



Title	ベトナムにおける行政改革と医療部門：ホーチミン市とハノイ市における調査を通して
Author(s)	五島, 文雄
Citation	アジア太平洋論叢. 2006, 16, p. 3-32
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/100027
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

ベトナムにおける行政改革と医療部門

ーホーチミン市とハノイ市における調査を通してー

五 島 文 雄*

はじめに

現在、ベトナムでは行政改革が進行中である。本稿の目的は、その行政改革の中で、医療部門ではどのような変化が生じているのかを医療保険制度を中心に概観することである。

本稿では、最初に、ベトナムの行政改革における医療部門の位置づけを紹介し、次に、医療保険制度の概要説明とその実施状況を全国レベルで考察する。さらに、2005年に実施したハノイ市とホーチミン市での現地調査に基づいてより詳細に医療保険制度の実施状況を紹介し、最後に本稿の結論と今後のベトナムにおける医療保険に関する研究課題を提示する。

調査地は、ホーチミン市に属するフーニュアン区とカンゾー県、ハノイ市のタイホー区とソクソン県である。2003年にこれら4つの県レベルの行政単位（区、県、市社、省直属都市からなる）には教育部門の調査の為に一度訪問しており、今回が2度目の訪問である。本稿では紙幅の都合もあるので調査地についての詳しい紹介はしないが、帰国後に入手した資料に基づき巻末の付表1と付表2でその概要を示しておいた。

近年、行政改革を中心に研究を進めてきた筆者が医療部門、とりわけ医療保険制度の実施状況を調査対象として選んだ理由は、第一に、ベトナムにおける医療部門、医療保険制度に関する研究が殆ど進んでいないこと、第二に、行政改革の

* 大阪外国語大学 アジアⅡ講座

一環として社会保険と医療保険を管轄する機関が2002年2月に統合されたこと、第三に、社レベルの行政単位（社、坊、市鎮からなる）には原則としてひとつの診療所を設置することになっており、中央レベルと地方レベルとの関係、なかでも、末端行政単位までの地方行政との関係を考察する上で同部門が適当であると考えたからである（2003年の調査で教育部門を選択した理由も、末端行政単位には原則として1つの小学校が設置されていることに着目したものであった）。

また、調査地として県レベルの行政単位を選択した理由は、第一に、ベトナムにおける地方レベルの行政機構改革の歴史において、議論の中心となってきたのが県レベルであること、第二に、3層からならベトナムの地方行政単位において末端行政単位である社レベルの行政を垣間見ることができること、また、同時に、県レベルの上位の行政単位である省レベルの行政単位との関係も考察することが可能だからである。

1. ベトナムの行政改革における医療部門の位置づけ

ここでは、ベトナムが推進している行政改革の概要を紹介し、その中で医療部門がどのように位置づけられているのかを簡単に紹介しておきたい。

1) ベトナムにおける行政改革：「包括的行政改革プロジェクト」の4つの内容

ベトナムでは、1990年代に入って行政改革が本格化した。現在は「2001－2010年における包括的行政改革プログラム」を展開中である。同プログラムでは、行政改革の内容を以下の4つに大別している。

①行政制度改革（Cai cach the che）：

法整備と法規文書の公開、行政手続の簡略化・効率化など

②国家機構の組織改革（Cai cach to chuc bo may nha nuoc）：

肥大化した組織の簡素化・効率化、各級組織間の権限・任務・役割の明確化など

③幹部・公務員の質に関する考え方の刷新と質的向上（Doi moi, nang cao chat luong doi ngu can bo, cong chuc）：

幹部・公務員制度の見直し、幹部・公務員の削減、能力向上、汚職撲滅など

④財政改革（Cai cach tai chinh cong）：

地方分権化、予算の配分基準・配分方法の変更、学校・病院などの収入のある公共事業体に対する財政制度の改革など

筆者は別稿にて、上述の4つの内容と2004年末までの展開過程について詳述しているので、本稿では再論しないが、概ね医療部門との関連については、次のようなことを指摘できると考えている¹。

2) 行政改革における医療部門の位置づけ：特徴としての「社会化」の推進

医療部門でも上述の行政改革の4つの内容に照らして、諸改革が進められている。その中で、医療部門が特徴的であるのは病院など収入のある公共事業体を有する部門として位置づけられていることである。同部門においては、財政改革の一環として「社会化(xa hoi hoa)」(民活化)推進の方針が打ち出されている。従来、国家が全面的に負担してきたものを国民各層の資金・人材・技術などを積極的に活用しようとしているのである。ベトナム政府は、過去5年以上の「社会化」の経験を踏まえて、2005年4月18日に教育、医療、文化、体育・スポーツの諸活動の「社会化」に関する決議第5号を公布した。同決議では、私立病院の設立を積極的に認めること、また、2010年までに公立の医療機関を半官半民、さらには私営の医療機関にしていく事業が円滑に進められるようにすることが課題として明記されている²。

背景としては、「市場経済化」(特に、国営経済セクター、集団経済セクターのみならず、半官半民の経済セクターや民間経済セクターを積極的に活用)という大きな流れが存在するが、医療行政の立場からは国家財政負担増を最小限に抑制しつつ、国民の福利厚生を充実させたいという意図がある。

その典型的かつ具体的な例として挙げられるのが、ベトナム政府が21世紀に入ってから2010年までに全国民を医療保険制度に加入させること、すなわち「国民皆保険」の実現を目標に掲げて推進している諸政策である。

2. ベトナムの医療保険制度の概要と実施状況

「はじめに」で述べたように行政改革の一環として社会保険と医療保険を管轄

する機関が2002年2月に統合された³。そこで、以下ではベトナムの医療保険制度について、社会保険制度⁴にも触れながらその概要と実施状況を紹介したい。

1) 1989年以降の医療保険制度の変遷と現行制度の概要

イ．現行制度にいたる医療保険制度の歴史：4つの段階

ベトナムのある専門家の認識では、ベトナムの医療保険制度は、1989年から1991年までの試行期間を入れると、制度導入から15年以上が経過したという。そして、この15年間余を以下の4つの段階に分けることができるという⁵。

第一の段階は、1989年から1991年までで、閣僚評議会（現在の政府）が、医療省に命じて一部の地方、部門において試験的に医療保険制度を実施した時期である。その具体的な内容は明らかではないが、その期間に収めた成果により、1992年憲法の第39条で「医療保険制度を実現させ、全ての人民の健康に配慮できるような条件をつくる」と規定することになった。

第二段階は、上述の3年間に亘る試行期間の後、1992年8月15日付閣僚評議会議定第299号に基づき、ベトナムで初めての「医療保険条例」が公布されてからの約6年間である。同条例の施行により、医療保険制度が中央から地方に至るまで創立されることになった。しかし、この段階では、医療保険基金が各省・都市ごと、もしくは4つの特殊な経済・社会部門でそれぞれ独立採算制をとっていた為に、相互に補填・補助しあうことができず、医療保険加入者の権利に不平等が生じるなどの欠点があった。

第三段階は、1998年8月13日付政府議定第58号に基づいて新「医療保険条例」が公布されてからの約3年半で、2002年2月の社会保険と医療保険の統合までの時期である。この段階になって、医療保険基金を全国範囲で統一的に独立採算性で運用するようになった。

第四段階は、2002年の社会保険と医療保険を管轄する機関が統合されて以降の段階である。この統合は、2001年に開催されたベトナム共産党第9回大会で「全ての労働者に社会保険を」、「全国民に医療保険を」実現しようという決議がなされたことを受けたものであるが、その後、2005年5月16日付政府議定第63号に基づき、さらに新しい「医療保険条例」を公布している。その内容は、

従来に比べ、医療保険対象者を拡大し、医療保険加入者の権利を拡大するものであった。

以上のベトナムの専門家による4段階論は、試行期間の開始、第一次「医療保険条例」の公布、第二次「医療保険条例」の公布、社会保険と医療保険の統合をそれぞれ新段階の開始としており一定の形式的基準に基づく段階論ではないが、ここでは、ベトナムが2010年までに国民皆保険を実現する方針であること、そして、現行の「医療保険条例」が二回の改正を経たものであることを記憶にとどめておきたい。

ロ．現行医療保険制度の概要：管轄機関の組織；保険の種類；保険の対象者と保険料；保険加入者の権利；保険基金の使途

この項目では2005年7月1日より発効した新保険条例に基づいて医療保険制度の概要を説明する。従来、日本で紹介されている医療保険制度は1998年の「医療保険条例」に基づいているからである⁶。

