

平成 28 年度健康寿命延伸産業創出推進事業
(健康経営・健康投資普及推進等事業)
調査報告書

平成 29 年 3 月

株式会社日本総合研究所

目次

1. 事業の背景と目的.....	1
2. 実施概要.....	2
2.1. 事業概要.....	2
2.2. 実施体制.....	2
2.3. 実施スケジュール.....	3
3. 大企業等における健康経営の普及促進.....	4
3.1. 健康経営度調査の実施と活用.....	4
3.1.1. 事業の背景・目的.....	4
3.1.2. 事業内容.....	4
3.1.3. 事業の成果.....	10
3.1.4. 今後の事業展開.....	38
3.2. 健康経営実施による経営等への効果検証.....	39
3.2.1. 事業の背景・目的.....	39
3.2.2. 事業内容.....	39
3.2.3. 事業の成果.....	42
3.2.4. 今後の事業展開.....	82
4. 中小企業等における健康経営の普及促進.....	83
4.1. 健康経営優良法人認定制度の創設に係る調査及び普及広報.....	83
4.1.1. 事業の背景と目的.....	83
4.1.2. 事業内容.....	84
4.1.3. 事業の成果・分析結果.....	94
4.1.4. まとめ.....	102
4.2. 健康経営の実施を支援するための専門人材の育成・活用.....	106
4.2.1. 事業の背景・目的.....	106
4.2.2. 実施内容.....	106
4.2.3. 考察.....	126
5. 健康経営・健康投資の促進に向けた基盤整備.....	128
5.1. 健康経営オフィスの取組みを普及・推進する方策の検討.....	128
5.1.1. 事業の背景・目的.....	128
5.1.2. 事業内容.....	128
5.1.3. 事業の成果.....	141
5.1.4. 結論.....	143
5.1.5. 今後の事業展開.....	144
5.2. ソーシャルインパクトボンドの導入に向けた環境整備.....	145
5.2.1. 本調査の経緯と目的.....	145
5.2.2. 実証モデル事業の結果.....	146
5.2.3. SIB 手法の課題とその対応策.....	169

5.3.	健康経営・健康投資の取組と連動した民間保険制度の設計に係る調査	184
5.3.1.	事業の背景・目的	184
5.3.2.	事業内容	184
5.3.3.	事業の成果	185
5.3.4.	まとめ	262
5.4.	健康経営を支えるサービスの市場調査	269
5.4.1.	事業の背景・目的	269
5.4.2.	事業内容	269
5.4.3.	事業の成果	270
5.4.4.	今後の事業展開	321
6.	まとめ	323
付録 1.	健康経営の推進における保険者機能のガバナンス強化等に関する調査	326

1. 事業の背景と目的

平成 25 年 12 月に官民共同の協議体として立ち上げられた「次世代ヘルスケア産業協議会」においては、増大する医療・介護サービス需要の対策としてのヘルスケア産業供給側（各種製品・サービス提供事業者）への支援、及び国民各層に対し積極的に健康寿命延伸に向けてヘルスケアサービスの活用を促す需要喚起の両面から検討を進めている。

平成 27 年 5 月に同協議会で策定した「アクションプラン 2015」においては、需要喚起策の一環として、国内企業に対し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「健康経営」¹の更なる推進が盛り込まれ、「健康経営銘柄」等の大企業向けの取組みを継続するとともに、中小企業の健康経営の促進にも力を入れることが示された。

これを受けて、経済産業省平成 27 年度健康寿命延伸産業創出推進事業においては、大企業向けに第二回健康経営銘柄の選定・発表が行われ、中小企業向けには「健康経営ハンドブック」の策定・公表、中小企業の健康経営の導入に際し指導・助言を行う健康経営アドバイザー初級研修プログラムの実施がなされてきた。

平成 28 年 4 月には「アクションプラン 2016」が策定され、大企業向けには健康経営銘柄の継続的实施と健康経営度調査等のデータを活用した学術研究の推進、日本健康会議等との連携による裾野の拡大、中小企業向けには日本健康会議を認定主体とした「健康経営優良法人認定制度(仮称)」の創設が盛り込まれた。

本事業においては、上記「アクションプラン 2016」に基づき、大企業及び中小企業における健康経営・健康投資の普及推進を総合的にサポートし、健康経営を大企業から中小企業に至る隅々まで根付かせ、また個人に対しても健康に対する意識啓発・行動変容を促すことを目的として、①大企業向け健康経営・健康投資の普及促進、②中小企業向けの健康経営・健康投資の普及促進、上記①・②を加速させる取組みとしての③健康経営・健康投資環境の整備を 3 つの柱として、国民の健康寿命延伸とヘルスケア産業の需要拡大を目指す取組みを実施した。

¹「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標です

2. 実施概要

2.1. 事業概要

本事業の全体構成は下図の通りである。大企業向けの健康経営普及促進に係る事業、中小企業向けの健康経営普及促進に係る事業、健康経営・健康投資の普及促進に向けた基盤整備を3つの柱として事業を実施した。

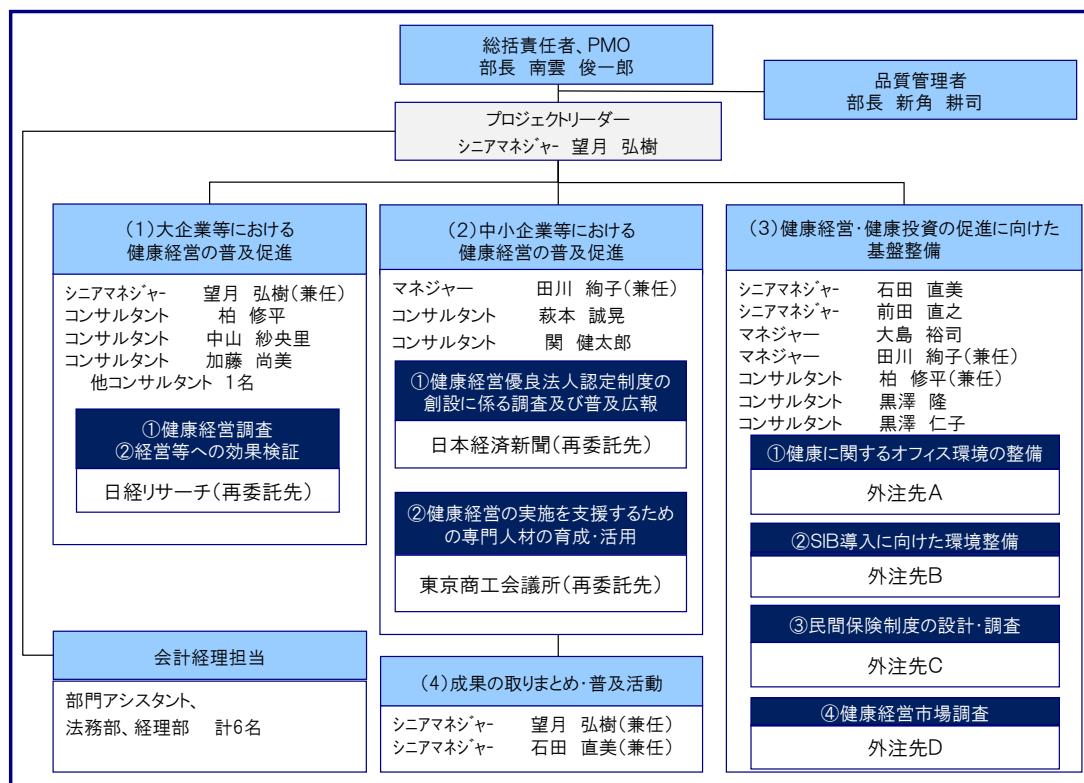
図表 2- 1 事業の全体構成

実施項目	実施内容
健康経営・健康投資普及推進等事業	(1)大企業等における健康経営の普及促進 ①健康経営度調査の実施と活用 ②健康経営実施による経営等への効果検証
	(2)中小企業等における健康経営の普及促進 ①健康経営優良法人認定制度の創設に係る調査及び普及広報 ②健康経営の実施を支援するための専門人材の育成・活用
	(3)健康経営・健康投資の促進に向けた基盤整備 ①健康に資するオフィス環境の整備 ②SIBの導入に向けた環境整備 ③健康経営・健康投資の取組と連動した民間保険制度の設計に係る調査 ④健康経営を支えるサービスの市場調査

2.2. 実施体制

本事業の実施体制は下図の通りである。

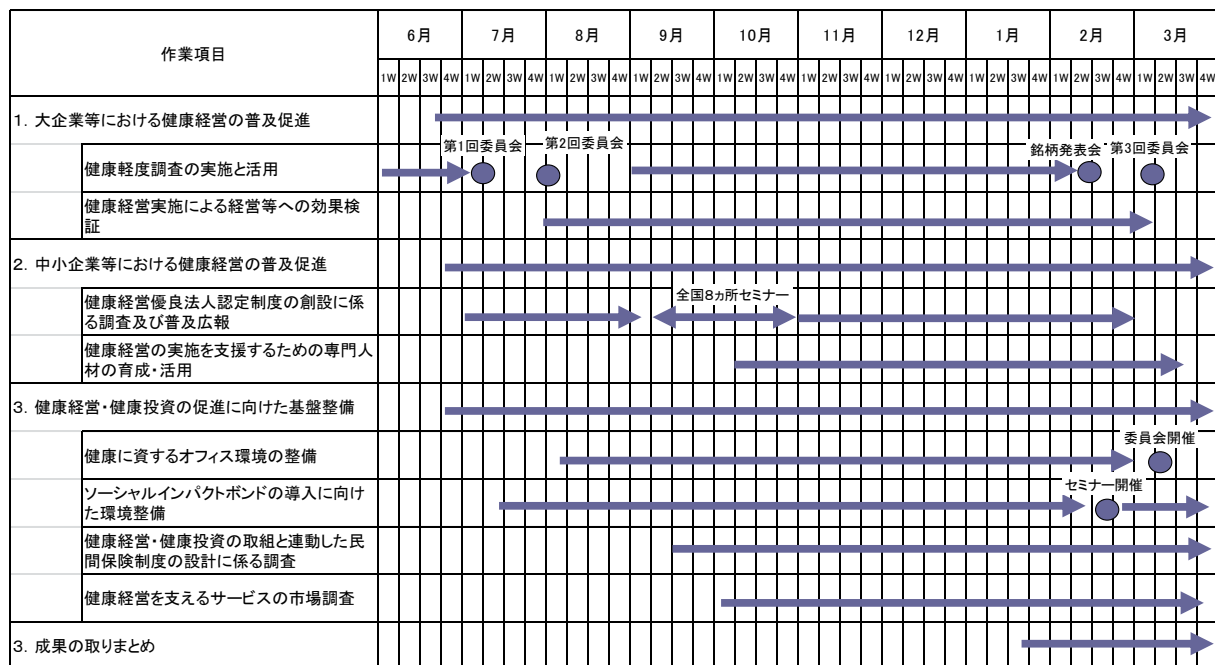
図表 2- 2 実施体制図



2.3. 実施スケジュール

本事業の実施スケジュールは下図の通りである。

図表 2- 3 実施スケジュール



3. 大企業等における健康経営の普及促進

健康経営の普及・促進を図ることで事業主による従業員の健康づくりが促進され、企業間におけるヘルスケアサービスへの需要が拡大すると想定される。また、事業主から直接介入を受けることで、従業員ひとりひとりの個人意識も喚起されることが想定され、個人における公的保険外のサービス・商品活用需要についても拡大を見込めると考えられ、健康経営の普及促進はヘルスケア産業のさらなる発展に貢献すると期待できる。

一方で、大企業が健康経営を行うことによる直接的なメリットが良く分からないという声も一定数聞かれる。

そのため、本年度は大企業の健康経営度を引き続き調査すると共に、健康経営導入インセンティブとなる健康経営のメリットを見える化する取組みとして「健康経営度調査の実施と活用」及び「健康経営実施による経営等への効果検証」を行った。

3.1. 健康経営度調査の実施と活用

3.1.1. 事業の背景・目的

平成 26 年度健康寿命延伸産業創出推進事業「健康企業度調査コンソーシアム」による報告によれば、企業の健康経営の普及・促進を図るためには「経営者層の意識喚起」が最重要課題である。経営者への意識喚起において、何を伝えていくか、という点については健康経営がもたらす経営へのポジティブな効果のみならず、健康経営の手法（健康経営に関する方針、指針あるいは手順がマニュアル化すること、実施体制を組織構築において整備すること、実施施策とその結果に関する結果・効果について評価・改善を行うこと等）についても伝えていく必要がある。

平成 26 年度からは健康経営度調査結果を利用して、「健康経営銘柄」の策定を行った。本施策は東京証券取引所に上場しているすべての企業から、各業種で最も健康経営に優れ、かつ、業績パフォーマンスもよい企業を「健康経営銘柄」として策定した。各業種から 1 社ずつ選定することで健康経営実践企業の幅を広げ、健康経営実施へのインセンティブとしても機能させた。平成 27 年度の第 2 回健康経営度調査においては、前年を上回る回答を得る等、大企業を中心とした健康経営の認知が確実に広まっている。

本年度も、健康経営度調査の実施を通じ、昨年度からの健康経営に関する意識変化がどのように起こっているか、という実態把握を行うと同時に、「健康経営銘柄」についての策定を行い、さらなる健康経営実践企業の拡大を目指す。

3.1.2. 事業内容

(1) 実施内容

(a) 基準検討委員会の設定

各企業の健康経営度を測るための調査を実施するにあたり、事業の透明性・納得性を深めていくために、関係する各分野の有識者の方からご意見・アドバイスをいただき、調査の精度を高めることを目的として、「健康経営度調査基準検討委員会」を設置し、全 3 回の検討会を開催した。

なお、全日程に経済産業省ヘルスケア産業課も同席した。

委員及び委員会開催日程は、以下の通りである。

<健康経営度調査 基準検討委員会>

座長：森 晃爾 (産業医科大学 産業生態科学研究所 教授)
委員：荒井 勝 (社会的責任投資フォーラム 会長)
委員：尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授)
委員：小松原 祐介 (健康保険組合連合会 保健部長)
委員：洪澤 健 (コモンズ投信 取締役会長)
委員：長谷部 賢 (日本政策投資銀行 環境・CSR 部 次長)
委員：藤野 英人 (レオス・キャピタルワークス代表取締役社長 最高投資責任者)
委員：前田 善三 (ガバナンス・フォー・オーナーズ・ジャパン 責任投資ヘッド)
(五十音順、敬称略)

オブザーバー：日本取引所グループ、厚生労働省

<開催日程と議事次第>

- 第1回 平成28年7月6日(水) 13:00~15:00 経済産業省別館 1111 会議室
・健康経営度調査事業調査設計について
・健康経営度調査事業調査票案について
- 第2回 平成28年8月8日(月) 10:00~12:00 経済産業省別館 310 会議室
・健康経営度調査事業評価モデルについて
・健康経営度調査事業調査票案について
- 第3回 平成29年3月1日(水) 10:00~12:00 経済産業省本館東共用会議室
・平成28年度健康経営度調査結果レビュー

(b) 企業ヒアリングの実施

調査項目設計にあたり、企業(従業員の健康保持・増進担当者)にヒアリング取材を実施。昨年度の調査を踏まえ、改善すべき点や、法令改正対応などの新たに対応・評価すべき点などについて聞き取りを行った。

①調査方法：取材調査

②対象者の選定

対象者については、業種、過去2回の調査の回答状況や結果などを加味し選定した。

③ヒアリング内容

昨年度の調査項目をもとに、以下の内容をヒアリングした。

- ・調査全般について
- ・調査票の内容について

- ・インセンティブについて
- ・フィードバックシートについて

(c) 健康経営度調査の実施

企業ヒアリングや基準検討委員会での委員の意見・指摘内容をもとに調査項目を作成。「健康経営」に資する施策等の実施状況などを調査し、企業の実態・意識を把握する事を目的に健康経営度調査を実施した。

①調査方法

郵送調査（依頼状を送り、調査票はPDF形式のものをダウンロード）

②調査期間

2016年8月下旬～2016年10月上旬（調査票投函～最終調査票回収）

③調査対象

国内全上場企業：3,640社（2016年8月時点、外国部、REIT除く）

非上場企業は応募制とし、経済産業省のwebサイト上で告知し、参加希望がある企業の調査回答を受け付ける体制を用意した。

④有効回答数

726社（非上場118社を含む、上場企業回答率 16.7%）

⑤調査項目

- ・従業員の健康の保持・増進の位置づけ、明文化、社外への発信、目的
- ・方針や施策結果の社外公表
- ・従業員の健康の保持・増進の推進を統括する組織の形態、責任者
- ・統括組織の人員構成（社員、産業医、専門職など）
- ・健康保持・増進推進の担当社員がどのような社員か
- ・課題の把握とその対応
- ・任意検診の推奨、5大がん検診等の補助
- ・メンタルヘルスチェックの実施、相談窓口の設置
- ・管理職に対しての教育研修の実施状況
- ・生活習慣病予防の一般社員への教育・研修
- ・禁煙対策、食事支援、コミュニケーション促進策、運動奨励策
- ・長時間労働防止策、対応策
- ・総実労働時間、所定外労働時間、長時間労働者比率、有給休暇取得率・日数
- ・休職後の職場復帰支援策、復帰後の配慮・支援
- ・派遣社員の施設等利用の有無、取引先の状況把握
- ・定期健康診断・精密検査受診率
- ・健康診断結果（適正体重維持者率、喫煙率、特定健康審査・特定保健指導実施率）
- ・施策に対する効果検証・データ分析
- ・休職者数、退職者数、在籍中死亡者数

- ・ 従業員の健康の促進・維持の推進の関与者、企業と保険者どちらが主体的か
- ・ 健保等保険者との連携状況 など

⑥調査における作業内容

1) 企業への回答依頼

企業の回答率向上のため、郵送依頼状の到着確認、調査締切前後の督促電話を実施した。

2) 回答内容のチェック・疑義照会

調査票の回答内容について、記入者の記入間違いや設問に対する認識の相違により、論理的な矛盾や過大／過小な数量値の記入がある場合があり、それらについて、より正確な評価指標を作成するために、電話による疑義照会を行った。

更に、回答内容のチェックに対して、日経リサーチの社員が2次チェックを行い、必要に応じて再疑義照会を行った。

3) 校正

回答内容のチェックによる修正工程において、入力ミスを発見・修正するため、校正作業を行った。

4) 調査謝礼

回答企業と送付を希望する回答企業の保険者に対して調査の協力に対する謝礼として評価結果を記載した簡易なサマリー等を郵送にて送付した。

- ・ 送付日：2016年11月18日
- ・ 送付物：お礼状

結果サマリー（評価結果を記載）

結果概要（評価の方法、調査の集計結果などを記載）

健康経営優良法人（大規模法人部門）認定基準適合書 兼

健康経営優良法人（大規模法人部門）申請書

⑦回答者属性

回答の属性毎の状況を下表に記載する。

図表 3-1 業種別回答数（原則取引所業種ベース）

業種名	全回答数	うち 上場企業 回答数	上場 企業 対象数	上場 企業 回答率
水産・農林業	2	2	11	18.2%
鉱業	1	1	7	14.3%
建設業	49	42	179	23.5%
食料品	34	30	133	22.6%
繊維製品	7	7	55	12.7%
パルプ・紙	7	7	26	26.9%
化学	48	44	215	20.5%
医薬品	26	22	65	33.8%
石油・石炭製品	3	3	13	23.1%
ゴム製品	5	5	19	26.3%
ガラス・土石製品	3	3	60	5.0%
鉄鋼	10	9	47	19.1%
非鉄金属	7	7	35	20.0%
金属製品	12	12	91	13.2%
機械	31	30	233	12.9%
電気機器	52	49	264	18.6%
輸送用機器	23	20	98	20.4%

業種名	全回答数	うち 上場企業 回答数	上場 企業 対象数	上場 企業 回答率
精密機器	10	9	51	17.6%
その他製品	22	21	112	18.8%
電気・ガス業	9	9	23	39.1%
陸運業	12	10	64	15.6%
海運業	3	3	14	21.4%
空運業	2	2	5	40.0%
倉庫・運輸関連業	7	6	38	15.8%
情報・通信業	66	49	392	12.5%
卸売業	49	44	338	13.0%
小売業	50	45	351	12.8%
銀行業	29	27	92	29.3%
証券、商品先物取引業	6	6	43	14.0%
保険業	19	7	13	53.8%
その他金融業	12	11	32	34.4%
不動産業	23	18	119	15.1%
サービス業	87	48	402	11.9%
総計	726	608	3640	16.7%

図表 3-2 保険者種別

	単一組合	総合組合	協会けんぽ	国民健康保険	共済組合	無回答
件数	379	218	113	9	7	0
割合 (%)	52.2	30.0	15.6	1.2	1.0	0.0

図表 3-3 正社員数

	300 人 未満	300～ 1000 人 未満	1000 ～ 3000 人 未満	3000 ～ 5000 人 未満	5000 ～ 1万人 未満	1万～ 2万人 未満	2万～ 5万人 未満	5万人 以上	無 回 答	平 均 (人)
件数	125	179	210	80	63	44	18	5	2	3913.2
割合(%)	17.2	24.7	28.9	11	8.7	6.1	2.5	0.7	0.3	

(d) 評価指標の検討

昨年度の評価指標をもとに、透明性・妥当性のある指標作成となるような企業の取り組み等を相対評価する「健康経営度」指標の検討を行った。

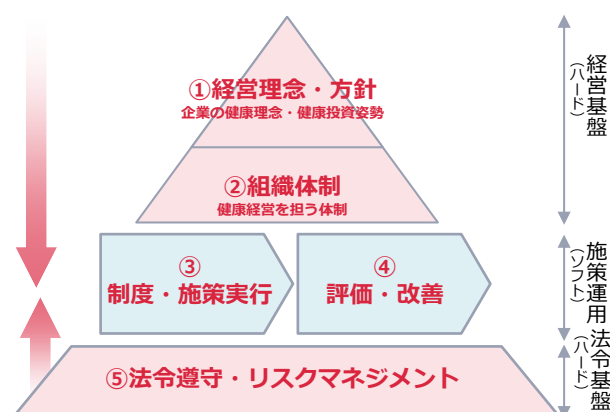
調査の各設問を「経営理念・方針」「組織体制」「制度・施策実行」「評価・改善」の4側面に分類（一部評価対象外設問有り）。各設問の回答に対して得点を付与し、合算・基準化（偏差値化）して各側面得点を算出。更に、各側面の得点に対して、4つの側面ごとの重要度に応じた重み（ウェイト）を掛け合わせて合算し、総合評価を作成した（評価の概略図については評価モデル概略図を参照）。

なお、作成した評価結果については、経済産業省と東京証券取引所による「健康経営銘柄2017」の選定に用いられた。

図表 3-4 4側面分類

側面	評価ウェイト
1. 経営理念・方針	3
2. 組織体制	2
3. 制度・施策実行	3
4. 評価・改善	2

図表 3-5 評価モデル概略図



(e) 健康経営の普及・促進に向けたイベントの実施

健康経営度調査の評価結果を基に経済産業省により健康経営銘柄 2017 が選定され、その発表と、健康経営の普及・促進を目的として、イベントを行った。

①タイトル：健康経営アワード 2017

- 第1部 健康経営銘柄 2017 発表会、
- 第2部 健康経営優良法人 2017 発表会

②目的：

- 健康寿命延伸および周辺産業の拡大という政府の大方針を背景とする「健康経営銘柄」及び「健康経営優良法人」の大々的な発表とニュース化

- ・ 報道を通じて、企業経営者の健康経営への意識を高めるとともに、社会の健康経営・健康投資への認知・機運を高める

③開催日時：2017年2月21日（火） ※設営2月20日（水）

④開催時間：第1部 11：30～12：45（受付開始10:30）

第2部 14：30～16：45（受付開始13:30）

⑤会場：イイノホール&カンファレンスセンター

⑥主催：経済産業省

⑦共催：第1部 東京証券取引所、第2部 日本健康会議

⑧協力：厚生労働省

（2）実施スケジュール

当事業のスケジュールは以下のとおりである。

図表 3-6 作業スケジュール

平成27年							平成28年		
6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
（a）基準検討委員会の設定									
第1回 委員会実施 	第2回 委員会実施 							第3回 委員会実施 	
（b）企業ヒアリング									
	実施・結果検討 								
（c）健康経営度調査									
	調査設計 		調査実施 	結果集計 					
（d）評価指標の検討									
									
（e）健康経営の普及・促進に向けたイベントの実施									
							イベント実施 		

3.1.3. 事業の成果

（1）企業ヒアリング

4社の従業員の健康保持・増進の担当者に対するヒアリング結果を下表に記載する。

図表 3-7 ヒアリング結果

社名 : 企業A
調査全般について
・ 銘柄企業しか紹介されないこの調査に回答することの意義を役員層に理解してもらうのに非常に苦労した。 ・ 経営層には、調査票を見せ、調査票の設問項目が健康経営についての企業への要求事項であることを説明し、その実施状況を把握するためにも本調査へ回答する必要があることを説いた。 ・ 1問でも回答できない設問があると点数が落ちてしまい、銘柄に選定されにくくなるので、回答の途中で一か所でも躓いてしまうと提出することをやめてしまう企業もあるのではないか。 ・ なでしこ銘柄や健康経営銘柄は求人活動の際に効果があると聞いており、本調査で高い評価を得られれば就職活生にも訴求できる。
調査票の内容について
・ 過去の調査票と同じ回答になる設問は、初めから調査票に回答を入れておいてもらいたい。 ・ 過去の回答と見比べながら回答をしているので、過去の調査票からの変更点等がわかるような新旧対応表があると回答しやすい。 ・ 公開の状況を問う質問で、国際基準（GRIの要求事項）では公開を求められていないため、公開していなかった情報（健康診断所見率）が含まれている。本調査に回答するために、あえて算出してホームページに公開したものもある。 ・ PDFのフォーマットは回答しにくい。
インセンティブについて
・ 調査票のボリュームや難易度から考えると、1業種銘柄1社だけの公表では企業側に回答するメリットはほとんどない。 ・ 銘柄企業とは別に、一定の水準以上の企業も公表してほしい。 ・ 銘柄企業の発表だけでなく、以下のような顕彰制度などで、銘柄企業以外も評価してほしい。 ①銘柄企業に限らずに優良な取組事例のメディア等での紹介 ②テーマごとの表彰制度、テーマごとの上位企業の紹介、テーマごとの業種トップの紹介等 ・ 健康経営の株価への影響を計測することは困難だと思われるが、健康経営がESG投資家等の投資行動に影響を与えているということを何らかの方法で示せば良いのではないかと。
フィードバックシートについて
・ 自社の取組が効果のある取組なのか、独りよがりの取組となっていないかを確認したいので、専門家からの第3者視点でのコメントがあると良い。 ・ フィードバックシートに記載されている数値をぱっと見ても、自社がどの程度の水準にあるのかがわかりにくい。

社名 : 企業B
調査全般について
・ 本調査とは関係なく健康経営に取り組んでおり、他社からフィードバックシート等で健康経営度を診断してもらうことは望んでいない。本調査に回答するメリットは銘柄に選定されることのみと考えている。 ・ 初年度、調査に協力したが、同業種で他社が銘柄に選定された。昨年度、初年度と違った取組を新たに行っていないため、昨年度も銘柄に選ばれる可能性が低いと判断して回答しなかった。

- ・ 今年も初年度と違った新たな取組を行っていないので、調査には回答しないつもりである。
- ・ 調査票を簡易にしたり、銘柄以外の新たなメリットを設けたりすることには全く魅力を感じていない。

社名：企業C

調査全般について

- ・ 昨年回答を検討したが、回答できる項目が少なく、あまり施策を実施していない中で回答するのも、ということで回答しない判断に至った。調査票で聞かれているような指標をこれまであまり集計していなかった。協会けんぽ所属だが、照会も行っていない。
- ・ 日本政策投資銀行の「健康経営格付」を取得しているが、取得は融資がきっかけ。
- ・ 現状は「残業」「女性の働く環境」が大きなテーマ。特に女性は、土日必ず働かなければならないサービス業の状況での他社事例があまりない。社内で模索している状況。

インセンティブについて

- ・ 就職ランキング等によく見ており、発表があれば企業広報上のメリットは大きい。銘柄1社だけでなく、様々企業認定等のインセンティブがあった方が、全社で取組を進めるモチベーションになる。
- ・ 「働きがい」「健康経営」は就職人気にも繋がるとおもっている。

社名：企業D

調査全般について

- ・ 前回回答の差し込みをして欲しい。
- ・ 新規設問の明示をして欲しい。
- ・ 製造業は競争が激しく、また、東証の区分は同業他社といえない企業が同業種となっており、その点でも何らか配慮が欲しい。
- ・ 拠点単位で個々に行っている取組も多く、回答しづらい部分があるので回答基準を明確にして欲しい。例えば、工場では昼休みに運動を奨励するなど実施している内容が異なる。

調査票の内容について

- ・ 男女比など、海外では集計自体していない項目もあり、日本国内特有のものがある。回答のしやすさを考える上で、検討して欲しい。

インセンティブについて

- ・ 回答企業一覧の公表は企業広報上のメリットがあるので是非行って欲しい。
- ・ 上位20%以上の企業一覧なども行って欲しい。
- ・ 総合得点だけでなく、事例集などで特別賞などを取り上げられると、回答のメリットとして大きい。
- ・ 銘柄を取るために施策を行っているわけではないので、銘柄以外にもインセンティブを設定して欲しい。

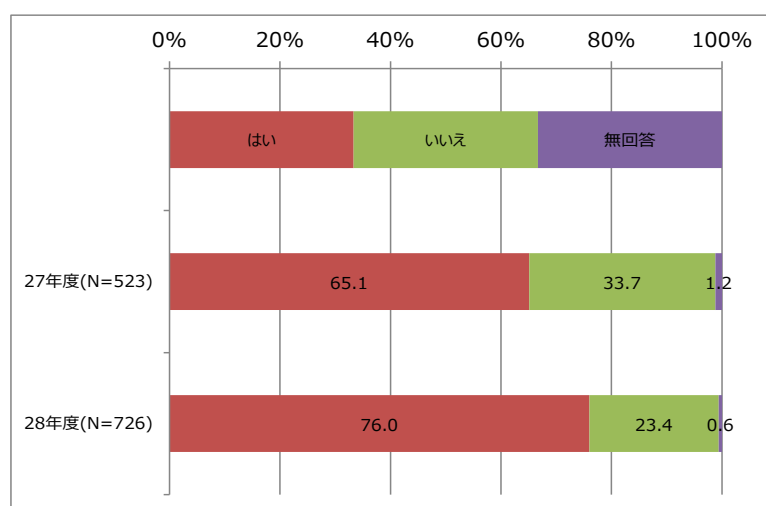
ヒアリング結果については、適宜調査項目と回答企業へのインセンティブの検討の参考とした。

(2) 健康経営度調査

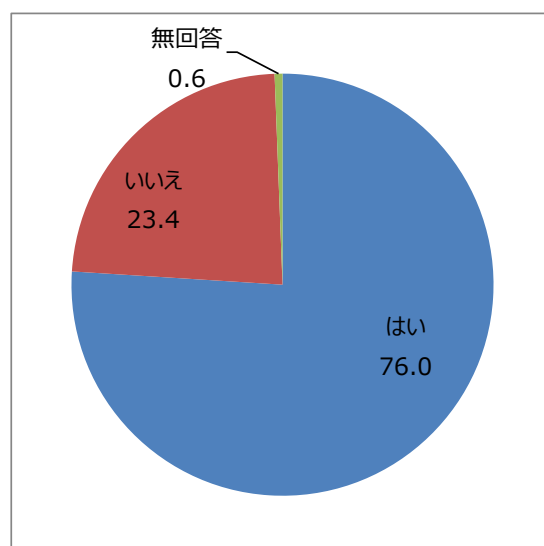
(a) 企業経営における従業員の健康の保持・増進の明文化と開示

従業員の健康の保持・増進について経営指針などに「明文化している」と答えた企業は76.0%となっており、前年度と比較して10.9ポイント増加している。

図表 3-8 従業員の健康の保持・増進に対する全社方針の明文化の有無（N=726）（%）

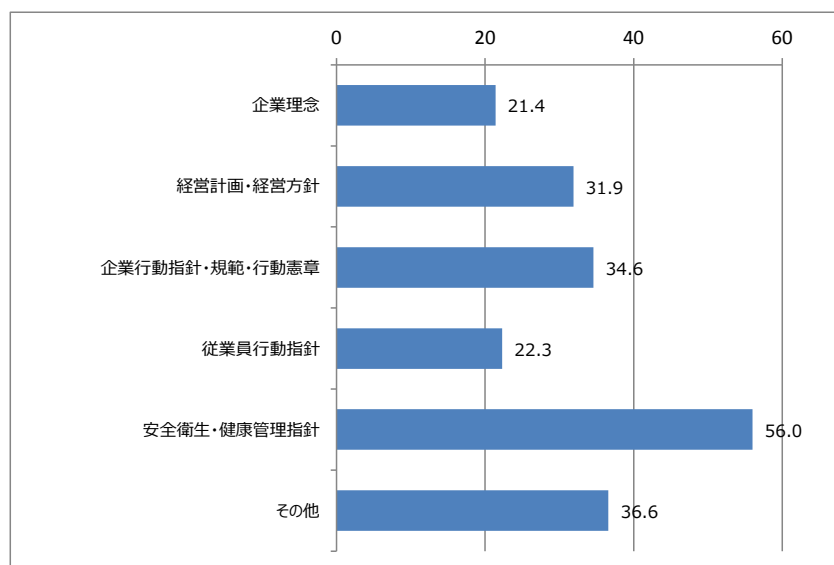


図表 3-9 従業員の健康の保持・増進にに対する全社方針の明文化の有無（経年比較）（%）

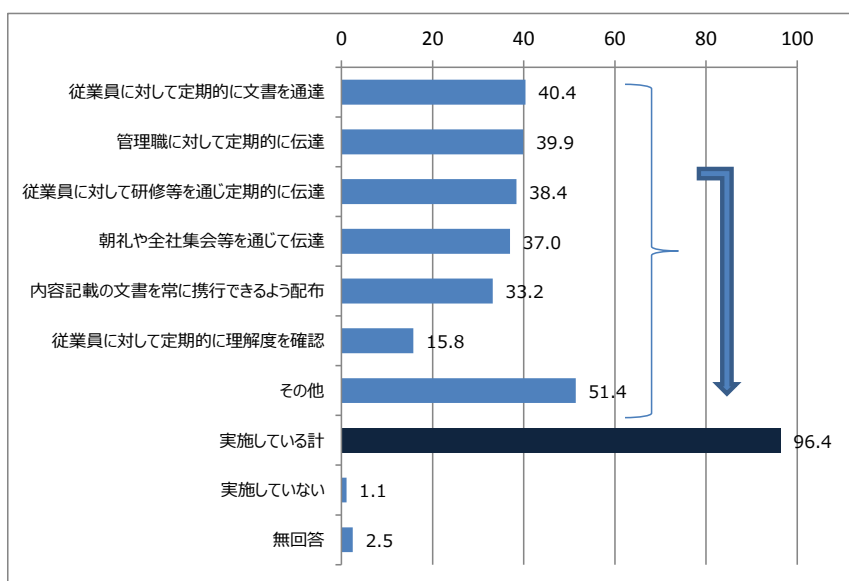


明文化している媒体では、最も多かったのが「安全衛生・健康管理指針」（56.0%）であり、また、明文化している内容について、従業員に対しての社内に浸透について聞いたところ、96.4%が何らかの方法で社内浸透を図っており、その方法は「定期的に文章を通達」（40.4.0%）が最も多かったが、「管理職に対して定期的に伝達」（39.9%）といった、積極的な浸透施策を実施している企業も多く見られた。

図表 3-10 明文化している媒体（n=552）（%）

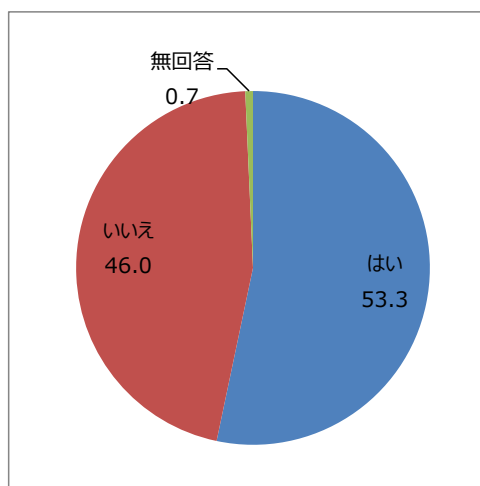


図表 3-11 明文化内容の社内浸透（n=552）（%）



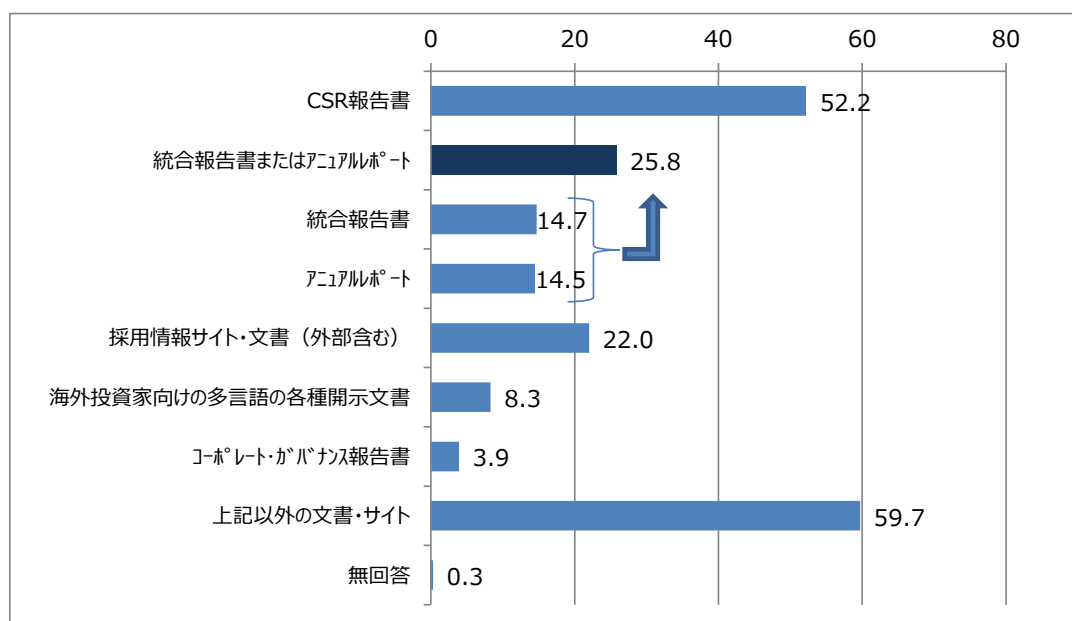
健康保持・増進に関する目的や体制、取組内容や成果などの社外公表の状況については、53.3%が公開していると答えた。

図表 3-12 目的や体制、取組内容や成果などの社外公表の有無 (N=726) (%)



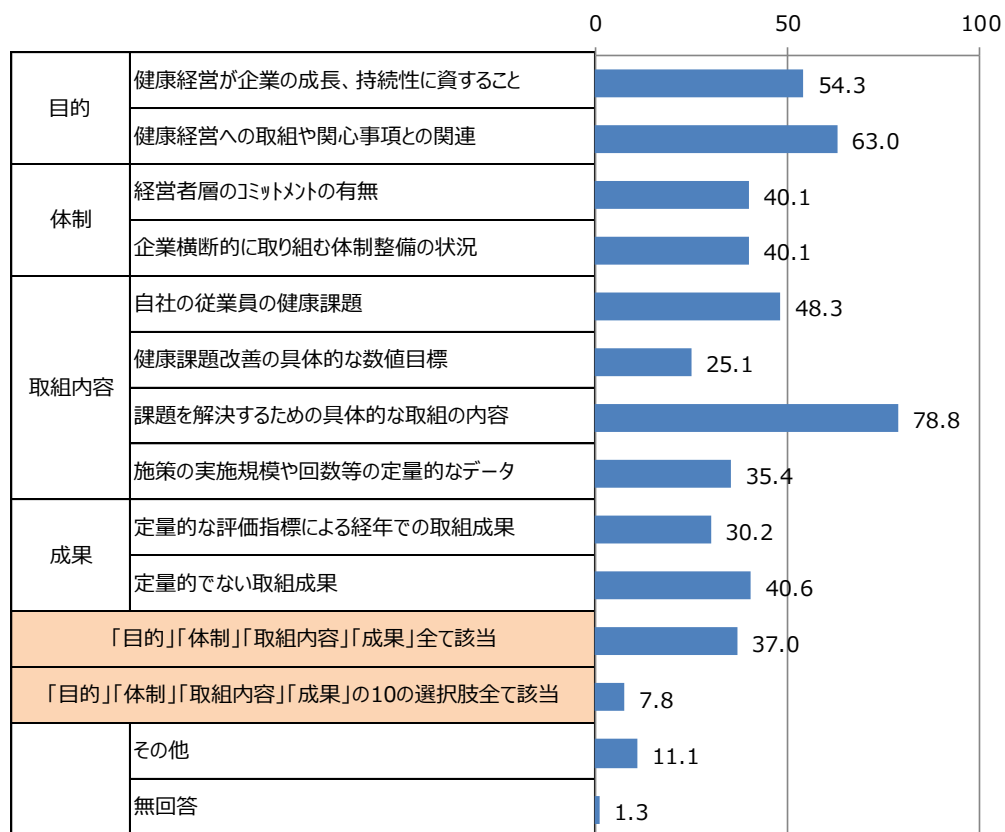
公開している企業のうち、その内容を掲載している媒体は、「CSR 報告書」(52.2%)が最も多く、投資家向けの開示資料である統合報告書またはアニュアルレポートいずれかで開示している企業が 25.8%となっており、投資家を対象とした情報公開も進んでいる。

図表 3-13 社外公開の媒体 (n=387) (%)



公開内容については、「目的」「体制」「取組内容」「成果」すべてを開示していると回答した企業は 37.0%、設問で提示した 10 の内容を全て開示していると回答した企業も 7.8%あった。

図表 3-14 社外公開の内容 (n=387) (%)

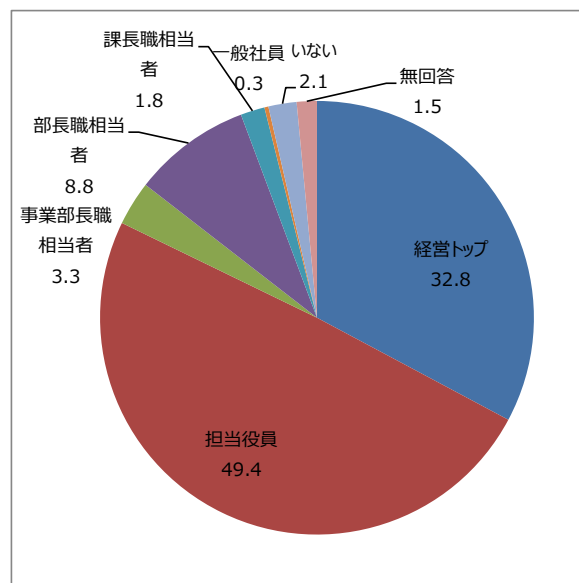


(b) 組織体制

従業員の健康の保持・増進を推進する組織の体制や、組織内の人員について聞いた。

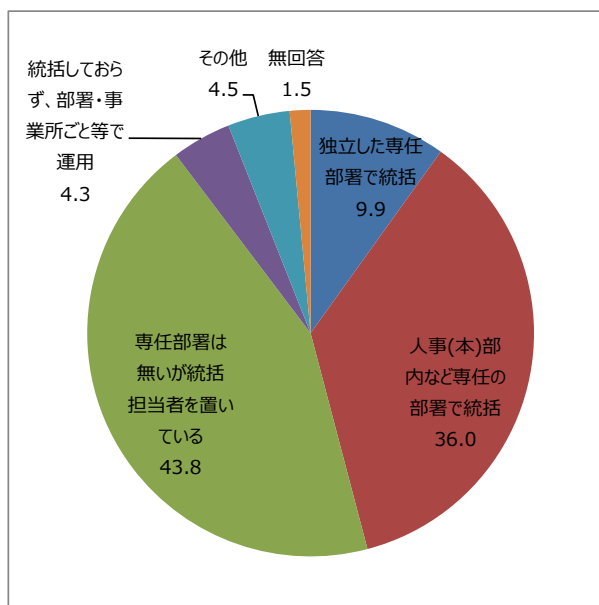
従業員の健康保持・増進の最高責任者の役職は、「担当役員」が 49.4%と最も多く、次に多かった経営トップ (32.8%) と合わせると、8 割以上の企業において経営層が責任者となっていることが分かる。

図表 3-15 最高責任者の役職 (N=726) (%)



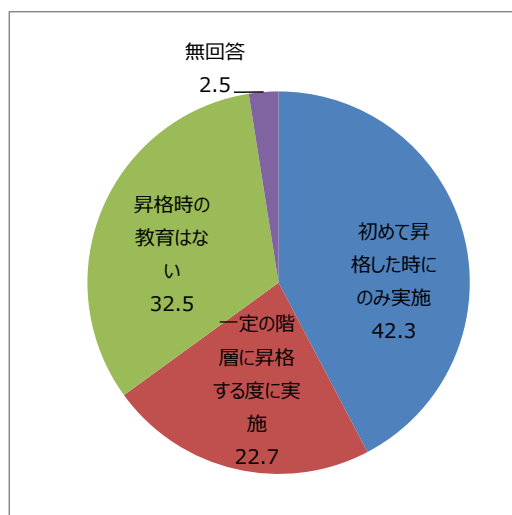
従業員の健康保持・増進の統括について、独立した専任部署が 9.9%、専任部署で統括が 36.0%、専任部署はないが統括担当者を設置が 43.8%で、およそ 90%で何らかの形での統括体制がとられている。

図表 3-16 統括組織の形態 (N=726) (%)

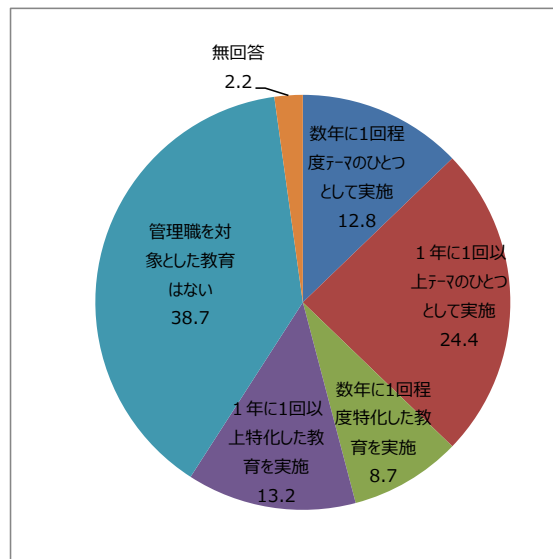


また、管理職に対しての従業員の健康保持・増進に関する教育（ラインケア）の実施タイミングや頻度等について、65.0%が昇格研修を実施しており、定期的な研修は全体の 59.1%が実施している。

図表 3-17 管理職への昇格時教育 (N=726) (%)

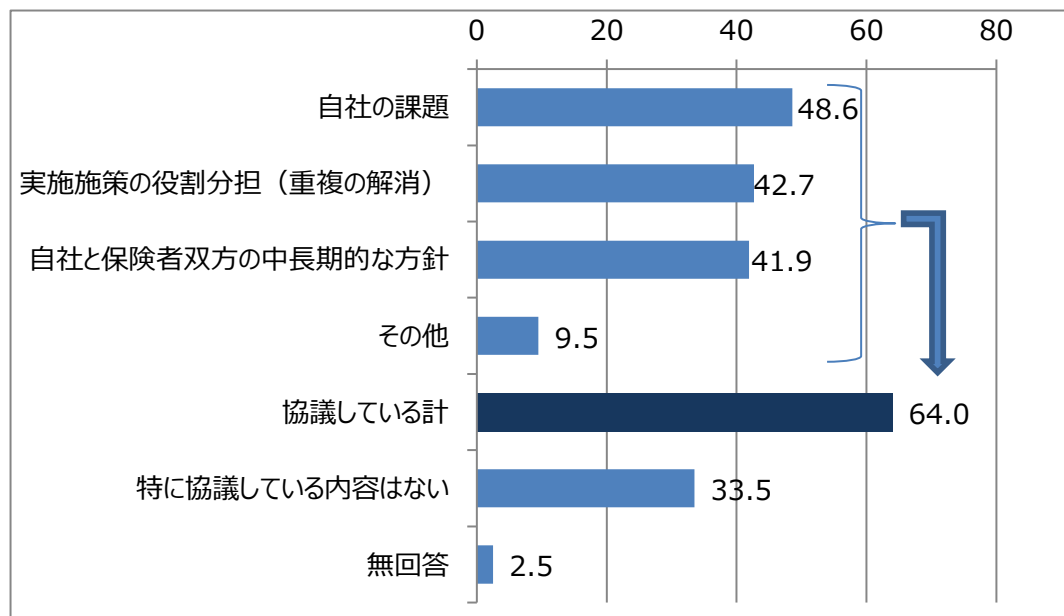


図表 3-18 管理職への 定期的な教育 (N=726) (%)

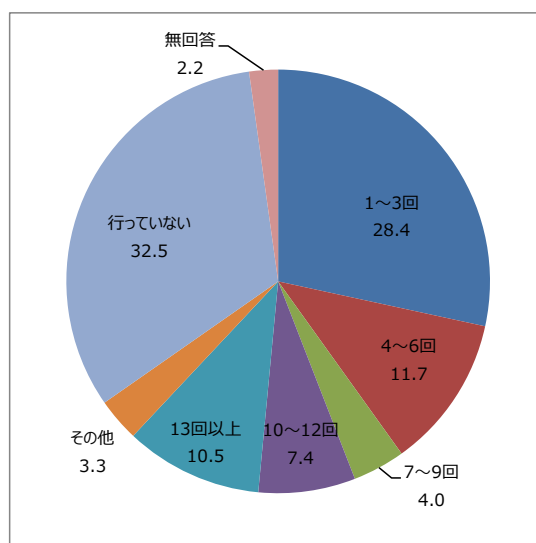


コラボヘルスの観点から、健康経営においては保険者との連携も重要とされているが、保険者と何らかの協議を行っている企業は 64.0% となっており、協議内容として最も多いのが「自社の課題」となっている。また、協議の頻度について、年間「1～3 回」が最も多く、次いで「4～6 回」となっており、何らかの協議は行っているものの、頻度はまだ少ないことがわかる。

図表 3-19 保険者と協議している内容 (N=726) (%)



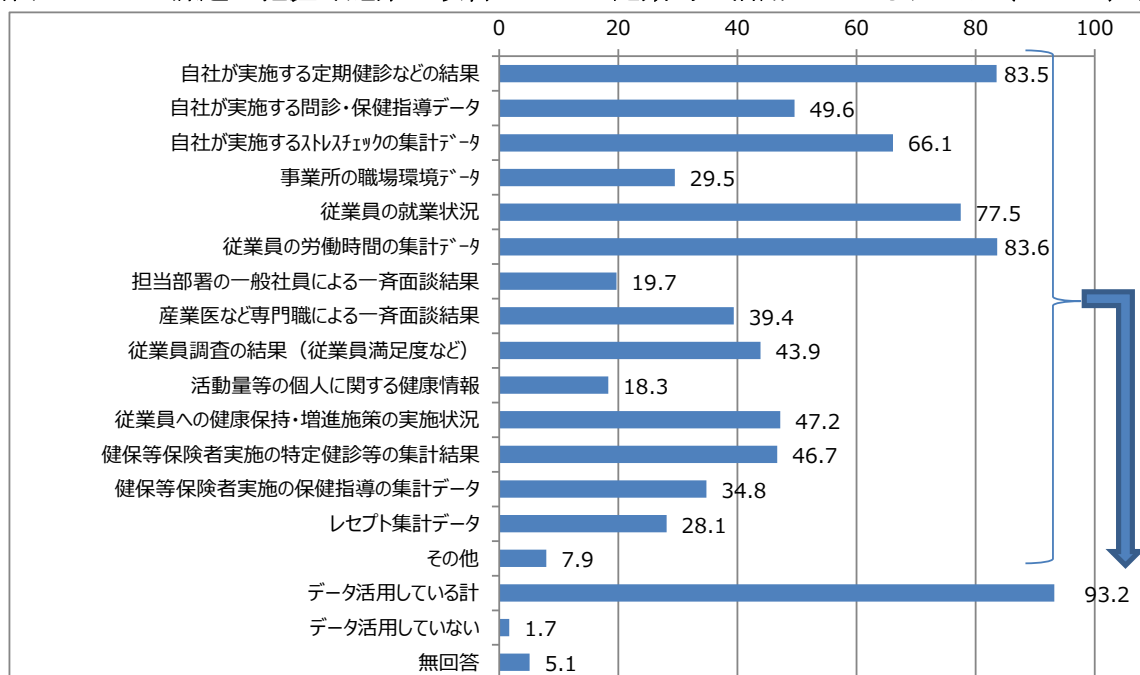
図表 3-20 年間の保険者との会議の開催回数（N=726）（%）



（c）データ活用

自社の課題を適切に認識するには、社内外のデータの活用が欠かせないが、活用しているデータの内容について聞いた。「自社が実施する定期健診などの結果」が83.5%と最も多く、自社が保有するデータが最も活用されている。一方、「健保等保険者実施の特定健診等の集計結果」も46.7%となっており、保険者が保有するデータの活用も徐々に進んできていることがわかる。

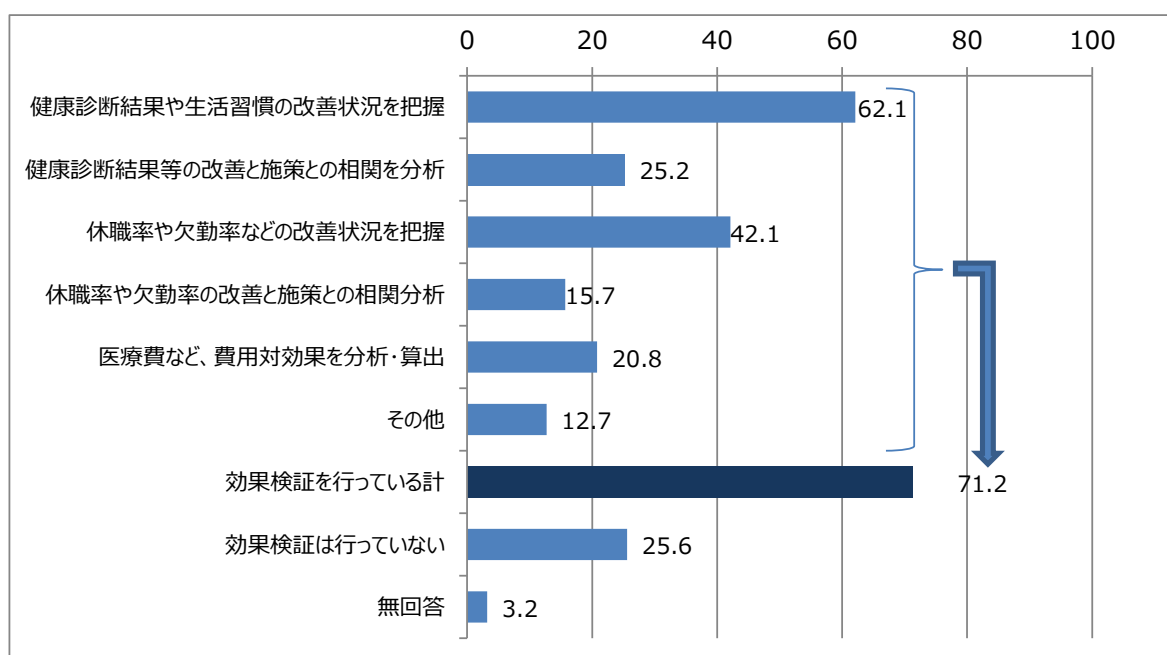
図表 3-21 課題の把握や施策の改善のために定期的に活用しているデータ（N=726）（%）



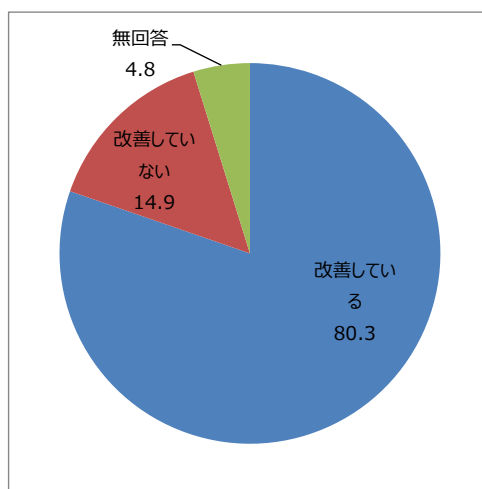
さらに、施策の効果検証の方法についても聞いた。何らかの効果検証を行っている企業が71.2%にのぼり、そのうちの80.3%が効果検証を踏まえて施策の改善を図っており、データ

を活用した PDCA サイクルが実行されていることがわかる。

図表 3-22 施策の効果検証のためにやっていること (N=726) (%)



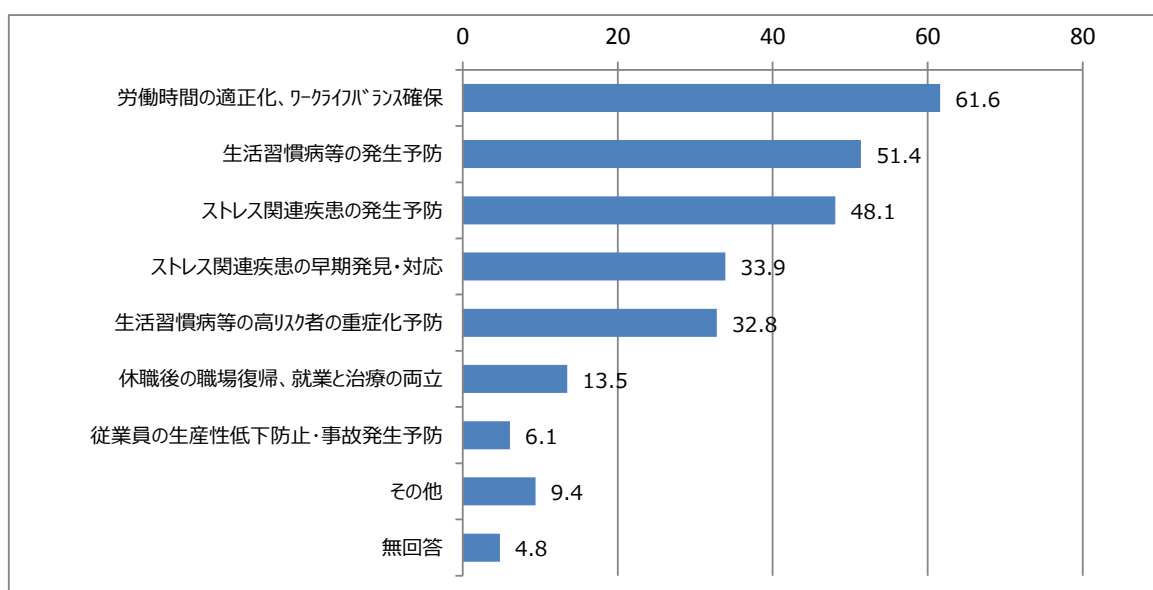
図表 3-23 施策の効果検証効果検証を踏まえて施策の改善をしているか (n=517) (%)



(d) 状況・課題の把握

従業員の健康の保持・増進を行う上での課題について、「労働時間の適正化・ワークライフバランス確保」(61.6%) が最も多く挙げられた。「働き方」に注目が集まる中で、健康課題としても労働時間の適正化が最大の課題としてとらえられていることがわかる。次に多く挙げられたのが「生活習慣病の発生予防」(51.4%)、「ストレス関連疾患の発生予防」(48.1%) が続いた。疾病の発生予防が、企業にとって非常に大きな課題であることが分かる。

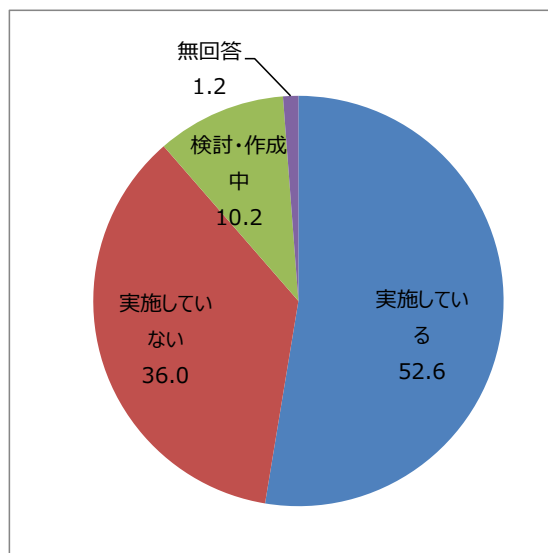
図表 3-24 従業員の健康の保持・増進を行う上での課題（N=726）（%）



(e) 高リスク者を対象とした施策

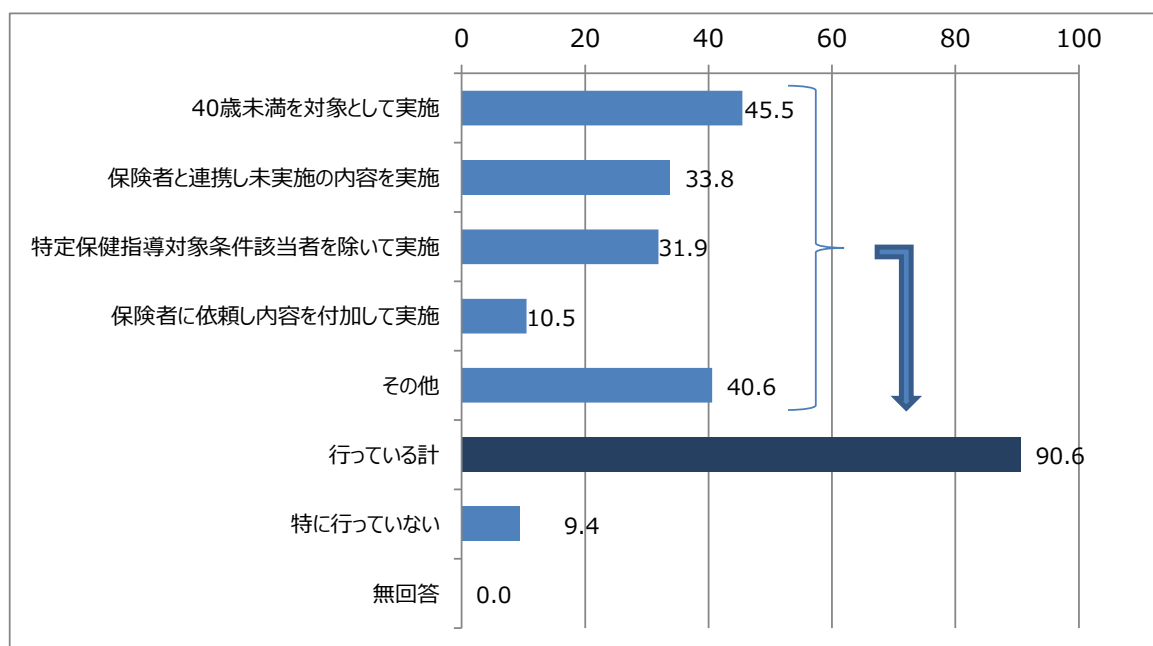
喫煙者や高血圧者等、健康リスクの高い者を抽出して実施している施策について、聞いた。保険者が実施する特定保健指導以外に、保健指導を実施しているのが 52.6%となっている。

図表 3-25 特定保健指導以外の保健指導の実施（N=726）（%）



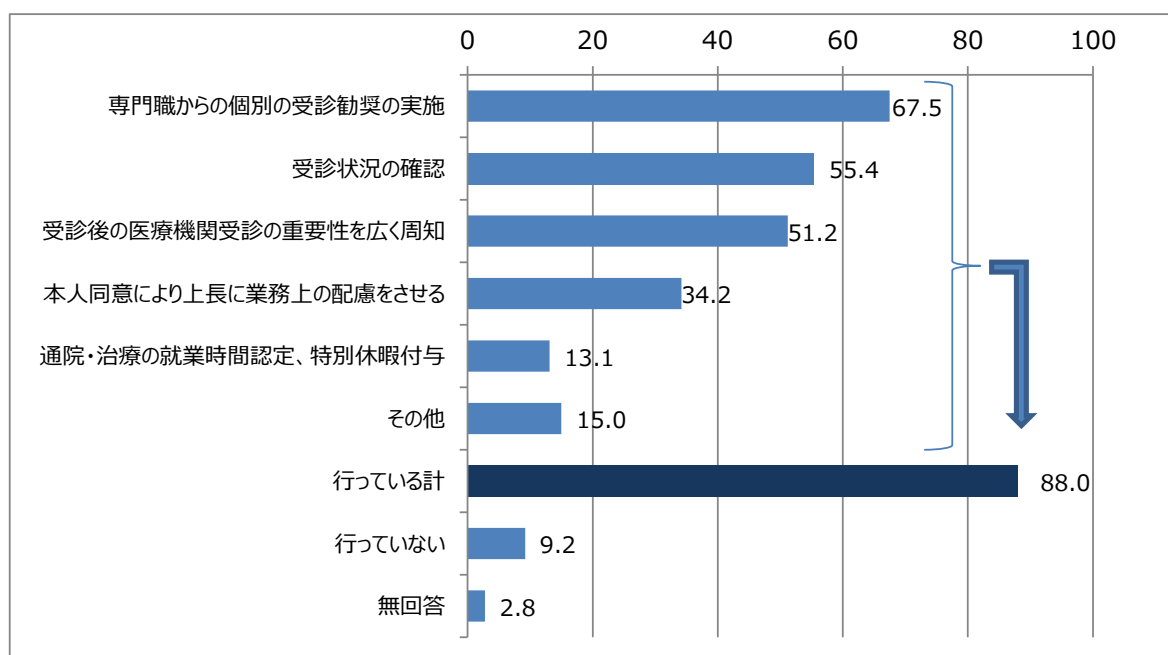
また、特定保健指導以外に保健指導を実施している企業の 9 割以上が特定保健指導との重複を避けるために何らかの施策を実施しており、特に特定保健指導の対象とならない 40 歳未満への保健指導の実施が最も多くなっていた。

図表 3-26 特定保健指導との重複を避けるための施策 (N=726) (%)



定期健康診断や任意健診・検診等の受診だけではなく、健診・検診等の結果、何らかの健康リスクがあることがわかった者が医療機関を受診することが重要であるが、およそ 9 割弱が何らかの受診勧奨の施策を実施しており、施策の内容は「専門職からの個別の受診勧奨の実施」(67.5%)、「受信状況の確認」(55.4%)といった、直接、従業員へ働きかける施策が多くなっている。

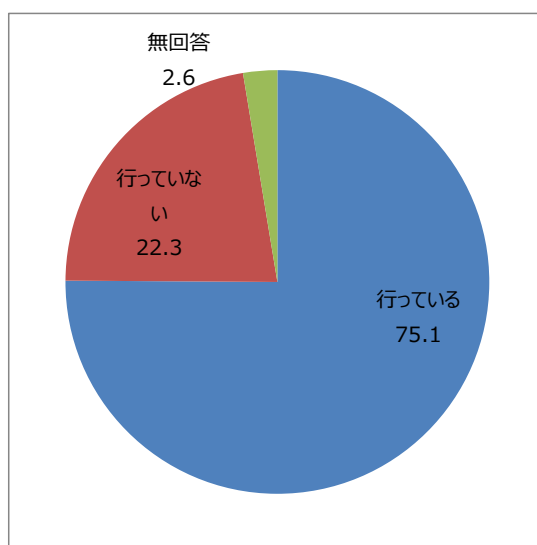
図表 3-27 定期健診・任意健診・検診等の結果による受診勧奨 (n=382) (%)



また、健康診断の結果を基にした、産業医による就業区分判定の実施状況について、実

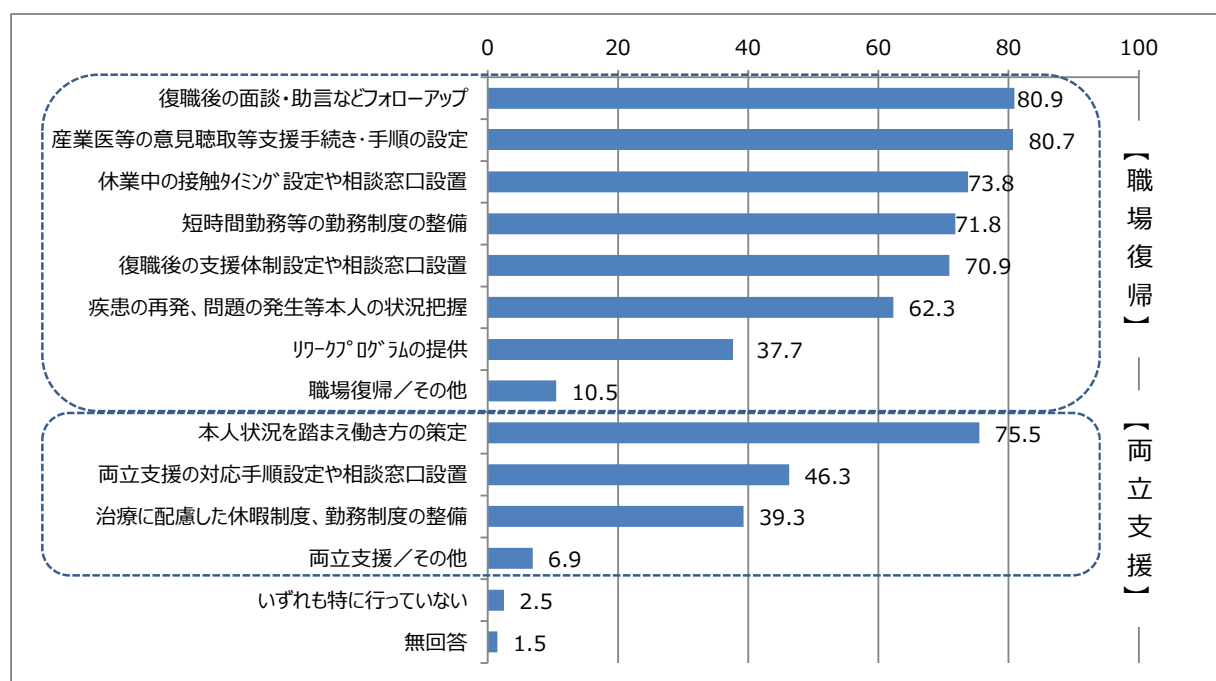
施している企業が 75.1%であった。

図表 3-28 健康診断の結果をもとにした産業医が就業区分判定の実施状況 (N=726) (%)



メンタルヘルス不調やその他の私傷病に対する職場復帰、就業と治療の両立支援について聞いたところ、いずれかについて何らかの支援を行っているが 9 割以上で、職場復帰では「復職後の面談・助言などのフォローアップ」(80.9%)、両立支援では「本人状況を踏まえ働き方の策定」(75.5%) がそれぞれで最も多くなっており、職場復帰・両立支援の施策が多くの企業で導入されていることが分かった。

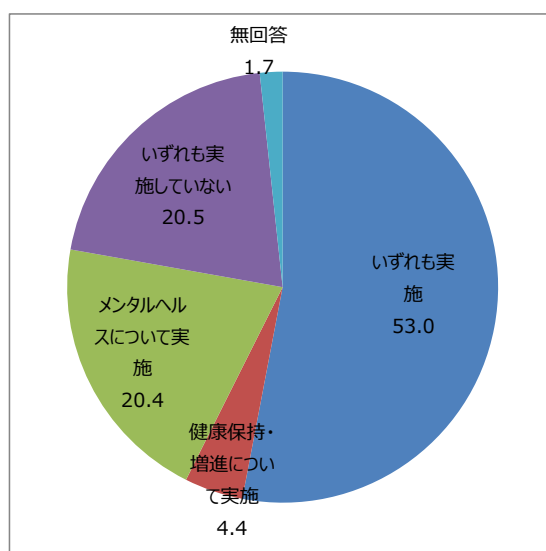
図表 3-29 職場復帰・両立支援のための施策 (N=726) (%)



(f) 高リスク者に限定しない施策

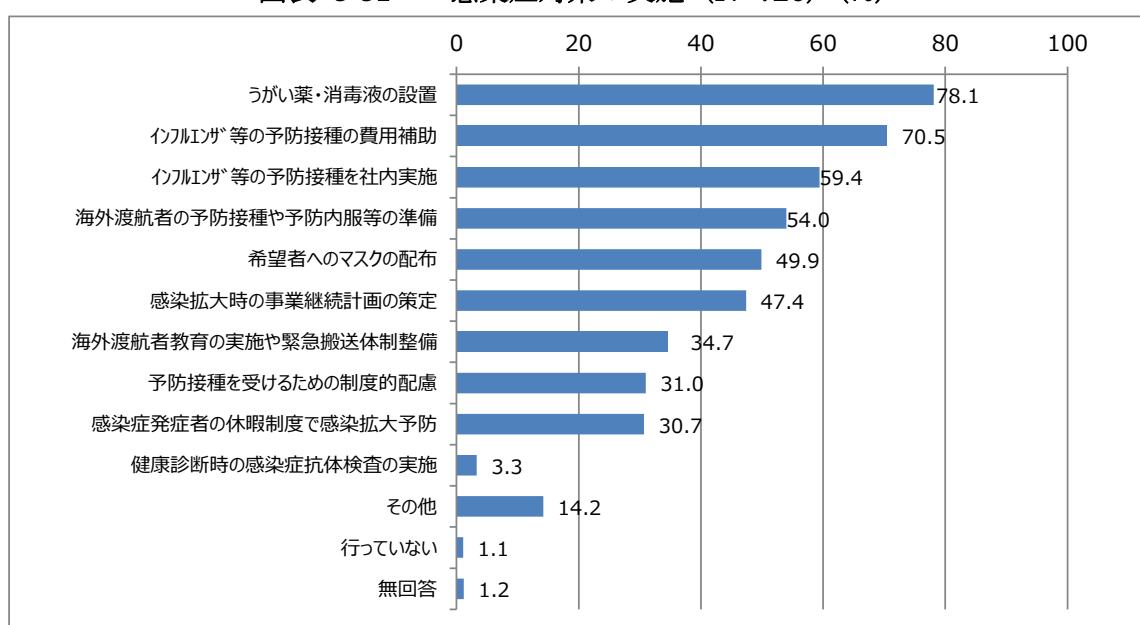
従業員に健康保持・増進やメンタルヘルスに関する教育の実施状況を聞いたところ、「いずれも実施」が 53.0%であった。一方で、「いずれも実施していない」も 20.5%と高い値となっていた。

図表 3-30 従業員への教育の実施 (N=726) (%)



また、感染症対策の実施状況についても聞いたところ、何らかの施策を実施している企業が 9 割を超えていた。施策の内容は、「うがい薬・消毒液の設置」(78.1%)等の従業員の健康保持にたいする施策が多く実施されているが、「感染拡大時の事業継続計画の策定」(47.4%)も半数近くで実施されており、従業員の健康が損なわれることが企業活動に大きな影響を与えることが認識されていることがうかがえる。

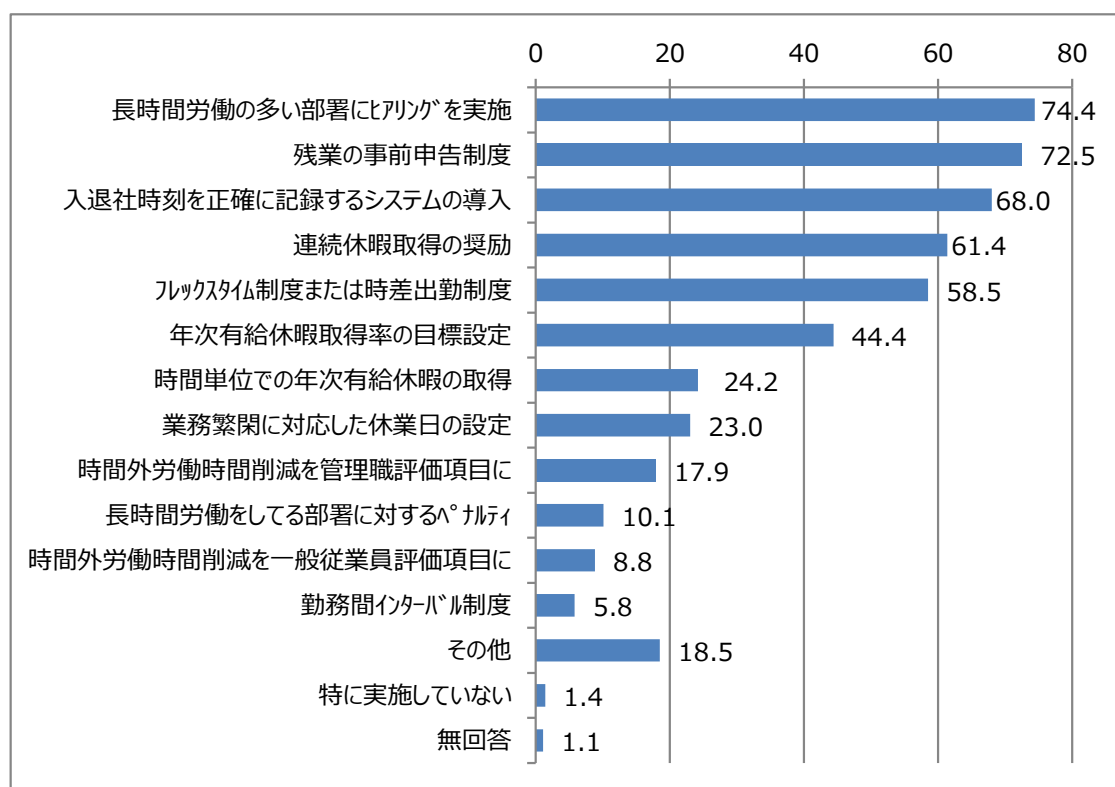
図表 3-31 感染症対策の実施 (N=726) (%)



(g) 働き方・労働時間適正化対策

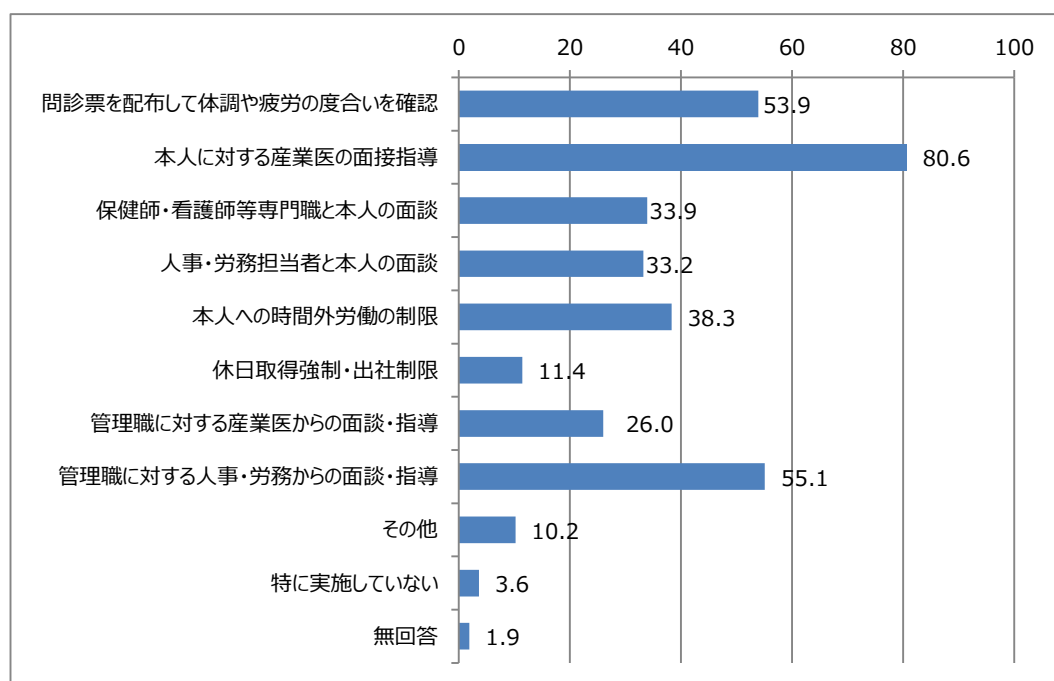
最も多くの企業で、従業員の健康の保持・増進を行う上での課題として「労働時間の適正化・ワークライフバランス確保」が認識されており、また、ほぼ全ての企業において労働時間適正化のために何らかの制度・施策が実施されている。

図表 3-32 労働時間適正化のための施策・制度 (N=726) (%)



また、一定の基準を超えた長時間労働者への対応策として、「本人に対する産業医の面接指導」(80.6%)が最も多く、次いで「管理職に対する人事・労務からの面談・指導」(55.1%)となっている。健康経営の観点からだけでなく、昨今、「働き方」が注目されており、さらなる対策の充実が求められる。

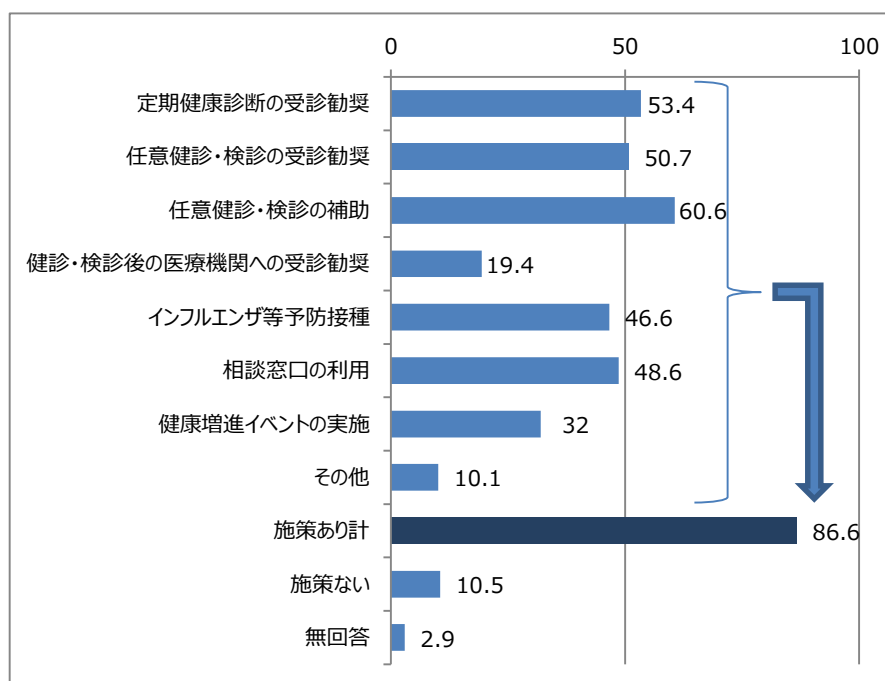
図表 3-33 長時間労働者への対応策（N=726）（%）



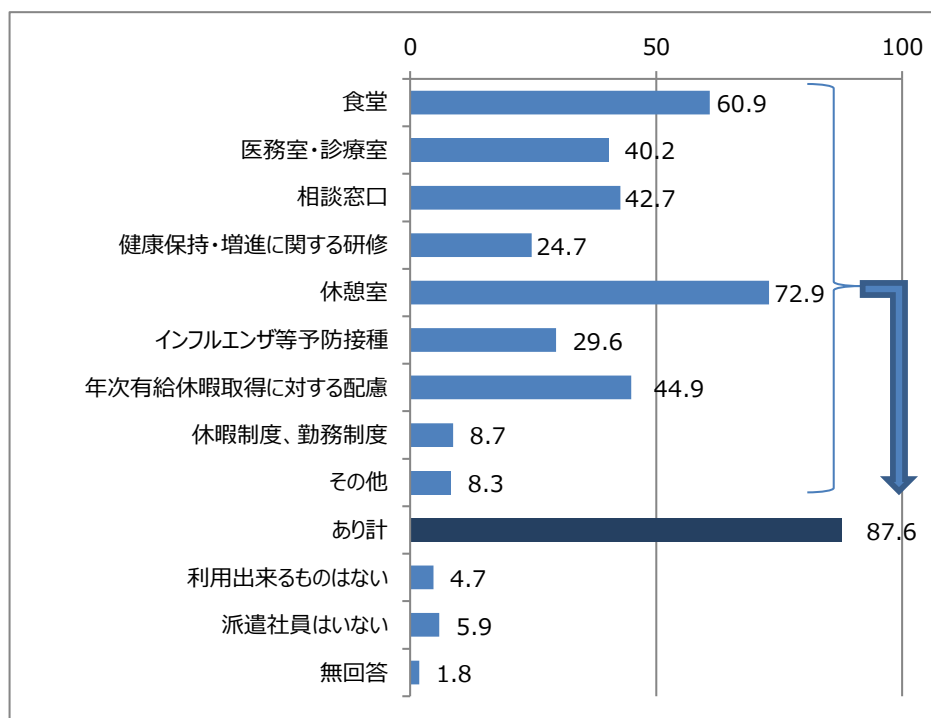
（h）従業員以外の健康への配慮

従業員以外の者の健康への配慮について聞いたところ、従業員の被扶養者を対象とした何らかの施策がある（86.6%）、派遣社員が利用可能な何らかの施策がある（87.6%）と回答した企業がともにおよそ 9 割であった一方で、取引先企業に対しての何らかの配慮を行っていると回答した企業は 32.7%にとどまっており、今後のさらなる対応が求められる。

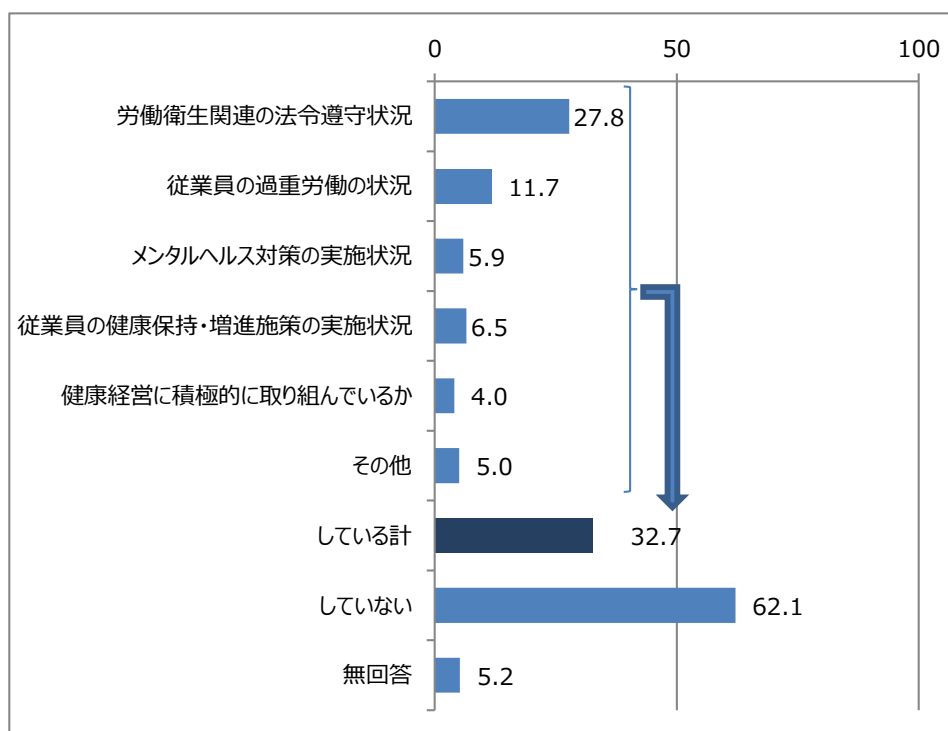
図表 3-34 被扶養者が対象の施策（N=726）（%）



図表 3-35 派遣社員も利用可能な施策（N=726）（%）



図表 3-36 取引先企業の健康への配慮（N=726）（%）



（３）評価の方法と結果

基準検討委員会での議論・意見を基に、評価基準を作成した。評価基準の作成方法と、作成結果の分析を以下に記載する。

(a) 評価指標の作成方法

①評価モデル全体概要

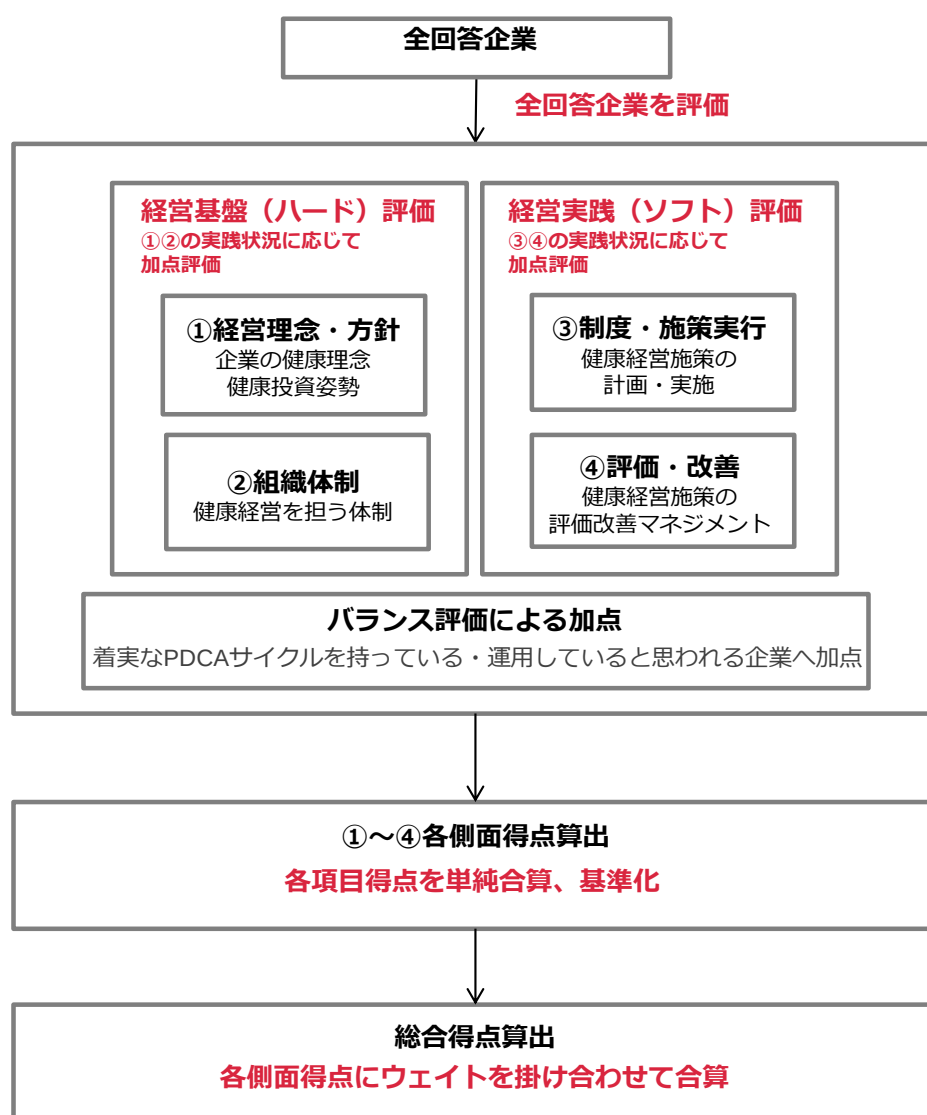
従業員の健康を向上させる為の企業の様々な取り組みは、企業の経営レベルから現場の施策レベルまで様々なレベルで取り組みが行われており、それが連動していくことが重要となる。当調査においては、様々なレベルにおける企業の健康への取り組みの連鎖構造を健康バリューチェーンと定義する。

国の掲げる健康増進の考え方を、

- 企業ごと化させて経営理念・方針の側面から取り組んでいるか、
- 組織ごと化させて組織体制の側面から取り組んでいるか、
- 現場ごと化させて制度・施策と評価改善の側面から取り組んでいるか、
- ベースとして法令を遵守出来ているか等

バリューチェーン上の様々な視点から取り組みを評価する。評価モデルを元に、評価基準を作成した。評価の概略図を以下に示す。

図表 3-37 評価概略図



②設問の分類

定義した評価モデルを基に、企業調査の各設問を「経営理念・方針」「組織体制」「制度・施策実行」「評価・改善」の4つの側面に分類した。側面と設問の対応は下表の通り。

図表 3-38 側面と企業調査設問の対応

設問番号	設問内容	側面
Q10	明文化の有無	1.経営理念・方針
Q10	社内文書の具体的な内容	1.経営理念・方針
Q10SQ1	理念・方針を明文化している媒体	1.経営理念・方針
Q10SQ3	明文化した理念・方針の社内浸透	1.経営理念・方針
Q11	社外公開の有無	1.経営理念・方針
Q11SQ1	社外公開の媒体	1.経営理念・方針
Q11SQ2	社外公開の内容	1.経営理念・方針
Q12	取締役・経営会議等での議題化の有無	2.組織体制
Q13	組織の責任者の役職	2.組織体制
Q14	従業員の健康保持・増進の推進を統括する組織の形態	2.組織体制
Q15	健康保持・増進の推進の関与者	2.組織体制
Q16	健康保持・増進担当者の人数	2.組織体制
Q17	担当者に対する教育・研修	2.組織体制
Q18	管理職教育	2.組織体制
Q19	自社の健康保持・増進における課題	3.制度・施策実行
Q19	課題の水準	3.制度・施策実行
Q19	設定指標	4.評価・改善
Q20	課題に対応する施策の実施の範囲	3.制度・施策実行
Q20	課題に対応する施策内容の決定に用いた分析データ	3.制度・施策実行
Q20	課題に対応する施策の対象者の抽出条件	4.評価・改善
Q20	課題に対応する施策の対象者割合・参加者割合	4.評価・改善
Q20	課題に対応する施策の評価改善のために確認している内容	4.評価・改善
Q21	課題の把握を目的として活用しているデータの内容	4.評価・改善
Q22	定期健診受診率集計有無	4.評価・改善
Q22	精密検査受診率集計有無	4.評価・改善
Q22	適正体重維持者率集計有無	4.評価・改善
Q22	喫煙率集計有無	4.評価・改善
Q22	運動習慣者率集計有無	4.評価・改善
Q22	良好な睡眠比率集計有無	4.評価・改善
Q22	ストレスチェック実施・集計有無	4.評価・改善
Q23	任意健診・検診の受診の推奨方法	3.制度・施策実行
Q24	導入施策の効果検証	4.評価・改善
Q24SQ	効果検証を踏まえた改善の有無	4.評価・改善
Q25	生活習慣病予防支援の有無	3.制度・施策実行
Q25SQ	特定保健指導との重複を避ける施策	3.制度・施策実行

設問番号	設問内容	側面
Q26	医療機関への受診勧奨	3.制度・施策実行
Q27	就業区分判定の実施の有無	3.制度・施策実行
Q27SQ1	支援策の企画・設計・運営に関わる関与者	3.制度・施策実行
Q27SQ2	就業区分判定の判定基準項目	4.評価・改善
Q27SQ3	就業制限者に対する支援施策の内容	4.評価・改善
Q28	メンタルヘルス不調や私傷病に対する職場復帰支援	3.制度・施策実行
Q28SQ1	対象となる傷病の範囲	3.制度・施策実行
Q29	休職者数（メンタルヘルス不調）の把握状況	4.評価・改善
Q29	休職者数（その他の疾病）の把握状況	4.評価・改善
Q29	退職者数（メンタルヘルス不調）の把握状況	4.評価・改善
Q29	退職者数（その他の疾病）の把握状況	4.評価・改善
Q29	在職・休職中死亡者数の把握状況	4.評価・改善
Q30	従業員に対する教育の実施内容	3.制度・施策実行
Q30SQ1	従業員に対する教育の対象範囲	3.制度・施策実行
Q30SQ2	従業員に対する教育の対象者割合・参加者割合	4.評価・改善
Q31	感染症対策	3.制度・施策実行
Q31SQ1	インフルエンザ予防接種の対象範囲	3.制度・施策実行
Q31SQ2	インフルエンザ予防接種の対象者割合・参加者割合	4.評価・改善
Q32	職場の環境づくり	3.制度・施策実行
Q33	事業所の禁煙状況	3.制度・施策実行
Q34	生活習慣・コミュニケーション改善	3.制度・施策実行
Q35	労働時間の管理制度・施策	3.制度・施策実行
Q36	長時間労働者対応策	3.制度・施策実行
Q37	長時間労働者面談の条件時間	3.制度・施策実行
Q38	年間総実労働時間把握状況	4.評価・改善
Q38	年間所定外労働時間把握状況	4.評価・改善
Q38	年次有給休暇取得率把握状況	4.評価・改善
Q38	年次有給休暇取得日数把握状況	4.評価・改善
Q38	長時間労働者数把握状況	4.評価・改善
Q40	保険者との協議内容	2.組織体制
Q41	保険者との会議開催頻度	2.組織体制
Q42	特定保健指導実施率向上施策	3.制度・施策実行
Q44	効果検証指標	4.評価・改善
Q44	取締役・経営会議報告指標	2.組織体制
Q44	社外公表指標	1.経営理念・方針
Q45	5大がん検診以外に費用補助している検診項目	3.制度・施策実行
Q46	被扶養者が参加・利用できる施策	3.制度・施策実行
Q47	派遣社員が参加・利用できる施策	3.制度・施策実行
Q48	取引先の労働衛生などの状況の把握・考慮	3.制度・施策実行
Q49	女性の健康保持増進施策	3.制度・施策実行

（b）具体的な配点方法

各質問に対する配点はすべて1点満点にて設計。調査票における質問形式の相違として、単数回答（SA）、複数回答（MA）、数量値、自由記述（FA）などの類型に応じて配点を行った。

（c）側面得点の作成方法

前述にて算出した各項目得点を単純合算、基準化（偏差値化）し、各側面得点を算出する。なお、基準化するため、各側面の項目（設問）数の差は影響しない。

（d）総合得点の作成方法

前述にて算出した各側面の得点に対して、4つの側面ごとの重要度に応じた重み（ウェイト）を掛け合わせて合算する。各側面の重み（ウェイト）は、第2回基準検討委員会においての了承を受け、昨年度と同様とした。

図表 3-39 側面毎の重み

側面	重み
経営理念・方針	3
組織体制	2
制度・施策実行	3
評価・改善	2

（e）評価結果

作成した評価指標を元に回答企業全 726 社を評価した。

業種別に4側面、総合得点の結果を見ると、総合得点の平均が最も高かった業種は「電気機器」だった。4側面の内訳を見ても、4側面全てで全社平均の50点を越え、バランス良く評価されていることが伺える。次いで「食料品」、「電気・ガス・運輸」の総合得点が高く、比較的製造業の取り組みが進んでいる事が分かる。

対して平均総合得点が最も低かったのは「不動産・サービス」で、「水産・農林・鉱・建設」、「卸・小売」も同様に低かった。

図表 3-40 業種別企業評価結果（4 側面・総合得点の平均）

業種名	総合	経営理念・方針	組織体制	制度・施策実行	評価・改善
回答企業全体	500.0	50.0	50.0	50.0	50.0
水産・農林・鉱・建設	473.8	47.9	47.8	47.0	46.8
食料品	528.2	52.4	52.7	53.5	52.5
繊維・紙パルプ・化学・医薬品	512.3	50.9	50.7	52.0	51.0
素材・金属	517.0	51.4	52.0	51.6	52.0
機械・精密・輸送用機器	516.5	50.7	52.3	52.1	51.8
電気機器	535.2	52.2	54.2	54.2	53.9
その他製品	489.3	49.2	49.5	48.3	49.0
電気・ガス・運輸	523.9	51.2	53.0	52.9	52.7
情報・通信	499.5	49.4	50.5	49.8	50.4
卸・小売	460.9	46.7	46.4	45.7	45.6
金融	520.8	51.2	52.3	52.6	52.3
不動産・サービス	479.4	50.0	46.4	46.9	48.0

※回答社数の少ない業種については複数業種でまとめている

（４）健康経営の普及に向けたイベントの実施

（a）イベント結果

前述のとおり、2017 年 2 月 21 日（火）に健康経営アワード 2017 発表会を開催した。

図表 3-41 第 1 部 健康経営銘柄 2017 発表会 集合写真



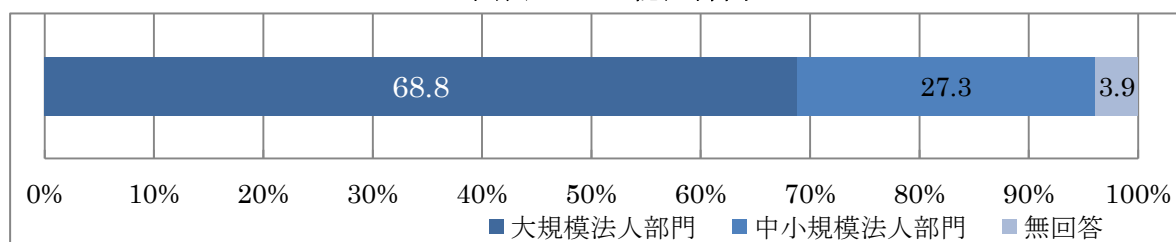
図表 3-42 第 2 部 健康経営優良法人 2017 発表会 集合写真



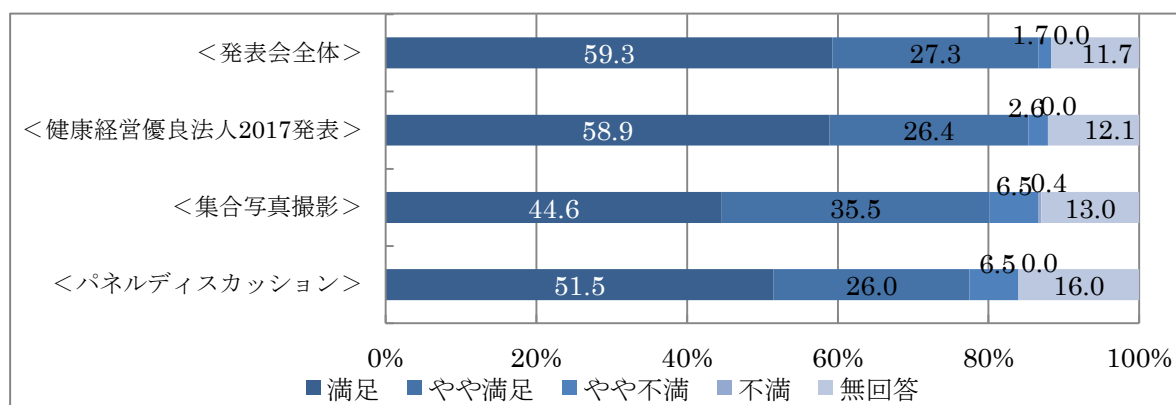
(b) 来場者アンケート集計結果

第 2 部のイベント来場者に対してアンケートを実施した。集計結果を以下に示す。

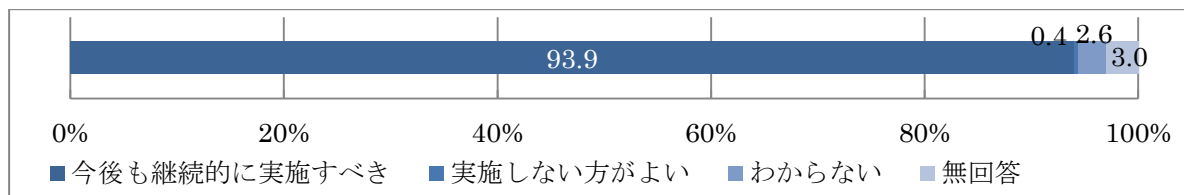
図表 3-43 認定部門



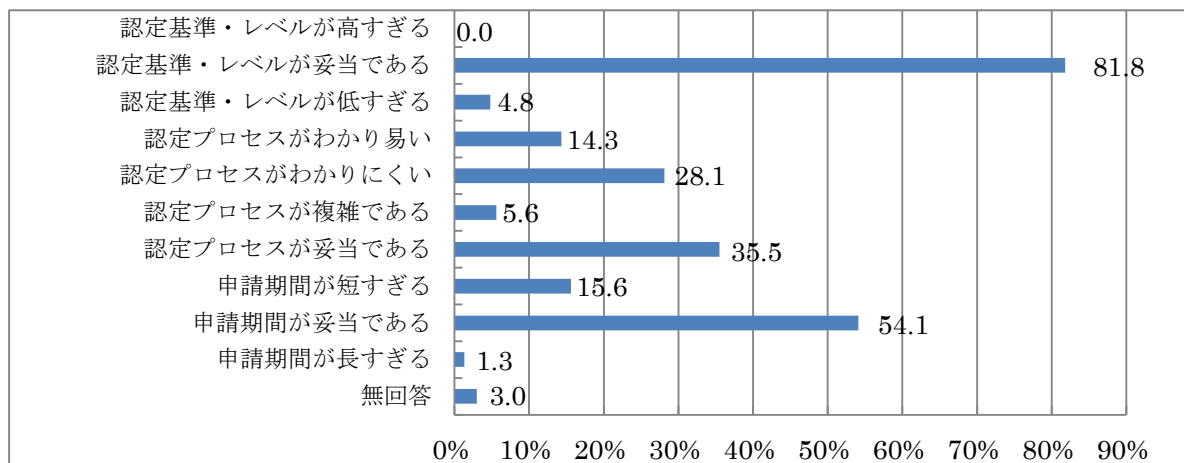
図表 3-44 発表会の満足度



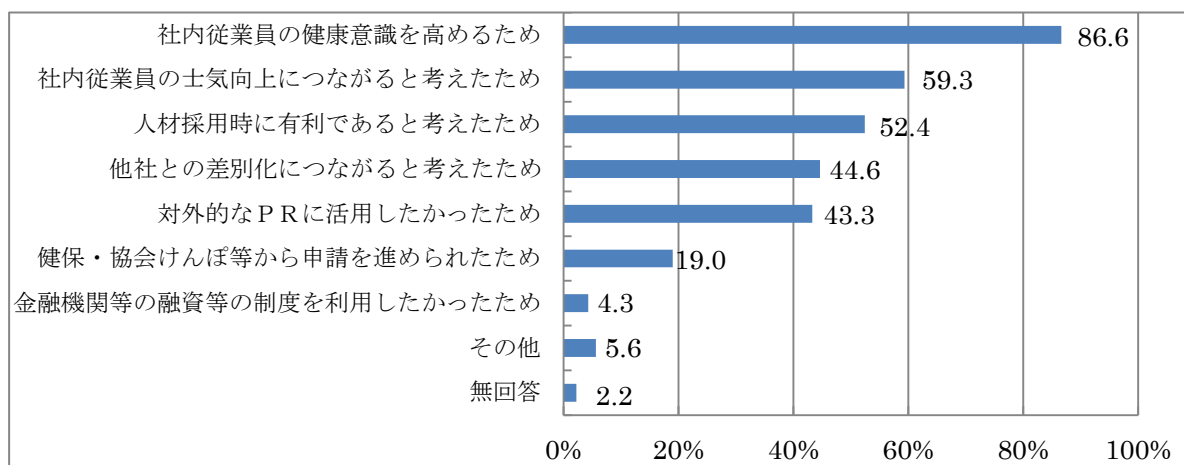
図表 3-45 健康経営優良法人認定制度や発表会の今後の実施



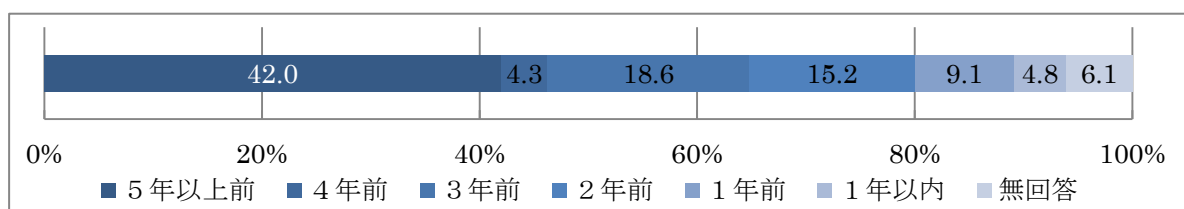
図表 3-46 健康経営優良法人の認定基準・プロセス・申請期間



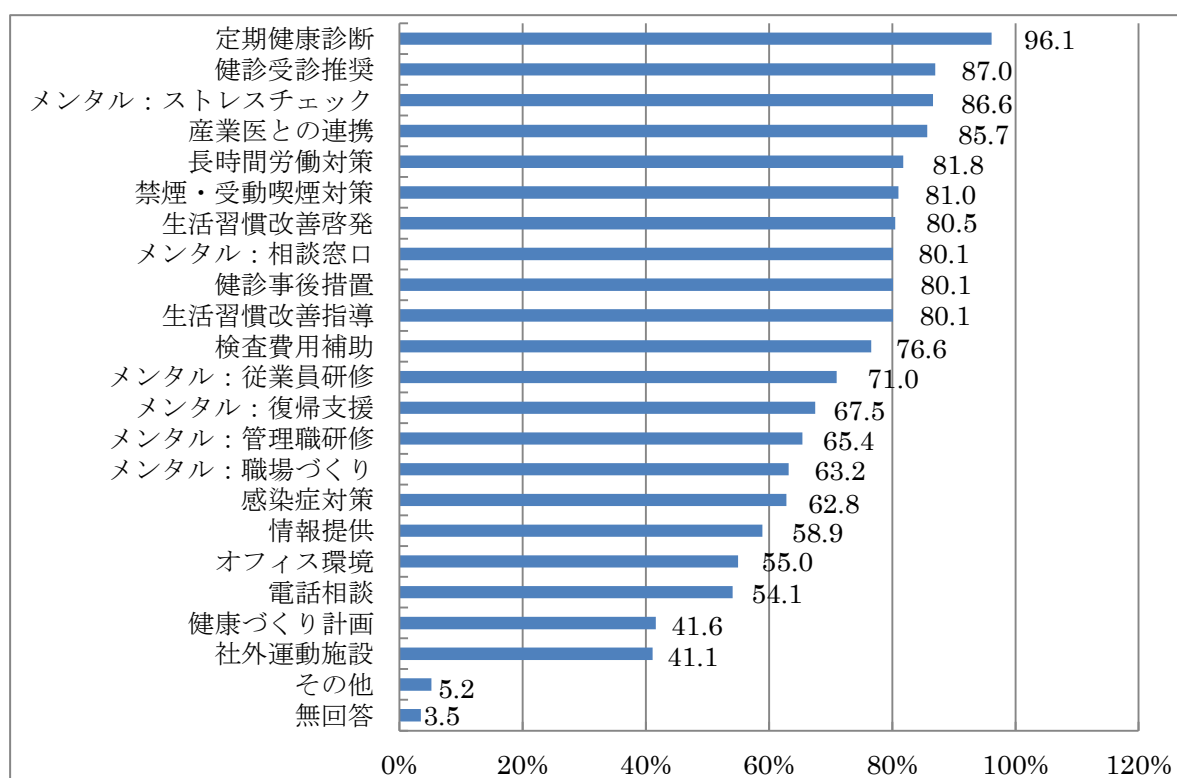
図表 3-47 健康経営優良法人の申請を行った理由



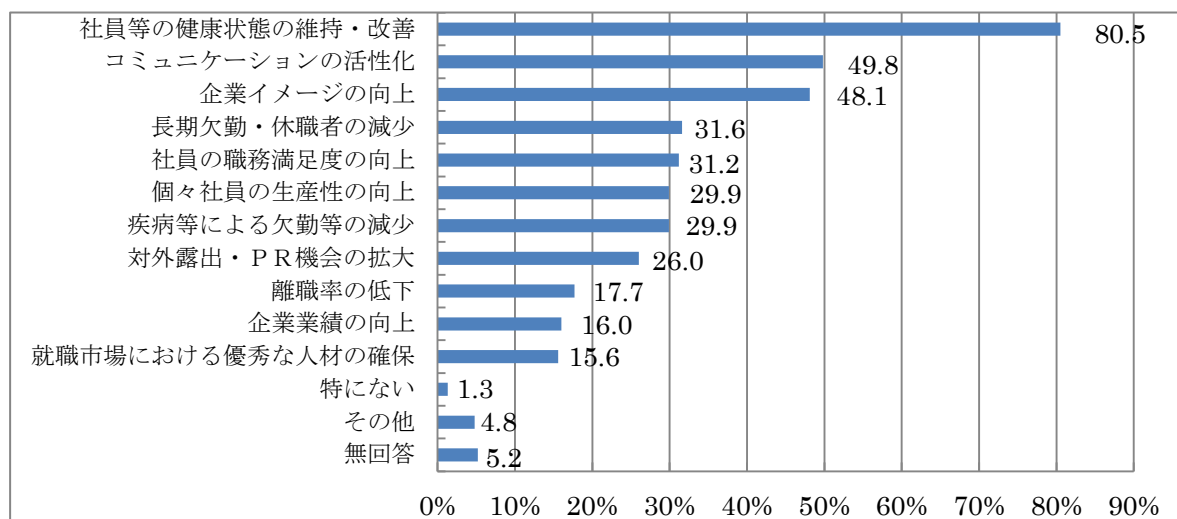
図表 3-48 健康経営に取り組み始めた時期



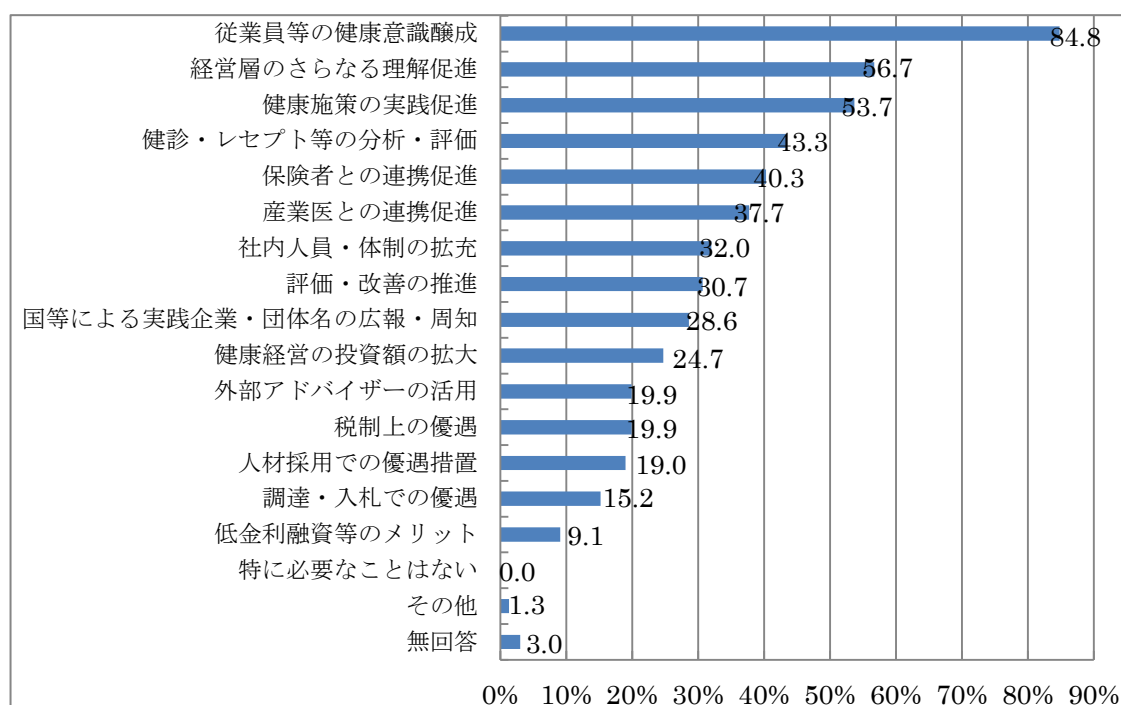
図表 3-49 健康経営の一環で取り組んでいること



図表 3-50 健康経営の効果



図表 3-51 今後健康経営を進めるために必要なこと



自由回答をみると、銘柄への同一企業の連続選定や業種間での銘柄企業の取組水準の差についての意見が多く寄せられた一方、銘柄選定企業が一業種一社の補完策として、健康経営優良法人認定制度の意義を認める声もあった。また、優良法人認定の申請方法のわかりにくさに関する意見や制度の信頼性に関する意見も寄せられた。健康経営度調査の実査については、回答期間の短さや設問のわかりにくさに関する意見が多く寄せられた。

