. プログラム開発とプランニングの革新的な手法を促進するためのジェンダー、人口、家族、コミュニティ開発に係る調査開発プログラムを実施する
 5. 対象グループのためのプログラムの包括的・総合的な計画、モニタリングと評価のための社会データベースを開発、強化していく
 6. 技術・知識の向上と対象グループが効果的に国家開発に参加できるようになるよう支援していく
 7. 実施機関と協力することで社会経済開発プログラムを改善し、対象グループの機会を増加、多様化させる
 8. 情報、経験、専門を共有するために国内外のネットワークを強化していく
 9. 政策とプログラム実施を向上させるモニタリング及び評価システムを構築する
 10. 女性、家族及びコミュニティの情報コミュニケーション技術（ITC）へのアクセスを拡大する
 11. 財務及び人材管理と技術向上の最適化を通して全てのレベルにおけるサービス提供を統合、強化していく
 12. 女性、家族、コミュニティを支援する様々な施設・サービスに関する情報を普及させる⁷⁷

女性・家族・コミュニティ開発省の支出の推移は以下の通りである。

表 2-4 女性・家族・コミュニティ開発省の支出と開発支出（単位：百万 MYR）

年度	支出	開発支出
2009	827	218
2010	1,903	499
2011	1,806	181
2012	1,808	158
2013	1,802	49

2009-2011 年は実績値。2012-2013 年の予算は推定値。
出所：Ministry of Finance Budget Statement.⁷⁸

特に女性・家族・コミュニティ開発省は女性、高齢者、子ども、貧困者、家族、障

⁷⁷ Ministry of Women Family and Community Development (2011). "Ministry Strategies". Retrieved from <http://www.kpwkm.gov.my/strategi>.

⁷⁸ Ministry of Finance (2013). "Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.p.1

害者を含むマレーシアのコミュニティ全体の社会福祉を保障する責任を負っていることから、対象となるグループに対して直接サービス支援が可能なように、より前進的で効果的な組織を目指している。

① 社会福祉局 (Social Welfare Department of Malaysia : JKM)

JKM は 1946 年に個人、地域開発、家族、グループ、コミュニティに対して福祉サービスを提供するための公共サービス機関として設立された。調和のとれた社会を創造するために社会問題を解決するためのサービスを提供していく。設立後、JKM は、国内の社会福祉サービスの改善のため、何度か構造的な組織改編を行った。2004 年には、同局は女性・家族・コミュニティ開発省の所轄となり、100 地区 63 関連機関を含む 15 州に支局を持ち、6,300 人以上を雇用している⁷⁹。

JKM のビジョン、ミッション、戦略等は以下の通りとなっている。

i. ビジョン

豊かな介護社会を構築すること。

ii. ミッション

社会福祉の向上を通して社会を発展させていくこと。

iii. 目的

1. 対象となるグループに対してシェルター及びリハビリを提供する
2. 対応の変化のプロセス及び自律のための能力強化を通して地域開発を進めていく
3. 社会におけるケア文化を創造する
4. プロフェッショナルによる社会福祉及び社会開発サービス、戦略的な責任分担による社会福祉を向上させる⁸⁰

iv. 戦略

1. 個人の能力と潜在能力及び福利を最大限活用する
2. 総合的な社会開発の実現を通してプランニングにおける社会福祉の統合を確保する
3. 国内及び国際レベルにおける JKM のプログラムプランニングと評価の主軸として同省の能力を強化し役割を増加させる
4. 非政府組織及び国際機関を含む全ての社会グループとの協力により賢明かつ戦略的なパートナーシップを拡大する

⁷⁹ Social Welfare Department (2011). "Transformation Plan for Social Welfare Department 2011-2015" Retrieved from http://www.jkm.gov.my/images/stories/pdf/pelan_transformasi_jabatan.pdf.p.51.

⁸⁰ Social Welfare Department (2011). "Vision, Mission and Objectives". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=90&lang=en

5. 全てのレベルにおける社会サービス提供の強化と向上させる
 6. マネジメントの向上と人材を最適に利用する
 7. 財務計画・管理及び ITC の質を向上させる⁸¹
- v. 対象となるグループ
- JKM の支援対象は以下の 7 つである
1. 子ども（2001 年子ども法（Child Act 2001）に基づく 18 歳以下の子ども）
 2. 障害者
 3. 高齢者（60 歳以上の人々）
 4. 貧困者（1977 年貧困者法（Destitute Person（Destitute Person Act 1977）による）
 5. 家族（シングルペアレント、ドメスティックバイオレンスの被害者、貧困者及び問題のある人々）
 6. 自然災害の被害者
 7. ボランティア福祉組織（1966 年社会法（Societies Act 1966）による）
- vi. 核となる活動⁸²
1. 予防
 2. 保護
 3. リハビリ
 4. 開発
 5. 統合

1) 予算（支出）規模、予算編成過程

女性・家族・コミュニティ開発省全体の予算のデータは入手できなかったため、支出額を以下の通り示した。

表 2-5 女性・家族・コミュニティ開発省の運営支出及び開発支出（単位：百万 MYR）

年度	運営支出	開発関連支出
2009	827	218
2010	1,903	499
2011	1,806	181
2012	1,808	158
2013	1,802	49

注 1：2009-2011 年の支出は実績値、2012-2013 年は推定値。

注 2：「運営支出」とは事業運営、人件費等の支出、「開発関連支出」とは援助に関連した支出を意味する。出所：Ministry of Finance Budget Statement.⁸³

⁸¹ Social Welfare Department (2008). "Strategy". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=91&lang=en

⁸² Social Welfare Department (2011). "Transformation Plan for Social Welfare Department 2011-2015" http://www.jkm.gov.my/images/stories/pdf/pelan_transformasi_jabatan.pdf. pp.28-29

⁸³ Ministry of Finance (2013). "Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from

表 2-6 社会福祉局 (JKM) の予算 (単位 : MYR)

No	項目	2010	2011	2012	2013
特定のプログラム					
1	高齢者施設	-	539,600	539,600	380,000
2	障害者コミュニ ティリハビリプロ グラム	-	56,563,800	79,463,800	75,983,800
3	障害者施設	-	402,000	402,000	402,000
4	障害者社会経済関 連	-	108,144,000	359,739,000	315,263,800
5	高齢者社会経済関 連	-	166,636,000	496,011,000	489,000,000
単発 (One-off) プログラム					
1	NKRA : 高齢者訪問 ケアプログラム	-	-	-	5,772,000

出所 : Federal Government Budget 2011⁸⁴、Federal Government Budget 2012⁸⁵、Federal Government Budget 2013⁸⁶

表 2-7 社会保護サービス関連の支出 (単位 : MYR)

No	プログラム	2010	2011 *	2012	2013
1	高齢者施設 (Seri Kenangan Home)	-	6,638	6,630,720	13,350,000
2	障害者コミュニ ティリハビリプログラム	6,950,000	8,400,000	1,362,000	981,300
3	障害者ローカルセ ンター	1,400,300	1,890,399	1,691,950	200,000

Note: *Real budget for year 2011

出所 : Federal Government Budget 2011⁸⁷、Federal Government Budget 2013⁸⁸

http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.p.1

⁸⁴ Ministry of Finance (2011). "Federal Government Budget 2011". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf.

⁸⁵ Ministry of Finance (2012). "Federal Government Budget 2012". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf

⁸⁶ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.

⁸⁷ Ministry of Finance (2011). "Federal Government Budget 2011". Retrieved from

http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf.

⁸⁸ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.

表 2-8 高齢者家族課及び障害者開発課の予算（2010-2013年）（単位：MYR）

	2010	2011	2012	2013
高齢者家族課				
予算	197,291,200	33,137,500	36,539,400	41,804,800
障害者開発課				
予算	185,631,800	23,199,300	23,781,200	27,074,900

出所：Federal Government Budget 2011⁸⁹、Federal Government Budget 2012⁹⁰、Federal Government Budget 2013⁹¹

2) 組織体制、人員規模

2012年現在、同省には7,456名のスタッフが従事している。

社会開発局は国家レベルと州レベルの2つのレベルで運営されている。国家レベルでは、次長が2名（計画次長と運営次長）、更に高齢者家族課、子ども課、地域開発課、社会経済開発財務支援課、地域サービス指令課、障害者開発課の6つの課が運営次長の傘下に設置されている。このため、高齢者に関連した問題及び活動は全て高齢者家族課の管轄となる。一方で、障害者関連は障害者開発課の管轄となる⁹²。

高齢者家族課の目的は、ケアサービス、保護、リハビリと効率的・効果的なプログラムの開発を通して高齢者、貧困者の福利を高めていくことである。

さらに、障害者開発課は、サービスや施設を供給することで障害者の福利を向上し、彼らの社会参加を促すことを目的としている。

表 2-9 高齢者家族課及び障害者開発課のスタッフ数（2011-2013年）（単位：人）

	2010	2011	2012	2013
高齢者家族課				
スタッフ数	937	941	937	937
障害者開発課				
スタッフ数	656	654	651	651

出所：Federal Government Budget 2011⁹³、Federal Government Budget 2012⁹⁴、Federal Government Budget 2013⁹⁵

⁸⁹ Ministry of Finance (2011). "Federal Government Budget 2011". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf.

⁹⁰ Ministry of Finance (2012). "Federal Government Budget 2012". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf.

⁹¹ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.

⁹² Social Welfare Department (2012). "Organizational Chart". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=93&lang=en.

⁹³ Ministry of Finance (2011). "Federal Government Budget 2011". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf.

⁹⁴ Ministry of Finance (2012). "Federal Government Budget 2012". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf.

⁹⁵ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Women Family and Community Development". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b48.pdf.

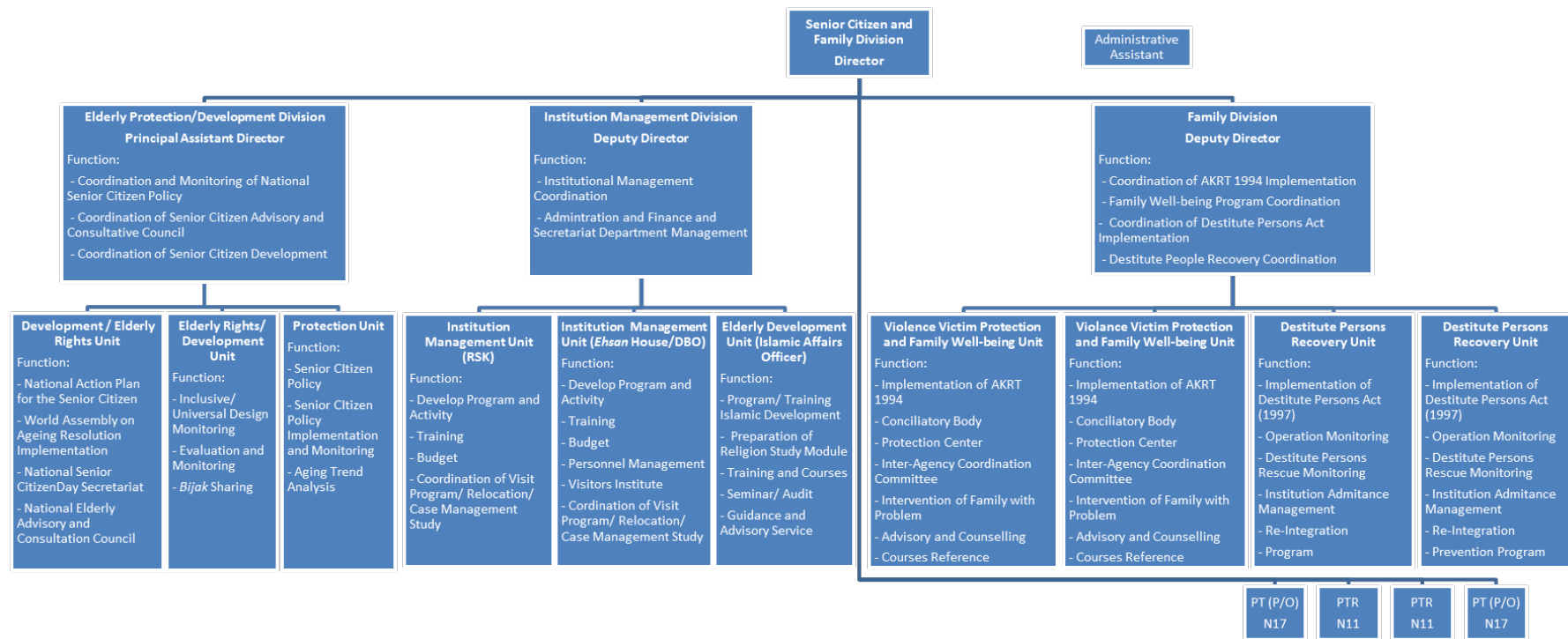


图 2-4 高龄者家族课体制图

出所：Department of Social Welfare⁹⁶

⁹⁶ Department of Social Welfare (2013). "Senior Citizen and Family Division Functional Chart". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=104%3Abahagian-warga-tua-dan-keluarga-wtk&catid=30%3Acarta-fungsi&Itemid=94&lang=en

(2) 国家高齢者諮問評議会 (National Advisory and Consultative Council for Older Persons : NACCO)

国家高齢者諮問評議会(National Advisory Council and Consultative Council for Older Persons : NACCO)は、国家高齢者政策及び国家高齢者行動計画の実施について助言を行う機関である。

同評議会のメンバーは、関連省庁、民間セクター、非営利組織の代表者及び高齢者に関連した専門家によって構成されている。同評議会は、女性・家族・コミュニティ開発大臣が議長を務めている。同評議会は高齢者技術委員会から報告書を受け取り、国家高齢者行動計画の実施について、関係省庁に助言を提供する。JKM が同評議会の事務局を務めている。

① 高齢者技術委員会 (Technical Committee of the National Policy for Older Persons)

高齢者技術委員会は NACCO の下で国家高齢者政策実施及び国家高齢者行動計画の実施を促進する役割を果たしている。同委員会は、女性・家族・コミュニティ開発副大臣が議長を務めている。同委員会のメンバーは、高齢者のための開発プログラムに直接的にかかわる様々な機関の代表者によって構成されている。高齢者技術委員会は国家高齢者政策及び国家高齢者行動計画に沿ったプログラムを開発、実施、監理、評価するために設立された。

高齢者技術委員会の事務局は女性・家族・コミュニティ開発省の政策部 (Policy Department) が務めている。同委員会は、高齢者向けの年次開発プログラムや活動を、州レベルでの計画を考慮しながら実施、国家高齢者諮問評議会へ報告している。

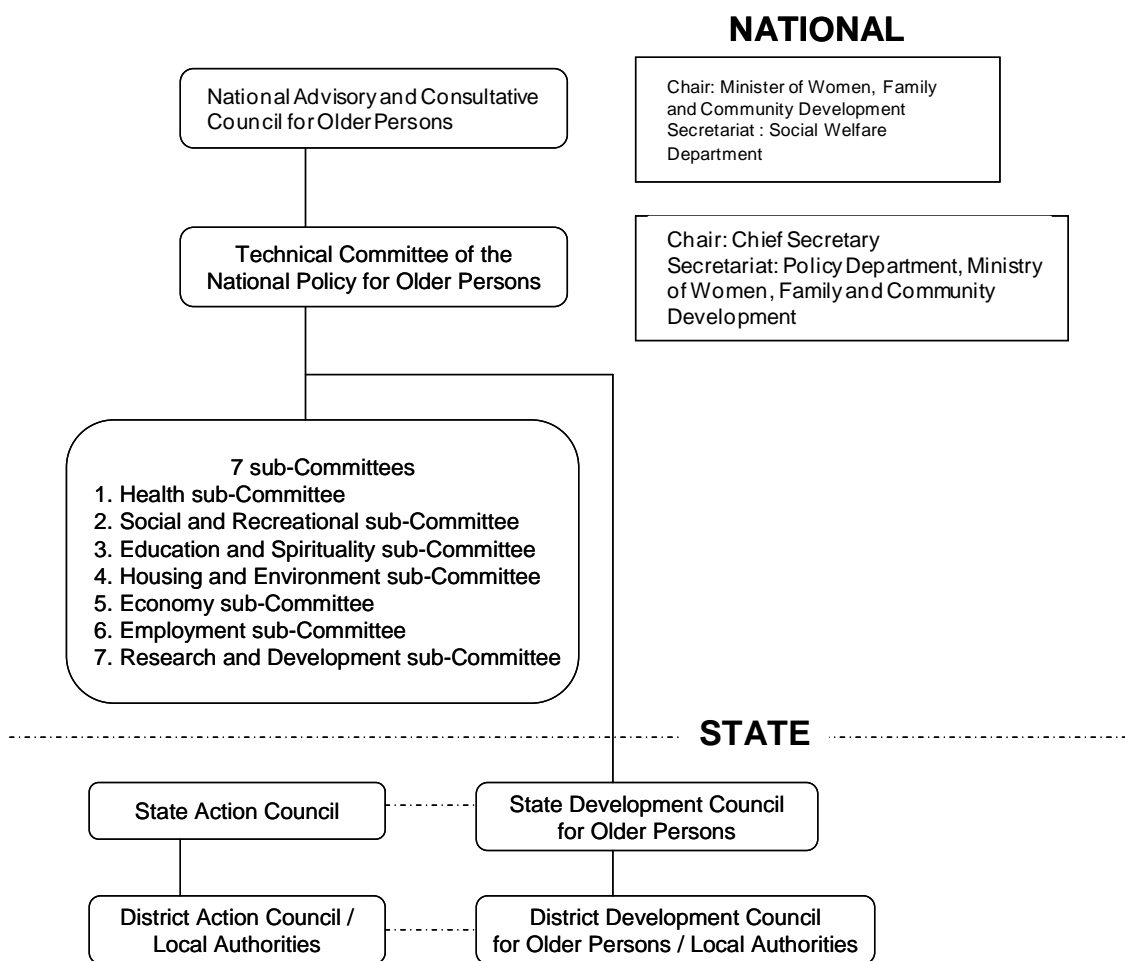
高齢者技術委員会は7つの小委員会によって支えられている。各小委員会は高齢者技術委員会へ活動報告を行う。それぞれの小委員会はそれぞれ以下の機関が議長を務めている。

表 2-10 高齢者技術委員会の小委員会一覧

小委員会	議長
保健 (Health)	保健省 (Ministry of Health)
社会娯楽 (Social and Recreational)	社会福祉局 (Social Welfare Department)
教育 (Education and Spirituality)	教育省 (Ministry of Education)
住宅環境 (Housing and Environment)	住宅・地方政府省 (Ministry of Housing and Local Government)
経済 (Economy)	内閣府経済計画ユニット (Economic Planning)

	Unit, Prime Minister's Department : EPU)
雇用 (Employment)	人的資源省 (Ministry of Human Resource)
調査開発 (Research and Development)	科学・技術・イノベーション省 (Ministry of Science, Technology and Innovation)

注：小委員会のメンバーは、省庁、民間セクター、有識者、NGO で構成されている。
出所：National Policy for Older Persons⁹⁷



出所：National Policy for Older Persons⁹⁸

図 2-5 国家高齢者政策及び国家高齢者行動計画の実施のための組織図

⁹⁷ Ministry of Women, Family and Community Development (2011).“National Policy for Older Persons”. pp.12-17

⁹⁸ Ministry of Women, Family and Community Development (2011).“National Policy for Older Persons”. pp.12-17

(3) 保健省 (Ministry of Health : MOH/Kementerian Kesihatan Malaysia : KKM)

1) 役割

医療保障戦略の企画策定、施策実行、サービス提供システムや運営を管轄する。税財源による医療提供サービスは、公的医療機関が提供を行っており、保健省が所掌している。効果的・効率的で、適切なサービスの推進、予防や治療、リハビリテーションを提供することにより、国民の健康状態を維持し、生産性の高い経済や社会生活の実現と持続を目的としている。保健省の戦略等は以下の通りとなっている。

i. 戦略

1. 包括的なヘルスケアシステム及びレクリエーション施設を設置する
2. 健康意識及び健康的な生活習慣の促進する
3. 個人の福利プログラムの計画及び実施を支援する（自分自身の健康に責任を持つ）
4. 保健セクターにおける施設・サービス提供の効率と効果を高めることによって保健への普遍的なアクセスを可能にする

ii. 重要達成分野 (KRAs)

これらの4つの戦略を基に、以下の3つが保健セクターのKRAsとされている。

1. ヘルスケアへの普遍的なアクセスのためのより効率的で効果的な保健システムへのアクセスによる保健セクター変革
2. 健康意識と健康的な生活習慣の普及
3. 自分自身の健康に責任を持つことのできる個人と地域支援

保健省は、EPUによって4つのミッションクラスターグループ（①質の高いヘルスケア、②活発で健康的な生活スタイル、③関連機関の参加、④マルチセクターの会員）の下に技術作業部会 (Technical Working Groups : TWGs) を設置している。TWGsは下記の通りの5つとなっている。

1. 保健セクター変革 (サービス供給)
2. 保健セクター変革 (財務・ガバナンス)
3. 保健セクター変革 (知識集約型経済 (K エコノミー)、人的資本、ICT、調査開発、革新)
4. 健康意識と健康的な生活習慣 に普及
5. 自分自身の健康に責任を持つことのできる個人と地域支援

保健省及び EPU は、TWGs によって特定されたアウトカム、戦略、重要業績評価指標 (KPI) に沿った活動の優先順位をつけた上で、10MP の中での以下の5つの保健プ

プログラムを実施している⁹⁹。

1. 人口保健プログラム
2. パーソナルヘルスプログラム
3. 調査と革新プログラム
4. 人的資本と開発プログラム
5. 技術その他支援プログラム

2008年、保健省は国家保健計画である第10次マレーシア計画2011-2015を発表した。マレーシアの保健システムを向上させるために策定されたこの計画は1Care 1Malaysiaというコンセプトを基に構成されている。1Careとは、国民に対し政府が責任をもって質の高いヘルスサービスを提供し、団結と平等の精神の下、人々に皆保険のニーズに答えるための再構築された国家保健システムのことである。1Care 1Malaysiaは、効果的、効率的、公平で高い技術のヘルスケアシステムを創造するとともに、マレーシアの人々に様々なレベルでの適切なヘルスケアへのアクセスを更に向上することを目的としている¹⁰⁰。

保健省のビジョン、ミッション、戦略等は以下の通りとなっている。

i. ビジョン

マレーシア国民のより良い健康のために取り組むこと。

ii. ミッション

保健省のミッションは他の機関と協力して、下記の項目について率先し活動を行う。

1. 健康について人々が潜在能力を十分に発揮できるようにする
2. 健康に対して価値のある財産であるという認識を高める
3. 自分自身の健康について責任を持ち前向きな行動をとれるようにする
4. 以下のような質の高い保健システムを確保する
 - ・ 患者中心であること
 - ・ 平等であること
 - ・ 価格が手頃であること
 - ・ 効率的であること
 - ・ 技術的に適切であること
 - ・ 環境に適応していること
 - ・ 革新的であること
5. 下記の項目に配慮していること。

⁹⁹ Ministry of Health (2010). "Country Health Plan, 10th Malaysia Plan 2011-2015". Retrieved from http://www.moh.gov.my/images/gallery/Report/Country_health.pdf. pp.10-11

¹⁰⁰ Ministry of Health (2010). "Country Health Plan, 10th Malaysia Plan 2011-2015". Retrieved from http://www.moh.gov.my/images/gallery/Report/Country_health.pdf. p.8

- ・ プロフェッショナルリズム、ケアチームワーク
- ・ 人間の尊厳の尊重
- ・ 地域参加

iii. 目的¹⁰¹

1. 経済的にも社会的にもより生産的なライフスタイルを導きだせるよう、一定の健康状態に到達、維持するための支援の実施
2. 健康増進と予防のアプローチを導入・提供し、効率的・効果的な手当てやリハビリサービスを提供する

② 家族保健開発課 (Family Health Development Division)

家族保健開発課¹⁰²は、マレーシアにおける公共保健サービスの中核を担っている。提供されるサービスは多様な公共保健施設を通して生まれてから死ぬまで全ての人々を網羅するよう包括的なものとなっている。サービスの領域は「健康」、「病気」、「救急」、「臨床支援」及び「保健情報科学」の5つとなっている。また、家族保健開発課は、前述の高齢者保健技術委員会の事務局を担っている。

これら全ての医療保健関連のサービスは、3,000 のクリニックを含む様々な保健施設を通して提供される。更に 200 以上の陸上、海上、航空での移動型サービスにより遠隔地でも医療保健サービスを提供している。

家族保健開発課は、多様な政策の実施と戦略開発を所轄するのみならず、個人や家族といった草の根レベルでのプロジェクトの進捗の管理を行う。それゆえ、この責任を果たすために同課はソフトウェア部門を所轄する家族保健部門とハードウェア部門を所轄するプライマリヘルスケア部門の2つに分けられている。

家族保健部門は、以下 6 つの分野で構成されており、これらは人々のライフサイクルに応じてプログラムが計画、実施されるようになっている。

1. 母親の健康
2. 出産前、新生児、子どもの健康
3. 思春期（少年少女）の健康
4. 女性と男性の健康

¹⁰¹ Ministry of Health (2011).“2011 Annual Report”. Retrieved from http://www.moh.gov.my/images/gallery/publications/md/ar/2011_en.pdf p.vi and Ministry of Health (2011). “Country Health Plan 10th Malaysia Plan 2011-2015”. Retrieved from http://www.moh.gov.my/images/gallery/Report/Country_health.pdf p.8

¹⁰² Family Health Development Division (2012).“Family Health Development Division”. Retrieved from <http://fh.moh.gov.my/v3/index.php/en/bahagian-pembangunan-kesihatan-keluarga>

5. 高齢者の健康
6. リハビリサービスと特別なニーズ

これに対して、プライマリヘルスケア部門は以下の機関とともに人口に関するプログラムの実施を促進し、サービスを統合するための計画を実施する役割を担っている。

1. 政策プライマリヘルスケア・サービス
2. プライマリヘルスケア医療ケア
3. 臨床支援プライマリヘルスケア
4. プライマリヘルスケア情報科学

家族保健部門の傘下にある高齢者保健ユニットでは、保健サービスと関連サービスを包括的・統合的に提供することにより、高齢者にとっての最適な健康状態を確保することを目的としている。高齢者保健ユニットは高齢者のための国家保健政策及び高齢者のための保健サービス行動計画にて採択された。

高齢者を対象にしたサービスは、マレーシア国内の各地の保健クリニックにて以下のような内容で提供される。

1. 健康増進及び教育
2. スクリーニングと健康評価
3. 医療診断とコンサルティング、治療とリファラル
4. 訪問介護と治療
5. リハビリ治療（理学療法及び作業療法）
6. 社会福祉娯楽活動

家族保健開発課の傘下にある高齢者保健ユニットは、マレーシアにおける高齢者保健サービスの提供機関である。同課は保健教育課の支援を受けて促進活動を続けてきた。保健教育課は高齢者ヘルスケアに関連したカタログ、パンフレット、媒体を作成し、また毎日の運動促進、健康的な食事促進等高齢者向けの活動や、高齢者へのサービス提供のためのスタッフ訓練を企画している。

1) 予算規模、予算編成過程

保健省の予算（支出）規模は以下の通りとなっている。

表 2-11 保健省の運営支出及び開発関連支出（単位：百万 MYR）

年度	運営支出	開発関連支出
2009	12,173	2,540
2010	12,697	3,569
2011	14,899	1,958
2012	14,998	1,873
2013	17,353	1,924

注 1：2009-2011 年の支出は実績値、2012-2013 年は推定値。

注 2：「運営支出」とは事業運営、人件費等の支出、「開発関連支出」とは援助に関連した支出を意味する。

出所：Ministry of Finance¹⁰³

表 2-12 家族保健開発課の予算（単位：MYR）

	2010	2011	2012	2013
予算	1,461,807,100	1,611,221,300	1,644,919,100	1,953,579,000

注：2010-2011 年の支出は実績値、2012-2013 年は推定値。

出所：Federal Government Budget 2011¹⁰⁴、Federal Government Budget 2012¹⁰⁵、Federal Government Budget 2013¹⁰⁶

2) 組織体制、人員規模

表 2-13 家族保健開発課のスタッフ数（単位：人）

	2010	2011	2012	2013
スタッフ数	41,118	40,826	41,905	41,905

注：2010-2011 年の支出は実績値、2012-2013 年は推定値。

出所：Federal Government Budget 2011¹⁰⁷、Federal Government Budget 2012¹⁰⁸、Federal Government Budget 2013¹⁰⁹

(4) 首相府

1) 役割

首相府は 1957 年に設立され、首相を長とする。人材管理、財政、開発、会計、管理

¹⁰³ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Ministry of Health”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b42.pdf

¹⁰⁴ Ministry of Finance (2011).“Federal Government Budget 2011”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf

¹⁰⁵ Ministry of Finance (2012).“Federal Government Budget 2012”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf

¹⁰⁶ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Ministry of Health”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b42.pdf

¹⁰⁷ Ministry of Finance (2011).“Federal Government Budget 2011”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf

¹⁰⁸ Ministry of Finance (2012).“Federal Government Budget 2012”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf

¹⁰⁹ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Ministry of Health”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b42.pdf

サービスに関する主導的機関となることをビジョンに掲げている¹¹⁰。主な首相府の役割は下記のとおりである¹¹¹。

1. 首相府の職員に対して、統治・財政・人材管理、治安、社会的サービス等を含む諸サービスに関する支援
2. 執務エリア等の管理
3. 連邦政府が保有する全財産の効率的かつ効果的な管理
4. 公務員サービスの質の向上
5. 内閣および官房長官に対する効率的で質が高く、効果的なサービスを提供
6. 身体的安全や文書管理などを含めた警備・保護に関連する全ての問題のレファレンス・センターとしての役割
7. 国の典礼や祭典、栄典の授与、外国元首・要人の出迎え、国際会議の運営等の管理・運営
8. 国家経済開発に関する政策や戦略プログラムの調整
9. 政策や戦略、プログラム、開発プロジェクト等の実施状況のモニタリング
10. 国の安全保障に関する政策の策定・調整・実施の確保
11. 連邦法下にある法や指令の実施

① 経済計画局 (Economic Planning Unit : EPU)

首相府におかれた経済計画局 (Economic Planning Unit : EPU) は、国家開発計画の策定、中間報告書 (中間レビュー・評価) の策定と共に、財務省や中央銀行と共に歳入予測を行い、それを元に各省庁に対する予算の配分を決定する作業を担っている。予算配分の際には、EPU が各省庁、連邦政府機関、州政府に対して開発支出計画案を提出するよう呼びかけた後、各機関が EPU に開発プロジェクトベースに基づく予算要求を提出するという流れを取っている¹¹²。

高齢化関連の EPU の役割としては、女性・家族・コミュニティ開発省や保健省、人的資源省、国家高齢者諮問評議会といった多岐に亘る関係組織への予算配分や、国際援助機関とのプロジェクト・プログラム実施の際の窓口を担当している。

¹¹⁰ 首相府ウェブサイト。

http://www.jpm.gov.my/post/modules/pajpm/vbulletin.php?bulletin_id=58&page=1 (2014年2月5日アクセス)

¹¹¹ 首相府ウェブサイト。

http://www.jpm.gov.my/post/modules/pajpm/vbulletin.php?bulletin_id=15&page=1 (2014年2月5日アクセス)

¹¹² 鳥居高 (2005) 「マレーシアにおける「開発」行政の展開 ―制度・機構を中心に―」 RIETI ディスカッションペーパー05-J-008、経済産業研究所。

② 業績管理・実行局 (Performance Management and Delivery Unit : PEMANDU)

2009年のナジブ政権において打ち出された”1 Malaysia, People First, Performance Now” (エスニックグループにかかわらず「1つのマレーシア」として一丸となって課題に取り組むというメッセージ)のスローガンのもと、2011-2020年を期間とする新しい長期経済政策である「新経済モデル」(New Economic Model : NEM)が作成された。その際に、2.1で述べた政府改革プログラム(GTP)の進捗状況を管理・監督するための部署として業績管理・実行局(Performance Management and Delivery Unit : PEMANDU)が首相府に創設された。高齢化政策とのかかわりでは、高齢者のサービス付き居住施設といった特定の政策課題について、政府部内での取り組みを促進・調整する役割を担っている。

③ 実施調整局 (Implementation of Coordination Unit (ICU) / Jabatan Perdana Menteri (JPM))¹¹³

政府変革プログラムには、全ての国家開発を促進調整する中核を担う実施機関の総合的な参加が必要とされるが、ICUがその役割を担っている。ICUは国民のニーズと開発成果とが適合するための様々な活動を行っている¹¹⁴。

2005年3月には、内閣はICUが中央政府、州、自治体で実施されたプロジェクトの成果と投入物を評価するアウトカムモニタープログラム (Outcome Monitoring Program)を実施することを宣言した¹¹⁵。実際、ICUは *Tunas Mekar* と呼ばれる農村部のコミュニティを中心とした家庭内工業活動や一村一品 (One District One Industry (マレー語ではSDSI))のような開発プロジェクト実施を所轄している他、基礎インフラプロジェクト (Basic Infrastructure Project : PIA)、公共インフラプロジェクト (Public Infrastructure Project : PIAS) 及び農村産業プロジェクトの実施も監督している¹¹⁶。

2007年にICUは旧貧困教育プログラムである国家福祉プログラムを実施・管理することに伴い、貧困世帯を対象にした貧困プログラムの計画、実施、監視のためのデータベースシステムを導入した。このデータベースシステムはE-Kasihと呼ばれ、国家レベルでの貧困に関する統計と情報とを管理している。E-Kasihのデータ及び情報は、貧困世帯への家計調査 (Census of Poor Households (マレー語ではBIRM))に基づいて作られている。家計調査は統計局 (Department of Statistics : DOS) によって任命された300名以上のパートタイムの調査員によって実施され¹¹⁷、その結果はICUを通じてE-Kasihに

¹¹³ ICU (2013). “Department Profile”. Retrieved from http://www.icu.gov.my/pg/1icu.php?pg=info_k&type=profil

¹¹⁴ ICU (2011). “Annual Report 2011”. Retrieved from http://www.icu.gov.my/pdf/laporan/laporan_2011.pdf. p.5

¹¹⁵ ICU (2013). “History”. http://www.icu.gov.my/pg/1icu.php?pg=info_k&type=sejarah

¹¹⁶ ICU (2013). “History”. http://www.icu.gov.my/pg/1icu.php?pg=info_k&type=sejarah

¹¹⁷ 家計調査に動員されるパートタイム調査員はDOSによる統計調査の訓練を受け、各州政府へ配属される (Implementation Coordination Unit, Prime Minister’s Department (2013). “eKasih National Databank of Poverty Malaysia”. Retrieved from http://www.icu.gov.my/pdf/artikel/ekasih_info.pdf).

登録される。E-Kasih については 6.2. で後述する。

i. 中核となる主要な活動（マクロ面）

1. マレーシア計画のプログラム・プロジェクトの実施、アウトカムの評価
2. 首相府管轄のプログラムやプロジェクトのための資源の管理、実施、監視
3. 国民の福祉水準向上のためのプログラム及びプロジェクトを調整、監視、評価

ii. 主要な活動（ミクロ面）

1. 財務省の財務管理の下、プロジェクトインフラ維持及び公共インフラプロジェクト管理を調整、実施、管理、評価
2. 一村一品プログラムのための効果的な政策及び戦略を調整、モニタリング
3. ICU の首相府における調整機能の強化が定められた 2010 年第 1 号指令 (Directive No. 1, 2010) に基づき主要政府会合実施のための調整事務局運営
4. 連邦司法機関の政策と戦略の効果に対するモニタリング
5. ブミプトラの社会参加のための社会再構築、ペナン地域開発機関 (Penang Regional Development Authority : PERDA) の政策・戦略の調整、モニタリング

iii. ビジョン

国家開発計画の実施をモニタリングするための理想的で効果的な中央機関であること

iv. ミッション

現状の課題に対応した政策、プログラム、プロジェクトを調整、認定、評価しながら国家開発を進める中央機関となること

1) 社会福祉部 (Social Wellbeing Division) ¹¹⁸

高齢化政策とのかかわりでは、社会福祉部は国家福祉プログラム全体を管理する主要な機関として位置づけられている。社会福祉部は以下の 3 つのセクションから構成されている。

1. プログラム及び政策調整
2. 運営及びデータ管理
3. 一村一品プログラム調整

同部の主な機能は以下の 3 点である。

1. 都市部・農村部の経済成長、生活水準、貧困削減に関する社会福祉プログラムへのフィードバック、プログラム調整、計画、モニタリング、評価の実施

¹¹⁸ ICU (2013).“Social Well-being Department”. Retrieved from http://www.icu.gov.my/pg/1icu.php?pg=info_k&type=bhgn&list=b_sr

2. 貧困削減に関するプログラム・プロジェクトの実施の際、E-Kasih データを活用した調整、計画、実施、モニタリング、評価の実施
3. 省、州、地区レベルでの一村一品プログラム実施の調整、モニタリング、評価

表 2-14 ICU の予算とプロジェクトの予算、及びスタッフ数（単位：MYR）

	2010	2011	2012	2013
予算	571,238,700	690,457,100	567,250,000	588,650,000
スタッフ数	1,421	1,378	1,363	1,363
NKRA：低所得世帯の支援プログラム	-	265,000,000	230,000,000	200,000,000

出所：Federal Government Budget 2011¹¹⁹、Federal Government Budget 2012¹²⁰、Federal Government Budget 2013¹²¹

(5) 人的資源省（Ministry of Human Resource : MOHR）¹²²

1) 役割

労働行政を所掌している。生産性が高く、規律と思いやりをもった人材を開発することを目的としており、雇用主と従業員間の労働争議の解決や、労働協約を通じた調和のとれた労使関係の確保により、産業の調和と維持を目指す。労働者の安全衛生の確保や、能力向上等も所掌している。失業保険制度の導入検討についても、人的資源省が担当している¹²³。

i. ビジョン¹²⁴

世界基準の労働者を育成・管理する先駆的な機関であること

ii. ミッション

1. 経済成長とそれに伴う更なる雇用機会の増加に対して労働環境の変化に対応した、生産的、有益な、規律のある、思いやりをもった労働者を育成すること
2. 国家の経済開発及び人々の健康のために雇用者、被雇用者、労働組合間の労使関係を促進・維持すること

¹¹⁹ Ministry of Finance (2011).“Federal Government Budget 2011”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf

¹²⁰ Ministry of Finance (2012).“Federal Government Budget 2012”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap1.pdf

¹²¹ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Prime Minister’s Department”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b6.pdf

¹²² http://www.mohr.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=699&Itemid=420&lang=en

¹²³ Ministry of Human Resource (2011).“Annual Report 2011”. Retrieved from http://www.mohr.gov.my/docz/publication/KSM_AR.pdf

¹²⁴ Ministry of Human Resource (2012).“Vision and Mission”. Retrieved from <http://www.mohr.gov.my/index.php/en/about-us/vision-mission>

3. 社会正義を支持し、雇用者、被雇用者間の不和を解決し、団体協約を締結することで調和のとれた労使関係を確保すること
4. 労働組合の活動が、民主的で秩序があり、労働者の調和を達成するための支援に責任を果たしていること
5. 国家の人材開発におけるリーダー機関となること
6. 労働者の安全と健康を確保すること
7. 社会正義のもと調和のとれた労使関係の中で、技能と知識を兼ね備え、競争力のある労働者を育成すること

iii. 役割と責務¹²⁵

1. 効率的、生産的で規律があり、前向きな価値観と良好な労働倫理を兼ね備えた労働者を育成するための労働政策及び法律を更新、実施する
2. 安全で健康的な労働環境を確保するために職業安全及び保健政策・法を更新、実施する
3. 良好な労働環境を整備するために雇用者及び被雇用者の労使紛争を効率的に管理、解決する
4. 国家の利益のため秩序だった労働組合の発展と活動をモニター、指導していく
5. 労働管理、労働関連分野での技術協力及び人材開発において国際関係を維持していく
6. 非雇用者、雇用者及び政府の三者構成原則を促進調整し、Vision2020 に向けて協調関係を築く
7. 雇用、労働人口の技術開発及び生産性に準じた給与制度に関する政策形成のための管理と労働市場分析により人材計画及び開発を行う
8. 雇用機会の創出と柔軟な労働市場の環境整備を行う
9. 民間セクターのニーズに応えた国家職業訓練政策及び戦略を更新実施する
10. 技術訓練のシラバス、技術認証システム及び実施のための技術基準の改訂、更新、開発をする
11. 労働者の効率的なセーフティネットを確保するための社会安全施設の更新及び効果的な実施

高齢化政策とのかかわりでは 2012 年人的資源省は、定年退職の年齢引き上げを明記した最低退職年齢法（Minimum Retirement Age Act 2012）を制定した。これにより、被雇用者は 60 歳まで働くことができるようになった。

¹²⁵ Ministry of Human Resource (2012).“Roles and Responsibilities”. Retrieved from <http://www.mohr.gov.my/index.php/en/2012-11-01-21-01-13/roles-and-responsibilities>

(6) 財務省 (Ministry of Finance) ¹²⁶

i. ビジョン

国家財政と経済を管理する第一の機関としての責任を果たす。

ii. ミッション

効果的・効率的に説明責任を果たしながら国家財政及び経済を国家開発目標達成のために管理していく。

iii. モットー

優れた金融政策を通して経済を活性化する。

iv. 目的

- ・ 持続可能で継続的な経済成長を確保する
- ・ 国家競争力と経済回復力を強化する
- ・ 効果的で儉約的な財務管理を確保する
- ・ 公正な福利を共有する
- ・ 社会の生活の質 (QOL) と福祉水準の向上

v. 機能

- ・ 効率的で効果的な財務資源の配分・管理のための財政政策を策定・実施
- ・ 政府の財務面でのアカウンタビリティの確保
- ・ 国債や海外政府との借款の管理
- ・ 省、政府機関及び司法機関の財務管理・監視
- ・ 公共財政管理に関する政策を策定・実施
- ・ 公共セクター被雇用者の住宅ローン及び政策を形成管理すること

① 予算管理部 (Budget Management Division) ¹²⁷

高齢化政策とのかかわりでは、予算管理部の役割は効果的で効率的な予算配分を行うことである。同部はすべての政府機関の予算を見直す役割も果たしている。同部の傘下には女性・家族・コミュニティ開発ユニットと呼ばれる特別ユニットがあり、同ユニットは女性・家族・コミュニティ開発省の予算全体を形成及びレビューする役割を担っている。

同部には 100 名の職員が所属し、3 名の職員が女性・家族・コミュニティ開発ユニットを担当している。

¹²⁶ Ministry of Finance (2010). "Treasury Profile". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/index.php?option=com_content&view=category&id=120&Itemid=160&lang=en

¹²⁷ Ministry of Finance (2013). "Budget Management Division". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=398%3AAbelanjawan&catid=123%3Abahagian-di-perbendaharaaninforperhubungan&Itemid=152&lang=en

i. ビジョン

国民の求めるニーズに対応した効率的で効果的な予算システムの構築

ii. ミッション

マレーシアの財務資源が最も効果的で効率的に配分されるような取り組みを実施すること

iii. 目的

全ての政府機関が現在の国家予算政策に従い、プログラム分析や開発計画を通して適切な財源配分を行うこと

iv. 機能

- ・ 連邦予算の分配が国家政策及びその目的に従い配分されるようにする
 - ・ 省庁への予算配分が効率的・効果的に行われるようにする
- 国家金融委員会 (National Financial Council) 及び内閣での決定に従い州政府及び地域機関への助成金の審査及び承認を行うこと

(7) 住宅・地方政府省 (Ministry of Housing and Local Government)

住宅地方政府省は、1964年5月24日に地域政府住宅省として設立された。1978年の内閣構造改革に従い、同省は住宅・地方政府省とその名を改め、住宅村開発省とかつての地域政府領土省が統合された。

① 連邦都市農村計画局 (Federal Department of Town and Country Planning) ¹²⁸

高齢化政策とのかかわりでは、連邦都市農村計画局は、州レベルの都市計画に係る全ての問題を解決する部署であるため、主に高齢者の利用するインフラや施設関連の課題と関連している。

i. ビジョン

2020年までに質が高く繁栄した持続可能な生活環境を創造するための都市計画の先導者となること

ii. ミッション

豊かな社会の構築に向け、包括的で体系化された革新的な開発計画の実施と監視を通して、国家配置計画を促進すること

iii. 目的

1. 国家の基本方針に沿って都市部と農村部の生活の質 (QOL) を向上させるための

¹²⁸ Federal Department of Town and Country Planning Peninsular Malaysia. "Vision, Mission, Quality Policy and Objectives". Retrieved from http://www.townplan.gov.my/en_content.php?ID=19

物理的、社会及び経済開発を強化する

2. 開発、土地利用、土地開拓を効果的な都市計画法（Act 172）の実施によって計画、管理、調整していく
3. 計画規制、政策、計画、ガイドラインの作成実施及び、各機関がそれらを実施レベルで効果的に適応させる
4. 優れた質の高い都市計画サービスと長期計画に必要とされる情報システムを確保する

理想的な土地利用、開発、開拓のために、連邦都市農村計画局の機能は、国家、州、地方の3つのレベルに分けられる。それぞれの役割は以下の通り。

(a) 国家レベルでの機能

1. 連邦政府に対して、土地の使用や開発に関連する全ての計画について助言を行う
2. 1976年都市開発法（Country Planning Act 1976 : Act172）の下に設立された国家配置計画委員会の事務局を務める
3. 計画法、手法、調査、基準、手続き、計画規則等を通して包括的、効果的、効率的な計画システムを促進する
4. 土地利用形式と居住計画を基にした国家社会経済政策を配置空間戦略に変換する
5. 州政府、地方機関及び開発計画、州や郡レベルの計画（District Local Plan）及び特別地域計画に係る政府機関を支援する
6. 都市計画に関連した統計、報告書、規則等をモニタリング、更新、発行する

