

ベトナムの社会保障

和泉 徹彦

■ 要約

ベトナムの社会保障制度の大部分は憲法と労働法典に依拠している。社会保険方式によって社会保障給付を実現しており、疾病休業給付、労働災害給付、出産育児休業給付、遺族給付、老齢年金給付、医療保険給付から成る。労使の拠出に加えて国家予算からの補助金によって財政を運営している。体系としては立派であるが、被保険者は労働力人口の15%にしか達しておらず、給付水準も不十分なものとなっている。既に施行された改正労働法典の目玉であった失業保険給付について、関連法令が未整備のために適用開始できないなど、官僚主義と人治の弊害が表面化している。経済成長をインフラ整備で促進して貧困削減と社会開発の課題を解決していくという日本の援助哲学はベトナムの同意を得ている。経済成長促進の両輪としてベトナムが社会保障制度をいかに拡充していくか見守っていききたい。

■ キーワード

ベトナム、医療保険、年金、ODA、貧困削減

I はじめに

かつて戦禍によって荒れ果てたベトナムのめざましい経済発展ぶりは知られるところである。2004年の日本からベトナムへの直接投資額は約51億ドルであり、貿易関係においても魚介類・縫製品の輸入、機械・電気機器の輸出と関係が深い。1998年に東南アジア諸国を経済危機に陥れた為替相場急変については、ベトナムが金融資本市場を対外的に開放していなかったことから直接の混乱は免れることができた。しかしながら、東南アジア地域への外国直接投資が減少したことによる影響はあり、経済成長率がそれまでの8~9%から1999年には4.8%まで落ち込んだ。それからは回復基調にあり、2003年には7.2%の経済成長率を記録している。

1976年の南北ベトナム統一以後、1986年からドイモイ(刷新)路線をとって市場経済システムの導

入と対外開放政策からなる社会主義的市場経済を推進している。経済発展の裏側では、貧富の格差拡大、官僚主義、法治ではなく人治であるといったことも指摘されている。近年、台風通過後に洪水など自然災害に見舞われる地域も少なくないが、無計画な森林伐採がその原因ではないかと疑われている。被災者への応急対策に追われて、地方での対人社会サービスの事業予算が尽きてしまっている面がある。国際社会と協調して貧困削減の計画が実行されている最中であり、最大援助国である日本の役割は決して小さくはない。

ベトナムの社会保障制度は1947年に創設され、1962年当時は全国民の4%に満たない公務員のみを対象としていた。1995年以前は労働社会省と商工団体が共同で社会保障制度の運営管理を行っていた。現行の社会保障制度の大部分は、1992年に成立したベトナム社会主義共和国憲法および1994年に成立し2002年に改正された労働法

典に依拠している。1995年にベトナム社会保険庁が創設され、保険料の徴収、社会保険基金の運用、そして社会保障給付の管理を行うことになった。1995年には290万人だった被保険者は、2003年末には労働力人口の15%に相当する550万人に増加している。医療保険の対象者は1180万人に達しており、これは全国民の15%に相当している。ただし、社会保険の被保険者には自営業や農業従事者は含まれていない。

社会保障給付の対象は以下の6つである。

- ・ 疾病休業給付
- ・ 出産育児休業給付
- ・ 労働災害給付
- ・ 遺族給付
- ・ 高齢年金給付
- ・ 医療保険給付

本来なら労働法典2002年改正の目玉であった失業保険給付の導入も社会保障給付に含めるべきところであるが、既に2003年から労働法典が施行されているにもかかわらず所管官庁である労働社会省は関連法令が未整備であるために適用が開始されていない。仮に失業保険の適用が開始されたとしても対象者は労働力人口の10%程度と見込まれており、労働者、使用者、国の3者が1%ずつ拠出する制度では、国家予算を投じることの不公平が議論となっている。

ベトナムの社会保障を概観すれば、体系としては立派な制度を持ちながら、被保険者の範囲や給付水準が不十分な印象を受けるだろう。将来的に経済発展に応じて身の丈にあった社会保障の拡充を図っていくモデルとして見るならば、とても興味深い対象である。

