

第7節 ベトナム社会主義共和国（Socialist Republic of Viet Nam）

社会保障施策

近年GDPは毎年概ね7%程度伸びており経済成長が著しく、それに伴い貧困率（※）も1992年には53%であったものが、2016年には2%まで低下している。

社会保険、健康保険、失業保険とも国によって運営されており、加入率の増加を目指している。社会保険については、2018年の新たな政令により外国人労働者に対する社会保険料の徴収が、疾病給付等については2018年12月から開始、退職給付等については2022年1月から徴収が開始される。

医療制度については、国会及び首相からは、医療保険の加入率と病床数の増加が求められており、2015年から改正医療保険法が施行されており、加入率は増加しており既に80%以上となっている。

課題として、合計特殊出生率の減少、平均寿命の増進等により少子高齢化が急速に進んでいることから（東南アジア諸国と比較しても急速）、将来の高齢化に向けた対策が求められている。

※世界銀行が設定。国際貧困ラインに基づく貧困率で、1日1.9ドル未満で生活する人の比率。
World Bank Povcal Netより引用。

1 社会保険制度

2006年に立法化された社会保険法（71/2006/QH11）に基づき施行されたが、加入率低迷、将来的な財政破綻の予測等の課題があったことから、2014年11月に法律改正が行われ（58/2014/QH13）、2016年1月1日から施行された。

主な改正の内容は、1か月以上3か月未満の労働契約で雇用される者・外国人労働者への適用拡大、産休制度について男性労働者への拡大、年金支給額の改正等である。なお、政令により、外国人労働者に対する強制社会保険に関する社会保険の適用については、短期保険が2018年12月から、長期保険が2022年1月からとされている。ただし、これは1年以上の労働契約を締結している場合のみが該当とされ、企業内異動の場合は対象外となっている。進出している日本企業の多くはこれに該当している。

同法には、強制社会保険、任意社会保険が規定されており、それぞれ独立した社会保険基金によって運営され

ている。

(1) 強制社会保険

イ 給付内容

①疾病給付金、②妊娠出産給付金、③労働災害・職業病給付金、④退職年金及び⑤遺族給付金がある。2007年1月1日に施行された。

ロ 管理運営主体

労働傷病兵社会問題省（MOLISA）が制度を管理し、ベトナム社会保険（VSS）が保険料の徴収・給付、社会保険基金の運用を行う。

ハ 財源

社会保険基金は、国家予算と独立した財政基金であり、労使拠出の保険料、政府からの拠出金・補助金、運用利益等で成り立っている。

ニ 対象者

労働者数を問わず、労働者を雇用・使用して労働者に給与を支払う機関・組織・企業・個人事業所において、3か月以上の期間の定めのある労働契約又は期間の定めのない労働契約による労働者、職員、公務員、軍人、警察官等に適用される。

1か月以上3か月未満の短期契約の労働者、契約により海外へ働きに行く者、企業等の管理者、村レベルの非常勤者、ベトナムで勤務する外国人（企業内異動を除く）も対象。ベトナムで就労する外国人労働者に対する強制社会保険に関する社会保険法および労働安全衛生法の細則について、2018年10月15日に政令第143/2018/ND-CP号が公布された。

加入者数は毎年増加しているが、労働力人口に対するカバー率は2割強と低い。

ホ 受給要件・給付内容

(イ) 疾病給付金

①労働災害以外の病気やけがにより働けなくなった労

働者、②病気になった7歳未満の子の世話をする親である労働者に対して、休業期間中、退職直前月の給与日額の75%を支給する。日額は給与月額を24で割って算出する。

年間最大給付日数¹⁾は、①は社会保険料納付期間により異なり、納付年数15年未満の場合は最大30日間、15年以上30年未満の場合は最大40日間、30年以上の場合は最大60日間となる。また、保健省(MOH)の定める長期療養を要する病気に罹った場合は納付期間に関係なく、年間最大180日受給可能である。②は子の年齢により異なり、3歳未満は最大20日間、3歳以上7歳未満は最大15日間である。

(D) 妊娠出産給付金

出産前の女性は5回の出産前検診のための休暇を取得できる。女性は出産前後の原則6か月間、男性は原則5日間の出産休暇を取得することができる。多胎等の場合は休暇期間が延長される。女性の産前休暇は2か月以内とする必要がある。男性は配偶者の出産後30日以内に取得する必要がある。

これらの休暇中、休暇取得前6か月の平均給与月額の100%に相当する社会保険給付金を受けることができる。日額は給与月額を24で割って算出する。女性が産休期間の終了前(規定の休暇日数を消化する前)に勤務へ戻る場合、社会保険基金から産休期間が終了するまでの未消化分の日数に相当する出産給付金も受給できる。

(H) 労働災害・職業病給付金

職場及び労働時間中、通勤中の労働災害又は職業病により労働能力が5%以上喪失した場合に受給することができる。

等級審査の結果、労働能力が5～30%喪失した時は一時金が給付される。給付額は、労働能力の喪失率が5%である場合、基準賃金²⁾の5倍相当である。その後、1%低下することに基準賃金の0.5倍が加増される。

