

健康経営のアジア展開に向けた基礎調査
意見交換会
報告書

株式会社メディヴァ

意見公開会開催概要

日時：	2021 年 2 月 9 日（火）15:00-17:00		
場所：	新型コロナ感染拡大を鑑みて zoom にて開催		
参加者：			
JETRO 山田 藤本 ナガタニ	有識者・専門家 森先生 小林先生 小田上先生 深井先生 酒井先生 伊藤先生	(第二部のみ) インドネシア大学 Dr. Nuri Purwito Adi Dr. Dewi S Soemarko Dr. Dewi Yunia Fitriani Dr. Marsen Isbayuputra BPJS Ketenagakerjaan Dr. Fani Syafani MKK	メディヴァ 小倉 小西 永井（記）

（敬称略）

1. 第一部

1. イントロダクション

- ・ 森先生よりご挨拶

デスク調査とヒアリング調査を通し、調査対象国の健康経営ニーズや展開可能性についてイメージが膨らんだ。本意見交換会では、その調査結果を、これから如何に生かしていくかをディスカッションしていきたい。

2. デスク調査・国別サマリー共有

- ・ タイ

① 国の概要

2019 年のタイの人口は約 7000 万人であり、うち労働人口は約 5000 万人を占める。1999 年の人口ピラミッドは山型であったが、2019 年にはつぼ型になりつつあり、高齢化が進行している。平均寿命（2016 年）は男性が 71.8 歳、女性が 79.2 歳である。15 歳以上の人口に占める喫煙者の割合（2015 年）は男性で 41%、女性で 2.3%と、調査対象国の中で最も低かった。

② 産業保健・労働安全衛生の体制

労働安全衛生の基盤となる労働安全衛生環境法は、1988 年に成立した労働保護法から独立分離する形で、2011 年に労働省より公布された。労働安全衛生環境法は、安全配慮義務を事業者課すと同時に労働者にも事業者と協力する義務を課しており、密閉空間、電離放射線など危険有害要因ごとに 13 の症例が定められている。一方で、労働保護法下にあった省令が未統合であったり、別々の省庁から安全衛生や健康に関する法律が重複して制定されていたりするなど、労働衛生に関する法令は整備途上の部分が存在する。また、タイでは、特殊健康診断の実施が法令で事業者義務付けられているが、一般健康診断の義務はない。企業における健康増進施策としては、タイ政府専門機関 Thai Health Promotion Foundation（通称：タイ

ヘルス)が開発した職場健康づくりプログラムであるHappy Workplace Programがあり、「Happy 8」と呼ばれる8つのアプローチを通して、従業員の身体的・精神的な健康増進および幸福度向上を目指している。その他、タイ保健省はタイ健康ライフスタイル戦略計画(2011年~2020年の10カ年計画)により、5大生活習慣病のリスク低減に対して具体的な目標を掲げており、同省の疾病予防局非感染症課は、アルコール摂取量や喫煙量、高血圧症などの非感染性疾患低減に関する具体的な数値目標を定めている。更に、2017年9月の物品税改正に伴い、飲料の糖分に応じて税を課す砂糖税が導入されており、保健省食品医薬局により、砂糖の過剰摂取に関連する肥満や生活習慣病について、生産性低下や医療費増加などによる経済損失が分析されている。

③ 国の医療保険制度

タイの公的医療保険は、対象者(公務員、民間被用者、その他の農民や自営業者)別に3つある。このうち民間被用者と農民や自営業者向けの保険は、事前登録した医療機関のみ受診可能であり、受診できる医療機関に制限がある。自己負担額は1回の外来や入院につき30バーツである。

④ 産業保健専門職

タイでは、安全衛生実務者(Safety Officer:以下SO)が日本における産業医の役割を担っており、タイ全体では約74万人いる。SOは事業場が雇用する労働者数によって選任が義務付けられており、20~49人の事業場は「Technical Level」、50~99人の事業場は「Advanced Technical Level」、100人以上の事業場は「Professional」と、SOの中でレベル分けがされている。「Advanced Technical Level」までは所定時間の研修を受ければ資格を取得できるが、「Professional」になると4年制大学の公衆衛生学部で安全衛生学を専攻する必要がある。産業医や産業看護職は法的な選任義務がないこともあり、企業内に配置されているのはリスクの高い業務を有する一部の大企業のみである。役割としては、健康教育、健康診断計画の策定、職業病が発生した場合の調査などであり、労働安全衛生に関する法令で産業医が登場するのは、安全衛生委員会と特殊健康診断の2項目に関する記載のみである。卒後の産業医学研修については、当初は2週間もしくは2ヶ月間の短期間であったが、新たに3年コース(residency training program)が設けられるなど、卒後研修制度に充実が図られているが、大学の医学部性が産業医学を学ぶ機会は少なく、産業医学に関心を持つ医師も多くはない

⑤ 健康経営に関するサービス機関

2017年、タイでは加糖飲料税が導入され、非アルコール飲料に対する健康意識が高まっている。また、2018年には公衆衛生省が関連省庁及び団体と連携し、身体活動促進のための国家計画および行動計画を発表し、健康的なライフスタイルの推進を後押ししたことで、ジムやヘルスツーリズムが人気となり、自転車やランニングがブームとなっている。喫煙に関しては、タイ政府の禁煙対策を背景に社会全体の禁煙意識が高まっており、禁煙推進の情報発信や禁煙支援に関する外部機関によるサービスが展開されている。その他、メンタルヘルスなど健康課題全般の情報提供に取り組むサービスが展開されており、特に民間保険会社の付帯サービスとして様々なヘルスケア施策へのアクセスが期待できる環境である。

⑥ 日本の健康経営モデル普及可能性

タイの国家統計局によると、2015 年における 65 歳以上の人口は 10.4%と、高齢化社会の基準(7%)を超えている。国連世界人口予測(2017 年改訂版)によると、下位推計で 2018 年に、中位推計で 2027 年にピークを迎え、人口減少に転じると見られている。タイ人の死因は、近年、虚血性心疾患や脳卒中など生活習慣に起因するものが上位を占めるようになっており、高血圧・高血糖・肥満の人口も年々増加している。

タイ政府専門機関であるタイヘルスは、職場健康づくりプログラムとして Happy Workplace Program を展開しており、タイの文化や価値観を多分に反映させた「Happy8」と呼ばれる 8 つの項目から構成される多面的なアプローチを通して、従業員の身体的・精神的な健康増進及び幸福度向上を目指している。生活習慣病に関する政策としては、「国家健康開発計画(健康開発に関する国家的な基本戦略)」「タイ健康ライフスタイル戦略(5 大生活習慣病のリスク低減策)」など、国を挙げて生活習慣病対策を推進しており、タイ保健省食品医薬局は、砂糖の過剰摂取に関連する肥満や生活習慣病による生産性低下や医療費増加などによる経済損失を分析しており、2017 年 9 月の物品正改正で飲料の糖分に応じて税を課す砂糖税を導入している。このように、タイでは、高血圧対策や糖尿病対策という生活習慣病リスク対策だけでなく、生活習慣病による生産性低下を視野に入れた政策が展開されており、この点において他の ASEAN 諸国よりも一歩進んで、日本型健康経営の概念に近い活動が展開されている。また、国民の健康志向も近年高まっていることも相まって、現状として日本型健康経営モデルが普及しやすい環境が整ってきている。