II 医療保障

1. 医療サービスの供給

ベトナム政府は医療に関して、戦後復興の厳し

い財政状況においても優先的な取扱いをしてきた歴史がある。2003年の保健・公衆衛生指標を見れば、乳児死亡率は2.1%、平均寿命は男性70歳・女性73歳と比較的良好な数値が示されている。乳児死亡率の改善については1990年当時4.4%だったものが、日本ODAの母子保健プロジェクトの寄与が大きかったと見ることもできる。しかし、国家主体の医療機関整備と医療保険の導入といった医療システムの運営と、地域レベルでの予防接種率向上といった地道な活動が良好な結果を生みだしている。

疾病構造の観点からは、感染症対策が医療の大きな割合を占めている。いまだに世界保健機関の定めるマラリア汚染地域にベトナム全土が指定されており、デング熱等の流行も確認されている。近年では、SARSや鳥インフルエンザといった感染症が話題に上っている。ただ、生活習慣病など感染性ではない慢性疾患や交通事故による患者が増えてきている。所得水準が向上したことによってモータリゼーションが進んでいるのだが、交通法規の無視や無知によって交通事故の死傷者を増やしている面が指摘される。

医療サービスの供給を担う医療機関には、研究所、病院、診療所、産院、そして地域保健センターが含まれる。ベトナムにおいてはほとんどの医療機関が公立であり、外資系を含めた私立の医療機関は少数派である。民間人が医療機関を設立しようとするときは保健省出先の省地方事務所に申請しなければならない。設備や職員の質が基準以上であれば認可され、病院は5年間、診療所等は3年間の営業許可が与えられる。

医療圏は、国レベル、省レベル、郡レベル、村レベルの4つに階層化されている。対応できない患者を上位レベルに移送したり、診断法・治療法・予防法等の医療情報を専門医に照会したりといった方法がとられている。病床数は10万人に228ベッド、国家レベルでの病床占有率は常に

100%近くに張り付いており、医療資源の不足が顕在化している。

初期医療の保障は国家的な課題として認識されている。ほとんどの村に地域保健センターが開設されており、そのうち65.4%は医師の診療を受けることができるようになっている。医師や看護師と

表1 医療機関別・施設数と病床数

医療機関の種類	施設数	病床数
病院	864	116,931
一般診療所	895	11,015
専門診療所	35	552
産院	76	936
療養所・リハビリ	51	7,494
ハンセン病療養所	20	1,517
地域保健センター	11,161	45,995
総数	13,102	184,440

出所：ベトナム保健統計年鑑 2003

表2 行政レベル別・施設数と病床数

開設レベル	施設数	病床数
国レベル	30	12,680
省レベル	324	64,760
郡レベル	1,516	50,705
村レベル	10,372	45,995
その他支所	860	9,674
総数	13,102	*183,814

*病床数に集計漏れがある模様

出所：ベトナム保健統計年鑑 2003

いった医療従事者の養成課程の充実も急速に進められている。

2. 医療保険給付

ベトナム医療保険には強制加入と任意加入とがある。表3はそれぞれの対象者を示したものであり保険料拠出の義務とは一致しない。強制加入医療保険においては公務員と賃労働者以外は保険料拠出の義務は無い。一方、任意加入医療保険は単一の制度ではなく、児童・生徒が加入できる学校医療保険制度とそれ以外の人々のための地域医療保険とに区別することができる。

強制加入の医療保険については、保健省の定めた範囲で原則として2割の自己負担によって保険診療を受けることができる。自己負担の上限は最低賃金の6カ月分を超えないこととされており、それ以上の支払いは社会保険基金が行う。叙勲者、老齢年金受給者、貧困者は自己負担無しの保険診療を受けることができる。公立の医療機関のみならず社会保険と契約していない医療機関を受診することも自由であり、その場合には公立医療機関への診療報酬と同額が支払われ追加的な費用は自己負担となる。つまり、保険診療と自由診療を組み合わせる混合診療が認められている。