労働能力の喪失率が31%以上低下している労働者は毎月の給付金を受けることができる。給付額は、労働能力が31%低下している場合は、基準賃金の30%である。その

後、1%低下することに基準賃金の2%が加増される。

労働災害又は職業病により死亡した場合は、労働者の遺族は、基準賃金の36か月分に相当する一時金を受け取ることができる。

(I) 退職年金

原則男性60歳、女性55歳で、原則20年以上社会保険料を納付している者が受給することができる。制度の詳細は表5-7-14を参照。

(K) 遺族給付金

①社会保険料の12か月以上の納付実績がある者が死亡した場合、②被保険者が労働災害又は職業病により死亡した場合、③退職年金又は労働災害・職業病給付金を受給中の者が死亡した場合には、葬祭一時金と、月々又は一時金の遺族年金が支給される。

葬祭一時金は、死亡した月の基準賃金の10か月相当が支給される。

遺族年金は、被保険者が納付実績、死亡理由等の要件を満たしており、遺族が18歳未満の子、一定年齢以上の配偶者・親、障害を有する配偶者・親等で、無収入又は収入が少ない場合に、毎月支給される。1名当たりの遺族年金の月額、基準賃金の50%相当が支給される。

社会保険料を納付している労働者、退職年金を受給している労働者が死亡した際には、その親族に対して遺族一時金が支給される。給付額は死亡した労働者の納付期間と平均給与月額により決まり、2013年以前の加入期間1年につき平均給与月額の1.5か月分、2014年以降の加入期間1年につき平均給与月額の2か月分が支給される。

(2) 任意社会保険

イ 制度の概要

強制社会保険の対象に含まれない、満15歳以上の農民や自営業者を加入対象とし、個人が任意に加入する。①退職年金及び②遺族給付金がある。2008年1月1日に施行された。

■1) 祝祭日、週休日を含まず営業日のみとする。

■2) 公務員及び軍人の法定賃金で、社会保険制度の保険料算定・給付基準として用いられている。2019年7月以降の額は月額149万ドン。労働施策3(2)も参照。

[東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（ベトナム）]

□ 管理運営主体

労働省傷病兵社会問題省が制度を管理し、ベトナム社会保険（VSS）が保険料の徴収・給付、社会保険基金の運用を行う。

ハ 保険料

保険料の負担は月収³⁾の22%となっている。労働者は、毎月、3か月に1回、6か月に1回、12か月に1回のいずれかの納付期間を選ぶことができる。

表 5-7-14 社会保険制度

名称		社会保険		
根拠法		社会保険法（58/2014/QH13）、労働安全衛生法		
運営主体		労働傷病兵社会問題省（MOLISA） ベトナム社会保険（VSS）		
強制社会保険	被保険者資格	3か月以上の期間の定めのある労働契約又は期間の定めのない労働契約による労働者、公務員、軍人、警察官等。1か月以上3か月未満の短期契約の労働者、契約による海外へ働きに行く者、企業等の管理者、村レベルの非常勤労働者、ベトナムに勤務する外国人（企業内異動を除く）も対象。ベトナムで勤務する外国人を対象とする強制社会保険に関する社会保険法及び労働安全衛生法の詳細規定について、2018年10月15日に政令第143/2018/ND-CP号が公布された。		
	受給要件	支給開始年齢	原則男性60歳、女性55歳	
		最低加入期間	原則20年、一定要件を満たした場合15年	
	退職年金	給付水準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所定の期間、社会保険料を納付した場合、退職前の平均給与月額³⁾の45%が受給できる。 ・ 2018年1月1日から、男性労働者に対しては、退職前の平均給与月額³⁾の45%が受給できる条件として、2018年時点で退職し16年間社会保険料を納付したこと、2019年時点で退職する場合は17年間社会保険料を納付と1年ずつ伸びていき、2022年以降退職する場合は20年間社会保険料を納付する必要がある。 ・ 女性労働者に対しては、2018年以降退職時点で既に15年間社会保険料を納付している場合、退職前の平均給与月額³⁾の45%が受給できる。 ・ 納付期間が1年間増えるごとに2%（女性は一部を除き3%）、最大75%まで増加する。一方、定年前に労働能力の喪失によって退職した場合、不足1年ごとに2%を減じる。 ・ 納付期間の年数により退職年金が75%以上に相当する場合は、退職年金に加え、退職一時金を受給できる。 	
		繰上（早期）支給制度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働傷病兵社会問題省が指定する重労働、有害、危険な職業に15年以上勤務していた場合等は、支給開始年齢が引下げられている。 ・ 軍人、警察官等は、支給開始年齢が引下げられている。 ・ 労働能力が61%以上喪失している場合も支給開始年齢は引下げられるが、1年ごとに2%減額される。 	
		退職年金受給中の就労	特に制限なし。	
	財源	保険料	労働者の月給に対し次の負担料 ○使用者17.5%（疾病、妊娠出産給付金3%、労働災害、職業疾病給付金0.5%、退職年金、遺族給付金14%） ○労働者負担8%（退職年金、遺族給付金8%）	
		国庫負担	政府からの拠出金・補助金がある。	
	その他の給付（障害、遺族等）	疾病給付金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働災害以外の病気やけがにより働けなくなった労働者、病気になった7歳未満の子の世話をする親である労働者に対する給付金。 ・ 給付額は休暇取得前の給与日額の75%。 	
		妊娠出産給付金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 女性は出産前後の原則6か月間、男性は原則5日間の休暇に対する給付金。 ・ 給付額は、給付前6か月の平均給与月額³⁾の100%（男性は月24日で算出した日額の100%）。 	
労働災害・職業病給付金		<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働災害又は職業病により労働能力の5%以上が喪失した場合の給付金。 ・ 給付額は労働能力の喪失の程度により異なり、労働能力を5～30%喪失した時は一時金を給付。労働能力を31%以上喪失した場合は毎月給付金を給付。 		
遺族給付金		<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者又は受給者が死亡した場合、葬祭一時金、月々又は一時金の遺族年金が支給される給付金。 ・ 給付額は、葬祭一時金は、死亡した月の基準賃金の10か月相当。遺族年金の月額は、基準賃金の50%相当。 		
任意社会保険	被保険者資格	強制社会保険制度の対象者以外（農民、自営業者等）の満15歳以上の者		
	保険料	労働者本人が決めた月収額の22%。（使用者負担はなし）		
	退職年金	受給条件は年齢と加入期間による。強制社会保険と同様。		
	遺族給付金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 葬祭給付金と遺族年金がある。 ・ 給付額は、埋葬給付金は死亡した月の基準賃金の10か月相当。遺族給付金の一時金は、被保険者の社会保険料納付年数により、2014年以前は社会保険料納付した1年毎に平均給与月額³⁾の1.5倍、2014年以降1年毎に平均給与月額³⁾の2倍。遺族給付金の一時金の最低額は平均給与月額³⁾の3倍とする。 		
実績	被保険者の数（2018年12月末まで）	強制社会保険 1445万3113人 任意社会保険 27万779人		
	2018年の徴収/支出	強制社会保険の徴収：220兆4458億ドン 任意社会保険の徴収：1兆2710億ドン		

