

東南アジア諸国等人口・開発 基礎調査報告書

— ベトナム国 —

平成5年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



◀ 国家社会医療委員会にて
中央 Mr. Nguyen Thi Than,
Chairwoman
右から 2 人目
Mr. Tran Minh Viet,
Advisor

保健省にて▶
右から 1 人目
Prof, Dr. Phan Song 大臣

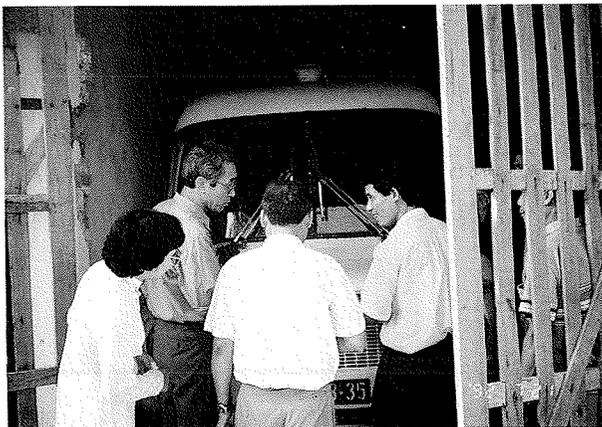


◀ 日本大使館
左から
湯下博之大使
桐生 稔団長



◀ホーチミン市人口・家族計画委員会にて

ホーチミン市街▶



◀Ha Nam 病院にて旧式の救急車

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成4年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を受託し、ベトナム国で実施したものである。調査及び取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国等における人口問題等に対する対策が十分な成果をあげうるためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産、人口分布と国内移動等の人口動向並びに、家族構成、年齢構造等を含む人口構造の静態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉及び保健医療に与える影響、相互の関係等について、検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向、生活・福祉及び保健医療の現状等についての調査分析を行い、アジア諸国の人口と開発問題の解決に寄与することを目的とする」ことにある。

調査に当たり現地では、在ベトナム国日本大使館、湯下博之大使、奥平浩二等書記官ならびにグエン・ティ・タン国家社会医療委員会委員長に計画全体にわたるご指導・ご協力をいただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課並びに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施にあたり、ご指導・ご便宜をいただいた。

ここに深甚なる謝意を表する次第である。

この報告書が今後ベトナム国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

尚、本報告書は、本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものでないことを付記したい。

平成5年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 前田 福三郎

目 次

はじめに	5
第1章 総括：ドイモイ革命下の昇り龍 — ベトナムの展望 —	9
第2章 一般概要	13
1 国土と国民	13
2 政治と経済	14
第3章 ベトナムの人口	29
1 人口規模と年齢構成	29
2 人口増加と人口問題	30
3 人口動態の趨勢	31
4 ベトナムの人口転換	31
5 国内人口移動	33
6 まとめ	34
第4章 保健医療の概要	41
1 保健・医療について	41
2 保健・医療機関の状況	42
3 死因・疾病構造	43
第5章 現地調査報告	51
はじめに	51
1 訪問機関	51
2 ベトナムの医療・人口家族計画における諸課題	62
第6章 国際協力の課題	67

第7章 調査団メンバーおよび日程	71
付 資料	79

第1章 総括：ドイモイ革命下の昇り龍

— ベトナムの展望 —

世界大恐慌の勃発した1929年に、アメリカのタンブソン教授（W.S. Thompson, 1887-1973）はその著『世界人口の危険地点』の1つとしてインドシナ半島をあげている。高い人口増加率と資源のアンバランスの生み出す「人口圧力」が平和を脅かすと指摘した。

インドシナ半島3カ国の人口増加率は今日でもなお高い。ラオスの2.9%、カンボジアの2.5%、ベトナムの2.1%で、東南アジア全体の年平均増加率1.9%をはるかに上回っている（1992, ESCAP Population Data Sheet）。しかし、このインドシナ半島の3カ国の人口は著しく不均等で、約8,300万の人口のうちベトナムの人口は約7,000万で84%を占めている。したがって、インドシナ半島の人口の変化を決定するのはベトナムの人口の変化であるといえてよい。

ベトナムの人口の増加率は1950年代後半から1970年代前半にかけての20年間に於いて年率3～4%の超高率を示していた。1970年代後半において急速な増加率の低下傾向をみせていることはベトナム人口の将来を占う重要な基本的指標である。

ベトナムの将来の展望にあたって特に考慮を要するいくつかの重要な特徴を拾ってみよう。

まず第1は、第2次大戦後の世界的平和の時代においてベトナムは異常な困難に直面してきたことである。第2次大戦中は日本軍の占領下であり、戦後1954年まで約10年間は独立戦争がおきた。さらに、10年後の1964年からは1975年にの10年間には極めて熾烈なベトナム戦争を戦い抜き真の独立をかちとった。第2次大戦後1975年までの30年間に於いて、戦争がなかったのはわずか10年にすぎない。

多くのアセアン諸国が経済成長と人口転換のめざましい展開を進めている時、7,000万人のベトナム人口は戦争という最悪の事態にさいなまれてきたことは、ベトナムの将来にとっ

て見逃すことのできない重大な国民的試練となっていることである。そしてまた、不可避的におくれで発進した経済成長や人口転換に対するベトナム国民の積極的な対応、近隣諸国の発展に追随、追いつこうとする国民的気概も十分期待することができる。

このようなベトナムの苦難の歴史をみていて興味深いことは中国との類似性である。中国では中国の近代化を著しく阻害した要因としてしばしば指摘される「文化大革命」は1966年から1976年の10年間にまたがっている。この文革と比較することは適切ではないが、ベトナムではほぼ同じ時期の1964年から1975年のベトナム戦争が勃発している。性格は異なっていると看做しても、この2大事件が両国の離陸（take off）を大きく頓挫させた点では同じといえよう。もう一点は社会主義経済の重大な修正ということである。中国は文革のあと世界を驚かす新経済政策を決定した。いわゆる農民の集団農場制から生産請負制と自由市場への大転回である。しかし、ベトナムではベトナム戦争のあとソ連的経済体制を強化したため、経済の新しい発展は全くみられなかった。そして、中国よりはかなりおくれで1986年12月、「歴史的転回」といわれる新経済政策が打ち出された。自己責任制、市場経済、私企業の容認という新体制にふみきった。

ベトナムのこれからの展望において特に重要な点は、なお人口増加率の高いベトナムの人口転換の進展の可能性である。まず、統計的事実として、人口動態をみると普通出生率は最近やっと30‰を割ったようである。しかし、合計特殊出生率（TFR）は3.9となお著しく高い。また、他方において乳児死亡率（IMR）は40を割り（38、出生1,000に対し）、フィリピンの41‰よりも低い。また、合計特殊出生率（TFR）や死亡率（平均寿命を指標とする）がどの程度低下し、あるいは寿命がどの程度延長したかを示す人口転換指数を計算してみると、東南アジアではフィリピンと同じく0.63で最低水準にある（黒田計算）。しかし、人口政策への取り組みが他の東南アジア諸国と比較して著しくおけていることを考慮すると当然といえよう。

しかし、これからのベトナムの人口転換、特に出生率の低下の要因についてみると、人口転換過程の著しい他のアジア諸国に比較して決して劣らない速度で進行することが十分予想される。その要因は次の如くである。

第1は家族計画に対する大衆の理解度の著しい変化である。1988年の「人口保健調査」によると15歳から44歳有配偶者女子の近代的な避妊方法による避妊実行率は39%であった。しかし、希望子供数についてみると、1988年に4人以上というのが、多いところでは74%、少ない地域でも55%あった。しかし1991年には2人あるいは3人が大多数を占めるようになった（JOICFP、中間評価——石井澄江氏の資料提供）。

第2は、識字率の著しく高いこと（10歳以上で男93%、女84%）、第3は労働力人口に占める女子の割合がタイの45.1%より高く、46.9%を占めている（1988-89）こと。そして新経済政策に基づいたドイモイ（刷新）体制は、家族計画という革新的なアイデアの促進に有力な役割を果たすであろう。政府の政策の強化、国連その他の国際機関の協力によってベトナムの出生力転換は予想以上に早く達成されることが十分に期待される。

さらにまた、周辺の東南アジアや東アジア諸国における多様な人口転換経験はまたベトナム自身にとっても有意義な教訓として活用することができ、またこれらの先輩諸国の積極的な協力はベトナムの人口転換、そして産業転換の加速化に貢献することはまちがいない。

第2章 一般概要

1 国土と国民

ベトナムは北緯8度30分から23度23分に位置し、S字状に細長い形をした国である。面積は33万341km²で、日本の国土面積の約9割の大きさがある。最北端から最南端までの距離は1,650kmあり、最も幅広い部分の距離は600km、最も狭い部分は中部ベトナムのトゥアティエン省で50km、海岸線の長さは3,260kmある。

ベトナムは、カンボジア、ラオス、中国と国境を接しており、古くからこれらの国の影響を大きく受けてきた。

地勢をみると、国土の72%が高原、丘陵、山岳地帯で占められている。平地では紅河デルタ地帯と南部メコンデルタ地帯があり、米作をはじめとする農業生産に好条件を備えている。

気候は大きく3区分できる。まず、北部は亜熱帯型で四季がある気候である。11月から1月までは冬型で湿度は低い。2月から4月までは湿度が高くなる。5月から10月までは、気温も上がり、台風の影響もでてくる。中部は台風の影響を最も大きく受ける地帯である。南部は、熱帯モンスーン地帯に属し、11月から4月までは乾期、5月から10月までは両期に大別されるが常に気温は高い。

ベトナムの総人口は1990年現在6,630万人であり、民族種別では南アジア語族、南島語族、タイ・ガタイ語族、チベット・ビルマ語族、ミャオ・ヤオ語族に分類される。その内9割を占めるのが南アジア語族に属するキン族で、以下タイ・ガタイ語族に属するタイ人とターイ人が続き、全体では60種の少数民族がいる。

ベトナムの言語は、越の国の方言、タイ族の方言、クメール語と中国語が混じり合ってきた言語とされている。まだ各地の方言は多くあるが、標準語はハノイ方言である。ベトナム語の標記は19世紀にフランスの植民地となって以来、ローマ字表記が一般化し現在に至っている。

ベトナムの教育制度は図1の通りである。まず義務教育は、基礎普通学校第I級の5年間だけである。入学率も9割にとどまり、初等義務教育が全児童に行き渡ってはいない。さらに第II級への進学率は第I級の半分強にとどまっている。基礎・中等普通学校における1クラス当たりの生徒数をみると、一般には36人から46人となっているが、都市部では60人ないし70人のクラスもみうけられる。これは、教官不足が主な要因である。

1989年には私立の大学や中等普通学校が開校され多少進学の門が広がった。

ベトナムの識字率はアジア諸国の中でも高い水準にあり、表2でもわかるように1人当たりのGNPは低いもののフィリピンに次ぐ位置にある。

2 政治と経済

(1) 政治

ベトナムの政治体制は、1991年6月に開かれた第7回共産党大会において、引き続きベトナム共産党による一党独裁体制が堅持された。ソ連・東欧の共産党体制が崩壊するなかで開かれた党大会にもかかわらず、ほとんど動揺を見せなかったことは、この国がしばらく共産主義体制を続けていくことが明確であり、当面は安定的に推移していくことを示唆した。またこの後、9月に開かれた国会では、新憲法の下で、最初の首相に引き続きポー・バン・キエトが選ばれ、さらには副大統領にグエン・チ・ビン女史が就任するなど、世代、民族、地域の融和を図り、対外的に開かれたベトナムのイメージ・アップをねらった。このように共産主義体制は、いまのところ揺ぎないものとなっているながらも、ソ連・東欧あるいは中国の天安門の教訓を活かすべく、体制内の民主化と融和を進めることでいわゆる民主化への圧力を抑えようとしている。この試みはいまのところ、うまくいっているといえるだろう。しかし、ドイモイ（刷新）の進行によって、政治体制とは別に、経済側面では、自由化が拡がっており、私企業を中心とした民間部門の活性化、また一部では公営部門の民営化が進み、社会全体の統制緩和はかなり広範囲にみられる。

こうした、刷新（ドイモイ）の路線は、1986年12月の第6回共産党大会で採択された経済政策に基づいており、経済改革だけでなく、選挙の方法や国会運営の改善、人事の刷新、社会的自由の促進などが含まれており、ベトナム独自の民主化体制の基盤造りが行われているといつてよい。

政治改革では、91年6月の第7回共産党大会で、トー・ムオイ新書記長が選出され、続く8月の国会でポー・バン・キエトが首相に選ばれたことを皮切りに、指導部の大幅交替が行われ、若手の実務家が登用された。

また、91年12月の国会で憲法改正の最終草案が審議され、党と政府の機能分離、国家評議会議長（大統領）および閣僚評議会議長（首相）の権限強化、国会機能の強化などが盛り込まれた。そして、この憲法改正案は92年3月の国会で承認され、7月に新憲法下の最初の総選挙が行われた。そして、9月の国会で、前述した首脳の新陣容が固まったのである。

(2) 外 交

これまでのベトナムの外交基軸は、ソ連・東欧関係にあった。しかし、ドイモイ開始以来、外国援助および投資の促進のためにも、ソ連・東欧のみに依存するわけにはいなくなった。加えて、ソ連邦の解体、東欧の民主化に直面して、これまでの外交基本政策を転換せざるを得なくなった。80年代後半からは、貿易・投資の側面でも日本を中心とする西側諸国やASEANとの関係が急速に拡大された。そして91年10月にカンボジア和平協定が成立し、13年に及ぶカンボジア問題に終止符が打たれたことで、ベトナムへの西側およびアジア諸国からの関心が高まり、また西側諸国からの援助再開も秒読みになるなど、国際環境の変化もあって、ベトナムの外交政策は急速に転換し始めている。

しかし、懸案の米国との関係正常化は、そのための交渉が開始されたとはいえ、アメリカ国民の訪問の自由化、人道援助の供与など若干の進展はあるものの、いまだに対越エンバゴ（通商禁止）が解除されていないため、日本や西側先進国からの本格的な投資・貿易の促進が抑制されている。アメリカとの正常化は、新大統領となったクリントンの対越政策が注目されるが、日本政府は、92年11月、新規円借款の供与を決定してODAの再開に踏み切った。

(3) 経 済

① 概 況

ドイモイに基づく、経済改革・対外開放が本格化したのは、1988年の新外資法制定、財政・金融制度改革および国営企業改革等の開始からである。これらの一連の改革の成果は着実にあがっている。ことに、市場経済移行による物流の活性化はめざましく、一部では物価の上昇を伴っているが、物資は豊富で、商業的ビヘービアが庶民の間にも広がっている。また農業部門での自由化の進展が、生産性の向上に大いに役立ち、商品作物の生産量が増加しつつある。

GDPの成長率はこの数年2%台と低迷しているが、91年には4%台に乗せたと推計されている。1990年6月の第7回党大会で長期的な経済発展の目標を設定、「2000年までの経済・社会発展戦略」が採択された。このなかで設定された目標の要旨は、①2000年までに1990年のGDPを倍増する ②年平均成長率を農業4～5%、工業10～12%とする。③国内資金の蓄積率を90年の2～3%から、95年の8～10%、2000年の15%まで引き上げ、開発資金の国内調達率を2～3分の1までとする。④1991～95年の5カ年間の輸出を、86～90年に比べ2～2.5倍に増加し、2000年までに対90年比約5倍に増大させる。⑤人口増加率を年0.04～0.06%の減少をめざす、などとしている。

しかし、この目標達成のための具体的な戦略、方法等についてはまだ明らかにされていない。

いずれにせよ、こうした経済改革の進行とそれに基づく経済発展の成否は、資金の調達、とりわけ西側諸国からのODAの本格的な再開および海外からの投資の本格化が条件となるであろう。

② 生産活動

1992年に設定した5カ年計画の目標によれば1994/95年までに、GDPの成長率を年平均5.2～5.6%とし、工業は6.8～7.8%、農業3.5～4.0%とした(国会副議長談)。たしかに、この数年の生産活動をみると、目標にまでは達しなかったものの、着実に成長している姿がうかがえる。

とくに、農業部門は、88年までは低成長が続いて、食糧は自給できず、88年には45万トンを入力した。しかし89年、90年と稲作が好調で、1991年の米の生産量は2,170万トンを示し、100万トンを入力するまでに到った。1992年の生産目標は2,250万トンとしているが、2,200万トン台を確保するのは難しいことではない。

他方、工業部門は、1991年に5.3%の伸びを示したが、それまでの低成長をカバーするには到らず、低調が続いている。とくに、東欧市場の喪失、ソ連からの原料供給の不足と市場