任意加入の医療保険の給付内容は制限されているが、初期医療や救急医療については十分な保

表3 強制加入・任意加入の医療保険対象者

強制加入医療保険	任意加入医療保険
<ul style="list-style-type: none"> • 公務員 • 賃労働者 • 老齢年金受給者 • 障害者 • 叙勲者 • 貧困者 • 職業軍人の家族親類 • ダイオキシン戦争被害者 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 強制加入医療保険被保険者以外 • 児童・生徒 • 農民 • 都市住民 • 労働者の家族親類

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」

障が用意されている。2割の自己負担には上限が設定されており、保険料拠出期間に応じて給付内容が増えていく仕組みとなっている。270日以上保険料拠出期間があれば、出産育児休業給付を受けることができる。さらに連続して2年以上の保険料拠出期間があれば、心臓外科手術、腎臓検査、破傷風や狂犬病の予防接種といった特別給付を受けられる。任意加入の医療保険の保険料率は強制加入の医療保険よりも低く抑えられており、しかも家族で同時に加入すれば割引になる特典もついている。

医療保険財政は被保険者数が拡大していることもあり、一貫して収入が支出を上回り続けている。

ベトナム国民8000万人の皆保険を実現するのは困難な道のりであり、現状では強制加入・任意加入の対象者を合計しても2000万人に達していない。2010年までの国家目標として全国民の半数を保険給付の対象者にするという目標が掲げられている。そのためには、6歳以下の子ども、従業員10人未満の小規模企業、協同組合職員、賃労働者の扶養家族といった人々を強制加入の医療保険対象者に加えていくことと、任意保険の加入率を

上げることが求められる。また、一律の保険料率になっている拠出を応能負担に変えて所得再分配機能を持たせることも課題である。

III 所得保障

社会保障給付のうち、疾病休業給付、出産育児休業給付、遺族給付、老齢年金給付を取り上げて、所得保障の内容を紹介する。公的扶助は対人社会サービスと混ざっているため社会福祉の領域に位置付けて後述する。

1. 疾病休業給付

病気やけがによって働けなくなった労働者や、病気になった7歳未満の子どもを世話する親、妊娠中絶・不妊治療などを実行する者に対して、休業期間中月給の75%を給付する。

病気やけがによる年間最大給付日数は社会保険料拠出の長さ依存している。拠出年数が15年未満のとき最大30日、15年以上30年未満のとき最大40日、30年以上のとき50日と定められている。重労働や職場環境が悪いときの条件緩和として、

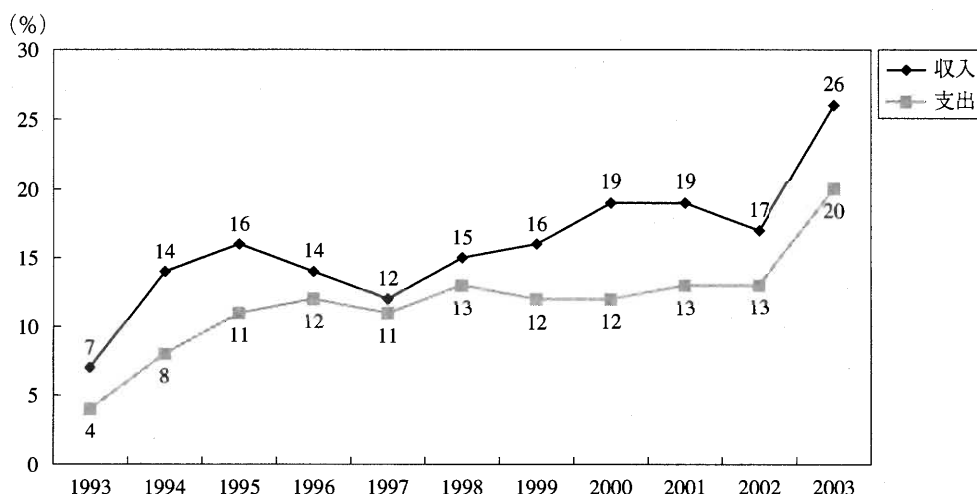


図1 医療保険財政収入と財政支出（対保健予算比）

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」

15年未満のとき最大40日、15年以上30年未満のとき最大50日、30年以上のとき60日と定められている。また、保健省の定める長期療養を要する病気に罹った場合には拠出年数にかかわらず年間180日の給付が認められる。180日間の上限を超えてしまったとき、拠出年数が30年未満であれば月給の65%に、30年以上であれば月給の70%に給付が減額される。

