



# POLICY MAKERS

医師の視点で考える健康経営2.0

Author: 宮脇 大

# LAB



## Policy makers lab Managing partner

宮脇大 Miyawaki Hiroshi

### PROFILE

2011年、大阪大学医学部医学科卒。循環器内科医師として倉敷中央病院、大阪大学医学部附属病院に勤務、心臓移植を要する重症心不全の診療・研究に従事する。アジア初のCrossFit PhysicianとしてDoctor's Fitness STUDIOの運営、日本ラグビーフットボール協会でのアンチ・ドーピング教育やフィールドドクター活動を行い、Doctor's Fitness 診療所にて適切な運動・食事・睡眠を通じた生活習慣病・循環器疾患予防に取り組む。2022年、健康経営の効果的実践を企業と共に取り組むサービスを開始、予防医療を、医学、リーダーシップ、ビジネス、政策等の視点をもって社会実装する取り組みを行っている。

### 要旨

#### 1. 背景

2000年代後半より日本にも健康経営の概念が導入され、日本再興戦略・未来投資戦略に位置づけられた「国民の健康寿命の延伸」に関する取り組みとして、政府が主導的に健康経営を進めた。健康経営1.0と称された現在までの取り組みは一定の成果を収め、新たなステップへと進もうとしている。現在の公的医療保険制度がカバーしきれない生活習慣病予防に関して、健康経営には大きな役割を果たすことが期待されている。

#### 2. 健康経営における課題とあるべき姿

健康経営施策において、生活習慣病予防を行う場合には、科学的根拠のある施策を行い、施策実行後の効果検証を行い、次のより良い施策へつなげていくサイクルをまわすことが理想的である。科学的根拠や効果検証がなければ、施策に効果を求めることは難しく、施策の改善に取り組めず、継続性のない単なる健康経営パフォーマンスに陥ってしまう。そのため、科学的根拠のある施策を行うための産業医や保健師の主体的な参加や、その後の効果検証を行うノウハウの充実が課題となっている。

#### 3. 課題解決の方向性

健康経営のBest practiceとして、具体的施策を単に提示するだけでなく、その背景にある施策決定の根拠の提示や施策決定までのプロセス、リソースのかけかた、その後の効果検証、そして次の施策の検討への提案といった、一連の継続性のある効果的な健康経営実践を提示することが重要であり、そのBest practiceを国がモデル事業として推進、最終的にはガイドライン化することが重要と考えられる。

### Keyword

健康経営、予防医療、循環器疾患、生活習慣病、国民の健康寿命の延伸

# 目次

---

<b>1</b>	<b>背景</b>	54
<hr/>		
1.1.	健康経営に関する概略	54
1.1.1.	健康経営の背景	54
1.1.2.	健康経営の概要	54
1.1.3.	日本の健康経営の歴史と現状	55
1.1.4.	米国の健康経営の歴史と現状	55
1.2.	医師からみた健康経営に関連した健康課題	56
1.2.1.	概略	56
1.2.2.	大病院の医師としての視点	58
1.2.3.	地域診療所の医師としての視点	58
1.2.4.	産業医としての視点	59
<hr/>		
<b>2</b>	<b>健康経営における課題とあるべき姿</b>	60
<hr/>		
2.1.	理想的な健康づくりと健康経営	60
2.2.	理想的な健康経営施策とその課題	60
<hr/>		
<b>3</b>	<b>課題解決の方向性（Best practiceの推進とガイドライン化）</b>	62
<hr/>		
	参考文献	63

# 医師の視点で考える健康経営2.0

## 1. 背景

---

### 1.1 健康経営に関する概略

#### 1.1.1 健康経営の背景

日本は、社会の高齢化率が急速に高まり、社会保障費の拡大が財政を圧迫する要因となるとともに、労働力の減少に伴う経済活動の停滞が懸念される。社会保障給付費は医療給付費・介護給付費ともに年々増加し、2025年度には医療給付費は約54兆円、介護給付費は約20兆円に達すると見込まれる<sup>1</sup>。現在、医科診療費の3分の1以上が生活習慣病関連であり<sup>2</sup>、予防医療の重要性は科学的にも明らかである。現在、日本の平均寿命は世界一であるが、平均寿命と健康寿命の差は約10年（男性9.02年、女性12.49年）とされており<sup>3</sup>、健康寿命を延伸させることが重要である。経済産業省は、次世代ヘルスケア産業の創出に向けたコンセプトとして、公的保険外の予防・健康管理サービスの活用を通じて、生活習慣の改善や受診勧奨等を促すことにより、国民の健康寿命の延伸と新産業の創出を同時に達成し、あるべき医療費・介護費の実現につなげることを提示している<sup>4</sup>。