都市開発部とその地方支局は計画、空間計画、開発計画の準備、技術資源サービス管理、公営公園、造園、その他サポートサービスのモニタリングを実施している。

(b) 州レベルでの機能

1. 土地利用及び開発を含めた全ての計画において州政府に対してアドバイザーとしての役割を果たす
2. 1976年都市開発法（Town & Country Planning Act 1976 : Act172）の下に形成された州開発委員会の事務局を務める
3. 地方機関に対して政策及び土地利用に関する助言を行う
4. 州の開発について開発計画及び実施の際の承認と監理を含めた規制を行う
5. 州政府の行う州特別プロジェクトのための配置計画の準備を支援する
6. 土地利用及び開発に関する調査研究を行う

州連邦都市農村計画局は、州政府への主要アドバイザーとして、政府の行う都市計画の全ての側面について助言する役割を果たしている。同課は、土地利用政策を策定し、住宅、産業、観光といった様々なセクターのための開発計画を準備する。同課は地元の機関による開発を監理するための助言を行う。これは空間計画の準備、都市計画の準備、民間のディベロッパーから地域機関に提出された開発計画の審査によって行われる。また州都市開発課は、1976年都市開発法の下、州計画委員会（State Planning Committee : SPC）の事務局も担っている。

(c) 地域レベルの機能

1. 地方自治体が管轄する地域の土地利用及び開発、建築について計画、調整、監理を行う
2. 都市計画とその規則に関する統計、報告書、研究論文、その他出版物の収集、保存、出版を支援、実施、促進する
3. その他州及び州計画委員会によって委託された業務を実施する¹²⁹

主要な自治体の計画課は、その他の2つのレベルの政府からは独立して存在する。地方自治体は計画課とともにプロジェクト監理、計画、地域配置計画の準備を含めた都市開発に係る全てをモニタリングする¹³⁰。

更に連邦都市農村計画局の中には調査開発部があり、全ての政府のレベルにおいて、質が高く効率的な都市計画サービスを確保できるよう設けられた。包括的、革新的で持続可能な科学的根拠のある調査研究を行っている。調査開発部では、高齢者及び障害者のためのユニバーサルデザインのための国家レベルでの計画ガイドライン（GP015-A）を策定する役割を負っている。同ガイドラインについては、5.3.(8)で後述する。

表 2-15 住宅・地方政府省の運営支出及び開発関連支出（単位：百万 MYR）

年度	運営支出	開発関連支出
2009	1,196	1,062
2010	1,085	1,887
2011	1,596	1,137
2012	1,627	1,586
2013	1,972	1,166

注 1：2009-2011 年は実績値、2012-2013 年は推計値。

¹²⁹ Town and Country Planning Department. “Department Function”. Retrieved from http://www.townplan.gov.my/en_content.php?ID=20

¹³⁰ Town and Country Planning Department (2013). “Department Function”. Retrieved from <http://www.hbp.usm.my/townplg/jpbd/jpbd.htm>

注 2: 「運営支出」とは事業運営、人件費等の支出、「開発関連支出」とは開発に関連した支出を意味する。

出所: Ministry of Finance Malaysia¹³¹

表 2-16 スタッフ数と調査開発部の予算 (単位: MYR、人)

	2010	2011	2012	2013
予算	10,307,300	9,940,900	11,726,700	12,182,600
スタッフ数	162	162	147	147

出所: Federal Government Budget 2011¹³²、Federal Government Budget 2012¹³³、Federal Government Budget 2013¹³⁴

(8) 運輸省 (Ministry of Transport)

運輸省は、陸、海、空全ての運輸を管轄する。障害者及び高齢者に関する問題は、調査計画ユニット、自動車技術課に関連している。

① 調査開発ユニット (Research and Development Unit)

調査開発ユニットは、運輸省の障害者のための国家委員会 (National Council for Person with Disabilities) の代表を務める機関である。障害者のための国家委員会は障害者の生活の質 (QOL) と福祉水準の向上を目的として設立された。具体的には、高齢者を含む全ての国民が様々な場所へアクセスをしやすいこと、リハビリ、健康、重度障害者の保護、人道緊急支援といった分野について支援を行っている。運輸に関する問題または障害者に合った基準については調査開発ユニットがマレーシア道路交通部、特に自動車技術課の支援を受けながら議論される。

② 自動車技術課 (Automotive Engineering Division, Road Transport Department)¹³⁵

自動車技術課はマレーシア道路交通部の傘下であり、バスへのユニバーサルアクセスのためのガイドライン及び土地公共交通マスタープランを発行、見直し、開発する主要機関である。また、高齢者や障害者向けのユニバーサルデザインを含めた公共交通機関に関するガイドラインを準備する機関となっている¹³⁶。具体的な自動車技術課の役割は以下の4点である。

¹³¹ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Housing and Local Government". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b43.pdf

¹³² Ministry of Finance (2011). "Federal Government Budget 2011". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf

¹³³ Ministry of Finance (2012). "Federal Government Budget 2012". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap3.pdf

¹³⁴ Ministry of Finance (2013). "Federal Government Budget 2013, Ministry of Housing and Local Government". Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b43.pdf

¹³⁵ Road Transport Department Malaysia (2013). Retrieved from <http://www.jpj.gov.my/web/guest/fungsi-utama>

¹³⁶ 交通機関のユニバーサルデザインについては、5.3. (9) で後述する。

1. 自動車技術課が所轄する自動車点検会社である PUSPAKOM の高い質と基準を保つための調整、規制を行う
2. 自動車の法的、技術的な基準を調整、モニタリングを行う
3. エンジン、車体変更の承認、商用自動車設計計画等の管理を行う
4. 自動車技術調査開発センターとして機能する

表 2-17 運輸省の運営支出と開発関連支出（単位：百万 MYR）

年度	運営支出	開発関連支出
2009	924	3,158
2010	1,142	2,736
2011	1,240	3,962
2012	1,134	4,159
2013	1,134	4,478

注 1：2009-2011 年は実績値、2012-2013 年は推計値。

注 2：「運営支出」とは事業運営、人件費等の支出、「開発関連支出」とは開発に関連した支出を意味する。

出所：Federal Government Budget 2013¹³⁷

表 2-18 研究開発ユニットの支出とスタッフ数（単位：MYR、人）

	2010	2011	2012	2013
研究調査開発ユニット				
支出	624,200	792,000	1,120,500	1,191,000
スタッフ数	16	16	16	16

出所：Federal Government Budget 2011¹³⁸、Federal Government Budget 2012¹³⁹、Federal Government Budget 2013¹⁴⁰

(9) 省庁間の調整

各省庁は州事務所や地方事務所を設置している。連邦レベルでの省庁間の調整は ICU や EPU が担当し、州レベルでの調整は、行政分野に応じた個別の委員会（Committee）が行っている¹⁴¹。州知事や執行理事会¹⁴²の各理事などが委員長を務める。委員会は執行理事会で決定された方針に基づき、各部署が業務を遂行できるよう調整する役割を担っ

¹³⁷ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Ministry of Transport”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b28.pdf

¹³⁸ Ministry of Finance (2011).“Ministry of Transport Annual Budget”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2011/anggaran_perbelanjaan2011.pdf

¹³⁹ Ministry of Finance (2012).“Ministry of Transport Annual Budget”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2012/ap2.pdf

¹⁴⁰ Ministry of Finance (2013).“Federal Government Budget 2013, Ministry of Transport”. Retrieved from http://www.treasury.gov.my/pdf/bajet/maklumat_bajet_kerajaan/2013/b28.pdf

¹⁴¹ 以下の記述は、財団法人自治体国際化協会（2007）『マレーシアの地方自治』、pp.24-28 を参照。
http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/313.pdf（2014年1月9日アクセス）

¹⁴² 執行理事会は連邦の内閣に相当する機関で、行政権を行使する。スルタンが元首の州で設置される。

ているが、委員会には州の内部部局や職員、連邦の地方機関や郡といった異なる行政機関のメンバーも参加しているため、委員会は関係行政機関間の調整の役割も果たしている。委員会は関係部局に対する直接の命令権限は有しておらず、あくまでコーディネーター役にとどまる。

郡レベルの行政は州職員である地域事務所長（District Officer）が管轄している。郡においても州と同様に行政分野ごとに委員会が設置されており、郡レベルでの行政機関間の連絡調整を担っている。

高齢者政策に関する委員会については次の（10）で詳述する。

(10) 地方自治体レベルでの高齢者関連組織

地方自治体の社会福祉への直接の関与はなく、高齢者のケアを含めた社会福祉関連の活動は、すべて JKM の州事務所が担当している。

① 州高齢者開発委員会及び郡高齢者開発委員会（State Development Committee for Older Persons and District Development Committee for Older Persons）

州高齢者開発委員会は、連邦政府と州政府との調整役を果たしている。州高齢者開発委員会の議長は副州知事が務め JKM 州事務所が事務局を担う。

郡高齢者開発委員会のメンバーは、政府機関、民間セクター、NGO、高齢者開発に積極的に参加している個人から構成されている。州レベルと郡レベルでの高齢者開発委員会では、同じ機能が期待されている。

各州の高齢者開発委員会は、各州の優先事項に沿った国家高齢者行動計画の州レベルの年次計画を準備し、高齢者技術委員会に提出する必要がある。

郡高齢者開発委員会は副郡知事（Chief Assistant District Officer）が議長を務め、JKM 郡事務所（District Social Welfare Office）が事務局を務めている¹⁴³。

② 教育小委員会（Education and Spirituality Subcommittee）¹⁴⁴

教育省所轄の教育小委員会の目標や主な機能は以下の通りとなっている。

i. 主要目標

1. 高齢者に配慮した効率的・効果的なサービスを提供することによって、個人、家族、コミュニティのそれぞれが、高齢者が平穏で生産性の高い生活を送れるよう

¹⁴³ Esah bt Kelling (2013). Assistant Director, Senior Citizens and Family Unit, Social Welfare Department. Phone interview.

¹⁴⁴ Ministry of Education (2011). "Term of Reference for Education and Spirituality Sub Committee". Retrieved from http://www.moe.gov.my/jpnselangor/v3/images/stories/Dasar%20Warga%20Emas%20Negara/TERMA%20RUJUKAN%20JK%20KECIL%20%20Pendidikan911112.30PM_Edit%20KSU_FS%20Fi.pdf

な環境を整備するための啓蒙活動を行う

2. 相互尊重、愛、感謝といった価値観や考え方、習慣を広めていく
3. 学生や若年層の精神性、自己確立、自尊心を高めるために、高齢者の知識や専門性、経験を活用する

ii. 主要な機能

1. 高齢者諮問評議会の決定に従い活動を行う
2. 国家高齢者行動計画に関連したプログラムや活動を計画実施する
3. 国家高齢者行動計画に関連したプログラムや活動の実施のための政府省庁とNGO間の調整関係を構築する
4. 省、州、地方、学校レベルでの実施委員会メンバーによるプログラム及びアクティビティをモニタリングする
5. 実施されたプログラム、活動の評価を行い、改善を目指す
6. 高齢者諮問評議会への報告準備を行う
7. 運営委員会は1年に2回開催され、実施委員会は1年に3回開催される

iii. 職務範囲

1. 主要委員会 (Main Committee) と実施委員会 (Implementation Committee) の2つがある
2. 委員会は生徒、教員、教員教育機関(Institute of Teacher Education)、単科大学、高等教育機関からの学生のためのプログラムや活動を実施する
3. 委員会は学校や教員教育機関、大学や高等教育機関でのプログラムや人材育成活動、スポーツを計画する

iv. 対象となるグループ

1. 小学校、中等学校の学生及び単科大学、教員訓練機関 (Institute of Teacher Education) 及びその他高等教育機関に所属する学生
2. 高齢者ケアセンターに在籍する高齢者
3. 在宅の高齢者
4. 様々な分野において優れた才能を発揮している高齢者

v. 国家高齢者行動計画の下での教育精神プログラム (Education and Spirituality Program) の実施目的

1. 高齢者ケアセンターでのボランティアの促進
 - ・ 高齢者が国の財産であり高齢者を尊重する価値観の普及
 - ・ 高齢者適応プログラム (教員訓練機関、大学、高等教育機関の学生、高齢者と地域コミュニティ) の実施
 - ・ 「世代間の日 (Day between Generations)」を運営する (学校児童、教員訓練機関、大学、高等教育機関、高齢者、政府機関、非政府組織、地域コミュニティを対象に)

- ・ 高齢者及び地域コミュニティにおける世代プログラム間で健康的な高齢者の組織化を支援
 - ・ 敬老啓発キャンペーンの実施（学校児童、教員訓練機関、大学、高等教育機関を対象に）
2. 高齢者の学校行事への参加促進
- ・ 「世代間の日」において、学校児童や学生（教員訓練機関、大学、高等教育機関等）と触れあう機会を設ける

3. 介護・介護予防関連の取組

3.1. 概要

マレーシアにおける高齢者の介護・介護予防政策は、支援や介護を必要とする高齢者を対象とした施設・居宅サービス、自立した高齢者を対象とした社会参加・生きがいくりに分類することができる。

主な関係機関・団体としては、女性・家族・コミュニティ開発省や保健省のほか、サービス提供者として民間企業・NGO、調査研究機関として大学の研究機関があげられる。民間企業は、サービスを有償で提供しその収益によって事業を運営、一方 NGO は、サービスを無償で提供し政府からの助成金や寄付金により事業を運営しているのが一般的である。政策立案は主に女性・家族・コミュニティ開発省が担っているが、医療関連では保健省とのかかわりがある。また、NGO が審議会に参画したり、大学の研究機関が関係省庁から諮問を受ける等、主な関係機関・団体が政策立案に関わっている。

3.2. 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO 等）

(1) 主な関係機関の役割・機能

① プトラ・マレーシア大学老年学研究所 (Institute of Gerontology, University Putra Malaysia (UPM))¹⁴⁵

i. 目的、設立の背景

プトラ・マレーシア大学 (UPM) 老年学研究所は、高齢化問題に関わる調査研究を行う研究所として、2002 年に設立された。社会老年学 (Social Gerontology) と医療老年学 (Medical Gerontology) の 2 つの研究室から構成されている。学部は開設しておらず、大学院生以上が研究所に所属している。

ii. 業務・活動の内容

UPM 老年学研究所は、高齢化問題に関わる様々な研究プロジェクトを実施しており、政策立案や評価に際して、EPU 等の省庁から諮問を受けている。

調査研究には公募研究費を活用しており、研究費の内訳としては 70% が国内機関、30% が国際機関からの助成となっている。国内機関としては、科学・技術・イノベーション省 (Ministry of Science, Technology and Innovation) や高等教育省 (Ministry of Higher Education) の公募研究費が主となっている。

¹⁴⁵ 2013 年 4 月 23 日現地調査ヒアリングより (UPM)。

② アルツハイマー病財団 (Alzheimer's Disease Foundation Malaysia : ADFM) ¹⁴⁶

i. 目的、設立の背景

ADFM は、マレーシアにおいてアルツハイマー病の周知を図り、国内の認知症患者とその家族を支援することを目的として設置された非営利組織である。スランゴール州 (Selangor) にある Rotary Club of Shah Alam (RCSA) のアルツハイマー病の母親をもつメンバーにより提唱されたことをきっかけに、1997 年に設立・登録された。1999 年 9 月には免税対象の機関となっている。

ADFM は、設立者である RCSA 等より寄付を受けて事業を行っているが、政府の助成金は受けていない。これは、政府の意向の影響を受けずに事業を展開したいという考えに基づいている。

現在は、ジョホール州 (Johor) に、ADFM アジア支部の訓練センターを設置し、フィリピン人、インドネシア人、マレーシア人の介護者の訓練を行う施設を建設する準備を行っている。

また、ADFM は 1998 年に、Alzheimer's Disease International (ADI) という世界中の国家的アルツハイマー病関連団体を傘下に置く組織の特別メンバーになった。

ii. 業務・活動の内容

アルツハイマー病の周知に向けては、早く症状に気づき、適切な処理を行うことによって症状の進行を遅らせたり、患者の QOL を保つことができること、また病状にはいくつもの種類があること等、正しい知識の普及を図っている。また、介護者支援として、グループをつくり交流する場を提供している。

具体的には、以下のような取組が行われている。

- ・メディアへの露出や、講演・ワークショップ・展覧会等を通じた教育活動
- ・アルツハイマー病サポートグループやヘルプライン、カウンセリングサービスによる実践面・心理面での支援
- ・アルツハイマー病やその他の認知症を抱える患者のケアや治療に携わる家族・親族・専門職・ボランティアに対する指導・訓練
- ・ニュースレター・報告書・出版物・その他の媒体を通じた情報の普及や感情・経験の共有
- ・デイケアセンター、レスパイトセンター、ナーシングホーム、留守番介護などの介護サービスや介護施設
- ・国内の医療サービス・施設の参照リストの提供
- ・ADFM が計画したプロジェクトや活動プログラムに必要な資金を調達する活動

¹⁴⁶ 2013 年 3 月 31 日現地調査ヒアリング (ADFM)、Alzheimer's Disease Foundation Malaysia, (2013). Retrieved from <http://www.adfm.org.my/Home/foundation>、ADFM, (2011). "ADFM Newsletter Sharing". より記載。

③ 全国社会福祉協議会 (National Council of Welfare and Social Development Malaysia : NCWSDM/MAKPEM) ¹⁴⁷

i. 目的、設立の背景

1946年のJKMの設立に伴い、全国レベルの福祉組織コーディネート機関として設立されたのが Central Welfare Council であり、これが MAKPEM の前身となった。この機関は、福祉組織のコーディネートと、第二次世界大戦中の貧困者やその他の社会問題の犠牲者に対する支援を目的として設立されたものである。

マレーシア国家の設立に伴い、JKM 局長は率先して、福祉ボランティア組織のコーディネートを全国レベルで行う機関の設立に取り組んだ。これは、これらの組織を一つの機関の傘下に置くこと、社会福祉分野における国際社会での立場を強化することをねらいとしたものである。MAKPEM は、その登録組織を通じて国際機関とのつながりも有している。

MAKPEM は、マレーシアにおける社会福祉関連の NGO をコーディネートする非政府機関となっている。MAKPEM の登録組織は 52 団体、うち 14 が州単位の団体で、残りは全国単位の団体となっている。各団体の傘下に複数の草の根レベルの NGO が所属しており、全部で 350 程度となっている。草の根レベルの NGO と MAKPEM は直接的な関係はない。会長は 3 年に一度、会員団体の選挙によって選出されている。

MAKPEM は、マレーシアの発展や福祉の向上を図ることをビジョンとして掲げている。対象としては、とりわけ、コミュニティの中で恵まれない人々、社会問題に巻き込まれたコミュニティが想定されている。すべての個人がその権利と責任に基づいて、自立して健康的かつ生産的に生活できるよう、労りあう環境の構築に取り組んでいる。

組織としての予算は、300,000MYR の管理運営費と 500,000MYR の訓練コース実施費で構成されている。人件費は管理運営費に含まれており、訓練コース実施費には、会場代やコースにおける飲食費、講師費、保険料などが含まれている。300,000MYR の管理運営費のうちの 80,000MYR 及び訓練コース実施費の全額は、政府からの助成金となっている。社会福祉の人材育成という点では、政府の助成金を定期的に受ける唯一の組織となっている。その他の NGO も助成金は受けているが、アドホックベースとなっている。政府からの助成金以外の資金は、寄付や食事会の開催などによって自ら調達している。

ii. 業務・活動の内容

MAKPEM は、社会問題に取り組むため、国内のすべてのボランティア組織の結集・強化に取り組んでいる。また、社会政策や計画、教育、訓練を通じて、ソーシャルワークにおけるサービスの品質向上を図っている。さらに、公共セクター、民間セクター、

¹⁴⁷ 2013年4月18日現地調査ヒアリング (MAKPEM)、National Council of Welfare and Social Development Malaysia, (2013). Retrieved from <http://www.ncwsdm.org.my/index.html> より記載。

一般国民との協働により事業を展開している。

具体的には、以下のような取組を展開している。

- ・登録している全ての福祉・コミュニティ組織の中核としての役割を果たすとともに、国内・国際レベルの両面において登録機関の代表的な機関としての役割を果たす
- ・福祉・コミュニティ発展において、政府の取組を支持し支援するとともに、政府の現状の社会問題に関する考えを広く発信する
- ・現在の国内の社会問題に取り組むため、全ての登録組織と連携して福祉活動やコミュニティ開発を強化する
- ・登録組織の活動の質を向上する支援を行う
- ・コミュニティ開発プロジェクトや福祉・コミュニティのニーズ・問題に関する調査研究の実施に努める
- ・社会福祉機関同士で情報交換したり情報の普及を図るための、メディアのプラットフォームを提供する
- ・プログラムや活動を実行するのに必要な財源を出資や寄付を通じて確保する。なお、一般国民からの寄付は、前もって国の登録機関（Registrar of Society : ROS）の承認を得る必要がある
- ・MAKPEM やその登録組織の発展や利益に資すると考えられるプログラムや活動を組織し実行する
- ・同じ目的を持った国際的な団体や地域の登録団体と提携する

④ マレーシア高齢者全国協議会（National Council of Senior Citizens Organizations Malaysia : NACSCOM）¹⁴⁸

i. 目的、設立の背景

NACSCOM は、1990 年に設置された免税対象の非営利組織で、マレーシアにおける高齢者の QOL や福祉の向上を図る政策、プログラム、プロジェクト、サービスの発展を支援している。2008 年 10 月時点で 44 の高齢者組織を含む約 18,000 の組織が会員となっている。また、具体的には、以下のことを目的として掲げている。

- ・高齢者が社会の主流な存在であり続け最大限に生き、また、国に対し彼らの貢献を認識させるために、高齢者を支援する
- ・高齢者を愛し尊敬するアジアの家族の価値観を認識し促進し浸透させ維持する
- ・若年層と高齢者の相互理解を促す

¹⁴⁸ 2013 年 3 月 18 日現地調査ヒアリング（NACSCOM）、NACSOM, (2013). “Mission”. Retrieved from http://www.nacsc.com.my/web/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=39, The Star Online, (2012). “Educate children to care for parents, say groups”. Retrieved from <http://thestar.com.my/news/story.asp?sec=nation&file=/2012/10/9/nation/12143277> より記載

- ・高齢者による、または高齢者のためのプログラムや活動に対し、関心を寄せ支援し参加するコミュニティを形成する
- ・高齢者に関する問題に対し、高齢者が意見や考えを関係機関に示すことができる機会を提供する
- ・国内の様々な高齢者組織の活動をコーディネートする
- ・国内の高齢者組織の立ち上げを支援する
- ・資金を調達し集め管理し、高齢者の利益、高齢者の家（Old Folk's Home : OFH）、福祉サービスとその他のプロジェクト、関係機関の優先的な承認を受けた課題に配分する

NACSCOM は、地方の 53 の組織と連携している。それぞれの組織は独立し、高齢者の支援活動を行っている。高齢者の代表団体として、NACSCOM が代表して、政府に対して陳情・申し立てをすることもある。

NACSCOM は、質の良いサービスを提供し高齢福祉の向上を図る上で政府を支援するため、NACCO 等の指定メンバーとなっている。また、NACSCOM は、スランゴール州の高齢者保健に関する調整のための委員会（Coordinating Committee on the Health of the Elderly）や保健省の世界保健デーのコーディネート機関（Coordination of the Celebration of World Health Day）といった特定の委員会のメンバーにもなっている。国際社会での連携を図るため、NACSCOM は、Help Age International という、恵まれない高齢者のために活動を展開する非営利組織の国際ネットワークと提携しており、高齢者の国際機関である高齢社会国際連合（International Federation on Ageing）と密接に協力している。常勤のスタッフは 2 名（運転手、事務員）となっている。

2012 年 5 月に、政府や高齢者関連団体に影響力を持つ NACSCOM 創設者である Lum Kin Tuch 氏（NACCO の元メンバー）から、Kheu 氏に代表が変更となった。2012 年 10 月に、NACSCOM は、放棄あるいは虐待された高齢者がその子どもに対し行動を起こすことのできる法律の制定を提案した。

NACSCOM の 1 年間の活動支出は約 30 万 MYR となっている。収入は、政府からの助成金が 6-7 万 MYR（年間）、利用者からの講座受講料の収入がわずかにあり、残りは民間企業や政党などからの寄付（年に何度か NACSOM 主催の晩餐会を開催し、晩餐会のチケット代に寄付代が含まれている）でまかなわれている。

ii. 業務・活動の内容

NACSCOM では、所得保障・住まい・法務、教育・訓練、健康増進・医療サービス、スポーツ・レクリエーション、社会サービスと福祉、情報と宣伝、資金調達活動の分野におけるプログラムやプロジェクトに取り組んでいる。

NACSCOM の設立時からの取組は、以下のとおりである。

- ・ 高齢化政策の立案の必要性を提唱（1995 年）
- ・ 高齢化政策を実行するための審議会を設置するよう政府に要請（1997 年）
- ・ 高齢者保健に関する審議会を設置するよう保健省に要請
- ・ 青年・スポーツ省に対し、高齢者スポーツを促進する国家計画の立案を要請
- ・ 高齢者によりよい交通機関を提供するよう運輸省に要請
- ・ 低所得の高齢者に住まいを提供するため、低価格の共同住居の建設を住宅省に推奨
- ・ 高齢者のツーリズムを促進
- ・ 高齢者のためのデイセンター（高齢者の活動拠点）の建設を推奨
- ・ 国内の貧困高齢者をケアするための、政府による高齢者の追加整備を提唱
- ・ 10 年計画で高齢者が利用するデイセンターの追加整備を政府に要請。
- ・ 地方の貧困高齢者を対象とした健康づくりサービスを提供するため、ヘルスケアセンターの追加整備を政府に要請
- ・ 貧困高齢者に財政的な支援を行うため、年金の仕組みを発展させるよう要請

NACSCOM の主な事業は、OFH、生涯学習施設、高齢者デイセンターである。（生涯学習施設、高齢者デイセンターについては、3.4(1)②参照）

OFH は、長期にわたる貧困状態にも関わらず、子どもからの支援や介護を受けられない高齢者を対象として、食事・住まいを無償で提供している。OFH の運営費も寄付が中心であり、企業が寄付によって税控除を受けられることをアピールしたキャンペーンなどを行っている。

OFH は、NACSCOM が運営する施設以外にも国内に多数整備されている。マレーシアで OFH を大規模に展開している組織は、キリスト系の団体が多くなっている。

⑤ マレーシア高齢者福祉機関（Golden Age Welfare Association Malaysia : USIAMAS）

149

i. 目的、設立の背景

マレー語では、Persatuan Kebajikan Usiamas Malaysia と呼ばれる。USIAMAS は、非営利組織であり、高齢者の尊重を周知し強調することを通じて、高齢者をケアし予防的で進歩的で実りの多いコミュニティ、また、高齢者が尊厳のある生活を送り QOL が確保され、社会の改善のために意味のある貢献をするコミュニティを形成することを目標

¹⁴⁹ 2013 年 3 月 18 日現地調査ヒアリング（USIAMAS）、Usiamas, (2013). Retrieved from <http://www.usiamas.org.my/index.htm>, Metro, (2012). “Usiamas Received RM36,000 from South Korea”. Retrieved from http://www.hmetro.com.my/myMetro/articles/UsiamasterimaRM36_000setahundariKoreaSelatan/Article, The Star, (2011). “Usiamas volunteers offer welcome company”. Retrieved from <http://thestar.com.my/lifestyle/story.asp?file=/2011/11/16/lifefocus/9563141&sec=lifefocus> より記載。

としている。

それに向け、調査研究、拡充、訓練、提唱、コミュニティサービスの効果的な実行を通じて、高齢者の可能性を最大限に高める組織を目指している。

具体的な目的は、以下の通り設定している。

- ・ 高齢者が直面している課題への関心を集める
- ・ 高齢者が幸せで安全な生活を、できる限り家族に囲まれて送ることの重要性を伝える
- ・ 家族が高齢者に対し適切なケアを提供し保護するよう促す
- ・ 高齢者の健康づくり活動に従事するとともに、家族や一般国民に対し高齢者の適切なケアに関する訓練や支援を提供する
- ・ 能力の低下していない高齢者が、個々のニーズに応じてコミュニティ・家族・個人のためのボランティアサービスに従事できるよう促す
- ・ 高齢者に関する課題の調査研究を指揮する
- ・ 高齢化に関する課題への理解を促すための本・雑誌・ニュースレターを発行する

会員は、50歳以上でコミュニティ活動に貢献・参加できる人である。人種や宗教、政治的な党派による制限は関係ない。実際に、会員資格は国中のすべての個人や組織に開かれている。個人の会員には3つのタイプがある。50歳以上の人は通常会員やライフメンバーになれる。ライフメンバーは、一度限り50MYRの会費を支払う。通常会員は毎年20MYRを支払う。50歳未満も会員になることができ、準会員という位置付けとなる。

ii. 業務・活動の内容

USIAMASの事業内容は多様であり、マンパワーや財源の状況に応じて変化するが、現在は、HHS、退職後の生活に関する高齢者への訓練、高齢者の尊重に関する周知が主な事業となっている。

USIAMASでは、2005年より高齢者を対象としたHHSを展開している。このサービスは、30人のボランティアが、選定された15人の高齢者を対象にサービスを提供するもので、ASEAN事務局を通じてHelp Age Koreaの支援を受けている。元々は、スランゴール州のクラン(Klang)でパイロットプロジェクトとして始まったものである。サービスが開始された当初、USIAMASとJKMの連携努力が認められたことで、Help Age Internationalと提携しているHelp Age Koreaの助成を受けた。この事業を実施するため、USIAMASは、毎年Help Age Koreaを通じて韓国から36,000MYRを受け取っている。

2011年には、サービスをSerenbanに拡大して、16人のボランティアが毎週19人の高齢者を対象にサービスを提供している。ボランティアは、食料雑貨の買い物の支払い支援、病院の検査への付き添い等を行っている。また、家の中の掃除、爪切り、傾聴も行う。現在は、3箇所でHHSを提供しており、157名のボランティアが105人の孤立し

た単身高齢者を支援している。

USIAMAS は、地域の中で貧しい高齢者を見つけた場合は、JKM に連絡する。地域住民やその中のリーダー格の住民が、地域の貧困者を把握し、JKM に行くように助言することもある。JKM では、経済的な支援やサービス等のニーズを把握し、必要な支援・サービスを提供している。

USIAMAS の予算に占める政府からの助成は少なく、収入の大半は寄付や募金で確保している。資金不足やスタッフ・訓練の不足を課題として抱えており、これは、その他の NGO も同様の状況となっている。

⑥ マレーシア中央社会福祉協議会 (Central Welfare Council of Malaysia : CWC/Majlis Pusat Kebajikan Semenanjung Malaysia : MPKSM) ¹⁵⁰

1946 年に設立され、60 年以上の歴史を持つ NGO である。設立当初は NGO という組織制度はなく、政府に属する機関として発足したが、1986 年に NGO に組織変更した。現在も女性・家族・コミュニティ開発省と内務省傘下の国民登録局 (Jabatan Pendaftaran Negara Malaysia) により活動の内容等については政府の監督、指導下にある。

CWC はマレーシア 12 州、78 の支部があり、デイケアセンター (17 箇所)、高齢者施設 (102 箇所) を運営し、HHS (対象人数約 1,000 名) などを実施している。ボランティア 1 名で 1 日あたり 3~5 名の高齢者ケアを行い、毎日~週 1 回の頻度で各家庭を訪問している。政府から毎年 300 万 MYR の支援を受けるほか、規模は小さいが民間からの寄付も受けている。

¹⁵⁰ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』の、7(2)⑤より。

表 3-1 CWC による活動プログラム (2011 年)

州名	介護サービスプログラム		高齢者向けデイケアセンター		介護チームによる移動プログラム		貧困学生向け宿泊施設		包括ワークショップ	
	ボランティア	顧客	センター施設	登録メンバー	車両数	メンバー数	宿泊施設	学生数	ワークショップ	トレーナー
PERLIS	16	75	-	-	1	17	-	1	-	-
KEDAH	10	39	2	453	1	24	-	-	-	-
PERAK	12	59	1	743	1	15	-	-	-	-
PENANG	3	15	-	-	1	14	-	-	-	-
SELANGOR	16	75	2	160	1	9	3	97	-	-
K. LUMPUR	2	5	-	297	-	-	-	-	-	-
PAHANG	12	66	3	1,362	2	51	2	105	-	-
KELANTAN	19	75	1	72	1	7	8	515	-	-
T'GANU	9	45	4	339	1	5	4	123	-	-
N. SEMBILAN	6	34	1	88	-	-	-	-	-	-
MELAKA	2	22	2	35	1	18	-	-	-	-
JOHOR	-	-	1	885	1	-	-	-	1	50
SABAH	3	183	-	-	-	-	-	-	-	-
SARAWAK	6	33	-	-	-	19	-	-	-	-
合計	116	726	18	4,434	11	179	19	840	1	50

出所：Central Welfare Council, Peninsulaa Malaysia (CWC)提供資料。

(2) 公的機関と企業・NGO 等の民間部門との役割分担

高齢者の介護・介護予防に関しては、政府が政策立案を行い、民間企業・NGO がサービス提供者となっている。一部の施設サービスや福祉用具購入支援は、政府が事業を実施しているが、いずれも貧困・孤立高齢者を対象としており、限定的なサービス提供となっている。

政府は、施設サービスや通所系サービスについて法令で定めることで、民間・NGO が提供するサービスの質を確保している。サービスが政府の定める基準を満たせば登録され政府から一定の管理を受けるが、現状は登録外施設も数百件以上存在しているとみられている。

民間企業が提供しているサービスは市場サービスとしての色彩が強く、主に高所得者を対象として利用料も比較的高額に設定される傾向がある。中には先進諸国のノウハウを活用したケアを実践している事業者もみられ、サービスの質の向上をけん引する存在となっているものもある。一方で、NGO が提供しているサービスは福祉的な要素が強く、貧困・孤立高齢者を主な対象として慈善事業として利用料を徴収せずに支援やサービスを提供する傾向がみられる。そのため、収入を政府からの助成金や寄付に頼っており、財政面で苦しい NGO もみられる。

一部の NGO は、政府の審議会や委員会のメンバーになっている。また、大学の研究機関では、調査研究のほか事業も実施しており、各省庁から政策立案に関し諮問を受けている。こうしたことから、サービス提供の現場の情報や調査研究の成果を政策に反映

することが可能な体制になっていると考えられる。

3.3. 主なサービス・支援

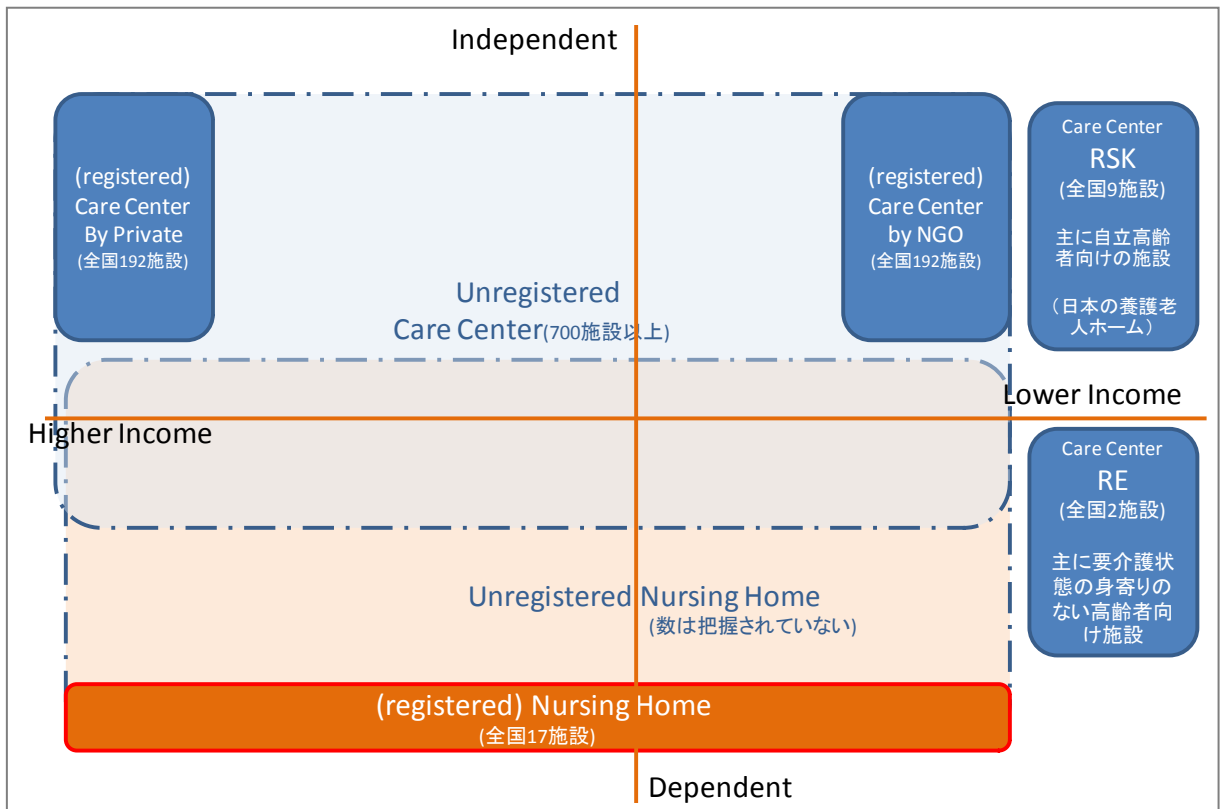
主に支援や介護を必要とする高齢者を対象としたサービスとして、施設サービスと居宅サービス、支援や介護を必要としない高齢者を対象としたサービスとして、社会参加・生きがいがづくり支援が行われている。

(1) 施設サービス

高齢者を対象とした施設サービスとしては、政府運営の入所施設、NGO・民間運営の入所施設、回復期を過ごす老人病院がある。

政府運営の入所施設には、通常の OFH である自立向け公営高齢者入所施設 (Elderly Home/Seri Kenangan Home : RSK) と、慢性疾患を抱える高齢者を対象とした OFH である寝たきり向け公営高齢者入所施設 (Home for Chronically ill/Ehsan Home : RE) の 2 種類があり、いずれも貧困者を対象としており利用料は無料、女性・家族・コミュニティ開発省が所管している。現在、RSK は 9 箇所、RE は 2 箇所となっている。女性・家族・コミュニティ開発省の大臣代理によると、RSK と RE をあわせた 11 箇所の政府運営の入所施設に居住している高齢者数は 1,927 人となっている。2011 年には、RSK の費用は 26.79 百万 MYR、RE の費用は 5.82 百万 MYR となっている。

NGO・民間運営の入所施設としては、女性・家族・コミュニティ開発省が所管する入所ケアセンター (Residential Care Centre) として登録されている施設が 192 箇所、保健省が所管するナーシングホームとして登録されている施設が 17 箇所、また、いずれにも登録されていない施設がある。NGO・民間運営の入所施設の対象者や利用料は、施設によって異なる設定となっている。高齢者のケアレベルで考えると、入所ケアセンターを規定するケアセンター法 (Care Center Act) の基準は低く、ナーシングホームを規定する民間ヘルスケア施設サービス法 (Private Healthcare Facility and Service Act) の基準は高く設定されていることから、入所ケアセンターは自立に近い高齢者、ナーシングホームは重度者を主な対象として、サービスを提供していると考えられる。



出所：各種ヒアリング、資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

図 3-1 施設サービスの概要

① 政府運営の施設サービス

1) 自立高齢者向け公営入所施設 (RSK) ¹⁵¹

i. サービスの目的、概要

RSK は、貧困高齢者の福祉と QOL のため、ケア・治療・住まい (shelter) を提供することを目的としている。自立している (Ability to care for themselves) 貧困高齢者のための入所施設となっている。関係法令は、生活困窮者法 (1977 年)、高齢者の家 (OFH) 管理規定 (1983 年) である。

自発的入所型とホームレス型の 2 種類あり、現在ある 9 箇所の RSK のうち、5 箇所は自発的入所型、4 箇所はホームレス型となっている。

ii. サービスの利用条件、利用方法

自発的入所型は、入所要件を満たした場合に入所することができる。入所要件は、以

¹⁵¹ 2013 年 4 月 23 日現地調査ヒアリング (女性・家族・コミュニティ開発省)、2013 年 4 月 26 日現地調査ヒアリング (RSK Cheras)、Social Welfare Department, (2012).“Seri Kenangan Home”. Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=93:rumah-seri-kenangan&catid=61:instansi-warga-emas-a-keluarga&Itemid=68 より記載

下の通りである。

- ・ 60 歳以上の高齢者
- ・ 感染症に罹患していない
- ・ 家族・親族がいない
- ・ 定常的な住まいがない
- ・ 自立している
- ・ 本人の意志に基づく申請である
- ・ 福祉施設の入所条件と関連する規定に同意する

すべての申請は、規定の書式により、JKM の地域事務所長を通じて国の JKM の課長 (Director) に送付され、確認を得て、所見・勧告が返される。その後、申請書は JKM 局長 (Director General) に提出され、審査・承認が行われる。新規の入所申請は、空室状況や入所条件に該当するかで承認が下りる。

一方、ホームレス型は、裁判所により入所措置が行われる。JKM の地域事務所がホームレスを発見した場合、一時的に保護をする。30 日間親族を探すなど調査を行い、親族が見つからなければ、裁判所に送り、裁判所が生活困窮者法 (1977 年) のもと、ホームレス型 RSK に入所するよう命令する。入所者を他施設に移す場合も裁判所の許可が必要なため、RSK が満室でも容易に移すことができない。生活困窮者法のもとで RSK に入所できる期間は3年間となっている。3年後は改めて親族などの調査が行われ、扶養者が見つからなければ、裁判所の命令により再度3年間入所することができる。なお、60 歳未満のホームレスは、Desa Bina Diri というリハビリやエンパワメントを行う施設に入所する。

iii. 提供サービス、提供体制等

提供されるサービスは、ケアと住まい (shelter)、治療、指導・カウンセリング、就労に向けたリハビリ、理学療法、宗教活動、レクリエーションである。

入所者に対し適切なケアを提供し保護しようとする者が現れた場合、また、入所者自身がケアや保護を受けるための収入を持った場合は退所となる。

iv. サービスの整備状況

現在、RSK は9箇所あり、定員は合計で2,000人となっている。2004年時点では入所者は1,673人だったが、2012年には入所者は1,695人に増加している。現状では、RSK を追加整備する予定はない。

RSK は自立高齢者向け、RE は寝たきり高齢者向けとなっているが、RE は満室のため、RSK でも寝たきりの入所者がいる。

表 3-2 各 RSK の入所者数の推移 (2006-2012)

No	施設名	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	RSK Bedong	246	129	272	129	251	125	219	125	181	93	189	99	176	100
2	RSK Cheng	118	58	150	79	129	85	129	98	136	106	116	98	96	81
3	RSK Cheras	175	102	133	87	0	0	0	0	44	23	69	47	71	51
4	RSK PengkalanChepa	81	58	86	60	75	53	74	60	76	62	47	49	64	53
5	RSK Johor Bahru	110	63	137	73	152	84	180	116	182	112	149	108	148	105
6	RSK Kangar	113	67	108	65	42	33	39	33	41	34	63	60	53	61
7	RSK Seremban	100	70	101	71	190	111	182	109	149	84	165	91	171	89
8	RSK Taiping	144	78	127	74	124	72	104	67	101	80	101	80	83	69
9	RSK Tanjung Rambutan	156	85	195	93	231	98	299	113	242	122	179	94	152	72
Total		1,243	710	1,309	731	1,194	661	1,226	721	1,152	716	1,078	726	1,014	681
		1,953		2,040		1,855		1,947		1,868		1,804		1,695	

出所 : Social Welfare Department

2) 寝たきり高齢者向け公営入所施設 (Home for Chronically ill/Ehsan Home : RE) ¹⁵²

i. サービスの目的、概要

RE は、集中治療 (intensive treatment) を必要としない貧困の患者に、快適で落ち着いた環境のもと、ケア・治療 (treatment) ・住まい (shelter) を提供することを目的としている。寝たきり・慢性的な疾病によりケアを必要とする身寄りのない貧困高齢者のための入所施設で、ターミナルケアを専門としている。関係法令は、貧困患者施設管理法 (1978 年) である。

ii. サービスの利用条件、利用方法

入所要件は、以下の条件に該当する貧困患者となっている。

- ・政府の医療管理者 (Government Medical Officer) により、貧困患者であることが確認されている
- ・感染症に罹患していない
- ・家族や後見人がいない、見つからない、患者のケアをすることができない

¹⁵² 2013 年 4 月 23 日現地調査ヒアリング (NACCE)、Social Welfare Department, (2009). "EhsanHome". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=94:rumah-ehsan&catid=61:institusi-warga-emas-a-keluarga&Itemid=68 より記載

- ・収入や何らかの手当てを受けていない
- ・60歳以上の高齢者である

申請は、規定の書式により、JKM の地域事務所長を通じて、JKM の州事務所長に提出され、確認を得て、所見・勧告が返される。その後、申請書はJKM 局長 (Director General) に提出され、審査・承認が行われる。

入所者が自身の支援やケアをできることが医療管理者 (Medical Officer) によって確認された場合、もしくは、家族・親族あるいは後見人が入所者を受け入れる意向を示した場合には、適切な時期に退所する可能性がある。

iii. 提供サービス、提供体制等

提供されるサービスは、ケアと住まい、治療・ヘルスケア、指導・カウンセリング、理学療法、宗教的な指導とカウンセリング、レクリエーションである。食事摂取の介護が必要なレベルの高齢者が入所している。

