

アジア諸国の都市化と開発 調査報告書

——マレーシア国——

平成14年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



カンボジア

ベトナム

ブルネイ

マレーシア

クアラルンプール

シンガポール

インドネシア



マレーシア AFPPD 事務所
Datin Paduka Hj
Rahmah Osuman (正面)

University of Malaya
上段左から
駒村康平団長、
宮越雄一団員、
遠藤正昭団員
下段右
Prof. Tan Poo chang



Old Person's Home,
Selangor State



Statistics Department,
Malaysia

Leprosarium Hospital,
Selangor state



老人同居の農家

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成13年度厚生労働省・社団法人国際厚生事業団委託事業「アジア諸国の都市化と開発調査」を受託し、マレーシア国で実施したものを取りまとめたものである。調査及び取りまとめに当っては、本協会に設置した国内検討委員会（主査 黒田俊夫・日本大学人口研究所名誉所長）が行った。

調査の目的は「アジア諸国の都市化は急速に進行している。人口の急激な集中による都市化は、都市の保健医療サービス、家族計画・母子保健サービス及び生活環境を悪化させている。このようなことから、それぞれの国の人口増加と人口分布、保健医療、人口推計と年齢別人口、家族計画と母子保健を詳細に把握し、これらが各国の人口政策と開発計画に与える影響等について検討を進めることが必要である。このため、アジア諸国の人口動向、特に都市化と保健医療サービスの現状等について調査分析を行い、アジア諸国の人口都市化と開発問題の解決に寄与することを目的とする」ことにある。

調査にあたり現地では、在マレーシア国日本国大使館・垣下禎裕一等書記官、ラーマ・オスマン・マレーシアAFPPD事務局長に、計画全体にわたるご指導、ご協力をいただいた。

国内では、厚生労働省大臣官房国際課及び政策統括官付社会保障担当参事官室、外務省アジア太平洋局南東アジア第二課関係各位に、格別のご指導、ご便宜をいただいた。ここに深甚なる謝意を表す次第である。

本報告書が今後、マレーシア国をはじめアジア諸国の都市化と開発プログラムと、日本政府の有効な国際協力の貢献に役立てば幸いである。

なお本報告書は、現地政府機関、専門家、民間施設でのインタビューをもとに本協会の責任において作成したものであり、厚生労働省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものではないことを付記する。

平成14年3月

財団法人アジア人口・開発協会

理事長 中山太郎

目 次

はじめに	1
序章 マレーシア国の一般概要.....	5
はじめに.....	5
1. 地理.....	5
2. 気候.....	6
3. 民族別変化.....	6
4. 教育制度.....	7
5. 政治.....	7
6. 経済.....	8
第1章 マレーシアの人口.....	11
多民族国家マレーシアの人口転換	11
第2章 マレーシアの保健・医療.....	17
1. 保健・医療制度の概要.....	17
(1) 医療制度の概要	17
(2) 医療施設数	17
(3) 医療従事者数	18
(4) 医療水準.....	18
2. 保健医療対策.....	19
(1) 家族計画、母子健康対策.....	19
(2) 栄養対策	20
(3) 感染症対策（結核、エイズ、マラリア、デング熱）	21
(4) マレーシア国の保健対策の動向.....	22
(5) 日本の保健対策の動向	22
(6) 麻薬対策	22
(7) 高齢者保健対策	23
3. 健康状態と受療状況.....	23
(1) 死亡	23
(2) 受療状況	24
4. 事例研究.....	24
(1) KL病院（クアラルンプール病院）	24
(2) ハンセン病コントロールセンター	25

第3章 マレーシアの高齢化に対する社会保障.....	51
1. 概要.....	51
2. マレーシアの社会保障制度.....	52
3. 所得保障の体系.....	52
(1) 年金.....	53
(2) 公務員年金.....	53
(3) 被雇用者積立基金.....	54
(4) 被用者社会保障法.....	56
4. 医療保障制度.....	
(1) 中心的な国営医療サービスシステムと補完的な私的医療サービス.....	58
(2) 医療保険の財政.....	58
(3) 医療保障改革.....	59
5. 高齢者の生活実態.....	59
(1) 家計の状況.....	59
(2) 高齢者の居住状態.....	60
(3) 高齢者の生活状態と健康.....	60
6. 高齢者の貧困と福祉.....	61
(1) 貧困高齢者への保障.....	61
(2) 国家高齢者福祉政策.....	62
(3) 老人関連の施設.....	62
7. 事例調査.....	63
(1) セランゴール州の農家の生活.....	63
第4章 国際協力の課題.....	77
1. 高齢者社会保障分野の国際協力の可能性（研究協力・政策づくりの協力）.....	77
2. 保健医療分野の国際協力の可能性（研究協力・政策づくりの協力）.....	78
第5章 調査メンバー及び日程.....	79
1. 調査メンバー.....	79
2. 調査協力者（マレーシア国調査：2001年9月16日～9月22日）.....	79
調査日程.....	82
収集文献リスト.....	83

序 章

マレーシア国の一般概要

はじめに

マレーシアは、1997年7月タイにはじまった金融危機に影響により経済成長がマイナス成長に転じた。それまで、マレーシアの経済は過去10年間年率8%以上の高度経済成長を遂げていた。その後、マハティール首相は、経済再建のためIMF型の緊縮政策の導入を否定し、98年9月に固定相場制度を導入し財政・金融の緩和を計った。その効果が99年第二・四半期にはGDP成長率が4.1%となり、IMFの支援を受けることなく独自の政策で金融危機を乗り越りすることができた。

マレーシアの多民族形成についてみると、1824年イギリスとオランダの間で、マラッカ海峡を境に植民地分割の取決め条約が締結され、イギリスはペナン、シンガポール、マラッカなど交易のための港町を手に入れた。これらの地域には、イギリス人のほかインド人（タミール人）、アラブ人、中国人、スマトラやジャワからも人々流入した。中国人は商業、徴税請負人、インド人は、港湾、鉄道、道路の建設、スマトラ・ジャワ人は、農業、漁業に従事するという民族間分業が形成されていった。なかでも、中国人は、それまでマレー人が行ってきたスズの採掘に進出し、1860年頃までには、スズの採掘は中国人が握るようになった。

1. 地 理

マレーシアは、半島マレーシアとボルネオ島にあるサバ州とサラワク州からなる。半島マレーシアは、北緯6度43分から1度16分、東経104度17分から100度8分に位置し、東マレーシア（サバ州、サラワク州）は、北緯7度25分から1度、東経119度20分から109度40分に位置する。

マレーシアの総面積は、33万434平方Km²、日本の総面積の約87%で国土の80%が熱帯原生林な

いし湿地帯となっている。

半島マレーシアは、北でタイ、南にジョホール水道を隔ててシンガポールと接し、西はマラッカ海峡をはさんでインドネシアのスマトラ島がある。

東マレーシアは、南にインドネシアのカリマンタンと接し、北東部のサバ州はスルー海を隔てフィリピンと接している。

クアラルンプールのKualaとは、二つの川の合流点を意味し、Lumpurとは濁ったの意味で、市内を流れるクラン川（Kelang R.）とゴンバク川（Gombak R.）が上流のスズ採取のため常に濁っている。

植生でみると、半島マレーシアの東側は米作地帯で、西側はゴムやオイルパームが主な生産物となっている。

2. 気 候

半島マレーシア及び東マレーシアは、ともに低緯度地域のため年間を通じて高温多湿で雨量が多い海洋性熱帯雨林気候である。気温は、年間を通じて最低24度から最高32度で変化するが、日格差は年格差より大きい。

半島マレーシアは、10月から2月まで北東モンスーン期の雨期で最多雨量地で年間6,000ミリ、最少雨量地でも1,600ミリの雨量がある。6月から9月までは南西モンスーン期の乾期で雨量が少なく、特に東海岸地方では好天気が続く。これら両モンスーン期の狭間は微風期である。

東マレーシアのサバ州は、北東モンスーンと南西モンスーンの影響で雨期と乾期の双方があるが、サラワク州では年間を通じた多雨地帯であるため無数の河川が発達している。

3. 民族別変化

マレーシアの民族別変化をみると、1991年と2000年の比較でまず中国系とインド系の人口に占める比率の低下があり、第二にマレー系と外国人労働者の比率が伸びていることがあげられる。91年の民族別でみると、マレー系57.8%、中国系27.1%、インド系7.6%、その他3.2%、外国人労働者4.3%であり、2000年では、マレー系58.5%、中国系24%、インド系6.9%、その他3%、外国人労働者が7.5%となっている。

4. 教育制度

マレーシアに近代的な学校が設立されたのは、イギリス植民地時代の19世紀になってからである。それまでは、イスラム教普及のため、各地にイスラム寺院（モスク）での宗教教育であった。

現在の教育制度は、初等教育（Primary School）が6年間、中等教育が3段階で、下等中等学校（Lower Secondary School）が3年間、上級中等学校（Upper Secondary）が2年間及び大学予科が2年間の他専門学校等がある。高等教育は大学及び大学院で、大学では、文科系が3年間、理系4年で医科歯科系が5～6年間となっている。

ブミプトラ政策ですすめられたマレー人優遇政策が教育分野において見直しのきざしが出始めた。マハティール首相は、大学入試枠のマレー人優先割り当て制度を来年度から成績に基づき選抜することを明らかにした。それまで、マレーシアの公立大学の入学枠はマレー人55%、非マレー人45%とマレー人に有利に割り当てられていた。

5. 政治

マレーシアは、半島部の11州及びサバ、サラワク州の2州からなる立憲君主制の連邦国家である。マレーシアの独立は、イギリスの植民地支配からの離脱であった。その道程は険しく、第二次大戦後日本の占領から解放されたマラヤは、まだイギリスの統治下であり、1945年10月10日イギリスはマラヤ連合構想を英国議会に報告し、マラヤの9人のスルタンもマラヤ連合案に合意した。しかし、その後マレー人の高級官僚などの反対によりこの構想は実現しなかった。その理由は、伝統的政治機構が破壊される危惧、人種間の人口比のバランスが崩れ、中国人の人口がマレー人を上回るとマレー人の国家がなくなるというものであった。したがって、イギリスはこの構想を放棄し、1948年2月1日スルトンの権限を一部認め、マレー人を「土地の子」として特権を認める一方、中国人、インド人の市民権を制限することによるマラヤ連邦をつくった。しかし、イギリスがマラヤ連邦を承認し、植民地支配を終えたのは、12年後の1957年8月31日であった。1963年9月16日、マラヤ、シンガポール、サバ、サラワクを統合してマレーシアが結成されるが、65年8月9日にシンガポールはマレーシアから分離独立した。

マレーシアの独立後の政治をみると、1957年独立以来政権を担ってきたアブドゥル・ラーマン（Tunku Abdul Rahman）首相は、1969年5月13日のクアラルンプールでの反華人暴動により政権の座をアブドゥル・ラザック（Tun Abdul Razak）に首相に譲った。ラザック首相は、1971年に貧困撲滅と民族構成を反映して「新経済政策（1971-90年）New Economic Policy」を策定し、最初の5カ年計画を実施した。ここにおける最大の特徴は、マレー人優先政策（ブミプトラ政策：Bumiputera Policy）である。計画の目標は、所得水準の向上、雇用機会の増大と貧困撲滅であったが、これらの対象はまさにマレー人であった。同計画期は、外資導入、工業化、公団・公社の

設立が積極的にすすめられた。ラザック首相は1976年ロンドンで客死するが、彼こそ現在のマレーシアの政治及び経済の基盤をつくった人と言われている。ラザック首相の後継者としてフセイン・オン（Hussein Onn）が政権を引き継ぎ第3次計画（1976-86年）を推進した。しかし、1981年7月フセイン首相は健康上の理由により辞職し、マハティール（Mahathir bin Mohamad）副首相が政権を引き継いだ。1981年7月18日第一次マハティール政権が誕生した。マハティール首相が最初に手掛けたのは「ルック・イースト政策（Look East Policy）」であった。つまり、これまで欧米、とりわけ旧宗主国であるイギリスに目を向けていた姿勢を正し、東アジアの先進国である日本などに目を向け、技術、経済運営などを学び、マレーシアの工業化に役立てようと言うものである。

6. 経 済

マレーシアは、イギリス植民地時代より70年代まで天然ゴム、錫生産を中心としたモノカルチャー経済で農業就業人口が過半数を占め、GDPの30%、輸出の80%をこれらの商品が占めていた。同時期の製造業及び商業の就業人口及びGDPに占める割合は10%にすぎなかった。

70年代の民族間の貧困率は、中国系26%、インド系39%、マレー系は実に65%に達していた。

これらの状況を見て、ラザック首相は、ブミプトラ政策を導入するに至った。経済政策として第一次長期総合計画（Outline Perspective Plan : 1970、90年）を策定し、新経済政策（NEP: New Economic Policy）を推進した。

同政策の目標は、貧困の撲滅と民族間・地域間の経済格差の解消のための社会の再編成の二つの目標を掲げた。これらは、モノカルチャー経済から脱し、製造業の育成するものであった。

1970年代にはじめられた工業戦略、すなわち60年代までのモノカルチャー製品の加工製品に加え、電機・電子機器製造のための輸出加工区を整備し自由貿易地区を設け新しく工業団地を機能させたことによる。また、輸入代替産業の代表格である繊維産業も順調に伸びた。

国内産業構造の農林水産業と製造業におけるGDPシェアをみると85年以降に転換期を迎え90年には製造業のGDPシェアが農林水産業を上回り、生産面において構造転換をはたした。雇用面における構造転換は遅れており85年で農林水産業が31.3%、製造業は15.1%にすぎない。90年の農林水産業は27.6%となったものの、製造業は19.4%で雇用の吸収は農林水産業あるいはサービス業に依存している。

マレーシアの雇用状況をみると、1990年代の失業率は、5.1%と高かったが、95年には3.1%、96年及び97年は2.5%に低下し、99年に3.4%となったものの完全雇用と呼べる状況にある。この間の合法的な外国人労働力は約8%で推移し労働力不足の状況にあるといえる。

しかし、マレーシアは、21世紀に向け労働集約型産業の国外移転や労働集約型技術の導入に努めることにより、資本・技術集約産業へ転換するものとみられる。

本年9月アジア開発銀行のアジア・太平洋地域の経済状況に関する発表によると、同地域の実質国内総生産（GDP）の伸び率が3.4%にとどまるとの見通しを明らかにした。昨年と同地域の成長率が7.0%であったことに比べると大幅な減速となった。とりわけ、マレーシアのGDP成長率は、アセアン諸国のなかでも最も低く0.8%で、タイの1.5%の約半分となった。これは、情報技術（IT）産業の不振による対米輸出の不振に加え米同時テロが経済減速に一層の拍車をかけたことによる。

第1章

マレーシアの人口

多民族国家マレーシアの人口転換

人口指標からみたマレーシアの展望

多民族国家としての特徴の著しいマレーシアの人口の動向をいくつかの指標によって、アセアンの主要国と比較してみると表1の如くである。現在の人口は2,300万で、インドネシアの2億4,600万から8,000万のタイ、フィリピン、ベトナムと比較するとはるかに小さい。しかし、人口増加率はフィリピンの2.2%に次いで2%でなお著しく高い。

増加率の高いのは、出生率がなお高水準にありながら、死亡率の改善が著しいことによる。普通死亡率は他のアセアン諸国に比較して著しく低く、人口千人あたり4である。特に注目すべきは乳児死亡率が出生千人に対し、8という低水準である。他のアセアン諸国では低水準のタイでも22と高い。先進地域のヨーロッパの乳児死亡率の平均が10であることを考えると、マレーシアの8は特に注目に値する。

しかし、この死亡率改善のめざましい政策に対して注目されるのは出生率の高さである。フィリピンやミャンマーに比較すればなお低い、タイ、ベトナム、インドネシアに比較すると高い。より正確な出生力指標としての会計特殊出生率（TFR）で比較してみよう。（表1と図1参照）

図1は特に出生力の低下の著しいタイと比較したものである。戦後の1950年以降現代まで、またさらに2050年までの推計結果を示したものである。1970年代の終りまでは、両国とも高水準にあって平行しながら緩慢な低下傾向にあった。しかし、1970年代の終り頃から急激な変化が生じた。それはタイのTFRが急激な低下傾向に転じたのに対し、マレーシアでは高水準が維持され、その低下も著しくおくれたことによる。タイでは1990年以降置換水準以下へと大転換しているのに対し、マレーシアでは1980年代のTFR 4以上から今日ようやく3.2に低下してきている。現在のマレーシアのTFRはフィリピン、ミャンマーの水準にある。

ここで注目される点は、TFRの高い水準と健康指標としての乳児死亡率の著しい低水準との間のギャップが大きいことである。これはマレーシアの人口政策において、National Family Planning Board からNational Family Development Boardへという「家族の質」重視への転換の影響による。人種的に最大多数を占めるマレー人の出生力低下傾向が、次いで多数を占める中国人のそれよりも著しく緩慢になったことによるものである。マレーシアの人口政策の成功の結果ともいえよう。

以上において、マレーシアの人口転換の特徴をTFRと乳児死亡率の2個の指標から考察したが、この人口動態の変化の結果である人口の年齢構造の変化をみてみよう。

0から14歳、15～64歳、65歳以上の3つの年齢構造区分によってその特徴をみると表3の如くである。タイを除くとその他のアセアン諸国の年少人口割合は30以上で高い割合を示している。人口老年化の特徴の1つである65歳以上人口割合はタイを除くとほぼ4%の低水準である。タイでは年少人口割合もすでに24%と低く老年人口割合も6%と高くなり、老年化の進捗状況を示している。

この年齢構造係数からみた特徴を従属人口指数と潜在的扶養指数によってみると表4の如くである。マレーシアの従属人口指数は、TFRの高いフィリピン(3.5)と低下のかなり著しいインドネシア(2.7)の中間にある。マレーシアは5.9であってフィリピンの6.9とインドネシアの5.4との中間にある。タイは別格で、すでに置換水準以下のTFRを反映して、従属人口指数は4.3と低い。

この従属人口指数に対して、高齢者1人に対する生産年齢人口(潜在的扶養指数)を計算してみるとマレーシアはタイを除く他のアセアン諸国とほぼ同水準の16である。この数値は65歳以上の高齢者1人に対し、労働年齢人口が16人いるということであって、高齢者負担の軽いことを示唆している。

このような年齢構造からみた人口学的負担が将来どのように変化するかを国連推計を利用して計算してみると表5の如くである。アセアン諸国の中で顕著な変化を示しているタイとの比較を示しておいた。

従属人口指数は、タイでは近年におけるTFRの急激な低下傾向を反映して、1990年にはマレーシアの67に対してタイは57と著しく低い。2000年以降タイでは低下傾向を加速化し2030年代までは40～50の水準に達していると予測される。しかし、他方においてマレーシアでは21世紀にはいると従属人口指数は急速に低下し、2020年代、2030年代にはタイの水準に著しく接近するものと予測されている。

このような従属人口指数の低下傾向は、潜在的扶養指数にも反映するものと思われる。1人の老人に対する生産年齢人口は1980年まではタイの10人に対し、マレーシアは15人とその負担は著しく軽い。しかし、21世紀にはいると、この潜在的扶養指数も急速に低下傾向に転じ、タイの低水準に接近していくものと予測される。

マレーシアの人口転換と高齢化の特徴は、アセアンで急速な出生力低下を示しているタイ(都

市国家としてのシンガポールを除く）と比較することによって明らかにすることができる（図1参照）。

第1は出生力低下の時期と速度である。タイでは1970年代後半に急激なTFRの低下を示しているのに対し、マレーシアではなお高水準が維持され、タイとの格差は大きい。ほぼ同水準の低いTFRで均衡するのは2010年代以降である。第2はマレーシアではTFRの高水準の維持に平行して、死亡率特に乳児死亡率の改善がタイよりもはるかに早い速度で進行している。第3はこのようなマレーシアとタイとの人口転換の注目すべき格差は年少人口割合の格差にあるといわれている、0～14歳人口の割合は1980年頃まではタイの方がマレーシアよりも高かったが、以上の傾向が1990年以降に反映し、マレーシアの年少人口割合はタイよりもはるかに高くなっている。例えば2000年ではタイの25.3%に対し、マレーシアは34.0%である。このようなマレーシアの高い年少人口割合は、近い将来における若年労働力の増加という“人口ボーナス”を招来し、高度経済成長に貢献することが期待される。

第4は人口高齢化の傾向である。以上の人口転換と年齢構造の複雑な関係から、マレーシアとタイの間には当分の間著しい格差の拡大化がみられる。例えば潜在的扶養指数でみると現在マレーシアでは15人前後であるのに対し、タイでは10人前後である。しかし、今世紀前半にはいずれの国においても低下傾向が生じ、2050年にはタイの2.6人、マレーシアの4.1人へと激減し、高齢化は深刻化の段階を迎える。過渡期における格差に十分考慮しながら、結局において到達する高齢化水準には先進国、途上国共にあまり差がないことに留意する必要がある。

注：本稿では国際的比較の便宜上、統計は主として国連によった。

表1 アセアン諸国の人口指標

人口指標	マレーシア	インドネシア	ミャンマー	フィリピン	タイ	ベトナム
人口 (100万)	22.7	206.1	47.8	77.2	62.4	78.7
出生率	25	23	28	29	14	20
死亡率	4	6	12	6	6	6
自然増加率	2.0	1.7	1.6	2.2	0.8	1.4
乳児死亡率	8	46	92	31	22	37
合計特殊出生率	3.2	2.7	3.3	3.5	1.8	2.3
分布	0～14(%)	33	31	33	37	33
	65+(%)	4	4	5	4	6
平均余命	73	67	56	67	72	66
2050人口	43.9	304.8	68.5	129.2	71.9	107.2

資料：2001 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, 2001.

備考：人口は2001年、100万単位、出生率・死亡率は人口千あたり、自然増加率は%、乳児死亡率は出生千あたり、合計特殊出生率は女性1人の生涯出生児数、0～14および65+はそれぞれ人口総数に対する割合、平均余命は男女を合わせたもの。2050人口は100万単位。

表2 マレーシアの合計特殊出生率－タイとの比較

期間	マレーシア	タイ	期間	マレーシア	タイ
1950～1955	6.83	6.59	1995～2000	3.18	1.74
1955～1960	6.94	6.39	2000～2005	2.75	1.74
1960～1965	6.72	6.39	2005～2010	2.32	1.78
1965～1970	5.94	6.11	2010～2015	2.10	1.85
1970～1975	5.15	4.99	2015～2020	2.10	1.90
1975～1980	4.16	4.25	2020～2025	2.10	1.90
1980～1985	4.24	2.96	2025～2030	2.10	1.90
1985～1990	4.00	2.57	2030～2040	2.10	1.90
1990～1995	3.62	1.94	2040～2050	2.10	1.90

資料：World Population Prospects the 1998 Revision Volume II, Comprehensive Tables, United Nations New York, 1999.

