

厚生労働科学研究費補助金  
労働安全衛生総合研究事業

アジア新興国の労働者の安全衛生の取り組み促進の  
支援に係るニーズ等の把握のための研究  
(H30-労働-一般-003)

総合研究報告書

令和3年3月

研究代表者

産業医科大学産業生態科学研究所教授  
森 晃爾

## 目次

### 総合報告書 まとめ

アジア新興国の労働者の安全衛生の取り組み促進の支援に係るニーズ等の把握のための研究

研究代表者 森 晃爾 .....

### 分担研究報告書

#### 1. 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の開発

研究代表者 森 晃爾

研究分担者 伊藤 直人 .....

#### 2. 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

研究分担者 伊藤 直人 .....

#### 3. 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 .....

#### 4. フィリピン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 .....

#### 5. カンボジ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

研究分担者 伊藤 直人 .....

#### 6. ベトナム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

研究分担者 Odgerel Chimed-Ochir

研究分担者 石丸知宏 .....

7. ラオス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

研究分担者 Odgerel Chimed-Ochir

研究分担者 石丸知宏 .....

総合研究報告書 まとめ

アジア新興国の労働者の安全衛生の取り組み促進の支援に係る  
ニーズ等の把握のための研究

研究代表者 森 晃爾

## アジア新興国の労働者の安全衛生の取り組み促進の支援に係る ニーズ等の把握のための研究

研究代表者 森 晃爾 産業医科大学産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授

### 研究要旨:

アジア新興国に対する労働安全衛生分野の支援ニーズの調査を行った。調査に当たっては、まず、限られた期間で網羅的な情報を収集するために、機関ごとに収集する情報のチェックシートツールを作成した。その上で、インド、インドネシア、フィリピン、カンボジア、ベトナム、ラオスの調査を行った。

### インド

経済発展を遂げるインドにおいては、社会・医療制度が十分には発達しておらず、労働安全衛生法令についても、体系的な法令の適用を模索中である。また、労働安全衛生を担う人材の不足や同国特有の労働安全衛生上の課題が存在している。日本から、人材養成、過去経験の共有、学術交流等を通じた様々な支援ニーズが存在すると考えられた。

### インドネシア

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きた。しかし、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ことなど、多様化している。今後、学術交流および人材養成の支援を通じて、同国の労働安全衛生レベルの向上に貢献できる可能性があると考えられた。

### フィリピン

フィリピンでは、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が整えられてきた。また、産業構造が第三次産業に大きくシフトし、労働者の健康課題についても職業関連筋骨格系疾患や糖尿病等の非感染性疾患が増加しており、作業関連疾患が増加すると予想されている。しかし、その対応を行うための人材が大きく不足しており、安全衛生専門職の育成への支援等、一定の支援ニーズが存在すること考えられる。

### カンボジア

カンボジアでは、労働安全衛生に関する法令は労働法の一部で規定されている。労働者数に応じた医療職の選任義務が規定されているが、その職務は傷病者の応急措置と考えられた。安全衛生の監督する検査官制度は確認できたが、検査件数が限られていた。また、セーフティーオフィサー等の事業場内で労働安全衛生を推進する人材の育成も行われていなかった。今後に向けて、独立した労働安全衛生法の検討が行われているが、制度を浸透させるためには、官民で労働安全衛生を担う人材の育成が不可欠である。人材育成の直接的支援と、育成ノウハウの提供といった間接的支援がもっとも優先順位の高い支援ニーズと考えられる。

## ベトナム

ベトナムでは、労働安全衛生法が 2016 年に制定されており、労働安全衛生の確保は、国の基本政策をもとに推進が図られている。事業場には安全衛生担当者の選任を含む業種および従業員数に応じた労働安全衛生体制の確立が求められている。職業性疾患は、難聴や呼吸器疾患が多い。また、企業規模による格差やインフォーマルセクターの問題も存在する。現在のベトナムは、法令の整備に比べて、監督や事業場内の専門人材が不足している状態になる。日本が労働安全衛生法制定後に取り組みを充実してきた経験を共有するとともに、専門人材の養成ニーズの評価およびプログラム開発に対して、貢献の可能性があると考えられる。

## ラオス

ラオスでは、労働安全衛生の国家戦略が策定され、また労働法のもとで労働安全に関する政令が出されている。しかし、労働安全衛生上の課題把握が不十分で、独立した労働安全衛生法の制定に至っていない。また、監督官が大きく不足していること、労働安全衛生の専門家の育成の仕組みが未整備であることなど、様々な課題が存在する。カントリープロフィールの充実や、課題の把握に応じて労働安全衛生法や関係法令の制定といった基盤整備における日本からの貢献の可能性が存在する。また、日本の専門教育機関に中長期の派遣を受入れて専門家育成を図り、それ基盤として教育研修プログラムの開発を支援するなど、人材育成分野において、大きな貢献の可能性があると考えられる。

## 結語

今回、調査対象となった国は、異なる経済発展の段階にあり、それと連動して労働安全衛生の推進状況においても大きな差が認められた。労働安全衛生の発展段階に合わせて、現地での体制づくりを一定期間にわたって支援すること、各国のリーダー育成の支援や育成したリーダーを通じた教育プログラムを策定したりすることなどが必要であると考えられる。その際、各国は、韓国やタイなどのアジア諸国や欧米諸国からの支援を受けていることもあり、各国の具体的なニーズに対して、日本の強みを生かした支援が望まれる。

## 研究分担者

平成 30 年度～令和元年度

伊藤直人 産業医科大学・産業医実務研修センター・助教

令和2年度

Odgerel Chimed-Ochir

産業医科大学・産業生態科学研究所環境疫学・講師

石丸知宏 産業医科大学・産業生態科学研究所環境疫学・助教

## A. 研究の背景と目的

新興国には明確な定義はないが、一般に「国際社会において政治、経済、軍事などの分野において急速な発展を遂げつつある国」である。このような国においては、経済の急速な発展によって、先進国が過去に経験したような安全衛生上の問題が発生するとともに、不均衡な発展のための様々な課題も存在することが多い。具体的には、疾病構造が変化すること、労働安全衛生対策への十分な投資が行われないこと、労働安全衛生を担う専門人材が不足することなどである。これらの課題は、日本において1972年の労働安全衛生法制定以来、取り組んできたことであり、多くのプログラム、人材、経験などの蓄積がある。このような蓄積を用いて、日本がアジア地域の新興国への労働安全衛生推進に係る支援を行うことは、地域の労働安全衛生の発展に貢献するとともに、域内での日本の地位向上にもつながる。しかし、そのような支援は各国のニーズに合ったものである必要があり、支援に当たってはニーズ把握が不可欠である。そこで、アジアの新興国に対して、それぞれの国の産業構造、人口構造、制度や文化などに伴うニーズに合った労働安全衛生に係る支援を行うために、国ごとに存在する支援ニーズに関する調査を行い、安全衛生推進に係る支援の手法を検討することを目的とした。

## B. 分担研究の内容

### 1. 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の開発

アジアの新興国の労働安全衛生支援ニーズ調査において、限られた期間で網羅的な情報を収集するために、機関ごとに収集

を期待する情報明らかにするためのチェックシートツールを作成した。

先行研究で作成した“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のためのチェックシート”を改変して、今回の目的にあったツールの作成を行った。本研究の最初の対象国であるインド調査の機会を用いて、その有効性を確認した。その結果、一部の項目は期待された情報が得られない場合があったが、一方で事前には情報収集が困難と予想されたものの実際には情報が収集できた項目が各対象に存在した。その結果、インド調査では、収集を想定した情報のうち1項目を除き、必要な情報を収集することができた。

今後、本研究で作成されたチェックシートを用いて、各国調査を実施することが有効と考えられた。調査に当たっては、事前に文献調査を施した上で、調査対象先で収集を期待する情報を整理し、事前に質問事項を送付すること、各項目について複数の情報先を確保することが望ましいと考えられた。

### 2. 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

日本がインドにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うため、インド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、インドの行政機関、ILO、日本大使館、教育・研究機関、日系企業を訪問して情報を収集した。

労働衛生行政は労働・雇用省 (Ministry of Labour and Employment) が管掌していた。安全衛生に関する主な法律である工場法に基づき、労働基準監督官 (Factory Inspector) による事業場の安全衛生を監督する制度や、産業医、安全管理者 (Safety

Officer)に関する制度が存在していた。産業医資格を得るためには、医学部卒業し1年間の実務経験後に、3ヶ月間のAFIH (Associate Fellow of Industrial Health)を受講することが一般的である。また、労働災害の件数や職業病の報告の制度も存在するが、報告件数の信頼性は低い。インドでは州の独立性が高いため、安全衛生活動は州によるバラつきが大きいこと、労働者の多くが工場法の適応とならない非正規雇用として働いていることなどの問題が明らかになった。

経済発展を遂げるインドにおいては、社会・医療制度が十分には発達しておらず、労働安全衛生法令についても、体系的な法令の適用を模索中である。また、労働安全衛生を担う人材の不足や同国特有の労働安全衛生上の課題が存在している。日本から、人材養成、過去経験の共有、学术交流等を通じた様々な支援ニーズが存在すると考えられた。

### 3. 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

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。

### 4. フィリピンにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る実態およびニーズ調査

日本がフィリピン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、Occupational Safety and Health Center



of Philippines(フィリピン労働安全衛生センター)、ILO(国際労働機関)、University of the Philippines, College of Public Health(フィリピン大学公衆衛生大学院)、Ateneo School of Medicine and Public Health(アテネオ公衆衛生医科大学)の専門家および在フィリピン日本大使館、JICA(国際協力機構)、JETRO(日本貿易振興機構)の担当者にインタビューを行い、情報を収集した。

フィリピンでは、経済が急速に発展するなかで、2016年に政権交代が行われ、労働安全衛生に関する法体系が大きく整えられていた。また、農業が主流だった労働の主体も、第三次産業に大きくシフトが進んでいる一方で、インフォーマルセクター労働者の増加や、海外フィリピン人労働者の増加に伴う国内労働力の不足などの問題が生じていた。

労働者の健康課題について、職業病では、行政支援サービス業における職業関連筋骨格系疾患が最多で推移していた。しかし、国民全体では、主な死因として心血管疾患や糖尿病等の非感染性疾患が増加しており、今後は、職場において、作業関連疾患に罹患した労働者が増加すると見られる。医療面、産業保健分野、文化面などの多様な側面から、日本が貢献できる可能性が考えられた。

人材養成に関して、安全管理者や産業医をはじめとする安全衛生専門職の選任義務が法定されており、専門の基本研修プログラムが要件となっていることは、日本の制度に類似した内容になっている。一方で、安全衛生専門職の選任義務が法定されてから日が浅く、また労働基準監督官が絶対的に不足しているなかで、法令遵守が十分に浸透できていないことが課題になっていた。今後

の経過を見守るとともに学術交流等を通じて、研修制度や安全衛生専門職への支援等における日本の知見が一定の貢献を果たすことが可能と考えられる。

## 5. カンボジ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

日本がカンボジアにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うため、カンボジア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、カンボジアの安全衛生を所管する行政機関、病院を訪問して情報を収集した。

カンボジアの労働安全衛生に関する主な行政機関は、MoLVT(労働職業訓練省)とMOH(保健省)であり、企業における労働安全衛生は労働法の一部で規定されていた。労働法では、労働者数に応じた医療職の選任義務が規定されているが、その職務は傷病者の応急措置と考えられた。他のアジア諸国で確認されたセーフティーオフィサー等の専門人材の育成・配置制度は存在しなかった。企業の安全衛生の監督する検査官制度は確認できたが、検査官の数や教育制度が十分に確立されておらず、検査件数も限られていた。

現在、韓国産業安全衛生公団の支援を受け、国の労働安全衛生基本計画、労働安全衛生法を策定中である。また、労働職業訓練省がILOの、保健省がWHOの支援を受けて、労働安全衛生に関するNational Profileを策定中である。これらの取り組みによって、法令および行政上の基盤が改善することが期待される。しかし、実際に新しい制度を浸透させるためには、行政、労働衛生サービス機関、企業内で労働安全衛生を担う人材の育成が不可欠である。国内の高

等教育機関には、教育システムが存在しないと考えられ、現在は、主に行政機関に所属する一部の人材がシンガポールやタイの研修コースや大学院に派遣されている。今後、人材育成の直接的支援と、育成ノウハウの提供といった間接的支援が最も大きな労働安全衛生上の支援ニーズと考えられる。

## 6. ベトナム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

日本のベトナムに対する労働安全衛生推進に係る支援にニーズを把握する、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調査をおこなった。調査は、同国における労働安全衛生の専門家である Dr. Nguyen Bich Diep (Senior Expert in Occupational & Environmental Health, National Institute of Occupational & Environmental Health)に委託し、提出された報告書をもとにインタビューを行うことで、実施した。

ベトナムの人口は約 9600 万人であり、毎年 100 万人ずつ増加している。また、人口の 7 割が 35 歳以下である。1人当たりの GDP は、3416US\$ (2019 年)で、経済発展の過程にある。主な産業は、食品加工、衣料品、繊維などの工業であるが、依然として農業労働者が占める割合が多く総労働力の 39.4%を占めている。近年、公衆衛生レベルの改善に伴い伝染性疾患から非伝染性疾患に疾病構造の変化が見られるが、依然として伝染性疾患の課題は小さくない。また、医療従事者の養成にも重点が置かれており、1年間に要請される医師の数は 2006 年から 2017 年の期間に3倍に増加しているが、人口 1000 人当たり 0.8 人と先進国に比べると十分とはいえない。また、予防医学医師の

養成制度もある。

労働安全衛生が 2016 年に制定されており、安全衛生法制の充実が図られた。法規制においては、主に労働傷病兵社会省と保健省が担っている。事業場には、安全衛生担当者の選任を含む業種および従業員数に応じた労働安全衛生体制の確立が求められており、安全衛生担当者の研修制度も存在する。また、ハイリスクの職場には医師の選任要件も存在する。労働安全衛生の確保は、国の基本政策のもとに推進が図られている。現在は、2021-2030 年の国家社会経済発展戦略の一部として推進されている。労働災害の報告数は増加傾向にあるが、労災補償制度が整い、報告頻度が増えたことが背景にあると考えられる。また職業性疾患は、難聴が全体の約 60%を占め、その他は呼吸器疾患が多い。労働安全衛生管理の企業規模による格差は大きく、インフォーマルセクターの問題も存在する。

現在のベトナムは、法令の整備に比べて、監督や事業場内の専門人材が不足している状態になる。日本が 1972 年の労働安全衛生法制定後に取り組みを充実してきた経験を共有するとともに、専門人材の養成ニーズの評価およびプログラム開発に対して、大きな貢献の可能性がある。

## 7. ラオス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

日本のラオスに対する労働安全衛生推進に係る支援のニーズを把握するため、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調査をおこなった。調査は、同国における労働安全衛生の専門家である Dr. Vanphanom Sychareun (Faculty of Public Health, University of Health Sciences, Lao PDR)に委託し、提

出された報告書をもとにインタビューを行うことで、実施した。

ラオスの人口は約 730 万人であり、近隣アジア諸国の中で人口密度が低く、また若年層が多いことが特徴である。近年、徐々に軽工業が増加しているが、依然として農業に従事する人口が過半を占めている。公的医療サービスも徐々に充実し、小児死亡率は大きく改善しているが、依然として 5 歳未満の子供の栄養不良など、多くの公衆衛生上の課題を抱えている。労働安全衛生に関して、労働社会福祉省の主導のもと、他の省庁とも分担して推進されている。2005 年に第 1 次 5 年計画以降、労働安全衛生の国家戦略が策定され、また労働法のもとで労働安全に関する政令が出されている。しかし、独立した労働安全衛生法の制定に至っていないこと、監督官が大きく不足していること、労働安全衛生の専門家の育成の仕組みが未整備であることなどの様々な課題が存在する。また、職業病報告および統計制度が未整備であるため、労働安全衛生上の課題が十分に把握されていない。

したがって、Country profile の充実や、課題の把握に応じて労働安全衛生法や関係法令の制定といった基盤整備における日本からの貢献の可能性が存在する。また、労働安全衛生の専門家や事業場内の担当者育成システムの整備を目的として、日本の専門教育機関に中長期の派遣を受入れて専門家育成を図り、それ基盤として教育研修プログラムの開発を支援するなど、人材育成分野においては大きな貢献の可能性がある。

### C. 考察

今後の日本からのアジア新興国に対す

る労働安全衛生分野における支援の在り方を検討するために、アジア新興国 6 か国を対象に労働安全衛生推進にかかる支援ニーズの調査を行った。

労働安全衛生が未整備の国においては、国家方針 (Country Policy) の発出、安全衛生の実情と課題の明確化 (Country Profile)、国家計画 (Country Plan ; 通常 5 年計画) が策定される。このようなフェーズ (第 1 フェーズ) では、多くの場合労働安全衛生にかかる法令上の規定は、一般的な労働法や工場法に一部として存在する。そこで次のステップとして、独立した労働安全衛生法が整備されることが多い。

また、法令上の規定が事業者に遵守するためには、監督制度や労働災害統計の確立が必要である。しかし、その確立には、監督官の養成や労災補償制度の確立が必要である。さらに、事業場における労働安全衛生対策が適切に運用されるためには、事業場において労働安全衛生を担う専門職や担当者の配置が欠かせない。そのような専門職や担当者の配置は、法令で規定されていることが一般的であるが、その養成には時間と養成プログラムが安定的に運用される必要がある。そのためには、多くの指導・教育者といったリーダーが必要となる (第 2 フェーズ)。

そして、安定的に制度運営が可能となり、指導者の養成も持続可能な状況になると、法令順守を目的とした管理から、事業場に存在する安全・健康リスクに応じた自律的な管理を目指すことになる (第 3 フェーズ)。しかし、このようなフェーズにおいても、企業規模における格差やインフォーマルセクターへの対応は容易ではなく、その解決に継続的に取り

組むこととなる。

今回、調査対象となった国は、それぞれ異なる段階にあった。その背景には、各国の経済状態や歴史的な経緯などが影響していると考えられる。表1は、先行研究で行った調査結果をもとに、まとめたものである。このような違いが存在するため、各国の支援においては、その国の状況に応じて対応する必要がある。

具体的には、フェーズ1にある国に対しては、日本の専門家が現地での体制づくりを一定期間にわたって支援することが有効である。フェーズ2においては、各国のリーダーを育てるための支援を行い、さらには育成したリーダーが教育プログラムの策定を行う際にも支援をすることが必要である。

各国は、韓国やタイなどのアジア諸国や欧米諸国からの支援を受けていたり、過去に受けた経験があったりしている。そのため、日本の強みを各国の具体的なニーズをもとに、支援内容を検討することが望まれる。

表1 アジア諸国の1人当たりGDPと労働安全衛生整備のフェーズ

労働安全衛生整備のフェーズ	1人当たりGDP		
	～3000米ドル	3000～6000米ドル	6000米ドル～
フェーズ1 国家方針の発出、カントリープロフィールや国家計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ラオス</li> <li>・ カンボジア</li> <li>・ インド</li> <li>・ (ミャンマー)</li> </ul>		
フェーズ2 独立した労働安全衛生法の整備、人材養成体制の整備等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インドネシア</li> <li>・ フィリピン</li> <li>・ ベトナム</li> </ul>	
フェーズ3 労働安全衛生管理の安定運用、自律的安全衛生管理の志向等			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (タイ)</li> <li>・ (中国)</li> <li>・ (韓国)</li> </ul>

括弧書きは、先行研究で行った調査結果に基づく。

## 分担研究報告書

### 1. 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の開発

研究代表者 森 晃爾  
研究分担者 伊藤 直人

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合報告書(分担研究報告書)

アジア新興国の労働者の安全衛生の取り組み促進の支援に係る

ニーズ等の把握のための研究

## 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の開発

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

研究分担者 伊藤 直人 産業医科大学産業医実務研修センター 助教

### 研究要旨:

アジアの新興国の労働安全衛生支援ニーズ調査において、限られた期間で網羅的な情報を収集するために、機関ごとに収集を期待する情報明らかにするためのチェックシートツールを作成した。

先行研究で作成した“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のためのチェックシート”を改変して、今回の目的にあったツールの作成を行った。本研究の最初の対象国であるインド調査の機会を用いて、その有効性を確認した。その結果、一部の項目は期待された情報が得られない場合があったが、一方で事前には情報収集が困難と予想されたものの実際には情報が収集できた項目が各対象に存在した。その結果、インド調査では、収集を想定した情報のうち1項目を除き、必要な情報を収集することができた。

今後、本研究で作成されたチェックシートを用いて、各国調査を実施することが有効と考えられた。調査に当たっては、事前に文献調査を施した上で、調査対象先で収集を期待する情報を整理し、事前に質問事項を送付すること、各項目について複数の情報先を確保することが望ましいと考えられた。

### 研究協力者

小林祐一	HOYA株式会社
梶木繁之	株式会社産業保健コンサルティングアルク
上原正道	ブラザー工業株式会社
石丸知宏	一般財団法人西日本産業衛生会
平岡 晃	小松製作所株式会社
簗原里奈	産業医科大学産業医実務研修センター
廣里治奈	産業医科大学産業医実務研修センター
森 貴大	産業医科大学産業医実務研修センター

## A. 目的

アジアの新興国に対して、それぞれの国の産業構造、人口構造、制度などに伴うニーズに合った労働安全衛生に係る支援を行うためには、国ごとの労働安全衛生に関連した情報を幅広く収集する必要がある。事前の文献調査を前提とするも、限られた現地調査期間で効率よく情報を収集するためには、まず、全体として収集したい情報を明確にしたうえで、訪問調査対象機関ごとに期待される収集情報を割り振り、事前に情報提供の依頼を行うことが有効と考えられる。そのためには、全体で必要な情報のうち、機関ごとに収集を期待する情報項目を明らかにするためのチェックシートツールの利用が有効と考えられる。

先行研究(梶木繁之ら産業衛生学雑誌 2016 58(2): 43-53)で、“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のためのチェックシート(海外事業場チェックシート)”が開発されている。その内容は、日系企業が海外事業場で労働安全衛生体制を強化することを目的として開発されたものであり、法制度や専門人材など、国レベルに関して一部の情報が含まれているものの、多くが現地法人や事業場の状況に関する情報が占めている。しかし、このチェックシートはその後の調査に有効であったことが示されており(平岡ら. 産業衛生学雑誌. 2017 59(6):229-238、深井ら. 産業医科大学雑誌. 2018 40(1):33-44)、本研究の基盤としても利用可能と考えた。

そこで今回、先行研究で開発された海外事業場チェックシートの様式を利用して、「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(アジア新興国情報チェックシート)」を作成し、実際の調査で使用して、その有効性を確認することとした。

## B. 方法

### 1. チェックシートの作成

研究班会議で、収集すべき情報をリストアップしたうえで、それらをいくつかの大項目に集約した。また、想定される現地調査の対象についても、リストアップした。

### 2. チェックシートの有効性の確認

本研究の最初の調査対象国であるインド調査に際して、事前に調査対象機関に情報提供内容を送付することとした。そのことを前提に、各機関で収集を期待する項目について、アジア新興国情報チェックシート上に記載した。そのうえで、調査終了後に、収集できた情報を確認した。

## C. 結果

### 1. チェックシートの作成

調査項目は、四つの大項目 (I : 国の概要、II : 医療・公衆衛生、III : 労働安全衛生の基盤、IV : 労働安全衛生の水準)、34の中項目で構成された。一方、現地調査の対象としては、行政機関、国際関係



機関、日本政府在外機関、教育研究機関、労働衛生サービス機関、日系企業現地事業場とした。新興国においては、WHOやILO等の国際機関が支援を行っている場合が多いことより追加した。また、日本政府在外機関には、日本大使館に加えて、JICAやJETRO等の日本政府の外郭団体の現地事務所が含むが概念と位置付けた。

## 2. チェックシートの有効性の確認

開発したチェックシートについて、インド調査に適用して、その有効性の確認を行った。

調査前に、訪問調査が予定通り実施できなかった行政機関を除く各訪問先で期待された収集情報の項目の中で、日本政府在外機関では4項目、教育研究機関では1項目の情報が得られなかった。一方、情報収集が困難と予想されたものの実際には情報が収集できた項目が、それぞれの対象ごとに存在した。

全体としては、労働衛生サービス機関に関する情報を除く、すべての項目に関する情報が得られた。ただし、その中には単独の調査では不十分な項目もあった。

今回の調査では、労働衛生サービス機関を調査対象に含めなかった。一方、労働衛生サービス機関に関する情報は国際関係機関および日本政府在外機関から得ることを期待したが、結果的に関連する情報が得られなかった。

## D. 考察

今回作成したチェックシートを用いて、調査対象先で収集を期待する情報を整理し、事前に質問事項を送付することによって、網羅的に情報を収集できることが期待される。しかし、一部には期待された情報が得られない場合や予定された調査が何らかのトラブルで実施できない場合も存在する。したがって、事前に文献調査を施した上で、各項目について複数の情報先を確保することが望ましい。

今回のインド調査では、労働衛生サービス機関の情報が得られなかった。公的機関だけでは、民間のサービス機関の情報が十分に確保できない可能性が示された。一定の質の労働衛生活動が実施されるためには、労働衛生サービス機関の存在が必要であり、代表的なサービス機関を調査対象に含めることが必要と考えられた。

## E. 結論

本研究で作成されたチェックシートを用いて、各国調査を今後実施することが有効と考えられる。

## F. 引用・参考文献

1. 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
2. 深井七恵，平岡晃，梶木繁之，小林祐一，Chatchai Thanachokswang，

Sara Arphorn, 上原正道, 中西成元, 森晃爾. タイ王国の労働衛生に関する制度およ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. 2018 産業医科大学雑誌. 40(1):33-44.

3. 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およ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. 産業衛生学雑誌. 2017 59(6):229-238

#### 添付資料

1. アジア新興国の労働衛生関連情報収集チェックシート
2. インド調査での利用結果

# 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

最終改定日 年 月 日

厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生研究事業(30180401)

大項目	分類No	中項目	文献・インターネット等	現地調査						解説文
				行政機関	国際関係機関	日本政府在外機関	教育研究機関	労働衛生サービス機関	日系企業現地事業場	
I:国の概要	1	歴史								主な国の歴史
	2	宗教・民族								信仰や民族の割合(地域ごとの割合を含む)、宗教による生活や食事等の制限事項など
	3	人口								現在の人口、人口推移。人口ピラミッド
	4	政治・政策								現在の政治体制、政党、最近の選挙結果、主な政策、政治上の課題等
	5	憲法・一般法体系								憲法やその他の主要法体系
	6	産業・経済								主要な産業、経済状態、雇用状態
	7	労使関係・非正規労働者・移民								労働運動やその他の労使関係、非正規雇用の割合や状況、移民(州間移民を含む)
	8	治安・災害・公衆安全								犯罪や暴動など治安上の問題の発生状況、自然災害の発生状況、交通事故など
	9	日本との関係								政治経済上の日本との関係、日系企業進出状況、ODAの状況
II:医療・公衆衛生	1	公衆衛生・疾病・死因等の状況								感染症、主要な疾病、主要な死因、乳児死亡率等の公衆衛生の状況
	2	医師・医療者の養成・配置								医師や看護師、その他の医療者の養成および配置状況、医師の海外留学の状況等も含む
	3	医療機関の状況・質								医療機関の状況(数や公立・民間)、医療機関の質の評価(国際認証も含む)
	4	公衆衛生関連機関の状況								保健所、その他の公衆衛生関連機関の状況(WHOの関与なども含む)
III:労働安全衛生の基盤	1	労働安全衛生関連法体系								安全衛生に関わる主要法令やその他の法体系、最近の改正、ILO条約の批准状況
	2	施行の方法および状況								法令の施行の方法や状況(中央政府と地方政府との役割分担等を含む)
	3	行政機関・組織								労働安全衛生に関わる行政機構・機関
	4	監督機能								監督署等の監督状況、監督機関の数、民間機関の利用、事業場からの報告事項等
	5	労災保険・労災判定基準								労災保険制度、労災認定基準
	6	事業場に求められる安全衛生体制								法令で求められる安全衛生体制、安全衛生委員会、教育訓練等
	7	安全衛生専門職の選任基準								法令上の安全衛生専門家の配置基準、資格要件
	8	法令で求められる主要な安全衛生管理活動								マネジメントシステム、リスクアセスメント、特殊健診、一般健診、作業環境測定等
	9	安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況								法令上の安全衛生専門家の養成機関や養成数、充足率、地域偏在等
	10	国際機関、学術機関やその他の機関の活動状況								労働安全衛生に対する国際機関や学術機関、NGO等の関与
	11	労働安全衛生サービス機関								公的および民間のサービス機関のサービス内容および質、監査機関の状況
	12	中小企業やインフォーマルセクター等への対応								中小企業やインフォーマルセクター、正規雇用と非正規雇用の格差の課題、対応状況
IV:労働安全衛生の水準	1	国の安全衛生方針・戦略								国の安全衛生方針・戦略・計画の内容、運用状況
	2	労災統計・労災把握状況								労働災害の発生状況、労働災害の把握状況
	3	法令遵守状況								安全衛生に関わる法令の遵守状況
	4	安全衛生上の課題、特定要因への曝露等								安全衛生上の課題、発生している主要な曝露有害要因、特定業種の課題等
	5	課題への対策状況								安全衛生の主要課題への対応計画の検討状況や実施状況、国のキャンペーンやイベント等
	6	研究推進状況								安全衛生研究機関の存在、主要な研究テーマ、研究者の養成
	7	高度専門職の育成状況								産業衛生専門医・インダストリアルハイジニストなど、法令の最低要件を超えた専門人材の養成状況
	8	国際認証等の取得状況								ISO45001などの国際認証の取得状況
	9	労働者の安全衛生意識、教育水準								労働者の安全衛生意識の状況、安全衛生に対する教育水準

# 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 インド利用結果

最終改定日 年 月 日

厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生研究事業(30180401)

大項目	分類No	中項目	文献・インターネット等	現地調査						解説文
				行政機関	国際関係機関	日本政府在外機関	教育研究機関	労働衛生サービス機関	日系企業現地事業場	
I: 国の概要	1	歴史	○							主な国の歴史
	2	宗教・民族	○							信仰や民族の割合(地域ごとの割合を含む)、宗教による生活や食事等の制限事項など
	3	人口	○				△			現在の人口、人口推移。人口ピラミッド
	4	政治・政策	○			○				現在の政治体制、政党、最近の選挙結果、主な政策、政治上の課題等
	5	憲法・一般法体系	○				△			憲法やその他の主要法体系
	6	産業・経済	○		○	○	○			主要な産業、経済状態、雇用状態
	7	労使関係・非正規労働者・移民	○		○	○	○			労働運動やその他の労使関係、非正規雇用の割合や状況、移民(州間移民を含む)
	8	治安・災害・公衆安全	○		○	○	△			犯罪や暴動など治安上の問題の発生状況、自然災害の発生状況、交通事故など
	9	日本との関係	○			○	△			政治経済上の日本との関係、日系企業進出状況、ODAの状況
II: 医療・公衆衛生	1	公衆衛生・疾病・死因等の状況	○			○	○			感染症、主要な疾病、主要な死因、乳児死亡率等の公衆衛生の状況
	2	医師・医療者の養成・配置	△			○	△	○		医師や看護師、その他の医療者の養成および配置状況、医師の海外留学の状況等も含む
	3	医療機関の状況・質	○			○				医療機関の状況(数や公立・民間)、医療機関の質の評価(国際認証も含む)
	4	公衆衛生関連機関の状況			△		△			保健所、その他の公衆衛生関連機関の状況(WHOの関与なども含む)
III: 労働安全衛生の基盤	1	労働安全衛生関連法体系	△		○		△		○	安全衛生に関わる主要法令やその他の法体系、最近の改正、ILO条約の批准状況
	2	施行の方法および状況					△		○	法令の施行の方法や状況(中央政府と地方政府との役割分担等を含む)
	3	行政機関・組織	○	△	○		○			労働安全衛生に関わる行政機構・機関
	4	監督機能	△		△					監督署等の監督状況、監督機関の数、民間機関の利用、事業場からの報告事項等
	5	労災保険・労災判定基準	△		△		○			労災保険制度、労災認定基準
	6	事業場に求められる安全衛生体制	△		△		△		○	法令で求められる安全衛生体制、安全衛生委員会、教育訓練等
	7	安全衛生専門職の選任基準	△		△		○		○	法令上の安全衛生専門家の配置基準、資格要件
	8	法令で求められる主要な安全衛生管理活動	△		△		△		○	マネジメントシステム、リスクアセスメント、特殊健診、一般健診、作業環境測定等
	9	安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況			△		○		△	法令上の安全衛生専門家の養成機関や養成数、充足率、地域偏在等
	10	国際機関、学術機関やその他の機関の活動状況	△		△		△			労働安全衛生に対する国際機関や学術機関、NGO等の関与
	11	労働安全衛生サービス機関								公的および民間のサービス機関のサービス内容および質、監査機関の状況
	12	中小企業やインフォーマルセクター等への対応	○		○		○			中小企業やインフォーマルセクター、正規雇用と非正規雇用の格差の課題、対応状況
IV: 労働安全衛生の水準	1	国の安全衛生方針・戦略	△		○	△	△			国の安全衛生方針・戦略・計画の内容、運用状況
	2	労災統計・労災把握状況	△		○	△	○		○	労働災害の発生状況、労働災害の把握状況
	3	法令遵守状況			△				○	安全衛生に関わる法令の遵守状況
	4	安全衛生上の課題、特定要因への曝露等	△		○		○		○	安全衛生上の課題、発生している主要な曝露有害要因、特定業種の課題等
	5	課題への対策状況			△				△	安全衛生の主要課題への対応計画の検討状況や実施状況、国のキャンペーンやイベント等
	6	研究推進状況			△		○			安全衛生研究機関の存在、主要な研究テーマ、研究者の養成
	7	高度専門職の育成状況					○			産業衛生専門医・インダストリアルハイジニストなど、法令の最低要件を超えた専門人材の養成状況
	8	国際認証等の取得状況			△				○	ISO45001などの国際認証の取得状況
	9	労働者の安全衛生意識、教育水準	△		○	○	○		○	労働者の安全衛生意識の状況、安全衛生に対する教育水準



= 事前調査での情報収集が期待出来たもの及び訪問前に質問項目として送付した機関



= 事前調査での情報収集は困難と予測されたもの及び訪問前の質問項目送りに含めなかった機関

空欄

= 情報なし

△

= 情報は得られたが単独で報告書を作成するには不十分

○

= 単独で報告書に記載するのに十分な情報が得られた

## 分担研究報告書

### 2. 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  
研究分担者 伊藤 直人

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合報告書 (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)

研究分担者 伊藤直人(産業医科大学 産業医実務研修センター 助教)

### 研究要旨

日本がインドにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うため、インド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、インドの行政機関、ILO、日本大使館、教育・研究機関、日系企業を訪問して情報を収集した。

労働衛生行政は労働・雇用省 (Ministry of Labour and Employment) が管掌していた。安全衛生に関する主な法律である工場法に基づき、労働基準監督官 (Factory Inspector) による事業場の安全衛生を監督する制度や、産業医、安全管理者 (Safety Officer) に関する制度が存在していた。産業医資格を得るためには、医学部卒業し1年間の実務経験後に、3ヶ月間のAFIH (Associate Fellow of Industrial Health) を受講することが一般的である。また、労働災害の件数や職業病の報告の制度も存在するが、報告件数の信頼性は低い。インドでは州の独立性が高いため、安全衛生活動は州によるバラつきが大きいこと、労働者の多くが工場法の適応とならない非正規雇用として働いていることなどの問題が明らかになった。

経済発展を遂げるインドにおいては、社会・医療制度が十分には発達しておらず、労働安全衛生法令についても、体系的な法令の適用を模索中である。また、労働安全衛生を担う人材の不足や同国特有の労働安全衛生上の課題が存在している。日本から、人材養成、過去経験の共有、学術交流等を通じた様々な支援ニーズが存在すると考えられた。

### 研究協力者

森 貴大(産業医科大学 産業医実務研修センター)

廣里治奈(産業医科大学 産業医実務研修センター)

簗原里奈(産業医科大学 産業医実務研修センター)

石丸知宏(西日本産業衛生会 北九州産業衛生診療所)