#### 1.1.2 健康経営の概要

健康経営とは、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とされている。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企業価値向上につながると期待される。一方、社会に対しても、国民のQOLの向上やあるべき国民医療費の実現などの効果があると期待される。そのため、健康経営は、日本再興戦略、未来投資戦略に位置づけられ、国民の健康寿命の延伸に関する取り組みの一つとして、取り上げられている<sup>5</sup>。健康経営実践において、企業は従業員の健康を「投資」の対象とみなしており、健康経営の概念が導入される以前は、従業員の健康を管理しなくてはならない「コスト」とみなしていた点と大きく異なる。すなわち、健康経営とは、従業員を企業経営に不可欠な資源、人的資本としてとらえ、従業員の健康維持増進につながる具体的施策を実行していくことが重要である。

### 1.1.3 日本の健康経営の歴史と現状

健康経営の概念は、米国の臨床心理学者Robert H. Rosen氏が1992年に出版した「The Healthy Company」の中で、Health and Productivity Management、つまり従業員の健康と労働生産性を同時にマネジメントする考え方を提唱したのが始まりとされている<sup>6</sup>。日本では、2006年に設立されたNPO法人健康経営研究会による啓発活動にて、健康経営という言葉が用いられるようになった。2011年に経済産業省内にヘルスケア産業課が新設、2012年に日本政策投資銀行がDBJ健康経営格付融資を開始した。2013年に内閣府の日本再興戦略において健康寿命の延伸が策定、2014年には日本再興戦略の改訂版において健康経営という言葉が、健康への投資という文脈で語られており、経済産業省が主体となり、健康経営に係る各種顕彰制度を通じて、健康経営に積極的に取り組む優良企業を「見える化」し、社会的な評価を受けることができる環境を整備した。2014年度から上場企業を対象に「健康経営銘柄」を選定、2016年度からは「健康経営優良法人認定制度」を推進し、大規模法人部門の上位層には「ホワイト500」、中小規模法人部門の上位層には「ブライツ500」の冠を付加している。健康経営度調査の回答数の増加、健康経営優良法人の申請数、認定数ともに年々増加していること<sup>8</sup>などからも、健康経営の概念、取り組みが日本企業に浸透していることは明らかである。経済産業省が示す健康経営推進のロードマップ<sup>9</sup>では、健康経営1.0、健康経営2.0、健康経営3.0と未来に向けた方向性を示している。健康経営1.0の目標であった健康経営の概念の浸透、取り組み企業数の一定程度の拡大は達成された。健康経営2.0では上場企業の取り組み強化および中小企業の裾の拡大が目標と設定されている。現在の健康経営の課題として、健康経営施策に関するノウハウ不足・人材不足、健康施策の効果が不明瞭であること、プライバシーへの配慮の3つの項目が挙げられている<sup>10</sup>。これらの課題を解決することが求められており、健康経営の効果検証結果の開示、効果分析の深化、健康経営に関する共通評価軸の策定を進めていく方針である<sup>11</sup>。

### 1.1.4 米国の健康経営の歴史と現状

米国では、1960年代に労働災害件数が増加し、従業員の怪我などの予防、職場環境の安全性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<sup>12</sup>。1970年代には労働安全衛生法（Occupational Safety and Health Act of 1970）が制定され、国民的健康政策「Healthy People」を打ち出した<sup>13</sup>。1980年代には、高騰する従業員の医療費負担が企業経営の根幹を揺るがすまでに深刻化したことをうけ、多くの企業が従業員の健康増進に取り組むようになった。1992年にはRobert H. Rosen氏が「The Healthy Company」を出版<sup>14</sup>、1996年にAmerican College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)が主催する社員の健康、安全、職場環境に配慮した優良健康経営表彰制度であるCorporate Health Achievement Award (CHAA)が始まった<sup>15</sup>。CHAAは主催が医療系の学術団体であることは日本との比較の上では大きな特徴である。その後慢性疾患患者の重症化を予防するプログラムが誕生し<sup>16</sup>、2010年代以降には、健康経営の主軸は、従業員の医療費削減だけでなく、従業員の満足感や健康意識の向上、優秀な人材獲得などの要素が強まった。2011年にはJohnson & Johnsonが世界250社、約11万4000人に健康教育プログラムを提供し、投資に対するリターンを試算、健康投資1ドルに対して約3ドルの投資リターンの成果につながったことを示し、従業員の健康維持促進プログラムを広める先導的役割を果たした<sup>17</sup>。2013年にはCHAA企業群とS&P500との13年後における株価のパフォーマンス比較の結果、CHAA企業群がS&P500と比較し約1.8倍に上昇したとの報告を出した<sup>18</sup>。2017年にはACOEMは、安全衛生や健康に配慮している企業は株価が高い、つまり企業価値が高いと判断し、投資家