資料出所：労働・傷病兵・社会問題省

■3) 本人が決めた収入額をベースに保険料を納める。ただし、その設定収入額の最大値は、基準賃金の20倍が限度。

2 健康保険制度

健康保険法に基づき、国（保健省）が運営している。企業に雇用される労働者だけではなく、子どもや高齢者、農林漁業従事者も対象になり、国民皆保険を目指している。加入率は8割程度となっている。

3 公衆衛生の現状、保険医療サービスの内容・組織・財源

(1) 国家的な戦略・目標

ベトナムにおいての医療政策は保健省が中心として実施している。具体的には、5カ年医療計画という計画を2期にわたって保健省がとりまとめている。第1期は、2011から2015年であり、第2期は2016から2020年までとなっている。

第1期の総括としても指摘されているとおり、平均寿命の延長、乳児死亡率の減少、5歳児未満死亡率の減少といったことに代表されるように、ベトナムの医療事情は近年著しく改善している。一方この総括で指摘された課題として、増大する医療需要、組織体制における一貫性の欠如、ユニバーサルヘルズケアの低いカバレッジ率、地域ごとの医療格差、患者の中央病院（高次医療機関）

表 5-7-15 健康保険制度

名称	健康保険	
根拠法	健康保険法（25/2008/QH12）（2009年7月1日施行） 健康保険法（46/2014/QH13）（2015年1月1日施行）	
運営主体	保健省（MOH） ベトナム社会保険（VSS）	
被保険者資格	3か月以上の期間の定めのある労働契約又は期間の定めのない労働契約による労働者、公務員、退職手当や労働災害・職業病手当等の社会保険受給者、失業保険受給者、貧困者、困難な状況にある少数民族、ベトナム政府の奨学金を受給する外国人、6歳以下の子ども、学生、農林水産業に従事する者等	
給付対象	上記の被保険者本人	
給付の種類	外来及び入院での診療・治療を受ける際に医療保険制度による給付を受けることができる。医療保険制度による給付を受けることができる医療サービスは、次のとおりである。 ① 診察、治療、リハビリ、胎児の定期診断、出産 ② 緊急・入院を要する場合で、6歳以下の子ども、貧困等の場合は、郡レベル病院からより上位レベルの病院の移送費	
本人負担割合等	1) 診察・治療にかかった費用については、健康保険基金及び本人が負担する。健康保険基金の負担割合は、被保険者のカテゴリーによって異なり、次の3つに区分される。 ①健康保険基金が100%負担 士官、6歳以下の子ども、貧困生活者、社会保護手当受給者、困難な状況にある少数民族、革命功労者等 ②健康保険基金が95%負担、自己負担が5% 退職手当受給者、準低所得者等 ③健康保険基金が80%負担、自己負担が20% ①及び②以外 2) 適切なレベルの病院での治療を行わなかった場合は、病院のレベルに応じて、健康保険基金からの負担が減額される。具体的には、中央レベル病院での入院治療は40%、省レベル病院での入院治療は60%（2020年12月末まで。以降100%）に減じられる。	
財源	保険料や拠出者は、被保険者のカテゴリーによって異なり、次の5つに区分される。 ①労使拠出・・・民間企業の労働者、公務員 給与月額4.5%。労働者が1.5%、使用者が3%を納付。 ②社会保険拠出・・・退職手当等の社会保険受給者、失業保険受給者等 給付の4.5%。社会保険基金から納付。 ③政府全額拠出・・・士官、貧困生活者、社会経済的に困難な地域の少数民族、6歳以下の子ども、革命功労者、革命功労者の家族等 基準賃金の4.5%。国庫から納付。 ④政府部分拠出・・・学生、準低所得者。 基準賃金の3%又は4.5%。国庫から一部納付され、残りは本人が納付 ⑤任意拠出・・・農林漁業従事者、自営業者等。 基準賃金の4.5%。全額本人が納付。	
実績	加入者数	被保険者数は6,832万人で、全人口に占める割合は74.5%である。（2015年）
	歳入・歳出額	歳入 59兆6,250億ドン 歳出 47兆8,550億ドン（2015年）