今後の検討が必要と思われる意見を中心に自由回答を記載する。

図表 3-52 来場者アンケート自由回答抜粋

アンケート自由回答
健康経営度調査に関する調査・回答期間が短い。
優良法人制度は、経営銘柄が1業種1社であるため、今後も継続してもらいたい。
申請のフォーマットが分かりにくい物でしたので、ある程度ははっきりと決めていただけると次回、申請がしやすいと思います。
基準を満たしているという11月の連絡から内定のご連絡をいただくまでのプロセス、何が認定の最終判断となっているのか、定性的でよいので具体的に教えてほしい。
当社は「情報・通信」であるが、SCSKが殿堂入り等の扱いにならないと、銘柄は困難
調査票について、活動の有無について定性的な指標が多く、回答に迷った。
広報活動の充実による社会における認知度アップをすすめて行きたい。
申請期間が短く、加入事業所へ十分提案できなかった。また、認定基準が十分示されていない為分かりにくいという感じを受けた。
申請が自己申告となっていて、客観的な視点が少ない。
いわゆる大企業の多くが選定されており、本当に優良な取組をしている企業が選ばれているのか疑問に感じてしまう。
評価結果レポートの強み弱みが、理解しづらい。

厚労省とも連携を密にとった施策をして欲しい。
運動機会創出の為、健康経営促進している企業、認定企業へ運動施設利用の助成→認定証等の提示で割引が受けられる仕組み
企業への低金利融資等のメリットの他に、企業及び従業員へのインセンティブが充実することで、一層健康意識が高まると思います。
当社は建設会社ですので、認定された企業は経営審査において加点されると良いと思います。建設業は不健康で当たり前の風潮がある為、経産省から国交省に働きかけて欲しい。
健康経営を促進する企業のサービスにスポットをあて、積極的にPRしていただきたい。また、補助金等、具体的なサポートも期待したい。
保険者が取り組まざるをえない仕組みを作っていただきたい。
企業連携の環境整備が進めば良いと感じています。
お口の健康と全身の健康の関係について、明確になりつつある。全身の健康の取組みの為には予防歯科、まず、歯科検診の受診が重要と考える。
働き方改革の取り組みと絡めて、小売サービス業に従事する労働者の就労環境を改善するためにも、商業施設の営業日数・時間の減少につながる施策が必要だと思います。
社会全体（自治体、企業、地域）が一体となった健康づくりが求められているが、何かを行おうとした時に「費用」は必ずかかるもの。国や行政の「考え方」だけではなく予算を通じたバックアップもあると、より有効になると思う。
認定された各法人のデータ・取組みを公開し、ベンチマークが出来るようにして頂きたい
健康経営と同規模で課題となる「働き方改革」に関しても、法制化やガイドラインも出す際に関連したものとして欲しい。
社会保障費の企業負担が軽減される様なインセンティブを考えて頂けると有難い
大学生には興味ある施策であるので引き続き各大学でのキャリアセンター等で周知をおススメします！！
もっと国民一人一人が興味を持つように、SNSなどを活用し、広報に力を入れて欲しい。（国に対して）社内でもまだまだ浸透しづらく、国のサポート（広告）がないと、知れわたる前に風化しないか心配です。
社員のヘルスリテラシー向上、健康に対する意識を高めることが、会社として、非常に難しいと考えている。ついては、国としても、社員というくくりではなく、全国民が注目するよう、引き続き積極的な啓発をお願いしたい。

(c) メディア露出

イベントの成果として、計 105 件のメディアに取り上げられた。

●新聞：4 件

1	2017/02/22	全国紙	一般	産経新聞	健康経営優良企業・大規模法人部門 ホワイト 500 235 社を認定 中小は 95 法人 経産省、初選定	産経新聞社
2	2017/02/22	産業経済紙	業界・専門	FujiSankei Business i.	健康経営銘柄に 24 社選定 経産省	産経新聞社
3	2017/02/22	ブロック紙	一般	東京新聞	健康に配慮した優良法人	中日新聞社
4	2017/02/22	専門紙	業界・専門	日刊工業新聞	「健康経営優良法人に 235 社」経産省、大企業部門で認定	日刊工業新聞社

●WEB：101 件

●合計：105 件 (2017 年 2 月 22 日時点)

3.1.4. 今後の事業展開

本事業も初回の実施から 3 年が経過し、まだまだ一部ではあるものの健康経営を実施する企業は確実に増加していることが見てとれた。今後はただ実施しているか否かについての調査を行うのみでなく、健康経営を実施することによって得られる効果についても、実施企業がどう感じているのかを把握したい。その際には経営の視点のみではなく、働き甲斐等の従業員の視点、株価等の投資家の視点からの深堀も検討していく。

また 3 年事業を継続してきたことでデータの蓄積も出来ていることから、経年データを基にした研究等への活用も行っていきたい。

3.2. 健康経営実施による経営等への効果検証

3.2.1. 事業の背景・目的

(1) 健康経営実施によるリクルート効果の検証

昨年度までの2年間で健康経営銘柄に選定された企業の選定後の状況を伺ったところ、健康経営の実施が就職市場に対して効果がある、との声があった。「健康経営の実施による経営への効果の一つとして、労働市場に対する効果（リクルート効果）がある」という仮説のもと、健康経営や、従業員の健康保持・増進への配慮が最大の労働市場である新規学卒者の就職活動に対して影響しているかどうか検証を行う。

また、近年新規学卒者の就職活動における就職活動生の親や、企業と就職活動生をつなぐ存在である就職情報提供事業者、大学の就職課に対しても調査を実施し、就職活動全体に対しての健康経営の効果検証を行う。

(2) 健康経営実施による経営等への効果の検証

昨年度まで2年間に渡り、健康経営銘柄選定のための健康経営度調査がなされてきた。2年目となる昨年度においては、健診に係る調査（特定健診・保健指導実施率、精密検査実施率）や、労働環境に係る調査（残業時間・有給取得率等）、生活習慣に係る調査（喫煙率、運動習慣者比率等）について、2011年度と2014年度を比較する項目などが調査として盛り込まれており、健康経営の実践による成果・効果等が分析可能なデータが揃いつつある。また、過去2年度連続回答企業は232社にのぼり、健康経営実践の時系列的な解析も一部可能なデータが揃い始めている。これらデータを今後も引き続き収集・分析し、健康経営が企業にもたらすアウトカムを評価することで、効果的な質の高い健康経営実施体制構築・施策等の策定といった健康経営のPDCAサイクルを確立する必要がある。

そのために、健康経営度調査データを研究用データとして利活用するための仕組みの整理や、活用範囲等の設定が必要である。なお、健康経営度調査回答企業に対しては、個社名を特定できない形で大学等による学術研究への使用を告知済みであり、本事業においては、これまでの蓄積データを活用した研究テーマを募り、健康経営の実践が企業経営に対してどのような影響を与えるか等の効果検証を実施する。また、今後の健康経営度調査の自立的な実施も踏まえたデータ利活用のための体制の在り方の検討も行う。

3.2.2. 事業内容

(1) 実施内容

(a) リクルート効果の検証

健康経営の実施により、「リクルート」に効果を生んでいる企業が現れている。健康経営実施企業の拡大のためのデータとして活用するため、就活生、就活生の親、大学と情報提供事業者の各側面から調査を実施し、「リクルート」に効く健康経営の実践と情報発信を検証する。

1) 就職活動生調査

①調査方法：WEB調査

②調査期間：2017 年 2 月 14 日～2 月 27 日

③調査対象：就職情報サイト「キャリアタス 2017」に登録している大学生

④有効回答数：1,399s

⑤調査項目：

- ・健康経営（の要素）を就職先の選択基準としているか
- ・健康経営に関する情報収集の実施状況
- ・健康経営の認知・イメージ、また、正しく認知されているか
- ・健康経営やその要素が就職先決定の要因となるか
- ・就職活動における親の関与 など

2) 就職活動を行っている学生の親調査

①調査方法：WEB 調査

②調査期間：2017 年 2 月 24 日～2 月 27 日

③調査対象：就職活動中の現役高校生・短大生・大学生・大学院修士課程の子を持つ親

④有効回答数：1,000s

⑤調査項目：就職活動生調査と同趣旨

3) 大学就職支援担当部署・就職活動情報提供事業者調査

①調査方法：取材調査

②調査期間：2017 年 2 月 17 日～2 月 24 日

③調査対象：

私立大学 5 校、就職活動情報提供事業者 2 社

④調査項目

- ・「健康経営」の認知について
- ・企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況
- ・就活生への情報提供方法
- ・就職活動における親の関与 など

(b) 経営等への効果検証

平成 26 年度から始まった健康経営銘柄の選定においては、各企業が「健康経営度調査」に回答することにより健康経営実施の状況が把握されている。平成 28 年度からは、健康経営優良法人認定制度も加わり、大規模法人部門については、銘柄と同じく「健康経営度調査」による状況の把握、中小規模法人部門では、「健康経営度調査」と大項目レベルの評価項目を揃えて選定をする予定である。「健康経営度調査」の評価項目を把握することによる顕彰制度は広がりを見せている。

一方、「健康経営度調査」によって把握できる企業の健康経営実践の状況が、所属社員の健康度（生活習慣、健診結果、医療費等）にどのように関連があるのか検討した研究は少ない。所属社員の健康度は職場環境や業務特性に依るところも多いと考えられ、調査回答企業の単

本事業では、全国土木建築国民保険組合の協力のもと、株式会社日経リサーチが加入企業への健康経営度調査を実施し、東京大学政策ビジョンセンター健康研究ユニットの研究計画に従い東京海上日動リスクコンサルティングが分析業務を行った。

健康経営度調査協力依頼

全国土木建築国民健康保険組合 (土建国保)

①健康経営度調査協力依頼

経済産業省
Ministry of Economy, Trade and Industry

日本総研
The Japan Research Institute, Limited

東京大学
政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット

東京海上日動リスクコンサルティング (TRC)

NIKKEI-R
株式会社 日経リサーチ

②Web上の健康経営度調査画面で調査回答

③フィードバック (啓発版)

④健康経営調査+αデータ

⑤一部企業のプレゼンティズム等データ

研究結果の提出

健診・レセプト
保健指導等
データ
3年分 (予定)

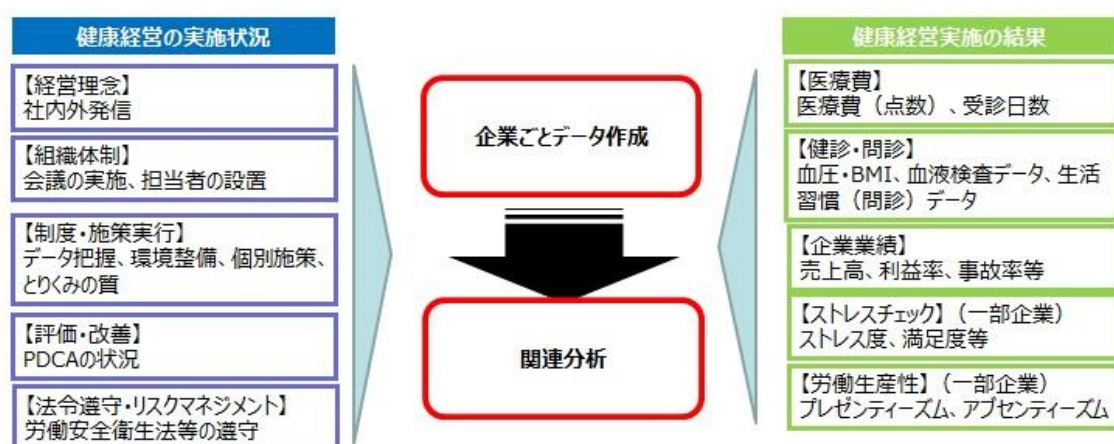
⑥健診・レセプト等データの企業ごと集計分析
各社データの統合
各種統計分析
一部企業のプレゼンティズム分析

企業ごと健康経営度調査の集計分析
各社データの出力
各企業へのフィードバック内容作成

- ①大企業に対して「健康経営度調査」とほぼ同一の質問項目によるアンケートを実施し「健康経営の実施状況」等を把握する。
- ②中小企業に対して健康経営優良法人認定制度の認定要件を基盤とした調査を実施し、「健康経営の実施状況」等を把握する。
- ③上記調査の際には、企業業績等の「組織パフォーマンス指標」のアンケート項目を追加して把握する。

①企業の健康経営実施の状況と企業業績、健康リスク、生産性指標の結果を突合し、健康経営実施と各項目の関係性を検証する。

図表 3-54 分析の概要



3) 生産性指標による企業分析

- ① 2～3社の協力を得て、「生産性指標」（ストレスチェック、プレゼンティーズム、アブセンティーズム等）の分析を実施する。
- ② 賃金データを活用し、企業の健康コストを可視化する。

3.2.3. 事業の成果

(1) リクルート効果の調査結果

(a) 就職活動生調査の結果

回答者の属性は、下表の通り。

図表 3-55 アンケート回答者の属性

●回答者の学年

	大学 3年生	大学 4年生	大学 5年生	大学 6年生	短大 1年生	短大 2年生	修士 1年生	修士 2年生	その 他	計
件数 (人)	1036	56	15	2	16	0	229	12	33	1399
割合	74.1	4.0	1.1	0.1	1.1	0	16.4	0.9	2.4	

●回答者の性別

	男性	女性	計
件数 (人)	601	798	1399
割合	43.0	57.0	

●回答者の居住地域

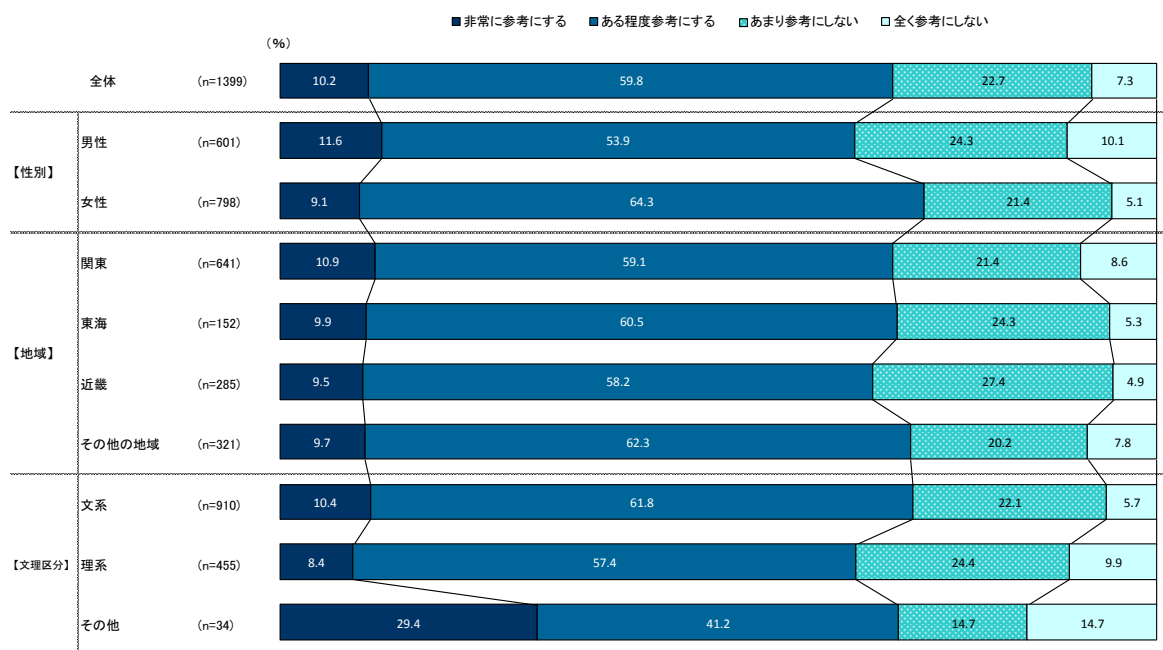
	北海 道	東北	関東	東海	北陸	近畿	中国	四国	九州	海外	計
件数 (人)	36	73	641	152	36	285	72	19	78	7	1399
割合	2.6	5.2	45.8	10.9	2.6	20.4	5.1	1.4	5.6	0.5	

①就職活動への親の関与

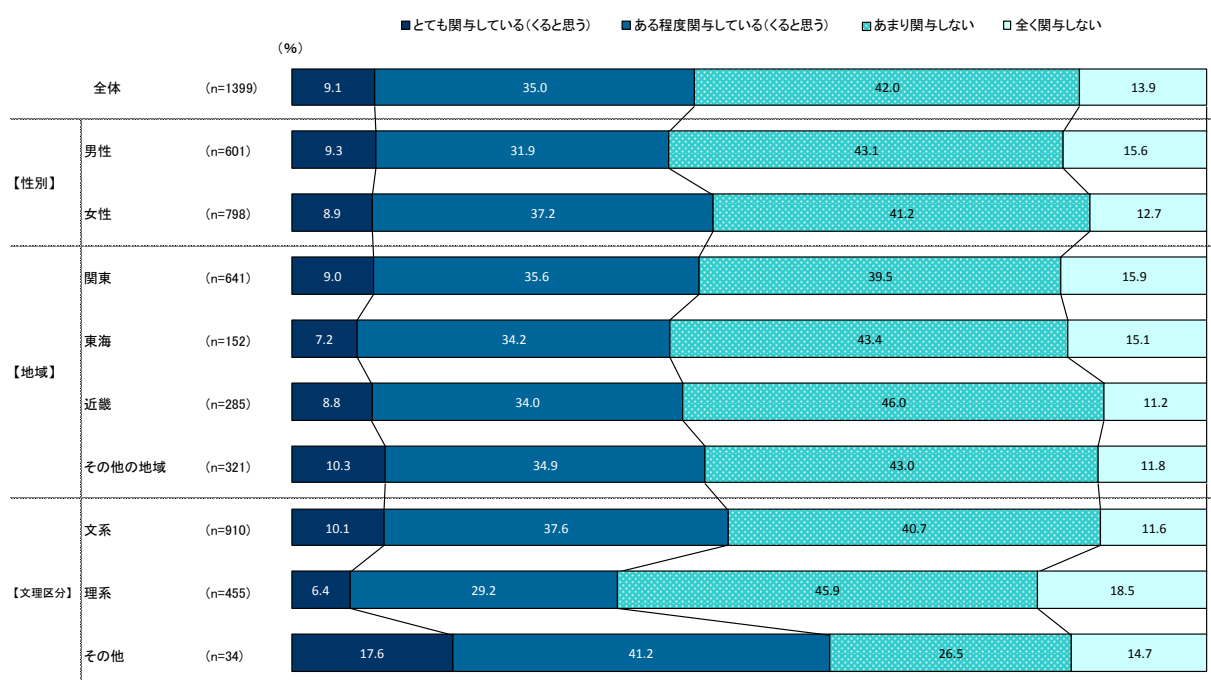
就職先を決定する際に、親の意見を「非常に参考にする」、「ある程度参考にする」と回答した者の合計は 70.0%であった。一方で、親の関与状況を聞いたところ、「とても関与する」、「ある程度関与する」と回答した者の合計は 44.1%であった。

親の意見が、学生が就職先を決定する際の重要な判断材料となっており、親を介した学生への健康経営の普及も一定の効果があるものと推察される。

図表 3-56 就職先を決定の際に親の意見を参考にするか



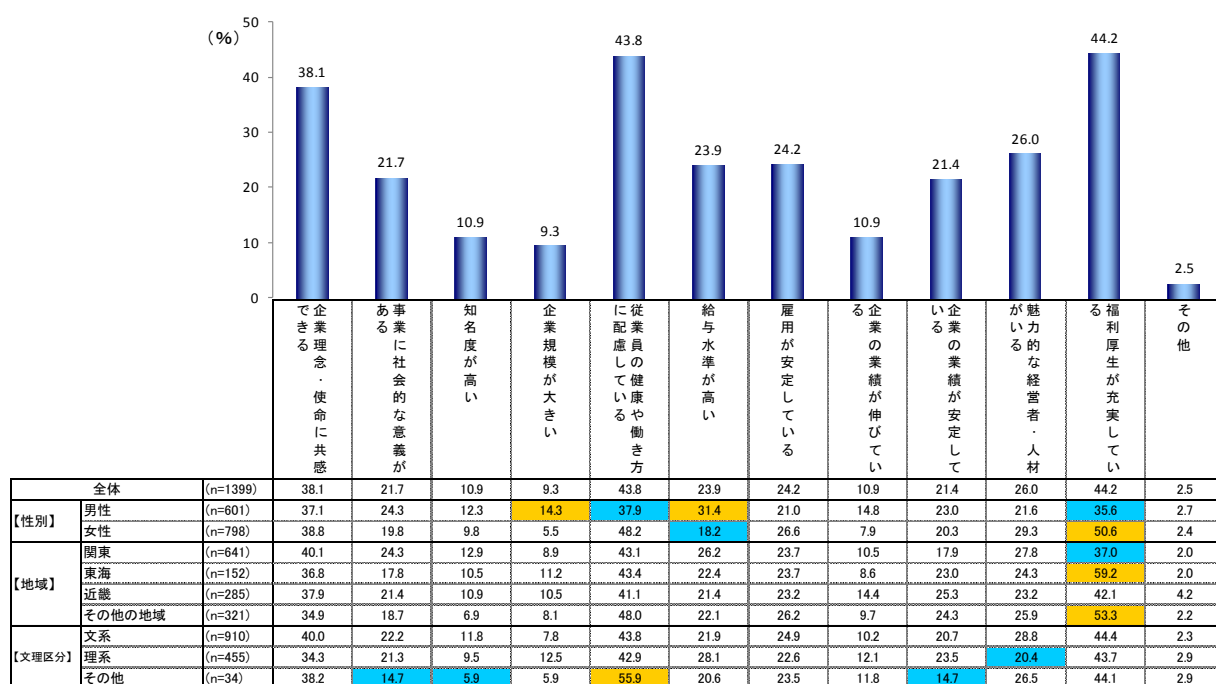
図表 3-57 就職活動への親の関与の有無



②就職したい企業

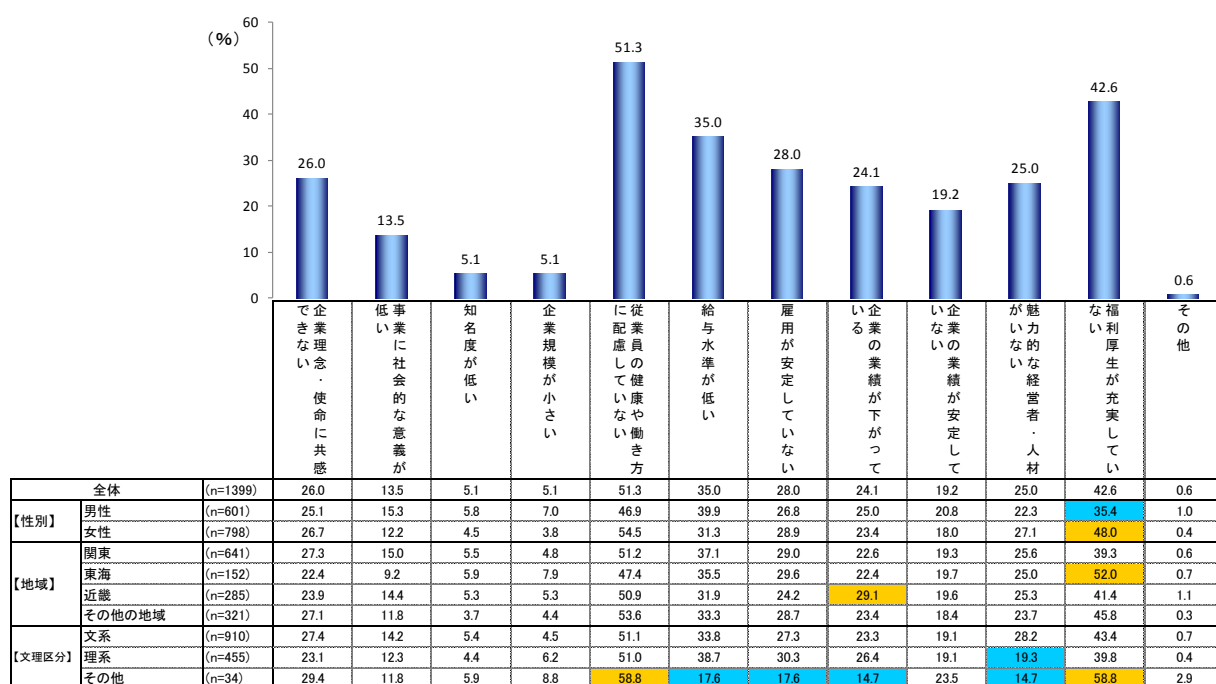
就職したい企業について聞いたところ、「福利厚生が充実している」(44.2%) が最も多く、次いで「従業員の健康や働き方に配慮している」(43.8%) となった。回答の割合の男女差を比較すると、最も差が大きかったのが「福利厚生が充実している」(15 ポイント 男性:35.6% 女性:50.6%)、次いで「給与水準が高い」(13.2 ポイント 男性:31.4% 女性:18.2%)、「従業員の健康や働き方に配慮している」(10.3 ポイント 男性:37.9% 女性:48.2%) となった。また、就職したくない企業についても、同様の傾向が見られた。

図表 3-58 就職したい企業



注) 網掛けは「全体」より5ポイント以上差があるスコア

図表 3-59 就職したくない企業



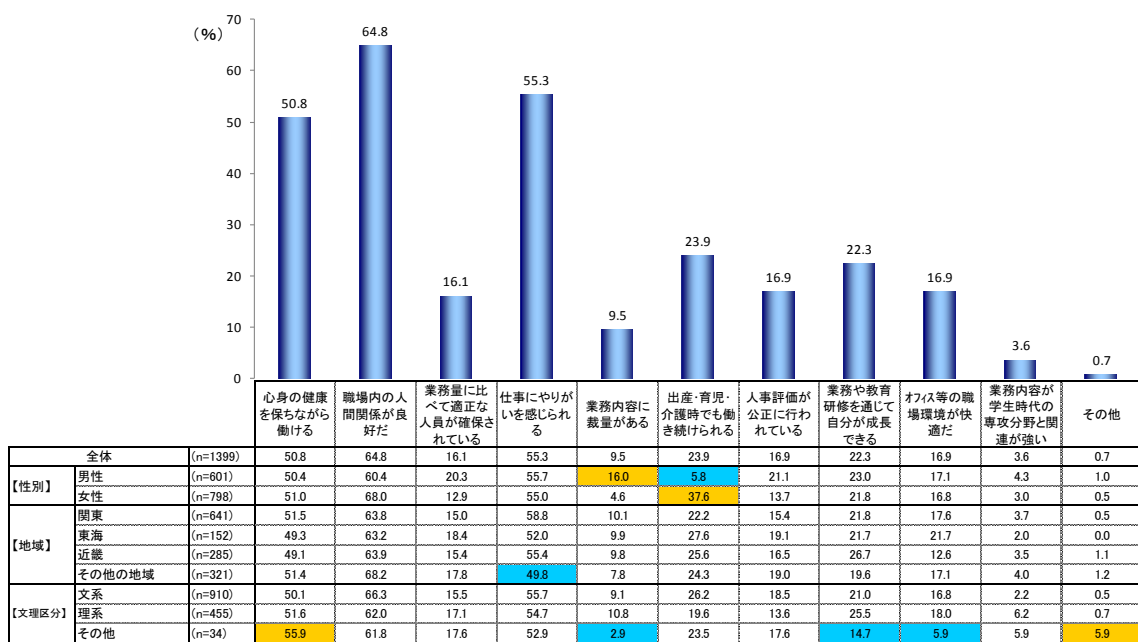
注) 網掛けは「全体」より5ポイント以上差があるスコア

③働く環境に望むこと

働く環境に望むことを聞いたところ、「職場内の人間関係が良好だ」(64.8%)が最も多く、次いで「仕事にやりがいを感じられる」(55.3%)、「心身の健康を保ちながら働ける」(50.8%)となった。また、働きたくない環境について聞いた結果も、同様の傾向が見られた。

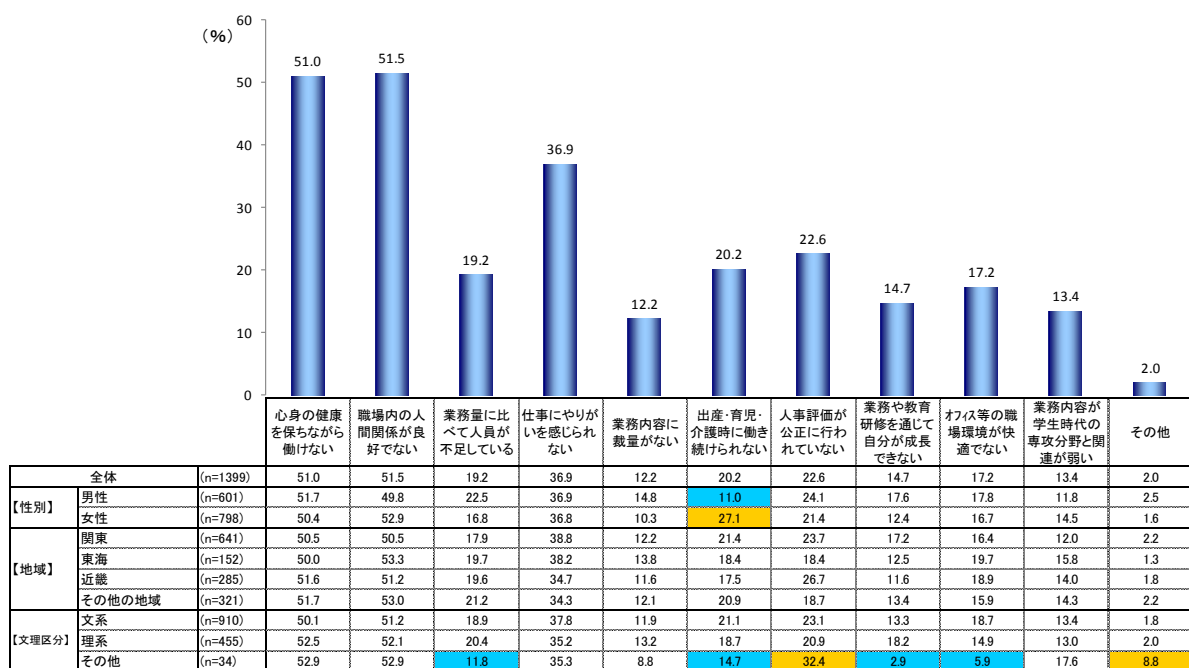
この結果から、実際の業務の進め方等への要望よりも、自身の心身の健康を保ちながら働き続けられる職場環境の整備が求められていることがわかる。

図表 3-60 働く環境に望むこと



注) 網掛けは「全体」より5ポイント以上差があるスコア

図表 3-61 働く環境に望まないこと

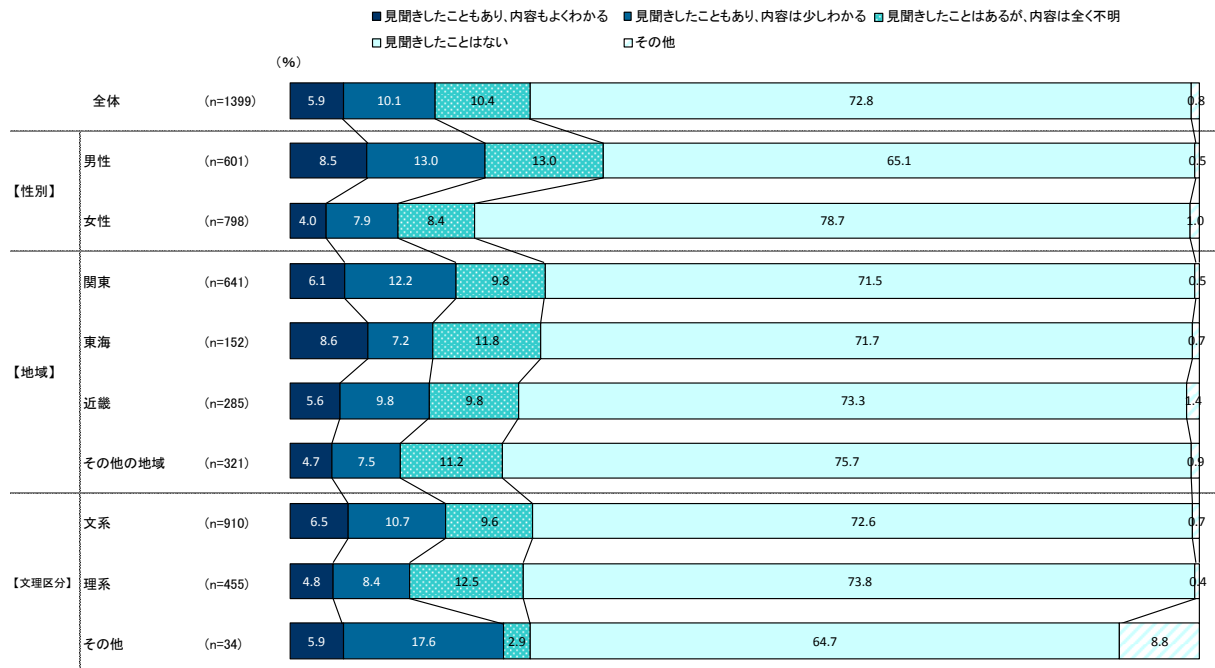


注) 網掛けは「全体」より5ポイント以上差があるスコア

④「健康経営」の認知度

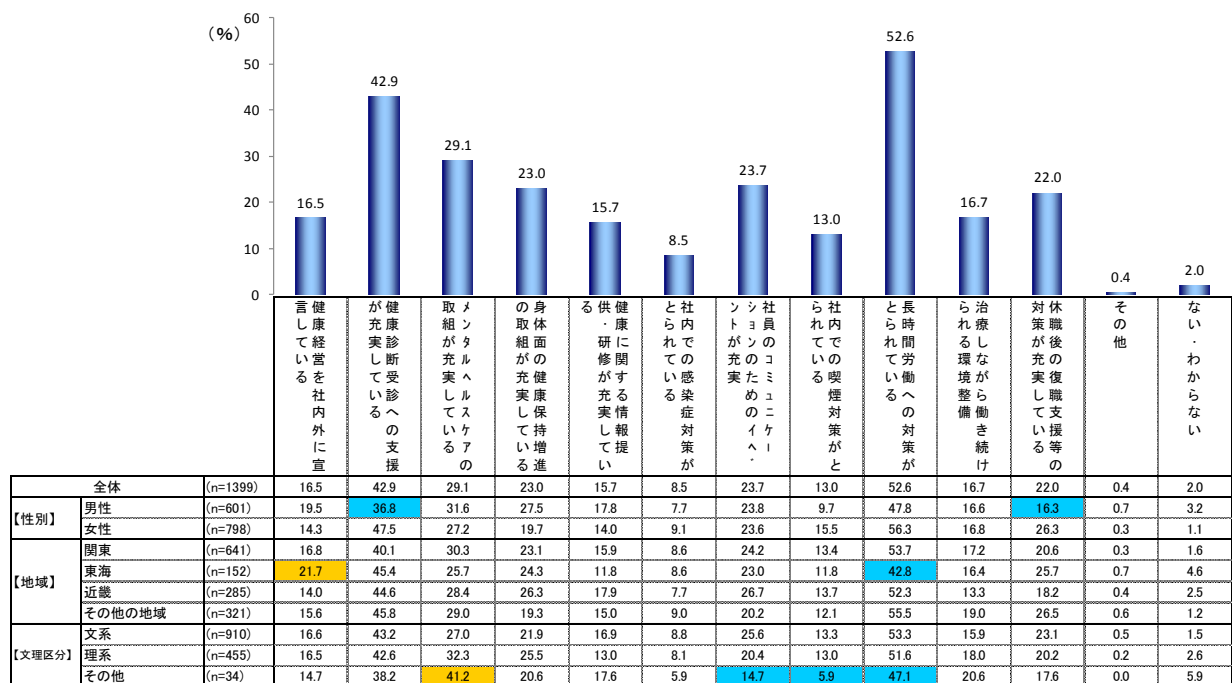
健康経営の認知度について、見聞きしたことがあると回答した者の合計は全体の 26.4%、内容まである程度以上分かっている者の合計は全体の 16.0%にとどまった。

図表 3-62 「健康経営」の認知



また、健康経営の取組として思いつくものとして、「長時間労働への対策がとられている」が最も多く (52.6%)、「健康経営＝残業対策」というイメージが強いことが推察される。

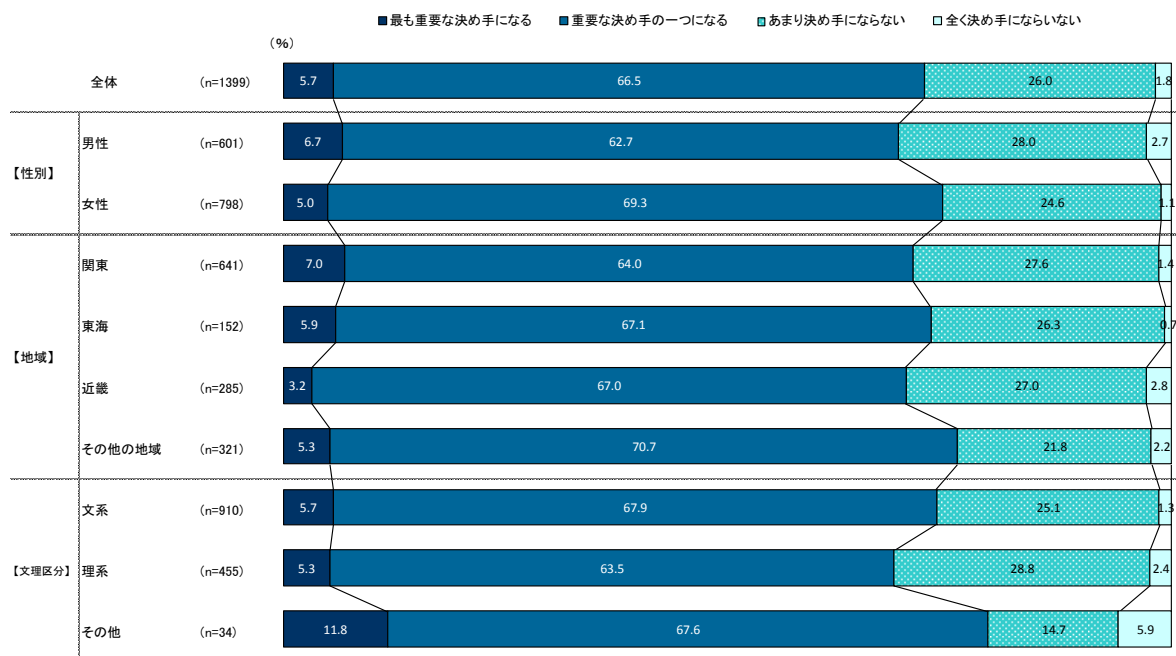
図表 3-63 企業に求める従業員の健康保持・増進のための取組



注) 網掛けは「全体」より5ポイント以上差があるスコア

健康経営を行っていることが、就職先決定の決め手になるかを聞いたところ 72.2%が「最も重要」、「重要な決め手の一つ」と回答しており、学生のリクルートにも一定の効果があるものと考えられる。

図表 3-64 健康経営が就職先決定の決め手となるか



(b) 就職活動生の親に対する調査の結果

回答者の属性は、下表の通り。

図表 3-65 回答者の属性

●回答者の子供の学年

	高校 3年生	大学 1年生	大学 2年生	大学 3年生	大学 4年生	大学 5年生	大学 6年生	短大 1年生	短大 2年生	修士 1年生	修士 2年生	計
件数(人)	63	16	34	274	333	13	21	9	29	42	56	1000
割合	6.3	1.6	3.4	27.4	33.3	1.3	2.1	0.9	2.9	4.2	5.6	

●回答者の子供の性別

	男性	女性	計
件数(人)	535	465	1000
割合	53.5	46.5	

●回答者の性別

	男性	女性	計
件数(人)	761	239	1000
割合	76.1	23.9	

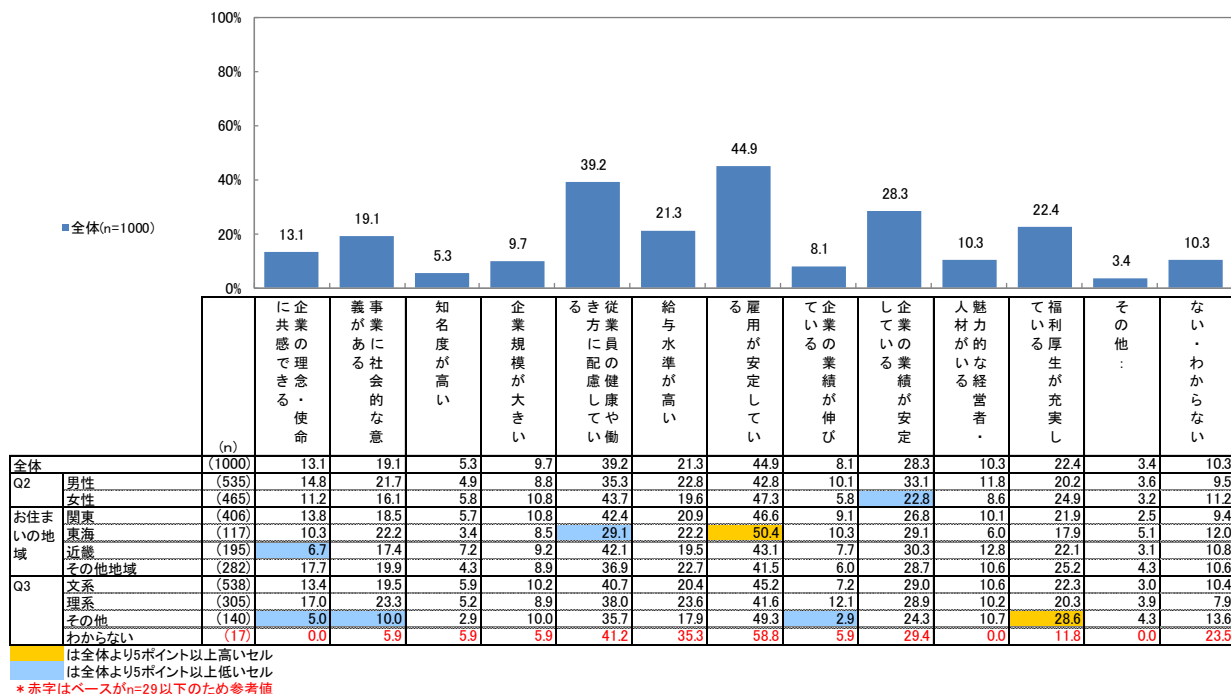
●回答者の居住地域

	北海道	東北	関東	東海	北陸	近畿	中国	四国	九州	海外	計
件数(人)	43	61	406	117	40	195	51	24	63	0	1000

① 就職活動への親の関与

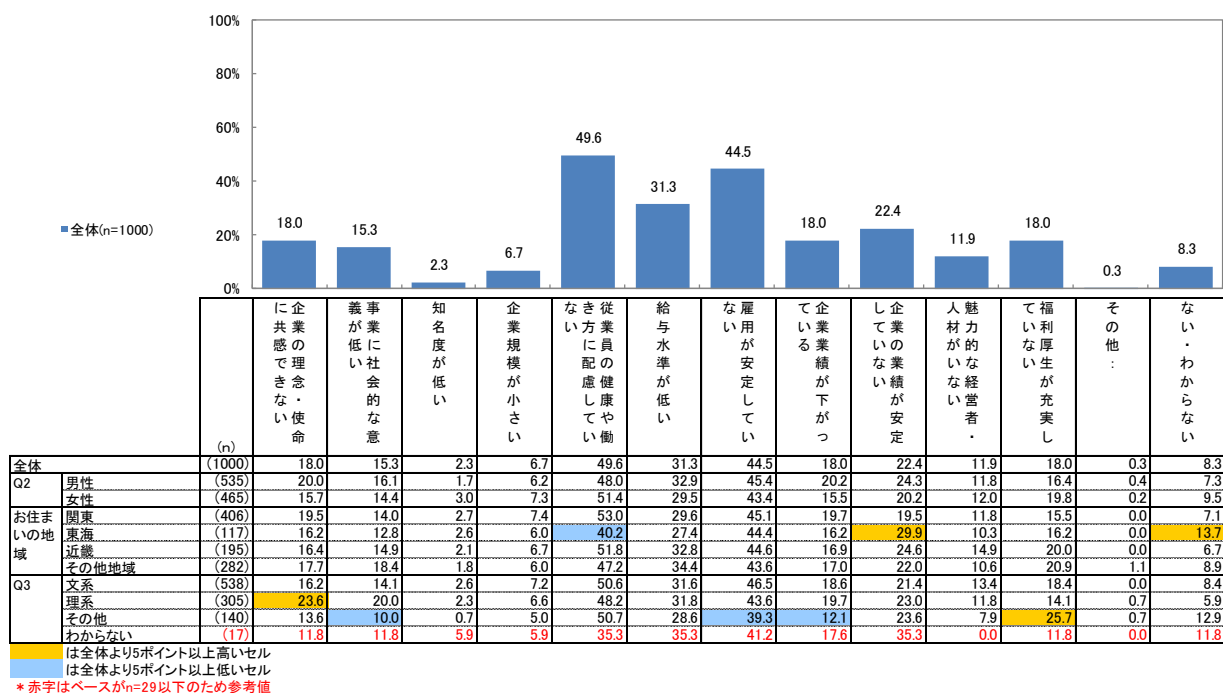
子供を就職させたい企業を聞いたところ、「雇用が安定している」(44.9%)が最も多く、次いで「従業員の健康や働き方に配慮している」(39.2%)であった。

図表 3-66 子供を就職させたい企業



また、就職させたくない企業についても、「従業員の健康や働き方に配慮していない」(49.6%)が最も多く、次いで「雇用が安定していない」(44.5%)と同様の傾向が見られた。

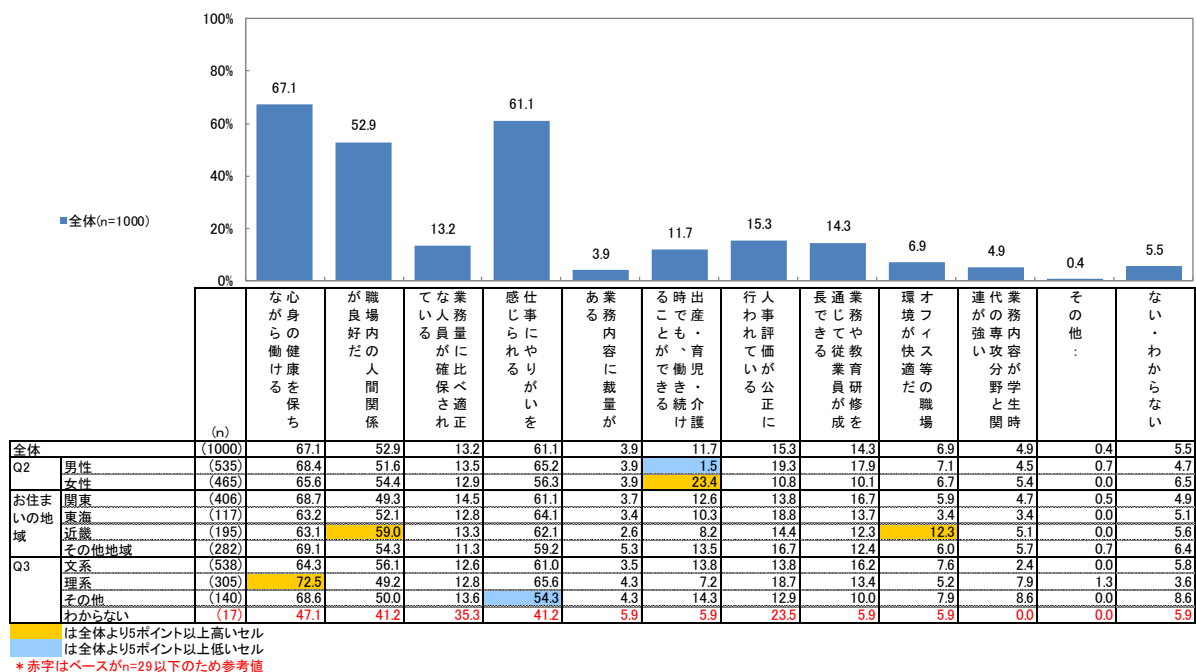
図表 3-67 子供を就職させたくない企業



② 子供の働く環境に望むこと

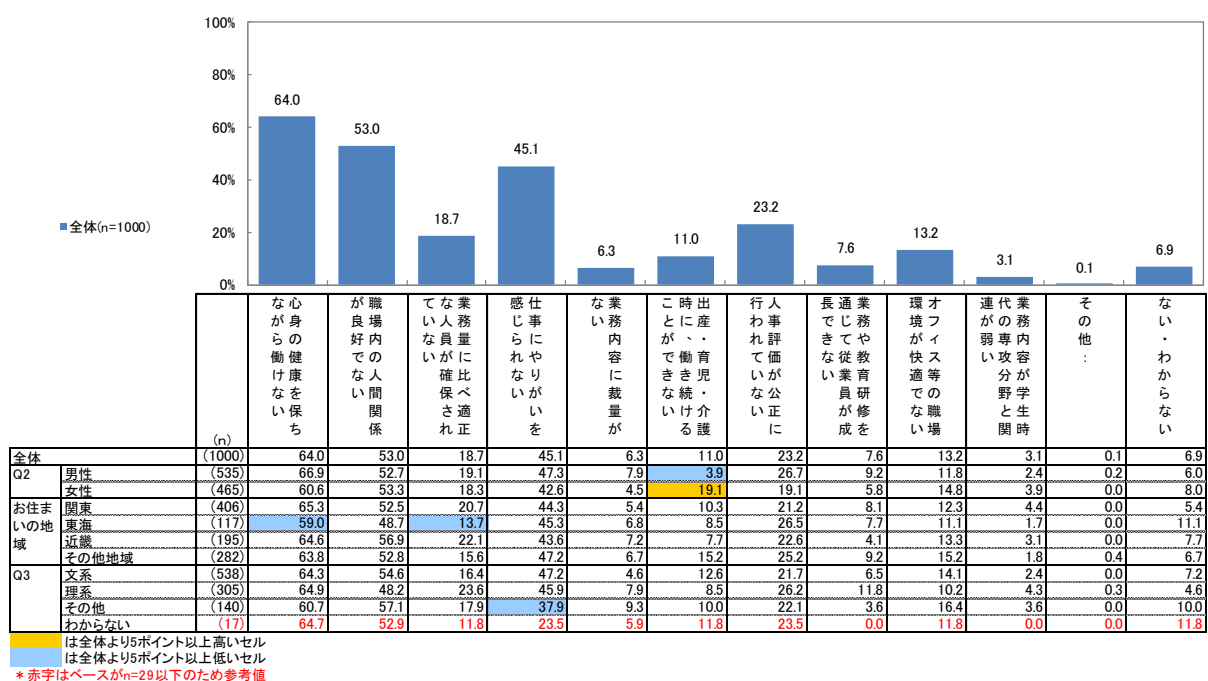
子供の働く環境に望むことを聞いたところ、「心身の健康を保ちながら働ける」(67.1%)が最も多く、次いで「仕事にやりがいを感じられる」(61.1%)、「職場内の人間関係が良好だ」(52.9%)となった。

図表 3-68 子供が働く環境に望むこと



また、子供を働かせたくない環境についても聞いた結果、同様の傾向が見られた。この結果から、就職活動生と同様に、実際の業務の進め方等への要望よりも、自身の心身の健康を保ちながら働き続けられる職場環境の整備が求められていることがわかる。

図表 3-69 子供が働く環境に望まないこと



③ 「健康経営」の認知度

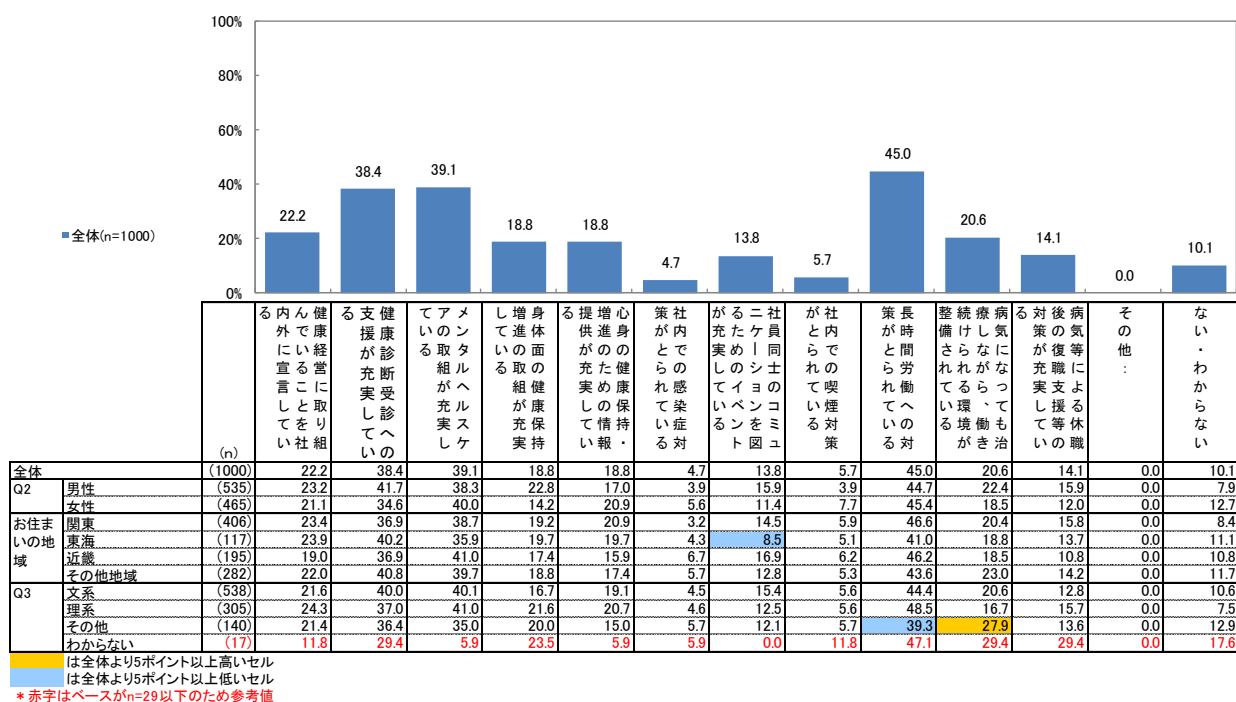
健康経営の認知度について、見聞きしたことがあると回答した者の合計は全体の 35.9%、内容まである程度以上分かっている者の合計は全体の 23.9%にとどまった。

図表 3-70 「健康経営」の認知度

		(n)	見聞きしたこともあり、内容もよくわかる	見聞きしたこともあり、内容は少しわかる	見聞きしたことはあるが、内容は全くわからない	見聞きしたことはない
全体		(1000)	5.3	18.6	11.2	64.9
Q2	男性	(535)	5.8	18.3	10.3	65.6
	女性	(465)	4.7	18.9	12.3	64.1
お住まいの地域	関東	(406)	4.4	20.2	11.1	64.3
	東海	(117)	7.7	18.8	8.5	65.0
	近畿	(195)	4.6	17.9	12.3	65.1
	その他地域	(282)	6.0	16.7	11.7	65.6
		(17)	11.8	23.5	0.0	64.7
Q3	文系	(538)	5.9	21.2	12.5	60.4
	理系	(305)	3.6	18.7	9.2	68.5
	その他	(140)	5.7	7.9	12.1	74.3
	わからない	(17)	11.8	23.5	0.0	64.7

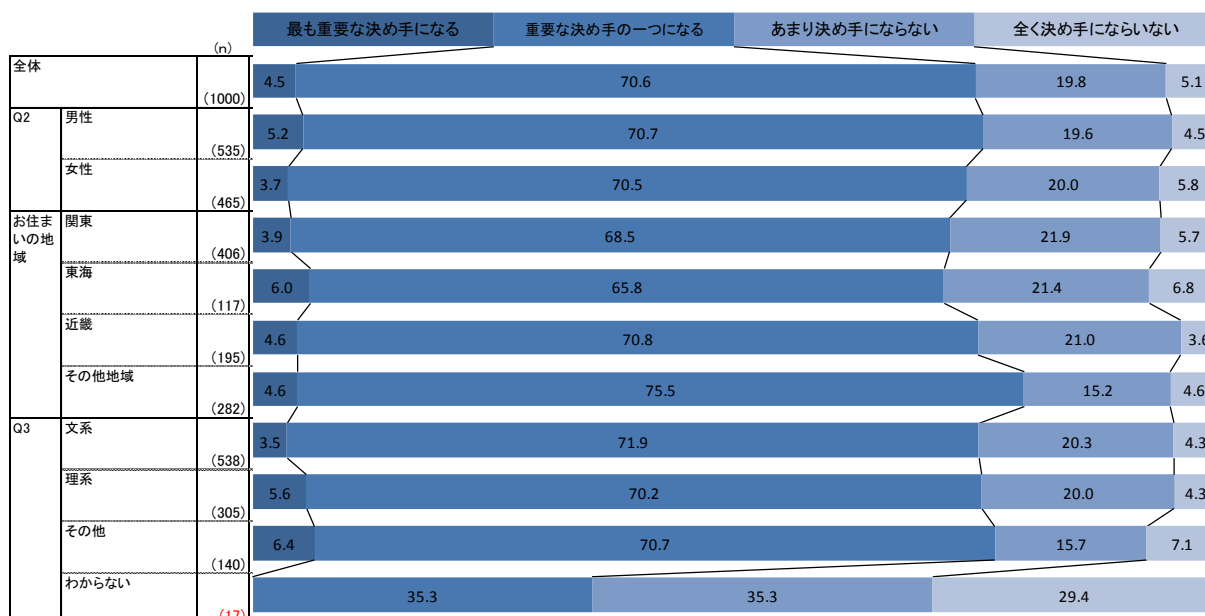
また、健康経営の取組として思いつくものとして、就職活動生と同様に、「長時間労働への対策がとられている」が最も多く（45.0%）、「健康経営＝残業対策」というイメージが強いことが推察される。

図表 3-71 子供の就職先の企業に求める従業員の健康保持・増進のための取組



健康経営を行っていることが、子供に就職先をすすめる際の決め手になるかを聞いたところ 75.1%が「最も重要」、「重要な決め手の一つ」と回答している。

図表 3-72 健康経営が子供に就職先をすすめる際の決め手となるか



(c) 大学就職支援担当部署・就職活動情報提供事業者調査の結果
取材結果を下表に記載する。

図表 3-73 ヒアリング結果

取材先①：大学A
①「健康経営」の認知について
「健康経営」という単語については、今回初めて聞いたものであり、全く認知していない。 「健康経営」という単語で思い浮かぶのは、財務面などの健全性の高い経営＝「健全経営」に近いイメージであり、「企業の持続的成長を図る観点から従業員の健康に配慮した経営」という本来の意味に、全く思い当らなかった。 - 求人を行う企業が、求人票や学生向けの企業説明会など、学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を使用した事例は思い当たらない。
②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況
- 求人を行う企業が、従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報を、直接的に就活生に提供するようなケースはほとんど見受けられない。 - ただし、求人を行う企業が学生に提供する情報のバリエーションは、近年、拡大傾向にある。 - また、東洋経済が発行する『就職四季報 女子版』が、「女性の既婚・有子者数」「職種転換制度の有無と人数」「くるみん・えるぼし認定状況」といった掲載項目を設けるなど、就職関連媒体における提供情報の種類も拡大傾向にある。 - これらの情報は必ずしも「健康経営」に直結するものではないが、例えば、「所定外労働時間」や「有給休暇の取得日数」などに関する情報は、「健康経営」で求められるワークライフバランスを保つ上で重要な要素だと考えられる。また、「メンター制度」などもメンタルヘルス対策に貢献する制度だと考えられるので、「健康経営」との関連性

は高いと思われる。

- その他、学内で実施される企業説明会においては、「クラブ活動の充実」など、福利厚生面の充実度を訴求する企業も少なからず存在する。
- 就職活動を行う学生においても、近年、これらの情報に対する興味が増しているように思われる。
- ただし、学生においては、社会的な流行に左右される傾向が強いことは否めない。例えば、最近では電通の事件などを通じて「ブラック企業」という単語に注目が集まったため、業種・職種・待遇や働き甲斐といった基本的に考慮すべき項目より、その会社のブラック度を気にする学生が増加しており、実際に「この会社はブラック企業ですか？」といった質問をされるようなケースも出てきている。
- このような傾向は、就職活動の本来的な意義を損なうものであり、あまり好ましくない状況であると考えている。
- 「健康経営優良法人認定」は、社会的な認知度が現在より向上することを前提条件とすれば、就職先企業選定の判断材料の一つになりうると考えられる。
- 例えば、厚生労働省が次世代育成支援対策推進法に基づき 2007 年にスタートした「子育てサポート企業」の認定制度「くるみん」は、10 年間で認知度が向上したことで、特に女子学生における就職先企業選定の判断材料の一つとなっている。
- したがって、「健康経営優良法人認定」についてもある程度の期間を掛けて認知の向上を図り、また、認定を受けた企業も積極的に PR していくような雰囲気づくりができれば、就職先企業選定の判断材料の一つとして機能すると考えられる。
- 学生は知名度が低い企業への就職を検討する際、一つでも多くの安心材料を求める傾向にあるので、特に中堅・中小企業などにおいて、認定取得の効力が発揮されるのではないかと考えられる。
- 学生における知名度を向上させるためには、露出を増加させるしかない。ニュースなどで取り上げられる機会を増やし、就職関連媒体の掲載項目のひとつにするようなことができれば、学生の注目度は自ずと高まるものと考えられる。

③就活生への情報提供方法

- 学生の就職活動における情報源としては、就職関連サイト、就職関連書籍、企業セミナー・説明会、口コミなどが挙げられる。
- 就職関連サイト、特に「リクナビ」「マイナビ」については、求人への応募経路をこれらの媒体経由に限定している企業も多いことから、就活生のほぼ 100% が利用する媒体となっている。
- 就職関連書籍では、東洋経済の『就職四季報』『就職四季報 女子版』などの利用が一般的。また、業界研究の資料として、東洋経済の『会社四季報 業界地図』、日本経済新聞社の『日経業界地図』などを利用している学生も多い。
- 企業セミナー・説明会については、各企業が開催するもの、また、「リクナビ」「マイナビ」などが主催するものもあるが、本学としても独自の形態で開催し、学生の参加を促している。
- 例えば本年度も、採用情報の公開が解禁される 3 月には、ほぼ毎日、1 日 20～30 社、月間 400～500 社のペースで企業セミナー・説明会を実施する予定である。
- 本学の企業セミナー・説明会は各企業にブースを設置してもらい、企業の説明をしてもらうとともに、学生からの質疑に回答してもらうかたちであり、例年、1 日当たり 100～400 名程度の学生が参加している。
- 企業の人事担当者の説明の内容としては、当然のことながら業務内容、職務内容などに関する者が中心であるが、最近では社内の雰囲気や福利厚生面の情報も合わせて提供することが多くなりつつある。
- 口コミについては、Twitter や Facebook など一般的な SNS のほか、就職活動に特化した「みんなの就職活動日記（みんな活）」（楽天）を利用して、情報収集・交換を行って

いる学生も多い。

- ・ また、特に理系の学生においては、所属する研究室の教授やOBが重要な情報源となっており、実際に教授の紹介で就職先を決定するケースも多い。

取材先②：大学B

①「健康経営」の認知について

- ・ 「健康経営」という単語については、新聞記事やTVのニュース番組などを通じて認知していた。
- ・ その内容についても、ある程度理解しており、企業の取り組みとして従業員の健康を意識することはよいことだと感じるが、例えば、「子育てサポート企業」を認定する厚生労働省の「くるみん」「プラチナくるみん」などと比較すると、やや抽象的で漠然としたものという印象がある。
- ・ 企業が学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を前面に出して訴求するといった事例は、これまでのところ認知していない。
- ・ ただし、キャリアセンターに来訪した企業の中で、川崎重工業や神戸製鋼所などの人事担当者は、名刺に「健康経営銘柄」のロゴを入れていたと思うので、これらの担当者が学生と個別面談をする際には、ある程度の説明はしていたかもしれない。

②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況

- ・ 直接的に健康保持・増進という観点からの情報ではないが、間接的に健康保持・増進につながる「時間外労働の状況」や「有給休暇取得率」などの情報は提供されている。
- ・ これらの情報の提供量は以前と比較して増加傾向にある。これは近年、マスメディアの報道で「ブラック企業」「長時間労働」などが取り上げられるケースが増えたことより、労働環境に対する学生の関心が高まり、説明会の質疑応答の機会などでこの類の質問が増えたことに対応するものであり、企業側からこれらの情報を積極的に発信することで、自社の健全性をアピールするためと思われる。
- ・ 就職活動における学生の関心事は、以前は「やりがいがある仕事ができるか」「その会社での業務遂行を通じて自分が成長できるか」など、本質的なものを中心であったが、近年では「時間外労働の状況」「有給休暇取得率」など労働環境に関するものの比重が高まってきている。
- ・ 女子学生では「産休取得率」「女性管理職の割合」「研修制度」「キャリアプラン」など、就職後の自分の姿をイメージするための具体的情報を求める傾向が強い。
- ・ 「健康経営優良法人認定」は、社会的認知が高まれば就職先を選定する際の物差しの一つにはなりうると思う。
- ・ 現状では社会全般において認知・理解が不十分な段階だと思うので、まずは経済産業省と認定を受ける企業が連携して、マスメディアなどでの露出機会を増やし、認知・理解を高めていくことが必須であると考えられる。
- ・ その上で物差しとしての価値を高めるためには、その認定において信頼性・客観性が保たれ、説得力がある制度であることが重要であると考えられる。例えば、「健康経営銘柄」に選定されている企業名を拝見しても、企業の人事担当者と接触する機会が多い大学のキャリアセンターの担当者として、やや疑問を抱かざるを得ない企業も含まれている。このような状況では学生に対して「健康経営優良法人認定」を受けている企業であれば安心とは言い切れないので、選定は慎重かつ公平に行っていきたいと思う。
- ・ また、認定対象が一定の企業数に達しないと、就職先選定時の物差しとして機能することは難しいと思う。「くるみん」と「プラチナくるみん」の関係性のように、ある程度の認定企業数を確保した上で、特に取り組みが優れている企業には、さらに上位の認定を行うといった仕組みがあると、学生への訴求度も高まるのではないかと考えられる。

③就活生への情報提供方法

- ・ 近年の学生の就職活動における最大の情報源は、「リクナビ」「マイナビ」「キャリアス」

などの就職情報サイトである。

- 本学としてもこれらのサイトを有効活用すべきだと考えており、例えば、本学 OB の「キャリアタス」担当者を招いて、その使い方をオリエンテーションしてもらうといった機会も設けている。
- また、Facebook、Twitter など活用されており、特に本学 OB など信頼できる人から発信される情報は、就職先選定においてかなりのウェイトを占めている模様である。
- このような企業と学生の直接対面の場において、企業からの訴求が学生に届くかどうかは、実際に話をする担当者の力量にかかっている部分が多い。内容的には具体性のある情報に学生の興味が集まる傾向があり、例えば、若手社員のナマの声などはリアリティをもって受け入れられている模様である。

取材先③：大学C

①「健康経営」の認知について

- 2017 年 1 月には、その研究活動の一貫として経済産業省の担当課長を講師として招き、学内で「健康経営」をテーマとする公開講座も開催した。
- しかし、学生における「健康経営」の認知度は低く、公開講座への参加者 40 名程度の中で、学生は 15 名程度にとどまった。しかも参加した学生の多くは、講座への参加によって他講義の単位取得のための加点が行われることを期待して参加した既に就職が決まっている 4 年生であり、純粋に「健康経営」に興味をもって参加した学生は非常に少なかった。
- 学生への情報提供において、「健康経営」という単語を用いて訴求している例は思い当たらない。

②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況

- 現状、求人を行う企業において、従業員の健康保持・増進に関する情報提供を積極的にやっている企業はあまり存在しない。
- 学生の企業における従業員の健康保持・増進施策に対する興味・関心はさほど高くない。これは、学生が世代的に“健康”をさほど意識していないことによるものと考えられる。
- 「長時間労働」「ハラスメント」など、社会的に話題となっているワードについては敏感に反応する傾向があり、例えば、求人票の初任給表示に“みなし残業代”が含まれているかなどについて、きちんと確認する学生が増えているので、「健康経営」というワードやそのコンセプトが社会的に話題になれば、企業が発信する従業員の健康保持・増進に関する情報への関心度も高まるものと考えられる。
- 「健康経営優良法人認定」が、学生の就職先企業選定における判断基準になりうる可能性は、大いにあると考えている。
- 就活生において、就職活動の当初は有名・大手企業に目が行きがちであるが、活動が進むにつれ、興味・関心の対象が広がり、また、細かい内容にまで踏み込んでいくという傾向がある。その中で、特に中堅・中小企業においては、特に福利厚生面などの情報提供が不足がちな傾向にあるので、「健康経営優良法人認定」を受けていることが、就活生の安心感につながり、具体的な就職先候補の中にピックアップされる可能性を拡大すると考えられる。
- 本学は、“女性も男性と変わらないキャリアプランを持つべき”というベクトルに向いているが、元々は短期大学部も持つ“家政系”の大学として、“良妻賢母”の育成を目指すという伝統も残っており、一般職として数年働いた後、結婚を機に退職して、専業主婦になることを望んでいる学生も多い。このような学生では就職中に健康を害さないことは重要な要素になると考えられるので、打ち出し方によってはインパクトのある PR なる可能性がある。
- ただし、このような状況になるためには、「健康経営」というコンセプトが社会全般で幅広く受け入れられることが前提となる。

- ・ その実現のためには、マスメディアを通じた露出を増やすことが必須であることは言うまでもないが、より理解を深めていくためには、大学を通じた訴求も有効であると考えられる。
- ・ 例えば、「健康経営」を説明・訴求する無料の冊子やパンフレットなどがあれば、キャリア支援センターを通じて学生に配布することは可能である。
- ・ また、本学では毎年、就職活動支援講座として「就職活動準備講座」「SPI（就職筆記試験）対策講座」など、数多くの講座を開講しているが、内容が学生のためになると考えられれば、「健康経営」に関する講座を設けることも可能である（ただし、決定権のある教員組織にアピールするためには、例えば講師謝礼を経済産業省で負担するなどのオフアワーは必須であると思われる）。

③就活生への情報提供方法

- ・ 学生の就職活動における情報源としては、就職関連サイト、就職関連書籍、企業セミナー・説明会、卒業生からの口コミなどが挙げられる。
- ・ 就職関連サイトの中でも、特に「マイナビ」については、ここ数年、本学に編集長を招いて年2回、使い方などのガイダンスを行ってもらっている。
- ・ 就職関連書籍では、東洋経済に『就職四季報 女子版』を安価で卸してもらっており、キャリア支援センターを通じて定価 1,870 円＋税のところ 1,500 円で販売。就活生約 1,300 人の 15%程度、約 200 人が購入している。
- ・ 企業セミナー・説明会については、20 業界ほどの業界研究セミナー、学内合同企業説明会などを実施し、企業の人事担当者と就活生がコミュニケーションできる機会を設定している。
- ・ 卒業生からの口コミについては、「社会人メンター制度」を運用。例えば 2015 年度では、個別メンタリングに 576 人、メンターカフェに 225 人、メンターフェアに 880 人の学生が参加し、卒業生から就職に関する情報の提供を受けている。
- ・ また、卒業生の就職活動体験などはデータベース化し、学内ポータルで公開。許諾が得られた卒業生に関しては連絡先情報も表示し、就活生が卒業生と直接コミュニケーションできる機会を提供している。

取材先④： 大学D

①「健康経営」の認知について

- ・ 「健康経営」という単語についてはきちんと認知しておらず、その内容についても十分に理解していない。
- ・ 「健康経営」という単語は、企業の経営の健全性を示す「健全経営」と似通った語感があり、今回、最初に聞いた時は、そのような意味に捉えていた。
- ・ 類似の単語の中で近年よく目にするのは「働き方改革」などであり、どのような企業が「働き方改革」に積極的な取り組んでいるかといった情報には注目している。
- ・ “ブラック企業”に対する“ホワイト企業”というコンセプトは浸透しつつあるので、「健康経営」よりも「ホワイト 500」の方が伝わりやすいと思う。
- ・ 本学の学生を対象に求人を行う企業が、求人票や説明会などを通じた学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を使用した事例は思い当たらない。ただし、若者雇用促進法の施行などにより、労働環境などに関する注目度は高まっているので、2017 年 3 月から提供が解禁される 2018 年卒業生向けの求人情報においては、「健康経営銘柄」選定企業などが提供情報のひとつとすることは考えられる。

②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況

- ・ これまで、本学の学生を対象に求人を行う企業が、従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報を、直接的に提供するようなケースは少なかった。
- ・ ただし、企業が“従業員の健康”に関連するような情報を開示しようとする姿勢は積極化していると思う。

- 例えば、若者雇用促進法では、①募集・採用に関する状況、②職業能力の開発・向上に関する状況、③企業における雇用管理に関する状況、の3類型ごとに1つ以上の情報を提供することを義務付けしているが、各類型で求められる個別情報をなるべく網羅するかたちで提供しようという企業も多い。
- これは“ブラック企業”問題などで高まった学生の労働環境に対する情報ニーズをなるべく満たそうというものであり、これらの問題をあやふやにするよりも、なるべく正直に申告することで「働き方改革」などに積極的に取り組んでいるという企業姿勢をアピールし、学生の不安感を払拭するための施策であると考えられる
- このような施策は、就職前の想定と就職後の実態のミスマッチを防ぐものであり、入社した学生の定着を図るという観点からも、意味のある取り組みであると感じている。
- 就職活動を行う学生においても、近年、労働環境に対する関心が高まっていると考えられる。
- 学生の就職先選定のベースは、以前からあまり変わらず“自分のやりたい仕事ができるか”ということだが、やりたい仕事をし続けるための環境が用意されているかということ考虑する学生も増えており、不安感を払拭するために、時間外労働、残業、3年離職率、社員数に対する採用数（採用数が多すぎる企業は一定数の早期退職を見込んでいる可能性がある）などの情報の取得に積極的になっている。
- 「健康経営優良法人認定」は、企業イメージを向上させると考えられるので、就職先企業選定の判断材料の一つにはなりうると思える。
- 特に女子学生では、現状でも一般職志望者が一定の割合で存在する。このような学生では給与・勤務地などに加え、福利厚生面も重視する傾向にあるので、「健康経営優良企業認定」が就職先企業選定の判断材料の一つになる可能性が高いと思われる。
- ただし、「健康経営」という単語は、学生にとってもわかりにくい部分があると思うので、「ホワイト 500」などわかりやすい表現を前面に押し出したほうが、訴求度が高まるのではないかと考えられる。

③就活生への情報提供方法

- 就職活動に関する情報にかかわらず、昨今の学生の情報収集経路は圧倒的にスマートフォンである。
- 就活生のほぼ全員が利用している就職関連サイトについても、大半はスマートフォンを経由した閲覧・利用である。
- 本学では毎年3月1日から2週間ぐらいの間で、500社前後の企業の説明会を実施しており、2016年の実績ではのべ5万人程度の学生が参加している。
- 参加いただく企業にはキャリアセンターからお声掛けをするかたちとしている。その中で労働基準法に基づく勧告を受け、是正が進んでいない企業などに関しては対象外としている。
- 学部別にみると、文系学部では自由応募が基本であり、文系の学生は当然のことながら情報収集に熱心である。一方、理系学部では担当教授推薦による就職の割合が高いため、担当教授や研究室OBからの口コミ情報が中心であり、あまり積極的な情報収集は行われていない模様である。

④就職活動への親の関与

- 学生の就職活動に対する親の関与度合いは年々高まっている。
- そもそも10年ぐらい前から、過保護とも言えるレベルの親の干渉が目立っており、例えば入学試験の段階から親が付き添ってきて、試験が終わった後、一緒に帰るといったことも一般化してきた。
- このような状況の中で、学生が“親と一緒に”就職活動を進めるといったことは当たり前のことになりつつある。
- 特に最近では、母親に加えて、父親も参加するようになっており、企業人として活躍している父親が、学生に代わってエントリーシートの記入・作成を行うといったことも珍

しくなっているようだ。

- ・ 本学では地域ごとに父母会があり、首都圏（1都3県）以外の43道府県を毎年1回ずつ巡回して学生の父母とのコミュニケーションを図っている。その中でキャリアセンター担当者が就職活動に関する説明も行っているが、その際に参加した父母から、企業の労働環境に関する質問が出るケースも増えており、「子どもが就職を希望する企業・業種の従業員の健康保持・増進の取り組み」についての親の関心は高まっていると感じる。

取材先⑤：大学E

①「健康経営」の認知について

- ・ 「健康経営」という単語には、新聞記事などで触れたことがあり、内容についてもある程度理解している。
- ・ 従業員の健康に配慮した経営を行うということは、当然のことながら良い取り組みだと思うし、学生を企業に送り出すという立場では、このような取り組みを行っている企業に本学の学生を就職させたいと思う。
- ・ ただし、このような取り組みを行うためには、一定の企業体力、余裕が必要になってくると思うので、取り組めるのは大企業中心で、中堅・中小企業が取り組むにはなかなかハードルが高い施策なのではないかと感じる。
- ・ 本学の学生を対象に求人を行う企業が、求人票や説明会などを通じた学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を使用した事例は思い当たらない。

②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況

- ・ 本学の学生を対象に求人を行う企業が、従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報を、直接的に提供するようなケースは少ない。
- ・ 例えば、企業説明会で、フィットネスクラブと提携しており、無料で利用可能であることを説明したりすることはあるが、あくまでも追加情報という位置付けであり、このような情報の説明に多くの時間を割くということはない。
- ・ ただし、最近では“ブラック企業”などに関する社会・学生の関心が高まっていることもあり、「所定外労働時間」や「有給休暇の取得日数」などに関する情報については、積極的に説明する企業が増加している。
- ・ 就職活動を行う学生においても、近年、「所定外労働時間」や「有給休暇の取得日数」に対する関心が高まっているように思われる。
- ・ 実際、企業説明会の質疑応答の場面などでも、業務内容などに加え、このような、いわゆる労働環境に関する質問がでる機会が増加している。
- ・ ただし、これらはあくまでも、「その企業がブラック企業ではないか」という疑問を払拭するための質問であり、実際に就職した際の自らの“健康”を意識したものではない。
- ・ そもそも、基本的に“若くて健康”な学生が多いので、“健康”に対して一定の興味・関心はあるものの、真剣度・深刻度は低いと考えられる。
- ・ 「健康経営優良法人認定」は、就職先企業選定の判断材料の一つにはなりうると考えられるが、学生の“健康”への関心度を考えると、大きなアピール材料にはならないと思われる。
- ・ 学生が就職先企業選定で重視するのは、まず「その企業が知名度の高い大企業であるか」である。その上で給与水準や休日数などの待遇面、「所定外労働時間」や「有給休暇の取得日数」などの労働環境を考慮して求人に応募する企業20～30社前後を最終決定をするかたちが一般的であり、その中で内定を獲得した企業数社の中に「健康経営優良法人認定」を得た企業とそうでない企業があれば、認定企業を選択するという考えられる。
- ・ キャリアプランを真面目に考える女子学生の中では「くるみん」「プラチナくるみん」を取得しているかどうかの重視度が相対的に高いので、このような学生においては「健康経営優良法人認定」の効力も多少は高いかもしれない。

学生はどうしても、その時々で社会的な関心度が高まっているトピックスに左右される傾向がある。その意味で近年では「ブラック企業」への興味・関心が高まっているのだが、その対義語としての「ホワイト企業」というコンセプトの社会的認知が高まり、「健康経営優良法人認定」がその企業が「ホワイト企業」であることの裏付けとなるといった認識が一般化すれば、学生の興味・関心も高まり、結果として就職先企業選定時の影響度も高まってくるかもしれない。
③就活生への情報提供方法
- 学生の就職活動における主な情報源としては、就職関連サイト、企業セミナー・説明会、インターンシップ、口コミなどが挙げられる。 - 就職関連サイトについては、求人への応募経路をこれらの媒体経由に限定している企業も多いことから、就活生のほぼ 100% が利用する媒体となっている。 - 本学では年間 1,000 社前後の企業の説明会を実施しており、毎年 1 社平均 60 名前後、のべ 6 万人程度が参加している。 - 学内で行われる企業説明会では各企業に就職した本学の OB・OG がスピーカーとして参加しているケースが多く、これらのスピーカーが業界・企業紹介に加えて、自らの“働き方”を伝えることが、参加学生の注目を集めていると感じている。 - 近年では、3 年の 6 月以降、気になる企業のインターンシップに参加する学生が、全体の 7 割近くに及んでおり、このような機会での実体験が就職活動を左右する重要な情報につながっている模様である。 - 口コミについては、Twitter や Facebook など一般的な SNS を通じて学生間で情報交換をするほか、3 月の求人情報解禁後は、就職活動に特化した「みんなの就職活動日記（みんな活）」を利用する学生も多い。 - また、特に理系の学生においては、所属するゼミなどを通じた“一本釣り”も多く、意中の企業に就職したゼミの先輩などからの口コミも重要な情報源となっている。 - さらに、特に労働環境への興味・関心が高い学生では、転職者向けの口コミ情報サイトをチェックすることも一般化しつつある。
④就職活動への親の関与
- 学生の就職活動に対する親の関与度合いは、さほど高いものではなく、経年的な変化もそれほどではないと認識している。 - 本学では入学式後の父母向けガイダンスのほか、毎夏、全国父母懇親会を全国 36 ヶ所で実施するなど、学生の父母との直接的な交流機会を設けている。全国父母懇親会には学務担当者のほか、キャリアセンターの担当者も参加し、就職活動の動向やスケジュール・傾向などを説明しているが、「IT 産業では過重労働が問題となっているが、大丈夫か」「今後、どのような業種の企業が有望か」など、具体的な質問が出るようなケースは稀であり、特に近年において関心が高まっているようには思われない。 - したがって、「子どもが就職を希望する企業・業種の従業員の健康保持・増進の取り組み」といったレベルの具体的な情報について関心を持つ父母は少ないと考えられる。

取材先⑥：就職活動情報提供事業者 A
①「健康経営」の認知について
3 年程前に経済産業省の当該施策のご担当者から、「健康経営」についてのヒアリングを受けたことがあり、当時から内容も含め、理解している。 - 近年では「ワークライフバランス」「働き方改革」といった単語が一般化しつつあり、「健康経営」もこれに関連するものだと思うが、「ワークライフバランス」「働き方改革」と比較すると「健康経営」はまだまだ普及が進んでいないと思う。 - 学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を使用する例は極めて少ない - 企業が学生への情報提供に際して「健康経営」という単語を使用しない理由は、「『健康経営』」という単語が社会的に普及していないから」ということに尽きると思う。実

際、社会的普及が進んだ「ワークライフバランス」などの単語はよく使われるようになっていので、社会的普及さえ進めば、情報提供時の単語使用も確実に増加すると考えられる。
②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況 ・ いわゆる“電通ショック”などを契機に、企業の労働環境に対する学生の不安が高まっているので、それに対応して、企業が求人情報の中で従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報を提供する量は増加している。 ・ 内容についても、より具体性を持った情報を提供する企業が増加している。特に飲食・流通・運送などのサービス業や IT 企業など、業界全体として“ブラック”なのではないかと疑念を持たれている企業の中では、自社の労働環境改善の取り組みを詳細に紹介し、疑念の払拭に努めている企業も少なくない。 ・ また、社員食堂でカロリーやバランスを考慮したメニューを用意していることや、オフィスにバランスボールを置いていることをトピックスとして掲載している企業も存在する。 ・ 学生の「従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報」に対するニーズも増大傾向にある。 ・ 「健康経営優良法人認定」が今後、就職先企業選定の判断材料の一つにはなる可能性は高いと考えられる。 ・ 特に中小企業においては、このような分野で、マスコミに取り上げられるような大々的な取り組みを行う体力がない企業も多いので、公的な認定により、労働環境が整った企業であることをアピールすることは有意義であると考えられる。 ・ 中小企業は、労働環境の不安から学生の就職先選定過程の絞り込みでカットされたり、内定が決まっても親の反対で辞退されたりするケースもあるので、「健康経営優良法人認定」がこのような事態を防ぐ“武器”になると考えられる。 ・ 将来的には、「従業員の健康保持・増進に関する取り組み」を、当社サイト内の切り口とすることは考えられる。ただし、1 業種 1 社の「健康経営銘柄」、対象が 500 社の「健康経営有料法人ホワイト 500」などでは、対象企業数が少なすぎるので大々的には取り上げにくい（このような取り組みを大々的に取り上げると、掲載企業の大半を占める中堅・中小企業から、「大企業優遇」という批判が寄せられる可能性がある）。
③就活生への情報提供方法 ・ その他、当社が主催する合同企業説明会なども多くの参加企業、参加学生を集めており、企業にとっては情報提供、学生にとっては情報収集の貴重な場となっていると自負している。 ・ 当社では大学キャリアセンターの就活支援のサポートも行っているが、近年、新卒者の就職が“売り手市場”となっていることを背景に、就活生の中で“大学”という最も身近な存在を活用して効率的に就職活動を行おうという志向が強まっていると感じている。 ・ したがって、学生への情報提供は、大学を通じておこなうことが有効であり、効率的であると考えられる。
④就職活動への親の関与 ・ 学生の就職活動に対する親の関与度合いは年々高まっている。 ・ 東日本大震災などを契機に「家族を大事にする」という意識が高まっている。 ・ その中で就職活動においても、子どもの側で「親に喜んでもらえる企業に就職しよう」という意識が高まり、それに呼応して親が子どもの就職活動に協力することも一般化している。 ・ 例えば、当社では以前から親向けの就職ガイダンスなども実施しているが、近年では両親が揃って参加する方も増えている。 ・ このような状況の中で、当然、「子どもが就職を希望する企業・業種の従業員の健康保持・増進の取り組み」についての親の関心は高まっていると考えられる。

取材先⑦：就職活動情報提供事業者B
①「健康経営」の認知について
「健康経営」という単語については、「健康経営銘柄 2015」に選定された企業の方からその内容や意義の説明を受ける機会があったことなどから、十分に理解しているつもりである。 - ただし、一般的には「健全経営」と混同されがちであり、単語としての普及はあまり進んでいないと認識している。 - 取り組みの意義は十分に理解でき、良い取り組みだとは思いますが、一方で、企業が従業員の“健康”維持・増進にどこまで関与すべきかといった点で疑問を感じる部分もある。 - 例えば、プライベートでの喫煙・飲酒なども健康に悪影響を与える部分があると思うが、そのようなことにまで勤務先企業が関与するのは、いささか“やり過ぎ”という印象もある。 - 学生への情報提供に際して、「健康経営」という単語を大々的に使用している企業はあまり思い当たらない。 - 当社の新卒者向け就職情報サイトの中でも、「健康経営銘柄 2016」に選定された日本交通、大和証券グループ本社、SCSKなどが、掲載情報の一つとして選定された事実を紹介していたが、現状では就活生へのアピール度が低いという判断からか、当該情報に割いたスペースはいずれも限られたものとなっていた。
②企業の就活生に対する企業の従業員の健康保持・増進に関する情報の提供状況
“従業員の健康保持・増進”に関する要素、例えば、「ワークライフバランス」に関連して、福利厚生面の充実ぶりを訴求するような企業は増加傾向にある。 - 当社サイトでも、若者雇用促進法の施行などで、労働環境に関する情報提供の充実化が求められているという理解の中、情報掲載のためのフォーマットなどで、例えば、「平均残業時間」「有休取得状況」「離職率」などの項目が網羅されるよう、工夫している。 - 学生が「従業員の健康保持・増進に関する取り組みの情報」を直接的に求める傾向は見受けられない。 - ただし、仕事内容だけでなく、“働き方”も重視する傾向が強まっていることは事実である。 - 例えば、当社が2017年1月に、2018年3月に卒業予定の大学3年生を対象に行った調査でも、「就職先企業を選ぶ際に重視する点」として、「福利厚生が充実している」を挙げた人が26.8%、「休日・休暇が多い」を挙げた人が24.4%に上っており、「仕事内容が魅力的」（18.9%）を上回っている。 - これは、今後、賃金水準がなかなか上がらないという想定の下、結婚しても共働きが前提となる中で、ワークライフバランスを重視したいと考える人が増加していることを反映した結果と考えられる。 - このような状況の中で、「健康経営優良法人認定」が今後、就職先企業選定の判断材料の一つにはなる可能性はあると考えられる。 ・ただし、当面はあくまでも参考にするというレベルであり、「健康経営優良法人認定」されていることを条件として、就職先企業を選定するといったことにはならないと考えられる。
③就活生への情報提供方法
- 最近の就活生の情報収集においては、学内セミナーの比重が高まっていると感じている。 - ただし、3月1日の求人活動解禁からしばらくの間は企業間の競合が激しいので、人気・知名度の高い企業以外は苦戦する傾向がある。そこで、年間を通じて1・2年生なども参加できるセミナーなどを開催して情報提供に努める企業も増加している。
④就職活動への親の関与
学生の就職活動に対する親の関与度合いは高まる傾向にある。

- ・ そもそも以前と比較して、大学受験時などから親の干渉が強まっている。
- ・ ただし最近、就職に関して「売り手市場」という状況が続く中、「親がサポートしなくても、就職先が決まるのではないか」という意識も芽生えつつあり、親が就職活動全体をサポートするというケースは、やや減少しているように感じる。
- ・ 例えば、一時期目立った、親が説明会の予約を取ったり、面接を経て不採用となった企業に対して、親が「どこがダメだったのか」と問い合わせたりするケースは少なくなっているようである。
- ・ 一方で、学生が自力で内定を獲得した企業に対して、親が反対するというケースが増加している。親世代では企業に対してブランド志向が強く、「売り手市場なのに知らない会社にしか入れないのか」という意識が働いているようである。
- ・ ただし、情報収集範囲は業種・企業規模・業績など一般的なものとどまっており、「子どもが就職を希望する企業・業種の従業員の健康保持・増進の取り組み」にまで、興味・関心を持つ親は稀であると考えられる。

（２）経営等への効果検証

（a）健康経営に関するアンケートの実施

①大企業向けアンケートの実施

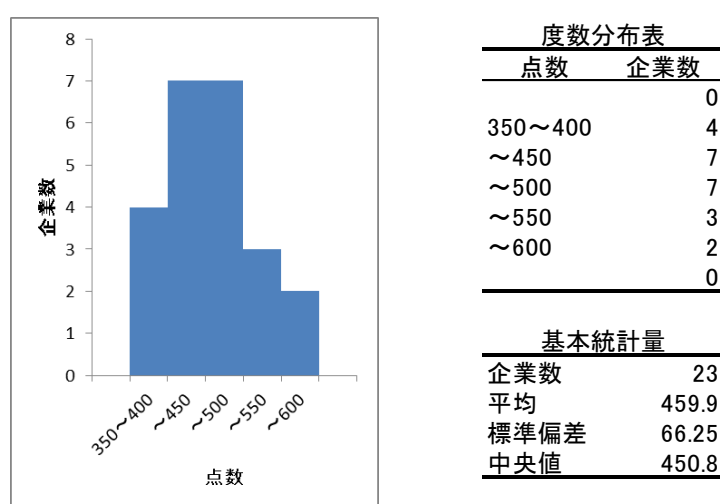
大企業については、同時期に開始していた「健康経営度調査」の内容と同じ項目に、本研究に必要な設問を一部追加したアンケートを行った。「健康経営度調査」にすでに回答していた 3 企業に加え、20 企業がアンケートを実施して本研究に協力した。

合計 23 企業分のアンケートをアンケート分析対象とした。

②大企業向けアンケートの結果概要

23 企業のアンケート点数の平均は 459.9、最低点 363.9、最高点 595.4 となった。

図表 3-74 回答大企業の点数分布



③中小企業向けアンケートの実施

中小企業については、事業所ごとにアンケートを実施し 805 事業所からアンケート回答が得られた。集計にあたっては、企業単位でまとめる等の調整を行った。

- 調査期間：平成 28 年 10 月
- 回答会社数：886 事業所／配布数 1764 社（回収率 50.2%）

図表 3-75 事業所の企業ごとまとめ

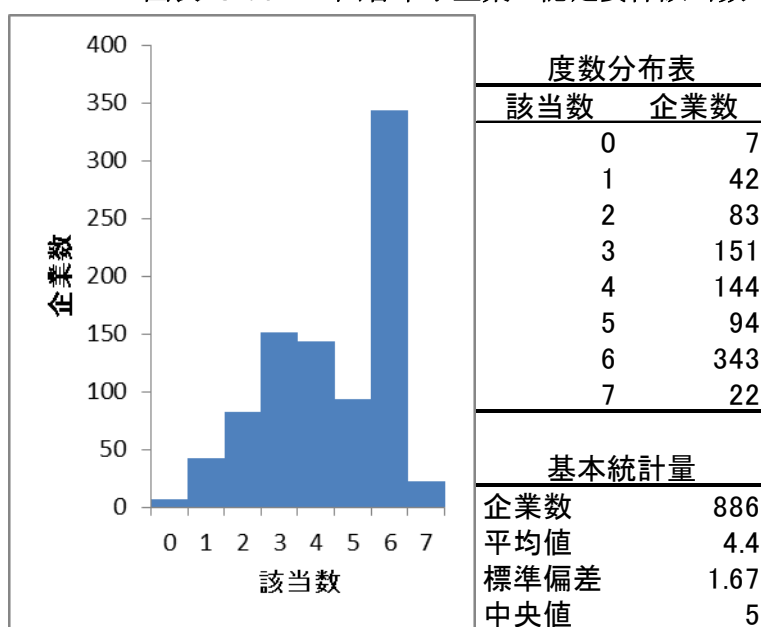
大企業とそこに属する回答事業所		中小企業とそこに属する回答事業所	
全企業数	84	全企業数	1147
複数事業所あり企業数	6	複数事業所あり企業数	19
複数回答あり企業数	3	複数回答あり企業数	12

	調査対象		回答あり	分析対象
10人未満	82	単独	61	31
		複数	21	10
小(10人以上50人未満)	796	単独	750	380
		複数	46	28
中(50人以上300人未満)	333	単独	295	180
		複数	38	16
大(300人以上)	128	単独	84	23
		複数	44	11
全体	1339		679	583

④中小企業向けアンケートの結果概要

中小企業では健康経営優良法人認定要件に係る 7 つの大項目を何項目満たしたかによって分布を確認した。6 項目を満たす企業数が最も多く、平均では 4.4 項目を満たす結果となった。

図表 3-76 回答中小企業の認定要件該当数



⑤企業規模別の健康経営度調査の回答比較

企業規模別に健康経営度調査へ回答状況を明らかにすることを目的とし、中小企業のうち、

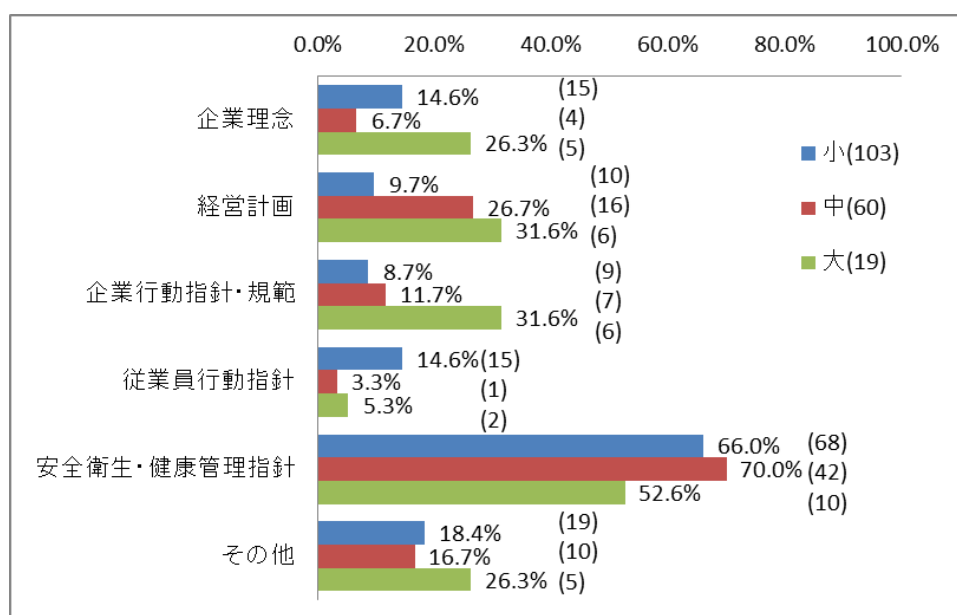
被保険者数が 50 人未満の企業を小企業、50 人以上の企業を中企業として大・中・小の 3 区分に分類したうえで設問ごとの比較を行った。健康経営度調査は大企業版と中小企業版で内容が異なるため、比較可能な設問項目のみを対象とした。設問ごとの回答状況を以下に示す。

図表 3-77 従業員の健康保持・増進に対する全社方針の明文化（中小 Q1,大企業 Q6）

	n	している	していない	無回答
小	380	103	272	5
中	180	60	116	4
大	23	19	4	0
合計	583	182	392	9

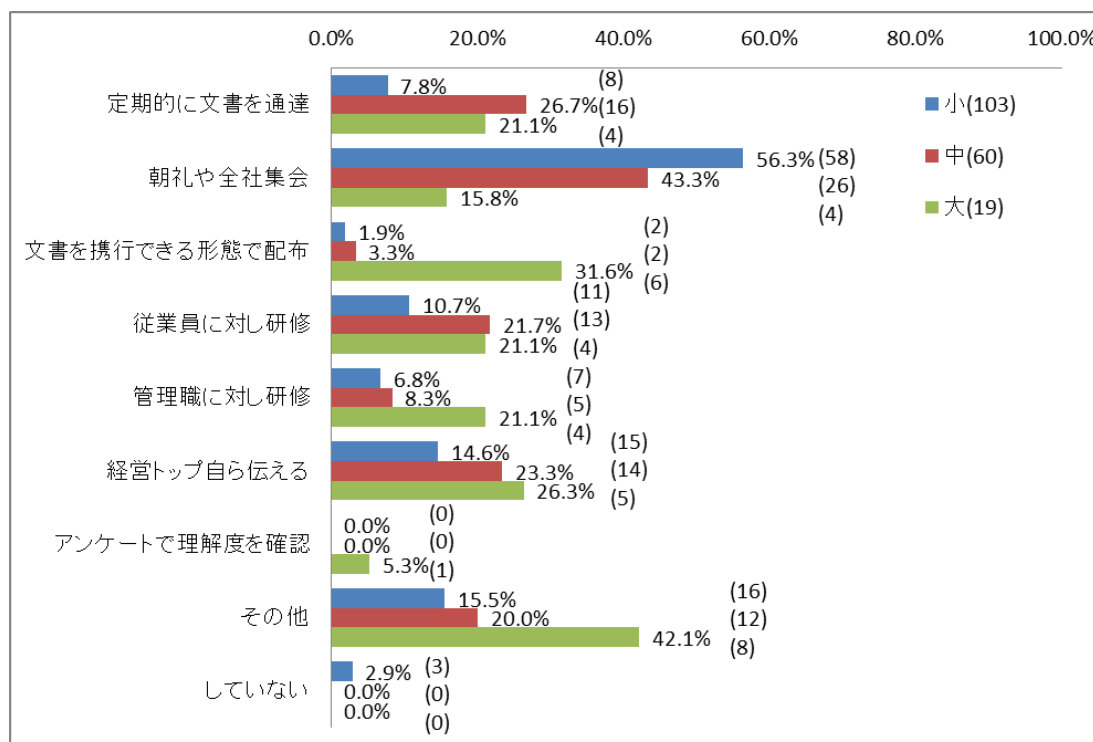
図表 3-78 何において明文化しているか（中小 Q1,大企業 Q6-SQ1）

※複数回答、中小 Q1・大企業 Q6 で「している」と回答したものの割合



図表 3-79 どのように社内に周知しているか（中小 Q1,大企業 Q6-SQ3）

※複数回答、中小 Q1・大企業 Q6 で「している」と回答したものの割合



図表 3-80 健康保持・増進に関して成果等の社外への公開（中小 Q2,大企業 Q7）

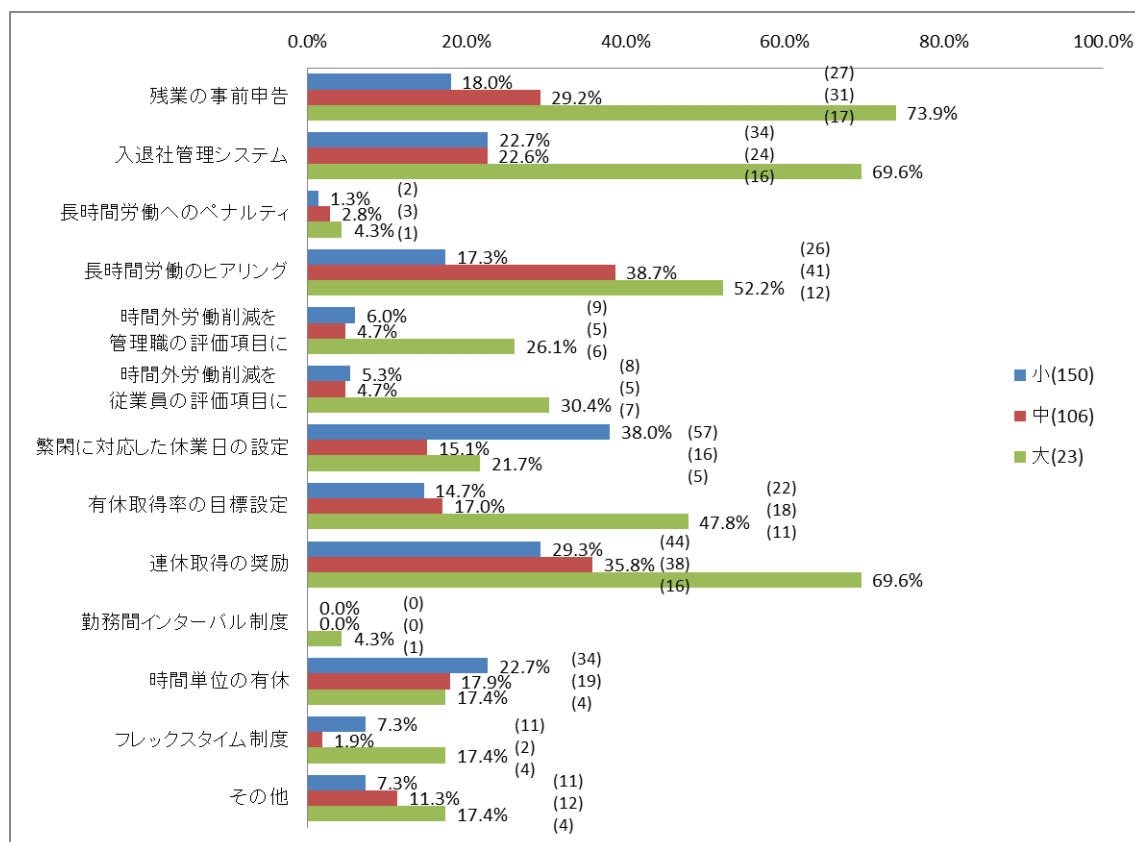
	n	している	していない	無回答
小	380	14	357	9
中	180	9	170	1
大	23	10	12	1
合計	583	33	539	11

上記から企業規模が大きくなるほど、従業員の健康保持・増進に対する全社方針を明文化している企業の割合が大きいことが分かった。規模が小さい企業では、明文化している全社方針を朝礼や全社集会で社内に周知することが可能だが、大企業では全従業員が集まる機会が少ないため、文書で配布したり研修を実施したりと多様な方法が用いられている。

従業員の健康保持・増進の体制や取組内容、成果等を社外に公開している企業は規模にかかわらず少なく、大企業でも半数以上は社外に公開していない。

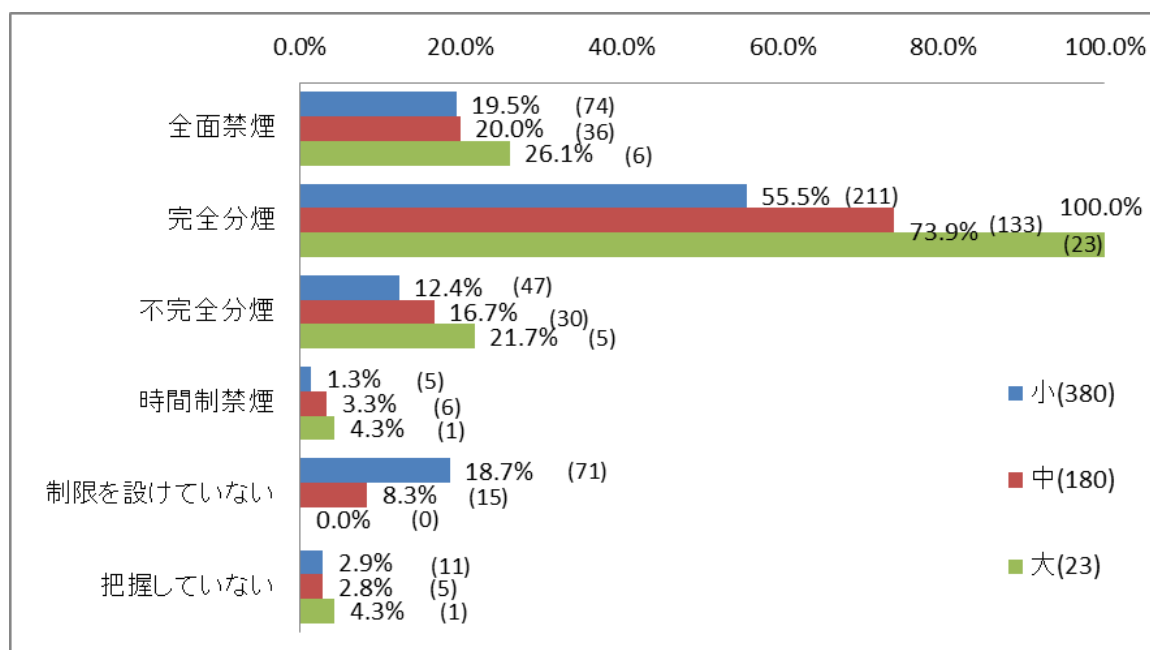
図表 3-81 労働時間適正化への取り組み（中小 Q10-SQ1,大企業 Q31）

※複数回答、中小は Q10 で取り組みをしていると回答したものの割合



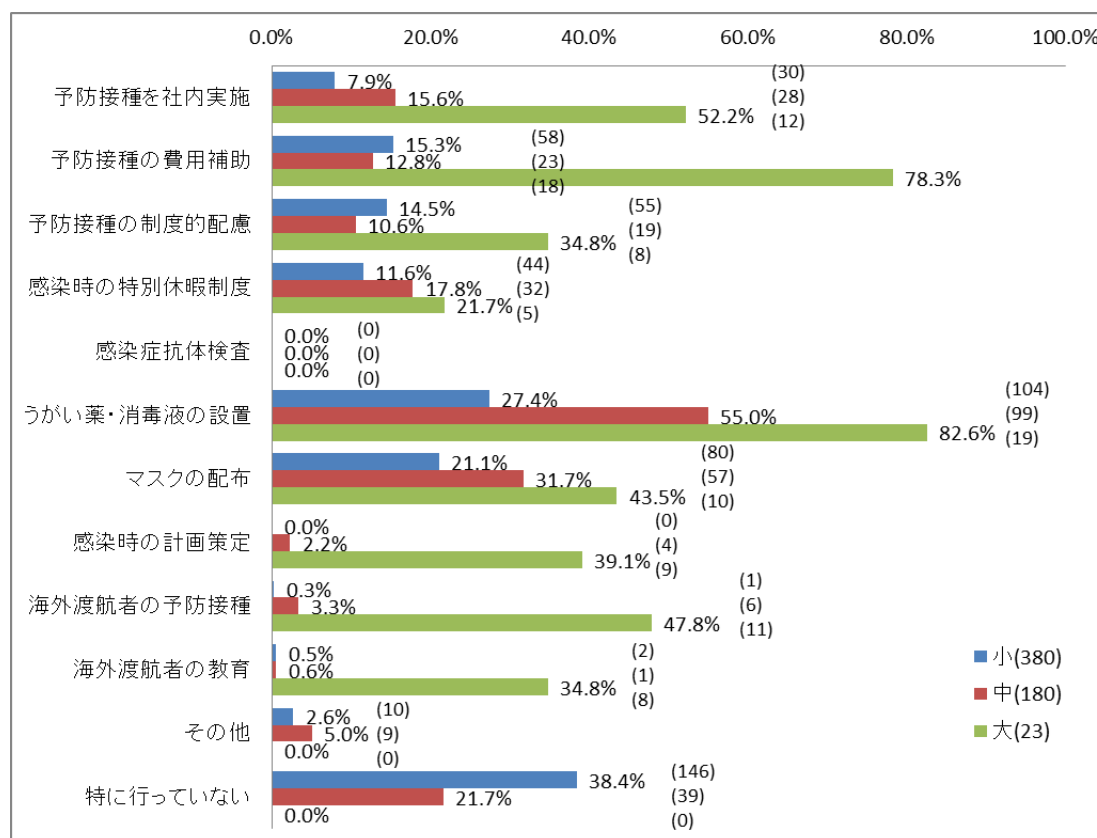
図表 3-82 国内事業所の禁煙の状況（中小 Q15,大企業 Q29）

※複数回答



図表 3-83 感染症予防の取り組み（中小 Q16,大企業 Q27）

※複数回答

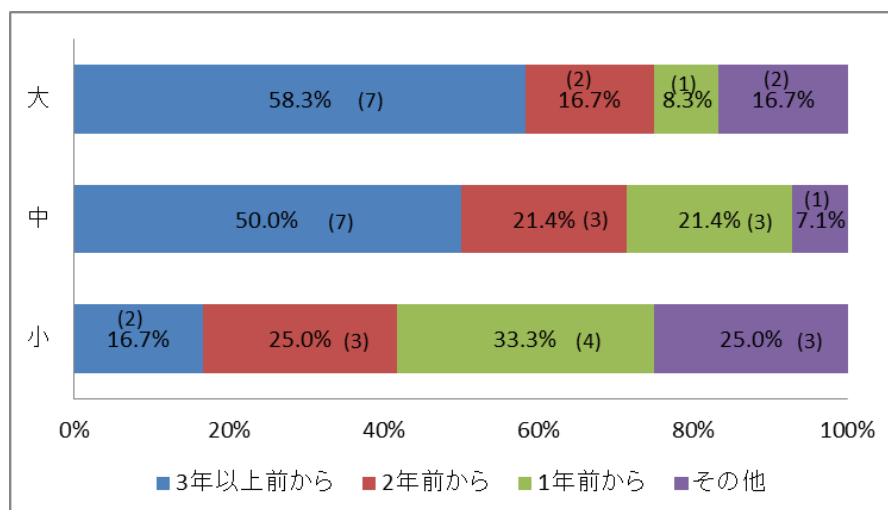


図表 3-84 健康経営の取り組みの開始（中小 Q23,大企業 Q53）

	n	聞いたことがない	知っているが取り組んでいない	取り組んでいる
小	380	215	144	10
中	180	85	78	11
合計	560	300	222	21

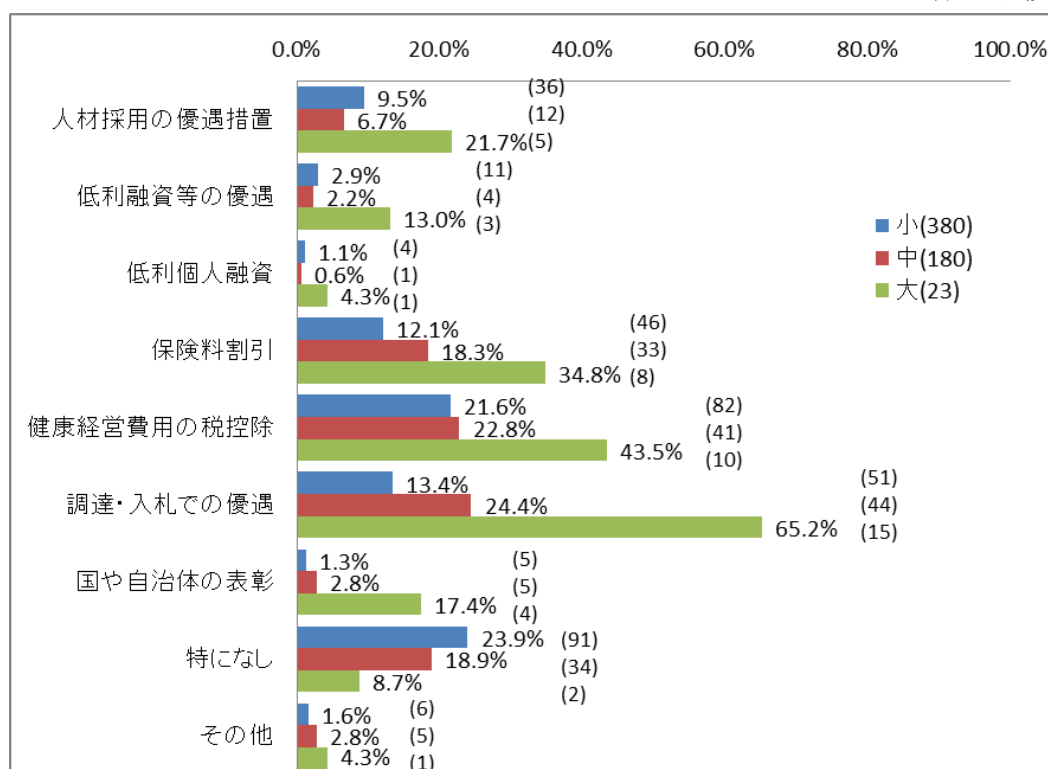
	n	取り組んでいる	取り組んでいない
大	23	12	11
合計	23	12	11

