

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究」（課題番号：25BA1001）

## 令和 7 年度 分担研究報告書

### マレーシアにおける高齢化施策の現状と課題

研究分担者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授

研究協力者 尾白有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助教

#### 研究要旨：

【目的】2021 年に高齢化社会に到達したマレーシアの保健医療・介護ケア・年金所得保障・福祉・社会環境の 5 領域における施策の現状と課題について、調査票 61 項目の検索と整理を通じて ASEAN 比較資料および日本の UHC と介護保険制度の経験に基づく政策提言の根拠資料を構築する。

【方法】2026 年 2 月 9 日にマレーシアプトラ大学老年学研究所（MyAgeing）の Rahimah Ibrahim 所長および Chai Sen Tyng 上席研究員に各約 2 時間の半構造化形式によるキーインフォーマント・インタビューを実施し、マレーシア各省庁・EPF・KWAP・PERKESO、WHO・ILO・OECD・世銀・ADB 等の公開資料を参照した。

【結果】保健医療は公的医療と民間医療の二層構造で運用されており、自己負担率 38.8%と高く、公と民の医療格差も存在している。年金・所得保障では被用者積立基金（EPF）の 54 歳時貯蓄額の中央値が約 RM10 万と退職後 5 年で枯渇する水準である。しかも、労働力の約 40%は未加入である。介護ケアは介護保険未導入で費用は家族負担、高齢者の約 70%が家族同居である。保健省認可ナースングホームは 2024 年 18 施設、Care Centres Act 登録 400 超に加え無登録も多数あり必要に応じて民間サービスがカバーしている現状である。介護人材養成も標準化された国家資格もない。社会扶助も多省庁の複数の制度に分散している。他方、政府の動きとして 2023 年保健白書、2026 年 1 月 Base MHIT 白書公表、Plan of Action 改訂、National Care Framework、NPOP 2026～2030 等で改革は徐々に前進している。

【考察・結論】高齢化施策は、多省庁・189 プログラムへの分散、介護保険制度の未整備と家族介護依存、介護労働の標準化遅れ、公私二層医療の所得・地域格差という構造的課題を抱える。一方、MPPWEN 諮問機構と RMK13 での主流化により、日本の介護保険導入前夜（1994～2000 年）に類似する条件が形成されつつあり、日本の制度設計経験の共有が重要となる。介護人材標準化、施設規制強化、在宅医療拡充、社会扶助統合、全ての労働者へのカバレッジ拡大が短～中期の優先課題と考えられる。

## A. 研究目的

本研究の目的は、マレーシアにおける高齢化施策（保健医療、介護ケア、所得保障、福祉、社会環境）の現状と歴史的経緯を、一次情報（現地インタビュー）と二次情報（公開政策文書・統計）から整理することである。同時に、本研究班が検討する高齢化施策評価調査票（全6領域61項目）を用いてマレーシア国の情報を整理し、ASEAN 諸国横断比較のためのマレーシア国別基礎資料を構築することで、日本のUHC（Universal Health Coverage：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）および介護保険制度の経験を踏まえた政策提言の根拠を提供することを目指した。

## B. 研究方法

(1) 現地インタビュー：2026年2月9日にマレーシア・プトラ大学老年学研究所（Malaysia Research Institute of Ageing, Universiti Putra Malaysia, 通称 MyAgeing）を訪問し、Rahimah Ibrahim 所長ならびに Chai Sen Tyng 上席研究員に対して、半構造化形式によるキーインフォーマント・インタビューを実施した。インタビューはそれぞれ約2時間程度、英語で行い、事前に作成した調査票（全61項目、6領域：基礎統計／保健医療／介護ケア／年金・所得保障／福祉／社会環境）に概ね沿う形で実施した。

(2) 二次資料収集：以下の組織が公開する政策文書・統計を参照した。

マレーシア保健省（Ministry of Health, Malaysia）が公開している保健白書（Health White Paper for Malaysia）、国民健康・疾病調査（National Health and Morbidity Survey：NHMS）、国家認知症行動計画（National Dementia Action Plan 2023–2030）。

女性家族地域社会開発省（Ministry of Women, Family and Community Development）が公開している国家高齢者政策（National Policy for Older Persons、2011年改訂）、同行動計画（National Plan of Action for Older Persons、2024年改訂）、国家ケア枠組み（National Care Framework 2025）。

マレーシア経済省（Ministry of Economy, Malaysia）が公開している第13次マレーシア計画（13th Malaysia Plan：RMK13）。

マレーシア統計局（Department of Statistics Malaysia：DOSM）が公開している人口統計（Population and Demographic Statistics）および家計所得・支出・基本生活調査（Household Income, Expenditure and Basic Amenities Survey：HIES）。

被用者積立基金（Employees Provident Fund：EPF／KWSP）、退職基金公社（Retirement Fund Incorporated：KWAP）、社会保障機構（Social Security Organisation：PERKESO／SOCSO）が公開している各年次報告書（Annual Report）。

世界保健機関（World Health Organization：WHO）が公開している Global Health Observatory（GHO）データベース、国際労働機関（International Labour

Organization : ILO) の世界社会保護報告書 (World Social Protection Report)、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development : OECD) の Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024、世界銀行 (World Bank) の社会保護指標アトラス (Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity : ASPIRE)、アジア開発銀行 (Asian Development Bank : ADB) の社会保護指数 (Social Protection Index)。

(3) 情報整理：インタビュー結果と二次資料を調査票 61 項目に対応付け、日本語・英語両言語で回答・出典・URL を併記した別添 Annex を作成した。

## 倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に準拠し、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会による多機関共同研究一括審査の承認を受けて実施した (承認番号 : NIPH-IBRA#25013)。インタビュー対象者には、事前に研究目的・参加の任意性・データの取扱・個人情報の保護について説明文書を用いて説明し、書面による同意を取得した上で実施した。

## C. 研究結果

以下、6 領域ごとに主要な知見を示す。全 61 項目の詳細は別添 Annex (日本語版・英語版) に整理した。なお本文中の通貨換算は、参考として 2026 年 4 月時点のマレーシア・リンギット (RM) 対日本円の概ねの相場 (1RM ≒ 35.5 円) を用いた。

### 1. 基礎統計 (Q1-1~Q1-13 に対応)

マレーシアの総人口は 2024 年時点で約 3,400 万人、60 歳以上人口比率は約 11.6%、65 歳以上人口比率は約 7.7% である (DOSM 2024 年人口推計)。2020 年に高齢化社会 (65 歳以上人口比率 7.0%) に到達し、2030~2035 年に高齢社会 (同 14.0%) 到達が見込まれる。出生時平均余命は 2023 年時点で男性 73.0 歳、女性 78.0 歳、60 歳時平均余命は男性約 19.0 年、女性約 21.0 年 (WHO Global Health Observatory)。60 歳以上の NCD (Non-Communicable Diseases : 非感染性疾患) 有病率は、高血圧約 70.0%、糖尿病約 40.0%、脂質異常症約 60.0% (NHMS 2018 年 Older Persons / NHMS 2023 年) であり、主要死因は虚血性心疾患・脳血管疾患など NCD が中心である。保健支出 (総保健支出、Total Expenditure on Health : TEH) は 2022 年で RM790 億、対 GDP 比 4.4% であり (Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 2011-2022)、自己負担 (Out-of-Pocket : OOP) 比率は約 38.8%、公的支出比率は約 52.0% と、同所得水準国と比較して公的医療費割合がやや低い。

### 2. 保健医療 (Q2-1~Q2-12 に対応)

(1) 医療提供体制 (図 1 参照) : マレーシアの公的医療体制は、(i) 一次医療として保健省 (Ministry of Health, Malaysia : MOH) が直営する保健クリニック (Klinik Kesihatan、全国約 1,100 か所) と村落保健所 (Klinik Desa、約 2,800 か所)、(ii) 二次医療として州立病院・郡立病院、(iii) 三次医療として大学病院・専門病院から

