

分担研究報告書

インドネシアにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る
実態及びニーズ調査

研究代表者 森 晃爾

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

分担研究報告書

インドにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態及びニーズ調査

研究代表者 森 晃爾(産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)

研究要旨

日本がインドネシアにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うため、同国の労働安全衛生の実態とニーズを把握することを目的に、文献検索と一般的な情報検索に加え、文献上の情報では不足する情報を得るため、Ministry of Health (保健省)、Ministry of Manpower (労働省)、BPJS Ketenagakerjaan (労働者保険実施機関)、BPJS Kesehatan (医療保険実施機関)、Indonesia University の専門家にインタビューを行い、情報を収集した。

インドネシアでは、近年、経済が急速に発展するなかで、労働安全衛生に関する法体系や各種保健制度が整えられていた。また、第一次産業および第二次産業から第三次産業にシフトが進む中であっても、依然として多くの労働者が第一次・第二次産業に従事しており、インフォーマルセクターに属する労働者も多い状況である。労働者の健康課題について、産業が多様化する一方で依然としてアスベストが産業界で利用されていることや、メンタルヘルス疾患や冠動脈疾患といった作業関連疾患については増加傾向にあるなど、多様化している。しかし、職業病に関しては年に数十件しか報告されておらず、健康障害の実態が把握できていなかった。新しい保険制度においては、医師が保健機関に報告する制度が導入されており、職業病の実態が明らかになることが期待される。今後のその経過を見守るとともに、学术交流等を通じて一定の貢献を果たすことが可能と考えられた。

人材養成に関して、法令で産業医の選任義務があり、短時間での研修が要件になっていることは、日本の制度に類似した内容になっている。このような制度において、人材の質の向上を図ることは日本でも課題になっている。一方、産業看護職の体系的な研修が存在せず、日本の研修制度などの知見が役に立つと考えられる。また新しい制度での職業病診断のためには、医療者への教育も必要である。その他の専門職についても、支援ニーズが存在すると考えられた。

研究協力者

梶木繁之(株式会社 産業保健コンサルティングアルク)

小林祐一(HOYA 株式会社)

深井航太(HOYA 株式会社)

神出学(産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学)

A. 目的

インドネシア共和国（以下、インドネシア）は年 5-6%の経済成長率が続き、今後も 5%程度の安定した経済成長が見込まれている。近年、日本企業においてインドネシアは中華人民共和国以外の有力な投資先の 1 つとして注目されている。インドネシアに進出している日本企業は、2018 年 10 月 1 日時点で、1878 社ある。国別の日本企業の進出先としては全世界では 6 番目、アジアでは中華人民共和国、インド、タイ王国に次いで 4 番目であり、日本企業の進出先の上位 10 位以内を常に維持している。

インドネシアの労働衛生については、他のアジアの諸外国と比べ、労働衛生の専門人材、大学等の研究機関、法体系の整備が進んでいると考えられる。しかし、専門人材の不足や偏在、アスベストを含む有害要因への曝露など、様々な課題が存在する。

そこで、インドネシアにおける労働安全衛生の現状とニーズを把握することを目的に調査を実施した。

B. 方法

事前調査として、学術情報の検索エンジンを用いた文献検索と、インターネット上の一般情報検索を行い、日本国内において入手可能な情報（現地の法令や行政機関、現地の医療制度や公衆衛生に関する情報の一部）を収集した。その後、現地の行政機関、教育研究機関、医療保険サービス実施機関を

対象とし、事前調査で得られた情報の確認と、現地の労働安全衛生の実態把握を目的としてインタビュー調査を実施した。

1) 文献調査

検索エンジン（医中誌・PubMed）を用いて（検索式の例：“労働衛生”AND“インドネシア”、“occupational health”AND“Indonesia”）、文献検索を行った。検索の結果、PubMed 32 件、医中誌 50 件が該当し、担当者 2 名（MJ・KF）でタイトル、抄録、本文を確認し、本調査に有用と思われる 2 つの論文を絞り込んだ。1 つ目は、インドネシアにおける労働衛生に関する法律が記載されていた。2 つ目は、インドネシアの産業保健に関する制度および専門家の育成について詳細に記載されていた。