表3 年齢構造係数の比較

国別	年少人口 (0～14)	生産年齢人口 (15～64)	老年人口 (65+)
マレーシア	33	63	4
インドネシア	31	65	4
ミャンマー	33	62	5
フィリピン	37	59	4
タイ	24	70	6
ベトナム	33	61	6

資料：2001 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, 2001.

表4 従属人口指数と潜在的扶養指数

国別	従属人口指数	潜在的扶養指数
マレーシア	59	16
インドネシア	54	16
ミャンマー	61	12
フィリピン	69	15
タイ	43	12
ベトナム	64	10

資料：表3により計算

備考：潜在的扶養指数は高齢者1人あたりの労働年齢人口

表5 従属人口指数と潜在的扶養指数の変化

—マレーシアとタイの比較—

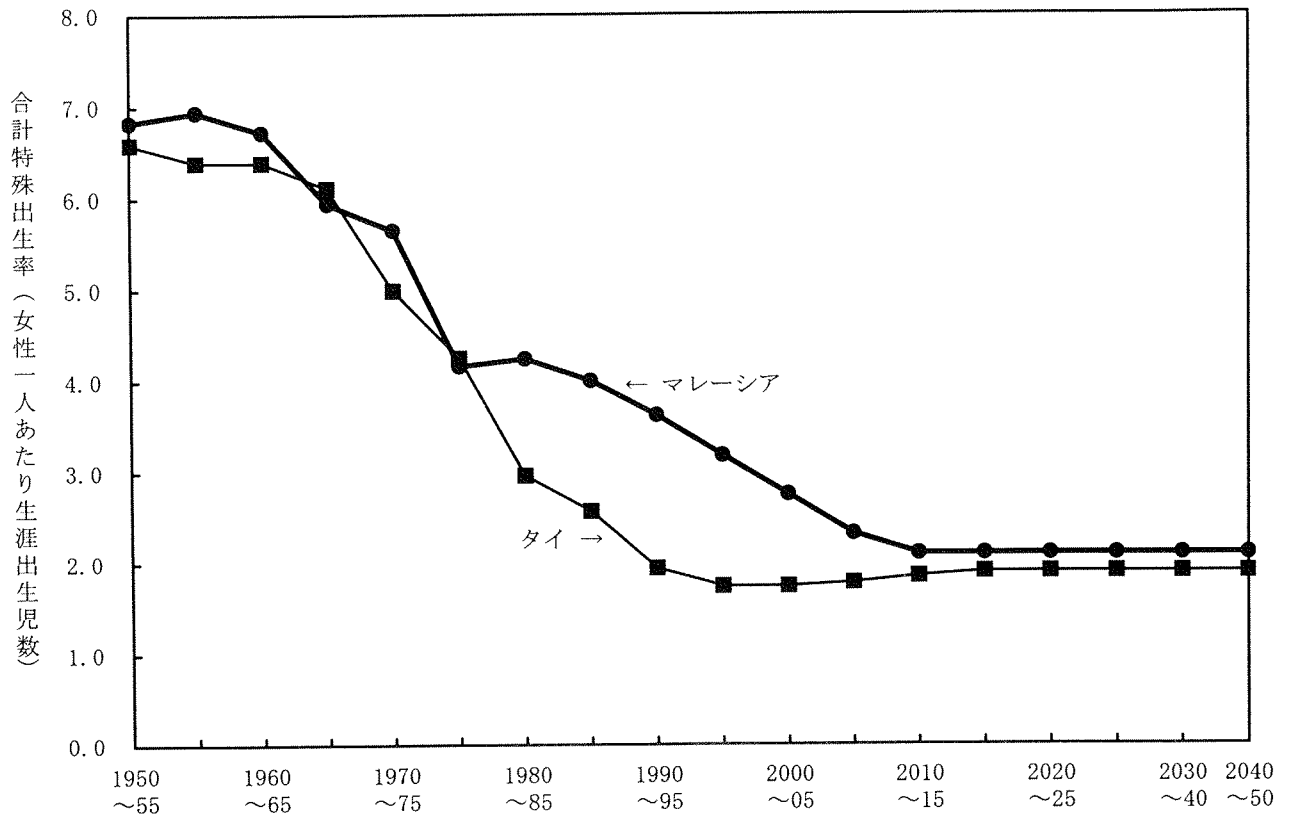
年次	従属人口指数		潜在的扶養指数	
	マレーシア	タイ	マレーシア	タイ
1950	85%	83%	10.6人	11.0人
1960	95	90	15.0	11.3
1970	92	97	15.3	10.2
1980	76	77	15.4	10.1
1990	67	57	16.2	9.1
2000	62	45	15.1	11.9
2010	51	41	12.5	9.6
2020	46	43	8.9	6.9
2030	51	49	6.2	4.6
2040	52	59	5.0	3.1
2050	55	66	4.1	2.6

資料：United Nations:World Population Prospects the 1998 Revision Volume I:Comprehensive Tables, 1999.

備考：従属人口指数は $\{(0\sim14) + (65+)\} \div (15\sim64) \times 100$

潜在的扶養指数は $(15\sim64) \div (65+)$
 =65歳以上人口1人あたり生産労働人口

図1 マレーシアとタイの合計特殊出生率（1950～55—2040～50）



第2章 マレーシア国の保健・医療

1. 保健・医療制度の概要

(1) 医療制度の概要

マレーシア国の医療は、多くの国と同じように、公的医療機関と私立の医療機関によって行われる。疾病予防・健康増進に関しては、政府機関の保健省を中心に行われている。表1に1996年から1998年のマレーシア保健省の予算を示す¹⁾。1998年の国家予算は、641億2,439万2千リンギ（1兆8,427億3,176万円、1リンギ=30円で換算）で、保健省の予算は42億3,796万リンギ（1,271億3,880万円）である。国家予算に占める割合は6.61%と増加傾向であり、国民総生産に対する割合は3.37%である。

一方、表2に日本の2001年度（平成13年度）の厚生労働省の予算を示す²⁾。国家予算は82兆6,524億円で、厚生労働省の予算は18兆396億円である。国家予算に占める割合は21.8%であり、前年度より4.5%の増加である。

(2) 医療施設数

マレーシア国の保健医療を提供する機関として、連邦立病院、特殊医療施設（精神病院、ハンセン病療養所、結核療養所）、ヘルスセンター、地区クリニック及び私立施設（病院、ナーシングホーム、産科ホーム）がある。表3から表8に施設数、病床数を示す³⁾。表5の1998年から1999年では、連邦立病院の施設数は3施設（2.7%）増加し、病床数は1,117床（4.1%）増加しているが、特殊医療施設の施設数及び病床数は変わらない。表7の1998年から1999年では、ヘルスセンターの施設数が1施設（0.1%）増加し、地区クリニックは2施設（0.1%）減少している。表8の1998年から1999年では、私立施設の施設数は9施設（4.2%）増加し、病床数は430床（4.8%）増加している。

一方、日本の医療施設数を表9に示す⁴⁾。1998年(平成10年)から1999年(平成11年)では、病院数は47施設(0.5%)減少しており、無床診療所が1,854施設(2.6%)増加し、歯科診療所も833施設(1.4%)増加している。表10は、開設者別の施設数及び病床数である。施設数及び病床数ともに、病院では医療法人が最も多く、一般診療所では個人が最も多い。表11には病床の種類別の病床数を示す。1998年(平成10年)から1999年(平成11年)では、一般病床は825床(0.1%)増加し、精神病床は710床(0.2%)減少し、一般診療所の病床数は11,396床(4.8%)減少している。

(3) 医療従事者数

マレーシア国と日本の医療従事者数と従事者1人あたりの人口を表12に示す^{5,6,7)}。医師では従事者1人あたりの人口はマレーシアでは1,465人、日本では509人であり、歯科医師では従事者1人あたりの人口はマレーシアでは11,897人、日本では1,437人であり、薬剤師では従事者1人あたりの人口はマレーシアでは10,668人、日本では614人であり、看護婦では従事者1人あたりの人口はマレーシアでは1,068人、日本では128人であり、日本の方が従事者1人あたりの人口が低い。助産婦では従事者1人あたりの人口はマレーシアでは3,374人、日本では5,236人と、マレーシアの方が低い。

(4) 医療水準

医療水準、保健水準の指標として乳児死亡率(infant mortality)、妊産婦死亡率(maternal mortality)が用いられる。乳児死亡(infant death)は生後1年未満の乳児の死亡をいい、出生千人または10万人あたりの乳児死亡数で表わす。乳児死亡率は、その国での衛生状態に強く関連しており、またその国全体の医療状況を知る上で重要な指標とされてきた。妊産婦死亡(maternal death)は妊娠中または分娩後42日以内の妊婦または褥婦(puerperant)の死亡をいい、出生(あるいは出産)千人または10万人あたりの妊産婦死亡数で表わす。表13は1996年から2000年のマレーシア国の乳児死亡の推移であり、死亡数はあまり変化がないが、死亡率は減少傾向である⁸⁾。民族別では中国系民族が乳児死亡率が最も低い。表14、表15は都市と地方での乳児死亡率の推移であるが、男女とも都市部の死亡率が低く、女子のほうが死亡率が低い⁹⁾。表16は死因別乳児死亡数であり、死因の第1位は「周産期に発生した病態(Certain conditions originating in the perinatal period)」、第2位は「先天異常(Congenital anomalies)」である⁹⁾。表17は妊産婦死亡数の推移であり、1996年からは増加傾向にある⁹⁾。表18は妊産婦死亡率(出生千対)の推移であり、1998年に増加傾向している⁹⁾。

一方、日本の乳児死亡率は、1925年頃(大正末期)まで150以上(出生千対)であったが、その後低下して、1940年(昭和15年)には100以下となり、1947年(昭和22年)には76.7、1960年(昭和35年)には30.7、1975年(昭和50年)には10.0と急速な改善を示し、1999年(平成11年)には3.4となり、世界的にも最高水準を達成している¹⁰⁾。乳児死亡数、乳児死亡率及び死亡原因を表

19に示す¹⁰⁾。死因の第1位は「先天奇形、変形及び染色体異常 (Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities)」、第2位は「周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害 (Respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period)」である。1999年 (平成11年) の日本の妊産婦死亡数は、72人であった¹¹⁾。表20は、妊産婦死亡率 (出産10万対) の推移であり、低下傾向を示している¹¹⁾。

2. 保健医療対策

(1) 家族計画、母子保健対策

マレーシア国における家族計画に関して、マレーシア保健省の説明内容及び得られた資料より、表21に避妊方法の内訳を示す。経口避妊薬 (oral contraceptive pill, OCP) による方法が74.9%と最も多く、コンドームによる避妊法が10.5%とつづく。

マレーシア国の母子保健対策上での先天代謝異常検査 (screening program for inborn errors of metabolism) と予防接種に関して、マレーシア保健省の説明内容及び得られた資料より示す。マレーシア国での先天代謝異常検査の対象疾患は次の2つである。

- ・ G6PD欠損症 (グルコース6リン酸脱水素酵素欠損症、glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency)
- ・ 先天性甲状腺機能低下症 (クレチン症) (Congenital hypothyroidism, cretinism)

予防接種に関しては、表22に示すように対象疾患が8つある。

- ・ ポリオ (急性灰白髄炎、小児麻痺) (acute poliomyelitis, infant paralysis)
- ・ ジフテリア (diphtheria)
- ・ 百日咳 (pertussis)
- ・ 破傷風 (tetanus)
- ・ 麻疹 (measles)
- ・ 風疹 (rubella)
- ・ 結核 (tuberculosis)
- ・ B型肝炎 (hepatitis B)

一方、日本の先天代謝異常検査 (マス・スクリーニング mass screening program for inborn errors of metabolism) の対象疾患は表23に示すように7つある¹²⁾。

- ・ フェニルケトン尿症 (phenylketonuria)
- ・ ホモシスチン尿症 (homo-cystinuria)
- ・ メープルシロップ尿症 (楓糖尿症) (maple syrup urine disease)

- ・ガラクトース血症 (galactosemia)
- ・先天性副腎過形成症 (congenital adrenal hyperplasia)
- ・先天性甲状腺機能低下症 (クレチン症)
- ・神経芽細胞腫 (neuroblastoma)

また、日本の予防接種は、定期予防接種 (regular immunisation) として図 1 に示すように対象疾患が 8 つある¹³⁾。

- ・ポリオ (急性灰白髄炎、小児麻痺)
- ・ジフテリア
- ・百日咳
- ・破傷風
- ・麻疹
- ・風疹
- ・日本脳炎 (Japanese encephalitis)
- ・結核

マレーシア国と日本で異なる点は、マレーシアでは日本脳炎の予防接種がなく、B型肝炎の予防接種があることである。日本ではB型肝炎母子感染予防対策 (prevention program against vertical transmission of hepatitis B) を行っており、B型肝炎ウイルス保有妊婦 (キャリア妊婦, hepatitis B virus carrier pregnant woman) から生まれる子供たちに対してのみ、抗原、抗体検査を行い予防接種を行っている。またB型肝炎の予防接種は任意接種として行われている¹³⁾。

(2) 栄養対策

マレーシア国では、栄養失調 (malnutrition) の乳幼児が1998年では18.6%であるため、栄養改善と母乳栄養 (breastfeeding) をすすめている¹⁴⁾。またサバ州 (Sabah)、サラワク州 (Sarawak) などではヨウ素欠乏症 (iodine deficiency disorder) が問題となっており、飲料水にヨウ素を加えることや、ヨウ素内服などを行っている¹⁴⁾。

一方、日本では、がん (cancer)、脳卒中 (cerebral stroke)、心臓病 (heart disease)、糖尿病 (diabetes mellitus) 等の生活習慣病の増加が大きな健康問題となってきた¹⁵⁾。これらの疾病の発症に生活習慣とくに食生活との関連が深いことから、疾病の発症を予防する「一次予防」の推進が重要となっている。栄養対策も従来の栄養欠乏症を主眼としてきたものから、過剰摂取への対応と変わってきている¹⁵⁾。

(3) 感染症対策（結核、エイズ、マラリア、デング熱）

マレーシア国において、日本と同様に結核とエイズの増加が問題となってきた。図2には、マレーシア国における人口十万人対の結核罹患率(1993年から1997年)を示す¹⁶⁾。1997年から1998年の罹患率 (incident ratio) は変化がほとんどないが、結核患者数は13,539人から14,115人へと増加している¹⁶⁾。一方、日本における人口十万人対の結核罹患率(1992年から1999年、平成4年から11年)を表24に示す¹⁷⁾。罹患率は増加しており、結核患者の増加が見られる。また、1998年(平成10年)では、マレーシアの結核罹患率は日本の1.8倍である。

マレーシア国におけるエイズに関して、マレーシア保健省の説明内容及び得られた資料より、感染経路別のHIV感染者数、エイズ(AIDS)患者数を表25に示す。また表26には、日本における感染経路別のHIV感染者数、エイズ患者数を示す¹⁸⁾。マレーシアでは静注薬物濫用(injection drug users, IDUs)が最も多く、次に性的接触(sexually transmission)が多いが、日本においては、異性間の性的接触(hetero sexually transmission)が最も多く、凝固因子製剤(clotting factor concentrates)、同性間の性的接触(homo sexually transmission)がついで多い。マレーシアでのエイズ予防対策としては、薬物濫用の取り締まり、性感染症(sexually transmitted disease STD)としての予防活動・啓蒙活動が必要である。また母子感染予防事業(prevention program against vertical transmission of AIDS)として、妊婦の抗HIV抗体(anti-HIV antibody)のスクリーニングを行っている¹⁸⁾。

結核は再興感染症(re-emerging infectious disease)としても重要になってきており、マレーシアにおいても結核患者数が増加傾向であり、その原因として多剤耐性結核(multiple drug resistant TB)の増加の可能性や、エイズ患者が結核を発症する症例が増加していることなどが指摘されている¹⁶⁾。マレーシアでの結核予防対策としては、予防接種、定期検診、治療の徹底やエイズの予防対策が必要となってくる。一方、日本における原因としては、治療の中断や多剤耐性結核の増加の可能性などが指摘されている¹⁷⁾。

また日本人の海外渡航者が多くなってきており、マレーシアでの熱帯感染症として、ここでマラリアとデング熱について状況を示す。

マラリアは、蚊(ハマダラカ、Anopheles)が媒介する原虫感染症(protozoiasis)であり、マレーシアでは1956年にサバ州において約25万人、サラワク州で約4万人、1965年にマレー半島部で2万人のマラリア患者が報告されていた。1960年初めにマラリア撲滅計画が行われ、患者数は激減した。図3に1985年から1998年のマレーシアでの感染者数を示す¹⁹⁾。1994年以降、疾患のサーベイランス(surveillance)の強化と殺虫剤を浸み込ませた改良蚊帳の普及のため最近5年間では、マラリア患者数は減少傾向である。日本のマラリア感染者は、2000年(平成12年)は153人であり、海外で感染することがほとんどで、国内感染はほとんど皆無である¹³⁾。感染地域別では、アジア、アフリカが多い¹³⁾。

デング熱は、蚊(熱帯シマカ、Aedes aegypti)が媒介するデングウイルス(dengue virus)感染症であり、臨床的にデング熱とデング出血熱(dengue haemorrhagic fever)の2つがある。図4にマレーシアでの罹患率を示す¹⁹⁾。1985年から1998年では、デング熱罹患率は急激に増加傾向であ

る。この原因の1つとして、都市化と工業化が考えられている。デングウイルスを媒介する蚊は都市に発生し、空缶や古タイヤなど人工の容器にたまった水に繁殖する。また家の中にある花瓶にも繁殖するので、水たまりをなくすことが予防対策である。日本のデング熱感染者は、2000年（平成12年）は153人である。

(4) マレーシア国の保健対策の動向

マレーシア国の保健についての対策には、公衆衛生施策、社会福祉施策がある²⁰⁾。公衆衛生施策は、保健省予算に基づき行われており、地方では保健所、農村保健所が担当する。外来診療サービス、分娩、定期検診、予防接種などの母子保健サービスを行う拠点である。マレーシアの公衆衛生施策は、「Health for all（すべての人に健康を）」を掲げ、人種や地域の別なく、全国民が必要な保健医療サービスを受け、健康を向上させることを目指している。社会福祉施策としては、児童福祉、青少年福祉、高齢者福祉、障害者福祉、婦人福祉、家庭福祉、地域福祉、ボランティア福祉があり幅広く行われている。その他の対策としては、治療サービスと生活スタイルの改善対策、職場での事故防止対策、各専門分野でのアップグレード、医療学校からの海外トレーニング派遣などがある。

またマレーシア保健省の説明内容及び得られた資料より、マレーシアでは1991年より健康ライフスタイルキャンペーンを実施しており、毎年新しいテーマで行っている。表27に1991年から2001年のテーマを示す。2001年は「健康家族」がテーマである。

(5) 日本の保健対策の動向

日本の保健についての対策には、健康増進対策、生活習慣病対策及び保健対策がある²¹⁾。1つめの健康増進対策としては、健康日本21（21世紀の国民健康づくり運動）が2000年（平成12年）より開始された。2つめの生活習慣病対策としては、糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満、脳卒中、心臓病及びがんについての疾病予防対策がある。3つめの保健対策は、母子保健、老人保健、精神保健、歯科保健、感染症（エイズ、結核を含む）、難病（intractable diseases）、原爆医療（medical cares of atomic diseases）、障害、腎不全対策（medical cares of renal failure）、角膜移植対策（medical cares of cornea of trasplantation）、脳死体からの臓器移植（medical cares of organ transplantations of brain death）、造血幹細胞移植対策（medical cares of blood stem cell transplantation）がある。

(6) 麻薬対策

麻薬の生産地帯となっている国々からマレーシアに麻薬が集中し、主にクアラルンプールを経由して、第三国へ密輸されるといわれている。マレーシアでは麻薬規制が非常に厳しく、外国人も厳しく処罰される。無期懲役や死刑等の重刑も科せられる。2000年の薬物常用者は27,306人（表28）であり、内訳はヘロイン（heroin）47.3%、モルヒネ（morphine）27.1%、カンナビス（大麻、cannabis）18.9%、メタアンフェタミン（methamphetamine）（シャブ、syabu）3.7%、向精神薬

(psychotropic pill) 1.8%及びコデインを含む鎮咳薬 (cough mixture containing codeine) 1.01%である²²⁾。薬物常用者数、押収薬物は減少傾向であるが、最近ではエクスタシー (ecstasy) と呼ばれる薬剤の密輸、販売及び所持による逮捕者の報道が増えている。一方でマレーシアのエイズの感染経路で静注薬物濫用が最も多いので、エイズなどの感染症の減少も含めて、麻薬対策が重要となる。

日本には麻薬等を規制する法律として、「麻薬及び向精神薬取締法 (Narcotic and Psychotropics Control Law)」、「あへん法 (Opium Law)」、「大麻取締法 (Cannabis Control Law)」および「覚せい剤取締法 (Stimulants Control Law)」の4種がある²³⁾。表29は1975年 (昭和50年) から1999年 (平成11年) の法令別違反件数・人員の年次推移を示し、1999年 (平成11年) の麻薬、覚せい剤の違反件数は16,873件、人員は20,129人であり、増加傾向が見られる²³⁾。

(7) 高齢者保健対策

マレーシア保健省の説明内容及び得られた資料より、マレーシアでは次のような高齢者ヘルスケアを行っている。

- ・健康評価
 - 体力測定
 - 視力検査
 - 聴力検査
- ・口腔衛生
- ・栄養教育
- ・運動
- ・ホームケアナーシング

3. 健康状況と受療状況

(1) 死亡

マレーシアでの死亡原因に関して、1994年から1998年のデータを表30に示す²⁴⁾。総死亡者数は、43,514人で1997年に比べて減少している。1998年での死亡順位は次の通りである。

- 第1位 脳血管疾患 (cerebrovascular disease)
- 第2位 急性心筋梗塞 (acute myocardial infarction)
- 第3位 敗血症 (septicaemia)
- 第4位 自動車交通事故 (motor vehicle traffic accidents)
- 第5位 肺炎 (pneumonia)