一方、タイでは、日本と異なり企業内に産業保健専門職を専任する義務がないため、社内の産業保健専門職のリソースを活用するという日本型の健康経営モデルをそのままの形で普及させることは難しい。企業内の労働安全衛生活動は SO がキーパーソンとなって実施しているが、医療職ではないため、健康施策については外部資源(健康診断センターや病院の産業保健センター等)を活用する必要がある。現状、タイでは臨床医の需要が高く、医学部の学生が産業医学を学ぶ機会が少ないため、卒後に予防医学・産業医学の専門家を目指す学生がほとんどいない。今後、医学部教育における産業医学の修練の機会を増やすとともに、卒後の産業衛生専門医養成のためのプログラムを充実させていく必要がある。高レベルの専門家養成プログラムとして、日本モデルの輸出が可能である。

タイの公的医療保険制度の中には、民間被用者が加入する「社会保険制度:SSS」があるが、保険料は賃金の 10%を労使折半(各々 5%)で負担している。また、大企業では、公的医療保険制度(1 階建て部分)に加えて、企業が負担して従業員を対象に民間医療保険(2 階建て部分)に加入し、福利厚生の実施を提示し、優秀な人材の確保している企業がある。そのような企業は、健康経営施策によって、民間医療保険料負担が軽減することができれば、健康経営モデルを導入することにインセンティブが働く可能性が高い。さらに、民間医療保険事業者と連携し、「医療保険+健康施策」という保険商品の提供ができることで健康経営モデルが促進する可能性がある。

- ・ フィリピン

- ① 国の概要について

2019 年のフィリピンの人口は約 1.1 億人、うち労働人口は約 7000 万人を占める。2062 年まで人口ボーナス期（総人口に占める生産年齢人口比率の上昇）が続く。平均寿命は男性が 66.2 歳、女性が 72.6 歳である。男性は、平均寿命・健康寿命ともに、調査対象国で最低であった。

② 産業保健・労働安全衛生の体制について

国の安全衛生方針・戦略・計画の内容に関わっているのは、労働雇用省 (Department of Labor and Employment: DOLE) である。DOLE は、労働および雇用を管轄する中央官庁であり、法令・政策・プログラムを所管し、施行権限をもつ唯一の行政機関である。6 つの局 (Bureau)、11 の附属機関 (Attached agency)、16 の地方事務所 (Regional office) で構成されている。労働安全衛生を主管しているのは、フィリピン労働安全衛生センター (Occupational Safety and Health Center of Philippines: OSHC) であり、労働安全衛生に関する技術サービス提供、教育訓練、調査研究、情報収集、広報普及の活動を通じて、関連法令の徹底、改善と労働安全衛生技術の普及、定着を図ることにより、労働災害の防止と労働者の福祉の向上に資することを目的としている。近年の動きとして、労働安全衛生に関する法令の改正がある。

表 1：労働安全衛生関連法令

法令	制定年
1) 労働法 (Labor code of the Philippines. 大統領令第442号)	1974年
2) 労働安全衛生基準 (Occupational Safety and Health Standards) ※	1978年
3) 労働安全衛生基準順守強化法 (An act strengthening compliance with occupational safety and health standards and providing penalties for violations thereof. 共和国法第11058号)	2017年
4) 同法の施行細則 (Implementing rules and regulations: IRR)	2018年

※通称「Yellow book」と呼ばれ、インターネット上でも入手可能。
労働安全衛生の実務的なバイブルとなっている。

特に、表 1 の 4) の IRR では罰則規定が明記された。例えば、事業者は、事業場内診療所または応急処置室を設置することが必須になったと同時に、罰則規定が明記された。罰則は日額で加算され、1 日あたりの過料の上限は 10 万ペソとされる。DOLE の調査を拒否したり、事業者の違反によって労働者が死亡したり、重篤な疾患へ罹患した場合などは、別にそれぞれ 10 万ペソが科される。以上のように、労働安全衛生基準順守強化法の制定によって、事業者の労働安全衛生へのさらなる順守の徹底が求められている。

③ 国の医療保険制度について

公的医療保険として、フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation) が運営する、フィリヘルス (Philhealth) がある。法律上は、公的医療保険に全国民の加入が求められているが、実際の加入率は明確ではないものの、全国民が保険制度の恩恵を受けているとは言い難い状況である。患者の自己負担額は、傷病の程度や医療施設のレベルに応じて決まっている上限を超える部分となっている。

④ 産業保健専門職について

事業場における安全衛生活動を担う専門職は、大きく Safety Officer (SO) と Occupational Health Personnel (OH Personnel) に分類される。企業はそれら専門職と協同して、労働安全衛生委員会 (Occupational Safety and Health (OSH) Committee) を設置し、労働安全衛生プログラム (Occupational Safety and Health (OSH) Program) を策定することにより、労働安全衛生活動を行うことが義務付けられている。

SO は、2018 年の労働安全衛生基準順守強化法の制定によって、その専門性と権限に応じて新たに SO1 から SO4 までの 4 クラスに分類されることとなった。SO2 以上となるには、Basic training of Occupational Safety and Health (BOSH) という 40 時間の基本プログラムを受講することが必須とされており、OSHC が各地域において定期的に研修を開催している。さらに、SO3、SO4 は面接試験を経て、それぞれ Occupational Safety and Health Practitioner、Occupational Safety and Health Consultant という認定資格を有する。OSHC のホームページによると、地域別の有資格者の人数と氏名が順次更新されており、2019 年 10 月 2 日現在で、OH Practitioner (SO3 相当) が 3,634 名、OH Consultant (SO4 相当) が 290 名であった。

表 2 : SO の配置要件

従業員数	低リスク	中リスク	高リスク
1～9	SO1を1名	SO1を1名	SO2を1名
10～55	SO1を1名	SO2を1名	SO3を1名
51～99	SO2を1名		SO2を2名とSO3を1名
100～199		SO2を2名かSO3を1名	
200～250	SO2を2名とSO3を1名	SO3を2名	SO3を2名
251～500	SO2を2名とSO3を1名		SO2を1名とSO3を2名
501～750			
751～1000			
250人まで追加毎	-	-	SO3かSO4を1名追加
500人まで追加毎	SO3を1名追加	SO3かSO4を1名追加	-

