

## マレーシアの所得保障と医療保障<sup>1)</sup>

菅谷 広宣

### ■ 要約

マレーシアの所得保障では、プロビデントファンドと社会保険とによって、老齢・死亡・障害、および労災がカバーされているものの、失業保険や家族手当は存在していない。他方、公的医療保険はなく、これには旧宗主国イギリスの医療保障制度が影響しているとの見解がある。しかし、マレーシアにおける医療保障のありかたは、イギリスのそれとは異なっており、これは所得保障についても同様である。欧米諸国の植民地下にあった国々の社会保障の成り立ちについて、旧宗主国の影響を考慮することは無論必要であるが、マレーシアの場合には、むしろ独自の道を歩んできているといえる。本稿では、マレーシアにおける諸制度のありかたを論述するとともに、それによって上記の点を明らかにする。

### ■ キーワード

EPF、SOCSSO、医療、旧宗主国の影響、多民族国家

## I 社会保障の背景

### はじめに

マレーシアは、半島マレーシア(マレー半島南部)の11州と東マレーシア(ボルネオ島北西部)のサバ・サラワクをあわせた13州、および3連邦地域(クアラルンプール・プトラジャヤ・ラブアン)からなる連邦国家である。政体は、国王(Yang di-Pertuan Agong)<sup>2)</sup>のもとに三権分立機関を有する立憲君主制となっている。

16世紀以降、この地域にはヨーロッパ列強が進出し、19世紀からはイギリスが植民地統治を行なった。第二次世界大戦中は日本軍に占領されたが、戦後再びイギリスの支配下となり、マレー半島の9イスラム首長国とマラッカ、ペナンの2直轄植民地が、1948年2月に保護領マラヤ連邦とされた。そして、マラヤ連邦は57年8月にイギリス連邦の一員として独立、その後63年9月にはシンガポール、

およびサバ、サラワクをくわえて連邦国家マレーシアとなったが、民族構成の違いから対立が深まり、65年8月にシンガポールが分離・独立した。

ところで、19世紀からのイギリス植民地統治の下で、マラヤでは天然ゴムと錫を中心とする一次産品に依存する経済構造が形成された。その過程で華人系やインド系の人々が労働者として大量に移住し、こんにちのような多民族社会ができあがっていった。ブミプトラ(bumiputera: マレー語で「土地の民」を意味)であるマレー系その他の先住民族は、農業部門の伝統的な生業に従事したまま、商工業の発展から取り残されていった。その結果、民族別に職業が分化し、民族間の社会経済格差が生じることとなった。1957年の独立からこんにちに至るまで、この格差をいかに是正するかが、マレーシアにとって最大の課題となっている。

## 1. 民族と宗教

マレーシアにおける2003年の年央人口は約2504万8300人と推計されている。その民族別内訳は、「マレー系」50.32%、「マレー系以外のブミプトラ」10.96%で、ブミプトラ全体では61.28%、「華人系」23.94%、「インド系」7.04%、「その他」1.25%、「外国人」6.48%となっている。(JPM, 2003b, p.37)このように、ブミプトラの大半はマレー系が占めているが、その他のブミプトラとして、いくつもの少数先住民族がいる。他方、ブミプトラ・華人系・インド系のいずれでもない「その他」には、ヨーロッパ系・ユーラシア系・タイ系等が含まれる。なお、民族と宗教との概ねの対応は、マレー系がイスラム教(スンニ派)、華人系が仏教、インド系がヒンドゥー教である。国教はイスラム教と定められている(憲法第3条)が、個人の信仰の自由は保障されている(同第11条)。

ところで、マレーシアには、後述するEPFやSOCSOといった公的な制度のほかに、民間の準備基金や保険、宗教的福祉基金等が存在する。マレー系住民の間では、村にあるモスクの委員会によって運営されている“zakat fitrah”(断食月の最後の日に金銭のほか米で支払われる10分の1税)や多くの小さな福祉基金が存在し、コミュニティーのなかの貧者に継続的な援助を提供している。そして、こうしたことは華人やインド系住民の間でも行なわれている。(Doling and Omar, 2000, p.50)他方、子どもは働き始めると、通常は所得の一部を両親のために貯蓄し始める。子どもにとって、これは両親への恩返し(balas jasa)であり、このイデオロギーは宗教的、また文化的なものである。ムスリムであるマレー系の人々は、孝行の考え方や価値観、そして両親が年老いて体が弱ったとき、その世話をすることは子どもの義務であるということ、を、代々伝えてきた。これは、華人やインド系、その他のエスニックグループでも同様である。(Ibid., pp.72-73)

## 2. マクロ経済と産業構造<sup>3)</sup>

マレーシア経済は、第一次長期総合計画(OPP 1: Outline Perspective Plan: 1971-90)および第二次長期総合計画(OPP 2: 1991-2000)を通じ、1970年代より2000年までの間に、年平均で7%近い成長を遂げてきた。アジア通貨危機の影響が強く現れた1998年には-7.5%と大幅な落ち込みをみせたものの、翌99年には5.4%、2000年には8.3%と実質成長率はV字型に推移した。アメリカを中心とする世界経済の減速傾向のなかで、マレーシア経済も2001年からはやや足踏みの状態をみせたが、2004年の第一四半期、第二四半期は各7.6%、8.0%と、マレーシア経済は基本的には回復基調に乗ったものと考えられる。ちなみに、2001年からの第三次長期総合計画(OPP 3: 2001-2010)では、年平均7.5%の成長が目標とされている。

このようにマレーシアは順調な成長を歩んできたため、一人当たり実質GDPも、1975年から2002年までの間に、年平均4.0%で増加してきた。ちなみに、2002年の一人当たりGDPは、3905ドル(購買力平価では9120ドル)となっている。ただし、民族間の格差は依然として存在しており、OPP 1以来とられてきたマレー系を優遇する経済政策(ブミプトラ政策)は、OPP 3およびその前半5カ年(2001-2005年)に対して策定された第8次マレーシア計画にも引き継がれている。

つぎに産業構造についてみておこう。独立時のモノカルチャー経済から脱却をはかり、工業化を進めてきたマレーシアでは、容易に想像できるように、GDPに占める農業部門の比重低下と、製造業およびサービス業の比重上昇が明確である。1970年に29.0%を占めていた農林水産業は、1990年に18.7%、2000年に8.7%と比重を低下させている。これに対し、製造業は1970年に13.9%のシェアであったが、1990年に27.0%、2000年に33.4%、サービス業は1970年の36.2%から1990年の42.3%、2000年の52.4%へと、それぞれ比重を高

めている。これにより、産業別の就業者割合も大きく変わってきている。1970年に53.5%を占めていた農林水産業では、90年に27.8%、2000年に15.2%と低下している。他方、製造業では70年に8.7%であったが、90年に19.5%、2000年に27.6%、サービス業では70年の32.5%から90年の45.7%、2000年の48.7%へと上昇してきている。