向けに株式市場における投資信託である健康安全指数（Integrated Health and Safety Index）を作成した。<sup>19</sup> 近年、多くの米国企業が健康経営に置いて注力する領域は、従業員個人を対象にした先進のデジタルヘルスソリューションの導入と活用である。COVID-19によるパンデミックを契機に、メンタルヘルス対策への需要が一層高まり、従業員のストレスの低減につながる瞑想やマインドフルネスのアプリ市場は急激に伸びている<sup>20</sup>。健康プログラムにおいては、パーソナライズされたプログラムをウェアラブルデバイスと併用し実践、健康への取り組みのフィードバックが1日単位で得られることで、健康意識の高まりが一層認められている<sup>21</sup>。多くの企業はこれらデジタルヘルスソリューションを活用し、個人のヘルスデータを蓄積、リアルタイムに従業員の健康状態を把握、適切なヘルスケアを施す施策を提供するなど、継続的に健康経営を発展させている。このように、米国では人材戦略と企業戦略の融合が一層進んでおり、従業員の健康状態や幸福感を向上させる健康増進施策が企業の最優先事項として位置づけられている。

## 1.2 医師からみた健康経営に関連した健康課題

### 1.2.1 概略

私は循環器内科医師であるため、循環器病を例に挙げて説明する。脳出血・脳梗塞といった脳血管疾患と心筋梗塞・狭心症といった虚血性心疾患を含む循環器疾患は、日本の主要な死因の一つであるが、これらは単に死亡を引き起こすのみではなく、急性期治療やその後の後遺症治療のために、個人的にも社会的も負担は増大している。脳卒中は寝たきりの主要な要因の一つであり、虚血性心疾患発症後の心不全は、現在心不全パンデミックと称されるほど有病者が増大し、その人の生活の質（QOL: Quality of Life）を低下させる原因となっている。<sup>22</sup>

脳の病気、心臓の病気と、全く違うもののように感じられるかもしれないが、この脳血管疾患と虚血性心疾患は、動脈硬化を伴う血管の病気であり、循環器疾患である。過去の疫学追跡調査等から、動脈硬化に伴う循環器疾患発症の危険因子は、高血圧、脂質異常症、耐糖能異常、喫煙、大量飲酒とされ、これらへの対策が重要であると考えられた。実際、国民皆保険による医療の提供、健診等を通じての早期発見・早期治療により国民への高血圧治療が浸透し、その結果脳卒中の発症予防にも貢献したと考えられている。現在、メタボリックシンドロームに着目した特定健診および特定保健指導等の施策を継続して行っているものの、未だ、高血圧、脂質異常症、耐糖能異常への対策は不十分である<sup>23</sup>。

血圧が高くとも、中性脂肪値やLDLコレステロール値が高くとも、血糖値が高くとも、多くの場合は無症状であり、特に本人が困るということはない。適切な運動、食事といった、正しい予防行動をとらなければ、将来、生活習慣病を発症し、重篤な循環器疾患を発症するリスクとなるが、本人はその時点では困っていないのである。多くの人は、リスクがあると知っていたとしても、予防行動をとる意思決定や実際の行動を行う段階には到達しない。予防医療においては、この行動変容の難しさが最も大きな課題である。

