

# 健康経営の目的と方法，今後の方向

安部 雅仁

## — 目次 —

- 1 はじめに
  - 2 健康と生産性のマネジメントとしての健康経営
    - 2-1 基本概念
    - 2-2 健康経営の背景と目的
  - 3 健康経営の方法と課題
    - 3-1 方法
    - 3-2 課題
  - 4 展望—ジョンソン&ジョンソンのLive for Lifeと健康経営
- 参考文献

## 1 はじめに

日本では、高度経済成長後の1970年代中頃以降、労働者の高年齢化に伴う健康リスクと傷病が増加する中で、各企業・事業所において労務管理のあり方が問われた。このための基本的方法として旧労働省は、1979年に定期健診と健康管理、運動指導等による中高年労働者の健康づくりを目的に「シルバー・ヘルス・プラン」を提唱した。

1988年には、全労働者の心とからだの健康づくりを進める上で、「トータル・ヘルスプロモーション・プラン」の促進が図られた。これは、シルバー・ヘルス・プランが発展したものとされ、主な目的は、生活習慣とメンタルヘルスに関係するリスクと発症率を低減させることにある。

健康経営は、こうした取り組みを生産性の維持・向上と医療費（保険料）の軽減にも応用しようとする民間の手法、あるいはプランとされ、2009年頃より主に大企業がこれを実践している<sup>1)</sup>。近年では、生産年齢人口が減少して、労働力人口が高年齢化する中で、健康増進・疾病予防への支出は、コストではなく、生産性と収益性を確保するための投資と考えられている。

健康経営の重要性が指摘される一方、企業と労働者（広義には、保険者を含む）において選択・実行可能な方法に限られ、また、多くの中小企業では、こうした取り組みの意識が必ずしも浸透していないとされる。今後の課題として、民間主導による健康経営を普及させ、一定の成果を得るための具体的方法が問われている。

健康経営は、1980年代にアメリカにおいて提唱された「Health and Productivity Management」（以

1) 健康経営は、NPO法人健康経営研究会の登録商標である。

下、健康と生産性のマネジメントと称する)の考え方が日本に取り入れられたものとされる。以上を踏まえ、本稿の2において、健康と生産性のマネジメントの基本概念、健康経営の背景と目的それぞれを整理して、3では、健康経営の方法とこれまでの成果、課題を考察する。4において、「Live for Life」と言われるジョンソン&ジョンソン(本社の所在地は、アメリカのニュージャージー州、ニューブランズウィック市)の予防・健康増進プログラムを整理した上で、健康経営への政策的有用性について考える。Live for Lifeは、アメリカでは健康と生産性のマネジメントの代表的プログラムとされ、健康経営の参考事例の一つにもなっている<sup>2)</sup>。

## 2 健康と生産性のマネジメントとしての健康経営

### 2-1 基本概念

アメリカにおいて普及する健康と生産性のマネジメントは、労働者の健康と生産性それぞれの管理を同時に行う経営手法とされ、現代では各企業の重要課題にもなっている<sup>3)</sup>。基本目的は、労働者の健康維持・増進、広義には予防医療によりプレゼンティーズム(心身の不調を抱えた状態での就労)、アブセンティーズム(傷病の治療・入院に伴う欠勤)それぞれを抑制して、生産性の維持・向上と医療費(保険料)の軽減を図ることにある。この場合の労働者は、経営者、管理職を含む全労働者とされ、また、生産性は、製造・建設業等の物的生産性に限らず、事務作業や企画・管理の業務遂行力を含む広い概念である。

これらの成果を規定する基本的要因として、予防・健康増進プログラムが重要になる一方、標準的方法が確立しているわけではなく、企業の業種と労働者の職種、あるいは経営者の判断により様々な方法が検討・導入されている。一般に、ウェルネス・プログラム(正式には、Workplace wellness program)、定期健診と保健指導による一次予防が基本になっているが、大企業では、早期発見・早期治療としての二次予防を含む包括的プログラムも見られる。一次予防の基本目的は「健康リスク・発症率の低減」、二次予防のそれは「重症化・長期入院の抑制」にあり、これらは、健康と生産性のマネジメントの成果向上につなげる上で、重要な意味をもっている。

これを実践する上で、専門スタッフや施設が必要とされ、前者は栄養と運動の各指導者、医師等の医療従事者、後者はフィットネスルームや病院・診療所を指している。後述するようにジョンソン&ジョンソンは、こうしたプログラムの一つとして、1979年にLive for Lifeを導入しており、長期・継続的取り組みにより一定の成果を確保している。