3歳未満の子どもが病気になったときは年間20日以内、3歳以上7歳未満の子どもが病気になったときは年間15日以内の給付が認められる。ただし、これは第1子および第2子にのみ適用される。ベトナムは貧困からの脱出のため人口抑制政策をとっており、子どもを持つのは2人までという動機付けを各種制度によって実施している。妊娠中絶などが疾病休業給付に含まれてくるのは人口抑制政策と整合的であり、不妊手術も該当する。

2. 出産育児休業給付

女性労働者は、第1子および第2子の出産育児にかかる休業について月給の100%にあたる給付を受けることができる。妊娠中3回の検診日の休業給付、そして流産してしまったときには妊娠3カ月未満では20日間、妊娠3カ月以上では30日間の休業給付を受けられる。

産前産後休業は、通常の職場環境であれば4カ月、3交代制勤務など職場環境が悪いときは5カ月、職場環境が特に過酷であるか省令に定める専門職であるときは6カ月が認められる。双子以上の多胎妊娠のときは1子につき30日間の延長が認められる。雇用主との合意によって育児休業期間を延長することも可能であるが、延長した期間は出産育児休業給付の対象とはならない。女性労働者本人が望むときは職場復帰を早めることもできるが、少なくとも産後60日間の休業と医師による診断と同意が必要となる。

生後60日未満の乳児死亡の場合は出産から75

日間、生後60日以後の乳児死亡では死亡から15日間の休業給付が認められる。

3. 遺族給付

労働者、年金受給者、労働災害給付受給者などが死亡したとき、葬祭を取り仕切った者に対して最低賃金の8カ月分にあたる葬祭費用が給付される。

遺族給付の条件としては、15年以上の保険料拠出をした労働者、年金受給者、労働災害給付受給者などがあり、子どもが15歳(就学中は18歳)になるまで毎月支給される。また法的に扶養関係にある父母(男性60歳以上、女性55歳以上)にも毎月支給される。給付額は最低賃金の40%を基本とするが、ほかに収入の道がない場合には最低賃金の70%まで給付する。毎月の遺族給付の条件を満たす親族がない場合には一時金が支給される。一時金は、労働者の保険料拠出年数によって決定される。ただし、最低賃金の1年分を超えることは無い。

4. 老齢年金給付

1995年改正以前の公的年金は、公務員、国営企業被用者、軍人のみを対象にした制度であった。そのため年金支給総額に占める加入者の拠出割合が約10%、国費が約90%となっている。

現行の老齢年金給付制度において満額受給するための条件は、20年以上保険料を拠出し、男性60歳・女性55歳に達していることである。30年以上保険料を拠出し60歳に達した男性あるいは25年以上保険料を拠出し55歳に達した女性は、最高額の年金給付を受けることができる。過酷な労働環境で15年以上働いた経歴を持つ場合には、20年以上保険料を拠出したことを条件に、男性55歳・女性50歳から支給される。この条件緩和は、1975年4月末日以前に南ベトナムまたはラオスで10年間働いた経歴を持つ者、または1989年8月末日

以前にカンボジアで10年間働いた経歴を持つ者にも適用される。

減額年金を受給するための条件は、15年以上20年未満保険料を拠出し、男性60歳・女性55歳に達していることである。20年以上保険料を拠出し、男性50歳・女性45歳に達した労働能力喪失率61%の者も減額年金を受給できる。年齢に関係なく、過酷な労働環境で15年以上働いた経歴を持ち、20年以上保険料を拠出しており、労働能力喪失率61%以上の者は減額年金を受給できる。