- 第6位 先天異常
- 第7位 腎炎、ネフローゼ症候群及び腎症 (nephritis, nephrotic syndrome and nephrosis)
- 第8位 気管、気管枝及び肺の悪性新生物 (malignant neoplasma of trachea, bronchus and lung)
- 第9位 糖尿病
- 第10位 結核

また、マレーシア半島部の粗死亡率に関して、都市部と地方のものを表31、表32に示す⁹⁾。都市部と地方を比較すると全体では都市部のほうが高くなっており、州によっては都市部のほうが地方よりも2倍前後の州もある。この原因の考察に関しては、死亡原因や民族別などの詳しいデータが必要になってくる。

一方、日本の死亡原因の順位に関して、表33に示す²⁵⁾。総死亡者数は、982,031人で1998年(平成10年)に比べて増加している。日本では、第1位が悪性新生物(malignant neoplasma)、第2位が心疾患、第3位が脳血管疾患で、これら3つが3大死因である。また表34には、悪性新生物の性、部位別の死亡数の年次推移を示す²⁵⁾。男性では、気管、気管枝及び肺が多く、女性では胃が多い。胃癌は男女とも減少傾向であり、気管、気管枝及び肺癌、大腸癌が増加してきている。これは日本人の生活様式の変化および医療技術の進歩により早期胃癌の発見・治療等が要因と考えられている。

マレーシア国では1998年の死亡統計の分類としてWHOの「第9回修正国際疾病、傷害および死因統計分類」(International Statistical Classification of Diseases, 9th Revision: ICD-9)を用いており、日本はICD-10を用いている。マレーシアも日本も心疾患、脳血管疾患が上位を占めており、マレーシアにおいて悪性新生物に関しても、日本同様に気管、気管枝及び肺癌が最も多くなっている。

(2) 受療状況

マレーシア国における保健省管轄の医療施設の1年間の外来患者数の総数を表35に、病院の入院患者の総数を表36に示す²⁶⁾。外来患者数は増加してきており、入院患者数も増加してきている。表37は、私立病院の1年間の外来患者及び入院患者の総数を示す。同様に外来患者数は増加してきており、入院患者数も増加してきている。

4. 事例研究

(1) KL病院(クアラルンプール病院)

クアラルンプール市内にある連邦立KL病院を訪問し、病院の概要、受療状況などの説明を聴き、病院内の見学をした。KL病院の説明内容及び得られた資料より、KL病院に関して記す。病院の敷地面積は150エーカーであり、多数の建物からなる。25の診療科があり、83病棟で病床数は2,502

床である。図5は1年間の外来患者数を示し、1999年より減少している。図6は1年間の入院患者数を示し、1998年より減少している。1999年の退院患者に多い疾患は次の通りである。

- 第1位 正常分娩 (normal delivery)
- 第2位 悪性新生物
- 第3位 骨折 (fracture)

1999年の死亡原因で多いものは、次の通りである。

- 第1位 敗血症
- 第2位 悪性新生物
- 第3位 脳血管疾患
- 第4位 虚血性心疾患 (ischemic heart disease)
- 第5位 腎不全 (renal failure)

エイズに関する説明も聞いた。1995年より毎年4,000人から4,500人ほどHIV感染者がおり、20歳から39歳の患者が全体の83.4%と若年者の感染が多いことを指摘された。またエイズ患者が結核を発症する例が多くなっていることが問題となってきた。

(2) ハンセン病コントロールセンター

セラングール州 (Selangor) のスンガイ・ブロー (Sungai Buloh) にある特殊医療施設の連邦立ハンセン病コントロールセンターを訪問し、センターの概要、歴史、入院状況の説明を聞き、センター内の見学をした。1926年に設立され、敷地面積は526ヘクタール、入院患者数は2,000人以上であった。その当時はセンター全体が一つの村のようになっており、シャレー (chalet) と呼ばれる家に住み、学校や教会などもあった。ハンセン病患者は治療薬の進歩により激減し、2001年にはマレーシア全体で473人の入院患者となっている。現在 (2001年9月19日) はセンターの入院患者は447人で男性367人、女性80人である。年齢は60歳から91歳までの方が入院されており、平均年齢は77.5歳と高齢者が多い。センター内には研究施設もあり、動物を用いた薬剤耐性菌の研究もしている。またセンター内にエイズの患者も入院しており、発熱や肺炎で入院している方が数名いた。今後はエイズ患者も増加してくるので、エイズ患者の入院も増えると思われる。

引用文献

1. Annual Report 1998 : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp20-25.
2. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp19-20.
3. SOCIAL STATISTICS BULLETIN MALAYSIA 2000 : Department of Statistics,Malaysia,pp155-164.
4. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp187-191.
5. SOCIAL STATISTICS BULLETIN MALAYSIA 2000 : Department of Statistics,Malaysia,pp165-166.
6. Annual Report 1998 : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp14-17.
7. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp173-186.
8. YEARBOOK OF STATISTICS MALAYSIA 2000 : Department of Statistics,Malaysia,pp17-41.
9. VITAL STATISTICS MALAYSIA (Special Edition) 2000 : Department of Statistics,Malaysia, pp91-148.
10. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp64-67.
11. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp60-61.
12. 国民衛生の動向・2000年第47巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp105-112.
13. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp129-144.
14. Annual Report 1998 : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp75-81.
15. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp98-102.
16. Annual Report 1998 : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp127-131.
17. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp147-150.
18. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp144-147.
19. Annual Report 1998 : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp118-127.
20. 厚生白書 (平成12年度版) : ぎょうせい刊, pp330-332.
21. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp83-167.
22. The 16th Study Programme for Overseas Experts on Drug Abuse and Narcotics Control -Challenges for Promotion of the Countermeasures against the Amphetamine Type Stimulants Abuse- : Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS) 19 June- 13 July 2001, Tokyo, Japan.
23. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp266-270.
24. YEARBOOK OF STATISTICS MALAYSIA 2000 : Department of Statistics,Malaysia,pp17-45.
25. 国民衛生の動向・2001年第48巻第9号 : (財) 厚生統計協会, pp50-60.
26. HEALTH IN MALAYSIA - ACHIVEMENTS AND CHALLENGES : MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA,pp83-116.

表1 保健省の年間予算配分, 1996-1998

年	保健省の年間予算配分			国 家 予 算 〔RM〕	%対 国家予算	**GNP 〔RM〕	% 対 GNP	1人当たりの 予算配分 〔RM〕
	開 発	運 営	合 計 〔RM〕					
*1996	544,644,000	2,491,915,000	3,036,559,000	55,467,290,400	5.47	123,138,000,000	2.47	143
*1997	578,538,000	2,868,400,000	3,446,938,000	59,982,209,600	5.75	132,811,000,000	2.60	159
*1998	743,186,000	3,494,774,000	4,237,960,000	64,124,392,000	6.61	125,925,000,000	3.37	191

* 本来の割り当て

** 1978年の基準価格でのGNP

出所: Economic Report 1998/99, Ministry of Finance
Finance Division, Ministry of Health
Accounts Division, Ministry of Health

表2 2001年度(平成13年度)厚生労働省所管予算の概要 (単位 億円)

	国 家 予 算	厚生労働省所管予算
(1) 2001年度(平成13年度)予算額	826,524	180,396
(2) 前年度予算額	849,871	172,644
(3) 対前年度比率%	97.3	104.5

資料「2001年度(平成13年度)厚生労働省予算」

表3 マレーシアの州別連邦病院及び特殊医療施設の病院数(1999)

州	病院	特殊医療施設			合計
		精神病院	ハンセン病 療養所	結核療養所	
マレーシア全国	114	4	2	1	7
ジョホール州	10	1	-	-	1
ケダ州	9	-	-	-	-
ケランタン州	8	-	-	-	-
マラッカ州	3	-	-	-	-
ネグリ・サンビラン州	5	-	-	-	-
パハン州	9	-	-	-	-
ペラ州	14	1	-	-	1
ペルリス州	1	-	-	-	-
ペナン島	5	-	-	-	-
サバ州	17	1	-	-	1
サラワク州	19	1	1	-	2
セランゴール州	7	-	1	-	1
トレンガヌ州	5	-	-	-	-
クアラルンプール	1	-	-	1	1
ラブアン	1	-	-	-	-

出所: Ministry of Health, Malaysia

表4 マレーシア国の州別連邦立病院及び特殊医療施設の病床数

州	病院	特殊医療施設			合計
		精神病院	ハンセン病療養所 (a)	結核療養所	
マレーシア全国	28,163	5,320	856	116	6,292
ジョホール州	2,668	2,080	—	—	2,080
ケダ州	2,050	—	—	—	—
ケラントアン州	1,614	—	—	—	—
マラッカ州	835	—	—	—	—
ネグリ・サンビラン州	1,327	—	—	—	—
パハン州	1,641	—	—	—	—
ペラ州	3,442	2,600	—	—	2,600
ペルリス州	404	—	—	—	—
ペナン島	2,011	—	—	—	—
サバ州	2,699	302	—	—	302
サラワク州	2,997	338	20	—	358
セランゴール州	2,529	—	836	—	836
トレンガヌ州	1,182	—	—	—	—
クアラルンプール	2,655	—	—	116	116
ラブアン	109	—	—	—	—

出所：Ministry of Health, Malaysia

(a) 連邦立ハンセン病コントロールセンター内のシェリーの病床数を除く

表5 マレーシア国の連邦立病院数、特殊施設数及び病床数（1995—1999）

項目	年				
	1995	1996	1997	1998	1999
政府系病院					
病院数	111	111	111	111	114
ベッド数	26,896	27,126	27,226	27,046	28,163
特殊医療施設数					
施設数	7	7	7	7	7
ベッド数	6,692	6,692	6,692	6,292	6,292

出所：Ministry of Health, Malaysia

表6 マレーシア国の州別ヘルスクリニック数、農村クリニック数

州	ヘルスクリニック	農村クリニック
マレーシア全国	773	1,990
ジョホール州	87	271
ケダ州	54	224
ケラントアン州	59	199
マラッカ州	27	63
ネグリ・サンビラン州	39	105
パハン州	65	232
ペラ州	82	254
ペルリス州	9	29
ペナン島	27	62
サバ州	91	191
サラワク州	120	92
セランゴール州	58	136
トレンガヌ州	41	132
クアラルンプール	14	—

出所：Ministry of Health, Malaysia

表7 マレーシア国のヘルスクリニック数, 農村クリニック数

年	ヘルスクリニック	農村クリニック
1995	772	1,987
1996	774	1,998
1997	772	1,989
1998	772	1,992
1999	773	1,990

出所: Ministry of Health, Malaysia

表8 マレーシア国の州別, 私立施設 (病院・ナーシングホーム・産科ホーム) 及び病床数 1995-1999 (a)

年 州	1995		1996		1997		1998		1999	
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
マレーシア全国	197	7,192	203	7,471	219	8,963	216	9,060	225	9,490
ジョホール州	30	600	35	637	39	766	36	772	34	769
ケダ州	11	262	11	262	12	289	12	347	14	379
ケランタン州	1	10	1	10	2	12	3	71	2	63
マラッカ州	7	603	7	614	7	668	9	685	8	677
ネグリ・サンビラン州	6	78	6	120	7	123	7	123	9	193
パハン州	7	97	7	116	7	116	8	143	8	143
ペラ州	17	717	16	755	16	752	13	729	15	757
ペルリス州	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ペナン島	21	1,351	21	1,323	23	1,532	22	1,514	22	1,576
サバ州	10	221	11	224	11	224	11	220	10	218
サラワク州	14	316	15	376	13	347	10	344	9	319
セランゴール州	30	1,047	29	1,078	35	1,587	40	1,774	49	2,021
トレンガヌ州	2	21	2	21	2	21	2	17	2	17
クアラルンプール	41	1,869	42	1,935	45	2,526	43	2,321	43	2,358

出所: Ministry of Health, Malaysia

(a) 各年に認可された病院, ナーシングホーム, 産科ホームを参考

表9 医療施設の種類の別みた施設数の年次推移

各年10月1日現在

	1984 (昭和59年)	1987 (62)	1990 (平成2年)	1993 (5)	1996 (8)	1998 (10)	1999 (11)
総 数	131,832	137,275	143,164	149,878	156,756	161,540	163,270
病 院	9,574	9,841	10,096	9,844	9,490	9,333	9,286
精神病院	1,015	1,044	1,049	1,059	1,057	1,057	1,060
伝染病院	12	13	10	7	5	5	・
結核療養所	31	19	15	11	7	5	4
一般病院	8,516	8,765	9,022	8,767	8,421	8,266	8,222
総合病院(再掲)	1,020	1,073	1,130	1,163	1,166	・	・
療養型病床群を有する病院(再掲)	・	・	・	41	494	1,269	2,227
一般診療所	78,332	79,134	80,852	84,128	87,909	90,556	91,500
有 床	26,459	24,975	23,589	22,383	20,452	19,397	18,487
療養型病床群を有する一般診療所(再掲)	・	・	・	・	・	57	1,795
無 床	51,873	54,159	57,263	61,745	67,457	71,159	73,013
歯科診療所	43,926	48,300	52,216	55,906	59,357	61,651	62,484
有 床	65	57	51	49	47	42	47
無 床	43,861	48,243	52,165	55,857	59,310	61,609	62,437

注 1) 「伝染病院」は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が1999年(平成11年)4月から施行され、廃止された。

2) 「総合病院」は、1998年(平成10年)4月1日に廃止された。

資料 厚生労働省「医療施設調査」

表10 開設者別にみた施設数・病床数

(各年10月1日現在)

	施 設 数						病 床 数			
	病 院		一般診療所		歯科診療所		病 院		一般診療所	
	1999 (平成11年)	1998 (平成10年)	1999 (平成11年)	1998 (平成10年)	1999 (平成11年)	1998 (平成10年)	1999 (平成11年)	1998 (平成10年)	1999 (平成11年)	1998 (平成10年)
総 数	9,286	9,333	91,500	90,556	62,484	61,651	1,648,217	1,656,415	224,134	235,530
国	370	375	578	574	1	1	148,663	151,277	2,347	2,393
公的医療機関	1,368	1,369	4,224	4,183	338	341	354,577	358,040	4,104	4,319
社会保険団体	131	133	848	856	19	22	38,543	39,084	38	36
医療法人	5,299	5,157	22,680	20,910	7,007	6,602	783,081	769,227	94,989	92,427
個人	1,281	1,458	53,973	55,074	54,793	54,355	112,916	127,329	120,392	133,997
その他	837	841	9,197	8,959	326	330	210,437	211,458	2,264	2,358

資料 厚生労働省「医療施設調査」

表11 病床の種類別にみた病床数の年次推移

(各年10月1日現在)

	1984 (昭和59年)	1987 (62)	1990 (平成2年)	1993 (5)	1996 (8)	1998 (10)	1999 (11)
総 数	1,750,768	1,860,595	1,949,493	1,946,255	1,911,595	1,892,115	1,872,518
病 院	1,467,050	1,582,393	1,676,803	1,680,952	1,664,629	1,656,415	1,648,217
精神病床	331,099	347,196	359,087	362,436	360,896	359,159	358,449
感染症病床	15,042	13,772	12,199	11,061	9,716	9,210	3,321
結核病床	60,067	48,938	42,210	37,043	31,179	27,197	24,773
一般病床	1,060,842	1,172,487	1,263,307	1,270,412	1,262,838	1,260,849	1,261,674
療養型病床群(再掲)	・	・	・	2,823	37,872	99,171	167,106
一般病院(再掲)	1,219,143	1,321,528	1,411,616	1,414,401	1,399,868	1,395,237	1,387,315
一般診療所	283,445	277,958	272,456	265,083	246,779	235,530	224,134
療養型病床群(再掲)	・	・	・	・	・	599	16,452
歯科診療所	273	244	234	220	187	170	167

注 「感染症病床」は、1999年(平成11年)4月1日、「伝染病床」から改められた。

資料 厚生労働省「医療施設調査」

表12 マレーシアと日本の医療従事者数と従事者1人あたりの人口

	マレーシア (1999年)		日本 (1998年)	
	実数	1人あたりの人口	実数	1人あたりの人口
医師	15,503	1,465	248,611	509
歯科医師	1,909	11,897	88,061	1,437
薬剤師	2,129	10,668	205,953	614
看護婦	20,944	1,086	985,821	128
助産婦	6,731	3,374	24,202	5,236

表13 民族別乳児死亡数, 乳児死亡率

民族別	1996		1997		1998		1999		2000	
	死亡数 ('000)	死亡率	死亡数 ('000)	死亡率	死亡数 ('000)	死亡率	死亡数 ('000)	死亡率	死亡数 ('000)	死亡率
マレーシア全国	4.9	9.0	5.1	9.4	4.5	8.1	4.4	7.9	4.5	7.9
マレーシア国民										
ブミプトラ	3.5	9.7	3.7	10.4	3.4	9.2	3.1	8.5	3.2	8.7
マレー系	2.8	9.3	3.0	10.3	2.8	9.1	2.5	8.0	2.5	8.2
他のブミプトラ	0.7	11.4	0.7	11.2	0.6	9.8	0.7	10.9	0.7	11.5
中国系	0.6	5.4	0.6	5.5	0.5	4.4	0.5	4.6	0.6	4.4
インド系	0.3	9.0	0.3	9.7	0.2	7.0	0.3	8.4	0.3	8.5
その他										
外国人	0.5	13.3	0.4	10.9	0.3	8.6	0.4	10.9	0.4	10.1

表14 マレー半島部の州別・性別・都市部の乳児死亡率 1991～1998

州	都市																							
	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998									
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数								
マレー半島	11.0	12.0	10.0	10.0	11.1	8.9	9.4	10.6	8.2	9.0	9.6	8.3	8.9	9.6	8.1	8.1	8.9	7.3	8.8	9.8	7.8	7.9	8.7	7.1
ジョホール州	11.6	12.7	10.5	10.5	11.3	9.5	8.6	10.4	6.7	8.9	8.7	7.9	8.3	8.7	7.9	6.4	7.6	5.2	7.5	8.3	6.6	6.2	6.7	5.6
ケダ州	10.7	10.9	10.6	6.9	7.8	6.0	9.5	11.1	7.7	9.7	10.1	9.4	6.8	8.0	5.4	8.3	8.6	7.9	12.1	13.4	10.7	10.7	11.0	10.4
ケランタン州	13.8	14.9	12.6	10.7	12.6	8.6	8.5	10.7	6.1	9.2	8.5	9.8	10.0	12.0	7.9	9.8	10.0	9.6	8.4	9.7	7.0	11.1	11.2	10.9
マラッカ州	8.0	9.5	6.4	9.9	9.3	10.7	10.4	13.0	7.6	6.9	7.5	6.1	8.9	9.6	8.1	8.4	9.0	7.9	9.3	10.1	8.6	7.8	8.8	6.7
ネグリ・サンピラン州	9.2	7.6	11.1	7.4	9.0	5.7	7.0	7.7	6.3	8.4	9.8	6.8	7.6	6.7	8.6	8.2	8.5	7.8	6.9	7.9	5.9	6.8	6.8	6.8
パハン州	11.7	15.8	7.3	8.5	8.2	8.9	10.7	11.6	9.8	7.4	8.4	6.2	7.5	8.4	6.6	7.1	7.0	7.2	8.3	9.1	7.5	8.5	9.0	7.9
ペラ州	8.3	9.7	6.9	11.0	11.4	10.5	11.3	12.6	9.9	8.7	9.2	8.1	8.7	9.3	8.0	9.2	10.4	7.8	8.6	9.4	7.6	6.4	7.4	5.3
ペリス州	3.2	0.0	6.8	11.1	14.5	7.3	9.5	12.7	6.1	8.4	3.4	13.8	8.0	7.4	8.7	7.7	8.0	7.4	9.7	11.9	7.2	14.9	16.9	12.9
ペナン島	11.5	12.4	10.6	9.2	9.7	8.6	8.9	9.3	8.6	9.4	10.6	8.2	8.5	8.8	8.1	7.6	8.1	7.0	8.5	8.8	8.2	8.0	7.8	8.1
セラングール州	11.1	12.2	9.8	9.8	11.6	7.9	8.4	9.2	7.6	7.5	7.9	7.1	6.7	7.3	6.1	5.6	5.6	5.7	5.9	6.7	5.0	5.5	6.3	4.6
トレンガヌ州	14.9	14.9	14.9	16.2	17.6	14.7	12.4	13.3	11.4	13.1	16.1	9.8	13.3	15.3	11.3	11.4	13.8	8.8	11.8	13.1	10.3	10.2	12.6	7.7
クアラルンプール	10.5	11.4	9.6	9.5	10.5	8.5	10.1	10.7	9.5	10.7	10.8	10.5	13.4	14.2	12.5	12.2	14.4	9.9	14.0	15.2	12.7	11.5	12.9	10.0

表15 マレー半島部の州別・性別・農村の乳児死亡率 1991—1998

農村

州	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998								
	総数	男	総数	男	総数	男	総数	男	総数	男	総数	男	総数	男	総数	男							
		女		女		女		女		女		女		女		女	女	女					
マレー半島	12.7	13.6	11.7	13.2	15.0	11.4	12.2	13.5	10.7	12.1	13.4	10.8	10.9	12.0	9.8	8.7	10.4	11.7	9.1	9.2	9.9	8.5	
ジョホール州	13.8	15.5	11.9	13.7	14.4	13.0	10.2	10.9	9.5	10.9	12.1	9.6	11.3	12.1	10.3	6.8	9.4	10.4	10.4	8.2	9.3	10.7	7.9
ケダ州	13.2	14.1	12.3	12.2	14.5	9.7	15.5	13.1	13.1	8.4	11.8	11.8	8.4	8.8	7.9	9.2	11.0	13.2	13.2	8.6	8.5	9.1	7.8
クランタン州	16.0	16.1	15.8	13.9	16.3	11.3	11.9	12.9	10.8	12.1	12.8	10.7	12.1	13.3	10.7	10.2	10.6	11.9	9.2	9.2	8.9	9.8	7.9
マラッカ州	10.6	12.3	8.7	11.4	13.7	9.0	11.0	12.5	9.3	11.2	12.7	9.6	10.3	11.5	9.0	7.9	10.9	11.2	10.6	10.6	10.8	12.1	9.3
ネグリ・サンピラン州	11.9	14.2	9.5	9.5	11.9	6.9	9.3	11.2	7.3	15.9	18.5	13.2	15.6	16.3	14.8	9.4	9.4	8.2	8.2	5.6	8.5	9.3	7.7
パハン州	12.9	12.5	13.4	14.3	16.2	12.3	13.2	12.3	11.7	12.3	12.3	12.2	11.6	12.7	10.4	9.7	10.7	14.7	11.4	11.4	11.9	10.7	13.0
ペラ州	9.4	9.6	9.2	13.9	15.9	11.8	12.7	14.5	10.7	14.0	15.3	12.7	12.3	14.1	10.4	10.1	10.6	13.1	13.1	10.9	8.1	8.4	7.7
ペリス州	11.5	13.8	9.0	11.4	14.0	8.5	10.2	11.7	8.6	10.5	12.2	8.7	8.8	11.9	5.4	12.6	14.9	11.2	13.0	13.0	4.4	5.8	2.9
ペナン島	9.3	11.3	7.2	11.8	12.9	10.5	10.5	11.9	9.1	12.3	12.7	12.0	12.1	13.6	10.5	10.3	11.5	8.6	10.5	6.6	7.5	8.8	6.3
セラシゴール州	11.7	13.2	10.0	13.6	14.3	12.8	11.1	11.4	10.7	9.7	11.5	7.8	6.9	7.1	6.7	7.3	8.6	7.7	9.1	6.2	7.4	7.7	7.0
トレンガヌ州	16.5	16.4	16.5	14.9	16.6	13.1	13.7	15.1	12.2	11.0	13.1	8.9	11.5	13.2	9.6	12.3	13.4	12.3	12.7	11.7	12.3	14.1	10.4
クアラルンプール	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：

