職場における健康増進プログラムの効果的な実践に影響する組織要因

Organizational factors affecting effectiveness of workplace health promotion programs

森　　晃爾
永田　智久
永田　昌子
岡原　伸太郎
小田上　公法
森　　貴大
髙橋　宏典

＜要　約＞

同じように健康増進プログラムを提供しても、成果が上がる組織と上がらない組織が存在する。その背景として、経営トップのリーダーシップ等の組織要因の重要性が指摘されている。そのような組織要因が整えられると、健康増進プログラムの継続によって、健康風土･文化が醸成されることになり、さらなる健康投資がより高い成果に結びつく。そのような組織では、人間中心的な経営理念のもと組織運営が行われているはずである。

キーワード：健康増進、組織要因、健康文化、健康投資、リーダーシップ

Ⅰ　はじめに

少子高齢化が進む日本では、働く人材確保のみならず、医療や年金制度などの社会保障制度の維持のためにも、国民の引退年齢の延長は避けらない。そこで日本政府は、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律を段階的に強化し、企業に高年齢労働者の雇用義務を課している。そのような高年齢労働者の雇用を可能とするためには、労働者の健康上の職務適性の向上が欠か

森　　晃爾：産業医科大学産業生態科学研究所　産業保健経営学　教授
永田　智久：産業医科大学産業生態科学研究所　産業保健経営学　准教授
永田　昌子：産業医科大学産業生態科学研究所　産業保健経営学　学内講師
岡原伸太郎：ジョンソン・エンド・ジョンソン日本法人グループ　統括産業医
小田上公法：HOYA 株式会社　HOYA グループ OSH 推進室長
森　　貴大：住友電気工業株式会社　産業医
髙橋　宏典：産業医科大学産業生態科学研究所　産業保健経営学　専門修練医

せない。厚生労働省は1988年に労働安全衛生法を改正して、労働者の健康保持増進への取組みを事業者の努力義務として位置付け、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（通称、THP 指針）」を出し、指針に基づいた取組みに対して各種助成を行った。すでに助成制度自体は終わっているが、一部の大企業においては、事業者による労働者の健康増進活動が定着している。また、2008年から、すべての医療保険者の義務として、メタボリック症候群を対象疾患とした特定保健指導の制度が始まった。日本では多くの大企業が自社の健康保険組合をもち、中小企業のほとんどが全国規模の医療保険者に加入しており、この制度が40歳以上を対象としたことにより、働く世代を中心としたハイリスクアプローチの取組みが強化されたことになる。

しかし、将来のさらなる高齢化の進展を考えると、若年世代をも対象としたポピュレーションアプローチを基本とした労働者の健康増進活動に、より多くの企業が自主的に取り組むことが望まれる。そこで経済産業省と厚生労働省（主に保険局）が連携して、企業の健康増進活動を労働者の健康への投資として捉え、そのことによって生産性の向上や医療費の適正化といった企業経営に資する効果を得ていくことを目的とした健康経営の推進が、2015年より開始された[1)]。この政策には、主に優良企業に対する顕彰制度と、企業の健康経営の技術向上のための支援としてガイドブックの提供や人材養成の仕組みの創出がある。このうち顕彰制度としては、東京証券取引所が業種ごとに健康経営の取組みがトップクラスの企業を選定する「健康経営銘柄」、健康経営の取組みが一定水準以上の企業の「健康経営優良法人」の認定があり、その応募法人は制度発足以降、急増している。さらに、顕彰制度と連動して、顕彰を受けた法人が、公共工事の入札や外国人従業員の就労ビザの更新など、いくつかの制度上の特典が得られる仕組みが始まっている。また。厚生労働省は、2020年に、職場における健康増進活動の活性化を目指して、前述の THP 指針を大幅に改正した。改正指針では、事業場の実状に合わせて継続的改善を示すPDCAサイクルを回す仕組みを確立することを求めている。また、地域・職域連携推進[2)]やデータヘルス計画[3)]などの厚生労働省内の他の施策および経済産業省やスポーツ庁[4)]といった他省庁の取組みとも整合性が取れた内容になっている。

以上のような背景から、日本でも健康増進プログラムを実践する企業が増えていると考えられる。しかし、企業等の組織において健康増進プログラムを展開する際、ただ単に健康管理部門を設置し、健康増進プログラムへの参加機会を従業員に提供するだけでは、その成果を十分に上げることはできない。それは、従業員の健康づくりは、本来の組織の事業目的ではないため、経営方針や企業文化と整合性が取れていなければ、職場において、従業員が健康増進プログラムへの参加等の行動をとることに影響が生じるためである。そこで、本論では、職場の健康増進プログラムの経営的価値について整理したうえで、健康増進プログラムの成果に影響を及ぼす、主に組織的要因に関する知見をまとめる。次に、それらの知見をもとに開発されたベストプラクティスモデルや各種評価指標を紹介するとともに、組織的要因の基盤として位置付けられる健康文化や健康風土について整理し、今後の職場における健康増進活動のあり方につ

いて考察する。

Ⅱ　経営的視点からみた職場の健康増進プログラム

健康増進プログラムと経営との関連について、経済評価研究の枠組みで投資対効果分析や投下資本利益率（ROI：Return on Investment）を含む費用便益分析が広く行われてきた。通常の経済評価研究は社会的立場で行われることが多いが、産業保健においては企業経営者の立場での分析も多い。評価指標は、健康度のほか、労働生産性や株価を使った評価も行われている。一方で、経済合理性のみではなく、健康増進プログラムを企業の社会的責任（CSR：Corporate Social Responsibility）の一環として捉えられたり、最近ではESG（Environmental, Social, and Governance）の一環として考えられはじめている。

1．健康増進プログラムの費用便益

米国ではインフレ率を超える医療費の増大を受け、企業にとって、医療費の負担増が経営課題となり、企業が従業員向けに健康増進プログラムを提供する機運が高まった。米国の成人の５大健康課題は、心疾患、がん、脳血管疾患、慢性肺疾患、不慮の事故であり、全死亡の55％は改善可能な行動の要素が影響していると考えられている。職場で改善可能な不健康行動として、喫煙、不健康な食事、身体活動の低下、アルコール消費が挙げられている。このような指摘のもと2000年に米国疾病予防管理センター（CDC：Centers for Disease Control and Prevention）はHealth Risk Assessment（HRA）を実施し、その結果に基づくフィードバックをする健康増進プログラムを推奨した。Solerら（2010）のレビュー論文では、CDCのプログラムの経済評価を行った８つの研究をまとめ、費用は年間従業員一人当たり65-285ドル、投資効果は削減された医療費と生産性の損失（回避された予防可能な病気や障害のための休業期間として計算）とし、ROIは１ドル当たり1.40-4.60ドルであるとした。また、３年間を通じて心血管リスクを１％下げるためには、対照群と比べて追加的に14-73ドルかかったと報告している[5)]。2010年代より、職場での健康増進プログラムは医療費に加え休業期間の損失が評価されており、休業期間は経営者の関心がある項目であったと考えられる。同時期に発表されたBaickerら（2010）の論文では、雇用主が提供したウェルネスプログラムで医療費や病気欠勤を測定している22本をレビューしている。その結果によれば、22本中２本は医療費の節約に効果はなかったとしながらも、その他ウェルネスプログラムへの投資は平均３年間で回収でき、１ドル当たり医療費は3.27ドル、２年間で病気欠勤の費用を2.73ドル節約できるとしている[6)]。

Chapman（2012）は、研究の実施時期にも着目し、職場での健康増進プログラムの経済的効果に関する研究のレビューを発表している[7)]。研究の実施時期が新しくなるにつれ、インターネットを利用した介入や経済的インセンティブ等の新しい介入技術を利用したものが増え、経済的効果もより高くなり、費用便益比は、直近10年の研究で、１：3.0から１：6.1と２倍に改善していたことが報告されている。研究で用いたアウトカムは医療費や医療資源の利用が最多で

３分の２の研究で評価されており、医療費は平均24.5%の改善であった。次いで疾病休業が42%の研究で評価され、平均25.1% の改善であった。雇用者の生産性改善の効果への関心が高いことから評価されることが増えている一方で、疾病休業と余暇による休暇との分離が難しい等、評価が困難である問題点も指摘されている。

その後、研究の質に注目し職場でのウェルネスプログラムのROIを検討したBaxterら（2014）のレビューによれば、質の高い論文では ROI は0.26±1.74、質が中程度の論文の ROI は0.90±1.25、質が低い論文の ROI は2.32±2.14であり、質の高い論文ほど ROI は小さくなっていたことを報告している。さらに、ランダム化比較試験（RCT：Randomized Controlled Trial）のみの論文を検討すると、ROIは-0.22±2.41とネガティブな結果となったことも報告され、医療費削減や休業の損失など、プログラムの便益が限定されているとの限界があるとの報告もある。医療費や休業損失以外に評価しているものは労災保険費（Workers' compensation and/or disability）がある。労災保険費を評価している研究は７本と少ないものの、平均32% の改善効果を認めた[8)]。

他にも、従業員の健康状態が経営に与える影響として、医療費や病気欠勤以外にプレゼンティーズム（出勤はしているが健康状態により生産性が低下している状態）が着目されている。Loeppke ら（2009）により、米国ではプレゼンティーズムによる損失が医療費と休業による損失の2.3倍にあたるとの報告があり、経営に与える損失が医療費や休業による損失だけでないことも示し注目を集めた[9)]。Nagataら（2014）は、日本において同様の分析を行い、医療費が全体の25％であるのに対して、アブセンティーズム11%、プレゼンティーズム64% であったと報告した[10)]。

これまでの結果をまとめると、経営的な視点での健康増進プログラムの効果は医療費や疾病休業、プレゼンティーズム、労災保険費などで評価されている。職場での健康増進プログラムは参加者の臨床的に意味ある行動変容などの改善が認められており、直接的な医療費の削減やアブセンティーズム、プレゼンティーズムの低下などを達成する蓋然性が高いと言及されている[11)]。一方、これまでの研究の結果は健康増進プログラムがすべて良好な費用対便益が得られるわけではないことを示唆しており、効果のあるプログラムの選定だけでなく、どのような要因がプログラムの参加率を上げるのか、またより大きな効果をもたらす背景などの検討が重要といえるだろう。

２．株価への影響

株式会社の経営者にとって、株価の動向は投資家の行動を反映しており、重要な経営指標の１つである。健康増進プログラムと株価との関連について、数は多くないものの、米国において検証を試みた研究が行われている。

Fabius らは、米国職業環境医学会（ACOEM：the American College of Occupational and Environmental Medicine）が1995年に開始した、健康や安全の取組みがすぐれた組織を表彰す

る制度 CHAA（the Corporate Health Achievement Award）で表彰された企業の株を組み合わせて１万ドル投資した場合を、優良企業の株価の代表的平均値である S&P 500（the Standard & Poor's 500）と比較した研究を行った。４つの異なるシナリオで検討し、13-15年間の株価の推移を比較したところ、長期的には常に CHAA の株価が S&P 500を上回っていた[12)]。また、Fabius らは同じ枠組みで６つの異なるシナリオで検証し、同様の結果を得ている[13)]。

健康や安全の取組みが高い評価を受けた企業の株価を平均株価と比較する研究は、それ以外にもいくつか行われている。C. Everett Koop National Health Award の受賞企業（26社）と S&P 500との14年間（2000-2014）の推移の比較は、S&P 500が平均105% の上昇率であったのに比べ、受賞企業は325% の上昇率であった[14)]。HERO Employee Health Management Best Practices Scorecard による高得点であった企業の株価と、同じく S&P 500の平均株価との６年間の推移の比較は、S&P 500が159% であったのに対して、高得点企業は235% であった[15)]。

社内外の健康文化を高める取組みと株価との関連を検証した研究も行われている。企業の健康増進プログラム、方針、従業員や地域の健康を高めるための支援策を測定し、2013-2017年にかけて S&P 500平均株価と比較した。調査には、社内の健康文化に関する取組みには17企業、社外の健康文化に関しては14企業が参加した。社内の健康文化が高い企業、低い企業、社外の健康文化が高い企業、低い企業の株価と S&P 500を比較したところ、順に115%、43%、44%、89%、69% という上昇率であった。以上より、社内の健康文化を高めることが企業戦略上、適していると結論付けている[16)]。

これらの研究はいずれも米国で実施されており、米国以外の国にもあてはまるか否かは検討が必要である。また、相関関係を明らかにしているものの、因果関係の検証には、今後、知見の集積が必要である。

３．CSR、ESG の視点

企業が労働者に対して健康増進プログラムを実施することは、CSRの一環とみることもできる。CSR の定義は様々なものがあるが、谷本（2003）は「CSR とは、企業活動のプロセスに社会的公正性や環境への配慮などを組み込み、ステークホルダー（株主、従業員、顧客、環境、コミュニティなど）に対してアカウンタビリティ（筆者注：説明責任のことを意味する）を果たしていくこと。その結果、経済的・社会的・環境的パフォーマンスの向上を目指すこと」と定義している[17)]。社会的責任の規格であるISO26000では、人権や環境とならび労働慣行を７つの中核主題の１つに選定し、その中の一部に労働における安全衛生を位置付けている[18)]。社会的責任の一環として多くの企業は労働安全衛生活動の内容の一部を社外に公表しており、Nagata ら（2017）は、日本の東証一部上場企業の38.6% が CSR 関連の報告書を発行し、そのうちの76.5% が労働安全衛生活動について記述していたことを報告した[19)]。職場の健康増進プログラムも CSR の概念で捉えようという試みもあり、従業員の健康への取組みは企業の社会的責任であり、企業の経営層は社外との対話と従業員の参加に対して役割を果たすことが強く

求められる[20)]。

このように、健康や安全の取組みへの関心が高まるにつれて、その活動を評価して指標化する試みが始まっており、1999年から始まったDJSI（the Dow Jones Sustainability Index）の枠組みを用いて、安全衛生活動を社会報告する取組みが行われている[21)]。