RE は、女性・家族・コミュニティ開発省の所管だが、看護師・理学療法士・作業療法士は、近隣の病院から保健省の管理のもと配置されている。

iv. サービスの整備状況

現在、RE は 2 箇所あり、1 箇所はクアラルンプールに立地している。各施設の定員は 120 人となっている。2004 年時点では入所者は 128 人だったが、2012 年には入所者は 217 人に増加している。

表 3-3 各 RE の入所者数の推移 (200-2012)

No	施設名	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	Ehsan Home Kuala Kubu Bharu	47	49	46	54	53	55	53	47	61	50	52	55	50	55
2	Ehsan Home Dungun	37	37	46	47	57	47	57	55	60	60	60	60	56	56
Total		84	86	92	101	110	102	110	102	121	110	112	115	106	111
		170		193		212		212		231		227		217	

出所：Social Welfare Department

3) サービス事例

a) RSK Cheras¹⁵³

政府運営の高齢者入所施設 RSK の一つ RSK Cheras は、1965 年に開設された。2008 年に改修工事が行われ、2010 年 12 月より事業を再開している。Cheras は自発入所型の施設である。

改修前の定員は 200 人程度、現在の定員は 336 人となっている。居室は、6 人一室の部屋が 2 部屋つながっている 12 人定員の部屋が標準タイプで、バストイレが設置されている。自発的入所型の入所要件が厳しいため、実際の入所者数は定員から大きく下回っている。RSK は基本的に近隣住民を受け入れているため、周辺に要件に該当する高齢者が多ければ定員に達するが、そうでなければ空床が生まれる。

職員は、看護師 5 人、介護職 (caregiver) 35 人、理学療法士 1 人、作業療法士 1 人、ソーシャルワーカー 11 人、そのほか事務員などを含め、合計 75 人配置されている。医師は配置されていないが、施設内のクリニックにおいて、医師の指示に基づき看護師が医療行為を行うことがある。その範囲を超えて医療行為が必要な場合は、近隣病院の医師が来ることになっており、本施設の職員により医療行為が行われることはない。薬の処方、医師の指示があれば看護師が行うことができる。

RSK Cheras では、リハビリやエンパワメント活動などを実施している。食事は、朝食・間食・昼食・間食・夕食・夜食と一日に 6 回提供される。また、入所者は月に 10MYR 程度の小遣いをもらうことができ、施設内の売店でスナック菓子等を購入することで、金銭の支払いを含む買い物の訓練をしている。施設には、大型のバスがあり、入所者が集団で外出する場合などに用いられている。入所者同士が結婚することもあり、その場合は、退所するか、施設内の 2 人部屋 (バストイレ付) に入居する場合もある。

② 民間・NGO 運営の施設サービス

NGO・民間運営の入所施設としては、女性・家族・コミュニティ開発省が所管する入所ケアセンター (Residential Care Centre) としての登録施設、保健省が所管するナーシングホームとしての登録施設、また、いずれにも登録されていない施設がある。入所ケアセンターは、ケアセンター法 (Care Center Act)、ナーシングホームは民間ヘルスケア施設サービス法 (Private Healthcare Facility and Service Act) が根拠となっており、サービスに関する人員配置等の基準が定められている。

なお、政府運営の高齢者入所施設である RSK・RE は、ケアセンター法の中で、「政府運営の施設は、基準遵守の免除 (exempted) 対象」として整理されている。

¹⁵³ 2013 年 4 月 26 日現地調査ヒアリングより (RSK Cheras)。

1) 入所ケアセンター（Residential Care Centre）¹⁵⁴

ケアセンター法（1993年）に定められているケアセンターには、入所ケアセンター（Residential Care Centre）と通所ケアセンター（Day Care Centre）の2種類がある。両者の違いは、デイケアセンターは時間限定（1回3時間以上、週に3日以上）、入所ケアセンターは24時間のサービス提供となっている点である。なお、ケアセンター法は、高齢者施設だけでなく孤児院等を含む全ての福祉施設をカバーしているため、ケアセンターには、高齢者だけでなく、子どもや障害者を対象とした施設もある。

職員の配置基準は、自立している（independent）高齢者については1:18、疾病があり寝たきりの高齢者については1:4となっている。これは、配置する職員の人数の基準を示しており、常に4人の利用者を1人の職員がみているわけではない。また、この基準は介護職（Caregiver）の人数であり、送迎や調理の職員数は含めていない。入所ケアセンターには、自立している高齢者も、疾病があり寝たきりの高齢者も入所しているため、それぞれの高齢者数に応じて職員配置数を算定している。

入所ケアセンターについては、3カ月に1回、郡のJKM職員が訪問し、基準を満たしているかの検査をしている。検査の際、基準を満たしていない施設については、忠告の上、改善を求めることになる。政府運営の施設数が不足しているため、簡単に認可を取り消すことはできないのが現状である。また、施設は財政や基準の遵守状況等に関する報告書を定期的に提出することになっている。登録外のケアセンターについては、定期的な確認は実施しておらず、利用者や近隣から苦情があった際に検査を行っている。

原則として、ケアセンター内では医療的ケアの実施は認められておらず、外部の医師がケアセンターに往診を行うことも認められていない。しかし実際には、登録・登録外ケアセンターで、一部の医療的ケアが行われている。例えば、じょくそうの処置については、他の病院等を退職した看護師が医師の指示を受けて行っている。ケアセンターで実施可能なケアの範囲については、保健省に問い合わせることになっている。

NGOや民間で運営されている高齢者対象の入所ケアセンターは、2013年3月時点で192箇所（うち3月分の新規設置は3箇所）となっている。子どもや障害者対象の施設もあわせると、1,017箇所となっている。

ケアセンター（入所ケアセンター・通所ケアセンター）は、JKMのほか、地方自治体、火災・救助局（Fire and Rescue Department）、保健局（Health Department）、土地・調査局（Land and Survey Department、サラワクのみ）という複数の機関の認可を受けた上で運営を開始することになっている。そのため、一つの機関が認可をおろしても、他の機関すべてが認可をおろすまで登録することができない。例えば、地方自治体では、建造物・火災対策・地域住民との関係に関する事項を確認する。

¹⁵⁴ 2013年4月24日現地調査ヒアリングより（Registration and Advocacy Division, Social Welfare Department）。

基準を満たすケアセンターには、国から助成金が与えられるため、それが登録のインセンティブになっている。ケアセンターの基準を満たさない登録外の施設は NGO や慈善団体によって運営されているもので、約 700 箇所あると女性・家族・コミュニティ開発省はみている。

登録・登録外のケアセンターの運営に関し協議する場として、女性・家族・コミュニティ開発省は認可をおろす 4 つの機関（地方自治体、火災・救助局、保健局、土地・調査局）とともに、ミーティングを、州レベルと地方レベルで 3 カ月に 1 回開催している。登録外の施設に関しては、地域内の事業を把握している地方自治体から情報提供を受けることもあるが、地方自治体も把握していない場合もある。

2) ナーシングホーム（Nursing Home）¹⁵⁵

ナーシングホームの基準には、旧基準と現行基準がある。旧基準は 1971 年の民間病院法（Private Hospital Act）に定められている基準である。現行基準は 1998 年に制定され、2006 年に施行された民間ヘルスケア施設サービス法（Private Healthcare Facility and Service Act）である。旧基準が、建築基準を中心に規定していたのに対し、現行基準は、食事やレクリエーション等のサービスや職員など運営面にも言及したより包括的な基準となっている。その内容は、介護施設というよりも医療機関に近い水準となっており、医療行為も行われている。利用は有料で、政府からの助成は行われていない。現行基準を満たしている施設は全国で 17 箇所となっている。また、申請してから認可を受けるまでには、半年～1 年を要する。

旧法は、新法の施行に伴い 2006 年に廃止されている。ただし、新法以前に基準に適合していた施設に対して、新法による基準への適合は強制していないため、現実には、2 種類の基準に基づく施設が運営されている。民間ヘルスケア施設サービス法に規定される施設はさらに、精神保健施設と身体施設に分類されており、精神保健施設の多くは、高齢者（認知症も含む）を対象としたものであるが、若年層や児童を対象とした施設もある。身体施設は、高齢者がほとんどである。2010 年には、さらに新しい基準として精神保健法（Mental Health Act）が制定されたが、これまで以上に基準が高いと言われており、27 施設から申請書が提出されているが、現段階で適合している施設はない。

3) サービス事例

ここでは、民間による主に高所得者を対象とした入所施設として ECON Medicare Centre and Nursing Home、Eldercare Nursing Home、My Manor、NGO による主に収入の

¹⁵⁵ 2013 年 4 月 24 日現地調査ヒアリングより（保健省）。

ない人を対象とした入所施設として Asrama Cahaya、Charis Home、認知症高齢者を対象とした入所施設として認知症ホームケアセンターについて、施設概要を述べる。なお、これらのうち、ケアセンター法もしくは民間ヘルスケア施設サービス法への登録が確認されているのは、ECON Medicare Centre and Nursing Home（登録ナーシングホーム）のみである。

a) ECON Medicare Centre and Nursing Home¹⁵⁶

ECON は、1987 年にシンガポールで設立されたヘルスケア・介護事業を展開する企業である。事業内容は、病院、メディケアセンター・ナーシングホーム、レスパイトケア、ヘルス・ウェルネスセンター、ホームケア、救急搬送サービス、退職者ビレッジ等である。現在マレーシアには、クアラルンプール、Johor の 2 箇所のナーシングホームを運営しており、これらは数少ない登録ナーシングホームとなっている。今後、Cheras にも 250 床のナーシングホームを開設する予定である。

ナーシングホームの運営にあたっては、自宅にいると感じられるようなケアを重視している。ケアの質を評価する指標（Quality Care Indicator）として、転倒事故やじょくそう等が設定されており、サービスの質の向上に取り組んでいる。

クアラルンプールのナーシングホームは、中国マタニティ病院の 3 つのフロアにあり、2013 年 11 月現在で 120 床、今後もう一つフロアを拡充し 177 床にする予定である。各フロアにはレクリエーションエリアを設けており、利用者が集まってお茶を飲んだりできるようになっている。

スタッフは、医師、作業療法（1 人）・理学療法（3 人）、正看護師、看護助手のほか、イギリス・スコットランド等のナーシングホームでの経験をもつ看護師が指導的立場の看護師（experienced nurse educator）として配置されている。

民間ヘルスケア施設サービス法の基準に従い、4 人の入所者に 1 人の看護師が常時つくようにしている。また、同じく民間ヘルスケア施設サービス法の規定により、看護師の 40%は登録されている正看護師（staff nurse）を配置することになっている。この正看護師（staff nurse）は介護に関する特別な訓練を受けた看護師のことである。

介護・看護にあたるスタッフは、特に資格の必要のない介護補佐（personal care aide）、新任看護師がなる準看護師（assistant nurse）、特別な訓練を受けた登録正看護師（staff nurse）に分かれており、それぞれの役割が決まっている。病院介護補助職（hospital care assistant）は毎月、高齢者ケアに関する訓練として、リスクマネジメント、転倒予防、じょくそう予防、感染症等について学ぶほか、オン・ザ・ジョブトレーニング（OJT）で人材育成が図られる。

¹⁵⁶ 2013 年 11 月 15 日現地調査ヒアリングより（ECON Nursing Home）。

コールシステム (call bell system) を導入しておりコールから 1 分以内の対応を実践、また、じょくそう予防のために 2~3 時間おきに体位交換を行っている。そのほか個別のニーズに応じたケアを行っている。また、社会的なレクリエーションとして餃子祭りなど伝統行事やファッションショー等のイベントも行っている。

ケアを行うスタッフの身体的負担を軽減するため、イギリスの基準にならい、一定の重さ以上の入所者の移乗時には、機器を導入することが検討されており、マレーシアの中でも先進的なケア提供体制が整っていると考えられる。

現在 130 人が入所しており、その大半は中華系である。病院を退院して入所に至るルートが多く、入所期間は様々である。リハビリを目的に入所する人もおり、生活機能が向上して在宅に戻る人もいる。しかし、退所しても、介護する家族がいないために数ヵ月後に戻ってくる人もいる。

130 人の入所者の中でおむつを利用している人は 70-80%、入所時は多くの人が寝たきりだが、食事やリハビリ等で一日数時間は離床させるようにしており、現状では完全に寝たきりは 10%程度である。

部屋のタイプは、個室から 5 人部屋、開放病棟 (open ward) までである。利用料は、健康状態と部屋のタイプの組み合わせによって決まっており、個室とオープンドミトリ一では月額で 3,000~4,000MYR の差がある。民間施設であり、政府からの助成もないため、利用料は比較的高く設定されている。

健康状態は、シンガポールの評価基準を採用し 4 つに分類している。シンガポールの評価基準は、移動 (mobility)、食事 (feeding)、排泄 (toileting)、清潔保持 (personal grooming) を評価して加算する方式となっており、一般的にはナーシングホームへの入所時に看護師が評価している。マレーシアには、現在このような分類の仕組みがなく、またこの仕組みを使えば判定を出すのに多くの時間をかけることなくサービス利用につなげられるため、この仕組みを採用している。

b) Eldercare Nursing Home¹⁵⁷

Eldercare Nursing Home は、民間の登録外ナーシングホームであり、常時援助を必要とする人を対象として、医療ケア (Medically-skilled Care) を提供している。具体的には、デイケア、ナーシングホーム、緩和ケア、短期ケア、リハビリを行っている。ケアセンター法、民間病院法、いずれも登録外の施設となっている。

現在は、25 人定員の施設を 2 箇所、60 人定員の施設を 2 箇所運営している。基本的

¹⁵⁷ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリング (Eldercare Nursing Home)、Eldercare, (2013). Retrieved from <http://www.eldercaregivers.com.my/home> より記載

に市場サービスとしてサービス提供しているため、寄附金は受けない方針だが、60 人定員の施設の 1 箇所では、20 人のみをチャリティー定員として設定し、利用料を取らずに身寄りのない高齢者を受けいれている。

25 人定員の施設の 1 箇所は、3 階建ての一般集合住宅を改造したもので、12 の居室がある。リビングダイニングを 4 部屋が囲む形のユニット型に近い形状となっている。居室のサイズは、それぞれの部屋で異なるが、個室及び多床室が用意されている。個室のベッドは、クイーンサイズが用意されている部屋もあり、これらは夫婦で利用している。エレベーターの設置はなく、柵の設置もないが、毎朝、職員が全員を 1F に必要に応じて移動介助し、運動を行うようにしている。施設独自の基準として、施設の総床面積に対する一人あたり面積を 227 平方フィートと設定している。これは政府の基準とは異なる独自のものである。

現在の施設は賃貸物件で運営しているが、建設するにせよ、賃貸で運営するにせよ、地方自治体の認可が下りなければ事業を行うことはできない。消防関連等、様々な点を自治体が指摘するため、一旦認可が下りても、後になって指摘を受け閉鎖というケースもある。特に、近隣住民との調整が重要であり、近隣から反対や苦情が出ると、地方自治体から閉鎖命令が出ることがあるため、近隣にも可能な限り配慮している。

人員の配置基準も独自のものを設定しており、基本は、1:4 配置としている。深夜帯は、専従職員が各施設に 1 名ずつ配置されている他、これらの職員の休暇調整のために、全体を担当する深夜帯職員が複数名いる。医師は、週に 1 回の訪問による嘱託である。協力医療機関は特にないが、緊急時は、近隣の公的病院を利用している。看護職員は、25 人定員に対して 3 名、介護職員が 8 名、理学療法士が 1 名配置されており、リハビリテーション及びアクティビティを担当している。

職員の多くは若手であり、おおむね 19 歳～26 歳が中心で最も勤続年数が長い職員で 4 年程度である。質の高いサービスを実現するための人材確保が課題となっている。人材育成マニュアルは、カナダやフィリピン、オーストラリア等の介護マニュアルなどを参考にしながら、独自に作成している。MAKPEM が実施している人材育成プログラムは、看護職員に介護に関する教育を行うものであるが、本施設では資格を持たない人も含め幅広く若者を育てて介護職にしたいと考えている。

入所者は、施設によって寝たきりが多い施設もあるが、軽度者中心の施設もある。入居前は、寝たきりであっても ADL の改善を積極的に行っており、入所後に歩行が可能になるケースもある。

管理者は、イギリスで 12 年間、介護施設勤務の経験があり、現在の運営基準もイギリスでの経験を中心に、施設を運営している。本施設の特徴は、各個人のニーズにあった

ケアプランを作成するために、資格をもつ職員と医師がすべての入所者を訪問していることである。各入所者について、ADL についてのアセスメント、日々のバイタル記録、排泄状況、服薬管理（色、形状、目的など）、既往歴、前職、緊急連絡先などが記録されており、緊急時には、個人のファイルとともに、近隣の公的病院に搬送している。

本施設のサービスに含まれるものは、24 時間のケア・援助・看護、血圧・体温などを含む健康管理、1日6回の食事、週1回の医師による診療、リフレクソロジー、マッサージ、空調のコントロールされた部屋での理学療法、有料テレビ、洗濯である。

食事は、高齢者ケアにおいて、心身の状態の維持の観点から重要であると考えている。高齢者は一度の食事で十分な量を摂取できないため、1日6回に食事を分けて提供しており、栄養バランスも十分に考慮している。火災や衛生面でのリスクを考慮して、施設内での調理は行っておらず、1日6回の食事は、すべてセントラルキッチン方式で準備し、配食の形をとっている。調理担当者は3名雇用しており、スタッフの食事も含め190人分の食事を用意している。また、別途、配送担当者も雇用している。ハラル食への対応も行っている（追加料金あり）。

まだ健康な高齢者に対しては、様々なプログラムや活動も提供している。レクリエーション、音楽会、音楽活動、ビンゴのような神経を刺激するようなゲーム、ストレッチやエクササイズ、グループディスカッション、周辺へのピクニックといった活動がある。

料金は、歩行可能水準の高齢者は月額 2,000MYR、寝たきり高齢者は月額 2,350MYR となっている。また、利用者の家族などで要求が過大と施設が判断した場合などは、寝たきり状態の価格を適用する場合がある。また、夫婦利用の場合は、月額 3,600MYR となっている。また単身者の個室利用は、月額 2,650MYR である。料金には、居住費、食費、ケア費用など生活に必要なものの大半は含まれているが、シャンプーや医薬品、オムツなどは追加料金となっている。追加料金を負担する必要があるものは、オムツ（通常の使用頻度の場合は月額 300MYR、通常より高い使用頻度の場合は月額 350MYR）、パッド（必要量の料金）、経鼻栄養チューブ（Ryles tube）の管理（60MYR）、ウロカテーテルの管理（40MYR）、装い（特別な機会に応じたものは無料、日常は服装の内容に応じて 10~20MYR）、喀痰吸引（1回につき 30MYR）、処方薬（薬局のレートによる）、病院への送迎料金（距離に応じた料金）となっている。

今後については、数年の間に、4 施設程度を増やす方向で検討を進めている。また、他施設との意見交換や会議の場を設けるため、クアラルンプール及びペタリン・ジャヤにある 32 の施設を対象に参加を呼びかけており、会合を行う予定である。なお、クアラルンプールには、民間・公的をあわせて約 57 の施設、またシンガポール人の利用が期待できるジョホール・バルには約 95 か所の施設があるとみられている。

c) My Manor¹⁵⁸

My Manor は、民間の高齢者向け高級居住施設である。スランゴール州のペタリン・ジャヤの中心部に位置しており、庭付きの広いバンガローに立地している。本施設は、在宅で受けられる援助より多くの援助を必要とする高齢者に介護（long term care）サービスを提供している。しかし、ナーシングホームが提供しているような重度の医療・看護ケアを必要とする人は対象としていない。

ケアプログラムは、健康的なダイエット、エクササイズ、メンタル刺激、社会的交流を組み合わせて作成される。個々の利用者は医師のアセスメントを受け、医師が家族や施設担当者と相談しながら個別のケアプログラムを作成している。利用者が状態の変化に応じて適切なケアを受けられるよう、ケアプログラムは6カ月毎に（要望があれば、より短い期間で）更新される。

My Manor には、オフィス、大きなリビング、ダイニング、現代的なキッチン、ジム、5つの風呂、化粧室、パティオ、岩屋と鯉の池がある。

提供しているサービスは、次の通りである。

- ・ 医師、栄養士、家族と相談しながら作成された個別のケアプログラム
- ・ 居住者のニーズの変化に応じたケアプログラムのモニタリングとその調整。プログラムは、6カ月毎に、またニーズがあれば、それよりも早い段階で再評価されることになっている
- ・ 個人ケアサービス（食事・入浴・着脱等の介護）
- ・ 居住者が穏やかに安心して過ごすことができる、24時間の直接的な個別ケア・援助・管理
- ・ 1日3回の栄養管理された食事
- ・ 常時の温かい・冷たいドリンクとスナックの提供
- ・ 洗濯や家事
- ・ 服薬管理
- ・ 地域内での通院や宗教活動のための移動支援（月3回まで）
- ・ 家族・親戚への訪問以外の外出時の付き添い
- ・ 標準的な有料テレビパッケージ、各部屋でのTV・DVDプレイヤー
- ・ 高齢者にあつたシャンプー・コンディショナー・石鹸・歯磨き粉・ボディローション等の基本的な化粧品
- ・ 屋内の喫煙は禁止されているが、パティオが喫煙エリアとなっている
- ・ 居住者用のインターネットステーション
- ・ 高齢者用のエクササイズ機器

¹⁵⁸ My Manor, (2013). Retrieved from <http://www.mymanor.com.my/>

歩行できる高齢者の場合、利用料は月額 5,500MYR だが、寝たきりの場合は月額それ以上となる。月額利用料に含まれているサービスは、食事・居住費、飲み物とスナック、ケアプログラムのモニタリングと調整、24 時間の管理、個人のケアサービス（食事・入浴・着脱等の介護）、洗濯・家事サービス、服薬管理プログラム、地域内での平日の買い物・社会参加・通院・宗教活動・理容に伴う移動支援、家族や友人への訪問を除く外出時の付き添い、個別の部屋での標準的な有料テレビパッケージ、シャンプー・コンディショナー・歯磨き粉・ボディローションの基礎化粧品、E メールアドレス、条件の範囲内でのすべての設備の利用である。

月額利用料に含まれていないのは、医療機関の受診料、救急車の手配料、おむつ、往診料、理学療法、リフレクソロジー、針療法その他の同様のサービス、処方箋、市販の薬・ビタミン剤・サプリメント・アルコールである。これらのサービスは、毎月かかった金額を個別に支払うことになっている。

d) Asrama Cahaya¹⁵⁹

Asrama Cahaya は、障害を持つ高齢者の入所施設である。彼らは元々は孤児として本施設に入所した利用者である。160 年前に開設され、1973 年には 2 つあった施設を合併している。入所者は 33 名で、年齢は最年少が 56 歳、最高齢が 88 歳、平均年齢は 66 歳程度となっている。職員が不足しているため、今後、入所者の受入を増やすことは予定していない。

サービスとしては、食事の提供や運動、ワークショップなどを実施している。また、工芸品センター (handicraft center) で工作をしたり、可能であれば洗濯等もしてもらう。自分でできることは可能な限り自分でしてもらうようにしている。また、ワークショップや工芸品の販売により社会参加を促している。社会参加を通じて自己肯定や社会貢献を認識してもらっている。これらの活動ができない人は、ボランティアのセラピーを受けたり、ゲームをしたり、散歩をしたりする。日本人会からもボランティアが来ている。

収入は、政府にはほとんど頼っておらず、わずかな助成金を JKM から得ている程度である。助成金の金額は年間 50,000MYR、1 人 1 日当たり換算で 4MYR の助成金を受けている。JKM の助成金は、①入所者数、②NGO であることが条件として設定されている。公営の施設の方が多くの助成金が支給されている。障害者は、障害者カードを所持していると公立病院で無料の診察を受けることができるため、医療費を削減することができる(ただし、薬物治療と入院の場合は一定額を支払う)。助成金のほかは、企業・宗教組織からの寄付や中古品の販売から資金を得ている。近年は CSR の一環で企業が寄付に関心を持っている。

¹⁵⁹ 2013 年 4 月 22 日現地調査ヒアリングより (Asrama Cahaya)。

本施設は、障害者入所施設（handicapped home）として、JKM の所管となっている。施設の安全性、JKM に対する報告に関する政府の規制やガイドラインは存在するが、このほかに、本施設独自のガイドラインを設けている。

本施設は、所在地が住宅地ではないため、近隣住民から苦情を受けることはないが、高齢者入所施設、児童施設、障害者施設を含め福祉施設は、迷惑施設として認識されることがある。

e) Charis Home¹⁶⁰

Charis Home は非営利のキリスト系組織 Rumah Charis による OFH で、1993 年に国の登録機関（ROS）によって登録されている。Rumah Charis は、1988 年に Teo How Ken 師が高齢者に食事を提供する入所施設を開設してから社会サービスを拡充し、子どものための入所施設、高齢者向けアクティビティを計画する高齢者クラブ、「パンの家」という青年を対象とした訓練学校といった事業を展開してきた。設立から 20 年以上の間、霊的な指導、住まい（shelter）、教育、健康づくり活動といった社会サービスを提供している。

Charis Home は、貧困高齢者に対し、住まいや支援、医療的ケアを提供する入所施設であり、クアラルンプールとペナン州（Penang）の 2 箇所開設されている。目的は、次のように設定されている。

- ・ 貧困者、特に貧困の高齢者に対し保護施設を提供する
- ・ 霊的な指導やカウンセリングサービスを提供する
- ・ 在宅の高齢者に対し医療ケアを提供する
- ・ 高齢者と家族・親族との関係を再生する支援を行う
- ・ 自宅での葬儀の手配を行う

2014 年にペナン州にもう 1 箇所施設を整備し、150 名を受け入れる大規模なナーシングホームにする予定である。

本施設では、毎日のエクササイズ、散歩、聖書の読み聞かせ、外出などの活動を行っている。クアラルンプールでは 18 人、ペナン州では 32 人が入所している。入所の条件は、60 歳以上で身寄りがなく、健康であることであり、利用料は無料である。各高齢者は、高齢者給付の 300MYR を、障害者の場合、障害者登録にて給付を受けている。障害者登録は、クアラルンプールよりもペナンの方が取りやすいため、本施設の障害者は、ペナンで登録している（居住がクアラルンプールでも問題はない）。障害者カードを給付されると、交通費は半額となる。

クアラルンプールは入所者の全員が中華系マレー人、ペナン州は、マレー系、インド

¹⁶⁰ Charis Home, (2013). Retrieved from <http://www.rumahcharis.org.my/index.asp>

系マレー人も入所しているが多くが中華系である。職員は、クアラルンプールでは7名、ペナン州では10名が雇用されており、孤児院の卒業生も従事している。

事業運営費のほとんどは、民間からの寄付でまかなっている。センターの年間の運営資金は約2万MYRである。宗教団体であるため、政府からの助成金は受けていないが、2012年には政府の助成金で、クアラルンプール・センターの屋根の補修を行った。25年間の運営において、日本のキリスト教団体から継続して支援があったり、日本での介護研修に招かれたりしている。ペナン州の施設では、日本の草の根無償資金の援助を1997年に受け(7,000MYR)施設のキッチン増設に充てた。母体の教会からは特に資金援助はない。

職員には、介護職として、フィリピンとインドネシア人を雇用している。介護職の低賃金により職員の確保が課題となっている。外国人の介護職はエージェントを通じて採用し、月額1,000MYR程度で雇用している。マレーシアでは介護職の研修コースや統一したテキスト、ガイドラインがない。社会的に看護ケアの需要が高まっており、常に介護が必要な高齢者をどのようにケアするかが課題となっている。

Charis Home は、VSOP クラブというコミュニティプロジェクトも手掛けている。VSOP クラブとは、高齢者クラブの略称で、様々な社会的身分の高齢者が集まって健康的で集中しやすい環境でゲームや交流、新しい技能の習得に取り組む手段を提供することを目的としている。このクラブのメンバーには、60歳以上だけでなく60歳未満の人もある。そのほか退職者やクラブの条件に該当する人がメンバーとなっている。

このクラブのコンセプトは、5つのEに基づいている。

- ・ Exist : 活動への自発的な参加を通じて高齢者の身分や尊厳を尊重する
- ・ Enable : 高齢者が時間を有効に活用することで安定した生活を送ることができるようにする
- ・ Encourage : 社会的な交流活動を通じて、高齢者をケアしたり労わる社会を形成する
- ・ Enlarge : 高齢者が役割を持つことができるよう、新しい技能の習得を通じて潜在的な能力を引き出す
- ・ Equip : 高齢者クラブを、リラクゼーションの場所、専門的なサービスによる学習施設とする

f) 認知症ホームケアセンター¹⁶¹

認知症高齢者の介護者の多くは、旅行に行きたい時や仕事のために介護できない時に、

¹⁶¹ Alzheimer's Disease Foundation Malaysia, (2013). Retrieved from <http://www.adfm.org.my/Home/foundation>, ADFM, (2011). "ADFM Newsletter Sharing".より記載

施設入所を必要とする。こうしたニーズに対応するため、ADFM の提携先として、2011 年 4 月より、認知症ホームケアセンターが Telok Panglima Garang, Kuala Langat に開設されている。認知症ホームケアセンターでは、次のサービスを提供している。

- ・ Carey Island から近く、海から遠くない立地で、風通りの良い雰囲気の中で、緑と新鮮な空気の中で安全で穏やかな環境を提供する
- ・ 広々とした敷地にも関わらず受け入れ人数を少なく管理可能なレベルに抑えることで、ゆとりのある環境での生活を実現する
- ・ 日々、心身を刺激するエクササイズやゲーム、アクティビティを提供する
- ・ 初期段階では、経験の豊富なシニア看護師が率いる 5 人のチームによりケアが提供される。このチームは、3 年の看護師または訓練看護師により構成されている
- ・ 家族との密接な関係を維持するため、家族に対し定期的に訪問することを求める
- ・ 2 カ月に 1 回、ボランティアの精神科医が訪問し助言する

管理・サービスの利用料は、ドミトリーか 3 人部屋かで異なる。ドミトリーは、男性・女性用の 6~7 つのベッドを設置した大部屋で、2 つの天井ファンと 2 つの風呂がついている。自立した患者の利用料は月額 2,100MYR である。3 人部屋は、自立した患者向けを対象とした天井ファンと風呂のついた部屋で、自立した患者の利用料は月額 2,300MYR、エアコン付きの部屋の場合は月額 2,400MYR となる。また、車いすに頼っている歩けない患者の場合は月額 400MYR、寝たきりの場合は月額 800MYR が追加料金となり、薬と紙おむつも別途負担となる。

③ 老人病院（回復期）¹⁶²

国立のクアラルンプール病院には、老年病専門ユニット（Geriatric Unit）が設置されており、内科（Department of Medicine）に属している。老年病専門ユニットの病床は 20 床だが、通常は一部屋 15 床で運用している。3 人の医師、20 人の看護師、7 人の准看護師（nursing assistant）、1 人の医療管理者（medical officer）と 2 人の保健衛生官（health officer）が老年病専門ユニットに所属している。

同病院の一般内科（General Medicine）から患者が移ってきて、退院前の数週間リハビリを行っている。老年病専門ユニットに移ってくる患者は、生活習慣病で脳卒中や肺炎等を患った人が多い。入院期間は、通常 3~4 週間で、人員やスペースが不足しているため、それ以上入院させることはできない。もう少し入院が必要な状態の患者であっても、ナーシングホームや入所ケアセンターなど他の施設に移さなくてはならないのが現状である。ナーシングホームとして登録されているのは 17 箇所のみのため、登録外のナーシングホームやケアセンターに移る人も少なくない。どの施設に移るかは、医療

¹⁶² 2013 年 4 月 25 日現地調査ヒアリングより（Geriatric Unit, Hospital Kuala Lumpur）。

ソーシャルワーカーが相談に乗る。

マレーシアでは、保健省と教育省の2つの省が病院部門を所掌している。クアラルンプール病院のような公立病院は保健省の病院保健部（Hospital Health Division）、教育研究病院（teaching hospital）は教育省の所管となっている。

老年病専門ユニットを担当する1名の医療ソーシャルワーカー（medical social worker）は、保健省で雇用され、その所管で病院勤務している。その役割は病院内に限定されており、院内で高齢者やシングルマザー等の援助（assist）を行っている。退院後は、女性・家族・コミュニティ開発省が所管するソーシャルワーカーがその役割を引き継ぐ。医療ソーシャルワーカーを置かない病院もある。

④ 施設サービスの包括的な規定に向けた検討

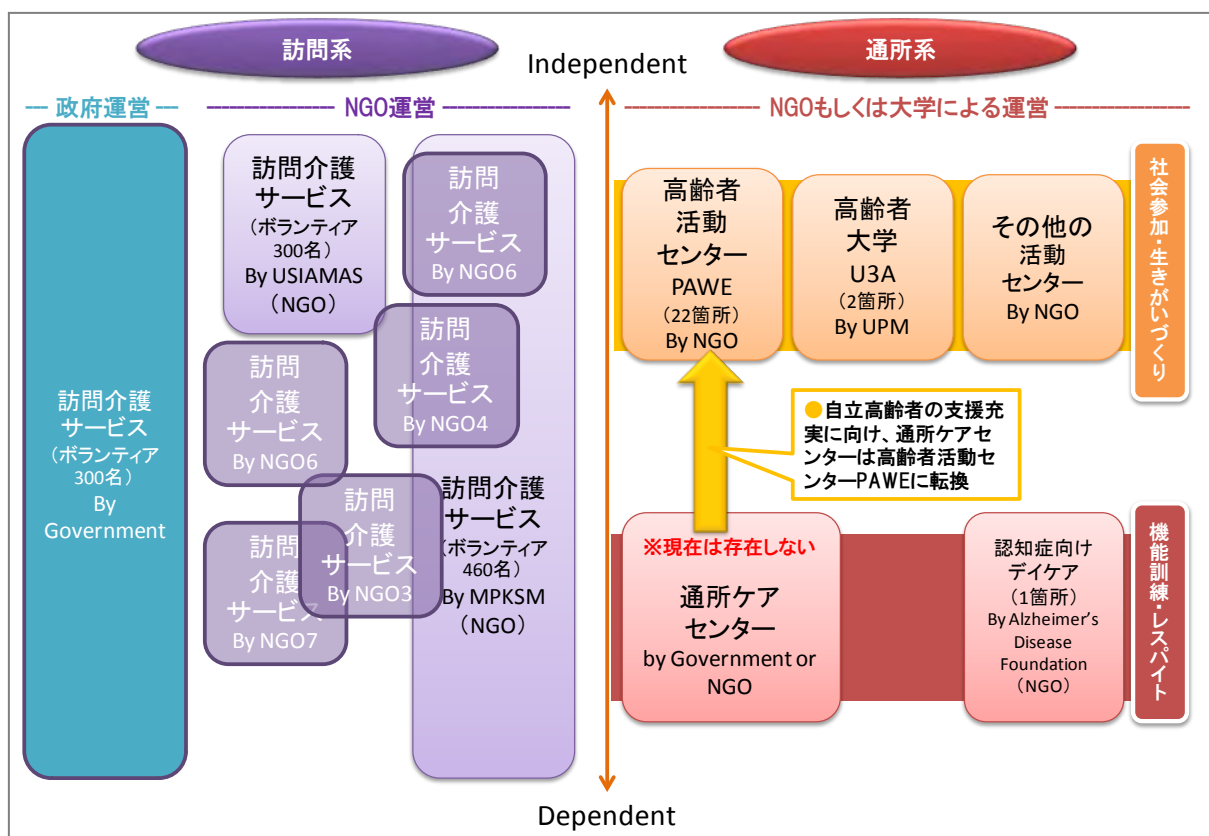
高齢者を対象とした施設サービスは、入所ケアセンターはケアセンター法、ナーシングホームは民間ヘルスケア施設サービス法と、別々に規定されてきた。民間ヘルスケア施設サービス法のサービス基準は、病院と同等の厳しい水準で設定されているのに対し、ケアセンター法のサービス基準は、軽度者を対象にしているため、両者の基準には大きな開きがある。したがって、中度者の施設サービスは事実上、未登録施設が担っている可能性もあり、サービスの質のモニタリングや利用者の権利保障が難しい状況である。こうした現状を受け、現在、保健省では、中度者向けの施設サービスも含めて、高齢者向けの施設サービスを包括的に規定する方向性で検討を進めている。これが実現されれば、中度者を対象とした施設サービスの質の確保が可能となり、さらに補助金等の財政的な支援が実現すれば、サービスの量的拡充も図られると考えられる。

また、入所施設で行われる医療的ケアについては、ナーシングホームでは病院と同等の厳しい基準が定められており、すべて正看護師（staff nurse）の監督下で行われているため大きな問題は発生していないと考えられる。一方、入所ケアセンターでは原則として医療的ケアの実施は認められていないものの、実際には一部の医療的ケアは行われている施設があるといわれている。入所ケアセンターで医療的ケアを実施する場合は、保健省に確認の上で実施することとされているが、必ずしも適切に管理されているとは考えにくい。また、登録外のナーシングホームで、政府の管理を受けることなく医療的ケアが提供されていることも十分想定される。施設サービスの包括的な規定が行われれば、こうした医療的ケアの管理も一定の基準のもとに管理することができる。また、基準を満たした施設に対する補助金の交付によって、医療的ケアに必要なかつ適切な人的資源の確保が図られることも期待できる。

(2) 居宅サービス

高齢者を対象とした居宅サービスとしては、訪問系サービス、通所系サービスのほか、福祉用具購入支援（Synthetic Tools or Support Tool）、移動支援サービス（Elderly Caring Unit：UPWE）がある。また、認知症を介護する家族を対象として、介護者を支援する取組も一部みられている。

訪問系・通所系サービス及び後述する社会参加・生きがづくり支援サービスの概要は、下図に示す通りである（社会参加・生きがづくり支援は、通所系として整理した）。訪問系は政府・NGO、通所系はNGO・大学によってサービスが運営されている。HHS、PAWE については、JKM がガイドラインの提示、指導・監督を行っている。通所ケアセンター（Day Care Centre）は、支援や介護を必要とする人を対象にサービスを提供してきたが、自立高齢者の支援拡充に向け、PAWE に転換されており、現在は存在しない。



出所：各種ヒアリング、資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成。

図 3-2 訪問系・通所系の居宅サービス・社会参加生きがづくり支援の概要

サービスを運営する NGO の中には、政府からの助成金を受けながら、HHS、UPWE、PAWE といった事業を展開している組織もある。政府から、NGO に対し支払われている助成金は下表の通りである。

表 3-4 NGO に対する助成金（2010 年）

州、直轄市	助成金が供与された NGO 数	合計金額（MYR）
MANAGEMENT GRANT	3	2,099,568
PERLIS	-	-
KEDAH	-	-
PULAU PINANG	3	701,384
PERAK	2	188,048
SELANGOR	3	245,280
KUALA LUMPUR	2	62,780
NEGERI SEMBILAN	-	-
MELAKA	1	58,400
JOHOR	1	85,848
PAHANG	1	32,120
TERENGGANU	1	122,640
KELANTAN	1	2,000
SABAH	-	-
SARAWAK	1	53,144
TOTAL	19	3,651,212

出所：KPWPM 提供資料より。

① 訪問系サービス

1) 訪問介護サービス（Home Help Service : HHS）¹⁶³

i. サービスの目的、概要

HHS は、GTP1.0 のパイロットプロジェクトであり、GTP2.0 ではさらに拡充される予定である。

HHS の目的は、高齢者及び障害者が快適かつ尊厳をもって社会の中で生活を送ることができるよう支援すること、家族が高齢者や障害者の介護を継続できるよう支援すること、高齢者や障害者が自宅での生活を継続し家族や社会の一部として活動的であり続けるよう支援すること等である。

高齢化が進む中、政府は HHS の拡充を図るため、NGO 運営によるサービス提供に加え、JKM に登録されている福祉ボランティア（Welfare Volunteer）も活用してサービス

¹⁶³ 2013年11月13日現地調査ヒアリング（Community Development, Social Welfare Department, Negri Sembilan State）、2013年11月14日現地調査ヒアリング（Community Development, Social Welfare Department, Melaka State）、Social Welfare Department, (2013).“Home Help Service”. Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=750%3Aprogram-khidmat-bantu-di-rumah-home-help&catid=38%3Awarga-tua&Itemid=73&lang=en, PEMANDU, (2011).“Raising Living Standards of Low Income Households”. Retrieved from http://www.pemandu.gov.my/gtp/upload/GTP2_ENG_Cp7.pdf より記載

提供を行っている。JKM の登録ボランティアがサービス提供を行っている地域で人材が不足する場合には、地域の NGO に声をかけて連携してサービスを提供することもある。現在、HHS を提供している NGO は下表に示す 7 組織である。

HHS の担い手は、JKM 及び各 NGO に登録されているボランティアである。JKM に登録されている福祉ボランティアは現在約 300 名となっており、HHS だけでなく、スポーツ等の社会福祉サービス (Social Service)、災害支援も行っており、ニーズに応じて福祉ボランティアを柔軟に配置している。

HHS を運営する各 NGO には、JKM より年間 33,000MYR の助成金が出ており、各 NGO の HHS をはじめとする活動の資金源になっている。HHS におけるボランティアへの賃金の支払いの有無については、各 NGO に任せており、JKM から一定の基準を示すことはしていない (後述するように、USIAMAS・CWC では、それぞれが設定する条件に該当するボランティアに対し月額 100MYR を支払っている)。

各州の JKM 地域開発局の職員は、HHS を運営する NGO に対し指導・監督を行っている。各 NGO は、国家・州・地域レベルで 1 名ずつプログラムコーディネーターを配置することになっている。

JKM は、HHS を提供する NGO との諮問委員会 (Meeting of Programme Coordination and Advisory Committee) を年 2 回、実行委員会 (Meeting of Home Help Services Programme Implementation Committee) を年 3 回、開催することを決定している。諮問委員会には、各 NGO、保健省、JKM の州・地域事務所長、外部機関の専門家が参画する予定である。

表 3-5 訪問介護サービス (HHS) を提供している NGO

	NGO 名	サービス地域	議員数
1	BULAN SABIT MERAH MALAYSIA	P.PINANG	13
		PERAK	24
		W.P K. LUMPUR	12
2	MAJLIS PUSAT KEBAJIKAN SEMALAYSIA	PERLIS	3
		KEDAH	15
		MELAKA	6
		TERENGGANU	8
		KELANTAN	14
3	PERSATUAN KEBAJIKAN USIAMAS MALAYSIA	SELANGOR	22
		N. SEMBILAN	8
4	GERONTOLOGI MALAYSIA	PAHANG	14
		JOHOR	26
5	NGO`S i. MAJLIS KEBAJIKAN SOSIAL SARAWAK ii. SOCIETY KUCHING URBAN POOR	SARAWAK	31
6	PERSATUAN SUKARELAWAN SABAH	SABAH	25

	NGO 名	サービス地域	議員数
7	JKMNW.P LABUAN	LABUAN	1
TOTAL			222

出所：JKM の HHS の概要説明資料

ii. サービスの利用条件、利用方法

HHS の対象者は、家族が家にいない時に独居状態となる高齢者及び障害者となっている。実際には、JKM 及び各 NGO は、サービスの対象がそれぞれ異なっている。JKM では、高齢者・障害者・寝たきりを対象としている。NGO は、USIAMAS のように高齢者のみを対象にしているところもあれば、高齢者・障害者・寝たきりを対象にしているところもある。

利用条件は特に定められておらず、サービスを利用したい場合は、JKM の地域事務所連絡をすれば利用することができる。

iii. 提供サービス、提供体制

JKM は、HHS に関する基準・ガイドラインを定めており、コンセプト、目的、提供サービス、ボランティアの条件が示されている。

サービスの内容は、飲食の提供、洗身・爪切り、話し相手、レクリエーション活動、掃除、洗濯、銀行からの金銭の引き出し、支払、買い物、理学療法、カウンセリング、介護者に対する介護指導、健康指導、通院介助、服薬指導、礼拝への付き添い、その他必要な支援となっている。

訪問回数は最低週に1回、訪問時間は月に最低8時間となっている。ボランティアは、JKM に報告書を提出するほか、訓練を受けること、また必要に応じて会議やケース会議に出席しボランティア同士で経験を共有することが求められている。

ボランティアは、18歳以上、マレー語が読み書きできる、高齢者・障害者と共にすることに関心があり意欲がある、心身ともに健康である、犯罪歴がないという条件を満たせばなることができる。また、JKM は、HHS に関わるすべてのスタッフ・ボランティアに対し、マレーシア社会研究機関 (Malaysian Social Insitute) と NGO が行う訓練への参加を必須とすることを決定している。訓練は、HHS、高齢者ケア、障害者ケア、カウンセリング、その他 HHS に関する内容となっている。

iv. サービスの整備状況

現在 1,582 人の高齢者が利用している。高齢者 5 人に対し 1 人のボランティアが確保されており、現在 443 人のボランティアが活動している。2015 年までに 2,500 人の高齢者に HHS を提供することを目標として掲げている。

表 3-6 訪問介護サービス（HHS）の目標

Key Outcome	2013	2014	2015
	1,500 elderly to receive help daily	2,000 elderly to receive help daily	2,500 elderly to receive help daily
NGOs	300 volunteers	400 volunteers	500 volunteers

出所：Social Welfare Department ウェブサイト/Raising Living Standards of Low Income Households

また、JKM が定めるガイドラインでは、各拠点に最低 10 名のボランティアを配置し、1 名のボランティアにつき 2~4 名の利用者をあてることを掲げており、これが実現した場合には、下表の通り、2,220 名のボランティアが確保され、8,880 名の高齢者・障害者へのサービス提供が可能となる。