2) 訪問調査

研究協力が得られた以下の期間を 2019 年 2 月 6 日～8 日に訪問した。先行研究において作成した「アジア新興国の労働安全衛生関連情報の収集チェックシート」を参考に、各機関には事前に質問事項を送付し、それに基づきインタビュー調査を行った（別紙）。なお、インタビュー調査の実施にあたっては、University of Indonesia の産業医学研究者の全面的な協力のもと、実施した。

① Ministry of Health (保健省)

インドネシアの健康政策を管轄

する中央行政機関である。当該機関に関する基本情報、インドネシアの労働衛生と医療保険について質問した。

② **Ministry of Manpower (労働省)**

インドネシアの労働、雇用、労働衛生を管轄している中央行政機関である。当該機関に関する基本情報、インドネシアの労働衛生の法律および規制、労働災害について質問した。

③ **BPJS Ketenagakerjaan (労働者保険実施機関)**

2015年6月に新設された労災保険・障害年金等を扱う保険実施機関である。インドネシアにおける労災補償制度の歴史や労災補償制度の現状と課題、職業性疾病について質問をした。

④ **BPJS Kesehatan (医療保険実施機関)**

2014年1月に新設された医療保険実施機関である。インドネシアにおける医療保険制度の概要、現状と課題、公衆衛生状況について質問をした。

⑤ **Indonesia University (インドネシア大学)**

インドネシアで最も古い大学で、医学部を含む14の学部を擁し、医学部卒業後の産業医専門家養成コース(SpOkコース)を持つ。事前に、産業保健専門職の教育制度、育成の現状と課題についての質問をした。

C. 結果

1. 国の概要

1) 歴史

1945年に日本軍の占領終了後、独立宣言し、1950年に新憲法が施行され、インドネシア共和国として完全に独立した民主主義国家である。

2) 宗教・民族

主な宗教は、イスラム教徒 88.1%、キリスト教徒 9.3%、ヒンドゥー教徒 1.8%である。民族の大半がマレー系である。公用語はインドネシア語だが、その他にジャワ語を含む 700 以上の言語が使われている。

3) 人口

2016年の中央統計データによると、人口は2億6200万人で世界第4位であり、人口増加率は年 1.1%となっている。全人口の 70%近くは、国土の 6%にすぎないジャワ島に居住している。年齢構成を見ると、25歳未満の若年人口が 42%と多く、人口増加が労働力増加に結びつく「人口ボーナス期」が今後 20年程度続くと見込まれている(2017年データ)。

労働人口は1億2700万人おり、正規雇用労働者は5300万人、自営業者を含む非正規雇用労働者は7400万人いる。産業別の就業者の割合では、農林水産業が一番で30%近くにのぼり、卸売業・飲食業・ホテル業、製造業と続く。最終学歴別の就業者比率は、小学校卒業以下が42%、中学卒業18%、高校卒業18%、専門学校卒業10%、大

学卒業 9%、短大卒業 3%となっている。

4) 政治・政策

立憲共和制で、大統領が国家元首である。大統領は直接選挙で選出され、任期は 5 年、3 選禁止となっている。内閣は大統領の補佐機関であり、国务大臣は国会議員や地方議会議員以外から大統領が任命する。2014 年 10 月からジョコ・ウィドド氏が大統領の座についている。

国策に関わる議会は大きく 3 つあり、国民議会（立法機関。定数 560、任期 5 年）と地方代表議会（定数 132、任期 5 年）、そして国民協議会（国会議員と地方代表議員から構成）である。国会は法律の作成、国家予算の策定、法令執行・予算実施の監視の役割を担う。地方代表議会は全国各州から一律 4 名が選出され、地方自治、中央と地方の関係等に関係する法案を国民議会へ提出・審議する。立法権は持たない。国民協議会では憲法改正や国策大綱等について審議・制定する。

