

基礎研 レポート

健康経営の論点を探る

政策・制度的な視点で関係者の役割を再整理する

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～健康経営の論点とは何か～

従業員の健康づくりに力を入れる「健康経営」^{*}に対する関心が高まっている。政府としても企業を表彰するなど力を入れているほか、中小企業を含む多くの会社で様々な取り組みが進んでおり、「どうやって健康経営を進めるか」という議論も盛んになっている。業種や規模、従業員の働き方などに応じて、従業員の健康づくりに向け対応策が異なる以上、現場は試行錯誤せざるを得ない中、先進事例から学ぶことは重要である。

しかし、一層の拡大を図る上では、関連する政策・制度に立ち返った議論も求められる。さらに、健康経営の目的としても医療費適正化や新産業の育成など様々な点が論じられており、「何のための健康経営か」「健康経営は誰のためか」といった点を改めて議論する必要性を感じている。

本レポートでは、健康経営に対する関心が高まった経緯を考察するとともに、その目的を改めて問う。さらに、職場に出勤しているのに心身状態の悪さから生産性を上げられない「プレゼンティーズム」(presenteeism) という考え方を重視することで、単なる医療費適正化や生活習慣病対策にとどまらない論点の必要性を指摘する。その上で、健康保険法や労働安全衛生法など関連制度の考え方を踏まえつつ、経営者、従業員、保険者（保険制度を運営する主体）などのステークホルダー（関係者）に求められる役割を論じる。

2—健康経営の経緯

1 | 健康経営を巡る「骨太方針」「日本再興戦略」の表現

まず、健康経営を巡る経緯から考える。政府は毎年6～7月、「経済財政運営と改革の基本方針」（以下、骨太方針）を閣議決定することで、次年度の予算編成の骨格を定めるとともに、中長期的な経済財政政策の方向性を示している。ここでは、骨太方針の文言の変遷を見ることで、健康経営に向けて政府のスタンスがどう変わったか読み取ることとする。

^{*} 健康経営はNPO法人健康経営研究会の登録商標。

自民党が政権に返り咲いた後、初めて策定した2013年6月の骨太方針では健康寿命の延伸などに言及しているが、「健康経営」の文言は見られない。さらに、2014年6月の骨太方針でも「規制改革等を通じて民間活力を発揮させ、健康関連分野における多様な潜在需要を顕在化させることで、経済成長の活力としていく」¹していたが、「健康経営」という言葉を使っていない。

しかし、2015年6月に閣議決定された骨太方針では「民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する」として健康経営という言葉が使われている。

一方、骨太方針と同じ時期に閣議決定されている「日本再興戦略」はどうか。戦略が2013年6月に初めて策定された際、「自治体や企業による市民や社員の健康づくりに関するモデル的な取組を横展開」といった文言が見られるが、「健康経営」という言葉を使っていない。しかし、2014年6月に改訂された際、「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」という文言が入り、健康増進に関する取り組みを会社同士で比較できる指標の開発、健康経営に積極的な会社を指定する「健康経営銘柄」の設定などを施策として示した。以上のように考えると、健康経営は2014年～2015年から政策として本格的に取り上げられてきたと言える。

では、この頃に何が起きたのだろうか。大きな変化として、経済産業省を中心とした施策が本格化したことが考えられる。例えば、経済産業省は健康経営に関するガイドブックを2014年10月に初めて作成¹したほか、日本再興戦略の規定に沿って、東京証券取引所と合同で2015年3月、従業員の健康づくりに取り組んでいる会社を認定する「健康経営銘柄」を初めて公表、これらの周知を図るイベントとして「健康経営アワード」も始めた。

さらに、官民一体で健康づくりに取り組む組織である「日本健康会議」が2015年7月に発足し、ここで採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」では、健康経営に取り組む企業を500社以上とする方針などを定めた²。

以上の経緯を踏まえると、「健康経営」という言葉が政策論議で使われ始めたのは2014～2015年頃であり、経済産業省を中心とした動きと理解して良いであろう。

言い換えると、健康経営は厚生労働省からスタートした政策ではない。この点については、厚生労働省を中心に進めている「健康日本21」の動向を見ても理解できる。例えば、健康づくりに向けて関係者の役割などを盛り込む形で、2013年4月に改定された「健康日本21」³では「国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要」などと企業の役割に言及しているが、「健康経営」の文言は出ておらず、厚生労働省が主導しようとした形跡は見受けられない。その意味では、健康経営は社会保障政策ではなく、産業政策としての側面が強い。

¹ 2014年10月作成の「企業の『健康投資』ガイドブック」。

² ここでは詳しく述べないが、健康経営銘柄とは別に、日本健康会議が2016年度にスタートさせた「健康経営優良法人認定制度」では、対象を大企業だけでなく、未上場企業や中小企業に拡大し、健康経営に取り組む法人を認定している。各健康保険組合の取り組みをスコア化する「健康スコアリングレポート」も2018年度から始まった。

³ 正式名称は「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」。2008年に初めて策定された。

2 | 新聞記事に見る社会の関心

では、健康経営に対する社会の関心はどのように推移したのだろうか。結論を先取りすると、骨太方針に初めて規定された2015年前後と思われる。それを理解できるのが図1である。

これは『日本経済新聞』『朝日新聞』『読売新聞』のデータベースを用い、「健康経営」という単語の登場回数を分析した結果であり、ここから分かる点は3つある。

第1に、『日本経済新聞』の動きから言える点である。データベースの検索及び図1の作成に際しては、『日本経済新聞』を2つに分けて示している、具体的には、一般読者の目に触れやすい『日本経済新聞』の朝刊と夕刊、そして地域面を合計した「日経新聞」と、これらに加えて企業経営に特化した『日経産業新聞』『日経MJ』など専門紙も加味した「日経全体」に区分した。