資料出所：加入者数、歳入・歳出は保健省（MOH）「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

への集中、限られた政府予算に起因する高い自己負担割合が挙げられており、第2期においては、これらの課題に対して対策を取っていくことを重点目標としている。

(2) 保健医療関係予算（2016年）⁴

2016年の保健医療関係の政府予算は178兆519億ドンであり、前年度の151兆7,854億ドンと比較して17.6%増であった。なお、前年度と前々年度の予算（137兆6,910億ドン）を比較すると、13.7%増であった。GDP比は3.95%（前年度3.85%）で、政府全体に占める予算の13.7%（前年度14.2%）である。

(3) 医療に関する主要な指標

（持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals : SDGs)⁵に準じて）

イ ユニバーサルヘルスケアカバレッジ⁶

(イ) 保健医療関係予算

医療費総額は過去10年間でほぼ一貫して上昇しており、2007年には4,229百万ドルだったものが2016年には11,617百万ドルとなっている（2.74倍）。うち家計による支出が占める割合は高く、2007年には37.3%であったものが2016年には44.6%と上昇している。一方で、政府及び社会保険基金からの拠出も上昇しており、2007年35.3%から2016年47.4%に上昇している。海外からの支援が占める割合は低下している。

下記にあるとおり、政府は医療保険の加入率を増やすことを目的として、公的支出（政府予算、基金からの拠出含む）を2020年までに60%に増やすことを目標としている。

(ロ) 医療保険のカバレッジ

政府としては、カバレッジ率を2020年までに80%までに上昇させることを目標としている。推移としては、2011年65.0%、2012年66.4%、2013年70.0%、2014年には71.6%、2015年には76.5%、2016年には81.7%と目標を達成するとともに、カバレッジ率は順調に増加している。

6歳未満の子ども、高齢者、貧困者については政府が保険料を全て負担するという政策を実行するとともに、医療保険の内容の充実も図っており、例として医療保険カードを所有する者の年間受診回数の増加、準貧困層の保険料の支払いに対する支援が半数以上の省で実施されている。このため、高齢になるほど加入率が高いという状況になっている。ただし、自己負担率は依然として約40%となっているなど、世帯による高い負担状況が続いており、これに対する対策が望まれている。

ロ 母子保健関係

(イ) 出生数及び人口

人口抑制策は、一部の出生率が高くかつ貧困地域において採用されている。避妊のための用具等を無料で配布するなどしている。人口は毎年約1%上昇しており、2015年まで9,300万人以下に抑えるという目標は2015年には達成された（9,170万人）。2020年の人口目標は、9,700万人以下であり、2017年現在の人口は約9,300万人となっている。出産率については、高い地域では低く抑えることを方針としているが、2011年には一人あたり女性の出産数は1.99であったものが、2014年には2.09と上昇している。

(ロ) 産前・産後管理

妊婦健診等の産前管理や産後管理のスキームは、2011年には11省等で実施されていたものが、2015年には63の省等において実施されるようになった。

産前産後管理については、政府として拡充政策が打ち出されており、2013年に出された通達においても、助産師の役割・基準等が規定されている。助産師のトレーニングも進められている。

現在、98%の出産において助産師がアattendしており、出産1週間後には、81%のケースにおいて産後ケアを受けられている。出産に係る各種指標は、下記のとおりであり、妊婦死亡率、新生児死亡率など、いずれも低下している。

■4) 保健省(MOH)「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

■5) 2015年9月に国連総会で採択された開発目標（いわゆる国際社会共通の目標）。2030年までに達成すべきものとして、17の目標と169のターゲットがあり、その第3番目の目標が「保健と福祉」。下記の項目は、この目標を踏まえたもの。

■6) 世界保健機関(WHO)「Global Health Expenditure」

表 5-7-16 出産に係る各種指標

	2011	2013	2015	2020目標
妊婦死亡率 (MMR、対10万)	69	61.9	58.3	52.0
新生児死亡率 (IMR、対千)	15.5	15.3	14.7	14.0
5歳児死亡率 (5MR、対千)	23.3	23.1	22.1	20.4

(ハ) 課題

上記のとおり母子保健関係指標について各種改善が認められるものの、都市部と山間部では大きな差が認められている。妊婦死亡率及び新生児死亡率は、中山間部は都市部と比較して3～4倍高くなっている。また、産前、出産のケアについては、少数民族や貧困地域においては十分に提供されていない。