一方、中小企業(個人事業を含む)の多くは、情報・実践知識の不足や資金制約等の事情により同様の対応ができないため、保険者(企業が個別に契約する民間保険団体)の役割が重要になって

2) Live for Lifeは、企業において実際に導入されたプログラムであるが、健康経営はプログラムではなく、一般に、手法、あるいはプランとされる。

3) 詳細は、ACOEM GUIDANCE STATEMENT (2009), Aldana (2020), Berger et al. (2003), Goetze and Ozminkowski (2008), Loepke (2008), Parkinson (2013) を参照。

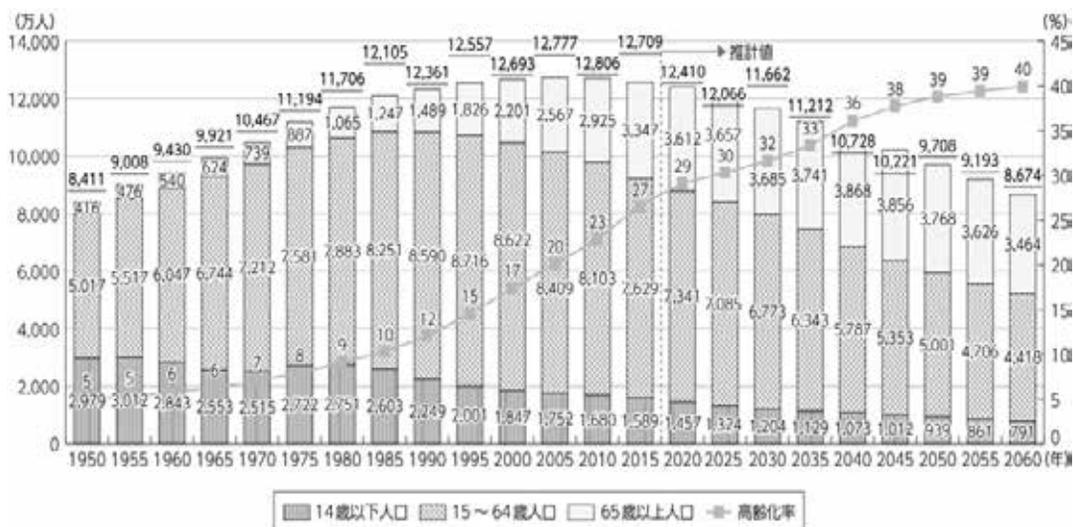
いる<sup>4)</sup>。アメリカでは、健康と生産性のマネジメントの運用・管理方法は各企業において異なっているが、その基本概念は、人的資本（Human capital）としての労働者への長期・継続的な投資と考えられている。一般にこれは、Investment in employees' health, あるいはInvesting in prevention and health promotionとされ、日本では「健康投資」と位置づけられている。

## 2-2 健康経営の背景と目的

健康経営は、各企業・労働者にとって有益な取り組みとされ、政府の「日本再興戦略」, 「健康日本21」においても、重要性が指摘されている。これが提唱された基本的背景は、主に次の2つの課題への対応にあり、第1は生産年齢人口（15～64歳人口）の減少、第2は医療費（保険料）の増加である。

第1の主因は少子化にあるとされ、図1は、生産年齢人口の他に、老年人口（65歳以上人口）、年少人口（14歳以下人口）、高齢化率それぞれの推移（実績値、推計値）を示したものである。生産年齢人口は、戦後以降増加して、1995年に8,716万人に達した後に減少に転じており、2015年には7,629万人になっている。こうした人口（中位推計）は、2030年に6,773万人、2040年に5,787万人、2050年に5,001万人となり、2060年には4,418万人程度になると予測されている。労働力の需給関係は、景気の動向や企業の経営方針、定年・年金制度等により変動するとされるが、労働

図1 年齢3区分別人口と高齢化率の推移



注) 2015年までは国勢調査等による実績値、これ以降は中位推計である。

出所) 総務省 (2019) 「我が国の人口の推移」, <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/html/nc135230.html> (2020年11月12日最終確認) より。

4) 中小企業の事例については、別稿において整理・考察する。

力の不足は長期的に続くと考えられている<sup>5)</sup>。

一方、近年では労働力人口に占める60～64歳、65歳以上それぞれの労働者の割合、とりわけ後者が増加している<sup>6)</sup>。こうした労働者の割合は、1990年には5.6%、2000年は7.3%、2017年には12.2%になっており、これが2030年の推計値では13.1%になると予測されている<sup>7)</sup>。生産年齢人口の減少と労働力人口の高年齢化が進む中で、各企業と保険者が健康維持・増進や疾病予防を促すプログラムを導入・実践して、労働者の心身の健康を長期的に維持することが重要になっている。