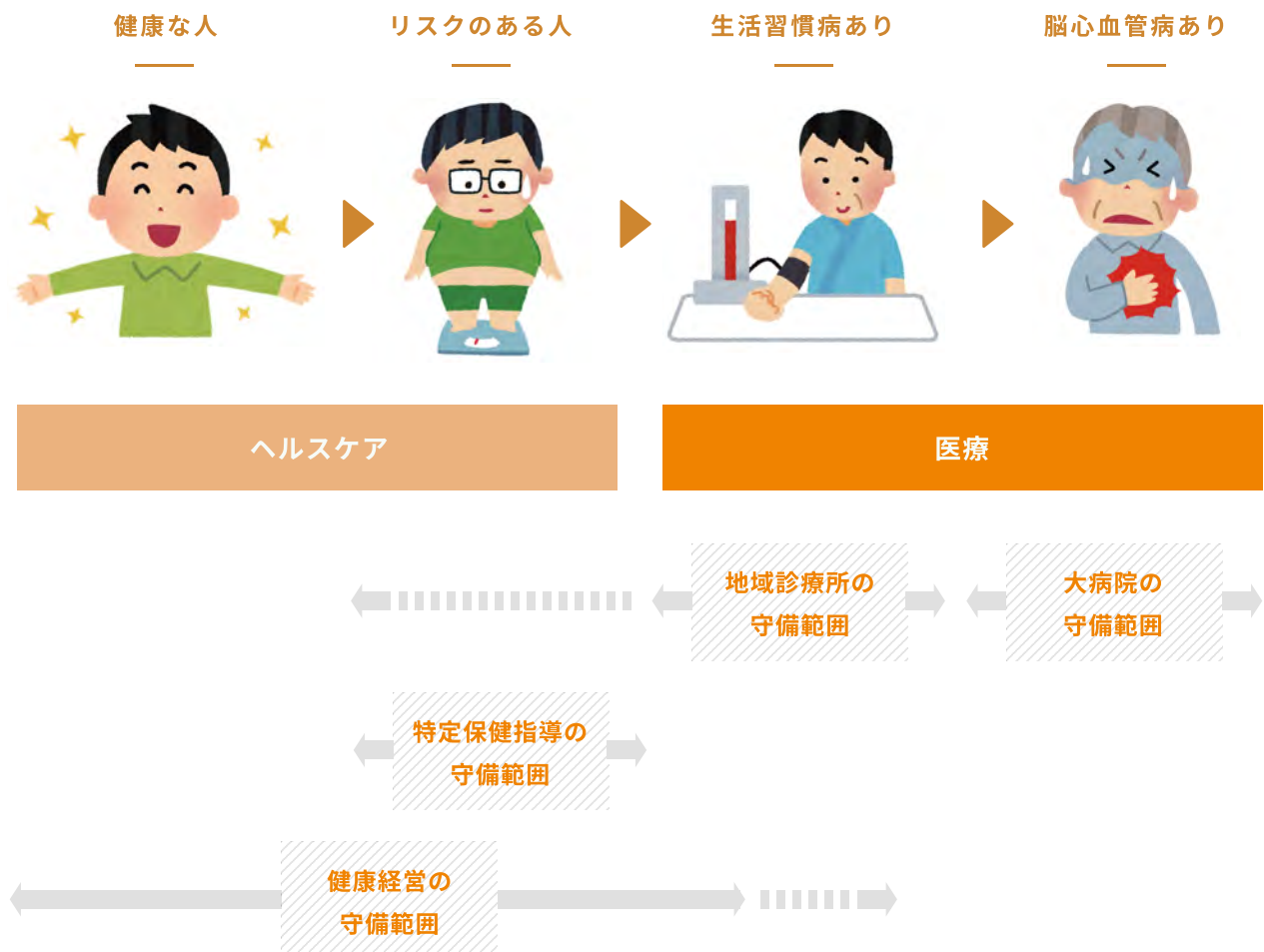
一方、すでに生活習慣病を発症しており、適切な生活習慣病の改善に加えて薬物治療が必要な人に対しても課題がある。健康診断の結果から生活習慣病がすでに発症していることが予想される医療機関未受診の方、あるいは一度医療機関を受診したとしても、その後継続していない方も多く、潜在的な未治療の高血圧患者は1400万人いるとの推定結果もある<sup>24</sup>。無症状の場合が多く、将来重篤な循環器疾患を発症するリスクがあったとしても、現時点では困っていないため、医療機関への受診あるいは受診継続が難しい場合は多いのである。医療機