表 3-7 各 NGO がガイドラインを満たした場合のボランティア数・利用者数

	NGO 名	サービス地域	拠点数	ボランティアとクライアント数	
				ボランティア数	クライアント数
1	BULAN SABIT MERAH MALAYSIA	P.PINANG	13	130	520
		PERAK	24	240	960
		W.P.K. LUMPUR	12	120	480
2	MAJLIS PUSAT KEBAJIKAN SEMALAYSIA	PERLIS	3	30	120
		KEDAH	15	150	600
		MELAKA	6	60	240
		TERENGGANU	8	80	320
		KELANTAN	14	140	560
3	PERSATUAN KEBAJIKAN USIAMAS MALAYSIA	SELANGOR	22	220	880
		N. SEMBILAN	8	80	320
4	GERONTOLOGI MALAYSIA	PAHANG	14	140	560
		JOHOR	26	260	1,040
5	NGO'S i. MAJLIS KEBAJIKAN SOSIAL SARAWAK ii. SOCIETY KUCHING URBAN POOR	SARAWAK	31	310	1,240
6	PERSATUAN SUKARELAWAN SABAH	SABAH	25	250	1,000
7	JKMNW.P LABUAN	LABUAN	1	10	40
TOTAL			222	2,220	8,880

出所：JKM の HHS の概要説明資料

2) 訪問看護サービス (home visit nursing) ¹⁶⁴

高齢者を対象とした訪問看護サービスは、現状では実施されていない。公営の訪問看護サービスについて、保健省と政府人事院 (Public Service Department of Malaysia/Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia : JPA) で基準について協議が行われている段階である。高齢者以外の訪問看護サービスとしては、出産後女性を対象としたサービスがすでに実施されており、子育て方法の教育等が行われている。

現在、保健省は包括的訪問看護サービス (Comprehensive Home Nursing Service) の導入を提案している。包括的訪問看護サービスは、出産後女性や術後患者、高齢者などの対象者を包括的に設定したもので、医師や理学療法士、看護師などがチームとしてケアを行うものである。短時間の訪問が想定されており、地域住民の健康状態の悪化を早い段階で察知することが主な目的といえる。出産後女性から対象を拡大するため、看護師がカテーテルの扱いなど術後 (post surgical) ケアも行えるようルールが改定されている。こうした取組を通じて、コミュニティベースのケア強化を図っているが、サービスの実現にはまだ至っていない。

3) サービス事例

ここでは、プルリス (Perlis) 州、クダ (Kedah) 州、マラッカ (Melaka) 州、トレンガヌ (Terengganu) 州、クランタン (Kelantan) 州でサービスを提供する CWC、スランゴール州、ヌグリスンビラン (N.Sembilan) 州でサービスを提供する USIAMAS の HHS の概要について述べる。

a) CWC (NGO) 運営の HHS (マラッカ州) ¹⁶⁵

CWC が運営するマラッカ州の HHS では、高齢者だけでなく、障害者や寝たきりの人も対象にしている。高齢者に関しては、対象を①単身世帯、②夫婦のみで子どもがケアを提供できない世帯、③寝たきりと設定している。③については家族の有無は関係なく、家族支援も目的に含めてサービスを提供している。利用条件には、ケアレベルに関する制限はなく、自立から寝たきりレベルまですべてを対象にしている。寝たきりでオムツ使用の利用者もいる。軽度の高齢者には調理・買い物や外出支援、中重度では着替えや排泄といった身体介助を行っている。

¹⁶⁴ 2013年4月24日現地調査ヒアリングより (Family Health Development Division, Ministry of Health)。

¹⁶⁵ 2013年11月14日現地調査ヒアリングより (Community Development, Social Welfare Department, Melaka State)。

サービスの利用希望があった場合には、JKM から職員が訪問し、必要性について判断した上で、サービスが提供される。

1名のボランティアが2軒の家を担当している。1回最長1時間のサービスを祝日を除く毎日、提供している。定期的な訪問のほか、必要な時には利用者がボランティアに電話しサービスを受けている。最大で月8時間のサービスを提供した場合、ボランティアには月額100MYR支払われる。Jasin地域では、現在12名のボランティアが17軒の家でサービスを提供している。

ボランティアの男女比は、1:1で、元政府職員や主婦のほか、大学の学生等がボランティアを担っている。学校や大学の学生を対象に声をかける等して人材を確保している。ボランティアはたいてい利用者の近隣に住んでいるため、何かあった場合でもすぐにかかけつけることができる。

b) USIAMAS (NGO) 運営の HHS (ヌグリスンビラン州)¹⁶⁶

USIAMAS の HHS は、スランゴール州でパイロットプロジェクトとして始まったものであり、現在はヌグリスンビラン州のスレンバン (Seremban) の2箇所での運営となっている。

スレンバンでは、独居・日中独居世帯を対象 (実際の子どもの有無は関係ない) としており、経済面で課題を抱えている人、病気の人、障害者は対象としていない。利用者はエスニックグループに関係なく、マレー系、インド系、中華系すべてを対象にしている。

サービスを利用したい場合は、JKM の地域事務所に申し出る。申請後、地域事務所の職員が本人を訪問し、利用者の経済的・健康状況などをインタビューして状況を把握し、経済的支援、住まい、社会参加や生きがい、コミュニティサポート等の中から何が必要かを把握し、コミュニティサポートとなれば HHS の利用につないでいる。その他にも、コミュニティの村長から、JKM の地域事務所に地域の高齢者で支援が必要な人がいることが通報されることもある。

提供しているサービスは、買い物、銀行での金銭の出し入れ、公共料金の支払い、電球の交換、通院を含む外出時の送迎 (ボランティアの車で送迎)、掃除、カウンセリング、手足を洗う等である。

サービスの提供は有償ボランティアが行っている。1名の利用者に様々なボランティアが関わる形式ではなく担当制となっている。現在、スレンバンで登録されているボラ

¹⁶⁶ 2013年11月13日現地調査ヒアリングより (Community Development, Social Welfare Department, Negri Sembilan State)。

ンティアは約 100 名、そのうち積極的に活動を行っているボランティアは約 30 名である。女性ボランティアは女性の利用者を、男性のボランティアは男性の利用者を担当する。

ボランティアは、担当している利用者の人数が 4 名以上の場合、月に 100MYR を受け取ることができる。支援する利用者が 4 名以下の場合は無償、4 名以上であっても一律 100MYR となっている。ボランティアの担当者数は、ボランティアのほかの活動の有無によっても異なるほか、農村では各利用者が離れて暮らしているため、担当者数が少なくなるが、比較的利用者が近くに暮らしている都市部であれば 1 人あたりのボランティアの担当者数が多くなる傾向がある。

ボランティアは、USIAMAS と CWC が協働で行っている 3 日間の研修プログラムに参加すれば、誰でもなることができる。実際には、ボランティアの大半は 55 歳以上の退職者・年金受給者となっている。新たな担い手確保に向けては、既存のボランティアにおける周囲への声かけのほか、学生等を対象としたセミナーが行われている。

また、JKM がボランティアを対象とした研修を年 3 回実施している。このほか、毎週・毎月ミーティングを行い、ボランティア同士、課題やアイデアの共有を行っている。

訪問回数は、週 1 回（月 4 回）、1 回の訪問には最大 1 時間滞在することとなっている。このほか、必要な場合には利用者がボランティアに電話をして呼び出すこともある。ボランティアは基本的に利用者の近隣に住んでいるため、すぐにかかけつけることができる。

利用者の情報は訪問記録で管理されている。訪問記録には、サービスが提供された日毎のボランティアによるサポート内容が記録されているほか、利用者のアセスメントシートとして、食事、排泄、洗身、買い物、調理、外出、視力・聴力といった ADL（日常生活動作）・IADL（手段的日常生活動作）・能力の各項目でサポートの必要の有無が整理されている。この記録は、各ボランティアが提供するサービスの質を平準化することを目的として作成されており、USIAMAS のクアラルンプールの本部で一括管理し各ボランティアが持ち歩いている。サービスの提供にあたっては、韓国モデルを参考にしており、このアセスメントシートも、韓国の方式を導入したものである。

社会とのつながりが希薄な高齢者は放っておくとネガティブになってしまうため、社会参加の機会としても HHS が利用されている。

ボランティアのケアは基本的には家事代行サービス程度のケア水準しか有していないため、高齢者の健康状態が悪化し、身体的サポートが必要な状態となった場合は、別の NGO に引き継ぐか、経済状況によっては OFH への入所を勧めたり、本人が希望する場合もある。しかし、実際には利用者の健康状態が悪化しても、NGO の方からサービス提供を止めることはないため、都度、利用者にサービス利用の意向を確認し、意向

があれば継続している。利用者が入院することもあるが、退院後にサービス利用を再開し服薬のサポートをすることもある。退院後、独居では生活が難しい場合には、ボランティアの家で一定期間滞在する場合もある。

指導・監督を行う JKM 地域開発局の職員は、毎週・毎月のミーティングの中で状況を把握しており、気になることがあれば、利用者にインタビューを行う等して課題を把握している。また、利用者が担当のボランティアを変更してほしいと要望を出した場合には、調整して利用者のニーズに合ったボランティアをあてている。

② 通所系サービス

1) 通所ケアセンター（Day Care Center）¹⁶⁷

通所ケアセンターは、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目的とした通所サービスである。60 歳以上の高齢者を対象として、精神面の支援、レクリエーションやリハビリテーション活動の場や経済的支援を提供するとともに、高齢者自身が持つ専門知識や経験を披露する場である。

開設時間は、日曜日・祝日や地域の所定休日を除く平日の 7 時半から 17 時半となっており、開設時間内は、いつでも訪問し活動に参加することができる。管理はデイケアセンター委員会または政府機関が行っており、管理者 1 名とアシスタント 2 名が常駐している。

通所ケアセンターは、入所ケアセンターとともに、ケアセンター法（1993 年）に定められている施設で、1 回 3 時間以上、週に 3 日以上で継続して運営することが求められる。入所ケアセンターと同様に、高齢者だけでなく、子どもや障害者を対象とした施設もある。

2011 年 5 月時点で 17,014 名が利用していたが、自立高齢者への支援の充実を図るため、後述する PAWE への転換が行われ、現在、通所ケアセンターは存在していない。

2) アルツハイマー病患者を対象としたデイケア¹⁶⁸

i. サービスの目的、概要

ADFM では、アルツハイマー病やその他の認知症を持つ人を対象として、脳の活性化やレスパイトケアを目的としたデイケアを 1 箇所で行っている。

ii. サービスの利用条件、利用方法

¹⁶⁷ 2013 年 4 月 24 日現地調査ヒアリングより (Registration and Advocacy Division, Social Welfare Department)。

¹⁶⁸ 2013 年 3 月 31 日現地調査ヒアリングより (ADFM)。

対象は、病院の医師からの紹介状がある人のみで、アルツハイマー病であれば高齢者だけではなく、若年層も受け入れている。現在の利用者は約 20 名で、人種は問わないが、7 割は中華系マレー人で女性が多くなっている（インド系 1 割、マレー系 2 割）。

施設利用料は 1 日 40MYR で、利用頻度としては週 2 回が最も多い。

iii. 提供サービス、提供体制

利用者は、「ブレインジム」や体操などを行い、脳の活性化を図る活動を行う。高齢の利用者の多くは、アルツハイマー病と鬱を併発しているため、注意が払われている。送迎は行っておらず、利用者は家族の車で通う。症状が軽い利用者のみ受け入れており、重度の利用者や交通手段がない利用者は受け入れることができない。

職員は、正社員 5 名（理事長、看護師、介護職、事務）と臨時職員（調理師）が配置されている。

活動費用のほとんどは、外部からの寄付でまかなわれており、政府からの助成金は受け入れていない。民間企業は NGO への寄付により免税措置を受けることができる。

iv. サービスの整備状況

マレーシアでは、アルツハイマー病への認知度はまだ低く、アルツハイマー病の専門医も都市部にしかおらず数も少ない。そのため病院を受診しても早期発見につながらず、症状が悪化してしまうこともある。ADFM が運営しているようなアルツハイマー病患者を対象としたデイケアもクアラルンプール周辺にしかないため、地方では家族による介護が主流となっている。そのため ADFM では、長期的な目標として、コミュニティを支援するデイケアセンターがすべての州に設置されるよう支援することを掲げている。

③ 福祉用具購入支援 (Synthetic Tools or Support Tool) ¹⁶⁹

義歯、義手、カリパス、松葉杖、車椅子、補聴器、特殊眼鏡、特殊履物、その他医師が勧める装具など、福祉用具を購入する経済的な余裕のない身体障害者に対し、JKM が支援を行っている。障害を克服することで能力を高め、他者に完全に依存することなく生活することができるようにすることをねらいとしている。

¹⁶⁹ Social Welfare Department, (2012). "Senior Citizens Services". Retrieved from http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3Awarga-tua&catid=38%3Awarga-tua&Itemid=159&lang=ms

④ 移動支援サービス（Elderly Caring Unit : UPWE）¹⁷⁰

UPWE は、高齢者の通院等の移動支援を行うサービスである。NGO である CWC が運営し、JKM が監督・指導するもので、両者のパートナーシップにより実施されている。

UPWE の目的は、具体的には次のように定められている。

- ・ 治療を必要とする高齢者に交通手段を提供する
- ・ 高齢者の移動にかかる費用負担を軽減する
- ・ 公共施設へのアクセシビリティを高める
- ・ 身体面・精神面で障害をもつ高齢者が治療を受けられる環境を提供する

⑤ 家族介護者支援¹⁷¹

家族介護者の支援については、現状では広く行われてはいないものの、認知症の家族介護者に対して支援を行う動きがみられている。

マレーシアでは、アルツハイマー病をはじめとする認知症の認知度はまだ低く、介護職を支援・訓練する仕組みも十分ではない。また、ADFM が実施しているようなアルツハイマー病患者を対象としたデイケアも前述の通り数少ないため、特に地方では家族による介護が主流となっている。

こうした状況を受けて、ADFM では、全ての州へのデイケアセンター設置を目指すとともに、デイケアのレスパイト機能を重視している。このサービス利用により、介護者は休息をとったり、他にしなくてはならないことをすることができる。このほか、デイケアでは、家族介護者を支援する取組も行われている。介護方法の訓練や月に1回の会合・対話の機会を設けている。この会合で「場づくり」を行い、情報交換や意見交換を行っている。また2～3年に1回、National Care Giver Seminar を開催し、1泊2日のリトリート形式で交流会も行っている。

また、JKM・NGO が行っている HHS は、単身者だけでなく家族のいる高齢者・障害者も対象としている。サービスの目的の一つに、家族が高齢者や障害者の介護を継続できるよう支援することが掲げられている。そのレスパイト機能も重視されていると考えられる。

¹⁷⁰ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p.IV-35 の④を基に、加筆修正を行った。

¹⁷¹ 2013年3月31日現地調査ヒアリングより（ADFM）に加筆を行った。

(3) 介護人材の育成・確保¹⁷²

マレーシアには、国家サービス業基準(National Occupational Service Standard)があり、高齢者ケア提供者の資格基準は3つに分かれている。この基準は人的資源省が所掌している。また、MAKPEMが、高齢者ケアに関する訓練や特定の管理基準を提供している。この基準は、JKMと保健省からの情報をもとにMAKPEMが設計したものである。訓練は、民間、公共、NGOにより運営されている高齢者のケア施設やナーシングホームの職員やトレーナーのみを対象として実施されている。

MAKPEMの訓練コースは大学のオープンユニバーシティと連携している。訓練コースの数はMAKPEMが10、オープンユニバーシティが10で、合計20ある。まずMAKPEMの訓練コースを受講し、16のコースのうち3コースを修了すれば、オープンユニバーシティに進学することができる。オープンユニバーシティのコースを修了した段階で、大学から証明書が発行される。NGO等の職員やワーカーである受講者は、普段は各自NGO等での仕事があるため、訓練コースは集中講義で実施している。集中講義はクアラルンプールで月に1回、1回あたり5日間の訓練となっている。全体での期間は15-16ヶ月である。MAKPEMの訓練コースは1999年、オープンユニバーシティの開設は2007年に開設された。オープンユニバーシティの定員は毎年30人で、これまで累計120人が参加し、112人が修了している。2012年12月現在で、MAKPEMは334のコースを実施し、9,631人が参加した。

現状では、介護専門職の資格はないため、施設サービスでは看護師を中心に人材を確保・育成、居宅サービスでは主にボランティアがサービス提供を担っている。例えば、登録ナーシングホームでは、看護師に対し高齢者ケアの訓練を行い登録正看護師を育成、その監督の下に、準看護師が看護、資格を持たない介護補佐が介護を行っている。一方、HHSでは、一定の訓練を受けたボランティアがサービスを提供している。

(4) 社会参加・生きがづくり支援

高齢者の社会参加・生きがづくり支援としては、NGOや大学が自立高齢者を対象として活動機会を提供する拠点を運営している。NGOが運営する活動センターの中には、PAWEとして、女性・家族・コミュニティ開発省より助成を受けている事業もあれば、政府の助成を受けずにNGOが独自に運営している事業もある。サービス事例としてとりあげるNACSCOMのデイセンターは政府の助成を受けていない活動センターの一つと言える。

なお、PAWEは、ケアやリハビリ提供を行ってきた通所ケアセンターが自立高齢者向けに転換されたものであり、余暇活動や居場所づくりが重視されている。

¹⁷² 2013年4月18日現地調査ヒアリング(MAKPEM)に加筆を行った。

① 高齢者活動センター（Senior Citizen Activity Centre／Pusat Aktiviti Warga Emas : PAWE）¹⁷³

i. サービスの目的、概要

PAWE は、単身高齢者もしくは家族が就労しているために独居状態となっている高齢者を対象に、日常的な活動機会を提供する通所施設である。生活機能の維持、他者との交流、コミュニティ活動、知識や技能の習得、ボランティア活動への貢献につながる活動・プログラムが提供されている。このサービスは、高齢者がコミュニティに対し、その技術と経験により貢献するため健康的かつ活動的でいられるよう支援を行うものである。通所ケアセンターが転換されたものであり、2003 年から始まり、現在 22 箇所の PAWE が開設されている。ケアセンター法に定められている施設である。

ii. サービスの利用条件、利用方法

対象者は、健康で自立している 56 歳以上の高齢者である。各 PAWE では、毎日、約 30 人の高齢者にサービスを提供している。利用者は、好きな活動・プログラムに参加することができる。

利用にあたっては登録が必要である。PAWE によっては登録料が必要な場合もあるが、多くの高齢者の利用を促すため登録後の利用は無料にすることとなっている。JKM は、PAWE に経営が安定しコミュニティが重要すれば有料にすることも想定しているが、その場合でも利益を生み出さない範囲としている。

登録時には、既定の様式に、名前・住所等の基本情報に加え、健康状態、家族・親族の状況について記載し提出すると、登録台帳に登録される。一度、登録すると永久的に利用することができ、一定期間在籍し卒業する仕組みとはなっていない。各 PAWE では、出席台帳で利用状況を管理しており、利用する度に日付・活動内容等を記載するようになっている。日常的に利用していた利用者が来なくなった場合には、近隣の利用者に聞くなどして状況確認している PAWE もある。

iii. 提供サービス、提供体制

JKM では、PAWE のガイドラインを定めており、全ての PAWE はこれを遵守することが求められる。ガイドラインでは、開設時間、対象者、提供サービス（細かな活動・プログラムの規定はない）、利用者記録、管理体制、人員配置、賃金、助成金、財政管理について定めている。

¹⁷³ 2013 年 9 月 18 日現地調査セミナー (Seminar on the Caring of Elderly Group- the Development of Elderly Care System and its Financing Mechanism)、2013 年 11 月 13 日現地調査ヒアリング (N.Sembilan 州の Activity Center PAWE)、2013 年 11 月 14 日現地調査ヒアリング (Melaka 州の Activity Center PAWE)、2013 年 11 月 15 日現地調査ヒアリング (Selangor 州の Activity Center PAWE) より記載

PAWE は日曜・祝日を除いて毎日オープンしており、時間帯は午前 7 時 30 分～午後 5 時 30 分を基本とし、各地域の環境やニーズに応じて決められている。提供される活動・プログラムは、レクリエーション、スポーツ、健康づくり、セラピー・リハビリ、宗教活動、訓練コース、ボランティアサービス等であるが、各 PAWE で利用者のニーズに応じた活動・プログラムを企画し提供できるようになっている。例えば、中華系の多い地域では中国語講座や太極拳、マレー系の多い地域ではコーラン講座等、各地域で工夫をこらしたプログラムをデザインしている。また、必要に応じて、送迎サービスを提供することもできる。PAWE での学習成果は、コミュニティに還元することが期待されている。

各 PAWE では、経済能力向上プログラム (EEP) という高齢者の生計手段の確保を目的としたプログラムが行われている。ここでは、農産物や食品の精算・販売が行われており、得られた収益は各 PAWE の運営費として活用されている。

各 PAWE には、JKM の地域事務所長を顧問におく。また、政府組織、民間企業、福祉関連や関心のあるボランティアで構成する管理組織をおくことになっている。この管理組織は、計画作成、年間 6 回の会議、

1 名の監督者、2 名のアシスタントを配置することとなっている。また、これらに加えて地域住民がボランティアとして運営を担っている PAWE もある。

現在 22 箇所ある PAWE のうち、20 箇所は CWC、2 箇所は USIAMAS が運営しており、1 箇所につき年間 33,330MYR の助成金が政府より配分されている (2011 年には、22 箇所に合計で 733,260MYR の助成金が配分された)。この内訳は、監督者の賃金 7,200MYR、アシスタント 2 名の賃金 8,400MYR、光熱水費 2,400MYR、食費 15,330MYR である。食費は、食事を提供している PAWE にのみ助成される。使わなかった費用は JKМ に返金する必要はなく、翌年度の当該 PAWE の翌年度の予算にまわされる。また、各 PAWE は、3 ヶ月に一度、JKM に活動レポートを提出しなければならない。

CWC では、各支部が PAWE を運営している。各支部には、JKM から直接助成金が支給されるのではなく、CWC の本部に 1 つの PAWE あたり年間 33,330MYR の助成金が支払われ、本部から各支部に予算が振り分けられる仕組みになっている。各 PAWE では、その金額の中から公共料金、人件費、施設維持費などを賄っている。

iv. サービスの整備状況

現在、下表に示す通り 22 箇所開設されており、すべて NGO が運営、政府が指導・監督を行っている。うち 20 箇所は CWC、2 箇所は USIAMAS が運営しており、2011 年には、22 箇所に合計で 733,260MYR の助成金が配分されている。2013 年には 1 ヶ所増設する予定であり、予算が確保できれば全ての郡に開設する予定となっている。

表 3-8 高齢者活動センター（PAWE）一覧

州	高齢者活動センター（PAWE）
Kuala Lumpur	PAWE Cheras Baru,
Kedah	PAWE Kulim PAWE Sg. Petani
Perak	PAWE Tg. Malim
Selangor	PAWE Jenjarom PAWE Sabak Bernam PAWE Kompleks Penyayang Bakti
Negeri Sembilan	PAWE eremban
Melaka	PAWE Alor Gajah PAWE Bukit Baru
Johor	PAWE Muar PAWE Kluang
Pahang	PAWE Pekan PAWE Raub PAWE Bentong PAWE Kuantan
Kelantan	PAWE Kemunin
Terengganu	PAWE Marang PAWE Besut PAWE Dungun
Sabah	PAWE Sandakan
Sarawak	PAWE Miri

② 高齢者大学（University of The Third Age : U3A）¹⁷⁴

i. サービスの目的、概要

U3A は、「高齢者のための生涯学習プロジェクト」の一つとして、2008 年から UPM が実施しているもので、UPM の理事である Tengku Aizan Hamid 氏が提唱したものである。このプログラムは、政府と国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）のサポートを受けていた。高齢者のための生涯学習イニシアチブ（LLIFE）として知られている、老年学研究所によるパイロットプログラムでの高齢者からの反響を受けて設立されたものである。

U3A の活動は主にプトラ・マレーシア大学のキャンパスで行われているが、その管理は、UPM と U3A の実行委員（プログラムの素材や計画、構成を提供している）の協働となっている。2009 年半ばに、国の登録機関（ROS）により正式に団体として登録するため、U3A 参加者は、メンバー限定の特別委員会を設置した。2010 年 10 月には、クアラルンプールとスランゴールの U3A が高齢者向け生涯学習機関として正式に登録された。現在もこの 2 地域で実施している。

¹⁷⁴ 2013 年 4 月 26 日現地調査ヒアリング（U3A）、University of the Third Age, (2013). Retrieved from <http://u3amalaysia.wordpress.com/>より記載

ii. サービスの利用条件、利用方法

受講者は約 300 名で、男性が 40%、女性が 60%となっている。女性受講者が比較的高い割合となっているのは、配偶者に連れられて受講することになった人が多いためである。受講者は公務員や民間企業、自営業を退職した人が多い。

基本会員（normal member）は年会費 25MYR を支払う。生涯会員（lifelong member）は 150MYR を支払えば以後、年会費は無料となる。2012 年までは必修の基礎 3 科目の受講料が 80MYR で、さらにコースを追加する場合は、1 コース 30MYR であった。2013 年からはより多くの会員に参加してもらうことを目指し、1 コースからの受講を可能にし、1 コースあたり 50MYR とした。正会員（full member）になると 3 コースで 80MYR となる。55 歳未満の参加者は、賛助会員（associate member）として参加する。毎日通学している会員もいる。多くの高齢者は、退職しても十分健康であり、かつ時間を持て余しているため、生涯学習に取り組むことで知識と友人を得ることができる。

iii. 提供サービス、提供体制

U3A では、学位を得られるものではない「余暇のための学習」というコンセプトが用いられているが、大学の教員なども含め、専門的な講師を確保している。成人発達と老化、健康的なライフスタイル、エクササイズ、言語（英語、アラビア語、中国語）、芸術と工芸、ガーデニング、調理、コンピュータ、写真、音楽、ダンス、声楽といった様々な科目の多様なプログラムが提供されている。

2012 年までは 1 年に 2 期開講していたが、今年からは 1 年に 1 期とし、期間は 3 カ月、受講日数は各コースで異なる設定となっている。2013 年からは、新たに、エアロビクス、北京語、フランス語、日本語、恒常性治療（ホメオセラピー）、漢方等を開講している。

年間 80,000~90,000MYR の経費が必要となる。昨年度までの 5 年間は UPM が政府から助成を受けて運営費の 90%程度をまかなってきたが、今年からはこの助成金がなくなる。今年からは自主財源での運営の一年目となるため、1 期のみの開講とした。その結果、今年度の経費は 70,000MYR 程度になる見込みである。来年は 2 期開講を予定しているため、90,000MYR の経費を要する見込みである。1 セッションは 1 時間半で、講師料は 120MYR となっている。受講料だけでは講師料をまかなうことができないため、不足分を寄付や女性・家族・コミュニティ開発省の高齢者・福祉向け助成金で補うことができないか検討している。高齢者は収入がないため、受講料の引き上げは難しい。

会長（chair）の任期は 2 年間で、理事の選挙によって選出される。2007 年に開設の際は、UPM が理事職を公募した。会長、理事職は無給である。

生涯学習は高等教育省（Ministry of Higher Education）と女性・家族・コミュニティ開発省の所管となっている。コミュニティ・カレッジは各地にあるが、高齢者のみを対象

にしたものはない。また、多くは1日のみである。政府は、生涯学習に関するモデルを確立する段階に至っていない。

③ サービス事例

ここでは、政府の助成金を受けて CWC が運営している PAWE、助成金を受けずに NACSCOM が運営している社会参加・生きがいつくりを目的としたデイセンター（高齢者の活動拠点）について述べる。

1) CWC (NGO) 運営の PAWE (ヌグリスンビラン州)¹⁷⁵

2002 年に開設された PAWE で、隣の敷地には、40 年前に開設された OFH がある。当 PAWE は、近隣住民だけでなく、隣の OFH の入所者も利用している。

サービスの対象者は、56 歳以上の健康な高齢者である。中華系が多い地域のため、利用者の多くが中華系となっている。現在 200 名以上の登録者があり、男女比は 1:1 である。利用者の多くは近隣に住んでおり、徒歩・バイク等で通っている。利用者は家族が仕事に出ている間に利用しているという人が多い。

利用料は無料で、利用者は、自分の好きな講座に参加することができる。スタッフが利用者のニーズを聞いて、それに応じた講座を助言するという事は行っていない。一度、会員として登録するとやめる人はいない（一定期間属した後に卒業するといった仕組みにはなっていない）。

毎週月曜～金曜、8:00～17:00 にオープンしている。講座は、太極拳、ジム、ハーモニカ、カラオケ、手工芸品作り、料理教室（餃子、月餅等）等である。講座の開催のみで、食事の提供は行っていない。

2名の常勤職員が配置されており、うち1名は監督者（supervisor）である。2名とも、JKM と CWC の協働による訓練プログラムを受けている。

PAWE は JKM の予算で建設され CWC が運営、年間 33,000MYR の助成が JKM より行われている。チャリティによる資金調達は行っていない。講師謝礼は月額 100MYR を支払っている。

月1回コミッティメンバーの会議を開催しており、プログラムの構成等を検討している。コミッティメンバーは、PAWE の地主を中心に、CWC から選出されたり、地域住民の中から JKM が任命しており、元村長等が担っている。コミッティメンバーは、ボランティアスタッフとしても働いている。また、JKM に対しては、既定の様式により定期的に事業報告を行っている。定期的に監査も入っている。

当 PAWE は、州で唯一の PAWE となっており、周辺で同様の活動を行うことのできる拠点は無い。2013 年の JKM の計画では、州内にもう 1 か所 PAWE が建設されること

¹⁷⁵ 2013 年 11 月 13 日現地調査ヒアリングより（N.Sembilan 州の Activity Center PAWE）。

が決まっている。

2) CWC (NGO) 運営の PAWE (マラッカ州) ¹⁷⁶

2008年に開設されたPAWEで、全国初の複合施設(コンプレックス)となっている。JKMが担当する様々な施設、障害者用の通所施設、JKM窓口(高齢者手当て、障害者手当て等の申請)、および管理事務所が同一敷地内に設置されている。当時のマラッカ州知事が複合施設建設のアイデアを中央政府に提案し、パイロットプロジェクトとして建設されたものである。当PAWEは、国内で最も活発な活動をしているセンターと言われており、同一敷地内のサービス利用者である障害者との交流もある。

現時点で、累積登録者数は137名、うち男性は99名、女性は33名、亡くなった人は5名となっている。登録者のうち日常的に利用しているのは33名で、人種の構成はマレー系32名、インド系1名、中華系0名となっている。立地している地域にマレー系の住民が多いために、このような構成となっている。利用者は好きな講座に参加することができ、好きな時にきて好きな時に帰る。利用者は、まず登録時に10MYRを支払うが、その後の利用料は無料である。

開設時間は8:00~17:00である。提供されているプログラムは、誕生日会、高齢者の日の祝い、チャリティ活動、他のPAWEへの訪問、祭り、遠足、カウンセリング、スポーツ・ファミリーデー、歌唱コンテストである。4名の常勤職員Permanent staff(監督職員、補助監督職員、調理人、掃除人)が配置されている。Supervisorは、コミュニティの中から選出される。当PAWEでは、地主を中心としたコミッティメンバーが組成されており、コミッティメンバーもボランティアとして活動に参加している。

EEPとして、冷凍食品の生産、販売を行っている。毎週火曜日に参加者が集まり、餃子(1袋4MYR)、サモサ(1袋5MYR)、ロティ(6枚入り3MYR)、おやき(9枚入り3.5MYR)などを生産している。売り上げは個人の所得となるのではなく、センターのお金として集められ、原材料の購入や、センターの各種行事などの支出に使われる。商品はセンターで時々行われるイベントで販売されるが、地元住民にも好評で売れ行きもよい。この活動に対する支援として、JKMからは、冷蔵庫が助成されている。

3) CWC (NGO) 運営の PAWE (スランゴール州) ¹⁷⁷

2000年に開設されたPAWEである。利用者は60歳以上の高齢者で、99%は中華系、残りはインド系である。利用料は無料である。登録者数は全部で400人以上おり、日常的に利用しているのは、うち150人程度である。

¹⁷⁶ 2013年11月14日現地調査ヒアリングより(Melaka州のActivity Center PAWE)。

¹⁷⁷ 2013年11月15日現地調査ヒアリングより(Selangor州のActivity Center PAWE)。

利用者は一日 2 回センターを訪れる。大まかな一日の流れは、8:00～太極拳・エクササイズ、10:00～お茶の時間、昼前にいったん帰宅、14:00 センターに戻る、15:30～16:30 エクササイズ、17:00 に閉館となるが、その後も利用したい場合は、カラオケ等はしてもよいことになっている。

利用頻度は利用者によって異なるが、家族との時間をもつことが大切なため、1 週間のうち最低 2 日間は自宅で過ごすようにしている。

開設時間は 8:00～17:00、日曜日は閉館日である。プログラムは、太極拳、読み書き、中国語、中国将棋、エクササイズ（朝夕 2 回）、カラオケのほか、パソコンを設置しており、スタッフのサポートを受けながら利用することができる。また、施設の敷地内で、ハーブや野菜を利用している。ハーブはお茶にして利用者が楽しんでいる。

当 PAWE の EEP として、敷地内で収穫した野菜を販売している。月に 60～70MYR の収益があり、うち 50%はプランター等の菜園の費用、残り 50%は本センターのメンテナンス費用にあてている。これに対し、JKM から資金や設備等の提供は行っていない。

日常的に利用していた利用者が突然なくなった場合には、近隣の利用者にたずねる等して実態を把握している。

職員は 3 名の常勤職員が配置されている。1 名は CWC 職員で無償、残り 2 名はパートタイム労働者である。また、JKM から、13 の州ごとに 1 台ずつ車があてられているため、州に PAWE が一つしかない場合は、その車を利用している。

4) NACSCOM 運営のデイセンター¹⁷⁸

NACSCOM は、高齢者の居場所づくり、友人との交流、健康づくりを目的として、デイセンターを開設している。ここでは余暇時間を有益に健康的に過ごすことができ、パソコン、カラオケ、ラインダンス、太極拳、バドミントン、ボールルームダンス、書道、言語講座、歌、健康に関する講演、音楽、ゲーム、健康状態の確認等の様々な活動を楽しむことができる。施設の開設場所は、ダマンサラ・ジャヤ (Damansara Jaya)、コタ・ダマンサラ (Kota Damansara)、スバン・ジャヤ (Subang Jaya)、セタパク (Setapak) の 4 箇所で、現在コタ・キナバル (Kota Kinabalu) にも建設中である。

デイセンターは午前 9 時から午後 5 時まで毎日オープンしており、1 週間に 20 クラス程度開講している。受講料は 1 コースあたり月額で 40～180MYR 程度だが、その大半は講師料の支払いにあてられるため、収益性は低い。利用者は原則として 60 歳以上と定められているが、それ以下の年齢でも利用が可能である。利用者は、1 つのデイセンターで 1 日 30～40 名程度、その多くが中華系マレーシア人となっている。各クラスの活動には、一般的な保険を掛けており、怪我を負った場合は保障される。

¹⁷⁸ 2013 年 3 月 18 日現地調査ヒアリングより (NACSCOM)。

政府の登録や規制は受けていない。利用者にマレー系が少ない理由としては、マレー系の家族の方が、高齢者を家庭で世話するという意識が高いこと、一般的な通所ケアセンターではハラルに対応した食事を提供していないこと等が考えられる。

このほか、NAKSCOMはIBMと連携し、高齢者がコンピュータの使い方を学ぶことができる学習施設を設置している。施設の開設場所は、SCC スパン・ジャヤ、タマン・マヤン・ジャヤ (Taman Mayang Jaya)、SCC バトゥー・パハト (Batu Pahat)、SCA ジョホール・バル (Johor Bahru)、SCA マラッカ (Melaka)、SCA スンガイ・プタニ (Sungai Petani)、SCC シティアワン (Sitiawan)、SCA クランタン、SCA テロック・インタン (Teluk Intan)、SCA ダマンサラ・ジャヤ、SCA コタ・キナバル、セタパク・デイセンター、コタ・ダマンサラ・デイセンター、SCA リカス (Likas, コタ・キナバル) の14か所である。

(5) 互助による介護・介護予防

介護・介護予防は、政府・NPO・民間企業等による公助・自助の支援サービスのほか、地域の助け合い（互助）の形態でも行われている。例えば、HHSの利用を希望する場合は、JKMの地域事務所に申し出ることになっているが、本人申請のほかコミュニティの村長から地域の高齢者で支援の必要な高齢者に関する情報提供が行われることもある。また、HHSの利用者の中には、サービス利用前は、近隣住民の助けを借りていたという高齢者もいる。

HHSやPAWEは、近隣の地域住民がボランティアの担い手となっていることから、これらは互助をシステム化したサービスと捉えることもできる。

3.4. 主な課題

(1) 施設サービスの包括的な規定に向けた高齢者ケアレベル・サービス水準の設定

施設サービスは、中度者のサービスにおける質の確保、量的拡充、一定の管理のもとでの医療的ケアの実施、人的資源の確保を実現するため、施設の構造、人員配置、運営基準等に関する包括的な基準の設定が行われる必要がある。

施設サービスの包括的な規定を進めるには、高齢者のケアレベルの定義を開発し、既存の施設サービスの利用者のケアレベルを把握し、施設入所の優先度を明らかにしていくことが必要である。政府に登録されているナーシングホームのサービス基準は非常に高くレベルに設定されているが、実際には、一部ではあるが自立に近い高齢者も入所しており、非効率なサービス提供が行われている可能性もある。政府として、優先的にサービスの充実を図る対象を明確にした上で施設サービスの包括的な規定を進めていくことが求められる。

(2) 要介護者を対象とした HHS の充実

政府が目指すエイジングインプレイス（Aging in Place）に向けては、施設に依存しないコミュニティベースのケア体制を構築する必要がある。自立高齢者支援の充実のため、機能訓練やレスパイトを目的とする通所ケアセンターが PAWE に転換されたことで、要介護者を対象とした居宅サービスは、HHS が主となっており期待される役割が大きくなっている。

HHS は政府・NGO が運営しているが、NGO によって、対象としている高齢者のケアレベルは、軽度者のみ、中重度まで含める等と異なっている。また、提供しているサービスも、IADL 支援を中心とした NGO もあれば、ADL 支援まで行っている NGO もある。また、これらのサービスはボランティアが担い手となっている。

HHS が目的の一つとして掲げている「高齢者や障害者が自宅での生活を継続し家族や社会の一部として活動的であり続けるよう支援すること」を実現するためには、身体介護の提供、家族介護者の負担軽減、生活機能の維持・向上が求められる。したがって、ガイドラインの設定やボランティアの訓練プログラムの充実により、提供サービスの管理やその質の確保に努めていくことが求められる。

(3) PAWE の利用促進、サービス提供の入口としての活用

自立高齢者を対象とした PAWE の拡充が進められており、全ての郡での開設を目標に整備が進められている。PAWE は、社会参加・生きがづくり支援を主な目的としているが、その点では、各地域のニーズに応じた活動やプログラムが提供されており、近隣の高齢者の居場所となっていることから、個々の PAWE の事業は、一定の成果を達成していると考えられる。ただし、高齢者の生計手段の確保を目的としたプログラム EEP は、実際には施設の運営費を確保する手段として活用されており、高齢者の雇用や所得確保のための技術・知識習得に資するものとはなっていない。

また、こうした社会参加・生きがづくりの場合は、高齢者の生活機能が低下し支援が必要になった際に、早期にサービスに結びつける入口になることが期待される。すでに一部の PAWE では、地域の高齢者のモニタリング機能も担っており、日常的に利用していた利用者が PAWE に来なくなった場合、近隣の利用者に確認し、入院したといった情報を得て、状況確認を行っている。こうした機能は特に単身、閉じこもりといった自ら支援を求めることのできない高齢者において重要な意味を持つ。PAWE がこうした役割を果たすことができるよう、より多くの高齢者の利用を促進していくとともに、必要に応じてサービスにつなげられるよう、JKM との連携体制を構築しておくことが求められる。

ただし、社会参加・生きがづくりという点では、老人クラブ等、すでに類似の事業が展開されている可能性もある。また、PAWE の助成金は 20 箇所を運営している CWC に集中しているが、NACSCOM のように政府の助成金を受けずに同様の機能を持つデイセンターを運営している NGO もある。こうした政府の助成金の恩恵を受けていない自主的な取り組みについては、団体数や活動内容も含め十分に把握されていない状況にある。サービスの整備にあたっては、類似事業を精査するとともに、小規模の NGO も含めて助成金を行き渡らせ効率的に進めていくことが重要である。

(4) 介護人材の育成・確保

現状、マレーシアにおいては、介護の専門職としての資格はない。ナーシングホームでは、介護補佐 (personal care aide) よばれる資格を持たない職員が、高齢者ケアに関する訓練を受けた看護師の監督の下、移動介助、起床・就寝時の介助、洗身、排泄介助、着脱介助、食事介助 (経管栄養を除く)、日常生活の支援、体温・心拍・血圧の測定、服薬管理、心理面での支援を行っている。また、HHS の担い手となっているボランティアの育成では、JKM が高齢者ケア、障害者ケア、カウンセリング等に関する統一的な訓練プログラムの導入を検討しているものの、現状では標準化されたテキストはなく事例の共有にとどまっている。

高齢者に対するケアは、医療・看護といった医療職により行われるべきもの、身体介護といった介護技術が求められるもの、家事援助や見守り、話し相手といった特定の資格を必要としないものがある。これらケア内容の違いをふまえた上で、各サービスにおいて確保すべき人材やその育成方法について検討していくことが求められる。

4. 社会保障制度

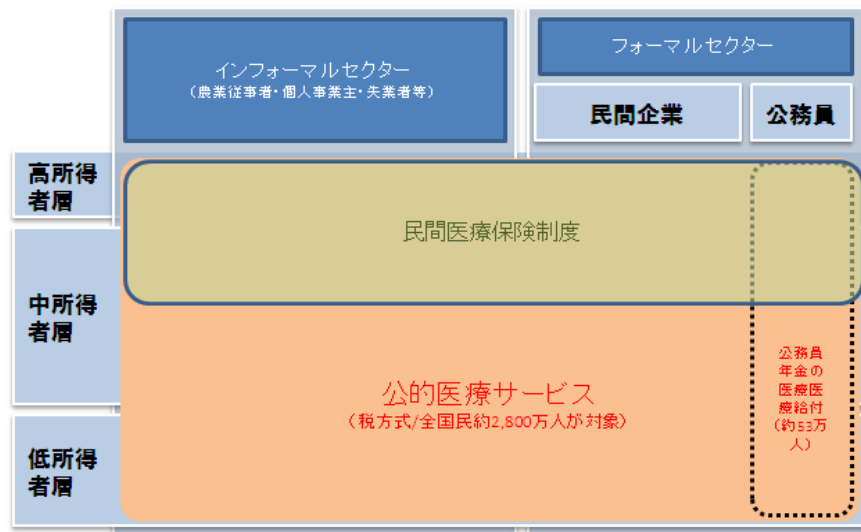
4.1. 医療

(1) 概要¹⁷⁹

マレーシアは、税方式による医療サービスを提供しており、いわゆる社会保険方式の公的医療保障制度は存在しない。したがって、社会保障制度としての明確な名称は存在しない。

非常に限られた自己負担のみで利用できる公的医療サービスが提供されながら、民間医療保険の役割は大きく、富裕層（一部の公務員も含む）も含め、民間医療保険に加入できる購買能力のある層は、積極的に民間医療保険を活用している。現在は、政府が社会保険方式の医療保険制度を創設すべく検討を行なっているが、民間医療保険市場や民間医療機関の経営に大きな影響を与える可能性があり、慎重に検討が進められている。

また、基本的に無料で提供されている公的医療サービスについても、一部の医療行為は患者自己負担が求められ、それが多額に上る場合もあり、実質的に無料とはいえない状況になっている。他方で公務員については、こうした公的医療保障サービスがカバーしていない医療行為についても給付されるといった格差も存在する。そのため、マレーシアでは形式的には医療保障の国民皆保障が成立しているものの、実質的には改善すべき課題が多いといえる。



出所：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

図 4-1 マレーシア医療保障制度概要

¹⁷⁹ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-1 「①医療保障」を基に、加筆修正を行った。

(2) 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）

① 主な関係機関の役割・機能

1) 政府人事院¹⁸⁰

公務員を対象とする医療保障や年金給付を管轄している。公共サービスにおける組織の改善、人材開発やマネジメントを実現するため、1) 公共サービスにおける人材マネジメント、政府機関へのアドバイザー業務、2) 組織の再構築や強化、品質や能力が高く革新的な人員の開発、3) 調和の取れた職場環境実現のための労使関係管理、4) ICT活用によるシステムや業務プロセスの等を目指し、運営されている。

主な機能として、「企画」、「開発」、「管理」の3つの柱がある。企画面では、公共部門の役割決定、公共機関の組織の規模や構造についての検討、公務員の年金等に関する検討、民間部門の公共部門の役割明確化、戦略的ネットワークの構築等を行う。開発面においては、組織開発方針の策定、キャリアパスの設定、トレーニング方針の決定等を行う。管理面においては、人員の任命、配置、報酬や昇進、退職給付、就業条件、労使関係、教育や人的資源データベースの管理の他、目標に対する達成状況の評価やモニタリング業務を行う。

2) 医療機関（公立・民間）

a) 医療保障セクターにおける国家計画

マレーシアでは公的医療機関による医療サービスがほぼ無料化されていることから、形式的には国民皆保障が成立しているが、実態としては、中流層以上は民間保険に加入し、より質の高い民間医療サービスを利用しているといわれ、医療格差が生じている状態でもある。また、政府側も税をベースとしたイギリスの国民保健サービス（National Health Service : NHS）方式でサービス提供することについては限界があると政府関係者は認識しており、現在、社会保険方式への移行を模索している¹⁸¹。