健康経営が唱えられた第2の背景は、経済の低成長の中でも医療費が増加して、これにより各保険者、特に健康保険組合、全国健康保険協会（協会けんぽ）の保険料が増加していることにある。表1は、1985年以降の医療費、国民所得、国民所得に占める医療費の割合を示したものである。

医療費（A）は、1985年の16兆159億円から2015年の42兆3,644億円に、30年間で約2.6倍増加しており、2017年には43兆710億円になっている。国民所得（B）は、1985年の260兆5,599億円から2015年の390兆253億円に、同期間に約1.5倍増加しており、2017年には404兆1,977億円になっている。これにより、国民所得に占める医療費の割合（A / B）は、1985年の6.15%から2015年の10.86%となり、近年では11%近くに上昇している<sup>8)</sup>。

これに伴って、特に2009年以降、保険料が増加しており、各医療制度における保険料率は、図2のように推移している。

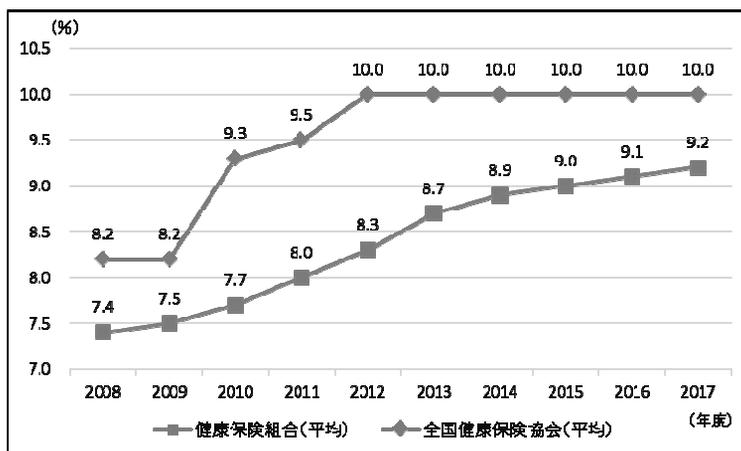
表1 医療費等の動向（1985～2017年：決算）

年次	医療費（A）	(A)の対前年度増減率(%)	国民所得（B）	(B)の対前年度増減率(%)	A / B (%)	参考：1人あたり医療費
1985	16兆159億円	6.1	260兆5,599億円	7.2	6.15	13万2千円
1990	20兆6,074億円	4.5	346兆8,929億円	8.1	5.94	16万7千円
1995	26兆9,577億円	4.5	378兆4,796億円	2.7	7.12	21万5千円
2000	30兆1,418億円	-1.8	385兆9,685億円	2.4	7.81	23万8千円
2005	33兆1,289億円	3.2	387兆3,699億円	1.2	8.55	25万9千円
2010	37兆4,202億円	3.9	361兆8,953億円	2.4	10.34	29万2千円
2015	42兆3,644億円	3.8	390兆253億円	2.8	10.86	33万3千円
2016	42兆1,381億円	-0.5	391兆1,856億円	0.3	10.77	33万2千円
2017	43兆710億円	2.2	404兆1,977億円	3.3	10.66	33万9千円

出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2019) 「平成29年度 国民医療費の概況」より (一部抜粋)。

- 5) 労働力が長期的に不足する業種・職種として、主に建設・土木、運送・流通、医療・介護福祉、飲食・サービス、IT関係があげられる。なお、本稿執筆時は、新型コロナウイルスの感染拡大により労働需要が全体的に低下した時期であるが、業種・職種によってはこれが増加したケースも見られる。
- 6) 労働力人口は、15歳以上で就労能力と意思をもっている人口（就業者と完全失業者を含む）を指している。
- 7) 厚生労働省 (2019) より。
- 8) 2017年度において、国民所得に占める社会保障給付費全体（医療の他に年金、介護等の各給付費を含む）の割合は、29.7%になっている。

図2 各保険者における保険料率（平均）の推移



出所) 内閣府資料「各医療制度における保険料率の推移」, <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/291108/shiryou1> (2020年11月23日最終確認) より。

健康保険組合の保険料率は、2008年度の7.4%から2017年度の9.2%に、全国健康保険協会のそれは、同年度の8.2%から10.0%にそれぞれ上昇している<sup>9)</sup>。経済の低成長が長期化する中で、企業と労働者の保険料負担が増加しており、この他に、後期高齢者支援金に対する負担が引き上げられている。これらの軽減を図る上でも、就労期の早期段階からの健康維持・増進、疾病予防が重要になっている。