図表 3-85 健康経営の取り組み開始時期（中小 Q23-SQ1,大企業 Q53-SQ1）



図表 3-86 健康経営に取り組むうえで必要なインセンティブ（中小 Q24,大企業 Q54）

※大企業のみ複数回答



図表 3-87 医療・健康情報各リスク項目の企業規模ごとの分布

		小		中		大	
		回答なし	回答あり	回答なし	回答あり	回答なし	回答あり
肥満リスク者率	度数	356	372	115	180	61	23
	平均値	38.37%	39.08%	38.66%	38.50%	38.02%	37.08%
	標準偏差	17.7239%	16.9664%	8.5281%	8.3442%	5.2048%	4.1507%
血圧リスク者率	度数	370	380	115	180	61	23
	平均値	36.53%	38.05%	32.81%	35.39%	31.61%	31.78%
	標準偏差	17.3732%	16.6099%	13.0337%	10.9227%	7.2516%	5.0162%
脂質異常症リスク者率	度数	370	380	115	180	61	23
	平均値	42.55%	45.48%	40.78%	43.37%	42.69%	44.43%
	標準偏差	18.3882%	16.8463%	12.6061%	11.4618%	7.9231%	4.6611%
空腹時血糖値リスク者率	度数	306	314	112	167	61	23
	平均値	11.39%	10.68%	12.07%	10.62%	9.27%	9.32%
	標準偏差	17.2782%	14.7055%	12.9532%	7.3601%	3.1844%	2.2872%
喫煙リスク者率	度数	356	372	115	180	61	23
	平均値	46.12%	43.57%	43.07%	43.40%	37.42%	32.94%
	標準偏差	18.9295%	18.3120%	13.4391%	11.9826%	7.7026%	5.6156%
運動リスク者率	度数	318	341	110	176	61	23
	平均値	77.77%	77.83%	76.53%	78.11%	77.74%	77.77%
	標準偏差	19.4330%	19.0922%	15.9876%	9.7041%	4.8249%	2.9173%
多量飲酒リスク者率	度数	318	340	113	177	61	23
	平均値	20.13%	18.23%	19.93%	18.28%	16.60%	15.16%
	標準偏差	17.9628%	16.9946%	12.9478%	11.4745%	4.0694%	2.8367%
睡眠習慣リスク者率	度数	309	331	110	175	61	23
	平均値	34.73%	33.04%	39.03%	37.13%	42.90%	45.10%
	標準偏差	25.6172%	25.6073%	19.7500%	19.5225%	11.4721%	10.0433%
問診時既往歴あり者率	度数	306	333	110	175	61	23
	平均値	5.15%	4.48%	5.24%	4.34%	4.65%	4.52%
	標準偏差	9.5624%	8.3114%	9.7490%	4.2259%	1.6894%	1.3566%

(b) 経営度調査と医療・健康情報の関連性の調査研究

①分析対象

本研究では健康経営度に加えて、企業規模による違いの検討も行っている。

医療・健康情報の集計においては、個人情報保護の観点から 10 名以下の事業所については集計分析としない方針とした。したがって、突合分析においては、10 名以下の事業所を除いた企業を分析対象とした。

図表 3-88 健康経営度調査の企業規模別回答状況

	調査対象	回答あり	回答率
小	750	380	50.7%
中	295	180	61.0%
大	84	23	27.4%
全体	1129	583	51.6%

	調査対象	回答あり	回答率
10人未満	61	31	50.8%
小(10人以上50人未満)	750	380	50.7%
中(50人以上300人未満)	295	180	61.0%
大	84	23	27.4%
全体	1190	614	51.6%

	調査対象	回答あり	回答率
10人未満	82	31	37.8%
小(10人以上50人未満)	796	380	47.7%
中(50人以上300人未満)	333	180	54.1%
大	128	23	18.0%
全体	1339	614	45.9%

②大企業の分析

健康経営度調査が健康経営の実施状況を正確に測定できているかどうかを健康経営への取り組み状況から2群に分けて検討した。大企業では健康経営度調査項目をもとに中央値で高スコア群と低スコア群の2群に分けた。大企業の基礎集計を下表に示す。

図表 3-89 分析対象とした大企業の基礎集計

	企業数	平均従業員数	総対象者数	平均対象者数	年齢平均①	年齢平均②	平均人数 (男性)	平均人数 (女性)	男性比率
低スコア (中央値未満)	11	1,047.00	11,477	1,043.36	46.75	46.70	947.64	95.73	90.8%
高スコア (中央値以上)	12	3,843.83	44,946	3,745.50	44.78	44.73	3,210.67	534.83	85.7%
アンケート未回答	61	1,036.28	60,993	999.89	45.54	45.69	863.15	136.74	86.3%

年齢平均①・・・平均年齢の平均

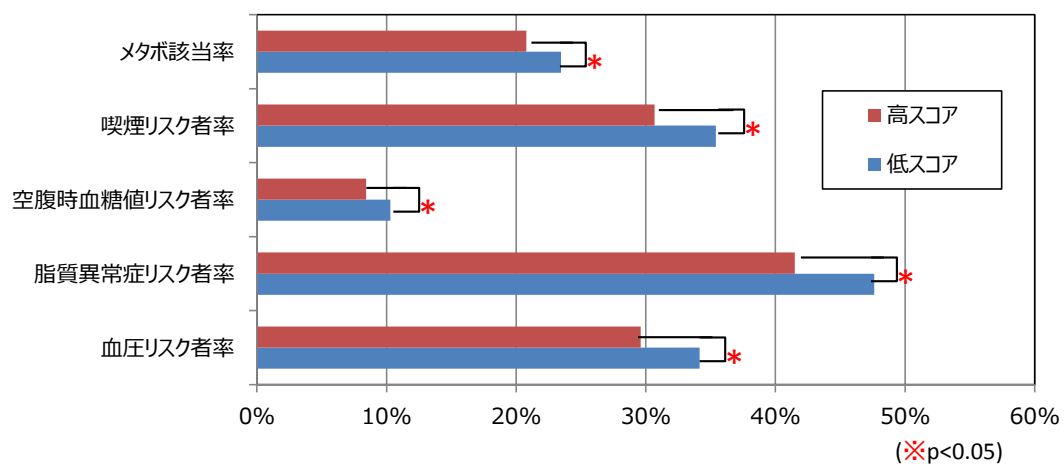
年齢平均②・・・(平均年齢×対象者数)/平均対象者数

平均従業員数・被保険者数(大企業のみ)の平均

ここで比較する健康アウトカム指標は医療費、健診受診率、健康リスク項目、メタボリックシンドローム該当率、メタボリックシンドローム予備軍率の5つの大項目である。

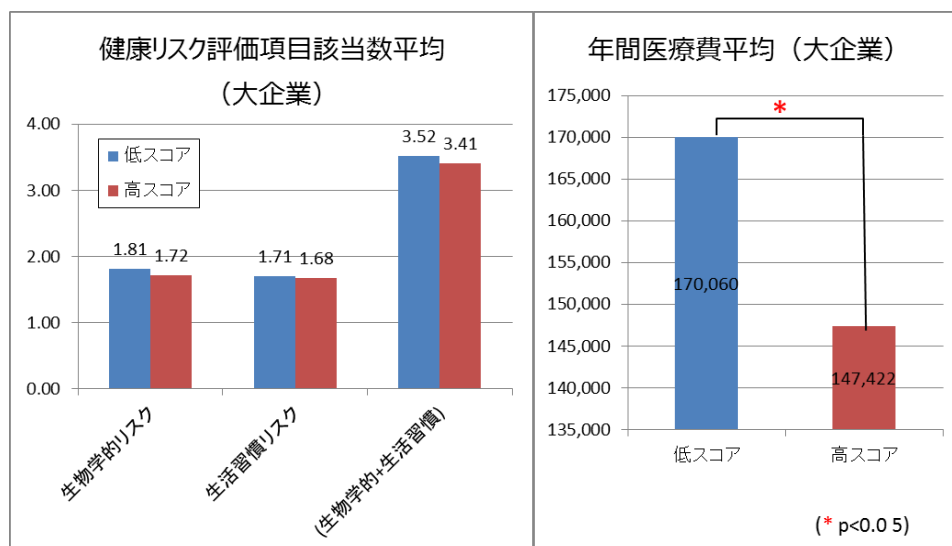
大企業を健康経営度の高スコア群、低スコア群に分けて医療費を除く各アウトカム指標の2015年の平均値を比較したところ、高スコア群の方が健康リスクの該当割合については低い傾向があることが分かった。特に血圧リスク、脂質異常症リスク、喫煙リスクの各項目のリスク者割合や、メタボリックシンドロームの該当割合は高スコア群のほうが有意に低い値となった。

図表 3-90 大企業の健康経営スコア別リスク者割合 (2015年値)



さらに、健康リスク評価項目の該当数の平均値を健康経営スコア別に見ると、有意差はないものの高スコア群の方が該当数の平均は少なかった。年間医療費の違いを比較すると、高スコア群では年間医療費の平均値は低スコア群よりも有意に低い結果となった。

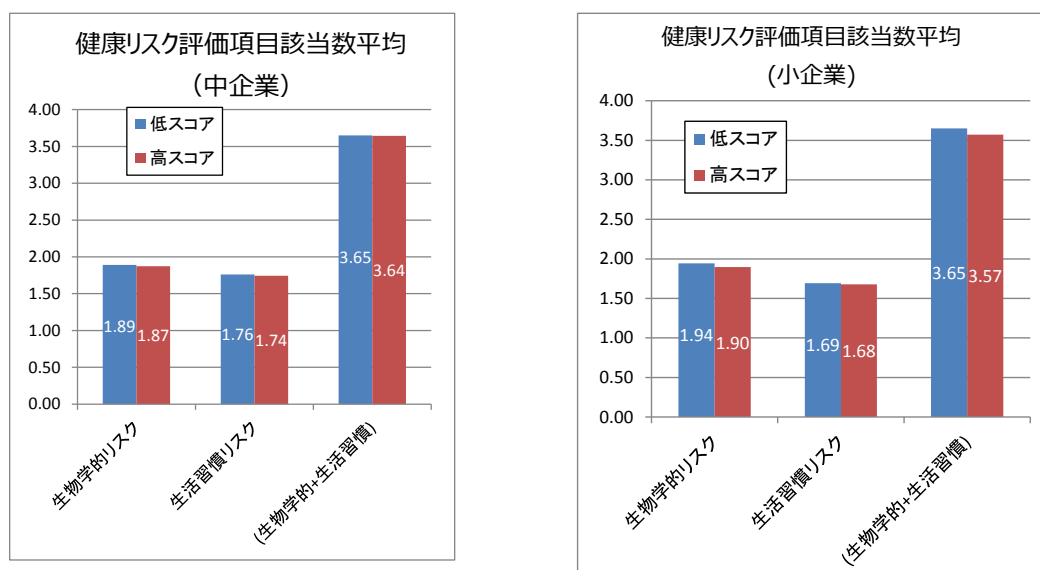
図表 3-91 大企業の健康経営スコア別健康リスク該当割合（2015 年値）



③中小企業の分析

中小企業の分類に関しては健康経営度調査のうち、「制度施策実行」に係る設問 5 から設問 18 までの 14 の質問項目の該当数の違いによって高スコア群、低スコア群の 2 群に分けた。小企業では該当数の中央値が 6 であり、企業数の偏りも考慮し該当数 7 以上の 179 社を高スコア群、該当数 6 以下の 201 社を低スコア群とした。中企業では該当数の中央値が 9 であったことから、該当数 9 以上の 100 社を高スコア群、該当数 9 未満の 80 社を低スコア群としてアウトカム指標の比較を行った。健康リスク評価項目の該当数の平均値を健康経営スコア別に見ると、有意差はないものの高スコア群の方が該当数の平均は少なかった。

図表 3-92 中小企業の健康リスク該当割合



④健康経営度調査項目とアウトカム指標の関連性の検討

健康経営度調査の各質問項目がアウトカム指標との関連性を明らかにするために、大企業健康経営度評価の4つの評価項目（経営理念・方針、組織体制、制度・施策実行、評価・改善）の偏差値と、各アウトカム指標との相関分析を行った。

図表 3-93 健康経営度調査項目とアウトカム指標との相関（2015 年値）

	経営理念・方針	組織体制	制度・施策実行	評価・改善
年間医療費平均	-.431*			
血圧リスク者率	-.441*	-.491*		
脂質異常症リスク者率	-.423*	-.458*	-.450*	-.483*
健診空腹時血糖値リスク者率			-.415*	
喫煙リスク者率	-.558**	-.648**	-.665**	-.557**

図表は相関分析の結果、有意となった相関係数をまとめたものである。いずれの評価項目も医療費やリスク率といった指標に対して負の相関があるため、健康経営への取り組みが医療費やリスクを軽減することが示唆される。特に、脂質異常症リスク者率と喫煙リスク者率に関してはすべての評価項目と中程度の負の相関関係にあり、健康経営との取り組みと関連があることがわかる。

⑤企業規模別の健康経営度調査の回答企業と無回答企業の比較検討

健康経営の取り組みを進めている企業が健康経営度調査に回答するのではないかという仮説のもと、健康経営度調査の回答企業と無回答企業の健康リスクに関するアウトカム指標を大・中・小の企業規模別に比較した。ここで比較する健康アウトカム指標は医療費、健診受診率の2項目である。

1) 医療費の比較

年間医療費の2015年の平均値を比較すると、小、中、大と規模が大きくなると医療費平均は低くなるが、いずれの企業規模でも健康経営度調査回答企業の方が無回答企業よりも低い値であった。2013年から2015年にかけての変化量を比較すると全体的に医療費は増加しているが、企業別に見たときに回答企業は無回答企業に比べて増加額が少ないことがわかる。

図表 3-94 年間医療費平均の比較（2015 年値）

		小		中		大	
		回答なし	回答あり	回答なし	回答あり	回答なし	回答あり
年間医療費平均	度数	370	380	115	180	61	23
	平均値	190629.08	188651.87	176327.76	167675.51	163880.23	158248.56
	標準偏差	144160.0996	130018.9115	85010.9781	65387.6154	29510.7608	20471.5976

図表 3-95 年間医療費平均の比較（変化量）

		小		中		大	
		回答なし	回答あり	回答なし	回答あり	回答なし	回答あり
年間医療費平均	度数	348	345	114	180	61	23
	平均値	38903.40	32826.53	43343.39	30805.05	28916.73	26138.44
	標準偏差	140141.7026	132858.7538	81419.7628	64607.5543	24093.1755	14848.9927

2) 健診受診率の比較

2015年の健康診断受診率では、一般定期健康診断、特定健康診査いずれにおいても調査回

答企業の方が無回答企業よりも受診率が高かった。

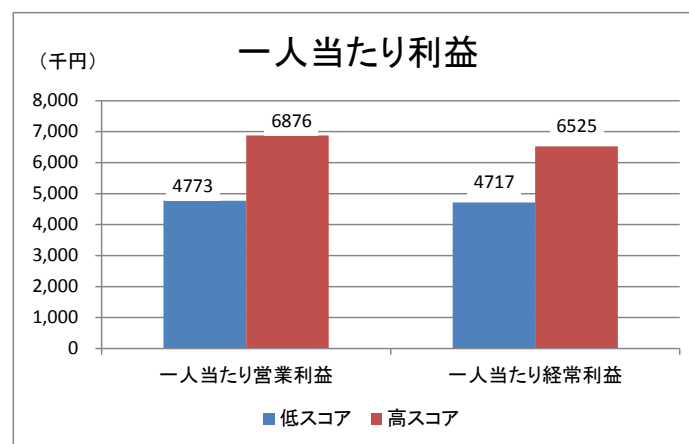
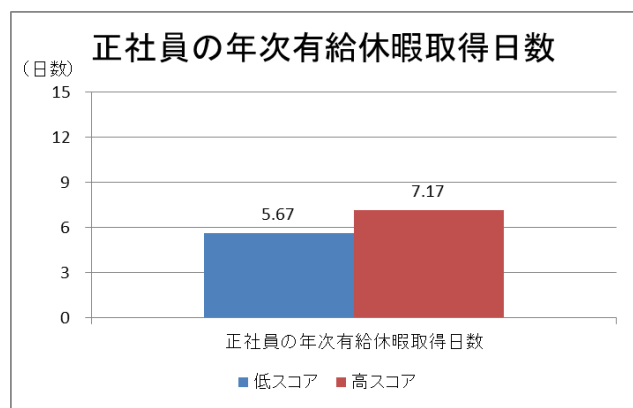
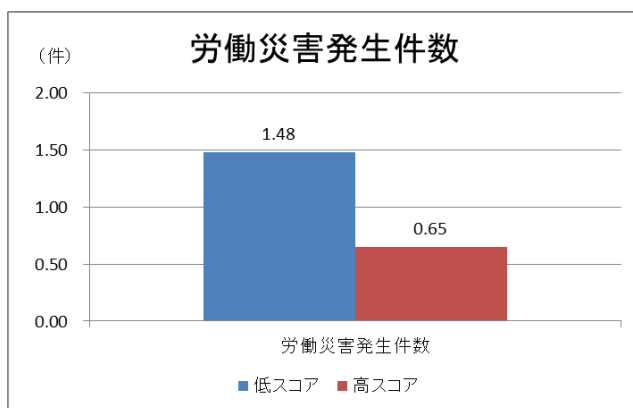
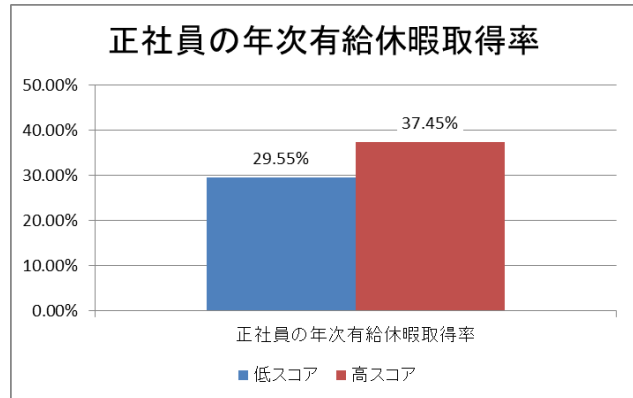
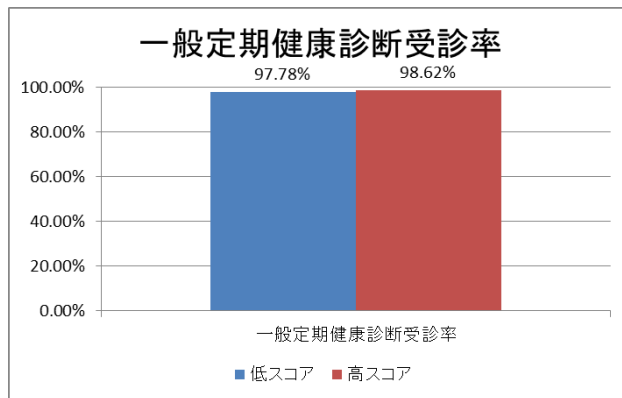
図表 3-96 健診受診率の比較（2015 年値）

		小		中		大	
		回答なし	回答あり	回答なし	回答あり	回答なし	回答あり
健診受診率	度数	370	380	115	180	61	23
	平均値	60.88%	64.76%	58.11%	62.52%	61.69%	64.99%
	標準偏差	23.0353%	20.0700%	17.3142%	14.8028%	10.9985%	5.9133%
特定健診受診率	度数	370	380	115	180	61	23
	平均値	79.91%	84.70%	82.58%	87.48%	88.07%	90.81%
	標準偏差	26.3417%	21.9330%	21.6169%	15.5785%	12.1838%	5.5249%

⑥健康経営への取り組みと組織パフォーマンスの関連性の検討

健康経営を推進することが組織パフォーマンスに関連性があるかどうかを大企業について比較した。大企業での高スコアと低スコアを比較すると、低スコア群と比較して高スコア群は一人当たりの営業利益、経常利益がいずれも高い結果となった。また、高スコア群は有給休暇の取得率や取得日数の平均値も大きかった。

図表 3-97 大企業の健康経営スコア別組織パフォーマンス（2015 年値）

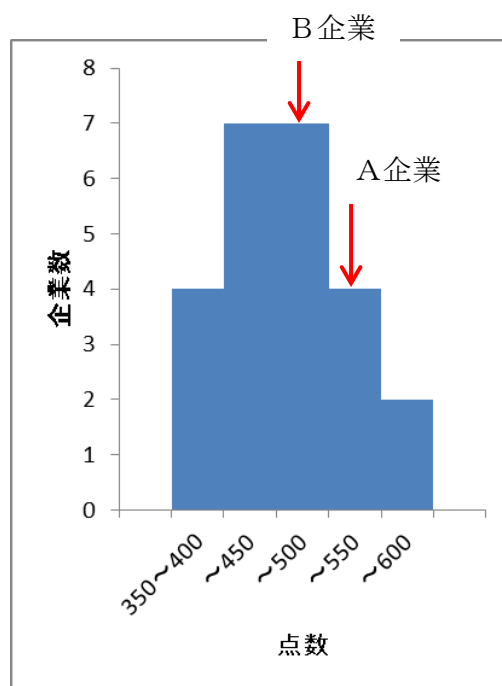


（c）新しいアウトカム指標の検討

①新しいアウトカム指標の分析対象

大企業のうち 2 企業について、プレゼンティーズムを始めとするいくつかの指標について収集し、分析を行った。2 企業の調査票点数分布における位置付けは下図のとおり。

図表 3-98 大企業の調査票点数分布と2企業の位置づけ



1) 属性

従業員数は大きく違うが、平均年齢はほぼ同じ2企業が対象となった。

図表 3-99 企業属性

	従業員数	男性比率	平均年齢	特定健診受診率
A企業	10,542	86.33%	44.2	94.03%
B企業	1,001	84.32%	43.8	87.08%

2) 健康関連コストの推計

2企業のコスト推計では、これまでの東京大学の研究で表現されている労災関連コストを除いている。労災関連コストについては、事業ごとに労災保険料設定のルールの影響が大きいためである。

図表 3-100 2企業の健康関連コスト

【A企業】

(N=10388)	平均(円)	標準偏差	全体コスト(円)	割合(%)
医療費	144,755	490,185	1,503,713,620	12.3%
傷病手当金支給額	6,047	161,413	62,813,051	0.5%
アブゼンティーイズム(アンケート)	9,231	44,189	95,888,054	0.8%
(1項目版)プレゼンティーイズム	1,020,721	671,083	10,603,247,631	86.4%
計	1,180,754	0	12,265,662,356	100.0%

【B企業】

(N=939)	平均(円)	標準偏差	全体コスト(円)	割合(%)
医療費	120,152	263,121	112,823,180	9.4%
傷病手当金支給額	2,501	64,585	2,348,771	0.2%
アブゼンティーイズム(アンケート)	73,889	245,107	69,381,932	5.8%
(1項目版)プレゼンティーイズム	1,078,806	987,094	1,012,998,403	84.6%
計	1,275,348	0	1,197,552,286	100.0%

3) 健康コスト関連項目

健康コストに関連する項目の値を見ると、プレゼンティーイズムの平均値はA企業とB企業で5ポイント差があることがわかる。A企業の方がプレゼンティーイズム平均値が高く、損失割合が少ない。健康コストに換算すると、プレゼンティーイズム損失による損失額は両社ともほぼ変わらない値であり、これは、コスト換算のために用いた給与の水準が関連していると思われる。

図表 3-101 2企業の健康コスト関連分布

【A企業】

○コスト関連項目の分布

	N数 n	1項目版プレゼンティーイズム		アブゼンティーイズム(アンケート)(日)		病休日数(欠勤・休職)(日)		医療費(円)	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
合計	10388	85.21	14.82	0.55	2.52	1.58	17.04	144,755	490,185
性別									
男性	8957	85.86	14.38	0.49	2.39	1.03	13.72	146,496	512,350
女性	1431	81.86	16.54	0.98	3.17	5.07	30.28	133,857	318,035
年齢階層									
20-24歳	293	80.36	14.18	0.70	2.92	1.20	8.54	54,729	99,634
25-29歳	1235	80.46	15.29	0.57	2.00	2.28	19.66	60,495	134,628
30-34歳	1142	83.50	14.96	0.70	2.55	2.34	19.73	92,631	400,912
35-39歳	858	84.67	14.30	0.65	2.81	2.53	20.92	114,795	452,109
40-44歳	1286	86.12	14.59	0.56	2.59	1.51	17.61	109,300	308,550
45-49歳	1907	86.16	14.93	0.49	2.50	1.50	17.08	151,396	605,102
50-54歳	1575	87.11	14.75	0.53	2.55	1.29	17.45	163,391	557,442
55-59歳	1361	87.70	13.80	0.44	2.37	1.07	13.73	228,755	599,155
60-64歳	621	87.69	13.14	0.59	2.97	0.25	3.27	296,926	653,397
65-69歳	100	83.57	17.89	0.30	1.25	0.04	0.40	257,343	267,911

○1項目版プレゼンティーイズム損失割合の分布

		有効数															
	損失割合	0	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100	合計	欠損値	合計	
全体	度数	1081	0	695	835	366	138	90	17	22	6	5	0	3255	7133	10388	
	有効パーセン	33.21%	.%	21.35%	25.65%	11.24%	4.24%	2.76%	.52%	.68%	.18%	.15%	.%	100.0%			
	パーセント	10.41%	.%	6.69%	8.04%	3.52%	1.33%	.87%	.16%	.21%	.06%	.05%	.%	31.33%	68.67%	100.0%	
性別																	
	男性	度数	956	0	569	686	319	101	66	8	15	6	3	0	2729	6228	8957
		有効パーセン	35.03%	.%	20.85%	25.14%	11.69%	3.7%	2.42%	.29%	.55%	.22%	.11%	.%	100.0%		
	女性	度数	125	0	126	149	47	37	24	9	7	0	2	0	526	905	1431
		有効パーセン	23.76%	.%	23.95%	28.33%	8.94%	7.03%	4.56%	1.71%	1.33%	.%	.38%	.%	100.0%		

【B 企業】

○コスト関連項目の分布

	N数 n	1項目版プレゼンティーズム		プレゼンティーズム(アンケート) (日)		病休日数(欠勤・休職) (日)		医療費 (円)	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
合計	939	80.95	15.69	4.63	14.92	0.21	3.42	120,152	263,121
性別									
男性	797	81.31	15.89	4.53	15.59	0.22	3.64	113,068	193,474
女性	142	78.97	14.45	5.19	10.45	0.15	1.76	159,914	497,366
年齢階層									
20歳未満	0	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN
20-24歳	29	77.41	13.20	3.02	2.48	0.00	0.00	33,636	36,986
25-29歳	141	75.74	15.83	3.37	2.57	0.00	0.00	62,832	142,179
30-34歳	82	82.35	14.77	3.74	3.06	0.00	0.00	57,350	65,638
35-39歳	104	78.36	18.50	5.07	11.81	0.20	2.06	90,479	158,810
40-44歳	167	82.42	15.93	4.45	11.08	0.43	5.49	85,789	227,295
45-49歳	142	83.48	13.94	7.50	33.58	0.75	6.22	107,528	219,634
50-54歳	62	83.08	11.72	5.90	12.69	0.00	0.00	169,930	220,929
55-59歳	85	85.14	17.36	3.86	3.10	0.00	0.00	215,571	591,481
60-64歳	83	79.70	14.51	3.59	2.60	0.00	0.00	235,217	260,056
65-69歳	36	81.25	15.83	3.39	1.97	0.00	0.00	253,751	183,451
70-74歳	6	82.50	4.18	4.15	3.52	0.00	0.00	293,058	305,834

○1 項目版プレゼンティーズム損失割合の分布

	損失割合	有効数													合計	欠損値	合計
	0	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100					
全体	度数	175	41	198	263	131	67	37	6	3	8	2	0	931	8	939	
	有効パーセン	18.8%	4.4%	21.27%	28.25%	14.07%	7.2%	3.97%	.64%	.32%	.86%	.21%	.%	100.0%			
	パーセント	18.64%	4.37%	21.09%	28.01%	13.95%	7.14%	3.94%	.64%	.32%	.85%	.21%	.%	99.15%	.85%	100.0%	
性別																	
男性	度数	159	35	170	215	108	54	31	5	3	8	1	0	789	8	797	
	有効パーセン	20.15%	4.44%	21.55%	27.25%	13.69%	6.84%	3.93%	.63%	.38%	1.01%	.13%	.%	100.0%			
女性	度数	16	6	28	48	23	13	6	1	0	0	1	0	142	0	142	
	有効パーセン	11.27%	4.23%	19.72%	33.8%	16.2%	9.15%	4.23%	.7%	.%	.%	.7%	.%	100.0%			

4) 健康リスク評価項目

健康リスク評価項目と健康コストの関連については、両企業ともに生物学的リスクが医療費に関連があり、心理学的リスクがプレゼンティーズムと関連があることがわかった。これは、東大で確認されている他の企業の傾向と同じである。

また、健康リスクの数はすべての健康コストおよび健康コスト関連指標と関連が見られ、健康リスクを少なくすることは企業の支払うコストに影響があると考えられる。

図表 3-102 2企業の健康リスク評価項目

【A企業】

○メイン項目該当割合

健康リスク評価項目		リスク基準	n	全職員(n=10388)			
				リスクあり 度数	リスクなし 度数	リスクあり 割合%	リスクなし 割合%
生物学的（Biological）リスク							
	血圧	血圧を下げる薬服薬（1=はい）または収縮期血圧130以上または拡張期血圧85以上	8534	3062	5472	35.9%	64.1%
	血中脂質	コレステロールを下げる薬服薬（1=はい）または、中性脂肪(トリグリセリド) 150以上またはHDLコレステロール40未満	8533	2427	6106	28.4%	71.6%
	肥満	BMIが25.0以上または腹囲が男性≥85、女性≥90	8534	3899	4635	45.7%	54.3%
	血糖値	インスリン注射または血糖を下げる薬服薬（1=はい）または、空腹時血糖110以上またはHbA1c(NGSP値)6.0以上	8524	1501	7023	17.6%	82.4%
	既往歴	脳卒中、心臓病、慢性の腎不全、貧血のいずれかに該当	6135	566	5569	9.2%	90.8%
生活習慣（Lifestyle）リスク							
	喫煙習慣	現在喫煙習慣あり（1=はい）	6504	1773	4731	27.3%	72.7%
	飲酒習慣	毎日アルコール摂取（1=毎日）かつ飲酒1日あたり44g程度以上（3=2～3合または4=3合以上）	5765	970	4795	16.8%	83.2%
	運動習慣：一回30分以上の軽く汗をかく運動週2日以上、1年以上	2=いいえ	6159	4802	1357	78.0%	22.0%
	睡眠で十分休養が取れている	2=いいえ	5829	1997	3832	34.3%	65.7%
心理的（Psychological）リスク							
	主観的健康観	あまりよくない/よくない	3262	199	3063	6.1%	93.9%
	生活満足度	やや不満足/不満足	8558	1096	7462	12.8%	87.2%
	仕事満足度	やや不満足/不満足	8558	1620	6938	18.9%	81.1%
	ストレス	カットオフ値	8558	840	7718	9.8%	90.2%

○メイン項目のコスト項目との偏相関分析

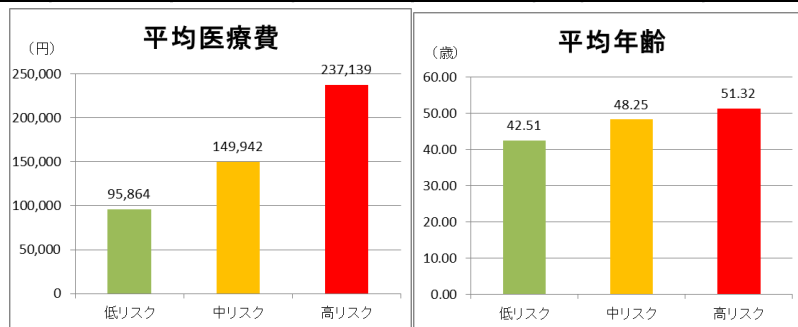
健康リスク評価項目	医療費		アブセンティイズム (アブセント)		病休日数 (欠勤+休職)		1項目版アブセンティイズム	
	偏相関		偏相関		偏相関		偏相関	
	r	p	r	p	r	p	r	p
生物学的 (Biological) リスク								
血圧	.071	.000	.008	.446	.021	.051	-.037	.056
血中脂質	.068	.000	.017	.123	.030	.005	-.003	.883
肥満	.025	.021	.006	.592	.001	.938	-.018	.360
血糖値	.089	.000	.009	.413	.015	.162	-.010	.609
既往歴	.131	.000	.023	.077	.063	.000	-.067	.004
生活習慣 (Lifestyle) リスク								
喫煙習慣	-.026	.036	.009	.476	.011	.382	.033	.138
飲酒習慣	-.004	.779	-.003	.797	.017	.195	-.076	.002
運動習慣：一回30分以上の軽く汗をかく運動週2日以上、1年以上	.037	.004	.018	.157	.019	.139	-.026	.255
睡眠で十分休養が取れている	.021	.107	.052	.000	-.004	.766	-.141	.000
心理的 (Psychological) リスク								
主観的健康観	.123	.000	.159	.000	.008	.640	-.281	.000
生活満足度	.018	.098	.021	.051	-.002	.881	-.168	.000
仕事満足度	.037	.001	.026	.015	-.017	.121	-.298	.000
ストレス	.062	.000	.034	.001	.001	.921	-.220	.000

○健康リスク該当数

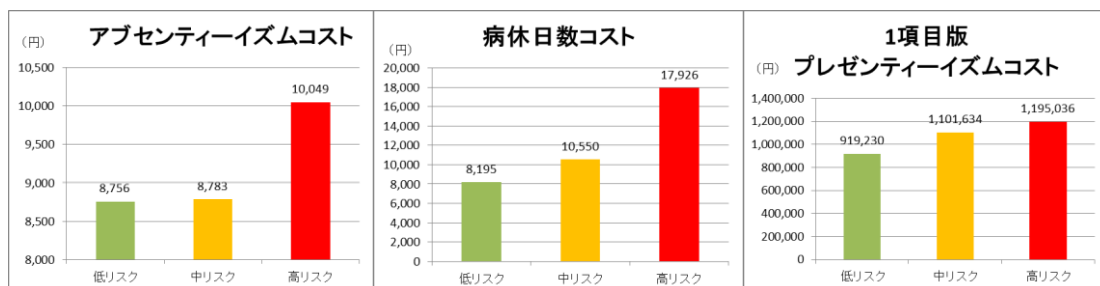
健康リスク数	n	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均
全体	回答数	1500	43	158	269	331	260	208	152	53	16	8	2	0	0	3.51
13	100%	2.9%	10.5%	17.9%	22.1%	17.3%	13.9%	10.1%	3.5%	1.1%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
12	3189	79	325	603	677	602	466	246	139	44	5	2	1	0		3.50
	100%	2.5%	10.2%	18.9%	21.2%	18.9%	14.6%	7.7%	4.4%	1.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%		
11	396	8	51	89	85	80	48	16	15	4	0	0	0	0		3.22
	100%	2.0%	12.9%	22.5%	21.5%	20.2%	12.1%	4.0%	3.8%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
10	162	6	14	29	44	36	15	13	5	0	0	0	0			3.31
	100%	3.7%	8.6%	17.9%	27.2%	22.2%	9.3%	8.0%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%				
9	958	41	112	190	216	184	128	64	21	2	0					3.20
	100%	4.3%	11.7%	19.8%	22.5%	19.2%	13.4%	6.7%	2.2%	0.2%	0.0%					
8	858	268	236	166	98	44	32	13	1	0						1.50
	100%	31.2%	27.5%	19.3%	11.4%	5.1%	3.7%	1.5%	0.1%	0.0%						
7	1071	414	325	209	88	23	8	4	0							1.09
	100%	38.7%	30.3%	19.5%	8.2%	2.1%	0.7%	0.4%	0.0%							
6	14	3	3	4	1	3	0	0								1.86
	100%	21.4%	21.4%	28.6%	7.1%	21.4%	0.0%									
5	73	34	15	12	8	2	2									1.11
	100%	46.6%	20.5%	16.4%	11.0%	2.7%	2.7%									
4	884	573	204	78	24	5										0.51
	100%	64.8%	23.1%	8.8%	2.7%	0.6%										
3	901	583	229	76	13											0.47
	100%	64.7%	25.4%	8.4%	1.4%											
2	1	1	0	0												0.00
	100%	100.0%	0.0%	0.0%												
1	36	34	2													0.06
	100%	94.4%	5.6%													

○健康リスクランク別（3段階）の健康コスト関連項目

リスク数	N	%	医療費, 平均(円)±標準偏差			平均年齢, 年齢(歳)±標準偏差		
低リスク	3763	46.2%	95,864	±	230,619	42.51	±	11.86
中リスク	2836	34.8%	149,942	±	480,429	48.25	±	9.60
高リスク	1549	19.0%	237,139	±	585,411	51.32	±	7.29
計	8148	100%	141,544	±	415,596	46.19	±	10.95



リスク数	アブゼンティーイズムコスト 平均 (円) ±標準偏差		病休日数コスト 平均 (円) ±標準偏差		1項目版プレゼンティーイズムコスト 平均 (円) ±標準偏差	
低リスク	8,756	± 37,173	8,195	± 148,206	919,230	± 672,357
中リスク	8,783	± 47,522	10,550	± 160,127	1,101,634	± 650,254
高リスク	10,049	± 52,902	17,926	± 268,071	1,195,036	± 710,193
計	9,011	± 44,226	10,864	± 180,921	1,035,151	± 681,414



○健康リスク分類別（生物学的、生活習慣、心理的）の健康コスト関連項目

生物学的健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-5)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版フレクティビティ損失割合		アブセンティズム（アンケート）		病休日数	
			平均 (円)	±標準偏差	年齢 (歳)	±標準偏差	平均 (%)	±標準偏差	平均 (日)	±標準偏差	平均 (日)	±標準偏差
0	2575	30.2%	89,567	± 251,714	40.50	± 11.64	15.16	± 14.83	0.51	± 2.10	0.55	± 9.31
1	2198	25.8%	114,483	± 423,035	45.96	± 10.20	14.83	± 15.37	0.55	± 2.67	0.83	± 11.57
2	1720	20.2%	145,170	± 297,135	49.38	± 9.09	14.33	± 14.81	0.54	± 2.68	0.61	± 10.93
3	1119	13.1%	207,807	± 580,250	51.25	± 7.99	14.04	± 14.71	0.39	± 1.91	0.85	± 14.03
4	474	5.6%	309,611	± 568,873	53.21	± 6.97	12.10	± 12.11	0.68	± 2.76	0.97	± 11.09
5	62	0.7%	678,169	± 1,430,653	56.68	± 6.10	16.11	± 15.77	1.33	± 4.59	2.60	± 14.58
計	8148	95%	141,544	± 415,596	46.19	± 10.95	14.60	± 14.84	0.53	± 2.44	0.72	± 11.16

生活習慣健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-4)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版フレクテイイズム損失割合		アブセンティイズム（アンケート）		病休日数	
			平均 (円)	± 標準偏差	年齢 (歳)	± 標準偏差	平均 (%)	± 標準偏差	平均 (日)	± 標準偏差	平均 (日)	± 標準偏差
0	871	13.4%	138,907	± 227,388	52.08	± 6.60	12.25	± 14.30	0.30	± 1.50	0.09	± 1.44
1	2579	39.7%	169,262	± 523,674	50.86	± 6.47	11.95	± 13.20	0.47	± 2.40	0.66	± 11.07
2	2208	33.9%	174,822	± 508,314	50.44	± 6.44	14.40	± 15.21	0.65	± 3.01	0.95	± 12.57
3	728	11.2%	130,510	± 191,434	50.26	± 6.34	16.10	± 16.84	0.53	± 2.29	1.19	± 16.91
4	89	1.4%	160,562	± 380,557	51.15	± 6.17	15.50	± 14.32	0.13	± 0.64	0.00	± 0.00
計	6475	100%	162,598	± 458,888	50.82	± 6.48	13.30	± 14.54	0.51	± 2.51	0.73	± 11.63

心理的健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-4)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版フレクテイイズム損失割合		アブセンティイズム（アンケート）		病休日数						
			平均 (円)	±標準偏差	年齢 (歳)	±標準偏差	平均 (%)	±標準偏差	平均 (日)	±標準偏差	平均 (日)	±標準偏差					
0	5044	57.4%	119,941	±	270,505	45.92	±	11.02	11.66	±	12.33	0.48	±	2.18	0.58	±	9.18
1	1470	16.7%	151,044	±	534,809	44.41	±	11.14	18.28	±	16.11	0.67	±	2.63	0.95	±	13.78
2	564	6.4%	170,248	±	500,353	43.68	±	11.18	25.74	±	17.55	0.86	±	3.37	0.50	±	4.90
3	137	1.6%	249,604	±	945,634	43.01	±	10.99	33.69	±	19.81	1.91	±	5.52	0.53	±	5.67
4	13	0.1%	116,022	±	95,997	41.69	±	10.56	43.64	±	19.12	10.19	±	12.66	3.08	±	11.09
計	7228	82%	132,643	±	382,225	45.37	±	11.09	14.60	±	15	0.59	±	2.58	0.65	±	10.01

○健康リスクありなし別の健康コスト項目

生物学的リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		血圧			血中脂質			肥満			血糖値			健康問題既往歴		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版フレクテイイズム損失割合 (%)	リスクあり	901	14.22	0.261	733	13.60	0.022	1166	14.19	0.133	452	13.43	0.040	167	16.29	0.005
	リスクなし	1746	14.90		1914	15.08		1480	15.06		2191	14.93		1690	12.99	
アブセンティイズム（アンケート）（日）	リスクあり	3062	0.52	0.901	2427	0.54	0.577	3899	0.50	0.508	1501	0.54	0.678	566	0.87	0.010
	リスクなし	5472	0.51		6106	0.51		4635	0.53		7023	0.51		5569	0.47	
病休日数（欠勤・休職）（日）	リスクあり	3062	0.79	0.973	2427	0.97	0.346	3899	0.53	0.054	1501	0.81	0.948	566	3.45	0.008
	リスクなし	5472	0.79		6106	0.72		4635	1.01		7023	0.79		5569	0.50	
医療費（円）	リスクあり	3062	194,275.69	0.000	2427	198,085.03	0.000	3899	158,968.70	0.000	1501	242,947.28	0.000	566	367,199.51	0.000
	リスクなし	5472	106,106.34		6106	113,765.92		4635	119,882.38		7023	115,389.30		5569	142,198.10	
1項目版フレクテイイズムコスト（円）	リスクあり	3062	1,101,315.02	0.000	2427	1,103,119.96	0.000	3899	1,094,557.48	0.000	1501	1,094,056.16	0.000	566	1,032,804.46	0.013
	リスクなし	5472	985,385.61		6106	996,821.83		4635	970,303.76		7023	1,013,204.62		5569	1,108,288.88	

生活習慣リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		喫煙			アルコール摂取			運動習慣			睡眠休養		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版フレクテイイズム損失割合 (%)	リスクあり	538	12.43	0.106	262	15.11	0.023	1477	13.64	0.060	601	16.34	0.000
	リスクなし	1455	13.62		1472	12.89		390	12.08		1149	11.50	
アブセンティイズム（アンケート）（日）	リスクあり	1773	0.50	0.913	970	0.41	0.299	4802	0.54	0.097	1997	0.70	0.000
	リスクなし	4731	0.51		4795	0.50		1357	0.41		3832	0.40	
病休日数（欠勤・休職）（日）	リスクあり	1773	0.79	0.809	970	0.90	0.599	4802	0.93	0.001	1997	0.90	0.668
	リスクなし	4731	0.71		4795	0.68		1357	0.20		3832	0.75	
医療費（円）	リスクあり	1773	139,461.22	0.012	970	165,688.19	0.679	4802	169,147.98	0.007	1997	166,061.33	0.380
	リスクなし	4731	171,321.64		4795	158,886.43		1357	141,043.28		3832	155,930.67	
1項目版フレクテイイズムコスト（円）	リスクあり	1773	1,093,050.13	0.606	970	1,232,693.75	0.000	4802	1,099,121.57	0.534	1997	1,147,652.07	0.000
	リスクなし	4731	1,103,058.49		4795	1,091,254.90		1357	1,112,381.24		3832	1,071,870.25	

心理的リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		主観的健康観			生活満足度			仕事満足度			ストレス			心理的ストレス			身体的ストレス		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版フレクテイイズム損失割合 (%)	リスクあり	196	31.22	0.000	356	21.74	0.000	544	24.30	0.000	281	25.30	0.000	125	31.52	0.000	211	23.51	0.000
	リスクなし	3059	13.74		2676	13.83		2488	12.68		2751	13.69		2907	14.04		2821	14.11	
アブセンティイズム（アンケート）（日）	リスクあり	199	4.97	0.000	1096	0.87	0.010	1620	0.85	0.001	840	1.08	0.000	382	1.00	0.036	627	1.21	0.000
	リスクなし	3063	1.56		7462	0.58		6938	0.56		7718	0.57		8176	0.60		7931	0.57	
病休日数（欠勤・休職）（日）	リスクあり	199	2.28	0.486	1096	1.12	0.976	1620	0.79	0.325	840	1.35	0.605	382	0.37	0.302	627	1.67	0.305
	リスクなし	3063	1.40		7462	1.10		6938	1.18		7718	1.08		8176	1.14		7931	1.06	
医療費（円）	リスクあり	199	381,430.35	0.001	1096	147,070.44	0.296	1620	162,886.56	0.010	840	203,776.82	0.010	382	127,854.95	0.766	627	241,458.80	0.003
	リスクなし	3063	123,058.18		7462	132,436.77		6938	127,638.54		7718	126,750.44		8176	134,612.50		7931	125,840.09	
1項目版フレクテイイズムコスト（円）	リスクあり	199	1,940,544.79	0.000	1096	1,123,965.72	0.000	1620	1,157,222.62	0.000	840	1,149,353.09	0.000	382	1,223,174.91	0.000	627	1,134,551.96	0.000
	リスクなし	3063	899,971.49		7462	988,518.04		6938	970,475.44		7718	990,205.06		8176	995,671.04		7931	995,649.37	

【B企業】

○メイン項目該当割合

健康リスク評価項目		リスク基準	n	全職員 (n=939)			
				リスクあり 度数	リスクなし 度数	リスクあり 割合%	リスクなし 割合%
生物学的 (Biological) リスク							
血圧	血圧を下げる薬服薬（1=はい）または収縮期血圧130以上または拡張期血圧85以上	785	296	489	37.7%	62.3%	
血中脂質	コレステロールを下げる薬服薬（1=はい）または、中性脂肪(トリグリセリド) 150以上またはHDLコレステロール40未満	700	179	521	25.6%	74.4%	
肥満	BMIが25.0以上または腹囲が男性≧85、女性≧90	786	322	464	41.0%	59.0%	
血糖値	インスリン注射または血糖を下げる薬服薬（1=はい）または、空腹時血糖110以上またはHbA1c(NGSP値)6.0以上	700	100	600	14.3%	85.7%	
既往歴	脳卒中、心臓病、慢性の腎不全、貧血のいずれかに該当	448	20	428	4.5%	95.5%	
生活習慣 (Lifestyle) リスク							
喫煙習慣	現在喫煙習慣あり（1=はい）	790	191	599	24.2%	75.8%	
飲酒習慣	毎日アルコール摂取（1=毎日）かつ飲酒1日あたり44g程度以上（3=2〜3合または4=3合以上）	622	49	573	7.9%	92.1%	
運動習慣：一回30分以上の軽く汗をかく運動週2日以上、1年以上	2=いいえ	448	332	116	74.1%	25.9%	
睡眠で十分休養が取れている	2=いいえ	426	263	163	61.7%	38.3%	
心理的 (Psychological) リスク							
主観的健康観	あまりよくない/よくない	500	70	430	14.0%	86.0%	
生活満足度	やや不満足/不満足	500	104	396	20.8%	79.2%	
仕事満足度	やや不満足/不満足	500	89	411	17.8%	82.2%	
ストレス	カットオフ値	186	186	0	100.0%	0.0%	

○メイン項目のコスト項目との偏相関分析

健康リスク評価項目	医療費		アブセンティイズム (アブセント)		病休日数 (欠勤+休職)		1項目版アブセンティイズム	
	偏相関		偏相関		偏相関		偏相関	
	r	p	r	p	r	p	r	p
生物学的 (Biological) リスク								
血圧	.057	.110	-.040	.266	.027	.445	-.035	.329
血中脂質	.013	.740	-.042	.263	-.033	.380	-.010	.793
肥満	.011	.756	-.028	.427	-.046	.203	-.004	.907
血糖値	.099	.009	-.012	.746	.078	.038	-.089	.019
既往歴	.208	.000	-.008	.872	-.010	.829	-.053	.267
生活習慣 (Lifestyle) リスク								
喫煙習慣	-.078	.029	.076	.034	-.025	.489	-.038	.287
飲酒習慣	-.057	.155	.000	.999	-.017	.679	.037	.359
運動習慣：一回30分以上の軽く汗をかく運動週2日以上、1年以上	.020	.678	.007	.889	-.081	.089	.047	.325
睡眠で十分休養が取れている	.102	.036	.058	.233	-.063	.194	-.065	.182
心理的 (Psychological) リスク								
主観的健康観	.084	.061	.225	.000	.072	.108	-.261	.000
生活満足度	-.034	.445	.070	.121	-.041	.359	-.202	.000
仕事満足度	.055	.224	.093	.038	-.036	.418	-.266	.000
ストレス	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN	NaN

○健康リスク該当数

健康リスク数		n	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	平均
全体	回答数	50	0	0	1	4	9	10	9	7	9	1	0	0	0	0	5.68
	13	100%	0.0%	0.0%	2.0%	8.0%	18.0%	20.0%	18.0%	14.0%	18.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	12	151	5	16	25	39	33	15	11	3	2	1	0	1	0		3.40
		100%	3.3%	10.6%	16.6%	25.8%	21.9%	9.9%	7.3%	2.0%	1.3%	0.7%	0.0%	0.7%	0.0%		
	11	25	0	1	6	5	10	2	1	0	0	0	0	0	0		3.36
		100%	0.0%	4.0%	24.0%	20.0%	40.0%	8.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
	10	48	0	5	8	13	12	6	4	0	0	0	0	0			3.38
		100%	0.0%	10.4%	16.7%	27.1%	25.0%	12.5%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				
	9	250	21	33	54	61	38	31	9	2	1	0					2.83
		100%	8.4%	13.2%	21.6%	24.4%	15.2%	12.4%	3.6%	0.8%	0.4%	0.0%					
	8	91	10	24	16	21	10	8	2	0	0						2.32
		100%	11.0%	26.4%	17.6%	23.1%	11.0%	8.8%	2.2%	0.0%	0.0%						
	7	24	10	7	2	2	3	0	0	0							1.21
		100%	41.7%	29.2%	8.3%	8.3%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%							
	6	74	28	22	17	6	0	1	0								1.07
		100%	37.8%	29.7%	23.0%	8.1%	0.0%	1.4%	0.0%								
	5	38	14	10	9	3	2	0									1.18
		100%	36.8%	26.3%	23.7%	7.9%	5.3%	0.0%									
	4	62	17	23	14	6	2										1.24
		100%	27.4%	37.1%	22.6%	9.7%	3.2%										
	3	48	40	7	0	1											0.21
		100%	83.3%	14.6%	0.0%	2.1%											
	2	1	1	0	0												0.00
		100%	100.0%	0.0%	0.0%												
	1	0	0	0													NaN
		100%	NaN	NaN													

○健康リスクランク別（3段階）の健康コスト関連項目

リスク数	N	%	医療費, 平均(円)±標準偏差		平均年齢, 年齢（歳）±標準偏差		
低リスク	296	41.5%	108,744	±	213,116	±	12.43
中リスク	288	40.4%	114,301	±	202,823	±	11.54
高リスク	129	18.1%	187,532	±	495,461	±	10.36
計	713	100%	125,243	±	283,542	±	12.22

リスク数	アブセーティズムコスト 平均（円）±標準偏差		病休日数コスト 平均（円）±標準偏差			1項目版アブセーティズムコスト 平均（円）±標準偏差		
低リスク	58,880	±	128,161	±	37,195	968,858	±	973,868
中リスク	60,231	±	62,034	±	0	1,098,715	±	945,396
高リスク	124,995	±	529,792	±	5,124	1,376,382	±	1,221,903
計	71,388	±	243,827	±	24,081	1,095,042	±	1,021,080

○健康リスク分類別（生物学的、生活習慣、心理的）の健康コスト関連項目

生物学的健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-5)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版フレビティズム損失割合		アブセーティズム（アンケート）		病休日数	
			平均（円）	±標準偏差	年齢（歳）	±標準偏差	平均（%）	±標準偏差	平均（日）	±標準偏差	平均（日）	±標準偏差
0	259	33.0%	92,769	± 216,288	39.15	± 11.06	19.99	± 16.15	5.11	± 20.11	0.09	± 1.32
1	182	23.2%	115,514	± 210,228	44.34	± 11.08	17.45	± 15.42	4.17	± 7.48	0.00	± 0.00
2	160	20.4%	112,306	± 177,046	49.15	± 11.85	18.13	± 15.50	3.22	± 3.67	0.26	± 3.24
3	86	10.9%	217,042	± 586,549	52.77	± 10.13	19.44	± 16.16	4.10	± 4.11	0.00	± 0.00
4	22	2.8%	272,358	± 209,971	54.59	± 8.81	22.50	± 22.77	3.83	± 4.18	0.00	± 0.00
5	4	0.5%	405,353	± 250,514	58.50	± 9.33	18.75	± 16.52	3.47	± 2.32	0.00	± 0.00
計	713	91%	125,243	± 283,542	44.95	± 12.22	18.93	± 16.06	4.28	± 12.92	0.09	± 1.73

生活習慣健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-4)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版フレビティズム損失割合		アブセーティズム（アンケート）		病休日数		
			平均（円）	± 標準偏差	年齢（歳）	± 標準偏差	平均（%）	± 標準偏差	平均（日）	± 標準偏差	平均（日）	± 標準偏差	
0	246	31.1%	99,029	±	171,188	36.85	± 12.49	20.25	± 16.84	3.83	± 8.38	0.25	± 2.93
1	204	25.8%	122,256	±	176,883	47.97	± 11.39	19.16	± 17.23	3.45	± 3.90	0.00	± 0.00
2	185	23.4%	177,449	±	476,903	50.31	± 8.32	17.20	± 14.59	5.58	± 22.01	0.02	± 0.22
3	70	8.9%	93,160	±	124,081	49.96	± 7.12	18.07	± 13.47	4.95	± 11.23	0.00	± 0.00
4	8	1.0%	81,003	±	73,122	49.00	± 7.50	19.38	± 12.66	3.28	± 3.46	0.00	± 0.00
計	713	90%	125,243	±	283,542	44.95	± 12.22	18.93	± 16.06	4.28	± 12.92	0.09	± 1.73

心理的健康リスク該当数と平均医療費および生産性損失割合

リスク数 (0-4)	N	%	医療費		平均年齢		1項目版アブセーティズム損失割合		アブセーティズム（アンケート）		病休日数		
			平均（円）	±標準偏差	年齢（歳）	±標準偏差	平均（％）	±標準偏差	平均（日）	±標準偏差	平均（日）	±標準偏差	
0	223	44.6%	97,319	±	122,883	45.80 ±	13.05	13.41 ±	11.68	1.88 ±	2.81	0.00 ±	0.00
1	97	19.4%	142,561	±	289,453	40.49 ±	10.38	20.40 ±	14.38	3.52 ±	5.90	0.42 ±	4.16
2	49	9.8%	173,296	±	293,668	39.04 ±	10.75	28.65 ±	19.18	7.57 ±	18.16	0.43 ±	3.00
3	34	6.8%	43,796	±	52,351	39.12 ±	10.65	25.29 ±	15.27	2.85 ±	4.40	0.00 ±	0.00
4	22	4.4%	82,387	±	85,622	38.27 ±	10.06	35.95 ±	19.85	22.14 ±	64.81	0.14 ±	0.64
計	425	85%	111,350	±	195,946	42.88 ±	12.25	18.82 ±	16	4.04 ±	16.73	0.15 ±	2.24

○健康リスクありなし別の健康コスト項目

生物学的リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		血圧			血中脂質			肥満			血糖値			健康問題既往歴		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	294	18.91	0.912	175	18.01	0.648	320	18.34	0.336	99	20.45	0.187	20	20.50	0.348
	リスクなし	485	19.04		519	18.65		460	19.44		595	18.16		424	17.38	
アブセンティーズム (アンケート) (日)	リスクあり	296	3.82	0.398	179	3.48	0.264	322	3.82	0.355	100	4.07	0.778	20	4.48	0.955
	リスクなし	489	4.58		521	4.74		464	4.65		600	4.47		428	4.67	
病休日数 (欠勤・休職) (日)	リスクあり	296	0.14	0.461	179	0.00	0.409	322	0.00	0.241	100	0.41	0.371	20	0.00	0.817
	リスクなし	489	0.05		521	0.12		464	0.14		600	0.04		428	0.10	
医療費 (円)	リスクあり	296	159,321.39	0.013	179	148,901.90	0.309	322	142,218.63	0.109	100	238,472.40	0.026	20	502,003.50	0.169
	リスクなし	489	101,007.65		521	123,586.99		464	110,079.05		600	111,991.70		428	135,684.42	
1項目版プレゼンティーズムコスト (円)	リスクあり	296	1,104,629.76	0.623	179	1,101,350.76	0.762	322	1,124,752.62	0.311	100	1,348,227.71	0.021	20	1,258,500.00	0.504
	リスクなし	489	1,068,558.32		521	1,074,329.45		464	1,051,510.96		600	1,036,741.09		428	1,102,511.80	

生活習慣リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		喫煙			アルコール摂取			運動習慣			睡眠休養		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	188	19.65	0.520	48	15.71	0.054	330	17.31	0.599	261	18.23	0.099
	リスクなし	596	18.80		569	18.90		114	18.14		162	15.88	
アブセンティーズム (アンケート) (日)	リスクあり	191	5.79	0.243	49	4.65	0.906	332	4.64	0.954	263	4.28	0.284
	リスクなし	599	3.85		573	4.41		116	4.73		163	3.65	
病休日数 (欠勤・休職) (日)	リスクあり	191	0.02	0.520	49	0.00	0.681	332	0.01	0.100	263	0.00	0.204
	リスクなし	599	0.10		573	0.11		116	0.35		163	0.25	
医療費 (円)	リスクあり	191	96,020.63	0.033	49	94,431.22	0.535	332	145,151.66	0.462	263	169,037.83	0.247
	リスクなし	599	135,060.22		573	111,844.24		116	171,746.98		163	129,483.50	
1項目版プレゼンティーズムコスト (円)	リスクあり	191	1,208,893.27	0.057	49	995,689.21	0.525	332	1,089,560.37	0.485	263	1,151,914.10	0.181
	リスクなし	599	1,039,106.53		573	1,091,692.93		116	1,166,474.20		163	1,017,086.94	

心理的リスクと生産性損失割合、生産性コスト

全体		主観的健康観			生活満足度			仕事満足度			ストレス			心理的ストレス			身体的ストレス		
		度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値	度数	平均値	p値
1項目版プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	68	29.71	0.000	103	25.78	0.000	88	28.35	0.000	184	27.09	NaN	184	27.09	NaN	0	0.00	NaN
	リスクなし	430	17.47		395	17.41		410	17.16		0	NaN		0	NaN		0	0.00	
アブセンティーズム (アンケート) (日)	リスクあり	70	15.87	0.033	104	6.60	0.271	89	8.04	0.082	186	8.74	NaN	186	8.74	NaN	0	0.00	NaN
	リスクなし	430	2.80		396	4.11		411	3.89		0	NaN		0	NaN		0	0.00	
病休日数 (欠勤・休職) (日)	リスクあり	70	1.23	0.109	104	0.03	0.369	89	0.03	0.421	186	1.06	NaN	186	1.06	NaN	0	0.00	NaN
	リスクなし	430	0.26		396	0.49		411	0.47		0	NaN		0	NaN		0	0.00	
医療費 (円)	リスクあり	70	137,929.86	0.196	104	82,619.62	0.110	89	123,222.25	0.479	186	107,215.48	NaN	186	107,215.48	NaN	0	0.00	NaN
	リスクなし	430	105,343.12		396	117,071.19		411	107,021.53		0	NaN		0	NaN		0	0.00	
1項目版プレゼンティーズムコスト (円)	リスクあり	70	1,531,303.45	0.000	104	1,353,562.21	0.000	89	1,596,994.05	0.000	186	1,450,251.83	NaN	186	1,450,251.83	NaN	0	0.00	NaN
	リスクなし	430	979,453.95		396	978,752.45		411	939,717.68		0	NaN		0	NaN		0	0.00	

3.2.4. 今後の事業展開

企業が健康管理を実施した結果（アウトカム）を評価するものとして、これまでは医療費のみが検討されてきたが、今後は「健康経営」の実践を評価するものとして生産性に関連する指標の活用が考えられる。

東大のこれまでの研究に引き続き、本研究の結果によりプレゼンティーズムについては、健康リスクのうち特に心理的リスクとの関連がみられた。このことから心理的リスクを改善することによって生産性が向上すると考えられる。また、健康リスクの数によって、プレゼンティーズム損失の大きさが変化することから、健康リスク数を減らす介入がプレゼンティーズム損失割合の減少に効果があることが予想され、今後の介入研究につなげていきたい。

一方で、各リスクとコストの項目の分析では、母数が大きい団体でないと統計処理が実施できないなどの課題もあり、大企業でプレゼンティーズムという指標の活用について確認した後は、従業員数の少ない企業での活用方法についても検討する必要がある。

4. 中小企業等における健康経営の普及促進

健康経営は従業員を資産と捉えた経営手法であり、従業員数が少なく、かつ1人1人の裁量・役割範囲の広い中小企業においてこそ、効果的であると考えられるが、実態としては、大企業に比較して実践企業の割合も少なく、健康経営自体の認知度も低い現状がある。

そこで本事業においては、中小企業に対する健康経営の普及促進に向けて、今年度から開始された「健康経営優良法人認定制度の創設に係る普及広報」、及び健康経営実践企業の拡大を目指し健康経営に関する指導・助言を行う「健康経営の実施を支援するための専門人材の育成・活用」を実施する。

4.1. 健康経営優良法人認定制度の創設に係る調査及び普及広報

4.1.1. 事業の背景と目的

(1) 事業の背景

少子高齢化が進行する中、今後もGDPを超えるスピードで増大する医療・介護費用の公的負担の適正化は喫緊の国家課題である。国民医療費のうち医科診療医療費に占める生活習慣病の割合は全体の1/3に上るが、その要因は若年期からの運動や食事などの生活様式の変化や健康への無関心にあると言われている。そこで、公的保険外の予防・健康管理関連の製品・サービスを提供する「健康寿命延伸産業」の創出を通して新産業を育成し、医療費の適正化につなげるとともに、国民の生活の質を向上させる取り組みの実現を目指す。

(2) 事業の目的

「健康寿命延伸産業」の創出に向けた具体的支援策としては、平成25年12月より官民共同の協議体として「次世代ヘルスケア産業協議会」を立ち上げ、供給側（各種製品・サービス提供事業者）への支援、及び需要側（企業経営者・従業員を含む国民各層）へのニーズ喚起の両面から検討を進めている。平成27年度には、同協議会で策定した「アクションプラン2015」に基づき、国内企業に対し、従業員の健康管理を経営的な視点で捉え、戦略的に取り組む「健康経営」の導入を促してきた。

中小企業においては、健康経営の取組は緒に就いたばかりである。「健康経営優良法人認定制度」、「健康経営アドバイザー」等の施策設計が具体化しつつある中、今後は、創設される制度の本格運用に弾みをつけるべく、制度の利用環境整備や連動するインセンティブの拡充等、その活用促進に向けた施策を講じる段階となった。また、健康経営・健康投資の取り組みを社会全体に根付かせていくためには、健康経営や健康投資を支援するビジネスを育成すること等を通じたツールの拡充等を図っていくことも重要である。

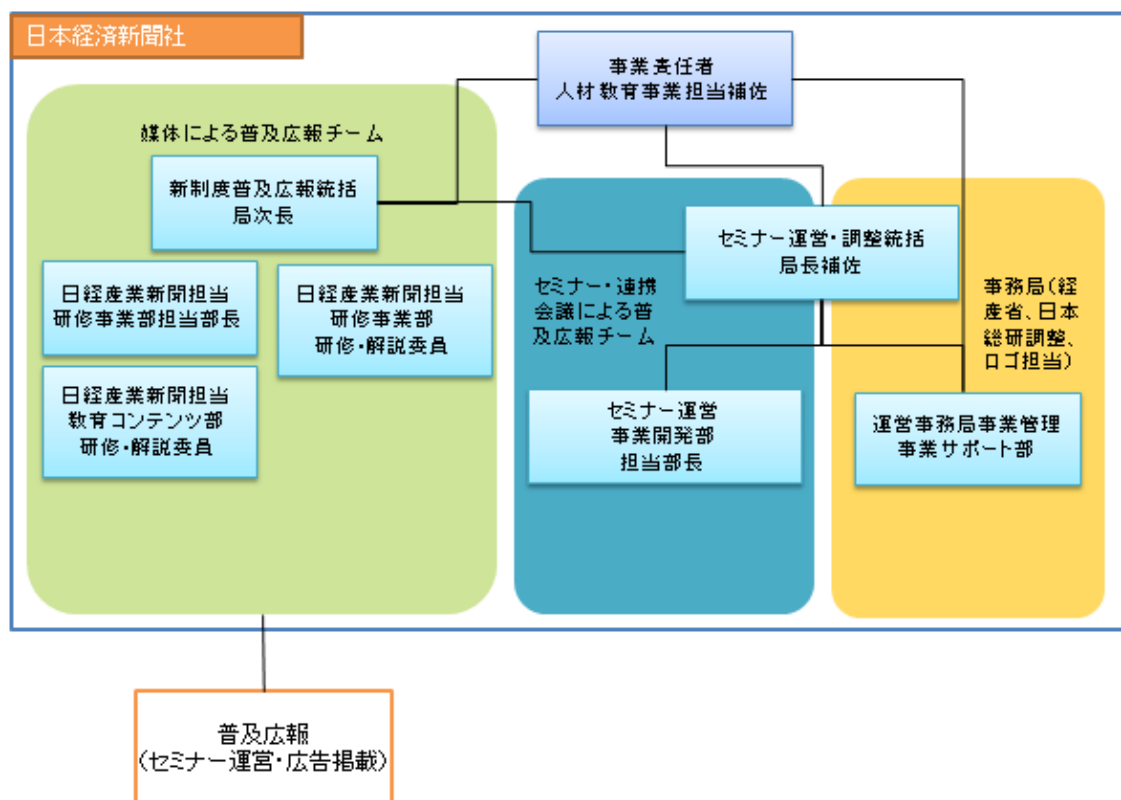
以上を踏まえ、第5回次世代ヘルスケア産業協議会がとりまとめた「アクションプラン2016」に掲げる施策のうち、健康経営・健康投資の普及推進に係るものの実施を総合的にサポートし、健康経営を我が国の「企業文化」として定着させていくこと、また、個人の健康投資の促進を着実に進めることを目的として事業を行った。

4.1.2. 事業内容

(1) 実施体制

本事業は下図の体制で実施した。

図表 4- 1 実施体制図



(2) 実施スケジュール

本事業は下図のスケジュールで実施した。

図表 4- 2 実施スケジュール

	平成28年						平成29年		
	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
作業項目①: セミナー開催			→						
作業項目②: 日本経済新聞 広告掲載		→			→				
作業項目③: 中小企業向け専門媒体広告掲載			→			→			
作業項目④: WEBサイト特設コーナー開設			→	→	→	→	→	→	
作業項目⑤: インセンティブ調査			→	→					
作業項目⑥: 成果の取りまとめ							→	→	

(3) 実施概要

国内の中小企業等における健康経営への取組をより一層推進することを目指し、各種メディア媒体及びセミナー開催を通して「健康経営優良法人認定制度」の普及活動を実施するとともに、健康経営に対する認知度や実践への意向、「健康経営優良法人認定」を取得する際のインセンティブのニーズ等についてアンケート調査を実施した。具体的な実施項目は以下のとおりである。

1) 各種媒体による認定制度の普及活動

日経グループ内外に対する積極的な広報活動に加え、セミナーの告知広告を日本経済新聞に掲載し、また、日経産業新聞には全国で開催したセミナーの様子を記事体広告として掲載した。さらに、中小企業の経営者が主な読者となる月刊誌「日経トップリーダー」のWEBサイト「日経トップリーダーonline」に「健康経営」を普及広報する特設コーナーを設け、認定制度に関する説明、申請から認定までの流れ、全国で開催したセミナーの告知・開催報告を掲載した。

2) セミナー実施による健康経営の普及活動

全国主要都市8カ所（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、高松、福岡）で「健康経営」実践促進セミナー（主催：経済産業省・各経済産業局）を開催した。協会けんぽ各支部や各地域の商工会議所等の協力を得て、それぞれの開催地域において「健康経営」に積極的に取り組んでいる優良企業の事例紹介、認定制度の説明や申請方法、健康経営アドバイザーの活用方法等を紹介した。

3) アンケートによる「健康経営」への取り組み及びインセンティブ調査

「健康経営」実践促進セミナー来場者に対してアンケートを実施し、「健康経営優良法人認定」の取得に向けたインセンティブのニーズ等について調査を実施した。

(4) 具体的な作業項目及び実施方法

1) 各種媒体による認定制度の普及活動

全国8カ所（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、高松、福岡）で「健康経営優良法人認定制度」の普及促進に向けた「健康経営」実践促進セミナー（主催：経済産業省・各経済産業局）を開催した。

図表 4-3 「健康経営」実践促進セミナー一覧

福岡	9月9日(金)	アクロス福岡 4階国際会議場
高松	9月15日(木)	サンポート高松 高松シンボルタワー6階 かがわ国際会議場
名古屋	9月27日(火)	名古屋国際センター 別棟ホール
広島	10月3日(月)	広島国際会議場 地下2階 コスモス
大阪	10月4日(火)	ブリーゼプラザ 小ホール
仙台	10月4日(火)	仙台国際センター 会議棟2階 大会議室「萩」
東京	10月13日(木)	ベルサール飯田橋ファースト
札幌	10月21日(金)	ホテルさっぽろ芸文館 黎明の間

(a) 告知チラシの作成・配布

募集方法の一つとして「健康経営」実践促進セミナーの告知チラシを作成し、開催地区の経済産業局及び協会けんぽ支部、商工会議所等の協力のもと、関連団体や企業へ直接配布またはメールマガジン等で配信し、告知した。

図表 4- 4 会場別の告知チラシ（福岡、仙台）



「健康経営」実践促進セミナー
in福岡
2016年9月9日(金)開催

従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する「健康経営」に関するセミナーを開催いたします。先進的な健康経営の取り組みを行う企業事例や、今秋発足予定の健康経営優良法人認定制度等を含めた健康経営推進に向けた国の施策等について紹介いたします。参加費は無料です。ふるってご参加ください。

日時	2016年9月9日(金) 13:00~16:50 (開場受付12:30~)
開催場所	アクロス福岡 4階 国際会議場 (福岡市中央区天神1丁目1-1)
交通機関	西鉄大牟田線「西鉄福岡駅」徒歩約10分、地下鉄空港線「天神駅」徒歩約3分
定員	200名 ※参加人数が定員を上回った場合は、入場の制限をさせて頂く場合がございますので、予めご了承ください。
主催	経済産業省・九州経済産業局
共催	九州ヘルスケア産業推進協議会 (HAMIQ)
協力	厚生労働省、日本健康会議、日本商工会議所、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、九州経済連合会、福岡商工会議所、福岡県

詳細・申込はこちら ▶▶▶ <http://nkb.jp/kk2016>

●プログラム (予定) ※講演タイトル・講演者は予告なく変更になる場合がございます。予めご了承ください。

■基調講演 ■健康経営の進め方
産業医科大学 産学生態科学研究所 教授 健康経営ワーキンググループ座長 森 晃 氏
1986年産業医科大学医学部卒業。92年〜2011年に外資系IT企業において産業医活動を実践した。02年から産業医科大学産業医研究センター所長。12年から福岡、05年〜10年調理学。次世代ヘルスケア産業推進協議会ワーキンググループ主席。健康経営推進協議会事務局常任委員等として、健康経営の推進に関与している。著書に「マネジメントシステムによる産業医活動」(労働調査会)など多数。専門は、産業医学、産業保健経営学、労働安全衛生マネジメントシステム。

■健康経営の実践に向けた文脈動向について、経済産業省からの横断説明
■健康経営に取り組む企業事例報告
① KDS熊本ドライビングスクール 菊池自動車学校 (熊本県) ② 株式会社クライミング(福岡県)
■協会けんぽ福岡支部における健康経営の取り組みについて

●お問い合わせ
「健康経営」実践促進セミナー事務局 (日経BP読者サービスセンター)
TEL:03-5696-1111 (土日祝日除く 9:00~17:00)
<http://nkb.jp/kk2016>



「健康経営」実践促進セミナー
in仙台
2016年10月4日(火)開催

従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する「健康経営」に関するセミナーを開催いたします。先進的な健康経営の取り組みを行う企業事例や、今秋発足予定の健康経営優良法人認定制度等を含めた健康経営推進に向けた国の施策等について紹介いたします。参加費は無料です。ふるってご参加ください。

日時	2016年10月4日(火) 13:30~17:00 (開場受付13:00~)
開催場所	仙台国際センター 会議棟2階 大会議室(蔵) (仙台市青葉区青葉山崩基地区)
交通機関	仙台市地下鉄 国際センター駅 徒歩約1分
定員	200名 ※参加人数が定員を上回った場合は、入場の制限をさせて頂く場合がございますので、予めご了承ください。
主催	経済産業省・東北経済産業局
協力	厚生労働省、日本健康会議、日本商工会議所、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、宮城県(予定)

詳細・申込はこちら ▶▶▶ <http://nkb.jp/kk2016>

●プログラム (予定) ※講演タイトル・講演者は予告なく変更になる場合がございます。予めご了承ください。

13:30 - 13:35 主催者挨拶 東北経済産業局長
13:35 - 14:05 基調講演 地域における健康経営の実践とその効果(仮)
東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授 尾形 裕也 氏
14:05 - 14:50 健康経営の実践に向けた支援施策について 経済産業省
14:50 - 15:05 休憩
15:05 - 15:35 基調講演 タニガが実践する健康経営
株式会社タニガ 代表取締役社長 田中 千雄 氏
15:35 - 16:05 宮城県と協会けんぽ宮城支部の取組について
16:05 - 16:35 健康経営事例紹介
株式会社ノルマ(宮城県) 代表取締役社長 鈴木 哲 氏
株式会社中央測量設計事務所(山形県) 代表取締役社長 石田 卓雄 氏
16:35 - 16:55 健康経営アドバイザーのご紹介・支援内容 東京商工会議所
16:55 - 17:00 質疑応答

●講師プロフィール

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授 尾形 裕也 氏
東京大学工学部・経済学部卒業後、厚生入局。1978〜2001年厚生省事務局、OECD (IFU)、在ジュネーブ日本政府代表部一等書記官、千葉市衛生局長等を歴任し、2001〜13年九州大学大学院医学研究科教授。13年から東京大学政策ビジョン研究センター特任教授(現職)。九州大学名誉教授。

株式会社タニガ 代表取締役社長 田中 千雄 氏
タニガ 代表取締役社長。1972年入社。新代表取締役会長の田中 大輔 氏の次男。佐賀大学工学部卒業後、アミューズメント会館、船井総合研究所を経て、2001年にタニガ入社。2005年タニガアメリカ代表取締役。2007年タニガ代表取締役。2008年5月に現職。

●お問い合わせ
「健康経営」実践促進セミナー事務局 (日経BP読者サービスセンター)
TEL:03-5696-1111 (土日祝日除く 9:00~17:00) <http://nkb.jp/kk2016>

(b) 日本経済新聞への告知広告掲載

主な読者がビジネスパーソンである日本経済新聞の朝刊に告知広告を掲載し、「健康経営」の普及に際し発信先として不可欠である企業経営者やビジネスパーソンへセミナーへの参加喚起を図ったとともに、健康経営への投資・実践の重要性を訴えた。告知広告は8月10日、8月30日、9月13日の計3回に渡り掲載した。

また、日本経済新聞の地域経済面「インフォメーション」コーナーにも開催告知記事を掲載し、セミナーの周知を広く広報した。

図表 4-5 9月13日付 日本経済新聞朝刊掲載の告知広告

地域ごとに身近な事例を紹介

経済産業省

経済産業省主催

「健康経営」実践促進セミナー

参加者募集中

日本再興戦略にも掲げられているとおり、現在、あらゆる企業、組織に従業員の健康管理を経営の視点から考え、戦略的に実践する「健康経営」の導入が求められています。この健康経営を推進することで、企業の実業向上や健康増進としての価値向上につながるということが期待されます。この度、健康経営の考え方や取組方策、支援策等をご理解いただくためのセミナーを開催いたします。健康経営に関する取組の実践的な事例や、「健康経営優良法人認定制度」など、健康経営の推進施策について紹介します。

詳細・申込はこちらから ▶▶▶ <http://nkbp.jp/kk2016> 問い合わせ担当加藤 航

地域	開催日	場所
名古屋	平成28年 9月27日(火) 13:30～16:40	名古屋国際センター 別棟 ホール
広島	平成28年 10月3日(月) 13:30～16:30	広島国際会議場 地下2階 コスモス
仙台	平成28年 10月4日(火) 13:30～17:00	仙台国際センター 会議棟2階 大会議室「萩」
札幌	平成28年 10月21日(金) 13:00～17:00	ホテル せっぽる莚文館 3階 黎明の間

プログラム

講演の先生方

「健康経営の実践に向けた支援施策の紹介」

基調講演「地域における健康経営の実践とその効果(仮)」

全国健康保険協会(協会けんぽ)支部の取組
各地域の企業取組事例、インセンティブ事例等紹介

お問い合わせ

「健康経営」実践促進セミナー事務局(日経BP健康サービスセンター)

<http://nkbp.jp/kk2016>

※本セミナーは経済産業省認定平成26年度「健康企業/健康増進企業/健康経営実践企業」(健康経営・健康増進企業)の取組を広く紹介し、健康経営の取組を促進することを目的としています。

※「健康経営」(JNPO法)とは健康経営研究会の登録企業です。

名古屋

産業医科大学
産業科学研究所 所長
グループ長

荒井 昌弘

広島・札幌

大冢第一ヘルスケア
産業健康
健康経営ワーキング
グループ長

山本 雄士

仙台

東京大学
研究ビジョン
研究センター
付属施設

尾形 博也

次世代ヘルスケア
産業協会 会長
株式会社 日本
経済団体連合会

谷田 千風

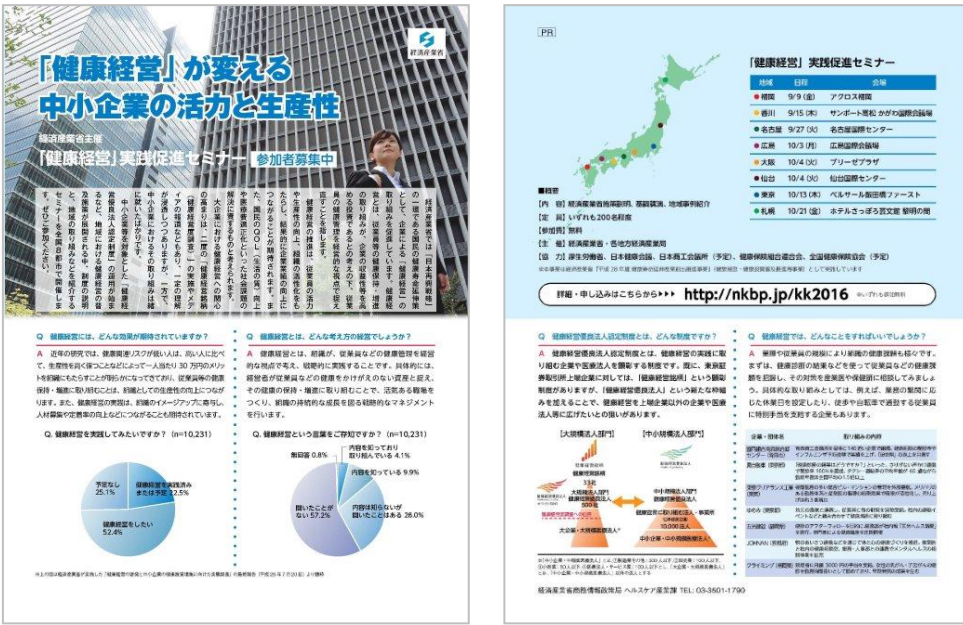
図表 4-6 日本経済新聞地域経済面 告知掲載実績

媒体名	掲載日	見出し
日本経済新聞（西部）	2016/8/29	「健康経営」実践促進セミナー
日本経済新聞（中四国）	2016/9/7	「健康経営」実践促進セミナー
日本経済新聞（中部）	2016/9/14	健康経営でセミナー 27 日、名古屋で
日本経済新聞（中四国）	2016/9/14	「健康経営」実践促進セミナー
日本経済新聞（東北）	2016/9/14	仙台で健康経営セミナー 来月经産省など
日本経済新聞（近畿）	2016/9/15	健康経営テーマ来月にセミナー
日本経済新聞（北海道）	2016/9/28	健康経営でセミナー 経産省、来月

(c) 月刊誌「日経トップリーダー」への告知広告掲載

中小企業経営者や人事担当者に読者が多い日経 BP の月刊誌「日経トップリーダー」9 月号に、全国 8 ヶ所のセミナー開催告知広告を掲載した。健康経営を実施することで期待される効果や「健康経営優良法人認定制度」に関する解説、具体的な取組例等も合わせて紹介し、中小企業の経営者層に健康経営の重要性を訴えた。

図表 4-7 日経トップリーダー9月号広告



(d) WEB サイト「日経トップリーダーonline」への告知広告掲載

「日経トップリダーonline」内に設置した特設コーナーの中に、「健康経営」実践促進セミナーの開催スケジュールを掲載した。特設コーナーは2016年8月12日に設置し、セミナー情報だけでなく健康経営と「健康経営優良法人認定制度」に関するQ&Aも掲載するなど、中小企業の経営者層がより健康経営に対する理解を深めやすいよう、情報のコンテンツを充実させた。

図表 4-8 特設コーナー内 各セミナー開催スケジュール、「Q&A でわかる健康経営」



2) セミナー実施による健康経営の普及活動

「健康経営」実践促進セミナーでは、開催地域における過去の健康経営に関連するセミナー等の開催実績や関係者からの情報等から、その地域の健康経営の理解度を考慮し、地域によって登壇者や、事例発表またはパネルディスカッション等の発表形式も変更するなどの工夫をしつつ、全体を通して専門家による健康経営の重要性や健康経営に対する国の施策に関する講演、「健康経営優良法人認定制度」や認定を受けるための申請方法の紹介、「健康経営アドバイザー」の説明など、広く健康経営とその取り組み方について理解を促進できるようにセミナーを設計した。

また、全てのセミナーにおいて、健康経営を積極的に実践している企業の代表者複数名が登壇し、具体的に実施している取り組み内容や、実施するにあたっての課題やその解決策等を講演することで、来場者の健康経営への取り組み方に対する理解を促進できるようプログラムを構成した。参考として、一部セミナーのプログラム及び会場の様子を下図のとおり示す。

なお、各会場のセミナー参加者数等は後述の「3.事業の成果・分析結果」において示す。

図表 4-9 「健康経営」実践促進セミナープログラム（福岡、高松）

「健康経営」実践促進セミナー in福岡 プログラム	「健康経営」実践促進セミナー in高松 プログラム
日 時: 平成28年9月9日(金)13:00～16:50(開場受付 12:30～) 開催場所: アクロス福岡 4階 国際会議場 (福岡市中央区天神1丁目1-1) 主 催: 経済産業省・九州経済産業局 共 催: 九州ヘルスケア産業推進協議会(HAMQ) 協 力: 厚生労働省、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、日本商工会議所、 日本健康会議、(一社)九州経済連合会、福岡県、福岡商工会議所 ●タイムテーブル 13:05-13:10 主催者挨拶 九州経済産業局 地域経済部長 芳野 勇一郎 13:10-14:00 「健康経営の実践に向けた支援施策の紹介」 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 14:00-14:20 「さ、健康経営を始めよう」～健康経営アドバイザー制度と健康企業宣言運動について～ 東京商工会議所 サービス・交流部 担当部長 藤田 晋二 14:20-14:40 質疑応答 14:40-15:00 休憩 15:00-15:40 【基調講演】健康経営の進め方 産業医科大学 産業生態科学研究所 教授 次世代ヘルスケア産業協議会 健康投資ワーキンググループ 座長 森 晃爾 15:40-16:00 企業事例紹介①「/小さな企業がはじめた健康経営 企業発展の好循環へ」 KDS熊本ドライビングスクール・菊池自動車学校(熊本県) 社長 永田佳子 16:00-16:20 企業事例紹介②「 「健康経営への取組み 社員全員が70歳まで気力・体力・知力を維持するために」 株式会社ライジング(福岡県) 代表取締役会長 瀧地 誠二 16:20-16:35 福岡県の協力を得た「健康事業所宣言」の取組みについて 全国健康保険協会 福岡支部 企画総務グループリーダー 大江 千恵子 16:35-16:50 質疑応答 16:50 閉会 (敬称略) ※講演タイトル・講演者は予告なく変更になる場合がございます。予めご了承ください。 ※「健康経営」はNPO法人健康経営研究会の登録商標です。	日 時: 平成28年9月15日(木)13:30～16:30(開場受付 13:00～) 開催場所: サンポート高松 高松シンボルタワー タワー2階 かがわ国際会議場 (高松市サンポート2-1) 主 催: 経済産業省・四国経済産業局 共 催: 健康支援産業創出ネットワーク会議 協 力: 厚生労働省、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、 日本商工会議所、日本健康会議 ●タイムテーブル 13:30-13:35 主催者挨拶 四国経済産業局 地域経済部長 金谷 明倫 13:35-14:05 【基調講演】地域における健康経営の実践とその効果 次世代ヘルスケア産業協議会 健康投資ワーキンググループ委員 山本 雄士 14:05-14:50 「健康経営の推進に向けて」 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 14:50-15:00 休憩 15:00-16:30 【パネルディスカッション】地域における健康経営の取り組みと推進方策について ■ファシリテーター 次世代ヘルスケア産業協議会 健康投資ワーキンググループ委員 山本 雄士 ■パネリスト 穴吹興産株式会社(香川県高松市) 執行役員 大谷 佳久 株式会社ヒカリ(愛媛県東温市) 社長 富田 耕治 全国健康保険協会 香川支部 支部長 田中 亮三 松山商工会議所 総合企画部 副部長 中矢 亨 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 16:30 閉会 (敬称略) ※講演タイトル・講演者は予告なく変更になる場合がございます。予めご了承ください。 ※「健康経営」はNPO法人健康経営研究会の登録商標です。

図表 4- 10 会場の様子



上記のとおり、全国 8 カ所（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、高松、福岡）で開催した「健康経営」実践促進セミナーについて、下記媒体を通して開催報告・周知した。

（a）日経産業新聞

東京会場の開催報告と「健康経営優良法人認定制度」の説明、各地域の健康経営優良企業の事例紹介を 11 月 15 日の日経産業新聞に記事体広告として掲載した他、東京以外の複数の会場においても、セミナーの概要や登壇企業の事例紹介等に関する記事を掲載した。

図表 4- 11 11 月 15 日付 日経産業新聞掲載記事体広告



図表 4- 12 日経産業新聞 記事掲載実績

媒体名	掲載日	見出し
日経産業新聞	2016/8/12	健康経営セミナー全国 8 カ所で開催
日経産業新聞	2016/8/23	健康経営度を調査 経産省 優良企業選定へ活用
日経産業新聞	2016/8/24	健康経営中小が担う 認定制度開始へ（上）自動車学校の KDS グループ、食を管理
日経産業新聞	2016/8/25	健康経営中小が担う 認定制度開始へ（中）タクシーの鳳自動車、健診受診 100%
日経産業新聞	2016/8/26	健康経営中小が担う 認定制度開始へ（下）ビル管理の東京クリアランス工業、夜間業務委託

（b）月刊誌「日経トップリーダー」

「日経トップリーダー」12 月号に記事体広告として、東京会場開催報告と「健康経営優良法人認定制度」説明、各地域の健康経営優良企業の事例紹介を掲載した。

図表 4-13 日経トップリーダー12月号記事体広告



中小企業等における健康経営の普及を促進
11月21日「健康経営優良法人認定制度」
申請スタート ※平成27年度

従業員の健康づくりと親密に関わり、中小企業などを顕彰する「健康経営優良法人認定制度」の申請が11月21日にスタートしました。健康経営とは、どんな取り組みが、企業にとってどんなメリットがあるのでしょうか。「健康経営優良法人認定制度」の概要と申請方法などを紹介します。

健康経営の取り組み紹介
 経済産業省は9月～10月に全府会場で健康経営の実践促進セミナーを開催し、以下のような地域における実践事例や支援団体の取り組みを紹介しました。健康経営の取り組みの参考にしてください。

健康経営の取り組み紹介
 経済産業省は9月～10月に全府会場で健康経営の実践促進セミナーを開催し、以下のような地域における実践事例や支援団体の取り組みを紹介しました。健康経営の取り組みの参考にしてください。

■ **江別製鉄** (北海道)
 従業員は約1,000人。従業員の健康づくりを推進する「健康経営推進委員会」を設置し、健康経営の取り組みを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **新井製鉄** (北海道)
 健康経営推進委員会を設置し、健康経営の取り組みを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **中央建設設計事務所** (山形県)
 22人の従業員が平均年齢は40歳。健康経営を推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **ノーノ** (宮城県)
 海産物産地。社内分業を推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **日本介護サービス** (愛知県)
 介護・福祉サービス。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **オガワエコノス** (広島県)
 健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

■ **KOSグループ** (熊本県)
 健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

健康経営の取り組み紹介

健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

健康経営の取り組み紹介

健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。健康経営の取り組みとして、従業員の健康づくりを推進している。

(c) WEB サイト「日経トップリーダーonline」

特設コーナー内に、全 8 会場におけるセミナー開催報告記事を掲載した。健康経営を積極的に行っている地元企業の事例発表内容の掲載を中心に、健康経営の重要性を発信した。各会場における記事掲載日は下記のとおり。

- 福岡セミナー：9月14日
- 高松セミナー：9月23日
- 名古屋セミナー：10月6日
- 広島セミナー：10月11日
- 大阪セミナー：10月21日
- 仙台セミナー：10月21日
- 東京セミナー：10月26日
- 札幌セミナー：11月7日

図表 4-14 特設コーナー内 セミナー開催報告（福岡、高松）



(d) その他の掲載記事

日経グループ以外の媒体にも記事が掲載され、健康経営や「健康経営優良法人認定制度」に関する情報を広く周知することができた。掲載実績は下図のとおり。

図表 4-15 その他媒体 記事掲載実績

媒体名	掲載日	見出し
紀州新聞	2016/10/9	川崎さんが先進的取り組み発表 健康経営実践セミナー
日高日報	2016/10/10	健康経営の先進的事例 ヒューマンケアキタデ経産省のセミナーで発表
くまもと経済 10月号	—	健康経営実践促進セミナーで講演 KDS グループ

3) アンケートによる「健康経営」への取り組み及びインセンティブ調査

「健康経営優良法人認定制度」の普及促進のため、「健康経営」実践促進セミナーの来場者にアンケートを実施し、健康経営に対する認知度や取り組み状況等、来場企業の現状を把握するとともに、認定制度に対するインセンティブのニーズについて調査した。全ての会場において、来場者へ当日資料の一部としてアンケートを配布し、全8会場で合計1,060人から回答を得ることができた。会場ごとの回収数は下記のとおり。

図表 4- 16 各会場におけるアンケート回答者数

会場	回答者数
福岡	111
高松	75
名古屋	145
広島	80
仙台	74
大阪	213
東京	282
札幌	80
	1,060

図表 4- 17 配布アンケート例（福岡）

福岡

「健康経営」実践促進セミナー・アンケート

本日は、「健康経営」実践促進セミナーにご参加いただき、誠にありがとうございます。誠に勝手ですが、以下の質問にお答えください。なお、お答えいただいた内容は、今後実施するセミナー・イベント等の企画・実施や、イベント等の案内に利用させていただく以外の用途で使用することはございません。

問1. あなたはこのセミナーを、どのような経緯・ルートでお知りになりましたか。

1. 経済産業省のホームページ	6. 商工会連合会や経済団体からの連絡等
2. 地方経済産業局のホームページ	7. 協会や関係団体からの連絡等
3. 自営トップリーダーホームページ、広告等	8. 自治体から
4. 日本経済新聞の新聞広告	9. 知人から
5. 日本総合研究所からの連絡等	10. その他()

問2. 貴セミナー全体及び基調講演・事例報告について、あなたの満足度を各1～4の項目にチェックをお願いします。

	1 満足	2 やや満足	3 やや不満	4 不満
セミナー全体				
健康経営の実践に役立つ実務的知識の紹介				
健康経営アドバイザーのご紹介・支援内容				
【基調講演】産業医科大学 倉島隆 氏				
【事例報告①】KOS 熊本ドライビングスクール・警備自動車学校 永田保子 氏				
【事例報告②】株式会社クラウドミテック 廣松誠二 氏				
健康経営所長 倉島隆 氏				

問3. セミナーに参加される前、あなたは「健康経営」についてどれくらいご存じでしたか。

1. 全く知らなかった	4. 概念や具体的な取り組みも十分に知っていた
2. 言葉は知っていた	5. その他()
3. 概念程度であれば知っていた	

問4. あなたの所属する会社・団体は、「健康経営」への取り組みに対してどのような状況にありますか。

1. すでに取り組んでいる	4. 取り組み予定はない
2. 取り組み予定である	5. その他()
3. 取り組みかどうか、まだ検討中である	

問5. 「健康経営」に取り組むうえで、一番必要だとお考えのものはなんですか。

1. 人材育成のための研修制度	6. 公共事業等の調達・入札における評価
2. 企業等への権利金等の提供	7. 国や自治体等による表彰
3. 従業員等への福利厚生制度	8. 特になし
4. 企業間連携等における情報共有	9. その他()
5. 健康経営に連携する民間団体の活用	

【裏面へ続きます】

問6. 「健康経営優良法人認定制度」について率直な感想を以下のすから3つまでお答えください。

1. 削減を促すと思う	6. 取り組みのための社内予算が不足している
2. 申請方法が複雑	7. 実行するための社内人員が不足している
3. 申請項目数が多い	8. よくわからない
4. 審査基準が厳しい	9. 特になし
5. 認定による効果・メリットを感じない	10. その他()

問7. セミナーに参加して、「健康経営優良法人認定制度」の認定取得に役立ちましたか。

1. 大変役立つ	2. 多少役立つ	3. あまり役立たない	4. 全く役立たない

問8. 問7. で「1. 大変役立つ」「2. 多少役立つ」を回答された方のみご回答ください。

1. 従業員のモチベーション向上のため	6. 従業員を定着させ、離職率を下げるため
2. 企業ブランドイメージ向上のため	7. 広告費、経費削減のため
3. 認定されることで得られるインセンティブのため	8. 売上向上につながるため
4. 組織の生産性向上のため	9. 業種や業態企業も積極的に取り組んでいるため
5. 組織の活性化・コミュニケーション促進を図るため	10. その他()

問9. あなたは今後、同様のセミナーがあれば参加したいと思いませんか。

1. 参加したい	2. 参加したくない	3. 分からない

問10. 今後、「健康経営」を進めるにあたり、必要と感じる支援・支援等としてどのようなものがありますか。

1. 健康経営に取り組む企業事例等の情報	5. 健康経営の実践による企業業績向上等のデータ
2. 健康経営アドバイザー等への相談機会	6. 健康経営に取り組むための資金援助
3. 協会・団体等後援者への特設・支援機会	7. 特になし
4. 健康経営実践企業との情報交換の機会	8. その他()

問11. セミナーの内容や質問の「健康経営」の実践・促進に向けた取組等について、ご意見、ご感想等あれば、ご自由にお書きください。

問12. ご意見等について、よろしければ以下ご記入ください。

お願いしたい個人情報はセミナー共同実施委員会である株式会社日本総合研究所が以下の目的のために利用させていただきます。 ① 健康経営に関するセミナー等開催、普及啓発、関連情報等のご案内 ② 健康経営に関するインタビュー（対面・電話）収録のご案内 今後のご案内が平素の方向にチェックを入れてください。	☐ 今後の案内は不要

会社名(団体名)	部署名
氏名(姓)	お電話番号
Eメール	

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございます。

4.1.3. 事業の成果・分析結果

セミナー開催にあたり、各方面への積極的な広報、広告展開により、各会場において非常に多くの来場者を獲得することができ、全 8 回のセミナーを通して計 1,507 名の参加者を達成した。もともとの参加申込者数 1,833 名に対して、実際の参加率は 8 割を超えたことを考慮すると、「健康経営」に対する企業の関心や取り組み意向、「健康経営優良法人」の認定取得に対する意欲などが非常に高いことが伺え、今後ますます情報発信のニーズが高まると同時に、「健康経営」という概念や取り組みが社会に浸透しつつあると言える。各会場における応募者数に対する来場者数は下図のとおり。

図表 4- 18 各会場における応募者数と来場者数

会場	日付	定員	応募者	来場者
福岡	9月9日(金)	200	182	151
高松	9月15日(木)	100	108	104
名古屋	9月27日(火)	150	233	193
広島	10月3日(月)	100	109	96
大阪	10月4日(火)	200	370	306
仙台	10月4日(火)	200	103	95
東京	10月13日(木)	400	600	436
札幌	10月21日(金)	150	128	126
合計			1833	1507

(1) セミナー応募者属性分析

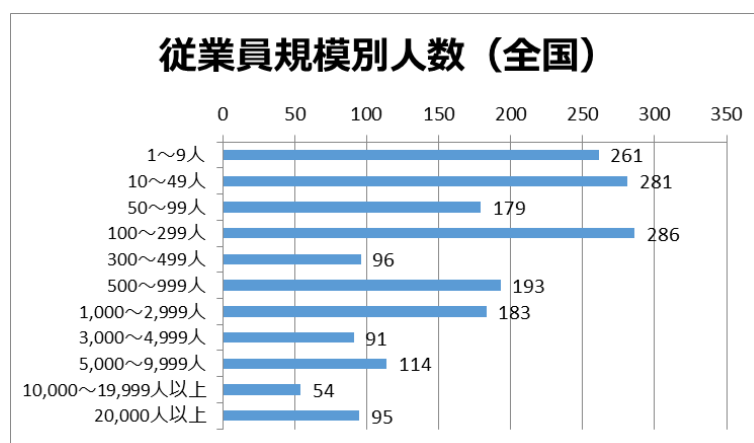
全国 8 ヶ所におけるセミナーへの事前参加申込み者 1833 名の属性について分析した。

1) 従業員規模別 (n=1833)

全会場の応募者の属する企業を従業員別に見ると、本事業の主要なターゲットとなる 300 人未満の中小企業からの参加者は全体の 54.9%と半数を超えた。300 人以上 1000 人未満が 15.8%、1000 人以上が 29.3%となった。

地域別に見ると、300 人未満の中小企業の比率が最も高かったのは高松 69.4%、以下、広島 67.9%、福岡 62.6%、札幌 58.6%、名古屋 55.8%、仙台 55.3%、大阪 51.4%、東京 48.7%となった。

図表 4- 19 従業員規模別分布

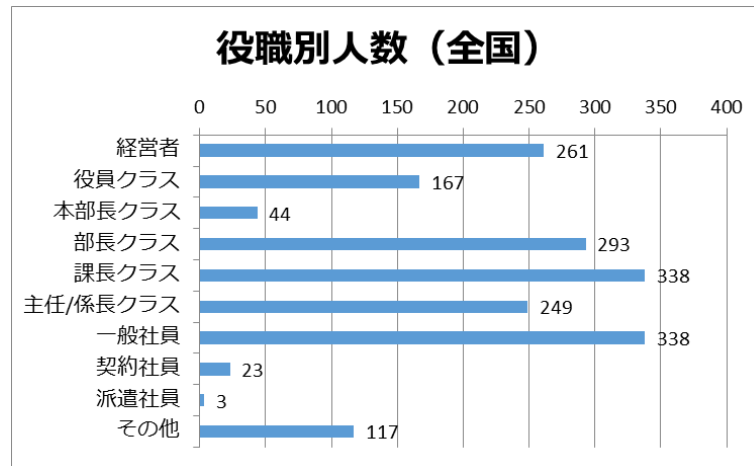


2) 役職別 (n=1833)

全会場の応募者を役職別に見ると、一般社員と課長クラスが 18.4%と最も多く、部長クラス 16.0%、経営者 14.2%、主任／係長クラス 13.6%、役員クラス 9.1%と続いた。健康経営の推進役となる経営層（経営者、役員クラス）は 23.3%となった。

地域別に見ると、経営層が最も多かったのは広島 40.4%と、ほかの地域に比べて 10 ポイント以上も高かった。それ以外は高松 26.9%、名古屋 26.2%、仙台 25.2%、福岡 22.5%、大阪 21.9%、札幌 20.9%、東京 20.0%となった。

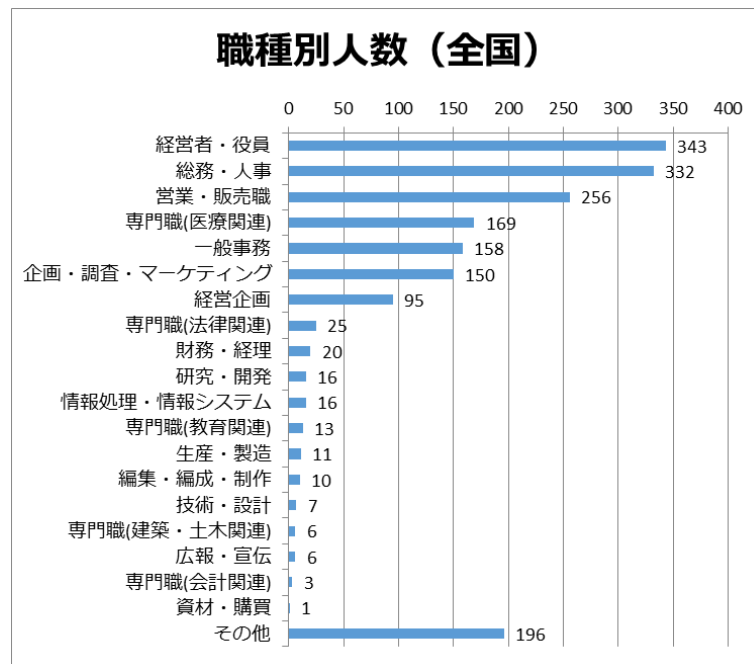
図表 4- 20 役職別分布



3) 職種別（n=1833）

全会場の応募者を職種別に見ると、経営者・役員の 18.7%を除くと、総務・人事が 18.1%と多かった。健康経営の推進役となる「経営者・役員」と「総務・人事」は全体では 36.8%、地域別では広島 52.3%、高松 42.6%、福岡 36.3%、大阪 35.7%、札幌 35.2%、名古屋 41.6%、東京 33.2%、仙台 32.0%となった。

図表 4- 21 職種別分布

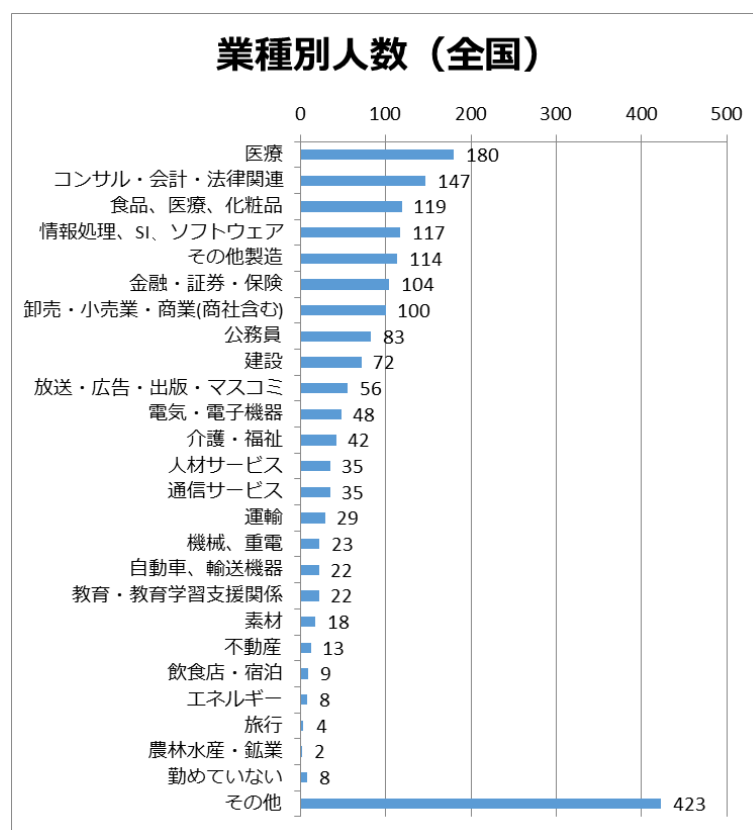


4) 業種別（n=1833）

全会場の応募者を業種別に見ると、業種は「医療」が 9.8%と最も多く、以下、「コンサル・会計・法律関連」8.0%、「食品、化粧品」6.5%、「情報処理、SI、ソフトウェア」6.4%、「その他製造」6.2%、「金融・証券・保険」5.7%、「卸売・小売業・商業(商社含む)」5.5%が多かった。健康経営というテーマから医療関連企業やコンサルティング企業の参加者が多かつ

たという点を除けば、業種全体から広く参加者があった結果となった。

図表 4- 22 業種別分布



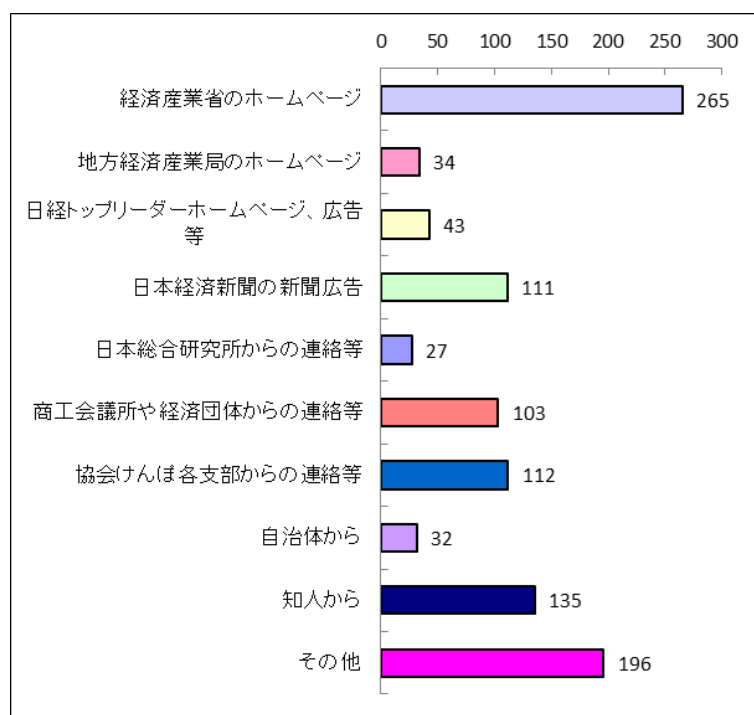
（２）来場者アンケート結果

セミナーの参加者に実施したアンケート調査の中で、いくつかの質問項目に対する回答結果を以下のように集計・分析した。

1) セミナー情報の入手経路（n=1058）

セミナー情報の入手経路は、全体では「経済産業省のホームページ」が最も多く 25.0%、「知人から」12.7%、「協会けんぽ」10.6%、「日本経済新聞の広告」10.5%、「商工会議所や経済団体」9.7%が多かった。「その他」では、「会社（職場）や上司」「健康経営会議」「日経BPのメール」「健保連」「健保組合」「保健師」などが目立った。

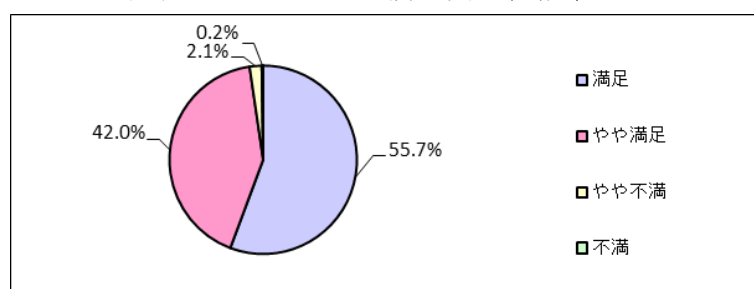
図表 4- 23 セミナー情報の入手経路回答結果



2) セミナーの満足度 (n=815)

全体では「満足」が 55.7%で、「やや満足」を合わせると 97.7%となった。地域別では「満足」の比率は福岡 67.5%、仙台 64.8%、大阪 61.2%、札幌 56.6%、名古屋 52.3%、広島 51.6%、東京 50.2%、高松 44.1%だった。「満足」「やや満足」を合わせると、福岡と仙台が 100%、名古屋 99.0%、高松 98.5%、東京 97.1%、広島 96.8%、大阪 96.3%、札幌 96.2%だった。

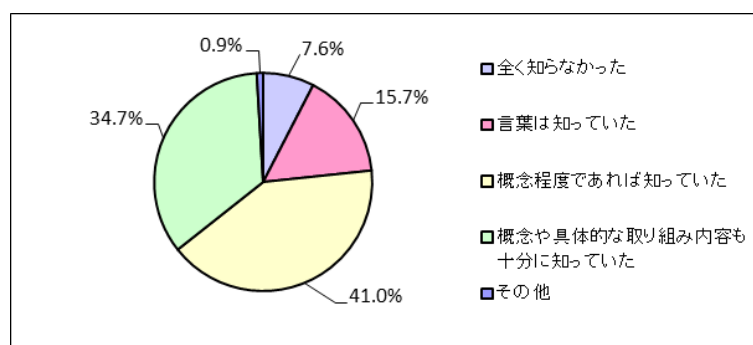
図表 4- 24 セミナー満足度回答結果



3) 健康経営の認知度 (n=1055)

全体では「概念や具体的な取り組み内容も十分に知っていた」 34.7%、「概念程度であれば知っていた」 41.0%、「言葉は知っていた」 15.7%、「全く知らなかった」は 7.6%だった。健康経営について知識を持っている「概念や具体的な取り組み内容も十分に知っていた」と「概念程度であれば知っていた」の合計は全体では 75.7%で、地域別では東京 87.9%、大阪 83.0%、名古屋 75.9%、札幌 73.8%、福岡 71.8%、仙台 64.4%、広島 56.3%、高松 49.3%であり、都市部の方が認知度は高い結果となった。

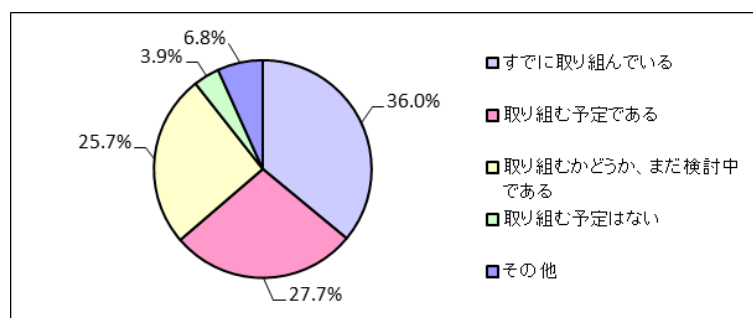
図表 4- 25 健康経営の認知度回答結果



4) 健康経営への取り組み状況 (n=1036)

参加者の所属する企業・団体の健康経営への取り組み状況については、全体では 36.0%が「すでに取り組んでいる」と回答し、「取り組む予定である」を含めると 63.7%に上った。地域別では、「すでに取り組んでいる」のは、仙台が 40.6%と最も多く、以下広島 39.2%、札幌 39.0%、名古屋 37.6%、東京 37.5%、福岡 33.3%、大阪 32.4%、広島 63.3%、名古屋 63.1%、「取り組む予定である」を含めると、東京 67.5%、福岡 65.7%、大阪 64.7%、仙台 59.4%、札幌 57.1%、高松 56.07%だった。

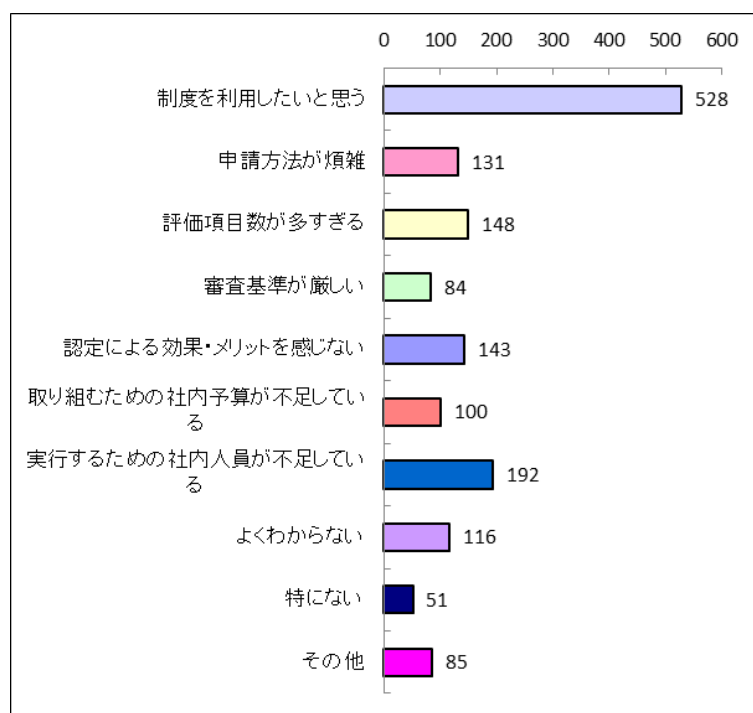
図表 4- 26 健康経営への取り組み状況回答結果



5) 「健康経営優良法人認定制度」についての感想 (n=1059)