医療保障セクターにおける国家計画として、5年ごとに策定される国家保健計画（Country health Plan）がある。現在は、10MPにより策定されている。マレーシアは2020年に先進国入りを目指す「ワワサン2020（Vision 2020）」を政策の柱としており、先進国に見合う水準に達するよう、「1 care For 1 Malaysia」をスローガンに掲げ、医療保障制度改善に取り組んでいる。

¹⁸⁰ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-5 (3)を基に、加筆修正を行った。

¹⁸¹ MOH ヒアリングより。

表 4-1 MOH の第 10 期国家保健計画（2011 年-2015 年）における主要方針

<p>【保健省（MOH）による強化分野】 ①保健分野：ユニバーサルアクセスの保証により、より効果的かつ効率的なヘルスケア制度への改革 ②健康意識の向上と健康的なライフスタイル ③個人やコミュニティの健康管理意識の強化</p>
<p>【戦略方針】 戦略①包括的なヘルスケア制度の構築及びインフラの再編 戦略②健康意識の向上や健康的なライフスタイルの促進 戦略③コミュニティに対し、個人の健康プログラムの計画や実行の意識を持たせ、健康管理意識を醸成する 戦略④ユニバーサルアクセス実現に向けた効率性向上のための保健分野の改革</p>

出所：保健省第 10 期国家保健計画（2011 年-2015 年）より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

b) 医療提供体制の特徴¹⁸²

マレーシアの医療システムは、旧宗主国のイギリスの NHS を基本とした医療制度であり、公的医療機関においては、ほぼ無料で医療が提供されている。原則レファールシステムが採用されている。

一般的に国民の大半は費用の面から公的医療機関しか受診できない。公的医療機関は待機者も多く、また医療の質が低いと認識されている。これに対し、民間医療機関では、医療の質は相対的に高く、待機時間も短い、費用については全額自己負担か、民間医療保険に加入することになる。したがって、民間医療機関は自己負担または民間医療保険を購入できる中所得以上の層が利用している。

マレーシアにおいては、公立の医療機関と私立または NGO が運営する民間医療機関がある。MOH が運営する公立の医療機関が全国的なネットワークを有しているが、都市部を中心に民間医療機関も医療提供に重要な役割を担っている。

表 4-2 マレーシアの医療機関の特徴¹⁸³

	公的医療機関	民間医療機関
病院	131	217
ベッド数	33,211 床	13,186 床
診療所 ¹⁸⁴	2,833	6,442
医師の配置	全医師の約半数	全医師の約半数
患者の比率	75%	15%

注：患者の比率は全国民を全体とした場合について、MOH 担当者へのヒアリングによる。
 なお、残り約 10%の患者は、医療機関ではなく伝統医療等の治療を受けると推定される。

¹⁸² 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』pp. IV-10-12 を基に、加筆修正を行った。

¹⁸³ MOH (2010) Health Facts Malaysia 2010 より作成。

¹⁸⁴ 地域診療所（Community Clinics /Klinik Desa）や母子保健診療所（Maternal &Child Health Clinics）を含めた数値。MOH 担当者によると Medical Clinic は約 800 カ所となっている。

表 4-3 マレーシアの公的医療機関

施設分類	施設数	ベッド数 (公表値)
MOH 管轄の医療施設		
病院	131	33,211
専門医療施設	6	4,582
専門施設※1	15	-
国家保健施設	6	-
歯科診療所※2	34	341
移動歯科診療所※2	25	42
保健診療所※3	2,833	-
保健診療所 (1 Malaysia)	53	-
移動保健診療所及びチーム	165	-
移動保健診療所及びチーム (1 Malaysia)	3	-
遠隔地への救急医拠点	13	-
MOH 管轄以外の医療施設		
病院	8	3,690

※1：国家血液センター1施設、公的保健研究所4施設、食品品質研究所10施設

※2：ベッド数は歯科治療用椅子の数

※3：地域診療所、メンタルクリニック、母子保健診療所を含む。

出所：MOH「Health Facts 2010」より作成。

公立の病院数及び病床数については、MOH 管轄の病院が全国 131 カ所・33,211 床、MOH 管轄以外の政府系病院が同 8 カ所、3,690 床、私立病院が同 217 カ所・13,186 床となっている(2010 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)、母子保健サービスに特化した母子保健診療所 (Maternal & Child Health Clinics)、移動診療所 (Mobile Clinics)、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 MOH により運営されている。

表 4-4 マレーシアの民間医療機関

施設種別	施設数	ベッド数 (公表値)
許認可取得施設数		
病院	217	13,186
マタニティーホーム	22	97
老人ホーム	12	263
ホスピス施設	3	30
外来診療所	36	125
血液バンク※1	5	-
血液透析センター※2	191	2,195
地域精神保健センター	1	9
登録施設数		
医療診療所 (Medical clinics)	6,442	-
歯科診療所 (Dental clinics)	1,512	-

注 1：臍帯血幹細胞バンク：4 施設、幹細胞バンク：1 施設、再生医療研究センター：1 施設

注 2：ベッド数は透析用椅子の数値

出所：MOH(2010)Health Facts 2010 より作成。

表 4-5 入院者及び外来患者数

医療機関種別		入院者数	外来患者数
公的医療機関	MOH		
	病院	2,121,923	17,550,603
	専門医療機関	8,640	102,944
	公的医療施設	—	27041,812
	MOH 以外	132,010	2,070,036
民間医療機関		869,833	3,174,124

注：民間保健機関や施設に対する調査（回答率 98.44%）の結果に基づく。

出所：MOH(2010)Health Facts 2010 より作成。

3) 保険会社、保険協会

a) 全マレーシア保険協会（National Insurance Association of Malaysia : NIAM）¹⁸⁵

マレー語では、Persatuan Insurance Kebangsaan Malaysia と呼ばれる。1966 年社会法（Societies Act 1966）の下で、1973 年に設立された業界団体である。

現在、一般保険会社 14 社、複合保険会社 4 社、生命保険会社 5 社、タカフル事業者 7 社¹⁸⁶と再保険会社 4 社を含む、34 社が加盟している。メンバーの利益促進及び保護、共同活動推進、法規の制定等を目的としている。地場系企業（外資合弁企業を含む）により構成されている点で後述する LIAM と異なる。

b) マレーシア生命保険協会（Life Insurance Association of Malaysia : LIAM）¹⁸⁷

マレー語では Persatuan Insurans Hayat Malaysia と呼ばれる。国民の生命保険に対する認識の向上、各種啓蒙・教育活動、健全な産業促進のための政策部門への提言、内部管理規制の制定等を行うことを目的に設立された業界団体である。現在外資企業を含む生命保険会社 17 社が加盟している。

② 公的機関と企業・NGO 等の民間部門と役割分担

1) 公的医療機関と民間医療機関の関係¹⁸⁸

マレーシアの医療保障制度は、無拠出型の公的医療機関における医療サービス提供と、民間医療保険による民間医療機関でのサービス提供の二つに大別される。

¹⁸⁵ <http://www.niam.org.my/niam.html> 及び国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-6(7)を基に、加筆修正を行った。

¹⁸⁶ 「タカフル」とはイスラム教の教義に基づいた保険制度で、中央銀行が定める規約に基づいて運営されている。

¹⁸⁷ http://www.liam.org.my/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=84 及び国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-6(8)を基に、加筆修正を行った。

¹⁸⁸ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』pp. IV-12-13 を基に、加筆修正を行った。

表 4-6 マレーシアの医療制度基本構造

	公的医療サービス	GP（政府年金制度）の医療給付	民間保険
制度創設年	--	1980年	--
根拠法	--	Pension Act 1980	--
所管官庁	保健省	人事院	中央銀行、保健省
実施運営機関	保健省	政府人事局	民間保険会社
拠出／無拠出	無拠出	拠出	拠出
加入対象者	国民全体	公務員及びその家族	任意（中所得以上）
被扶養者の適用	適用可	適用可	サービス内容による
加入者数	約 2,800 万人	約 53 万人	推定：約 840 万人 （人口の約 30%）
レファールシステム	有	N.A.	無
自己負担	外来は、一回あたり 1MYR 程度の負担。入院もほぼ無料に近い状態。	公立病院で対応できない特定の疾病の民間病院での治療も給付。	基本的に全額自己負担。民間企業が福利厚生として従業員に加入させることも多い。
年間医療費支出	13,546 百万 MYR （2007 年・公的医療部門の公的支出額）	--	16,682 百万 MYR （2007 年・民間医療部門の公的支出額）
除外される医療行為等	公的医療機関での受診が条件。一部の医療サービスには費用負担が必要。	本制度は、左記の公的医療サービスで除外される一部の治療や差額ベッド代などがカバーされるため通常の医療は除外される。	保険サービス内容による。ただし、生涯給付上限が設けられている場合があるため、高額な医療給付を受けた場合、上限を超えた額はカバーされない。
その他	--	--	民間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は税控除措置がとられる。

注：年間医療費支出：MOH“Country Health Plan 10th Malaysia Plan 2011-2015”

出所：関係者へのヒアリング等から三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

(3) 主なサービス・支援

① 無拠出型の公的医療機関における医療サービス提供¹⁸⁹

マレーシアでは、公的医療機関における一次医療（プライマリーケア）の医療サービスが無料あるいは少額の自己負担で提供されていることから、形式的には国民皆保障が成立している。同制度は税を財源とする無拠出型となっており、公的医療機関における

¹⁸⁹ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-13 (4)を基に、加筆修正を行った。

医療費総額の 98%が公費負担されている。なお、一般に一次医療については、受診あたりの自己負担が 1MYR 程度である。二次医療以上についても基本的に無料の部分が大半を占めており、自己負担は、一部の特殊な医療サービスに限定されている。

しかしながら、待ち時間の長さやサービス水準の低さにより、中流層以上は民間保険に加入して主に民間医療機関からサービスを受けており、医療格差が生じている状態である。現状の改善のために、政府は公立医療機関の質の向上を進める方針であるが、他方で、無拠出型の医療保障は、持続可能性の観点から限界があると考えており、現在、MOH は、税方式による医療提供システムから社会保険方式への移行を模索している。

② 民間医療保険による民間医療機関でのサービス提供

1) 民間医療保険に対する考え方¹⁹⁰

マレーシアでは主に中所得以上の層に民間保険商品が販売されており、保険契約者のべ人数は全人口の約 30%に相当すると推定される¹⁹¹。医療保険単独での加入もあるものの、一般的には生命保険の付加給付（ライダー）として医療保険を追加するケースが多い。また、一般的に一定規模以上の企業では、福利厚生として従業員を加入させているケースが多い。ただしこの場合、退職時に法人契約時と同様の内容で個人契約に切り替えて加入することが非常に難しい。そのため、退職後に備え退職前に個人契約で保険商品を購入している場合もある。なお、公務員についても個別事情に基づくカバーを受けられることから、民間医療保険の加入者は少なくない。

他方、民間医療保険の必要性を感じない層もいる。民間の医療機関での一回あたりの自己負担は保険に加入しなくても 40-50MYR 程度、都市部でも 70-100MYR で済むため、中所得層は民間保険料を支払うことに疑問を持つ人も存在する。

2) 民間医療保険の手続き

民間医療保険の被保険者証にあたる「メディカルカード」を医療機関に提示すると、契約している保険商品の契約内容に従って保険給付が行われる。民間保険に加入していない患者が、民間医療機関に入院する場合は、通常、入院前に 3,000MYR 程度の先払い（Deposit）が必要になるが、メディカルカードを医療機関に提示することで不要となる。診療にかかる費用は、保険パッケージの範囲で保険会社から最終的に支払われる。

民間医療保険の活用頻度が多いマレーシアでは、被保険者の加入確認を迅速に行うことが保険商品の販売上も重要であるため、カードの有効性等を認証する機関であるマネ

¹⁹⁰ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-14（6）①を基に、加筆修正を行った。

¹⁹¹ この数字は、被保険者の実数ではなく、医療保険、生命保険を問わず、民間保険会社の契約者数であり、複数の保険に加入する場合も多いことから、正確な被保険者数は不明である。

ジドケア組織（Managed Care Organization：MCO）¹⁹²を設置している。MCOには複数の保険会社が共同で出資し、各保険会社は加入者の氏名、被保険者番号、メディカルカードの有効性、加入している保険パッケージの種類についてのデータをMCOに提供し、各医療機関は、被保険者の受診時に、MCOのポータルサイトを通じてカードの有効性の認証を行うという仕組みになっている。

現在、マレーシアには、約十数か所のMCOが存在し（うち大手が3企業）、INGなどの大手保険会社は、保険会社自らがMCOを運営するケースもある。

表 4-7 マレーシアの主な保険関連協会

協会名	目的	加盟企業数
マレーシア全国保険協会	メンバーの利益促進及び保護、共同活動推進、法規の制定等	地場系保険会社 34 社 一般保険会社 14 社、複合保険会社 4 社、 生命保険会社 5 社、タカフル事業者 7 社 と再保険会社 4 社
LIAM マレーシア生命保険協会	国民の生命保険に対する認識の向上、 各種啓蒙・教育活動、健全な産業促進 のための政策部門への提言、内部管理 規制の制定等	外資企業を含む生命保険会社 17 社

出所：NIAM、LIAMウェブサイトより三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成。

3) 市場の今後の展望¹⁹³

マレーシアの民間保険市場はまだ成長過程の最中にあり、国民の間では医療保険そのものは高く認知されているものの、本当の必要性が十分に理解されていない状況にある。その理由は、マレーシアの公的医療保障サービスが重要な保健医療サービスの基盤であり、国民から一定の信任を得ているものの、公的医療サービスだけでは高度医療を受けることは難しいという点が一般に広く認識されていないためと考えられる¹⁹⁴。また、法人契約の民間医療保険の加入者において、退職後は法人契約の商品からは脱退せざるを得ず、個人で再加入することは難しいという現状が十分に理解されていない¹⁹⁵。特に若い世代の間では、退職後の備えについての危機意識が薄い傾向がある。

③ 公務員年金の医療給付¹⁹⁶

公務員は、政府年金制度の医療給付制度に基づき、特定の治療行為についても無料でサービス利用が可能である。また、公的医療機関では対応できず、民間医療機関でなけ

¹⁹² マレーシアのMCOはAAN（Asia Assistance Network）と呼ばれている。

¹⁹³ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-15③を基に、加筆修正を行った。

¹⁹⁴ NIAM（マレーシア国家保険協会）へのインタビューによる。

¹⁹⁵ こうしたことから、法人契約をしている被用者で個人契約の保険に加入する者は少なくない。

¹⁹⁶ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-13（5）を基に、加筆修正を行った。

れば対応できない治療についても、政府の医療技官の推薦状または処方箋に基づき、民間で受診することができる。この制度の詳細は、後の「5. 年金及びその他の所得保障 (1) 政府年金制度」に記載する。

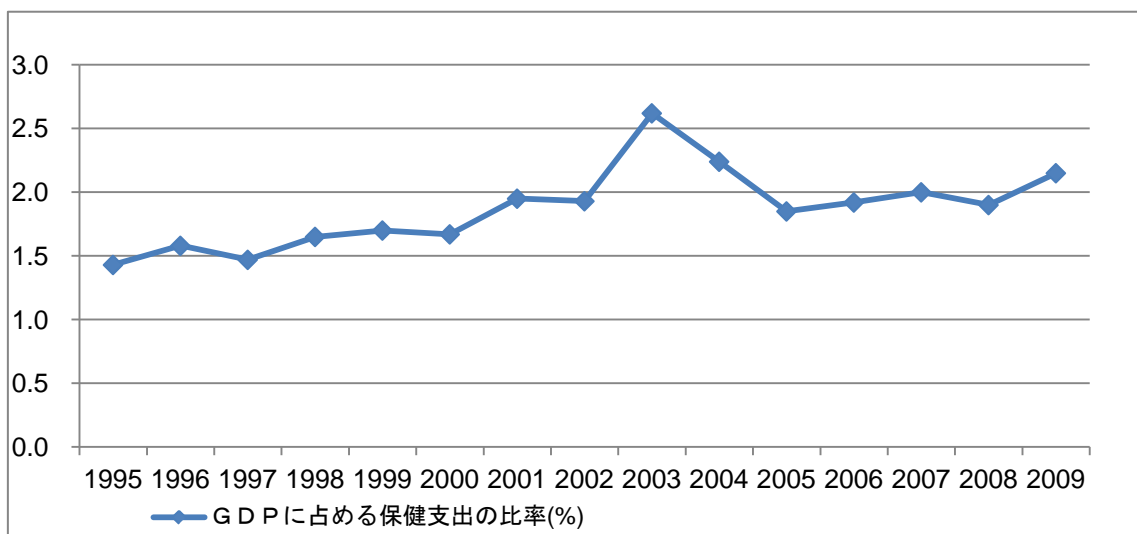
(4) 主な課題

① 公的医療機関と民間医療機関の格差¹⁹⁷

マレーシアにおける保健関連支出は、毎年6%前後の上昇率を示しており、この傾向は今後も継続すると予想される。対GDP比率で見ると、同支出の割合は2%前後で推移している。

また、公的／民間部門の対GDP支出比率について見ると、1997年までは両者がほぼ同水準であったが、その後公的部門の支出がやや上回る状態が2003年まで続いた。2004年には逆転し、以降は民間部門支出が公共部門支出を上回る状態が続いている。

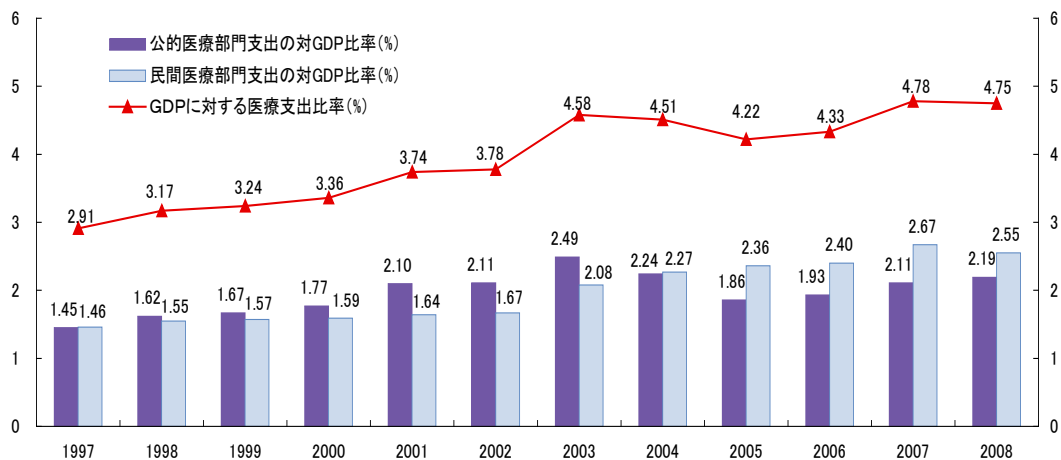
MOHによると、公的部門の医療支出を対GDP比約2%の160億MYRから、4%程度の約300億MYRまで引き上げることを目標としている。



出所：MOH 資料より作成。

図 4-2 GDP に占める保健支出 (Public Health Expenditure) 比率の推移

¹⁹⁷ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-7 (1) をを基に、加筆修正を行った。

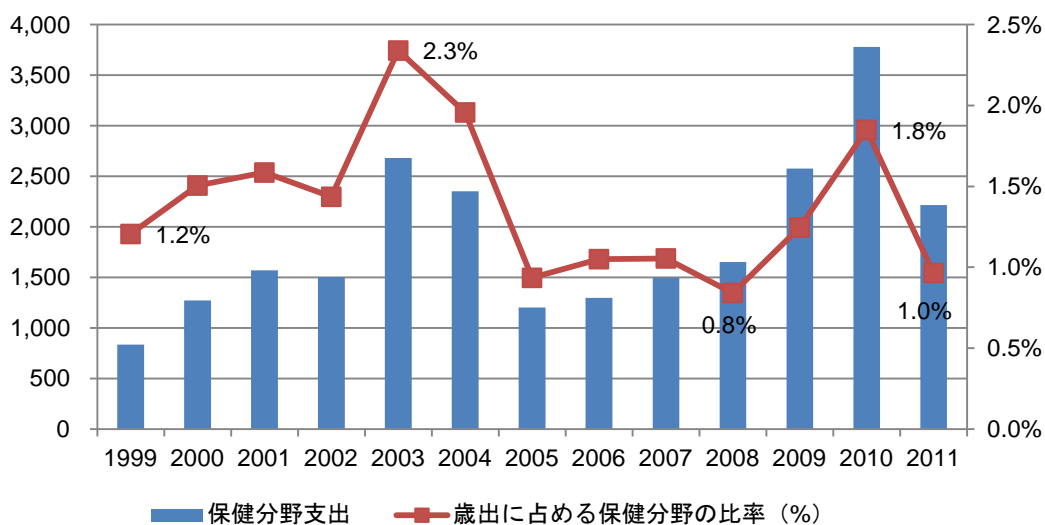


出所：Institutionalization of national health accounts in Malaysia(Oct 2010)

図 4-3 公的部門／民間部門別の医療支出額比率（対 GDP 比）

(百万 MYR)

(%)



出所：MOF 資料より作成。

図 4-4 連邦政府の保健分野における支出額及び歳出に占める比率

公的医療機関ではほぼ無料で受診できることから、混雑によるサービス品質の低下を招いている。公的医療機関と民間医療機関における医師数はほぼ同数といわれているが、患者数は、全体の75%が公的医療機関に、15%が民間医療機関で受診している。また、公的医療機関の医師の頭脳流出（Brain Drain）の問題がある。医師は若い頃は公的医療機関で経験を積み、その後はより待遇の良い民間医療機関に転向する傾向がみられる。また、前述のとおり公的医療機関では混雑から医師への負担が大きく、それが医

師の民間医療機関への転向を加速し、公的医療機関ではさらに医師不足で混雑を招くという悪循環に陥っている。

また、国民の間では一般的に民間医療機関の方が優れた医療サービスを提供すると認識されており、有償であっても民間医療機関を選択する人が少なくない。よって、民間保険の加入者も他の ASEAN 諸国に比べ多い。民間保険に加入できない低所得者については、民間医療機関での受診のために財産を投じ、貧困に陥るケースも見られる。被用者積立基金（EPF）の第二口座から医療費を引き出す方法もあるが、金額には上限があり、通常は老後の資金、住宅購入費用等に充当され¹⁹⁸、医療費まで振り分ける余裕はない。

政府は公的医療機関と民間医療機関との格差是正に向け、公立医療機関の品質向上に取り組む方針であるが、現状の無償で受診するシステムでは、患者が公立医療機関に集中し混雑が深刻化すると懸念がある¹⁹⁹。

1) 社会保障制度導入の課題²⁰⁰

財源確保に向け、社会保険制度導入による公的医療保障サービス提供に対する議論も始まっているが、政府は下記の見地から慎重な姿勢を見せている。

政府は、これまでほぼ無料で公的医療サービスを受けて来た国民に対し、受診料や保険料を支払う意義について理解を求めるのは難しいと予想している。低所得者や自営業者、農民や漁民等のインフォーマルセクターからの拠出方法や金額についても問題となっている。

また、民間保険サービスの内容の大幅な変更も必要となっている。現在既に包括型商品が中心に普及しているが、社会保険制度が導入された場合、商品内容や保険料の支払条件等のシステム見直しが必要となる。これに対し、民間保険会社は政策に応じて柔軟に対処する姿勢を見せているが、移行期には相当な負荷が予想されている。現在民間保険市場は引き続き成長過程にあり、市場拡大するとさらにシステム変更が難しくなるため、政府は、早々に社会保険制度導入を行うことが必要だと認識している²⁰¹。

2) 医療保障の社会保険化²⁰²

公的医療機関と民間医療機関の間には既に格差が顕在化しており、公的医療機関のサービスの質の向上を図る一方、現在の無拠出型システムを維持することは限界がある。

¹⁹⁸ 各団体の関係者はいずれも EPF の医療保険化はありえないとする。EPF が基本的には退職時の老齢給付制度として用意されているという認識が強いためであると思われる。

¹⁹⁹ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-38 を基に、加筆修正を行った。

²⁰⁰ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-38②を基に、加筆修正を行った。

²⁰¹ MOH へのインタビューによる。

²⁰² 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-41 を基に、加筆修正を行った。

また、医療の社会保険化には、低所得層の救済や民間保険とのバランス、保険料の徴収方法等について課題が残っている。

3) 高齢者のための社会保障制度の整備²⁰³

現在、高齢化率は人口の約6%と深刻化していないことから、高齢者は家族による介護や宗教団体や慈善組織団体のボランティア、NPO、コミュニティ等の活動により支えられている。

マレーシアでは、高齢化が比較的ゆっくりと進み2020年時点の高齢化率も8.9%と低い水準である。しかしながら、中長期的には、国民の所得水準の向上により、高齢者ケアに対してより質の高いサービスを求める声が大きくなる可能性はある。近い将来、高齢者の生活支援や介護、所得保障に対する問題が顕在化することは予想されており、政府による福祉基盤の早急な確立が求められる。

4.2. 所得保障

(1) 概要²⁰⁴

所得保障に関しては、公務員の社会保障制度である政府年金制度（Government Pension : GP）²⁰⁵と民間企業の被用者に対する被用者積立基金（EPF）、従業員社会保障機構（Social Security Organisation : SOCSO / Pertubuhan Keselamatan Sosial : PERKESO）に分かれている。

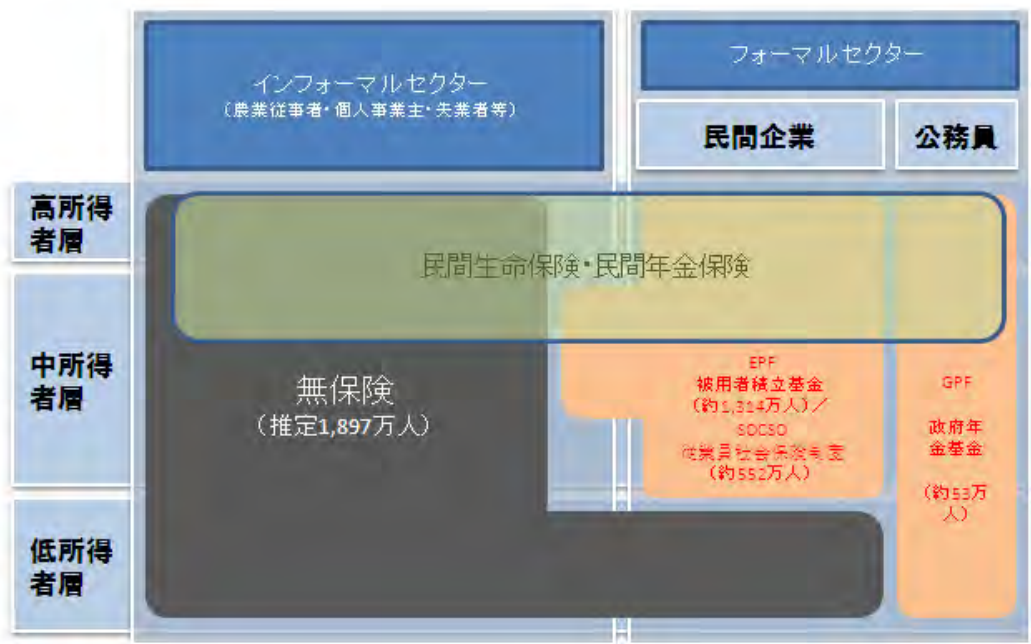
EPFは労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制加入制度であり、退職時に受け取る積立基金制度である。その他、住宅購入や医療、進学時にも一部を引き出すことができる。

SOCSOは主に労働災害遺族年金、疾病年金、教育ローンなどを給付している。なお、マレーシアには失業保険制度は存在しない。

²⁰³ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-41を基に、加筆修正を行った。

²⁰⁴ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-2 - IV-3 ②を基に、加筆修正を行った。

²⁰⁵ 基金の運営は、政府人事院（Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia: JPA）が行っている。



注 1：重複加入がある。

注 2：SOCSCO のアニュアルレポートによると、創設以来の登録者数は、約 1,383 万人とされている。

出所：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

図 4-5 マレーシアの所得保障制度概要

(2) 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO 等）

① 主要な関係機関の役割・機能

1) 政府人事院（JPA）²⁰⁶

公務員を対象とする医療保障や年金給付を管轄している。公共サービスにおける組織の改善、人材開発やマネジメントを実現するため、1) 公共サービスにおける人材マネジメント、政府機関へのアドバイザー業務、2) 組織の再構築や強化、品質や能力が高く革新的な人員の開発、3) 調和の取れた職場環境実現のための労使関係管理、4) ICT 活用によるシステムや業務プロセスの等を目指し、運営されている。

主な機能として、「企画」、「開発」、「管理」の 3 つの柱がある。企画面では、公共部門の役割決定、公共機関の組織の規模や構造についての検討、公務員の年金等に関する検討、民間部門の公共部門の役割明確化、戦略的ネットワークの構築等を行う。開発面においては、組織開発方針の策定、キャリアパスの設定、トレーニング方針の決定等を

²⁰⁶ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-5 (3)を基に、加筆修正を行った。

行う。管理面においては、人員の任命、配置、報酬や昇進、退職給付、就業条件、労使関係、教育や人的資源データベースの管理の他、目標に対する達成状況の評価やモニタリング業務を行う。

2) 被用者積立基金 (EPF) ²⁰⁷

マレー語では、Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP) と呼ばれる。EPF は財務省の傘下のもと 1951 年に設立され、1991 年被用者積立基金法 (EPF Act 1991 : Employees Provident Fund Act 1991 (Act 452)) に基づき、退職給付制度を運営している。

同制度は、労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制拠出基金であり、退職時に受け取る積み立て基金制度である。

3) 従業員社会保障機構 (SOCSO) ²⁰⁸

マレー語では Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO) と呼ばれる。SOCSO は MOHR の傘下機関として、1969 年従業員社会保障法 (Employees' Social Security Act, 1969) 及び 1971 年従業員社会保障 (一般) 規則 (Employees' Social Security (General) Regulations 1971) に基づいて設立された。民間部門における労災・障害・遺族をカバーする社会保険制度を管轄している。SOCSO の運営する制度は、労災や障害等の万一の際に医療サービスや補装具、現金給付などを提供し、従業員やその家族の負担や不安を軽減することにより、社会保障サービスを提供している。

② 公的機関と企業・NGO 等の民間部門との役割分担

²⁰⁷ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-5 (5) を基に、加筆修正を行った。

²⁰⁸ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-5 (6) を基に、加筆修正を行った。

(3) 主な取組²⁰⁹

表 4-8 公的な年金及び所得保障の種類と概要

制度	GP	SOCSCO	EPF
対象者	公務員	民間企業及びその従業員	民間企業及びその従業員
給付内容の構成	公務員年金、公務員医療保障、死亡保障	労働災害保健、疾病年金	老齢貯金、医療、住宅購入、教育等の目的による引き出し
実施機関	JPA	SOCSCO	EPF

出所：JPA、EPF、SOCSCO 提供資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

① 政府年金制度（GP）²¹⁰

1) 法的根拠

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 JPA により政府年金制度が運営されている。その後、Act 662（Retirement Fund ACT 2007）、Act238（Pension Adjustment Act 1980）により改正が行われた。

2) 給与内容

本制度では、退職時や公務中の死亡した場合において、一括払い或いは月額払いによる給付が行われている。また、在職期間中に行使しなかった休暇日数に応じた現金給付がある他、年金受給者が死亡した場合にはその未亡人や 21 歳未満の未婚児童に対し年金が支給される。

医療給付は、公務員自身のみならず配偶者や児童（21 歳未満の未婚者）も同様に受けることができ、ほとんど無料で医療サービスを受けることができる。また、医療給付は公務員が定年退職後にも適用される。さらに、公務員本人については、特定の疾病については、高額治療についてもカバーされる。なお、2011 年 5 月より、公務員で EPF 加入を選択した者も同様の医療給付を受けられるようになった²¹¹。

3) 加入対象者

公務員が対象であり、教師、裁判官、連邦の職員、各州の職員、鉄道職員、警察官等が含まれる。

²⁰⁹ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』p. IV-16(5)を基に、加筆修正を行った。

²¹⁰ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』pp. IV-16 -19 を基に、加筆修正を行った。

²¹¹ JPA 担当者によると、将来的には民間保険とのハイブリッドスキームも検討している。

軍人向けには別の年金制度が整備されているが、職位が大尉 (Captain) 以上のポストに就くと公務員扱いとなるため、GP に加入することになる。公務員になる場合はポータビリティが認められ、これまでの積立が引き継がれる。

なお、GP の対象者は、1991 年および 92 年の法改正 (Act A793, Act A823) により、それ以降に採用される公務員等は EPF と公務部門の年金のどちらかを選択することができる (第 6A 条)。しかし、EPF と公務部門の年金の内容を比較すると、明らかに後者の方が有利であり、現実には前者を選択する者はごく少数と思われる²¹²。

4) 保険料率

受給権者が勤務する公共機関が給与の 17.5% を拠出する (第 12 条 B)。

5) 基金及び実施運営機関

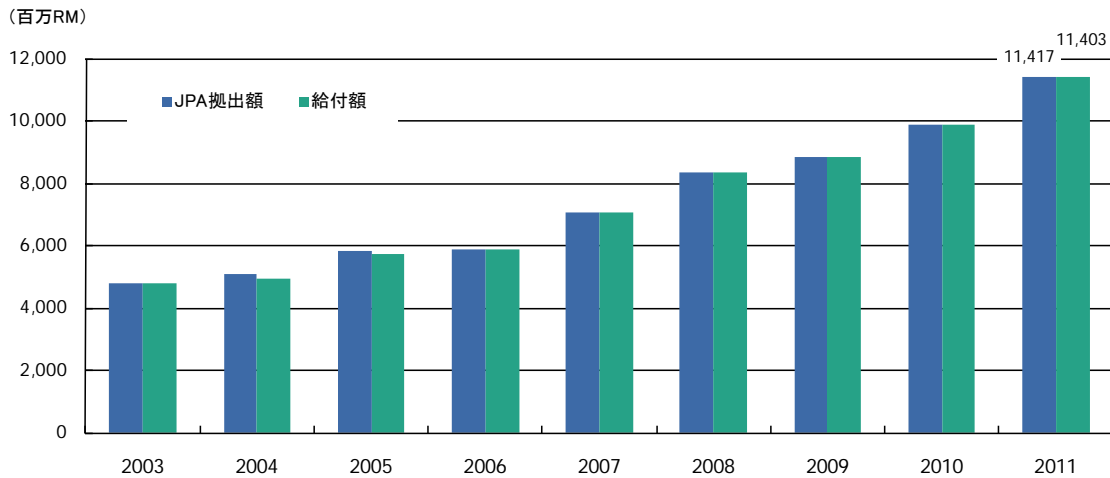
運営は JPA が行う。財源は、連邦政府のファンドより拠出する (税金を含む国家予算から引き当てる) こと、退職給付は最終的に退職金ファンドに引き継がれることとされている。

表 4-9 年金加入者及び年金受給者の内訳 (2012 年 2 月現在)

年金受給者		年金加入者+年金受給者 (人)
連邦政府職員	Federal public service	343,561
各州政府の職員	State public service	68,386
法定授権者	Statutory authority	87,886
地方自治体	Local authority	27,726
議会の職員及び連邦政府の管理部門担当者	Members of parliament & Members of federal administration	1,038
政治家秘書	Political secretaries	130
裁判官	Judges	90
合計		528,817

出所：JPA 提供資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

²¹² 菅谷広宣(2012)「マレーシアの老齢所得保障制度」より。



出所：Public Service Department Malaysia, Overview of Pensions Policy in Malaysia

図 4-6 JPA 拠出額と給付額の推移

公務部門では、退職年金として最終給与額の 20%～60%が在職期間に応じて支給される。1981 年からは賃金スライド制が導入されている。基本となる計算式は $1/600 \times$ 在職月数 \times 最終給与額であるが、在職月数は 360 ヶ月が上限となる。退職金としては、在職月数に最終給与をかけ、その 7.5%が支給される (Pension Regulation 1980 Sec.4)。なお、年金が支給される退職事由は下記のとおりである (第 10～12A 条)。

表 4-10 年金が支給される主な退職事由

- * 定年の 55 歳に達すること。
(ただしこの定年年齢は上下院の職員には適用されない)
- * 医学上の理由 (障害状態)
- * 部署の廃止
- * 省庁の再編
- * マレーシア以外の国籍の取得

- * 40 歳以降の選択定年
- * 政府の同意による他の組織 (政府系であるかどうかは問わない) への異動

出所：Malaysian Government, Pension Regulation 1980 Sec.4 より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

これらのうち選択定年の場合、年金は 45 歳または 50 歳からの支給となる。前者は、女性、一定階級以下の消防士・警察官・刑務所員、及び精神病院の男性看護師に適用される。後者は男性で前者に挙げた職種を除く人々に適用される。他組織への異動²¹³については、男性 50 歳、女性 45 歳以前の異動ではこれらの年齢に達した時、これらの年齢以降の異動では 55 歳に達したときに年金は支給される。また、これらの年齢に達する

²¹³ 政府の同意による他の組織への異動 (政府系であるかどうかは問わない) を示す。

前に死亡した際には、遺族年金が支給される²¹⁴。

JPA としては、現行の税に依存した賦課方式年金制度 (PAY-AS-YOU-GO) では財政への負担が大きいため、持続可能性の観点から確定拠出年金制度にスキームを変更したい意向である。

表 4-11 GP の給付内容

	給付額	備考
①退職金 (一時金払い)	7.5%×就業期間(月)×最終の給与額	* 2009年1月より、最高30年(360カ月)分
②年金 (月間払い)	1/600×就業期間(月)×最終の給与額 (但し、最終の給与額の3/5の額を超えないこと)	* 2009年1月より、最大30年(360ヶ月)分
③休暇買い取り制度	1/30×緊急公務等により取得出来なかった休暇日数(最大150日)×月間の全報酬	* 月間の全報酬とは、月々の給与+固定手当額
④医療給付	下記医療サービスにおいては無料或いは補助金を受けて受診することが出来る ・本人及び配偶者、子供を対象に、公的医療機関における医療サービスの無料提供 ・公的医療機関の職員による推薦或いは処方箋に基づく民間医療機関における受診や投薬 ・公的医療機関の職員による推薦或いは役員の決議による海外医療サービスの提供	
⑤遺族年金	・本人が在職中に死亡した場合に、遺族は退職金、遺族年金、医療給付を受けることができる。退職金については両親も対象となる ・退職後の死亡についても、未亡人や子供に対し、遺族年金が支給される。また、医療給付を受けることができる	* 「遺族」は未亡人や子供が給付対象となるが、退職金については両親も対象となる
⑥障害／扶養給付	・年金或いは遺族年金に上乗せ給付される ・下記いずれかの理由により退職或いは死亡した場合に適用される ①公務中に発生した不慮の事故による怪我 ②職務契約により発生した疾病 ③渡航中の事故(個人の不注意によるものは除外) ④怪我や疾病が個人の故意によるものでないこと	

出所：Public Service Department Malaysia, *Overview of Pensions Policy in Malaysia*

²¹⁴ 菅谷広宣(2012)「マレーシアの老齢所得保障制度」より。

表 4-12 JPA 拠出額及び給付額の内訳 (2011 年)

	JPA 拠出額		給付額	
	金額 (MYR)	比率 (%)	金額 (MYR)	比率 (%)
休暇買取り	263,760,800	2.3	262,165,698	2.3
補償	—	0.0	—	0.0
年金	8497,155,900	74.4	8494,017,149	74.5
退職金	2653,262,900	23.2	2643,613,695	23.2
手当	2,861,700	0.03	2,834,368	0.00
合計	11,417,041,300	100.0	11,402,630,911	100.0

出所：Public Service Department Malaysia, *Overview of Pensions Policy in Malaysia*

② 被用者積立基金 (EPF) ²¹⁵

1) 法的根拠

1969 年の EPF (仮) 規定、その後制定された 1991 年被用者積立基金法 (EPF Act 1991 : Employees Provident Fund Act 1991 (Act 452)) に基づき、退職給付制度を運営している。

同制度は、労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制拠出基金であり、退職時に積立金を引き出す貯蓄型の基金制度 (Provident Fund) である。

加入者は民間被用者が中心であるが、前述の公務員年金の受給資格のない者も含まれる。なお、公務員も GP を脱退して EPF に加入することができる。

2) 給付内容

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、医療等を目的として引き出すことが出来る。

表 4-13 EPF の給付内容

種別	条件、引き出しパターン
退職時の引き出し (55 歳以上の人を対象)	55 歳以上の人を対象 給付 (引出) 方法は下記から選択できる。 ①一括引き出し ②月々の引き出し ③一部引き出し ④上記の月々／一部引き出しの組み合わせ

²¹⁵ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 pp. IV-20 -25 を基に、加筆修正を行った。

種別	条件、引き出しパターン
退職前の引き出し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢が 50 歳以上になった時 ・ 住居購入の目的 ・ 医療サービス受診目的 ・ 教育の目的 ・ メンバーによる投資運用を行う時
その他引き出し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死亡時 ・ 障害を負った時 ・ 他国への移住 ・ 年金受給年齢に達した従業員 (Pensionable Employees Withdrawal) ・ 100 万 MYR 以上の積立分 (Millionaire Withdrawal)
追加給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害給付 (5,000MYR) ・ 死亡給付 (2,500MYR)

出所：EPF Malaysia 提供資料より作成。

3) 医療目的による引き出し

医療目的による引き出しは、1994 年に導入された制度である。加入者自身の他に、配偶者、加入者の両親（義理の親、継母・継父を含む）加入者の子供（継子、養子を含む）、兄弟姉妹が対象になる。申請の際には疾患を申告することになっている。対象疾患は、36 種類から 55 種類に拡大し、癌や心臓血管系、胃腸・消化器系、泌尿生殖器系、血液系、精神疾患まで広範囲にカバーされている。

対象疾患の選定については、理事会のメンバーの中に医師が含まれるため、助言や専門家の意見を取り入れる他、マレーシア医療協会 (Malaysia Medical Association : MMA) の協力も得ている。

4) 加入対象者と保険料率

加入対象者は被用者であれば強制加入となっている。任意加入は自営業者や農業・漁業従事者を含むインフォーマルセクター²¹⁶の人々、外国人労働者等が該当する。これらの対象者は所得額が一定でないこと、また、所得を得るタイミングも異なるため、「1 回あたり 50MYR 以上」を条件に任意で納付する仕組みになっている。

なお、かつては 55 歳以上の世代の拠出は任意とされていたが、55 歳を超えても継続就労する者が増加したことを受け、2008 年より義務化された。従業員の拠出比率は 55 歳未満の半分としている。

²¹⁶ EPF のインフォーマルセクターには、自営業者、農業・漁業従事者、芸術家や専門職の個人事業者、家事手伝いや無職者等が含まれる。

表 4-14 現行の保険料納付率

対象者		納付率 (%)		
年齢	所得	従業員	雇用主	合計
55 歳以上	月収 5,000MYR 以上	5.5	6	11.5
	月収 5,000MYR 未満	5.5	13	18.5
55 歳未満	月収 5,000MYR 以上	11	12	23
	月収 5,000MYR 未満	11	13	24

出所：EPF Malaysia 提供資料。2012 年 1 月より施行。

5) 基金及び実施運営機関

EPF の理事会には、議長、副議長、政府からの派遣者（副議長を含む 5 名）、従業員代表者（5 名）、医師等を含む専門家（3 名）、CEO から構成されている。

投資委員会のメンバーは、議長（1 名）、財務省代表者（1 名）、中央銀行代表者（1 名）、財務や投資の専門家（3 名）、CEO の 7 名で構成され、基金の投資運用については、投資委員会が管轄する。

また、投資基金の取扱については、EPF ACT1991 の 18 (2) により規定されている。マレーシア国営銀行（Bank Negara Malaysia）をはじめ、特定の金融機関に預けること、投資先はマレーシアの証券取引所に上場した企業であること、公開会社（public company）の債権であること等の規程がある。

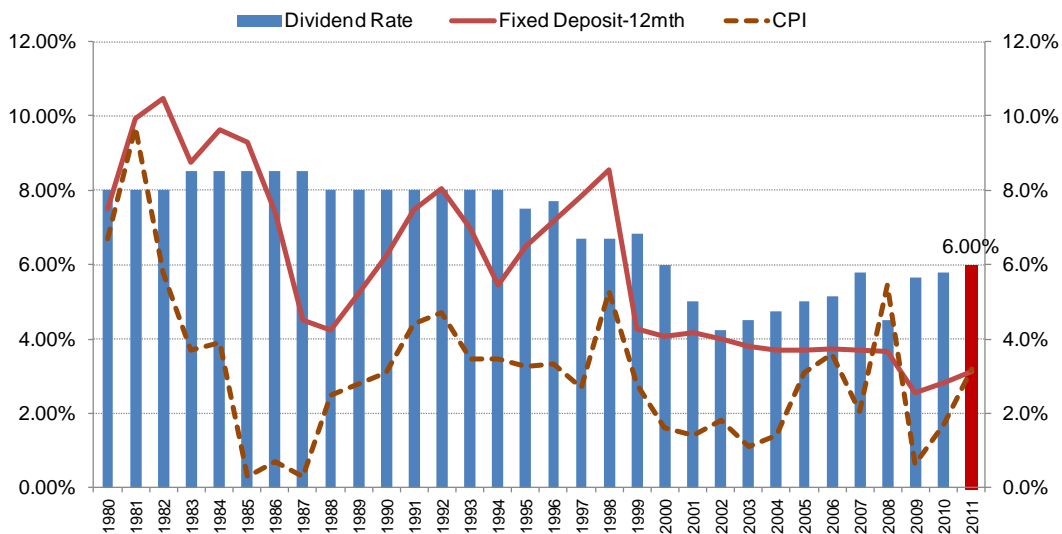
なお、加入者管理については、1980 年代から電子化が進んだが、加入者の多くがまだコンピュータを使いこなせないという課題がある。若い世代はインターネットによるアクセスも受容するが、年金残高にあまり関心がなく、データベースシステムについては十分な活用が出来ていない²¹⁷。