健康経営の基本目的は、上記2つの課題への対応方法の一つとして、主にプレゼンティーズムを抑制・最小化することにある。プレゼンティーズムは、健康関連総コストにおいて最大の項目とされ、図3は、これに関する調査結果の一例である。

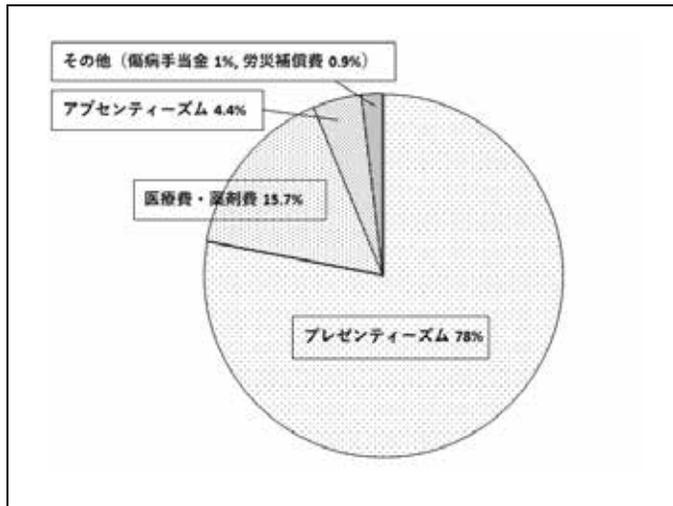
健康関連総コストの中で、医療費・薬剤費が15.7%とされ、プレゼンティーズム、アブセンティーズムに関連するコスト（生産性のロス）がそれぞれ78%、4.4%になっている（その他、傷病手当金が1%、労災補償費が0.9%）。これらのコストは、①生物学的リスク、②生活習慣リスク、③心理的リスクに基づいた推計がなされる。①生物学的リスクは、血圧、血中脂質、肥満、血糖値、既往症、②生活習慣リスクは、喫煙習慣、飲酒習慣、運動習慣、睡眠・休養、③心理的リスクは、主観的健康感、生活満足度、仕事満足度、ストレスそれぞれに関係している<sup>10)</sup>。

以上の中で、低リスク（3つ以下のリスク）のケースではおよそ60万円の損失とされ、中リスク（4～5つのリスク）のケースでは約80万円の損失、高リスク（6つ以上のリスク）のケースでは約90万円の損失とされる（それぞれ労働者1人あたり）。これらの全てにおいて、医療費・薬剤費よりも、プレゼンティーズムに伴う生産性のロスが大きいことが指摘され、健康経営においては、こ

9) 全国健康保険協会に対しては、2010年度以降、国庫補助率が13%から16.4%に引き上げられており、これにより保険料率の上昇が抑制されている。なお、国民健康保険の保険料率（平均）は、2008年度の8.9%から、2017年度の10.2%に上昇している。

10) 経済産業省（2019）p.3等を参照。

図3 健康関連総コストの内訳



出所) 東京大学政策ビジョン研究センター年報 (2016) 「研究成果 コラボヘルスで健康関連総コストを可視化」 p.9 等より。

の対応が重視される。

次の3では、健康経営の基本的方法を整理して、今後の課題を見ていくことにする。

### 3 健康経営の方法と課題

#### 3-1 方法

健康経営の方法は、企業の業種と労働者の職種、経営者の判断により多様とされるが、企業内での取り組みと保険者（健康保険組合、全国健康保険協会）の保健事業が基本になっている。これは「企業と保険者のコラボヘルス」と言われ、具体的方法として、職場環境の改善と一次予防を中心に、次の2つがあげられる<sup>11)</sup>。

第1は、職場と自宅での心身の健康づくりであり、広義にはワーク・ライフ・バランスの取り組みが含まれる。前者は主に食事（食生活）の改善、運動・ストレッチと節酒・禁煙を指しており、健康関連企業（特にIT企業）や生命保険会社のアプリケーションが利用されるケースもある。

第2は、定期健診と特定健診・特定保健指導、ストレスチェックであり、この他に、健診記録やレセプトが電子化される中で、データヘルス計画が進められている。データヘルス計画は、加入者（被保険者と被扶養者）の健診結果と診療・服薬歴の分析により健康課題やリスクを把握す

11) 尾形 (2018), 経済産業省 (2018), 経済産業省 (2020), 経済同友会 (2016), 厚生労働省 (2017), 田中・川淵・河野編 (2010), 東京商工会議所 (2019), 日本政策金融公庫 (2015), 森 (2018) の他に、ウェブサイトに於いて閲覧可能な企業、健康保険組合、全国健康保険協会それぞれの事例を参照。