「健康経営優良法人認定制度」についての感想を全体で見ると、「制度を利用したいと思う」が 49.9%で最も多く、ネガティブな感想としては「取り組むための社内予算が不足している」18.1%、「評価項目数が多すぎる」14.0%、「認定による効果・メリットを感じない」13.5%、「申請方法が煩雑」12.4%が多かった。地域別では「制度を利用したいと思う」で差が出た。東京 61.7%、名古屋 54.5%、大阪 50.2%が半数を超えたが、福岡 46.4%、高松 42.7%、広島 41.3%、仙台 35.1%、札幌 32.5%だった。

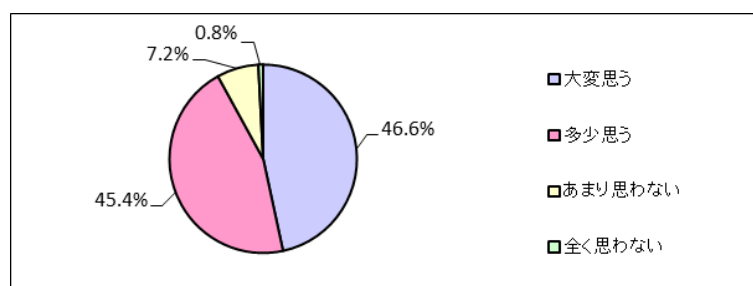
図表 4- 27 「健康経営優良法人認定制度」への感想回答結果



6) 「健康経営優良法人認定制度」の認定取得について (n=972)

認定取得について全体では「大変思う」46.6%、「多少思う」45.4%と、認定取得に前向きなのは92.0%になった。地域別では、福岡95.8%、東京95.5%、名古屋93.3%、大阪92.9%、仙台91.5%、広島86.7%、札幌84.5%、高松81.9%だった。

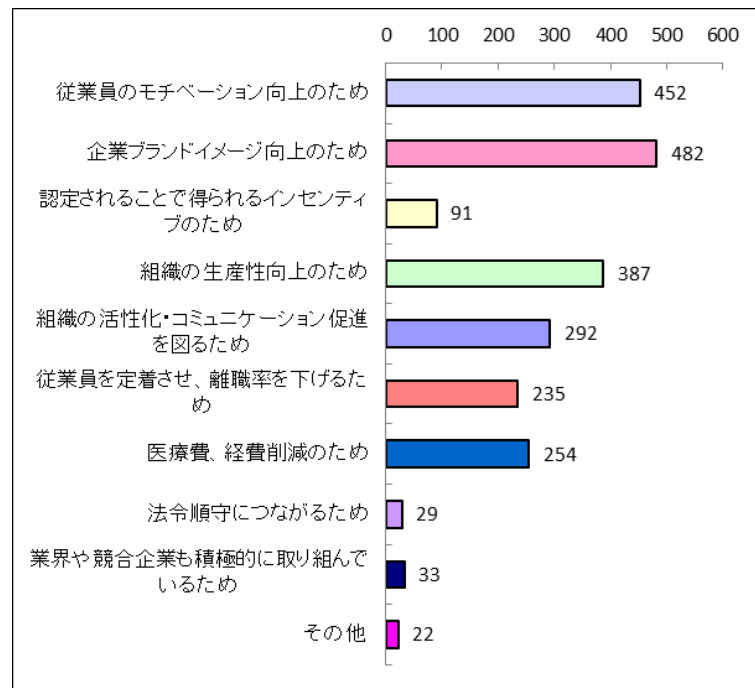
図表 4- 28 「健康経営優良法人認定制度」の認定取得への意向



7) 認定取得に取り組みたい理由 (n=894)

認定取得に前向きな理由は全体では「企業ブランドイメージ向上のため」53.9%、「従業員のモチベーション向上のため」50.6%、「組織の生産性向上のため」43.3%、「組織の活性化・コミュニケーション促進を図るため」32.7%が上位の回答だった。

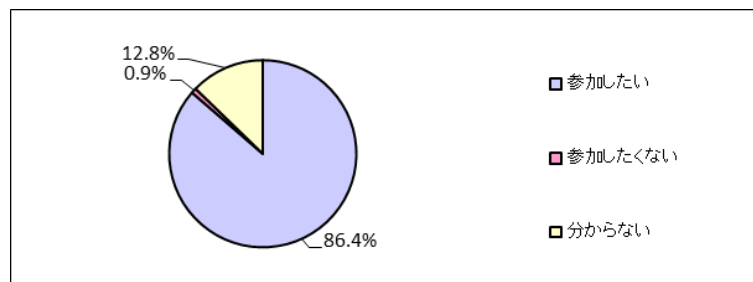
図表 4- 29 認定取得に取り組みたい理由



8) 次回セミナーへの参加意向 (n=1011)

次回セミナーへの参加意向は全体では 86.4%が「参加したい」だった。地域別では福岡 96.1%、東京 93.7%、仙台 88.5%、大阪 86.1%、広島 83.1%、札幌 81.8%、名古屋 78.9%、高松 67.1%だった。

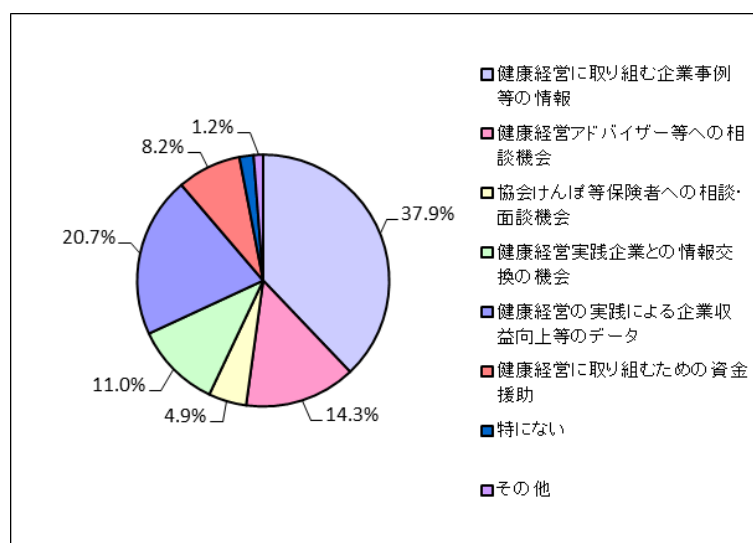
図表 4- 30 次回セミナーへの参加意向



9) 健康経営推進のために必要な支援 (n=987)

健康経営推進のために必要とする支援は、全体では「健康経営に取り組む企業事例等の情報」 37.9%、「健康経営の実践による企業収益向上等のデータ」 20.7%が多かった。

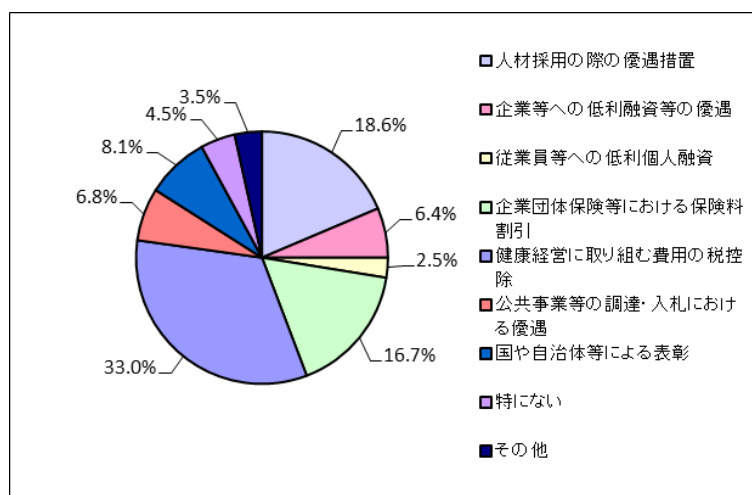
図表 4- 31 健康経営推進のために必要な支援



(3) 希望するインセンティブ調査結果 (n=1031)

全体として最も多かったのは「健康経営に取り組む費用の税控除」で 33.0%と 3 分の 1 を占めた。以下「人材採用の際の優遇措置」(18.6%)、「企業団体保険等における保険料割引」(16.7%)、「国や自治体等による表彰」(8.1%)、「公共事業等の調達・入札における優遇」(6.8%) と続いた。

図表 4- 32 健康経営に取り組むインセンティブ



4.1.4. まとめ

全国 8 会場でのセミナー開催を通じ、総数で 1,500 人以上の来場者に対し、健康経営や「健康経営優良法人認定制度」の普及を行い、来場者へのアンケート調査の結果では、全ての会場で満足度の高い回答が得られており、一定の成果を上げることができたと考える。

また、セミナーにおけるプログラム別の満足度を見ると、登壇企業をはじめとする健康経

営の優良な取組事例は、これから健康経営に取り組む企業に普及していく上で非常に有用であることが分かった。今回の各会場の登壇企業の共通点として「身近なこと、できることから始める」ことが健康経営の第一歩であること、また、健康経営を組織に根付かせるためには上司や経営者などトップ層の意識が重要であるというメッセージが共通して伺えたが、そのほかに、今後、全国の中小企業への普及にあたって参考となるであろう成功事例の共通点を整理してまとめたうえで、今後の課題を列挙する。

（１）成功事例の共通点

１）リーダーの存在

経営者は自社の健康課題を「自分ごと」として捉え、その背景をしっかりと見極め対処しているだけでなく、健康経営の必要性を自身の言葉で従業員に対して十分に伝え、その後も情報発信を続けている。例えば、朝礼での健康講話や体調への気遣い、声かけで従業員の定期健康診断の受診を継続的に促すことで、受診率 100% を達成した事例などがある。

また、経営者が自ら健康経営の旗を振るリーダーを務めることが多かったが、従業員数が数百人に及ぶある企業では、健康経営相談室の室長をリーダー役とし、グループの経営戦略や事業戦略などを決める経営会議のメンバーに加えることで、「健康経営が企業経営の一部である」ということを、役員をはじめとする社内に経営者のメッセージとして強く訴えている企業も在る。その際、リーダー役は会社経営のことをよく理解し、人事総務担当者と連携できる職務の人材が適任と言える。

２）社内のコミュニケーション

健康経営への取り組みを無理なく継続するために、成果を一定期間で確認し、期待していた効果が出ていない場合には違う策を講じる等の柔軟な対応を取っている。その際は、経営者による独断やトップ層のみによる判断ではなく、従業員と一緒に話し合っ て従業員からアイデアを出してもらうなど、社内において積極的にコミュニケーションを取ることで、会社全体に着実に浸透していけるような制度の策定や取り組みの実施につながられていることが、健康経営推進を成功に導く一つのポイントだと考えられる。

３）保険者などとの連携

全国健康保険協会（協会けんぽ）など、加入先の保険者のサポートを活用している。例えば、地域によっては、協会けんぽが都道府県支部単位で取り組む健康宣言事業に参加することで、無料の保健指導や健康セミナーの出張講座の受講、社員の健診データを基に自社の健康課題を洗い出すなどの支援策を利用していた。

（２）セミナー後の反響

セミナー開催後、登壇企業に対して地域の別のセミナーでの登壇依頼や、業界団体雑誌への寄稿依頼が入るなど、「健康経営」という概念及び健康経営に取り組む企業に対する社会の関心を高めることができたと言える。

また、セミナーの内容を当日の来場者以外にも伝えられるよう日経産業新聞や日経トップリーダー等に記事を掲載したことで、それを読んだ企業が会社敷地内の全面禁煙化に取り組み始めたという事例も複数件聞こえており、当日の来場者以外への波及効果も確認されている。

さらに、協会けんぽ支部からの情報によると、セミナー開催を契機に健康宣言事業に参加する企業の数も伸びている。中小企業等が健康経営優良法人の認定を受けるには、協会けんぽなど、加入先の保険者が実施している健康宣言事業に参加し、申請資格を得ることが前提条件となることを踏まえると、健康宣言を軸とする支援の取り組みを紹介したセミナーの反響は徐々に広がっていると言える。

（３）今後の課題・展望

セミナー来場者に実施したアンケート調査によると、健康経営の取り組み状況について「すでに取り組んでいる」「取り組む予定である」の回答は全体で 63.7%に上るが、これは、元々健康経営への関心が高い企業・団体からの参加者が多かったとの見方もできる。今後は「取り組むかどうか、まだ検討中」と回答した 25.7%の層に、どのようにして取り組みを始めるきっかけづくりを行うかが健康経営の普及施策において一つの鍵であると考えられる。

また、健康経営の普及に向けた取り組みは全国でも始まって間もないが、今回のセミナー開催を通じ、その普及率や取り組み状況は地域によって差があることが分かった。

その要因の一つとして挙げられるのが、保険者による健康宣言事業の取り組み状況である。例えば、「取り組むかどうか、まだ検討中」の回答が 27.1%と全国で最も多かった大阪会場の状況を見ると、セミナー開始当時、近畿地方の協会けんぽの健康宣言事業の実施状況が、全国的にみると遅れており、これにより企業が健康経営に対する理解や取り組みを進める機会が比較的限られていたと考えられる。一方、セミナー開催後、同地域においても健康宣言事業を実施する環境整備は着実に進み、この課題の解消に向かっていることから、今後全国各地で普及に向けた基礎となる体制は構築されつつあると言える。

加えて、健康経営優良法人認定制度を利用したいという前向きな回答が多かった反面、認定制度の感想（複数回答）では「取り組むための社内予算や人員が不足している」という声は少なくなかった。また、健康経営推進のために必要とする支援として「健康経営に取り組む企業事例等の情報」が一番多く、これ等の状況から、企業の取り組み意向はあるものの、社内リソースや情報の不足により、“誰が何をするのか”という具体的なステップがイメージできていないことも普及の足かせになっていることが考える。これに対しては、例えば、健康宣言事業への参加を通じ、協会けんぽによる支援策を活用する他、東京商工会議所（東商）の健康経営アドバイザー制度の認知向上を図り社外リソースの活用を促進させつつ、引き続きセミナーやメディア、保険者などを通して先駆的な取り組み事例を継続発信していくことが有効であると考えられる。

さらに、今後は、健康経営に取り組む当事者となる企業を対象とする情報発信だけではなく、「世間」にも広く健康経営や「健康経営優良法人認定制度」について周知を行っていく必要性が伺える。企業が認定取得を目指す理由として「企業ブランドイメージ向上のため」が

53.9%と一番高く過半数を占めていることから、認定を取得した企業が、消費者や顧客、就活生等のステークホルダーからしっかりと評価を受けられるよう制度のブランドを進めることで、より多くの企業が取得に対するモチベーションを高めることが予想される。

なお、認定取得を目指す理由として3番目に多かった「組織の生産性向上のため」というニーズに対しては、セミナー登壇企業の経営者はいずれも感覚的にはその効果を実感しているとのことだが、因果関係を裏付けることが難しいことなどから、今回の一連のセミナーの中では紹介が困難であった。今後は、大企業による生産性向上の実例や、専門家により中小企業でも算定が可能なデータの分析手法等が示されれば、「組織の生産性向上」を健康経営実践の確かな効果の一つとして掲げることで、健康経営に取り組む企業の拡大に寄与するものと考えられる。

4.2. 健康経営の実施を支援するための専門人材の育成・活用

4.2.1. 事業の背景・目的

我が国は少子高齢化に伴う、生産年齢人口の減少、労働力人口の平均年齢の上昇、国民医療費の増大など構造的な課題に直面している。とりわけ中小企業では慢性的な人手不足という問題を抱えている。こうした課題を解決するためには、働き盛り世代の意識を変え、健康増進に取り組ませることと、高齢者が元気に働けるように健康管理を行うことが必要である。そのためには、従業員の健康管理を経営的な視点から捉え、戦略的に取り組む経営手法である「健康経営」の実践が必要である。

大企業と比べて経営資源の乏しい中小企業においては、従業員の長期療養などによる欠勤が経営に与える影響は大きいため、大企業以上に健康経営に取り組む必要がある。しかし、中小企業は経営資源の不足に加え、知識やノウハウが十分でなく、健康経営に取り組めていないのが現状である。

そこで本事業において、中小企業に対して健康経営・健康投資を普及・推進するために、中小企業に健康経営の実践的な指導を行うことのできる健康経営アドバイザー（上級）を育成・活用するための、健康経営アドバイザー（上級）制度設計と研修プログラムの開発等を行う。

4.2.2. 実施内容

本節は主に、①健康経営アドバイザー（上級）制度設計・研修プログラムの作成と、②中小企業への健康経営の普及から構成される。項目別の実施内容を下表に示す。

図表 4- 33 実施内容

項目	実施内容
(1) 健康経営アドバイザー（上級）制度設計・プログラムの開発	① 上級テキストVer1の作成
	② 上級研修プログラムの作成
	③ 健康経営実践支援ツールの作成
	④ コラボヘルス検討ワーキンググループの実施
(2) 中小企業への健康経営の普及	① 中小企業への健康経営の全国普及
	② 普及用資材の制作

健康経営アドバイザー（上級）制度設計・プログラム開発では、健康経営アドバイザー（初級）を運営している東京商工会議所のノウハウ・事例等を活用し、上級研修テキスト・上級プログラムと健康経営実践ツール作成を実施した。また、中小企業と健康保険組合等医療保険者のコラボヘルスを推進するべく、コラボヘルス検討ワーキンググループ（以下、コラボヘルス検討WG）において、健康経営アドバイザーが企業支援の際に必要な知識等の整理・検討を行った。

（１）健康経営アドバイザー（上級）制度設計・プログラムの開発

１）健康経営アドバイザー上級テキスト Ver1 の作成

本テキストは健康経営アドバイザー（上級）研修のためのテキストとして、健康経営優良法人認定制度の評価項目を基にして、健康経営に関する必要な知識や健康経営を実践するための取り組みをまとめたものであり、健康経営の普及や健康経営アドバイザー（上級）研修のプログラム開発にも活用した。

テキストの編集・校正等については株式会社社会保険研究所に委託して実施した。また、テキスト内容の検討にあたっては、経済産業省ヘルスケア産業課、東京大学古井氏、日本総合研究所望月氏、社会保険研究所および東京商工会議所から構成される上級テキスト編集ワーキンググループ（以下、上級テキスト編集 WG）を開催し、テキストの骨子・構成、執筆者などの検討を重ね、健康経営優良法人認定制度の評価項目との整合性や、東京商工会議所が運営している健康経営アドバイザー（初級）との連携の模索（評価項目や求められる役割の調整等）などの検討を経て、健康経営アドバイザー制度検討会の有識者等の助言を参考に内容を検討し、以下の方針と骨子（執筆者）にて執筆、編集を行った。

図表 4- 34 テキスト執筆方針

- ・ テキストの骨子は、東京大学 古井祐司氏、健康経営研究会 岡田邦夫氏、産業医科大学 森晃爾氏らの意見を参考とする。
- ・ 現在東京商工会議所が運営している健康経営アドバイザー（初級）研修プログラムで使用しているテキストの上位の位置付けとする。なお、初級はすべての方々を対象としており、研修内容は、健康経営を実践する企業の経営者・担当者、健康経営を普及する金融機関、ヘルスケア産業の営業担当者を念頭に置いている。
- ・ 上級研修の対象は、中小企業診断士、社会保険労務士、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の専門家を想定する。
- ・ 内容は、中小企業への健康経営普及の観点から、「健康経営優良法人認定制度」の評価項目と整合性を取ることにした。
- ・ 健康経営アドバイザー（初級）の派遣事例などを考慮して、具体的な対応方策などを盛り込む。

上記テキスト執筆方針に基づき、健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング、健康経営アドバイザー制度検討会等を通じた助言等を経て、テキスト開発を行った。

下表に、健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリングでの検討内容を示す。

図表 4- 35 健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング（第 1 回）

実施日	実施内容
平成 28 年 8 月 10 日（水）	健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング （テキストの作成方針の検討）
主な意見等	
東京商工会議所より健康経営アドバイザー上級テキストに関する概要説明の後に意見交換を行った。 ・ 同じ東商の運営とすると健康経営アドバイザー（初級）との区分け・連携を検討すべきである。 ・ 初級は専門家への仲介、上級はエビデンスや事例に基づいた施策の提案ができるレベルを想定。 ・ ②初級と上級のテキストを合体すると受講者には親切だが混乱を招くおそれがある。さらに、上級は実際の健康経営の実践支援に繋がるテクニカルな話になるため、初級とは分けた方がよい。 ・ 上級テキストについては専門家を養成することを想定する。 ・ 対象者は有資格者（中小企業診断士、社会保険労務士等） ・ 医療の領域に踏み込まず設計する必要がある。 ・ 自治体の施策が今後増える可能性があるので、上級は毎年更新を想定。 ・ 執筆者については、健康経営全般の施策を体系的にまとめることが可能な有識者とし、具体的事例等については、コラムなどでまとめる形を想定し、執筆者を分ける。 ・ テキストの執筆にあたっては、エビデンスや出典は重要であるため、明記するよう執筆要綱に記しておく必要がある。	

図表 4- 36 健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング（第 2 回）

実施日	実施内容
平成 28 年 9 月 29 日（木）	健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング （骨子および執筆者の検討）
主な意見等	
前回の有識者ヒアリングを踏まえ、健康経営アドバイザー上級テキストの骨子について意見交換を行った。 ・ 健康経営アドバイザー上級テキストに関して、初級・上級の対比表、それぞれの骨子（案）を説明 ・ 初級はコンパクトに、上級は「健康経営優良法人認定制度(以下、認定制度)」の評価項目に沿って作成することが普及の観点からも望ましいのではないか。 ・ 上級を認定制度に沿ったものにすることについては、健康経営の実践企業に認定を取ってもらうことを想定する。認定制度を目指したほうが上級アドバイザーにも分かり易い。 ・ 骨子については、コンプライアンスの観点からも構成したほうよい。 ・ 執筆者については、候補を提示し検討	

図表 4- 37 健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング（第 3 回）

実施日	実施内容
平成 28 年 10 月 14 日（木）	健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング （骨子および執筆者の決定）
主な意見等	
前回の有識者ヒアリングを踏まえ、①健康経営アドバイザーテキストの骨子と執筆者選定を行った。 - 健康経営アドバイザーテキストの骨子と執筆者選定に関し、上級テキストの考え方について説明。 - 上級テキストの各構成項目における執筆候補者について事務局より説明し検討・選定 - 上級テキスト作成スケジュールについては、研修プログラムとの整合性を図るべき。	

上記有識者ヒアリングにおける検討内容・意見等を踏まえ、健康経営アドバイザー（上級）制度の構築にあたっては、東京商工会議所が運営する健康経営アドバイザー（初級）と連携を図ることとした。制度検討会において意見交換を行い、最終的なテキスト構成や執筆者等の確定を行った。

なお、健康経営アドバイザー（上級）制度検討会は上級研修テキスト・プログラム等の策定や、本節におけるもう一つの実施項目である「中小企業への健康経営の普及」についても検討を行うために立ち上げた親委員会の位置づけである。下表に、健康経営アドバイザー制度検討会の各回の実施内容と上級テキストの執筆者一覧を示す。

図表 4- 38 第 1 回健康経営アドバイザー制度検討会実施内容

日時	平成 28 年 11 月 17 日（火） 10:00－12:30
場所	東京商工会議所 会議室 6
出席者	9 名 古井 祐司 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット 特任助教 岡田 邦夫 プール学院大学 教授 健康経営研究会 理事長 森 晃爾 産業医科大学 産業生態科学研究所 教授 日本労働安全衛生コンサルタント会 福岡支部長 山本 宣行 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐 高田 真利絵 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 岩井 恒太 厚生労働省 保険局 保険課 主査 樋口 政純 厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 計画課 課長補佐 石原 大徳 厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 産業保健支援室 室長補佐
内容	1. 開 会 2. 説 明 （1）健康経営優良法人認定制度について 経済産業省 ヘルスケア産業課 （2）健康宣言事業の展開・データヘルス計画等について 厚生労働省 保険課 （3）情報提供：健康経営アドバイザー（初級）について 3. 意見交換 （1）今年度健康寿命延伸産業創出推進事業について 健康経営アドバイザー研修（上級）について （2）その他 4. 閉 会

図表 4- 39 第 2 回健康経営アドバイザー制度検討会実施内容

日時	平成 29 年 2 月 16 日（木）13:00－15:00
場所	東京商工会議所 会議室 2
出席者	7 名 古井 祐司 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット 特任助教 岡田 邦夫 プール学院大学 教授 健康経営研究会 理事長 森 晃爾 産業医科大学 産業生態科学研究所 教授 兼日本労働安全衛生コンサルタント会 副会長 永井 哲也 全国社会保険労務士会連合会 常任理事 小黒 光司 一般社団法人中小企業診断協会 副会長 守殿 俊二 全国健康保険協会 本部 保健部長 小松原 祐介 健康保険組合連合会 保健部長 (オブザーバー) 山本 宣行 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐 高田 真利絵 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 岩井 恒太 厚生労働省 保険局 保険課 主査 森 周平 厚生労働省 保険局 保険課 石原 大徳 厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 産業保健支援室 室長補佐 小原 良介 全国社会保険労務士会連合会 社労士制度推進戦略室 課長 木村 和生 株式会社社会保険研究所 企画部 部長 川野 隆 株式会社社会保険研究所 企画部 次長 望月 弘樹 日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門シニアマネジャー 小原 良介 全国社会保険労務士会連合会 社労士制度推進戦略室
内容	1. 開 会 2. 議 題 (1) 本委員会の趣旨説明について (2) 健康経営アドバイザー制度 上級プログラムについて 3. その他 4. 閉会

図表 4- 40 上級テキスト執筆者一覧

所属先	部署	役職	氏名	執筆箇所	
特定非営利法人健康経営研究会		理事長	岡田 邦夫	はじめに	
東京大学	政策ビジョン研究センター	特任教授	尾形 裕也	第 1 章	
東商商工会議所	サービス交流部	部長	藤田 善三	第 2 章①	
健康経営アドバイザー	中小企業診断士		弥富 尚志	第 2 章②	
健康経営アドバイザー	中小企業診断士		佐藤 正樹	第 2 章②	
健康経営アドバイザー	中小企業診断士		山口 享	第 2 章②	
健康経営アドバイザー	中小企業診断士		中村 稔	第 2 章②	
健康経営アドバイザー	社会保険労務士		稲田 耕平	第 2 章③④	
東京大学	政策ビジョン研究センター	特任助教	古井 祐司	第 2 章⑤	
特定非営利法人健康経営研究会		理事	山田 長伸	第 3 章	
一般財団法人京都工場保健会	産業医学研究所	所長	森口 次郎	第 4 章①	第 4 章③-5
順天堂大学	医学部総合診療科	准教授	福田 洋	第 4 章②-1	
独立行政法人労働政策研究・研修機構		副所長	姉崎 猛	第 4 章②-2	第 4 章③-4
東京有明医療大学	看護学部看護学科	学科長 教授	掛本 知里	第 4 章③-1	第 4 章③-2
東京都福祉保健局	健康安全部 感染症対策課	課長	杉下 由行	第 4 章③-3	
株式会社イトーキ	ソリューション開発本部		八木 佳子	第 4 章③-6	
株式会社イトーキ	ソリューション開発本部		高原 良	同上	
産業医科大学	産業生体科学研究所	教授	森 晃爾	第 4 章③-7	
広島大学大学院	医歯薬保健学研究院 成人看護開発学	教授	森山 美智子	第 5 章	
東京労働局	労働基準部安全課		今井 義人	コラム⑦	

本事業において作成した健康経営アドバイザー（上級）テキストは、以下の5章により構成される。

- 第1章：健康経営を実践する準備について
- 第2章：企業支援の実務について
- 第3章：法令遵守とリスクマネジメント
- 第4章：制度・施策の実行について
- 第5章：評価・改善について

第1章、第3章、第4章、第5章では、健康経営優良法人認定制度のチェック項目を網羅してその実施方法を解説し、第2章では、企業支援の実践方法を具体的に提示している。成果物である研修テキストの概要を下表に示す。

図表 4- 41 健康経営アドバイザー研修プログラム 上級テキスト 表紙・目次

健康経営アドバイザー 研修プログラム 上級テキスト 	目 次 はじめに 中小企業支援を行う健康経営アドバイザーへの期待.....4 第1章 健康経営を実践する準備について.....7 第2章 企業支援の実務について.....22 ①健康経営アドバイザーによる実践支援について.....22 ②ヒアリングのポイント.....26 ③健康経営診断報告書作成のポイント.....38 ④健康経営課題の解決に向けて.....48 ⑤業種・職種で異なる健康課題とその対策.....52 第3章 法令遵守とリスクマネジメント.....56 ①健康経営に関する法律について.....56 ②法令遵守と公法的規制・私法的規制.....58 ③安全配慮義務をめぐる議論の進展.....59 第4章 制度・施策の実行について.....67 ①従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討.....68 1. 健康課題の把握.....68 2. 必要な対策の検討.....81 ②健康経営の実践に向けた基盤構築とワークエンゲイジメント.....88 1. ヘルスリテラシーの向上.....88 2. ワークライフバランス.....91 3. 職場の活性化.....96 ③従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策.....100 1. 保健指導.....100 2. 健康増進・生活習慣病予防対策.....103 3. 感染症予防対策.....111 4. 過重労働対策.....116 5. メンタルヘルス対策.....121 6. 職場環境等.....128 7. 治療と職業生活の両立支援.....134 第5章 評価・改善について.....140 保険者との連携.....140 おわりに 健康経営の推進による地域の活性化について.....145

図表 4- 42 健康経営アドバイザー研修プログラム 上級テキスト 概要

ページ数	142 ページ
様式	A4 縦左開き
執筆者・監修者	執筆者 19 名
配布対象者	健康経営アドバイザー研修（上級）の受講者
発行部数	未定
主な内容	はじめに 中小企業支援を行う健康経営アドバイザーへの期待 第1章 健康経営を実践する準備について 第2章 企業支援の実務について ① 健康経営アドバイザーによる実践支援について ② ヒアリングのポイント ③ 健康経営診断報告書作成のポイント ④ 健康経営課題の解決に向けて ⑤ 業種・職種で異なる健康課題とその対策 第3章 法令遵守とリスクマネジメント ① 健康経営に関する法律について ② 法令遵守と公法的規制・私法的規制 ③ 安全配慮義務をめぐる議論の進展 第4章 制度・施策の実行について ① 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討 1. 健康課題の把握 2. 必要な対策の検討 ② 健康経営の実践に向けた基盤構築とワークエンゲイジメント 1. ヘルスリテラシーの向上 2. ワークライフバランス 3. 職場の活性化 ③ 従業員の心と身体健康づくりに向けた具体的対策 1. 保健指導 2. 健康増進・生活習慣病予防対策 3. 感染症予防対策 4. 過重労働対策 5. メンタルヘルス対策 6. 職場環境等 7. 治療と職業生活の両立支援 第5章 評価・改善について 保険者との連携 おわりに 健康経営の推進による地域の活性化について

2) 上級研修プログラムの作成

健康経営アドバイザー上級テキストに関する有識者ヒアリング、健康経営アドバイザー制度検討会、および保健師等の助言を受けるため「健康経営企業が求める保健師のこれから」という意見交換会を開催し、そこからの意見を参考として、上級テキストを基に研修プログラムを設計・作成した。

保健師等との意見交換会の概要は以下のとおりである。

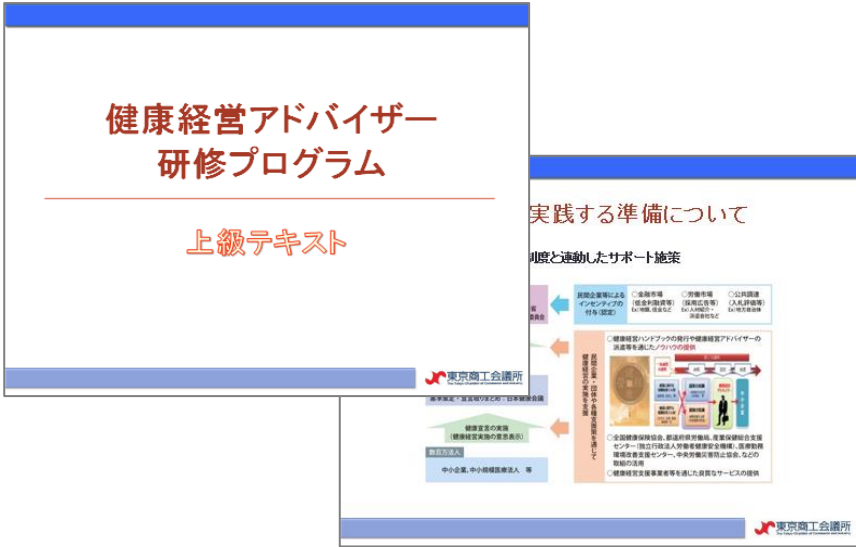
図表 4- 43 保健師との意見交換会実施内容

日時	平成 29 年 2 月 4 日（土）14：00～16：30
場所	パソナグループ本部 地下 1 階 B1-C 研修室（千代田区大手町 2-6-4）
出席者	50 名
内容	【挨拶】 東京商工会議所 サービス・交流部 担当部長 藤田善三 【第 1 部】 健康経営の推進に向けて 講師：経済産業省 ヘルスケア産業課 係長 丸山勇紀 氏 【第 2 部】 健康経営の視点から労務管理を考える 講師：東京都社会保険労務士会 社会保険労務士 吉野美奈子 氏 【第 3 部】 健康経営時代に求められる保健師のこれから 講師：株式会社オムロン グローバル人材総本部 東京事業所 東京有明医療大学 看護学部 保健師 野崎律子 氏 【第 4 部】 企業で働く保健師を支えるパソナの取り組み 講師：株式会社パソナ 健康経営ソリューション事業部 BPO チーム チーム長 中野健二 氏 【第 5 部】 参加保健師による情報交換会とキャリア相談会

本事業において作成した上級研修プログラムは、健康経営アドバイザー研修プログラム上級テキスト内容を中心に、企業における健康経営実践の手法等に基づき設計されている。

研修プログラムは、研修の狙い・タイムスケジュール・講義のポイントなどを記述した「講師向けテキスト」と、実際に研修で使用する「健康経営アドバイザー研修（上級）プログラム」から構成されている。研修プログラムの概要を下表に示す。

図表 4- 44 健康経営アドバイザー研修（上級）プログラム 概要

タイトル	健康経営アドバイザー研修（上級）プログラム
研修対象者	一定程度の知識を習得した企業の健康経営を支援する専門家 （社会保険労務士、中小企業診断士、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等）
形式	集合研修（グループワークを含む）
納品物	健康経営アドバイザー研修プログラム（パワーポイント）
講師が使用するもの	1. 健康経営アドバイザー研修（上級） 講師向けテキスト 2. 健康経営アドバイザー研修（上級） スライド一式
監修者	株式会社社会保険研究所
研修内容	第1章 健康経営を実践する準備について 第2章 企業支援の実務について 第3章 法令遵守とリスクマネジメント 第4章 制度・施策の実行について 第5章 評価・改善について
スライド枚数	パワーポイント 85 枚  The image shows two overlapping presentation slides. The left slide is the title slide, titled '健康経営アドバイザー研修プログラム' (Health Management Advisor Training Program) with the subtitle '上級テキスト' (Advanced Text). The right slide is titled '実践する準備について' (About Preparation for Practice) and contains a flowchart and text detailing the preparation for health management. It mentions '健康経営アドバイザーの役割や健康経営アドバイザーの育成等に関する研修' (Training regarding the role of health management advisors and the training of health management advisors) and lists various support measures like '健康経営の実践' (Implementation of health management) and '健康経営の実践の支援' (Support for the implementation of health management). The logo of '東京商工会議所' (Tokyo Chamber of Commerce and Industry) is visible at the bottom of both slides.

3) 健康経営実践支援ツールの作成

健康経営アドバイザーが、派遣先の企業が抱える健康経営に関する課題を簡単に分析できるチェックリストをベースとした簡易ツール、およびチェック項目に対応する公的機関の支援施策等をまとめた健康経営実践支援ツールを作成した。

本ツールは、健康経営アドバイザー（初級）の運用において用いているチェックリストをベースとし、健康経営アドバイザー制度検討ワーキンググループメンバーである中小企業診断士・社会保険労務士および健康経営実践企業からのフィードバックを元に、健康経営ヒアリングシート(健康経営診断チェックリスト)および健康経営診断報告書の形で作成した。

健康経営ヒアリングシートは、企業の健康経営を支援する際に、企業に予め記入してもらうことで、支援者が訪問前に企業の状況を把握してヒアリングに臨むと共に、企業が記入する際に気付きを得られることを狙ったツールである。本シートは、企業概要、経営指標、従業員構成、経営者が考える健康課題、健康経営チェックリストから構成される。企業概要、経営指標、従業員構成、経営者が考える健康課題をヒアリングすることで、企業の事業状況、健康経営を始めた背景、経営者や担当者の想い、職場環境などを把握してから、健康経営チェックリストで各論をヒアリングするという建付けになっている。健康経営チェックリストは、健康経営優良法人認定制度のチェック項目を参考として組み立てられている。

健康経営診断報告書は、ヒアリング後に企業に対してヒアリング結果から課題と改善の提案を提示する際に使用するものである。総評、ヒアリング結果、ヒアリングから確認される現状と課題、健康経営アドバイザー等による課題等の改善に向けたご提案、有効なソリューションから構成される。総評において報告書の全体像を示し、ヒアリング結果の欄でヒアリングした内容を企業と再確認し、その結果導かれる課題と改善を記入する建付けとなっている。

以下、健康経営ヒアリングシート、健康経営診断報告書を示す。

図表 4- 45 健康経営ヒアリングシート

健康経営アドバイザー

健康経営ヒアリングシート

記入日 : _____

ご担当者役職 : _____

ご担当者氏名 : _____

ご担当者連絡先 : 電話 _____ e-mail _____

<貴社の概要>

会社名	_____
代表者職、氏名	_____
所在地	甲 _____
業 種、取扱品	_____
資 本 金	_____
設 立 年	_____
従業員数	_____ 名 (社員: _____ 名、非正規社員 _____ 名)
健康保険	協会けんぽ・その他 (_____)

健康経営アドバイザー

<経営指標>

指標	平成 年 月期	平成 年 月期	平成 年 月期
売上			
高業利益			
従業員数(社会保険加入者数)			
入社人数、退職人数			
1ヶ月以上の休職者数			
一人当たり付加価値額※			

※一人当たり付加価値額：(営業利益+人件費+減価償却費) / 従業員数

<貴社の従業員構成(男女・年齢)>

	20代以下	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
男							
女							
合計							

<貴社の従業員構成(職種上位3)>

1	職種	人数	勤務時間	休日	特徴(就業状況・構成等)
2					
3					

<経営者が考える健康課題>

職場の健康課題	該当するもの○で囲んでください(複数回答可) 健康状態：高齢化・高血圧・糖尿病・腰痛・肩こり・感染症・その他 (_____) 生活習慣：運動不足・肥満・喫煙が多い・その他 (_____) メンタル：ストレスが多い・心身の病が多い・長期休職が多い・その他 (_____) 過重労働：長時間残業・休日労働・その他 (_____)
なぜ健康経営に取り組むのか?	該当するもの○で囲んでください(複数回答可) 社員のモチベーションの向上 生産性向上 優秀な社員の採用・定着 企業イメージの向上 過重労働対策 コスト削減 法令遵守 リスク軽減 その他 (_____)

- 1 -

- 2 -

健康経営アドバイザー

<健康経営チェックリスト>

項目	NO	チェックリスト案	記入欄	コメント(具体的な内容)	分類
経営理念	1	貴社は「健康経営」を行っていますか?	○ : 行った ○ : 行う予定 △ : 検討中 × : 予定なし		健康経営
	2	貴社では健康づくりの担当者がいますか? E.g. 担当者の有無・専任家(健康経営アドバイザー等)の活用	○ : 担当が健康づくりを推進している △ : 担当を決めてこれから推進する △ : 担当者を部署の予定がある × : 予定なし	担当部署名 (_____)	体制計画
	3	貴社の従業員等の健康診断の受診状況を教えてください。(〇 : 人中心、△ : 〇%等)	○ : 100~90% ○ : 90~70% △ : 70%~50% × : 50%未満	人中心 (_____ %)	健康診断
	4	健康診断に組み入れていますか?	○ : 取り組んでいる △ : 検討中 × : 予定なし		
メンタルヘルス	5	ストレスチェックを実施していますか?	○ : 既に実施している △ : 実施する予定 △ : 実施の必要なし × : 予定なし		
	6	従業員の時間外・休日労働時間を抑制していますか?	○ : 管理者が把握している △ : 必要なら集計ができる △ : 集計が困難 × : 予定なし		過重労働対策
体制計画	7	職場の健康づくりの具体的な目標が設けられていますか?	○ : ある △ : 検討中 × : 予定なし		体制計画
	8	過重労働防止の具体的な目標が設けられていますか?	○ : ある △ : 検討中 × : 予定なし		過重労働対策
WLB	9	従業員が健康に関する情報を知ったり、健康づくりを話し合える場がありますか?	○ : ある △ : 具体的に準備を進めている △ : 実施したい × : 予定なし		ヘルスケア
	10	有給取得や定時退社を促進する取り組みを行っていますか?	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 実施困難 × : 予定なし		
職場の活性化	11	コミュニケーション促進に向けた取り組みを行っていますか?	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 実施困難 × : 予定なし		
	12	E.g. 挨拶運動・社員旅行・運動会等	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 実施困難 × : 予定なし		

健康経営アドバイザー

項目	NO	チェックリスト案	記入欄	コメント(具体的な内容)	分類
健康診断	10	健康診断を実施し、特定保健指導の機会を提供していますか?	○ : 既に実施している △ : 実施する予定 △ : 必要があれば検討する × : 予定なし		健康診断
	11	従業員等の健康増進・生活習慣病予防のための対策を行っていますか?	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 実施したい × : 予定なし		生活習慣
	12	食生活の改善			
	13	運動機会の提供			
感染症対策	14	従業員等の感染症予防に向けた取り組みを行っていますか? E.g. 手洗い・消毒・マスク・インフルエンザワクチンの接種等	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 必要があれば検討する × : 予定なし		感染症対策
	15	従業員等のメンタルヘルス対策を実施していますか?	○ : 既に実施している △ : 具体的に準備を進めている △ : 必要があれば検討する × : 予定なし		メンタルヘルス
保険費削減	16	40歳以上の従業員の健康診断を、協会けんぽ・健康保険組合に提供していますか?	○ : 全員提供している △ : 検討中 △ : 必要があれば検討する × : 予定なし		保険費削減
	17	法令を遵守していますか?	○ : 100%遵守 △ : 一部遵守 △ : 一部遵守できていない × : 遵守する予定はない		法令遵守
法令遵守	18	E.g. 就業規則の作成、三六協定の締結、就業条件の未払いが無い等			
	19	就業規則の作成・更新・告知 (〇〇人以上の事業所)			
	20	三六協定の締結 (_____)			
	21	就業条件の未払いがない			

- 3 -

- 4 -

図表 4- 46 健康経営診断報告書

様

健康経営アドバイザー
健康経営診断報告書

ヒアリング日時
ヒアリング出席者
報告日・報告者(アドバイザー)
担当健康経営アドバイザー①
担当健康経営アドバイザー②
報告予定日(1回目訪問時より)

【総評】
<健康経営を始めるきっかけ> <経営者の想い> <今までの取組> <現状> <課題> <提案>

1

1. ヒアリング結果

<貴社の概要>

会社名
代表者様・氏名
所在地
業 種・取扱品
資 本 金
設 立 年
従業員数
名 (社員： 名、非正規社員 名)
健康保険
協会けんぽ、その他 ()

<貴社の財務指標>

指標
平成 年 月期
平成 年 月期
平成 年 月期

売上
営業利益
一人当たり付加価値額
増進率

※一人当たり付加価値額：(営業利益+人件費+減価償却費)÷従業員数

<貴社の従業員構成 男女・年齢>

男
女
合計

20代以下
30代
40代
50代
60代
70代以上
合計

<貴社の従業員構成(職種上位3)>

職種
人数
勤務時間
休日
特徴(就業状況・構成等)

1
2
3

2

<経営者が考える健康課題>

職場の健康課題
該当するもの○で囲んでください(複数回答可)
健康状態：高血圧・高血糖・糖尿病・腰痛・肩こり・感染症・その他 ()
生活習慣：運動不足・肥満・喫煙者が多い・その他 ()
メンタル：活気がない・心の病が多い・長期休職者が多い・その他 ()
過重労働：長時間残業・休日労働・その他 ()

なぜ健康経営に取り組むのか?
該当するもの○で囲んでください(複数回答可)
社員のモチベーションの向上 生産性向上 優秀な社員の採用・定着 企業イメージの向上
過重労働対策 コスト削減 法令遵守 リスク低減 その他 ()

<貴社のチェック結果>

分野
NO
チェックリスト
チェック結果
コメント

1
貴社は「健康経営」を行っていましたか?
○：行った

2
職場の健康づくりの推進者
○：既に推進している
推進者：()

3
貴社従業員等の健康診断の受診状況と受診率は人 人受診率：
○90～70%

4
ストレスチェックなど、こころの健康を促進するための取組
○：既に実施している

5
従業員等の時間外・休日労働時間の把握(過重労働対策)
○：必要なら集計ができる

6
職場の健康づくりの具体的な目標が定まっていますか?
○：ある

7
過重労働防止の具体的な目標がありますか?
×：予定はない

8
従業員が健康に関する情報を得たり、健康づくりに関心を持てる場
×：予定はない

9
保健指導や定時退社を促進する取組
○：ある

10
管理職、従業員がコミュニケーションを取れるような取組(社内運動、社員旅行など)
○：既に実施している

11
健康診断結果を踏まえ、特定保健指導と合わせた個別対応に健康教育や健康相談などの保健指導を実施していますか?
○：既に実施している

12
従業員等の健康増進・生活習慣改善を予防するための対策を行っていますか?
○：既に実施している

13
運動機会の提供
健康・分業対策 等

14
感染症予防に向けた取り組み
○：既に実施している

15
メンタルヘルス対策の実施
○：既に実施している

3

14
40歳以上の従業員の健康診断結果を、健康保険組合に提供している
○：既に提供している

15
就業規則の作成、三六協定の締結、残業代の支払?
○：既に遵守

2. チェックとヒアリングから確認される貴社の現状と課題

(1) 概況

健康宣言
4
5
3
2
1
0

法令遵守
健康診断
生活習慣
メンタルヘルス
過重労働対策
保健指導

【御社の良い取組と課題】

御社の良い
取組
課題

項目
現状

3. 貴社の課題等の改善に向けて提案

法令遵守
(労務管理)
身体と心の健康づくり
経営改善

【ご利用が有効なソリューション (3つまで)】

ソリューション名
実施内容

4

119

4) コラボヘルス検討ワーキンググループの実施

中小企業と保険者とのコラボヘルスを推進するべく、健康経営アドバイザー（上級）が企業支援を行う際に必要な、保険者に関する知識や連携方策等についての整理・検討を行った。

保険者においてコラボヘルスを実践した有識者を中心に中小企業診断士・社会保険労務士等から構成されるコラボヘルス検討ワーキンググループを組織し、平成 28 年 8 月から 11 月にかけて 3 回実施した。

健康経営アドバイザー（上級）がコラボヘルス推進の支援を行う際に必要な知識等を整理し報告書にまとめ、先に記載した健康経営支援ツール（健康経営ヒアリングシート・健康経営診断報告書）、健康経営アドバイザー上級テキスト等に反映した。

下表に実施スケジュール及びコラボヘルス検討ワーキンググループの実施概要を示す。

図表 4- 47 コラボヘルス検討ワーキンググループ実施スケジュール

実施日	実施内容
平成 28 年 8 月 26 日	第 1 回 コラボヘルス検討ワーキンググループ
平成 28 年 9 月 27 日	第 2 回 コラボヘルス検討ワーキンググループ
平成 28 年 11 月 15 日	第 3 回 コラボヘルス検討ワーキンググループ

図表 4- 48 第 1 回コラボヘルス検討ワーキンググループ実施概要

日時	平成 28 年 8 月 26 日(金)17 時 00 分~18 時 30 分
場所	東京商工会議所 会議室 B
出席者	6 名 ・ 安倍孝治 健康経営研究会 理事 (元 株式会社ワールド健康保険組合 専務理事) ・ 富山 紀代美 デパート健康保険組合 統括保健師 ・ 稲田 耕平 東京都社会保険労務士会 特定社会保険労務士 ・ 弥富 尚志 東京都中小企業診断士協会 中小企業診断士 (東京商工会議所) 藤田、中村
内容	(1) ご挨拶および本準備会の主旨説明 (2) 自己紹介等 (3) 健康経営アドバイザー制度について (4) 「健康企業宣言」について (5) 健保組合マネジメント論の概要について

図表 4- 49 第 2 回コラボヘルス検討ワーキンググループ実施概要

日時	平成 28 年 9 月 27 日 17:30~19:30
場所	東京商工会議所 会議室 B
出席者	6 名 ・安倍孝治 健康経営研究会 理事 (元 株式会社ワールド健康保険組合 専務理事) ・富山 紀代美 デパート健康保険組合 統括保健師 ・稲田 耕平 東京都社会保険労務士会 特定社会保険労務士 ・小川 亮一 東京都中小企業診断士協会 中小企業診断士 (東京商工会議所) 藤田 中村
内容	(1) ご挨拶 (2) 健康保険組合の組織と業務について (3) 健康保険組合の施策について

図表 4- 50 第 3 回コラボヘルス検討ワーキンググループ実施概要

日時	平成 28 年 11 月 15 日 17:00~19:00
場所	東京商工会議所 会議室 B
出席者	6 名 ・安倍孝治 健康経営研究会 理事 (元 株式会社ワールド健康保険組合 専務理事) ・富山 紀代美 デパート健康保険組合 統括保健師 ・稲田 耕平 東京都社会保険労務士会 特定社会保険労務士 ・弥富 尚志 東京都中小企業診断士協会 中小企業診断士 (東京商工会議所) 藤田 中村
内容	(1) ご挨拶 (2) 本準備会成果(報告書)の意見交換

全 3 回のコラボヘルス検討ワーキンググループの実施により得られた示唆や課題を以下にまとめる。

(a) 中小企業と健康保険組合のコラボヘルスの課題

- ① 加入事業所の多い健康保険組合は、人員構成等の問題から、事業所へのサポートが行き届かない。
- ② 加入事業所（企業）が健康保険組合の業務・事業を理解していない。経営者自身が、どの健保組合加入しているのかを知らないケースある。
- ③ 活用できるリソースの情報不足（各健康保険組合の広報活動にも限界がある）健康保険組合ごとに活用できる保険事業が異なる。
- ④ 健康管理事業推進委員会によって、加入事業所と健康保険組合の交流を図ること

が義務付けられている(健康保険法、健康保険組合事業運営基準)が、委員会設置率は7割、かつ形骸化している。双方の情報発信、交流が滞っている可能性がある。

- ⑤ 経営者が従業員の健康増進を経営課題としてとらえていない可能性がある。健康管理の視点のみで企業に啓発していくことには限界がある。
- ⑥ 企業、健康保険組合が従業員の健康状態を正確に把握していない。健診データ・レセプトデータの突合が必要である。

(b) コラボヘルス人材(健康経営アドバイザー(上級)等)のあり方

前提条件として、「健康保険組合という組織・業務について正しい知識を持ち、それを企業へ伝えることが可能であること」、「健康課題について、健康保険組合で解決できるもの、できないものを切り分けられること」、「健康保険組合の現状や保健師の業務等、周辺知識を理解していること」を有しており、以下の3点を満たすことが重要である。

- ① 健康保険組合と連携し、企業の「健康課題」を正確に把握できること
- ② 企業の経営者・担当者と相談し、「健康課題解決」の優先順位を付けられること
- ③ その「課題解決」に向けて、健康保険組合とのコラボヘルスによる提案ができること

(c) コラボヘルス人材(健康経営アドバイザー等)の研修項目の検討

①健康管理、②労務管理、③企業経営について、各専門家が自身の専門外の各項目についての研修を受講することで共通知識を得ることが重要であり、例えば以下のような内容についての共通理解があげられる。

- ・ 健康保険組合の組織、業務の概要(法的根拠、給付事業、保健事業)
- ・ 給付事業、保健事業の具体的内容
- ・ コラボヘルスの具体的な事例
- ・ 健康保険組合が保有する「見える化」システム
- ・ 健康保険組合が企業に伝えたい情報
(ジェネリック、ポピュレーション・ハイリスクアプローチ 等)
- ・ 保健師等、各専門家の業務範囲

（２）中小企業への健康経営の普及

１）中小企業への健康経営の全国普及

全国の中小企業への健康経営の普及策として、協会けんぽ等の保険者が行う「健康企業宣言」および経済産業省等にて制度設計が進められている「健康経営優良法人認定制度」に着目し、その普及方策や制度運用にかかる検討を実施した。健康経営優良法人認定制度の各評価項目の運用基準について、中小企業の実態に詳しい社会保険労務士・中小企業診断士により制度検討を行う「健康経営優良法人認定制度会」にて協議し、また制度運営を中心として、保険者が行う「健康企業宣言」と企業側の認定制度である「健康経営優良法人認定制度」との連携した運営方策を協議する「健康経営全国展開検討会」を開催した。

図表 4- 51 健康経営の全国展開に向けた検討会スケジュール

実施日	実施内容
平成 28 年 12 月 22 日（木）	第 1 回健康経営優良法人認定制度会
平成 28 年 12 月 27 日（火）	第 2 回健康経営優良法人認定制度会
平成 29 年 1 月 11 日（木）	第 3 回健康経営優良法人認定制度会
平成 29 年 2 月 1 日（木）	健康経営全国展開検討会

図表 4- 52 第 1 回健康経営優良法人認定制度会実施内容

日時	平成 28 年 12 月 22 日（木）13：30－17：00
場所	東京商工会議所 会議室 4
出席者	11 名 経済産業省 山本 宣行 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐 高田 真利絵 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 社会保険労務士 稲田耕平 山岡洋秋 山本浩二 東京商工会議所 藤田 中村 反田 坂口 小川（診断士）
内容	1. オリエンテーション - 健康経営の顕彰制度について 山本課長補佐 - 認定基準解説 丸山係長 2. 協議・意見交換 3. 振り返り

図表 4- 53 第 2 回健康経営優良法人認定制度会実施内容

日時	平成 28 年 12 月 27 日（火） 13：00－17：00
場所	東京商工会議所 会議室 2
出席者	12 名 経済産業省 山本 宣行 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐 高田 真利絵 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 社会保険労務士 稲田耕平 山岡洋秋 山本浩二 吉野美奈子 中小企業診断士 佐藤正樹 東京商工会議所 藤田 中村 反田 小川（診断士）
内容	1. オリエンテーション ・ 認定基準解説 丸山係長 2. 協議・意見交換 3. 振り返り

図表 4- 54 第 3 回健康経営優良法人認定制度会実施内容

日時	平成 29 年 1 月 11 日（火） 13：00－17：00
場所	東京商工会議所 会議室 4
出席者	13 名 経済産業省 山本 宣行 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 課長補佐 高田 真利絵 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 丸山 勇紀 経済産業省 商務情報政策局 ヘルスケア産業課 係長 社会保険労務士 稲田耕平 山岡洋秋 中辻めぐみ 吉野美奈子 中小企業診断士 佐藤正樹 東京商工会議所 藤田 中村 反田 坂口 小川（診断士）
内容	1. 健康経営優良法人制度について 2. 協議・意見交換 3. 振り返り

2) 普及用資材の制作

健康経営の全国展開施策の実行にあたり活用する資材として、健康経営および健康経営アドバイザー制度等を紹介したパンフレットを作成した。

本パンフレットは、A4 見開き 4 ページで、「健康経営の説明」、「健康経営の進め方」、「健康経営アドバイザー制度の説明」、「健康経営優良法人認定制度の説明」から構成されている。

図表 4-55 パンフレット「健康経営をはじめよう」

中小企業の社長や人事・総務担当の方へ

東京商工会議所
「健康経営アドバイザー制度」のご案内

健康経営 をはじめよう

健康経営は、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する経営手法です

企業が経営理念に基づき、従業員等の健康維持・増進に取り組むことは、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す、結果的に業績向上や組織としての価値向上へ繋がることが期待されます。

＝従業員等の健康増進や労働衛生等への取り組みに係る支出を、「コスト」ではなく「経営的な投資」として、前向きにとらえることなのです！

※「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標です。

東京商工会議所

5STEPで始める健康経営

資料目次

STEP1 健康宣言

- 健康経営に取り組むことを社内へ発信する
- （記入している企業は健康経営優良法人・健康経営優良企業等の健康経営事業を実施しているの経営者）
- 経営者自身が活動を受動する

STEP2 組織体制

- 社内で健康づくりの担当者を定める
- 健康づくりに関する外部人材（健康経営アドバイザーなど）の活用も検討する

STEP3 健康課題等の把握

- 定期健康診断をどの程度受診しているか（受診率）、受診するよう促しているかを把握する
- 従業員の心の健康状態を把握する（ストレスチェック）
- 職場における健康づくりを支援した活動（運動・生活習慣の改善等）の実施状況を把握する
- 従業員が健康、有休の取得状況、食事の摂取量など健康管理を把握する
- 従業員の健康管理に関する法令を把握する

STEP4 計画策定・健康作りの推進

- STEP3で自社の健康課題を把握し、社内で優先的に取り組む課題を定める
- 優先順位に応じて課題解決の方法を検討し、計画を立案する
- 健康経営率100%、健康率、有休取得率、健康改善率など数値目標も検討して

やってみよう！中小企業での健康経営

健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成
健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成	健康経営率100%の達成

STEP5 取り組みの評価・改善

- 従業員の参加・実施状況を把握する
- 生活習慣、健康意識の改善、参加者の満足度、仕事のモチベーションアップなど、健康づくりによる反応・効果を確認し、次の一手（改善案）を検討する

健康経営の実践を健康経営アドバイザーがサポート

東京商工会議所の健康経営アドバイザー制度とは

健康経営に取り組む企業に対し、東京商工会議所が専門家を派遣します。

健康経営診断、事業計画立案、体制構築、健康づくり推進等の実施支援を行います。

専門事例

- ① 中小企業診断士：生産性の向上・人材マネジメントの改善等
- ② 社会福祉士：労働安全・PDRCAサイクルのチェック
- ③ 保健師等：健康づくりの支援

健康経営アドバイザーの健康経営実践支援フロー

フロー1 1回目訪問（ヒアリング）

- 健康経営アドバイザーが貴社を訪問いたします。
- 健康経営アドバイザーが貴社の健康経営の現状を把握いたします。
- 貴社の健康経営の課題を抽出するために、「健康経営ヒアリングシート」に沿ってヒアリングします。

健康経営スタートアップSTEP2～3の支援です。

フロー2 2回目訪問（フィードバック）

- 「健康経営診断報告書」を作成し、抽出した貴社の健康経営の課題と、対策案をご説明します。
- 健康経営の実践計画立案の参考となる施策・事例・専門機関や相談に必要となる専門家をご紹介します。

健康経営スタートアップSTEP3～4の支援です。

フロー3 3回目訪問以降（実践フォロー）

- 診断を参考に、健康経営の実践計画を立て、実践しましょう！
- 計画策定、実施に専門家の支援が必要な場合は、再度専門家をお招きします。
- （任意）貴社の取り組みを、貴社のホームページに掲載します。

健康経営スタートアップSTEP4～5の実践及び、STEP5のPDRCAサイクルの支援です。

経済産業省・厚生労働省「健康経営優良法人認定制度」のご紹介

健康経営優良法人認定制度

健康経営優良法人認定とは、地域の健康経営に貢献した企業や日本健康保険協会の健康増進の取組をともに、特に優良な健康経営を実施している企業や中小企業の法人を認定する制度です。

健康経営に取り組む優良法人を「見える化」することで、従業員や消費者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる法人」として社会的に評価を受けることができる業績を顕著なことを目指しています。

本認定制度は、中小規模の企業や医療法人を対象とした「中小規模法人部門」と、規模の大きい企業や医療法人を対象とした「大規模法人部門」の2つの部門に分け、それぞれの部門で「健康経営優良法人」を認定します。

中小規模法人部門

制度のイメージ

健康経営優良法人

健康経営に取り組む法人

健康経営優良法人認定制度の部門別認定

健康経営優良法人部門	認定基準
中小規模法人部門	製造業その他 300人以下 卸売業 100人以下 小売業 50人以下 医療法人・サービス業 100人以下

その他、認定基準・申請方法等については下記を参照
http://www.met.go.jp/policy/mono_info_services/healthcare/healthcare_kyousei.html をご覧ください。

東京商工会議所 健康経営アドバイザー制度（派遣）のお申込み

東京商工会議所 サービス窓口 「健康経営アドバイザー派遣希望」とお伝えください
お問い合わせ受付時間 平日 9:00～17:00（休業日を除く）
TEL 03-3283-7670

①「（東京）健康経営優良法人」で検索もしくは
<https://www.tokyo-ed.or.jp/health/kaisai-chubu/> にアクセス
②健康経営に関する情報・健康経営アドバイザーのサポートの申し込みはこちらからお申込みください。

※お問い合わせ先
東京商工会議所 サービス・交流部 〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-5-1 丸の内二丁目ビル
電話 03-3283-7670 FAX 03-3211-8278 メールアドレス kenko@tokyo-ed.or.jp

4.2.3. 考察

本節に示した中小企業における健康経営普及に向けた専門人材の活用方策検討等の取り組みを踏まえ、以下に課題や今後必要な対応方策等をまとめた。

1) 健康経営アドバイザー研修（上級）の創設に向けて

健康経営アドバイザー研修（上級）の創設に向けては以下のような課題が得られた。

① 健康経営アドバイザー（上級）に該当する各専門家の育成について

対象として想定する中小企業診断士、社会保険労務士、労働衛生コンサルタント、保健師等の専門性に鑑みたうえで、健康経営の観点からどのような知識等を補完する研修内容にするか検討が必要。

特に、健康づくりの専門家である保健師については、産業保健の経験者がそもそも少なく、産業衛生コンサルタント等で独立開業している人材も限られているため、大学、専門機関等とも連携した長期的視点にたった育成システムの検討も必要である。

② 様々な専門家の活用

既出の専門家だけではなく、税理士、管理栄養士、産業カウンセラー、医業経営コンサルタント、健康運動指導士など経営、健康づくり等の専門家の活用を検討する必要がある。

③ テキスト及び研修プログラムの検証とブラッシュアップ

実際に研修のテスト運用を実施していないため、テキスト内容及び研修プログラムの時間配分、講師の伝え方、説明のしやすさ、そして最終的に受講者に対して狙った学習効果を与えることができるか、検証が不十分であった。

今後は、トライアル研修などで検証し、ブラッシュアップを図る必要がある。

④ 講師の育成

研修の開催のために、講師を育成しなければならない。広範な内容となるため、専門分野毎の講師候補の専門家選定、労働衛生コンサルタントの活用検討、講師向けの講習の開催などを経て、上級のテキストとプログラムを理解した講師陣を育成する必要がある。

⑤ 全国的な健康経営アドバイザー活用の場の創出

中小企業には専門家の無料派遣制度の活用、有料コンサルティングの費用の目安をきめるなど、アドバイザーの活動環境の整備が必要である。

2) 健康経営のさらなる普及に向けて

全国の中小企業への健康経営の普及に向けては課題も多く、さらなる健康経営の認知度向上が必要な状況である。また、健康経営のファーストステップである「健康宣言」が実施できる環境整備をさらに進める必要もある。

具体的には、協会けんぽにおいては、健康宣言事業をはじめとする健康経営支援の取組は整備されつつあるが、今後は、健康保険組合、特に中小企業が加入する総合組合等との一層の連携を進め、健康経営の実践手法、その中でも健保組合とのコラボヘルスの推進などの具体的な進め方を確立しなければならない。

健康経営優良法人認定制度においても、日本健康会議の掲げる目標に向け、一層の制度周知及び認定件数の向上が必要である。

また、健康経営優良法人認定制度取得後の企業の行動を見ると、ホームページ等の発信力のある広報ツールをたくさん持つ大企業が対象のホワイト 500 に比べ、中小規模法人では認定法人自身の発信力に限りがあることから、一層の認知度向上が課題となる。中小規模法人で認定された事実をどのように外部にアピールして、ブランド向上につなげていくのか今後の課題と考えられる。

以上から、中小企業における健康経営の普及の課題は以下のように考えられる。

- ① 健康経営の認知度向上
- ② 健康宣言を実施する健康保険組合（特に総合組合）数の拡大
- ③ 健康経営実践手法の普及
- ④ 企業、従業員と健康保険組合等保険者のコラボヘルスの推進
- ⑤ 健康経営優良法人認定制度の認知度向上と取得支援
- ⑥ 認定取得企業のブランド向上に資する施策の検討

上記普及に対する課題の対応策として、健康宣言の環境整備を進めるとともに、健康経営優良法人認定制度の普及・啓発を強化し、その実践内容を広く公表して横展開を図ることが必要と考える。

5. 健康経営・健康投資の促進に向けた基盤整備

健康経営の認知度向上を図る取組みとともに、健康経営を実践したいと考える企業等に対する環境整備も健康経営の普及促進に向けて必要となってくる。具体的な健康経営のソリューションの提示や、健康経営に取り組むインセンティブとなりうる仕組み等を整備することにより、健康経営実践企業の獲得と健康経営ソリューションやインセンティブの活用による健康経営市場が形成されることが考えられる。

本章においては、健康経営・健康投資を促進するための具体的なソリューションとしての健康経営オフィス普及のための経営効果の検証や、健康経営の取組みと連動した民間保険商品の検討、そして現状の健康経営市場に関する調査を行った。また、事業成果（削減された財政支出等）に応じて、自治体等が資金提供者へ対価を支払うソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）の自治体への導入についての課題や対応策、契約手法等を整理し、ヘルスケア領域における SIB 展開可能性についても調査を行った。

5.1. 健康経営オフィスの取組みを普及・推進する方策の検討

5.1.1. 事業の背景・目的

本事業においては、下記 3 点を目的とした。

（１）「健康経営オフィス」と「クリエイティブ・オフィス」の関係性を考察し、個人の健康行動と知識創造行動の関連等を整理する。

（２）「健康経営オフィス」の経営効果を構築し、解説する。

個人の健康行動が、組織の経営に貢献する構図について、クリエイティブ・オフィスの「場づくりと知識創造行動と営業利益水準の説明モデル」を援用することで解説し、経営者向けの意識調査で明らかにする。

（３）「健康経営」と「健康経営オフィス」の概念を、再整理する。

平成 27 年度の「健康経営オフィス」の定義と本書の目的欄「健康経営」の関係を整理する。

5.1.2. 事業内容

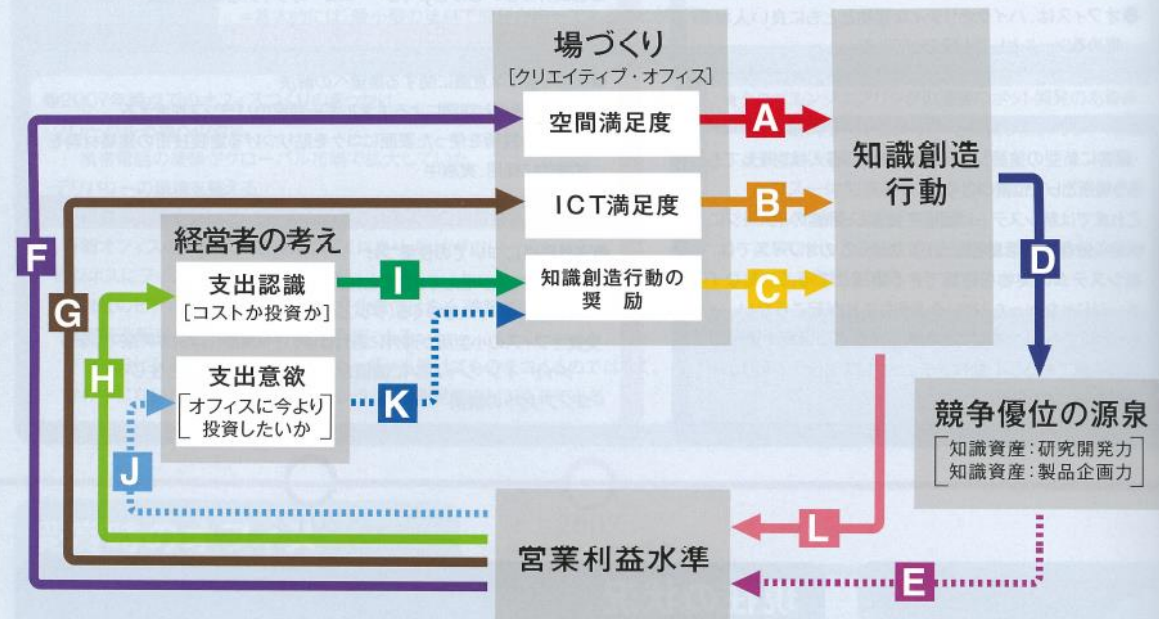
事業委託先の一般社団法人ニューオフィス推進協会が主体となり、郵送によるアンケート調査（6,000 社程度へ配布）を実施。アンケート内容と結果の分析等については、ワーキンググループ（3 回）で検討・整理し、委員会（1 回）で有識者からの意見を募った。

1) アンケート調査の具体的検証事項

下図に示す「クリエイティブ・オフィスの利益循環モデル」の援用により、「健康経営オフィスの概念仮説モデル①」が営業利益水準の向上に結び付くことを、検証した。

図表 5-1 クリエイティブ・オフィスの利益循環モデル

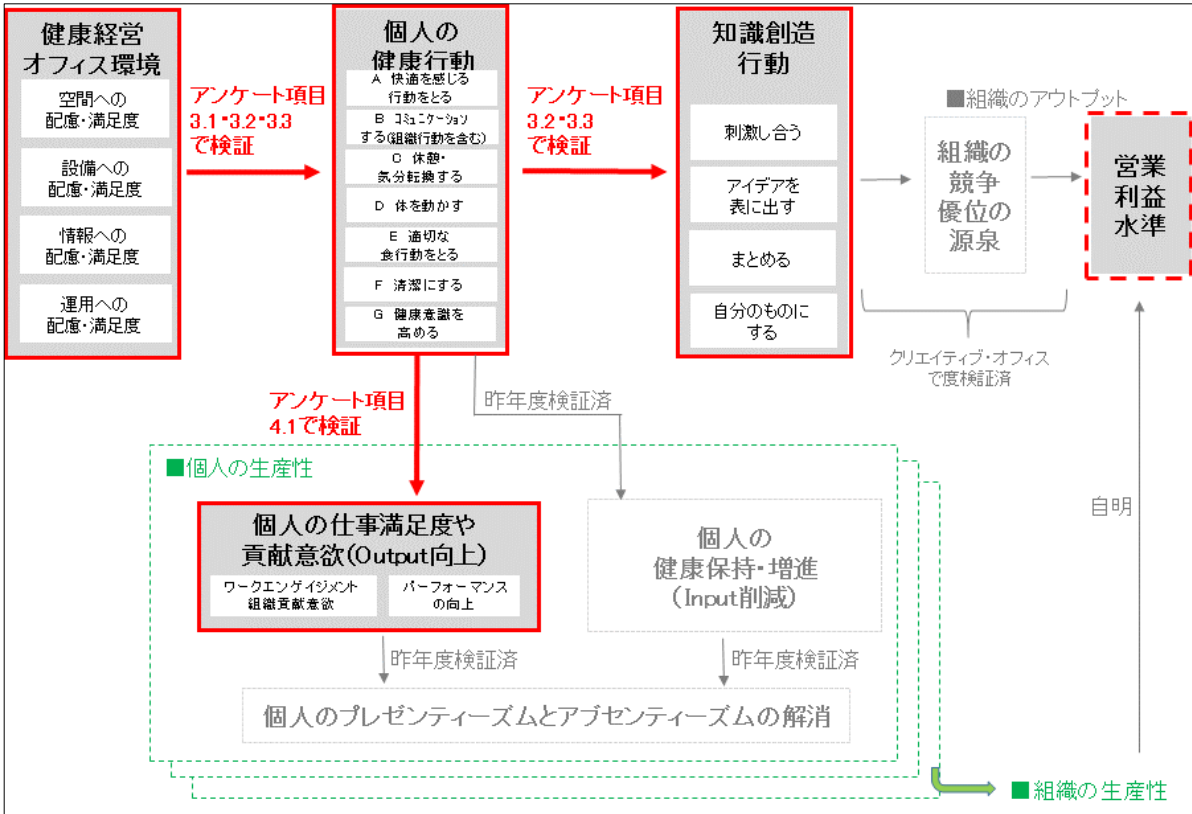
場づくりと知識創造行動と営業利益水準の説明モデル



モデルにおける結論

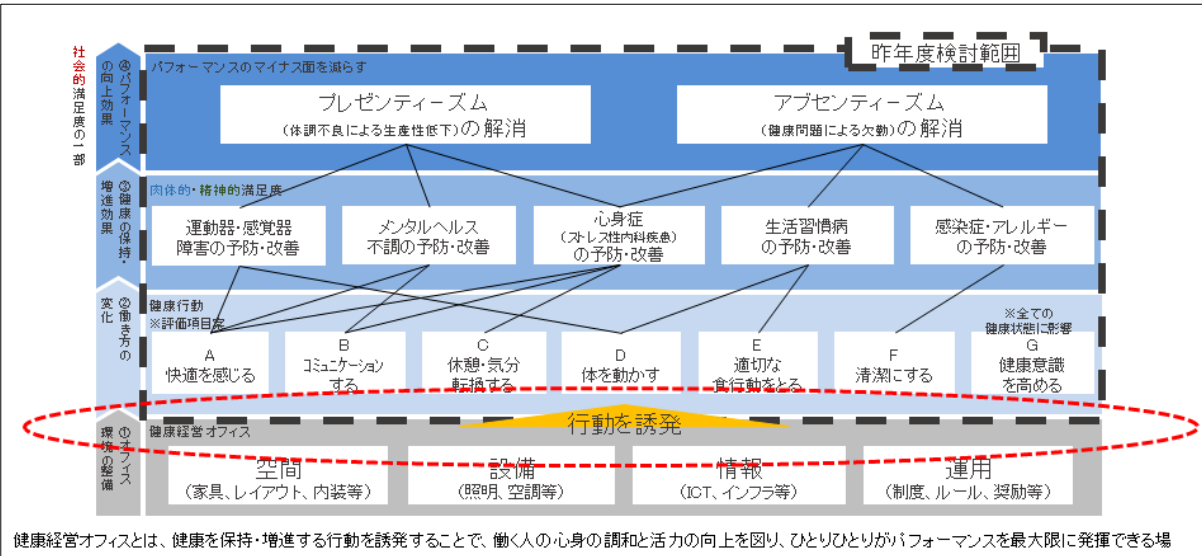
- A : 空間満足度と知識創造行動との関連には明確な関係がみられる。
- B : ICT満足度と知識創造行動との関連には明確な関係がみられる。
- C : 知識創造行動の奨励と知識創造行動との関連には明確な関係がみられる。
- D : 知識創造行動と競争優位の源泉との関連には明確な関係がみられる。
- F : 営業利益水準と空間満足度との関連には明確な関係がみられる。
- G : 営業利益水準とICT満足度との関連には明確な関係がみられる。
- H : 営業利益水準と支出認識との関連には明確な関係がみられる。
- I : 支出認識と知識創造行動の奨励との関連には明確な関係がみられる。
- L : 知識創造行動と営業利益水準との関連には明確な関係がみられる。
- E : 競争優位の源泉と営業利益水準との関連には明確な関係がみられない。
- J : 営業利益水準と支出意欲との関連には明確な関係がみられない。
- K : 支出意欲と知識創造行動の奨励との関連には明確な関係がみられない。

図表 5-2 健康経営オフィスの概念仮説モデル①



「健康経営オフィス環境の整備」と 「7つ個人の健康行動」 の下位項目についても、それらの間の相関を検証した。（下図の赤い点線で囲まれた部分。）

図表 5-3 健康経営オフィスの概念仮説モデル②



2) アンケート調査の実施内容・集計・統計解析手順

(a) STEP.1: 発送先は企業 6,000 社 (上場企業 3,529 社 + 従業員数上位から 2,471 社の代表者宛) とした。(ちなみに、昨年健康経営レポートの調査対象は 20 歳～60 歳の就労者 20,333 名 (自営業除く) であった。)

(b) STEP.2: 集計対象は私企業のみとした。(回収した 848 社のうち病院、学校などの公企業を除外した私企業 654 社とした。n=654。)

図表 5-4 回答企業単純集計

	1.1 貴社の業種はどれに当たりますか。(1つ選択)																
合計	農林漁業	鉱業	建設業	製造業	電気・ガス・熱供給・水道業	情報通信業	運輸業	卸売業・小売業	金融・保険業	不動産業	飲食店・宿泊業	医療・福祉	教育・学習支援業	複合サービス事業(郵便局・協同組合等)	他に分類されないサービス業(専門サービス等)	その他	不明
654	2	1	48	222	5	45	31	121	39	14	9	7	2	3	69	31	5
100.0	0.3	0.2	7.3	33.9	0.8	6.9	4.7	18.5	6.0	2.1	1.4	1.1	0.3	0.5	10.6	4.7	0.8

	1.2 従業員数(常時雇用する従業員数)はどれに当たりますか。連結決算の対象企業を含めてお答え下さい。(1つ選択)					
合計	1～99名	100～299名	300～999名	1,000～2,999名	3,000名以上	不明
654	34	72	144	226	176	2
100.0	5.2	11.0	22.0	34.6	26.9	0.3

	1.3 創業から何年目ですか。(1つ選択)					
合計	1年以下	2～4年	5～9年	10～29年	30年以上	不明
654	1	15	28	105	505	0
100.0	0.2	2.3	4.3	16.1	77.2	0.0

(c) STEP.3: 下図のとおり、仮説モデル図を基にして相関をとる構成概念の分類を決定した。

大分類 4: 1.健康に関するオフィス環境、2.7つの健康行動、3.知識創造行動、4.仕事満足度・貢献意欲。

小分類 17: 1.空間への配慮・満足度、2.設備への配慮・満足度、3.情報への配慮・満足度、4.運用への配慮・満足度、5.行動_A 快適を感じる行動をとる、6.行動_B コミュニケーションする、7.行動_C 休憩・気分転換する、8.行動_D 体を動かす、9.行動_E 適切な食行動をとる、10.行動_F 清潔にする、11.行動_G 健康意識を高める、12.刺激しあう(個人の知識創造行動)、13.アイデアを表に出す(個人の知識創造行動)、14.まとめる(個人の知識創造行動)、15.自分のものにする(個人の知識創造行動)、16.個人のワークエンゲイジメントや組織貢献意

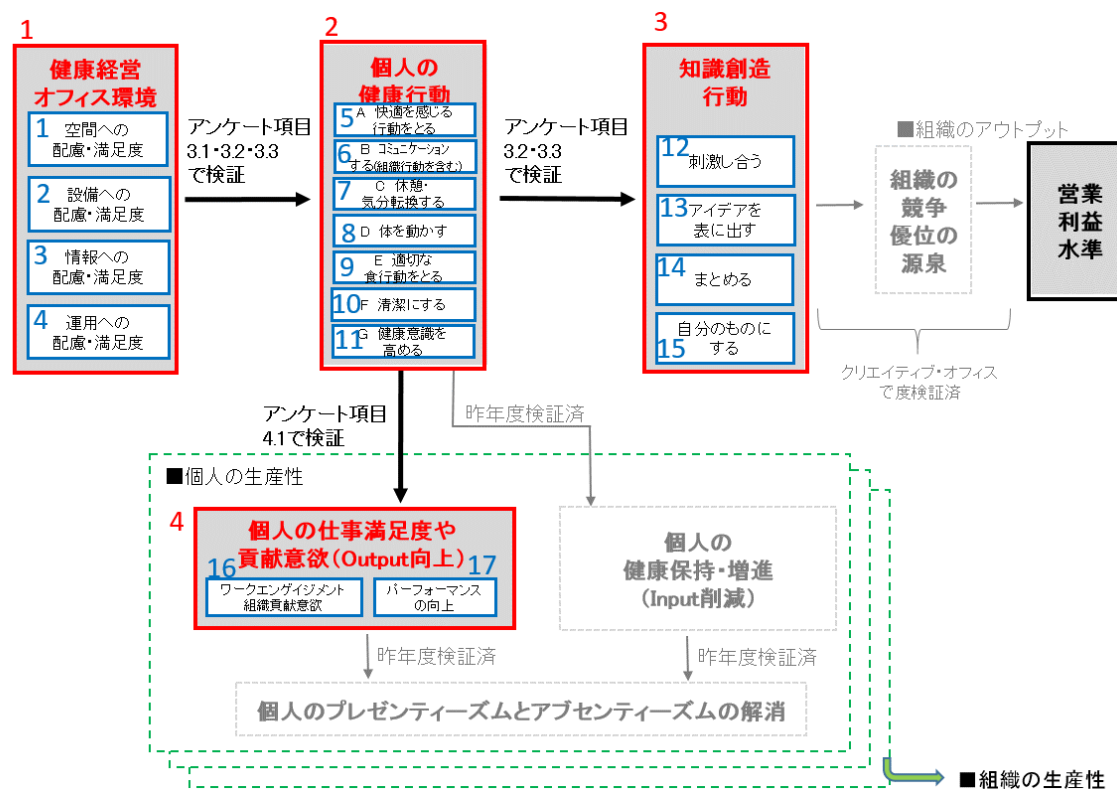
欲の向上、17.個人のパフォーマンス向上。

図表 5-5 構成概念の分類

◆ 大分類 : 4

小分類 : 17

大分類		小分類	
No.	構成概念名	No.	構成概念名
1	健康経営オフィス環境	1	空間への配慮・満足度
2	個人の健康行動	2	設備への配慮・満足度
3	個人の知識創造行動	3	情報への配慮・満足度
4	個人の仕事満足度や貢献意欲	4	運用への配慮・満足度
		5	行動_A 快適を感じる行動をとる
		6	行動_B コミュニケーションする
		7	行動_C 休憩・気分転換する
		8	行動_D 体を動かす
		9	行動_E 適切な食行動をとる
		10	行動_F 清潔にする
		11	行動_G 健康意識を高める
		12	刺激しあう(個人の知識創造行動)
		13	アイデアを表に出す(個人の知識創造行動)
		14	まとめる(個人の知識創造行動)
		15	自分のものにする(個人の知識創造行動)
		16	個人のワークエンゲイジメントや組織貢献意欲の向上
		17	個人のパフォーマンスの向上



(d) STEP.4 : 構成概念とアンケート全 95 項目の紐づけを行った。

図表 5-6 構成概念とアンケート項目①

	アンケート下位項目 (最初の2～1文字はアンケート質問番号)	大分類	小分類
【健康経営オフィス環境】			
空間への配慮・満足度	A2.仕事へ集中できる環境(集中しやすい執務空間、共用できる作業場、集中スペース等)	1	1
	A3.すわり心地や感触(高機能チェアの導入、家具の素材感への配慮などの身の回りの感触)	1	1
	A6.視環境(オフィス全体の見た目の快適さ、植栽導入、窓からの眺望、他人からの視線の配慮等)	1	1
	A9.パーソナルスペース(適切な対人距離の設定、パーティションなど遮りの設置等)	1	1
	B1.気軽に話せるスペースの設置	1	1
	B2.話かけやすいオフィス動線(フリーアドレス等)	1	1
	B3.パーティションの高さ、設置場所の工夫	1	1
	C1.休憩スペース等の設置	1	1
	C2.社員食堂や社内の飲食スペースの充実	1	1
	C3.仕事の合間に身の回りの整理整頓がしやすい環境の整備(ロッカーの設置、掃除用品の設置等)	1	1
	C4.気分転換のためにインターネット・新聞・雑誌等の閲覧ができる環境(図書館の設置等)	1	1
	C7.一人で集中して作業ができるスペースの設置	1	1
設備への配慮・満足度	D1.動線の幅、適度に離れた場所にコピー機などを配置する等による、歩数増加に配慮した設計	1	1
	D2.階段利用を促進する設計(階段に消費カロリーを記載する等)	1	1
	A1.作業姿勢(人間工学的に配慮されたデスク、チェア、モニターアームの導入など)	1	2
	A4.空気・温度(温度、湿度の適切さを維持する設備の導入等)	1	2
	A5.音環境(執務周りの会話等騒音対策、BGMの導入)	1	2
	A7.光環境(オフィス全体・手元の明るさ、照明設備への設計配慮、調光式照明の導入等)	1	2
	A8.香り(消臭機器の導入、アロマ、オフィス緑化等)	1	2
	D3.健康・運動器具等の設備	1	2
	D4.オフィス内または近郊の運動可能なスペースの設置	1	2
	F1.手洗い・うがいの励行のための洗面台やトイレスペースの充実(消毒石鹸、うがい液等の設置等)	1	2
	F2.抗菌機能付きの家具・設備や内装材の設置	1	2
	F3.分煙スペースの設置	1	2
情報への配慮・満足度	F4.空気清浄器等の導入	1	2
	G3.健康測定機器等の設置	1	2
情報への配慮・満足度	A10.IT機器環境・ルール(通信速度、セキュリティ、モバイル活用等)	1	3
運用への配慮・満足度	B4.社内挨拶・声掛け等ルールの設定	1	4
	B5.社内イベント等の定期開催	1	4
	B6.社内掲示板・社内報・ML等による社員相互理解の促進	1	4
	C5.業務外の雑談等の許容・寛容	1	4
	C6.適切な昼食・休憩時間等の制度的設定	1	4
	C8.休憩時、就業後などのクラブ活動・運動やリフレッシュ活動の推奨	1	4
	C9.仮眠スペースの設置や昼食時消灯等の制度的運用	1	4
	D5.ラジオ体操、ストレッチ等業務中の運動慣例化	1	4
	E1.適切な間食行動の許容(健康に配慮した食品のオフィスへの設置、適切な間食のタイミングの周知等)	1	4
	E2.昼食時間の確保を促す環境づくり(お昼に消灯する等)	1	4
	E3.残業時間等における社食・宅配サービス等による夕食の提供(ただし、適切な夕食時間に限定)	1	4
	E4.社食・お弁当配食等における健康メニュー提供	1	4
	F5.オフィス出入口へのアルコール消毒剤等の配置	1	4
	F6.ごみ分別等のルール化、およびその整備	1	4
	F7.社員による職場清掃の実施や外部委託先による清掃	1	4
	G1.健康関連セミナーの社内実施	1	4
	G2.健康づくり等についての社内情報提供	1	4

図表 5-7 構成概念とアンケート項目②

【個人の健康行動】			
A 快適を感じる行動をとる	1.体が疲れにくい作業姿勢をとる	2	5
	2.温度・空調の調整等により快適な環境づくりを行う	2	5
	3.音環境へ配慮するため、電話応対で大きな声を出さないなど、騒音を控える	2	5
	4.作業に支障をきたさないよう、目に優しい明るさを確保する	2	5
	5.デスク周りに緑を置くなど、身の回りの視環境をより良くする	2	5
	6.タバコや強い香水などを控える	2	5
B コミュニケーションする	1.職場の人によく挨拶をする	2	6
	2.職場でよく笑う	2	6
	3.職場の他人の仕事内容に興味を持ち、その概略を把握する	2	6
	4.上司と部下が、業務内容について相談等をよくする	2	6
	5.同僚同士が、業務内容について相談等をよくする	2	6
	6.上司と部下が、業務以外の内容についても相互に社交的コミュニケーションをとる	2	6
	7.同僚同士が、業務以外の内容についても相互に社交的コミュニケーションをとる	2	6
	8.上司が、周囲の部下の健康問題等について職場行動から察知し、問題がありそうな場合は、適切な支援や声掛けを行う	2	6
	9.同僚同士が、周囲の社員の健康問題等について職場行動から察知し、問題がありそうな場合は、相互に適切な支援や声掛けを行う	2	6
	10.(上司・同僚同士を問わず)社員同士が感謝を伝え合う	2	6
	11.(上司・同僚同士を問わず)社員同士が進んで共同作業(掃除や植栽等)を行う	2	6
C 休憩・気分転換する	1.休憩時間を適切にとる	2	7
	2.仕事の合間に机や身の回りの整理整頓をする	2	7
	3.仕事の合間に雑談する	2	7
	4.周囲の人に気を遣わずに離席する	2	7
	5.気分転換のためにインターネット・新聞・雑誌等の閲覧を行う	2	7
	6.昼休みに規定時間通りしっかり休息する	2	7
D 体を動かす	1.オフィス内をよく歩く	2	8
	2.(2-3階であればエレベーターよりも)階段の利用を使う	2	8
	3.就業中に簡単な運動・ストレッチ等を行う	2	8
E 適切な食行動をとる	1.適切なタイミングで、間食や昼食や夕食を摂る	2	9
	2.健康食など健康に配慮した食品等を摂る	2	9
F 清潔にする	1.日常的に手洗い、うがいをする	2	10
	2.身の回りを整理・清掃し、きれいに保つ	2	10
G 健康意識を高める	1.社内の健康関連セミナー・イベント等に参加する	2	11
	2.健康測定機器等を利用する	2	11
	3.社内で、健康についての話をよくする	2	11

図表 5-8 構成概念とアンケート項目③

【知識創造行動】			
個人の知識創造行動	1.他部門の執務室へ、気軽に入る	3	12
	2.休憩時間以外にも、フランクに雑談をする	3	12
	3.周りの人の働く様子を見て、状況を察する	3	12
	4.決められた会合の時間以外にも、突発的に気軽な打合せを行う	3	13
	5.役職や上下関係など関係無しに、自由闊達にアイデアを出し合う	3	13
	6.ホワイトボードや紙を使って絵を描いたり、コンセプトを例えて表現したりする	3	13
	7.電話や外部から邪魔されない状態で、集中して個人作業をする	3	14
	8.公式的な会議を開催し、組織としての意思決定を行う	3	14
	9.プレゼンテーション資料を作り、社内の人に向けて分かりやすく説明する	3	14
	10.考えを具体化するために、試作製品・サービスを作る	3	15
	11.顧客を招いて実演したり、実物を見せて説明したりする	3	15
	12.講習などを行う	3	15
【個人の仕事満足度や貢献意欲(Output向上)】			
個人のワークエンゲイジメン	1.従業員が生活に満足している	4	16
	2.従業員が仕事に満足している(誇りややりがいを感じている)	4	16
	3.従業員のストレスが少ない	4	16
	4.従業員が仕事に夢中になり、集中して取り組んでいる	4	16
個人のパフォーマンスの向上	5.従業員が仕事に積極的に取り組んでいる	4	17
	6.従業員が組織貢献意欲を持っている	4	17

(e) STEP5：統計解析

下位項目の天井床効果を確認するためにスクリーニングを行った。その結果、全 95 項目中、20 項目が天井床効果に抵触することが判明し、それらは解析対象から除外することにした。(天井床効果欄に 1 と記入されている箇所。)

図表 5-9 詳細データ : 下位項目の基本統計量①

大分類	小分類	項目	n	平均値	標準偏差	ave-sd	ave+sd	天井床効果
1	1	A2.仕事へ集中できる環境(集中しやすい執務空間、共用できる作業場、集中スペース等)	653	2.93	0.75	2.17	3.68	0
1	1	A3.すわり心地や感触(高機能チェアの導入、家具の素材感への配慮などの身の回りの感触)	653	2.70	0.87	1.83	3.56	0
1	1	A6.視環境(オフィス全体の見た目の快適さ、植栽導入、窓からの眺望、他人からの視線の配慮等)	652	2.77	0.81	1.95	3.58	0
1	1	A9.パーソナルスペース(適切な対人距離の設定、パーティションなど遮りの設置等)	653	2.64	0.87	1.77	3.50	0
1	1	B1.気軽に話せるスペースの設置	653	2.92	0.83	2.09	3.75	0
1	1	B2.話かけやすいオフィス動線(フリーアドレス等)	654	2.62	0.89	1.74	3.51	0
1	1	B3.パーティションの高さ、設置場所の工夫	654	2.80	0.85	1.94	3.65	0
1	1	C1.休憩スペース等の設置	653	3.08	0.87	2.22	3.95	0
1	1	C2.社員食堂や社内の飲食スペースの充実	653	2.92	0.97	1.96	3.89	0
1	1	C3.仕事の合間に身の回りの整理整頓等がしやすい環境の整備(ロッカーの設置、掃除用品の設置等)	653	3.02	0.76	2.26	3.77	0
1	1	C4.気分転換のためにインターネット・新聞・雑誌等の閲覧ができる環境(図書館の設置等)	653	2.33	0.95	1.38	3.28	0
1	1	C7.一人で集中して作業ができるスペースの設置	652	2.42	0.89	1.53	3.30	0
1	1	D1.動線の幅、適度に離れた場所にコピー機などを配置する等による、歩数増加に配慮した設計	653	2.53	0.87	1.66	3.39	0
1	1	D2.階段利用を促進する設計(階段に消費カロリーを記載する等)	653	2.12	0.91	1.21	3.03	0
1	2	A1.作業姿勢(人間工学的に配慮されたデスク、チェア、モニターアームの導入など)	654	2.67	0.88	1.80	3.55	0
1	2	A4.空気・温度(温度、湿度の適切さを維持する設備の導入等)	653	3.16	0.69	2.47	3.85	0
1	2	A5.音環境(執務周りの会話等騒音対策、BGMの導入)	652	2.44	0.90	1.55	3.34	0
1	2	A7.光環境(オフィス全体・手元の明るさ、照明設備への設計配慮、調光式照明の導入等)	654	3.07	0.77	2.30	3.85	0
1	2	A8.香り(消臭機器の導入、アロマ、オフィス緑化等)	652	2.04	0.83	1.21	2.86	0
1	2	D3.健康・運動器具等の設備	653	1.73	0.83	0.90	2.56	1
1	2	D4.オフィス内または近郊の運動可能なスペースの設置	653	1.76	0.85	0.91	2.61	1
1	2	F1.手洗い・うがいの励行のための洗面台やトイレスペースの充実(消毒石鹸、うがい液等の設置等)	653	3.37	0.72	2.64	4.09	1
1	2	F2.抗菌機能付きの家具・設備や内装材の設置	650	2.13	0.92	1.21	3.06	0
1	2	F3.分煙スペースの設置	650	3.59	0.74	2.85	4.34	1
1	2	F4.空気清浄器等の導入	653	2.68	1.02	1.67	3.70	0
1	2	G3.健康測定機器等の設置	654	2.20	1.01	1.19	3.21	0
1	3	A10.IT機器環境・ルール(通信速度、セキュリティ、モバイル活用等)	654	3.33	0.84	2.68	3.97	0
1	4	B4.社内挨拶・声掛け等ルールの設定	654	3.02	0.80	2.22	3.82	0
1	4	B5.社内イベント等の定期開催	653	2.99	0.88	2.11	3.87	0
1	4	B6.社内掲示板・社内報・ML等による社員相互理解の促進	653	3.31	0.69	2.62	4.00	1
1	4	C5.業務外の雑談等の許容・寛容	654	2.83	0.76	2.08	3.59	0
1	4	C6.適切な昼食・休憩時間等の制度的設定	652	3.39	0.68	2.71	4.07	1
1	4	C8.休憩時、就業後などのクラブ活動・運動やリフレッシュ活動の推奨	653	2.48	0.97	1.50	3.45	0
1	4	C9.仮眠スペースの設置や昼食時消灯等の制度的運用	652	2.42	0.99	1.43	3.41	0
1	4	D5.ラジオ体操、ストレッチ等業務中の運動慣例化	653	2.38	1.17	1.21	3.56	0
1	4	E1.適切な間食行動の許容(健康に配慮した食品のオフィスへの設置、適切な間食のタイミングの周知等)	653	2.33	0.95	1.37	3.28	0
1	4	E2.昼食時間の確保を促す環境づくり(お昼に消灯する等)	654	2.91	0.96	1.95	3.87	0
1	4	E3.残業時間等における社食・宅配サービス等による夕食の提供(ただし、適切な夕食時間に限定)	652	1.77	0.94	0.83	2.71	1
1	4	E4.社食・お弁当配食等における健康メニュー提供	652	2.40	1.13	1.27	3.53	0
1	4	F5.オフィス出入口へのアルコール消毒剤等の配置	653	3.38	0.89	2.49	4.26	1
1	4	F6.ゴミ分別等のルール化、およびその整備	653	3.68	0.55	3.13	4.24	1
1	4	F7.社員による職場清掃の実施や外部委託先による清掃	653	3.71	0.55	3.16	4.26	1
1	4	G1.健康関連セミナーの社内実施	654	2.57	1.03	1.55	3.60	0
1	4	G2.健康づくり等についての社内情報提供	654	2.93	0.93	2.00	3.86	0

図表 5-10 詳細データ : 下位項目の基本統計量②

大分類	小分類	項目	n	平均値	標準偏差	ave-sd	ave+sd	天井床効果
2	5	1.体が疲れにくい作業姿勢をとる	652	2.90	0.91	2.00	3.81	0
2	5	2.温度・空調の調整等により快適な環境づくりを行う	651	3.13	0.88	2.25	4.00	1
2	5	3.音環境へ配慮するため、電話応対で大きな声を出さないなど、騒音を控える	654	3.04	0.90	2.15	3.94	0
2	5	4.作業に支障をきたさないよう、目に優しい明るさを確保する	654	3.27	0.86	2.41	4.13	1
2	5	5.デスク周りに緑を置くなど、身の回りの視環境をより良くする	653	2.09	1.03	1.06	3.13	0
2	5	6.タバコや強い香水などを控える	654	3.17	0.89	2.28	4.07	1
2	6	1.職場の人によく挨拶をする	654	3.47	0.69	2.78	4.15	1
2	6	2.職場でよく笑う	652	2.98	0.79	2.19	3.77	0
2	6	3.職場の他人の仕事内容に興味を持ち、その概略を把握する	654	2.73	0.80	1.93	3.54	0
2	6	4.上司と部下が、業務内容について相談等をよくする	654	3.22	0.68	2.53	3.90	0
2	6	5.同僚同士が、業務内容について相談等をよくする	651	3.21	0.69	2.53	3.90	0
2	6	6.上司と部下が、業務以外の内容についても相互に社交的コミュニケーションをとる	654	2.88	0.79	2.09	3.66	0
2	6	7.同僚同士が、業務以外の内容についても相互に社交的コミュニケーションをとる	654	3.01	0.73	2.28	3.74	0
2	6	8.上司が、周囲の部下の健康問題等について職場行動から察知し、問題がありそうな場合は、適切な支援や声掛けを行う	654	2.98	0.80	2.17	3.78	0
2	6	9.同僚同士が、周囲の社員の健康問題等について職場行動から察知し、問題がありそうな場合は、相互に適切な支援を行う	653	2.92	0.80	2.12	3.72	0
2	6	10.(上司・同僚同士を問わず)社員同士が感謝を伝え合う	653	2.96	0.84	2.12	3.80	0
2	6	11.(上司・同僚同士を問わず)社員同士が進んで共同作業(掃除や植栽等)を行う	653	2.80	0.94	1.86	3.73	0
2	7	1.休憩時間を適切にとる	653	3.48	0.68	2.80	4.16	1
2	7	2.仕事の合間に机や身の回りの整理整頓をする	653	2.92	0.82	2.09	3.74	0
2	7	3.仕事の合間に雑談する	651	3.00	0.80	2.21	3.80	0
2	7	4.周囲の人に気を遣わずに離席する	654	3.19	0.83	2.35	4.02	1
2	7	5.気分転換のためにインターネット・新聞・雑誌等の閲覧を行う	654	2.34	1.01	1.33	3.35	0
2	7	6.昼休みに規定時間通りしっかり休息する	654	3.43	0.71	2.72	4.13	1
2	8	1.オフィス内をよく歩く	654	2.53	0.83	1.70	3.36	0
2	8	2.(2-3階であればエレベーターよりも)階段の利用を使う	654	2.83	0.95	1.88	3.79	0
2	8	3.就業中に簡単な運動・ストレッチ等を行う	654	2.01	0.92	1.09	2.93	0
2	9	1.適切なタイミングで、間食や昼食や夕食を摂る	654	3.06	0.93	2.13	3.99	0
2	9	2.健康食など健康に配慮した食品等を摂る	654	2.39	0.85	1.54	3.23	0
2	10	1.日常的に手洗い、うがいをする	654	3.03	0.79	2.24	3.81	0
2	10	2.身の回りを整理・清掃し、きれいに保つ	654	3.05	0.73	2.32	3.79	0
2	11	1.社内の健康関連セミナー・イベント等に参加する	654	1.99	0.95	1.04	2.94	0
2	11	2.健康測定機器等を利用する	654	1.66	0.82	0.83	2.48	1
2	11	3.社内で、健康についての話をよくする	654	2.20	0.91	1.29	3.10	0
3	12	1.他部門の執務室へ、気軽に入る	654	3.12	0.95	2.17	4.07	1
3	12	2.休憩時間以外にも、フランクに雑談をする	654	2.91	0.89	2.02	3.80	0
3	12	3.周りの人の働く様子を見て、状況を察する	654	3.01	0.80	2.21	3.80	0
3	13	4.決められた会合の時間以外にも、突発的に気軽な打合せを行う	654	3.04	0.82	2.22	3.85	0
3	13	5.役職や上下関係など関係無しに、自由闊達にアイデアを出し合う	654	2.71	0.92	1.78	3.63	0
3	13	6.ホワイトボードや紙を使って絵を描いたり、コンセプトを例えて表現したりする	654	2.65	0.93	1.72	3.58	0
3	14	7.電話や外部から邪魔されない状態で、集中して個人作業をする	654	2.12	0.93	1.19	3.05	0
3	14	8.公式的な会議を開催し、組織としての意思決定を行う	654	3.25	0.86	2.38	4.11	1
3	14	9.プレゼンテーション資料を作り、社内の人に向けて分かりやすく説明する	654	2.81	0.92	1.89	3.74	0
3	15	10.考えを具体化するために、試作製品・サービスを作る	654	2.16	0.98	1.17	3.14	0
3	15	11.顧客を招いて実演したり、実物を見せて説明したりする	654	2.20	1.03	1.16	3.23	0
3	15	12.講習などを行う	654	2.41	1.03	1.38	3.44	0
4	16	1.従業員が生活に満足している	654	2.97	0.51	2.47	3.48	0
4	16	2.従業員が仕事に満足している(誇りややりがいを感じている)	654	3.02	0.54	2.47	3.56	0
4	16	3.従業員のストレスが少ない	654	2.58	0.64	1.93	3.22	0
4	16	4.従業員が仕事に夢中になり、集中して取り組んでいる	654	2.96	0.56	2.40	3.51	0
4	17	5.従業員が仕事に積極的に取り組んでいる	654	3.07	0.57	2.50	3.64	0
4	17	6.従業員が組織貢献意欲を持っている	654	3.01	0.61	2.39	3.62	0

図表 5-11 天井床効果該当項目（除外した項目）

大分類	小分類	項目	n	平均値	標準偏差	ave-sd	ave+sd	天井床効果
1	4	B6.社内掲示板・社内報・ML等による社員相互理解の促進	653	3.31	0.69	2.62	4.00	1
1	4	C6.適切な昼食・休憩時間等の制度的設定	652	3.39	0.68	2.71	4.07	1
1	2	D8.健康・運動器具等の設備	653	1.73	0.83	0.90	2.56	1
1	2	D4.オフィス内または近郊の運動可能なスペースの設置	653	1.76	0.85	0.91	2.61	1
1	4	E3.残業時間等における社員・宅配サービス等による夕食の提供(ただし、適切な夕食時	652	1.77	0.94	0.83	2.71	1
1	2	F1.手洗いやうがい・のしるぎのための洗面台やトイレスペースの充実(消毒石鹸、うがい液	653	3.37	0.72	2.64	4.09	1
1	2	F3.分煙スペースの設置	650	3.59	0.74	2.85	4.34	1
1	4	F5.オフィス出入口へのアルコール消毒剤等の配置	653	3.38	0.89	2.49	4.26	1
1	4	F6.ゴミ分別等のルール化、およびその整備	653	3.68	0.55	3.13	4.24	1
1	4	F7.社員による職場清掃の実施や外部委託先による清掃	653	3.71	0.55	3.16	4.26	1
2	5	2.温度・空調の調整等により快適な環境づくりを行う	651	3.13	0.88	2.25	4.00	1
2	5	4.作業に支障をきたさないよう、目に優しい明るさを確保する	654	3.27	0.86	2.41	4.13	1
2	5	6.タバコや強い香水など控える	654	3.17	0.89	2.28	4.07	1
2	6	1.職場の人によく挨拶をする	654	3.47	0.69	2.78	4.15	1
2	7	1.休憩時間を適切にとる	653	3.48	0.68	2.80	4.16	1
2	7	4.周囲の人に気を遣わずに離席する	654	3.19	0.83	2.35	4.02	1
2	7	6.昼休みに規定時間通ししっかり休息する	654	3.43	0.71	2.72	4.13	1
2	11	2.健康測定機器等を利用する	654	1.66	0.82	0.83	2.48	1
3	12	1.他部門の執務室へ、気軽に入室	654	3.12	0.95	2.17	4.07	1
3	14	8.公式的な会議を開催し、組織としての意思決定を行う	654	3.25	0.86	2.38	4.11	1

欠損確認と回答の採用：想定した構成概念の下位項目に 80%以上回答した企業の回答を採用した。下位項目には欠損があるため n=654 とは限らない。

※欠測値 (missing value)：観測されなかった値。欠損データ (missing data)：欠測値を含むデータ。

上記分類に沿って、構成概念ごとに平均値を算出し、Cronbach α 係数により『大分類、小分類について下位項目を平均することの妥当性』を検証し、 α 係数が 0.7 を超えた構成概念のみの相関を有効として採用している。

図表 5-12 下位項目平均による構成概念計算の妥当性検証（クロンバック α 係数）

- ◆クロンバック α（Cronbachα）係数 ≥ 0.7 を満たさない構成概念数は、5個（小分類）（天井床効果スクリーニング後）
- ◆クロンバック α 係数が低かった構成概念について、下位項目の相関係数行列の精査を行ったが、α 係数に改善は認められなかった。
- *クロンバック α 係数を高めるため ⇒相関が高い2項目を選抜し構成概念を計算。

■基本統計量とCronbachα 係数						
	構成概念	項目数	n	Cronbach α 係数	平均値	標準偏差
(大分類)	健康経営オフィス環境	34	654	0.929	2.67	0.49
	個人の健康行動	25	654	0.923	2.76	0.50
	個人の知識創造行動	10	654	0.877	2.60	0.64
	個人の仕事満足度や貢献意欲	6	654	0.837	2.93	0.43
	合計	75				
(小分類)	空間への配慮・満足度	14	654	0.899	2.70	0.57
	設備への配慮・満足度	8	654	0.773	2.55	0.55
	情報への配慮・満足度	1	654	–	3.33	0.64
	運用への配慮・満足度	11	654	0.797	2.66	0.56
	行動_A快適を感じる行動をとる	3	654	0.621	2.68	0.72
	行動_Bコミュニケーションする	10	654	0.924	2.97	0.61
	行動_C休憩・気分転換する	3	654	0.588	2.75	0.65
	行動_D体を動かす	3	654	0.571	2.46	0.66
	行動_E適切な食行動をとる	2	654	0.615	2.72	0.76
	行動_F清潔にする	2	654	0.722	3.04	0.67
	行動_G健康意識を高める	2	654	0.669	2.09	0.80
	個人の知識創造行動_1刺激しあう	2	654	0.732	2.96	0.75
	個人の知識創造行動_2アイデアを表に出す	3	654	0.804	2.80	0.76
	個人の知識創造行動_3まとめる	2	654	0.613	2.47	0.79
	個人の知識創造行動_4自分のものにする	3	654	0.831	2.26	0.88
	個人のワークエンゲイジメントや組織貢献意欲	4	654	0.735	2.88	0.42
	個人のパフォーマンスの向上	2	654	0.781	3.04	0.54
	合計	75				

*クロンバック α（Cronbachα）：下位項目の平均による構成概念計算の妥当判断基準（Cronbachα） ≥ 0.7

Pearson の相関係数を基に構成概念間の相関を算出した。なお相関関係の強弱については以下のとおりである。

- ・ $\pm 0.7 \sim \pm 1$ ：強い相関がある
- ・ $\pm 0.4 \sim \pm 0.7$ ：中程度の相関がある
- ・ $\pm 0.2 \sim \pm 0.4$ ：弱い相関がある
- ・ $\pm 0 \sim \pm 0.2$ ：ほとんど相関がない

図表 5-13 構成概念間の相関（大分類）

◆仮説の相関はすべて統計学的に有意($P<0.05$)。各構成概念間に正の相関が見られた。

* Pearson の相関係数 = 構成概念間の相関算出
* クローンバック α (Cronbach α) 係数 ≥ 0.7 を満たさない構成概念数はなかった。

【クロンバック α (Cronbach α)】
下位項目の平均による構成概念
計算の妥当判断基準
(Cronbach α) ≥ 0.7

【Pearsonの相関係数】

±0.7～±1 : 強い相関がある
±0.4～±0.7 : 中程度の相関がある
±0.2～±0.4 : 弱い相関がある
±0～±0.2 : ほとんど相関がない

(大分類)			仮説の相關		n=654
	構成概念	健康経営オフィス環境	個人の健康行動	個人の知識創造行動	個人の仕事満足度や貢献意欲
Pearson	健康経営オフィス環境	1.000	0.601	0.530	0.520
相關係数	個人の健康行動	0.601	1.000	0.687	0.649
	個人の知識創造行動	0.530	0.687	1.000	0.535
	個人の仕事満足度や貢献意欲	0.520	0.649	0.535	1.000
P値	健康経営オフィス環境		<0.001	<0.001	<0.001
	個人の健康行動	<0.001		<0.001	<0.001
	個人の知識創造行動	<0.001	<0.001		<0.001
	個人の仕事満足度や貢献意欲	<0.001	<0.001	<0.001	
				P<0.05で統計学的に有意	

※天井床効果スクリーニング後下位75項目で計算

図表 5-14 構成概念間の相関（小分類）

◆仮説の相関はすべて統計学的に有意($P<0.05$)。各構成概念間に正の相関が見られた。

* Pearson の相関係数 = 構成概念間の相関算出

但し、クローンバック α (Cronbach α)係数 ≥ 0.7 を満たさない構成概念数は5個あった。
⇒5個の小分類構成概念については、統計的に相関が検証できない

【クロンバック α (Cronbach α)】
下位項目の平均による構成概念
計算の妥当判断基準
(Cronbach α) ≥ 0.7

【Pearson の相関係数】

±0.7～±1 : 強い相関がある
±0.4～±0.7 : 中程度の相関がある
±0.2～±0.4 : 弱い相関がある
±0～±0.2 : (ほとんど)相関がない

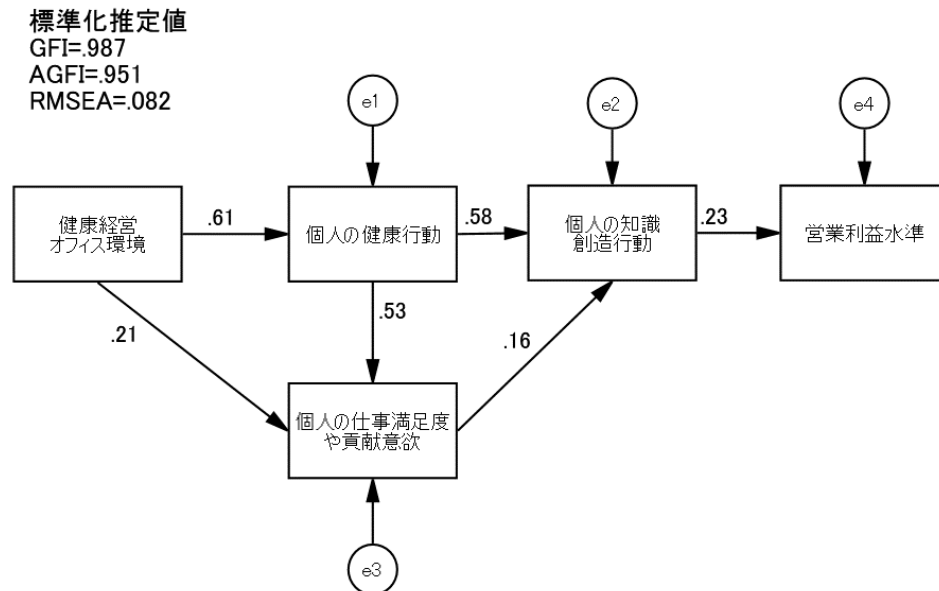
[illegible]

※天井床効果スクリーニング後下位75項目で計算

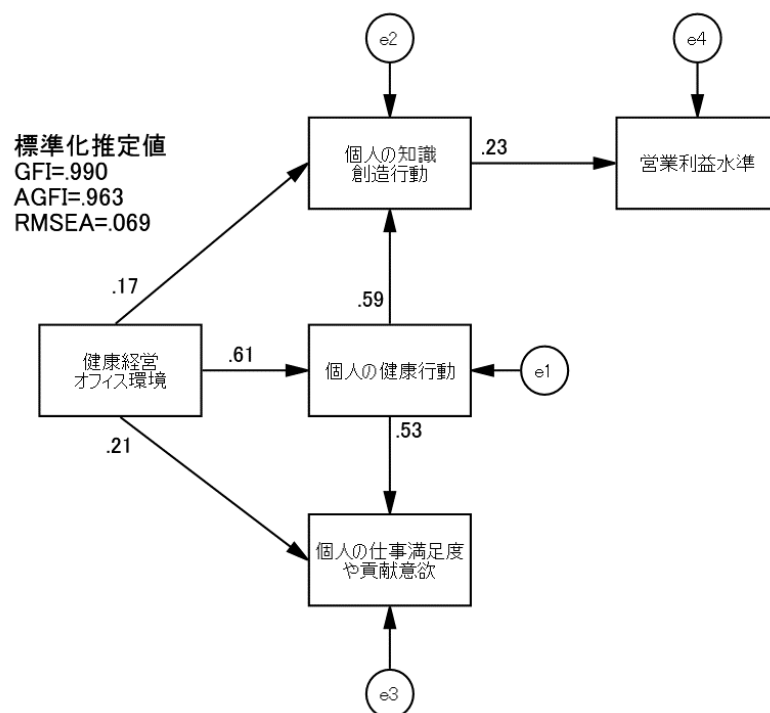
構成概念間の相関についてパス解析を行い、因果関係を検証した。その結果、健康オフィス環境を整えると、3つのアウトカム（個人の健康行動、知識創造活動、仕事満足度）と営業利益水準にポジティブな影響を与えることがわかりった。

