

[招待論文]

未病への挑戦

健康経営の必要性

Challenge against ME-BYO

Necessity for the Health and Productivity Management

渡辺 賢治

慶應義塾大学環境情報学部教授

Kenji Watanabe

Professor, Faculty of Environment and Information Studies, Keio University

武田 華子

慶應義塾大学総合政策学部 4 年*

Hanako Takeda

Fourth year, Faculty of Policy Management, Keio University

Abstract: 現在のわが国は高齢化の影響で医療費の高騰が問題となっている。一方企業の健康保険組合は赤字財政に転じており、今後さらに経営が困難になると予測されている。こうしたことから健康経営の必要性が提唱されているが、まだまだ成果を上げるに至っていない。しかしながら、先進的に取り組む企業が出始めている。健康経営を推進するためには、1) 誰でも取り組めるプログラムの策定、2) 人的資本に対する積極的投資、3) 個別化プログラム、4) 健康状態の見える化、5) 組織としての支援、が不可欠と考える。

Currently in Japan, increase of the social security cost due to aging has become a big problem. On the other hand, it turned to be a deficit financing of the corporate health insurance unions. Although these factors have led to an advocate of the necessity for the health and productivity management, it has not been well accepted by corporations. However some advanced companies have started to introduce the health and productivity management. In order to promote the health and productivity management, 1) a program for all workers, 2) an aggressive investment for the human capital, 3) an individualized program, 4) visualization of the health condition, and 5) a support by the Organization are essential.

Keywords: 健康経営、アブセンティーズム、プレゼンティーズム、医療費、社会保障費

health and productivity management, absenteeism, presenteeism, medical cost, cost of social security

はじめに

本稿では、少子高齢化や社会保障費の増大など日本が抱える問題の解決策の一つとして、健康経営を取り上げ展開する。健康経営とは、従業員を会社における資産と捉え、主に従業員の健康と生産性に目を向け、従業員という人的資本に対して、健康の維持・増進に積極的に介入することを投資として捉え、会社の生産性向上をはかる考え方である。

日本は、少子高齢化の影響を受け、2015年度予算の一般会計で、医療や介護、年金などへの社会保障費が過去最大を更新する見通しとなった。この額は2014年度の30.5兆円を上回り、31兆円台となる見込みである。

そうした状況下において、医療費、介護費の削減は早急に取り組むべき問題であると捉えられている。日本人の死因の上位を占める心疾患や脳血管疾患といった病は生活習慣病と呼ばれ、内臓脂肪肥満や糖尿病、高血圧症、脂質異常症といった危険因子を2つ以上併せ持つ「メタボリックシンドローム」該当者であればあるほど、こうした病にかかるリスクが高まると言われている。しかし、言い方を変えれば、こうした危険因子を取り除くことができれば予防可能な病ともいえる。病になる前に定期的な検診で自分自身の体調を把握し、生活習慣を改善することで健康回復が可能である。

近年、こうした「予防医学」をも包含する言葉として「未病」と表現することがある。未病とは2000年ほど前の中国の医書『黄帝内経』の言葉である。「上工は未病を治し、己病を治さず（腕の良い医者は未病を治して、すでに病気になったのは治さない）」（『黄帝内経・靈樞』）とある。

団塊の世代が流入し、今後高齢化が加速する神奈川県では2014年1月「未病を治すかながわ宣言」（<http://www.pref.kanagawa.jp/prs/p744284.html>）を発表した。神奈川県では未病の英訳を me-byo とし、国際的認知度を高める努力をしている。

こうした未病対策を若年層から継続的に行うことで、結果的に医療費の削減、健康寿命の延伸による介護費の削減につなげていくことが可能であるのではないかと仮定し、本論を展開していく。

1 医療を取り巻くわが国の状況

1.1 少子高齢化

日本では、既に総人口、生産年齢人口ともに減少に転じ、2060年には、総人口は8,674万人、生産年齢人口は4,418万人にまで減少すると予想される。その結果、全人口に占める生産年齢人口は50.1%にまで減少するものと推定されている（2014年版高齢社会白書より）。このように、人口が減少し、高齢者の比率が上昇していく社会とは、労働力が減少し、徐々に活力が失われていく社会と捉えられがちである。

しかし、高齢化とは平均寿命が伸びた証でもある。日本における戦後直後1947年時の平均寿命は男性で50.06歳、女性で53.96歳であったが、2013年の平均寿命は男性が世界第4位の80.21歳、女性が世界第1位の86.61歳と日本は世界でも有数の平均寿命の長い国となった。しかしながら、単に寿命が延伸すれば、よいということでもなく、健康でかつ長生きすることこそが本来、多くの人が望む姿であろう。

こうした考えの下、WHOでは健康寿命（healthy life expectancy）の概念を提唱している。厚生労働省によると健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義（厚生労働科学研究健康寿命のページ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>）しており、平均寿命から不健康な状態で過ごした期間を差し引いたものである。日本における健康寿命について平成13年と平成22年を比較すると、男性は69.40年から70.42年へと1.02年、女性は72.65年から73.62年と0.97年延びている。一方、平均寿命を比較すると、同期間で男性が78.07年から79.55年へと1.48年、女性は84.93年から86.30年へと1.37年延びている。

日本において少子高齢化は避けられない問題であるが、健康寿命を延伸させることで、これまで以上に高齢者が健康で働くことのできる期間や生活を楽しむことのできる期間が延伸できるようになる。それにより医療費や介護給付費をはじめとする社会保障費の負担軽減はもちろんのこと、高齢者が健康な期間を働いて所得を得るのか、もしくは老後の生活を楽しみ消費をするのかを選択する自由が生まれる。前者であれば、労働力の増加や高齢者の所得水準の向上に、後者であれば、高齢者の生活水準の向上や経済の活性化につながるで

あろう。どちらにせよ、高齢者が健康で過ごすことで、少子高齢化による負の側面を緩和させることが期待される。

1.2 社会保障費の増大

政府の2015年度予算の一般会計で、医療や介護、年金などへの社会保障費が過去最大を更新する見通しとなった。2014年度の30.5兆円を上回り、31兆円台となる見込みである。4月の消費増税とセットで実施を決めた子育て支援など社会保障の充実策も広げる。社会保障費はすでに国家予算全体の3割を占め、抑制案の実施が急務となっている。健康寿命の延伸には、医療だけでなく、教育水準や所得水準、経済情勢などといった社会的要因が関係していることが近年の研究 (Ichimura H. *et al.*, 2009) で指摘されているように、健康寿命の延伸の全てが医療費の増加によるものではなく、一部は経済成長や教育水準の上昇が要因となっている可能性がある。

これまで、医療や介護といったサービスにおける費用の無駄については、しばしば議論されていたが、医療における費用対効果については、比較によって大きく異なる結果が導かれることもあり判断が難しい分野でもある。しかしながら、先で述べたように年々増加する社会保障費に関し、改めて見直す時期がきているのではないかと考える。

