

米国の企業における健康増進・疾病予防に関する取り組みの動向

—ディジーズ・マネジメント、ウェルネス・プログラムを中心として—

目 次

- | | |
|--|------------------------|
| I. 本稿の目的と構成 | IV. ディジーズ・マネジメントの効果が問題 |
| II. 米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革
—企業の目的の変化に焦点を当てて— | となった事例と最近の動向 |
| III. ウェルネス・プログラムの最近の動向 | V. おわりに |

研究員 後藤 愛 主任研究員 久司 敏史

要 約

I. 本稿の目的と構成

本稿は、米国の企業における健康増進・疾病予防の取り組みについて、ディジーズ・マネジメントとウェルネス・プログラムを中心に、その沿革を概観した上で、近年の動向を紹介するものである。

II. 米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革—企業の目的の変化に焦点を当てて—

米国では、1960年代に労働災害の件数が大きく増加したため、企業において、従業員の業務上の怪我、疾病および死亡の予防、職場環境の安全性の向上を目的とした安全性向上プログラムが実施されるようになった。安全性向上プログラムは、現在米国の企業で実施されている健康増進・疾病予防の取り組みの源流の1つである。同じ時期に、一部の大手企業では、従業員の生産性向上を目的とし、フィットネスを中心とした健康増進・疾病予防に関するプログラムを実施するようになっていた。さらに、1980年代には、より多くの企業が従業員の健康増進・疾病予防に取り組むようになってきたとともに、提供するメニューも多様化していった。また、1980年代に入ると、医療費の増加に伴う企業の健康保険料等の負担の増大が企業収益を圧迫するようになったことから、健康増進・疾病予防の取り組みは、医療費増加の抑制対策としての側面が強く意識されるようになった。1990年代後半には、医療費増加の抑制を実現するための一つの試みとして、慢性疾患患者を対象として重症化を予防する取り組みであるディジーズ・マネジメント・プログラムが誕生し、発展した。

III. ウェルネス・プログラムの最近の動向

2000年代後半に入ると、健康増進・疾病予防の取り組みの中でも、健康的な個人をも対象として健康維持・増進を図る取り組みが「ウェルネス・プログラム」と呼ばれて大きな関心を集め、多くの企業が導入するようになった。2010年の調査によると、従業員200名以上で少なくとも一つ以上のウェルネス・プログラムを導入している企業は92%に達している。近年になってウェルネス・プログラムに関心が集まっているのは、医療費増加の抑制に関して、ウェルネス・プログラムの効果への期待がいくつかの研究成果を踏まえて企業の間で高まっていることによる。また、ウェルネス・プログラムが企業に与える効果として、従業員の生産性の向上、従業員満足の向上といった点に注目する企業が増加していることが挙げられる。

IV. ディジーズ・マネジメントの効果が問題となった事例と最近の動向

2000年代後半になると、高齢者向け公的医療保障制度におけるディジーズ・マネジメントの実験プログラムが期待されていた成果をあげられなかったなど、その効果が問題となる事例がいくつか生じた。ディジーズ・マネジメントを提供する事業者の間では、こうした状況も踏まえて、効果測定の高精度化に向けた取り組みや、ディジーズ・マネジメントを統合的な健康増進・疾病予防の取り組みの中に位置づける手法が提唱されるなどの新たな動きが見られる。

V. おわりに

ディジーズ・マネジメントに関しては、その効果について議論が続けられる中で、その手法、実施のあり方は今後も変遷していくものと考えられる。ウェルネス・プログラムに関しては、企業に対する最近のアンケート調査などを見ても、企業における利用が引き続き増加していくものと考えられる。

I. 本稿の目的と構成

当研究所では、米国における健康増進・疾病予防の取り組みである、ディジーズ・マネジメント（以下、「DM」とする。）およびウェルネス・プログラムの調査・研究を継続して行っている。DMは、1990年代後半に誕生・発展した、慢性疾患を発症した患者を対象として、重症化を予防するプログラムである。一方、ウェルネス・プログラムは、2000年代後半から注目されてきている、健康的な個人をも対象とした健康維持・増進を図るプログラムである。

米国の企業においては、長年にわたり、DMやウェルネス・プログラムなど従業員のための健康増進・疾病予防の取り組みを行ってきており¹、その内容はそれぞれの時代背景を反映した企業の目的の変化などを受けて変遷してきている。本稿は、米国の企業における健康増進・疾病予防の取り組みについて、DMとウェルネス・プログラムを中心に、その沿革を概観した上で、近年の動向を紹介することを目的とする。

本稿の構成は以下のとおりである。第II章で、米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革について、その背景を含めて概観する。つづく第III章において、2000年代後半から急速に注目を集めたウェルネス・プログラムについて、その現状を紹介する。第IV章では、1990年代後半に誕生したDMが、近年になり、その効果が問題とされた事例を紹介した上で、最近の動向に

ついて紹介する。最後に、第V章において、今後の健康増進・疾病予防の取り組みに関する見通しについて簡単にふれる^{2,3}。

II. 米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革—企業の目的の変化に焦点を当てて—

本章では、まず、米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革、動向を把握する前提として、米国の医療保障の仕組みを含め、関連する当事者の関係を整理しておく。その上で、企業がどのような目的を持って健康増進・疾病予防に取り組んできたのか、それぞれの時代の社会的背景からどのような変遷を辿ってきたのかについて概観する。

1. 米国の企業における健康増進・疾病予防の取り組みにおける当事者の関係

米国では、公的医療保障制度は、高齢者、貧困層など一部のみを対象としており、日本を含む他の先進国と異なり、国民の大半を対象とする公的医療保障制度が存在しない。したがって多くの人は保険会社⁴の健康保険を利用することになるが、米国においては、企業が保険会社から健康保険を購入し、その従業員とその家族に提供するということが広く行われている。2008年には、全国民の約59%が企業の提供する健康保険などにより、医療保障を得ている⁵。企業が提供する健康保険の保険料は、企業と従

¹ 先進的な取り組みとして、1879年に鉄道車両の製造等を行う企業が実施した従業員向けのフィットネス・プログラムが文献で紹介されている。Chenoweth DH, *“Worksite health promotion (2nd edition)”*, Human Kinetics Books, 2007.

² 本稿では、DM、ウェルネス・プログラムの沿革、動向を概観するという目的から、DM、ウェルネス・プログラムの技術的特徴、具体事例などについては触れていない。これらの事柄に関心のある読者は、田中健司「米国ヘルスケアにおける新たな潮流—米国における Disease Management の発生と展開—」（損保ジャパン総研クォーターリーVol.41、2002年）、後藤愛「米国の企業におけるウェルネス・プログラムの動向」（損保ジャパン総研トピックス Vol.3、2009年）を参照されたい。

³ 本稿の執筆にあたり、米国における取材、文献収集等に関し、米国在住の健康・医療関連のコンサルタントである Gregg L. Mayer 氏の協力を得た。

⁴ 米国において、健康保険を引き受けている組織には、株式会社形態をとる営利企業のほか、非営利の組織もある。また、保険会社、医療プロバイダーの双方の機能を一体的に運営している組織もあるなど多様である。本稿では、これらの組織を総称して「保険会社」との語を用いることとする。

⁵ U.S.Census Bureau, *“Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States :2008”*, Aug. 2009, (visited May 6, 2010), <<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>>.