構成される三層構造である。本報告書で「マレーシア保健省クリニック」または「保健省直営クリニック」と呼称する施設は、保健省が直接管轄し、保健省雇用の医師・看護師・公衆衛生官が配置されている公立クリニック（Klinik Kesihatan）を指す。住民登録があれば誰でも受診可能で、受診費用は一般成人外来登録料が約 1RM（約 36 円）と極めて低額である。これに加えて、民間部門には私立病院・専門クリニックが存在し、自己負担あるいは任意の民間医療保険・タカフル（Takaful、イスラム法に準拠した相互扶助型保険）で支払う。

（2）高齢者の医療アクセス：60 歳以上の高齢者は公立医療施設では実質無料～極少額負担であり、公務員年金受給者は完全免除される。各保健クリニックでは曜日を限定して高齢者向け健康診断（高血圧・糖尿病・脂質異常症等の NCD スクリーニング）と総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）を実施しており、高齢者集住地区では検診キャパシティが逼迫している。慢性疾患の継続服薬は公立クリニックで原則無料配布され、家族による代理受取も認められている。三次医療では老年科専門医外来が設置されているが、専門医は Perlis（北部）、Kelantan・Terengganu（東海岸）の 3 州には 2024 年時点で配置されておらず、専門医療への地理的アクセス格差が顕著である。一方、私立病院は高水準の設備・サービスを提供するが費用は公立の数倍～十数倍であり、任意医療保険未加入者は自己負担となる。

（3）国民皆保険に関する議論：マレーシアでは 2000 年代初頭から国民皆医療保険制度（National Health Insurance：NHI）の導入論議が繰り返されてきた。2009 年頃には Najib 政権下で「1Care for 1Malaysia」構想が公表されたが、（a）既存の高度低額の公立医療が損なわれることへの公衆の懸念、（b）強制保険料負担への抵抗、（c）医師会・公務員労組・宗教団体等の利害調整困難、により実装には至らず議論が事実上凍結した。

（4）保健白書（Health White Paper 2023）と Base MHIT プラン（2026 年 1 月白書公表）：近年の議論再開は、①COVID-19 パンデミックで公立病院の容量逼迫が顕在化し医療資源配分の脆弱性が露呈したこと、②高齢化進展に伴う慢性疾患負担の急増、③民間医療保険料の急騰（2023～2024 年に最大 40～70%の保険料引上げ問題、いわゆる「medical inflation」が社会問題化）、④Anwar 政権下の MADANI 政策における社会保護強化方針、を背景としている。これを受けて、マレーシア保健省（Ministry of Health, Malaysia）、マレーシア財務省（Ministry of Finance, Malaysia）、マレーシア中央銀行（Bank Negara Malaysia：BNM）の三者が協働して 2023 年に保健白書（Health White Paper for Malaysia）を公表し、MHIT（Medical and Health Insurance/Takaful：医療・健康保険／タカフル）の基本プラン（Base MHIT）に関する白書を 2026 年 1 月 22 日に公表した。マレーシア財務省（MOF）および中央銀行（BNM）の発表によれば、本プランの実装はパイロット実施が 2026 年下半年期、全面展開が 2027 年初頭に予定されており、2026 年 1 月時点で全面開始されたものではない。MHIT は民間医療保険・タカフル商品の標準化と保険料の透明化を狙うものであり、国民皆保険化への直接的な道筋ではないが、医療保険市場の制度化が緒に就いた段階である（図 2 参照）。

(5) 在宅医療 (Domiciliary Care) : 保健省直営の保健クリニックに配置された地域看護師 (Public Health Nurse、保健省雇用の公衆衛生看護師) が、退院後フォローを要する高齢者・遠隔地住民の自宅を訪問する制度である。利用対象は、退院直後の医学的フォロー、慢性疾患管理、創傷ケア、寝たきり患者など、保健クリニック医師が訪問の必要を認めた症例に限られ、申込みではなく医師指示に基づく公的サービスとして提供される。訪問頻度は資源次第で限定的であり、創傷処置の場合でも 2~3 週間に 1 回程度にとどまるため十分な頻度とは言えない。これを超える頻回ケアや創傷の連日換包等が必要な場合は、家族が私的に看護師・パーソナルケアアシスタントを雇用するか、私立病院の訪問看護を別途契約する必要がある、自己負担が大きい。介護保険不在のため、必要なサービスは家族の自己負担で私的調達される構造である。

(6) 公立クリニックの介護者教育機能 : 1,100 超の公立クリニックでは、早期フレイル検出と並行して、家族介護者向けの技能訓練プログラム (看護、リハビリテーション運動、転倒予防、認知症ケア等) を実施している。これは在宅介護家族への間接的な公的支援として機能している。

(7) 高齢者向け移送支援プログラム (Unit Penyayang Warga Emas : UPWE) : UPWE は、女性家族地域社会開発省 (KPWKM) / 社会福祉局 (JKM) が支援し、NGO・民間福祉団体とのスマート・パートナーシップを通じて実施される、地域在住の高齢者向けの移送支援プログラムである。実施主体となる民間福祉団体は Majlis Pusat Kebajikan SeMalaysia (MPKSM、マレーシア中央福祉評議会) であり、9 台の UPWE 車両は半島マレーシアの一部の PAWE、Rumah Sejahtera (福祉ホーム)、MPKSM 事務所等の拠点に配置されている。本プログラムは内務省の所管サービスでも、JKM が単独で直接運営するサービスでもない点に留意を要する。規模は限定的であり、これを補完するため、St. John Ambulance、Red Crescent Society (マレーシア赤新月社)、Penang 等の地域 NGO が寄付ベースで非緊急搬送・緊急搬送を提供している。

(8) 緩和ケア・電子カルテ : 緩和ケア (Palliative Care) は Hospis Malaysia 等の非営利組織 (NGO) が中心であり、公立病院の専門部門は限定的で長期的には家庭対応・支援要請が一般的である。電子カルテ (Electronic Health Records : EHR) は、Telemedicine Act 1997 以来政策上は導入推進されているものの、2023 年時点で公立病院 4.0%、公立クリニック 7.0%にとどまる一方、民間部門は約 40.0%で電子処方も普及しており、官民格差が大きい。

(9) MySejahtera アプリ : MySejahtera は 2020 年 4 月にマレーシア政府が COVID-19 (Coronavirus Disease 2019 : 新型コロナウイルス感染症) パンデミック対応として開発・配布したスマートフォン公式アプリである。主な機能は、(a) 公共空間における接触追跡 (QR コードチェックイン)、(b) ワクチン接種証明、(c) 健康自己評価、(d) 公立医療施設のオンライン予約、(e) 保健省からのプッシュ通知である。COVID 期は公共施設・店舗入場時のチェックインが事実上義務化されていた。現在も公立クリニックの予約等で活用されているが、高齢者のスマートフォン保有・操作習熟は限定的であり、デジタル包摂は大学・NGO による個別研修にとどまっている。

### 3. 介護ケア（Q3-1～Q3-8 に対応）

（1）財政基盤：マレーシアには介護保険制度は存在せず、介護費用はほぼ全額が家族の自己負担で賄われている。介護ケアの連続体（軽度から重度まで）の中で、軽度・中等度の領域は民間サービスや家族介護に依存し、公的セクターは困窮層に限定された施設介護のみという「公的には未整備に等しく、民間に依存する」構造となっている（図3参照）。