ることが目的とされ、2015年以降、各健康保険組合に実施が義務付けられている。2018年から2023年までの6年間は第2期の実施計画期間となっており、発症率の低減、重症化予防に向けた保健事業が進められることになっている。

これらにより、健康リスクの軽減や生活習慣病の予防について、PDCAサイクルの好循環につなげ、医療費・薬剤費と傷病手当金の抑制、長期的に就労可能な労働者の増加それぞれが期待される。健康経営の促進策として、企業、国（主に経済産業省）、金融機関や自治体において多様な方法が導入されている。一部の企業では、職場内での健康プログラムへの参加と独自に設定されたポイントに応じて、健康関連グッズや商品券が配布され、また、公的支援として2014年に「健康経営銘柄」、2016年に「健康経営優良法人」それぞれの顕彰制度が導入されている<sup>12)</sup>。この他に、同制度の選定企業を対象に、日本政策投資銀行や地方銀行の低利融資、生命保険・損害保険各社の保険料割引制度が導入され、自治体によっては、公共工事の入札加点が行われている。

健康経営の運用・管理方法として、企業と保険者の協働が基本とされ、上記の第1、第2の取り組みにおいてそれぞれの役割が重要になっている（大企業では、産業医や産業保健師が健康経営を担当するケースがある）。なお、健康経営の促進と運用・管理に関連するシステムとして「保険者インセンティブ制度」が導入され、特定健診と特定保健指導の実施率等により、保険料や後期高齢者支援金が加算あるいは減算される。

健康経営が普及した時期は顕彰制度の導入以降とされ、一定の成果を確保する上で、長期・継続的取り組みが必要になっている。これまでの成果の一例としては、血圧・血糖値の改善、腰痛・肩こりの緩和につながった労働者が増えているとされ、また、顕彰制度の選定企業の一部から、イメージアップにより採用時の応募者数が増加したとの報告がなされている。

### 3-2 課題

健康経営の重要性が唱えられ、認知度が上昇する中で、これを取り入れる企業が増加する一方、健康投資としての意識は必ずしも浸透していないとされる。とりわけ、全企業数の約99%、全労働者数の69%を占める中小企業では、「具体的な方法が分からない」、「効果やメリットが不明である」といった判断がなされるケースがある<sup>13)</sup>。また、健康経営においては、企業と保険者の連携・協働が基本とされるが、保険者の裁量の範囲と方法、労働者の参加機会それぞれが限られていることが指摘される<sup>14)</sup>。

12) 健康経営銘柄は、一部上場企業の中で健康経営に戦略的に取り組んでいる企業とされ、経済産業省と東京証券取引所の共同により選定される。健康経営優良法人も健康経営を実践する組織・団体に対する公的な顕彰制度であるが、上場企業であることが選定の条件ではなく、認定数に上限は設けられていない。これらの選定企業は、認定証が授与され、こうした実績を営業・広告や求人等の際に活用することができる。

13) 詳細は、HR総研（2019）、東京商工会議所（2019）を参照。

14) 保険者の基本的機能は、加入者の適用と保険料の徴収、保険給付と審査・支払、健診等の保健事業とされ、健康経営との関係において、これを拡充しようとする議論は、経済同友会（2016）以外、ほとんど見られない。

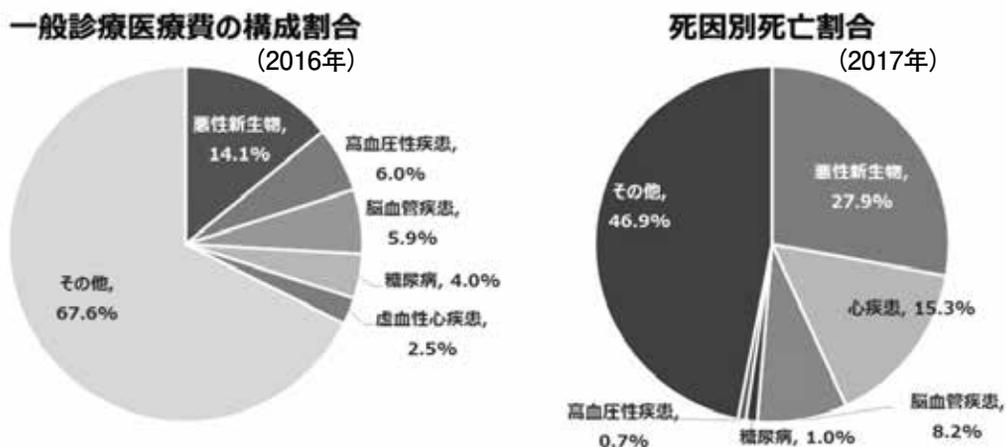
以上の他に、長期的に就労可能な労働者の増加につなげる上で、生活習慣病の発症率・重症化率の低減のための具体的方法が問われている（これは、データヘルス計画に関係するテーマでもある）。生活習慣病は、主に悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管疾患、糖尿病、虚血性心疾患を指しており、医療費に占める構成割合（2016年）と死因別死亡割合（2017年）は、図4のようになっている。