の減少によって、繊維、縫製品、雑貨などの軽工業が打撃を受けた。しかし、石油、電力、セメントなどの重工業部門が大幅に伸びたことはひとつの明るい材料であった。

③ 産業構造

部門別国民所得は、表8にみられるとおり、農業が依然として50%近くを占めており、就業人口も約7割を占める。また工業部門は1991年で22.8%、就業人口では12~3%である。ドイモイの進行に伴ない、農業部門の生産化率がわずかではあるが伸びている。これは、市場経済の導入によって、農業でのインセンティブが高くなったことを証明しており、プラバタイゼーションの進行がおくれている工業部門ではまだその効果が表面化していないことを表している。

農業では、主力は食糧作物の米、雑穀、イモなどで全作付面積の78.9%（1990年）を占める。この他に工業作物としては、ジュート、い草、砂糖キビ、落花生、煙草、ゴム、コーヒー、茶、ココナツなどがあり、将来的には果樹、養蚕用桑、こしょうなどが有力である。

工業部門では、主力の軽工業が、これまでの市場および原材料調達先を転換しなければならず、西側諸国からの投資、援助の促進が必要であり、そのためのインフラ整備が不可欠である。石油、石炭などの国内原料を利用する重化学工業は、資金調達さえうまくいけば有望であるが、今後とも食品、繊維などの加工型軽工業が主力となるであろう。

④ 財政

ベトナムの財政は、社会主義国のひとつの典型としてあった国営企業の生産活動に依存するという型が基本であった。すなわち、国家は国営企業に設備・部品・原材料を供給し、国営企業は国庫に対し、生産物あるいは売上金を上納金として納めるという型が、国家財政の柱であった。一方、消費者に対しては、均等分配を建前としていたため、生活必需品を廉価で配給していた。生産コストと配給との差額は国庫補助金制度によっていたため、財政赤字の大半はこの差額援助金が占めていた。国庫補助金が長くベトナムの財政赤字の主要因となっていたことから、ドイモイ開始とともに、この制度の見直しが行われ、財源多様化のための税制改革、国営企業の見直しなどが実施されている。この結果歳入においては近年、国営企業からの上納金が減少し、各種税への移行が進展している。とくに、国営、私企業に課せられる法人税および利潤税、関税などが増加している。

1990年度の国家財政をみると、歳入が前年度に比べ77%も増加した。しかし、インフレ率（年率80%）を考慮すると実質的には伸び悩んでいることになる。また歳入構造をみても依

然として国営企業からの納付金が全体の64%を占めており、私企業からの税収の伸びは鈍い。これは企業の脱税、滞納が幅広く行われているためであるとの指摘がある。

今後のドイモイの進展によっては、こうした私企業からの税収が当然増加するものと予想されるが、税制改革による効果はいまのところそれほど大きくない。

⑤ 国際収支・貿易

貿易は、近年その相手国に大きな変化を見せている。これまで貿易額の60%を依存していたソ連・東欧などの旧コメコン諸国との貿易が1991年には20%、1992年には15%程度にまで減少してきている。これに代わって、シンガポール、日本、台湾、韓国などのアジア諸国との貿易が一躍主流を占めることになった。

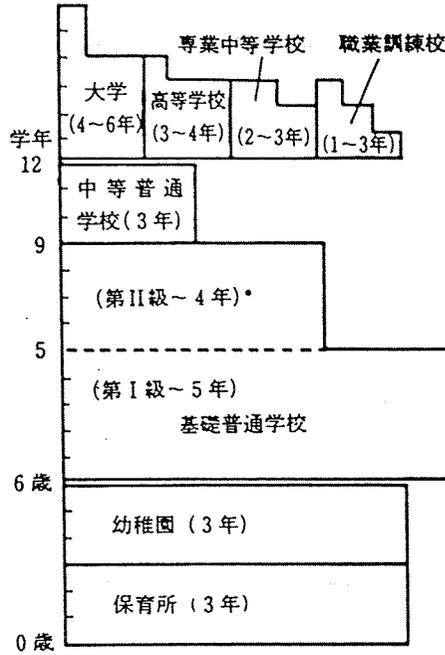
1991年の輸出目標は18億ドルであったが、実績は19億ドルに達し、また貿易赤字はほとんど解消されたといわれ、貿易は順調である。

主要輸出産品は、石炭、茶、コーヒー、原油、木材、水産物、ゴム、米などで、1990年の場合、石油、米の輸出が大幅に伸びた。特に、1989年から輸出が増加し始めた米は、90年に70万トン、91年に100万トン、92年には140万トンが予想されており、タイ、パキスタンに次いで、米の輸出量としては第3位となった。

輸出相手国では、1990年の場合、圧倒的に日本が多く、全体の48%を占め、次いで香港13%、フィリピン9%などとなっている。輸入相手についても、日本が第1位、次いで西ドイツ、香港、フランスなどとなっている。

輸入産品では、燃料、原材料が全体の60%を占め、石油製品、化学肥料、鉄鋼、綿花、機械などで、消費財は全体の20%程度であるが、消費財は、近年タイ、中国などから、いわゆる国境貿易で輸入される数量も増加してきている。

図1 現行学校教育システム



* 4年生のカリキュラムは未完成で、北部には3年で卒業させる学校も多数残っている。
出所『もっとも知りたいベトナム』320頁、弘文堂

表1 各級学校・学生・教員・卒業者数

学校の種類	学校数	教員数 (千人)	生徒・学生数 (千人)	卒業者数 (千人)
保 育 所	41.0(千組)	157.5 (100.0)	1,136.7	-
幼 稚 園	63.1	70.1	1,812.9 (51.7)	-
基 礎 普 通 学 校	12,730校	386.4 (70.5)	11,572.3 (48.2)	601.8*
中 等 普 通 学 校	1,001	39.8 (45.5)	910.6 (46.5)	230.9
大 学 ・ 高 等 学 校	96	19.2 (30.2)	126.6	24.3
うち正規コース			91.2 (38.6)	
在職コース・聴講生			35.4	
専 業 中 等 学 校	292	11.3 (41.6)	156.0	47.5
うち正規コース			135.8 (52.0)	
在職コース・聴講生			20.2	

注) () 内は女性の比率(%)。*は1985~86学年度、無印はすべて1986~87学年度の数値。
出所『統計年鑑1986』より作成。

表2 インドシナ3国およびアセアン諸国の識字率と1人当たりのGNP

(ABC順)

国名	識字率 (%)	1人当たりのGNP (米ドル)
ブルネイ	85.1	17,000
カンボジア	48	150
インドネシア	85	605
ラオス	83.9	180
マレーシア	78	2,475
フィリピン	89.8	725
シンガポール	90.1	13,600
タイ	93	1,605
ベトナム	88	200

出所) Asiaweek July. 1992, 8頁, 9頁

表3 ベトナム共産党指導部と国家機関要人

① ベトナム共産党指導部 (1991年12月末現在)		② 国家機関要人名簿 (1991年12月末現在)	
政治局		国家評議会議長	Vo Chi Cong
Do Muoi	書記長	国会議長	Le Quang Dao
Le Duc Anh	書記局員	最高人民裁判所長官	Pham Hung
Vo Van Kiet	首相	最高人民検察院院長	Tran Quyet
Dao Duy Tung	書記局員	国防会議議長	Vo Chi Cong
Doan Khue	国防相	民族会議議長	Dam Quang Trung
Vu Oanh		閣僚会議	
Le Phuoc Tho	書記局員	首相	Vo Van Kiet
Phan Van Khai	副首相	第一副首相	Phan Van Khai
Bui Thien Ngo	内相	副首相	Nguyen Khanh
Nong Duc Manh			Tran Duc Luong
Pham The Duyet	ハノイ市党書記	国防相	Doan Khue
Nguyen Duc Binh		外相	Nguyen Manh Cam
Vo Tran Chi	ホーチミン市党書記	内相	Bui Thien Ngo
書記局		国家計画委員会委員長	Do Quoc Sam
Do Muoi		国家協力・投資委員会委員長	Dau Ngoc Xuan
Le Duc Anh		国家物価委員会委員長	Phan Van Tiem
Dao Duy Tung		国家科学委員会委員長	Dang Huu
Le Phuoc Tho		国家監査委員会委員長	Nguyen Ky Cam
Nguyen Ha Phan		財政相	Hoan Quy
Hong Ha		国家銀行総裁	Cao Si Kiem
Nguyen Dinh Tu		山地・民族工作担当相	Hoang Duc Nghi
Truong My Hoa		労働・傷病兵・社会問題相	Tran Dinh Hoan
Do Quang Thang		建設相	Ngo Xuan Loc

表4 主要工業製品生産量

	電力	石炭	鉄鋼	化学肥料	農薬	セメント	紙	冷凍魚	砂糖	魚醤	繊維
	(百万KWh)	(百万トン)	(千トン)	(千トン)	(千トン)	(千トン)	(千トン)	(千トン)	(千トン)	(100万リットル)	(100万メートル)
1976	3,064.2	5.7	63.8	434.8	14.8	743.7	75.0	604.6	72.8	98.9	218.0
1977	3,503.0	6.2	85.9	515.1	19.8	837.6	68.7	594.9	95.6	119.6	283.4
1978	3,817.0	6.0	94.3	591.4	19.3	828.0	71.0	526.6	91.3	120.6	309.3
1979	3,870.8	5.6	106.4	298.1	10.3	700.9	44.7	458.8	141.4	101.0	259.7
1980	3,639.5	5.2	63.5	367.1	8.1	636.6	48.3	498.7	175.4	84.4	174.4
1981	3,851.2	6.0	36.1	271.9	11.2	553.2	53.1	412.2	270.7	83.1	143.7
1982	4,094.3	6.2	50.1	231.9	10.1	724.9	55.5	476.6	309.7	107.1	233.6
1983	4,269.7	6.3	50.8	288.7	14.5	972.5	56.6	517.8	303.8	133.8	306.8
1984	4,954.6	5.0	53.2	460.3	14.8	1,335.7	75.1	554.9	438.2	141.0	364.5
1985	5,230.2	5.7	61.6	531.5	17.8	1,503.1	78.5	626.8	401.7	143.3	374.3
1986	5,683.0	6.4	64.4	515.8	6.8	1,526.0	89.6	563.4	345.9	158.4	356.7
1987	6,213.4	6.8	69.5	485.0	10.8	1,665.0	88.0	591.6	323.0	154.8	361.4
1988	6,954.8	6.9	74.1	501.5	13.0	1,953.8	88.0	629.1	366.0	176.0	383.5
1989	7,948.4	3.8	84.5	371.9	4.8	2,087.5	65.8	622.7	375.5	158.5	337.3
1990	8,789.9	4.6	101.4	354.2	9.2	2,534.2	78.8	615.8	323.5	131.2	318.0
1991	9,288.0	4.3	130.0	434.0	10.0	3,177.0	103.0	677.0	344.0	134.0	277.0

出所) "Economy of Vietnam, Reviews and Statistics" Statistical Publishing House-1992.

表5 主要農産物生産量

(単位：1,000トン)

	1987	1988	1989	1990
食糧*	17,562.6	19,583.1	21,439.7	21,541
米	15,102.6	17,000.0	18,927.4	19,141
5月・春米	5,499.4	6,974.1	7,529.3	7,833
夏・秋米	2,529.4	3,378.7	4,089.5	4,048
10月米	7,073.8	6,647.2	7,308.6	7,260
イモ・雑穀*	2,460.0	2,583.1	2,512.3	2,400
とうもろこし	561.0	814.8	843.1	728
さつまいも	2,202.3	1,901.8	1,906.0	1,950
キャッサバ	2,738.4	2,839.3	2,560.2	2,525
じゃがいも	498.3	346.7	330.7	—
野菜・豆	3,110.5	3,004.2	3,210.3	—
単年生工業作物(単位：1,000トン)				
煙草	33.4	35.5	24.3	17.6
ジュート	57.5	36.8	35.7	29
い草	104.2	83.7	81.8	78
桑	53.9	45.7	—	—
さとうきび	5,470.3	5,700.4	5,255.1	5,400
落花生	231.6	213.9	204.3	218
大豆	95.8	85.3	—	—
単年生工業作物(単位：トン)				
茶	28,990	29,733	30,200	30,900
コーヒー	20,501	31,315	40,800	45,200
ゴム	51,712	49,730	50,600	52,000
こしょう	4,780	6,200	7,200	8,000
ココナツ	790,953	856,540	—	—
家畜(単位：1,000頭)				
水牛	2,752.7	2,806.8	2,871.3	2,928.7
牛	2,979.1	3,126.6	3,201.7	2,281.7
豚(2カ月以上)	12,050.8	11,642.6	12,217.3	12,217.3
家きん	96,000	96,300	103,700	12,583.0

注) *もみ換算。

出所) So licu thong kc, 1976-89: 1976-90。

表6 主要経済指標

	1987	1988	1989	1990
就 業 人 口(万 人)	2,797	2,848	2,894	2,970
社 会 総 生 産 ¹⁾ (億ドン)	3,407	3,742	3,815	3,927
生 産 国 民 所 得 ¹⁾ (億ドン)	1,739	1,889	1,940	1,987
農 業 総 生 産 ²⁾ (1985=100)	105.1	109.7	117.8	119.3
耕 種(億ドン)	100.5	108.1	116.6	117.2
畜 産(億ドン)	120.2	114.8	122.1	126.3
食糧生産(もみ換算)(万トン)	1,756.3	1,958.3	2,151.6	2,154.1
も み(万トン)	1,510.3	1,700.0	1,899.6	1,914.1
工 業 総 生 産 ²⁾ (億ドン)	1,205.5	1,378.2	1,333.1	1,393.5
A 部 門(億ドン)	372.7	412.7	405.6	458.4
B 部 門(億ドン)	832.9	965.5	927.5	935.1
国家基本建設投資 ¹⁾ (億ドン)	160	168	175	181
商 品 運 搬 量(万トン)	5,530	5,410	4,340	4,070
輸 出 額(100万ルーブル・ドル)	854.2	1,038.4	1,946.0	2,189.2
輸 入 額(")	2,455.1	2,756.7	2,565.8	2,595.4

注) 1) 1982年対比価格。2) 1982年固定価格。

出所) Thuc trang kinh te xa hoi VN giai doan 1986-90 : So lieu thong ke, 1976-90.

表7 主要作物作付面積

(単位: 0,000ha)

年 度	1987	1988	1989	1990
合 計	8,642	8,884	8,978	8,983
食 糧 作 物	6,710	6,968	7,090	7,091
米	5,589	5,726	5,896	5,963
5月・春米	1,840	1,882	1,992	2,073
夏・秋米	892	994	1,140	1,190
10月米	2,856	2,850	2,763	2,700
イモ・雑穀	1,121	1,241	1,194	1,128
とうもろこし	406	511	509	435
さつまいも	332	336	327	321
キャッサバ	299	318	285	280
ジャガイモ	40	38	—	—
野菜・豆	410	401	420	421
単年生工業作物	638	601	544	564
棉	13	12	—	—
ジュート	32	17	16	13
い草	17	18	14	—
さとうきび	137	142	131	135
落花生	238	224	209	210
煙草	39	40	28	22
多年生工業作物	575	612	625	902
茶	59	59	58	58
コヒ	92	112	123	—
ゴム	204	211	216	—
こしょう	6	8	—	—
ココナツ	199	211	206	—
果 樹	278	272	282	285

出所) So licu thong ke, 1976-90.