梶木繁之(株式会社 産業保健コンサルティングアルク)

上原正道(ブラザー工業株式会社)

小林祐一(HOYA 株式会社)

## A. 目的

インドは年 7%前後の経済成長を遂げている。経済の急速な発展では、不均衡な発展のための安全衛生における様々な課題も存在することが多い。具体的には、疾病構造が変化すること、労働安全衛生対策への十分な投資が行われないこと、労働安全衛生を担う専門人材が不足することなどである。これらの課題は、日本において 1972 年の労働安全衛生法制定以来、取り組んできたことであり、多くのプログラム、人材、経験などの蓄積がある。このような蓄積を用いて、日本がインドにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うことは、労働安全衛生の発展に貢献するとともに、日本の地位向上にもつながる。

しかし、そのような支援はインドのニーズに合ったものである必要があり、支援に当たってはニーズの把握が不可欠である。そこでインドにおける労働安全衛生の実態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、ILO、日本大使館、教育・研究機関、日系企業を訪問し、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”、“occupational health” AND “India”）、文献検索を行った。検索の結果、PubMed 870 件（2018 年 4 月 16 日時点）、医中誌 249 件（2018 年 4 月 18 日時点）が該当し、担当者 2 名（HH・NI）でタイトル、抄録、本文を交互に確認し、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、産業保健の教育についての論文であり、専門家の種類や、専門教育の提供施設や、教育コースの例が記載されていた。2 つ目は、労働衛生士（industrial hygienists）についての論文であり、教育コースの例や教育内容が記載されていた。

### 2) 訪問調査

研究協力が得られた以下の機関を 2018 年 12 月 3 日～7 日に訪問した。今回作成した「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、各機関への質問事項を検討し、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。

#### ① Ministry of Labour and Employment, Govt. of India（労働・雇用省）

インドの労働衛生を管轄している行政機関である。当該機関に関する基本情報、インドの労働安全衛生についての質問した。

※トラブルがあり、情報収集のための十分な時間を確保できなかった。

## ② International Labour Organization (ILO) in India and South Asia

南アジア 7 か国（アフガニスタン、バングラディッシュ、インド、モルディブ、ネパール、パキスタン、スリランカ）を担当している。インドにおいて DWCP(Decent Work Country Program)の 5 年計画(2018-2022)に基づき活動している。事前に、南アジアの ILO Decent Work Team の基本情報、OSH に関する法律および規制、労働災害、についての質問した。

## ③ 在インド日本大使館

事前に、インドに進出している日系企業、医療・医療機関、公衆衛生・労働安全衛生、日本人の状況、についての質問した。

## ④ Indian Institute of Public Health, Gandhinagar (IIPHG)

インド国内における公衆衛生機関のうち唯一の教育機関であり、14 の学科がある。社会科学系・医学系に分かれており、総生徒数は約 300 名である。事前に、IIPHG の基本情報、インドの公衆衛生・労働安全衛生、教育制度、についての質問した。

## ⑤ National Institute of Occupational Health (NIOH)

インド国内にアーメダバード・バンガロール・コルカタの 3 箇所存在する研究機関であり、Ministry of Labour and Employment（労働・雇用省）下の Indian Council of Medical

Research(ICMR)に所属している。インドには疾病調査機関が 26 機関あるが、NIOH はその 1 つである。臨床疫学、人間工学、情報工学、大気汚染、毒物学、産業衛生などの分野について研究をしている。事前に、NIOH の基本情報、インドの労働安全衛生、研究状況、についての質問した。

## ⑥ 日系企業の現地事業場

### (ア)建設機械の製造会社

ダンプトラック、油圧ショベルなどの建設機械・鉱山用機械の製造・開発を行う企業で、東京に本社を置く。チェンナイ工場（労働者数約 460 名）における労働安全衛生の活動実態について調査した。

### (イ)自動車・二輪車の製造会社

静岡に本社を置く。インドには現在建設中の工場を含め 4 カ所の生産拠点があり、今回はマネサール工場（労働者約 9000 名）を訪問した。事業場の基本情報、労働安全衛生に関する法律、労働衛生活動、企業特有の活動についての質問した。

## C.結果

### 1. 国の概要

#### 1) 歴史

1947 年に英国領より独立した民主主義国家である。1950 年にインド憲法が制定され、連邦制の政治制度を採用している。

#### 2) 宗教・民族

主な宗教は、ヒンドゥー教徒 79.8%、イスラム教徒 14.2%、キリスト教徒



2.3%、仏教徒 0.7%、ジャイナ教徒 0.4%である。インド・アーリア人、ドラビダ族、モンゴロイド族等で構成されている。言語は、連邦公用語としてヒンディー語の他に、憲法で公認されている州の言語が 21 存在する。

### 3) 人口

12 億 1,057 万人で人口増加率は 17.78%と急増している。そのうち労働人口は 63.6%である

### 4) 政治・政策

連邦は中央、東部、南部、西部、北部の 5 地方制をとっているが、権限は中央政府に委ねられている。中央政府は、大統領(元首)、副大統領、首相以下の内閣をもって構成されている。議院内閣制(上院 250、下院 545 議席)を政体にとっており、大統領(元首)は連邦議会と州議会によって選出される。しかし行政の実権は内閣の首相にあり、主に連邦議会の下院の第 1 党党首が首相になる。首相の任期は 5 年である。2014 年から BJP(インド人民党)のナレンドラ・モディが首相の座に就いた。

モディ首相は **Make in India** 政策を掲げ、国内外の企業からの投資を促進し、人材育成、雇用対策、製造インフラ構築を目指している。また農村地区への支援にも取り組んでいる。州政府も中央政府と類似した構成をとり、州知事が州首相以下の州内閣とともに州行政にあたる。

### 5) 憲法・一般法体系

インド憲法は、1935 年のインド統治法と 1947 年のインド独立法を継承したもので、1949 年 11 月 26 日に憲法制定議会で成立し、1950 年 1 月 26 日に施行された。主権在民の共和国であることが明示されている。これまでに 70 回以上も改正されており、2011 年改正後の現在の版では、前文、450 の条文を含む 22 編、12 の別表、2 つの附則、114 の修正条項で構成されている。憲法条項に関する改正は下院で 3 分の 2 以上の賛成を必要とする。また、インドは 1947 年に英国領より独立したという歴史的背景から、英米法のコモンロー (**common law**) の法体系を採用している。しかし、重要な法令は基本的に全て成文で規定されており、判例や慣習は、法令の解釈において考慮されるのが通常である。

### 6) 産業・経済

主要産業は、農業、工業、鉱業、IT 産業である。GDP は 2 兆 5,974 億ドル (2017 年年度) であり、日本 (4 兆 8720 億ドル) の約半数であるが、GDP 成長率は 6.7% (2017 年度) を維持しており、着実に成長していると言える。

### 7) 労使関係・非正規労働者・移民

ILO の調査によると、非正規労働者は雇用の大多数を占め (約 95%)、特に問題となっているのは、労働者の権利である。非正規雇用は必ずしも **decent work** の状況に置かれておらず、正規セクターでも短期契約労働者な

どの非正規労働者が増えている。また、移民労働も問題視されている。州間で経済格差があるため、未発展の州から発展している州に出稼ぎに行く人が多く、発展した州のなかでも学歴の高い人は他国、特に中東へ出稼ぎに行く事が多い。州間の移民労働に関して、契約が結ばれない、労働安全衛生体制が整えられていない等、労働者の権利が守られていないという問題がある。(詳細は3労働安全衛生の基盤 (10) 中小企業やインフォーマルセクター等への対応を参照。)

## 8) 治安・災害・公衆安全

治安に関しては、犯罪件数が増加の一途(デリー準州内の犯罪認知件数：2012年 54,287件→2017年 233,580件、東京：2017年 125,251件)をたどっており、認知できていない犯罪も多くあると言われている。またデリーにおける重要犯罪(殺人、殺人未遂、強盗、強姦、誘拐など)は、東京と比べて約10倍である。邦人が被害に合うケースとしては強盗、窃盗、性犯罪が多い。

## 9) 日本との関係

在留邦人数は外務省のデータ(H29年)では9,197名であり、デリー・グルガオン地域在住者が5,000~6,000名、バンガロール、チェンナイ、ムンバイが各1,000人である。その他、アーメダバードやコルカタには若干名住んでいる。

日本企業の進出数は着実に増加し

ており、2017年10月時点で1,369社である。産業の主流は自動車産業で、マルチスズキ、トヨタ、日産、ホンダなどが進出している。最近ハードウェアが増えてきている。またMUJI(無印良品)が入るなど新たな業種も進出している。日系企業の進出エリアとしては、北部のデリー、ハリアナ、北西部のラジャスタンが多い。グジャラートも増加傾向である。南部としてはチェンナイ、バンガロールが多く、自動車工場がサプライヤーを含め集約している。

また、チェンナイから2.5時間程の距離にあり地価も安いスリシティも人気がある。インド中央政府は繊維産業・医療機器・食品分野を重点3分野に掲げている。中央政府として税制減免を行っているケースもあるほか、州政府によって特別なインセンティブを与えているケースもある。

工場団地においては、以下のインフラをインセンティブとして、海外企業を誘致している。

- 電気や水道の整備
- 土地の買収の完了(土地の権利関係で農民と揉めることが多いため、利点と言える)
- 労働力確保(工場団地が労働争議を行っている)
- 輸出入の手続きが出来る出先機関を工業団地近辺に設置
- 減税
- さまざまな手続きをシングルウィンドウで進められること(しかし、手続きの一部のみシングルウ

インドウである州もあり、ばらつきがある。経産省はシングルウィンドウの改善を進めている。）

JETRO（日本貿易振興機構）が企業の誘致に関わることがある。JETROはデリー、チェンナイ、バンガロール、アーメダバードなどに事務所を構え、主に労働環境や経済状況を紹介したり、関係する工場団地を紹介したり、また工場団地セミナーの関係者を呼んだりしてサポートしている。

また、独資企業については、イオンなどマルチブランドは規制の対象になる。シングルブランドに関しては規制がかからない。

## 2. 医療・公衆衛生

### 1) 公衆衛生・疾病・死因等の状況

2018年のデータでは、平均寿命が68.8歳（男性67.4歳、女性70.3歳）と低く、新生児死亡率、5歳以下の乳幼児死亡率が、それぞれ1,000人当たり25.4人、43人と高い。

2015年のデータで、医学的に証明された死亡数は、全死亡数の22%のみであるが、証明された死因では循環器系疾患(33%)が最も多く、感染症・寄生虫(11%)、呼吸器系疾患(9%)が続いている。

### 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いる。人口1万人当たりの医師数は7.6人（日本23.7人）、看護師・助産師数は20.9人（日本112.4人）、病床数は7床（日本134床）である。こ

れらの医療職では、国家統一の資格試験はなく、大学医学部（MBBS：Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery）の卒業時に大学の試験を受け、州政府に登録することで資格が得られる。看護師も同様である。医療レベルは、欧米で研修を受けている医師も多く、日本と同レベルの医療を行う技術はあるようである。専門医と非専門医の地位の差は大きく、また医師と看護師の差も大きい。看護師は医師に対して、意見や反論は言うまでもなく、提案さえもできないという状態であり、日本のようなチーム医療は期待できない。そのため、看護師の技能が上がり、育成の問題がある。また民間病院の看護師の給与は公立病院よりも低水準なため、民間病院ではより一層看護師の定着率が低く、育たない。具体的には、処置をする前の消毒を忘れる、刺入に失敗した点滴針を再利用する、といった初歩的なミスも多いと指摘されている。

### 3) 医療機関の状況・質

医療資源の絶対数が少なく、地域や貧富の差によっても医療アクセスには大きな格差が生じている。

公的医療機関と民間医療機関があり、民間医療機関が約75%を占める。病院数、病床数は増加傾向にあり、特に民間病院の増加が著しい（1970年代の公立病院と民間病院の比率は7：3であった）。規模の大きな民間病院は、大都市で高次医療を中心に展開しているが、近年は人口の少ない都市や二

次医療にも進出している。また、大都市圏では Apollo グループや Fortis グループなどの大規模株式会社病院チェーンが拡大している。

公立医療機関は基本的に無料で診察を受けることができ、薬代のみ自分で支払う。公立医療機関は一次医療を提供する、サブセンター、プライマリーヘルスセンター、コミュニティヘルスセンター、二次医療を提供する県立病院、三次医療を提供する大学病院などに分類される。一次医療機関のサブセンターでは、軽度の病気の診療や予防接種、母子健康管理など最低限の医療を提供している。人員配置基準がないため、医師・看護師不在で、専門職としての医療知識を十分には保有していない健康管理担当者レベルの人だけが配置されているところが多い。人口 5,000 人につき 1 施設という設置基準があり、2018 年データで 156,231 カ所ある。今後、アユシュマン・バラット施策の下、ヘルス・アンド・ウェルネスセンターという、最低限の医療職の配置や必須医薬品の配備、遠隔診療等を実施するセンターへのアップグレード化を目指している。プライマリーヘルスセンターは、医師数名が配置され、地域患者の治療を担い、少数ながら病床を持つ。人口 3 万人につき 1 施設という設置基準があり、25,650 カ所ある。コミュニティヘルスセンターは、外科医・内科医・産婦人科医・小児科医の 4 名が少なくとも配置されており、人口 12 万人につき 1 施設という設置基準があり、5,510 カ

所ある。しかし専門医が大幅に不足している。給与が安い民間病院と兼務している医師が多く、遅刻や欠勤が日常茶飯事という現状がある。サブセンターとプライマリーヘルスセンターは政府目標施設数の充足率が 80% 台であるが、コミュニティヘルスセンターは、国内の専門医が少ないため、充足率は 60% 台である。

県（州の下位行政区間）には二次医療機関の県立病院があるが、病院設備やスタッフの質は、州財政に依存しており、州による格差が大きい。二次・三次医療機関については、十分な調査が出来ていない。

デリーに全インド医科大学 (AIMS: All India Institute of Medical Sciences) という三次医療機関があり、この病院も無料で受診できる。しかし医師以外の医療職やスタッフのレベルは高くない。依然としてカーストが根強く残っているため、社会的地位の低い人が消毒など衛生面に関わることもあり、白衣は着るが手を洗っていないかったり、手術室の掃除をするときに汚いモップで掃除したり、手を洗わなかったり、オートクレーブで殺菌したガウンを床に置いたり、ということが起こっており、衛生状況は悪い。また、1 日の外来患者数は 1 万人ほどと許容人数を大きく上回っており、患者や家族が病院周辺の屋外で野宿をして診療を待つほどであり、1 月初旬は寒さのため凍死者が発生することもある。

一方で民間病院は主に二次・三次機

能を担っている。二次医療を提供し主に中間所得層向けの専門病院/総合病院や、第三次医療を提供するマルチスペシャリティ病院、特定の疾病に対して先端技術を持つスーパースペシャリティ病院、がんや心臓病など特定の治療に特化したシングルスペシャリティ病院などに分類される。公立病院と異なり診察代がかかる。街中で見かける「ドクター」と看板を掲げている施設は、無資格医師が経営している事も多く、デリーでは約 5 割が無資格医師であり、地方では約 2 割しか資格を持っていない。無資格の医師であっても、処方や注射、点滴を行ったり、抗がん剤も使用したりしている。

#### 4) 公衆衛生関連機関の状況

インドには疾病調査機関が 26 機関あり、今回訪問した National Institute of Occupational Health はそのうちの 1 つであり、他にも他にも肝炎や HIV といった感染症や生活習慣病などの様々な機関が存在する。専門職の養成機関に関しては、3 労働安全衛生の基盤の 9) 安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況、に記載した。

#### 5) 医療保険制度(日本人およびナショナルスタッフ向け)

社会保障制度は、組織部門(organized sector : 20%)と非組織部門(unorganized sector : 80%)に分かれている。組織部門とは、公的部門や、雇用規模一定以上(一般的には 10 人以上)の民間部門の事業所を指し、主要

な労働・社会保障法の適応対象となるため、比較的安定した雇用を確保できる。組織部門で、一定以上の人数(10人以上)の工場で働く一定所得以下(月給 21,000 ルピー以下)の労働者とその家族は従業員国家保険(ESI)に入れる。その他の人たちは ESI には入れないため民間保険を利用する。貧困層には、2018 年 9 月に国家国民医療制度(PM-JAY)が開始された。この制度が定着すれば、全人口の 4 割をカバーすることが可能となる。日系企業でインド人労働者を雇う際に、通常保険に加えて、会社として医療保険に入っていることがある。これは、適切な医療を受けられずに病態を悪化させて失職するような社会的弱者を出さないための支援である。

### 3. 労働安全衛生の基盤

#### 1) 労働安全衛生関連法体系

労働衛生に関する主要な法令は、工場法(Factories Act, 1948)を基本法令として、ドック労働者法(Dock Worker's Act, 1948)・鉱山法(Mines Act, 1952)・ビルその他建設労働者法(Building & Other Construction Workers Act, 1998)の 4 種であり、その下の安全衛生関連規則は 23 種ある。そして州が、法をもとに規則を定めている。しかし、法の詳細が定められておらず、形骸化しているものも存在する。工場法は古い法律ではあるが、適宜改正は行われている。管理は、インド政府の労働・雇用省や、保健・家族福祉省、Directorate General

Factory Advice Service & Labour Institutes (DGFASLI 工場指導局・労働研究所評議会)、州政府が行っている。

## 2) 施行の方法および状況

訪問した日系企業においては、インド工場法の第Ⅲ章衛生、第Ⅳ章安全、第Ⅳ-A 章危険な工程にかかわる規定、第Ⅴ章福利厚生等の各条項を遵守する形での安全衛生活動が実施されていたが、政府としての法令の施行方法や、インド全体としての状況については、今回の調査だけでは、十分な情報は得られなかった。

## 3) 行政機関・組織

インドにおける労働衛生行政は、労働・雇用省 (Ministry of Labour and Employment) と保健・家族福祉省 (Ministry of Health and Family Welfare) が管掌している。前者は、労働関係の政策立案や監督業務を行い、後者は、医療や実験の管理を担っている。しかしながら州の独立性が高く、医療と同様、実施責任は州政府となっている。

## 4) 監督機能

労働基準監督官 (Factory Inspector) による監督制度が存在する。監督官の介入の有無は州によって異なっている。インド国内全体で 10 万人弱の監督官が存在するが、減少傾向である。不足の理由としては、公務員の給与が上がり予算が確保できない、賄賂が横

行している、オンラインでの自己申告システムが存在している、などが挙げられる。監督官は、大学卒業者である事が要件とされており、国家試験の合格を以って資格認定される。監督官には工場差し押さえ等の強い権限が与えられているため、適切な教育により知識や技能といった質の担保がなされる必要があり、1 ヶ月間のトレーニングが実施されている。作業環境測定は、外部機関に委託する場合もあるが、監督官が実施する場合もある。作業環境測定にライセンスは不要である。

## 5) 労災保険・労災判定基準

日本の労災病院のような位置づけで、二次・三次医療を提供している ESI (Employee's state insurance) 病院が、労災による身体障害の級を判定し、労災保険による治療を提供している。労働災害は、発生後 2 日以内に報告する義務がある。労災認定医は、ILO の診断訓練コースを受けて診断技術を身に着けることが推奨されている。医師は、日常診療で職業性疾病を診断した場合は、occupational diagnosis center に報告書を提出することになっているが、実際にどの程度診断できているかというデータはない。

## 6) 事業場に求められる衛生体制

危険な工程が行われ、あるいは危険な物質が使用または取り扱われている工場で、作業中の適切な安全と健康を維持し、このため取られた諸措置を

定期的に検討する上で、労働者・経営者間の協力を促進するため、労働者および経営者から同数の代表者で構成する安全委員会を原則設置し、3カ月に1回の開催しなければならない。

今回訪問した日系企業では、工場の各部門では2ヶ月に1度、各工場では4ヶ月に1度、中央安全衛生委員会は半年に1度と、法令では定めれていない3段階の労働安全衛生に関する委員会を設置・開催していた。

## 7) 安全衛生専門職の選任基準

産業医の選任要件は、危険作業のある工場であり、労働者が51~200人までは嘱託、200-500人で常勤1人、500人以上で2人であるが、その詳細な職務、資格、条件は、州政府によって規定されている。

また、安全管理者に関しては、1000人以上の労働者が日常的に雇用されている工場、あるいは、労働者に身体的傷害または中毒、疾病もしくはその他の健康に対するリスクを伴う製造工程があると州政府が認めた工場は、州政府の要求した人数の安全管理者を雇わなければならない。

## 8) 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る。一般健診としては、雇用時健診と定期健診が実施されている。また、食堂の従業員に対する健診の実施義務もあり、一般的な血液検査に加え、赤痢や腸チフスの尿中および便中検査の実

施が規定されている。有害業務における健診項目は工場法で決められているが、詳細は州ごとに規定されており、最終的に検査項目を決定するのは産業医である。多くの場合、健診機関にて判定まで行われるため、産業医の業務としては結果の確認と事後措置である。しかし、各検査項目の基準値や、分析精度の保証はないため、労災疾病の早期発見は困難である。また、義務であるにもかかわらず、健診を実施しているのは一部の企業のみであり、実態が伴っていない。

作業環境測定は工場内の safety inspector により実施されている。作業環境測定するための資格は不要である。化学物質及び中毒性物質の曝露許容限界については、工場法に記されている。(表1)

## 9) 安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況

### ① 産業医 (Factory Medical Officer)

医師免許取得には、高校での成績基準を満たし、医学部入学試験に合格し、4年半の講義と1年半のインターンシップの計6年を経験しなければならない。国家統一の資格試験はなく、医学部卒業時に大学の試験を受験し、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery : 医学外科学学士) を修得し、州政府に登録することで医師免許取得となる。

産業医の資格要件は、1916年インド医療学位法または1956年インド医療評議会法による認定医療実務者、

AFIH 修了者、DIH（産業保健ディプロマ）、工場での長期間勤務経験者（自動車業以外）で工場最高検査官により免除された者、CIH 修了者（グジャラート州でのみ有効）である。

産業医の養成にはいくつかのコースがあり、代表例は永久資格の AFIH（Associate Fellow of Industrial Health）である。AFIH は 3 ヶ月のコースで、DGFASLI が内容を規定しており、疫学・管理・安全などの座学と実地研修が含まれており、産業医学全般について学ぶ。医学部卒業後 1 年の工場勤務や産業保健分野での勤務歴または最低 2 年間医療実務経験などが応募条件となっている。インド国内では 8~9 の教育機関で AFIH コースが開催されており、工場法が適用される工場では、AFIH 資格者は必要不可欠である。コース修了時に試験があり、合格すると資格をとることができる。

AFIH のほかにも、様々なプログラムが存在しており、MPH は 2 年間のコースとなっている。講義形式の授業がメインだがフィールドスタディーもある。半年で 1 学期であり、3 学期とインターンシップ 1 学期となっており、各科目の試験と卒業論文の内容で卒業が決まる。他には、グジャラート州でのみ有効である CIH（Certified Industrial Hygienist）があり、グジャラート州政府の労働・雇用省によって承認された、週 1 回 6 ヶ月のコースとなっている。The Maharaja Sayajirao University of Baroda の Center for Lifelong Learning & Extension が提

供し、参加資格は MBBS/MCI 登録もしくは 1 年間の産業従事経験もしくは 2 年間の他（詳細不明）の経験となっている。1 学年 15 人程度と限られている。教育コースに限らず、多職種で構成された産業保健学会（会員約 3000 人）や、各施設などにおけるプログラム等、教育の機会が提供されている。

産業医の業務は安全衛生面におけるリスク管理よりも健康管理に重点がおかれている。

情報誌やキャンパスリクルートや、派遣会社等を利用して産業医先を探しているようである。

## ② 認定診断医（Certifying Surgeon）

州政府により、認定診断医が任命される。権限を与えられた医師は工場法に基づき、若年者の雇用、有害業務従事者の検査、取り扱い物もしくは作業条件による疾病発生時や使用物質の変更もしくは新規採用により健康障害が発生する場合の医療的対応を行う。

## ③ 安全管理者（Safety Officer）

安全管理者の責務、資格および勤務条件は、州政府により定められる。

安全管理者の資格要件は、産業衛生（Industrial hygiene）の学位（1 年）あるいは理学修士（2 年）の保有者である。また、e ラーニングによる遠隔学習コース（安全衛生環境マネジメント修了・健康管理修了・研究方法論修了・公衆衛生と病院管理専門家の修了/学位）もある。

訪問した日系企業の現地事業場で



は、安全管理者を中心に職場のリスクアセスメントや化学物質のリスクアセスメントを行ったり、日々の職場巡視、新入社員への安全に関する教育などを行ったりしていた。

#### 10) 中小企業やインフォーマルセクター等への対応

人口 1 億 2100 万人で労働人口は 63.6%であるが、安全衛生関係法令が適応される労働者はその 8%未満となっており、92%以上がインフォーマルセクターという形式で働いている。大多数が非正規雇用であり（約 95%）、特に問題になっているのが労働者の権利で、非正規雇用は必ずしも働きがいのある人間らしい仕事（**decent work**: 1999 年の ILO 総会において提唱された考え方）の状況に置かれていない。フォーマルセクターでも短期契約労働者などの非正規労働者が増えているという問題もある。発展している IT 産業と農村部では格差があり、プラットフォームワーカーと言われる、デジタルの分野で仕事を探してくる人たちは、雇用保険がないという問題もある。労働者にも労働組合にも産業保健に関する知識がなく、需要も交渉力もない。

他にも問題は多岐にわたっている。特に農村における女性の就業率が低く、その理由としては、識字率が低い、農村部では雇用の機会が少ない、女性は家庭に入るといった伝統的な考え方が根強い、などが挙げられる。職場における暴力やセクシュアルハラスメ

ントも問題となっている。また、若年者の多くが、親を助けるために労働をし、教育を受ける機会を失うため、**decent work** ではない単純労働にしか従事できず、貧しい生活を送らざるを得ない状況にある。ほかにも、州間で経済格差があるため、未発展の州から発展している州に出稼ぎに行く人や、発展した州のなかでも学歴の高い人は他国、特に中東へ出稼ぎに行く人が多い。移民労働に関しては、契約が結ばれない、労働安全衛生体制が整えられていない等、労働者の権利が守られていないという問題もある。インドの労働事情は変化が激しいため、将来仕事はどのように変わっているか、気候変動が雇用にどう影響するかといった懸念もある。

労働行政と産業保健は大きく関わっている。ILO が政労使と協議して決定した **decent work** 実現のための 5 年計画プログラム DWCP (Decent Work Country Program) 2018-2022 が進行中であり、雇用および労働問題について取り組まれている。プロフィールも出来上がり、政府承認の最終段階まで来ている。労働法に関して労働安全衛生をどう改定するのかに焦点が当てられており、今後の課題としては、労働安全衛生のサポートには何が必要か、地元の労働局などとの関わり方はどうするか、といった点が挙げられる。

#### 4. 労働安全衛生の水準

##### 1) 国の安全衛生方針・戦略

国の産業衛生政策の主な方針は、労働災害、疾病、死亡者数、災害、資産の損失を削減し、より高いレベルの労働安全、健康および環境パフォーマンスを達成することで、従業員と社会全体の幸福を高めることとされている。戦略としては、産業保健に関する法的枠組み、管理および技術サポートサービス、安全衛生基準の改善に対する雇用主および従業員へのインセンティブ、新たなリスク領域の研究開発、労災予防戦略の監視、技術やマンパワーの開発などが挙げられた。

## 2) 労災統計・労災把握状況

### ① 労働災害

ESI (Employee's state insurance) 病院 (日本での労災病院のような位置づけで二次・三次医療を提供している) が、労災による身体障害の等級を判定し、労災保険による治療を提供する。労災認定を判断する医師は ILO の診断訓練コースを受け、労災疾病診断技術を身に着けることが推奨されている。

労働局のデータでは工場法に基づいて報告された労働災害数は、登録工場数・雇用労働者数の増加にも関わらず減少傾向にある。2015年では、労災事故件数は約 20,000 件(2012年約 30,000 件)、死亡数は約 1,100 件(2012年約 1,400 件)と年々減少している。しかしこのデータは、製造業の組織部門(organized sector)のみをカバーした統計であり、非組織部門(unorganized sector)は含まれていな

い。また報告体制が周知できておらず、監督官数の減少に伴い雇用主の報告が徹底されていないなどの理由から、アンダーリポーティングである可能性が考えられる。

### ② 職業病

工場法に 29 種類の届出が必要な疾患が規定されている(表 2)。代表的なものとしては、職業性肺疾患(珪肺など)や、中毒(鉛など)、接触性皮膚炎、職業性がん、騒音性難聴などがあり、報告件数が最も多いのは珪肺、次いで綿肺である。どの病院でも医師は日常診療で職業性疾病を診断した場合は、occupational diagnosis center に報告書を提出することになっている。しかし過去 6 年間の報告数の合計は 217 件(2016 年は 9 件のみ)と非常に少なく、州によって報告数に大きなばらつきがある。診断できていないケースが多く、職業病についてもアンダーリポーティングである可能性が高い。またインドでは現在も石綿が使用されているため、石綿関連疾患が今後も継続的な課題となることが懸念される。

## 3) 法令遵守状況

訪問した日系企業では、インド工場法の各条項の実施状況や、法令に規定のある工場に必要なライセンスや製造に関する認証等の取得状況について聴取した。工場法に関しては、州ごとの詳細な規定や解釈が記述された冊子が出版されており、その内容に基づいたコンプライアンス管理を行っ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

##### ① アスベスト問題

インドでは現在もアスベストを使用している。過去 16 年間の使用量は、1 位中国・2 位ロシアに次いで 3 位インドであったが、現在では中国に次いで 2 位となっている。

##### ② 船舶解体問題

ヨーロッパ内では、ヨーロッパの基準により処理できる場所がほとんどなく、わずか 10%の量しか船舶解体処理ができていない。そのため、インド（国内 12 か所）やパキスタン、バングラディシュ、中国（撤退気味）で行われている。しかしインドで船舶解体作業中の死亡事故が多発しており、労働安全衛生が重要課題となっている。また、中国で解体すると日本に海洋汚染による影響がでるため、JICA としてインドでの船舶解体作業を支援しているが、環境のみの支援であり安全衛生的な観点が乏しいという問題がある。

##### ③ 若年労働者問題

世界的に、若年労働者は、労働安全衛生の教育や研修を受ける機会がない、あるいは少ないため、労災を起こしやすいという報告がある。現在南アジア各国において職業訓練校や小中学校でも、安全についての教育を実施しようという動きがある。

また全体的な課題として、現存する 40 以上の労働法を 4 種類にまとめようという動きがある。しかし、寄せ集

めているといった印象もあり、労働組合との摩擦もあるため、今後どう進めていくかが大きな課題となっている。労働安全衛生に関する国際労働基準の批准を促進することも重要であると考えられていた。

#### 5) 課題への対策状況

##### ① データの収集・管理の欠如

様々なデータが不足しており、現在得られているものも信憑性が低い。健康障害が発見されたとしても、他に同様の健康障害が生じている労働者がいないかの調査システムもなく、管理も不十分である。労災事故や職業病の報告を強化するためには、雇用主に労災と職業病の報告義務を徹底する、オンラインレポートなどの報告しやすいシステムを導入する、労災補償制度との連携を確立する、などが挙げられる。労働者・雇用主・医師の 3 者でのやりとりが可能となればよい統計が得られる可能性があるとのことであった。

##### ② 専門家による支援の欠如（産業医の量と質の不足）

そもそも医療職の人数が不足している。労働者数等を考慮すると 10,000 人以上の産業医が養成されることが望ましいが、現状では不足している。必要な数の産業医を確保できない場合は、1 人の産業医が複数の事業場を担当するほか、臨床医が産業医を兼務するといった形でカバーしている。産業医不足の理由としては、医学生が興味を持つ機会に乏しいことや臨床医

と比較すると給与が安いことなどが挙げられる。

教育プログラムが多岐にわたっているため能力格差が出ることも問題である。教育機関によっては、産業医の業務として職場巡視やリスク評価を実施するよう指導しているが、実際は、メディカルセンターでの通常診療・処方や、怪我の処置が主な業務となっている。産業医が積極的に活動することをあまり快く考えていない企業もある。

ある外資系企業は、工場建設の段階から産業保健専門家が介入して、労働安全衛生の指導やトレーニングを提供している。日系企業を含む外資系の外部資源がインドの安全衛生の向上に寄与するケースもある。

## 6) 研究推進状況

Indian Institute of Public Health, Gandhinagar では、州におけるサラセミアおよび鎌状赤血球疾患の状況分析、早産児リスク因子のコホート研究、新生児医療サービス評価、低中所得国における栄養介入の有効性などについて研究が行われていた。

National Institute of Occupational Health では、臨床疫学・統計・人間工学・殺虫剤・情報工学・動物施設・政府・大気汚染・毒物学・微生物学・生化学・産業衛生などに関する研究が行われている。珪肺の早期発見方法の検討や、CDC (Consultancy Development Centre) と共同で、珪肺結核の共感染対策プロジェクトや電

子廃棄物処理業者の重金属曝露、インフォーマルセクターの農薬曝露などが現在の主な研究テーマである。

## 7) 高度専門職の育成状況

インドでは必要と考えられる産業医数よりも実数が少なく、産業医の養成コースも州の認定コースも含めると多岐に渡るため、産業医の能力格差が生じている。

通常の産業医業務は、診療所内での診療や、怪我した労働者への対応が多いが、Indian Institute of Public Health, Gandhinagar では、職場巡視をしてハザードを特定し、リスクアセスメントを実施した後に改善を実施するといったリスクマネジメントを含めた活動をするように指導する教育機関もある。また、AFIH だけでなく、産業医の有所得者に対し 1-2 日程度の研修も提供している。

外資系企業では工場建設の段階から産業保健専門家が介入して、労働安全衛生の指導やトレーニングを提供している。日系を含む外資系の外部資源がインドの安全衛生の向上に寄与するケースもあるとの意見もあった。

## 8) 国際認証等の取得状況

今回訪問した日系企業では、労働安全衛生マネジメントシステムの国際認証を取得している企業と取得していない企業があった。前者は、日本本社から指示ではなく、工場独自の取組みとして、これまでに ISO9001、ISO14001、OHSAS18001 を取得して

おり、現在 ISO45001 の取得を目指していた。後者は、日本国内工場でも認証を取得していないため、まず日本国内の工場(マザー工場)での ISO45001 の取得し、その後、日本の本社・工場からの支援を受けてインド工場でも取得を目指しているとの回答があった。

### 9) 労働者の安全衛生意義、教育水準

労働災害などによる労働損失は GDP の 4% に至ると推定されており、一部では産業保健が注目されているが、労働安全衛生への意識は低いものとなっている。政府も関心を持っておらず、法律や政策措置からの支援が欠如している。焦点、目標、効果的な産業保健システムの必須条件などを挙げても、法令によって規定されているものと実施が推奨されているものが混在しており、実施されていないものも存在している。安定的な長期政権(現在のモディ政権)ができれば、改革に前向きになることができるため、2019 年の総選挙は大きな節目になると言われている。

現場の専門職や労働者自身の意識が低い事も課題である。短期的には健康影響が判りにくい衛生問題への関心や知識は、安全に関するものと比べると更に低く、産業医を含む専門職においても例外ではない。民主的という民族性の問題もあり、意識を変えるには非常に時間がかかることが予想されている。そもそも安全に対する意識も希薄であり、法律を強化しても、事

業主・担当者がその必要性を理解するとともに、労働者の認識をボトムアップしない限りは、現状の改善は困難であると予測される。例えば、工場の安全教育施設などで保護具について労働者を教育したとしても、その教育効果は一時的であり、村に帰省した際に親や親戚から理解が得られず否定されることによって、元のレベルに戻ってしまうといった話がある。そうならないために、数ヶ月単位の技能実習の導入や、労使共同での活動の効果が期待されている。

### D. 考察

インドについて、文献調査および関係主要機関を訪問して、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、法令とその適用に関して、現在の工場法を基本とした法体系には、その対象範囲や規定の内容の不確実性など、様々な課題がある。しかし、現在、ILO の支援を得て、新たな法体系が作られている。したがって、立法過程には支援ニーズが存在しなかった。ただし、同国の法律は、国の法律の具体的な解釈と適用が各州に委ねられており、実際の適用においては支援ニーズが存在する可能性がある。

実際の法令の適用や展開は、人材を通じて行われる。同国には労働安全衛生を担う一定の人材養成が行われている。具体的には 1 年コースの産業衛

生専門家 (Industrial hygiene) である。しかし、産業医は3ヵ月の研修であり、欧米や日本等の専門医レベルの産業医養成に比べて不足している。また、それ以外の安全衛生関連人材は、国の広さや人口と比較して、養成数も不足しているため、大きな支援ニーズが存在すると考えられる。

また、法令やより高いレベルの標準の適用においては、現地に根付いた日系企業による Good Practice の創出も支援方法の一つである。今回訪問した自動車工場は、同社がインドの経済に重要な位置を占めていることを背景に、労働安全衛生における Good Practice が存在していた。このような日本企業の取組は、同国の労働安全衛生の発展をリードすることになるし、そのような企業で働いている労働安全衛生専門家が、学会や協会等の団体活動などにおいて、事例提供をはじめとするリーダーシップを発揮することも推進に寄与すると考えられる。

同国が抱える労働安全衛生上の問題の中には、かつての日本が経験したアスベスト等の課題と、船舶解体業などの同国特有のものがある。前者については日本での知見が直接的に役立つと考えられる。また、後者についても学術交流を通して、一定の貢献を果たすことが可能と考えられる。

## E. 結論

経済発展を遂げるインドにおいては、社会・医療制度が十分には発達しておらず、労働安全衛生法令について

も、体系的な法令の適用を模索中である。また、労働安全衛生を担う人材の不足や同国特有の労働安全衛生上の課題が存在している。日本から、人材養成、過去経験の共有、学術交流等を通じた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) 独立行政法人労働政策研究・研修機構、インドの労働・雇用・社会—日系進出企業の投資環境—、2016
- 2) 独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所：1948年インド工場法  
<https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/japanese/country/india/law/factory/factory.pdf>
- 3) 外務省：インド基礎データ、2018  
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/data.html>
- 4) 経済産業省：医療国際展開カンントリーレポート—新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報—インド編、2018  
[http://www.meti.go.jp/policy/mo-no\\_info\\_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/countryreport\\_India.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mo-no_info_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/countryreport_India.pdf)
- 5) 厚生労働省：2017年海外情勢報告、第6章南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向、2017  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyokaigai/18/dl/t6-01.pdf>

6) DGFASLI in collaboration with ILO : National Occupational Safety and Health (OSH) profile, Draft  
<http://dgfasli.nic.in/Nat-OSH-India-Draft.pdf>

7) 在インド日本大使館、ジェトロ : インド進出日系企業リスト、2017  
[https://www.in.emb-japan.go.jp/Japanese/2016\\_co\\_list\\_jp.pdf](https://www.in.emb-japan.go.jp/Japanese/2016_co_list_jp.pdf)

8) Rajnarayan R : Occupational health training in India: Need for a competency-driven approach, Indian J Occup Environ Med. 2016 Jan-Apr; 20(1): 39-43.