死因別死亡割合について、第2次大戦前は結核、肺炎、気管支炎等の呼吸器系疾患による死亡が多くを占めており、特に結核は国民病とされる中で、年間の患者数が約60万人、死亡者数が10万人となることもあった。戦後から高度経済成長期において、脳血管疾患、心疾患、悪性新生物が増加しており、現在では疾病構造が変化する中で、死因として悪性新生物が最も多くなっている。

生活習慣病は、各人の健康意識と行動により発症リスクを低減させ、定期健診と特定健診、早期発見・早期治療により、重症化の抑制や医療費の軽減につなげることが可能とされる。この場合には、健康経営と公的医療制度の連携（シームレスな連携体制とも言われる）の方法が問われることになる。また、労働者の就労期～高齢期を通じた健康維持・増進や予防医療を浸透させる上では、国民健康保険を含め、各保険者間での医療・健康情報の共有と長期的な連携が必要とされる<sup>15)</sup>。

次の4では、ジョンソン&ジョンソンのLive for Lifeの目的と方法、これまでの成果を見た上で、健康経営への政策的有用性について整理・展望する。

図4 生活習慣病の医療費に占める割合と死亡割合



出所) 一般社団法人日本生活習慣病予防協会「生活習慣病とは」, <http://www.seikatsusyukanbyo.com/prevention/about.php> (2020年11月6日最終確認) より。

15) 健康経営の長期目的の一つとして、健康寿命の延伸があげられており、これは、日常生活を健康的に生活することができる期間を延伸することにある（2019年で見れば、男性の健康寿命が72.7歳、女性のそれが75.4歳になっている）。基本的方法として、各人の就労期に限らず、高齢期の健康維持・増進が必要とされ、この場合には、国民健康保険の役割（とりわけ、保健事業）が重要になる。

#### 4 展望—ジョンソン&ジョンソンのLive for Lifeと健康経営

ジョンソン&ジョンソンは、医薬品、医療機器その他のヘルスケア関連商品の製造・販売企業であり、約12万人の労働者が従事している。Live for Lifeは、同社独自の予防・健康増進プログラムであり、構想・導入の基本的背景として、心身の不調を抱えた労働者への対応、保険料負担の軽減の他に、国際競争力の維持があげられている。基本プログラムと健康投資の内容、これまでの成果は、それぞれ次のようになっている<sup>16)</sup>。

基本プログラムとしては、定期健診とウェルネス・プログラムによる健康リスク・発症率の低減（一次予防）、早期発見と早期治療による重症化・長期入院の抑制（二次予防）が想定され、この中でもウェルネス・プログラムが重視される。これは、食生活の改善（禁煙・節酒を含む）と運動、メンタルヘルス・サポート、保健指導とセルフケア、ワーク・ライフ・バランスによるものであり、具体的方法は、特に定期健診の結果を参考に選択・決定される。なお、労働者の扶養家族も上記プログラムへの参加が可能になっており、こうした対応が導入された主な理由は、扶養家族の体調不良等に伴う労働者本人の付き添いや看病のための欠勤（アブセンティーズムの一種）の最小化により、生産性を維持することにある。

健康投資の内容は、人材面と施設面に分けられ、前者は運動と食事（栄養管理）の各アドバイザー、医師等の医療従事者、管理・事務職員それぞれの雇用、後者は診療施設やフィットネスルームの建設・設置である。これらの財源は、人材と施設の確保に要する企業負担の他に、労使間での保険料負担等の民間資金によるものとされ、運用・管理の主体は企業と保険団体になっている（保険団体は、ジョンソン&ジョンソンが個別に契約する民間の保険会社である）。なお、健診において検査値の異常や有所見となった労働者と扶養家族は、主に保険団体の管理・指導のもとで早期の治療が行われる。