医療保険制度に関する政策を実行する担当機関は「ベトナム社会保険」(Bao hiem xa hoi Viet Nam)である。この機関は政府首相直属の事業機関であり、もともとは社会保険のみを扱う機関であったが、「はじめに」でも触れたように2002年2月以降は医療省の管轄下にあった医療保険をも管轄することになった。同機関は社会保険基金と医療保険基金の管理も行なう。首相が同機関の総裁、副総裁の任免権を有する。

組織的には中央レベル、省レベル、県レベルの3層にそれぞれ「社会保険」機関が組織されており、縦の体系によって繋がっている。社レベルには「社会保険」機関は設置されていない⁷。しかし、社レベルには医療保険制度を実施する上で極めて重要な診療所が設置されている。

中央レベルでは「社会保険」に管理評議会が設置される。評議会委員は財政省、労働・傷病兵・社会省、医療省、ベトナム労働総連盟の指導的な立場にある代表、および「社会保険」総裁で構成する。この人事は内務省の提案に基づき、首相が任免する。

また、医療省の中に医療保険局 (Vu bao hiem y te) が設置されており、同

局が医療保険証の利用できる診療所の基準や保険で利用できる薬品などの決定に重要な役割を果たす⁸。

医療保険には、強制医療保険 (bao hiem y te bat buoc) と任意医療保険 (bao hiem y te tu nguyen) の2種類がある⁹。医療保険への加入が個人単位での加入であることは、98年条例と同様である。なお、ここで言う任意医療保険とは、民間の保険会社が提供する利潤追求目的の任意医療保険とは異なる。そのような任意医療保険は、ベトナム語ではbao hiem y te thuong mai (商業的医療保険) と呼ばれている。

強制医療保険の対象者は医療保険条例では14種類に分けられており¹⁰、その対象者が納めるべき保険料もそれぞれに規定されている。最も基本的な「3ヶ月以上あるいは期限の定めのない労働契約を締結している企業、各機関、事業単位組織、武装勢力の単位組織で働く労働者」ならびに「幹部、公務員、職員 (can bo, cong chuc, vien chuc)」の場合は、基本給と調整手当の合計額の3% (このうち、本人が1%、雇用者が2%を負担) を納付することになっている。この対象者に対する保険料は旧条例と同じである。しかし、対象者が旧来の5種類から14種類に分けられるようになる中で、対象者の中には年金受給者、社会補助金受給者など事実上、国家が保険料の全額を負担する対象者も多くなった。また、98年の条例では、非国営企業の労働者については、10人以上を雇用している企業の労働者のみが対象であったが、新条例では企業規模に関係なく対象者となっており、さらに、新たにベトナムが奨学金を給付している海外からの留学生なども対象者となり、強制医療保険の対象者が拡大している。

任意医療保険には医療保険に自発的に加入を望む者であれば誰でも加入できるが、強制医療保険の対象者であっても、より多くの医療サービスを受けたい者は任意医療保険に加入することができる、と新条例では明記された。任意医療保険には、このような強制医療保険を補充する形態のもののほか¹¹、通院及び入院して診察、治療を受けることを目的とした形態、団体医療保険・家族医療保険などといった形態もある。

任意医療保険加入者の保険料は、表1のような保険料の枠組みが設定されている。

表1の項目で、労働者の親族とは、労働者の兄弟姉妹、妻（夫）、実子、養子、実父母、義父母、養父母などを指している。また、協会（Hoi）、団体（Doan the）とは、各種の業界、宗教団体、共産党（政治団体）、祖国戦線・農民連合会・労働総連盟（政治・社会組織）などのことである。

表1. 任意医療保険の保険料

単位：ドン（一人の年額）

任意医療保険加入対象者	地 域	
	都 市 部	農 村 部
家族の成員	100,000～160,000	70,000～120,000
労働者の親族、協会・団体構成員の親族	100,000～160,000	70,000～120,000
協会・団体構成員	100,000～160,000	70,000～120,000
生徒、学生	40,000～ 70,000	30,000～ 50,000

（資料）2005年8月24日付財政省・医療省合同通知第22号。

医療保険の加入者には「ベトナム社会保険」から「医療保険証」（the bao hiem y te）が発給される。

強制医療保険の加入者は、原則として無料で診察、治療（薬代を含む）を受けることができる。98年の条例では診察、治療費の20%は自己負担であり、年間の診療費が給与の6か月分を超えたときのみ無料となったが、新条例のもとでは一回の治療に対して700万ドンまでは無料となり、保証内容が拡大した。

加入者が診察、治療を受ける場合には、最初に社レベルにある自分が登録した診療所に行き、そこでの診察、治療が困難であると判断されると県レベルの医療センターへ紹介状を貰って行き、さらに各省・都市レベルの病院へと順を追って診察、治療を受けることになる。この原則は旧条例と同じであるが、新条例では最初に登録できる診療所を公立の診療所だけでなく、半官半民、あるいは私営の診療所、病院などに拡大する方針を明確にしている。加入者の立場に立って改善されつつあるとあってよい。

このような医療保険制度を運営する為に2種類の医療保険基金（quy bao hiem y te）が形成されている。強制医療保険基金と任意医療保険基金である。それ

ぞれ独立採算制を原則として運用されている。しかし、「ベトナム社会保険」が社会保険と医療保険を管轄することになったこともあり、新条例の下では強制医療保険基金に不足が生じた場合には社会保険基金から一時的に強制保険基金の不足額を補うことも可能となった。強制医療保険の財源は労働者とその雇用者が支払う保険料、国家が規定に基づき支払う保険料、基金の資金運用で得た利益、国内外からの財政補助金、援助金などであり、任意医療保険基金の財源は主として加入者の保険料である。

98年の条例では、労働者とその雇用者が支払う強制医療保険料と国家が規定に基づき支払う強制医療保険料のうち、91.5%が診察、治療用に配分されることになっており、残る8.5%は医療保険システムの管理費用に配分することになっていた。診察、治療用に配分された金額のうち5%が予備費とされていた。また、任意医療保険加入者の納付金のうち、90%が診察、治療費用に、8%が医療保険の徴収費用、保険証の発給費用、2%が宣伝費用に配分されることになっていた。新条例の下では、上記の強制医療保険料の95%が診察、治療用に、5%が予備費に配分されることになり、診察、治療用の配分比率が3.5%以上増えたが、任意医療保険料は89%が診察、治療用に、8%が医療保険の徴収費用、保険証の発給費用、3%が宣伝費用に配分されることになり、診察、治療用の配分比率が1%減少した。なぜ、このような結果になったのかは不明である。

2) 医療保険制度の実施状況（1998年～2005年）

ここでは、まず2005年末段階の医療保険制度の実施状況について、社会保険の実施状況にも触れつつ、加入者数と保険基金の収支状況を中心に紹介¹²、つぎに、それを同じ観点から1998年以降の動向のなかで位置づけたい。

イ. 2005年末段階

まず、2005年末段階において、社会保険と医療保険のどちらかに加入している労働者数は2386万6072人となった。前年同期と比べると431万8889人（22.1%）増である。新規加入者の内訳は、2005年に社会保険と医療保険の双方に加入した者が28万6638人、強制医療保険のみに加入した者が159万6538人、任意医療保険に加入した者が243万5713人であった。その結果、任意医療保険の加

入者総数は884万5483人になった。

また、2005年の社会保険と医療保険の保険金総収入は17兆2855億ドン（計画を5.1%超過達成、前年比30.56%増）であった。その内訳は、強制社会保険と強制医療保険からの収入が16兆9010億ドン、任意医療保険からの収入が3845億ドン（前年比50%増）である。任意医療保険については、全国の64省・都市全てが加入者増大と保険料納入の2005年目標を達成するという大きな成果を得たという。

一方、2005年の社会保険の支出は19兆1480億ドンで200万に近い人々に対して社会保険料が支払われた。その内訳は、国家予算からの支出が12兆0030億ドンであり、社会保険基金からの支出が7兆1450億ドンである。また、医療保険の支出は2兆7000億ドン（前年比38%増）であった。

医療保険については、2005年に担当機関が1867の医療機関と契約を締結して医療保険システムに参加させることにした¹³。外来患者と入院患者は合計で延べ3500万人（前年比20.9%増）が医療保険制度を利用して診察・治療を受けたという。