15年間保険料拠出したとき平均月収の45%を年金給付として受け取ることができ、拠出年数が1年増えるごとに2%ずつ年金給付額は増加する。20年間保険料拠出したときには、平均月収の55%を受給できることになる。ただし、平均月収の75%に上限が定められている。減額年金の計算方法は上の例と同様で、15年間保険料拠出で平均月収の45%を基準に1年ごとに2%減額していく。30年以上保険料拠出したとき30年間を超える部分を一時金として受給することができ、その上限は最低賃金の5カ月分を超えないものとする。

満額年金にも減額年金にも条件を満たさなかった場合には、一時金のみが支給される。ただし、国営企業の労働者については労働法典施行前の勤続期間がそのまま保険料拠出機関として読み替えられる規定がある。

平均月収の算定には、退職前5年間の賃金を用いる。ただし、平均月収を算定するに適切な給与表が無い場合、一部の期間について給与表が失われているときには、保険料拠出した全期間の賃金を用いて算定する。

年金受給者は社会保険基金の運用する医療保険の対象者となる。年金受給者の死亡によって親族は葬祭費用給付および条件を満たせば遺族給付を受ける権利を持つ。

IV 雇用保障

1. 労働災害給付

社会保障における雇用保障とは、一般的に労働災害給付と失業保険給付を意味している。労働法典の上ではどちらも備えているベトナムであるが、失業保険給付については現状は絵に描いた餅であって食べられない。社会保障給付の一つとして確立している労働災害給付の内容を紹介する。

労働災害給付は、職場はもちろん通勤途上の事故、職業病も対象に含まれる。使用者は労働者の医療費および治療中の給与を負担する義務がある。医療審査委員会によって認定された障害の程度に応じて一時金または毎月の給付が決められる。

労働能力喪失率が5~30%であったとき4~12カ月分の最低賃金にあたる一時金が支給される。労働能力喪失率が31~100%であったとき最低賃金の0.4~1.6カ月分が毎月の給付として支払われる。労働能力喪失率81%以上で、脊椎損傷、全盲、両腕または両脚の喪失、重度の精神病患者がヘルパーをつける費用として最低賃金の80%を毎月補助する。

四肢、耳、目、歯、脊椎などを損傷した者には、義肢装具、補助機器を供与する。労働災害給付の受給者が職場復帰する際には、再度の労働災害防止が図られるように社会保険機構による審査を実施する。

労働者が労働災害によって死亡した場合には、その家族は最低賃金の2年分にあたる一時金を支給される。さらに遺族給付および葬祭費用給付の対象となる。

2. 失業保険給付

労働社会省は失業保険給付について1999年あたりから実現の可能性を探っていた。2000年には法制化に向けた草案づくりにも着手していたので

あるが、アジア通貨危機の余波で経済成長率の伸びが鈍化して民間企業の経営環境が厳しくなり、新たな保険料負担を求めることが難しくなったことと国家財政の赤字に伴って国の拠出分が手当てできそうになかったことが遅れの原因であった。特に国営企業部門がリストラされて企業数が半分以下の2000社程度にまで削減される計画があり、そこに発生する失業者に対する支援が課題になっている。失業保険が実現されると国営企業失業者がその対象となり、国家財政がその負担に耐えられないとの予想が制度実現をためらわせたと推測される。

冒頭にも記したように、労働法典2002年改正の目玉は失業保険給付の導入であったが、労働社会省の関連法令整備が遅れているために適用が開始されていない。一般的に法律案と同時に政省令を用意して公布施行に備えるという習慣が無いため、意思決定から法律が発効するまでの期間が長くなってしまふ問題が生じている。国家予算との関係では収支均衡原則を持っており、国家予算法は公債発行に関する規定を持っていない。市場経済化に伴って民間企業からの税収増加があつて歳入は増加基調で推移している。そのため、超財政均衡主義とも呼べるような財政運営がなされており、飛び抜けて歳出を必要とするような事業は実施が見送られることになる。