（2）公的施設・民間施設・無登録施設（図4参照）：介護ケア施設は所管別に4類型に整理される。①女性家族地域社会開発省／社会福祉局（Jabatan Kebajikan Masyarakat：JKM）所管の公的施設として、Rumah Seri Kenangan（RSK、マレー語で「思い出の家」、自立可能な困窮高齢者向け公的居住施設、入所にはADL自立が条件で施設はシェルター機能中心）、Rumah Ehsan（RE、マレー語で「慈善の家」、慢性疾患を抱える困窮高齢者向け、入所者は2024年時点で全国合計300名未満）、Welfare Homes（1952年Selangor州設立のCentral Council for Welfare Servicesが運営、1991年JKM移管）。②女性家族地域社会開発省規制下のCare Centres Act 1993（介護センター法）に基づく登録民間／NGO施設は2024年時点で400施設超、ADL補助のパーソナルケアを提供する。③マレーシア保健省所管のPrivate Healthcare Facilities and Services Act 1998（PHFSA）に基づくライセンス付ナーシングホームは18施設のみで、登録看護師（Registered Nurse）が常駐し服薬管理・創傷ケア・経管栄養等の医学的処置を提供する。マレーシアで医療的介護を合法的に提供できる唯一のカテゴリーである。④無登録施設（規制外）として、小規模私営介護施設（民家改装型）、宗教系コミュニティ施設（イスラム宗教学習所Pondok、仏教寺院、キリスト教会系シェルターが高齢者を受け入れるケース）、家族経営型ボーディングホームが多数存在し、行政の品質監督外にある。

（3）コミュニティ拠点（PAWE）：女性家族地域社会開発省／JKM所管のPusat Aktiviti Warga Emas（PAWE、高齢者活動センター）が全国で約200か所運営されている（2024年時点）。各国会選挙区に1か所を目指して整備が進められており、Penang州のPAWEはインタビュー対象者によると「セカンドホーム」と評される地域参加の拠点となっている。デイサービス型で、生涯学習・健康増進・社会参加・友人づくりの場を提供し、孤立防止に寄与する。一方、政府補助は従前のセンターあたり年RM50,000（約177万円相当、2026年4月時点換算）から近年RM20,000（約71万円相当）に縮小されており、持続可能性が大きな課題となっている。

（4）コミュニティベースの非公式支援：PAWE以外にも、地域ボランティアが独居フレイル高齢者を訪問する「Home Help」プログラム、モスク・教会・寺院での社会活動・ピアサポート、National Council of Senior Citizens Organizations Malaysia（NACSCOM）配下のシニアシチズンクラブ等が機能している。NPOPは「コミュニティ・家族ベースのケア」を支援の柱の一つとして明示している。

（5）家族介護への依存と介護者支援：2014年時点で約70.0%の高齢者が子・拡大家族と同居しており、家族介護がケアの中核を担っている。これに対し、女性家族地域社会開発省／JKMは、寝たきりまたは障害を有する家族の介護者を対象に、月額RM500（約17,800円相当）の「介護者手当（Allowance for Caregivers of Bedridden

or Disabled family members) 」を支給している。当該制度は障害者向けに開始された経緯があるが、結果的に高齢者介護を担う家族にも適用され、Budget 2023～2025 の文脈で BWE 引上げと並行して位置付けられている。

(6) 介護人材の養成：養成期間は、短期では女性家族地域社会開発省/JKM 主催のホームヘルパー2日間入門研修、民間事業者の数週間～数ヶ月の入門コースが存在し、長期では人的資源省 (Ministry of Human Resources) 所管の National Occupational Skill Standard (NOSS) に基づく介護関連2年制ディプロマプログラム、看護専門学校・大学の老年看護ディプロマ等が存在する。これらは相互に標準化されておらず、国家統一の介護資格制度は2024年時点で存在しない。看護師については ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services (看護サービスに関する ASEAN 相互認証取極) に準拠した登録看護師 (Registered Nurse) 資格があるが、これは介護士資格ではない。

(7) 海外との合弁認証例：一部の民間事業者は、オーストラリアの Aged Care Quality Standards (高齢者ケア品質基準) に準拠した訓練プログラムを提供する豪企業との合弁、あるいは日本の介護福祉士国家資格カリキュラムに準拠したプログラム (日本の介護施設への送り出しを目的とする) 等を運営しているが、これらはマレーシア政府の公式資格ではなく、各事業者独自の認証にとどまる。

(8) 課題：Rahimah 所長は「介護セクターは低賃金・過重労働・虐待リスクが高い」と指摘し、日本・韓国の介護保険制度導入の経緯を学ぶ必要性を強調した。

#### 4. 年金・所得保障 (Q4-1～Q4-8 に対応)

(1) 多層構造の概要 (図5参照)：マレーシアの公的年金・所得保障は、(i) 公務員向け非拠出型確定給付年金、(ii) 民間被用者向け確定拠出型積立基金、(iii) 社会保険、(iv) 非拠出型現金給付、(v) 宗教慈善、の5本柱で構成される多層構造である。世界銀行が提唱する社会保護の柱を参照しつつ、マレーシアでは独自の「公務員年金・EPF・基礎医療保険・ZAKAT」を中心に構成されている。

(2) KWAP (Kumpulan Wang Persaraan/Retirement Fund Incorporated：退職基金公社)：公務員向けの非拠出型確定給付年金制度を運営する政府機関である。「非拠出型」とは、公務員自身は保険料を拠出せず、退職時に給与水準と勤続年数に応じた年金を国が支払う方式を指す。給付額は典型的には30年勤続で最終給与の約60.0%が年金として保証される。2023年時点の年金支給額は年間約RM340億 (約1兆2,000億円相当)、受給者は約79～90万名で、これは政府支出の約1割に相当する大きな財政負担となっている。給付設計には課題があり、2018年以降は基金部分が年金支払いの財源として部分的に取り崩されている。なおKWAP自体は基金運用機関であり、その2023年末の基金規模は約RM169.8B (約6兆円相当)、2023年の運用利回りは8.2%であった。

(3) EPF/KWSP (Employees Provident Fund/Kumpulan Wang Simpanan Pekerja：被用者積立基金)：民間被用者向けの確定拠出型積立基金である。労働者約1,500万人のうち、加入者は約800～900万人にとどまる。拠出率は従業員11.0%、事業主

12.0%（給与帯により一部 13.0%）、上限（拠出天井）はない。退職給付は 55 歳時に一括引出が可能であり、法定退職年齢は 60 歳である。54 歳時点の平均貯蓄額は 2000 年の RM75,000 から 2020 年に RM240,000 へ増加しているが分布は歪んでおり、中央値は RM100,000 程度にとどまる。これは退職後の生活費として 5 年程度で枯渇する水準であり、老後所得の大きなギャップとなっている。さらに、医療受療目的の前倒し引き出しがかなりの規模で発生しており、これが医療費支出に占める OOP（Out-of-Pocket）38.8%の高さと関連している。2023 年配当率は普通口座 5.5%、チャリア口座 5.4%であった。

(4) PERKESO/SOCSO（Pertubuhan Keselamatan Sosial/Social Security Organisation：社会保障機構）：雇用者・被用者拠出による社会保険を運営する政府機関である。主要給付は、労災・職業傷病補償、障害年金、遺族年金、雇用保険（Employment Insurance Scheme：EIS、2018 年導入）であり、老齢年金は基本対象外である。