表16 マレーシア国での死因別乳児死亡数 1991-1998

死因	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1. 先天異常 (740-759)	923	943	956	931	841	816	938	875
2. 周産期に発生した病態 (760-779)	2,645	2,619	2,706	2,513	2,530	2,145	2,326	1,997
3. 発熱性疾患								
(a) デング熱とマラリア (061, 084)	7	12	8	9	6	3	9	6
(b) 麻疹 (055)	13	4	10	8	7	10	3	7
(c) けいれん (780)	193	202	151	143	107	101	117	98
(d) その他の発熱性疾患 (002, 060, 782)	618	565	463	417	417	334	327	310
4. 下痢症 (009)	91	58	64	73	51	49	42	30
5. 感染症及び寄生虫症 (001, 003-008, 010-054, 056-059, 062-083, 085-139)	364	385	380	339	312	222	222	184
6. その他の疾患(上記以外の001-799)	1,443	1,507	1,316	1,288	1,178	1,102	1,026	908
7. 不慮の事故、中毒及び暴力(外因) (E800-E845, E847-E901, E903-E949, E960-E978, E981, E982, E985, E986, E989)	33	46	49	52	69	76	72	68
8. 他の原因	46	65	45	64	55	56	4	0
総数	6,376	6,406	6,148	5,837	5,573	4,914	5,086	4,483

注：死因が特定できないものはICD-9Rでのカテゴリーにまとめて掲載

表17 マレーシア国の州別・妊産婦死亡数 1991-1998

州	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
マレーシア全国	98	103	106	103	104	85	91	146
ジョホール州	11	17	13	17	21	16	13	16
ケダ州	10	15	11	8	7	7	13	15
ケランタン州	8	8	12	7	3	5	9	11
マラッカ州	2	0	4	1	2	2	2	7
ネグリ・サンビラン州	5	5	4	2	3	1	2	2
パハン州	10	5	13	9	8	6	7	13
ペラ州	6	20	9	14	13	9	7	8
ペルリス州	0	0	0	1	0	1	0	1
ペナン島	4	4	4	7	5	8	6	8
サバ州	20	4	6	9	11	8	5	19
サラワク州	5	8	8	8	3	3	2	8
セランゴール州	10	7	13	10	14	15	14	18
トレンガヌ州	2	6	6	3	5	3	3	4
クアラルンプール	5	4	3	7	9	1	8	14
ラブアン	0	0	0	0	0	0	0	2

表18 マレーシア国の州別・妊産婦死亡率 1991-1998

州	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
マレーシア全国	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
ジョホール州	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3
ケダ州	0.3	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4
ケランタン州	0.2	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2
マラッカ州	0.1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4
ネグリ・サンビラン州	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
パハン州	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.4
ペラ州	0.1	0.4	0.2	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2
ペルリス州	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2
ペナン島	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3
サバ州	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.4
サラワク州	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.2
セランゴール州	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
トレンガヌ州	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2
クアラルンプール	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.0	0.2	0.4
ラブアン	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4

表19 1999年（平成11年）の死因順位でみた死因別乳児死亡数・
死亡率（出生10万対）・乳児死亡総数に対する割合

死因順位 1999年 (平成11年)	死 因	乳 児 死亡数	乳 児 死亡率	乳児死亡総数に 対する割合(%)
	全 死 因	4,010	340.5	100.0
第1位	先天奇形、変形及び染色体異常	1,411	119.8	35.2
2	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	619	52.6	15.4
3	乳 幼 児 突 然 死 症 候 群	365	31.0	9.1
4	不 慮 の 事 故	215	18.3	5.4
5	胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	195	16.6	4.9
6	心 疾 患	130	11.0	3.2
7	周産期に特異的な感染症	101	8.6	2.5
8	敗 血 症	84	7.1	2.1
9	妊娠期間及び胎児発育に関する障害	78	6.6	1.9
10	肺 炎	70	5.9	1.7

注 「敗血症」には“新生児の細菌性敗血症”を、「心疾患」には“高血圧性心疾患”を含まない。
“新生児の細菌性敗血症”は「周産期に特異的な感染症」に含まれる。

資料 厚生労働省「人口動態統計」

表20 妊産婦死亡率（出産10万対）の年次推移

	妊産婦死亡率		妊産婦死亡率
1950年（昭和25年）	161.2	1983年（昭和58年）	14.8
1955（ 30 ）	161.7	1984（ 59 ）	14.6
1960（ 35 ）	117.5	1985（ 60 ）	15.1
1964（ 39 ）	90.1	1986（ 61 ）	12.9
1965（ 40 ）	80.4	1987（ 62 ）	11.5
1970（ 45 ）	48.7	1988（ 63 ）	9.2
1971（ 46 ）	42.5	1989（平成元年）	10.4
1972（ 47 ）	38.2	1990（ 2 ）	8.2
1973（ 48 ）	36.3	1991（ 3 ）	8.6
1974（ 49 ）	32.7	1992（ 4 ）	8.8
1975（ 50 ）	27.3	1993（ 5 ）	7.4
1976（ 51 ）	24.5	1994（ 6 ）	5.9
1977（ 52 ）	21.9	1995（ 7 ）	6.9
1978（ 53 ）	21.0	1996（ 8 ）	5.8
1979（ 54 ）	21.8	1997（ 9 ）	6.3
1980（ 55 ）	19.5	1998（ 10 ）	6.9
1981（ 56 ）	18.3	1999（ 11 ）	5.9
1982（ 57 ）	17.5		

資料 厚生労働省「人口動態統計」

表21 マレーシア国における家族計画 (1998)

	%
経口避妊薬	74.9
コンドーム	10.5
不妊手術	5.7
子宮内避妊具	4.1
注射	2.4
その他	2.4

表22 予防接種スケジュール

年齢	予防接種
出生時	・ BCG ・ B型肝炎 1 回目
1 ヶ月	・ B型肝炎 2 回目
3、4、5 ヶ月	・ DPT+ポリオ ・ B型肝炎 3 回目
9 ヶ月	・ 麻疹
18 ヶ月	・ DT追加接種
小学校 1 年	・ BCG (跡がつかない場合) ・ DT+ポリオ
小学校 6 年	・ BCG ・ 風疹 (女性のみ)
中学校 3 年	・ 破傷風トキソイド

表23 先天性代謝異常検査による陽性者発見率

1977～98年（昭和52～平成10年度）

	フェニールケトン尿症	楓糖尿症	ホモシスチン尿症	ガラクトース血症	先天性副腎過形成症	クレチン症	神経芽細胞腫
総数	陽性者数 371	59	158	802	832	5,672	2,330
1977～92年 (昭和52～平成4年度)	発見率 1/76,700	1/482,100	1/180,000	1/35,500	1/15,000	1/4,400	1/6,200
	陽性者数 263	49	123	494	304	3,098	1,036
1993（平成5年）	発見率 1/80,300	1/431,000	1/171,700	1/42,800	1/16,900	1/5,700	1/7,900
	陽性者数 15	—	9	45	89	313	202
1994（平成6年）	発見率 1/80,400	—	1/134,000	1/26,800	1/13,600	1/3,900	1/5,200
	陽性者数 13	1	2	49	100	378	208
1995（平成7年）	発見率 1/96,400	1/1,253,000	1/626,600	1/25,600	1/12,500	1/3,300	1/5,000
	陽性者数 26	5	13	59	99	425	194
1996（平成8年）	発見率 1/46,000	1/239,200	1/92,000	1/20,300	1/12,100	1/2,800	1/5,400
	陽性者数 15	3	5	60	79	471	232
1997（平成9年）	発見率 1/81,500	1/407,600	1/244,600	1/20,400	1/15,500	1/2,600	1/4,400
	陽性者数 16	1	3	49	77	460	252
1998（平成10年）	発見率 1/76,000	1/1,215,600	1/405,200	1/24,800	1/15,800	1/2,600	1/4,100
	陽性者数 23	—	3	46	84	527	206
	発見率 1/53,500	—	1/409,900	1/26,700	1/14,600	1/2,300	1/5,100

注 先天性副腎過形成症は、1988年度（昭和63年度）から。なお、1988～1992年度（昭和63～平成4年度）の先天性副腎過形成症検査は5,123,915人が検査を実施。クレチン症は1979年度（昭和54年度）より検査を実施。神経芽細胞腫は1984年（昭和59年）より検査を実施。

資料 厚生省母子保健課調べ

表24 新登録結核患者数及び罹患率の年次推移

	全 結 核			
	実 数	前 年 比	罹患率 (人口10万対)	
			前 年 比	前 年 比
1992年 (平成4年)	48,956		39.3	
1993 (5)	47,437	△1,519	38.0	△1.3
1994 (6)	44,590	△2,847	35.7	△2.3
1995 (7)	43,078	△1,512	34.3	△1.4
1996 (8)	42,472	△606	33.7	△0.6
1997 (9)	42,715	243	33.9	0.2
1998 (10)	44,016	1,301	34.8	0.9
1999 (11)	48,430	4,414	38.2	3.4

資料 厚生労働省「結核発生動向調査」

表25 マレーシア国における感染経路別HIV感染者数とAIDS患者数

	1986-1999		2000	
	HIV感染者	AIDS患者	HIV感染者	AIDS患者
静注薬物濫用	25,380	2,070	2,133	434
その他血液感染	19	8	1	3
性的接触	3,522	853	606	215
母子感染	138	44	65	4
不明	4,174	579	245	48
合計	33,233	3,554	3,050	704

表26 HIV感染者/AIDS患者の国籍・性・感染経路別累計

2000年（平成12年）12月31日現在

	総 数			日 本 国 籍			外 国 国 籍		
	総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	男	女
H I V 感 染 者 総 数	5,313	3,951	1,362	3,804	3,453	351	1,509	498	1,011
異性間の性的接触	1,762	919	843	1,027	749	278	735	170	565
同性間の性的接触 ¹⁾	1,119	1,119	—	1,007	1,007	—	112	112	—
静注薬物濫用	23	22	1	7	7	—	16	15	1
母子感染	25	12	13	16	10	6	9	2	7
その他の	72	43	29	51	30	21	21	13	8
不明 ²⁾	880	421	459	264	235	29	616	186	430
凝固因子製剤 ³⁾	1,432	1,415	17	1,432	1,415	17	…	…	…
A I D S 患 者 総 数	2,542	2,261	281	2,039	1,925	114	503	336	167
異性間の性的接触	879	725	154	672	604	68	207	121	86
同性間の性的接触 ¹⁾	431	431	—	383	383	—	48	48	—
静注薬物濫用	15	15	—	5	5	—	10	10	—
母子感染	14	9	5	11	8	3	3	1	2
その他の	44	29	15	29	21	8	15	8	7
不明 ²⁾	517	418	99	297	270	27	220	148	72
凝固因子製剤 ³⁾	642	634	8	642	634	8	…	…	…

注 1) 両性間性的接触を含む。

2) 推定される感染経路が複数ある例を含む。

3) 1998年5月（平成10年5月）末現在における厚生省研究班からの報告による。

資料 厚生労働省エイズ動向委員会「エイズ発生動向年報」

上記は感染症法に基づく届出件数を累積したものであり、病状変化に応じた件数変更は行っていない。

表27 健康ライフスタイルキャンペーン

第一次：1991-1996

1991 :	心血管疾患
1992 :	HIV/AIDS
1993 :	食品衛生
1994 :	子供の健康増進
1995 :	癌
1996 :	糖尿病

第二次：1997-2001

1997 :	健康的な食事
1998 :	運動と健康
1999 :	安全推進
2000 :	精神保健
2001 :	健康家族

表28 初回薬物使用者数と薬物常用者数

年	初回		薬物常用者		合計	
	数	%	数	%	数	%
1990	7,389	38.3	11,921	61.7	19,310	100
1991	8,083	38.3	12,258	60.3	20,341	100
1992	8,238	38.3	13,268	61.7	21,506	100
1993	10,383	40.8	15,074	59.2	25,457	100
1994	11,672	40.6	17,084	59.4	28,756	100
1995	13,140	38.5	20,964	61.5	34,104	100
1996	13,846	45.3	16,752	54.7	30,598	100
1997	17,342	47.8	18,942	52.2	36,284	100
1998	21,073	56.1	16,515	43.9	37,588	100
1999	17,915	50.7	17,444	49.3	35,359	100
2000	13,294	48.7	14,012	51.3	27,306	100

表29 麻薬・覚せい剤犯罪の法令別違反件数・人員の年次推移

		1975年 (昭和50年)	1980年 (昭和55年)	1985年 (昭和60年)	1990年 (平成2年)	1995年 (平成7年)	1996年 (平成8年)	1997年 (平成9年)	1998年 (平成10年)	1999年 (平成11年)
総 数	件数	14,987	36,063	38,329	22,630	26,846	29,775	29,699	25,617	26,873
	人員	9,703	22,055	25,198	17,238	19,425	21,388	21,511	18,811	20,129
麻薬及び向精神薬取締法	件数	268	241	168	331	572	528	451	563	522
	人員	232	158	138	240	334	275	238	277	286
あ へ ん 法	件数	158	269	449	113	229	190	222	182	168
	人員	140	264	443	111	172	141	161	134	128
大 麻 取 締 法	件数	971	1,745	1,597	2,091	2,314	2,098	1,874	2,119	1,764
	人員	909	1,433	1,273	1,620	1,555	1,306	1,175	1,316	1,224
覚 せ い 剤 取 締 法	件数	13,590	33,808	36,115	20,095	23,731	26,959	27,152	22,753	24,419
	人員	8,422	20,200	23,344	15,267	17,364	19,666	19,937	17,084	18,491

資料 警察庁・厚生労働省・海上保安庁の資料を集計したもの

表30 死因別死亡者数

ICD-9 R分類による死因 (ICDコード)	1994	1995	1996	1997	1998
コレラ(001)	23	28	10	14	20
腸チフス及びパラチフス(002)	16	15	20	8	20
他の腸管感染症(001-009)	122	112	122	76	116
結核(010-018)	525	528	573	566	573
百日咳(033)	-	1	1	1	-
髄膜炎菌感染症(036)	9	4	3	5	3
破傷風(037)	18	17	12	6	10
敗血症(038)	1,980	2,402	2,647	2,733	2,923
痘瘡(050)	-	-	-	-	-
麻疹(055)	11	12	13	1	3
マラリア(084)	60	63	43	37	20
その他の感染症及び寄生虫症(001-139)	352	318	329	375	584
胃の悪性新生物(151)	257	297	263	265	266
大腸の悪性新生物(153)	164	231	215	235	239
直腸、直腸S状結腸移行部及び肛門部の悪性新生物(154)	108	120	119	138	120
気管、気管支及び肺の悪性新生物(162)	832	886	825	906	941
乳房の悪性新生物(174)	260	321	297	339	339
子宮頸部の悪性新生物(180)	165	142	146	127	177
白血病(204-208)	266	330	297	315	311
他の悪性新生物(140-208)	1,877	1,938	2,047	2,035	2,105
良性及び性格の明示されない新生物、非浸潤癌(210-239)	184	196	178	214	215
糖尿病(250)	720	735	678	805	729
栄養失調症(マラスムス)(261)	2	-	1	-	1
その他の蛋白(カロリー)性栄養失調症(262, 263)	22	10	18	15	16
貧血(280-285)	109	106	115	91	122
髄膜炎(320-322)	197	206	185	206	206
急性リウマチ熱(390-392)	2	-	2	-	4
慢性リウマチ性疾患(393-398)	127	148	107	111	101
高血圧性疾患(401-405)	276	285	366	529	450

ICD-9R分類による死因 (ICDコード)	1994	1995	1996	1997	1998
急性心筋梗塞(410)	3,166	3,393	3,314	3,420	3,328
その他の虚血性心疾患(411-414)	899	932	933	1,037	1,062
脳血管疾患(430-438)	3,137	3,363	3,279	3,335	3,367
動脈硬化症(440)	5	5	2	1	1
循環系のその他の障害(390-459)	3,275	3,684	3,628	3,817	3,902
肺炎(480-486)	1,245	1,492	1,434	1,669	1,865
インフルエンザ(487)	-	3	4	2	1
気管支炎、肺気腫及び喘息(490-493)	341	406	410	416	412
胃十二指腸潰瘍(531-533)	142	143	145	165	117
虫垂炎(540-543)	12	11	21	17	16
慢性肝臓病及び肝硬変(571)	344	365	341	366	363
腎炎、ネフローゼ症候群及び腎症(580-589)	1,018	996	1,175	1,169	1,011
前立腺肥大症(600)	2	1	0	-	1
流産(630-639)	8	10	13	9	22
直接産科的疾患(640-646, 650-676)	73	71	57	66	94
間接産科的疾患(647-648)	-	2	0	1	2
先天異常(740-759)	1,058	983	958	1,095	1,027
出産時外傷(767)	11	14	28	17	22
周産期に発生した病態(760-766, 768-779)	2,572	2,590	2,168	2,326	1,980
症状、徴候及び診断名不明確の状態(780-799)	2,185	2,389	2,570	2,748	2,273
その他の疾患(001-799)	4,205	4,745	4,773	5,046	5,470
自動車交通事故(E810-E819)	2,041	2,293	2,698	2,972	2,577
不慮の墜落(E880-E888)	595	430	347	437	355
その他の不慮の事故及び有害作用(E800-E949)	830	1,087	1,256	1,148	1,176
自殺及び自傷(E950-E959)	36	52	92	176	200
他殺及び他人の加害による損傷(E960-E969)	47	44	74	117	141
その他の外因(E970-E978, E980-E999)	2,303	2,540	2,436	2,268	2,115
総数	38,234	41,495	41,788	44,013	43,514

表31 マレーシアの州別・性別での都市部の粗死亡率 1991-1998

州	都市部																							
	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998									
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女						
マレー半島	4.4	5.0	3.9	4.5	5.0	3.9	4.6	5.2	4.0	4.5	5.1	3.9	4.8	5.5	4.2	5.8	4.3	5.1	5.9	4.4	5.0	5.6	4.3	
ジョホール州	4.6	5.2	3.9	4.6	5.3	3.8	4.7	5.5	3.9	4.4	5.0	3.8	5.1	5.8	4.3	4.4	5.1	3.7	4.7	5.6	3.8	4.5	5.2	3.8
ケダ州	4.8	5.4	4.1	4.5	5.2	3.9	4.9	5.6	4.2	5.0	5.8	4.2	5.4	6.1	4.7	8.1	9.1	7.1	8.1	9.4	6.9	8.2	9.5	7.0
クランタン州	4.6	5.0	4.2	4.5	4.9	4.2	4.9	5.4	4.4	4.5	5.1	4.0	5.5	6.3	4.7	5.1	5.7	4.6	5.5	6.2	4.8	5.8	6.5	5.2
マラッカ州	5.2	5.7	4.8	5.3	5.7	4.9	5.8	6.4	5.3	5.5	5.8	5.1	6.6	7.3	5.9	7.1	7.1	5.8	6.7	7.2	6.2	6.4	7.0	5.8
ネグリ・サンピラン州	4.5	5.2	3.9	4.4	4.9	4.0	4.6	5.2	4.0	4.5	5.3	3.8	4.3	4.7	3.8	4.2	4.9	3.5	4.6	5.3	3.9	4.7	5.4	4.1
パハン州	3.9	4.3	3.5	3.7	4.1	3.4	3.9	4.4	3.4	3.9	4.3	3.5	4.2	4.9	3.6	4.6	5.4	3.8	4.6	5.4	3.8	4.3	4.9	3.5
ペラ州	5.2	6.0	4.5	5.4	6.1	4.7	5.7	6.4	5.1	5.5	6.2	4.8	5.4	6.2	4.6	5.8	6.8	4.9	6.1	7.0	5.3	5.9	6.7	5.1
ペルリス州	5.2	5.6	4.9	4.8	5.3	4.4	4.6	5.5	3.8	5.1	5.2	5.1	5.3	5.5	5.1	10.9	12.0	9.8	9.7	10.6	8.8	9.7	10.1	9.2
ペナン島	5.2	5.8	4.7	5.7	6.4	5.0	5.4	6.0	4.7	5.4	6.0	4.9	5.8	6.6	5.0	6.1	7.0	5.3	6.3	7.1	5.5	6.2	7.0	5.5
セランゴール州	3.6	4.1	3.0	3.7	4.2	3.1	3.8	4.4	3.2	3.5	4.1	3.0	3.8	4.4	3.1	3.9	4.6	3.3	3.9	4.5	3.2	3.6	4.1	3.0
トレンガヌ州	4.5	4.7	4.3	4.6	4.9	4.4	4.7	5.1	4.3	5.0	5.3	4.6	5.1	5.6	4.7	5.0	5.9	4.2	4.6	5.2	4.1	4.8	5.4	4.1
クアラルンプール	4.1	4.5	3.6	4.1	4.5	3.6	4.2	4.6	3.7	4.2	4.8	3.6	4.5	5.0	4.0	4.4	5.1	3.7	4.3	5.0	3.7	4.2	4.8	3.5