表8 部門別生産額比(%)

	合計	工業	建設	農業	商業	その他
1976	100.0	25.3	6.7	44.3	15.1	8.6
1977	100.0	26.2	7.0	40.9	16.3	9.6
1978	100.0	26.3	5.3	43.9	15.7	8.8
1979	100.0	23.7	4.4	48.3	16.2	7.4
1980	100.0	20.0	3.4	51.5	17.7	7.2
1981	100.0	23.0	2.5	54.7	14.9	4.9
1982	100.0	25.8	2.7	52.9	8.5	10.1
1983	100.0	25.7	3.1	49.4	15.8	6.0
1984	100.0	26.3	3.3	47.8	17.4	5.2
1985	100.0	30.0	4.6	47.3	14.4	3.7
1986	100.0	28.1	3.4	40.4	19.2	8.9
1987	100.0	27.7	3.1	43.9	16.7	8.7
1988	100.0	20.6	3.5	52.1	14.6	9.1
1989	100.0	20.9	4.9	48.3	17.7	8.2
1990	100.0	23.1	4.7	46.6	18.0	7.6
1991	100.0	22.8	4.4	47.6	17.9	7.3

出所) 表4に同じ。

表9 部門別成長率の推移

(対前年比%)

	国民所得	工業	建設	農業	商業	その他
1977	2.8	11.7	1.9	-1.1	0.7	2.8
1978	2.3	9.4	-1.3	-3.3	7.0	4.5
1979	-2.0	-5.3	-1.9	1.6	-5.0	-5.8
1980	-1.4	-12.2	-4.6	6.3	-2.9	-4.1
1981	2.3	0.5	-4.5	4.5	0.1	0.9
1982	8.8	9.7	-15.1	10.5	6.2	12.9
1983	7.2	6.8	13.9	8.5	2.6	3.7
1984	8.3	13.2	12.7	3.2	16.6	13.3
1985	5.7	11.1	8.9	5.2	-5.7	16.7
1986	6.5	4.6	-0.2	1.5	6.0	82.3
1987	3.4	11.4	5.6	-3.5	3.9	15.3
1988	4.6	3.9	-3.5	5.9	6.1	0.0
1989	2.7	-2.3	2.8	6.3	2.7	0.9
1990	2.3	2.7	4.8	1.1	4.4	3.7
1991	2.3	4.5	5.1	-0.1	-	-

出所) 表4と同じ。

表10 財政収支の推移

(単位:10億ドン,%)

	86	87	88	89	90(予算)	90(推計)
歳入	98.0	425.8	2,126.4	4,971.0	4,460	6,490.0
(うち外国援助)	14.2	43.5	368.2	1,071.9	-	1,170.0
歳出	120.8	514.9	2,840.0	6,671.2	6,712	8,090.0
収支	-22.9	-89.2	-713.4	-1,700.3	-2,252	-1,600.0
(対GDP比)	-5.0	-4.2	-6.4	-8.5	-	-3.9

注) 対GDP比は外国援助を除いた収支とGDPの比率

出所) ベトナム統計局, 国家計画委員会・UNDP

財政赤字の対GDP比率は, ADP Asian Development Outlook

表11 品目別輸出額

	1987	1988	1989	1990
石炭(1,000トン)	233.0	349.4	579.0	788.5
クロマイト(")	4.4	2.7	0.9	2.0
すず(トン)	543	585	-	-
セメント(1,000トン)	23.7	10.6	22.0	9.6
木材(丸太換算)(1,000m ³)	176.0	191.3	421.0	614.3
うち床板(")	49.0	53.8	49.1	60.2
ゴム(1,000トン)	37.6	38.0	57.7	75.9
はき物(100万ルーブル・ドル)	19.2	22.3	-	-
ししゅう(")	15.5	18.0	44.8	50.9
毛カーペット(")	11.9	10.9	-	-
美術品(")	8.6	13.5	22.0	23.9
竹製品(")	31.9	36.5	54.4	44.0
い草製品(")	28.8	35.3	-	-
麻じゅうたん(")	10.8	10.4	-	-
縫製品(100万着)	24.9	44.1	54.9	54.0
茶(1,000トン)	11.9	14.8	15.0	16.1
米(")	120.5	105.0	1,425.2	1,624.4
コヒ(")	25.8	33.8	57.4	89.6
酒(100万ℓ)	1.5	0.31	-	-
落花生(皮付)(1,000トン)	112.1	155.4	79.6	89.4
柔かいジュート(")	10.8	17.8	-	-
石油(トン)	111	84	-	-
果物のかんづめ(1,000トン)	19.2	28.8	-	-
パイナップル(1,000トン)	0.6	396.0	-	-
バナナ(1,000トン)	13.6	6.9	-	-
冷凍えび・魚・いか(")	23.7	31.2	47.9	45.7
家きんの卵(100万個)	4.3	1	47.9	-

出所) So lieu thong ke, 1976-89;1976-90;Nien gian thong kc, 1988;Economy and Financce of Vietnam, 1991.

表12 ベトナム経済2000年までの目標

	1991～1995	1996～2000	1991～2000
1. GDP成長率(%)			
方 案 1	5.0～5.5	8.0	6.9
方 案 2	6.0～6.5	8.5	7.5
2. 農業総生産年平均成長率(%)			
方 案 1	3.7～4.0	4.0～4.5	4.0
方 案 2	4.0～4.5	4.0～4.5	4.2
3. 工業総生産年平均成長率(%)			
方 案 1	8.0～9.0	10.0～11.0	9.5
方 案 2	10～11	14～15	12.5
4. 輸出額(10億ドル)			
方 案 1	12	25	37
方 案 2	15	30	45
5. 消費ファンド増加率(%)	3.5～4.1	5.0～6.0	4.5～5.0
6. 蓄積ファンド増加率(%)	10～15	16～20	14～18
7. 基本建設投資(10億ドル)			
方 案 1	7.7	27.3	35
方 案 2	10.5	34.5	45
a) 国内資金			
方 案 1	4.1	17.9	22
方 案 2	5.0	20.0	25
a1) 国家資金			
方 案 1	2.4	7.6	10
方 案 2	3.0	9.0	12
a2) 企業・人民の資金			
方 案 1	1.7	10.3	12
方 案 2	2.0	11	13
b) 国外資金			
方 案 1	3.6	9.4	13
方 案 2	5.5	14.5	20

第3章 ベトナムの人口

1 人口規模と年齢構成

ベトナムの人口に見られる大きな特徴は、人口規模の大きさと、人口増加率の高さ、そしてベトナム戦争の影響である。表1が示しているのは、ベトナムおよび近隣諸国の人口指標である。この表から分かるように、ベトナムの人口は6,400万人（1988年）で、人口増加率は2.4%である。ここに示した国々のなかでは、インドネシアを別にすれば、ベトナムが最大の人口を擁しており、また人口増加率も最も高い水準にある。人口増加率がこのように高水準にあるのは、ベトナムの人口の年齢構成が若く、活力があることを示している。その一例が、年少人口の構成比である。すなわち、年少人口（0歳～14歳人口）の総人口に占める割合は、ベトナムが40.0%と最も高いのである。また、ベトナム戦争は、同国の年齢構成に深い傷跡を残している。図1が示しているのは、同国の人口ピラミッドである。このピラミッドが示しているように、40歳～55歳までの年齢階層の部分は、戦災の影響によって、深くえぐりとられているのである。

ところで、人口に活力があるという長所は、裏を返せば短所にも通じる。たとえば、人口増加率が高いために、同国の人口密度（1987年）は既に191人に達し、表に示された国の中では最も高い。この人口密度が今後も高まり続ければ、人口圧力も当然高まり、生活環境の悪化をはじめとする諸種の問題が引き起こされるであろう。また、従属人口指数の高さも、大きな問題である。年齢によって、一国の人口は年少人口（0～14歳）、生産年齢人口（15～64歳）、老年人口（65歳以上）の3つの階層に大別できる。このうちの少年人口と老年人

口とは、生産年齢人口に扶養される従属人口である。従属人口指数（＝（年少人口＋老年人口）÷生産年齢人口）とは、生産年齢にある人口100人が何人の従属人口を扶養しなければならないかを示す指標である。年少人口が多いベトナムでは、当然のことながら、従属人口を扶養する生産年齢人口の負担は、他の国々に比べて高いのである。こうした人口状況は、現在および将来のベトナムに、深刻な問題を提示している。

2 人口増加と人口問題

こうした人口増加がもたらす問題を、医療行政を例にとって見ておこう。表2が示しているのは、ベトナムの主要医療指標である。この表から分かるように、人口1,000人当たり医師数は、1976年の1.8人から1990年の3.6人へと、緩慢ではあるが着実に増加してきた。また、人口1,000人当たりのベット数は、1987年以降には若干の減少傾向も見られるが、1976年から1987年にかけて、16万5千床から22万4千床へと着実に増加してきた。こうした事実は、同国の政府が医療行政に積極的であることを示している。ここで留意すべき点は、1976年から1988年まで、人口1,000人当たりベット数が35床の近傍で変動しており、これに顕著な増加が見られないことである。これを端的にいうならば、政府が傾注した努力のわりには、物理的な医療状況にさしたる改善が見られないのである。

この大きな原因は、先に述べた人口増加が政府の努力を相殺したことにある。人口の増加率を抑制することは、医療行政を推進する上でも大きな意味をもっている。人口の急激な増加は、社会経済や政策にこのように重大な影響を及ぼすのである。

では、ベトナム人口の今後の動向は、一体どのようなものであろうか。同国の政府は、将来の人口増加をどのように見積もっているのであろうか。表3に示されているのは、国家統計局（General Statistical Office）が実施した人口推計の結果である。この表から分かるように、1990—94年間に6,400万人であった人口が、2010—14年間に到達する規模は、低位推計の場合には8,800万人、中位推計の場合には9,000万人、高位推計の場合には、9,300万人である。いずれの推計が正しいにせよ、今後の人口増加が急速であることに変わりはない。人口のこうした増加は、先に述べたように、政府が医療行政を推進する際に大きな障害となるであろうし、それ以外の様々な分野に多くの深刻な問題をもたらすであろう。

3 人口動態の趨勢

先に述べた人口の変動は、出生と死亡（両者の差である自然増加率）、そして移動といった人口動態によってもたらされる。しかし、通常、国際人口移動の総人口に対する影響は無視し得るほど小さいために、一国の人口変動の主要因は出生と死亡になる。では、ベトナムの出生率と死亡率は、これまでどのように変化してきたのであろうか。残念ながら、開発途上国の常として、同国の人口動態統計制度は十分に整備されておらず、サンプル調査や病院統計に基づいた推計が用いられているのが実情である。人口指標によっては、複数の値が提示される、といった事態も生じている。後の諸章（たとえば現地調査報告や政策提言など）でも触れられるであろうが、人口動態統計制度を整備・拡充することが、同国の人口政策を推進する上で重要な政策課題になるであろう。

さて、この問題点を回避するために、本章では、比較的信頼性があると思われる、国連が作成した人口動態統計の推計値を用いて考察を進める。表4が示しているベトナムおよび近隣諸国の出生率と死亡率は、国連の推計値から作成したものである。この表から分かるように、1950-55年における同国の出生率は、近隣諸国と比較して低水準にあった。ところが、その後の推移は、他の近隣諸国に比べて低下が緩慢であったために、1985-90年期の出生率はこれら国々の中では最も高くなってしまった。これに対して、死亡率の低下は他の近隣諸国に比べて極めて急速であり、1950-55年期にはこれらの諸国のなかで最も高かったものが、1985-90年期には最も低くなっている。これらの国々の中で、自然増加率が最も急激に上昇した理由は、ここに求めることができる。

4 ベトナムの人口転換

人口動態に見られるこのような推移は、人口転換理論（theory of demographic transition）によって説明できる。人口転換理論とは、一国の人口趨勢とこれを規定する出生率と死亡率の動向を、社会経済の発展段階と関連づけて体系的に説明した仮説である。その概要は、次の通りである（図2を参照されたい）。出生率と死亡率は、社会経済の発展段階が高まるにつれて、高出生高死亡率から低出生低死亡率へと推移する。これを人口転換といい、

その過程は4段階に分かれる。第1段階では、出生率、死亡率ともに高水準にある（低発展段階）。第2段階では、死亡率の急速な低下と出生率の停滞（当初は若干上昇し、後に若干低下する）が生ずる（発展の始動段階）。第3段階では、出生率が死亡率を追うように急速に低下する（発展の進展段階）。そして、第4段階の低出生低死亡率の段階に達する（高発展段階）。そこで、出生率と死亡率の差である自然増加率は、低水準（第1段階）、上昇して高水準へ（第2段階）、高水準からの低下（第3段階）、低水準（第4段階）の順に変化するるのである。

ベトナムの人口動態に関しては、十分なデータが揃っているわけではない。しかし、様々なデータから総合的に判断するならば、同国の人口動態もおそらく人口転換理論が示しているような変化を遂げて今日に到っている、と考えられる。また、図3からするならば、ベトナムの人口動態はおそらく人口転換の第2段階にある、といえよう。

しかし、ベトナムの人口転換に関しては、留意すべき点がある。それは、人口転換をもたらした要因が異なっている、と思われることである。先の人口転換理論の例では、社会経済の発展にともなって、ごく自然に人口転換が進展した。いわゆる、内生的な人口転換である。では、ベトナムの人口動態の変遷の要因は、一体何であろうか。この問題に関しては、データの不備をはじめとする様々な制約があることから、簡単に結論を下すことはできない。今後、この種の研究を、積極的に推進する必要がある。ただし、出生率低下の遅れたことに、ベトナム戦争が大きく影響したことは想像に難くない。また、ベトナム戦争、その後の経済不振、さらには経済封鎖などの影響にもかかわらず、死亡率が急速に低下していること、特に経済不振や経済封鎖が、資金や器材の深刻な不足をもたらしている今日、死亡率が低水準にあることに注目すべき必要がある。この大きな要因は、前節で述べたように、政府が国民の保健や医療に多大な努力を払っていることと、同国の保健や医療を支える人員の努力と能力に求めることができよう（この問題の詳細に関しては、現地調査報告を参照されたい）。これらの特徴に着目するならば、同国の人口転換は政府の政策をはじめとする外生的な要因によってもたらされた、といってよいであろう。

さて、急激に低下する死亡率と緩慢にしか低下しない出生率は、当然、高水準の自然増加率をもたらす、表4から分かるように、1985-90年間に2.2%であった自然増加率は、2000-05年間に約1.8%、これが1.2%に達するのは2020-25年期である。人口増加は記述のように様々な問題をもたらし、政府の経済開発計画に深刻な影響を及ぼすであろう。この点に関しては、既に述べたとおりである。そこで、人口を抑制しようとする政府は、家族計画プログラムを精力的に推進している。同国の家族計画プログラムの特徴は、母子保健およびIEC

(情報、教育、コミュニケーションの略)活動を重視していることにある。すなわち、母子保健の分野において、乳幼児死亡率を予防接種などの手段によって引き下げ、成人まで生存する児童の歩留を高めることで、多産から少産への転換のための環境を整備すると同時に、IEC活動の分野において、夫婦の家族計画への認識を高め、実行への動機づけを行うことによって、家族計画プログラムの円滑な進展を図ろうというのである。しかし、先に述べた資金と器材の不足が、ここでも深刻な隘路を形成している(現地調査報告を参照)。

5 国内人口移動

中国などの例に見られるように、現時点では、ベトナムでも自由な移動は認められていない。ある地点から他の地点への移動は、政府が施行する人口政策の下で、当局がこれを認めることによって、はじめて可能になる。政府の人口再配置計画の目的は、

- (1) レッド・リバー・デルタ地域の人口圧力を、減少させること。
- (2) 都市や町、特に大都市の人口増加率の水準を、抑制すること。
- (3) 県や地区の人口を再配分すると同時に、村やコミュニケーションを結びつける。
- (4) 国防と安全保障のために、人口再配置政策を用いること。

の4点である。

図4および図5が示している人口移動は、こうした政策の下で行われた人口移動である。ここで気づくことは、

- (1) 大都市および工業地域への移動が、国内人口移動のなかで大きな比重を占めていること。
- (2) 旧北ベトナムから旧南ベトナムへの移動が、国内人口移動のなかで大きな比重を占めていること。

の2点である。このうちの第1点に関しては、説明するまでもないであろう。問題は第2点であるが、その大きな原因は上記の目的の(4)にある、といえよう。というのも、両ベトナムの統一後、政府は政治的な目的から、旧北ベトナム住民の旧南ベトナムへの移住を積極的に推進したからである。

さて、国内人口移動は、医療制度をはじめとする、国内の社会経済に大きな影響を及ぼしている。たとえば、現地調査の対象地域となったソンベー(Sóng Bé)県では、流入する人口が激増し、その結果、マラリア流行したことなどもあって、人口流入に対する反感が生ま

れているようである。また、近年、非合法の移動が増えているとの情報を現地調査の過程で得ているが、非合法的な移動であるだけに、その実態は把握しがたい。

6 まとめ

以上の部分では、ベトナムの人口状況について述べてきた。ここから、両国がいかに厳しい人口問題に直面しているかが、分かるであろう。ベトナム政府が、母子保健、IEC活動、家族計画プログラムを積極的に推進し、人口を抑制しようとしている理由は、ここにある。しかし、現地調査報告の章で述べるように、国内の人的資源は極めて優秀である。したがって、経済生活活動が軌道にのりさえすれば、状況が好転する可能性も多分にある、といえよう。

表1 ベトナムおよび近隣諸国の人口指標

国名	人口(100万人)			人口増加率 (%) 1980-88年	年少人口の 構成比(%) 1988年	人口密度 (1km ²) 1987年	従属人口 指数(%) 1988年
	1988年	2000年	2025年				
ベトナム	64	83	117	2.4	40.0	191	79.5
インドネシア	175	213	282	2.1	37.3	89	69.7
タイ	54	64	83	1.9	34.2	104	62.9
ミャンマー	40	50	69	2.1	37.9	58	72.4

出所)『人口の動向(人口統計資料集1989)』および *World Development Report 1990*から作成。

表2 主要医療指標

年次	医師数 (単位:1,000人)	人口1,000人 当たり医師数	ベット数 (単位:1,000床)	人口1,000人 当たりベット数
1976	9.1	1.8	165.4	33.6
1977	9.1	1.8	178.7	35.4
1978	12.2	2.7	192.4	37.4
1979	12.3	2.3	193.7	36.9
1980	12.9	2.4	198.8	37.0
1981	13.8	2.5	194.7	35.4
1982	15.0	2.7	197.4	35.1
1983	16.1	2.8	200.7	35.0
1984	17.4	2.9	201.0	35.3
1985	19.1	3.2	210.6	35.2
1986	19.0	3.2	214.1	35.0
1987	20.9	3.4	223.6	35.8
1988	21.3	3.3	223.0	35.0
1989	22.3	3.5	217.6	33.6
1990	23.3	3.6	205.1	32.3

出所)

表3 将来人口推計

(単位：1,000人)

推計の種類	推 計 年 次				
	1989-94	1995-99	2000-04	2005-09	2010-14
低位推計	64,412	71,707	78,224	83,240	88,053
中位推計	64,412	71,946	78,986	85,042	90,601
高位推計	64,412	72,200	79,184	86,964	93,430

出所) Detailed Analysis of Sample Results.