(5) BWE（Bantuan Warga Emas：高齢者扶助金）：女性家族地域社会開発省の社会福祉局（JKM）が管理する非拠出型現金給付。BWE は 1982 年に導入され、新興国の中では比較的早期に整備された非拠出型の社会的年金（social pension）である。月額給付は従来 RM500 であったが、Budget 2025 で引上げが公表され、2025 年より現行の RM600（約 21,300 円相当）となった。月額 RM600 の給付水準は 2024 年の GDP per capita 比で約 13%相当にとどまり、最低限度の老後所得を単独で保障する水準ではない。公的支出規模は対 GDP 比約 0.05%であり、国際的水準（OECD および他の新興国における同種制度）と比較して極めて低い。受給対象は、マレーシアに居住する 60 歳以上のマレーシア国民で、現行の絶対的貧困線（PGK：Garis Kemiskinan）に基づく世帯所得または一人当たり所得の基準を満たす者である。子のいない高齢者については、PGK 基準を超える所得を有する親族・後見人と同居または同人に扶養されている場合でも対象となりうる。また施設入所は自動的な除外事由ではなく、有料のデイケア・入所施設の利用者は、当該施設が JKМ の補助金（Geran Rangsum）を受けず有料でサービスを提供している場合は対象となりうる。一方、JKM 直営施設の入所者、および Geran Rangsum の支援を受ける無料のデイ／入所施設の利用者は対象外である。2023 年時点で約 14~15 万人が受給している。しかし、受給者数は人口の約 4%にとどまっており、近年その水準で頭打ち（plateau）となっている対象範囲の狭さは、貧困高齢者の大半が本制度の保護を受けられていない状況を生んでおり、BWE の最大の制度的課題と位置付けられる。

(6) ZAKAT（イスラム宗教税）：5 本柱の一つを構成し、州ごとのイスラム当局が徴収・配分する。連邦税からの所得控除対象であり、税収減の一因にもなっている。料率・算定・給付基準は州ごとに不統一（例：Selangor 州は Zakat Selangor が運営）で、受益はイスラム教徒の 8 類型（貧困者・困窮者・徴収従事者・改宗者・奴隷・債務者・神の道のため・旅人）に限定される。多くの州で定期的な現金給付プログラムが乏しく単発支出中心であり、透明性・説明責任に課題が指摘される。

(7) 非正規・インフォーマルセクター：マレーシアの労働力人口の約 40.0%はインフォーマルセクター（自営業・ギグエコノミー労働者・家事労働者等）に属するとさ

れ（2023 年 DOSM 労働力調査）、雇用者拠出が無いため EPF・SOCSCO 制度から事実上排除されている。2018 年以降、自営業者向け任意拠出スキームとして EPF i-Saraan（政府マッチング拠出付き）、PERKESO Self-Employment Social Security Scheme（SKSPS）が導入されたが、登録率は低水準にとどまっている。EPF 全体のカバレッジは労働人口の約 52.0%にとどまる。

## 5. 福祉（Q5-1～Q5-6 に対応）

（1）公的扶助の中核：高齢者向け公的扶助の中核は、女性家族地域社会開発省の社会福祉局（Jabatan Kebajikan Masyarakat：JKM、Department of Social Welfare）が管理する BWE（Bantuan Warga Emas、月額 RM600、約 21,300 円相当）である。これに加えて、保健省が運営する MADANI Medical Scheme および PEKA B40、財務省が運営する STR（Sumbangan Tunai Rahmah：連邦現金給付）が併存する。

高齢者の所得保障という観点からは、（i）財務省所管の STR（年齢を問わず B40 世帯を対象とする一般現金給付。給付水準は月額 RM600 で、高齢者の約 60%が受給対象に該当する）と、（ii）JKM 所管の BWE（高齢者を特化対象とする非拠出型の社会的年金）が、並列的な二層構造で運用されている点が特徴である。両者は単一の所得保障制度として統合されておらず、別個の制度として並行運用されている。世界銀行（Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note, 2026）の試算によれば、BWE と STR を合算した給付額は、最下位 10%の高齢者を除いては給付前所得（pre-transfer income）の 10%未満にとどまり、現行の所得保障パッケージは最貧困層の最低生活保障には一定程度寄与するものの、高齢期の所得適切性（old-age income adequacy）への寄与は全体として限定的である。

（2）所得階層区分：マレーシアでは世帯所得を 3 階層に区分し、社会保障給付の対象指定に用いている。「B40」（Bottom 40%：下位 40%）は 2022 年 DOSM 家計所得・支出調査（HIES）時点で世帯月所得 RM5,250 以下の世帯、「M40」（Middle 40%）は RM5,250～11,820、「T20」（Top 20%）は RM11,820 以上である。各種補助制度は B40 を優先対象としている。

（3）MADANI Medical Scheme：Anwar 政権の「MADANI 政策」（包摂・社会連帯を掲げる包括政策）下で 2024 年に導入された制度で、B40 世帯向けに私立クリニック（民間家庭医）受診を年最大 RM150（約 5,300 円相当）まで政府が補助する。これにより公立クリニックの混雑緩和と私立医療へのアクセス拡大を狙う。

（4）PEKA B40：「Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40」（B40 向け健康ケア）の略で、2019 年導入の 40 歳以上 B40 向け健診・薬剤補助スキーム。年最大 RM500（約 17,800 円相当）の健康診断・スクリーニング・治療補助を提供する。

（5）社会扶助（SA）の断片化（図 6 参照）：社会扶助プログラム数は 2006 年に 10、2012 年に 94、2020 年に 136、現在は 189 へと急速に拡大しており、26 省庁にわたって運用されている。総支出は増えているものの、プログラム数の増加に伴い 1 プログラムあたりの平均予算は減少しており、小規模化が進んでいる。財務省（Ministry of Finance）所管の STR（Sumbangan Tunai Rahmah）は単一プログラム

でありながら社会扶助支出の最大シェアを占め、2022 年時点で STR 単独の支出は JKM が運営する 32 の福祉プログラム合計の 3 倍超に達した。一方、JKM の 32 プログラム（高齢者・障害者・児童・最貧困世帯対象）は社会扶助支出全体の約 22.0%にとどまる。世界銀行が指摘する通り、これは縦割りによる重複・カバレッジ漏れと給付一人あたりの希薄化を生んでいる。加えて、JKM 配下のプログラム群には高齢者を直接対象とする給付（BWE 等）が含まれることから、上記の断片化・小規模化・給付の希薄化は高齢者所得保障の実効性そのものを制約しており、189 プログラムの統合・合理化は、高齢者福祉の観点からも重要な政策課題である。

（6）中央諮問機関（MPPWEN／図 7 参照）：MPPWEN（Majlis Penasihat dan Perundingan Warga Emas Negara、英語名：National Advisory and Consultative Council for Older Persons：NACCOP、国家高齢者諮問・協議評議会）は 1996 年に設置された高齢者政策に関する助言機関である。中央レベルでは、議長を女性・家族・社会開発大臣、委員長を女性・家族・社会開発省事務次官、事務局を社会福祉局（本部）が務め、保健・社会レクリエーション・教育／宗教の 3 技術委員会を擁する。州レベルでも同様の委員会が設置されており、議長は州政府副事務次官または州行政評議員、事務局は州社会福祉局が担う。さらに、コミュニティ・NGO・民間セクターと連携する仕組みが組み込まれている。実施権限は持たない助言機関であるが、政策形成への影響力を有する。

（7）民間・宗教・NGO の役割：1952 年 Selangor 州で設立された Central Council for Welfare Services は、歴史的に RSK の運営母体としての役割を果たしてきた。宗教慈善（Zakat、Baitulmal、教会系）、CSR（Corporate Social Responsibility：企業の社会的責任）、NGO（HelpAge Malaysia、Alzheimer's Disease Foundation Malaysia、Malaysian Healthy Ageing Society、NACSCOM 等）の役割が相対的に大きく、公的支出の不足を補完している。

## 6. 社会環境（Q6-1～Q6-14 に対応）

（1）国家高齢者政策（NPOP 2026-2030）の枠組み：第 13 次マレーシア計画（RMK13、Rancangan Malaysia Ke-13、2026～2030 年）に基づき、女性家族地域社会開発省は National Policy for Older Persons 2026-2030 を公表した。当政策は「高齢者が幸福で充実した生活を送る社会」を目指し、高齢者像として（i）健康、（ii）前向き・精神的充実、（iii）活動的、（iv）生産的、（v）支援的・支え合い、の 5 次元を提示する。行動計画は 6 本柱（①推進・アドボカシー、②生涯学習、③安全と保護、④ガバナンスと責任の共有、⑤世代間参加と統合、⑥研究と開発）から構成される（図 8 参照）。