その結果、図1の通りに「日経全体」が「日経新聞」よりも先行して増えている様子が分かる。これは産業界向け専門紙の『日経産業新聞』が「健康経営ココロとカラダ」という連載を2009年10月から2012年12月まで掲載し、1回1社ずつ健康経営の取り組みを紹介したことが影響している。

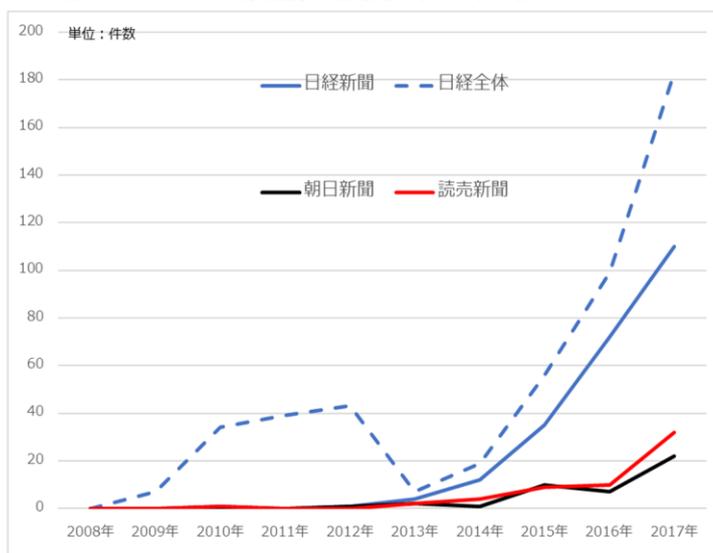
つまり、健康経営に対する関心は産業界で先行的に高まり、その後人口に膾炙するようになったと考えられる。

実際、研究者による一般書⁴が2010年10月に発刊されており、2012年6月に東京大学で「健康経営ユニット」が発足していることも考慮すると、産業界や研究者の間では先行して話題になり始め、少し遅れて2014～2015年頃から社会に広がった可能性を指摘できる。

第2に、日経産業新聞などの影響を除いた「日経新聞」と、『朝日新聞』『読売新聞』は2015年から伸びている点である。この点については、先に触れた通り、経済産業省を中心とした政策論議に「健康経営」の言葉が使われ始めたことが反映している。

第3に、『朝日新聞』『読売新聞』と日経産業新聞などの影響を除いた「日経新聞」を比べると、圧倒的に「日経新聞」の伸び幅が大きい点である。これは経済に力点を置く『日本経済新聞』と、一般読者を想定した『朝日新聞』『読売新聞』の読者層の差であり、健康経営に対して関心を持っているのは、『日本経済新聞』を頻繁に手に取る企業経営者や勤め人である可能性を指摘できる。

図1：新聞各紙における「健康経営」の登場回数（2008年以降）



出典：日本経済新聞「日経テレコン」、朝日新聞「聞蔵Ⅱ」、読売新聞「ヨミダス歴史館」を基に作成
注1：「日経各紙」は『日本経済新聞』朝夕刊、地方経済面に加え、『日経産業新聞』『日経産業新聞』『日経MJ（流通新聞）』『日経プラスワン』『日経マガジン』の合計
注2：朝日は「聞蔵Ⅱ」の「朝日新聞1985～週刊朝日・AERA」コーナーから新聞紙面の件数抽出。
注3：読売は「ヨミダス歴史館」の「平成1986～」コーナーから件数抽出。

3 | 政策の動向、新聞記事の動向から言えること

以上、健康経営を巡る政策の行動、新聞記事の登場回数を分析してきたが、①「健康経営」という言葉は2014～2015年頃から政策論議で使われ始めた、②その中心は厚生労働省ではなく、経済産業省

⁴ 田中滋・川渕孝一・河野敏鑑編著（2010）『会社と社会を幸せにする健康経営』勁草書房。

だった、③研究者や経済界では2009～2010年頃から先行的に論じられていた、④「健康経営」の関心は経営者や勤め人から高まり始めた——といった点を指摘できる。

4 | 健康経営に対する関心が高まっている理由

では、なぜ健康経営に対する関心が高まったのだろうか。旗振り役の経済産業省の資料を見ると、健康経営の目的として、「公的保険外の予防・健康管理サービスの活用（セルフメディケーションの推進）を通じて、生活習慣の改善や受診勧奨等を促すことにより、①国民の健康寿命の延伸、②新産業の創出、③あるべき医療費・介護費の実現」を挙げている⁵。

この文言を文字通りに理解すると、①は健康づくり政策、②は産業政策、③は医療・介護費の適正化策という側面を持っていることになる。いずれの点も社会的に必要なことであり、健康経営に対する関心が高まっている背景と言えるかもしれない。

しかし、3つの目的を1つの政策に内在させると、政策の目的をあいまいにする危険性がある。例えば、「健康経営で言われている『健康』とは誰のためか」という視点で見ると、①は主に従業員の満足度を引き上げるため、②は経済あるいは関連産業の発展のため、③は医療費や介護費用を抑制するため、という論理になる。

このように異なる目的が併存することは政策の曖昧さに繋がる可能性がある。以下、健康経営の定義を踏まえつつ、健康経営で求められる視点を再考したい。

3——健康経営で求められる視点の再考

1 | 健康経営の定義と論理構造

NPO 法人健康経営研究会の定義によると、「『企業が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても大きな成果が期待できる』との基盤に立って、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することを意味しています。従業員の健康管理・健康づくりの推進は、単に医療費という経費の節減のみならず、生産性の向上、従業員の創造性の向上、企業イメージの向上等の効果が得られ、かつ、企業におけるリスクマネジメントとしても重要です」としている⁶。