図表 5-15 「健康経営オフィスの概念仮説モデル」の検証（パス解析の結果）

【修正モデル 3】すべての構成概念は直接、間接を含め営業利益水準と関連



【修正モデル 5】個人の仕事満足度が、営業利益水準とともに最終アウトカムとなっており、仕事満足度と営業利益水準は無関係を想定



(1) アンケート調査において検証が確認できた項目

- 1) 「健康経営オフィスの概念モデル」の妥当性。
- 2) 昨年の「健康経営オフィスレポート」の仮説。
- 3) 健康経営オフィスの概念モデルとクリエイティブ・オフィスの利益循環モデルとの構造的相似性。

健康経営オフィス環境を整備することは、個人の健康行動を促し、結果的に、営業利益水準の向上や、個人の仕事満足度や貢献意欲の向上に結び付くことが統計学的に検証された。

健康経営
オフィス環境

- 空間への配慮・満足度
- 設備への配慮・満足度
- 情報への配慮・満足度
- 運用への配慮・満足度

個人の健康行動

- A 快通を感じる行動をとる
- B コミュニケーションする(組織行動を含む)
- C 休憩・気分転換する
- D 体を動かす
- E 適切な食行動をとる
- F 清潔にする
- G 健康意識を高める

知識創造行動

- 刺激し合う
- アイデアを表に出す
- まとめる
- 自分のものにする

組織のアウトプット

- 組織の競争優位の源泉
- 営業利益水準

個人の生産性

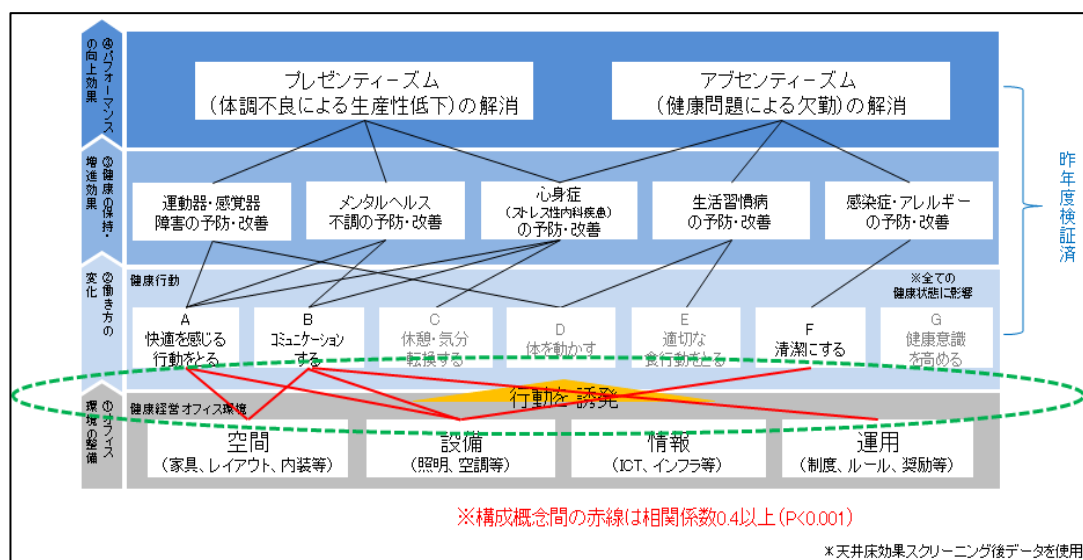
- 個人の仕事満足度や貢献意欲(Output向上)
 - ワークエンゲイジメント
 - 組織貢献意欲
 - パフォーマンスの向上
- 個人の健康保持・増進(Input削減)
- 個人のプレゼンティーズムとアブセンティーズムの解消

Flowchart details and labels:

- From Health Management Office Environment to Individual Health Action: (61) 今回検証済
- From Individual Health Action to Knowledge Creation Action: (58) 今回検証済
- From Knowledge Creation Action to Source of Competitive Advantage: (23) 今回検証済
- From Source of Competitive Advantage to Operating Profit Level: (23) 今回検証済
- From Health Management Office Environment to Individual Job Satisfaction: (24) 今回検証済
- From Individual Health Action to Individual Job Satisfaction: (53) 今回検証済
- From Individual Job Satisfaction to Individual Productivity: (16) 今回検証済
- From Individual Health Action to Individual Productivity: (16) 今回検証済
- From Individual Job Satisfaction to Individual Productivity: (16) 今回検証済
- From Individual Productivity to Organizational Productivity: (16) 今回検証済

昨年の調査では仮説に留まっていた健康経営オフィス環境の整備の4つの下位項目（空間、設備、情報、運用）と個人の健康行動の7つの下位項目（A.快適を感じる行動をとる、B.コミュニケーションする、C.休憩・気分転換する、D.体を動かす、E.適切な食行動をとる、F.清潔にする、G.健康意識を高める）との相関は、下図に示す赤線の項目間において示された。

図表 5-17 健康経営オフィスレポートとの関連性



すなわち、健康経営オフィス環境の整備のうちの3項目（空間、設備、運用）と個人の健康行動のうちの3項目（A.快適を感じる行動をとる、B.コミュニケーションする、F.清潔にする）との間に相関のあることが検証出来た。

さらに言えば、空間（家具、レイアウト、内装等）はA.快適を感じる行動をとることとB.コミュニケーションするとの間に、設備（照明、空調等）は、A.快適を感じる行動をとる、B.コミュニケーションする、F.清潔にするとの間に、運用（制度、ルール、奨励等）はB.コミュニケーションするとの間にそれぞれ相関があるということである。

一方、個人の健康行動の7つの下位項目のうち4つ（C.休憩・気分転換する、D.体を動かす、E.適切な食行動をとる、G.健康意識を高める）については、（ α 係数が0.7を超えなかったため）健康経営オフィス環境の整備の4項目（空間、設備、情報、運用）との間に相関があることの立証には至らなかった。

3) 健康経営オフィスの概念モデルとクリエイティブ・オフィスの利益循環モデルとの構造的相似性

検証結果1)により、過去にクリエイティブ・オフィスの利益循環モデルで検証されていた知識創造行動と営業利益水準とは因果関係にあることが、今回の調査の中でも検証出来たため、健康経営オフィスの概念モデルとクリエイティブ・オフィスの利益循環モデルには構造的相似性のあることが明確になった。

(2) 委員会、ワーキンググループにおける意見のまとめ

委員会およびワーキンググループの意見を総括すると以下の通りとなる。

平成 27 年度の健康経営オフィスの定義は、「健康経営オフィスとは、健康を保持・増進する行動を誘発することで、働く人の心身の調和と活力の向上を図り、ひとりひとりがパフォーマンスを最大限に発揮できる場のことです。」としていた。また、これまで健康経営とは、「企業が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても大きな成果が期待できるとの基盤に立って、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することを指す。」としてきた。これらの概念について、今回の事業を通じて、関係も含め、次のように再整理することが出来た。

「健康経営とは、従業員の健康管理を経営的な視点から考えて、戦略的に取り組むこと。それについてオフィス環境（空間、設備、運用）の側面から取り組むこと（健康経営オフィスづくり）は、従業員個人の健康行動（快適を感じる行動をとる、コミュニケーションする、清潔にする）を誘発し、従業員個人の健康の保持・増進（運動器・感覚器障害、メンタルヘルス不調、心身症、生活習慣病、感染症・アレルギーの予防改善による Input 削減）をもたらし、従業員個人のプレゼンティーズム（体調不良による生産性低下）解消とアブセンティーズム（健康問題による欠勤）解消によるパフォーマンス向上をもたらすばかりではなく、従業員個人の仕事満足度や貢献意欲向上（ワークエンゲイジメントや組織貢献意欲、パフォーマンスの向上による Output 向上）や、知識創造行動の誘発を行い、結果的に企業の営業利益水準の向上に結び付く。」

5.1.4. 結論

事業の目的は以下の 3 つであった。

- ① 「健康経営オフィス」と「クリエイティブ・オフィス」の関係性を考察し、個人の健康行動と知識創造行動の関連等を整理すること。
- ② 「健康経営オフィス」が経営に及ぼす効果をアンケート調査により検証し、解説すること。
- ③ その検証結果を踏まえ、委員会メンバーおよびワーキンググループメンバーからの意見を募たうえで、「健康経営」と「健康経営オフィス」の概念を再整理すること。

これらの目的は完全に達成された。

すなわち、目的（1）については 健康経営オフィスの概念モデルとクリエイティブ・オフィスの利益循環モデルには構造的相似性のあることが明確になった。

また、目的（2）については 健康経営オフィス環境を整備することは、個人の健康行動を促し、結果的に、営業利益水準の向上や、個人の仕事満足度や貢献意欲の向上に結び付くことが統計学的に検証された。さらに、健康経営オフィス環境の整備のうちの 3 項目（空間、設備、運用）と個人の健康行動のうちの 3 項目（A.快適を感じる行動をとる、B.コミュニケーションする、 F.清潔にする）との間に因果関係のあることが検証出来た。

5.1.5. 今後の事業展開

事業委託先の一般社団法人ニューオフィス推進協会において、以下の事業展開を検討する予定である。

- ① 第 30 回日経ニューオフィス賞選定時に、「健康経営オフィス賞」（仮称）を特別賞として提案
- ② 健康経営オフィスの概念とクリエイティブ・オフィスの概念との融合の検討

5.2. ソーシャルインパクトボンドの導入に向けた環境整備

5.2.1. 本調査の経緯と目的

(1) 本調査の経緯

平成 27 年度健康寿命延伸産業創出推進事業における成果報酬型ソーシャルインパクトボンド（SIB）構築推進事業では、「日本版ヘルスケアソーシャル・インパクト・ボンドの基本的な考え方」を作成し、また、認知症予防パイロット事業を実施した。

「日本版ヘルスケアソーシャル・インパクト・ボンドの基本的な考え方」は、SIB 事業において想定される各関係者（行政機関、サービス提供者、サービス対象者、中間支援組織、資金提供者、評価アドバイザー、第三者評価機関）が SIB 事業を導入する上での一助となることを目的として作成された。

また、認知症予防パイロット事業では、要介護認定者、要介護認定されていない 65 歳以上の高齢者に対して、公文教育研究会が 2001 年に東北大学と共同で開発した学習療法を提供、もしくは健康教室を開催し、その成果を大学等が主導して測定するというものであった。成果報酬の実現性の検証に重点を置き、大学等研究機関が主導して成果の測定を実施した結果、成果報酬型支払いの実現可能性が確認された。

以上より、昨年度は SIB 導入推進に資する基本的考え方の整理、及び成果の合理的測定という専門的見地からの SIB 事業を実施した。これに対し、本年度は地方自治体が実施主体となって SIB 事業化を検討し、今後 SIB 事業を推進する上での課題とその対応策を整理したものである。

(2) 本調査の目的

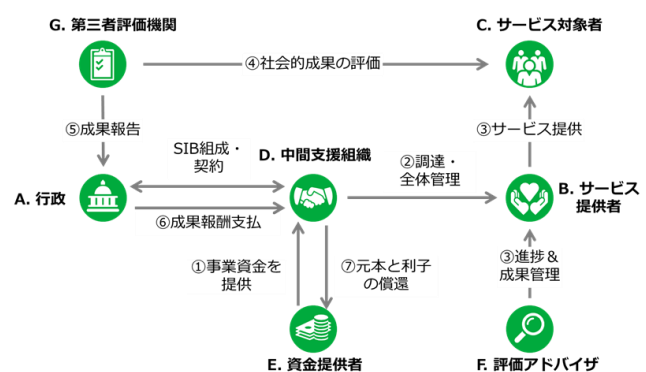
日本では、これまで経済産業省や日本財団等により SIB 導入を見据えた事業効果の定量的検証を目的とした事業は実施されているものの、右図にある SIB の一般的な事業スキームを踏まえた事業は実施されていない。

本調査では、SIB の一般的な事業スキームを踏まえ、神戸市及び八王子市において現行の社会環境や法制度等のもとで SIB の事業構築を行った。その上で、SIB 普及・推進を阻害する課題を抽出し、それに対して具体的かつ実務的な対応策を提示し、今後の地方自治体での SIB 導入検討時の参考としていくものである。

神戸市では、SIB 手法を導入して糖尿病性腎症重症化予防事業を実施するため、糖尿病性腎症者のうち、特に重症化リスクの高い対象者に対し食事療法等の保健指導を行い、対象者の生活習慣の改善を通して、ステージの進行/人工透析への移行を予防する事業モデルを構築した。

八王子市では SIB を導入して大腸がん検診受診勧奨事業を実施するため、検診受診率が特

図表 5-18 SIB の一般的な事業スキーム



に低い前年度未受診者を対象とし、対象者の過去の医療関連情報と人工知能を活用し、オーダーメイド受診勧奨を行って、大腸がん早期発見を目指す事業モデルを構築した。

両市は平成 29 年度中に事業を開始することを予定しており、既に事業モデルの構築を終え、現在予算要求の段階にある。

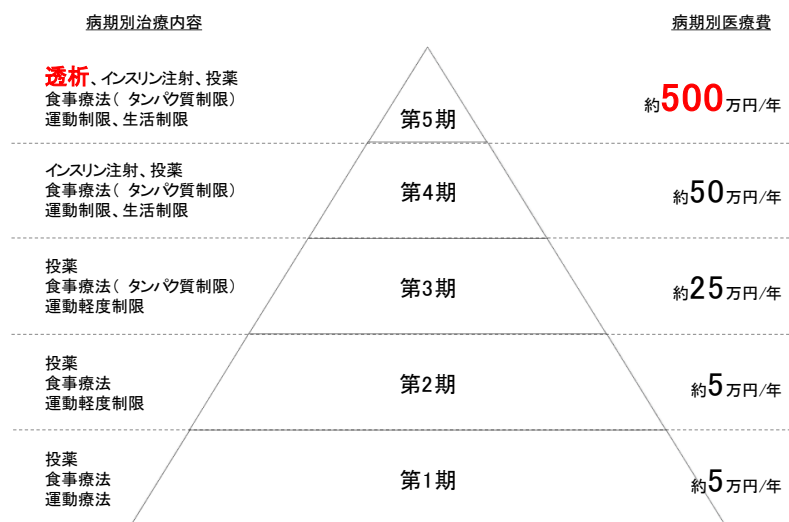
5.2.2. 実証モデル事業の結果

(1) 神戸市における実証モデル事業の結果

1) 事業の目的・経緯

腎症は第 1 期から第 5 期までの病期があるが、第 5 期に至ると人工透析が必要となり、週 3～4 日、1 回 3～4 時間の人工透析が必要となってしまう。また、医療費の面においても人工透析には年間 500 万円から 600 万円の医療費がかかると言われている。現在我が国において人工透析患者は約 30 万人以上いるため、単純に計算しても、年間国民医療費 40 兆円のところ、約 1.5 兆円が人工透析に関する医療費が占めている計算となる。

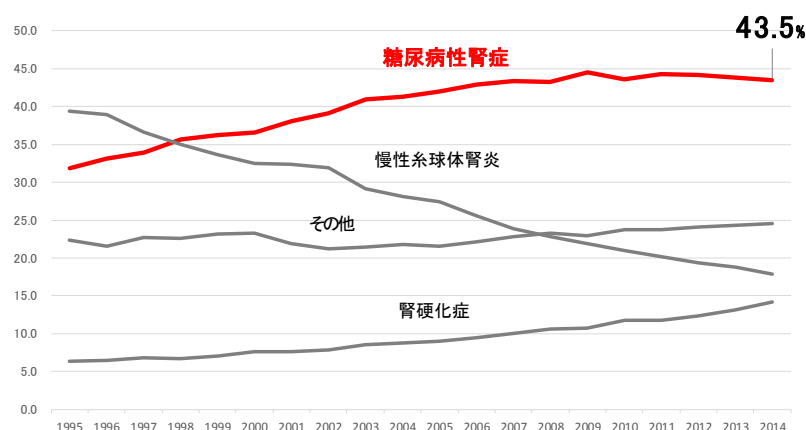
図表 5-19 腎症の病期別治療内容と医療費



出所：DPP ヘルスパートナーズ社、データホライゾン社資料を基に作成

このように国民の生活の質にも、また医療費にも大きな影響を与える人工透析だが、その要因別に見ると、糖尿病性腎症がもっとも大きい要因となっている。

図表 5-20 腎症の病期別治療内容と医療費



出所：一般社団法人日本透析医学会（2015）「図説 わが国の慢性透析療法の現況」

そのため、国レベルでも自治体レベルでも糖尿病性腎症の重症化予防は重要な政策課題となっている。神戸市においても従前より腎症の重症化予防に取り組んでおり、未受診者や治療中断者といったハイリスク者を対象に、受診勧奨に取り組んできた。

2) 事業概要

本事業では、糖尿病性腎症の重症化予防を、SIB を活用して実施するものである。事業概要は以下の通りである。介入プログラムとしては受診勧奨や服薬指導、食事指導を含む保健指導プログラムを対象者に対して実施し、生活習慣の改善を行うことで重症化の予防を狙うものである。

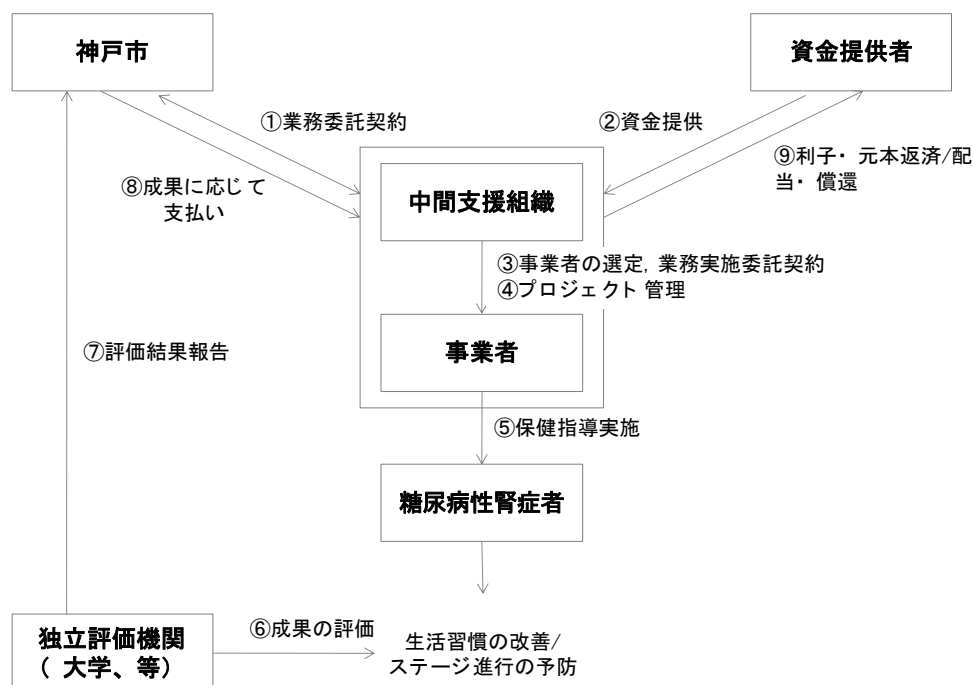
図表 5-21 事業概要

上位目標	市民の健康寿命の延伸	
事業目的	人工透析への移行予防	
事業内容	・糖尿病性腎症者のうち、特に重症化のリスクの高い患者100名を対象 ・食事療法等の保健指導を行い、対象者の生活習慣の改善を通じて、ステージの進行/人工透析への移行予防を狙う。	
期待される便益	・市民のQOLの向上 ・治療にかかる医療費の適正化 ・死亡したり通院・入院したりすることで、労働ができないことによる逸失所得の削減	
事業実施体制	受益者	神戸市国保加入者の糖尿病性腎症者
	行政	神戸市
	事業者	保健指導事業者
	中間支援組織	未定
	資金提供者	未定（財団、銀行、個人投資家等を想定）
	独立評価機関	未定（大学等を想定）

3) 実施体制の検討

本事業で想定している実施体制は、以下の通りである。

図表 5-22 想定事業実施体制



SIB の実施体制として必ず中間支援組織が必要となるわけではないが、本事業のような保健指導業務は、社会的インパクトを出す上でプログラム修了率や生活習慣改善率が重要業績指標であり、日常的なモニタリングが必要となるため、プロジェクト管理のための中間支援組織が必要という理由から設置することになった。

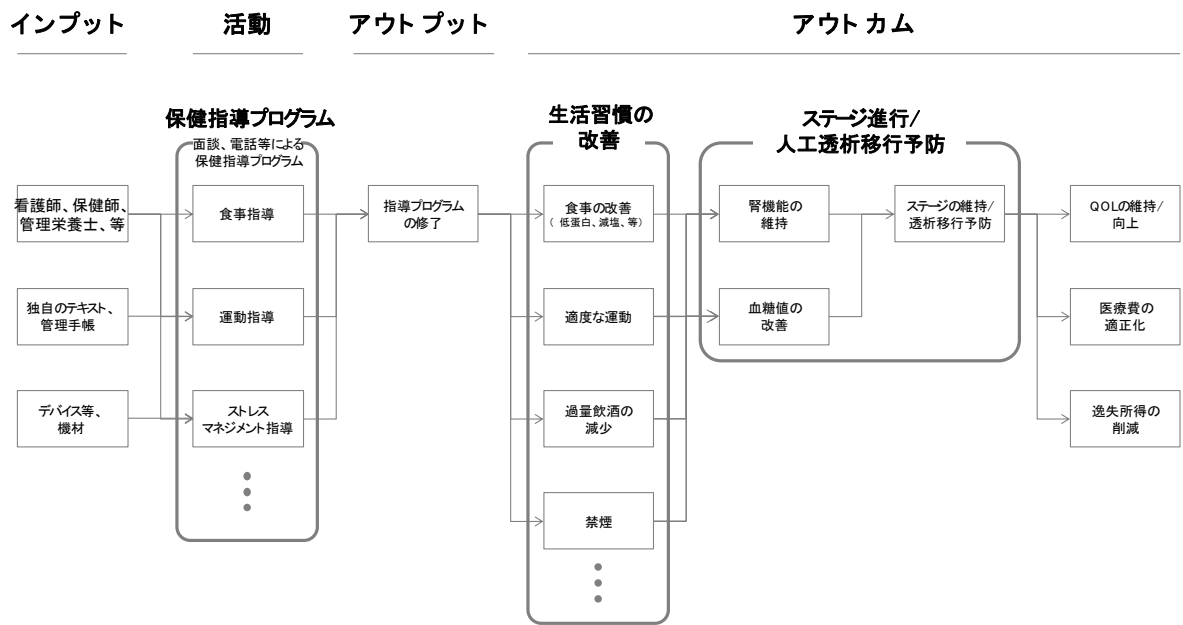
評価機関については、現状、大学等の第三者による評価を想定しているが、一定の専門性や独立性を担保できる場合、事業者による内部評価を第三者評価委員会にて検証するといった方法もとりうると考えられる。特に規模の小さな案件の場合にはできるだけ SIB の運営に係る費用を抑えることが重要であるため、第三者評価委員会方式も検討されている。

4) 事業化の検討

a. 成果指標の検討

具体的な事業化の検討にあたって、まず成果指標の検討を行った。具体的には、本事業のロジックモデルを明確化した上で、アウトプットおよびアウトカムの中から、支払と連動させる成果指標の選定を行った。本事業の想定されるロジックモデルは以下の通りである。

図表 5-23 本事業のロジックモデル



出所：日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省（2016）「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に作成。

従来の事業では、保健指導業務の履行をもって委託料の支払が行われるが、SIB を活用する場合、その先の保健指導プログラムの修了率や生活習慣の改善率、ステージ進行の予防といったアウトカムに連動して支払いを行うことになる。

成果指標の選定は、先述のロジックモデルを基に、以下に示したような観点から検討を行った。

図表 5-24 成果指標検討の観点

役割	観点	説明
事業の成否の 判断基準	事業目的との 関連性	- 事業目的の達成度を直接あらず指標か - 中間的指標の場合、事業目的との因果関係は明確か
	持続性の 検証可能性	事業後の効果の持続性を評価できるか
報酬支払いの 判断基準	インセンティブ の適切性	「歪んだインセンティブ（perverse incentives）」につながらないか - 事業者・資金提供者のやる気を引き出せるか（成果の発現時期が長期的過ぎないか、成果につながらないリスクは大きすぎないか）
	支払時期の 妥当性	事業者・資金提供者への支払いタイミングとして適切か
事業管理の 判断基準	事業管理上の 有用性	事業の進捗確認や、事業内容の変更の判断に資する情報を得ることができるか

選定の結果は以下の通りである。

図表 5-25 成果指標検討の選定結果

指標	評価タイミング	選定の観点					選定結果案
		事業目的との関連性	持続性の検証可能性	インセンティブの適切性	支払時期の妥当性	事業管理上の有用性	
指導プログラムの修了者数	事業終了時	△	×	△	○	△	—
生活習慣の改善者数	事業終了時/ 観察期間経過後 (ex. 事業終了12ヵ月後)	△	△	○	○	△	中間 成果指標 (報酬との紐付けあり)
ステージ進行/ 人工透析移行 予防者数	観察期間経過後 (ex. 事業終了12ヵ月後)	○	○	○	△	×	成果指標 (報酬との紐付けあり)
対象者の QOLの維持/向上	観察期間経過後 (ex. 事業終了12ヵ月後)	○	○	○	△	×	—
医療費の削減額	観察期間経過後 (ex. 事業終了12ヵ月後)	△	○	×	△	×	—
逸失所得の削減額	観察期間経過後 (ex. 事業終了12ヵ月後)	×	○	×	△	×	—

これらの成果指標について、評価デザインは以下の示した候補の中から検討を行った。

図表 5-26 評価デザインの候補

評価デザイン	概要	メリット	デメリット
ランダム化比較試験 RCT: Randomized Controlled Trial	・対象者を介入群とコントロール群に無作為に割付け、両者を比較する手法	・もっとも厳密性を担保できる	・コントロール群を設定しデータ収集、分析をするため… - 時間・コストがかかる - 倫理的に適さない場合がある
マッチング法 Matched Controlled Trial	・介入群と可能な限り類似したグループをコントロール群とし、両者を比較する手法	・介入群を無作為に選定できない場合でも活用できる ・一定の厳密性を担保できる	・コントロール群を設定しデータ収集、分析をするため… - 時間・コストがかかる - 倫理的に適さない場合がある ・一定のバイアスが入る可能性あり
既存データとの比較 Historical Baseline	・過去のデータから、介入群と類似するグループのデータを選び、両者を比較する手法	・コントロール群を設定する必要がないため… - コストが低い - 倫理的問題を回避できる ・一定の厳密性を担保できる	・比較可能なデータがなければできない ・一定のバイアスが入る可能性あり
事前事後比較 Before After Study	・事業の実施前のデータと事業の実施後のデータを比較する手法	・簡易 ・コストが低い	・介入以外の外部要因を除外することが難しく、厳密性が低い

出所：Social Finance UK (2015) Designing Effective Outcome Metrics and Measurement Systems を参考に作成。

上記の候補から選定するにあたり、以下の観点から選定を行った。

図表 5-27 評価デザイン選定の観点

選定の観点	説明
厳密性	評価結果について、どの程度の確からしさを期待できるか
倫理性	公平性を基本とする行政サービスにおいて適用可能か
費用	・ 時間はかかり過ぎないか ・ 費用は高すぎないか
実現可能性	健診データやレセプトデータを基にした対象者の抽出方法などを踏まえ、実現可能か

その結果、中間成果指標の生活習慣の改善については質問紙を用いた行動変容に関する事前事後比較を採用した。最終成果指標については、以下のような検討を行い、既存データとの比較とした。特にランダム化比較試験やマッチング法については、一定の効果が期待される保健指導プログラムを実施しないグループをあえて設定する点に倫理的問題があるとの指摘が自治体側からもあり、採用しなかった。また、同様に重要な点として、科学的信頼性が高い手法であってもあまりに専門的で複雑な手法であることによって、市民も含めた関係者の手法や評価結果に対する納得感が逆に阻害されてしまう可能性が検討の中で指摘された。評価デザインについては、一定の信頼性を担保することは当然に必要なだが、関係者間での手法ならびに評価結果に対する合意可能性も十分に考慮する必要がある。

図表 5-28 最終成果指標にかかる評価デザインの選定結果

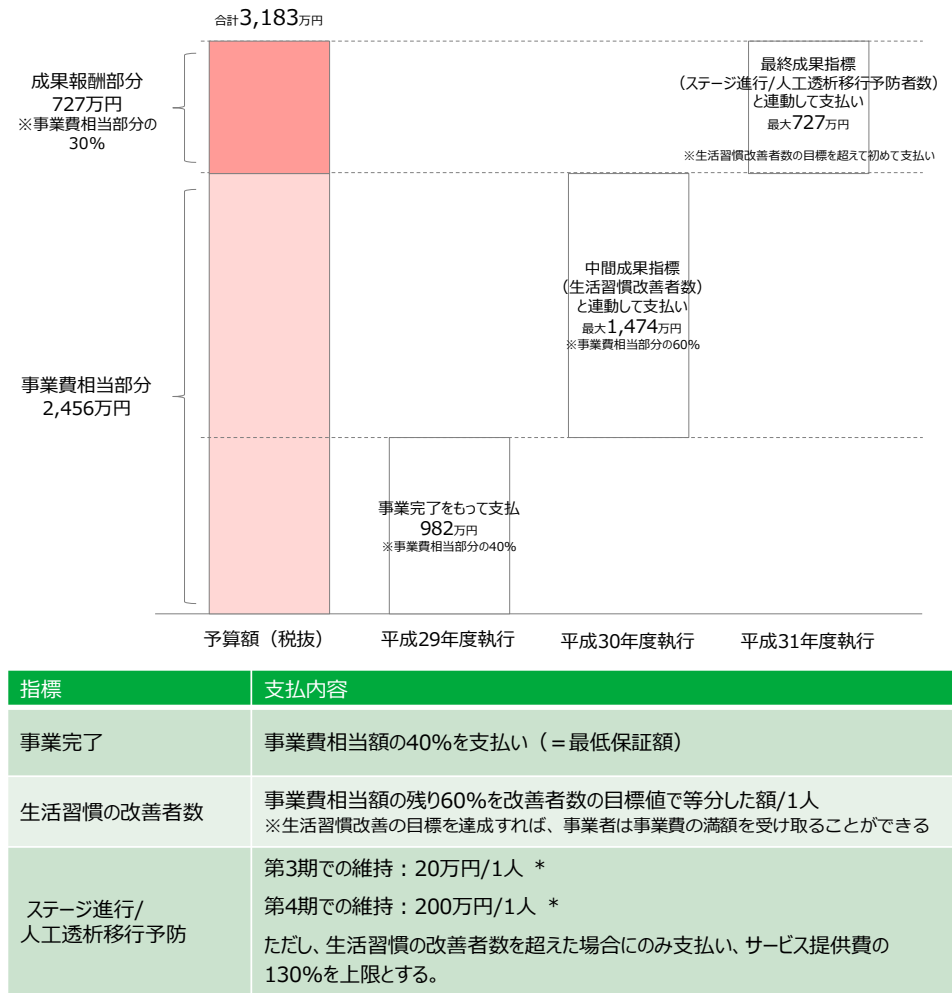
評価デザイン	本件における適用例	選定の観点				選定結果案
		厳密性	倫理性	費用	実現可能性	
ランダム化比較試験 (RCT)	・ 健診データ、レセプトデータから抽出した対象者のうちプログラムへの協力で同意したものを、無作為に介入群とコントロール群に割り付け、比較	○	×	×	△	—
マッチング法	・ 健診データ、レセプトデータから抽出した対象者のうち、プログラム参加の同意者を介入群とし、それ以外のものからマッチング法でコントロール群を設定し、比較	△	△	×	△	—
既存データとの比較	・ 過去の健診データ、レセプトデータから第3期/4期患者の1年後のステージ移行率を計算し、その値をベースラインとして、比較	△	○	○	○	採用
事前事後比較	適用不可 ※新規人工透析への移行予防数を成果指標とした場合	—	—	—	—	—

b. 財務モデルの検討

先述の通り、本事業の成果指標は、中間成果指標として「生活習慣の改善者数」、最終成果

指標として「ステージ進行/人工透析移行の予防者数」とした。これらの指標に紐つけて委託料の支払を行うわけだが、支払方法の案は以下に示した通りである。

図表 5-29 支払方法案



本事業においては、予算計上額は総額 3,183 万円である。そのうち、事業費相当部分が 2,456 万円、成果報酬部分が 727 万円（事業費相当額の 30%）とした。3,183 万円が市からの最大での委託料の支払額となる。

このうち、事業費相当額 40%は最低保証額として、社会的インパクトに関わらず支払われる部分とした。SIB を活用する場合、社会的インパクトが出なければ行政から一切支払を行わないという設定も可能だが、本事業において想定する保健指導業務は、履行することによって一定の効果が見込まれることから、履行によって一定額を支払うこととした。

次に、事業費相当部分の残り 60%については、中間成果指標の評価結果を受けて平成 30 年度に支払うことを想定している。生活習慣改善者数の目標値は、通常委託で期待する値として 56 人を想定しているが、根拠は以下の通りである。

保健指導プログラム参加者のうちプログラムを修了するもの目標＝80%

プログラム修了者のうち生活習慣の改善に成功するものの目標＝70%

プログラム参加者 100 人×80%×70%=56 人

目標値を 56 人とした場合、生活習慣改善者数 1 人当たりの支払額は以下の通り。

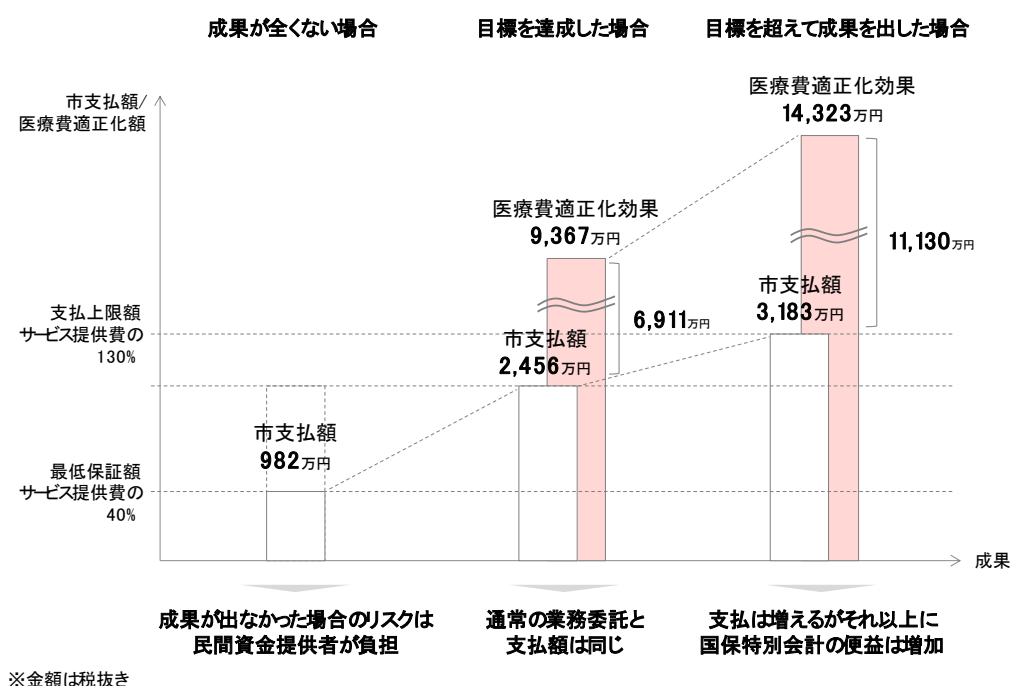
1,474 万円÷56 人＝約 26 万円

56 人の生活習慣改善の目標値を達成すれば、事業者は事業費の満額を受け取ることができる仕組みとしている。逆に目標値を下回った場合には、行政は通常委託で支払う額よりも少ない額を支払う。なお、目標値は実際に契約する事業者の過去の保健指導業務の実績を参考にして設定しなおすことを想定している。

最終成果指標との連動部分は、事業完了後の 2 年後である平成 31 年度に評価を実施し、その結果を受けて執行することを想定している。支払額については、ステージ進行によって期待できる医療費適正化効果の範囲内で設定することを想定している。

なお、これらの支払いのイメージは以下の通りである。

図表 5-30 社会的インパクトに応じた市による支払額の変化のイメージ



社会的インパクトが目標値を上回れば市にとっては支払が増えるが、それ以上に医療費適正化効果が期待できるため、国保特別会計にとっての便益は確保できるような設計とした。

これらの支払条件の検討にあたっては、例えば最低保証額の割合や成果報酬部分の割合などについて既に確立された答えがあるわけではなかったため、具体的な値の設定は容易ではなかった。具体的な値の設定にあたっては、当然自治体が財政上許容できる値であることは

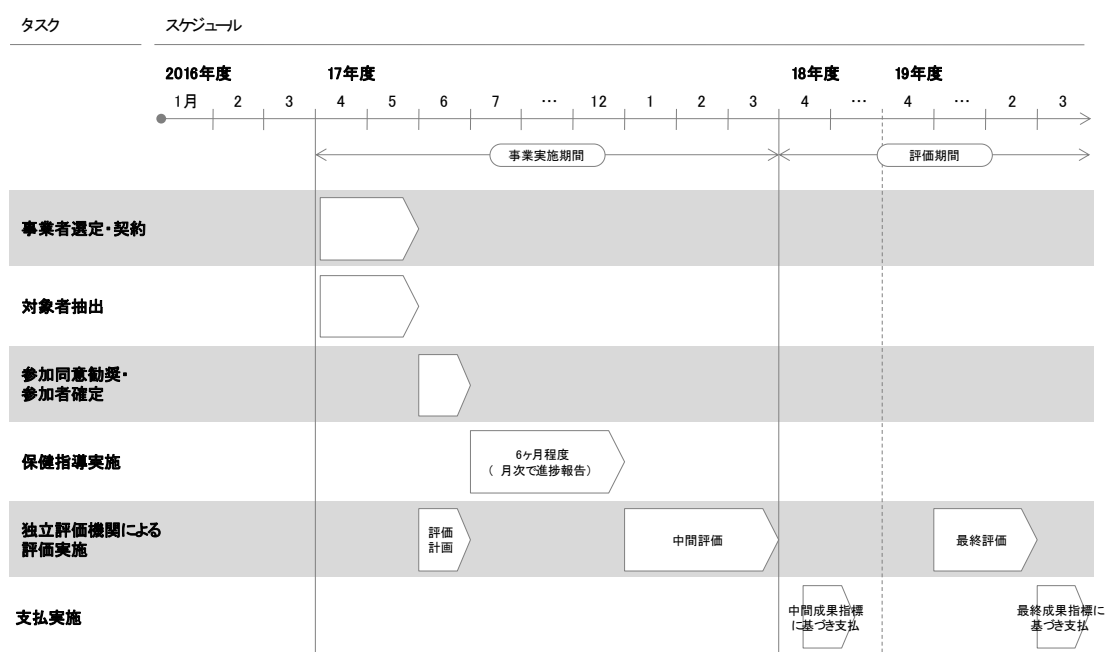
必須であるが、同時に事業者・資金提供者側にとってもリスクに見合った採算のとれるものとする必要がある。そのため、想定される資金提供者のリスク許容度や、想定する保健指導業務にかかる費用、および SIB の運営にかかる費用（中間支援にかかる人件費、評価に係る委託費用、等）を見積った上で、事業者・資金提供者側の採算性も考慮し設定する必要がある。

なお、上述のように、成果報酬部分の割合は、SIB の運営にかかる費用も考慮し設定したが、SIB の運営にかかる費用をいかに抑えるかは重要な課題である。というのも、この費用が大きければ大きいほど、成果報酬部分の割合を大きくしなければならなくなる。一方で、成果報酬部分を低く抑えすぎると事業者・資金提供者側の採算性は悪化し、仮に事業者・資金提供者を公募したとしてもどの事業者・資金提供者も入札できなくなってしまう恐れがある。このため、効率的な SIB の運営は重要な点であり、例えば独立性と専門性が担保される場合には成果の評価を第三者評価機関へ委託するのではなく、事業者や行政が収集するデータをもとに第三者評価委員会を組成して検証を行う、といった評価方法の検討もなされている。

c. 事業スケジュール

本事業の想定される事業実施スケジュールは以下の通りである。

図表 5-31 想定事業スケジュール

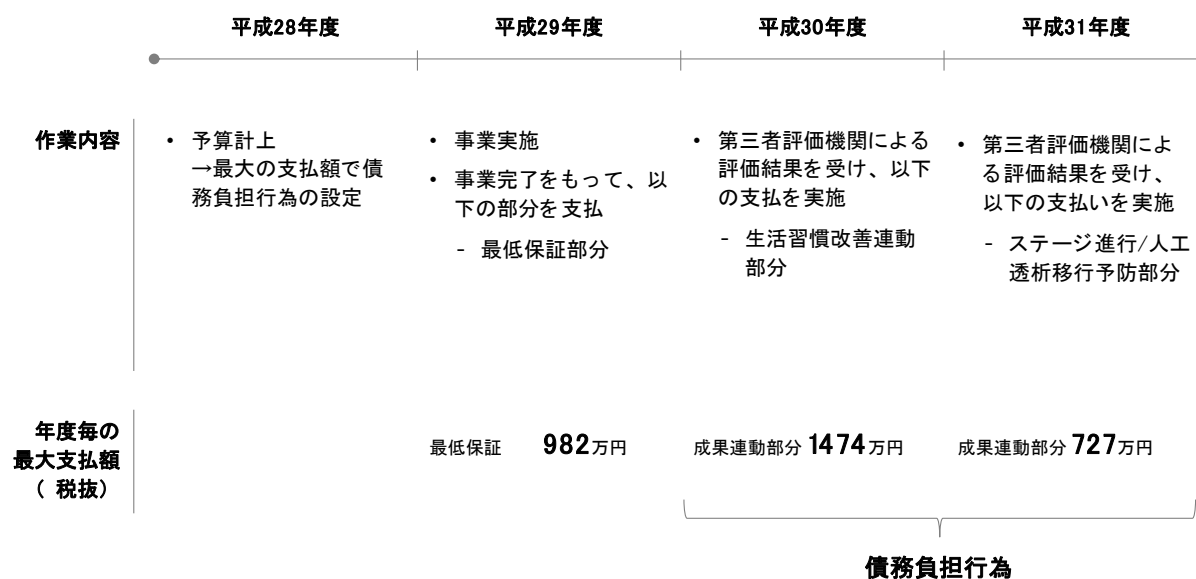


5) 予算化

下図に示したとおり、本事業では支払は3年に亘って実施される。そのため、平成30年度以降の支払分については、債務負担行為として予算化する必要があった。債務負担行為自体は、通常行われるものであり、複数年度にわたる予算確保という点では大きな問題はなかつ

た。

図表 5-32 予算計上から支払いの流れ

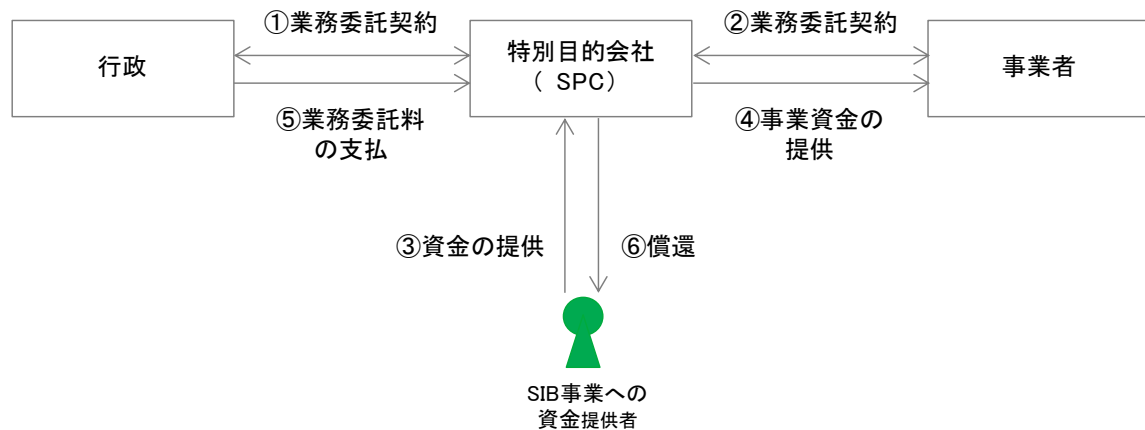


6) 資金調達スキーム

予算時点では当然資金提供者が決まっているわけではないが、資金調達スキームは業務委託契約の内容や契約の当事者にも影響があるため、想定される資金調達スキームの検討を、業務委託契約の内容と同時並行で検討した。

資金調達スキームの検討にあたって留意した点は、資金提供者側から見た場合、SIB への資金提供はプロジェクトファイナンスであってコーポレートファイナンスではないという点である。つまり、資金提供者への支払いは、事業が生むキャッシュフローを唯一の支払原資とするものである。そのため、事業が生むキャッシュフローが、事業者の倒産といった事業外の要因によって影響を受けない仕組みづくりが必要であった。そうした仕組みとして PFI 等でも用いられるのが、事業を遂行する特別目的会社 (Special Purpose Company : SPC) を設立し、当該 SPC に対して資金提供者が資金提供を行う仕組みである (下図参照)。

図表 5-33 : SPC を活用したスキーム

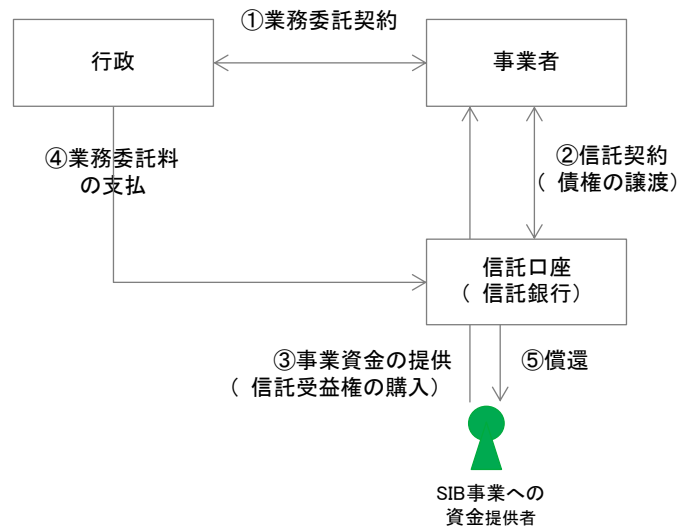


- ① 行政と特別目的会社で業務委託契約を締結。
- ② 特別目的会社と事業者で業務委託契約を締結。
- ③ 資金提供者から特別目的会社へ事業資金を提供。
- ④ 特別目的会社から事業者へ事業資金を提供。
- ⑤ 業務完了後、行政から事業者へ成果に応じて業務委託料を支払い。
- ⑥ 資金提供者に対して償還。

本事業における資金調達スキームの検討においても、SPC を活用したスキームの検討を行った。しかし、SPC を活用したスキームの場合、行政と SPC が業務委託契約を締結したのち、主たる業務の大半が実際に事業を行う事業者へ再委託される仕組みとなるため、多くの自治体でも禁止している一括再委託に抵触する可能性が高いことがわかった。これに対し、PFI では「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」（平成 11 年法律第 117 号。PFI 法と言う。）に基づき、地方自治体は当該 PFI 事業を実施することを目的に設立された SPC と事業契約を締結し、これに基づき SPC は各業務を再委託・請負することが認められている。SIB に関してそうした法整備がない中では、SPC の活用は困難であった。

こうしたことからあくまで業務委託契約は行政と保健指導事業者との間で直接締結することを前提とし、かつ倒産隔離性を担保する仕組みとして、信託の活用が検討された。信託を活用したスキームは下図のとおりである。

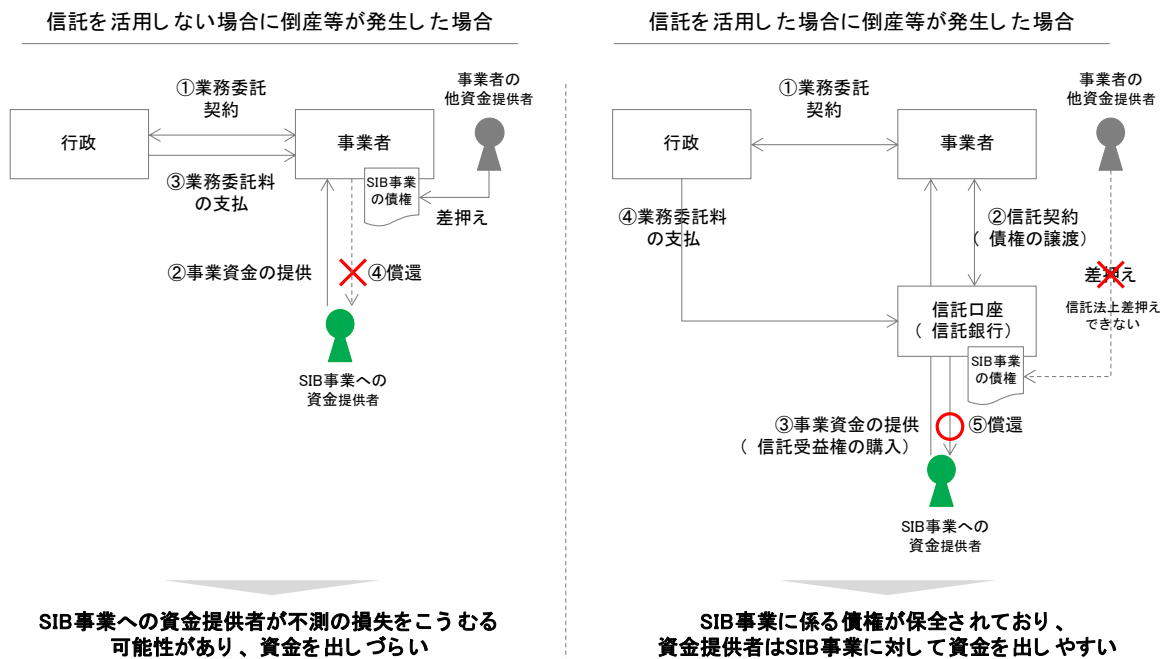
図表 5-34 信託を活用したスキーム



- ① 行政と事業者で業務委託契約を締結。
- ② 事業者と信託銀行が信託契約を締結し、業務委託料に係る債権を譲渡。
- ③ 信託受益権(信託された債権から発生する収益を得る権利)の購入を通じて資金提供者から事業者へ資金を提供。
- ④ 業務完了後、行政から信託口座へ成果に応じて業務委託料を支払い。
- ⑤ 信託を通じて資金提供者に対して償還。

本スキームでは、業務委託契約の結果として発生する業務委託料請求権を信託設定することで、仮に事業者が倒産した場合でも事業者の他債権者からの請求権への差し押さえを回避し、事業が生むキャッシュフローを保全するものである。

図表 5-35 信託を活用した場合の倒産隔離の効果



なお、信託を活用する場合には、業務委託契約に基づく業務委託料請求権を信託銀行に対して債権譲渡する必要がある。通常多くの自治体では債権譲渡は原則として禁止しており、事前の承認が必要とされていることに留意が必要である。

6) 契約

本事業における契約は、先述の一括再委託の禁止規定もあり、通常の業務委託契約と同じく神戸市と保健指導事業者が直接契約を締結することを想定している。

なお、業務委託契約の内容については、通常の業務委託と多くの点で共通となるが、大きく異なるのは、業務委託契約の時点では委託料が確定していないこと、その委託料の支払いについて別途支払条件を定める必要があること、検査は業務の履行について行われるのではなくあくまで成果の評価をもって行われる、という点である。

以上が、神戸市における実証モデル事業の検討結果である。なお、上記の検討結果はあくまで予算時点での事業計画の内容であり、今後の執行、調達手続き等の中で変更になる可能性がある点に留意されたい。

(2) 八王子市における実証モデル事業の結果

1) 事業の目的・経緯

がん（悪性新生物）は、1981 年より日本における死亡要因第一位（約 30%、約 37 万人）²であり、年々増加傾向にある。また、種類によって程度は異なるが、がんは早期発見によって 5 年生存率が高まる³ことも示されており、有効性の確立したがん検診による早期発見に行政も力を入れている。

しかしながら、がん検診受診率は上昇傾向にあるものの厚生労働省が定める目標である 50%（一部 40%）⁴を下回る状況が続いており、がん検診受診率の向上が課題の一つとなっている。

八王子市では、がん対策で全国的にも先進的な取り組みを行っており、市のがん検診受診率向上事業において取引のある事業者が SIB を紹介したことをきっかけとして、更なる成果向上を目的に、中間支援組織を交えて SIB 導入の検討を行うこととした。

2) 事業概要

本事業は、大腸がんによる死亡者数減少を目的とし、大腸がん検診及び精密検査の受診率向上について、SIB を活用して実施するものである。なお、厚生労働省が勧める有効ながん検診は 5 つ（胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がん）あるが、その中から大腸がんに絞り込んだ理由は、他のがんと比較して特に検診受診率が低いこと、また、早期がん発見による生存率や医療費適正化効果が高く、検診に要する費用が低いこと等を考慮し、より SIB に適していると想定されたためである。

² 厚生労働省「平成 27 年度人口動態調査」より

³ 公益財団法人 がん研究振興財団「がんの統計'15」

⁴ 厚生労働省「がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月）」

事業概要は以下の通りである。

図表 5-36 事業概要

上位目標	市民の健康寿命の延伸 ※大腸がんによる死亡率の減少
事業目的	検診による大腸がん早期発見者数の増加
事業内容	八王子市の国民健康保険対象者のうち、検診受診率が特に低い前年度検診未受診者を対象とし、対象者の過去の医療関連情報とAIを活用し、民間のマーケティング手法を用いたオーダーメイドの受診勧奨を行う。
期待される 便益	・ 市民の寿命・QOLの維持向上 ・ 治療にかかる医療費の適正化 ・ 死亡したり通院・入院したりすることで、労働ができないことによる逸失所得の削減
事業 実施体制	受益者 : 八王子市国保加入者かつ前年度検診未受診者(1.2万人) 行政 : 八王子市 事業者 : 受診勧奨事業者 中間支援組織 : ケイスリー株式会社(調整中) 資金提供者 : 大手銀行等(調整中) 独立評価機関 : 委員会等(調整中)

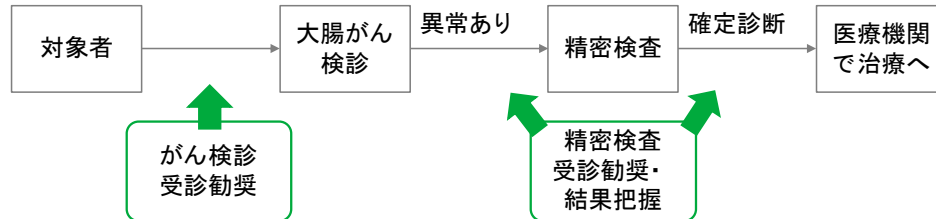
介入プログラムは、主に「がん検診受診勧奨業務」及び「精密検査受診勧奨業務」の2つに分類される。がん検診受診勧奨業務については、当初、前年度に実施して高い成果が見込める便検査キットを対象者に送付するプログラムで検討を進めていた。対象者は、検診受診率が特に高いと見込まれる前年度がん検診受診者である。しかし、これまでに八王子市で実施して成果もある程度見込めるプログラムでSIBのスキームを活用する必要性が低いという議論があり、結果としては、検診受診率が特に低い前年度検診未受診者を対象とし、対象者の過去の医療関連情報とAIを活用し、オーダーメイドのメッセージや勧奨物による受診勧奨を行うことで、大腸がん早期発見者数の増加を狙うこととした。これまで対象者の属性等によって数パターンのメッセージや勧奨物による受診勧奨の実績はあったが、これらのノウハウを応用し、一人ひとりに最適なメッセージや勧奨物を数十パターン作成し、オーダーメイドの受診勧奨を行うプログラムは日本でも初めてと考えられる。そのため、より高い成果を見込めるが、実績のない新しい取組みの実証事業にSIBを活用する事例となる。

また、精密検査受診勧奨業務については、八王子市において、要精密検査となった者全員を対象とし、対象者に応じたメッセージや勧奨物を開発し、受診勧奨を行うものである。なお、精密検査受診勧奨業務は、八王子市でも取組み始めたばかりであり、成果実績はまだ測定されていない状況である。

図表 5-37 プログラム概要

実施方法

介入プログラム対象者に対して、大腸がん検診受診勧奨を行い、また、精密検査の対象となった方で精密検査を未受診または未把握者の方に対して、精密検査受診勧奨（結果把握）を行う。



実施プログラム

AIを活用し、個人の検診受診状況（がん検診・特定健診受診履歴、問診票、検査結果等）に応じて、一人ずつに最適化されたオーダーメイドの勧奨資材を送付する。

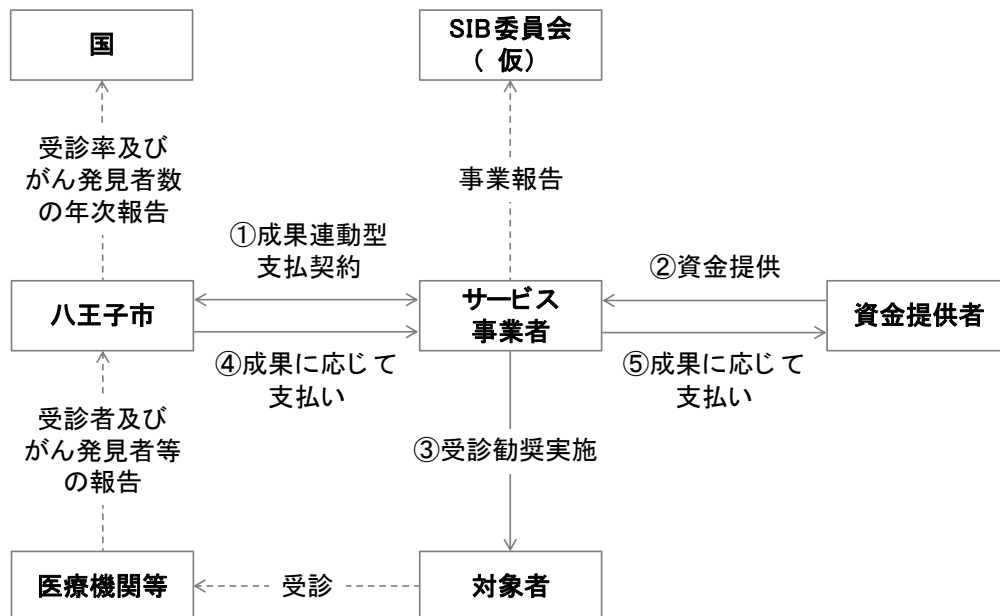
勧奨資材イメージ



3) 実施体制の検討

本事業で想定している実施体制は、以下の通りである。

図表 5-38 想定事業実施体制



SIB の実施体制として、本事業のような受診勧奨業務は、対象者に対して勧奨資材を送付するシンプルなサービスモデルであり、日々の進捗や複雑な課題が発生する恐れが少ないため、社会的インパクトを出す上でプロジェクト管理のための中間支援組織は不要だと判断し

た。

また、第三者評価機関については、本事業の対象者抽出プロセスにおいて対象者が明確に定義されており、恣意的な対象者抽出となる恐れが少なく、また、成果指標である「がん検診受診率」、「精密検査受診率」及び「早期がん患者発見者数」は、八王子市が毎年国へ報告するデータに基づいて評価するため、特別な専門性が求められるアンケートやインタビュー調査は不要であり、大学等による専門的な評価は不要であると判断し、第三者評価機関は設置しないこととした。

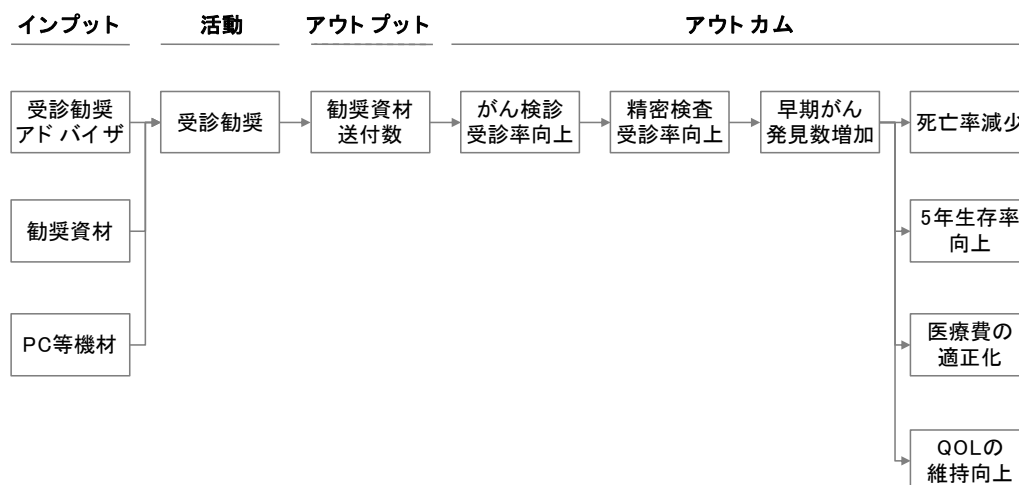
なお、八王子市では、SIB 推進における課題やその対応策の検討、また、資金提供者への定期的な報告等を目的とし、八王子市、資金提供者及び案件形成を行った中間支援組織等を委員とする SIB 委員会の設置を検討している。

4) 事業化の検討

a. 成果指標の検討

具体的な事業化の検討にあたって、まず成果指標の検討を行った。具体的には、本事業のロジックモデルを明確化した上で、アウトプットおよびアウトカムの中から、支払と連動させる成果指標の選定を行った。本事業の想定されるロジックモデルは以下の通りである。具体的な活動としては、対象者に対して受診勧奨（勧奨物の郵送等）を行う事業であり、利害関係者も対象者のみ、アウトプットやアウトカムもシンプルなモデルとなった。

図表 5-39 本事業のロジックモデル



成果指標の選定は、先述のロジックモデルを基に、以下に示したような観点から検討を行った。

図表 5-40 成果指標検討の観点

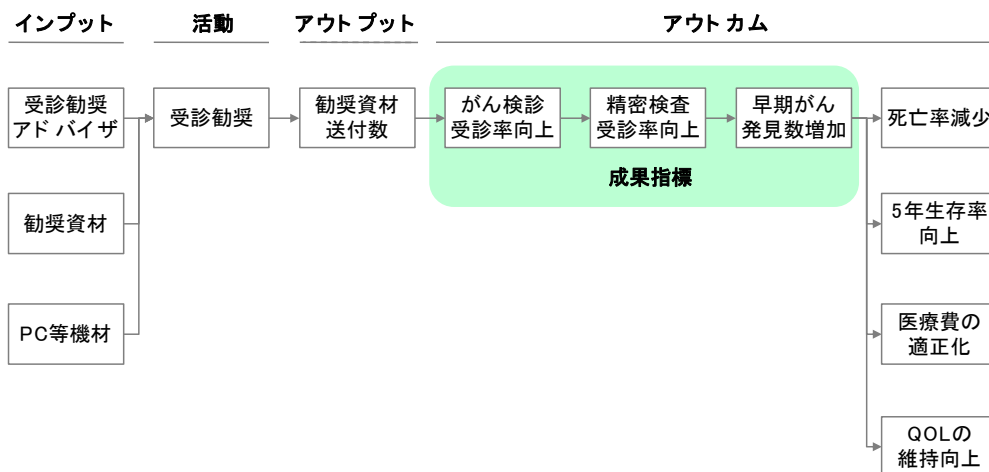
役割	観点	説明
事業の成否の判断基準	事業目的との関連性	・ 事業目的の達成度を直接あらわす指標か ・ 中間的指標の場合、事業目的との因果関係は明確か
	持続性の検証可能性	事業後の効果の持続性を評価できるか
報酬支払いの判断基準	インセンティブの適切性	・ 「歪んだインセンティブ（perverse incentives）」につながらないか ・ 事業者・資金提供者のやる気を引き出せるか（成果の発現時期が長期的過ぎないか、成果につながらないリスクは大きすぎないか）
	支払時期の妥当性	事業者・資金提供者への支払いタイミングとして適切か
事業管理の判断基準	事業管理上の有用性	事業の進捗確認や、事業内容の変更の判断に資する情報を得ることができるか

選定の結果は以下の通りである。介入プログラムによって直接影響がある「がん検診受診率向上」及び「精密検査受診率向上」に加え、本事業の目的である「早期がん発見者数増加」までを成果指標として選定した。「死亡率減少」や「医療費の適正化」等は、成果指標としては設定しないが実態を追跡して確認することを検討する。

なお、成果指標の検討においては、以下の議論があった。

- ・ 「死亡率減少」や「医療費の適正化」等までを成果指標として設定した場合、事業実施後 5 年から 7 年程度の評価期間が必要になると想定され、地方自治体における予算要求上の問題、中間コスト（資金仲介等）の増加及び支払時期の長期化等の問題がある。
- ・ 早期がん発見者数のみを成果指標とした場合、がん検診や精密検査の受診率向上に向けた適切なインセンティブとならない可能性がある。

図表 5-41 成果指標



これらの成果指標について、評価デザインは以下の示した候補の中から検討を行った。

図表 5-42 評価デザインの候補

評価デザイン	概要	メリット	デメリット
ランダム化比較試験 RCT: Randomized Controlled Trial	対象者を介入群とコントロール群に無作為に割付け、両者を比較する手法	もともと厳密性を担保できる	- コントロール群を設定しデータ収集、分析をするため… - 時間・コストがかかる - 倫理的に適さない場合がある
マッチング法 Matched Controlled Trial	介入群と可能な限り類似したグループをコントロール群とし、両者を比較する手法	- 介入群を無作為に選定できない場合でも活用できる - 一定の厳密性を担保できる	- コントロール群を設定しデータ収集、分析をするため… - 時間・コストがかかる - 倫理的に適さない場合がある - 一定のバイアスが入る可能性あり
既存データとの比較 Historical Baseline	過去のデータから、介入群と類似するグループのデータを選び、両者を比較する手法	- コントロール群を設定する必要がないため… - コストが低い - 倫理的問題を回避できる - 一定の厳密性を担保できる	- 比較可能なデータがなければできない - 一定のバイアスが入る可能性あり
事前事後比較 Before After Study	事業の実施前のデータと事業の実施後のデータを比較する手法	- 簡易 - コストが低い	介入以外の外部要因を除外することが難しく、厳密性が低い

出所：Social Finance UK (2015) Designing Effective Outcome Metrics and Measurement Systems を参考に作成。

上記の候補から選定するにあたり、以下の観点から選定を行った。

図表 5-43 評価デザイン選定の観点

選定の観点	説明
厳密性	評価結果について、どの程度の確かさを期待できるか
倫理性	公平性を基本とする行政サービスにおいて適用可能か
費用	- 時間がかかり過ぎないか - 費用は高すぎないか
実現可能性	健診データやレセプトデータを基にした対象者の抽出方法などを踏まえ、実現可能か

その結果、評価手法として「既存データとの比較」を採用した。より厳密性の高いランダム化比較試験やマッチング法についても検討を行ったが、専門的で複雑な手法にした場合、市民も含めた関係者の納得感が阻害されてしまう可能性が高いという意見もあり、採用を見送った。また、「既存データとの比較」においても一定程度の厳密性を担保するため、契約内容にて「成果指標に影響を与える事由の発生が予見された時点で、事業内容、成果指標、契約代金又は事業実施期間等の見直し等を協議する」旨の文言を盛り込んだ。評価デザインについては、より厳密な方法を採用することが求められるが、関係者間における合意形成をどのように行うかは、今後の課題である。

図表 5-44 評価デザインの選定結果

評価デザイン	本事業における適用例	選定の観点			
		厳密性	倫理性	費用	実現可能性
ランダム化比較試験 RCT: Randomized Controlled Trial	・ 対象者を介入群とコントロール群に割り付け、比較	○	○	×	△
マッチング法 Matched Controlled Trial	・ 対象者を介入群とし、それ以外からコントロール群を設定し、比較	△	○	×	△
既存データとの比較 Historical Baseline	・ 過去の受診率データを基準として、比較	△	○	○	○
事前事後比較 Before After Study	・ 適用不可	—	—	—	—
価格表 Outcomes Tariff	・ 適用不可	—	—	—	—

b. 財務モデルの検討

先述の通り、本事業の成果指標は、「がん検診受診率」、「精密検査受診率」及び「早期がん発見者数」とした。これらの指標に紐づいた支払方法の案は以下に示した通りである。

図表 5-45 支払方法案

指標	支払内容案
大腸がん検診受診率	9%をベースラインとして ・ 15%～19% ※15%未満は支払いなし ・ 1,109千円～上限2,441千円
精密検査受診率	77%をベースラインとして ・ 79%～87% ※79%未満は支払いなし ・ 740千円～上限4,880千円
早期がん発見者数	・ 追加の発見者数が1人～11人 ・ 277千円～上限2,441千円

本事業においては、予算計上額は総額約 976 万円である。最低保証額はなく、合意した社会的インパクトの最低目標に達成しなかった場合、市からの支払いはない。一方で、最低目標は支払方法案の通り、ベースラインを少し上回る程度に設定されており、社会的インパクトに応じて段階的に支払額が増加し、合意された成果目標（基準）を達成した場合に事業費相当額、成果目標（上限値）を達成した場合に成果報酬までを支払う設計とした。なお、成果目標（基準）は、事業者候補の過去の受診勧奨業務の実績を参考に設定した。

また、医療費適正化効果については、八王子市における平成 24 年 6 月から平成 28 年 8 月までのレセプトデータ（=実医療費）から大腸がん検診を受診後、早期でがんが発見された患

者と早期以外のがん患者の医療費を比較し、早期がん患者 1 人あたり医療費適正化効果を約 187 万円と算出した。なお、早期がん以外のがん患者には、がん疑いの者が含まれていると想定され、がん患者と比べて医療費が著しく少ない者も多かったが、がん疑いの者を正確に除外することが困難であったため、がん疑いの者も含めた最も医療費削減効果が低くなる数値に基づいて算出している。

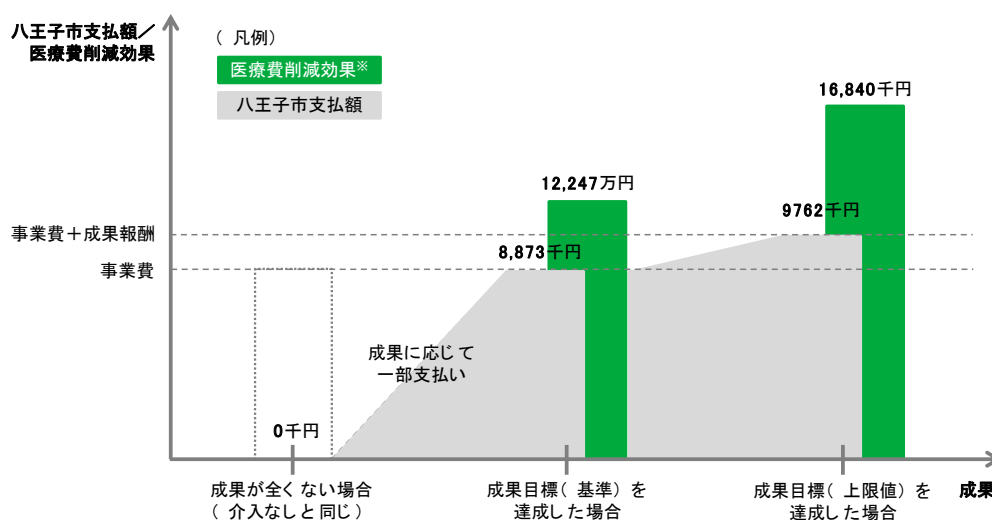
※大腸がん発見時の医療費削減効果（がん発見後 3 年間）

【早期以外のがん患者医療費】－【早期がん患者医療費】＝【早期がん発見時の医療費削減効果】

約 252 万円 － 約 65 万円 ＝ 約 187 万円

これらの支払いのイメージを以下の通りである。

図表 5-46 社会的インパクトに応じた市による支払額の変化のイメージ



社会的インパクトが目標値を上回れば市にとって支払いは増えるが、それ以上に医療費適正化効果が期待できるため、国保特別会計にとっての便益は確保できるような設計とした。

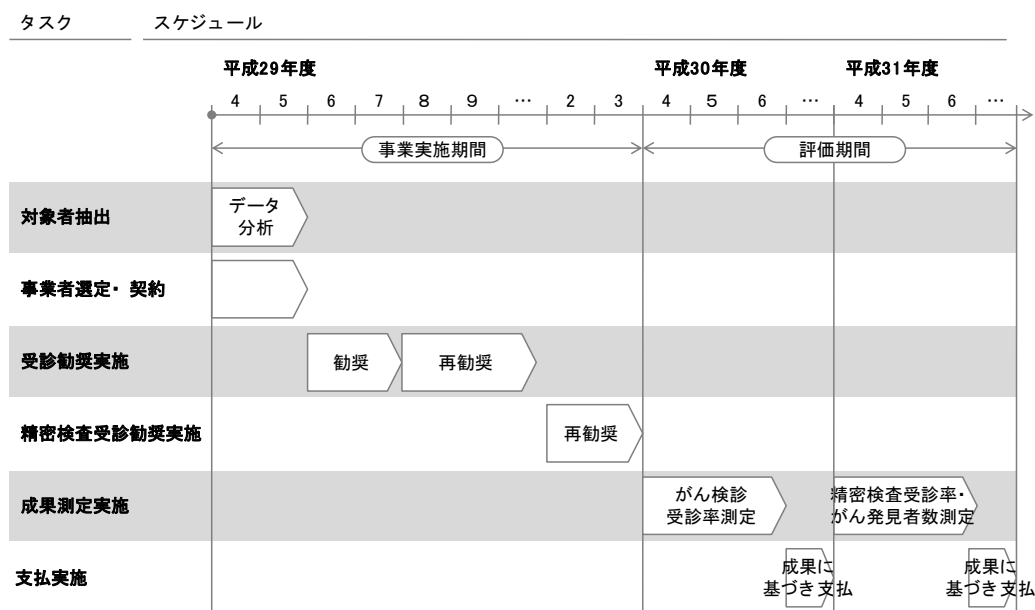
これらの支払条件については、事業費、成果報酬、最低支払額、年度別支払額及び成果指標の値の変化あたり支払額などを検討する必要があるとあり、確立した方法論があるものではないため、関係者と何度も議論を重ねることで合意形成を図った。例えば、八王子市では事業費について、受診勧奨業務に係る費用及び SIB の運営に係る費用（資金仲介に係る費用等）を含めたが、神戸市では SIB の運営に係る費用は事業費ではなく、成果報酬に含めている。これは、八王子市は検討の早い段階から中間支援組織や第三者評価機関を設置しない方針が決まり、SIB の運営に係る費用がある程度想定できたため事業費として含めたものである。また、最低支払額についても八王子市では設定無し、神戸市では事業費相当額の 40%を支払う設計としている。八王子市においても受診勧奨に係る費用のうち、封入や郵送等最低限必要

となる経費を最低支払額として支払う案も検討したが、八王子市で取組むオーダーメイドの受診勧奨は日本でも新しいプログラムであり、リスクも比較的高いと考えられるため、最低支払額を設定しないこととした。資金提供者との調整においては、最低支払額を設定した方が望ましいという意見もあったため、他の検討事項のいずれにも言えることだが、関係者と十分に議論を重ねることが重要である。

c. 事業スケジュール

本事業の想定される事業実施スケジュールは以下の通りである。

図表 5-47 想定事業スケジュール



5) 予算化

本事業では支払いは3年に跨って実施される。そのため、平成30年度以降の支払分については、債務負担行為として予算化する必要があった。債務負担行為自体は、検討当初より予算所管課が打合せに出席することで本事業における債務負担行為の必要性も認識しており、複数年度にわたる予算確保という点では大きな問題はなかった。一方で、がん検診に関する施策は国や都道府県から補助金が出ていることもあり、補助金を利用する場合は単年度での支払いとなるため、SIBのスキームを活用する場合は補助金を利用しないという判断が必要となる。

また、八王子市では、本事業により市町村国民保険への一般財源繰入金の削減を見込んでいる。将来的には一般財源繰入金が削減される見込みだが、事業年度は当該事業に係る予算を確保することから、その分市の支出が増える。これについても検討当初から予算所管課が打合せに出席することで、事業費の原資が一般財源繰入金の削減額であり、全体で見た場合、市の歳出が削減される点での認識共有が図られた。

図表 5-48 予算計上から支払いの流れ

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度
作業内容	予算計上 →最大支払額で 債務負担行為の 設定	事業実施	以下の成果に 応じて支払い - がん検診受診率	以下の成果に 応じて支払い - 精密検査受診率 - 早期がん発見数
年度毎の 最大支払額		※支払いなし (全て成果報酬)	成果報酬 2,441 千円	成果報酬 7,321 千円

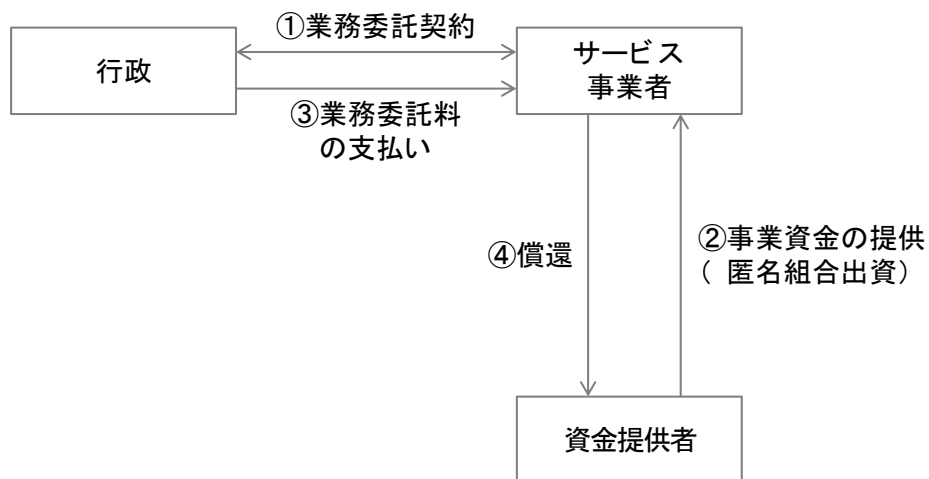
6) 資金調達スキーム

SIB の契約内容は、資金提供者の意向にも影響するため、資金調達のスキームを契約内容の検討と並行して進める必要がある。資金調達のスキームを検討するにあたっては、具体的な資金調達規模や事業内容等が固まってから資金提供者候補と調整を行うことになるため、八王子市では予算要求を行った平成 28 年 10 月頃から資金提供者候補と具体的な調整を開始した。資金提供者候補としては、以前より SIB に関心を示していた複数の金融機関があげられた。

当初、八王子市においても神戸市で検討されたように SPC を活用したスキームの検討を行ったが、神戸市と同様に一括再委託の禁止が障壁となり、八王子市と受診勧奨事業者との間で直接業務委託契約を締結することを前提として、検討を進めることとなった。通常、このようなプロジェクトファイナンスにおいて倒産隔離性を担保することができない場合、金融機関が資金提供者候補として検討を進めることは困難であると考えられるが、日本での本格的な SIB の導入が初めてということもあり、あらゆる可能性を視野に検討を進めることができた。結果として、倒産隔離性の担保は検討中だが、匿名組合契約を活用したスキームを採用する方向となった。この場合、匿名組合出資による資金調達額が会計や実務上他と分離されていること等が求められる。

本事業における資金調達スキームは以下のとおりである。

図表 5-49 匿名組合契約を活用したスキーム



6) 契約

本事業における契約は、先述の一括再委託の禁止規定もあり、通常の業務委託契約と同じく八王子市と受診勧奨事業者が直接契約を締結することを想定している。

以上が、八王子市における導入モデル事業の検討結果である。なお、上記の検討結果はあくまで予算成立前の事業計画案であり、今後の変更になる可能性がある点に留意されたい。

5.2.3. SIB 手法の課題とその対応策

神戸市及び八王子市における SIB 事業化検討を通して把握した SIB 手法導入及び普及・推進を阻害する課題とその対応策を、右図の SIB 事業化手順別に整理する。

(1) 地方自治体における SIB の認知度向上

■課題の背景と課題の中身

日本ではこれまでに特別養子縁組、認知症予防、生活保護を受給する若者に対するアウトリーチ（訪問支援）等の領域において、SIB を念頭に置いた試行事業を行った実績がある。これらの事業は、地方自治体が契約主体となった事業ではなく、外部からの資金調達も行っていない点において、試行的である。

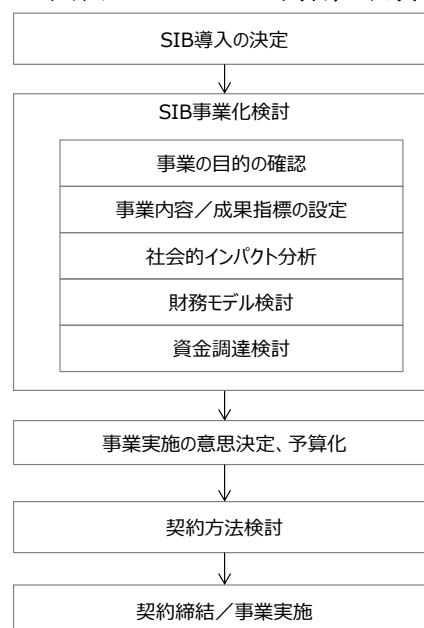
したがって、国内自治体における SIB の認知度は依然として低く、SIB という用語すら知りえない自治体職員も多い状況にある。

■課題への対応策

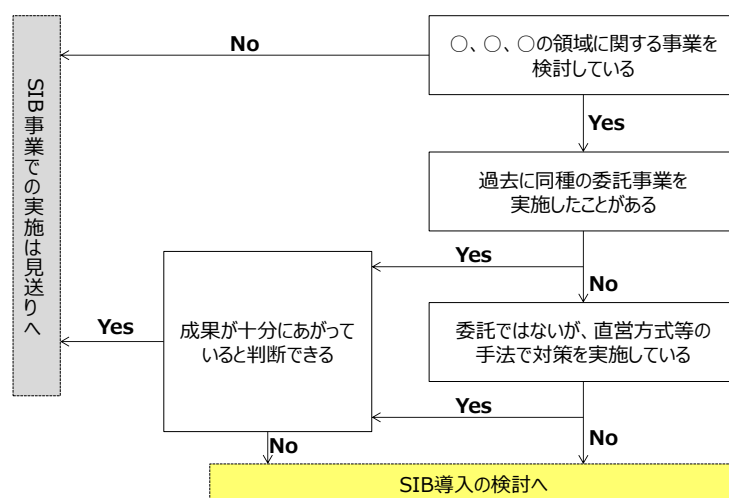
これらの課題に対しては、まずは自治体職員の SIB への認知度、内容への理解度を上げていくことが求められ、そのためにも理解が容易なマニュアル等の整備が必要となる。マニュアルによって、自治体が委託等での事業化を検討しようとする際の一つの選択肢として SIB が認知されることが期待される。

また、将来的には PFI 法のような法律が整備されるとともに、一定の規模あるいは特定の分野に該当する事業の実施の際には、SIB を検討することを義務化していくような方法も考えられる。

図表 5-50 SIB 事業化手順



図表 5-51 自治体内部での事業化検討の際に求められる手順



図表 5-52 (参考) SIB の適用が期待される分野

分野	社会的課題（例）	社会的インパクト※
ヘルスケア	糖尿病性腎症の重症化	人口透析への移行予防
	がん早期発見	がんによる死亡者数の減少
高齢化	寝たきり高齢者の健康改善	寝たきり高齢者の自立度、QOL の維持・改善
	独居高齢者の健康維持、増進	独居高齢者の疾病重症化予防（重症化移行患者の減少）
	介護施設での人手不足による質の高い介護の維持	新たな高齢者の生きがいつくりの仕組み構築（デイサービス利用者の減少）
	高齢ドライバーによる交通事故数の増加	自動車に頼らなくてもいい地域、仕組みづくりによる免許返上者の増加
少子化	出生率の低下による地域コミュニティの維持	婚姻率の増加、多産化による出生率の増加
収入格差	（低所得による）育児困難家庭の増加	里親制度による育児環境の充実（児童養護施設利用者の減少）
	（低所得による）子供の栄養摂取	食事提供サービスの充実による栄養状態の改善
その他	低炭素化に向けた再エネの普及	再エネの普及による CO2 削減
	山林の荒廃による CO2 吸収、防災等機能の維持	間伐面積の増加による CO2 吸収量の増加と洪水等災害リスクの減少
	市街地の空き家増加による地域の活力、治安等の維持	空き家対策コストの減少と税収の増加

※ここでの社会的インパクトとは、自治体が目指したい最終目標と近く、かつ定量化可能な項目としている。

（２）SIB 事業者の合理的な選定

■課題の背景と課題の中身

試行、導入段階にある現状の国内の SIB 事業においては、地方自治体側に SIB に関する十分なノウハウがないため、サービス提供者や中間支援組織主導で、成果指標や契約内容等を含む事業化の検討をせざるを得ない状況にある。本来であれば、事業内容が固まった後には公募プロポーザル等の手続きにより契約の相手方を選定する必要があるが、他の事業者からすると情報格差が大きく、競争になりにくい。結果として、事業化を検討してきたサービス提供者・中間支援組織と随意契約を行う方向とせざるを得ない。普及期にある現在の SIB 市場としては、特定のサービス提供者・中間支援組織が地方自治体と一体で事業化の検討を進めるプロセスに有効性があるが、費用対効果の最大化や透明性確保の点で課題が残る。将来的に多数の事業者が参画できるような健全な SIB 市場にしていくためには、何らかのタイ

ミングで競争原理を働かせるようなプロセスの構築が必要と考えられる。

■課題への対応策

これらの課題に対しては、地方自治体として SIB を導入したい領域において、実際にサービスを提供できるノウハウがある事業者が複数存在し、かつ、それらの事業者が自身の自治体でサービス提供に意欲を示すかを確認するといった SIB の導入可能性調査を行うといった方法が考えられる。

そして、それらの可能性調査の結果、SIB の事業が可能と判断される場合は、公募という形でサービス提供者を募集し、もっとも評価の高い事業者を選定するといった手順の実施が望まれる（事業化アドバイザーフェーズ）。なお、可能性調査や（サービス提供事業者への）要求水準書、評価基準の作成、実際の評価等においては、外部アドバイザーや有識者を活用しながら行うことが、自治体側の負担等を考えた場合、より現実的な方法と考えられる（アドバイザー等の費用については、事業効果等から検討していく必要がある）。

図表 5-53 SIB 構築の際の手順イメージ

【フェーズ1：事業可能性調査】

- ・事業実施可能領域の検討
- ・資金提供者、事業者探索
- ・協力企業・団体の探索（財団、NPO など）
- ・期待効果の算出 等

【フェーズ2：事業化アドバイザー】

- ・対象事業の確定
- ・事業実施方針の策定
- ・募集要項の策定
- ・要求水準書の策定
- ・支払いメカニズムの検討
- ・公募・審査
- ・契約協議 等

（3）客観性と分かりやすさを両立した成果指標設定

■課題の背景と課題の中身

SIB では、事業実施後に予め設定した成果指標及び測定方法に基づいて成果を測定し、測定値に応じてあらかじめ定めた支払基準に基づいて地方自治体が資金提供者等に対価を支払う形となる。したがって、成果指標は客観的かつ第三者にも分かりやすいものであることが望まれる。さらには、サービス提供者等が参画しやすいように、事業終了後、比較的短期に対価を支払うことができる視点も必要となる。

しかし現実として、成果指標設定の場面では、学術的に認められ、公的機関が公表している中立的なデータである一方、理解するには専門的な知識が必要である場合や、逆に住民に

も理解しやすい成果指標であったとしても、事業実施と成果が表れるタイミングにギャップがありすぎ、民間事業者が参画できないケースも想定される。

■課題への対応策

これらの対応策としては、SIB として実施したい分野ごとに期待される便益（社会的インパクト）の達成に因果関係が強い指標を個別で調査し、それを専門家、場合に応じては一般市民にも意見を聴取しながら設定していく方法がある。

一方、将来的には、SIB を期待される領域において、国等が主導して事前に成果指標を検討しデータベース化する、あるいは SIB の導入実績が多数出てきた場合には、成果指標を含めた情報をできる限りオープンにし、同じくデータベース化し公表することなどが考えられる。

これらを通じて、客観的かつわかりやすく、また設定に多大な時間をかけなくて済む指標の設定が可能となると考えられる。

図表 5-54 成果指標設定の視点

●成果指標設定の考え方

① 客観的であること

- ・ 成果指標は地方自治体による対価支払の基準となる。したがって、中間支援組織やサービス提供者、地方自治体の意図が介入した指標は不適切であり、客観的な指標である必要がある。
- ・ 客観性を担保するには、学術的に認められた指標であることが望ましい。

② 市民に分かりやすいこと

- ・ 地方自治体は市民に対する説明責任を負っていることから、市民に分かりやすい指標でなければならない。

③ 民間事業者の参画を阻害しないこと

- ・ 成果が表れて測定できるのが事業実施後、相当期間を経た後である等、民間事業者の参画を阻害するような成果指標は不適当である。

（４）SIB 事業の規模拡大による費用対効果の向上

■課題の背景と課題の中身

民間資金を活用した日本初の SIB 事業である神戸市の事業規模は約 3,000 万円、八王子市の事業規模は約 1,000 万円であるのに対して、PFI 事業ではイニシャルコストで 10 億円以上が目安とされている。これは、民間資金の活用、特にプロジェクトファイナンスにはファイナンスのアレンジや SPC の組成コストをはじめとした手続きコストを要することから、一定の事業規模が確保されない場合には相対的に手続きコストが過大となり、採算が取れない（コストを手間をかけてファイナンスをアレンジするに足るメリットが見出せない）ことに因る。クラウドファンディングを活用する場合には神戸市・八王子市の事業の規模感にむしろ取り扱いやすいと考えられるものの、多様な金融機関から幅広い資金提供を受けることを見据えた場合、1 件あたりの事業規模拡大は欠かせない。実際、大手金融機関からは SIB 事業の課題の第一として事業規模の小ささが指摘されたところである。

■課題への対応策

この対応策として、複数の地方自治体による垂直・水平連携による事業規模の拡大が考えられる。

地方自治体による垂直連携とは、都道府県と都道府県下の複数の基礎自治体との連携である。都道府県及び基礎自治体が協働して対応している事業を対象とし、例えば、事業費相当額を基礎自治体が、事業費相当額を上回る報酬分を都道府県が負担するといったことが考えられる。

地方自治体による水平連携とは、複数の基礎自治体による連携である。廃棄物処理や消防等において既に基礎自治体の枠組みを越えた広域連携が行われており、同様の取組みを SIB 事業においても実施することが想定される。

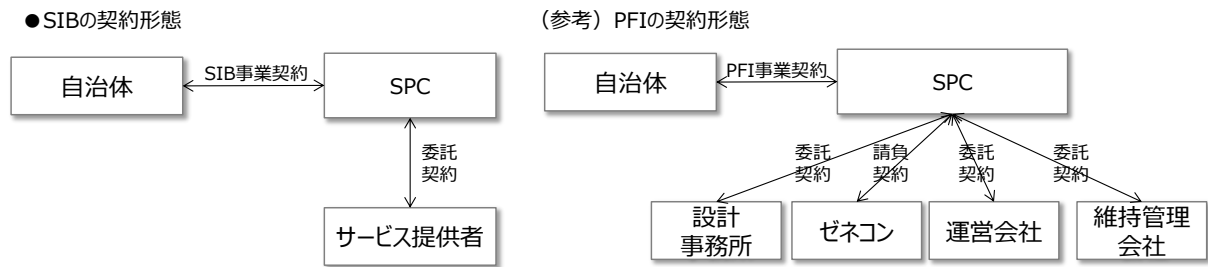
複数の自治体が連携して SIB を実施する場合には、検討体制や事業実施体制、契約方法等、自治体の広域事務処理の手法について整理する必要がある。また、各自治体で成果が異なった場合に自治体の支払いにどのように反映させるか等、事業の詳細においても広域ならではの検討課題が存在する。これらの検討課題に対しても、モデル的に事業を実施することで方向性を見出していくことが有効である。

（５）リスクテイク型資金調達手法と地方自治体の契約形態の整合

■課題の背景と課題の中身

資金提供者は、事業開始当初にサービス提供者に対して事業実施に要する費用相当額を提供する。資金の提供方法は、融資、出資、寄付等であるが、特に融資、投資の場合にはサービス提供者の信用力等に依存することなく、事業から創出されるキャッシュフローを原資とした資金調達手法（プロジェクトファイナンス）が望ましい。そのためには PFI 手法と同様に、サービス提供者の倒産隔離及び会計分離の観点から、当該事業の実施を唯一の目的とした組織体（具体的には SPC（Special Purpose Company：特別目的会社、合同会社等）の設立が必須である。地方自治体と SPC 等が契約を締結した上で、実際の業務は SPC と委託契約を締結したサービス提供者が実施し（地方自治体から見ると一括再委託に該当）、その成果に応じて地方自治体は SPC に対価を支払い、それが資金提供者に還元される。

図表 5-55 民間資金活用の観点から望ましい契約形態



図表 5-56 プロジェクトファイナンスのメリット・デメリット

●プロジェクトファイナンスのメリット

- ・ サービス提供者の信用力等に依存することなく、事業から創出されるキャッシュフローを原資に資金調達を行うことができる。(仮にサービス提供者の信用力が低く、それに基づく資金調達が難しい場合でも、プロジェクトファイナンスであれば資金調達が可能となる場合がある。)
- ・ 仮にサービス提供者が倒産しても、SPCは残り、中間支援組織や金融機関が中心となって新たなサービス提供者を確保することが可能であることから、事業の継続性が確保される。
- ・ 資金提供者は自ら提供した資金が当該事業に利用されていること、地方自治体が支払った対価が元本・利息・配当の支払の原資となっていることを確認することができる。

●プロジェクトファイナンスのデメリット

- ・ ファイナンスのアレンジや、当該事業の実施を唯一の目的とした組織体（組織体、合同会社等）の設立・運営のためのコストがかかる。

しかしながら、現在、地方自治体は原則として業務委託等において一括再委託を認めていない。一般にプロジェクトファイナンスのための設立するSPCは、実際の業務を実施しない（サービス提供者に業務の実施は委託する）ため、自治体はSPCと契約を締結することが難しい。

これに対してPFIでは「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」（平成11年法律第117号。以下「PFI法」と言う。）に基づき、地方自治体は当該PFI事業を実施することを目的に設立されたSPC（特別目的会社）と事業契約を締結し、事業者選定時に提出される提案書に基づいてSPCは各業務を再委託・請負することが認められている。

SIBにおいては現状ではPFI法のような法令が整備されていないことから、地方自治体とサービス提供者が従来型委託契約をベースとした委託契約を締結することが想定される。そのため、サービス提供者の倒産隔離及び明確な会計管理が難しいことからプロジェクトファイナンスによる資金提供は難しく、資金提供者、特に金融機関はサービス提供者の倒産リスクを評価の上でサービス提供者の信用力に応じた資金額を提供せざるを得ない。

以上から、①プロジェクトファイナンスによる資金提供がなされるべきであるが、一括再委託を認めない地方自治体の契約慣行上、SPCとの契約ができず、プロジェクトファイナンスにならない、②プロジェクトファイナンスが出来ない場合は、サービス提供者の信用力を踏まえた資金提供となり、仮にサービス提供者の信用力が低い場合には資金提供者は事業費

相当額に満たない資金しか提供できない、もしくは全く資金を提供できない可能性がある。

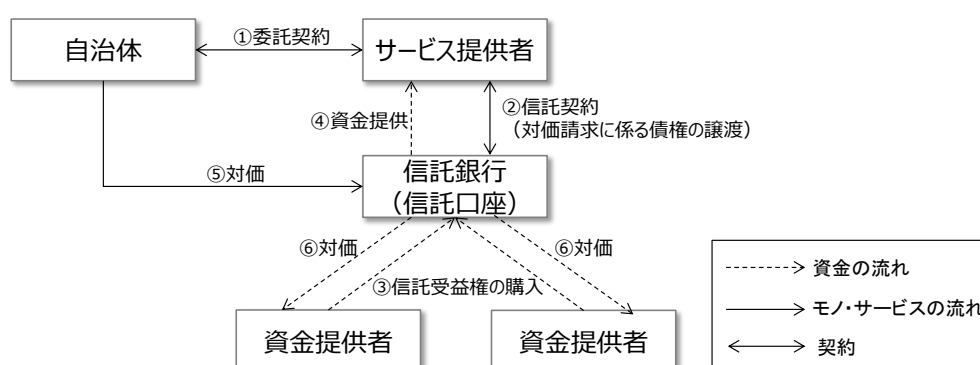
■課題への対応策

神戸市及び八王子市においては、SPC の設立をしなくても会計分離が可能な形にすることで、プロジェクトファイナンス的な資金提供方法を採用した。具体的には以下の方法である。

図表 5-57 資金調達手法を工夫することで SPC 設立によらず会計分離する方策

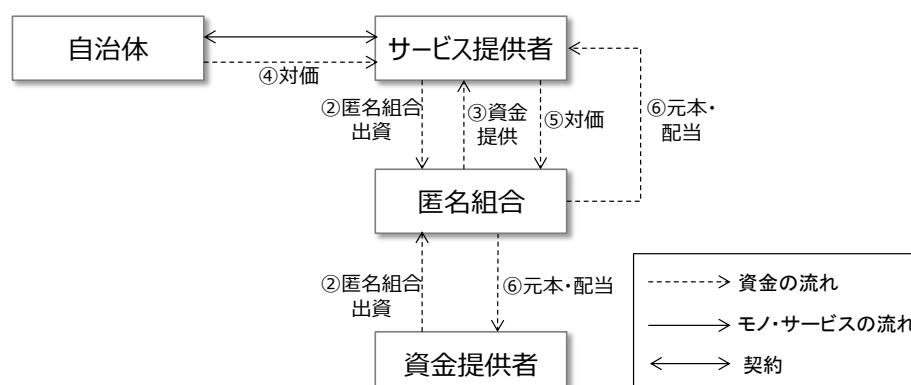
【信託銀行を活用したスキーム】

サービス提供者と信託銀行が信託契約を締結し、地方自治体とサービス提供者の委託契約に基づくサービス提供者の対価請求の権利を信託銀行に債権として譲渡する。信託契約に基づき、サービス提供者による業務完了後、地方自治体から支払われる対価は信託口座にて管理され、信託銀行が資金提供者に元本及び配当を支払う。



【匿名組合出資を活用したスキーム】

サービス提供者、資金提供者が契約を締結して匿名組合を組成し、出資する。当該契約において、地方自治体からサービス提供者に支払われた対価を匿名組合の口座にて管理することを規定する。当該契約に基づき、サービス提供者による業務完了後、地方自治体から支払われた対価は匿名組合出資の口座にて管理され、出資者に元本と配当が支払われる。



このような資金調達方法を採用した場合、倒産隔離はできないが会計分離することで、資金提供者は提供した資金が SIB 事業に使われていることが確認できる。

なお、地方自治体とサービス提供者との間の契約は、地方自治体の一般的な委託契約約款がベースとなるが、SIB 事業の特徴を踏まえた内容とするため一部修正が必要となる。参考

として従来型委託契約において修正が必要な項目は以下の通りである。

図表 5-58 (参考) 従来型委託契約をベースとした SIB 委託契約書のポイント

① 委託期間 ・ 業務完了後一定期間を経て社会的インパクトが出ることが一般的であることから、委託期間は複数年 ・ 業務期間と社会的インパクト評価期間を設定 条文案 委託期間のうち事業実施期間及び評価期間は、次の各号に定めるとおりとする。 (1) 事業実施期間：平成 29 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで (2) 評価期間：平成 30 年 4 月 1 日から平成 32 年 3 月 31 日まで ② 業務の実施 ・ 原則性能発注であることから、契約締結後にサービス提供者が業務実施計画書を作成 ・ 社会的インパクトに影響を与える事態が発生した場合には、地方自治体とサービス提供者にて協議 (条文案) 乙は、本契約締結後、業務を開始する 7 日前まで（土日祝日含む。）に業務実施計画書を作成し、甲から承認を得なければならない。 乙は、甲から承認を得た業務実施計画書に基づき、事業実施期間内に業務を遂行するものとする。 甲及び乙は、委託期間内に、法令・政策の変更、本件業務の対象者数の著しい変化等を含む成果指標による本件業務の成果測定の適切性に重大な疑義が生じる事由の発生、その他本件業務以外の成果指標に影響を与える事由の発生が予見された時点で、事業内容、成果指標、契約代金又は事業実施期間等の見直し等の対応について協議する。 ③ 業務の完了確認 ・ 地方自治体は事業実施計画書に基づいて業務を実施し完了したことを確認 ・ なお、従来の委託事業と異なり、SIB では社会的インパクトに応じて対価を支払うことから、支払いの根拠となる「検査」は社会的インパクトの測定となる。したがって、業務の完了確認は支払いを伴う「検査」ではない。 (条文案) 乙は、業務の実施状況に関して事業実施期間終了日までに業務実施報告書を作成し、甲に提出の上、確認を受けなければならない。 業務実施報告書に記載すべき内容は、甲と乙が協議の上、甲が定める。 ④ 検査 ・ 前述の通り、成果指標の測定を検査とする。 (条文案) 甲は、次の各号に掲げる期間において当該各号に定める業務の成果指標における乙の実績値を測定する。なお、甲は、実績値の測定にあたり、乙が提出した業務実施報告書のほか、必要に応じて乙に対して質問し、また、説明を求めることができる。 乙は、成果指標の測定に必要な資料の提供その他について協力するものとする。 第 1 項の規定による成果指標の測定をもって当該測定に係る業務は完了したものとし、甲は、当該測定結果を乙に通知する。 乙は、前項の測定結果の通知をもって、当該業務の検査に合格したものとする。この場合において、当該業務に成果品等がある場合は、その所有権を甲に移転する。

⑤ 契約代金の支払

- ・ 契約書別紙として支払方法に関する説明を記載。
- ・ 主な項目は以下の通り
- ・ 支払方法/成果指標/社会的インパクト測定方法/支払基準（対価が発生する成果指標の値等について）/支払表（成果指標の値とその時に支払われる契約代金について）

現行の枠組みにおいては、例えば以上のような工夫を行うことにより、金融機関のリスクの低減、会計の明確な管理を行うことができる。しかしながらサービス提供者の倒産隔離は難しく、民間資金を活用する環境として適切な状況ではない。民間資金を活用する適切な環境を確保するためには、前述の PFI 法のような法整備が求められる。

図表 5-59 SIB における法整備の観点

- ① 地方自治体の契約の相手方を当該事業の実施のみを唯一の目的として設立された組織体とし、当該組織体が業務をサービス提供者に一括して委託することを認める。
- ② 地方自治法では落札者が契約の相手方とすることを規定しているのに対して、落札者が組成した SPC が契約の相手方となることを認める。

（参考）PFI 法

（民間事業者の選定等）

第八条 公共施設等の管理者等は、前条の規定により特定事業を選定したときは、当該特定事業を実施する民間事業者を公募の方法等により選定するものとする。

- 2 前項の規定により選定された民間事業者は、本来同項の公共施設等の管理者等が行う事業のうち、事業契約において当該民間事業者が行うこととされた公共施設等の整備等（第十六条の規定により公共施設等運営権が設定された場合にあつては、当該公共施設等運営権に係る公共施設等の運営等）を行うことができる。

（選定事業の実施）

第十四条 選定事業は、基本方針及び実施方針に基づき、事業契約（第十六条の規定により公共施設等運営権が設定された場合にあつては、当該公共施設等運営権に係る公共施設等運営権実施契約（第二十二条第一項に規定する公共施設等運営権実施契約をいう。）。次項において同じ。）に従って実施されるものとする。

なお、サービス提供者の信用力が低い場合でも SIB 事業に必要な資金を調達する方策として、海外では以下のような方法がとられている。

図表 5-60 金融機関による資金提供を促進する方策

- 劣後返済が可能な投資家や寄付者と連携することにより、元本償還のリスクを低下させる。
 - 米国等諸外国の SIB 事業では、金融機関と劣後返済を許容する社会的投資家が連携することにより、金融機関の返済に係るリスクを低減している。

例) 就学前早期教育事業 (米国ユタ州)
 小学校就学後に特別支援教育や補習教育を受ける可能性の高い幼児に対して
 SIB 手法を導入して早期教育プログラムを提供。
 ゴールドマンサックスは優先ローン、個人投資家は劣後ローンにて資金を提供。

(6) SIB スキームに適した官民のリスク分担

■課題の背景と課題の中身

これまで日本で実施された SIB 試行事業は、事業期間が 1 年と短期であること、地方自治体が契約の当事者になっていないこと、寄付にて事業費相当分のみを賄っていること等試行的取組みであり、官民双方において事業に伴って発生するリスクを適切に分担するという考え方は必ずしも採用されていなかったと考えられる。SIB は成果が創出された場合にのみ対価が支払われるスキームであることから、官民による適切なリスク分担を検討し、契約等において明確に定めることが必要である。現状では SIB 事業のリスク分担を検討するノウハウが不足しており、特に成果が達成できなければ返ってこないリスクマネーを提供する資金提供者が SIB 事業に参画することを困難にしている。

■課題への対応策

SIB 事業の特性を踏まえたリスク分担を検討するためのノウハウについては、国内において他分野も含めた SIB 事業の実績を増やすことが必要である。PFI においても、事業実績が増えるにつれ、地方自治体、事業者、金融機関の間にリスク分担に関する共通認識が生まれ、リスク分担のノウハウが蓄積されていった。また、実績が増えると金融機関のリスク評価が容易になり、資金提供が円滑になされるようになった。

一方、SIB について一定の実績が確保され、リスク分担が明確になるまでは、地方自治体が対価に最低保証を設定することで、資金提供者が事業に参画しやすくすることが想定される。最低保証とは、成果の有無に関わらず、サービス提供者の業務完了後に一定額を支払うというスキームである。これにより金融機関や投資家は一定額の確実な返済や元本償還が保証されることから、資金提供を促進することが可能になる。SIB 事業実績を増やすためにも当面は最低保証を導入することが有効と考えられる。

なお、PFI 事業におけるリスク分担をベースとした SIB 事業における想定されるリスク分担を参考として提示する。

図表 5-61 (参考) SIB 事業におけるリスク分担 (案)

リスクの種類	リスクの内容・要因等	負担者	
		市	S P C
募集要項リスク	募集要項等の誤り・不備や内容の変更	○	
応募リスク	応募費用の負担に関するもの。		○
事業計画リスク	市の帰責事由による事業計画・内容の変更、事業の延期・中止等	○	
	上記以外の事由 (不可抗力及び法令変更を除く) による事業計画・内容の変更、事業の延期・中止		○

リスクの種類		リスクの内容・要因等	負担者	
			市	S P C
契約リスク		市の帰責事由により契約が締結できない、契約手続に長期間を要する場合等に関するもの	○	
		S P C の帰責事由により契約が締結できない、契約手続に長期間を要する場合等に関するもの		○
制度関連リスク	法制度変更リスク (税制含)	本事業に直接関係する法制度の変更	○	
		上記の法制度以外の法制度の変更		○
	議会リスク	本事業に係る議会の議決が得られない場合	○	○
	政策変更リスク	政策変更による事業の延期・中止等（契約締結に係る議会不承認を除く）	○	○
社会リスク	第三者賠償リスク	市の帰責事由による事故で第三者に与えた損害	○	
		事業期間中の S P C による管理者としての注意義務懈怠による事故等の発生で第三者に与えた損害		○
仕様書未達リスク		仕様書等の未達、不適合等		○
債務不履行リスク		S P C の帰責事由によるサービス提供の中止・停止・不能等（事業の破綻・悪化・放棄、サービスの品質等が一定のレベルを下回った場合等）		○
		市の対価の支払遅延・不能等	○	
情報の安全管理		本事業に関する個人情報の漏えいや犯罪発生等		○
不可抗力リスク		計画段階で想定していない或いは想定以上の戦争、暴動、自然災害等による、本事業の事業計画・内容の変更、事業の延期・中止等	○	△
物価変動リスク		業務に係る費用の物価変動	○	○
資金調達リスク		本事業の実施に必要な資金の確保に関するもの		○

（７）SIB 事業の予算化に際しての庁内連携

■課題の背景と課題の中身

SIB 事業における予算額算定の考え方は主に以下の三点において従来型委託事業と異なる。

第一に、SIB 事業では、事業（サービス提供）に期間を要し、かつ実際の成果が創出されるまでに期間を要する場合が多いことから、地方自治体は債務負担行為を行う必要がある場合が多い点である。

第二に、SIB 事業の予算額のベースは原則として事業実施によって削減される行政コストであることから、削減される行政コストを上回らないことを前提として、事業費相当額と報酬分を加えた金額を予算額とする点である。従来型委託事業の予算額は仕様書に基づいて実施した場合の事業費用であることから、SIB 事業とは考え方が大きく異なる。

第三に、SIB 事業実施の所管課は事業実施により予算が増大するにも関わらず、地方自治体全体で見たときには行政コストが削減されているものの、当該所管課の行政コストが必ずしも削減されるとは限らない点である。例えば社会保障関連部署ががん検診を推進する事業を実施すると、市町村国民保険の一般財源繰入額が減少するが、社会保障関連部署への直接

的な還元はない。

■課題への対応策

これらへの対応策としては、前述のマニュアル等の活用により、自治体内部で、そもそもの SIB への理解を高めていくとともに、実際の SIB の事業化に際しては、構想等の段階から予算所管課の担当者を巻き込み、庁内横断的に事業に対する認識を共有することが求められる。

また、必要に応じて、SIB によって純粋に社会コストが削減された部分については、基金化するなどし、SIB 事業を所管する部署が優先的に基金を活用できるなどのメリットを与える方法も考えられる。

(8) 中間支援組織の役割・立場の明確化

■課題の背景と課題の中身

SIB の一般的なスキームにおいては、中間支援組織が以下のような役割を果たすことが想定されている。

最初に、中間支援組織は、社会的課題の解決策を探索している地方自治体に対してサービス提供者を紹介する。地方自治体において SIB の導入検討が決定した後、中間支援組織は地方自治体による SIB 事業化検討を支援し、契約締結においては自ら地方自治体の契約の相手方を担う。その後、中間支援組織は、当該 SIB 事業に適した金融商品进行設計し、資金提供者を募集する。事業期間中はサービス提供者が事業を適切に実施し、成果の創出に対して管理・検証し、地方自治体や資金提供者に適宜報告する。サービス提供者の事業成果が確定した後、中間支援組織は地方自治体から対価を受領し、資金提供者に分配する。

図表 5-62 中間支援組織の主な機能

①自治体とサービス提供者のマッチング機能	自治体が目指したいSIB手法に適した事業者を紹介（事前登録制or都度募集）
②サービス提供者との契約代行機能	自治体とサービス提供者双方の間で調整を行い、成果指標、達成目標、目標に対する支払額(上限・基準・下限)などを決め、地方自治体と契約締結
③金融商品設計機能(金融スキーム構築機能)	②に従い、金融商品化を実施(各種ルールの設定他)
④資金提供者募集機能(資金調達機能)	③をもとに資金提供者を募集(必要に応じた第二種金融商品取引免許事業者と連携)
⑤事業管理機能	事業実施状況、成果の確認、配当の準備など事業管理を実施(事業成果については、必要に応じて評価アドバイザーに評価依頼)
⑥サービス提供者の効果検証機能	サービス提供者が達成した成果を確認、検証を実施(必要に応じて第三者評価機関に依頼)
⑦サービス提供者への支払い機能	⑤、⑥の結果から、成果とそれに基づく各主体への支払額を確定のうえ、自治体から成果報酬等をうけとり、各主体へ支払

ここで、中間支援組織の運営にかかるコストはSIB事業の対価で賄われることになる。したがって中間支援組織が積極的に事業に関与する（①～⑦の機能を十分に果たす）場合は、中間支援組織の運営コストが増大するため、サービス提供者に対する利子・配当が減少する一方で、事業リスクは低減する。反対に中間支援組織の関与が簡素である（①～⑦の機能のうち部分的に関与する）場合は、中間支援組織の運営費コストが小さいため、その分サービス提供者に対する利子・配当が増大する一方で、事業全体を見通した適切な事業設計が難しいため、事業リスクは高まることになる。

現状では、日本には①～⑦の機能を有する中間支援組織を担うことのできる組織体は十分にない。SIBの市場が存在しないことが大きな理由であるため、SIB事業実績が増加すれば中間支援組織の担い手も増えることが期待される。一方で上記の通り中間支援組織のコストはSIB事業の対価で賄われるため、中間支援組織自体が効率的に形成されていくことが望ましい。

また、中間支援組織が①～⑦の全ての機能を果たすことが可能かという問題もある。特に、②の契約代行機能については、一括再委託を禁止する地方自治体の契約慣行上難しいことや、プロジェクトファイナンスとの整合があり、現状では想定しにくい。中間支援組織が契約代行をしないのであれば、⑤、⑥、⑦の役割については地方自治体が一義的には担うことになる。このように、中間支援組織が果たすべき役割について、必ずしも明確になっていない面がある。

さらに、中間支援組織の立場についても明確でない。例えば、地方自治体の契約の相手方を担い、地方自治体から支払われる対価の一部を受領する中間支援組織が、地方自治体とサービス提供者に対して中立的な立場で成果指標の設定、支払い条件の設定等を行えるのかと

いう点である。言い換えれば、中間支援組織は中立的な立場をとるのか、それとも地方自治体側か、あるいはサービス提供者側か、という点が明確でない。納税者を含む関係者から SIB 事業への理解と支持を得るためにも、中間支援組織の立場を明確にし、立場に適した運営コストの回収方法を設計していくことが不可欠と考えられる。

■課題への対応策

日本にはまだ中間支援組織を担う組織体はないが、複雑な SIB 事業を適切に設計し普及させていくためには、中間支援組織の存在は必須となる。中間支援組織の育成を図るため、中間支援組織の位置づけ、立場について、日本で受け入れられるあり方を検討し明確にしておくことが必要となる。

その上で、SIB 事業の規模の小ささを踏まえた効率的な中間支援組織のあり方という視点からは、多数事業対応型と特定事業対応型の 2 種類の組織形態が想定される。各組織体の特徴は以下の通り。

多数事業対応型とは、複数の SIB 事業を一体的に管理する組織体である。前述の通り、中間支援組織の運営費用は対価の一部で賄うことから、複数の事業を行うことで一事業当たりの運営費用が安価になる。また、事業ノウハウが蓄積され、信頼性の高い事業形成が期待される。