（2）地理的格差：都市部では私的介護ケア・私立医療が集中する一方、地方では公的サービスと地域 NGO への依存度が高く、地理的格差が顕著である。前述のとおり老年医学専門医は Perlis（北部）、Kelantan・Terengganu（東海岸）の 3 州で不在である。

（3）ジェンダー格差と虐待リスク：家族介護・介護労働ともに女性が過半を占める。介護セクターでは女性比率が高く（保健・社会活動セクターで約 70.0%、DOSM 労働

力調査 2023)、低賃金・キャリアパス不在が指摘されている。虐待リスクが生じる構造的要因としては、(i) 介護労働者の標準化された資格・登録制度が無いいため雇用主による不適切処遇が発生しやすいこと、(ii) 過重労働・低賃金・キャリアパス不在による高離職率と人材の質確保困難、(iii) インドネシア・フィリピン・ミャンマー等からの移民労働者が多く、語学・文化障壁および雇用主による身分証保管・賃金未払い等の搾取が報告されていること (Women's Aid Organisation Malaysia 2024 年調査)、(iv) 入所施設の登録未整備による当局の定期査察機能不全、が挙げられる。

(4) EPF 残高のジェンダー差：女性高齢者は労働市場参加率の低さ・賃金格差・キャリア中断 (出産・介護等) により EPF 累積貯蓄が男性より少額である。EPF 統計 (2022 年) によれば、男性活動的加入者の中央値貯蓄は約 RM35,000、女性は約 RM21,000 で、男性比約 60.0%にとどまる (図 9 参照)。これにより女性高齢者は相対的貧困リスクが男性より高い。

(5) 親扶養義務の法的枠組み：Destitute Persons Act 1977 (マレー語：Akta Orang-orang Papa 1977、困窮者保護法) は、路上生活者・無宿者・乞食を保護し、JKM 管轄の公的シェルター (Desa Bina Diri 等) に収容する根拠法である。同法第 2 条では「destitute person (困窮者)」を定義し、扶養義務 (家族による扶養責任) にも言及するが、米国・シンガポールの Maintenance of Parents Act 等のような家族扶養を裁判所命令で強制する手続きは規定されていない。実務上は宗教的・文化的道德規範に依拠する。

(6) 高齢者虐待の法的対応：マレーシアには高齢者虐待を直接規定する単独法 (米国の Elder Justice Act 等に相当する高齢者虐待専用法) は存在しない。既存の関連法律として、刑法 (Penal Code、暴行罪・遺棄罪等)、Domestic Violence Act 1994 (家庭内暴力防止法)、Care Centres Act 1993 (施設内虐待への対応)、Mental Health Act 2001 (認知症患者の保護) があり、これらにより部分的に対応されているが、包括的法的対応は不十分である。Domestic Violence Act 1994 (マレー語：Akta Keganasan Rumah Tangga 1994) は、配偶者・前配偶者・子・両親・親族間での身体的・精神的・性的・経済的暴力を対象とし、保護命令、緊急シェルター、警察介入の根拠を提供する。2017 年改正で精神的虐待・経済的虐待が対象に追加された。高齢者虐待は同法の親族暴力規定で間接的にカバーされている。

(7) 政策の主流化：第 13 次マレーシア計画 (RMK13) および保健白書 (Health White Paper 2023) に高齢者テーマが主流化され、観光省と ASEAN ATRA (ASEAN Tourism Research Association：ASEAN 観光研究協会) の協働で silver tourism (高齢者向け観光、医療観光・ロングステイ等) の推進も開始されているが、予算配分は人口動態上の重みに比して低水準にとどまる。

## D. 考察

マレーシアの高齢化施策の特徴は、①制度が複数の省庁に分散している (縦割り。社会扶助プログラム数は 2006 年 10→現在 189 へ急増し 26 省庁にわたる)、②介護ケア財政が未整備のため家族介護に依存している (2014 年時点で約 70%の高齢者が子・拡大家族と同居)、③介護労働の標準化・資格化の遅れ、④公私二層の医療シス

テムに起因する所得階層間・地域間格差、の4点に集約される。本研究のインタビューの整理から、これらは単独の技術的課題ではなく、政治的意思形成と公衆の理解形成の両面での停滞に根ざす構造的課題であることが示唆された。

他方、2026年1月のBase MHIT (Medical and Health Insurance/Takaful：医療・健康保険／タカフル) プラン白書の公表（パイロット実施は2026年下半期、全面展開は2027年初頭を予定）、2024年のPlan of Action for Older Persons 改訂、2025年のNational Care Framework 公表、National Policy for Older Persons 2026–2030（5次元・6本柱）の整備、2025年のBWE引上げ（RM500→RM600、Budget 2025で公表）と介護者手当（RM500/月）の運用拡大など、制度改革の動きは確実に前進しつつある。MPPWEN (Majlis Penasihat dan Perundingan Warga Emas Negara：国家高齢者諮問・協議評議会) による中央・州の政策調整機構も整備されており、日本がかつて経験した2000年介護保険制度導入前夜（1994～2000年）に類似する構造的・政治的条件が形成されつつある。Rahimah 所長が指摘するように、介護保険導入には「きっかけ」となる出来事が必要であり、日本における1994～2000年の制度設計プロセスの経験を体系的に共有することには大きな意義がある。

日本における2000年介護保険制度導入前夜の状況を振り返ると、(a) 1994年の高齢社会福祉ビジョン懇談会報告において「家族介護依存」から「社会的介護」への転換の必要性が提言され、(b) 1995年に高齢社会対策基本法が施行されて高齢化が国家政策の中心課題と位置付けられ、(c) 1996年に厚生省高齢者介護対策本部が「介護保険制度の創設について」を公表し制度設計の基本方針を提示、(d) 1997年12月に介護保険法が成立し保険料・給付・要介護認定の枠組みが確定、(e) 2000年4月に制度施行に至った。当時の社会的・政治的背景としては、1995年阪神淡路大震災以後の「高齢者孤立死」社会問題化、「老老介護」「介護離職」等の用語の世論焦点化、健康保険組合・財界の介護保険費用負担への抵抗、厚生省・政治家・学識者・市民団体の数年越しの合意形成努力があった。

1994～2000年の制度設計プロセスの具体的経験としては、(i) 老人保健法（1982年）下での施設給付偏重の弊害認識と在宅介護重視への転換、(ii) ドイツ介護保険制度（1995年導入）視察団の派遣と知見の体系的収集、(iii) コンピュータによる一次判定と訪問調査・主治医意見書による二次判定を組み合わせた要介護認定基準の作成、(iv) ケアマネジメント概念の導入とケアマネージャー（介護支援専門員）資格の新設、(v) 市町村を保険者とする地方分権型運営の採用、(vi) 第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40～64歳）の二層構造による財源設計、(vii) 利用者1割負担、指定事業者制、介護報酬単価設定、が挙げられる。これらは、介護保険制度の導入には政治的決断のみならず、評価ツール・資格制度・財源モデル・地方自治体実施体制の総合的設計を要することを示しており、マレーシアにおいて将来介護保険制度を構築する場合、これら一連の経験を体系的に共有することは大きな価値を持つ。

介護人材の標準化、施設ライセンス制度の厳格化、在宅医療 (Domiciliary Care) の量的・質的拡充、電子健康記録 (EHR) の公的セクターでの普及、社会扶助プログラムの統合・合理化 (189プログラム→集約)、およびインフォーマルセクター労働者の