一方、経済産業省の定義は「従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践することです」としており、「企業理念に基づき、従業員等への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上や株価向上につながると期待されます」と強調している⁷。2つは微妙に表現が異なるが、その論理構造を要約すると、「会社が経営戦略の一環として健康づくりに取り組む→従業員の活力向上→会社の生産性向上や組織の活性化→業績向上や株価上昇」と整理できる。

これを先に言及した経済産業省の3つの目的、つまり「①国民の健康寿命の延伸、②新産業の創出、

⁵ 経済産業省資料「健康経営の推進について」参照。

http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf

⁶ 健康経営研究会ウェブサイト参照。

<http://kenkoukeiei.jp/whats>

⁷ 経済産業省ウェブサイト参照。

http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_keiei.html

③あるべき医療費・介護費の実現」と整合させると、食い違いが発生することにならないだろうか。健康経営研究会や経済産業省の定義には医療・介護費の適正化や新産業の創出といった目的は入っていないためである。

では、どちらを重視すべきだろうか。筆者個人の意見としては、「会社が経営戦略の一環として健康づくりに取り組む→従業員の活力向上→会社の生産性向上や組織の活性化→業績向上や株価上昇」という論理構造が望ましいと考える。この点については、英語で健康経営が「Health and Productivity Management」（直訳すると「健康と生産性の管理」）と表記されている点からも理解できる。言い換えると、健康経営が「投資」と考えられていることが重要である。

この点については、政府の「働き方改革」と符合する部分がある。例えば、2017年3月に決定された「働き方改革実行計画」では、日本企業の付加価値や生産性を向上させる方策として、「誰もが生きがいを持って、その能力を最大限発揮できる社会を創ることが必要」と指摘している。

以上のように考えると、医療費適正化や新産業の創出といった目的は「副産物」に過ぎず、従業員の健康づくりと生産性向上が中心に据えられなければならない。

2 | 「健康」の定義

では、ここで言う「健康」とは何だろうか。健康の定義は曖昧であり、感染症が疾病の中心だった頃と比べると、「健康」「不健康」の線引きは不鮮明である⁸。健康とは単に「病気がない状態」ではないし、健康論の古典的な書籍を引用すると、「完全で積極的な健康という考えは、人間のこころのユートピア的な創造物である。人間の生活に、闘い、失敗、あるいは苦悩が入りこまないというまでに、人間がその環境に完全に適応し切ることは決しておこらないだろうから、この考えが現実のものとなることはありえない」のである⁹。

つまり、健康経営で求められる「健康」とは単に「病気のない状態」を目指す健康づくりだけでなく、従業員を取り巻く勤務環境を整備したり、働きやすい職場づくりを進めたりすることではないだろうか。さらに、心身に不具合を感じている人や、病気や障害のある人を排除する「健康づくり」であってはならない。

具体的には、従業員の健康や会社の生産性を損なっている「プレゼンティーズム (presenteeism)」という概念がカギを握ると考えている。以下、東京大学政策研究ビジョンセンターの研究成果¹⁰などを用いつつ、その重要性を論じていく。

3 | 健康関連総コストの可視化

プレゼンティーズムとは、従業員の病欠を指す「アブセンティーズム (absenteeism)」から作られた造語である。その意味は「精勤ぶりの誇示」「フルタイムよりもパートタイムで働くことに消極的に

⁸ 詳細は拙稿レポート 2018年9月30日「健康とは何か、誰のために健康づくりか」を参照。

<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=59710?site=nli>

⁹ René Dubos (1965) “Man Adapting” [木原弘二訳 (1970) 『人間と適応』みすず書房 p275]。

¹⁰ 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のウェブサイト参照。

<http://pari.u-tokyo.ac.jp/unit/hpm.html>

なること」など 9 つの異なる文脈で使われている¹¹というが、ここでは東京大学政策研究ビジョンセンターの研究内容に従って、「何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態」という定義で議論を進めたい。

そして、いくつかの研究ではプレゼンティーズムが従業員の健康状態と会社の生産性を下げていると指摘している。その一例として、東京大学政策研究ビジョンセンターが 2016 年 2 月に公表した試算を挙げることができる¹²。試算によると、医療費、健康保険の傷病手当金、労災災害保険の補償費（労災給付金）など直接的なコストに加えて、アブセンティーズム、プレゼンティーズムなどの間接的なコストを総称して「健康関連総コスト」と位置付けつつ、その割合を可視化したところ、プレゼンティーズムが約 8 割を占めたという。

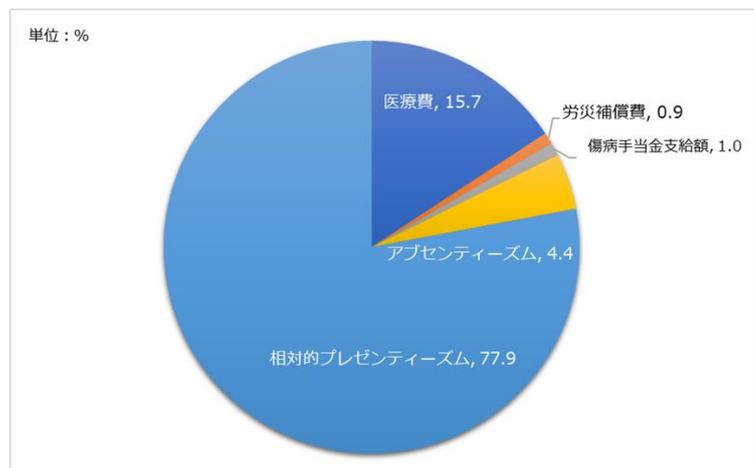
具体的には、従業員 1 人当たりの医療費は 2014 年度平均で 11 万 3,928 円、傷病手当金の平均は 7,328 円、労災給付金の平均は 6,870 円となったほか、アンケートベースで把握した病欠日数に総報酬日額を乗じた額をアブセンティーズムの平均損失額と見なしたところ、3 万 1,178 円となったという。