注：自然増加に基づく人口推計を用いて計算した比率

表32 マレーシアの州別・性別での農村部の粗死亡率 1991-1998

州	農村																								
	1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998										
	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女							
マレー半島	5.3	6.0	4.7	5.3	5.9	4.7	5.0	5.6	4.4	5.2	5.9	4.5	4.8	5.5	4.1	4.8	5.5	4.0	4.8	5.5	4.1				
ジョホール州	4.8	5.3	4.3	4.8	5.4	4.2	4.3	4.7	3.8	4.0	4.6	3.4	4.8	5.5	4.1	4.5	5.3	3.8	4.8	5.6	4.0	4.7	5.5	3.8	
ケダ州	5.6	6.1	5.1	5.3	5.9	4.7	5.4	6.0	4.7	5.6	6.4	4.9	4.4	4.9	3.9	4.4	4.9	3.9	4.4	5.0	3.8	4.5	5.1	4.0	
ケラタン州	5.5	6.1	5.0	5.5	5.9	5.0	5.3	5.7	4.8	5.3	5.8	4.8	5.0	5.4	4.6	4.8	5.4	4.3	4.3	4.9	3.7	4.7	5.3	4.1	
マラッカ州	6.3	7.2	5.4	6.4	7.2	5.6	5.8	6.5	5.1	6.2	7.0	5.4	5.9	6.6	5.2	5.5	6.4	4.6	5.9	6.8	4.9	5.6	6.6	4.7	
ネグリ・サンピラン州	5.6	6.5	4.7	5.5	6.1	4.9	5.3	6.2	4.4	5.9	6.6	5.1	6.4	7.4	5.4	6.4	7.4	5.4	5.6	6.5	4.7	5.8	6.7	5.0	
パハン州	4.1	4.5	3.5	3.9	4.3	3.5	3.7	4.1	3.3	4.1	4.6	3.7	3.8	4.2	3.3	3.7	4.2	3.2	4.2	4.9	3.5	4.5	5.0	3.9	
ペラ州	6.4	7.3	5.5	6.5	7.4	5.7	6.3	7.0	5.5	6.5	7.5	5.4	6.5	7.6	5.5	5.4	6.3	4.6	5.4	6.2	4.7	5.7	6.5	4.9	
ペルリス州	5.6	5.9	5.4	5.2	5.6	4.8	5.2	5.8	4.6	5.9	6.7	5.0	5.7	6.1	5.2	3.9	4.4	3.3	4.2	4.9	3.4	4.2	4.9	3.6	
ペナン島	6.0	6.5	5.4	6.4	7.1	5.8	6.0	6.7	5.3	5.9	6.6	5.2	6.0	7.0	5.0	5.1	5.8	4.4	4.6	5.3	4.0	5.2	5.8	4.5	
セランゴール州	5.3	6.1	4.4	5.4	6.2	4.6	5.0	5.8	4.1	5.3	6.2	4.4	4.9	5.8	4.0	5.2	6.1	4.2	4.6	5.4	3.7	3.4	4.1	2.7	
トレンガヌ州	4.5	5.0	4.1	4.6	5.1	4.2	4.3	4.6	4.0	4.2	4.7	3.7	4.4	5.0	3.8	4.6	5.2	4.0	4.6	5.1	4.1	4.7	5.1	4.2	
クアラルンプール	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：

注：自然増加に基づく人口推計を用いて計算した比率

表33 1999年（平成11年）の死因順位でみた死因別死亡数と死亡率（人口10万対）・死亡総数に対する割合—対前年比較

死因順位	死 因	死 数		差引増減 (1999年-1998年)	死 亡 率		死亡総数に対する割合 (%)	
		1999年 (平成11年)	1998年 (平成10年)		1999年 (平成11年)	1998年 (平成10年)	1999年 (平成11年)	1998年 (平成10年)
第1位	全 死 性 死 新 生 物 性 疾 患	982,031	936,484	45,547	782.9	747.7	104.7	100.0
2	心 血 管 疾 患	290,556	283,921	6,635	231.6	226.7	102.2	30.3
3	脳 疾 患	151,079	143,120	7,959	120.4	114.3	105.3	15.3
4	肺 炎	138,989	137,819	1,170	110.8	110.0	100.7	14.7
5	不 慮 の 事 故	93,994	79,952	14,042	74.9	63.8	117.4	8.5
6	自 殺	40,079	38,925	1,154	32.0	31.1	102.9	4.2
7	老 衰	31,413	31,755	△342	25.0	25.4	98.4	3.4
8	腎 全 不 全	22,829	21,374	1,455	18.2	17.1	106.4	2.3
9	肝 疾 患	17,704	16,638	1,066	14.1	13.3	106.0	1.8
10	糖 尿 病	16,585	16,133	452	13.2	12.9	102.3	1.7
		12,814	12,537	277	10.2	10.0	102.0	1.3

資料 厚生労働省「人口動態統計」

表34 性・部位別にみた悪性新生物死亡数の年次推移

	1950年 (昭和25年)	1960年 (昭和35年)	1970年 (昭和45年)	1980年 (昭和55年)	1985年 (昭和60年)	1990年 (平成2年)	1995年 (平成7年)	1999年 (平成11年)
男								
悪性新生物	32,670	50,898	67,074	93,501	110,660	130,395	159,623	175,817
胃	19,023	26,283	29,653	30,845	30,146	29,909	32,015	32,788
大腸 ¹⁾	1,819	2,390	4,303	7,724	10,112	13,286	17,312	19,418
肝 ²⁾	3,601	5,204	5,868	9,741	13,780	17,786	22,773	23,492
胆のう ³⁾		556	1,340	2,791	3,949	5,069	6,189	6,748
肺 ⁴⁾		789	3,638	7,502	15,438	20,837	26,872	33,389
その他	7,438	12,827	18,408	26,962	31,836	37,473	47,945	55,437
女								
悪性新生物	31,758	42,785	52,903	68,263	77,054	87,018	103,399	114,739
胃	12,188	16,467	19,170	19,598	18,756	17,562	18,061	17,888
大腸 ¹⁾	1,909	2,647	4,196	7,015	8,926	11,346	13,962	15,945
肝 ²⁾	2,578	3,614	3,574	4,227	5,192	6,447	8,934	10,324
胆のう ³⁾		588	1,764	3,808	5,521	6,802	7,557	8,149
肺 ⁴⁾		330	1,533	2,987	5,856	7,753	9,614	12,356
乳房	1,419	1,683	2,486	4,141	4,922	5,848	7,763	8,882
子宮	8,356	7,068	6,373	5,465	4,912	4,600	4,865	5,142
その他	4,978	9,185	12,353	18,153	21,072	24,799	29,901	34,166

注 1) 結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸を示す。但し、1965年(昭和40年)までは直腸肛門部を含む。

2) 肝及び肝内胆管を示す。

3) 胆のう及びその他の胆道を示す。

4) 気管、気管支及び肺を示す。

資料 厚生労働省「人口動態統計」

表35 保健省施設の外来患者数

年	病院とその関連クリニック*		地区クリニックと診療所*		総数	
	数(百万)	総数に対する割合(%)	数(百万)	総数に対する割合(%)	数(百万)	1人あたりの外来受診数
1960+	3,029	73.9	1,067	26.1	4,097	0.5
1970+	6,000	74.2	2,083	25.8	8,083	0.8
1980	10,751	57.1	8,064	42.9	18,815	1.4
1985	11,846	58.2	8,513	41.8	20,359	1.2
1990	13,367	56.1	10,440	43.9	23,807	1.2
1996	13,627	53.9	11,648	46.1	25,275	1.2

+ マレー半島のみ

* 病院の外来患者数は専門医外来と救急外来を含む。

関連クリニックは外来クリニックまたは都市部のポリクリニックに相当する。

出所: Report of the Medical Department, 1960, Federation of Malaya,
Annual Reports, Ministry of Health, 1971/72, 1980, 1990, 1996

表36 保健省病院の入院患者数

年	病院数 (特殊医療施設含む)	入院患者数	入院回数 (人口1000人あたり)
1960*	65	311,791	45.1
1970*	62	569,066	54.5
1980	95	909,394	67.4
1985	101	1,068,788	68.2
1990	102	1,307,609	73.6
1995	117	1,447,582	70.0
1996	117	1,517,744	71.7

* マレー半島のみ

出所：データは「Ministry Of Health Annual Report 1971/72,1980,1985,1990,1995,1996」と「the Report of the Medical Department for the year 1960,Federation of Malaya.」の入院率から算出したもの。

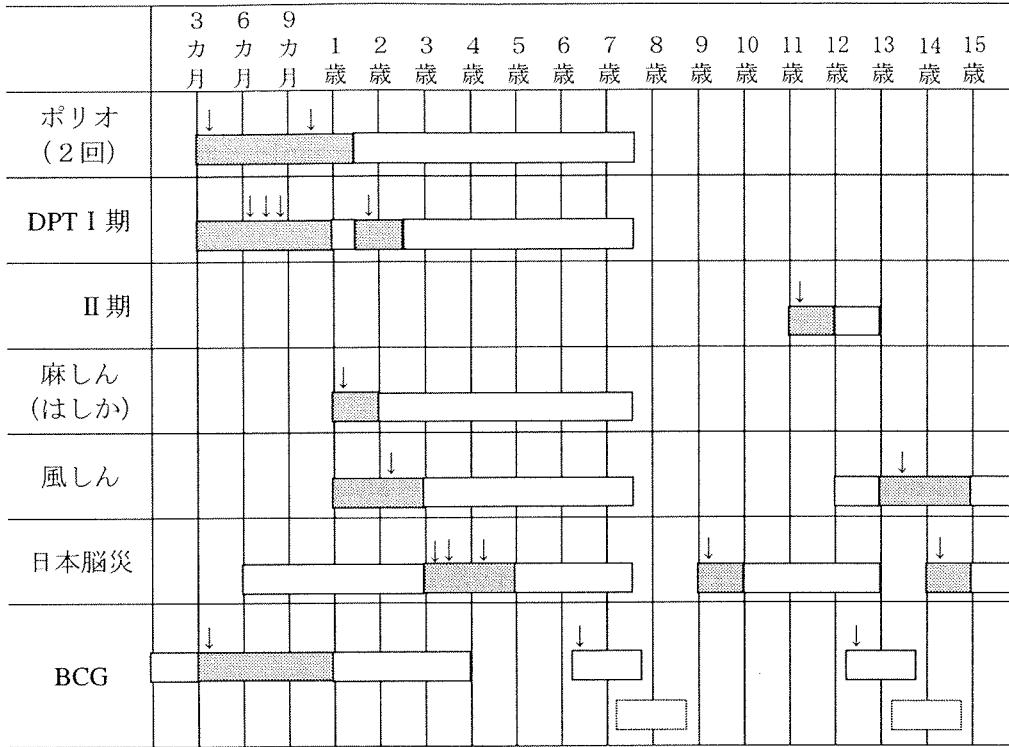
表37 マレーシアの私立病院の外来患者数と入院患者数

年	病院数	ベッド数	総数に対する割合*	
			外来患者数	入院患者数
1980	50	1,173 (4.3%)	Not Available	Not Available
1985	133	3,559 (11.5%)	973,225 (4.5%)	153,535 (12.0%)
1990	174	4,675 (14.1%)	2,131,374 (8.0%)	226,633 (14.1%)
1996	203	7,474 (20.4%)	2,836,321 (9.8%)	331,889 (17.2%)

出所：Annual Reports,Ministry of Health,1981,1985,1990,1996

* 総数は保健省病院、非保健省病院及び私立病院を表わす。

図1 定期の予防接種



↓接種 □ 通常接種が行われている年齢 □ 接種が定められている年齢

注) BCG: 小学校1年生, 中学校1年生でツ反検査で陰性の方はBCGを行う。
 小学校1年生, 中学校1年生でBCGを受けた人は, 小学校2年生, 中学校2年生でツ反検査で陽性の場合再度BCGを行う。(□部分)

図2 マレーシアの結核(全結核)罹患率

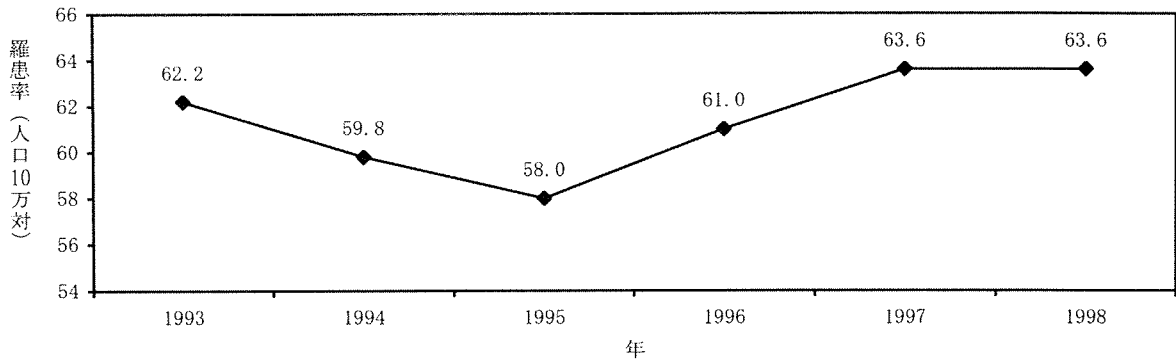


図3 マレーシアのマラリア感染者数

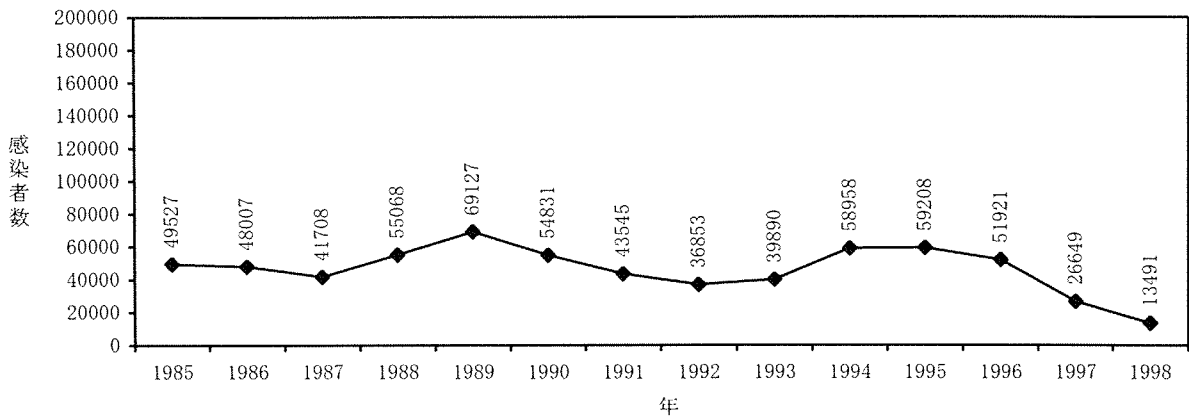


図4 マレーシアの報告されたデング熱の罹患率

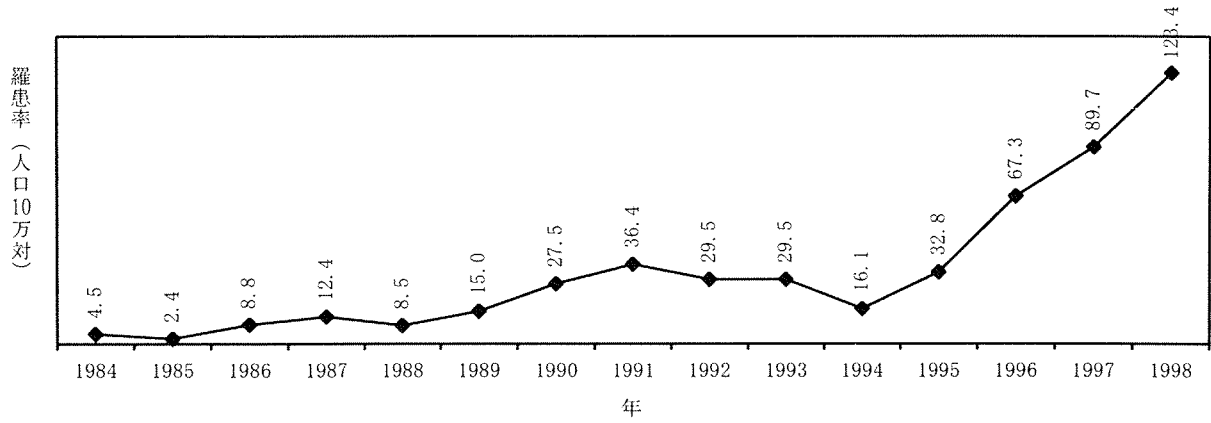


図5 KL病院の外来患者数

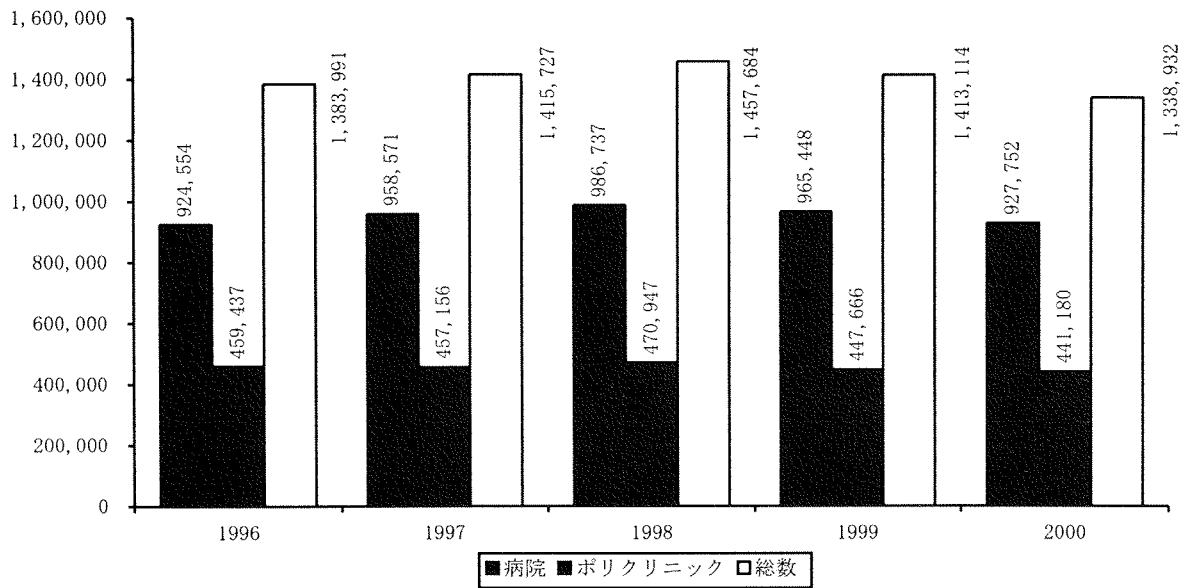
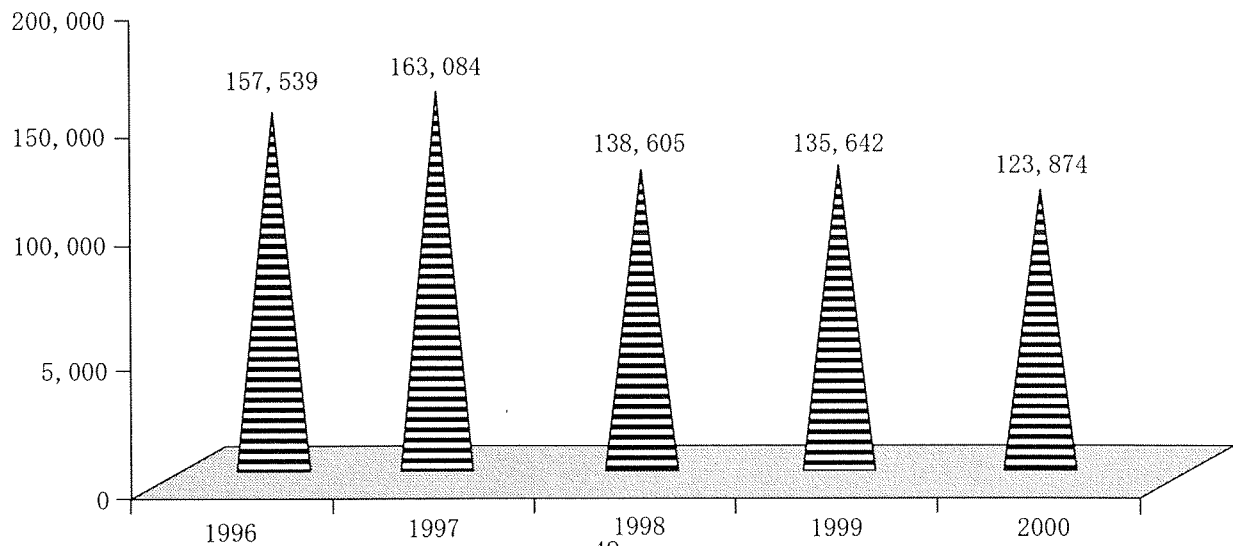


図6 KL病院の入院患者数



第3章

マレーシアの高齢者に対する社会保障

1. 概要

マレーシアにおいて徐々に人口高齢化が進みつつある。その主たる原因は長寿化である¹。現在、60歳以上の高齢者は約140万人、人口の6.5%程度であるが、2005年にはそれぞれ約170万人、7.2%に、そして2020年には約380万人となり、11.3%になると予想されている²。

マレーシアの高齢化の問題は、単に人口比の上昇という量的な問題だけにとどまらず、都市化にともなう核家族化の中で、それまで高齢者扶養の中心的な役割を果たしてきた家族の機能が失われてきている点も今後の高齢者扶養政策を考える際に重視する必要がある。

家族が高齢者扶養の中心であったマレーシアでは普遍的な年金や高齢者福祉は整備されていない³。高齢者の77%は自立した健康状態であるが、一方、1.3%が寝たきりになっている。また、70%の高齢者が健康状態は「よい」としながらも、81%が何らかの慢性疾患にかかっており、さらに12.7%が3つ以上の慢性疾患に罹っている⁴。以下、現在の高齢者の生活状況および社会保障制度について分析する。

¹ 社会経済、生活環境、医療サービス、公衆衛生の改善によってマレーシアの寿命は急速にのび、1957年時点での平均寿命は男性55.8歳、女性58.2歳であったが、1997年にはそれぞれ69.6歳、74.5歳になっている。

² 1998年で従属人口比率（15歳以下人口と65歳以上人口の合計がそれ以外の人口に対する比率）は60.7である。

³ Lum (1992) p277.