業員の双方が負担することが一般的となっている。さらに、企業の中には、従業員だけでなく退職者に対しても健康保険を提供している場合がある。

企業を提供主体とする医療保障における当事者は、利用者（企業、従業員）、保険会社、医療プロバイダー（医療機関、医師等）の3者に整理することができ、これらの当事者の間で保険料、医療費、医療サービスがやりとりされる。なお、保険会社の健康保険を購入する代わりに、企業自らが保険会社としての機能を果たして、従業員に医療保障を提供するいわゆる自家保険を採用している企業も大企業を中心として多い。

米国の企業にとって、従業員の医療費の増減は、企業が保険会社に支払う健康保険料などの増減につながり、企業の経費管理に影響を与えることから、経営における重大な関心事となっている。このことは、企業が従業員の健康増進・疾病予防に取り組む大きな動機となっている。

企業が、DM やウェルネス・プログラムなどにより従業員の健康増進・疾病予防に取り組む場合、企業内部の人的、物的資源を利用して実施することもあるが、多くの場合はDM やウェルネス・プログラムを専門的に提供する健康増進・疾病予防サービス事業者に代金を支払い、サービスを委託することになる。現在、米国においては、企業から委託を受けて従業員に健康増進・疾病予防サービスを提供する事業者が数多く存在している。そして、これらの事業者が、サービス開発、サービスの質の向上などの面で競争していることが、特に近年において、米国の企業における健康増進・疾病予防の取り組みの展開の大きな原動力となっている。

一方、保険会社が顧客企業の従業員のために健康増進・疾病予防に取り組む場合もある。保険会社の動機は、顧客企業に対する付帯サービスの提供だけではなく、健康増進・疾病予防サービスの提供により、医療費増加の抑制効果が期待できることにある。保険会社の場合も、企業同様、保険会社内部でサービスの開発、実施を行う場合と、健康増進・疾病予防サービス事業者に委託する場合がある。このように、健康増進・疾病予防サービス事業者は、企業または保険会社の委託先と位置づけることができる。企業を主体とする医療保障の仕組みに関連する当事者と健康増進・疾病予防サービス事業者の関係を《図表1》に示す。

2. 健康増進・疾病予防の取り組みの源流

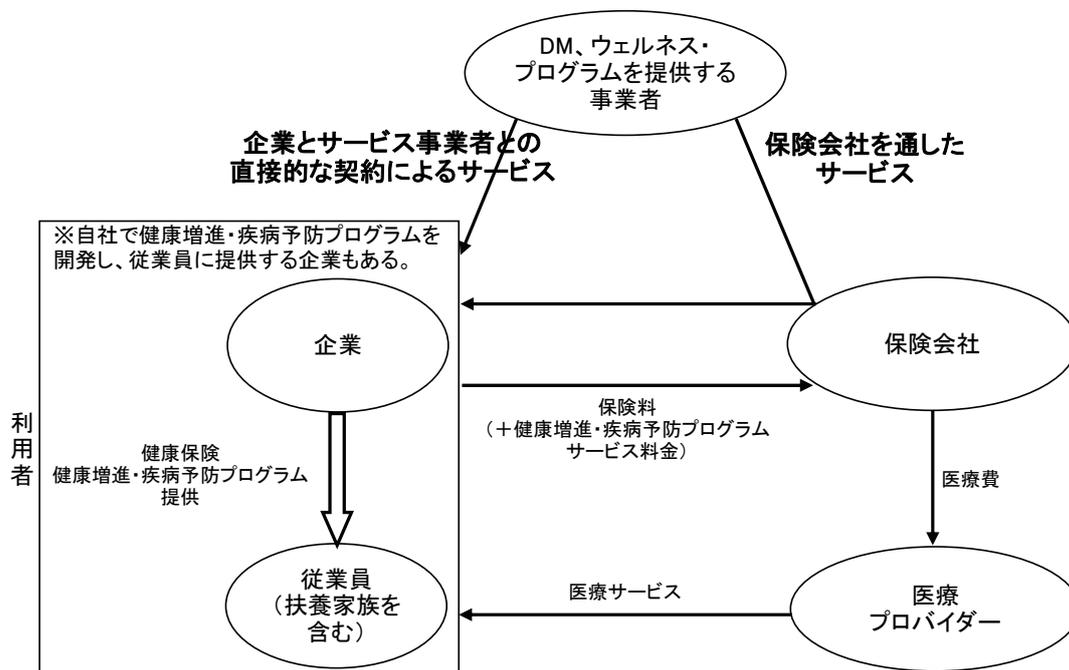
(1) 労働安全対策としての安全性向上プログラム

現在、企業で実施されている健康増進・疾病予防の取り組みの源流の1つとして、安全衛生対策としての安全性向上プログラムがあげられる。企業において労働安全対策の必要性が強く認識されたのは、労働災害の件数が大きく増加した1960年代のことである。労働災害の件数は、1950年代後半の年間180万件から、1960年代後半には年間220万件まで増加した。このうち、身体に障害をきたすような怪我は1950年代と比べて20%増加し、年間およそ14,000人の労働者が業務中に死亡した⁶。こうした状況の中、1960年代には、各企業において、従業員の業務上の怪我、疾病および死亡の予防、職場環境の安全性の向上を目的とした「安全性向上プログラム (Safety Program)⁷」が実施されるようになった。

⁶ United States Department of Labor, "OSHA's 30th Anniversary", (visited Nov. 24), <<http://www.osha.gov/as/opa/osha-at-30.html>>.

⁷ 当時は、業務中に運動をするための休憩時間を定期的に確保するなどの取り組みが実施されていた。現在の安全性向上プログラムは、工場での作業中の怪我の予防プログラム、エルゴノミクス（人間工学。人が自然な動きや状態で使えるよう機械等を設計すること。）を取り入れたプログラム等が実施されている。

《図表 1》米国の企業における健康増進、疾病予防の取り組みに関連する
医療保障の仕組みと健康増進・疾病予防サービス事業者との関係



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

法制面においても、1970年に、連邦法として「1970年労働安全衛生法（Occupational Safety and Health Act of 1970）」が制定されている⁸。1970年労働安全衛生法は、それまでに州ごとに制定されていた労働安全衛生法制に対して、全米レベルの統一的な基準を制定することを目的としたものであった。1970年労働安全衛生法は、企業に対し、「労働者が死亡または身体的危害にさらされないような雇用および雇用の場所を提供すること」を義務づけ、義務に違反した場合の罰則規定を設けている⁹。また、1970年労働安全衛生法に基づく労働安全衛生基準の策定および執行を所管する機関として労働安全衛生庁（Occupational Safety and Health Administration）が設立された。さら

に、専門の調査研究機関である国立労働安全衛生研究所（National Institute for Occupational Safety and Health）が設立され、労働安全衛生に関する政府機関の整備が図られた¹⁰。1970年労働安全衛生法は、安全性向上プログラムの促進のための施策の実施も提唱しており、企業の安全性向上プログラムの取り組みを促す機能を果たした。安全性向上プログラムは、現在においても、企業の健康増進の取り組みの主要なプログラムとなっている。

つづいて、1979年には、米国厚生省（Department of Health and Human Services）が「Healthy People」という国民的健康政策を打ち出した。Healthy Peopleは、健康に影響を及ぼすリスク要因に着目し、個人の生活

⁸ United States Department of Labor – Occupational Safety and Health Administration, “About OSHA”, (visited Jul. 26, 2010), <<http://www.osha.gov/about.html>>.

⁹ 1970年労働安全衛生法の邦語訳は、国際安全衛生センターによる仮訳を参照した。

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention – The National Institute for Occupational Safety and Health, “About NIOSH”, (visited Jul. 26, 2010), <<http://www.cdc.gov/niosh/about.html>>.