国営企業失業者の多くはブルーカラーだと言われており、民間企業に転職するのは容易ではない。家族や親類などに農業の縁があれば農村部に余剰労働力として滞留することになる。表面的には失業者としてはカウントされなくなるが、農作物の出来具合や自然災害に対して弱い層が増えることになる。なお、失業率は1999年に6.85%を記録したのをピークに経済回復に連れて2003年には5.78%まで低下してきている。

自営業者と農業従事者を社会保険の対象に加えることは国民皆保険実現に一步近づくが、所得

補足の問題が大きな壁となっている。賃労働者向けの強制加入の社会保険とは別個に任意加入の社会保険をつくって、その被保険者となることが検討されている。2004年のベトナム英字紙 Vietnam News には国会で自営業・農業従事者向け任意加入社会保険が審議されるかもしれないとの観測記事が掲載されたこともあるのだが、年2回の定例国会が終了しても事後報道は続かなかった。そもそも国会審議は非公開で行われ議事録も公開されない。十分な歳費を得られない国会議員が兼業しており、多くの法案を審議するには国会会期が短すぎるとも言われている。

3. 児童労働

アマルティア・センのケイパビリティの議論をするまでもなく、就学年齢の児童が適切な教育および訓練を受けることは本人の能力開発・人間開発にとって将来的に重要な意味を持つ。さらにコミュニティあるいは国家といったレベルでも教育を受けた人材が発展のための資源として必要となる。児童を労働に従事させて教育を受ける機会を奪うということは本人のためにも社会のためにもならない。ユニセフをはじめ国際機関は児童労働を禁止する活動を積極的に行っており、ベトナムもその例外ではない。

労働法典は18歳以下の年少労働者の保護と15歳以下の児童の就業制限を定めている。児童労働にあたる15歳以下の就業制限とは、原則として就業禁止であるが両親または保護者が許可・監督する限りにおいて例外を認めるといふものである。この規定は一般的に児童労働を容認していると理解するべきではなく、日本の労働基準法においても同様の規定があるように、興行や芸術分野における専門技能職などに限られたものである。

実際には農業や漁業に大家族で従事している場合には、子どもであっても仕事を分担することになる。そこでは家事と家業との境界線は曖昧であ

る。もちろん就学の機会は保障されなければならない。

ストリートチルドレン、物乞いをする児童も広義の児童労働と呼べるかもしれない。施しを受けるために身寄りが無くて哀れを誘うのが常であるが、本当に孤児であるケースはまれである。普段は修学しながら休日になると物乞いをするタイプ、収穫期の狭間で収入が途絶えた家庭の児童が物乞いをするタイプ、山岳少数民族の子どもが観光客目当てにやってきて物乞いをするタイプなどさまざまである。孤児に対する施策ではなく、貧困家庭への施策を講じなければ、根本的なストリートチルドレン対策にはならない。

V 社会保険基金の運営

社会保障給付制度の保険料納入および給付支払いを行う社会保障基金の運営はベトナム社会保険庁(VSI)が担当する。社会保険庁の運営委員会メンバーは、労働社会省、財務省およびベトナム労働総同盟の代表者、そして社会保険庁長官から構成される。

社会保険基金は労使拠出および国費によって賄われている。労働者は月給の5%を医療保険、老齢年金および遺族給付のために拠出する。使用者

は医療保険、老齢年金および遺族給付のための10%と疾病休業給付・出産育児休業給付・労働災害給付のための5%、併せて15%を拠出する。

旧制度における公的年金が保障されている人々は保険料は無拠出でありながら年金を受給することになる。これは移行期間問題として仕方のないことである。幸運なことに人口抑制政策をとりながらも合計特殊出生率は2.1、高齢者率は6.53%、人口増加率は約1.5%と急速な高齢化が進むような状況ではない。

制度運営上の問題として認識されているのは、強制加入義務のある民間企業に行政が働きかけても加入してくれないといったものである。民間企業の約1割しか加入していないのではないかとの見方もある。幅広い社会階層に被保険者を拡大することも必要である。また、運用の安全性を重視するために投資収益率が市場平均よりも低いことも課題となっている。政府保証は必要であるが、ベトナム社会保険庁が政府からある程度独立した機関になって、投資運用先についての制限も緩和する可能性も探るべきである。