八 感染症

(イ) 全般

予測、監視、予防体制や対策の充実により、特に近年では重篤な感染症の予防は適切にされており、大きなパンデミックは押さえられている(表5-7-17参照)。

1980年代は、感染症の割合が最大であったが、近年は非感染症疾患の割合が増えている。

表 5-7-17 有病率の割合

	1976	1986	1996	2006	2016
感染症	53.06%	52.10%	33.13%	13.23%	12.24%
非感染症	44.71%	41.80%	43.68%	61.62%	63.34%
外傷	2.23%	6.10%	23.20%	25.15%	24.42%

資料出所：保健省 (MOH) 「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

拡大予防接種プログラムに、新たなワクチンが加えられていること、幼児、妊婦、妊娠適齢期の女性に対する予防接種率が90%以上を超えていること、ポリオ、新生児破傷風対策が進んでいることにより、感染症の疾患率や死亡率は低下している。風疹・麻疹ワクチンについても、16～17歳においては、95%の接種率を維持している。ポリオの経口ワクチンについても、ハイリスク区域においては、5歳以下の子どもの95.3%において投与されている。

一方で、未だ様々な課題があり、例えば予防接種については地域差が認められている。特に北部の山岳地帯で

は、予防接種の割合は50%を切っているなどの問題がある。また、デング熱と手足口病についても、いずれも依然として罹患率は高く、住民の教育が不十分であることなどから、保健省としても大流行する可能性があることを指摘している。なお、デング熱は2010年には10万人あたり罹患率が147件で、2015年には84件まで低下したものの、2016年には再度上昇して、136件となっている。2019年の最初の9か月間の全国のデング熱による死亡率/感染率は0.02%で、地域の他の国よりは低い(フィリピン0.4%、マレーシア0.14%、ラオス0.19%)。

表 5-7-18 主な感染症の有病率・死亡率の状況

感染性疾患 (有病率上位5位)	有病率 (人口10万対)	死亡率 (人口10万対)
インフルエンザ	883	0.00
下痢	477	0.01
狂犬病	445	0.01
デング熱	136	0.05
手足口病	51	0.00

資料出所：保健省 (MOH) 「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

(ロ) HIV

UNAIDSによる2017年度のデータではベトナムのHIV感染者数(約20万人)はインド、中国、インドネシア、タイに次ぎアジア大洋州地域で第5位である。この数値については、近年は横ばいとなっている。

ベトナムが発展途上国から中所得国となったことから、これまでのドナーによる抗ウイルス治療(ART治療)に対する支援が縮小された。これにより、ART治療が保険診療による治療となり、自己負担が発生することによる患者の受診に対する影響が懸念されている。

UNAIDSは、AIDSと診断された人がART治療を受ける割合を90%にするという目標を掲げているものの、ベトナムではこの割合は50%に留まっている。この理由として、AIDS同様に、治療に対するモニタリングシステムや治療に対するコンプライアンスの低さが指摘されている。

なお、HIVとAIDSの年間新規発症件数を表5-7-19に示す。傾向として、一定程度低下が認められるものの、近年はその低下率が下がっていることが課題としてある。

表 5-7-19 HIVとAIDSの年間新規発症件数

	2012	2013	2014	2015	2016
HIV 新規件数	14,127	11,567	11,680	10,195	9,912
AIDS 新規件数	6,734	5,493	6,183	6,130	5,876

資料出所：保健省（MOH）
「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」,UNAIDS2017

(ハ) マラリア

マラリアに関しては、感染者数や死亡率などについては顕著な改善を示しており、2000年以降でも発症・死亡件数とも90%減少した。2016年には、発症件数は10,446で人口100,000人対0.11件であった。2016年にマラリアで死亡した人数は全国で3名である。

一方で地域差は未だ存在しており、都市部では少ないものの中山間部では多くなっている。たとえば、ハノイでは人口10万人当たり0.4件だが、地域によっては、カオバン省では129.29、ライカウでは79.6となっている。この理由としてAIDS同様に、治療に対するモニタリングシステムや治療に対するコンプライアンスの低さが指摘されている。

表 5-7-20 マラリア新規件数の推移

	2012	2013	2014	2015	2016
マラリア 新規件数	43,717	35,406	27,868	19,252	10,446
(人口10万対)	49.3	39.0	30.3	11.3	0.11

資料出所：保健省（MOH）「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

(ニ) 結核

結核に関しては、ベトナムは世界的にみても蔓延国の一つで、毎年10万件以上新規に報告されている。結核はこれまで低下傾向にあり、2016年の新規報告数は人口100,000人対115件で、2000年の人口100,000人対375件よりも減少している。近年の減少率は大きくなく、2012年以降ほぼ横ばいとなっている。これは、特に地方において、そもそも治療に対するコンプライアンスが低いことが原因となっている（実際に結核と診断された場合の約半分のケースのみに抗結核薬が投与されている）。また、多剤耐性結核も近年問題となっている。