1.3 国民健康保険が地方自治体に与える影響

現在、日本において国民健康保険は職域保険（被用者保険）と地域保険（国民健康保険）を並立させる社会保険方式により国民皆保険を実現している。被用者保険は、民間の大企業の従業員およびその家族が加入する健康保険組合、中小企業の従業員が加入する全国健康保険協会、公務員や学校教職員が加入する各種共済組合の保険に分類されるが、いずれも被用者（従業員）を対象とする医療保険である。そして、被用者保険に所属するもの以外はすべて市町村を保険者とする国民健康保険に加入させることによって、国民皆保険を維持している。日本にいれば当たり前のように感じるこの制度は、世界的にみると異例な仕組みである。

実際、各国の歴史、文化、政治、経済など複合的な要因から国によって様々な

形態の医療制度を採用している。1つ目はイギリスやスウェーデンにおける公共保険サービスのよう、租税財源をもとに公的セクターが直接医療提供を行うタイプである。2つ目はアメリカのように医療費のリスク分散を基本的に民間保険でまかなうタイプである。実際、アメリカでは、高齢者等を対象とするメディケアおよび低所得者を対象とするメディケイドを除き、公的な医療費保険制度は存在しない。3つ目は、日本やドイツ、フランスのように、社会保険方式により医療費の保障を行うタイプである。しかしながら日本の現行の医療保険制度では職域保険（職業や同業であることが被保険者資格となる保険）と地域保険（ある場所に住所を有することが被保険者資格となる保険）の2つから成るのに対し、ドイツ、フランスは職域保険のみで構成される。例えば、フランスでは被用者や同業者の組合が多数組成されており、退職者はそれまで所属していた保険に引き続き加入するのが原則である。また、無職の若年者は、中小企業で働く人たちが加入する「一般制度」と呼ばれる職域保険に加入するのであって、ドイツやフランスには日本のような地域保険は存在しない。また、ドイツおよびフランスの医療保険の保険者は「疾病金庫」（ドイツ語：Krankenkasse、フランス語：caisse maladie）と呼ばれる公法人であって、自治体が保険者となっているわけではない。

こうした、日本独自の国民健康保険は国民皆保険を実現させる一方、問題点も存在する。まず一つに地方自治体によって区切るため、保険者の規模、世帯主の職業、所得分布などあらゆる要素に均質性を欠いていることである。

第1に、保険者の医療費・保険料の格差が著しいことである。厚生労働省が発表した2014年度医療費の地域差分析によると、被保険者1人あたりの医療費の地域差は最高（和歌山県北山村：539,160円）と最低（東京都小笠原村：157,649円）で3.4倍の格差が生じる。

第2に、小規模保険者（市町村）では、財政運営が不安定になりやすい点である。例えば、人工透析では年間600万円以上の医療費を費消する。また、心臓病の手術等で、1ヶ月で1千万円を超える高額医療費が発生する例や、がんの最新の薬剤では、年間数百万円を要する例も稀ではない。小規模保険者でこうした患者が流入すれば、保険料が大きく変動することは避けられない。

以上で示したように日本では、長い間、国民皆保険を実現させ、他の先進国と比較しても高い保健医療水準を維持してきた。実際、アメリカでは国民の約6人に1人、4,500万人が無保険であり、1人あたりの医療費が日本の2倍以上とも言われている（厚生労働省「我が国の国民皆保険制度」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-23.html>）。

日本の国民は、そうした恩恵を受けてきた一方、少子高齢化に伴う社会保障費の増大により、社会保障費は年々膨れ上がり、このままでは現在の若者世代が高齢になった際、現在と同等の社会保障を受けることが難しい。

そのため、その解決策の一つとして健康経営という考え方がでてきた。そこで次に企業が健康経営に取り組む必要性について考えてみる。

2 企業から見る健康経営の視点

2.1 健康保険組合の限界

平成25年度健康保険組合の経常収支は、経常収入7兆2,211億円、経常支出7兆6,784億円、経常収支差引額は4,573億円の赤字となり、高齢者医療制度創設以降、6年連続で3,000億円を超える赤字である。6年間の累積赤字額は約2兆6,500億円におよび、経常収入額は前年度と比較し、3,087億円、4.47%増加、経常支出額は1,824億円、2.43%増加した。24年度予算と比較し、赤字額は1,263億円下回ったが、これは主に保険料引き上げ等による保険料収入の増加によるものである。約4割の保険組合が保険料率を引き上げた（平均引き上げ料率は0.865%）にもかかわらず、支援金・納付金の保険料収入に対する割合が過去最高の46.25%になるなど支援金・納付金負担が組合財政を圧迫している状況に変化は見られていないのが現状と言える。また、平成25年4月22日時点で、健康保険組合連合会に平成25年度予算のデータ報告があった1,393組合のうち赤字組合は、1,187組合で、8割超の組合が赤字の状態である。

経常支出内訳の19年度と25年度とを比較すると、高齢者医療制度等への拠出額は、19年度と比較し9,642億円増加し、20年度からの6年間の拠出金総額は約17兆4,000億円に及んでいる。（図2）

今後保険料収入が大幅に増加する状況は見込めない。しかしながら、平成

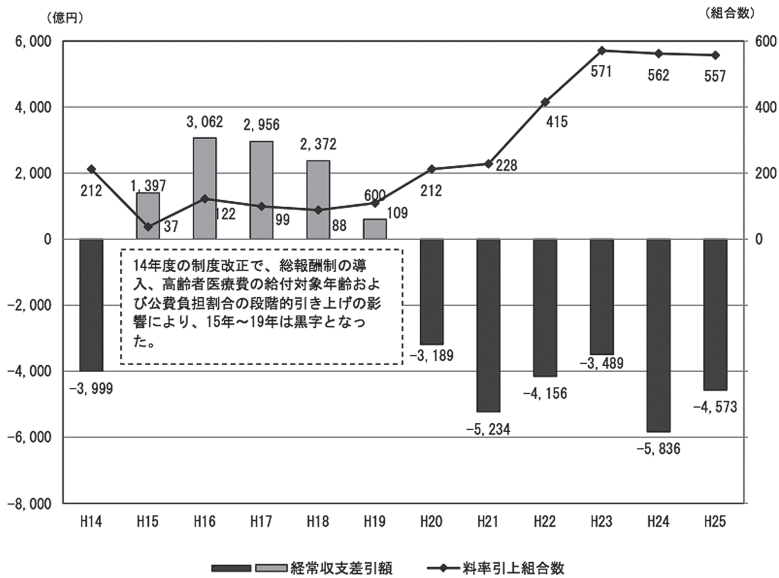
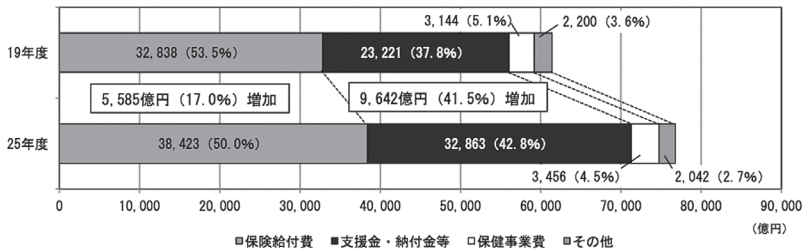


図1 経常収支状況と保険料率引き上げ組合数の推移
 (出所) 平成 25 年度健保組合予算早期集計結果の概要
<http://www.kenporen.com/include/press/2013/2013042202.pdf>
 (最終閲覧日 2014 年 10 月 2 日)