ジョコ政権は経済・社会政策を再優先課題とし、鉄道、港湾、電力・エネルギー等のインフラ整備及び社会保障の充実を目標に掲げている。

5) 憲法・一般法体系

1950 年に制定された憲法では国民協議会が国権の最高意思決定機関であり、最高の法的地位にあった。しかし、1998 年のアジア通貨危機以降、それまでの政権体制が抜本的に見直さ

れ、2001 年から 2004 年にかけて 4 度の憲法改正が行われた。この内 2002 年に実施された 2 回目の憲法改正において、最高法規が国民協議会から憲法に移行された。現在のインドネシアの主な法令の序列は、1. 憲法、2. 法律、3. 法律に準ずる政令、4. 政令、5. 大統領令、6. 地方自治体条例、7. 定期的紛争の解決 となっている。

6) 産業・経済

かつて主力産業は農林水産業、鉱業・採掘業、製造業と言われていたが、近年は、名目 GDP に占める農林水産業、鉱業・採掘業のシェアは低下傾向にあり、第 3 次産業のシェアがほぼ 4 割程度の比率を占めている。そのため、第一次産業、第二次産業、第三次産業が幅広く存在していると言える。

GDP は 9,323 億 US ドル (2016 年) であり、ASEAN 諸国の中では最大である。政治社会情勢・金融の安定化および個人消費の拡大を背景に経済成長率は、5%台と安定した水準を維持している。また、世帯所得が 5,000-34,999 US ドルの中間所得層が 2000 年には 28.8%だったが、2016 年には 66.1%まで急増している。「インドネシア経済開発加速・拡大マスタープラン」(2011-2025) では 2025 年までに、一人あたりの GDP を 14,250 US ドルとして、先進国の一員となることを目標に掲げている。

インドネシアの最低賃金は、2015 年の政令第 78 号公布以降、前年の経済成長率と物価上昇率を反映させて

全国一律の賃金引き上げ率により適正生活水準を決定する方式へ移行した。それに伴い、全国的に最低賃金は上昇傾向にある。2018年に政府が示した引き上げ率の基準値は8.71%であった。2009年の法定最低賃金額と比較すると、いずれの州でも10年間で2倍以上に上昇している。

最大の貿易相手国は中国で、輸出は中国、米国、日本と続き、輸入は中国、日本、タイと続く。

7) 労使関係・非正規労働者・移民

非正規雇用労働者は労働者全体の約6割とインフォーマルセクターの割合が高い。インフォーマルセクターは労働契約が存在せず、労働時間や休憩等の明確な定義がなく、社会保障・労働安全衛生制度が整っていない。そのため、経済成長による雇用創出に伴って、インフォーマルセクターからフォーマルセクターへの転換が望まれる。しかし、インドネシアでは労働者の新規参入に対して経済成長が追いついておらず、インフォーマルセクター割合の低下は非常に緩やかで、若年者の失業率は高い状態が続いている。

8) 治安・災害・公衆安全

金品を目的とした強盗、スリ、置き引きの被害が多発している。また、2016年1月にジャカルタ中心部においてテロ事件が発生した。その後も、主に警察官を標的としたテロ事件が国内各地で継続的に発生している。

感染症に関しては、2005年にヒト

への鳥インフルエンザ感染が確認されて以降、各地で感染が報告され、2014年末までに197例の報告があり、うち165名が死亡している。また、狂犬病については、ジャカルタ特別州等一部の地域を覗いて全国的に患者が確認されている。2015年のデータでは、年間8万件の咬傷事件が発生し、118名が発症・死亡している。その他、デング熱、チクングニア熱、マラリア等の感染症も発生しており、外務省からは注意喚起がされている。

9) 日本との関係

在留邦人数は外務省のデータ(2017年10月)では19,717名であり、ジャカルタ首都特別州在住者が11,375名である。また、在日インドネシア人は51,811名である。