表4 ベトナムおよび近隣諸国の人口動態率の推移

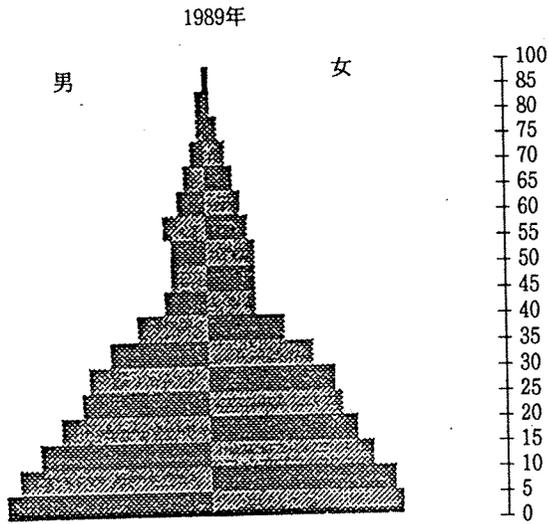
- 1955年～2025年 -

(単位：‰)

	国 名	1950～55	1985～90	2000～05	2020～25
普通出生率	ベトナム	41.8	31.9	24.2	17.5
	インドネシア	43.0	27.4	19.9	15.6
	タイ	46.6	22.3	18.6	14.1
	ミャンマー	42.2	30.6	25.1	17.3
普通死亡率	ベトナム	28.5	9.5	6.4	5.7
	インドネシア	26.1	11.2	8.5	8.1
	タイ	19.2	7.0	6.3	7.4
	ミャンマー	23.7	9.7	7.1	6.3
自然増加率	ベトナム	13.3	22.4	17.8	11.8
	インドネシア	16.9	16.2	11.4	7.5
	タイ	27.4	15.3	12.3	7.0
	ミャンマー	18.5	20.9	18.0	11.0

出所)『人口の動向(人口統計資料集1989)』

図1 ベトナムの人口ピラミッド



出所) Detailed Analysis of Sample Survey

図2 人口転換過程 (モデル・ケース)

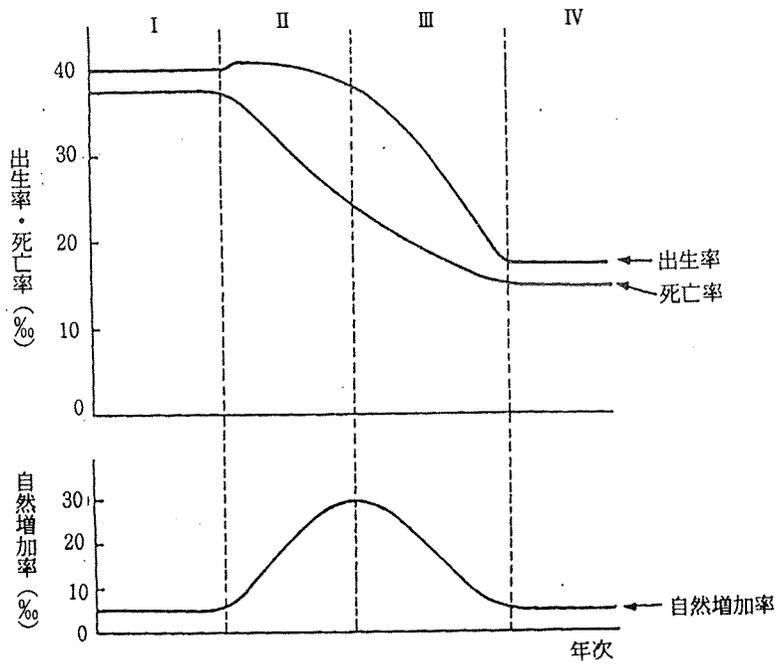
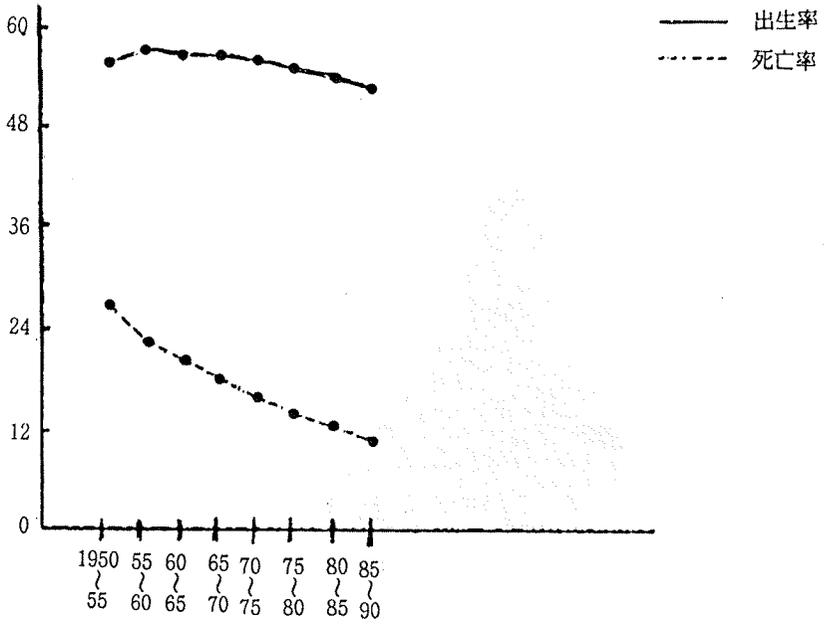
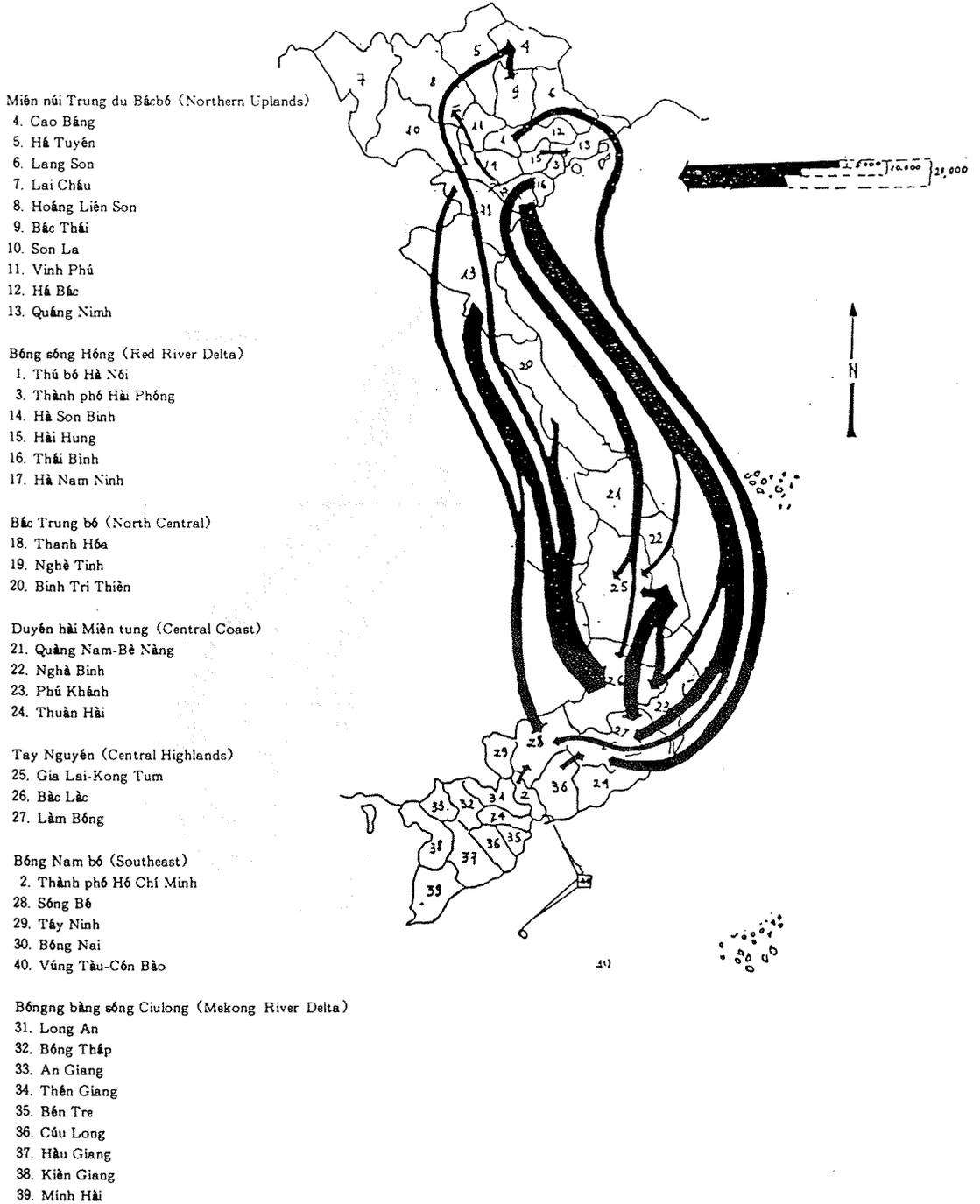


図3 ベトナムの人口転換



資料) World Population Prospects.

図4 経済地域 (Economic Zone) への人口移動, 1894—1989



出所) Dealed Analysis of Sample Results.

図5 県間移動, 1984—1989

Miền núi Trung du Bắc bộ (Northern Uplands)

- 4. Cao Bằng
- 5. Hà Tuyên
- 6. Lạng Sơn
- 7. Lai Châu
- 8. Hoàng Liên Sơn
- 9. Bắc Thái
- 10. Sơn La
- 11. Vĩnh Phú
- 12. Hà Bắc
- 13. Quảng Ninh

Bồng sông Hồng (Red River Delta)

- 1. Thủ đô Hà Nội
- 3. Thành phố Hải Phòng
- 14. Hà Sơn Bình
- 15. Hải Hưng
- 16. Thái Bình
- 17. Hà Nam Ninh

Bắc Trung bộ (North Central)

- 18. Thanh Hóa
- 19. Nghệ Tĩnh
- 20. Bình Trị Thiên

Duyên hải Miền trung (Central Coast)

- 21. Quảng Nam-Bộ Nùng
- 22. Nghệ Bình
- 23. Phú Khánh
- 24. Thuận Hải

Tây Nguyên (Central Highlands)

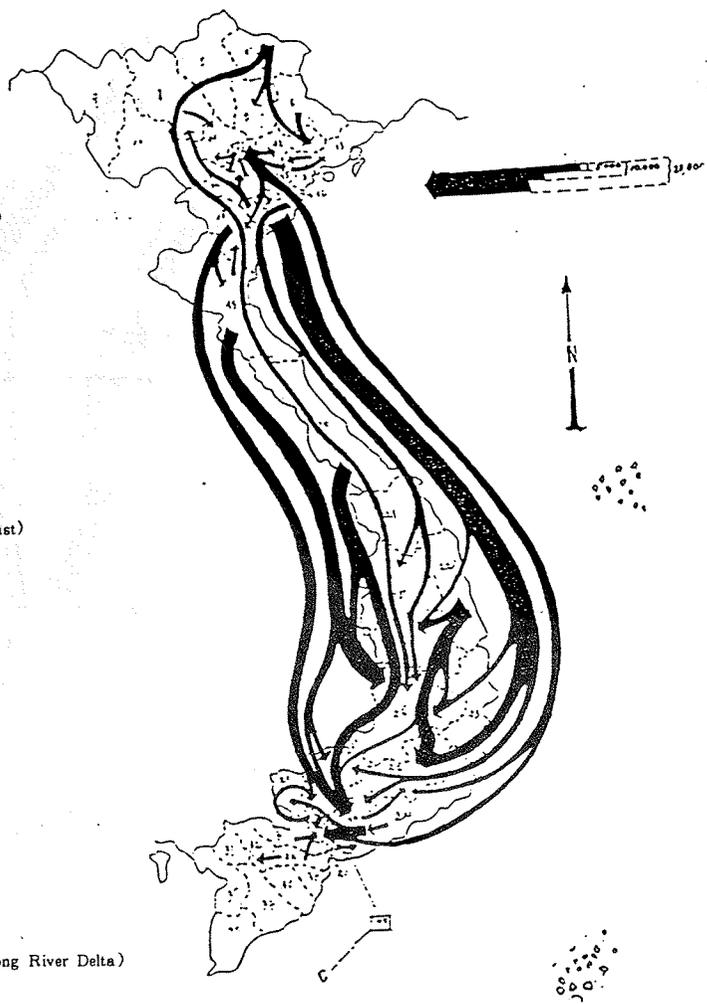
- 25. Gia Lai-Kong Tum
- 26. Bắc Lằc
- 27. Lâm Bồng

Bồng Nam bộ (Southeast)

- 2. Thành phố Hồ Chí Minh
- 28. Sóng Bẻ
- 29. Tây Ninh
- 30. Bồng Nai
- 40. Vũng Tàu-Côn Đảo

Bồng sông Cửu Long (Mekong River Delta)

- 31. Long An
- 32. Bồng Tháp
- 33. An Giang
- 34. Thén Giang
- 35. Bẻn Tre
- 36. Cúu Long
- 37. Hằu Giang
- 38. Kìền Giang
- 39. MìnH Hằi



出所) 表4と同じ

第4章 保健医療の概要

1 保健・医療について

(1) 栄養・カロリーについて

現在、市場経済への移行に伴ない国民の生活向上が見込まれるが、過去の経済状態は必ずしも十分でない。これは、国民の十大死因の第4位を栄養失調が占めていることから明らかである。1989年に7,100人の子供の栄養調査が行われ、総栄養失調率は44.62%であった。地域的には農村部で最も高く(46.1%)、次いで都市部(44.4%)、山岳地帯(38.1%)、となっている(表1)。

低栄養は妊婦でも見られ、妊婦のほとんどは妊娠中の体重が12kg以上増えることがない。従って、栄養失調の妊婦から生まれる新生児は2,500g以下の低体重児となることが多く特に、Northern central coastで最も高く(23.3%)、次いでTay Nguyen highland(13.9%)、Northern high & midland(12.2%)、Red river delta(9.9%)、と地域差がみられる。

一方、ベトナムの平均1日食事カロリーは1,928Kcal、三大栄養素の割合でみると、蛋白12.3%(15.5%)、脂肪8.4%(25.3%)、炭水化物79.3%(59.2%)、と炭水化物の占める割合が高い(カッコ内は日本の値)。

(2) 環境衛生

① 環境汚染

都市部の汚染の主因は工業化によるもので、工場廃棄物や排煙により、大気・水・土壌の汚染をきたしている。汚染の測定値は、許容基準の30～300倍に達している。農村地域の汚染の主因は殺虫剤で、農夫の9.5%は慢性中毒症状を訴えている。また、米国戦争時に散布された57kgのダイオキシンによる長期健康影響が心配される。食品汚染では、検査したサンプルの40.5%が安全基準に達していなかった。

② 上下水道普及率

浄水給水率は全国で37.8%、便所普及率は45.5%であるが、地域差が大きい（表2）。

(3) 予防接種

1970年に1歳未満の子供に対する6種のワクチン（BCG、ポリオ、麻疹、ジフテリア、百日咳、破傷風）接種率が80%を超えた（表3）。また、妊婦に対する破傷風ワクチン接種が積極的に進められている。

(4) マラリアの予防対策

年間100万例の患者が発生するため血液検査を実施し、かつ、抗マラリア剤を投与している。1990年実績では、2,116,777検体の血液スライド検査を行い、陽性率（6.44%）、患者数（1,056,479人）、悪性マラリア患者数（11,613人）、マラリア死亡数（3,340人）、抗マラリア剤投与（2,484,614人）であった。

(5) 甲状腺腫対策

甲状腺腫は知能低下の主原因となるが、ヨードの投与で予防可能な疾患である。ベトナムでは山岳地帯に多いが、27.7%～66.4%と地域差がある。Red river delta や Mekong river delta は低率地帯である。

2 保健・医療機関の状況

(1) 医療関係者数

健康関連の総人数（国立、協力機関、私的機関）は、239,500人である。医師数は26,954人で、人口1万対4.07人となるが（表4）、日本の34.0人と比較すると、医師の養成が急務である。