(注1) 19年度は決算、25年度は予算早期集計の数値である。
 (注2) () 内は、経常支出における構成比である。
 (注3) 端数整理のため、計数が整合しないことがある。

図2 経常支出内訳の19年度と25年度比較
 (出所) 平成 25 年度健保組合予算早期集計結果の概要
<http://www.kenporen.com/include/press/2013/2013042202.pdf>
 (最終閲覧日 2014 年 10 月 2 日)

24年度からの3年間で約700万人、5年間では約1,100万人の団塊世代が前期高齢者へ移行すること等から、支援金・納付金のさらなる増加は確実であり、経常収支の大幅な赤字傾向が当面避けられない状況にある。

健保組合としては、別途積立金の保有額が年々減少しているため、保険料率の引き上げをせざるを得ないが、このことによる企業経営（事業主）や被保険者への影響が懸念される。平成20年度以降、6年連続で3,000億円を超える経常赤字が続いており、別途積立金が枯渇する先行き不透明な状況下では、財政が行き詰まり、解散に追い込まれる組合が増加することも憂慮される。

2.2 未病うつによる企業活動への影響

2010年9月の厚生労働省の報告によると、自殺やうつに限定した日本の経済損失額は2009年度単年で2兆6,782億円にのぼり、こうした損失が無ければ、2010年のGDP引き上げ効果は1兆6,570億円に達し、さらにそれらに伴う税収の増加も期待できたとの試算結果が公表されている。このデータが示すように、近年疾病によって生じる社会経済的コストを算出する際には、通常、疾病の治療・ケアに要する直接的な“サービスコスト”のほかに、疾病によってもたらされる“労働収益の損失”など間接的なコストについても算出し、それらを合計して“トータルコスト”が求められるようになった。精神疾患については治療・ケアに要するコスト以上に、その生活障害の大きさゆえ、労働収益の損失による間接コストが膨大になることが大きな問題である。

実際に、イギリスのKing's Fundが2008年に発表した精神保健ケアのコストに関する報告書によると、2007年のイングランドにおける統計では、精神疾患の医療・保険・福祉などの費用が年間225億ポンド（約4.3兆円）であるのに対し、労働力低下による労働収益の損失がそれを上回る年間261億ポンド（約5兆円）に達し、合計で年間486億ポンド（約9.3兆円強）の影響が国家経済に及んでいることが報告されている。イングランドの人口が約5,000万人で日本の約40%、GDP約2.2兆ドルで日本の約50%等を日本経済に応用した試算によると、精神疾患による日本の経済損失額は15.2兆円となり、さらに2026年ではその損失額が実質的に30兆円近くにまで達するとの推計もなされている。（西田・中根, 2009）

2.3 生産性の低下が経済的資産に与える影響

先進的な雇用者は、先で述べた未病が企業活動へ与える影響の大きさを問題視し、従業員の健康を新しい視点で捉え始めている。健康と作業能力は知識やスキル同様「人的資本」の構成要素である。従業員の健康増進や機能性向上のために「費やされる」コストは教育や訓練にかかる「コスト」と同様、回収可能な人的資本への投資であると考えられる。

企業は本来、設備投資の考え方として、機械が壊れてから修理するよりも、壊れないように維持する方が、ずっとコストが安いということを認識している。機械が壊れた場合の追加的費用には、「ダウンタイム」やその結果生じる生産性の低下あるいは取り替え費用などが含まれている。その考えを従業員健康へ適用させると、社員が「壊れる」(病気になる)前に小まめに「メンテナンス」(予防)を行うことの重要性が認知されるようになる。

実際、世界最大級の化学メーカーである Dow Chemical 社の CEO アンドリュー・リバリスは「我々が使う機械と同様に社員も十分にケアすれば、有病率が減少させ、医療費、身体障害、生産性の低下によるコスト(=損失)が削減出来る」と述べている。(サリバン, 2010)

2.4 アブセンティーズムとプレゼンティーズム

社員の健康を人的資本の要素として考えるにあたり、近年アブセンティーズムとプレゼンティーズムという新たな考え方も生まれている。

アブセンティーズム (Absenteeism) とは何らかの心身の不調が原因で従業員が会社を欠勤・遅刻・早退・休職をしている状態を指し、プレゼンティーズム (Presenteeism) とは、何らかの心身の不調が原因になり、従業員が会社へは出勤はしているものの健康な状態と比較し生産性が低下している状態を指す。プレゼンティーズムの考えの前提として、社員は自らの仕事をおざなりにしていないこと、また仕事に従事し続けなければならない、出来ることならばそうしたいと思っているという条件のもと研究が進められている。プレゼンティーズムの原因となっている疾患の多くは、比較的軽症なものである。プレゼンティーズムに関する調査では、季節性アレルギー症、喘息、片頭痛やその他の頭痛、腰痛、関節炎、消化器系疾患、うつ病など、慢性的あるいは一過性の病気

が対象となる。

治療費が高く、年齢が高くなってから発症する傾向がある心臓病やガンなどの進行性の病気は、企業が負担する医療関連の直接費、つまりは保険会社の保険料、自社保険制度がある企業ならば、診療代と薬代の保険給付などの大半を占める。

ところが、体調が悪くても無理をすれば出社出来るような病気の場合、直接費は、はるかに少ないものの、あまりに罹患率が高く、しばしば治療を受けず、しかも働き盛りの頃に発症することが多いため、生産性に悪影響を及ぼしやすい。このような間接費はこれまで長い間、雇用主にはほとんど気づかれないうままであった。残業したり、やり直したりしなければならぬ場合、病気は業務量に影響し、ミスの増加や、時には深刻なミスにつながり、仕事の質の低下を招く。消化器疾患による不快感、たとえば過敏性腸症候群や逆流性食道炎、より身近な症状では、胸焼けなどありふれていて軽視されやすい病気は、絶えず気が散る要因となり得るのである。うつ病は疲労感、いらだちなどを引き起こし、チームワークの障害となる。関節炎があれば手作業は難しい。

仕事への影響は症状によっても職種によっても大きくことなる。業種や職種によって生産性を低下させる症状も異なるため雇用主がしっかりと見極める必要がある。

2.5 社員の医療費が企業経営にもたらす影響

2009年、米国の大手自動車メーカー、ゼネラル・モーターズ(GM)が経営破綻したが、その原因の1つも、従業員医療費の重い負担であったとされている(大村, 2011)。米国自動車産業では自動車会社と労働組合の間の関係が対立的であり、賃金の上昇がその国際的なコスト競争力を弱めているという主張は、1970年代からなされてきた。

デトロイト協定と呼ばれる契約がGMとUAW(全米自動車労働組合)の間で結ばれたのは、1950年のことである、UAWは5年間労働争議を起こさない代わりにGMは年金を負担し、物価スライド式の賃上げ、そして医療費の半分を負担することとなった。賃金のみならず、退職後の条件を包括的に交渉する慣行が、その後の労使交渉で継承されることとなった。当時のGMは、米国

企業として最大の売り上げと利益を計上していた。また、約 40 万人の従業員に対して、退職者は 3.1 万人に過ぎず、年金の財政は黒字で運営されていた。将来の負担を増やしても、足元の負担は少なくすんでいた。