習慣を改善することによる健康増進に重点が置かれている¹¹。1970年代に政府が講じたこれらの対策は、企業における健康増進・疾病予防に対する意識を高めることに貢献した¹²。

(2) 生産性向上プログラム

企業が労働安全対策として安全性向上プログラムに取り組んでいた1960年代から1970年代、一部の大手企業では、フィットネスを中心とした健康増進・疾病予防に関するプログラムを実施するようになっていた¹³。当時のプログラムは、企業内にジムを設立し、インストラクターやマッサージ師を配置するというものであった。ただし、ジムを利用できるのは従業員の中でも上層部に限られており¹⁴、こうしたプログラムは、主にマネジメント層の健康度の向上と精神的ストレスの解消を図ることによる生産性の向上を目的としていた¹⁵。

さらに、1980年代になると、より多くの企業が従業員の健康増進・疾病予防に取り組むようになるとともに、提供するメニューもフィットネスだけでなく、禁煙、食事改善、体重管理、ストレス・マネジメント、腰痛ケア、昼食時間を利用した健康教育セミナー、妊産婦の健康管理などの様々な健康リスクを対象とするように

なった。また、この頃には上層部に限らずあらゆる職層の従業員を対象とするようになっていった¹⁶。

こうしたプログラムにより、従業員の健康増進・疾病予防に取り組んでいた大手企業の多くは、プログラムの内容を変えながらも現在に至るまで継続的にプログラムを実施してきている。

3. 医療費増加の抑制対策としての健康増進・疾病予防の取り組みの発展

1980年代に入ると、医療費の増加に伴う企業の健康保険料等の負担の増大が企業収益を圧迫するようになり、医療費増加の抑制が企業経営にとって重要な課題として認識されるようになってきた。これにより、健康増進・疾病予防の取り組みは、医療費増加の抑制対策としての側面が強く意識されるようになる。

(1) 医療費の増加

米国の医療費を示す代表的な統計であるNational Health Expenditure¹⁷は、1960年の275億ドルから、1970年には749億ドル、1980年には2,534億ドルと医療技術の進歩、高齢化などを理由として急速に増加した¹⁸。医療費の増加は各企業が保険会社に支払う健康保険の保

¹¹ Healthy People は10年ごとに計画が改訂されており、1990年に Healthy People 2000、2000年に Healthy People 2010 が提出されている。Healthy People 2010 では、従業員50名以上の企業において包括的なヘルス・プロモーション・プログラムを提供する企業を75%に、企業が提供するヘルス・プロモーション・プログラムの参加率を75%にすることが目標として定められている。

¹² Chenoweth DH, *supra*.

¹³ Thomas Jefferson 大学公衆衛生学部の上級研究員等を務める James B. Couch 医師に対するインタビューによる。

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention, “*Worksite Health Promotion: Principles, Resources, and Challenges*”, Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy VOLUME 7: NO. 1 JANUARY 2010.

¹⁵ James B. Couch 医師に対するインタビューによる、前掲注13。

¹⁶ Chenoweth DH, *supra*.

¹⁷ National Health Expenditure は、メディケア、メディケイドの運営を行う連邦政府の機関 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) によって毎年公表されている医療費に関する網羅的な統計である。National Health Expenditure は、「米国におけるヘルスケアに関するすべての支出を含む」とされ、病院、医師、ナーシングホーム、在宅医療等の医療プロバイダーに対する支出や、医療用品の小売販売の売り上げ、公的部門・民間部門における保険料、管理費、公的部門による公衆衛生に関する費用等の合計である (CMS, “*National Health Expenditures Accounts: Definitions, Sources, and Methods, 2008*”, p.4, (visited Mar.17, 2010),

<<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/dsm-08.pdf>>.)。

¹⁸ CMS, “*NHE Web Tables*”, (visited Dec. 24, 2010),

<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage>.

険料負担の増大をもたらすこととなり、1965年から1980年までの15年間で、米国の企業が負担する健康保険料は8.3倍に増加した¹⁹。こうして、1980年代に入ると、医療費増加の抑制が、企業の課題となっていった。特に、労働組合が強く、従業員に対して手厚い医療保障を提供していた、大手の鉄鋼、自動車、半導体等の製造業において、医療費増加の抑制は大きな課題となった。これらの企業は、現職従業員だけでなく、退職者に対しても医療保障を提供していたことから、退職者の増加に伴う健康保険料等の負担増加に直面することとなった。同時に、従業員の高齢化が進行し、これに伴う慢性疾患患者の増加も、健康保険料等の負担増加を引き起こすこととなった。また、日本、欧州の有力企業が世界市場に進出し、米国企業の強力な競合相手となってきた。そのため、大手の鉄鋼、自動車、半導体等産業を中心とする多くの米国企業にとって、健康保険料等の負担を製品価格

の引き上げなどによって吸収することが困難となってきた。こうして、一部の大手企業にとって、国際競争力の向上の観点からも、医療費増加の抑制が大きな課題となった²⁰。

1980年代に健康増進・疾病予防の取り組みとして、自動車業界において心疾患につながる高血圧に関するアセスメントが実施されるようになった。また、この頃から、健康増進・疾病予防に関するプログラムの医療費増加の抑制効果に対する可能性を検討する企業が出てきた²¹。

(2) マネジドケアの発展

前述した状況の中で、加入者に対する医療サービスの提供に保険会社から一定の制約を課す「マネジドケア型健康保険プラン」が、医療費増加の抑制や健康保険の保険料負担の軽減につながるとして、企業の注目を集めるようになった。

<コラム>米国における健康保険プランの類型

米国の健康保険プランは、インデムニティ型とマネジドケア型に類型化できる。インデムニティ型とマネジドケア型を単純化し、図示したものが《図表 A1》である。インデムニティ型では加入者が保険会社、医療プロバイダーをそれぞれ自由に選択できる。保険会社から医療プロバイダーへの支払いは出来高払いによって行われ、医療関連の情報は医療プロバイダーが独占するという、医師の自由裁量を最大限に尊重したものである。保険会社の機能は、単なる保険料請求や給付事務にとどまる。

一方、マネジドケア型では、保険会社は、自ら選別した医療プロバイダーとマネジドケア契約を締結してネットワークを構築しており、加入者は保険会社、医療プロバイダーをネットワーク単位で選択する。保険会社から医療プロバイダーへの支払いは人頭払い²²の場合が多い。保険会社は、加入者から医師、病院へのアクセスの制限や、医療プロバイダーの診療内容・診療期間に関する管理を行う。

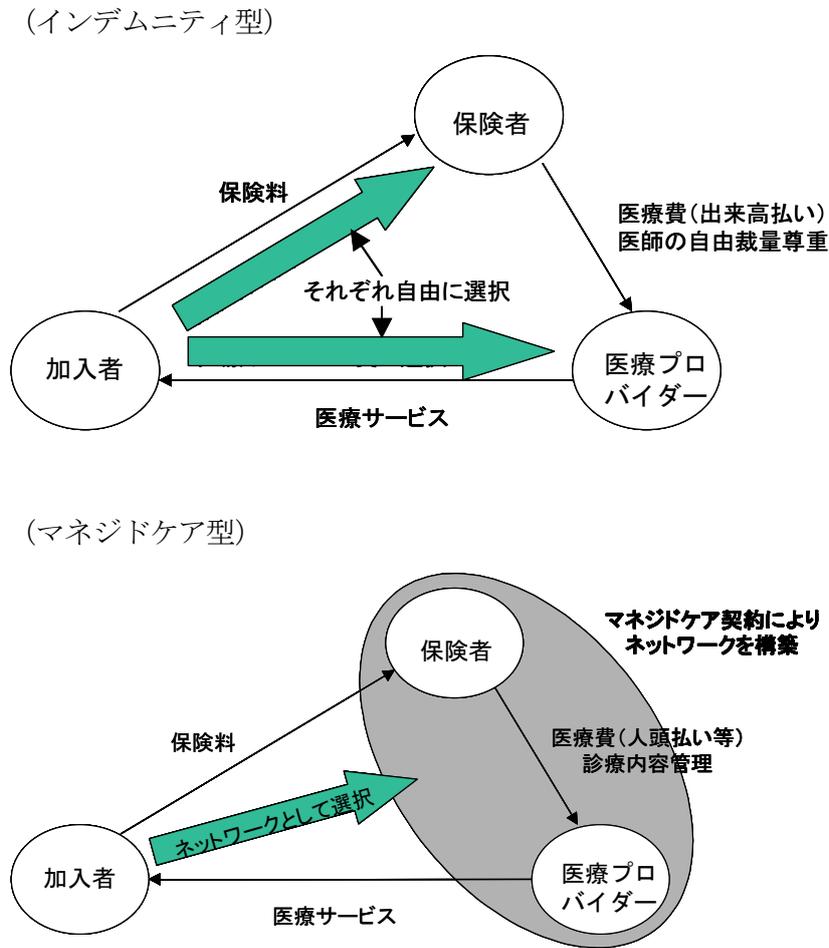
¹⁹ 松山幸弘「アメリカの医療改革 日本は何を学ぶべきか」1994年。

²⁰ 朱賢「アメリカ医療保険制度の展開過程（1950-1991）-1949年国民皆保険運動挫折後における医療保険制度の発展と動揺-」社会システム研究、2010年3月。

²¹ Journal of Employee Assistance, "The definition and core practices of wellness", Aug, 2003, (visited Nov. 26, 2010), <http://www.awlp.org/awlp/pub/nwfm_Definition_Practices_Wellness.pdf>.