OH Personnel には、応急対応者 (First-aider)、産業看護職 (OH Nurse)、産業歯科医 (OH Dentist)、産業医 (OH Physician) が含まれる。それぞれの配置要件があり、SO 同様、従業員の人数および事業場のリスク度によって、各専門職の配置人数が規定されている。

表 3 : OH Personnel の配置要件

従業員数 (人)	低リスク				中～高リスク				
	応急対応者	OH看護師	OH歯科医	OH医師	応急対応者	OH看護師	OH歯科医	OH医師	
1～9	1名	-	-	-	1名	-	-	-	
10～55						PT2名			
51～99									
100～199	2名	PT2名	PT1名	PT1名	2名	FT1名	PT1名	PT1名	
200～500	3～5名	FT1名			3～5名				FT1名
501～2000	6～20名	PT1名			PT2名				6～20名
2001人以上	21名以上	シフト毎に FT1名追加	FT1名	PT2名と FT1名	21名以上	シフト毎に FT1名追加			
100人まで 追加毎	1名追加	-	-	-	1名追加	-	-		
250人まで 追加毎	-	FT1名追加			FT1名追加	-		FT1名追加	
500人まで 追加毎		-			FT1名追加			PT4名か FT1名追加	-

OH: Occupational Health, FT: Full-Time (1日8時間、週6日)、PT: Part-Time (1日4時間、週3日)

⑤ 健康経営に関するサービスについて

2018年、フィリピン政府は”Tax Reform for Acceleration and Inclusion (TRAIN LAW)”による加糖飲料税を導入した。こうした政府の動きにより、国民の食生活全体に対する意識の向上が期待されるなか、健康や栄養バランスが意識された食事の提供サービスや、また都市部ではサラダ専門店が増えるなど、それらを支えるサービスが充実し始めている。さらに、フィリピンはこれまで、国民の健康を守るために、段階的に喫煙に関する規定を定めており、2017年は大統領令として公共の場での喫煙禁止が表明された。こうした中で、受動喫煙防止や禁煙への機運は高まっており、それに応じて禁煙サポートや禁煙外来が利用できるほか、代替え手段として電子タバコの利用が可能となっている。

⑥ 日本の健康経営モデル普及可能性についてのまとめ

フィリピンは、人口ボーナス期（生産年齢人口が従属人口の2倍以上の状態）は2060年まで続くと予想されており、市場への期待が大きい。同時に、衛生状態の改善、平均寿命の延伸によって、疾病構造の変化がみられ、今後、がんや循環器疾患などの生活習慣病がさらに増加することが予想されている。

そのような中、2016年に就任したドゥテルテ大統領は、健康増進に向けて様々な政策を打ち出している。2017年には公共スペースでの喫煙を禁止する大統領令、2018年には肥満や糖尿病など生活習慣病の予防を目的として、加糖飲料に物品税を導入、2020年には酒類および電子たばこ製品の物品税増税法案が成立した。背景には、ユニバーサルヘルスケア法がある。フィリピンの全国民をフィリピン医療保障公社（フィルヘルス）の健康保険に加入させ、国民皆保険制度（ユニバーサルヘルスケア）を実現しようとするものである。さらに、ドゥテルテ大統領は国内の労働安全衛生に関する共和国法第11058号に署名した。これは、雇用主に労働法、フィリピン法、そして国際的に認められた労働安全衛生基準の規定を徹底することを求めるものである。同法には、作業関連の事故などで従業員が障害・死亡した場合の損害賠償を要求したり、将来的に死傷する可能性がある作業を拒否する権利も与えられている。一方で、雇用者に対してもメリットがあり、同基準への順守が認められた雇用主にはインセンティブが与えられる。

以上のように、ドゥテルテ政権下であるフィリピンの現状は、国民の健康・安全の維持向上

に寄与する法律や条例への署名に積極的な動きが見られ、健康経営モデルの普及にも可能性が期待される。公的医療拡充、健康増進対策が積極的になされているため、関連プロバイダーが国内外から参入する動きが見られている。外部プロバイダーと連携して、首都圏において、大企業等の優良企業に日本型経営モデルの導入することによって、健康経営の普及促進が始まる可能性があると考えられた。

・インドネシア

① 国の概要・人口動態

国の概要と人口動態について、2019年のインドネシアの人口は約2.7億人、うち労働人口は約1.8億人を占め、人口ピラミッドは山型である。

② 公衆衛生

平均寿命は男性が67.3歳、女性が71.4歳であり、喫煙者の割合が、男性は76.2%と本調査の中で最も高い。

③ 安全衛生の体制、安全衛生方針・戦略

安全衛生に関する法令は大きく分けて、基本法令、医療・保険専門職の配置に関する法令、健康診断および事後措置に関する法令、そのほかの産業保健に関する法令・施策にカテゴライズされており、その他にも40以上の安全衛生と関連する法令が存在する。

④ 安全衛生専門職の選任基準

安全衛生専門職の選任基準については、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では少なくとも1人以上の安全管理者を雇わなければならない。また、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では内部にクリニックを設け、看護師等の医療職を雇用しなければならない。

⑤ 安全衛生専門職の養成機関

安全衛生スタッフは、産業医と安全管理責任者（Safety Officer）に分けられています。産業医の養成に関しては、インドネシア大学のカリキュラムではMSコースとSpOKコースの2種類存在する。

⑥ 健康経営に関するサービス ―食生活―

健康経営に関するサービス機関のうち、食生活、運動、喫煙、その他に分けて説明する。食生活の改善に向けた取り組みでは、健康的な食の提供と栄養改善などを提供する企業が存在する。

⑦ 健康経営に関するサービス ―運動―

健康経営に関するサービス機関のうち、運動機会の増進に向けた取り組みでは、身体活動設備の整備や、緑地造成、移動の際の安全快適性確保、身体活動の活性化などに関連するプロバイダーが増加している。

⑧ 健康経営に関するサービス ―喫煙―

健康経営に関するサービス機関のうち、喫煙対策では粗悪品の流通・販売などタバコの監督強化、増税の検討、健康的な生活に取り組んでいるコミュニティに対するインセンティブの検討など、タバコと健康に関する共存を模索している。

⑨ 健康経営に関するサービス ―その他―

健康経営に関するサービス機関のうち、その他の項目として、睡眠やメンタルヘルスなど各種サービスの提供企業がある。

⑩ 日本の健康経営モデル普及可能性 ―実態と推計―

日本の健康経営モデル普及可能性について、インドネシアの人口は増加傾向であり、人口成長率は減少し高齢化が進んでいる。死因は非感染症が 75.5%をしめ、死因上位 3 位（心血管系疾患、悪性新生物、糖尿病・腎臓疾患）が全体の死因の 50%を占めている。