GM の利益変動が大きくなった 1970 年代にも同様の交渉が行われた。1973 年には、早期退職者に対し年金を完全に支払うこととなった。従業員の中には 50 歳で完全給付を可能にして引退となる者も出た。しかし、こうした年金や医療保険に関わる条件の変更が、長い期間を経て財政を圧迫し表面化することとなる。

こうして、2009 年 6 月 1 日、GM は経営破綻することとなり、その後の再建計画「全てのステーク・ホルダーの負担」にて求められていた条件のうち、労働側に向けられていたのは、賃金面での譲歩であった。

アメリカ国内の工場における時間あたりの賃金を 2007 年の交渉以前の協定 (Without UAW VEBA) と新しい協定 (With UAW VEBA)、およびアメリカ国内の海外企業の工場 (Transplants) とに関して賃金とその他の給付等を加えたトータル比較結果をみると、旧協定のもとでは約 50% 近く海外メーカーに比べ不利であったが、新協定では 18% に挟まっている。

新協定で減少が著しい VEBA は、Voluntary Employees Beneficiary Association (任意従業員福利厚生基金) の略である。VEBA は、退職医療保険債務を自動車メーカー本体から切り離し、UAW が運営する基金に移管するものである。この基金設立に 132 億ドルを拠出する代わりに毎年の負担は減少する。また、新しい協定では、非生産部門の新規雇用者に対して従来と比較し半分の時給を適用するなどし、再建をはかったのである。

3 健康経営への転換

1980 年代に米国の経営心理学者ロバート・ローゼンにより、「健康な従業員こそが収益性の高い会社をつくる」という思想が提唱され (ローゼン, 1994)、「健康経営」の概念は欧米の産業界に広がりを見せた。

日本でも近年、「健康経営」の概念が浸透し、健康情報の提供や健康投資を促す仕組みを構築することで、生産性のさらなる向上と医療費の低下を目指し、企業の収益性の向上をはかる動きが加速している。その背景には、メンタ

ルヘルス不調者の増加による生産性の低下がある。警視庁の資料によると、日本における平成25年度の自殺者は27,282人におよび、原因・動機が特定されている自殺者20,256人のうち勤務問題が原因の自殺者は全体の約8.5%の2,323人に達した。

その他にも、メンタルヘルス不調が原因で退職や長期の休職に追い込まれる従業員は各企業に存在する。厚生労働省の資料(厚生労働省, 2014)によると、「精神障害などによる労災保険の支給請求件数」は2013年度に1,409件。5年続けて1,000件の大台に乗った。うち177件は自殺および自殺未遂による労災請求である。

2010年6月に政府が策定した新成長戦略に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」という目標が盛り込まれた(厚生労働省労働基準局, 2010)。現在、メンタルヘルス策定を柱の一つに捉えた労働安全衛生法の改定手続きが進められているのも従業員のメンタルヘルスが悪化している表れと言えるであろう。

また、2008年度より「特定健康診査・特定保健指導」(メタボ検診)が導入され、40歳以上の健康保険組合などの加入者を対象とする生活習慣病対策が義務づけられた。大企業の多くは健康保険組合を設立し、中小企業は全国健康保険協会が管掌する協会けんぽに加盟しているケースが多い。いずれにしろ、企業は生活習慣病対策の一翼を担うことになる。

また、2012年夏の高年齢者雇用安定法の改正。2013年4月1日からは、希望者全員の“65歳定年”に向けた措置が開始された。高齢になれば、持病を抱える割合も高まり、それが悪化した場合、入院や手術が必要になる割合も当然若い人よりも高くなる。歳を重ねても会社で働き続ける人が増えてくれば、健保組合の財政状態はさらに悪くなる可能性もある。

そのため、治療と職業生活の両立、高齢者が安全に働ける職場づくりなど、企業は新たな健康経営の取り組みを迫られるようになるであろう。

以下に健康経営に取り組む先進的企業の事例を挙げる。

3.1 株式会社ローソン 「健康アクションプラン」

全国にコンビニエンスストアを展開する、株式会社ローソンは社員の健康を

サポートする制度の一環として、2013年度から株式会社ローソンで働く社員(3,940名：2012年8月末時点)を対象に健康診断を受診しない社員とその上司の賞与を減額すると発表した。社員の健康への意識を向上させ、より生き生き働ける環境づくりを目的としている。社員の定期健康診断受診は労働安全衛生法によって義務づけられているが、ローソンにおける2011年度の健康診断受診率は83.6%。多忙などを理由に受診していない社員が存在しているためである。新制度では受診通知を最大3度無視し、1年間受診がなかった場合には、翌年度の5月末に支給される賞与が一時的に本人15%、その直属の上司が10%の減額となる。また、受診後に再検査が必要と勧告された対象者が、再検査を受けない、もしくは数値改善に向けた取り組みを行わない場合は、同様に本人の賞与から状況に応じて2～8%、直属の上司は10%を削減する。

また、定期健康診断の結果で血糖・血圧・肥満のリスクが高かった社員に対して、「健康アクションプラン」の提供を2013年11月30日に開始した。「健康アクションプラン」では、「糖尿病」「高血圧」の2つの疾病と肥満を予防・改善するため、生活習慣改善にむけた食事と運動の内容を個別に提示する。2012年に実施した健康診断による対象者は、約370名であった。

「健康アクションプラン」の対象者のうち、治療中の社員や海外駐在中の社員などを除いた約320名には、2013年1月中旬からタニタ社製の通信対応(ローソン店頭のLoppiで記録可能)歩数計と独自に開発した「食事アクションプランアプリ」(スマートフォン用アプリ)の配布を開始。体重・歩数データ・食事内容・摂取カロリーなどをアプリ内に記録し、体質改善に向けた指標とすることが可能となり、本社および全国の支社内にタニタ社製通信対応体組成計・血圧計を設置し、社員の健康意識の向上をはかっている。

取り組みの内容

① 健診未受診者をゼロにする施策

すべての被保険者に対して定期健康診断の受診を徹底し、健診結果に基づき、健康状態を改善させる取り組みを重点的に行うこととした。健診未受診者とその上司に対して「ディスインセンティブを課す施策」を

実施することを会社の方針として決定し、全被保険者に情報を発信した。

② 健診の結果をもとに対象者を抽出し行動目標を提示

定期健康診断結果のデータをもとに、受診勧奨領域の社員を抽出し、「肥満」「高血圧」のリスク状況から7つのグループに振り分け、次に、個人ごとに「体重」「運動量(歩数)」「摂取カロリー」の目標値を定め、リスクグループごとに食事で気をつけたいこととして「加えたいもの」「避けたいもの」を記載した「健康アクティブプラン」を作成し、配布している。

③ 保健師による電話指導

保健師が個人ごとの健康意識や受診・治療状況の確認を行い、検査結果値が高い人に対しては、医療機関への受診勧奨などを行う。また、健康診断の結果や「健康アクティブプラン」に記載されている内容についての説明等を行い、本人に自身の身体についての認識を深めてもらうとともに、適切な日常生活への指導を実施している。