しかし、最も大きい割合となったのは「相対的プレゼンティーズム」である。この試算では WHO（世界保健機関）の計算方法を基に、従業員に対して「過去 4 週間で自分の業務処理能力は最も優れた同僚と比較してどの程度だったか」などの点を聞き、同様の仕事に携わっている人とのパフォーマンスの差を示すことで、損失額を弾き出しており。その結果として平均 56 万 4,963 円となったという。

その上で、上記の試算を集計、可視化したのが図 2 であり、医療費は 15.7%、労災補償費と傷病手当金は 1%前後、アブセンティーズムが 4.4%にとどまった一方、相対的プレゼンティーズムが 8 割近くを占めたという。

こうしたホワイトカラーの不健康による損失の測定には困難が多い。例えば、損失額を従業員や職場の生産性低下で測るのか、それとも医療費を重視して計算するのかという論点があるほか、医療費などの直接的なコストとプレゼンティーズム、アブセンティーズムの関係性など不明確な点も多く、一層の検証や議論が必要である¹³。

図2：健康関連総コストの割合



出典：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（2016）「健康経営評価指標の策定・活用事業成果報告書」（2015年度健康寿命延伸産業創出推進事業）を基に作成

¹¹ Gary Johns (2010) “Presenteeism in the workplace” *Journal of Organizational Behavior* Vol. 31 No. 4, pp519-542.

¹² 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（2016）「健康経営評価指標の策定・活用事業成果報告書」（2015年度健康寿命延伸産業創出推進事業）。図 2 のサンプル数は 3 組織、3,429 件。

¹³ 実際、政府の資料などで頻繁に引用されている健康関連総コストの図の原典には「Unpublished data from a large big financial services corporation」と出ており、プレゼンティーズムによる損失の計算方法を含めて、健康と生産性の関係については一層の検証を要する。

しかし、同様の結果はいくつかの研究¹⁴でも示されており、プレゼンティーズム対策の重要性という点で共通している。

つまり、「健康経営」という言葉から想起する健康づくりとしては、生活習慣病を防ぐ運動を想起するかもしれないが、医療費適正化に繋がるような対策だけでは限定的であり、プレゼンティーズムを解消する取り組み、あるいは全体の円グラフを小さくするような取り組みが求められることになる。

4 | プレゼンティーズムとメンタルヘルスの関係性

では、どのような対策が求められるのだろうか。プレゼンティーズムが生まれるプロセスについて、アメリカでは「隠れたコスト」として問題視する記事が早くから出ていた¹⁵ほか、過去に様々な研究が公表されており、従業員の勤務態度や性格、ストレスなど個人的な要因に加えて、職務上の要請や給与体系など職場の環境も影響すると考えられている¹⁶。

特に従業員の健康づくりや会社の生産性という視点で、関心が高いのはメンタルヘルスであろう。海外ではメンタルヘルスを重視しつつ、プレゼンティーズムの削減が必要という議論が出ている¹⁷ほか、「不十分なメンタルヘルスが生産性低下の最も大きな理由になりつつある」と結論付ける研究が見られる¹⁸。

日本でも厚生労働省の2017年版「労働安全衛生調査」によると、過去1年間にメンタルヘルスの不調で連続1カ月以上休業した労働者の割合は0.4%、退職に至った人は0.3%に上るといふ。こうした労働者は上記の分類に沿うと、アブセンティーズムに該当しており、休業や退職という事態に至っていないものの、メンタルの不調でプレゼンティーズムの状態になっている労働者は多いと考えられる。

5 | 関係者が連携する必要性

では、プレゼンティーズム対策を含めて、健康経営を進める上で、どんな対応策が必要なのだろうか。企業内の健康増進と生産性向上について、①ヘルスケア領域、②労働安全衛生、③健康管理（予防とウェルネス）、④人的資源開発——という4つの領域があるとして、相互に連携させる必要性を指摘する意見が出ている¹⁹通り、会社の関係部署の連携、さらに従業員を含めた企業内外の関係者との連携が求められる。

¹⁴ 例えば、Tomohisa Nagata et. al (2018) ” Total Health-Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers” *Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 60 No. 5, pp273-280*では、製薬メーカー4社についてデータを収集・分析し、プレゼンティーズムが64%、アブセンティーズムが11%、外来医療が13%、外来薬剤費が8%、入院医療費・薬剤費が4%と算出している。

¹⁵ 例えば、Paul Hemp (2004) “Presenteeism” *Harvard Business Review* [スコフィールド素子訳 (2006) 「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・デビュー』2006年12月号]。

¹⁶ 例えば、Eric Gosselin et. al (2013) “Presenteeism and Absenteeism” *Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 18 No. 1, pp75-86*では、組織的な要因、個人的な要因、人口動態などが影響し、プレゼンティーズムとアブセンティーズムが生み出されるとしている。一方、Gary Johns (2010) “Presenteeism in the workplace” *Journal of Organizational Behavior Vol. 31 No. 4, pp519-542*では、ストレスや個性、個人的要因、病気を生み出す悪い要因に加えて、職務上の要請や給与体系、欠勤や出勤に関する会社の文化、交代要員の有無などが影響し、プレゼンティーズムとアブセンティーズムを作り出すと論じている。

¹⁷ Centre for Mental Health (2011) “Managing presenteeism” A discussion paper.