⁴ 保健省の調査によると高齢者の慢性疾患は、関節痛（50.1%）、目の病気（40%）、難聴（21%）、高血圧（26%）、心臓病（16.3%）などである。

2. マレーシアの社会保障制度

マレーシアの社会保障は1970年代までは民間によるボランティア、チャリティーに頼っていた部分が多かったが、経済成長とともに社会保障制度が次第に整備された。

マレーシアの社会保障 (Social Policy) を所得保障 (Social Security)、医療保障、高齢者福祉に分けて考えると以下のような特徴がある。

所得保障については、全国民を包括的にカバーする体系的な制度はない⁵。マレーシアにおける所得保障の対象者は被用者が中心であり、それは、①EPF (Employees Provident Fund)、②被用者社会保障法 (Employees Social Security Act)、③労働者補償法 (Workmen Compensation Act)、④雇用法における疾病・出産給付 (Employment Act)、⑤公務員年金法 (Pension Act for Public Workes) と全国民のうち低所得者を対象にした⑥生活保護プログラム (Welfare Social Assistance Programmes)⁶である。

医療保障については、英国統治下から続く国営医療サービスシステムが医療保障の中心であり、一般財源に基づいた全国民を対象にした医療保障となっており、低額窓口負担で国民は公的医療サービスにアクセスできる。また、技術水準別に体系化された公立病院、診療所が全国に配置されている。さらに公的医療保障制度とは別により迅速、快適、効果的な治療を求める人のために私立病院、診療所も存在する。マレーシアの医療保障は国営医療サービスと私的医療の二層構造になっている。

高齢者福祉については、「Caring Society (福祉社会)」という考え方に基づいて、地域、家族が高齢者の扶養の中心を担っており、政府の役割は一部貧困高齢者と老人医療研究・開発に限定されている。高齢者、障害者のケアのための専門スタッフが質的、量的不足しているため人材育成が必要になっている⁷。

3. 所得保障の体系

一般被用者を対象にした社会保障制度としては、被用者年金基金法 (1951年)、労働災害補償法 (1952年)、被用者社会保障法 (1969年、1984年改正) がある。このうち被用者社会保障法では、5人以上の事業所の労働者に対して、労働災害・職業病・廃疾に関する現金・医療給付が行われている⁸。

⁵ Zaharah Awang (1992) p7.

⁶ 生活保護の形態はフードスタンプではなく、金銭給付である。

⁷ Zaharah Awang (1992) p5.

⁸ Trengganu州とSabah州では州独自の社会保障制度が実施されている。

(1) 年金

マレーシアには全国民を対象にした年金制度は存在しない。公的年金の整備は公務員からスタートしたが、1951年に発足したEPF (Employee's Provident Fund) が被用者年金として定着している。

現在、被用者に対する年金はEPF,SOCSO ((Social Security Organisation), 陸軍基金、教師基金、年金基金などがあるが、全体の基金の残高の85%をEPFが占めている。

(2) 公務員年金

①制度概要

公務員⁹を対象にした公務員年金は、年金法 (Pension Act 1976年) が根拠になっている。公務員年金の対象者は政府、地方自治体、警察、軍隊など公務員で、その数は約80万人いる。公務員年金は無拠出年金であり、55歳の退職年齢 (女性は45歳) から支給開始年齢であり、10年以上の勤務年数が給付要件で、最終給与の50%が支給される。政府は保険料として賃金の17.5%を拠出するが、労働者の拠出はゼロである。保険料は、統合された年金基金会計で管理される。

②給付内容

・退職年金受給資格

退職することによって受給資格を得る。公務員の強制退職年齢は55歳 (裁判官は60歳) である。この定年退職以外に受給資格を得る退職理由は、健康上の理由、職場の廃止、職位の廃止、市民権の放棄、公共上の要請、選択的退職¹⁰、政府系企業への身分異動などがある。なお、著しい法律違反があると年金権を失う。

・年金額の計算式

$1/600 \times \text{最終賃金} \times \text{在職期間 (月単位)} \text{ (最低20\%、最高50\%の間)}$

退職理由が行政再編などの場合は、乗率が1/500となる。

・遺族年金

被保険者本人が死亡した場合、以下の遺族年金が支給される。

- ①在職中の死亡の場合、結婚している場合は妻子、結婚していなければ親に支給される。
- ②公務執行中の死亡については、12年間全額支払われる。その後、70%まで引き下げられる。
- ③配偶者が生きているかあるいは再婚するまでの期間、配偶者に支払われる。
- ④子どもが21歳になるまでの期間、子どもにも支払われる。
- ⑤障害のある子どもの場合は障害手当が加えられる。

⁹ 公務員はマレー人の比率が高い。

¹⁰ 50歳 (男性) 45歳 (女性) から給付される。

⑥遺族が複数いる場合、妻が3/5、21歳以下の子どもが2/5の割合で年金給付は分割される。

(3) 被雇用者積立基金

1951年被雇用者積立基金法は、従業員が55歳に達したとき全額支払われる強制拠出積立基金について規定し、すべての雇用者および被雇用者は被雇用者積立基金（EPF）に、それぞれ被雇用者の月額給与の12%および11%を拠出することになっている¹¹。

EPFはシンガポールのCPFと並んで世界で最も古い公的な積立年金で1951年に導入され、国内貯蓄の中心的役割を果たした¹²。1970年代に基金が国内貯蓄に占める割合は10-11%であったが、1980年代には16%、1990年代には18%と上昇した¹³。マレーシアの開発資本確保という点からもEPFはきわめて重要な役割を果たした¹⁴。

①EPFの概要

EPFの加入者数は累積で945万人（1999年）となっており、加入者数が昨年より11%伸びている。一方、321,321人が資産を引き出し、引き出し額は8,549百万リンギ（1998年）となっている。この結果、EPFの資産は155,625百万リンギとなり、マレーシアGDPの50%以上の大きさになっている。図表1はEPFへの加入状況を示している。

②EPFの組織

EPFは財務省監督下の法令で定められ、活動を議会に報告する義務がある特殊会社¹⁵で、徴収、運用、支払いの三つの業務を行っている。

¹¹ 1998年8月1日より月額給与が2,500リンギ以下の外国人就労者は月額給与の11%を、そして、雇用者は月々RM5を被雇用者積立基金法に支払うことになった。全ての雇用者は、雇用から7日以内に従業員をEPFに登録する必要がある。ただし、自営業者、外国人就労者（月額が2,500リンギ以上の者）および家事使用人つまり従業者や庭師を含む個人の住宅で働き、あるいはそれに関連する仕事を行い、雇用者個人の勘定で賃金が支払われている者は、加入義務から除外される。これらの人々も希望により基金に加入することもできる。

¹² 1950年代、イギリス系大企業各社はそれぞれ自社の退職金積立金への拠出率をバラバラに定めていたが、連邦労働局は加入者の権利保証のために一律の拠出率の年金制度導入を求め、これがEPFへつながった。チュウ・ジン・エン（2001）参照。EPFはスタート当初は拠出率10%からスタートし、5回の引き上げが行われた。

¹³ こうしたEPFによる強制貯蓄がその他の民間貯蓄を阻害していないのかという点については、阻害効果がないことが確認されているLee（2001）p138。

¹⁴ 政府がEPFによって強制積立された年金資金を社会資本整備のために使うことができた。EPFは基金の7割を政府債券に投資することが定められており、1980年代は実際に8割が政府債券投資に向けられ、政府の流動性確保効果の基盤となった。

¹⁵ EPFの運営は理事会の意思決定のもと行われている。理事会のメンバーは、経営者代表5人、労働者代表5人（主な労働組合であるMTUCから2人、CEUPASから2人）、政府代表5人、専門家（国際金融や会計の専門家）3人という構成であり、理事会の下に、中央銀行と大蔵省と専門家をメンバーにする投資委員会（インベストメント・パネル）が設置され、運用をEPF内外のファンドマネージャーに委託している。

③保険料

保険料は労使が負担しており、徐々に引き上げられている。当初は労使ともに5%からスタートして現在、従業員拠出は11%、雇用主拠出は12%¹⁶となっている。

④給付・アカウント

EPFは、①退職給付アカウント（第1勘定）、②住宅、教育、個人投資アカウント（第2勘定）、③ヘルスアカウント（第3勘定）によって構成されている。割当は6：3：1の配分になっている。

・退職給付アカウント（第1勘定）

第1勘定は退職給付アカウントである。定年退職55歳から全額引出し可能であり、さらに3分の1の額を50歳引き出し可能である。図表2は口座の引き出し状況を示している。

・住宅、教育、個人投資アカウント（第2勘定¹⁷）

2000年より設置され、高等教育、パソコン購入で使うこともできることになった。

・医療勘定¹⁸（第3勘定）

1995年より設置され、自分自身、配偶者、子供の医療費のために使うことができる¹⁹。

図表3は医療勘定の状況を示している。

⑤積立金の運用

積立金の運用は、①忠実義務の遵守、②運用について規制、③最低利回り2.5%保証の方針に基づいて行われている²⁰。自家運用、外部投資機関への委託のほか、政策的な長期投資を行っており、高速道路など国策会社への貸付も行う。格付けにしたがった利子率をつけ、優良企業を選別した投資を行っている。この結果、実質利回りがマイナスになったのは1982

¹⁶ アジア経済危機以降の緊急経済対策一環として、2001年4月にEPFの従業員拠出割合が9%に減額された。これは2%分が消費支出へ向かい、需要拡大につなげたいという政策目標による。しかし、実際には、老後保障のためにも2%の引き下げについては、国民が賛成しなかったため、9%~11%まで選択は各自の自由としている。一方、雇用者負担の方は12%のままである。

¹⁷ 1991年EPF法の改正により導入。

¹⁸ ヘルス・アカウントが94年に導入された。このヘルス・アカウント第3勘定（医療勘定）には次の2つの深刻な欠点があると指摘されている（Lee（2001））。医療勘定の大きさが小さいすぎて、深刻な病気の医療費に不十分である。そこで、シンガポール同様に強制加入の医療保険と組み合わせるべきであるという意見もある。さらに医療勘定は55歳以降使えなくなってしまうが、55歳以降も深刻な病気になる可能性がある。

¹⁹ EPFの医療アカウントは36疾病をカバーする。家計支出に占める平均の医療支出は1973年は1.5%であったが、1999年には2%に上昇している。しかし、医療費は集中して発生しているため、平均的な支出比率では評価できない。

²⁰ 近年は、国債市場や資本市場の充実にしたがって、運用を積極化させ、1991年にEPFの株式投資が許可され、その後、運用先は社債、株式、金融商品、不動産に広げられた。当初は株式投資は10%以下という制約であったが、現在では25%まで拡大されている。通貨危機によって海外への投資は中止された。また、民営化の進展によって、政府の国債の発行が減少していることもあり、EPFのポートフォリオは国債32%、株式19%、短期預金24%、ローン25%となっており、国債の比重は低下している。それでもEPFはもっとも大きいマレーシア国債の保有者であり、97年時点でEPFは国債発行残高の57.5%を保有している（SOCISOは3%）。国債の平均利回りは6.3%（10年もの）である。また資金運用は日興、大和、野村系の日系投資会社も運用を請け負っている。

年など2年だけである。また、1996年から信託投資ユニットがスタートし、積立口座が5万リンギを超える個人について、超えた部分について、最高10%の範囲で政府が認定した投資信託に投資・運用できることになった²¹。またEPFは財政計画について5年に一回見直すことになっている。図表4は利回り実績を示している。

(4) 被用者社会保障法

EPFが年金という長期所得保障の保険を担っているのに対し、1969年被雇用者社会保障法（SSA；Social Security Act of 1969）²²は労働災害補償保険制度、恒久障害年金基金として労災、障害などの短期所得保障の保険をカバーしている²³。

1969年社会保障法は実際には1971年に施行され、労働者と家族に労働障害に関連する保障を規定、労災・廃疾・扶養家族・医療・リハビリに対する給付、廃疾年金給付、遺族給付が行われ、24ヶ月支払いで受給資格を得ることになる²⁴。

SSAの事業は人的資源省の委員会によって運営される。委員会は政府、労使代表によって構成されている。社会保障機構（SOCSCO）は従業員社会保障の運営機関として1985年に法的機関となっている。

①SOCSCOの概要

社会保障機関（Social Security Organisation, SOCSCO）は、1969年被雇用者社会保障法に基づき、社会保険原理にしたがって、労働者を対象に、労働災害、労働疾病、病弱、死亡を含めたリスクに対する所得保障（労働災害補償保険制度および恒久障害年金制度）を行う機関である²⁵。掛け金積立残高は79億リンギで、1999年は22万8000人の受給者に総額5億160万リンギを支給している。

②SOCSCOの構成

雇用者社会保障はタイプ1の労働災害補償とタイプ2の恒久障害保険の二つのスキームから構成される。タイプ1は不測の業務上災害による傷害・疾病・死亡に対して補償する労働

²¹ これは信託マーケットの育成の目的もある。

²² 労働・人材省が所管

²³ マレーシアには失業保険が存在しない（SOCSCOには規定がない）。マレーシアの労働法では、会社都合の解雇などでは、勤務年数に応じて手当が支給されており、これで失業保険を代替しており、1年勤務につき、1ヶ月から1.5ヶ月の賃金を支払う。失業保険の創設には労働組合などが、1人1リンギ程度の負担によって成立と主張しているが、政府は労働コストの上昇を理由に反対している。

²⁴ 移民労働者はこの法律によってカバーされていないが、労働災害補償法（Workmen's compensation act）によってカバーされている

²⁵ 適用範囲は小さいが、SOCSCOにカバーされない零細企業の労働者に対しては1952年労働者災害補償法が労働者が雇用中に起きた傷害に対する補償金を労働者が致命傷を負ったときその扶養者に対する補償金を提供している。この法律は500リンギ以下の賃金の民間部門労働者、そして賃金の上限には関わらず、全ての肉体労働者に対して適用される

災害補償保険制度（EIIS）（Employment Injury Insurance Scheme）である。タイプ2は、原因を問わず傷病の結果、廃疾（就労不能）になった者に対して年金を補償する恒久障害年金制度（Invalidity Pension）」である。

- ・ SOCSOの組織

SOCSOは従業員社会保障制度を運営する法定機関であり、その理事会は政労使の代表からなり、構成は政府代表5人、使用者代表4人、労働者代表4人となっている。

- ・ 加入対象者

5人以上の労働者を雇用する使用者と、1か月強制加入月2000リンギット²⁶以下の労働者・見習い労働者は強制加入であり²⁷、マレーシア人労働者と、永住者のみに適用される²⁸。加入者数は850万人で、うち430万人が掛け金を拠出している。

- ・ 保険料

財源は、所得比例の保険料であり、賃金は24段階に区分されている。政府からの補助金は入っていない。タイプ1の労働災害補償保険制度については使用者が拠出する掛金により、タイプ2の恒久障害年金制度については使用者と従業員が折半して拠出する掛金により、それぞれ賄われる。掛金率はタイプ1が各従業員の月額賃金の1.25%を雇用主が負担し、タイプ2は1.00%で、労使折半である。したがって、合計2.25%のうち使用者が1.75%、従業員が0.50%を負担することになっている。掛金はSOCSOに納められる。図表5は保険料率の負担構成である。

- ・ 給付内容

労働災害補償保険制度は、職業上の傷害で身体障害者になったり、死亡した場合、現金給付および医療介護を従業員に対し行う。仕事上の損傷の結果死亡した者の被扶養者への定期的金銭給付、切断者となった者への義肢の交付、重度障害を受けた損傷者への定期的金銭給付、埋葬料の給付もある。恒久障害年金制度は、55歳までのあらゆる原因による疾病および死亡を対象にする。

労働災害補償保険制度の具体的な給付内容は以下のようにになっている。一時的障害、恒常的障害、恒常の一部障害に対して、医療給付として治療費、介護費用、医療上の手当、通院費、金銭給付として、一時的障害については、災害前6ヶ月平均の月額賃金の80%を日割り

²⁶ 2000リンギット以下で一度加入したら、後に賃金がこれを超えても脱退できない。この方式をOnce in always in ルールという。

²⁷ ただし恒久障害年金の適用除外例外は、50歳以上で50歳に達する以前に障害年金に拠出になかったもの、55歳に達しているもの、すでに労働災害補償給付や恒久障害年金を受けているものである。SOCSOには民間の従業員以外に、年金受給資格のない法人組織従業員にも加入資格がある。なお、マレーシア政府は加入対象を自営業や専門職（農漁業従事者、タクシー運転手、行商などの自営業者や、医師、弁護士、建築家、測量士、技師、会計士）にも拡大する方向で検討している。拡大されれば農民や漁師を含む170万人以上の自営業者が恩恵を受けることになる。また妊婦労働者、住宅ローン、家族手当、医療計画を支援するために新たな基金を設置することも検討されている。妊婦に対する給付は、妊婦労働者に職場への残留を促すのを目的としている。マレーシアでは女性の約4割が働いている。海外労働時報2000年4月、海外労働時報 2001年6月号参照。

²⁸ 加入しなかった場合、1万リンギットの課徴金を課せられる。

計算で保障、恒常的障害（生涯ケア給付life long care allowance）については、災害前6ヶ月平均の月額賃金の90%を日割り計算で保障、恒常的の一部障害については、稼得能力の低下に応じた所得保障、そのほか遺族には扶養者給付（dependent benefits）²⁹、葬儀費用³⁰、が給付される。

恒久障害年金制度の給付条件は、労働能力が1／3以上失ったと医師に判断された場合で、障害年金³¹、介護人手当、障害手当³²、生存者家族責任年金（Survivors Pension、妻子もしくは親に対し）、リハビリテーション給付、教育ローンがある。

4. 医療保障制度

マレーシアの医療保障システムはイギリス統治時代にスタートした国営医療サービスと私的医療保障の混合システムである。国営医療サービスのもとでの公立病院はすべて国立であり、都市部ではイギリス統治時代からの病院制度が存在し、州総合病院・地区病院が中心的役割を果たしている。マレーシアの公共病院と診療所の医療サービスの水準は、東南アジアでは最も高いレベルにある。また都市部には私立の病院・診療所も多くあり、全額自己負担での医療サービスを購入できる。図表6は経営者別医療機関の数である。

(1) 中心的な国営医療サービスシステムと補完的な私的医療サービス

一般財源をもとにした国営医療サービスシステムが中心であるため、マレーシア国民は1リングで、外国人も2リングで外来医療サービスを受けることができる³³。このほか、入院については、一日3リングが基本であるが、一等病室、二等病室、三等病室など等級に応じて負担額に違いがある。薬剤費は政府が全額補助し、検査、CTなどは別途負担となっている。

一方、より高い技術、サービス、高品質の薬剤、迅速な治療を望む場合は、全額自己負担の私立医療機関も利用することができる。私立医療機関は保健省に登録され、価格、品質がモニターされている。

(2) 医療保健の財政

医療保健の費用は45億リングで政府支出の約7%を占めている。費用構成は図表7を見よ。

²⁹ 被扶養者は最低一日8リング以上の賃金の90%の所得保障を受ける。この受給者は(a)配偶者が3／5を生涯あるいは再婚するまで、(b)2／5を子どもが受給し、21歳か結婚まで期間である。もし、結婚していなければ受給者は親の場合は4／10、兄弟の場合は3／10（21歳になるまでか結婚するまで）、祖父母（親が死亡している場合）の場合は4／10をうけとることとなる。

³⁰ 1500リング。

³¹ 死亡するまでの期間、過去24ヶ月の平均賃金の50～55%に相当する金額。

³² 2年間未満の加入の場合、障害年金を受けることができず、支払った保険料に利子を上乗せした金額を支払う。

³³ 現在、外国人労働者も利用できるが、入院の場合、外国人の方が自己負担は大きい。

(3) 医療保障改革

医療保険については、全国民を対象にした医療保険 (National Health Finance Fund) の設立を1984年から研究しているが、まだ成立していない。

国立病院の施設が充実しているものの、公共部門の肥大化が問題になっており、一部業務については民営化を進めたが、反対論も強く、1997年でストップしている。

このほか、医療費の膨張を防ぐための工夫などが検討されている。一方、私的医療の分野では、私立病院の高額医療費が問題になっている。特に政府は非営利型の慈善病院に法人税を免除しているにもかかわらず、一部の非営利型の慈善病院が高い医療費を請求することなどが問題になっている。

5. 高齢者の生活実態

マレーシアにおいては、高齢者は家族、とりわけ子供によって扶養されているのが普通である。しかし、急速な社会構造の変化のなかで、自分自身の貯蓄や社会保障給付で生活する高齢者も増加傾向にある。主な社会保障給付等はEPF、SOCSSO、個人生命保険である。マレーシアの高齢者がどのような生活状況であるかを知るための全国的なデータは存在しない。そこで、限定された地域のサンプル調査ではあるが、Tan (1999) から高齢者の家計の情報を得ることができる。29%の回答者がなんらかの社会保障給付を受けている。うちわけをみると、18%がEPFに拠出し、18%が受給者で、13%がSOCSSOに加入し、5%が個人年金に加入している。このような保険等の給付を受ける高齢者を男女別に見ると男性が多く女性の3.3倍になる (図表8)。人種別にみるとインド系がマレー系よりも社会保障給付を受けているものが相対的に多い。また、EPFなどの制度発足は1950年代と比較的早かったものの、加入者の範囲拡大が最近拡大したため、一般的に、若い世代のほうが社会保障制度にカバーされる割合が多い。

拡大家族の崩壊といった急激な社会の変化と高齢者の年金加入者が少ないことから、高齢者の老後の生活保障問題は緊急の課題となっている。

(1) 家計の状況

① 高齢者の平均所得

収入は平均で年間4,009リングで年齢とともに減少することがわかる³⁴。男女別では男性が女性の1.5倍程度になっている (図表9、10)。

収入源については、男性の97%が、女性の89%が何らかの安定した収入源をもっており、62%の高齢者が子供からの仕送りを得ている (図表11)。男女別の違いが大きいのは就業所得

³⁴ マレーシアの平均可処分所得は月2472リングである。Department of Statistic (2001) ,Statistics Handbook.