(2) 学生数

4医科大学、1薬科大学および、1医科薬科大学があり13,000人の学生数となる。また、49の医学専門学校および、1薬剤師専門学校があり、15,000～30,000人の学生が在籍している。

(3) 病院数、病床数

表5に各種病院と病床数を示す。サナトリウムやライ病院が慢性疾患治療機関としていまだ重要である。また、病床を有する保健所が各地に存在しているのが特徴である。

(4) 医療状況

医療保障の面で1986年以来、予算不足、病院の質的低下、保健設備の老朽化が進んでいる。表6に6項目の指標が示されているが、いずれも減少傾向がみられ、保健医療面での質的低下を来している。予算面でも、国家予算に占める保健医療費の割合は1986年が3.31%（3.99VN\$）、1990年が4%（367.72VN\$）と、4年間で0.69%しか増加していない。一方、UNICEF、WHO等海外から2,500万米ドルの援助が毎年行われている。

今後、これらの改善のために予算の増額、医療面でのネットワーク化、入院料、入院サービス、救急体制、看護システム、リハビリテーション等々の改善と法的整備が計画されている。

3 死因・疾病構造

(1) 十大死因

ベトナムの厚生省の統計によると、具体的数値は明らかでないが、十大死因（表7）の6割を感染性疾患が占めている。また、10位の脳内損傷はベトナム特有の現象であろう。

(2) 疾病構造

ベトナムでの疾病像の特徴として、高罹患率、高死亡率を示すものとして、マラリア、出血熱、急性呼吸器感染症が、高罹患率の疾病として、トラコーマ、下痢、鼻咽頭炎が、高死亡率のものとして、狂犬病があげられている。また、流行がおこるものとして、コレラ、回帰熱がある。ここでは、感染症をはじめとして、他に健康に影響を与える要因が挙げられているので、以下順を追って述べる。

① 寄生虫と感染症

表8に1990年における感染症の罹患数(率)、死亡数(率)を示した。熱帯特有の伝染病もみられる。

② 性行為感染症

ベトナムは、社会主義市場経済に移行するにつれて、観光客の増加がみられ、それに伴いAIDSを初めとする性行為感染症の増加がみられる(表9)。AIDSについては1991年11月75,744人のハイリスクの人の血清中のHIV+を検査し30人が陽性を示し、このうち29人が外国人であった。AIDS予防対策として、教育、疫学調査、薬物中毒者・売春婦の減少、血液媒介の予防、経胎盤移行の予防、検査施設のネットワーク化等が実施されつつある。

③ 成人病

感染症の予防対策が進めば、やがて非感染性疾患が増加することになる。1990年の病院記録によると、表のような疾患が増加傾向にある(表10)。

④ 妊産婦死亡

ベトナム十大死因の第4位に栄養失調があるが、これは必ずしも小児のみならず大人も含まれる。特に妊婦の栄養失調は低出生体重児や、妊娠合併症と大きく関係する、母の年齢階級別妊産婦死亡率を表11に、1986～1990年にかけての妊娠合併症を表12に示した。徐々に改善の傾向がみられるが、妊娠回数、妊娠間隔、感染防止、施設内分娩、医師の立会い、輸血システムの整備、などの改善が必要とされる。

⑤ 職業性疾患

1986年6月までに4,898例の職業病の報告がある。そのうち、第1位は硅肺症4,392例(89.7%)、第2位は職業性難聴458例(9.3%)、第3位は鉛中毒36例(0.37%)であった。硅肺症の発生職場は炭鉱夫(33.7%)、冶金工(30.6%)、交通職員(9.7%)であった。

⑥ 交通事故

1988年の病院調査によると、23,728例の交通事故があり5,128例が病院へ入院し、179例が死亡した。交通事故は増加傾向にある。

文 献

Strategy for health for all by the year 2000 and strategic health plan for the period 1990-1995 in Vietnam. Socialist Republic of Vietnam, Ministry of Health, Hanoi, 1992.

表1 5歳以下の子供の栄養失調（1989年）

	総 計		都 市 部		農 村 部		山 岳 地 帯	
	数	%	数	%	数	%	数	%
正 常	3,932	55	287	55	2,915	53	730	61
栄 養 失 調 I	2,088	29	138	26	1,642	30	308	26
II	909	13	65	13	716	13	128	11
III	171	2	26	5	131	2	14	1

表2 便所の普及率と浄水普及率（1990）

地 域	便所普及率 (%)	浄水給水率 (%)
Northern high and midland	46.40	38.60
Red river delta	51.20	33.50
Northern central coast	55.40	67.80
Southern central coast	42.70	31.10
Tay Nguyen highland	30.90	17.70
Eastern part of South Vietnam	50.60	28.50
Mekong river delta	28.00	25.40
全 国 平 均	45.47	37.80

表3 予防接種率の年次推移 (%)

予 防 接 種 名	1986	1987	1988	1989	1990
結 核	54.5	84.7	75.0	93.6	89.9
ポ リ オ	44.7	50.6	70.0	87.9	86.7
麻 疹	38.8	41.5	66.0	88.7	86.6
ジフテリア・百日咳・破傷風	42.6	50.6	70.0	87.9	86.7
妊娠の破傷風ワクチン接種率 接種した女性/妊娠			1	18	21.9

表4 医療関係者数

医 師	26,954人(人口1万人当たり 4.07人)
補 助 医 師	46,961人(" 7.09人)
登 録 助 産 婦 (中 級)	5,065人
補 助 助 産 婦 (初 級)	8,296人(" 2.02人)
大 卒 薬 劑 師	5,752人

表5 病院および病床数

種 類	病 院 数	病 床 数
病 床 を 持 つ 研 究 所	8	1,750
総 合 / 専 門 病 院	774	110,849
植 民 地 間 外 来 者 診 療 部	871	8,030
産 院 (助 産 所)	64	1,081
州 立 保 健 所	1,692	13,186
地 域 保 健 所	9,024	62,060
ラ イ 病 院	20	3,547
サ ナ ト リ ウ ム	112	9,198

表6 入院・治療に関する指標(人口1,000対)

指標	1986	1987	1988	1989	1990
診 察 数	130,480	129,718	114,999	77,293	66,904
入院患者数	6,431	6,510	6,270	5,107	4,515
人口1,000人当たりの 病 日 数	52,616	53,444	49,281	37,581	34,307
1人当たりの 平均治療日数	8.1	8.2	7.8	7.4	7.3
1ヶ月当たりの病床占有 平均日数(日/床/月)	29	28.5	26.5	22.9	20.8
1人当たりの平均 受診日数(年)	2.31	2.07	1.8	1.2	1.0

表7 10大死因

1. マラリア	6. 肺結核
2. 髄膜・脳出血	7. 急性気管支炎
3. 周産期死亡	8. 髄膜炎
4. 栄養失調	9. 高血圧
5. 肺炎	10. 脳内損傷

表8 感染症の罹患率および死亡率(1990年)

疾患名	患者数	罹患率(1万対)	死亡数	死亡率(1万対)
1. マラリア	1,060,000	256.44	3,340	0.81
2. 呼吸器感染症	120,497	29.15	1,368	0.33
3. 結核	23,752	5.74	613	0.15
4. 破傷風	864	0.21	222	0.054
5. 下痢	75,887	18.36	215	0.05
6. 出血熱	30,580	7.40	200	0.05
7. 他の感染症	24,645	5.95	96	0.023
8. 寄生虫症	84,934	20.55	74	0.018
9. J E B	1,141	0.276	70	0.017
10. ビールス性肝炎	5,184	1.254	57	0.014
11. 狂犬病	10,903	2.64	48	0.012
12. ジフテリア	837	0.09	46	0.011
13. 麻疹	4,052	0.98	24	0.006
14. コレラ	629	0.15	14	0.003
15. 百日咳	2,147	0.52	13	0.003
16. P A A	268	0.065	12	0.003
17. トラコーマ	99,639	24.11	0	0.00
18. 鼻咽頭炎	48,563	11.75	6	-
19. 回帰熱	7	0.019	0	0.00
20. ペスト	27	0.007	2	-

表9 AIDSおよび他の性病の年次推移

	1986	1987	1988	1989	1990
梅毒	10,800	11,400	7,900	7,800	8,800
淋病	8,100	9,600	7,900	7,300	152,000
HIV+				67	49
AIDS					1
他の性病	12,600	13,600	13,100	13,300	332,300

表10 病院記録による成人病罹患率および死亡率（1990年）

疾患名	罹患率		死亡率	
	数	%	数	%
心血管系疾患	67,104	16.23	2,293	0.55
がん	21,537	5.21	390	0.09
精神疾患	14,489	3.51	18	
筋肉・関節疾患	8,091	19.57	4	
胃腸疾患	173,743	42.27	895	0.22
甲状腺腫	7,330	17.73	1	

表11 母の年齢階級別妊産婦死亡率

母の年齢	妊産婦死亡率(%)
18歳未満	7.2
18～24	6.5
25～29	7.7
30～34	11.8
35～39	25.0
40歳以上	55.9

表12 妊娠合併症と死亡率の年次推移

合併症	1986	1987	1988	1989	1990
子宮破裂 死亡数／例数 (死亡率%)	32／196 (16.3)	45／323 (13.9)	20／175 (11.4)	28／156 (18.0)	14／213 (6.6)
子 癇 死亡数／例数 (死亡率%)	34／1,061 (3.2)	46／1,442 (3.2)	15／1,184 (1.3)	24／1,042 (2.4)	32／1,448 (2.2)
子宮出血 死亡数／例数 (死亡率%)	55／4,776 (1.2)	113／5,784 (2.0)	53／5,119 (1.0)	35／4,455 (0.8)	54／7,180 (0.8)
分娩後感染 (産褥型) 死亡数／例数 (死亡率%)	43／1,553 (2.8)	55／2,931 (1.9)	37／1,951 (1.9)	27／1,918 (1.4)	21／3,321 (0.6)
人工中絶数	41,823	60,310	66,243	65,920	59,924

第5章 現地調査報告

はじめに

今回の現地調査は、7月12日から25日までベトナムで実施した。現地では、国会社会医療委員会（Commission for Health and Social Affairs, the National Assembly and the State Council）が中心に調査日程を計画した。訪問地区は、ハノイ、ホーチミンをはじめソンベーク県（Song Be province）とナム・ハー県（Nam Ha province）の4カ所であった。訪問機関は、調査の目的にあるように、病院、人口・家族計画関係機関を中心に保健医療活動が主な見学先であった。

さらに、経済開発との関連で、工場等経済活動の現場を見る機会もあった。

以下、ベトナムで訪問した機関および収集した人口、家族計画等の資料についてここに紹介する。

1 訪問機関

(1) ホーチミン市衛生部 Health Department of Ho Chi Minh City

ホーチミン市は南部ベトナムに位置し、1991年現在、人口420万人で面積42,000km²あり、内2,000km²の市部に300万の人口が集中している。

以下、市衛生部で得た人口、保健事情について紹介する。

同市の人口増加率は1991年現在2.6%と高い。これは出生率21.4‰、死亡率5.2‰、自然増加率1.6‰に社会増加率1‰を加えたことによる。社会増加は主に北部ベトナムや中部ベトナムからの人々がホーチミン市で就業するためのものである。

同市の人口構造は、0～14歳30%、15～64歳65%、65歳以上が5%となっている。15～64歳人口の内55%が経済活動人口として、実際になんらかの職業についている。男女構成比は男性48%、女性52%となっている。

妊産婦死亡率は10,000対4、乳児死亡は25%～35%となっている。

2,500kg以下で出産した低体重児は全体で9.5%で、ここ数年低下傾向にある。

同市における平均寿命は、男性64歳、女性68歳である。

1991年の出生の場所は、病院56%、助産所30%、診療所13%、自宅1%となっている。

1歳児以下の乳児に対する予防接種は86.52%をカバーした。

避妊方法の割合は、IUDが23%、コンドーム15%、ピル4.6%、不妊手術1.7%とオギノ式と人工妊娠中絶を合わせて55.7%である。市の方針としてはIUD、コンドームおよびピルの比率を高め、人工妊娠中絶の比率を低下させようとしている。市民への避妊のサービスは無料で行っている。

同市への水の供給は、420万人の市民へ1日当たり660,000m³を提供している。その他近郊農村では、ユニセフ（UNICEF）の協力により2,000の浅井戸がある。浅井戸の水はあくまで洗濯用であり、飲料のためには一度沸かさなければならない。しかしこの浅井戸は農村における貴重な水資源となっている。

ホーチミン市の汚水・廃水は1日当たり120万m³で、その多くは処理されず河川に直接流している。同様に、ゴミ処理も1日当たり1,400トンあるが一部肥料に利用しているにすぎない。

さて、同市に対する人口および保健医療の国際協力をみると、まず世界保健機構（WHO）を中心に、各国連機関が分野別の協力を行っている。ユニセフ（UNICEF）は、前述の農村における浅井戸プロジェクトの推進や栄養改善プロジェクトを行っている。国連人口基金（UNFPA）は、家族計画プロジェクト、特にIUD等の避妊具の提供、人口・家族計画向けの広報機材の提供、地域における母親への人口教育等を行っている。

最後に同市の人口目標について紹介する。ベトナム政府が作成した人口目標は、同市人口・家族計画委員会が策定し、地域レベルまでの人口目標を作成する。同市の人口増加率は1991年現在2.6%であるが、社会増加率を除く1995年目標は人口増加率1.5%としている。その内訳は、自然増加率2.0%、死亡率0.5%である。

(2) Pediatric Hospital No1 - ホーチミン市 -

No1小児病院は、ホーチミン市に位置し、ベトナム南部の関連病院とも連携し、また、医療養成の病院としてもその役割を果たしている。同院はホーチミン市をはじめベトナム南部16県を対象に0歳児から15歳児までの幼児・児童への医療活動を行っている。

同院は1954年に設立され、ベッド数は1956年の270床から1981年650床となった。医療活動の内訳は、治療およびリハビリテーション、予防活動、研究および研修活動等である。

入院費は、1988年以来年間の1ベッド当たり330米ドルである。その内訳は、政府負担250米ドルと患者負担80米ドルからなっている。

同院の1992年4月現在のスタッフの内訳は、次の通りである。

医師：108名、薬剤師：5名、歯科医：3名、看護婦：150名（研修1年）、201名（研修3年）、事務職：153名、その他：119名 合計：739名

この内海外で研修を受けた者は全体の4%である。主な研修先は、アメリカ、フランス、イギリス、旧ソ連などである。

同院では“病院内におけるプライマリー・ヘルスケア（PHC）の応用”というプログラムを導入している。

その内容は、①重点策の設定：下痢症、急性呼吸伝染病（ARI）、栄養、デング熱、マラリアの対策に対する5研修所の設置。②適切な技術の活用。③院内での衛生教育。④地域に根ざした研究。⑤重点的疫病に関する“技術移転”。⑥低レベル地域への協力などである。

次に、同院の治療活動をみると、外来部門、入院部門、リハビリテーション部門と栄養部門の4部門からなっている。

まず、外来部門は、緊急ユニットに15床、一般小児の外に下痢症、眼科、皮膚科、小児外科、整形外科に関する相談、歯科部門、小児用手術室、実験室と薬剤室からなっている。

入院部門は、一般小児病棟に60床、伝染病用に45床、DHFに65床、GI病棟に75床、肺疾患病棟に75床、心臓病棟に60床、腎臓病棟50床、新生児用に20床、伝統的医療用に20床、ENTに30床、外科病棟130床、火傷用に20床の以上からなっている。

リハビリテーション部門は、年間15,000ケースのリハビリを行っている。

栄養部門は、1981年以降、次の研究に取り組んでいる。①小児急性腸炎、②デング熱、③化膿性心膜炎、④リ्यूマチ熱およびリ्यूマチ性心臓病、⑤G6PD欠乏、⑥小児の事故、⑦胸部外科、⑧ARI、⑨慢性下痢症、⑩プライマリーヘルスケア（PHC）である。

同院における緊急医療は、入院患者の10%が緊急入院で占められており、年間3,800件の

緊急入院者数がある。入院患者を疾病別でみると、 Dengue熱1,031件、急性呼吸伝染病312件、下痢症209件、高熱によるひきつけ177件、小児性急性腸炎124件、以上が上位5大疾病である。また、死因別でみると、急性呼吸伝染病83件、脳炎52件、 Dengue熱35件、下痢症26件、小児性急性腸炎21件が主な死因の疾病である。

同院の医療従事者への要員養成は、まず一般小児科向けに、医科学校から、医学生、看護生、助産婦を招へいし養成している。さらに、医師、准医師および南部ベトナムの看護婦の研修も行っている。