特定事業対応型は、特定の SIB 事業のために組成された組織体である。複数の SIB 事業を同時に対応するのは専門性を有した一定の組織体制が求められることから、特定事業対応型の組織体の方が組成しやすく、地域の企業等による組織体も期待される。ただし、中間支援組織の運営費用は多数事業対応型よりも要することが想定される。

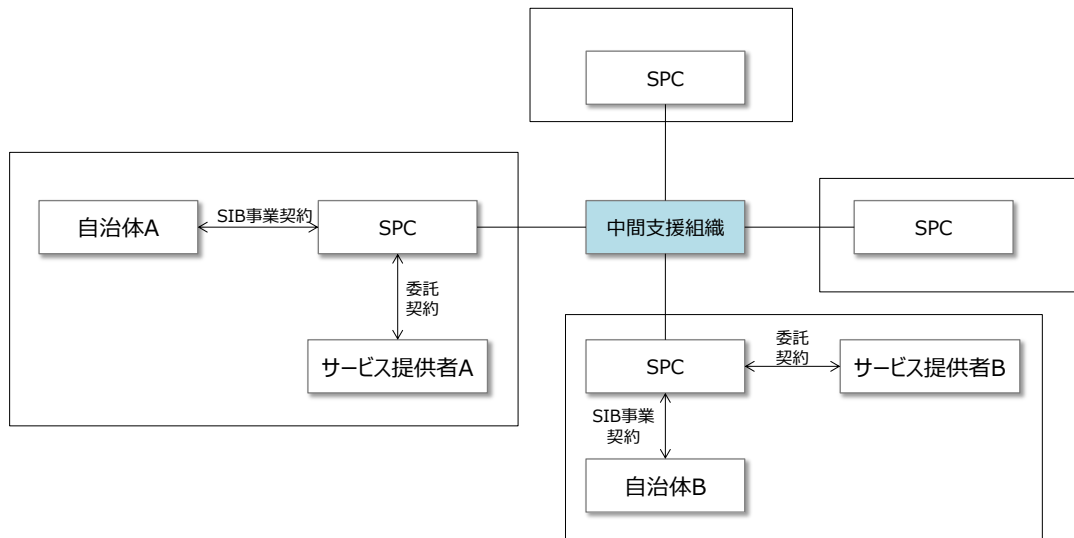
両方の中間支援組織が考えられるが、SIB 事業を増やしていく観点から、多数事業対応型の中間支援組織をイメージして育成策を検討することも有効である。

図表 5-63 中間支援組織の組織形態

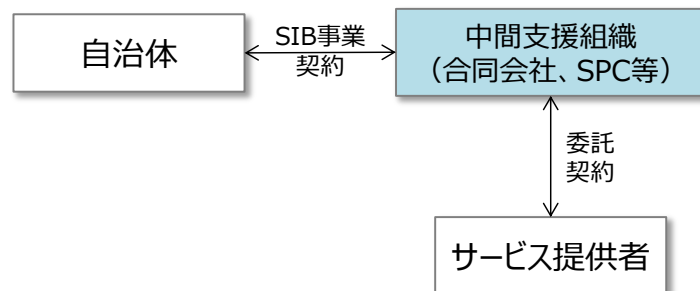
	多数事業対応型	特定事業対応型
概要	複数の SIB 案件を一体的に管理する組織体	特定の SIB 事業のために設立された組織体
メリット	・ 事業ノウハウが蓄積され、信頼性の高い事業が形成されていく可能性が高い。 ・ 事業のリスクを一定程度負える可能性がある。 ・ 一事業にかかる中間支援組織の運営費用を安価にできる。	・ 中間支援組織⇨サービス提供者のため、地方自治体は事業者の「顔」が見える。 ・ 地域の企業など様々な企業が担うことができる（地域の社会的課題を地域の事業者が中心となって解決することが期待される）。
デメリット	・ 事業ごとに SPC 等の組成が必要（組成しない場合も明確な会計分離が必要）。 ・ 特定の組織体にノウハウが集中し、SIB 市場が広がらない可能性がある。 ・ 不特定多数の投資家から出資金を集	・ 不特定多数の投資家から出資金を集める場合は第二種金融商品取引免許が必要（免許保有企業と要提携）。 ・ 組織体に信用力が求められる。 ・ 事業リスクを負える可能性が低い。

	多数事業対応型	特定事業対応型
	める場合は第二種金融商品取引免許が必要（免許保有企業と要提携）。	
対象可能事業規模	小～大	小～中

（多数事業対応型中間支援組織のイメージ）



（特定事業対応型中間支援組織のイメージ）



5.3. 健康経営・健康投資の取組と連動した民間保険制度の設計に係る調査

5.3.1. 事業の背景・目的

(1) 事業の背景

健康寿命の延伸に向けては、国民ひとりひとりが健康状態の改善に向けた行動変容を起こす必要がある。その行動変容を図る一つの方法として民間保険を活用することが考えられる。我が国の生命保険加入率は世界的に見ても高く、生命保険商品等に健康維持増進につながるインセンティブを持たせることで、国民の行動変容につなげる動機付けとなることが期待されている。特に、そのようなインセンティブを持たせた保険商品・サービスについて、国民が直接的にメリットを感じやすい新商品・サービスの創出が急務であり、当該商品・サービス内容や付加価値を具体的に明らかにするとともに、実現に向けた課題の特定と解消が求められる。

例えば、健康リスクの度合いに応じた民間保険商品は海外ではすでに普及している。これは、保険加入者が加入後に自らの健康状態を継続的に告知したり健康維持に努めるとその結果に応じた特典が得られるもので、健康になればなるほど保険料が安くなったり、様々な割引や優待等が受けられる。

(2) 事業の目的

国民（消費者）と具体的な接点を持つサービスとして、民間保険を中心とした金融分野の商品・サービスに着目し、健康経営・健康投資を促進する保険商品・サービスについて、国内外における開発や流通状況、規制法令等に係る実態を把握し、健康維持増進に向けた行動変容と健康投資を引き出す新たな商品・サービスの可能性を検討する。また、その実現に向けた課題の設定や解決の方向性について、調査・検討を行うことを目的とした。

5.3.2. 事業内容

(1) 実施内容

上述の目的を達成すべく、本調査では、①諸外国における先進的な保険商品・サービスの調査、②新たな保険商品・サービスの候補案の検討、③その実現に向けた課題の検討、④課題解決に向けた方策の検討の4つのステップに分けて調査検討を実施した。各ステップの実施内容は下記に示したとおりである。

なお、我が国では、皆保険制度を採用しており、公的保険者の役割や機能が重要な位置を占める。そのため、公的保険者機能の現状と課題を明らかにし、さらなる保険者機能の発揮に向け必要な仕組み等についての検討・整理を別途実施した。調査結果の詳細は、別冊として付録する。

1) 諸外国における先進的な保険商品・サービスの調査及びその分類

諸外国の保険会社等が提供している先進的な保険商品・サービスのうち、健康経営・健康投資の取組に連動しうる事例を文献等により調査するとともに、諸外国の保険市場の環境や社会・制度的背景等を整理することで、諸外国における当該商品・サービスの特徴と背景について、日本との相違点を中心に整理した。

<調査方法>

- ・ 海外民間保険会社のホームページやその他各種レポート等からの情報収集
- ・ 医療保険制度に関するレポート等の WEB・文献調査
- ・ 海外マクロ環境レポート（World Bank、WHO 等）等の WEB・文献調査
- ・ 民間保険会社へのヒアリング調査

2) 新たな保険商品・サービスの候補案の検討

健康経営・健康投資の促進と連動しうる保険商品・サービスについて、国内民間保険会社等の最近の動向を調査したうえで、諸外国の先進的な商品・サービスに対する日本での現状や可能性を考察するとともに、それらを踏まえて、日本における健康経営・健康投資の取組に連動した新たな商品・サービスのタイプを検討・整理した。

<調査・検討方法>

- ・ 国内民間保険会社の最新動向（ニュースリリース等）の WEB・文献調査
- ・ 新たな保険商品・サービスの候補案の整理
- ・ 民間保険会社へのヒアリング調査

3) 新たな保険商品・サービスの実現に向けた課題の検討

健康維持・健康投資に連動した新たな保険商品・サービスを実現する際の課題について、具体的な論点を洗い出したうえで、「(2)新たな保険商品・サービスの候補案の検討」で整理した商品・サービスのタイプ別の個別課題と、それらに共通する課題を検討・整理した。

<調査・検討方法>

- ・ 民間保険会社へのヒアリング調査
- ・ 新たな保険商品・サービスの実現に向けた課題の整理

4) 課題解決に向けた方策の整理

共通課題の解決に向けた取組方策について、それぞれ実施事項を検討するとともに、その実施主体（国、民間）についても整理した。

<調査・検討方法>

- ・ 民間保険会社へのヒアリング調査
- ・ 課題解決に向けた方策の整理

5.3.3. 事業の成果

(1) 諸外国における先進的な保険商品・サービスの調査及びその分類

諸外国の保険会社等が提供している先進的な保険商品・サービスのうち、健康経営・健康投資の取組に連動しうる事例を文献等により調査し、それらが 3 つのタイプに分類できるこ

とを明らかにしたうえで、各タイプの代表事例について、その特徴に応じて具体的な内容（例：商品・サービスの内容、提供スキーム、販売状況等、国民にとっての付加価値、サービス活用企業事例、保険会社等側の課題等）を整理した。

1) 先進的な保険商品・サービスのタイプ分類

諸外国ではこれまで日本になかった、加入者の健康増進を促進するためのインセンティブを含む民間保険商品・サービスが普及している。海外民間保険会社のホームページやその他各種レポート等を調査した結果、代表的な事例として以下の8社における保険商品・サービス事例を抽出することができた。

- ・アコーディアライフ社（アメリカ）：『Wellness for Life Rewards』
- ・グレートイースタンライフ社（シンガポール等）：『Great Early Living Care』
- ・インスタントライフ社（南アフリカ）：『FitLife Cover』
- ・クリアビューウェルス社（オーストラリア）：『Health Maintenance Reward program』
- ・オスカー社（アメリカ）：『Oscar』
- ・ユナイテッドヘルスケア社（アメリカ）：『myuchc.com』
- ・ディスカバリー社（南アフリカ）：『Vitality』
- ・モメンタム社（南アフリカ）：『Multiply』

※『 』内は、各社の主な保険商品・サービス事例の名称。

これら各社における先進的なインセンティブ付保険商品・サービスの詳細については、次節以降に整理するが、「加入者の何を評価しメリットを与えるか」というスタンスや、加入者の利点となる「サポートサービスが利用できること」と「金銭的特典」の組み合わせに応じて、「定期健康チェック型」、「健康行動評価型」、「総合評価型」の3タイプに分類することができる。

【タイプⅠ】定期健康チェック型：

- ・サポートサービスを提供したうえで、加入者の健康状態という成果を継続的に評価し、リワード（インセンティブ）を与えるタイプで、アコーディアライフ社（アメリカ）やグレートイースタンライフ社（シンガポール等）の保険商品・サービスが該当する。

【タイプⅡ】健康行動評価型：

- ・サポートサービスを提供したうえで、加入者が行った健康行動（努力）を評価し、リワードを付与するタイプで、インスタントライフ社（南アフリカ）、クリアビューウェルス社（オーストラリア）、オスカー社（アメリカ）、ユナイテッドヘルスケア社（アメリカ）の保険商品・サービスが該当する。

【タイプⅢ】総合評価型：

- ・リワード獲得条件として、加入者のサポートサービスへの参加行動と成果の両方を評価するタイプで、ディスカバリー社（南アフリカ）やモメンタム社（南アフリカ）の保険商品・サービスが該当し、ロイヤリティプログラムとして有償提供されている点も特徴

である。

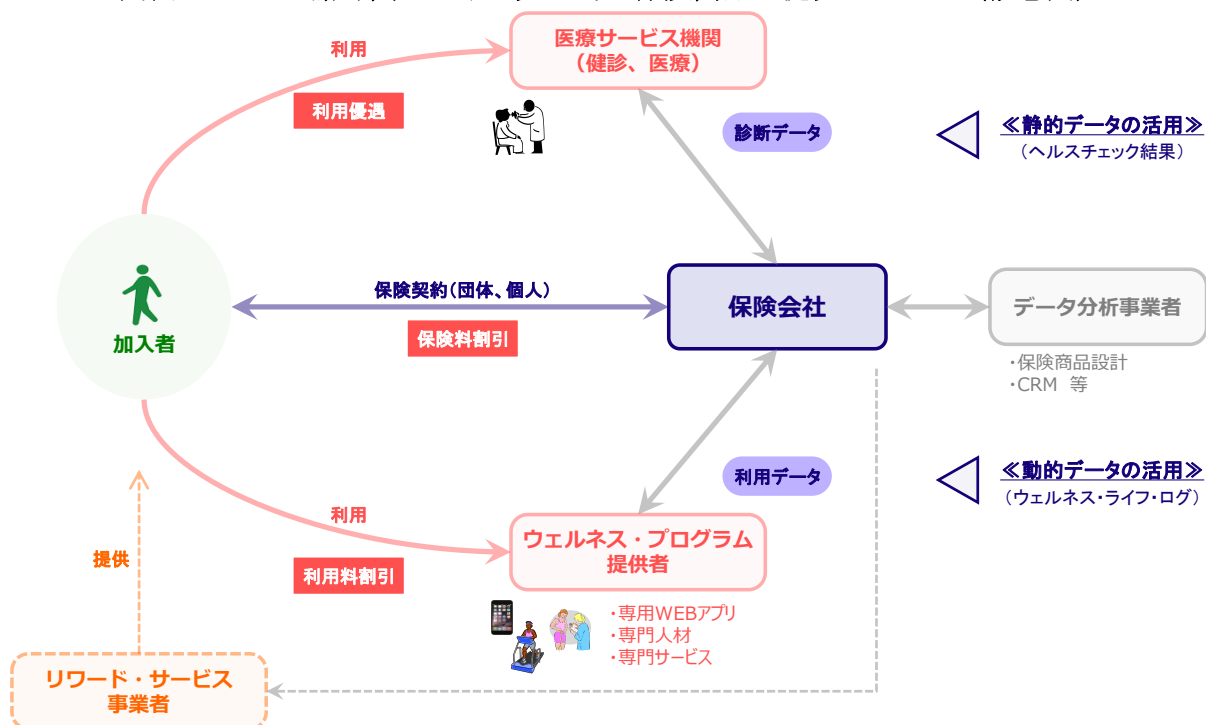
図表 5-64 諸外国におけるインセンティブ付民間保険の代表例のタイプ分類

タイプ	スタンス	代表例	加入者の利点					
			サポートサービスの利用		金銭的特典			
					内容		獲得条件	
			ウェルネス 関連	メディカル 関連	保険料 割引	その他	行動 (努力)	成果 (結果)
【タイプⅠ】 定期健康 チェック 型	サービス提供	アコーディアライフ社 (アメリカ)	●	-	●	-	-	●
	成果評価 ↓ 保険料割引	グレートイースタン ライフ社 (シンガポール等)						
【タイプⅡ】 健康行動 評価型	サービス提供	・インスタントライフ社 (南アフリカ)	●	-	●	-	●	-
	行動評価 ↓ 保険料割引	・クリアビューウェル ス社 (オーストラリア)						
	サービス提供	・オスカー社 (アメリカ)	●	●	-	●	●	-
	行動評価 ↓ その他特典	・ユナイテッドヘルス ケア社 (アメリカ)						
【タイプⅢ】 統合評価 型 (Ⅰ＋Ⅱ)	サービス提供 ↓ 行動&成果 評価 ↓ 保険料割引 & その他特典	・ディスカバリー社 (南アフリカ (※1)) ・モメンタム社 (南アフリカ)	●	●	●	●	●	●

※1：ディスカバリー社は、南アフリカ以外の国でも現地の保険会社と提携し、Vitality プログラムを提供している（例：AIA 社（シンガポール、オーストラリア）、ジラルディ社（ドイツ、フランス等）、ジョンハンコック社（アメリカ）等）。

また、いずれのタイプの民間保険においてもウェルネス関連またはメディカル関連のサポートサービスを提供しているが、それらは、保険会社単独ではなく、サポートサービスを提供する外部の組織と連携した事業スキームにより実現されており、3つのタイプを包括的に俯瞰すると、その事業スキームの概念は下図のように整理することができる。

図表 5-65 諸外国における先進的な保険商品の提供フレーム（概念図）



2) アコーディアライフ社 (Accordia Life)

アコーディアライフ社は、生命保険、退職プランニング、再保険を提供するアメリカのグローバル・アトランティック・フィナンシャルグループの子会社であり、2013年に同グループが、アビバUSAの生命保険ビジネスを買収し設立された。

アコーディアライフ社(旧アビバUSA)では2007年から、以下の2つを柱とする「Wellness for Life Rewards」(終身保険への特約)を開始しており、2011年時点では有資格者の7割が特約を購入している。

- ・ 有名医療機関（メイヨー・クリニック）によるサービスの無料利用による健康的な生活の実現
- ・ 2年に一度の健診受診や健診結果における体重維持という成果に応じた報酬 (Wellness Reward)

加入時に健康であれば保険料が割安になるような他の保険と異なり、「Wellness for Life Rewards」は、特約をつけることで、加入後に健康状態を維持していると報酬が得られる形の商品となっている。(※加入時の健康状態や体重に関係なく、特約をつけることができる)。報酬 (Wellness Reward) は、「保険料の割引」「現金積立ての割増」の2種類から選択がで

きる。また、報酬の金額は、加入期間が長くなるほど、割引率が高くなる仕組みとなっている。Wellness for Life Rewards は\$100 を初回のみ支払うことで付けることができる。Wellness for Life Rewards の特約内容を下図に示す。

図表 5-66 Wellness for Life Rewards の特約内容

特約サービス	内容						
①メイヨー・クリニックへの無料アクセス	・ オンラインヘルスアセスメント ・ 個人ごとにカスタマイズされた個人 WEB ページの利用（ウェルネストラッキングカレンダー、ヘルシー生活関連情報） ・ 365 日 24 時間対応の看護師電話相談の無料利用 ※なお、保険会社は、このサービス利用に関する加入者の情報にアクセスすることはできないこととなっており、その後の契約内容等への影響は一切ない。						
②健診受診（2 年に一度）による報酬（Wellness Reward）	・ 加入時とその後 2 年に一度、健診を受診し、保険会社所定の資格確認用紙に体重のみを記録し、医師にサインしてもらったものを保険会社に本人が提出することが必要。 ※資格確認用紙：体重のほか、体重に関しての考慮事項（身体的状況（妊娠等）やその他酌量できる環境要因等）も書き込める形式。 ・ 報酬（Wellness Reward）が与えられるのは 3 年後（＝2 回目の健診結果）からとなっており、2 つのリワードを受けることができる。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>レベル</th><th>リワードの内容</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Level 1</td><td>健診受診した場合に、保険料の 0.5%×加入年数（最大 20 年）</td></tr> <tr> <td>Level 2</td><td>体重が一定の範囲で維持されている場合に、保険料の 1%×加入年数（最大 20 年）</td></tr> </tbody> </table> ※どちらも、20 年目以降は一定（10%＋20%＝30%が最大）。 ※なお、この％は、毎年保険会社が決定するものの、下限は保証されている。	レベル	リワードの内容	Level 1	健診受診した場合に、保険料の 0.5%×加入年数（最大 20 年）	Level 2	体重が一定の範囲で維持されている場合に、保険料の 1%×加入年数（最大 20 年）
レベル	リワードの内容						
Level 1	健診受診した場合に、保険料の 0.5%×加入年数（最大 20 年）						
Level 2	体重が一定の範囲で維持されている場合に、保険料の 1%×加入年数（最大 20 年）						

出所：アコーディアライフ社公表資料等をもとに作成

3) グレートイースタンライフ社（Great Eastern Life）

グレートイースタンライフ社は、オーバーシー・チャイニーズ（OCBC）銀行の保険子会社グレート・イースタン・ホールディングス（GEH）傘下の生命保険会社で、シンガポール及びマレーシアでは最も古く、また最も知名度の高い生命保険会社である。収入保険料マーケットシェアは、シンガポールで第 2 位（2011 年）、マレーシアで第 1 位（2010 年）となっており、両国でそれぞれ 2 割弱のシェアとなっている。

グレートイースタンライフ社は顧客の健康に配慮する先進的な生活企業（「LIFE company」）としてのブランディングを確立すべく、「Live Great Programme」という健康・ウェルネスの統合プログラムを 2012 年 5 月からマレーシアで開始しており、保険会社が提供するものとしては東南アジアで初となっている。2013 年 4 月からは、「Live Great Programme」を

ステップアップさせるべく、保険料割引型の生命保険をシンガポールから発売開始している。さらに、マレーシアにおいては、早期特定疾病保険の特別条件体（BMI やコレステロール値、血圧が高い等）を対象に健康増進プログラムを提供したうえで、標準体料率での引受けも実施している。

（a）Live Great programme

「Live Great programme」は加入者向けに無料で提供されるウェルネス・プログラムであり、主な構成要素は以下の 5 つとなっている。Live Great programme の構成要素を下図に示す。

図表 5-67 Live Great programme の構成要素

構成要素	概要														
(1) Wellness Tools	以下の 6 カテゴリ合計 12 個のオンラインツールを提供。 <table border="1"> <tr> <th>レベル</th><th>リワードの内容</th></tr> <tr> <td>①Wellness Profiling LITE</td><td>・ 15 の質問で健康状態を評価</td></tr> <tr> <td>②Weight Management Tools</td><td> ・ BMI 計算 ・ 適正摂取カロリー計算 ・ 飲み物カロリー計算 ・ 必要カロリー消費に応じたランニング時間計算 ・ 適正体脂肪計算 ・ ウエストヒップ比計算 </td></tr> <tr> <td>③Pregnancy</td><td>・ 排卵日カレンダー、予定日カレンダー</td></tr> <tr> <td>④Kid's Health</td><td>・ 子供が安全に背負える重さ計算</td></tr> <tr> <td>⑤Quit Smoking</td><td>・ 喫煙習慣記録</td></tr> <tr> <td>⑥Running</td><td>・ 目標心拍数</td></tr> </table>	レベル	リワードの内容	①Wellness Profiling LITE	・ 15 の質問で健康状態を評価	②Weight Management Tools	・ BMI 計算 ・ 適正摂取カロリー計算 ・ 飲み物カロリー計算 ・ 必要カロリー消費に応じたランニング時間計算 ・ 適正体脂肪計算 ・ ウエストヒップ比計算	③Pregnancy	・ 排卵日カレンダー、予定日カレンダー	④Kid's Health	・ 子供が安全に背負える重さ計算	⑤Quit Smoking	・ 喫煙習慣記録	⑥Running	・ 目標心拍数
レベル	リワードの内容														
①Wellness Profiling LITE	・ 15 の質問で健康状態を評価														
②Weight Management Tools	・ BMI 計算 ・ 適正摂取カロリー計算 ・ 飲み物カロリー計算 ・ 必要カロリー消費に応じたランニング時間計算 ・ 適正体脂肪計算 ・ ウエストヒップ比計算														
③Pregnancy	・ 排卵日カレンダー、予定日カレンダー														
④Kid's Health	・ 子供が安全に背負える重さ計算														
⑤Quit Smoking	・ 喫煙習慣記録														
⑥Running	・ 目標心拍数														
(2) Health Tips	健康やウェルネスに関する助言記事やレシピなどを Web サイトで提供。														
(3) Mobile Apps	簡易アンケートへの回答により、生活習慣改善のための 21 日間プログラムが生成され、その期間中は、生活習慣改善の助言やヒントのほか、役立つ記事の紹介やパートナー企業からのプロモーション情報等が配信（プログラム内容や結果はソーシャルメディアでシェア可能）。 ※この Great Eastern 21 Days アプリは、Mob-Ex Awards 2014 において、優れたインセンティブ活用で贈られる Best Use of Incentives and Rewards で銀賞、優れたオリジナルコンテンツに贈られる Best Original Content で銅賞を受賞。														
(4)Workshops & Events	健康やウェルネスに関するワークショップやイベントを開催（会員限定のものを含む）。														
(5)Exclusive Privileges	Live Great loyalty programme に参加することで、東南アジアにおける 1000 以上のパートナー企業からの健康やウェルネスに関する会員限定の特典（割引等）が利用可能。														

出所：グレートイースタンライフ社公表資料等をもとに作成

このほか、シンガポールの法人契約では、**LIFE point** という付加サービスを実施している。

- ・ グレートイースタン系列の企業が提供する商品やサービスの購入、グレートイースタンライフから保険の購入、病院（歯科、眼科含む）の支払に利用可能（家族会員も対象）
- ・ 企業にとっても、健康で企業へのエンゲージメントも高い従業員は生産性も高く、病欠も少なく、結果的に被用者保険のコスト削減に貢献

（b）シンガポールにおける保険料割引

グレートイースタン社では、特定のプランにおいて「**Live Great** リスク評価スコア」が基準値内（＝健康体）の人を対象に、最初の 2 年間に毎年 15%の保険料割引（**Live Great Healthy Rewards**）を付与している。保険契約者は割引を得るために、オンライン登録を済ませ、加入時及び加入後毎年 1 回の健康アセスメントを受けなければならない。これにより、「**Live Great** リスク評価スコア」が算出される。3 年目の「**Live Great** リスク評価スコア」で健康維持ができていないと評価された場合には、3 年目に一度だけ保険料の 30%がキャッシュバックされる仕組みとなっている。なお、健康アセスメントの結果が良くない加入者に対しては、医師によるフォローアップ相談を提供し、その費用は保険会社が負担する。

（c）マレーシアにおける特別条件体へのプログラム提供

パッケージ商品（生命保険、高度障害、重篤度別特定疾病保険）の新規契約者のうち、早期特定疾病保険「**Great Early Living Care**」（重大疾患の早期段階の支払有り）は、特別条件体を対象に、健康増進プログラムを提供することで、「条件体から標準体になるように動機付け」する商品・サービス設計となっている。**BMI** やコレステロール値、血圧が高い申込者は、加入後 2 年間健康改善に取り組み、2 年後の契約更新前に受診する健診の結果（血液脂質状態、**BMI**、血圧）において、加入時に設定した目標を達成できていれば割引が適用され、過去 2 年間の割増保険料が返戻される。3 年目以降の割増保険料については、その受診結果と健康告知に基づき、全部または一部の免除適用が受けられる。なお、この時に受診する健診は、保険会社が指定する同一のものとなっており、資格のある保険契約者全員に受診割引券が配布される。

4）インスタントライフ社（Instant Life）

インスタントライフ社は 2008 年に設立された南アフリカ最初のインターネット生命保険会社で、死亡、がん、特定疾病、就業不能等の保険商品を販売している。2015 年より南アフリカ最大級の金融サービス会社である **ABSA** グループの子会社である **ABSA** 生命の傘下に入っている。

インスタントライフ社は、物価変動対応型保険の引受システムや、インターネットを活用した顧客への直接の商品提供システムを構築しており、20 分で保険商品を購入することを可能にし、30%のコスト節約を実現している。また、いくつかの生命保険では、10 年ごとに全支払金額の 20%が返還される「**Cash back**」と呼ばれるサービスを無料で提供している。

(a) FitLife Cover

インスタントライフ社では、ウェアラブルデバイスを活用した先進的な保険商品「FitLife Cover」を販売している。「FitLife Cover」は、20~65 歳対象とした終身保険で、契約者に対しフィットビット社のウェアラブル端末 (Fitbit Flex) を配布 (※端末料金は毎月の保険料に含まれている) しており、契約者は以下 2 つの条件を満たすことで、毎月の保険料が割引になる商品である。

【保険料割引条件】

- ・ インスタントライフフィットライフグループのメンバーになること
 - ・ フィットビット社のアプリとフィットビット社のウェアラブル端末を 6 ヶ月間同期させ、データを登録すること
- ※ただし、保険料割引を継続するためには、上記 2 つの条件を満たし続けることが必要。

5) クリアビューウェルス社 (Clear View Wealth)

クリアビューウェルス社は、1976 年に NRMA (ロードサービス会社) の顧客向けに生命保険を提供する NRMA 生命としてオーストラリアで設立され、その後、多様な生命保険やウェルネスマネジメントビジネスを展開している総合金融サービス会社で、生命保険、退職プランニング、投資商品、フィナンシャルアドバイスを提供している。

「顧客エンゲージメントの強化」と「加入者の健康維持・増進」を同時に実現すべく、2011 年 11 月から健康づくりに取り組む顧客向けに保険割引を提供する「Health Maintenance Reward program」を開始しており、「加入者に追加費用を求めず健康状態に応じて保険料割引を提供」するオーストラリアで唯一の保険会社となっている。

加入者には、1 年目にまず 10% の保険料割引が与えられ、その後毎年 1% ずつ割引率が低下するものの、2 年ごとに、健康に関する簡単な質問票に回答するチャンスが与えられ、その回答内容に応じて、保険料の割引が 1 年目の 10% に戻る。

(a) Health Maintenance Reward program

「Health Maintenance Reward program」は no regrets タイプ (プログラム加入料もなく、参加することで保険料負担が上がるリスクもない) の保険料割引スキームとなっている。

「Health Maintenance Reward program」の対象は生命保険加入者となっているが、医療保険や損害保険が付帯している加入者や、子供向けの保険は対象外となっている。ただし、将来的には、主要な保険商品への展開も視野に入れている。

図表 5-68 Health Maintenance Reward program の概要

「Health Maintenance Reward program」の保険料割引スキーム	
①加入選択と質問回答	・保険商品購入時に「Health Maintenance Reward program」の加入有無を選択（加入料は無料）し、加入した場合は、「健康状態に関する簡単な質問票」にオンラインで回答する。 ・質問の内容は、身長と体重、健診受診有無、健診時の医師のアドバイスに従い運動や食事療法を行ったかどうか、となっている。
②加入期間中の割引率の低下	・加入者には「1年目は10%の保険料割引、その後毎年1%ずつ割引率が低下する」スキームが適用される。 ※1年目：10%割引、2年目：9%割引、3年目：8%割引、・・・10年目～：割引なし
③質問回答と割引率リセット	・加入後2年ごとに、加入時と同様の「健康状態に関する簡単な質問票」へ回答するチャンスが与えられ、回答内容が良好と判断されれば、保険料割引率がリセットされる（＝1年目の10%割引に戻る）。 ・「健康状態に関する簡単な質問票」に無回答の場合や回答してもその内容が良好でない場合（詳細不明）は、割引率はリセットされない。 ※加入日から2年後の2ヶ月前（加入から22ヶ月後）に保険貸会社から加入者宛に回答通知が届き、加入者は2週間以内に回答が必要。 ※加入日から2年後の約45日前までには、保険会社から加入者に対して今後適用される割引率が提示される。 ※回答有無や回答結果に関係なく、2年ごとに回答のチャンスは到来し、仮に6年後や8年後であっても、回答しその結果が優良であれば、割引率は1年目の10%に一気に戻る。

出所：クリアビューウェルス社公表資料等をもとに作成

6) オスカー社 (Oscar)

オスカー社は、ハーバードビジネススクール出身の起業家たちがグーグルやフェイスブック出身の技術者を集めて、2013年にニューヨーク州で立ち上げた、デジタル技術やビッグデータに強みを持つテクノロジーベースの新興保険会社である。ニューヨーク州から始まり、ニュージャージー州、カリフォルニア州、テキサス州に拡大し、2016年時点で、約15万人の顧客基盤（毎年3倍増のペース）を有している。

オスカー社は、従来の医療保険とは異なり、ただ保険を提供するだけでなく、契約者の健康維持に積極的に関与することで、全体の医療費と保険会社の支払保険料の低減を目指している。そのため、商品ではなくサービス提供に価値をおいており、それらは主に次の3点に支えられている。

- ・ コネクテッド・デバイスを通じて被保険者が健康的な生活習慣を身に付ける後押しを行う
- ・ 電話によるコンサルテーションを通じて、医療保険をシンプルで親しみやすく、合理的で透明性の高いものにする
- ・ 戦略的な顧客ターゲティングを行い (IT リテラシーが高く健康志向→結果的に引受リス

クが低い)、合理的な保障ストラクチャーを提供する (伝統的な保険との棲み分け)

オスカー社の急成長の理由として、アメリカ国民にとって「分かりにくく高額」であった医療保険を、「それを分かりやすく、簡単に、お手頃価格で提供するのが **Oscar**」というコンセプトでポジショニングできたことが挙げられる。実際、国民皆保険が存在しないアメリカでは、医療保険が高すぎて加入できない人が約 5 千万人 (2012 年) おり、個人破産の 6 割のケースが医療費によるものと推察されている。また、高額な医療費のために病院に行くことをためらう人も多く、医療保険商品プラン (保険料、免責額、自己負担額、自己負担最高額の組み合わせ) の難解さや支払申請の複雑さが、国民にとって「分かりにくく高額」なものとなっているところにうまくポジショニングしている。

(a) UX (ユーザ・エクスペリエンス)

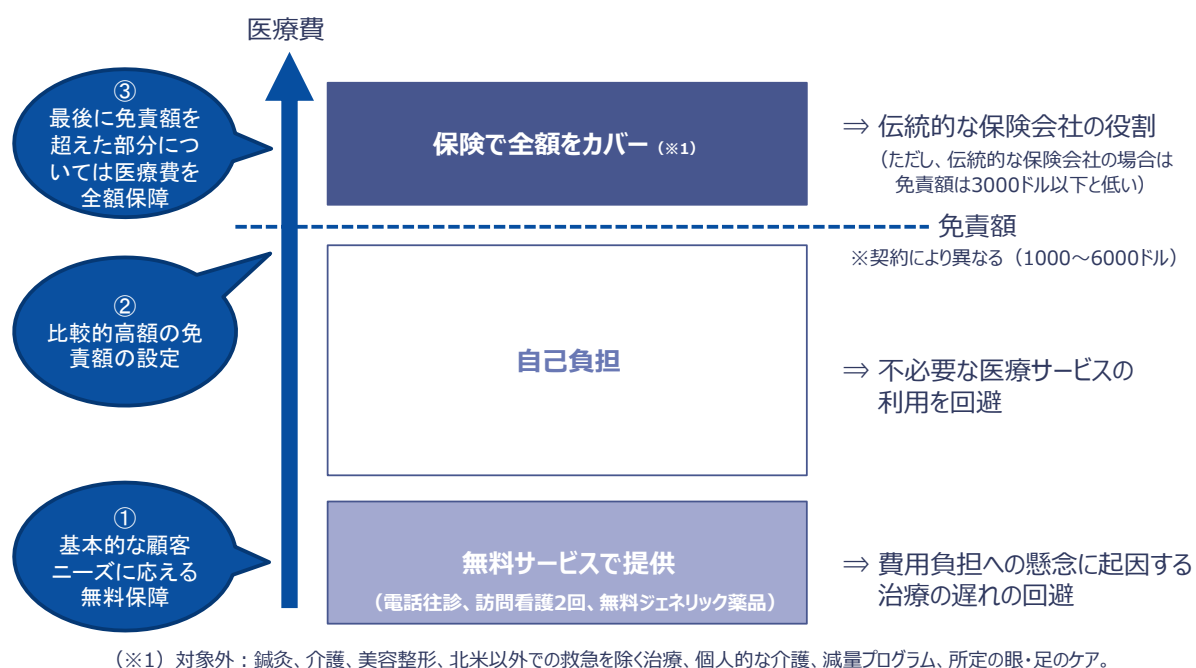
オスカー社はユーザー・エクスペリエンス (顧客経験) のサービス・デザインも優れており、「健康のことで不安になったら、とりあえず **Oscar** を開いてみる」という立ち位置を作り出している。

- ・ 全ての申込手続きがオンラインで完了 (IT 化されていなかった分野を IT で問題解決)
※代理店経由でも販売しており、代理店向けのツールも充実。
- ・ 医療保険のプランは大きく 4 つ (ブロンズ、シルバー、ゴールド、プラチナ)
※控除の合計額、控除後の支払い額、薬の支払額などによって金額・内容が異なる。
- ・ 無料のフィットネス・デバイス (**Misfit Flash**) で、自身の健康状態に合わせた歩数を達成すると、1 日あたり 1 ドルのリワードを獲得
- ・ **Web** 上で入力することで最適な専門医を案内するサービスや、病気の症状を専門用語ではなく日常的に使用する言葉を入力するだけで、近隣の専門医等を紹介
※ ニューヨーク州やニュージャージー州では、医師：約 3 万人／州、医療機関：約 1 万箇所／州、薬局：約 6 万店／州と提携。
- ・ 過去の往診履歴や処方歴も一括管理
※請求手続きの際も、分かりやすくストレスのないオペレーションを実現。

(b) 保障ストラクチャー

オスカー社の保険は、3 層の保障ストラクチャーで構成されており、①第 1 層にて、基本的な顧客ニーズに応える無料保証を提供したうえで、②第 1 層の医療費を超える部分については、不要な医療サービスを抑制するために自己負担することとし、③自己負担の免責額 (第 2 層) を超えた費用については医療費全額をカバーするもの (第 3 層) となっている。オスカー社の保障ストラクチャーを下図に示す。

図表 5-69 オスカー社の保障ストラクチャー



出所：各種資料等をもとに作成

(c) 商品・サービス

加入者は様々な現物給付やサービスを無料や優待料金で受けることができる。

- ・ 医師による無料の電話相談・診療・健診（365日24時間）
- ・ 医師の無料往診や看護師派遣
- ・ 妊婦へのコンシェルジュ看護サービスの提供
- ・ 無料のインフルエンザ予防接種
- ・ 無料のジェネリック薬品の提供
- ・ ミスフィット・ウェアラブル社のデバイス（Misfit Flash：50ドル相当）の無償配布
- ・ フィットネスジム&ヨガの優待サービス

また、オスカー社はより高いレベルでのエンゲージメントとより多くの情報が利用できるプラットフォームを活用して、医療プロバイダーや専門医等の紹介、加入者への給付金や保険金に関する情報提供、請求や給付金の問題の解決など、加入者をトータルにサポートすることで、「Oscarに加入しておけば、医療に関わる心配事は大きく削減される」という価値を提供している。医療機関等とのネットワークサービス概要を以下に示す。

図表 5-70 医療機関等とのネットワークサービス概要

各州共通の医療機関等とのネットワークサービスの概要
オスカー社は、各州内の病院等と提携し、WEB 上で以下のサービスを加入者に提供している。 ・ 各病院に在籍している医師のプロフィール検索が可能。 ・ 「自分の症状入力」→「適切な医師の紹介」→「希望の医師の診察を予約」の一連の処理が可能。 ※かかりつけ医を直接選択することも可能。 ・ 来院前に電話で医師と相談することもできるため、加入者は自分にあった医師を見つけることが可能。 ※医師の電話相談に対して、オスカー社側は \$ 40/回を支払う当該コストは対面相談の半額。 ・ オスカー社を通じて行った診察の履歴は、管理画面のタイムラインで確認できるほか、既往歴や薬の処方歴もオンラインで一括管理されているので、加入者と医師とのコミュニケーションも円滑化。

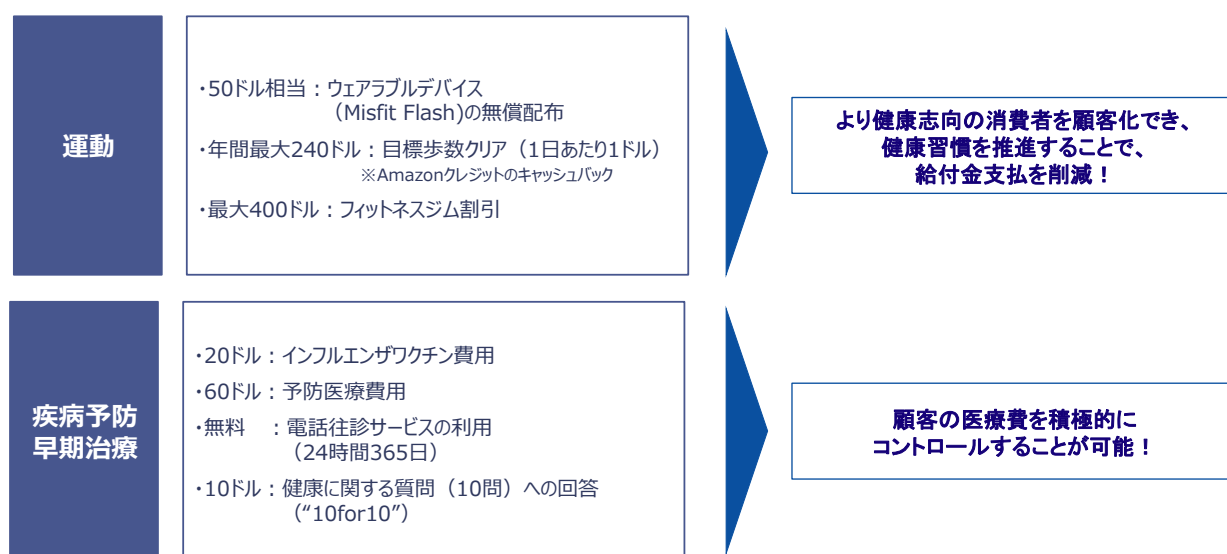
出所：インターシステムズジャパン(株)WEB サイトから一部引用

(参考) ニューヨーク州における運用の特長
オスカー社は、加入者と医療機関をリアルタイムにつなぐスマートフォン対応型診療イベント通知アプリケーションを、ニューヨーク州最大の地域医療情報交換組織であるヘルシックス（Healthix）に提供し、連携してサービスを実施している。 ・ 加入者にイベント（緊急治療室の受診、入院、退院等）が発生した際に、オスカー社は通知を受信。 ・ オスカー社は、加入者の事前同意に従って、自社の臨床スタッフが対応したうえで、退院プランナー、病院の医療スタッフ、担当開業医等に、必要な情報を提供。 ・ オスカー社は、退院後の加入者に対しても、必要に応じて、フォローアップの治療やサービスの調整を実施。 ※例：がん患者向けには、ネットワーク内の外科医やケアコーディネーションやサービスを探すなどの支援を実施。

出所：インターシステムズジャパン(株)WEB サイトから一部引用

加入者に対する健康増進のインセンティブは、「運動に対する報酬」と「疾病予防及び早期治療」の 2 つの意味合いがあり、「運動に対する報酬」は、より健康志向の消費者を顧客化し健康習慣を推進することで、給付金支払の削減につなげ、「疾病予防及び早期治療」は、顧客の医療費を積極的にコントロールすることを狙っている。具体的なオスカー社の健康増進インセンティブは以下のとおりである。

図表 5-71 オスカー社の健康増進インセンティブ



例：電話相談の費用対効果：

- 物理的な通院は 120 ドル程度かかるが、電話相談に対するコストは 40 ドル程度。
- 電話相談により外来受診が減ることから、電話相談に係るオスカー社側のコストは、それにより抑制された外来治療費を下回る (4 年間の保険金請求データをもとに患者の費用支出のパターンの分析結果)。
- 実際に、契約者の約 6 割が電話相談を利用し、そのうち約 9 割は外来受診しなくても問題が解決。

出所：各種資料等をもとに作成

7) ユナイテッドヘルスケア社 (United Healthcare)

ユナイテッドヘルスケア社は、1977 年にネバダ州で設立されたアメリカ最大級の医療保険会社で、国内では、個人向け・雇用主向け医療保険に加え、メディケアに代表されるシニア向けやメディケイド、軍人向けの医療保障・給付サービスを提供している。アメリカ以外にも、ブラジル等海外にもビジネスを拡大している。親会社のユナイテッドヘルス社は、ダウ工業株 30 種や S&P100 の銘柄の一つであるほか、フォーチュン誌により、6 年連続で保険及びマネージド・ケア (管理型医療)⁵分野において「最も称賛されるべき企業」に選定されており、さらに、同分野のイノベーションに取り組む企業としても、7 年連続 1 位に選定されている。

ユナイテッドヘルスケア社の保険商品・サービスの特徴として、①医療機関のネットワーク②イノベーティブなツールとリソース、②ウェルネス・プログラム、③予防ケアが挙げられている。ユナイテッドヘルスケア社の保険商品・サービスの特徴を以下に示す。

⁵ 保険会社が、加入者に対して医療保険と合わせて医療サービスを提供するシステムのこと。加入者は、利用できる病院や治療の範囲が限定されるものの、さまざまな医療サービス (各種検査等含む) を利用することができる。また、保険会社は、提携先の病院に対して、費用効率の高いとする治療計画や手順 (診療ガイドライン) を示すことで、それに沿った診療を促すほか、提携先の病院の診療費や診療内容を厳しく査定している。

図表 5-72 ユナイテッドヘルスケア社の保険商品・サービスの特徴

特徴	内容
①医療機関のネットワーク	・ 医療保険加入者に対して割引価格でサービスを提供する緊急医療・専門医を含む広範な医療機関のネットワークを保有 ・ 加入者は、インターネット等を通じて、このネットワークに活用することができ、ネットワークにある医療機関を活用した場合、ネットワーク分担金及び自己負担金を支払う
② イノベーティブなツールとリソース	・ ユナイテッドヘルスケア社のネットワークの検索 ・ ヘルスケアの費用の予測 ・ 保険支払請求の管理 ・ 保険料支出追跡 ・ 家族の健康情報の安全な記録と保管
③ウェルネス・プログラム	・ 食事のアドバイス、運動や禁煙の支援といった加入者の健康維持を補助する多様なサービスやプログラムを提供
④予防ケア	・ 日常的な予防ケアサービスの提供と年齢に応じた検診の実施 ・ 医師の協力による健康管理の実施

出所：ユナイテッドヘルスケア社 WEB サイトをもとに作成
 加入者専用のウェブサイトである「myuchc.com」を通じ、個人ごとのサービス、24 時間のサポート、高品質なツールを得ることができる。加入者ウェブサイトの概要を以下に示す。

図表 5-73 加入者ウェブサイト（myuhc.com）の概要

機能	内容
支払請求・口座の表示・管理	・ 給付金支払明細書の表示 ・ 保険支払請求の取扱状況の表示 ・ 各請求様式の表示 ・ 医療費払戻口座、医療貯蓄口座、フレキシブル支出口座の収支の表示 等
ヘルスケアコストの把握	・ サービス選択前後のヘルスケアのコストと質の比較ツールの提供 ・ 多様なサービスによる個人ごとのヘルスケアコストの予測と節約 ・ 医療費の概算 等
必要なケアの把握	・ 保険加入者の必要に応じて、医者・歯医者・眼医者・精神科医等を見つけることが可能
イノベーティブなウェルネスツールによる健康の維持	・ 健康調査の実施 ・ オンラインの健康コーチとの協働 ・ 追加の割引とプログラムに関する学習

出所：ユナイテッドヘルスケア社 WEB サイトをもとに作成

ユナイテッドヘルスケア社が重要視するイノベーティブなツールとして、下図に示す多様なサービスを展開している。

図表 5-74 ユナイテッドヘルスケア社が提供する各種ツール

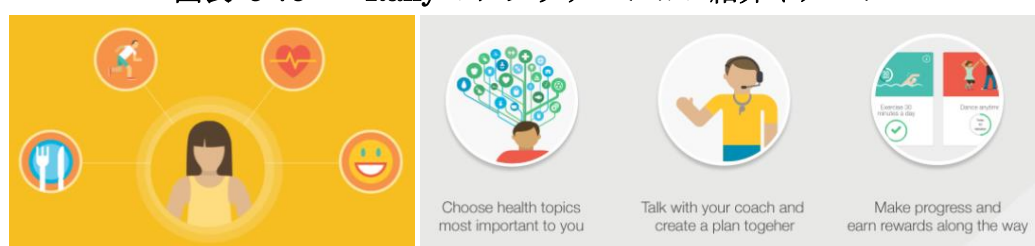
Health4Me Mobile App	- 健康情報へ瞬時にアクセス - 保険支払請求の取扱状況等の確認 - 近くの小児科や緊急時の医療機関の簡単検索 - 医療費の確認や処方箋の管理
Cost Estimator	- 医療費のコントロール - 個々の加入保険を基に治療費の平均価格の提示 - 最適な医師及び治療の選択のため、治療の質や治療費の比較
Your 24-Hour Nurse	- 看護師による24時間電話対応 - 緊急性の判断 - 近くの医師の検索及び予約手配 - 薬の説明及び症状に合った薬選びのためのアドバイス
Virtual Visits	- オンラインを通していつでも相談 - 予約なしでスマホやパソコンから医師とテレビ電話を通じて相談 24時間対応であり、処方箋の発行も可能 - 費用は直接病院へ行くより低く、医療費コスト削減にも繋がる

出所：ユナイテッドヘルスケア社 WEB サイトをもとに作成

(a) 健康改善支援ツール「Rally」

ユナイテッドヘルスケア社は、健康改善支援ツールとして、Rally を提供している。Rally は、運動及び食事改善を支援するウェブサイトとアプリケーションで、myuch.com を通じて利用することができる。個々の加入者に合った運動や食事を提案し、運動増進、食事改善に繋がる「ミッション」が与えられる。ミッションとはシンプルなものであり、野菜を食べるやもっと運動をする等がある。ミッションをクリアする都度、ポイントを獲得でき、獲得したポイントは商品と交換が可能することができる。また、月に1回、コーチと電話で話すことができ、個々にあったプランを作成する。Rally のアプリケーション紹介イメージを下図に示す。

図表 5-75 Rally のアプリケーション紹介イメージ

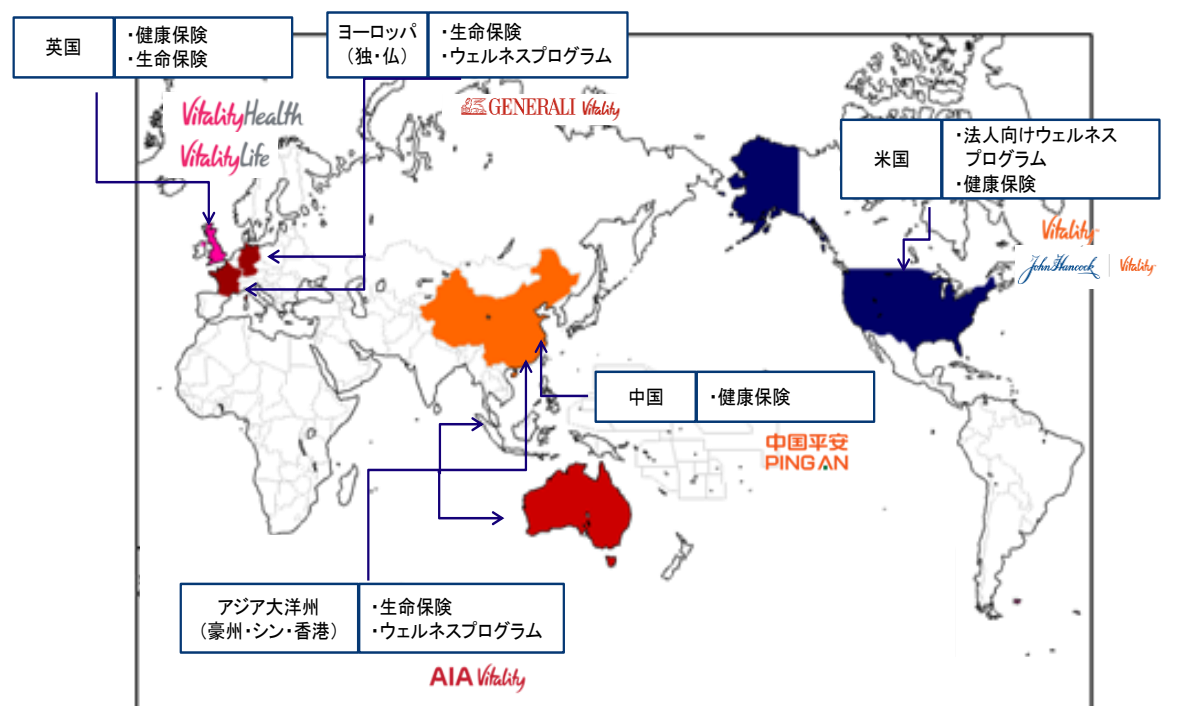


出所：ユナイテッドヘルスケア社 WEB サイト

8) ディスカバリー社 (Discovery)

ディスカバリー社は、健康保険・生命保険・損害保険・その他金融サービス（貯蓄性生命保険・カード）・健康増進プログラム Vitality の事業を、南アフリカ・イギリスを中心に、アメリカ・オーストラリア・ヨーロッパ・シンガポール・中国で展開している。ディスカバリー社の世界展開状況を下図に示す。

図表 5-76 ディスカバリー社の世界展開



出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

Vitality は、ディスカバリーグループが行う事業（健康保険、生命保険、損害保険等）を横断的に支えるサービスとなっている。また、顧客の行動データ・診療データ、ディスカバリーの数理データの蓄積やこれらのデータを分析できるテクノロジーがディスカバリーのサービスを科学的に支えている形となっている。ディスカバリーグループのサービスのイメージを以下に示す。

図表 5-77 ディスカバリーグループのサービスイメージ

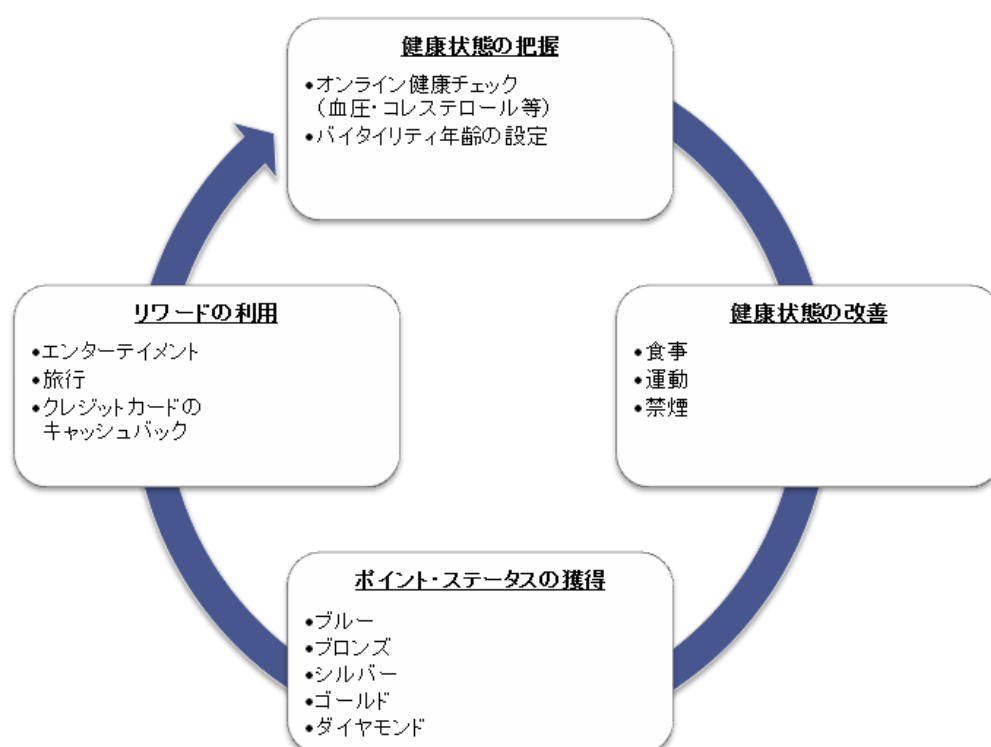


出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

(a) Vitality ※南アフリカのケースを示す

Vitality のプログラムは、「健康状態の把握」⇒「健康状態の改善」⇒「ポイント・ステータスの獲得」⇒「リワードの活用」というプロセスで機能し、「健康により行動」を取れば取るほどポイントが獲得でき、ステータスが上がる仕組みとなっている。Vitality のプロセスイメージを以下に示す。

図表 5-78 Vitality プログラムのプロセスイメージ



出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

Vitality プログラムは、ディスカバリーグループの提供する金融商品を利用していることが利用条件で、加入者は月額利用料を支払う有償プログラムとなっている。南アフリカにおける Vitality プログラムの月額利用料を下表に示す。

図表 5-79 Vitality プログラムの月額利用料（南アフリカ）

区分	月額利用料
加入者のみ	199 ランド
加入者+1 名	239 ランド
加入者+2 名	269 ランド

(※) 1 ランド＝約 7.6 円（2016 年 10 月末時点）

出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

健康状態の把握・食事・運動に関連するプログラムを実施することで、Vitality のポイントを獲得することができる。南アフリカにおける Vitality プログラムでのポイント獲得事例を

下表に示す。

図表 5-80 Vitality プログラムのポイント獲得事例（南アフリカ）

テーマ	中項目	プログラムの具体例	付与ポイント	
健康状態を把握する	オンライン健康チェック	Vitality 年齢評価	年 1 回	2,000P
		フィットネス評価	年 1 回	1,000P
		メンタル健康評価	年 1 回	2,500P
		非禁煙宣言	年 1 回	5,000P
		Vitality ドライブ (運転技術の評価)		最大 6,000P
	Vitality 健康チェック	体重・血糖・血圧・コレステロール	年 1 回	500P (項目ごと)
	Vitality 健康チェックボーナス	各項目 (体重/腹囲、血糖、血圧、コレステロール) が一定値	年 1 回	2,500P (項目ごと)
	追加健康チェック	子宮頸部細胞診	年 1 回	2,500P
		乳房 X 線撮影	年 1 回	2,500P
		前立腺スクリーニング	年 1 回	2,500P
		緑内障スクリーニング	年 1 回	2,500P
		歯科検診	年 1 回	2,000P
		HIV 検査・相談	年 1 回	5,000P
	健康的になる	食事運動の専門家からの受講		最大 20,000P (運動) 10,000P (食事)
	ワクチン等接種	インフルエンザ、肺炎球菌	年 1 回	1,000P
	CPR ファーストエイド	受講	年 1 回	2,500P
健康的に食べる	健康的な食事	健康的な食品を食べる	食品ごと	20P(毎 月 の 上 限 1,000P)
		不健康的な食品を食べる	食品ごと	▲20P
健康的なライフスタイルの選択	禁煙	3 ヶ月間禁煙を行う	年 1 回	5,000P
活動的になる	Vitality 運動イベント	運動プログラム	1 回毎	最大 30,000P
		ウォーキング	1 回毎	
		軽度・中程度・強度の運動	1 回毎	
		ウォーキング/ランニングイベント参加	1 回毎	
		水泳イベント参加	1 回毎	
		自転車イベント参加	1 回毎	

出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

獲得したポイントに応じて、ステータスが決まり、加入者はステータスに応じたリワードを受け取ることができる。南アフリカの Vitality プログラムのステータスを下表に示す。

図表 5-81 Vitality プログラムのステータス（南アフリカ）

区分	ブルー	ブロンズ	シルバー	ゴールド	ダイヤモンド
加入者 1 名	当初	15,000P	35,000P	45,000P	ゴールドを3年連続
加入者+1 名		30,000P	70,000P	90,000P	
加入者+2 名		40,000P	90,000P	120,000P	
追加加入者ごと		10,000P	20,000P	30,000P	

出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

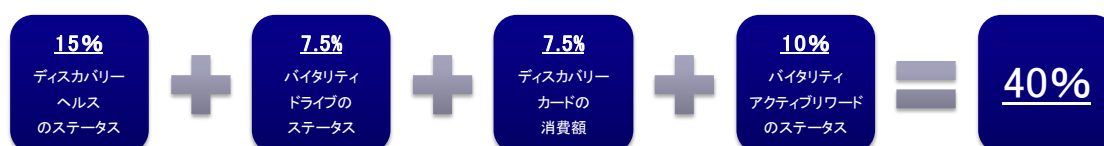
ディスカバリー社のリワードは、ディスカバリーライフ（生命保険）の保険料割引と、提携サービスの割引・キャッシュバック等から成っている。ディスカバリーライフについては、Vitality 等に参加することによって、加入時及び毎年返戻金を受け取ることが可能で、返戻金の評価基準には Vitality のステータスに加えて、運転やディスカバリーのカード消費額も含まれる。ディスカバリー社の保険料割引について以下に示す。

図表 5-82 ディスカバリーライフの保険料割引

【加入時の割引】

割引率(最大)	28%	20%	17.5%	15%
加入するサービスの組み合わせ	①ディスカバリーヘルス ②バイタリティ ③バイタリティドライブ	①ディスカバリーヘルス ②バイタリティ	バイタリティ	バイタリティアクティブ リワードフォーライフ

【毎年の返戻金】



※返戻金の受領方法を変更することによって返戻率を上昇させることが可能

出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

保険料割引以外のリワードとして、スポーツクラブや健康食品の割引といった健康関連サービスの割引に加え、Vitality プログラムの魅力を高めるための旅行やエンターテイメントに関するサービスの割引も提供されている。南アフリカの Vitality プログラムにおける保険料割引以外の割引・キャッシュバック等の事例を下表に示す。

図表 5-83 Vitality プログラムのリワード事例（南アフリカ）

項目	概要	金額	提携店舗
食事	健康的な食品購入に伴うキャッシュバック	25%	Pick n Pay Woolworths
運動	健康的な器具の購入に伴うキャッシュバック	25%	Sportsmans Warehouse Total sports
	スポーツクラブの入会費及びプログラム 1 回分無料	100%	Curves
	スポーツクラブの月会費の割引	75%	ACTIVE Planetfitness
ヘルスケア	ヘルスケア用品の購入に伴うキャッシュバック	25%	Clicks Dis-Chem
エンターテインメント	映画	各種割引	
旅行	国内線の割引	35%（年間 12 回まで）	
	国際線の割引	35%（年間 2 回まで）	
	レンタカー	35%	
	ホテル	最大 50%	
その他	クレジットカード（ディスカバリーカード）のキャッシュバック	最大 20%	
	フリードリンクの提供	週 1 回無料	

出所：ディスカバリー社公表資料をもとに作成

（b）日本への進出

ディスカバリー社は、これまで、イギリス、アメリカ、オーストラリア、ヨーロッパ、シンガポール、中国において、現地の保険会社と提携し、「Vitality」プログラムを展開しているが、日本においても、住友生命と提携し、金融庁認可を受けることを前提に同プログラムの発売を目指すことを、今年 7 月に発表した。住友生命が、「健康増進型保険の開発」でディスカバリー社と提携し、「IoT を活用した健康情報・健康増進活動に関するデータの収集プラットフォームの構築等」でソフトバンクと提携するスキームにより、ディスカバリー社の「Vitality」プログラムを日本市場に導入する「Japan Vitality Project」を 3 社共同で取り組んでいく形となっている。

9) モメンタム社 (Momentum)

モメンタム社は、1966 年に南アフリカで設立された保険会社で、2010 年にはメトロポリタン社 (Metropolitan) と合併し、MMI ホールディングスを設立した。現在、MMI グループは、南アフリカ第 3 位の保険会社となっている。同グループは、顧客セグメント毎に複数ブランドで展開しており、アッパーミドルクラス以上を対象としたモメンタム社では、リワード&ウェルネス・プログラム「Mutiply」と連携したウェルネス・プログラム付保険を南アフリカで展開している。MMI ホールディングスでは、生命保険、健康保険、損害保険、健康支援サービス、年金、資産運用等のサービスを取り扱っており、アフリカ 13 か国、アジア 4 か国、イギリスにも国際展開している。

(a) ウェルネス&リワードプログラム「Multiply」

モメンタム社の保険商品・サービスを利用する顧客は、ウェルネス&リワードプログラム「Multiply」に加入可能で、生命保険商品利用者の場合、同プログラムのステータスに応じ最大 60%の保険料割引を受けることができる。「Multiply」には、STARTER（無料）、PROVIDER（59 ランド/月）、PREMIER（179 ランド/月）の 3 つのステータスがあるが、保険料割引を受けるには PREMIER に加入する必要がある。Multiply の概要を以下に示す。

図表 5-84 ウェルネス&リワードプログラム「Multiply」の概要

		STARTER	PROVIDER	PREMIER	
利用料		無料	・1人: 59ランド/月 ・2人(夫婦): 79ランド/月 ・扶養家族(大人)1名につき +10ランド/月	・1人: 179ランド/月 ・2人: 219ランド/月 ・3人以上: 249ランド/月	
特典	生命加入者特典	無し	無し	保険料割引最大60%	⇒詳細後述
	損保加入者特典	無し	無し	リワード最大20%	⇒安全評価結果に伴う リワードが通常の約2倍 (通常最大10%→20%)
	Active Dayzリワード	無し	無し	最大5,400ランド返金	⇒詳細後述
	提携先の各種商品・ サービス割引 (一部の事例)	ドラッグストア最大4.5%返金 飛行機チケット7.5%Off 等	小売ポイント最大4倍 ドラッグストア最大10%返金 飛行機チケット最大15%Off 等	小売ポイント最大10倍 ドラッグストア最大25%返金 飛行機チケット最大50%Off ホテル宿泊費最大45%Off 等	⇒詳細後述

※1ランド=約7.6円(2016年10月末時点)

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

「Multiply (Premier)」では、大きく①家計、②運動、③健診、④安全の 4 項目の行動や状況によりポイントを獲得することができる。ポイント獲得には、MMI グループの商品購入に繋がるような行動（フィナンシャルアドバイザーとの面談、同社商品利用）や保険料率に影響する行動（運動・健診・安全向上等によるリスク低減）に加え、保険会社のデータ収集に資する行動によりポイントが付与される仕組みとなっており、同社は本プログラムを通じて新商品開発へ向けたデータ収集を行っているものと推察される。Multiply(Premier)のポイント獲得方法について下表に示す。

図表 5-85 「Multiply (Premier)」ポイント獲得の仕組み

内容	詳細	付与周期	付与ポイント	年間獲得上限(一人当たり)	年間獲得上限(家族)
Get Financial Well (家計)					
フィナンシャルアドバイザーとの面談 (リスク)	財政リスクカバーの項目数によりポイント付与	1 回/年	20-100p	100p	200p
モメンタム商品によるリスクカバー度合	財政リスクカバーの項目数によりポイント付与	1 回/年	40-200p	200p	400p
フィナンシャルアドバイザーとの面談 (貯蓄・延滞)	貯蓄と借入延滞等に問題なければポイント付与	1 回/年	80p	80p	160p
オンラインアンケートへの回答	アンケート回答によりポイント付与	1 回/年	20p	20p	40p
Get Active (活動)					
Active Dayz の実施	ジム参加、イベント参加、1 日 10,000 歩以上歩く、運動で 300 カロリー以上燃焼等	1 回/日	1P	180p	360p
フィットネスアセスメントへの参加	アセスメントの達成状況によりポイント付与	無限	3-15p	180p	360p
オンラインアンケートへの回答	アンケート回答によりポイント付与	1 回/年	20p	20p	40p
Get Healthy (健康)					
健診受診、結果提出	健診結果によりポイント付与	1 回/年	40-120p	120p	240p
メディカルアセスメントへの参加	アセスメントの達成状況によりポイント付与	1 回/年	15p	60p	120p
オンラインアンケートへの回答	アンケート回答によりポイント付与	1 回/年	20p	20p	40p
Be Safe (安全)					
住居や車の安全状況	安全状況や点検記録等の確認・提出によりポイント付与	1 回/年	8p	80p	160p
オンラインアンケートへの回答	アンケート回答によりポイント付与	1 回/年	20p	20p	40p

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

モメンタム社では歩いたり、スポーツジムへ行ったり、子供と遊んだり等、どのようなことでも身体を動かし、指定の要件を達成した日のことを「Active Dayz」として定義しており、会員は「Active Dayz」を実施すると、ポイント獲得だけでなく、キャッシュバックを受けることができる仕組みとなっている。Active Dayz の達成条件は、「①1 日 1 万歩以上歩く」「②スポーツジムに行く」「③300 カロリー以上消費するプログラムに参加する」「④運動イベントに参加する」のいずれかを実施することとなっている（なお、①と③は指定デバイ

スでの計測が必要)。Active Dayz 参加日数毎のキャッシュバックリワードを下表に示す。

図表 5-86 Active Dayz 参加日数毎のキャッシュバックリワード

1~3 日	4~6 日	7~9 日	10~12 日	13 日以上
0	75 ランド以下	150 ランド以下	300 ランド以下	450 ランド以下

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

生命保険割引は以下の 3 パターンとなっており、最大で毎年 60%の保険料割引、10 年毎に最大 60%返戻金の獲得が可能となっている。

- ・ 「Multiply」のステータスによる保険料割引
- ・ 「Multiply」が提供する Active Dayz プログラムへの参加日数による保険料割引
- ・ 「Multiply」ステータスによる 10 年毎の返戻金

Multiply のステータスによる保険料割引、Active Dayz プログラム参加日数による保険料割引、Multiply のステータスによる 10 年毎の返戻金を以下に示す。

図表 5-87 「Multiply」のステータスによる保険料割引

Bronze	Silver	Gold	Platinum	Private Club
10%	15%	20%	30%	50%

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

図表 5-88 Active Dayz プログラムへの参加日数による保険料割引

1~3 日	4~6 日	7~9 日	10~12 日	13 日以上
0%	2%	4%	7.5%	10%

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

図表 5-89 「Multiply」ステータスによる 10 年毎の返戻金

Bronze	Silver	Gold	Platinum	Private Club
20% +0.3%×年	20% +0.5%×年	20% +1.5%×年	20% +3%×年	20% +4%×年

出所：モメンタム社公表資料をもとに作成

会員はその他にも「Multiply」のステータスに応じ、モメンタム社が提携する企業の商品・サービス購入・利用時に割引等の特典を受けることができる。

- ・ 【Dis-Chem pharmacies】ドラッグストアで最大 25%返金
- ・ 【City Lodge】宿泊代が最大 45%割引
- ・ 【Mango Airlines】飛行機チケットが最大 50%割引
- ・ 【Avis】レンタカー代が最大 40%割引
- ・ 【Pick and Pay Smart Shopper】小売店ポイントが最大 10 倍
- ・ 【Planet Fitness】ジムへ行った回数により 60%までの会員費割引、良好な健康維持は

更に 20%割引となりジム会員費が最大 80%割引

(2) 諸外国における医療保険制度を含む市場環境や社会・制度的背景調査

前節で整理した諸外国における先進事例と類似した保険商品・サービスの日本での実現可能性等を検討するためには、それら商品・サービスが開発・普及している背景に強く影響する各国の市場環境や社会・制度的背景等を確認することが重要である。そこで、先進事例にあがった国々を中心とした以下の対象国について、マクロ環境、公的保険制度の基本情報、公的保険と民間保険との関係（それぞれの位置づけ・役割・対象者層等）等について整理を行った。調査項目を以下に示す。

【調査対象国（日本を含む 8 カ国）】

アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、シンガポール、オーストラリア、南アフリカ、日本

図表 5-90 諸外国における社会・制度的背景調査の調査項目

分類	項目
(1) マクロ環境	・ 人口、平均寿命、65 歳以上人口割合 ・ 名目 GDP、一人当たり GDP、産業別名目 GDP 構成 ・ 医療費支出の公民割合 ・ 人口千人あたりの医師数、看護師数、病床数 ・ 家計所得支出 ・ 主な死亡の疾病構造
(2) 医療保険制度の全体概要	・ 公的保険と民間保険との位置づけを中心に概要説明
(3) 主な公的医療保険制度の概要	・ 名称 ・ 運営主体 ・ 被保険者資格 ・ 加入数・加入率 ・ 給付種類 ・ 本人負担割合等（適用範囲） ・ 保険料（被用者負担／使用者負担）
(4) 民間医療保険の位置づけ	・ 概要（公的医療保険との関係） ・ 加入者層 ・ 加入数・加入率 ・ 給付内容（例）・適用範囲 ・ 保険料（被用者負担／使用者負担） ・ その他

1) アメリカ

(a) マクロ環境

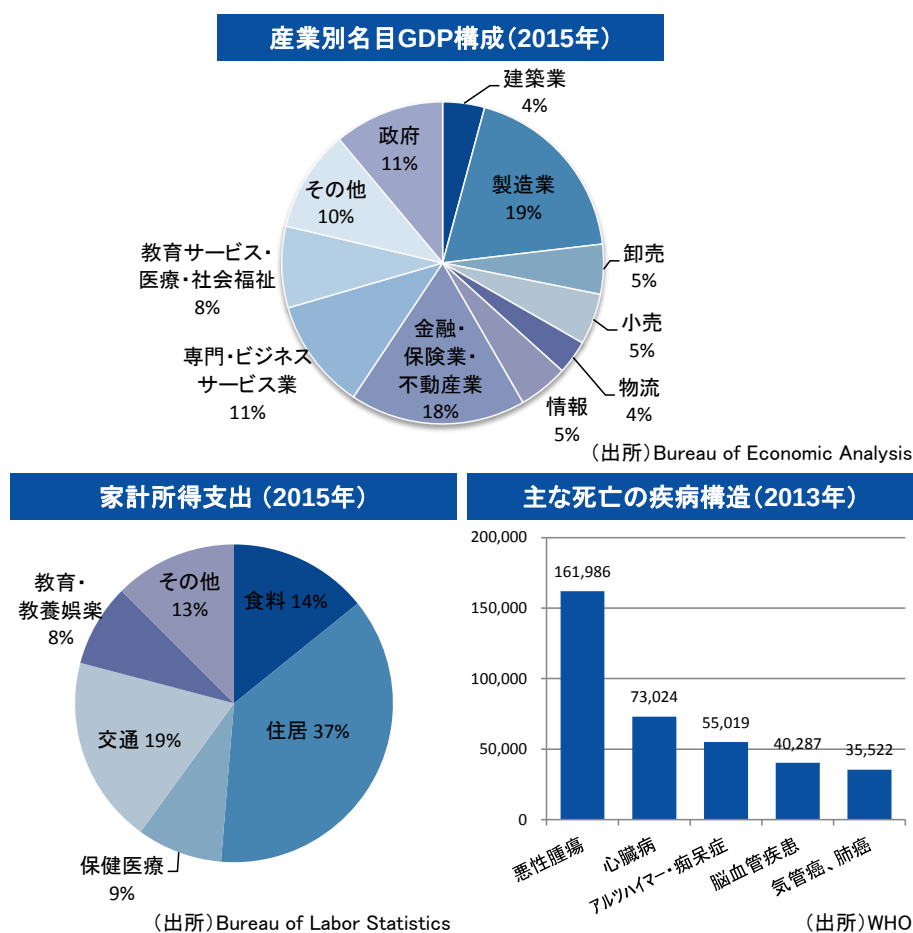
アメリカのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-91 アメリカのマクロ環境

項目	内容
人口（百万人） [2015 年]	全体：321.4 男：159.3 女 162.1
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：78.9 男：76.6 女：81.4
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：14.8 男：13.2 女：16.3
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	179,470
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	55,837
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 48.3 民 51.7
人口千人あたり医師数（人） [2011 年]	2.5
人口千人あたり看護師数（人） [2010 年]	9.8
人口千人あたり病床数 [2011 年]	2.9

出所： World Bank、（※） IMF

図表 5-92 アメリカの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



(b) 医療保険制度の全体概要

アメリカの医療制度における第一の特徴は、公的医療保障制度があるのは原則として高齢者と低所得者のみで、現役世代は民間医療保険が中心となっていることである。主な公的制度は、連邦政府が運営する高齢者向けのメディケア（Medicare）と、州政府が運営する低所得家庭向けのメディケイド（Medicaid）の2つが挙げられる。なお、メディケアでは、一部運営を民間保険企業に委託しており、公的保険と民間保険が併存しているほか、補足的給付として民間による MediGap の提供もある。

アメリカは先進国で唯一構造的に無保険者を抱えている国であり、無保険者対策や医療費・保険料の抑制、安定した補償等のため、医療制度改革が進められている。2010年に成立した医療制度改革法（通称、オバマ・ケア）を受け、個人の医療保険加入や企業による医療保険提供が原則義務化され、違反する場合には罰金が課せられることとなった。

一方、民間医療保険については、営利・非営利の民間保険会社が様々な保険プランを開発している。企業等が、被用者の福利厚生の一環として保険を購入して被用者に提供する「雇用主提供医療保険」に加入している場合が多いことから、民間医療保険の加入は66.0%（2014年）となっており、医療保険市場において民間保険会社が大きな役割を担っている。最近では、医療制度改革法により、民間医療保険サービスには予防給付が必須とされるなど、加入者集団の疾病リスク低減の取組みが促されている。

(c) 主な公的医療保険制度の概要

アメリカの主な公的保険であるメディケアの概要を下表に示す。

図表 5-93 メディケアの概要

項目	概要			
	Part A	Part B	Part C	Part D
名称	メディケア（Medicare）			
運営主体	保健・福祉省メディケア・メディケイド・サービスセンター（CMS）		民間保険者	
被保険者資格	社会保障税を10年以上納め65歳に達した者及び一定要件を満たす障がい者（Part Aのみ強制、Part B,C,Dは任意）			
加入数・加入率	5,349万人 （2014年）	4,934万人 （2014年）	1,624万人 （2014年）	4,048万人 （2014年）
給付	対象：本人 内容：病院保険（入院・高度看護施設ケア等）	対象：Part A加入者 内容：医療保険（外来診療等）	対象：Part A,B双方への加入者 内容：Medicare Advantage（Part A,Bと同等以上の給付）	対象：Part A,B双方への加入者 内容：Medicare 処方箋薬プラン（外来の処方箋薬代の補償）
本人負担割合等（保険適用範囲）	入院1回 1,260\$＋入院日数に応じた1日あたり費用を自己負担	年間147\$＋受けた医師サービスの20%を自己負担	プランにより異なる（免責額や自己負担額はPart A,Bより低い）	プランにより異なるが、年間薬剤費に応じた最低給付基準あり

項目	概要			
	Part A	Part B	Part C	Part D
保険料	現役世代の社会保障税（2.9%労使折半、自営業者は全額負担）	年収に応じて月104.9～335.7\$（2015年）	プランにより異なる	年収に応じた基本保険料月額0～70.80\$（2015年）＋保険内容に応じた追加保険料

※Part C,D では、加入者が民間保険者から保険を購入し、保険者は、給付を請け負った加入者一人あたり定額の報酬を CMS から受け取る。

※メディケアのほか、子ども・障がい者がいる低所得者層を対象とした公的扶助制度として、CMS が監督し各州が運営する「メディケイド（Medicaid）」が存在。

（d）民間医療保険の位置づけ

アメリカでは公的医療保険メディアケアにも民間医療保険が併存しており、メディケアの自己負担額・免責額部分の補償（補完的機能）、メディケアのカバー範囲外の保険給付（補足的機能）などを担っている MediGap がある。MediGap の概要を下表に示す。

図表 5-94 MediGap の概要

項目	内容
概要 （公的医療保険との関係）	メディケアでの自己負担額・免責額部分を補償する（補完的機能）。一部プランでは、メディケアのカバー範囲外の保険給付も提供している（補足的機能）。 Medicare Advantage（Plan C,D）と重複加入はできない。
加入者層	特に記載なし
加入数・加入率	メディケアと民間医療保険の双方への加入者は約 2,381 万人（2014 年）
給付内容（例）・適用範囲	Part A の自己負担・入院費用や免責額、Part B の自己負担額や免責額、その他、輸血、海外旅行の際の救急医療 等
保険料	保険者、保険商品、加入者の年齢、居住地等によって異なる。
その他	特になし

アメリカでは雇用主保険が主となっており、メディケアの補完的・補足的機能を担っている MediGap 以外でも、民間医療保険はアメリカの医療保険制度の中核的な役割を果たしている。民間医療保険（Medigap 以外）の概要を下表に示す。

図表 5-95 民間医療保険（Medigap 以外）の概要

項目	内容
概要 （公的医療保険との関係）	・ 民間医療保険が医療保障制度の中核的な役割を果たしている。 ・ 公的医療保険は、民間医療保険に加入していない高齢者、障がい者、低所得者等に対する補償制度として存在している
加入者層	・ 企業雇用主が民間保険と契約し従業員に対して医療保険を提供する、雇用主提供医療保険の加入者が大部分を占める。 ・ 2013 年からは、医療保険エクスチェンジ（※1）にて、中・低所得者層の保険購入も促進されている。

項目	内容
加入数・加入率	・ 民間医療保険全体で約 2 億 860 万人 (66.0%、2014 年)、うち、雇用主提供医療保険の加入者が約 1 億 7,503 万人 (55.4%、2014 年) ・ 医療保険エクスチェンジでの保険購入者数は約 1,020 万人 (2015 年)
給付内容 (例)・適用範囲	・ プランにより異なるが、医療保険制度改革法により、入院、検査、予防給付など十種類の保険給付パッケージ (Essential Health Benefits) を最低限含んだ医療保険商品を、個人向けと中小団体向けに提供しなければならず、無料の疾病予防サービスを含めなければならなくなった。
保険料	・ 雇用主提供保険の年間平均保険料 (2012 年) : 個人向けプラン 5,615\$、家族向けプラン 15,745\$ ・ ※個人向けプランの平均 18%、家族向けプランの平均 28%を被用者が負担。
その他	・ 医療保険制度改革法により、保険者には、保険加入申込者の年齢・性別等に基づく保険加入拒否 (危険選択) が禁止されている。また、予防給付も必須であり、リスク判断により引受の可否・条件を決めるのではなく、加入者集団の疾病リスクを低減させる取組みが促されている。 ・ 医療貯蓄口座 (Health Savings Accounts) も存在 : 高免責額の (=補償が限定的な) 民間医療保険プランに加入することで口座開設することができ、免責額までの医療費を口座から支払うことができる。原則として、口座への預け入れ・引き出しともに非課税とされ、本人・家族・雇用主が預け入れることができる。 ・ その他、アメリカでは、従業員の健康維持・増進や疾病予防を目的に、企業によるウェルネス・プログラムの導入が進んでおり、2008 年頃から、ウェルネス・プログラムの品質を評価する第三者機関が登場している。(※2)

(※1) 医療保険エクスチェンジ :

医療保険制度改革法により導入された州、または連邦が運営するウェブサイトで、雇用者提供医療保険を有しない個人が、民間保険者が販売する複数の保険プランを比較して医療保険を購入することができる。医療保険エクスチェンジで保険を購入した場合、所得に応じて、中・低所得者層 (連邦貧困水準 (FLP) 400%まで) は連邦政府から保険料の補助が受けられる。なお、2015 年のプランでは、購入者 (約 1,020 万人) のうちの約 85%が、年間で平均 3,264\$の保険料補助を受けている。

(※2) ウェルネス・プログラムの認証機関 :

主な認証機関である NCQA (National Committee for Quality Assurance)や URAC (Utilization Review Accreditation Commission) は、独自の認証基準やそのガイドラインを公表したうえで、認証業務を行っている。両社とも、非営利組織であるほか、認証基準はパブリックコメントをもとに確定したうえで、適宜見直しが行われている。

■NCQA

項目	概要
名称	Wellness & Health Promotion Accreditation
認証対象	ウェルネス・プログラムを提供する次の「組織」が主な対象。 ・健康保険プラン提供事業者 ・ディジーズマネジメント事業者 ・健康行動支援事業者 ・ウェルネス及びヘルス・プロモーション・プログラム事業者 ※2009年時点で12の組織が認証済み (ヘルスウェイズ社(会員数:約6,800万人)等)。
認証評価 (概要)	・認証基準:ウェルネス・プログラムの構成要素ごとに設定された12個のWHPスタンダードを体系化し、それぞれ具体的な評価項目が設けられ、達成状況に応じて5段階で評価し、全評価項目の合計点数によって認証可否が判断される。 ・認証プロセス:申請→書面審査→訪問審査→審査委員会 ・認証の有効期間:通常2年間(一定基準に合致する場合は3年間)

■URAC

項目	概要
名称	Comprehensive Wellness Accreditation Program
認証対象	・ヘルスケア分野全ての認証に用いる「Core Standards」(評価対象:組織)をベースに、ウェルネス・プログラム固有の基準である「Comprehensive Wellness Accreditation」(評価対象:プログラム)を組み合わせた形。 ※2009年時点で10の組織が認証済み (ヘルスウェイズ社、AIPM社等)。
認証評価 (概要)	・認証基準:「Core Standards」と「Comprehensive Wellness Accreditation」のそれぞれに複数のカテゴリーが設けられており、それぞれ具体的な評価項目が設けられ、達成状況に応じて3段階で評価し、全評価項目の合計点数によって認証可否が判断される。 ・認証プロセス:申請→書面審査→訪問審査→審査委員会 ・認証の有効期間:2年間

2) イギリス

(a) マクロ環境

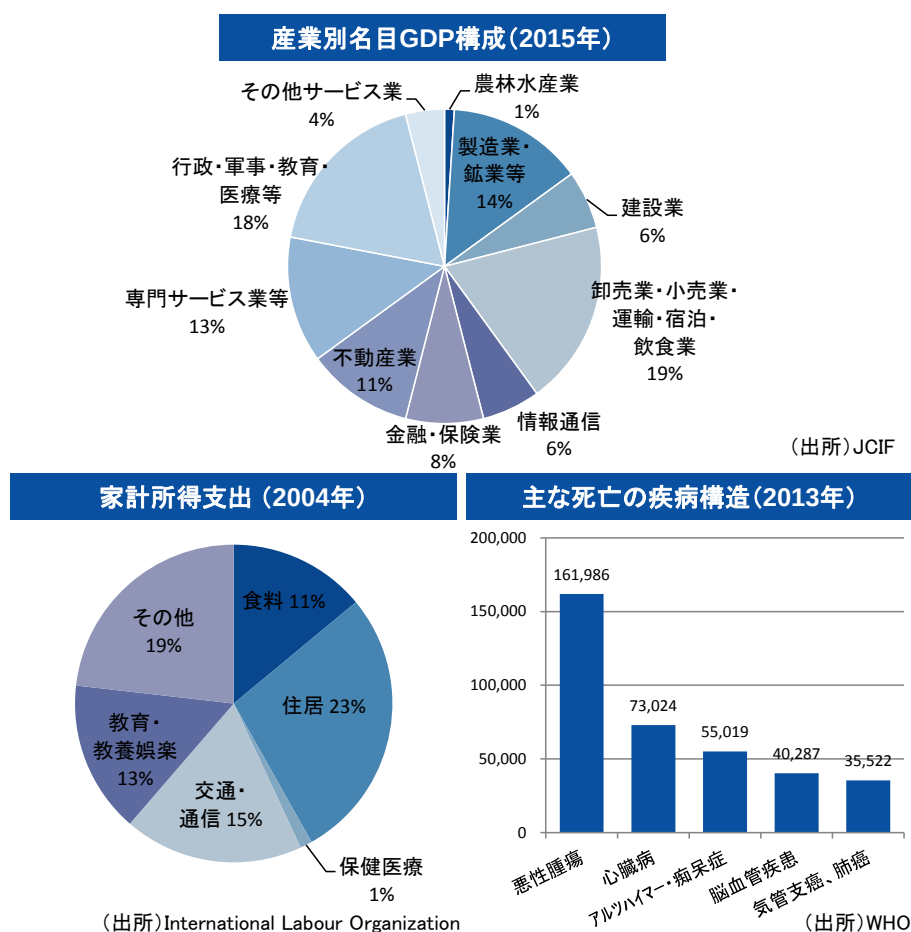
イギリスのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-96 イギリスのマクロ環境

項目	内容
人口（百万人） [2015 年]	全体：65.1 男：32.1 女 33.0
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：81.1 男：79.3 女：82.9
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：17.8 男：16.3 女：19.2
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	28,488
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	43,734
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 83.1 民 16.9
人口千人あたり医師数（人） [2013 年]	2.8
人口千人あたり看護師数（人） [2013 年]	8.8
人口千人あたり病床数 [2011 年]	2.9

出所： World Bank、（※） IMF

図表 5-97 イギリスの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



（b）医療制度の全体概要

イギリスでは、国民保健サービス（National Health Service、NHS）によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが、主として税財源により原則無料で提供されている（外来処方薬については一処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担が設けられている。なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い）。国民は、救急医療の場合を除き、①あらかじめ登録した一般家庭医（GP：General Practitioner）の診察を受けたうえで、②必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっている。

一方で、NHSによる医療サービスは、生命に直接影響のない腰痛や白内障等の場合には、専門医の受診や入院までに数週間～数ヶ月待たなければならないうえ、公的病院のみが給付対象であること、病院の主治医を選ぶことができないことなどから、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費の1割強を占めている。民間医療保険（Private Medical Insurance: PMI）は、民間病院や公的病院での私費患者としての入院治療にかかる費用を補償しており、主たる加入目的は、NHSの医療サービスにおける診療待ちを回避するため（二重補償）であるが、専門医や個室入院の選択、高価ながんの新薬などNHSではカバーされない医療サービス費用の補償（補足機能）も組み合わせられている。その他、民間保険としては、Health Cash Planというプライマリケア等にかかわる費用（NHSにおいて一部自己負担とされている薬剤費、NHSの対象とならない一部の歯科や眼科治療に関する治療費、差額ベッド代等）を対象とした金銭給付の仕組みもある。

（c）主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-98 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	国民保健サービス（NHS）
運営主体	保健省
被保険者資格	－（税財源）
加入数・加入率	－
給付	対象：全住民（国籍・納税有無は関係無）
本人負担割合等 （保険適用範囲）	一般医療は無料。 外来処方薬は1処方あたり定額負担（2015年度は8.20ポンド）、 歯科診療は治療内容に応じて3段階の定額負担。
保険料	税方式。ただし、国民保険料（年金等含む社会保険料）の一部が NHS費用に拠出されている。 2015年4月より、EU圏外から来る一定の者に対して、査証取得・ 延長時にNHS利用料（年間で一般200ポンド学生150ポンド） を徴収

(d) 民間保険の位置づけ

イギリスにおける民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-99 イギリスにおける民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ PMI は、診療待ちの期間短縮（二重補償）、専門医・個室入院の選択や NHS 補償対象外のがん新薬の補償（補足機能）等を担う。 ・ Health Cash Plan は、より相互扶助的な面が強く、より低い保険料水準・給付水準で特定対象について金銭給付を行う。
加入者層	・ 企業が従業員の福利厚生の一環で団体保険として加入するケースが多い。 ・ PMI 個人加入では、所得が高い階層ほど加入傾向がある。
加入数・加入率	・ 人口の約 11%（2011 年時点）
給付内容（例）・適用範囲	・ PMI：入院、手術、病室利用、一部通院診療等（慢性疾患は対象外）。具体的な給付内容は、保険商品によって多種多様。 ・ Health Cash Plan：健診、歯科・眼科の予防措置や検査・診断費用等
保険料	・ 保険料水準は、保険者や加入者の年齢によって大きく異なる。 ・ 団体保険の場合、保険料の一部を事業者が負担する。
その他	・ 雇用主が自家保険を提供し、民間医療保険がその支援サービスとして提供されるケースもある。

3) ドイツ

(a) マクロ環境

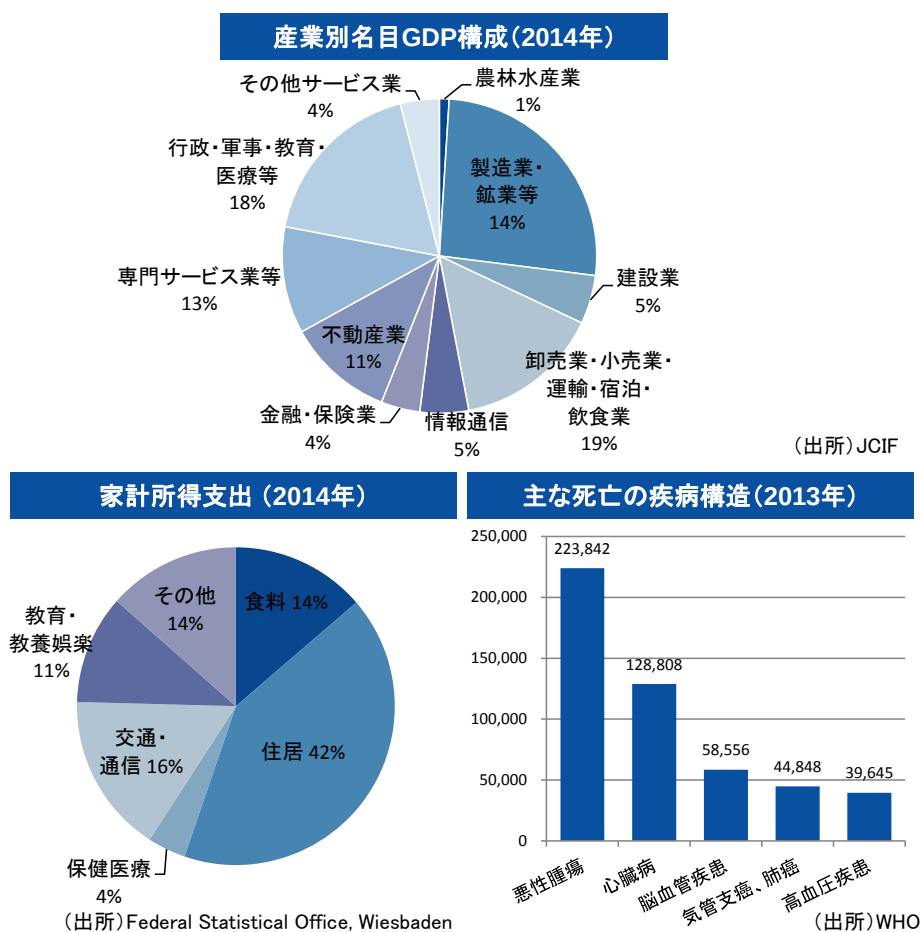
ドイツのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-100 ドイツのマクロ環境

項目	内容		
人口（百万人） [2015 年]	全体：81.4	男：40.0	女：41.4
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：80.8	男：78.6	女：83.2
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：21.2	男：23.5	女：18.9
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	33,558		
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	41,219		
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 77.0		民 23.0
人口千人あたり医師数（人） [2012 年]	3.9		
人口千人あたり看護師数（人） [2011 年]	11.5		
人口千人あたり病床数 [2011 年]	8.2		

出所： World Bank、(※) IMF

図表 5-101 ドイツの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



（b）医療制度の全体概要

ドイツにおける公的医療保険制度は、連邦保健省（BMG）が所管しており、疾病金庫（Krankenkasse）が運営主体となっている。疾病金庫は、医療保険改革等によってもたらされた近年の厳しい財政状況を反映して、再編が進んでおり、その数は急激に減少している。ドイツの医療保険制度では、公的医療保険の給付内容が疾病金庫ごとに異なっており、加入する疾病金庫を自由に選択することができ、公的保険者間で競争が存在する。

また、民間医療保険が公的医療保険の一部を代替し、公的医療保険に加入義務の無い人は、民間医療保険との加入選択権が与えられており、民間医療保険の一部は公的医療保険の代替保険となっているなど、公民の保険者間でも競争が存在することが大きな特徴である。2007年2月に成立した「公的医療保険競争強化法」を受けて、公的医療保険では、各被保険者が自分の加入する保険者が提供する給付プランの中から保険料支払を条件に任意に給付を選択できる（選択タリフ）ようになり、一方で、民間医療保険では、公的医療保険相当の給付サービスを公的医療保険と同水準の保険料で提供する義務（基本タリフ）が導入されており、公的医療保険と民間医療保険の領域が収斂しつつある市場となっている。

(c) 主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-102 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	公的医療保険
運営主体	地区、企業等を単位として設置されている公法人である疾病金庫（2016 年 1 月：118 金庫）。被保険者が選択可能。
被保険者資格	一定所得（年間 56,250€, 2016.1 時点）を超えない被用者、農業者、年金・失業手当受給者、学生等（強制被保険者）。他に、任意被保険者や家族被保険者が存在。
加入数・加入率	7,089 万人（2016 年 1 月）、国民の約 9 割
給付	給付対象：本人と配偶者及び子（一定要件有） 給付種類：現物給付が原則だが、傷病手当金（所得保障のための現金給付）も給付される。 選択タリフ（※）による任意給付（金庫ごとに設計）
本人負担割合等（保険適用範囲）	外来は 0%（2013 年より）、入院は 1 日 10€、薬剤費は製品価格の 10%（5～10€の範囲） 負担限度額（年間所得の 2%等）の設定有。
保険料	賃金に対し、被用者 7.3%、使用者 7.3% 金庫ごとに設定する追加的保険料率 0.9%（2015 年平均）

（※）選択タリフ（Wahltarife）：

- 公的医療保険競争強化法に基づき、2007 年 4 月から導入。
- 法定給付に加えて、各疾病金庫が様々な給付プログラムを提供するもので、加入者が任意に選択し、対応した保険料を支払う。
- 加入者の補償選択の自由度を高めることで、①加入者の給付の充実を図るとともに、②加入者のコスト意識を醸成することのほか、民間医療保険に準じた任意給付の提供で、疾病金庫間の競争を促すことも重要な目的となっている。
- 各疾病金庫は、選択タリフの内容を任意に設計することができる。提供される各選択タリフをどう選択するかは加入者の判断によるが、それぞれ内容に応じたインセンティブが付与されている。
- 一度選択タリフを契約した加入者は、失業等の場合を除き、原則 3 年間はその契約を変えることができない。

【選択タリフの例】

免責金額の設定、保険料還付、民間保険の診療報酬（償還払い）、保険給付外の費用（薬剤等）の償還 等

(d) 民間保険の位置づけ

ドイツにおける民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-103 ドイツにおける民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 公的医療保険競争強化法により、公的医療保険の加入義務がない者は、原則として公的医療保険または民間医療保険に加入することが義務付けられている（一般的加入義務）。つまり、公的医療保険と民間医療保険の選択が可能である。 ・ このように公的医療保険の代替機能を果たす「代替医療保険」のほか、公的医療保険でカバーされない費用等を補償する「付加医療保険」も提供。 ・ その他、2009 年 1 月より公的医療保険と同等の給付内容である「基本タリフ (※)」の提供が義務付けられている。
加入者層	・ 公的保険への加入義務がない者 (一定の基準所得を超える収入がある被用者、自営業者、官吏・裁判官・軍人・大学教授等、EU の医療保障制度によって補償される者 等) ・ 民間医療保険では疾病リスクに応じた保険料率が設定されるため、若くて収入の多い加入者が民間保険を選択する傾向がある。
加入数・加入率	・ 代替医療保険：883 万人（国民の約 11%） ・ 付加医療保険：述べ 2,434 万件 ※いずれも 2014 年度末時点の数値。
給付内容（例）・適用範囲	・ 代替医療保険：公的医療保険（及び公的介護保険）と同等以上の補償範囲をカバー。終身補償。ただし償還払いである。 ・ 付加医療保険：公的給付対象外（眼鏡・補聴器等）や外来処方薬の一部負担金、室料差額、歯科補綴の自己負担等を保証。 ・ その他、2009 年より基本タリフの提供義務を負う。
保険料	・ 年齢、健康状態及び保険給付等に基づき定められる。 ・ 団体保険の場合、個人保険に比べて数%程度安くなる。
その他	・ 国外で加入した医療保険を使うことができる。

(※) 基本タリフ (Basistarif) :

- 公的医療保険競争強化法に基づき、2009 年 1 月から導入。
- 代替医療保険を提供する民間医療保険会社は、公的保険と同等の給付サービスを補償する基本タリフの提供が義務付けられた（契約を希望された場合に拒否できない）。
- 基本タリフは、加入時の年齢別に保険料が決定されるが、健康状態は加味されない（公的医療保険と同様）。
- 保険料水準は、公的医療保険の平均最高保険料（2016 年 1 月現在、月額 665.29€）を上回ってはならない。
- 基本タリフに基づく商品は、民間医療保険連盟が保険監督法に基づいて設計している業界共通の統一料率商品である。
- 2014 年度の加入件数は 28,700 件であり、2009 年の設立当初から、大幅な増加は見られない

4) フランス

(a) マクロ環境

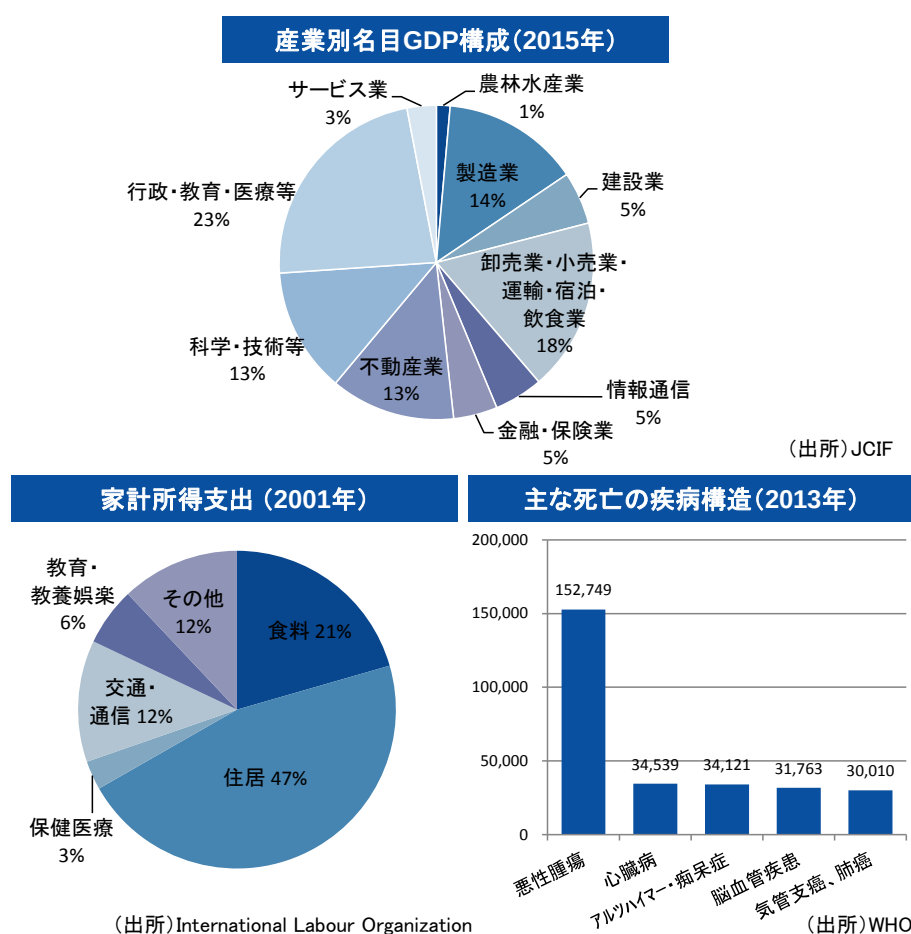
フランスのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-104 フランスのマクロ環境

項目	内容		
人口（百万人） [2015 年]	全体：66.8	男：32.5	女：34.3
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：82.4	男：79.3	女：85.6
65 歳以上人口割合（％） [2015 年]	全体：19.1	男：17.1	女：21.0
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	24,217		
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	36,248		
医療費支出の公・民の割合（％） [2014 年]	公 78.2		民 21.8
人口千人あたり医師数（人） [2013 年]	3.2		
人口千人あたり看護師数（人） [2011 年]	9.3		
人口千人あたり病床数 [2011 年]	6.4		

出所： World Bank、（※） IMF

図表 5-105 フランスの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



(b) 医療制度の全体概要

フランスでは、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度があり、各職域保険の管理運営機構として金庫 (caisse) が設置されている。具体的には、被用者制度 (一般制度、国家公務員制度、地方公務員制度、特別制度 (国鉄 (SNCF)、パリ市民交通公社、船員等))、非被用者制度 (自営業者) 等の様々な制度があるが、このうち一般制度に国民の 91% が加入している。これら強制適用の各制度の対象とならないフランスに常住するフランス人及び外国人は、2000 年 1 月から実施されている普遍的医療カバレッジ (給付) 制度 (CMU : Couverture Maladie Universelle) の対象となるため、現在、国民の 99% が保険でカバーされている (地域保険はない)。

ただし、公的医療保険ではサービス・薬剤の類型によっては低いものに留まっていることから、「補足的医療保険」(共済組合／相互扶助組合／民間営利保険会社) の制度が存在する。これまでは任意制度であったが、2016 年 1 月より、使用者が一定の費用負担を行ったうえで、被用者を加入させることが義務となるなど、補足的医療保険の重要性・役割は拡大してきている。

このように、補足的医療保険は、公的医療保険制度の自己負担部分を保障する「補完機能」を主たる機能として有しており、民間医療保険でありながら各種施策を通じて補償内容等に対して行政が一定程度介入する仕組みとなっていることから、社会保障の色合いも強い制度となっている。

(c) 主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-106 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	一般制度
運営主体	全国被用者疾病保険金庫 (CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)
被保険者資格	商工業被用者 (退職者を含む)
加入数・加入率	約 6,000 万人 (2014 年) ※全国民の 91%
給付	対象 : 本人及び被扶養者 種類 : 外来は主に償還払い、入院等は現物給付
本人負担割合等 (保険適用範囲)	外来 30%、入院 20%、医薬品 35% の負担が原則 (医療行為により償還率は異なる)。 上記のほか、定額負担金が設定されている。
保険料	給与全額に対し、被用者 0.75%、使用者 13.1% ※被用者は、他に一般社会拠出金 (CSG、社会保障関連目的税) として収入の 7.5% を負担

(d) 民間保険の位置づけ

フランスにおける民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-107 フランスにおける民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 公的医療保険ではサービス・薬剤の類型によっては償還率が低いものに留まるため、「補足的医療保険」の制度（補完保険）が存在。 ・ 民間営利医療保険は、1989 年までは参入が禁止されていた。
加入者層	・ 企業等の団体契約が多く、職域での加入が中心。
加入数・加入率	・ 2014 年時点で国民の 95%以上が加入
給付内容（例）・適用範囲	・ 主として外来医（médecin en ville）による診察・義歯・眼鏡等にかかる自己負担部分、及び入院時の自己負担金等をカバーするものが多い。
保険料	・ 団体契約の場合、使用者が少なくとも半分を負担する。
その他	・ 行政が定めた一定の補償内容を提供する契約（責任契約）や、被保険者の健康状態にかかわらず年齢と居住地のみで保険料額を決定する契約（連帯契約）には、保険者への税制優遇があるなど行政施策が講じられている。 ・ 「保健システム現代化法」（2015 年 12 月 17 日成立）では、保険や銀行で契約時に差別対象とならないよう、がんその他重篤な疾患の既往歴がある患者のために「過去を忘れられる権利」を創設するとされている。

6) シンガポール

(a) マクロ環境

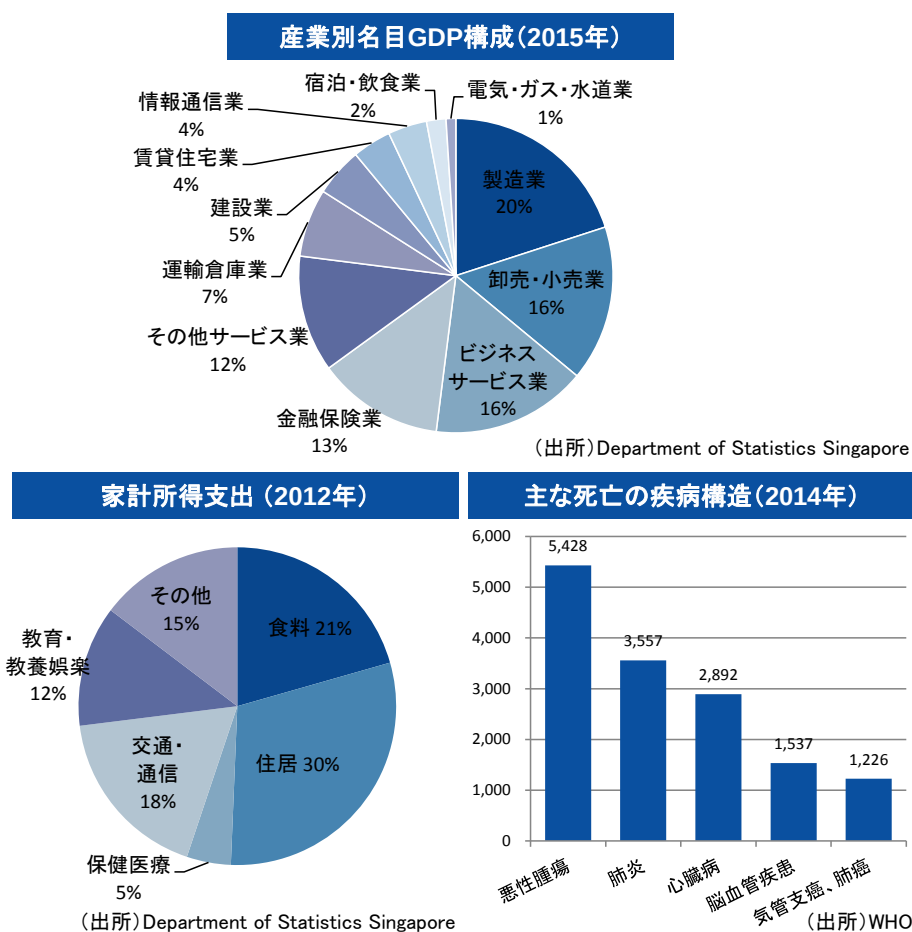
シンガポールのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-108 シンガポールのマクロ環境

項目	内容		
人口（百万人） [2015 年]	全体：5.5	男：2.7	女：2.8
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：82.6	男：80.5	女：84.9
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：11.7	男：10.7	女：12.6
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	2,927		
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	52,889		
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 41.7		民 58.3
人口千人あたり医師数（人） [2013 年]	2.0		
人口千人あたり看護師数（人） [2011 年]	5.8		
人口千人あたり病床数 [2011 年]	2.0		

出所： World Bank、(※) IMF

図表 5-109 シンガポールの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



(b) 医療制度の全体概要

シンガポールの社会保障制度は、国による貯蓄スキームを提供することを目的とした Central Provident Fund（中央積立基金）（以下「CPF」という。）を骨格にして運営されている。CPF 制度によって加入者個人に積み立てられた口座は年金給付、医療費、住宅購入費、教育費等の目的で支出される。

医療費に関しては、医療口座「Medisave」より支出することが可能であるが、風邪などの一般外来診療や外来処方については、Medisave から支払うことは原則として認められておらず、自己負担する。また、Medisave ではカバーしきれない多額・長期の医療費支出に対応した MediShield という任意の公的保険医療制度が存在していたが、2015 年 11 月より強制加入（国民皆保険制度）の MediShield Life に移行した。MediShield Life には、あらかじめ追加掛け金を支払い手厚い補償を受けるプレミアム補償制度や、民間医療保険と組み合わせた Integrated Shield Plans がある。

特に Integrated Shield Plans では、公立病院のハイグレード病床（A/B1）や民間医療施設の利用、患者負担金の補償といった、公的保険ではカバーされない範囲も給付対象としている。ほかにも、富裕層が高額な医療保険に加入して民間高級クリニックを受診するケースや、大企業が就業者に提携私立病院での受診を可能とするケースなど多い。このように、民間

医療保険は公的医療保険の補完機能や補足機能を果たしている。

(c) 主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度として、Medisave、MediShield Life の概要を以下に示す。

図表 5-110 Medisave の概要

項目	内容
名称	Medisave (個人の所得に応じて強制的に積み立てた Medisave 口座から支払)
運営主体	中央積立基金庁 (CPF Board)
被保険者資格	CPF の加入義務者 (全てのシンガポール国民及び永住権取得者)
加入数・加入率	359 万人 (2014 年 12 月)
給付	対象：本人・家族 (配偶者、子、親、祖父母) 内容：入院費、特定の慢性疾患治療、高額検査及び高額治療 (人工透析、放射線治療、化学療法等) に係る医療費は支出可能。
本人負担割合等 (保険適用範囲)	※積立金から支出する仕組みであるため、自己負担割合等はない。
保険料	年齢等に応じて給与の一定割合を拠出 (被用者：7.5～17%、使用者：5～20%。普通口座、特別口座分を含む。)

図表 5-111 MediShield Life の概要

項目	内容
名称	MediShield Life (国民皆保険制度で終身型の医療保険。)
運営主体	中央積立基金庁 (CPF Board)
被保険者資格	全 Medisave 加入者 (2015 年 11 月より、旧制度の MediShield より移行し加入強制化。旧制度で対象外だった高齢者もカバー。)
加入数・加入率	Medisave と同様
給付	対象：本人 内容：Medisave と同様だが、より手厚い保護や支払が提供される。また、抗がん剤等を使用する高額な外来医療費も補償。 基本的に公立病院の基本的な設備 (B2/C クラス) のみ支払対象。上位病棟 (A/B1) を選ぶ場合、差額分を Medisave または現金で支払う必要あり。 重度の持病等を持つ加入者は、あらかじめ追加掛け金を 10 年支払う (Medisave 口座より支払可能) ことで、プレミアム補償制度を利用できる。
本人負担割合等 (保険適用範囲)	入院日数や手術に応じて保険請求額に上限あり (手術：3～10% 負担)
保険料	年齢によって年間保険料が定められている (20 歳未満で年間 130S\$, 91 歳以上で 1,530S\$)。

(d) 民間保険の位置づけ

シンガポールにおける民間医療保険の位置づけとして、Integrated Shield Plans の概要及びそれ以外の民間医療保険の概要を以下に示す。

図表 5-112 Integrated Shield Plans の概要

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 特定の民間医療保険（2016 年 8 月時点で 6 社が提供）に加入することで、公的医療保険である MediShield Life の補償内容に加えて、民間医療保険部分による上位補償を受けられるもの。 ・ Integrated Shield Plans に該当する加入者は、別途 MediShield Plans に保険料を支払う必要はない。
加入者層	・ 特記情報なし
加入数・加入率	・ 国民の約 60%
給付内容（例）・適用範囲	・ Basic plans、Standard plans、Class B1 plans、Class A plans、Private Hospitals plan があり、それぞれ給付内容が異なる。 ・ Class B1 plans、Class A plans、Private Hospitals plan では、それぞれ、公立病院のクラス B1 病床、クラス A 病床、民間医療施設において発生する費用をカバーする。 ・ なお、各 plans に該当する保険商品の内容の詳細は、提供する民間保険会社によって異なる。 ・ 患者は、自己負担分を支払う（給付対象分は保険会社から直接医療機関に支払われる）。
保険料	・ 保険商品によって異なる。
その他	・ Integrated Shield Plans 提供会社は、以下のとおり。 AIA 社、アビバ社、グレートイースタンライフ社、NTUC Income 社、プルデンシャルアシュアランス社、アクサ社

図表 5-113 その他の民間医療保険の概要

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 多くのシンガポール国民は、収入に応じて民間医療保険または雇用者の提供する医療保険に加入していることが多く、特に大企業ほど就業者に手厚い補償を行う傾向がある（提携私立病院での受診等）。 ・ 富裕層は民間の高級クリニックに受診することがほとんどであるため、個人的に高額な医療保険に加入しているケースが大半。
加入者層	・ 大企業就業者、富裕層等
加入数・加入率	・ 不明
給付内容（例）・適用範囲	・ 民間医療機関における診療の補償
保険料	・ 保険商品によって異なる。
その他	・ 特になし