²² 医療サービスの提供に伴い実際に発生した費用をベースとして医療費を支払うのではなく、加入者（患者）1人につきいくらか支払うかについて取り決めた上で、加入者（患者）の数に応じた一定額を前払いする方式。Sheryl Tatar Dacso et al., "Managed Care Answer Book, 3rd Ed.", Panel Publishers, 1999, pp.GL-42・43.

《図表 A1》インデムニティ型、マネジドケア型における加入者、保険会社、医療プロバイダーの関係



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

(3) ディジーズ・マネジメント (DM) の誕生・発展

マネジドケア型健康保険プランは、医療費増加の抑制効果というメリットから 1980 年代に急速に発展したが、加入者側も医療プロバイダー側も選択の自由が制限され、また、医療費増加の抑制を優先することにより医療サービスの質の問題が発生した。こうした問題のうち、医療サービスの質の問題を克服しつつ、医療費増加の抑制を実現するための一つの試みとして 1990 年代に登場したのが、慢性疾患患者を対象として重症化を予防する取り組みである DM プログラムである。

DM プログラムとは、糖尿病、喘息、冠動脈

疾患など慢性疾患患者を対象とし、医療プロバイダーによる診療の手順を極力標準化する一方、患者の自己管理に関する教育を通じて行動変容を促し、医療資源利用の効率性の向上・医療サービスの質の向上を図るとともに、患者の健康レベルおよび生活の質の向上も図る取り組みである。DM の取り組みとして糖尿病を例に挙げると、企業の中で、糖尿病に罹患した従業員と罹患している可能性が極めて高い従業員で構成される集団を対象に、重症度に応じて食事、運動等の生活習慣の改善を目的とした働きかけや薬を正しく服薬するよう指導が実施されるというものである。

DM プログラムは、医療費増加の抑制対策に

その主眼がおかれたこともあり、保険会社が実施主体となって、顧客企業の従業員にプログラムを提供する形態が一般的である。また、実際のプログラム開発・運営は、保険会社から委託を受けたDM事業者²³が実施するケースが多い。1990年代後半、多くのDM事業者がベンチャー企業として創設され、2000年代には、DMの普及に伴い経営統合が進み、事業者の大規模化が進展した。大手のDM事業者の中には、最大手社であるHealthwaysのように株式公開を行った企業もある。

なお、1990年代以降、多くの保険会社がDMプログラムを採用し、顧客企業にプログラムの提供を行っていたが、企業では、従来からの、健康的な者をも対象としたフィットネス、食事改善等のプログラムを継続して実施するところも多く、1980年代からの健康増進・疾病予防の

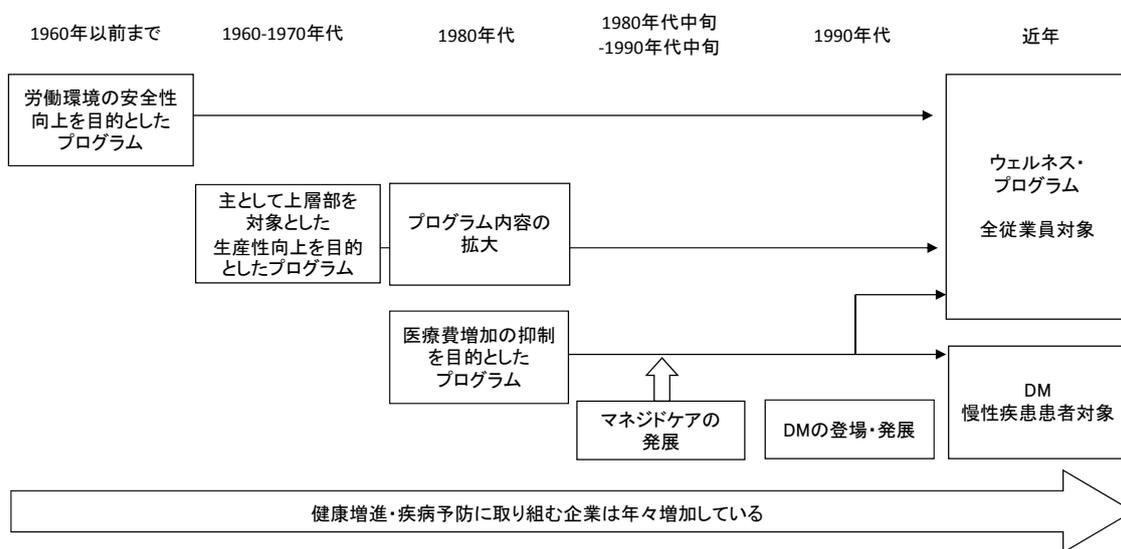
取り組みが、DMプログラムに代替されたわけではない²⁴。

《図表2》は、これまで述べてきた企業による健康増進・疾病予防の取り組みの沿革を簡単にまとめたものである。

Ⅲ. ウェルネス・プログラムの最近の動向

2000年代後半に入ると、健康増進・疾病予防の取り組みの中でも、健康的な個人をも対象とした健康維持・増進を図る取り組みが「ウェルネス・プログラム」と呼ばれて大きな関心を集め、多くの企業が導入するようになってきた²⁵。ウェルネス・プログラムの関心の高まり方について、2008年に発行されたDMに関する専門誌では、「健康増進は新しい話題ではなく昔から取り組まれているが、ここ2～3年(2005～2006年)で急速に『ウェルネス・プログラム』とし

《図表2》 企業の健康増進・疾病予防の取り組みの沿革



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

²³ 本稿では、DMプログラムの提供を主たる業務とする事業者を指す場合、健康増進・疾病サービス事業者と区別する意味で、DM事業者との用語を用いる。

²⁴ James B. Couch 医師に対するインタビューによる、前掲注13。

²⁵ ヘルス・プロモーション・プログラムまたはプリベンション・プログラム (Prevention Program) という用語もほぼ同義で使われているが、「ウェルネス・プログラム」と記載されることが多い。

て着目され、拡大してきた」と紹介されている²⁶。2010年にThe Kaizer Family Foundationが実施した調査²⁷によると、従業員200名以上で少なくとも1つ以上のウェルネス・プログラムを導入している企業は92%に達している。

ウェルネス・プログラムとして実施されている各種プログラムは、1980年代に一部の大手企業が導入していたフィットネス、禁煙、食事改善、体重管理、ストレス・マネジメント、腰痛ケア、昼食時間を利用した健康教育セミナー、妊産婦の健康管理などであり、プログラムのメニューは大きく変わっていない。しかし、現在のウェルネス・プログラムを特徴付けているのは、各種プログラムが《図表3》に示すマネジメント・プロセスに従って実施されていることである。はじめに集団全員を対象としてヘルス・リスク・アセスメントと呼ばれる健康リスクを評価するアンケート調査を実施する。ヘルス・リスク・アセスメントの結果から従業員個人および集団のリスクを特定し、個々人のリスクに適したプログラムの提供が行われ、また、