¹⁸ Marco Hafner et al. (2015) “Health, wellbeing and productivity in the workplace” RAND Corporation.

¹⁹ Robert H. Rosen (1991) “The Healthy Company” [宗像恒次監訳 (1994) 『ヘルシー・カンパニー』産能大学出版部] を参照。

その上で一つのヒントになるのがイギリスの「BITC ワークウェルモデル」(BITC Workwell Model)である²⁰。その概要は図3の通りであり、中央の4つのパーツは取り組みの方向性を示しており、幸福に働ける環境づくりを意味する「Better Work」、関係者との対話や社会との接点を構築する「Better Relationships」、健康でより良い生活を維持するための専門的な介入を意味する「Better Specialist Support」、健康な行動を促す環境づくりを図る「Better Physical & Psychological Health」を挙げており、それぞれに取り組むべきベンチマークも掲げている。

さらに、外側の円では経営サイドのメリットとして、「より良い関係性 (Better Engagement) → より良い参加 (Better Attendance) → より良い従業員の確保と採用 (Better Retention&Recruitment) → より良いブランドイメージ (Better Brand Image) → より高い生産性 (Higher Productivity)」の好循環が生まれると論じられており、ねずみ色の円は推奨される従業員の役割として、「他者との接点→ボランティア活動→自覚→活動的になること→学習の継続」を列挙している。

つまり、アブセンティーズム対策を含めて、健康経営の取り組みを進める上では、社会との接点を持ちつつ、従業員の主体的な参加や専門職の関与が重要と論じている。

それでは、日本の健康経営に関しては、どういった関係者が想定され、どんな役割が関係者に期待されるのだろうか。関連する政策・制度の考え方に依拠しつつ考えることとしたい。

図3：BITCワークウェルモデルの枠組み



出典：Business in the Community (2013) “BITC Public Reporting Guidelines”から抜粋

4—健康経営を巡る関係者の役割

1 | 健康保険法と労働安全衛生法の枠組み

健康経営には様々な法律や制度が絡むが、代表的な制度を整理すると、「保険」と「保健」に大別され、前者は健康保険法や高齢者医療安定確保法、後者は労働安全衛生法を挙げることができる。

このうち、健康保険法は医療保険に関する基幹的な法律として、医療保険の骨格を定めており、高齢者医療安定確保法は40～74歳を対象に腹囲などを測定する「特定健康診査(いわゆるメタボ健診)」の根拠となっている。

以下、主に健康保険法で想定している仕組みを述べることにしよう。健康保険法の枠組みでは、常時従業員700人以上の会社は健康保険組合(以下、健保組合)を設置できる²¹としているほか、常時従業員5人以上の事業所は協会けんぽへの加入を義務付けている。そして多くの場合、保険料は会社、従業員が折半しており、会社の負担は福利厚生の一側面を持っている²²。

²⁰ BITCとは「Business in the Community」の略であり、約850社で構成するイギリスの民間組織である。

²¹ 同じ業種で3,000人以上の従業員で構成する「総合健保組合」という仕組みがある。

²² 実際、健康保険組合連合会の調査では表1の通り、「健保組合の設立・加入の効果」として「健康増進と福利厚生を一体的に取り組むことができている」という回答項目に対し、「非常にそう思う」「そう思う」と答えた健保組合は計83.8%に達しており、他の回答項目と比較しても、「非常にそう思う」「そう思う」という合計では最多となっている。出典：高橋圭一郎(2010)『医療政策と医療保険者に関するアンケート調査』結果からみた健保組合の姿『健康保険』2010年7月号を参照。

もう1つの労働安全衛生法は労働者の安全と健康保持、労働災害の防止を目的としており、労働災害を防ぐ具体的な措置として、機械設備や作業方法の安全化、健康診断の実施などを会社に義務付けている。さらに、従業員50人以上の事業場については、産業医を配置する義務があるほか、2015年12月施行の改正労働安全衛生法でも従業員が感じているストレスの状況などを簡易的に把握する「ストレスチェック」が義務付けられた。

両者に共通しているのは従業員の参画を意識している点である。具体的には、図4の通り、健保組合は経営者（事業主）と従業員（被保険者）の代表で構成する「組合会」が保険料の水準などの方針を決定し、原則として保険料を労使で折半する枠組みになっている。言い換えると、経営者と従業員による自治を仕組みとして内在している²³。

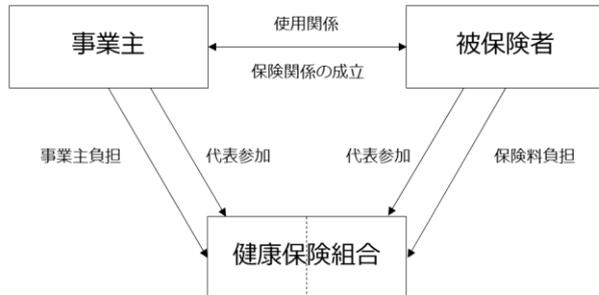
労働安全衛生法についても、労使協力の枠組みを想定しており、表1の通りに安全対策などを話し合う「安全委員会」、衛生環境の改善策などを協議する「衛生委員会」を組織する際、従業員と経営者の代表で構成するよう求めている²⁴。労働安全衛生法の場合、実施義務は経営者サイドに課されるため、経営者と従業員の自治をベースとした健保組合と違う面があるが、制度の基本的な考え方として労使協力を想定している点を指摘できる。