と年金所得である（図表11）。男性は69歳までは就業率が高く、以降急速に低下するが、女性は50歳代前半でも4割程度しか就業していない（図表12）。したがって男性は59.1%が就業所得がある一方、女性は25.4%に過ぎず、また年金については男性は25.7%が受けているのに、女性は7.8%に過ぎない。年金や保険との関わりは図表8、9でみるように年齢とともに減少するものの、男性が女性よりも遙かに高い数字を示している。このように、マレーシアの高齢者の所得は①子供からの仕送りが中心的な役割を果たし、純粋に年金で生活できるのは全体の10%くらいでのこり90%ぐらいは程度の差はあるものの子供からの仕送りに依存しており、②男性にとっては、EPFなどの年金給付が重要な役割を果たすが、女性が市場労働に携わる期間が短いと女性の年金はきわめて限定的である、③EPFからの引き出し金も退職後10年ぐらいしかもたないことがわかる³⁵。

(2) 高齢者の居住状態

図表13は高齢者の婚姻、世帯類型、教育に関する状況を示している³⁶。高齢者世帯の5割が拡大家族となっている³⁷。年齢とともに夫婦（配偶者のみ）のみは減少し、子供との同居が増加する傾向にある（図表14）。また、年齢とともに単身世帯も増加する点に注意する必要がある。表15は人種別・年齢別・男女別・都市別世帯人員数であるが、意外なことに地方の方が都市部よりも高齢者世帯の平均世帯人員数は少ない³⁸。人種別でみると最も平均世帯人員が多いのが華人系である。

(3) 高齢者の生活状態と健康

高齢者が直面する問題は、健康問題が中心である。健康状態については、1/3の高齢者が「良好」と回答し、49%が「普通」、18%が「悪い」と回答している（図表16, 17）。しかしながら、「良好」の割合は年齢とともに減少し、高齢者においては、39%の人が何らかの慢性疾患は訴えており、この割合は年齢とともに増加する傾向にある。主な疾患は、高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓などである³⁹。疾病の治療先は公立医療機関が中心的な役割を果たしている。（図表18）

問題が起きた場合、援助を求める相手は、子供が中心であるが、息子、娘では一方に偏らない傾向がある。マレーシアの高齢者の生活保障の中心は子供や家族である⁴⁰。（図表19, 20）

³⁵ Lum Kim Tuck (1992) p277.

³⁶ 高齢者の居住場所として、自身の家、子供と同居、Old folks Home、病院、nursing home、welfare homeがあるが、全国的なデータを入手することはできなかった。

³⁷ イスラムの戒律で家族の扶養は重要な義務になっているLum Kim Tuck (1992) p274. 子供の間を転々として生活している高齢者もいる。

³⁸ Tan (1999) p15.

³⁹ Tan (1999) p20.

⁴⁰ ザイナル・クリン編 (1981) pp104-108によると、マレーの村落では、母系相続であり、男性（息子）は財産の使用と後見をするだけで所有は女性（娘）の子孫に相続される。このため婿は妻の実家の財産を相続すること

6. 高齢者の貧困と福祉

マレーシアは、従来、所得の格差は大きく、特に人種格差が大きかった。しかしながら、マレーシア政府は最低賃金制度を採用せず、さらに公的扶助の役割も限定した⁴¹。社会保障制度を通じた再分配政策よりは資源の人種間割当政策、ブミプトラ政策を産業政策として採用し、格差縮小を進めた。すなわち一定のパイを分け直すのではなく、パイを大きくしながらマレー系への割当部分を増やす政策を選択した。このため、所得格差を示すジニ係数は、70年から80年にかけて縮小傾向になった。しかし、ジニ係数は90年代に入り上昇し、所得格差は拡大傾向に入り、ジニ係数0.46、貧困率16%となっている。こうした新しい所得格差の拡大の背景にはマレー人間での所得格差が広がりつつあるという指摘もある。

(1) 貧困高齢者への保障

マレーシアでは高齢者扶養の中心は家族であるため、政府による高齢者福祉政策は貧困高齢者を対象にした限定的なものである。具体的な貧困高齢者対策施策として、社会福祉局による高齢者ホーム（Welfare Homes, Old Persons Homes）、2つの慢性疾患用施設、1つの貧困者センターがある。

図表21にみるように高齢者ホームは全国9施設あり、収容定員は2,150人である。

入所者の人種別構成比はほぼ同じであるが、人種別人口数から考えるとインド、華人、マレーの順で入所率が高い（図表22）。この背景には、経済状況のほか人種間の家族慣習違いが影響を与えていると考えられる。

これらの施設への入所資格は、①貧困の60歳以上の高齢者、②伝染性や精神疾患がないこと、③身寄りがいないこと、④住居がないこと、⑤日々の身体的に自立していることが条件になる。これらの資格審査は、社会福祉局が州福祉局を通じて行う。この施策に対する根拠法は「1983年高齢者ホーム法」（The Management of Old Persons Home 1983）である。

また、貧困高齢者は裁判所の命令で強制的に入所させる場合もある「浮浪者取締法」（The Vagrants Act 1977）。

貧困高齢者福祉施設では、①ケア、保護、②コンサルタントとアドバイス、③社会復帰（軽作業）、④宗教施設、⑤リクレーション、⑥医療サービスが提供される。

入居者は扶養をする者が現れるか自立できるようになったら退所することになる⁴²。

はない。夫、父親は妻、子供の後見人としての役割を与えられるが世帯を構成する成員としての相続権を持たない。一方、マレー人の財産所有については、個人主義が強く、相続と扶養の関係は弱いという文献もある。上智大学アジア文化研究所（1999）。

また、家族内ケアの担い手については人種によって違いがあり、マレーとインド系は実の娘が中心であるが、華人系は嫁が中心である。

⁴¹ 公的扶助は地方政府の責任で行われている。貧困水準は一月1家族500リング。

⁴² このほか貧困者に対して生活保護があり、週30-50リング程度の現金給付がある。対象者は限定されており、9324人程度（1989年）である（Lum（1992）p278）。

(2) 国家高齢者福祉政策

マレーシアでは高齢者扶養の中心は家族である⁴³。これを補完するため、政府は、1996年に国家高齢者福祉政策（National Policy for the Elderly）に基づいて、個人、グループ、ボランティアグループ、地域、政府関連組織、民間組織の活用を促進している⁴⁴。

この施策は、①啓蒙、②就業継続、③地域参加、④レクリエーション、⑤交通機関の整備、⑥快適の居住環境の保障、⑦家族支援、⑧適切な医療サービスへのアクセス保障、⑨メディア・広報、⑩調査研究などを内容にしている⁴⁵。

また政府は高齢者扶養のための人材、設備の整備にも着手しており、高齢者向けの健康促進、教育、スクリーニング、健康診断、治療、在宅介護・看護、相談、理学療法、福祉活動、レクリエーションなどを推進しており、現在351の保健所がこのようなプログラムを行い、5534人の専門スタッフが従事している。

また一部民間のボランティア組織が有効な活動をしており、NGOなどボランティア組織も重要になっている。老人の肉体的、精神的、社会的孤立を防ぐため、地域コミュニティとの連携も重要である。高齢者・障害者への福祉の底上げが必要となりつつある⁴⁶。

(3) 老人関連の施設

老人関連の入所施設は社会福祉局、地方自治体、宗教団体、民間によって経営されている。宗教団体によって経営される施設には入所の順番待ちもある⁴⁷。

また、地方自治体による入所施設は少なく、設備も不十分である。慢性疾患の患者に対するケアセンターも不十分で、身寄りのいない要介護高齢者は地方の空きスペースのある病院に入所することもある⁴⁸。こうした公的施設の少なさを埋めるために民間のナーシングホームも増えている。しかし、こうした民間施設の費用は高いところが多い。

以上のように今後の高齢化社会を向けて老人関連の施設が不足することは1990年時点から認識されていた⁴⁹。

①慢性疾患ホーム（Home for the Chronically Ill）

国家統一・福祉省は慢性疾患の高齢者のための施設を設置している。根拠法は「1978年慢

⁴³ 1990年に国家社会福祉政策が策定され、人材開発、機会の均等、福祉社会（Caring Society）が目標とされた。特に「福祉社会（Caring Society）」とは個人の善意、家族・親族の相互補助、地域の相互補助を期待する考え方である。

⁴⁴ 同時に国家統一・福祉省（The Ministry of National Unity and Social Development）のもとに国家高齢者諮問委員会（National Advisory and Consultive Council for the Elderly）を設置した。保健省も高齢者福祉の国立促進センターを設置した。

⁴⁵ Ministry of National Unity and Social Developmentの資料より。

⁴⁶ Zaharah（1992）p11.

⁴⁷ Zaharah（1992）p10.

⁴⁸ Zaharah（1992）p10.

⁴⁹ Zaharah（1992）p10.

性疾患患者に対するホーム経営に関する法律」(Rules for the Management of Home for the Chronically Ill 1978) である。この施設では、医療処置、疾病予防、長期ケアを必要としている人が快適に過ごせることを目的とする。

対象者は、長期ケアを必要とするが高齢者。施設はKubu BharuとSelangorにあり、定員は100人である。

入所資格は、①慢性疾患患者として政府の確認を受けたもの、②伝染性の疾患に罹っていない、③身寄りがなかったり、ケアできる人が近親者にいない、④所得がなく、自立できない、⑤60歳以上という条件を満たすものであり、サービスは①ケアと保護、②医療処置とヘルスケア、③保護とコンサルタント、④物理療法、⑤宗教のガイダンス、⑥リクレーションである。入所手続は地方福祉局が窓口になり、州福祉局、社会福祉局が運営している。

②Old Folks Home

身寄りのない高齢者については、ボランティア組織や慈善団体によって経営されるOld Folks Homeに入所することになる。多くのOld Folks Homeは政府からの十分な支援を受けていないでの施設は不十分である⁵⁰。

③病院

疾病をもっている高齢者は入院している。病院では介護も行う。55歳からは入院料は無料である

③Nursing home

Nursing homeはケアの必要な高齢者が入所する。

④welfare home

貧困、独居家族で病気を持たない人は(1)で述べたwelfare homeに入る⁵¹。

7. 事例調査

(1) セランゴール州の農家の生活

マレー人の農村における高齢者世帯の生活について現地のヒアリング調査を行った。戸主である男性は妻の実家で、その農地を耕作して生活しているが、車1時間ほどの自分自身の実家があ

⁵⁰ Lum (1992) p281. Old Folks Homeは政府に登録しており、政府の補助は月額50から100R程度である。

⁵¹ ただし、welfare homeは高齢者に限定していない。貧困者ならば、地方事務局の判断によって入所できる。

り、仕送りをしている。また、長女夫婦と同居をしており、敷地内に長女夫婦の住居を建築している。収入は農作物の売り上げであり、都市部の学校に通っている子供をのぞいて、農業の手伝いをさせている。収入は材料費、人件費で相殺されるため、課税所得はない。妻の母親は被用者ではないため、年金などを受給していないが、医療サービス等の公共サービスは利用している。世帯としては、政府に期待するのは農産物価格の安定である。

調査対象農家世帯の概要

- ①世帯構成：8人家族（本人50歳、妻46歳、妻の母親、子供5人（長女26歳、長男24歳、次男22歳、3男18歳、次女15歳）、婿1人、孫1人）
- ②10haの農地を保有し、米を生産。1haあたり10トンの収穫。
- ③部屋数等：高床式の伝統的なマレー式住居（6部屋）、車2台、耕作機を所有している。

参考文献

- 荻原康生（1998）「マレーシアの社会保障」『世界の社会福祉 アジア』旬報社。
- 日本労働研究機構（2000，2001）『海外労働時報』2000年4月、2001年6月号。
- ザイナル・クリン編（1981）『マレーシアの社会と文化』鈴木佑司訳 勁草書房。
- 首藤恵（2001）「マレーシアの金融危機と民間債券市場」『証券経済研究』第29号。
- 末廣昭・山影進編（2001）『アジア政治経済論』NTT出版。
- チュウ・ジン・エン（2001）「マレーシアの工業化と開発財政」『証券経済研究』第33号。
- 上智大学アジア文化研究所（1999）『入門東南アジア研究』めこん。
- 読売新聞（1997）「マレーシアの安老院」『超高齢時代3』日本医療企画。
- Department of Social Welfare, Old Pensions Home.
- Department of Social Welfare, Rumah Ehsan (Home for The Chronically Ill).
- Ministry of National Unity and Social Developemt, The National Policy for The Elderly.
- Mukul Asher（1994）Social Security in Malaysia and Singapore, ISIS.
- Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang（2000）Evaluating Programme Needs of Older Persons, in Malaysia, Faculty of Economic and Administration, University of Malaya.
- Tan Poo Chang（2000）Implicaiton for Social Security in the context of population Aging in Malaysia, SPRC reports No143.
- Lee Hock Lock（2001）Financial Security in old Age, Pelamduk.
- Lum Kin Tuck（1992）Welfare Needs of the Eldely, in, Cho Kah Sin and Ismail Muhd Salleh. (ed) Caring Society, ISIS.
- Zaharah Awang（1992）A Caring Society in Malaysia:A Vison, in, Cho Kah Sin and Ismail Muhd Salleh. (ed) Caring Society, ISIS.

表 1 EPF : 加入者数の推移

年	加入者数 (千人)			事業主の加入者数 (1000)		
	年末時点	増加	変化率(%)	年末時点	増加	変化率(%)
1953	653			12		
1954	731	78	11.9	12	—	—
1955	840	109	14.9	13	1	8.3
1956	850	10	1.2	14	1	7.7
1957	867	17	2.0	14	—	—
1958	922	55	6.3	14	—	—
1959	993	71	7.7	15	1	7.1
1960	1,143	150	15.1	16	1	6.7
1961	1,232	89	7.8	17	1	6.3
1962	1,250	18	1.5	20	3	17.6
1963	1,430	180	14.4	27	7	35.0
1964	1,488	58	4.1	43	16	59.2
1965	1,554	66	4.4	49	6	14.0
1966	1,631	77	5.0	50	1	2.0
1967	1,717	86	5.3	51	1	2.0
1968	1,830	113	6.6	53	2	3.9
1969	1,949	119	6.5	64	11	20.8
1970	2,104	155	8.0	67	3	4.7
1971	2,217	113	5.4	68	1	1.5
1972	2,365	148	6.7	71	3	4.4
1973	2,545	180	7.6	75	4	5.6
1974	2,711	166	6.5	80	5	6.7
1975	2,883	172	6.3	85	5	6.3
1976	2,987	104	3.6	91	6	7.1
1977	3,124	137	4.6	95	4	4.4
1978	3,316	192	6.1	99	4	4.2
1979	3,540	224	6.8	104	5	5.1
1980	3,758	218	6.2	110	6	5.8
1981	3,834	76	2.0	115	5	4.5
1982	4,194	360	9.4	119	4	3.5
1983	4,378	184	4.4	124	5	4.2
1984	4,639	261	6.0	133	9	7.3
1985	4,797	158	3.4	138	5	3.8
1986	4,843	46	1.0	140	2	1.4
1987	5,042	199	4.1	144	4	2.9
1988	5,278	236	4.7	149	5	3.5
1989	5,572	294	5.6	161	12	8.1
1990	5,936	364	6.5	175	14	8.7
1991	6,342	406	6.8	191	16	9.1
1992	6,619	277	4.4	208	17	8.9
1993	6,939	320	4.8	223	15	7.2
1994	7,277	338	4.9	236	13	5.8
1995	7,756	479	6.6	256	20	8.5
1996	8,051	295	3.8	276	20	7.8
1997	8,275	224	2.8	296	20	7.2
1998	9,160	885	10.7	298	2	0.7

資料 : Complied from Employees Provident Fund, Chairman's Report and Accounts, 1952-81
 Employees Provident Fund, Annual Report, Various Years; Negara Malaysia, Quarterly Economic Bulletin, various issues; Bank Negara Malaysia, Money and Banking in Malaysia, 35th Anniversary Edition, 1959-1994, Kuala Lumpur, 1994, pp.552-553

表2 EPF：引退もしくは他の理由による引き出し額

年	55歳以上の引き出し額		死亡による引き出し		恒久的な労働不能		恒久的な海外移住		死亡/労働不能給付		加入者による投資額		合計		EPF引出し総額 RM (百万)
	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	RM (百万)	EPF引出し 総額に対する割合 (%)	
1980	109	53.7	19	9.4	5	2.5	15	7.4	n.a.	n.a.	-	-	148	73.0	203
1981	136	24.2	23	9.2	6	2.4	21	8.3	n.a.	n.a.	-	-	186	74.1	251
1982	159	42.3	31	8.2	6	1.6	26	6.9	n.a.	n.a.	-	-	222	59.0	376
1983	205	40.7	35	6.9	8	1.6	26	5.2	n.a.	n.a.	-	-	274	54.4	504
1984	240	38.3	43	6.9	9	1.4	29	4.6	9	1.4	-	-	330	52.6	627
1985	273	34.9	47	6.0	25	3.2	32	4.1	15	1.9	-	-	392	50.1	783
1986	344	27.7	60	4.8	18	1.4	56	4.5	25	2.0	-	-	503	40.4	1,244
1987	331	21.3	60	3.9	24	1.5	90	5.8	32	2.1	-	-	537	34.6	1,553
1988	337	21.2	54	3.4	20	1.3	127	8.0	29	1.8	-	-	567	35.7	1,589
1989	401	25.3	63	4.0	16	1.0	130	8.2	26	1.7	-	-	636	40.2	1,584
1990	523	30.1	78	4.5	17	1.0	105	6.0	33	1.9	-	-	756	43.5	1,738
1991	667	33.9	83	4.2	24	1.2	73	3.7	35	1.8	-	-	882	44.8	1,970
1992	744	42.8	96	5.5	27	1.6	57	3.3	33	1.9	-	-	957	55.1	1,738
1993	881	40.6	118	5.4	42	1.9	56	2.6	65	3.0	-	-	1,162	53.5	2,170
1994	1,058	41.9	130	5.1	50	2.0	67	2.7	65	2.6	-	-	1,370	54.3	2,525
1995	1,133	36.6	156	5.0	56	1.8	66	2.1	74	2.4	-	-	1,485	47.9	3,100
1996	1,507	42.2	180	5.0	50	1.4	51	1.4	85	2.4	34	1.0	1,907	53.4	3,570
1997	2,271	41.1	210	3.8	67	1.2	63	1.2	100	1.8	627	11.4	3,338	60.5	5,526
1998	3,589	42.0	256	3.0	106	1.2	128	1.5	115	1.3	621	7.3	4,815	56.3	8,549

注：n.a. 不明

1980-84年のデータは、55歳時の引き出し額と分割された支出額のみ掲載。1985-98年のデータは、月賦払いと55歳以後に再加入した者の支出バランスを含んでいる。

資料：Compiled from Employees Provident Fund, Annual Report, 1987-98

表3 EPF：引退以前の引き出し額

	50歳時点の引き出し額		医療費のための支出		合計		EPF引出し総額
	RM(百万)	EPF引出し 総額に対する 割合(%)	RM(百万)	EPF引出し 総額に対する 割合(%)	RM(百万)	EPF引出し 総額に対する 割合(%)	RM(百万)
1980	48	23.6	—	—	55	27.0	203
1981	61	24.3	—	—	65	25.9	251
1982	69	18.4	—	—	154	41.0	376
1983	85	16.8	—	—	230	45.6	504
1984	106	16.9	—	—	297	47.4	627
1985	134	17.1	—	—	391	49.9	783
1986	191	15.4	—	—	741	59.6	1,244
1987	180	11.6	—	—	1,016	65.4	1,553
1988	198	12.5	—	—	1,022	64.3	1,589
1989	228	14.4	—	—	948	59.8	1,584
1990	259	14.9	—	—	982	56.5	1,738
1991	284	14.4	—	—	1,088	55.2	1,970
1992	327	18.8	—	—	781	44.9	1,738
1993	372	17.2	—	—	1,008	46.5	2,170
1994	444	17.6	*	—	1,155	45.7	2,525
1995	387	12.5	3	0.1	1,615	52.1	3,100
1996	557	15.6	5	0.2	1,663	46.6	3,570
1997	842	15.2	7	0.1	2,188	39.6	5,526
1998	1,287	15.0	15	0.2	3,734	43.7	8,549

注：*RM100万以下

資料：Compiled from Employees Provident Fund, Annual Report, 1987-98

図4 EPFの実質利回り

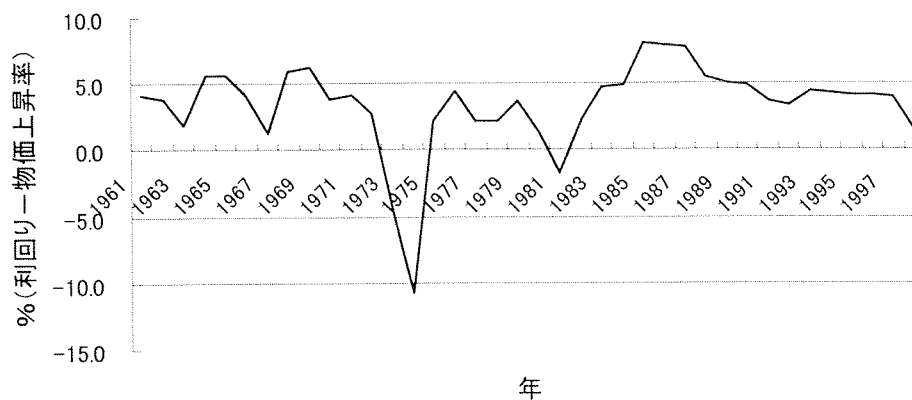


表5 SOCSOの保険料率 (%)

	企業	被用者	合計
タイプ1	1.25	0	1.25
タイプ2	0.5	0.5	1

表6 診療機関の経営機関

保健省	保健省以外の政府機関	非政府組織	民間	合計
2539	63	45	2,854	5,501

表7 医療保健の財政支出

医療保健の予算(1999)	4,512,258,219
経常経費	3,612,258,209
運営経費	320,422,483
治療経費	1,948,454,650
専門技術サービス経費	605,483,420
公衆衛生	737,387,656
開発予算	900,000,010
国家予算に対する保健省支出	6.93%

マレーシア財務省

表8 年齢および性別の社会保障の保険料拠出者および受給者の割合 (%)

社会保障の種類	男性				女性			
	50-59	60-69	70+	合計	50-59	60-69	70+	合計
EPF	41.8	32.1	14.9	30.3	20.8	4.7	2.2	9.4
年金	33.6	22.9	12.9	23.5	16.9	2.9	0	6.7
SOCSSO	20.9	38.2	32.7	30.9	9.1	8.8	3.7	7.4
保険	10.9	8.4	2	7.3	7.8	1.2	0.1	3.3

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.45

表9 社会保障の保険料拠出者および受給者の割合 (%)