小児科のための5大養成機関がある。それは、小児急性呼吸性、下痢症、 Dengue熱、栄養改善、緊急医療に関するものである。

小児基礎医療に関する養成は、医師、准医師、看護婦、助産婦および地域のPHCワーカーを対象に行われている。

その他に、同院では栄養改善活動や社会福祉活動も活発に行っている。

最後に、同院院長は病院運営について次のように述べている。まず病気になる新生児が病院に運ばれる途中で死亡する。実に50%の死亡率である。この問題を解決するためには救急車の早期導入があげられる。次に、未熟児対策として同院には古い保育器が3台あるのみである。この点でも新しい保育器の早期導入があげられる。

(3) Tu Du Hospital

同院は、日本でも知られているベトちゃん、ドクちゃんが入院している病院である。

同院は、1937年ドイツの寄付によって設立された。その後、フランス、アメリカ、日本およびベトナム南部からの寄付によって病棟を増築した。

同院は、婦人科、新生児・小児科を対象としており、病床は750床、外来患者は1日当たり1,200~1,500人ある。部門は、婦人科、新生児科、家族計画科および小児障害児科からなる。スタッフは総数929名で、その内女性は819名いる。内訳は医師は132名いるが、半数以上が若手であるため、毎週1回、若手を対象に再訓練を実施している。看護婦と助産婦は合わせて368名、薬剤師は20名である。

同院が現在かかえている課題は、“薬不足”があげられる。ベトナムの他の医療機関と同様、“薬不足”は深刻な問題であり、早期解決が望まれる。

同院は、他に比べて日本との関係が強く、これまでも日本赤十字社や他の日本の医療機関からの協力を得ている。同院としても民間ベースの協力を望んでいる。

(4) ソンベーク衛生部・人口家族計画委員会

ソンベーク県 (Song Be Province) は、ホーチミン市の北40kmに位置し、流入人口が多い県としてあげられる。1992年現在、県の総人口は1,062,314人、0歳～14歳人口は442,483人で全体の41.6%を占めている。県内には、クメール (Khmer)、タイ (Tay) の少数民族が10%居住している。

ソンベーク県は、総面積9,859.3km²あり、主要な産業は農業である。農業生産は、米、カシューナッツ、ゴムが主要作物で、その他木材の生産も行っている。1人当たりの収入は低く平均150～180米ドルとなっている。

県内の人口密度をみると必ずしも平均的でない。Thuan Au, Thu Dau や Mot Town での人口密度は1,400人/km²あり、一方、Phuoc Long, Bu Dang では50人/km²と人口密度がきわめて低い。さらに、同県に対し、北部および中部ベトナムからの人口流入が多くあり、社会増加も高い。

さて、ソンベーク県の保健医療事情をみるとマラリア、デング熱と、ベトナム戦争時代に使用された化学的薬剤の影響による乳児の疾病があげられる。マラリア対策としては、国家事業としてその対策にあたりカの大撲滅につとめている。さらに、家族計画・母子保健対策として子供の健康水準向上のためのプログラムと家族計画推進のため避妊具の配布も行っている。

最後に同県の1989年から1991年の保健医療の実績をみると、まず乳児に対する予防接種ではBCGが、1989年25,240件が1991年には31,312件に伸びた。マラリアの発生件数では、1989年14,733件内死亡151件、1991年30,356件内死亡191件である。1991年にマラリア発生件数および死亡件数が増加した理由は、他地域からの人口流入が多かったこと、医療水準が低下したこと、薬品の不足があったことと県の衛生担当者は分析している。

家族計画事業における避妊をみると1990年と1991年の対比では、IUDが14,244件から15,180件と微増した。ピルは2,478件から11,121件と4.5倍の伸びを示した。コンドームは、5,122件から15,912件と大きく伸びた。同様に、不妊手術も330件から832件へと伸びた。

(5) ソンベーク県立総合病院

ソンベーク県立総合病院 (Polyclinic Hospital of Song Be Province) は、1898年フランスの医師 Chaput 氏によって設立された。当院は3部門で構成されている。それらは、小児科、外来および専門技術科と外科および検査科である。

ベッド数は次の通りである。

内科100床，外科50床，産婦人科50床，小児科50床，新生児科30床，救急・集中治療科25床，神経科40床，結核科25床，精神科20床，歯科10床。

また，スタッフ数は次の通りである。

一般医78名，産科医6名，小児科医4名，外科医13名，内科医19名，歯科医7名，薬剤師8名，放射線技師2名，看護婦96名からなる。

次に当院の医療事情を紹介する。

1991年に当院での出産数は1,835人で，その内男児929人，女児は906人であった。また，死亡は総数で449人，内訳は，50歳以上の人の死亡103人，7日以内の新生児の死亡49人，28日以内は53人，1歳未満の乳児死亡は98人，1歳～4歳までの幼児死亡は118人，その他28人となっている。

伝染病による院内での死亡数は145人である。

2,500 g以下の低体重児の出産は，287人で総出産数1,835人の15.6%となっている。

さて，当院の施設をみると，給水は，院内の井戸からくみ上げており，下水も充分とは言えない。電気も公共の電気と院内での発電器を併用している。

(6) ソンベール県立職業訓練所

ソンベール県には23,000人の失業者がいる。そのためソンベール県は，失業者や若年者に技術養成のために職業訓練所を設置し，人材の養成をすすめている。訓練分野は，まず女性のための縫製技術の訓練，次に少年を含む男性のための木工技術の訓練，そして車やモーターバイクの修理技術の訓練がある。

同訓練所では1991年に500名の訓練生が卒業し，その約60%の訓練生が職業についた。1992年には1,000名の訓練生を目標とし事業をすすめている。

(7) 保健省

ここでは，ベトナム保健省が策定した“ベトナムの2000年に向けての保健戦略－1990年～1995年－”を中心に保健政策と事業について紹介する。

ベトナムの2000年に向けての保健戦略は，WHOが提唱している“2000年までに全ての人の健康”政策に合致している。

ベトナムの保健戦略が強調している点は次の通りである。

1. 疾病の侵入あるいは発生を予防することは，疾病の感染をくい止めるより良い方策である。

2. 乳児から老人までの保健事業の促進，疾病予防，多様な目標集団に対する治療とリハビリテーションを包括する医療ケア。
3. 全ての人々の参加による“人々の力により，人々の協力による，人々のためになる”医療ケアをすすめる。
4. 人口規模を基礎に，社会事情を加味し中央政府，地方行政府，外国援助と保健サービス歳入の4つの医療ケア資金による保健部門の経済的確立。
5. 地理的，文化的，社会的へ特別な配慮をし，行政的あるいは人口分布を基礎にした受け入れやすい保健サービス網の再編成。
6. 基本的ニーズに向けた高度な技術を集中することで，伝統的医療と近代的医療の統合を図る。つまり，東洋医学と西洋医学の協調。
7. 医療ケアの質に対し医療倫理，道徳，技術水準の向上。
8. 社会経済開発との関連で，高い医療水準を達成するため，関係政府機関，地方団体を巻き込んだ医療分野における協力。
9. 公衆衛生活動に対する法令化および社会化。

ベトナムの2000年に向けての保健戦略同様に，1990年から1995年のベトナム保健戦略は次のような進展を示している。

- －保健状態に影響を与える社会経済開発の状況分析。
- －保健問題とその優先順位の同一性。
- －資金の評価。
- －国家保健政策の策定。
- －保健プログラムの開発。

次にベトナムの疾病パターンについて紹介する。1989年の国勢調査（Census）の結果によると，ベトナムの人口は6,400万人を超えた。その内訳は，1歳以下の人口190万人，1歳～4歳の人口710万人，5歳～9歳の人口860万人，10歳～14歳の人口750万人，15歳～49歳の人口は3,060万人で，その内1,600万人が出産可能年齢人口で占められている。50歳以上の人口は850万人となっている。1979年の国勢調査時と比較すると1,200万人の人口増加があった。

13歳以下の識字率は88%となっている。農業人口は3,200万人で全人口の73%を占めている（出所：The General Statistical Office, Vietnam, 1991年）。

1989年に実施した農村調査によると農家1戸当たりの月額収入は37,500ドン（1992年7月現在，11,000ドン＝1米ドル）あり，支出は34,400ドンあった。

ベトナムは、発展途上国であり、かつ1人当たりの年間収入は200米ドルを下回っている。GNPに占める保健関連の予算は4%を下回っており、1990年現在の1人当たりの保健費は0.5米ドルにすぎない。

さて、ベトナムの疾病パターンをみると、栄養不良や感染症などの途上国型のパターンと、ガンや脳血管疾患などの先進国パターンの双方がある。

1986年-90年の保健統計（出所：保健省1991年）によると、ベトナムの発生順位別疾病構造は次の通りである。

1. マラリア 2. トラコーマ 3. 下痢症 4. 急性気管支炎 5. 急性鼻炎 6. 虫歯と歯肉炎 7. 妊娠、出産、産後時の合併症 8. 麻疹 9. 眼病 10. 妊娠中および出産時の出血

死因別の順位は次の通りである。

1. マラリア 2. 脳髄膜炎 3. 周産期症 4. 栄養失調 5. 肺炎 6. 肺結核 7. 急性気管支炎 8. 髄膜炎 9. 高血圧症 10. 脳内出血

これらの死因構造をみると、高い人口増加率、低所得等途上国としての疾病パターンに相互関連がある。

第3番目として、立ち遅れているベトナムの社会経済関連についてみると、疾病と貧困が悪循環の一要因としてみることができる。

つまり、ベトナムは立ち遅れている社会経済開発下で次の保健サービスの充実が求められている。

1. プライマリーヘルスケア（PHC）のための地域レベルの保健所を9,000カ所以上にわたりネットワーク化を図る。
2. 700カ所以上の総合および県立病院および1,000人以上の医師により、中央および県レベルから地域レベルまでの治療体制を強化する。
3. 200,000人以上の経験を有した保健従事者の強化を図る。
4. 提示されている国家保健政策の実施のため、中央政府と地方の関係機関との連携をはかる。
5. 技術および資金援助面での外国からの支援を仰ぐ。

第4番目として、ベトナムが推進している経済改革と保健について紹介する。

ベトナムの経済改革が保健医療に与えた影響をみると、プラス面とマイナス面の両面がある。

プラス面をみると、保健サービスが経済改革導入前と比べ活発になった。

一方、マイナス面では、貧困層の人々にとって保健サービスが受け入れにくくなった。そこで、ベトナム政府は1990年に“2000年までに全ての人が健康に”の戦略に基づき、1991年～1995年の保健戦略を策定を行った。

ベトナムは社会主義下で市場メカニズムを導入した結果、薬価格の上昇などにより貧困層の人々がますます保健サービスを受けにくくなった。そこで、保健サービスを実施する上で富裕層と貧困層間の平等化が求められている。同時に保健医療関係の予算の増額が大きな課題となっている。

最後に、ベトナムの家族計画と母子保健について紹介する。ベトナム保健戦略1991年～1995年において家族計画・母子保健プログラムは最重点プログラムのひとつにあげられている。

ベトナム政府は、家族計画・母子保健プログラムを次の17項目に分け実施している。

1. 避妊具と避妊薬の供給
2. 母子保健と家族計画サービスの提供
3. 臨床研修の推進
4. 母子保健・家族計画関係の保健要員の訓練プログラム
5. コンドーム工場運営への支援
6. 家族の健康のための環境衛生、寄生虫予防および母子保健・家族計画の統合プロジェクト (Integrated Project)
7. 人間の生殖に関する調査研究プログラム
8. 小児まひや破傷風など子供の6大感染症に対する予防接種事業
9. 妊娠と育児に対する保健ケアの質の向上
10. 下痢疾病の抑制
11. 急性呼吸器疾患の感染の抑制
12. 小児甲状腺腫とクレチン病の抑制
13. 学校保健
14. 乳児リ्यूマチ
15. 小児ビタミンA欠乏症と失明の抑制
16. 妊婦貧血症の抑制
17. 障害児に対するリハビリテーション

以上17プログラムに加え、副次的プログラムとして、保健ネットワークの強化やプライマリーヘルスケア推進などがある。

ベトナムの1988年現在の避妊実行率は38%、合計特殊出生率は1975年5.5人であったが、1989年には3.8人に減少した。乳児死亡率も1989年に46‰に減少した。この数値は1人当たりの所得が300米ドル以下の途上国では、低位に属する。つまり、これらの実績をあげた背景にはベトナムの高い識字率があるものとされる。

(8) 国家人口・家族計画委員会

ベトナムは1963年、保健省内に人口・家族計画部を設置し活動を開始した。その後、ベトナム政府は人口問題の重要性に着目し、国家人口・家族計画委員会 (National Committee for Population and Family Planning-NCPFP) を独立機関として設置した。

NCPFPは、設立時委員長にベトナム国の当時の副首相を迎えた。現在は首相が委員長を

兼務している。関係機関は、大蔵省、労働省、保健省、国家統計局、青年団、農民団、婦人団、労働委員会などがあり、各々と協力して事業をすすめている。

NCPFPの主な任務は、人口・家族計画分野における外国援助の窓口業務と国内への資金配分である。

外国からの最も大きい援助機関は国連人口基金（United Nations Population Fund—UNFPA）で、1978年から1991年までの累計は5,400万米ドル、1992年から1996年の見込みは2,500万米ドルとなっている。他の外国援助を合わせた予算で、その内62%は家族計画プロジェクト向けの避妊具の購入費にあてられている。

本来、人口・家族計画プログラムを実施する上で重要なことは、広報宣伝教育（Information, Education and Communication—IEC）であるが、NCPFPの予算配分が主に避妊具の購入にあてられているため、IEC活動が十分に進められていない。

NCPFPは今後の計画の中で、人口・家族計画巡回指導車を導入し、ビデオなどでの人口教育と避妊具の配布を同時にすすめて、地域レベルでの人口・家族計画の重要性を訴えているとしている。

NCPFPは避妊具を無料で配布している。とりわけ60%の使用率を示すIUDの挿入者に対しては、無料の上、インセンティブとして粉が10kgから15kg与えられている。しかし、避妊具の無料配布に関しては、財政負担により今後は、ピル、コンドームなどの有料化を検討している。

(9) ハノイ市

ここでは、ハノイ市（Hanoi）市の保健医療を中心に衛生、環境について紹介する。

ベトナムの首都ハノイ市は、1989年現在の人口が305万6,549人で、年平均増加率2.3%であった。同市の人口構成は、1歳～14歳人口33.4%、15歳～64歳人口61.6%、65歳以上人口は5%となっている。1991年の出生数は男子22,866人、女子21,986人で合計44,852人であった。15歳から49歳までの出産可能な女子人口は、360,983人で全体の17.2%を占めている。

ハノイ市の総面積は21万3,000haある。旧都市部は約5分の1の4万8,000haあり、全人口の約3分の1の109万人が居住している。

さて、ハノイ市の水道システムは、1日当たり32万 m^3 の供給能力を有している。この水道システムは1985年以来フランス政府の協力によってすすめられている。水道システムを管理しているのは1980年に発足したHanoi Water Supply Companyである。水道料金体系をみると一般市民、政府、商業、外国人の4つの価格体系に分類され、外国人向けが最も高い価

格に水道料金が設定されている。また、水道料金は、1983年に比べ1992年では平均して5倍に値上げされている。これら水道料金の値上の背景には、政府補助金のカット、市場メカニズムの導入などがあった。

さて、ハノイ市は“2人っ子政策”を奨励している。そこでハノイ市の人口・家族計画の状態についてみてみよう。

まず、小家族を奨励した場合、都市部の人々は受け入れるが、郊外の人々は小家族制を受け入れ難い状況にある。その要因は、都市部の住宅は郊外に比べ狭いこと、都市部の人々の方が教育水準が高く家族計画の知識の水準も高い、郊外の人々は古い伝統を有しており、子供が多い方が良いという考えがまだ存在していることなどである。そこで、ハノイ市としては小家族を推進するにあたり重要課題をあげている。まず第1点は生活水準の向上は少産化となること。第2点は母子保健水準の向上させることによる少産化。そして、保健ネットワークの強化による少産化である。

最後に、ハノイ市人口・家族計画プログラムを推進する上で、日本の協力を強く求めている。具体的には、青年に対する人口教育を中心に広範にわたる人口・家族計画協力である。

(10) ナム・ハー県

ナム・ハー県 (Nam Ha Province) は、首都ハノイから東南100kmに位置し、1992年1月現在、人口250万5,883人、総面積2,500km²の、農業を中心とする県である。

同県の人口構成は、男性122万2,618人、女性128万3,265人で、各々48.78%、50.22%の構成比となっている。年齢別人口構成をみると、0歳～14歳が36.63%、15歳～64歳が56.43%、65歳以上は6.94%となっている。15歳～49歳までの出産可能な女性の人口は、61万4,948人で、その内41万984人が既婚である。一世帯人員は平均で3.6人となっている。

