# 日本における健康経営の現状及び課題



尾形 裕也 (おがた ひろや) 九州大学 名誉教授

■略歴

東京大学工学部、経済学部卒業

1978 年 厚生省に入省。年金局年金課、OECD 事務局(在 ■主な著書 健医療局老人保健部老人保健課課長補佐、保険局国民健 康保険課課長補佐、健康政策局指導課課長補佐

1989 年 在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書 記官。千葉市環境衛生局長、厚生省健康政策局看護職員 確保対策官、国家公務員共済組合連合会病院部長、国立 社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長 2001 年 九州大学大学院医学研究院医療経営·管理学講 座教授

2013年 九州大学名誉教授。東京大学政策ビジョン研究 センター特任教授、2018年以降より現職

#### ■専門

医療政策、健康経営

パリ)出向、大臣官房政策課係長・会計課課長補佐、保 「看護管理者のための医療経営学」(日本看護協会出版会、 2009年(初版)、2015年(第2版))

「病院経営戦略論」(日本医療企画、2010年)

「次世代型医療制度改革」(ミネルヴァ書房、2009年) 「志なき医療者は去れ!―岩永勝義、病院経営を語る」 (MAS ブレーン、2009 年)

「医療経営の基本と実務(上)(下)」(日経メディカル開 発、2006年)

「21 世紀の医療改革と病院経営」(日本医療企画、2000

#### 【要旨】

- 近年、わが国においても「健康経営」という考え方が広がりつつある。日本健康会議 による 2020 年に向けた 8 項目の宣言においても、健康経営は重要な政策目標として位 置付けられている。また、健康経営銘柄や健康経営優良法人の認定も現実のものとな ってきている。
- 英語では、健康経営は Health and Productivity Management であるが、企業・組織の 従業員の健康(Health)と生産性(Productivity)の両方を同時に追求していこうと いう考え方である。
- 健康経営は、医療費適正化等の「部分最適」から脱却し、企業・組織の「全体最適」 を目指す発想である。健康経営に熱心な企業は中長期的な業績も良好であることが米 国の先行研究では示されている。
- 東大健康経営研究ユニットにおいては、日本の企業・組織について、健康関連コスト 及び健康リスク構造を可視化し、その「全体最適」を図る取組みを実践してきている が、概ね欧米諸国の先行研究と整合的な結果を得ている。
- 健康経営の今後の課題としては、日本のデータに基づくエビデンスの蓄積、中小企業 に対する対応、インセンティブ・スキームの工夫、病院や大学等特定の領域における 推進、被扶養者データや介護データの活用といったことが挙げられる。

# I「健康経営」とは何か

そもそも、「健康経営」とは何だろうか。近年、わが国においても「健康経営」という言葉が、いろいろな機会に使われるようになってきている(注1)。その端緒となったのが、いわゆるアベノミクスの成長戦略(2014年6月改訂版)である(図表1)。ここで「健康経営」という用語がおそらく政府の文書としては初めて明示的に使われた。その後、後述するようなさまざまな健康経営に関する社会的な取組みが始まり、一定の展開を見ている。「健康経営」という言葉もようやく市民権を得てきている状況にあると言えよう。それでは、「健康経営」とはいったい何だろうか。

#### 図表1 アベノミクスの成長戦略

このほか、経営者等に対するインセンティブとして、以下のような取組を通じ、健康経営に取り組む企業が、自らの取組を評価し、優れた企業が社会で評価される枠組み等を構築することにより、健康投資の促進が図られるよう、関係省庁において年度内に所要の措置を講ずる。

- ・健康経営を普及させるため、健康増進に係る取組が企業間で比較できるよう評価指標を構築するとともに、評価指標が今後、保険者が策定・実施するデータヘルス計画の取組に活用されるよう、具体策を検討
- ・ 東京証券取引所において、新たなテーマ銘柄(健康経営銘柄(仮称))の設定を検討
- ・「コーポレート・ガバナンスに関する報告書」やCSR報告書等に「従業員等の健康管理や疾病予防等に関する取組」を記載
- ・企業の従業員の健康増進に向けた優良取組事例の選定・表彰等

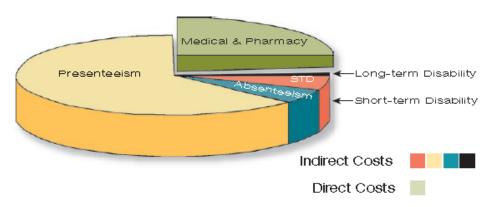
出所:官邸「日本再興戦略(改訂版)2014年6月24日」

この問題を考えるために、アメリカにおける興味深い事例を紹介することから始めよう。図表2は、米国商工会議所等によるパンフレット(Healthy Workforce 2010 and Beyond, 2009)に掲載されている概念図である。この図は、米国のある金融関連企業における従業員の健康関連総コストの構造を示している。