結核蔓延対策として、HIV/AIDSと診断されたケースについては、結核スクリーニングが実施されるとともに、罹患が判明した場合には抗結核治療薬が投与されてい

る。2015年には保健省より結核予防、診断、治療に関するガイドラインが発出されている。また、結核治療薬に対する扶助があるため診断及び治療費用は無料となっているものの、治療中の入院費や追加の栄養に関する費用のため、1年分の平均年収に相当する治療費がかかっていることも課題として挙げられる。

表 5-7-21 結核の新規件数の推移

	2012	2013	2014	2015	2016
結核 新規件数	103,882	102,196	102,067	102,676	106,527
(人口10万対)	117.0	113.9	113.8	112.0	114.9

資料出所：保健省（MOH）「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

(4) 医療提供体制

(イ) 病院数

第一次（コミューン、郡レベル）、②第二次（省レベル）、③第三次（中央レベル）、の三層構造になっており、ほとんどが地方政府又は保健省が管轄する公的医療機関である。上位病院は所管地域の下位病院から患者の搬送を受け入れるだけでなく、下位病院に対する指導・支援の責任を有する。

中央レベルの病院においては、入院患者数が病床の200%を超える場所もあり、状況の改善のため病院の建設を進めている。このため、病院数は一貫して上昇傾向にある。近年は、民間の病院も増えているが、これらの多くは都市部に集中している。ハノイとホーチミンだけで6000床近くの病床が登録されており、これは民間病院の全病床数の半分を占めている。

保健省の計画では、2025年までに、コミューンを除いた病床数が人口1万人当たり30（2016年現在約27、うち民間病床数10%）としており、今後も病院（病床）数の増加が見込まれる。

表 5-7-22 病院数及びベッド数（2016年）

	病床数	人口1万対病床数
1990	148,076	30.2
2000	136,056	23.3
2005	148,187	23.4
2010	195,953	29.0
2015	239,418	32.7
2016	243,890	32.7
目標（2020）	人口1万対30（但しコミューン除く） うち、民間病床数10%	

種類	施設数	ベッド数	ベッド数割合
①中央レベル	47	31,436	10.4%
②地方レベル(省)	471	122,361	40.3%
③地方レベル(郡)	1,034	83,863	27.6%
④地方レベル(コミュニオン)	11,100	47,557	15.7%
⑤その他	755	6,230	2.1%
⑥民間	231	12,068	4.0%
計	13,638	303,515	100%

資料出所：保健省(MOH)「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

(ロ) 医療従事者数

都市部の中央レベルの病院は、医療人材や医療技術、医療機器が地方病院よりも充実していることから、患者が集中し、慢性的に過負荷問題が発生している。医療従事者については、高齢化が進行している状況で、特に地方部や草の根レベルで不足していると認識されており、その増員を図っている。また医師については、ただ不足しているのみならず、高齢者に特有な疾患である高血圧や糖尿病に対応できる医師が少ないといったことも問題点としてあげられている。

なお、人口1万人当たりの医師数については、9人(2016年で約8.5人)を2020年までに達成するという目標が掲げられている。

表 5-7-23 医療従事者数(2016年)

種類	人数 (2016)	人口10万人当たり	
		2012	2016
医師(博士、修士含む)	79,306	13.5	14.3
アシスタント・ドクター	53,558		
看護師	12,467	10.4	11.3
中級看護師(2 nd degree)	88,582		
初級看護師	3,434		
薬剤師(学士以上)	27,473	1.96	2.96
アシスタント薬剤師・ 中級薬剤師	70,340		
初級薬剤師	11,439		

【参考】(2016年)

- 収容率(2016年) 117.37%
- 平均診察回数 2.48
- 平均入院日数(2016年) 全国6.69日

資料出所：保健省(MOH)「HEALTH STATISTICS YEARBOOK 2016」

4 社会的保護

社会保護センター、給付等は労働傷病兵社会問題省が所管しているが、医療、教育、公共交通等は分野に応じて各省庁が所管している。

(1) 高齢者対策

過去50年間における平均寿命の大幅な伸び、(1960年：44.4歳、2014年：73.2歳)、合計特殊出生率の大幅な低下(1960年には7人、2014年には2.09人)により、人口構造に大幅な変化が認められている。1979年には60歳以上の高齢者の割合が6.9%だったものが、2015年には11.3%とまで増加している。2049年には25%に到達すると言われている。これにより労働生産人口の総人口に占める割合も2015年には65%だったものが、2049年には57%に低下すると言われている。

高齢化にかかる期間(65歳以上の人口割合が7%から14%にまで増加するのにかかる期間)は、図5-7-24にもあるとおり、ベトナムでは26年と見込まれている。これは、日本の26年、中国の27年と類似しているが、フランスの115年、米国の68年と比較して圧倒的に早くなっており、高齢化社会に必要な対策をとる期間が短いことが示唆されている。