### 3. 労働市場

マレーシアの労働力人口は、15歳から64歳までとされている<sup>4)</sup>。公務部門と民間企業の双方において、一般的に定年が55歳<sup>5)</sup>に定められているが、高年齢の就業者は、定年のない農業カインフォーマルセクターに概ね従事している(Doling and Omar, 2000, p.72)。2002年の労働力人口は988万6200人と推計されている<sup>6)</sup>が、その核をなしているのは20-49歳の年齢層であり、労働力人口に対する割合は、15-19歳で5.9%、55歳以上で6.1%となっている。労働力人口のうち、実際に就業している者の数は954万2600人であり、このうち学歴別では未就学5.4%、初等教育23.9%、中等教育54.1%、高等教育16.6%となっている<sup>7)</sup>。なお、失業率は3.48%であるが、失業者の内訳をみると、学歴では中等教育および高等教育を受けた者、年齢では15-29歳層、また職業経験では経験のない者の間で失業率が高い。(JPM, 2003a, pp.46, 82, 87, 92-93)

つぎに、15歳から64歳までの労働力率は、全体で64.4%と推計されている。これを男女別、民族別にみると、男81.5%・女46.7%、プミプトラ63.0%・華人系63.5%・インド系63.3%・その他65.8%・外国人81.7%となっている。(Ibid., p.46) 産業別就業者割合は、全体では上位から製造業21.7%<sup>8)</sup>、卸売・小売業、自動車・オートバイおよび個人・世帯向け物品修理業15.7%、農業・狩猟・林業13.8%となっており、他のアセアン4諸国で首位を占めている農業部門が後退している。こ

の傾向は男女別にみても同様であるが、民族別には、とりわけマレー系以外のプミプトラで農業部門が33.6%、製造業が10.9%となっている点、華人系で卸売・小売業、自動車・オートバイおよび個人・世帯向け物品修理業が29.2%、インド系で製造業が33.3%、外国人で農業部門が29.0%となっている点が目立つ(Ibid., pp.65-66)。他方、就業者を従業上の地位別にみた場合には、全体では被用者76.7%、自営業者15.5%、無給家族就労者4.8%、使用者3.0%となっている。男女別では、女性に使用者と自営業者が少なく(1.1%、12.0%)、無給家族就労者が多い(9.6%)。民族別には、マレー系以外のプミプトラで自営業者と無給家族就労者が多い(各24.8%、15.2%)。また、華人系で使用者が多いのに対し(6.6%)、インド系と外国人では被用者が多く(各87.8%、91.1%)になっている。(Ibid., p.90)

ところで、マレーシアには全労働者を対象にした最低賃金制度がない。1947年賃金評議会法は、組合を組織するのが困難な業種について賃金評議会を設置し、これに最低賃金を設定する権限を与えると定めているが、その対象は配膳・ホテル業、店員、映画館員、船荷おろし労働者の4業種に限られており、最賃額の見直しもあまり行なわれていない。ナショナルセンターのマレーシア労働組合会議(MTUC)は、政府に対し度々最賃法制定を要求してきたが、いまのところ政府に法制定の動きはない。なお、現在の賃金水準の参考として、製造業における平均月額基本賃金をあげておくと、管理職では最高幹部・上級管理職・中間管理職の順に、各々MR1万6441・MR8669・MR2186、非管理職では熟練労働者・半熟練労働者・非熟練労働者の順に、MR1246・MR832・MR606となっている<sup>9)</sup>。(MRは現地の通貨単位リングットを示す。2004年12月3日現在、1リングットは26.86円。)

#### 4. 貧困と所得格差

マレーシアの貧困線は、衣食のほか家賃、ガソリン、電気、家具調度品、保健医療費、運輸・通信費、娯楽・教育・文化的サービス費といった日常の最低必要費に基づいて月額で算出される。食費部分については5人家族で1日当たり9910キロカロリー、衣料品の必要最低費は社会福祉局が福祉ホームに対して設定した基準に基づく。また、そのほかの非食物については、家計支出調査で報告される低所得世帯の支出水準を基準としている。そして、半島マレーシア、サバ、サラワクの三つの地域ごとに、それぞれ4.6人、4.9人、4.8人の世帯を基準に作成され、消費者物価指数の変化を考慮して毎年見直されている。2002年の貧困線は、半島マレーシア、サバ、サラワクの順にMR529、MR690、MR600とされている。(GOM, 2001, p.58; EPU, 2004, p.61) また、月額所得が貧困線の半分以下の世帯は極貧層とされている。

全国の貧困率は1970年には49.3% (GOM, 1981, p.86)であったが、着実に低下し2002年には5.1% (EPU, 2004, p.61)となった。また、極貧率も1985年の6.9% (GOM, 1986, p.32)から2002年の1.0% (EPU, 2004, p.61)へと低下している。しかしながら、2002年でもなお、都市部と農村部の格差(2.0%、11.4%)、地理的格差(クアラルンプールの0.5%か

らサバ州の16.0%まで)、および民族的格差(ブミプトラの高い貧困率<sup>10)</sup>)が解消されていない。

つぎに、所得分配についてであるが、ジニ係数は1997年に0.492となっている。アセアン4の他の国々では、インドネシア0.343(2002年)、フィリピン0.461(2000年)、タイ0.432(2000年)となっている。マレーシアは、貧困率ではこれらの国々より低くなっているものの、ジニ係数をみる限りでは、所得分配の不平等度では相対的に高くなっていることがうかがえる。上位10%の所得層が38.4%の所得を得ているのに対し、下位10%の所得層が得ている所得は1.7%であり、このことからジニ係数でみた場合と同様のことがいえる(World Bank, 2004, pp.61-62)。その要因としては、上記のように貧困率と同様の格差が考えられる。ちなみに、2002年における世帯年間総所得の中間値をみると、都市部でMR3652であるのに対し、農村部ではMR1729である。また、同様の値を民族グループ別にみると、ブミプトラでMR2376、華人系でMR4279、インド系でMR3044となっており、格差が明らかである。(EPU, 2004, p.64)

#### 5. 人口の指標

表1には、各種の人口統計が示されている。高齢化の進む2045-2050年には普通死亡率が若干

表1 各種人口統計

普通出生率(%)			普通死亡率(%)			合計特殊出生率		
1950-55年	1995-2000年	2045-50年	1950-55年	1995-2000年	2045-50年	1950-55年	1995-2000年	2045-50年
45.2	25.5	12.4	19.9	4.8	8.4	6.83	3.26	1.85
出生時平均余命(年)			年平均人口増加率(%)			都市人口比率(%)		
1950-55年	1995-2000年	2045-50年	1950-55年	1995-2000年	2045-50年	1950年	2000年	2030年
48.5	71.9	79.6	2.72	2.44	0.41	20.4	61.8	77.6
年齢三区分別人口割合(%)								
1950年			2000年			2050年		
0-14歳	15-64歳	65歳以上	0-14歳	15-64歳	65歳以上	0-14歳	15-64歳	65歳以上
43.6	52.8	3.6	37.5	59.0	3.5	18.4	65.9	15.7