#### 図表 2 従業員の健康関連総コストの構造 (米国の事例)

# IS YOUR ORGANIZATION AWARE OF THE TOTAL COST BURDEN OF POOR EMPLOYEE HEALTH?

Relative Contribution of Direct and Indirect Costs Within a Large Financial Services Corporation



出所: Edington DW, Burton WN. Health and productivity. In: McCunney, RJ: A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Third edition. 2003:140-152.36.

図表 2 で、Medical and Pharmacy というのが、薬剤費を含む通常の医療費であるが、それは、全体の健康コストの一部分を占めているに過ぎない。医療費の他に、Absenteeism (病欠。アブセンティーイズム) や Short-term Disability (短期の障害)、Long-term Disability (長期の障害) もあるが、これらもそれほど大きくない。この図で最大の構成項目は、Presenteeism (プレゼンティーイズム) である (注 2)。「プレゼンティーイズム」というのは、職場に出勤はしているが、何らかの健康問題の存在によって、業務の能率が落ちている状況 (つまり企業の側から見れば間接的ではあるが、健康関連のコストが生じている状態)を指している。たとえば、健康な状態で 100%の生産性を発揮できるはずの人が、病気やけが等で 90%しか発揮できていなかったとすれば、10%の損失が生じているということになる。これを一定のやり方で測定すると、図表 2 に示したように医療費等を上回る大きな損失になっているというわけである。

図表 2 は、もともとミシガン大学の研究グループによる研究成果に基づいているが、これが米国商工会議所等によるパンフレットに掲載されているという事実に留意する必要がある。つまり、企業や組織にとって、健康問題(による生産性の損失)は、医療費を上回る大きな問題であり、経営問題そのものであるという基本的な認識である。わが国でも近年大きな問題になっているメンタルヘルスの他、アレルギーや偏頭痛、さらには生活習慣病等による業務能率の低下については、すでに多くの先行研究がある。

プレゼンティーイズムについては、医療費におけるレセプトデータのように客観

的なデータが容易に入手できるわけではない。プレゼンティーイズムを測定するためには、従業員に対する追加的な調査が必要になる。欧米諸国における先行研究において採用されてきたのは、自記式の質問票による生産性低下の測定という方法であった。こうした主観的測定法によるプレゼンティーイズムの測定については、質問票の種類や対象業種、職種、疾病等によって、測定結果にかなりの幅が生じていることは事実である。しかしながら、プレゼンティーイズムが医療費を上回るきわめて大きなコスト要因であることに関しては、大方の認識が一致している。

こうした研究成果の一定の蓄積を踏まえて、図表2のような認識が欧米の経済界においては広がりつつある。狭義の医療費は、企業や組織の従業員に関する健康関連コストの重要な部分を占めてはいるが、総コストの一部に過ぎない。そうした中で、医療費だけを取り上げて、その適正化を図ろうとするのは、企業や組織にとっては「部分最適」の追求であっても、必ずしも企業・組織経営の「全体最適」にはつながらない可能性がある。医療費のみならず、プレゼンティーイズムも含めた全体の健康関連コストの問題を考えていく必要がある。それこそが「健康経営」の基本的な発想である。

「健康経営」は、こうした基本的な認識に基づく概念である。「健康経営」の内容を端的に示す英語として、Health and Productivity Management(健康及び生産性のマネジメント)という表現がある。つまり、従業員の健康と生産性の両方を同時にマネッジしていこうという発想である。図表2について見れば、全体のパイを縮小し、全体最適の追求を目指した経営ということになる。換言すれば、従来のコスト管理的な「医療費適正化」の発想から脱却し、「人」を組織における貴重な「資産」と考え、従業員の健康の維持・増進を「人的な資本」に対する積極的な「投資」として捉えていく考え方である。そして、こうした「投資」については、適切に実施すれば、プラスの収益を生む可能性が高い(つまり、健康コスト全体の効率的・効果的縮小につながる)とされている。超少子・高齢社会、人口減少社会に突入した日本において、こうした発想はミクロ経済のみならず、マクロ経済的にも特に大きな意義を有していると考えられる。

- (注1) 「健康経営」という用語は、「特定非営利法人・健康経営研究会」の登録商標となっている。
- (注2) 「プレゼンティーイズム」は「アブセンティーイズム」から造られた新造語であると考えられる。現時点では「プレゼンティーイズム」に該当する適切な日本語が見当たらないため、以下の記述では、この言葉を用いる。