居住地別の人口は、農村人口が92.42%と圧倒的に多く、都市人口はわずか7.58%にすぎない。

さて同県の行政区分は、県庁所在地のナム・ディン (Nam Dinh) の1都市の他11の区 (District)、339のコミューンによって構成されている。地勢でみると山岳地帯、紅河 (Red river) デルタ地帯と、72kmにおよぶ沿岸地帯に分けられる。

産業別では、農業が全体の80%を占め、米を中心に養蚕業も行われている。また沿岸地帯ではエビの生産も行われている。その他、繊維産業も行われている。

米の生産は、県内で多少の地域差はあるが平均的には2期作で、年の収穫は初で6 tある。

県内の1人当たりの収入は200米ドルであるが、一部の農村では45米ドルに足らずのところもある。

同県の医療保健をみると、総合病院が2カ所、県立病院が1カ所の他地域レベルの保健事務所を通じて保健サービスを行っている。

主な疾病は感染症であるが、その他地域レベルで、マラリア、母子保健、結核、精神病、らい病、トラコーマなどの個別の予防・治療サービスを行っている。

最後に、同県の家族計画プログラムについて紹介する。同県は他の県と同様に家族計画広報教育活動、家族計画に関する医療サービス、避妊具の無料配布を推進している。しかしながら、家族計画への知識の不足と人口の20%がキリスト教徒のため、思うような成果があげられていない。

2 ベトナムの医療・人口家族計画における諸課題

以上の部分で述べてきたように、ベトナムでの現地調査期間中、医療および人口・家族計画の分野を中心に、多数の機関を調査した。以下の部分では、その調査から得られた知見を紹介しながら、今後、克服すべき様々な課題について論議を進める。

(1) 南北の相違

ベトナムの事情を考察する際に、想起すべき重要なことは、歴史的な経緯である。今日のベトナム、すなわちベトナム社会主義共和国は、旧北ベトナムと旧南ベトナムが1976年に統一して生まれた国である。旧北ベトナム（以下では、ベトナム北部（地域）と呼ぶ）は社会主義経済に、また旧南ベトナム（以下ではベトナム南部（地域）と呼ぶ）は資本主義経済圏に属していた。この歴史的事実は、ベトナム市民の日常生活や経済活動に、微妙ではあるが大きな影響を及ぼしている。たとえば、統計データによる正確な裏付けは得られなかったものの、ベトナム南部の生活水準がベトナム北部のそれよりも高いことは、インフラの整備具合、家並、市民の服装などから読み取ることができる。

この南北格差の是正が、今後、政府にとって重要な課題となることは明らかである。経済開発と意欲的に取り組んでいるベトナム政府は、市場経済の導入を積極的に推し進めている。しかし、歴史的経緯から分かるように、南部地域の市民が市場経済を熟知しているのに対して、北部地域の市民には市場経済への馴染みがほとんどない。したがって、南北格差の是正

にはかなりの時間が必要である、と思われる。また、こうした南北の相違は、以下部分でも適宜いくつか事例をあげるが、医療保健分野および人口分野などで開発計画を立案し実施する際に、慎重に考慮すべき問題を提起するであろう。

(2) 人口動態制度の整備拡充

ベトナム社会主義共和国も、他の開発途上国の例に漏れず、人口動態統計制度が整備されていない。したがって、各種の人口動態指標を算定するに際しては、サンプル＝サーベイから得られたデータを用いるか、主要病院が集計した統計を用いている。この方法からも出生率、死亡率、乳幼児死亡率、死因などの大まかな趨勢は読み取れるが、それらの詳細を知ることにはできない。たとえば、同じ人口増加率などに対しても、複数の数値が存在する。しかし、人口動態制度を確立することは、多額の財政と多くの人員を必要とする。今すぐというわけではないが、今後、医療保健分野、人口分野でよりきめの細かい政策が実施されるにつれて、詳細なデータの入手がますます重要性を帯びてくるはずである。その時に備えて、要員の養成や事例研究などを、今から行っておく必要がある。

(3) 医療保健

医療保健従事者（医師、看護婦、助産婦、医療技師など）は、質、量、規律などの点では、開発途上国としては充実しているように見受けられた。末端の医療機関においてさえ、正規の教育を受け、正規の資格を持った医療従事者が働いていた。小児科病院などを視察時であるが、外来者が来ると、看護婦らが各新生児室のドアを内側から閉め、細菌等の侵入の防止に努めていた。これに類する例は、多くの医療機関で見ることができた。この事例から分かるように、看護婦、助産婦、医療技師などへの訓練もゆきとどいている。

重大な問題は、医療設備、医療器材、医薬品などにある。ベトナム滞在中、中央レベルから末端レベルに至るまで、数多くの医療保健機関を視察したが、その多くは医療設備等の不足に悩んでいた。具体的にいえば、施設の破損を修復できないでいる病院、増設を中断している病院、設備や器材の不足から4手術室のうち2つしか稼働していない病院などが見受けられた。特に、大半の病院に共通する重要な問題は、医薬品の決定的な不足である。ベトナムの病院は病院に特有の鼻をつく消毒薬臭が全くない、という事実がこのことを物語っている。こういった問題の原因は、財政難という経済的理由によるものである。しかし、国民の健康に係わることだけに、この問題の解決を急ぐべきであろう。

その際に、留意すべき重要な特質がある。この不足問題においても、いわゆる南北の違い

の影響を見ることができる。たとえば、ベトナム南部地域では、医療設備や医薬品等の充足度は、病院管理者の集金能力によって異なっている。民間援助団体（NGO）から援助をうまく引き出している場合、充足度はかなり高い。しかし、そうでない場合の充足度は、きわめて低いのである。これに対して、ベトナム北部地域では、特定の病院が突出するようなことはなく、医療設備や医薬品等ほどの病院も平等に不足していた。この点を考慮に入れなければ、医療政策の効果も薄れてしまうであろう。

こうした状況下にもかかわらず、医療保健機関は住民の信頼を得ている。その最大のポイントは、医療従事者の意欲と維持管理能力の高さにある、と思われる。たとえば、旧式の手術設備・器材、35年ほど前の救急車、日本では既に陳腐化してしまったレントゲン装置、古くなった血圧計など、わが国ではアンティークの部類に属するほど旧式の医療設備・器材を修理しながら、立派に活用している。しかし、医療従事者の個人的、組織的な能力に頼るにも限界がある。ベトナムの医療保健をめぐる状況は、まさに限界点に近付きつつある、といえよう。この意味からも、ベトナム政府の早急な対応が望まれる。

(4) 救急医療制度の整備拡充

医療保健制度が抱える問題点の1つに、救急医療制度の整備拡充がある。急病人を病院へ移送する途上での死亡率がきわめて高く、この死亡率を引き下げることが課題になっている医療機関もあった。しかし、他方では、救急医療体制の確立していない地域も、かなり多いようである。特に、この制度の設備拡充に関していえば、やはり救急車の不足、あるいは通信手段の不足、といった器材の不足がネックになっている。

しかし、制度上の問題点も、多いように思われる。というのも、我々が視察した限りでは、救急医療部門のある病院が救急車を抱え、住民からの要請があった場合に出動する、という制度をとっているようである。しかし、こうした体制は、通信手段、設備の管理維持、救急隊員の確保らの多くの点で、著しく非効率的であるように思われる。わが国をはじめとする諸外国のように、救急医療制度の一元化を図るべきではないだろうか。ベトナムにはどのような救急医療体制がマッチしているのかを探るためにも、現行の制度の見なおし、および諸外国の救急医療制度の研究などを行う必要がある、といえる。

(5) 家族計画・母子保健

人口増加に悩むベトナムは、家族計画プログラムを積極的に推進している。同国の家族計画は、母子保健およびIEC（情報、教育、コミュニケーション）を重視しており、きわめ

て合理的に設計されている。というも、乳幼児の死亡率が高いかぎり、家族計画への関心すら起こらないし（この点は、乳幼児生存仮説によって確認されている）、乳幼児死亡率が低下しても、教育や情報によって動機づけをしなければ、家族計画の実施率は高まらないからである。避妊器具や避妊薬を配布しただけでは、家族計画の成果はあがらないのである。家族計画の成果は、家族計画運動を側面から支える母子保健と I E C とによって決定づけられている、といっても過言ではないであろう。

さて、同国の母子保健であるが、前節で述べた予防接種率の高さなどからも分かるように、乳幼児の健康の増進に関しては、精力的な努力が行われている。また、I E C に関していえば、移転宣伝班が数多く組織され、草の根（グラスルーツ）レベルからの動機づけを行うなど、積極的な活動を展開しているようである。

しかし、問題が全くない、とはいえない。中央レベルで得た情報によれば、家族計画の中心的手段は I U D、コンドームやピルなどで（この点に関しては、前節を参照されたい）、その普及は比較的順調に進んでいるようである。しかし、各地域の末端の医療機関を視察した時に得た情報では、各医療機関ではかなりの数にのぼる人工妊娠中絶が行われていた。周知のように、人工妊娠中絶は母体の健康を著しくそこなう。したがって、人工妊娠中絶を極力少なくし、健康的な家族計画手法のより一層の普及を図ることが、今後の重大な課題となろう。また、I E C に関していえば、既に述べた器材の不足がネックになっている。I E C を推進するには、映写機をはじめとする器材が必要であるが、これらが不足しているのである。この点も、今後の課題となろう。

最後になったが、家族計画を推進するに際しては、やはり南北を考慮しなければならないであろう。家族計画手法をとってみても、ベトナム北部地域では I U D が好まれるのに対して、南部地域ではピルが好まれるようである。このような嗜好や意識の違いは、草の根レベルで I E C を推進する際にも、微妙な影響を及ぼすはずなのである。

(6) 公衆衛生（飲料水、下水）

清潔な飲料水の供給は、国民の健康を維持する上で、きわめて重要な事項である。ベトナムでは、水道、簡易水道、井戸が、その供給源である。ごく大雑把にいて、大都市地域では水道水、地方中小都市などでは簡易水道水、農村地域では井戸水を用いているようである。しかし、簡易水道水は、維持管理の仕方しだいでは、水系性伝染病の感染源になりかねない恐れがある。また、井戸水（特に浅井戸）は煮沸しなければ、飲料水としては利用できない。下水に関しても、河川に直接流してしまうなど、環境保全の観点からしても問題点が少なく

ない。これらの点に関しては、改善の余地が多分にある、といえる。

この分野で興味深いことは、都市部における水道事業である。現在、市場原理の導入が進められているベトナムでは、国営企業の民営化が推進されている。その結果、ハノイ市では、水道事業の民営化が図られ、営利を重要視した経営が行われているようである。しかしながら、水道事業は公益事業であり、民営化には適さない側面が数多くある。現在の市場経済では、民間部門と公的部門とのバランスを図ることが、きわめて重要になってきている。いわゆる、混合経済体制である。市場原理の導入を積極的に推進しすぎたために、あまりにも教科書的な市場経済化を図っている、という観があるということは否めない事実である。

(7) まとめ

以上、ベトナムの医療保健制度、家族計画・母子保健等について、様々な課題を指摘してきた。しかし、両国の現状を簡潔に要約するならば、資金や器材の不足からくる様々な問題点を、有能な要員の能力によって補っている、ということになる。この意味からするならば、有能な要員を多数排出する教育機関こそ、現在のベトナムを支えている活力の根源である、ともいえる。この人材の豊富さに着目するならば、資金と器材さえあれば、同国の医療機関などの活動は比較的円滑に進展する、と考えてよいであろう。

ただし、経済開発を積極的に推進しているベトナムが、ドイモイによる制度改革を行っており、またそれゆえに若干の混乱が見られることも確かである。たとえば、既に述べたように、市場原理の導入に積極的なあまり、公益事業である水道事業までも民営化して、利潤の追求を行わせることなどは、明らかに行き過ぎであろう。しかし、こうした混乱も、試行錯誤を何度か繰り返すうちに、必ず乗り越えられるであろう。ある意味では、改革への意欲の表れとして、好意的に受けとめてもよいのではないだろうか。

また、既に幾度か述べたが、ベトナム北部地域と南部地域との違いも、克服すべき重要な問題であろう。この歴史的経緯がもたらした南北間の微妙な違いは、全国レベルでの政策や制度を運用する際に、政府が微妙な配慮を求めることになる。たとえば、医療機関の海外援助への期待にも、南北の間には違いがある。ベトナム南部地域は民間援助団体（NGO）からの援助に期待しているのに対して、北部地域は政府開発援助に期待しているのである。この問題を克服するには、相当の期間が必要であろう。

第6章 国際協力の課題

ベトナムとの国際協力にあたって、考慮しなければならない諸点について要旨を次のようにまとめた。

第1に、ベトナムは、カンボジア侵攻を契機に、西側先進国諸国の非難を受け、さらには隣国中国と敵対関係になって以来、ソ連・東欧と政治的にも経済的にもその依存度を高めてきた。

しかし、ソ連・東欧体制の崩壊によって、ベトナムはそれへの依存から脱却し、西側諸国との関係を修復せざるを得なくなった。すでに、この先、“刷新”の実施によって民間外資の導入を決定していたこと、また1991年にはカンボジア問題の解決によってベトナムに対する西側諸国の対応が緩和された。しかし、ベトナム戦争での捕虜等の扱いに対し、アメリカはベトナムに対して依然としてエンバゴを継続している。もちろん、ベトナムとアメリカとの関係修復は時間の問題とされているが、我が国のODAの再開は、これを無視して実施するわけにはいかない。しかし、我が国は独自の対ベトナム支援について考慮する必要がある、とくに、グラス・ルーツで、人道的な援助については早急を実施することである。

第2に、人道的援助とりわけ医療、保健衛生、家族計画等に対する援助については、個々のフィージビリティを尊重しながらもベトナム政府の実施する計画、考え方に従って総合的な見地からのプライオリティー、また我が国援助の可能性および優位性が十分に発揮できるためのマスタープランの策定が必要である。またこうした人道的援助のプログラム策定にあたっては、将来必要と思われる関連事業、とくに電力等のエネルギー、交通・運輸などのインフラストラクチャー、あるいは医療・保健関連産業の振興・改善を考慮に入れて将来のODA再開後のプログラムへの提言を含めて実施すべきである。

第3に、ベトナムは歴史的、地理的経緯から、南北の地域的差異を考慮する必要がある。かつては、南北がそれぞれ違った国を構成していたことから、統一後も南北の差異は依然と

して大きく、両地域に対する援助の考え方も当然同一のものとするわけにはいかない。

とくに、“刷新”後のベトナムでは、民間部門の活性化のスピードがそれぞれ南北では大きく差があり、顕著な経済格差となって表れている。物資の豊富さも、南部が圧倒的に良く、こうしたことが医療関係にも影響を及ぼしており、南部では比較的医薬品が手に入りやすく、北部では不足が深刻である。したがって、南北格差の是正は重要な課題であり、国際協力とりわけ援助プログラムの策定には、充分これを考慮に入れ、格差の拡大にならぬような配慮が必要である。

第3に、ベトナムは、インドシナ三国のリーダー的な存在であり、政治的にも、軍事的にもその優位性は傑出しており、今後も他の三国に対しては影響力は大きいと思われる。したがって、インドシナ三国間の力の差異や経済格差がこれ以上に拡大することは、地域の安定維持のためにも好ましくない。ベトナムへのODAの再開、さらには外資の本格的進出が地域間のアンバランスを拡大しないような配慮が必要となろう。さらに、ASEANや中国にとってもベトナムの存在は当分の間、警戒の対象となるであろう。とすればこうしたことも十分に配慮した援助を勘案しなければならないだろう。

第4に、“刷新”にもとづき、経済の自由化、対外開放が進展しているとはいえ、政治的には共産党による一党独裁体制が続いている。経済の自由化が進むにつれ、こうした政治体制との矛盾が必ず表面化してくるだろう。共産党体制が経済の自由化の進展を阻害することは十分に考えられるからである。したがって、援助の実施にあたっては、こうした政治状況の的確な分析・把握が重要な課題となる。中国での天安門事件後の国際的な動きを充分に見直す必要があるだろう。

以上のような基本的な留意点を考慮しながら、医療・保健衛生および家族計画に対する援助の視点については、次のようにまとめることができる。

- (1) 医療・保健衛生および家族計画についての、現状分析を詳細に行い、ベトナム政府が用意している改善計画とのすり合わせの上、当部門でのマスタープランを策定することが重要である。
- (2) 上記マスタープランに基づいた各部門での具体的プロジェクトの策定、また地域別対応を考慮する必要がある。
- (3) 当部門に限らず、現状把握の精度を高めるために、基本的な統計の整備が必要である。このため統計処集・処理に関わる設備・技術の援助が急がれる。