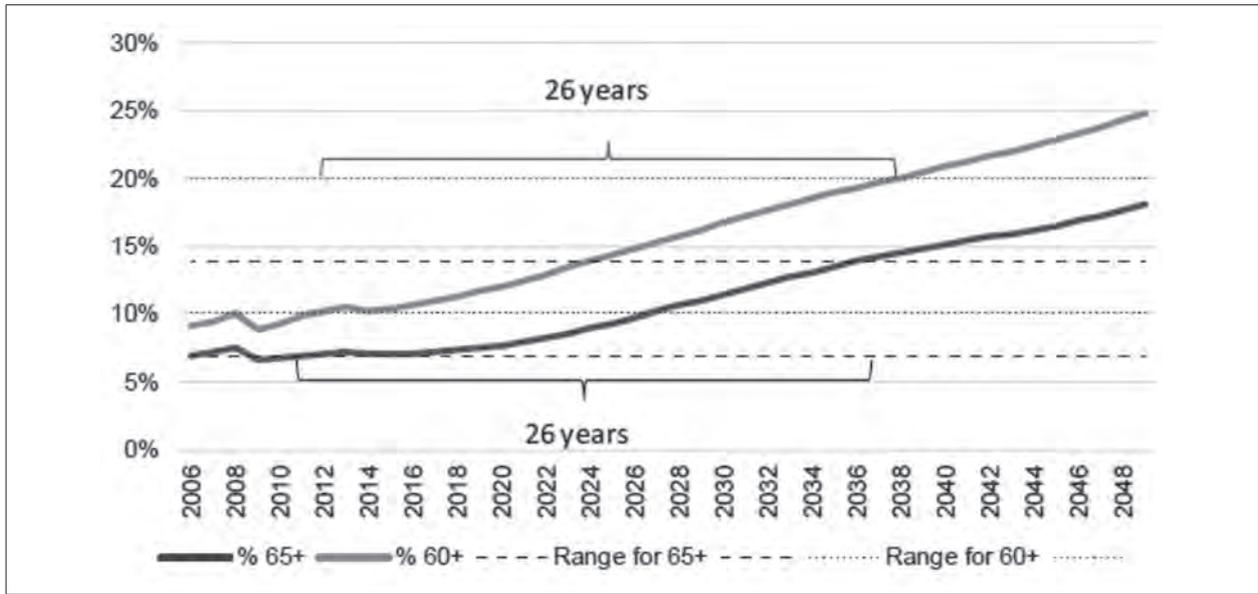
特に高齢化は地方において進行しており、2015年時点で、高齢者の3分の2が地方に住んでいる。

高齢者特有の問題点としては、本来持っている能力や機能の低下があげられる。高齢に伴って、視力、聴力、認知機能、身体機能が低下する。約40%の高齢男性、46%の高齢女性はこのような問題をかかえているとの報告があり、また24%の男性、31%の女性はこれらの問題を複数かかえているとの報告がある。

また、高齢になるにつれて、非感染症疾患(NCD)の全疾患に占める割合が増えてくる。病的状態や障害によって損なわれた年数を意味する障害調整生命年(DALY)に基づくと、心血管疾患(脳卒中・虚血性心疾患)、悪性腫瘍(特に肺・気管・消化管)、神経疾患(アルツハイマー・うつ病)、精神障害といったものが、高齢者の代表的な疾患となってくる。

疾患の有病率という観点から見ると、高齢者の46%が高血圧を、34%が関節炎を、慢性肺疾患、心血管疾患についてもそれぞれ20%の高齢者が有していた。

図5-7-24 ベトナムにおける2006年から2049年までの高齢化の進展



資料出所：保健省 Health Partnership Group 「JOINT ANNUAL HEALTH REVIEW 2014」

表 5-7-25 平均寿命の推移

年	2005年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
平均寿命 (歳)	72.2	72.9	73.0	73.0	73.1	73.2	73.3	73.4

資料出所：ベトナム統計局（GSO）「Statistical Yearbook of Vietnam 2017」

これらの対策として、2017年から2025年にかけて、高齢者のためのヘルスケアプロジェクトが設立されている。同プロジェクトでは、高齢者のセルフケアのための技術や知識の向上に加えて、プライマリーヘルスセンターへのアクセスを向上させることが主眼とされている。具体的には、医療保険カードの保有率向上、中央・省レベルの総合病院での高齢者診療科の設置、年1回の定期的なヘルスチェックアップなどである。

近年では特にハノイやホーチミンといった中心部に民間の介護施設の設定が進んでおり、これらの中には外資による介護施設も見られるようになった。

社会保険関係でも高齢者に対しては年齢に応じて様々な優遇措置がとられており、特に貧困で家族がいない場合や障害を有する場合は自己負担や保険料が免除となっている。

(2) 社会保護政策と貧困削減

イ 社会福祉

社会保険に加入しており、一定の要件を満たせば、原則男性60歳、女性は55歳から社会保険制度による退職年金が支給される。しかし、強制加入社会保険の対象となる者が少ない、任意社会保険への加入が進んでいない等の理由により、退職年金を受給している高齢者の割合は低い。

退職年金を受け取っていない80歳以上の高齢者は、老齢福祉手当として給付が受けられる。貧困で、身寄りがいない場合等については60歳以上から支給される。給付額は月額18万ドンであるが、貧困者又は障害者の高齢者の場合は月額27万ドンとなる。

福祉手当の受給者は3,027,752人となっている。

貧困、身寄りがいない等の場合は、社会保護センターに入居し、そこで生活することができる。社会保護センターは、高齢者以外にも対象になっているが、全国に418施設があり、そのうち195施設は公立、223施設は民間、利用