# Ⅱ 近年におけるわが国の健康経営の動向

# 1. 日本健康会議の創設

ここで、近年におけるわが国の健康経営の動向について概観しておこう。健康経営を推進していく上で大きな契機となったのが「日本健康会議」の創設及び同会議による「健康なまち・職場づくり宣言2020」の制定である。「日本健康会議」は、健康寿命の延伸や医療費の適正化を図ることを目的として、経済界、保険者、地方自治体、医療関係団体等各界のリーダーが一堂に会した民間主導の活動体であり、2015年7月に発足した。そして、同会議は、当面2020年を目標年次とする具体的な数値目標を含んだ「健康なまち・職場づくり宣言2020」を制定している(図表3)。

#### 図表3 「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言 ] 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、 広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、 地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4. 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。 その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。

宣言 7 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、 保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8 品質確保・安定供給を国に求めつつ、 すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

出所:「日本健康会議」(2015年)より

この8つの宣言のうち、特に健康経営に直接関わるのが、宣言 4 及び宣言 5 である。宣言 4 は主として大企業・組織を対象としたものであり、ここで設定された「健康経営に取り組む企業を 500 社以上とする」という目標は、後述する健康経営優良法人(大規模法人部門:ホワイト 5 0 0)に対応している。2017 年現在、「ホワイト 5 0 0」は 235 法人が認定(明治安田生命保険も 235 法人の 1 つとして認定)されており、目標の 500 社に対して 47%の達成率となっている。また、主として中小企業・組織を対象とした宣言 5 については、2017 年時点ですでに目標の 1 万社を超える 12,195 社が宣言を行っており、目標達成率は 121%となっている。

# 2. 健康経営銘柄の選定

次に、アベノミクスの成長戦略(図表1)を踏まえて、2015 年から導入されたのが、東京証券取引所の新たなテーマ銘柄としての「健康経営銘柄」の選定である。これは、まず、健康経営度調査というアンケート調査を実施し、その回答結果について、一定の評価基準に基づき評価を行い、健康経営に優れた企業を選定候補として選出する。その中から、財務指標に関するスクリーニングを行い、最終的に1業種1社という形で「健康経営銘柄」として選定しているものである。すでに過去3回認定が行われているが、毎年20社余りの企業が選定されてきている。健康経営銘柄の選定は、健康経営を推進する上で、宣伝・啓蒙効果を含め、大きなインパクトがあった。「健康経営という概念を広く一般に普及する上で、健康経営銘柄の選定が果たした役割は大きい。特に、健康経営銘柄企業に選定されることで、選定企業にとっては、新卒学生の採用(就活)をはじめとする優れた人材の確保につながっていることが指摘されている。

# 3. 健康経営優良法人の認定

こうした健康経営銘柄の選定については、大きな効果が認められている一方で、限界があることも明らかになってきた。1つは、健康経営銘柄は、あくまでも東京証券取引所の上場企業を対象としたものであり、非上場の中小企業等は対象にならない。しかしながら、日本の企業の99%以上は中小企業であり、大企業だけを対象としていては、健康経営の真の普及拡大にはつながらないだろう。第2に、日本の経済・社会においては、営利企業のみならず、医療法人や社会福祉法人、学校法人といった非営利組織も重要な役割を果たしている。これらの非営利組織も、健康経営銘柄という仕組みの下では対象にならない。さらに、第3に、1業種1社という制約は、同一業種の中で優れた健康経営を実践している2位以下の企業が選定されないという問題点を内包している。

これらの問題に対応するため、2017 年から健康経営銘柄の選定に加えて「健康 経営優良法人」認定制度が導入された。これは、健康経営銘柄の選定に使用した健 康経営度調査を活用しつつ、非上場の中小企業や非営利法人も対象にしつつ、1業種1社という制約も取り払ったものである。健康経営優良法人は、大規模法人部門と中小規模法人部門の2部門から成っている。両者の区分については、図表4に示した通りであるが、たとえば製造業は従業員数300人、医療法人やサービス業は100人で分けている。2017年の第1回の認定では、大規模法人部門で235法人、中小規模法人部門で95法人が認定された。その中には、非上場の中小企業はもとより、医療法人や社会福祉法人のような非営利組織も含まれている。また、1業種1社という制約も取り除かれている。