経済上の相互依存関係を背景に、2国間の友好協力関係は一層緊密化している。日本企業の進出数は2017年時点で1,911拠点であり、前年比で約5.6%増加している。自動車産業は主流産業の1つであり、インドネシア自動車市場における日本車ブランドのシェアは98%を超えている。上位3社はトヨタ、ホンダ、ダイハツである。

2. 医療・公衆衛生

1) 公衆衛生・疾病・死因等の状況

2016年のデータでは、平均寿命は70.9歳(男性69.1歳、女性72.8歳)であり、2000年の66.3歳から寿命は延長している。同じく2016年のデータでは、乳幼児死亡率は1千人あたり

23.0 人であり、2000 年の 40.5 人から大きく改善している。

2016 年における死亡原因の最多は心血管疾患で、悪性新生物、糖尿病・泌尿器生殖器・血液・内分泌疾患と続く。非感染症疾患が死因上位 3 位を占めており、全死因の 50%以上を占めている。

2) 医師・医療者の養成・配置

医師数や看護師数は絶対的に不足しており、ASEAN 諸国内においても低い水準にある。2017 年の人口 1 万人あたりの医療従事者数は、医師 4 人、看護師 13 人、歯科医師 1 人、薬剤師 1 人となっている。また、大部分の医師が都市部に集中しているため、地方における医師不足が深刻な問題となっている。

3) 医療機関の状況・質

公立医療機関と民間医療機関がある。公立の医療機関は、総合病院、専門病院、保健センター (Puskesmas) に分かれており、また病院は A~D のクラスに分類されている。A クラス病院は多くの専門科を有し、高度医療を行う病院であり、D クラスは総合診療科が中心の病院である。2018 年の病院数は総計 2,601 施設あり、政府系病院が 910 施設、市立病院が 1,691 施設である。保健センターは、県や市が運営しており、プライマリ・ケアの中心的役割を担っている。治療に加えて住民に対する予防活動、健康教育を担っている。医療従事者として医師、看護

師、助産師等が配置されている。この他、民間医療機関として、総合病院、専門病院、クリニックが存在する。また、保健所へのアクセス改善のため、保健所支所、巡回保健所、地域助産所等も設置されており、保健所きのうを保管している。さらに、村レベルでは村保健ポスト、総合保健ポスト等が運営されている。

4) 医療保険制度

2014 年 1 月から、統一的な実施機関として BPJS Kesehatan が設立され、国民皆保険制度 (JKN) の運用が開始された。

それまで、インドネシアの医療保険制度は 5 つに分かれていて、制度毎に管轄する官庁も異なり、制度間での連携や調整を取ることが困難であった。また、全国民を対象としたものは存在しておらず、無保険者も国民の 4 割にのぼっていた。

新制度導入により、無保険者が理論上いなくなるとともに、保証内容も原則統一され、医療サービスの不均衡が解消されることとなった。新制度運用開始当初の人口カバー率は 49%であったが、その後新規登録手続きが積極的に進められ、2019 年 2 月時点で人口カバー率は 82% (内訳: 貧困層 60%、正規雇用 23%、非正規雇用 17%) まで上昇した。当局は 2019 年度中にカバー率を 100%にする目標を掲げている。

JKN の保障内容は大きく 2 つに分かれている。1 つは貧困層向けの医療保険制度 (PBI)、2 つ目がそれ以外の

人（公務員、軍人、賃金労働者、自営業者、退職者等）向けの制度（non-PBI）である。PBIの保険料は貧困対策の一環として政府が全額負担している。non-PBIの保険料は雇用形態により異なり、公務員は雇用者3%、被保険者2%であり、賃金労働者は雇用者4%、被保険者1%となっている。また、自営業者等のインフォーマルワーカーは利用できるサービスの違いにより3種類の保険料が選択できるようになっている。なおこれら保険料は家族分（妻、子供を含め4名まで。それ以上は1人に付き1%保険料追加で加入）の保険料も含めた額である。