Ⅲ　健康増進プログラムの参加率や効果に影響を及ぼす要因

本来、職域において健康増進の取組みを行う際には、プログラムの効果を科学的に検証し、または検証済のプログラムが提供される必要がある。そのような検証は、主にRCTによって介入群と比較群を設定し、生活習慣の変容や疾病発生などの医学的効果を従属変数として、両群間で比較することによって検証される。しかし、どのような効果的なプログラムでも、多くの従業員に利用されなければ、組織としての効果は上がらない。実際、職場で導入される健康増進プログラムの参加率には、職場や場面によって、極めて大きな差異が生じている[22)]。また、プログラムに基づいて従業員が行動を取る際にも、上司や同僚、職場環境などの影響を受ける可能性がある。そこで、職域における効果的な健康増進プログラムのあり方を検討する上で、個人特性やプログラムデザインなどに加えて、組織要因が参加率・利用率に与える影響について検討されることが多い。それは有効性が検証されたプログラムが導入されることを前提に、参加率・利用率が高まれば、結果的に効果が上がるという仮説に基づく。ただし、研究デザインによって参加率には様々な定義の違いがあることが観察されており（Glasgowら、1993）、結果の解釈には注意が必要である[23)]。また、実際の導入場面においては、その健康増進プログラムが組織風土に合っているか、従業員にどのように受け入れられているかによっても、その継続性や医学的効果に影響があるため、従業員の意識等の主観的な状況を結果変数として、組織要因との関係が評価されることも多い。もちろん、生活習慣の改善や医療費等への影響も検討されている。

健康増進プログラムには、組織の課題を分析した上で特定のプログラムが提供される場合と、多くのプログラムをメニューとしてそれぞれの従業員にあったプログラムを選択できる包括的プログラムの提供がされる場合があり、特にICT（Internet Communication Technology）の発展とともに、中心となってきていると考えられる。様々な組織での健康増進の取組みをもとに、各種のベストプラクティスモデルが提案されており、企業等の組織の健康経営度の評価にも用いられるようになっている。そこで本章では、特定の健康増進プログラムを用いた分析と包括的な健康増進プログラムを対象とした分析、ベストプラクティスモデルを用いた分析といったように、対象となったプログラム等に分けて記述する。さらに、質的研究やモデル構築などの異なる研究手法で得られた知見および、管理職のリーダーシップが健康行動に及ぼす影響についても記述する。

１．特定の健康増進プログラムを用いた分析

組織要因が、健康増進プログラムに与える影響については、職場における健康増進の取組みが重要視されるようになった1980年代から検討されている。Sloan & Gruman（1988）は、A&T CommunicationsにおけるTotal Live Conceptと呼ばれる就業時間内に実施された健康増進プログラムへの従業員の参加に与える影響を検討した。その結果、女性であること、自身の健康への満足度（健康満足度）が高いこと、職場風土（organizational climate）の指標のうち上司が支援的であると感じていることが、参加につながったことを報告している。また、上司が支援的であると感じていることは、健康満足度とも関連しており、直接的および間接的に参加に繋がっていることが示唆されたと報告している。しかし、職場風土のうち、同僚との関係、仕事のコントロール、仕事の負荷、責任の明確さは、参加および健康満足度と関連が認められなかった[24)]。

Glasgowら（1990）は、９つのオレゴン州の行政機関における禁煙プログラムにおいて、12回のセッションのうち１回以上の参加、参加したセッションの割合といった２つのレベルの参加指標を用いて、参加に影響を与える職場要因および個人要因を分析した。その結果、職場要因および個人要因とも、いずれの参加指標にも影響を与えていた。このうち、職場要因としては、職場が小さいことおよび経営トップのサポートが高いことが参加率と関係していた[25)]。

Emont & Cummings（1990）は、自動車販売会社が代理店従業員を対象に行った禁煙プログラムにおいて、プログラム参加率および１年後の禁煙成功に影響する従業員（employee）レベル、管理者（manager）レベル、職場（worksite）レベルの要因を分析した。その結果、参加率に関しては、従業員レベルでは禁煙に対する意欲の高さおよび勤続年数、職場レベルでは喫煙制限があることと、正の関連が認められたが、管理者レベルの要因は影響しなかった。一方、禁煙成功に関して、従業員レベルでは喫煙の害の理解および喫煙制限の意識が、管理者レベルでは管理者が喫煙制限に対して意欲を持っていることや非喫煙者であることと正の関連が認められた。また職場要因としては、職場の喫煙制限、禁煙プログラム参加率、職場規模と正の関連が認められたと報告している[26)]。

米国では、企業が支払う医療費が経営上の負担になってきたことを背景に、従業員の参加を促すために現金給付を含む経済的インセンティブが提供されるようになった。そのため、組織要因等のその他の要因とともに、インセンティブが健康増進プログラムへの参加や従業員の認識に与える影響について検討されている。Taitelら（2008）は、米国124社を対象に、参加企業の規模や業種といった組織特性に加え、従業員へのコミュニケーションと組織のコミットメントレベルを三段階に分け、またインセンティブについては金額とともに方法を分類したうえで、HRA（Health Risk Assessment）完了率との関係を調べた。その結果、インセンティブの金額およびコミュニケーション・コミットメントが完了率の強い予測因子となっていた。しかし、インセンティブを与える方法との関係は見出されなかったと報告している。また、モデル式を作成し、完了率を50％とするためには、コミュニケーション・コミットメントが低い場合には

１人当たり120ドルのインセンティブが必要であるが、高い場合には40ドルで済むことになるとしている[27]。ほぼ同じ時期にSeaversonら（2009）も、経済的インセンティブ、コミュニケーション戦略、職場文化がHRAの参加率に与える影響を、主に米国の大企業を対象に検討している。その結果、インセンティブの金額、インセンティブの種類（医療保険に統合されたインセンティブ設計）、支援的な職場文化、包括的なコミュニケーション戦略のすべてが参加率に影響していたことを報告している。このうち、職場文化は、検証可能な組織的支援、支援的な物理環境、健康増進担当部署の存在、各種プログラムの統合状態、職場駐在の担当スタッフの存在を総合的に評価している。そして、考察の中で参加率への経済的インセンティブの効果は認められるが、長期にわたる行動変容を果たすためには、そのような外発的動機から内発的動機に変化していることが重要であること、経済的なインセンティブに比べて組織の健康文化の構築は、より安価で達成可能であり、その構築の努力が重要であることを強調している[28]。一方、インセンティブの設計について、Heltemesら（2019）は、米国の56社426,694人を対象として、個人健康評価（PHA：Personal Health Assessment）および血液等の生体指標を用いたスクリーニングの完了に対する影響要因を調査し、金額が大きくて、参加直後の支払いが、完了を促進することや、支払方法や頻度によっても影響することを報告している。また、インセンティブによる影響には性差が認められている[29]。

２．包括的な健康増進プログラムを対象とした分析

前述のように、1990年代後半から、主に運動や喫煙といった個別プログラムから、従業員のニーズに合ったプログラムを選択できるような包括的プログラムが設計されるようになった。特に米国ではその傾向が強い。Crumpら（1996）は、10の米国連邦政府機関を対象に、運動、栄養・体重管理、HRAなどの７つ項目からなる健康増進プログラムへの職員の参加関連指標に与える、個人要因、組織要因および導入プロセス要因の影響について検討した。その結果、組織がより包括的な（comprehensive）プログラムを導入していること、より積極的に募集活動を行っていること、就業時間中の参加を認めていること、職場に利用可能な施設があることといった要因がマイノリティーおよび低い職位の従業員の参加率を高めていた。一方、男性、白人、より高い職位の従業員については、５項目で測定した経営的サポート（management support）の存在が参加率を高める傾向を観察した。この結果より、組織要因および導入プロセスが独立して、従業員の健康増進プログラムの参加に影響し、その影響は従業員の属性によって異なると考察した。この論文は、個別の健康増進プログラムではなく、包括的プログラムを対象として検討したことにも特徴がある[30]。

Milnerら（2013）は、南アフリカで70以上の企業が参加する健康増進プログラムにおいて、提供された健康増進の方針やプログラム、リーダーシップサポート（leadership support）、企業の健康増進に対するコミットメントへの従業員の知覚、バーンアウトや葛藤および職務満足で評価する従業員のウェルビーイングとの関係について検討している。職場の健康増進プログ

ラムの成功には、上級管理職による支援が重要であり、特に従業員の健康を組織戦略に統合するような健康増進風土の構築を通じて、職場の健康増進プログラムを支援するようなリーダーシップが求められ、リーダーシップサポートをそのような風土の発展を促進する活動、方針、実践へのリーダーの関与や奨励と定義している。分析の結果では、リーダーシップサポートが直接従業員のウェルビーイングにつながるのではなく、健康増進プログラムの内容を充実させ、それが企業の健康増進に対するコミットメントへの従業員の知覚の向上につながり、さらに従業員のウェルビーイングの向上につながるとするモデルを提案している[31)]。なお、この論文では、リーダーシップサポートをLeading by Example（LBE）ツール（Dellaら、2008）[32)]を用いて測定している。

Lierら（2020）は、ドイツにおいて提供する健康増進プラットフォームの利用者が、顧客企業ごとに0.07%～100.00％と極めて大きな開きがあることを指摘し、経営層が参加を促すような組織的なプログラム支援が参加率を高め、従業員の一部コスト負担を低めることを報告している[22)]。

３．プログラムへの参加・不参加理由に関する質的研究

Edmundsら（2013）は、英国のコールセンターで提供された身体運動プログラムへの不参加者にインタビューを行い、健康増進プログラムへの不参加の理由を質的に分析している。その結果、不参加の理由は、身体運動に対する自己効力感、身体運動に対する姿勢、時間やエネルギーの不足、施設など物理的環境、身体運動プログラムへの反応、身体運動に対する職場文化の６つに分類された。この中で、特に障壁となる身体運動に対する職場文化の要素として、チームリーダーの関心がない、またはリーダーがプログラムを知らないことが影響することを強調している。そして、職場の健康増進プログラムにおいては、プログラムへの参加を促進するメッセージの伝達においてライン管理職を関与させることの重要性を指摘している[33)]。

Bardusら（2014）は、英国の多業種の企業における身体運動を促すための電子メールを用いた取組みにおいて、参加者の動機および不参加者の理由について半構造化インタビューを行っている。参加者の参加動機は、体重管理を改善する必要性、プログラムへの参加しやすさ、リマインダーが送付されるという約束の存在に加えて、上司や同僚に参加を勧められたことを多くの参加者が挙げたと報告している。一方、不参加の理由として、時間がない、関心がないに加えて、登録を促すリマインダーがなかったことを挙げている。そして、職場の健康増進プログラムの促進における、雇用主の役割と職場のチャンピオン（推進者）の存在が重要であると考察している[34)]。

４．効果的な健康増進プログラムのモデル構築

本章では、ここまで述べたような研究上の知見をもとに、効果的な健康増進プログラムのモデル構築について検討を行う。この取組みは、結果的に後述の良好実践事例をもとにしたベス

トプラクティスモデルの検討結果と類似した提言を生み出すことになる。Glasgowら（1993）は、いくつかの論文を分析したうえで、参加率を向上させるために考慮すべき要因として、プログラムデザイン、企業・従業員特性、企業とプログラムの親和性（fit between company and program）、奨励と募集の４つの次元に分け、それぞれ３項目、合計12項目の検討事項を推奨している[23]。この中で、プログラムデザインの次元には「職場で作業時間中に参加できるようにするなど、プログラムの利用を容易にする」、企業・従業員特性には「参加を促進する、または妨げる組織風土を特定し、対応する」、企業とプログラムの親和性には「経営理念と一貫した方法でプログラムを実施する」、奨励と募集には「プログラムの周知において、経営陣、監督者、および組合リーダーが参加する」といったように、各次元で重要な組織要因が列挙されている。Shain & Kramer（2004）は、総説論文の中で、従業員の健康に影響する要因として、個人の健康行動および資源と、仕事の組織を挙げ、それぞれの要因は個別に影響するが、同時に２つの影響を完全に分離することはできず、共同した影響と見なされるとしている。このうち、仕事の組織の要因は、従業員が健康保持増進に対する経営層のコミットメントを実際に感じていることと定義された経営サポートと、従業員の健康や安全を損なうことなく、むしろ促進するような業務遂行の方法を設計していることと定義された支援的な経営風土（supportive management climate）で構成されている[35]。

Weinerら（2008）は、効果的な健康増進プログラムについて、以下の３つの方向性を挙げている。

１）健康増進と労働安全衛生、疾病管理の統合

２）健康行動の変容のための多段階への介入

３）仕事の環境や関連するストレスを含む複数の職場の健康規定要因への対応

これらを前提としたうえで、職場の健康増進プログラムの効果的な導入に影響する要因を、経営学や組織心理学分野の組織理論を応用することによって検討している。検討した主要な要因は、組織変化対応力（organizational readiness for change）、実践方針・施策（implementation policies and practices）、実践風土（implementation climate）、実践有効性（implementation effectiveness）、変革価値適合性（innovation-values fit）である。このうち、実践風土とは「対象となる従業員が共有している、特定の変革を実行することが報われ、サポートされ、期待されていると認識している度合い」と定義している。また、変革価値適合性は「対象となる従業員が、特定の変革の実行によって自身の価値実現が促進されると認識している度合い」と定義している。その結果、効果的な実践は、組織変化対応力、実践方針・施策の内容とその質、結果として生じる実践風土および対象となる従業員の変革価値適合性によって生じ、また、効果的な実践による組織の利益は、まず変革が有効であり、実践においてそれが確認された場合に発生する。そして、実践の結果は、方針や施策の継続や将来的な実践の努力に影響を与えるとするモデルを提唱している（**図１**）[36]。