電話での指導は、株式会社全国訪問健康指導協会へ業務委託し、事前案内を行った上で、申込のあった人に対して実施している。

④ 「マチの健康ステーションアプリ」を活用し、日常生活の記録

申込者に対し、会社端末(本アプリが入ったスマートフォン)と歩数計を配布している。自分自身の日常生活を記録することで、健康に対する意識づけを行い、習慣化を図ることとした。日常の行動記録は、ITを活用するため、携帯端末のスマートフォンを用いて簡便に内容を記録することができるようにした。また、日常の行動記録を継続することで、「ごほうびクーポン」がもらえるなどのインセンティブを付与し、利用率を高めている。

3.2 株式会社タニタ 集団健康づくりパッケージ「タニタの健康プログラム」

健康ビジネスを展開する株式会社タニタでは、2008年4月特定健康診査・特定保健指導がスタートしたことを受け、生活習慣病の予備軍であるメタリックシンドローム対象者が企業経営にとって新たなリスクとしてとらえられるようになった。「健康をはかる」ビジネスを展開するタニタにとって、社

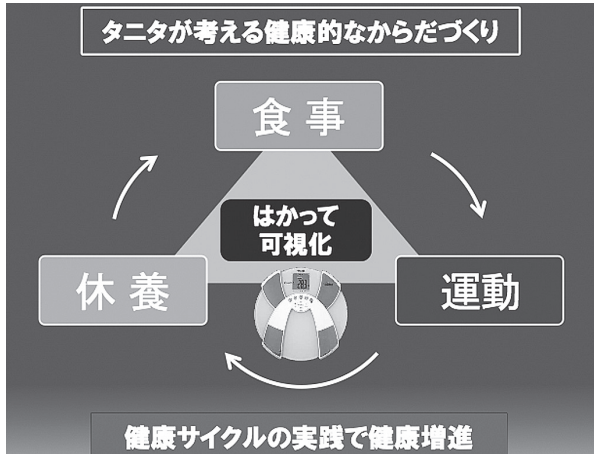


図3 タニタが考える健康的なからだづくり

(出所) 「集団健康づくりパッケージ『タニタの健康プログラム』
タニタにおける導入効果と今後の展開」

http://www.tanita.co.jp/cms/common/pdf/business/tanita_program.pdf
(最終閲覧日 2015 年 1 月 2 日)

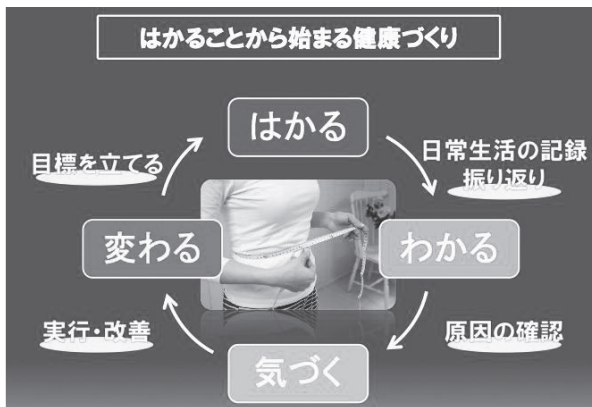


図4 はかることから始まる健康づくり

(出所) 「集団健康づくりパッケージ『タニタの健康プログラム』
タニタにおける導入効果と今後の展開」

http://www.tanita.co.jp/cms/common/pdf/business/tanita_program.pdf
(最終閲覧日 2015 年 1 月 2 日)

員の健康管理の取り組みは重要なファクターであると捉えるとともに社員の健康増進をはかる健康経営は社員自身の生活を豊かにするだけでなく、企業のポテンシャルの向上につながることも捉えている。(図3)

タニタでは、経営理念でもある「我々は、『はかる』を通じて世界の人々の健康づくりに貢献します」を健康プログラムにも取り入れ、食事と運動、休養をはかって可視化する健康サイクルを実践した。(図4)

「はかること」で自身の健康について理解し、体調不良の原因に気付き、行動変容を促すために自社の製品を使用し、「見える化」を徹底した。自社の製品(歩数計、体組成計、血圧計など)を使用し、歩数、計測データ、個人IDを専用サーバーに転送し、指導スタッフは集められた計測データを指導に活用し、従業員自身はパソコンや携帯電話、スマートフォンで確認することができるシステムを構築した。

また、単発のイベントとしては、歩数を競う「歩数イベント」を実施し、期間中のランキングはネットでチェックすることが可能となっており、社内にランキングを掲出し社員のモチベーション向上を促している。集団指導と個人指

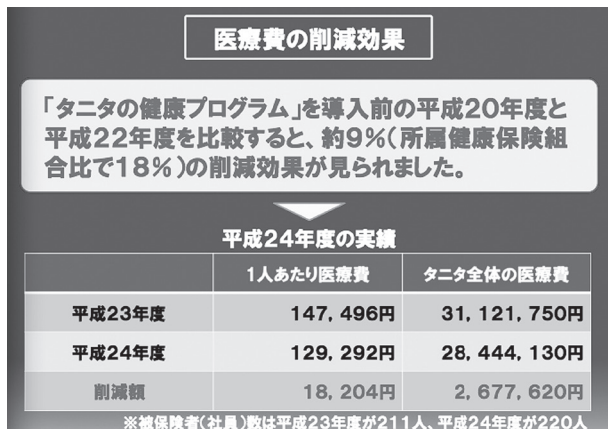


図5 医療費の削減効果

(出所)「集団健康づくりパッケージ『タニタの健康プログラム』
タニタにおける導入効果と今後の展開」

http://www.tanita.co.jp/cms/common/pdf/business/tanita_program.pdf
(最終閲覧日 2015年1月2日)

導を組み合わせた社内指導や毎朝のラジオ体操の実施や健康診断時の尿糖測定、健康診断時の体組成計測、社員食堂での食事・食育サポート、外部機関によるメンタルサポートなど、あらゆる角度から健康経営に取り組んでいる。

その結果、「タニタの健康プログラム」を導入前の平成 20 年度と平成 22 年度を比較すると、約 9%（所属健康保険組相比で 18%）の削減効果が見られ、1 人あたり 18,204 円、タニタ全体としては 2,677,620 円の削減効果が得られた。（図 5）

3.3 三菱電機株式会社 未病者を対象とした生活習慣の改善

三菱電機は「生活習慣 変えてのばそう 健康寿命」のスローガンのもと、従業員自身が主体的に生活習慣を改善出来るように MHP21(三菱電機グループヘルスプラン 21) 活動を行っている。

MHP21 は、会社、労働組合、健康保険組合の 3 者の協働事業として行われている。社員一人ひとりが出来るだけ早い時期から食生活や休養、嗜好などの生活習慣を主体的に見直し、QOL の向上を図ってもらうのが目的である。

三菱電機の健康保険組合は、三菱電機をはじめ、132 の事業者が加入している。2012 年 3 月末の加入者は、被保険者が約 11 万 2,000 人、被扶養者が約 11 万 5,000 人の計約 22 万 7,000 人。全国でも、有数の規模を誇る健保組合である。

このように多くの加盟者を抱える健保組合では、高齢者医療に対する拠出金の増加や、生活習慣病関連の医療費の高額化など、年々増加する支出をいかに抑制するかという課題を抱えている。実際に、三菱電機の総医療費に占める生活習慣病関連の医療費は 3 割弱に達し、予防可能な生活習慣病を抑制し、医療費を削減するのが MHP21 の狙いの一つでもある。