保険加入対象者としてインドネシアの全国民に加えて、同国に6ヶ月以上滞在する外国人にも加入を義務付けられている。加入者が医療保険を利用して受診する際には、まず自身が登録されている医療機関リストにある、保健センター、クリニックあるいはクラスDの病院で診察を受ける必要がある。日本のようにフリーアクセス制にはなっておらず、これら一次医療機関がゲートキーパーの役割を担っている。その後必要な者には専門の病院を紹介される仕組みとなっている。紹介がない場合は、保険を利用することができない。

PBIとnon-PBIとで加入者が利用できる医療サービスに違いはなく、BPJSと協定を結んでいる医療機関であれば、定められた範囲内での検査・治療・投薬は全て無料で利用することができる。

2019年1月末時点で、国民皆保険制度を受け入れ契約している医療機関は、一次医療機関の84%にあたる23,298施設、病院の87%にあたる2,446施設と増加している。契約をしていない医療機関では、緊急時を除き、全額自己負担での支払いとなる。

2014年の制度運用開始以降、医療費は右肩上がりに増加しており、医療費の歳出が歳入を超過している状態である。2017年の医療費は61.7億USドルで、12億ドルが一時医療機関、29億ドルが病院の費用であった。

3. 労働安全衛生の基盤

1) 労働安全衛生関連法体系

労働安全衛生の基本となる法令は1970年に制定された労働安全衛生に関する法律第1号(Act No.1)がある。この法令には、労働安全衛生の適応範囲、要件、事業を行う使用者及び作業場所を直接管理することを職務とする管理者の責務、労働者の責務と権利、罰則等の基本的枠組みが述べられている。また、1996年労働大臣規則第5号に基づき、労働安全衛生マネジメントシステム(OSHMS)の枠組みで安全衛生に取り組んでいる。

その他のOSHMSの法令としては、労働省が2003年に制定したAct No.13、OSHMS実装に関する政府規定(No. 50, 2012)、OSHMS監査に関する労働省令(No. 26, 2014)があり、全ての企業は企業管理システムと統合したOSHMSを備えなければならないとされている。

2) 行政機関・組織

インドネシアにおける労働衛生行政は、労働省 (Ministry of Manpower) と保健省 (Ministry of Health) が管掌しており、省庁間で協働して施策づくりを実施している。

労働省は、労働、雇用関係を所掌しており、労働安全衛生局、労働法執行局、女性・子供のための労働基準監督局、労働規範と社会保護局、労働安全衛生開発局の 5 つの局からなる。労働安全衛生局は法令の評価・改定を担当し、労働安全衛生開発局は研究や訓練開発を担当している。国の安全衛生に関する国家政策として、毎年 1 月 12 日の「安全衛生の日」に合わせて 1 年間のスローガンを掲げている。

保健省は健康関連を所掌する中央行政機関である。2005 年から 2025 年にかけて健康推進に関する 20 カ年計画が進行中であり、5 年毎に重点方針が決められる。2015-19 年の方針は「就労世代に対する健康サービスの質の向上とアクセスの改善」が盛り込まれている。

3) 監督機能

労働基準監督官 (Labor Inspector) による監督制度が存在する。2017 年時点で監督官は全国に 1900 人程度いることを聴取した。この人数で大企業・中規模企業約 45 万、小規模・零細企業約 2600 万を監督している実態がある。

OSHMS 監査は労働省大臣の認証を受けた監査機関により実施される。

2019 年 2 月時点で 15 の機関が OSHMS 監査機関として承認を受けている。

4) 労災保険・労災判定基準

労災保険制度は 1992 年に民間従業員向け社会保障制度 (JAMSOSTEK) として制定され、運用が開始された。その後、2015 年 6 月 30 日付けて「労災補償と死亡保障プログラム実施に関する政令 2015 年第 44 号」が施行され、2015 年 7 月から労働者向けの新しい労働社会保障制度が実施されている。