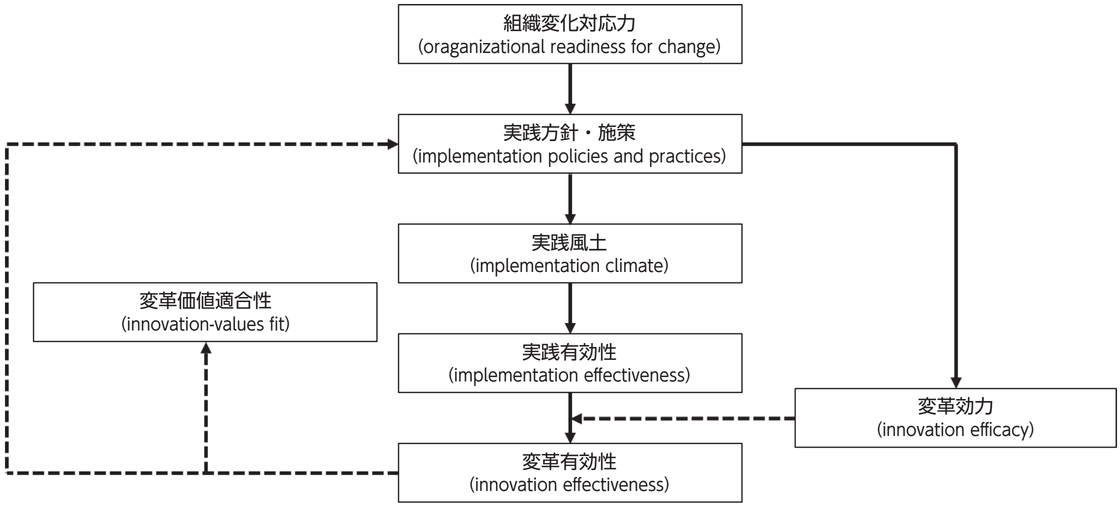

図１　実践有効性の規定要因（Weiner ら（2009）[36] を一部改変）

５．ライン管理職のリーダーシップが健康行動に及ぼす影響

前述のように、Glasgow ら（1993）は、いくつかの論文を分析したうえで、参加率を向上させるために考慮すべき事項を推奨している。その中で、奨励と募集の次元の１つとして、管理監督者（supervisors）が周知活動に関わることの重要性を挙げている[23]。このような周知活動においてだけでなく、従業員の行動は、直属の上司または中間管理職の影響を受けることになる。

直属の上司の影響を強く受ける組織の典型として軍隊がある。米国の国防省は、1988年に、軍事的な準備状態を改善・維持するともに、職員や隊員の生活の質を高めるために健康増進施策を展開するとする指令を出した。この指令に基づいて各軍で独自の取組みが行われているが、海軍では Green H Award と名付けられた健康増進プログラムの認定制度を展開している。Whiteman ら（2001）は、地上部隊を対象として、この認定の有無をアウトカムとし、司令官のリーダーシップや参画の健康増進プログラムの実践および維持に対する影響を検討している。その結果、司令官のリーダーシップと参画が効果的な健康増進プログラムの実践に影響したことを報告している[37]。

Weggeら（2014）は、異なる種類のリーダーシップに関する知見をもとに、リーダーの行動が職場の組織構成員の健康にどのように影響するかを検討し、５つの経路（pathway）から成るモデルを提案している。具体的には、

経路１：直接的な人中心の行動の開始者（initiators）としてのリーダー

経路２：作業システムの設計者としてのリーダー

経路３：ストレス要因、“gardeners” または資源に対する “buffer” としてのリーダー

経路４：グループの風土や共有する社会的アイデンティティの創造者であるリーダー

経路５：フォロワーの健康行動と健康のモデルとしてのリーダー

である[38)]。また、Skarholt ら（2016）は、健康促進的リーダーシップ（Health promotion leadership）を、「健康を促進するような職場や価値観のための文化を創造し、そのような文化づくりへの従業員の参加を刺激し、動機づけるように機能するリーダーシップ」と定義したうえで、ノルウェーの異なる業種の組織において、健康促進的リーダーシップの特徴を見出すことを目的に半構造化面接を行った。その結果、業種の背景によって文脈が異なるものの、共通の特徴が見出されたと報告している。支援的、実践的、包括的、民主的であり、安全な作業パフォーマンスに焦点を当て、肉体的な消耗を防ぐための作業の工夫をするなどの行動がとられるといった特徴があった[39)]。また、Jimenez ら（2017）は、オーストリアの労働者を対象とした質問紙調査の結果を分析し、健康促進的リーダーシップは、従業員の持つ資源に強く直接的に貢献し、ストレスやバーンアウトの低減に間接的に影響するとするモデルを示している。そのうえで、健康促進的リーダーシップを、「職場での従業員の持つ資源を増やすことにより、従業員に適切な労働条件を実現するリーダーの能力と心がけ」と定義している[40)]。

このように、上司の行動が職場の健康増進プログラムの成功において重要である。しかし、上司が自信をもって従業員の健康増進プログラムへの参加および行動変容を支援することができなければ、効果が上がるとは考えられない。Justesen ら（2017）は、デンマークにおいて実施されている健康増進プログラムの有効性を検討するための RCT の一環として、参加組織の中間管理職（middle manager）に対して、質問票調査およびインタビューを行った。その結果、多くの中間管理職が、健康増進プログラムにおける自分自身の役割、特に従業員にどのように関与すべきかが不明確だと感じており、その不明確さによって中間管理職が健康増進プログラムにおいて行動することをためらわせ、経営トップの行動に依存するようになると考察している。そして、様々な組織の改革における中間管理職の役割や支援についての文献をもとに、健康増進プログラムの実践において、中間管理職が職場のリーダーとしての役割を果たせるようにするための８項目から成る提言を行っている（**表１**）[41)]。

Ⅳ　職場における健康増進プログラムのベストプラクティスモデル

職場における健康増進プログラムの実践について、効果に及ぼす諸要因の分析とともに、実際に行われている良好実践事例を収集し、その中から共通要素を抜き出してベストプラクティスモデルを構築するという取組みが、様々な研究者によって行われている。ベストプラクティスの構築は、ケーススタディや専門家間での議論によることが一般的である。ここで抽出された要素は、健康増進を実践する職場の自己評価を行うためのスコアカードの作成や優良組織を表彰するための評価制度の設計に用いられている。ここでいうベストプラクティスについて Chapman（2004）は、「職場の健康増進の取組みにおいて、科学的に立証された方法で顧客の期待に応える、またはそれを超える性能を発揮する、一般的に再現可能な活動」と定義している[42)]。

表１　中間管理職が職場のリーダーとしての役割を果たせるようにするための提言
（Justesen ら（2017）[41] を一部改変）

提言１：従業員に健康関連の行動を変容させるために、中間管理職は自分の行動と態度を通じて適切な健康関連の行動の重要性を伝えなければならない。
提言２：中間管理職が健康増進プログラムの実践に際し自分の役割を明確にできるよう、健康増進プログラムと健康管理に関する理論を含む研修が必要である。
提言３：中間管理職が、「従業員の私生活に干渉することになるのでは」とする倫理的問題に自信をもって対応できるようにするために、職場での健康増進プログラムにおいて中間管理職が役割を果たせるよう、従業員のエンゲイジメントのプロセスを実施する必要がある。
提言４：健康増進プログラムを、日常業務の一環として実施するには、経営トップと中間管理職が連携して、健康増進プログラムを会社のガバナンス構造に合わせる必要がある。
提言５：中間管理職が成果を上げるためには、トップマネージャーと協力する必要がある。
提言６：中間管理職が成果を上げるためには、チェンジエージェントと連携して目標を設定し、達成状況をフォローアップする必要がある。
提言７：健康増進プログラムの実践を成功させるには、従業員の参画が不可欠であり、中間管理職が参画の過程を担当する必要がある。
提言８：健康増進プログラムの実践を成功させるには、プログラム管理者が必要であり、プログラム管理者は、活動内容を調整および評価し、中間管理職が成果を測定できるように支援する必要がある。

１．健康増進プログラムのベストプラクティスの要素

古くは、Fielding（1984）が、職場における健康増進および疾病予防におけるいくつかの健康増進プログラムの共通点を調査し、長期にわたるコミットメント、経営層による支援、従業員の参加、専門職のリーダーシップ、目的の明確化、慎重な計画立案、守秘義務への注意、強力で持続的なプロモーション活動、プログラム上の責任の適切な割当、従業員の家族の参画といった項目を挙げている[43]。前述のように、この当時は、包括的なプログラムの提供はほとんど行われておらず、個別のプログラムが前提であった。その後、健康増進プログラムの重要性や内容が発展してきた1990年代後半に、O'Donnell ら（1997）[44] および Goetzel ら（1998）[45] が、それぞれ６項目および10項目から成るベストプラクティスモデルを提案し、それらの比較をするとともに、Chapman が専門家の意見を集約して、14項目のモデルを提案している[42]。それとは別に、Goetzel ら（2001）は、健康経営を推進する９つの大企業の現地調査の結果をもとに、10項目から成るベストプラクティス企業の共通点をリストアップしている[46]。これらは、その後に作成された論文にしばしば引用される内容であるため、ほぼ同じ時期に行われたこれら４つの論文の提案について、**表２**にまとめた。

また、Goetzel ら（2007）は、再度、文献および専門家の意見を分析して、以下の７項目からなるベストプラクティスの概念を提唱している[47]。

１）健康経営プログラムを組織の事業運営に統合すること
２）健康と生産性に影響を与える個人、環境、施策、および文化的要因に同時に取り組むこと
３）諸々の健康問題を対象とすること

表２　健康増進プログラムのベストプラクティスに必要な要素：４つ論文の比較

O'Donnell ら (1997)[44]	Goetzel ら (1998)[45]	Goetzel ら (2001)[46]	Chapman (2004)[42]
強力な経営トップによる支援			経営トップによる支援の構築
組織の事業目的と結びついたプログラムの計画	健康経営の取組みと全体的な事業戦略との整合性	健康経営の取組みと全体的な事業戦略との整合性	組織・事業目的とプログラムの統合
		コスト削減だけでなく、生活の質の向上が強調された目的	
支援的な環境を構築するための強力な取組み			支援的な組織文化の創造
	推進チームの主要メンバーとして経営層と事業運営組織の参画	推進チームの主要メンバーとして経営層と事業運営組織の参画	
	多職種が連携したチーム運営	多職種が連携したチーム運営	
	チャンピオン（推進者）またはチャンピオンチームの特定		
	予防、健康増進、ウェルネススタッフの確保	予防、健康増進、ウェルネススタッフの取組みプロセスへの深い関与	
効果的なインセンティブプログラム			インセンティブが働く募集方法
効果的なコミュニケーションプログラム	組織全体に向けた持続的なコミュニケーション	組織全体に向けた持続的なコミュニケーション	適切なコミュニケーションプロセス
			個別の働きかけや口コミ
			対象を絞った勧誘
			対象を絞ったコミュニケーション
			会議の場での発表
			プログラムの所有感覚の醸成
			自己効力感の概念の利用
			ウェブサイトやインターネット・イントラネットを使った戦略の利用
			プログラムデータベースまたは情報構造の利用
評価の存在:体系的な評価、評価結果の経営トップおよび従業員との共有、組織バリューの評価結果	データ、測定、報告、評価および投資対効果の検討	データ、測定、報告、評価および投資対効果の継続的な検討	
	他社や他組織の知見に基づく改善の必要性	他社や他組織の知見に基づく改善の必要性	
	楽しんで行うこと		

4）高い参加を得るために従業員の個別ニーズに対処できるようにプログラムを調整すること

5）高い参加率を得ること

6）プログラムを厳密に評価すること

7）主要な利害関係者に成功した結果を伝えること

Terry ら（2008）は、９つの要素からなる指標を用いて、22の組織の健康増進プログラムを

ベストプラクティスレベルと、一般的（Common）プラクティスレベルに分け、その結果、保健指導プログラムの完了率、個人および組織の健康リスクの低減効果に有意な差が生じたことを報告している[48]。その際、プラクティスレベルの評価に用いた指標の要素は、以下の通りである。

1）包括的なプログラム設計
2）経営層・管理職によるサポート
3）統合されたインセンティブ
4）包括的なコミュニケーション
5）職場への専任スタッフの配置
6）複数の方法によるプログラム提供
7）集団を対象とした健康啓発プログラム
8）健康診断の実施とフィードバック
9）統合されたベンダー間連携

オバマ政権下で成立した医療保険制度改革（Affordable Care Act）は、疾病予防サービスを含むとともに、企業等の組織に労働者の健康増進プログラムへの参加状況に応じて保険料の加減算を認めたため、中小企業においても健康増進プログラムの導入が進むことになった。Zula (2014) は、ペンシルベニア州の人事担当者のネットワークを用いて、幅広い規模の組織にベストプラクティスの各要素の導入状況を調査している[49]。その際に用いた要素は、以下の通りである。

1）効果的かつ効率的なコミュニケーション戦略
2）リーダーのエンゲイジメントとコミットメント
3）資源活用のための関係づくりとパートナーシップ
4）従業員の利便性と参画
5）関連性および継続的改善

その結果、多くの企業でこれらの要素を含んだプログラムが実施されていた。Ryanら (2019) は、経営者団体を利用したマサチューセッツ州の地域での健康増進プログラム導入効果を検証するためのプロトコールを報告している。プログラムは、賛同（buy-in）、評価、計画、地域パートナーシップ、実施、評価の６つのプロセスから成り、このうち賛同は、「参加者が、経営層、管理職層、従業員など、組織のすべてのレベルからサポートを受ける方法を学ぶこと」と定義している[50]。

ここまで述べてきたベストプラクティスモデルは米国での取組みであるが、欧州でも同様の取組みがみられる。欧州職域健康増進ネットワーク（European Network for Workplace Health Promotion）は、1997年にEuropean Unionが出したルクセンブルク宣言に基づく活動を行っているが、1999年に品質管理の基本をもとに、成功する健康増進プログラムの基本的事項として６項目から成るガイドラインを出している[51]。具体的には、

1）重要な経営上の責任として認識され、既存の管理システムに統合されていること
2）プログラムを担うスタッフのスキルを確保することおよび従業員に計画や意思決定に関与させること
3）継続的に見直し、改善され、すべてのスタッフに伝達される明確なコンセプトに基づいて計画されていること
4）組織が環境問題を含む社会的責任を果たしていること
5）健康を促進するような職務設計や健康的な習慣のための支援を含んだプログラムが体系的に実践されていること
6）取組みの成果が短期的、中期的、長期的な指標で評価されていること