このほか、保険者、産業医などの専門職、金融機関なども重要な関係者であり、

健康経営の取り組みを充実させる上では、こうした関係者との連携が重要になってくると考えられる。

以下、関係する制度・政策を踏まえつつ、経営者、従業員など関係者ごとに役割や留意点を整理する²⁵。そのことを通じて、経営者が健康経営を進める際の論点が浮き彫りになると考えている。

図4：事業主、被保険者と健康保険組合の関係



出典：島崎謙治（2015）『医療政策を問いなおす』ちくま新書pp140-141を基に作成

表1：安全委員会、衛生委員会の構成や内容

	安全委員会	衛生委員会
委員の構成	<ul style="list-style-type: none"> 総括安全衛生管理者または事業の実施を統括管理する者など（1人） 安全管理者※ 労働者（安全に関する経験を有する者）※ 	<ul style="list-style-type: none"> 総括安全衛生管理者または事業の実施を統括管理する者など（1人） 衛生管理者※ 産業医※ 労働者（衛生に関する経験を有する者）※
主な調査審議事項	<ul style="list-style-type: none"> 安全に関する規程の作成に関すること 危険性または有害性などの調査及びその結果に基づき講ずる措置のうち、安全に係るものに関する事 安全に関する計画の作成、実施、評価及び改善に関する事 安全教育の実施計画の作成に関することなど 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生に関する規程の作成に関すること 衛生に関する計画の作成、実施、評価及び改善に関する事 衛生教育の実施計画の作成に関すること 定期健康診断などの結果に対する対策の樹立に関する事 長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策の樹立に関する事 労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関する事
対象の事業場、業種	<ul style="list-style-type: none"> 常時使用する労働者が50人以上の事業場で、林業、鉱業、建設業、製造業の一部（木材・木製品製造業、化学工業、鉄鋼業、金属製品製造業、輸送用機械器具製造業）、運送業の一部種（道路貨物運送業、港湾運送業）、自動車整備業、機械修理業、清掃業 常時使用する労働者が100人以上の事業場で、上記以外の製造業、運送業、電気業、ガス業、熱供給業、水道業、通信業、各種商品卸売業・小売業、家具・建具・しゅう器など卸売業・小売業、燃料小売業、旅館業、ゴルフ場業 	<ul style="list-style-type: none"> 常時使用する労働者が50人以上の事業場
その他	<ul style="list-style-type: none"> 毎月一回以上開催すること 委員会における議事の概要を労働者に周知すること 委員会における議事で重要なものに係る記録を作成し、これを3年間保存すること 	

出典：厚生労働省資料を基に作成

注：メンバーは事業者が指名するが、「※」に記した者のうち半数については、労働者の過半数で組織する労働組合などの推薦に基づき指名する必要がある。

アンケートは複数回答可、「健康増進と福利厚生を一体的に取り組むことができている」という設問項目に答えたのは1,303組合。

²³ このほか、事業主や従業員、医師などの専門職が保健事業の在り方などを話し合う「健康管理事業推進委員会」、保健事業の周知などを図る「健康管理委員」という枠組みがある。なお、仕組みとして自治が成り立ったとしても、これらの実施率を含めて、「健保組合の意思決定など運用面でどこまで従業員の参加が担保されているか」という点は別途、検証する必要がある。

²⁴ 安全委員会と衛生委員会は統合することが可能。

²⁵ 健康保険法では「事業主」「被保険者」、労働安全衛生法では「事業者」「労働者」といった言葉が使われるが、以下では原則として「経営者」「従業員」で統一する。

2 | 経営者

まず、会社を経営する経営者の役割である。会社の一義的な役割は業績・利益の極大化であり、会社の大宗を占める株式会社の場合、経営者は株主に責任を持っている。そして先に触れた通り、健康経営が「会社が経営戦略の一環として健康づくりに取り組む→従業員の活力向上→会社の生産性向上や組織の活性化→業績向上や株価上昇」という論理構造に立つとすれば、健康経営は経営戦略の一環として実施される一種の「投資」になる。このため、経営者としては、従業員の健康づくりが何らかの形でリターンを生み出す可能性を株主に説明する必要がある。この点については、BITCモデルが経営上のメリットとして、「より良いブランドイメージ」「高い生産性」を挙げている点とも符合する。

なお、繰り返しになるが、その際には医療費適正化だけではなく、プレゼンティーズムの解消を目指すようなメンタルヘルス対策、職場の環境づくり、勤務形態の見直しなどが求められる。特にプレゼンティーズム対策については、経営者の責任として、従業員の勤務状況や健康上の不安などを把握するとともに、健康や働き方、周囲との環境など従業員の個別性に配慮しつつ、そこから浮かび上がる課題を解決する努力が必要となる。

3 | 従業員

職場の健康づくりを進める際、従業員の主体的な参加も必要になる。健康経営の英訳が「健康と生産性の管理」であることを考えると、会社の生産性向上は重要な目的だが、健康経営で実施される対策について、従業員の理解や協力、支持を得られなければ、経営者サイドの空回りになる危険性がある。そして労使協力の重要性については、既存制度の枠組みを通じて先に説明した通りである。

その際、「従業員とは誰なのか」も意識する必要があるだろう。労使協調の枠組みを内在させた健康保険法や労働安全衛生法で想定している「従業員代表」とは通常、労働組合を指すが、非正規雇用者は労働組合に加入していないことが多く、非正規雇用者の意見が反映されにくい側面がある。これは健康経営の対象者が正規雇用者に限定される可能性を示唆している。