この中で、特に大規模法人部門については、経済産業省では(いわゆる「ブラック企業」の対極にあるものとして)「ホワイト500」と呼び、上述の日本健康会議の宣言4に対応するものとして、2020年までに500法人を認定することを目指している。また、中小規模法人部門については、初回の認定が95法人に留まったことから、その後追加募集・認定を行った結果、2017年8月には223法人が追加認定された。その結果、2017年の中小規模法人部門の認定法人数は合計318法人となっている。

# 図表 4 健康経営銘柄及び健康経営優良法人制度の概要

# 健康経営に係る顕彰制度について(対象法人一覧)



● 健康経営に係る各種顕彰制度を推進することで、優良な健康経営に取り組む法人を「見える化」し、従業員や 求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる企業」として社会的に評価を受けることができる環境を整備する。

## <健康経営に係る顕彰制度の対象法人>

(医療性白に所る頭(型)的人のとう家仏人/					
顕彰制度 (2017年の選 定・認定数)	【健康経営銘柄】 (24社) 健康経営銘柄	健康経営優良法人 【大規模法人部門】 (235法人) 健康経営優良法人 Health and productivity #274500	健康経営優良法人 【中小規模法人部門】 (95法人) 健康経営優良法人 Health and productivity		
製造業その他	<sup>東京証券取引所</sup> <b>上場会社</b>	301人以上	300人以下		
卸売業		101人以上	100人以下		
小売業		51人以上	50人以下		
<u>医療法人</u> ・ サービス業		101人以上	100人以下		

※ 健康経営優良法人(中小規模法人部門)は本年夏頃に追加認定の予定

出所:経済産業省「第13回健康投資WG事務局説明資料」(2017年)より

# Ⅲ 海外における先行研究結果

健康経営に関しては、欧米諸国においてはすでに一定の調査研究の蓄積がある。 以下では、その中から代表的な事例をいくつか紹介しておこう。

#### 1. 疾病のコストと医療費及び生産性

図表 5 は、アンケート調査により、コストのかかる疾病を上から 10 並べてみたものである。一番左の欄が医療費+薬剤費だけで見た場合、一番右の欄が医療費+薬剤費に生産性を加味して見た場合である。ここで、生産性としては、上述したアブセンティーイズム及びプレゼンティーイズムをとっている。

これを見ると、医療費+薬剤費だけで考えると、がんを含むいわゆる生活習慣病的な疾病が上位に並んでいることが見てとれる。これに対して、生産性まで加味して考えると、疾病の順番が変わっていることがわかる。もちろん生活習慣病的なものも入っているが、上位には抑うつ、けん怠感、睡眠障害といったメンタルヘルスに関わりが深い疾病や症状が挙がってきている。医療費+薬剤費だけを考える場合と、生産性まで加味して考える場合とでは、ターゲットとなる疾患が変わってくる可能性があるということを、この研究結果は示唆している。つまり、医療費適正化対策としては、生活習慣病対策は一定の有効性を有するとしても、生産性まで含めた健康経営ということを考えると、それだけでは十分ではないということになる。メンタルヘルス対策、あるいはその前提としての「働き方改革」まで含めた対応が求められることになろう。

図表5 疾病のコストと医療費+薬剤費及び生産性

	,				
順位	医療費+薬剤費	生産性(※)	슴計		
1	がん(皮膚がん以外)	けん怠感	肩こり・腰痛		
2	肩こり・腰痛	抑うつ	抑うつ		
3	冠動脈性心疾患	肩こり・腰痛	けん怠感		
4	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)		
5	高コレステロール	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害		
6	逆流性食道炎	関節炎	高コレステロール		
7	糖尿病	高血圧	関節炎		
8	睡眠障害	肥満	高血圧		
9	高血圧	高コレステロール	肥満		
10	関節炎	不安神経症	不安神経症		

※生産性は、アブセンティーイズムとプレゼンティーイズムの合計

出所: Loeppke et al.Health and Productivity as a Business Strategy,JOEM49(7),2007.

### 2. 健康リスクと生産性

次に、こうした従業員の生産性(の損失)と健康状態とはどのような関係にあるのだろうか。それを示唆するアメリカの論文の結果を図表6に示した。これは、従業員の健康状態について、11の健康リスク項目を設定し、そのうちいくつの項目に該当しているか(0リスク~8リスク)を横軸に、また生産性の損失として、それぞれに対応したアブセンティーイズム及びプレゼンティーイズムの変化を縦軸にとっている。