⑪ 日本の健康経営モデル普及可能性 ―政府の施策―

インドネシア政府の施策としては、インドネシア・ディーセント・ワーク・カントリー・プログラムと医療保険制度強化がある。インドネシア・ディーセント・ワーク・カントリー・プログラムは安全衛生問題を処理するための労働検査官のスキル向上を目的とするとともに、小規模事業者向けに、2つの枠組みを提供している。医療保険制度強化は、2014 年 1 月より新社会制度 BPJS が開始された。BPJS には、労災保険、死亡保険、老齢貯蓄、年金給付などの社会保険と医療保険の 2 種類が含まれている。

⑫ 日本の健康経営モデル普及可能性 ―課題解決に向けたサービス―

日本の健康経営モデル普及への課題の解決に向けたサービスとしては、企業内産業保健体制の活用がある。専門人材である産業医学専門医（SpOK）と Safety Officer の資格と制度が確立されており、活用できると考える。

また、外部リソースの活用として、産業医学専門医（SpOK）は、企業内だけではなく、医療機関やいくつかの外部プロバイダーに所属しており、まずは大都市部から、外部リソースを上手く活用して、生活習慣病予防活動や健康診断の事後措置などの予防活動を推進できる可能性がある。

⑬ まとめ

健康経営導入の可能性をまとめると、インドネシアでは産業医学専門医（SpOK）が確立されていることより、社内の産業保健専門職のリソースを活用するという日本型の健康経営モデルを普及させることは可能である。一方で、中小事業者や地方の企業には、十分な専門人材が不足していることから、外部リソースと連携して、健康経営モデルを導入していくことがよいと考える。また、インドネシアでは、BPJS（新社会制度）の導入でどの程度、社会保障制度の改革が進むのか、医療保険制度が機能するのかという大きな社会課題がある。その課題解決と並行して、予防医学的なアプローチ及び日本型の健康経営モデルの導入の可能性は十分にある。

・ベトナム

① 国の概要について

2019 年のベトナムの人口は約 9700 万人、うち労働人口は約 6700 万人（約 70%）を占める。1999 年の人口ピラミッドは山型であったが、2019 年にはつぼ型になりつつある。平均寿命は男性が 71.7 歳、女性が 81 歳である。満の割合が、男性は 1.6%、女性が 2.6%と本調査の中で最も高かった。

② 産業保健・労働安全衛生の体制について

ベトナムにおける、労働安全衛生に関する主な法律は、労働安全衛生法である。1994年に労働安全衛生規制が施行されるも、内容が煩雑で混乱を招いていた背景から、2015年6月25日に労働安全衛生法が国会で承認された。労働法（2012）の適用範囲と比較すると、労働安全衛生法は、より広く、包括的で、詳細な労働安全衛生活動を規定している。

ベトナムは定期健康診断を義務化している国であり、「労働法第152条被雇用者の健康の確保」にて、被雇用者の年1回の健康診断受診が規定されている。また、重労働者・有害業務従事者・18歳以下の従業員、60歳以上の男性労働者、55歳以上の女性労働者に関しては、2012年6月に承認された「新労働法」において半年に1回の受診が義務化された。一方、実際に決められた頻度で定期健診を行っている企業は40%～50%に留まっているのが現状である。

③ 国の医療保険制度について

公的保険制度として保健省傘下である医療保険基金が運営する、全国民を対象とした包括的な社会保障制度である Vietnam Social Security (VSS) が存在する。2014年時点での加入率は全国民のうち7割程度。2009年に施行された法律により、指定医療機関での医療費の85～100%が保険で賄われる。

④ 産業保健専門職について

事業場における労働安全衛生は、大きく労働安全管理者（OSH労働者）による労働安全部門と、産業保健スタッフ（産業医、保健師）による医療センター部門に分類される。

労働安全部門において、使用者は、特定の有害業種（鉱業、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、非金属鉱物製品の製造、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）をはじめ、表1に示す最低要件を満たす労働安全ユニット／部門、または労働安全対策本部を組織しなければならない。

医療センター部門において、使用者は、事業所に表2に示す最低要件を満たす医療部門を組織しなければならない。

表4：OSH労働者の配置要件

分野・業種	事業所規模	最低要件
鉱業、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、非金属鉱物製品の製造、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	a) 従業員 50人未満 の事業場	1人以上の非常勤 OSH担当者 を配置
	b) 従業員50人以上300人未満の事業場	1人以上の常勤OSH担当者を配置
	c) 従業員300人以上1,000人未満の事業場	2名 以上のOSH担当者を配置
	d) 従業員1,000人以上の事業場	3人 以上の常勤のOSH担当者を配置
それ以外	a) 従業員 300人未満 の事業場	1人以上の非常勤のOSH担当者を配置
	b) 従業員300人以上1,000人未満の事業場	1人以上の常勤のOSH担当者を配置
	c) 従業員 1,000人以上 の事業場	労働安全部門を設置するか、2人以上の専任のOSH担当者を配置

表5：産業保健スタッフの配置要件

分野・業種	事業所規模	最低要件
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、 コークスの製造、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	a) 従業員300人未満の事業場	中級レベルの保健スタッフを1名以上配置
	b) 従業員 300人以上500人未満の事業場	少なくとも1人の医師と1人の中級レベルの保健スタッフを配置
	c) 従業員500人以上1,000人未満の事業場	医師1人以上と、各シフトごとに中級レベルの保健職を1人配置
	d) 従業員1,000人以上の事業場	組織的な形で保健所・施設を設置
それ以外	a) 従業員500人未満の事業場	中級レベルの保健スタッフを少なくとも1人以上配置
	b) 従業員500人以上1,000人未満の事業場	中級レベルの保健スタッフを配置
	c) 従業員を1,000人以上雇用する生産事業場と事業場	1人の医師と1人の保健スタッフを配置

なお、事業場の OSH 担当者、OSH 担当者、保健師、OSH 担当者は、OSH 研修に参加し、主催する試験に合格した後、OSH 研修機関の認定証を取得しなければならない。OSH 政策、法律、OSH 科学技術に変更があった場合は、知識と技能を更新しなければならない。

労働安全衛生スタッフの充足率、地域偏在などは情報がなく、詳細は不明である。

⑤ 健康経営に関するサービスについて

保健省は 2020 年 10 月、ベトナムの死因の 77%が心疾患、循環器系、がん、糖尿病などの非感染症性疾患(NCD)であることを受け、その一因とされる国民の過剰なコレステロール摂取に対して行動月間を開始した。企業においては社員食堂の導入や、健康的なライフスタイルを提唱しており、定期的な運動を推奨している。国内では各地公園に運動器具が設置されているほか、多様なサービスを持つフィットネスクラブが充実し、また大規模なウォーキングイベントなども多数実施されている。

