

**ベトナム国
社会保障分野情報収集・確認調査**

ファイナル・レポート

平成 26 年 5 月
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

| |
|---------|
| ベトナム |
| JR |
| 14 - 67 |

ベトナム国
社会保障分野情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

平成 26 年 5 月
(2014 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所
株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

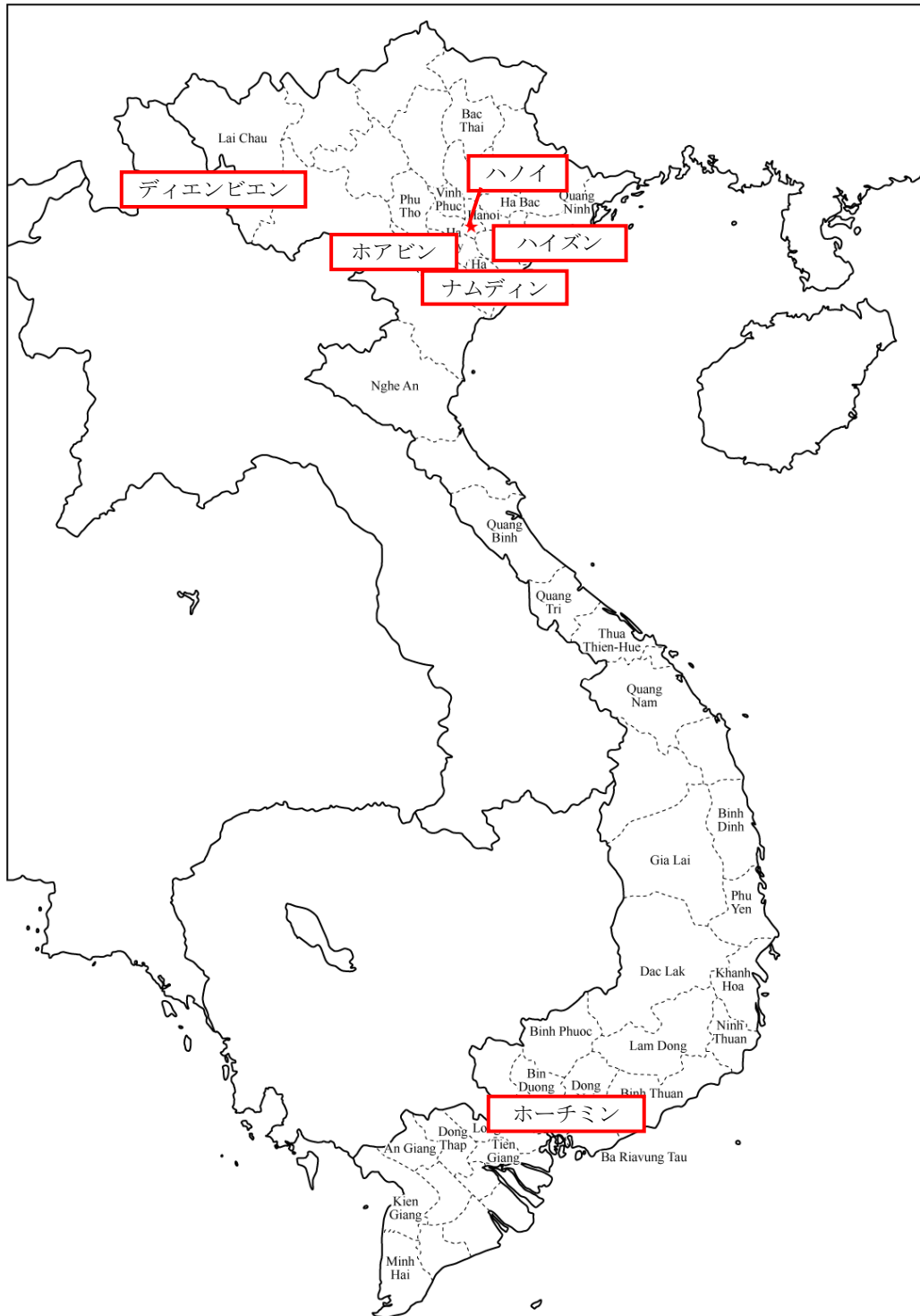
外国為替交換レート

1 米ドル=102.82 円

1 ベトナム・ドン=0.0049 円

(2014 年 4 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、2014 年 1 月から 2 月にかけて現地において収集した情報及び同 4 月までの間に日本国内において収集した資料等の分析に基づくものです。また、提言等は調査団による提案であって、JICA としての戦略や方針を示すものではありません。



出典： http://www.freemap.jp/download.php?a=asia&c=asia_viet_all

調査対象地域

略語・用語集

| 略語 | 英語 | 日本語／解説 |
|--------|---|--|
| ADB | Asian Development Bank | アジア開発銀行 |
| ADL | activities of daily living | 日常生活動作 |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome | 後天性免疫不全症候群 |
| ASEAN | Association of Southeast Asian Nations | 東南アジア諸国連合 |
| ATM | automated teller machine | 現金自動預け払い機 |
| CHC | Commune Health Center | コミュンヘルスセンター |
| DF/R | Draft Final Report | ドラフトファイナル・レポート |
| DOF | Department of Finance | 財務局 |
| DOH | Department of Health | (省、県レベルの) 保健局 |
| DOHA | Direction Office for Healthcare Activities | 地域病院指導部 |
| DOLISA | Department of Labour, Invaield and Social Affairs | (省・県レベルの) 労働・傷病兵・社会局 |
| F/R | Final Report | ファイナル・レポート |
| GDP | Gross Domestic Products | 国内総生産 |
| GIZ | the Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit | ドイツ国際協力公社 |
| GNI | Gross National Income | 国民総所得 |
| GSO | General Statistics Office of Viet Nam | ベトナム統計総局 |
| HDI | Human Development Index | 人間開発指標 |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus | ヒト免疫不全ウイルス |
| HRH | Human Resource for Health | 保健人材 |
| IC/R | Inception Report | インセプション・レポート |
| IFA | International Federation on Aging | 国際高齢者団体連盟 |
| ILO | International Labour Organization | 国際労働機関 |
| IMF | International Monetary Fund | 国際通貨基金 |
| ISHC | Inter-generation Self Help Club | 多世代間自助クラブ (ヘルプエイジ・インターナショナルが支援する高齢者による自助クラブ) |
| IT | Information Technology | 情報技術 |
| Jahr | Joint Annual Health Review | 年次共同保健レビュー |
| JETRO | Japan External Trade Organization | 日本貿易振興機構 |
| JICA | Japan International Cooperation Agency | 独立行政法人国際協力機構 |
| KOICA | Korea International Cooperation Agency | 韓国国際協力団 |
| MDGs | Millennium Development Goals | ミレニアム開発目標 |
| MOF | Ministry of Finance | 財務省 |
| MOH | Ministry of Health | 保健省 |
| MOHA | Ministry of Home Affairs | 内務省 |
| MOLISA | Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs | 労働・傷病兵・社会省 |
| MOT | Ministry of Transport | 交通省 |
| NCD(s) | Non-Communicable Disease(s) | 非感染性疾患 |
| NGO | Non Governmental Organization | 非政府組織 |
| NHA | National Health Account | 国家保健会計 |
| NPO | Nonprofit Organization | 非営利組織 |
| ODA | Official Development Assistance | 政府開発援助 |
| OOP | Out-of pocket | 患者負担による支払い |
| SEDP | Socio-Economic Development Plan | 社会経済開発計画 |

| 略語 | 英語 | 日本語／解説 |
|-----------------|---|---|
| SEDS | Socio-Economic Development Strategy | 社会経済開発戦略 |
| SHI | Social Health Insurance | 社会医療保険 |
| SMS | Secondary Medical School | 中級医療学校 |
| SS | Social Security | (省・県レベルの) 社会保障 |
| THE | Total Health Expenditure | 総保健支出 |
| The Global Fund | The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria | 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 |
| UHC | Universal Health Coverage | ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ／全ての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要な時に、負担可能な費用で享受できる状態 (WHO 定義) |
| UN | (the) United Nations | 国際連合 |
| UNFPA | United Nations Population Fund | 国連人口基金 |
| VAE | Viet Nam Association of the Elderly | ベトナム高齢者協会 |
| VASS | Vietnam Academy of Social Science | ベトナム社会科学学院 |
| VGCL | Vietnam General Confederation of Labor | ベトナム労働総連合 |
| VHLSS | Vietnam Household and Living Standard Survey | ベトナム世帯・生活水準調査 |
| VHW | Village Health Worker | 村落保健ボランティア |
| VNAS | Viet Nam Aging Survey | ベトナム高齢化調査 |
| VNCA | Vietnam National Committee on Aging | 国家高齢化委員会 |
| VND | Vietnamese Dong | ベトナム・ドン |
| VSS | Viet Nam Social Security | ベトナム社会保障 |
| VWU | Vietnam Women's Union | ベトナム女性同盟 |
| WHO | World Health Organization | 世界保健機関 |
| World Bank | The World Bank | 世界銀行 |

要 約

ベトナムにおいては、経済成長及び社会文化の変化に伴い人々のライフスタイルは変化し、保健医療サービスの向上などにより、平均寿命は延伸して保健分野に関連したミレニアム開発目標をはじめとする保健指標は大きく改善した。しかしながら、都市部と村落部等における保健医療サービスの質には格差があり、特に少数民族など社会的弱者にとって負担可能な費用で受けられる良質な保健医療サービスへのアクセスが限られている場合も多い。こうした状況を改善するため、ベトナム政府はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に向けた取組みを行っており、2020年までに医療保険加入率80%を達成するべく取組みを続けている。しかしながら、非感染性疾患や高齢化など、新たな健康分野に関連する課題も出てきている。高齢化に関しては、ベトナムは2035年の高齢化率が15%を超えると予測されており、高齢化の進捗はかつての日本を上回る速度となっている。日本が経験してきたように、高齢化は保健及び福祉財政に大きな影響を及ぼすことになるため、来るべき高齢社会突入に向けた具体的な対応を取ることが必要と考えられ、ベトナム政府においても高齢化に対する危機感が高まりつつある。

上記の状況を受け、JICAは「ベトナム社会保障分野情報収集・確認調査」（以下、本調査）を実施し、高齢化及び医療保険を中心としたUHCに係る現状に関する情報を幅広く収集・整理するとともに、将来のJICAによる社会保障分野への支援の方向性の検討に活用することとした。本調査は2014年1月から5月にかけて実施された。

社会保障分野に関しては、労働・傷病兵・社会省（MOLISA）が高齢者関連の政策や法制度の整備、高齢者保護や年金に係る政策実施状況のモニタリング等を実施し、保健省は高齢者に対する保健医療サービスの提供及び医療保険を管轄している。年金及び医療保険の基金管理、保険料徴収、支払い等はベトナム社会保障が担っている。また、ベトナム高齢者協会は、全国の高齢者の9割程度が加入しており、高齢者の社会参加の促進や福祉の向上などの役割を担っている。

社会保障分野全般として、政策及び関連する法制度は概ね整備されていると言えるが、省庁ごとに発出される省令や通達等の数が多く、体系化されていないため、一部に矛盾が生じる可能性も指摘されている。

高齢化対策に関しては、「高齢者に関する国家行動計画2012-2020」に沿って取組みが進められているが、中央政府における危機感に対し、地方では他の優先課題（母子保健や貧困対策など）に押され、具体的な取組みを進めようという機運に乏しい模様であった。この背景には、高齢化対策を十分に進めるだけの人材や財源が確保されていないこと、政策実施の具体的なマニュアルやガイドラインが整備されていないことなどがあると考えられる。高齢者の介護については、ベトナムでは家族によるケアを最良とする文化であり、今後も家庭での介護が主流となると考えられるものの、施設での介護へのニーズも徐々に増加傾向にあり、民間の高齢者施設（有料老人ホーム）も設立されている。これらの施設においては、サービス基準等が設置されていないため、独自に海外の事例などを参考にし、サービス向上に努めている模様であった。一方、家族による介護においても、今後、知識やスキル

等の面から介護を担う家族を支援するための人材や仕組みを充実させ、彼らの負担を軽減するための取組みを行うことが必要になってくると考えられる。

医療保険に関しては、「国民皆保険に向けたロードマップ 2011-2015 及び 2020」に沿って、医療保険法の改定や病院への老年科の設置などが進められている。加入率に関しては、政府が保険料を補助する貧困層等はほぼすべて加入しており、強制加入では民間企業の被雇用者、任意加入では準貧困層及び農民を含む自営業者、それぞれの加入率向上が課題となっている。富裕層は民間の医療保険に加入するか無保険で民間医療機関を受診する傾向にあり、その他の層、特に準貧困層や農民などは、保険料負担や交通費など受診に係る医療費以外の負担から公的医療保険に加入しない傾向がある。現在改定中の医療保険法が施行されれば、世帯単位の加入制度となり、配偶者も強制加入の対象となる。また、準貧困層に対する保険料の補助額も引き上げられるため、加入率は向上することが見込まれる。しかしながら、富裕層及び民間企業の被雇用者の加入をいかに向上させるかは今後の課題となると考えられる。このためには、公的医療機関、特に、医療保険において登録機関となる県病院レベルの施設への信頼性を向上させることも一つの有効な手段と考えられる。現状では、自己負担額が高くなるにもかかわらず、直接高次病院を受診する患者が多く、それら高次病院は常に患者が集中し、病院が多くの収入を得ているのに対し、県病院では患者が少ないために収入も少なく、人材の質・量の確保や資機材の整備など、サービス向上への十分な取組みを行うことが困難となっている。

上記のような現状分析を踏まえ、ベトナムの高齢化及び医療保険制度における課題を抽出し、今後の取組みに関するロジックモデルを提案した。これに基づいて、今後の取組みを短期、中期、長期に分類して、ベトナムによる社会保障分野における取組みに係るロードマップ案を作成した。

ベトナム政府が今後、具体的な政策及び計画を策定するためには、まず、客観的かつ大規模なデータの収集・分析による現状分析であると考えられる。本調査において、世帯調査や政府機関の定時報告、ベトナム社会保障の業務管理等において、高齢者の現状や医療保険の利用状況などを把握するために必要なデータは収集されていることは確認されたものの、これらを用途に応じて集計したり統計資料を作成したりする取り組みについてはまだ十分に行われていない。これらのデータを活用して現状を把握するとともに将来予測を行い、エビデンスに基づいた政策や行動計画を作成することが望ましい。また、政策目標を達成するための具体的なマニュアルやガイドラインを作成して、地方行政機関や関連施設に周知することによって、必要な取組みが推進されることが期待できる。

高齢化に関しては、高齢者における生活習慣病が増加傾向にあることから、病院における老年科の設置を進めるとともに、人材育成を推進するべく、医師や看護師の教育機関における老年学の導入を行う必要がある。治療サービスに加え、元気な高齢者が大半を占めている現状において疾病予防と健康増進に本格的に取り組むことは、将来の医療費や介護需要の増大を抑制するためにも有効と考えられる。また、年金制度を見直し、加入者情報の管理を一元化し、保険料徴収を確実に行うことによって、運用の効率性を向上させることも重要である。今後も主流となると考えられる家族介護に関しては、地域における支援体制を整備し、家族の負担を軽減し、高齢者の生活の質を維持できるようにしていくことが望ましい。

医療保険に関しては、改正医療保険法が成立して世帯単位の加入となれば、加入率の向上は見込めるが、さらなる拡大を目指し、民間企業の被用者や自営業者などの加入促進への取組みを行うことが望

ましい。民間医療機関の参加を促すとともに、公立の医療機関への信頼性を向上させることによって、人々が公的医療保険を利用することの利点を実感することができるようになれば、加入促進に貢献すると考えられる。このためには、制度設計の見直しやベトナム社会保障の業務の効率化に取り組む必要がある。

公立の医療機関への信頼性の向上のためには、人材の質と量の確保や施設や機材の整備など、様々な取り組みが必要となる。加えて、遠隔地においては物理的なアクセスも改善させることが望ましい。特に、遠隔地における医療サービスの拡充については、社会経済開発戦略等においても重点課題とされ、医療人材の配置など、政府による取り組みが進められている。こうした下位レベルの医療施設の向上は、上位病院への患者の集中を緩和することにもつながると考えられる。

日本も、高齢化や医療保険に関連して、ベトナムが現在経験している状況と同様の経験をしてきており、今後、日本の経験を生かして、これらの分野の向上に資する支援をすることが可能である。

高齢化対策への支援としては、対策が本格化する前に現状把握及び需要予測を行い、日本の経験を参考にしつつ制度や基準等を整備することや、看護教育への高齢者看護学や介護学の導入、高齢者福祉施設の整備における民間参入のための基準や監督体制の整備、在宅やコミュニティにおける介護への支援体制の整備、及び予防活動における協力が考えられる。UHC 及び医療保険に関しては、日本診療報酬審査の経験等を活用して効率的に診療報酬を支払う体制を整備するための支援や、県病院のサービスや信頼性を向上させることによって基幹病院への患者の集中を軽減するための支援などが考えられる。また、今後、医療の高度化に伴い、医療費及び患者負担が増加する可能性があることを踏まえ、日本の薬価基準制度や高額療養費制度等に関する経験を共有することも有効と考えられる。

ベトナム国
社会保障分野情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

目次

調査対象地域

略語・用語集

要約

| | |
|---------------------------------|------|
| 第 1 章 調査の概要..... | 1-1 |
| 1.1 調査の背景..... | 1-1 |
| 1.2 調査の目的・範囲..... | 1-2 |
| 1.3 本報告書の構成..... | 1-2 |
| 1.4 調査実施の方法..... | 1-2 |
| 1.4.1 全体の流れ..... | 1-2 |
| 1.4.2 報告書とその他提出物..... | 1-6 |
| 第 2 章 ベトナムにおける社会保障分野の概況..... | 2-1 |
| 2.1 一般概況..... | 2-1 |
| 2.2 人口・保健指標の状況..... | 2-1 |
| 2.3 社会保障分野に関連する開発戦略・計画..... | 2-3 |
| 2.4 社会保障分野における実施体制..... | 2-6 |
| 2.4.1 中央及び地方における関連機関..... | 2-6 |
| 第 3 章 高齢化とその対策に係る現状と課題..... | 3-1 |
| 3.1 高齢化に関する政策..... | 3-1 |
| 3.1.1 関連法制度・首相令・施策..... | 3-1 |
| 3.1.2 所轄官庁・担当部局..... | 3-3 |
| 3.2 ベトナムの高齢化の状況..... | 3-5 |
| 3.2.1 高齢者の概況..... | 3-5 |
| 3.2.2 高齢者の健康..... | 3-9 |
| 3.3 高齢者福祉施策（社会保険（年金）・社会扶助）..... | 3-13 |
| 3.3.1 老齢年金..... | 3-13 |
| 3.3.2 社会扶助..... | 3-15 |
| 3.3.3 障がい高齢者への手当..... | 3-16 |
| 3.3.4 長寿祝金及び公共機関割引..... | 3-16 |
| 3.4 高齢者福祉サービスの状況..... | 3-17 |
| 3.4.1 高齢者福祉サービスの種類..... | 3-17 |

| | | |
|-------|------------------------------------|------|
| 3.4.2 | 公的高齢者施設..... | 3-17 |
| 3.4.3 | 民間高齢者施設..... | 3-19 |
| 3.5 | 高齢者医療施策及びサービス..... | 3-20 |
| 3.5.1 | 高齢者医療施策..... | 3-20 |
| 3.5.2 | 高齢者医療の提供..... | 3-20 |
| 3.5.3 | 在宅医療・介護..... | 3-23 |
| 3.5.4 | 高齢者の健康増進・疾病予防..... | 3-24 |
| 3.6 | 普及啓発及び統計調査..... | 3-25 |
| 3.7 | 高齢化対策における課題..... | 3-26 |
| 第4章 | ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に係る現状と課題..... | 4-1 |
| 4.1 | 保健医療サービス提供体制..... | 4-1 |
| 4.2 | 医療保険..... | 4-3 |
| 4.2.1 | 関連法制度..... | 4-3 |
| 4.2.2 | 関連組織..... | 4-7 |
| 4.2.3 | 医療保険 加入者と保険料のしくみ..... | 4-8 |
| 4.2.4 | 医療保険の Benefit Package..... | 4-9 |
| 4.2.5 | 医療保険の加入状況（実態）..... | 4-12 |
| 4.2.6 | 医療保険の利用状況..... | 4-16 |
| 4.2.7 | 医療機関への診療報酬支払制度..... | 4-21 |
| 4.2.8 | UHC に向けた取り組みにおける課題..... | 4-25 |
| 第5章 | 保健財政システムの現状と課題..... | 5-1 |
| 5.1 | 保健財政に関するベトナムの政策..... | 5-1 |
| 5.1.1 | 保健財政全体に関連する政策..... | 5-1 |
| 5.1.2 | サブセクター別保健財政関連政策..... | 5-1 |
| 5.2 | 関連組織..... | 5-2 |
| 5.2.1 | 中央レベル..... | 5-2 |
| 5.2.2 | 省レベル以下の担当部局..... | 5-3 |
| 5.3 | 保健財政概況..... | 5-3 |
| 5.3.1 | 近年の概況..... | 5-3 |
| 5.3.2 | 保健財政に係る将来目標・予測..... | 5-7 |
| 5.3.3 | 資金フロー..... | 5-8 |
| 5.4 | 医療施設における保健財政..... | 5-9 |
| 5.4.1 | 病院の収入..... | 5-9 |
| 5.4.2 | コミュニケーションヘルスセンターの収入..... | 5-10 |
| 5.4.3 | 政府予算の配分..... | 5-11 |
| 5.4.4 | 自主財政制度..... | 5-11 |
| 5.5 | 保健財政に関する課題..... | 5-12 |
| 第6章 | 関連する開発パートナーの動向..... | 6-1 |

| | |
|---------------------------------------|------|
| 第 7 章 総合分析..... | 7-1 |
| 7.1 ベトナムにおける社会保障分野（高齢化及び医療保険）の課題..... | 7-1 |
| 7.2 課題取組みに向けたロードマップ案..... | 7-2 |
| 7.2.1 ロジックモデル..... | 7-2 |
| 7.2.2 ロードマップ案..... | 7-5 |
| 7.3 関連する日本の経験..... | 7-7 |
| 7.4 日本の支援の方向性..... | 7-9 |
| 7.5 想定される協力の概要..... | 7-12 |

巻末： 参考文献リスト

添付 1： 調査日程及び面談者リスト

添付 2： セミナー開催記録

添付 3： 高齢者法（英訳）

図表リスト

| | |
|---|------|
| 図 1-1 業務のフロー..... | 1-4 |
| 図 1-2 作業工程..... | 1-5 |
| 図 2-1 人口ピラミッドの推移（1979 年、1989 年、1999 年、2009 年）..... | 2-2 |
| 図 2-2 全死亡における NCD（濃青）による死亡の割合..... | 2-3 |
| 図 2-3 ベトナムにおける社会保険・社会扶助を含む体系図..... | 2-6 |
| 図 2-4 MOLISA 組織図..... | 2-7 |
| 図 2-5 保健省組織図..... | 2-8 |
| 図 2-6 VSS 組織図..... | 2-9 |
| 図 3-1 高齢化率の推移（1950 年－2050 年、2010 年まで実績値、以降推計値）..... | 3-5 |
| 図 3-2 80 歳以上高齢者の婚姻状態..... | 3-6 |
| 図 3-3 高齢者の地域別家族構成..... | 3-6 |
| 図 3-4 高齢者の年齢別・地域別就労状況..... | 3-7 |
| 図 3-5 高齢者の地域別就労内容..... | 3-7 |
| 図 3-6 高齢者の主な収入源..... | 3-8 |
| 図 3-7 収入 5 分位別年齢割合..... | 3-8 |
| 図 3-8 高齢者の学歴..... | 3-9 |
| 図 3-9 高齢者の住居状況..... | 3-9 |
| 図 3-10 高齢者の生活環境..... | 3-9 |
| 図 3-11 高齢者の健康状態..... | 3-10 |
| 図 3-12 高齢者の直前 30 日間にあった症状..... | 3-10 |
| 図 3-13 高齢者の疾患（自己申告）..... | 3-10 |
| 図 3-14 高齢者の受診先医療機関..... | 3-11 |
| 図 3-15 要治療にも関わらず未受診である理由..... | 3-12 |

| | | |
|--------|---------------------------------------|------|
| 図 3-16 | 日常生活動作（ADL）の状況..... | 3-12 |
| 図 3-17 | 記憶の状況..... | 3-13 |
| 図 3-18 | 被介護者の性別による介護者の属性..... | 3-13 |
| 図 3-19 | 国立高齢者病院..... | 3-21 |
| 図 3-20 | 多世代間自助クラブ（ISHCs）の様子..... | 3-25 |
| 図 4-1 | リファラル体制..... | 4-2 |
| 図 4-2 | 保険加入者数と加入率の推移（2004-2011）..... | 4-5 |
| 図 4-3 | 医療保険証（被用者）..... | 4-10 |
| 図 4-4 | 診療費の揭示（Dien Bien 病院にて撮影）..... | 4-12 |
| 図 4-5 | 医療保険の財源（2010）..... | 4-14 |
| 図 4-6 | 保健支出財源の推移..... | 4-16 |
| 図 4-7 | 医療保険の支出内訳（2010）..... | 4-17 |
| 図 4-8 | 受診者における医療保険利用率（地域別）..... | 4-17 |
| 図 4-9 | 受診者における医療保険利用率（所得別）..... | 4-18 |
| 図 4-10 | 病院風景（ホーチミン市 Cho Ray 病院にて撮影）..... | 4-19 |
| 図 4-11 | 保険外診療窓口（ホーチミン市 Cho Ray 病院にて撮影）..... | 4-20 |
| 図 4-12 | 私立病院風景（ハノイ市 Hong Ngoc 病院にて撮影）..... | 4-21 |
| 図 4-13 | 医療費データ（Bach Mai 病院にて撮影）..... | 4-24 |
| 図 4-14 | VSS へ提出するリスト（Dien Bien 総合病院にて撮影）..... | 4-24 |
| 図 5-1 | 財務省組織図..... | 5-3 |
| 図 5-2 | 一人当たりの保健支出の推移..... | 5-4 |
| 図 5-3 | ベトナムの保健医療サービスにおける資金の流れ..... | 5-9 |
| 図 5-4 | 政府予算の各保健医療施設配分までのフロー..... | 5-11 |
| 図 7-1 | 高齢化対策に係るロジックモデル..... | 7-3 |
| 図 7-2 | UHC 達成に係るロジックモデル..... | 7-4 |
| 表 1-1 | 成果品等一覧..... | 1-6 |
| 表 2-1 | ベトナムの主要指標..... | 2-1 |
| 表 2-2 | 人口の推移..... | 2-1 |
| 表 2-3 | 保健分野に関するミレニアム開発目標の推移..... | 2-2 |
| 表 2-4 | 主要疾患並びに主要死因..... | 2-3 |
| 表 2-5 | SEDS 2011-2020 の概要と社会保障分野に関連する項目..... | 2-4 |
| 表 2-6 | SEDP 2011-2015 の概要と社会保障分野に関連する項目..... | 2-5 |
| 表 2-7 | 保健セクター開発 5 年計画に掲げられた目標..... | 2-5 |
| 表 2-8 | 省 SS の体制事例..... | 2-9 |
| 表 3-1 | 高齢者法（2009 年）の構成..... | 3-2 |
| 表 3-2 | 高齢者に係る国家行動計画 2012-2020 の概要..... | 3-2 |
| 表 3-3 | 高齢化対策関係省庁..... | 3-4 |

| | | |
|--------|---|------|
| 表 3-4 | 平均寿命の推移 | 3-5 |
| 表 3-5 | 高齢者の都市部と地方部の居住割合 (%) | 3-7 |
| 表 3-6 | 高齢者の地域分布 | 3-7 |
| 表 3-7 | 高齢者における無保険者の割合 | 3-11 |
| 表 3-8 | 社会保険の保険料率 | 3-14 |
| 表 4-1 | 人口 1 万人当たりの保健人材数 | 4-1 |
| 表 4-2 | 地域・施設タイプ別の保健医療施設数 | 4-2 |
| 表 4-3 | 国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020 の概要 | 4-4 |
| 表 4-4 | 本調査で訪問した保健医療施設における保険適用の状況 | 4-8 |
| 表 4-5 | 保険加入者の大分類 | 4-8 |
| 表 4-6 | 医療保険加入者と保険料 | 4-9 |
| 表 4-7 | 保険適用サービスの項目 | 4-11 |
| 表 4-8 | 保険適用の診療費の例 | 4-11 |
| 表 4-9 | メンバー別医療保険の加入者数 (2010) | 4-13 |
| 表 4-10 | 省別医療保険の加入率の目標 (2013-2020) | 4-14 |
| 表 4-11 | 人頭払いレートの事例 (ホアビン省 Da Bac 県病院) | 4-22 |
| 表 4-12 | 診療費予算の積算 | 4-23 |
| 表 5-1 | 保健支出財源の推移 | 5-4 |
| 表 5-2 | 保健予算配分の行政レベル別金額と割合 (2010 年) | 5-5 |
| 表 5-3 | 保健財源団体別の保健サービス予算内訳 (2010 年) | 5-6 |
| 表 5-4 | 保健財源団体別の保健施設別支出内訳 (2010 年) | 5-6 |
| 表 5-5 | 近隣諸国および日本との保健支出比較 (2009 年) | 5-7 |
| 表 5-6 | 医療保険に係る予算実績 (2003-2010) と予測 (2011-2015、2016-2020) | 5-8 |
| 表 7-1 | ベトナム社会保障分野 (高齢化対策及び医療保険) の現状と課題 | 7-2 |
| 表 7-2 | ベトナム社会保障分野 (高齢化対策) の今後の取組みに係るロードマップ案 | 7-6 |
| 表 7-3 | ベトナム社会保障分野 (医療保険) の今後の取組みに係るロードマップ案 | 7-7 |
| 表 7-4 | 日本の医療保険の導入の歩み | 7-8 |
| 表 7-5 | ロードマップ案 (高齢化対策) に示された取組みに関連する日本の経験・リソース | 7-10 |
| 表 7-6 | ロードマップ案 (医療保険) に示された取組みに関連する日本の経験・リソース | 7-11 |

第 1 章 調査の概要

1.1 調査の背景

ベトナム社会主義共和国（以下「ベトナム」）は、国土面積約 33 万km²、全人口は約 8,970 万人（2012 年）、国民総所得（GNI）は 1,160 米ドル/1 人（2010 年）の低・中所得国である。行政単位は、5 つの中央直轄市と 59 の省で構成され、大きく 6 つの地方（北部山岳部地域、紅河デルタ、中北部および中部沿岸地域、中部高原、東南部、メコンデルタ）に分かれる¹。保健セクターでは保健人材の絶対数の不足や保健医療機関間の連携体制が不十分なことにより、サービス利用や健康状態に格差が生じていることが課題となっている [1]。

これまで日本はベトナムの優先課題に沿った支援を通して、保健医療にかかるサービスの改善、保健人材の育成に貢献してきた。この中で 2012 年まで実施した「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査」にて、社会保障セクター全般の基礎的な情報を収集し、その結果、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を目指すベトナムにおいては、急速な高齢化への対応や、持続可能な保険財源の確保が優先的に取り組むべき課題であることが示された。加えて、これまでの知見や先行調査によると、UHC 達成に向けて高齢化及び社会保障財源について以下のような具体的な課題が指摘されている。

ベトナムにおける UHC 達成にむけた課題

1) 急速な高齢化

- ✓ ベトナムの高齢化率²は 2013 年現在 7%で、2035 年の高齢化率は 15%を超え、高齢社会に突入すると予測されている [2]が、経済水準は日本が高齢社会となった時期と比較して低い状況であり、増大する社会福祉のニーズを支えるためには経済力が不十分となる可能性がある。
- ✓ 旧来の家族制度が変化しつつある中で高齢者のみの世帯が増加する一方、老人介護施設は富裕層向けに数カ所程度で、利用できる層は極めて限定的である。

2) 社会保障財政の圧迫

- ✓ 国際労働機関（ILO）によれば、高齢化に伴い年金財政は今後急速に悪化し、何の改革もなされない場合、2034 年には年金財源の収支バランスが崩れると推計されている [3]。これは人口構成の変化により高齢人口が増加し社会保障給付が拡大することが原因としてあげられている。
- ✓ 当初計画では、2014 年までに国民皆保険を目指していた。2013 年の首相決定により 2020 年までに加入率 80%と目標を延伸している。未加入者の多くを占める自営業、民間企業被用者、農民の加入促進が課題であり、2013 年現在の加入率は 67%にとどまっている。

日本は、国際保健外交戦略の中で、アジア新興国への日本の医療機器等と医療技術・サービス等が一体となった国際協力を推進している。また、UHC の考えから貧困層を含むすべての人々が基本的な

¹ 8 地域（北西、北東、紅河デルタ、北中部、南中部、中部高原、東南部、メコンデルタ）とする場合もあるが、本調査では、3 章で引用しているベトナム高齢者調査（VNAS）の地域区分に準じた。

² 世界保健機関（WHO）の定義による。65 歳以上の人口の割合が 7%超で「高齢化社会」、14%超で「高齢社会」、21%超で「超高齢社会」

サービスにアクセスできるよう保健財政の強化、医療保障制度の構築などの協力についても強化する方針である。

このような背景から、ベトナムにおける社会保障分野、特に高齢化対策及び保健財政システムにおける JICA の今後の協力戦略を検討する材料とすべき、情報収集、確認調査を行うべく、本調査が実施されることとなった。

1.2 調査の目的・範囲

本調査の目的は以下の通り。

本調査の目的

- ベトナムにおける社会保障分野の JICA の今後の協力戦略検討に資する材料とするため、ベトナムの社会保障分野、特に高齢化に関する状況と UHC の達成状況及び課題を整理する。
- 当該分野における日本に支援実績と経験、協力リソースとニーズのマッチング可能性を踏まえ、今後の JICA の協力に対する提言を行う。

1.3 本報告書の構成

上記の目的を踏まえ、本報告書では、第 1 章において調査の概要を述べ、第 2 章でベトナムの社会保障分野の概況をまとめたうえで、第 3 章以降の各論に入る。第 3 章ではベトナムの高齢化及び対策の現状と課題、第 4 章では UHC に係る現状と課題、第 5 章では、今後増加してくると予想される高齢者への保健医療サービスによる財政負担や UHC 達成を検討する上で重要となる保健財政システムの現状と課題についてまとめる。なお、第 4 章の UHC について、世界保健機関（WHO）による定義では、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」を指し、保健医療サービス提供体制や費用負担等様々な側面からのアプローチが必要となるが、本報告書においては、特に医療保険に関する現状と課題を中心に記述する。第 6 章では高齢化対策及び医療保険に関連した開発パートナーの状況を概観し、第 7 章において調査結果の総合分析及びこれに基づくロードマップの提案、JICA による今後の支援の方向性に係る提言をまとめる。

1.4 調査実施の方法

1.4.1 全体の流れ

調査のフローを図 1-1 に、作業工程を図 1-2 に、それぞれ示すとともに、各工程の実施方法について以下に記載する。

(1) 事前準備

日本国内で入手可能な既存の資料等からベトナムの高齢化対策、UHC、保健財政及び保健分野にかかる基本情報（保健システム及び保健指標）を収集・整理し、追加収集が必要な情報の特定を行った。これに基づいて、現地調査における調査項目及び訪問先等を特定し、インセプション・レポート（IC/R）（案）を策定した。同案についての JICA 関係者との協議を踏まえて現地調査計画を最終化するとともに、IC/R を提出した。

(2) 情報収集及び現状の把握

現地作業開始後、JICA 及びベトナム国政府関係者に対して IC/R に基づき調査方針、内容、作業計画を説明し、調査に対する理解と協力を要請した。現地調査は 2014 年 1 月及び 2 月の 2 回にわたって実施され、高齢化対策、UHC 達成に向けた課題、医療財政及び医療にかかる基本情報について、IC/R 及び第 1 次現地調査終了後の JICA 関係者との協議に基づき、情報収集を行った。現地調査の日程及び主な面談相手については添付 1 に示す。

(3) 分析及び提言案の策定

上記調査の結果を踏まえ、以下の手順によって収集した情報の整理・分析を行った。

1) ベトナムにおける社会保障の現状に係る総合分析

現地調査による情報収集結果をもとに、ベトナムにおける社会保障の現状について総合的に整理、分析し、高齢化対策及び UHC 達成に向けた課題を抽出した。

2) ベトナムにおける社会保障に係る課題・政策オプションの分析

高齢化対策及び UHC 達成に向けた課題に対し、資金ギャップを埋めつつその実現を効果的・効率的かつ持続的に促進するためのベトナム政府が取り組むべき課題・政策オプションを、タイムフレームを踏まえて分析した。

3) 社会保障分野における日本の経験、支援実績、協カリソースとのマッチング分析

日本のこれまでの経験を踏まえ、以下の観点でマッチング分析を行った。

- ・ 当該分野における日本の経験、支援実績、リソースとのマッチング
ー設計（法制度、基準・規程、等）／運営（設備、資機材、資金等）／人材面
- ・ 日本政府及び JICA の方針（課題別指針等）との整合
- ・ ベトナム政府や他ドナーによる支援実績・予定

4) 開発シナリオ（案）の作成

ベトナムの取り組むべき施策及び日本の協力内容について、ロジックモデルに整理するとともに、タイムフレームを踏まえて、ロードマップを作成した。

(4) 提言の策定及び調査結果の共有

1) ドラフトファイナル・レポート（DF/R）の作成・提出

これまでの調査及び関係者との協議の結果を総合的に分析して DF/R を作成し、JICA に提出した。

2) セミナー準備・セミナーにおける報告

(3) において抽出された課題やロードマップ案から、ベトナムの社会保障分野への支援において活用可能な日本の経験及び本調査の結果概要を共有するセミナーを 2014 年 4 月 21 日に開催した。この開催について、JICA の指示及び協議に基づき、会場準備等を担当した。セミナーにおいて交わされた議論の概要を添付 2 に示す。

3) ファイナル・レポート (F/R) 作成、提出

DF/R に対する JICA 関係者からのコメントや上記セミナーにおいて得られたベトナム側関係者からのコメント等を反映した上で F/R を作成し、提出した。

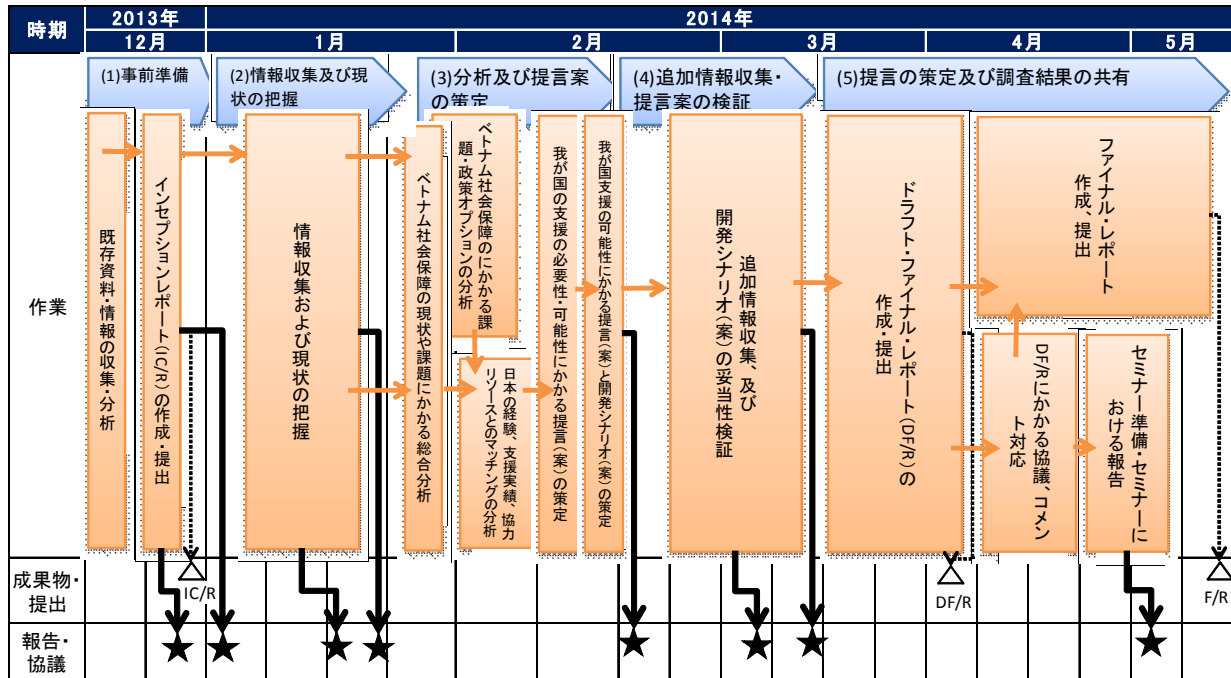


図 1-1 業務のフロー

| 作業項目 | 期間 | 2014年度 | | | | | | | | | | |
|--|----|--------|-----|-----|---|-----|---|-----|---|---|---|---|
| | | 12 | 1 | | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 |
| (1) 事前準備 | | | | | | | | | | | | |
| ①インセプションレポート (IC/R) の作成 | | | | | | | | | | | | |
| 1) 既存資料・情報の収集・分析 | | □ | | | | | | | | | | |
| 2) 調査仮説 (案) の検討 | | □ | | | | | | | | | | |
| 3) 現地調査項目の特定 | | □ | | | | | | | | | | |
| 4) IC/R案 (和・英) 及び質問票案の作成 | | □ | | | | | | | | | | |
| 5) IC/R案および質問票案にかかるJICA関係者との協議 | | △-△ | | | | | | | | | | |
| 6) 事前勉強会や対処方針会議等への参加 | | △-△ | | | | | | | | | | |
| 7) IC/R最終版 (和・英・越) 提出 | | ▲ | | | | | | | | | | |
| (2) 情報収集および現状の把握 | | | | | | | | | | | | |
| ①IC/RにかかるJICAベトナム事務所及び現地関係機関への説明・協議 | | | △-△ | | | | | | | | | |
| ②情報収集および現状の把握 | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| ③JICAベトナム事務所への報告・協議 | | | | △-△ | | | | | | | | |
| (3) 分析及び提言案の策定 | | | | | | | | | | | | |
| ①ベトナム国における社会保障の現状にかかる総合分析 | | | | | □ | | | | | | | |
| ②ベトナム国における社会保障にかかる課題・政策オプションの分析 | | | | | □ | | | | | | | |
| ③社会保障分野における日本の経験・支援実績、協力リソースとのマッチングの分析 | | | | | □ | | | | | | | |
| ④我が国の支援の必要性・可能性にかかる提言 (案) の策定 | | | | | □ | | | | | | | |
| ⑤開発及び協力シナリオ (案) の作成 | | | | | □ | | | | | | | |
| (4) 追加情報収集及び提言案の検証 | | | | | | | | | | | | |
| ①開発シナリオ (案) にかかるJICA関係者との協議 | | | | | | △-△ | | | | | | |
| ②追加情報収集 | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| ③開発シナリオ (案) の妥当性検証 | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| ④JICAベトナム事務所への報告及び協議 | | | | | | | | △-△ | | | | |
| (5) 提言の策定及び調査結果の共有 | | | | | | | | | | | | |
| ①ドラフト・ファイナル・レポート (DF/R) の作成・提出 | | | | | | | | | □ | □ | ▲ | |
| ②DF/Rにかかる協議、コメント対応 | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| ③セミナー準備・セミナーにおける報告 | | | | | | | | | | ■ | | |
| ④ファイナル・レポート作成、提出 | | | | | | | | | | | | ▲ |

凡例：□国内作業 ■現地作業 △-△説明・協議 ▲成果品提出

図 1-2 作業工程

1.4.2 報告書とその他提出物

調査において提出した成果品等を表 1-1 に示す。

表 1-1 成果品等一覧

| 成果品等 | 言語 | 提出部数 | | 提出時期 |
|-----------------------|----|------|---------|------------|
| 報告書 | | | | |
| インセプション・レポート(IC/R) | 英 | 10部 | CD-R 1部 | 2013年12月下旬 |
| | 和 | 8部 | | |
| | 越 | 10部 | | |
| ドラフト・ファイナル・レポート(DF/R) | 英 | 10部 | CD-R 1部 | 2014年4月中旬 |
| | 和 | 8部 | | |
| | 越 | 10部 | | |
| ファイナル・レポート(DF/R) | 英 | 15部 | CD-R 2部 | 2014年5月中旬 |
| | 和 | 8部 | | |
| | 越 | 15部 | | |
| その他提出物 収集資料 | | | | |
| 収集資料 | — | 1部 | | 2014年5月中旬 |
| 会議録 | — | 1部 | | その都度 |
| コンサルタント業務従事月報 | — | 1部 | | 毎月 |

第 2 章 ベトナムにおける社会保障分野の概況

2.1 一般概況

ベトナムの一般概況を示す主要指標を表 2-1 に示す。人口は 2012 年に約 8,877 万人にのぼり、そのうち、約 85%をキン族が占め、その他を 53 の少数民族が構成する。人口増加率は 1.06% (2012 年) となっている。平均寿命は年々伸びており、75.46 歳 (2011 年) である。

1986 年より導入されたドイモイ政策以降、ベトナムは順調に経済成長を遂げてきた。1997 年のアジア通貨危機の影響によって、一時鈍化したものの 2000 年以降は回復をみせ、2000 年から 2010 年の平均成長率は 7%前後の高成長を達成している。しかし 2011 年に 16%に達したものの 2012 年は急激に落ち込み 5.77%となっている。

表 2-1 ベトナムの主要指標

| 指標 | 数値 | 最新年 |
|--------------------------|--------------|-----------|
| 人口 | 88,775,500 人 | 2012 |
| 人口増加率 | 1.06% | 2012 |
| 平均寿命 (出生時平均余命) | 75.46 年 | 2011 |
| 粗出生率 | 16.16 (人口千対) | 2011 |
| 粗死亡率 | 5.64 (人口千対) | 2011 |
| 一人あたりの国民総所得 (GNI) | 1,400 米ドル | 2012 |
| 経済成長率 | 5.77% | 2012 |
| 初等教育就学率 | 99.34% | 2011 |
| 人間開発指標 (HDI) /186 カ国中* | 0.617/127 位 | 2012 |
| 1 日 1.25 ドル未満で生活する人口の割合* | 40.10% | 2007-2011 |

出典： World Development Indicators [4]
*Human Development Report 2013 [5]