9) Tiwari RR : Situational analysis of industrial hygienists in India, Indian J Occup Environ Med. 2015 May-Aug;19(2):90-4

10) 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

に. 産業衛生学雑誌 2020  
62(3):136-145

#### H. 知的所有権の取得状況

なし

#### G. 論文発表

- 石丸知宏、廣里治奈、森貴大、伊藤直人、平岡晃、簗原里奈、梶木繁之、上原正道、小林祐一、森晃爾. インドの労働衛生に関する制度およ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

表1

## 化学物質の許容限界値

物質	許容される曝露の限度			
	時間加重平均濃度 (TWA) (8時間)		短期曝露 限界(15分)	
	ppm	mg/m <sup>3</sup> **	ppm	mg/m <sup>3</sup> **
(1) アセトアルデヒド	100	180	150	270
(2) 酢酸	10	25	15	37
(3) アセトン	750	1,780	1,000	2,375
(4) アクロレイン	0.1	0.25	0.3	0.8
(5) アクリロニトリル-皮膚(S.C.)	2	4.5	---	---
(6) アルドリン-皮膚	---	0.25	---	---
(7) 塩化アリル	1	3	2	6
(8) アンモニア	25	18	35	27
(9) アニリン-皮膚	2	10	---	---
(10) アニシジン(o,p-異性体)-皮膚	0.1	0.5	---	---
(11) 砒素および可溶性化合物(As とし)	---	0.2	---	---
(12) ベンジン(S.C.)	10	30	---	---
(13) ベリリウムおよびベリリウム化合物(Be として)(S.C.)	---	0.002	---	---
(14)ボロントリフルオライドC	1	3	---	---
(15)臭素	0.1	0.7	0.3	2
(16)ブタン	800	1,900	---	---
(17)2-ブタノン(メチル エチル ケトン -MEK)	200	590	300	885
(18)n - ブチルアセテート	150	710	200	950
(19)n -ブチルアルコール-皮膚-C	50	150	---	---
(20)第2/第3ブチルアセテート	200	950	---	---
(21)ブチルチオール	0.5	1.5	---	---
(22)カドミウム粉末、同塊(cd として)	---	0.05	---	---
(23)酸化カルシウム	---	2	---	---
(24)カーバリル(セビン)	---	5	---	---
(25)カルボフラン(フラダン)	---	0.1	---	---
(26)二硫化炭素-皮膚	10	30	---	---
(27)一酸化炭素	50	55	400	440
(28)四塩化炭素-皮膚(S.C.)	5	30	---	---
(29)クロルデン-皮膚	---	0.5	---	2
(30)塩素	1	3	3	9
(31)クロロベンゼン(モノクロロベンゼン)	75	350	---	---
(32)クロロフォルム(S.C.)	10	50	---	---
(33)ビス(クロロメチル)エーテル(H.C.)	0.001	0.005	---	---
(34)クロム酸およびクロム酸塩(Cr として)	---	0.05	---	---

\* 1987年法律20号により挿入(w.e.f. 1.12.1987)



表1

(35)第一クロム塩 (Cr として)	---	0.5	---	---
(36)銅ヒューム	---	0.2	---	---
(37)棉粉じん、未加工	---	0.2*	---	---
(38)クレゾール、全異性体-皮膚	5	22	---	---
(39)シアン化物(CN として) - 皮膚	---	5	---	---
(40)シアノーゲン	10	20	---	---
(41)DDT(ジクロロジフェニルトリクロロエタン)				
	---	1	---	---
(42)デメトン-皮膚	0.01	0.1	---	---
(43)ダイアジノン-皮膚	---	0.1	---	---
(44)フタル酸ジブチル	---	5	---	---
(45)ジクロロボス(DDVP) - 皮膚	0.1	1	---	---
(46)ジエルドリン-皮膚	---	0.25	---	---
(47)ジニトロベンゼン(全異性体) - 皮膚	0.15	1	---	---
(48)ジニトロトルエン-皮膚	---	1.5	---	---
(49)ジフェニル(ビフェニル)	0.2	1.5	---	---
(50)エンドサルファン(チオダン) - 皮膚	---	0.1	---	---
(51)エンドリン-皮膚	---	0.1	---	---
(52)酢酸エチル	400	1,400	---	---
(53)エチルアルコール	1,000	1,900	---	---
(54)エチルアミン	10	18	---	---
(55)フッ化物<Fluoride>(F として)	---	2.5	---	---
(56)フッ化物 <Fluorine>	1	2	2	4
(57)フォルムアルデヒド(S.C.)	1.0	1.5	2	3
(58)蟻酸	5	9	---	---
(59)ガソリン	300	900	500	1,500
(60)ヒドラジン-皮膚(S.C.)	0.1	0.1	---	---
(61)塩化水素-C	5	7	---	---
(62)シアン化水素-皮膚-C	10	10	---	---
(63)フッ化水素(F として)	3	2.5	---	---
(64)過酸化水素	1	1.5	---	---
(65)硫化水素	10	14	15	21
(66)沃素-C	0.1	1	---	---
(67)酸化鉄ヒューム(Fe <sub>2</sub> O <sub>3</sub> )(Fe として)	---	5	---	---
(68)酢酸イソアミル	100	525	---	---
(69) イソアミルアルコール	100	360	125	450
(70)イソブチルアルコール	50	150	---	---
(71)鉛、無機、粉じんおよびヒューム(Pb として)---	---	0.15	---	---
(72)リンデン-皮膚	---	0.5	---	---
(73)マラチオン<商標名>-皮膚	---	10	---	---
(74)マンガン(Mn として)粉じんおよび化合物-C---	---	5	---	---
(75)マンガンヒューム(Mn として)	---	1	---	0.3
(76)水銀(Hg として)-皮膚-				
(i) アルキル化合物	---	0.01	---	0.03
(ii) アルキル蒸気を除く全形状	---	0.05	---	---
(iii) アリルおよび無機化合物	---	0.1	---	---
(77)メチルアルコール(メタノール) - 皮膚	200	260	250	310

表1

(78)メチルセロソルブ(2-メトキシエタノール-皮膚)	5	16	---	---
(79)メチルイソブチルケトン	50	205	75	300
(80)メチルイソシアネート-皮膚	0.02	0.05	---	---
(81)ナフタレン	10	50	15	75
(82)ニッケルカルボニル(Niとして)	0.05	0.35	---	---
(83)硝酸	2	5	4	10
(84)窒素酸化物	25	30	---	---
(85)ニトロベンゼン-皮膚	1	5	---	---
(86)二酸化窒素	3	6	5	10
(87)鉱物油ミスト	---	5	---	10
(88)オゾン	0.1	0.2	0.3	0.6
(89)パラチオン-皮膚	---	0.1	---	---
(90)フェノール-皮膚	5	19	---	---
(91)ホレート(Thimet)-皮膚	---	0.05	---	0.2
(92)ホスゲン(カルボニルクロライド)	0.1	0.4	---	---
(93)ホスフィン	0.3	0.4	1	1
(94)リン酸	---	1	---	3
(95)リン(黄色)	---	0.1	---	---
(96)五酸化リン	0.1	1	---	---
(97)ホスホラストリクロライド	0.2	1.5	0.5	3
(98)ピクリン酸-皮膚	---	0.5	---	0.3
(99)ピリジン	5	15	---	---
(100)シラン(シリコンテトラハイドライド)	5	7	---	---
(101)水酸化ナトリウムC	---	2	---	---
(102)スチレン、モノマー(フェニールエチレン)	50	215	100	425
(103)二酸化硫黄	2	5	5	10
(104)サルファヘキサフロライド	1,000	6,000	---	---
(105)硫酸	---	1	---	---
(106)四エチル鉛(Pbとして)-皮膚	---	0.1	---	---
(107)トルエン(トルオール)	100	375	150	560
(108)オルト-トルイジン-皮膚(S.C.)	2	9	---	---
(109)トリブチルフォスフェート	0.2	2.5*	---	---
(110)トリクロロエチレン	50	270	200	1,080
(111)ウラニウム、天然(Uとして)	---	0.2	---	0.6
(112)塩化ビニル(H.C.)	5	10	---	---
(113)溶接ヒューム	---	5	---	---
(114)キシレン(o-,m-,P-異性体)	100	435	150	655
(115)酸化亜鉛				
(i) ヒューム	---	5.0	---	10
(ii) 粉塵(総粉塵として)	---	10.00	---	---
(116)ジルコニウム化合物	---	5	---	10

\*垂直式のコットンサンプラーで採取した綿毛を含まない粉塵。

ppm：摂氏 25 度・大気圧 760 ミリ水銀柱 (torr) での空気量 100 万単位当たりの汚染物質の蒸気またはガス体積量。

表2

工場法における届出対象疾患リスト

1. 鉛合金、鉛化合物による中毒を含む鉛中毒またはその後遺症
2. 四エチル鉛中毒
3. リン中毒またはその後遺症
4. 水銀中毒またはその後遺症
5. マンガン中毒またはその後遺症
6. ヒ素中毒またはその後遺症
7. 亜硝酸ガス中毒
8. 二硫化炭素中毒
9. ベンゼン中毒（同族体、ニトロまたはアミド誘導体のいずれかによる中毒を含む）またはその後遺症
10. クロム潰瘍とその後遺症
11. 炭疽症
12. 珪肺症
13. 脂肪族炭化水素のハロゲン元素またはハロゲン誘導体による中毒
14. (a)ラジウム、その他放射性物質 (b)X線 による病理学的徴候
15. 皮膚原発の上皮系がん
16. 中毒性貧血
17. 有害物質による中毒性黄疸
18. 鉱油と鉱油系基油の合成油による油疹または皮膚炎
19. 綿肺症
20. 石綿症
21. 化学物質や塗料への直接接触によって引き起こされる職業性または接触性皮膚炎、これらは一次刺激とアレルギー感作の2つのタイプがある
22. 騒音性難聴
23. ベリリウム中毒
24. 一酸化炭素
25. 炭鉱夫の塵肺
26. ホスゲン中毒
27. 職業がん
28. イソシアネート中毒
29. 中毒性腎炎

## 分担研究報告書

### 3, 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)

総合報告書(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(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。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、保健所機能を保管している。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](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](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](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](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/icpro/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

表1 特定の職業に特有の職業病リスト

1. 肺結核
2. 胸膜中皮腫
3. アスベスト及びその他の鉱物繊維によるじん肺
4. 喘息
5. 刺激性接触性皮膚炎
6. アレルギー性接触性皮膚炎
7. 水痘
8. 手根管症候群
9. 腰痛
10. 腰椎椎間板性神経根症
11. 若年性白内障
12. 角膜炎
13. 騒音性難聴
14. 圧力変化による中耳炎
15. 圧力変化による副鼻腔症状
16. 気圧外傷（眼、気道など）
17. 減圧症（ケーソン病）

18. B 型肝炎

19. C 型肝炎

20. 鼻炎・副鼻腔炎

21. 急性咽

## 分担研究報告書

### 4. フィリピンにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

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)

総合報告書(分担研究報告書)

## フィリピンにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

研究代表者 森 晃爾(産業医科大学 産業保健経営学研究室 教授)

### 研究要旨

日本がフィリピン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、Occupational Safety and Health Center of Philippines(フィリピン労働安全衛生センター)、ILO(国際労働機関)、University of the Philippines, College of Public Health(フィリピン大学公衆衛生大学院)、Ateneo School of Medicine and Public Health(アテネオ公衆衛生医科大学)の専門家および在フィリピン日本大使館、JICA(国際協力機構)、JETRO(日本貿易振興機構)の担当者にインタビューを行い、情報を収集した。

フィリピンでは、経済が急速に発展するなかで、2016年に政権交代が行われ、労働安全衛生に関する法体系が大きく整えられていた。また、農業が主流だった労働の主体も、第三次産業に大きくシフトが進んでいる一方で、インフォーマルセクター労働者の増加や、海外フィリピン人労働者の増加に伴う国内労働力の不足などの問題が生じていた。

労働者の健康課題について、職業病では、行政支援サービス業における職業関連筋骨格系疾患が最多で推移していた。しかし、国民全体では、主な死因として心血管疾患や糖尿病等の非感染性疾患が増加しており、今後は、職場において、作業関連疾患に罹患した労働者が増加すると予見される。医療面、産業保健分野、文化面などの多様な側面から、日本が貢献できる可能性が考えられた。

人材養成に関して、安全管理者や産業医をはじめとする安全衛生専門職の選任義務が法定されており、専門の基本研修プログラムが要件となっていることは、日本の制度に類似した内容になっている。一方で、安全衛生専門職の選任義務が法定されてから日が浅く、また労働基準監督官が絶対的に不足しているなかで、法令遵守が十分に浸透できていないことが課題になっていた。今後の経過を見守るとともに学術交流等を通じて、研修制度や安全衛生専門職への支援等における日本の知見が一定の貢献を果たすことが可能と考えられる。

### 研究協力者

小林祐一(HOYA 株式会社)

深井航太(HOYA 株式会社)

伊藤直人(産業医科大学 産業医実務研修センター)

酒井咲紀(産業医科大学 産業保健経営学研究室)

伊藤遼太郎(産業医科大学 産業保健経営学研究室)

## A. 目的

フィリピン共和国(以下、フィリピン)は、ASEAN 諸国でインドネシアに次ぐ人口規模を誇り、年6%後半と安定した経済成長率を維持する等、東南アジア最大の経済国の将来も期待されている。特に国民の平均年齢が24歳と若年であり、出生率も15%と高く、労働市場・消費市場ともに大きく注目されている。

日系企業においては、75,531 拠点(2017年10月1日現在)が、本邦の領土外に拠点を進出しており、ほぼ毎年過去最多を更新している。地域別では、アジアが総拠点数の約70%(528,260 拠点)を占めており、中国(約32,349 拠点)、インド(4,805 拠点)、タイ(3,925 拠点)、インドネシア(1,911 拠点)、ベトナム(1,816 拠点)、フィリピン(1,502 拠点)、マレーシア(1,295 拠点)、シンガポール(1,199 拠点)の順に多い。近年は中国やタイの人件費が高騰している等の背景もあり、2011年頃から2013年を中心に大手日系メーカーのフィリピン投資が増加している。

一方で、2016年にドゥテルテ大統領に政権が交代して以降、フィリピンの労働安全衛生関連法規は大きく整備され、労働者保護および企業の責任について明確化が進められている。日系企業も、現地労働者を対象とした労働衛生活動の実施および体制構築が不可欠であり、フィリピンの労働衛生に関する情報収集と整理が求められている。

先行研究において、日系企業が海外拠点を含むグローバルな事業展開を行ううえで、企業全体の労働安全衛生体制の構築を検討するための情報収集を目的とした「海外事業場の労働安全衛生体制構築のための情報収集チェックシート」(以下、情報収集

チェックシート)が開発されており、その情報収集チェックシートをもとに、インドネシアおよびタイについて、労働衛生に関する調査報告がなされてきた。

今回、フィリピン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、「情報収集チェックシート」を用いて、フィリピンの労働衛生関連の行政機関、法体系、労働衛生活動を担う専門人材、医療保険制度および労災補償制度について調査を実施した。

## 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、Google Scholar)を用いて文献検索を行った(検索式の例：“労働衛生” AND “法” AND “フィリピン”、“occupational health” AND “regulations” AND “Philippines”)。検索の結果、関連する学術情報は少なかったが、本研究と比較的関連性が高いと考えられた英文1件、和文1件(会議録)を採用した。

### 2) 訪問調査

研究協力が得られた以下の期間を2019年6月4日～7日に訪問した。先行研究において作成した「情報収集チェックシ

ト」を参考に、10-20 程度の質問項目を作成し、各機関には事前送付することで、インタビュー調査が円滑になるように工夫した。なお、インタビュー調査の実施にあたっては、在フィリピン日本国大使館の産業医学専門家の全面的な協力のもと、実施した。

#### ① Occupational Safety and Health Center(OSHC)

労働雇用省(Department of Labor and Employment; DOLE)の直轄機関であり、労働安全衛生を管轄している。当該機関の基本情報、フィリピンの労災補償制度の歴史や労災補償制度の現状と課題労働安全衛生の現状と制度について質問した。

#### ② Ateneo School of Medicine and Public Health(ASMPH)

2007 年創立の大学院で、卒業生は Ateneo 大学院ビジネススクールとの共同 MD-MBA を授与され、進路としては臨床専門医、公衆衛生専門医、医系技官、研究者等がある。当該機関に関する基本情報、フィリピンの公衆衛生・労働衛生の概要、および教育制度・研究状況について質問した。

#### ③ University of the Philippines, College of Public Health(UPM-CPH)

国立フィリピン大学の 9 学部の 1 つとして 1927 年に創立され、東南アジア教育大臣機構(SEAMEO)による国立公衆衛生センターとしても指定されている。当該機関に関する基本情報、フィリピンの公衆衛生・労働衛生の概要、および教育制度・研究状況について質問した。

#### ④ Japan External Trade Organization (JETRO ; 日本貿易振興機構)

日本貿易振興機構法に基づき、前身

の日本貿易振興会を引き継いで 2003 年に設立された独立行政法人である。海外 74 カ所、国内 45 カ所のネットワークを活用し、海外ビジネス情報の提供、中小企業等の海外展開支援、対日投資の促進等に取り組んでいる。当該機関に関する基本情報、フィリピンの労働安全衛生の現状と概要、日本企業の進出の状況、国際協力機構(JICA)との連携について質問した。

#### ⑤ International Labour Organization (ILO) in the Philippines

国連初の専門機関であり、全ての人にディーセント・ワーク(Decent Work for All ; 働きがいのある人間らしい仕事)の推進を掲げている。フィリピンは独立 2 年後の 1948 年に加入する等 ILO の最も積極的な加盟国の 1 つである。Decent Work プロジェクトの概要や活動内容、労働衛生の仕組みや労働災害について質問した。

#### ⑥ Japan International Cooperation Agency(JICA ; 国際協力機構)

日本の政府開発援助(ODA)を一元的に行う実施機関として、開発途上国への国際協力を行っている。フィリピンでは、官民連携によるインフラ整備、投資環境改善に向けた政策制度改善、災害リスク軽減・管理能力向上、ミンダナオ島地域の人材育成等に取り組んでいる。当該機関に関する基本情報、フィリピンでの支援体制や、JETRO との連携について質問した。

#### ⑦ 在フィリピン日本国大使館

ウィーン国際条約に基づき、自国を代表して外交任務を行う機関であり、日本は外務省の管轄である。フィリピンの医療・公衆衛生・労働安全衛生の

現状と概要、日本人および日本企業の進出の状況、医療・保健分野における日本政府の支援について質問した。

#### ⑧ EHS Lens Philippines, Inc.(ELPH)

HOYA CORPORATION(HOYA)のフィリピン拠点の一つであり、従業員数は約2000人である。HOYAは、メガネやコンタクトレンズ、医療用内視鏡、白内障用眼内レンズ、半導体等の精密機器メーカーであり、東京の本社をはじめ、世界中に50ヶ所以上の開発・生産拠点を持ち、グループ全体の総従業員数は約6万人である。フィリピンに進出している日系企業の調査として訪問し、労働安全衛生の現状と概要、各種保険制度、労働者の傾向(年齢、性別、教育、労働安全衛生への認識)、世界中の拠点で統一された環境保護・労働安全衛生マネジメントシステム(Occupational Safety and Health Management System ; OSHMS)について質問した。

### C. 結果

#### 1. 国の概要

##### 1) 歴史

現代のフィリピン人の祖は、原住民族とマレー系民族が溶け込んだ民族(新マレー民族)といわれている。東南アジアと東アジアの中間という地理的な条件から、交易が盛んな拠点である一方で、1565年にスペイン、1898年にアメリカと各国の長期にわたる植民地支配をうけ、第二次世界大戦では日米の戦火の中心となる等、数多くの紛争を経験している。1946年に独立国家を宣言し、現在に至る。

##### 2) 宗教・民族

ASEAN唯一のキリスト教国であり、国

民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%である。イスラム教は5%(一部、ミンダナオ島地域ではイスラム教徒が人口の2割以上)であるが、元来はイスラム教が普及していたところにスペインがキリスト教への改宗を行った背景がある。

##### 3) 人口

2017年の国連統計データによると、人口は1億492万人とASEAN諸国でインドネシアに次ぐ人口規模を誇り、人口成長率は年1.5%程度で推移している。人口分布は、首都マニラのあるルソン島地域に半数以上が集中しており、次いでダバオ市のあるミンダナオ島地域、セブ島のあるビサヤ地域の分布となっている。

フィリピン統計機構(National Statistical Office ; NSO)の2015年統計によると、年齢構成は15歳~64歳の労働人口が63%(約6,600万人)と豊富で、平均寿命は68.5歳(男性65.3歳、女性72.0歳)、健康寿命は61.1歳(男性58.6歳、女性63.9歳)と、平均寿命と健康寿命の間に7歳以上の乖離がみられる。

5歳以下の乳幼児死亡率は世界74位(千人あたり27人；2016年ユニセフ統計)、妊産婦死亡率は世界70位(10万人あたり114人；2015年WHO統計)と、乳幼児や妊産婦に対する環境は良いとは言えないものの、出生率は3%以上と高率を維持しており、人口増加が労働力増加に結びつく「人口ボーナス期」は今後2050年頃まで続くと見込まれている。

ただし、これらの統計はいずれも無戸籍児やインフォーマルセクター労働者等の存在は含まれておらず、その人数はミンダナオ島地域を中心に数十万人規模と考えられている。



#### 4) 政治・政策

立憲共和制で、大統領が国家元首である。上下二院制であり、上院は 24 議席(任期 6 年、連続 3 選禁止)、下院は 297 議席(任期 3 年、連続 4 選禁止)となっている。正副大統領はそれぞれ直接投票により選出され、ともに任期 6 年、再選禁止である。閣僚任命権者は大統領にある。

2016 年の大統領選挙で、南部ミンダナオ島ダバオ市長であったロドリゴ・ドゥテルテ(Rodrigo Roa Duterte)氏が当選し、第 16 代大統領として現政権が発足した。ドゥテルテ大統領は、違法薬物対策、犯罪・治安対策、汚職対策、ミンダナオ島地域の和平を重要課題に掲げており、連邦制導入のための憲法改正を目指している。なお、副大統領はレニ・ロブレド(Maria Leonor G. Robredo)である。

#### 5) 憲法・一般法体系

法律は各植民地時代の法体系が融合・並存している。私法はスペイン植民地時代のローマ法の影響を受けており、商事法・労働法をはじめとする公法・憲法はアメリカ植民地時代のコモン・ローの影響を受けている。ミンダナオ島地域では一般法と衝突しない限り、イスラム法の効力が認められている。

国家権力は立法・行政・司法に三権分立しており、憲法の改正は憲法会議の招集により協議される。

#### 6) 産業・経済

産業別の就業者の割合は、NSO の統計上で①農林水産業、②公務員・事業主・管理職、③サービス業・小売業、④取引関連業、⑤工場・機械操作・メンテナンス、⑥

店員、⑦専門家、⑧エンジニア・準専門家、⑨特別な職業(師業など)の 9 つに分類されており、2013 年統計によると農林水産業従事者が全就業者人口の約 25%と最も多く、次いで公務員・事業主・管理職(約 20%)、サービス業・店舗販売員(約 15%)が占めている。近年はコールセンター事業等のビジネス・プロセス・アウトソーシング(BPO)産業を含むサービス産業従事者が増大しており、全就業人口の約 58%が従事している(NSO 2019 年統計)。

フィリピンの経済は、国際通貨基金(International Monetary Fund ; IMF)の 2011 年～2018 年統計によると、経済成長率は 2013 年の 7.1%や 2016 年の 6.9%をピークに、2012 年以降は 6%以上を堅調に推移している。伴って、物価上昇率は 2011 年の 4.6%から 2015 年の 0.7%までの減少傾向が一転して大幅に上昇を認めており 2018 年には 5.2%と高率となっている。一方で、最低賃金も年々上昇を認め 2017 年には平均日額 500 ペソを上回るも、その上昇率は 2017 年の約 4%から 2018 年の約 2%と伸び悩んでおり、国民の生活実感との乖離が生じている。なお、2019 年現在のマニラ首都圏における日額最低賃金は、非農業分野で 500～537 ペソ、農業分野で 500 ペソである。

GDP も年々順調に増加しているが、その約 1 割は海外フィリピン人労働者(Overseas Filipino Workers ; OFWs)の外国送金が占めており、OFWs の人数および海外送金額は年々増加傾向である。フィリピン海外雇用管理局(Philippine Overseas Employment Administration ; POEA)によると OFWs の総数は 2015 年に約 1800 万人でその約 4 割が家政婦として従事しており、フィリピン中央銀行によると外国送金額は 2019 年 1 月

現在で前年同期比 3.4%増の 27 億 4,500 万米ドル(約 2,911 億円)である。国・地域別では、米国が全体の 35.5%で最大であり、次いでサウジアラビア、シンガポール、英国、アラブ首長国連邦、日本、カナダ、カタール、香港、クウェートが続き、これら上位 10 カ国からの送金額が全体の約 78%を占めている。

一方で、OFWs の増加はフィリピン国内の労働力不足に影響を及ぼしており、ドゥテルテ政権が掲げている 1800 億ドル(約 19 兆 7 千億円)規模のインフラ整備計画「Build, Build, Build (BBB)」プログラムにおいて、マニラ首都圏初の地下鉄建設等で計画の遅れや物価への影響が生じている。これに対し、フィリピン政府は OFWs の呼び戻しを検討しており、今後最低賃金の増額等による国内の労働水準の更なる向上が期待される。なお、一部の民間企業では「人材プール(Manpower Pool)」および「人材海外派遣計画(manpower export program)」を形成して、各種の特別手当てによるインセンティブと計画的な海外派遣による人材喪失の防止が図られている。

## 7) 労使関係・非正規労働者・移民

フィリピンでは憲法および労働法に基づき、結社の自由と団体交渉の権利が認められており、労使関係は概ね良好といえる。労働組合法(共和国法 9481 号)に基づき労働組合の設立が認められており、単位労働組合(Enterprise Based Unions)、ナショナルセンター(Labor center)、地域別労働組合(Federation)、産業別労働組合(Industry unions)、一般労働組合(Workers Association)が存在するが、労働組合組織率は約 10%と低位にある。

労使紛争が生じた際は、憲法において労

使間の自主的解決を基本理念としながらも、労使の二者または政労使の三者による社会対話で解決されることが多い。裁判外紛争解決制度をはじめ、政府が労使紛争の解決に積極的に介入する制度が充実しており、いずれの労使紛争においてもストライキ等の争議行為への発展はほとんどない。労使紛争の主な原因としては、最低賃金の未遵守、賃金不払い、労使合意の労働協約(Collective Bargaining Agreement ; CBA)違反の他、セクシャルハラスメント・パワーハラスメントが挙げられる。労使対話および政労使対話の主体団体として、労働組合にはフィリピン労働組合会議(Trade Union Congress of the Philippines ; TUCP)、労働者諮問協議評議会(Labor Advisory Consultative Council ; LACC)、5 月 1 日運動(Kilusang Mayo Union ; KMU)、自由労働者連盟(Federation of Free Workers ; FFW)等がある。また、使用者団体もフィリピン経営者連盟(Employers Confederation of the Philippines ; ECOP)があり、DOLE 労使関係局(Bureau of Labor and Relations ; BLR)によると 2013 年時点で、大手企業、各国商工会、議所等から 500 以上の会員登録がある。

非正規労働者に関して、フィリピンでは 6 ヶ月の試用期間を経過した契約社員は正社員として雇用する必要がある(労働法第 281 条)。特に請負業者の間では、禁止事項でありながらも正社員への登用を回避するため、5 ヶ月程度で労働者を解雇し、グループ関連企業で再雇用のうえ派遣労働者として請負先企業で継続勤務させる end-of-contract(ENDO)型雇用が繰り返され、社会問題となっている。ENDO 問題は不安定雇用による貧困を生じるだけでなく、契約

終了に対する労働者の不安が利用され、組織的な賃金未払いや上司によるハラスメント等が横行している。この ENDO 問題に対してドゥテルテ政権は 2016 年の政権交代時より、DOLE による地方事務所での取締り強化、および新規請負業者の登録停止の省令(DOLE 令 2016 年-162 号)の施行等を行った。その結果、ENDO 型雇用労働者約 6 万 2 千人のうち、59.7%におよぶ約 3 万 7 千人が 2016 年の 1 年間で正社員化されたと報告された。一方、インフォーマルセクター労働者は、NSO の 2015 年統計では 3874 万人と全労働人口の約 38%を占めており、その人数はフォーマルセクター労働者の増加率を超えて拡大していると考えられている。主な原因は貧困であり、未就学児童の児童労働や無給労働者(390 万人：NSO 2015 年統計)が問題となっている。

移民に関して、現在フィリピンでは中国人労働者が大量に流入しており、フィリピン入国管理局(Bureau of Immigration ; BI)によると 2016 年 1 月から 2018 年 5 月間に約 312 万人の中国人が入国している。背景には、ドゥテルテ政権による中国との関係強化の方針があり、「BBB」プログラムと中国の「一帯一路構想」の合致が大きく関係していると考えられている。経済の一部を OFWs に頼るフィリピンは自国民の労働力が不足しており、中国の建設業者は自国のエンジニアや労働者を建設作業に従事させる傾向が強い。さらに、賃金が中国国内以上の場合が多いこともあり、レストランや娯楽産業等においても中国人労働者の採用が増加している。一方で、中国人労働者の違法入国も増加しており、実数は把握できていないといわれている。

## 8) 治安・災害・公衆安全

マニラ首都圏における治安は良好とはい

えない。市民の銃器所持が許可制で認められており、比較的容易に銃が入手できるため、誘拐や強盗等の凶悪犯罪に銃が使用されることが少なくない。フィリピンは世界各国平均よりも殺人発生率が高く、邦人でも年平均 5 人が殺人事件の被害に遭うといわれている。一方で、殺人被害邦人の共通点は暴力団関係者、麻薬関係者、配偶者がフィリピン人の場合がほとんどであり、留学生や観光客が殺人被害に遭うケースはほとんどない。その他スリ、置き引き、ひったくり、睡眠強盗等の軽犯罪は横行しており、十分な警戒と注意が必要である。

災害に関して、フィリピンは東側の海溝をフィリピン海プレートが、西側の海溝をユーラシアプレートが沈み込み、その中央にはフィリピン断層が南北に縦断し、22 の活火山が存在している。日本と同様に、世界で最も地震・火山の活動が活発な国の一つであり、過去にも 1990 年ルソン島地震(M7.7 死者 2412 人)、1994 年ミンドロ島地震津波(M7.1 死者 81 人)等数多くの地震災害が起きている。直近では 2019 年 4 月 22 日にルソン島中部を震源地とするマグニチュード 6.3 の地震が発生した。

公衆衛生に関して、上水のマニラ市内基準は厳しく 8~9 割の水道は飲水できるといわれているが、下水に関して明確な基準は定かでないこと、さらに下水処理施設からマニラ湾への排水途中で民間人が汚水を不法に垂れ流しており、マニラ湾の汚染が深刻化していることが、日本大使館でのインタビュー調査において聴取された。また、地方にも上下水局および下水処理施設は設置されているが、維持管理体制は十分とはいえない。

## 9) 日本との関係

フィリピンにとって日本は輸出入ともに

第3位の貿易相手国であり、最大のODA支援国であることから、新日的な風土であることも知られている。特にODAに関しては、1960年から2017年の日本の支出総額累計で対インドネシア、対中国、対インドに次いで、対フィリピン援助額は第4位である。具体的な援助目的および協力資金の種類と、2016年度までの累計援助額は、①持続的経済成長のための基盤の強化(有償資金協力27,374億円)、②包摂的な成長のための人間の安全保障の確保(無償資金協力2,850億円)、③ミンダナオ島地域における平和と開発(技術協力実績2,300億円)が挙げられる。

また、日本は海外就業先として人気が高く、1980年代から2000年代の日本高度成長期には、経済的目的から毎年約8万人のフィリピン人労働者が来日していた。その多くは女性であり、フィリピン政府公認の海外パフォーミング・アーティスト(Overseas Performing Artist ; OPA)として興行ビザで入国していたが、当時はその大半がいわゆる水商売での違法就労を強いられ、人身売買等の被害者となる場合も少なくなかった。なお、OPAはほぼ日本を対象が限定されており、2002年には7万3685人のOPAのうち、日本以外での就労者数は439人(0.5%)のみだった。これに対して日本政府は2005年を境に興行ビザの発給条件を厳格化し、現在は興行ビザの発給は10分の1程に減少している。それでも、全在外公館の日本ビザ発給件数は中国国籍者(78%)に次いでフィリピン国籍者が第2位(5%)であり、未だ海外就業先として高い人気がある。その理由について、日本大使館でのインタビュー調査では、中東諸国に比べて治安が良いことが大きな理由であり、日本での就労は物価の高さ等の理由

から経済的メリットがほとんどなくなっているとの情報が得られた。

なお、フィリピンは邦人の海外在留先としても人気が高く、外務省の2017年海外在留邦人数調査統計では16,570人が在比していると報告されている。一方で、海外邦人援護件数は全在外公館の中でも最多の傾向が長く続いており、近年は在タイ日本国大使館が1000件以上と大幅に増加しているものの在フィリピン日本国大使館は次いで多く、2017年の邦人援護件数は905件と毎年増加している。援護依頼の主な理由は、傷病、困窮、窃盗であるが、以前から困窮による援護依頼が問題となっており、多くは女性絡みでフィリピンに移住した中高年男性が生活に困窮し、国が税金で帰国等の費用を貸し付ける国援法を求めるものである。