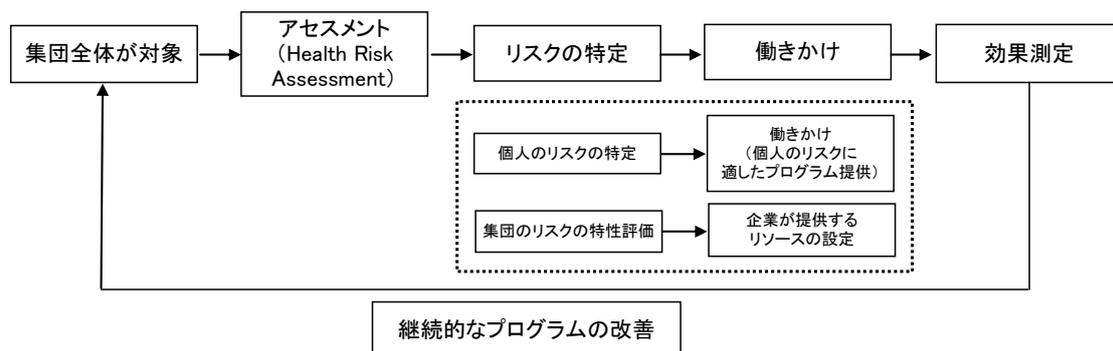
集団のリスク特性から企業が提供するプログラムの設定が行われる。通常1年を単位として効果測定を実施し、継続的なプログラムの改善が図られる。

近年になってウェルネス・プログラムに関心が集まっているのは、医療費増加の抑制に関して、ウェルネス・プログラムの効果への期待がいくつかの研究成果を踏まえて企業の間で高まっていることによる。また、ウェルネス・プログラムが企業に与える効果として、従業員の生産性の向上、従業員満足度の向上といった点に注目する企業が増加していることが挙げられる。

1. ウェルネス・プログラムの医療費増加の抑制効果に対する期待の高まり

近年、ウェルネス・プログラムの医療費増加の抑制効果を示す研究成果が報告されてきている。ウェルネス・プログラムの経済的効果を検討した22の論文の結果を検証した研究²⁸では、1ドルのウェルネス・プログラムへの投資に対し、3.27ドルの医療費増加の抑制効果があると

《図表3》ウェルネス・プログラムの基本プロセス



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

²⁶ hcPro, "Disease Management Advisor", Vol.14, No.1, January 2008.

²⁷ The Kaizer Family Foundation, "Employer Health Benefits 20010 Annual Survey", (visited Nov. 22, 2010), <<http://ehbs.kff.org/>>.

²⁸ Katherine Baicker, David Cutler, and Zirui Song, "Workplace Wellness Programs Can Generate Savings", Health Affairs, 29(2), Feb. 2010.

いう結果となっている。また、健康・医療関連の調査・情報提供を行っている非営利団体 Center for Health Value Innovation が実施した調査では、従業員の健康増進を経営上の戦略と位置づけてウェルネス・プログラムを導入・実施している企業において、最近の 3~4 年間の医療費の増加率は年 4%と、米国全体の医療費の増加率である年 8-10%の半分の値であるという調査結果を示している²⁹。

以上のような研究・調査結果が示されていることもあり、企業においても、その効果への期待が高まっている。大企業で構成され、ヘルスケアに対する取り組みを推進している National Business Group on Health (以下、「NBGH」とする。)が 2008 年に行った調査では、「医療費増加の抑制に最も効果的な取り組みは DM プログラムである」と回答した企業は 8%であるのに対し、「ウェルネス・プログラムである」と回答した企業は 32%となっている³⁰。

2. 従業員の生産性の向上

近年、従業員の健康状態や生活習慣と生産性との関連性についての研究成果が頻りに発表されるようになり、多くの企業がその効果に注目

するようになった。主要な慢性疾患の医療費、薬剤費および生産性低下 (アブセンティーズム (Absenteeism)³¹およびプレゼンティーズム (Presenteeism)³²) の費用の大きさについて、57,666 名の従業員を対象として調査し、比較した結果が《図表 4》である³³。この図表では、常勤従業員 1,000 名当たり費用合計金額の上位 10 疾患について示されている。どの疾患も、医療費および薬剤費に比べ、アブセンティーズムおよびプレゼンティーズムの費用が大きいことが示されている。一方、ウェルネス・プログラムによる従業員のアブセンティーズムの抑制効果を検討した 25 論文を検証して分析を行った研究³⁴では、ウェルネス・プログラムの実施によって、平均してアブセンティーズムによる費用が 26.8%減少することが認められた。

以上のような研究の成果を背景として、企業は、アブセンティーズムの抑制効果に注目し始めている。2010 年に The Kaizer Family Foundation が実施した、従業員 200 名以上の企業に対する調査によると、ウェルネス・プログラムを導入する主な理由として、「医療費増加の抑制」と回答したのは 28%であるのに対し、

²⁹ Center for Health Value Innovation が実施した会員向けのオンライン調査であり、32 の会員企業より回答があった。Cyndy Nayer, Jan Berger and Jack Mahoney, "Wellness, Hard to Define, Reduces Trend up to 4 Percent", POPULATION HEALTH MANAGEMENT Volume 13, Number 2, 2010.

³⁰ National Business Group on Health, "Large Employers' 2009 Health Plan Designs Results from the National Business Group on Health's Annual Survey", (visited Sep. 1, 2010), <<http://www.businessgrouphealth.org/members/secureDocument.cfm?docID=1427>>.

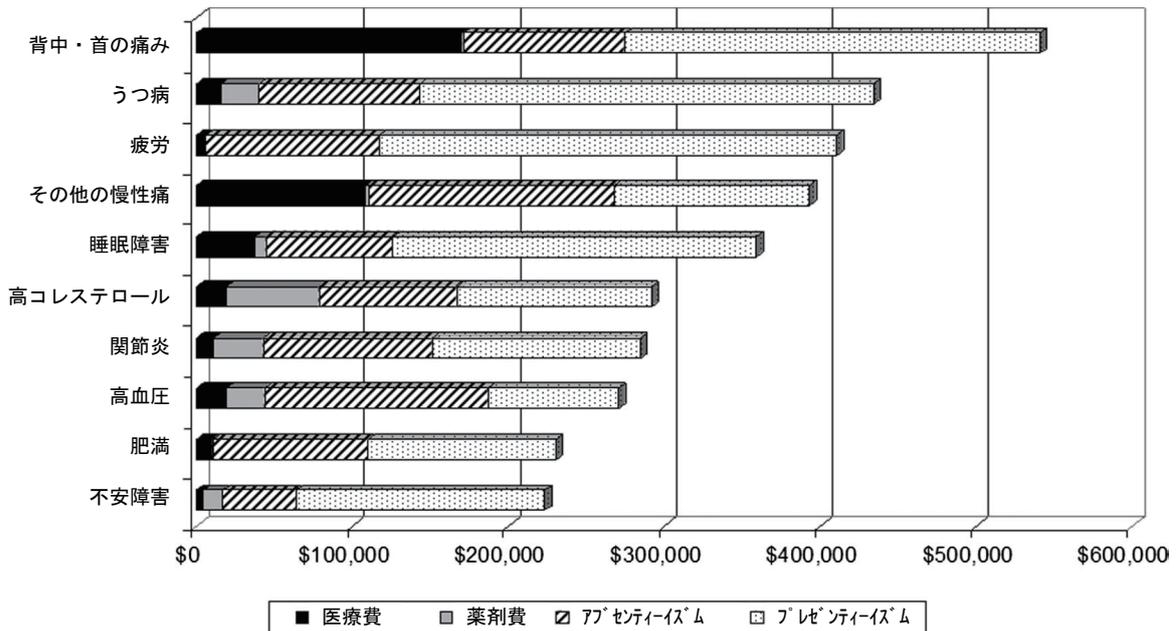
³¹ アブセンティーズムとは、従業員の欠勤を指し、一般には、従業員が頻りに、または、常習的に欠勤する状況 (健康状態が原因の場合も多い) をいい、まれで不規則な欠勤は当てはまらない。DMAA, National Association of Manufacturers "Wellness, Disease and Care Management: Background for Developing a Business Strategy An Employer Toolkit", (visited Jan. 8, 2008), <http://www.dmaa.org/news_releases/2007/pressrelease_091907.asp>.