2.2 人口・保健指標の状況

(1) 人口動態

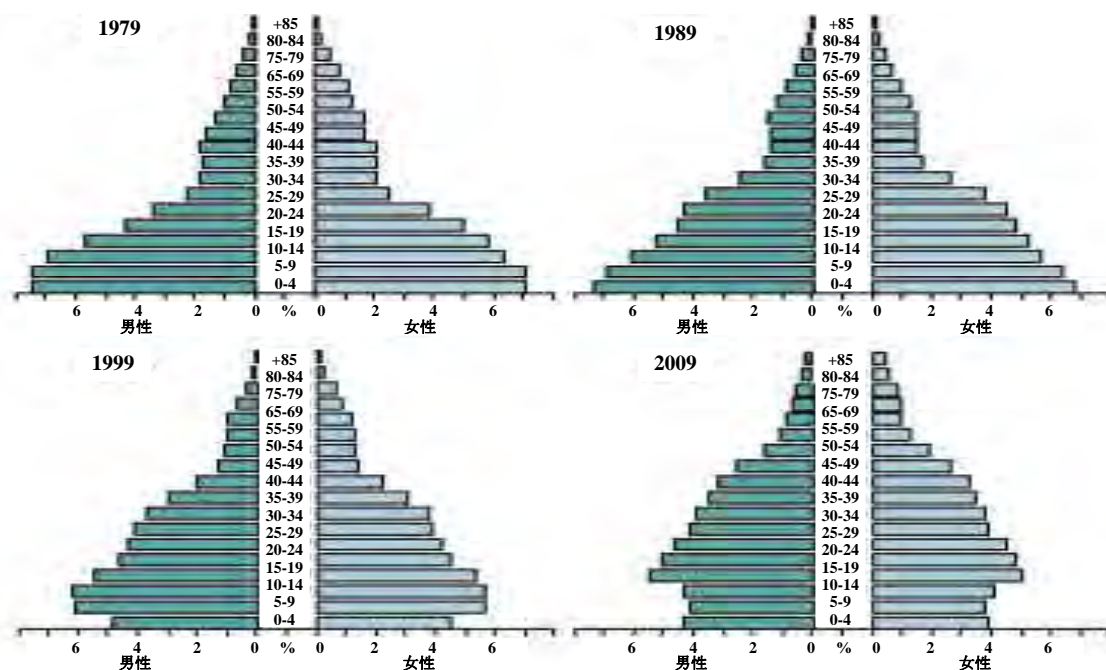
人口は 2003 年に 8,000 万人を超え、表 2-2 に示すように、2012 年の人口は 8,875 万人にのぼる。人口増加率は減少傾向にあり、1990 年に 2.00%を下回り、1999 年に 1.50%、2012 年は 1.06%である。

表 2-2 人口の推移

| | 1990 | 2000 | 2010 | 2012 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|
| 総人口 (人) | 66,016,700 | 77,630,900 | 86,932,500 | 88,775,500 |
| 総人口に占める 0-14 歳の割合 (%) | 37.41 | 31.58 | 23.49 | 22.87 |
| 総人口に占める 15-64 歳の割合 (%) | 56.88 | 62.00 | 69.97 | 70.58 |
| 総人口に占める 65 歳以上の割合 (%) | 5.71 | 6.42 | 6.54 | 6.55 |
| 人口増加率 (%) | 1.90 | 1.34 | 1.05 | 1.06 |

出典： World Development Indicators [4]

また、図 2-1 に示すように、1990 年代あたりから人口ピラミッドの形態も多産多死型から多産少死型、さらに近年では少産少死型へと変化をしており、総人口における 65 歳以上の人口が占める高齢化率も 6.55% (2012 年) となっている。



出典： Population and Housing Census 2009 [6]

図 2-1 人口ピラミッドの推移 (1979 年、1989 年、1999 年、2009 年)

(2) 保健分野のミレニアム開発目標 (MDGs) の達成状況

表 2-3 に示すように、保健分野に関連するミレニアム開発目標 (目標 4、目標 5、目標 6) のうち、5 歳未満児の死亡率及び乳児死亡率 (目標 4) は大きく改善された。妊産婦死亡率 (目標 5) に関しても過去 20 年で顕著に改善している。目標 6 に関して、ベトナム政府は HIV の蔓延防止に向け様々な対策を取ってきているが、感染率は増加を続けている。

表 2-3 保健分野に関するミレニアム開発目標の推移

| 目標 | 主な指標 | 1990 年 | 2000 年 | 最新年 |
|-----------------------------------|--------------------|--------|--------|-------------|
| 目標 4 子どもの死亡削減 | 5 歳未満児死亡率 (出生千対) | 50.5 | 31.5 | 23 (2012) |
| | 乳児死亡率 (出生千対) | 36.4 | 24.6 | 18.4 (2012) |
| 目標 5 妊産婦の健康改善 | 妊産婦死亡率 (出生 10 万対) | 240 | 100 | 59 (2010) |
| 目標 6 HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止 | 15-49 歳の HIV 感染率 | 0.10 | 0.20 | 0.40 (2011) |
| | マラリア有病率 (人口 10 万対) | — | — | 104 (2010) |
| | 結核有病率 (人口 10 万対) | 403 | 344 | 323 (2011) |

出典： The Official United Nations site for the MDG indicators [7]

(3) 疾病構造

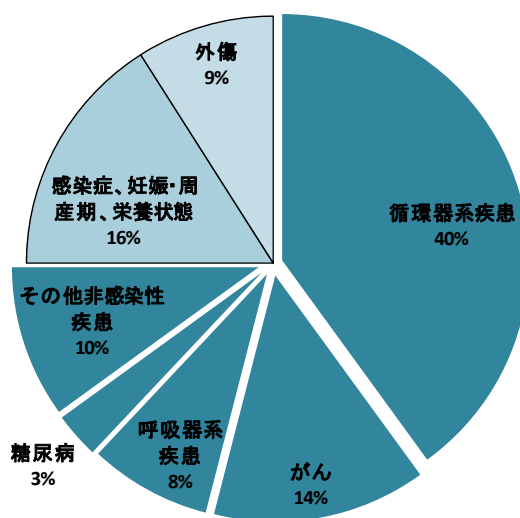
保健省発行の保健統計 2011 によると、ベトナムの主要疾病は、肺炎、急性咽頭炎・扁桃腺炎、本態性高血圧症が上位を占めている。主要死因は頭蓋内損傷、肺炎、周産期由来の呼吸器疾患の順に多くなっている (表 2-4)。

表 2-4 主要疾患並びに主要死因

| 主要疾病 | | | 主要死亡原因 | | |
|------|-----------------|--------------|--------|-------------------------|--------------|
| 順位 | 疾患名 | 件数 (10万人) | 順位 | 疾患名 | 件数 (10万人) |
| 1 | 肺炎 | 419.05 | 1 | 頭蓋内損傷 | 1.69 |
| 2 | 急性咽頭炎・扁桃腺炎 | 349.89 | 2 | 肺炎 | 1.65 |
| 3 | 本態性高血圧 | 317.65 | 3 | 周産期に発生した呼吸器疾患 | 1.04 |
| 4 | 急性気管支炎・細気管支炎 | 272.98 | 4 | HIV/AIDS | 1.04 |
| 5 | 下痢症・消化器感染症 | 210.57 | 5 | 早産及び出生時低体重に関する発育不全と栄養失調 | 0.92 |
| 6 | 胃炎・十二指腸炎 | 183.52 | 6 | 脳内出血 | 0.74 |
| 7 | その他の急性上気道感染症 | 145.73 | 7 | 急性心筋梗塞 | 0.69 |
| 8 | 骨折 | 144.72 | 8 | 腹部及び骨盤痛 | 0.64 |
| 9 | 盲腸炎 | 144.26 | 9 | その他の外傷 | 0.56 |
| 10 | ウイルス性熱・ウイルス性出血熱 | 135.57 | 10 | 敗血症 | 0.53 |

出典： Health Statistics Yearbook 2011 [8]

図 2-2 に示すように、全死亡における非感染性疾患 (NCD) による死亡の割合は 75% を超えており、NCD による負荷が大きくなっていると推察される。中でも、心血管疾患が 40%、がんによる死亡が 14% となっており、高度医療が要求され、治療が長期化する疾患が増加している可能性がある。



出典： NCD Country Profiles 2011 [9]

図 2-2 全死亡における NCD (濃青) による死亡の割合

2.3 社会保障分野に関連する開発戦略・計画

社会保障分野、特に高齢化対策及びユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) との関連性が高い開発戦略・計画として、計画投資省が策定した社会経済開発戦略 (SEDS) 及び社会経済開発計画 (SEDP)、及びこれらに沿って保健省が策定した保健セクター開発 5 年計画等がある。以下にその概要をまとめる。なお、高齢化対策に関連する政策及び計画は第 3 章に、医療保険に関連する政策及び計画は第 4 章に、それぞれ述べる。

(1) 社会経済開発戦略（SEDS : Socio-Economic Development Strategy）2011-2020

前10カ年戦略のレビューを踏まえ、2011年から2020年までの10年の社会経済開発における開発戦略を示したものの。その概要を、社会保障分野に関連する事項を中心に、表2-5にまとめる。

表 2-5 SEDS 2011-2020 の概要と社会保障分野に関連する項目

| | | |
|---------------|--|--|
| 発展の視点 | 迅速で持続可能な発展、政治と経済の同時並行的改革、人材開発、科学技術の向上、独立性・自主性のある経済の構築 | |
| 目標 (2020年) | 経済分野 | 国内総生産（GDP）平均成長率：7~8%/年 1人あたりGDP：3,000~3,200米ドル |
| | 文化・社会 分野 | 人間開発指標（HDI）中高位グループ入り 人口増加率：1.1%、平均寿命：75歳、 人口1万あたりの医師数：9及び病床数：26 国民皆保険達成、社会福祉及び公共の医療の保障 貧困率：年平均2~3%の減少、国民収入：対2010年比3.5倍、所得格差の縮小 |
| | 環境分野 | 基準通りに処理される医療廃棄物の割合：100% |
| 戦略 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 社会主義的市場経済の完成とマクロ経済の安定 2. 工業の近代化 3. 近代的かつ持続的な農業の発展 4. サービス業の発展 5. インフラストラクチャーの整備 6. 各地域の持続的発展による新都市及び新農村の開発 社会保険や失業保険、労働者災害・職業病補償保険など保険システムを多様化し、大きく発展させる。労働者が各種保険にアプローチし、加入することを奨励し、好ましい条件を与える。 7. 所得向上のための施策と中所得以上の世帯数の増加 8. 医療の発展とヘルスケアの質の向上 各レベルにおける保健サービスネットワークの強化、サービスの標準化、国民皆保険に向けた保険及び診療に関する政策・制度の改善、貧困層、子ども及び高齢者に対する政策の実施、保健人材の質の向上、全村への医師の配置、予防医療の強化、など 9. 教育・訓練制度の改善と発展 10. 科学技術の迅速な発展と経済発展への貢献 11. 環境保全と気候変動への対応 12. 政治・社会秩序の確保と国際社会における地位の向上 | |

出典：2011~2020年 社会経済開発戦略（仮訳） [10]を参照し調査団作成

(2) 社会経済開発計画（SEDP : Socio-Economic Development Plan）2011-2015

SEDS 2011-2020に沿って具体的な計画を示した5カ年計画の概要を、社会保障分野に関連する事項を中心に表2-6にまとめる。

表 2-6 SEDP 2011-2015 の概要と社会保障分野に関連する項目

| | |
|----------------|--|
| 指標 (2015 年) | 経済分野 10、社会分野 8、環境分野 2 の指標が設定されている。そのうち、社会保障分野に関連するものを以下に示す。 - GDP5 カ年平均成長率：6.5~7.0% - 国民収入：対 2010 年比 2~2.5 倍、貧困世帯の減少率：年平均 2% - 人口増加率：1%、人口 1 万たりの医師数：8 人及び病床数：23 |
| 実施 | 1. 国家レベルの運用、指導の改善 2. 投資及び金融市場、企業活動の再構築 3. インフレ抑制 4. 社会主義的市場経済の完成に係る法制度等の整備及び交通インフラ開発の見直し 5. 社会保障ネットの強化による職業の保障、社会保険、医療保険と社会介護政策の整備、及び社会保険・医療保険の加入者の増加 6. 教育・訓練制度の改革と科学技術活動への投資 7. 環境保全のための法制度整備 8. 司法制度及び関連する人材の強化 9. 国防の強化と国際社会への参加 |

出典：決議第 10/2011/QH13 号 2011~2015 年の経済・社会発展 5 カ年計画
について（仮訳） [11] を参照し調査団作成

(3) 保健セクター開発 5 カ年計画（Five-Year Health Sector Development Plan）2011-2015

SEDS 2011-2020 および SEDP 2011-2015 に沿って保健省が策定した保健セクター開発 5 カ年計画であり、主に取り組むべき課題として、僻地医療を優先する保健システム構築、予防医療・国家保健プログラムの強化、検査・治療の向上、人口・家族計画・リプロダクティブヘルスケア強化、保健人材開発、保健情報システム開発、保健財政・医療保険整備、医薬品・医療機材の国内開発、保健セクターのマネジメント強化が挙げられている（表 2-7）。

表 2-7 保健セクター開発 5 カ年計画に掲げられた目標

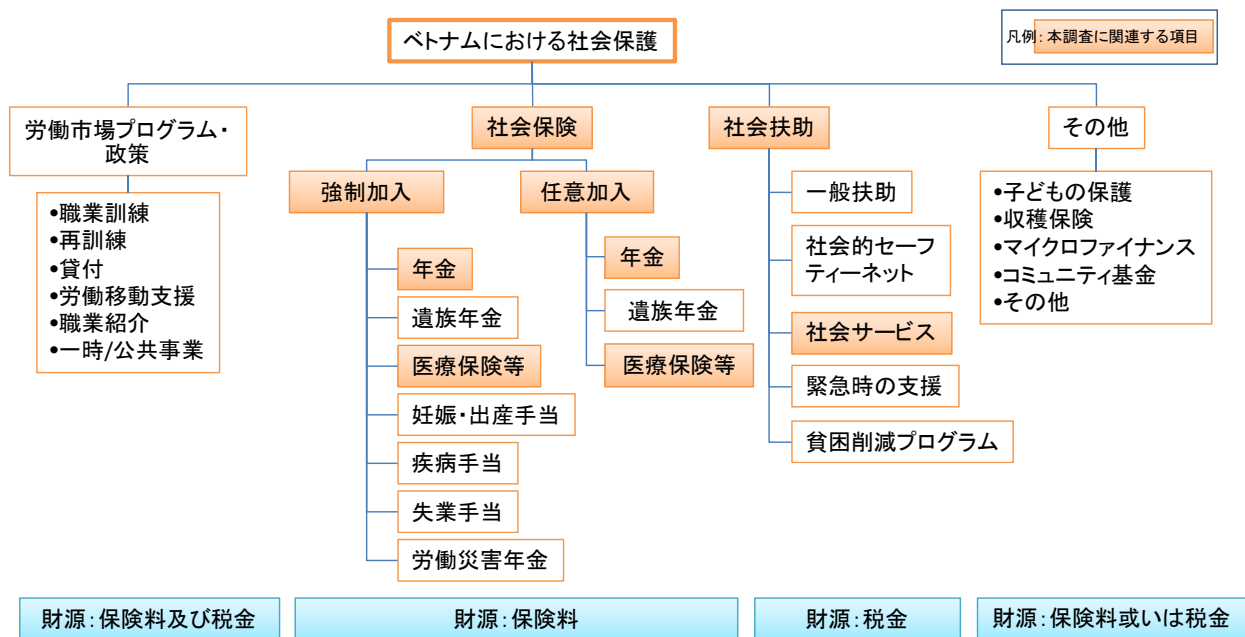
| 指標 | 2010 年 ^{*1} | 2015 年目標値 |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|
| 人口 10,000 人当たりの医師数（人） | 7 | 8 |
| 人口 10,000 人当たりの薬剤師数（人） | 1.2 | 1.8 |
| 村落保健ボランティアがいる村落の割合（%） | 85 | 90 |
| 医師がいるコミューンの割合（%） | 70 | 80 |
| 助産師／周産期・小児ケアのできる準医師がいるコミューンの割合（%） | >95 | >95 |
| 人口 10,000 人当たりの病院におけるベッド数（CHC を除く）（床） | 20.5 | 23.0 |
| 全てのワクチン接種を受ける乳児の割合（%） | >90 | >90 |
| コミューン医療に関する新しい基準を達成するコミューンの割合（%） | - | 60 |
| 医療保険加入率（%） | 60 | 80 |
| 平均寿命（出生時平均余命）（年） | 73 | 74 |
| 妊産婦死亡率（出生 10 万対） | 68 | 58.3 |
| 乳児死亡率（出生千対） | <16 | 14.8 |
| 5 歳未満児死亡率（出生千対） | 25 | 19.3 |
| 人口（千人） | 86,920 | <92,000 |
| 人口減少率（‰） | 0.20 | 0.20 |
| 人口増加率（%） | 1.04 | 0.94 |
| 出生時男女比 ^{*2} | 111 | 113 |
| 5 歳未満児栄養不良率（年齢に対する体重）（%） | 18.0 | 15.0 |
| HIV/AIDS 陽性率（%） | <0.3 | <0.3 |

注： *1 - 2010 年の数値は計画策定時の推計値、*2 - 女性 100 とした時の男性の比率

出典： Five Year Health Sector Development Plan 2011-2015 [12]

2.4 社会保障分野における実施体制

社会保険法 (71/2006/QH11) において、医療保険や年金など、社会保険に関連する規定がされている。ベトナムの社会保険制度について、労働科学・社会研究所 (2.4.1 (1)参照) から整理した社会保護体系の一部として示されたものが図 2-3 である。社会保険には大きく分けて、強制加入と任意加入があり、年金や医療保険についてはその両方の加入制度がある。高齢者に支給される老齢福祉手当や医療費扶助は、社会サービスに含まれる。



出典： Viet Nam Social Protection Glossary [13]より調査団作成

図 2-3 ベトナムにおける社会保険・社会扶助を含む体系図

2.4.1 中央及び地方における関連機関

中央政府においては、労働・傷病兵・社会省 (MOLISA) が年金を含む社会保障全般を管轄しており、省/市及び県では労働・傷病兵・社会局 (DOLISA) が省/市及び県の行政組織である人民委員会との連携のもとに政策を実施している (図 2-4)。医療保険及び高齢者への保健医療サービスについては保健省が管轄し、省及び県においては保健局が政策を実施している (図 2-5)。年金及び医療保険制度の実施機関はベトナム社会保障 (VSS) 及び省/市・県の社会保障 (SS) (図 2-6) である。

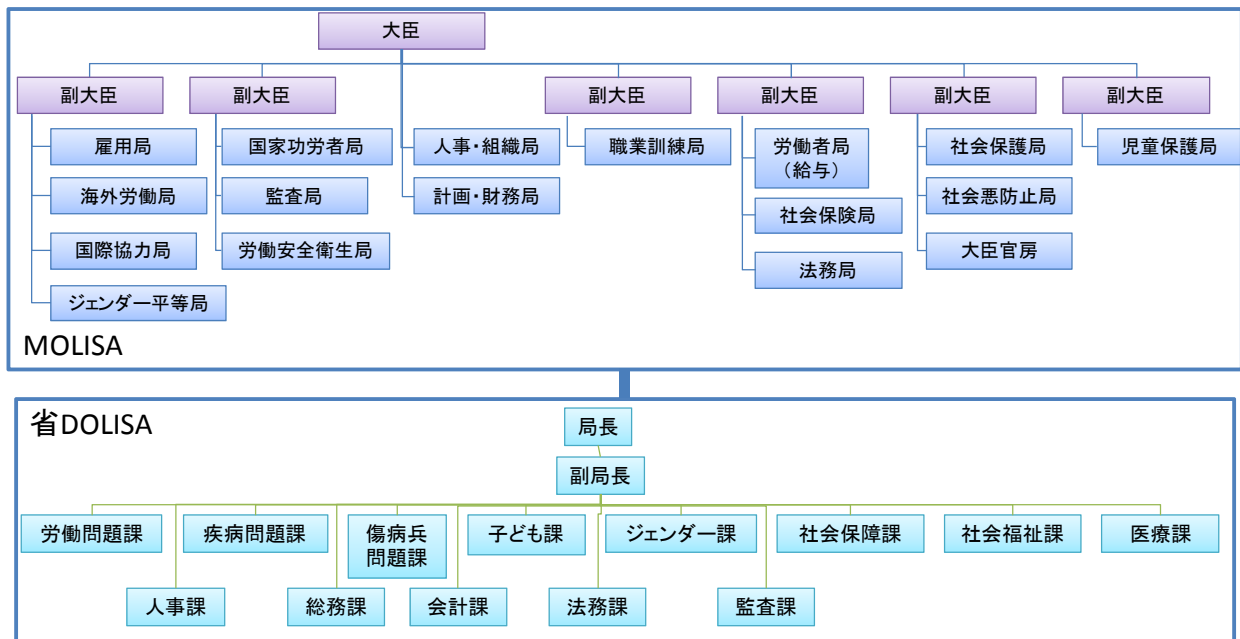
省レベル以下の組織は予算上、一部の国家プログラムを除いて中央の省庁との直接的な繋がりはなく、省人民委員会に属する組織として省人民委員会を通じて予算配分され、業務を執行している。

(1) 労働・傷病兵・社会省 (MOLISA) 及び労働・傷病兵・社会局 (DOLISA)

MOLISA は、高齢化対策の主管官庁であり、関係省庁やベトナム高齢者協会 (VAE)、中央人民委員会の管轄下の省/市の人民委員会とも協力して施策の実行及び調整を進める。また高齢者ケアや役割向上に関する首相プロジェクトの策定、人材育成、高齢者施設制度の計画、高齢者に関する調査、高齢者に関するパイロット事業の実施、首相に対する定期的な報告や施策実行状況に関するレビューを担う。国家高齢化委員会 (VNCA) の事務局も務める。

MOLISA は、これら社会保障に関連する政策及び法制度の策定、地方政府における実施のモニタリング等を担当している。老齢年金は社会保険局が担当しており、老齢福祉手当や社会保護センター、高齢者の保護、保険料の政府補助対象となる貧困層の特定は社会保護局が管轄している。関連する研究所としては、労働科学・社会研究所がある。

DOLISA は、年金の加入者や年金及び手当の受給対象者の特定及び管理、社会保護センター等の施設の管理・監督、貧困者や準貧困者などの政府助成の対象者の特定を担当している。



出典： MOLISA ウェブサイト [14]及び JICA ベトナム事務所及び聞き取りより調査団作成

図 2-4 MOLISA 組織図

(2) 保健省

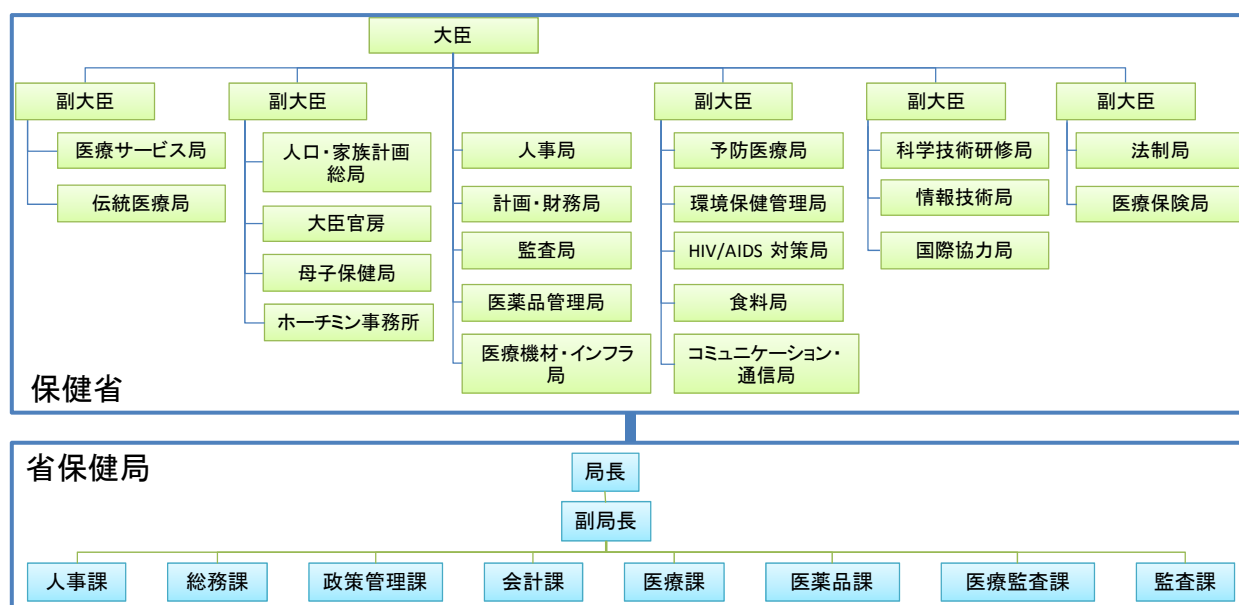
保健省は医療保健分野全般に係る政策立案や法制度の策定、地方における実施状況のモニタリング等を行っている。また、病院等医療施設のほか、調査研究機関も管轄している。

高齢化対策関連では、高齢者法の第 12 条、第 13 条及び高齢者の保健医療サービスの実施ガイドラインに関する通達 (35/2011/TT-BYT) に基づき、高齢化対策のうち保健医療分野を担当する。医療サービス局が高齢者医療施策を担い、専門病院及び省病院への老年科の設置を管轄している。高齢者の健康増進活動や統計については、人口・家族計画総局の管轄となっている。

医療費の管理等、保健財政全体は計画・財務局が主管部局となっており、計画財務局長は保健副大臣も兼ねている。同局は、保健省および保健省管轄機関の予算収支を担当するほか、保健行政に係る企画立案・計画の承認を行う。また、医療保険制度に関する政策は、医療保険局が担当しているが、実務に関しては、VSS が一括して管理運営を担っている [15]。

省保健局は、地域の医療機関や医療従事者を管理する。高齢者については、省病院における高齢者医療や老年科の設置推進、高齢者の健康増進、疾病予防を担っている。医療保険に関する業務について

は、単独の担当課があるわけではなく、省保健局内の医療課あるいは財政企画課のような部署が兼務して行っている。



出典： Joint Annual Health Review 2013 [16]、Decree No. 188/2007/ND-CP [17]、JICA Viet Nam Office 及び聞き取りより調査団作成

図 2-5 保健省組織図

(3) ベトナム社会保障 (VSS)

VSS は各省に 63 の支部、各県に 694 の事務所を有し、全従業員は 18,500 名を超える。年金、出産給付、疾病給付、労働災害給付、遺族給付、失業手当、医療保険を扱っており、医療保険カードの発行や医療保険でカバーされるサービスの調達も担っている。

1995 年に、それまで社会保険における長期保険（退職年金、遺族年金等）を担当していた MOLISA と、短期保険（労災保険、出産手当等）の実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）を担当していたベトナム労働総連合（VGCL）の業務が VSS に集約された。

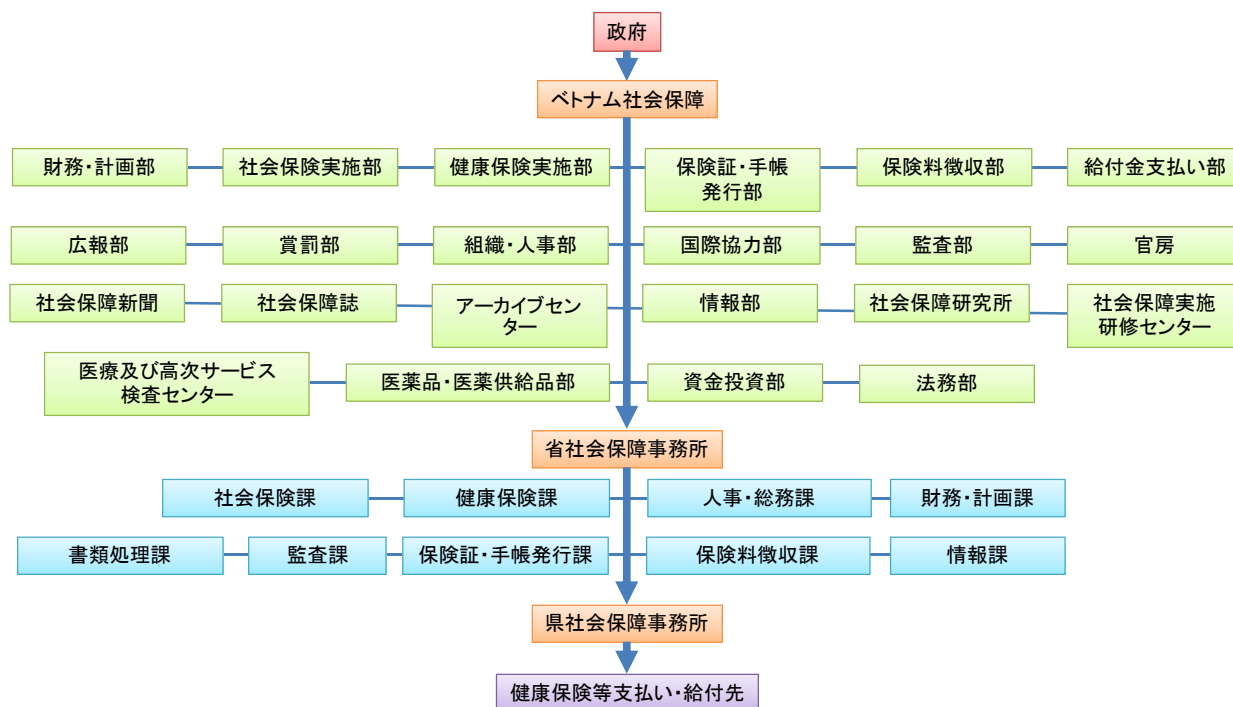
また、2002 年には、それまでベトナム医療保険（Vietnam HI）が担当していた医療保険の実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）も VSS に統合され、社会保障業務全体の実務管理が VSS に一元化されることとなった。さらに 2009 年以降は新たに導入された失業保険の管理も行っている [18]。

以下にその主な業務内容を示す [19]。

- 加入者の管理、医療保険料、社会保険料の徴収
- 退職年金や社会保障給付金の裁定と給付
- 退職年金、社会保険、失業手当の支払い、保険加入者患者への医療費の償還
- 社会保障基金の維持と価値向上のための投資活動の実施³
- 徴収と給付に関して監督し、社会保障政策の実施に対する苦情の解決
- 社会保障に関する国際協力、研修、科学的研究や宣伝活動の実施

³ VSS からの聞き取りによると、医療保険基金に関しては長期運用が難しいため、投資運用は行われていない。

徴収された保険料は、VSS へ一度納付され、基金の管理は中央で一元化されている。各地方自治体の社会保障（SS）は給付予算額が不足した場合は中央へ申請し、余剰分は返還すればよい仕組みとなっており、各省/市 SS による管理の権限がないことから、医療保険基金の発展のために独自の取組みを行うことはなく、監査にはあまり力を入れていない [20]。



出典： Introduction of Vietnam Social Security [19]

図 2-6 VSS 組織図

省/市レベルの社会保障（SS）は、保険に関する広報、管轄地域内の保険料の徴収、カード発行などの手続き、保険基金の管理などを行っている。医療保険のほか、年金や失業保険を含むベトナム社会保険全般を取り扱う。また、省病院および県病院と医療保険の適用に関する契約を交わしている。省 SS の支局として県レベルの SS がある。省 VSS 内の組織は、各省とも共通である（図 2-6）。

本調査で訪問した各省の SS の職員数は表 2-8 の通り。

表 2-8 省 SS の体制事例

| 省 | 人口（人） | 職員数（人） |
|---------|----------|--------|
| ディエンビエン | 約 53 万 | 238 |
| ホアビン | 約 80.6 万 | 約 300 |
| ナムディン | 約 180 万 | 267 |

出典： 各省 SS からの聞き取り調査より調査団作成

第 3 章 高齢化とその対策に係る現状と課題

3.1 高齢化に関する政策

3.1.1 関連法制度・首相令・施策

(1) 法体系

1992 年のベトナム国憲法では高齢者は国の支援を受けられることが規定されており、この憲法に基づいて、2000 年に高齢者に関する政令（23/2000/PL-UBTVQH10）が發布された。これをうけて、労働・傷病兵・社会省（MOLISA）とベトナム高齢者協会（VAE）等が共同で高齢者に関する法律の素案を作成した [18]。2009 年に成立した高齢者に関する法律（39/2009/QH12、以下「高齢者法」）はこの素案に基づくもので、2010 年 7 月に施行された。同法は高齢化対策を包括的に規定した法律であり、ベトナムの高齢化対策を新たな段階に導いたといえる。

この高齢者法に基づき、2012 年に高齢者国家活動計画 2012-2020 に関する首相決定（1781/QD-TTg）が發布されているほか、高齢者法の実施ガイドラインに関する政令（06/2011/ND-CP）⁴をはじめとする多くの各種政令・ガイドラインが出されている。

要介護高齢者に関しては障がい者法（51/2010/QH12）、年金に関しては社会保険法（71/2006/QH11）により規定されている。また高齢者医療に関しては高齢者法第 12 から 13 条及び高齢者の保健医療サービスの実施ガイドラインに関する通達（35/2011/TT-BYT）⁵に依拠する。このように高齢化対策関連の法体系の整備は他国と比べても進んでいるといえる⁶。しかし、人材及び財源の不足からこれらの施策の普及及び執行は十分ではない。本調査では、省レベルやコミューンレベルでは政令や通達の内容を把握できていないケースも見受けられた [21]。

なお、2013 年に議会で可決したベトナム憲法改正案には、「国家、家族及び社会は、高齢者を尊重し、世話をし、祖国の建設と防衛事業において役割を発揮させる（第 37 条第 3 項）」「国は、市民が社会福利、社会安全制度の発展を享受する機会について平等を確保し、高齢者、障害者、貧困者及びその他の困難な環境にある者を支援する政策をとる（第 59 条第 2 項）」と記載されており、新たに高齢者の尊厳に関する条項が盛り込まれている。

(2) 高齢者法

高齢者法は、全 6 章 31 条で構成され、高齢者の権利と義務、高齢者の世話に関する家族や国・社会の責務、高齢者の社会参加及びベトナム高齢者協会（3.1.2 (3) に詳述）に関して規定している（表 3-1、および添付 3 参照）。

高齢者法では、高齢者を 60 歳以上と定義し、高齢者の基本的な生活を送る権利を規定するとともに、高齢者に若年世代に対し道徳面、生活習慣面の手本となり、政策や法律を順守する範となることを求めている。また家族が第一義的に高齢者の世話をを行うこと、個人は高齢者を尊敬し手助けを行うこと

⁴ 高齢者法の一部条項に関する詳細な指針が示されている。介護サービスに関する要件や契約、文化・教育・運動・観光に関わる活動、社会保障、高齢者施設の設定に関する要件を規定している。

⁵ 高齢者法第 12、13 条（高齢者の医療・健康）に関する詳細な指針が示されている。高齢化対策に関わる医療機関の役割、老年科の設置や人材育成、健康増進や疾病予防の普及、通院費補助を規定している。

⁶ ハノイ医科大学、GIZ からの聞き取りによる

としている。同法では、毎年6月6日をベトナム高齢者の日とすることや、国際協力の推進が謳われている。

表 3-1 高齢者法（2009 年）の構成

| | |
|-----|--|
| 第1章 | 概論（第1～9条） |
| 第2章 | 高齢者のケア |
| | 第1節 高齢者のケア（第10～11条） |
| | 第2節 高齢者の医療・健康（第12～13条） |
| | 第3節 文化、教育、身体機能の向上、余暇及び旅行、公共施設の利用や大量輸送への参加（第13～16条） |
| | 第4節 高齢者への財政支援（第17～20条） |
| | 第5節 長寿への祝賀、葬祭組織（第21～22条） |
| 第3章 | 高齢者の役割促進（第23～24条） |
| 第4章 | ベトナム高齢者協会（第25～27条） |
| 第5章 | 高齢者雇用のための国家の責務（第28～29条） |
| 第6章 | 実施（第30～31条） |

(3) 高齢者に係る国家行動計画 2012—2020

高齢者国家活動計画 2012-2020 は、高齢者の役割促進、特に文化・社会・教育・経済・政治活動への参加や高齢者の義務と権利の実行、高齢者の心身の健康確保、生活の質の向上を目的に、2012 年に策定された。表 3-2 にその概要をまとめる。

表 3-2 高齢者に係る国家行動計画 2012—2020 の概要

| 指標 | 達成目標 | |
|--|-----------|---------|
| | 2015 年 | 2020 年 |
| 必要な支援を得て経済活動に従事する高齢者の割合 | 15% | 50% |
| 高齢者のケアと役割を向上させるための基金が設立されたコミュニン等の割合 | 25%以上 | 80%以上 |
| 病気の際に治療と家族やコミュニティによるケアを受けられる高齢者の割合 | 100% | 100% |
| 50 床以上の老年科病棟を設置する専門病院（小児病院及びリハビリテーション病院は除く）及び伝統医療病院の割合 | 25% | 90% |
| 老年科を設置する省病院の割合 | 25% | 100% |
| 週 1 回以上高齢者関連のプログラムを放送するテレビ・ラジオの割合 | 80% | 100% |
| 年金の受給資格及びケア施設の利用資格を持つ高齢者の数 | 1.5 百万人以上 | 2 百万人以上 |
| ケア施設の利用資格がない高齢者のうちがコミュニティにおけるケアを受けられる高齢者の割合 | 20%以上 | 80%以上 |
| 恒久住宅に居住する高齢者の割合 | 100% | 100% |
| 多世代間自助クラブ（3.5.4 項参照）が設立されたコミュニン等の割合 | 15% | 50% |
| 上記コミュニン等において同クラブに参加する高齢者の割合 | 70% | 70% |

出典： 1781/QD/TTg [22]から調査団作成

厳しい国家財政下ではあるが高齢化対策のための予算確保は優先度が高く、高齢者国家活動計画のための予算は優先的に配分されており⁷、関連する取組みが進められている。高齢者の経済活動への支援やコミュニティにおける高齢者のケアや役割の向上等については、多世代間自助クラブ（3.5.4 (3) 参照）の活動に含まれており、コミュニンレベルでの設置に関する数値目標も設定されていることか

⁷ 財務省からの聞き取りによる

ら、コミュニティにおける高齢化対策には、同クラブの活動が重要な役割を果たすことになると考えられる。また、本調査を通じ、病院への老年科の設置や整備も進められており、国家高齢者病院ではサテライト病院の整備も計画されていることが確認された（3.5.2 参照）。

3.1.2 所轄官庁・担当部局

(1) 国家高齢化委員会（VNCA）

国家高齢化委員会は、高齢者のケアや役割発揮のためのガイドラインや政策、計画策定に関する首相補佐機関として、2004年に設立された。副首相が委員長、VAE 会長および MOLISA 大臣が副委員長、MOLISA 副大臣が常任委員を務め、各省庁⁸の副大臣及び国家委員会の副議長（11名）と中央組織⁹の代表（7名）が委員となっている。事務局長は MOLISA からの出向、9名の職員は事務所による採用であり、全職員は公務員である。

省レベルにおいても同様の組織があり、会長は人民委員会の副委員長、副会長は労働・傷病兵・社会局（DOLISA）副局長と VAE 副会長が務める。県レベル以下には組織は存在しないが、県、コミューンの人民委員会がその役割を担当している。

VNCA は高齢者法等の政策の実施状況を把握するために、省レベルの同組織や県レベル以下の人民委員会を訪問し、各地域の課題を調査している。また、各省からの半年ごとに提出される高齢者法の実施状況等を取りまとめ、年1回のセミナーを開催している¹⁰。

(2) 関係省庁

中央レベルにおける関係機関は 2.4.1 に述べたとおり、社会保護及び社会保険関連政策は MOLISA、保健医療関連政策は保健省が、それぞれ管轄している。

その他、高齢者国家活動計画に示されている関係省庁及び所管業務は表 3-2 の通りである。

⁸ 内務省、計画投資省、財務省、保健省、教育・訓練省、文化スポーツ観光省、情報コミュニケーション省、法務省、農業・農村開発省、VSS、少数民族委員会

⁹ ベトナム祖国統一戦線、ベトナム女性連合、ベトナム労働連合、ベトナム退役軍人会、ベトナム農民連合、ホーチミン共産青年団、ベトナム教育振興協会

¹⁰ 国家高齢化委員会からの聞き取りによる

表 3-3 高齢化対策関係省庁

| 関連省庁 | 担当業務内容 |
|---------------|--|
| MOLISA | 関係省庁や VAE、県・市人民委員会と協力し、首相決定の策定・提供、人材育成、介護施設の制度設計、高齢者調査、高齢者介護パイロット事業、首相への定期報告、事前説明及び計画実行状況のレビュー |
| 保健省 | 高齢者国家活動計画において高齢者専門医療を提供する施設の監督。高齢者向けの運動、セルフケア、健康増進・疾病予防に関する知識の普及 |
| 計画投資省 | 高齢者国家活動計画実行のための政府開発援助（ODA）調整、社会経済開発計画との調整 |
| 財務省 | 高齢者国家活動計画実行のための財政指導、監督 |
| 内務省 | 地方政府に対する高齢者介護や役割發揮のための基金の設立及び運営支援 |
| 建設省 | 単身、孤立高齢者向け公営住宅の建設及び高齢者の住宅建設・改修支援 |
| 農業農村開発省 | 農業や農村開発に高齢者が従事するための健康保持 |
| 文化スポーツ 観光省 | 高齢者の文化、芸術、フィットネス活動の指導、運動教室の指導・開設、運動指導員の教育、高齢者向けワークショップの実施、文化遺産、歴史、技術管、有名寺院の管理監督 |
| 通信省 | 高齢者に関する記事の報道機関への指示、フォーラム運営 |
| 運輸省 | 公共交通機関の管理監督、高齢者向け無料サービス |

出典： 1781/QD/TTg [22]から調査団作成

(3) ベトナム高齢者協会（VAE）

VAE は 1995 年に設立された社会経済団体で、高齢者の 90%近くに当たる 700 万人以上が加入しており¹¹、中央委員会、省・市レベルの 63 代表、県レベルの 698 代表、コミューン・村レベルの 12,000 の地方 VAE と 98,000 支部で構成されている¹²。中央レベルでは VNCA 及び MOLISA と緊密な関係を築いており、高齢者国家委員会の副会長に VAE 会長が就任する等、ベトナムの高齢者政策において重要な役割を担っている。

主な活動は、高齢者の介護、役割の向上のための活動、法的な権利や便益の保護、実態調査、政策提言、高齢者福祉のためのプロジェクトの実施¹³等である。

地方においても、省の高齢者協会長に共産党や統一祖国戦線の元幹部が就任する等、地方行政との関係も深いと考えられる。地方の高齢者協会は DOLISA と協力して高齢者の名簿¹⁴を作成したり、長寿祝金（3.3.4 参照）の配布を行ったりしている。また全国約 60,000 の老人クラブを運営し、運動や文化的な活動、健康増進に関する講演などを実施する。活動資金は任意で支払われる会費（2,000VND/月）によりまかなわれている¹⁵。

¹¹ 未加入の理由は、へき地にすむ、寝たきりなど。

¹² VAE プレゼン資料

¹³ 例えば、2012 年から、医療機関や NGO、大使館等から総額 2,500 億 VND の支援を受けて実施している、「高齢者のための健康な眼運動」（白内障手術を無料で行うプロジェクト）などがある。

¹⁴ ナムディン省 DOLISA からの聞き取りによる。名簿には年齢、性別、社会保護、年金受給、功労者、医療助成関係等の情報が含まれているとのことであった。

¹⁵ VAE からの聞き取りによる。人件費、管理費は別。

3.2 ベトナムの高齢化の状況

3.2.1 高齢者の概況

(1) 高齢化社会に突入した高齢者人口

ベトナム社会は人口の転換期を迎えており、急速な高齢化に向かいつつある。統計局によると平均寿命（2012年）は73歳（男性70.4歳、女性75.8歳） [23]であり延伸傾向にある（表 3-4）。2012年の60歳以上の高齢者人口は902万人となりベトナム総人口に占める割合は1割を超えている [24]。

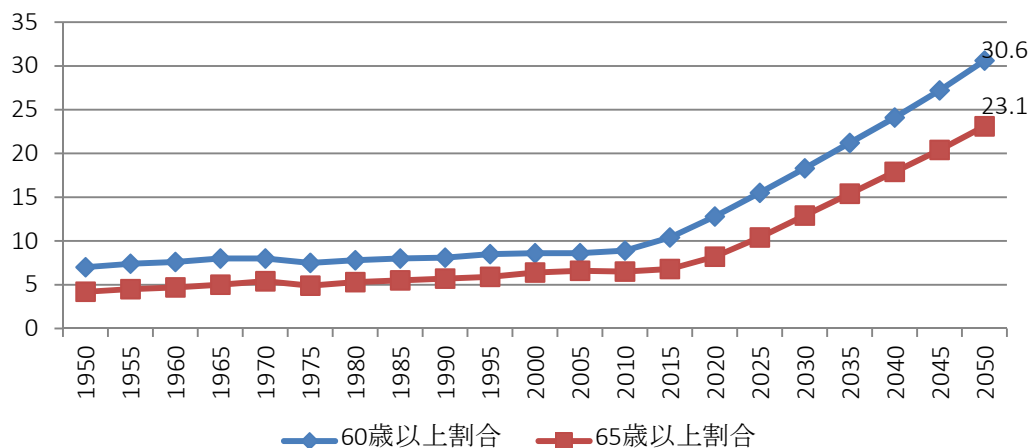
表 3-4 平均寿命の推移

| | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 |
|----|------|------|------|------|------|
| 全体 | 72.1 | 72.8 | 73.2 | 72.9 | 73.0 |
| 男性 | 69.4 | 70.2 | 70.6 | 70.3 | 70.4 |
| 女性 | 74.9 | 75.6 | 76.0 | 75.7 | 75.8 |

出典： 2012 Statistical handbook [23]

2011年には高齢化率(65歳以上の全人口に占める割合)は7%に達し、当初の予想より6年早くWHOの定める「高齢化社会」に突入した。次段階の「高齢社会」（高齢化率14%以上）への到達年数は、日本が26年であったのに対し、ベトナムは20年（2017-2037年）と予測され、ベトナムは日本より速いスピードで高齢化が進むと予測されている [25]（図 3-1）。さらに、合計特殊出生率も1.8（2011年） [26]と2.0を割り込んでおり、高齢化に加え少子化も急速に進むと予想される。

なお、ベトナムでは、高齢者法（3.1.1(2)参照）により、「高齢者」は60歳以上と定義されている。以降、本報告書では高齢者は原則として60歳以上を指すものとする。