## 2. 医療・公衆衛生

### 1) 公衆衛生・死因・疾病等の状況

1990年当時の国民の主な死因は感染症であり、国民の47.5%が感染症で死亡していたが、2015年には22.2%と大きく改善を認め、現在の主な死因は非感染症等となっている。特に心血管疾患が33.3%と13pt以上の増加を認めており、中でも虚血性心疾患と脳血管疾患が大半を占めている。その他、慢性腎臓病・糖尿病の割合も増加傾向であり、非感染性疾患(Non-Communicable Diseases ; NCDs)の増加が問題となっている。実際、国内で増加している肥満や糖尿病対策を目的に、2018年1月1日より果糖ブドウ糖液糖(異性化糖)を含む飲料に1Lあたり12ペソ、それ以外の飲料(炭酸飲料、スポーツドリンク、エナジードリンク等)に1Lあたり6ペソの加糖飲料税が導入された。

## 2) 産業医・医療者の養成・配置

フィリピンにおける医学教育は、米国等と同様にメディカル・スクール制度を導入しており、高校卒業および一般4年制大学卒業後、医学部入学試験(National Medical Admission Test ; NMAT)を経て、4年または5年制のメディカル・スクールに入学する。卒業後、1年間の卒後臨床研修(原則無給)を行い、医師国家試験を受験する。合格後は、2~4年にわたり各専門領域の専門医研修(Fellow)を行う。上記の過程をたどるうえで、各領域の専門医を取得できるのは最短で30歳前後となる。

フィリピンの医療従事者養成機関は、産業医39機関、看護師517機関、助産師268機関と、他の新興国と比較しても多く、2009年~2014年統計によると、毎年総産業医数は11.9万人(千人あたり産業医数1.2人)で一定、看護師は年々増加の推移を辿っている。

産業医学に関する専門医制度は、労働安全衛生基準(Occupational Safety and Health Standards ; OSHS)に基づく要件とは別に、フィリピン産業医学会(Philippine College of Occupational Medicine ; PCOM)が運営している。直近2年間の産業医活動に加え、学会に参加し、PCOMが主催する修士コース(Diplomate course)を修了すると、Diplomate of PCOM(DPCOM)の資格を得る。なお、コースは「Occupational Epidemiology, Biostatistics and Research Methods」、「Industrial Hygiene, Safety and Environment」、「Applied Occupational Ergonomics」、「Administration of Health Services」、「Occupational Medicine Practice」の5

つの項目で構成されており、それぞれ3~4日間ずつ開催される。各項目の研修終了後に筆記・口頭試験が課せられ、全項目を合格する必要がある。さらに、専門医としての活動を継続すると、指導医(Fellow of PCOM)の申請が可能となる。2015年5月時点では、Diplomate 430名、Fellow 169名、Diplomate & Fellow 200名の計799名が認定を受けている。

なお、PCOMの学会構成員は基本的には医師のみであり、労働安全衛生に関連する専門団体として看護師を中心としたOccupational Health Nurse Association of the Philippines(OHNAP)、SOなどの専門家を中心としたAssociation of Safety Practitioners of the Philippines, Inc.(ASPPPI)がある。

## 3) 医療機関の状況・質

国内には約1800の医療機関が存在し、うち公的医療機関が40%、民間医療機関が60%の割合で存在する。

公的医療機関は主に貧困層を対象としており、保健省(Department of Health ; DOH)管轄の国立病院が全国の主要都市に70ヶ所、州立・地区立の公立病院が約660ヶ所存在している。これらの公的医療機関のうち複数の施設にJICAは支援を行っており、フィリピン大学付属Philippine General Hospital(PGH)が代表的である。

一方、Metro Pacific Hospital Holdingsを代表する民間医療機関グループは施設数こそ半数以上を占めているが、支払われた対価に応じた医療サービスを提供する方式で運用されており、実際に利用できる比較的裕福な層は人口の30%程度の推定と、医療面でも貧富の差が存在している。

これらの医療機関は規模に応じて、基本的な医療サービスを提供する Level 1 から、救急医療部門を有し教育機関としての機能も併せ持つ Level 3 まで 3 段階に大分される。

医療機関数・病床数の総数はともに増加しているも、人口増加の背景から 1000 人当たりの病床数は微減している。

#### 4) 医療保険制度

フィリピンの医療保険制度はフィリピン健康保険公社(Philippine Health Insurance Corporation ; PhilHealth)が一括して運営している。PhilHealth は、公的年金制度の運営機関である公務員保険機構(Government Service Insurance System ; GSIS)および社会保障機構(Social Security System ; SSS)から、それぞれ医療保険部門が統合された政府管掌機関のひとつであり、1995 年 2 月に設立した。フィリピン政府は、全国民を PhilHealth の被保険者とすることを目指しており、2018 年時点での加入率は人口の 90%以上とされる。さらに 2019 年 2 月には、「ユニバーサル・ヘルス・ケア法(共和国法第 7875 号)」が成立し、PhilHealth の非加入者でも、無料で医療を受けられる国民皆保険制度の導入が進められている。

給付は現物給付であり、入院給付、外来給付、高額療養費制度がある。PHIC より、傷病の程度や医療施設のレベルに基づく一定額が医師や病院に償還払いされ、規定額を超過する部分については患者の自己負担となる。そのため、大企業の従業員をはじめとする比較的裕福な労働者は、民間医療保険に加入しているケースが多い。入院給付に関しては、2011 年 9 月から包括払い方式が導入され、特定の疾病や手術・

治療に対する入院室料・給食費、医薬品費、医療材料費、医師の技術料が一定額(ケースレート) に設定されている。

保険料は報酬月額約 2.75%であり、28 段階の累進保険料(200~350 ペソ)を労使が折半している。財源はこの保険料の他、投資活動による資産運用、公的支出(DOH および地方自治体)が主であり、2012 年に成立した悪行税法(Sin Tax Law)による酒・たばこ税の税収の一部も、貧困層の医療保険に充てられている。

### 3. 労働安全衛生の基盤

#### 1) 労働安全衛生関連法体系

フィリピンの労働安全衛生は、共和国憲法により「国家が労働者を全面的に保護し—(中略)—労働者はその地位、人間的な労働条件および生活賃金を得る権利がある」と明記されており、労働者の全面的な保護および雇用と人的資源の充実と、社会的公正に基づいた産業平和の実現のために、1974 年に労働法(大統領令第 442 号)が制定された。労働法は、労働関連問題に適用される主要な法律であり、5 巻(①雇用前、②人材開発、③雇用条件、④安全衛生・社会福祉給付、⑤労使関係)から構成されている。最近では 3 年連続で改正が行われており、2015 年には、全国労働連盟による組合の設立が認められ(共和国法 9481 号)、公認組合が過半数の組合員を提示できる場合、DOLE による「唯一かつ排他的な交渉代表権者」の証明書の交付が認められた。また 2016 年には、労働監督において職場環境評価に労働側代表を含める改正が行われ、さらに 2017 年には許容可能な契約および下請に関する実施規則が定められた。

労働安全衛生を主管する政府機関は DOLE であり、その責務は労働法第 162 条

と第 165 条が定めている。同法の「全ての職場において危険性を削減し環境汚染を最低限に抑制するために労働安全衛生基準を設定し、これを実施しなければならない」との定めから、1978 年に OSHS (通称、Yellow Book と呼ばれている) が制定され、1989 年の改訂を経て現在の労働安全衛生体系が完成した。OSHS はインターネット上でも入手可能であり、労働安全衛生スタッフの教育 (Rule 1030)、安全衛生委員会 (Rule 1040)、業務上の災害や疾病の記録と保存 (Rule1050)、作業環境の管理 (Rule 1070)、個人用保護具等 (Rule 1080)、健康管理に関する規定 (Rule 1960) や、その他の安全に関する規定などで章立てがなされている。その後、OSHS の更なる規制強化のために省令や覚書が適宜発行されており、2017 年 7 月に「労働安全衛生基準の遵守を強化し、その違反に対する罰則を規定する法律」(OSHS 遵守強化法 ; 共和国法第 11058 号) が、2018 年 12 月に OSHS 遵守強化法施行細則(省令 2018 年第 198 号)が制定された。

OSHS は、安全および産業法、安全指示のすべてを規定しており「一般安全衛生規則」「安全衛生委員会」「労働災害・職業性疾病の報告と記録の保存」「労働衛生および作業環境管理」等、総則を含む 99 の項目で構成される。修理店、港湾倉庫、乾ドックを対象に含む一方、陸運、空運、海運業、鉱山は規定範囲外である。また労働法第 165 条において、DOLE が公認する都市においては、地域ごとの労働安全衛生基準の設置が許可されている。

## 2) 行政機関・組織

DOLE を母体として、付属機関である OSHC が労働安全衛生を、労働条件局 (Bureau of Working Conditions ; BWC)が

法令遵守の管理監督を担当している。

DOLE は、労働安全衛生に関する法令・政策・プログラムを所管し、施行する権限をもつ唯一の行政機関である。6 つの局 (Bureau)、11 の付属機関(Attached agency)、16 の地方事務所(Regional office)で構成され年間予算は約 8,000 億ペソ(2013 年)、職員の総数は約 9 千人の組織規模である。行政サービスの対象は、インフォーマルセクターや雇用形態を問わず全ての労働者であり、OFWs、労働者組合、事業者、事業者団体にも行政サービスを提供している。その他、非政府組織(NGO)、他政府機関、学術界をはじめ、ILO やユニセフ、国際委準機関国際機関(IOM)、国連開発計画(UNDP)等の国際機関とも連携している。

OSHC は、すべての職場における労働安全衛生の一次予防・二次予防・三次予防を担っている。主な目的として、「業務上疾病の予防と軽減」「業務上疾病リストの継続的な更新・支援(「労働者数の補償および州の保険基金」に規定)」「労働安全衛生規格の設定および実施の支援」が挙げられる。その他の機能として、研究、講習、情報発信、技術サービスの供を行っている。

BWC は、労働安全衛生法令が正しく遵守されているかの監督・指導を行う機関である。全国の DOLE 地方事務所に配置されている労働基準監督官による臨検を実施している。

## 3) 監督機能

フィリピンの労働監督機能は BWC が主幹しており、全国 16 の DOLE 地方事務所に配置された労働基準監督官により臨検を実施している。各地方事務所の臨検頻度は週 6 回・10 ヶ月間で年間 90,000 件を超えており、BWC 本部は四半期毎に各地方事務

所からの臨検結果を集約し、マスターリスト(事業所名・事業所コード・産業分類・危険度・労働者数)の作成・更新を行うとともに、DOLE への年次報告を行っている。

労働基準監督官の職務と権限は、労働法第 128 条および OSHS 遵守強化法第 22 章により定められており、労働者数 10 人以上の事業場への定期的な臨検が労働基準施行規則 (Labor Standards Enforcement Framework ; LSEF)で規定されている。労働者数 10 人未満の小規模事業場には、バランガイ・マイクロビジネス企業(Barangay Micro Business Enterprises)登録の有無にかかわらず、改善プログラム策定の支援を目的とした立ち入り指導が行われる。ただし、労働者数 200 人を超える事業場においては、任意で希望する場合に限り、労使間協定のもと作成したチェックリストによる自己監査を認めている。自己監査後はチェックリストを各地方事務所に提出し、労働基準監督官による確認が行われる。

臨検の優先順位は、①苦情が出ている職場、②危険の切迫または労働災害が誘発している職場、③危険な職場、④建設の現場および事業所、⑤女性や児童労働者を採用している職場であり、労働者 10 人以上 99 人未満規模の中小企業を主要対象に、経営者に対する啓発を重点項目としている。主要対象業種は衣服製造業、食料品製造業、林業、金属精錬業である。なお、是正勧告をうけた事業場は、改善の猶予期間として最短 5 日が与えられ必要に応じて延長される。改善が認められない場合は、労働法および OSHS に基づく罰則が適応される。

国家公務員である労働基準監督官には、労働監督官と専門監督官が存在し、いずれの監督官もインフォーマルセクターを含むすべての職場への立入り、および法令違反

事項に対する是正勧告と使用停止命令等の行政処分執行の権限が付与されている。労働基準監督官の職務は、雇用契約や福祉・社会保障を含む労働条件、および照明・換気等の一般的な労働安全衛生についての監督である。労働条件には、ハラスメント(パワーおよびセクシャル)対策、HIV/AIDS 対策、薬物対策などが含まれている。一方、専門監督官は、機械および電気設備に対する技術的な安全監督を行う。

労働基準監督官の認定要件は、国家試験を合格した 4 年制以上の大学卒業者(工学、薬学、農学部は 5 年、法学部は 8 年、医学部は 9 年)が条件であり、労働基準と労働安全衛生についての座学および On-the-Job Training を中心とした 4 年間の有給研修(月額約 15,300 ペソ)を修了後に労働基準監督官としての活動が認められる。さらにボイラー、クレーン、エレベーター、建設安全、機械安全等の技術専門資格を得た者は専門監督官として活動が認められる。

2019 年現在、労働基準監督官はフィリピン全体で 574 人のみと不足しており、さらに労働基準監督官ごとの臨検基準のばらつきや賄賂の要求といった汚職まで生じている。今後、2000 人の養成を目標に教育カリキュラムの見直しが進行中である。

#### 4) 労災保険・労災判定基準

フィリピンの労災保険制度は大統領令第 626 号により 1975 年に設立され、労働法第 166 条に規定されている。DOLE の附属機関である労働者補償委員会 (Employees' Compensation Commission ; ECC)の管掌のもと、業務起因性の負傷・疾病・障害・死亡に対して、公的・民間および雇用形態を問わず 60 歳以下のすべての労働者とその扶養家族を補償するものである。



保険料は全額事業者負担であり、公務員は100ペソ/月、民間労働者は標準報酬月額が15000ペソ/月以上の者は30ペソ/月、15000ペソ/月未満の者は10ペソ/月である。

ECCは労災保険制度の改善政策、棄却された労災保険請求の再審理、労働災害疾病の治療医療機関・産業医の認定等を行っており、保険料の徴収等の実務はGSISとSSSが年金制度と一体的に運営している。ECCの病院認定要件は、①フィリピン病院協会への所属、②労働者補償と国家保険基金に関する法令遵守と、公正なサービスの提供である。また産業医の認定要件は、①フィリピン産業医会および専門職規制委員会への所属、②MEDICAREの認定取得、③労働安全衛生大学院の修了である。ECC認定産業医は労働災害の被災労働者を治療すると、初診時に最高100ペソ(専門医は最高150ペソ)が支払われ、その後受診1回につき、一般開業医は80ペソ、専門医は100ペソが支払われる。ECCの運営委員は、労働雇用相、SSS総裁兼最高執行責任者、GSIS総裁、国民健康保険会長、ECC事務局長、労働者代表、事業者代表の7名で構成され、任期は6年である。

労働災害保険給付の種類は障害の程度と質により、①医療給付、②傷病手当、③障害給付、④死亡給付に大きく分類される。各給付の詳細は後述のとおりである。

労働災害として業務起因性が認められる基準は、①業務上必要な場所や、事業者の指示で正規の業務を遂行している場合、②就労時間内に規定の就業場所で、個人的な生理的欲求・身体的必要性(寒冷からの逃避等)を追求している時、③通常の経路で通勤している時、④事業者の主催する行事の参加中、⑤事業者の提供するシャトルバス等の送迎車両に乗車している時、⑥ECCが指定

する職業病に罹患した場合、および⑦ECCが認定した場合と規定されている。

事業者は、労働災害の発生の有無に拘わらず、年次労働災害/疾病暴露データ報告書(AEDR)をBWCに提出する義務がある。労働災害が発生した場合には、同規定により事業者は労働災害報告書(WAIR)を災害発生日の翌月30日までに提出しなければならない。BWCは、死亡およびPTDに至った場合には災害発生後24時間以内にBWCへの通知・報告を行わなければならない。BWCは、死亡およびPTDに至ったすべての災害について、事業者の初期報告書の受領後48時間以内に、政府安全技術者等による調査を行う。

#### 【労働災害保険給付の種類と詳細】

- 医療給付：労働災害に被災した場合、傷病が治癒するまでの間、ECC認定病院でECC認定産業医による治療を現物支給されるものである。なお、ECC認定外医療機関の受診は、緊急の状態にのみ認められ、後日その治療費が給付される。
- 傷病手当：120日未満の一時的就労不能(Temporary Total Disability; TTD)の状態に対して、標準報酬日額の90%(日額限度は公務員は上限90ペソ、民間労働者は上限200ペソおよび下限10ペソ)が支給されるものである。給付期間は、傷病が生じた第1日目から原則120日を上限としているが、これを超過して治療継続を要する場合は、240日まで給付期間の延長が認められる。
- 障害給付：心身における労働不能の後遺症が120日以上持続する場合、障害に応じた期間に給付されるものである。ECCの承認を得た障害を含め、両眼の完全失明、両上肢の手首以上の欠損、両下肢の踝以上の欠損、両上肢・両下肢の完全麻

痺、脳損傷による不治の障害・精神異常といった終身就労不能の後遺症(Permanent Total Disability ; PTD)の場合は、労働者が死亡するまで給付が継続される。部分的な後遺症(Permanent Partial Disability ; PPD)の場合は、障害部位によって給付期間が次のとおり規定されており、同時に障害された部位が複数に及ぶ場合の給付期間は合算となる(母指1本：10ヵ月、示指1本：8ヵ月、中指・拇指1本：6ヵ月、薬指1本：5ヵ月、小指1本・片足の示趾～小趾：3ヵ月、片手：39ヵ月、片上肢：50ヵ月、片足：31ヵ月、片下肢：46ヵ月、片耳・片耳の聴力：10ヵ月、両耳：20ヵ月、両耳の聴力：50ヵ月、片眼の視力：25ヵ月)。

給付額はそれぞれ公務員と民間労働者で異なる算定式が用いられ(公務員： $\{(平均報償月額+140) \times 0.37\} \{1+(勤続期間-15) \times 0.025\}$ (ただし、平均報償月額の上限は3,000ペソ)、民間労働者：①標準報酬日額 $\times$ 勤続年数 $\times$ 2%+345ペソ、または②標準報酬日額 $\times$ 20%+345ペソ、または③標準報酬日額 $\times$ 46%のいずれか大きい額)、PTDの場合には21歳未満の扶養の子供の人数につき10%(最大5人)または250ペソのいずれか大きい額が追加支給される。さらにリハビリテーションサービスの現物給付や、介護者手当として月額575ペソが支給される。なお、PTDの障害給付受給者は四半期毎に主治医記載の治療報告書の提出義務、および最低年1回の指定検査の受検義務があり、これを怠ると給付中止の要件となる。また後遺症が回復した場合や就労による所得が生じた場合(他法律や大統領令で免じられた場合を除く)も

給付が中止される。一方、PPDの障害給付受給者は就労による所得収入が認められており、障害期間が12ヵ月以内の場合は一時金給付も支給される。

- 死亡給付：被災により死亡した労働者の1次的受給資格者または2次的受給資格者に給付されるもので、1次的受給資格者が最先受給権を有し、障害年金と同額が5年間支給される。なお、1次的受給資格者とは、生計を同じくしていた再婚していない夫または妻。または未就労・就労不可な21歳以下の未婚の嫡出子、合法的に養子縁組み・認知した私生子である。2次的受給資格者とは、被災労働者に全面的に扶養されていた正統な両親、および未就労・就労不可な21歳以下の未婚の直系卑属・非嫡出子である。

1次的受給資格者が存在しない場合には、2次的受給資格者に60ヵ月相当または最低15,000ペソの一時給付金が給付される。さらに21歳未満の扶養の子供の人数につき10%の追加支給(最大5人)や葬儀給付として30,000ペソの支給がある。

## 5) 事業所に求められる安全衛生体制

事業者の義務および責任として、OSHSで「労働者に死亡・疾病・身体的危害の原因となる可能性のある危険条件のない職場を提供するものとする」と定められており、労働法と併せて①年1回の定期健康診断の実施義務、②特定業務の健康管理、③継続的な職場環境の管理、④個人用保護具の提供と適性管理の義務、⑤応急設備・衛生設備の設置義務が規定されている。①年1回の定期健康診断は、従業員に対して、雇用前、定期、配置転換後や業務上疾病発症後に、事業主負担で健康診断を受検させる義務のことで

ある。法定項目は、問診・身体診察、胸部レントゲン、血液検査(総コレステロール、LDL コレステロール、HDL コレステロール、中性脂肪、尿素窒素、尿酸)、尿検査、便潜血検査の 5 項目が基本である。②特定業務の健康管理は、天然肥料、鉛、水銀、硫化水素、二酸化硫黄、ニトログリコールの取り扱い作業員に対して健康状態の観察評価を行うものであり、類似物質も適応となる。③継続的な職場環境の管理は、1 年以内の定期的な作業環境測定および結果の保存、産業保健サービスの策定や提供を行うものである。④個人用保護具の提供と適性管理の義務は、危険生や必要性に応じ、事業者負担で各種保護設備や個人用保護具(目、顔、手、足)を設置する義務、適切な維持管理を行う義務、労働者に対し適切な使用法や制限について指導・訓練する義務のことである。一方、同法では適切な保護具の使用および危険物の取り扱い訓練について、労働者にも努力義務を定めている。⑤応急設備・衛生設備の設置義務は、応急設備として、レントゲン等の医療機器や採血検査等の設備を有する事業場内診療所および歯科診察室の開設、応急処置や緊急治療等に関する訓練の実施を義務付けるものである。また衛生設備として、男女別のトイレや洗面所、女性用更衣室、保育園、飲食場所や休憩場所の設置が義務付けられている。なお、事業者は事業場から半径 5km 以内または 25 分以内に搬送可能な救急病院や歯科医院があり、緊急時の受診契約や搬送手段を確立している場合は、事業場内診療所または歯科診察室の開設義務は免除される。

## 6) 安全衛生専門職の選任基準

フィリピンにおける安全衛生専門職は、主に安全管理者(Safety Officer ; SO)と労働衛生担当者(Occupational Health

Personnel ; OH Personnel)に分類され、OSHS 遵守強化法施行細則により、労働者数および事業場のリスク度に応じた選任義務が規定されている。なお、SO は 1 日 8 時間・週 6 日間の常勤勤務(Full-time ; FT)と 1 日 4 時間・週 3 日のパートタイム勤務(Part-time;PT)の 2 つに分類されていたが、今回の改正で専門性と権限に応じてクラス 1~4 までに分類され、SO3 は労働安全衛生従事者として、SO4 は労働安全衛生コンサルタントとしての権限と資格が与えられた。OH Personnel は、応急救護士、産業産業看護職、産業歯科医、産業医が選任される。

各事業場は SO の選任において、リスクマトリックスに基づく分析により「高」「中」「低」のいずれかにリスク度分類される。このリスク度分類と労働者数に応じて、事業場は安全衛生専門職を規定の人数だけ配置しなければならない、これに違反した場合は罰則として過料が科される。

なお、リスク度分類の規定は「高」リスクのみ、事業場内に危険および潜在的な危険性を有し、事業場内外の人々の安全と健康に影響を与える可能性のある事業所として 17 業種が明記されている(化学工場、建設、遠洋漁業、火薬・花火工場、消防活動、医療施設、通信塔・ケーブルの設置、液化石油ガスの取扱、鋳業、石油化学・バイオ燃料工場と精製所、発電・配電、有毒・有害化学物質の保管・取り扱い・輸送、大量の肥料と貯蔵の取り扱い、運輸、上下水道・廃棄物管理、塩素を大量に使用する業務、DOLE が個別に決定した業務)。「低」および「中」リスクの定義は曖昧であり、実際には SO の判断に任されている。

労働者数別の安全衛生専門職の必要選任人数および SO のクラス分類は次のとおりである(ただし《》内の表記はリスク分類を

示す)。

#### 【SO の必要選任人数】

- 1~9 人 : SO1 を 1 名《低・中》、SO2 を 1 名《高》
- 10~50 人 : SO1 を 1 名《低》、SO2 を 1 名《中》、SO3 を 1 名《高》
- 51~99 人 : SO2 を 1 名《低・中》、SO2・SO3 を 1 名ずつ《高》
- 100~199 人 : SO2 を 1 名《低》、SO2・SO3 を 1 名ずつ《中・高》
- 200~250 人 : SO2 を 2 名または SO3 を 1 名《低》、SO2・SO3 を 1 名ずつ《中》、SO3 を 2 名《高》
- 251~700 人 : SO2 を 2 名・SO3 を 1 名《低》、SO3 を 2 名《中》、SO2 を 1 名・SO3 を 2 名《高》
- 701~1,000 人 : SO3 を 2 名《低・中》、SO2 を 1 名・SO3 を 2 名《高》
- \*労働者 250 人増加毎 : SO3 または SO4 を 1 名追加《高》
- \*労働者 500 人増加毎 : SO3 を 1 名追加《低》、SO3 または SO4 を 1 名追加《高》

#### 【OH Personnel の必要選任人数】

- 1~50 人 : 応急処置担当 1 名《低・中・高》
- 51~99 人 : 応急処置担当 1 名《低》、応急処置担当 1 名・PT 産業産業看護職 2 名《中・高》
- 100~199 人 : 応急処置担当・PT 産業看護職を 2 名ずつ《低》、応急処置担当 2 名、FT 産業看護職・PT 産業歯科医・PT 産業医を 1 名ずつ《中・高》
- 200~500 人 : 応急処置担当 3~5 名、FT 産業看護職・PT 産業歯科医・PT 産業医を 1 名ずつ《低》、応急処置担当 3~5 名、FT 産業看護職・PT 産業歯科医を 1 名ずつ、PT 産業医を 2 名《中・高》
- 501~2000 人 : 応急処置担当 6~20 名、FT 産業看護職・PT 産業歯科医を 1 名ずつ、

PT 産業医 2 名《低》、応急処置担当 6~20 名、FT 産業看護職・FT 産業歯科医を 1 名ずつ、PT 産業医 2 名または FT 産業医 1 名《中・高》

- 2001 人~ : 応急処置担当 21 名以上、シフト毎に FT 産業看護職・FT 産業歯科医・FT 産業医を 1 名ずつ、PT 産業医 2 名《低・中・高》

\*労働者 100 人増加毎 : 応急処置担当 1 名追加《低・中・高》

\*労働者 250 人増加毎 : FT 産業看護職 1 名追加《低・中・高》

\*労働者 500 人増加毎 : FT 歯科医追加・PT 産業医 4 名または FT 産業医 1 名《低・中・高》

#### 7) 法令で求められる主要な安全衛生管理活動

外資系企業を含むフィリピン国内のすべての事業者は、労働者の健康と安全を体系的に管理するために OSHMS を導入し、方針や計画を明確化することが定められている。OSHMS には、安全衛生プログラムの策定、安全衛生委員会の開催、産業保健サービスの確立、書面によるリスク評価、安全な機器操作のための訓練・システム化、災害発生時の対応訓練等が含まれ、事業者は四半期毎にシステムの実施評価を BWC に年次報告しなければならない。OSHMS の運営は、主に安全衛生専門職である SO と OH Personnel が担当するが、その中核は SO である。SO は職務として、安全衛生プログラムの総括管理、健康や安全に関する職場のモニタリングおよび巡視、労働基準監督官の臨検時の補助を行っており、OSH に基づく作業停止命令の発令 (Issue Work Stoppage Order ; WSO) の権限が与えられている。労働者側の義務として、SO が開催

する計 8 時間の労働安全衛生セミナーの受講が規定されている。なお、セミナーの開催は就労時間内であり、労働時間とみなされる。

事業者は、OSHS 遵守強化法施行細則に規定されている労働安全衛生項目を遵守していない場合、1 日 2 万～5 万ペソの罰金が科される。なお、違反項目が 2 件以上の場合、違反金は 1 日上限 10 万ペソを上限として合算となり、違反の反復があった場合は当該過料の 50%を、臨検の拒否や妨害、虚偽の報告、情報提供労働者への不利益、違反による労働災害・死亡事故の発生を認めた場合には別途 10 万ペソずつの過料が科される。一方、法令遵守している事業者や労働者にはインセンティブの規定も設けられており、労働安全衛生研修、保護具の追加、技術指導、承認表彰等の DOLE が定めるインセンティブの設置が定められている。なお、提出が必要な労働安全衛生関連の報告書は、年次医療報告書(AMR)、労働安全衛生委員会報告書、雇用者報告書、労働災害報告書(WAIR)、年間労働災害/傷害曝露データ報告書(AEDR)である。

## 8) 安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況

全ての安全衛生専門職は、DOLE や DOLE 認定機関での BOSH(Basic Occupational Safety and Health ; BOSH)を受講しなければならず、修了証明書の発行をもって選任が認められる。

### 【SO の資格取得要件】

- ▶ SO1 : 8 時間の BOSH および 2 時間のトレーナー研修
- ▶ SO2 : 40 時間の OSHS 規定の業種に適用される労働安全衛生研修(以下、OSHS 研修とする)

▶ SO3(労働安全衛生従事者) : 40 時間の OSHS 研修および当該業種に関する 48 時間の高度専門的職業安全研修の後、最低 2 年以上の労働安全衛生の実務経験

▶ SO4(労働安全衛生コンサルタント) : 40 時間の OSHS 研修と 80 時間の高度専門的職業安全研修を含む、計 320 時間の労働安全衛生研修・経験の後、最低 4 年以上の SO3 実務経験(なお、OSHS 研修は経験年数に相互置換が可能で、80 時間の研修受講は 1 年の実務経験に相当する)

### 【OH Personnel の資格取得要件】

- ▶ 応急救護士 : 標準的な応急手当研修
- ▶ 産業産業看護職 : 最低 40 時間の産業看護職専用の BOSH
- ▶ 産業産業歯科医 : 最低 40 時間の BOSH
- ▶ 産業医 : 最低 56 時間の産業医専用の BOSH

さらに、その職務は OSHS に明記されており、産業医の職務は次通りである。

- ① 労働衛生サービスを計画、実行、維持し、安全衛生プログラムを統括すること
- ② 定期的な職場巡視により、作業環境の健康ハザードを監視すること
- ③ 使用物質、作業手順、作業環境の医学的管理によって、職場における怪我や病気を予防すること
- ④ 健康診断、労働者の配置に関する意見、健康教育を通じて労働者の健康を守ること
- ⑤ 負傷した労働者の内科的および外科的な治療を提供すること
- ⑥ 労働安全衛生基準で要求された書式を使用して、すべての症例に関する記録と分析をし、雇用者に年次報告書を提出すること
- ⑦ 労働衛生に関する調査研究を可能な範囲内で実施すること

- ⑧ 職場の健康問題に関するマネージメントとアドバイスを行うこと
- ⑨ 効果的な活動になるための経営陣への報告と説明を行うこと

#### 9) 中小企業やインフォーマルセンター等への対応

2018年に制定されたOSHS遵守強化法施行細則により、すべての労働者に対する健康と安全衛生の確保が罰則付きで規定されたが、法令遵守の査察および指導を行う労働基準監督官が不足している実状があり、中小企業をはじめ農業やインフォーマルセクターへの対応は依然として管理できていないことが、各機関でのインタビュー調査で聴取された。

### 4. 労働安全衛生の水準

#### 1) 国の安全衛生方針・戦略

国の安全衛生の方針について、OSHCの調査で得られた情報では、ドゥテルテ政権はフィリピン開発計画2017-2022を掲げており、OSHS遵守強化法および施行細則をはじめとする関連法の整備を進めることで、OSHの促進と労働力の強化を図っている。特に、法令違反の事業者に対して罰則規定を設けたことは革新的であり、安全衛生水準の向上に対する国の姿勢が示されている。また、地方の健康開発計画、公務員ための健康と安全プログラムの追及、義務教育カリキュラムでのOSH教育なども国家戦略として挙げられた。

#### 2) 労災統計・労災把握状況

NSOは2年毎に、農業を除くすべての業種における20人以上の労働者が従事する事業場(約12,000ヶ所)を対象として、労働と雇用に関する全国総合調査を行っている。

しかし、各機関のインタビュー調査では、この全国総合調査は実際の統計が反映できていない可能性が考えられるとの意見が複数聴取された。

#### ① 労働災害

休業災害件数は2009年の17,713件から、2011年には48,957件と2.8倍以上の増加を認め、以降は2013年に49,118件、2015年に51,000件と高値のまま増加の傾向が続いている。一方、死亡災害は2009年の113件から2011年に161件、2013年に270件と増加傾向であったが、2016年には156件とピークアウトしている。休業災害は、製造業が最も発生が多く、続いて卸売業および小売業(自動車やオートバイの修理)、宿泊施設、飲食である(2013年、2015年)。

なお、労働災害における事業者の業務上過失について、各機関のインタビュー調査では、個別事例に対する民事訴訟が一般的であり、法体系からも事業者が刑事罰に課されることは稀であることが聴取された。

#### ② 業務上疾病

業務上疾病は、2011年の85,483件から2013年には171,787件と2倍以上の増加を認め、2015年の127,973件でピークアウトするも、高値のまま微増傾向が続いている。

DOLEが指定する業務上疾病は、①職業関連筋骨格系疾患、②職業性皮膚炎、③職業性喘息、④感染症、⑤結核、⑥熱射病・けいれん・疲労、⑦冠血管疾患、⑧難聴、⑨凍傷・凍傷、⑩白内障、⑪急性毒性の11項目であるが、①職業関連筋骨格系疾患が常に半数近くを占めている。職業関連疾患の発生については、行政支援サービス活動が最も多く、続いて製造業、卸売業および小売業(自動車やオートバイの修理)となっている(2013年、2015年)。

### 3) 法令順守状況

各機関でのインタビュー調査では、労働基準監督官の不足による法令遵守の査察および指導体制が整っていないことから、経営者等の安全衛生に対する関心は低く、法令遵守が重要視されていない風潮が聴取された。フィリピンに進出している日系企業の調査として訪れた ELPH においても、当該事業場は製造物が高リスク群ではないため問題は少ないと考えている一方で、法律が規定する安全衛生基準は理想に近いシステムが求められており、生産とのバランスを調整しながら現場に即した安全衛生を行っているのが現状との回答を得た。

### 4) 安全衛生上の課題、特定要因への曝露等

前述のとおり、安全衛生上の課題は、全般的な意識不足および監督管理体制不足が最大の問題である。その他、統計の対象にインフォーマルセクターや農業が含まれていない点や、フィリピンの労働人口の約 1 割を占める OFWs の安全衛生・健康管理についても大きな課題の一つである。

特定因子への曝露に関しては、「高」リスク業種の設定およびリスクマトリックスを用いた各事業場のリスク分類評価を行っているが、「低」および「中」リスクの定義は曖昧であり、実際には SO の判断に任されている点は課題である。さらに、OSHS では陸運、空運、海運業、鉱山は規定範囲外であり、これらの業種における安全衛生も課題である。

### 5) 課題への対応状況

OSHS 遵守強化法施行細則の遵守を罰則付きとし強制力を持たせることにより、SO や OH personnel から安全衛生専門職の需要を高め、安全衛生専門職を中心とした安全

衛生体制の拡大と浸透が期待できる。また、労働基準監督官に関して、増員と育成のためにカリキュラムの見直しが行われている。

### 6) 高度専門職の育成状況

メディカル・スクールは、大学によって 4 年制の traditional コースと 5 年制の innovative コースがある。産業保健専攻の卒業進路としては、大学院への進学を選択することもできるが、産業医専用の BOSH を修了すると産業医としての活動が可能であり、産業医学の基本的知識を体系的に習得できる制度が整っている。産業医の総数はフィリピン全体で 2000 人程度と、人口に対する割合は日本より高い。しかし、専属産業医は受け入れ先が限られており、多くは嘱託産業医である。

今回訪問した ASMPH は innovative コースを採用していた。さらに ASMPH では、社会におけるマネジメント能力を培うため、MBA も併せて取得できる教育プログラムを設置していた。毎年 2,000 人の卒業生のうち、1 割程度が産業医に従事していた。