である。

また、世界保健機関（WHO：World Health Organization）は、2007年に作成した「労働者の健康のための世界行動計画」（Global Plan of Action on Workers' Health）2008－2017の達成推進を目的として、健康職場モデル（The WHO healthy workplace model）を提唱している。この健康職場モデルは、国際労働機関（ILO:International Labor Organization）での安全衛生の取組みと、アルマアタ宣言やオタワ憲章から始まるヘルスプロモーションの流れを統合し、労働安全衛生と健康増進活動との統合による、労働者の健康増進に向けた枠組みとなっている。つまり、職業性の物理的および心理社会的なリスクだけでなく、健康な行動の促進や支援、より広い社会的･環境的要因にも注目し、健康職場を達成するための要素として「５つの鍵（Five Keys)」を提示している[52)]。具体的には、

1）リーダーのエンゲイジメントとコミットメント
2）労働者とその代表者の参画
3）企業倫理と合法性
4）効果的・継続的な改善に向けた体系的かつ包括的なプロセス
5）持続可能性と他の事業計画との統合

である。

さらに、成功の鍵となる重要な基本原則として、企業倫理とコアバリュー（中核的価値観）を健康職場モデルの中心に据えていることが特徴である。WHO による労働安全衛生と健康増進活動の統合に類似した流れとして、米国労働安全衛生研究所（NIOSH:National Institute of Occupational Safety and Health）は、職場における安全や事故防止あるいは作業上の健康危険因子の低減に主眼を置いた健康保護（health protection）と、個人の生活上の危険因子（喫煙、飲酒、食生活、運動、睡眠等）の低減や健康増進を推進する健康増進（health promotion）との統合を図り、その方針を正式に示すために、2011年に Total Worker Health（TWH）という用語を商標登録している[53)]。NIOSH は、TWH を、「労働と関係した危険および健康被害からの保護と、怪我や病気の予防活動の促進を統合する方針、プログラム、および実践」と定義しており[54)]、労働者の安全、健康、および幸福を促進するための必須要素として、以下の５つを挙

げている[55)]。

1）労働者の安全と健康に対するトップのコミットメント

2）安全衛生上の危険を排除・低減し労働者の健康を促進するための作業設計

3）プログラムの設計と実施を通じた労働者参画の促進・支援

4）労働者の機密性プライバシーの確保

5）労働者の健康を促進するためのシステム統合

このような、健康保護と健康増進を統合するアプローチについて、Sorensenら（2013）は、労働者の健康に対する統合的なアプローチを「業務上の負傷や病気を同時に予防し、労働者の健康と福祉全体を向上させるために設計された政策、プログラム、および実践の戦略的および運用上の調整」と定義している。また、統合的なアプローチの指標として、以下の３つを挙げている[56)]。

1）リーダーシップとコミットメント

2）健康保護と健康増進のコラボレーション

3）支援的な組織のポリシーとその実践(説明責任のプロセスとトレーニング、マネージャーと従業員の関与、職場の健康増進と健康保護を支援するメリットとインセンティブ、統合された評価と監視、包括的なプログラムコンテンツ)

Williamsら（2015）は、Sorensenらの指標を利用し、米国の111の中小企業の雇用者を対象に調査を実施した。その結果、Sorensenらの提唱する統合スコアは、健康保護と健康増進に関するプログラムや方針の数、活動能力と正の相関を示しており、健康保護と健康増進の統合を評価するための有望なツールであると述べている[57)]。

このように様々なアプローチでベストプラクティスモデルが提案されているが、それらのモデルには、当然のことながら多くの共通点がある。そのため、実務家向けの雑誌で、専門家がそれらを比較・整理したモデルを提案している文献も少なくない。Pronk（2007[58)], 2014[59)]）、Grossmeier（2010）[60)]、Holbrook（2011）[61)]、Sparling（2010）[62)] などである。このうち、Pronk (2014)[59)] は、学術論文、コンセンサスレポート、書籍など、様々な種類の健康増進プログラムのベストプラクティスモデルに関する28の文献を整理し、44の項目を抽出し、それらを９つの次元に分類している。９つの次元とは、①リーダーシップ、②関連性（Relevance）、③パートナーシップ、④包括性（Comprehensiveness）、⑤実践（Implementation）、⑥エンゲイジメント、⑦コミュニケーション、⑧データ主導（Data driven）、⑨コンプライアンスである（**表３**）。

２．ベストプラクティスモデルをもとにした評価指標や顕彰・認証制度

各企業での取組みを促進するためのベストプラクティスモデルをもとに、様々なチェックリストまたはスコアカードの作成、顕彰・認証制度が行われている。前者を行っている組織として、米国には、Health Enhancement Research Organization (HERO)[63)]、National Business Group on Health（NBGH）[64)]、Centers for Disease Control（CDC）[65)] などがある。また、後者には、

表３　ベストプラクティスの側面　Pronk（2014）[59]

リーダーシップ	• 健全な文化への組織のコミットメント（ミッションとビジョン） • 企業のミッション、ビジョン、事業目的と関連するプログラム • 適切なリソース • 戦略的計画（目標と目的） • リーダーのエンゲイジメント • 多層のリーダーシップ • プログラムに対する説明責任
関連性	• 利用が容易なプログラムの選択肢 • 効果的なプログラムの選択肢（エビデンス情報を含む） • 個人向けにカスタマイズされた解決策 • セルフケアと自己管理のサポート • 複数のプログラム提供オプションと様式
パートナーシップ	• 参加型の慣行 • 労働者の関与と代表 • コミュニティとの繋がり • パートナーシップとチーム指向（内部および外部）
包括性	• 支援的な物理的環境と組織的施策 • 支援的な心理社会的環境と組織的施策 • 健康リスクの評価の実施とフィードバック（健康評価、臨床検査スクリーニング） • 組織的な環境と施策の評価 • プログラムおよびベンダーの統合（EAP、ワークライフバランス、疾病管理、事例管理、職場復帰、介護休暇、労働安全衛生、産業医学、人間工学等） • 意識向上と教育プログラム • 行動変容プログラム • マルチレベルを対象とした計画（個人、グループ、管理 / 組織、環境、ポリシー）
実践	• 運用作業の計画 • 実践管理システム • 集団の優先順位付けとセグメンテーション • 対象を絞ったアウトリーチ • 職場に駐在する専任スタッフ
エンゲイジメント	• 人間中心の文化 • 健康とウェルネスに関する職場委員会 • ウェルネスチャンピオンのネットワーク
コミュニケーション	• プログラムのブランディング • 通年にわたるプログラムの包括的なコミュニケーション
データ主導	• 継続的改善モデル • データセキュリティ • データの整合性 • データの統合
コンプライアンス	• データの機密性

Wellness Council of America（WELCOA）の　Well Workplace Award[66]、American Heart AssociationのFit-Friendly Worksites[67]、American College of Occupational and Environmental Medicine（ACOEM）の　Corporate Health Achievement Award[68]、The National Business on Health（NBGH）のBest Employers: Excellence in Health & Well-being（2019年にBest Employers for Healthy Lifestyleから改名）[64] などがある。また、欧州の取組みとしては、保険会社であるVitality が主催する Britain’s Healthiest Company がある[69]。日本では、経済産業省が実施する健康経営度調査をスコアカードとして用いるとともに顕彰制度に利用している[1]。それらの事業では、独自のモデルが用いられている。例えば、WELCOAでは、７項目からなるベンチマーク指標を用いており、頭文字を取って、“The Seven C’s”と名付けられている[70]。これらのモデルのうち、コンセプトに特徴がある HERO、CDC、ACOEM の実践内容について、詳述する。

⑴ Health Enhancement Research Organization（HERO）

組織の健康増進施策を評価するツールの１つにHERO Scorecardがある。HERO Scorecardは2006年に、事業主に対する、エビデンスに基づく職場における健康増進の実践ガイドとして、HERO Think Tank Task Force for Metricsにより開発され、2009年にHEROとMercer社が共同でオンライン調査ツール（HERO Scorecard version 3.1）を作成した。その後も定期的なレビューに基づき改訂され、2014年６月からはVersion 4が使用されており、現在までに米国内で既に様々な業種、様々な人数規模の企業、計1,200社以上が回答している。HERO Scorecardは、以下の６つのセクション、計60問（うち48問が得点設問：計200点満点）で構成され、その他、組織に関する情報、プログラムの費用、オプションの測定結果に関する設問が含まれている。

１）戦略的計画
２）組織的および文化的サポート
３）プログラム
４）プログラム統合
５）参加戦略
６）測定および評価

オプションの測定結果には、健康評価や生体指標スクリーニング、健康指導への参加率、従業員評価、健康測定、生活習慣、財務影響が含まれており、組織全体のhealth and well-beingプラクティスの効果の測定基準であるとともに、測定結果に影響を及ぼすプラクティスについての調査やベンチマークツールとして活用されている[71)]。

事業主はオンラインで回答するとフィードバックレポートを受け取ることができ、総合スコアおよび各セクションのスコアを全回答企業、さらには同人数規模や同業種と比較することが可能である。業種間の比較については、すでに製造業[72)]や高等教育業界[73)]、病院[74)]において業種別ベンチマークレポートが公開されており、その他の業種においてもベンチマークレポートを手に入れることが可能である。またフィードバックレポートやHEROのホームページには各セクションの計画や実践方法に関するガイダンスが提供されているため、プラクティスの改善あるいは新規導入の際に参考にすることができる。

HERO Scorecardの総合スコアとアウトカムに関する調査は、これまでにいくつか行われている。Goetzelら（2013）は、３年間の医療費の傾向に関して調査し、低スコアの企業は年間医療費が横ばいであったが、高スコアの企業は年間医療費の改善を示した[75)]。また、Grossmeierら（2016）により、高スコアの上場企業の株価の５年間の上昇率は、S&P 500の５年間の上昇率よりも高かったことが示された[15)]。これらの結果から、健康増進プログラムのベストプラクティスへの投資が、包括的で効果的なビジネス戦略の１つの要素である可能性が示唆された。

HERO Scorecardは、さらに幅広く使用できるように改良を重ねてきた。HERO Scorecard

は米国企業向けに開発されたが、米国外の企業も使用できるように、米国企業向けの設問を除き、単語を置き換えたInternational版が2016年に開発された。2019年12月の時点で、中南米、アジア、欧州の諸外国など45か国の企業が回答しており、今後各国の回答企業数が増えれば、ベンチマークなど様々な効果指標が得られると考えられている[76)]。

また、Imbodenら（2020）により、回答者の負担を軽減し、回答企業数をさらに増やすことを目的に、HERO Scorecardの短縮版が開発された[77)]。短縮版は、以下の４つの要素、計24問の得点設問に集約されており、今後妥当性に関する更なる調査が必要ではあるが、有用なツールになると考えられている。

1）組織のサポートおよびリーダーシップサポート

2）健康増進プログラムの包括性

3）プログラムの統合度

4）インセンティブ

⑵ Centers for Disease Control（CDC）

CDCのWorksite Health ScoreCard（CDCスコアカード）[65)] は、CDCの心臓病および脳卒中予防部門が2008年にエモリー大学のInstitute for Health and Productivity Studies (IHPS)、The Research Triangle Institute、CDCのNational Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion（NCCDPHP）Workplace Workgroup、および連邦、州、学術、民間部門の代表者からなる専門家パネルと協力して開発し、2012年にVersion１がリリースされた。当初は、心臓病、脳卒中、およびその関連疾患に対処することを目的に開発されたCDCスコアカードであったが、Version１のリリース以来、より広い範囲の健康リスクに対処するための更新がされており、2014年と2019年に更新されて、現在のVersion３が最新版となる。2019年の改訂では、４つの新しい主要領域として、以下が追加されている。

1）がん

2）アルコールおよびその他の薬物使用

3）睡眠と疲労

4）筋骨格系障害

CDCスコアカードは、雇用主がエビデンスに基づく健康増進プログラム戦略を職場で実施できているかを評価するツールであり、「組織サポート」、「高血圧」、「身体活動」、「栄養」等の18の主要領域に分類された計154の質問から構成されている。雇用者はCDCスコアカードを使用して、包括的な健康増進および疾病予防プログラムが従業員にどのように提供されていのるかを評価し、プログラムの提供が不十分な項目を特定し、次に取り組むべき健康課題の優先順位を決めることができる。CDCスコアカードは、その信頼性についても調査検証されている[78)]。この調査は、様々な従業員規模・業種を含む全米93事業場に対して、各事業場から選出された２人の回答者が別々にスコアカードを記入し、全質問に対する回答結果の一

致率を確認している。回答結果の一致率の平均値は73.4%という結果であり、十分な信頼性があると結論付けられている。また、CDCスコアカードのレポートには、事業場の従業員規模（Very Small、Small、Medium、Large）別に18の主要評価項目の平均点が示されるため、自分の事業場と同規模の事業場の平均スコアと比較することができる。

⑶ American College of Occupational and Environmental Medicine（ACOEM）

ACOEMは、従業員の健康、安全、健康的な環境づくりに取り組む組織を表彰するために、1996年にCorporate Health Achievement Award（CHAA）を設立した[79]。CHAAプログラムは４つのカテゴリー：①リーダーシップとマネジメント、②健康的な労働者（healthy workers）、③健康的な職場環境（healthy environment）、④健康的な組織（healthy organization）に分類され、17項目で構成され、参加企業はこのプログラムにより評価された。この頃より、米国内では、安全のみの活動から、徐々に健康増進活動にも取り組む企業が増えてきた。しかし、ほとんどの企業は健康増進活動と安全活動を別々に取り組んでいた。

2011年に、Hymelらにより、職場の健康増進活動は個人の健康増進だけでなく個人の安全向上にも寄与し、職場の安全活動は個人の安全向上だけでなく個人の健康増進にも寄与することが示され、健康増進活動と安全活動を別々に行うよりも、統合して行ったほうが、職場全体の健康増進と生産性向上に大きな効果を与えることが示された[80]。また、Fabiusら（2013）は、CHAA受賞企業のマーケットパフォーマンスが株式市場のS&P 500平均を上回ったことを示し、健康と安全を統合して取り組むことの意義を示した[12]。