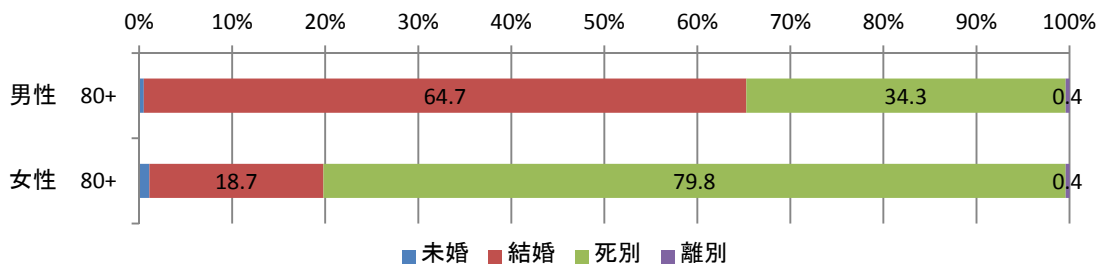


出典： World Population Prospects: The 2012 Revision [2]から調査団作成

図 3-1 高齢化率の推移（1950年－2050年、2010年まで実績値、以降推計値）

(2) 高齢者の世帯構成

女性の平均年齢は男性の平均年齢よりも長いことから、高齢になるほど単身女性の割合が増加する。60歳以上の高齢者人口の男女比は41.4：58.6 [27]である。80歳以上になると配偶者がいる男性が64.7%であるのに対し、配偶者がいる女性は18.7%に過ぎず、寡婦の割合が79.8%に上る。（図 3-2）。

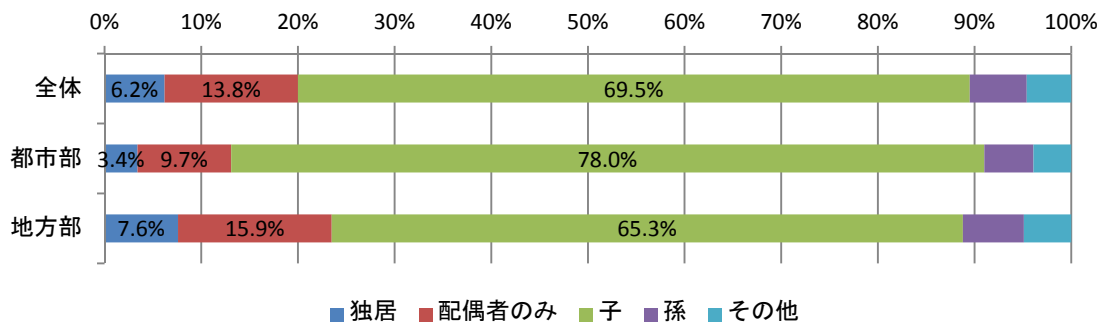


出典： The 1/4/2012 time point population change and family planning survey-Major finding [24]より調査団作成

図 3-2 80歳以上高齢者の婚姻状態

高齢者が子どもと同居する割合は、全国的には7割であるが、地方部では都市部よりも子どもとの同居割合は低く、独居、配偶者、孫と同居する割合が高い。孫と同居する世帯は”skip-generation”と呼ばれ、この背景には勤労世代が都市部へ移住していることが考えられる。本調査による聞き取りでは、都市部に働きに出た子どもが高齢の親を都市部に呼び寄せようとしても、親は暮らし慣れた故郷を離れたがらないことも多い、とのことであった。

また、ベトナム高齢化調査（VNAS）¹⁶によると、同居をしても家族からの虐待を受ける高齢者も少なからず存在する。11.0%が暴言、3.4%が無視、1.6%が暴力を受けており [28]、高齢者の尊厳の保持も今後の課題となる。



出典： Viet Nam Aging Survey (VNAS) 2011 [28]

図 3-3 高齢者の地域別家族構成

(3) 高齢者の居住地

高齢者の居住地をみると、30.2%が都市部、69.9%が地方部に居住しているが、都市部の居住割合は漸増しており、全人口の都市部の居住割合と同様の傾向が見られる（表 3-5）。

しかし地方の中でも農村部では高齢者人口の割合が非常に大きい。農村地域である紅河デルタ地帯、北部中央及び中央沿岸地帯、メコン河デルタ地帯において、高齢者の居住割合が大きく（表 3-6）、紅河デルタ地帯にあるナムディン省では人口の14%が高齢者であり、農村部に限ると高齢者の割合は82.6%になる省もある¹⁷。

¹⁶ Atlantic Philanthropies（米国の慈善団体）の資金援助及びヘルプエイジ・インターナショナルの技術支援を受け、ベトナム女性連合（VWU）及びベトナム高齢者協会（VAE）が2011年に実施したベトナム初の高齢者全国調査。クラスターランダムサンプリングにより、12省200コミュニティに居住する者を対象。総数4007、50～59歳1,218、60歳以上高齢者2,789、60歳以上高齢者の男女比は60.3：39.7。

¹⁷ ナムディン省聞き取りによる

表 3-5 高齢者の都市部と地方部の居住割合 (%)

| | | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 |
|-----|-----|------|------|------|------|------|
| 高齢者 | 都市部 | 25.5 | 27.5 | 28.3 | 30.2 | 30.2 |
| | 地方部 | 74.5 | 72.5 | 71.7 | 69.8 | 69.9 |
| 全人口 | 都市部 | 24.3 | 26.8 | 27.6 | 29.9 | 29.8 |
| | 地方部 | 75.7 | 73.2 | 72.4 | 70.1 | 70.2 |

出典： Viet Nam Household Living Standards Survey (VHLSS) 2012 [27]

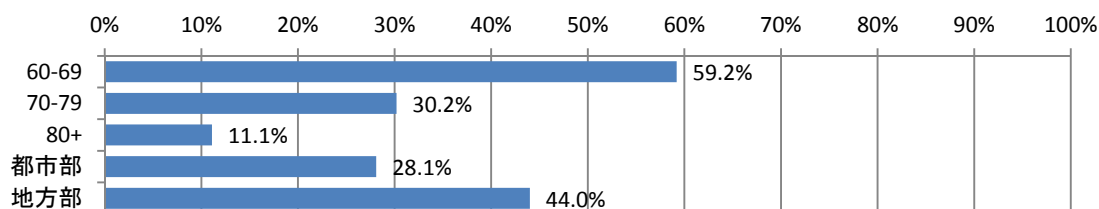
表 3-6 高齢者の地域分布

| | 0-14 | 15-59 | 60+ |
|--------------|------|-------|------|
| 紅河デルタ地域 | 21.8 | 64.4 | 13.9 |
| 北部山岳地域 | 26.1 | 64.7 | 9.2 |
| 北部中央及び中央沿岸地域 | 23.5 | 64.5 | 12.0 |
| 中部高原地域 | 28.5 | 65.1 | 6.4 |
| 南東地域 | 21.8 | 68.7 | 9.6 |
| メコン河デルタ地域 | 23.4 | 65.4 | 11.2 |

出典： VHLSS2012 [27]

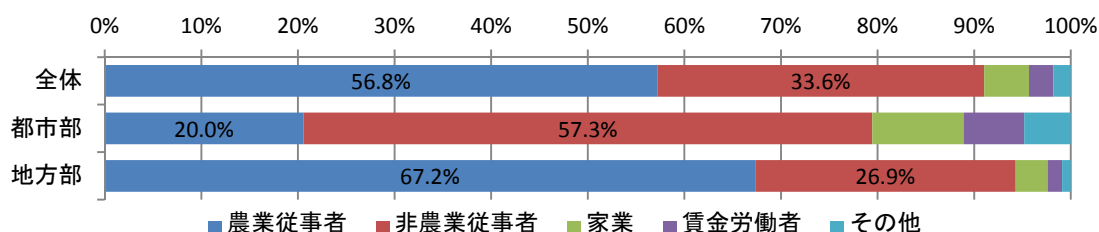
(4) 高齢者の就労・経済状況

60 歳代の高齢者の 6 割近くが就労しており、都市部よりも地方部の方が就労率は高い (図 3-4)。この背景には農業従事者の割合が高いことがある (図 3-5)。しかし収入が十分でないと答えた高齢者の割合は、都市部が 17.9%であるのに対し、地方部では 30.0%に上り、地方部の高齢者は生活に十分な収入を得られていないことが示唆されている [28]。



出典： VNAS2011 [29]

図 3-4 高齢者の年齢別・地域別就労状況

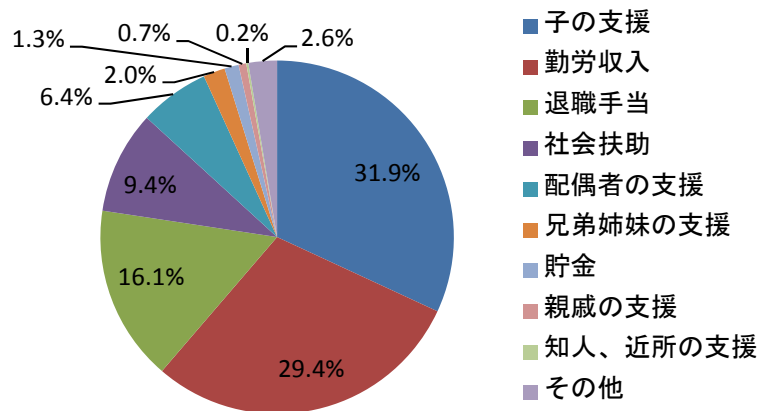


出典： VNAS2011 [28]

図 3-5 高齢者の地域別就労内容

収入源を子どもに依存する割合は大きく、32%が子どもからの支援、29%が勤労収入、16%が老齢年金となっている (図 3-6)。貯金のある高齢者は 10.4%に過ぎず、約 9 割の高齢者は貯蓄が無い。高齢者全体のうちで借金を抱える高齢者の割合は明らかではないが、借金を抱えている高齢者のうち事業投

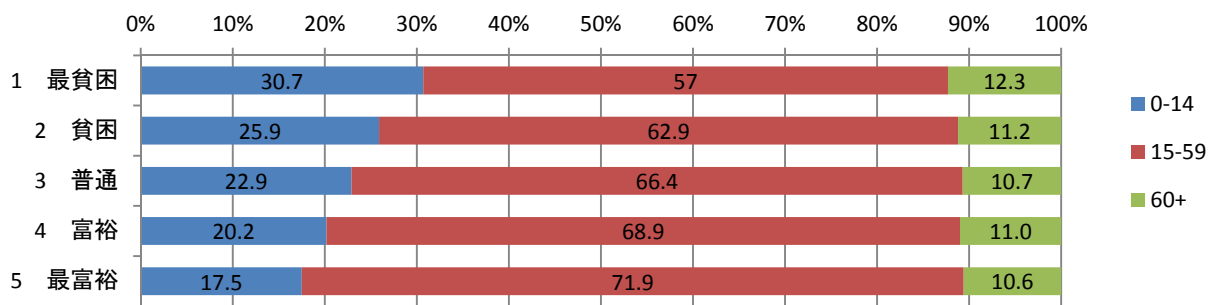
資を理由とする者は 34.2%、家の建築・改修を理由とする割合は 16.9%、健康問題を理由とする割合は 13.8%、日々の支出を理由とする割合は 8.6%となっており¹⁸、健康問題が借金に繋がる割合は少なくない [28]。



出典： VNAS2011 [28]

図 3-6 高齢者の主な収入源

最貧困層に占める高齢者の割合は 12.3%であり、より裕福な層と比較すると高齢者の割合は高い（図 3-7）。60 歳から 69 歳の貧困高齢者層の年間平均支出額は 7,896,000VND であり、非貧困高齢者層の支出額 26,229,000VND の約 3 分の 1 にとどまる [30]。



出典： VHLSS2012 [27]

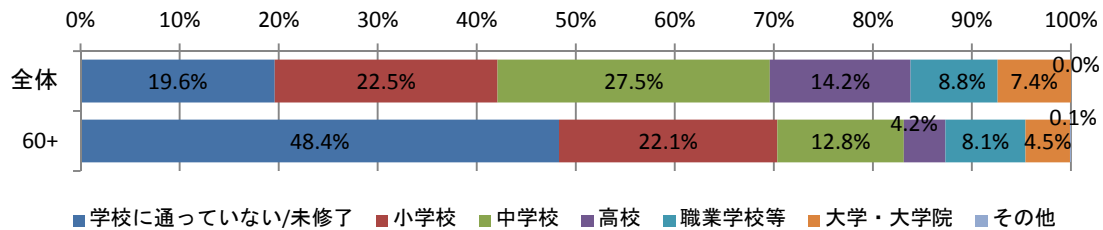
図 3-7 収入 5 分位別年齢割合

これらのことから、地方に住む高齢者の割合が高く、その多くは農業に従事しているが収入は少なく、子どもや配偶者からの経済的な支援が望めない、就労経験がなく年金が受け取れない等の状況にある高齢者の生活は厳しいと推察される。

(5) 高齢者の教育水準・生活環境・社会参加

図 3-8 に示すように、高齢者の 48.4%が学校に通ったことが無いか未修了である。高齢であるほど教育水準は低く、読み書きができる高齢者の割合は 51%だが、80 歳以上では 27.3%に過ぎない [28]。

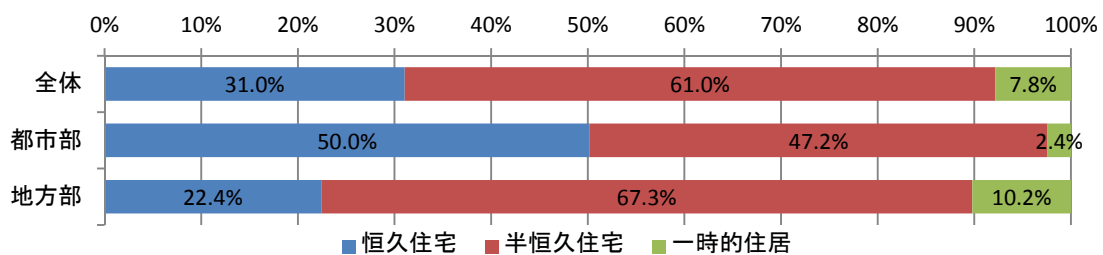
¹⁸ 借金の理由は複数回答と推察される。



出典： VHLSS2012 [27]

図 3-8 高齢者の学歴

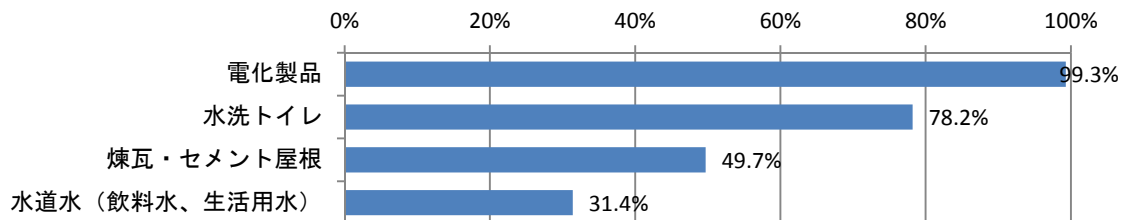
高齢者の住居は 9 割が恒久もしくは半恒久住居であり、不安定な一時的住居にすむ高齢者の割合は 7.8%である。一時的住居に住む割合は都市部よりも地方部の方が大きい（図 3-9）。



出典： VNAS2011 [28]

図 3-9 高齢者の住居状況

図 3-10 に示すように、住居における照明等の電化製品の普及率はほぼ 100%、水洗トイレは約 80%となっている。



出典： VNAS2011 [28]

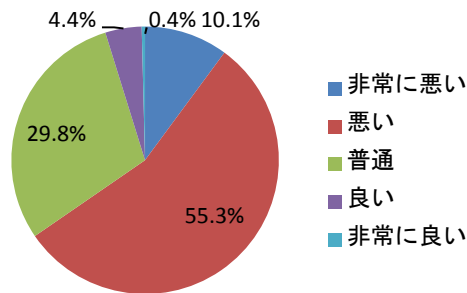
図 3-10 高齢者の生活環境

社会参加状況については、コミュニケーションや村で開催される何らかの社会活動やクラブに参加している割合は 36.4%、VAE の会員の割合は 71.0%、うち直近 12 カ月で VAE の活動に参加した割合は 82.5%である [28]。これらのことから、高齢者の社会参加活動に VAE が深くかかわっていると考えられる。

3.2.2 高齢者の健康

(1) 高齢者の健康状態

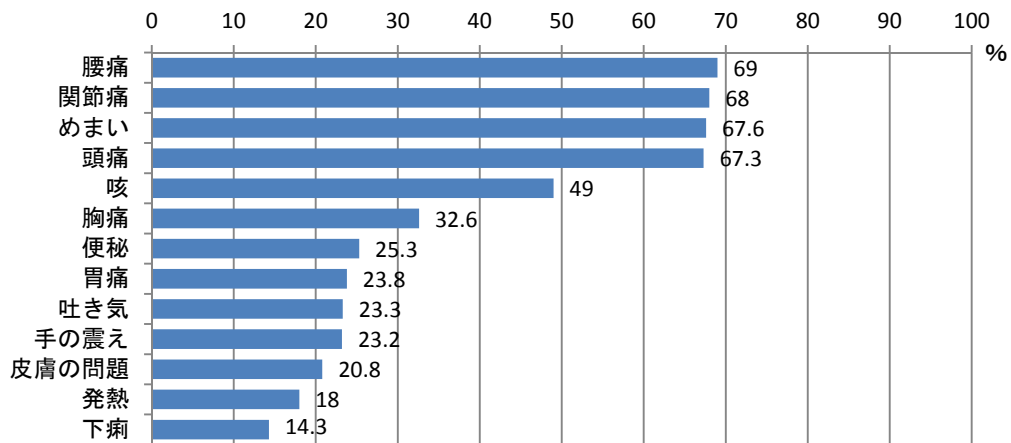
VNCA の調査によると、高齢者の 90.8%が 1 つ以上の疾患にかかっており、80 歳以上では 96.6%が何らかの疾患にかかっている [31]。また、65%の高齢者が健康状態が悪いと答えており、健康状態が不良である高齢者は多い（図 3-11）。



出典： VNAS2011 [28]

図 3-11 高齢者の健康状態

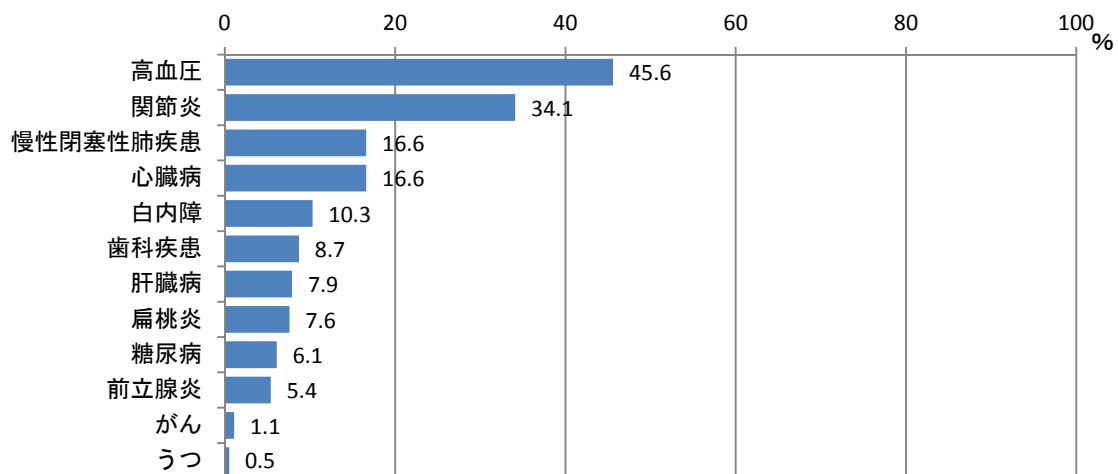
図 3-12 に示すように、主な健康上状の不調は腰痛、関節痛、頭痛、めまいで、それぞれ7割近くの高齢者がこれらの症状を訴えていた。



出典： VNAS2011[28]

図 3-12 高齢者の直前 30 日間にあった症状

また、高齢者に多い疾患は、高血圧、関節炎、心臓病、慢性閉塞性肺疾患、白内障等の慢性疾患であった（図 3-13）。



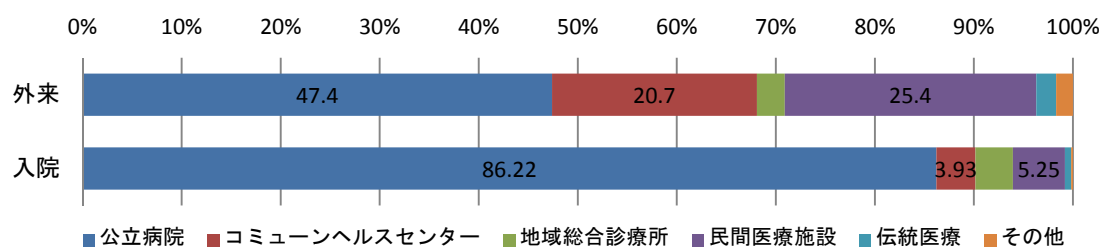
出典： VNAS2011[28]

図 3-13 高齢者の疾患（自己申告）

その他、医療機関への聞き取りによると、高齢者の増加に伴い糖尿病、がん、骨粗鬆症等の慢性疾患も増加している¹⁹。しかしながら、年齢層別の死因や疾病統計はなく、具体的な傾向を把握するのは困難であった。なお、慢性疾患は要介護状態や生活の質の低下をもたらす主な原因となっており、治療が長引くことから、患者本人はもとより介護する家族の職業を奪う場合もあり、家計への負担は長期かつ大きなものとなる。

(2) 高齢者の受療状況・医療保険

2012年の世帯・生活水準調査（VHLSS）によると、高齢者の64.8%は直近の12ヶ月間に医療機関にかかっているが、医療保険あるいは無料診療を適用して入院した高齢者は11.9%、外来では38.3%であった [27]。受診先医療機関は、外来の場合は公立病院が47.4%、民間医療施設が25.4%、コミュニケーションヘルスセンターは20.7%であり、入院の場合は公立病院が86.2%を占める（図 3-14）。



出典： VHLSS2012[27]

図 3-14 高齢者の受診先医療機関

高齢になると疾患にかかる割合が高くなるため、医療保険に未加入の場合、治療費が家計を圧迫するリスクが高くなる。特に80歳未満の高齢者のリスクが高い。貧困や80歳以上の高齢者には無料で医療保険が交付される。高齢者全体に占める無保険者は26.1%で、無料で保険証が交付される80歳以上でも10.7%となっている。一方70から79歳の高齢者では、特に準貧困世帯の任意保険加入が金銭的に困難であるため、無保険者は25.9%に上る。

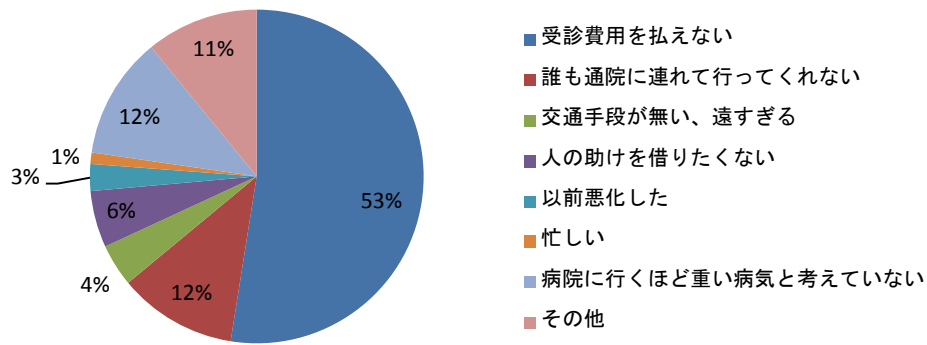
表 3-7 高齢者における無保険者の割合

| | 高齢者全体 | 60-69歳 | 70-79歳 | 80歳以上 |
|-----|-------|--------|--------|-------|
| 無保険 | 26.1% | 33.8% | 25.9% | 10.7% |

出典： VNAS2011 [28]

治療費の重い負担は受診を遅らせる要因にもなる。治療が必要な状況と思われるにも関わらず未受診である高齢者は54.9%にあり [28]、その理由として、受診費用を払えないとする割合が半数以上となっている。また病院に行くほど重い病気ではないと考えている、誰も通院に連れて行ってくれない、とする割合がそれぞれ12%あり（図 3-15）、高齢者が重症化してから受診する傾向がみられる。

¹⁹ 病院からの聞き取りによる。但し高齢者に限った疾病統計が無い場合、割合は不明である。

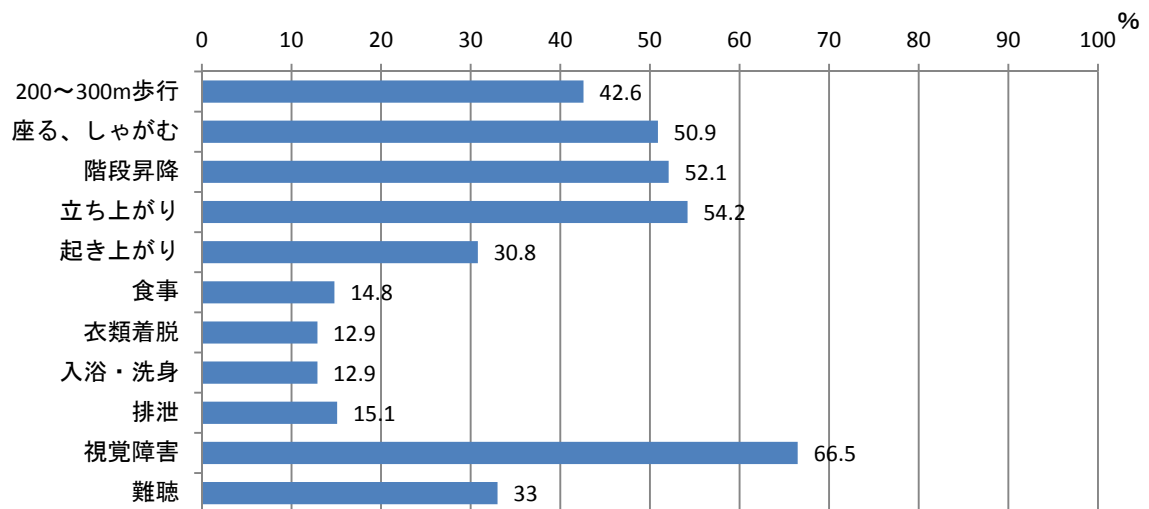


出典： VNAS2011 [28]

図 3-15 要治療にも関わらず未受診である理由

(3) 高齢者の生活機能 (ADL)

VNAS 調査によると、立ち上がりや階段昇降等の移動能力に問題がある高齢者の割合は半数以上あり、食事、入浴等の日常生活動作 (ADL) に問題がある高齢者の割合は約 13% となっている。



出典： VNAS2011 [28]

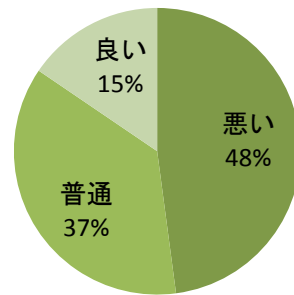
図 3-16 日常生活動作 (ADL) の状況

視覚に障害がある高齢者は 66.5%、難聴がある高齢者は 33% (図 3-16)、記憶に問題がある高齢者は 48% となっている (図 3-17)。

障がい高齢者に関する全国的な調査は未実施であるが²⁰、本調査で訪問した省においては、障がい者法で認定をされた高齢者数の割合は高齢者人口の約 2.5% であった²¹。

²⁰ 保健省医療サービス局による

²¹ ディエンビエン省の場合、高齢者人口約 32,000 人のうち障がい高齢者は約 800 人 (約 2.5%)。

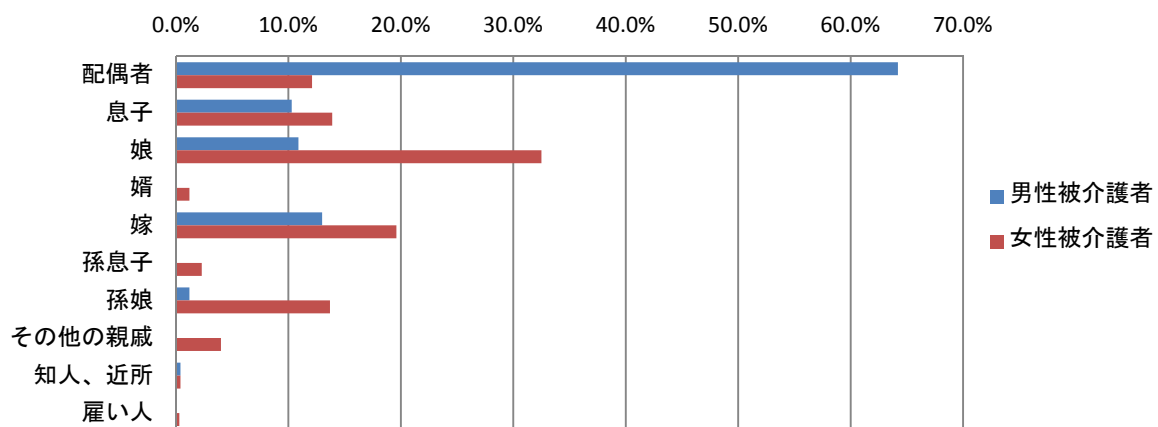


出典： VNAS2011 [28]

図 3-17 記憶の状況

(4) 高齢者介護に対する意識

ベトナムでは、介護は家族が担うものであるとの意識が根強く残っている。家族は介護に関する専門的な知識は乏しいものの、たとえ介護期間が5年、10年にわたっても家族が高齢者の面倒をみている。図 3-18 に示すように、主な介護者の属性は、被介護者が男性の場合はその配偶者が圧倒的に多く、女性の場合は娘や嫁となっており、主に女性が介護を担っている状況にある。



出典： VNAS2011 [28]

図 3-18 被介護者の性別による介護者の属性

一方、都市部を中心に、家族がいても高齢者を施設に預けたいとのニーズも少しずつ高まりつつある。公的高齢者施設では家族がいる場合は有料入居となるにも拘わらず、入居希望は増加傾向にある(3.4.1 参照)。

3.3 高齢者福祉施策（社会保険（年金）・社会扶助）

社会保障制度体系（図 2-3）のうち、高齢化対策に関わる制度は、社会保険における老齢年金、社会扶助における医療保険補助、老人福祉手当等がある。

3.3.1 老齢年金

社会保険には長期保険と短期保険があり、老齢年金は長期保険の1つに位置付けられる。

(1) 加入対象

強制加入社会保険の対象は、3ヶ月以上の雇用契約を交わしている労働者、公務員、ベトナム軍の士官・下士官、兵士、軍・公安の職員、雇用契約に基づき海外で従事する労働者であり、労働者については1ヶ月以上の労働契約に対象を拡大予定である。男性は15歳以上60歳まで、女性は15歳以上55歳までが対象である。

一方、任意加入社会保険の対象は、自営業であり、人口の7割程度を占める農業従事者をいかにカバーするかが課題である。

(2) 保険料率及び徴収方法

社会保険料の料率は毎年上昇しており、2014年からは老齢・遺族年金部分の料率が雇用者14%、被用者8%の計22%となる（表3-8）。労働者の保険料は雇用者とVSS 或いは省SSとの契約に基づき雇用者から支払われるが、中小企業を中心に未払が課題となっており延滞金利や罰金等の対策が取られている²²。

表 3-8 社会保険の保険料率

| 保険料率 | 老齢・遺族年金基金 | 労災基金 | 傷病・出産基金 | 失業保険基金 | 合計 |
|-------------|-----------|------|---------|--------|-----|
| 2012年-2013年 | | | | | |
| 雇用者 | 13% | 1% | 3% | 1% | 18% |
| 被用者 | 7% | - | - | 1% | 8% |
| 政府予算 | - | - | - | 1% | 1% |
| 合計 | 20% | 1% | 3% | 3% | 27% |
| 2014年1月以降 | | | | | |
| 雇用者 | 14% | 1% | 3% | 1% | 19% |
| 被用者 | 8% | - | - | 1% | 9% |
| 政府予算 | - | - | - | 1% | 1% |
| 合計 | 22% | 1% | 3% | 3% | 29% |

出典： Introduction of VSS [19]

(3) 受給要件

原則として、保険料拠出期間が20年以上である男性60歳以上、女性55歳以上の者が受給できる。MOLISA や保健省が指定する危険業務や重労働に従事した場合は、拠出期間が15年以上で受給開始される。なお、2014年8月国会提出予定の新社会保険法では、2016年から毎年4カ月ずつ受給開始年齢を延長し、最終的に男性62歳、女性60歳に引き上げられる予定である²³。しかしベトナムの勤続年数は一般に短く、退職年齢は平均53歳であるため、受給開始年齢との時間的ギャップがさらに拡大することも懸念される。

(4) 受給水準

確定給付型であり年金支給は各人の平均月収に基づく。拠出期間15年間に対して、老齢年金の置換率は標準報酬の45%に設定されており、以降拠出期間が1年加わるごとに男性は2%、女性は3%ずつ置換率が増加する。金額は最低賃金の75%が上限となっているものの、置換率は極めて高く [3]、ホーチミンの場合、平均受給額は200万 VND 程度である。

²² VSS への聞き取りによる

²³ VSS への聞き取りによる

(5) 受給方法

年金の受給については、銀行口座への振り込みにより現金自動預け払い機（ATM）から引き出すか、各地区・村の人民委員会の社会保険窓口で受け取る。一部の地域では、2013年から郵便局かATMのどちらかを選択可能になった。受給者がへき地に住んでいる場合は、省レベルのSSが郵便局と契約し郵便局員が現金を受給者に届けることとしている²⁴。

(6) 年金財政

老齢年金は賦課方式で、国際労働機関（ILO）とVSSの試算によると現行の料率（22%）で運営を続けた場合、2034年には積立金の取り崩しと保険料からの収入を合わせても支出が収入を上回り、年金財政が立ちいかなくなると予測されている。要因は、人口の高齢化だけでなく、平均寿命の伸びに対し退職年齢が53歳と早いため保険料支払期間が受給期間に対し短いこと、受給額の水準が高いこと等が挙げられる。MOLISAは、ILO等の支援を受けて加入期間の延長等を定めた社会保険法の改正を進めているが、実際に政策が実行されるのは各種政令、ガイドラインの策定が必要となる。

ドイツ国際協力公社（GIZ）によると、労働者の19.3%しか年金制度に加入しておらず、高齢者の21.9%しか年金を受け取っていない。18.5%の高齢者は社会扶助を受け取っているが、残り6割程度の高齢者はこうした支援を受けていない状況にある。年金支払額や加入期間等の年金加入記録の管理を正確に行うことの重要性が認識されてきており、VSSが紙ベースで管理していた記録を、ITによる管理に移行する動きがある。

3.3.2 社会扶助

(1) 医療保険証の無料交付

80歳以上高齢者、及び貧困かつ身寄りのない単身高齢者には保険料無料で医療保険証が交付されるほか、埋葬料が支給される。この制度により80歳以上高齢者は医療保険加入率が高くなっているものの、60から79歳の準貧困層の加入率が低迷している。

(2) 老齢福祉手当

1) 受給要件・受給水準

年金を受け取っていない80歳以上の高齢者には、家族の有無や所得に関係なく、老齢福祉手当として月180,000VND（標準額）が支給される。また60歳以上80歳未満の単身もしくは貧困高齢者に月180,000VND、80歳以上の単身・貧困高齢者はその2倍の月360,000VNDが支給される²⁵。さらに重度の障がいのある高齢者には2.5倍の月450,000VNDが障がい者法に基づき支給される²⁶。標準額（月180,000VND）の水準は最低生活水準の25%に過ぎないことが問題であったが [32]、2014年からは標準額が月270,000VNDに増額される²⁷。

²⁴ ディエンビエン省SSからの聞き取りによる

²⁵ 高齢者法の実施ガイドラインに関する政令（06/2011/ND-CP）に規定されている。

²⁶ 障害者法の実施ガイドラインに関する政令（28/2012/ND-CP）に規定されている。

²⁷ 社会的保護が必要なものに対する社会扶助に関する決議（136/ND-CP/2013）に規定されている。

2) 支給方法

老齢福祉手当は、省財務局から県人民委員会財務部を通じ、県 DOLISA に送金されるものを、村の幹部が現金で受領し、受給対象者に配布する²⁸。一部の地方では、受給対象者に届かない場合も生じていた²⁹ため、郵便局を利用した支給方法を 2013 年から全省で開始した。この支給方法は、2011 年から一部の省で実証された結果、有効であることが確認されたため、全国展開されることになった³⁰。但し中山間地においては郵便局までのアクセスが悪いためこの方法は用いられていない³¹。

3) 受給人数

年金もしくは老齢福祉手当を受給している高齢者は合計 470 万人となり、全高齢者の 50%以上となっている [21]。しかし一部の高齢者は、個人の特定ができるカードや証明書を持たないため、受給の権利があるにもかかわらず受給できていない。

3.3.3 障がい高齢者への手当

障がい高齢者に関しては、2010 年に改正された障がい者法（51/2010/QH12）に規定されている。障がい者法の対象は、高齢者だけでなく小児を含む障がい者全般であり、身体障害、感覚器、視覚、精神心理、知的障害等が該当する。日本における「要介護高齢者」と同じ定義は無く、障害を持つ高齢者として保護されている。同法の中で障がい者を抱える家族は、障がい者の世話をすることが規定されている。

障がい度に関する認定は、原則として障がい度認定審議会により決定され、決定が困難な場合や本人やその代理人が決定を拒否した場合や明らかに決定に偏りや誤りがある場合は、医学的診断審議会により決定される。障がい度認定審査会はコミューン、県、町の人民委員会議長により設立される。

障がい高齢者は医療機関を優先的に受診することが可能であり、手当ても一般の障がい者よりも充実している³²。

3.3.4 長寿祝金及び公共機関割引

(1) 長寿祝金

毎年「高齢者の日」に、長寿祝金として 100 歳の高齢者には首相から 50 万 VND が支給され、90 歳の高齢者は省レベルの人民委員会議長から祝金が支給される。さらに地域により、省レベルの人民委員会議長は 70 歳、75 歳、80 歳、95 歳、100 歳超の高齢者に祝金を支給する³³。他の高齢者施策に比べ、長寿祝金に関する施策はよく実行されている。なお、支給額は地域の財政状況により増減する [21]。

²⁸ ナムディン聞き取りによる

²⁹ GIZ 聞き取りによる

³⁰ 社会的保護が必要なものに対する社会扶助に関する決議（136/ND-CP/2013）において郵便局の活用が推奨された。

³¹ ディエンビエン省での聞き取りによる

³² 障害者法の詳細及びガイドラインに関する政令 28 号（28/2012/ND-CP）及び同政令の実施ガイドラインに関する MOLISA 通達に詳述されている。たとえば障がい高齢者の扶助額は、障がい者標準額の 2.5 倍であり、複数の要件を満たす場合は重複支給を避けるようにしている。

³³ 高齢者法の実施ガイドラインに関する政令（06/2011/ND-CP）に規定されている。

(2) 公共交通機関及び施設の割引

60歳以上の高齢者は、船、列車、飛行機等の交通機関の運賃は少なくとも15%割引、文化遺産や美術館、観光地の入場料は少なくとも20%割引を受けられることとなっている³⁴。

3.4 高齢者福祉サービスの状況

3.4.1 高齢者福祉サービスの種類

高齢者向けの福祉サービスには、公的高齢者施設とコミュニティレベルのケア支援、民間有料老人ホームとがある [33]。一定の施設基準に基づき、設立する省の計画投資局及び DOLISA に申請し認可を得ることで設立が可能になる。

- 公的高齢者施設（中央レベル、省レベル）
 - 社会保護センター・授産所（虚弱高齢者、単身高齢者向け）
 - 高齢者介護施設（軍人や殉職者の両親、ベトナム独立の功労者向け）
- コミュニティレベルのケア支援（精神疾患や重度の病気、単身の要介護高齢者向け）
 - 社会の家
 - ボランティアによる在宅介護
 - 家族による在宅介護
- 民間高齢者施設（有料老人ホーム）

3.4.2 公的高齢者施設

(1) 入居対象

社会保護センターは全国に432施設あり、41,400人を収容しているが、必ずしも高齢者専用ではなく孤児や精神疾患の患者等様々な要援護者を対象としている。また地方によっては高齢者が入居可能なセンターがないところもある³⁵ [21]。

社会保護センターや高齢者介護施設の入居対象者には、身寄りが無い或いは貧困などの理由で保護を必要とする高齢者と、家族はいるが介護が困難なため入居を希望する高齢者との2種類がある。前者は無料で入居ができ、後者は収入等の審査の後に入居決定がなされ、有料で入居する。入居希望の場合は、無料入居対象者は DOLISA へ申請し、有料入居対象者は施設へ直接申請する。1週間程度の短期滞在も可能である³⁶。

単身や貧困の条件を満たす無料入居者数はさほど変化が無い一方、家族がいる有料入居者数は増加傾向にある³⁷。有料入居者の入居理由には、家族の仕事が忙しく面倒が見られない、家族の不仲のため介護が困難であるとの理由が多いが、高齢者自身が家庭では機会の少ないレクリエーションを楽しみたい、他の高齢者と仲良くなりたいなどの理由で入居を希望してくるケースもある。

³⁴ 高齢者法の実施ガイドラインに関する政令（06/2011/ND-CP）に規定されている。

³⁵ 民間の高齢者介護施設の施設数は確認できていない。

³⁶ ホアビン省 DOLISA 聞き取りによる

³⁷ ナムディン省及びホーチミン市 DOLISA 聞き取りによる

(2) 運営

無料入居者については行政からの補助があり、有料入居者については利用者から利用料を徴収する。ホーチミンの高齢者介護施設の場合、無料入居者については1人あたり月1,200,000VNDの支援があり、有料入居者については1人あたり月3,000,000VNDを徴収する。その他、食糧については米や麺類等の寄付により支えられている。また、施設では、食事、家事等の支援のほか、運動や小旅行等の軽いレクリエーションが提供される。

(3) 人材

ホーリーと呼ばれるヘルパーが食事、家事等の援助を行う。ホーリーの学歴は高卒程度で特別な資格は無く、OJTによる育成が主である。介護現場の労働環境に耐えきれず短期間で離職する者も多いため、人材の定着は大きな課題となっている。

(4) 設立母体

公的高齢者施設には公立のものと民間設置のものがあり、全国の社会保護センターのうち、公立が182施設か所、民間設置が250施設ある [21]。

高齢者介護施設整備に政府予算を増やす予定はなく、今後は不動産税等の優遇措置を通じて民間による設立を促す予定である³⁸。建設省は各省に約50人が入居可能なセンター建設を提案しているが、功労者及び単身・貧困高齢者向けセンターは公立、それ以外は民間による設立を想定している [34]。

公的高齢者施設の事例：Thi Nghe 高齢者介護施設（ホーチミン市）

敷地14,000平方メートルに15の入居棟及び1つの医療棟を有し、各入居棟に5部屋ある。無料入居者が63名、有料入居者が75名である。17㎡の広さでトイレやシャワーを備えた居室に1人ずつ居住している。

医療棟は24時間体制であり、通常の医療施設で受けられるサービスを医療保険により提供している。入居者の疾病は、糖尿病、高血圧、認知症等が多い。入居者の要介護度は比較的軽度であり、自立し歩行する入居者も多く見られる。奉仕の精神が運営の柱となっており、周辺地域住民等からの食糧等の寄付もある。



外観



居室

³⁸ 財務省からの聞き取りによる

3.4.3 民間高齢者施設

民間高齢者施設は少なく、全国で10施設（ハノイ市8施設、ホーチミン市1施設、ゲアン省1施設）の存在が確認された。家族介護の文化が根強いいため有料老人ホームはまだ普及していないものの、有料老人ホームの認知度の向上に伴い満室となっている施設もある。

民間高齢者施設の事例：Thien Duc Health Care Center For The Elderly（ハノイ市）

2001年4月設立され、45部屋150床の施設であり、居室は8人、4人、2人、1人用の各部屋、さらに集中治療室、リハビリ専用室、看取り看護（終末医療）用の部屋がある。施設の認知度が高まるにつれ入居希望者が増加し、入居者数は162名、さらに入居待機者もいる。

体操や新聞の読み聞かせ、リハビリ運動、レクリエーション活動（テレビ観賞、ゲーム）、3回の食事、他遠足等の活動を行う。

入居要件は原則として健康な高齢者だが、入居者の60%が何らかの障がいをもつ。認知症、寝たきりがある入居者は各10%あり、健康な高齢者は10%程度。入居費用は、部屋の種類やサービスに応じて月250から650米ドルであり、入居者の収入レベルは中程度以上50%、中程度未満35%、貧困層15%である。中程度未満でも入居可能である理由は、子どもが分担して費用を支払っているためである。貧困層の高齢者は慈善事業として無償で滞在させている。

医師2名、看護師65名が勤務し、スタッフの平均給与は月300米ドルである。高齢者介護が職業としてまだ認知されていないこと、当直や重労働など負荷が大きいこと、携帯保有禁止等の施設内規則が厳しいこと等が理由で、スタッフの定着率が低いことが大きな課題である。離職率は高く、3年以上勤務している者は50%程度である。特に都市部の若者には敬遠されており、スタッフには地方出身者が多い。在宅・訪問サービスについては、訪問先の家庭や他事業者から人材が引き抜かれる恐れが大きいいため、実施していない。



居室（4人部屋）



入居者

政令では高齢者介護サービスとの契約に関しては、サービスを受ける者の健康状態やケアの時間、場所・方法、料金等を規定することとされている³⁹。但しいくつか開設されている民間高齢者施設では日本のような人員基準や施設基準を具体的の設定しているわけではなく、介護の質は必ずしも高いとはいえない [35]。

3.5 高齢者医療施策及びサービス

3.5.1 高齢者医療施策

(1) 高齢者法及び高齢者の保健医療サービスの実施ガイドラインに関する通達

ベトナムは疾病構造の変化にともない非感染性疾患（NCD）が増加しており、特に高齢者は複数の慢性疾患を抱えるため、今後高齢者が増加すると従来の感染性疾患中心の専門科だけでは対応できなくなることが予想される。そのため、慢性疾患への対応や疾病予防といった高齢社会に対応した医療サービスの整備が求められている。

高齢者医療施策は、高齢者の保健医療サービスの実施ガイドラインに関する通達（35/2011/TT-BYT）に基づき、保健省を中心に実施されている。同通達は、医療施設における高齢者医療、コミュニティにおける高齢者医療及び慢性疾患管理、執行体制の全3章、11条で構成されており、①高齢者の優先的な受診、②省レベル病院における老年科設置、③老年科の人材育成、④家庭医や在宅医療の整備、⑤定期健診実施、⑥介護予防及びリハビリの実施、⑦通院費用補助、等が示されている。但し老年科の具体的なサービス内容に明確な指示が出されていない⁴⁰。