表 4-15 EPF の年間納付額及び引出額の推移

	2009 年		2010 年		2011 年	
	10 億 MYR	10 億米ドル	10 億 MYR	10 億米ドル	10 億 MYR	10 億米ドル
年間納付額	33.47	11.10	35.76	11.86	41.43	13.74
年間引出額	24.71	8.1	26.41	8.76	30.03	9.96
積立資産額	375.46	124.54	445.85	147.88	476.53	158.10
投資による収入	17.26	7.72	24.41	8.10	27.24	9.04
配当率	5.7%		5.8%		6.0%	

出所：EPF Malaysia 提供資料

²¹⁷ EPF 担当者へのインタビューによる。



出所：EPF Malaysia 提供資料

図 4-7 EPF の配当率推移

6) 加入者数の状況

2011年現在の加入者数合計は1,314万人であるが、そのうち、保険料の納付者（Active Members）は約半数の626万人強にとどまっている。その他のメンバーは、退職者や口座を持つものの、現在は失業しており積立を行っていない者である。

2010年より、インフォーマルセクターの対象者への取り組みが始まっており、2011年末現在、48,452名が加入している。”1 Malaysia²¹⁸ Retirement Saving Scheme (SP1M)”をスローガンとし、インフォーマルセクターの人々に対し、任意による積立制度を提供している。最低納付額は1回あたり50MYRとし、時期や回数は定まっていない。加入によるメリットは、配当金として年間2.5%の配当を得ることができること、死亡給付として2,500MYRの給付を受けられること、年間6,000MYR（生命保険）までの税控除等の恩恵を受けることができること等が挙げられる。インセンティブとしては、年間60MYRを上限とし、政府支出の5%がマッチング拠出として第一口座に振り込まれる（2010年-2014年）等のインセンティブも受けることができる。

EPFは同セクターの対象者数の把握に取り組んでいる。また、複数ある加入者情報のデータベースがリンクされていないため、データベースの一本化を行い、インフォーマルセクター該当者の把握や、老後に必要な資金の試算や、拠出方法について検討を進める予定である²¹⁹。

²¹⁸ “1 Malaysia” はナジブ首相が発表したスローガン。2020年の先進国入りを目標とする中で、多様なエスニックグループを擁する国家である同国が「一体化して発展しよう」という願いがこめられている。

²¹⁹ EPFへのインタビューより作成。

表 4-16 インフォーマルセクターの加入者内訳 (2011 年)

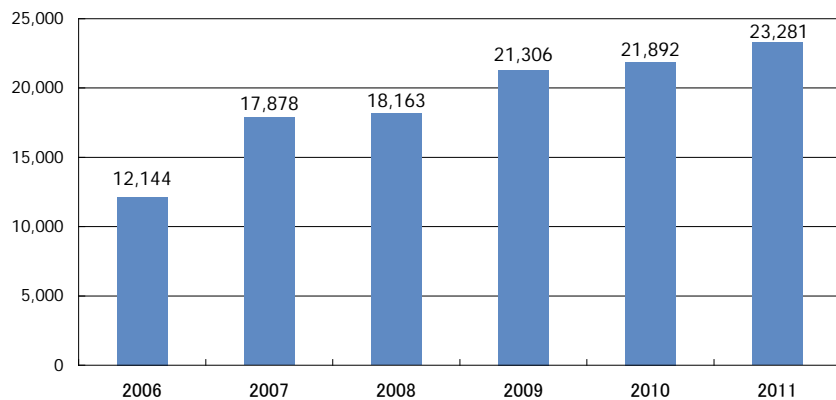
	比率 (%)	人数 (人)
主婦	16.76	8,120
農業、漁業	6.25	3,028
専門職 (芸術家、直営業者)	6.51	3,154
年金受給年齢に達した従業員	2.48	1,202
サービス業、運送業	6.92	3,353
ビジネス	34.84	16,881
その他	26.24	12,714
合計	100%	48,452

出所：EPF Malaysia 提供資料

今後の取り組みとして、①拠出金額に対する上限賃金の設定、②全ての労働者に対する強制拠出の実現や、それに向けた SOCSO 及び MOH の健康保険納付との同時徴収等といった目標を掲げている。

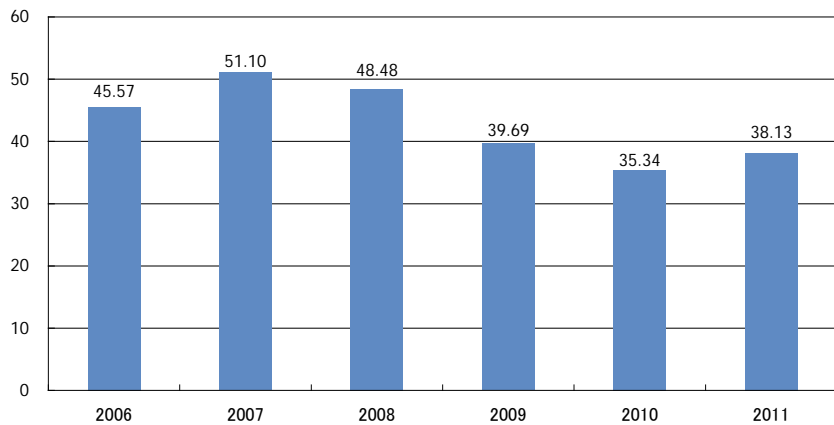
7) 給付実績

年間引出額全体としては増加傾向にあるが、医療目的とした引出額は 2009 年以降減少している。また、55 歳時点における引出方法は、一時金としての一括引出の比率が減少し、月間引出や一部引出或いは双方の組み合わせは増加傾向にある。



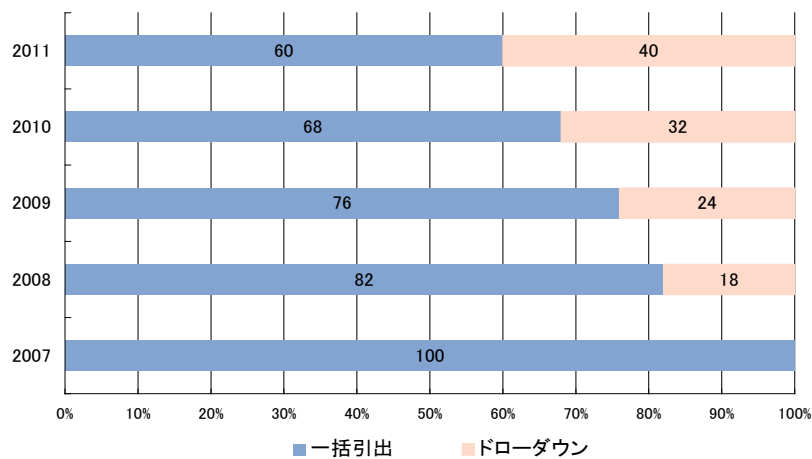
出所：EPF Malaysia 提供資料

図 4-8 EPF の年間引出額 (メンバーによる投資目的の引出を除く) (単位：百万 MYR)



注：年間医療給付申請に対する許可額
出所：EPF Malaysia 提供資料

図 4-9 EPF 医療目的による引出額（単位：百万 MYR）



注：ドローダウンとは、月間引出、一部引出、或いは両者の組み合わせによる引き出し方法

出所：EPF Malaysia 提供資料

図 4-10 EPF の機能別運用拠点数

表 4-17 55 歳時点の引き出し方法の推移 (%)

各拠点の機能種別	拠点数 (箇所)
Type1 : 給付、サービス、施行の提供拠点	15
Type2 : サービス、施行の提供拠点	30
Type3 : 給付、サービスの提供拠点	1
Type4 : サービスのみの提供拠点	17
Type5 : 施行のみの提供拠点	3
合計	66

出所：EPF Malaysia 提供資料

③ 従業員社会保障機構 (SOCSO) ²²⁰

1) SOCSO の概要²²¹

SOCSO は、MOHR が管轄する外郭団体である。1969 年制定の Employees' Social Security Act に基づき、政府の社会保障局として 1971 年に設立された。労働災害の補償を目的としており、現在は、災害補償と疾病年金基金、教育ローン給付の役割を持つ。現在基金は 180 億～190 億 MYR (約 60 億米ドル) となっている。

疾病年金については、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減少した低所得者や障害者に対し、SOCSO による経済的支援が行われている²²²。支給額は月間 300MYR 程度と生活を支える水準ではなく、あくまでも補助的な措置となっている。

2) SOCSO のスキーム

労働法により、企業の事業登録の際に、従業員が 1 名以上の場合は SOCSO 加入が義務付けられている。2010 年末現在、月間 1 回以上の拠出を行う有効従業員数は約 552 万人であり、労働人口 1,250 万人の約 44.2%となっている。有効雇用主数は 34.8 万社となっている²²³。

月給 3,000MYR 以下の被用者及びその雇用主は強制加入が義務付けられているが、自営業者や外国人労働者等は対象外である。なお、月給 3,000MYR 以上の被用者は雇用主との合意の上での任意加入であるが、一旦加入後に月給が 3,000MYR を超えた場合には拠出を継続する義務がある。

SOCSOでは、給付内容に基づき制度を2つのカテゴリーを分けている。第一カテゴリーは、労災保険スキーム (Employment Injury Insurance Scheme)及び疾病年金スキーム (Invalidity Pension Scheme) を対象としており、55歳未満の従業員が雇用者と共同で拠出する。第二カテゴリーは、労災保険スキームのみが対象となり、雇用者から拠出され、加入者本人拠出はない。56歳以上の従業員や、50歳以上で初めてSOCSOに加入した従業員、労災により収入が三分の一以下に減少した者が対象となる。

なお、月間収入が 3,000MYR 以上あり、過去に加入経験がない従業員や、公務員、住宅等への家事使用人 (調理師、庭師、家事手伝いや家政婦、警備員、ドライバーを含む)、自営業者、外国人労働者は本制度の対象外となる。

²²⁰ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-25-28 を基に、加筆修正を行った。

²²¹

<http://www.malaysia.gov.my/EN/Relevant%20Topics/Employment%20and%20Training/Citizen/EmployeeBenefitsContributions/Pages/EmployeeBenefitContributions.aspx>

²²² SOCSO 「Employer's Guide」、厚生労働省 「2009 年-2010 年海外情勢報告」より作成。医療評議会 (Medical Board) の審査を受ける等の要件を満たす必要がある。

²²³ SOCSO 「Annual Report 2010」

表 4-18 SOCSO の対象スキームと対象者

種別	対象スキーム	対象	拠出
第一カテゴリー	労災保険及び疾病年金スキーム	年齢 55 歳未満の従業員	雇用主と従業員の双方から拠出される
第二カテゴリー	労災保険のみ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 56 歳以上の従業員で就業していること ・ 50 歳以上の従業員で、初めて SOCSO に登録、納付した者 ・ 傷病年金を受領するには、就業を続けており、月間平均収入が労災を負う前の平均収入の三分の一以下になっていること 	雇用主のみから拠出される

出所：SOCSO ウェブサイトより作成²²⁴

3) 拠出額

拠出額は従業員の月収により定められている。なお、ここでの月収とは、基本給、残業代、手数料、休日出勤手当、住宅手当やインセンティブ等の各種手当額が含まれる。拠出金の年間納付額は過去 3 年間増加傾向にある。

表 4-19 SOCSO の拠出額

月給 (MYR) (以上-未満)	第一カテゴリー (労災保険及び疾病年金)			第二カテゴリー (労災保険)
	雇用主の拠出額 (MYR)	従業員の拠出額 (MYR)	拠出額合計 (MYR)	雇用主から拠出額 (MYR)
30	0.40	0.10	0.50	0.30
30-50	0.70	0.20	0.90	0.50
50-70	1.10	0.30	1.40	0.80
70-100	1.50	0.40	1.90	1.10
100-140	2.10	0.60	2.70	1.50
140-200	2.95	0.85	3.80	2.10
200-300	4.35	1.25	5.60	3.10
300-400	6.15	1.75	7.90	4.40
400-500	7.85	2.25	10.10	5.60
500-600	9.65	2.75	12.40	6.90
600-700	11.35	3.25	14.60	8.10
700-800	13.15	3.75	16.90	9.40
800-900	14.85	4.25	19.10	10.60
900-1,000	16.65	4.75	21.40	11.90
1,000-1,100	18.35	5.25	23.60	13.10
1,100-1,200	20.15	5.75	25.90	14.40
1,200-1,300	21.85	6.25	28.10	15.60
1,300-1,400	23.65	6.75	30.40	16.90
1,400-1,500	25.35	7.25	32.60	18.10

²²⁴ <http://www.perkeso.gov.my/en/socso-contribution1.html>

月給 (MYR) (以上-未満)	第一カテゴリー (労災保険及び疾病年金)			第二カテゴリー (労災保険)
	雇用主の拠出額 (MYR)	従業員の拠出額 (MYR)	拠出額合計 (MYR)	雇用主から拠出額 (MYR)
1,500-1,600	27.15	7.75	34.90	19.40
1,600-1,700	28.85	8.25	37.10	20.60
1,700-1,800	30.65	8.75	39.40	21.90
1,800-1,900	32.35	9.25	41.60	23.10
1,900-2,000	34.15	9.75	43.90	24.40
2,000-2,100	35.85	10.25	46.10	25.60
2,100-2,200	37.65	10.75	48.40	26.90
2,300-2,400	39.35	11.25	50.60	28.10
2,400-2,500	41.15	11.75	52.90	29.40
2,500-2,600	42.85	12.25	55.10	30.60
2,600-2,700	46.35	13.25	59.60	31.90
2,700-2,800	48.15	13.75	61.90	33.10
2,800-2,900	49.85	14.25	64.10	34.40
2,900 以上	52.65	14.75	67.40	35.60

出所：SOCSCO“Employers Guide”より作成

表 4-20 SOCSCO 加入状況の推移

年	雇用主		従業員		年間納付額 (百万 MYR)
	登録社数 (千件)	有効社数 (千件)	登録者数 (千人)	有効者数 (千人)	
2008	684	389	12,603	5,670	1,834.66
2009	724	327	13,278	5,311	1,867.16
2010	770	348	13,832	5,519	2,007.87

注1：登録社（者）数は、同制度創設以来の加入者数である。

注2：有効社（者）数は、毎月一回以上の拠出を行っている雇用者或いは従業員を指す。

出所：SOCSCO“Annual Report 2010”より作成。

4) 今後の取組

定年引き上げの議論があるなかで、公務員の退職年齢は既に55歳から60歳に上げられている。高齢者の勤務年数を延長することにより、貯蓄を増やし、退職後から寿命までの無給の老後期間を短縮することを意図しており、同様の方針を民間部門においても推奨している。

労働者が労災による怪我等により失業した際には、SOCSCOを通じて所得保障が行われることから、SOCSCOに失業保険の役割を組み込もうとする議論もあるが、制度が異なるため容易ではない。

④ 高齢者に対する公的扶助²²⁵

低所得高齢者が家庭やコミュニティに残り生活を継続する事ができるよう、経済支援を提供している。年齢 60 歳以上、定期収入がないこと、支援する身内、家族がいないことを要件とし、月間 300MYR の経済支援を行う。また、福祉機器、補装具を購入する経済力がない高齢者に対しては、医療担当者の推薦を条件に、購入金額を補助している。

(4) 主な課題

① 労働者社会保障制度をめぐる課題²²⁶

EPF においては、拠出メンバーが全加入メンバーの半数に満たず、財源が十分でないこと、また、積立分だけでは退職後の生活資金としては不十分であることから、雇用主の拠出金料率向上など、制度の充実が求められている²²⁷。積立金を一括して引き出した場合、多くの人は 5 年程度で全積立金を使ってしまうとされ、退職前引き出しを選択した場合も、老齢期の生活を支えるには十分な金額が残らないとされる²²⁸。このように、EPF は高齢者の所得保障や介護費用をまかなうに十分とはいえない。また、自営業者や家事手伝い等のインフォーマルセクターの人々や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、これらの人々をいかに EPF に取り込むか、または日本の国民年金制度に相当するような制度が存在しない点についても課題となっている。

²²⁵ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-33④を基に、加筆修正を行った。

²²⁶ 国際協力機構 (2012) 「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』 p. IV-39(3)を基に、加筆修正を行った。

²²⁷ JETRO (<http://www.jetro.go.jp/world/asia/my/biznews/4f5592bc96e10>)

²²⁸ Masud and Haron (2012), “Gender Differences in Economic Status of Older Malaysians,” p.68, 74.

5. 生活環境関連の取組

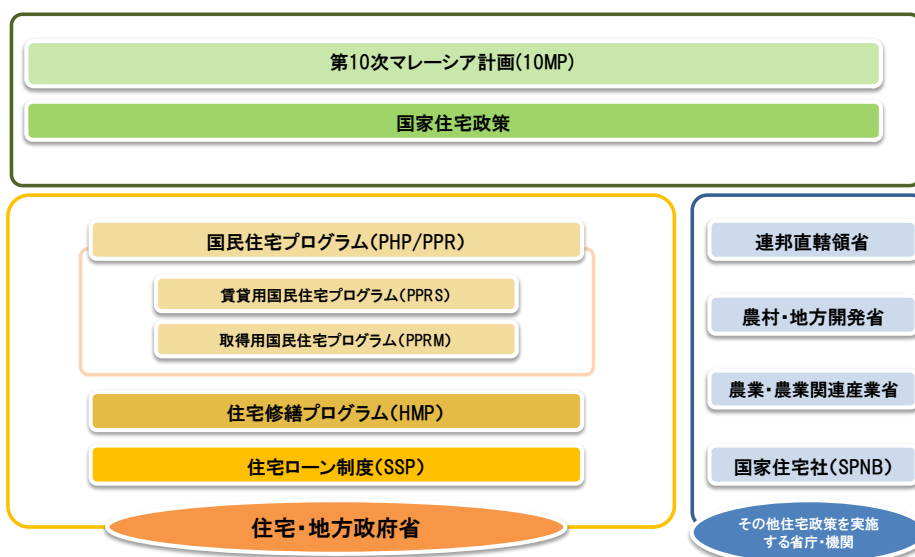
5.1. 概要

本章では生活環境関連に関する高齢者政策、特に住宅政策およびユニバーサルデザイン政策について取り上げる。ただし、生活環境関連の高齢者政策といっても、他の分野と同様、高齢者だけに特化した政策があるわけではなく、貧困層や障害者等を対象とした社会保障政策の中に高齢者対策が包含されている。また、後述するとおり、いくつかの低所得者向け住宅政策は 60 歳未満の人々を対象としており、貧困層対策と高齢者対策が完全に重なりあうわけではない。

マレーシアの住宅政策は、「適切で、負担可能で、質の高い住宅を全てのマレーシア国民に提供する (provision of adequate, affordable, and quality housing for all Malaysians)」という理念に基づいており、独立以来、5 年計画で低価格住宅の提供は重要課題に挙げられている。具体的な政策としては、不法占拠者や低所得者向けに住宅を販売・提供する国民住宅プログラム (People's Housing Programme) や、住宅修繕プログラム (HMP) などが実施されている。公共住宅政策は主に住宅・地方政府省が担っているが、農村・地域開発省や連邦直轄領省、農業・農業関連産業省なども独自の住宅支援サービスを実施しており、様々な機関が重複するサービスを提供していることがマレーシアの住宅政策の課題の 1 つとなっている。

公共施設のユニバーサルデザインに関するガイドラインは、住宅・地方政府省の連邦都市農村計画局 (FDTCP) によって策定されている。FDTCP は、「コミュニティ施設のための計画立案ガイドライン (Planning Guidelines for Community Facilities (GP004-A))」および「ユニバーサルデザインのための計画立案ガイドライン (Planning Guidelines for Universal Design (GP015-A))」を策定しているが、いずれも障害者を含む包括的なガイドラインであり、高齢者のみに特化したガイドラインではない。障害者政策も積極的に取り組まれてきたわけではなく、包括的な障害者法が策定されたのは 2008 年であった。10MP では障害者の自立や社会参加支援を目指すことが謳われている (2.1. (1) 参照)。ただし、ユニバーサルデザインに関する法やガイドラインは存在するが、実施が伴っていないという課題が識者などから指摘されている。

以下、生活環境関連政策に関わる機関を概観したのち、住宅政策およびユニバーサルデザイン政策について説明し、最後に課題を指摘する。



出所：各種資料より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成

図 5-1 低所得者向け住宅政策概要

5.2. 主な関係機関・団体（公的機関・企業・NGO等）

(1) 主な関係機関の役割・機能

① 住宅地方住地方政府省

住宅・地方政府省は、地方自治住宅省（Ministry of Local Government and Housing）として1964年に設立された²²⁹。1978年に住宅地方開発省（Ministry of Housing and Rural Development）と地方自治連邦領省（Ministry of Local Government and the Federal Territory）の地方自治局（Department of Local Government）が合併され、現在の名称に改称された。住宅地方政府省は下記の5つの目的を掲げている²³⁰。

- ・ 物質的・社会的・経済的・環境に優しい開発を強化するため、包括的かつ統一的な地方および都市計画を策定し、実施する
- ・ 地方政府（Local Authority）が質の高い都市・社会・娯楽サービスを提供し、統一的な経済成長への機会を提供できるように、地方政府を後押しし、発展させ、導く
- ・ 快適でバランスの取れた、社会的・娯乐的な施設を完備した住宅開発を保証する
- ・ 火災や危険物に対する予防的・監督的サービス、効率的・効果的な危機・救助サービス、火災や火災予防に対する啓発や教育を通じて生命および財産の安全を保証する

²²⁹ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/325 (2013年6月27日アクセス)

²³⁰ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/325 (2013年6月27日アクセス)

- ・ 自然景観、公園、質の高い娯楽施設を開発し、マレーシアを庭園国家 (garden nation) にするという目的を達成する

住宅・地方政府省の役割として下記の7つがある²³¹。

- ・ 負担可能な住宅の提供と住宅開発の規制。
- ・ 地方政府が質の高い自治体サービス、社会的・娯乐的な施設を提供できるよう支援・誘導する。
- ・ 予防および消防・救助サービスの提供。
- ・ 計画立案・管理・開発・土壌保全に関連する連邦政府および州政府に対する助言の提供。
- ・ 地方政府や政府機関に対して、自然景観、公園、娯楽の計画立案、実施、管理に関する政策および助言サービスの提供。
- ・ 統合され、効率的で、信頼ができ、費用効果が高い廃棄物処理および公共清掃に関する政策・規制・管理の実施。
- ・ 高利貸しや質屋の発展および規制。

② 農村・地域開発省 (Ministry of Rural and Regional Development) ²³²

農村・地域開発省は、地方の開発のための諸施策を管轄する省である。地方の開発のため、様々な目標を掲げている。具体的には、2020年までに地方の人々の所得を都市部の80%相当まで引き上げること、地方の福祉の向上、基礎的インフラや公共施設のカバレッジの拡大、極貧 (hardcore poverty) の緩和と2.8%まで貧困率を引き下げることなどが目標に含まれている。

③ 連邦直轄領省 (Ministry of Federal Territories)

連邦直轄領省は1979年に設立され、クアラルンプールとクラン (Klang) 渓谷の開発の調整役としての役割を担った²³³。2004年の内閣再編の際、クラン渓谷の開発調整役に加えて連邦領 (クアラルンプール、ラブアン、プトラジャヤ) の開発も取り扱うこととなった。2009年には連邦直轄地都市福祉省 (Ministry of Federal Territories and Urban Wellbeing) と改称され、都市部の貧困根絶と福祉プログラムの実施が任務に追加された。2013年5月、貧困根絶と福祉プログラム実施の役割は住宅・地方政府省に戻され、再

²³¹ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/325 (2013年6月27日アクセス)

²³² Ministry of Rural and Regional Development ウェブサイト
<http://www.rurallink.gov.my/web/guest/objektif> (2013年9月11日アクセス)

²³³ Ministry of Federal Territories ウェブサイト
http://www.kwp.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=60&lang=en (2013年9月11日アクセス)

び同省は連邦領の開発のみに役割を特化し、名称も連邦直轄領省へと戻された。

連邦領発展のための政策として、ICT 安全政策 (ICT Security Policy) や購入可能住宅政策 (Affordable Home Policy of Federal Territories) などを実施している²³⁴。

④ 農業・農業関連産業省 (Ministry of Agriculture & Agro-Based Industry)

農業・農業関連産業省は、農業政策・戦略の策定・実施、生産性向上・農業セクターの競争力強化のための研究開発 (R&D) の実施、農業投資の促進などを担う省である²³⁵。1955 年に農業省 (Ministry of Agriculture) として設立し、2009 年に現在の名称である農業・農業関連産業省に改称された²³⁶。

⑤ 国家住宅社 (Syarikat Perumahan Negara Berhad : SPNB)

国家住宅社 (Syarikat Perumahan Negara Berhad : SPNB) は、国家住宅政策目標に基づき、全世帯に質が高く購入可能な住宅を提供することを目的に設立された財務省の完全子会社である²³⁷。設立年は 1997 年である。低所得層に購入可能な住宅を確保する目的である購入可能な住宅プログラム (Rumah Mampu Milik Programme) と国民友好住宅プログラム (Rumah Mesra Rakyat Programme) の実施機関である。また、放棄住宅再建プロジェクト (Rehabilitation of Abandoned Housing Projects) や国民住宅プログラム (PPR)、津波被害者の住宅提供プログラムの実施機関でもある。

(2) 公的機関と企業・NGO 等の民間部門との役割分担

低価格住宅以上の負担可能住宅の半分以上は民間セクターによって建設されていることが示すとおり (後述の図 5-2)、貧困層向け住宅 (housing for the poor) を除き、低価格住宅供給において民間セクターが大きな役割を果たしている。

10MP では、都市部で負担可能な住宅プログラムや低価格住宅の供給拡大を実施することを掲げられているが、ここでも民間企業の役割が期待されており、特に負担可能な中価格住宅の供給を要請されている²³⁸。

²³⁴ Ministry of Federal Territories ウェブサイト

http://www.kwp.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=89&lang=en (2013 年 9 月 11 日アクセス)

²³⁵ Ministry of Agriculture and Agro-Based Industry ウェブサイト

<http://www.moa.gov.my/web/guest/fungsi> (2013 年 9 月 13 日アクセス)

²³⁶ Ministry of Agriculture and Agro-Based Industry ウェブサイト

<http://www.moa.gov.my/web/guest/sejarah> (2013 年 9 月 13 日アクセス)

²³⁷ SPNB ウェブサイト

<http://www.spnb.com.my/eng/corporate/corporate.htm> (2013 年 9 月 13 日アクセス)

²³⁸ Tenth Malaysia Plan, p.160.

5.3. 主なサービス・支援

(1) マレーシア計画

マレーシアの住宅政策は、「適切で、負担可能で、質の高い住宅を全てのマレーシア国民に提供する（provision of adequate, affordable, and quality housing for all Malaysians）」という理念に基づいている。独立以来、5か年計画では低価格住宅の供給は重要課題に挙げられてきた²³⁹。

政府は、第7次マレーシア計画（1996年-2000年）から、それまで以上に低中価格住宅（low medium housing）に力を入れるようになった²⁴⁰。同計画では新たに建設される住宅のうち350,000戸を低中価格住宅向けにすることを目標とした。しかし、中価格住宅および高価格住宅の建設は進んだものの、低中価格住宅の建設は目標に達しなかった。

第9次マレーシア計画下では、約56万戸の住宅が建設され、うち、貧困層向け住宅は3万1,700戸、低価格住宅は9万5,800戸、低中価格住宅は3万4,600戸、中価格住宅は11万8,200戸であった。貧困層住宅は全て公共住宅で、低価格住宅は44%、低中価格住宅は28%、中価格住宅は23%が公共住宅となっている。新規建設戸数を見ると、高価格住宅の新規建設戸数が27万8,700戸で全てのカテゴリの中で最多である。次に多いのが中価格住宅であり、価格帯が高い住宅のほうが低価格住宅よりも多く建設されている。それでも10MPでは、負担可能な住宅の戸数の不足はもはや問題ではなく、様々な地域で十分な住宅が供給されることが課題であるとしている²⁴¹。

また、貧困層向け住宅は公共住宅のみだが、低価格住宅および低中価格、中価格住宅は民間セクターによって建設される戸数のほうが多く、民間セクターが果たす役割が大きいことがわかる。こうした傾向は、第9次マレーシア計画の期間のみに限られたものではない。価格帯の高い住宅のほうが計画達成率が高いことや²⁴²、価格帯が低い住宅についても民間セクターのほうが供給量が多いことは1990年代から見られる現象である²⁴³。

なお、1990年から2009年にかけて、80万8,000戸の低価格住宅が建設されている²⁴⁴。

²³⁹ Shuid, Syafiee (2003). *Low Medium Cost Housing in Malaysia: Issues and Challenges*, p.2.

²⁴⁰ Bakhtyar, B., A. Zaharim, K. Sopian, and S. Moghimi (2013). "Housing for Poor People: A Review on Low Cost Housing Process in Malaysia," *WSEAS Transactions on Environment and Development*, Issue 2, Volume 9, p.128.

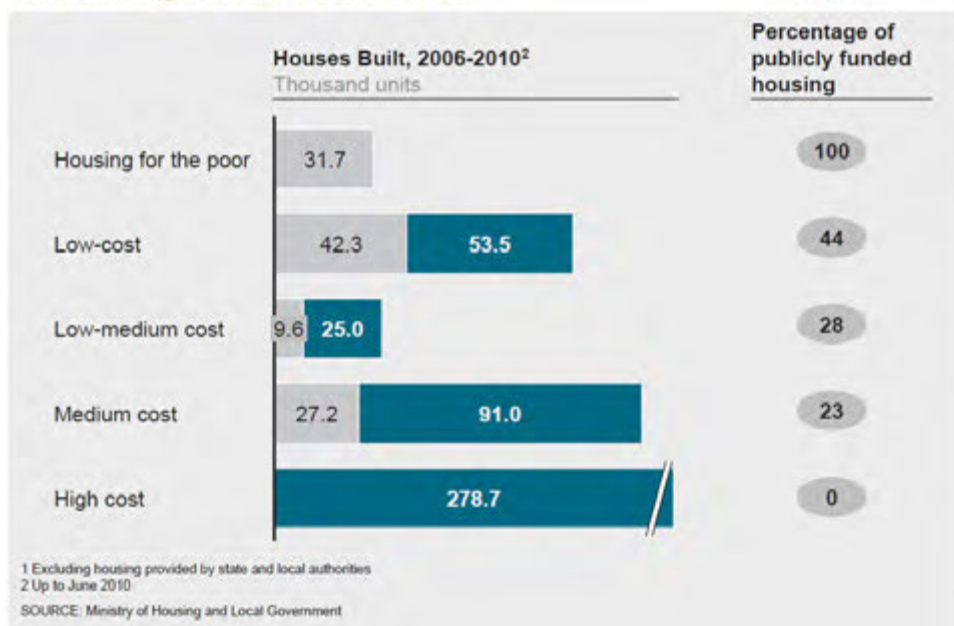
²⁴¹ Tenth Malaysia Plan, p.277.

²⁴² 第6次マレーシア計画では、低価格公共住宅の新規建設目標は12万6,800戸であったが、実際は46,497戸であり、目標達成率は36.7%にとどまった。他方で、中価格公共住宅の目標達成率は78.9%、公共高価格住宅の目標達成率は109.6%であった。第7次マレーシア計画では、極貧層向け公共住宅（Hardcore poor housing）の新規建設目標は35,000戸であったが、実際に建設されたのは17,229戸であり、目標達成率は42.9%であった。低価格公共住宅の目標達成率は101.7%であったが、中価格公共住宅の目標達成率は108.7%、高価格向け公共住宅の目標達成率は57.3%であった。Shuid, Syafiee (2003). *Low Medium Cost Housing in Malaysia: Issues and Challenges*, p.6.

²⁴³ Shuid, Syafiee (2003). *Low Medium Cost Housing in Malaysia: Issues and Challenges*, p.6.

²⁴⁴ Tenth Malaysia Plan, p.277.

Approximately 111,000 units of public affordable housing built during the Ninth Plan Period



出所：Tenth Malaysia Plan, p.277.

図 5-2 第 9 次マレーシア計画において建設された負担可能な住宅数

10MP では、住宅問題は、第 4 章の「包括的な社会経済発展」と第 6 章の「生活の質の向上させる環境の構築」で扱われている。

第 4 章では、地方について、大規模家族、高齢者、単親、特別なニーズを持つ人がいる世帯の住宅の建設および格上げが言及されている²⁴⁵。政府の支援はもちろんのこと、政府関連企業（GLC）や民間企業も企業の社会的責任（CSR）を通じて彼らに住宅を提供することが求められている。

都市部については、負担可能な住宅プログラム（affordable housing programme）や低価格住宅の供給の拡大を実施するとしている²⁴⁶。これらの公共住宅は経済的に下位 40% に位置する個人や家族に対して提供されることを念頭に置いている。ここでも民間企業の役割が期待されており、負担可能な中価格住宅の提供が民間企業に要請されている。

第 6 章では、負担可能な住宅政策について記述されている。10MP によると、マレーシアの住宅政策の課題は、①地域や購入能力に基づき住宅の需要と供給をマッチさせること、②新規および既存の購入可能住宅の質の向上、③持続可能な環境への要請に応えること、とされる²⁴⁷。そして、それらの課題解決のため、①住宅供給システムの合理化、②質および環境にいい住宅供給のための努力の強化、③健全かつ持続可能な住宅産業の育成、が挙げられている。①の住宅供給システムの合理化に関して、負担可能な公共住

²⁴⁵ Tenth Malaysia Plan, p.160.

²⁴⁶ Tenth Malaysia Plan, p.160.

²⁴⁷ Tenth Malaysia Plan, pp.277-278.

宅を 78,000 戸建設することや住宅修繕基金の創設、数ある住宅供給機関の合理化が政策として挙げられている²⁴⁸。

住宅の価格のカテゴリーは、住宅・地方政府省によって定められている。下記は住宅・地方政府省が定めた価格表で、1998 年以来改定されていないが²⁴⁹、土地が値上がりしていることもあり、上限価格が引き上げられる予定となっている²⁵⁰。

低所得者向け住宅の販売価格は建設コストの 30%から 75%となっている²⁵¹。しかし、月収 1,000MYR 程度の最貧困層にとって、低価格および低中価格住宅も手が届く価格ではない²⁵²。

表 5-1 住宅の価格リスト

カテゴリー	1 戸当たりの住宅価格	対象グループの所得レベル
1998 年以前		
低価格住宅	25,000MYR 以下	750MYR 以下
低中価格住宅	25,001-60,000MYR	750-1,501MYR
中価格住宅	60,001-100,000MYR	1,501-2,500MYR
高価格住宅	100,001MYR 以上	2,501MYR 以上
1998 年以降		
低価格住宅	42,000MYR 以下	1,500MYR 以下
低中価格住宅	42,001-60,000MYR	1,501-2,500MYR
中価格住宅	60,001-100,000MYR	
高価格住宅	100,001MYR	

なお、サバ州、サラワク州については、開発業者は 20%を上限に販売価格を引き上げることができる。

出所：Bakhtyar, B., A. Zaharim, K. Sopian, and S. Moghimi (2013). "Housing for Poor People: A Review on Low Cost Housing Process in Malaysia," *WSEAS Transactions on Environment and Development*, Issue 2, Volume 9, p.130.

(2) 国家住宅政策

政府は 2011 年に国家住宅政策（National Housing Policy）を策定した。国家住宅政策の目標は、人々の福利向上のため適切で快適、質が高く、購入可能な住宅を供給することであり、同政策は住宅セクターに関する計画と開発の方向性を示すものである。国家住宅政策の重要目標は下記の 6 つである。

²⁴⁸ Tenth Malaysia Plan, p.277.

²⁴⁹ Bakhtyar, B., A. Zaharim, K. Sopian, and S. Moghimi (2013). "Housing for Poor People: A Review on Low Cost Housing Process in Malaysia," *WSEAS Transactions on Environment and Development*, Issue 2, Volume 9, p.130.

²⁵⁰ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより（Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government）。

²⁵¹ Tenth Malaysia Plan, p.278. および、2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより（Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government）。

²⁵² 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより（Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government）。

1. 特別なニーズを持つ人々に対する適切な住宅の供給
2. 住宅開発の質と生産性の向上
3. 住宅サービス供給体制の実施の有効性向上とコンプライアンスの確保
4. 人々の住宅取得および賃借能力の向上
5. 住宅セクターの持続性確保
6. 社会的施設 (social amenities)、基本的サービス、住みよい環境のレベルの向上

国家住宅政策では高齢者の住宅問題について言及されている。マレーシアの住宅セクターが抱える問題として、民間セクターが提供する住宅について、高所得者向けは十分であるが、特別なニーズを持つ人々、高齢者、シングルマザー、不法占拠者を含む低中所得者向け住宅が十分でないことが挙げられている²⁵³。

上記の重要目標のうち、特に高齢者に関わるのが1の特別なニーズを持つ人々に対する住宅の供給である²⁵⁴。政府および民間セクターは低所得者および、障害者、高齢者、シングルマザー向けに購入または賃貸可能な住宅を供給するよう継続して努力する旨が示されている。民間セクターに対しては、月収が2,500から3,999MYRの中所得者向け住宅の開発を促進するよう要請されている。

(3) 公共住宅 (賃貸・販売)

① 国民住宅プログラム (PHP/PPR)²⁵⁵

先に述べたとおり、住宅・地方政府省の目的の1つは、満足できバランスの取れた、社会的・娯楽的な施設を完備した住宅開発を保証することである。この目的の達成のため、政府は、国民住宅プログラム (People's Housing Programme : PPR) を実施している²⁵⁶。制度の設立は1998年である (下記のPPRSは2002年に導入)。

国民住宅プログラムは、不法占拠者の再定住や低所得者の住宅居住要件に対する支援である。住宅・地方政府省の住宅局 (National Housing Department) が実施機関である。国民住宅プログラムは賃貸用 (PPR for Rental : PPRS) と取得用 (PPR for Ownership : PPRM) の2つに分けられる。PPRMは当初、パハン (Pahang) 州のみで実施されていたが、10MPから、クランタン (Kelantan) 州、クアラルンプール、サバ州に対象地域

²⁵³ National Housing Policy, p.68.

²⁵⁴ National Housing Policy, pp.82-83.

²⁵⁵ People's Housing Programme (PHP), National Housing Department ウェブサイト <http://ehome.kpkt.gov.my/en/main.php?Content=vertsections&SubVertSectionID=263&VertSectionID=17&CurLocation=91&IID=&Page=1> (2013年6月27日アクセス)

²⁵⁶ People's Housing Programme, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト http://www.kpkt.gov.my/kpkt_2013/program_kpkt/PPR_eng.pdf (2013年6月26日アクセス)

が拡大された。

PPRM の住宅価格は地域によって異なり、半島部では 30,000MYR から 35,000MYR、サバ州・サラワク州では 40,500MYR となっている。また、PPRS の賃料は月額 124MYR となっている。

PPRM および PPRS の住宅の仕様は下記の通りで、National Housing Standard for Low Cost Housing Flats (CIS 2)によって規定されている。

- ・ 主要都市において、5 階から 18 階建ての多層住宅
- ・ 沿岸または郊外の地所 (landed property)
- ・ 1 戸当たりの面積は 700 平方フィート以上 (約 65m²。以前は、600 平方フィート、650 平方フィート以上とされていた²⁵⁷)
- ・ 3 つのベッドルーム、1 つのリビングルーム、1 つのキッチン、2 つのバスルーム

住宅・地方政府省が提供する公共住宅のほとんどは集合住宅で、部屋の間取りは上記の規定のとおりである。しかし、近年、人々の生活スタイルが多様化していることから、大家族や二人家族など、対象世帯の規模によって部屋の間取りを変えることが検討されている²⁵⁸。

2011 年末現在、PPRS 用住宅は、88 のプロジェクトのもと 76,159 戸の建設が進められている。うち、64 のプロジェクトが終了し、62,716 戸が完成している²⁵⁹。PPRM 用住宅は、27 のプロジェクトのもと、3,672 戸の建設が進められている (これらはすべてパハン (Pahang) 州)。うち、22 のプロジェクトが終了し、3,062 戸が完成している²⁶⁰。残りのプロジェクトも 10MP の期間中に終了する予定となっている。販売用公共住宅戸数が賃貸用公共住宅戸数に比較して著しく少ないのは、公共住宅の販売政策の開始が 2011 年であり、政策の開始からの年月が少ないことによる²⁶¹。これらに加えて、10MP では、クランタン州で 1,000 戸、クアラルンプールで 1,600 戸、サバ州で 1,200 戸の建設が予定されている。

²⁵⁷ People's Housing Programme, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト http://www.kpkt.gov.my/kpkt_2013/program_kpkt/PPR_eng.pdf (2013 年 6 月 26 日アクセス)

²⁵⁸ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

²⁵⁹ 2013 年 4 月現在、64,777 戸が完成。2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

²⁶⁰ 2013 年 4 月現在、3,109 戸が完成。2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

²⁶¹ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

② 住宅修繕プログラム (HMP) ²⁶²

住宅修繕プログラム (Housing Maintenance Programme : HMP) は、10MPのもと、住宅・地方政府省の住宅局 (National Housing Department) によって実施されているプログラムである。公共および民間低価格住宅の修繕・補修のための補助金であり、2011年から2015年にかけて5億MYRの予算が充てられている。受給対象となるのは公共住宅、民間住宅の両方であり、費用の90%は政府が、残りの10%はビル管理者 (building management) が負担する²⁶³。HMPの申請条件は下記のとおりである。

- ・ 申請するのは、公共・民間低価格住宅の管理者
- ・ 公共低価格住宅の管理者とは、州政府もしくは州政府機関 (サバ州、サラワク州を含む) を指す。連邦領は含まれない
- ・ 民間低価格住宅管理者とは、建造物共有資産法 (Building and Common Property Act (Act 663 [2007])) のもとで設立された共同管理組合 (Joint Management Body)、専有部分法 (Strata Titles Act (Act 318)) のもとで設立された管理会社、建造物理事 (Commissioner of Building : COB) により任命された管理機関

修繕・補修の対象は、下記のとおりである。

- ・ ①エレベーター、②貯水タンク、給水管、③排水管、④屋根、⑤階段・手すり、の修繕・更新・交換
- ・ 10年ごとの建造物の塗装・再塗装
- ・ 住民の生活を害するおそれのある共有部分の備品の修繕・更新・交換

③ 住宅ローン制度²⁶⁴

住宅ローン制度 (Housing Loan Scheme : SPP) は、低所得者を対象とした住宅ローン基金 (Housing Loan Fund) ²⁶⁵を通じて実施される。本制度は1957年金融手続法に基づき1976年に導入された²⁶⁶。同制度の目的は、融資へのアクセスをもたない低所得者層に資金を提供し、住宅の建設・購入を可能にすることである。運転資金 (rolling capital)

²⁶² Housing Maintenance Programme (HMP). National Housing Department ウェブサイト
<http://ehome.kpkt.gov.my/en/main.php?Content=vertsections&SubVertSectionID=172&VertSectionID=17&CurLocation=91&IID=&Page=1> (2013年6月27日アクセス)

²⁶³ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/361 (2013年9月13日アクセス)

²⁶⁴ Housing Loan Scheme. National Housing Department.
<http://ehome.kpkt.gov.my/en/main.php?Content=vertsections&SubVertSectionID=98&VertSectionID=17&CurLocation=91&IID=&Page=1> (2013年6月27日アクセス)

²⁶⁵ 住宅ローン基金は1975年の金融手続法 (Financial Procedure Act 1957) によって設立された。

²⁶⁶ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/360 (2013年9月13日アクセス)

は 7,000 万 MYR で、低所得者層の住宅の建設・購入の支援に使われる。

SPP で受けられるローンの上限は 45,000MYR である。受給資格は下記のとおりである²⁶⁷。

- ・ マレーシア国民であること
- ・ 21 歳以上 60 歳以下
- ・ 公務員でないこと（配偶者を含む）
- ・ 自身の住宅を所有していないこと
- ・ 1 ヶ月の世帯所得が 750MYR 以上 2,500MYR 以下であること
- ・ 自身または近親者（父母、兄弟姉妹、配偶者、おじ）が土地を所有していること
- ・ 住宅局（National Housing Department）設置のパネルが提供する信用保険に加入すること

(4) 最貧困層向け賃貸補助金制度²⁶⁸

低所得者向け公共住宅さえ手が届かない最貧困層（hard core poor）については、賃貸補助制度（Rental Subsidy Scheme）が設けられている。この制度はもともと住宅・地方政府省のもとで開始されたが、現在は連邦直轄領省が管轄している。同制度では、E-Kasih に登録された最貧困層の賃貸料は連邦直轄領省が全額ないし一部を負担している。

(5) 各省庁からの住宅建設費・補修費の補助²⁶⁹

マレーシアでは住宅・地方政府省以外にも様々な省庁が独自の住宅補助政策を実施している。

農村・地域開発省は遠隔地を対象とした住宅補修費を給付している。給付額は半島部で 9,000MYR、島嶼部で 12,000MYR となっている。また、最貧困層に対しては、住宅補修費として 40,000MYR を支給している。

農業省は漁業従事者を対象に、住宅補修費として半島部で 10,000MYR、島嶼部で 12,000MYR を給付している。また、住宅建設費として半島部で 40,000MYR、島嶼部で 50,000MYR を給付している。

財務省の完全子会社である国家住宅社（Syarikat Perumahan Negara Berhad : SPNB）も低価格で地方の住民に住宅を販売している。SPNB の RMM（Rumah Mampu Milik）プログラムは低所得者向け住宅の提供であるが、同プログラムで提供される低価格、中・

²⁶⁷ Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government ウェブサイト
http://www.kpkt.gov.my/kpkt_bi_2013/index.php/pages/view/360（2013 年 9 月 13 日アクセス）

²⁶⁸ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより（Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government）。

²⁶⁹ 以下の記述は 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングに基づく（Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government）。

低価格、中価格住宅の価格および面積は下記のとおりである。申請資格条件が 21 歳から 50 歳の者に限られていることから、本プログラムは高齢者対策ではないものの、参考として記載する。

表 5-2 低価格、低中価格住宅の分類

タイプ	面積	価格（半島部）	価格
低価格	700sqft	35,000MYR～	50,000MYR～
中・低価格	750sqft	50,000MYR～	50,000MYR～
中価格	800sqft 以上	80,000MYR～	100,000MYR～

出所：SPNB ウェブサイト <http://www.spnb.com.my/eng/corporate/faq.htm#02> (2013 年 9 月 13 日アクセス)

本プログラムへの申請資格は下記の条件を満たすものである²⁷⁰

- ・マレーシア国民
- ・21 歳～50 歳
- ・持家、または家を建てることのできる土地を持たない者
- ・世帯所得が 2,000MYR を超えない者

(6) 地方政府による低所得者向け住宅確保のための民間企業に対する規制

住宅サービスにおける地方政府の役割は限定的である。しかし、地方政府は民間企業が住宅を建設する際の許認可を与える権限を有しており、地方政府は 5 ヘクタール以上の土地で建設される住宅の一定割合を低所得者向け住宅にするよう条件を課している。その割合は、低価格住宅の供給を確保するため、民間ディベロッパーは、30%を低価格住宅に割り当てなければならない²⁷¹。

(7) 退職者村（高齢者向け住宅ビジネス）

近年、マレーシアでは退職者村（retirement village : RV）と呼ばれる高齢者向け住宅ビジネスが盛んになりつつある²⁷²。これは民間企業が営利目的で行うビジネスであり、身体自立で裕福な高齢者を対象としている。退職者村の高齢者向け住宅価格は、マンシヨンの 1 戸でおおむね 300,000MYR から 400,000MYR であり、セランゴール州セパン（Sepang）にある退職者村の高齢者住宅の価格は 1 戸 960,000MYR である。退職者村ビジネスに対する規制を住宅・地方政府省が検討中である。

²⁷⁰ SPNB ウェブサイト <http://www.spnb.com.my/eng/corporate/faq.htm#02> (2013 年 9 月 13 日アクセス)

²⁷¹ Bakhtyar, B., A. Zaharim, K. Sopian, and S. Moghimi (2013). "Housing for Poor People: A Review on Low Cost Housing Process in Malaysia," *WSEAS Transactions on Environment and Development*, Issue 2, Volume 9, p.129.