しかし依然として統合して取り組む企業は少なかったため、健康と安全の統合をさらに前進させるべく、2014年にACOEMとUnderwriters Laboratories社（UL）は、健康と安全のビジネス価値を評価できる、健康と安全の統合指標（Integrated health and safety（IHS）Index）の作成を開始した。この指標は、CHAAプログラムを基に、Dow Jones Sustainability Index（DJSI）の３つのカテゴリー：① economic, ② environmental, ③ socialから成る計18項目で構成され、それぞれⅠプログラムの説明（Program Description）、Ⅱプログラムの普及（Program Dissemination）、Ⅲアウトカム測定（Outcome Measures）、Ⅳ傾向性（Trend Data）の４つの要素で評価される。① economicには、「組織と管理」、「安全衛生の情報システム」、「労働災害と作業関連疾患の管理」、「欠勤と障害の管理」、「健康と生産性管理の統合」の５項目が含まれ、指標としては、労働者の補償（請求の数、費用、日数）、上級管理職によるレビューの割合、離職率などがある。② environmentalには、「従業員の健康評価」、「職場の健康ハザードの評価、調査、軽減」、「職業上の危険要因に関する教育」、「個人用保護具」、「毒性評価および計画」、「外部環境」、「緊急事態への備え、継続計画と混乱防止策」の７項目が含まれ、指標としては、従業員・請負業者のアクシデント／インシデント発生率、ハザードの数、ハザードの予防／措置完了率、教育と研修の日数・出席率などがある。③ socialには、「評価と質の向上」、「革新と社会的責任」、「海外出張者の健康」、「労働災害および業務起

因性疾患に限定されない健康施策」、「医療給付の管理」、「メンタルヘルス、生活習慣病と薬物乱用」の６項目が含まれ、指標としては、ウェルネスプログラムの従業員完了率、慢性的な健康状態と健康リスクの有病率、健康状態の影響（欠勤日数）、コミュニティ活動の数などがある。

また職場においてIHSを持続可能なものとするために、計画（統合の重要性かつ必要性についての論理的根拠の確立）、評価（組織の健康と安全の状態の評価）、実践（新しい統合された戦略とビジョンの開発、実践）、監視（実践されたプログラムのデータ収集、監視および評価のためのシステムの作成）、レビュー（定期的な進捗状況の確認、必要に応じての修正措置の施行）という５つのロードマップが示された[21)]。

ACOEMは、2019年にこれまでの表彰制度CHAAから、IHSプログラムの回答結果を評価するExcellence in Corporate Health Achievement Award（eCHAA）に改訂した[79)]。eCHAAには500人以上の従業員を雇用する企業がエントリー可能であり、受賞の有無に関わらず、評価者よりプログラムの長所と改善項目に関する推奨事項が提供される。また、eCHAAにエントリーしない企業も、自己評価シートを無料で入手することができ、そのシートを用いて自ら取組みを推進することが可能である。

３．ベストプラクティスモデルを用いた分析

以上のようなベストプラクティスモデルは、事例や専門家間のコンセンサスに基づき提案されることが多い。そのため、モデルに含まれる要因の中で、健康増進プログラムの効果に貢献度が高い要因を明らかにすることができれば、実際の導入場面における優先順位付けができる。Batorskyら（2016）は、Britain's Healthiest Companyコンテストの参加企業89社のデータを分析して、健康増進プログラムへの参加率および従業員のプログラム有効性に対する認識を指標に、それらと関連する提供プログラム、リーダーシップ、インセンティブおよび促進活動を検討している。その際、リーダーシップは、「すべてのレベルの従業員に、健康とウェルビーイングの重要性が知らされる」、「組織は、ライン管理職にスタッフの健康とウェルビーイングを向上させるためのトレーニングを提供している」、「経営層は、従業員の健康とウェルビーイングの状態が、組織の成功の重要な指標の１つとして見なしている」の３項目で測定している。その結果、各要素が参加率や有効性の認識と関連していることを認めている。しかし、インセンティブに関して、中レベルから高レベルにインセンティブを増やしても、効果には影響しないことを指摘している[81)]。また、Gutermuthら（2018）は、職場の健康増進プログラムと身体活動の改善の関係についてスコーピングレビュー（入手可能な研究文献の総数や範囲についての目安を把握するための初期評価）を実施し、18のプログラムに対して、CDCスコアカードの「組織支援戦略」と「身体活動戦略」に該当する要素と身体活動の改善の関係性について検討している。その結果、11のプログラムで身体活動の有意な改善を認め、組織的支援戦略としては、インセンティブ、健康リスク評価、健康増進委員会の設置、リーダーシップ支援、マーケティ

ング、および運動施設利用のための補助金または割引が最も効果的な要素であり、身体活動戦略としては、身体活動に関するセミナー、講習、およびワークショップが最も効果的な要素であったことを報告している[82)]。

一方で、HERO Scorecardの構成要素の分析に関しては、Grossmeierら（2020）が、HERO Scorecard Benchmark Databaseを用い、812の組織を対象として、Imbodenらが開発した短縮版HERO Scorecard[77)]の構成要素である、①組織のサポートおよびリーダーシップサポート、②健康増進プログラムの包括性、③プログラムの統合度、④インセンティブの４つの要素が、参加率や医療費、従業員の組織からのサポートの認識に及ぼす影響について検討している。その結果、組織サポートおよびリーダーシップサポートが最も有力な予測指標であり、インセンティブは健康評価および生体指標スリーニング評価への参加の予測因子となったが、その他の指標との関係は見出されなかった。また、プログラムの包括性や統合度は、予測モデルにおいて有意な指標ではなかったとしている[83)]。

HERO Scorecardでは、要素ごとの分析もいくつか行われている。リーダーシップサポートと従業員の健康、医療費に関する調査では、リーダー（経営層）が従業員の健康増進活動とその結果を認識している組織、リーダーが健康とワークライフバランスに積極的に取り組むロールモデルである組織、リーダーが従業員の健康をサポートする責任を持たされている組織は、そうでない組織に比べて、従業員の健康改善や医療費の改善の割合がより高く、リーダーがマネージャーやスーパーバイザーに責任を持たせている組織も、医療費の改善の割合は高かった。また、プログラムに対する従業員の満足度、組織からのサポートの認識に関する調査でも同様に、リーダーが積極的にプラグラムに参加している組織、リーダーが従業員の健康増進活動を認識している組織、リーダーがロールモデルである組織、リーダーがマネージャーやスーパーバイザーに責任を持たせている組織では、そうでない組織より、従業員の満足度および組織からのサポートの認識の割合が高かった[84)]。

インセンティブに関しては、金銭的インセンティブにより、健康評価や生体指標スクリーニングの参加率やプログラムの満足度、組織からのサポートの認識が高くなることが示され、特に成果ベースのインセンティブを取り入れている企業は、参加や活動ベースのインセンティブを取り入れている企業よりも、プログラムの満足度や組織からのサポートの認識が高かった。一方で、商品券などのトークンインセンティブは、インセンティブなしの企業と比較して、参加率には影響を及ぼさなかった[84)]。

プログラムに関しては、個別に生活習慣プログラムが提供される場合に健康評価や医療費が大幅に改善すること、健康指導方法の選択肢を多く提供することで参加率が高くなることが示唆された[84)]。さらに、Webベースのリソースやツール、モバイルアプリを使用する組織は、健康評価と生体指標スクリーニングへの参加率が高かったが、健康指導への参加との関連性は認めなかった。またモニタリングデバイスや職場に設置された情報端末を使用する組織は、健康評価、生体指標スクリーニング、健康指導への参加率が高かった[85)]。

V　組織の健康文化や健康風土の概念と測定方法

健康増進プログラムの効果に影響を及ぼす要因の分析でも、ベストプラクティスモデルにおいても、提供される健康増進プログラムやインセンティブだけでなく、組織的要因が従業員の参加率を高め、効果を上げる上で重要であることは明らかである。すなわち同じベンダーと契約して、同じ健康増進プログラムを提供し、同じインセンティブ設計を行っても、組織の状況によって、成果に大きな差が出ることを意味する。前述のTaitelら（2008）の論文では、HRA完了率を50％とするために必要なインセンティブは、コミュニケーションおよびコミットメントが低い場合には１人当たり120ドルが必要であるが、高い場合には40ドルで済むことになるとしている[27)]。この論文の中で、「コミュニケーションおよびコミットメントのレベルは、組織文化の測定値と多くの類似性があり、また強く関連していると考えられる」と述べられている。従業員の健康増進を支援する組織文化を健康文化または健康風土と呼ぶことにすれば、更なる検討にはそれらの概念を明確にし、測定方法を開発する必要がある。

１．健康文化と健康風土の定義

近年、職場での健康増進の取組みに関しては、個人を焦点とするだけでなく、成功させるための重要な基盤として組織レベルでの職場の健康文化構築への関心が高まっている。健康文化に関しては、WHO憲章における「すべての人間の基本的人権として、到達可能な最高水準の健康」を目指し、健康を国家的優先事項として評価する社会規範、ならびに健康の社会的決定因子改善に働きかけるものという概念を指す[86)]こともあるが、本稿においては「職場における」という括弧付きの健康文化・健康風土に関して記載をすることとする。

健康風土や健康文化に先行して、組織風土（Organizational Climate）と組織文化（Organizational Culture）が研究されてきた。組織風土は産業・組織心理学と組織行動論領域において1950年代から研究が開始され、1960年代には組織風土論として盛んに研究が実施された。その後、人類学から文化概念を導入することにより、1980年代から組織文化の研究が多く実施されるようになった。また1990年代からは組織風土と組織文化の比較検討を主題とする研究が行われるようになった[87)]。組織風土は「組織のメンバーが経験した出来事、方針、実践、手順、および報酬、支援、期待されていると思われる行動に、組織のメンバーが付与する共有された意味」、組織文化は「組織が外部適応と内部統合の問題を解決する際に学んだ、共有された基本的な前提条件のパターンであり、それが有効であると考えられるほどうまく機能し、それゆえ、これらの問題に関連して正しい認識、思考、感じ方として新しいメンバーに教えることができるもの」と定義されるように、組織風土と組織文化は厳密には区別される[88, 89)]。組織文化は組織風土よりも深い概念であり、組織文化は組織風土を内包する関係にあり[90)]、組織風土は規範に影響を受けやすく変化しやすいが、組織文化は永続的かつ安定的なものである[91)]との指摘もある。

職場の健康風土や健康文化についても、同様に健康文化が健康風土を包含する関係であると考えられているが、先行研究においては、研究により異なる定義で評価される等、確固たる定

義が定まっているとは言えない状態が継続している。例えば、健康風土を持つ組織は、所属する組織が自分の健康を大切にしていると感じている労働者、サポートしてくれる上司や同僚、健康食品の摂取、運動、ストレス管理などの健康的な行動を実践するための明確な組織規範を有する組織のこととされている[92]。健康文化に先立つものとして前述のWHOでは、健康職場モデル（WHO healthy workplace model）[52]を、労働者と経営者が協力し、職場のニーズを特定し、労働者すべての健康、安全、ウェルビーイングや職場の持続可能性を保障、促進する継続的改善プロセスを活用する場として定義づけた。このように、健康文化の定義づけを試みているものの、統一的な定義づけがなされてはいない。米国のCDCは、健康文化を「従業員の健康と安全が評価され、支援され、職場の健康プログラム、方針、福利厚生、環境支援を通じて創造される労働環境」と定義し、さらには健康文化の構築は、組織のすべてのレベルが関与し、全体的な事業目標に沿って実施される通常事業の一環としての職場健康プログラムを含むとしている[93]。またロバート・ウッド・ジョンソン財団（RWJF: Robert Wood Johnson Foundation）も５つのアクション・フレームと「健康文化のための10原則（10 Principles for a Culture of Health）」を提唱し、健康文化を定義している[94]。RWJFによる健康文化の定義は、主に国家・企業・組織・個人のすべてが一体となって協力し、到達可能な最高の健康を目指し、誰にも憚ることなく、公正な医療を受けることを目指すというものであり、これは1946年のWHO憲章において、到達可能な最高水準の健康に対するすべての人間の基本的人権と定義された健康権（Right to Health）に近い[95]。このように健康文化は様々に定義されるが、職場の健康文化としては、従業員の健康と幸福に価値を置き、それを促進する職場と考えることができる。

２．職場の健康文化の構成要素

職場の健康文化の構成要素については、Kentら（2016）[96]、Flynnら（2018）[97]、Safeerら（2019）[98]による研究成果が参考になる。Kentら（2016）は、職場でのウェルネスプログラムを成功につなげる要素を特定するため、文献レビュー、専門家との議論、模範的な企業の訪問を実施した。調査において、ベストプラクティスには戦略的コミュニケーションと健康文化の確立が含まれており、さらに健康文化の構成要素としてリーダーシップのコミットメント、社会的・物理的環境のサポート、従業員の関与が重要であることを指摘した[96]。

Flynnら（2018）は、1990年から2015年にかけて発表された職場の健康文化の構成要素に関する詳細な文献レビューを実施した。調査において、米国の健康増進調査機構（Health Enhancement Research Organization: HERO）の研究者らは職場の健康文化を「健康と幸福をサポートする要素を意識的にデザインしたもの」と定義し、1,023編の研究対象論文から最終的に研究レビュー10編と標準研究95編に絞り込み、健康文化の創造と支援に必要な25の構成要素を特定した[97]。25の構成要素は、以下に示すとおりである。