ロ、1998年から2005年までの推移

以上のような2005年末段階での実施状況を、以下では表2で掲げた1998年から2003年までの動向などを参照しながら考察してみたい。

表2は、2005年の新条例施行前に公表されたのもので、上述の2005年の動向の中で示した数値と単純に比較することは困難である。しかし、ここでは加入者数と保険基金の収支状況について、概ね次のようにこれまでの動向を整理・理解できると筆者は考える。

・加入者数について

第一に、医療保険加入者の総人口に占める比率が1998年の約12%から2005年には28%程度（2005年末の人口を8350万人として計算）に高まった。

第二に、任意医療保険の加入者総数は1998年の360万人から2005年には885万人へと2.4倍となった。

第三に、任意医療保険の加入者増大には「生徒・学生」の加入者増大が大きく貢献している。「ベトナム社会保険」の任意保険委員会委員長によれば、「生徒、学生」の加入者総数は2003年が470万人、2004年が610万人、2005年が750万人であり、それ以外の加入者総数が2003年で約10万人、2004年で約30万人、

表2. 1998年～2003年までの医療保険と社会保険の活動状況

項 目	単 位	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年(概数)
医療保険							
加入者総数*	1000人	9,740	10,450	10,610	12,440	13,295	16,300
強制医療保険加入者数	1000人	6,060	6,860	7,230	8,400	8,641	11,600
任意医療保険加入者数	1000人	3,680	3,590	3,380	4,040	4,654	—
患者総数*	延べ1000人	15,284	14,132	15,075	17,580	19,500	—
入院患者	延べ1000人	1,291	1,184	1,224	1,496	1,500	—
外来患者	延べ1000人	13,993	12,948	13,851	16,084	18,000	—
医療保険収支バランス*	10億ドン				233	449	986
医療保険収入総額(強制医療保険・任意医療保険を含む)	10億ドン	698	766	971	1,311	1,394	1,700
医療保険支出総額	10億ドン	n.a	n.a	n.a	1,178	945	714
社会保険							
加入者数	1000人	3,755	3,959	4,243	4,476	4,845	6,320
社会保険収支バランス*	10億ドン	3,202	3,337	3,945	4,537	4,614	
予算からの給付額	同上	5,128	5,016	6,239	7,176	7,033	
社会保険納付金の収入	同上	3,876	4,186	5,198	6,348	6,963	11,468
社会保険の各制度への支出	同上	5,802	5,865	7,492	8,987	9,382	
そのうち							
年金	同上	4,479	4,557	5,851	7,007	7,265	—
疾病手当	同上	74	73	80	107	123	—
妊娠手当	同上	142	151	228	290	316	—
労働災害・職業病手当	同上	21	22	29	37	41	—
死亡弔慰金	同上	148	149	187	222	226	—
健康を害した人	同上	740	711	856	967	923	—
栄養補給	同上	0	0	0	22	142	—
社・坊の幹部	同上	0	0	4	18	20	—
その他	同上	198	201	257	317	610	—

(資料) Thai bao Kinh te Viet Nam, Kinh te 2003-2004, tr.40-42.

(注1) *は筆者が作成した項目である。なお、医療保険の「加入者総数」は強制保険を任意保険の重複加入者数を考慮していない両者の合計である。

2005年で約130万人であった¹⁴。

第四に、2005年には任意医療保険加入者のうち「生徒、学生」以外の加入者が100万人も増大するという新しい傾向がみられた。前述の任意保険委員会委員長によれば、個人農（の家族）の加入者増大が主要な要因とのことである¹⁵。その結果、任意医療保険加入者のうち、「生徒、学生」の占める比率が2003年の98%（470万人÷480万人）から85%（750万人÷880万人）へと激減した。

第五に、強制医療保険の加入者も、1998年の606万人から2005年には約1500万人へと約2.5倍になった。2005年については「社会保険と医療保険のどちらかに加入している者の総数」（約2387万人）から任意医療保険加入者数（約885万人）を引いた数値であり、正確さに欠けるが凡その数値は示しうる¹⁶。

第六に、強制医療保険の加入者は社会保険加入者よりも多く、その差も拡大傾向にある。これは労働者以外の強制医療保険加入者が増大してきた結果であろう。

・保険基金の収支状況

ここでは2005年の医療保険基金（「強制医療保険基金」と「任意医療保険基金」）の収入金額が分からないので、まず、社会保険も含めた数値を整理した後、医療保険のみに言及することとする。

第一に、社会保険と医療保険の保険金収入総額が、2001年の7兆6590億ドン（社会保険6兆3480億ドン＋医療保険1兆3110億ドン）から2005年の17兆2855億ドンへと2.6倍になった。社会保険と医療保険への加入者増大に伴う当然の結果である。

第二に、同じ期間の社会保険と医療保険の保険金支出総額は、2001年の10兆1650億ドン（社会保険8兆9870億ドン＋医療保険1兆1780億ドン）から2005年の9兆8450億ドン（社会保険7兆1450億ドン＋医療保険2兆7000億ドン）となり、支出が3200億ドン減少した。筆者は、国民が納めた社会保険の使途についての規定を詳細に検討していないので、このような現象が何故生じているのかを正確には説明できない。しかし、表2から判断する限り、保険料を納める者と保険金（特に、「年金」）を受給する者が違うことがこのような現象を生み出す原因であると推測する¹⁷。

第三に、上記の数値から、社会保険と医療保険の保険金収支額は、2001年は

2兆5060億ドンの赤字から2005年は7兆4405億ドンの黒字となっている。しかし、この間に社会保険については同じ時期に国家予算からの給付が7兆1760億ドンから12兆0030億ドンへと4兆8270億ドンも増大していることが注目される¹⁸。

第四は、表2では医療保険の収支については2001年から2003年までの数値しかないが、いずれも黒字となっており、黒字幅も増大傾向であることが分かる。しかし、この増大傾向が2005年まで継続していたかどうかは資料がなく分からない。

第五に、表2によれば医療保険加入者が納めた一人あたりの医療保険料は、1998年：7.2万ドン、99年：7.3万ドン、00年：9.2万ドン、01年：10.5万ドン、02年：10.5万ドン、03年：10.4万ドンである。

第六に、2005年段階における任意医療保険の加入者の収める保険料が一人平均4万3469ドン（3845億ドン÷884万5483人）であることを考えると、表1から依然として任意医療保険の加入者の多くが「生徒・学生」であることが確認できる。

3. ホーチミン市とハノイ市での調査結果：ハノイ市ソクソン県の事例を中心に

ここでは紙幅の都合もあり、2005年に実施した4箇所の現地調査の結果を全て紹介することはできないので、医療保険制度の実施状況について最も詳しい情報を得られたハノイ市ソクソン県を中心に論じ、必要に応じて他の調査地に言及することとする。

ハノイ市ソクソン県はハノイ市中心部の北に位置し、人口約26万6000人、総面積は約307平方kmである。同県での土地利用状況は、1万2753ヘクタールが農地、6330ヘクタールが森林、3300ヘクタールが宅地である。住民の約8割が農業に従事している。同県には社レベルの行政単位として、市鎮が1単位、社が25単位存在する。

以下、医療保険への加入状況、医療保険料とその支払い・清算方法、医療保険制度の中での診療所の役割などについて述べていくこととする。

1) 医療保険への加入状況について：

ソクソン県では、全人口の約26%が医療保険制度に加入している。この数値は全国平均28%をわずかに下回る程度である。ただし、6歳以下の子供は無料

で診療を受けられるので、その数2万4000人を除けば、人口の28%が実質的に医療保険に加入している、と言える。6歳以下の無料診療は全国で実施されているものであるが、その対象者は全国で1000万人に登ると言われており、国民を医療保険に加入させる政策との関連でかれらを強制医療保険の対象者にすることも2005年末段階ですでに検討されている¹⁹。

ソクソン県以外の調査地域では、医療保険加入率はハノイ市タイホー区が35%、ホーチミン市カンゾー県が39%であり²⁰、ホーチミン市フーニュアン区が25%であった。ソクソン県と隣接するハノイ市タイホー区がソクソン県よりも加入率が高い理由としては、同区には公務員が数多く住んでいることが主な原因であろうとの説明をソクソン県で受けた。

また、ホーチミン市では、カンゾー県の方がフーニュアン区よりも医療保険加入率が高い。理由として、カンゾー県には貧しい人が多いからであるとの説明を受けた。

上記の説明の妥当性については、以下に示すソクソン県の事例のように詳細な加入対象者別資料がないので検証できないが、カンゾー県のように、貧しい人が多い地域ほど医療保険加入率が高くなることは制度上間違いない。