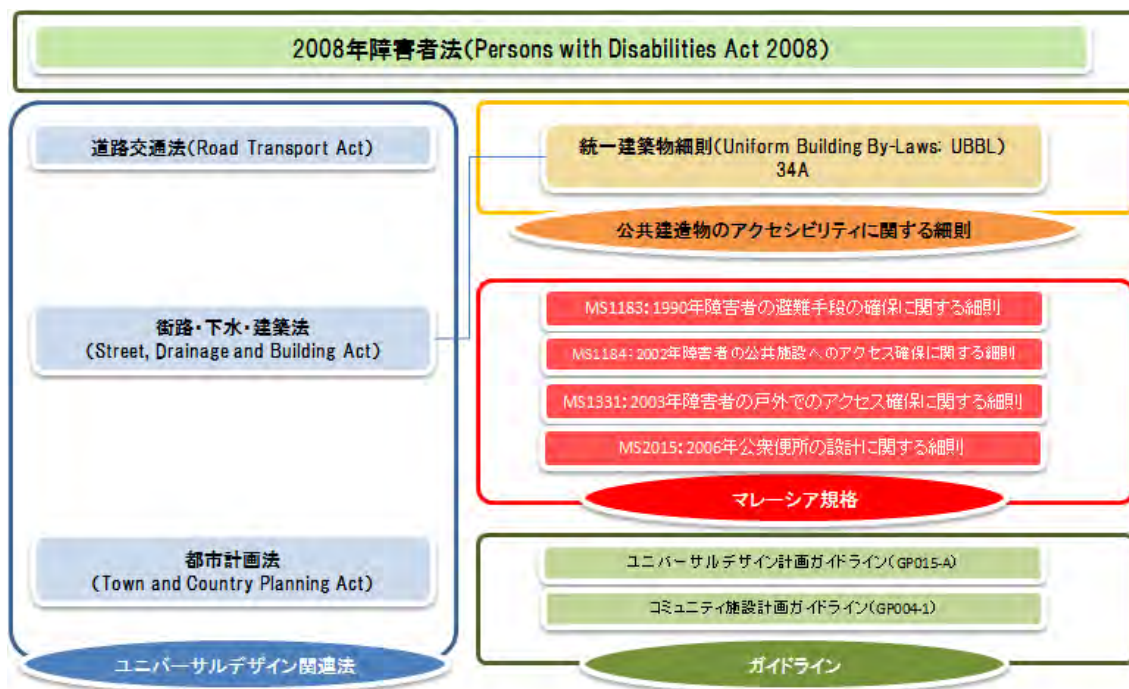
²⁷² 2013 年 4 月 22 日現地調査ヒアリングより (Institute of Gerontology, UPM)。

(8) 公共施設のユニバーサルデザインに関するガイドライン

(8)、(9) では公共施設、交通機関、観光施設におけるユニバーサルデザイン政策を取り上げる。ユニバーサルデザイン政策といっても高齢者のみを対象にした政策があるわけではなく、基本的には障害者政策の中に高齢者対策も含まれている²⁷³。また、その障害者対策にしても、従来から障害者問題は社会福祉政策の中でも優先順位は下位に置かれてきたのであり²⁷⁴、2008 年になってマレーシアで初めての包括的な障害者法として 2008 年障害者法 (Persons with Disabilities Act 2008 : Act 685) が策定された。同法第 2 条は、ユニバーサルデザインを「全ての人々が、改造や特別な設計をすることなしに最大限利用可能な製品、環境、プログラム、サービスを意味し、必要とする障害を持つ人々が利用できる支援的装置を含む (universal design” means the design of products, environments, programmes and services to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design and shall include assistive devices for particular groups of persons with disabilities where this is needed)」と定義している。また、同法 26 条は、障害者が公的施設やサービスを利用できるよう政府や施設・サービス提供者はそれらの施設やサービスがユニバーサルデザインに適合したものにしよう規定し、同法 27 条は公共交通機関について同様の規定を定めている。

²⁷³ 2013 年 3 月 21 日現地調査ヒアリングより (Ministry of Transport)。

²⁷⁴ ラジェンドラン・ムース (萩原康生監訳、田中尚訳) 『マレーシアの社会と社会福祉』明石書店、p.213。



出所：国際協力機構（2009）『マレーシア国バリアフリー社会化計画情報収集・確認調査報告書』 pp.4-6、Summary of Universal Design Planning Guidelines (GP015-A)
http://www.townplan.gov.my/download/015A_gpp_universal_design__english_.pdf（2013年1月7日アクセス）より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

図 5-3 ユニバーサルデザイン政策概要

住宅・地方政府省連邦都市農村計画局 (Federal Department of Town and Country Planning Peninsular Malaysia : FDTCP) は、連邦政府、州政府、地方自治体等の土地関連計画立案に対して助言する権限を有する。また、連邦計画ガイドライン (Garish Pandean Perancangan / Federal Planning Guidelines) を策定することも同局の主要な役割の1つである。州レベルの都市農村計画局は、その連邦計画ガイドラインに基づいて、州レベルのガイドラインや基準マニュアル (State Planning Guideline and Standards Manual) を策定し、地方自治体はそのマニュアルに基づいて計画立案を行う。

都市計画や建造物、インフラ、住居などについて、州政府や地方自治体は独自のガイドラインや基準を策定している²⁷⁵。例えば、セランゴール州は2010年10月にセランゴール州計画基準・ガイドライン・マニュアルを策定している²⁷⁶。

ユニバーサルデザインに関して、FDTCPは2つのガイドライン、すなわち「コミュニティ施設のための計画立案ガイドライン (Planning Guidelines for Community Facilities

²⁷⁵ セランゴール州都市地方計画局 (Selangor Town and Country Planning Department) に対する電話ヒアリング。

²⁷⁶ Selangor Town and Country Planning Department (2012). “Selangor State Planning Standards and Guideline Manual, Second Edition”.

<http://www.jpbdselangor.gov.my/my/perkhidmatan/manual-garis-panduan/manual-garis-panduandan-piawaian-perancangan-negeri-selangor-versi-ke-2.html>（2013年10月11日アクセス）

(GP004-A)」と「ユニバーサルデザインのための計画立案ガイドライン (Planning Guidelines for Universal Design (GP015-A))」を策定している。2つのガイドラインは、高齢者だけではなく、障害者を含むユニバーサルデザインを対象としている²⁷⁷。また、FDTCP は「高齢者のための計画立案ガイドライン (Planning Guideline for Senior Citizen)」策定のため、州政府や地方自治体、NGO、市民や関係機関から意見を集めているところである²⁷⁸。

マレーシア道路交通局 (Road Transport Department : JPJ) は、事業者 (RapidKL²⁷⁹) や NGO と協力して、都市部を対象にバスのユニバーサルアクセス・ガイドライン (Guidelines for Universal Access Buses) を策定している²⁸⁰。このガイドラインは、陸上輸送委員会 (Land Transport Commission : SPAD) の承認とバス運転士の合意を得たのちに実施される予定である²⁸¹。

① ユニバーサルデザイン政策およびガイドライン (Barrier Free Policies and Guidelines)

障害者に関する規定は、マレーシア住宅基準細則 (Uniform Building By Laws : UBBL 1984) の第 34 条 A 項 (Section 34 A) に定められている。UBBL は、街路・下水・建築法 (Act 133) に基づいて制定されているアクセシビリティに関する細則である²⁸²。第 34 条 A 項 (1) は、全ての建造物は障害者がアクセスできるようにしなければならないこと、および障害者が利用できる設備を設置しなければならないことを定めている。同 (2) は、UBBL が、マレーシア基準 (Malaysian Standard : MS) に従わなくてはならないことを定めている。具体的には下記の MS 基準が該当する²⁸³。

1. MS1183 : 1990 年障害者の避難手段の確保に関する細則 (Code of Practice for Means of Escape for Disabled Persons)
2. MS1184 : 2002 年障害者の公共施設へのアクセス確保に関する細則 (Code of Practice for Access for Disabled Persons to Public Buildings)
3. MS1331 : 2003 年障害者の戸外でのアクセス確保に関する細則 (Code of Practice for Disabled Persons Outside Building)
4. MS2015 : 2006 年公衆便所の設計に関する細則 (Public Toilet- Minimum Design)

²⁷⁷ FDTCP (2012). “Function of the Department”.

http://www.townplan.gov.my/en_content.php?ID=20 (2013 年 10 月 11 日アクセス)

²⁷⁸ FDTCP (2013). “Public Online Engagement for research on Planning Guideline for Senior Citizen”. Retrieved from <http://www.mytownnet.blogspot.com/>

²⁷⁹ クアラルンプールで列車、バスを運行する政府出資の会社。

²⁸⁰ マレーシア道路交通局に対する電話ヒアリング。

²⁸¹ 運輸省計画研究部 (Planning & Research Division, Ministry of Transport) への電話ヒアリング。

²⁸² 国際協力機構 (2009) 『マレーシア国バリアフリー社会化計画情報収集・確認調査報告書』、p.6.

²⁸³ 運輸省 (Ministry of Transport) のユニバーサルデザインも MS1183、1184、1131 基準に則っている。2013 年 3 月 21 日現地調査ヒアリングより (運輸省)。

Criteria)

また、UBBL 第 34 条の対象となる建造物は下記のとおりで、住宅 (single family private dwelling house) は対象外である (第 34 条 A 項 (1) (g))。

1. オフィス、銀行、郵便局、店舗、デパート、スーパー (UBBL34A 制定時にすでに存在した店舗併用住宅 (shop-house) を除く) (第 34 条 A 項 (1) (a))
2. 鉄道・道路・海上・航空旅行建造物および付属するコンコース・駐車場・建造物・工場 (第 34 条 A 項 (1) (b))
3. 病院、医療センター、診療所、その他保健・福祉施設 (第 34 条 A 項 (1) (c))
4. レストラン、コンサートホール、劇場、映画館、会議場、コミュニティ施設、スイミングプール、スポーツ施設、その他リフレッシュメント・娯楽施設 (第 34 条 A 項 (1) (d))
5. 宗教施設 (第 34 条 A 項 (1) (e))
6. 学校、専門学校、大学、動物園、博物館、美術館、図書館、展示施設、その他教育・文化・科学施設 (第 34 条 A 項 (1) (f))
7. ホステル、ホテル、その他住居施設 (ただし、住宅は除く) (第 34 条 A 項 (1) (g))

FDTCP は、コミュニティ施設計画ガイドライン (GP004-A) とユニバーサルデザイン計画ガイドライン (GP015-A) を策定している。

ユニバーサルデザイン計画ガイドライン (GP015-A) は障害者および高齢者のためのガイドラインや基準策定を定めている²⁸⁴。同ガイドラインは、住宅・地方政府省によって 2000 年に策定された障害者施設計画ガイドライン (Facilities of the Disabled Planning Guidelines) を改定したものである。GP015-A は障害者に関する全ての法律や規則を考慮して策定されたものであり、マレーシア規格が参照されている。また、病院やコミュニティ・センター、図書館、娯楽施設等の施設が高齢者や障害者に利用しやすいものになるよう、ユニバーサルデザインの考え方がコミュニティ施設計画ガイドライン (GP004-1) に導入されている。

1) ユニバーサルデザイン計画ガイドライン (Planning Guidelines for Universal Design : GP015-A)

²⁸⁴ Summary of Universal Design Planning Guidelines (GP015-A)
http://www.townplan.gov.my/download/015A_gpp_universal_design_english_.pdf (2013 年 1 月 7 日アクセス)

ユニバーサルデザイン計画ガイドラインの内容は以下の通り²⁸⁵。

a) 歩道

● 建造物外部

1. 建造物、娯楽エリア、公共輸送機関ターミナル、駐車場等への歩道は物理的障害がないように努めなければならない
2. 歩道は、照明、強度、平坦さ、吸水性があり、滑りにくいものでなければならない (Clause 4:1, 25:1, MS1331:2003)
3. 歩道のサイズは、車いす利用者を含む全ての人が利用できるよう、最低 1,500mm から最大 3,000mm の幅が確保されるよう努めなければならない (Clause 4.2, MS 1331:2003)
4. 歩道に縁石を付けられない場合、歩道と道路の段差は 10mm を超えないよう努めなければならない (Clause 4.6 MS 1331:2003)
5. 誘導用ブロック (guiding block or tactile block) は経路の正面入口に設置されていなければならない
6. 保護柱 (bollard) が設置されている場合、車いす利用者に道を確保するため、保護柱からの間隔は 900mm から 1,200mm 空けるよう努めなければならない
7. 危険な場所または建設現場に近い歩道では、音または光による警告が設置されるよう努めなければならない (Clause 28.1, MS 1331:2003)
8. 排水溝の覆いは滑らないように努めなければならない。また歩道の路面と同じ高さになるよう努めなければならない。排水溝の覆いの間の穴は幅 13mm 以上にならないよう努めなければならない (Clause 4.5, MS 1331:2003)
9. 木々、花瓶、街路灯、椅子、看板は歩道の脇に設置され、かつ障害物にならないように設置するよう努めなければならない (Clause 18.1 and 22.2 MS1331:2003)
10. 事故の危険を避けるため、歩道はバイクまたは自転車と共有されないよう努めなければならない

● 建造物内部

1. 歩道は玄関から建造物内部の全ての階に障害なくアクセスできるよう努めなければならない (Clause 3.3. MS1184:2002)
2. 車いす利用者用の歩道および傾斜路 (ramp) は全ての地点の正幅が 1,200mm を下回らず、傾斜度が最大で 1:12 でなければならない (Clause 5.1, MS 1884:2002)

²⁸⁵ 以下の記述は次の資料に基づく。Department of Town and Country Planning Peninsular Malaysia (FDTCP), Ministry of Housing and Local Government (2011). "Planning Guideline for Universal Design GP015-A" pp.1-25

3. 歩道の表面は滑らない素材で作られるよう努めなければならない、物理的障害になりうるものがある場合は、異なる色または質感によって障害があることを知らせるよう努めなければならない (Clause 26, MS1184:2002)
4. 主要歩道には誘導用ブロックが設置されていなければならない

b) 横断歩道

1. 多段型傾斜路 (Step ramp) もしくは歩道縁石部の傾斜 (dropped kerb) を横断歩道に設置するよう努めなければならない (Clause 6.1, MS 1331:2003)。多段型傾斜路は、歩道と異なる色または質感で表面が滑らないものでなければならない (Clause 6.4 MS 1331:2003)
2. 誘導用ブロックを横断歩道の両側に設置するよう努めなければならない (Clause 17.3, MS 1331:2003)
3. 視覚障害者のため、信号は視覚的・聴覚的なシグナルを有するものにするよう努めなければならない (Clause 17.5, MS 1331:2003)
4. 道路の幅員が広くまた交通量が多い場所 (中央分離帯が広い、または 2,700mm 以上) において、歩行者が片方の車線を横断する時間が交通渋滞を引き起こすほど長い場合、ねじれ型の押しボタン式横断歩道 (staggered pelican crossing) を設置して、歩行者が片方の車線ずつ横断できるようにすることが望ましい (Clause 17.7, MS 1331:2003)

c) 誘導用ブロック

1. 誘導用ブロックは視覚障害者が障害物や危険を察知できるよう、または正しい行き先に誘導するように設置されるよう努めなければならない (Clause 12, MS 1331:2003 and clause 15, MS1184:2002)
2. 誘導用ブロックが設置されるべき場所。
 - 正面玄関、エレベーター、エスカレーター、階段、傾斜路前
 - 建造物の歩行者用正面玄関の外および中
 - 横断歩道
 - 公共輸送機関のプラットフォーム
3. 誘導ブロックには「線状ブロック (line block)」と「点状ブロック (dot type)」の2つがある (Clause 12.5, MS1331:2003 and Clause 15.4, MS 1184:2002)
4. 線状ブロックは誘導するための標識である (Clause 12.5 (a), MS1331:2003 and Clause 15.4(a), MS1184:2002)
5. 点状ブロックは、交差点や十字路など前方に危険物があることを示す警告用の標識である (Clause 12.5(b), MS1331:2003 and Clause 15.4(b), MS1184:2002)

d) 駐車場

1. 障害者または車いす利用者用の駐車場があらゆる公共建造物、商業用建造物、公共輸送機関ターミナル、多層居住地区、娯楽地区に設置されていなくてはならない。車いす利用者のため、建造物の外にある駐車場には屋根が設置されていなくてはならない
2. 障害者用の駐車場は正面玄関に位置するよう努めなければならない(Clause 21.1, MS1331:2003)
3. 駐車場は同じ地盤高(ground level)にするよう努めなければならない (Clause 4.2, MS 1184:2002)
4. 障害者用の歩道がある建造物の外では、彼らが障害者歩道に行けるよう幅 1,200mm 以下の多段型傾斜路 (step ramp) が設置されるよう努めなければならない (Clause 21.5, MS1331:2003)
5. 建造物内において、駐車場はその横にある歩道と同じ高さにするよう努めなければならない。そうでない場合、最小で幅 1,000mm 以上、最大で幅 1,050mm 以内の多段型スロープまたは歩道縁石部の傾斜 (dropped kerb) を設置するよう努めなければならない(Clause 4.3, MS1184:2002)
6. 障害者用の駐車スペースがあることを示す看板を設置するよう努めなければならない。またそれは駐車エリアに入ってすぐに見ることができなければならない。看板は方向を示す標識が明確にわかるように努めなければならない (Clause 4.5, MS1184:2002)
7. 障害者用駐車スペースは地面にそれとわかる色で識別されるよう努めなければならない (Clause 21.6 MS1331:2003)



出所 : Planning Guidelines for Universal Design: GP015-A, p.12.

図 5-4 障害者用駐車スペースを示す標識

8. 障害者用駐車スペースは公共駐車スペース 25 当たり最低 1 つ設置されるよう努めなければならない
9. 駐車スペースの最低サイズは幅 3,600mm×長さ 4,800mm である。駐車スペースが道路と平行している場合、車いす利用者が運転席から出て、歩道に移動できるよう、最低サイズは幅 3,600mm×長さ 6,600mm にする (Clause 21.3, MS1331:2003)

e) バス停

1. 多段型傾斜路 (step ramp) や歩道縁石部の傾斜 (dropped kerb)、誘導ブロック、手すりといった設備がバス停に設置されるよう努めなければならない
2. あらゆる人がバスから乗り降りができるよう、路面の高さはバスの床の高さと同じものとする
3. バス停の路面は滑らないように努めなければならない
4. バス停には適切な照明が設置されなければならない
5. バス停のベンチや椅子は安全で快適で、適切な素材で作られていなければならない
6. バス停は、乗客が乗車しやすいよう、バスが縁石の横に停車しやすいよう設計されるよう努めなければならない
7. 視覚障害者に浮き出しのバスのルート番号がバス停のガラス壁に設置されていなければならない (Clause 5, 18, 19 and 24 MS 1331:2003)

f) 正面玄関

1. 全ての建造物は、車いす利用者が建造物に入ることができるよう、玄関フロアに出入り口がなければならない (Clause 6.1, MS1184:2002)
2. 建造物の正面玄関に車いす利用者がアクセスできない場合、正面玄関に他の玄関の場所を示す標識が設置されるよう努めなければならない (Clause 6.3 and 28, MS1184:2002)
3. 誘導ブロックが建造物の玄関および出口に設置されてなくてはならない。フロアの表面は視覚障害者用の警告標識となるよう素材と色のコントラストを付けなくてはならない (Clause 25.2, MS 1331:2003)
4. 正面玄関は最低で幅 900mm を確保するよう努めなければならない。病院やスポーツ複合施設では最低幅は 1,000mm である (Clause 8.1, MS 1184:2002)。車いすの旋回半径を確保するため最低で直径が 1,200mm なければならない (Clause 8.3, clause 14, MS1184:2020)
5. 理想的には自動ガラスドアが設置されなければならない。そうでない場合、玄関のドアは、最大で高さ 1,200mm に取手が設置され、片手で開けられるものに

するよう努めなければならない(Clause 27.1, MS1184:2002)

g) 多段型傾斜路 (Step ramp)、歩道縁石部の傾斜 (dropped kerb)

- 建造物の外部
 1. 多段型傾斜路／歩道縁石部の傾斜は横断歩道、交差点、バス停等に設置されなくてはならない (Clause 6.4 MS1331:2003)
 2. 多段型傾斜路／歩道縁石部の傾斜は、横の歩道と異なる色または質感 (texture) でなければならない。また、表面は滑らないように努めなければならない(Clause 6.4, MS1331:2003)
- 建造物の内部
 1. 建造物の玄関の床の高さと歩道の高さとの差が 215mm を超えない場合、多段型スロープ／歩道縁石部の傾斜が設置されなければならない(Clause 7.1, MS1184:2002)
 2. 多段型スロープ／歩道縁石部は表面が滑らないように努めなければならない (Clause 7.4, MS1184:2002)

h) 傾斜路

1. 傾斜路は全ての公共建造物および商業建造物、公共輸送機関ターミナル、駐車場、多層住居地区、娯楽地区に設置されていなければならない
2. 傾斜路の傾斜度は 1:12 であり (Clause 7.2(a), MS1331:2003, Clause 5.1(b), MS1331:2003 and clause 5.1(b), MS1184:2002)、最小幅は 1,200mm である(Clause 7.2(d), MS1331:2003, and Clause 5.1(a), MS1184:2002)
3. 左右両側に柵のない傾斜路は、車いすや杖利用者の安全のため、最低で高さ 100mm の縁石が設置されていなければならない (Clause 7.5, MS1331:2003, and clause 5.2(c), MS1184:2002)
4. 視覚障害者のため、誘導ブロックが傾斜路の始点と終点に設置されていなければならない
5. 傾斜路の表面は滑らないようにしなければならず、適切な素材で作られていなければならない(Clause 25, MS1331:2003 and clause 26, MS1184:2002)
6. 店舗およびオフィスごとに最低 1 つの傾斜路が設置されるよう努めなければならない

i) 手すり

1. 安全のため、歩道、建造物の廊下、傾斜路、階段には手すりが設置されていなければならない(Clause 11, MS1331:2003 and Clause 12, MS1184:2002)
2. 手すりは床から最低 840mm、最大 900mm の高さに設置されていなければならない

ない (Clause 11.2(a), MS1331:2003 and Clause 12.1, MS1184:2002)

3. 手すりは壁から最低 50mm、最大 100mm の間隔がなければならない(Claue 11.2(d), MS1331:2003 and Clause 12.5, MS1184:2002)
4. 手すりの直径 (幅) は最低 40mm、最大 60mm でなければならない、安全につかむことができるよう滑らないようにしなければならない(Claue 11.3, MS1331:2003 and clause 12.2, MS1184:2002)

j) 看板・標識

1. 車いす用の国際シンボルマークは青地に白で色付けされる(Claue 20.4, MS1331:2003 and Clause 28.1, MS1184:2002)



出所 : Planning Guidelines for Universal Design: GP015-A, p.18.

図 5-5 車いすおよび障害者の国際シンボルマーク

2. 障害者または車いす利用者の標識は、駐車場、歩道、正面玄関、代わりの玄関、受付、ロビー、エレベーター、トイレ、避難口に設置されるよう努めなければならない(Claue 28.3, MS1184:2002)
3. 標識のフォントサイズ、書式、書体は明確かつ読みやすいものでなければならない(Claue 28.6 MS1184:2002)
4. ブライユ点字法 (Braille writing) による看板が視覚障害者のために設置されていなければならない(Claue 28.7, MS1184:2002)
5. トイレ、エレベーター、避難口、駐車場、バス停、娯楽施設などを示すため、建造物の内部および外部の標識または間取り図が設置されていなければならない(Claue 20.3, MS1331:2003 and Clause 28.5, MS1184:2002)
6. 日常的に障害者がいる場所を示すため、車や道路利用者に警告する標識が設置されなくてはならない(Claue 20.1 MS1331:2003)

k) 階段、エレベーター、エスカレーター

1. 多層建造物には、階段、エレベーター、エスカレーターが設置されなくてはならない(Clause 8.1 & 10.1, MS1331:2003 and Clause 9.1 & 11.1, MS1184:2002)
2. 階段の設置基準の詳細は MS1184:2002 の Clause 9 に従わなくてはならない
3. 物理的障害があること、および視覚障害者が事故を起こし得ることを警告するため、誘導ブロックが階段、エレベーター、エスカレーターに設置されていなければならない(Clause 12.1(a), MS1331:2003 and Clause 15.1(a), MS1184:2002)
4. 車いす利用者がアクセスできるよう、正面玄関のそばに、180 度旋回するに十分な空間を備えた最低 1 つのエレベーターが設置されるよう努めなければならない(Clause 9.4, MS1331:2003 and Clause 10.4, MS1184:2002)

l) トイレ

1. 車いす利用者用トイレは全ての公共建造物、商業建造物、娯楽施設、公共交通機関ターミナルに設置されていなければならない
2. トイレの数およびデザインは、MS1184:2002(Clause 18.13, MS1331:2003)の Clause 16,17,18, 20,22, 26、および MS2015:Part 1:2006 に従わなくてはならない
3. 車いす利用者用トイレの最低数は、健全者用トイレ 10 個に対して最低 1 個(Clause 5.5., MS2015: Part1:2006)。トイレの最低のサイズは 2,000mm×2,400mm。車いす利用者以外のトイレの最低サイズは、1,200mm×2,400mm でつかみ棒が設置されるよう努めなければならない
4. 男性および女性用トイレの標識は、視覚障害者が利用できるよう、浮き出し、またはブライユ点字法によって記されなければならない(Clause 28.7, MS1184:2002)

m) 景観

- 公衆電話
1. 公共地区では障害者向けに最低 1 つの公衆電話が設置されるよう努めなければならない
 2. 特別な公衆電話は次の特徴を持つこと
 - 障害なく電話にアクセス可能
 - 方向を示す看板
 - 床から最大で 1,000mm の高さにある適切なデザイン
 - 必要な場合、追加的なサービス器具がある
 - 電話の場所が道路をふさいでいない
 - 適切な照明
 3. この施設の全ては MS1184:2002 の Clause 27.4 に従っていないなければならない

- 公共の座席があるエリア
 1. 誰もが利用可能なよう、公共エリアに設置されなくてはならない
 2. 歩道の横など、誰もが容易にアクセスできる場所に設置されなくてはならない
 3. デザインは安全基準を満たし、高さが適切で、床から最低 420mm から最高 450mm の高さにするといったその他の適切な特徴を持っていないといけない
 4. 上記の条件の全ては MS1331:2003 の Clause 19 に従わなくてはならない
 - 郵便ポスト、ゴミ缶
 1. 場所、デザイン、高さは誰にとっても適切なものでなければならない
 2. 郵便ポストの投函口の高さおよびゴミ缶の投入口の高さは地面から 1,000mm を超えてはならない(Clause 18.8, MS1331:2003)
 - 安全フェンス
 1. 市民がよく訪れる人工湖や池の周りに設置されなくてはならない
 2. 設計と構造は安全かつ頑丈でなければならない
 3. 地面からの高さは最低で 1,200mm
 4. 安全フェンスは視覚障害者のため誘導ブロックが設置されていないといけない
- n) ATM**
1. 場所、デザイン、高さは全ての人にとって適切であるよう努めなければならない。高さは、通帳やカードの投入口の高さが床から最大で 1,000mm(Clause 27.4, MS1184:2002)

(9) 交通機関のユニバーサルアクセス化

① バスのユニバーサルアクセスに関するガイドライン（都市部および都市中心部）²⁸⁶

マレーシア道路交通局（Road Transport Department Malaysia）が策定した都市および都市中心部のバスのユニバーサルアクセスに関するガイドライン（Guideline for Universal Access Busses for Urban and City Centre）の内容は下記のとおりである。

a) バス停

1. 都市のバス停のプラットフォームの高さは、203mm（8 インチ）から 228mm（9 インチ）を超えない範囲でなければならない

b) バス

²⁸⁶ 以下の記述は、右の資料に基づく。Road Transport Department (2012). “Guideline for Universal Access Busses for Urban and City Centre”. pp.1-6

1. バスは低床でなければならない。立ち客用スペースの少なくとも 35%は入り口および出口から段差がないようにしなければならない
2. 昇降装置がなくてはならない
3. 路面からバスの床までの最大の高さを 254mm (10 インチ) まで低くする機能を持たなくてはならない
4. バス乗車用の傾斜路は長さが 760mm 以下、幅が 850mm 以下とならないよう努めなければならない
5. バス停の縁石とバスの間の間隔は 300mm を超えてはならない
6. バス乗車傾斜路の傾斜度は 1:10 以上であってはならない
7. バスの床の傾斜路の格納庫や格納庫のへり (edge) は高さが 22mm 以上であってはならず、へりの傾斜は 2 割勾配 (1in2) よりも急であってはならない
8. 座席スペースは長さ 1,600mm、幅 750mm を下回ってはならない
9. 背もたれの幅は 250mm から 270mm でなければならず、緊急停車の際の怪我を防ぐため、しっかりと固定されていなければならない。また、背もたれは床から 500mm 以上の高さから最低で 1,300mm の高さまででなければならない。また、車いすの車輪に対して背もたれの横と後ろから少なくとも奥行き 250mm のスペースがなければならない
10. 手すりは車いすに乗った乗客がつかめる高さである床から 850mm から 900mm の高さで、長さで 1,250mm 以下でないようにしなければならない。手すりとの壁との間の間隔が 40mm から 50mm なければならない
11. 車いすの障害者のための座席は市バスの後部に設置されなければならない。それらの席は座席の通路に設置されてはならない
12. 車いすの障害者がバスの横揺れで横に流されないように柱が設置されていなければならない。柱は背もたれから 450mm、手すりから 750mm 離れており、直立したものでなければならない
13. 12m のバスには 2 つの車いす用座席、12m 以下のバスでは最低 1 つの車いす用座席が設置されなくてはならない

c) その他

1. 車いす利用者用シートベルトはシートベルト・リトラクタとバックルがついたものが導入されていなければならない。固定箇所 (anchorage points) は最も適切な場所に設置されていなければならない
2. シートベルトのリトラクタは、小型の車いすの肘掛の高さとほぼ同等である床から 500mm から 550mm の間で付属されていなければならない。シートベルトのバックルのある柄 (stalk) は床から 550mm から 600mm の間で固定されていなければならない

3. 少なくとも 2 つの座席が車いす利用者以外の障害者や妊婦、高齢者、子供連れの親などが利用できるよう設置されていなければならない。その座席は標識によって示されていなければならない
4. 車いす利用者の手の届く範囲に押しボタンが設置されていなければならない。その押しボタンの音は他の押しボタンの音と異なるものでなければならない
5. 乗客に音声および視覚による情報が提供できるよう車内アナウンス設備を設置しなければならない
6. 障害者に正しい情報を提供するため、視聴覚スクリーンをバスに設置しなければならない
7. ドアの開閉を示す音が鳴るブザーを設置しなければならない

(10) 観光施設におけるユニバーサルデザイン

観光地におけるユニバーサルデザイン政策は、観光省に属する開発部（Development Division）が管轄している。同部は、同省による観光プロジェクト、および同省が資金供与をするが、直接には州政府が実施する観光プロジェクトの計画・実施・モニタリングを行う²⁸⁷。州政府が実施するプロジェクトについて、開発部自体がプロジェクトの実施主体になるわけではなく、州政府が観光インフラ開発プロジェクトの要望を観光省に提出し、開発部が要望を審査、資金供与の可否を判断する。なお、民間セクターによるインフラ開発プロジェクトは観光省の管轄外である。

観光インフラ開発の一環としてユニバーサルデザイン整備があり、州政府が立案したユニバーサルデザイン整備プロジェクトが開発部に承認されれば、同プロジェクトに対する資金供与が実施される。

ユニバーサルデザイン整備プロジェクトの目的は、特別なニーズを持つ人を含む全ての人々のアクセシビリティの向上というニーズを満たすことである²⁸⁸。観光地におけるユニバーサルデザイン整備の特徴は、他のユニバーサルデザイン政策と同様、高齢者を対象に特化したものではなく、障害者など特別なニーズを持つ人々を対象としたユニバーサルデザイン政策に高齢者対策も包含されている点である²⁸⁹。

具体的なユニバーサルデザイン整備プロジェクトとしては、ビーチエリアのトイレや脱衣所の整備、キャノピーウォークの整備などがある。例えば、トイレの整備であれば、4つトイレを設置する場合、うち1カ所を障害者用にするといったものがある。ユニバーサルデザインに関するニーズとしては、連結タイル（interlocking tile）の整備など車

²⁸⁷ Ministry of Tourism and Culture Malaysia ウェブサイト

<http://www.motac.gov.my/en/ministry-profile/division-unit/development-division.html> (2013年9月9日アクセス)

²⁸⁸ 2013年3月18日現地調査ヒアリングより（Infrastructure Development Division, Ministry of Tourism）。

²⁸⁹ 2013年3月18日現地調査ヒアリングより（Infrastructure Development Division, Ministry of Tourism）。

いす利用者の利便性向上に関するものが多い²⁹⁰。

ユニバーサルデザイン整備を進める上で観光省が抱える課題は、財源が不足していることである²⁹¹。観光省自体に十分な予算が配分されていないため、必要なプロジェクトであっても予算をカットしなければならないことがある。森林や滝といったエコツーリズムができる地域が観光省が考える重点地域であり、サバ州など地方向けの予算が必要である。森林や滝は重要な観光資源であるものの、高齢者にとってアクセスが容易でない地域である。そのため、森林地域へのアクセシビリティを改善する必要があるが、州政府はそうした施設を整備するだけの予算がない。森林地域へのアクセシビリティの向上は、海外からの高齢者の森林ツアー参加の拡大にもつながり、観光収入の増加を期待できることから、同省は森林地域のアクセシビリティの向上を重視している。

5.4. 主な課題

(1) 様々な省庁が住宅政策を展開しており一元的となっていない

上述のとおり、マレーシアでは様々な省庁・機関が住宅政策を実施している。サービス内容が重複するため、単一の機関のもと、住宅政策を実施すべきとの議論があり、政府はコンサルタントを雇用して検討を進めている²⁹²。

(2) 住宅・地方政府省が供給する住宅には「KPKT」と明示されておりスティグマとなっている

住宅・地方政府省が供給する公共住宅には同省の略称である KPKT の文字が外壁に明示されている。そのため KPKT の文字がある公共住宅に住む住人は低所得者であることがわかってしまう。新たに建設された公共住宅は設備も整っているためこうしたスティグマを感じさせないが、古い公共住宅であれば尚更強くスティグマを感じさせてしまう²⁹³。そのため、同省は公共住宅の名称変更を検討中である。

(3) ユニバーサルデザイン政策の実施が不十分であること

2008 年に障害者法が制定されるなど、マレーシアのユニバーサルデザイン政策は整備されつつある。ただし、既存の建造物を MS 基準に適合するよう改築・改造することは進んでおらず、また、改築・改造がなされても MS 基準に満たない場合（例えばトイ

²⁹⁰ 2013 年 3 月 18 日現地調査ヒアリングより (Infrastructure Development Division, Ministry of Tourism)。

²⁹¹ 2013 年 3 月 18 日現地調査ヒアリングより (Infrastructure Development Division, Ministry of Tourism)。

²⁹² 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

²⁹³ 2013 年 4 月 19 日現地調査ヒアリングより (Policy and Strategic Planning Division, Ministry of Urban Wellbeing, Housing and Local Government)。

レのドアの開閉方向が間違って設置されている等) もあるとの識者の指摘もある²⁹⁴。

また、国連開発担当調整官 (United Nations Resident Coordinator) であった Kamal Malhotra はユニバーサルデザインに精通した専門家が不足していることや政策やガイドラインの実施機関の明確化が必要であることを指摘している²⁹⁵。

²⁹⁴ Kadir, Syazwani Abdul and Mariam Jamaludin (2012), “Applicability of Malaysian Standards and Universal Design in Public Buildings in Putrajaya,” *Asian Journal of Environment-Behaviour Studies*, Vol.3, No.9, p.22.

²⁹⁵ Malhotra, Kamal (2010), “Introductory Remarks: National Conference on Accessibility and Universal Design: Implications for Public Transport and the Built Environment,” p.3.
<http://www.undp.org.my/files/media/25/27.pdf> (2014年1月9日アクセス)

6. その他高齢者関連対策

6.1. 概要

本章では、低所得者データベース（E-Kasih）、徴税システム、住民登録制度、選挙人登録、国勢調査、食料・燃料等の補助金給付を取り上げ、主に社会保障制度の給付対象者捕捉能力に焦点を当てる。

E-Kasih は、社会保障プログラムの重複受給を解消し、低所得世帯の把握・管理・支援を行うことを目的としたデータベースで、2007年に導入された。首相府傘下の ICU がシステムの開発を担当している。データベースには世帯主や世帯構成員に関する情報や世帯所得などの情報が登録されている。徴税システムについては、内国歳入庁が所得税や石油事業所得税、不動産譲渡益税などの諸税の管理を行っている。住民登録制度については、内務省国民登録局が出生や死亡、養子縁組などの登録・管理を担っている。登録された市民には MyKad などの ID カードが発行される。

マレーシアでは、選挙権を行使するために選挙委員会に有権者登録を行わなければならない。有権者登録ができるのは 21 歳以上のマレーシア国民である。国勢調査は 10 年に 1 度、統計局が実施する。

貧困層に対する補助として、フードバスケットがある。フードバスケットのもと、E-Kasih に登録され、かつ ICU から支援を受けている者は月額 80MYR の給付が受けられる。

E-Kasih が導入されるなど、マレーシアでは社会保障制度の給付対象者の正確な捕捉の努力がなされているが、世銀の報告書が、E-Kasih の評価制度が統計的に妥当な基準に基づいていないことや、貧困世帯の半数が E-Kasih から漏れていると指摘するなど、データの捕捉について課題が指摘されている。

6.2. E-Kasih²⁹⁶

(1) データベース概要

マレーシアでは、低所得世帯を正確に把握、管理し、適切な支援を行うことを目的とした E-Kasih²⁹⁷と呼ばれるデータベースが 2007 年以降構築されている。E-Kasih 登録対象者に対して貧困削減プログラムが実施されるが、そのプログラムの目的はあくまで貧困削減にあり、高齢者だけを対象とした援助プログラムが存在するわけではない²⁹⁸。

²⁹⁶ 国際協力機構（2012）「マレーシア編」『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』pp. IV-30-31 を基に、加筆修正を行った。

²⁹⁷ Kasih はマレー語で「愛」を意味する。

²⁹⁸ たとえ高齢者が貧困状態にあったとしても、世帯全体で一定の所得水準を満たし高齢者の介護ができるのであれば、高齢者だけの対策を取って創設する必要はないというのが ICU の考え方となっている。2013

システムの開発は首相府（Prime Minister's Department）傘下の ICU が担当した²⁹⁹。同データベースには、各省庁から提供された各世帯、個人の両方の情報が記載され、ICU はデータベースの構築や管理を行っている。例えば、教育省（MOE）が低所得の学生に対する奨学金や支援の給付を行った場合、その学生は E-Kasih リストに登録される。また他の省庁から、経済支援の給付が行われると、給付者の個人名や世帯名がリストに登録され、省庁間での低所得者のリストが共有される。また給付時には本人確認のため、身分証（ID）を確認している。なお、E-Kasih で管理されている情報は下記の通り。

- ・ プログラムやプロジェクトに関する情報
- ・ 世帯主に関する情報
- ・ 世帯構成員に関する情報：所在地、教育、技術、職業、資産、健康状態
- ・ 世帯所得
- ・ 受けている給付

(2) 経緯

マラヤ連邦が成立した 1957 年当時³⁰⁰は、国内の 7 割近くが貧困状態であったため、各省庁に貧困削減のための予算を配分し、個別のプログラムを実施していた³⁰¹。また、個別プログラムに関するデータも各省庁・機関が別個に管理しており、各省庁・機関は給付対象者が他の機関からどのような給付を得ているか把握できない状態にあった。その結果、複数の省庁から重複補助を受ける対象者が増加し、本当に支援を必要とする対象者に支援が行き渡らないことが問題となった。このような経緯から、限りある資源を適正に配分するために、給付対象者を統一的に把握するシステムの必要性が認識され、本システム導入を決定した。

(3) データベースの活用範囲

E-Kasih の登録者数は約 150 万人、約 33 万世帯にのぼり、人口の約 4% に相当する(2010 年)。同国で支援対象となる貧困層（Poor）と極貧層（Hard Core Poor）も含まれている。貧困の状況は世帯所得および貧困ライン所得（Poverty Line Income : PLI）に基づいて自

年 3 月 21 日現地調査ヒアリングより（ICU）。

²⁹⁹ EKAISH の担当部局はさらに 2 つに分けられる。アプリケーション開発は国家データバンク革新センター（National Databank and Innovation Centre: NADI）、調整やモニタリング、貧困削減プログラムの計画立案は社会福祉部（Society Wellbeing Division: BSR）が担っている。

³⁰⁰ 1957 年にマラヤ連邦がイギリス連邦の一員として独立した。1963 年にマレーシアはサラワク、英領北ボルネオ（現サバ）、シンガポールを加え、マレーシアが成立した。その後、シンガポールは 1965 年に独立分離している。

³⁰¹ 貧困削減プログラムやプロジェクトに携わる主要な省庁として、教育省（MOE）、女性・家族・コミュニティ開発省（KPWKM）、農業・農業関連産業省（MOA）、農村・地域開発省（KKLW）、連邦直轄領省（KWPKB）、人的資源省（MOHR）がある。

動的に算出される。E-Kasih により PLI が標準化され、貧困状態を決定する基準として使用されている。2009 年の PLI は下表のとおりである。

表 6-1 貧困所得ラインの推移 (単位 : MYR)

2004	2007	2009
691	720	760

出所 : MRUNInets ウェブサイト

<http://murninet.townplan.gov.my/murninets/nodes/view/type:petunjuk/slug:et2-p2-kadar-kemiskinan> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

表 6-2 2009 年の月当たりの地域別貧困ライン所得 (PLI) (単位 : MYR)

地域	貧困層		極貧層	
	世帯	一人当たり	世帯	一人当たり
半島部	760	190	460	110
都市部	770	200	450	120
地方	740	170	490	110
サバ州、ラブアン州	1,050	230	630	130
都市部	1,020	230	590	130
地方	1,080	230	670	140
サラワク州	910	210	590	130
都市部	940	210	600	130
農村	880	210	580	130

出所 : Economy Planning Unit (EPU)

2007 年に極貧層を約 0.7% から 0% に、貧困層を 3.6% から 2.8% に削減するという目標が設定され、目標達成に向け、貧困線 (都市部は世帯月収 1,500MYR 未満、農村部では 1,000MYR 未満) 以下の世帯を訪問対象とし、給付を行うべき対象者を判断するための現地訪問やヒアリングを行っている。

マレーシアでは低所得者層を最貧層から下位 40% と定義し、現在約 1,000 万人が該当する。以前はこの層は月間世帯収入 1,500MYR 程度と設定していたが、所得水準の向上により現在は定義を 2,300MYR/月に変更した。

また、E-Kasih によって、市民がオンライン上で登録可能な登録システムが導入された。このシステムによって市民は自身または貧困者に代わって登録が可能となった。市民によって登録がなされると、確認のため、ICU の国家発展室 (State Development Office : SDO) の統計官によって調査が行われる。調査結果は、給付実施前に郡 (district) または州レベルのフォーカスグループ委員会 (Focus Group committee) に提出される。

(4) E-Kasih 導入の成果

E-Kasih の導入後、統計上、貧困率が大幅に減少している。2008 年 7 月以来、給付やプログラム・プロジェクトが適切な対象者に配分されたことにより、E-Kasih からの月報では貧困層および極貧層が大幅に減少した。2011 年 11 月現在、70,000 人の貧困層および極貧層が貧困から脱し、その数字はその後にも大幅に増加する見込みである。

現在、400,000 人以上の世帯主と 150 万人の世帯構成員が E-Kasih に登録されている。2012 年 12 月現在、貧困および極貧世帯の世帯主のうち高齢者が 161,840 人、世帯構成員のうち 710,515 人が高齢者である。ただし、世銀の報告書は、E-Kasih に登録されている貧困世帯は全体の半分過ぎないと指摘している³⁰²。

表 6-3 E-Kasih に登録されている極貧層、貧困層の推移（2009-2012 年）

年	極貧層	貧困層	脆弱層※	閾値を超えた者	合計
2009	43,423	70,847	109,699	4,571	228,540
2010	8,218	90,396	134,225	41,089	273,928
2011	18,294	109,766	160,990	76,836	365,886
2012	54,295	107,862	116,748	145,795	424,700

注：脆弱層（vulnerable）とは、貧困ライン以上の所得であるが、世帯所得が都市部で約 1,500MYR、地方で 1,000MYR 以下の層を指す。

出所：Implementation Coordination Unit, Prime Minister's Department

表 6-4 E-Kasih に登録されている 60 歳以上の高齢者の世帯主の人口（2012 年 12 月）

州	貧困層	極貧層	合計
サバ	21,008	26,087	47,095
サラワク	25,478	19,539	45,017
クランタン	21,869	2,823	24,692
ペラ	6,995	1,020	8,015
トレンガヌ	6,806	146	6,952
セランゴール	4,848	1,147	5,995
ケダ	4,359	718	5,077
ペナン	3,189	316	3,505
ジョホール	2,728	379	3,107
パハン	2,635	371	3,006
ヌグリ・スンビラン	1,857	495	2,352
プルリス	1,851	339	2,190
マラッカ	1,883	190	2,073
クアラルンプール	1,575	470	2,045
ラブアン	636	72	708
プトラジャヤ	10	1	11

³⁰² World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, p.65.