一方、企業にとっても、安全配慮義務の厳罰化が求められている中、経営活動の基本としての従業員の心身の健康への取り組みは重要性を増している。さらに、労働生産性の維持、向上をはかるには、健康な労働力の確保や疾病による休職者の抑制も必要であった。同社が MNP21 の活動を始めたのは、こうした医療費抑制、従業員への安全配慮、労働生産性の向上といった急務の課題を解決するために、社員の意識改革による生活習慣の改善の必要があるとの考えからだった。従来企業の健康への取り組みは、健康診断による医学的な対

応が必要な人の「早期発見、治療」だったが、MHP21では、生活習慣に問題はあるが、まだ医学的な対応が必要でない人の「生活習慣改善」を対象にしているのが大きな違いである。病気にならないための「一次予防」に力点を置いているのである。

実際の活動では、社員が行うべき具体的な取り組み内容と、定量的な目標設定をしているところが特徴と言える。

取り組み内容として掲げられている重要項目は「適正体重の維持」「運動の習慣づけ」「禁煙」「歯の手入れ」「ストレス対処能力の向上」の5項目。それぞれの項目に対して定量的な目標を設定している。例えば、1日1回30分以上の運動を継続して週2回以上行う社員の比率を26%以上に、喫煙者率は30%以下に、1日3回以上の歯の手入れをしている人の割合は30%以上にするなどが2012年までの目標であった。重点項目に、歯に関する項目が入っているのは、同健保組合の歯科関連の医療費が保険給費の約20%を占めており、取り組みによる大きな医療費削減効果が期待できたからである。

こうした取り組みの結果、MHP21が開始された2001年度には40%だった喫煙率は、2011年年度に27.5%に減少。また、同じ10年間で、運動習慣者の

表1 MHP21 ステージII目標値

項目	調査結果		MHP21 ステージII目標
	2012年	2013年	
適正体重 ⁽¹⁾ を維持している人の割合	71.1%	70.9%	73.0%以上
運動習慣者 ⁽²⁾ の割合	23.3%	23.3%	39.0%以上
喫煙者の割合	27.0%	26.8%	20.0%以下
1日3回以上歯の手入れ ⁽³⁾ をしている人の割合	20.8%	20.7%	25.0%以上
ストレスレベル ⁽⁴⁾	50.5	51.1	50未満

*1: 18.5以上25.0未満

*2: 1回30分以上の運動を週2回以上実施、または、1日平均1万歩以上

*3: 歯みがきだけを意味せず、ブラッシング・歯間ブラシによる手入れ・口腔リンス等を含む

*4: MHP21健康調査のストレスチェックによるストレス影響度で評価

*5: ステージIIでは、運動習慣とストレスは目標の定義を変更しているため、数値は参考値

(出所)「三菱電機健康保険組合」

<http://www.mitsubishielectric.co.jp/kenpo/kenkou/index.html>

(最終閲覧日2014年9月28日)

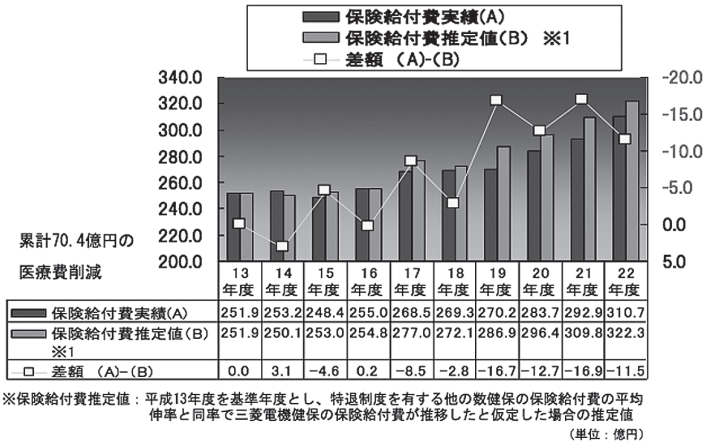


図6 三菱電機健保組合における保険給付の推移

割合は11.7%から16.2%に、歯の手入れをする人の割合は13.3%から20.5%へと改善したという。

この活動は、保険給付費の抑制にも結びついているようだ。下の折れ線グラフは、他社の保険給費の平均の伸び率と同率で三菱電機健保組合の保険給付が推移したと仮定した場合の推定値と、保険給付期の実績との差異がどう推移したのかを表したものである。三菱電機の場合には、MHP21活動開始4年目の2005年度から保険給付が大きく下がり、効果が現れ始めたという。(図6)

三菱電機がこうした成果が挙げられた背景には、具体的な目標設定だけでなく、達成率を上げるための様々な工夫を行っていることがある。その一つが、MHP21「健康宣言」カードである。各社員がその年度の健康に関する具体的な目標を設定し、それを「健康宣言」としてカードに記し、常に自分の健康を意識するように促している。目標達成者は表彰され、実際の行動へ結びつけるためのインセンティブになっている。

また、個人や事業所の達成状況を評価するためのシステムとして、「パフォーマンスドライバー（生活習慣評価基準）」を取り入れたことも大きい。評価基準では、「運動習慣あり」を5点、「運動の回数はいいが時間がだめ」を4点など、

パフォーマンスを点数化。個人の結果を採点するとともに、それらを集計した事業所別のランキングなどを作成して優れた事業所を表彰するなど、事業所間の競争意識を喚起している。パフォーマンスの分析結果は、事業所ごとの改善が必要な項目のあぶり出しにも役に立つ。

2002年度からのMHP21活動で既に社員の健康意識が高まっていることから、2012年度からの5カ年計画であるステージ2では事業所の特性に応じた活動や、個人のリスクに応じた行動変容の支援を行うという。そのため、健保組合内に分析チームを作り、パフォーマンスドライバーの結果や、全社員を対象に行っている健康調査アンケートの結果などから、各事業所が必要としているメニューを作り出している。

3.4 株式会社フジクラ 「個人」に目を向けたキメ細かいアプローチ

フジクラは方針として、個人が「生き活きと仕事や生活ができること」、そして会社が中長期的な視点で「投資回収」できることを目指し、経営コスト、社員の健康状態、健康推進プログラムの運用、外部評価といった指標項目など様々な視点から健康経営に取り組んでいる。これにより、多様な側面から健康推進活動の投資効果の指標化を行う。フジクラの健康経営への取り組みの開始は2010年。4年間という短期間で、スピード感を持って会社全体で取り組みを行ってきた。これまで多様な健康経営を経営陣と共有しつつ一過性のイベントではなく、効果的かつ継続しやすいシステムを構築している。

また、全社的な活動に向けた体制構築にも特徴がある。人事・総務部や健康保険組合など健康に関係する各代表で構成される健康推進連絡協議会だけでなく、各カンパニーや労働組合などの組織代表が構成する健康推進委員会、社員代表の健康推進サポーター会議の3つの組織が経営陣とともに一体となりながら健康経営を進めている。

第1のステップとして、健康保険組合、人事・総務部が持つ健診データやレセプトデータ、個人が持つ健康データなどを一元管理。社内には、各階に体組成計や血圧計を設置し、活動量計なども使用して日々のバイタルデータも蓄積し、総合的なデータ解析を開始した。これまで散在していた健康データを合わせて分析することで、よりの確に状況を把握し、一人ひとりの目標を設定する