出所: UN (2004) の中位推計 (Web site at <http://esa.un.org/unpp>) より作成。

上昇すると推計されているものの、普通出生率・普通死亡率はともに低下をしてきている。合計特殊出生率も低下しているが、アセアン4のなかではマレーシアはフィリピンとともに比較的この数値が高い。他方、出世時平均余命はアセアン4のなかでは最も高く伸びてきている。これらの結果、15-64歳の人口割合は2050年まで上昇を続ける一方、65歳以上の人口割合は2000年に若干の低下をみせ、2050年には大きく上昇するとされている(0-14歳の人口割合は低下を続ける)。都市人口比率は2000年まで大きく上昇しているが、都市化の傾向はさらに続いていく。

## II 所得保障

マレーシアにおける所得保障では、公務部門の人々に対して独自の年金制度がある一方で、民間部門の人々に対しては<sup>11)</sup>、被用者退職準備基金(Kumpulan Wang Simpanan Pekerja、略称KWSP：英語名：Employees Provident Fund、以下EPF)および社会保障機構(Pertubuhan Keselamatan Sosial、略称PERKESO：英語名 Social Security Organization)が行なう事業(以下、SOCSCO)がある。

### 1. 公務部門の年金

公務部門への年金が最初に導入された時期を示す記録はない。現行制度の起源は1951年の政府年金法で創設されたものであり、現在は1980年の年金法(Act 227)と、法定機関および地方自治体年金法(Act 239)とを基本法として、制度が運営されている。そうした公務部門の年金は、退職金とともに1957年憲法<sup>12)</sup>第147条で保障されている。

この年金制度の対象となるのは常勤の公務員および法定団体の職員であり、具体的には司法当局の職員、連邦政府の一般公務員、警察官、国鉄職員、学校職員、連邦政府および一つ以上の州の公益事業、各州の行政職員、議会職員、その他国

王が適当と認めた者が含まれる(第2条<sup>13)</sup>)。また、所定の要件を満たす臨時職員の場合には、常勤職員の4分の3の年金が支給される(第24条)。なお、1991年および92年の法改正(Act A793, Act A823)により、以後採用される公務員等はEPFと公務部門の年金のどちらかを選択することができるとされた(第6A条)。しかし、後述するEPFと公務部門の年金の内容を比較した場合、有利なのは明らかに後者であり、現実には前者を選択する者がいるかどうかは疑わしい。ちなみに公務部門の年金財源は、受給権者の勤務する公共機関が、給与の17.5%を拠出する(第12B条)とされている。公務員等は自身で拠出をせずに、在職期間に応じて最終給与の20~50%を支給されている。なお、1980年には8万人であった年金受給者総数は年々増加し、97年には35万人となり、年金と退職金の支払い総額も同期間にMR4億からMR28億に増大している。1981年から採用された年金額の賃金スライド制も、こうした増大に拍車をかけている。(アジズ、2000、pp.22-23)

## 2. EPF

### (1) 導入の背景

EPFは、イギリス植民地時代の1951年に法制化され、翌52年に導入された。これ以前、主要なゴム園の所有者は、労働者のために簡素な貯蓄の仕組みを、老齢期の保護と保障の一形態として、つくりはじめていた。拠出率は一律でなかったが、こうした退職準備の仕組みは、ゴム園だけではなく、錫鉱山でも流行するようになった。こうした状況下で、強制貯蓄制度の導入ということが、当時の労働局によって1949年に初めて議論された。それから間もなく、労使の利害を代表する合同賃金審議会は、労働者の利益を守るために国家的貯蓄制度を導入する時期が来たと考えようになった。(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.9)

EPFの創設を促した要因として、労働組合の過

激な活動や共産党の武力蜂起も重要であった。労組は賃上げと、よりよい福祉制度を使用者と政府に要求していた。そして、第二次世界大戦直後から、ストライキや労働者の集会在日常的に起こるようになった。そのピークは1947年初頭であり、ゴム園労働者による全国規模のストとデモが発生した。イギリス人経営者や経営者よりの被用者が襲われ、殺人にいたるケースもみられた。(Doling and Omar, 2000, p.41) 他方、この頃のマラヤでは、1948年2月に発効した連邦協定の内容がマレー系住民に有利であるとして、非マレー系の最大グループである中国系住民が反発し、それはマラヤ共産党の武力蜂起として現れた。1948年6月に、植民地政府はマラヤ全土に非常事態宣言を布告した。(池端・生田、1977、pp.319-326)

こうしたことから、植民地政府は労働者基金の創設を、国民に安心感を与えるために重要な手段とみていた。そして、1951年10月にEPF法がマラヤ連邦立法会議で成立した。国家によるプロビデントファンドとしては、こんにちの世界でも最も古いものとして、EPFは1952年8月に拠出金の徴収を開始した(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.10)。また、この頃には、労働者災害補償令(1952年)や雇用令(1955年)といった労働者保護のための法令も整備されたが、これらもEPFの創設と同様の文脈でとらえることができる。このようにして誕生したEPFは、労働者にとって公的な所得保障の中心をなす一方で、後述のように政府にとっては開発資金の重要な調達源にもなった。

## (2) EPFの仕組みと現状

### ① 対象者

EPFは、制度創設時のゴム園および錫鉱山の労働者から順次対象を拡大し、現在は民間被用者全般のほか、年金受給資格がない公務部門の被用者(臨時職員やパートタイマー等)を強制加入としている。また、家事使用人や自営業者、外国人労働者、年金受給資格がある公務部門の被用者は任意加入となっている(EPF1991年改正法第2条および附則第1条)。

2002年12月末現在、加入者数の総計は1022万5505人である(KWSP, n.d.2, p.74)。ただし、同年におけるマレーシアの労働力人口は988万6200人と推計されており(JPM, 2003a, p.46)、EPFの加入者数はこれを上回っている。したがって、この加入者数には、以前はEPFに拠出をしていたが、現在はそれを中断している者や、すでに引退して積立金の引出しのみを行なっている者が相当数含まれていると考えられる。現実には、EPF加入者のうち実際に拠出を行なっている者は、全体の47.12%に相当する約482万人であり(KWSP, n.d.2, p.73)、その労働力人口比は48.75%である。

② 拠出率と積立金

制度の発足以来、EPFの拠出率は数次の改定を経て、現在は労使各9%、12%となっている(EPF法第43条)。ただし、この率に上乗せした拠出も認められている。2002年にはMR204億4000万が集められた(KWSP, n.d.2, p.78)。なお、労働者側はEPFへの拠出金と生命保険の保険料を合わせ、年間MR5000までは課税所得からの控除を受けられる。また、使用者側も19%までのEPF拠出金に対し、非課税措置を受けることができる。(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.31)