こうしたプログラムにより、プレゼンティーズムとアブセンティーズム、医療費（特に入院医療費）それぞれが抑制され、生産性の維持・向上やイメージアップ、株価の上昇につながっている。これについて、Live for Lifeの約20年間の全体的な成果として、「1ドルの投資に対して3ドルに相当するリターン」（図5）が得られたとされる<sup>17)</sup>。

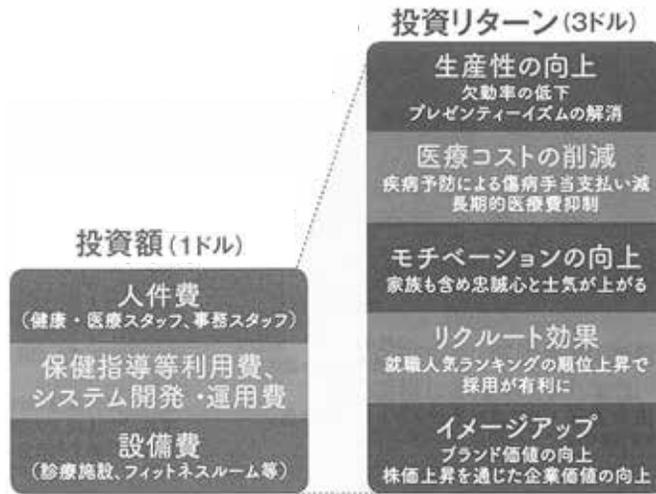
この他にLive for Lifeにおいては、プログラムの取り組みと成果により、各労働者に対して500ドル（各年）を上限とする報奨金制度が導入されている。これが可能になる理由の一つは、予防・健康増進により医療費の低減につながった際に、保険団体との契約更新において、保険料の割引（discount）がなされることにある。

これらにより、企業と医療従事者等のスタッフ、保険団体それぞれの連携のもとで、労働者・扶養家族の参加機会が確保され、また参加意識の向上につなげる誘因が導入されている。なお、

16) Henke et al. (2011), Institute for Health and Productivity Studies (2015), Isaac and Flynn (2001) の他に、ジョンソン&ジョンソンのウェブサイトを参照。なお、Live for Lifeに関係する投資の総額（施設整備、運用・管理費等）は明示されていない。

17) こうした事例は、経済産業省（2017）、Henke et al. (2011) においても紹介されている。

図5 Live for Life—健康投資に対するリターン



出所) ロバート・千葉 (2011) p.50より。

ジョンソン&ジョンソンの労働者は、退職後においても雇用主契約の保険団体に継続加入して、予防と治療（主に外来と入院医療）の各サービスを受けることが可能になっており、退職高齢者の医療制度としてこれが奨励されている。

日本の健康経営は、(Live for Lifeと同様に) 民間主導による健康と生産性のマネジメントの一つの手法であり、生産年齢人口の減少と労働力人口の高年齢化、経済の低成長と医療費の増加それぞれが長期・恒常化する中で、重要な意味をもっていると考えられる。健康経営が普及した時期は、顕彰制度が導入された2014年以降とされ、現段階では成果に関する評価はできないとされるが、方法についていくつかの課題が残されている。

今後の方向として、Live for Lifeの事例が参考になるとすれば、労働者と扶養家族に対する予防・健康増進策の拡充、保険者機能の強化それぞれの検討が必要になろう。また、長期的には、二次予防を含め（予防から医療行為まで）切れ目なく提供できる連携体制の構築が有用と考えられる<sup>18)</sup>。

本稿は、健康経営の背景と目的、基本的方法と課題を概観・整理して、アメリカでの一例を参考に今後の方向を展望したものである。健康経営が各企業の健康投資として普及・浸透した上で、成果の向上につながるための検討が継続的に行われている。詳細については、いくつかの企業の事例と公的支援の動向を踏まえ、別稿において取り上げることにする。