とくに家族計画、医療におけるシステムティックなプログラム策定および実施のため

にも、人口動態制度の整備拡充が必要である。

- (4) 医療部門に関しては、病院数の絶対的不足と同時に現有病院での設備・器具および医薬品の不足は深刻である。医師、看護婦などの人的サービスはかなり整備され、その質的優秀性も認められるが、設備・医薬品の不足に対しては、緊急に援助を実施する必要がある。
- (5) インフラ、通信の不備および電力不足などが医療活動のネックになっている部分も多く、交通、通信施設の拡充、エネルギー開発も重要な課題である。
- (6) 救急医療設備・システムの改良は各地でその要請は強い。
- (7) 家族計画については、政府が積極的に推進しており評価できるものの、ネックは医療設備および計画推進のための資金の不足である。普及活動に欠かせない車輛、医薬品、通信機器などの援助は効果的である。
- (8) 公衆衛生部門では、とくに地方都市での上・下水道設備の改善、農村部での飲料水の確保に必要な資金・技術協力が要請されている。

第7章 調査団メンバーおよび日程

国内検討委員会

黒田 俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水 英佑	東京慈恵会医科大学公衆衛生学教室教授
桐生 稔	中部大学国際関係学部教授（現地調査団長）
大塚 友美	日本大学文理学部専任講師（現地調査団員）
広瀬 次雄	財団法人アジア人口・開発協会常務理事・事務局長
遠藤 正昭	財団法人アジア人口・開発協会事務局長補佐（現地調査団員）
楠本 修	財団法人アジア人口・開発協会主任研究員

調査協力者（ベトナム調査：1992年7月12日～7月25日）

在ベトナム日本大使館

湯下 博之	特命全権大使
中 臣 久	一等書記官

Commission for Health and Social Affairs, (CHSA) the National Assembly of Vietnam

Ms. Nguyen Thi Than	Chairwoman, CHSA
Ms. Nguyen Thi Hoai Thu	Vice Chairwoman, CHSA
Mr. Tran Minh Viet	Advisor, Director of Dept. for Standing

	Committee
Mr. Tran Xuan Anh	Director of International Dept.
Mr. Le Viet Hung	Chief, Representative of National Assembly in the South Vietnam
Mr. Tran Xuan Huu	Expert
Mr. Pham Van Cu	Lower Expert

Ho Chi Minh City (HCMC)

Dr. Duong Quang Trung	Director, Health Service, HCMC
Dr. Le Truong Giang	Director, Training Center, HCMC
Dr. Nguyen Quang Hien	Technical Dept, Health Service, HCMC
Dr. Nguyen Thi My Chau	Director of Maternity—Infant Health Care and Family Planning Center (MIHCFPC), HCMC
Dr. Nguyen Thu Hien	Vice Director, MIHCFPC, HCMC
Mr. Tram Thang Huy	Pharmacist, MIHCFPC, HCMC
Ms. Phan Thu Hang	Protocol Officer of Foreign Affairs Office, HCMC

Pediatric Hospital Nol

Dr. Nguyen Thi Ngoc Anh	Director
-------------------------	----------

Tu Du Hospital

Dr. Nguyen Thi Ngoc Phuong	Director
Dr. Ta Thi Chung	Vice—Director
Dr. Tran Huu Lap	Vice—Diretor
Dr. Nguyen Thi Man	Vice—Director

Song Be Province

Mr. Ho Minh Phuong	Chairman, the People's Committee (P.C)
Mr. Nguyen Zuoc Thai	Vice-chairman, P.C
Mr. Vo Ky	Vice-chairman, People's Council (P.C.L)

Mr. Nguyen Hoang Son	Secretary, P.C.L
Dr. Pham Ngoc Thai	Director, Song Be General Hospital
Dr. Vu Thi Kim Tinh	Permanent Deputy President, Population and Family Planning Committee (PFPC)
Dr. Vu Tanh	Director

Ministry of Health

Prof. Dr. Pham Song	Minister
Prof. Dr. Le Van Truyen	Vice Minister
Prof. Do Trung Hieu	Acting Director, Dept. for MCH and FP
Dr. Ngo Hop	Director for International Cooperation
Mr. Hoang Trong Quang	Chief of the Ministry Cabinet
Dr. Pham Thuy Nga	Expert of Dept. for MCH and FP
Dr. Pham Thung Tien	Expert of Ministry Cabinet

National Committee for Population and Family Planning

Prof. Mai Ky	Minister
Dr. Phan Trinh	Director of International Relations Dept.
Dr. Tran Xuan Chien	Director of Scientific Research Dept.
Dr. Tran Tien Duc	Director of Population Information Dept.
Dr. Ta Dinh Thinh	Director, Planning and Population Policy Dept.
Mr. Le Xuan Vinh	Deputy Director, Family Planning Dept.

Center for the International Cooperation and Support of Scientific Progress for Population and Family Planning of the State Institute of Sciences

Mr. Nguyen Duc Uyen	Director
Mr. Nguyen Naoc Quan	General Director Scientific and Technological Cooperation for Developing Countries Corporation LTD

General Statistics Office

Dr. Nguyen Viet Cuong

Director

Mr. Nguyen Van Tien

Acting Director

Hanoi City

Prof. Tran Thi Tam Dan

Vice-Chairman People's Committee of Hanoi City (H.C)

Mr. Nguyen Quang Lan

Deputy Director, External Relation Dept, H.C

Dr. Nguyen Nghinh

Director, Hanoi Health Service (H.H.S)

Dr. Bui Thi Hiep

Deputy Director, H.H.S.

Dr. Nguyen Quoc Trieu

Vice President of Committee for Population and FP, H.C

Mr. Nguyen Thanh Binh

Director, Hanoi Service of Communication and Urban Public Works (H.S.C.U.P.W)

Mr. Phan Manh Chink

Chief Bureau, H.S.C.U.P.W

Mr. Pham Quoc Truong

Deputy Director of Hanoi Transport and Urban Public Work Service

Mr. Nguyen Dinh Nhiem

Director, Hanoi Water Supply Company

Mr. Le Minh Chau

Director, Hanoi Sewage Company

Mr. Nghiem Xuan Dat

General Director, Hanoi Urban Environment Company

Nam Ha Province

Mr. Bui Xuan Son

Secretary General of Provinceal Party of Nam Ha

Mr. Trau Van Truyen

Chairman of Peoplie Council of Nam Ha

Mr. Dang Khoi

Chairman of People's Committee of Nam Ha

Mr. Vu Tinh

Vice Chairman of Peyle's Couucil of Nam Ha

Mr. Ngueyen Huu Duong

Secretary of People's Council of Nam Ha

Mr. Phan Van Bay

Director of Health Service of Nam Ha

Mr. Pham Guang Tou

Chairman, People's Council of Kim Bang District

Mr. Pham Quoc Hung

Secretary of Party Xuan Thu District (XTD)

Mr. Vu Xuan Tinh

Chairman of People's Committee Xuan Thuy
District

調 査 日 程

(1992年7月12日～7月25日)

月 日	調 査 概 要
7月12日(日)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 成田発, ホンコン経由 ◦ ホーチミン市着。 ◦ Ms. Nguyen Thi Hoai Thu, Vice Chairwoman Commission for Health and Social Affairs (CHSA) of National Assembly 表敬。
13日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ホーチミン市衛生部訪問。Dr. Duong Quang Trung, Director of Health Service よりホーチミン市の人口, 家族計画, 衛生事情について説明を受ける。 ◦ ホーチミン市人口・家族計画委員会訪問。同委員会施設見学。 ◦ Pediatric Hospital No1 訪問。Dr. Nguyen Thi Ngoc Anh, Director より同院の医療活動の説明を受ける。 ◦ Tu Du Hospital 訪問。Dr. Nguyen Thi Ngoc Phuong, Director, より同院の医療活動の説明を受ける。
14日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ (移動ホーチミン市→ソンベール県) ◦ ソンベール県衛生部訪問。Dr. Vu Ganh, Director よりソンベール県の人口, 家族計画, 衛生事情の説明を受ける。 ◦ ソンベール県人口・家族計画委員会訪問。Dr. Vu Thi Kim Tinh, Permanent Deputy President よりソンベール県の家族計画・母子保健の説明を受ける。 ◦ Song Be General Hospital 訪問。Dr. Pham Ngoc Thai, Director より同院の医療活動の説明を受ける。 ◦ Song Be Provincial Labour Trainnig Center 訪問。同センターにおける木工及び縫製作業を見学。
15日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ (移動 ソンベール→ハノイ) ◦ Ms. Ngyuyen Thi Than, Chairwoman of CHSA, the National Assembly 表敬。Mr. Tran Minh Viet, Advisor and Director of Dept. for Standing

- Committee よりベトナムの人口と開発の説明を受ける。
- 16日(木)
- ホーチミン廟を参拝。
 - 保健省訪問。Prof Dr. Pham Song, Minister, よりベトナムの保健医療について説明を受ける。
 - National Committee for Population and Family Planning (NCPFP). Prof. Mai Ky よりベトナムの人口と家族計画国際協力の説明を受ける。
- 17日(金)
- Center for the International Cooperation and Support of Scientific Progress for Population and Family Plannig of the State Institute of Sciences 訪問。Dr. Eng Nguyen Ngoc Quan, President より同所の人口協力活動について説明を受ける。
 - Olof Palme Pediatrics Hospital 訪問。同院内施設見学。
- 18日(土)
- General Statistics Office 訪問。Dr. Nguyen Viet Cuong, Director よりベトナムの人口と衛生統計の説明を受ける。
 - Institute for Protection of Mothers and Newborn. Dr. Nguyen Kim Tong より同院医療活動の説明を受ける。
- 19日(日)
- 休日。
- 20日(月)
- Hanoi Health Department 訪問。Dr. Bui Hiep, Deputy Director Hanoi Health Service よりハノイ市の保健医療サービスの説明を受ける。
 - Hanoi Urban Project Department 訪問。Mr. Nguyen Dinh Nhiem, Director of Hanoi Water Supply Company, よりハノイ市の水道システムについて説明を受ける。
 - Dr. Prof. Tran Thi Tam Dan, Vice Chairwoman of Hanoi City and Chiarwoman of Population and Family Planning 表敬。
 - People's Committee of Hanoi City 訪問。Prof. Dr. Tran Thi Tam Dan よりハノイ市の人口と医療活動の説明を受ける。

21日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ (移動 ハノイ市→ナム・ハー県) ◦ Kim Bang District Office 訪問。Mr. Pham Quang Ton, Chairman of Peoples Council より同郡の概況について説明を受ける。 ◦ Ha Nam Hospital 訪問。同院内施設見学。
22日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Xuan Thuy District 訪問。同郡における水産業及び養蚕業の見学。 ◦ Nam Ha Population and Family Planning Center 訪問。同センター内施設見学。
23日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ (移動 ナム・ハー県→ハノイ市) ◦ 日本大使館訪問。湯下博之大使表敬及び調査結果報告。
24日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ms. Nguen Thi Than, Chairwoman of CHSA, the National Assembly に調査結果報告。 ◦ 収集資料整理。
25日(土)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ハノイ市発。ホンコン経由、 ◦ 成田着

付 資 料

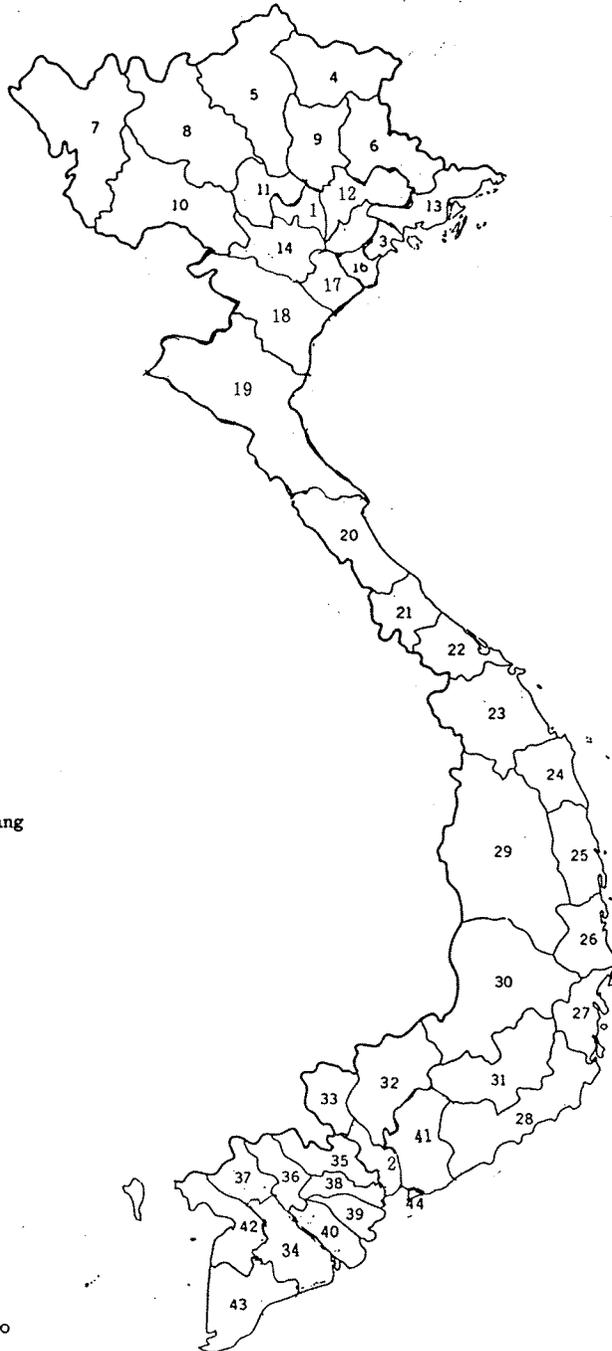
資料リスト

- 1 Vietnam Poulation Census 1 April 1989, Atlas Vietnam Population, Central Census Steering Committee, Hanoi 1991 p.111.
- 2 Vietnam Demographic and Health Survey 1988, National Committee for Population and Family Planning, Hanoi Socialist Republic of Vietnam November 1990, p.97.
- 3 Song Be Homeland, the Song Be Information and Culture Service, p.96.
- 4 Activities on Family Planning and Material and Child Health Care in Vietnam 1991—1995, Prof. Pham Song Minister of Health, November 22, 1991. p.13.
- 5 Vietnam Population Census 1989, Detaled Analysis of Sample Results, Central Statistical Office Hanoi 1991, p.174.
- 6 Economy of Vietnam Reviews and Statistics, Dr, Tran Hoang Kim, Statistical Publishing House Hanoi, 1992, p.209.
- 7 Economy and Finance of Vietnam 1986—1990, General Statistical Office, Statistical Publishing House, Hanoi 1991, p.295.
- 8 National Seminar on Population and Development, Committee for Health and Social Affairs of the National Assembly Vietnam—The Asian Forum of Parliamentarians for Population and Development, Hanoi 8—9 Jan 1992, p.87.
- 9 Report on the Economy of Vietnam, Socialist Republic of Vietnam State Planning

Committee, United Nations Development Programme, December 1990, p.246.

- 10 Population Information, The Demographic Situation of Viet Nam 1979—1989, 1 1991, Population Documentation and Information Center, General Statistical Office SR, Viet Nam, p.36.
- 11 Population Information, Population Documentation and Information Center, 2 1991, General Statistical Office SR, Viet Nam p.20.
- 12 Vietnam's Industrial Statistics (1986—1991) Allocation, Structure Scale and Efficiency, Department of Manufacturing Statistics, General Statistical Office, Statistical Publishing House, Hanoi 1992, p.190.
- 13 Statistical Data of Vietnam's Agriculture, Forestry and Fishery (1976—1991) The Pivotal Areas of Commodity Production, Department of Agricultural, Forestry and Fishing Statistics, General Statistical Office, Statistical Publishing House, Hanoi 1992. p.349.
- 14 Statistical Data of the Socialist Republic of Vietnam, General Statistical Office, Statistical Publishing House, Hanoi 1992, p.159.
- 15 Sample Results of Housing Survey, Vietnam Population Census 1989, Central Census Steering Committee, Hanoi 1990, p.90.

ベトナム全土



県名

1. Ha Noi
2. T.P. Ho Chi Minh
3. Hai Phong
4. Cao Bang
5. Ha Tuyen
6. Lang Son
7. Lai Chau
8. Hoang Lien Son
9. Bac Thai
10. Son la
11. Vinh Phu
12. Ha Bac
13. Quang Ninh
14. Ha Son Binh
15. Hai Hung
16. Thai Binh
17. Ha Nam Ninh
18. Thanh Hoa
19. Nghe Tinh
20. Quang Binh
21. Quang Tri
22. Thua Thien-Hue
23. Quang Nam-Da Nang
24. Quang Ngai
25. Binh Dinh
26. Phu Yen
27. Khanh Hoa
28. Thuan Hai
29. Gia Lai-Kon Tum
30. Dac Lac
31. Lam Dong
32. Song be
33. Tay Ninh
34. Dong Nai
35. Long An
36. Dong Thap
37. An Giang
38. Tien Giang
39. Ben Tre
40. Cuu Long
41. Hau Giang
42. Kien Giang
43. Minh Hai
44. Vung Tau-Con Dao