他方、2002年末の積立金累積額はMR2002億7478万5376.63となった(KWSP, n.d.2, pp.75, 78)。これは同年のGDP(暫定値)の55.5%に相当する。この積立金に関し、チョウ(2001)はつぎのように述べている。

「マレーシアの1970年代以降の公企業主体の開発政策において、開発国債の発行により開発財源を調達した。その際、被雇用者年金基金(EPF: Employees Provident Fund)は開発国債を引き受けることにより、重要な開発財源となった。(中略)

1990年代以降マレーシア政府は、開発を推進するために創設してきた多数の公企業を民営化するようになった。民営化時代に対応してEPFや商業銀行の投資規制が緩和され、両者は民間企業に対する資本供給機関として再編され、EPFは機関投資家として、商業銀行は長期産業金融機関として再編された。こうして現在では、EPFの政府開発財源としての性格が大きく変わり、むしろ膨大な年金資産を国民福祉の本来の目的に照らしていか運用するかが重要な課題になっている。」

ただし、2002年現在でも、EPF積立金投資のなかで政府発行有価証券が最も大きな割合を占めており、政府発行有価証券の最大の引き受け手もEPF積立金というのが現状である(KWSP, n.d.2, p.81; JPM, 2003b, p.268)。なお、積立金の運用益は非課税であり、2.5%が最低保障利率とされている(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.31)。

### ③ 各種の積立金勘定

拠出金はつぎの三つないし四つの個別勘定に振り分けられる。それぞれの条件下で引き出される積立金は非課税である(Ibid., p.31)。

- 1) 勘定I この勘定は主に55歳以降の老齢保障の役割を担っており、拠出金の60%がここに積み立てられる。そして55歳になると、拠出金と運用益の合計が、一時払い、毎月均等払い、または両者の組み合わせで引き出される。ただし、55歳になる以前でも、一定の条件で投資目的に積立金を引き出すことができる。それは、MR5万以上の残高がある場合、MR5万を超えた部分の20%までを認可された資金運用機関に投資できるというものである(加入者投資制度)。
- 2) 勘定II この勘定には拠出金の30%が割り当てられる。積立金は、50歳になったとき退職をしていなくても引き出すことができる。また、年齢にかかわらず、住宅の購入や加入者自身または子どもの教育費、パソコンの購入のために引き出すことができる。こうした勘定IIは、1980年の法改正で創設された。

表2 EPF加入者の年齢別積立金額(2002年)

年齢	人数	積立金(MR)	一人当り積立金(MR)
< 16	4,415	918,482.14	208.04
16-25	2,421,296	9,671,101,060.83	3,994.18
26-30	1,652,380	22,864,537,181.38	13,837.34
31-35	1,474,814	31,062,725,209.41	21,062.13
36-40	1,339,946	36,329,318,232.24	27,112.52
41-45	1,180,813	38,555,069,520.11	32,651.29
46-50	949,946	35,548,699,957.04	37,421.81
51-55	624,986	21,246,677,631.41	33,995.45
> 55	576,909	4,995,738,102.07	8,659.49
合計	10,225,505	200,274,785,376.63	19,585.81

出所：KWSP(n.d.2, p.74)より作成。

- 3) 勘定III この勘定には拠出金の10%が積み立てられ、EPF理事会によって指定された重篤な疾病の治療費(家族にも適用)に積立金を使用できる。1994年の法改正で創設された。ただし、この勘定の積立金は、実際の医療費に比べて少なすぎるのが現状である(Doling and Omar, 2000, p.45)。
  - 4) 勘定IV 加入者は55歳になるまで、勘定Iにある積立金のうち最大50%までを、任意でここにおくことができる。そして55歳になったとき、この勘定にMR2万4000以上の積立金がある場合には、55歳から75歳まで、月額MR100の最低保障年金を受け取ることができる。
- 以上が各種勘定の内容である。2002年には、積立金総額の5.47%に相当するMR109億5679万が引き出された。その内訳は、55歳時の一括引き出しが33.43%、住宅購入が21.79%、勘定Iで認められている加入者投資制度が10.71%、50歳時の引き出しが10.32%等となっている(KWSP, n.d.2, p.77)。なお、年齢別に加入者一人当りの積立金累積額をみると、表2の通りである。

### 3. SOCSO

SOCSOは1969年の被用者社会保障法(Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969)に基づいて導入された。EPFがプロビデントファンドの仕組みであるのに対し、SOCSOは社会保険方式を採用し、労災と障害・遺族をカバーしている。このうち前者の導入は、1952年の労災補償令が十分な効果を発揮できなかったことに由来している。

#### ① 対象者(第2条5項、3条、5条、附則第1条<sup>14)</sup>)

従業員一人以上の企業で、賃金月額がMR2000を超えない被用者は強制加入。雇用の形態は問わず、臨時労働者や家事労働者にも適用される<sup>15)</sup>。また、加入後に賃金月額がMR2000を超えても、引き続き適用は継続され、その場合の賃金月額はMR2000とみなされる。はじめから賃金月額がMR2000を超えている被用者は、労使の合意によって任意加入ができる。なお、50歳以上で新規に雇用された者や55歳以上の被用者は、労災部分にのみ加入する。また、2001年1月分より、公務部門の被用者にも労災部分の適用がなされている。その背景には、公務員の労災を補償していた見舞金制度(1994年導入)では、補償額がSOCSOに比べ大幅に小さかったことがある。

2002年末現在、47万7150社、791万2385人がSOCSOに加入している。使用者数では、全体の62.4%にあたる29万7785社が保険料を納入した。他方、被用者のうち保険料を納めた者は、全体の51.4%にあたる406万8757人であった。これは労働力人口の41.2%、被用者の55.6%に相当する。(PERKESO, n.d., pp.26-28)

#### ② 保険料(第6条、附則第3条)

上限のMR2000まで24等級に分けられた標準報酬月額に対し、保険料率は障害・遺族部分で労使各0.5%、労災部分が全額使用者負担で1.25%である。2002年に納入された保険料の総額は

MR10億9513万5877で、同年における総収入の68.9%であった。なお、保険料納入者は上記の通り被保険者全体の半数ほどでしかないため、未納企業への立ち入り検査が延べ7万8837件行なわれ、71社が訴えられた。また、保険料滞納に課される利子の追徴はMR430万であった。(PERKESO, n.d., pp.28-29)

#### ③ 受給要件(第17条、17A条)

労災の場合、最低加入期間等の受給要件はなく、就業中(通勤途上も含む)の事故によるもののほか、職業病<sup>16)</sup>に対しても給付がなされる(第2条6項)。障害・遺族に関しては、直前の40ヶ月間に24ヶ月分以上の保険料を納入していること、または初めて被保険者となってから直前までに3分の2以上の期間、かつ最低24ヶ月間の保険料を納入していることが必要である。