労働者用の社会保障制度は職業により公務員保険、航空保険、軍人保険、BPSJ Ketenagakerjaan の 4 種類が存在し、BPSJ Ketenagakerjaan は、公務員、航空職員、軍人以外の全ての労働者を守ることを目的として設立された。事業は労働災害補償制度、死亡保障、年金保障、老齢補償の 4 事業で構成されている。適応範囲には、全ての労働者が強制加入され、インドネシアで 6 ヶ月以上働く外国人も加入が義務付けられた。

労災が発生した場合、雇用者は BPJS Ketenagakerjaan に報告することになっている。労災補償として医療サービス、見舞金が規定されており、障害に応じた補償金が給付される仕組みをとっている。しかし、2019 年 2 月時点で、常時会費を支払っている会員は 22.7% と非常に低く、事業主も 57.4% しか拠出金を支払っていない。

5) 事業場に求められる衛生体制

労働安全衛生委員会は、100人以上の労働者を使用する企業、100人未満だが、爆発、火災中毒及び電離放射線放射を起こしやすい物質、装置を有する企業では設置が求められる。メンバーは労働者及び経営の代表者から構成され、3ヶ月毎に報告書を提出する必要がある。

6) 安全衛生専門職の選任基準

安全管理者に関しては、100人以上の労働者が雇用されていて、国の定める有害業務のある事業所は、少なくとも1人以上の安全管理者を雇わなければならない。

産業保健スタッフに関して、1000人以上の労働者を雇用する事業所、または500人以上の労働者がいて、かつ高リスクな事業所は、内部にクリニックを設ける必要があり、看護師等の医療職を雇用しなければならない。産業医の選任規定は鉱山や石油業等特殊な業種を除いて存在しない。

7) 法律で求められる主要な安全衛生管理活動

健康診断は法令で実施義務があり、特に有害業務従事者に対しては業務に応じた特殊健康診断の実施を義務付けている。しかし、健診項目については詳細な規定がなく、各企業で、契約している医療機関の医師等と相談の上、実施項目を選定している。

8) 安全衛生専門職の養成機関・養成

配置状況

① 安全管理者 (Safety Officer)

安全管理者の資格要件としては、労働省あるいは労働省の認可を受けた教育機関が主催する研修(2週間・140時間)を修了する必要がある。研修内容は、労働安全に関する事項を中心に、有害業務従事者の健康管理といった労働衛生の内容も含まれている。2016年時点で安全管理者は16,118人である。

② 産業医 (Occupational Physician)

産業医として活動するには、医学部卒業後に産業医養成トレーニングを受けることが要件となる。産業医学トレーニングとしては現在3つのコースがあり、1.認定産業医 (GP with training Hiperkers)、2.産業医学修士 (MKK)、3.産業医学専門家 (SpOk) である。

1.認定産業医は65時間の基本トレーニングを受けることで認定され、会社で働くことができるようになる。2.産業医学修士はコースワークを中心とした2年間のコースである。3.産業医学専門家 (SpOk) は2010年から新しく始まったコースであり、3年間のコースである。既にMKKを修了している場合は2年間で修了可能である。SpOkコースを修了した者はクリニックに所属するか企業の専属産業医になることが多い。2017年7月時点で、産業医は5883人、産業保健スタッフは2732人いる。

9) 中小企業やインフォーマルセンター

等への対応

インドネシアの労働人口の約6割はインフォーマルセクターという形式で働いているが、フォーマルセクター労働者と比べて不利な点が多い。例えば、最低賃金の引き上げはフォーマルセクター労働者に限定されている。

4. 労働安全衛生の水準

1) 国の安全衛生方針・戦略

インドネシアにおける労働衛生行政は、労働省と保健省が管掌しており、両省の担当部門が省庁間で協働して、施策を推進している。

2) 労働災害・労災把握状況

①労働災害

2017年の労災発生件数は117,207件、死亡数は3,173件であり、年々増加傾向にある。また、2018年の労災総支払額は2016年より47%増加し、支払件数も71%増加した。しかし、このデータは休業災害の有無で判断しており、例えば社内クリニックで治療できる災害といった不休災害についてはカウントできておらず、アンダーリポーターである可能性がある。