### 7) 国際認証等の取得状況

労働安全衛生における国際認証 (OHSAS18001、ISO45001) の取得は任意のため、統計の詳細は不明であった。

しかしながら、2018 年にフィリピン日本人商工会議所 (The Japan Chamber of Commerce and Industry of the Philippines, Inc. ; JCCIPD) がマニラ市で ISO45001 のセミナーを開催していることや、HOYA をはじめフィリピンを含み複数の海外拠点を有する企業等の国際マネジメントシステム体制を分析する限り、フィリピンの海外企業が ISO 認証を取得している可能性は少なくないと考える。なお、ISO9001 に関しては

前政権時代の 2014 年に DOH の全部署が、2015 年に保健省直轄病院の 70 機関のうち 45 機関が認証を得ている。

#### 8) 労働者の安全衛生意識、教育水準

OSHS 遵守強化法施行細則で罰則を設けることにより強制力を持たせたが、フィリピン全体の風潮として法令遵守が重要視されていないこと、また労働者に若年層が多く安全衛生に関する知識や経験が乏しいことから、フィリピンの労働者の安全衛生意識は低いと考えられる。

フィリピンの教育制度は初等義務教育 6 年・中等義務教育 4 年の計 10 年のみで、高校以降の進学は一般的ではなく、2003 年の国際教育到達度評価学会 (The International Association for the Evaluation of Educational Achievement ; IEA) の調査で数学・理科の成績が ASEAN 加盟国のうち最下位の教育水準だった。これを改善するため 2012 年より教育制度が改革され、幼稚園義務教育 1 年(5 歳から)・初等義務教育 6 年・中等義務教育 4 年・高等義務教育 2 年の計 13 年に変更された。一方で、未就学児童数全体の 4 割近くが貧困等により中等義務教育期間に存在すると考えられており、児童労働等が問題視されている。

#### D. 考察

フィリピンについて、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。

フィリピンにおける労働衛生行政は DOLE の管掌の下、OSHS および OSHS

遵守強化法により罰則規定を設けた労働安全衛生の遵守徹底を図っているが、実際はその査察を行う労働基準監督官が全国で 500 名余りと少なく、取り締まりや指導が未だ不十分な状態である。一方で、SO や OH personnel から安全衛生専門職の需要が必然的に高まることで、安全衛生専門職を中心とした安全衛生体制の拡大と浸透が期待できる。今後、優秀な安全衛生専門職が企業に定着して知識を活かすためにも、キャリア形成を含めた支援体制等の配慮が必要と考えられる。

また、産業医を含む安全衛生専門人材の育成・教育プログラムにおいて、大学・DOLE による体制化は十分に図れていると言えるが、今回インタビュー調査を行った各機関においても、ASEAN 加盟国や諸外国との学術交流の機会は乏しいと考えられる。フィリピン政府は、労働基準監督官を含む安全衛生専門人材の育成・教育を推進しており、今後の経過を見守るとともに学術交流等を通じて、研修制度や安全衛生専門職への支援等における日本の知見が一定の貢献を果たすことが可能と考えられる。

さらに健康面に関して、フィリピンは経済発展とともに脳冠動脈疾患、慢性腎臓病、糖尿病といった NCDs の増加が社会問題となっており、今後はこれらが作業関連疾患として職場で就業上の配慮を要する労働者の増加が予見される。日本はすでに NCDs に対する多くの知見を有しており、最新治療等の医療面をはじめ、特定保健指導や事後措置の在り方等の産業保健分野、およびユネスコ無形文化遺産の”和食”の推進など、多様な側面から日本が大きく貢献できる分野と考える。

経済発展の過程にあるフィリピンについて、地域間や業種間での貧富の格差、統計



の対象とならないインフォーマルセクター労働者や農業従事者等といった社会的問題も依然として根深く存在しており、本調査で得られた労働衛生活動を進める上で不可欠な法体系、専門人材、医療・労災補償制度などの情報とあわせて、現地の専門家と連携しながら、今後の変化に注目する必要がある。

## E. 結論

フィリピンでは、日本が工業化以降、長い期間にわたって経験した安全衛生上の課題の多くが存在している。また日本に類似した専門人材の選任制度があり、多くの支援ニーズが存在すると考えられる。

## F. 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 2018 年海外情勢報告 第 5 章第 4 節 フィリピン共和国
- 2) 厚生労働省. Japan for Asia
- 3) 経済産業省. 平成 28 年 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 フィリピン編.
- 4) JETRO. 労働安全衛生基準が明確化 (フィリピン), 地域・分析レポート. 2019
- 5) JETRO. 「労働安全衛生基準遵守強化およびその違反につき罰則を定める法律」と題された共和国法第 11058 号施行細則. フィリピン備考 省令第 198 号 2018 年シリーズ
- 6) JETRO. ヘルシーライフスタイル (マニラ版) . 2019
- 7) JETRO. フィリピン 2017
- 8) 公益財団法人 国際労働財団. 2018 年フィリピンの労働事情. [Online]. [cited May. 27, 2017]; Available from: [https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/southeast\\_asia/philippines2018.html](https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/southeast_asia/philippines2018.html)
- 9) 公益財団法人 国際労働財団. 2017 年フィリピンの労働事情. [Online]. [cited Jun. 19, 2017]; Available from: [https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/southeast\\_asia/philippines2017.html](https://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/asia/southeast_asia/philippines2017.html)
- 10) 国際協力機構. 11. フィリピンの労働安全衛生分野基本情報. 労働安全衛生分野情報収集・確認調査 2017 年
- 11) Occupational Safety and Health Center. [Online]. [cited Aug. 1, 2019]; Available from: <http://www.oshc.dole.gov.ph/>
- 12) Occupational safety and health standards. [Online]. [cited Aug. 1, 2019]; Available from: [http://www.oshc.dole.gov.ph/images/Files/OSH\\_Standards\\_2017.pdf](http://www.oshc.dole.gov.ph/images/Files/OSH_Standards_2017.pdf)
- 13) 国際安全衛生センター. 平成 16 年度 JICA セミナー カントリーレポート(フィリピン)
- 14) ILO. Safety and Health at the Heart of the Future of Work 2019
- 15) ILO. Decent Work Country Diagnostics - Philippines 2017
- 16) Occupational Safety and Health (OSH) Philippines. [Online]. [cited 2013]; Available from: [https://www.ilo.org/dyn/legosh/en/f?p=14100:1100:0::NO::P1100\\_ISO\\_CODE\\_3,P1100\\_YEAR:PHL,2013](https://www.ilo.org/dyn/legosh/en/f?p=14100:1100:0::NO::P1100_ISO_CODE_3,P1100_YEAR:PHL,2013)
- 17) ILO. Departments and offices, Philippines [https://www.ilo.org/labadmin/info/WCMS\\_209367/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/labadmin/info/WCMS_209367/lang-en/index.htm)
- 18) DOLE. National Profile on Occupational Safety and Health 2006

- 19) DOLE. The Employees' Compensation Program  
<https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/japanese/country/philippines/osh/program/compensation.htm>
- 20) DOH. Philippine Health Agenda 2016-2022  
[https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/basic-page/Philippine%20Health%20Agenda\\_Dec1\\_1.pdf](https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/basic-page/Philippine%20Health%20Agenda_Dec1_1.pdf)
- 21) 菅谷 広宣, インフォーマル・セクターと社会保障 ASEAN3 か国の現状と課題. 社会政策学 会誌. 2013; 5 (2):70-80.

## G. 研究業績

### 1) 論文発表

- 深井航太, 酒井咲紀, 伊藤遼太郎, 伊藤直人, 小田上公法, Jhason John J. Cabigon, Paul Michael R. Hernandez, 小林祐一, 森晃爾. フィリピン共和国の労働衛生に関する制度および専門職育成の現状—日系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—産業衛生学雑誌 2020 62(4): 154-164

### 2) 学会発表

- 令和元年度なし

## H. 知的所有権の取得状況

なし

## 分担研究報告書

### 5. カンボジ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

研究分担者 伊藤 直人

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合報告書(分担研究報告書)

## カンボジ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 (産業医科大学 産業保健経営学教室 教授)

研究分担者 伊藤直人 (産業医科大学 産業医実務研修センター 助教)

### 研究要旨

日本がカンボジアにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うため、カンボジア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、カンボジアの安全衛生を所管する行政機関、病院を訪問して情報を収集した。

カンボジアの労働安全衛生に関する主な行政機関は、MoLVT (労働職業訓練省) と MOH (保健省) であり、企業における労働安全衛生は労働法の一部で規定されていた。労働法では、労働者数に応じた医療職の選任義務が規定されているが、その職務は傷病者の応急措置と考えられた。他のアジア諸国で確認されたセーフティーオフィサ等の専門人材の育成・配置制度は存在しなかった。企業の安全衛生の監督する検査官制度は確認できたが、検査官の数や教育制度が十分に確立されておらず、検査件数も限られていた。

現在、韓国産業安全衛生公団の支援を受け、国の労働安全衛生基本計画、労働安全衛生法を策定中である。また、労働職業訓練省が ILO の、保健省が WHO の支援を受けて、労働安全衛生に関する National Profile を策定中である。これらの取り組みによって、法令および行政上の基盤が改善することが期待される。しかし、実際に新しい制度を浸透させるためには、行政、労働衛生サービス機関、企業内で労働安全衛生を担う人材の育成が不可欠である。国内の高等教育機関には、教育システムが存在しないと考えられ、現在は、主に行政機関に所属する一部の人材がシンガポールやタイの研修コースや大学院に派遣されている。今後、人材育成の直接的支援と、育成ノウハウの提供といった間接的支援が最も大きな労働安全衛生上の支援ニーズと考えられる。

### 研究協力者

高橋 宏典 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

永田 皓太郎 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

Chimed-Ochir Odgerel (産業医科大学 環境疫学研究室)

## A.目的

カンボジアの実質 GDP 成長率は 2010 年以降 7%前後と安定的に経済成長を遂げている。経済の急速な発展では、不均衡な発展のための安全衛生における様々な課題も存在することが多い。具体的には、疾病構造が変化すること、労働安全衛生対策への十分な投資が行われないこと、労働安全衛生を担う専門人材が不足することなどである。これらの課題は、日本において 1972 年の労働安全衛生法制定以来、取り組んできたことであり、多くのプログラム、人材、経験などの蓄積がある。このような蓄積を用いて、日本がカンボジアにおける労働安全衛生推進に係る支援を行うことは、労働安全衛生の発展に貢献するとともに、日本の地位向上にもつながる。

しかし、そのような支援はカンボジアのニーズに合ったものである必要があり、支援に当たってはニーズの把握が不可欠である。そこでカンボジアにおける労働安全衛生の実態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、病院を

訪問し、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 “カンボジア”、“occupational health” AND “Cambodia”）、文献検索を行い、PubMed 28 件、医中誌 14 件が該当した。研究協力者 2 名（K.N、H.T）でタイトル、抄録、本文を交互に確認したところ、事例報告に関する文献がほとんどであり、本調査の目的に合致する文献はなかった。

### 2) 訪問調査

2020 年 2 月 11 日～14 日にカンボジアを訪問した。Ministry of Health と WHO カンボジアオフィスが共同で作成している National Occupational Health Profile のワークショップへの参加と、研究協力が得られた以下の機関を訪問した。その際、2018 年度に本研究班で作成した「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、訪問機関への質問事項を検討し、それに基づきインタビュー調査を行った。

#### ① Ministry of Labour and Vocational Training (MoLVT : 労働職業訓練省)

- ・ Department of Occupational Safty and Health
- ・ National social security Fund (NSSF)

#### ② Ministry of Health (MOH : 保健

省)

③ Cambodia-China Friendship  
Preah Kossamak Hospital

約 500 床の総合病院で、約 220 名の医師と、約 300 名の看護師を擁する。現在、新病棟が建設中で、今後、救急医療、手術、サポートサービスを拡充する予定である。

④ Calmette Hospital

Heart Center や ICU を備える高度医療の提供が可能な公立の総合病院である。医師数は約 250 人、看護師は約 450 人、救急外来患者数は 1 日約 110 人以上で、現在建設中の病棟が完成すると 1000 床を超える見込みである。

## C. 結果

### 1. 国の概要

#### (1) 歴史

1884 年にフランス保護領カンボジアとなり、1953 年カンボジア王国として、フランスから独立した。1970 年に反中親米派によりクメール共和制に移行し、1975 年親中共産勢力クメール・ルーージュが民主カンボジア（ポル・ポト）政権を樹立。1991 年にパリ和平協定が締結され、1992 年から国連カンボジア暫定機構(UNTAC)による暫定統治が開始。1993 年 UNTAC 監視下で制憲議会選挙、王党派フンシンペック党勝利し、新憲法が成立したことにより王制復活した。

#### (2) 宗教・民族

主な宗教は、仏教 97.9%であり、他にイスラム教 1.1%、キリスト教 0.5%

等も存在する。使用言語は、クメール語 97.1%、少数民族言語 2.3%、ベトナム語 0.4%等である。

#### (3) 人口

総人口は約 1585 万人で、都市人口は 380 万人、労働生産人口（15 歳から 64 歳）は約 1000 万人である。2017 年の人口増加率は 1.5%で、労働人口は 2070 年まで増え続けるとの予想もある。

#### (4) 政治・政策

立憲君主制で、上院（61 議席、任期 6 年間）と、国民議会（下院）（123 議席、任期 5 年）の二院制で、5 年毎に普通選挙が実施される。

カンボジア行政区分は 2008 年 12 月に 23 州と 1 首都プノンペン特別市に再編された。23 州は 159 の郡と 1,417 のコミューン、プノンペン特別市は 8 つの区と 204 のサンカットで構成され、全国にはさらに 14,073 の村が存在する。首都、州、区・郡・市の知事は政府主導の与党により任命され、首都、州、区・郡・市の地方議員はコミューン・サンカット評議委員会による間接選挙により選出される。コミューン・サンカットの議長及び評議員は 5 年毎の普通選挙により選出される。このような行政組織の基本的な枠組みはフランス統治時代にほぼ完成したと言われている。

しかし、選挙に関して EU はカンボジア政府による野党弾圧と人権侵害があるとして、武器以外の全ての品目について輸入関税を無税とし、輸入割り当ても行わないとする EU の特惠関

税制度（EBA）のうち、一部の品目で適用を取り消すと 2020 年 2 月 12 日に発表し、8 月 12 日から適応される予定である。EBA はカンボジアの商用輸出の 75%を占め、そのうち 90%が EU 向けに輸出されている。

#### (5) 憲法・一般法体系

1970 年代のポル・ポト政権時代に行われた法律の廃止や、知識人の大量虐殺等により、基本法の整備が不十分で、それらを適切に解釈・運用できる法律家も乏しい状態であり、法律の整備と法律家の育成による司法制度の確立が国家的課題となっていた。

カンボジア政府から日本に対して法整備支援の要請があり、1996 年から JICA(当時の特殊法人国際協力事業団、現在の独立行政法人国際協力機構)の枠組みにより、カンボジアに対する法整備支援が開始され、2006 年に民事訴訟法が、2007 年に民法がそれぞれ成立した。また、貿易自由化を進めるために WTO に加盟加入した 2004 年を契機に、司法、法令制度の刷新が始まった。

現在の法律・法規の序列は以下のようになっている。

- 憲法：1993 年に制定された、カンボジアにおける最高法規。
- 国際条約・協定：下院と上院の承認に基づき国王が署名し批准する。批准後において国際条約・協定は法律とみなされ、司法上の準拠基準の一つとなる。
- 法律：国民議会により採択される法規

- 勅許：国王が憲法で認められた権限にしたがい国王の名により発する命令。
- 政令：閣議での採択に基づき首相により署名される。首相は法令で定められた権限内で政令を発布することができる。
- 省令 (Prakas)：法令に定められた権限内において政府の閣僚により発せられる。
- 決定 (Sechkdei Samrech: Decision)：「Decision」は首相により、「Prakas-Deika」は閣僚または知事により、法令に定められた権限に基づき発せられる。
- 告示：一般的に、特定の法制度を説明したり明確にしたりするため、あるいは指示を与えるために、政府の長としての首相が、あるいは省庁の責任者として的大臣が発布する。

#### (6) 産業・経済

一人当たり GDP で 1,548 米ドルで、実質 GDP 成長率 7.5%である。2014 年の GDP に占める産業は、農業 (28.7%)、製造業 (15.3%)、商業 (14.4%)、建設業 (8.5%)、金融業 (8.3%) であるが、産業構造は、農林水産業から製造業、建設業に移行している。主な輸出相手国は米国(構成比 24.0%)、ドイツ(8.7%)、日本(8.5%)、英国(8.0%) であり、これら 4 カ国が輸入全体の半分を占める。主な輸入相手国は中国(33.2%)、タイ(18.9%)、ベトナム(13.2%) で、これら 3 カ国で輸入全体の 6 割以上を占める。

(7) 労使関係・非正規労働者・移民  
1997年に制定された労働法が労使間の権利義務関係等の重要な項目を規定しており、労働者の集団交渉や組合結成、ストライキ実施の権利を認めている。しかし、非正規労働者の多くが働く零細企業では、労働組合を結成するための10名以上の労働者が確保しにくく組織化が難しい。また、非正規労働者は、労働災害のリスクに直面しているとの課題が指摘されている。

#### (8) 治安・災害・公衆安全

外務省の危険レベルでは、2018年10月15日現在、カンボジア全土はレベル1（十分注意）となっている。過去の長期にわたる内戦の結果、カンボジア国内では銃器類が広く流通しており、銃火器を使用した強盗事件が発生している。カンボジア内務省国家警察の国内犯罪発生統計資料では、2017年犯罪の認知総件数は2,773件。前年比較では微増(+4%)している。強盗、強盗、強姦事件は1,280件で、全体の約46%を占める。プノンペンにおいても手榴弾や拳銃などの銃器を使用した凶悪犯罪が発生している。

#### (9) 日本との関係

日本とカンボジア王国の国交樹立は1953年である。2018年の日本からカンボジアへの輸出総額は4億2,100万ドル(前年比17.7%増)。品目別では、1位：建設機械など(金額9,00万ドル(20.0%増))、2位：車両7,900万ドル(20.0%増)、3位：肉および食用のくず肉が5,700万ドル(27.4%増)である。一方、日本のカンボジアからの輸入総

額は16億600万ドル(27.3%増)と、増加した。品目別では、1位：衣類(布帛製品:スーツ、シャツなど)5億8,200万ドル(19.9%増)、2位：衣類(ニット製品)4億8,300万ドル(35.7%増)、第3位：履物2億900万ドル(4.0%増)である。

2013年11月、安倍総理大臣はカンボジアを訪問し、訪問時「日本国厚生労働省とカンボジア王国保健省との医療分野に関する覚書」が締結された。具体的な内容は、①医療保険制度に係る経験の共有、②医療サービスの強化に係る協力、③先進的な医薬品・医療機器の導入である。また、2017年7月、「日本国法務省・外務省・厚生労働省とカンボジア王国労働職業訓練省との間の技の実習制度に関する協力覚書」を締結した。法整備支援に関しては、1(5) 憲法・一般法体系を参照。

## 2. 医療・公衆衛生

### (1) 公衆衛生・疾病・死因等の状況

平均寿命は68.7歳(男性66.6歳、女性70.7歳)、健康寿命は58.1歳(男性55.9歳、女性60.0歳)、5歳以下の乳幼児死亡率は28.7人(1,000人あたり)、妊産婦死亡率は161人(10万人あたり)、18歳以上の人口に占める肥満の人の割合は男性13.1%、女性21.9%、15歳以上の人口に占める喫煙者の割合は男性44.7%、女性3.2%である。

1990年には感染症が死因の過半数(56.9%)を占めていたが、2017年には非感染症(62.7%)、感染症(26.6%)、



事故等(10.7%)と感染症の割合が大きく低下し、非感染症が最多となった。非感染症の内訳は、心血管疾患が最多で20%を超え、新生物、消化器疾患、糖尿病・腎臓疾患、慢性呼吸器病の順となる。新生物においては、気管・気管支・肺癌2.20%、結直腸癌・直腸癌1.13%、乳癌1.06%、胃癌1.05%、肝癌0.91%の順である。

一人当たりの医療費は70US\$（政府医療支出15US\$）と2008年以降緩やかな増加傾向にある。

#### (2) 医師・医療者の養成・配置

6年間の大学医学部を卒業後に2年以上の臨床経験を積み、国家試験に合格するとMedical Council of Cambodia(MCC)に登録され、医師免許が付与される。このような制度は2012年から義務付けがなされたが、いまだに無免許医も存在している。

年間300人の医師が養成されており、約200人が公立医学部(1校)、約100人が私立医学部(4校)を卒業している。2012年時点での医療従事者数は医師2,440人、歯科医師264人、看護師11,454人であった。人口1万人当たりの医療従事者数では、それぞれ医師1.0人、歯科医師0.3人、看護師6.6人である。

#### (3) 医療機関の状況・質

公立医療機関と民間医療機関が存在する。今回訪問した病院は、ハートセンターを有し、CABGやPCIなどの高度医療の提供が可能であるが、医療サービスレベルは全体的に低い。公的医療機関には、主に地方の住民向け

に人口1~2万人に1箇所設置される診療所(ヘルスセンター)が約900箇所、概ね10万~20万人の人口を擁するように設置される州/郡病院(レファラル病院)が約90箇所、民間医療施設は約3,690箇所、総計約4,700箇所の医療機関が設定されている。医師が勤務しているのはレファラル病院以上の医療機関であり、ヘルスセンター、ヘルスポストに勤務しているのは主に看護師と助産師である。

救急車を所有する病院もあるが、公的な救急搬送・救急車というシステムは存在しない。

#### (4) 公衆衛生関連機関の状況

1996年採択の保健範囲計画に沿って、保健省の管轄下に24州の保健局と、77の郡保健行政区が設置されている。郡保健行政区は保健行政のカバーすべき人口規模(人口約15万人を管轄)で行政区をまとめたもので、これはカンボジア政府による地方行政区と一致していない。

### 3. 労働安全衛生の基盤

#### (1) 労働安全衛生関連法体系

1997年に制定されたカンボジア労働法(以下、労働法)が中心となっている。労働法は全19編(第1編:一般条件、第2編:企業の設定、第3編:実習、第4編:労働契約、第5編:労働協約、第6編:一般労働条件、第7編:農業従事者に対する労働条件、第8編:労働者の健康及び安全、第9編:労働災害)396条より構成されている。

第8編は、第1章一般条件、第2章

検査、第3章労働衛生業務の第228条～247条から成り、第1章の第230条には、落下の危険性の高い作業、危険な機会及び器具からの防護等に関して、省令により労働者の安全を保障するように定められている。労働安全衛生に関する主な省令として、2014年8月20日付けPrakas No.194「事務所、企業の労働安全衛生規則」2013年6月19日付けPrakas No.176「労働者、組合の労働安全衛生に関する入門教育」などがある。

#### (2) 施行の方法および状況

政府としての法令の施行方法や、カンボジア全体としての状況については、今回の調査だけでは、十分な情報は得られなかった。

#### (3) マネジメントシステムに関する要求

今回の調査ではマネジメントシステムに関する情報は聴取出来なかった。

#### (4) 行政機関・組織

保健省(MOH)は、全国民に対して公正に、安全で健康な生活環境を整えるよう啓蒙・促進活動や基本的な公共医療の提供を行っている。大臣、次官、次官補、官房長、3名の局長(監察総局、保健総局、財務管理総局)のもと、各部署に分かれる。その他、国立病院や国立センター等の機関も中央に属している。

労働職業訓練省(MoLVT)は、一般的・専門的な職業訓練の提供や、労働紛争問題解決などを取扱う。

#### (5) 監督機能

監督機能は、労働法第8編第2章検査233条～第237条に規定されている。労働条件及び安全・健康に関する法令及び規則の履行状況に関する検査は、スケジュールに基づいて実施される通常検査、通常検査後の勧告に基づいて実施される追跡検査、労働争議や労働災害のための特別検査の3種類がある。

検査官には、法律条項や関連条項に違反した罪に対して罰金を課すことができる権限や、昼夜を問わず事前通知なく管轄内の企業に自由に調査に入ることができる権限がある。

また、検査官には、労働検査官とOSH検査官が存在するが、首都プノンペン以外の地域ではOSH検査官が労働検査官を兼任している。検査官の総数は423人(労働検査官395人、OSH検査官28人)で、2017年の検査件数は44件(Report on TENYEAR ACHIEVEMENTS2008-2017 AND ACTION PLANS 2018)であった。

OSH検査官の役割は、産業衛生に関する技術的検査を実施(照度、騒音、粉塵、振動、そのほかの有害身体ハザード)、施設内にOSHネットワークを構築すること、労災事故の調査とその防止策、法律や規制違反に対する適切な罰則を含む検査システムの実施である。この際、照度計、騒音計、温度計などのツールとチェックリストを使用する。測定値を判断する基準値は明確に定められ

ておらず ACGIH の TLV などを参考に判断している。

#### (6) 労災保険・労災判定基準

8人以上労働者を雇用する企業は、従業員の雇用状況を国家社会保険基金へ登録することが義務付けられており、登録後30日以内に保険料を納付するとともに、従業員に登録番号を伝える必要がある。従業員には、労働災害保険カードが配布される。2008年から2017年において、10,849社(1,424,316人)が登録されたが、これは全労働者の60.5%にあたる。保険料の負担は雇用主であり、保険料料率は労働者の平均月給の0.8%に設定されている(最低1,600リエル、最高8,000リエル)。料率に関する詳細は、2017年11月10日付の労働・職業訓練省発行の労働災害保険及び健康保険の保険料等に関する省令第449号で定められている。

使用者は、労働災害の疑いのある事故・病気が発生した場合、48時間以内に労働職業訓練省(MoLVT)の国家社会保険基金(NSSF)に書面で通知し、NSSFは労働災害か判断するためにMedical committeeに審議をかける。労災認定の明確な基準は存在しておらず、この専門家委員会で労災認定を判定する。職業病については、対象疾患が明確にされていない。病院にあるNSSFオフィスが労災給付の窓口にもなっている。

#### (7) 事業場に求められる衛生体制

労働法により、50人以上の労働者を雇用するすべての企業及び事業所

は、常設の医務室を設置しなければならない。医務室には、労働時間中は昼夜を問わず、1人以上の看護師を常駐させなければならない。労働者の数が200人以上の場合、医務室には、薬及び包帯に加えて、病人及び怪我人が、病院に搬送又は隔離される前に、必要に応じて、入院させることができる区域が設けられなければならない。当該区域には、その職場で雇用されている職員に応じたの収容能力が必要である。具体的には省令で、労働者50人~200人で2床、500人以上で10床、1000人以上で20床と定められている。

#### (8) 安全衛生専門職の選任基準

医療者の選任基準は省令により、労働者50人~300人で看護師1人、医師または医療アシスタント1人、1日の医師の常在時間2時間、労働者301人~600人で看護師1人、医師1人、1日の医師の常在時間2時間、労働者601人~900人で看護師2人、医師1人、1日の医師常在時間3時間、労働者901人~1400人で看護師2人、医師1人、1日の医師常在時間4時間、労働者1401人~2000人で、看護師2人、医師1人、1日の医師常在時間6時間。労働者2001人以上で、看護師3人、医師1人、1日の医師常在時間8時間と定められている。

労働法第241条により、企業は、労働衛生を専門とする産業医

(occupational physician)を配置しなければならないと規定されている

が、産業医制度や教育制度は整備されておらず、企業における医務室での対応と考えられる。また、安全管理者や衛生管理者などの専門人材制度は存在しない。

#### (9) 法律で求められる主要な安全衛生管理活動

労働法第 247 条に、雇用前、再雇用時、定期又は臨時の健康診断の実施について規定されている。健診項目は法令で定められておらず、産業医が企業に推奨し、最終的に企業が決定している。健康診断の結果に基づく就業可否に関しての判定は法令で定められていないが、診察医により、就業可否に関するアドバイスやコメントしているようである。

#### (10) 安全衛生専門職の養成機関・養成配置状況

産業看護師の選任に関する法律は存在しないが、カンボジア国内で 3 万人近くの看護師が職域で活躍し産業保健において重要な力となっている。

国家 OSH プログラムにおいて、MoLVT は労働検査官に対する継続的な訓練システムを計画している。

#### (11) 中小企業やインフォーマルセクター等への対応

今回の調査では、中小企業やインフォーマルセクター等における対応は確認できず、このようなところで働いている正確な人数も確認できなかった。

### 4. 労働安全衛生の水準

#### (1) 国の安全衛生方針・戦略

MoLVT は労働安全衛生方針を韓国産業安全衛生公団 KOSHA (Korean Occupational Safety and Health Agency) の支援を受けて策定し、以下のような計画に基づき活動している。

- ・ Ministry Strategy's Plan for Development of Labour Sectors and Vocational Training 2019-2023

- ・ 2<sup>nd</sup> Occupational Safety and Health Master Plan 2018-2022

#### (2) 労災統計・労災把握状況

2017 年は 45,882 件の労災が発生し、そのうち職場での労災事故は 34,567 件、通勤災害 11,300 件、職業病 15 件である。また、失神の数を集計しており 2018 年は 2,109 件、職域では 16 件であった。職域における大量失神は、衣類や靴工場で発生している。

#### (3) 法令遵守状況

法令順守は、検査官の検査によって確認されており、その具体的な内容や数などは 3 (5) 監督機能を参照。

#### (4) 安全衛生上の課題、特定要因のばく露等

日本の労働安全衛生法のように安全衛生に特化した法律はなく、労働安全衛生は、労働法の一部(第 8 編第 228 条~247 条)として規定されている。医師の選任義務はあるものの、安全管理者や衛生管理者などの専門人材は定められておらず、企業において安全衛生の実務を担当する専門人材の強化が量的にも質的にも必要である。

また、企業の増加に対して、企業における安全衛生を監督する検査官の数が不十分である。現在は、労働者が

多く安全衛生のリスクが高い衣類や靴工場を優先的に検査しているが、産業や職場全てをカバーできていない。

MoLVT は National Occupational Health Profile を ILO の支援を受けて作成しているが、一方で MOH は WHO の支援を受け、OSH に関する national profile を作成している。

#### (5) 課題への対策状況

韓国産業安全衛生公団 KOSHA の支援により、労働安全衛生に関する法令の整備が検討されている。しかし、今回の調査では、その具体的な内容がどのようなものか確認することは出来なかった。

#### (6) 研究推進状況

労働安全衛生研究所では、労働災害の判定において、労働者のばく露や評価に関する調査を行っている。

#### (7) 高度専門職の育成状況

安全衛生に関する高度専門職制度はないが、OSH 専門家や OSH 検査官の一部をシンガポールのトレーニングコースに派遣している。

#### (8) 国際認証等の取得状況

今回の調査では確認できなかった。

#### (9) 労働者の安全衛生意義、教育

労働法第 8 編には、労働者への安全衛生教育について規定されていないが、省令 Prakas No.176 「労働者、組合の労働安全衛生に関する入門教育」は存在する。今回の調査では、教育の実施状況や労働者の安全衛生意義について確認できなかった。

カンボジアには、労働法に基づく規定や省令レベルでの有害要因に対する規則があるが、産業別で対象となる産業が限られ、多くの省庁が管轄している。また、労災統計が十分に把握できていないなど、その実効性において大きな課題が存在する。

労働安全衛生を担う人材については、医師や看護師といった医療の基盤となる人材が大きく不足し、多くのアジア諸国の制度にあるようなセーフティーオフィサーの選任規定もない。法令では、医療者の配置基準はあるが、この配置は主に工場での応急措置を目的とした規定と考えられ、前述の専門職不足を考えると、その実効性も確認できなかった。

現在、韓国産業安全衛生公団の支援を受け、国の労働安全衛生基本計画、労働安全衛生法を策定中である。また、労働職業訓練省が ILO の、保健省が WHO の支援を受けて、労働安全衛生に関する National Profile を策定中である。これらの取組みによって、法令および行政上の基盤が改善することが期待される。

しかし、実際に新しい制度を浸透させるためには、行政、労働衛生サービス機関、企業内で労働安全衛生を担う人材の育成が不可欠である。国内の高等教育機関には、教育システムが存在しないと考えられ、現在は、主に行政機関に所属する一部の人材がシンガポールやタイの研修コースや大学院に派遣されている。今後、人材育成の直接的支援と、育成ノウハウの提供と

## D. 考察

いった間接的支援が最も大きな労働安全衛生上の支援ニーズと考えられる。

## E. 結論

カンボジアの労働安全衛生上の最大の支援ニーズは、人材育成と考えられる。

## F. 引用・参考文献

- 1) 外務省.カンボジア基礎データ
- 2) カンボジア国 医療保障制度に係る情報収集・確認調査報告書 平成8年5月(2016年) 独立行政法人国際協力機構(JICA) グローバルリンクマネジメント株式会社
- 3) 平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業(国際展開体制整備支援事業) 医療国際展開カンントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 カンボジア編 2019年3月経済産業省
- 4) JERTRO カンボジア労務マニュアル(2018年3月・第5改訂版)
- 5) 外務省 海外安全ホームページ

## G. 学会発表

令和元年度なし

## H. 知的所有権の取得状況

なし



## 分担研究報告書

### 6. ベトナムにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

研究代表者	森 晃爾
研究分担者	Odgerel Chimed-Ochir 石丸知宏



厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合報告書(分担研究報告書)

## ベトナムにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

研究代表者 森 晃爾

産業医科大学産業保健経営学研究室・教授

研究分担者 Odgerel Chimed-Ochir 産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学・講師

石丸知宏

産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学・助教

### 研究要旨

日本のベトナムに対する労働安全衛生推進に係る支援にニーズを把握する、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調査をおこなった。調査は、同国における労働安全衛生の専門家である Dr. Nguyen Bich Diep (Senior Expert in Occupational & Environmental Health, National Institute of Occupational & Environmental Health)に委託し、提出された報告書をもとにインタビューを行うことで、実施した。

ベトナムの人口は約 9600 万人であり、毎年 100 万人ずつ増加している。また、人口の 7 割が 35 歳以下である。1 人当たりの GDP は、3416US\$ (2019 年) で、経済発展の過程にある。主な産業は、食品加工、衣料品、繊維などの工業であるが、依然として農業労働者が占める割合が多く総労働力の 39.4%を占めている。近年、公衆衛生レベルの改善に伴い伝染性疾患から非伝染性疾患に疾病構造の変化が見られるが、依然として伝染性疾患の課題は小さくない。また、医療従事者の養成にも重点が置かれており、1 年間に養成される医師の数は 2006 年から 2017 年の期間に 3 倍に増加しているが、人口 1000 人当たり 0.8 人と先進国に比べると十分とはいえない。また、予防医学医師の養成制度もある。

労働安全衛生が 2016 年に制定されており、安全衛生法制の充実が図られた。法規制においては、主に労働傷病兵社会省と保健省が担っている。事業場には、安全衛生担当者の選任を含む業種および従業員数に応じた労働安全衛生体制の確立が求められており、安全衛生担当者の研修制度も存在する。また、ハイリスクの職場には医師の選任要件も存在する。労働安全衛生の確保は、国の基本政策のもとに推進が図られている。現在は、2021-2030 年の国家社会経済発展戦略の一部として推進されている。労働災害の報告数は増加傾向にあるが、労災補償制度が整い、報告頻度が増えたことが背景にあると考えられる。また職業性疾患は、難聴が全体の約 60%を占め、その他は呼吸器疾患が多い。労働安全衛生管理の企業規模による格差は大きく、インフォーマルセクターの問題も存在する。

現在のベトナムは、法令の整備に比べて、監督や事業場内の専門人材が不足している状態になる。日本が 1972 年の労働安全衛生法制定後に取り組みを充実してきた経験を共有するとともに、専門人材の養成ニーズの評価およびプログラム開発に対して、大きな貢献の可能性がある。

### 研究協力者

末吉 尚純 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

五阿弥雅俊 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

## A. 目的

ベトナム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、ベトナムの労働衛生関連の行政機関、法体系、労働衛生活動を担う専門人材、医療保険制度及び労災補償制度について調査を実施した。

## B. 方法

当初は、文献調査を行って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)を収集したうえで、現地を訪問して、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たインタビュー調査を実施す予定であった。

しかし、COVID-19 のパンデミックによって現地訪問が困難な状況であったため、現地専門家に調査項目を明示して調査を委託したうえで、Web 会議機能を用いて内容の確認および支援ニーズに関する議論を行った。