³² プレゼンティーズムとは、出勤はしているが、健康上問題があるために職場で最善の生産性をあげられない従業員の状態をいう。DMAA, National Association of Manufacturers, *Ibid*.

³³ Ronald Loeppke, et al., "Health and Productivity as a Business Strategy", *Journal of Occupational Environment Medicine*, 49, 2007, pp.712-721. 医療費と薬剤費は調査時点前 12 ヶ月間の健康保険に対する保険金請求データから集計し、各従業員の健康状態 (慢性疾患)、アブセンティーズム、プレゼンティーズムの把握には、"Health and Work Performance Questionnaire" と呼ばれる自記式の質問票を使用した。4 企業 57,666 名の従業員のうち、HPQ に回答した 15,380 名を分析対象としている。論文の内容については、矢倉尚典、川端勇樹「米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組み」(損保ジャパン総研クォーターリーVol.49、2007 年)を参照のこと。

³⁴ Larry S. Chapman, "Meta-Evaluation of Worksites Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update", *The Art of Health Promotion* July/August 2005.

《図表 4》常勤従業員 1,000 名当たり医療費・薬剤費・アブセンティーズム・プレゼンティーズムの費用合計金額の上位 10 疾患



(出典) Ronald Loeppke, et al., “Health and Productivity as a Business Strategy”, Journal of Occupational Environment Medicine, 49, 2007, pp.712-721.

「従業員の健康度の向上、アブセンティーズムの抑制」と回答したのは 34%であり、医療費増加の抑制を主な理由とする企業を上回っている³⁵。また、NBGHによると、企業は、健康状態と生産性が強く関連していることに着目し、生産性向上を主な目的として、従業員に対してウェルネス・プログラムを提供しているとの見解を発表している³⁶。

3. 従業員満足の上向

近年、企業はウェルネス・プログラムを実施することによる、従業員の仕事に対する満足感 (job satisfaction)、モラルを高める効果や優秀

な人材を引きとめる効果に注目している³⁷。例えば、調査会社の Maritz は、2008 年に常勤従業員 1,478 名を対象にウェルネス・プログラムと従業員満足の関連性について調査を行った³⁸ (《図表 5》参照)。企業が提供するウェルネス・プログラムに時折参加する従業員は、参加していない従業員よりも現在の仕事への満足感が高く、将来も働き続ける意向が強く、また、友人や家族にも自分の職場を最高の職場だと勧めることができると回答する割合が高かった。

このように企業がウェルネス・プログラムに期待する効果は多様化している。例えば、従業員の年齢構成によっても、企業が期待する効果

³⁵ The Kaiser Family Foundation, *supra*.

³⁶ National Business Group on Health, “Productivity”, (visited Dec. 1, 2010), <<http://www.businessgrouphealth.org/benefitsttopics/topics/0072.cfm?topic=0072&desc=Productivity%20>>.

³⁷ Kizzy M. Parks and Lisa A. Steelman, “Organizational Wellness Programs: A Meta-Analysis”, Journal of Occupational Health Psychology, 2008, Vol. 13, No. 1, 58-68.

³⁸ Rick Garlick, “Is Good Health its Own Reward? Health, Productivity, and Incentives in the Workplace”, (visited Aug. 26, 2010),

<http://www.maritz.com/~media/Files/MaritzDotCom/White%20Papers/Research/Good_Health_RGarlick_091809.ashx>.

《図表 5》 ウェルネス・プログラムと従業員満足度に関するアンケート

	ウェルネス・プログラムに 時折参加する従業員	参加していない 従業員
私は、自分の仕事に十分満足している。	20%	13%
私は、今後も喜んで現在の企業で働き続ける。	27%	18%
私は、友人や家族に対して、 自分の会社が最高の職場だと強く勧められる。	32%	21%

(出典) Rick Garlick, “Is Good Health its Own Reward? Health, Productivity, and Incentives in the Workplace”, (visited Aug. 26, 2010),
http://www.maritz.com/~media/Files/MaritzDotCom/White%20Papers/Research/Good_Health_RGarlick_091809.ashxMARITZ>.

は異なる。平均年齢が低い企業では、若年層へのプログラム提供が中心となり、従業員満足が中心的な課題となる。一方、高齢の従業員が多い企業では、加齢とともに慢性疾患を有する従業員が増加するため、医療費増加の抑制が中心的な課題となる。いずれの目的を特に重要と考えるかは、各企業または各業界の従業員の年齢や性別といった従業員構成の特徴によって異なる³⁹。

IV. デジタル・マネジメントの効果が問題となった事例と最近の動向

1. DMの医療費増加の抑制効果に対する問題

1990年代に疾病予防の取り組みとして大きな注目を集めたDMであったが、2000年代後半に入ると、その医療費増加の抑制効果が問題となるような出来事が相次いで起こった⁴⁰。

ここでは、2007年に公表されたDMの効果検証に関する論文と、高齢者向け公的医療保障制度であるメディケアで行われたDMの実験プログラムであるメディケア・ヘルスサポートに

ついて紹介する。

(1) DMの医療費増加の抑制効果に対する確証は示されていないとする論文の公表

米国の大手シンクタンクであるRANDのSoeren Mattke博士らは、DMの医療のプロセスの改善、疾病の症状の抑制および医療費に与える影響に関して、公表されている実証研究について収集、その内容を検証し、2007年に論文として公表した⁴¹。この論文では、1990年から2005年の間に公表されたDMに関する計346の実証研究を中心とする研究成果をもとに、DMの効果が検証された。この論文では、医療のプロセスの改善および疾病の症状の抑制については一貫した証拠が見出されたが、一方で、医療費増加の抑制に対する効果に関しては、確実な証拠が得られなかったと結論付けられた。そして、DMプログラムの購入に際しては、DM事業者に対して、透明性があり、科学的に妥当な手法による証拠を求めるべきであると、DMプログラムの購入者である企業、保険会社など

³⁹ James B. Couch 医師に対するインタビューによる、前掲注13。

⁴⁰ 米国の健康増進・疾病予防サービスの関係者の中には、ウェルネス・プログラムに関心が集まった要因の1つとして、DMの医療費増加の抑制効果に対する信頼が揺らいだ点をあげる見解もある。

⁴¹ Soeren Mattke, Michael Seid and Sai Ma, “Evidence for the Effect of Disease Management: Is \$1 Billion a Year a Good Investment?”, American Journal of Managed Care 2007 Dec. 13(12) 670-676.