年金・社会保障カバレッジ拡大が、短～中期的に優先すべき論点となる。加えて、PAWE（高齢者活動センター）の持続可能な財源モデル（利用者負担・コミュニティ拠出・自治体補助の組合せ）の検討は、日本の地域包括ケア・通いの場政策の経験が直接的に参考になり得る分野である。

本研究の限界として、インタビュー対象が UPM（Universiti Putra Malaysia：マレーシア・プトラ大学）老年学研究所の 2 名に限定されており、政府実務者・民間事業者・利用者当事者の視点が十分に取り込まれていない点が挙げられる。令和 8 年度以降、追加インタビューおよび定量的データの収集を通じて、本報告を更新していく必要がある。

## E. 結論

マレーシアは高齢化社会から高齢社会への移行期にあり、National Policy for Older Persons 2026–2030、保健白書（2023）、Base MHIT（2026 年 1 月白書公表）など制度設計の萌芽は見られるものの、介護ケア財政・介護人材・社会保障の統合性において大きな制度的ギャップを抱える。日本の介護保険制度導入プロセスおよび UHC 達成経験を参照した段階的な制度構築支援と、ASEAN 諸国との横断比較可能な評価指標の整備が、今後のアジア太平洋地域の持続可能な介護ケア構築に資すると考えられる。本研究で作成したマレーシア国版高齢化施策プロセス調査票（全 61 項目、日英）は、本研究班の比較分析基盤として活用可能である。

## F. 参考文献

1. Ministry of Health, Malaysia. Health White Paper for Malaysia. Putrajaya: MOH; 2023.  
[https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/HEALTH%20WHITE%20PAPER/Kertas\\_Putih\\_Kesihatan\\_\(ENG\).pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/HEALTH%20WHITE%20PAPER/Kertas_Putih_Kesihatan_(ENG).pdf)
2. Ministry of Health, Malaysia. Health Facts 2024. Putrajaya: MOH; 2025.  
[https://www.moh.gov.my/images/04-penerbitan/health-facts/Health\\_Facts\\_2024\\_updt\\_23012025.pdf](https://www.moh.gov.my/images/04-penerbitan/health-facts/Health_Facts_2024_updt_23012025.pdf)
3. Bank Negara Malaysia / Ministry of Health, Malaysia / Ministry of Finance. White Paper on Base MHIT (Medical and Health Insurance/Takaful) Plan 2026. Kuala Lumpur: BNM; 2026. <https://www.bnm.gov.my/mhit/baseplanwp>
4. Ministry of Health, Malaysia. Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 2011–2022. Putrajaya: MOH; 2024.  
<https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/>
5. Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2018: Elderly Health Volume 2. Kuala Lumpur: IPH; 2019.  
<https://iku.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/NHMS2018/NHMS2018ElderlyHealthVolume2.pdf>

6. Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. NHMS 2023: Non-communicable Diseases and Healthcare Demand. Kuala Lumpur: IPH; 2024. <https://iku.nih.gov.my/images/nhms2023/report-nhms-2023.pdf>
7. Ministry of Health, Malaysia. National Dementia Action Plan 2023–2030. Putrajaya: MOH; 2024.
8. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Policy for Older Persons 2026–2030. Putrajaya: KPWKM; 2026.
9. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Plan of Action for Older Persons (Revised). Putrajaya: KPWKM; 2024.
10. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Care Framework (Kerangka Penjagaan Negara). Putrajaya: KPWKM; 2025.
11. Ministry of Economy, Malaysia. 13th Malaysia Plan (RMK13) 2026–2030. Putrajaya: MOE; 2025. <https://www.ekonomi.gov.my/>
12. Department of Statistics Malaysia (DOSM). Population & Demographic Statistics; Household Income, Expenditure and Basic Amenities Survey (HIES) 2022; Population Projections (Revised) Malaysia 2020–2040. <https://www.dosm.gov.my/> ; <https://open.dosm.gov.my/>
13. Employees Provident Fund (KWSP). Annual Report 2023; EPF Member Statistics 2022. Kuala Lumpur: EPF; 2024. <https://www.kwsp.gov.my/en/corporate/news-highlights/publications>
14. KWAP (Retirement Fund Incorporated). Integrated Annual Report 2023; Sustainability Report 2023. <https://www.kwap.gov.my/AR2023/> ; [https://www.kwap.gov.my/documents/publications/others/KWAP\\_SR2023.pdf](https://www.kwap.gov.my/documents/publications/others/KWAP_SR2023.pdf)
15. PERKESO (Social Security Organisation). Annual Report 2023. <https://www.perkeso.gov.my/en/about-us/media-centre/annual-report.html>
16. World Health Organization. Country Cooperation Strategy: Malaysia 2022–2025. Geneva: WHO; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/ccs-malaysia>
17. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Database. <https://www.who.int/data/gho>
18. International Labour Organization. World Social Protection Report 2024–26: Universal social protection for climate action and a just transition. Geneva: ILO; 2024. [https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/WSPR\\_2024\\_EN\\_WEB\\_1.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/WSPR_2024_EN_WEB_1.pdf)
19. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024. Paris: OECD Publishing; 2024.

[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/12/pensions-at-a-glance-asia-pacific-2024\\_fcc7bc58/d4146d12-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/12/pensions-at-a-glance-asia-pacific-2024_fcc7bc58/d4146d12-en.pdf)

20. World Bank. A Vision for Social Protection in Malaysia. Kuala Lumpur: World Bank; 2023.

21. World Bank. Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note. Kuala Lumpur: World Bank; 2026.

22. World Bank. Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity (ASPIRE). <https://www.worldbank.org/en/data/datatopics/aspire>

23. Asian Development Bank. The Social Protection Indicator for Asia: Tracking Developments in Social Protection. Manila: ADB; 2019.  
<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/516586/spi-asia-2019.pdf>

24. Asian Development Bank. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific: Building Systems of Care and Support for Older Persons. Manila: ADB; 2024.

25. Sooryanarayana R, et al. The Malaysian National Health and Morbidity Survey 2018: Older Persons' Health in Malaysia. Geriatr Gerontol Int. 2020.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.14112>

26. Distribution of geriatricians according to the states of Malaysia. Geriatrics 2018;3(4):80. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040080>

27. Wan Aliaa Wan Sulaiman. Policies on the Health of Older Adults in Malaysia. Duke-NUS Medical School. [https://www.duke-nus.edu.sg/docs/librariesprovider3/education-docs/1\)-policies-on-the-health-of-older-adults-\(malaysia\)-by-dr-wan-aliaa-wan-sulaiman.pdf](https://www.duke-nus.edu.sg/docs/librariesprovider3/education-docs/1)-policies-on-the-health-of-older-adults-(malaysia)-by-dr-wan-aliaa-wan-sulaiman.pdf)

28. Rokiah K. Domiciliary Care (PPD). Peoples Health Forum.  
<https://peopleshealthforum.com/wp-content/uploads/2020/09/ppd-domiciliary-dr-rokiah-003.pdf>

29. Zakat Selangor. <https://www.zakatselangor.com.my/en/home-page/>

30. The Edge Malaysia. KWAP and civil service pension financing analysis.  
<https://theedgemaalaysia.com/node/735415>

(図)