#### ④ 給付

##### 1) 労災補償に特有の給付

###### A) 一時的障害給付(第22条、附則第4条)

労災発生の日を含め、4日以上労働不能の状態が続いた場合、労働不能の状態から回復するまでの間、労災発生日まで遡って平均賃金日額の80%が支払われる。2002年には、6万2881件に対しMR6320万が支給された<sup>17)</sup>。

###### B) 恒常的障害給付(第22条、43条、附則第4条)

完全障害の場合、平均賃金日額の90%が支給される。支給期間は、暫定的に障害状態と診断された場合は、その状態が改善するまで、最終的に障害状態と診断された場合は、終身である。部分障害の場合は、法律に定められた労働能力喪失割合に応じ、平均賃金日額の20%~90%が支給される。支給期間は完全障害と同様である。なお、労働能力の喪失割合が20%未満の場合には、その割合に応じて一時金が支払われる。2002年には、恒常的障



害給付全体で、2万1112件に対してMR1億6670万が支給された。

C) 遺族給付(第26条)

被保険者が労災によって死亡した場合、平均賃金日額の90%が支給される。支給対象は、未亡人と子どものほか、これらがいない場合には、母親、未成年の兄弟、未婚の姉妹、祖父母等である<sup>18)</sup>。2002年には、2万9097件に対しMR1億270万が支払われた。

D) 医療費給付(第37条、38条)

必要に応じて、外来診療、病院・薬局・診療所・または他の医療機関における付き添い、被保険者の居宅への往診、あるいは病院での入院医療が行なわれる。ただし、これらの医療行為はSOCSOが定めた範囲内に限られる。2002年には、4279件に対しMR510万に相当する給付がなされた。

2) 障害・遺族保障に特有の給付

A) 障害年金(第20条、21条)

保険料納付済み期間に応じて、直前24ヶ月間の平均賃金月額50-60%が支給される。2002年には、2万3449件に対しMR1億4700万が支払われた。

B) 遺族年金(第20A条、附則第7条)

障害年金を受給中の被保険者、または55歳未満で障害年金の受給要件を満たしている被保険者が死亡した場合、未亡人および子ども等に遺族年金が支給される。支給額は、障害年金を受給中の被保険者が死亡した場合には、これと同額である。また、55歳未満で障害年金の受給要件を満たしている(ただし障害年金を受給したことがない)被保険者が死亡した場合は、その者の保険料納付済み期間に応じ、平均賃金月額50-65%が支給される。遺族年金全体では、2002年に9万4890件、MR1億9770万の給付がなされた。

3) 労災補償および障害・遺族保障に共通の給付

A) 常時介護手当(第30条)

障害状態が重く、他人による介護を常時必要とする者には、その状態が続く限り年金額の40%または人的資源大臣規則<sup>19)</sup>によって規定される最高額(現在月額MR500)が支給される。2002年には、労災補償として483件にMR210万が、障害保障として2063件にMR540万が支払われた。

B) 葬祭費給付(第29条)

遺族または葬儀を執り行なった者に対して、人的資源大臣規則<sup>20)</sup>に定める額(現在はMR1500)の葬祭費が支給される。2002年には、労災補償として893件にMR150万が、遺族保障として4449件にMR700万が支払われた。

C) リハビリ給付(第57条)

障害を負った者は、SOCSOが提供するリハビリ施設を無料で利用することができる。2002年には、労災補償と障害保障をあわせて、MR1400に相当する給付が行なわれた。

D) 教育給付(第57A条)

労災により死亡した者、障害年金(非労災)の受給中に死亡した者、55歳になる前に障害年金(非労災)の受給要件(減額年金のそれも含む)を満たして死亡した者、障害年金(労災および非労災)を受給中の者、以上の者に扶養を受けていたまたは受けている子どもに対して、教育ローンまたは奨学金が支給される。2002年には、労災補償と障害保障をあわせて、2071件にMR3580万が支給された。

以上がSOCSOによる給付の内容と現状である。

4. 所得保障に旧宗主国の影響はあるのか

マレーシアにおける所得保障の形成に、旧宗主国イギリスの影響があったのではないかというのは、誰もが考えることであろう。この点に関連して、Doling and Omar(2000, p.9)では、「マラヤの植民

地政府が依って立つべき伝統的なシステムが存在しなかったため、福祉サービスは相当程度イギリスのシステムの考え方に基いていた」と述べている。しかし、これがマレーシアで具体的にどのような制度につながっているのかということには、Doling and Omar はまったく言及していない。EPF は、植民地政府によって創設されたとはいえ、プロビデントファンド方式はイギリスでとられた社会保険方式と異なる。また、イギリスでは制度が国民保険というかたちで一元化されているのに対して、マレーシアでは公務部門と民間部門とで制度が並立しているし、所得保障の重要な制度である失業保険と家族手当がマレーシアには存在しない。さらに、マレーシアの医療保障にはイギリスの影響が反映されていると、複数の文献によって指摘されているが、この点にも筆者は次節で異論を唱えたい。なお、Doling and Omar (2000, pp.19-20) は、上記の言及とはまったく対照的に、つぎのように述べている。

「イギリスとマレーシアの福祉制度は、多くの点で非常に異なっている。イギリスでは、相対的に高い歳出が割り当てられ、セーフティーネットと普遍的プログラムのミックスによる西洋的レジームである。これに対しマレーシアでは、家族の主要な役割と、経済成長の必要性の支持に基づき、少ない歳出というアジアの伝統を反映した非常に最小主義的なプログラムである。」

欧米列強の植民地下にあった国々の社会保障を理解するためには、旧宗主国の影響を考慮しなければならないが、マレーシアとイギリスとをみた場合、このような理解のほうが筆者の見解に近いといえよう。

### III 医療保障

#### 1. マレーシアの医療とイギリス NHS

マレーシアには、公的な医療保険制度が存在し

ない。これに関して、同国の医療保障には旧宗主国イギリスの強い影響があるためという旨の見解を示す文献が散見できる。例えば、Ramesh, with Asher (2000, p.90) は、医療費に占める私費の割合が急速に増大しているとしながらも、マレーシアにはイギリスの医療制度のあり方が反映され続けているとしている。また、Gough (2000, p.5) はマレーシアの制度を「イギリスの影響を受けたナショナル・ヘルス・システム」と称している。しかし、そのようなことを具体的に示す文献は見当たらないし、マレーシアにおける医療保障のありかたは、むしろイギリスの NHS のような制度とは異なっているというのが、筆者の見解である。

まず、公的医療機関において患者から徴収される料金が、Fees (Medical) Order 1982 で詳細に規定されている。例えば、外来の場合は、患者負担は MR1 である。しかし、他の医療機関に紹介を受けた場合には、そこでの受診には初回を除き、毎回 MR5 の患者負担が生ずる。また、入院の際には、病室のクラスに応じて、一日当たり MR3～80 のベッド料金が課されるうえ、検査・診療項目ごとに料金が決められており、患者はこれを負担しなければならない。しかも、こうした規定の起源は Fees Act 1951 にあり、イギリス統治時代末期には、すでにこのような患者負担が存在していたのである。なお、公務部門の人々にはそうした料金は課されず、ここにも多くの途上国と同様に公務部門の優遇がみとれる。