１）コミュニケーション（Communication）

２）コミュニティ環境（Community environment）

3）従業員関与とエンパワーメント（Employee involvement and empowerment）
4）経営陣のリーダーシップ（Executive leadership）
5）外部コミュニティ関係と利他主義（External community connections and altruism）
6）内部顧客志向（Internal customer orientation）
7）測定基準と測定（Metrics and measurement）
8）モデリング（Modeling）
9）規範（Norms）
10）組織のリーダーシップ（Organizational Leadership）
11）組織資源配分とコミットメント（Organizational resource allocation and commitment）
12）オリエンテーションと第一印象（Orientation and first impressions）
13）ピア・サポート（Peer support）
14）方針と手順（Policies and procedures）
15）プッシュバック（Pushback）
16）ポジティブな見通し（Positive outlook）
17）採用と選択（Recruitment and selection）
18）関係構築（Relationship development）
19）報酬と認知（Rewards and recognition）
20）コミュニティの感覚（Sense of community）
21）価値観の共有（Shared values）
22）ヴィジョンとミッションの共有（Shared vision and mission）
23）支持的な環境構築（Supportive built environment）
24）伝統と象徴（Traditions and symbols）
25）訓練と学習（Training and learning）

先行研究においては、これらの構成要素のうち、25）訓練と学習（Training and learning）、14）方針と手順（Policies and procedures）、3）従業員関与とエンパワーメント（Employee involvement and empowerment）を評価している研究が多かった。標準研究（95編）に含まれる構成要素数は平均2.85であり、多数の構成要素からなると考えられている職場の健康文化を複合的・多面的に評価している研究は少ないことがわかった。

Safeerら（2019）は、包括的な職場の健康文化の定義に注目するため、①リーダーシップサポート（Leadership Support）、②価値観の共有（Shared Values）、③規範（Norms）、④ピア・サポート：仲間や同僚が相互に支え合い課題解決する活動（Peer Support）、⑤タッチポイント：職場健康文化と従業員との接点（Touch Points）、⑥社会風土（Social Climate）の６つの主要な文化圏に分類した上で、この領域に含まれる活動について具体的に記述・整理を試みている（**表４**）。さらに、**図２**が示すように、それぞれの領域や領域に属する活動は独立したものではなく、相互に影響を及ぼし合う可能性があり、重なりあった領域を持つ複合的・多面的な

表４　健康文化を構成する６つの主要領域とその特徴 Safeer ら（2019）[98] をもとに作成

主要領域	説　明
リーダーシップ・サポート Leadership Support	□ 健康文化の醸成には、リーダーシップが従業員の健康とウェルビーイングを優先事項として完全に受け入れていることが必須であり、あらゆるリーダーが集団の健康のイニシアティブの可否を左右する可能性がある □ インフォーマルなリーダーシップ支援のためのウェルビーイング・チャンピオン（推進者）チームを創設する。 □ リーダーに求められる能力 • ロールモデルとしての役割を果たす。 • 非公式な方針と公式な方針を一致させることができる。 • 業績評価を従業員の健康とウェルビーイングの戦略的な計画実行に結実させる。 • 社会的風土を強化するための健康活動を実施できる。
価値観の共有 Shared Values	□ 最優先事項は従業員の健康とウェルビーイングであることを、従業員に頻繁に共有し、事業目標や役員報酬等に結びつけることで強化する必要がある。 □ 職場プログラムにおいては、単一の福利厚生に焦点化することを避ける。
規範 Norms	□「当社ではこうやる」と決めて積極的に実践する必要がある。 □ 不健康な行動を異常で、許容できないものにしていく必要がある。 □ 職場文化の変化を成功させるためには、特定の規範を変化させる必要があり、リーダーが自ら実践に関与することにより、健康な規範が定着する可能性が高まる。 □ 新しい規範を確立・強化するには、モデル化、伝統、報酬、コミュニケーション、訓練など種々の文化的影響を再調整する必要がある。
ピア・サポート Peer Support	□ 健康な習慣のために提供される支援の質と量を高めることを目標とする。 □ 例えば、減量においては、同じ目標のために集まったグループの方が成功する可能性が高く、禁煙においてもピア・サポートが個人の行動の改善につながる。
タッチポイント Touch Points	□ 職場の健康文化が従業員とつながる場面として、10分類がある。 ただし既存のタッチポイントは健康文化に逆行する可能性があるため、健康な文化をもつことを目指している組織は、財務的な影響が評価の一部分であることと同様に、すべてのビジネス上の意思決定に以下のような配慮を織り込んでいる。 • 報酬と表彰（Rewards and Recognition） • プッシュバック（Push back） • モデル化（Modeling） • 採用、第一印象、オリエンテーション（Recruitment, First Impressions, and Orientation） • 学習と訓練（Learning and Training） • 言語とコミュニケーション（Language and Communication） • 伝統と象徴（Traditions and Symbols） • 資源のコミットメント（Resource Commitment） • 環境構築（Built Environment） • 関係構築（Relationship Development）
社会風土 Social Climate	□ 支持的で偏見なく、課題に対して前向きなアプローチや楽観主義が根付いていれば、従業員は満足感を感じやすく、健康行動につながる可能性がある。 □ マネージャー、スーパーバイザー、その他のリーダーは、チーム内の雰囲気を形成する上で非常に重要な役割を果たす。 □ ポジティブな社会風土を構築するためには、高揚するような言葉を選ぶ、判断を下さない、従業員に選択肢を提供することが必要で、肯定的な社会文化を構築するための努力は近視眼的な判断によりすぐに水泡に帰す可能性があることに注意する必要がある。

ものであることが重要であると考えられる[98]。

このように健康風土や健康文化は、かなり多面的な要素から成り立つ複雑なものであり、組織や地域などにおいても影響を受ける可能性がある。我が国における職場の健康風土や健康文化を検討する際には、我が国特有の構成要素を抽出しなければ評価できない可能性があり、注意を要すると考えられる。

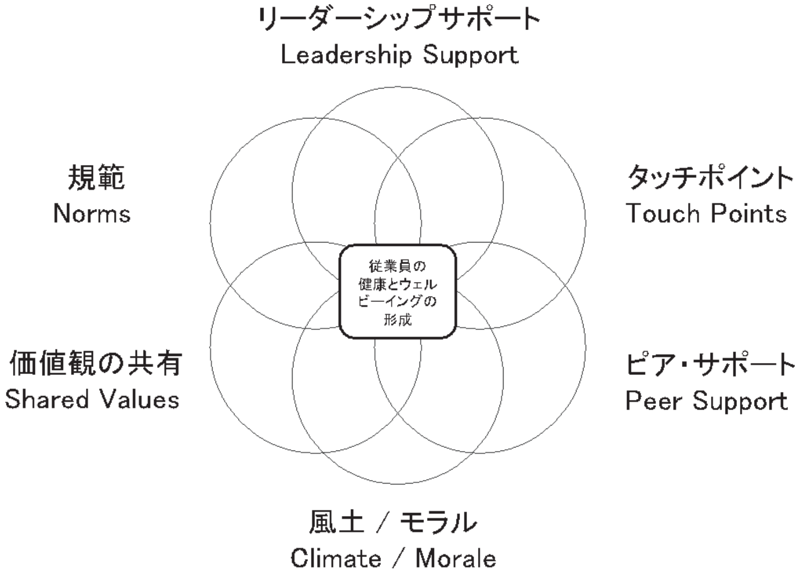

図２　文化的影響の文化圏（Safeer ら（2019）[98] をもとに作成，一部改変）

３．健康文化を測定する手法について

健康文化の定義、構成要素は前述のように多面的で、複雑な要素を含んでいる。このため画一的に健康文化を測定・評価する指標やツールは存在していないのが現状である。既存の健康文化・健康風土を測定する指標・ツールにおいても、その定義や構成要素が異なっており[91, 99, 100, 101, 102]、また人種や国の文化的背景も異なるため、海外の指標･ツールをそのまま自国・自組織に導入することには注意が必要であると考えられている。こうした背景から、既存のものから地域の実情にあった指標・ツールを開発することも試みられている。例えばChangら(2020)のように、先行する指標から地域に馴染むものを開発､研究するという動きもある[103]。

安全風土や環境品質の尺度に関する研究が進むにつれ、職場の健康風土や健康文化を評価する指標についても検討が行われるようになった。評価に当たっては、組織として評価するか、あるいは従業員アンケートなど個人レベルから組織を評価するか、という２つのアプローチが考えられた。ベストプラクティスモデルをもとに開発されたスコアカードとして紹介したHERO Scorecardが代表的なものであり、その他のスコアカードや顕彰制度に用いられる評価票の中には、健康風土や健康文化を意図したものも少なくない。

職場の健康風土の多元的な尺度に関しては、文化的規範指標（Cultural Norm Indicator）とウェルネス職場指標（Wellness Oriented Workplace）が重要な役割を果たしたとされるが、これらは尺度としての妥当性が調査されていないなどの問題点があった。このためRibislら(1993）は、組織的支援尺度（事業者の健康志向、運動を実施するための仕事の柔軟性、健康情報)、対人関係支援尺度（上司からの支援、同僚のからの支援、健康行動への支援、健康的なロールモデル)、健康規範尺度（栄養、運動、喫煙、ストレス）を用いて、従業員個人レベルから集団の健康風土を評価する手法を開発し、一定の妥当性を証明している[92]。

Crimminsら（2009）は、職場の健康増進に対する態度や価値観を健康文化と定義し、外部ベンダーによるトータル･ユー健康価値観調査（Total You Health Values Survey）の実施により健康食品会社（本社・研究開発部門）における健康改善イニシアティブに対する従業員支持の価値や程度を評価しようと試みた。調査は電子メールによるアンケートで実施され、アンケートは14項目の中核的質問から構成されていた。このアンケート調査からは、従業員は健康を優先し、会社は健康的な生活を支持する環境を形成していること、また従業員は会社よりも管理職が健康的な生活に対して好意的でないと感じていることがわかった。また、高齢者ほど健康増進活動に従事し、男性は健康増進プログラムに従事している可能性が低いということも判明した。しかし、このように態度や価値観に焦点化して、健康文化を評価する場合には、複合的多面的な職場の健康文化の一部のみしか評価できておらず、個別のプログラム評価になってしまう可能性があることには注意が必要であると指摘している[102)]。

Kwon ら（2015）は、従業員個人の視点から職場文化を評価するための職場健康文化尺度（Workplace Culture of Health（CoH）scale）の開発を行った。この尺度は36項目からなり、シニア・リーダーシップと方針、プログラムと報酬、品質保証、上司からのサポート、同僚からのサポートの、職場の健康文化を支える５つの主要分野に関する従業員個人の認識から組織の健康文化を測定するものであった[104)]。

Zweber ら（2016）は、組織や産業保健専門職が職場の健康に介入する必要があるかどうか判断するために、Multi-faceted Organizational Health Climate Assessment（MOHCA）scale を開発した。この尺度は、職場、上司、組織の３つの組織領域に関する10項目からなり、簡便に職場の健康風土を評価できると報告している[105)]。

Kent ら（2018）は、CDC スコアカードの指標を参考に事業者の健康文化構築への投資を数値化するツールとして企業内健康文化（Internal culture of health：COH-INT）尺度、企業外健康文化（External culture of health：COH-EXT）尺度を開発した。COH-INT はリーダーシップの発揮とサポート、コミュニケーションとエンゲイジメント戦略、プログラムと方針、運動施設、心理的な幸福、参加、COH-EXT は組織的コミットメント、慈善団体への寄付、従業員ボランティア活動、公共のリーダーシップが主要項目とされた[106)]。これら尺度の精度は今後改良が必要とのことであるが、健康文化に関して、組織外に対する活動も焦点に当てたことはユニークな取組みと考えられる。

前述のように職場の健康風土や健康文化を評価する試みは多く実施されているが、風土・文化は多面的・複合的概念であるため、それぞれの研究者が探索的に作成しており、統一した評価尺度や評価方法が存在していないのが現状である。

４．健康風土・健康文化の効果

前述のとおり多面的で複合的な構成要素で成り立つ健康風土や健康文化を総合的に測定する尺度（ツール）は、現状では標準化されたものはない。したがって、その測定尺度を用いて、

健康風土や健康文化が個人や組織にもたらす効果･影響を研究した報告は多くない。ここでは、その中から職場の健康風土や健康文化が組織や従業員に与える影響について報告した研究をいくつか紹介したい。

2014年以降に発表された比較的新しい研究を見てみると、健康風土や健康文化の効果として、大きく６つが期待できることがわかった。これらは企業が従業員への健康増進サポートを通じて、最終的に目指す従業員の健康や幸福、そしてそれに関連して得られる経営上の課題解決や目標達成を得るという一連の戦略あるいはストーリーであり、健康風土や健康文化はその全体に対して良い効果をもたらす可能性が示唆されている。

１）組織が提供する健康増進サポートに対する従業員の認知度や参加率を高める

２）従業員の食生活、飲酒行動、喫煙行動など健康に関連する行動を改善する

３）従業員の自己評価による総合的健康度や肥満、メンタルヘルスなど健康状態を改善する

４）従業員の処方率や医療費を低減する

５）従業員の仕事のパフォーマンスや満足度、離職率を改善する

６）従業員の利他性や幸福度を向上する

Hall ら（2014）は、家具製造会社３社の従業員を対象とし、組織の健康風土と職場の健康増進プログラムとの関係性、特に自ら積極的な行動を選択しにくい個人のプログラム参加との関係を検討した。健康風土は健康行動を変容させるための集団的態度、信念、準備により評価され、組織の健康規範と自己評価された健康が、健康増進プログラムに参加する動機と相関関係があり、これはプログラム参加を促すには職場の健康文化を構築することが有用であることを示唆する結果となった[107)]。

Lin ら（2014）は、健康増進の組織有効性（計画的有効性、生産性、成果、品質）を従業員レベルと組織レベルの双方から評価する組織的健康文化尺度（Organizational Health Culture Scale）を開発し、従業員への有効性（自己評価パフォーマンス、利他性、幸福感）との関係を研究した。組織的な健康文化は計画的有効性と生産性に有意な相関があり、また従業員への有効性に対する健康文化の効果は、健康行動により完全に媒介されることを示した[108)]。