さらに、2013 年、タバコに関する包括的な規制法により、販売方法から喫煙規制、禁煙プログラムなど、事業者も喫煙者も巻き込んだ形で様々な取り組みが始まった。多くの病院やクリニックでは喫煙が健康に及ぼす影響等の情報を提供し、禁煙外来や禁煙プログラムを実施している。またポータルサイト等での禁煙サポートや、委員会による研究活動等も進んでいる。

2019 年、保健省とベトナム教育・地域医療協会により、健康保全・ケア・促進の改善行動プログラムが調印され、2019 年-2026 年の期間で開始された。これにより身体活動の習慣化、アルコールや喫煙の適正摂取、食品安全衛生などに対してコミュニティレベルでの実施が求められており、健康に関して組織的包括的な取り組みが求められていることが伺える。

⑥ 日本の健康経営モデル普及可能性についてのまとめ

ベトナムの総人口は 2019 年に 9,648 万人で、2050 年まで毎年約 1%の増加が予測されている。一方、生産年齢人口（15-64 歳）は 2015 年の 70.3%をピークに年々減少し、2019 年の高齢者人口比率は 7.9%と高齢化社会が進行しており、2034 年には高齢社会、2060 年には超高齢者社会となることが予測されている。さらに平均寿命と健康寿命の乖離も問題となっている（2015 年 平均寿命（健康寿命）：76.0（66.6）、男性：71.3（63.2）、女性：80.7（69.9））。

ベトナムの死因は、1990 年と比較して感染症や周産期合併症は低位となり、「悪性新生物/腫瘍」「糖尿病/慢性腎不全」を中心とした非感染性疾患（NCD）が上位を占めている。

医療保険体制の整備について、ベトナムの医療は、医療職の統一国家資格が存在しないため、医師や看護師の能力の個人差が大きく、医療サービスの地域格差、所得格差なども大きい。高所得者層は都心部の私立病院の高い医療サービス（ベトナム国内での高い水準）を受けられるが、低～中所得者層は国公立病院を中心に遠方より患者が集中している。そこで、ベトナム政府は「社会経済開発 10 ヶ年戦略 2011-2020 (SEDS)」と中期計画「社会経済開発 5 ヶ年計画 2016-2020 (SEDP)」を掲げており、ベトナム保健省は SEDP を基に「保健セクター5 年開発計画 2016-2020 (HSDP)」を策定している。その中で、1) リファラルシステムによる患者紹介システムの整備、2) 医療人材の確保と開発、3) 地域格差の是正、4) 国民皆保険の拡充、という 4 つの改革方針を掲げている。

労働安全衛生 (OSH) ・産業保健体制について、2012 年の労働法改正により、ASEAN で初めて、事業主の労働者に対する定期一般健康診断が義務付けられた（労働法第 152 条）。従業員・職業訓練生に対する年 1 回の健康診断に加えて、女性従業員への婦人科検診、高負荷業務・有害業務・未成年・障害者・高齢者の従業員に対する 6 ヶ月に 1 回の健康診断の義務が明記されている。また、2015 年の OSH 法改正により、職域において 4 つのユニット（①労働安全、②医療・産業保健、③OSH ネットワーク、④OSH コミュニティ）による OSH 対策が定められた。さらに、労働安全部門において、従業員数に応じた OSH 担当者の選任義務が法令で規定されている（OSH law Article 72, Clause 1）。同様に、医療・産業保健部門において、従業員数に応じた医師・産業保健スタッフの選任義務が法令で規定されている（OSH law Article 73, Clause 1）。

ベトナムは、日本からの支援もあり、労働法及び労働安全衛生法が充実し、定期一般健康診断の実施義務や従業員数に応じた OSH 管理者、医師・産業保健スタッフの選任義務などが規定されている。しかし、厳格に適用しているのは日系企業を含む外資系企業や現地の優良大企業に限られており、企業全体での定期一般健康診断の実施率は 40～50%と低い水準である。また、健康診断の事後措置については法令に明記されていない。さらに、ベトナムでは、医療職の統一国家試験が存在せず、医療が人的・物的・質的に不足しており、産業保健の専門人材の育成と普及は困難な状況である。医療・産業保健部門は、労働災害発生時の救急対応が中心であり、予防医学・健康増進分野の活動が少ないため、企業における産業保健部門の役割が日本と大きく異なっている。

一方で、健康増進分野においては、肥満や糖尿病などの非感染性疾患が社会問題となっており、中所得者層から高所得者層を中心にヘルスリテラシーが向上しつつあり、スポーツクラブや健康食品の需要が高まっている。

従業員の健康に対する日本と同様の事業者責任がある一方で、企業内の産業保健体制が整っていないベトナムにおいては、まず優良企業を対象に、医療機関やスポーツクラブなどの外部リソースと連携することで、日本型健康経営モデルを企業へ導入できる可能性がある。

3. ヒアリング調査の概要

・ 調査背景

調査対象国の労働安全衛生における法制度や健康増進活動の現状と課題、日本式健康経営モデ

ルの普及可能性について理解するため、デスク調査を行った。しかしながら、日本で収集可能な情報には限界があり、より詳細な情報や産業保健の実状に即した健康経営の展開の可能性を確認するために、現地の専門家や産業保健スタッフから意見を聴衆する機会を設けた。

- ・ 調査方法・対象

ヒアリング調査の対象国は、デスク調査で産業保健体制が進んでいると考えられ、過去の産業医科大学の活動で現地の専門家と面識があるインドネシアに定めた。産業医学専門医（SpOK）の資格を有するインドネシア大学の医師の協力のもと、インドネシア大学、現地企業2社、現地日系企業1社の3回のヒアリング調査を行った。

ヒアリング調査にあたり、デスク調査の結果を基に、収集した情報と健康経営の導入・展開の可能性についての質問を集約して質問紙（事前質問紙）を送付した。

事前質問紙を基に、3日間に分けて、各々の立場からの意見を聴取した。調査後、ヒアリング調査中に聴取できなかった内容について、事前質問紙に追記・一部改変して質問回答紙を作成し、ヒアリング対象者に回答を依頼した。

- ・ 調査日程

＜1日目：インドネシア大学＞

＜2日目：現地企業（2企業）＞

＜3日目：日系企業＞

*インドネシア大学の専門家は2日目、3日間とも参加いただいた。

- ・ ヒアリング調査結果

ヒアリング調査にあたり、健康経営の導入・展開の可能性を探るため、議題を1. 健康経営のニーズ（インドネシア政府、産業保健専門家、企業）、2. 活用可能なリソース（企業内外）、3. 健康経営の導入の可能性の3つに定めた。