3.5.2 高齢者医療の提供

老年科の設置に関し、高齢者国家活動計画 2012-2020 では、2015 までに中央レベル病院及び省病院の25%、2020年までに中央病院の90%、省レベル病院の100%に老年科を設置することが目標に掲げられている⁴¹。しかし省レベル病院の老年科設置は、財政不足及び医療人材不足のため、進捗が遅れている。2013年に保健省が実施した15省を対象とした調査によると、老年科が設置された病院があるのは15省中2省であり、6省の病院では心臓科や内科と合同による老年科設置、4省では老年科ではなく高齢者専用ベッドが設けられているのみ、3省では老年科も高齢者専用ベッドも無かった。また、老年科で提供するサービス内容が具体的に定義されていないことも課題に挙げられている⁴²。

(1) 国立高齢者病院

国立高齢者病院（図 3-19）は、2006年にバックマイ病院から老年科が分離されてできた病院であり、8つの診療科（検査科、集中治療室、神経科、糖尿病診療科、心臓科、内科、自費診療科、リハビリテーション科、薬剤科、診察科）で200床を備えている。入院患者は200人おり、外来患者は1日300人を受け入れている。医師は44人、看護師は117人を擁する。

³⁹ 高齢者法の実施ガイドラインに関する政令（06/2011/ND-CP）に規定されている。

⁴⁰ チョーライ病院からの聞き取りによる

⁴¹ ホーチミンにある統一病院には以前より老年科が設置されている。

⁴² チョーライ病院からの聞き取りによる

患者に多い疾患は脳卒中、認知症、心臓疾患、高血圧、糖尿病、骨粗鬆症等であるが、ほとんどが急性疾患や複雑な治療を要する疾患である。平均在院日数は約 11 日だが、高齢者の場合は長期療養を要するため再入院も多く、今後慢性疾患向けの施設が必要である。

同病院は老年学の教育拠点ともなっており、省レベル病院の技術指導・研修を実施し、ハノイ医科大学と協力して老年学の指導も行っている。



国立高齢者病院外観



国立高齢者病院リハビリ科

図 3-19 国立高齢者病院

患者の増加を背景に、2015 年に病院を増築して 300 床に増床し、2016 年にはハノイとその近郊に 500 床ずつ 2 病院を建築する予定であり、さらに 2020 年にはホーチミン及びダナンにサテライト病院の建築計画がある。

(2) 省・県レベル病院

内科や心臓科の一部として高齢者医療が提供されている場合も多い。現場レベルでは、高齢者患者の割合がそれほど高くなく、高齢患者は重症化してから来院して比較的早く死亡してしまうため、高齢者医療への対応の必要性に対する認識はまだ低い。しかし、ベトナムでは家族が患者の身の回りの世話をを行うため、子どもが都市部へ流出することにより、病院における高齢者の世話が問題になりつつあるとの意見もある⁴³。

⁴³ Mai Chau 病院聞き取りによる

省レベル病院の老年科の事例：Nam Dinh 病院

老年科は 40 病床、患者数 37 人で病床稼働率は 100%未満を維持している。居室は 4 人 1 室である。多い疾患は心臓疾患で、平均在院日数は 9 日間程度となっており、本来であれば入院が望ましい患者も退院させている。医師 5 人、看護師 10 人が勤務しているが、特に老年学に関する教育を受けたことが無い。リハビリ科では、医師の指示によりリハビリを実施。主な疾患は肩関節症、膝の痛み、事故による骨折である。



リハビリ科の器具

(3) 高齢者医療のための人材

1) 医師

高齢者医療に関する教育は、医科大学及び国立高齢者病院を中心に行われている。老年学科が医師の育成カリキュラムの内科の単位の一つとして設けられており、今後ハノイ医科大学、ホーチミン医薬大学においては老年学科が内科から独立する予定である⁴⁴。また大学院では老年学専門医のカリキュラムが設けられている。また、保健省医療サービス局と国立高齢者病院は高齢者医療に関するガイドラインを策定中である⁴⁵。

しかし全省における老年科設置が目標となっているのに対し、高齢者医療人材は圧倒的に不足している。老年学教育を受けた医師及び看護師は約 1,400 人で、大都市に集中している [21]。地方部ではほとんど老年学教育を受けた医療従事者はいない。

2) 看護師・介護職

高齢者介護に関連する専門職はおらず、現状では看護師やホーリーが主な担い手となっている。なお、日本の介護福祉士にあたる資格はない。保健省によれば、今後、看護教育に老年学の科目を導入する予定である⁴⁶。また、保健省は国連人口基金（UNFPA）の支援を受けて高齢者の介護に関するマニュアルを作成し、地方の県・町レベルの医師や介護職を対象に配布する活動を行っている。

⁴⁴ 保健省医療サービス管理局、科学技術訓練局聞き取りによる

⁴⁵ 保健省医療サービス管理局聞き取りによる

⁴⁶ 科学技術訓練局聞き取りによる

ホーリーは高齢者の家事援助や諸作業を行う。ホーリーに資格等の要件は無く、高くても高卒程度の学歴である。一部の民間有料老人ホームではホーリーに一定の人材要件を設けているところもある。高齢者介護が職業としてまだ認知されていないやと、介護現場の業務環境が厳しいため、高齢者施設では公的施設、民間施設ともに人材の定着率が低いことが大きな課題となっている。

3) 高齢者介護事業における外国人労働者受け入れ状況と政府の施策

日・ベトナム経済連携協定（2009年10月1日発効）の規定に基づき、日本によるベトナムの看護師・介護福祉士候補者の受入れ交渉を開始し、2012年4月に「看護師及び介護福祉士の入国及び一時的な滞在に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の書簡の交換」が完了、2014年度から受入れ開始する。候補者は訪日前に12ヵ月間の日本語研修を受講し、日本語能力試験N3以上を取得することが受入要件となっている [36]。第一陣は6月に来日の予定となっている。

(4) 福祉用具

車いすや歩行器などの器具は通常の薬局において自己負担で購入できる。福祉用具に関する公的な規定は特に設けられてはいないものの、政府や各種ドナーからの福祉用具の提供を受ける制度がある。DOLISAが各地方の福祉用具対象者リストを取りまとめ、MOLISAや赤十字などの非政府組織等に申請する。福祉用具の提供機関は複数にわたるため、1人で3台の車いすを持つ者もいる⁴⁷。また、地方部の少数民族の場合は、高床式住居等の住環境の制約のため車いすの提供が難しい⁴⁸。

3.5.3 在宅医療・介護

ベトナムでは家族が高齢者の世話をすることが一般的であり、入院時は家族が付き添い、退院後はほとんどが自宅療養となる。寝たきりや認知症等で要介護状態になった場合は5から10年かかっても家族が介護をし、家族に看取られる場合が多い。

寝たきりになった場合、医師が自宅を訪問し、褥瘡予防のための寝返り等の方法を指導している。訪問医療に関する体制が確立されているわけではないが、通常、家族が知り合いの医師に週1回または月1回訪問を依頼して診察をしてもらう。医師は病院の勤務医の副業や民間開業医である場合が多い。また、定年した医師などがボランティアで訪問する場合もある⁴⁹。コミュニケーションヘルスセンター（CHC）や病院の医師による訪問診療は、職員の数が限られるため困難である⁵⁰。診療費については、通院の場合は保険が適用されるが、訪問の場合は保険適用外となる。

在宅介護に関し、都市部の一部富裕層の中には、高齢者専門の家政婦を雇って、脳梗塞等で寝たきりになった高齢者の在宅介護サービスを受けるケースが増加している。こうした家政婦を雇用するには月150米ドル程度必要であり、サービス利用には一定以上の収入が必要である。また家政婦に対する介護技術に関する研修が国立高齢者病院で実施されているものの、ほとんどは自らの経験に基づいてサービスを提供しているのが実状である。一般には、在宅介護は家族が担っており、頼りになる家族などが結婚や国内外への移住などで身近にいない場合、配偶者の介護のために収入源となる仕事（農業等）を放棄せざるを得ず、家族からの経済的支援も期待できない場合には貧困家庭となるケースもある。

⁴⁷ ホアビン省 DOLISA からの聞き取りによる

⁴⁸ ディエンビエン省 DOLISA からの聞き取りによる

⁴⁹ VAE からの聞き取りによる

⁵⁰ ディエンビエン省 DOH への聞き取りによる

地方部では、生活動作が困難になった高齢者を介護・介助するためのスキルを家族が習得するなどして家族の在宅介護の質の向上のために、村落保健ボランティア（VHW）を教育し、家族介護を支援する役割を担わせることも検討されている⁵¹。

3.5.4 高齢者の健康増進・疾病予防

(1) コミュニティヘルスセンター（CHC）の健康増進活動

コミュニティヘルスセンター（CHC）は、住民の健康管理や初期診療を担う施設であり、高齢者に関しては、健康管理等の保健事業を行う。CHCにはごく一般的な薬しか置いていないため、服薬を必要とする慢性疾患の治療が必要な場合には県レベル以上の病院にリファーされる。

CHCにおいて実施される高齢者の健康管理の主な活動は、第35号通達に規定されている年1回以上の定期健康診断である。下記事例のように血圧、血糖値等の総合的な健診やその後の生活指導が行われている地域もあるが、多くは血圧測定程度の簡単な健診である。CHCは、定期健康診断実施のために高齢者健康管理簿を作成しているが、健康状態の記録をしている場合は少なく、多くは対象者リストに過ぎない。

定期健康診断の実施状況は、2013年の保健省による15省を対象とした調査結果によると、全省で実施が確認されているが、コミュニティ、県レベルでの実施割合は10%未満、最も割合が高い省でも22.7%であった。未実施の理由は主に予算不足である⁵²。また遠隔地では、交通手段がなく健康診断を実際に受けられない高齢者も多い⁵³。

● 健康増進活動の例（ナムディン省）

ナムディン省では、ナムディン省看護大学のプロジェクトとして、コミュニティベースで高齢者の生活の質向上を目的とした健康増進活動を実施している。高齢者の他、高齢者の家族も含めたプログラムを実施し、200人程度の参加が得られた。また住民の高齢者に関する関心を高めるためのパンフレットを24,000枚作成し配布、更に2つのコミュニティヘルスセンターに血圧測定器、血糖測定器、体重計など機材の提供を行うとともにその使用方法や管理方法などのトレーニングも実施した。

(2) コミュニティレベルの取組み

いくつかのコミュニティでは、高齢者向けのヘルスケアのパイロット事業が実施されている。健康増進活動（軽い運動）や文化活動（歌や踊りなど）を貧困削減活動と合わせて実施している。しかし、多くのパイロット事業では、住民カバー率が低いこと、継続性が乏しいことが課題である。この原因は高齢者のニーズにモデルが適合していないこと、専門的な保健サービスネットワークやコミュニティ・県レベルの施設の不足、政府機関の管理機能不足、保健サービス人材教育の不足、保健サービスネットワークの発展を支援する政策の不足があげられる⁵⁴。

⁵¹ 保健省医療サービス管理局聞き取りによる。村落保健ボランティアの業務は、衛生に関する広報活動、応急処置、疫病モニタリング、人口管理（避妊の奨励）、高齢者向け健康相談である。

⁵² ハノイ医科大学聞き取りによる

⁵³ ディエンビエン省 DOH からの聞き取りによる

⁵⁴ ハノイ医科大学聞き取りによる

(3) 多世代間自助クラブ (ISHCs) について

多世代間自助クラブ (ISHCs) は、ヘルプエイジ・インターナショナル (第6章参照) が支援する事業であり、貧困や社会的不利層の立場を改善するため、コミュニティベースで、高齢者世代と若年層世代を混成した多世代間によるクラブを組織化している。クラブは自助、健康活動、社会参加、文化活動、在宅ケア、マイクロファイナンス、防災、権利擁護、医療保険、ジェンダー・高齢者対応といった包括的な目的を有する。

1つのクラブに50から70名が所属し、高齢者は7割程度となっており、クラブ数は全国700程度あり年々増加中である。月2,000から5,000VND程度の低額の会費及びUNFPAや地方自治体等の支援により運営しており、互助の仕組みにより継続性のある活動を実現している。

現在は無償のボランティアによる支援だけだが、退職した看護師を活用した有償の介護サービス⁵⁵ (排せつ介助、健康管理など) の導入を開始したクラブもあるとのことであった。



図 3-20 多世代間自助クラブ (ISHCs) の様子

3.6 普及啓発及び統計調査

(1) 普及啓発

ベトナム政府は高齢者法で毎年6月6日を高齢者の日と制定し、年間を通じて全国でワークショップを開催し、テレビやラジオを通じた普及啓発を行っている⁵⁶。しかし高齢者施策について全く聞いたことが無いとする割合は依然として23.2%である。高齢者施策を知る情報源は、社会経済団体 (VAE、ベトナム女性連合 (VWU) 等) が45.2%と最も多く、次にマスメディアが28.8%、地元当局が21.4%、近隣が17.6%となっており、様々な形態による普及啓発活動が今後も必要である [28]。

(2) 統計及び大規模調査

ベトナムの高齢者に関する全国的な統計及び大規模調査は乏しい。研究者により実施された調査は複数あるが、サンプル数が十分ではない。定期的かつ全国レベルでデータを収集しているベトナム世

⁵⁵ ヘルプエイジ・インターナショナルによれば、KOICAの支援で、退職した看護師に介護の研修を受講させて人材を育成した。費用は、KOICAから提供された原資を各ISHCで運用した利益から支払うとのことであった。

⁵⁶ 保健省では2013年に125回のワークショップを開催し、40回のテレビ放映を実施している。

帯・生活水準調査（VHLSS）や保健統計では、高齢者層に特化した集計や分析はごく限られている。このような状況下において、「ベトナム高齢化調査（VNAS 2011、脚注 15 参照）」は高齢者の現状を包括的に明らかにした初の調査である。

しかし、定期的な全国統計調査は財政上の制約から難しい。政府の統計は、地方からの報告に依存しているが、データの信頼性や妥当性に関する検証は十分に行われていない。統計局や保健省が実施する既存の統計に、高齢者に関する調査項目を導入するなどして活用することが現実的かつ効率的と考えられるが、これら既存の調査のデザインを変更するのは困難である⁵⁷。

3.7 高齢化対策における課題

ベトナムが近い将来直面する急速な高齢化に対処するためには、既存の政策を確実に実施するとともに、その進捗をモニターして政策の更新や策定に活用するためのデータ収集体制や統計の整備が不可欠である。併せて高齢者医療福祉サービスの拡充やそのための制度整備が必要であると考えられる。以下に、ベトナムの高齢化対策において考えられる課題をまとめる。

(1) 実施ガイドライン・マニュアル、及び政策エビデンスの整備

高齢者法に基づいて極めて多くの政令、ガイドラインが發布されており、高齢者に関する法律や政令の整備は比較的進んでいる。しかし、関連機関がそれぞれに通達や指示等を発布しているために数が多く、整合性や一貫性が保たれていない恐れが指摘されており、関連する政策等の整理と体系化が必要と考えられる⁵⁸。また、財源や人材の不足から、地方部を中心に実施が遅れている。さらに、政策実行状況のモニタリングに必要な政策エビデンスとなる統計データが未整備であるため、現状や進捗状況を具体的に把握するのが困難である。

(2) 高齢者への医療サービスの拡充

高齢者特有の複数の慢性疾患にかかる患者の増加に対応するために、総合的な診療を行う老年科の設置や定期健診等の健康増進・疾病予防が計画されている。しかし、財源や人材の不足から、地方部を中心に実行が遅れている。医療現場における高齢化対策への危機感はまだ薄いのが、医科大学や中央レベル及び省レベル病院における人材教育を進め、来るべき高齢社会への対応をする必要がある。

(3) 高齢者福祉施設及び介護サービスの整備

ベトナムは、伝統的に高齢者を家族で介護をする文化であるが、勤労世代の都市部への流入を背景に、地方部に残された単身高齢者や高齢者世帯へのサポート体制が必要となってきた。財政面の制約があるため、地域コミュニティや高齢者の自助を活かした支援体制の拡充が必要である。

また、都市部では家族観の変化の兆しが見られ、介護の外部化が進む可能性が高いため、コミュニティによる支援だけでなく、高齢者福祉施設や介護サービスも併せて整備する必要がある。施設整備に際しては、民間の力を活用することにより、財政負担を抑える工夫も求められる。

これらを支えるためにも、高齢者介護に関わる人材教育、及びコミュニティや家族に対する介護教育も進める必要がある。

⁵⁷ 国立経済大学からの聞き取りによる

⁵⁸ GIZ 及び世界銀行からの聞き取りによる

(4) 社会扶助や年金の適正化

社会扶助や年金を受け取っている高齢者は全体で 470 万人であり、全高齢者の半数以上に上る。単身、貧困層や 80 歳以上高齢者は一定の扶助を受けているが、扶助対象であるにも拘わらず個人を特定する ID 管理が不十分なため扶助を受けられていない高齢者も存在する。こうした状況を改善するためには、扶助対象者を捕捉できる仕組み作りが必要である。

年金は、ILO と VSS の試算によると現行の料率で運営を続けた場合 2034 年には積立金の取り崩しと保険料からの収入を合わせても支出が収入を上回り、年金財政が立ちいかなくなると予測されている。要因は、人口の高齢化だけでなく、平均寿命の延びに対し退職年齢が早いため保険料支払期間が受給期間に対し短いこと、受給額の水準が高いこと等が挙げられる。現在、社会保険法の改正により受給開始年齢の繰り上げが進められているが、今後年金加入率の向上が課題となると何が得られる。

年金支払額や加入期間等の年金加入記録は VSS により IT による管理を開始しているが、加入記録を永続的に正確に管理する仕組みづくりが課題である。

第 4 章 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に係る現状と課題

4.1 保健医療サービス提供体制

(1) 保健人材

人口 1 万人あたりの保健人材数は、2001 年に 29.2 人だったが、2010 年には 39.7 人となった（表 4-1）。ベトナムの人材開発に係るマスタープラン 2011-2020 では、2020 年までに人口 1 万人あたり 54 人とする目標を掲げている。

表 4-1 人口 1 万人当たりの保健人材数

| 保健人材 | 人数（人口 1 万対） |
|----------|-------------|
| 医師 | 7.20 |
| 看護師及び助産師 | 9.35 |
| 大卒薬剤師 | 1.76 |
| 準医師 | 6.22 |
| 全保健人材 | 39.7 |

出典： Health Service Delivery Profile Vietnam 2012 [37]

保健人材の育成に関しては、32 の総合大学、42 の専門大学、66 の中級医療学校、8 の研究機関、11 の大学病院、3 つの国家病院、2 つの伝統的医学病院において、中級人材から大学院レベルの保健人材を育成している [37]。

2009 年の「診断と治療に関する法律」（40/2009/QH12）によって、保健人材としての認定に先立ち、ベトナムで認定されている保健分野の専門学科を卒業した者は、医療施設において以下の実習が義務付けられた⁵⁹。

- 医師は病床を有する病院または研究機関において 18 カ月間
- 準医師は病院において 12 カ月間
- 助産師は産科病棟をも当病院または産科クリニックにおいて 9 カ月間
- 看護師および技術者は医療施設において 9 カ月間

本調査で訪問した省・県レベルの保健医療施設においては、人材不足が課題として認識されていたが、予算上の制約などから新たな人材の採用は困難とのことであった。一方保健省では、養成された看護師が医療施設に就職できずに余っている、という課題があることも認識している。しかしながら、保健人材の需給予測に必要な保健人材統計については、私立の養成機関からのデータ取得体制が整備されていない等、現状の全体像を正確に把握するためのシステムが整っていない。

また、医療人材の質については、上位施設と下位施設、或いは都市部と地方部との格差が認識されており、保健省では、省決定 1816/2008 年を公布し、上位の病院の専門家が下位病院の医療従事者の指導・研修をローテーションで実施するなどして、下位機関における医療サービスの質の向上に努めている [38]。

⁵⁹ 医療法の具体的な実施については、保健省通達 41/2011/TT-BYT に規定されている。

(2) 保健医療施設

表 4-2 に、ベトナムの保健医療施設数を示す。公共の保健医療施設は主に入院患者に対する治療を中心に行っており、1,087 の病院において 188,613 床を有する。民間レベルでは 102 の病院において 7,124 床と、公共の保健医療施設に比して少ないものの、都市部や省都などにおいて、民間施設の参入は増えている。専門治療の多くは国立病院が中心に提供しているものの、省立病院や民間病院の一部においても専門性の高い治療を提供できる施設がある。

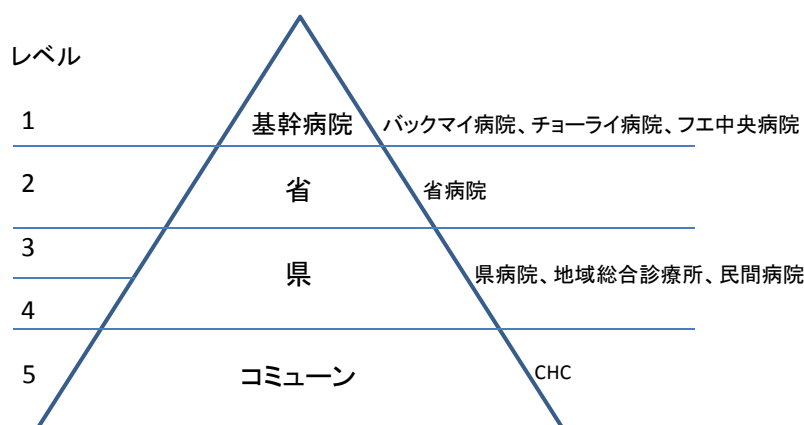
表 4-2 地域・施設タイプ別の保健医療施設数

| | 区別 | 保健医療施設の種類 | 施設数 |
|----|--------------|------------------------|--------|
| 公立 | コミュニケーション | コミュニケーションヘルスセンター (CHC) | 10,926 |
| | 県 | 地域総合診療所 | 686 |
| | | 病院 | 615 |
| | | マタニティ・ホーム | 18 |
| | 省 | 病院 | 376 |
| | | 伝統医療病院 | 53 |
| | | 専門クリニック | 47 |
| | 国 | 病院 | 44 |
| | 専門医療 | 病院 | 52 |
| | | クリニック | 759 |
| 民間 | 病院 | 102 | |
| | クリニック | N/A | |
| | 伝統医療施設 (登録済) | 約 10,000 | |

出典： Health Service Delivery Profile Vietnam 2012, WHO and MOH 2012 [37]

(3) リファラル体制

ベトナムの医療保健機関は、病床数やスタッフ数等に基づき、5つのレベルに区分されている⁶⁰ (図 4-1)。レベル1は中核病院に相当する。レベル2は省レベル病院に相当し、1つの省に4、5程度の病院が認定されている。レベル3とレベル4は県病院に相当し、概ね1つの県に1つの病院が認定されている。レベル5はコミュニケーションレベルにあるCHCである。CHCは予防医療、応急処置等を主なサービスとしており、原則として入院病床はなく外来のみである。



出典： 保健省・財務省共同通達 (04/2012TTLT-BYT-BTC29/02/2012) に基づき調査団

図 4-1 リファラル体制

⁶⁰ 保健医療機関の分類には4レベルとするものもあるが、本報告書では、医療保険に関連した保健省・財務省の共同通達に基づき、5レベルを採用した。

なお各レベルの施設がどのようなサービスを提供するかについて、保健省の規定はあるが現実的には各病院の施設や設備の利用可能状況や医療人材の能力によって同じレベルの病院でもサービス提供の幅が異なる場合もある。

一般的に、CHC に対応できない患者は県レベルの病院、県レベルの病院に対応できない患者は省レベルの病院、省レベルの病院に対応できない患者は中核病院へとそれぞれ搬送される、という、基本的なリファラル体制は構築されているものの、資金・人材・機材の不足等から、患者の下位レベルの保健医療施設への信頼は低く、患者はより高次レベルの施設へ直接受診するケースが散見される。そのため、高次レベルの病院では、病床稼働率は 100%を超えることもあり、リファラル体制は有効に機能していないという課題が挙げられている。

また、通常、医療保険加入者は、保険証に記載されている登録病院に受診することとなっており、保険加入者が勤務する機関・会社・学校がある省内の最寄りの病院、6歳未満の子どもや貧困層などは自宅がある省の病院となっている。このため、省境に勤務或いは居住する者にとっては、例え隣の省の病院が近くても登録できず、遠く離れた病院が登録先になってしまうケースもある。こうしたことも、リファラル体制がうまく機能していない一因であると考えられる。

4.2 医療保険

4.2.1 関連法制度

(1) 医療保険制度の導入

1986年にドイモイ経済政策が行われ、保健セクターにおいても医療保険の導入、利用料支払い制度の導入、民間医療の認可、医薬品市場の開放などの改革が行われた。1992年には、医療保険の強制加入制度の拡大を目的とした医療保険に関する最初の首相令（299/1992/HDBT）が公布された。強制加入の対象は、公務員、10人以上の従業員を雇用するフォーマルセクター企業の労働者、年金受給者、社会支援受給者、外国企業の従業員である。財源は各省の医療保険基金と国家積立金からなり、省の保健局による監督のもと、全省で実施された。

この一連の改革の結果、医療費の利用者負担（OOP）は増加した。国際通貨基金（IMF）のデータによると2000年の医療費の民間支出割合は7割、そのうちOOPは66%まで達している [1]。

1998年、新たに医療保険に関する首相令（58/1998/ND-CP）が公布され、各省の医療保険基金は国民医療保険基金に統一されることとなった。また、就学前教育機関の教員、功労者、社会保護対象者、将校や兵士の扶養家族、外国人学生、議会や人民委員会のメンバーなどが加入するとされ、医療保険加入の拡大を目指した。

2005年に公布された首相令（63/2005/ND-CP）では、貧困層の保険料に政府助成金を充てることで貧困層も強制医療保険に加入することが必要であると述べられている。この結果、現在は1,500万人の貧困層及び少数民族は政府助成を受けて保険加入が可能となっており、貧困層の保健支出に対する負担は大きく減少している。また同年、教育・ヘルスケア・子どもの保護に対する法律が公布され、6歳未満のすべての子どもが無料で医療を受けられるようになった。

2008年に医療保険法（2009年10月1日施行）が成立し、これまで省令により実施されていた医療保険制度が初めて法制化されることとなった。医療保険法の下、6歳未満の子ども、高齢者、貧困者は政府が保険料をすべて負担し、準貧困者や学生に対しても政府が保険料を一部負担することとされた。

社会経済開発戦略（SEDS）2011-2020において、人口増加率の抑制や平均寿命の向上とともに国民皆保険の達成が目標とされている（2.3 参照）。

(2) 国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020

2013年3月に、「2012年 - 2015年及び2020年までの期間における、国民皆保険に向けたロードマップ実施案の認可に関する首相決定（538/QD-TTg）」が公布された。その概要を表4-3に示す。同年7月にはVSSが実施計画を策定し、省ごとの具体的な加入率目標を設定している。

表 4-3 国民皆保険に向けたロードマップ 2012-2015 及び 2020 の概要

| 時期 | 目標 | 実現に向けた取り組み |
|-----------------|---|--|
| (2015年まで) 短期 | - 加入率 70%以上 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 政策の整備：2014年に医療保険法改正案の国会提出 2. 地方行政の積極的参画 3. 医療保険のカバレッジの拡大 <ul style="list-style-type: none"> ・ 民間企業被用者に対する強制加入の徹底や違反企業の取締強化 ・ 準貧困者や学生に対する保険料の補助 ・ 世帯単位の保険制度の検討、関係組織間での補助対象者リストの共有など 4. 保険適用サービスの質と満足度の向上 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費支払い手続きの改善、IT活用、パッケージの見直し、薬のコスト管理メカニズムの検討、下位病院への技術移転など ・ すべてのCHCに医師を配置、保険適用のケアを提供、下位施設に医療人材を配置できるようなインセンティブ設計 ・ 民間医療施設の保険参加 5. 予防医療、プライマリヘルスケア（PHC）の促進 6. 医療保険法の周知活動 7. 保険診療費の財政メカニズムと支払い方法の改善 <ul style="list-style-type: none"> ・ 出来高払いから人頭払いあるいはケースミックスへのシフトの促進 ・ 保険を使わない加入者へのインセンティブ付与（医療費を軽減） ・ 支払った保険料に見合う保険のベネフィットの検討 8. 保険に関する監査、審査の徹底 9. 政府組織の管理能力の強化 10. 医療保険基金の維持 11. ITの活用 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2013年以降、医療保険証のスマートカード化を検討 12. 研究と国際協力 |
| (2020年まで) 中期 | - 加入率 80%以上 - 患者自己負担（OOP）40%未満に抑制 - 保険適用医療サービスの質の向上 | <p>保険適用サービスの質と満足度の向上（上記4.）について、2020年までに専門診療科を含めたヘルスケア・ネットワークの構築*</p> |

注：タイムラインの言及はないが、首相決定は2020年までを視野にいたったものであるため、2020年までのカテゴリに入れている。

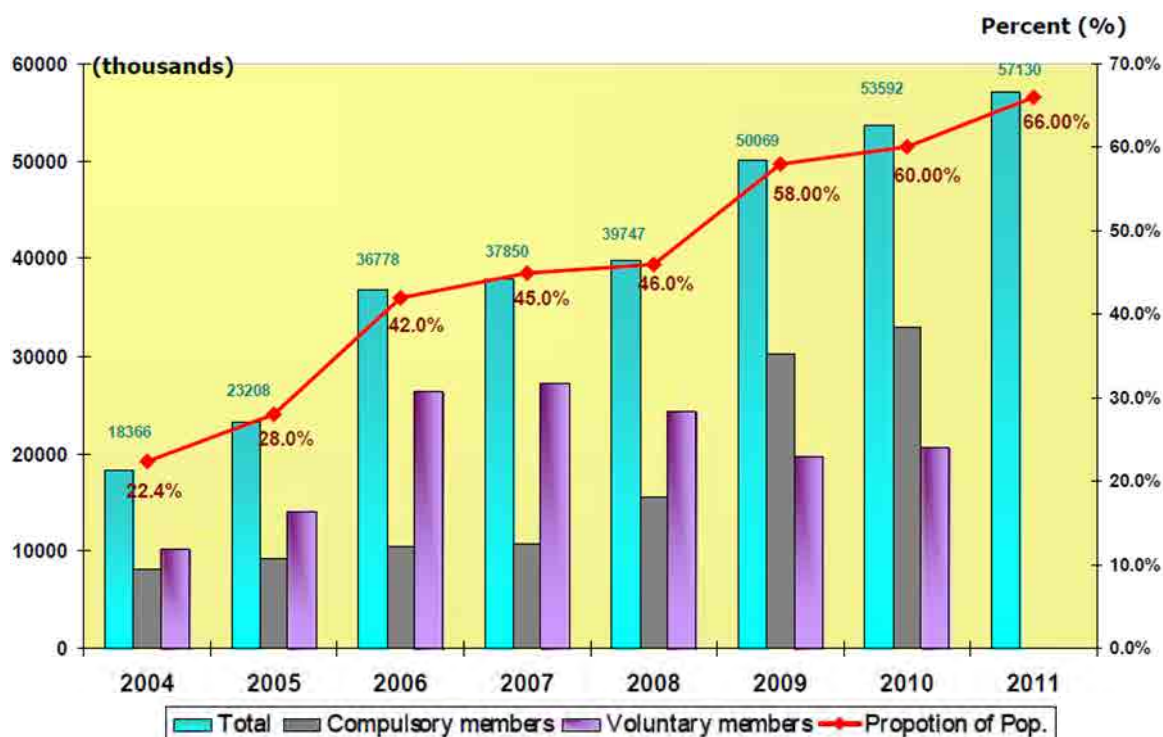
出典：538/QD/TTg [39]から調査団作成

各取組みについては、2015 年まで実施され、2014 年内に予定されている医療保険法の改正を受けてその後見直す予定となっている。

本調査において、医療保険法改正（表中 1.）が進められており、この改定案において、地方自治体の責任範囲の拡大（同 2.）、カバレッジ拡大のための施策（同 3.）のうち準貧困層に対する補助の増額や世帯単位の加入制度の導入、及び保険適用サービス内容の見直し（同 4.）が含まれていることが確認された（（4）に後述）。また、支払い方法の改善（同 7.）についての検討がなされており、監査・審査能力の強化（同 8.）については、不正請求に対する罰則に関するパイロットが実施されているとのことであった。

(3) 加入率の推移

図 4-2 に 2004 年から 2011 年までの医療保険の加入者数及び加入率の推移を示す。2011 年の加入者数は 5,713 万人（66.0%）である。VSS へのヒアリングによると、2013 年現在では 6,150 万人が加入している。加入者数は順調に伸びているように見えるが、内訳をみると、政府や企業が一部あるいは全額保険料を負担する強制加入者の数は増えているものの、保険料を全額自分で支払う任意加入者の数は減少傾向にある。皆保険を達成するためには、任意加入者の取り込みという課題を克服する必要がある。



出典： Introduction of Vietnam Social Security [19]

図 4-2 保険加入者数と加入率の推移（2004-2011）

(4) 医療保険法の改正

ベトナムの医療保険制度は、保健省が保険適用サービス（Benefit Package）を定め、単一の保険者である VSS が国民医療保険基金を一元的に管理しているのが特徴である。

しかし、2008年の医療保険法施行以来4年が経過し、問題点も指摘されている。例えば、皆保険を達成するには、任意加入者の取り込みなど、さらなる取組みが必要である(4.2.5に後述)。また、現行制度は医療サービスや医薬品などに係るコスト管理の仕組みに欠け、持続可能な制度とするためには改善が必要である(4.2.7に後述)。

このような課題を踏まえ、保健省は現在、WHOと協議しつつ、医療保険法の改正を検討中である⁶¹。2014年3月時点で改正の内容は明らかではないものの、以下のような内容が検討されている。

- 任意加入を廃止し、強制加入とする
- 現在、個人単位の加入であるが、配偶者を強制加入として世帯単位の加入とする
- 現在25に分類されている加入者グループを整理、統合する
- 地方政府の責任を明確化し、基金が赤字となった場合には、地方政府が予算を投入して補うこととする
- 保険適用サービス内容(Benefit Package)を明確化する

(5) その他の関連法制度

医療保険制度に関して担当省が発令する通達は、数多く存在する。以下に主要な通達を示す。

1) 医療保険法の実施ガイドラインに関する政令(62/2009/ND-CP)

2009年10月1日施行の医療保険法に基づき、被保険者の権利、保険診療時の自己負担、被保険者の義務について周知する通達である。詳細は、4.2.4(2)に後述する。

2) 保険適用医薬品に関する保健省通達(31/2011/TT-BYT)

医療保険が適用される薬を定めたものである。薬剤名あるいは成分名が900種および放射性薬剤57種がリスト化されており、価格は各医療機関が入札して決定するしくみとなっている。詳細は、4.2.4(2)に後述する。

3) 診療費の上限に関する保健省及び財務省共通通達(04/2012/TTLT-BYT-BTC 29/02/2012)

保健省は財務省と共同で、医療保険が適用される医療機関における診療費の料金の上限を定めている。04号通達は、公立の医療機関における447の医療サービス(診察、治療)の設定料金の上限を定めたものである。各医療機関は、この通達に基づき、提供する医療サービスの種類や料金を保健省に申請し、承認を得ることとされている。詳細は、4.2.4(2)に後述する。

保険適用のサービス対象の見直しも行われており、この通達は、前回2006年に発令された通達(3/2006/TTLT)で定めた医療サービスのうち、80のサービスを適用から削除している。

4) 公立医療機関の自主財政制度に関する政令(85/2012ND-CP October 15, 2012)

公立の医療機関の独立採算制を掲げ、資金を投資する場合のガイドラインを定めている。また、政府予算の適用範囲や診察・治療サービス費用の設定を規定したものである。

現在、公立の医療機関の職員給与は政府予算から支出されている。例えば、県病院では100%、省病院では50%がカバーされている。これは2016年から漸次、減額される予定である。減額される給与

⁶¹ ベトナム保健省医療保険局、世界銀行、WHOへのヒアリングによる。

は、今後、医療保険から抛出される仕組みとなる。保険適用の診察・治療サービス費用は、これまで薬、消耗品費、公共料金や廃棄の処理費用、機材の維持費、手術手当等の支出に基づいて設定されていた。2014年以降はこれに加えて給与（段階的に割合を増加）、アウトソースの人的費用、固定資産償却費、間接費を加算して設定する方針を示している。

したがって、2014年以降、段階的に政府予算からの医療関連支出は減少し、代わりに保険診療費が上昇することになる。これに伴い、定率の保険診療の自己負担額も上昇する見込みである。

4.2.2 関連組織

医療保険に関しては、2.4.1 に述べたように、中央では保健省及び VSS、省レベルでは保健局及び省 SS が担当機関となっている。このほか、財務省は保健省と共に診療報酬の設定を行うとともに、政府予算の申請・審議・執行に携わっている。計画投資省は、医療や社会保障セクターにおける政策や政府開発援助（ODA）を含む投資の検討に携わっている。

国会の社会問題委員会は、医療保険と医療サービスを監督する。委員会は毎年、地方へ視察を実施し、保健省及び VSS から報告を受けている。近年、委員会は、医療保険法の施行、加入状況、医療へのアクセスとサービスの質に重点を置いている [40]。

(1) 保健医療機関における保険利用の概要

医療保険は、VSS と契約する医療施設⁶²で利用することができる。契約機関は、2011年時点で 2,303 施設あり、そのうち公立が 1,922（83.5%）、私立（Non-public）が 381（16.5%）である [19]。

医療保険に関する手続きは、レベル 1 からレベル 4 の各施設がそれぞれの管轄の VSS と行う。ただし、レベル 5 の CHC については、県レベルの病院が管理することとなっている。

医療保険証には、原則、居住地の行政区域内にある県病院や CHC などの公共医療保健機関（レベル 3 から 5）を登録することとなっている。病気やけがの際には登録した機関で最初に診療を受けるのが前提である。高度医療を担うレベル 1 の病院は、保険証の登録機関ではない。またレベル 2 の省総合病院は、その病院の職員や省の公務員だけが登録可能となっているケースがある。しかし、実態としてこの振り分けはうまく機能しておらず、上位の病院に患者が集中している。

ベトナムにおける私立病院の数は少なく、都市部に集中している。私立病院は、保健医療施設のランクとしては、レベル 3 が最も高い認定レベルである（表 4-4 参照）。

⁶² VSS との契約施設数は、Table4-2 に記載した病床を有する病院のほか、外来のみのクリニック等も含むと思われる。

表 4-4 本調査で訪問した保健医療施設における保険適用の状況

| レベル | 分類 | 調査で訪問した施設の例 | 医療保険の適用 |
|-----|----------------|--|---------|
| 1 | 中央病院 | Back Mai 病院（ハノイ市）、Cho Ray 病院（ホーチミン市） | ○ |
| 2 | 省病院 | Nam Dinh 総合病院、Dien Bien 総合病院 Hoa Binh 総合病院、Mai Chau 病院（ホアビン省） | ○ |
| 3 | 県病院 | Da Bac 病院（ホアビン省）、Die Bien 県病院 | ○ |
| | 私立病院 | Hong Ngoc 病院（ハノイ市）、French 病院（ハノイ市） | × |
| 4 | 県病院 地域総合診療所 | — | ○ |
| 5 | CHC | Hop Hung CHC（ナムディン省）、Thanh Luong CHC （ディエンビエン省） | ○ |

出典：各施設からの聞き取りから調査団作成

4.2.3 医療保険 加入者と保険料のしくみ

医療保険の加入者は、職業や属性によって、現在、25 のグループに細かく分類されている⁶³。加入者グループは、保険料の拠出方法により、大きく 5 つに分けることができる（表 4-5）。

表 4-5 保険加入者の大分類

| 大分類 | 保険料拠出・支払い方法 |
|-----------------------------------|--|
| 給与から拠出する、公務員や民間企業の被用者等 | フォーマルセクターの労働者の保険料は、1992 年から 2009 年にかけて給料の 3% に設定されており、そのうち雇用者が 2%、被用者が 1% の負担率であった。2009 年の医療保険法の施行から保険料が給料の 4.5% に増額となり、雇用者が給与の 3%、被用者が 1.5% の負担となっている。 |
| VSS が全額拠出する、社会保障受給者 | VSS が支給する年金や社会保障手当の受給者は、支給される手当の 4.5% を負担することとなっている。 |
| 政府が全額拠出する、功労者や貧困者、少数民族、6 歳未満の子ども等 | 功労者や社会的に不利な状況にある貧困者、少数民族、および 6 歳未満の子どもについては、最低月額給与の 4.5% を政府が全額負担する。最低給与は、現在 115 万 VND である。貧困者の定義は、ホーチミンでは月額収入 120 万 VND、地方都市では 60 万 VND、農村部では 40 万 VND などと地域によって異なる*。 |
| 政府が一部を拠出する、準貧困者や学生 | 準貧困者には最低月額給与の 4.5% について、政府が 50% 以上を助成する。学生には最低月額給与の 3% について、政府が 30% 以上を助成する。 |
| 全額自己負担の農業者、自営業者、公務員や被用者の被扶養者 | 農業や自営業などインフォーマルセクターの労働者は、最低月額給与の 4.5% を自己負担して任意加入する仕組みである。公務員や被用者の被扶養者については、最低月額給与の 3% の自己負担となっている。 |

注： * ホアビン省 DOLISA 及びディエンビエン省 DOLISA からの聞き取りにより調査団作成

出典：調査団

1 人当たりの保険料の平均額は、2010 年時点で 38 万 VND と推定されている [41]。表 4-6 に加入者と保険料の負担のあり方を示す。

⁶³ 世界銀行及び WHO へのヒアリングによると、医療保険法の改正において加入者グループの整理や統合も検討課題の 1 つとなっている。

表 4-6 医療保険加入者と保険料

| | 拠出タイプ | 政府/会社負担 | 自己負担 | 加入者分類 |
|--------|-----------|------------|------------|--|
| 強制加入 | 給与負担 | 給与の 3% | 給与の 1.5% | - 民間企業被用者 - 公務員 |
| | | 100%の助成 | 最低月給の 4.5% | - 政府奨学金による外国人留学生 |
| | | 30%の助成 | 給与の 4.5% | - コミュニの選出公務員 |
| | VSS 拠出 | 受給額の 4.5% | - | - 年金受給者 - 社会保障手当の受給者 (social security allowance) - 労災手当受給者 - 失業保険受給者 |
| | 政府拠出 (全額) | 最低月給の 4.5% | - | - コミュニの公務員 - 功労者 - 元軍人 - 革命功労者 - 国会議員および人民委員会委員 - 社会保護手当受給者 (social protection allowance) - 貧困者・少数民族 - 革命功労者の被扶養者 - 軍人及び警察官の被扶養者 - 6歳未満の子ども |
| | 政府拠出 (一部) | 50%以上の助成 | 最低月給の 4.5% | - 準貧困者 |
| 30%の助成 | | 最低月給の 3% | - 学生 | |
| 任意加入 | 任意拠出 | - | 最低月給の 3% | - 被用者・公務員の被扶養者 |
| | | - | 最低月給の 4.5% | - 農業従事者 - 組合員・自営業者 |

注： 医療保険法では上記の 23 グループのほか、臓器提供者や疾病休暇中の労働者が言及されている。

出典： A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance [41]

4.2.4 医療保険の Benefit Package

(1) 保険が適用できる機関

医療保険は、VSS と契約した医療施設で利用できる⁶⁴。VSS と契約する施設は 2011 年時点で 2,303 施設あり、そのうち公立が 1,922 (83.5%)、私立 (Non-public) が 381 (16.5%) となっている [19]。

(2) 保険適用診療のしくみ

医療保険法の実施ガイドラインに関する政令 (62/2009/ND-CP) は、医療保険法に基づき、被保険者の権利、保険診療時の自己負担、被保険者の義務について述べている。以下に主な内容を示す。

1) 被保険者の権利

被保険者は、診察、治療、リハビリ、定期的な妊婦健診、出産、そのほか保健省の規定に基づいた医療サービスや薬の提供を受ける権利がある。また、より高度な治療が必要な場合には、上級の病院へ

⁶⁴ VSS との契約施設数は、Table4-2 に記載の病床を有する病院のほか、外来のみのクリニック等も含むと思われる。

搬送してもらう権利がある。

2) 医療保険診療時の負担

医療保険証には、居住地にある県病院やコミュニケーションヘルスセンター（CHC）などの公共医療保健機関（レベル3から5）が登録されている（図 4-3）。病気やけがの際には登録した機関で最初に診療を受けるのが前提であり、その際、年金受給者、貧困者、社会保障受給者は、医療サービスの内容に関係なく医療費の5%、その他の加入者は20%を自己負担で支払う。保険証に登録した医療機関以外で、紹介状なく診療を受けた場合、県病院で30%、省レベルの病院で50%、中央レベルの病院で70%を自己負担で支払う必要がある。

このしくみは、交通の不便な地域に住む住民にとっては問題である。県境を越えた隣の県の病院は7 km だが、登録している県内の病院は150 km 離れているという例もある⁶⁵。登録していない近くの病院にかかるると高い診療費を払わなければならない、登録病院に行くには交通費と時間がかかるのである。医療保険では、交通費はカバーされていない。



保険証番号
被保険者氏名
生年月日 性別
会社名
登録病院名

有効期間
発行日
サイン

図 4-3 医療保険証（被用者）

なお、6歳未満の子ども、革命功労者など一部の者については、医療費は無料である。また、CHCが提供するサービスは、原則として無料である。さらに1回の医療費が最低月額給与（現在、1,150,000VND）の15%以下（172,500VND）であれば、無料となる。

保険の支払いには上限があり、1回の医療費が最低月額給与の40カ月分以下（4600万VND）と設定されている。この上限を超えた医療費は、患者の自己負担となる。高額医療費の自己負担に対する救済措置はなく、例えば心臓外科手術及びそれに伴い入院した場合は、患者には高額な負担が発生する。

医療保険を扱わない病院で診療を受けた場合、被保険者は医療費の全額を病院に支払い、後ほど還付請求の手続きを行う。還付される金額には上限が設定されている。通院の場合、県病院で55,000VND、省レベルの病院で120,000VND、中央レベルの病院で340,000VNDが医療保険基金から支払われる。入院の場合には、県病院で450,000VND、省レベルの病院で1,200,000VND、中央レベルの病院で3,600,000VNDが医療保険基金から支払われる。