図 1. マレーシアの医療提供体制と高齢者アクセス経路

図 2. Base MHIT（医療・健康保険／タカフル）の枠組みと公的医療制度改革の位置付け（2026 年 1 月白書公表）

図 3. マレーシアの介護ケア連続体（軽度～重度のスペクトラムにおける公的・民間・無登録の役割分担。「公的未整備、民間依存」の構造）

図 4. マレーシアの介護ケア施設類型・所管・規模・役割（2024 年時点）

図 5. マレーシアの社会保障の柱（世界銀行枠組み）

図 6. 社会扶助の断片化 — 26 省庁・189 プログラム

図 7. 国家高齢者諮問・協議会（MPPWEN）の組織構造

図 8. 国家高齢者政策（NPOP2026-2030）---5 次元の高齢者像と 6 本柱

図 9. EPF 加入者の性別貯蓄額の中央値

## G. 研究発表

学会発表

なし

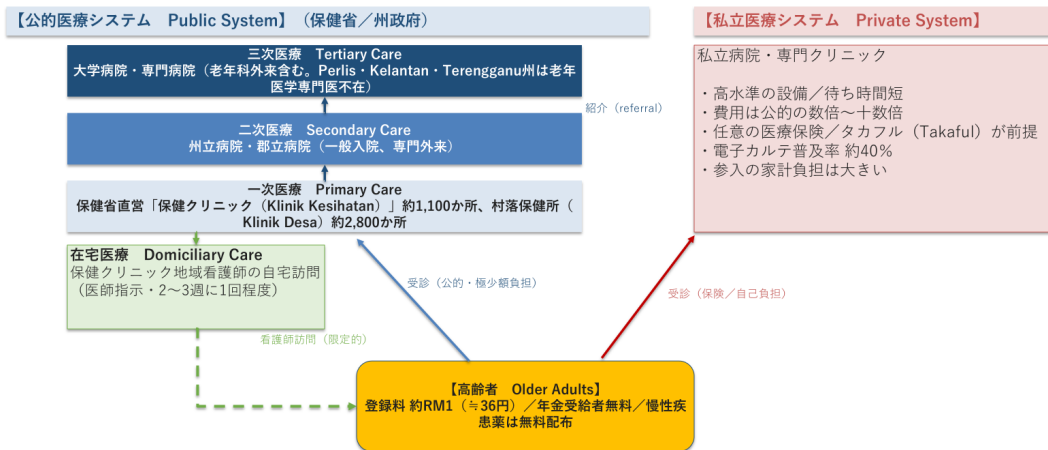
論文発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1. マレーシアの医療提供体制と高齢者アクセス経路



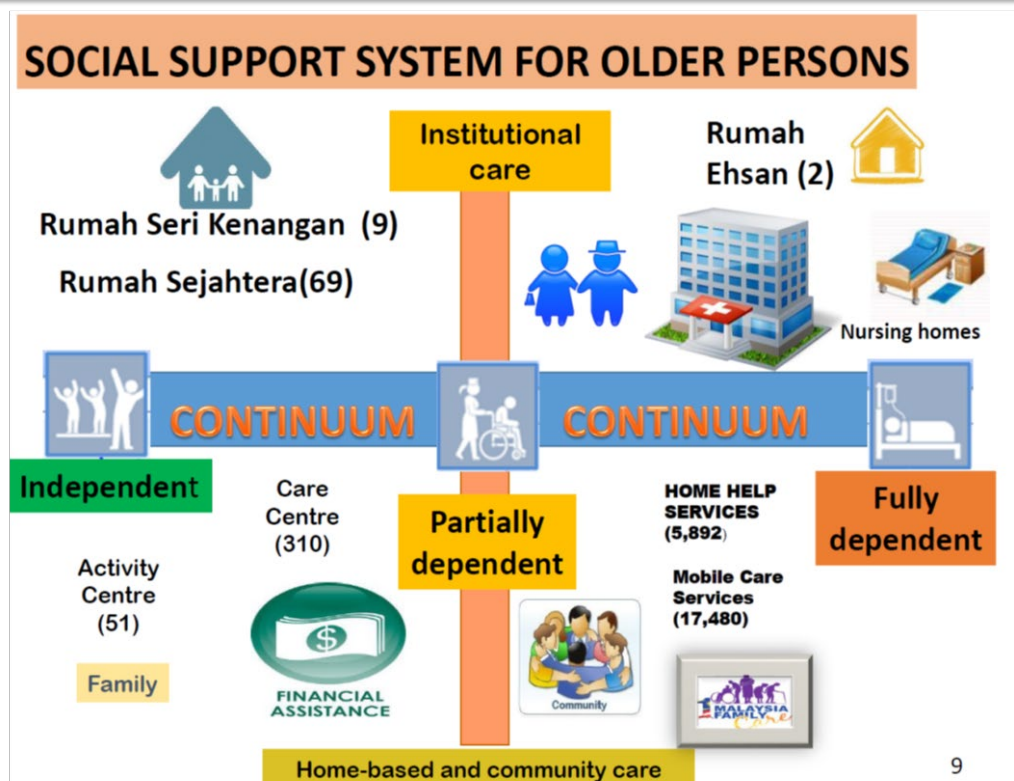
出典：葛蒲川作成。マレーシア保健省ホームページ（<https://www.moh.gov.my/>）、Malaysia National Health Accounts、Rahimah Ibrahim所長へのインタビュー（2026年2月9日、UPM）に基づく。

図2. Base MHIT（医療・健康保険／タカフル）— 公的医療制度改革の枠組み



出典：原典：Bank Negara Malaysia, White Paper on Base MHIT Plan（<https://www.bnm.gov.my/mhit/baseplanwp/>）。マレーシア保健省・財務省・中央銀行の三省協働。2026年1月開始。

図3. マレーシアの介護ケア連続体 — 「公的未整備、民間依存」の構造



出典：原典：Ministry of Women, Family and Community Development, および介護保険未導入国の介護ケア連続体に関する整理。

図4. マレーシアの介護ケア施設類型・所管・規模・役割（2024年時点）

| 所管（階層）                                    | 施設名・略称                                               | 法的根拠                                                      | 規模（2024年）      | 役割・特徴                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 女性家族地域社会開発省 (MWFC/KPWKM)<br>↳ 社会福祉局 (JKM) | RSK<br>Rumah Seri Kenangan                           | 社会福祉政策 (行政施策)                                             | 少数<br>(数施設)    | 自立可能な困窮高齢者向け公的居住施設。入所には基本的にADL（日常生活動作）自立が条件。実態は介護施設というよりシェルター。看護師1〜2名・理学療法士/作業療法士は保健省からの派遣で配置。                                     |
| 女性家族地域社会開発省<br>↳ 社会福祉局 (JKM)              | RE<br>Rumah Ehsan                                    | 社会福祉政策 (行政施策)                                             | 入所者<br>全国<300名 | 慢性疾患を抱える困窮高齢者向け公的居住施設。RSKよりも医療的ケア比重が高い。同様にJKMが運営。                                                                                  |
| 女性家族地域社会開発省<br>↳ 社会福祉局 (JKM)              | Welfare Homes<br>(旧Central Council<br>運営、1991年JKM移管) | 社会福祉政策                                                    | 一定数            | 路上生活者・身寄りなしの困窮者向けシェルター。1952年設立のCentral Council for Welfare Servicesが運営、1991年に福祉局移管。                                                |
| 女性家族地域社会開発省<br>↳ 社会福祉局 (JKM) 規制           | Care Centres<br>(民間/NGO運営)                           | Care Centres Act 1993<br>(介護センター法)                        | 400施設超         | パーソナルケア（食事・入浴・排泄等のADL補助）を提供する居住型介護施設。民間/NGO運営、JKMが登録・規制。質のばらつきが大きい。                                                                |
| 女性家族地域社会開発省<br>↳ 社会福祉局 (JKM)              | PAWE (Pusat Aktiviti Warga Emas<br>(高齢者活動センター))      | 社会福祉政策 (行政施策、国会選挙区配置構想)                                   | 約200か所         | コミュニティ拠点（デイサービス型）。生涯学習・健康増進・社会参加の場を提供する非入所型施設。在宅高齢者対象。週4日程度開設。政府補助はかつて年RM50,000（約177万円）→近年RM20,000（約71万円）に縮小。                      |
| マレーシア保健省 (MOH)                            | ライセンス付ナースホーム<br>(Licensed Nursing Home)              | Private Healthcare Facilities & Services Act 1998 (PHFSA) | 18施設のみ         | 看護師（Registered Nurse）が常駐し、服薬管理・創傷ケア・経管栄養等の医学的処置を提供する民間営利/NGO運営施設。PHFSA 1998に基づき保健省が品質基準・人員配置・設備を監督。マレーシアで「医療的介護」を合法的に提供できる唯一のカテゴリ。 |
| 未登録/規制外<br>(実態としてMWFC/MOHいずれの監督下にも入っていない) | 小規模私営介護施設                                            | 無登録<br>(Care Centres Actを取得せず運営)                          | 多数<br>(実数不明)   | 民家を改築した小規模ホーム。ADL補助の介護を提供するが、ライセンスを取得せず運営。火災・衛生・職員配置基準等は未審査で、ケアの質・安全性に懸念。                                                          |
| 未登録/規制外                                   | 宗教系コミュニティ施設 (Pondok等)                                | 宗教団体運営 (行政規制対象外)                                          | 多数<br>(実数不明)   | Pondok（イスラム宗教学習所）が高齢者居住も兼ねるケース、仏教寺院・キリスト教会系シェルターが高齢者を受け入れるケース。本来の目的は宗教学習・教養で、介護機能は副次的。                                             |
| 未登録/規制外                                   | 家族経営型ボーディングホーム                                       | 個人事業 (規制対象外)                                              | 推計困難           | 親族・近縁ベースで数名の高齢者を受け入れる非公式ケア。家族介護の延長として運営され、行政の把握外。                                                                                  |