関・医療者側も、その人が受診して初めて介入ができるのであり、受診をされない方への対策をとることは難しい。

図1のようなパーシェントジャーニーが存在する。つまり、健康な状態から、血圧が高め、コレステロールが高め、血糖値が高めといった、生活習慣予備軍となり、生活習慣の改善等がなければ生活習慣病を発症し、そして、重篤な循環器疾患を発症する。国の施策として、生活習慣病予備軍の方には、予防医療の提供が特定保健指導（一部医療保険による指導）という形でカバーされ、生活習慣病発症後の方には、医療の提供が医療保険により手厚くカバーされる。しかしながら、特定保健指導が必要であるものの指導を受けていない方、医療機関へ受診し医療が必要であるものの受診されていない方に対しては、国の施策は届いておらず、一つの課題と考えられる。

次に、予防医療および医療の提供の場について検討する。特定保健指導実施者は、医師、保健師、管理栄養士等であるが、その実施母体は多くの場合、民間の事業者である。医療提供母体に関してはそのカバーする範囲が大きく、適正かつ効率的に医療を提供する必要があるため、大病院と地域の診療所では役割が異なる。循環器領域の急性疾患は大病院で治療を行い、急性期を過ぎれば、生活習慣病のリスク管理等は地域の診療所で行うといった、病診連携が推進されている。私は大病院および地域の診療所での勤務経験があり、産業医として大企業や中小企業の従業員の健康課題にも取り組んでいる。そこで感じた健康経営に関連した課題について述べていく。

図1 パーシェントジャーニー



## 1.2.2 大病院の医師としての視点

循環器疾患における急性疾患で大病院受診となる場合、多くは救急搬送、救急外来において患者さんと接することになるが、一刻を争う場合が多く、落ち着いて話を聞く時間はない。診断を行うために、治療中の病気、既往歴や喫煙歴、健康診断で指摘をうけた内容などを速やかに聴取する。当然、なにかしらのリスクがある方が循環器疾患を発症する人が多い。「健康診断で、血圧高いと何年も前から言われています」や「糖尿のけがあるとされています」、あるいは「コレステロールが高く、食事をちゃんとしたほうがいいと言われています」といった言葉を耳にすることは日常茶飯事である。診断の過程で、すでに治療を必要とする高血圧、糖尿病、脂質異常症と判明することが多く、健康診断で「血圧が高めである」「糖尿病予備群」「食事療法の必要な脂質異常症」と指摘された段階で、適切な予防医療への取り組みがなされていれば、そもそも致命的な循環器疾患、発症後のQOLを低下させる循環器疾患の発症予防できたのに、と残念な気持ちになることは多い。

パーシェントジャーニーのどこかのタイミングで対策が打てた可能性がある、予防可能だったのではと考えられる循環器疾患が、結果的に発症してしまったのは、極めて残念である。大病院に勤務する医師の責務としては、発症した循環器疾患に対する治療技術向上に大きなウェイトが占めるが、その一方で予防医療の重要性をどの医師も痛感している。しかしながら、自分たちはその発症した循環器疾患を治療することが求められる場所にいるため、予防医療に対して積極的かつ具体的な行動を起こすことは難しいのが実情である。

## 1.2.3 地域の診療所の医師としての視点

診療所の医師は、かかりつけ医として生活習慣病のリスク管理を行うことは多い。日々の血圧を確認し、血糖値や体重・体脂肪率の推移を確認し、適切な生活習慣への是正、薬の内服により重篤な循環器疾患発症リスクを管理する。患者さんが思う「薬を飲んで、治った」という状況は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病においては、医師としては「薬を飲んで、リスクが管理されている」という状況である。当然、「治った」と思うので「治った」ので、通院しなくなる方も多い。一度通院が途切れた方に対して、再度受診していただくのは、本人も困っていない状況でもあり、難しいのが現状である。働く世代の生活習慣病患者においては、仕事も忙しく、通院そのものが負担になる場合も多い。多くの診療所が営業している平日の午前・午後の時間帯は、当然勤務時間と重なるため、症状がない、困っていない生活習慣病の受診のために有給を消化するのには抵抗がある方も多く、受診が遠のく一因となる。

次に、健康診断等で指摘を受けたため診療所を受診した場合に、薬による治療（いわゆる医療）までは必要なく、適切な運動や食事の改善で本来リスクが管理できる方は、初回の受診時に薬が必要ないレベルなので、適切な運動と食事に気をつけましょうと伝えられるだけの場合も多い。受診された方も、その後、具体的にどうすればいいのかわからず、結果、薬が必要ないレベルなので自分は大丈夫と思い、適切な予防医療行為である適切な運動や食事に取り組むタイミングを逸してしまう。現実的に、現行の日本の医療システムにおいて、予防医療に対する保険点数は極めて低い。予防医療はそもそも医療の範囲外と考えられるシステムであるため、本来予防医療を担える可能性のある診療所には予防のインセンティブが全く働かない。そのため、予防医療としての適切な運動や食事改善といった介入が可能なタイミングがあったとしても、具体的な予防医療行為を行うケースはまれである。