ためだ。さらに全社員を健康層から低・中・高リスク層の4階層に分け、1次予防から3次予防まですべてのステージにおいて健康支援策を提供している。

全社員の70%を占め、もっとも対象人数の多い健康層に対しては、健康増進プログラムの提供や歩行ラリーなどのイベントの開催を、15%にあたる高リスク層には、節酒、禁煙などのキャンペーンプログラムの提供というように、リスク階層やリスク内容、治療状況に応じて適切な施策を実行する仕組みである。具体的な取り組みとしては以下の3つの事項について推進している。

1) 費用対効果の指標化

まずは経営層からの費用対効果の声に対しては多様な側面から健康推進活動の投資効果を指標化し、経営層と共有化してPDCAサイクルを回して一過性のイベントにとどまらず、活動を効果的かつ効率的、継続的に運用していくシステムの構築。

2) 健康推進体制（コラボヘルス）の整備

通常、別々の業務を分担して行う社内一体感をもたせるために、社内の既存の枠組みである労働安全衛生、産業保健スタッフとは別に、健康組合をはじめ社内外のステークホルダーとともに健康維持・増進専門の環境を整備し、活動の一元化・効率化へ向けた取り組みの強化。また、社員への健康増進・予防活動を実施する際、具体的な活動案の協議・決定に対し、現場責任者の社員たちに対しても決定権を持たせることで「やらされ感」を無くしていった。

3) 徹底した個別化アプローチ

社員によって、健康増進・疾病予防活動に対する興味・関心の度合いが異なるため、従来のリスク階層別だけではなく、個人に対するアプローチを強化。個人の健康状態、体質を把握し、個々の職場環境を考慮した助言や情報提供を行うことで、社員一人ひとりがより自分に必要な施策を認識することができるようになった。そのツールとして、自社も開発に携わった万歩計を社員に配布し、歩数の計測データはもちろんのこと、東京本社各階に設置されている体組成計、血圧計に個人の万歩計をかざすことで、個人のデータとして一元管理をすることが可能と

なった。できる限り、社員の取り組みへの障壁を低くし、「かぎすだけ」でデータを送信できることになった。

フジクラでは、これらの健康データや日々の測定データ、将来予測、イベントなどの健康情報を個人専用の健康マイページで“見える化”しており、モチベーションアップにもつなげている。実際の成果としては、プログラム参加者（登録者）率と実際のアクティブユーザー率のギャップが少しずつではあるが縮まっている。

歩数イベントやキャンペーンプログラミング（節酒や禁煙など）に自主的に参加することによって、個人差はあるが、健康意識の高まりや行動変容が感じられる社員も徐々に増えてきている。そうしたイベントに関しても、工夫をこらしている。例えば、節酒プログラムに関しては、日常的に飲酒が好きな社員にとって会社主催の節酒イベントというと節酒＝禁酒のイメージが強く当初は参加人数も少なかった。そこで、第一回目の節酒プログラムは飲み会形式で開催し、敷居を下げ適切な情報発信を行ったことでプログラムに対するイメージを変え、取り組みの継続の大きな要因となっている。

4 考察

4.1 懲罰制と報償制

健康経営のみならず組織が多くの人を動かす際の考え方として、「懲罰制」と「報償制」の2つに分類されると考えている。この考え方を健康経営に置き換えると、懲罰制とは、会社が決めた健康への取り組みに参加をしない社員は、賞与の減額や人事評価に影響するなどの措置がとられる。懲罰制で健康経営を行っているのはローソンである。

懲罰制の最大のメリットとしては強制力がある点である。ローソンでは、24時間営業のコンビニエンスストア事業などにより、労働時間や勤務地などが多岐にわたることもあり、こうした強制力のある政策を行っているのではないかと考察する。その結果、会社全体として、短期間で社員の健康診断受診という一定の成果を得られるものの、賞与の削減という懲罰をさけるために健康診断を受診する社員もいると考えられるため、その後の行動変容に対する効果

については、予測がつきにくい。

一方報償制とは、会社が決めた取り組みに参加することで、無償で健康に関する情報の提供、自治体などでは、健康への取り組みに参加した場合、地域内で使用出来る商品券や地域通貨などの形で参加者に還元されるなど何らかの報償が得られる制度である。報償制で健康経営を進めるのは、今回の事例で言うところのタニタ、三菱電機、フジクラである。政策の詳細については異なるものの、プログラムに参加した社員に対する情報の開示と改善に関する指導などを報償として提供する点は同様と言える。報償制の最大のメリットとしては、社員の一人ひとりの意見が尊重される点である。「より、健康になりたい」「自身の現在の健康状態を把握したい」という意見はもちろんのこと「プライベートな部分にまで会社に把握されたくない」など様々な意見を持つ社員自身が参加の可否を選択できる点である。その結果、健康経営に賛同した社員がプログラムに参加するため、高い費用対効果が見込まれる。一方で、会社の健康経営の方針に賛同していない社員に対して、どのようなアプローチを行うかなどによって、会社全体の健康経営への取り組み方や社内の雰囲気なども異なってくるため、成果をあげるためには、各社ともに工夫が必要なのも事実である。

どちらの制度を適用するにせよ、それぞれの制度のメリット、デメリットを理解した上で、経営陣が自社にあった適切な制度を適用することが今後求められてくるに違いない。

4.2 日本における健康経営に必要な視点

前章までの事例調査の結果、各社に共通する健康経営の視点は以下の通りである。

1) 誰にでも取り組むことができるプログラムの策定

健康経営や行動変容…そんな言葉を聞くと現状の生活習慣を大幅にかえる必要があるのではないかなど身構えてしまう人々が大勢いる。そこで、ローソンでは、健康診断の受診、三菱電機では歯みがき習慣、タニタ、フジクラでは万歩計の装着など誰にでも大きな負担がなく、取り

組むことの出来るプログラムを策定している。これにより健康プログラムに対するネガティブイメージの払拭と長期的なプログラムの継続により費用対効果の回収を目指している。

2) 人的資本に対する投資の視点

社員の高齢化、健康保険組合の負担増大や心身の体調不良による休職者、退職者の増加など今後の会社経営を取り巻く環境は厳しいものである。

そうした状況下において、人的資本に対する投資を経営負担の増加と見るか、将来に対する投資と見るか、判断が分かれるところである。本章で取り上げた4社は後者の考え方を持ち、積極的な投資を続けている。実際、フジクラでは腰痛を訴える従業員に対して椅子の買い替えを行った。椅子はビニール製と布製から選択することが出来、価格は1万円台とのことである。しかし、この投資は社員へ支払う賃金や作業効率を考えれば、短期間で回収できるものであると会社は捉えているようだ。このように、すぐに数値として結果の出にくい健康経営において、トップに立つ経営層の捉え方によって長期的かつ積極的な健康経営を行うことが出来るか否かが問われるところである。

3) 個別化の視点

企業規模が大きくなればなるほど、従業員が様々な健康状態を抱え、その改善への取り組みに抱く印象も異なる。その際に、企業として一丸となって健康経営に取り組む点に焦点がいくあまり、政策を策定する経営陣と現場の社員との間にギャップがあることも少なくない。しかしながら、社員にとって不本意な健康政策への参加は、“やらされ感”を抱かせることや健康政策に対する拒絶反応を起こす可能性も考えられる。