- ・ 健康経営のニーズ

＜インドネシア政府のニーズ＞

- ・ 主幹は労働省（一部、保健省）

- ・ 労働安全衛生に関する主要法令・規制が存在する。

- － 労働安全法（1970年）：労働安全の基幹法律

- － 労働安全衛生マネジメントシステム（SMK3：OHSAS18001相当の国内規格）

- － 労働衛生に関する規制（2016年）

- ・ 労働省により、労働安全衛生の優良企業のための協会が設けられている。

- ・ 一般定期健康診断の毎年実施を義務化し、職業病を含む健康問題の早期発見を図るも、業界によって労働安全衛生のレベルが異なる（特に物流業界は順守できていない）。

- ・ 石油・ガス会社はエネルギー省が規制の主管である。

<専門家のニーズ>

- ・産業保健の専門家の数は 200 名程度と限られている。
- ・インドネシア職業医学協会が、健康増進、労働安全、特定保護のアプローチ、個人保護装備など、労働衛生の包括的なアプローチと普及に努めている。
- ・専門家らは「収入源」と「職業医学の実践における職業能力開発の機会」を求めている。

<企業のニーズ>

- ・企業は、従業員のモチベーションや生産性の向上やイメージアップのため、従業員の健康に投資することの重要性を理解しているが、機械などのライン設備への投資を優先している。
- ・機械化が進めば、大企業は従業員の能力や労働生産性の向上に着手するようになるだろう。
- ・雇用主にとって労働安全衛生はコストである。もし、これらへの投資がプラスの費用対効果をもたらす可能性があるならば、大きな影響を与えるだろう。
- ・大企業の多くは、輸出/海外展開の際に必要な労働安全衛生関連の認証（ISO45001 など）の取得に興味がある。
- ・もし、日本のように健康経営が認証制度化された場合、認証取得に注力することで労働安全衛生の本質が見失われないよう注意しなければならない。“労働衛生月間”などの期間に、政府が監査を行う必要がある。

・活用可能なリソース

<企業内リソース>

- ・インドネシアにおける産業医学専門医（SpOK）制度は、2013 年に始まったばかりで人数も企業側の認知も不十分である。
- ・ほとんどの企業は、SpOK ではなく、Sertifikat Hiperkes Dr を採用している。
- ・企業の多くは、SpOK を単なるメディカルドクターとして認識しており、本来の機能を理解しておらず活用できていない。
- ・企業の中には、常勤の SpOK（インドネシア大学卒）など、労働安全のためにサービス提供者と契約を結ぶこともあるが、生産性向上のためではない。
- ・SpOK 1 人で 1000 人以上の従業員を対象にできるため、費用対効果は大きいと考えられる。
- ・多くの大企業は、安全衛生や労働者の健康管理を通じた労働生産性向上の方法やプログラムに、興味を持つだろう（少なくとも 30～50 社）。
- ・ウェルネスプログラム、メンタルヘルス、様々な環境アセスメントなどの取り組みから、SpOK は一般の医師と違うことを会社が認識し、彼らが評価されることが期待される。
- ・現在は COVID-19 の流行による財務悪化で、企業は従業員の健康よりも経営を優先している。

<企業外リソース>

- ・労働安全衛生に関するサービスを提供するプロバイダーは限られている。
- ・外部リソースには、健康診断、医療費削減、ISO 関連コンサルタント、健康増進（ジムなど）などのプロバイダーの他に、労働者の「ウェルネス」を維持するためのテレコンサルなどのサービ

スを実施している健康増進センターや病院がある。

- ・インドネシアの社会保険でカバーできる医療の内容は限られているため、建設業、塗装業、製造業などの多くの大企業は従業員の治療費の一部を負担している。

- ・一般に、労働者は民間保険には加入しておらず、大企業の中には、医療保険業者の請求医療費が極めて高額なため、診療所を設けているところもある。

- ・中小企業は、専門家を雇うよりも安価で済むため、外部リソースを好むだろう。

- ・大企業にとっては、外部プロバイダーとのテラーメイド交渉の負担を考えると、産業保健専門スタッフを雇用する方が費用対効果が高いと考えられる。

- ・心理学専門家を活用している企業もある。雇用には採用プロセスに時間がかかるため、外部リソースを利用している。

- ・現在は COVID-19 の流行による財務悪化で、外部リソースを利用する会社は減っている。

- ・ 健康経営の導入・展開の可能性

ヒアリング調査では、インドネシアの産業保健の実情の情報収集に注力したため、直接に健康経営の導入の可能性を聴取することは出来なかった。ヒアリング調査後に配布した質問回答紙において聴取している。

- ・ ヒアリング調査まとめ

- ・労働安全衛生の法令は明確に定まっているが、業種によって順守状況が異なっている。

- ・企業における産業保健は、労働災害発生時の対応や一般定期健診結果に対する治療といった医療行為が中心。

- ・インドネシアの社会保険が保障する医療内容は限られており、大企業の多くが従業員の治療費を一部負担しているが、外部の医療保険業者の高額な請求に困っている。

- ・産業医（SpOK）を含む産業保健スタッフについて、大企業は雇用し、中小企業は外部リソースを活用している傾向にある。業務は、主に救急対応・医療行為が求められている。

- ・企業にとって労働安全衛生はコストの認識であり、従業員の健康への投資がプラスの費用対効果をもたらす可能性があるならば、健康経営のプログラムに興味を持つ可能性が高い。

- ・大企業の多くは、公的な認証（ISO45001 など）取得に興味がある。

- ・現在は COVID-19 の流行による財務悪化で、企業は従業員の健康よりも経営を優先している。

- ・ ヒアリング調査総括

インドネシアの企業において健康増進の意識は低く、自発的な活動は期待が乏しい。健康経営をインドネシアで展開するには、企業のニーズが高い医療保険業者とコラボして、従業員の良好な健康状態および健康増進活動への参加度に応じた保険料低減プランなどの提供といった、外部からのアプローチが有効と考えられる。

4. 質疑応答・ディスカッション

- － 小林先生）国民皆保険制度は画期的な仕組みだが、民間企業が医療費の負担をしているケ

ースがあったり、カバーできているのはフォーマルセクターのみ、財源の問題などについて書かれている。当初インドネシアが企業内産業保健体制を活用した健康経営の導入展開の可能性があったと思われるが、ヒアリング調査で、SpOK の人数が少なく、他の専門職の認知も低いことから、企業内の専門職を活用した健康経営の導入は難しいかもしれないと考えられる。反対に、外部プロバイダーの活用可能性がある。当初、タイ国で考えていた外部プロバイダーの方の健康経営の導入をインドネシアでも検討した方が良かったことがわかった。その意味では、来年のパイロット調査ができれば、タイとインドネシアで保険会社やジムなど外部プロバイダーを活用した健康経営導入のトライアルができるかもしれない。