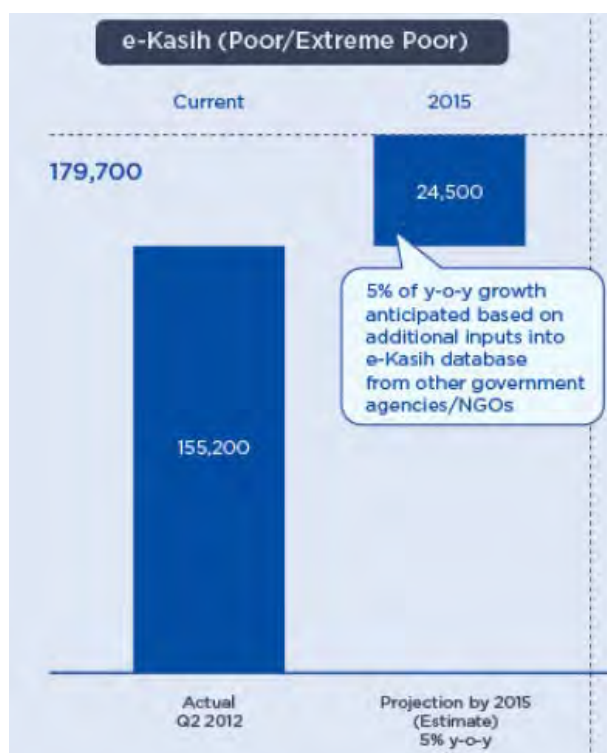
州	貧困層	極貧層	合計
合計	107,727	54,113	161,840

出所 : Implementation Coordination Unit, Prime Minister's Department

表 6-5 E-Kasih に登録されている 60 歳以上の世帯構成員 (2012 年 12 月)

州	貧困層	極貧層	合計
サバ	79,559	133,041	212,600
サラワク	92,306	81,904	174,210
クランタン	100,027	15,000	115,027
ペラ	29,681	4,402	34,083
トレンガヌ	35,227	524	35,751
セランゴール	22,683	5,669	28,352
ケダ	19,907	3,828	23,735
ペナン	14,291	1,485	15,776
ジョホール	13,018	1,843	14,861
パハン	13,284	1,964	15,248
ヌグリ・スンビラン	8,319	2,243	10,562
ペルリス	7,618	1,285	8,903
マラッカ	8,447	879	9,326
クアラルンプール	6,921	1,920	8,841
ラブアン	2,826	339	3,165
プトラジャヤ	63	12	75
合計	454,177	256,338	710,515

出所 : Implementation Coordination Unit, Prime Minister's Department



出所：Government Transformation Program Annual Report 2011³⁰³

図 6-1 2015 年までの E-Kasih の予測

(5) 今後の取り組み

公的な支援の対象者を適切に把握し、その情報・データを適切にアップデートすることと、持続可能性を両立させることが課題となっている。就業意欲のない受給者の啓発も問題となっており、政府としては比較的順応性が高い若い世代を中心に教育や訓練による改善に取り組んでいる。

また、世銀は、全ての政府機関が E-Kasih のデータベースを活用しているわけではなく、活用する場合でも一部のプログラムを実施する際にとどまっていると指摘している³⁰⁴。さらに、E-Kasih の評価システムは統計的に妥当な基準に基づいたものではない上に質問票のデータを確認するための検証制度を持たないとしている。例えば、所得に関する定義や所得源のリスト、農業所得かそれとも自家消費かを評価するための基準がないとしている。

³⁰³ PEMANDU (2011). “GTP Annual Report 2011, Raising Living Standards of Low Income Households”.

³⁰⁴ World Bank (2012), *Malaysia Elderly Protection Study*, pp.65-66.

6.3. 徴税システム

(1) マレーシア内国歳入庁

内国歳入庁 (Inland Revenue Board of Malaysia : IRBM) は、所得税、石油事業所得税、不動産譲渡益税 (real property gains tax)、印紙税、その他の税金の管理、評価、収集、執行を担う政府機関である。

個人所得税は、納税可能な人のみが IRBM に登録する義務がある。一定の所得レベルがあり納税可能な被用者の登録は、自身で登録する方法と雇用者が代わりに登録する方法の 2 通りがある。企業に勤めていない者は、個人で登録しなければならない。登録ができるにもかかわらず登録していない者に対しては法的措置がとられる。IRBM は、未登録納税可能者を発見するための独自の調査チームや手法、会計検査ツールを有している³⁰⁵。

(2) 納税義務のある雇用者の責任

1967 年所得税法の 83 条 (A) は、全ての雇用者は、被用者の報酬明細 (remuneration statement) を毎年 2 月末までに提出しなければならないと定めている。報告しなければならない情報は下記のとおりである³⁰⁶。

- ・ 一定クラスの被用者の氏名および居所
- ・ 雇用に関して支払われた、または支払われうる総所得額

雇用者は所得税納税義務のある (ありうる) 者の雇用開始から 1 ヶ月以内に最寄りの IRBM 事務所にその旨を通知しなければならない。加えて、1967 年所得税法 107 条 (4) で規定されている税金について、雇用者は、被用者が納税義務のある税金を支払わなければならない。

さらに、下記の場合、雇用者は IRBM に被用者の雇用終了の最低 30 日前にその旨を通知する義務がある。

- ・ 被用者が退職しようとしている場合
- ・ 被用者が月次税控除 (Monthly Tax Deduction : MTD) の対象で、雇用者がいかなる控除もしていない場合
- ・ 被用者がマレーシアを永久出国しようとしている場合

雇用者は、評価支部 (Assessment Branch) から許可証 (clearance letter) を受け取るまで被用者に支払われるべき金銭を留保していなければならない。しかし、下記の場合、

³⁰⁵ IRBM 通信局に対する電話ヒアリング。

³⁰⁶ KPMG(2000). "INCOME TAX ACT 1967 (ACT 53)".

<http://www.kpmg.com.my/kpmg/publications/tax/22/a0053s0083.htm> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

雇用者は雇用関係を終了する被用者の情報や金銭を留保する義務を負わない。

- ・ 被用者が MTD の対象者であり、雇用者によって控除がなされてきた場合
- ・ 被用者の報酬が MTD の最低所得以下の場合
- ・ 雇用者が、被用者がマレーシア国内で雇用されていることを把握している場合

(3) 被用者個人所得税

被用者積立基金 (EPF) の控除後の月収が 2,451MYR 以上の被用者は月次税控除 (MTD) を受けなければならない。月収が 2,451MYR 未満の者は、納税義務はあるものの、MTD の対象とはならない。被用者は雇用者が所得税名簿に登録しない場合、自身で登録しなければならない³⁰⁷。

MTD は被用者の居住資格によって決定される。非居住者は下記の者を指す。

- ・ マレーシア国外で雇用関係を持つ者
- ・ マレーシア国外の研究所もしくは専門機関において、雇用者が費用を負担する研修コースに出席する者

非居住者もしくは居住者かどうか不明な被用者の MTD は一律報酬の 26% で計算される。他方、居住者である被用者の MTD は、法に規定された全ての控除がなされた後で算出される³⁰⁸。

6.4. 住民登録制度・選挙人登録・国勢調査

(1) 住民登録制度

① 国民登録局

内務省国民登録局 (National Registration Department : NRD) は、出生、死亡、養子縁組、婚姻、離婚等に関する登録を担う機関である³⁰⁹。加えて、NRD は市民権の地位の決定と ID 発行 (MyKid、MyKad 等) の権限を有する。

② 出生証明 (Birth Certificate)

マレーシア国内で生まれた子供は出生後 14 日以内に登録されなければならない³¹⁰。登録に必要な書類には、両親の ID または渡航文書、出産前検査書類、出生もしくは死

³⁰⁷ Inland Revenue Board Of Malaysia, “Schedule Of Monthly Tax Deductions”.

http://www.hasil.gov.my/pdf/pdfam/JADUAL_PCB_2010.pdf (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³⁰⁸ IRBM, “Issues Relating To Employees”.

<http://www.hasil.gov.my/goindex.php?kump=5&skum=3&posi=1&unit=5100&sequ=9> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³⁰⁹ NRD の事務所は全国に 214 か所設置されている。NRD はデータ送信用の車輛を保有しており、その車輛によって地方からのデータ送信が可能となっている。2013 年 3 月 20 日現地調査ヒアリングより (NRD)。

³¹⁰ National Registration Department, “Service Birth Certificate”.

<http://www.jpn.gov.my/en/servicebirth-peninsular> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

産の確認書、両親の結婚証明である。出生証明は両親の国籍を問わず、マレーシア国内で生まれた全ての子供について義務となっている。

③ MyKid

MyKid は 2005 年に導入された新生児登録制度である³¹¹。MyKid に登録されると 12 歳未満の児童に ID カードが発行される。MyKid に登録される情報は、写真および指紋が含まれない以外は MyKad と同様であるが、その用途は病院や学校に関連するものに限られている。パスポートの発行といった登録には依然として出生証明が必要である。MyKid に含まれる情報は出生データ、健康情報、教育情報の 3 つである。

④ MyKad

12 歳に達した全てのマレーシア市民は、MyKad と呼ばれる ID カードを登録しなければならない³¹²。MyKad に含まれる情報は、氏名、住所、ID カード番号、写真、指紋、人種、市民権資格、宗教等である³¹³。

⑤ MyPR

MyPR は永住者に対して発行される ID カードである³¹⁴。永住資格を持つ全てのマレーシア居住者は 2006 年 6 月以降、ID を MyPR に移行することが義務付けられている。MyPR に含まれる情報は NIRC 番号、氏名、本籍、性別、永住資格である。最初の MyPR の申請はプトラジャヤにある NRD 本部または州事務所で行なければならないが、交換は NRD のどの事務所でも行うことができる。

⑥ MyKAS

MyKAS は一時居住者用の ID である³¹⁵。ID の有効期限は発行日から 5 年以内である。MyKAS は合法的にマレーシアに入国し、12 ヶ月以上有効な入国許可を持つ者に発行される。

⑦ myIDENTITY

2012 年、NRD 管轄で myIDENTITY という新たなデータベースが導入された。これは

³¹¹ National Registration Department, “MyKid”

<http://www.jpn.gov.my/en/informasi/mykid> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³¹² National Registration Department, “Introduction to MyKad”.

<http://www.jpn.gov.my/node/4727> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³¹³ MyKad の情報は ID カードの IC チップに保管されている。技術の向上により IC チップに情報を違法に上書きした偽造 MyKad も存在する。NRD の調査部が警察と協力して偽造 MyKad の取り締まりを行っている。2013 年 3 月 20 日現地調査ヒアリングより (NRD)。

³¹⁴ National Registration Department, “MyPr”.

<http://www.jpn.gov.my/en/informasi/mypr> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³¹⁵ National Registration Department, “MyKas”.

<http://www.jpn.gov.my/en/informasi/mykas> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

国民登録システム（National Registration System）のもとで登録されている個人の基本情報が保管されたデータベースである³¹⁶。基本情報には、住所、誕生日、性別、携帯電話番号、電子メールアドレスが含まれる。myIDENTITY データベースは、NRD、入国管理局、内国歳入庁、道路交通局のデータとリンクしている。データベースの情報は、各個人が確認・更新することが可能である。

このシステムの目的は、上記の4つの政府機関の業務の簡略化にある。全ての記録は国民登録 ID カード（National Registration Identity Card : NRIC）番号で追跡できるようになっているため、例えば、個人が内国歳入庁に EPF 口座情報について問い合わせをする場合、彼（女）は NRIC 番号があれば EPF 番号を覚えておく必要がない³¹⁷。

⑧ 自然死の登録プロセス

通常の死亡の場合、届出者は死亡日の7日以内にその旨の届出をしなければならない³¹⁸。届出者は下記の関連書類とともに必要書類を NRD に提出しなければならない。

1. ID カード原本または死亡に関する証明書
2. ID カードまたは届出者の ID
3. 埋葬許可などの書面による死亡証明。埋葬許可は自宅死亡の場合は警察署、病院で死亡した場合は病院に届出された後に発行される
4. 死亡原因に関する医療従事者による証明

(2) 選挙人登録制度

マレーシアでは選挙権を行使するには、事前に選挙委員会（Election Commission）に有権者登録を行わなければならない。以下の条件を満たす者が有権者登録を行うことができる³¹⁹。

- ・ マレーシア国民であること
- ・ 21 歳以上であること
- ・ 有権者登録を希望する選挙区に居住していること
- ・ 法によって有権者登録を行う権利をなく奪されていないこと

有権者登録は、選挙委員会本部、州事務所、郵便局、ショッピングセンターなどに設けられているアウトリーチブース、政党・政府機関・NGO によって任命された登録補

³¹⁶ Ministry of Womoen, Family and Community Development. “MyIdentity”.
<https://www.myidentity.gov.my/mengenai-myidentityEng/> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³¹⁷ NPD に対する電話ヒアリング (2013 年 3 月 14 日)。

³¹⁸ National Registration Department. “Registering the Normal Death”
<http://www.jpn.gov.my/perkhidmatan/kematian/semananjung/daftarbiasa> (2013 年 10 月 11 日アクセス)

³¹⁹ Election Commission ウェブサイト
http://www.spr.gov.my/spr2013/index.php?option=com_content&view=article&id=209-eligibility-requirements-&Itemid=196 (2013 年 10 月 11 日アクセス)

佐 (assistant registrars) を通じて行うことができる³²⁰。これらの施設を合計すると全国で1,000カ所以上となるが、うち郵便局が700カ所で、有権者登録の50%以上は郵便局で行われている³²¹。また、有権者登録をする際にはMyKadが必要である³²²。

有権者登録制度は2002年に改正された。2002年以前は、有権者登録ができるのは21歳になってから一定の期間しか認められていなかったが、2002年以降は、期間の制限が廃止され、毎日登録が可能となった³²³。また、2002年から郵便局で有権者登録が可能となった。これらの改正により有権者登録が容易になったが、以前は有権者登録が一定期間に限られていたことから、登録期間終了直前に駆け込みで登録する人が多かったのに対して、登録が容易になることでかえって切迫感がなくなり、有権者登録率は低下した³²⁴。2012年現在、21歳以上で有権者登録していない人口は320万人にのぼる。選挙委員会は有権者登録を呼びかけているが、未登録者の内訳は把握されていない³²⁵。

他省庁とのデータリンクに関して、名前や住所等を確認するためにNRDのデータとの照合は行なわれているが、あくまで基本情報の確認目的にとどまる³²⁶。他省庁とのデータリンクを進めることで有権者登録をしていない有資格者を把握することも可能になるが、選挙委員会は、選挙は権利であり登録は自分ですべきとの立場である³²⁷。

(3) 国勢調査

マレーシアでは国勢調査は10年に1度実施されている³²⁸。人口センサスの個票は各省庁にも共有され、各省庁で必要な項目を抽出して利用されている。高齢者や社会保障関連データは国勢調査のみならず、5年で2回実施される家計調査にも含まれている。

国勢調査のデータはNRDとも共有することがあるが、基本的には統計局とNRDはそれぞれ別に独自のデータを取り扱っており、データの共有は活発ではない。

家計調査は調査員が各家庭を訪問してデータを集めている。各自治体の長の協力を得て、国勢調査のため専門調査員を1-2週間雇用して調査を行っている。収集されたデータは各郡の担当官がモニタリング、チェックを行っている。40州すべての州に統計局の地方事務所が設置されている。

³²⁰ Election Commission ウェブサイト
http://www.spr.gov.my/spr2013/index.php?option=com_content&view=article&id=210-registration-centres&Itemid=198 (2013年10月11日アクセス)

³²¹ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²² Election Commission ウェブサイト
http://www.spr.gov.my/spr2013/index.php?option=com_content&view=article&id=214-registration-process&Itemid=197 (2013年10月11日アクセス)

³²³ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²⁴ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²⁵ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²⁶ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²⁷ 2013年3月18日現地調査ヒアリング (Election Commission)。

³²⁸ 以下の記述は、2013年3月19日現地調査ヒアリング (Department of Statistics) に基づく。

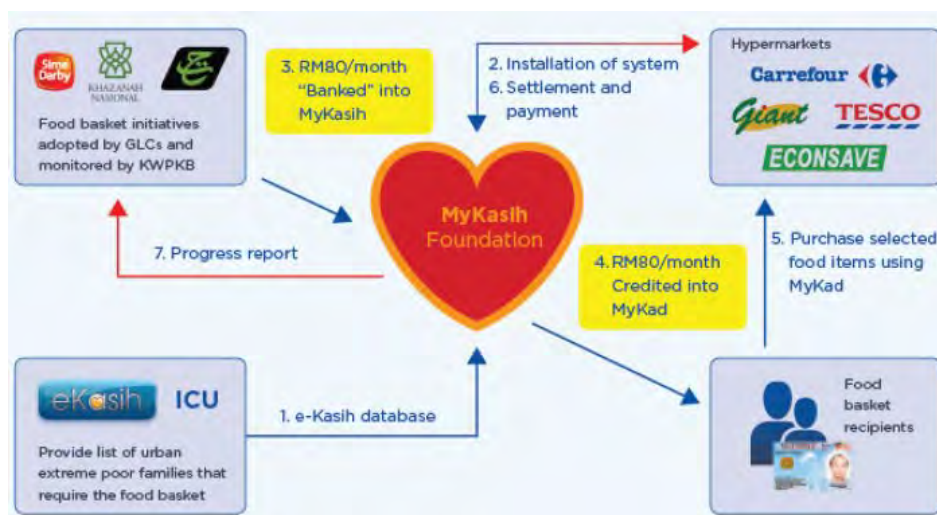
6.5. 食料や燃料等の他の補助金給付の状況

(1) フードバスケットと食料支援プログラム

都市部の貧困層が所得の 40%を食費に充てており、そのことが都市部貧困層の経済的負担となっていることから、低所得者の生活水準向上のための政府変革プログラム戦略（Government Transformation Program）では、フードバスケットと食料支援プログラムが重視されている。

① 都市部のコミュニティ

このイニシアチブは都市部の貧困層が世帯所得の多くを食費に充てていることに対処することが目的である。フードバスケットは、現金不要の援助を導入することで MyKasih 財団（MyKasih Foundation）³²⁹の活動を後押しするものである。E-Kasih に登録されている ICU の支援対象者は月額 80MYR の給付が受けられる。この給付は MyKad に蓄えられ、必要な食料品の購入に使用することができる。食料援助プログラムの食料の流通は、ジャイアント（Giant）やエコンセーブ（Eonsave）といったハイパーマーケットや変革（TUKAR）プログラムのもとにある小売店のネットワークを利用している。



出所：Government Transformation Program Annual Report 2011³³⁰

図 6-2 フードバスケットの流れ

³²⁹ MyKasih 財団は、恵まれない市民に対して、食料援助や健康意識の向上、金融リタラシープログラム、児童教育、技術訓練などを提供する NGO である。MyKasih Foundation ウェブサイト <http://www.mykasih.com.my/web/index.php>（2013 年 10 月 11 日アクセス）

³³⁰ PEMANDU (2011). “GTP Annual Report 2011, Raising Living Standards of Low Income Households”.

② 先住民コミュニティ

保健省は、先住民コミュニティ支援のため、月額 150MYR のフードバスケットを 6 ヶ月から 6 歳の栄養不足児童に支給している。かつて、先住民発展局 (Indigenous Development Department : JAKOA) が月額 200MYR のフードバスケットを極貧 (hard core poor) と貧困世帯に支給していたが、予算不足のため廃止された。2015 年までに内地先住民の児童の栄養失調の割合を 25% まで減らすことが目標に掲げられている。フードバスケットの内容は下記のとおりである³³¹。

- ・ ビーフン 3kg
- ・ 栄養強化粉乳 (full cream powdered milk) 2kg
- ・ ビスケット 3kg
- ・ 小魚缶詰 (小) 7 缶、1 缶当たり 155 グラム
- ・ 食料油 1kg
- ・ マルチビタミン剤 30 カプセル
- ・ 特別乳 800 グラム、400 グラム缶×2 缶

³³¹ PEMANDU (2011). “GTP Annual Report 2011, Raising Living Standards of Low Income Households”.

7. マレーシアの高齢化分析及び我が国協力の方向性等に係る提言

7.1. マレーシアにおける高齢化対策の現状と課題

(1) 高齢化社会に向けた政策枠組み (Policy framework for Aging Society)

マレーシアの高齢化にかかる課題は、第10次マレーシア計画においても施策の必要性が言及されるなど、長期的な政策課題とし政府で認識されている。高齢者を対象としたプログラムは、住宅、所得保障、保健医療サービスなどの個別の社会サービスの中にも言及されている。高齢者政策における主たる視点は、高齢者を活動的で生産的な存在として理解し、社会的な役割を果たすための支援を行なうといった、いわゆるアクティブエイジングの考え方である。

また、各省庁の政策担当者は、コミュニティやボランティア、NPOなどの社会資本の活用を強く意識しており、Aging in Placeといった高齢化先進国で取り入れられているコンセプトも積極的に取り込んでいる。具体的なサービスの方向性は、居宅・地域を基盤としたシステムの構築とされている。こうした基本的な考え方が、高齢者施策に関わる政府職員の中で広く共有されている点は、高く評価されるだろう。

他方で、課題も少なくない。国家高齢者政策 (National Policy for the elderly) 及び国家高齢者保健政策 (National Health Policy for Older Persons) がそれぞれ女性・家族・コミュニティ開発省、保健省から、具体的な政策として提示されているが、高齢化にかかるもっとも中心的な政策が、二省庁から提示されており、これらを統合した具体的な政策は存在しない。統合的な法制度・政策体系が整備されていないことから、各省庁が個別にプログラムを実施するなど、省庁間の縦割りが課題となっており、中長期の視点からみた、高齢化対策に向けた統合的なロードマップが欠如していると思われる。しかし、この問題については、PEMANDUを中心に、保健省、女性・家族・コミュニティ開発省、首相府 EPU も含めた多機関による、高齢者ケアに関する統合的な法整備のための作業が開始されており、今後、その成果が期待される。

個々の省庁の取組については、先進的な考え方に基づき多様なプログラムが実施されているが、計画されている諸制度や諸サービスを実際に展開する場合の財政的裏付けや、持続可能性への配慮は、不十分であり、財務省による単年度の予算の確保に大きく影響される。また個々のプログラムの予算も小規模であり、全国への波及効果という点では、試行段階を越えていない。

このことは、高齢者対策において選択と集中が行われておらず、総花的になっていることを意味している。特定の課題に対して資本投下を集中するためには、課題の特定と優先順位付けが不可欠であり、そのためのデータ整備、分析が必須である。UPMをはじめとする学術機関が多様な調査研究事業を実施しているものの、予算の配分において、こうした成果が十分に考慮され、戦略的な資源投下が行われているとはいえない状況で

ある。

(2) 限定的な社会保障制度の整備状況を前提とした高齢者ケアシステムの構築

マレーシアでは、老齢期の所得保障制度として EPF が整備されており、民間企業従事者の多くが加入しているが日本の国民年金制度とは異なり、基本的に積み立て方式による個人口座を採用している。また、傷病や死亡、障害に関する社会保険制度は SOCSO と呼ばれる制度で保障されており、老齢所得保障制度とは分離している。EPF は老齢年金給付としてよりは、公的に補償された貯蓄制度としての性格が強く、積立額を超えての給付（引き出し）は行なえないことから、老齢所得保障制度としては、保障の期間の面からは、限定的な制度といえる。また、積み立て金制度の特徴から、老齢期を迎える前に、被保険者が積立金を引き出ししてしまい、実際の老後の所得保障となっていないことなどが課題となっている。

また、医療保障については、租税を基本とした医療制度が整備されており、低廉な負担で受診することができるが、民間医療保険市場も並存しており、事実上、公的な医療サービスは低所得者層向けの医療制度となっている側面があるなど、民間医療と公的医療サービス間の格差が問題となっている。現在、マレーシア政府では、こうした格差の縮小に向け、公的医療サービスに対する人員配置の強化を目指した誘導策などを実施する一方、長期的な視点から、社会保険制度の導入の可能性や持続可能な医療保障のあり方に関する検討が続けられている。

(3) 地域を基盤とした高齢者サービスの開発の現状と課題

地域における高齢者に対するサービスの展開は、一部の地域に限定されているものの、NGO を中心に整備が進められている。マレーシア政府（女性・家族・コミュニティ開発省）は、現在、居宅系の高齢者サービスとして、ホームヘルプサービス及び通所サービス（高齢者活動センター）を中核的なサービスとして整備・推進している。ホームヘルプサービスは、IADL への支援が必要な軽度者に対する通院への同行や買い物などのサービスや、寝たきりの高齢者に対する身体的なケアまで幅広く提供されているが、利用者は全国で 1,600 人程度であり、事業実施も、政府直轄以外では 4 団体（NGO）に限定されていることから、取り組みは、モデル事業の段階にあり、全国的な普及までにはさらに時間を要すると思われる。

他方、通所サービスは、NGO を中心に全国 22 か所で、介護者のレスパイトや要介護者の生活機能訓練等を目的としたデイケアセンターとして整備が進められ、一定のケアを必要とする高齢者を対象としたサービス提供を目指してきた。しかしながら、移送サービスを持たないまま運営されたため、移動に制約のある高齢者の利用につながらず、2012 年度より名称を「高齢者活動センター」に変更し、より自立度の高い高齢者を対

象とした予防的な社会参加サービスにサービス内容を転換して整備を進めている。高齢者活動センターと呼称されるセンターは 22 か所に限定されているものの、これらは政府の補助金を受け取っている事業所数であり、全国には同様の活動を行う小地域活動が多数存在するものと考えられている。これらの非営利活動の多くは政府からの財政支援を受けずに運営している状況にあり、その実態は把握されていない。また、22 か所の事業所のうち 20 か所は同一の団体の運営によるものであり、サービスの拡大のためには、中長期的に、地域の多様な運営主体に対して財政的な支援を行い、実施主体の幅を広げておくことも必要であろう。

また、「通所サービス」が「高齢者活動センター」へ転換したという経緯については、限られた資源の中で、効果の高いサービスを提供するという考え方に基づくものであると考えられるが、在宅の要介護者の通所サービスニーズが消滅したことを意味するわけではない。したがって、今後、どのようにして在宅の介護者を支援していくのかについては、改めて検討する必要がある。

女性・家族・コミュニティ開発省は、高齢者ケアサービスの整備において、地域をベースとしたサービスであること、ボランティアや高齢者の相互扶助（アクティブエイジング／サクセスフルエイジング）などのインフォーマルな資源を十分に活用して展開すること、居宅サービスを基本とすることなどを方針としている。これらの取組は、高齢者の就労や社会参加を目指した取組みを志向しているなど、元気高齢者層の施策として中核となることが期待されている。

ただし、今後、さらに整備を推進する際の、障壁や、資源投入の優先順位付けを含め、具体的かつ戦略的なロードマップは必ずしも明らかではない。また、高齢化とそれに伴う要介護者の増加が、それぞれの施策の背景課題として提示されているものの、こうした課題を放置した場合の社社会・経済的な不利益がどのような形で現れるのかについて、十分な検討が行なわれ、政府関係者に共有されているとはいえない。今後、関係者間で社会問題としての高齢化課題をどのように認識するかについての視点が共有され、限られた資源を十分に活用した地域ケアシステムの青写真を描くことが求められている。

(4) 入所施設整備の現状と課題

女性・家族・コミュニティ開発省は、高齢者向けの入所施設として、RSK を全国 9 箇所、RE を 2 か所整備している。これらの施設は、主に低所得者層を対象とした施設であり、RSK は主に自立高齢者を、RE は、医療的なケアを要する高齢者が入所している。しかしながら、RSK については、ホームレス状態の高齢者を裁判所の判断によって入所判定するなど、普遍的なサービスとしては位置づけられていない。

またこうした公的施設とは別に、民間が運営する高齢者施設の整備が近年進められている。これらの民間施設は、女性・家族・コミュニティ開発省の設定する基準（ケアセ

ンター法)に適合し登録された施設と、基準に適合しない施設群の両方が存在する。さらに、保健省は民間保健医療サービス法に基づいた基準を別途設定しており、この基準に該当する医療系の施設が存在するなど、サービスの提供水準について、標準化が行われていない状況にある。

マレーシアでは、基本的に居宅サービスを中心として高齢者ケアが展開されることとされているものの、今後も中所得者層の増加にともない、一定の高齢者施設が整備されると思われるが、政府による施設整備を積極的に推進する意向がなく、また民間資本による整備が進むことを歓迎していることから、その大半は、民間資本や NGO によって整備・運営されることが予想される。第 10 次マレーシア計画の中で定められている NKEA (National Key Economic Area) には、観光、教育、ビジネスサービス、農業などと並び民間保健医療サービス (Private Healthcare) が重点分野として指定されており、政府もこうした方向性を後押ししている。

マレーシア政府は、2020 年までに高所得国となることを政策目標に掲げており、今後さらに、こうした民間資本の施設サービスを購入する中所得者層が増加することが予想されるが、自由市場サービスとして施設が整備されていく中、施設利用者の生活の質(が確保されるかどうかは、今後の課題の一つである。

一方、政府は、IMFC 政策に基づき、保健省に対して、年内に高齢者ケア施設の統合にかかる法的整備を進めることを指示しており、保健省の取り組むべき優先課題として位置づけられている。こうした取組みによって、施設機能の整理が進められ、高齢者を対象とした入所施設の規制等が整備されることにより、サービス水準の標準化が進められる可能性もあるだろう。

特に、高齢者向けの施設については、女性・家族・コミュニティ開発省の所管するケアセンター法に規定される施設と保健省の民間保健医療サービス法に規定される施設が混在している状況にあり、また、これらの法律の基準に達しない民間施設が増加しているという状況がある。増加する民間施設とその質の確保の観点から、法的な整理や、各種の規制のあり方について、具体的な方策を検討する必要がある。

(5) 高齢化対策における課題

マレーシアの高齢化対策に関する共通課題をまとめると、以下のような課題に整理することができるだろう。

第一に、今後の高齢者ケアや社会保障制度における優先課題と取組みのためのロードマップが、必ずしも明確でないという点である。換言すれば、高齢化が進んだ場合の課題が、経済、地域社会、社会保障制度の持続可能性など、様々な文脈で明確にされていないということである。現段階においては個々の施策は総花的であり、「なぜその施策が優先されるべきなのか」という視点から戦略的なロードマップを策定していくことが

重要である。その前提として、現在の政策枠組みとして策定されている「国家高齢者保健政策」と「国家高齢者政策」の両政策間の整合性を改めて整理し、連動性を高めるなどの政策協議が重要である。

第二に、地域・個人に対するアセスメントの徹底した実施が必要である。高齢者の生活状況に関するデータは、学術機関によってある程度は把握されているものの詳細な分析に耐えるデータを確保するには、なお時間を要すると考えられる。学術的な定量調査の結果を受け、全国の高齢者に対する支援の必要性、及びその質的な違いに基づいて高齢者の課題分析と課題の分類を行い、高齢者施策のニーズとその規模を明確にすべきである。こうした作業は、マレーシア社会としての高齢化課題の優先順位をより明確にすることに資するだろう。

第三に、各種のサービスについては、公的な支援を受け取る地域や団体が、限定されており、量的な拡大にはなお、時間を要するという点である。先進国においても、新サービスの開発には、研究開発段階、モデル事業の実施など時間を要するが、最終的には全国的な展開を目指すことが前提となっている。マレーシアにおいても、サービスの普遍化を目指した制度設計と、持続可能な財政的裏付けが必要である。

また、量的な拡大を目指す一方で、今後の中間所得者層の増加と購買力の向上を見込んで民間資本を活用したサービスを推進する方針を採用するのであれば、高齢者の尊厳を保持するためにも、民間事業者の提供するサービスについて、内容やその質に関する制度的枠組み（規制や登録制度等）を整備し、民間事業者が受け入れ可能な現実的な誘導策を策定することが必要であろう。

7.2. 日本の協力の可能性

(1) 社会保障制度に関する協力の可能性

マレーシアでは老齢所得保障制度としての EPF や労働関連保障制度としての SOCSO、税を財源とする医療保障制度の基本設計が行なわれ、すでに運用されている。医療保障制度においては、社会保険方式の導入による医療の皆保険化の議論も行なわれているものの、具体的な改革の目処はたっていないことから、現段階においては、制度設計に関する協力の必要性は低いと考えられる。

マレーシアの社会保障制度は、財源の調達方法をはじめ、制度設計の基本的な考え方が日本とは異なっており、個々の制度に関する改善方策についても、欧州諸国や近隣国であるタイ、あるいは類似した制度をすでに導入しているシンガポールなどを比較対象とすることがより適当と考えられる。

マレーシア政府の関係者は、今回の調査を通じて、日本の介護保険制度にも強い関心を示しているが、日本の介護保険制度は、財源確保の手法として年金制度の皆保険化が前提となっており、老齢所得保障が普遍化していない現在のマレーシアの状況下におい

て、直接的に技術移転することは困難である。今後、マレーシアの介護サービスのあり方を持続可能性の観点から検討していく上で、財源に関する議論は、必要不可欠であるが、日本の介護保険制度や高齢者医療制度に関する情報提供の要請には積極的に応じるにせよ、マレーシアの社会制度を相対化する上での比較対象として紹介するにとどめるべきであると考えられる。

(2) 高齢者に関する施策の基礎情報基盤の整備

高齢者施策を検討するにあたり、国内の高齢者の生活情報基盤の整備は不可欠なものである。心身の状態や世帯類型、収入の状況などの高齢者の生活状況を可能な限り詳細に把握することは、ニーズに適合したサービスや制度の構築を検討する際に不可欠である。とりわけ、マレーシアでは、複数の文化的背景をもつ国民が共存しており、家族観や死生観などにも違いがある。現在、こうした情報は、学術機関が特定の目的をもって実施している各種の調査研究で単発で把握されることが多いが、経年で把握しておくべきものについては、定期的な調査を全国規模で実施し、高齢者に関する基礎情報基盤を構築すべきである。

こうした取組みについては、日本でも、介護保険制度が創設される以前より、定期的な調査が、経年的な比較分析が可能となるよう実施されてきた。介護保険事業に関しては、介護保険事業状況報告をはじめ、介護サービス施設・事業所調査、介護事業経営実態調査、高齢者を含む国民生活の実態把握には、国民生活基礎調査などが全国規模で実施されているほか、各地方自治体レベルにおいても、日常生活圏域ニーズ調査などによって高齢者の状況把握を定期的に行っている。近年は、日本国内においても、より多様な分析を実施し、エビデンスに基づく政策立案を推進するため、これらの調査の統合化や情報の公開が進められている。

マレーシアでは、中長期的な高齢化対策に関する戦略やロードマップの作成が重要な政策課題になっており、高齢化に関する基礎情報基盤が整備されることは、客観的な政策決定を行なっていく上で有用であると考えられる。基礎情報基盤の整備は、政府の責任で実施されるべきものであるが、あわせてより詳細な調査研究の実績をもつ各種の学術機関が共同開発することが現実的であろう。協力においては、日本の総務省、厚生労働省及び日本の学術機関（大学や国立保健医療科学院などの公的な研究機関）等が協力に参加することも想定されるだろう。

また、こうした基礎的なニーズの把握は、量的拡大を推進する上で、基本的な市場情報を民間事業者を提供する基礎となる。今後、高齢者に対するサービスの提供主体として民間事業者が中心になると仮定すると、こうしたニーズ情報は、事業者のサービス開発や参入戦略を検討する際の重要な手がかりとなる可能性が高い。

(3) 自立高齢者施策に関する協力の可能性

高齢者活動センターは、要介護者や虚弱高齢者を対象としたサービスではなく、自立の高齢者を主な対象者とした社会参加型の取組みであり、高齢者が自らの能力を最大限に活用して社会に参加するというマレーシア政府の考え方に沿った施策である。

日本でも、高齢者の健康維持と社会参加を促進するため、戦後、老人クラブや、老人福祉センター、老人憩いの家など、高齢者に対するレクリエーションを提供する環境の整備が全国的に進められた。近年は、時代の変化と高齢者の価値観の多様化により、高齢者の交流の場は、様々な民間活動や住民の自発的活動にも広がっており、こうした公的な施設は、減少傾向にあるが、引き続き全国の自治体で活動が行なわれ、高齢者の健康増進に寄与している。

また、シルバー人材センターは、元気な高齢者が、地域内の短期間の軽易な作業を請け負う高齢者の自主団体として全国的に設立されており、近年では、虚弱高齢者の生活支援の担い手としても期待されている。今後ますます若年層が減少すると同時に高齢者が増加する日本では、高齢者が高齢者を支える取組みや、高齢者が地域ビジネスを自発的に立ち上げるといった事例が多数みられるようになっており、こうした取組みを共有することもマレーシア政府にとっては、有益であろう。

また、こうした社会参加の前提として中高年齢者の健康増進施策やNCD対策も日本が協力を行なうことのできる分野である。特に、各自治体で実施される集団検診や、職域における健康診断は、NCDの早期発見・治療に大きく貢献してきた。近年では国家戦略として「健康日本21」を掲げ、メタボ対策等の取り組みにより、生活習慣の改善指導なども全国的に実施されている。

こうした取組みは、マレーシア政府関係者をはじめ、地方自治体職員、同様の取組みを行なうNGOなどに対して、事例紹介を行なうなどの協力が想定される。また、隣国のタイでは、健康ボランティア（Health Volunteer）の育成が盛んであり、現在、全国各地に100万人以上のボランティアが、地域の健康課題の解決に貢献している（ボランティアは、高齢者に限定されない）。研修などを通じて、文化的類似性をもつASEAN諸国の取組みを学ぶ機会を提供することも有効である。

(4) 地域を基盤とした高齢者サービスの展開に関する協力の可能性

マレーシア政府は、IMFCに代表されるように、地域内において生活課題を抱えるあらゆる住民に対してサービスの提供を、縦割りの不安定な提供体制ではなく、統合的に実現しようとする方針を示している。こうした考え方は、近年、欧州諸国や日本において活発に議論されているエイジングインプレイスや統合ケア（Integrated Care）などの国際的な潮流に位置づけられるものであり、また、日本政府が推進する地域包括ケアシステム（Community Based Integrated Care System）や介護保険法に示される「居宅優先の原則」とも整合する仕組みであることから、今後、日本が協力を推進することができる

分野であるといえる。

日本では、在宅への復帰を支援するため、近年、地域を基盤とした「地域密着型サービス」を強化し新サービスを展開している。また、ホームヘルプサービスについては、生活援助（家事などを中心として支援）から身体介護、また、近年は介護と看護が統合的に提供する新サービスの開発も行なわれている。通所サービスは、介護保険制度の創設以来、事業所数が最も増加したサービス種別であり、その対象も、ADLの自立した高齢者に対する予防的な取組みから、最重度の要介護者まで幅広く、プログラムの内容も民間事業者の努力によって多様化している。

施設サービスも、養護老人ホームや特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設に加え、有料老人ホームや、グループホームなど多種多様な施設の研究開発、整備を進めてきた。さらに近年においては、介護施設の住宅化や、施設サービスの地域への展開が推進されるなど、在宅サービスの整備にあわせた施設整備の方針転換など、歴史的な経験を有する。

日本の訪問介護システムは、1960年代から時間をかけて構築されてきたものであるが、こうした歴史的なサービスの開発過程は、マレーシアの中長期的なサービス開発のロードマップや、民間事業者の誘導策を検討するにあたり、大きく貢献すると考えられる。ただし、日本におけるこうした経験の伝達は、最終的に開発された個別のサービス内容の移転や、成功体験の共有が必ずしも目的ではない。

日本のホームヘルプや通所サービスの展開においては、制度開始当初にサービスの量的拡大を優先したために生じた弊害として、身体介護よりも生活援助に重点が置かれ、在宅継続のために必要とされる身体介護のサービス提供は十分に進まなかったこと、通所サービスのレスパイト機能が重視された結果、リハビリテーションや生活機能訓練の側面が必ずしも重視されなかったことなどの反省も見られる。

また施設ケアの整備では、1970年代以降の社会的入院³³²の進展や、在宅復帰を目指した老人保健施設³³³の展開など、試行錯誤の歴史でもある。こうした日本の過去における教訓も含めた経験を基盤として協力を行なうことは、今後、マレーシアの長期的なサービス開発を進めてく上で、重要な役割を果たすと考えられる。

こうした歴史的背景をもつ、日本の介護サービスの開発経験は、マレーシアに直接的に移転できるものではない。サービス基盤に関する協力を行うにあたっては、日本の政策・施策に関する文化的、社会的、歴史的背景に加え、成功・失敗の両面について伝えることが重要である。また、日本側も、現在のマレーシアの文化的、社会的、歴史的背景を理解することも重要である。両国の相互理解を深めるため、研修やセミナー、政策協議などを行なう一定の時間を持つことが重要である。そうした相互理解の深化が進め

³³² 医療ニーズが低いにも関わらず、在宅での支援策が不十分なために、医療機関に長期入院する状態。

³³³ 急性期を含む一般病院から退院後にリハビリテーションを提供し、在宅に戻るための準備を行なうための中間的な施設。1987年の老人保健法改正で社会的入院の解消を目指し導入された。

ば、協力の内容も、情報交換の水準から、より具体的なモデル事業や取組みなどに発展し、マレーシア社会にとって有用なものになると考えられる。

なお、こうしたサービスの設計や開発に関する協力は、マレーシア政府関係者だけでなく、実際に事業を展開する民間事業者や NGO にとって、大きな情報源となるとともに、マレーシア社会に適合したサービス開発に向けた大きな起爆剤となる可能性がある。したがって、サービス開発分野に関する協力については、民間事業者も巻き込んだ取組みが重要である。

(5) 介護サービスの質の向上の観点からみた協力の可能性

こうしたサービス整備の戦略的なグランドデザインとは別に、個別のサービスにおける質の標準化も、日本の協力が役割を発揮できる分野である。日本の介護保険下で提供される介護サービスは、設備や人員に関する構造面 (Structure) に関する規制に限らず、サービスの運営面 (Process) についても一定の規制が整備されており、提供されるサービス内容の標準化が行なわれている。

日本の介護サービスのほとんどは民間事業者によって提供されており、報酬制度や補助金制度と連動したサービス内容の標準化が、政府による規制で実現してきた。サービス内容に関する過剰な規制は、サービスの画一化を招き、専門職の自由度を制約するといった問題があるが、適切な基準と規制の実施は、全国的に標準化されたサービス提供を展開する際には、有効な手段である。特にマレーシアにおいては、今後増加が予想される民間事業者による事業参入の健全化を目指すうえで、行政の規制手法の開発は、大きな課題であり、厚生労働省からの行政面での協力は、マレーシアの規制当局にとって参考になると考えられる。

また、サービス提供の現場レベルにおける質の向上の面では、支援を必要とする高齢者へのアセスメント手法、ケアマネジメント手法、要介護認定などの評価システムは、現在の日本においても試行錯誤の段階にあるとはいえ、マレーシアの専門職の技術水準を高める上で大きく資すると考えられる。さらに、長年にわたる現場での介護事例の積み重ねから、各専門職における効果的なケアの手法、要介護状態の予防を推進するための手法についても、科学的、経験的な知見が蓄積されており、マレーシアにおける介護サービス等の標準化に大きく寄与すると考えられる。

こうした現場の蓄積を、主にマレーシア政府の関係者及び専門職、サービス提供事業者に対して研修等を通じて伝達することで、サービスの質の向上に貢献することが期待される。