Kwon ら（2016）は、韓国の生命保険会社従業員（本社）を対象に職場健康文化尺度を用い、職場健康文化と仕事満足度（自分の仕事や仕事の経験を評価した結果として生じる喜びや肯定的な感情）、離職意向との関連性を検討した。より支援的な職場健康文化を報告している従業員は仕事満足度が高く、また職場健康文化は仕事満足度と正の相関関係を示した。また職場健康文化に関連した仕事満足度は、従業員の離職意向に直接的に負の影響を与えることが示された[100)]。支援的な文化が仕事満足度にとって重要な要素であり、またそのような支援的な文化のある組織では組織を離れない可能性が高くなる可能性がある。このように健康支援、仕事満足度、離職の関係は組織にとって重要な考慮すべき事項となることがわかる。

Jia ら（2018）は、職場の健康文化や物理的環境と職場の健康増進介入の有効性の関係を調査するため10の中国政府機関で働く人々を対象にした２年間の介入研究を実施した。２年後の

測定において、職場の健康文化は職場の健康増進介入の実施とその有効性の関係を媒介したものの、物理的環境は媒介せず、また良い健康文化が自己報告の健康とメンタルヘルスの改善につながるという結果が得られた[109)]。

Kavaら（2019）によると、アメリカの小規模事業所を対象とした研究では、企業が良い健康文化を有する場合、組織文化や健康風土が従業員喫煙率に影響を及ぼす可能性があるが、健康風土が良いだけでは喫煙者の喫煙行動や意思変化を生み出すには十分ではないとのことであった[110)]。

Kwon ら（2019）は、韓国の生命保険会社従業員を対象に職場健康文化尺度を用い、健康を支持する職場健康文化と社会的資本（social capital；社会的関係やネットワークに内在する資産）やストレスを通じた自記式の健康状態との関連性を検討した。その結果、スポーツイベントへの参加、社会的資本、職場の健康文化、職業で知覚するストレスは、自記式の健康状態との間に有意な相関関係があり、またストレスは、役職が下位の従業員の方が自記式の健康状態と強い相関関係があることを見出した[111)]。これは、研究対象が単一企業の従業員という限界があるものの、社会的資本が自己評価された健康状態や職場の健康文化において重要な役割を果たし、社会的資本に焦点を当てたウェルビーイングプログラムの重要性を示唆している。

Henke ら（2019）は、Kent ら（2018）[106)] の研究を発展させ、大企業21社を対象として、企業内健康文化（COH-INT）と企業外健康文化（COH-EXT）を評価し、健康文化と従業員健康リスク、医療機関利用率、医療費との関係を検討する縦断研究を実施した。COH-INTの改善が、ベースラインでリスクが高いと報告した従業員の肥満、良くない食生活、喫煙レベルの減少、ストレス増加を予測し、一方ベースラインでリスクが低い従業員では、うつ病、アルコール消費、食事に関する健康状態が改善し、処方箋薬の利用率の低下にもつながる結果となるなど、健康文化の改善が従業員の健康を改善するだけでなく、医療費の低減にもつながる可能性があることを示唆している[112)]。

Chang ら（2020）は、台湾における職場健康文化尺度を開発し、台湾の６つの企業で検証研究を実施した。最終的には、健康風土、価値観の共有、スーパーバイザーサポートとロールモデリング、ピア・サポート、個人の価値観、共通の価値観の６領域25項目からなる尺度を完成させた[103)]。この尺度を用いた研究では、健康文化と企業規模は直接関係していない可能性があることがわかり、小規模事業所であっても適切なピア・サポートなど健康文化を構成する要素が整えば大企業よりも優れた健康文化を醸成する可能性が示唆された。

ベストプラクティスモデルを用いた分析でも紹介したが、Grossmeierら（2020）は、HERO Scorecard で評価した812組織の研究から、健康文化の構成要素である組織のサポートおよびリーダーシップサポートが、従業員のプログラム参加（健康評価アンケート、生体指標スクリーニング）、医療費への影響、組織的支援に対する従業員の認識の最も強い予測因子であると報告した[83)]。

このように健康風土・文化は、その定義や測定尺度の学術的な開発が進められているところ

であり、同時にそれらが個人や組織に与える影響･効果に関する研究も進められている。一方、日本においては健康風土・文化の定義や測定尺度の開発は今のところ報告はない。また、日本では経済産業省が主体となっている健康経営度調査が実施され、企業単位での健康保持増進を推進する体制、プログラム、管理を評価する仕組みが開始されており、その評価項目の中でも企業の健康風土・健康文化の一部分が評価の対象となっている。こうした国内外の状況から、日本における職場の健康風土・健康文化を評価し、醸成・向上することで健康保持増進の取組みや健康経営といった企業経営がより効果的なものとなり、より普及していくために本領域における今後さらなる研究が必要であると考えられる。

Ⅵ　おわりに

日本のみならずほとんどの先進国で、今後、労働力の高齢化が進むため、職場における健康増進の重要性は高まると考えられる。しかし、本論でみてきたように、各種健康増進プログラムを提供し、専門スタッフを配置するというだけの従業員の健康への投資（健康投資）では、参加率を高めることができず、当然のことながら成果が上がることを期待することができないことは明らかである。職場という場の特徴を理解し、成果を上げるために組織的要因を向上させた上で、効果についてのエビデンスが明らかなプログラムを、より効果的、効率的な方法で従業員に提供するという姿勢が必要となる。この組織的要因については､様々な研究者が､様々なアプローチを行い、様々な言葉で表現しているため、明確に定義が定まってはいない。しかし、多くの知見が、かなり近接した結果を導きだしていることが分かる。経営トップ、中間管理職、そして同僚の行動が健康増進プログラムの成果に大きく影響する。そして経営トップの役割として、明確な方針を定めて周知し、リーダーシップを発揮し、そして自らが模範となる行動を取る。組織の仕組みとして中間管理職が部下の健康増進への取組みを奨励しやすいような環境を制度面、教育面、評価面で整える。そして、従業員の中にチャンピオンやリーダーと表現される推進者を置き、それを専門スタッフが支援するという構造である。

このような仕組みが整えられると、時間をかけて、職場には徐々に健康風土や健康文化が醸成される。健康風土や健康文化も､用語の定義や測定方法に確立したものはない。しかし､様々なアプローチによる検討で、その重要性が明らかになってきている。健康投資によって、従業員の健康度の向上を図ろうとした際､その健康投資が直接労働者の健康を支援するだけでなく、結果的に健康文化の醸成に繋げることができれば、その文化を基盤として、次の投資がより高い健康増進効果を得るという相乗効果を期待できるようになる。そして、健康文化は自然に出来上がるものではなく、意図して作り上げるものであることも間違いなさそうである。

日本において、政府が進める健康経営の取組みの中で、2020年６月に「健康投資管理会計ガイドライン」が公表された[113)]。健康投資管理会計とは、健康投資額を明確にし、健康投資効果を測定し、その過程で蓄積される健康資源を評価し、取組みと関連した企業価値向上といった体系的な記述を行い、健康経営に取り組む企業等が内部における経営判断や外部における投資

基準に活用することを目的としたものである。このガイドラインの中で、健康投資の結果生じるストックを、フローとしての健康投資効果と区別し、健康資源と呼んでいる。健康資源は有形資源と無形資源に分類されているが、無形資源こそが健康風土や健康文化に相当するものと位置付けることができる。今後、それぞれの企業で無形資源の測定を行う動きが出てくることが期待される。

従業員の健康づくりは、少なくとも営利目的の企業組織の本来的な事業目的とは言えない。しかし、従業員の健康は経営上の大きな課題となろうとしている。この２つのベクトルを如何にして整合化させるか、すなわち従業員の健康増進を如何に事業に統合するかが、職場における健康増進の成否を分ける鍵であり、成果の上がる本気の健康経営と、成果が上がらない表面的な健康経営の分かれ目である。そして、何がそれを分けるかと聞かれれば、経営思想が人間中心的（human centered）か、そうでないかではないかと、筆者らは考える。

＜参考文献＞

１）　経済産業省．健康経営の推進．
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_keiei.html（最終閲覧日:2020/6/12）

２）　厚生労働省．地域職域連携推進ガイドラインー改訂版ー．
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/ikk-h.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

３）　厚生労働省．医療保険者によるデータヘルス / 予防・健康づくり．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/hokenjigyou/index.html（最終閲覧日 :2020/6/12）

４）　スポーツ庁．スポーツエールカンパニー．
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/sports/mcatetop05/list/1399048.htm（最終閲覧日:2020/6/12）

５）　Soler RE, Leeks KD, Razi S, et al. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion: the assessment of health risks with feedback. Am J Prev Med. 2010; 38（2）: S237-S262.

６）　Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. Health affairs. 2010; 29（2）: 304-311.

７）　Chapman LS. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. Am J Health Promot. 2012; 26（4）: 1-12.

８）　Baxter S, Sanderson K, Venn AJ, Blizzard CL, Palmer AJ. The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. Am J Health Promot. 2014; 28（6）: 347-363.

９）　Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler RC, Jinnett K. Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. J Occup Environ Med. 2009; 51（4）: 411-428.

10）　Nagata T, Mori K, Ohtani M, et al. Total health-related costs due to absenteeism, presenteeism, and medical and pharmaceutical expenses in Japanese employers. J Occup Environ Med. 2018; 60（5）: e273-e280.

11）　Mattke S, Liu H, Caloyeras J, Huang CY, Van Busum KR, Khodyakov D, Shier V. Workplace

wellness programs study. Rand Health Q. 2013; 3 (2) : 7.
12) Fabius R, Thayer RD, Konicki DL, et al. The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tracking market performance of companies that nurture a "culture of health". J Occup Environ Med. 2013; 55 (9) : 993-1000.
13) Fabius R, Loeppke RR, Hohn T, et al. Tracking the market performance of companies that integrate a culture of health and safety: An assessment of Corporate Health Achievement Award applicants. J Occup Environ Med. 2016; 58 (1) : 3-8.
14) Goetzel RZ, Fabius R, Fabius D, et al. The stock performance of C. Everett Koop Award winners compared with the Standard & Poor's 500 Index. J Occup Environ Med. 2016; 58 (1) : 9-15.
15) Grossmeier J, Fabius R, Flynn JP, et al. Linking workplace health promotion best practices and organizational financial performance: Tracking market performance of companies with highest scores on the HERO Scorecard. J Occup Environ Med. 2016; 58 (1) : 16-23.
16) Goetzel RZ, Fabius R, Roemer EC, et al. The stock performance of American companies investing in a culture of health. Am J Health Promot. 2019; 33 (3) : 439-447.
17) 谷本寛治（編著）. SRI 社会的責任投資入門. 東京 : 日本経済新聞出版. 2003.
18) ISO SR 国内委員会（監修）, 日本規格協会（編集）, JSA（編集）. ISO26000: 2010—社会的責任に関する手引. 東京 : 日本規格協会 ; 2011.
19) Nagata T, Nakata A, Mori K, Maruyama T, Kawashita F, Nagata M. Occupational safety and health aspects of corporate social responsibility reporting in Japan from 2004 to 2012. BMC Public Health. 2017; 17 (1) : 381.
20) Wojtaszczyk P. The role of workplace health promotion in the concept of corporate social responsibility. Med Pr. 2008; 59 (3) : 255-261.
21) Loeppke RR, Hohn T, Baase C, et al. Integrating health and safety in the workplace: how closely aligning health and safety strategies can yield measurable benefits. J Occup Environ Med. 2015; 57 (5) : 585-597.
22) Lier LM, Breuer C, Dallmeyer S. Organizational-level determinants of participation in workplace health promotion programs: a cross-company study. BMC Public Health. 2019; 19 (1) : 268.
23) Glasgow RE, McCaul KD, Fisher KJ. Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice. Health Educ Q. 1993; 20 (3) : 391-408.
24) Sloan RP, Gruman JC. Participation in workplace health promotion programs: The contribution of health and organizational factors. Health Educ Q. 1988; 15 (3) : 269-288.
25) Glasgow RE, Hollis JF, Ary DV, Lando HA. Employee and organizational factors associated with participation in an incentive-based worksite smoking cessation program. J Behav Med. 1990; 13 (4) : 403-418.
26) Emont SL, Cummings KM. Organizational factors affecting participation in a smoking cessation program and abstinence among 68 auto dealerships. Am J Health Promot. 1990; 5 (2) : 107-114.
27) Taitel, MS, Haufle V, Heck D, Loeppke R, Fetterrolf D. Incentives and other factors associated with employee participation in health risk assessments. J Occup Environ Med. 2008; 50 (8) : 863-72.
28) Seaverson ELD, Grossmeier J, Miller TM, Anderson DR. The role of incentive design, incentive

value, communications strategy, and worksite culture on health risk assessment participation. Am J Health Promot. 2009; 23（5）: 343-52.

29) Heltemes KJ, Pelletier KR, Ippolito AC, Do DC, Boylan BC. The association between incentive designs and health assessment of biometric screening completion. J Occup Environ Med. 2019; 61（4）: e146-e149.

30) Crump CE, Earp JAL, Kozma CM, Hertz-Picciotto IH. Effect of organization-level variables on differential employee participation in 10 federal worksite health promotion programs. Health Educ Q. 1996; 23（2）: 204-223

31) Milner K, Greyling M, Goetzel R, Silva RD, Kolbe-Alexander T, Patel D, et al. The relationship between leadership support, workplace health promotion and employee wellbeing in South Africa. Health Promot Int. 2015; 30（3）: 514-522.

32) Della LJ, DeJoy DM, Mitchell SG, Goetzel RZ, Roemer EC, Wilson MG. Management support of workplace health promotion: field test of the leading by example tool. Am J Health Promot. 2010; 25（2）: 138-146.

33) Edmunds S, Hurst L and Harvey K. Physical activity barriers in the workplace: and exploration of factors contributing to non-participation in a UK workplace physical activity intervention. Int J Workplace Health Manag. 2013; 6（3）: 227-240.

34) Bardus M, Blake H, Lloyd S, Suggs LS. Reasons for participating and not participating in a e-health workplace physical activity intervention: a qualitative analysis. Int J of Workplace Health Manag. 2014; 7（4）: 229-246.

35) Shain M, Kramer DM. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. Occup Environ Med. 2004; 61（7）: 643-648.

36) Weiner BJ, Lewis MA, Linnan LA. Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. Health Educ Res. 2009; 24(2): 292-305.