### 1. 現地調査

調査項目は、国の情報、医療と公衆衛生、労働安全衛生の枠組み、労働安全衛生のレベル、分析と行動計画の5つの大項目に対して、全体で34中項目、74小項目からなるチェックリストを作成した。(添付1)

ベトナムにおける調査を実施するにあたって、現地のネットワークと専門知識を有する適任者を機縁法で選定した。(添付2)

調査期間は、2020年10月1日～12月10日とした。

### 2. Web 会議の開催

2021年1月18日に、研究代表者、研究分担者および研究協力者が全員参加し、Web 会議を開催した。予め質問事項を現地

専門家に送付したうえで、項目に沿って議論を行った(添付3)。

聴取した主な質問項目は、以下の通りである。

- ベトナムの OSH 制度に強みや弱み、ギャップ
- ベトナム政府の OSH 制度の改善に向けたアドバイスをするコンサルタントと仮定した場合のアドバイス
- 人材育成のニーズ
- これまで(過去10年間)に他国から受けた OSH の支援
- 希望する日本からの技術支援の内容
- その他、報告書の個別内容

## C. 結果

委託した調査報告書(英文)については、別添する。調査結果の概要は、以下の通りである。

### 1. 国の情報

#### 1) 歴史

ベトナムの歴史は4000年前までさかのぼる。先史時代のベトナムでは世界で最初の農業を実践した。中国、日本、フランス等の支配を受けつつ、ベトナムは20世紀半ばに長期にわたる戦争を経験し、1954年から1975年にかけて軍事的にも政治的にもベトナム民主共和国(北ベトナム)とベトナム共和国(南ベトナム)に分割された後、1975年4月の再統一後、1976年7月にベトナム社会主義共和国が設立された。

ベトナムは54の民族からなる多国籍国家である。ベト(キン)族が人口の87%を占め、その他53の少数民族は総勢800万人以上。15の明確な宗教伝統に所属する38の宗教団体と1つのダルマ修行(精神的な修行のセット)がある。(米国国務省「国際的な宗教の自由に関する報告書-ベトナム」(USSD-IRF 2016年報告書))

## 2) 人口構成

ベトナムの現在の人口は、最新の国連データによる予測によると 97,569,565 人（1986年の約6,000万人から増加）で、2050年には1億2,000万人に拡大すると予測している。人口ランクは世界第15位で、ベトナムの人口は毎年約1%ずつ増加しており、毎年約100万人ずつ増加している。人口密度は293.89人/km<sup>2</sup>であり、世界で46番目に人口密度の高い国となる。現在、人口の7割が35歳以下で、平均寿命は76歳（男性71.7歳、女性79.9歳）と、同程度の所得水準ではこの地域の国の中で最も高い。しかし、人口の高齢化は急速に進んでいる。また、現在13%を占めるベトナムの新興中産階級は、2026年には26%に達すると予測されている。

2006年から2018年までのベトナムの15歳から35歳までの成人の総識字率において、2018年の識字率は約94.8%であった。

## 3) 政治と政策

ベトナム社会主義共和国は、法治国家である。ベトナム民主共和国の誕生と同時に政治体制が確立され、以下の4つの組織で構成されている。ベトナム共産党、ベトナム社会主義共和国、ベトナム祖国戦線、その他の政治組織からなる。ベトナムは、2011年から2020年までの10カ年の社会経済発展戦略と2016年から2020年までの5カ年の社会経済発展計画の実施において、ポジティブな成果を上げてきた。2021年は、10年経済発展戦略（2021年～2030年）と5年社会経済発展計画（2021年～2025年）を実施する最初の年となる。

## 4) 法体系

現行憲法は2013年の第13回国会で採択

された。2013年の憲法は、経済・政治改革、社会主義目標、社会主義民主主義、市民の自由権に関するベトナム共産党の基本的な視点を制度化した最高法規の基本的な法律文書である。憲法は、すべての国民（男女を問わず）に、すべての政治、経済、文化、社会の分野および家庭の問題において平等な権利を与えている。憲法は11章と120条からなる。

## 5) 産業と経済

ベトナムの主な産業は、食品加工、衣料品、繊維、靴、機械製造、鉱業、石炭、鉄鋼、セメント、化学肥料、ガラス、タイヤ、石油、携帯電話などである。

農業はGDPの14.7%を占め、総労働力の39.4%を雇用している。第2次産業はGDPの34.2%を占め、総労働力の25.8%を雇用している。サービス業はGDPの45.5%を占め、総労働力の34.7%を雇用している。

## 6) 労使関係、請負業者、非正規部門労働者、移住者

ベトナムでは、労使関係の管理は、従業員の賃金や方針の管理だけでなく、政府のコンプライアンス手続きの管理も含まれている。

## 7) 公安・災害・公安

窃盗、財布のひったくり、スリは最も一般的な犯罪であり、ホテル、観光地、空港、公園、その他外国人に人気のある混雑した場所で最も頻繁に発生している。

東南アジアの熱帯モンスーン地帯に位置するベトナムは、世界でも有数の災害国である。2016年、エルニーニョに起因する干ばつと塩分侵入の緊急事態は、水と食料の不足と人道支援の欠如により、5万2千人の

子どもと 100 万人の女性を含む 200 万人の人々の生活に悪影響を与えた。

## 8) 日本との関係

ベトナムと日本は 1973 年 9 月 21 日に国交を結び、2009 年には戦略的パートナーシップ、2014 年にはアジアの平和と繁栄のための広範な戦略的パートナーシップに格上げされた。日本はベトナムの第 2 位の外国投資家、第 4 位の貿易相手国、第 3 位の観光相手国となっている。

## 2. 医療と公衆衛生

### 1) 公衆衛生、疾病、死因の状況

ベトナムでは非伝染性疾患が顕著になってきているが、伝染性疾患は依然として問題となっている。ベトナムでは、現在、伝染病の主要な課題は以下の通りである。

- 新興感染症：手足口病、鳥インフルエンザ、MERS-CoV 感染症、エボラウイルス、ジカウイルス、コロナウイルス等
- 再発した病気：デング熱、麻疹、風疹等
- その他の感染症・感染症：肝炎、HIV/AIDS、脳炎、重篤な感染症・感染症、肺炎、マラリア等
- 病院での感染症や抗生物質耐性

2009 年から 2019 年までのベトナムの乳幼児死亡率では、2019 年のベトナムの乳幼児死亡率は、生後 1,000 人当たり約 15.9 人であった。ベトナムの 5 歳未満児死亡率の割合は、2019 年には 1,000 人の生後出生あたり 19.9 人であった。

### 2) 医師と医療従事者のためのトレーニングと供給

ベトナムの医療訓練では、2 つの訓練システムが認められている。(i)教育訓練省(MOET)と労働・インバイド・社会省が管

理する研究ベースのシステム(高等教育・職業訓練を含む)と、(ii)保健省が管理する医療実践ベースのシステムである。政府は、教育機関の種類や訓練レベルに応じて、各省庁や地方自治体に教育活動の管理を委託している。

ベトナムでは、過去 20 年間で保健医療訓練機関の数と卒業生の数が急速に拡大している。大学での研修医の数は 1997 年以降、9 人から現在の合計 17 人へとほぼ倍増。年間に卒業する新しい医師の数は、2006 年の 3265 人から 2017 年には 9118 人に増加しており、10 年間でほぼ 3 倍に増加。2016 年のベトナムの人口 1000 人当たりの医師数は 0.8 人、人口 1000 人当たりの看護師数は 1.4 人、人口 10000 人当たりの薬剤師数は 0.3 人と推定される。

現在、ベトナムの公共システムには 40 万人以上の医療従事者がいる。医療従事者は主に医師、助医、看護師、助産師、医療技術者、伝統医学者で構成されている。これらの職業は、全医療従事者の 83.55%を占めている(MOH, 2012)。その他の職種には、薬剤師、エンジニア、会計士、技術者などが含まれる。医師、助医、看護師、医療技術者は、医療従事者の 80%を占めている。これらの幹部は、検査・治療法(LET)(2011年)の規定に基づいて業務を行うために免許が必要である。ベトナムの医師密度は人口 1 万人当たり 7.61 人である(2013年)。看護師と医師の比率は 2008 年の 1.19 から 2012 年には 1.34 に増加している。

### 3) 医療の現状と質

ベトナムの医療制度は、中央レベル、省レベル、地区レベル、コミュニケーションレベルの 4 つの行政レベルで構成されている。公衆衛生セクターは中央レベルから草の根レベルまで幅広くカ

バーされている。2014年、保健省と内務省は、無駄のない人員配置、有効性、協調性、継続性に向けたサービス提供組織システムの再配置に関する規則を発行した。地方予防医療ネットワークは、合同通達第 51/2014/TTLT-BYTBVN 号および通達第 59/2015/TT-BYT 号に規定されているように、同様の機能を持つセンターを統合したり、入院病床を持つセンターを地方病院に統合したりすることで、CDC モデルに再編成されている。

保健省は 2010 年に医療サービス管理局に病院品質管理室を設置し、2013 年には「病院における医療サービス品質管理の確立に関するガイドライン」を発行した。この通達によると、すべての病院は、品質管理委員会、品質管理オフィス/ユニット、品質管理ネットワークを含む品質管理システムを構築しなければならないとされている。各省の保健局は、その省内にある病院の品質管理を担当している。また、医療サービスの質の認定に責任を持つ独立機関もまだ存在しない。なぜなら、検査・治療法および政令第 87/2011/ND-CP に基づく質認証のための独立機関がまだ設立されていないからである。

#### 4) 国際保健機関の状況

ベトナムは 1977 年 9 月 20 日に国連に加盟した。One Strategic Plan 2017-2021 は、SDGs の実施に焦点を当てた第 3 世代の国連開発援助枠組 (UNDAF) であり、ベトナムで国連支援を実施するためのプログラムと運営の枠組みを代表するものである。

ベトナムは 1950 年 5 月 17 日から WHO の加盟国となった。WHO は 1977 年にハノイにカンントリーオフィスを、2003 年にはホーチミン市にサブオフィスを設立した。包括的な枠組みを提供するのは、2015 年 9 月に国連総会で採択された「持続可能な開発

のための 2030 アジェンダ」である。

米国疾病対策予防センター (CDC) は、効果的で持続可能な公衆衛生システムを構築するために、1998 年にベトナム政府および現地の組織と協力して活動を開始した。

USAID は、国際安全保障に貢献し、自由、公正、互恵的な貿易を行い、人権と法の支配を尊重する、豊かで自立した独立した国になるようにベトナムと協力している。ベトナムにおける USAID のプログラムは、経済ガバナンスの強化、質の高い高等教育へのアクセスの拡大、HIV/AIDS の感染制御と世界的な保健安全保障の脅威への対応、障害者の福祉の向上、生物多様性の保全やダイオキシン汚染を含む環境問題への対応など、最も必要とされる場所に戦略的に資源を集中させることで、継続的な開発を強化している。

地元の NGO と国際 NGO がある。国際 NGO には以下がある。

- COMINGO : 首相を支援し、外国の NGO の活動に関連する法律や政策の実施のための指導、監視、監督を行うハイレベル機関。
- PACCOM: ベトナムにおける国際 NGO の登録と活動の事務的・法的側面を促進し、国際 NGO との関係において現地の組織を支援。
- VUFO : 全国的な社会政治組織であり、その主な機能は、ベトナムと他国との間で友好的で協力的な人と人との関係を確立し、促進することである。平和・連帯・友好団体、人道 NGO、企業、他国の個人などからの物的援助を動員し、募る役割がある。vufo のウェブサイトによると、ベトナムには 153 の市民社会組織があり、現在活動している NGO はベトナムに駐在員事務所を持っており、

そのうち健康関連の活動をしている組織は 78 ある。

### 3. 職業上の安全と健康の枠組み

#### 1) OSH 法規制

労使関係に関する主な OSH 法規制について、以下のものがある。

- 労働法典 (1994 年) : 17 章と 198 の規定で構成。すべての人に、性別、社会階級、信条、宗教に基づく差別なく、希望する職業に就き、技能を向上させる権利を付与。
- 労働法 2012 (10/2012/QH13) : 1994 年 6 月 23 日付けの労働法に代わる法。同法は 17 章 242 条、第 IX 章、20 条を含む労働安全衛生法で構成。
- 労働法典 2019 (第 45 号/2019/QH14)。この労働法典は、既存の労働法典第 10/2012/QH13 号 (2012 年労働法典) に代わり、2021 年 1 月 1 日から施行。労働法 2019 年版は、17 の章と 220 の条文で構成。労働法 2019 年版の主な変更点としては、労働法の適用範囲の拡大、労働契約の更新と終了におけるより柔軟性の提供、初めて従業員が独立した労働組合を設立し加入する権利の設定、従業員 10 人未満の雇用者が社内の就業規則を発行するための要件の設定、時間外労働時間の上限の引き上げ、従業員の定年の引き上げなどがある。
- 労働安全衛生法 (法律第 84/2015/QH13 号)。この法律は、労働安全衛生 (OSH) を保証する措置、労働災害・疾病の被害者に対する政策と補償、OSH に関する組織と個人の責任と権利、OSH に関する国家管理について規定している。この法律は、次のとおり 7 章からなる。  
第一章 総則

第二章 労働者に対する危険因子及び有害因子の防止及び管理のための措置

第三章 労働安全衛生上の障害及び労働災害・疾病を原因とする技術的な事故の解決のための措置

第四章 特殊労働者の労働安全衛生の保証

第五章 生産・事業所における労働安全衛生の保証

第六章 労働安全衛生の国家管理

第七章 実施規定

また、安全、健康、環境に関するその他の関連法令として、以下のものがある。

- 2013 年に制定されたベトナム憲法
- 国民の健康の保護に関する法律
- 社会保険法
- 健康保険法
- 感染症の予防に関する法律
- 環境保護法
- 化学法
- 火災予防及び消防に関する法律
- 基準と技術規則に関する法律

また、ベトナムは 25 の ILO 条約を批准している。

- 基本条約 8 件中 7 件
- ガバナンス条約 (優先順位) : 4 件中 3 件
- 技術的な条約 : 178 件中 15 件

#### 2) 法規制に関わる機関と役割

OSH 法規制の制定に関わる省庁は、以下のとおりである。

- 労働傷病兵社会省 (MOLISA)
- 保健省 (MOH)
- 科学技術省
- 農業農村開発省
- 運輸省
- 工業貿易省
- 建設省

- 情報通信省
- 防衛省
- 公安省

また、検査体制を含むコンプライアンスを確保するための仕組みとして、以下が挙げられる。

- 労働安全衛生検査所 (OSH 法第 89 条で次のように規定)
  - 労働安全衛生検査官は、中央・省レベルの労働国家管理機関の専門検査官である。
  - 放射線、石油・ガス探査・開発、鉄道、水路、陸上・航空輸送、人民軍の分野における労働安全衛生検査は、労働安全衛生検査官と連携して、当該分野の国家管理機関が実施する。
- 労働・戦犯・社会問題の検査機能を行う機関 (労働・戦犯・社会問題の検査所の組織と運営に関する 2017 年 10 月 4 日付政府令第 110/2017/ND-CP 号の第 3 条)
- 労働と OSH に関する専門的な検査の内容 (2017 年 10 月 4 日付けの Gov Decree No.110/2017/ND-CP の第 15 条で、労働、戦争無効、社会問題における検査所の組織と運営について規定)
- OSH 検査命令と手順 (政府令第 07/2012/ND-CP の第 18、19、20、21 条)
- 検査報告体制 (労働・戦争無効・社会問題における検査院の組織と運営に関する 2017 年 10 月 4 日付政府令第 110/2017/ND-CP 第 25 条)。
- OSH の検査とチェックの調整 (政府令第 39/2016/ND-CP 第 43 条に規定)

MOLISA 検査院の統計によると、2014 年には全国に 465 人の労働検査官がおり、労働政策、OSH 規制、功労者、社会保険、若年労働者、労働政策体制の実施に関する苦

情の解決、糾弾などの検査機能を担っている。国の労働・OSH 政策の検査に従事する役員の数は、上記の労働検査官の数の 3 分の 1 以上にしか達していなかった。2011 年から 2015 年の間、毎年、OSH 検査官が実施したのは約 5,600 社/52 万 5,000 社の企業のみで、ストライキ、労働災害のリスクが高い大企業にのみ焦点を当てていた。多くの労働災害は、企業から迅速に報告されなかった (出典:2011 年~2015 年の全国の OSH プロファイル、MOLISA 2016)

### 3) OSH に関する報告・届出

OSH に関する事業場の報告・届出制度として、以下がある。

- OSH 法第 34 条に規定されている労働安全衛生を脅かす労働災害や技術事故の通知と政令第 39/2016/ND-CP、第三章：労働災害、技術事故の通知、調査、報告、重大な OSH 障害の原因となっている労働災害や技術事故の報告。
- 労災報告の時期と様式 (政令第 39 号/2016/ND-CP 第 24 条)
- 労災被害者が診察・治療施設で診察・治療を受けた場合の報告と情報提供 (政令第 39 号/2016/ND-CP 第 25 条)
- OSH 障害を引き起こす技術的な事故および重大な OSH 障害を引き起こす技術的な事故の報告、調査および報告 (政府令第 39/2016/ND-CP 号第 26 条に規定)
- 事業場における従業員の健康・職業性疾患に関する報告・届出制度に関する労働衛生管理と従業員の健康管理の手引き (報告規則を含む) についての通達 (Circular No.19/2016/TT-BYT)

### 4) 労災と疾病をカバーする労働者災害補償保険と社会保障制度

労災保険と社会保障制度に関して、OSH 法第 3 章：労災・疾病保険制度、2016 年 5 月 15 日付政府令第 37/2016/ND-CP 号、強制労災・疾病保険に関する OSH 法の多くの条文を詳述しており、Circular No.26/2017/TT-BLDTBXH (2017/9/20 付) で規定されている。強制労働災害・職業性疾患保険の実施を規制し、その実施を指導する。主な内容は、以下のとおりである。

補償制度：

- 労災・職業性疾患に罹患した従業員が初めて作業能力低下の診断を受けた場合の助成金 (第 5 条)
- 傷病が再発して労働能力の低下が再評価された場合の労災・業務上疾病給付金の精算 (第 6 条)
- 一時金または月額給付を受けていた従業員が、労働災害、新たな職業性疾患、事故による HIV/エイズ感染などに罹患した場合の労災・職業性疾患手当制度の精算 (第 7 条)
- 職業性疾患の危険性のある職業又は業務に就いていない従業員が退職した場合又は退職した場合の職業性疾患体制の整備に関する命令書及び書類 (第 10 条)

労災の認定基準について、OSH 法 (2015 年) による労働災害とは、作業中に発生した身体の一部または機能に傷害を与え、または従業員を死亡させる事故であって、与えられた業務またはタスクの遂行に密接に関連しているものをいう。

労働災害 (OA) の分類：次のような場合に死亡をもたらす業務上の傷害

- 事故が起きた職場で
- 途中または緊急時に
- 治療中または法医学的検査記録に記載された傷の再発によるもの
- 裁判所の結論による宣言

重篤な労働災害について、Gov Decree No.39/2016/ND-CP の付録 II に規定されている。

一方、OSH 法 (2015 年) による職業性疾患の定義：従業員の高い労働条件によって引き起こされる病気とされ、2016 年 5 月 15 日付 MOH による Circular 15/2016/TT-BYT で、社会保険の対象となる補償対象の職業性疾患のリストを示し、職業性疾患の診断と評価に関するガイダンスを提供している。ベトナムで補償されている職業性疾患は、以下の 34 種類である。

グループ I：職業性じん肺と気管支疾患

- (1) 珪肺症
- (2) アスベスト症
- (3) ビシニョーシス
- (4) 職業性慢性気管支炎
- (5) 喘息
- (6) タルコシス
- (7) 石炭肺疾患

グループ II：業務上の中毒

- (8) 鉛中毒
- (9) ベンゼン中毒
- (10) 水銀中毒
- (11) マンガン中毒
- (12) TNT (トリニトロトルエン) 中毒
- (13) ヒ素とヒ素化合物中毒
- (14) 農薬中毒
- (15) ニコチン中毒
- (16) 一酸化炭素中毒
- (17) カドミウム中毒

グループ III：身体的要因による職業性疾患

- (18) 騒音による難聴
- (19) 圧縮または減圧された空気によって引き起こされる疾患
- (20) 全身の振動によって引き起こされる病気
- (21) 局所的な振動による疾患



- (22) 電離放射線による疾患
- (23) 職業性白内障
- グループ IV：職業性皮膚疾患
- (24) 職業性油性ニキビの病気
- (25) 職業性メラノーシス
- (26) クロムによる刺激性接触皮膚炎
- (27) 湿った環境や寒い環境に長時間さらされることで起こる皮膚病
- (28) 天然ゴム、化学添加物ゴムへの暴露による職業性皮膚疾患
- グループ V：職業性感染症
- (29) レプトスピラ症
- (30) B型肝炎ウイルス
- (31) 結核
- (32) C型肝炎ウイルス
- (33) 労災による HIV 感染
- グループ VI：職業性がん
- (34) 中皮腫

## 5) OSH 管理のための職場内組織等の規程

OSH 法によって、労働安全衛生単位 (OSH 法第 72 条による)、健康単位 (OSH 法第 73 条による)、労働安全衛生労働者 (OSH 法第 74 条による) が規定されている。また、事業所の労働安全衛生委員会 (OSH 法第 7 条による) が規定されている。

また、OSH 法第 14 条で、労働安全衛生に関する教育が規定されている。

## 6) OSH に従事する者の資格要件

### ① 事業場での体制

安全衛生責任者、安全技術者、産業医、衛生士など、OSH の分野に従事する者の法的資格要件として、以下のものがある。

- 常勤の労働安全担当者は、以下のいずれかの条件を満たしていなければならない。
  - a) 技術分野の大学の学位を持ち、事業所

の業務及び生産の分野で少なくとも 1 年の実務経験を有すること。

b) 技術分野の大学の学位を有し、事業所の業務及び生産の分野で少なくとも 3 年の実務経験を有すること。

c) 技術的な専門分野の中級資格を持っているか、直接技術的な仕事をしている; 設立の生産と事業所のビジネスの分野で働いた経験の 5 年を持っていること。

- 非常勤労働安全管理者は、次のいずれかの条件を満たしていなければならない。
  - a) 技術分野の大学の学位を持っている。
  - b) 技術分野の大学の学位を有し、事業所の業務及び生産の分野で少なくとも 01 年の実務経験を有すること。
  - c) 技術専門分野の中級資格を持っているか、または直接技術的な仕事をしていること。
- 企業・生産・事業所で医療・保健活動を行う者は、以下の条件を十分に満たしていなければならない。
  - a) 総合医・開業医、予防医学医、看護学士、医師・医師助手、助産師中級看護師などの医療資格を持っていること。
  - b) 専門職業衛生の証明書を持っていること (詳細は、項目 3.8.12 の職業衛生に関する証明書訓練プログラムを参照)。
- 雇用主は、健康スタッフの情報を、事業所の本社がある州の保健局に通知しなければならない。
- 事業所が保健スタッフを配置できない場合、または医療部門を設置できない場合、事業所は以下の規定を遵守しなければならない。
  - a) 資格のある医療機関との契約を締結し、医療スタッフの最低必要数に規定された十分な数の医療スタッフを提供し、緊急事態が発生した場合には、平地、町、

市の場合は 30 分以内、山間部、僻地、孤立した地域の場合は 60 分以内に速やかに事業所に立ち会うこと。

b) 上記の医療施設の情報を、本社のある州の保健省に通知すること。

## ② 職業性疾患の診断を行う医師

職業性疾患の診断を行う医師は、次の条件を十分に満たしていなければならない。

a) 総合医・開業医、専門医などの医療資格を有していること。

b) 職業性疾患証明書を持っていること。

職業性疾患証明書を作成するための研修プログラムの研修期間は 3 ヶ月間と 9 か月間のものがあるが、2020 年から 9 ヶ月間のコーストレーニングは実施されない。

職業性疾患診断の研修内容は、以下のとおりである。

a) 職業性疾患の概要

b) 呼吸器疾患の基本的な概要、基本的な耳・鼻・喉の疾患

c) 基礎皮膚疾患の概要

d) 基礎的な循環器疾患の概要

e) 職業性呼吸器疾患群、基本的な診断技術と予防対策

f) じん肺の読影技術は、国際労働機関の分類ガイドラインによる。

g) 職業性身体的要因による疾患群、基本的な診断技術と予防策

h) 職業性感染症のグループ、基本的な診断技術と予防策

i) 職業性皮膚疾患のグループ、基本的な診断技術と予防策

j) 生物学的製剤による職業性疾患群、基本的な診断技術と予防策

k) 労働環境における職業性疾病の効果的な予防に関するデータの集計、報告、助言の提案

l) 職業性疾患検診施設での臨床実習と検査実習

研修は、国立労働環境衛生研究所、ハノイ医科大学予防医学研修公衆衛生研究所等で行われている。

## ③ 作業環境のモニタリングを行う作業衛生士の要件

政府令第 44/2016/ND-CP 号、第 33 条では、労働環境のモニタリングを運営する組織の条件として、人材の要件を含め、労働環境モニタリングを行う組織の条件を規定している。作業環境モニタリング運営組織は、以下の条件を満たさなければならない。

(1) 作業環境モニタリングサービスを提供する非事業単位または企業

(2) 作業環境モニタリングを実施するのに十分な人材を有していること

a) 作業環境モニタリングの直接責任者は、次の資格を有していること

- 健康、環境、生化学の分野で学士号以上の学位を取得していること

- 作業環境モニタリングの分野で 2 年以上の経験を有するか、予防医学の分野で 5 年以上の経験を有すること

- 作業環境モニタリングの訓練証明書を持っていること

b) 次の資格を持っている期間 12 ヶ月以上の契約又は無期限の契約で働いている人が 5 人以上いること

- 健康、環境、生化学の分野で中級以上の資格を有し、60%以上の人が大卒以上の資格を持っていること

- 作業環境モニタリングの訓練証明書を持っていること

作業環境の評価にする講習は、最低 1 ヶ月であり、以下の内容となっている。

- 内容：

- a) 労働安全衛生に関する一般的な紹介
- b) 作業環境モニタリング計画を作成する
- c) 作業環境における物理的要因の測定・評価方法
- d) 作業環境における粉塵成分の測定・評価方法。
- e) 作業環境中の化学的要因の測定・評価方法
- f) 職場における心理生理学的・人間工学的要因の測定・評価方法
- g) 微生物学的因子、アレルゲン、発がん性因子などの職業曝露の評価、...
- h) 労働環境を観察するための労働基準監督署でのフィールドワークと実習
- i) 作業環境における有害要因の効果的な防止に関するデータを総合し、報告・提言を行う。

トレーニング機関を行う機関は、国立職業環境衛生研究所 (NIOEH)、ホーチミン市公衆衛生研究所、パストツール研究所などの OH の管理下にある資格のある機関である。

## 7) OSH スタッフ選任の最低基準

労働安全衛生法第 72 条第 1 項の労働安全部門の組織は、次のように定められています。

- 鋳業、コークス炭の生産、石油精製製品の生産、化学製品の生産、金属の生産及び金属製品、非金属鋳物製品の製造、建設工事の建設、船舶の建造及び修理、電気の生産、送電及び配電の分野で操業する生産及び事業所については、使用者は、以下の最低要件を満たす労働安全ユニット／部門を組織しなければならない。  
(第 1 号)
- a) 50 人未満を雇用する事業所や生産施設は、労働安全の仕事を実行するために

少なくとも 1 人のパートタイム OSH 役員を手配しなければなりません。

b) 従業員を 50 人以上 300 人未満の事業所及び生産事業所は、少なくとも 1 人の常勤の労働安全衛生担当者を配置し、労働安全のための作業を行わなければならない。

c) 従業員を 300 人以上 1,000 人未満の事業所は、少なくとも 2 名の労働安全衛生担当者を配置して、労働安全衛生の業務を行わなければならない。

d) 従業員を 1,000 人以上雇用する事業所及び生産事業所は、労働安全部門を設置するか、少なくとも 3 人の専任の労働安全衛生責任者を配置して労働安全の業務を行わなければならない。

- 第 1 号以外の分野及び事業を営む製造業及び事業所については、事業主は、次の最低要件を満たす労働安全対策本部を設置しなければならない。

a) 使用者が 300 人未満の事業所は、労働安全の業務を行うために、1 人以上の非常勤の OSH 担当者を配置しなければならない。

b) 300 人以上 1,000 人未満の従業員を雇用する事業所及び生産事業所は、少なくとも 1 人の常勤の労働安全衛生責任者を配置して労働安全の作業を行わなければならない。

c) 従業員を 1,000 人以上使用する事業所及び生産事業所は、労働安全部門を設置するか、または 2 人以上の専任の労働安全衛生責任者を配置して労働安全を実施しなければならない。

労働安全衛生法第 73 条第 1 項に規定する医療部門の組織は、次のように規定されています。

- 水産品及び水産物の加工及び保存、鋳業、

繊維製品の製造、衣服、皮革、靴、コーキスの製造、化学品の製造、ゴム及びプラスチック製品の製造、スクラップのリサイクル、衛生、金属の製造、船舶の建造及び修理、建築材料の製造、使用者の分野及び産業の生産及び事業所の場合使用者は、次の最低要件を確保するために、事業所に医療部門を組織しなければならない。(第1号)

a) 300人未満の雇用者を有する事業所及び生産事業所は、保健医療活動を行うための中級資格を有する保健スタッフを1名以上配置しなければならない。

b) 300人以上500人未満の事業所は、健康管理活動を実施するために、少なくとも1人の医師・医師と1人の中級資格を持つ保健スタッフを配置しなければならない。

c) 500人以上1,000人未満の従業員を雇用する事業所及び生産事業所は、医師1人以上を配置し、シフトごとに健康管理活動を行うための中級資格を有する保健師1人を配置しなければならない。

d) 従業員を1,000人以上雇用する製造・事業所は、健康診断・治療に関する法律に基づき、組織的な形で保健所・施設を設置しなければならない。

- 第1号以外の分野・事業を営む製造・事業所については、事業主は施設内に医療部門を設置しなければならない。医療単位・部門は、以下の最低要件を確保する。

a) 500人未満の従業員を雇用する事業所及び生産事業所は、保健医療活動を行うための中級レベルの保健スタッフを少なくとも1人以上配置しなければならない。

b) 500人以上1,000人未満の従業員を雇用する事業所及び生産事業所は、少なくとも1人の医師と、健康管理活動を行う

ための中級レベルの保健スタッフを配置しなければならない。

c) 従業員を1,000人以上雇用する生産事業所と事業所は、その他の健康管理活動を行うために1人の医師と1人の保健スタッフを配置しなければならない。

## 8) OSH 管理のための職場活動の法的要件

### ① 危険・有害要因のリスクアセスメント関係

職場における危険因子・有害因子の管理に関する主な事項は、以下の通りである。

- OSH 法第18条で、事業場における危険因子・危険因子の管理について規定
- 2016年5月15日付政府令第39号/2016年5月15日付ND-CPでは、職場における危険有害要因の管理の基本的な内容を規定

- 職場における危険有害要因の管理の内容(第4条)。

- 危険有害要因の特定と評価(第5条)。

- 危険有害要因の防止及び管理のための目的及び措置の決定(第6条)

- 危険有害要因の防止及び管理のための対策の展開とその有効性の評価(第7条)

職場の衛生・衛生設備に関する法的要件としては、保健省の通達 Circular No.19/2016/TT-BYTによって、労働衛生、衛生・衛生設備の管理に関するガイドライン(労働者数/休憩室/浴室/手を洗うための水道水など)が出されている。

### ② 健康診断の法的要件

雇用前健康診断の法的要件として、使用者は、新入社員を健康に適した職場に配置し、職業性疾患を後から発見し、各社員の健康プロファイルを作成するために、業務に就く前に新入社員の健康診断を実施しなければならないとされている。健康診断の内容は、2013年5月6日付けの保健省の通

達 Circular No.14/2013 / TT-BYT で規定されている。健康診断の結果、健康の分類は、1997年8月5日付けの保健省の決定 No.1613/QD-BYT に従っている。一般的な従業員の健康プロファイルの策定は、2013年5月6日付けの通達 Circular No.14/2013/TT-BYT に従い、職業性疾患のリスクがある従業員の健康プロファイルの策定は、2016年6月30日付けの通達 Circular No.28/2016/TT-BYT に従って行われる。

危険性が高い職業・業務を行う労働者、障害のある労働者、未成年の労働者、高齢者の労働者は、少なくとも半年に一度は健康診断を受けなければならないとされている。また、健康診断を受ける際には、女性従業員には産科検診を実施し、職業性疾患の原因となる要因がある環境で働く人には、職業性疾患の発見のための健康診断を実施する。健康診断の内容は、2013年5月6日付けの保健省通達 Circular No.14/2013/TT-BYT で規定されている。健康診断の結果、健康の分類は、1997年8月5日付けの保健省の決定 No.1613/QD-BYT に従っている。一般的な従業員の健康プロファイルの策定は、2013年5月6日付けの通達 Circular No.14/2013/TT-BYT に従い、職業性疾患のリスクがある従業員の健康プロファイルの策定は、2016年6月30日付けの通達 Circular No.28/2016/TT-BYT に従う。この健康診断は、事業主が費用を負担する。

雇用主は、従業員に仕事を割り当てる前に、また、より重い、より危険な、より危険な職業や仕事に移す前に、または業務上の事故・傷害・疾病の治療を受けた後に職場に復帰する際に、健康診断を実施しなければならない(ただし、労働能力の低下を評価す

るために医師会の健康診断を受けた場合は除く)。この健康診断の内容と健康プロファイルの作成は、2016年6月30日付けの通達第 28/2016/TT-BYT 号「保健省による職業性疾患の管理に関するガイドライン」(附属書 II) に従っている。準臨床検査(検査、診断画像等を含む)は、事業場の従業員が曝露するものに適したものである必要がある。また、健康診断の結果、健康の分類は、1997年8月5日付けの保健省の決定 No.1613/QD-BYT に従っている。この健康診断は、事業主が費用を負担する。

労働安全衛生を著しく害する労働災害や技術的な事故の統計・報告、管理は、OSH 法(2015)第36条、37条に規定されている。

### ③ 職業性疾患の診断

事業主は、専門的技術的要件と条件を満たす保健所で職業性疾患を発見するための健康診断を従業員に提供しなければならない。事業主は、職業性疾患と診断された従業員を専門的・技術的条件を満たす保健所に派遣し、治療指針に基づいて治療を受けさせなければならない。職業性疾患の診断には、労働者側の情報と業務に関する情報が必要である。職業性疾患の診断に必要な検査内容の決定については、労働省の通達 28/2016/TT-BYT の付属書4を参考とする。一部の職業性疾患の検査内容の例：

- Silicosis シリカ粉塵 呼吸器・心血管系-肺 X 線;呼吸機能、必要に応じて CT スキャン、喀痰から AFB を検出。
- Asbestosis アスベスト粉塵 呼吸器系及び循環器系-肺 X 線検査、呼吸器機能、必要に応じて、CT 検査、喀痰から FB を検出。

既に職業性疾患に罹患している従業員は、定期的に職業性疾患を受けなければなら

い。受診間隔と検査内容は、34 の補償された職業性疾患の受診間隔と検査内容を定めた保健省の通達 No.28/2016/TT-BYT の付属書 6 に従う。一部の職業性疾患の定期 OD 検査の受診間隔の例：

- Silicosis : 12 ヶ月
- Asbestosis : 12 ヶ月
- Chronic Bronchitis : 6 ヶ月

#### ④ 職場での技術的事故の処理及び応急処置に関する法的要件

OSH 法 (2015 年) では、労働安全衛生を著しく脅かす技術的な事故の処理と緊急救助の提供について規定している。また、政府令第 39/2016/ND-CP 39/2016/ND-CP 第 8 条では、重大な OSH 問題を引き起こした技術事故の処理と緊急対応のための措置を規定している。2016 年 6 月 30 日付 MOH 通達 Circular No.19/2016/TT-BYT では、労働者の健康管理に関するガイドラインでは、企業における救急・救急スタッフの数に関するガイドラインが示されている。

#### ⑤ 業務上の負傷や病気の治療後の療養と健康リハビリテーションのための法的要件

業務上の事故による負傷又は業務上の疾病による疾病の治療を終えた後、復職後 30 日以内に健康が回復していない従業員は、業務上の事故又は疾病にかかるたびに 5 日から 10 日の間、療養及び健康リハビリテーションを受けることができる。