②職業病

職業病の報告は非常に少なく、2018年はわずか22件であり、こちらも明らかにアンダーリポーターの状態であった。代表的な職業病（腰背部痛、難聴、皮膚炎、手根管症候群、気管支喘息）について診断されないことによる損失額のみを挙げても、過去3年間で1兆2800億ルピアにのぼると

試算されていた。

こうしたことから、職業病に関して新しい取り組みが実践に移されようとしていた。職業病として21の疾患（表1）を定め、医療機関で職業病を疑った場合、専門科がいる診断機関へ紹介すると共に、BPJS Kesehatanを含む全ての保険機関に情報が流れるようになっている。

職業病として分類された場合、BPJS Ketenagakerjaanに連絡し、手続きが進められるようになる予定とされた。仮に職業病でないと診断された場合は、BPJS Kesehatanが通常の疾患と同様の保障を行う。これらに用いられるアプリケーションは、全ての医療機関に実装されており、データは個人番号で管理される予定であった。この新システムはインタビュー調査後に運用開始予定であった。

また、今回の21の職業病リストには入っていないが、インドネシアでも日本と同様にメンタルヘルス不調や冠動脈疾患等の作用関連疾患が増加しており、労働者の職場環境と健康問題のさらなる調査研究が必要とされた。

3) 法令遵守状況

調査した企業産業医から、インドネシアにおける労働安全衛生の法令の実施状況やコンプライアンス管理状況について聴取した。例として、化学メーカーでは法令遵守にとどまらず、同業企業同士で定期的に会合の場を持ち、リスク低減作を自主的に推し進

めているとの回答が得られた。

4) 安全衛生上の課題、特定要因へのばく露等

インタビューではアスベスト使用問題が挙げられた。アスベスト規制に関する法令である 1985 年の労働大臣規則第 3 号では、アスベストのうちクロシドライトのみが禁止とされ、その他のアスベストは保護具の着用や作業手順書の作成、モニタリング等を義務付け等はされたものの使用自体は認められていた。そのため、現在でもインドネシアではアスベストを使用しており、2013 年時点では世界第 5 位のアスベスト使用国となっている。

5) 課題への対策状況

アスベストに関しては、労働者の理解が進んでおらず、また現時点では医療者側も、診断できる医師が限定的で、職業病と認定される件数も非常に少ない。

今後実行予定の 21 の職業病リストにはアスベスト肺も含まれており、適切な診断に向けた教育が実践される予定である。

6) 高度専門職の育成状況

2012 年以前は医学教育で職業病については定めておらず、医師の大部分が産業医学に関する基本的な知識を履修していない。

インタビューを行ったインドネシア大学では、1970 年代から労働衛生に関する卒後研修プログラムを設置

しており、現在は SpOk コースを設置し、産業保健育成プログラムを提供している。

7) 国際認証等の取得状況

OSHMS は法令で規定され、すべての企業で導入が義務付けられているが、ISO 認証に関しては、任意のため、認定を受けている企業は少ない。

8) 労働者の安全衛生意義、教育水準

法令で労働安全衛生施策が定められているが、違反時の事業者に対する罰則規定が明確でないこともあり、必ずしも高い水準とは言えない状態である。

また、中学校卒業以下の労働者が全労働者の 60% 近くを占めており、職業技能や安全衛生に関する適切な教育を受けていない者が多く、労働者の安全衛生への意識は低い。

D. 考察

インドネシアについて、文献調査および主要関係機関の専門家にインタビューを行い、同国における労働安全衛生の状況について調査を行った。その結果をもとに、労働安全衛生に関する支援ニーズについて考察する。