VI 社会福祉

当初社会福祉の対象は独居老人・障害者・孤児

表4 社会保険基金の収支

(10億ベトナムドン)

	収入	支出	投資収益	年末収支
1996	2,570	383		2,996
1997	3,514	593	209	5,742
1998	3,898	751	472	8,887
1999	4,186	940	665	12,241
2000	5,198	1,333	824	16,285
2001	6,348	1,856	1,006	21,690
2002	6,793	2,439	1,463	26,694
2003	9,627	4,971	1,811	34,118

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カントリーレポート」

への食料援助であったが、1996年以降は、医療、教育、仕事、生活水準の向上などにもサービスの種類を広げて、対象者のニーズに応じている。社会福祉は対人社会サービスと生活保護とが渾然一体となった社会的弱者への生活保障として提供されている。生活保護の所管官庁は労働社会省(MoLISA)であり、省レベルには出先機関である労働社会省地方事務所(LoLISA)が存在している。

貧困家庭には生活保護費(ときには米の現物)が毎月支給される。支給を受けようという場合にはミーンズテストを受けて、省レベルで裁定を行う。独居老人や孤児についても同様のプロセスがあり、生活保護費を受給しながらコミュニティの中で生活するというケースも少なくない。生活保護センターに入所したければ労働社会省地方事務所(LoLISA)に申請を行うが、定員には限りがあるため許可されないこともある。生活保護センターは、保護形態の一つであり、省ごとに設置されている。ただし、生活保護センターは国の直轄ではなく省人民委員会が管轄しているため、そこでのプログラムや規模、予算などは独自性に委ねられている。一般的には孤児と身寄りのない高齢者が収容されていることが多い。孤児には、娯楽、教育、自立するための職業訓練が提供されており、コミュニティに戻るための自立支援が行われている。事業予算に乏しいために、入所者数はコミュニティの中で生活しながら支援を受ける者よりも少ない。

ベトナムにおける生活保護制度の基本原則を確認すると、コミュニティによる支援が第一優先であり、コミュニティによっても支えきれないケースに関して生活保護費の支給、生活保護センターへの収容という措置がとられる。予算措置や支援プログラムに関しては地方レベルに責任があり、国レベルでは全体を把握していない。障害者や自然災害被災者も生活保護制度の適用対象であるが、緊急保護などの対応が存在している。

入所児童は、生活保護センターから地域の学校

に通うことができ、所内では裁縫・電気工・バイク修理・伝統工芸の木工技術といった職業訓練を受けることができる。国際NGOが活動している省では、コンピュータスキルを職業訓練プログラムに取り入れているところもある。

ベトナムにおいては、国際NGOが支援のためにコミュニティに介入することを快く思わない風潮がある。コミュニティの資源を活用するのではなく支援物資を持ち込みがちな国際NGOの活動内容への批判がある。一方で、農業者組合など国内NGOの活動が存在しており、コミュニティの資源を最適化することで共助の支援を行っていることが挙げられる。コミュニティの外から与えられる継続性の不明な経済的支援よりも、コミュニティ内部で融通される経済的支援の方が重要であるとの考えが支持されている。この考え方はある意味アジア的であり、措置制度による施設入所から改めて地域福祉への転換を図っている日本からすれば、自立助長、共助、互助を生かす仕組みを維持することは重要であり、決して事業予算の不足を覆い隠す方便ではない。

南北ベトナムが統一されたのは1976年である。障害者になった原因として戦傷は珍しくない。傷痍軍人とおぼしき人が道ばたで物乞いする姿を見かけることがあるが、ベトナム在住のNGO関係者からは南ベトナムの兵士だった人ばかりだと指摘を受けた。サイゴン陥落によって北ベトナムの勝利で終わった。北ベトナムの兵士で傷痍軍人となった人々には必要な保護が与えられ、敗者には保護が与えられないという図式である。サイゴンはホーチミンシティに名前を変え商都としてかつて以上の繁栄を誇っているが、南ベトナムの兵士のほとんどが徴用された農民であって彼らには責任は無い。地域間格差の是正と社会的連帯の形成は社会保障の要であり、国レベルで意識を持って取り組まなければならない課題である。