典型的な例が、ディエンビエン省である。この省では、医療保険加入率が2006年1月の時点で91.5%であるが、同省の人口の80%以上が強制医療保険の対象となる貧困者であることが最も大きな要因となっている²¹。

表3はソクソン県における医療保険加入者の内訳を具体的に示したものである。このように、医療保険加入者の内訳が詳細に示された資料は県レベルのものはもとより、全国レベルでも、省・都市レベルでも紹介された事はないので貴重な資料である。

2005年9月の調査時点では、強制医療保険については新条例に基づき、任意医療保険については2003年の財政省と医療省の合同通知第77号に基づいて業務を行なっているとのことであった。その意味するところは、表3に関連して言えば、「医療保険対象者」欄の区分は新条例に基づいて作成している。しかし、「収めている医療保険料」欄の任意医療保険加入者の保険料は、新条例に基づいて公布された2005年8月24日付財政省・医療省合同通知第22号が2006年1月

1日から発効するので、旧条例の下で定められた上記の通知第77号に基づいたものであるということである。

表3. ソクソン県の医療保険加入者の内訳

	医療保険対象者	納めている医療保険料	医療保険証発給数 (加入者数)	単位組織数
1	企業、行政・事業単位組織の労働者	給料と調整手当の3% (月額)	17194	235
2	定年退職者、労働できない健康状態の人	年金、補助金の3% (月額)	5790	
3	革命功労者	最低賃金の3% (月額)	3622	1
4	士官の親族	最低賃金の3% (月額)	1220	1
5	貧困者	5万ドン (年額)	3483	1
6	高齢者	5万ドン (年額)	355	1
7	エイジェント・オレンジの被害を受けた者	最低賃金の3% (月額)	801	1
8	生徒・学生	3万～5万ドン (年額)	32944	66
9	任意医療保険に加入した人民	6万ドン (年額)	3111	18
合計			68700	350

(注) 最低賃金は調査時点では29万ドン、2006年9月現在は35万ドンである。したがって、その3%の金額は調査時点では8700ドン、2006年9月現在は1万0500ドンである。なお、2006年10月1日より、最低賃金が45万ドンに改正されることになった。その3%の金額は1万3500ドンである。

表3では、1～7に分類された者が、強制医療保険の加入者であり、8～9に分類された者が任意医療保険の加入者である。その小計は、強制医療保険加入者が32645人（全体の48%）で、任意医療保険加入者が36055人（全体の52%）である。強制医療保険加入者の比率が全国平均63%（1500万人÷2387万人）から見ると低い（1998年～2002年の全国平均も62～68%である。この点については表2を参照されたい）。医療保険加入者が52000人の時点では、強制医療保険

加入者が21000人（全体の40%）、任意医療保険加入者が31000人（全体の60%）であったとのことであるから、この時点から強制医療保険加入者が約1万2000人増えたのに対して、任意医療保険加入者が4000人増えたことになる。ここでは強制医療保険加入者増大の3分の1以上が、4～7の対象者が強制医療保険の対象になったことによることを確認しておきたい。

また、任意医療保険の中で生徒・学生が占める割合は88%であり、全国平均よりやや高い。

2) 医療保険料とその支払い方法について

イ. 医療保険料

まず、強制医療保険対象者についてであるが、表3では新条例の保険料が記載されている。旧条例で対象者として明記されていた1～3の保険料は旧条例と同じである。また、新条例が公布されるまでの間に、実質的に強制医療保険対象者となっていた士官の親族、貧困者、高齢者のうち貧困者については旧条例と保険料に変化がないことが確認できる²²。

次に、任意医療保険対象者についてであるが、ソクソン県（農村部に属する）では以下の表4の枠内で保険料が定められていることを確認できる。9に分類されている生徒（高等学校までの在学学生）の保険料は3万ドン、学生（大学生以上）の保険料は5万ドンである。ただし、9に分類された者の保険料は、2006年1月1日以降、表1に従って決定されるので最低でも7万ドンに変更されることになる。

表4. 任意医療保険の保険料

単位：ドン（一人の年額）

任意医療保険加入対象者	地 域	
	都 市 部	農 村 部
行政単位内の一般住民（dan cu）	80,000～140,000	60,000～100,000
協会・団体構成員	80,000～140,000	60,000～100,000
生徒・学生	35,000～ 70,000	25,000～ 50,000

（資料）2003年8月7日付財政省・医療省合同通知第77号。

ロ、保険料の支払い方法と「単位組織」の役割

保険料の支払いは、1に分類されている者は労働者が働いている企業、組織、団体が労働者の保険料（1％）を徴収して自己負担分（2％）と合わせて毎月支払うことになっている。この企業、組織、団体の数が表3では「単位組織数」の欄に記載されている。

ソクソン県では、そのような単位組織が235単位ある。その数は、2003年段階において工業部門の非国営企業が2400単位存在したことを考慮すると（付表1を参照）、企業の大半が従業員10人以下の零細規模の企業である可能性もあるが、いかにも少ない。ホーチミン市フーニュアン区の場合には、医療保険加入者が人口の約25％（45000人÷180000人）で、そのうち、強制医療保険加入者が約25000人（全体の55％）、任意保険加入者が約20000人（同45％）である。社会保険加入者（すなわち、強制医療保険の加入者）は769単位組織に属する20457人であり、加入者の80％以上が非国営経済セクターで働く労働者である²³。農業を中心としたソクソン県とサービス産業を中心としたフーニュアン区との経済構造の違い、経済発展の違いが企業規模に反映している側面もあるが、非国営企業そのものに注目すると、両地域における非国営企業の医療保険に対する認識の違いも反映されているのではないかと推測される（付表1を参照）²⁴。

2に分類されている者には、単位組織に関する記載がないが、「ソクソン県社会保険」そのものが管理するからであろう。3～7についてはいずれも1単位と記載されているが、これは強制医療保険に参加すべき者の名簿作成から保険料の支払いまで担当する機関が1箇所に集中しているからである。具体的には、3の革命功労者、5の貧困者、7のエイジェント・オレンジの被害を受けた者については労働・傷病兵・社会省の機関が、4の士官の親族については国防省、公安省の機関が、6の高齢者については社レベルの人民委員会が支払うことになっている²⁵。

また、任意医療保険に加入する8の生徒・学生の場合には、学校を通じて支払うことになっている。表3では加入者数32944人、単位組織数66とあるので、小学校・中学校（64+26校以上）のうち7割程度の学校が、全生徒の5割以下の生徒から保険料を集めて支払っていると推測できる（付表2を参照）²⁶。

3) 医療保険制度における診療所の現状と役割

医療保険加入者は保険料を支払うと同時に、最初に診察をうける診療所を選択・登録しなければならない。通常は、自分が居住する社レベルの行政単位にある公立の診療所を指定するが、県レベルの「社会保険」が管轄する診療所であれば問題はないようである。一度、この登録をすると、その診療所で治療が困難な場合には、県レベルの医療センターや病院に行くことになる。従来の規定では、この登録した診療所で診療を受けたときにのみ保険を適用されるというものであった（言うまでもなく、保険でカバーできる治療、薬品には一定の制限がある）²⁷。新条例では、社会化を進めるという観点と一定の競争原理を導入するという観点から、一定の基準を充たす半官半民、ないし私立の病院なども「社会保険」との契約を結んでいれば登録の対象となることが明記された。しかし、基本的には最初に診療所を登録するという制度は維持されている。

上述のように、社レベルの公立の診療所は国民の健康を守る上では最も身近で、かつ重要な役割を担ってきた。その重要性は、2004年に全国で医療保険を利用した患者総数のべ2800万人のうち、2550万人が外来患者であり、250万人が入院患者であったが、外来患者の42.6%が社の診療所（Tram y te xa）、35.4%が県医療センター（Trung tam y te Huyen）を利用していることから分かる（両者で78.0%）。また、入院患者の46.2%が県レベルの医療機関を利用している。これは、「ベトナム社会保険」の組織の中で末端に位置する県レベルの「社会保険」が管理・指導している部分である。入院患者の42.2%は省レベルの医療機関を利用しているので、入院患者の88.4%が県レベル以上の医療機関を利用していることになる²⁸。

「ソクソン県社会保険」によると、ソクソン県内には25の社診療所と1つの市鎮診療所が存在する。つまり、社レベルの各行政単位には一つの診療所がある。各診療所には総計で25名の医師（bac sy）がおり、人口に応じて、各診療所に準医師（y sy）、看護婦、准看護婦、助産婦、薬剤師など、4～5名の医療従事者が勤務しているとのことである²⁹。