他方、経営主体別に病院の内訳をみた場合、2001 年現在で公立が 3 万 4536、私立が 9949 とベッド数では公立が上回るものの、病院数では公立が 121、私立が 224 と私立のほうが上回っている (MOH, n.d., pp.162-163, 185)。いうまでもないことではあるが、私的医療機関はより快適な施設やサービス、迅速な診療、高品質の薬剤等<sup>21)</sup>を希望する患者に需要がある。また、立地はそのような患者が多い都市部が中心となる。もちろん、私立

病院で受診した場合には、原則として医療費は全額自己負担である。ここで「原則的に」というのは、企業が医療費を負担する場合があるほか、私的医療保険からの支払いも、私的医療費の7.2%に相当するからである(WHO, 2004, p.139)。なお、このように私立病院が増加したのは、1980年代から90年代にかけてであった(Arzmi, 2000, p.24)。1983年には、マレーシアの医療に民営化を導入する提案がなされている(Doling and Omar, 2000, p.137)。

このような民営化の状況からは、時期が符合することもあり、イギリスのサッチャー政権下でのNHS改革<sup>22)</sup>が連想されるかもしれない。しかし、イギリスでは国営病院と民間病院とを問わず、NHSが医療サービスを購入するようになっているが、マレーシアではそのようなことがなく、民間病院は完全に自由診療を提供する場となっている。ちなみに、2001年現在、マレーシア政府の歳出に占める医療費の割合はわずかに6.5%であり、医療費全体に占める公私の比率は53.7:46.3と、私費が半分近くを占めている。また、その大部分は患者の自己負担である。一方、イギリスで同様の比率をみると、15.4%、82.2:17.8となっており、マレーシアとは明らかに異なっている。(WHO, 2004, pp.138-143)さらに、マレーシアの一人当たりの公的医療支出、および公的医療支出全体のGDP比はそれぞれ143ドル、2.0%となっている。これらの値は東南アジア諸国のなかでも取り立てて高いわけではないし、世界的にはマレーシアが属する上位中所得国(世界銀行の分類による)の平均(各357ドル、3.7%)を下回っている(World Bank, 2004)。

ところで、予測される医療費の増大に対して、政府が明らかに関心を示し始めたのは、医療の民営化が進み始めた1980年代の中頃からであった。このとき、政府は医療費調達に関する研究委員会を結成し、同委員会はSOCSSOとEPFを統合し、拠出ベースの国民医療保険制度を創設することを勧告した。これに対して政府は、アジア開発銀行

の協力を受け、そのような制度の実現可能性を検討する委員会をつくり、同委員会は労使が拠出(貧困者の場合には政府が拠出)する強制加入の制度を勧告した<sup>23)</sup>。しかし、この勧告は実施に移されなかった。1994年には、シンガポールのメディセイブ制度<sup>24)</sup>に影響を受け、EPFのなかに個別勘定として第三口座を設け、EPF拠出金の10%を医療費の支払いのために積み立てておくことが代替的に実施された。とはいえ、EPFへの拠出率は労使の合計で23%であるから、その10%では2.3%にしか相当しない。しかも、EPFはリスク分散のない個人口座によっている。したがって、これによって重病の平均的医療費を賄えるのは、EPFメンバーの4%に満たないとされている(Marzolf, 1996, p.8)。ちなみに、2002年の医療費引出し額はMR3613万であり、これは同年のEPF総引出し額のわずか0.33%である。また、2001年の医療費引出し額はMR3173万であり、これは同年における保健省の保健医療総歳出額の1.2%にすぎない。(KWSP, n.d.2, pp.76-77; MOH, n.d., p.23)

## 2. マレーシアの医療インフラ

### (1) 植民地下の状況

医療保障の基盤をなすインフラの問題についてであるが、ここでもさきにふれたようにイギリスの影響を複数の学者が指摘している。しかし、筆者のみる限りでは、これを立証するような文献はやはり見当たらない。以下では、植民地下の医療制度の展開を論述したLing(1991)を主に参照して、この問題について考察してみたい。

Lingは、半島マレーシアとシンガポールについて、植民地初期(1511-1874年)、植民地後期(1874-1957年)、独立後と三つの時代区分をし、イギリスの植民地医療と伝統医療の展開について論述している。その一番のポイントは、マレーシアとシンガポールのアジア人コミュニティには、民族の伝統医療に頼り続ける以外には、ほとんど選

択肢がなかったということである(Ling, 1991, p.159)。

さて、植民地初期のマレーシアは、ポルトガル(1511-1641年)、オランダ(1641-1824年)、イギリス初期(1824-1874年)と三ヶ国による支配を受けた。このうちオランダの時代までは、基本的な施設を用いた西洋医療は、貿易や海運業に従事していたヨーロッパ人の専用で、土着のマレー社会には何の貢献もしなかった。1824年に始まる初期のイギリス支配の段階になると、猛威を振るっていた伝染病と闘うため、西洋医療を導入する実質的な努力がみられるようになった<sup>25)</sup>。しかし、それでも植民地政府による医療では、財源、人材、そして施設が常に不足していた。医療サービスの編成は、しばしばインド植民地政府の政治イベントによって中断された。これは、同政府が1867年までマラヤの領土を管理していたからである。(Ling, 1991, pp.161-163) Law (1972)によれば、植民地政府による施設とサービスの低いパフォーマンスは、マレー系および入植したインド系、華人系住民が持続的に西洋医療を利用することに対して、十分な抑止力であった。

より良い医療サービスに向けた植民地政策の転換は、1874年以降マレー半島とシンガポールに対する経済的・政治的コミットメントをイギリスが強めることで、ようやくみられるようになった(Ling, 1991, p.164)。とはいえ、公営医療施設における人材不足は解消されず、医療サービスの提供では、民族の伝統医療が相変わらず大きな役割を果たしていた。また、植民地政府が提供する医療サービスでは貧困と慈善が強調されたために、これを利用することにはスティグマが伴った。しかも、医療施設がヨーロッパ人用とアジア人用に分離されていたために、そのスティグマはさらに増幅された。もし、このような扱いがアジア人による植民地政府の医療機関の利用に対する抑止力として不十分であったとしても、患者の間で常に死亡率が高かっ

たことが、公営病院の利用をより一層躊躇させる要因であったかもしれない。(Ibid., p.166)

イギリス植民地時代後期には、確かに以前までと比べて医療予算、医療機関数、そして患者数のいずれもが増加している(Ibid., pp.165, 167)。しかし、上記のようなことからしても、無料の公営医療が植民地下のマラヤで確固たる存在であったとはいえそうにはないのである。