VII 国際援助と社会保障

世界銀行を含め欧州諸国からの援助が地域コミュニティ活動や人間開発といったソフト的分野にシフトしているのに対して、対ベトナム円借款の大部分が道路・橋梁・港湾・発電所などの産業基盤整備に向けられており、日本以外の援助国が産業基盤整備に関心を失ってきているのが現状である(大野健一、2000)。

日本以外の国も含めたODAの受け入れ状況は、2001年において17億ドルを超えている(UNDP ODA Survey)。毎年増加する傾向にあり、その伸びの大半がインフラ整備となっている。インフラ整備の中でも水道事業や公衆衛生事業の比率が下がり、エネルギー事業の比率が大きくなっている。そのインフラ整備に援助を提供しているのが日本である。アジア開発銀行や世界銀行を大きく引き離して日本は最大の援助国となっている(JICA ヴィエトナム事務所、2002)。

ベトナムは発展途上国に対して実施されている貧困削減戦略プログラム(PRSP)に合意することで、世界銀行とIMFから貧困削減融資を引き出している。ベトナムにおけるPRSPを実現するための計画、包括的貧困削減成長戦略(CPRGS)の策定(2003年)には日本がアジア型開発モデルを主張して当初計画から拡張された経緯がある。PRSPはソフト的分野を重視するあまりに社会セクターにおける基礎サービスの投入ばかりを取り扱い、日本が経済成長促進を通じて貧困削減を実現するとしてきた援助哲学に反していたためである(北野充・他、2004)。

日本は大規模インフラ整備をCPRGSに組み入れることで急速な経済成長促進が期待できるとし、ベトナムもこれに同意した。日本以外の援助国・機関はインフラ整備について民間資金が期待できると考えていたようだが、時機を見て必要とされるインフラを整備するために資金調達することは発展途上国にとって容易なことではない。対ベトナム

ODAは日本にとっても目標を重点化した国別援助計画の実験的事例という意味がある。

経済成長と貧困削減をセットで考える日本の開発哲学に沿って言えば、国営企業のリストラに伴う失業者の受け皿としたり、農村部に滞留している余剰労働力を賃労働者へと向かわせたりするためには、海外直接投資を大きく受け入れるための環境整備が欠かせない。人治ではなく事前に示されたルールに基づく法治であることは当然のことだが、進出企業に雇用される労働者を保護するために労働法典が機能するよう労働社会省は関連法令を適切に整備しなければならない。労働力人口に占める賃労働者の割合が高まれば、社会保険の対象者も同時に増えることになり、経済変動が労働者の生活に与える影響を緩和することが可能になる。そして、給付水準や給付内容について拡充を行っていくことによって経済成長促進の相乗効果が期待できる。ベトナムの社会保障が発展するかどうかは、政治体制および行政組織にどれくらいの柔軟性があるかにかかっている。

参考文献

- 北野充・石井菜穂子・唐沢雅幸 2004「日本の「声」をPRSCへ：ベトナムにおける結実」『国際開発ジャーナル』(2004年8月号)No.573 pp.86-88
- 和泉徹彦 2003「ベトナム・カンボジアの社会保障」広井良典・駒村康平編著『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 日本労働研究機構編 2003『最新・ベトナム労働法』日本労働研究機構
- 国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」
- Ministry of Finance in Vietnam. 2002. Vietnam State Budget—Final accounts for 2000 & plan for 2002
- JICA Office in Vietnam. 2002. Briefing on Activities
- 国際厚生事業団 2001「第19回社会福祉行政官研修カンントリーレポート」
- 国際厚生事業団 2001「第11回アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」
- 大野健一 2000「途上国のグローバリゼーション」東洋経済新報社
- 白石昌也編著 2000『ベトナムの国家機構』明石書店 (いずみ・てつひこ 田園調布学園大学短期大学部専任講師)