者数は約4万1,450人⁷となっている。

高齢者向けの介護施設は非常に少ない。民間の介護施設もあるが、入居料は高額であり、一部の富裕層しか入居できない。それ以外の場合は、家族が介護することが一般的である。

□ 貧困対策その他

ベトナム統計総局の資料によれば、2018年の貧困の割合は全国では6.8% (2017年7.9%) であるが、地域ごとの格差が大きく、都市部は1.5% (2017年2.7%)、地方は9.6% (2017年10.8%) となっている。

なお、貧困者は、健康保険に政府の全額拠出で加入できるほか、治療費の自己負担が無料となっている。

社会的弱者支援策として、孤児、貧困で身寄りがいない高齢者、貧困でHIV/AIDS等の場合には、毎月の給付、社会保護センターでの保護、学費免除等を受けることができる。

その他、電気代補助、融資の優遇、住宅支援などを実施している。

(3) 障害者対策

障害者数は780万人となっている。うち深刻な障害者で毎月社会給付を受給するものは90万4758人となっている⁸。

障害者法 (51/2010/QH12) が2010年に成立、2011年から施行された。

また、2012年から2020年にかけて障害者支援プロジェクトを承認する2012年8月5日付の首相決定第1019/QĐ-TTg号と障害者の権利に関する国際条約を実施する計画に関する2016年6月21日付首相決定第1100/QĐ-TTg号が公布され、現在は12市・省において障害者支援部が設立されており、中央省庁や地方政権などにより計画が策定され、実施されている。

現在、63市・省すべてにおいて同プロジェクトの計画が公布され、実施するための人員が配置されている。2020年までに、広報活動、就職に向けた職業訓練、医療サー

ビスへのアクセス、リハビリ、法律相談へのアクセス、文化的活動へのアクセス、公共交通及び建物のバリアフリー化に集中的に取り組むとされている。

障害者に対する政策及び体制に関する問題解決において、省・庁・地方政府間の調整のため、ベトナム障害者支援調整委員会 (NCCD) (障害者支援対策を行う各省・各機関の代表者により構成) が2001年に設立された。労働傷病兵社会問題省社会問題局が所管しており、メンバーは19名、その内1名は委員長、1名は副委員長となっている⁹。

障害者のうち、障害の程度、就労能力、生活水準等によっては、公的扶助制度として原則月18万ドンの給付、社会保護センターでの保護等を受けることができる。

5 最近の動向……………

(1) 社会保険法の施行

2018年1月1日 (一部については2016年に施行) から社会保険法が施行された。社会保険料の算出対象の基礎となる手当の取扱いが変更され、社会保険料の算出に用いる金額を給与、職務・責任・重労働・有害労働・危険労働・地域手当およびこれに準ずる手当、その他の低額手当での合計額とすることを規定している。労働者・企業負担への影響もあることから、日系企業を含め、企業側の関心の高い問題の一つとなっている。

(2) 新薬事法の施行

2017年1月1日から新薬事法 (2016年薬事法) が施行された。この改正は社会経済発展の需要等を満たすためのもので、2016年薬事法は新たに薬事に関する政府政策と薬事産業開発、薬事実務、臨床医薬と医薬品価格管理などの項目が追加された。医薬品の価格交渉プロセスを明確に規定し、外国で5年間の流通期間を満たしていない医薬品に対するベトナムでの臨床実験規制が削除され、その代わりに医薬品ごとに適用する実験等についての細目が規定された。

■7) 箇所数及び利用者数は労働傷病兵社会問題省 (MOLISA) による。
 ■8) 労働傷病兵社会問題省 (MOLISA) による
 ■9) 346/QĐ-LĐTBXH.2014年3月27日

(3) 健康問題決議及び人口問題決議

2017年10月に開催された共産党第12期中央委員会第6回総会（6中総）において、「新たな状況における国民の健康維持・管理・向上任務の強化に関する決議」（健康問題決議）及び「新たな状況における人口問題に関する決議」（人口問題決議）が決定された。

健康問題決議では、2025年及び2030年までの数値目標が設定され、2025年までの目標として平均寿命74.5歳、健康寿命67歳、医療保険加入率95%達成、医療費用の自己負担35%、予防接種受診率95%（12種のワクチン）、5歳以下死亡率1.85%等が掲げられている。

人口問題決議では、2030年までの目標として、人口規模1億400万人の達成、出生時性比男児109：女児100の達成、人口置換水準（出産可能年齢にある全女性が平均して2.1人を出産する）の維持等が掲げられている。

(参考文献)

- ベトナム保健省
「Health Statistics Yearbook 2016」
- ベトナム統計総局（GSO）
「Statistical Yearbook of Vietnam 2017」
- 保健省（MOH） Health Partnership Group
「JOINT ANNUAL HEALTH REVIEW 2014」
- ベトナム政府
「Country Report-15 YEARS ACHIEVING THE VIET NAM MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS」
- WHO
「World Health Statistics 2017」
- UNAIDS 2017
- 世界銀行 World Bank Povcal Net
- ベトナム障害者支援調整委員会
「2011 annual report on status of people with disabilities in Vietnam」