6) オーストラリア

(a) マクロ環境

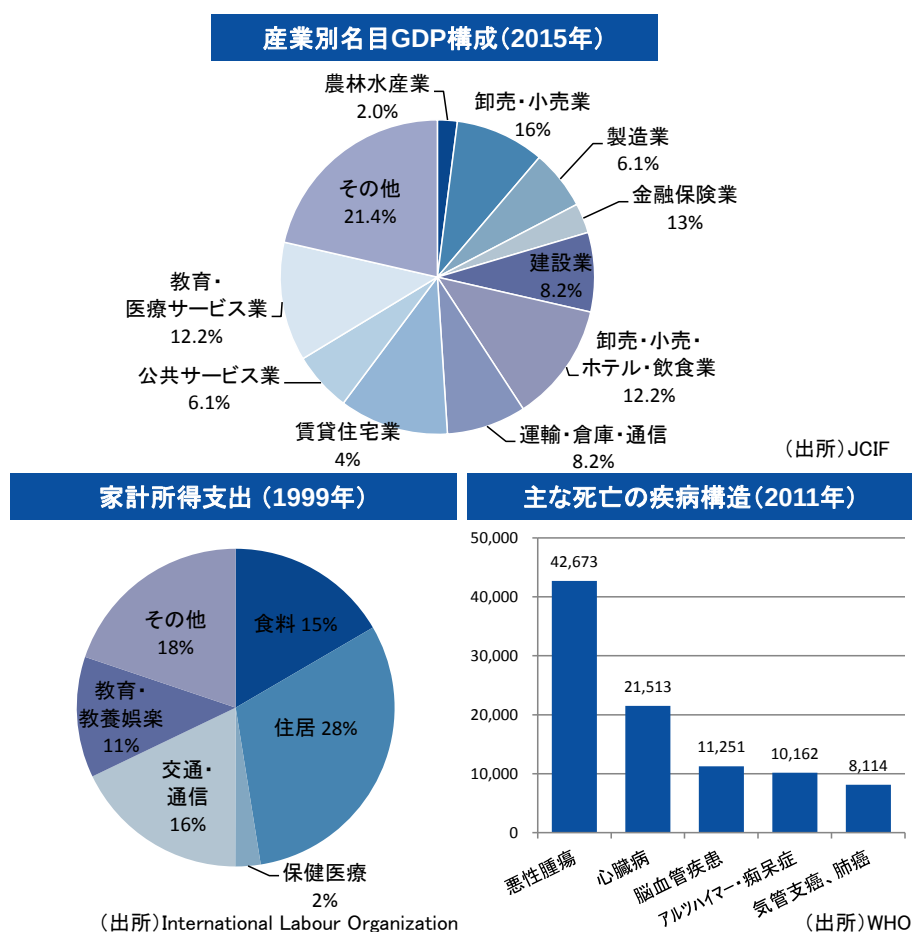
オーストラリアのマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-114 オーストラリアのマクロ環境

項目	内容		
人口（百万人） [2015 年]	全体：23.8	男：11.9	女：11.9
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：82.3	男：80.3	女：84.3
65 歳以上人口割合（％） [2015 年]	全体：15.0	男：14.1	女：16.0
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	13,395		
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	56,328		
医療費支出の公・民の割合（％） [2014 年]	公 67.0		民 33.0
人口千人あたり医師数（人） [2011 年]	3.3		
人口千人あたり看護師数（人） [2011 年]	10.6		
人口千人あたり病床数 [2010 年]	3.9		

出所： World Bank、（※） IMF

図表 5-115 オーストラリアの産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



（b）医療制度の全体概要

メディケアと呼ばれる税方式の医療保障制度が採用されており（薬剤については別途薬剤給付制度（PBS）が存在）、全国民及び一定条件を満たした滞在者を対象として給付が行われている。償還率も比較的高く、自己負担割合はメディケア給付表（MBS）で定められている料金の 0～25%となっているが、私立病院の外来・入院や診療所の請求方針によっては、医師が料金を自由に設定することができ、償還払いとなる部分もあるため、その補償として民間医療保険が活用されている（補完機能・二重補償）。また、メディケアの給付範囲は医師による医療行為が中心であるため、民間医療保険は理学療法や在宅看護、歯科検査・治療、眼鏡やコンタクトレンズ、補聴器等といった関連保健サービスや、入院時の病室代といった周辺コストの補足機能も担っている。

また、民間医療保険がカバーする範囲の特徴に加えて、高額医療についてはセーフティネット制度が存在し、年間の自己負担には上限があることから、民間医療保険加入率の高さ（約 48%）に比べて、医療費において民間医療保険が占める割合（約 14%）は比較的小さい。

（c）主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-116 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	メディケア
運営主体	社会福祉省
被保険者資格	全オーストラリア国民と、一定の条件を満たしたオーストラリア国民以外の滞在者
加入数・加入率	対象者数 2,380 万人（2014 年）
給付	対象：本人 内容：メディケア給付表（MBS）掲載の医療サービス。外来は現物給付または償還払い、入院は現物給付中心（一部償還払い）、薬剤は薬剤給付制度に基づき給付される。
本人負担割合等（保険適用範囲）	MBS 規定料金の一定割合（75%,85%,100%）と医師設定料金との差額を自己負担（年間の自己負担上限あり）。ホスピタルフィーも別途。 薬剤は 1 処方ごとに定額自己負担。
保険料	税方式。課税対象所得から税としてメディケア負担金（2014 年時点で税率 2.0%）を徴収。

（d）民間保険の位置づけ

オーストラリアにおける民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-117 オーストラリアにおける民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 公立病院や私立病院にプライベート患者（個室指定、医師指定等）として入院する場合、自己負担分やメディケアでカバーされていない範囲を補償（補足機能・補完機能）。 ・ オーストラリア全体で使われている医療費年間約 1,400 億豪ドルのうち、民間保険がまかなっている部分は 190 億豪ドル程度（約 13.6%）。
加入者層	・ 一部の保険商品は、特定の産業、または組織に属している（いた）ことを要件とするものもある。（例：医師や医療従事者及びその家族を対象とした保険、警察関係者及びその家族を対象とした保険等）。
加入数・加入率	・ 人口の約 48%（2014 年）
給付内容（例）・適用範囲	・ 入院における自己負担分及びホスピタルフィー（病室代等） ・ 外来における MBS 非掲載サービス（歯科検査・治療、補聴器、眼鏡等） ・ 薬剤給付表非掲載の処方薬（年間限度額あり） ・ 救急車サービス（州政府負担により無料になる場合を除く）
保険料	・ 保険者や保険商品によって多種多様。
その他	・ 医療 ID を活用した PCEHR（個人管理電子保健記録、Personally Controlled Electronic Health Records）の取組みが進んでいるが、参加が任意（Opt-in 方式）であるなど、2013 年時点で人口の約 10%の登録に留まっている。

7) 南アフリカ共和国

(a) マクロ環境

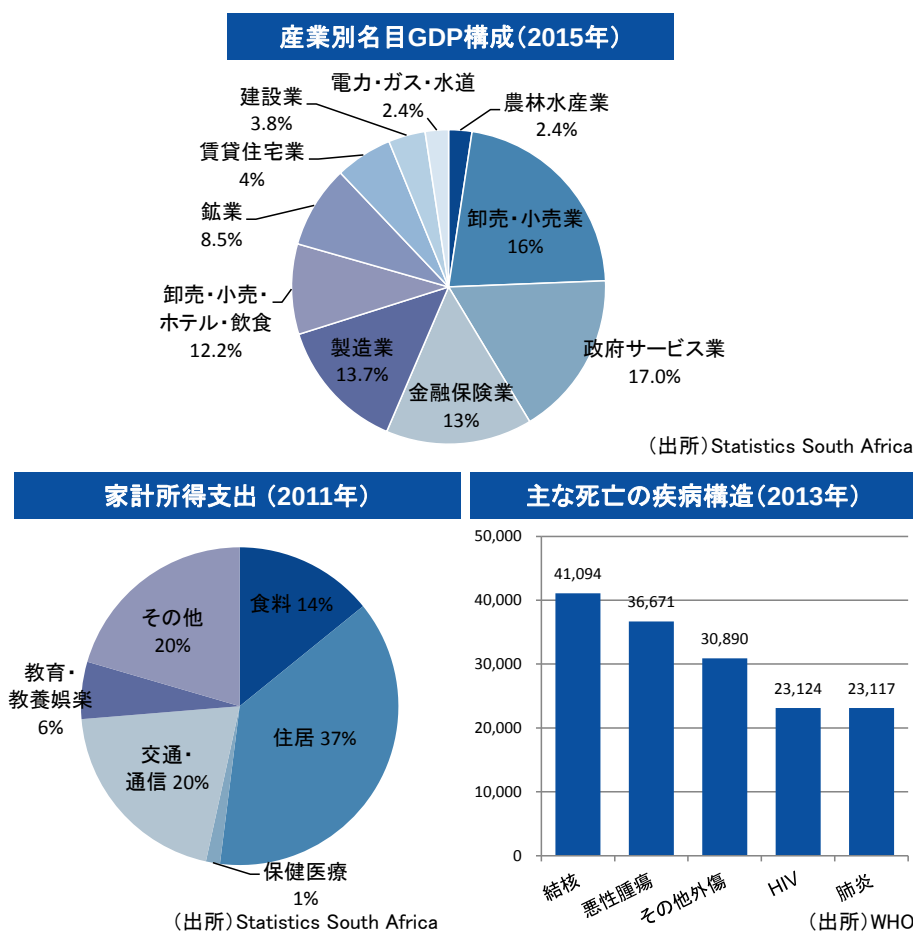
南アフリカ共和国のマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-118 南アフリカ共和国のマクロ環境

項目	内容		
人口（百万人） [2015 年]	全体：55.0	男：27.0	女 28.0
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：57.2	男：55.2	女：59.3
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：5.0	男：3.4	女：6.7
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	3,128		
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	5,691		
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 48.2		民 51.8
人口千人あたり医師数（人） [2013 年]	0.8		
人口千人あたり看護師数（人） [2013 年]	5.1		
人口千人あたり病床数	-		

出所： World Bank、(※) IMF

図表 5-119 南アフリカ共和国の産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



(b) 医療制度の全体概要

元々は公的医療保険制度が存在せず、**Medical Schemes** と呼ばれる民間医療保険に加入して民間医療サービスを受けるか、民間医療保険には加入せずに税財源で提供される公的医療サービスを受けるかのいずれかであったが、医療資源のほとんどが民間医療部門に集中し公的医療との格差が大きいことなども背景に、2012 年より、全国民を対象とした公的医療保険制度（**National Health Insurance: NHI**）の導入が段階的に進められている。NHI では、従来から税財源により無料または均一料金で提供されていたサービス範囲をより充実したうえで、原則無料で全国民に提供するほか、公的医療機関だけでなく一部契約民間医療機関でも提供することが目指されている。導入は、他地域と比べて特に健康状態が悪い地域から限定的に展開されており（現在 11 地域で実施）、計画上は **2025 年**までに導入完了とされている。

一方、民間医療保険は、加入者数が国民全体の約 16%と少ないものの、民間医療保険により利用される民間医療サービスの支出が全医療費支出の **51.8%**を占めており、大きな役割を果たしている。民間医療サービスはレベルが高い一方で医療費も高額であり、富裕層の利用が主である。

(c) 主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-120 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	NHI (National Health Insurance) ※2012 年より段階的な導入が進行中。
運営主体	保健省 (National Department of Health)
被保険者資格	全国民及び合法の長期在留者
加入数・加入率	任意加入。導入の途中段階にあるため不明。 2014 年時点で、公的医療サービスの利用者は約 4,520 万人（人口の約 84%）。
給付	対象：NHI カード所持者（＝要登録） 内容：予防・健診、プライマリケア、慢性疾患、救急、リハビリ、HIV/AIDS、 歯科、眼科、薬剤等を含む包括的医療サービスを公的医療機関及び一部 民間医療機関にて提供予定。 ※現在も公的医療は無料／均一料金で提供。
本人負担割合等 （保険適用範囲）	基本的に無料とされている。 ※現在もプライマリケアは全国民が無料、6 歳未満の子ども、妊婦・授 乳中の母親、高齢者、障がい者、特定の慢性疾患向けサービスは無料。
保険料	税方式。

(d) 民間保険の位置づけ

南アフリカ共和国における民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-121 南アフリカ共和国における民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 （公的医療保険 との関係）	- 元々公的医療保険制度がなく、Medical Schemes と呼ばれる非営利民間医療保険に加入していない無保険者が公的医療（税財源により無料または均一料金で受診可能）を受けている。 - Medical Schemes 以外にも営利民間保険が存在する。
加入者層	- 富裕層（白人で加入率が特に高く（8 割程度）、黒人で低い（10%未満）） - 制限型（雇用や職業等に基づいて加入者を制限する）と自由型の二種類の医療保険が存在。一時点でひとつの Medical Scheme のみ加入可能（複数加入は違法）。
加入数・加入率	2014 年時点で約 880 万人（人口の約 16%）
給付内容（例）・ 適用範囲	- 民間医療機関でのサービスが対象。 - 給付内容や適用範囲は保険会社・プランによって異なる（2014 年時点で 87 の Medical Schemes と 323 の Options が存在）。 - ただし、最低限の給付内容は定められている（Medical Scheme Act）。
保険料	雇用条件として使用者による保険料補助が提示されるケースもあるが、法的には使用者負担は定められていない（本人負担のみ）。
その他	2013 年時点で、医療費支出のうち約 51.8%を民間医療が占めている。

8) 日本

(a) マクロ環境

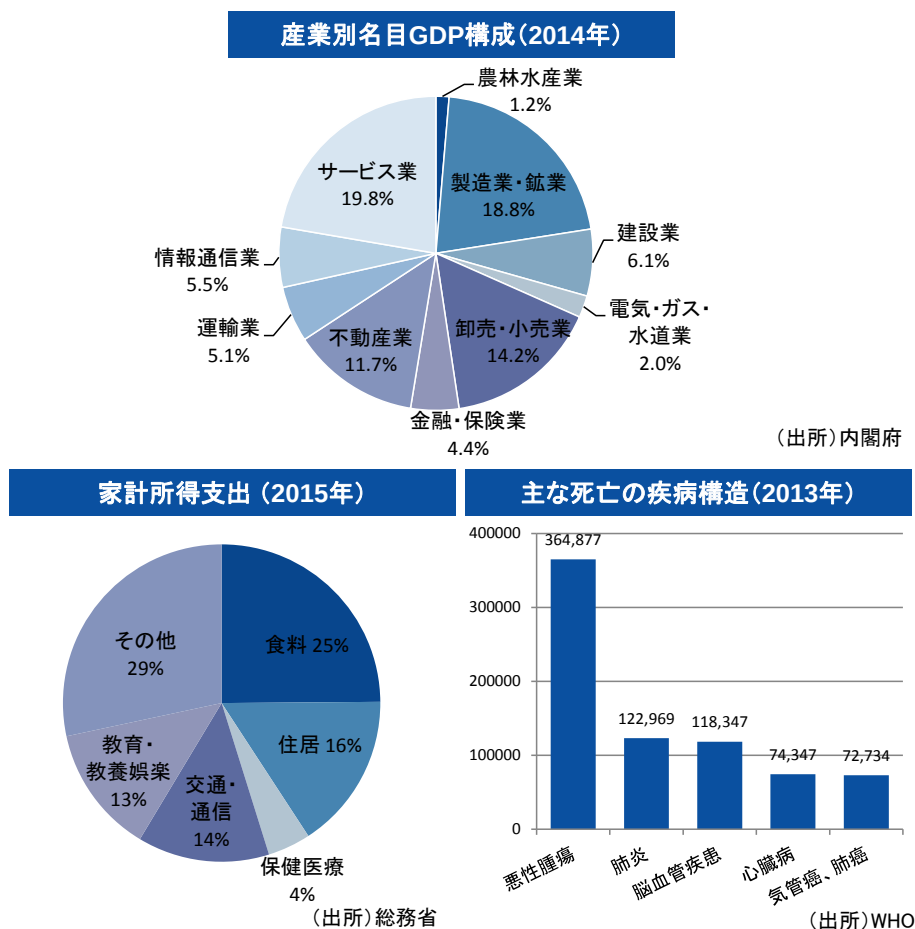
日本のマクロ環境に関する調査結果を以下に示す。

図表 5-122 日本のマクロ環境

項目	内容
人口（百万人） [2015 年]	全体：126.9 男：61.7 女：65.2
平均寿命（歳） [2014 年]	全体：83.6 男：80.5 女：86.6
65 歳以上人口割合（%） [2015 年]	全体：26.3 男：23.4 女：29.1
名目 GDP（億 USD） [2015 年（※）]	41,233
1 人あたり GDP(USD) [2015 年（※）]	32,477
医療費支出の公・民の割合（%） [2014 年]	公 83.6 民 16.4
人口千人あたり医師数（人） [2010 年]	2.3
人口千人あたり看護師数（人） [2012 年]	11.5
人口千人あたり病床数	13.7

出所： World Bank、（※） IMF

図表 5-123 日本の産業別名目 GDP、家計所得支出、主な死亡の疾病構造



（b）医療制度の全体概要

日本では、職域保険である健康保険や共済組合に加えて、地域保険である市町村国保が整備されていることで、公的医療保険による国民皆保険制度が実現されており、基本的に全国民が医療サービスを自己負担 1～3 割で利用できるほか、高額療養費制度によって、所得水準に応じて月の自己負担額の上限が設定されており、患者に過大な金銭的負担がかからない仕組みとなっている。

公的医療保険が整備されていることで、民間医療保険は補助的な役割となっており、入院時の一日当たり定額給付、手術時の定額給付、がんなどの特定疾患に罹患した場合の定額給付などが主たるサービスとして提供されている。このように、諸外国では公的医療保険でカバーされない自己負担部分を診療内容に応じて補償する実損填補型が多い一方で、日本では定額給付型の補償が主となっている点が特徴的である。

（c）主な公的医療保険制度の概要

主な公的医療保険制度の概要を下表に示す。

図表 5-124 主な公的医療保険制度の概要

項目	内容
名称	国民健康保険、被用者保険、後期高齢者医療制度
運営主体	市町村国保（1,717）、健康保険組合（1,431）、協会けんぽ（1）、共済組合（85）、後期高齢者医療制度（47） ※（）は 2013 年時点の団体数。
被保険者資格	被用者保険：被用者及びその被扶養者 国民健康保険：他の医療保険に加入していない住民 後期高齢者医療制度：75 歳以上の全高齢者
加入数・加入率	皆保険制度となっている（全体で 100%カバー）
給付	対象：本人 内容：医療給付（療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費（65 歳以上のみ））及び現金給付（出産育児一時金、埋葬料、傷病手当金、出産手当金）
本人負担割合等（保険適用範囲）	1 割（75 歳以上）／2 割（義務教育就学前と 70～74 歳）／3 割（上記以外及び 70 歳以上の現役並所得者） 高額療養費制度があり、所得に応じた自己負担限度額が設定されている。
保険料	保険者により異なる。健康保険では労使折半。

(d) 民間保険の位置づけ

日本における民間医療保険の位置づけを下表に示す。

図表 5-125 日本における民間医療保険の位置づけ

項目	内容
概要 (公的医療保険との関係)	・ 公的医療保険制度が対象・補償内容ともに充実しており、入院一日あたり定額給付や、がんに代表される特定の疾患に罹患した際の定額給付を中心とした民間医療保険が広く普及。
加入者層	・ 若年（～20歳代）、未婚で加入率が低い。 ・ 民間生命保険加入世帯（うち2人以上世帯）では、世帯主の加入率（85.1%）が配偶者加入率（69.6%）よりも高い。
加入数・加入率	・ 疾病入院給付金の支払われる生命保険の加入率は72.1%、ガン保険・ガン特約加入率は37.8%（公益財団法人生命保険文化センター（平成28年度）「生活保障に関する調査（速報版）」より） ※損害保険は含まれない。
給付内容（例）・適用範囲	・ 入院給付金（1日あたり定額）や手術給付金（1回あたり定額）、がん等の特定疾患に関する定額給付が多い。
保険料	・ 給付対象疾患や限度日数等により異なる。 ・ 契約形態（定期／終身）によっても異なり、終身の場合は平準保険料方式（保険期間中に一律の保険料を支払い続ける方法）がとられる。 ・ また、医療保障を含む傷害保険は職業リスクによって異なるが健康状態が問われることはない。

3) 諸外国における市場環境や社会・制度的背景

諸外国における先進的な保険商品・サービスの開発・普及に強く影響する市場環境や社会・制度的背景について、日本との相違点から見た主なポイントとして、次の4点が挙げられる。

① 公的医療保険による保障範囲が日本ほど大きくない

- ・ 日本では、国民皆保険のもと、医療機関へのフリーアクセスが認められており、公的保険の給付対象範囲も広く、高額療養費制度も存在する。
- ・ 一方、アメリカでは、公的医療保障制度があるのは原則として高齢者と低所得者のみで、現役世代は民間医療保険が中心となっているほか、その他の多くの国でも、公的医療保険のカバー領域が日本ほど広くなく、公的医療保険の補足機能や補完機能、二重補償の位置づけで、民間の医療保険が普及している。

② 民間保険会社が担う役割が多様であり、それに必要な能力も蓄積されている

- ・ 日本では、被用者保険を含めて保障内容が画一的に定まっている公的保険領域に対しても、諸外国では、民間保険会社が様々な形で関与し、多様な保険プランを提供している。

＜ケース1＞ 公的保険者機能そのものを民間保険会社が提供

- ・ アメリカ : 公的保険の上乗せ補償プランの提供、一部運営業務の受託

- ・シンガポール : 公的保険における上乘せ補償プラン提供
- ・ドイツ : 国民が保険者を選択（公民の保険者間での競争）

＜ケース 2＞ 公的保険として複数の保険プランが提供され、国民が加入保険者を選択。
（アメリカ、シンガポール、ドイツ）

＜ケース 3＞ 職域保険において民間保険会社が様々な保険プランを提供（アメリカ）

- ・ 日本では、民間医療保険は、特定疾患罹患時等の定額給付が中心となっているが、諸外国では、加入者が自己負担した実損を民間保険会社が補填（実損填補）していることや、医療へのフリーアクセスが認められておらず、保険会社によって保険を適用できる医療サービスが限定できることなどもあり、民間保険会社としては、医療機関への関与（過剰診療の防止、支払査定 of 厳格化等）や加入者の保険支払リスクの査定、疾病管理（ディジーズマネジメント）等の保険者機能を適切に行うインセンティブが働く環境となっており、そのために必要な体制や能力も備えている。
- ・ 一方、日本のような定額給付型に比べ、実損填補型は収益率も低めであり、現金給付に関して他社と差別化しにくいという一面もある。

③ 保険商品・サービスに関する監督官庁の規制が日本ほど厳しくない

- ・ 日本では、新しい保険商品を販売するときやその内容を更新する際には、事前に信頼度の高いデータを揃え、保険数理的にその妥当性を明らかにし、金融庁の「認可」を得なければならない。
- ・ 一方、諸外国では、監督官庁の商品認可審査が日本ほど厳しくない場合が多く、監督官庁はあくまで「商品リリース後のモニタリング」をするという役割となっていることから、日本よりも柔軟に商品開発をしやすいルール環境となっているとの声があった。
- ・ 日本の保険業法における「他業の禁止」や「特別利益の提供」等は、諸外国よりも厳しい規制内容となっているとの声があった。

④ 民間保険会社が、商品開発や運用に必要なデータを利用しやすい環境がある。

- ・ 民間保険会社が医療保険における保険者機能を担っている国では、民間保険会社がレセプトデータを保有しており、当該データをもとに、様々なリスク分析が可能であり、新商品を検討しやすい土壌がある。
- ・ 米国では、クレジット信用情報のほかにも、公的データ（犯罪歴など）、ライフスタイルデータ（所有不動産、住宅価値など）、行動情報データ（購買データ、カード利用履歴）などのデータを保険会社が入手できる市場もあることから、それらをリスク分析や新しい保険商品の開発等に活用することも可能である。

4) 諸外国における先進的な保険商品・サービスの特徴

上述のような背景の違いも踏まえつつ、日本との相違点を中心に、諸外国の民間保険会社における先進的な保険商品・サービスの主な特徴を整理すると、以下の 5 点となる。

① 単なる保険商品ではなく、健康ライフスタイルを支援するサービスとしてポジショニング

- ・ 特に、公的医療保険のカバー範囲が広くない国では、富裕層をターゲットに、医療やウェルネス分野の付加価値の高いサポートサービスとともに、健康増進型の保険が提供されている（例：ディスカバリー社、モメンタム社、グレートイースタン社、オスカー社等）。
- ・ 保険業単体ではなく、周辺産業も巻き込み、多面的な収益獲得を志向したビジネスモデルの中で（≒保険内でのアップセルよりは保険以外へのクロスセルを指向）、健康増進につながる保険商品・サービスが提供されており、これらは、ディスカバリー社やモメンタム社といった「総合評価型」において特徴が強く表れている。

② 保険会社と加入者の双方が健康維持増進を目指す仕組みが内蔵された商品・サービス設計

- ・ 医療サービスやウェルネスサービスを利用しやすい環境の提供を通じ、より健康志向の強い消費者の顧客化や、加入後の健康習慣の推進や健康状態の維持・改善を図ることで、保険会社にとっての医療費支出を積極的にコントロールしている。
- ・ 日本でも、条件体（例：持病等がある方等）が加入できる引受基準緩和型の商品は存在する一方、「定期健康チェック型」のグレートイースタンライフ社「Great Early Living Care」では、生活習慣病の条件体を引き受けるだけでなく、その後の加入者の健康状態を改善・サポートするサービスと健康状態改善時の保険料割引をセットで提供し、加入者の健康状態のマネジメントに積極的に関与・貢献する商品・サービス設計となっている。
- ・ 結果として、加入者のインセンティブ（特典＋健康）と、保険会社のメリット（健康リスク低減による医療費支払削減＋顧客エンゲージメント）が両立するスキームとなっている。

③ 保険商品としてのリスク細分化は、加入者の健康状態の評価が中心

- ・ 「定期健康チェック型」は、加入者の健康状態を直接的にリスク評価して、保険料割引に反映する商品設計と言えるが、「総合評価型」は、むしろ「健康行動評価型」の要素が強い。
- ・ 「健康行動評価型」や「総合評価型」では、日々の歩数や活動量等も各種特典を受けるための条件とされているが、それら動的データの数値やその変動等を直接的にリスク計算に利用するというよりも、健康の意識や習慣の程度を反映する指標として、その行動の実施状況や計測行為等を評価する程度のもthingとなっており、特に、「総合評価型」では、その他の多くの要素を加味・反映した「ランク」等の総合評価指標を媒介して、割引等のメリットが提供されている。
- ・ なお、「健康行動評価型」や「総合評価型」において、歩数や活動量等をもとに各種特典（保険の割引含む）を提供している場合には、どの保険会社の場合でも、フィットネス・

デバイスで計測したデータが各社指定アプリに連携される仕組みになっており、加入者が手入力等により数値を自由に登録できないものの、フィットネス・デバイスそのものを加入者本人が適切に利用しているかを、保険会社は把握できない（その他の日々の健康行動は基本的に完全な自己申告となっている）。

④ 保険料割引は、加入者に対する様々な特典の一部

- ・ 「定期健康チェック型」や「健康行動評価型」では、保険料の割引が加入者への特典の中心となるものの、健康増進をサポートするサービスが利用できることも、当該保険商品・サービスの付加価値（魅力）となっている。
- ・ 「総合評価型」は、保険商品が中心のビジネスモデルではなく、むしろ、ウェルネスサービスの提供を含む総合的なロイヤリティプログラムとしての会員サービスと位置づけられており、保険料の割引そのものは、その数ある多様な特典の中の1つに過ぎない。

⑤ 健康増進につながるインセンティブ付の保険商品・サービスはまだ少ない

- ・ 健康増進につながるインセンティブ付の保険商品・サービスは、例えば、南アフリカでは、国内大手ではないディスカバリー社とモメンタム社の2社程度であり、現在は、諸外国の保険会社でも、新しい保険商品・サービスにつながるデータの収集・分析の段階と捉えることができる。
- ・ ディスカバリー社やモメンタム社がある南アフリカでも、民間保険会社のマーケットとなる富裕層（約1,500万人）における民間保険の新規契約のうち、これら2社のような健康増進型のものは、2割程度に留まる。

（4）新たな保険商品・サービスの候補案の検討

健康経営・健康投資の促進と連動しうる保険商品・サービスについて、国内民間保険会社等の最近の動向を調査したうえで、日本の市場環境を踏まえて、日本に最適な新商品・サービス案を検討・整理した。

1）国内民間保険会社の動向

国内民間保険会社の動向については、ニュースリリース等を中心とした文献調査により、各社の最近の取組状況を整理するとともに、保険会社へのヒアリング調査を通じて、健康経営・健康投資に関連する保険商品・サービスに関する現状認識や課題等を抽出・整理した。

（a）国内生損保の最近の取組状況

これまで国内生損保においては、生命保険では標準生命表、自動車保険では等級といったように、各社がリスク算出に用いる元データは共通であったことなどから、保険商品設計における差別化が容易でなかった。しかし、海外における先進的な保険商品の影響や、IoT（センサー機器等を含むあらゆるモノがインターネットに接続されること）の進化等により、これまで収集することができなかった保険加入者の健康データや、公的医療保険者の保有する

健康診断結果やレセプトデータなどのビッグデータを活用可能なサービス・機器が整ってきたことで、各社とも遅れをとらぬよう、保険ビジネス（Insurance）と技術（Technology）を融合させた新しい保険（InsTech（インステック））の取り組みを進めている。

以下に、国内生損保の最新ニュースリリース等から当領域における先進取組に関する動向を整理する。

① InsTech の取組み組織・体制

InsTech への取組みは、各社の経営課題となっており、専門組織を設置する動きもみられる。専門組織は、社内部門横断の人員からなる InsTech 専門チームを組成するもの、最新技術、ビジネスモデルを生み出すベンチャー企業との連携・提携を探るためシリコンバレーなどに現地法人を置くものがある。各保険会社における対応組織の例を下表に示す。

図表 5-126 民間保険会社の InsTech 取組体制

会社名	組織・内容
第一生命	【InsTech イノベーションチーム】 ⁶ 営業部門・商品部門・システム部門・運用部門・海外部門・アンダーライティング部門等 15 部門管理職クラス 30 名からなるクロスファンクショナルチーム。 デジタル化プロジェクトやグローバルネットワークをもつアクセンチュアとのパートナーシップ。
損害保険ジャパン 日本興亜	【SOMPO デジタルラボ】 ⁷ 本社とシリコンバレーに R&D 拠点「SOMPO デジタルラボ」を設置。 シリコンバレーベンチャー育成機関プラグ・アンド・プレイと連携。
明治安田生命	【イノベーション推進準備室】 ⁸ 最先端 IT 技術や医療・遺伝子情報、新規マーケット等を調査・研究する組織として組成。
三井住友海上	【ICT 戦略チーム】 ⁹ 【次世代開発推進チーム】
日本生命	株式会社野村総合研究所と連携し、InsTech 研究を開始 ¹⁰ 。

③ 新しいデジタルテクノロジーとサービスモデル

先述のとおり、これまで民間保険会社が取扱うことができなかったデータ（加入者の健康データ、健診・レセプト等のビッグデータ）を、ビッグデータ解析や AI 等の技術革新によって活用できるようになってきたり、海外では日本にないようなサービスモデルにより新たな顧客価値が創造されていたりすることから、国内生損保でも新しい技術や先進サービスモデルを取り入れた活用例が検討され始めている。現在、保険会社により取組が始まっている新しいデジタルテクノロジーの活用例及び各社の取り組みを以下に示す。

⁶ http://www.dai-ichi-life.co.jp/company/news/pdf/2015_076.pdf

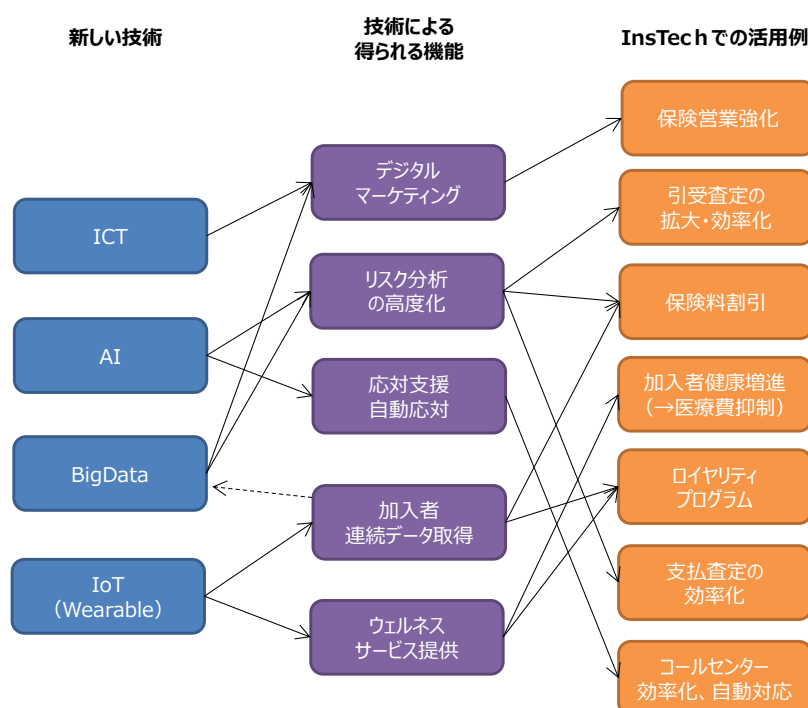
⁷ <http://www2.sompo-hd.com/digital/pc/>

⁸ http://www.meijiyasuda.co.jp/profile/news/release/2015/pdf/20160302_01.pdf

⁹ http://www.ms-ad-hd.com/news_topics/pdf/160307_ICT_hd.pdf

¹⁰ <https://www.nissay.co.jp/news/2015/pdf/20150526.pdf>

図表 5-127 新しいデジタルテクノロジーと保険領域での活用例



保険営業の強化

スマートフォンを中心としたインターネットの利用拡大を受け、保険業界においても、デジタルマーケティングの重要性は増してきている。スマートフォンアプリ提供により顧客接点を増やし、将来的には AI による保険内容に関する自動照会応対なども検討されている。

引受基準の拡大や引受査定の迅速化

健診結果やレセプトデータ等のビッグデータをもとにデータ分析を行い、リスク査定の精度を向上させることで、これまで糖尿病等の慢性疾患を持つために生命保険や民間医療保険に加入できなかった人についても、保険の引受基準を拡大できる可能性があり、第一生命が実現を検討している¹¹。また、日本生命は、引受の査定に AI を取り入れ、審査作業の迅速化を目指している¹²。

保険料割引

健診結果に基づく保険料割引を行う保険商品は、比較的商品設計自由度の高い少額短期保険から導入が始まっている。ノーリツ鋼機では、日本医療データセンターが自社で保有する健診結果やレセプトデータを活用して作成した「健康年齢」という独自指標（加入者の健診結果から算出する年齢）から保険料を設定する「健康年齢少額短期保険」（毎年更新）を、2016 年 6 月から発売している¹³。また、第一生命グループのネオファースト生命では、日本医療データセンターが保有するデータを活用して独自開発した指標をもとに、加入後 3 年目

¹¹ http://www.dai-ichi-life.co.jp/company/news/pdf/2016_028.pdf

¹² http://www.nikkei.com/article/DGXLASGC07H0J_X01C16A0EE8000/

¹³ http://www.noritsu.co.jp/information/2016/20160616_kenko.pdf

以降の保険料が 3 年ごとに更新されていく「カラダ革命」（無解約返戻金型 7 代生活習慣病入院一時給付保険）を 2016 年 12 月から発売している¹⁴。

加入者への健康増進サービスの提供、ロイヤリティプログラム

住友生命はディスカバリー社、ソフトバンク社と連携し、2018 年を目途に健康増進プログラム付保険商品を発売できるよう準備を進めている¹⁵。加入者は健康増進プログラム「Vitality」の中で健康になる行動をとればポイントが得られ、ポイントに応じたリワードを得ることができる。歩数などの健康データ取得にはソフトバンクがもつウェアラブル端末を使用する予定としている。また、日本生命は、買収したオーストラリアの保険会社において、ウェアラブル端末を用いて加入者の歩数や心拍数のデータを取り、健康維持に努力すれば保険料の 5～10%を割引くサービスを試験的に行っており、国内における展開も検討している¹⁶。

SBI 生命ではモバイルヘルスベンチャーの FiNC 社と業務提携しており、SBI 生命保険の提供する終身医療保険加入者に対して、「FiNC アプリ」を提供し、アプリを通じて取得した健康状態・ライフログデータと保険データを紐付け、保険料設計される保険開発を進めることとしている¹⁷。FiNC アプリでは人工知能を活用した健康改善ソリューションの提案や、健康改善・運動によりポイントを付与する仕組みも検討している。

支払査定の効率化

かんぽ生命では、2015 年 2 月から IBM の Watson による請求処理の学習を進めており、2017 年 3 月には保険金支払査定支援にて全面稼働させる予定としている。支払査定の中でも難易度が高い案件については、審査経験の浅い担当者では、過去の案件を調べたり、先輩社員や本社に問い合わせたりしているところを、今後は、Watson が回答内容とその理由を示してくれるようになる¹⁸。また、第一生命でも IBM Watson Explorer により過去の支払情報を自動的に分析・学習し、診断書等の医療情報のコード変換候補を導き出す機能の活用を進めるとしている¹⁹。

コールセンター支援、自動対応

三井住友海上ではコールセンターにて AI（Watson）を活用し、過去 5 年分 350 万件の対応履歴を解析しており、その結果をもとに電話の件数や問合せ内容の予測を立て、オペレーター配置の最適化や、ホームページ上の FAQ の拡充や並び替えを行っている²⁰。同社では今後、音声認識技術も導入しテキスト化されたデータをもとに、Watson を活用し問合せに自

¹⁴ <http://neofirst.co.jp/cms/news/pdf/2016/1609200001.pdf>

¹⁵ <http://www.sumitomolife.co.jp/about/newsrelease/pdf/2016/160721.pdf>

¹⁶ <http://www.nissay.co.jp/news/2016/pdf/20160729b.pdf>

¹⁷ http://www.sbigroup.co.jp/news/2016/0830_10392.html

¹⁸ <http://ps.nikkei.co.jp/ibmwatson1603/p2.html>

¹⁹ http://www.dai-ichi-life.co.jp/company/news/pdf/2015_072.pdf

²⁰ http://www.ms-ins.com/news/fy2016/pdf/0616_1.pdf

動回答を示す仕組みの導入も検討している。その他にもコールセンターにおける AI 活用は各社導入が進んできているところである。

図表 5-128 各社における主な先進的な保険商品・サービスの提供・検討状況

会社名	時期	取組内容
第一生命	2015/8	ネオファースト生命より非喫煙者割引の医療保障商品を発売 ²¹ 。
	2016/10	健康保険組合加入の従業員にウェアラブル端末を貸与し、健康増進データの収集。
	2016/12	ネオファースト生命より「健康年齢」により保険料割引を行う「カラダ革命」を発売予定。
住友生命	2018 年	ディスカバリー社、ソフトバンク社と連携した保険商品を発売予定。
損害保険ジャパン日本興亜	2016/6	健康保険組合と連携し、社員の健康情報とウェアラブル端末で収集した活動データをもとに疾病と活動データの因果関係を分析し、革新的な商品やサービスの開発を検討 ²² 。
日本生命	—	健康増進に取り組む保険契約者に商品交換などに使える独自のポイントを付けるサービスを検討中 ²³ 。
SBI 生命	—	FiNC 社と業務提携し、「FiNC アプリ」による健康改善サービス、ポイント付の終身医療保険を開発中。
明治安田生命	2016/10	健康保険組合加入の従業員に、ウェアラブル端末と健康改善プログラム「FiNC プログラム」を提供し、活動データと生活習慣病の因果関係を分析し、サービス開発 ²⁴ 。
ノーリツ鋼機	2016/6	「健康年齢」により保険料支払額が決まる少額短期医療保険を発売。
アイアル	—	健康になると保険料が最大 30%割引となる商品を開発中 ²⁵ 。

③ 国内保険会社の InsTech への取組動向のまとめ

支払査定やコールセンターの効率化では、これまで保険会社内に蓄積され、利活用できなかったデータをうまく活用することで業務効率化が目指されている。一方、顧客向けには、健診・レセプト等の外部データを活用し、リスク分析の精度を上げることで、引受基準の拡大や独自基準による保険料割引などの新しい商品の設計や発売が始められている。また、これまで保険会社では、加入者にこまめに継続的にコンタクトをとることができなかったが、ウェアラブル機器等により動的・連続的な健康状態や健康行動に関するデータを取得したりできるようになってきた。さらに、健康改善プログラム提供会社とパートナーシップを組み、健康行動に応じたロイヤリティプログラムを提供するなど、コアとなる保険業務の付加価値を高めた商品やサービスの提供に向けて、各社が動きはじめたところである。

日本における InsTech の動向としては、ここ一年で激しい動きを見せている。自社のみで提供できない先進的な保険商品・サービスについては、他業種の事業者とアライアンスを組

²¹ <http://neofirst.co.jp/cms/news/pdf/2015/1506309999.pdf>

²² <http://www.sompo-hd.com/group/life/?device=pc>

²³ <http://www.nikkei.com/article/DGXLZ097527880R20C16A2NN7000/>

²⁴ http://www.meijiyasuda.co.jp/profile/news/release/2016/pdf/20160914_02.pdf

²⁵ http://www.air-ins.co.jp/pdf/160502_torikumi.pdf

むなどにより先行して差別化を図ろうとしているほか、ビッグデータ解析にもとづき、保険料が割安になったり特典が得られたりする保険商品・サービスについても、各社発売に向けて準備を進めている。

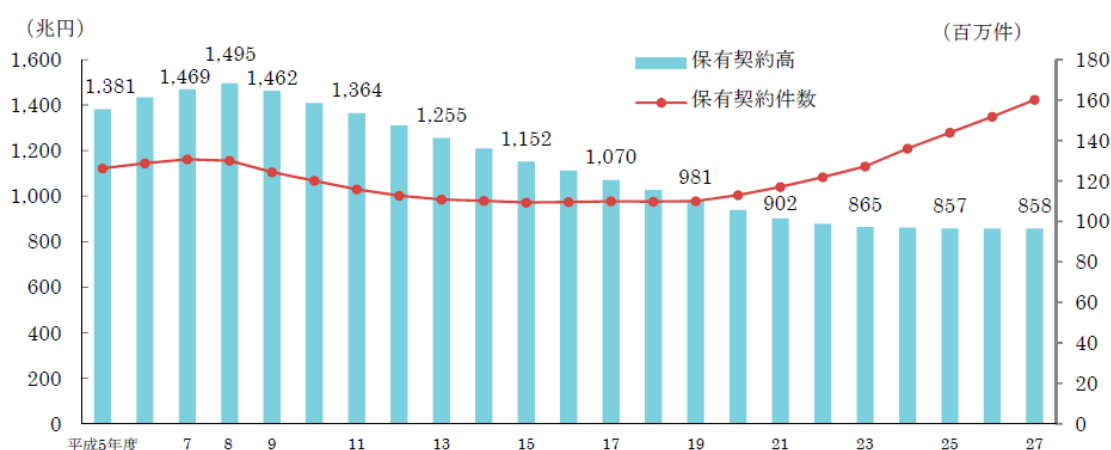
(b) 健康経営・健康投資につながる民間保険商品の現状と課題

健康経営・健康投資に関連する保険商品・サービスに関して、保険会社へのヒアリングにより把握できた現状認識や課題等を以下に整理する。

① 2018 年標準生命表の改訂タイミングで健康経営・健康投資関連の商品が登場

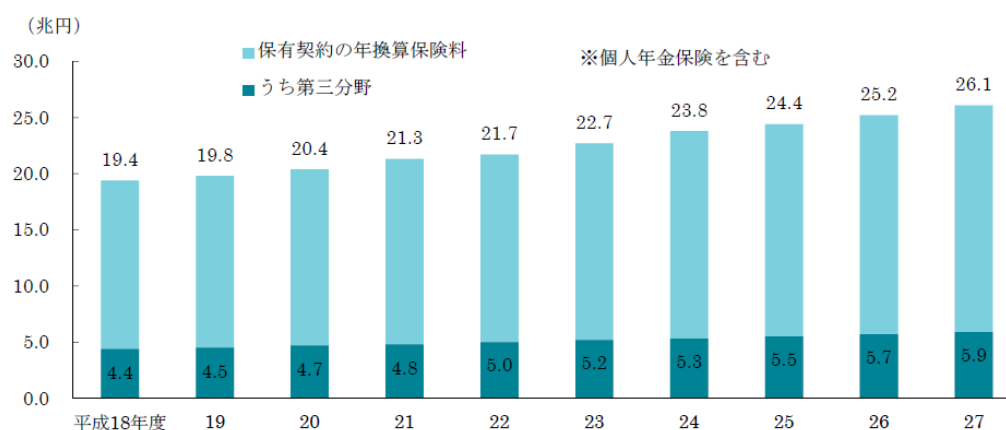
- ・ 生命保険に関しては、高額な死亡保障へのニーズが低くなり、死亡保障がないか、あっても少ない医療保険等の第三分野を中心とした商品へとニーズがシフトしており、個人保険の契約件数は、平成 15 年から増加しているものの、保有契約高は減少している。具体的な推移を下図に示す。
- ・ 日本では、医療保険は歴史が浅い分野であるものの、基本的に右肩上がりの市場であり、これまでは既存商品だけでも十分なビジネスになってきた。
- ・ これまで、生命保険会社の各社は標準生命表をベースに保険料を算出していたため、他社との差別化が難しい状況にあったが、ビッグデータ活用等により、海外先進事例のように加入者の健康状態に応じた保険数理計算が可能となってきた。
- ・ 2018 年の標準生命表改訂に合わせ、各社保険料の見直しが予定されており、このタイミングで、健康経営・健康投資に関する保険商品が一気に市場に出始めることが考えられる。

図表 5-129 生命保険協会加盟会社における保険保有契約高及び契約件数の推移



出所：一般社団法人生命保険協会（2016）「2016 年版 生命保険の動向」

図表 5-130 生命保険協会加盟会社における保有契約の年換算保険料



* 第三分野には、医療保障給付（入院給付、手術給付等）、生前給付保障給付（特定疾病給付、介護給付等）、保険料払込免除給付（障害を事由とするものは除く。特定疾病罹患、介護等を事由とするものを含む）等に該当する部分の年換算保険料が含まれている。

出所：一般社団法人生命保険協会（2016）「2016 年版 生命保険の動向」

② 現在は商品開発のためのエビデンス収集の段階

- ・ 健康経営・健康投資に関する新商品について、各民間保険会社での取組みは既に始まっている。
- ・ 背景としては、従来から保険会社が保有してきたデータに加え、健康診断結果やレセプトデータも絡めて分析することが可能となってきたからである。
- ・ 個人向け保険、団体向け保険のいずれも、将来の新商品に結び付けるべく、現在はエビデンスを取得している段階である。

③ 健康経営に関する団体保険の商品化はこれから

- ・ 現在、日本においては健康経営、健康投資に関連する商品として、定期健康チェック型のネオファースト生命のカラダ革命等の個人向け商品が発売されつつあるが、団体向けの商品はまだ発売されていない。
- ・ 団体向けの健康経営に関連する保険商品はこれからの領域であり、健康経営という視点で考えると大企業の方が進んでいるため、健康経営に関連する（団体）保険もまずは大企業の方が売り込みやすい。

④ 健康状態を評価するための運用時のデータ収集が課題

- ・ 民間保険会社が健康経営・健康投資に関連する商品を提供するためには、引受時と運用時にどのようにデータを収集するかが課題となっている。
- ・ 個人の場合においては、健康関連データ（健康診断結果、ウェアラブルデータ等）を提出してもらい、それに応じた保険料割引等が考えられるが、運用段階において定期的にデータ収集するためには、現在では健診結果等の収集に手間がかかりコスト高となるこ

とや、ウェアラブルデータ等について、加入者が何年間も継続的にデバイスを装着し収集し続けるか、といった課題がある。

- ・ 団体向け保険の場合にも同様の課題が発生するが、企業・団体や健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の保険者から定期的に電子データで健康診断結果を受領可能となれば、データ収集にかかるコストを抑えられるが、加入者個人から健診結果提出の同意取得を前提としつつも、企業や健康保険組合等から民間保険会社にデータ提供可能な明確なルールも必要になる。

⑤ 健康経営・健康投資に関する保険商品への消費者ニーズはまだ不透明

- ・ 海外先進事例や、新商品開発のためのエビデンスデータ収集の基盤が構築されてきたこともあり、民間保険会社では他社と差別化するために、健康経営・健康投資に関連する保険商品発売や開発を進めているものの、消費者からのニーズについては十分に把握できていない。
- ・ 日本の民間保険会社はいずれも、単に死亡や医療等の有事の際に給付金を加入者に支払うだけのビジネスモデルでは競争できないと認識しており、加入者の健康のパートナーの位置づけを目指しているものの、日本の消費者にとっては、生命保険と言えば定額給付というイメージも根強く、健康状態や健康づくりに保険料や特典が連動するような保険商品に関するニーズはまだ顕在化していない。

2) 新たな保険商品・サービスの候補案

前節までの調査・検討結果や民間保険会社に対するヒアリングを通じて、諸外国における先進的な保険商品・サービスに対する日本での現状や可能性を考察するとともに、それらを踏まえて、日本における健康経営・健康投資の取組に連動した新たな商品・サービスのタイプを検討・整理する。

(a) 諸外国における先進的な保険商品・サービスの日本における可能性

諸外国における 3 タイプ（定期健康チェック型、健康行動評価型、総合評価型）の先進的な保険商品・サービスについて、加入者にメリット（保険料を含む各種割引や付加価値の高いサービス利用等）を与える根拠（評価軸）を中心にその要点を確認しつつ、それらに関する日本での現状や可能性を考察する。

定期健康チェック型

定期健康チェック型は、サポートサービスを提供したうえで、加入者の健康状態という成果を継続的に評価し、リワード（インセンティブ）を与えるタイプの保険商品・サービスである。

【諸外国における概要】

- ・ 概ね2年に一度の定期健康チェックにより、加入者の健康状態を把握し、その健康状態に応じたリスク細分化により、保険料の割引を実現している。
 - アコーディアライフ社：健康状態を評価する指標は1つ（体重）。
 - グレートイースタンライフ社：健康状態を評価する指標は複数（問診や各種検査値）
- ・ 特に、グレートイースタンライフ社では、BMI やコレステロール値、血圧が高い条件体を引き受けるだけでなく、健康増進プログラムも提供することで、加入者が健康状態を改善できれば、保険料割引が実現するという形の商品・サービス設計となっている。

【日本での現状と可能性】

- ・ 諸外国に比べ、定期的に健診を受診する文化がある日本では、国民にとっても馴染みやすく、理解もしやすいほか、追加的な手間も少ないことから、このタイプの保険商品・サービスが最も実現可能性が高い。
- ・ 健診結果に応じて保険料を割り引くという点においては、日本でも今年、個人向け商品（ノーリツ鋼機、ネオファースト生命）の発売が始まったところである。
- ・ グレートイースタンライフ社のように、条件体を受け入れたうえで、保険商品・サービスの中で、加入者の健康状態を改善するインセンティブを働かせる仕掛けを盛り込んだ形の保険商品・サービスは、日本ではまだ登場していない。

健康行動評価型

健康行動評価型は、サポートサービスを提供したうえで、加入者が行った健康行動（努力）を評価し、リワードを付与するタイプの保険商品・サービスである。

【諸外国における概要】

- ・ 動的データそのもの（数値等）をリスク細分化に直接的に利用する形ではなく、その計測行為等を行っていること（≡健康意識や健康習慣等）を評価し、保険料や各種サービスの割引に利用している。
 - インスタントライフ社：ウェアラブルデバイスでの計測行為
 - クリアビューウェルス社：問診回答（健康行動、指導対応）
- ・ なお、保険料割引ではなく、医療やウェルネス関連のサービスやツールの提供や利便性の向上、割安な利用料金等の設定により、相対的に医療費支出が少ない健康な加入者に選択されやすい保険商品・サービス設計としている事例も特徴的である（オスカー社、ユナイテッドヘルスケア社）。

【日本での現状と可能性】

- ・ 上記の事例以外にも、諸外国の保険会社では、ウェアラブルデバイスを配布してデータ収集を行う取組が進んでいるが、国内の動向で整理したように、日本の保険会社でも、

保険会社の従業員が属する健康保険組合や一部の保険商品加入者を対象に、同様の動きが見られる。

- ・ 諸外国の保険会社と異なり、レセプトデータを持たない日本の保険会社では、保険支払請求があるまでは、加入後の加入者の健康状態を把握することができなかったが、ウェアラブルデバイスからのデータやウェルネスサービスの利用状況等が継続的に把握できるようになれば、保険商品・サービスの設計の幅は広がることから、今後も様々な検討が進んでいくものと考えられる（例：SBI 生命とモバイルヘルスベンチャーFiNC の提携事例等）。
- ・ 一方、国民皆保険や医療へのフリーアクセスが認められている日本においては、オスカー社やユナイテッドヘルスケア社のように、医療やウェルネス関連のサービスやツールを中心に保険商品・サービスを差別化していくのは、難しい面があると考えられる。

総合評価型

総合評価型は、リワード獲得条件として、加入者のサポートサービスへの参加行動と成果の両方を評価するタイプの保険商品・サービスである。

【諸外国における概要】

- ・ 保険商品を中心としたモデルというよりも、むしろ、ウェルネスサービスの提供を含む総合的なロイヤリティプログラムとしての会員サービス(有料)として提供されている。
 - ディスカバリー社：健康を中心とした様々なポイント獲得メニューでの総合評価ランクにより、保険を含む様々なサービスの利用料等を割引
 - モメンタム社：健康と金融サービスを軸としたポイント獲得メニューでの総合評価
- ・ ランクにより、保険を含む様々なサービスの利用料等を割引。
- ・ 加入者の健康増進もさることながら、保険解約率が高い諸外国では、保険契約の継続率を上げることもロイヤリティプログラム提供の大きな目的となっている。

【日本での現状と可能性】

- ・ このタイプについては、日本でも、住友生命がディスカバリー社やソフトバンク（ウェアラブルデバイス提供など）と提携するなどの動きがある。
- ・ 日本では多数のポイントサービスがあるため、ポイントプログラムというインセンティブ制度に対しては馴染みやすい土壌がある（ただし、その半面、消費者の目に新たな差別化要素として映りにくいという点も懸念される）。
- ・ 既に、電気通信事業者の KDDI が、ライフネット生命保険と連携し、携帯電話加入者に対して、ポイントサービスでポイント付与したり、電話利用料を割り引いたりしている事例はあるものの、諸外国よりも厳しい日本の保険業法の規制（他業の禁止、特別利益の提供の禁止）の中で、今後、どのような展開を見せるかは不透明である。

(b) 日本における健康経営・健康投資の取組に連動した新たな保険商品・サービス

諸外国における先進的な保険商品・サービスの特徴や、国内の保険会社の動向等の調査結果を踏まえて、日本において、健康維持増進に向けた行動変容と健康投資を引き出す新たな商品・サービスの可能性を検討する。

将来的にマーケットに登場しうる保険商品・サービスについては、さまざまなケースを想定することが可能であり、さらに、各保険会社の創意工夫により、多様なバリエーションの個別商品が設計されていくものと考えられる。そのため、ここでは、次節以降に整理する課題やその解決に向けた取組方策の効果的な検討につながるよう、以下の5つのタイプを代表的な候補案として取り上げ、検討を進めることとする。

- ① 健康割引型団体保険
- ② コラボヘルス応援型団体保険
- ③ 生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）
- ④ ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）
- ⑤ 健康サポートスタッフ型保険（個人向け）

図表 5-131 新たな保険商品・サービスを検討するうえでの分類軸

軸	区分
①顧客ルート	・ 事業主・健康保険組合向け ・ 協会けんぽ向け ・ 個人向け
②目的	・ 標準体向け（＝健康増進型） ・ 条件体向け（＝健康改善型）
③リスク選択の単位	・ 個人 ・ 集団
④リスクの評価軸	・ 健康づくりの取組状況（個人の活動量や健康づくり習慣、事業主による健康づくり取組状況等） ・ 健康状態（健診結果等）
⑤活用データ	・ 個人の静的／定期的データ（健診受診、健診結果、保健指導結果） ・ 個人の動的データ（日常データ：活動量・体重・血圧等、ウェルネスサービス利用データ等） ・ 集団特性のデータ（事業主による健康づくり取組状況や結果等）
⑥加入者に提供するメリット	・ 引受基準緩和 ・ 保険料割引 ・ 関連サービスの優遇（ウェルネスサービス等）
⑦ステークホルダの範囲（保険会社以外）	・ 事業主 ・ 公的保険者（健康保険組合、協会けんぽ） ・ ウェルネスサービス事業者 ・ その他業種の事業者（ヘルスケア、決済、通信、小売） ・ 医療関係機関
⑧保険商品の位置づけ	・ 保険商品・サービスがメイン ・ その他（ウェルネスサービス、総合的な会員向けサービス）がメイン

なお、健康経営・健康投資の促進に向けて、民間の保険商品・サービスが果たせる役割・機能としては、大きく次の2つの視点を挙げることができる。

【視点1】健康リスクを細分化することで、よりその人にあった保険を提供すること

- ・ 大数の法則により保険として成立する範囲において、健康リスクが細分化されることで、より適切な保険と給付の組み合わせを加入者に提供できるだけでなく、これまで加入段階で謝絶していた方にも保険を提供できるほか、健康リスクによる保険料の変動幅が大きくなれば、加入者にとっても健康投資により、自らの健康の維持・改善を図ろうとするインセンティブが働く。
- ・ この1つ目の視点は、次ページに掲載する5タイプのうち、「①健康割引型団体保険」「③生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）」と強く関連するものとなる。

【視点2】健康維持増進につながる働きかけを通じて、加入者の健康リスクを低減すること

- ・ 医療保険分野においては、保険会社としても、健康リスクと医療費支出の関係等に関する知見やエビデンスをもつことから、加入者に対して、健康リスク低減につながる取組を促すよう、各種サポートサービスやリワードを提供することができる。
- ・ この2つ目の視点は、次ページに掲載する5タイプのうち、「②コラボヘルス応援型団体保険」「④ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）」「⑤健康サポートスタッフ型保険（個人向け）」と強く関連するものとなる。

日本における健康経営・健康投資の取組に連動した新たな保険商品・サービスの5つのタイプについて、次ページ以降において、その内容や提供スキーム、利用者側と提供者側の価値等を、タイプ別に整理する。

① 健康割引型団体保険

現行の団体保険のスキームを活用し、「健康保険組合または同一健康保険組合内の事業主（企業）という集団単位で、保険料率の割引や引受基準の緩和を行う団体型の医療保険」が考えられる。具体的な内容を下表に示す。

図表 5-132 健康割引型団体保険

項目	内容
内容	・ 健康保険組合や同一健康保険組合内の事業主（企業）という集団における加入者の特性や、当該組織における健康づくりに関する取組状況（健診や保健指導の受診率含む）に応じて、当該集団のリスクを査定し、保険料率や引受基準の設定を行う。 ・ その他は、通常の団体保険と同様（毎年更新、加入後に加入者個人が健診結果を提出することも不要）。
提供スキーム	・ リスク査定にあたり、健康保険組合は、過去の健診結果やレセプトデータを、保険会社に提供する。 ・ 保険会社は、当該データをもとに、独自のリスク分析モデルを用いて、当該集団の保険リスクを計算し、保険料を設定する。 ・ 加入者にとっては、通常の団体保険と同様。 ・ 保険料等は数年単位で見直しを行うものとし、更新タイミングに応じて、健康保険組合は保険会社に健診結果やレセプトデータを提供する。
利用者側の価値	・ 保険を利用する従業員にとっては、割安な保険料で保険に加入できる。 ・ その健康保険組合や企業に所属しているからこそ、保険に加入できて、保険料も割安となることから、事業主にとっては、優秀な人材を確保する方策の1つとなる（新卒や中途採用におけるアピール要素）。

項目	内容
提供者側の価値	・ 保険会社にとっては、リスク分析能力を活かした集団単位でのリスク細分型の保険を提供できれば、他社との差別化要素や顧客の囲い込みにつながる。 ・ 事業主と保険者の対応が明確である単一健保の方が適合しやすく、保険会社にとっても、健康経営への取組が進んでいる大企業の方がターゲットとしやすいものの、将来的には、総合健保や協会けんぽ（中小企業も多く所属）にも、同スキームが広がることが望ましい。

② コラボヘルス応援型団体保険

事業主と保険者によるコラボヘルスの取組を活用し、「保険商品単独でなく、健康増進サービスと保険商品をセットで提供する形の団体の医療保険」が考えられる。具体的な内容を下表に示す。

図表 5-133 コラボヘルス応援型団体保険

項目	内容
内容	・ 事業主と健康保険組合によるコラボヘルスの取組と連携した形で、保険商品・サービスを設計・運用する。 ・ 具体的には、例えば、以下のようなバリエーションが考えられる。 【例 1：特定保健指導との連動】 生活習慣病予備群等の健康改善による将来保険料負担軽減という同じ目的を持つ健康保険組合と保険会社が連携し、特定保健指導の経費範囲では提供できないウェルネスサービスを、団体保険加入者向けに安価に提供する（健康保険組合の取組や保険指導実績としてもカウント）。 ・ 【例 2：福利厚生メニューとの連動】 団体保険の加入者であれば、事業主の福利厚生メニューの中で、健康増進に応じてメリットを得られるインセンティブ付きで健康増進サポートサービス（ウェルネスサービス利用料軽減、保険料割引等）を利用できる。 ・ 【例 3：働き方改革との連動】 健康経営の中でも、働き方に関する具体的な取組等（健康増進のほか、メンタル、残業等の要素を含む）に関して事業主を評価し、そこに所属する被保険者や家族等に対して、特徴のある保険商品・サービス（被扶養者向けの健康増進支援、働きなくなった時の所得補償等）を提供する。
提供スキーム	・ 健康保険組合と企業と保険会社の 3 者は、健康保険組合における保健事業、企業の福利厚生メニュー、保険会社が用意できる各種健康増進サービスについて、この保険商品・サービス用に調整・整理したうえで、それぞれの役割のもとで、対象者にサービス等を提供する。 ・ コラボヘルスの視点から、健康保険組合は自らが持つデータ（健診や保健指導等）を保険会社に提供する形で協力を行うほか、事業主にも必要に応じて、人事関連の情報を保険会社に提供する。

項目	内容
利用者側の価値	・自身の置かれた状況やニーズに応じて、健康増進につながる「サービス」をお得に利用できる。 ・健康保険組合や企業では、自らのコラボヘルスの取組の推進や成果の達成に役立てることができる。
提供者側の価値	・保険会社にとっては、自社の得意分野や事業特性等を活かした特徴的な保険商品・サービスを開発できれば、他社との差別化要素や顧客の囲い込みにつながる（例：企業が健康経営を進めるツールと位置づけて販売する等）。 ・健診や保健指導等のデータを簡易な仕組みで受領することで割安な保険料設定も可能となる。 ・A グループ（※）と呼ばれる団体保険の場合は、事業主における保険料負担軽減メリットも期待されることから、被保険者への各種健康増進サポートにかかる費用の一部を事業主に負担させることで、事業性を確保することもできる。 ・事業主と保険者の対応が明確である単一健保の方が適合しやすく、保険会社にとっても、健康経営への取組が進んでいる大企業の方がターゲットとしやすいものの、将来的には、総合健保や協会けんぽ（中小企業も多く所属）にも、同スキームが広がることが望ましい。

（※）団体保険の種類には主に、「A グループ：保険料企業負担による原則として全員加入の総合福祉団体定期保険」と「B グループ：保険料従業員負担による任意加入の団体定期保険」がある。

③ 生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）

健康状態に応じたリスク細分化とリワードやウェルネス・プログラムの提供との組み合わせにより、「健康状態を改善する、または健康であり続けるインセンティブを働かせることで、生活習慣病リスクをマネジメントする型の医療保険」が考えられる。具体的な内容を下表に示す。

図表 5-134 生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）

項目	内容
内容	・健診結果をもとに、加入者個人のリスクを査定し、保険料率や引受基準の設定を行う。 ・生活習慣病リスクが低い加入者は割安の保険料の提示が受けられ、同リスクが高い人は適切なウェルネス・プログラムが安価に提供され、リスクが低下すれば、その後は割安の保険料が適用される（どちらの場合も健康投資という形で保険加入する）。 ・「今健康な人が入る保険」や「今健康でない人でも入れる保険」というだけでなく、「これから健康になるべき人が入り、健康になる保険」という意味で、社会的価値も大きい。

項目	内容
提供スキーム	・ 保険会社は毎年、加入者から健診や保健指導の結果の提供を受け、生活習慣病リスク判定に用いる。 ・ 定期データ（健診等）だけでなく、日常データ（活動量・体重・血圧等）により日々の健康づくり状況等を評価する場合は、加入者は当該データを取得する事業者（例：モバイル健康支援サービス事業者やフィットネス事業者等）とサービス利用契約し、保険会社は必要データの提供を受ける。 ・ 低リスク者へのリワードと高リスク者へのウェルネス・プログラムの提供という、リスクに応じて提供するメリットを使いわけることで、両者にとってのメリット格差を生じさせずに、同一スキームのプランで対応できる。
利用者側の価値	・ 生活習慣病リスクが低い加入者は保険料が割安になる。 ・ 生活習慣病リスクが高い人は、保険に加入できること、健康改善時に保険料割引を受けられるメリットがあるなかで、それに向けて、ウェルネス・プログラムを安価に利用できる。
提供者側の価値	・ リスク細分化により、これまで引受できなかった領域の新たな顧客を開拓できるほか、加入後にその加入者がリスクを下げることで、保険支払額の抑制にもつながる。

④ ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）

保険会社と他業種の事業者が連携することで、「健康維持・増進の努力や成果に対して様々なリワードを提供するロイヤリティプログラム型の医療保険」が考えられる。具体的な内容を下表に示す。

図表 5-135 ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）

項目	内容
内容	・ 健康の意識や習慣の度を反映する様々な指標を加味・反映した総合評価指標により、加入者の「ランク」を設定する。 ・ 健康の意識や習慣の度を反映する様々な指標には、保険会社が提携する様々な事業者のサービス利用状況を含むほか、「ランク」に応じて、加入者は、保険料割引を含む多様なリワードの提供を受ける。

項目	内容
提供スキーム	・ 保険会社が主役となり、保険商品が前面に出るのではなく、他の業界と連携することで、業種横断的なリワードを保険加入者に提供する。 ・ 具体的には、例えば、以下のような業種連携のバリエーションが考えられる。 【例 1：消費行動×健康増進】 日々の生活・健康データや決済基盤を持っている事業者（例：通信キャリア、ネット販売、共通ポイント事業者）と連携し、当該事業者の顧客向けの保険を提供。 【例 2：ファイナンス×健康増進】 加入者の健康データを早い段階から収集し、長期的なアドバイスや、必要なサービス（例：保険・金融、ウェルネス、スポーツ、教育、地域医療等）を提供することで、加入者の健康関連の支出リスクを最適化するような、ウェルネス視点でのライフプランニング型のサービスを提供。 【例 3：ウェルネスサービス×健康増進】 健康関心層向けに、保険が主役ではなくウェルネスサービスが主役となり、その顧客向けに保険商品を提供（例：従来型のフィットネスクラブ会員向け、モバイルヘルスケアサービスの利用者向け、より総合的なヘルスケア情報提供サービスの利用者向け等）。
利用者側の価値	・ 健康増進に取り組むことで、保険分野に限らず、さまざまな金銭的メリットを得ながら、健康も獲得できる。
提供者側の価値	・ 保険会社だけでなく、連携する他業種の事業者も巻き込んだ形のビジネスモデルとなり、これら業種間でのクロスセル効果を期待できる。

⑤ 健康サポートスタッフ型保険（個人向け）

保険会社の既存インフラや人的資源をベースに、「保険外交員等の対面機会を活用し加入者の健康増進をサポートするサービスを付加した型の医療保険」が考えられる。具体的な内容を下表に示す。

図表 5-136 健康サポートスタッフ型保険（個人向け）

項目	内容
内容	・ 保険加入者に対して、内容と価格の両面で魅力的な健康増進サービスを付帯サービスとして提供する保険商品としたうえで、健康づくりに関する一定程度の知見やスキルを身につけた保険会社の保険外交員等が、顧客と定期的にコンタクトを取ることで、リアルな場で加入者の健康増進をサポートする。

項目	内容
提供スキーム	・ 保険会社は、外部の事業者（子会社等を含む）と提携し、加入者に対して、保険の付帯サービスとなる健康増進サービスを提供する。 ・ 保険会社の保険外交員が、顧客との対面機会を活用し、加入者の健康状態や健康づくりの取組状況を確認し、励ましやアドバイスを行うといった、健康アセスメント活動を実施する。 ・ 健康アセスメント活動の実施状況に応じて、加入者はリワードを得られる仕組みも用意する。
利用者側の価値	・ 何かあった時のための保険というメリットだけでなく、日々の健康状態も見守る、新たな保険の価値を得ることができる。
提供者側の価値	・ 特に、保険外交員を多く抱える大手の保険会社にとっては、人的資産を有効活用できるだけでなく、大手にしかできない付加価値を提供できる。 ・ ケガや入院といった保険支払事象が発生した時になって役に立つ「保険会社」というポジションから一歩進んで、加入者の「健康増進サポート企業」という顧客価値を創造できる。

（２）新たな保険商品・サービス候補案を実現するうえでの具体的な課題

８つの論点を踏まえて、前節で整理した５タイプの保険商品・サービスごとの特徴的な課題を整理するとともに、それらに共通する課題を明らかにする。

１）新たな保険商品・サービスのタイプ別の課題

① 健康割引型団体保険

現行の団体保険のスキームを活用し、「健康保険組合または同一健康保険組合内の事業主（企業）という集団単位で、保険料率の割引や引受基準の緩和を行う団体型の医療保険」を実現する際の特徴的な課題を以下に示す。

図表 5-137 コラボヘルス応援型団体保険の特徴的な課題

論点	特徴的な課題
顧客に対する魅力度	・ 団体保険は既に通常保険よりも割安感があることから、顧客に訴求するには、一定規模の割引が必要。
マーケットでの受容度	-
運用時のデータ流通基盤	・ 提供先の健康保険組合・企業からは、商品提供段階でリスク査定のために、過去の健診結果やレセプトデータの提供を受けることが必要（現在の団体保険では不要）。
保険商品・サービスの提供スキーム	-
保険商品・サービスの開発提供に関する費用対効果	-

論点	特徴的な課題
保険商品開発のデータ	・ 多数の健康保険組合・企業に関するデータ（匿名データで可）の分析が必要。
保険商品・サービス開発等に関する法制度	・ 健康保険組合や企業という集団単位でのリスク細分化について、認可にあたってどのような検討・資料が必要か。
二次利用	-

② コラボヘルス応援型団体保険

事業主と保険者によるコラボヘルスの取組を活用し、「保険商品単独でなく、健康増進サービスと保険商品をセットで提供する形の団体の医療保険」を実現する際の特徴的な課題は、以下のとおりである。

図表 5-138 コラボヘルス応援型団体保険の特徴的な課題

論点	特徴的な課題
顧客に対する魅力度	・ 健康経営に無関心／積極的でない事業主や健康保険組合に対しては、魅力的でない。
マーケットでの受容度	・ 保険と健康増進サービスを組み合わせた商品の価格設定に対する顧客理解を得られるか。
運用時のデータ流通基盤	・ 健康保険組合と企業と保険会社の3者の健康関連施策に関するデータを収集・管理する体制が必要となり、事務負担を軽減する工夫が必要。
保険商品・サービスの提供スキーム	・ 健康保険組合が重視する指標（健診受診率、保健指導実施率等）と関係が希薄な場合は、健康保険組合の協力が得にくい。
保険商品・サービスの開発提供に関する費用対効果	・ データヘルス計画や健康経営等にしっかり取り組んでいる健康保険組合や事業主はまだ少数派であり、現状のままでは必要な顧客規模を獲得しにくい。
保険・商品開発のデータ	-
保険商品・サービス開発等に関する法制度	・ 独占禁止法の抱き合わせ販売に抵触しないように留意が必要。
二次利用	-

③ 生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）

健康状態に応じたリスク細分化とリワードやウェルネス・プログラムの提供との組み合わせにより、「健康状態を改善する、または健康であり続けるインセンティブを働かせることで、生活習慣病リスクをマネジメントする型の医療保険」を実現する際の特徴的な課題は、以下のとおりである。

図表 5-139 生活習慣病リスクマネジメント型保険（個人向け）の特徴的な課題

論点	特徴的な課題
顧客に対する魅力度	-
マーケットでの受容度	・ 健康状態や健康行動の状況に応じて、加入者ごとに保険料率や割引率の変動することへの理解を得られるか。
運用時のデータ流通基盤	・ 保険会社が、加入者本人から健診結果を紙で毎年取得しなければならない場合には、加入者、保険会社ともに負担が大きい。
保険商品・サービスの提供スキーム	・ 効果のある健康増進サービスを提供する必要がある、保険会社における当該サービスの選定力が問われる。
保険商品・サービスの開発提供に関する費用対効果	・ 健康リスクの高い条件体のみをターゲットにした商品の場合は、採算を考えた時に必要な顧客規模を獲得しにくい。
保険商品開発のデータ	・ 健診結果をもとに、加入者個人のリスクを査定できるだけの適切なデータ（健診結果とレセプトデータ）を取得することが容易でない。
保険商品・サービス開発等に関する法制度	・ 健診結果をもとにリスク細分化した保険商品は既に日本でも販売されているが（ただし、1年または3年更新の商品）、より詳細なリスク査定を行う場合には、認可にあたってどのような検討・資料が必要か。
二次利用	-

④ ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）

保険会社と他業種の事業者が連携することで、「健康維持・増進の努力や成果に対して様々なリワードを提供するロイヤリティプログラム型の医療保険」を実現する際の特徴的な課題は、以下のとおりである。

図表 5-140 ロイヤリティプログラム型保険（個人向け）の特徴的な課題

論点	特徴的な課題
顧客に対する魅力度	・ 日本は、ポイントプログラムに馴染みやすい半面、消費者の目に新たな差別化要素として映りにくい。
マーケットでの受容度	・ 継続的に日常データを取得し続けられる加入者は少ない可能性がある。

論点	特徴的な課題
運用時のデータ流通基盤	・ 健康行動そのものと保険料率を直接リンクさせる形の場合の運用時のデータの確からしさ。
保険商品・サービスの提供スキーム	・ 顧客にとって魅力的なサービス事業者といかに連携できるか。
保険商品・サービスの開発提供に関する費用対効果	-
保険商品開発のデータ	・ 健康行動（ウェアラブルデータ等）と健康状態（健診結果等）と医療費支出（レセプトデータ）の3つが紐づいた形での適切なデータ（集団の偏りのなさ、個人単位の時系列データ、サンプルサイズの大きさ）がまだ十分でない。
保険商品・サービス開発等に関する法制度	・ 保険料率の割引を、純保険料で行う場合は、リスク細分化について金融庁の認可が下りるかが課題であり、付加保険料で行う場合には、保険業法の特別利益の提供に抵触しない範囲でしかできない。 ・ 現在の保険業法下では、保険会社が健康増進をはじめとする関連サービスを直接提供できない。 ・ 諸外国のように各種サービスも含め大幅な割引を行うには、景品表示法（割引表示、有利誤認表示等）や独占禁止法（抱き合わせ販売禁止）により、制限がかかる。
二次利用	・ 保険会社がロイヤリティプログラム内で収集したさまざまなデータを新たな商品開発や広告・宣伝のターゲティングや送客マーケティング、外部へのデータ販売等にどこまで二次利用できるかが明確でない。

⑤ 健康サポートスタッフ型保険（個人向け）

保険会社の既存インフラや人的資源をベースに、「保険外交員等の対面機会を活用し加入者の健康増進をサポートするサービスを付加した型の医療保険」を実現する際の特徴的な課題は、以下のとおりである。

図表 5-141 健康サポートスタッフ型保険（個人向け）の特徴的な課題

論点	特徴的な課題
顧客に対する魅力度	・ 既に健康習慣がある消費者だけでなく、健康づくりが十分でない消費者に対して、サポートサービスの魅力をどこまで訴求できるか。
マーケットでの受容度	-
運用時のデータ流通基盤	-

論点	特徴的な課題
保険商品・サービスの提供 スキーム	・ 健康増進サポートに関する知見やノウハウを保険外交員に適切に教育することができるか。 ・ 広く保険加入者が飽きずに利用するような健康増進サービスを提供する必要がある、保険会社における当該サービスの選定力と協業に関する調整力が問われる。
保険商品・サービスの開発 提供に関する費用対効果	・ 保険外交員の教育や日々の健康アセスメント活動のコストを上回るだけの販売効果が得られるか。
保険商品開発のデータ	-
保険商品・サービス開発等 に関する法制度	-
二次利用	-

(2) 共通課題

新しい保険商品・サービスの実現に向けて、タイプごとに異なる課題はあるものの、多くのタイプに共通する根本的な課題に対して、対策を講じることが重要となる。そこで、ここではその共通的な課題を具体的に整理するとともに、次節で、これらの課題を乗り越えるための具体的な取組方策を検討する。

- ① 「各種制度・規制」の壁
- ② 「データ流通」の壁
- ③ 「マーケットサイズ」の壁

① 「各種制度・規制」の壁

各種制度・規制に関する壁としては、保険商品の設計に関する金融庁認可だけでなく、保険業法において保険会社に課せられている禁止条項（他業の禁止、特別利益提供の禁止）の制約も大きい。なお、保険に限った制約ではないものの、諸外国の総合評価型のように多くのリワードを提供する際には、その他の法律（景品表示法、独占禁止法）との兼ね合いにも注意する必要がある。具体的な内容を、以下に示す。

図表 5-142 「各種制度・規制」の壁

項目	内容
商品の事前認可	・ 健康経営・健康投資を促進する保険商品・サービスでは、「保険料率」の割引が大きな要素の1つとなる。 ・ 保険料の内訳として、「純保険料（予定死亡率、予定利率から算出）」と「付加保険料（予定事業費率から算出）」があり、日本では、純保険料について、新規並びに変更時に金融庁の認可が必要である。 ・ 健康状態や健康行動等に応じて、リスクを細分化し大幅に保険料を割り引いた商品を提供するには、諸外国では、監督官庁に届けるのみでその後のモニタリングを受けるだけでよい。 ・ 一方、日本では、保険数理的にその保険料設定が適切であることを示す厳密なエビデンスを予め示す必要があるほか、認可が下りまでの期間も長く（半年程度）、保険料率の更新時にも同様の認可の手続きが必要になることから、保険商品の柔軟な開発や見直しの阻害要因となっているとの指摘がある。 ・ 特に、健康状態や健康行動等に応じてリスクを細分化するといった新しい形の保険を開発しようとする場合には、はじめからエビデンスをしっかりと揃えなければならないことや、一旦決めたのちは変更しにくいという制約が大きな足かせになりうる。
保険業法	・ 保険料の割引を、純保険料ではなく、付加保険料の領域で行うことも可能であるが、当該商品の事業費の削減から生み出せる割引率は決して高くないものの、その実現には、保険業法（第300条）が禁止している「特別利益の提供」（他業種では認められている程度の割引も困難）に抵触しない形としなければならない。 ・ 特別利益の提供に関しては、例えば、ウェアラブルデバイス（活動量計等）を使って健康行動を評価する形の保険商品・サービスにおいて、加入者に当該機器を無償や割引価格で配布すること等も、問題になる懸念がある。 ・ 保険業法（第100条）では、保険会社が保険以外の業務を行う「他業の禁止」があるため、健康経営・健康投資を促進する保険商品・サービスにおいて、保険会社が各種関連サービスを直接提供することができず、子会社を設立したり、他の事業者と連携した事業スキームを構築せざるを得ず、収益を下げたり、そうした商品・サービスへの投資判断を躊躇させてしまう要因になりかねない。
その他	・ 保険会社にとっては、これまで上記の保険業法上の制約があったこと等もあり、他の業種で行われているような割引をはじめとする多様なメリットをうたった販促活動は、あまり行われてこなかった。 ・ そのため、保険会社としても、景品表示法における割引表示や有利誤認表示等に関するルールや、独占禁止法における抱き合わせ販売の禁止に関するルール等にもこれまで以上に配慮が必要となるが、保険業法との兼ね合いも含め、保険販売におけるこれら法制度等の具体的な解釈等はまだ見えていない。

② 「データ流通」の壁

健康増進型の保険商品開発に必要なデータとしては、健診データやレセプトデータ、ウェアラブルデータ等が中心となるが、「実際にデータ分析」を行ってみたいことには、どのような保険商品が可能であるかの検討が進まない。日本の保険会社は、これまでそうしたデータを収集・蓄積できる状態になく、現在でも、それらデータを容易に取得・利用できる環境が、官民間問わず十分に整備されていない。具体的な内容を、以下に示す。

図表 5-143 「データ流通」の壁

項目	内容
民間ベースでのデータ流通基盤	・ 各保険会社としても、現在のようにデータ「取得」領域で競争するのではなく、データ「活用」領域で競争していくことが望ましいと捉えている。 ・ 現在は、健康増進型の保険商品開発のベースとなるはずの基本データ（健診データ、レセプトデータ）についてすら、以下の課題があり、十分とはいえない。 - データを販売する限られた民間事業者（2～3社程度）との相対交渉の状態となっている。 - データクレンジングスキルのある事業者も少なく、共通的なクレンジングルールもない。 - 保険者（健康保険組合等）が民間保険会社に、健診やレセプトのデータを直接提供する枠組みが整備されていない。 - 各保険者が自らのデータヘルス計画において活用するのみであり、全ての保険者の健診やレセプトのデータやデータヘルス計画の取組状況等に関する各種データをまとめて収集・管理・利活用する枠組みが、十分整備されていない。 ・ ウェアラブルデバイス等のその他のデータについても、健診結果やレセプトデータと紐付いたデータセットがないと、保険商品・サービスの開発には利用しにくい。 ・ 保険会社が、加入者の健診結果を継続的により簡易に収集する仕組み（例：健康保険組合、市町村国保、協会けんぽ等の保険者から直接データを受領する等）が望まれている。
官主導でのデータ流通基盤	・ 現在、政府の政策としても、医療・健康関連データの収集・利活用基盤に関して、セプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）、代理機関、情報銀行などの複数の取組みが始められているが、保険会社から見たとき、今後どれがデータ流通の本流になるかを見通しにくい。

③ 「マーケットサイズ」の壁

民間保険会社としても、「健康増進型」の保険商品・サービスは、新たな市場開拓領域であり、現在、さまざまな検討が進んでいるところである。しかし、自社の健康経営に多くの資金を拠出する企業もまだ少なく、個人消費者についてもそうした保険商品へのニーズが高まっているという声は聞こえてこないことから、民間保険会社としても、企業向け、個人向けともに、健康経営・健康投資のマーケットサイズ（大きさや広がり）がつかみにくい状況にあり、思い切った経営判断を下しにくい。具体的な内容を、以下に示す。

図表 5-144 「マーケットサイズ」の壁

項目	内容
経営層への訴求力	・ 団体保険などの顧客となる事業主の経営判断として、健康経営に関する保険商品・サービス（保険や関連サービスを含む）の利用に資金を拠出するだけのエビデンスが未だ見えていない。
消費者の関心・理解	・ 自動車保険において、走行距離や年齢等による事故リスクに応じて保険料が割引になることについては、今では多くの消費者に馴染みがあるものの、今後、健康状態や健康行動等をもとに保険料等をかなり割り引いた商品を販売した場合に、それが市場に受け入れられるかは未知数であり、特に、保険料が上がる人が発生するような商品設計の場合は注意が必要である。 ・ 健康増進サービス等と保険がセットになった商品・サービスにおいては、価格設定も含めて、その価値をどのように顧客に波及していけるか、それによりどれだけのマーケット規模を獲得できるかなどについても、保険会社にとっては懸念材料となっている。

（３）その他

民間保険会社へのヒアリングでは、健康経営・健康投資の促進に関する保険商品・サービス以外にも、諸外国の医療保険制度に見られるような民間保険会社の公的保険領域への参入可能性や、介護領域、及び医療貯蓄口座について、民間保険会社から見た魅力や課題等について意見交換を行った。以下にその要点を整理する。

１）公的保険分野に民間保険会社に関わることについて

諸外国では、公的医療保険の領域に民間保険会社関わっているケースも多いが、公的医療保険領域は実損填補の世界になるため、引受と支払は一体的に運営することが必須であり、日本の民間保険会社が大きく関わろうとする場合には、求められるスキルやビジネスモデルがこれまでと大きく異なることから、以下のように、乗り越えなければならない課題は多いという意見が挙げられた。

- ・ 医療供給体制へ関与できるか、医療分野における支払審査能力を備えられるか：

実損填補となると、必然的に医療供給体制への関与も必要になるだけでなく、これまでとは格段に異なる高度な支払査定能力が必要となるが、現在の民間保険会社はその能力を有していない。（例：現在は定額給付のため、入院日数や手術有無を確認する程度であるが、実損填補の場合は、適切な医療提供であったかをレセプト情報から読取り、査定

する必要がある等)。

- ・ 支払審査を行うための運用基盤を整備できるか：
支払審査を行うためのノウハウや、データ蓄積・検証できる環境や人材を民間保険会社が備えることができるかも課題であり、備えるためには大規模な投資も必要となる。
- ・ 高い収益性も見込めないこと：
公的領域となると、営利目的と異なり収益性の制約が課される可能性もあり、既存の保険商品よりも収益が低下することも懸念される。

2) 介護分野について

民間保険会社としても、マーケット規模も大きいと認識されているものの、現金給付のみではマーケットとして魅力がなく、介護サービスの提供とセットではじめてビジネス価値・商品価値が見出せるという意見が多かったほか、介護領域はまだ不安定なマーケットとして捉えられており、以下のような課題が挙げられた。

- ・ 制度自体が安定すること：
介護領域では、公的介護保険制度が安定していないため、見通しが立てづらく、エビデンスを揃えたり、保障内容を定めたり商品開発が困難な状態にある。
- ・ 支払リスクが十分試算できるようになること：
介護発生率等の支払リスクを十分に試算できるデータがなく、高めにリスク設定するしかなく、その結果保険料を高く設定しなくてはならない状況で、消費者から見て魅力的な商品となりにくい。
- ・ 効率的なサービス提供が可能となること：
現在の労働集約型のサービス提供体制では、十分な費用対効果をあげながら質の高いサービスを安定的に供給することが難しいが、将来的には、AI やロボットの普及により、この点が改善されることが期待される。
- ・ 報酬体系が改善されること：
現在の介護保険制度の報酬体系では、利用者の健康状態を改善するほど、介護サービスを提供する事業者が受け取る報酬が減る構造になってしまっている。

3) 医療貯蓄口座について

医療貯蓄口座制度は、将来の自身の医療費支出に備えて、個人毎に設けられる医療費支出専用の口座（医療貯蓄口座）に資金を貯蓄しておく制度で、医療貯蓄口座への入出金等は非課税とすることで加入者にもメリットを提供するほか、医療貯蓄口座が見える化することで、過剰な医療受診を抑制する行動が期待されるものである。シンガポールでは公的機関が制度として運営しており、アメリカでは一部民間保険会社が商品として販売・運営している。日本でも、年々総額医療費が増加するなか、自助をサポートする本制度の適合について、民間保険会社の魅力度や課題を確認したところ、以下の意見を得ることができた。

- ・ 何を目的に創設するかが重要：

医療貯蓄口座は、保険会社と銀行との協業領域と想定されるが、保険会社にとって魅力的かどうかは、制度設計次第である。

日本の公的医療保険制度や消費者ニーズにフィットした内容とすることが重要：

シンガポールにおいては政府が運営しており強制加入となっており、アメリカでは一部民間保険が高い免責額設定とセットで商品提供しているが、海外の制度をそのまま持ち込むのではなく、日本の公的医療保険制や消費者ニーズに十分フィットする制度にすべく、十分な検討が必要である。

- ・ 国民にこういったメリット（非課税範囲、利用制限等）を提示できるのかも課題：
他国での医療貯蓄口座では、目的外利用ができない代わりに、入出金が非課税となることや、利息が付く仕組みによって国民のメリットを作っているが、その一方で、非課税範囲を大きくすると税収が下がり、利息が付く仕組みであれば継続して運用益を上げる必要性や収益性の圧迫を招くといった面もある。

5.3.4. まとめ

前章までに整理した「3つの共通課題」の解決に向けた取組方策について、これまでの各種文献調査や民間保険会社へのヒアリングの結果等を踏まえて、検討・整理した。

（1）共通課題に対する取組方策

3つの共通課題（各種制度・規制、データ流通、マーケットサイズ）の解決に向けた取組方策について、実施主体（国、民間）とともに実施事項を整理する。

1) 「各種制度・規制」に関する取組方策

これまで健康増進型の保険商品・サービスが日本になかったことから、その実現に向けて各種制度・規制の壁を乗り越えるには、国と民間保険会社が一体となって、具体的な適用条件等の検討を推し進める必要がある。国と民間の取組方策を、以下に示す。

図表 5-145 「各種制度・規制」に関する取組方策

項目	実施主体	実施事項
商品の事前認可	国	- 健康増進型の保険商品における認可基準や必要なエビデンスデータの例示。 - 商品認可の審査期間の短縮。 - 商品変更時の申請手続きの簡素化・審査期間の短縮。
	民間	健康増進型の保険商品の有用性や特性等の適及。
保険業法	国	- 健康増進型の保険商品・サービスの提供において、保険会社が可能な業務範囲（＝保険業法第100条の「他業の禁止」に抵触しない範囲）の拡大と具体例（ガイドライン等）の提示。 - 健康増進型の保険商品・サービスの提供において、保険会社が加入者に提示可能な利益（＝保険業法第300条の「特別利益の提供の禁止」に抵触しない範囲）の拡大と具体例（ガイドライン等）の提示。

項目	実施主体	実施事項
	民間	・ 健康増進型の保険商品・サービスにおいて実現したい事業スキームや加入者向け特典等を踏まえた確認事項の提示（例：諸外国での先進事例での内容等）。
その他	国	・ 保険業法との兼ね合いも含めた保険商品・サービスの販売に関する留意点の提示（景品表示法、独占禁止法等）。

2) 「データ流通」に関する取組方策

各保険会社としても、現在のようにデータ「取得」領域で競争するのではなく、データ「活用」領域で競争していくことが望ましいと捉えていることから、実際の保険商品の提供までを実証できなくとも、健康保険組合等がもつ健診やレセプトのデータやレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、どのような保険商品・サービス（健康増進関連等の周辺サービスを含む）が設計できるかについて、具体的に検討していくことで、「データ流通マーケットの創出」を推進することが必要である。国と民間の取組方策を以下に示す。

図表 5-146 「データ流通」に関する取組方策

項目	実施主体	実施事項
民間ベースでのデータ流通基盤	民間／国	・ 保険者が持つ健診・レセプトデータ等を実際に活用した民間ビジネスに関する実証実験を行うことで、データ流通市場の価値を実証（保険会社以外の他の業種の企業も参加できる形で実施）。 ・ 実証実験を通じて、ガイドライン（必要データセット、データクレンジング方法、各種同意方法、利用目的、提供方法、提供・販売などの流通方法等）を作成。
	民間	・ 実証事業等への参加協力（実証する事業スキームの構築、データ分析・商品企画能力の強化等）。
官主導でのデータ流通基盤	国	・ NDB を民間利用する前提に立った場合には、実際の保険商品・サービスの開発に NDB が活用できるかどうかを、実データを使って検証する実証実験を実施。 ・ 実証実験を通じて、NDB を用いた保険商品・サービス開発の有用性や民間への利用解放におけるガイドラインを作成。
	民間	・ 実証事業等への参加協力（実証する事業スキームの構築、データ分析・商品企画能力の強化等）。

3) 「マーケットサイズ」に関する取組方策

健康経営・健康投資のマーケットについては、企業にとっては、効果が得られるまでの時間軸やその大きさが見極めにくく、優先度が低くなりがちである。また、消費者にとっても具体的なメリットのイメージがつかみにくいことから、国は、そのマーケットにおけるサービスの状況や市場規模の試算結果を引き続きより積極的に公表していくことが望まれる。ま

た、今後は、より具体的に健康経営に資する各種サービスの有効性を金額換算で定量的に評価する実証事業を行い、企業向けに健康投資を喚起したり、個人向けの「ヘルスケアスコアリング」産業の創出を支援したりすることで、個人の健康投資を促すことが必要である。国と民間の取組方策を以下に示す。

図表 5-147 「マーケットサイズ」に関する取組方策

項目	実施主体	実施事項
企業の理解	国	- 多くの事業主が健康経営に積極的に投資することを目指し、健康経営に資する各種サービス（健康増進サービスを含む）の有効性を金額換算で定量的に評価する実証事業を実施（共通的な実証環境の提供）。 - 各サービスの実証事業の結果については、企業向けに公開し、マーケットを喚起。 - 健康保険組合の取組を評価する基準の多様化（健康行動型保険における健康増進サービスの利用も特定保健指導の実施率として認める等）。
	民間	実証事業等への参加協力。
消費者の理解	国	- 税制優遇という形で消費者に健康増進型保険の存在やメリットを週及（例：健康増進型保険の所得控除枠の拡大、将来的には税制優遇のある医療貯蓄口座からの拠出等）。 - 下記の「ヘルスケアスコアリング産業の創出」支援。
	民間	個人が「健康増進×民間保険」のメリットの存在に気づく仕掛けづくりとして、個人の健康状態を評価するような「ヘルスケアスコアリング」サービスを実施（保険に限らず様々な場面で利用することで消費者がメリットを得られるものを想定）。

（２）健康関連データの流通基盤サービス

前節の「データ流通」に関する取組方策で取り上げた「データ流通マーケットの創出」（健診・レセプトデータ等）や、「マーケットサイズ」に関する取組方策で取り上げた「ヘルスケアスコアリング産業の創出」について、今後検討を進めるにあたり、参考となる類似事例について、生保分野での取組（標準生命表）、損保分野での取組（自動車保険の等級、地震保険の基準料率）、金融分野での取組（信用情報機関）を整理する。

１）生保分野での取組

日本アクチュアリー会が、保険業法の規定により委託を受け、責任準備金の計算の基礎となる係数である「標準生命表」を作成し、金融庁長官に提出している、

なお、厚生労働省が作成する生命表（完全生命表、簡易生命表）とは対象が異なるため、数値も異なる。各生命表の概要を下表に示す。

図表 5-148 生命表について

生命表の種類	作成機関	説明
標準生命表	日本アクチュアリー会	・ 生命保険被保険者の死亡統計をもとに作成。 ・ 現在は 2007 年に改訂されたものとなっており、次回は 2018 年改訂予定。
生命表 (完全生命表、簡易生命表)	厚生労働省	・ 完全生命表：国勢調査による日本人人口（確定）、人口動態統計（確定）をもとに 5 年毎に作成。 ・ 簡易生命表：人口推計による日本人人口（概数）、人口動態統計（概数）をもとに毎年作成。

2) 損保分野での取組

「損害保険料率算出団体に関する法律」に基づき設立された料率算出団体「損害保険料率算出機構」が、自動車保険・火災保険・傷害保険の参考純率や、地震保険の基準料率を算出しており、損害保険会社は自社の純保険料率算出の参考としている。損保分野での基準例を下表に示す。

図表 5-149 損保分野での基準例

基準例	概要
自動車保険の等級	・ 自動車保険では、過去の事故の内容や回数に応じて、契約者ごとに「等級」が設定され、等級に応じて保険料率が割増割引されるもの（ノンフリート等級別料率制度）。 ・ 等級は保険会社が変わった際にも、前年の等級を引き継ぐ仕組みがあり、自動車保険会社間で情報の交換によって行われる。（「自動車保険契約確認のための情報交換制度」）
地震保険の基準料率	・ 地震保険の保険料率は、所在地（都道府県）の地震危険別に「等級区分」（1 から 3）と居住用建物の「構造区分」（耐火建築物、準耐火建築物及び省令準耐火建物等であるか否か）によって、地震保険基本料率が定まる。

3) 金融分野での取組

金融分野では、加盟する会員会社から登録される信用情報を管理・提供することで、消費者と会員会社の健全な信用取引を支える「個人に関する指定信用情報機関」が存在する。

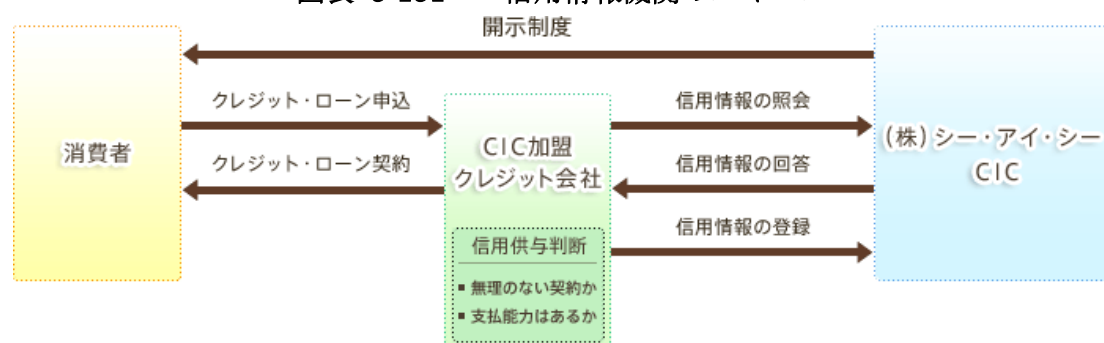
消費者がクレジットやローンなどを利用する際、会員会社は消費者の信用力を判断するために、信用情報機関に登録されている消費者の信用情報を確認しているほか、消費者側も自身の信用情報の登録内容を有償で開示要求することができる。

日本では、経済産業省が指定する「個人に関する指定信用情報機関」は、「JICC（日本信用情報機構）」、「CIC（クレジット・インフォメーション・センター）」、「KSC（全国銀行個人信用情報センター）」があり、3 機関では延滞等の一部の情報について相互交流を実施している。信用情報機関の主な加盟会員、信用情報機関のスキームは、以下のとおり。

図表 5-150 個人に関する信用情報機関

機関	主な加盟会員
(株)JICC (日本信用情報機構)	貸金業、クレジット事業、リース事業、保証事業、金融機関事業等の与信事業を営む企業等
(株)CIC (クレジット・インフォメーション・センター)	割賦販売等のクレジット事業を営む企業等
全国銀行個人信用情報センター ※一般社団法人全国銀行協会が設置・運営。	国の銀行や信用金庫、農協、信用組合、政府関係金融機関、信用保証協会、推薦を受けたクレジットカード会社等

図表 5-151 信用情報機関のスキーム



出所：CIC ホームページ

(3) 今後の進め方

前章までに調査検討した諸外国の先進的な保険商品・サービスの内容や国内における保険会社の動き、新たな保険商品・サービスの候補案とそれを実現する際の諸課題等を踏まえて、今後、日本における健康経営・健康投資の取組と連動した新たな保険商品・サービスが登場するシナリオを想定する。そのうえで、その流れを加速させるには、本章で整理した取組方策を今後どのように進めていくべきかについて、検討する。

1) 新たな保険商品・サービスの登場シナリオ

日本における健康経営・健康投資の取組と連動した新たな保険商品・サービスは、乗り越えやすい課題部分から徐々に取組が進むと考えられることから、下表に示すようなシナリオの流れで、各社による開発・提供が行われていくものと想定される。

図表 5-152 新たな保険商品・サービスの登場シナリオ

区分	内容
フェーズ 1	・ 多くの消費者が受診している健診結果のデータをもとに「健康状態に応じたリスク細分化」を行った保険商品・サービスが、まずは、既存の民間保険市場での影響力が限定的である中小規模の保険会社（少額短期保険会社、大手保険会社の子会社等）を中心に、いくつかのバリエーションをもって登場する。
フェーズ 2	・ 一方、リスク細分化とは別の切り口からは、日本の消費者には馴染みやすい「健康を中心とした総合的なロイヤリティプログラム」としての保険商品・サービスが、保険会社と他業種の大手企業（通信キャリア、ネット販売、共通ポイント事業者等）との連携により、登場する。
フェーズ 3	・ ウェアラブルデバイス（活動量計等）で計測したデータと健康リスクとの相関分析のエビデンスが一定程度整ったのちに、①や②の追加要素として盛り込まれる形で、「ウェアラブルデバイスの計測データを動的に保険料に反映」する保険商品・サービスが登場する。

2) シナリオの各フェーズにおいて懸念される事態

上記のシナリオは、3つの共通課題（各種制度・規制、データ流通、マーケットサイズ）が適宜解決されてはじめて実現できるものであり、それが進まない場合には、このシナリオの進みが鈍くなるだけでなく、下記に例示するような事態となることが懸念される。結果として、魅力を持った保険商品・サービスに育たず、国民に「自らの健康やそのデータが多様な価値を生み出す」ことを十分に訴求できないまとなり、保険会社にとってのマーケットとしての魅力も失い兼ねない。フェーズごとに懸念されることとして、以下にまとめた。

図表 5-153 シナリオの各フェーズにおいて懸念される事態

区分	内容
フェーズ 1	・ 健診やレセプトのデータが十分に流通しない結果として、健康状態に応じたリスク細分化が十分には進まず、消費者がメリットを感じるだけの保険割引を実現できない。
フェーズ 2	・ 保険業法における他業の禁止や特別利益の提供の禁止が厳しい条件のままである結果として、ロイヤリティプログラムのリワードが十分魅力的なレベルまで達しない。
フェーズ 3	・ 健診やレセプトのデータとウェアラブルデバイスのデータとの相関分析が十分できるほどのデータセットがない結果として、日々の健康行動を促すほどのメリット（リワードや各種割引等）を実現できない。

3) シナリオを加速させるための取組方策の進め方

日本における健康経営・健康投資の取組と連動した新たな保険商品・サービスの創出を加速させるためには、前述の3つの共通課題に対する取組方策について、以下に示したステップで進めていくことが望ましいと考える。

図表 5-154 シナリオを加速させるための取組方策の進め方

区分	内容
STEP 1	・ 【1】 データ流通に関する取組方策（保険者が持つ健診・レセプトデータ等や NDB のデータを活用した民間ビジネスに関する実証実験）を先行的に実施し、新たな保険商品・サービスの開発可能性を探索。 ・ 【2】 健康経営に資する各種サービス（健康増進サービスを含む）の実証事業を実施し、その有効性を金額換算で定量的に評価。 ・ 【3】 個人の健康状態を評価する「ヘルスケアスコアリング」について、「PHR」（Personal Health Records：個人が自分自身に関する医療・健康情報を収集・保存し活用できる仕組み）や「情報銀行」の動向にも留意しながら、サービス創出の支援事業を実施。
STEP 2	・ 上記【1】の実証実験から開発された新たな保険・商品サービスの具体案にもとづき、保険会社は順次、金融庁と商品認可について協議を進めることで、金融庁の商品認可の審査事例を蓄積。 ・ 上記【1】において認可申請の協議中の新たな保険商品・サービスについて、消費者にとってのメリット等を中心に、社会に対して積極的に情報を発信。 ・ 上記【1】や【2】に関連して、各保険会社は、保険会社として可能な業務範囲や加入者に提示可能な利益の範囲について、具体例をもって金融庁と検討を実施。
STEP 3	・ STEP 1 の【1】で開発された保険商品・サービスや【2】で効果が実証された各種サービス等について、運用時のデータ流通基盤としての「PHR」や「ヘルスケアスコアリング」サービスとの連携を推進。 ・ 上記の連携により、「定期データ（健診等）」×「日常データ（活動量・体重・血圧等）」×「その他行動データ（購買等）」という、多様なデータが紐付いた付加価値の高いデータの蓄積サイクルを回すことで、さらなる保険商品・サービスの開発環境を実現。

5.4. 健康経営を支えるサービスの市場調査

5.4.1. 事業の背景・目的

(1) 事業の背景

健康経営銘柄発表等の影響もあり、企業の健康経営に対する重要性の認識は大企業を中心に広まりつつある。また、中小企業においても、いずれ実践したいという意欲を持つ企業が増えつつある。

こうした健康経営への認知が広がる一方、具体的に何に取り組めばよいのかわからない・ノウハウが自社内に不足しているといった課題も指摘されており、企業の健康経営を支えるサービスの需要拡大が見込まれる。一方、健康経営を支えるサービスの実態は、体系的な整理が進められておらず、現状の整理と今後の継続モニタリングの基盤となる市場調査が必要と考える。

(2) 事業の目的

本事業では、健康経営を支えるサービスの市場実態を明らかにし、市場規模試算方法を確立する。また、現状のサービス普及を阻害する要因を明らかにし、今後の市場動向と市場拡大に向けた示唆を提示した。

5.4.2. 事業内容

(1) 健康経営を支える商品・サービス市場の範囲の設定

企業が健康経営に取り組む際に活用する商品・サービスを明らかにし、市場の範囲を設定した。具体的には、下記2点を実施した。

1) 市場分野の洗い出し

経済産業省等の施策（健康経営銘柄の評価基準、「健康投資」ガイドブック等）や安衛法等を踏まえ既存の商品・サービス事例を収集し、健康経営銘柄選定における要件、ならびに健康経営優良法人認定要件を踏まえて整理した。また、海外での取組事例の収集・整理を実施し日本では顕在化していない市場分野も捕捉する。必要に応じて有識者へのヒアリングを実施し、商品・サービス事例情報の収集を進めた。

2) 市場分野への参入プレイヤーの洗い出し

各種資料収集、有識者ヒアリング等を通じて、各市場分野に参入している主要プレイヤーを抽出した。主要なプレイヤーが公開情報から明確にならない場合は、参入プレイヤーへのヒアリングを実施した。

(※(1)～(3)全体を通じて参入プレイヤーへのヒアリングを15社実施した)

(2) 現状の関連市場規模の試算と将来の市場規模推計

現状の健康経営を支えるサービスの市場規模感を明らかにする。市場規模は、サービス提供者の売上を積み上げた試算と企業側の支出からの推計の両面から行った。

1) サービス提供者側からの市場規模推計

公開情報の収集や、(1)にて明らかにした市場分野ごとの参入プレーヤーの財務状況調査、参入プレーヤーへのヒアリング、過去からの市場規模の推移を基に市場分野ごとの現状の市場規模感及び2020年をめどにしたサービス市場の将来動向を推計した。

2) 企業投資側からの市場規模推計

企業が健康経営関連の取組にどの程度の投資を行っているか及び将来どの程度の投資を検討しているかを整理した。具体的に①保険者からの支出である保健事業費と②事業主からの支出である法定外福利費をそれぞれ把握し、合算することで現状の市場規模感を把握した。更に、法定外福利費の過去推移や企業の今後の健康経営への投資意欲に対するアンケート結果を基に将来推計を行った。

(3) 今後の市場拡大に必要となる事項の把握

市場規模の推計結果を基に今後、健康経営を支えるサービス市場を成長させていく上で重要となる観点についての示唆出しを行った。また、企業側への今後の健康投資意向に対するアンケートの結果から、どの市場分野に企業が注目しているかについての情報を収集した。

更に、既に健康経営を支える商品・サービスを提供している事業者から見た市場拡大を阻害する要因を基に市場拡大のために必要となる事項を明らかにした。具体的には、参入プレーヤーへのヒアリングや関連管理団体へのヒアリングを通じて情報を収集した。

(4) 実施報告書の作成

上記(1)～(3)の実施業務について、実施報告書を作成した。

5.4.3. 事業の成果

(1) 健康経営を支える商品・サービス市場の範囲の設定

1) 市場分野の洗い出し

以下に、健康経営銘柄選定における要件、ならびに健康経営優良法人認定要件を踏まえた既存のサービス・商品の全体像を以下に示す。

図表 5-155 健康経営を支える商品・サービスの全体像

健康経営銘柄・健康経営優良法人 認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
(a) 経営理念(経営者の自覚) ※健康宣言の社内外への発信・経営者自身の健診受診	①金利優遇／融資
(b) 組織体制	※ 基本的には企業内での調整と考えられるが、⑤健康経営アドバイザー、⑥健康経営等評価指標策定、⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)による支援ニーズの可能性あり
(c) 制度・施策実行	

健康経営銘柄・健康経営優良法人 認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
a) 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	
・健康課題の把握	②法定健診／各種検診／人間ドック実施 ③健診事務代行 ④ストレスチェック
・対策の検討	⑤健康経営アドバイザー ⑥健康経営等評価指標策定 ⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)
b) 健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント	
・ヘルスリテラシーの向上	⑧健康関連研修サービス
・ワークライフバランス	⑨福利厚生代行 ⑩直営／契約保養所 ⑪女性支援 ⑫テレワーク ⑬MCI／認知症スクリーニング ⑭SAS 検診
・職場の活性化	⑮健康経営オフィス ⑯オフィス菓子 ⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援 ⑱音楽／BGM ⑲職場環境改善 IoT
c) 従業員の心と身体 の健康づくりに向けた具体的対策	
・保健指導	※ 企業内の産業医等が対応するほか、 ④②産業医関連業務による支援ニーズの 可能性あり
・健康増進・生活習慣病予防対策	②①社員食堂運営受託 ②①オフィス惣菜 ②②健康機器 ②③フィットネスクラブ ②④禁煙プログラム ②⑤遺伝子検査サービス ②⑥睡眠支援サービス
・感染症予防対策	②⑦予防接種 ②⑧BCP
・過重労働対策	②⑨勤怠管理システム
・メンタルヘルス対策	③⑩EAP／メンタルヘルス
・保険者との連携	③①医療／健康データ分析 ③②特定健診実施／健診事務代行 ③③特定保健指導 ③④郵送健診 ③⑤歯科検診 ③⑥健康イベント／セミナー ③⑦糖尿病等重症化予防 ③⑧健康相談 ③⑨ポピュレーションアプローチツール ④⑩広報活動支援 ④①健康ポイント／インセンティブ
(d) 評価・改善	※ ⑥健康経営等評価指標策定、⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)によるコンサルティングやアセスメント、③①医療／健康データ分析によるデータに基づく効果検証の可能性あり
(e) 法令順守・リスクマネジメント	④②産業医関連業務 ④③健康管理システム ④④海外赴任者向け健康管理支援

なお、健康経営銘柄・健康経営優良法人の認定基準においては、(d) 評価・改善に保険者との連携（コラボヘルス）が謳われていたが、保険者が取組むデータヘルスは、(c) 制度・施策実行のうち、c) 従業員の心と身体 の健康づくりに向けた具体的対策を行うものであり、

企業と保険者のコラボヘルスにおいて施策を実施し、評価・改善まで連携することが望ましいとの観点から、(c) 制度・施策実行に記載している。

また、海外におけるヘルシーカンパニー（アメリカの経営心理学者であるロバート・ローゼン氏が提唱した、「健康な従業員こそが収益性の高い会社をつくる」という思想）の動向を有識者ヒアリング等で調査したところ、アメリカにおけるヘルシーカンパニーへの取組みの最も大きなインセンティブは医療費の抑制であり、近年は、疾病管理（重症化予防等）を中心としたディジーズマネジメントから、予防を重視したウェルネスプログラムへの取組みに移行する傾向にある。ヨーロッパにおいても、フランスでは従業員の医療保険を支援する福利厚生 の観点から、健康投資が行われている。

日本と比較すると、海外市場は人材の流動が活発で、転職時の企業選択のひとつとして、充実した医療保障を求める傾向にあるため、企業は人事戦略として、医療保障を含めた従業員への健康投資を行う傾向にあるとみられ、ヘルシーカンパニー思想は、優秀な人材を確保するための人事戦略と深い係わりがあると考えられる。

具体的なウェルネスプログラムは、禁煙や高血圧、糖尿病など医療費に着目した施策やメンタルヘルス対策など、日本の既存サービス・商品と同様のアプローチが多数みられるが、日本のマーケットに殆どないサービスとしては、企業のヘルシーカンパニー思想を柔軟且つ戦略的に支援するコンサルティングサービスと、従業員のためのフィナンシャルサービスがあげられる。

アメリカにおいてヘルシーカンパニーを支援するコンサルティング事業者はブローカーと呼ばれ、企業がヘルシーカンパニーを推進する上で必要な役割を担っている。事業者は企業の依頼に基づき、従業員アンケート等のアセスメントを行い、結果を分析してリスクを階層化し、それぞれの健康リスクや想定されるインセンティブに応じた介入施策を行い、一定期間後に評価・改善を行うという、総合的なマネジメントを行っている。日本においては、様々なサービス事業者が企業の健康経営を支援する介入施策を提供するほか、コンサルティング事業者がアセスメントや結果を分析してリスクを階層化する役割のみを担うなど、単体でのサービス・商品は多数あるものの、一連のPDCAをマネジメントするコンサルタントや、個々の健康リスクであつたりもっとも効率の良いインセンティブに対応するための介入施策を評価・マネジメントする仕組みが確立していない。

日本における健康経営の推進においては、企業の実状に即した健康経営施策を提案し、健康リスクや企業風土等にもっとも最適なプログラムを豊富に組合せた施策を提供し、評価・改善まで支援する総合的なパッケージサービスを提供するサービス事業者が必要となる可能性がある。

また、従業員のためのフィナンシャルサービスという点では、自身の財務的な管理能力が

ないと仕事にも集中できないし労働生産性が低下するという考えのもと、従業員の財務上の支援プログラムを提供するサービス事業者が存在するなど、生産性に着目したフィナンシャルヘルスの概念が注目されている。

2) 市場分野への参入プレーヤーの洗い出し

分野ごとにサービス概要と主なサービス事業者を取りまとめた。

※(大)は大規模法人、(中小)は中小規模法人の略、記載のない項目はすべての法人を対象

※※サービス事業者が提供する主なサービス／システムを併せて記載しているが、以下の分野については、記載を省略している。

- ①サービス・商品に特段の名称がない
- ②多数のシステム、機器等がリリースされている
- ③多数のシステムやサービスを連携したソリューション

(a) 経営理念

【評価項目】

健康宣言の社内外への発信、経営者自身の健診受診(中小)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
①金利優遇／融資	・従業員への健康施策等に応じた融資や金利の優遇 ・格付や認証の付与	日本政策投資銀行(「DBJ 健康経営格付」)、地方銀行(広島銀行「健康経営評価融資制度」、十六銀行「エブリサポート 21「健康経営®プラン」等)、信用金庫(西武信用金庫「健康優良企業サポートローン」、松本信用金庫「健康寿命延伸 特別金利定期積金」)など

(b) 組織体制

【評価項目】

健康づくり責任者が役員以上(大)、健康づくり担当者の設置(中小)

当該分野は、基本的には企業内での調整と考えられるが、(3) 制度・施策実行における(対策の検討)の「健康経営アドバイザー」、「健康経営等評価指標策定」、「コンサルティング(人事・組織・業務改革)」サービスによる支援ニーズの可能性があると考えられる。