へ注意が喚起された。

(2) メディケア・ヘルスサポート

2005年8月から2008年7月まで3年にわたり、高齢者向けの公的医療保障制度であるメディケアにおいて、「メディケア・ヘルスサポート (Medicare Health Support、以下、「MHS」とする。)」と称されるDMプログラムが実験的に実施された⁴²。これは、複数の慢性疾患を有するメディケア受給者を対象として、8つの地域でDMプログラムを実施し、その効果を検証しようとするものであった。効果検証の対象は、主として医療の質の向上、患者、医療プロバイダーの満足度向上および医療費増加の抑制の3点であった。このうち、医療費増加の抑制に関しては、MHS実施に伴う費用を、MHSの実施による医療費増加の抑制効果の範囲内に抑えることが目標とされた。MHSは、その効果が確認されることを条件に、実施範囲を拡大するなど、今後の規模の拡大などが検討される予定であった⁴³。

MHSは、定められた目標を達成することが困難であるとの理由で、実施期間中に3つの地域がプログラムの中止にいたるなど、実施期間中からその成否が危ぶまれていた。2007年7月に、MHS開始から6ヶ月間の効果検証の結果が報告書として公表された⁴⁴。この報告書は、MHS実施に伴う費用が、医療費増加の抑制効

果の範囲を大きく超えるものであると結論づけていた。報告書の公表により、MHSが期待されていたような成果をあげるのが困難であることが明らかとなった。続いて、2008年12月に、MHS開始から18ヶ月間の効果検証の結果が報告書として公表された。この報告書においては、患者満足、医療の質に関するいくつかの指標の改善が確認されたものの、改めて、MHS実施に伴う費用が、医療費増加の抑制効果の範囲を大きく超えていることが確認された⁴⁵。2つの報告書は、いずれも中間報告であり、3年間全期間の効果検証の結果について報告書が出される予定となっているが、この2つの報告書により、MHSの実施範囲の拡大など継続的な展開は、ほぼ困難であるとみなされるようになった。

MHSの効果検証から得られた示唆について、DMの短期的な医療費増加の抑制効果には限界があり、その限界を克服するための変化が求められているということが指摘されている⁴⁶。そして、DMの具体的な課題として、対象患者の選定、重症度の判定において、利用しているデータが不十分であること⁴⁷、患者への働きかけにおいて、DM事業者と医師との連携が不十分であること、などをあげている。

また、健康増進・疾病予防サービス事業者の業界団体であるCare Continuum Alliance (DMAAが2007年に名称を変更)は、2008年12月の報告書に対するコメントにおいて、

⁴² Centers for Medicare & Medicaid Services, "Evaluation of Phase I of the Medicare Health Support Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare: 18-Month Interim Analysis October 2008", (visited Sep. 3, 2010), <https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf>.

⁴³ 矢倉尚典、田中健司「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業—2004年を中心とする概況および企業市場・HIPAA・メディケアをめぐる最近の動き」(損保ジャパン総研クォーターリー第45号、2005年)58-60ページ。

⁴⁴ Centers for Medicare & Medicaid Services, "Evaluation of Phase I of Medicare Health Support (Formerly Voluntary Chronic Care Improvement) Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare", (visited Sep. 3, 2010), <http://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf>.

⁴⁵ Centers for Medicare & Medicaid Services, *supra*.

⁴⁶ Ariel Linden and Julia Adler-Milstein, "Medicare Disease Management in Policy Context", Health Care Financing Review, Spring 2008, 29(3)1-11.

⁴⁷ DMは、保険会社が提供主体となっているため、主として医療費の請求データの分析に基づいて、対象患者の選定、重症度の判定が行われる。

プログラムの対象患者の選択に偏りなどがなかったか、対象患者の疾患の進行状況はどうかなどさらなる詳細な分析を希望するとしている。そして、メディケア受給者に対する医療の質を改善するために、MHS の継続が必要であると⁴⁸、医療費増加の抑制効果だけでなく、医療の質の改善に着目すべきであることを訴えた。

2. DM をめぐる最近の動向

MHS に対する期待が高かったこともあり、その効果検証により、DM の効果に対する否定的な認識も広がった⁴⁹。しかし、2010年に The Kaiser Family Foundation が実施した企業に対するアンケート調査によると、60%が、「DM は、医療費増加の抑制効果があると考えている」と回答しており⁵⁰、MHS の効果検証以降も、DM の医療費増加の抑制効果に対する期待は高い。DM 事業者の間でも、Care Continuum Alliance を中心として、DM の費用対効果の計測手法を洗練させようとの取り組みが継続して行われている。また、DM 事業者を中心として、DM、ウェルネス・プログラムなど各種の健康増進・疾病予防プログラムを統合的に運営する Population Health Management（以下、「PHM」とする。）が新たなアプローチとして提唱され、企業に対して導入への働きかけが行われている。一方、DM において、医師の関わりが不十分であったとの認識を踏まえて、慢性疾患の重症化予防の取り組みとして、保険会社を主体とする DM とは別に、かかりつけ医を主体とする Patient Centered Medical Home（以

下、「PCMH」とする。）と呼ばれる概念が注目を集めている。以下、DM をめぐる最近の動向として、PHM と PCMH の概要を紹介する。

(1) Population Health Management (PHM)

PHM は、2000 年代初頭に DM の関係者によって、DM の発展概念として提唱されたものである⁵¹。PHM は、対象とする集団の構成員全員を対象として、各個人の状態に応じた各種の健康増進・疾病予防サービスを提供することにより、集団全体の健康度を高めようとする取り組みであり、すべての従業員がその対象者となる。そして、それぞれの生活習慣、健康状態などに応じたプログラムの提供を受ける。たとえば、健康な従業員に対しては、生活習慣などに応じて各種のウェルネス・プログラムが提供される。また、慢性疾患を発症している従業員に対しては、発症している疾病に応じた DM プログラムが提供される。さらに、疾病が重症化している従業員に対しては、ケース・マネジメントと呼ばれるサービスが提供される⁵²。企業は、各種の健康増進・疾病予防サービスを個別に管理し、評価するだけでなく、PHM による成果を統合的に評価することにより、PHM 全体を管理・運営する。PHM の基本的な枠組みは、《図表 6》に示すとおりである。

(2) Patient Centered Medical Home (PCMH)

PCMH とは、慢性疾患の継続的な管理を、かかりつけ医が主体となって行っていく概念である。PCMH の源流は、米國小児科学会

⁴⁸ Care Continuum Alliance, "DMAA Statement on 18-month interim report on Medicare Health Support", Dec. 31, 2008.

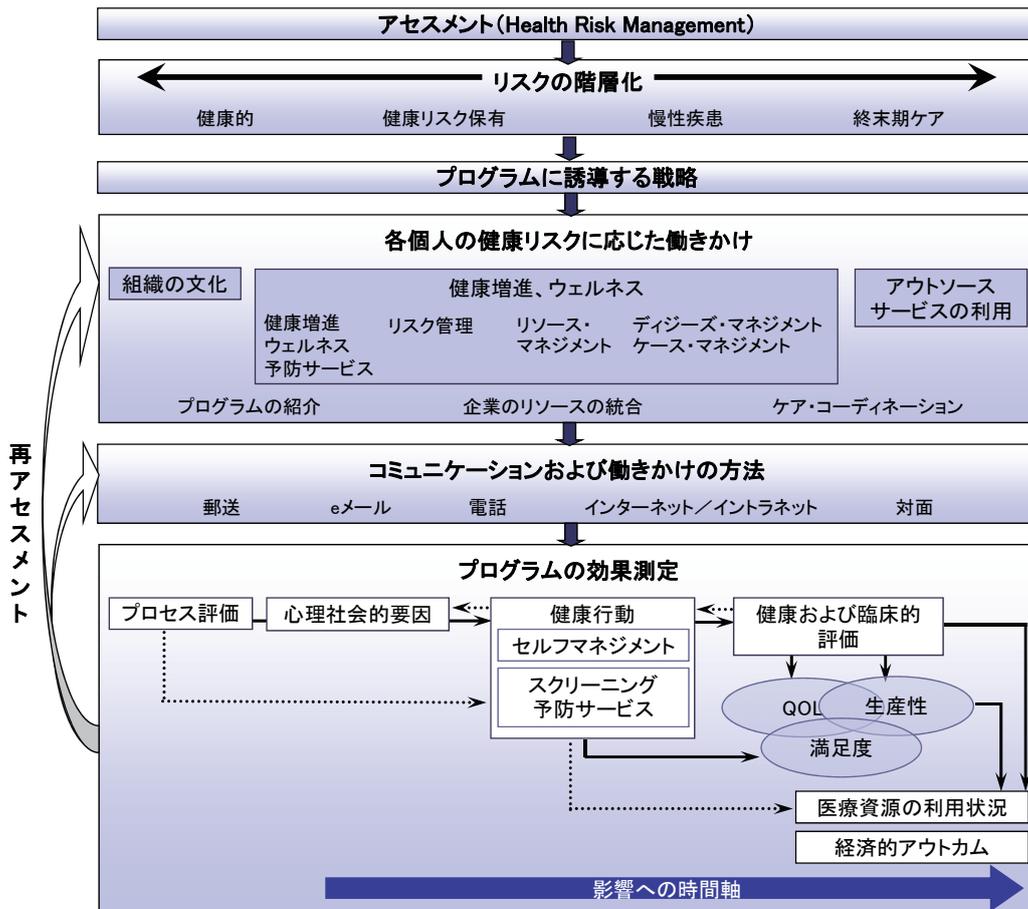
⁴⁹ 米国の複数の健康増進・疾病予防サービスの関係者に対するインタビューによる。

⁵⁰ The Kaiser Family Foundation, *supra*.