まず、有害要因に対する曝露について、依然としてアスベストが産業界で利用されていること、インフォーマルセクターに属する労働者が多いこと、第三次産業が増加しているが依然として第一次産業および第二次産業が主要産業であることから考えると、十

分に管理されていない労働者が多数存在することが予想される。しかし、職業病に関しては年に数十件の報告しか計上されていなかった。新しい保険制度においては、医師が保健機関に報告する制度が導入されており、職業病の実態が明らかになることが期待される。今後の経過を見守るとともに、学術交流等を通じて一定の貢献を果たすことが可能と考えられる。

第三次産業の増加によって、これまで、メンタルヘルス疾患や冠動脈疾患といった作業関連疾患については増加傾向にあると推定されている。日本では、すでに多くの知見が得られており、大いに貢献を果たすことが可能と考えられる。

人材養成に関して、法令で産業医の選任義務があり、短時間での研修が要件になっていることは、日本の制度に類似した内容になっている。このような制度において、人材の質の向上を図ることは日本でも課題になっている。一方、産業看護職の体系的な研修が存在せず、看護師の雇用もクリニックの運営を目的としたものである。日本では産業看護職の体系的研修が進んでおり、日本の研修制度などの知見が役に立つと考えられる。また新しい制度での職業病診断のためには、医療者への教育も必要である。その他、監督官の数も人口や国土の広さを考えると十分とは言えない状況である。このようにインドネシアにおいては人材養成に係る課題が多く、日本が大きく貢献できる分野と考えられる。

E. 結論

持続的に経済成長を続けているインドネシアにおいて、労働安全衛生制度も新たな進展を迎えているが、幅広い業種に従事する労働者がおり、健康障害の防止に対して様々な課題が存在する。また、法体系や労働安全衛生を担う人材についても不足している。

日本が持つ過去の経験の共有や、人材養成の仕組み等様々な支援ニーズが存在すると考えられる。

F. 引用・参考文献

- 1) 外務省：インドネシア基本データ、2019
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/index.html>
- 2) 在インドネシア大使館、ジェトロ：インドネシア概況
https://www.jetro.go.jp/world/asia/idn/basic_01.html
- 3) 経済産業省：医療国際展開カントリーレポート―新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報―インドネシア編、2017
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/countryreport_Indonesia.pdf
- 4) 厚生労働省：2017年華海外情勢報告、第5章東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向、第1節インドネシア共和国、2017
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyokaigai/18/dl/t5-01.pdf>

- <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/18/dl/t5-02.pdf>
- 5) 中央労働災害防止協会：インドネシアの労働安全衛生制度について
<https://www.jisha.or.jp/international/sougou/pdf/indonesia201810.pdf>
- 6) 平岡晃、梶木繁之、小林祐一、Nuri Purwito Adi、Dewi Sumaryani Soemarko、上原正道、中西成元、森晃爾：インドネシア共和国の労働衛生に関する制度及び専門職育成の現状－日本企業が海外拠点において、適切な労働衛生管理を実施するために－
- 7) Occupational safety and health management among five ASEAN countries: Thailand, Indonesia, Malaysia, Philippines, and Singapore. J Med Assoc Thai. 2015; 98: S64-9
- 8) 梶木繁之、小林祐一、上原正道、中西成元、森晃爾：海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発. 産業衛生学雑誌 2016, 58(2) : 43-53
- 9) インドネシアの公的医療保険制度の改革の動向
http://www.sjnkri.co.jp/issue/quarterly/data/qt64_5.pdf
- 10) WHO : Asbestos Economic Assessment of Bans and Declining Production and Consumption
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/341757/Asbestos_EN_WEB_reduced.pdf?ua=1
- 11) 石綿を使用する労働者の労働安全衛生に関する 1985 年労働大臣規則第 3 号
<https://www.jniosh.johas.go.jp/ipro/jicoshold/japanese/country/indonesia/law/9.html>

G. 学会発表

平成 30 年度なし

H. 知的所有権の取得状況

なし