この人数は、省レベルにあるハノイ市の医療局と内務局（人事全般を扱う部門）の規定を遵守して県レベルの医療センター所長が決定する。また、医療センターの所長は、社レベルの人民委員会で承認された診療所の所長を任命する³⁰。

また、医療保険に関する政策の実施過程において、診療所の役割、権限、任務については、ソクソン県では、人民を診察、治療すること（医療保険制度上の最初の段階として、医療保険証を持つ病人の診察、治療をすることであり、もし、病人が診療所の手に負えない重病人の場合には、医療センターに送ることも含む）、基礎レベルにおける各医療プログラムを実行すること、人民に対して病気予防や初歩的な健康管理方法に関する宣伝を行なうこと、社レベルにおける医療活動に関して、人民委員会の参謀役を務めること、であるとの回答を得た³¹。

このような診療所の予算はソクソン県では県人民委員会とハノイ市の医療局に従って決定される、との回答を得たが、同じハノイ市に属するタイホー区では、「毎年の地方予算計画において決定され、均衡が保たれるようにする。給与（Luong）と調整手当て（Luong phu cap）は国家の定めた現行制度に基づいている。その他の活動に対しては、一人あたり1550ドンという基準で計算される」との回答を得た。

また、ベトナムでは、給与と所得の間に大きな開きがあることが多いので、診療所に勤務する医療に携わる職員（nhan vien y te）の平均的な「所得」を質問したところ、1ヶ月120万～140万ドンであろうとの回答を得た。卒業したばかり、あるいは長年勤務している医師と看護師の「給与」は国家の給与政策に基づいている、との回答であった³²。

筆者が調査したそのほかの3つ調査地でも、末端行政組織である社（Xa）/坊（Phuong）に診療所が存在することを確認した（付表2でも再確認）。また、どの地域でも概ね同じ医療スタッフの構成で運営され、医療センターの所長が診療所の所長の任命権を有していることが確認できた。また、給与も国家の規定により定められているとのことであった³³。しかし、「所得」と「給与」の差は、統計もなく微妙な問題でもあり、ほとんどの地域で余り差のないような回答をされたとの印象である。

4) 「ソクソン県医療保険」の役割、任務、権限

ソクソン県では2002年12月の政府議定第100号により規定されたベトナム社会保障組織の役割、任務、権限に基づいて社会保障関連事業を実施している。

具体的には、ソクソン県に任された（phan cap）労働者に対する社会保障制度の実施と強制医療保険、任意医療保険の加入者への診察券（Phieu kham chua binh : KCB）の発給、ならびにソクソン県医療センター（Trung tam y te Soc Son）における支出管理（giam dinh chi）などである。

入院した場合の各診療科の料金精算は「ソクソン県医療センター」と「ハノイ市社会保険」との間の診察費契約に基づいて決定されているとのことであった。

表 5. ソクソン県における入院治療費

	診 療 科 (khoa phong)	金 額 (ドン)
1	救急治療 (Hoi suc cap cuu)	3 9 0 0 0 0
2	外科 (Ngoai)	3 7 0 0 0 0
3	産科 (San)	3 3 0 0 0 0
4	内科 (Noi)	2 9 0 0 0 0
5	複数の診療科 (Lien chuyen khoa)	3 5 0 0 0 0
6	東洋医学診療科 (Dong y)	2 0 0 0 0 0

また、「ソクソン県社会保険」はソクソン県医療センターに登録した社会保険証の数と医療センターで診療、治療する対象者数に基づいて、2004年、2005年上半期は次のように清算したという。

2004年、ソクソン県医療センターにおいて医療保険証保有者で治療を受けた総数に基づいて25億4570万ドンを清算した。

2005年上半期、ソクソン県社会保険は、ソクソン県医療センターとの間で13億3247万8000ドンを清算した。

基本的には、精算額は横ばいといった印象である。

おわりに

本稿の目的は、その行政改革の中で、医療部門ではどのような変化が生じているのかを医療保険制度を中心に概観することであった。これまでの考察を通じて、

筆者はベトナムの行政改革の中で、医療部門の変化を次のようにまとめられると考える。

まず、包括的行政改革プログラムの4つの内容に照らしてみると、

①行政制度改革（法整備と法規文書の公開、行政手続の簡略化・効率化など）という側面からみれば、医療保険条例が2度改正され、おびたしい数の医療関係に関する法規文書が公布・公開され、法整備が進められてきた。行政手続の簡略化・効率化については本稿ではほとんど言及されていないので、判断は不可能である。

②国家機構の組織改革（肥大化した組織の簡素化・効率化、各級組織間の権限・任務・役割の明確化など）という側面からは、2002年2月の社会保険と医療保険の統合自体がこの改革を推進する為であると公的文書にも記載されており、組織の簡素化・効率化を図っていることが確認できた。また、各級組織間の権限・任務・役割の明確化については、診療所のスタッフ数、その決定方法、診療所所長の人事などに関連して述べたように、4つの調査地でほぼ同様の回答を得ることができたので、各組織間の権限・任務・役割の明確化が進んでいることを確認できたと考える。

③幹部・公務員の質に関する考え方の刷新と質的向上という側面については、本稿ではほとんど確認することはできなかった。ただし、本論部分では触れなかったが、ハノイ市タイホー区での調査で、診療所のスタッフの中に1人の医師を含むようになったのは近年の政府決定によるものであると聞いた。文献では未確認であるが、それを前提に考えると、調査地全てで各診療所には医師がいるとのことであったので、「質の向上」という点は一定の評価ができる。

④財政改革という側面からは、これまでも述べてきたように医療保険制度を整備してきた過程で「社会化」が進んできたことを確認できた。しかし、それをどの程度高く評価するかは非常に難しい問題である。確かに、医療保険加入者は増大した。しかし、本稿では、彼らが納めた保険料により、国家財政負担がどの程度減少したのかまでは実証的に言及していない。また、民間の医療機関が社会医療保険制度の中に組み込まれつつあることも確認できたが、それがどの程度の人材活用になっているのかなど、ほとんど分析できていない。公的医療機関の半官半民化、さらに民営化の実態もほとんど言及できなかった。しかも、国民にとつ

て最も大事な医療サービスが向上したのかどうかも具体的かつ実証的には検討できなかった。これらはいずれも今後の課題というほかはないであろう。

また、本稿での考察を通して、ベトナム政府が目標に掲げている2010年までに国民皆保険（全員を医療保険加入者とする）を実現するには、多くの問題が山積していることが明らかになった。医療保険加入者の総人口に占める比率が1998年の約12%から2005年には28%程度に高まったとはいえ、これまでのペースでは到底実現しそうにはない。この点についてベトナムの関係者自身がすでに十分に認識しつつあり、その目標実現に向けて様々な意見を表明している。果たして、今後、どのような方途によってこの目標を実現させようとするのか、それ自体が極めて注目される問題である。しかし、「国民皆保険」の実現という意味では、医療保険制度が始まる前の、いわばドイモイ路線、あるいはその下で進められてきた行政改革の開始以前の医療保障制度との比較を一度行なっておく必要性があらう。また、無料で診療がなされていた時代の医療部門の活動実態も質と量の面から解明しておく必要性があらう。これらのことを怠ってはいは、90年代以降の行政改革がもたらした医療部門への影響を正しく評価することは難しいからである。

これまでの医療保険の加入者の動向を考察した限りでも、現在が一番大きな問題は、本来、強制医療保険の加入対象者でありながら、加入手続きをしていない者が多いことである。

例えば、98年の医療保険条例でも「非国営で、10人以上の労働者を雇用している経済単位組織、経済組織」の労働者は強制医療保険の対象者（同時に、社会保険の対象者）であった。しかし、ソクソン県の事例でも見たとおり、非国営の企業、農業合作社の労働者の参加は今なお限られていることが容易に推測できる。本稿で紹介したフーニャン区における非国営企業の事例は比較的良好な事例といえよう。また、国営企業の中でも業績の良くない企業の労働者は医療保険に加入していないようである。「ベトナム社会保険」はこうした企業、合作社に「医療保険制度」の意義を宣伝して、2005年には一定の効果を挙げてはいるものの、経営不振の法人企業、合作社などの雇用者側は、社会保険・医療保険への加入は経済負担が大きくなるために保険料の支払いをしていない（結果として、労働者は医療保険に加入できない）のである。法人企業、合作社の労働者は、新条例で