#### ⑥ 危険因子や危険因子を伴う業務を行う従業員に適切な個人用保護具を提供するための法的要件

職場に労働安全衛生設備を備えることとなっている。作業中に危険因子及び危険因子に曝される従業員は、使用者から適切な

個人用保護具を支給され、作業中に使用しなければならない。

#### ⑦ 職場での OSH に関する教育・研修の法的要件

政府令第 44/2016/ND-CP 号および政府令第 140/2018/ND-CP 号によって、以下のように定められている。

OSH 研修の対象者は、以下の 6 つのグループに分けられ、それぞれの規定された OSH に関する研修を受けなければならない。

- グループ 1：ユニット、生産・事業所、関連部門、支店の長、生産、販売、技術を担当する者、作業場長またはそれに相当する者、本条に規定されている長の副長は、OSH の業務を担当する。
- グループ 2. OSH の業務を行う者には、以下の者が含まれる。事業所の常勤及び非常勤の OSH 担当者；事業場の OSH を直接監督する者。
- グループ 3：OSH 厳守業務を行う者とは、労働・無効者・社会保障省が定めた OSH 厳守業務リストに記載された業務を行う者をいいます。
- グループ 4：本条に定める第 1、3、5、6 群に属さない従業員で、事業主のために働く見習い、実習生、試用生を含む。
- グループ 5：保健師。
- グループ 6：労働安全衛生法第 7 4 条に基づく OSH ネットワーク内の OSH 労働者。

また、応急処置に関する研修の法的要件として、労働者の健康管理に関するガイドライン、職場での応急手当訓練の法的要件 (2016 年 6 月 30 日付けの MOH の通達 Circular No.19/2016/TT-BYT) がある。

#### ⑧ 労働安全衛生に関する厳しい要求事項の

## 対象となる機械、設備、消耗品及び物質の管理に関する法的要求事項

以下のように規定されている。

- 労働安全に関する厳しい要求事項に該当する機械、設備及び備品は、使用前に労働安全検査機関の認定を受け、使用中は定期的に労働安全検査機関の認定を受けなければならない。
- 労働安全に対する厳しい要求事項に該当する機械設備及び物品の認定は、正確で、オープンで、透明性のあるものでなければならない。
- 政府は、付与する権限のある機関、物理的及び技術的基礎に関する条件、労働安全認定機関への資格証明書の付与、再付与、延長又は取消しのための順序、手順及び書類、被検査物の認定要件を満たすための認定者の基準を詳細に規定しなければならない。

## ⑨ 環境保全及び公共の安全を確保するための仕組み

以下の枠組みが存在する。

- ベトナム環境保護（2014年）第109条では、環境緊急時の対応を規定
- ベトナム環境保護（2014年）第110条では、環境緊急対応部隊の育成を規定
- ベトナム環境保護（2014年）第111条では、環境緊急事態による被害の判定を規定
- ベトナム環境保護（2014年）第112条では、環境修復の責任を規定
- 2015年6月30日付けの通達 Circular No.35/2015/TT-BTNMT は、経済区、工業団地、輸出加工区、ハイテクパークの環境保護を規定している
- 第12条では、工業団地における環境事故・災害の予防、対応及び是正について規定
- 第14条 経済圏又は工業団地管理委員会

の責務

## 9) OSH 分野に従事する者への教育と供給

### ① OSH に従事する者への教育制度と内容

OSH の分野に従事する人材は、医師（MD）（一般、専門の MD、疫学・予防医学の MD など）、医師の助手、看護師、薬剤師、エンジニア（環境エンジニア、労働保護・労働安全のエンジニア、化学・物理エンジニアなど）、公衆衛生の学士/MPH/PhD、生物学者、心理学者、生物化学者、血液学者、多分野の技術者など、様々なバックグラウンドがある。

OSH 人材の教育システムは、ベトナムのほとんどの教育システムに含まれており、大学や中間レベルの学校のシステムから構成され、このシステムは、国立と私立の両方で構成されている。

OSH 人材のための教育システムには以下のものがある。

- 予防医学システムの機関
- 大学・医学部・薬学部
- 大学・環境の学校
- 大学・人文社会系学部
- 大学・労働安全衛生・労働保護の学校
- 中級レベルの学校とカレッジ

### ② 予防医学システムの機関

保健省の管理下には、国立職業・環境衛生研究所（NIOEH）、公衆衛生研究所（ホーチミン市）、タイグエン衛生・疫学研究所、ニャチャンパスツール研究所、海洋医学研究所の4つの研究所があり、OSH における研究、訓練、調整、国際協力、サービス提供を担当している。また、関連する大学・研究機関として、計124施設がある。

### ③ OSH 分野に従事する人員の供給と供給可

## 能性

これまで全国の OSH 分野で働く職員のデータはない。2009-2010 年に NIOEH が全国のレベル別予防医療施設・労働検査場 1590 施設を対象に実施した、基本的な労働衛生サービスの提供を強化するためのキャパシティとニーズに関する実態調査の結果によると、労働衛生要員の総数は 4928 人であった。労働衛生担当者の多くは中等教育 (55.3%) を受けているが、大卒・大学院卒が全体の 1/3 以上 (38.5%) を占めている。専門職レベルでは、医師助手が最も多く (28.2%)、次いで看護師 (16.2%)、技術者・学士 (15.5%) となっている。医師 (MD) は 13.6%にとどまり、疫学・予防医学を専門とする MD は 1.2%にとどまった。(Nguyen Bich Diep et al (2012). ベトナムにおける基本的な産業保健サービスの提供におけるキャパシティビルディングの必要性評価. *Journal of Practical Medicine* No.849-850, p.364-369)

VHEMA、MOH の年次 OH 報告書によると、2015 年の全国の OH スタッフの総数は 1,796 人であった。これらのデータは、55 の州・市の予防医学センター、8 つの労働者の健康と環境保護センター、13 の産業支店・部門の保健・労働衛生センターから収集されたものである。労働環境モニタリング、労働者の健康管理、定期健康診断、OD 検出・診断などの OH 活動に従事している医師は 285 人であった。つまり、1 センターあたり平均 4 名の医師が OH 活動に従事することになる。5 名以上の医師がいるセンターは、主にハノイ、ホーチミン市、ビンフック、ドンナイ、クアンニン、バクニンなどの産業が発達している省に集中している。多くの省では医師の数が少なく、労働衛生を担当する医師がいない省もある。一方、仕

事関連の病気は黙々と進化していくため、早期発見は医師の資質と労働環境のモニタリング、定期健康診断、職業性疾患検査の結果に大きく依存する。

2015 年、55 の省・市予防医学センター、8 つの労働衛生環境保護センター、8 つの産業支店保健・労働衛生センターに 50 の職業性疾患診療所が設置された。つまり、すべてのセンターに OD 検出、診断、検査ができる職業性疾患診療所があるわけではない。

## 10) 労働安全衛生関連機関

### ① 国際機関、学術機関、その他の機関 (NGO 等) による OSH 活動とその関与

ベトナムの ILO 事務所が設置されている。同国が ILO と協力してきた主な課題としては、グリーン・ジョブ、技能開発、労働統計、労使関係開発、労働安全衛生、社会保障などが挙げられる。国際労働基準と男女平等は、ILO と三者間の協力の枠組みの下で、上記のすべての重要課題の中で主流となっている横断的な問題と考えられている。ベトナムの ILO は現在、ベトナムが 2017-21 年ディーセント・ワーク国プログラムの実施を支援しているが、これは 2006-10 年と 2012-16 年の 2 年間に渡って成功を収めた最初の 2 つのディーセント・ワーク国協力枠組みの継続的なものである。ILO と三者構成員 (政府、労働者団体、使用者団体) の間で行われる第三次ディーセント・ワーク国プログラムは、ベトナムが直面しているディーセント・ワークの課題に取り組むことを目的としている。

ベトナムの WHO 事務所が設置されている。ベトナムにおける WHO の活動は、ベトナムが主要な保健問題に取り組み、WHO 憲法やその他の国際保健法・条約へのコミットメントを果たすための国家保健政策・



戦略・計画（NHPS）を実施する上での支援を必要としていることに基づいている。ベトナムにおける WHO の活動は、世界的・地域的な優先事項、および国連との共同優先事項が、さらに指針となっている。包括的な枠組みを提供するのは、2015年9月に国連総会で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」である。

- 戦略的優先事項 1：国民皆保険に向けて、システム目標を達成するための主要な保健システム機能の強化
- 戦略的優先事項 2：公衆衛生の安全と安心を確保するための持続可能な国家能力とパートナーシップの構築
- 戦略的優先事項 3：公衆衛生上重要な伝染性および非伝染性疾患の効果的な管理

ベトナム労働衛生学会が存在し、以下の取組みを行っている。

- 科学技術開発活動に参加し、労働衛生に関するプロジェクトを実施すること。例えば、危険因子、危険な労働環境、労働安全、職業性疾患、ベトナムの代償職業性疾患のリストへの追加などの研究、モニタリング、評価、予測、労働衛生と職業性疾患診断のための方法、基準、国家技術規則の開発、職業性疾患と労働関連疾患の専門知識と検査など。
- 情報の整理、普及、専門知識の交換、知識の普及、国家機関との調整を行い、OSH 分野の職員や専門家に専門的な訓練を提供する。従業員と雇用者のために、OSH に関する意識と理解を広め、教育し、高めること。
- OSH の基準、ガイドライン、政策、計画、対策について、党、国家、政府の管理機関に意見を提供し、OSH に関連する問題について、社会的評価のコンサルタントと批評を提供する。

- 法律に基づいて、OSH の分野で協会、国際機関、地域機関と協力し、経験を交換すること。

## ② 産業衛生を含む労働衛生サービス

産業保健サービス機関、事業者として以下がある。

- 独立行政法人産業環境衛生研究所（NIOEH）（国）
- ベトナム国家労働安全衛生局（VNIOSH）とベトナム中部と南部の2つの地域機関（国）
- ホーチミン市公衆衛生研究所（国）
- ニャチャンパスツール研究所（国）
- テイ・グエン衛生・疫学研究所（国）
- 海洋医学研究所（国）
- 全国の医科大学の公衆衛生学科（国）
- 13の保健所・産業支所・省内病院（国）
- 63の州の疾病管理センター（国）
- 区市町村の予防医学センター（国）
- 草の根、地域社会、企業レベルでの保健サービス（民間）
- 環境モニタリングセンター（資源環境省・環境省に属するセンター、民間のセンターを含む）（国と民間）
- 州・総合病院・クリニック・ヘルスセンター（国と民間）
- 63州と中央の医療評価・専門家会議（国）
- 企業の保健所・センター（国と民間）
- 労働科学研究所（国）
- 研修センター（国と民間）
- 公衆衛生と環境保護のためのセンター（民間）

## ③ 不利な労働者集団に対する支援の仕組み

中小企業の労働者、零細企業の労働者、インフォーマル経済の労働者、移民労働者、請

負業者の地位と支援メカニズムとして、一部の特定集団の従業員に対する OSH 方針は、OSH 法（2015 年）第四章「特定集団の従業員に対する労働安全衛生の確保」で以下のように規定されている。

- 第 63 条 女性従業員、未成年の従業員及び障害のある従業員のための労働安全衛生、女性従業員、未成年の従業員及び障害のある従業員のための労働安全衛生は、労働法、障害者法及び本法を遵守しなければならない。
- 第 64 条 高齢者従業員が重労働、危険又は危険な職業又は仕事を行うために雇用される場合の条件
- 第 65 条 労務賃貸の場合の労働安全衛生
- 第 66 条 異なる事業主の従業員が勤務する事業場における労働安全衛生 . 事業主は、異なる事業主の従業員が多数使用されている事業場においては、これらの事業主が共同して、各事業主の労働安全衛生責任を明確にした文書を作成し、労働安全衛生審査を調整するための職員を配置するように手配しなければならない。
- 第 67 条 ベトナム人ゲスト労働者の労働安全衛生
- 第 68 条 国内労働者の労働安全衛生
- 第 69 条 在宅労働者の労働安全衛生

#### 4. 労働安全衛生対策のレベル

##### 1) OSH に関する国の方針と戦略及び計画等

OSH に関する国の政策と戦略として、労働者のため OSH の確保は、ベトナム共産党設立以来の主要かつ一貫した政策として位置付けられている。2010 年～2020 年の期間、党と国家の指針、路線、政策は以下の文書に示されている。

- 第 11 回党全国大会に提出された政治報告書
- ベトナム共産党中央委員会は、指令 29-CT-TW（2013 年 9 月 18 日付）
- 2006 年 9 月 11 日付の首相による「ベトナムにおける 2010 年までの予防医学国家戦略」と 2020 年に向けた方向性を承認した決定 255/2006/QD-TTg
- 首相による 2013 年 10 月 1 日付けの決定第 122 号/QD-TTg
- 2016 年 6 月 1 日付首相決定第 05/QD-TTg 号 2016 年～2020 年の労働安全衛生に関する国家プログラムの承認
- 2016-2020 年の間の職業教育、雇用、労働安全のための目標プログラムの承認に関する首相の 2017 年 6 月 20 日付けの Gov Decision No.899/QD-TTg

また、2021-2030 年の国家社会経済発展戦略として、以下がある。持続可能な開発のための 2030 年計画の実施のための国家行動計画が発行されており、プロジェクト 3 が、労働安全衛生の強化となっている。

##### 2) 労働災害と疾病の統計

###### ① 労働災害

労働災害を 2006-2010 年と 2011-2015 年の 2 つの期間で比較すると、2011-2015 年は 2006-2010 年と比較して、事故件数が 16%、死亡事故件数が 10%、負傷者数が 13.5%、死亡者数が 7.7%、それぞれ増加している。労働災害の発生頻度（死亡者数／労働者 10 万人）は、2006～2010 年と比較して、2011～2015 年は 5.14%減少している。

2011 年～2015 年と 2016 年～2019 年の 2 つの期間の労働災害を比較すると、2011 年～2015 年の期間と比較して、2016 年～2019 年の期間では、労働災害頻度（死亡者数／10 万人）が 10.77%と有意に減少して

いる以外は、すべての指標が有意に増加していることがわかった。死亡事故件数は58.3%、死亡者数は53.3%増加している。

## ② 職業性疾患

労働衛生年報によると、毎年約10万～30万人の労働者が職業性疾患を検出するために職業性疾患検診に参加している。2019年、全国63省のうち45省が34の代償性職業性疾患のうち27の職業性疾患検診を組織した。危険な環境で働く労働者243,218人が職業性疾患検査を受け、7,265件の職業性疾患が検出された(検査された労働者の3%を占める)。7,265件の職業性疾患のうち、職業性難聴が最も多く(全体の58.6%)、次いで職業性滑液症(15.3%)、職業性慢性気管支炎(5.8%)、職業性石炭じん肺症(4.5%)、珪肺症(1.44%)の順であった。

ベトナム保健環境管理庁(VIHEMA)の推計によると、年間約1000～1500件の新たな職業性疾患が発生しているという。2011年から2019年までの職業性疾患の総数は、49,607件である。職業性疾患の割合が最も高いグループのは物理的要因による職業性疾患グループ(64.8%)で、次いで職業性肺・気管支疾患グループ(23.6%)、職業性皮膚疾患グループ(5.5%)、次いで職業性微生物的要因による職業性疾患グループ(3.4%)となっている。

職業性疾患の数は年々大きく変化していることがわかった(表4.4～4.8参照)。その理由は、第一に、州の予防医学センター(現在はCDCと呼ばれている)やOHセンター/産業部門の病院が、これらの組織がVIHEMAやMOHにデータを報告しているため、職業性疾患の検出・診断能力に依存していることである。第二の理由は、毎年の業種別ターゲットと企業とOD検査を行う組

織との連携(企業がOD検査を行うことに同意し、それを許可していること)である。また、OD検査の能力は、OD検出・診断を行う人材(資格・免許を持っている)や施設によっても変わっている。近年では、OD検査・診断に関する講座が数多く開催され、OD専門のMDやODクリニックが増加している。

## ③ 報告制度および補償制度の適用範囲と推定される労働災害・疾病

労働安全衛生庁の「労働災害状況報告書」によると、生産事業所・事業所の労働災害の報告率は平均で約6.7%となっている。そのため、実際には報告されている災害・負傷者数の10倍以上の数が発生していることになる。専門家によると、第一の理由は、ほとんどの企業、特に中小企業は規模が小さく、資本が小さいため、OSH確保のための投資に注意を払っておらず、従業員の健康に十分な注意と配慮を払っていないことにあるという。それに伴い、多くの雇用者は、通知、統計、報告の重要性を認識していない。多くのビジネスリーダーは、当局に労働安全衛生、労働災害や企業で発生している職業性疾患の欠点や"事件"を知らせることは、結果に影響を与えることを恐れている。同様に重要な原因として指摘されているのが、使用者の法令遵守の意識の欠如である。多くの使用者は法律の規定を認識しているが、労働者保護の実施に多くのミスや欠点があるために、彼らはしばしば労働災害中に隠蔽し、交渉するために可能なすべての方法を見つける。

企業の"過失"に加えて、労働安全衛生に関する法律に違反している状況はまた、管理機関が任意の解決策を持っていなかったという事実から来ている。法的には、管理

の範囲内で事業を促し、再編成にまだ抜本的ではない。また、労働災害の検査・審査・処理が厳格ではなく、労働災害統計・報告書の様式に関する規定がまだ煩雑で実施が困難であり、企業にとって労働災害・疾病に関する報告・統計・報告の際の不安を引き起こしている。

労働災害・職業性疾患補償制度の利用状況について、社会保険の支給と並行して、社会保険給付の受給者数も増加しており、その中で労災・職業性疾患基金の受給者数は年々着実に増加しています。2006年の労災・職業性疾患（月・1回）受給者数は35,355人、2007年は37,086人（2006年比4.9%増）、2010年は44,493人（2006年比25.85%増）、2011年は48,333人（2010年比8.63%増、2006年比36.71%増）となっている。2008年から2013年まで、ベトナムの社会保障は平均7121人/年が労災・労災給付を受け、参加者の約0.73%を占めていた。そのうち、毎月の給付を受ける人の数は2573人/年で、参加者の0.027%と労働災害や職業性疾患に苦しむ人の数の36.2%を占めている。

### 3) 法令遵守状況

一般的に、OSH規制の法的遵守状況は、フォーマルセクター、大規模な国家机关、外国投資企業・企業の方が良好である。インフォーマルセクター、例えば、中小企業、工芸村、家事業などでは、通常、OSH規制が遵守されていないか、あるいは遵守が十分ではない。

### 4) OSHと特定危険有害性への曝露をめぐる問題点

労働環境モニタリングの年次報告書によると、モニタリング対象となっている有害

要因は、通常、温度、湿度、風速、照明、粉塵、騒音、振動、化学物質／毒性ガス、微生物学的要因（真菌／カビ、溶血性結核菌など）、放射線、電磁場であるとされている。OSH法が施行された2016年7月からは、労働環境モニタリングに精神生理学的・人間工学的要因の測定（肉体労働負荷、精神労働負荷、人間工学的要因の評価など）が含まれるようになった。

毎年、測定サンプル数は約50万～90万サンプルで、年々増加する傾向にある。許容曝露限界値（PEL）を超えるサンプル数は6～10%を占め、現在では減少傾向にある。PELを超える検体が多い有害要因としてチェックされているのは、放射線、電磁界、粉塵、騒音、照明などである。年次報告書には、特定の産業における作業環境汚染の状況は反映されていない。

### 5) OSHに関する問題点への対策

労働者の組織であるベトナム労働総連合（VGCL）は、全国18の全国労働組合と全国63の省・市労働者総連合で構成されるベトナムの単一・統一労働組合組織として、労働者の利益を代表することを任務としている。現在、VGCLの組合員数は600万人を超えている。VGCLは、2017年1月12日付決議第10C/NQ-BCH号を公布し、新たな状況下での労働組合組織におけるOSHの効率化について目標を掲げている。（Source: The National OSH Profile 2011-2015 by MOLISA, 2016）

一方、雇用者の組織として、ベトナム商工会議所（VCCI）がある。VCCIは、ビジネスコミュニティ（民間、公共、外国企業）を代表して重要な役割を果たしており、国際雇用者機構（IOE）に加盟している。また、ベトナム協同組合連合会（VCA）は、全国の

17,000 人の協同組合員と中小企業を含むもう一つの雇用者組織である。

職場での OSH 活動には、メリットとデメリットがあるため、労働者と雇用者が協議をして、職場での啓発活動を行うことが重要である。現在では、安全文化や OSH 文化、予防文化の概念は、公共のメディアで広く宣伝・伝達されており、以下のように事業主と従業員を対象とした OSH 教育プログラム（グループ 1・4）に盛り込まれている。

- グループ 1

- a) OSH に関する政策及び法律の体系

- b) OSH 業務には次のようなものがある。施設における OSH に関する規定の整理、管理、実施、OSH への責任と権限の付与、危険有害要因に関する基礎知識、労働条件の予防と改善のための措置、生産と業務における安全文化。

- グループ 4.

- a) OSH に関する基礎知識：使用者と従業員の権利と義務、従業員のための OSH

- に関する方針と制度、危険有害要因に関する基礎知識と労働条件の改善方法、OSH ネットワークにおける労働者の機能と義務、生産と事業における安全文化、OSH に関する規則、看板、OSH に関する指示板、安全装置の使用、個人及び職業的保護装置、労働災害の応急処置技術、職業性疾病の予防

- OSH 教育カリキュラムでは、安全文化の定義を紹介し、目標を達成するために取らなければならない安全文化活動の内容を述べ、安全文化のレベルと安全文化の発展と構築の重要な決め手と利点を分析している。

## 6) OSH に関する研究

OSH に関する研究機関には以下のものがある。

- 独立行政法人産業環境衛生研究所 (NIOEH)
- ベトナム国家労働安全衛生局 (VNIOOSH) とベトナム中部と南部の 2 つの地域機関)
- ホーチミン市公衆衛生研究所
- ニャチャンパスツール研究所
- テイ・グエン衛生・疫学研究所
- 海洋医学研究所
- 全国の医科大学の公衆衛生学科
- 13 の保健所・産業支所・省内病院
- 63 の州の疾病管理センター
- 区市町村の予防医学センター
- 環境モニタリングセンター（資源環境省・環境省所属のセンター、民間のセンターを含む
- 環境学科: 全国の国立大学、ポリテクニク大学、資源環境大学、科学大学、私立大学等。
- 州・総合病院・クリニック・ヘルスセンター
- 63 州と中央の医療評価・専門家会議
- 個人用保護具適合性認証センター
- 労働科学研究所
- MOLISA 研修センター

また、OSH 研究プロジェクトがについて、ベトナム労働総連合 (VGCL) に属するベトナム国立労働安全衛生研究所 (VNIOOSH) とタンロン大学を中心に、国立労働環境衛生研究所 (NIOEH)、ベトナム国立労働安全衛生研究所 (VNIOOSH) で行われている。他にも多くの機関や医科大学が OSH に関する研究を行っている。しかし、これらの情報を収集することは困難である。

## 7) 労働安全衛生分野の従事者の状況

### ① 労働安全衛生分野の従事者の構成

これまで全国の労働衛生分野で働く職員のデータはなく、過去 10 年間の全国の労働衛生職員の能力調査も行われていない。2009 年から 2010 年にかけて、NIOEH は WHO と日本政府の支援を受けて、全国 1590 の予防医療施設と労働検査場を対象に、基本的な労働衛生サービスの提供を強化するためのキャパシティとニーズの実態調査が実施された(当時はまだ ADB の予防医療システムに関するプロジェクトが実施されていなかった)。NIOEH の調査結果によると、労働衛生要員の総数は 4,928 人であった。OH 職員のほとんどが中等教育(55.3%)を受けており、大卒・大学院卒が 1/3 以上(38.5%)を占めていた。専門職レベルでは、医師助手が最も多く(28.2%)、次いで看護師(16.2%)、技術者・学士(15.5%)となっている。医師(MD)は 13.6%にとどまり、疫学・予防医学を専門とする MD は 1.2%にとどまった。

専門職レベル別の分布は組織レベルによって異なる。国家レベルでは、医師(MD)が最も多く(40%)、次いでその他の分野(35.1%)、技術者が 26%近くを占めている。州レベルでは、医師が OH 職員の 20.0~32.6%を占め、特に産業保健環境センター(COHE)や産業部門の産業保健センターではその割合が高く(職員全体の 1/3)、環境分野の独身者/技術者の割合が高かった。環境分野の学士・技術者が 20.6~22.1%、次いで技術者(13.5~20.3%)となっている。地区レベルでは、医師助手が全体の 1/3 以上を占め、技術者が 27.5%、医師は 3%にとどまっている。コミュニケーションレベル、企業レベルでは、医師助手と看護師の割合が高い(それぞれ 75%、70%)。省レベルの OSH 検査では、技術者と独身者が過半数(77.1%)を占めている。地方レベルでは、技術者と独身者

が 52.4%、会計士や管理者などの他職種が全体の 1/3 を占めている(35.5%)。(Nguyen Bich Diep et al (2012). Need assessment for capacity building in provision of basic occupational health services in Vietnam. Journal of Practical Medicine No. 849-850, p.364-369)

## ② 労働安全衛生分野の従事者の課題

急速な経済・技術の発展と国際的な統合を伴う工業化・近代化の状況の中で、OSH 職員は次のような課題に直面している。

- 労働力の安さ
- 鉱業、建設、エネルギー、化学工業、工業化と近代化の電気の使用の増加
- 時代遅れの技術レベルと労働安全と環境衛生に注意を払っていない中小企業の強い発展
- 工芸村の開発
- 農業部門から産業部門への大量の労働者の移動
- 農業-林業-漁業生産の労働力は、国全体の総労働力の 50%を占め、農業と農村地域の工業化と近代化の過程
- 国際的な経済統合
- デジタル化と ICT、自動化とロボット、ナノテクノロジーなどの先端技術を扱う際の労働安全衛生の新たな課題とリスク

その他の課題として、労働者の高齢化、男女格差、重工業や移民労働者がある。

## ③ 労働安全衛生職員に対する研修と情報提供

OSH 担当者のための研修と情報について、2011 年から 2014 年まで、毎年平均して、企業の労働安全衛生に従事する 2 万人以上の役員が労働安全衛生の訓練を受け、

支援を受けた。

保健省によるネットワーク内の OH スタッフのための研修と情報提供について、保健省の報告書によると 2011 年から、中央省と市の 3 つの地域で、高リスク部門（鉱業、化学工業、建設、健康部門）の職業性疾患予防と職業健康のモデルの適用を指導するために、年間平均 3 回のトレーニングコースを支援している；職業性疾患予防モデルは、建設、化学工業、鉱業、健康部門などの高リスク産業を中心に、300 以上の新しい労働施設に適用された。500 回以上の職業性疾患リスクの高い施設の訓練コースを開催し、30 万人以上の従業員の職業性疾患検査を行い、2 万 5 千以上の生産事業所の労働環境を測定・検査し、100 回近くの訓練コースを開催し、労働環境モニタリング、職業性疾患診断、職業性疾患評価のプロセスを完成した。

また、職業性疾患の診断に従事する OSH 職員のための研修として、2011 年から 2015 年の間に、NIOEH とホーチミン市公衆衛生研究所により、OSH 分野に従事する 1,689 名の医師を対象に、様々なレベルで OD 診断、評価、治療、リハビリテーションに関する 69 のトレーニングコースが開催された。

作業環境のモニタリングに従事する OSH 職員のための研修として、2011 年から 2015 年の間に、NIOEH とホーチミン市公衆衛生研究所により、省・地区レベルで 1,050 名の参加者を対象に 42 の職場環境モニタリング研修が実施された。2016-2020 年の NIOEH による研修データ（表 4.17）によると、州の CDC、保健センター/病院、産業界の支部/セクター、州や民間の環境モニタリングセンターから 848 名の職員が、この 1 ヶ月間の認定コースを受講した。さらに、NIOEH は、作業環境モニタリングにおける精神生理学的、人間工学的要因のモ

ニタリングと測定、実験室での化学的要因分析の指導トレーニングなど、いくつかの具体的なコースを開催した。

企業の保健ユニット/センターで働く医療スタッフのための研修も実施されている。OSH 法が施行されたことにより、企業の保健ユニット・センターで従業員の健康管理を行う医療従事者は、労働衛生に関する認定トレーニングコースを受講する必要がある（詳細は 3.7.1 項を参照）。保健省が認定した研修機関は、予防医学システムの 3 つの機関、例えば、National Institute of Occupational and Environmental Health (NIOEH)、ホーチミン市の Institute of Public Health (Institute of Public Health in Ho Chi Minh City)、Nha Trang Pasteur Institute (Nha Trang Pasteur Institute)、その他いくつかの OSH 研修センターなどである。

## 8) 事業所における国際認証の取得状況

ベトナムでは、多くの企業が労働法やフレームワークに関連する政策や規制の普及・普及・適用、技術的な解決策の研究・適用、危険性の特定、リスクの評価、OSH や労働衛生リスクを防止するための管理措置のためのシステムやツールの適用などを通じて、労働安全衛生を管理している。例えば、OSH 管理では、ISO9001、ISO14001、OHSAS18001、5S、KY 活動（危険予知）が行われている。しかし、職場における危険有害要因の評価を行い、潜在的な危険を排除・最小化するための適切な対策を提案し、労働条件の改善や企業の従業員の健康管理を行うことは、先進的な国際的な手法や規格に沿って、十分かつ体系的に実施されていない。

ISO 調査 2019 によると、ベトナムの国際

認証の全体的な数は表 4.20 に示されている。現在までに、ベトナムの合計 304 の企業/組織が正式に ISO 45001: 2018 の認証を取得した。(食品、飲料・たばこ、電気・光学機器、基礎金属・加工金属製品、鉱業・採石業、繊維・繊維製品)

## 9) 労働者の OSH に対する意識と教育レベル

近年、労働安全衛生に関する知識を普及させる活動が、特に民間経済部門や工芸村、隠れた要因がある農業生産の現場で行われるようになると、不安や不安全・不健康のリスクが高いことがクローズアップされ始めた。毎年開催される「労働安全衛生と火災・爆発防止に関する全国週間」は、全国の多くの労働者と生産・事業所から好意的な反応を得ている。そのおかげで、従業員や事業主の OSH 活動に対する意識や理解が徐々に向上してきている。

しかし、使用者や従業員の OSH に対する意識はまだまだ低いのが現状である。使用者、特に小規模企業、個人生産家庭、工芸村、農業協同組合では、労働安全衛生法の理解不足と遵守意識の欠如により、労働安全衛生の仕事を行わないことによる結果や長期的な被害に注意を払わずに、目先の経済的利益を追求しなければならない。現地の報告書から労働災害の原因を分析した結果、43%が労働安全に関する技術基準や規則の違反によるものであった。

## 5. 現地専門家との議論を通じて得た情報

ベトナムにおいては、OSH の法体系が確立しており、過去数年間にわたって OSH 管理の強化が図られてきた。しかし、労働災害や疾病の報告が不十分であること、多くの労働者が基本的な労働衛生サービスを受け

ていないこと、特にインフォーマルセクターでは、労働者の健康管理が行われていない。課題として、OSH 監督の実施が十分ではなく、また OSH 人材が量的にも質的にも不足していることが挙げられる。また、運用面でも、行政システムが分断的であり、それぞれが権限を持っていることも課題と考えられる。

このような課題を解決するためには、OSH 監督制度の改善と人材（特に現場に近いレベル）の能力開発が必要と考えられる。人材としては、臨床医師、予防医師、看護職、ハイジニスト、セーフティオフィサーなどが対象となる。

これまで、米国、日本、韓国、シンガポール、デンマーク、ドイツなどから支援を受けた（添付 4）。

今後、日本から希望する支援として、若年労働者等のインフォーマルセクターの職場における OSH 管理の経験を共有すること、人材育成などが主なものである。

## D. 考察

### 1) 行政機関、法体系および監督体制

ベトナムでは、労働安全衛生法の法体系を運用するために、州レベルの行政機関として、労働傷病兵社会省 (MOLISA)、保健省 (MOH)、人民委員会が、外部機関として、労働組合 (ベトナム労働総連合: VGCL)、ベトナム農民協会、ベトナム商工会議所 (VCCI)、ベトナム協同組合など、様々な機関や組織が存在し、法に基づき明確にそれぞれの管理責任が明確に規定されている。例えば、労働安全行政は MOLISA、労働衛生行政は MOH が管掌している。しかしながら、組織の枠組みはあるものの、必ずしも機能的に運用できていないところに課題が



ある。例えば、労働災害や職業病などへの対応には、検査・診断、治療、報告、審査認定・補償、企業への指導、それぞれのプロセスにステークホルダーが存在するが、それらの組織間での情報共有や連携がうまくいっていないために、政府統計の労働災害や職業病には欠損がかなりあると推計されている。また、監督機能が十分に行き届いておらず、事業所の法令順における実態は十分に把握できていない。

そのため、国の体制や制度に対する提言は、以下の通りである。これらの問題に対して、日本の経験を共有したり、ベトナムの労働安全衛生制度の強み、弱み、有効性に関するニーズ調査を支援したりすることが求められる。

- 労働安全衛生に関連する様々な省庁、レベル、組織間の調整を強化する。
- 国、州、自治体全てのレベルにおける監督体制を強化する。特に自治体レベルの監督官に対する教育訓練が必要である。
- インフォーマルセクターにおける管理監督の責任の所在を明確にする。
- 労働災害・職業性疾患報告制度を改善する。また、州・自治体レベルでの職場環境モニタリング、職業病診断の能力を向上させる。

## 2) 事業所の労働安全衛生管理体制

労働安全衛生法が施行されてから、事業所における安全衛生活動がより一層注目されるようになってきている。事業所では、安全衛生委員会が組織され、年間計画や緊急時対応計画を策定し、安全管理者や産業医などを中心にリスクアセスメントや作業環境モニタリング、健康診断などの健康管理活動が実施され機能的に安全衛生活動が行われている事業所がある一方で、監督機能が弱

いこともあり、特にインフォーマルセクターにおいて、その実態はよくわかっていない。また、毎年約 200 万人の新入社員が労働市場に参入し、10 万社近くの新企業が誕生し、多くの新技術や新設備が導入され、職場での安全衛生管理が困難になっていることが喫緊の課題となっている。例えば、若手従業員が作業手順を順守していない、保護具を適切に使用していないなどの問題が散見され、労働災害や職業病の大きなリスクになっていると考えられる。

そのため、事業所の労働安全衛生管理体制に対する提言は、以下の通りである。これらの問題に対して、日本の職場における管理体制を共有することのニーズが高いと考えられる。また、インフォーマルセクターの課題についての特別プロジェクトの開発支援が求められる。

- 労働安全衛生活動の実施における雇用主と労働者の責任を明確にするために、地方自治体や外部機関が雇用主と労働者、特に若年労働者を対象に、労働安全衛生に関する情報提供、啓発、研修を強化する。
- 高校・専門学校の授業に労働安全衛生に関する教育を導入する。
- インフォーマルセクターの労働者の健康管理を中心とした労働安全衛生活動の実施ガイドラインに関する具体的な法制化文書を作成する。

## 3) 労働安全衛生の専門人材

事業所には、労働安全、環境を担当する安全管理者と労働衛生を担当する医師、医師助手、看護師、薬剤師、技術者(環境技術者、労働保護・労働安全技術者、化学・物理技術者など)、公衆衛生専門家など様々なバックグラウンドを持つ専門職が存在し、かつこ

これらの者に対する高等教育が提供されている。しかしながら、これらの専門職の国家試験は存在せずカリキュラム修了のみによって国家資格として機能することから、そのレベルは一様でない。また、急速に増える事業所の需要に対して十分に専門家を養成、供給できていないことから、かなりの事業所において専門職の選任がない、もしくは形骸化している可能性がある。

そのため、労働安全衛生の専門人材に対する提言は、以下の通りである。これらの問題に対して、日本としてこれらの専門人材のニーズアセスメントを支援するとともに、各学習プログラムの設計に向けた日本の研修プログラムやカリキュラムの共有を通じた学習コースの設計が求められる。