これを見ると、当然予想されることながら、アブセンティーイズムもプレゼンティーイズムも、健康リスクの該当数が多くなるに従って、大きくなっている。特にプレゼンティーイズムの上昇は顕著であり、図表2に示したプレゼンティーイズムのウェイトの大きさを勘案すれば、従業員の健康状態の悪化は、生産性の大きな損失をもたらすことがわかる。健康経営による従業員の健康の維持・増進がいかに重要であるかがよくわかるデータであると言えよう。

#### 図表6 健康リスクと生産性

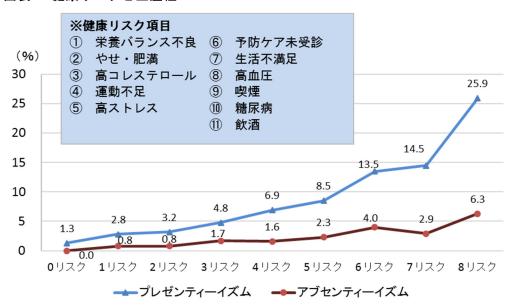


図. 健康リスク数別労働生産性損失の平均割合(n=2,264)

出所: Boles, M,.Pelletier,B.,&Lynch,W.(2004).The relationship between health risks and work productivity

#### 3. 健康経営と企業業績

健康経営の推進は、本当に企業の生産性や業績の向上につながっているのだろうか。健康経営と企業業績との関連については、欧米諸国においては一定の実証研究

の蓄積がある。図表 7 は、最近のそうした研究の 1 例 (Raymond Fabius, et al.(2013))を示したものである。これは、米国における優良な健康経営認定企業に対して 1 万ドルを投資した場合(実線)と、米国の上場企業平均値として、S&P500(スタンダードアンドプアーズ 500株価指数)平均に 1 万ドルを投資した場合(破線)との十数年後における投資成果を比べた仮想的な計算例である。図表 7 を見ると、1999年時点における 1 万ドルの投資が、13 年後の 2012年には、優良健康経営認定企業は 17,871ドル余になっているのに対し、S&P500は 9,923ドル余に留まっており、優良健康経営認定企業は米国の大企業平均を上回るパフォーマンスを上げていることがわかる。

これが健康経営による業績向上という因果関係を示しているのかどうかについては、このデータだけでは不明である(業績がいいから健康経営にも熱心だという逆の因果関係を示唆している可能性もある)。しかしながら、少なくとも健康経営と企業業績の間には明らかに一定の相関があることは示されている。そして、こうした相関関係の存在だけでも、実は実務的には十分なエビデンスであると言える。たとえば、近年、日本政策投資銀行や各地の地方銀行等による健康経営優良法人に対する優遇金利の適用制度が広がりつつあるが、これは、図表7に示したような相関関係の存在を前提とする(慈善事業ではない、純然たる)ビジネスとして捉えることができよう。

#### 図表7 優良健康経営認定企業とS&P500社平均の長期的なパフォーマンス比較

 The initial \$10,000 investment grew to \$17,871.52, a cumulative return of 78.72% for the research portfolio. During the same period, the S&P 500 had a cumulative return of -0.77% and the final investment value of \$9923.14 (Fig. 1).

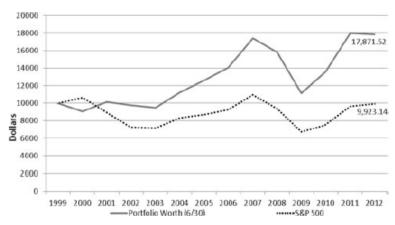


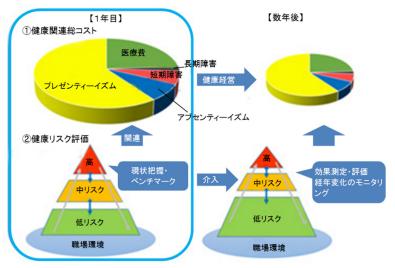
FIGURE 1. Portfolio starting at five winners versus S&P 500.

出所: Fabius, Raymond, R. Dixon Thayer, Doris L. Konicki, Charles M. Yarborough, Kent W. Peterson, Fikry Isaac, Ronald R. Loeppke, Barry S. Eisenberg and Marianne Dreger(2013) "The Link between Workforce Health and Safety and the Health of the Bottom Line," Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55(9):993-1000.