は規模に関わらず社会保険・医療保険の双方に加入しなければならない人々である。社会保険機関には、このような「(医療保険条例) 違反に対する処分を権限のある国家機関に対して建議する」権限が認められているが³⁴、経済的な要因が大きいだけに対応が難しいのであろう。

以上で、本稿の考察を終えるが、最後に筆者がもともと本稿執筆にあたり考えていた課題について触れておきたい。それは、医療保険制度の実施状況を考察することにより、末端行政単位である社レベルの行政にどのような変化が生まれつつあるのかということであった。社レベルに存在する「診療所」は、1992年以降の新しい医療保険制度の下でも2002年2月に医療保険が社会保険と統合されるまでは「医療省」が管轄する機関として存在してきた。この時点で、診療所の業務は本務ともいえるべき診察・治療業務に社会保険関連業務が加わった。これにより、診療所スタッフの構成は増えたのであろうか？ また、2002年2月の統合後、「診療所」は「ベトナム社会保険」の一機関としての性格もおびるようになった。「診療所」はますます忙しくなり、スタッフ増員圧力が加わるのではないであろうか？ そのような公務員増大圧力に対して、果たして行政改革推進中のベトナムではどのような政策が展開されているのかを分析したいと考えていた。残念ながら本稿ではそこまでの分析をするには至らなかった。これもまた、今後の課題としたい³⁵。

注

- 1 ベトナムの行政改革の全体像については五島文雄「ベトナムの行政改革と社レベルの変容」、石田暁恵・五島文雄編『国際経済参入期のベトナム』、アジア経済研究所、2004年、223-235頁、ならびに五島文雄「行政改革：公務員制度を中心として」『市場経済移行国ベトナムにおける諸問題と我が国の支援のあり方』（財務省委嘱調査）、財団法人国際金融情報センター、2005年、85-106頁、を参照されたい。
- 2 「社会化」は教育部門でも強調され、私立の小・中学校や大学なども認められるようになった。ベトナムでは「社会化」を推進すべき部門として医療部門と教育部門の他に文化部門、体育スポーツ部門が重視されている。2005年4月18日付政府決議第5号は、「社会化」推進にとって重要であった政府決議第90号の7年間に亘る実施結果と政府議定第73号の5年間に亘る実施結果を踏まえて公布されたものである。政府決議第5号の内容については次を参照されたい。“Nghi quyet cua Chinh phu ve day manh xa hoi hoa cac hoat dong giao duc, y te, van hoa va the duc the thao”, *Bao Hiem Xa*

- Hoi, So 6, 2005, tr.15-18 va 21. なお、雑誌『社会保険 (Bao Hiem Xa Hoi)』は、「ベトナム社会保険」が1999年1月から発行する月刊誌である。
- 3 この統合は同年1月24日付政府決定第24号に基づく措置であるが、同文書を根拠に作成された同年2月8日付の幹部組織委員会（現在の内務省）、労働・傷病兵・社会省、財政省、医療省の第9号合同通知には、統合の目的のひとつとして「2001－2010年における包括的行政改革プログラム」における②国家機構の組織改革の実現が掲げられている。
 - 4 統合前の2001年末段階までのベトナムの社会保険制度については、石田暁恵「ベトナムの社会保障制度」『平成13年度 基礎理論研究会 成果報告書』アジア経済研究所、2002年3月、75-107頁、が詳しく論じている。
 - 5 Nguyen Quang Lam "De muc tieu BHYT toan dan tro thanh hien thuc" *Bao Hiem Xa Hoi*, so 1, 2006, tr.25.
 - 6 ベトナムの医療保険制度については、日本では岡江恭史の簡単な紹介がある程度で、未だ本格的な研究論文は発表されていない。岡江恭史「社会保障」今井昭夫・岩井美佐紀『現代ベトナムを知るための60章』明石書店、2004年、167－170頁。2005年の新条例については、以下の論文が改正点を要領よく紹介をしている。
 Nguyen Thanh Huong "Nhưng diem moi ve Phap luat Bao hiem Y te" *Bao Hiem Xa Hoi*, so 7 2006, tr.21-23.
 - 7 「ベトナム社会保険」の役割、権限、任務、組織については、2002年12月6日付政府議定第100号が詳しく定めている。
 - 8 具体的には、医療保険局の役割、任務、権限を定めた2005年9月13日付医療省決定第27号の付属文書を参照されたい。
 - 9 新条例の実施要綱として、強制医療保険については2005年7月27日付合同通知第21号、任意医療保険については2005年8月24日付第22号が新条例発効後に公布されている。
 - 10 新条例第3条は、次のように強制医療保険の対象者を規定している。
 第3条：強制医療保険は以下の者に適用する。
 1. 以下に掲げる全ての経済セクターに属する企業、機関、事業単位組織、武装勢力に属する単位組織、組織において、3ヶ月以上の労働契約を締結、または、無期限の労働契約を締結しているベトナム人労働者（以下、労働者と略す）：
 - 1) 国営企業法に基づき設立され、活動を行なっている企業
 - 2) 企業法に基づき設立され、活動を行なっている企業
 - 3) ベトナム外国投資法に基づき設立され、活動を行なっている企業
 - 4) 農業、漁業、林業、製塩業を行なう企業
 - 5) 合作社法に基づき設立され、活動を行なっている合作社
 - 6) 政治組織（ベトナム共産党を意味する一筆者）、政治・社会組織（祖国戦線、ホーチミン共産青年団、農民連合会、労働総連盟などを意味する一筆者）の企業
 - 7) 各国家機関、事業単位組織、政治組織、政治・社会組織、業種別政治・社会組織、業種別社会組織、その他の社会組織、武装勢力単位組織
 - 8) 社、坊 (phuong)、市鎮 (thi tran) の診療所
 - 9) 幼稚園
 - 10) ベトナムにある外国の機関、組織あるいは国際機関。ただし、ベトナムが締結

あるいは参加している国際条約、多国間協定、二国間協定に別の規定がある場合は除く。

- 11) 文化、医療、教育・養成、科学、体育・スポーツの各部門ならびにその他の事業部門に属する半官半民 (ban cong)、民間 (dan lap, tu nhan) の基礎組織
- 12) 労働者を使用する他の組織
2. 幹部・公務員法令に基づく幹部、公務員、職員
3. 社会保険から毎月、年金、社会補助金を受給している者
4. 法律の規定に基づく革命功労者
5. 抗戦参加者およびベトナムにおいて米国が使用したエイジェント・オレンジの被害を受けた者の子供で毎月社会補助を受給している者
6. 国家機関、政治・社会組織の構成員 (bien che) ではない国会代表、国家機関の構成員ではない、あるいは毎月社会保険から年金を受給していない各級人民評議会の代表
7. 社、坊、市鎮の幹部で、すでに退職して社会保険から毎月年金を受給している者、1975年6月20日付政府評議会議定第139号および1981年10月13日付閣僚評議会議定第111号の規定に基づき、国家予算から毎月補助金を受給している老齢者 (gia yeu nghi)
8. 現役の人民軍隊士官、人民公安勢力で活動している業務士官 (si quan nghiep vu) の親族
9. 毎月補助金を受給している社会補助対象者 (doi tuong bao tro xa hoi)
10. 90歳以上の高齢者および高齢者法令の規定とガイドラインを定めた2002年3月26日付政府議定第30号の第6条に規定された高齢者
11. 貧困者の診療、治療に関する2002年10月15日付政府議定政府首相決定第139号に基づいて診察、治療を受ける者
12. 上記の規定に基づいて強制医療保険に加入する者を除く抗仏戦期、抗米戦期の旧戦士
13. ベトナム政府から奨学金を受給している外国人留学生
14. 本条第1項に規定する企業、機関、組織で働き、3ヶ月以内の労働契約を締結し、その労働契約が締結したのちも引き続き働く、あるいはその企業、組織、個人と新規労働契約を締結した者、は強制医療保険に加入しなければならない。

なお、1998年の旧条例第2条は次のように強制医療保険の対象者を5種類に分けて規定していた。

第2条：強制医療保険は以下の場合に対して適用する。

1. ベトナム人労働者が以下のところで働く場合：

武装勢力に属する企業を含む国営企業

行政機関、事業機関、党機関、政治・社会団体に属する経済組織

ベトナム外国投資企業、輸出加工区、集中工業区で活動する企業、ベトナムで活動する外国の機関、組織、国際組織、ただし、ベトナム社会主義共和国が締結あるいは参加している国際条約に別の規定がある場合は除く。