そこで、社員一人ひとりの労働環境や職種をはじめ、あらゆる属性を理解した上で政策を展開することが重要と言える。

4) 健康状態の見える化

「健康」の捉え方は一人ひとり異なっており、自身の健康の維持・改善に取り組む姿勢にも違いが見られるのが通常である。大きな組織になればなるほど、健康診断を各地の健診センターなどに委託をしている

場合もあるが、それでは社員の健康状態を十分に把握することは難しい。会社が社員の健康診断を一元管理し、健診の項目や判断基準を統一することで社員の健康状態の比較検討をすることが可能になる。こうすることで、会社と社員一人ひとりとが互いに、現状を把握することはもちろんのこと他と比較することで競争意識を高め合い、より積極的に健康の維持・改善に努めることが期待される。

また、今回健康経営の実例としてあげた4社については共通して社員一人ひとりに対して万歩計等の配布に加え、社内に体組成計を設置するなどし、日常的に自身の体調を把握しやすい環境整備がなされており、こうした健康状態の「見える化」が社員のやる気を後押ししていると言えるのではなからうか。

5) 健康経営に取り組むための組織体制

健康経営を行う場合、企業単体、あるいは企業と健康保険組合や労働組合が一体となってすすめていく場合とに分かれる。企業と健康保険組合との連携が可能な場合、企業が把握している健診や問診の結果だけでなく、健康保険組合に届くレセプト（診療報酬明細書）から医療情報を集約し、活用することなどが可能となる。その結果、健康診断結果の数値が悪いのにもかかわらず、レセプトが届かない場合には本人が病院にかかっていない可能性や、レセプトは届くにもかかわらず改善が見られない場合は生活習慣の改善や薬の内服を怠っている可能性などを把握し、さらに踏み込んだ指導を行うことが可能である。

こうして、組織としての一体感が健康経営の政策の多様化の原動力となり、社員に対して継続的な健康経営を提案していくことができる。

参考文献

- 井上 俊明『先進10事例に学ぶ「健康経営」の始め方』日経BPコンサルティング、2014年。
太田 肇『日本的人的管理論 組織と個人の新しい関係』中央経済社、2008年。
大村 和夫「GMの経営破綻に関して」2011年。<<http://libdspace.biwako.shiga-u.ac.jp/dspace/bitstream/10441/9342/2/03大村和夫.pdf>>（最終閲覧日2014年12月27日）
金子 能宏・佐藤 格「自殺・うつ対策の経済的便益（自殺・うつによる社会的損失）の推計」厚生労働省、2010年。<<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000sh9m->
-

- att/2r985200000shd1.pdf>
株式会社タニタ <http://www.tanita.co.jp/cms/common/pdf/business/tanita_program.pdf> (最終閲覧日 2014 年 12 月 20 日)
株式会社フジクラホームページ <http://www.fujikura.co.jp/newsrelease/2038479_2220.html> (最終閲覧日 2014 年 12 月 20 日)
株式会社 ローソン <<http://www.lawson.co.jp/company/news/070186/>> (最終閲覧日 2014 年 12 月 20 日)
健康保険組合けんぽれん <<http://www.kenporen.com/>> (最終閲覧日 2014 年 9 月 10 日)
厚生労働省「簡易生命表」 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life13/>> (最終閲覧日 2015 年 1 月 1 日)
厚生労働省「健康寿命の延伸と格差社会の縮小」 <http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21_2nd/pdf/4_2_1.pdf> (最終閲覧日 2015 年 1 月 1 日)
厚生労働省「市町村実績医療費及び地域格差指数」 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/10/dl/01d.pdf>> (最終閲覧日 2015 年 1 月 2 日)
厚生労働省「平成 25 年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」2014 年度」 <<http://www.mhlw.go.jp/stf.houdou/0000049293.html>>
厚生労働省「我が国の国民皆保険制度」 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-23.html>> (最終閲覧日 2015 年 1 月 1 日)
厚生労働省労働基準局「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」2010 年。 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000q72m-img/2r985200000q7tk.pdf>>
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」 <<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/mainmenu.asp>> (最終閲覧日 2015 年 3 月 10 日)
島村 健治「国民健康保険における自治体の位置づけと課題」「社員の健康増進で企業価値アップ」『日経ビジネスオンライン』 <<http://business.nikkeibp.co.jp/article/report/20130405/246208/>> (最終閲覧日 2014 年 8 月 30 日)
サリバン、ショーン「喫煙は 130 時間のムダ! 「健康と生産性の関係」」2010 年。 <<http://www.president.co.jp/pre.backnumber/2010/20100517/14843/14849/>>
サリバン、ショーン「健康および生産性の管理」「従業員のメンタルヘルス、企業業績に影響大」日本経済新聞、2014 年 6 月 13 日。
宗 未来・渡部 卓「未病うつ (Non-clinical depression) に対する低強度メンタルヘルス・サービスにおける積極的な民間導入力の提案: 趣味を実益にかえて、医療負担から積極的的事业へ」『REITI Policy Discussion Paper Seris』14-P-001、2014 年。 <<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/pdp/14p001.pdf>>
田中 滋・川添 孝一・河野 敏艦「会社と社会を幸せにする健康経営」勁草書房、2010 年。日本経済新聞「社会保障費 31 兆円 来年度予算、最大に 抑制案が課題」2014 年 12 月 30 日朝刊。
日本経済新聞「大企業社員の健保保険料、負担 5000 円増 14 年度 7 年連続引き上げ、健保連集計 高齢者医療向けふくらむ」2014 年 4 月 18 日。
日経ビジネスオンライン「社員の生活習慣を“見える化”して健康目標を明確に」 <<http://business.nikkeibp.co.jp/article/report/20130417/246793/>> (最終閲覧日 2014 年 8 月 30 日)
日経ビジネスオンライン「『取りやすいところから取る』で健保は危機に 高齢者医療負担が企業健保にのしかかるわけ」 <<http://business.nikkeibp.co.jp/article/topics/20120514/231983/>> (最終閲覧日 2014 年 8 月 30 日)
西田 淳志・中根 允文「精神疾患の疫学と疫病負担 (DALY)」『医学のあゆみ』231、2009 年、pp.948-951。
服部 真『健康社会づくりの担い手になろう』萌文社、2009 年。

ヘンプ, ポール「プレゼンティーズムの罠」『ダイヤモンドハーバードビジネスレビュー』
2006年12月号。

三菱電機健康保険組合 <<http://www.mitsubishielectric.co.jp/kenpo/>> (最終閲覧日 2015
年3月10日)

森 晃爾・奥 真也・永田 智久『よくわかる「健康会計」入門』法研、2012年。

ローゼン, ロバート (宗像恒次訳)『ヘルシー・カンパニー：人的資源の活用とストレス
管理』産能大学出版部、1994年。

Ichimura, H., Shimizutani, S., Hashimoto, H., “Japanese Study of Aging and
Retirement.” 2009. <<http://rieti.go.jp/jp/publications/dp/09e047.pdf>> (最終閲覧
日 2014年12月20日)

McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M., Lawton-Smith, S., *Paying the Price:
The cost of mental health care in England to 2026*, The King's Fund, 2008.

[受付日 2015. 3. 11]