- JETRO 山田) ヒアリング調査で産業保健の専門家が 200 名程度とのこと、SpOK のことか？健康への投資がコストとして見られないよう、どのような意識改革ができるか？
- 伊藤先生) SpOK と明確には言われてはいないが、恐らくそうだと思う。
- 小林先生) 日本でもコストと認識されているが、日本では健康経営の様な取り組みを行ったり、費用対効果のデータも出てきている。病気になるかならないか長期的な視点が必要だが、プレゼンティーズムやエンゲージメントなど短期的に結果が出る良いモデルを示すことが有効では。
- 森先生) タイやフィリピンの大規模な企業では、従業員に保険をかけている。労働力が安くても医療費が高いため、アメリカの様に医療費を削減するニーズはインドネシアでもあることがわかり、恐らくタイでもあるだろう。日本企業にとっては医療費削減が突破口になるのではないかと。しかし、日本の様に高齢化で採用が難しくなっていることを背景とした中小企業からのニーズがあるというわけではないだろう。

2. 第二部

第二部ではヒアリング調査にも関わっていただいた、Dr.Nuri と、Dr.Dewi から発表をいただきその内容についてディスカッションを行った。

Dr.Nuri からは、ヒアリング調査に関わった事で改めて感じたインドネシアにおける「Health & Productivity Management」の現状を発表いただいた。

ヒアリング調査から、健康経営分野での日系企業の突破口は医療費の削減ではないかと感じたことから、インドネシアの保険制度の理解を深めるため、Dr.Dewi よりインドネシアの医療保険制度の現状について発表をいただいた。また急遽追加で Dr.Dewi からの推薦で Dr.Fani からも保険制度についてのさらなる追加情報を発表いただいた。

1. Dr.Nuri から発表「Introduction Health & Productivity Management in Indonesia」

背景

- ・ マレーシアより低い労働生産性の問題や人口ボーナスを活かすため、オムニバス法が 2020 年に制定された。
- ・ 健康経営的なプログラムはインドネシアでは実施されていない。
- ・ 非感染症に対する対策は企業内で行われているが、労働生産性への影響は研究されていない。
- ・ Covid 前には、中・大企業で運動の症例や適切な食生活、ストレスマネジメントなどのウェル

ネスプログラムは人気があった。現在は Covid の影響で、自転車が流行している。
インドネシアにおける健康経営ニーズ

- ・ インドネシアは S・O (Strength・Opportunity) が強い環境にある。
- ・ 実施には、政府サイドと民間セクターサイドで分けたアクションが必要。
- ・ 政府サイドは、大学等による研究と Policy brief の作成、労働省の巻き込み、ISO の様な認証を作りスタンダードを作る。
- ・ 民間セクターは、企業（中・大企業、製造業、oil&gas など特定の産業）、サービスプロバイダー（準備とマーケティング）、認証会社の巻き込みが必要。
 - 小林先生) 健康経営は、インドネシア政府からの支援がなくても民間セクターだけで進めることはできるか？
 - Dr.Nuri) インドネシアでは認証を取ることが重要視される。労働省など政府からの支援が無いと認証制度が作れないので難しいだろう。
 - 深井先生) 健康経営は企業にとって有益であるというエビデンスを見せる必要があると思うが、どの様なエビデンスが有効か？
 - Dr.Nuri) 他国での例が必要だろう。また、政策にするためには保健省と労働省へ Policy brief を政府へ提出する必要がある。
 - Dr.Dewi Soemarko) 産業にもよって、エネルギー省や交通省に提出する必要がある。

2. Dr.Dewi から発表「Insurance Policy in Indonesia」

- ・ インドネシアの社会保障制度は、SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) と呼ばれる。
- ・ 2019 年に制定されたレギュレーションによると、健康関連の施策は保健省の管轄だが、職場での実行に関しては労働省の管轄となっている。
- ・ SJSN 法は ILO の推奨に則り 9 つの原則と、3 つの柱からできている：貧困層や災害時の医療や学費補助、社会保険の加入義務化（4 社の国営社会保険会社が提供）、任意での民間保険への加入。
- ・ 健康保険は、BPJS Kesehatan というシステムがあり全国民に加入義務がある。
- ・ 労働者の保険会社に関しては、軍人や警察、公務員向け、フォーマルセクター向けとインフォーマルセクター向けと様々存在。
- ・ これまでインドネシアの制度は治療に注力してきたが、2020 年～2025 年は予防に、2026 年～2030 年は健康促進に注力していく計画である。
- ・ 職業病は今のところ BPJS で支払われるが、BPJS の財務状況が悪化しているため、疾病と職場環境の関連性を疑うなどし支払いを渋る可能性がでてきている。
- ・ BPJS Ketenagakerjaan という、労災発生後の職場復帰支援プログラム (Return to Work プログラム) が新しく始まり、ケースワーカー、医師、患者、雇用主の連携ができるようになった。
- ・ 2019 年には、88 件が労災認定され、いずれも作業から生じる疾病、臓器関連、ガン、その他の 4 つのカテゴリーに分けられる。

3. Dr. Fani Syafani MKK 発表「Workers Compensation Insurance in Indonesia」

パンデミック渦中の社会経済

- ・ 2020 年 10 月時点で、35%が解雇された可能性がある。

労働者災害補償保険 (Worker's compensation insurance : WCI) スキームについて

- ・ 全国民対象の健康保険 BPJS Kesehatan、社会保障制度は労働者向けの BPJS Ketenagakerjaan、公務員用の PT. Taspen、軍人用の ASABRI などがある。
- ・ 2029 年に、BPJS Kesehatan 以外は BPJS Ketenagakerjaan に集約される予定。
- ・ BPJS Ketenagakerjaan では、2011 年に制定された法律により老齢貯蓄 (JHT)、労働災害補償 (JKK)、死亡保障 (JK)、年金 (JP) の 4 つがカバーされている。

WCI の課題

- ・ 診療や職場復帰支援プログラムの遠隔での実施、在宅医療の実施などのより良いサービス
- ・ 法規制の改善
- ・ 医療機関 (Trauma Center) の意識改善
- ・ 保険料のより良い支払い方法