非国営で、10人以上の労働者を雇用している経済単位組織、経済組織

2. 行政機関、事業機関で働く幹部、公務員、党機関、政治・社会組織で働く者、1998年1月23日付政府議定第9号の規定に基づき毎月、生活費 (sinh hoat phi) を受給している社、坊、市鎮の幹部、中央から社、坊レベルまでの民選機関において働く者
3. 年金制度 (che do huu tri) の適応を受けている者、労働能力が減退したことにより、毎月社会保険から補助金 (tro cap) を受給している者
4. 法律の規定に基づいた革命功労者
5. 国家が社会保険を通じて経費を発給している社会保険対象者

両条例を比較すると、新条例の5、7の後者、10、11、12、13、14が新たに強制医療保険の対象者となったように見える。しかし、実態的には、新条例が制定されるまでに、首相決定や法令の制定により、10の高齢者、11の貧困者は医療の強制医療保険加入者と同様の待遇を受けてきたようである。武装勢力の親族も同様である。この点については、Nghiêm Tran Dung “Giai phap nao de thuc hien BHYT toan dan?” *Bao Hiem Xa Hoi*, so 2, 2006, tr.14-16. を参照されたい。同論文の著者は医療省医療保険局副局長である。この論文では2004年までに、2020万人が医療保険に加入し、それは人口の28%に当たるとされている。2003年、2004年のベトナムの年平均人口は8090万、8200万人であるから、上記の加入率は診療費が免除されている6歳以下の人口を除いた上での加入率であると推測される。

- 11 新条例の第4条は「任意医療保険の対象者」を規定した条項であるが、そこには「強制医療保険に加入した者でも強制医療保険の対象者以上に医療サービス享受するために任意医療保険に加入する者を含む」と明記されている。しかし、任意医療保険に関する実施ガイドラインでは、ガイドラインの対象から「強制医療保険に加入した者は除く」と記載されている。つまり、新条例では旧条例にはない「強制医療保険と任意医療保険の双方に加入する者」を想定しながら、そのようなものに対する具体的な規定がどこにもない。したがって、「強制医療保険と任意医療保険の双方に加入する者」の実態は、任意医療保険に関する実施ガイドライン公布時点では存在していないのではないかと推察する。
- 12 2005年の状況についての記述は、主に、Chu Duc Hoai “Ket qua thuc hien nhien vu trong nam 2005” *Bao Hiem Xa Hoi*, so 1, 2006, tr.10.21 に基づいている。
- 13 2004年までに「ベトナム社会保険」は、1849の医療機関 (co so KCB) と契約を結んだ。Nguyen Van Bieu “Hoat dong kham chua benh BHYT nam 2004, nhung du bao va giai phap thuc hien nam 2005”, *Bao Hiem Xa Hoi*, So 2, 2005, tr.57.
- 14 Hoang Kien Thiet “Buoc dot pha va mot so van de dat ra”, *Bao Hiem Xa Hoi*, so 1, 2006, tr.19.
- 15 Ibid.
- 16 2006年6月21日に国会で社会保険法が採択された。同法には強制社会保険と任意社会保険についての言及があるが、それ以前の社会保険条例には任意社会保険に関する規定はない。したがって、2005年段階では、社会保険の加入者全員が強制的社会保険の対象者であった。ベトナム社会保険事務局副局長が中心となって2005年にまとめた研究報告書『全国民を社会保険に加入させるプロセスに関する研究』の概要を紹介した論文によれば、2006年中に任意社会保険に関する法律規範文書とその実施要綱を交付し、2007年から試験的にこれを実施することになっており、2010年までに80～100万人の加入を目指すとい

る。そして、2011年から全国範囲で任意社会保険制度を展開する予定であるという。

同論文によれば、ベトナムの社会保険加入者数の目標は、2010年が1200万人（全国の労働者の25%）、2020年が全国の労働者の50%、2030年が80%、2040年までに殆どの労働者（全員加入）である。

Nguyen Tien Phu “Nghiên cứu xây dựng lộ trình thực hiện BHXH đối với mọi người lao động” *Bao Hiem Xa Hoi*, so 12, 2005, tr.19-21.

- 17 すなわち、「社会保険条例」制定前からの年金受給者には、「予算からの給付額」が主に充当されているのであろう。
- 18 今後、社会保険に関する研究が進むことによって、この点が解明させることを期待したい。
- 19 2005年12月22日、ベトナム社会保険が世界保健機構（WHO）の支援を得て開催したシンポジウム「国民皆保険実現の為の総合計画」において、同社会保険の制度・政策委員会副委員長は6歳以下の子供を強制医療保険の対象とすることを提言している。Hai Hong “Tim giai phap thuc hien BHYT toan dan” *Bao Hiem Xa Hoi*, so 1, 2006, tr.22-24.
- 20 筆者の質問に対して寄せられた回答書によれば、カンゾー県の人口6万7000人のうち2万6413人が医療保険に加入しており、そのうち、幹部・公務員（luc luong can bo cong nhan vien）3400人（全体の12.9%）が強制医療保険に加入しているとのことである。
- 21 ディエンビエン省の事例については、以下の記事を参照されたい。
“Noi BHYT toan dan dang tro thanh hien thuc” *Bao Hiem Xa Hoi*, so 1, 2006, tr.43-44 va 46.
- 22 貧困者については、2002年10月15日付政府首相決定第139号において、各省・都市の人民委員会に対して、貧困者のために5万ドンで医療保険証を購入することを提唱している。士官の親族、高齢者については、資料的に変動を確認できなかった。
- 23 2005年9月15日の調査時に入手した2005年7月14日付「2001～2005年段階におけるフーニャン区人民委員会の行政改革についての報告書」による。
- 24 注23に記載した報告書には、フーニャン区が行なった非国営企業の社会保険加入を促す努力の一端が概要つぎのように紹介されている。「1995年8月に新しい社会保険制度が導入されてから、同制度の実現、展開はきわめて困難であった。特に、非国営企業では利潤を上げることに関心が強く、労働者の社会保険政策の実現には関心を持たなかったからである。そこで、『フーニャン区社会保険』は各級地方政権の関心と補助を得つつ、また、フーニャン区の各委員会、各部門との密接な協力・業務分担をしつつ、各関連部門からなる調査団を送るなどして、各企業の活動状況を適宜把握し、社会保障政策に違反していると見られる各単位組織（企業）を首尾よく検査・指導・調整・処理（処分）した」。
- 25 新条例の下での保険料の徴収、支払い方法については、2005年7月27日付財政省・医療省合同通知第21号に詳しく規定されている。
- 26 付表2では中学校の学校数、生徒数が正確にわからないので、間違えない範囲での記述に留めている。
- 27 ただし、救急の場合はどの診療所で治療を受けても医療保険の対象になる。
- 28 Nguyen Van Bieu, *bai da dan*, tr.57.
- 29 ソクソン県と同じくハノイ市に属するタイホー区では、政府に承認された医療省の規定に基づき、同級の規定に正しく従って採用される。同区の各診療所には1～2人の医師（bac

si) と 2 人の看護婦 (Y ta) がおり、人口 8000～12000 人の坊では平均して 5 人の職員 (nhan vien) がいる。その内訳は、1～2 人の医師、1～2 人の看護婦、1 人の助産婦である。人口 12000 人以上の地区の診療所ならば、6 人の医療幹部がいる。その場合には、民族医学幹部一人が増やされるとの口頭での回答を得た。なお、タイホー区内には診療所勤務の医療幹部を含め「合計 133 名の医療幹部がいる」、とのことであった。この数は付表 2 の「医療部門スタッフ数」と大きな差がある。付表 2 の数字が同区の 9 つの診療所および同区が管理する医療センターあるいは病院に勤務しているスタッフ数のみであるとなると、60 名近い医療幹部が省レベル以上の公的病院や私営病院などのスタッフである可能性が高い。他方、カンゾー県では「診療所 (tram y te) 全体で 49 名の医師と看護婦がいる」とのことであったが、付表 2 によれば同県には 10 の診療所があるので、診療所 1 つあたりの医師と看護婦の数は平均 5 名程度であることが分かる。