⁶⁵ ホアビン省 Mai Chau 病院へのヒアリングによる。

3) 被保険者の義務

医療保険証を他人に貸してはならない、病院の規定を守ること、自己負担分の医療費を必ず支払うこと等、の遵守事項が定められている。

(3) 保険適用診察・治療サービス

保険適用サービスの範囲や診療費の水準は、保健省が定めている。保険適用のサービスに関する保健省及び財務省共同通達（04/2012TTLT-BYT-BTC 29/02/2012） [42]では、447 のサービスが規定されている（表 4-7）。この通達に基づき、各病院は、自ら提供するサービスを保健省に申請して承認を得る必要がある。医療保険のカバーする診察・治療内容は広く、一般診療、救急、リハビリのほか、MRI による先端的診断技術や臓器移植などの先端治療もカバーしている。

表 4-7 保険適用サービスの項目

| 分類 | 内容 | 備考 |
|----|-----------------|-------------------------|
| A | 診察・健康診断 | 病院レベル別、健康診断の用途別 |
| B | 入院 | 病院レベル別、診療科別 |
| C1 | 画像診断 | 超音波、X線等、対象別に 62 項目 |
| C2 | 医療処置・内視鏡 | 対象別に 77 項目 |
| C3 | 診療科別手術・処置 | 診療科別に 128 項目 |
| C4 | 特別な手術、処置 | C3 以外の高額な手術・処置、8 項目 |
| C5 | 検査 | 血液、免疫、尿、便、病理学検査等、148 項目 |
| C6 | 機能探査 | 心電図等、11 項目 |
| C7 | 放射線同位元素による検査、治療 | 11 項目 |

出典：保健省及び財務省共同通達（04/2012TTLT-BYT-BTC 29/02/2012） [42]より調査団作成

表 4-8 に示す通り、一般の診療費の上限は医療機関のレベル別に設定されている。中央病院での受診料は 1 回につき 20,000VND、省レベルの病院は 15,000VND、県レベルの病院（レベル 3,4）は 7,000~10,000VND、CHC での受診は 5,000VND である。受診者は、医療保険の加入者分類に従い、診療費の 5% あるいは 20% の自己負担分を支払う。

表 4-8 保険適用の診療費の例

| 分類 | 医療施設レベル | 最大設定料金 (VND) |
|-------------------|----------|--------------|
| A1 一般診療 | レベル 1 | 20,000 |
| | レベル 2 | 15,000 |
| | レベル 3 | 10,000 |
| | レベル 4 | 7,000 |
| | レベル 5 | 5,000 |
| B1 ICU 病床の入院 (/日) | レベル 1、2 | 335,000 |
| B2 救急病床の入院 (/日) | レベル 1 | 15,000 |
| | レベル 2 | 10,000 |
| | レベル 3 | 70,000 |
| | レベル 4 | 50,000 |
| C1.2.4 胸部 X 線 | 心肺 (正面) | 42,000 |
| C1.2.6 その他 X 線 | PET/CT | 21,320,000 |
| | CT64~128 | 2,130,000 |
| | CT256 | 3,400,000 |

出典：保健省及び財務省共同通達（04/2012TTLT-BYT-BTC 29/02/2012） [42]より調査団作成

4.2.1(5)に述べたように、医療保険法改正に伴い、上記の保険診療費は今後、大幅に上昇する見込みである。これに従い、患者が自己負担する定率の費用もその額が増えると考えられる。

診療内容と診療費については、図 4-4 に示すように各病院にて受付に大きく掲示し、患者に周知されている。



図 4-4 診療費の掲示（Dien Bien 病院にて撮影）

(4) 保険適用の薬

医療保険の適用対象は、保健省通達（31/2011/TT-BYT）で定められている。この通達には、薬剤名あるいは成分名が約 900 種リスト化されており、各病院は保健省のリストに基づき利用する薬を決め、入札を行うこととなっている。

WHO の調査 [41]によると、ベトナムでの薬の価格は、国際水準に比べて非常に高い。診療サービス費用が保健省の管理下にあるのに対し、薬価については規制がなく、個々の病院の入札に委ねられているためである。また、保健省が作成する薬のリストについても、選定基準が不明で見直しもされていないと指摘されている。

4.2.5 医療保険の加入状況（実態）

(1) 加入の状況

医療保険の加入者は、2011 年には人口の 66%、5,713 万人となった。VSS によると、2013 年現在では、6,150 万人に伸びている。メンバー別の加入状況（2010）を表 4-9 に示す。政府や VSS が全額あるいは一部助成する加入者が 3,735 万人（73.6%）と全体の 7 割以上を占めている。加入率が低いのは、経済的に困難な層と裕福な層の両方があるようである。前者は、失業保険受給者、準貧困者、農業従事者に代表される。後者は、自営業者、民間企業の被用者に代表される。

表 4-9 メンバー別医療保険の加入者数 (2010)

| 加入区分 | メンバー | 対象者数 (千人) | 加入者 (千人) | 加入率 (%) |
|-------------------|------------------|---------------|---------------|-------------|
| 強制 | 4.5% 給与負担 | 15,238 | 9,506 | 62.4 |
| | 公務員 | 3,142 | 3,142 | 100.0 |
| | 民間企業被用者 | 11,911 | 6,361 | 53.4 |
| | 政府奨学金による外国人留学生 | 3 | 3 | 100.0 |
| | コミューンの選出公務員 | 182 | 0 | 0 |
| | VSS 拠出 | 2,305 | 2,174 | 94.3 |
| | 年金受給者 | 920 | 920 | 100.0 |
| | 社会保障手当の受給者 | 1,305 | 1,254 | 96.1 |
| | 失業保険受給者 | 80 | 0 | 0 |
| | 政府拠出 (全額) | 30,561 | 24,675 | 80.7 |
| | コミューンの公務員 | 41 | 40 | 97.6 |
| | 功労者 | 1,791 | 1,791 | 100.0 |
| | 退役軍人 | 374 | 350 | 93.6 |
| | 革命功労者 | 322 | 0 | 0 |
| 国会議員および人民委員会委員 | 123 | 119 | 96.7 | |
| 社会保護手当受給者 | 843 | 384 | 45.5 | |
| 貧困者・少数民族 | 13,945 | 13,511 | 96.9 | |
| 功労者の被扶養者 | 869 | 0 | 0 | |
| 軍人及び警察官の被扶養者 | 1,281 | 297 | 23.2 | |
| 6歳未満の子ども | 10,103 | 8,183 | 81.0 | |
| 政府拠出 (部分的) | 19,879 | 10,499 | 52.8 | |
| 準貧困者 | 6,081 | 692 | 11.4 | |
| 学生 | 13,798 | 9,807 | 71.1 | |
| 任意 | 任意拠出 | 18,552 | 3,917 | 21.1 |
| | 被用者・公務員の被扶養者 | 6,820 | 0 | 0 |
| | 農業従事者、組合員、自営業者 | 11,732 | 3,917 | 33.4 |
| | 計 | 86,866 | 50,771 | 58.5 |

出典： A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance [41]
に基づき調査団作成

民間企業の被用者は、強制加入となっているにもかかわらず、加入率が低い。これはベトナムの企業の95%以上を零細企業および小企業が占めており⁶⁶、これらの小規模な企業では保険加入の遵守が徹底されていないためと推察される。

2013年7月にVSSが策定した実施計画には、2013年、2015年、2020年までの加入率目標が省ごとに設定されている。本調査を実施した地域について、加入率の目標を表4-10に示す。貧困者や少数民族の多い地方（ディエンビエン省、ホアビン省）は、政府が保険料を助成する対象が多いため数値は高く、一方都市部（ハノイ市、ホーチミン市、ナムディン省）では低い。

⁶⁶ 零細企業の定義は従業員10人以下。小企業の定義は農林水産業、製造業及び建設業では資本金200億VND以下、従業員数10～200人以下。卸小売業およびサービス業では資本金100億VND以下、従業員数10～50人以下。（JICA資料「ベトナムにおける中小企業支援機能強化 JICA プロジェクトについて」（2012）情報源はベトナム中小企業白書2011）

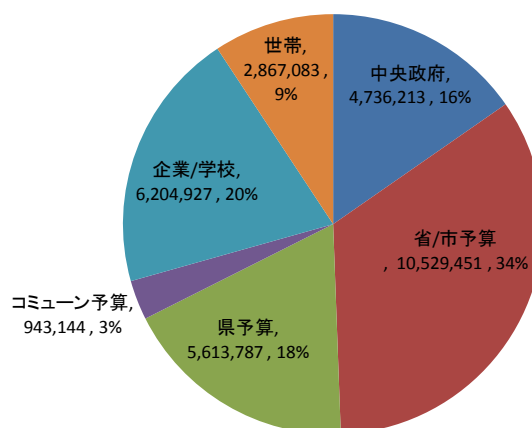
表 4-10 省別医療保険の加入率の目標 (2013-2020)

| 省/市 | 2013 | | 2015 | 2020 |
|---------|------------|-------|-------|-------|
| | 人口 | 加入率 | 加入率 | 加入率 |
| ハノイ | 6,742,416 | 72.6% | 77.2% | 81.1% |
| ホーチミン | 7,457,730 | 68.1% | 71.8% | 81.0% |
| ディエンビエン | 523,562 | 96.7% | 99.1% | 99.6% |
| ホアビン | 822,790 | 92.1% | 94.3% | 94.8% |
| ナムディン | 1,908,888 | 60.0% | 70.0% | 80.0% |
| 計 | 89,724,394 | 70.9% | 77.3% | 84.0% |

出典： VSS No. 2961/KH-BHXH [43]

(2) 保険料の徴収のしくみ

医療保険の財源の7割は、中央政府、省/市、県、コミューンの各レベルの政府予算となっている（図4-5）。これは、政府やVSSが保険料を負担する加入者が全体の7割以上を占めていることによる。



注： 合計値は 30,894,605 mil. VND

出典： National Health Account (NHA) 2011 [44]データを基に調査団作成

図 4-5 医療保険の財源 (2010)

保険料は、各省/市のVSSがまとめており、徴収金額の1割を中央のVSSへ納め⁶⁷、残りの9割を各省/市で使う。

企業の被用者の保険料は、被用者負担分は企業が給与より徴収し、企業負担分と合わせて毎月、VSSに納める。大企業の場合は省SS、その他の企業は管轄する県SSが保険料を徴収する。保険料を支払わない企業に対しては督促し、場合に応じて起訴する。ホーチミン市では、延滞3ヶ月までは市SSが督促通知を発行、3ヶ月を超えるとDOLISAと共同で警告、6ヶ月以上の延滞は起訴する。1ヶ月以上延滞した企業はホーチミン市だけで約500社（2013）、起訴に至った例は398社である。

医療保険法によると、年金受給者などVSSが社会保険料を負担する分については、毎月、VSSが保険料を医療保険基金に納めることとなっている。また功労者や退役軍人など政府が社会保険料を負担する分については、年次で保険料を医療保険基金に納めることとなっている。

児童・学生については、学校が生徒から徴収して県SSへ納めている。これを省SSで審査した後、

⁶⁷ 各省SSへのヒアリングによると、中央のVSSへ納められる保険料は予備基金として財政調整の役割を果たす模様である。

保険料の 12% は児童・学生のプライマリ・ケアのための医療基金に納める。ナムディン省では、学校に 4% をフィードバックしている。

貧困者や準貧困者は、医療保険だけではなくさまざまな政府の助成対象となるため、人民委員会と DOLISA が対象候補者のミーンズテストを毎年、実施している。医療保険証発行のプロセスは、毎年 10 月から 11 月に、コミューンの人民委員会が貧困者を調査し、リストを作成して県 DOLISA に送付する。県 DOLISA では証明書を作成し、県 SS と契約書を取り交わす。その後、県 SS が保険証を作成して県 DOLISA に送付し、県 DOLISA が各コミューンの担当者を通じて本人に配布するしくみである。

コミューンレベルでの保険料の徴収は、代理人が行っている。1 つのコミューンに 1 名の代理人がおり、徴収した金額の 4% の報酬として受けとっている。

(3) 医療保険証の発行に関わる問題

現行の医療保険制度では、職業や属性、経済状況によって加入者が 25 のグループに細かく分類されていることから、1 人が複数のグループに分類されるという問題がある。例えば、貧困家庭の子どもや学生、少数民族の元傷病兵などのケースがある。

通常、助成額が最も大きい基準が適用されるが、それぞれの分類の対象者リストに 1 人が重複して掲載されるリスクがある。また、職業や属性、経済状況が変化した場合に、医療保険の変更が即時に行われるかどうか不明⁶⁸。

このように、加入者の分類が複雑で曖昧な制度であること、医療保険証の発行には複数の機関が関与し、複数の保険料徴収チャネルがあること、加入者の情報を一元的に管理するしくみがないことから、医療保険証の二重発行は頻繁に発生している。ホアビン省では約 2013 年に 6,000 件、ディエンビエン省では過去 2 年間に 4,000 件の二重発行を確認している。

(4) 加入率を伸ばすための取組み

ベトナム政府は、貧困者に対して保険料の 100% を助成するなど、網羅できるセクターはすでに網羅しているのが現状である。今後、大きく加入率を伸ばす余地は少ないことから、2020 年に 80% という目標の実現は困難と予想される。

表 4-9 に示した通り、加入率が低いのは、経済的に困難な層と裕福な層の両方である。ヒアリングによると、医療保険に加入しない理由として、準貧困者層は保険料を負担するのが経済的に困難であること、富裕層は公的医療サービスへの信頼が低く、民間の保険や医療サービスを志向することがあげられた。

任意加入者が医療保険に加入する理由としては、健康状態に問題を抱えて医療サービスが必要になったからであり、健康な人は加入せず、健康リスクを抱えた人だけが加入するという状況である。

4.2.1 (4) に述べたように、現在、中央レベルでは、医療保険法の改正が進行中である。その中で準貧困者への助成、任意加入の廃止と強制加入への移行、医療保険の加入率達成に関する地方政府の責

⁶⁸ Tran Van Tien et al (2011) の指摘による。また、ホアビン省の DOLISA 及び省 SS へのヒアリングで医療保険における加入者の属性変更時への対応をたずねたところ、転居には対応している、しかし、分類グループ間の移動は定年した時、失業した時以外にそれほど発生しないとの回答であった。

任の明確化などが検討されている。

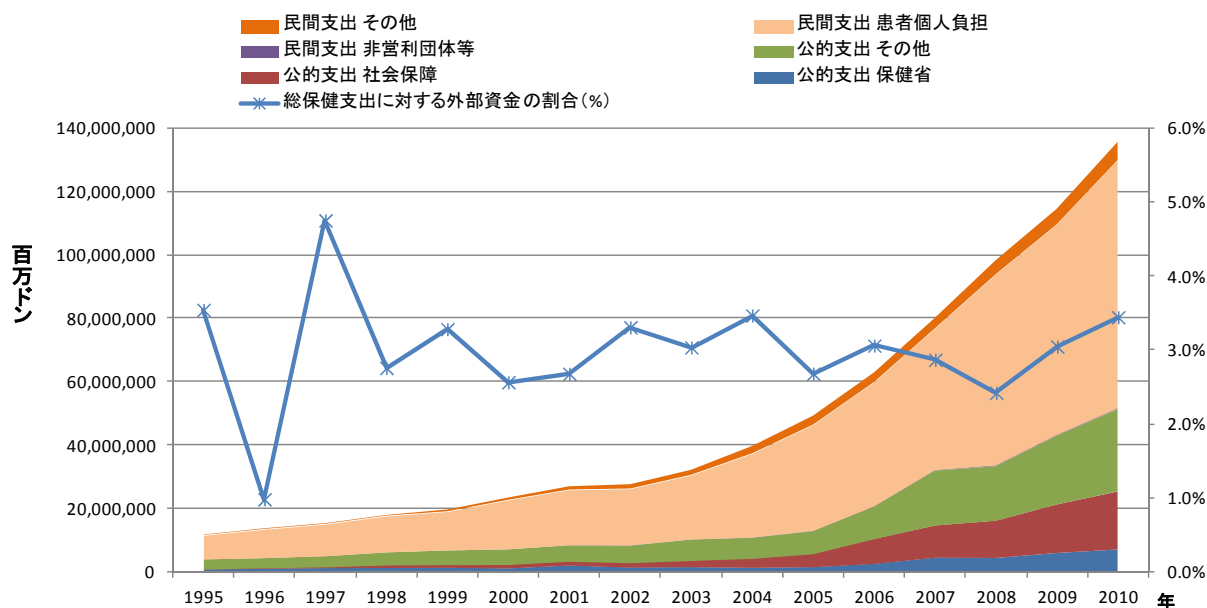
各省レベルにおいても、加入を促進するために、さまざまな取組みが行われている。例えば、ナムディン省では、準貧困者に対して省予算から助成し、保険料の自己負担分をゼロとして保険加入を進める措置をとっている。また、現在1コミュニティに1名となっている代理人体制を複数名体制とし、代理人同士の競争環境を作って加入を伸ばしていく策が検討されている。

しかし、政府助成の対象を拡大して加入率を伸ばしていく方針は、必然的に政府財源を圧迫する。医療保険制度を維持しつつ加入率を向上させるには、公的医療サービスへの信頼を向上させ、現在の未加入者を公的医療保険制度に取り込む必要がある。

4.2.6 医療保険の利用状況

(1) 医療保険の利用状況

図 4-6 に、総保健支出の推移を示す。総保健支出における VSS（社会保障基金）の支出割合は増加している。医療保険法施行前の 2005 年には 8.8%であったが、施行後の 2010 年には 13.6%となっている。

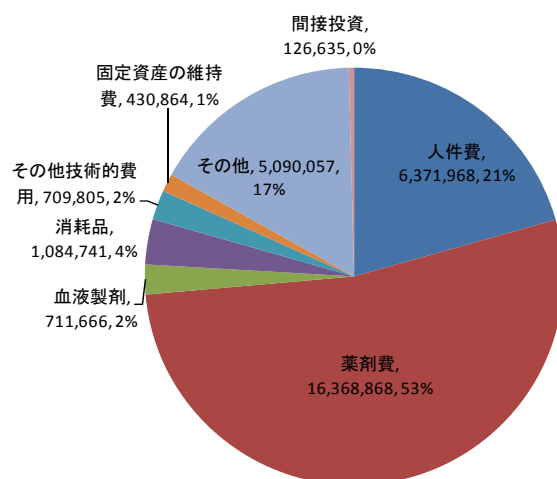


注： 外部資金は OECD/DAC のデータに基づいており、総保健支出に含まれる。

出典： 保健セクター情報収集・確認調査：ベトナム社会主義共和国保健セクター分析報告書 [1]

図 4-6 保健支出財源の推移

図 4-7 に、2010 年時点の医療保険の支出内訳を示す。最も大きいのが薬剤費であり、全体の 53%を占めている。したがって、薬価を適切に管理することが医療保険制度の財政維持に大きく貢献すると思われる。ただし、現行の制度では薬価は保健省や VSS の管理下になく、各病院が入札して決定することから、コスト管理がしにくいしくみとなっている。

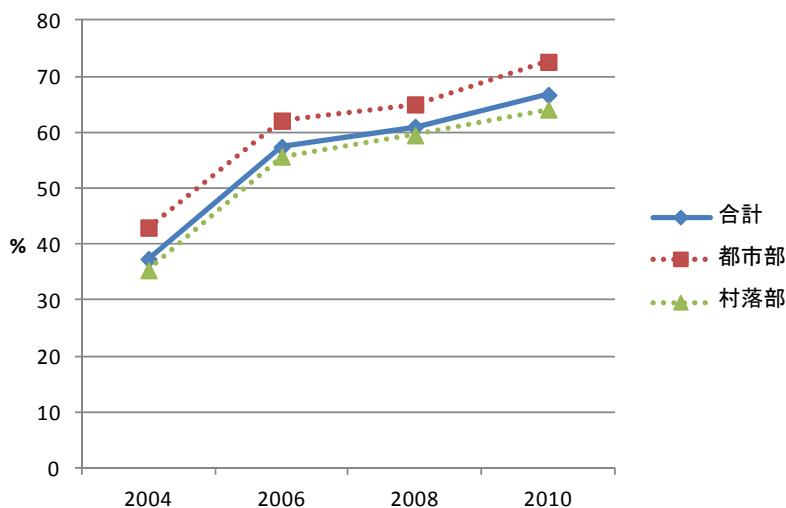


単位：百万 VND

出典： National Health Account 2011, Table 6.1 Health financing of health financing facilities by expenditure 2010 [44]に基づき調査団作成

図 4-7 医療保険の支出内訳 (2010)

過去 12 カ月間に医療保健機関で受診した人のうち、医療保険を利用した人の割合は、2004 年には 37.4%であったのが、2012 年には 72.1%まで伸びている [45]。地域差をみると、都市部では 77.7%、農村部では 69.6%と都市部の方が医療保険の利用率が高い (図 4-8)。都市部では医療保険の加入率が低いことを踏まえると (表 4-10 に前述)、都市部では医療保険の保有者は病院を利用するが、農村部では医療保険を持っていても使わない人が多いと想定される⁶⁹。

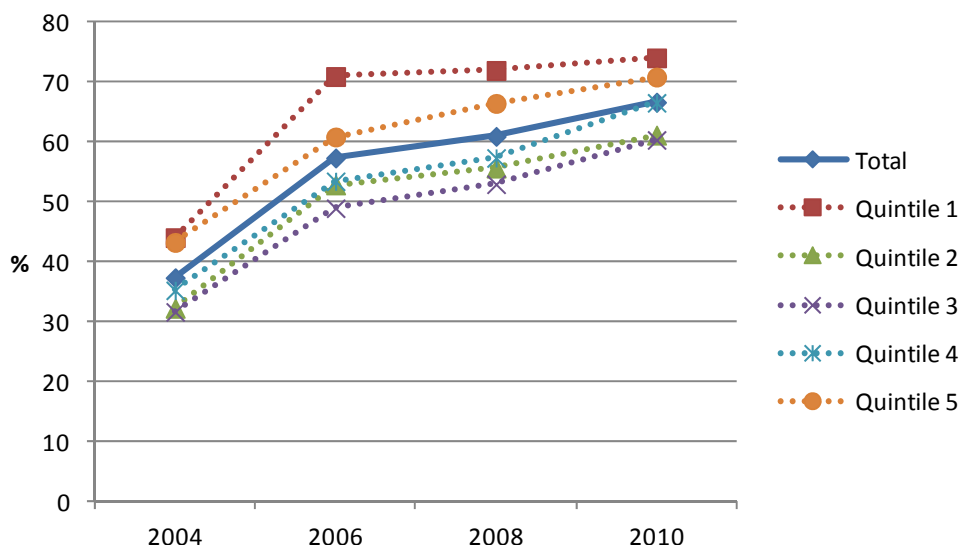


出典： VHLSS 2012 [27]に基づき調査団作成

図 4-8 受診者における医療保険利用率 (地域別)

所得別に医療保険の利用率を図 4-9 に示す。所得の最も低い層 (Quintile 1) が 81.5% (2010) と最も利用率が高く、所得の低～中間層 (Quintile 2、3) の利用率が低い傾向がある。

⁶⁹ ディエンビエン省保健局へのヒアリングによると、住民には病院に行きたくないという意識があり、医療保険に加入し医療費が安いからといって受診回数が増えることはない。



出典： VHLSS2012 [45]に基づき調査団作成

図 4-9 受診者における医療保険利用率（所得別）

所得の最も低い層と2番目に低い層では、利用率はそれぞれ81.5%、67.7%と13%以上の差がある。最低所得者層を占めていると考えられる貧困層は政府が保険料を全額助成して医療保険への加入を進めているが、低・中所得者層にあると考えられる準貧困層への支援は部分的であるため、医療保険の加入率が低く、必然的に利用率も低いという結果である。

(2) 民間医療保険の利用状況

ベトナムでは、幾つかの民間保険会社が医療保険を提供している。民間の医療保険加入者のデータはないものの、中流以上の所得層では民間医療保険への加入を検討する人は多いようである。また、ある程度の規模の企業では、従業員の福利厚生として民間の医療保険に加入している⁷⁰。この場合、従業員は公的医療保険と民間医療保険の2つを保有する。

民間医療保険を利用する背景には、公的医療保険が適用される公的医療サービスに対する信頼性が低いことがあげられる。保険適用の公立病院は常に混んでおり、診断や治療を受けるのに待たされ、入院すれば1つのベッドに2人が収容されることがある。また、適切なケアを受けるために医師や看護師に謝礼等を贈ることが習慣となっている等、一般にネガティブな印象を持っている。

民間の医療保険には、私立病院や公立病院の保険適用外の専用窓口に行き、待たずに診断や治療を受けられるメリットがある。ただし、入院に関しては公的医療保険を利用した方が安くなるため、入院が長期化する場合には保険適用の病院へ転院するとのことである⁷¹。

(3) 患者が医療サービスを受ける流れ

1) 医療保険を利用する受診

患者が病院を訪れ、医療保険を使って受診する際の流れを写真（図 4-10）と共に示す。

⁷⁰ French Hospital（私立病院）からの聞き取りによると、当該病院でも公的医療保険と民間医療保険の2つを職員に提供。保険は職員のみが対象であるが、職員は各自の判断で家族の分の民間保険も購入するとのこと。

⁷¹ French Hospital からの聞き取りによる。



① 一受付：最初の受付窓口で整理券を受け取る



②第二受付：順番がきたら、第二の受付窓口で医療保険証と身分証明書を提示し、本人確認が行われる。医療保険証の登録病院でない病院で紹介状なく受診しようとする場合には、診療費が前払いとなる場合が多い。



③診療科待合室：各診療科に振り分けられる。検査などを行う場合には、自分のカルテを持ち、各室を巡る。



④薬局：薬が必要な場合には、薬局にて調達する。



⑤会計を行う。

図 4-10 病院風景（ホーチミン市 Cho Ray 病院にて撮影）

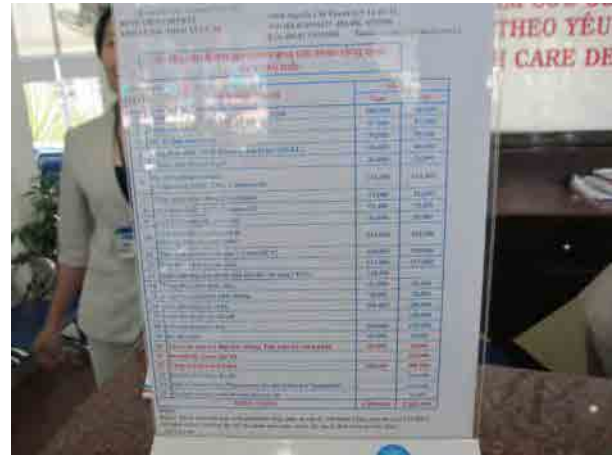
2) 保険外診療

中央レベルの公立病院においては、保険外診療の専用科が設けられている場合がある（図 4-11 ①）。富裕層を対象とする保険外診療の医療サービスは、同じ病院の保険適用診療サービスとは、まったく異なる環境である。

診療費用は受付に表示され、患者に周知されている(②)。支払いに関しては、患者に診察券と銀行のキャッシュカード機能を併せ持つカードを配布する試みを病院と銀行が共同で行っている(③)。患者はあらかじめ診療費用に足るデポジットをこのカード口座に入れておく。この診察カードを受付に提示すると、患者のデータベースにアクセスでき、患者情報が受付で読み取れる仕組みである(④)。



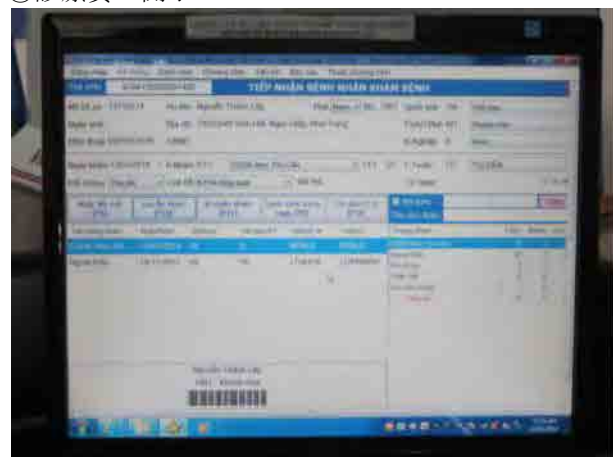
①保険外診療科



②診療費の開示



③診察カード



④受付の患者情報データベース

図 4-11 保険外診療窓口（ホーチミン市 Cho Ray 病院にて撮影）

都市部を中心に展開している私立病院は、県病院と同じレベル3にランクされるものの、公立病院と比べて環境は、かなり良好である。



①受付



②診察待合室



③病室



④薬局

図 4-12 私立病院風景（ハノイ市 Hong Ngoc 病院にて撮影）

4.2.7 医療機関への診療報酬支払制度

(1) 基本的な考え方

医療保険法は、保険適用の医療費の支払い方法について、出来高払い（fee-for-service）、人頭払い（Capitation）、包括払い（case-mix payment）のいずれかをとるよう定めている [46]。

1) 出来高払い

出来高払いは、提供する医療サービスごとに診療報酬を支払う方法である。主に中央病院や省病院で用いられている。

2) 人頭払い

人頭払いは、医療保険証の加入者をグループ化し、診療件数1件につき、グループごとに定められたレートで支払う方法である。主に CHC で用いられているが、保健省は、県病院にも人頭払い方式を拡大する方針を発表している⁷²。2010年には保険証の登録機関のうち13.7%の機関が人頭払いを導入していたが、2012年には42%に増加している [16]。

⁷² 保健省・財務省共同通達 09/2009/TTLT-BYT-BTC で規定されている。

人頭払い制度では、保険の加入者グループは、以下の6つに分類されている。①公務員と企業の被用者、②年金受給者、功労者、社会保障や社会保護手当受給者等、③貧困者、準貧困者、④6歳未満の子ども、⑤学生、⑥任意加入者である。グループ別のレートは、次の数式で表すことができる：

$$R_{ij} = (Exp_{ij} / N_{ij}) \times K$$

各グループの昨年度の医療費 (Exp_{ij}) を各グループの医療保険加入者数 (N_{ij}) で除し、係数 (K) を乗じて算出する。医療費をよく使うグループほど、高いレートとなる。K は、1.1 に設定されており、毎年 10% の上昇が見込まれている。

表 4-11 に、ホアビン省 Da Bac 県病院のレートの事例を示す。6 つのグループのうち、年金受給者等と任意加入者の支払いレートが高いことがわかる。年金受給者等は高齢者で健康リスクが高く、任意加入者は健康問題を抱えた人のみが保険に加入する傾向があるため⁷³、医療費が高いと想定される。

表 4-11 人頭払いレートの事例 (ホアビン省 Da Bac 県病院)

| グループ | 保険加入者数(人) | 平均保険料額 (VND) | 支払いレート (VND) |
|--------------|-----------|--------------|--------------|
| ① 公務員と企業の被用者 | 2,902 | 439,170 | 146,373 |
| ② 年金受給者等 | 1,894 | 251,451 | 387,180 |
| ③ 貧困者、準貧困者 | 41,973 | 155,078 | 44,217 |
| ④ 6歳未満の子ども | 4,685 | 153,756 | 79,246 |
| ⑤ 学生 | 521 | 94,500 | 33,193 |
| ⑥ 任意加入者 | 276 | 141,750 | 295,293 |
| 計 | 52,251 | — | — |

出典：ホアビン省 SS の資料より調査団作成

3) 包括払い

包括払いとは、ある疾病について標準的な治療費を定め、治療内容や期間に関わらずある程度、一定の費用を支払う方法である。この方法は、2009年、ハノイ市の2つの病院において、成人の急性肺炎、小児肺炎、虫垂炎手術、通常分娩の4症状に対し、パイロットが行われた。しかし、今後、拡大して展開していく計画はないようである [41]。

(2) 人頭払いにおけるレファラルの影響

人頭払い方式をとる県病院の医療保険の予算は、県病院でかかった医療費のみでなく、登録患者を上位の病院へ紹介した場合の紹介先での医療費も負担するしくみとなっている。

表 4-12 に、ホアビン省 Da Bac 県病院の事例を示す。まず、県病院の予算 (I) は、加入者グループごとのレートに基づき算出される予算上限(下表の項目 5)と徴収保険料から算出される上限(表 4-12 の項目 7) のいずれか低いほうと定められている。

その予算 (I = 2,989,864,633VND) から患者が紹介先でかかった医療費の一部 (II = 1,917,435,623VND) を差し引いた残り (I-II = 1,072,429,010VND) が県病院が使用できる予算となる。つまり、割り当てられる予算の半分以上は、登録患者を紹介した他の病院における医療費の一部に充当されることになる。

⁷³ ホーチミン市 SS からの聞き取りによる。

表 4-12 診療費予算の積算

I 診察・治療の予算上限

| グループ | 保険加入者数 (人) | 保険料に基づく基金 (VND) | 支払いレートに基づく基金 (VND) | 通知 No. 1267 に基づくその他費用 (VND) | 通知 No. 1267 に基づく基金の上限 (VND) | 使用可能な予算上限 (VND) |
|------|------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | 1 | 4 | 5 | 6 | 7=(4-6) | 8=5 if 5≤7 8=7 if 7<5 |
| ① | 2,902 | 1,032,321,785 | 424,774,446 | 52,880,244 | 979,441,541 | 424,774,446 |
| ② | 1,894 | 385,761,037 | 733,318,920 | 83,464,792 | 302,296,245 | 302,296,245 |
| ③ | 41,973 | 5,272,362,004 | 1,855,920,141 | 215,699,247 | 5,056,662,757 | 1,855,920,141 |
| ④ | 4,685 | 583,480,957 | 371,267,510 | 41,302,960 | 542,177,997 | 371,267,510 |
| ⑤ | 521 | 35,094,352 | 17,293,553 | 906,540 | 34,187,812 | 17,293,553 |
| ⑥ | 276 | 31,689,630 | 81,500,868 | 13,376,892 | 18,312,738 | 18,312,738 |
| 計 | 52,251 | 7,340,709,765 | 3,484,075,438 | 407,630,675 | 6,933,079,090 | 2,989,864,633 |

II 当該病院以外における費用

| 項目 | 外来費用 | | 入院費用 | | 合計 | |
|-----------------------------|------|-------------|------|---------------|-----|---------------|
| | 件数 | 費用 | 件数 | 費用 | 件数 | 費用 |
| 省内の上位病へ院の支払金 | 409 | 105,693,010 | 283 | 1,183,902,912 | 692 | 1,289,595,922 |
| 省外の上位病院への支払金 (第 2, 3 四半期) | 148 | 45,470,309 | 85 | 606,369,392 | 233 | 651,839,701 |
| 直接払い (Direct payment) への支払金 | 0 | 0 | -1 | -24,000,000 | -1 | -24,000,000 |
| 計 | 557 | 151,163,319 | 367 | 1,766,272,304 | 924 | 1,917,435,623 |

I のグループ①～⑥は、Table4-11 のグループ①～⑥に対応
出典： ホアビン省 SS の資料より調査団作成

上位の省レベルの病院では出来高払いを採用しており、サービスを提供するほど病院の収入は上がるため、医療費は高くなる。下位の病院には上位の病院で生じるコストを管理することはできない。このような診療報酬の支払いの仕組みが、県病院は患者を紹介することを避け、より良い治療を受けた患者は正式な紹介なく、自己負担で上位の病院に行ってしまう一因となっている。

(3) 医療費の請求の流れ

医療保険を適用する医療機関は、先ず年度始めに VSS と保険に関する契約を取り交わし、医療費を四半期ごとに VSS に請求する。VSS の審査を経て医療費が支払われ、同時にその 80% が来期分の予算として前払いされ、四半期ごとに清算されるという流れである。

上位の病院 (中央病院、省病院) には、VSS の職員が常駐して医療費データを日々、審査している。

(図 4-13 及び 4-14 は本調査で訪問した病医において確認した関連書類の例。) 処置や薬剤が保険適用か、申請価格は適正かなどが審査のポイントであるが、審査方法の基準やマニュアルはない。したがって、審査方法もさまざまであり、ホーチミン市では全体の 10% のサンプル審査、ナムディン省では 30% のサンプル審査、ホアビン省では請求費の高いケースを対象に審査している。

行われた処置が適切か否かを判断するため、審査には医師が携わっている。ヒアリングによると、計算ミス、重複請求、過剰なサービス供給は良くあるとのことで、2012 年より不正請求に対する罰則のパイロットを実施中である。たとえば医療費請求資料 2 万部のうち 200 部を抜き取り、そのうち 20 部に不正を発見した場合、エラー率 10% とみなし、請求費用全体から 10% を減額する試みを行っ

ており、VSS によれば成果が出ているとのことであった。全国的な運用に向けて首相決定を待っている段階である。



図 4-13 医療費データ (Bach Mai 病院にて撮影)



図 4-14 VSS へ提出するリスト
(Dien Bien 総合病院にて撮影)

VSS へ保険請求する際には、医療費データの要約リストを作成して送付する。リストは表計算フォーマットで作成されるが、申請は電子化されておらず、紙媒体でやりとりされている。財務に関する書類の保存義務は 20 年間と長いことから、文書管理の外部委託化と IT 化を検討している省もある⁷⁴。

病院へのヒアリングによると、VSS からの支払いの遅れは、2 ヶ月程度発生することがある。特に請求額が割り当てられた予算の上限を超えると審査に時間がかかり、1 年も遅れることがある。また、分割で支払われることがある。このため、病院側では、3 カ月に一度、予算の 80% が前払いされるものの、残り 20% の負担が大きいと、月払いにしてほしいとの要望がある。

(4) コスト管理のしくみ

医療保険制度においては、VSS は医療機関に対して、幾つかの予算上限を設定してコスト管理をしている。まず、加入者から徴収した保険料の 10% を中央の VSS へ予備として納め、90% を地域で使用する。支出が予算を上回る場合、予備費からの支払いとなる。予算をオーバーした場合、外来診療のみの場合は徴収した保険料の 5% まで、外来と入院の両方の場合は徴収した保険料の 10% までが支払われる。

人頭払い制度では、予算は、徴収保険料の 90% に基づく予算より低く抑えられている。また、人頭払い制度を採用する県病院の予算は、各施設が支出する医療費と登録患者を紹介した医療機関が支出する医療費の一部をカバーするしくみである。

しかし、出来高払いを採用する上位病院のコストや、医療保険支出の 53%を占める薬代（各病院の

⁷⁴ ディエンビエン省 SS からの聞き取りによる。

入札で価格が決定される)については、保険制度の中でコストを管理するしくみはない。

4.2.8 UHCに向けた取り組みにおける課題

ベトナムではUHCの実現に向けて、2020年までに医療保険の加入率80%を達成するという目標がある。政府の助成による貧困者の加入などに取り組んだ結果、現状、加入率は68%に達している。しかし、その7割は政府の助成を受けた加入者であり、これ以上に加入率を伸ばす余地は少ないことから、このままでは目標の実現は困難と予想される。

また、任意加入者については、健康な人は保険に加入せず、健康リスクを抱えた人のみが加入する傾向が指摘されている。このままでは医療保険制度を維持していくことは、困難と予想される。

医療保険に加入しない理由として、準貧困者層は保険料を負担するのが経済的に困難であることと、富裕層は公的医療サービスへの信頼が低いため、民間の保険や医療サービスを志向することがあげられる。したがって、UHCの実現には公的医療サービスの質を向上させ、富裕層を医療保険制度に取り込むことが不可欠である。

以下に、ベトナムの医療保険制度における課題を挙げる。

(1) 政策、制度実施の改善

ベトナムでは医療保険制度に関連して数多くの省令が発令されているが、その中には矛盾した施策も存在する。例えば、CHCを除くすべてのレベルの医療機関に対して独立採算制に近い経営体制（自主財政制度、5.4.4に詳述）を求める一方で、下位の病院には人頭払い制度の採用を求めている。前者では、出来高払いを採用する上位の病院において、収入を上げるために過剰な医療サービスを提供する方向にインセンティブが働く。後者では、下位の病院にリファー先の上位の病院でかかる医療費の一部も負担させるため、独立採算は困難となる。

このような矛盾する施策を整理して、方針を明確化する必要がある。

(2) 制度設計の改善

1) 加入者の拡大

保険加入については前述の通り、加入者の7割は政府の助成を受けており、これ以上に加入率を伸ばす余地は少ない。現状、加入率が低いのは、強制加入となっている民間企業の被用者及び準貧困者、また任意加入となっている農業者や自営業などである。任意加入者については、健康な人は保険に加入せず、健康リスクを抱えた人のみが加入している傾向がある。現行制度では25もの加入者グループがあるが、分類が重複して登録プロセスが複雑になっている。

保険に加入しない原因として、公的医療サービスへの信用が低いこと、準貧困者や農業者にとっては保険料の負担が大きいこと等の問題があると考えられる。これは、政府や医療サービスを提供する側が公的医療サービスの質を担保できていないこと、国民に対して保険加入のメリットを訴求できていないこと、さらには未納に対抗する制度的・組織的能力が充分でないこと等の問題があると考えられる。

加入者を拡大していくには、医療サービスの質を向上させて、信頼を得ることが必須である（(3)に後述）。また、加入率の低いグループに対してそれぞれに対策を検討し、実施することが必要である。

例えば、準貧困者に対する政府支援の可能性、任意加入者に対する強制加入化を検討する。民間企業の被用者に対しては強制加入の遵守の徹底、未納の厳罰化及び VSS の監督能力の強化が必要である。同時に、医療保険の利用についてわかり易く情報を提供し、健康な人に加入してもらえる制度に改善していく必要がある。国民に対して保険加入のメリットを訴求するには簡素な制度にすべきであり、現在の複雑で基準の曖昧な加入者分類を整理、統合し、国民にとって分かり易く、政府にとって管理し易い制度とすることが望ましい。

2) 保険適用サービス (Benefit Package) の適正化

保険支出の 53% を占める薬の価格については、現行制度では各病院の入札に委ねられており、薬価を管理する仕組みがない。医療保険の支払いには上限が設定されており、上限を超えた医療費はすべて患者の自己負担となるが、患者負担は青天井になり得る。

薬剤の個別入札制度を廃止し、薬価基準あるいは共同購入制度により薬価の抑制を図る等の改善が考えられる。患者の高額医療費負担に上限を設けて、OOP を抑制することが望ましい。

3) 診療報酬制度の適正化

病院の独立採算性を進める中で、上位の病院では出来高払いを採用している。サービスを提供するほど病院の収入は上がるインセンティブがあるため、医療費は高くなり、保険基金財源を圧迫する要因となる。一方、下位の病院には人頭払い制度が用いられており、患者を上位の病院へ送った際に生じるコストを負担しなければならない。このような診療報酬の支払いの仕組みが、県病院は患者を上位の病院へ送ることを避け、より良い治療を受けたい患者は正式な紹介なく自己負担で上位の病院に行ってしまう要因になっている。

これらのことから、出来高払い制度に上限を設ける、あるいは包括払い制度の導入などの改善が必要と考えられる。

4) 民間医療機関の活用

保険適用診療を行う病院は主に公立病院であり、VSS と契約する私立病院は少なく、私立病院を利用する富裕層は公的な医療保険には加入しない、或いは職場などの関係で加入していても使用しない。UHC の実現には、現状、医療保険を適用していない私立病院も医療サービス提供者として公的医療保険制度に取り込み、かつ、富裕層も取り込んでいく必要がある。

このためには、サービス提供者にとって、保険制度に参加するメリットを明らかにする必要がある。保険基金からの迅速、適切な支払いを担保することで、私立病院に拡大していくことが必要である。

(3) 医療サービスの質

医療保険証には、原則、居住地の行政区域内にある公共医療保健機関が登録されている。登録機関以外で紹介なく診療を受けた場合、通常よりも多い自己負担を支払う必要がある。しかし、利用者の振り分けはうまく機能しておらず、上位の病院に患者が集中している。その理由として、県レベルの病院の信頼性が低いことが挙げられる。

富裕層が私立病院を利用する背景には、公的医療サービスに対する信頼性の低さがある。保険適用の公立病院は常に混んでおり、診断や治療を受けるのに待たされ、入院すれば 1 つのベッドに 2 人が収

容されることがある。また、適切なケアを受けるため賄賂を贈ることが習慣となっている等、一般にネガティブな印象を持っている。

このような課題を解決するには、地方のプライマリ・ケアにおける医療サービスの質の向上が必須である。

(4) 医療アクセスの向上

交通の不便な県境に住む住民にとって、隣の県の病院の方が近いが、登録していない近くの病院にかかると高い診療費を払わなければならない、登録病院に行くには交通費と時間がかかる。

このような課題を解決するには、病院へ行きやすいよう登録制度を柔軟にしたり、交通費を支援したりすることも望ましい。

(5) 業務の効率化

加入者の分類が複雑な制度であること、医療保険証の発行には複数の機関が関与し、複数の保険料徴収チャンネルがあること、加入者の情報を一元的に管理するしくみがないことから、医療保険証の二重発行は頻繁に発生している。

医療機関から VSS への申請は電子化されておらず、紙媒体でやり取りされている。文書の法的保存期間は 20 年間と長く、大量の文書を保管しなければならない問題が生じている。

保険加入者の一元的データ管理、保険請求の IT 化による業務効率化を進める必要がある。

第 5 章 保健財政システムの現状と課題

5.1 保健財政に関するベトナムの政策

ベトナム政府はかつてより、保健・医療分野は政府予算の分配率を強化する優先度の高い分野であると認識している。以下に保健財政の関連政策をまとめる。

5.1.1 保健財政全体に関連する政策

2005 年 2 月 23 日の国民の健康の保護・ケア・健康増進に関する政治局決議 (46-NQ/TW) において、患者からの直接支払いによる利用料を徐々に減らし、公的支出（政府予算・医療保険を含む）の割合を高めていく方向性へ保健財政政策を見直していく必要があると示している [47]。また、国民のヘルスケアの質向上のための社会動員に係る政策・法令実施に関する国家決議 (18/2008/QN-QH12) では、保健医療に対する国家予算の割合を増やし、保健支出の増加率を政府予算の年間平均増加率よりも高くする、保健支出全体における予防医療に占める割合を 30%にする、などの目標を掲げている [48]。さらに、3 年間の上記政治局決議の実施結果および 5 年間の基礎保健サービスネットワークの統合・強化に関する指令 (06-CT/TW) の実施結果を受けた政治局決議 (43-KL/TW) によると、公的支出の総保健支出に占める割合を 50%以上とするため、保健財政を再構築する必要があるとしている。

これらを受け、「保健セクター開発 5 カ年計画 2011-2015」において、ベトナム政府は、保健支出全体における公的支出の割合を 50%以上に引き上げ、予防医療に占める割合を 30%にするとの目標が掲げられている [12]。

「2030 年までの展望を含んだ、国民の健康確保、診療、健康増進のための国家戦略 2011-2020」でも、保健セクターへの政府予算配分を増額、保健支出の 30%以上を予防医療へ配分、地域医療への適切な医療費の配分、国家予算の最低 10%を保健セクターへ配分、などの目標が掲げられている (5.3.2 に後述) [49]。