# Ⅳ 東大における研究:研究の基本的フレームワーク

筆者が所属している東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニットは、2013 年4月から本格的な活動を開始しているが、国の「データヘルス計画」等とも連携しながら、日本の企業や病院にフィールドを設定し、実証的な調査研究を進めてきた。具体的には、複数の医療保険の保険者(健康保険組合)や母体企業・組織の協力を得て、図表8に示したような研究の基本的なフレームワークの下に、日本における健康経営の現状を可視化して示している(注3)。

図表8における円グラフは、図表2の米国の事例ですでに示した当該企業・組織における従業員の健康関連総コストの構造に対応するものである。これを後述するような一定の手法で推計し、国際比較可能な形で可視化している。図表8におけるピラミッドは、当該企業・組織における従業員の健康リスク構造を「健康リスク評価」によって、高リスク、中リスク、低リスクの3つのグループに分けて示したものである。こうした健康リスクの構造と健康関連コストの間には強い相関関係があることが、先行研究においても明らかにされている(図表6)。つまり、健康リスクの高い人は、医療費のみならず、アブセンティーイズムやプレゼンティーイズムといった生産性の指標で見ても、よりコストがかかるということである。そうだとすれば、当該企業・組織における従業員の健康リスク構造が改善すれば、全体の健康関連コストも低減することが予想される。有効な介入を実施することによって、そうした企業・組織の健康リスク構造を改善し、健康関連総コストの縮小を図るのが次のステップということになる(図表8の右半分の部分)。



図表8 東大における調査研究の基本的フレームワーク

出所:東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット資料より(以下の図表に つき同じ) ここで、図表8における左半分の推計方法について、簡単に説明しておこう。まず、健康関連総コストのうち、医療費については、保険者の有するレセプトデータ及び傷病手当金データから計算する。長期及び短期の障害については、母体企業・組織の有する労災保険給付金データを使用する。また、アブセンティーイズムについては、母体企業・組織が事由別の有給休暇日数を有している場合にはそのデータを、それがない場合には追加的なアンケート調査を行うことにより、過去1年間の病気やけがによる休業日数データを取得する。さらに、プレゼンティーイズムについては、国際的に広く使われている評価スケールであるWHO/HPQを使用した自記式の質問紙調査等によってデータを取得する。そして、アブセンティーイズム及びプレゼンティーイズムについては、保険者が有する被保険者の総報酬月額(標準報酬月額及び標準賞与額の合計)データによって、これらを金銭換算している。こういった図を描けるためには、保険者と母体企業・組織の間の協働(コラボヘルス)が不可欠であると言える。

次に、健康リスク評価に当たっては、基本的に既存の特定健診や定期健康診断データ及び問診結果により、生物学的データ5項目(血圧、BMI、HDL・LDLコレステロール値、血糖値、既往歴)、生活習慣4項目(喫煙、運動、アルコール、睡眠休養)、心理的データ4項目(ストレス、主観的健康感、仕事満足度、生活満足度)を取得する(データが欠けている場合は、追加的なアンケート調査を実施する)。さらに、属性別の分析のため、性、年齢、職種、所属、勤続年数等の情報を取っている。

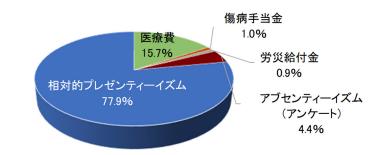
(注3) 東京大学健康経営研究ユニットの活動状況及びその成果については、東京大学政策ビジョン研究センターホームページ (http://pari.u-tokyo.ac.jp/unit/hpm.html) を参照されたい。

# Ⅴ 東大における研究:これまでの研究成果

以上のような基本的な研究のフレームワークの下での研究成果の一部をご紹介 しよう。図表 9 は、上述したような方法によって推計した 3 つの組織のデータに基 づく健康関連総コストの構造である。

これを見ると、まず、プレゼンティーイズムが健康関連総コストの約4分の3を占める最大の構成要素となっていることがわかる。これは、図表2に示したような欧米諸国における先行研究結果とも基本的に整合的な結果である。この推計結果の1つの特色としては、医療費の占める割合が15.7%とかなり低くなっていることが挙げられる。これは、米国に比べ、日本の医療費水準がまだ比較的低いこと、対象が大企業・組織の勤務者であり、(当然のことながら)比較的健康な人が多いこと、平均年齢も比較的若いこと等の要因がその背景にあるものと考えられる。

図表9 健康関連総コストの推計(3組織 3,429件)

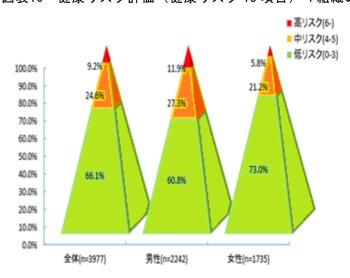


(N=3429)	平均(円)	標準偏差	割合(%)
2014年度医療費	113,928	372,590	15.7%
<b>労災補償費</b>	6,870		0.9%
傷病手当金支給額	7,328	96,481	1.0%
アブセンティーイズム(アンケート)	31,778	140,954	4.4%
相対的プレゼンティーイズム	564,963	1,053,886	77.9%
ä†	724,868		100%