37) Whiteman JA, Snyder DA, Ragland JJ. The value of leadership in implementing and maintaining a successful health promotion program in the Naval Surface Force, U.S. Pacific Fleet. Am J Health Promot. 2001; 15（6）: 437-440.

38) Wegge J, Shemla M, Haslam A. Leader behavior as a determinant of health at work: specification and evidence of five key pathways. Zeitschrift fur Personalforschung. 2014; 28（1-2）: 6-23.

39) Skarholt K, Blix EH, Sandsund M, Andersen TK. Health promoting leadership practices in four Norwegian industries. Health Promot Int. 2016; 31（4）: 936-945.

40) Jimenez P, Bregenzer A, Kallus KW, Fruhwirth B, Wagner-Hartl V. Enhancing resources at the workplace with health-promoting leadership. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14（10）. pii: E1264.

41) Justesen JB, Eskerod P, Christensen JR, Sjogaard G. Implementing workplace health promotion - role of middle managers. Int J Workplace Health Manag. 2017; 10（2）: 164-178.

42) Chapman LS. Expert opinions on "Best Practices" in worksite health promotion（WHP）. Am J Health Promot. 2004; 18（6）: 1-6.

43) Fielding JE. Health promotion and disease prevention at the worksite. Annu Rev Public Health. 1984; 5: 237-265.
44) O'Donnell M, Biship C, Kaplan K. Benchmarking best practices in workplace health promotion. Art Health Promot Newsl. 1997; 1: 12.
45) Goetzel RZ, Guindon AM, Humphries L, Newton P, Turshen IJ, Webb R. Health and productivity management: Consortium benchmarking study best practice report. 1998.
46) Goetzel RZ, Guindon AM, Turshen IJ, Ozminkowski RJ. Health and productivity management: Establishing key performance measures, benchmarks, and best practices. J Occup Environ Med. 2001; 43（1）: 10-17.
47) Goetzel RZ, Shechter D, Ozminkowski RJ, Marmet PF, Tabrizi MJ, Roemer EC. Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. J Occup Environ Med. 2007; 49（2）: 111-130.
48) Terry PE, Seaverson ELD, Grossmeier J, Anderson DR. Association between nine quality components and superior worksite health management program results. J Occup Environ Med. 2008; 50（6）: 633-641.
49) Zula K. Workplace wellness programs: a comparison between best practice guidelines and implementation. J Appl Business Res. 2014; 30（3）: 783-792.
50) Ryan M, Erck L, McGovern L, McCabe K, Myers K, et al. Working on wellness: protocol for a worksite health promotion capacity-building program for employers. BMC Public Health. 2019; 19（1）: 111.
51) The European Network for Workplace health Promotion. Healthy employees in healthy organizations: good practice in workplace health promotion（WHP）in Europe: Quality criteria of workplace health promotion. 1999.
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality_criteria_01.pdf（最終閲覧日:2020/6/12）
52) World Health Organization.
https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/（最終閲覧日：2020/6/12）
53) The National Institute for Occupational Safety and Health. History.
https://www.cdc.gov/niosh/twh/history.html（2020年６月10日アクセス）
54) The National Institute for Occupational Safety and Health. What Is Total Worker Health?
https://www.cdc.gov/niosh/twh/totalhealth.html（2020年６月10日アクセス）
55) The National Institute for Occupational Safety and Health. Fundamentals of Total Worker Health Approaches: Essential Elements for Advancing Worker Safety, Health, and Well-Being.
https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf?id=10.26616/NIOSHPUB2017112（2020年６月10日アクセス）
56) Sorensen G, McLellan D, Dennerlein JT, et al. Integration of Health Protection and Health Promotion: Rationale, Indicators, and Metrics. J Occup Environ Med. 2013: 55（12）: S12-S18.
57) Williams JA, Nelson CC, Caban-Martinez AJ, Katz JN, Wagner GR, Pronk NP, Sorensen G, McLellan DL. Validation of a new metric for assessing the integration of health protection and

health promotion in a sample of small- and medium-sized employer groups. J Occup Environ Med. 2015; 57（9）: 1017-1021.

58） Pronk N. Worksite Health Promotion: Aligning program support with interventions for optimum impact. ACSM's Health Fitness J. 2007; 11（3）: 40-42.

59） Pronk N. Best practice design principles of worksite health and wellness programs. ACSM's Health Fitness J. 2014; 18（1）: 42-46.

60） Grossmeier J, Terry PE, Cipriotti A, Burtaine JE. Best practices in evaluating worksite health promotion programs. Am J Health Promot. 2010; 24（3）: TAHP1-9.

61） Holbrook K. Five best practices for employee wellness programs. ACSM's Health Fitness J. 2011; 15（1）: 38-40.

62） Sparling PB. Worksite health promotion: Principles, resources, and challenges. Prev Chronic Dis. 2010; 7（1）: A25.

63） Health Enhancement Research Organization. https://hero-health.org/（最終閲覧日 :2020/6/12）

64） National Business Group on Health. http://www.wbgh.org/（最終閲覧日 :2020/6/12）

65） Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/（最終閲覧日 :2020/6/12）

66） Wellness Council of America. Well Workplace Award. https://www.welcoa.org/about/well-workplace-awards/（最終閲覧日 :2020/6/12）

67） American Heart Association. Fit-Friendly WORKSITE. https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@fc/documents/downloadable/ucm_460617.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

68） American College of Occupational and environmental Medicine. Excellence in Corporate Health Achievement Award（eCHAA）Committee. https://acoem.org/About-ACOEM/Governance/Councils-and-Committees/Corporate-Health-Achievement-Award-（CHAA）-Committee（最終閲覧日 :2020/6/12）

69） Vitality. Britain's Healthiest Workplace. https://www.vitality.co.uk/business/healthiest-workplace/（最終閲覧日 :2020/6/12）

70） The Wellness Councils of America. WELCOA's benchmarks of success; developing results-oriented wellness programs one company at a time. Absolute Advantage; 2006. https://www.welcoa.org/wp/wp-content/uploads/2014/06/20061211-ar-aa-seven-benchmarks.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

71） The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. Version 4. https://hero-health.org/wp-content/uploads/2017/01/US-Scorecard-V4-writable_1.2017.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

72） The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. Manufacturing products benchmark report; January 2019. https://hero-health.org/wp-content/uploads/2019/01/HERO-Benchmark_Manufacturing-Products.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

73） The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. Higher education industry benchmark report; September, 2017.

https://hero-health.org/wp-content/uploads/2017/03/Benchmark_Higher-Education_final.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）
74) The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. Hospitals and health care clinics benchmark report; August 2018.
https://hero-health.org/wp-content/uploads/2018/08/HERO-Benchmark_Hospitals-and-health-clinics.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）
75) Goetzel RZ, Henke RM, Benevent R, et al. The predictive validity of the HERO Scorecard in determining future health care cost and risk trends. J Occup Environ Med. 2014; 56（2）: 136-144.
76) The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. International version 1.0; January 2016.
https://hero-health.org/wp-content/uploads/2017/02/International-Scorecard-V1-writable.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）
77) Imboden MT, Castle PH, Johnson SS, et al. Development and validity of a workplace health promotion best practices assessment. J Occup Environ Med. 2020; 62（1）: 18-24.
78) Roemer EC, Kent KB, Mummert A, McCleary K, Palmer JB, Lang JE, Matson Koffman DM, Goetzel RZ. Validity and Reliability of the Updated CDC Worksite Health ScoreCard. J Occup Environ Med. 2019; 61（9）: 767-777.
79) American College of Occupational and Environmental Medicine. Excellence in Corporate Health Achievement Award.
https://acoem.org/About-ACOEM/Excellence-in-Corporate-Health-Achievement-Award（最終閲覧日 :2020/6/12）
80) Hymel PA, Loeppke RR, Baase CM, et al. Workplace health protection and promotion: a new pathway for a healthier-and safer-workforce. J Occup Environ Med. 2011; 53（6）: 695-702.
81) Batorsky B. Van Stolk C, Liu H. Is more always better in designing workplace wellness programs? : a comparison of wellness program components versus outcomes. J Occup Environ Med. 2016; 58（10）: 987-993.
82) Gutermuth LK, Hager ER, Pollack Porter K. Using the CDC's Worksite Health ScoreCard as a Framework to Examine Worksite Health Promotion and Physical Activity. Prev Chronic Dis. 2018; 15: E84.
83) Grossmeier J, Castle PH, Pitts JS, Saringer C, Jenkins KR, Imoboden MT, et al. Workplace well-being factors that predict employee participation, health and medical cost impact, and perceived support. Am J Health Promot. 2020; 34（4）: 349-358.
84) The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. 2018 Progress Report. December 2018.
https://hero-health.org/wp-content/uploads/2018/12/6009559-HB-2018-HERO-Scorecard-Progress-Report_final.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）
85) The HERO Health and Well-Being Best Practices Scorecard in Collaboration with Mercer. 2018 Progress Report. October 2016.
https://hero-health.org/wp-content/uploads/2016/10/HERO-Scorecard-2016-Progress-Report_

digitalREV.pdf（最終閲覧日 :2020/6/12）

86） Mariner WK, Annas GJ. A Culture of Health And Human Rights. Health Aff（Millwood）. 2016; 35（11）: 1999-2004.

87） 福間隆康. 組織風土研究の発展の歴史―組織風土と組織文化の比較―. 広島大学マネジメント研究. 2006; 6: 1-19.

88） Schein EH. Organizational culture. Am Psychol. 1990; 45（2）: 109-119.

89） Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. Annu Rev Psychol. 2013; 64: 361-388.

90） Ashforth BE. Climate formation: issues and extensions. Acad Manage Rev. 1985; 10（4）: 837-847.

91） Basen-Engquist K, Hudmon KS, Tripp M, Chamberlain R. Worksite health and safety climate: scale development and effects of a health promotion intervention. Prev Med. 1998; 27（1）: 111-119.

92） Ribisl K, Reischl TM. Measuring the climate for health at organizations: development of the Worksite Health Climate Scales. J Occup Med. 1993; 35（8）: 812-824.

93） Centers for Disease Control and Prevention. Workplace health glossary［CDC web site］; 2015. https://www.cdc.gov/workplacehealth- promotion/tools-resources/glossary/glossary.html.（最終閲覧日 :2020/6/12）

94） Robert Wood Johnson Foundation website. https://www.rwjf.org/content/rwjf/en/cultureofhealth/about/how-we-got-here.html#ten-underlying-principles（最終閲覧日 :2020/6/12）

95） World Health Organization. Human right and health. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health（最終閲覧日:2020/6/12）

96） Kent K, Goetzel RZ, Roemer EC, Prasad A, Freundlich N. Promoting Healthy Workplaces by Building Cultures of Health and Applying Strategic Communications. J Occup Environ Med. 2016; 58（2）: 114-122.

97） Flynn JP, Gascon G, Doyle S, et al. Supporting a Culture of Health in the Workplace: A Review of Evidence-Based Elements. Am J Health Promot. 2018; 32（8）: 1755-1788.

98） Safeer R, Allen J. Defining a Culture of Health in the Workplace. J Occup Environ Med. 2019; 61（11）: 863-867.

99） Golaszewski T, Hoebbel C, Crossley J, Foley G, Dorn J. The reliability and validity of an organizational health culture audit. Am J Health Stud. 2008 ; 23（3）: 116-123.

100） Kwon Y, Marzec ML. Does worksite culture of health（CoH）matter to employees? Empirical evidence using job-related metrics. J Occup Environ Med. 2016; 58（5）: 448-454.

101） Jia Y, Gao J, Dai J, Zheng P, Fu H. Associations between health culture, health behaviors, and health-related outcomes: a cross-sectional study. PLoS ONE. 2017; 12（7）: e0178644.

102） Crimmins TJ, Halberg J. Measuring success in creating a “culture of health”. J Occup Environ Med. 2009; 51（3）: 351-355.

103） Chang YT, Tsai FJ, Kuo CC, Yeh CY, Chen RY. Exploring and Developing the Workplace Health Culture Scale in Taiwan. Front Public Health. 2020; 7: 397.

104） Kwon Y, Marzec ML, Edington DW. Development and validity of a scale to measure workplace

culture of health. J Occup Environ Med. 2015; 57: 571- 577.

105) Zweber ZM, Henning RA, Magley VJ. A practical scale for Multi-Faceted Organizational Health Climate Assessment. J Occup Health Psychol. 2016; 21（2）: 250-259.

106) Kent KB, Goetzel RZ, Roemer EC, et al. Developing Two Culture of Health Measurement Tools: Examining Employers' Efforts to Influence Population Health Inside and Outside Company Walls. J Occup Environ Med. 2018; 60（12）: 1087-1097.

107) Hall ME, Bergman RJ, Nivens S. Worksite health promotion program participation: a study to examine the determinants of participation. Health Promot Pract. 2014; 15（5）: 768-776.

108) Lin YW, Lin YY. A multilevel model of organizational health culture and the effectiveness of health promotion. Am J Health Promot. 2014; 29（1）: e53-e63.

109) Jia Y, Fu H, Gao J, Dai J, Zheng P. The roles of health culture and physical environment in workplace health promotion: a two-year prospective intervention study in China. BMC Public Health. 2018; 18（1）: 457.

110) Kava CM, Parker EA, Baquero B, et al. Associations Between Organizational Culture, Workplace Health Climate, and Employee Smoking at Smaller Workplaces. Tob Use Insights. 2019; 12: 1179173X19835842.

111) Kwon Y, Marzec ML. Unpacking the Associations Between Perceived Cultural Support and Employee Health: The Approach of Social Capital. J Occup Environ Med. 2019; 61（11）: 910-915.

112) Henke RM, Head MA, Kent KB, Goetzel RZ, Roemer EC, McCleary K. Improvements in an Organization's Culture of Health Reduces Workers' Health Risk Profile and Health Care Utilization. J Occup Environ Med. 2019; 61（2）: 96-101.

113) 経済産業省.「健康投資管理会計ガイドライン」を策定しました.
https://www.meti.go.jp/press/2020/06/20200612001/20200612001.html（最終閲覧日 :2020/6/12）