5.1.2 サブセクター別保健財政関連政策

(1) 医療施設関連予算に関連する政策

国家予算の設備投資に係る資金分配のための判断基準・標準金額に関する首相決定 (60/2010/QD-TTg) では、2011 年から 2015 年における予算配分が定められている。予算の配分は承認済の国家プログラムを通じて保健分野へ行われることとなっており、専門病院および省や県の医療施設の設備投資のための支出に充てられることになっている。特に、北部および中部高原の山岳地域への支援が最優先とされている [50]。

(2) 保健人材予算に関連する政策

社会経済的に困難な地域に勤務する保健人材に関する政令 (64/2009/ND-CP) では、これらの保健人材のための特別手当や報酬を定めており、2010 年 3 月 22 日付の保健省、内務省、財務省による共同通達 (06/2010/TTLT-BYT-BNV-BTC) で具体的な実施方法等について定められている。この共同通達

達によると、これらの地域の保健人材の特別報酬は月収の 70%とされ、さらに職員の能力向上に向けた助成金や、交通費の支給などの助成金制度が定められている [50]。

(3) 医療保険に関連する政策

2010 年 1 月から施行された医療保険法の実施ガイドラインを示した政令（62/2009/ND-CP）で、保険料が給与、最低賃金、年金受給額の 3%から 4.5%へ増額となった旨が明記されている（詳細は 4.2.3 参照）また、政府は医療保険の行政違反に対する罰則を定めるため、政令（92/2011/ND-CP）を発令し、違反の度合いにより、警告から最大 4,000 万 VND の罰金を科すこととした。

これらの他に、交通事故被害に遭った医療保険加入者のための医療保険請求の手続きを定めた保健省と財務省による共同通達（39/2011/TTLT-BYT-BTC）等が挙げられる [50]。

(4) 高齢者医療予算に関連する政策

地域高齢者のためのプライマリーヘルスケア（PHC）に係る資金の運用について定められた財務省通達（21/2011/TT-BTC）がある。この中で、コミュニケーションヘルスセンター（CHC）は高齢者の PHC のための責任を負い、高齢者の健康増進に関する知識や能力向上のための教育の機会に係る費用、文房具や資料などの購入費、高齢者定期健康診断、単身高齢者や重病人で動けない高齢者の自宅への訪問診療⁷⁵や CHC で診療を行う際の交通費の補助など、コミュニケーションレベルの人民委員会が中心となって、支給された国家予算をこれらの活動に支払うよう定めている。

5.2 関連組織

5.2.1 中央レベル

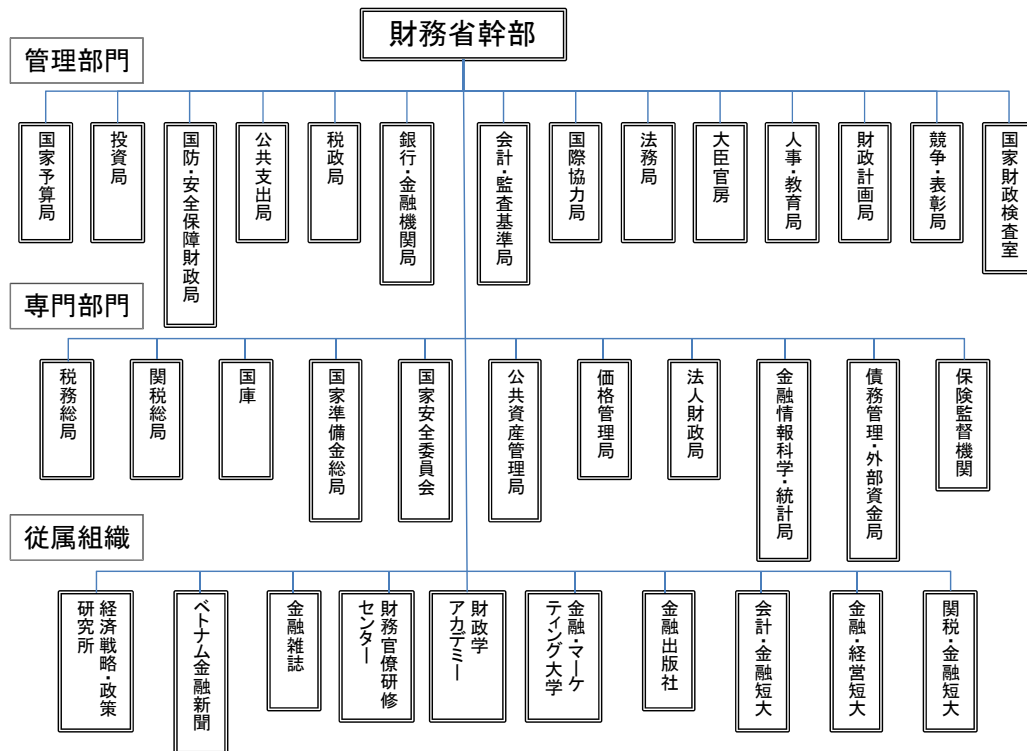
保健財政に関連する中央レベルの機関としては、2.4.1 に述べた保健省及びベトナム社会保障（VSS）に加え、財務省、計画投資省がある。

保健財政に関わる財務省の担当部局（図 5-1）としては、投資に関しては投資局、海外援助などに関しては負債管理・外部資金局など、専門部局でその役割を分担している。

医療保険の政策策定に関しては保健省が中心であり、財務省の関与はほとんどない。一方、医療費の上限を設定した共同通達（04/2012/TTLT-BYT-BTC）や、貧困層への医療サービス提供に係る基金設立に関する共同通達（33/2013/TTLT-BYT-BTC）、避妊・HIVAIDS・その他の性感染症に対する基金の運用・管理に関する共同通達（25/2013/TTLT-BYT-BTC）など、保健分野の財政に関わる政策は保健省と共同で通達を出すなど、重要なステークホルダーとなっている。

計画投資省は国家社会経済開発戦略や計画に関するの助言、国内投資や国外投資に関する支援、ODA や非政府系援助の管理、入札に関する監督等の責任 [51]をもつ行政組織である。25 の部局のうち、保健分野の主要担当部局は労働・文化・社会局となっているが、予算関連は国家経済課題局や財政金融局、医療サービス関連はサービス財政局、保健分野の ODA 関連は海外経済連携局、保健人材は科学・教育・自然資源・環境局、外資は海外投資局が、それぞれ担当している。

⁷⁵ 通常 2,000VND/km で、山間部などは 3,000VND/km となっている。



出典：財務省ウェブサイト [52]より調査団作成

図 5-1 財務省組織図

5.2.2 省レベル以下の担当部局

省の行政組織としては省人民委員会内に中央レベルと同様の部局が存在し、保健省の下位組織となる保健局（DOH、2.4 参照）、財務省の下位組織となる財務局（DOF）が存在している。そしてそれぞれの局には保健省、財務省等と同様の課が存在し、それぞれ担当役割を果たしている。県の行政組織は省の担当部局によって監督されている。

5.3 保健財政概況

5.3.1 近年の概況

(1) 保健財政の推移

ベトナムの総保健支出は近年大幅に増加しており、2011 年は 2000 年時のおよそ 7.5 倍もの総支出額となっている。2011 年の総保健支出のうち、39.9%は公的支出、残りは民間からの支出となっている。患者個人負担総額が占める割合は 56.1%と半分以上を占めている（表 5-1）。

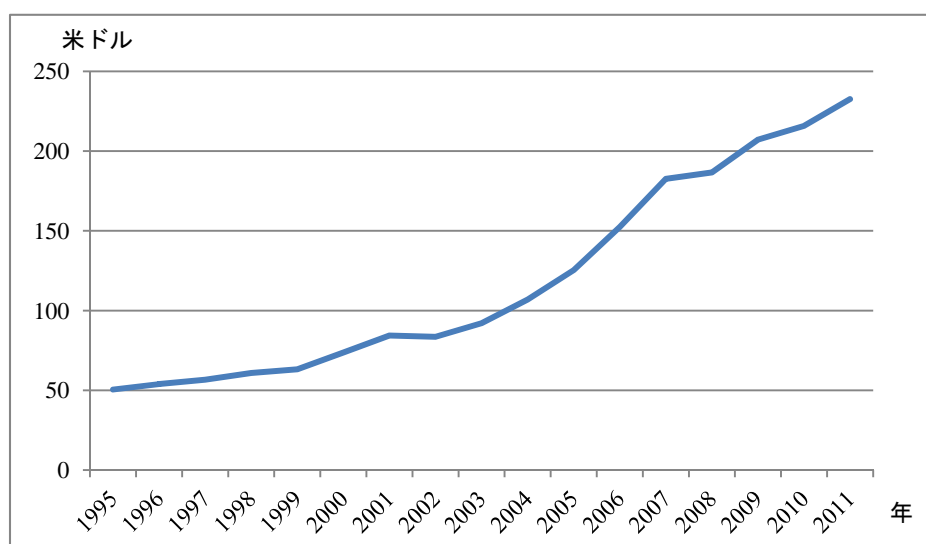
表 5-1 保健支出財源の推移

単位：100 万 VND

| | 1995 | 2000 | 2005 | 2011 |
|--------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 公的支出 | 4,023,607 | 7,215,164 | 12,974,880 | 69,665,524 |
| 保健省 | 544,300 | 880,375 | 1,295,041 | 4,722,000 |
| 社会保障基金 | 283,000 | 1,418,010 | 4,340,499 | 27,076,000 |
| その他 | 3,196,307 | 4,916,779 | 7,339,340 | 37,867,524 |
| 民間支出 | 7,850,191 | 16,097,199 | 36,167,870 | 104,806,202 |
| 非営利団体等 | 18,969 | 31,861 | 103,233 | 306,800 |
| 患者個人負担 | 7,463,789 | 15,392,472 | 33,239,505 | 97,947,527 |
| 総保健支出 | 11,873,798 | 23,312,363 | 49,142,750 | 174,471,726 |
| 政府総支出 | 54,589,000 | 109,633,000 | 247,749,000 | 738,800,000 |

出典：Global Health Expenditure Database[53]より調査団作成

2011 年の政府支出に占める政府の保健支出の割合は 9.43%⁷⁶で、図 5-2 に示すように、一人当たりの保健支出は 1995 年から 15 年間で 4 倍以上となっており、2011 年には 233 米ドル⁷⁷であった。



出典：Global Health Expenditure Database [54]に基づき調査団作成

図 5-2 一人当たりの保健支出の推移

(2) 保健財政近況

最新の国家保健会計 (NHA) は 2011 年版が現在最終化に向けて作成中である。NHA2011 によると、2010 年の政府保健予算の 3 分の 2 は省レベルの保健局および社会保険に割り当てられている (表 5-2)。中でも、医薬品購入に係る費用が総保健支出の 35%、医療保険からの支払いの 53% を占めており⁷⁸、この背景にはジェネリック医薬品でなく先発医薬品による処方や医薬品の過剰使用、抗生剤の過剰投与などが挙げられている。

⁷⁶ (公的支出) / (政府総支出) × 100 で算出

⁷⁷ 購買力平価 (PPP int. \$)

⁷⁸ NHA2011 データ[42]から調査団算出

表 5-2 保健予算配分の行政レベル別金額と割合（2010 年）

単位：100 万 VND

| | 中央レベル 予算 | 省レベル 予算 | 県レベル 予算 | コミュニ ンレベル 予算 | 計 |
|-----------------|-------------|------------|------------|--------------------|------------|
| 保健省/保健局 | 3,874,287 | 32,965,180 | 5,874,749 | 439,947 | 43,154,163 |
| 社会保険 | 4,736,213 | 10,529,451 | 5,613,787 | 943,144 | 21,822,595 |
| 合計 | 8,610,500 | 43,494,631 | 11,488,536 | 1,383,091 | 64,976,758 |
| 全保健予算に対する割合 (%) | 13.25 | 66.94 | 17.68 | 2.13 | 100.00 |

出典： NHA2011 [44]データを基に調査団作成

表 5-3 及び表 5-4 に、2010 年の保健財源団体別の保健サービス予算内訳と保健財源団体別の保健施設別支出内訳を示す。

表 5-3 保健財源団体別の保健サービス予算内訳（2010年）

単位：100万 VND

| | 政府系 | | | | | 非政府系 | | | 合計 |
|---------------|---------------------|------------|------------|----------------|-------------|------------|------------|---------|-------------|
| | 中央 (保健省、他 省庁) | 省 (DOH) | 県 (DOH) | コミューン (DOH) | 社会保険 | 一般家庭 | 企業/学校 | 事前団体 | |
| 直接医療経費予算 | 5,746,033 | 33,684,137 | 5,902,368 | 452,592 | 130,070,563 | 78,570,549 | 15,230,900 | 620,824 | 170,277,967 |
| 医療サービス | 2,402,949 | 6,532,167 | 3,405,026 | 441,955 | 30,070,563 | 78,570,549 | - | 620,824 | 122,044,033 |
| 予防/公衆衛生 | 3,311,176 | 27,034,195 | 2,497,342 | 10,637 | - | - | 15,230,900 | - | 48,084,250 |
| リハビリ/看護 | 26,697 | 66,721 | - | - | - | - | - | - | 93,418 |
| 医薬品・食品・検疫の質管理 | 5,211 | 51,054 | - | - | - | - | - | - | 56,266 |
| 間接医療経費予算 | 626,845 | 669,134 | - | - | 824,042 | - | - | - | 2,120,020 |
| 行政/管理 | 77,973 | 547,229 | - | - | 824,042 | - | - | - | 1,449,243 |
| 人材育成 | 463,299 | 110,745 | - | - | - | - | - | - | 574,044 |
| 研究 | 85,573 | 11,160 | - | - | - | - | - | - | 96,733 |
| 合計 | 6,372,878 | 34,353,271 | 5,902,368 | 452,592 | 30,894,605 | 78,570,549 | 15,230,900 | 620,824 | 172,397,988 |

出典： NHA2011 [44]データを基に調査団作成

表 5-4 保健財源団体別の保健施設別支出内訳（2010年）

| | 政府系 | | | | | 非政府系 | | | 合計 |
|-----------|---------------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|---------|-------------|
| | 中央 (保健省、他 省庁) | 省 (DOH) | 県 (DOH) | コミューン (DOH) | 社会保険 | 一般家庭 | 企業/学校 | 事前団体 | |
| 病院・保健施設 | 2,402,949 | 6,532,167 | 3,405,026 | 441,955 | 30,070,563 | 44,228,081 | - | 620,824 | 87,701,565 |
| 民間薬局 | - | - | - | - | - | 34,342,468 | - | - | 34,342,468 |
| 予防/公衆衛生 | 3,316,387 | 27,085,249 | 2,497,342 | 10,637 | - | - | 15,230,900 | - | 48,140,516 |
| リハビリ/看護施設 | 26,697 | 66,721 | - | - | - | - | - | - | 93,418 |
| 行政管理/SHI | 77,973 | 547,229 | - | - | 824,042 | - | - | - | 1,449,243 |
| 人材育成機関 | 463,299 | 110,745 | - | - | - | - | - | - | 574,044 |
| 研究機関 | 85,573 | 11,160 | - | - | - | - | - | - | 96,733 |
| その他の機関 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 合計 | 6,372,878 | 34,353,271 | 5,902,368 | 452,592 | 30,894,605 | 78,570,549 | 15,230,900 | 620,824 | 172,397,988 |

出典： NHA2011 [44]データを基に調査団作成

保健省によると、国家予算の保健セクターに対する割合は 34.2% 上昇し、2008 年から 2013 年にわたって 1 年当たり 20% の割合で伸びていた国家予算よりも高い割合となっている。また、近年は、貧困層及び準貧困層や少数民族、6 歳未満の子どもなどを対象とした医療保険料の全額または一部助成金支出が増加し、政府予算における負担割合が増えてきている [55]。

(3) 近隣諸国との比較

表 5-5 は、2009 年における近隣諸国および日本との保健支出の比較を示したものである。国内総生産（GDP）に占める総保健支出の割合は、日本よりは低いものの、他国よりは高い値を示している。しかしながら国家総支出に対する公的保健支出の割合は 7.8% とそれほど高くない。また、公的保健支出に占める医療保険の割合は 36% となっており、近隣国に比べ高い割合となっている。

さらに民間保健支出に占める患者自己負担費の割合は、92.7% と日本よりも高く、総保健支出に占める割合も約 58%⁷⁹ と WHO が推奨する 30% から 40% のレベルを大きく上回っている [55]。

表 5-5 近隣諸国および日本との保健支出比較（2009 年）

| 指標 | ベトナム | タイ | カンボジア | ラオス | 日本 |
|-----------------------------|------|------|-------|------|-------|
| GDP に占める総保健支出の割合 (%) | 6.9 | 4.2 | 5.3 | 4.3 | 9.5 |
| 総保健支出に占める公的保健支出の割合 (%) | 37.5 | 74.6 | 36.6 | 28.3 | 82.3 |
| 総保健支出に占める民間保健支出の割合 (%) | 62.5 | 25.4 | 63.4 | 71.7 | 17.7 |
| 国家総支出に占める公的保健支出の割合 (%) | 7.8 | 13.3 | 9.8 | 5.9 | 18.4 |
| 総保健支出に占める外部資金による保健支出の割合 (%) | 3.0 | 0.3 | 22.0 | 18.8 | 0 |
| 公的保健支出に占める医療保険の割合 (%) | 36.0 | 10.1 | NA | 5.0 | 87.7 |
| 民間保健支出に占める患者自己負担費の割合 (%) | 92.7 | 59.6 | 66.8 | 70.7 | 82.1 |
| 民間保健支出に占める民間保険加入率 (%) | 0 | 28.5 | 0 | 0.5 | 12.7 |
| 一人当たり保健支出額 (米ドル) | 77 | 160 | 41 | 39 | 3,754 |
| 一人当たり公的保健支出額 (米ドル) | 29 | 119 | 15 | 11 | 3,090 |

出典： WHO Global Health Expenditure Atlas [56]

(4) 外部資金の状況

計画投資省への聞き取りによると、ベトナムは低中所得国になり、国家として外部資金による支援金額は以前より減少傾向にあるとのことだが、保健省の報告によると、保健支出における外部資金による支援の割合は増加しており、高いレベルを維持している。2012 年における保健省管轄の政府開発援助（ODA）によるプロジェクトは 52 あり、約 15 億米ドルとなっている。中でも、世界銀行および世界エイズ・マラリア・結核基金（世界基金）による援助が全 ODA 資金の 50% 以上を占めている。また、保健省によると、これら ODA に加え、非政府組織（NGO）による資金援助を受けたプロジェクトが 106 あり、2 億 5600 万米ドルが投入されている [55]。

5.3.2 保健財政に係る将来目標・予測

「2030 年までのビジョンも捉えた 2011 年から 2020 年における国民のための保護、ケア、健康増進に関する国家戦略」（首相決定 122/QĐ-TTg、2013 年 1 月）では、特に公的支出の増大を目標に掲げている。これを達成するために以下の施策を実施するとしている [55]。

⁷⁹ (総保健支出に占める民間保健支出の割合(%)) × (民間保健支出に占める患者自己負担費の割合(%)) にて算出

- 年間国家予算における保健支出の割合を増加させるため、保健支出の増加率を政府予算の年間平均増加率よりも高くする。
- 保健支出全体における予防医療費の割合を 30%以上とし、CHC に対する予算や地域医療従事者のための給与補てんのための十分な資金を確保する。
- 保健支出が占める割合を国家予算の 10%以上とするよう努める。

しかしながら、本調査における聞き取りでは、財務省では総保健支出の具体的な中長期的予測は立てられておらず、計画投資省でも保健セクターに対する外部資金獲得の目標や予測は立てられていないとのことであった。

一方、医療保険およびヘルスケアに係る費用の予測に係る ILO の推計（表 5-6）によると、2003 年から 2010 年にかけての年平均予算実績と比較すると 2011 年から 2015 年の年平均予測は 5.4 倍、2016 年から 2020 年の年平均予測は 10 倍となっており、今後の急激な財政の負担増が予測されている。

表 5-6 医療保険に係る予算実績（2003-2010）と予測（2011-2015、2016-2020）

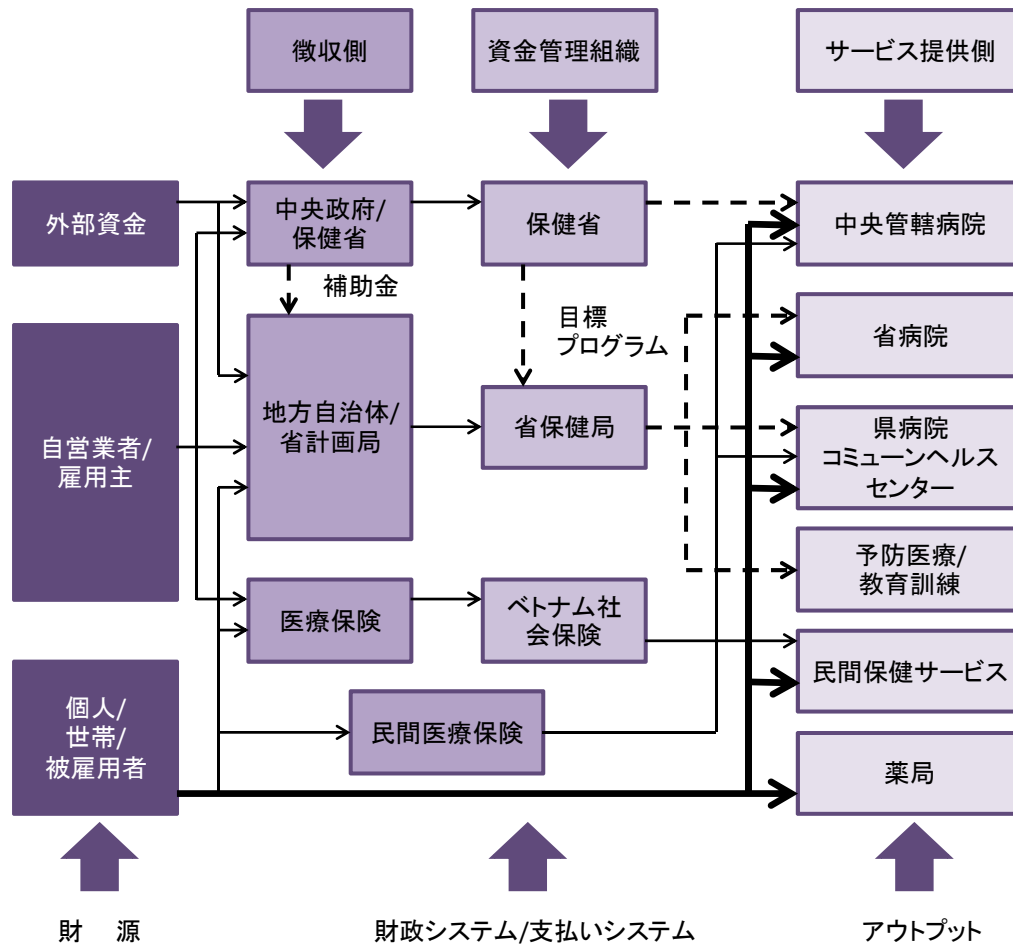
（単位：10 億 VND）

| | 2003-2010 実績 | | 2011-2015 予測 | | 2016-2020 予測 | |
|------------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|---------|
| | 合計 | 年平均 | 合計 | 年平均 | 合計 | 年平均 |
| 医療保険・ヘルスケア | 126,753 | 15,844 | 427,109 | 85,422 | 795,942 | 159,188 |

出典： Analysis of the Viet Nam National Social Protection Strategy (2011-2020) in the context of Social Protection Floor objectives [57]

5.3.3 資金フロー

ドイモイ革命の後、ベトナムの保健財源は税金ベースだけの構造から、複数の財源をもつ構造に変わっていった。今日の主要な財源として、政府予算、医療保険基金、患者自己負担金がある。その他規模は小さいが、外部援助、ODA、民間医療保険等の財源がある（図 5-3） [41]。



出典： A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance [41]

図 5-3 ベトナムの保健医療サービスにおける資金の流れ

5.4 医療施設における保健財政

5.4.1 病院の収入

本調査で訪問した病院等から得られた情報によると、公立病院の収入源は大きく分けて政府予算、医療保険、患者自己負担及びその他の収入（病院内の駐車場や売店等他サービス事業からの利益など）の3つとなっている。中央病院では、この他医薬品会社からがんの治療薬など現物提供を受けている。

以下にそれぞれの収入源の特徴を示す。

(1) 政府予算

公立病院の総収入に占める政府予算の割合は、中央病院で1から2%、省・県レベルでは20から30%程度である。中央病院で極端に割合が低い理由は、①中央病院は患者が多く、医療保険や患者自己負担の収入が見込めること、②保健省は省レベルの病院に予算を手厚く分配する方針を打ち出している、などの理由が挙げられる。

政府予算のほとんどは病院職員の基本給分にあてられている。不足分や加給分については患者自己負担による収入から得た利益を各病院の内規の範囲内で補てんしている。

各病院は12月までに翌年の予算を人民委員会へ提出し、省レベルの病院へは申請予算額の80%程度が承認、配分され、県レベルの病院へは60から70%程度が配分される。この配分方法は各省の人民委員会の裁量に任されている。ホアビン省での聞き取りでは、ホアビン省病院では1床あたり40百万VND、Mai Chau 県病院では同36百万VNDであった。

こうした病院への予算配分基準は3年毎に改訂されている。また、毎月の支払は担当窓口（中央：保健省、省：省人民委員会、県：県人民委員会）より、滞りなく行われている。

(2) 医療保険

公立病院の総収入に占める医療保険の割合は、中央病院で40%程度、省・県レベルでは50%から60%程度である。

病院からVSSへの保険請求は四半期毎に行われ、VSSで承認後、その承認金額に加え、翌四半期予算の80%が支給される仕組みとなっている。この支給方法では翌四半期予算の80%が前払いされるものの、3か月分の収支に関わるため特に地方では病院の負担に大きく影響することもあり、毎月の支給を求める声も聞かれた。

また、地域によっては承認に時間を要し、支給が若干遅れるケースがあり、上限額を超えた申請のケースではVSSからの支給が1年から2年程度滞ることがあるとのことであった。

(3) 患者自己負担及びその他の収入

公立病院の総収入に占める割合は、中央病院で50から60%程度、省・県レベルでは10から20%程度である。

医療保険非加入者の受診は全額自己負担である。加入者であっても医療保険カードに登録された病院以外へ、通常の搬送手順を踏まずに受診した場合、病院での患者自己負担支払いの割合は増加するシステムとなっている。多くの患者は登録先の病院より、より上位レベルの病院へ受診する傾向があるため、上位レベルの病院では自己負担による収入が多くなる傾向がある。

また、特に中央レベルの規模の大きい病院では患者自己負担による収入以外にも、売店の売り上げ、駐車場の駐車料金なども収入源として見込まれている。

5.4.2 コミュニティヘルスセンターの収入

(1) 政府予算

政府予算は、県の人民委員会の保健担当局を通じて支給される。政府予算のほとんどは人件費となっているが、配分に関しては各県の裁量に任されている。CHCでは、患者自己負担額も少額のため、利益を出すことは難しい。そのため、CHCが独自に加給分を確保するのは難しい状況にある。CHCで勤務する人材以外に、村落保健ボランティアの手当ても県の保健担当局から支給されている。また予防プログラム等のための資金も政府予算から充てられている。

(2) 医療保険

申請手続き、支給手続きはすべて、CHCを管轄している県病院を通じて行われている。これらの手続きに関しては病院とVSSのプロセスと同じである。

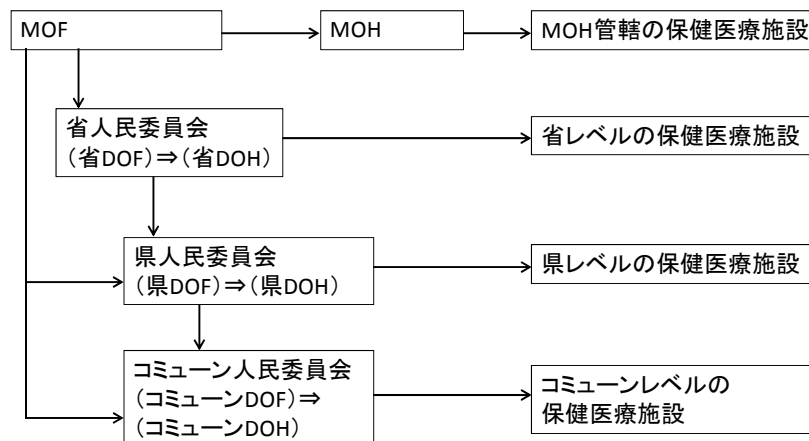
(3) 患者自己負担およびその他の収入

医療保険非加入者は病院と同じく全額自己負担である。加入者は、加入グループ別の自己負担比率に応じた支払いとなるが、基本診察料はCHCではおよそ3,000VND⁸⁰であり、その5%から20%が自己負担（150VNDから600VND）で極めて少額となるため、実質ほとんどの医療保険に加入している患者はCHCで自己負担は生じない仕組みとなっている。

医療保険加入者でも一定額以上の支払いが必要となる医療サービスとしては、通常分娩に係る費用（ナムディン省の場合26万VND）がある。また、企業への就職などのために必要な健康診断は全額自己負担となっている（ナムディン省の場合、1回1万VND）。

5.4.3 政府予算の配分

通常は翌年度の予算は、6月に各省庁から財務省に提出され、審議の後9月頃までに予算の大枠が決定、11月頃に国会で予算が承認される。その後、中央から省へ、省から県へ、県からコミューンへという流れが一般的である。国家目標プログラム等に係る費用など、各省より追加・補正予算が財務省へ申請された場合、財務省もしくは必要に応じて首相承認を得て追加予算が配分される。国家目標プログラムに係る予算やその他の追加予算は、その都度財務省より各レベルの行政機関へ直接配分されるシステムとなっている（図5-4）。



出典：財務省、保健医療機関等からの聞き取りを基に調査団作成

図 5-4 政府予算の各保健医療施設配分までのフロー

5.4.4 自主財政制度

(1) 自主財政制度の現状

公立の病院は、公立施設に対する財務、編成、組織、任務実施に関する自己責任及び自主権に関する政令（43/2006/ND-CP）に沿って経営することが義務付けられている。しかしながら、人件費の基本給に関しては政府予算見積金額配分規則に関する首相決定（59/2010/QD-TTg）に沿って割り当てられるなど、完全な独立採算制ではなく、自主財政制度と呼ばれる制度となっている。

⁸⁰ 保健省・財務省共同通達 No. 04/2012/TTLT-BYT-BTC による上限は5,000VNDとなっている。

病院の支出項目としては、検査薬品・医薬品購入費、設備保守管理費、機材購入・修繕費、人件費などが挙げられるが、自主財政制度では、人件費の加給分や水道光熱費は、前述のとおり各病院の利益から充てられている。このため、病院によって財務状況は異なっており、原則的には収支バランスはとれているとのことだが、赤字となった年を経験した病院もあるとのことであった⁸¹。

また、病院では、収入を増やすため、過剰診療につながってしまう可能性もあると懸念されている。そして上位レベルの病院では、リファラル体制に問題があることは認識しつつも、収入を確保するために特に対策は取っておらず、結果として上位レベルの病院は常に混んだ状態となっているため、サービスの質に影響を与えかねない。また、下位レベルの病院からは、人件費として充てられている政府予算は不十分であるため、人材雇用に影響を及ぼし、結果的にサービスの質の低下にも影響を与えているとの声も聞かれた。

病院収入の主要財源である診療報酬について、病院の能力や管轄地域の経済状態が異なるため、保健省及び財務省の医療費の上限を設定した共同通達（04/2012/TTLT-BYT-BTC）で上限は設定されているものの、病院ごとに診療報酬は異なっている。保健省は、同一ランクの病院では診療報酬を統一していきたいとの見解であるが、この統一基準設置のための診療基準や選定医薬品基準がないのが課題であると認識している。

(1) 診療報酬改定に向けた動向

公立病院診療報酬の改定が2012年に一度行われた。しかしながらこの改定は不十分であったということから、公衆衛生サービスの運営・財務体制及び診療サービス価格に関する政令（85/2012/ND-CP）に基づいたロードマップが作成され、現行では医薬・消耗品費、水道光熱費、機材管理費の3項目が診療報酬単価の原価として計上されているが、2014年より段階的に人件費などの費用を追加し、2018年には7項目の診療報酬計上となることが発表された。以下にその段階的な改定内容を示す。

- 2014年より、入院患者のベッド使用料、手術費の一部を追加
- 2015年より、山岳部の省病院、中部高原、ハノイ市及びホーチミン市の県病院において治療用消耗品、病院運営管理費、病院職員の基本給の20～30%を追加
- 2016年から2017年にかけて、省病院、中央病院、ハノイ市及びホーチミン市の県病院の職員の基本給を追加
- その他の地域の県病院においても、上記に準じて診療に係る費用を追加する

将来的に人件費が診療報酬に計上されることで、公的保健支出のうち、病院の人件費のための予算は減少し、貧困層や少数民族、6歳以下の子ども等を支援するための予算配分が増えていくと保健省の副大臣は考えている [58]。

5.5 保健財政に関する課題

WHOの「世界保健報告2010」では、効果的な保健財源の確保だけではUHCの達成は困難であり、有効的な保健財源の使用が必要であると述べられている。ベトナムにおいても、保健財源の効果的な使用については課題を残している。

81 医薬品会社への購入代金の支払いを遅らせてもらったケースなどもあったとのこと。但し、本調査において病院の収支の詳細は入手できなかった。

(1) 医療サービス提供内容の適正化

4章でも指摘されているとおり、上位病院では出来高払いが主流であり、医療費の増大へつながっている。5.3.1(2)に述べたように、医薬品購入に係る費用が総保健支出及び医療保険による支払いの大きな部分を占める背景には、先発医薬品による処方や医薬品の過剰使用、抗生剤の過剰投与などが挙げられている。加えて、過剰なサービス提供による収入増を可能とする出来高払いの中では、 unnecessaryな検査や画像診断などに対する支出が増えていると保健省は指摘している [55]。

このような医療費増大につながるような、 unnecessaryな医薬品の使用、診断数の増加を減らし、適切な医療サービスの提供が求められる。

(2) 患者自己負担の抑制

上記の医療費の増大は、結果として、患者自己負担額の増加につながっている。WHOは、総保健支出に占める患者自己負担費の割合が30%を超えるとUHCの達成は困難であるとしているが、ベトナムでは58%となっている。

患者自己負担費の割合の増加は、保険加入等へのリスク管理の可能性を低減し、貧困層にとっては保健サービスへのアクセスをより困難にし、健康の平等性を低下させてしまう。また、その他の家計における食費、学費などの必要経費を削らなければいけないことにもつながる可能性を持っている。

UHCの達成のためにも、患者自己負担費の割合を30%から40%程度まで減少させていくことが肝要と考えられる。

(3) 保健財政計画の整備

政府は、総保健支出における公的支出の割合を50%、予防医療に占める同割合を30%とし、国家予算の10%以上を保健セクターに配分する、といった具体的な目標数値を示しているものの、保健財政に係る具体的な中長期的予測は立てられていない。政策策定、見直し、モニタリング等のためには、過去の実績だけでなく将来の予測に基づいた計画も重要な要素である。

今後の政策見直しのための客観的なエビデンスを得るためにも、国民医療費等の保健財政に係る統計や中長期予測等の推計を整備していく必要がある。

第 6 章 関連する開発パートナーの動向

ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）や医療保険に関しては、世界銀行や世界保健機関（WHO）が政策レベルや財政面からの支援を行っている。社会保護分野では、非公式なドナーグループ⁸²があり、連携を図っている。同分野において高齢者が支援プログラム等の対象として含まれる場合もあるが、高齢化対策に特化した支援はまだ本格化しておらず、現状調査のための支援を行ったり、政府高官が先進国における高齢化対策や高齢者支援の状況を視察するなどして経験を共有している状況である。但し、国際非政府組織（NGO）のヘルプエイジ・インターナショナルが、高齢者を中心としたコミュニティ開発を支援している。以下に、主要な開発パートナーの動向をまとめる。

(1) 世界銀行

保健分野では、財政の改善とサービス提供を重点としている。医療保険の加入率向上を支援するための貸し付けを行うとともに、ロックフェラー財団や WHO と連携して医療保険法の見直し及び改定への支援を行っている。また、UHC 達成に向けた政策レベルの情報共有プラットフォームであるの Joint Learning Network⁸³をロックフェラー財団とともに支援している。この中で、医療機関への医療費支払い制度改善のためのプロジェクトを、米国援助庁（USAID）の技術支援なども得て実施する予定もある。また、サービス提供については、北東部および紅河デルタ地域の下位施設の整備や貧困・準貧困層の医療費の負担軽減のためのプロジェクトを支援している。また、特に県レベル以下の病院を中心に、サービスの質を評価することも検討している。

社会扶助分野では、特に高齢者と子どもへの支援に重点を置いている。高齢化対策に関連する支援としては、年金を含む各種社会保険支払に関わる受給者データベースの統合、郵便局での社会保障費受取り（パイロットプロジェクト）、受給者の意識向上などを行っている。

(2) WHO

保健財政及び医療保険に対しては、10 年ほど前から支援を本格化させており、政策立案、サービス提供者の管理、病院の独立性、UHC などの側面からの取組みを行っている。現在は医療保険法の改訂⁸⁴を支援している。また、UHC 達成に向け、医薬品調達制度の改革や保健人材育成も支援している。

高齢者に関連する支援としては、高齢者に多くみられる非感染性疾患（NCD）の臨床ガイドライン策定への支援を 2014 年より実施すること。

(3) 国際労働機関（ILO）

MOLISA による社会保護や年金制度に関する政策実施支援のモニタリング評価や年金制度改革、年金法の改定⁸⁵などを支援している。年金法については、改定後の政令や実施ガイドライン等の作成も支援する予定である。

⁸² ドイツ国際協力公社（GIZ）と国連児童基金（UNICEF）が共同議長、国連開発計画（UNDP）、オーストラリア国際開発庁（AusAID）、アイルランド大使館、スペイン大使館がメンバーとなっている。

⁸³ メンバーは、ベトナム、ガーナ、マリ、ナイジェリア、ケニア、インド、インドネシア、フィリピン、マレーシアの 9 カ国。ウェブサイトは <http://jointlearningnetwork.org/>。

⁸⁴ 第 4 章参照

⁸⁵ 第 3 章参照

(4) 国連人口基金 (UNFPA)

高齢者及び高齢化の現状調査への支援やセミナーの開催、ヘルプエイジ・インターナショナルによる多世代間自助クラブ (ISHC、3.5.4 (3) 参照) への資金援助を行っている。

(5) アジア開発銀行 (ADB)

2011 年から 15 年までの支援戦略において保健セクターは重点分野になってはいないが [59]、中部高原地域の 5 省において、コミュンヘルスセンター (CHC)、県及び省病院の整備、人材育成、アウトリーチサービスなどへの支援を行っている。また、2016 年より保健人材開発を支援する予定となっている [60]。

(6) 二国間ドナー

ドイツ国際協力公社 (GIZ) は、2008 年より実施していた貧困対策プログラムが、2010 年より社会保護に重点を移行させ、この実績に基づいて 2012 年の社会保障戦略の策定を支援した。同戦略では、社会扶助や社会的弱者 (女性、少数民族、貧困層等) への支援が主眼となっている。他に、タインホア省で実施しているパイロット事業では、医療保険でカバーされない、通院や入院に係る交通費等の支出に備える為のコミュニティレベルでのマイクロインシュアランス・システムの導入を図っている。

韓国政府は、東南アジア諸国連合 (ASEAN) による高齢者支援プログラムやヘルプエイジ・インターナショナルへの資金支援を行っている。また、医療保険については、韓国国際協力団 (KOICA) を通じて、政策、法制度及びマネジメントの強化を行う模様である [61]。

(7) NGO

NGO はコミュニティや個人レベルでの支援を提供しており、3.5.2 (4) に述べたように福祉用具に関する支援や、高齢者の社会や経済活動への参加を支援するような活動が行われている。国際高齢者団体連盟 (IFA) は、これら NGO 間の情報共有等を支援している [62]。

中でも、ヘルプエイジ・インターナショナルは高齢者支援において大きなプレゼンスを示している。同団体はロンドンに本拠地をおく国際 NGO であり、2011 年にハノイに事務所を開設した。高齢者を尊重し、かつ社会に貢献できる存在となることを活動目標としている。現在、スタッフは 11 人おり、政策策定支援においては、VAE と協力して MOLISA に対し高齢者法や高齢者国家活動計画の策定を支援したり、国別報告書を作成したりしている。また、政府高官による韓国等への視察団派遣に係る支援も行っている。

コミュニティベースで予防やケアに注力をする方が高齢者施設を建設するよりも低コストかつ効果的であるとの考え方にに基づき、高齢者の自助を活かした ISHC を展開中である (3.5.4 (3) 参照)。

第 7 章 総合分析

これまでに整理した情報を踏まえ、ベトナムの社会保障分野における課題を整理し、ベトナムにおいて今後必要と考えられる取組みをロードマップとして提案する。さらに、このロードマップの実現に貢献しうる日本の経験について簡単に整理し、日本による協力の可能性について検討する。

7.1 ベトナムにおける社会保障分野（高齢化及び医療保険）の課題

表 7-1 に、ベトナム社会保障分野、特に高齢化対策及び医療保険における現状と課題をまとめる。政策レベルにおいては、政策や法規、通達等、必要な法制度は整備されているが、特に、分野横断的課題である高齢化対策に関し、様々な省庁より省令や通達が発布されているものの、体系化されておらず、矛盾が生じる可能性が指摘されている。

また、本調査においては、高齢者の現状や健康ニーズ、医療保険の徴収や利用状況等に関するデータについて、収集されているとの情報は得られたが、ルーティンな集計は行っていないことが多く、得られた統計資料は限られたものであった。しかしながら、将来予測や政策、計画等の策定、実施モニタリングには、統計資料は有用であり、今後、整備が必要と考えられる。

実施レベルにおいては、具体的なマニュアルやガイドラインが十分に整備されておらず、政策では決まっているが、現場では具体的な取組みが行われていないこともあり、結果としてサービスが十分に提供或いは利用されていない等の影響が生じている可能性もある。

表 7-1 ベトナム社会保障分野（高齢化対策及び医療保険）の現状と課題

| | | 高齢化 | 医療保険 |
|------|----|---|---|
| 政策 | | <ul style="list-style-type: none"> - 政策及び法制度は概ね整備されている - 関連法規、通達、省令等が多数出されているが、体系化されていない - エビデンスとなる統計が整備されておらず、大規模調査は実施されていない | <ul style="list-style-type: none"> - 加入者分類が複雑かつ曖昧でわかりにくい - 薬価を管理する仕組みがなく、患者負担は現実的には青天井になりうる |
| | 実施 | <ul style="list-style-type: none"> - 政策実施ガイドラインやサービス基準等が整備されていない - 老年科の診療及び人材育成の内容が具体的にない - 高齢者の現状を把握するためのデータ収集・分析が行われていない - 地方においては母子保健などの優先度が高く、高齢化に対する危機感は薄い - 地方レベルで財源や人材が確保されない - 年金や高齢者手当などの受益者の管理体制が整備されていない | <ul style="list-style-type: none"> - 強制加入については民間企業の被用者及び準貧困層の加入率向上が課題となっている - 今後のさらなる加入率向上に向け、任意加入対象者の取り込みが課題となっている - 適用サービスのリストのニーズに即した見直しが進んでいない - 請求・審査・支払いの効率が悪く、診療報酬の医療機関への支払いが遅れることがある - 年齢別、性別などにデータを取得しているが、十分に分析・活用されていない - 登録病院は居住する省内にある病院に限られ、省境近くに住む者や 他省に勤務地がある者には不便な場合がある - 二重登録が発生している |
| サービス | 提供 | <ul style="list-style-type: none"> - 高齢者ケアや看護のための知識・スキルを持つ人材が少ない - 民間施設等に対する政府からの支援や監督が不十分 - 高齢者施設やケアのための人材へのニーズが高まる傾向にある | <ul style="list-style-type: none"> - 患者を多く受け入れれば病院の収入が上がるため、定員以上に受け入れたり、過剰な診療を行ったりする傾向がある - 下位病院は、リファーした患者の医療費を負担するため、リファーを避ける傾向がある |
| | 利用 | <ul style="list-style-type: none"> - 家族による家庭での介護が最善で、外部に任せることをよしとしない文化である - 一方で、家族観や世帯構成が変化兆しを見せている - 経済的理由や人間関係などから、高齢者の介護を外部（施設や家政婦）に頼る傾向も出てきている | <ul style="list-style-type: none"> - 県病院への信頼度が低く、上位病院を直接受診する傾向がある - 健康な人は保健に加入しない傾向がある - 富裕の自営業者は公的保険に加入しない、民間医療機関を好む、等の傾向がある - 物理的アクセスが悪い、本人及び家族の交通費や付添いのための滞在費が大きな負担、交通費については補助がない、等により利用率低い |

7.2 課題取組みに向けたロードマップ案

7.2.1 ロジックモデル

ロードマップ案作成に先立ち、本調査の結果及び前項で抽出した課題から、高齢化対策及び医療保険において想定される取組みについて、ロジックモデルを作成した。

(1) 高齢化対策

高齢化対策については、Active Aging の政策枠組みに沿って、ベトナムにおいて現在行われている取組みを加味し、図 7-1 のようにロジックモデルを作成した。

政策枠組みにおいて大別された6つの要因のうち、保健・社会サービス、経済、社会及び物理的環境の各要因については政策及び行政機関等による対応が必要であり、国家活動計画（3.1.1 (3) 参照）では医療サービスの向上（保健・社会サービス）やコミュニティにおけるケアや役割の向上（社会的要因）、年金受給者の増加（経済的要因）、恒久住宅への居住促進（物理的環境）が含まれている。なお、行動的及び個人的要因については、社会・保健サービスの側面からある程度の介入は可能でとえられる。また、分野横断的課題であるジェンダー配慮については、経済面、特に年金制度あるいは社会保護の側面から、格差是正への取組みの可能性がある。文化的側面については、今後、さらに変化することが考えられる家族構成や家族観に留意していく必要がある。