## (2) 現状

病院についてはさきにふれたが、これ以外には保健省のヘルス・クリニックと農村クリニックが各々858、1934、公立の歯科クリニックと診療椅子が各々1784、2930あるほか、母子保健クリニックが94ある。また、自動車による移動診療が168台で行なわれている。病院を含め、これらの施設の間では、リファーマル・システムがとられている。ちなみに、人口あたりのベッド数をみると、統計のある東南アジア7カ国<sup>26)</sup>のうち、マレーシアはインドネシア・フィリピンにつぎ、三番目にベッド数が少ない(IMFJ, 2002, p.141)。

他方、公私をあわせた医療従事者一人当り人口を他の東南アジア諸国と比べてみると、表3の通りである。また、医療従事者を公私の機関別にみると、医師数は公的機関と私的機関で拮抗しているが、歯科医師・薬剤師は私的機関のほうが多く、看護婦と助産婦は公的機関で圧倒的に多い。なお、私的機関での給与水準が高いため、公的機関では優秀な医師を確保するのが困難になっていることが指摘されている。公的機関の医師が勤務時間外に私的診療を行なうことは途上国では一般的だが、マレーシアではこれが禁じられており、医師たちが公的機関で働くインセンティブを弱めている(Ramesh, with Asher, 2000, p.90)。このことはまた、ベッド数では私立をはるかに上回る公立病院で働く医師が、一人当たりより多くの患者を診なければならず、過重労働に陥る危険性をはらんでいる。

表3 医療従事者一人当り人口

(人)

	マレーシア			ブルネイ	インドネシア	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム
	公立	私立	計	公私計	公私計	公私計	公私計	公私計	公私計
医師	2,603	3,059	1,406	1,189	8,118	803	698	3,427	1,859
医師(2003年)	2,800	2,709	1,377	—	—	—	—	—	—
歯科医師	27,903	17,297	10,678	10,737	33,843	1,840	3,516	14,916	—
薬剤師	47,440	10,613	8,673	15,850	29,364	1,722	3,621	9,675	13,134
看護師	942	2,651	695	231	2,541	226	243	615	1,766
助産婦	2,712	146,865	2,663	—	—	—	—	—	—

出所：Web site at <http://www.moh.go.my> (2004年10月18日検索) および IMFJ (2002, p.161) より作成。

注：1) 断りのない限り、年次はマレーシア2002年、ブルネイ2001年、インドネシア1999年、フィリピン2000年、シンガポール2001年、タイ2000年、ベトナム2001年。

2) —は出所にデータがないことを示す。

#### IV 結語

本稿では、マレーシアの所得保障と医療保障のありかたを、旧宗主国イギリスの影響が本当にあるのかということ念頭に置きながら述べてきた。複数の文献は、そうした影響があるとしているが、これまでに述べたように、それがどのようなところに現れているのかは具体的に立証されていないし、筆者の見解では、むしろイギリスの影響があるというよりも、同国とは異なる道をマレーシアはたどってきているのである。旧宗主国の影響というのは誰もが考えることであろうが、シンガポールのように、より明確にそれを反面教師として、別の道を行んでいる国があることは事実である。すなわち、かつてのイギリスの福祉病を避けるために、シンガポールでは自助努力と相互扶助が第一義的に考えられ、国家による保障は最小限度に抑えられているのである。したがって、かつて欧米諸国の植民地であった国々の社会保障について考察する場合には、単に抽象的に旧宗主国の影響と一括りにするのではなく、それぞれの国の理念や制度について、具体的に検証していく必要がある。

最後に、多民族国家であり、民族間の格差、し

かも原住民であるブミプトラが不利な立場にあるという問題に直面してきたマレーシアの大きな特徴と、社会保障との関係について述べて本稿を終えたい。Doling and Omar (2000, pp.41-42)は、新経済政策 (NEP) が始まった1970年代を、マレーシアにおける社会保障の拡大にとって、画期的な時期であったとしている。NEPは、第一に貧困の根絶、第二にマレーシア社会を再構築して民族間の経済格差をなくすこと、第三に民族を超えた国民の統合という、相互に関連し合う三つの主要な目標をもっていた。このうちの特に第三点目に関連して、広井 (2003, pp.17-21)は、アジア諸国の社会保障は、「経済発展に伴う発展段階的モデル(=縦軸)と、各国の政治的・文化的背景等に由来する多様性(=横軸)とがクロスする一種のマトリクスの中かで理解することができる」としたうえで、重要な横軸の第一番目に「国民的統合の強さ」をあげている<sup>27)</sup>。確かに、社会保障の確立には社会的連帯が必要であり、そのためには強い国民的統合が求められる。Doling and Omar (2000)が70年代を画期的としているのは、EPFが上記NEPの目標に照らして、この時期にすべての賃金労働者を強制加入、自営業者と家事手伝い、外国人労働者を任意加入として、対象者の拡大を行なったこ

とを捉えたものである。しかし、EPFは所得再分配やリスク分散の機能をもたないプロビデントファンドの仕組みであり、所得保障のあり方としては企業保障(自営業者の場合には個人保障)の要素が非常に強い。したがって、EPFの拡大適用が上記NEPの目標に合致するものであると筆者は考えない。マレーシアには民族間に明らかな所得格差がまだ存在するが、EPFはその格差を温存する仕組みになっている。このようなことを考えると、多民族国家であり、国民的統合が十分でないがために、EPFのような制度が定着したともいえるのではなかろうか。