実際、2017年版労働安全衛生調査（実態調査）によると、ストレスを相談できる人の有無を尋ねる設問を就業形態別に整理したところ、相談できる相手に「上司・同僚」を挙げた正社員は79.1%に及ぶが、契約社員は72.5%、パートタイム労働者が69.8%、派遣労働者は60.4%にとどまっている（複数回答可）。

同様の指摘は社会疫学の研究でも見られる。具体的には、裁量性の高い仕事に従事している人よりも、自らの判断や裁量で働きにくい人の方が不健康という結果²⁶が出ており、もし相対的に立場の弱い非正規雇用者の利益を考慮しなければ、不公平のそしりを免れない恐れがある。

もちろん、一概に非正規雇用者と言っても類型は様々であり、業種や規模、働き方などで事情が異なるが、給与水準や雇用条件、働き方などで不利な条件に置かれがちな非正規雇用者を「従業員」の枠組みとして想定しないのであれば、「有利な人に手厚く、不利な人に薄い」という逆立ちした姿にな

²⁶ 有名なのはイギリスの公務員の健康格差に関する「Whitehall 研究」である。社会保障の給付水準や失業リスクの低さなど条件が近いにもかかわらず、高い地位の人の疾病・死亡リスクは低い人よりも低かった。仕事を自らの裁量や判断で決められる「コントロール度」の差が影響していると結論付けられており、社会的地位が高いと健康状態が良い状態を指して「社会的勾配」と呼ばれる。Michael Marmot (2015) “The Health Gap” [栗林寛幸監訳 (2017) 『健康格差』日本評論社]、Michael Marmot (2004) “The Status Syndrome” [鎮森定信・橋本英樹監訳 (2007) 『ステータス症候群』日本評論社] を参照。

りかねない。

4 | 保険者

近年、会社と保険者の連携による健康経営は「コラボ・ヘルス」として注目されており、保険者の役割も整理する必要がある²⁷。その際、日本の医療保険制度が年齢・職業ごとに細分化されている点を念頭に入れる必要がある。

まず、大企業の従業員を対象とした健保組合の場合、先に触れた通りに労使による自治を想定している。言い換えると、労使協力の枠組みとして取り組みを進められるメリットがある。さらに、健保組合は保険料を徴収・管理したり、保険料の水準を決定したりするだけでなく、メタボ健診を含む従業員の健康データを持っており、医療費適正化を果たす上で健保組合の役割は見逃せない。健保組合の強みとして、会社では手が届きにくい被扶養者を被保険者としてカバーしている点も指摘できる。

しかし、健保組合を持っている会社は僅かであり、それ以外の会社では協会けんぽが保険者としての役割を果たす必要がある。実際、2008年度から都道府県化された協会けんぽは都道府県の支部単位での活動を活発化させており、地元自治体や中小企業、関係団体と協定を締結している。

自営業者などを想定した国民健康保険の役割も無視できない。雇用形態の多様化を受けて、国民健康保険の加入者のうち、34.0%は「被用者」が占めている。そして、この多くはいわゆる非正規雇用者と見られ、健保組合や協会けんぽだけを保険者と見なした場合、国民健康保険に加入している非正規雇用者が枠組みから漏れる危険性に留意する必要がある。

5 | 専門職

従業員の健康づくりを進める上で、医師など専門職のアドバイスは欠かせない。例えば、会社内の医務室や診療所、会社が設置する病院などで勤めている医師や看護師、会社の依頼を受けている嘱託医、社員食堂などで給食管理や栄養管理に当たる管理栄養士や栄養士、産業保健師が想定できる。

このうち、従業員50人以上の事業場などに配置が義務付けられている産業医の役割は大きい。具体的には、先に触れた衛生委員会では産業医の参加が想定されているほか、2006年の改正労働安全衛生法は長時間勤務に従事した労働者に対し、産業医による面接指導を受けることが義務付けられた。

このほか、保健師は約3,100人、看護師は約4,800人が事業所に勤めているという²⁸。こうした各専門職の知見やノウハウを引き出すことが健康経営のポイントの一つになるとと思われる。

6 | 行政(国、自治体)

健康経営の取り組みは会社の自主性を基本としつつも、国や自治体の役割も見逃せない。現在のよう先進的な会社の表彰、先進事例の情報提供・情報共有などを通じて、健康経営に取り組もうとする機運を醸成することは一つの役割と言える。

中小企業への支援も一定程度、必要になる。例えば、産業医の配置義務やストレスチェックについ

²⁷ 高齢者医療費の負担問題を含む医療制度改革の流れとして、保険者の制度改革を別途議論する必要があるが、ここでは現行制度をベースにしつつ、健康経営との関わり方を論じる。

²⁸ 厚生労働省(2016)「衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」を参照。

ては、従業員 50 人以上の事業場が対象であり、中小企業は対象外であるため、こうした機能については、行政に期待される面がある。実際、独立行政法人労働者健康安全機構が設置している「地域産業保健センター」が (1) 長時間労働者への医師による面接指導の相談、(2) 健康相談窓口の開設、(3) 個別訪問による産業保健指導の実施、(4) 産業保健情報の提供——などに従事するとしており、産業医の機能を代替していると言えるであろう。

このほか、中小企業への支援という点では、国よりも現場に近い自治体の方が取り組みやすい側面もあるだろう。健康経営に取り組んでいる会社を対象に、自治体の入札基準を高く評価するなどのインセンティブを設定することも選択肢の一つかもしれない²⁹。