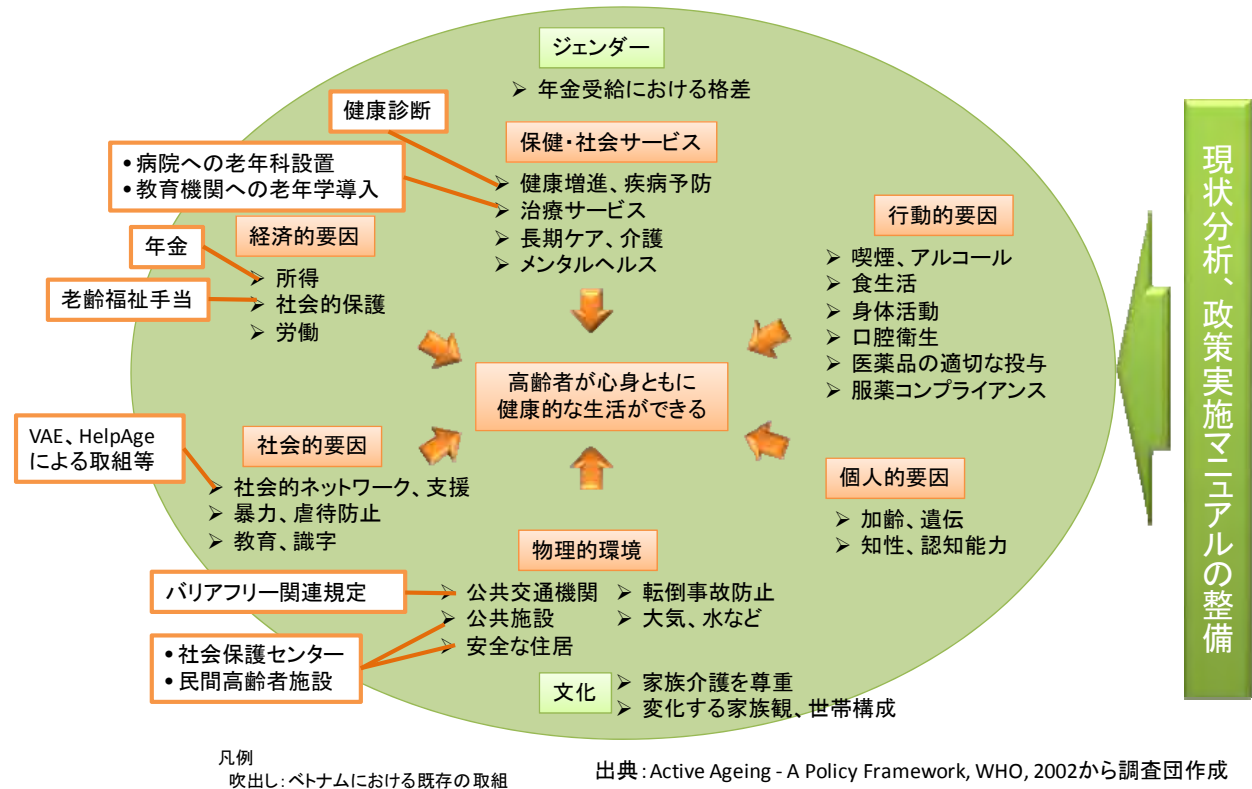


図 7-1 高齢化対策に係るロジックモデル

上記の要因に関する取組みに先立ち、客観的なデータに基づいた現状分析と、それに基づく将来予測が必要である。次に、現在発布されている省令・通達等を、政策や開発計画との整合性を取りつつ体系化し、これらを実施するため、実務レベルでのマニュアルを整備して政策が国民に行きとどくよう、地方レベルやサービス提供レベルまで浸透させる必要がある。

保健・社会サービスにおいては、増加傾向にあると考えられる高齢者の生活習慣病等に対応するため、主要病院への老年科の設置と、そこで働く人材育成のための教育機関への老年学の導入は急務であり、政府の行動計画でも目標が定められている。加えて、今後は、疾病や介護状態の予防への取組みを行い、医療費等を増大させないようにすることも必要となってくると考えられる。また、介護に関しては、現状では身体活動が可能で高齢者が多いとのことであるが、医療の進歩による延命等によって、将来的には介護を必要とする高齢者の数が増加してくることも予想される。これに備えるため、介護

が必要となった高齢者へのサービスの種類や提供体制などについて、ベトナムの社会・文化に適応した制度やモデル、およびサービス提供を担う人材の育成方法について検討する必要がある。

年金に関しては、加入・受益者の管理を一元化かつ効率化させることによって、保険料の徴収と受益者への支払いを確実なものとしていく必要がある。また、高齢者やその介護に携わる家族がコミュニティからの支援を受け、孤立することなく生活できるよう、社会的な支援体制の支援やコミュニティのネットワークの維持も重要となってくる。物理的環境面からは、高齢者の生活の質に大きく影響する転倒事故を防止するための施設等の基準の作成や、将来的に需要が増加すると考えられる高齢者施設の基準及び監督体制の整備も必要になってくると考えられる。

(2) 医療保険

医療保険に関しては、図 7-2 のように、UHC 達成の一つの柱としての、医療保険制度及び実施の向上に関わる、保険者、医療サービス提供者及び保険と医療サービスの利用者、の三者の視点から作成した。

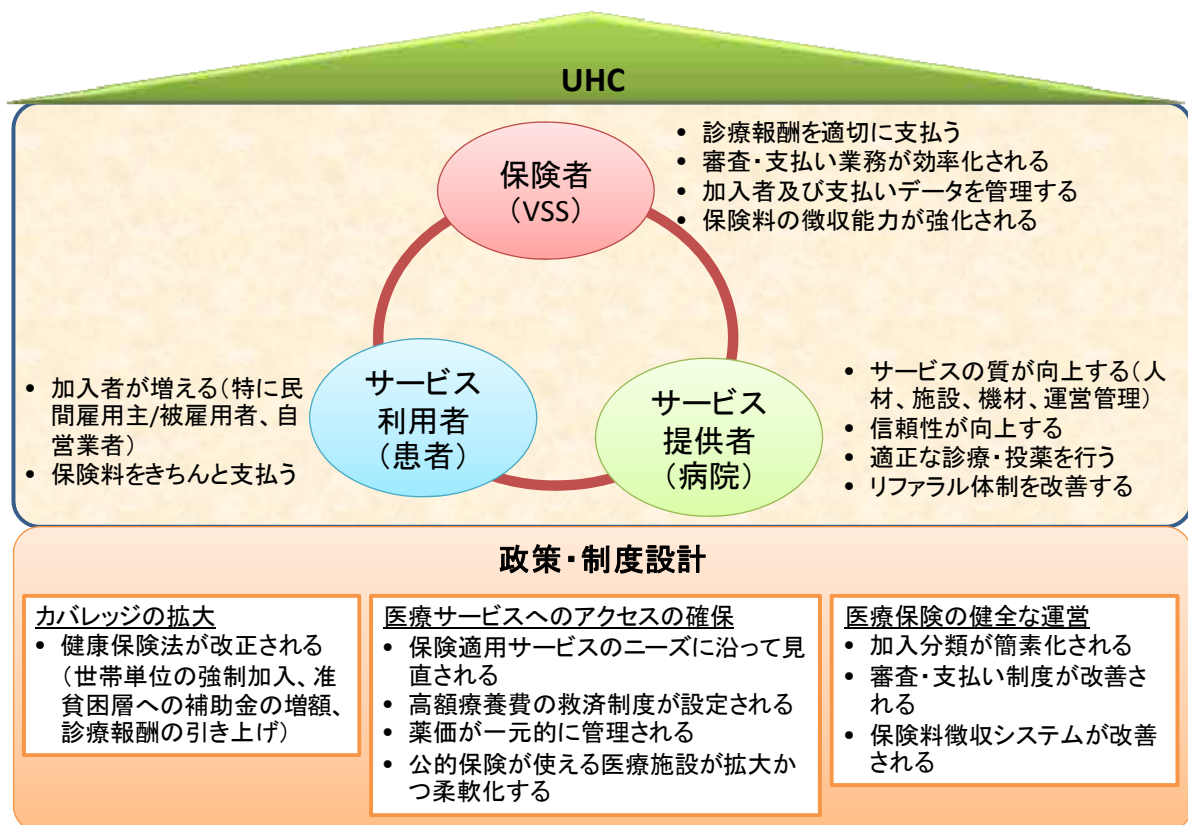


図 7-2 UHC 達成に係るロジックモデル

この三者がそれぞれの役割を果たし、医療保険制度が向上するためには、基盤となる制度の整備が必要である。医療保険法の改正が実現すれば、現状で課題となっている配偶者や準貧困層の加入率は改善すると考えられる。制度設計においては、複雑な加入者分類の整理や審査・請求制度の改善、高次医療機関への患者の集中の緩和や民間医療機関の加入を促進するための仕組みなどが必要になると考えられる。特に、審査・支払い制度の改善は、保険者の業務効率の改善や診療報酬の抑制などに貢

献する可能性も考えられる。また、医療の高度化に伴い、将来的には高額医療費の救済制度も必要になってくる。さらに、強制加入対象者の中で最も加入率が低い民間企業の被用者の加入率を向上させる一つの方策として、ベトナム政府のロードマップ（4.2.1 (2)参照）に示されているような未加入や保険料未納付への罰則の強化に加え、徴税システムとの連携等も考えられる。

加入率については、政府が支援して加入できる層はほぼ加入済みとなっており、改正医療保険法で準貧困層への補助額が引き上げられることによって、さらに補助金を必要とする加入者が増加すると考えられる。このため、加入率は向上するが、政府の補助金支出も増加し、財政を圧迫する可能性もある。したがって、補助金を必要としない層（民間企業の被用者、自営業者など）の加入も合わせて促進する必要がある。

保険者においては、業務を効率化して審査能力を向上させるとともに、保険料の徴収能力を強化し、確実に保険料を徴収し、適正かつ効率的に診療報酬を支払うことができるよう、今後さらなる取り組みが必要である。サービス提供側となる病院では、特に保険の登録病院となる県レベルの病院においてサービスの質と信頼性を向上させ、サービス利用者がまず最初に受診する医療機関となりうるようにすることが望ましい。このようにして医療保険の実施体制及び病院でのサービスが改善されることにより、サービス利用者が、医療保険を持っていれば安心できるサービスが安価で受けられるという保険加入の利点を理解し、任意加入対象の層においても加入者が増加することが期待される。

なお、地方レベルにおける保健医療サービスの改善には、施設、設備、人材、物理的アクセス等、さまざまな要因が関連しており、ベトナム政府もこれまで様々な取り組みを行っているが、長い道のりになると考えられる。しかし、保険の登録先となる身近な保健医療機関の信頼性を向上させることが、加入率向上や高次病院への患者集中の緩和にもつながる。社会経済開発戦略（SEDS）や保健セクター開発計画の下に実施されている、保健人材の質の向上や遠隔地医療の拡充を目指す取り組みによって、これらが実現に近づくと期待される。

7.2.2 ロードマップ案

以上の分析を踏まえ、高齢化対策及び医療保険に関し、今後ベトナムにおいて必要と考えられる取り組みを、短期（2015年⁸⁶まで）、中期（2020年⁸⁷まで）及び長期（2030年まで）に分類して提案し、ロードマップ案として表7-2及び表7-3にまとめる。

高齢化率で比較すると、現在のベトナムの状況は日本の1960年代後半から1970年代に近い状況と考えられるが、当時の日本に比べ、高齢化率の進捗は早く、GDPの伸び率は低いと予測されており、いわゆる富む前に老いる状況となっている。

今後増大すると考えられる医療費や高齢者福祉費に備えるためにも、現在の社会経済開発戦略（SEDS）の目標年次である2020年までに必要な取り組みを行い、モニタリングを継続することによってその後の改善や変更について検討することが望ましい。まずは、現在進行中の医療保険法及び社会保障法の改定を実現させるとともに、これらの改定による変更を現場レベルに速やかに浸透させることが肝要であると考えられる。

⁸⁶ 現行の社会経済開発計画（SEDP）の目標年次

⁸⁷ 現行の社会経済開発戦略（SEDS）の目標年次

表 7-2 ベトナム社会保障分野（高齢化対策）の今後の取組みに係るロードマップ案

| 時期 | 項目 | 関連する既存の取組み |
|------------------|--|---|
| (2015年まで) 短期 | 政策 - 既存の政策、法令、通達等の体系化 | MOLISA, GIZ 等による 社会保護政策見直し（一 部に高齢者含む） |
| | - 中央及び地方レベルの関係者（行政機関、医療機関、社会福祉機関等） への、高齢化対策の必要性に関する啓発 | - |
| | - 社会保険法改正：年金受給開始年齢の引き上げ | MOLISA、ILO、GIZ |
| (2020年まで) 中期 | 政策 - 政策実施ガイドライン／マニュアルの整備及び現場への徹底 - 大規模実態調査の実施 - 高齢化及びそれに伴う医療・福祉ニーズの将来需要予測、財政支出予 測の実施 - 財源確保に関する検討 - 政策実施モニタリング体制の整備 | - |
| | 社会・保健サービス - 基幹病院及び 63 省市病院における老年科設置 - 高齢者の疾病予防の強化と介護予防の普及 | 保健省第 35 号通達 - |
| | - 医学部及び看護学部における老年学の導入 | 世界銀行／AHP（看護のみ） |
| | - 高齢者施設の設置・サービス基準、及び地方自治体による監督体制の 整備 | - |
| | 経済的要因 - 年金加入者情報の整備及び管理の一元化 - 年金受給制度の改善 | GIZ |
| (2030年を目安) 長期 | 政策 - 既存の統計調査等へ的高齢化関連項目の追加 - 最新の状況を踏まえた財政計画や財源等の見直し | - |
| | 社会・保健サービス - 看護学部における介護関連科目の導入 | ダナン医薬技術大学 |
| | - 地域保健看護師の業務範囲への在宅介護支援の追加 | - |
| | 社会的要因 - コミュニティにおける在宅介護支援のための人材育成 - コミュニティにおける高齢者及びその家族への支援体制の強化 | HelpAge Internatoinal |

表 7-3 ベトナム社会保障分野（医療保険）の今後の取組みに係るロードマップ案

| 時期 | 項目 | 関連する既存の取組み |
|------------------|---|-----------------|
| (2015年まで) 短期 | 政策 - 既存の政策、法令、通達等の体系化 | 保健省、WHO |
| | 制度設計 - 改正医療保険制度の成立 ・ 世帯単位加入制度の導入 ・ 準貧困層及び学生への補助金の増額 ・ 診療報酬の引き上げ ・ 自治体の関与の強化 | 保健省、WHO、韓国 |
| | サービス提供 - 遠隔地の保健医療施設への人材配置 | 保健省 |
| (2020年まで) 中期 | 政策 - 政策実施ガイドライン／マニュアルの整備及び現場への徹底 - 保険料への政府補助のための予算規模に関する将来予測及び必要に応じた財源や制度の見直し | - |
| | 制度設計（カバレッジの拡大） - 加入率 80%達成 - 強制加入対象者の未加入、保険料未払いに対する罰則の検討 | 保健省 |
| | 制度設計（医療サービスへのアクセス向上） - 診療報酬支払制度の改善 - 保険診療の技術基準の整備 | - - |
| | - 保険適用サービスの見直し - 各地域における、地域医療の現状分析及び将来の需要予測実施 | 保健省 |
| | 制度設計（医療保険の健全な運営） - 診療報酬支払制度の改善 - 加入者分類の見直し - 地方政府による監督能力等の強化 | 世界銀行、USAID - |
| | 保険者 - 審査及び支払い業務の効率化 - 加入者管理能力の強化 - 審査及び保険料徴収能力の強化 | VSS - |
| | サービス提供 - 県病院の整備 - リファラル体制の改善、強化 | - |
| | 制度設計（カバレッジの拡大） - 民間医療機関の参加促進 | - |
| | 制度設計（医療サービスへのアクセス向上） - 高額療養費制度の検討 - 薬価基準の導入検討 - 高次医療機関への患者集中の緩和 | - |
| | サービス提供 - 県病院の技術及びサービスの質向上 | - |
| (2030年を目安) 長期 | | |

7.3 関連する日本の経験

現在のベトナムの状況は日本がかつてたどってきた道と類似する点がある。日本でも、1970年代から、急速な高齢化や都市部への人口の流入、家族介護を良しとする文化などがあつた。その後、家族やコミュニティの関係や高齢者観が変化し、介護需要が増大してきた。

一方、日本で高齢化率が8%を超えた1977年のGDPは6,000米ドルを超えているが、ベトナムで同等の高齢化率となることが予想される2020年に同レベルに達する可能性は低いと考えられる。また、日本はこの時点において国民皆保険・皆年金を達成しており、国保病院など、地方部における医療機関の整備や医師や看護師の育成が進んでいた。

(1) 高齢者のための医療・福祉サービス提供

高齢者医療については、1973年の老人医療費の無料化は、それまで家族に遠慮して自らの受診を後回しにしていた高齢者に積極的な健康管理や受診を促した [63]が、過剰な受診や医療機関側の過剰な診療、治療を要しないにも拘らず入院を継続する「社会的入院」を招き、翌年の1974年度の国民医療費の伸び率は36.2%にも及んだ。国民医療費は増加を続け、医療保険財政を次第に圧迫するようになった。このため、1983年には老人保健制度が施行されるようになった [64]。これらの経験から、現在では病床の機能分化や在宅医療へのシフト、疾病や寝たきり予防の強化など、医療費を軽減するために数々の取組みが実施されている [65]。

高齢者福祉に関しては、1989年のゴールドプラン及び1994年の新ゴールドプランによって、施設や在宅による介護サービスの整備に数値目標を掲げて取り組んだ。さらに高齢者本人の意思を尊重したサービス提供体制の構築と高齢者のケアのための財源確保の観点から2000年に介護保険制度を導入し、民間サービスの活用や在宅介護の拡充による介護の社会化を実現させた。しかしながら、介護保険財政が悪化して保険料が急激に上昇したり、人と人とのつながりが薄れつつある中で(無縁社会化)、在宅高齢者の支援が困難になることがあるため、コミュニティをベースとする「地域包括ケア」の推進が図られている。

(2) 医療保険制度

日本の医療保険には表7-4に示すように長い歴史があり、1961年には、制度上、皆保険制度を達成した。この背景には、日本の医療保険制度における以下のような特徴がある。

- 被用者医療保険と地域医療保険（国民健康保険）を設立し、自営業も取り込んだ
- 被扶養者に対して世帯主の保険制度を適用する世帯単位の加入とした
- 公立私立を問わずすべての医療機関に公的保険制度を適用し、診療報酬体系は統一されている
- 自己負担は、高齢者と児童以外は、一律3割だが、自己負担額の上限がある

表 7-4 日本の医療保険の導入の歩み

| 年 | 動き |
|-------|---|
| 1905年 | 公務員の共済組合の包括的給付の一部として医療費の給付が始まる |
| 1922年 | 健康保険法の制定。ドイツの社会保険モデルに従い、労使双方が保険者を運営 |
| 1938年 | 国民健康保険法制定 |
| 1943年 | 国民の7割が医療保険に加入 |
| 1958年 | 国民健康保険法改正、強制加入化、被用者保険の診療報酬を国保に適用、自己負担には格差 |
| 1973年 | 高齢者医療費無料化で70歳以上負担ゼロ、高額療養費制度で自己負担の抑制 |
| 1983年 | 高齢者定額負担導入 |

出典：日本の皆保険制度の変遷、成果と課題 [66]

1966年から1973年のオイルショック前までは、受診率が伸び続け、国民医療費が急増するが、経済成長の伸びが順調であったため、国民医療費の高騰はあまり問題視されなかった。しかしながら、少子高齢化の進展により、現在の労働者が支払う保険料だけでは医療費が賄えなくなっており、国庫負担額が上昇したため、老人医療制度が創設された。

また、健康保険事業運営主体（保険者）が多様かつ多数あり、徴収する保険料率も保険者による格差⁸⁸が生じている、等の課題がある。

2000年代以降は医療費増加の抑制や財政圧迫削減にむけ、たび重なる診療報酬制度の改革や自己負担率の引き上げ、後期高齢者医療制度の導入等、諸対策が取られてきたものの、医療費は緩やかに増加を続け、2009年度の医療費は35兆円を突破している [67]。

7.4 日本の支援の方向性

表7-2及び表7-3に示したロードマップ案における取組みと、それぞれに対して活用可能な日本の経験やリソースをまとめるとともに、既存のベトナム政府による取組みやドナーによる支援動向も考慮したうえで、支援の可能性について示す。政策レベルについては、すでに他ドナーによって支援されているが、実施レベルにおいては日本の経験やリソースを活用した支援が可能な取組みが多いと考えられる。

(1) 高齢化対策

高齢化対策に関連する支援としては、今後の高齢化や介護や福祉サービスへの需要を予測するための現状調査や計画策定を支援することも考えられる。また、老年科の設置基準の設定や医師・看護師等の育成、介護人材の育成、高齢者施設の整備に関する基準や監督体制の整備、在宅介護支援の体制づくりなど、様々な側面において、日本の経験を活用できると考えられる。疾病や寝たきりの予防に関しては、高齢者には生活習慣病が多くなることから、生活習慣病予防に関する支援を行い、将来的な保健医療システムや財政への負荷を軽減することも可能である。

⁸⁸ 韓国やベトナムは、保険者は1つだけとなっている。

表 7-5 ロードマップ案（高齢化対策）に示された取組みに関連する日本の経験・リソース

| 時期 | 項目 | 関連する日本の経験・リソース |
|--|--|--|
| 短期 年まで (2015) | 政策 - 既存の政策、法令、通達等の体系化 - 中央及び地方レベルの関係者（行政機関、医療機関、社会福祉機関等）への、高齢化対策の必要性に関する啓発 - 社会保険法改正：年金受給開始年齢の引き上げ | - 高齢化対策に関する政策及び法制度の整備・実施 - 年金制度の設計・運用 |
| | 中期 年まで (2020) | 政策 - 政策実施ガイドライン／マニュアルの整備及び現場への徹底 - 大規模実態調査の実施 - 高齢化及びそれに伴う医療・福祉ニーズの将来需要予測、財政支出予測の実施 - 財源確保に関する検討 - 政策実施モニタリング体制の整備 |
| 社会・保健サービス - 基幹病院及び63省市病院における老年科設置 - 医学部及び看護学部における老年学の導入 | | - 老年科を設置する病院等 - 大学、大学院の老年学分野 - AHP/世界銀行作成の教材（看護のみ） |
| - 高齢者の疾病予防の強化と介護予防の普及 | | - 生活習慣病予防 - 介護予防 |
| - 高齢者施設の設置・サービス基準、及び地方自治体による監督体制の整備 | | - |
| 長期 年を目安 (2030) | 政策的要因 - 年金加入者情報の整備及び管理の一元化 - 年金受給制度の改善 | - 年金制度の設計・運用 |
| | 政策 - 既存の統計調査等へ的高齢化関連項目の追加 - 最新の状況を踏まえた財政計画や財源等の見直し | - 高齢化関連の統計作成・公表 |
| | 社会・保健サービス - 看護学部における介護関連科目の導入 - 地域保健看護師の業務範囲への在宅介護支援の追加 | - 介護人材の育成 - 高齢者関連施設の許認可及び監督、民間参入促進 |
| | 社会的要因 - コミュニティにおける在宅介護支援のための人材育成 - コミュニティにおける高齢者及びその家族への支援体制強化 | - 地域包括ケアの推進 - 周辺国における支援 |

(2) 医療保険

医療保険に関しては、世帯単位の加入制度や診療報酬の規定、審査制度及び体制の改善において日本の経験を共有したり、業務の効率化についての支援を行ったりすることが可能と考えられる。また、保健医療サービスの質の改善については、保健システム強化への支援の経験、特に、これまでベトナムにおいて実施してきた保健人材の強化への支援などの経験を活用できる。

表 7-6 ロードマップ案（医療保険）に示された取組みに関連する日本の経験・リソース

| 時期 | 項目 | 関連する日本の経験・リソース |
|------------------|---|---|
| (2015年まで) 短期 | 政策 - 既存の政策、法令、通達等の体系化 | - 医療保険に関する政策及び法制度の整備・実施 |
| | 制度設計 - 改正医療保険制度の成立 ・ 世帯単位加入制度の導入 ・ 準貧困層及び学生への補助金の増額 ・ 診療報酬の引き上げ ・ 自治体の関与の強化 | - 医療保険制度の設計・運用 - 世帯単位加入制度 - 国民健康保険における自治体の役割 |
| | サービス提供 - 遠隔地の保健医療施設への人材配置 | - 僻地医療の拡充 |
| (2020年まで) 中期 | 政策 - 政策実施ガイドライン／マニュアルの整備及び現場への徹底 - 保険料への政府補助のための予算規模に関する将来予測及び必要に応じた財源や制度の見直し | - 医療保険に関するガイドライン、財政予測等 |
| | 制度設計（カバレッジの拡大） - 加入率 80%達成 - 強制加入対象者の未加入、保険料未払いに対する罰則の検討 | - 皆保険達成 |
| | 制度設計（医療サービスへのアクセス向上） - 保険適用サービスの見直し - 保険診療の技術基準の整備 - 各地域における、地域医療の現状分析及び将来の需要予測実施 | - 医療保険制度の運営 - 保険診療に関する規定 - 医療計画の策定 |
| | 制度設計（医療保険の健全な運営） - 診療報酬支払制度の改善 - 加入者分類の見直し - 地方政府による監督能力等の強化 | - 診療報酬制度の運営 - 医療保険制度の設計、運営 - 医療保険制度における地方自治体の役割 |
| | 保険者 - 審査及び支払い業務の効率化 - 加入者管理能力の強化 - 審査及び保険料徴収能力の強化 | - 審査機関及び審査基準 - 加入者管理及び審査の IT 化 |
| | サービス提供 - 県病院の整備 - リファラル体制の改善、強化 | - 保健システム強化への支援 |
| | | |
| (2030年を目安) 長期 | 制度設計（カバレッジの拡大） - 民間医療機関の参加促進 | - 地域包括医療の促進 |
| | 制度設計（医療サービスへのアクセス向上） - 地域医療計画の策定 - 高次医療機関への患者集中の緩和 - 高額療養費制度の検討 - 薬価基準の導入検討 | - 医療計画による計画的な施設整備と機能分化 - 高額療養費制度 - 薬価基準 |
| | サービス提供 - 県病院の技術及びサービスの質向上 | - 保健人材育成及び病院管理改善への支援 |
| | | |

7.5 想定される協力の概要

以上の分析から、想定される協力の概要について以下にまとめる。

(1) 高齢化対策

高齢化対策の支援としては、対策が本格化する前に現状把握及び需要予測を行い、日本の経験を参照した制度や基準等を整備することや、看護教育への高齢者看護・介護学の導入、高齢者福祉施設の整備における民間参入、在宅介護支援体制の整備、及び予防活動における協力が考えられる。他にも、現在進められている老年科の設置に関し、日本の経験を活用してサービス提供内容の検討や基準の設置、人材育成への支援など、様々な協力リソースの活用が考えられる。以下に5件の提案をするが、1の事業において3から5のいずれか、或いは、調査を通じて抽出された取組みについて、パイロットとして実施することも考えられる。

| 1 | | 高齢化対策マスタープラン策定調査 |
|------------|------|---|
| 必要性 | | 高齢化は分野横断的な取組みが必要となる課題であり、関連機関の横の連携をとりつつ体系的な政策を立案する必要がある。将来の高齢化対策の計画立案に必要な大規模データや統計が整備を整備し、長期的な需要予測を立てるとともに、適宜モニタリングを行って計画を修正していく体制を確立することで、高齢化対策を効率的に実施する能力を強化する必要がある。 |
| 日本のリソース・経験 | | 1970年代以降本格化してきた高齢化対策や高齢社会、超高齢社会に突入した後の対応について、中央及び地方政府レベルで経験を共有し、ノウハウを移転することが可能である。 |
| 想定されるインパクト | | <ul style="list-style-type: none"> - 高齢化対策に関する既存の政策・法令等が整理され、体系化される。 - 高齢化対策マスタープランが策定されるとともに、必要な取組みにおける優先順位が明確になる。 - 将来予測に基づき、必要となる取組みとその財政規模が明確になるとともに、財源の確保に関する検討が開始される。 - 高齢化対策の各関係機関による取組みについて、各実施機関によるモニタリング及び包括的なモニタリングの体制が構築される。 - パイロット事業を通じて有効性等を検証された取組みが政策に取り込まれる。 |
| 対象 | | 国家高齢化委員会、MPI、MOH、MOLISA、パイロットサイト（病院、高齢者施設等） |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本の高齢化対策の経験、現状、制度に関する研修 - 高齢者の現状に関する調査 - 高齢化に係る将来予測（社会の変化、保健医療及び福祉ニーズ、等） - マスタープラン策定 - 提案されたパイロット事業による有効性の検証 <ul style="list-style-type: none"> - 既存の政策・法令等の見直し、体系化 - モニタリング体制の構築 |
| | 期間 | 5年間 |
| | 主な経費 | 日本側： 専門家（高齢化政策、社会調査、モニタリング、パイロット事業、等）、国内・本邦研修、計画策定ワークショップ、パイロット事業 ベトナム側： 各関係機関からのカウンターパート、パイロット事業、国内研修 |

| 2 | | 疾病及び介護予防 |
|------------|---|---|
| 必要性 | 生活習慣病も介護も、重症になる前に予防すれば、医療費や社会保障費が軽減される。高齢化の進展に経済成長が追いつけないと考えられるベトナムにおいては、元気に活動できる高齢者が多い現状において、早めに対策をとることが将来の財政負担の軽減につながることを期待される。 | |
| 日本のリソース・経験 | 日本の生活習慣病対策（メタボ健診など）、介護予防の経験やリソースが期待される。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - 健康診断によって特定されたハイリスク患者が適切に診療を受ける。 - 生活習慣病に起因する障害を持つ高齢者の増加率が低くなる。 - 要介護になる高齢者の増加率が低く抑えられる。 | |
| 対象 | 保健省、省・県保健局、パイロットとなる CHC 及びその管轄地域の VHW、高齢者協会 | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本における生活習慣病及び介護予防の現状に関する研修 - 生活習慣病のスクリーニングとフォローアップ体制の強化、及びインパクト評価の実施 - 介護予防の概念の導入とパイロット活動の実施 - 生活習慣病及び介護予防に関する地域保健人材への研修 |
| | 期間 | 5年間 |
| | 主な経費 | <p><u>日本側：</u> 専門家（生活習慣病予防、介護予防、パイロット事業）、国内・本邦研修、青年海外協力隊員、教材開発、インパクト評価、健診キット</p> <p><u>ベトナム側：</u> 保健省及び保健局のカウンターパート、パイロット事業、国内研修</p> |

| 3 | | 看護教育における老年看護学／介護学の導入 |
|------------|--|---|
| 必要性 | 高齢者法及び保健省通達によって、すべての国家及び省レベルの病院への老年科、及び教育機関への老年学の導入が進められている。この政策の実施を支援するとともに、増加する老年医療や介護のニーズに応えるための人材を育成することが急務とされている。また、要介護者の家族に対する技術的な支援へのニーズも増加すると考えられ、一次から高次レベルにわたって老年看護や介護の知識やスキルを備えた人材が必要になってくると考えられる。 | |
| 日本のリソース・経験 | 日本の NGO によって老年看護学の教材がベトナム語で開発されており、看護人材に関しては、JICA は保健人材強化において長年にわたる協力を実施している。介護学に関しては、日本の介護福祉士の育成機関からの協力が期待される。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - 老年看護／介護学が看護教育カリキュラムに導入され、パイロット事業を通じて有効性が検証される。 - 老年看護／介護に対応できる人材が育成される。 - 病院の老年科における適切な看護サービスが提供される。 - 高齢者施設において適切な介護サービスが提供される。 - CHC による家庭介護の支援が強化される。 | |
| 対象 | 保健省、看護協会、老年看護学：看護大学・短大、介護学：短大・中級医療学校（教育機関側の意向や周辺地域のニーズ等を踏まえ、パイロット校を選定する） | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本における高齢者看護・介護の制度や現状に関する研修 - 実習設備の整備 - ベトナムの保健人材養成機関に適合した高齢者看護学及び介護学のカリキュラム及び教材開発 - 教員育成 |
| | 期間 | 5年間 |
| | 主な経費 | <p><u>日本側：</u> 専門家（老年看護学、介護、教員育成、カリキュラム開発、パイロット事業）、本邦研修（日本の老年看護・介護の教育）、国内研修、教材開発、教員研修、実習施設整備</p> <p><u>ベトナム側：</u> 保健省からのカウンターパート、パイロット校、国内研修、教材開発、実習設備維持管理</p> |

| 4 | | 高齢者施設の設置・監督体制整備 |
|------------|--|---|
| 必要性 | 財務省によれば、高齢者施設の整備は民間との連携によって実施するとの意向だが、民間参入のための法整備、施設の設置・運営基準の整備は進んでいない。家族観や経済活動の変化などから、高齢者施設への入居希望や家族介護に限界を感じる層が増加する傾向は、今後も続くと考えられる。 | |
| 日本のリソース・経験 | 日本の高齢者施設は、政府が定めた設置基準に基づいて民間事業者によって設立・運営されていることも多く、それらに対する行政の監督体制が確立されている。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - 高齢者施設の設置・運営基準が設置される。 - 地方関係機関による高齢者施設の監督体制が確立される。 | |
| 対象 | 保健省、MOLISA、省保健局、省 DOLISA | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本における民間高齢者施設の設置・運営基準や監督体制に関する研修 - 高齢者施設の設置・運営基準の策定 - 高齢者施設の監督体制の確立 |
| | 期間 | 2年間（本邦研修：3か月、フォローアップ21カ月） |
| | 主な経費 | 日本側：_____本邦研修、フォローアップ支援 ベトナム側：_____関係機関からのカウンターパート、フォローアップにおける基準等作成および監督体制の確立 |

| 5 | | 在宅介護支援体制の整備 |
|------------|---|--|
| 必要性 | 家族による介護をよしとする文化においては、今後も家族介護が主流であると考えられる。家族の心身の負担を軽減し、家庭での介護が継続できるよう、地域における支援体制を整備することが必要となってくると考えられる。 | |
| 日本のリソース・経験 | 日本の在宅介護支援制度（ヘルパー、在宅支援センター、デイサービスなど）整備や介護スキル等の活用が期待される。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - CHCにおいて、在宅介護を支援する人材が配置される（例えば中級看護師が介護スキルを習得するなど）。 - VHW が介護スキルを習得し、家庭での介護を支援する。 - 家庭で介護する住民が、介護や高齢者ケアに関する知識やスキルを得やすくなる。 | |
| 対象 | 保健省、省・県保健局、パイロットとなる CHC 及びその管轄下の VHW | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本における在宅介護支援に関する研修 - 中級看護師の現任研修への介護学の導入 - CHC における在宅介護支援のパイロット活動 - VHW に対する介護スキルの研修教材開発、講師育成、研修実施 - パイロット活動の評価と制度化 |
| | 期間 | 5年間 |
| | 主な経費 | 日本側：_____専門家（在宅介護支援、パイロット事業）、国内・本邦研修、青年海外協力隊員、教材開発 ベトナム側：_____保健省及び保健局からのカウンターパート、パイロット事業 |

(2) UHC 及び医療保険

UHC 及び医療保険に関しては、日本診療報酬審査の経験等を活用して効率的に診療報酬を支払う体制を整備するための支援や、県病院のサービスや信頼性を向上させることによって基幹病院への患者の集中を軽減するための支援などが考えられる。また、今後、医療の高度化に伴い、医療費及び患者負担が増加する可能性があることを踏まえ、日本の薬価基準制度や高額療養費制度等に関する経験を共有することも有効と考えられる。

また、改正医療保険法が施行された後に予定されているロードマップにおける活動の見直しに対する支援を通じて、より具体的な支援戦略やスキームの検討を行うことも可能と考えられる。但し、同法

は 2014 年内の成立を目指していることから、詳細な現状分析及びニーズ分析を早期に実施することが望ましい。

| 6 | | 診療報酬審査能力の向上 |
|------------|---|---|
| 必要性 | 診療報酬請求がサンプリングで実施されている現状においては、誤請求や過剰診療・投薬を十分に抑制することが困難である。審査に IT を導入することによって全数審査を可能にするとともに、保険者による審査機能を強化することによって、適正な診療に基づく適正な支払いを行い、将来的に医療費の無駄を防ぐことが必要である。 | |
| 日本のリソース・経験 | 診療報酬審査の基準、システム及びその活用方法を応用することによって、ベトナムにおける審査業務が効率化されることが期待される。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - 診療報酬審査に係る業務が効率化されるとともに、審査機能が強化される。 - 誤請求、過剰診療・投薬が減少する。 - 診療報酬の支払いが遅滞なく行われるようになる。 | |
| 対象 | 保健省、VSS、パイロットとなる省保健局及び SS、その管轄下の病院 | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本における診療報酬審査制度及び業務に関する研修 - 診療報酬審査基準の明確化 - 審査システムの導入 - パイロット事業の実施と有効性評価 |
| | 期間 | 5 年間 |
| | 主な経費 | <p>日本側： 専門家（診療報酬審査、IT、医療保険制度、パイロット事業）、国内・本邦研修、審査システム（ソフト・ハード）、インパクト評価</p> <p>ベトナム側： 保健省及び保健局からのカウンターパート、パイロット事業</p> |

| 7 | | 県病院におけるサービスの質向上 |
|------------|--|---|
| 必要性 | 現在任意加入となっている層に加入への意欲を持たせ、加入者が医療保険を適切に使用し、高次病院への患者集中を軽減するためには、医療保険において登録先となる県病院の信頼性の向上が不可欠であり、そのためには県病院におけるサービスの質や保険の利用を向上させる必要がある。 | |
| 日本のリソース・経験 | JICA による保健人材の質向上のための支援や病院管理への支援における経験、かかりつけ医制度や地方病院におけるサービス向上のための取組み等の活用が期待される。 | |
| 想定されるインパクト | <ul style="list-style-type: none"> - 県病院の保健人材が定期的に技術・サービス両面における能力向上のための機会を得る。 - 県病院の施設・設備が整備される。 - 県病院におけるサービスの質が向上する。 - 上位病院と県病院との間で、機能・役割分担が明確になるとともに、連携が強化される。 - 直接高次病院を受診する患者が減る。 | |
| 対象 | 保健省、パイロットとなる省保健局及びその管轄下の県病院 | |
| 投入 | 主な内容 | <ul style="list-style-type: none"> - 日本におけるかかりつけ医制度や病院の機能分類、病院のサービス向上のための取組み等の現状に関する研修 - 対象地域の健康問題及び医療サービスに関する現状調査及び住民の受療行動調査 - 上記に基づく将来の医療への需要予測の策定と地域医療計画の策定 - 県病院の施設・機材整備計画の策定と実施 - 県病院における保健人材の強化（管理、主要な疾病の治療技術、患者サービス等） |
| | 期間 | 5 年間 |
| | 主な経費 | <p>日本側： 専門家（地域医療計画、病院運営、保健人材、病院施設、医療機材、受療行動調査）、国内・本邦研修、施設・機材整備、研修教材開発、講師育成、インパクト評価</p> <p>ベトナム側： 保健省、保健局及び対象病院からのカウンターパート、施設・機材維持管理、国内研修</p> |

参考文献リスト

1. **JICA**. 保健セクター情報収集・確認調査：ベトナム社会主義共和国保健セクター分析報告書. 2012年10月.
2. **United Nations ,Department of Economic and Social Affairs**. World Population Prospects: The 2012 Revision. (オンライン) 2012年. http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm.
3. **ILO**. Press release. Report projects future financial sources of social security fund. (オンライン) http://www.ilo.org/hanoi/Informationresources/Publicinformation/Pressreleases/WCMS_220046/lang--en/index.htm.
4. **The World Bank**. World Development Indicators. The World Data Bank. (オンライン) <http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>.
5. **United Nations Development Programme**. Human Development Report 2013. 2013.
6. **General Statistics Office**. Age-Sex Structure and Marital Status of the Population in Viet Nam: Vietnam population and housing census 2009. 2011.
7. **UN Statistics Division**. the MDG indicators. The Official United Nations site. (オンライン) (引用日: 2013年12月2日.) <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.
8. **Ministry of Health**. Health Statistics Yearbook 2011. 2012.
9. **WHO**. NCD Country Profiles 2011. (オンライン) 2011年. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/.
10. **JETRO** (日本貿易振興機構). 2011～2020年 社会経済開発戦略 (仮訳). ベトナムの各種制度に関する情報. (オンライン) 2011年. (引用日: 2013年12月14日.) http://www.jetro.go.jp/world/asia/vn/business/pdf/VN_20110100.pdf.
11. **JETRO**. 決議第10/2011/QH13号 2011～2015年の経済・社会発展5カ年計画について (仮訳). ベトナムの各種制度に関する情報. (オンライン) 2011年. (引用日: 2013年12月14日.) http://www.jetro.go.jp/world/asia/vn/business/pdf/VN_20111108.pdf#search='%E6%B1%BA%E8%AD%B0%E7%AC%AC10%2F2011%2FQH13%E5%8F%B7+2011%E3%80%9C2015%E5%B9%B4%E3%81%AE%E7%B5%8C%E6%B8%88%E3%83%BB%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E7%99%BA%E5%B1%95%E3%82%AB%E5%B9%B4%E8%A8%88%E.
12. **Ministry of Health**. Five year Health Sector Development Plan 2011-2015. 2010.
13. **Institute of Labour Science and Social Affairs & GIZ**. Viet Nam Social Protection Glossary. 2011.
14. **MOLISA**. Organization Structure. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs. (オンライン) <http://english.molisa.gov.vn/Default.aspx?tabid=350&TTypeID=74&temidclicked=458>.
15. **JICA**. 保健医療セクター調査 (保健医療人材). 2007.
16. **Ministry of Health & Health Partnership Group**. Joint Annual Health Review 2013, Toward Universal Health Coverage. Hanoi: 発行元不明, November 2013.
17. **The Government of Viet Nam**. Decree No. 188/2007/ND-CP, Defining the functions, tasks, powers and organizational structure of the Ministry of Health. MINISTRY OF JUSTICE'S PORTAL. (オンライン) http://www.moj.gov.vn/vbpq/en/Lists/Vn%20bn%20php%20lut/View_Detail.aspx?ItemID=3068.
18. **JICA**. アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】 ベトナム.
19. **Vietnam Social Security**. Introduction of VSS. 2012.
20. **JICA, Vietnam Academy of Social Science**. 学術セミナー 社会保障：日本の経験とベトナムへの示唆. 2013.
21. **VNCA,VAE,GIZ-MOLISA**. Assesment on implementation of the Law on the Elderly in Viet Nam 2010-2012. 2013.
22. **Government of Viet Nam**. Decision No. 1781/QD/TTg, on Approving the Natoinal Action Program on the Vietnam Elderly in the Period 2012-2020. 2012年.
23. **General Statistics Office (GSO)**. Statistic Handbook 2012. 2013.
24. **General Statistics Office**. The 1/4/2012 time point population change and family planning survey-Major finding. 2012.
25. **UNFPA (United Nations Fund for Population Affairs)**. The Aging Population In Viet Nam. Jul. 2011.
26. **WHO**. World Health Statistics 2013. 2013.

27. **General Statistics Office.** Household and Living Standard Survey 2012. 2103.
28. **Project VIE022 and VNAS research team.** Viet Nam Aging Survey (VNAS), 2011 KEY FINDINGS. Hanoi : Women Publishing House, 2012.
29. **VMU and Partners.** Viet Nam Aging Survey (VNAS) 2011, Key Findings. 出版地不明 : Women Publishing House, 2012.
30. **General Statistics Office.** Poverty Profile 2012. 2013.
31. **Giang Thanh Long and Bui Dai Thu.** Access of Older Persons to Health Insurance and Health-care Services in Viet Nam:Current State and Policy Options. 出版地不明 : ESCAP, 2013.
32. **GIZ.** Factsheet "Social Assistance in Viet Nam".
33. **VAE Central Committee.** Report on the Vietnam Elderly. 2013.
34. **VNCA.** Government to build more centres for lonely elderly. News - Events, General Information. (オンライン) http://vnca.molisa.gov.vn/index.php?page=news&do=detail&category_id=155&id=249.
35. 週刊社会保障「ベトナムの高齢者福祉」. 江口隆裕. 2013年9月12日号年.
36. 厚生労働省. ベトナム人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて. (オンライン) (引用日: 2013年12月9日.) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other47>.
37. **WHO and MOH.** Health Service Delivery Profile Vietnam 2012. (オンライン) 2012年. (引用日: 2013年12月2日.) http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_vietnam.pdf.
38. 国立国際医療研究センター. 国別保健情報「ベトナム国における保健医療の現状」. 2010.
39. **Government of Viet Nam.** Decision No. 538/QD/TTg Approving the scheme for implementation of the roadmap towards all-people health insurance for the period 2012-2015 and by 2020. 2013年.
40. **Aparnaa Somanathan, et al.** Integrating the poor into Universal Health Coverage in Vietnam. 出版地不明 : The World Bank, 2013.
41. **Tran Van Tien et al.** A Health Financing Review of Viet Nam with a Focus on Social Health Insurance. 出版地不明 : WHO, 2011.
42. **MOH and MOF.** Joint Circular No.04/2012/TTLT-BYT-BTC on promulgating the maximum price frame for a number of services of medical. 2012年.
43. **VSS.** No. 2961/KH-BHXH. July, 2013年.
44. **Ministry of Health.** National Health Account 2011, data (未公開) . 2013年.
45. **General Statistics Office.** Result of the Vietnam Household Living Standard Survey 2010. 2011.
46. **Government of Viet Nam.** Law on Health Insurance (No. 25/2008/QH12). 出版地不明 : Vietnam Law & Legal Forum, 2008.
47. -. Politburo Resolution No. 46-NQ/TW. 2005年.
48. **Ministry of Health (MOH).** Joing Annual Health Review (JAHR) 2008. 2008.
49. **Ministry of Health.** National Strategy for the protection care and improvement of people's health for the 2011-2020 period and vision to 2030.
50. **Ministry of Health and Health Partnership Group.** Joint Annual Health Review (JAHR) 2011. 2011.
51. **Government of Viet Nam.** Decree No. 116/2008/NC-CP: Defining Functions, Tasks, Powers and Organizational Structure of Ministry of Planning and Investment. KEN Fox IP and Law Office. (オンライン) <http://www.kenfoxlaw.com/resources/legal-documents/governmental-decrees/1868-vbpl.html>.
52. **Ministry of Finance.** Organizational Structure. Ministry of Finance. (オンライン) http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof_en/Introduction/OrganizationStructure.
53. **WHO.** Global Health Expenditure Database. WHO. (オンライン) http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84518.
54. -. Global Health Expenditure. (オンライン) (引用日: 2013年12月2日.) http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84518.
55. **Ministry of Health and Health Partnership Group.** Joint Annual Health Review (JAHR) 2013. 2013.
56. **WHO.** Global Health Expenditure Atlas. 2012.
57. **ILO.** Analysis of the Viet Nam National Social Protection Strategy (2011-2020) in the context of Social Protection Floor objectives. 2012.
58. **Vietnam News.** Public hospital fees to increase until 2018 after government decree. Vietnam News. (オンライン)

59. **ADB.** Country Partnership Strategy, Viet Nam 2012-2015. 2012.
60. -. Country Operations Business Plan, Viet Nam 2014-2016. 2013.
61. Signing ceremony between Vietnam-KOICA. MOH International Cooperation Department. (オンライン)
<http://icdmoh.gov.vn/en/Home/ArticleDetail/tabid/181/ArticleId/38/Signing-ceremony-between-Vietnam-KOICA-38.aspx>.
62. **JICA.** アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査 ベトナム編. 2012年11月.
63. **菊池武雄.** 自分たちで生命を守った村. 出版地不明：岩波新書, 1968.
64. **堀内義裕.** シリーズ 日本経済を考える⑬ わが国の医療費の将来見通しー医療費の増加にどのように対応するか、ファイナンス 2011年6月 . 出版地不明：財務省, 2011.
65. **厚生労働省.** 第1部 第2章 時代のニーズに対応した社会保障制度の発展を振り返る. 平成23年版厚生労働白書.
66. **池上直己他.** 日本の皆保険制度の変遷, 成果と課題、ランセット日本特集号：国民皆保険達成から50年. 出版地不明：The Lancet, 2011.
67. 日本の医療財政の現状と課題、川崎医療福祉学会誌. **坂本圭.** 2, 出版地不明：川崎医療福祉学会, 2005年, 第14巻.