(注) プレゼンティーイズムは、WHO-HPQ による相対的プレゼンティーイズム (同様の仕事をしている人のパフォーマンスに対する過去 4 週間の自分のパフォーマンスの比)、アブセンティーイズムはアンケート 回答による病欠日数を採用

次に、健康リスク項目 13 項目について 4 組織の健康リスク評価を行った結果を示したのが図表 10 である。これを見ると、男女差はあるものの、全体で見ると、約 3 分の 2 の人が「低リスク」に分類されており、上述したように、きわめて健康な集団であることがわかる。しかしながら、年齢階級別の健康リスク構造を見てみると、特に男性では、中高年齢になるに従い、高リスクや中リスクの割合が顕著に増加しており、従業員の年齢構成の中高齢化に伴い、今後、健康リスク構造は悪化することが予想される。

図表10 健康リスク評価(健康リスク13項目) 4組織の結果



次に、健康リスク 13 項目と医療費や生産性(の損失)との関連を検討した結果が図表 11 である。図表 11 においては、年齢・性別を調整した偏相関分析を通じ、相関度合いが強かったものについて着色して示している。これを見ると、医療費と強く相関しているのは、生物学的リスク、中でも血圧、血中脂質、血糖値が特に強く相関していることがわかる。つまり、医療費に関しては、こうした生活習慣病関連の健康リスクのコントロールが特に重要であることが示されている。一方、プレゼンティーイズムに関しては、生物学的リスクはあまり強い相関を示していない。それに代わって、主観的健康感、生活満足度、仕事満足度、ストレスから成る心理的リスクがきわめて強い相関を示している。このことは、図表 5 で示した欧米諸国における先行研究とも整合的な結果となっている。つまり、医療費適正化のためには、生活習慣病対策が有効と考えられるが、生産性まで含めて考えると、それだけでは十分とは言えない。メンタルヘルスや「働き方改革」を含めた対応が重要であるということになる。

図表11 医療費及び生産性(損失)と健康リスク項目との関係

	生物学的リスク	生活習慣リスク	心理的リスク	×-1. 4
WHO-HPQプ	血圧	喫煙	主観的健康感	※プレゼンティーイズムを WHO-HPQで測定した5
レゼンティーイ	血中脂質	アルコール	生活満足度	組織(n=47,348)の結果
ズム損失	肥満	運動習慣	仕事満足度	<u>アブセンティーイズムはそ</u> のうちアンケートで測定し
(5組織)	血糖值	睡眠休養	ストレス	た3組織(n=3,429)の結
	既往歷			<u>果である。</u>
	血圧	喫煙 ※逆相関	主観的健康感	_
医療費	血中脂質	アルコール	生活満足度	※各健康リスク項目に おいて有意差のあった
	肥満	運動習慣	仕事満足度	項目に網掛け。
(5組織)	血糖值	睡眠休養	ストレス	(年齢・性別を調整した
(0/11/44)	既往歷			偏相関分析結果)
アブセンティ	血圧	喫煙	主観的健康感	_
ーイズム	血中脂質	アルコール	生活満足度	
(アンケート)	肥満	運動習慣	仕事満足度	
(上記5組織	血糖值	睡眠休養	ストレス	
のうち3組織)				

最後に、健康リスクの構造と健康関連コストの関係について示したのが図表 12 である。これを見ると、医療費については、低リスクグループを1とした場合、中リスクグループは1.3、高リスクグループは2.0と、健康リスクが高くなるに従って明らかに医療費が増大している。これにアブセンティーイズム及びプレゼンティーイズムを加えた健康関連総コストで見ても、低リスクグループを1とした場合、中リスクグループは1.4、高リスクグループは1.9と、同様にコストが増大していることがわかる。このことは、高リスク者や中リスク者の割合を減らし、低リスク者の割合を増やす、つまり組織の健康リスク構造を改善することによって、医療費

のみならず、全体の健康関連コストの縮減が期待できることを示唆しており、図表 8に示した東大における研究のフレームワークの妥当性を支持する結果となって いる。

図表12 健康リスク構造と健康関連コストの関係

# ■健康リスク別健康関連コスト比 (n=43,361)





■医療費 ■WHO-HPQプレゼンティーイス・ムコスト ■病休日数コスト(欠勤・休職)