7 | その他

このほかのステークホルダーとして、金融機関も重要である。その先例として、日本政策投資銀行（以下、DBJ）を挙げることができる。DBJ は独自の評価システムで健康経営に関する優れた企業を評価・選定し、その評価に応じて融資条件を設定する「DBJ 健康経営（ヘルスマネジメント）格付」融資を 2012 年から実施している³⁰。同様の取り組みは既に地方銀行、信用金庫、信用組合に広がっており、こうした取り組みは健康経営を一種の社会規範とする上で重要な取り組みと言える。

金融市場との関係では、東京証券取引所（以下、東証）が経済産業省と連携しつつ、「健康経営銘柄」を選定しているのも健康経営に関する株式市場の規範作りを目指していると言える。例えば、東証のウェブサイト³¹を見ると、「従業員の活力や生産性の向上等、組織の活性化がもたらされ、中長期的な業績・企業価値の向上の実現が期待されます」としているほか、長期的な視点でも「魅力ある企業」として紹介することを通じて、健康経営に取り組む企業が社会的に評価されることを目指すとしている。

健康経営と会社の業績、株価の相関関係、因果関係については一層の分析を要するが、こうした規範が市場や投資家の間に広がれば、健康経営に取り組む会社の株価が安定化し、資金調達が容易になるメリットも期待できる。

5 — おわりに

以上、健康経営への関心が高まった経緯や背景、プレゼンティーズム対策の重要性、そして健康保険法や労働安全衛生法などに沿って関係者の役割を再整理した。もちろん、健康経営は既存の枠組みを超えて進める必要がある。もし考え方や会社の取り組みが既存の制度にとどまるのであれば、「新しい」とは言えなくなるためである。さらに、求められるのは企業の創意工夫である。本レポートの締め括りとして、健康経営の「原点」となる考え方を提示したい。

明治期以降、近代化を進めた日本で最初に勃興した産業の一つは紡績業だった。しかし、紡績工場

²⁹ 同様の取り組みは環境や障害者の分野で導入されている。ただし、一般競争入札の実施を定めた WTO（国際貿易機構）の政府調達協定との整合性を図る必要がある。

³⁰ 日本政策投資銀行ウェブサイト 2012 年 3 月 8 日「花王(株)に対し、『DBJ 健康経営（ヘルスマネジメント）格付』（最高ランク）に基づく融資を実施」。

https://www.dbj.jp/ja/topics/dbj_news/2011/html/0000009497.html

³¹ 日本取引所グループのウェブサイト 2018 年 2 月 20 日マーケットニュース「『健康経営銘柄 2018』の公表について」。

<https://www.jpx.co.jp/news/1120/20180220-01.html>

で働く「女工」と呼ばれた女性労働者の労働環境は劣悪だった。具体的には、日光が入らない工場、気温 40 度の環境で 1 日 14 時間勤務は当たり前。24 時間稼働している工場では、昼夜シフト制が採用されており、昼ご飯は立って摂るほどの忙しさであった。

このため、相当数の女性労働者が健康を害し、その多くが「国民病」と呼ばれていた結核に感染した。この様子は当時の農商務省による実態調査³²で詳しく公表され、労働時間の制限などを盛り込んだ工場法が 1916 年に施行されるに至った。実は、本レポートで触れた健康保険法や労働安全衛生法の淵源を辿ると、全て工場法に繋がっている。

しかし、政府が工場法施行に乗り出す以前から労働環境の改善に乗り出す経営者がいた。その代表格が鐘紡の武藤山治である³³。武藤は労働者の職場環境の改善を重視し、その方策として、末端の労働者から意見を募る「注意函」を設置しただけでなく、診療所の開設、ドイツのクルップ製鋼会社の実例を模倣した共済組合の整備などに努めた。こうした取り組みについては、当時の紡績業の実態を辛辣に批判した著書『女工哀史』でさえ、「鐘紡（注：の診療所）だけは流石にちょっとほめても差支ない」と認めている³⁴ほどであり、共済組合は 1922 年に制定された健康保険法の淵源の一つとなった。こう考えると、武藤は健康経営の先駆的な存在と言えるかもしれない。

特に、注目したいのは武藤が民間主体の必要性を主張し、健康保険法の制定についても、国家による介入を否定していた点である³⁵。武藤は健康保険法を審議する 1922 年 1 月 16 日の労働保険調査会の席上、以下のように述べている。

民間組合は元来、国家の干渉すべきものに非ざるとの立場を採るものにして、議論の出発点はここに在り。ただ、我が国の現状にては止むを得ず国家の干渉を認めるものにして、もし国家の手を借らずして、実行し得るものあらば、それに委する(注:任せるの意味)がよきなり。

つまり、健康保険の仕組みは民間中心で進めるべきであり、民間市場が弱い日本では「止むを得ず」国家の干渉を認めるが、国家の力が不要と判断される場合に限り、民間の力に頼る方が良いと論じたのである。

この指摘は健康経営にも通じるのではないだろうか。健康経営の取り組みは業種、規模、従業員の働き方などで大きく異なる分、政府が一律に介入、関与することは難しく、企業の自主性が第一に据えられるべきである。従業員など多様な関係者と協力しつつ、その役割や強みを引き出すような形で、企業の経営者が創意工夫を発揮することを期待したい。

³² 犬丸義一校訂 (1998) 『職事情』岩波文庫。発刊は 1903 年。

³³ 武藤山治の足跡などについては、山本長次 (2013) 『武藤山治』日本経済評論社、鐘紡社史編纂室編 (1988) 『鐘紡百年史』鐘紡などを参照。

³⁴ 細井和喜蔵 (1954) 『女工哀史』岩波文庫 p239。発刊は 1925 年。

³⁵ 内務省社会局保険部編 (1935) 「健康保険法施行経過記録」 p162 を参照。