出典：葛蒲川作成。Rahimah Ibrahim所長/Chai Sen Tyng上席研究員へのインタビュー（2026年2月9日、UPM）、Malaysia CARE Action Plan 2026-2030（女性家族地域社会開発省、2025年）、Care Centres Act 1993、Private Healthcare Facilities and Services Act 1998（PHFSA）、JKM PAWE Directoryに基づく。

図5. マレーシアの社会保障の柱（世界銀行枠組み）

- *Zero Pillar* – non-contributory social assistance financed by the state, fiscal conditions permitting
- *First Pillar* – mandatory with contributions linked to earnings and objective of replacing some portion of lifetime pre-retirement income.
- *Second Pillar* – mandatory defined contribution plan with independent investment management
- *Third Pillar* – voluntary taking many forms (e.g. individual savings; employer sponsored; defined benefit or defined contribution)
- *Fourth Pillar* – informal support (such as family), other formal social programs (such as health care or housing), and other individual assets (such as home ownership and reverse mortgages).

・所得保障（BWE等）／公務員年金（KWAP）／従業員積立基金（EPF）／基礎医療保険（Base MHIT、2026年～）／ザカート（ZAKAT）。  
 ・各柱は省庁・対象集団・財源が異なり、相互に統合されていない縦割り構造。

出典：World Bank, Conceptual Note on Social Protection in Malaysia. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/389011468314712045/pdf/457280BRI0Box31Concept1Sept20081.pdf.pdf>

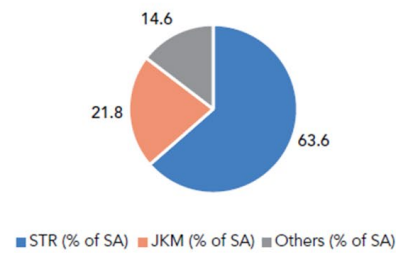
図6. 社会扶助（Social Assistance）の断片化 — 26省庁・189プログラム

SA programs spending 2022



Source: MOF (2023), JKM (2023), and authors' calculation

STR, JKM, and other programs spending as % of total SA spending, 2022

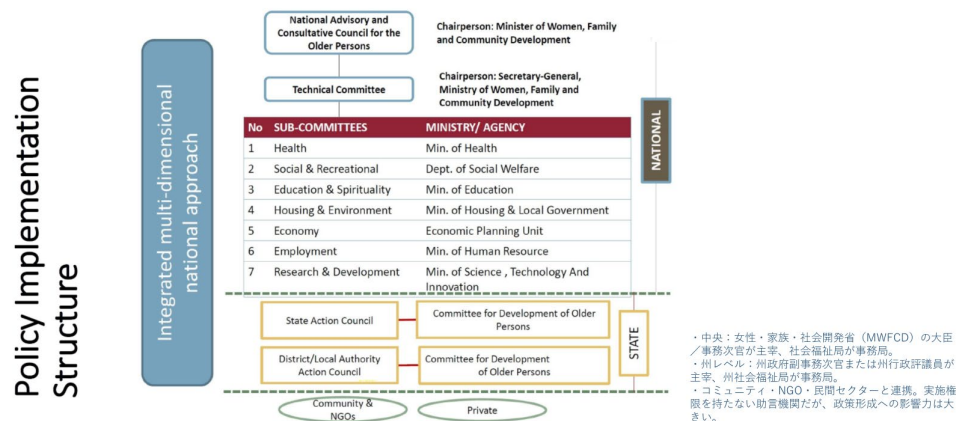


Source: MOF (2023), JKM (2023), and authors' calculation

- ・MoF（財務省）所管はSTR（Sumbangan Tunai Rahmah）の単一プログラムだが、社会扶助支出全体の最大シェア。
- ・2022年、STR単独支出はJKM 32福祉プログラム合計の3倍超。JKM全体は社会扶助支出の約22.0%にとどまる。
- ・プログラム数増加に伴いプログラム当たり平均予算は希薄化、給付の重複・カバレッジ漏れも発生。

出典：World Bank, Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note (2026)。プログラム数推移：2006年10 → 2012年94 → 2020年136 → 現在189。

図7. 国家高齢者諮問・協議会（MPPWEN）の組織構造



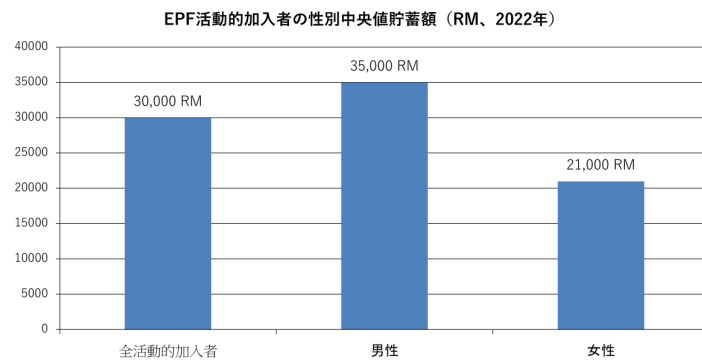
出典：MPPWEN: Majlis Perundingan Pesara dan Warga Emas Negara. 中央レベル＝議長：女性・家族・社会開発大臣／委員長：同省事務次官／事務局：社会福祉局（本部）。州レベル＝議長：州政府副事務次官または州行政評議員／事務局：州社会福祉局。

図8. 国家高齢者政策（NPOP 2026–2030）— 5次元の高齢者像と6本柱



出典：原典：Ministry of Women, Family and Community Development, National Policy for Older Persons 2026–2030, RMK13（第13次マレーシア計画）に基づく改訂版。

図9. EPF加入者の性別貯蓄額の中央値（推計、2022年）



※ 女性の中央値貯蓄は男性比約60%。労働市場参加率の低さ・賃金格差・キャリア中断（出産・介護等）により女性高齢者の相対的貧困リスクが高い。

出典：高瀬川作成。EPF Member Statistics 2022 (<https://www.kwsp.gov.my/>)、World Bank "A Vision for Social Protection in Malaysia" (2023)、OECD Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024 (<https://www.oecd.org/>) の記述に基づく推計値。