健康リスク	割合 %	健康関連コ スト計	医療費	生産 WHO-HPQプレセ゚ ンティーイズムコスト	性 病休日数コスト (欠勤・休職)
低リスク(0-	2) 49.9%	1.00	1.00	1.00	1.00
中リスク(3-	4) 34.6%	1.40	1.34	1.45	0.84
高リスク(5-	15.5%	1.88	1.98	1.90	1.30
偏相関係数(性別	・年齢で制御)	.152	.067	.141	.013
	p値	***	***	***	**

p<.000 \*\*\*, p<.01 \*\*, p<.05 \*, ns=有意差なし

# VI 健康経営の今後の課題

以上述べてきたわが国の「健康経営」について、最後に、今後の課題を何点か挙げてみよう。

第1に、健康経営を一時の「流行」に留めるのではなく、中長期的に持続可能な、日本の企業や組織に根差したものとしていく必要がある。そのためには、日本のデータに基づくエビデンスを蓄積し、PDCAサイクルを回していく必要がある。東大での研究はその一翼を担うものであるが、今後、健康経営度調査に対する回答データが蓄積していくことに伴い、データの情報開示とともに、その分析及び分析結果の提供等を実施していくことが考えられる。そのためには、たとえば米国のHERO(Health Enhancement Research Organization)のような恒常的な調査研究組織の設立を検討すべきであろう。

第2に、健康経営のさらなる普及・拡大を図るためには、中小企業に対する対応 が1つのカギとなる。2017年から始まった健康経営優良法人(中小規模法人部門) の認定は、その大きな契機となることが期待される。今後、協会けんぽとの連携、 コラボを強化するとともに、中小企業における人的資源の不足を勘案すれば、東京 商工会議所の「健康アドバイザー」制度等外部資源の活用や一定のアウトソーシン グも視野に入れることが考えられる。しかしながら、その場合であっても、外部に 「丸投げ」するのではなく、あくまでも最終的な評価主体は中小企業自身であるこ とを忘れてはならないだろう。

第3に、健康経営の普及・拡大のためには、健康経営を実践する企業や組織に対して一定のインセンティブを賦与するような仕組みの工夫も必要である。現在は、上述したように、地方銀行等による健康経営優良法人に対する優遇金利適用制度が広がりつつあるが、率直に言って、現在のような低金利時代においては、やや魅力に欠ける面があることは否めない。今後、これに加え、たとえば中央及び地方政府による公共調達プロセスにおいて応募企業・組織の健康経営の度合いを配慮するといったことも考えられてよいだろう。

第4に、特定の領域における健康経営の推進ということも考えられる。たとえば、病院は、アメリカ等においては健康経営の重要なフィールドとして位置付けられている(注4)。また、大学も、イギリスやアメリカ等においては Healthy Universities という形で、地域における健康経営の中核的な役割を期待されている(注5)。こうした特定の領域を有力なフィールドとして健康経営を推進していくことが今後の課題である。

第5に、これまでは、内外を問わず、健康経営の主たる対象とされてきたのは、 勤労者本人(被保険者本人)であった。しかしながら、プレゼンティーイズムやア ブセンティーイズムといった生産性(の損失)に影響を与えるのは、本人の健康状 況だけではなく、家族の健康状況も大きい。たとえば、配偶者や子供が病気の時に は、勤労者本人の生産性も低下する可能性が高い。今後、被保険者本人のみならず、 被扶養者に関するデータも活用した分析を行うことが必要である。さらに、近年の 「介護退職」や「介護休業」といった事態を踏まえれば、将来的には家族の介護ま で含めた対応が求められる。皆保険体制や公的な介護保険制度が整備されているわ が国においては、こうした分野への健康経営の展開は十分現実性のあるものである と言えよう。

- (注4) たとえば、全米病院協会の 2011 年の報告書及びそこに掲げられている 7 項目の勧告を参照 (American Hospital Association, *A Call to Action: Creating a Culture of Health*)。
- (注5) 大学における健康経営に関する最近の systematic review として、Ronald Plotnikoff, et al.(2015) を参照。また、WHO(1998)も Health Promoting Universities (HPU) という概念を提唱している。

# 【参考文献】

- U. S. Chamber of Commerce and Partnership for Prevention (2009), *Healthy Workforce 2010 and Beyond*
- •American Hospital Association (2011), A Call to Action: Creating a Culture of Health
- Ronald Plotnikoff, et al. (2015), Effectiveness of Interventions Targeting Health Behaviors in University and College Staff: A Systematic Review, *American Journal of Health Promotion*. Vol. 29, No. 5 e169-e187
- WHO (1998), Health Promoting Universities, WHO EURO