添付 1 : 現地調査日程及び面談者リスト

添付 1-1： 現地調査日程

(1) 第一次現地調査 (1月5日～22日)

| 月日 | 行程 |
|------|--|
| 1月5日 | ハノイ着 |
| 6日 | JICA、日本大使館、保健省医療サービス局 |
| 7日 | 保健省医療保険局、保健財政局 |
| 8日 | MOLISA、VSS |
| 9日 | 世界銀行（社会保護担当）、WHO、GIZ、移動（ハノイ⇒ホーチミン） |
| 10日 | DOLISA、高齢者施設 |
| 11日 | |
| 12日 | |
| 13日 | チョーライ病院、VSS ホーチミン、移動（ホーチミン⇒ハノイ） |
| 14日 | バックマイ病院、高齢者協会、UNICEF、ハノイ医科大学（Hoi 氏）、JICA ベトナム事務所、移動（ハノイ⇒ナムディン）、第一陣帰国 |
| 15日 | ナムディン DOH、DOLISA、VSS、省病院 |
| 16日 | ナムディン省病院、マイチャウ病院、ダバック病院、移動（ナムディン⇒ホアビン） |
| 17日 | ホアビン DOH、VSS、DOLISA |
| 18日 | |
| 19日 | 第二陣帰着 |
| 20日 | HelpAge International、ILO、国家高齢者委員会、国家老年病院 |
| 21日 | 保健省科学技術教育局、日本大使館、JICA、保健省人口家族計画総局 |
| 22日 | 第三陣帰着 |

(2) 第二次現地調査 (2月16日～3月1日)

| 月日 | 行程 |
|-------|---|
| 2月16日 | 第一陣ハノイ着 |
| 17日 | JICA（報告）、JICA プロジェクト専門家、世界銀行（保健財政担当） |
| 18日 | 民間病院 |
| 19日 | 第二陣ハノイ着 |
| 20日 | 計画投資省、財務省、保健省医療サービス局、同予防医療局 |
| 21日 | 保健省国際協力局、民間高齢者施設、ナムディン省 CHC |
| 22日 | |
| 23日 | |
| 24日 | HelpAge International ハイズン省プロジェクトサイト、JICA（報告） |
| 25日 | JCIA（ロードマップ案等打合せ） |
| 26日 | 団内打合せ |
| 27日 | 国民経済大学、大使館、JICA（報告） |
| 28日 | 第一陣帰着 |
| 3月1日 | 第二陣帰着 |

添付 1-2 : 訪問先及び面会者リスト

| 訪問先 | 面会者の氏名、肩書 |
|--|---|
| 日本大使館 | ・ 鶴谷 陽子氏、一等書記官 |
| JICA ベトナム事務所 | ・ 沖浦 文彦氏、次長 ・ 三浦 愛氏、企画調査員 ・ Ms. Chu Xuan Hoa, Senior Program Officer ・ Ms. Dao Thi Khanh, Program Officer |
| JICA 保健医療従事者の質の改善プロジェクト | ・ 清水 利恭、チーフアドバイザー |
| JICA 北西部医療サービス強化プロジェクト | ・ 土井 雅彦、チーフアドバイザー ・ 京口 美穂、業務調整員 ・ 羽石 弓子、短期専門家 |
| Ministry of Health (MOH) | |
| Department of Health Insurance | ・ Le Van Kham, MD.MA, Deputy Director ・ Phan Van Toan |
| Department of Planning and Finance, MOH | ・ Hoang Kim Ha, MSc. HE, Chief of General Plan and Health Policy Division |
| Medical Service Administration | ・ Dr. Nguyen Trong Khoa, Deputy Director General, MSA (Medical Service Administration) ・ Ths. Bs. Nguyen Thi Thanh Ngoc, Director ・ Bs. Nguyen Thanh Tung, Head of Elderly Division ・ Ms. Tran Thi Ha, Head of Health Professional Management division (License) ・ Mr. Cao Die Phuong, Medical and Pharmaceutical Division (Hospital Management) |
| Administration of Science, Technology and Training | ・ Dr. Nguyen Minh Loi, Deputy Director General ・ Dr. Nguyen Viet Cuong, Head, Education Management Division ・ Thi Kim Thuy, Official, Education Management Division ・ Thi Kim Thanh, Deputy Head |
| General Office of Population and Family Planning | ・ Nguyen Xuan Truong, Deputy Director General, Population Constituent and Quality Department ・ Le Minh Hai, Deputy Director General, Planning and Finance Department ・ Pham Anh Ngoc, Official, Population Constituent and Quality Department ・ Tran Duc Quang, Official, Population Constituent and Quality Department ・ Tran Thi Quynh Mai, International Cooperation Official, Personnel Department. |
| Administration of Preventive Medicine | ・ Dr. Hoang Minh Duc, Head of Planning and Finance Division ・ Dr. Phan Tien Hung, Planning and Finance Division ・ Dr. Vu Vi Quoc, Planning and Finance Division |
| International Cooperation Department | ・ Dr. Tran Thi Giang Huong, MD, MPH, PhD |
| Ministry of Finance (MOF) | |
| | ・ Tran Thi Phuong Linh, Official, Dept. of Public Expenditure ・ Phuong Thao, Official, Dept. of Public Expenditure ・ Nguyen Thi Lan Phuong, Official, Dept of State Budget ・ Vuong Doan Trung, Official, Dept. of State Budget |

| 訪問先 | 面会者の氏名、肩書 |
|--|--|
| Ministry of Planning and Investment (MPI) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Tuong Son, Deputy Director, Department of Labour, Culture and Social Affairs (DLCSA) • Pham Lan Phuong, Official, DLCSA • Pham Thi Ha, Official, DLCSA |
| Ministry of Labour, Invalid And Social Affairs (MOLISA) | |
| International Cooperation Department | <ul style="list-style-type: none"> • Cao Thi Thanh Thuy, Deputy Director General • Vu Lan Huong, Director-Bilateral Cooperation Division |
| Department of Social Protection | <ul style="list-style-type: none"> • To Duc, Director of Social Work/ Activity Division |
| Department of Social Insurance | <ul style="list-style-type: none"> • Pham Truong Giang, Deputy Director General |
| Institute of labor Science and Social Affairs | <ul style="list-style-type: none"> • (n.a.) |
| Vietnam Social Security (VSS) | |
| International Cooperation Department | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Vinh Quan, Director • Tran Thi Thu Tra, Head of General Issue, ASEAN Division |
| Social Insurance Implementation Department | <ul style="list-style-type: none"> • Dieu Ba Duoc, Director |
| Department of Health Insurance | <ul style="list-style-type: none"> • Le Van Phuc, MD, MPH, Deputy Director • To Hong Luong, IT Division • Nguyen Thanh Ha, Appraisal Division |
| Donors/ Development Partners | |
| GIZ | <ul style="list-style-type: none"> • Brigitte Koller, Chief Technical Advisor, Social Protection Project • Nguyen Thi Nga, Project Manager, Social Protection Project • Sandra Uyen Nguyen, Intern |
| The World Bank | <ul style="list-style-type: none"> • Nga Nguyet Nyuyen, Senior Economist • Kari L. Hurt, Senior Operations Officer, Human Development Sector Unit |
| WHO | <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Socorro Escalante, Technical Officer, Pharmaceutical • Ngyen Kim Phuong, National Professional Officer, Health Financing • Benedicte Galichet, Advisor, Donor Coordination/ Health System |
| UNICEF | <ul style="list-style-type: none"> • Ms. Yoshimi Nishino, Chief, Social Policy and Governance Program |
| ILO | <ul style="list-style-type: none"> • Gyorgy Sziraczki, Country Director • Doan Thuy Quynh, Programme assistant |
| HelpAge International Vietnam | <ul style="list-style-type: none"> • Ms. Tran. Bich Thuy, Country Programme Manager |
| Hanoi City | |
| Vietnam National Committee on Ageing Office (VNCA) | <ul style="list-style-type: none"> • Le Minh Giang, Director of the Office |
| Bach Mai Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Do Doan Loi, Deputy General Manager/ Head of Cardiosurgery • Do Van Thanh, Head of International Cooperation Division • Ngyein Thi Kim Thanh, Deputy Head of Financial and Planning Division • Dinh Kim Chi, General Affairs Department • Tran Thai Son, In-charge of Health Insurance, General Affairs Department |
| National Geriatric Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Pham Thang, Director • Tran van leic, Head of General Planning Department • Nguyen Thi Ngoc, Head of Nursing Department • Nguyen Thu Hoai, Department of Training & Scientific Research |

| 訪問先 | 面会者の氏名、肩書 |
|---|--|
| Vietnam Association for the Elderly | <ul style="list-style-type: none"> • Dinh Van Lanh, Committee Member, Head of VAE Office • Nguyen Thi Kim Lien, Deputy Head, Elderly Care Department • Duong Viet Anh, Official, International Cooperation Department • Dang Tai Tinh, Head, International Cooperation Department |
| Hanoi Medical University, EVIPNet Secretariat | <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Le Van Hoi, Professor/ EVIP Net Coordinator/ Head of Central Health Information Technology Institute |
| French Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Thi Phuong Chang, Japanese Customer Care Executive |
| Hong Ngoc Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Ngoc Long, Van Tuan Nhat, Managing Director |
| National Economic University | <ul style="list-style-type: none"> • Giang Thanh Long, PhD, Associate Professor |
| Ho Chi Minh City | |
| Department of Labour, Invalid And Social Affairs (DOLISA) | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Thi Tuyet Nhung, Vice Director • Vu Dinh Son, Head, Health Division • Vo Minh Hoang, Deputy Head, Social Protection Division • Le Chu Giang, Head, Social Protection Division • Nguyen Thi Phuong, Official, Social Protection Division • Huynh Khac Hieu, Deputy Head, Policies For People With Meritorious Services Division |
| Thi Nghe, Old People's Home | <ul style="list-style-type: none"> • Ngo Thi Van Anh, Vice Director • Le Thi Kim Hanh, Head of Logistic Division • Duong Van Tuoi, Deputy Head, Health Division • Nguyen Thi Bich Tranh, Deputy Head, Personnel and Administration Division • Le Thi Mai, Official, Medicine/Drug Management |
| HCM VSS | <ul style="list-style-type: none"> • Ms. Luu Thi Thanh Hyuen, Deputy Director (Health Insurance) • Ms. Do Thi Thy Hong, Deputy General Manager, Health Insurance Certification Department I (Pharmacist) • Ms. Tran Ngoc Giao Chau, Deputy General Manager, Social Insurance Premium Collection Department |
| Cho Ray Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Head of International Affairs Division, Health Care Department/ Head of Optional Medical Service • Huynh Kim Phuong, Head, International Affairs Division, Health Care Department/ Optional Medical Service Division • Hai, Head of Accounting Division, Financial Department |
| Nam Dinh Province | |
| Department of Health (DOH) | <ul style="list-style-type: none"> • Bui Thi Minh Thu, Director • Truong Tien Lap, Vice Director • Do Ngoc Dung, Head, Planning and General Affairs Division • Khuong Thanh Vinh, Head, Medicinal Professional Division • Tran Bich Lien, Deputy Head, Medicinal Professional Division • Tran Thu Huong, Deputy Head, Finance and Accounting Division • Doan Thi Nga, Head, DoH Office |
| DOLISA | <ul style="list-style-type: none"> • Le Hong Lam, Head, Social Protection Division • Do Thi Lan Huong, Deputy Head, Social Protection Division • Ha Duc Hoang, Official, Services for Elderly |
| Nam Dinh VSS | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Luong Ba, Vice Director) • Tran Ngoc Hoa, Deputy Head, Health Insurance Appraisal Division • Duong Cong Hai, Deputy Head, Social Insurance Benefits Division • Nguyen Thuy Duong, Deputy Head, Planning and Finance Division • Hoang Thi Minh Thuy, Deputy Head, Collection Division • Trinh Van Anh, Deputy Head, Personnel and Administration Division |

| 訪問先 | 面会者の氏名、肩書 |
|--------------------------------------|--|
| Nam Dinh General Provincial Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Pham Thanh Nam, Vice Director • Tran Minh Chau, Head, Planning and General Affairs Division • Tran Thi Minh Ha, Deputy Head, Planning and General Affairs Division • Hoang Thu Hong, Deputy Head, Finance and Accounting Division • Bui Thi Thanh Thuy, Deputy Head, Administration Division |
| Hop Hung CHC, Vu Ban District | <ul style="list-style-type: none"> • Bui Xuan Binh, Official, Nam Dinh DOH • Pham Van Hien, Director, Vu Ban District Health Center • Nguyen Van Khanh, Director, Hop Hung CHC • Pham The Quyet, Acc. Doctor, Vu Ban District Health Center • Nguyen Thi Lan, Acc. Doctor, Hop Hung CHC • Do Thanh Hoa, Nurse, Hop Hung CHC • Duong Thi Lien, Acc. Doctor, Hop Hung CHC • Nguyen Thi Nguyet, Nurse, Hop Hung CHC • Tran Thi Ngoc, Midwife, Hop Hung CHC |
| Hoa Binh Province | |
| Hoa Binh Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Hoang Dinh Khieu, Vice Director • Do Dinh Van, Vice Director • Chu Thi Hoai, Deputy Head, Planning and General Affairs Division • Nguyen Thi Thuy, Head, Pharmacy Division • Dang Van Nam, Official, DOHA office • Nguyen Thi Yen, Deputy Head, Finance and Accounting Division |
| DOH | <ul style="list-style-type: none"> • Bui Thu Hang, Vice Director • Tran Hong Quan, Head, Medicinal Professional Division • Nguyen Thi Thu Hien, Official, Medicinal Professional Division |
| Mai Chau Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Pham Van Cuong, Director • Tran Thu Hong, Head of Finance and Accounting Division |
| Da Bac General Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Thi, Director |
| DOLISA | <ul style="list-style-type: none"> • Dang Xuan Tuu, Head, Social Protection Division • Tu Thi Kim Nhung, Deputy Head, Social Protection Division |
| Hoa Binh VSS | <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Luu Viet Tinh, Director • Nguyen Thi Thuy, Head, Planning and Finance Division • Doan Duc Thang, Deputy Head, Health Insurance Appraisal Division • Trinh Tuyet Nhung, Deputy Head, Health Insurance Appraisal Division • Nguyen Van Hai, Head, Social Insurance Benefits Division |
| Dien Bien Province | |
| Dien Bien Province General Hospital | <ul style="list-style-type: none"> • Pham Van Man, Director • Vo Thi Ninh, Vice Head, Planning and General Affairs Division • Le Thi Thanh, Head, Finance and Accounting Division • Le Quoc Khanh, Head, Medicine material and equipment Division • Dang Duc Hung, Head, Personel and Administration Division • Nguyen Thi Phuong, Head, Nursing Division |
| DOH | <ul style="list-style-type: none"> • Luong Duc Son, Vice Director, DB DOH • Nguyen Chau Son, Vice Head, Medical Profession • Nguyen Hong Thanh, Vice Head, Planning and Finance |
| Dien Bien District Medical Center | <ul style="list-style-type: none"> • Ca Van Noi, Director, Dien Bien District Medical Center • Luong Hau Tan, Vice Director • Hoang Van Chuong, Vice Director • Vo Thi Thanh Mo, Head, Nursing Division |
| Thanh Luong CHC | <ul style="list-style-type: none"> • Do Thi Toan, Head of CHC |

| 訪問先 | 面会者の氏名、肩書 |
|---|--|
| DOLISA | <ul style="list-style-type: none"> • Ha Van Tan Vice Director, DOLISA • Phane Quang Hung, Vice Head, Invalid/ Martyr and Social Protection Policy Division • Le Thi Huong Lan, Official, Policy Division |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Manh Dung, Vice Director, Dien Bien SS • Luu Thi Quy, Vice Director, Dien Bien SS • Tran Thi Thu, Head, Collection Division • Tran thi Phuong, Head, Health Insurance Appraisal Division • Pham Manh Dang, Vice Head, Card/handbook Issuance Division • Nguyen Thi Ngoc, Vice Head, Planning and Finance Division • Tran Thi Hong Gam, Vice Head, Personnel and Administration Division |
| Hai Duong Province | |
| Hai Duong Province (HelpAge Project) | <ul style="list-style-type: none"> • Nguyen Ngoc Truyen, Chairman, People Elderly Association (PEA) • Nguyen Thi Lien, Vice Chairwoman, (PEA) • Nguyen Thi Huyen, Head of Social Protection Division, Hai Duong DOLISA • Nguyen Trung Hieu, DOH Project Coordinator (funded by UNFPA) • Nguyen Thi Muoi, Vice Chairwoman, (PEA) • Dam Trac, Reporter, Hai Duong Television Station |

添付 2 : セミナー開催記録

**Record of
Seminar on Universal Health Coverage and Aging Population
at Hanoi**

13:00 – 17:30, 21th April 2014

1. Agenda:

- | | |
|---|---|
| (1) Seminar Purpose and Participant Introduction: | Organizer |
| (2) Opening speech of the Chair: | Assoc. Prof. Pham Le Tuan, Vice Minister of Health |
| (3) Opening speech of the Co-chair: | Mr. Chikahiro Masuda, Senior Representative, JICA Vietnam. |
| (4) Presentation on JICA survey's findings: | Ms. Keiko Nagai, Team Leader of Consultant Team |
| (5) Progress of Aging Policies of Japan & Promotion of “Active Aging” in ASEAN countries: | Dr. Yutaka Horie, Deputy Assistant Minister for International Affairs, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan |
| (6) Aging Population in Vietnam - Current situation, challenges and solutions: | General Office of Population and Family Planning |
| (7) Health Insurance - Japan's experience and Challenges: | Prof. Takahiro Eguchi, Professor of Law, Kanagawa University, Faculty of Law |
| (8) Vietnam challenges in achieving UHC by 2020: | Health Insurance Department, Ministry of Health |
| (9) Open Discussion: | All participants |
| (10) Conclusion and Closing: | Chair and Co-chair |

2. Summary of Open Discussion

(a) Ms. Kha from Vietnam National Assembly

Ms. Kha visited Japan twice, one of which to attend a workshop chaired by former PM Fukuda. She was very impressed with what she learnt in Japan, such as mandatory health insurance, family based health insurance (both the employer and employee contribute to purchase health insurance for employee's family)

Ms. Kha is concerned about the current requirement that initial medical examination must be done at lower level health stations, because it is conflicting with the freedom on health care and medical treatment. However, if not, then patients would concentrate at central hospitals and overload these hospitals. So allowing the patient to freely receiving medical service at good facility is preferred by both the State and the citizens, but Vietnam has not been able to solve this problem.

Regarding the UHC, currently 70% has health insurance, but it is still difficult to cover those who are partially covered by the government such as near poor or agricultural households. For example, the near poor families receive 70% of health insurance fee, but it is difficult for them to pay the rest 30% if there is no other source of support.

Regarding elderly care in Japan, she was impressed that within 30 minutes care (even meals) can be given even to those living area accessed through narrow streets by non-profit social enterprises. However, this is difficult in Vietnam because they will have to access through springs/river in case they live in faraway area.

However, Vietnam would want to have the service level of Japan, and she and her colleagues are brainstorming on these issues with the role as the advising entities to the National Assembly regarding law and policies on these issues. (Currently it is very difficult to implement the law, which in Vietnamese it is said that “the law has not entered everyday life” or “the resource is too few comparing to the will”)

Regarding UHC, it is better that there should be a good plan and roadmap, such as gathering people into fewer categories, better management to eliminate duplicate cards, better access to health services.

(b) Dr. Tuan (vice minister) commented that even though Japan has a good model but how to apply to Vietnam is another problem.

(c) General Binh from the military

Mr. Binh raised two questions.

First, how Japan manages so that people will not concentrate at large/good hospital. This question was answered by Prof. Eguchi.

The second question is about how the health insurance for military soldiers in Japan integrated into the national health insurance system (in the past Japan has the “strong soldier, strong citizen”). Dr. Horie answered this question.

Dr. Tuan commented that there is a freedom in access to healthcare service in Japan. But we must get over a misunderstanding that in Vietnam it is not possible to directly receive medical treatment in big hospitals. In fact, it is possible, just that the patient will have to pay higher fee. Also, in Vietnam all emergency cases will be covered the same by health insurance, no matter which hospital the patient is brought in. So it is very important to distinguish between freedom of choice of hospital and the problem of overload at big hospital

(d) Mr. Vinh from VEA

Mr. Vinh commented that the seminar was very fruitful and helpful (providing both theory and practice)

The reports has explained about health care for the Elderly, but other important aspects such as feeding, caring, promoting the role of the Elderly must also be taken into account.

Currently, over 80% of Elderly still have to earn their living, some of them are owner of business or plantations. So it is also important to amplify the promotion of the roles of the Elderly. Because the Elderly has a shortage of capital, equipment so such support are needed to promote the role of the Elderly.

Another comment from Mr. Vinh is about the rate of purchasing Health Insurance of the Elderly is actually decreasing. Because the rate is 4% or 5% of basic wage, so for many Elderly it is difficult to pay for the Health Insurance premium, so he suggested to support the poor Elderly to

purchase health insurance.

- (e) Dr. Tuan commented that people over 80 years old, or who contributed to the independent wars are support to purchase the Health Insurance. Also, for poor household health insurance premium is supported 100%, and near poor is 70%. However, the difficulty is it is difficult to specify the poor level income. So it might be needed to redefined the criteria, and to purchase per household.
- (f) Doctor Thanh from National Geriatric Hospital

Dr. Thanh was also impressed by the presentations. She also stressed the issue that the medical cost for the Elderly is 5 times that of other patients. However, the good point is that 70% to 80% of the Elderly are healthy, only 20% need to stay in hospitals.

Dr. Thanh also praised the multi-packages treatment from Japanese model. For example, in Japan, the patient stays short-time in the hospital, and as soon as their conditions are stable they are discharged from the hospitals and being transferred to intermediate centers (such as rehabilitation centers), where the cost is lower, and then being released back to the community. This kind of multiple package can reduce the total treatment cost, and therefore Vietnam should follow this example.

Also, in Japan, health insurance also pays for home care, so that spouse/child will care for the Elderly and being paid by the health insurance system, and the medical staff need to care for the Elderly in daytime only, so it can reduce the number of patient that must stay in the hospital. So this kind of health care package should also be introduced into Vietnamese Health Insurance System.

Another issue was that in Vietnam the caring for Elderly is overlapping among government agencies. In Japan, they have merged Health Care and Welfare into one ministry, so the caring for the Elderly is unified. Also in Vietnam the government has no nursing home for the Elderly, only currently caring for the everyday life.

Dr. Thanh also explained that the tendency for the people to prefer higher-level health facilities also comes from the fact that the payment limit for lower level is low, so that complex medical service cannot be done at lower level health facilities. Also, it is important that lower level medical facilities can receive professional guidance and training to update their skill/knowledge to improve their service quality.

- (g) After the explanation of Prof. Eiguchi and Mr. Matsuda closing remarks, Dr. Tuan also commented that he fully agreed with the conclusions of Mr. Matsuda. He also thought that the seminar was very success and helpful in the sense that most people stayed until the end. He noted that all the presentations were well prepared, with many valuable information.

He commented that the aging process in Vietnam is very fast. Also, the Elderly is not healthy, infected with many diseases (many of which are chronic diseases), so this will be a big burden and without careful preparation will cause a lot of problems.

He also raised the issue of how to prepare in term of policy. If we only depend on the hospitals, it will be very costly. In this point, Japan has many experiences and caring model for the elderly, which showed that in Japan the law and its implementation come together hand in hand (such as law on welfare or Elderly care). Vietnam has promulgated law, but has not yet being enforced

properly to support the Elderly life. So it is a major task to develop law and strategy in this area.

Regarding UHC, Mr. Takemi (senator from National Diet of Japan) visited Vietnam and gave a lecture that said in Japan in 1961 has issued the UHC law, so the situation in Japan in 1961 is similar to that of Vietnam now. But the advantage of Japan at that time was that Japan had been industrialized since 1938 with most of its labour force working in companies, but Vietnam is still an agricultural country, so it is a problem to solve the problem for workers in the informal sector in Vietnam.

MoH has 5 seminars on UHC, and from those seminars, it seems that mandatory health insurance is a must (lessons learnt from other countries). Also, it is necessary to have participation per household. If not, it is also difficult to reach the target of 80% in 2020. (Japan has a strong commitment from both central and local governments, as well as from the businesses)

Regarding Vietnam-Japan cooperation, MoH and Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan has signed cooperation document. So MoH would like to propose to Jica and Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan to develop project regarding the caring model for the Elderly. (it is said that Japan does healthcare for the Elderly since they are 40 years old, not until they are actually old). And based on specific projects, we can exchange and advance the profession of staff, so that we can improve health care quality from the lower level. So Vietnam must learnt and follow the healthcare model of “everyone, everywhere, every time” of Japan.

添付 3 : 高齢者法 (英訳)

Materials below are only for reference

THE NATIONAL ASSEMBLY
No: 39/2009/QH12

**SOCIALIST REPUBLIC OF VIET
NAM**

**Independence - Freedom -
Happiness**

Ha Noi, day 23 month 11 year 2009

LAW

ON THE ELDERLY

Pursuant to the 1992 Constitution of the Socialist Republic of Vietnam, which was amended and supplemented under Resolution No. 51/2001/QH10;
The National Assembly promulgates the Law on the Elderly.

Chapter I

GENERAL PROVISIONS

Article 1. This Law provides for the rights and obligations of the elderly; the responsibilities of families, the State and the society in taking care of, attending to, and bringing into full play the role of, the elderly; and the Vietnam Elderly Association.

Article 2. The elderly

The elderly defined in this Law are Vietnamese citizens aged full 60 or over.

Article 3. Rights and obligations of the elderly

1. The elderly have the following rights:

a) To be guaranteed with basic food, clothing, lodging, movement and healthcare needs;

b) To decide to live with their children, grandchildren or to live separately at their own will;

c) To be given priority in the use of services under this Law and other relevant laws:

d) To be provided with conditions to participate in cultural, educational, physical training, sports, entertainment, tourist and recreation activities;

e) To be provided with conditions to work in suitability to their health and professions and other conditions in order to bring into full play their role;

f) To be exempt from contributions to social activities, except voluntary contributions;

g) To be given priority in the receipt of relief in cash or in kind, healthcare and lodgings with a view to overcoming initial difficulties when they meet with difficulties due to consequences of natural disasters or other force majeure circumstances;

h) To join in the Vietnam Elderly Association under the Association's charter;

i) Other rights defined by law.

2. The elderly have the following obligations:

a) To set bright examples in moral quality and lifestyles: to educate young generations to preserve and promote the fine traditions of the nation; to be exemplary in observing and mobilizing families and communities to observe the Party's policies and line and the State's laws;

b) To pass their precious experiences to younger generations;

c) Other obligations defined by law.

Article 4. The State's policies towards the elderly

1. To allocate appropriate annual budgets for the realization of policies to take care of and bring into full play the role of the elderly.

2. To provide social patronage to the elderly under this Law and other relevant laws.

3. To incorporate policies for the elderly into policies on socio-economic development.

4. To develop gerontology so as to meet the elderly's medical examination and treatment needs; to train personnel to take care of the elderly.

5. To encourage and create conditions for the elderly to do physical exercises; to participate in learning, cultural and spiritual activities; to live in a safe environment and be respected in dignity; to bring into play their role in the cause of national construction and defense.

6. To encourage and support agencies, organizations and individuals in carrying out propaganda on and education about the sense of respect for and gratitude to the elderly, taking care of and bringing into full play the role of the elderly.

7. To commend agencies, organizations and individuals that record outstanding achievements in taking care of and bringing into full play the role of the elderly.

8. To strictly handle agencies, organizations and individuals that commit acts of violating this Law and other relevant laws.

Article 5. Responsibilities of agencies, organizations, families and individuals

1. Agencies and organizations shall, within the ambit of their respective tasks and powers, take care of and protect the legitimate rights and interests of the elderly.

2. The Vietnam Fatherland Front and its member organizations and other organizations shall agitate and mobilize people to heighten the responsibility to take care of and bring into full play the role of the elderly: to participate in supervising the implementation of policies and laws on the elderly.

3. The elderly's families shall take the main responsibility in taking care of the elderly.

4. Individuals shall respect and help the elderly.

Article 6. Vietnam Elderly Day

June 6 every year is taken as the Vietnam Elderly Day.

Article 7. Funds for taking care of and bringing into full play the role of the elderly

1. Funds for taking care of and bringing into full play the role of the elderly are social and charity funds.
2. Funds for taking care of and bringing into full play the role of the elderly come from the following sources:
 - a) Voluntary contributions and financial aid of domestic and foreign organizations and individuals;
 - b) State budget supports;
 - c) Other lawful revenue sources.
3. The establishment, operation and management of the funds for taking care of and bringing into full play the role of the elderly must comply with law.

Article 8. International cooperation for the elderly

1. International cooperation for the elderly shall be carried out on the basis of respect for independence, sovereignty, territorial integrity, equality and conformity with Vietnamese law and international laws.
2. International cooperation for the elderly covers the following contents:
 - a) Formulation and materialization of programs and projects of international cooperation on the elderly;
 - b) Participation in international organizations; conclusion, accession to and implementation of treaties and international agreements related to the elderly;
 - c) Exchange of information and experiences on taking care of and promoting the role of the elderly.

Article 9. Prohibited acts

1. Insulting, ill-treating or hurting, persecuting, discriminating against the elderly.
2. Infringing upon or preventing the elderly from exercising their rights to marriage, property ownership and other lawful rights.
3. Failing to perform the obligations of taking care of the elderly.
4. Taking advantage of the looking after and taking care of the elderly for self-seeking interests.
5. Forcing the elderly to labor or do things contrary to law.
6. Forcing, arousing, inciting or abetting other persons to commit illegal acts against the elderly.
7. Retaliating and intimidating persons who help the elderly or who detect, report on or prevent illegal acts against the elderly.

Chapter II

TAKING CARE OF AND LOOKING AFTER THE ELDERLY

SECTION I

TAKING CARE OF THE ELDERLY

Article 10. Obligations and rights to take care of the elderly

1. Taking care of the elderly means caring for their spiritual and material lives, aiming to satisfy their basic food, clothing, lodging, travel and healthcare needs as well as entertainment, recreation, information, communication and learning needs.
2. Persons having the obligations and rights to take care of the elderly are their children and grandchildren and other persons obliged to take care of or provide financial supports under the law on marriage and family.
3. Persons having the obligations and rights to take care of the elderly shall, depending on their specific circumstances, arrange the elderly's lodgings suitable to their health and psychological conditions; provide financial assistance; pay hospitalization and healthcare costs and encourage the elderly when they fall sick; organize funerals when they die.
4. Persons having the obligations and rights to take care of the elderly shall cooperate with one another in looking after them.
5. Organizations and individuals other than those defined in Clause 2 of this Article are encouraged to participate in taking care of the elderly.

Article 11. Entrusted care for the elderly

1. Persons having the obligations and rights to take care of the elderly but having no conditions to directly look after the elderly may entrust individuals or organizations providing services of taking care of the elderly to look after the elderly, but with the elderly's consent.

Entrustment to look after the elderly shall be effected under service contracts between persons having the obligations and rights to take care of the elderly and service providers.

2. Service providers entrusted to look after the elderly shall fulfill their commitments under service contracts signed with entrusters.
3. The elderly may request persons with care-taking obligations and rights to replace service providers entrusted to take care of them.
4. The Government shall detail this Article.

SECTION 2

CARING FOR THE ELDERLY'S HEALTH

Article 12. Medical examination and treatment

1. Prioritized medical examination and treatment for the elderly shall be carried out as follows:
 - a) Persons aged full 80 or older shall be given priority for medical examination before other persons, except emergency patients, under-6 children and heavily disabled people;

b) Elderly inpatients are arranged proper hospital beds.

2. Hospitals, except pediatrics hospitals, have the following responsibilities:

a) To organize gerontologic departments or set aside a number of beds for treatment of elderly patients:

b) To rehabilitate elderly patients' health after pernicious disease treatments at hospital and guide their further treatment and care at home;

c) To combine traditional medicine with modern medicine in treatment and guide methods of non-medicine treatment at grassroots health establishments for elderly patients:

d) The State encourages organizations and individuals to give free-of-charge medical examination and treatment to the elderly.

Article 13. Primary healthcare at places of residence

1. Commune, ward, township health stations have the following responsibilities:

a) To carry out propaganda and dissemination in different forms of common healthcare knowledge; guide the elderly in skills of disease prevention and treatment and self-healthcare;

b) To compile files for the elderly's health monitoring and management;

c) To give medical examination and treatment suitable to their specialization to the elderly;

d) To coordinate with higher-level medical establishments in organizing periodical health checkups for the elderly.

2. Commune, ward or township health stations shall send health workers to conduct medical examination and treatment at places of residence of lonely and seriously ill elderly persons who cannot go to medical establishments for examination and treatment. Commune, ward or township People's Committees shall support the transport of patients defined in this Clause to medical establishments at the proposal of commune, ward or township health stations.

3. The State encourages organizations and individuals to give medical examination and treatment to the elderly at their places of residence.

4. Funds for the implementation of tasks defined at Points a, b and d. Clauses 1 and 2 of this Article shall be provided by the state budget.

SECTION 3

CARE FOR THE ELDERLY IN CULTURAL, EDUCATIONAL, PHYSICAL TRAINING SPORTS, RECREATION AND TOURIST ACTIVITIES, IN THE USE OF PUBLIC FACILITIES AND PARTICIPATION IN MASS TRANSIT

Article 14. Cultural, educational, physical training, sports, recreation and tourist activities

1. The State invests and encourages organizations and individuals to invest in the construction of cultural, educational, physical training, sports, recreation and tourist establishments to satisfy the elderly's demands for better spiritual life and physical training.

2. The State and society shall create favorable conditions for the elderly to learn and research and

participate in cultural, physical training, sports, recreation and tourist activities through the following measures:

- a) Providing information, documents and guidance for the elderly to participate in learning and research;
- b) Providing support and guidance for the elderly to participate in cultural, recreation, tourist and deep-breathing practices as well as other physical training and sports activities suitable to their health and psychology;
- c) Providing supports in locations, tools, equipment and other material foundations suitable to the elderly's activities;
- d) Encouraging enterprises and individuals to produce and trade in products and commodities suitable to the elderly's needs.

3. The Government shall detail this Article.

Article 15. Public facilities, mass transit

1. The construction or renovation of condominiums and public facilities must take into account the elderly's characteristics and use needs.
2. When participating in mass transit, the elderly shall be assisted and arranged convenient seats.
3. The Government shall detail this Article.

Article 16. Discount of fares and service charges

The elderly are entitled to discount of fares and service charges when using a number of services stipulated by the Government.

SECTION 4

SOCIAL PATRONAGE FOR THE ELDERLY

Article 17. Persons entitled to social patronage policies

1. The elderly of poor households without persons having the care-taking obligations and rights or with persons having the care-taking obligations and rights who however, currently enjoy monthly social relief allowances.
2. Persons aged full 80 or over other than those defined in Clause 1 of this Article who have no pensions, monthly social insurance allowances or monthly social relief allowances.

Article 18. Social patronage policies

1. The elderly defined in Article 17 of this Law are entitled to health insurance, monthly social relief allowances and payment of funeral and burial costs upon their death, except cases specified in Clause 2 of this Article.
2. The elderly of poor families without persons having the care-taking obligations and rights, no conditions to live in the community, have the aspiration and are admitted into social patronage establishments, are entitled to the following benefits:

- a) Annual nurturing allowance;
- b) Supply of personal effects and articles for their daily activities;
- c) Health insurance;
- d) Provision of common medicines;
- e) Provision of tools and equipment for functional rehabilitation;
- f) Funeral and burial upon death.

3. The Government shall detail this Article.

Article 19. Looking after the elderly at community

The elderly defined in Clause 2 of Article 18 with someone undertaking to look after them at community are entitled to a monthly social relief allowance equal to the nurturing cost level at social patronage establishments, health insurance and payment of funeral and burial costs upon their death.

Article 20. Elderly-caretaking establishments

1. Elderly-caretaking establishments are places in which care, nurturing, counseling or other necessary conditions are provided for the elderly.
2. Elderly caring establishments include:
 - a) Social patronage establishments;
 - b) Elderly care counseling and service-providing establishments;
 - c) Other elderly caretaking establishments.

The Government shall specify the establishment and operation of elderly caretaking establishments defined in this Clause.

3. The State encourages organizations and individuals to invest in the construction of elderly caretaking establishments; invests in material foundations and provides financial supports for the operation of public elderly caretaking establishments and provides financial supports for non-public elderly caretaking establishments to nurture the elderly defined in Clause 2, Article 18 of this Law.
4. Organizations and individuals contributing or investing their own funds in the construction of elderly caretaking establishments are entitled to preferential policies under the law on policies to encourage socialization of activities in the fields of education, vocational training, healthcare, culture, sports and environment.

SECTION 5

LONGEVITY CONGRATULATION AND CELEBRATION, FUNERAL ORGANIZATION

Article 21. The elderly's longevity congratulations and celebrations

1. Persons aged 100 will be congratulated and given presents by the President of the Socialist Republic of

Vietnam

2. Persons aged 90 will be congratulated and given presents by chairpersons of provincial-level People's Committees.

3. Commune, ward or township People's Committees shall coordinate with local Elderly Associations and the elderly's families in organizing longevity celebrations for the elderly when they reach the age of 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100 or over on any of the following days:

- a) Vietnam Elderly Day;
- b) The International Elderly Day;
- c) Lunar New Year Festival;
- d) The elderly's birthdays.

4. Funds for the implementation of tasks defined in this Article shall be provided by the state budget and social contributions.

Article 22. Organization of funerals and burials for deceased elderly

1. When the elderly pass away, persons with care-taking obligations and rights shall assume the main responsibility for organizing their funerals and burials in a solemn and thrifty ceremony, ensuring cultured lifestyle, unless otherwise provided for by law. If the elderly have no persons with care-taking obligations and rights or have such persons who, however, do not have conditions to organize funerals and burials, commune, ward or township People's Committees or social patronage establishments where such the elderly live shall assume the prime responsibility for, and coordinate with local Elderly Associations and mass organizations in, organizing their funerals and burials.

2. When an elderly passes away, the agency or organization in which he/she works or last worked, the Elderly Association and the commune, ward or township People's Committee and local mass organizations shall coordinate with his/her family in organizing his/her funeral and burial.

Chapter III

PROMOTING THE ELDERLY'S ROLE

Article 23. Activities of promoting the elderly's role

The State, society and families shall create conditions for the elderly to bring into full play their intellect, precious experiences and fine qualities in the following activities:

- 1. Education about the traditions of unity, patriotism and love for humans and nature;
- 2. Building of cultured life; preserving and promoting national cultural identities at establishments and communities; participating in movements for learning promotion, talent promotion, support of education and training of virtuous and talented persons and other campaigns in communities;
- 3. Impartation of skills, experiences and economic, cultural, social, scientific and technological knowledge and traditional crafts to young generations;
- 4. Research, education, training, scientific and technological application; and professional and technical consultancy;

5. Economic development, poverty reduction and getting rich in lawful ways;
6. Maintenance of political security, social order and safety; reconciliation of conflicts and disputes in communities;
7. Observance of the law on grassroots democracy; practice of thrift against waste: prevention and combat of corruption and bureaucracy; prevention and fighting of HIV) AIDS and social vices:
8. Contribution of opinions on draft policies and laws and participation in supervising the enforcement of policies and laws;
9. Other social activities in the interest of organizations and the public.

Article 24. Responsibilities to promote the elderly's role

1. The State shall apply the following measures so that the elderly bring into full play their role suitable to their respective capabilities:
 - a) Creating conditions for the elderly to express their views, aspirations and petitions to agencies or organizations on matters of the elderly's concern;
 - b) Creating conditions for elderly scientists and artisans and other elderly with special skills and experiences and aspirations to continue making contributions:
 - c) Providing preferential credit loans to the elderly who are directly involved in production and business activities in order to increase their incomes and alleviate poverty;
 - d) Praising and commending the elderly who record outstanding achievements.
2. Agencies, Elderly Associations, other organizations, families and individuals shall create conditions for the elderly to carry out activities of promoting their role.

Chapter IV

THE VIETNAM EDLERLY ASSOCIATION

Article 25. The Vietnam Elderly Association

1. The Vietnam Elderly Association is a social organization representing the aspirations and legitimate rights and interests of Vietnamese elderly.
2. The Vietnam Elderly Association is organized on the principle of voluntariness and operates under the Constitution, laws and its Charter.

Article 26. Funds for operations of the Vietnam Elderly Association

1. Funds for the operations of the Vietnam Elderly Association come from the following sources:
 - a) State budget support;
 - b) Membership fee;
 - c) Other lawful revenue sources.

2. The Vietnam Elderly Association shall manage and use its operation funds according to law.

Article 27. Tasks of the Vietnam Elderly Association

1. To rally, unite and mobilize the elderly to participate in its activities, contributing to the implementation of socio-economic programs, the education of young generations, the building of civilized lifestyles, cultured families, the maintenance of political security, social order and safety, and the national construction and defense.

2. To act as the core in the movement to look after, take care of and promote the role of the elderly.

3. To protect the elderly's legitimate rights and interests.

4. To study the elderly's demands and aspirations for proposal to competent state agencies.

5. To represent the Vietnamese elderly in participating in international organizations and people's foreign relation activities in the interest of the elderly and the Fatherland.

Chapter V

STATE AGENCIES' RESPONSIBILITIES FOR ELDERLY-RELATED WORK

Article 28. Agencies performing the state management of elderly-related work

1. The Government performs the unified state management of elderly-related work.

2. The Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs is answerable to the Government for the performance of the state management of elderly-related work.

3. Ministries and ministerial-level agencies shall, within the ambit of their respective tasks and powers, coordinate with the Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs in performing the state management of elderly-related work.

4. People's Committees at all levels shall, within the ambit of their respective tasks and powers, perform the state management of elderly-related work; incorporate elderly-related activities in local socio-economic development plans; and create conditions for agencies, organizations and individuals to participate in taking care of and promoting the role of the elderly.

Article 29. Responsibilities of ministries and ministerial-level agencies

1. The Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs shall:

a) Formulate and submit to competent agencies for promulgation or promulgate according to its competence legal documents, programs and plans on elderly-related work;

b) Assume the prime responsibility for, and coordinate with other ministries, ministerial-level agencies, government-attached agencies and provincial-level People's Committees in implementing legal documents on the elderly and programs and plans on elderly-related work;

c) Inspect and examine the enforcement of the law on the elderly;

d) Implement international cooperation on the elderly;

e) Make reports on the elderly:

f) Coordinate with the Ministry of Planning and Investment in making statistics on the elderly;

g) Assume the prime responsibility for. and coordinate with other ministries, ministerial-level agencies in. promulgating and organizing the implementation of regulations on training of officers in charge of elderly-related work;

h) Assume the prime responsibility for. and coordinate with the Ministry of Health in, prescribing professional standards for and training caretakers of the elderly;

i) Assume the prime responsibility for, and coordinate with other ministries, ministerial-level agencies, government- attached agencies and provincial-level People's Committees in, planning elderly-caretaking establishments nationwide.

2. The Ministry of Health shall:

a) Guide and organize the care for the elderly's health at medical establishments and in communities; guide the management of the elderly's chronic diseases;

b) Formulate, and organize the implementation of. programs on prevention, examination and treatment of cardiovascular diseases, diabetes. Alzheimer and other chronic ailments and reproductive health-related diseases for the elderly;

c) Train gerontological doctors and health workers.

3. The Ministry of Home Affairs shall assume the prime responsibility for. and coordinate with other ministries and ministerial-level agencies in. studying and submitting to the Government for promulgation regulations on organization of. regimes and policies towards, officers in charge of elderly-related work.

4. The Ministry of Finance shall guide the budget allocation for the realization of policies on care for. and promotion of the role of. the elderly and provide operation funds for the Vietnam Elderly Association under the law on the state budget.

5. The Ministry of Planning and Investment shall appraise and approve according to its competence state projects on care for, and promotion of the role of. the elderly; assume the prime responsibility for. and coordinate with the Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs in. making statistics on the elderly.

6. The Ministry of Culture, Sports and Tourism shall direct the support of the elderly in cultural, physical training, sports, recreation and tourist activities; care for. and promote the role of. the elderly in families. 7. The Ministry of Information and Communications shall direct mass media agencies to promptly and accurately propagate policies and the law on the elderly.

Chapter VI

IMPLEMENTATION PROVISIONS

Article 30. Effect

1. This Law takes effect on July 1, 2010.

2. Social patronage policies for the elderly provided in Clause 2, Article 17 of this Law shall be implemented from January 1, 2011.

3. Ordinance No. 23/2000/PL-UBTVQH10 on the Elderly ceases to be valid on the effective date of this Law.

The current social patronage policies for persons aged 85 or over who have no pensions or social insurance allowances continue to be implemented through December 31, 2010.

Article 31. Implementation detailing and guidance

The Government shall detail and guide the implementation of articles and clauses assigned to it in this Law; and guide other necessary contents of this Law in order to meet the state management requirements.

This Law was passed on November 23, 2009, by the 12th National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam at its 6th session.

**THE NATIONAL
ASSEMBLY
CHAIRMAN**
(signed)

Nguyen Phu Trong