## 1.2.4 産業医としての視点

産業医は、産業医学に基づいて産業保健の理念や労働衛生に関する専門知識により、労働者の心身の健康を保持増進することが任務である。産業員の配置についてはその事業所の規模により法律により規定されている。産業医が、生活習慣病予備軍に対する健康施策に取り組む場合には、産業保健師や、会社の従業員の担当者らとともに健康施策を行わなければ、効果的な施策の実践は難しい。さらには、事業所の規模に応じて必ずしも産業医は専属でもなく、月に1回しか企業に足を運ばないケースも多く、そのような場合に、従業員の予防医療等に関する健康施策を行うのは現実的には不可能に近い。

私自身が大企業において健康施策を行う場合、施策立案を行い、実際に実行に移すまでには、企業の担当者の了解、予算確定など様々ステップが必要であり、民間企業における意思決定から実行までの実情等を知ること重要と感じる。また、病院や診療所の勤務医は多くの患者を担当していたとしても、実際は一人ひとりへの医療の提供である。それに比較して産業医における健康施策の提供対象は、その担当事業所の大半となることも多く、数百人に対する施策を検討・実行する必要がある。一人では当然不可能である。

つまり、従業員への予防医療といった健康施策を行うにはマンパワーや予算を必要とし、現実的には一部の企業のみが取り組んでいる状況と考えられる。健康経営を実践するには、産業医や産業保健師といった医療の専門家、経営者、従業員、この3者がともに共通の目標に向かって健康施策に取り組むことが重要かつ必須である。医療の専門家だけが、張り切って予防医療に取り組もうとしても、健康の押し付けのような形になる場合が多い。健康意識の高い従業員だけが張り切っても、科学的なエビデンスの乏しい施策しか行えず、従業員の健康に必ずしもつながらず、パフォーマンスに終わる場合もある。当然、経営者に健康経営への理解が乏しければ、マンパワーや予算などのリソースの投入が不十分となり、十分な健康施策には取り組むことはできない。

このように、多くの従業員への健康施策を実行するには、産業医だけでは当然不可能である。本来、産業医は健康施策を実行するリーダーの一人として、健康経営を実践することが期待されるものの、現実的には、人的資本や予算を要することから、大企業の一部のみだけが可能となっていると考えられる。

## 2. 健康経営における課題とあるべき姿

### 2.1 理想的な健康づくりと健康経営

生活習慣病における予防医療が極めて重要であることは周知の通りである。公的医療保険制度においては、健康診断・特定健診がその一役を担う。しかしながら、健康診断における有所見者の二次健診実施率および特定健診の特定保健指導実施率は低水準である。国の施策により、事業者は労働者に対する二次健診実施率および特定保健指導実施率向上を促しているものの、実施率の改善には課題が多い。また本来受診が必要な方への受診勧奨などにも課題が多い。これらは、行動変容を促す取り組みであり、ソーシャルマーケティングの積極的な活用など、行動変容を科学的に効果的な施策で解決へ導くことは重要だと感じる。また、一方で全てを公的な取り組みによって、予防医療や生活習慣病患者の受診勧奨を実践することは難しい。上記に述べたように、大病院においては予防医療や生活習慣病患者の管理は現実的に期待された医療における役割ではなく、地域の診療所においても予防医療へのインセンティブが低く、そもそも保険医療機関として受診されない対象者にアプローチするすべを持たない。このように、大病院や地域の診療所では予防医療の実践や生活習慣病患者の受診勧奨は現状できておらず、今後も難しいように感じる。

理想は、国民一人ひとりが、自身の健康状態に責任を持ち、健康維持・増進に努めることであるが、認知バイアスにより健康投資などのやるべきことが後回しになることは多い。そこで、政府が主導的に「健康経営」を進め、企業が個人の健康に投資をし、健康保持増進を促すことは、一定の合理性があり、現在の公的医療保険制度ではカバーしきれていない、生活習慣病における予防医療の実践は、国民の健康増進に寄与するものと考えられる。