- 実需を満たすために専門職を養成する大学などの教育機関を増やす。短期的には、オンラインコースの開発とともに、資格取得予定者が実務を行いながら、学習、資格取得できるような社会人大学院コースや短期派遣コースの開発が必要である。
- 国際的な基準に適合するように既存の教育研修プログラムを修正する。短期的には、作業環境モニタリング、職業性疾患を含む産業医学に関する認定トレーニングの能力構築と拡大が必要である。長期的には、国家資格試験の実施や資格更新に向けた生涯学習プログラムの設計が必要である。

## E. 結論

ベトナムは、国家戦略のもと、労働安全衛生法を制定して、労働安全衛生管理の向上を進めている。しかし、経営者の理解促進が十分ではなく、専門人材が不足するなどを

背景として、法令の運用に課題を抱えている。同国の安全衛生管理の改善に向けて、日本の経験の共有および人材育成への貢献の余地は大きいと考えられる。

## F. 引用・参考文献

附属資料のとおり

## G. 研究業績

なし

## H. 知的所有権の取得状況

なし

添付1 調査チェックリスト

添付2 調査委託者

添付3 Web 会議での質問項目

添付4 諸外国から受けた支援の内容

附属資料:ベトナム調査報告書(英文)

**A check sheet for collecting information for support needs assessment of occupational safety and health (OSH) in Asian countries**

Primary items	No	Secondary items	Examples of secondary items
I. National information	1	History	1.1.1 Summary of country history
	2	Religion and Ethnicity	1.2.1 Number and percentage of religion and ethnics (including regional characteristics) 1.2.2 Lifestyles and dietary restriction for culture and religion
	3	Population	1.3.1 Current number of population, population transition, and population pyramid 1.3.2 Demography, literacy and other relevant information
	4	Politics and Policy	1.4.1 Current political system 1.4.2 Current political party and results of a recent election 1.4.3 Main national policy and political challenges
	5	Constitution and General Law System	1.5.1 Summary of constitution 1.5.2 Summary of general law system
	6	Industry and Economy	1.6.1 Major industry 1.6.2 Economic status and employment scene
	7	Labor-Management Relations, Contractors, Informal Sector Workers, and Migrants	1.7.1 Labor dispute and other labor-management relations 1.7.2 Trend of contractors, informal sector workers and migrants (international and domestic)
	8	Public Security, Disaster and Public Safety	1.8.1 Current status of security issues such as crimes and riots, occurrence of natural disasters and traffic accidents, etc.
	9	Relationship with Japan	1.9.1 Relations with Japan in politics and economy 1.9.2 Local status of Japanese companies operation 1.9.3 Status of Official Development Assistance (ODA) by Japanese government
II. Healthcare and Public health	1	Status of Public Health, Disease, and Cause of Death	2.1.1 Status of communicable disease, major diseases, leading cause of death, infant mortality and other public health information.
	2	Training and Supply for Physicians and Healthcare Professionals	2.2.1 Educational system for healthcare professionals 2.2.2 List of universities for healthcare professionals 2.2.3 Supply and availability for physicians, nurses and other healthcare professionals (including the Status of study abroad for physicians).
	3	Status and Quality of Healthcare	2.3.1 Status of healthcare settings (number and national/private) 2.3.2 Monitoring and evaluation of quality of healthcare (including international accreditation and certification).
	4	Status of Public Health Agency	2.4.1 Status of public health center and relevant agencies, such as WHO office and other international organizations
III. OSH framework	1	OSH Laws & Regulations	3.1.1 Major OSH laws & regulations and recent amendments 3.1.2 Other related legislations on safety, health and environment, and recent amendments 3.1.3 ILO conventions ratified.
	2	Mechanism and Status for Law Enactments	3.2.1 Mechanism and status for enactments of OSH laws & regulations (including the role of central and local authorities)
	3	Authority or Body, Responsible for OSH	3.3.1 Authority or body, responsible for OSH
	4	Mechanisms for Ensuring Compliance including the System of Inspection	3.4.1 Number and inspection status of labour inspection office 3.4.2 Utilization of private agency for inspection 3.4.3 Reporting and notification system for workplaces
	5	Workmen's Compensation Insurance and Social Security Schemes covering Occupational Injuries and Diseases	3.5.1 Workmen's compensation insurance and social security schemes 3.5.2 Approval standards for occupational injuries and diseases 3.5.3 Occupational disease list
	6	Workplace Organization for OSH Management	3.6.1 Workplace organization for OSH management by regulations 3.6.2 OSH committee 3.6.3 OSH training at workplaces
	7	Personnel engaged in the area of OSH	3.7.4 Legal qualification requirements for personnel engaged in the area of OSH, such as safety and health officers, safety engineers, occupational physicians, and hygienists 3.7.5 Minimum staffing standards for personnel engaged in the area of OSH
	8	Regal Requirements for Workplace Activities for OSH Management	3.8.1 Regal requirements for regular activities related to OSH, such as management system, risk assessment, health examination, environmental monitoring, and etc. 3.8.2 Mechanisms to prevent industrial disaster protect environment and promote public safety
	9	Education and Supply for Personnel engaged in the area of OSH	3.9.1 Educational system and contents for personnel engaged in the area of OSH 3.9.2 List of universities and training institute 3.9.3 Supply and availability for personnel engaged in the area of OSH
	10	Activities and Involvement by International Organizations, Academic Insistutes and Non-Governmental Organization	3.10.1 OSH activities and involvement by international organizations, academic insistutes and other agencies, such as Non-Governmental Organization
	11	Occupational Health Services including Industrial Hygiene	3.11.1 List of occupational health service providers and their service contents and quality (national/private)
	12	Support Mechanisms for Disadvantageous Group of Workers	3.12.1 Status and support mechanisms for workers in small and medium-sized enterprises, workers in micro-enterprises, workers in the informal economy, migrant workers, and contractors
IV. OSH level	1	National Policy and Strategies for OSH	4.1.1 Conditions, details and operational status of national policy, strategies and plans for OSH
	2	Occupational Injury and Disease Statistics	4.2.1 Occupational injury and disease statistics 4.2.3 Coverage by reporting and compensation schemes and estimated occupational injury and disease
	3	Legal Compliance Status	4.3.1 Legal compliance status for OSH regulations
	4	Problems concerning OSH and Exposure to Specific Hazards	4.4.1 Problems concerning OSH in all and specific industries 4.4.2 Existing occupational health hazards and possible occupational diseases, and problems in all and specific industries
	5	Measures against Problems concerning OSH	4.5.1 OSH policies and programmes of organizations of employers and workers 4.5.2 Advantages and disadvantages of ongoing activities related to OSH at workplace 4.5.3 Educational and awareness-raising arrangements to enhance preventive safety and health culture, including promotional initiatives at workplace
	6	Researches in OSH	4.6.1 List of specialized technical, medical and scientific institutions with linkages to various aspects of OSH, including research institutes and laboratories concerned with OSH 4.6.2 Main research items and projects in OSH research and which institutions implement these (national level / institutional level)
	7	Status for Personnel engaged in the area of OSH	4.7.1 Ability and challenges of personnel engaged in the area of OSH 4.7.2 Training and information for OSH personnel engaged in the area of OSH
	8	Status for International Certification at Workplaces	4.8.1 Status for international certification at workplaces (e.g. ISO 45001)
	9	Worker's Awareness and Educational Levels regarding OSH	4.9.1 Worker's awareness and educational levels regarding OSH
V. Analysis and action plan	1	Gaps analysis of existing national OSH systems and Recommendations of Action Points	5.1.1 Gaps analysis of existing national OSH systems 5.1.2 Recommendations of action points for national OSH systems 5.1.3 Support needs assessment of national OSH systems from Japanese government
	2	Gaps analysis of current OSH Management at workplaces and Recommendations of Action Points	5.2.1 Gaps analysis of current OSH management at workplaces 5.2.2 Recommendations of action points for OSH management at workplaces 5.2.3 Support needs assessment of OSH management at workplaces from Japanese government
	3	Gaps analysis of existing Professional Education for Personnel engaged in the area of OSH and Recommendations of Action Points	5.3.1 Gaps analysis of existing professional education for personnel engaged in the area of OSH 5.3.2 Recommendations of action points for personnel engaged in the area of OSH 5.3.3 Support needs assessment of personnel engaged in the area of OSH from Japanese government

調査委託者

Nguyen Bich Diep, MSc., PhD

Associate Professor,

Senior Expert in Occupational & Environmental Health

National Institute of Occupational & Environmental Health

## 分担研究報告書

### 7. ラオスにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

研究代表者	森 晃爾
研究分担者	Odgerel Chimed-Ochir 石丸知宏

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合報告書(分担研究報告書)

## ラオスにおける安全衛生の取り組み促進の支援に係る 実態およびニーズ調査

研究代表者 森 晃爾

産業医科大学産業保健経営学研究室・教授

研究分担者 Odgerel Chimed-Ochir 産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学・講師

石丸知宏

産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学・助教

### 研究要旨

日本のラオスに対する労働安全衛生推進に係る支援のニーズを把握するため、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調査をおこなった。調査は、同国における労働安全衛生の専門家である Dr. Vanphanom Sychareun (Faculty of Public Health, University of Health Sciences, Lao PDR)に委託し、提出された報告書をもとにインタビューを行うことで、実施した。

ラオスの人口は約 730 万人であり、近隣アジア諸国の中で人口密度が低く、また若年層が多いことが特徴である。近年、徐々に軽工業が増加しているが、依然として農業に従事する人口が過半を占めている。公的医療サービスも徐々に充実し、小児死亡率は大きく改善しているが、依然として5歳未満の子供の栄養不良など、多くの公衆衛生上の課題を抱えている。

労働安全衛生に関して、労働社会福祉省の主導のもと、他の省庁とも分担して推進されている。2005年に第1次5か年計画以降、労働安全衛生の国家戦略が策定され、また労働法のもとで労働安全に関する政令が出されている。しかし、独立した労働安全衛生法の制定に至っていないこと、監督官が大きく不足していること、労働安全衛生の専門家の育成の仕組みが未整備であることなどの様々な課題が存在する。また、職業病報告および統計制度が未整備であるため、労働安全衛生上の課題が十分に把握されていない。

したがって、Country profileの充実や、課題の把握に応じて労働安全衛生法や関係法令の制定といった基盤整備における日本からの貢献の可能性が存在する。また、労働安全衛生の専門家や事業場内の担当者育成システムの整備を目的として、日本の専門教育機関に中長期の派遣を受入れて専門家育成を図り、それ基盤として教育研修プログラムの開発を支援するなど、人材育成分野においては大きな貢献の可能性がある。

### 研究協力者

末吉 尚純 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

五阿弥雅俊 (産業医科大学 産業保健経営学研究室)

## A. 目的

ラオス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、ラオスの労働衛生関連の行政機関、法体系、労働衛生活動を担う専門人材、医療保険制度および労災補償制度について調査を実施した。

## B. 方法

当初は、文献調査を行って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)を収集したうえで、現地を訪問して、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たインタビュー調査を実施す予定であった。

しかし、COVID-19 のパンデミックによって現地訪問が困難な状況であったため、現地専門家に調査項目を明示して調査を委託したうえで、Web 会議機能を用いて内容の確認および支援ニーズに関する議論を行った。

### 1. 現地調査

調査項目は、国の情報、医療と公衆衛生、労働安全衛生の枠組み、労働安全衛生のレベル、分析と行動計画の5つの大項目に対して、全体で34中項目、74小項目からなるチェックリストを作成した。(添付1)

ベトナムにおける調査を実施するにあたって、現地のネットワークと専門知識を有する適任者を機縁法で選定した。(添付2)

調査期間は、2020年10月9日～12月19日とした。

### 2. Web 会議の開催

2021年1月25日に、研究代表者、研究分担者および研究協力者が全員参加し、Web 会議を開催した。予め質問事項を現地

専門家に送付したうえで、項目に沿って議論を行った(添付3)。

聴取した主な質問項目は、以下の通りである。

- OSH カントリープロフィールの作成計画と進捗状況
- OSH 関連法の運用上の課題および今後の法体系の整備に向けた議論
- 優先的に取り組むべき労働者の職業性疾患や健康問題
- 職場に配置する OSH 専門家の職種等の方向性
- 各 10 年間に多国から受けた OSH 分野の技術支援
- 推奨するアクションプランの優先順位

## C. 結果

調査は、Google Scholar、MEDLINE、PubMed、WHO や ILO のウェブサイトなどの様々な検索エンジンを用いた文献レビューに基づいている。さらに、ラオスにおける OSH に関わるステークホルダーの範囲と役割・責任を理解するために、主要情報提供者へのインタビューを実施した。インタビューには、ILO、WHO、労働省、労働省社会福祉省、ラオス商工会議所、ラオス労働組合連合会、公衆衛生省、保健省、国家社会保障基金(NSSF)、NAFRI、商工省などからの参加者が含まれている。

委託した調査報告書(英文)については、別添する。調査結果の概要は、以下の通りである。

### 1 国の基本情報:

ラオスの人口は 7,304,508 人で、そのうち都市部の人口は 35.7% (2020 年の人口は 2,600,131 人)である。人口は 4 大民族(ラオス・タイ族、モネ・クメール族、チノ・チベット族、モン・ミエン族)で構成されており、最も多いの

はラオス・タイ族である。人口の 32%が 14 歳以下であり、ASEAN 諸国の中で最も若年層が多い。15～64 歳の労働人口が全体の 64%を占め、65 歳以上が 4%を占める。

経済的には、過去 10 年間の力強い経済成長と全体的な貧困レベルの低下により、ラオスは中所得者層の地位に向かっている。過去 10 年間の経済成長率は平均 7～8%で、アジアで最も急速に成長している経済国の一つとなっており、1人当たりの GDP は 2661US\$ (2019 年)となっている。しかし、最近では成長率の低下がみられる。農業部門は GDP の約 7%、製造業(11%)、電力・鉱業(18%)、建設・サービス(44%)を占めている。メコン川沿いの水力発電ダム、銅や金の採掘、伐採、建設など、注目されている外国からの直接投資が経済を支えてきました。しかし、これらのプロジェクトの中には、環境への影響について批判を浴びるものもある。農業部門は GDP への第 2 位の貢献者であるが、労働力の大半を雇用している(約 66%)のに対し、建設・サービス業(26%)、製造業(7%)、電力・鉱業(1%)と続いている。

## 2 健康システムと公衆衛生サービス:

医療制度は、1)公的医療制度、2)民間医療制度、3)官民共同医療制度で構成されている。

同国は人口動態の転換期にあり、2019 年の平均寿命は 67.9 歳、合計特殊出生率は 2011 年から 2017 年の間に 6.3 人から 2.7 人に低下している。子どもの死亡率は大幅に改善しており、出生 1000 人当たりの 5 歳未満児死亡率も同様に低下傾向にあり、2016 年の出生 1000 人当たり 51 人から 2019 年の出生 1000 人当たり 34 人へと低下しています(MOH、2020 年)。妊産婦死亡率(MMR)は 206 (2016 年)から 2019 年には出生数 10 万人当たり 167 に減少したが、他の地域と比較すると依然として高い水準にある。しかし、5 歳未満

の子どもの栄養状態は依然として懸念事項であり、政府の優先事項でもある。例えば、5 歳未満の子どもの 32.5%が年齢の割に身長が低い(発育障害)、20.5%が年齢の割に体重が低い(低体重児)となっている(2019 年)。

## 3 労働安全衛生の枠組み:

### 1) 労働安全衛生に関する法規制

ラオスは、MoLSW(労働・社会福祉省)のもとで国家の OSH 法規制の整備を進めている。1994 年と 2013 年に改正された労働法、2013 年と 2018 年に改正された社会保障法、2001 年 4 月 10 日付衛生・疾病予防・健康増進法 04/NA 号、鉱業法、1997 年 4 月 12 日付鉱業法 04-97/NA 号、製造法、国民議会合意第 01-99/NA 号の中に、OSH に関連する 8 つの法律とその他の OSH 規制が存在する。

- 1997 年 4 月 12 日付 04-97/NA 号製造業法
- 1999 年 4 月 3 日付国民会議協定第 01-99/NA 号
- 2009 年 12 月 16 日付建設業法第 159/PO 号
- 1999 年 4 月 3 日付工業加工法第 01-99/NA 号
- 1998 年 10 月 10 日付農業法第 01/98/NA 号

### 2) 批准したILO条約

ラオスは1964年以来、ILOに加盟している。ラオスは合計 10 本の ILO 条約を批准しており、そのうち 9 本は発効しており、非難された条約はなく、1 本は破棄され、過去 12 ヶ月間に批准されたものはない。

### 3) OSH に責任を有する当局または機関

労務管理部は労働社会福祉省(MoLSW)の下にあり、OSH の保護・予防を担当し、従



業員の代表はラオス労働組合連合、使用者の代表は全国商工会議所として、ここでは「三国間組織」と呼ばれ、労務管理部の主要なカウンターパートとなっている。これらとは別に、中央から地方自治体には、以下のような関連機関がある。

- 公衆衛生省
- 工業・商業省
- 公共事業・運輸省
- エネルギー・鉱山省
- 教育省
- 水資源・環境機構

現在、ラオスには 87 人の労働検査官がおり、そのうち 9 人が労働局に、13 人が首都ビエンチャンに、5 人がサバナケット、チャンパサック、ビエンチャン県、シャヤブイリ、ルアンパバーン、ルアンナムタ、ウドムクサイなど 7 つの主要省に、残りの 10 省に 3 人が配置されている。

#### 4) 労働者災害補償保険と労働災害・疾病をカバーする社会保障制度

国会は新しい社会保障法を承認し、2019 年に改正した。これは、民間部門と公的部門のための既存の拠出型社会保障制度の調和を目指しており、正式な経済活動をしていない個人が自発的に拠出型のメンバーになることを可能にし、障害、病気、出産、老齢期の給付と一緒にヘルスケアへのアクセスを提供する。社会保障法は、10 人以上の労働者を雇用する企業に適用されるが、1 人以上の従業員を雇用するすべての企業に適用することが奨励されている。主な健康保険の給付には、外来、通院、救急、職業病による業務上の負傷の場合の医療が含まれている。

#### 5) 職業病リスト

ラオスにおける職業病の全国リストは、ILO の職業病リストを用いて作成され、2010 年に改

訂された。ラオスにおける職業病全国リストは、ラオスにおける職業病の予防、記録、届出、補償を目的として作成された。職業病の分類は、1) 薬剤による疾病、2) 対象臓器による疾病、3) 職業性がん、4) その他の 4 つに分類されているが、職業病リストの実施は強化されていない。

#### 6) OSH管理のための職場組織

労働安全衛生委員会には、OSH 全国委員会と OSH 省庁委員会がある。全国 OSH 委員会は、MLSW の提案に基づいて内閣総理大臣が指名し、政策、法律、規則、規制の策定、監視、全国的な OSH の実施に向けた関係省庁、組織、その他の部門の支援を行う政府の事務局として機能する。州 LSW 部門の提案に基づき、州知事が OSH の州委員会を指名する。

#### 4 労働安全衛生のレベル:

##### 1) OSHに関する国の方針と戦略

ラオスの OSH は、広範囲の国家政策、戦略、計画によって規制されている。第 1 次国家 OSH 戦略(2005 年～2010 年)、第 2 次国家 OSH 戦略(2011 年～2015 年)、労働安全衛生に関する政令(2019 年 5 月 2 日付 No.22/Gov)、建設現場における OSH に関する閣僚決定(2013 年 8 月 21 日付 No.3006/MoLSW)などがある。

##### 2) 労働災害と職業病統計

実際には、労働災害の記録と報告のための正式なシステムがない。OSH 令によると、OSH ユニットの労働災害と疾病を労働ユニットと労務管理当局に報告しなければならない、その記録、改善、解決策の模索を定期的に行わなければならない。

##### 3) 報告と補償制度の適用範囲

社会保障制度では、社会保障制度への貢献度を維持している人の労災や負傷を補償している。労働災害が発生した場合、雇用主は負傷者を病院に連れて行き、SSO(社会保障機構)に連絡して記録を残さなければならない。また重傷の場合は、警察に連絡して報告しなければならない。しかし、報告は不完全であり、10人以上の従業員を抱えるすべての企業が負傷者を報告しているわけではない。2019年、SSOには2,287社の会員企業が含まれ、被保険者数は11万3,714人、任意保険者数は7087人であった。制度の対象となっている受益者(個人とその扶養家族を含む)の総数は25万8102人であった。

#### 4) OSH 規制の法令遵守状況

労務管理部門、OSH委員会がOSH規則の遵守を統括しているが、遵守は一貫していない。

#### 5) OSHに関する人材

OSH 訓練を提供している主な組織は、国立労働安全衛生センター(NOSH センター)、ラオス国立商工会議所(LNCCI)、ILO、ラオス労働組合連合会、産業・手工業省である。しかし、産業医、産業衛生士(occupational hygienist)、産業保健看護師などの長期訓練規定はない。

### 5. 現地専門家との議論を通じて得た情報

現在のラオスのカントリープロフィールの記載は十分ではなく、現在のところ、明確な作成スケジュールはない。OSH 関連法令について、政令レベルであり、独立した労働安全衛生法が存在しない。また、主に人材不足が原因で十分な施行ができていない。

労働者の健康問題に関して、職業の診断がされていないため、全体像が不明である。

石綿については研修が行われたが、十分な認識に至っていない。

職場における OSH 専門家の配置は、明確な規定が存在しない。セーフティオフィサーの配置を働きかけているが、トレーニングプログラムもなく、進んでいない。

これまで、韓国からカントリープロフィールの作成支援や、労働社会福祉省の担当者向け研修が行われた。その他の国からのサポートは現時点ではない。

推奨されるアクションプランのうち、労働災害や職業病のデータベースを作ることがまず必要である。また職場レベルでは、OSH に関連する委員会の設置・強化を働きかけることを進める必要がある。また、人材育成に関しては、数カ月～1年程度のトレーニングによって、核となる人材を要請することが大切だと思われる。

OSH に関連した医療職に関して、現在、ラオスには産業医や産業看護職がほとんどいない状況である。まずは、臨床医が研修を通じて職業病の診断技術を身に着けることの優先順位が高いと考えられる。

## D. 考察

### 1) 行政機関、法体系および監督体制

#### ① 現状の課題の整理

ラオスにおける労働安全衛生の枠組みは発展途上にある。その法体系は労働法や社会保障法の一部に労働安全衛生に該当する項目が付随しているが、職場で安全衛生を推進する者がいない、安全衛生委員会の設置がないなど不完全な内容であり、かつ法令に基づく対応も事業所で十分に施行されているとはいえ、それを監督する人材も不足している。また、労働安全衛生分野に関わる研究・教育機関が存在せず、この分野において十分な知識を有

する者が国内にほとんど存在しない。加えて、職業病リストを国として備えているものの、労働災害や職業病を診断、報告するシステムが存在せず、どのような対策が必要なのか検討するにあたって根拠とすべき基礎的データがない。このような背景には、ラオスにおける国家としての優先的課題で労働安全衛生が占める地位が相対的に低いことが背景にあると考えられる。

## ② 必要な支援

ラオスの労働安全衛生宣言において、目指すべき国家の安全衛生の枠組みが示されており、これを実現化するための具体的計画の作成を支援する必要がある。本宣言では、職場内の安全衛生推進者の雇用、事業所での労働災害防止対策計画の策定、安全衛生委員会の設置、リスクアセスメントの推進、有害物・化学物質の管理などの項目が掲げられており、これらの実現に向けた政労使における社会的対話の促進を支援する必要がある。また、その実現に向けたイベント啓発、関連出版物のラオス語訳、研修の実施なども足がかりとなると考える。

労働監督の強化に向けた監督官、労働安全衛生施策を検討できる行政官、企業内の労働安全衛生推進者を教育する研究者・教育者を育成する必要がある。

また、労働災害や職業病を診断、報告するシステムの構築を通じた基礎データの収集とそれを通じた労働災害防止 5 年計画の更新が急務である。5 年計画は第 2 次 (2011-2015) が最後となっている。特に、労働災害、職業病の報告、認定・審査、治療・補償、監査といった一連の運用を検討するにあたって、日本の経験の共有や訪日見学など期待される役割は大きいと考える。日本の知見を踏まえて、役割行政、医療機関、使用者団体、労働者団体などの関係者が学習し、今後のあるべき姿について意見集約するようなプロセスを提供できると

望ましい。

## 2) 事業所の労働安全衛生管理体制

### ① 現状の課題の整理

社会保障法に基づく労災補償を実施している企業は外資の大規模事業所に限られており、特に 10 人未満の現地零細企業においてはほとんど労災補償に結び付いているケースがないことから、外資系企業を除く大多数の雇用者は安全衛生に対する意識が高くないと考えられる。それにともない、安全衛生委員会、年間計画、各種の取り組みは実行されていないもしくは形骸化している事業所が多いと想定される。特に、職場の有害物質管理や安全対策を持続的に推進するための PDCA サイクルに基づく継続的な運用を導入できていないことは優先的に解決すべき課題である。

また、職場内に安全衛生を推進する者がいないのみならず、各州において安全衛生を支援する公的・民間の外部資源が限られている。職場内で安全衛生対策を推進するにあたって、専門人材が限られる中でどのように進めていくのか検討を要する。

### ② 必要な支援

雇用者の安全衛生に対する意識を啓発し、事業所における安全衛生ポリシー、組織体制、PDCA サイクルを円滑に実行するための支援が必要である。具体的には、労働者参加に基づく安全衛生ポリシーの策定、リーダーシップをもって労働者の安全と健康を確保するための組織体制の整備、労使が協調して運営する安全衛生委員会の設置である。これらの体制づくりを通して、PDCA サイクルを循環させていく必要がある。そのためには、安全衛生を管掌する雇用主、管理者に対して、これらの体制づくりに向けたワークショップを各地で開催する

必要がある。外資系企業の中には現地のサプライチェーンに対して、監査やこれらの体制づくりの支援を通して公正な取引を推進している企業もある。現地の日系企業に対して、公正な取引に向けたノウハウを共有するイベントの開催が足がかりとなると考える。

### 3) 労働安全衛生の専門人材

#### ① 現状の課題の整理

産業医、保健師、インダストリアルハイジニストなどの専門職を養成する教育機関がラオスには存在しない。そのため、職場内においては短期的に従業員の中から安全衛生推進者を任命し、短期トレーニングを施すなどの対応が必要であるが、関係団体が実施する一般労働者向けのトレーニングの開催頻度は十分ではない。監督官においても、監督作業に対する定期的な教育は施されておらず、また職業病や職業性関連疾患を正確に診断できる医師もいない。

#### ② 必要な支援

まず、労働者が自主的に安全対策や職場環境改善活動を行い、かつ労災発生時には適切に報告、対処できるよう関係団体が実施する一般労働者向けの研修を拡充し、多くの職場の労働者が参加できるようにする必要がある。併せて、労働安全衛生に関する情報をウェブサイト、ソーシャルメディア、冊子、ポスターなど複数のチャンネルから配信し、労働者自身の安全衛生に関する意識を啓発することで、研修の必要性の理解と周知を行うことを忘れてはならない。

次に、従業員の中から任命された安全衛生推進者に対して実施する 1-2 週間の短期トレーニングコースを開設し、年間計画の策定や安全衛生委員会の運営、リスクアセスメント等

の各種対応でリーダー的存在を果たせるよう教育支援する必要がある。

また、医師に対して、職業病の理解と診断スキルを向上させるトレーニングを施す必要がある。まずは大学教育カリキュラムにこれらの項目を盛り込むことが足がかりとなる。

次に、産業医、保健師、インダストリアルハイジニストなどの専門職や監督官向けの 3-6 ヶ月間の教育研修プログラムを開発する必要がある。例えば、核となるべき人材に対して、日本の専門教育機関に中長期の派遣を行い、これらの者を中心に教育研修プログラムを開発していくなど、この分野において日本に期待される役割は大きいと言える。

### E. 結論

ラオスは労働安全衛生の法令や専門人材といった基盤の整備が十分でなく、日本からの支援によって同国の労働安全衛生の向上に貢献する余地は大きいと考えられる。

### F. 引用・参考文献

付属資料のとおり

### G. 研究業績

なし

### H. 知的所有権の取得状況

なし

#### 添付1 調査チェックリスト

#### 添付2 現地調査者のプロフィール

#### 添付3 Web 会議における質問事項

#### 添付4 ラオス調査報告書 第3～5章(日本語訳)

付属資料:ラオス調査報告書(英文)

**A check sheet for collecting information for support needs assessment of occupational safety and health (OSH) in Asian countries**

Primary items	No	Secondary items	Examples of secondary items
I. National information	1	History	1.1.1 Summary of country history
	2	Religion and Ethnicity	1.2.1 Number and percentage of religion and ethnics (including regional characteristics) 1.2.2 Lifestyles and dietary restriction for culture and religion
	3	Population	1.3.1 Current number of population, population transition, and population pyramid 1.3.2 Demography, literacy and other relevant information
	4	Politics and Policy	1.4.1 Current political system 1.4.2 Current political party and results of a recent election 1.4.3 Main national policy and political challenges
	5	Constitution and General Law System	1.5.1 Summary of constitution 1.5.2 Summary of general law system
	6	Industry and Economy	1.6.1 Major industry 1.6.2 Economic status and employment scene
	7	Labor-Management Relations, Contractors, Informal Sector Workers, and Migrants	1.7.1 Labor dispute and other labor-management relations 1.7.2 Trend of contractors, informal sector workers and migrants (international and domestic)
	8	Public Security, Disaster and Public Safety	1.8.1 Current status of security issues such as crimes and riots, occurrence of natural disasters and traffic accidents, etc.
	9	Relationship with Japan	1.9.1 Relations with Japan in politics and economy 1.9.2 Local status of Japanese companies operation 1.9.3 Status of Official Development Assistance (ODA) by Japanese government
II. Healthcare and Public health	1	Status of Public Health, Disease, and Cause of Death	2.1.1 Status of communicable disease, major diseases, leading cause of death, infant mortality and other public health information.
	2	Training and Supply for Physicians and Healthcare Professionals	2.2.1 Educational system for healthcare professionals 2.2.2 List of universities for healthcare professionals 2.2.3 Supply and availability for physicians, nurses and other healthcare professionals (including the Status of study abroad for physicians).
	3	Status and Quality of Healthcare	2.3.1 Status of healthcare settings (number and national/private) 2.3.2 Monitoring and evaluation of quality of healthcare (including international accreditation and certification).
	4	Status of Public Health Agency	2.4.1 Status of public health center and relevant agencies, such as WHO office and other international organizations
III. OSH framework	1	OSH Laws & Regulations	3.1.1 Major OSH laws & regulations and recent amendments 3.1.2 Other related legislations on safety, health and environment, and recent amendments 3.1.3 ILO conventions ratified.
	2	Mechanism and Status for Law Enactments	3.2.1 Mechanism and status for enactments of OSH laws & regulations (including the role of central and local authorities)
	3	Authority or Body, Responsible for OSH	3.3.1 Authority or body, responsible for OSH
	4	Mechanisms for Ensuring Compliance including the System of Inspection	3.4.1 Number and inspection status of labour inspection office 3.4.2 Utilization of private agency for inspection 3.4.3 Reporting and notification system for workplaces
	5	Workmen's Compensation Insurance and Social Security Schemes covering Occupational Injuries and Diseases	3.5.1 Workmen's compensation insurance and social security schemes 3.5.2 Approval standards for occupational injuries and diseases 3.5.3 Occupational disease list
	6	Workplace Organization for OSH Management	3.6.1 Workplace organization for OSH management by regulations 3.6.2 OSH committee 3.6.3 OSH training at workplaces
	7	Personnel engaged in the area of OSH	3.7.4 Legal qualification requirements for personnel engaged in the area of OSH, such as safety and health officers, safety engineers, occupational physicians, and hygienists 3.7.5 Minimum staffing standards for personnel engaged in the area of OSH
	8	Regal Requirements for Workplace Activities for OSH Management	3.8.1 Regal requirements for regular activities related to OSH, such as management system, risk assessment, health examination, environmental monitoring, and etc. 3.8.2 Mechanisms to prevent industrial disaster protect environment and promote public safety
	9	Education and Supply for Personnel engaged in the area of OSH	3.9.1 Educational system and contents for personnel engaged in the area of OSH 3.9.2 List of universities and training institute 3.9.3 Supply and availability for personnel engaged in the area of OSH
	10	Activities and Involvement by International Organizations, Academic Insistutes and Non-Governmental Organization	3.10.1 OSH activities and involvement by international organizations, academic insistutes and other agencies, such as Non-Governmental Organization
	11	Occupational Health Services including Industrial Hygiene	3.11.1 List of occupational health service providers and their service contents and quality (national/private)
	12	Support Mechanisms for Disadvantageous Group of Workers	3.12.1 Status and support mechanisms for workers in small and medium-sized enterprises, workers in micro-enterprises, workers in the informal economy, migrant workers, and contractors
IV. OSH level	1	National Policy and Strategies for OSH	4.1.1 Conditions, details and operational status of national policy, strategies and plans for OSH
	2	Occupational Injury and Disease Statistics	4.2.1 Occupational injury and disease statistics 4.2.3 Coverage by reporting and compensation schemes and estimated occupational injury and disease
	3	Legal Compliance Status	4.3.1 Legal compliance status for OSH regulations
	4	Problems concerning OSH and Exposure to Specific Hazards	4.4.1 Problems concerning OSH in all and specific industries 4.4.2 Existing occupational health hazards and possible occupational diseases, and problems in all and specific industries
	5	Measures against Problems concerning OSH	4.5.1 OSH policies and programmes of organizations of employers and workers 4.5.2 Advantages and disadvantages of ongoing activities related to OSH at workplace 4.5.3 Educational and awareness-raising arrangements to enhance preventive safety and health culture, including promotional initiatives at workplace
	6	Researches in OSH	4.6.1 List of specialized technical, medical and scientific institutions with linkages to various aspects of OSH, including research institutes and laboratories concerned with OSH 4.6.2 Main research items and projects in OSH research and which institutions implement these (national level / institutional level)
	7	Status for Personnel engaged in the area of OSH	4.7.1 Ability and challenges of personnel engaged in the area of OSH 4.7.2 Training and information for OSH personnel engaged in the area of OSH
	8	Status for International Certification at Workplaces	4.8.1 Status for international certification at workplaces (e.g. ISO 45001)
	9	Worker's Awareness and Educational Levels regarding OSH	4.9.1 Worker's awareness and educational levels regarding OSH
V. Analysis and action plan	1	Gaps analysis of existing national OSH systems and Recommendations of Action Points	5.1.1 Gaps analysis of existing national OSH systems 5.1.2 Recommendations of action points for national OSH systems 5.1.3 Support needs assessment of national OSH systems from Japanese government
	2	Gaps analysis of current OSH Management at workplaces and Recommendations of Action Points	5.2.1 Gaps analysis of current OSH management at workplaces 5.2.2 Recommendations of action points for OSH management at workplaces 5.2.3 Support needs assessment of OSH management at workplaces from Japanese government
	3	Gaps analysis of existing Professional Education for Personnel engaged in the area of OSH and Recommendations of Action Points	5.3.1 Gaps analysis of existing professional education for personnel engaged in the area of OSH 5.3.2 Recommendations of action points for personnel engaged in the area of OSH 5.3.3 Support needs assessment of personnel engaged in the area of OSH from Japanese government

調査委託者

Vanphanom Sychareun, MD, PhD

Souksamone Thongmyxay, MD, PhD Candidate

Faculty of Public Health, University of Health Sciences, Lao PDR

## 研究成果の刊行に関する一覧表

1. 深井航太、酒井咲紀、伊藤遼太郎、伊藤直人、小田上公法、Jhason John J. Cabigon、Paul Michael R. Hernandez、小林祐一、森 晃爾. フィリピン共和国の労働衛生に関する制度および専門職育成の現状－日系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 産業衛生学雑誌 2020 62(4): 154-164
2. 石丸知宏、廣里治奈、森貴大、伊藤直人、平岡晃、簗原里奈、梶木繁之、上原正道、小林祐一、森晃爾. インドの労働衛生に関する制度およ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. 産業衛生学雑誌 2020 62(3):136-145
3. 伊藤直人、森晃爾. 諸外国における労働安全衛生の現状 カンボジアの労働安全衛生の実情. 安全衛生コンサルタント 2020 135: 74-77