18) 経済産業省 (2017) p.35, 経済産業省 (2018) p.23等より。

## 参考文献

- HR総研 (2019) 「健康経営」に関するアンケート調査, [https://www.hrpro.co.jp/research\\_detail.php?r\\_no=251](https://www.hrpro.co.jp/research_detail.php?r_no=251) (2020年10月25日最終確認).
- 尾形裕也 (2018) 「日本における健康経営の現状及び課題」『生活福祉研究』, Vol.95, pp.25-41.
- 経済産業省 (2014) 「日本再興戦略」改訂 2014－未来への挑戦, [https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/kenko\\_toushi\\_joho/pdf/001\\_03\\_00.pdf](https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/kenko_toushi_joho/pdf/001_03_00.pdf) (2020年11月16日最終確認).
- 経済産業省 (2017) 「健康経営・健康投資の促進」, [https://www.kk-kaigi.com/pdf/2017material\\_nishikawa.pdf#search](https://www.kk-kaigi.com/pdf/2017material_nishikawa.pdf#search) (2020年9月23日最終確認).
- 経済産業省 (2018) 「次世代ヘルスケア産業協議会「アクションプラン2017」の進捗について」, [https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/jisedai\\_healthcare/pdf/007\\_03\\_00.pdf](https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/shoujo/jisedai_healthcare/pdf/007_03_00.pdf) (2020年10月25日最終確認).
- 経済産業省 (2019) 「健康経営の推進に向けた取組」, [https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/yuuryouhoujin.pptx](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/yuuryouhoujin.pptx) (2020年11月18日最終確認).
- 経済産業省 (2020) 「健康経営の推進について」, [https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/180710kenkoukeiei-gaiyou.pdf) (2020年9月21日最終確認).
- 経済同友会 (2016) 「経営者のリーダーシップによる健康経営の実践と保険者機能の発揮」, <https://www.doyukai.or.jp/policyproposals/articles/2015/pdf/160215a.pdf> (2020年9月19日最終確認).
- 厚生労働省 (2017) 「データヘルス・健康経営を推進するためのコラボヘルス ガイドライン」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000412467.pdf> (2020年10月23日最終確認).
- 厚生労働省 (2019) 「厚生労働白書」(制度の概要及び基礎統計) [https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw3/dl/j1\\_05.pdf](https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw3/dl/j1_05.pdf) (2020年11月1日最終確認).
- 田中滋・川渕孝一・河野敏鑑編 (2010) 『会社と社会を幸せにする健康経営』, 勁草書房.
- 東京商工会議所 (2019) 「健康経営に関する実態調査 調査結果」, <https://www.tokyo-cci.or.jp/file.jsp?id=1013694> (2020年10月1日最終確認).
- 日本政策金融公庫 (2015) 「中小企業の健康経営」, [https://www.jfc.go.jp/n/findings/pdf/soukenrepo\\_15\\_09\\_01.pdf](https://www.jfc.go.jp/n/findings/pdf/soukenrepo_15_09_01.pdf) (2020年9月30日最終確認).
- 森晃爾 (2018) 「健康経営の展望と課題」日本総合健診医学会『総合健診』, Vol.45, No.2, pp.13-17.
- 森永雄太 (2017) 「健康経営」とは何か－職場における健康増進と経営管理の両立」『日本労働研究雑誌』, No.682, pp.4-12.
- ロバート・ケーラム・千葉香代子 (2011) 「儲かる『健康経営』最前線」ニューズウィーク誌, 3月号, pp.48-53.
- ACOEM GUIDANCE STATEMENT (2009) “Healthy Workforce/Healthy Economy:The Role of Health, Productivity, and Disability Management in Addressing the Nation’s Health Care Crisis”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol.51, No.1, pp.114-119.
- Aldana, S (2020) “The 7 Best Reasons to have a Wellness Program : Benefits of Wellness”, <https://>

www.wellsteps.com/blog/2020/01/02/reasons-to-have-a-wellness-program-benefits-of-wellness (2020年10月25日最終確認).

Berger, M, Howell, R, Nicholson, S and Sharda, C (2003) “Investing in healthy human capital”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol.45, No.12, pp.1213-1225.

Goetze, R and Ozminkowski, R (2008) “The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs”, *Annual Review of Public Health*, Vol.29, pp.303-323.

Henke,R,Goetzel,R, McHugh,J and Isaac,F (2011) “Recent Experience In Health Promotion At Johnson & Johnson: Lower Health Spending, Strong Return On Investment”, *HEALTH AFFAIRS*, Vol.30, No.3, pp.490-499.

Institute for Health and Productivity Studies (2015) , “Johnson & Johnson”, *Johns Hopkins University Newsletter*, [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/institute-for-health-and-productivity-studies/\\_docs/promoting-healthy-workplaces/JNJ.pdf](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/institute-for-health-and-productivity-studies/_docs/promoting-healthy-workplaces/JNJ.pdf) (2020年10月19日最終確認).

Isaac,F and Flynn,P (2001) “Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE Program: now and then”, *American Journal of Health Promotion*, Vol.15, No.5, pp.365-367.

Loeppke, R (2008) “The value of health and the power of prevention”, *International Journal of Workplace Health Management*, Vol. 1 No. 2, pp.95-108.

Parkinson, M (2013) “Employer Health and Productivity Roadmap™ Strategy”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol.55, No.12, pp.46-51.