#### 注

- 1) 紙幅の制約により、本稿では所得保障と医療保障について論述する。社会福祉については、ラジェンドラン(2002)等を参照されたい。
- 2) 国王は9州のスルタンのなかから互選される(憲法第4部第1章)。任期は5年。ペナン・マラッカ・サバ・サラワクの4州はスルタンを有せず、国王によって任命される州長が一定の範囲で類似の地位につく。
- 3) ここでの記述は、マレーシア統計局ホームページ(<http://www.statistics.gov.my>)、UNDP(2004)、マレーシア日本人商工会議所(2002)によった。
- 4) World Bank(2004, p.65)によると、2002年時点で10-14歳の児童の2%が就労しており、児童労働は完全になくなっていない。
- 5) マレーシア使用者連盟(MEF)の調査によると、5割を超える民間部門の使用者が定年の引き上げに賛同している。そのうち、大半の使用者は60歳が望ましいと考えており、一部は65歳を提案している。『海外労働時報』2000年4月号
- 6) 以下の統計は、すべて2002年時点のものである。
- 7) マレーシアには義務教育に関する法令上の規定がないが、前期中等教育までは無償であることから、就学率は小学校で94.9%、中学校で84.5%(1999年時点)と高くなっている。
- 8) この比率は上記と大きく異なるが、出所が違っている。
- 9) MEF(2002)による。
- 10) 1990年時点では、中国系・インド系の貧困率が各5.5%、8.0%であったのに対し、ブミプトラの貧困率は23.8%であった(GOM, 1991, p.46)。
- 11) 後述するように、年金受給権のない公務部門の人々もEPFに強制加入である。また、年金受給権があっても任意でEPFに加入ができる。
- 12) 現在までに度重なる改正を受けている。最新のものは2003年改定(Act A1198)。なお、人権規定は自由権に関するもので、社会権の規定はみられない。安田(1996, p.101)は、これを憲法制定当事の保守的なイギリス憲法理論の影響によるものと考えられている。
- 13) 特に断りのない限り、このような記述は当該事項の根拠となるAct 227の条項を示す。
- 14) このような条数は、1969年被用者社会保障法の該当箇所を示している。
- 15) ただし、外国人は労災補償法の対象となり、SOCSCOからは除外されている。
- 16) 通勤災害については第24条、職業病については第28条および附則第5条に詳細な規定がある。
- 17) 以下、各給付の件数と額はPerkeso(n.d.)による。
- 18) 詳細は第2条3項を参照。
- 19) 現行のものは、1992年被用者社会保障(常時介護費用の最高月額)規則である。
- 20) 現行のものは、1998年被用者社会保障(葬儀費)規則である。
- 21) 後述のように公立病院では医師一人当たりの患者数が多いために待ち時間が長い。また、同じ疾病に用いられる薬剤でも、途上国では品質に大きな格差がある。
- 22) 詳しくは、松溪(1998)第6章を参照。
- 23) その詳細は、Ron et al.(1990, pp.156-162)で紹介されている。
- 24) メディセイブを含むシンガポールの医療保障については、例えば駒村(2003, pp.187-191)を参照。
- 25) その背景として、Mills(1966)やBegbie(1967)が記したように、イギリス人官吏の多くも熱帯病にかかった。1833年にペナンでコレラが大発生したときのように、植民地行政がほとんど停止状態に追い込まれることもあった。
- 26) シンガポール、フィリピン、ブルネイ、マレーシア、ベトナム、タイ、インドネシア。
- 27) これ以外には、旧宗主国の影響とその他(個別的特殊性、宗教的・文化的要因など)があげられている。

#### 参考文献

- Arzmi, Mansor, 2000, "Malaysia." in: JICWELS (ed.), *Country Report.: The 10<sup>th</sup> Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 18 Sep.-29 Sep., 2000*. Japan International Corporation of Welfare Services.
- Begbie, P. J., 1967, *The Malayan Peninsula*. Oxford University Press.
- Doling, John and Roziah Omar (eds.), 2000, *Social Welfare*

- East and West: Britain and Malaysia*. Ashgate.
- EPU, 2004, *Mid-Term Review of the Eighth Malaysia Plan 2001-2005*. Economic Planning Unit.
- GOM, 1981, *Fifth Malaysian Plan 1981-85*. Government of Malaysia.
- GOM, 1986, *Sixth Malaysian Plan 1986-90*. Government of Malaysia.
- GOM, 2001, *Eighth Malaysian Plan 2001-2005*. Government of Malaysia.
- Gough, Ian, 2000, "Welfare Regimes in East Asia and Europe." Paper to be presented at *Towards the new social policy agenda in East Asia, Parallel session to the Annual World Bank Conference on Development Economics Europe 2000*, Paris, 27 June, 2000.
- Ibrahim, Rusma and Nik Affendi Jaafar, n.d., *The EPF Yesterday, Today, Tomorrow*. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja [Employee Provident Fund].
- IMFJ, 2002, *SEAMIC Health Statistics 2002* International Medical Foundation of Japan.
- JPM, 2003a, *Laporan Penyiasatan Tenga Buruh Malaysia 2002* [Labour Force Survey Report Malaysia 2002], Jabatan Perangkaan Malaysia [Department of Statistics, Malaysia].
- JPM, 2003b, *Buku Tahunan Perangkaan 2003* [Yearbook of Statistics Malaysia 2003]. Jabatan Perangkaan Malaysia.
- KWSP, n.d.1, *Laporan Tahunan 2000* [Annual Report 2000]. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja [Employee Provident Fund].
- KWSP, n.d.2, *Laporan Tahunan 2002*. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja.
- Law, J., 1972, *The British Settlement in Penang*. Oxford University Press.
- Ling, Ooi Giok, 1991, "British Colonial Health Care Development and the Persistence of Ethnic Medicine in Peninsular Malaysia and Singapore." *Southeast Asian Studies*, Vol. 29, No.2, The Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University, 1991.
- Marzolf, James R., 1996, *Analysis of the EPF Medical Benefit Scheme: Experience and Option for Expansion*. Unpublished report prepared for the EPF.
- MEF, 2002, *Salary & Fringe Benefits Survey for Non-Executives 2002, Salary & Fringe Benefits Survey for Executives 2002*. Malaysian Employers Federation.
- Mills, L.A., 1966, *British Malaya 1824-67*. Oxford University Press.
- MOH, n.d., *Annual Report 2001*. Ministry of Health, Malaysia.
- PERKESO, n.d., *Laporan Tahunan 2002* [Annual Report 2002], Pertubuhan Keselamatan Sosial [Social Security Organization].
- Ramesh, M. and Mukul G. Asher, 2000, *Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, Health and Education Policies*, Macmillan.
- Ron, Aviva, Brian Abel-smith, Giovanni Tamburi, 1990, *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. International Labour Office.
- UN, 2004, *World Population Prospects 2002ed*.
- UNDP, 2004, *Human Development Report 2004*.
- WHO, 2004, *The World Health Report 2004—Changing history*.
- World Bank, 2004, *World Development Indicators 2004*, World Bank.
- アジズ, ラヒマ・アブドゥル, 2000, 「マレーシア」片多順編著, 2000『高齢者福祉の比較文化』九州大学出版会, 第2章.
- 池端雪浦・生田滋, 1977, 『東南アジア現代史「フィリピン・マレーシア・シンガポール」』(世界現代史6), 山川出版社.
- 国際協力銀行, 2001, 『貧困プロファイル マレーシア』.
- 駒村康平, 2003, 「シンガポール・マレーシアの社会保障」, 広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会, 第6章.
- チュウ・ジン・エン, 2001, 「マレーシアの工業化と開発財政—被雇用者年金基金の役割を中心に—」『証券経済研究』第33号.
- 広井良典, 2003, 「アジアの社会保障の概観——「アジア型福祉国家はあるか」——」広井・駒村編, 同上書, 第1章.
- 堀井健三編, 1989, 『マレーシアの社会再編と種族問題: プミプトラ政策20年の帰結』アジア経済研究所.
- 松溪憲雄, 1998, 『イギリスの医療保障: その展開過程』光生館.
- マレーシア日本人商工会議所, 2002, 『マレーシアハンドブック 2001』.
- 安田信之, 1996, 『ASEAN法』日本評論社.
- ラジェンドラン・ムース, 2002, 『マレーシアの社会と社会福祉』明石書店(萩原康生監訳, 田中尚訳).

(すがや・ひろのぶ 岐阜経済大学教授)