Trauma Center、リハビリ、パンデミック渦の Return to Work プログラムについて

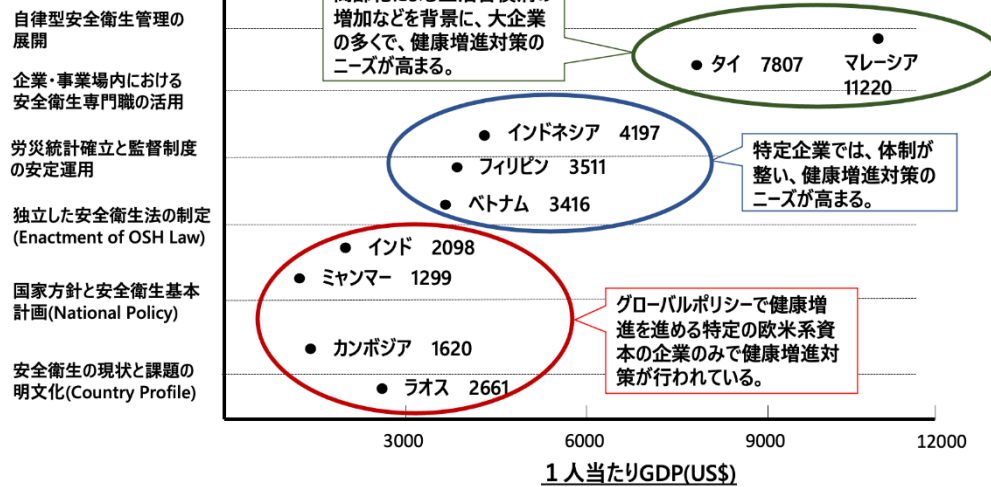
- ・ 外傷に特化した救急救命医療を行う Trauma Center は全国で 5235 ある。17 箇所は医科大学の付属になっている。
- ・ Return to Work プログラムは Covid-19 の影響で遠隔を余儀なくされるが、インターネット接続のエラーなどで思うようにリハビリが進んでいない。それにより職場復帰できず職を失うのではないかと懸念がある。
- ・ Return to Work プログラムの完了者は、2015 年から 2020 年の間で 1003 件。
- ・ 2020 年の労災件数は 53 件。在宅ワークの影響で減ったか。しかし精神疾患が 1 件も報告されていないのは不自然である。

3. 意見交換会を通して

(1) 調査対象国の労働安全衛生の整備状況と一人当たりの GDP

安全衛生の整備状況

調査対象国の安全衛生の整備状況と 1人当たりGDP



横軸に一人当

たりの GDP、縦軸に労働安全衛生体制の整備状況を取ると、一人当たりの GDP が伸びると、労働安全衛生の整備が進むことがわかる。健康増進ニーズは、安全衛生体制に一定の成熟が前提となる。

労働安全衛生体制では、まずは国として課題と方針を決めて、昭和 47 年まで日本がそうだったように、労働基準法の中で労働安全衛生活動に取り組み、それに基づき人材養成をして、大企業から中小企業と言う順番で実行されてきました。

一方で、健康増進ニーズについては、一人当たりの GDP が 3,000 ドル程度の国(カンボジア、ミャンマー等)では、特定の欧米企業でのみニーズがあるが、一人当たり GDP が 4,000 ドル程度の国(インドネシア、フィリピン等)では、基幹産業や日系企業など、特定の企業では従業員に民間保険をかける等のニーズが出始めている。さらに、一人当たりの GDP が 6,000 ドル以上の国(大、マレーシア等)では、高齢化や生活習慣病の増加を背景に、大企業の多くで健康増進ニーズが高まっている。それぞれの国で体制等が異なるので、更に詳細情報を入手できれば、各国及び各企業のニーズに対してどのような健康型モデルを導入できるか検討できる。

(2) 日本型健康経営の仕組みの導入の可能性

今後の ASEAN 諸国における健康経営の仕組みの導入の可能性について、デスク調査及びヒアリング調査の結果から、ASEAN 各国のうち、一人当たりの GDP が 6000 ドル以上の国として、デスク調査で対象国としたタイと、一人当たりの GDP が 3000 から 4000 ドル程度の国からインドネシアを対象国として比較してみる。

次年度以降、健康経営の仕組みの導入に関するパイロットスタディにおいては、タイ及びインドネシアを対象国とすることか良いと考えている。

両国を比較すると、労働安全衛生体制の成熟度及び専門家の成熟度に違いがあり、一人当たりの GDP の違いなども含めると、比較対象としてとても良い調査ができる可能性が高い。

1) 労働安全衛生体制の成熟度

表 6: タイ・インドネシアにおける労働安全衛生体制の成熟度比較

	タイ	インドネシア
①欧米系外資	○	○
②現地の石油化学	○	○
③日系企業	○	○～×
④ローカル大企業	○～△	△～×
⑤ローカル中小企業	×	×

表の通り、両国の労働安全衛生体制の整備状況は、いくつかのカテゴリーに分けられる。①欧米の外資系企業、②ローカルの石油化学系企業、③日系企業、④ローカルの大企業、⑤ローカルの中小企業の 5 つのカテゴリーでそれぞれ、労働安全衛生が成熟している企業群を○で表現し、ほとんどできていない企業群を×で表現し、その中間を△とした。

健康経営の仕組みは、最低限労働安全衛生体制が整備されていないと導入は難しい。表の中で○印のついた企業は、既に公的社会保険に加えて、民間保険など、2 階建てのヘルスケアサービスを導入している。

また、タイとインドネシアの違いは、タイでは既にこれがリスク及び生活習慣病の増加を背景に大企業の多くで健康増進ニーズが高まっている。一方でインドネシアは、高齢化リスクは潜在的であり、生活習慣病リスクは一部の知識階層に知られているが、健康増進ニーズの高まりまでには至っていない。さらに、タイ及びインドネシアの両国に置いて、医療費の高騰は社会問題になっており、医療費を削減するモチベーションはとても高いと言える。

2) 専門家の成熟度

労働安全衛生に関するタイとインドネシアの専門家の成熟度の比較をすると、タイでは労働安全衛生活動は、Safety officer が中心となって行っている。一方でインドネシアは、産業医学専門医 (SpOK) 及び労働衛生認定医 (Sertifikat Hiperkes Dr) が中心となっている。特に、SpOK の中には健康経営に積極的に関わることができる専門家がいる。一方で、SpOK は 200 人程度しかおらず、すべての企業で SpOK を活用することは可能だしも容易ではない状況である。

(3) 外部サービスの活用

タイ及びインドネシアにおいて、企業内の専門家が中心となって労働安全衛生体制を構築している企業もある。しかし、タイでは特殊健診は産業衛生専門医が行うことが義務付けられているため、健康診断の実施及び事後措置が業務の中心となっており、健康経営の導入に参画できる産業医は少ないとすることがわかった。

一方で、両国においては、企業外プロバイダーによる外部サービスの活用が進んでいた。健康経営を展開するにあたり、企業のニーズが高い外部の民間保険事業者(生命保険会社、損害保険会社、医療保険会社など)と連携して、健康経営の仕組みの導入を図ることが効果的であると言える。特に、医療費を削減する施策の一環として、外部サービスから健康経営の仕組みを導入するプランを策定し、パイロットスタディにて、提案できる仕組みを構築することが望まれる。

以上