- 30 ソクソン県と同様にハノイ市に属すタイホー区では、幹部管理の分権化 (phan quyen) 規定の公布に関する 1999 年 10 月 28 日付組織・幹部局 (現在の内務局) 決定第 706 号に基づき、坊の人民委員会の意見を参考にして、同区の医療センター所長が坊の診療所所長を任命する、との回答を得た。
- 31 ソクソン県と同じハノイ市に属するタイホー区では、次のような回答を得た。
 - ・各活動の計画を立案する。
 - ・疫病 (感染症) を発見し、遅滞なく報告する。
 - ・母子の健康保護、家族計画などに関する運動を宣伝し、専門的措置を実施・展開する。
 - ・全ての人々に対する最初の緊急治療、通常の診察、治療を行なう。
 - ・自己の管轄地域における各対象者への健康診断、健康管理を行なう。
 - ・安全かつ合理的な薬物の使用を指導する。南薬を栽培し、使用する。
 - ・規定に基づき活動について総括し、上級に報告する。
 - ・活動員 (工作員) が専門的見識を持てるように指導する。
 - ・地方政権が (住民の) 初歩的な健康管理を行なう際の具体的内容を指導し、医療に関する重点プログラムに属する専門的内容実施を指導する際の参謀役を務める。
 - ・地域の私営医薬業者を管理する。
 - ・各委員会、部門、団体と協力・役割分担をして (phoi hop)、人民の健康管理に関する内容を実現する。また、ホーチミン市カンゾー県では、医療保険に関する政策の実現過程において、診療所は登録された地域の範囲内で縦の体系に基づき診療を行い、また、医療保険の規定に従ってそれを首尾よく実行する、との回答を文書で得た。
- 32 ハノイ市タイホー区における医療関係者の人々の実質所得は 110 万ドン程度であると推察されとのことであった。
- 33 ハノイ市タイホー区では 2005 年 9 月現在 41 人いる医療幹部は 1 ヶ月平均 94 万 5000 ドンの給与を得ている。カンゾー県では医者、看護婦、職員の給与は国家の規定により定められているとの回答。
- 34 新条例の 19 条。旧条例でも 16 条に同様の規定がある。
- 35 本稿は、平成 17 年度大阪外国語大学特別研究費Ⅱの助成を受けた「2020 年におけるアジアの姿―地域横断的・学際的研究―」の研究成果である。

付表 1. 4つの調査地の概要 (社レベルの行政単位数、面積、人口、人口密度、主要産業)

	ハノイ市ソクソン県		ハノイ市タイホー区		ホーチミン市カンゾー県		ホーチミン市フーアン区	
	2000年	2003年	2000年	2003年	2000年	2003年	2000年	2003年
社、市鎮、市鎮の数(社、市鎮、坊、)	26	26	8	8	7	7	15	15
社	25	25	0	0	0	0	0	0
市鎮	1	1	0	0	0	1	0	0
坊	0	0	8	8	7	6	15	15
面積(Km ²)	306.5	306.5	24	24	704.2	704.2	4.9	4.9
平均人口(人)	246,825	258,146	93,852	102,739	59,480	64,183	172,738	174,987
人口密度(人/Km ²)	805	842	3911	4,281	84	91	35,397	35,858
食糧作物面積(ha)	22,796	21,980	429	260	n.a	n.a	n.a	n.a
そのうち、稲作付面積(ha)	17,585	18,060	294	117	3,285	1,061	n.a	n.a
食糧収穫量(t)	70,180	71,549	1,311	704	n.a	n.a	n.a	n.a
そのうち、稲収穫量(t)	58,538	62,044	1,032	358	10,785	2,676	n.a	n.a
家畜、家禽量(頭)								
水牛	11,283	9,386	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
牛	16,715	21,492	92	99	n.a	n.a	n.a	n.a
豚	83,620	101,340	3,734	2,547	3,387	3,708	n.a	n.a
家禽(千羽)	792	886	10	10	68	73	n.a	n.a
漁獲高(t)	606	643	238	164	40,643	86,192	n.a	n.a
捕獲	159	169	127	107	22,616	55,346	n.a	n.a
養殖	447	474	111	57	18,027	30,846	n.a	n.a
工業生産企業数(社)	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	639	697
国営	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	3	2
非国営	2,266	2,391	344	390	668	757	636	695
外資	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
工業生産額・現行価格(10億VND)	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
非国営企業	136.4	295.7	106.6	294.7	n.a	n.a	n.a	n.a
工業生産額・1994年固定価格(10億VND)	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	200.5	284.6
国営	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	19.0
非国営企業	105.4	224.5	55.7	189.5	32.9	69.0	179.3	265.6
個人商業、サービス業者数(人)	3,663	4,974	5,333	6,035	1,350	1,689	17,519	20,510

(資料) General Statistics Office-Integrated Statistical Department, Socio-Economic Statistical Data of 671 districts, towns and cities under the authority of provinces in Vietnam, Statistical Publishing House, Hanoi, 2006, pp.15-17, 31-34, 2221-2224, 2254-2256.

付表 2. 4 つの調査地の概要 (教育、医療、インフラ整備情况、予算)

	ハノイ市ソクソン県		ハノイ市タイホー区		ホーチミン市カンゾー県		ホーチミン市フーニョアン区	
	2000年	2003年	2000年	2003年	2000年	2003年	2000年	2003年
12月31日現在幼稚園教育								
幼稚園数(校)	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
幼稚園のクラス数(クラス)	306	320	59	60	n.a	n.a	171	226
幼稚園の教師(人)	403	464	110	130	61	77	301	321
園児数(人)	6,993	7,913	2,068	2,139	1,501	1,694	4,856	4,769
12月31日現在小学校教育								
学校数(校)	64	64	17	18	24	22	23	22
クラス数(クラス)	1,677	1,483	353	382	455	437	574	577
教員数(名)	1,148	1,252	255	267	n.a	n.a	n.a	n.a
教員数(人)	2,517	2,591	540	679	609	613	923	996
生徒数(人)	55,798	50,043	14,142	15,227	14,144	13,495	24,056	23,257
診療所数(箇所)	28	28	9	9	10	10	21	21
病床数(床)	140	140	12	12	n.a	n.a	n.a	n.a
医療部門スタッフ数(人)	194	202	72	74	n.a	n.a	n.a	n.a
医師、それ以上	41	42	26	28	n.a	n.a	n.a	n.a
准医師	75	78	14	14	n.a	n.a	n.a	n.a
看護師	57	58	24	24	n.a	n.a	n.a	n.a
准看護師(助産婦)	21	24	8	8	n.a	n.a	n.a	n.a
社、坊、市鎮のインフラ、サービス								
配電済み社、坊、市鎮	26	26	8	8	7	7	15	15
中心地までの車道を有する社、坊、市鎮	26	26	8	8	6	6	15	15
電話が開通された社、坊、市鎮の人民委員会数	26	26	8	8	7	7	15	15
小学校を有する社、坊、市鎮	26	26	8	8	7	7	n.a	n.a
中学校を有する社、坊、市鎮	26	26	8	8	7	7	n.a	n.a
診療所を有する社、坊、市鎮	26	26	8	8	7	7	15	15
ラジオ局をもつ社、坊、市鎮	26	26	8	8	7	7	15	15
予算収支(100万ドン)								
収入	56,936	118,310	43,505	53,020	54,722	128,586	77,772	126,654
支出	56,917	108,931	39,264	64,062	51,656	133,373	69,663	116,205

(資料) General Statistics Office - Integrated Statistical Department, Socio-Economic Statistical Data of 671 districts, towns and cities under the authority of provinces in Vietnam, Statistical Publishing House, Hanoi, 2006, pp.15-17, 31-34, 2221-2224, 2234-2256.

Administrative Reforms in Vietnam : The Case of the Medical Sector

GOTO Fumio*

In Vietnam, on September 17, 2001, the Prime Minister signed Decision No.136/2001/QĐ-TTg approving the overall program on State administrative reform from 2001-2010. The program covers four main reforms : “institutional reform”, “reform of administrative apparatus organization”, “renewal and raising the quality of the contingent of officials and employees” and “public finance reform.”

How has the Medical Sector been reorganized and changed under this program? The present article attempts to answer this important question by analyzing the changes to the medical insurance system.

After examining the overall program on State administrative reform from 2001-2010 and the features of Medical Sector under this program in Part 1, the present author looked at the changes in the medical insurance system from 1989 to the present and the situation regarding its enforcement at nation level in Part 2.

Furthermore, based on a field survey which was carried out in Hanoi and Ho Chi Minh City in 2005, the same writer makes it clear in Part 3, why a difference occurred in the situation regarding the enforcement of the medical insurance system at provincial and district levels.

In the conclusion to this article, the author adjudged that the medical insurance system in Vietnam has been reformed according to the exigencies of overall administrative reform, but it would be too difficult for the government to realize its target, which is “medical insurance for the whole nation by 2010”.

* Division of Asia II, Osaka University of Foreign Studies