⁵¹ 欧米のヘルスケアビジネスおよびディジーズ・マネジメント研究会「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」(損保ジャパン記念財団叢書 No.67, 2003年)。

⁵² ケース・マネジメントとは、主として重症化した患者を対象として、患者のニーズに合わせて必要な治療、サービスの調整を図り、継続して支援する手法である。

《図表 6》 PHM の基本的な枠組み



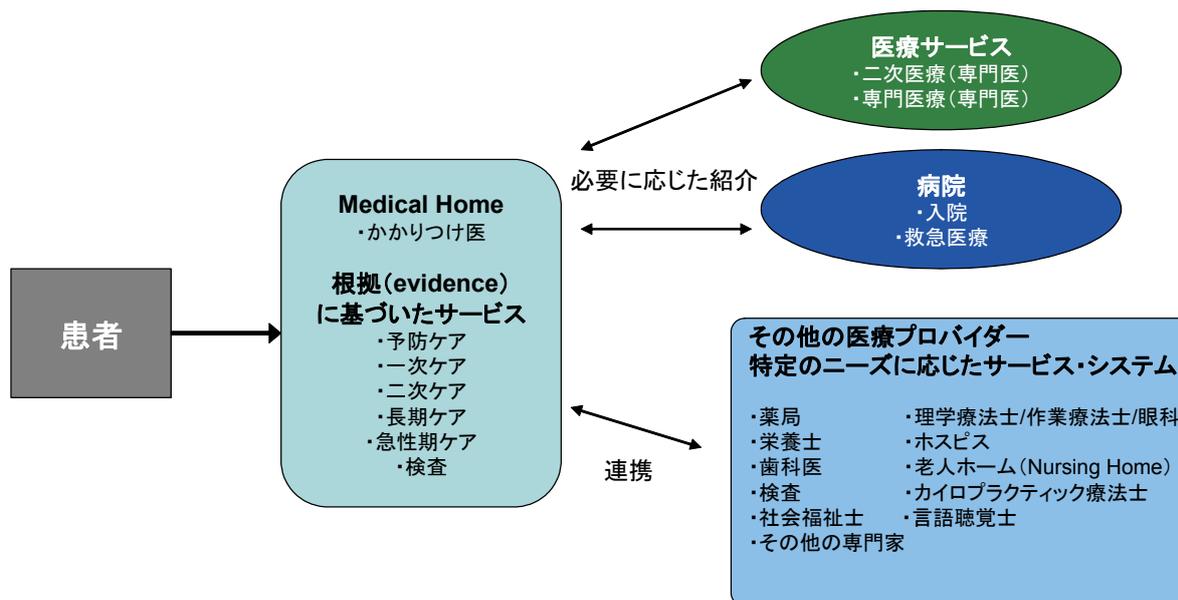
(出典) Care Continuum Alliance, “Outcomes Guidelines Report Volume 4”, 2009.より損保ジャパン総合研究所 所訳出。

(American Academy of Pediatrics) が 1960 年代に提唱した Medical Home がある。また、現在提唱されている PCMH は、1990 年代後半に開発されたといわれている⁵³。米国家庭医学会 (American Academy of Family Physicians)、米小児科学会など 4 つの団体は、PCMH を、「子ども、若者、成人のために包括的なプライマリー・ケア (一次医療) を提供するためのアプローチである。PCMH は、患者自身、かかりつけ医、適切な場合には患者の家族の間のパートナーシップを促進する医療の手法である。」と定義している。

PCMH の概念を示したものが、《図表 7》である。PCMH では、かかりつけ医が慢性疾患患者の治療に全般的な責任を持ち、専門医、病院その他の医療専門職と連携を図りながら、継続的な治療を提供する。個々の疾患ではなく、患者の症状全般に焦点を当てた治療、管理が目標とされる。かかりつけ医と患者の関係が重視されることも PCMH の概念の中核となっており、治療の目標と計画など治療方針が、かかりつけ医と患者の間で共有された上で、治療が進められる。このほか、患者の自己管理能力の強化も主要な要素と位置づけられており、そのための

⁵³ Care Continuum Alliance, “The Medical Home and Population Health Improvement: Common Ground”, Oct. 2008.

《図表 7》 PCMH の概念



(出典) Deloitte, “Disease Management A changing landscape calls for innovation in commercial health plans”, 2010.より損保ジャパン総合研究所訳出 (一部改変)。

患者教育と支援が実施される。PCMH では、かかりつけ医と患者の関係強化、医療専門職との情報共有のため、情報通信技術が積極的に活用されることも特徴としてあげられる⁵⁴。

PCMH が注目を集めているのは、比較的新しい慢性疾患治療の概念であるが、医療費増加の抑制効果、医療の質の改善の両面から実績が蓄積されてきており、効果に期待が集まっていることによる⁵⁵。

V. おわりに

本稿では、DM、ウェルネス・プログラムを中心として、米国の企業における健康増進・疾病予防の沿革と動向を概観してきた。

DM に関しては、その医療費増加の抑制効果

に対し、多くの検証が行われてきており、こうした検証結果に対する様々な議論を踏まえて、DM の手法、実施のあり方は変遷してきている。本稿では、健康増進・疾病予防の統合的な取り組みの中に DM を位置づけようとする PHM の概念について取り上げたが、今後も同様に、多くの議論を経ながら変化していくものと考えられる。

一方、ウェルネス・プログラムは、比較的最近になって注目を集めた健康増進・疾病予防の取り組みであるが、当面は、その利用が進んでいくものと思われる。たとえば、大手人事コンサルティング会社である Hewitt⁵⁶ が 2009 年、2010 年に行った大手企業に対するアンケート調査⁵⁷ を比較すると、「今後、ウェルネス・プ

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Deloitte, “The Medical Home: Disruptive Innovation for a New Primary Care Model”, 2008, (visited Dec. 22, 2010), <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalHome_w.pdf>.

⁵⁶ 2010 年 10 月に、大手保険ブローカー、コンサルティング会社である AON と合併して AON Hewitt となっている。

⁵⁷ Hewitt, “Hewitt Survey Shows Growing Interest Among U.S. Employers to Penalize Workers for Unhealthy”, (visited Jun. 08, 2010), <<http://www.hewittassociates.com/Intl/NA/en-US/KnowledgeCenter/SurveyResults/ArticleDetail.aspx?cid=8341&tid=45&stid=6633>>.

プログラムへの投資を増強する」と回答した企業は2009年に33%であったが、2010年には42%となっている。これに、「今後、ウェルネス・プログラムへの投資に変化は無い」と回答した企業を加えると2009年の74%から、2010年には83%となっており、企業のウェルネス・プログラムの導入に対する積極的な姿勢が見て取れる。また、2010年5月に成立したヘルスケア改革法において、ウェルネス・プログラムを実施する中小企業に対する助成金制度の創設が規定されるなど、ウェルネス・プログラムの促進策が盛り込まれていることも、その需要増加にプラスの影響を与えていると考えられている⁵⁸。

⁵⁸ 米国の複数の健康増進・疾病予防サービスの関係者に対するインタビューによる、前掲注49。