	男性	女性	合計
合計	47.7	14.4	28.6
人種			
マレー人	45.7	10.4	25.4
中国人	44.8	25.5	32.9
インド人他	65.7	39.5	52.1
教育			
教育なし	18.8	9	11.3
教育あり	53.5	18.8	38.3
年齢階級			
50-54	55.3	23.1	35.2
55-59	49.2	30.3	38.9
60-64	60	8.7	29.9
65-69	45.5	12.7	27.6
70-74	36.6	9.7	19.5
75+	36.7	0	17.9
婚姻関係			
既婚	49.4	11	32.7
非婚	32.4	17.9	19.8
セクター*			
農業	27.4	8.8	20.1
非農業	70.5	42.9	61.5

注：現在働いている 304 標本をもとにしている

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.44

表10 主要な職からの年間収入

	平均額 (M\$)
合計	4,009
教育	
教育なし	2,790
教育あり	11,968
人種	
マレー人	3,663
マレー人以外	5,803
年齢階級	
50-54	5,190
55-59	4,827
60-64	3,572
65-69	3,045
70+	*
性	
男	4,588
女	3,000
産業	
非農業	6,078
農業	2,601

注：30ケース以下なので、集計していない

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng,
and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme
Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of
Economic and Administration, University of Malaya
Kuala Lumpur Malaysia p.40

表11 性別の年間収入の収入源

	男性	女性	合計
収入あり (%)	96.8	88.7	92.1
平均年間収入額 (M\$)	5,577	3,213	4,272
雇用者所得 (%)	59.1	25.4	39.8
平均年間収入額 (M\$)	5,076	3,164	4,375
年金収入額 (%)	25.7	7.8	15.5
平均年間収入額 (M\$)	4,075	3,075	3,785
子供からの送金 (%)	54.7	67.4	62
平均年間収入額 (M\$)	2,019	1,962	1,983
その他の収入額 (%)	17.8	17.8	17.8
平均年間収入額 (M\$)	1,155	1,605	1,413
標本数	342	460	802

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng,
and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme
Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of
Economic and Administration, University of Malaya
Kuala Lumpur Malaysia p.42

表12 人種、年齢階級の現在の就業率

	男性		女性		合計	
	%	n	%	n	%	n
合計	56.7	342	23.9	460	42.1	802
人種						
マレー人	57.6	278	24.5	375	42.9	653
中国人	*	29	21.3	47	35.5	76
インド人他	51.4	35	21.1	38	42.5	73
年齢階級						
50-54	93.6	47	39.7	78	66.4	125
55-59	81	63	35.5	76	59	139
60-64	55.4	65	28.1	93	44.3	158
65-69	56.1	66	15.2	79	36.6	145
70-74	26.8	41	16.9	71	25.9	112
75+	25	60	3.2	63	17.1	123

*30 ケース以下

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.13

表13 世帯の状況 性および世帯類型の分布

	男	女	合計
配偶関係	100.0	100.0	100.0
未婚	2.6	1.3	1.9
既婚	90.1	51.3	67.8
死別	6.1	44.6	28.2
離別／別居	2.1	2.8	2.1
家族類型	100.0	100.0	100.0
核家族	48.0	35.7	40.9
拡大家族	48.5	51.7	50.4
単身者	3.5	12.6	8.7
サンプル数	(342)	(460)	(802)

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.15

表14 年齢階級別の世帯属性分布 (%)

	50-59	60-69	70+
配偶者のみ	10.2	20.9	19.5
配偶者と子供	39.0	22.2	14.0
配偶者与其他	4.2	3.6	4.7
配偶者と子供与其他	25.8	22.8	12.7
子供のみ	6.4	4.3	7.2
子供与其他	7.6	13.2	22.9
单身	3.4	9.3	14.0
その他のみ	3.4	3.6	5.1
合計	100.0	100.0	100.0
標本数	(264)	(302)	(236)
配偶者がいる	79.2	69.5	50.9
子供がいる	78.8	62.5	56.5

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.50

表15 世帯人員および地域別の分布

	世帯人員											
	地方						都市					
	1-2	3-4	5+	合計	n	平均	1-2	3-4	5+	合計	n	平均
人種												
マレー人	45.0	24.1	30.9	100.0	(369)	3.6	23.6	20.4	56.0	100.0	(284)	5.1
中国人	21.2	33.2	44.5	100.0	(33)	4.8	10.3	24.1	65.5	100.0	(58)	6.8
インド人							5.2	19.0	75.9	100.0	(58)	6.1
年齢階級別												
50-54	13.7	25.5	60.8	100.0	(51)	5.2	14.9	18.9	66.2	100.0	(74)	5.8
55-59	31.9	18.8	49.3	100.0	(69)	4.2	10.0	24.3	65.7	100.0	(70)	5.5
60-64	53.4	26.1	20.5	100.0	(88)	3.3	20.0	24.3	55.7	100.0	(70)	5.3
65-69	4.6	31.1	24.3	100.0	(74)	3.6	18.3	19.7	62.0	100.0	(71)	5.6
70+	53.3	23.3	23.3	100.0	(120)	3.2	27.0	18.3	54.8	100.0	(115)	5.4
性												
男	35.4	29.2	35.4	100.0	(161)	4.1	14.4	20.4	65.2	100.0	(181)	5.7
女	48.1	22.0	25.9	100.0	(241)	3.5	22.8	21.0	56.2	100.0	(219)	5.3
合計	43.0	24.9	32.1	100.0	(402)	3.7	19.0	20.8	60.3	100.0	(400)	5.5

Programme

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (1999) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.17

表16 性別、年齢階級別の健康状態

	年齢階級						合計
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
良好	53.2	50.0	35.4	28.3	17.0	11.4	33.2
普通	37.1	45.0	56.3	50.3	56.3	48.8	49.1
悪い	9.7	5.0	8.2	21.4	26.8	39.8	17.7
男性	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
良好	66.0	52.4	46.2	27.3	22.0	13.3	37.7
普通	27.7	47.6	47.7	56.1	51.2	58.3	48.8
悪い	6.4	0.0	6.2	16.7	26.8	28.3	13.5
女性	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
良好	45.5	48.1	28.0	29.1	14.1	9.5	29.8
普通	42.9	42.9	62.4	45.6	59.2	39.7	49.3
悪い	11.7	9.1	9.7	25.3	26.8	50.8	20.9

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (1999) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.20

表17 性、年齢階級別の運動能力

運動	年齢階級			合計
	50-59	60-69	70+	
男性				
重度の運動（物を持ち上げたり、重労働）	67.3	22.9	7.9	32.7
中程度の運動（テーブルを動かしたり、家の中の補修）	97.3	82.4	59.4	80.4
坂または階段を登る	99.1	80.9	66.3	82.5
曲げたり、かがむ	99.1	93.1	85.2	92.7
近隣の家に行く	100.0	96.2	89.1	95.3
食べる、着る、入浴、排泄	99.1	99.2	96.0	98.2
手足の爪を切る	100.0	100.0	94.1	98.2
女性				
重度の運動（物を持ち上げたり、重労働）	26.6	11.6	2.2	13.9
中程度の運動（テーブルを動かしたり、家の中の補修）	88.3	73.8	35.8	67.6
坂または階段を登る	83.8	73.8	40.3	67.4
曲げたり、かがむ	96.8	90.7	69.4	86.5
近隣の家に行く	97.4	95.4	81.3	92.0
食べる、着る、入浴、排泄	100.0	97.1	93.3	97.0
手足の爪を切る	94.4	96.5	90.3	95.7

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (1999) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.18

表18 最近6ヶ月前の男女別疾病状態、治療の有無および治療場所

健康状態	年齢階級					
	50-59			60-69		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
最近6ヶ月前の疾病						
なし	68.2	57.8	62.1	55.7	45.9	50.2
あり	31.8	42.2	37.9	44.3	54.1	49.8
治療なし	2.9	1.4	2.0	1.7	0.0	0.7
治療あり	97.1	98.6	98.0	98.3	100.0	99.3
治療先						
政府	70.6	76.6	74.5	84.8	70.1	76.0
民間	47.1	56.3	53.1	43.9	58.1	52.7
伝統的な治療人	5.9	12.5	10.2	5.3	14.0	10.7
	70歳以上			50歳以上		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
最近6ヶ月前の疾病						
なし	40.6	35.8	37.9	55.3	47.0	50.5
あり	59.4	64.2	62.1	44.7	53.0	49.5
治療なし	3.3	2.3	2.7	2.6	1.2	1.8
治療あり	96.7	97.4	97.3	97.4	98.8	98.2
治療先						
政府	79.3	70.2	73.9	79.2	72.2	74.9
民間	41.1	54.8	49.3	43.6	56.4	51.5
伝統的な治療人	8.6	16.7	13.4	6.7	14.5	11.5

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (1999) "Evaluating Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.23

表19 性、居住地別の昨年1年のうちに起こった予期せぬ問題 (%)

	性		居住地		合計
	男	女	地方	都市	
問題あり	21.6	22.4	22.9	21.3	22.1
問題の種類*					
家屋	1.8	0.9	0.0	2.5	1.2
食料(不足)	1.5	1.1	1.2	1.3	1.2
交通	1.2	2.6	3.2	0.8	2.0
労働	0.9	0.7	0.5	1.0	0.7
経済問題	8.8	9.3	10.4	7.8	9.1
健康問題	13.2	14.8	15.4	12.8	14.1
精神的問題	0.3	0.9	0.2	1.0	0.6
家庭内暴力	0.6	0.2	0.7	0.0	0.4
配偶者/家族に問題あり	0.6	1.7	1.2	1.3	1.2
世帯外の親戚に問題あり	0.3	0.9	0.2	1.0	0.6
近隣の人との口論・暴力	0.3	1.1	0.2	1.3	0.7
その他	1.5	0.2	0.7	0.7	0.7
標本数	342	460	402	400	802

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.52

表20 いざというとき頼る人

性、居住地別の経済問題に対し、援助を求めた人物 (%)

	性		居住地		合計
	男	女	地方	都市	
標本数	342	460	402	400	8.2
誰もいない	18.4	13.0	27.1	3.5	15.3
配偶者	25.2	21.7	16.2	30.3	23.2
息子	61.7	67.8	59.0	71.5	65.2
娘	55.3	68.9	55.2	71.0	63.1
きょうだい	6.4	2.2	3.0	5.3	47.1
その他の親戚	12.6	16.1	8.2	21.0	14.6
友人	1.2	0.4	0.5	1.0	0.7
その他	1.2	1.1	0.0	2.3	1.1

資料：Tan Poo Chang, Ng Sor Tho, Tey Nai Peng, and Halimah Awang (2000) "Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia" Faculty of Economic and Administration, University of Malaya Kuala Lumpur Malaysia p.53

表21 Welfare Homesの定員

名称	収容人数	設立年数
Bedong Kedah	250	1952
Taiping Perak	250	1950
Tanjong Rambutan,Perak	250	1952
Cheras Selangor	250	1964
Seremban Negeri Sembilan	250	1958
Chen Melaka	250	1971
Johor Bahru,Johor	250	1969
Taman Kemumin	250	1951
Kander Pelis	150	1997

表22 Welfare Homes入所者の人種構成

年	男性				女性				合計
	マレー	華人	インド	その他	マレー	華人	インド	その他	
1995	281	394	553	13	213	198	166	7	1825
1996	280	369	494	12	216	193	155	4	1723
1997	286	368	501	11	234	189	173	4	1766
1998	302	353	505	11	235	174	179	5	1764
1999	302	380	501	11	244	171	161	6	1776
2000	321	363	436	11	257	173	177	7	1745

第4章 国際協力の課題

1. 高齢者社会保障分野の国際協力の可能性（研究協力・政策づくりの協力）

急激に産業化、都市化していたアジアの一部の国は、1997年のアジア金融・通貨危機によって急増した失業者の生活を保障するシステムがなかったため、政情不安に陥った。世界銀行他、国際機関は都市部失業者へのソーシャル・セーフティネットの必要性を理解し、貧困対策、社会開発支援を進めている。

マレーシアにおいてもSCOSOの加入者拡大などに対して、国連開発プログラム（UNDP）と国際労働機関（ILO）が技術諮問機関として融資している。

日本も新宮沢構想、円借款、ASEAN総合人材育成プログラム、医療支援、社会資本整備などアジアに対する財政を中心とした支援を行っている。このような財政的支援は今後も継続的に必要になるであろうが、今後は、政策ソフトの支援も必要になる。かつて世銀が報告したように「よき政府」こそが経済成長の重要な要因である。特に、社会政策は短期的にも長期的にも重要になるであろう。かつて日本も社会保障制度を整備する以前は、欧米福祉国家から多くの社会保障に関する政策情報を吸収し、独自の社会保障体系を構築した。そして、今日、日本の社会保障制度は韓国、台湾の社会保障制度に影響を与えている。

現在、アジア諸国が直面しているのは経済変動による短期のリスクと高齢化、環境汚染、所得格差などの長期のリスクである。21世紀に入り、アジアは世界の成長センターとして生産面、消費面で一層重要になるにもかかわらず、社会的、経済的リスクに対しては各国とも十分な公共政策、社会政策が整備されていない。国際資本の移動によりアジア各国の経済的リスクは一層大きくなるため、失業等短期リスクに対するセーフティネットの整備は必要になるであろう。今後もアジア諸国では都市化、産業化によって第一次産業の雇用吸収力が低下していくことが予想され

るため、都市部失業者の生活保障システムは早急に整備される必要がある。

一方、アジア諸国の中でも成長率の高いグループは同時に高齢化という長期人口変動リスクに直面する。2050年までに韓国、シンガポール、スリランカ、タイといった成長国は軒並み高齢者人口比が20%を超える高齢社会に突入する。こうした高齢化についてはマレーシアも例外ではなく、年金、医療、高齢者介護の分野における準備が認識されつつある。現在のマレーシアは、家族による高齢者扶養が中心であり、年金は被用者のみを対象にしている。今後、都市化、核家族化の進展によって、家族の扶養能力が低下した場合、全高齢者を対象にする年金制度や所得保障制度を確立するか検討する必要がある。この際、年金保険方式を採用するのか税財源方式を採用するのか、保険料をどのように設定するのかなどについて検討する必要がある。日本が皆年金を選択し、どのようなメリットとデメリットを経験したのかといった点について、マレーシアと情報共有することは有意義である。この点については、医療や高齢者介護においても同様である。被用者を中心として社会保険制度から社会保障がスタートするのは全世界共通であるが、対象を非被用者へ拡張する際に、各国で異なった選択をしている。この点について、日本は医療保障については、国営医療サービスではなく市町村別、企業別に保険集団を形成させ、ユニークな全員強制加入の社会保険方式の確立に成功した。また、近年、高齢者介護においても日本は保険方式でスタートした。こうした日本の社会保障制度の確立については、成功した部分もあれば、人口構造の変化によって、うまくいかなかった部分もある。各国の社会保障制度は家族の役割、政府の役割、税制、社会資本といった要素によって制約される部分もあるが、日本が経験したことがらについて情報交換をし、社会保障分野の専門スタッフ育成に協力することは、高齢化を迎えるマレーシアにとっても、さらには安定した経済圏をアジアに確立することを望む日本にとっても大きなメリットを生むであろう。

2. 保健医療分野の国際協力の可能性（研究協力・政策づくりの協力）

マレーシアと日本の間での、国際協力に関して、次に列挙する。

- ・保健分野での国際協力としては、人口統計、保健統計に関する技術相互援助など。
- ・国際寄生虫対策（橋本イニシアチブ）による熱帯医学の専門家交流を通して、マレーシアでのマラリア対策。
- ・マラヤ大学老人科（Division of Geriatrics, University Malaya Specialist Centre, Kuala Lumpur）を訪問し、Phillip Poi Jun Hua教授よりマレーシアでの老人医療、老人ケアのプログラム、老人科で多い疾患などについて説明を聴き、討論を行った。現在の問題点としては、老人科専門医（Consultant Physician in Care Of The Elderly）が非常に少ないことがあげられた。将来的にはマレーシア日本間で、高齢者医療分野の専門家、老人科専門医などの国際協力、国際交流を構築することが必要になってくる。

第5章

調査メンバー及び日程

1. 調査メンバー

国内検討委員会

黒田 俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水 英佑	東京慈恵医科大学環境保健医学講座主任教授
駒村 康平	東洋大学経済学部助教授（現地調査団長）
宮越 雄一	東京慈恵医科大学環境保健医学講座研究員（現地調査団員）
広瀬 次雄	（財）アジア人口・開発協会常務理事・事務局長
楠本 修	（財）アジア人口・開発協会事務局長補佐・主任研究員
遠藤 正昭	（財）アジア人口・開発協会業務課長（現地調査団員）
加藤 祐子	（財）アジア人口・開発協会国際課長

2. 調査協力者（マレーシア国調査：2001年9月16日～9月22日）

在マレーシア日本国大使館

垣下 禎裕 一等書記官

Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development of Malaysia

Datin Paduka Hj

Executive Director

Rahmah Osman

Ms.Normah Bt.Nek Aassistant to Executive Director

Kuala Lumpur Hospital

Dr.Ne Thien Kim Principal Assistant Director
Dr.Kuppusamy Iyawoo Head and Consultant,Institute of Respiratory Medicine
Dr.Christopher Lee Infectious Diseases Physician

U.M. Specialist Centre

Dr.Philip Poi Jun Hua Consultant Physician Elderly Div.Geriatrics University of Malaya

University of Malaya

Dr.Tan Poo Chang Professor, Faculty of Economics and Administration

Old Person's Home

Mr.Mohd Yosof bin Abdoulah Super Intendent

Department of Statistics

Ms.Normah Mohd. Aris Director,Communication and Operation Div.
Mr.Abdollah Bin Talib Director, Demographic Statistics Div.
Ms.Omi Kelson Elias Senior Statistician, Demographic Statistics Div.
Mr.Azizah Nooroiy Statistician, Demographic Statistics Div.
Ms.Wan Roolida Othman Statistician, Demographic Statistics Div.
Ms.Faridan H.Rahman Statistician, Demographic Statistics Div.

Ministry of Health

Mr.Mohmad Bin Sallah Principle Assistant Director, Div. Family Health Dept.
Dr.Nor F.Boizhan Assistant Director

Leprosarium Sungai Buloh

Dr.S. Kalyani Director, Leprosarium of Sungai Buloh

Selangor State Health Department

Dr.G. Thavamalar Principal Assistant Director

Dr.Eileen S. Nadarajah Deputy State Director

Selangor Pertubuhan Keselamatan Sosial

Mr.Mohd Ghazali Muda Director

Ministry of National Unity and Social Development

Dr.P. Manogran Secretary General

The Japanese Chamber of Trade & Industry, Malaysia

Mr.Kenji Sato Secretary General

National Population and Family Development Board

Ms.Khoo Swee Kheng Deputy Director General

Ms.Rohani AB.Razak Director of Population Division

Mr.Rozi Muda Family Development and Parenting Div.

調 査 日 程

調査日程：2001年9月16日～9月22日

日 付	調査概要
9月16日（日）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成田発12:55 JL723便（駒村康平、宮越雄一、遠藤正昭） ・ クアラルンプール着 19:00
9月17日（月）	<ul style="list-style-type: none"> ・ マレーシアAFPPD事務所を訪問。ラーマ・オスマン事務局長と調査概要について協議。 ・ 在クアラルンプール日本大使館を訪問。垣下禎裕一等書記官よりマレーシアの社会保障の説明を受ける。 ・ クアラルンプール公立病院を訪問。Dr.Ne Thien Kim, Pricipal Assistant Director より同院の医療活動について説明を受け、院内を見学。
9月18日（火）	<ul style="list-style-type: none"> ・ Specialist Center of University of Malaya を訪問。Dr.Philip Jun Hua,Associate Professor より同センターの老人医療活動について説明を受ける。 ・ マラヤ大学を訪問。Professor Tan Poo Chan よりマレーシアの高齢化研究の説明を受ける。 ・ Old Person's Home を訪問。Mr.Mohd Yosof bin Abdoulah, Super Intendant より同施設の運営及び活動について説明を受け同施設を見学。
9月19日（水）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統計局を訪問。Ms.Normah Moha.Aris,Director of Communication and Operations Div.よりマレーシアの保健、人口統計について説明を受け、関連資料を収集。 ・ 保健省を訪問。Dr.Mohmad bin Salleh,Principle Director,Div. Family Health Department よりマレーシアの医療保健事情について説明を受ける。
9月20日（木）	<ul style="list-style-type: none"> ・ クアラルンプールからセランゴール州に移動。 ・ セランゴール州ハンセン病病院を訪問。Dr.S.Kalyani, Director of Leprosarium of Sungai Buloh より同院の活動について説明を受け、同院を見学。

9月21日（金）

- ・セランゴール州保健部を訪問。Dr.G.Thavamalar, Principal Assistant Director より同州の人口高齢化の説明を受ける。
- ・セランゴール州福祉事務所訪問。Mr.M.G.Muda,Director より同州の福祉事業について説明を受ける。
- ・セランゴール州の高齢者同居の農家を訪問。高齢者のケアー、農業生産について説明を受ける。
- ・セランゴール州からクアラルンプールに移動。

9月22日（土）

- ・National Unity and Social Development 省を訪問。Dr.P.Manogran,Secretary General よりマレーシアの高齢者福祉政策について説明を受ける。
- ・マレーシア日本人商工会議所を訪問。資料収集。
- ・National Population and Family Development Board を訪問。Ms.K.S.Kheng, Deputy Director General より人口・家族発展政策の説明を受ける。
- ・クアラルンプール発 23:00 JAL724 便（駒村康平、宮越雄一、遠藤正昭）

- ・成田着 06:45

収集文献リスト

1. 「マレーシアハンドブック' 98/99」1998年、マレーシア日本人商工会議所
2. 「Social Statistics Bulletin Malaysia 2000」2000年、Department of Statistics,Malaysia
3. 「Vaital Statistics Malaysia 2000」2000年,Department of Statistics, Malaysia
4. 「State/District Data Bank Malaysia 2000」2000年、Department of Statistics,Malaysia
5. 「Population and Housing Census of Malaysia 2000」2001年、Department of Statistics,Malaysia
6. 「Evaluating Programme Needs of Older Persons in Malaysia」1999年、Tan Poo Chang,Ng Sor Tho.Faculty of Economics and Administration, University of Malaya
7. 「Abridged Life Tables - Preliminary Release - 1998-2000」2001年、Department of Statistics,Malaysia
8. 「Yearbook of Statistics,Malaysia 2000」2000年、Department of Statistics,Malaysia