### 2.2 理想的な健康経営施策とその課題

理想的な健康づくり、予防医療の実践や生活習慣病患者の受診勧奨において、公的医療保険制度がカバーしきれない範囲を、企業が健康経営という概念に基づいてカバーすることは非常に重要な方向性である。その際に重要となってくるのは、産業医といった企業と関わる医療の専門家の存在である。

私が産業医として、健康経営施策に関わる中で感じたこととして、企業が健康経営における予防医療の実践については、産業医へのアドバイスを求めることが多いが、アドバイスだけでは決してうまくはいかない。予防医療の施策は、本来科学的根拠に基づいた施策が求められ、企業の従業員がそれを行うにはハードルが高く、形骸化した健康経営施策をするにとどまる場合が多い。結果として、企業は継続性のある効果的な施策を従業員に提供できず、従業員も健康経営による効果を実感できない。産業医や産業保健師といった専門性をもつ人々が主体的に、かつ企業の人々とともに、健康経営の施策立案、実践に関わる必要があるが、それには、企業の側にも予算をはじめとしたリソースの投入が必要となる。先に述べたとおり、月に一度しか企業に足を運ぶことがない産業医には、健康経営の施策立案や実践は不可能である。しかしながら、企業も予算やリソースを投入するには、健康経営実践により従業員のワーク・エンゲイジメントの向上といった投資効果を数値的に判断できる健康経営施策の効果検証を必要とする。健康経営の概念である、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践するには、根拠が必要なのは当然であり、その根拠として科学的根拠に基づいた健康経営施策の実践およ

びその効果検証が重要である。

理想的な健康経営施策について、何かしらの健康経営施策を行う場合、行う前には数値的な目標設定を行う、施策後に効果検証を行うことが必要である。そのうえで、次に行う健康経営施策について検討する。このPDCAサイクルをまわすことは極めて基本的であり、重要である。特に生活習慣予防については個人の行動変容をよい方向へ変える取り組みも多く、行動変容の難しさは周知の通りである。1つの優れた健康経営施策は万能的に、すべての人に効果的であることは少なく、同一の目的を持った施策であっても、できるだけ種類の多い施策を実践し、より多くの人に効果があるものにすることが望ましいと考えられる。企業の業種、従業員の年齢分布や性別分布など、当然多種多様であるため、どこかのBest practiceが自社においてもBest practiceとは限らない。できる限り健康施策を行う場合には、その効果検証を行い、よりよい方向へ進むことが重要であると考えられる。

### 3. 課題解決の方向性（Best practiceの推進とガイドライン化）

---

健康経営施策においては、企業の置かれている状況は様々であるため特定の具体的施策が最善ということは難しい。しかしながら、健康経営施策を行う上で、科学的根拠に基づいた施策を行うこと、施策実践による効果検証を行うことは、健康経営を経営的視点でとらえる根拠となる事実として非常に基本的な取り組みである。つまり、健康経営のBest practiceの推進とは、具体的施策を単に提示するというのではなく、その背景にある施策決定の根拠の提示や施策決定までのプロセス、リソースのかけかた、その後の効果検証、そして次の施策の検討への提案といった、一連の継続性のある効果的な健康経営実践を推進するということである。科学的根拠に基づくことは得てして難しく、絶えずアップデートされるものである。また従業員の年齢分布や男女比率を始めとした、企業特性は多様であるため、ある程度の企業特性に分類し、それぞれのBest practiceを提示することは重要と考えられる。このようなBest practiceを、国がモデル事業として推進し、最終的にはガイドライン化することで、健康経営施策は、その質がある程度担保された状態で、効果的に実行できるものと考えられる。

## 参考情報

- 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日
- 「令和元（2019）年度 国民医療費の概況」厚生労働省 令和3年11月9日
- 「健康寿命の令和元年値について」厚生労働省 令和3年12月20日
- 「健康経営の推進について」経済産業省 令和4年6月
- 「健康経営に関するアンケート調査結果報告」HR総研 令和2年1月
- 「令和元年国民健康・栄養調査報告」厚生労働省 令和2年12月

### 参照ホームページ

- 経済産業省

<https://www.meti.go.jp/>（令和4年10月1日参照）

- 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/>（令和4年10月1日参照）

- American College of Occupational and Environmental Medicine

<https://acoem.org/>（令和4年10月1日参照）

- Genome Medical（令和4年10月1日参照）

<https://www.genomemedical.com/>

- 日本循環器学会（令和4年10月1日参照）

<https://www.j-circ.or.jp/>



# POLICY MAKERS — LAB