(c) 制度・施策実行

a) 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討

【評価項目】

(健康課題の把握) 定期健診受診率(100%)、受診勧奨の取組み、ストレスチェックの実施

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
② 法定健診／各種検診／人間ドック実施	・労働安全衛生法に基づく健康診断、各種がん検診、人間ドック等の実施受託	健診／医療機関
③ 健診事務代行	・健康診断等に係わる予約、進捗管理、健診結果データ管理、精算等事務支援	イーウェル「健診業務代行」、ウェルネス・コミュニケーションズ「ネットワーク健診サービス」、LSI メディエンス「総合健診支援サービス」、バリューHR「健康診断・健康管理支援」、ベネフィットワン・ヘルスケア「ハピルス健診代行サービス」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
④ ストレスチェック	・労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査サービス（従業員 50 人以上の事業所は義務化）	EAP サービス事業者（「⑪EAP／メンタルヘルス」参照）、富士通ソフトウェアテクノロジーズ「e 診断@心の健康」、NTT データ「HealthDataBank」、NEC ソリューションイノベータ「メンタルヘルスケアサービス」、健診／医療機関など (参考：シード・プランニング「EAP・メンタルヘルス市場の現状と将来展望 2017」 http://store.seedplanning.co.jp/item/9452.html)

(対策の検討) 健康増進・過重労働防止に向けた具体的目標(計画)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑤健康経営アドバイザー	・健康経営アドバイザー研修 ・専門家派遣制度	東京商工会議所
⑥健康経営等評価指標策定	・健康経営銘柄などの認定や格付取得支援、健康経営推進を目的としたコンサルティング	SOMPO リスクアマネジメント「健康経営推進支援サービス」、ヘルスケアマネジメント協会「健康経営コンサルティング」、イーウェル「健康経営認定支援サービス」等 (※2016 年にニュースリリースがあったサービス事業者の一部)
⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)	・組織診断、育成研修、人事制度構築、職場環境改善や組織の活性化などのビジネスコンサルティング ※アセスメントツールによる組織と個人の現状分析や組織診断サービスを含む	リンクアンドモチベーション「モチベーションマネジメント事業」、リクルートマネジメントソリューションズ「組織開発」「制度構築」、日本エス・エイチ・エル「コンサルティング・サービス」など (※人事系コンサルティング事業者のうち当該事業売上上位の一部)

ｂ）健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント

【評価項目】

(ヘルスリテラシーの向上) 管理職又は従業員に対する教育機会の設定

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑧健康関連研修サービス	- 心と身体の健康に関する内容をテーマとした研修やセミナーサービス ※業務スキルや技能習得、社内教育、役職階層別研修等は除く	リンクアンドモチベーション、リクルートマネジメントソリューションズ、インソースなど (参考：矢野経済研究所「2016 企業向け研修サービス市場の実態と展望」 http://www.yano.co.jp/market_reports/C58101700)

(ワークライフバランス) 適切な働き方実現に向けた取組み

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑨福利厚生代行	生活支援(旅行やレジャー優待、家事代行等)、育児支援(ベビーシッターの斡旋、事業所内保育施設の設置や運営等)、介護支援(ヘルパーの斡旋、施設入居優待、情報提供、セミナー等)など	ベネフィット・ワン「ベネフィットステーション」、JTB ベネフィット「えらべる倶楽部」、イーウェル「WELBOX」、リロクラブ「福利厚生倶楽部」など
⑩直営／契約保養所	保養所の管理・運営、リゾート事業者との利用契約	リゾートトラスト、星野リゾート、東急ハーヴェストクラブ、ラフォーレ倶楽部など
⑪女性支援	婦人科がん予防、生理周期に基づく健康管理システム&サービス、女性に特化した研修・セミナー、従業員の不妊治療を支援する企業向け保険など	東京海上日動火災保険「不妊治療費用等補償保険」など (※2016 年にニュースリリースがあったサービス事業者の一部)
⑫テレワーク	映像・音声コミュニケーションサービス・システム	ポリコム、シスコシステムズ、ブイキューブ、NTT アイティ、NTT コミュニケーションズなど (参考：シード・プランニング「テレワークソリューション市場の最新動向と将来展望 2014」 http://store.seedplanning.co.jp/item/7578.html)
	社内 SNS・グループウェア	サイボウズ「cybozu Live」、IBM「Lotus Notes/Domino」、ガイアックス「iQube」、トークノート「Talknote」、Beat Communication「Beat Shuffle」など (参考：シード・プランニング「テレワークソリューション市場の最新動向と将来展望 2014」)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
	・ユニファイドコミュニケーション	http://store.seedplanning.co.jp/item/7578.html マイクロソフト、シスコシステムズ、IBM、NEC、日立製作所、富士通など (参考：シード・プランニング「テレワークソリューション市場の最新動向と将来展望 2014」 http://store.seedplanning.co.jp/item/7578.html)
	・リモート対応	E-Jan ネットワークス「CACHATTO」、NTT アイティ「マジックコネクト」、インターネットイニシアティブ「IIJ GIO リモートアクセスサービス」など (参考：シード・プランニング「テレワークソリューション市場の最新動向と将来展望 2014」 http://store.seedplanning.co.jp/item/7578.html)
⑬SAS 検診	・SAS 機器提供、検診、有所見者への医療機関紹介等	日本睡眠総合検診協会、運輸・交通 SAS 対策支援センター
⑭MCI／認知症スクリーニング	・電話や問診票、血液検査等による MCI や認知症スクリーニング ・有所見者への医療機関紹介	ティーベック「あたまの健康チェック」

(職場の活性化) コミュニケーションの促進に向けた取組み

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑮健康経営オフィス	・従業員の健康リテラシー向上や健康課題解決、働き方改革を目的としたオフィス家具、内装 ・Well 認証に基づくオフィスビル設計、建設	コクヨ「WELL-LINK」、岡村製作所「+Standing」、内田洋行「Change Working チェンジ・ワーキング®」、イトーキ「Workcise(ワークサイズ)」
⑯オフィス菓子	・菓子を常備し、空腹の補完やリフレッシュを促すサービス	グリコチャネルクリエイト「オフィスグリコ」
⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援	・オフィス内でボディケアや健康管理指導をセラピストが実施（常設・イベント双方を含む）	イーヤス「あたまの健康チェック」、ほぐし処「オフィス Goo-it!」、日本オフィスマッサージ協会「オフィスマッサージ」など (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑱音楽／BGM	・仕事の集中力や効率を高める BGM を提供	USEN 「Sound Design for OFFICE」
⑲ 職場環境改善 IoT	・各種センサー技術や通信技術で、従業員の作業動線やバイタル状況等を取得し、職場環境等の診断や組織の活性度、従業員の満足度等をモニタリングするシステム	日立製作所「組織活性化支援サービス」、東芝情報システム「日常健康見守りサービス」など (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)

c) 従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策

【評価項目】

(保健指導) 保健指導の実施及び特定保健指導実施機会の提供(大)、保健指導の実施又は特定保健指導実施機会の提供(中小)

当該分野は、保健指導の実施を事業所内の産業医など産業保健スタッフが、保健指導機会の提供を人事労務部門が担うと基本的には考えられるが、(5) 法令遵守・リスクマネジメントにおける「④産業医関連業務」サービスによる支援ニーズの可能性があると考えられる。

(健康増進・生活習慣病予防対策) 食生活の改善に向けた取組み、運動機会の増進に向けた取組み、受動喫煙対策

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑳社員食堂運営受託	・ヘルシー食、カロリー表示など健康を意識した食堂運営サービス	エームサービス「健康社食®」等、グリーンハウス「ウェルネスメニュー」、シダックスフードサービス、共立フーズサービスなど (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
㉑オフィス惣菜	・企業内に冷蔵庫を置くなどして惣菜や野菜などを常備するサービス	おかん「オフィスおかん」、KOMPEITO 「OFFICE DE YASAI」、Smiley「タベナル™ 置き弁®」など (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
㉒健康機器	・歩数計、活動量計等個人の健康状態を管理する機器やツールの提供(法人が一括購入して従業員や加入者等に提供)	オムロンヘルスケア、タニタ、山佐、パナソニック、ソニーなど
㉓フィットネスクラブ	・法人会員制度を利用したフィットネスクラブ利用サービス	コナミスポーツクラブ、セントラルスポーツ、ルネサンス、ティップネス等
㉔禁煙プログラム	・禁煙を促す研修・セミナー	リンゲージ「オンライン通院禁煙サポート

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
	一、検査・スクリーニング、医療機関受診勧奨など	プログラム」、ティーベック「集団禁煙プログラム」、団体（らくらく禁煙コンテスト、インターネット禁煙マラソン） (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
②⑤遺伝子検査サービス	・唾液等の検体を自己採取して郵送し、遺伝子情報に基づく体質や生活習慣病等疾病リスクの検査を行う検診キット販売	法人向けサービスを提供する事業者は殆どない
②⑥睡眠支援サービス	・睡眠の質の測定と測定結果に基づく睡眠指導、睡眠に関する研修・セミナー、睡眠計測機器販売	ニューロスペース&iCARE「睡眠改善プログラム」、ニューロスペース&パナソニックソリューションテクノロジー「睡眠改善ソリューション」 (※2016・2017年にニュースリリースがあったサービス事業者の一部)

(感染症予防対策) 従業員の感染症予防に向けた取組み

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
②⑦予防接種	・インフルエンザ等予防接種、海外赴任者等の感染症予防	医療機関
②⑧BCP	・BCP/BCM 支援コンサルティング、インフルエンザ等対策用品	コンサルティング事業者、法人向け通販事業者など

(過重労働対策) 長時間労働者への対応に関する取組み

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
②⑨勤怠管理システム	・出退勤、労働時間管理、各種社内申請等システムの提供	オービックビジネスコンサルタント「勤怠管理サービス」、アマノ「人事労務管理パッケージ TimePro-NX」等、大塚商会「TimePro-XG 就業」、日通システム「勤次郎 Enterprise」、日立ソリューションズ「事総合ソリューション リシテア シリーズ」 (※オープン情報検索から推定)

当該分野はその他、一定以上の長時間労働者を対象に、産業医による過重労働面談が法律で義務化されている。実施は社内の産業医等が担うほか、(5) 法令遵守・リスクマネジメントにおける「④産業医関連業務」による面接支援、(3) 制度・施策実行における「⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)」による就業規則等策定支援ニーズの可能性があると考えられる。

(メンタルヘルス対策) 不調者への対応に関する取組み

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑩EAP／メンタルヘルス	・ストレスチェック・集団分析、相談窓口・カウンセリング、メンタルヘルス研修、ワークライフ支援、復職支援・リワークなどメンタルヘルス対策全般	アドバンテッジリスクマネジメント「アドバンテッジ タフネス」等、ピースマインド・イーブ「プレミアム EAP」等、ヒューマンフロンティア「現場型出張カウンセリング」等、Eパートナー「カウンセリング」等、SOMPO リスケアマネジメント「LLax シリーズ」など EAP サービス事業者 (参考：シード・プランニング「EAP・メンタルヘルス市場の現状と将来展望 2017」 http://store.seedplanning.co.jp/item/9452.html)

(保険者との連携) 健保等保険者と連携(大)、(求めに応じて)40 歳以上の従業員の健診データの提供(中小)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
⑪医療／健康データ分析	・健診・レセプトデータの分析と分析に基づくデータヘルス事業策定、施策対象者の抽出、施策の実施状況管理、効果検証 等	ニッセイ情報テクノロジー「EMITAS-I」、メディヴァ「レセプト分析」、日本医療データセンター「らくらく健助」、データホライゾン「保健事業支援システム」、NTT データ「医療費適正化支援サービス」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
⑫特定健診実施	・(高齢者医療確保法に基づく)40 歳から 74 歳を対象とした、内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査	(健診実施)健診・医療機関 (健診事務代行) ⑬健診事務代行参照 (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
⑬特定保健指導	・(高齢者医療確保法に基づく)40 歳から 74 歳を対象とした保健師、管理栄養士等による初回面接と生活習慣改善のための継続支援	SOMPO リスケアマネジメント「ヘルスアップ・サポート」、ベネフィットワン・ヘルスケア「ハピルスチェンジ」、保健支援センター「健康支援なび」、明治安田システム・テクノロジー「特定保健指導サービス」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
③④郵送健診	・検体を自己採取して郵送しがん等の検査を行う検診キット販売	リージャー、メスブ細胞検査研究所、セルメスタ、ヘルス・ウェーブ・ジャパン、JML など (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
③⑤歯科検診	・歯科医院の紹介や検診手配等支援	歯科健診センター、デンタルサポート、総合健康促進保健協会、日本健康文化振興会 など (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
③⑥健康イベント／セミナー	・ウォーキング、測定イベント、健康セミナー等の企画・開催・運営等	総合体力研究所、オムロンヘルスケア、ウエルアップ、大手フィットネスクラブなど (※事業者ヒアリング調査とオープン情報検索から推定)
③⑦糖尿病等重症化予防	・糖尿病等の生活習慣改善・服薬等指導、医療機関受診勧奨など制度外の保健指導	SOMPO リスクアマネジメント「ヘルスアップ・サポート」、ベネフィットワン・ヘルスケア「ハピルス・糖尿病重症化予防プログラム」、DPP ヘルスパートナーズ「糖尿病重症化予防指導プログラム」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
③⑧健康相談	・専門職による心と身体の疾病等相談や医療機関の紹介	法研「心と体の健康相談」、ティーベック「ハロー健康相談 24」、保健同人社「こころとからだの健康相談」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
③⑨ポピュレーションアプローチツール	・健診結果等に基づく生活習慣改善支援や健康情報の提供、バイタルデータや食事記録のレコーディング、生体計測機器と Web サービスを連携したセルフケア支援等のツール	イーウェル「KENPOS」、DeSC ヘルスケア「KenCoM」、ヘルスケア・コミッティー「QUPiO」、NTT データ「クリエイティブヘルス NEXT」など (参考：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html)
④⑩広報活動支援	・機関誌・小冊子の制作や Web サイトの構築・運営等	法研、保健同人社、関西情報・産業活性化センター (KIIS)、社会保険研究所、ケーシップなど
④⑪健康ポイント／インセンティブ	・健康への取組みのほか業績や勤続年数等で従業員にポイント(インセンティブ)を付与するシステムの構築や運用等	ベネフィットワン・ヘルスケア「ハピルス・健康ポイントプログラム」、イーウェル「健康インセンティブ」など

(d) 評価・改善

【評価項目】

(取組みの効果検証) 健康保持・増進を目的とした導入施策への効果検証を実施(大)

当該分野は、(3) 制度・施策実行における「⑥健康経営等評価指標策定」、「⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)」による支援ニーズのほか、(3) 制度・施策実行における「③医療／健康データ分析」サービスニーズの可能性があると考えられる。

(保険者との連携) 健保等保険者と連携(大)、(求めに応じて)40 歳以上の従業員の健診データの提供(中小)

当該分野は、施策実行との関連性が高いため、(3) 制度・施策実行に記載した。

(e) 法令遵守・リスクマネジメント

【評価項目】

従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと(自主申告)

サービス・商品	概要	主なサービス事業者
④②産業医関連業務	・産業医業務受託、社外産業保健室運営、遠隔医師面談サービス、産業医など人材紹介、健康管理室 BPO など	メディカルトラスト「産業医サービス」等、ドクタートラスト「業医による健康管理業務」等、さんぎょうい「産業医の選任」等
④③健康管理システム	・従業員の健診結果をデータ化し一元管理するシステム 産業医等保健スタッフが健診結果を確認し、過重労働等各面接や保健指導に活用	NTT アイティ「HM-neo」、富士通「HOPE webH@ins-GX」、NTT データ「Health Data Bank」、バイオコミュニケーションズ「Heal-DB」、NEC「ADMETY-HR」等 (参考：シード・プランニング「産業保健市場の現状と将来展望」 http://store.seedplanning.co.jp/item/3953.html)
④④海外赴任者向け健康管理支援	・海外での医療機関受診予約、言語サポート、医療費用の支払い代行等現地駐在員・出張者の医療支援サービス ※赴任・帰国時健診実施は「②法定健診／各種検診／人間ドック実施」に含む	日本エマージェンシーアシスタンス「海外医療アシスタンスサービス」、プレステージ・インターナショナル「海外駐在員向けヘルスケア・プログラムサービス」、インターナショナル SOS ジャパン「医療アシスタンス」、ジャパンアシストインターナショナル「メディカルアシスタンス」のほか、損害保険会社が海外保険の付帯サービスとして提供するケース有 (※上場している 2 社を業界大手として、両社の決算報告等から同業事業者を推定)

(2) 現状の関連市場規模の試算と将来の市場規模推計

1) サービス提供者側からの市場規模推計

【現状市場規模の推計】

企業の健康経営を支援する関連市場について、2015 年（度）時点の市場規模を検証し、推計したところ、当該市場規模は 1 兆 1,787 億円となった。（下表参照）

※（）内は 2015 年または 2015 年度の市場規模推計 ※単位は億円

図表 5-156 健康経営を支える商品・サービス分野の市場規模感（2015 年度推計）

健康経営銘柄・健康経営優良法人認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
(a) 経営理念(経営者の自覚) ※健康宣言の社内外への発信・経営者自身の 健診受診	①金利優遇／融資（－）
(b) 組織体制	※ 基本的には企業内での調整と考えられる が、⑤健康経営アドバイザー、⑥健康経営等 評価指標策定、⑦コンサルティング(人事・組 織・業務改革)による支援ニーズの可能性あり
(c) 制度・施策実行	
a) 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	
・健康課題の把握	②法定健診／各種検診／人間ドック実施 (4,841.6) ③健診事務代行 (178.6) ④ストレスチェック(12.4)
・対策の検討	⑤健康経営アドバイザー(殆どなし) ⑥健康経営等評価指標策定(殆どなし) ⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革) (111.0)
b) 健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント	
・ヘルスリテラシーの向上	⑧健康関連研修サービス(249.0)
・ワークライフバランス	⑨福利厚生代行(450.0) ⑩直営／契約保養所(499.4) ⑪女性支援(殆どなし) ⑫テレワーク(439.0) ⑬SAS 検診(1.5) ⑭MCI／認知症スクリーニング(殆どなし)
・職場の活性化	⑮健康経営オフィス(12.4) ⑯オフィス菓子(50.0) ⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支 援(1.0) ⑱音楽／BGM(3.9) ⑲職場環境改 善 IoT(殆どなし)
c) 従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策	
・保健指導	※ 企業内の産業医等が対応するほか、⑳産 業医関連業務による支援ニーズの可能性あ り
・健康増進・生活習慣病予防対策	㉑社員食堂運営受託(1,746.0)

健康経営銘柄・健康経営優良法人認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
	㉑オフィス惣菜(15.0) ㉒健康機器(0.4) ㉓フィットネスクラブ (657.2) ㉔禁煙プログラム(0.1) ㉕遺伝子検査サービス(殆どなし) ㉖睡眠支援サービス(殆どなし)
・感染症予防対策	㉗予防接種(407.6) ㉘BCP(74.6)
・過重労働対策	㉙勤怠管理システム(131.1)
・メンタルヘルス対策	㉚EAP／メンタルヘルス(86.9)
・保険者との連携	㉛医療／健康データ分析(56.5) ㉜特定健診実施(523.5) ㉝特定保健指導(253.5) ㉞郵送健診(15.0) ㉟歯科検診(38.2) ㊱健康イベント／セミナー(25.5) ㊲糖尿病等重症化予防(27.8) ㊳健康相談(20.0) ㊴ポピュレーションアプローチツール(8.2) ㊵広報活動支援(152.8) ㊶健康ポイント／インセンティブ(36.1)
(d) 評価・改善	※ ㉟健康経営等評価指標策定、㊱コンサルティング(人事・組織・業務改革)によるコンサルティングやアセスメント、㊲医療／健康データ分析によるデータに基づく効果検証の可能性あり
(e) 法令順守・リスクマネジメント	㊷産業医関連業務(559.5) ㊸健康管理システム(67.0) ㊹外赴任者向け健康管理支援(32.4)

【将来（2020年）市場規模の推計】

企業の健康経営を支援する関連市場について、各市場の成長率や法律の履行状況等を勘案し、2020年の市場規模を予測したところ、当該市場規模は1兆5,446億円となった。（下表参照）
 2015年と比較すると、市場は3,662億円増加し、規模は1.3倍になると予測される。

※（）内は2020年の市場規模推計 単位(億円)

図表 5-157 健康経営を支える商品・サービス分野の市場規模感（2020年度推計）

健康経営銘柄・健康経営優良法人 認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
(a) 経営理念(経営者の自覚) ※健康宣言の社内外への発信・経営者自身の 健診受診	①金利優遇／融資（一）
(b) 組織体制	※ 基本的には企業内での調整と考えられるが、⑤健康

健康経営銘柄・健康経営優良法人 認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
	経営アドバイザー、⑥健康経営等評価指標策定、⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)による支援ニーズの可能性あり
(c) 制度・施策実行	
a) 従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	
・健康課題の把握	②法定健診／各種検診／人間ドック実施(5,797.4) ③健診事務代行(287.6) ④ストレスチェック(79.8)
・対策の検討	⑤健康経営アドバイザー(－) ⑥健康経営等評価指標策定(－) ⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)(135.0)
b) 健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント	
・ヘルスリテラシーの向上	⑧健康関連研修サービス(267.7)
・ワークライフバランス	⑨福利厚生代行(574.3) ⑩直営／契約保養所(386.4) ⑪女性支援(21.6) ⑫テレワーク(1,068.6) ⑬SAS 検診(16.0) ⑭MCI／認知症スクリーニング(6.0)
・職場の活性化	⑮健康経営オフィス(78.4) ⑯オフィス菓子(77.0) ⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援(2) ⑱音楽／BGM(14.4) ⑲職場環境改善 IoT(殆どなし)
c) 従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策	
・保健指導	※ 企業内の産業医等が対応するほか、④②産業医関連業務による支援ニーズの可能性あり
・健康増進・生活習慣病予防対策	⑳社員食堂運営受託(1,927.0) ㉑オフィス惣菜(30.0) ㉒健康機器(0.4) ㉓フィットネスクラブ(657.2) ㉔禁煙プログラム(21.7) ㉕遺伝子検査サービス(－) ㉖睡眠支援サービス(－)
・感染症予防対策	㉗予防接種(407.6) ㉘BCP(95.1)
・過重労働対策	㉙勤怠管理システム(209.1)
・メンタルヘルス対策	㉚EAP／メンタルヘルス(137.5)
・保険者との連携	㉛医療／健康データ分析(67.2) ㉜特定健診実施(549.2) ㉝特定保健指導(265.0) ㉞郵送健診(30.0) ㉟歯科検診(38.2) ㊱健康イベント／セミナー(26.7) ㊲糖尿病等重症化予防(216.9) ㊳健康相談(23.4) ㊴ポピュレーションアプローチツール(9.1)

健康経営銘柄・健康経営優良法人 認定基準	施策実施や動機づけのための 既存サービス・商品
	④⑩広報活動支援(175.8) ④⑪健康ポイント／インセンティブ(84.3)
(d) 評価・改善	※ ⑥健康経営等評価指標策定、⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)によるコンサルティングやアセスメント、③⑩医療／健康データ分析によるデータに基づく効果検証の可能性あり
(e) 法令順守・リスクマネジメント	④⑫産業医関連業務(1,493.9) ④⑬健康管理システム(128.0) ④⑭海外赴任者向け健康管理支援(41.4)

【市場分野ごとの算出方法】

以下に、当該市場における既存のサービス・商品 45 分野の 2015 年(度)市場規模推計と、2020 年の市場規模予測の算出方法を示す。

なお、分野によっては、市場規模の算出が困難であったり、サービス・商品が上市されたばかりで算出根拠が不足しているなどの理由から、市場規模を明らかにしていない市場がある。

①金利優遇／融資

市場規模：2015 年 — / 2020 年 — (2015 年比—)

提供主体：企業

算出方法：融資金利を市場と捉える際の算出が困難である

なお、世界初となる「DBJ 健康経営格付」融資を開始した日本政策投資銀行の、2012 年から 2016 年 9 月末までの当該融資の累計件数は 81 件、累計融資額は 917 億円となる。

(2015 年推計)

—

(2020 年予測)

—

②法定健診／各種検診／人間ドック実施

市場規模：2015 年 4,841.6 億円 / 2020 年 5,797.4 億円 (2015 年比 120%)

提供主体：企業、保険者

算出方法：健診費用(法定健診)×健診実施者数、保険者拠出割合(検診、人間ドック)

(2015 年推計)

「法定健診」の市場規模算出根拠は、健診実施者数×健診費用となる。総務省の 2014 年「経済センサス-基礎調査-」によると、会社組織の常用雇用者は約 3,817 万人。厚生労働省の 2012

年「労働者健康状況調査」によると、常用労働者の定期健康診断受診率は81.5%となる。

健保組合等の補助金による人間ドックを受診した際も、基本的に企業では法定健診分の費用を負担していることから、法定健診部分の費用を8,000円/人と想定すると、3,817万人×受診率81.5%×8,000円=2,488.7億円と試算される。

次に、「各種検診、人間ドック」については、保険者（健康保険組合・協会けんぽ）の決算データや全体の保健事業費のうち、当該市場の拠出割合を算出して合算した。

健康保険組合では、民間のアンケート調査結果より、2015年度保健事業費3,184億円のうち54.3%相当の1,728.9億円を人間ドック補助や各種検診等に拠出していると推計。

協会けんぽでは、35歳以上の被保険者に生活習慣病健診補助（8,000円ほど）を実施しており、2015年受診者751万人×10,000円=600億円。また、同じく実施する婦人科検診等補助（2,000円）は、2015年受診者120万人×2,000円=24億円。合計624億円を拠出する。

（2020年予測）

2020年の会社組織の常用雇用者数を、2015年のまま据え置き、2020年に法定健診受診率が100%になると想定すると、法定健診部分の費用は8,000円×3,817万人=3,053.6億円。

「各種検診、人間ドック」では、健康保険組合の保健事業費に占める当該市場割合が、2020年まで54.3%程度で安定すると想定すると、2020年の概算保健事業費3,515億円（2013年度から2015年度の保健事業費は、前年比2-3%増加傾向にある。2020年の東京五輪まで景気は緩やかに上昇すると仮定し、2020年まで保健事業費は前年比2%増で推移すると仮定すると、2020年の保健事業費は3,515億円）のうち1,908.6億円と予測される。

協会けんぽでは、生活習慣病受診者が2013年以降、毎年6%ずつ増加している。2020年まで年間6%増で推移すると想定すると、当該健診補助（8,000円ほど）対象者が1,000万人となり1,000万人×8,000円=800億円の費用拠出となる。また、婦人科検診は前年比8%ほど受診が増加傾向にあり、2020年まで年間8%増で推移すると想定すると、当該検診補助（2,000円）対象者が176万人となり、176万人×2,000円=35.2億円。合計835.2億円を拠出する。

出所：シード・プランニング「2016年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」
<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

出所：平成27年度事業報告書

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/honbu/other/250809/h27jigyohouokkusyo-kenkouhoken.pdf>

③健診事務代行

市場規模：2015年 178.6億円 / 2020年 287.6億円（2015年比161%）

提供主体：企業、保険者 ※サービスの主流は保険者

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

(2015 年推計)

主要なサービス事業者（イーウェル、ウェルネスコミュニケーションズ、LSI メディエンス、バリューHR、ベネフィットワン・ヘルスケア等）の売上が市場の 7 割程度を占めると想定して当該市場の市場規模を推計した。

(2020 年予測)

一部の大手サービス事業者の当該市場の売上推移を推計すると、2015 年度に前年比 1.1-1.4 倍。データヘルス初年度でコラボヘルス等により保険者が健診事業に注力した影響と考えられる。

2020 年まで健診事務代行市場が少なくとも前年比 1.1 倍ほどで推移すると想定して、2020 年の市場規模を 287.6 億円と予測した。

④ ストレスチェック

市場規模：2015 年 12.4 億円 / 2020 年 79.8 億円 (2015 年比 644%)

提供主体：企業

算出方法：ストレスチェック受検費用×実施者数 ※EAP サービス事業者経由を除く

(2015 年推計)

民間の市場調査結果より、(メンタルヘルス対策の一部としてストレスチェックサービスを提供する EAP サービス事業者を除く) システムベンダー等を経由したストレスチェック実施者数は 2015 年に 350 万人ほどと推計。

実施費用 300 円前後/人と想定して市場規模を算出した。

※ なお、EAP サービス事業者が実施するストレスチェックサービスは、メンタルヘルス対策全般の施策のひとつとして提供される事例が多く、ストレスチェック単体での費用算出が難しい為、メンタルヘルス対策市場に内包する)

(2020 年推計)

2020 年には従業員規模 50 人以上の企業のほぼ 100%が制度に取り組むと想定し、EAP サービス事業者経由以外のストレスチェック実施割合を算出した。

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

⑤ 健康経営アドバイザー

市場規模：2015 年 - / 2020 年 - (2015 年比 -)

提供主体：企業

算出方法：算出根拠となる情報が不足している

なお、東京商工会議所が主催して 2016 年 5 月より実施している「健康経営アドバイザー研修（初級）」は、2017 年 1 月現在、7,000 名が受講している。

(2015 年推計)

—

(2020 年予測)

—

⑥健康経営等評価指標策定

市場規模：2015 年 — / 2020 年 — (2015 年比—)

提供主体：企業

算出方法：算出根拠となる情報が不足している

なお、2016 年 2 月に SOMPO リスケアマネジメントが「健康経営推進支援サービス」を、同年 11 月にイーウェルが「健康経営認定取得支援サービス」をリリースするなど、健康経営銘柄や健康経営優良法人認定の取得コンサルティングから施策の実行までを包括的に支援するサービスが今後広がる可能性がある。

(2015 年推計)

—

(2020 年予測)

—

⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)

市場規模：2015 年 111.0 億円 / 2020 年 135.0 億円 (2015 年比 122%)

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

(2015 年推計)

人事コンサルティングは、他のコンサルティング領域と比較すると事業規模自体がさほど大きくなく、小規模な専門会社や、総合コンサルティング会社の一部門がサービスを受託するほか、社会保険労務士が業務の一環として対応するなど、比較的安価に小さな案件を引き受ける傾向が多い。

また、サービス事業者へのヒアリング調査等から、当該市場売上は、人事に係わる支援業務全般の 2 割程度であると推計され、大手となるリクルートマネジメントソリューションズ、

リンクアンドモチベーション、日本エス・エイチ・エルなどの売上から当該市場売上を算出して積上げ、市場規模を推計した。

(2020 年予測)

サービス事業者の当該市場における過去の売上推移を参考に、毎年 5%程度の売上増で推移すると想定し、2020 年の市場規模を 135 億円と予測した。

⑧健康関連研修サービス

市場規模：2015 年 249.0 億円 / 2020 年 267.7 億円 (2015 年比 108%)

提供主体：企業、保険者

算出方法：研修サービス市場×健康関連研修比率

(2015 年推計)

民間の市場調査結果より、企業向け研修サービスの市場規模は 2015 年度に 4,970 億円となる。サービス事業者へのヒアリング調査等から、企業向け研修の主流は、役職など階層別研修や技術スキルの習得となり、従業員の健康に関連する研修テーマが市場に占める割合はさほど多くない (5-10%弱) と想定され、市場における健康関連研修比率を 5%として市場規模を推計した。

(2020 年予測)

民間の市場調査結果によると、市場は前年比 1.5~2%増で推移している。

企業向け研修市場が 2020 年まで前年比 1.5%増で推移すると想定すると、2020 年の企業向け研修市場は 5,354 億円。健康関連研修比率を 2015 年と同様 5%と設定すると、市場は 2020 年に 267.7 億円と予測される。

出所：矢野経済研究所「企業向け研修サービス市場の実態と展望 2016」

<https://www.yano.co.jp/press/press.php/001553>

⑨福利厚生代行

市場規模：2015 年 450.0 億円 / 2020 年 574.3 億円 (2015 年比 128%)

提供主体：企業、保険者

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

(2015 年推計)

福利厚生代行業大手となるベネフィット・ワン、JTB ベネフィット、イーウェル、リロクラブなどの売上から当該市場売上を算出して積上げ、市場規模を推計した。

(2020 年予測)

福利厚生最大手のサービス事業者売上は、2013 年度から 2015 年度にかけて、前年比 5-7% 増で推移している。市場全体が 2020 年に掛けて前年比 5% ずつ増加すると仮定すると、市場は 2020 年に 574.3 億円と予測される。

⑩直営／契約保養所

市場規模：2015 年 499.4 億円 / 2020 年 386.4 億円（2015 年比 77%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：企業と健康保険組合の当該市場拠出費用の積上げ

（2015 年推計）

日本経済団体連合会が公表する 2015 年度「福利厚生費調査」結果によると、当該市場と考えられる「文化・体育・レクリエーション」の「施設・運営」は少なくとも 305.4 億円（加入団体 645 社×平均従業員数 4,754 名×（施設・運営）830 円×12（ヵ月）＝305.4 億円）と推計される。

また、健康保険組合においては、健康保険組合連合会が公表する 2015 年度「決算見込」より「直営保養所費」194 億円が計上されている。

少なくとも両者の合計 499.4 億円が、当該市場にあたると推計した。

（2020 年予測）

日本経済団体連合会が公表する「福利厚生費用調査」の「文化・体育・レクリエーション」、「施設・運営」費は毎年 5-6% ずつ減額傾向にある。また、健康保険組合連合会が公表する健康保険組合の「決算見込」においても、「直営保養所費」の費用は、毎年 5% ずつ減少傾向にある。

2020 年まで、企業ならびに健康保険組合の直営・契約保養所への拠出割合が毎年 5% ずつ減少すると想定すると、2020 年の市場規模は 386.4 億円と予測される。

⑪女性支援

市場規模：2015 年 殆どなし / 2020 年 21.6 億円（2015 年比―%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：当該サービス費用×利用者数

（2015 年推計）

働く女性を対象とした健康関連システムやサービスは、幾つかのサービス事業者で提供実績があるが、既存サービスの付加価値的な位置付けが殆どである。サービス事業者へのヒアリングなどからも、2015 年時点で、女性支援に特化した法人向けサービスの情報は得られなかったため、現状の当該市場は殆どなしと結論付けた。

（2020 年予測）

2016 年 11 月に東京海上日動火災保険から、従業員の不妊治療を支援する企業向け保険がリリースされた。一部の企業では、不妊治療の補助や通院支援のための制度を整えるなど、従業員支援の動きもみられるが、2020 年までに、子育て支援に積極的な企業の最上位認定である「プラチナくるみん」の取得企業（2016 年 12 月末現在 108 社）が、不妊治療支援にも注力すると仮定して、法人向け不妊治療保険に加入すると試算すると、（年額ひとりあたり）4,000 円×（1 社あたり）従業員 5,000 名×108 社＝21 億 6,000 万円の市場と予測される。

※ 「プラチナくるみん」取得企業は従業員規模数十名から数万人以上と幅広いが、金融やメーカーなど従業員規模が数百名から数千名が多くなっているため、従業員 5,000 名と仮定。

※ その他、婦人科検診の拡充が考えられるが、法定健診、各種検診、人間ドック市場に含める。

⑫テレワーク

市場規模：2015 年 439.0 億円 / 2020 年 1068.6 億円（2015 年比 243%）

提供主体：企業

算出方法：テレワーク用途に利用されるソリューション全体×当該市場割合

（2015 年推計）

映像・音声コミュニケーションサービス・システム、社内 SNS・グループウェア、ユニファイドコミュニケーション、リモート対応の 4 分野をテレワーク市場と定義して、テレワーク用途に利用されるソリューション全体の市場規模のうち、当該市場の割合をサービス事業者・有識者ヒアリングに基づき民間の調査会社が算出している。

（2020 年予測）

テレワーク用途に利用されるソリューション全体の市場規模と当該市場が、一定の成長率で推移すると想定して、民間の調査会社が市場予測を算出していると考えられる。

出所：シード・プランニング「テレワークソリューション市場の最新動向と将来展望 2014」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/7578.html>

⑬SAS 検診

市場規模：2015 年 1.5 億円 / 2020 年 16.0 億円（2015 年比 1,067%）

提供主体：企業

算出方法：SAS 検診費用×受検者数

（2015 年推計）

（財）運輸・交通 SAS 対策支援センターは年間 21,000 名、（社）日本睡眠総合検診協会は年間 6,000 名の SAS 検査に対応している。両者で企業を対象とした SAS 検診の 9 割をカバーしていると想定し、SAS 検査費用 5,000 円×全受検者 3 万人とすると、市場規模は 1.5 億円と

推計される。

(2020 年予測)

国土交通省は、「事業用自動車の運転者の健康管理マニュアル」を 2014 年に改訂し、重度の睡眠障害など一定の病気等に係る外見上の前兆や自覚症状等による疾病の把握の義務化や、主要疾病に関するスクリーニング検査、運転者の健康管理を推奨している。

総務省の 2015 年「労働力調査」によると、運輸・郵便業に従事する従業員は 325 万人。2020 年にも同程度の従業員数であると想定し、従業員 325 万人のうち、少なくとも 1 割にあたる 32 万人が SAS 検診を受検すると考えると、16 億円の市場と予測される。

⑭MCI／認知症スクリーニング

市場規模：2015 年 殆どなし / 2020 年 6 億円 (2015 年比－%)

提供主体：企業

算出方法：MCI／認知症スクリーニング費用×利用者数

(2015 年推計)

MCI／認知症スクリーニング大手サービス事業者へのヒアリングより、企業向け市場はほぼなしと結論付けた。

(2020 年予測)

サービス事業者へのヒアリング結果から、MCI や認知症スクリーニングの用途のひとつに、60 歳以上の高齢労働者の適正な職場配置への判断材料とするとの声も聞かれた。総務省の 2015 年度「労働力調査」によると、特に事故防止等で職場配置に配慮が必要と思われる製造業（60-64 歳：71 万人、65 歳以上：70 万人）、運輸・郵便業（60-64 歳：29 万人、65 歳以上：31 万人）で働く高齢者数は 201 万人。2020 年には更なる増加が予測されるが、最低でも 201 万人の高齢労働者が存在すると想定して、このうち 1 割にあたる 20 万人ほどが年 1 回の契約更新時に MCI・認知症スクリーニングを実施すると仮定すると、20 万人×3,000 円＝6 億円の市場が創出できると予測した。

⑮健康経営オフィス

市場規模：2015 年 12.4 億円 / 2020 年 78.4 億円 (2015 年比 632%)

提供主体：企業、ディベロッパー

算出方法：オフィス家具・内装の全体市場×健康を訴求した商材売上比率

(2015 年推計)

日本オフィス家具協会によると、2015 年のオフィス家具販売額は 2,485 億円。このうち、一部サービス事業者から健康に着目した商材やサービスがリリースされている。

サービス事業者に対するヒアリング調査より、2016 年以降の販売展開の方向性も聞かれる

ことから、2015 年の健康を訴求した商材売上比率を 0.5%と想定。オフィス家具販売額 2,485 億円×健康を訴求した商材売上比率 0.5%＝12.4 億円と推計した。

(2020 年予測)

オフィス家具業界の構造上（設計事務所の仕様に基づく価格を重視した入札形式）、健康を訴求する機会は 2020 年においても限定的と推察されるが、健康をコンセプトとする割合が 2015 年に市場全体の 0.5%程度から、毎年 0.5%ずつ増加（新たな市場というよりは、既存市場の置換え）すると想定すると、2020 年は市場全体の 3%程度になると予測される。

日本オフィス家具協会の 2013 年から 2015 年のオフィス家具の市場規模は毎年 1～3%増加しており、2020 年に向けて市場が 1%ずつ増加すると仮定すると、2015 年に 2,485 億円の市場は 2020 年に 2,612 億円となる。

オフィス家具全体のうち、健康を訴求した商材の 2020 年の市場規模は、2,612 億円×3%＝78.4 億円と予測される。

出所：日本オフィス家具協会「平成 27 年度事業報告」

<http://www.joifa.or.jp/about/public.html>

⑩ オフィス菓子

市場規模：2015 年 50.0 億円 / 2020 年 77.0 億円（2015 年比 154%）

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

(2015 年推計)

オフィス菓子は、グリコチャネルクリエイト（旧：江崎グリコ）の独占市場に近い。同社の IR 情報より、2015 年度のオフィスグリコの売上高は 48 億円であることを勘案し、当該市場を 50 億円と推計した。

(2020 年予測)

同社は、オフィス向け菓子事業の売上高を 2018 年度までに 63 億円（2016 年度の売上は 53 億円、2 年で 10 億円増の目標）に拡大する計画を発表。2018 年度から 2020 年度までに更に 10 億円増の売上を達成すると仮定すると、同社の当該市場における 2020 年度売上は 73 億円と予測される。

同社の売上予測を勘案し、当該市場を 77 億円と予測した。

出所：江崎グリコ「第 112 期 中間[第 2 四半期]報告書」

https://www.glico.com/assets/files/112%E6%9C%9F_%E4%B8%AD%E9%96%93%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8__1.pdf

⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援

市場規模：2015 年 1.0 億円 / 2020 年 2.0 億円（2015 年比 200%）

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

サービス事業者へのヒアリング調査結果より、イーヤス、ほぐし処、日本オフィスマッサージ協会など主要なサービス事業者の 2015 年の当該市場売上を推計して積上げ、算出した。

（2020 年予測）

2015 年に、市場全体で少なくとも 450 社ほど（主要サービス事業者 3 社の合計）がマッサージサービスを利用して、1 社あたり平均 22.2 万円／年（2015 年の当該市場 1 億円÷450 社＝22.2 万円）を拠出していると推計される。

サービス事業者へのヒアリング調査結果より、2011 年から 2015 年の 5 年で導入企業数が 2 倍になった実績を 2020 年までの市場予測に当てはめると、2020 年のマッサージ利用社数は 900 社と予測される。900 社×1 社あたり 22.2 万円／年と想定し、2020 年の当該市場規模を 2.0 億円と予測した。

⑱音楽／BGM

市場規模：2015 年 3.9 億円 / 2020 年 14.4 億円（2015 年比 369%）

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

オフィス（一般事務所）向け音楽サービスは USEN の独占市場に近い。

同社の 2015 年 IR 情報から、当該市場の売上は 405.5 億円。うち 9 割を法人向け市場と仮定すると 365 億円となり、1 社あたりの年間音楽配信利用料（6 万円）で割ると、法人顧客は 61 万人ほどと推計される。

USEN は商業施設や医療機関、飲食店等への導入が主流となるが、同社は 2013 年より法人向け音楽放送サービス「Sound Design for OFFICE ～働く人のメンタルバランス・ミュージック～」の提供を開始している。同社の法人顧客の 0.5%にあたる 3,500 社が導入済と仮定すると、推定導入社数 3,500 社×利用料 60,000／年＋初期費用 1 億円＝3.1 億円。同社が当該市場のシェア 8 割と想定すると、市場規模は 3.9 億円と推計される。

（2020 年予測）

同社の「Sound Design for OFFICE」は、2013 年の提供開始から 3 年で導入数が 4 倍増との情報がある。同社のサービスが 2020 年までに現在の推計導入社数の 5 倍増になったと仮定すると、17,500 社×利用料 60,000／年＋初期費用 1 億円＝11.5 億円。当該市場の同社の

シェアを 8 割と想定すると、市場規模は 14.4 億円と予測される。

①⑨職場環境改善 IoT

市場規模：2015 年 殆どない / 2020 年 — (2015 年比—)

提供主体：企業

算出方法：算出根拠となる情報が不足している

(2015 年推計)

サービス事業へのヒアリング調査より、分析サービスまでは商用化しているが、なかなか契約には至らないとのコメントから、現状、市場は殆どなしと結論付けた。

(2020 年予測)

—

②⑩社員食堂運営受託

市場規模：2015 年 1,746.0 億円 / 2020 年 1927.0 億円 (2015 年比 110%)

提供主体：企業

算出方法：事業所向け食堂運営受託×健康に配慮した食事メニュー比率

(2015 年推計)

日本フードサービス協会によると、2015 年の外食産業市場における企業向け(「事業所(社員食堂等給食、弁当給食)」)市場規模は、1 兆 7,462 億円となる。一方、サービス事業者に対するヒアリング調査より、社員食堂等のメニューのうち、健康に配慮した食事メニューを提供する事例は限定的であり、提供するケースではメニューの 5 種類に 1 種類程度。さらに、利用者が健康に配慮した食事メニューを選択する割合はさほど多くないとの情報から、当該市場は企業向け市場規模 1 兆 7,462 億円の 1 割程度にあたる 1,746 億円と推計した。

(2020 年予測)

2013 年から 2015 年の企業向け「事業所(社員食堂等給食、弁当給食)」市場規模は、約 2% の増加傾向にある。引き続き市場が前年比 2%増で推移すると想定すると、2020 年に 1 兆 9,279 億円と予測される。

健康に配慮した食事メニューの割合が 2015 年と同様 10%と仮定すると、2020 年の当該市場規模は 1,927 億円と予測される。

出所：日本フードサービス協会「平成 27 年 外食産業市場規模推計」

<http://anan-zaidan.or.jp/data/2016-1-1.pdf>

②① オフィス惣菜

市場規模：2015 年 15.0 億円 / 2020 年 30.0 億円（2015 年比 200%）

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

おかん、KOMPEITO、Smiley など主要なサービス事業者の 2015 年の当該市場売上を推計して積上げ、算出した。

（2020 年予測）

サービス事業者へのヒアリング調査より、売上は前年比 1 億円増で推移している。少なくとも主要プレーヤー 3 社が 2020 年まで 1 億円強の売上増で推移すると、2020 年には 30 億円の市場規模になると予測される。

②② 健康機器

市場規模：2015 年 0.4 億円 / 2020 年 0.4 億円（2015 年比 100%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：健康機器販売額×法人販売比率

（2015 年推計）

健康機器の法人市場は、1 台あたり数万円のウェアラブル機器を広く導入する事例は殆どなく、歩数計・活動量計の導入が主流。

主要なメーカーのプレスリリース情報等から、歩数計・活動量計の 2015 年販売台数は 60 万台と推計。販売価格は 1,000 円台から 1 万円以上まで幅広いが、1 台 3,000 円程度と想定すると、当該機器の全体市場規模は 18 億円となる。

サービス事業者へのヒアリング調査より、当該機器市場は個人販売が主流であり、法人向け市場は 1 割弱との情報を勘案し、法人向け健康機器市場を 1.8 億円と推計。また同ヒアリングより、法人向け健康機器市場のうち、利用者割合は自治体 8 割、企業＋健保組合 2 割ほどであるため、健康経営関連市場における健康機器市場を「企業＋健保組合」とみた場合、市場は 3,600 万円と推計した。

（2020 年予測）

サービス事業者へのヒアリング調査等を勘案し、2020 年の当該市場は横ばいと予測した。

②③ フィットネスクラブ

市場規模：2015 年：657.2 億円 / 2020 年：657.2 億円（2015 年比 100%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：当該市場規模×法人比率

(2015 年推計)

民間の調査会社によると、フィットネスクラブの市場規模は 2015 年に 4,381 億円と推計されている。

法人向け市場では、企業がフィットネスクラブと個別に契約して法人会員となり、従業員が優待価格または企業の負担で施設を利用できるケースも多いが、複数のサービス事業者によると企業の負担額は様々で、企業が拠出する費用はフィットネスクラブの売上全体のうちさほど多くないとの声が聞かれた。

フィットネスクラブの市場規模 4,381 億円のうち、企業や保険者が拠出する割合を 1.5 割ほどと想定すると、657.2 億円と推計される。

(2020 年予測)

フィットネスクラブ市場は、毎年 1%ほどの成長率となる。業界は、企業向けの販促とともに、個人会員のさらなる獲得や介護等高齢者事業など多角的に事業展開する傾向にあることから、市場で企業や保険者が占める売上割合はさほど変動がないと考えられ、2020 年の当該市場は横ばいと予測される。

出所：クラブビジネスジャパン

<http://www.fitnessclub.jp/business/date/compare.html>

④禁煙プログラム

市場規模：2015 年 0.1 億円 / 2020 年 21.7 億円 (2015 年比 21700%)

提供主体：企業、保険者

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

(2015 年推計)

禁煙サービスは、有識者や団体が主催する「インターネット禁煙マラソン」、「らくらく禁煙コンテスト」があるが、2015 年現在、民間サービス事業者を含め、その他の禁煙に特化したサービスはみられない。

2 団体の年間売上を試算すると、2015 年の市場規模は 1,000 万円と推計される。

(2020 年予測)

2016 年 4 月に、民間サービス事業者のリンケージが禁煙プログラムの提供を開始した。2016 年に数百人に対応し、売上は 2,500 万円程と推計されるが、2017 年以降、大手健康保険組合からの引き合いが相次ぐなど、利用者数は毎年 2・3 倍増で推移すると予測され、2020 年の同社の売上は 10.8 億円と試算。

このほか、民間サービス事業者のメドレーが遠隔診療による禁煙プログラムを開発しており、2017 年以降サービス提供予定であるほか、同じく民間のティーベックが 2017 年より「集団禁煙プログラム」の提供をスタートするなど、市場は拡大傾向にある。

新規参入事業者の合計売上を、リンケージと同等と想定すると、民間サービス事業者全体の2020年の売上は21.6億円。その他、有識者や団体の売上を勘案し、2020年の当該市場規模は21.7億円と予測した。

㊸遺伝子検査サービス

市場規模：2015年 — / 2020年 — (2015年比—)

提供主体：企業、保険者

算出方法：算出根拠となる情報が不足している

(2015年推計)

一般的に医療機関を介さない遺伝子検査サービスをDTC(Direct-to Consumer)遺伝子検査と呼ぶが、市場はB to Cが中心となる。法人向けサービスでは、2013年にゲノフとベネフィットワン・ヘルスケアが業界初となる遺伝子栄養情報分析を活用した特定保健指導のモデル構築事業に着手したが、現状、導入は殆ど見られないなど、現状、法人向け市場は殆どなしと結論付けた。

参考：https://bs.benefit-one.co.jp/BE-ONE/IR/pressrelease/pdf/2013/pr20131204_1.pdf

(2020年予測)

—

㊹睡眠支援サービス

市場規模：2015年 — / 2020年 — (2015年比—)

提供主体：企業、保険者

算出方法：算出根拠となる情報が不足している

なお、2017年にニューロスペースとiCAREが研修を中心とした「睡眠改善プログラム」の提供を開始したほか、ニューロスペースとパナソニックソリューションテクノロジーがeラーニングによる「睡眠改善ソリューション」の開発に着手するなど、企業向けサービスがみられた。

(2015年推計)

—

(2020年予測)

—

㊺予防接種

市場規模：2015年 407.6億円 / 2020年 407.6億円 (2015年比100%)

提供主体：企業、保険者

算出方法：インフルエンザ接種費用×接種人数

(2015 年推計)

文献より、2010/2011 年の 13 歳-65 歳のインフルエンザ予防接種率は 28.6%と試算されている。13 歳-65 歳の人口のうち、就労者と考えられる 20 歳→59 歳の人口は厚生労働省の「人口動態統計」より、76.8% (6,267 万人) であり、このうち予防接種の補助対象となると想定される正職員は、総務省の「労働力調査」より 62.6% (3,923 万人) と考えられる。

正職員 3,923 万人のうち、28.6% (1,122 万人) がインフルエンザ予防接種（東京都総合組合保健施設振興協会が健保組合共同事業で実施するインフルエンザ予防接種の提携医療機関 2536 機関の接種費用平均 3,633 円）を受けると想定すると、当該市場規模は 1,122 万人×3,633 円=407.6 億円と推計される。

(2020 年予測)

インフルエンザ予防接種は多少の増減があると考えられるが、2020 年までの市場規模としては横ばいと予測する。

出所：日本公衆衛生雑誌「わが国におけるインフルエンザワクチン接種率の推計」

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/61/7/61_13-093/_pdf

出所：東京都総合組合保健施設振興協会「インフルエンザ予防接種 健保組合共同事業」

<http://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>

②8 BCP

市場規模：2015 年：74.6 億円 / 2020 年：95.1 億円（2015 年比 127%）

提供主体：企業

算出方法：不明

(2015 年推計)

民間の調査会社によると、BCP/BCM 支援コンサルティングは 2016 年に 305 億円、インフルエンザ等対策用品は 24.7 億円の市場と推計されている。また、内閣府の「平成 24 年 企業の事業継続の取組に関する実態調査」から、企業の BCP 策定は全体の 3 割に留まるなど、普及が十分でない様子がうかがえる。

上記市場規模のうち、感染症以外のコンサルティング分野や自治体など企業以外の市場規模分を除き、2 割程度を企業向け感染症関連 BCP と想定すると、コンサルティング市場は 2015 年に 58.1 億円と推計される。また、インフルエンザ等対策用品は、7 割程度を企業向け市場と想定すると 16.5 億円の市場規模と推計され、合せて 74.6 億円となる。

(2020 年予測)

企業における BCP の注力分野は、災害対策や情報システム関連であり、BCP 市場全体は

今後も成長が見込まれると予測されるが、感染症関連 BCP 領域は現状、大きな拡大要因がみられない。

2020 年まで、感染症関連 BCP が毎年 5%程度ずつ成長すると想定すると、2020 年に感染症関連 BCP 市場は 74.1 億円と予測される。また、インフルエンザ等対策用品は 7 割程度を企業向け市場と想定すると 21.0 億円の市場規模と予測され、合計 95.1 億円の市場になると予測される。

出所：富士経済「ポスト 3.11 危機管理関連ビジネスの全貌 2012」

http://www.group.fuji-keizai.co.jp/press/pdf/120726_12068.pdf

出所：内閣府「平成 24 年 企業の事業継続の取組に関する実態調査」

http://www.bousai.go.jp/kyoiku/kigyoku/topics/pdf/kentoukai12_10.pdf

㊸ 勤怠管理システム

市場規模：2015 年 131.1 億円 / 2020 年 209.1 億円（2015 年比 159%）

提供主体：企業

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015 年推計）

民間の調査会社によると、各システムの販売金額および販売数量などをベースとした 2012 年度の当該市場は 99 億円であった。同調査によると、市場の年平均成長率は 9.8%であり、2015 年度に 131.1 億円と推計される。

（2020 年予測）

2020 年まで、毎年 9.8%程度で成長すると想定すると、2020 年の市場規模は 209.1 億円と予測される。

出所：富士キメラ総研「ソフトウェアビジネス新市場 2013 年版」

http://www.group.fuji-keizai.co.jp/press/pdf/130903_13067.pdf

㊹ EAP／メンタルヘルス

市場規模：2015 年 86.9 億円 / 2020 年 137.5 億円（2015 年比 158%）

提供主体：企業

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

相談窓口・カウンセリング、メンタルヘルス研修、ワークライフ支援、復職支援・リワークなどのサービスをメンタルヘルス対策市場と定義する。

法人向けメンタルヘルス対策は、EAP（Employee Assistance Program）とも呼ばれ、EAP

を標榜する民間サービス事業者が、ストレスチェック制度を含む1次予防から3次予防までを顧客企業のニーズに合わせて提供するケースが多い。

民間の調査会社が、大手サービス事業者（アドバンテッジリスクマネジメント、ピースマインド・イープ、ヒューマンフロンティア、Eパートナー、SOMPOリスクアマネジメント等）の当該サービスの売上を積み上げて市場規模を86.9億円と推計している。

※ メンタルヘルス対策の市場規模には、EAP サービス事業者が実施するストレスチェックサービスの売上も含まれる。

（2020年予測）

民間の調査会社にて、2020年に、従業員規模50人以上の企業のほぼ100%が制度に組み込むことを想定し、EAP サービス事業者のストレスチェック実施割合（シェア）と主要なEAP サービス事業者の売上推移を勘案して、2020年の当該市場規模を137.5億円と予測している。

出所：シード・プランニング「EAP・メンタルヘルス市場の現状と将来展望 2017」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/9452.html>

③医療／健康データ分析

市場規模：2015年 56.5億円 / 2020年 67.2億円（2015年比119%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015年推計）

民間の調査会社によると、健康保険組合と協会けんぽの決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を56.5億円と推計している。

（2020年予測）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果等から、医療・健康データ分析の予算割合が前年比4.5%ずつ増加すると試算し、2020年までの市場規模を予測した。協会けんぽも同様の成長率と仮定し、合計67.2億円と予測している。

出所：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html>

出所：シード・プランニング「2016年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③特定健診実施

市場規模：2015 年 523.5 億円 / 2020 年 549.2 億円（2015 年比 105%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015 年推計）

民間の調査会社によると、健康保険組合と協会けんぽの決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を 523.5 億円と推計している。

（2020 年予測）

民間の調査会社によると、過去の特定健診費用の推移から、前年比 1%増（協会けんぽは 1.5%増）で推移すると想定して、2020 年の当該市場規模を 549.2 億円と予測している。

出所：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html>

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③特定保健指導

市場規模：2015 年 253.5 億円 / 2020 年 265.0 億円（2015 年比 105%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015 年推計）

民間の調査会社によると、健康保険組合と協会けんぽの決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を 253.5 億円と推計している。

（2020 年予測）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果等から、特定保健指導の予算割合が前年比 0.3-0.5%ずつ増加（協会けんぽは 2-2.5%増）すると試算し、2020 年までの市場規模を 265.0 億円と予測している。

出所：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html>

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③④郵送健診

市場規模：2015 年：15.0 億円 / 2020 年：30.0 億円（2015 年比 200%）

提供主体：保険者

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

サービス事業者へのヒアリング調査等から、主要なサービス事業者の 1 社あたりの売上は 5 億円前後で、うち企業/健康保険組合向けシェアは 6 割程度と想定。

5 社（リージャー、メスプ細胞検査研究所、セルメスタ、ヘルス・ウェーブ・ジャパン、JML）の売上規模を合わせた郵送健診の全体市場を 25 億円と試算し、うち当該市場は 6 割にあたる 15 億円と推計した。

（2020 年予測）

サービス事業者へのヒアリング調査等から、郵送健診市場は 1 社あたり前年比 1 億円前後ずつ売上が増加傾向にあると想定。2020 年まで同様の成長率と仮定すると、郵送健診の全体市場は 50 億円と試算される。うち当該市場は 6 割にあたる 30 億円と予測した。

③⑤歯科検診

市場規模：2015 年 38.2 億円 / 2020 年 38.2 億円（2015 年比 100%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015 年推計）

民間の調査会社によると、健康保険組合の決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を 38.2 億円と推計している。※ 協会けんぽの当該市場への拠出は殆どない。

（2020 年予測）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、当該市場の予算割合は微減傾向（2014 年度に 1.4%→2016 年度 1.2%へ）にあることを勘案し、2020 年まで横ばいと予測している。

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③⑥健康イベント／セミナー

市場規模：2015 年 25.5 億円 / 2020 年 26.7 億円（2015 年比 105%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

(2015 年推計)

民間の調査会社によると、健康保険組合の決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を 25.5 億円と推計している。※ 協会けんぽの当該市場への拠出は殆どない。

(2020 年予測)

健康イベント・セミナーの費用は、健康保険組合連合会が公表する毎年の決算報告にある保健事業費のうち、「体育奨励費」の一部であると想定される。2013 年度から 2015 年度の「体育奨励費」は、2-5%の増減を繰り返しながらほぼ横ばいで推移しており、2020 年に掛けても増減を繰り返しながら推移すると考えられる。2015 年度比 5%増ほどになると予測される。

⑦糖尿病等重症化予防

市場規模：2015 年 27.8 億円 / 2020 年 216.9 億円 (2015 年比 780%)

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

(2015 年推計)

民間の調査会社によると、健康保険組合の決算報告書に記載されている保健事業費をベースとして、独自のアンケート調査結果や公表されているデータヘルス計画に基づき、当該市場規模を 27.8 億円と推計している。

※制度外保健指導のうち、糖尿病等重症化予防 6 割、前期高齢者訪問指導、その他健診フォローなど 4 割と設定。

(2020 年予測)

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、保健事業費のうち「糖尿病重症化予防等制度外保健指導」は 2012 年度 0.8%、2014 年度 1.8%、2016 年度 4.3%と急増。

2020 年に保健事業費の 10%程度まで拡大すると想定すると、2020 年に想定される保健事業費 3,515 億円 (2013 年度から 2015 年度の保健事業費は、前年比 2-3%増加傾向にある。

2020 年まで景気は緩やかに上昇すると仮定し、2020 年まで保健事業費は前年比 2%増で推移すると仮定すると、2020 年の保健事業費は 3,515 億円) の 10%にあたる 351.5 億円と予測される。※協会けんぽは、2020 年に医療費適正化予算が 10 億円 (2013 年 8 億円から毎年数%増) と推計。351.5+10=361.5 億円。このうち糖尿病重症化予防市場は市場の 6 割にあたる 216.9 億円と予測。

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」
<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③健康相談

市場規模：2015 年 20.0 億円 / 2020 年 23.4 億円（2015 年比 117%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015 年推計）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、保健事業費のうち「健康相談等の電話相談」が占める割合は 0.6%である。

よって、2015 年度の保健事業費 3,184 億円のうち当該市場割合は 19.1 億円と推計。市場の 9 割を健康保険組合が占めると考えると、全体市場は 20 億円程度と試算される。

（2020 年予測）

当民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、保健事業費のうち「健康相談等の電話相談」が占める割合は 2012 年度 1.3%、2014 年度 0.7%、2016 年度 0.6%と微減傾向にある。

当該市場が、2020 年まで保健事業費の 0.6%程度で推移すると想定すると、市場規模は 2020 年の概算保健事業費 3,515 億円（2013 年度から 2015 年度の保健事業費は、前年比 2-3% 増加傾向にある。2020 年まで景気は緩やかに上昇すると仮定し、2020 年まで保健事業費は前年比 2%増で推移すると設定）の 0.6%にあたる 21.1 億円と予測される。市場の 9 割を健康保険組合が占めると考えると、全体市場は 23.4 億円程度と試算。

出所：シード・プランニング「2016 年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」
<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

③ポピュレーションアプローチツール

市場規模：2015 年 8.2 億円 / 2020 年 9.1 億円（2015 年比 111%）

提供主体：保険者

算出方法：主要なサービス事業者の当該市場売上の積上げ

（2015 年推計）

イーウェル、DeSCヘルスケア、NTTデータ、オムロンヘルスケア、セイコーエプソンなど主要事業者のサービス提供実績と売上から市場規模を算出した。

（2020 年予測）

当民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、健康保険組合の一定数の導入増が見込まれるが、サービス事業者の提供形態をみると、保健指導等の既存サービスの付加価値や登録会員の獲得がメインの目的であるなど、無償または非常に安価な価格での提供

事例も少なくない。

健康ポイント等との連携により市場規模が拡大する可能性は高いが、健診結果閲覧等の情報提供やセルフケアツールという用途に限ると、市場は微増と考えられ、2020年に2015年の1割増にあたる9.1億円の市場になると予測される。

出所：シード・プランニング「データヘルスの市場動向と保険者支援事業の展望」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8639.html>

④⑩広報活動支援

市場規模：2015年 152.8億円 / 2020年 175.8億円（2015年比115%）

提供主体：保険者

算出方法：保健事業費×当該市場比率

（2015年推計）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、保健事業費のうち「情報提供・広報」が占める割合は4.8%である。

よって、2015年度の保健事業費3,184億円のうち当該市場割合は152.8億円と推計される。

（2020年予測）

民間の調査会社によると、独自のアンケート調査結果から、保健事業費のうち「情報提供・広報」が占める割合は2014年度4.6%から2016年度4.8%と増加傾向にある。

当該市場が、2020年まで保健事業費の5%程度で推移すると想定すると、市場規模は2020年の概算保健事業費3,515億円（2013年度から2015年度の保健事業費は、前年比2-3%増加傾向にある。2020年まで景気は緩やかに上昇すると仮定し、2020年まで保健事業費は前年比2%増で推移すると設定）の5%にあたる175.8億円と予測される。

出所：シード・プランニング「2016年版 健康保険組合のデータヘルス事業動向最新調査」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/8981.html>

④⑪健康ポイント／インセンティブ

市場規模：2015年 36.1億円 / 2020年 84.3億円（2015年比234%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：[企業]主要サービス事業者の売上 [保険者]保健事業費×当該市場比率

（2015年推計）

[健康ポイント]は、健康経営では健康保険組合がメインターゲットとなるが、全体市場では自治体の利用が進んでいる。

健康ポイントサービスは紙媒体でも実施可能だが、ITシステムを利用するケースが多く、

費用構造はシステム開発・構築等の初期導入費用と貯めたポイントを交換する際に発生する費用（実際のポイントを金額換算+手数料：100 人に 10,000 円のポイントを付与しても、50 人しかポイントを交換（利用）しなければ支出は 50 万円）、その他システムの月額利用料等が発生するケースもある。

健康保険組合は 1405 団体で、被保険者数は 1583 万人。1 団体の平均は 11,266 人となる。民間の調査会社によると、健康ポイントを実施している健康保険組合の比率は全体の 12.8%（179 団体）であり、うち組合内で実施が 35%、外注委託が 65%（116 団体）であった。

また、サービス事業者へのヒアリング調査から、外注委託する 116 団体×11266 名=131 万人のうち、実際に健康ポイントを交換（利用）するのは 15%程度の約 20 万人と試算される。

システム初期費用 900 万円（年間 30 団体にサービス導入と想定×30 万円）、ポイント交換費用 6 億円（20 万人×平均 3,000 円（サービス事業者ヒアリングより）と想定すると、健康ポイント市場は 6.1 億円と推計される。

[インセンティブ]は、ベネフィット・ワンが最大手となる。同社は、企業向けに福利厚生やリクルート、離職防止等を目的としたインセンティブ事業を提供する。

費用構造は健康ポイントとほぼ同じで、システム開発・構築等の初期導入費用と貯めたポイントを交換する際に発生する費用（実際のポイントを金額換算+手数料）、場合によっては月額のシステム利用料が発生。

ベネフィット・ワンの I R 情報より、2015 年度は約 300 社にサービス提供して当該事業の売上は 24 億円。売上は前年比 20%増となる。

ベネフィット・ワンが市場シェア 8 割程度と仮定すると、市場は 30 億円程度と推計。

[健康ポイント]6.1 億円と[インセンティブ]30 億円を合せて 36.1 億円と推計される。

（2020 年予測）

[健康ポイント]は、毎年 30 団体程度が新規に健康ポイントを導入し、2020 年に健康ポイント交換割合が全体の 40%程度になると仮定すると、システム初期費用 900 万円（30 団体×30 万円）、ポイント交換費用 36 億円（（2020 年までに 116 団体+毎年 30 団体増加すると仮定して）266 団体：300 万人の 40%で 120 万人×平均 3,000 円）で合計 36.1 億円と予測される。

[インセンティブ]は、ベネフィット・ワンの当該事業売上が前年比 20%増であることから、2020 年まで市場が少なくとも 10%ずつ成長すると仮定すると、2020 年のインセンティブ市場は 48.3 億円程度と予測される。

[健康ポイント]36.1 億円と[インセンティブ]48.3 億円を合せて、2020 年の当該市場は 84.4 億円と予測される。

④②産業医関連事業

市場規模：2015 年 559.5 億円 / 2020 年 1493.9 億円（2015 年比 267%）

提供主体：企業

算出方法：産業医稼働費用×事業所数

※産業医業務受託、社外産業保健室運営、遠隔面談サービス、産業医など人材紹介、健康管理室 BPO を含む

（2015 年推計）

従業員 50 名以上の事業所には、労働安全衛生法に基づき、産業医を選任する義務がある。また、従業員 1,000 名以上の事業所や、500 名以上で有害物を取り扱う事業所は専属の産業医の選任義務がある（従業員 3,000 名以上は 2 名の産業医が必要）。

市場規模算出にあたり、総務省の 2014 年「経済センサス-基礎調査-」を基に従業員 50 名以上規模の事業所を 5 区分で算出（50～99 名、100～299 名、300～499 名、500～999 名、1,000 名以上）し、2010 年労働安全衛生基本調査の産業医選任比率を各人数区分に配慮して算出。

常勤産業医を 327.5 億円（2,729 名（500 名以上事業所の 1 割程度に常勤産業医が 1 名、1,000 名以上事業所、1944 ヲ所のうち 2 割程度に常勤産業医が 2 名いると想定）×年間 1,200 万円）、非常勤産業医を 232 億円（300 名以上 999 名未満の事業所の 9.8 割にあたる 10,796 事業所が産業医を選任し、年間 12 回程度稼働と想定（10,796 事業所×72 万円=777.7 億円）／50 名以上 100 名未満の 8 割と 100 名以上 299 名未満の事業所の 9.5 割にあたる 128,600 事業所が産業医を選任し、年間 2 回程度稼働と想定（128,600 事業所×12 万円=154.3 億円）※産業医の単価を 1 月 6 万円とした）とすると、当該市場は、常勤産業医＋非常勤産業医で 559.5 億円と推計される。 ※産業医の単価に業務委託等費用を含めている。

（2020 年予測）

従業員 50 名以上 1000 名未満のすべての事業所で産業医が選任され、法定に基づく月 1 回の業務が履行されたと想定して市場規模を予測した。

常勤産業医を 327.5 億円（2,729 名（500 名以上事業所の 1 割程度に常勤産業医が 1 名、1,000 名以上事業所、1944 ヲ所のうち 2 割程度に常勤産業医が 2 名いると仮定する）×年間 1,200 万円）非常勤産業医を 1,166.4（50 名以上 999 名未満の 162,004 事業所すべてが産業医を選任し、年間 12 回程度稼働したと想定（162,004 事業所×72 万円=1,166.4 億円）※産業医の単価を 1 月 6 万円）とすると、当該市場は常勤産業医＋非常勤産業医で 1,493.9 億円と予測される。 ※産業医の単価に業務委託等費用を含めている。

④③健康管理システム

市場規模：2015 年 67.0 億円 / 2020 年 128.0 億円（2015 年比 197%）

提供主体：企業、保険者

算出方法：システム新規導入（新規導入数×システム費用）、保守・カスタマイズ（既存シス

テム数×保守費用)、クラウドサービス (システム利用料×利用者数) の費用を積上げ

(2015 年推計)

民間の調査会社によると、当該市場では各サービス事業者が数千万円のパッケージシステムを年間数社に新規導入するとともに、既存システムの導入先と保守契約を締結して保守サービスやカスタマイズサービスを提供する。

2015 年に、主要なサービス事業者 10 社ほどが 2,000 万円のパッケージ型システムを合計 50 社に新規導入するとともに、各社平均 50 システムほどを保守・カスタマイズしていると想定すると、新規導入 10 億円、保守等費用 (導入費用の 15%と設定: 10 社×50 システム×保守料 300 万円/年) 15 億円と推計。

また、中小・中堅企業を中心に導入が進むクラウドサービスを 350 万人ほどが利用 (最大手となるサービス事業者の利用者数が 250 万人以上であり、他のクラウドを合わせて合計 350 万人と試算) していると推定すると、350 万人×100 円 (月額利用料) ×12 ヶ月で 42 億円。

合せて 67 億円の市場規模になると予測する。

(2020 年)

健康経営や長時間労働規制法などを踏まえ、2020 年に向けて、従業員の健診結果・ストレスチェック等のシステム管理ニーズが高まると考えられる。

2020 年に、主要なサービス事業者 10 社ほどが 2,000 万円のパッケージ型システムを合計 100 社に新規導入 (2015 年比 2 倍) するとともに、各社平均 80 システムほどを保守・カスタマイズしていると想定すると、新規導入 20 億円、保守等費用 (導入費用の 15%と設定: 10 社×80 システム×保守料 300 万円/年) 24 億円と予測。

また、中小・中堅企業を中心に堅調に推移すると予測されるクラウドサービスが、2020 年に 700 万人ほどに普及 (2015 年時点の 350 万人のほか、2020 年に新たに 350 万人程度 (従業員規模 300 名から 4,999 名の企業に勤める常勤雇用者 1,000 万人強の 1/3 程度)) すると想定すると、700 万人×100 円 (月額利用料) ×12 ヶ月で 84 億円。

合せて 128 億円の市場規模になると予測する。

出所: シード・プランニング「産業保健市場の現状と将来展望」

<http://store.seedplanning.co.jp/item/3953.html>

④海外赴任者向け健康管理支援

市場規模: 2015 年 32.4 億円 / 2020 年 41.4 億円 (2015 年比 128%)

提供主体: 企業

算出方法: サービス想定単価×利用社数

(2015 年推計)

当該市場大手のサービス事業者によると、上場企業（2015 年 8 月現在約 3,600 社）のうち 15%にあたる 540 社ほどがアシスタンスサービスを利用していると推計している。

（http://www.sharedresearch.jp/system/report_updates/pdfs/000/006/393/original/6063_JP_20150817_EAJ.pdf?1439878859）。

同社は、契約企業約 100 社にサービス提供しており、医療アシスタンスサービスの売上は 18 億円となる（<http://v4.eir-parts.net/v4Contents/View.aspx?cat=tdnet&sid=1329728>）。このうち企業向けサービスの売上を 1/3（6 億円）ほどと想定すると、1 社あたり平均 600 万円と試算される。

当該市場は、600 万円×540 社で 32.4 億円と推計する。

（2020 年予測）

当該市場大手のサービス事業者の決算報告によると、2020 年に向けて市場は堅調だが、渡航者数はさほど伸びない（同社の当該分野売上は前年比 1 割増）。2020 年まで市場が年間 5%増程度で推移すると想定すると、2020 年の市場規模は 41.4 億円と予測される。

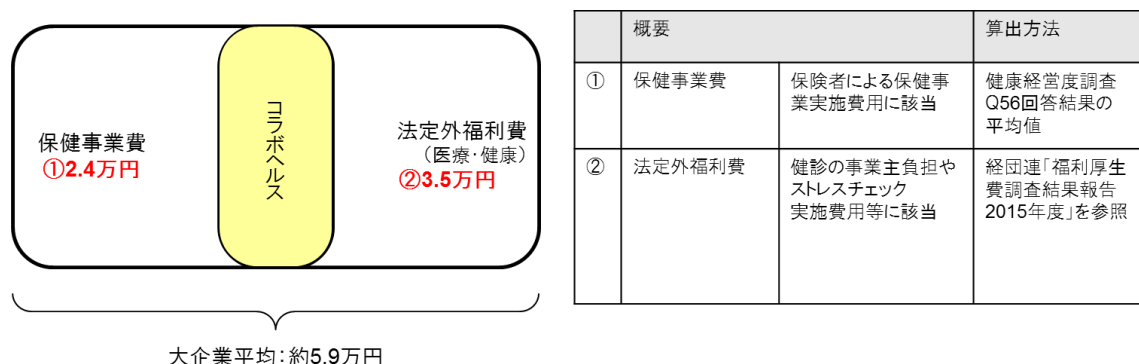
（2）企業投資側からの市場規模推計

【現状市場規模の推計】

企業投資側からの市場規模推計にあたって、まずは従業員一人当たりに対する投資額を算出し、それに従業員数を掛け合わせて市場規模を推計した。結果、2015 年の当該市場規模は 1 兆 1,977 億円となった。

具体的に見ると、企業の従業員一人当たりに対する投資額は下表に示す通り、約 5.9 万円と推計された。

図表 5-158 大企業従業員一人当たり健康投資額

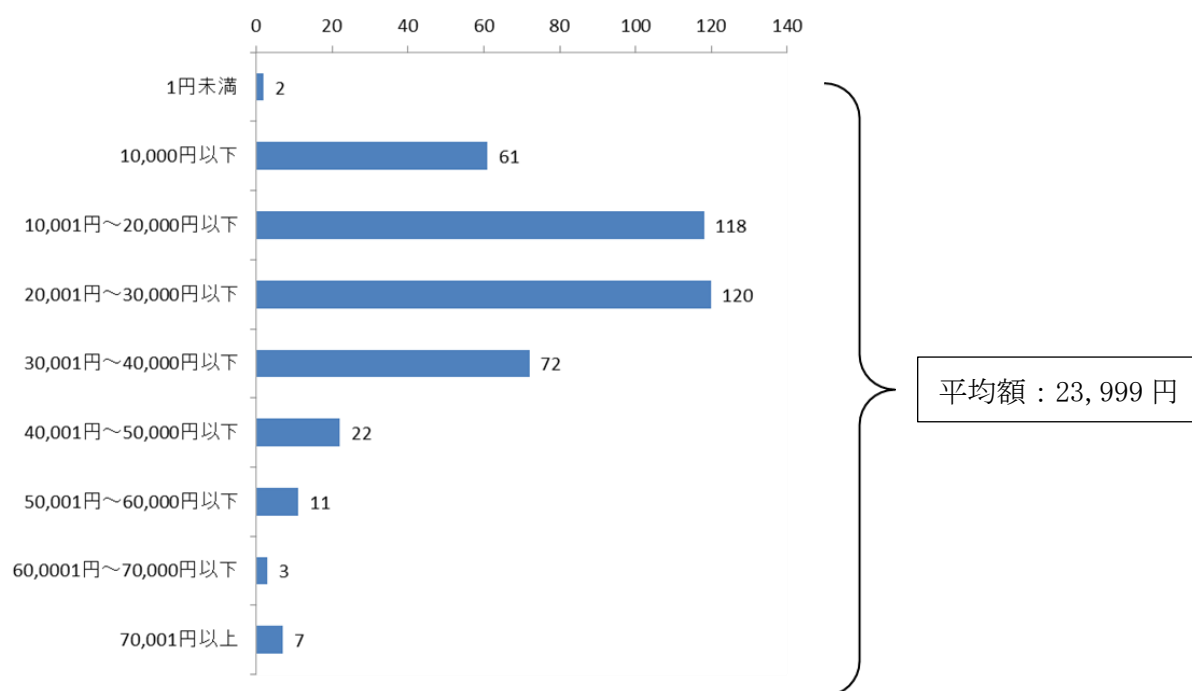


※コラボヘルスに関しては企業ごとに①②いずれかの費用として算出しているため、5.9 万円の中に重複して計算されていることはない。

算出方法について、①保健事業費に関しては本調査で実施した「健康経営度調査」の回答を利用した。具体的な回答結果は下図の通り。平均で約 2.4 万円の健康投資が保険者から行

われている。

図表 5-159 大企業従業員一人当たり保健事業費（2015 年度,n=416 社）



出所：経済産業省「平成 28 年度健康経営度調査」回答結果を基に日本総研作成

②法定外福利費に関しては、経団連が公表している「福利厚生費調査結果報告 2015 年度」に記載されている企業の福利厚生費のうち、法定外福利費（医療・健康）に対する支出の額を用いた。なお本報告書の調査対象となっている企業は 1 社あたり平均従業員数 4,583 人の経団連団体会員の加盟企業であり、大企業中心であると想定されることから本試算に用いた。

平均で約 3.5 万円の健康投資が法定外福利費として行われている。

図表 5-160 大企業従業員一人当たり法定外福利費月額（2015 年度,n=667 社）

項目	規模	規模計	500人未満	500～	1,000～	3,000～	5,000人以上
				999人	2,999人	4,999人	
法定外福利費		25,462 (2.3%)	17,567 (1.4%)	15,684 (△0.9%)	19,936 (3.8%)	23,418 (△5.8%)	27,378 (3.7%)
住宅関連		12,509 (1.9%)	8,340 (4.4%)	8,239 (△1.6%)	11,216 (6.1%)	12,406 (△4.3%)	13,009 (2.5%)
住宅		11,895 (1.3%)	8,199 (4.8%)	8,076 (△2.0%)	10,981 (6.5%)	11,983 (△4.6%)	12,264 (1.7%)
持家援助		614 (15.6%)	141 (△18.0%)	163 (18.1%)	234 (△10.3%)	423 (3.4%)	745 (19.8%)
医療・健康		2,922 (1.1%)	2,032 (△5.1%)	1,547 (△0.1%)	1,533 (△3.5%)	2,187 (△14.7%)	3,382 (4.2%)
医療・保健衛生施設運営		1,886 (△3.4%)	1,046 (△15.9%)	663 (△2.4%)	692 (△11.3%)	1,269 (△17.4%)	2,282 (△0.7%)
ヘルスケアサポート		1,036 (10.6%)	987 (10.0%)	884 (1.7%)	842 (4.1%)	918 (△10.7%)	1,100 (16.0%)
ライフサポート		6,139 (4.8%)	3,912 (0.2%)	3,897 (1.2%)	4,405 (2.2%)	5,370 (△0.5%)	6,728 (6.3%)
給食		1,861 (3.3%)	1,676 (△2.8%)	1,405 (△3.9%)	1,238 (0.5%)	2,076 (3.2%)	1,959 (4.1%)
購買・ショッピング		393 (8.6%)	89 (18.7%)	60 (△14.3%)	67 (34.0%)	102 (67.2%)	524 (7.6%)
被服		507 (19.9%)	635 (△7.3%)	1,040 (75.4%)	661 (1.4%)	464 (△12.1%)	464 (31.4%)
保険		1,104 (0.6%)	796 (12.0%)	600 (△16.2%)	1,205 (△1.2%)	1,006 (14.1%)	1,128 (△0.4%)
介護		19 (5.6%)	1 -	0 -	2 (100.0%)	7 (△36.4%)	26 (8.3%)
育児関連		387 (11.2%)	14 (100.0%)	24 (△41.5%)	110 (22.2%)	354 (7.9%)	466 (12.0%)
ファミリーサポート		243 (△6.2%)	65 (△39.3%)	135 (△4.9%)	326 (19.9%)	296 (△14.2%)	225 (△9.6%)

月額 2,922 円×12 ヶ月
=年額 35,064 円

引用：経団連「福利厚生費調査結果報告 2015 年度**」企業規模別法定外福利費（月額）

一方で、中小企業に関して、保健事業費については協会けんぽが公表している「平成 26 年度保健事業費経費」を基に、被保険者数で除して算出した結果、従業員一人あたり平均 2,748 円が支出されていると推計された。また、法定外福利費については厚生労働省が公表している「就業条件総合調査 2015」の法定外福利費医療保険に関する費用のうち、100～299 人規模の平均額を採用した結果、7,344 円と推計された。

以上の結果、従業員一人当たり健康投資額は保健事業費と法定外福利費を合わせて大企業で計 59,063 円、中小企業で計 10,092 円と推計された。これに、経済センサス基礎調査にある大企業従業員数 1,458 万人、中小企業従業員数 3,357 万人をそれぞれ掛け合わせることで、企業投資側からの市場規模推計結果は下表の通り、1 兆 1,977 億円となった。

図表 5-161 企業投資側からの現状市場規模推計結果（2015 年度）

			2015年度
大企業	従業員あたり保健事業費	円	23,999
	従業員あたり法定外福利費	円	35,064
	対象従業者数	人	14,579,309
大企業健康経営投資		億円	8,611
中小企業	従業員あたり保健事業費	円	2,748
	従業員あたり法定外福利費	円	7,344
	対象従業者数	人	33,356,153
中小企業健康経営投資		億円	3,366
総計		億円	11,977

【将来市場規模の推計】

保健事業費・法定外福利費の過去推移、及び企業や保険者の実情を基に将来市場規模を推計した結果、1兆2,893億円と推計された。

具体的な算出方法として、大企業の保健事業費については、2012年から2015年までの平均成長率を基に2020年の額を推計した。一方で法定外福利費に関しては、ストレスチェックの義務化によって一時的に増額したことはあったものの、それ以外の年ではほぼ横ばいで推移していることから今後も横ばいと推計した。

中小企業の保健事業費については協会けんぽからの支出が今後大きく増加する可能性は低いと判断し、横ばいとした。一方で法定外福利費に関しては未だ法定健診分の支出も行えていない企業が多いものの、企業の健康投資意向は増加していることから2020年には最低限、法定健診分の費用は全ての企業が支出を行うのではないかと仮定し、推計を行った。

結果は下表の通りである。

図表 5-162 企業投資側からの将来市場規模推計結果（2015 年度・2020 年度）

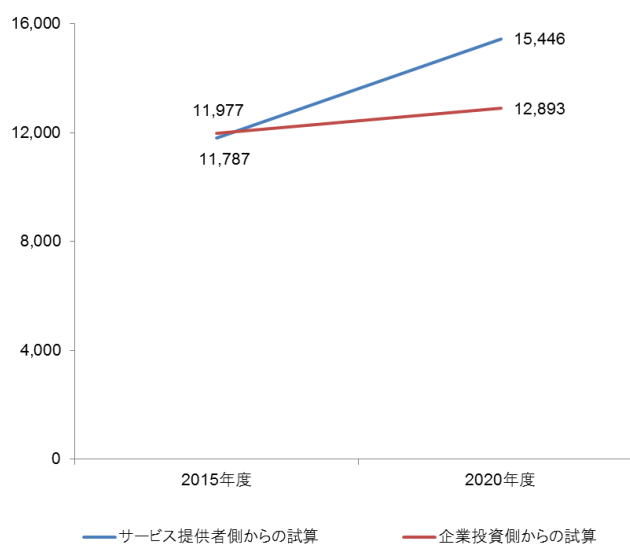
			2015年度	2020年度
大企業	従業員あたり保険者支出	円	23,999	26,496
	従業員あたり事業主支出	円	35,064	35,064
	対象従業者数	人	14,579,309	14,579,309
大企業健康経営投資		億円	8,611	8,975
中小企業	従業員あたり保険者支出	円	2,748	2,748
	従業員あたり事業主支出	円	7,344	9,000
	対象従業者数	人	33,356,153	33,356,153
中小企業健康経営投資		億円	3,366	3,919
総計		億円	11,977	12,893

（３）今後の市場拡大に必要となる事項の把握

１）市場規模推計結果の比較からの示唆

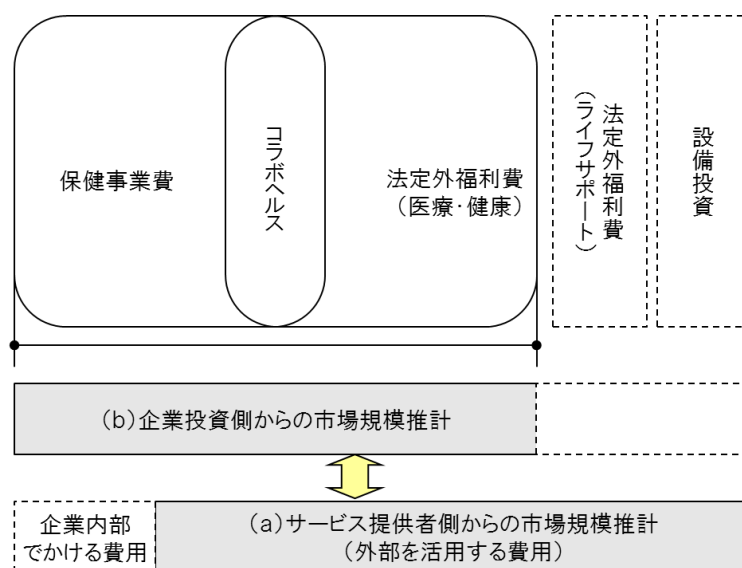
サービス提供者側からの市場規模推計結果、及び企業投資側からの市場規模推計結果を比較した結果は以下のとおりである。

図表 5-163 市場規模推計結果の比較（単位：億円）



特に 2020 年度において市場規模に差額が生じているが、これは下図に示すように両方の観点に含まれている市場範囲に差がある事に起因する。(a)サービス提供者側からの市場規模推計については、企業側の資金源に関係なく外部を活用した際の費用が推計されているのに対して、(b)企業投資側からの市場規模推計に関しては、今回保健事業費と法定外福利費（医療・健康）の値しか推計に合算していない。これは本来であれば法定外福利費（ライフサポート）や設備投資費のうち、健康に関する支出の割合を把握して推計に加える必要があるが、企業自体もその割合を把握できていない（公開もされていない）ことから推計は困難であるとし、今回は対象外とした。

図表 5-164 各推計が含む企業支出の範囲

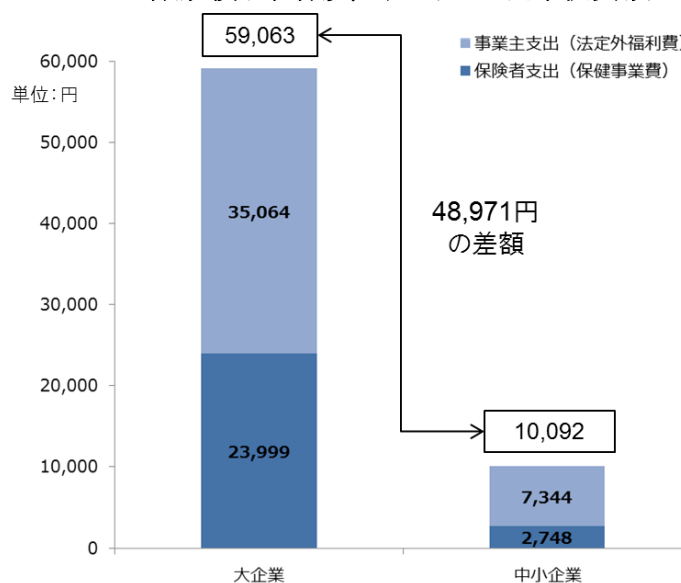


本推計の結果を基にすると、企業投資側の推計範囲にあたる保健事業費及び法定外福利費（医療・健康）は今後も増加するものの伸びは緩やかであり、より健康経営を支えるサービス市場を拡大していくためにはサービス提供者側からの推計に含まれている法定外福利費（ライフサポート）や設備投資費等を健康投資の費用として活用してもらうよう企業に促すことが一つのポイントであると言える。

2) 大企業と中小企業の比較からの示唆

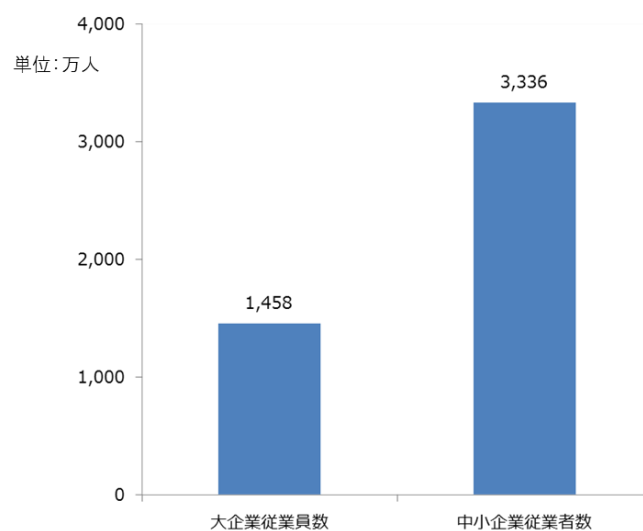
企業投資側からの推計結果によると下図の通り、大企業と中小企業では従業員一人当たり健康投資額の差額が約 5 万円となっている。

図表 5-165 企業規模別従業員一人当たり健康投資額の比較



一方で下図の通り中小企業の方が大企業の約 2.3 倍もの従業員数があることを考えると、いかに中小企業に対して健康経営の考え方を普及させるかが重要である。

図表 5-166 企業規模別従業員数の比較



3) 企業が抱える従業員の健康課題とサービス市場分野の関係性

企業が抱える従業員の健康課題とサービス市場分野の関係を下表に示す。

図表 5-167 企業が抱える従業員の健康課題とサービス市場分野の関係性

※ ●：課題解決に寄与するサービス △：課題解決に寄与する可能性があるサービス

サービス・商品名	健康課題分類と対応サービス・商品								
	予生活習慣病などの疾病の発症	生活習慣病などの疾病の高リスク者の重症化予防	メンタルヘルス不調等のストレス関連疾患の発症予防	メンタルヘルス不調等のストレス関連疾患の早期発見・対応	低化などによる従業員の生産性低下防止・事故発生予防	肩こり、腰痛、睡眠不足、高齢の両立	休職後の職場復帰、就業と治療の両立	労働時間の適正化、ワークライフバランスの確保	その他
①金利優遇／融資									●
②法定健診／各種検診／人間ドック実施	●								
③健診事務代行	●								
④ストレスチェック			●	●					
⑤健康経営アドバイザー									●
⑥健康経営等評価指標策定									●
⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)								●	
⑧健康関連研修サービス	●		●						
⑨福利厚生代行								●	
⑩直営／契約保養所								●	
⑪女性支援								●	
⑫テレワーク								●	
⑬SAS 検診					●				
⑭MCI／認知症スクリーニング					●				
⑮健康経営オフィス					●				
⑯オフィス菓子									●
⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援					●				●
⑱音楽／BGM			△					△	
⑲職場環境改善 IoT					●			●	●
⑳社員食堂運営受託	●								
㉑オフィス惣菜	●								
㉒健康機器	●								
㉓フィットネスクラブ	●								
㉔禁煙プログラム	●								
㉕遺伝子検査サービス	●								
㉖睡眠支援サービス	●				●				
㉗予防接種									●
㉘BCP									●
㉙勤怠管理システム								●	

サービス・商品名	健康課題分類と対応サービス・商品							
	予生活習慣病などの疾病の発症	生活習慣病などの疾病の高リスク者の重症化予防	メンタルヘルス不調等のストレス関連疾患の発症予防	メンタルヘルス不調等のストレス関連疾患の早期発見・対応	肩こり、腰痛、睡眠不足、高齢化などによる従業員の生産性低下防止・事故発生予防	休職後の職場復帰、就業と治療の両立	労働時間の適正化、ワークライフバランスの確保	その他
⑩EAP／メンタルヘルス			●	●		●	●	
⑪医療／健康データ分析	●	●						
⑫特定健診実施	●							
⑬特定保健指導	●							
⑭郵送健診	●	●						
⑮歯科検診	●							
⑯健康イベント／セミナー	●		●					
⑰糖尿病等重症化予防		●						
⑱健康相談	●		●	●				
⑲ポピュレーションアプローチツール	●							
⑳広報活動支援	●		●					
㉑健康ポイント／インセンティブ	●							
㉒産業医関連業務	●	●	●	●	●	●		
㉓健康管理システム	●	●	●	●	●	●		
㉔海外赴任者向け健康管理支援	●		●					
対応サービス・商品の合計	23	5	9(10)	5	8	3	8(9)	8

※対応サービス・商品の合計は●のカウンツ数、()内は△のカウンツ数を含む

企業が抱える従業員の健康課題と既存のサービス・商品の相関をみると、「生活習慣病などの疾病の発症予防」を支援するサービス・商品が全体の 5 割となる一方、「休職後の職場復帰、就業と治療の両立」や「生活習慣病などの疾病の高リスク者の重症化予防」、「メンタルヘルス不調等のストレス関連疾患の早期発見・対応」に対応するサービス・商品は、1 割前後にとどまっている。

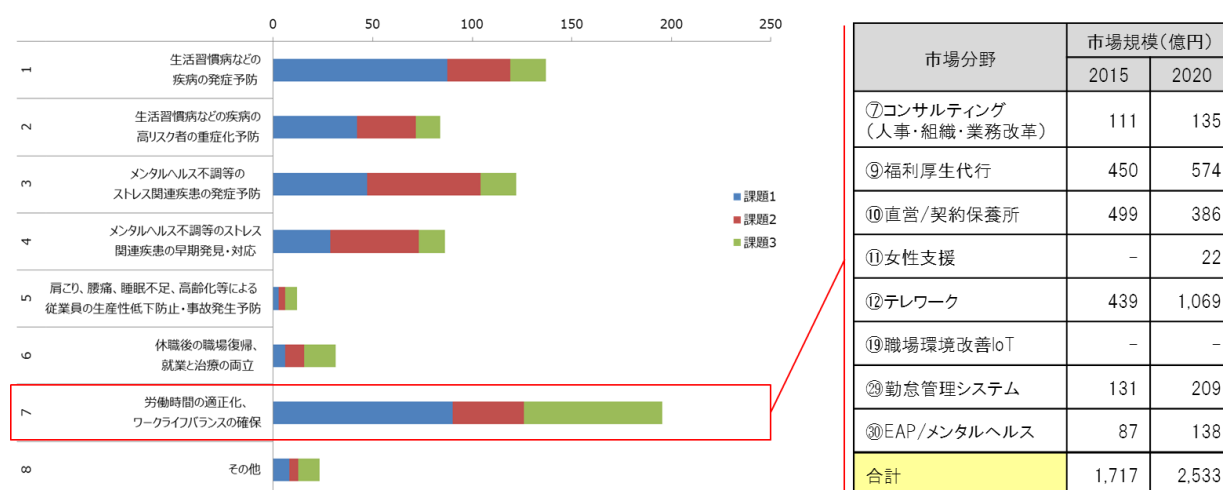
従業員の心の問題や就業に係わる支援、疾病管理など、労働生産性と関連の高い領域は、今後、市場においてサービス・商品のラインナップが拡充された場合、外部委託の可能性が高まることも考えられる。

また、2015 年から 2020 年までの各分野の市場成長率をみると、「禁煙プログラム」(21700%) や不妊治療支援・女性疾患予防などの「女性支援」(2160%) が伸びている。

これらサービスは、従業員の意思（煙草を止めたい、子どもが欲しい等）がある程度明確な市場であり、施策が打ちやすく且つ従業員の満足度や達成感が得られやすいと推測される。その他、高齢労働や事故防止に配慮した「SAS 検診」(1067%)、重症化を予防して医療費抑制に寄与する「糖尿病等重症化予防」(780%)、義務化となった「ストレスチェック」(644%)など、成果の可視化や目的の明確な市場で成長率が高くなる傾向がみられた。

今後の成長可能性について、健康経営度調査で収集した各企業の課題について見てみると、下図の通り、多くの企業では「労働時間の適正化・ワークライフバランスの確保」を課題としている。そのため、本分野を対象とするサービス市場については今後の成長可能性が他分野以上に期待できる。

図表 5-168 企業の従業員の健康保持・増進における課題及びその解決に寄与する市場分野



4) 市場分野別の成長阻害要因

上記「労働時間の適正化・ワークライフバランスの確保」の解決に寄与する市場分野に限らず、企業の各市場分野の利用を促進するにあたって導入を阻害すると想定される要因・課題の考察を下表に示す。

図表 5-169 市場分野別の成長阻害要因・課題

サービス・商品名	市場成長を阻害すると想定される要因・課題
①金利優遇／融資	- 金利優遇等の資格や格付を取得するための情報開示 - 健康への投資の浸透
②法定健診／各種検診／人間ドック実施	- 労働力人口の減少に伴う健診受診者の減少 - 健保組合等保険者の財政難を背景にした人間ドック受診率の減少
③健診事務代行	外部委託のメリットや費用対効果の訴求
④ストレスチェック	- 厳格な個人情報管理 - 制度義務化による参入事業者の急増に伴う低価格化 - チェック後の施策やソリューションの充実

サービス・商品名	市場成長を阻害すると想定される要因・課題
⑤健康経営アドバイザー	・人材育成に掛かる時間とコスト
⑥健康経営等評価指標策定	・個々の企業の実情に応じたコンサルティングノウハウ ・コンサルティング後の効果的な介入施策やソリューション展開
⑦コンサルティング(人事・組織・業務改革)	・経営層や人事労務等担当部門の意欲・意識 ・組織診断やアセスメントの実施目的の明確化
⑧健康関連研修サービス	・特筆すべき課題はみられない
⑨福利厚生代行	・従来の大手企業（既存顧客）から中小企業へのスケールメリットの拡大
⑩直営／契約保養所	・特筆すべき課題はみられない
⑪女性支援	・サービス・商品ラインナップの拡充
⑫テレワーク	・日本の企業文化との融合 ・利便性とセキュリティの相反 ・導入におけるコスト、運用ルール整備
⑬SAS 検診	・検査受検者の詐称や検査精度 ・検査の予算捻出
⑭MCI／認知症スクリーニング	・MCI／認知症の早期発見の意義や必要性の啓発
⑮オフィス家具／内装	・顧客企業の窓口が総務部門であり人事部門ではない ・導入成果の可視化 ・簡便な商材の開発やラインナップの拡充
⑯オフィス菓子	・費用の未回収対応
⑰マッサージ／リフレッシュルーム運営支援	・スタッフの増強が急務となっているため、優秀な人材の発掘・確保が重要課題
⑱音楽／BGM	・知名度の向上 ・エビデンスの確立
⑲職場環境改善 IoT	・費用対効果の訴求 ・業種によっては予算捻出
⑳社員食堂運営受託	・調理師や栄養士などの人材不足
㉑オフィス惣菜	・スケーラビリティの担保 ・単価や利幅が限られたなかでのコスト効率化・最適化
㉒健康機器	・費用対効果の訴求 ・参加率向上のための仕掛けづくり ・健康機器の利用率
㉓フィットネスクラブ	・法人会員の確保
㉔禁煙プログラム	・プログラムの参加率 ・医療機関における治療の非利便性 ・治療の場合の医療機関ネットワーク構築
㉕遺伝子検査サービス	・検査精度の担保 ・医療を含めた検査後のフォロー体制整備
㉖睡眠支援サービス	・特筆すべき課題はみられない
㉗予防接種	・特筆すべき課題はみられない
㉘BCP	・特筆すべき課題はみられない
㉙勤怠管理システム	・特筆すべき課題はみられない
㉚EAP／メンタルヘルス	・カウンセリング利用率の向上 ・費用対効果の訴求
㉛医療／健康データ分析	・分析のエビデンスや精度の担保 ・分析に基づく指標や効果測定の基準化
㉜特定健診実施	・被扶養者の受診率向上
㉝特定保健指導	・対象者の参加率向上 ・対象者の改善率向上 ・毎年対象となる人への対応

サービス・商品名	市場成長を阻害すると想定される要因・課題
③④郵送健診	・スケールメリットを活かした販売促進 ・郵送での検体不良 6～7%
③⑤歯科検診	・歯科医師のインセンティブの担保 ・健保組合等の加入者と歯科医院との相互理解・信頼関係促進
③⑥健康イベント／セミナー	・費用対効果の訴求 ・参加率向上のための仕掛けづくり
③⑦糖尿病等重症化予防	・人材の確保 ・人材育成に掛かる時間とコスト
③⑧健康相談	・利用率の向上
③⑨ポピュレーションアプローチツール	・施策の予算捻出 ・利用率の向上 ・継続利用を促す情報提供やコンテンツの拡充
④⑩広報活動支援	・企業の従業員や健保組合等の加入者へ
④⑪健康ポイント／インセンティブ	・施策の意義の訴求 ・特定の層のみに施策を実施する際の予算の妥当性 ・交換商品と施策や施策意義との相関
④⑫産業医関連業務	・労働安全衛生法の適切な履行 ・産業医の質の担保
④⑬健康管理システム	・問診や法定健診項目の数値等基準統一化 ・介入施策や成果指標との連携・データ一元化 ・費用対効果の訴求
④⑭海外赴任者向け健康管理支援	・特筆すべき課題はみられない

市場成長を阻害すると考えられる要因・課題を考察すると、リスクマネジメントの視点では、従業員の健康管理の基本となる労働安全衛生法の適切な履行のさらなる推進が求められる。また、健康経営への取組みを支援するにあたって、経営層の健康への投資意欲や意識改革を促し、企業毎の実情に即したコンサルティングを行う人材の育成やノウハウの蓄積、介入支援のための専門職の確保や育成など、当該市場において人材に係る課題が占める割合は大きいと考えられる。

サービス・商品の提供では、サービス・商品の利用率や費用対効果の可視化などプロセスやアウトカムが十分に提示できているとは言えない点も課題のひとつに上げられる。

企業の健康経営を支える健康経営関連市場においては、明確な目的や成果指標の可視化、従業員が意欲をもって取組めるプログラムなど、納得感のある分かり易い施策が求められる傾向にある。これら要素を取り込んだ、既存サービス・商品の付加価値向上が、更なる市場拡大に寄与することが期待される。

5.4.4. 今後の事業展開

本事業では、健康経営を支えるサービスの市場実態を明らかにし、市場規模を試算、更に今後の市場動向と市場拡大に向けた示唆を提示した。

ただし、今回は既存の調査結果を基に推計を行っていることから企業投資側の観点では保健事業費及び法定外福利費（医療・健康）の合計値に関連する健康投資額と仮置きし、サー

ビス提供者側の観点との比較を行ったが、両者には含まれる企業投資の範囲にずれが生じてしまっている。本来であれば企業側がどのサービスにどの程度の投資を行っているかを直接把握した方が上記のずれも解消され、より精度の高い試算を行うことが可能となる。

また、本事業で把握した今後の動向はあくまでも将来予測であり、環境の変化によってその動向は大きく変化する。この点を踏まえると、本事業は1回のみで終わらせるものではなく、定期的に行う必要があるものであると言える。

以上を踏まえ、今後、本事業を継続・展開していくにあたっては定期的到大企業、中小企業ごとにアンケートを実施し、どの市場分野にどれだけの額を投資しているのか、及びその時点での企業が抱える従業員の健康課題及び健康経営を進める上での課題について把握すべきである。これによってその時点での健康経営を支えるサービスの市場規模が凡そながら把握できるのみでなく、各市場分野がライフサイクル（導入期～成長期～成熟期～衰退期）のどこに位置しているのか、どうすればさらに市場が成長するのかを把握することが可能となる。

6. まとめ

本事業は昨年度から経済産業省において実施された健康寿命延伸産業創出推進事業の3年目であり、今年度は健康経営に特化し、①大企業向け健康経営・健康投資の普及促進、②中小企業向けの健康経営・健康投資の普及促進、上記①・②を加速させる取組みとしての③健康経営・健康投資環境の整備を3つの柱として、国民の健康寿命延伸とヘルスケア産業の需要拡大を目指す取組みを実施した。

大企業向け健康経営・健康投資の普及促進においては、3年目となる健康経営度調査及び健康経営銘柄選定の取組みを実施し、過去3年間で最も多いアンケート回答数726社（非上場118社を含む、上場企業回答率16.7%）となった。

大企業においては新聞・メディア等にて報道された過労死問題等もあり、労務管理の重要性が認識されつつあるが、健康経営は労務管理も当然ながら、従業員が健康で生き生きと働くことで組織の生産性を高めるというプラス側面の強い経営手法であるため、現状上向きの認知度をさらに高めつつ、健康経営の正しい認知獲得につなげていくことが必要である。

健康経営の経営への効果検証においては、上記プラス側面を支持・歓迎する結果がリクルート市場において得られている。就活生を対象としたアンケートでは働く環境において期待することとして「職場の人間関係」・「仕事のやりがい」・「心身の健康」の3項目がそれぞれ5割を超える回答を得ており、健康経営という経営手法そのものを就活生自らが望んでいることがわかる。

また、健診・レセプトデータと健康経営度調査結果等を突合させた健康経営のアウトカム効果検証においては、健康経営に取り組む企業群の医療費が、取り組みができていない企業群に対し優位に下回る結果となり、大企業を中心とした継続的な健康経営の取組みの効果が見える化される結果も得られた。

過年度から3年間にわたる大企業向けの健康経営普及促進に向けた取組みの成果が、徐々にではあるが企業側にも効果として実感できる形になりつつあり、次年度以降も健康経営は一過性のムーブメントではなく、大企業において確実に浸透していくであろう。

中小企業向けの健康経営・健康投資の普及促進においては、今年度開始された健康経営優良法人認定制度の認知向上を目的とした「健康経営実践促進セミナー」を、全国8ヵ所（札幌・仙台・東京・名古屋・大阪・広島・高松・福岡）で開催した。各会場ともに多数の参加者が集まり全会場合計で1507名となった。特に参加率（参加申込み者のうち実際の参加者割合）が8割以上となる等、単なる興味本位ではなく多くの参加者が真剣に健康経営に関心を持ち、健康経営優良法人の認定取得意欲が高いことがわかる結果となった。

中小企業の健康経営普及促進を促す健康経営アドバイザーについては、今年度健康経営アドバイザー上級テキスト・研修プログラムを開発した。昨年度開発した初級研修プログラムの修了者は、健康経営の認知向上・普及を行う者としての位置づけであったが、上級研修プログラムは、対象者属性を中小企業診断士・社会保険労務士・保健師・労働衛生コンサルタント等に絞り、健康経営を具体的に企業に導入するための指南役として位置づけた。

次年度以降、健康経営の実践企業が中小企業においても数多く出てくることは、「健康経営実践促進セミナー」の参加者数や参加率からも期待されるところであり、健康経営アドバイザー（上級）認定者の活躍の場が生まれることが間違いないであろう。

中小企業に対する認知度向上・実践企業拡大と、具体的な実践ツールとしての健康経営アドバイザー（上級）制度等のソリューションのマッチングにより、今後中小企業においても健康経営実践企業は拡大していくものと考えられる。

健康経営・健康投資環境の整備においては、①健康に資するオフィス環境の整備、②SIBの導入に向けた環境整備、③健康経営・健康投資の取組と連動した民間保険制度の設計に係る調査、④健康経営を支えるサービスの市場調査を実施した。

昨年度事業において、健康行動が健康の保持・増進の効果を促し、さらに健康の保持・増進がプレゼンティーイズム・アブセンティーイズムの低減につながることを確認されており、今年度事業においては、健康に配慮したオフィス環境が健康行動を誘発するのか、また健康行動が知識創造行動や仕事満足度・貢献意欲につながるのか検証を行った。検証の結果、健康に配慮したオフィス環境は健康行動を誘発し、さらに知識創造行動や仕事満足度・貢献意欲につながる因果関係が統計的に示され、さらに営業利益水準の向上にもつながることが示された。オフィスは従業員が日々多くの時間を過ごす場所であり、入社から退社までの数十年の期間をそこで過ごす事を踏まえると、そこでの過ごし方は従業員の健康面に多大な影響を及ぼすと考えられ、オフィス環境が企業の健康経営の実現に貢献できることが確認された。

今年度成果を踏まえ、次年度以降、日経ニューオフィス賞などと連携し健康経営オフィスの概念普及・認知度向上に取り組むことも期待される。

昨年度事業において、介護予防分野における SIB 導入実証が行われ、SIB により行政の公的介護費負担を低減できる可能性が示された。本事業においては、神戸市・八王子市への SIB 本格導入（予算化・執行）を視野に、自治体への導入課題・契約のあり方をまとめている。現在予算要求中であるが、2017 年度に神戸市・八王子ともに日本初の SIB 導入となることで、それを雛形として今後他自治体等に広く拡大していくことが期待される。

健康経営・健康投資の取組と連動した民間保険制度の設計に係る調査においては、健康経営の取組みインセンティブとなる保険商品の海外事例含めた調査と各国制度等を踏まえ、日本国内において健康経営を促すことが可能な保険商品案として、企業向けには健康割引型団体保険等の提案を行った。

健康割引型団体保険では、企業従業員等が加入する保険者からデータ提供を受けた上で保険料率の算定を行うため、保険者にとっては保健事業の効果の見える化にもつながる可能性がある。健康年齢少額短期保険株式会社の「健康年齢連動型医療保険」や、住友生命保険相互会社における Japan Vitality Project 導入への取組み等、規制の厳しい国内においても健康と連動した保険商品が開発・発売されており、これを健康経営導入のインセンティブとして企業向け商品として機能させるには、例えば保険者の有する健診・レセプトデータの民間

ビジネスへの活用についての取り決めが必要であり、また Japan Vitality Project のような健康増進サービスと保険が連動した商品については、保険業法に抵触するか等について金融庁と協議を重ねていく必要がある。

保険商品は個人または企業従業員等にとって健康へのインセンティブとなりやすい仕組みであるため、導入に向けた課題点等を着実に解決していく必要がある。

健康経営を支えるサービスの市場調査においては、現状把握・想定される BtoB 向け健康増進サービスや産業保健サービス等における各種統計や事業者ヒアリング等より、健康経営優良法人認定要件の各項目に対応する形で健康経営市場規模推計を行った。

健康経営普及促進セミナーのアンケート結果からもわかるように、企業側は健康経営の具体的な事例を知りたいと考えており、本市場調査において列挙した健康経営優良法人認定要件の各項目ごとのサービス事業者例等は、企業が健康経営を進めるうえで課題となる項目を解決するソリューション提供者としての価値もあるものと考えられる。

健康経営の供給側であるサービス事業者を健康経営各要件ごとに整理したことで、本成果が需要側の企業とのマッチングを生み出し、さらなる健康経営市場の拡大につながることを期待される。

本事業においては、健康経営普及促進に向けた様々な普及推進活動や支援体制整備、健康経営市場に関わる調査を行った。市場調査において見られたように、健康経営に係る市場は多様であり、本事業において実施した様々な健康経営普及促進策が健康経営実践企業の拡大に繋がることで、健康経営市場形成・拡大に結びつくことが期待される。

健康経営を契機に、ヘルスケア産業の創出・拡大と国民の健康寿命の延伸、医療費の適正化といった所謂一石三鳥が実現することに期待したい。

付録 1. 健康経営の推進における保険者機能のガバナンス強化等に関する調査

目次

1.	事業の背景と目的	2
1.1.	事業の背景.....	2
1.2.	事業の目的.....	2
2.	実施内容.....	3
2.1.	実施内容	3
2.2.	実施スケジュール	5
2.3.	実施体制	6
3.	事業の成果・分析結果・課題.....	7
3.1.	保険者機能に関する現状と課題の整理	7
3.1.1.	保険者機能の現状	7
3.1.2.	保険者機能の発揮に係る課題.....	16
3.1.3.	課題解決に向けて	20
3.2.	事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理	21
3.2.1.	保険者の活動状況への評価	23
3.2.2.	保険者とのコミュニケーションの状況.....	31
3.2.3.	事業主からみた保険者への期待や課題.....	33
3.2.4.	経営者の保険者への関心や協力体制	38
3.2.5.	健保組合に対するモニタリングや評価、アクションの実施状況に係る要因	40
3.3.	事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討.....	48
3.3.1.	保険者に対する評価指標の意義	48
3.3.2.	保険者に対する評価指標の位置づけ	49
3.3.3.	保険者に対する評価指標の全体像.....	50
3.3.4.	標準保険給付費の試算の考え方	54
	【参考】海外におけるガバナンス構造並びにリスク構造調整.....	69
3.4.	JMDC データによる標準保険給付費の算出の試行	75
3.4.1.	今回使用したデータ（JMDC データ）について.....	75
3.4.2.	標準保険給付費の算出方法	76
3.4.3.	保険給付費実績と標準保険給付費の比較	81
3.4.4.	試行的分析で得られた示唆	86
4.	まとめ	87
	【参考1】アンケート調査票.....	89

1. 事業の背景と目的

1.1. 事業の背景

少子高齢化の進展により、日本の保険給付費は今後ますます増大することが見込まれており、このことは、健康保険料の増大による企業負担や国民の可処分所得の圧縮、国庫支出の増大を招くなど、日本経済に重大な影響を及ぼすと考えられる。このため、健保組合や協会けんぽ、国民健康保険等の医療保険の保険者（以下「保険者」という。）には、保険者機能を発揮し、保険給付費を適正化することが期待される。」

保健事業については、レセプト・健診データの電子的標準化を受け、データの分析に基づき被保険者の健康増進を促す「データヘルス」に取り組むことが可能となっており、今後、先進的なデータヘルス事業について、その事業構成や実施体制、検証作業までのPDCAサイクルが体系的に整理、パッケージ化され、全国横点展開が推進される予定となっている。モデル事業に関してデータヘルス事例集を公表するなど、政府としてもデータヘルスや特定健診の実施に対して、様々なインセンティブ措置や環境整備を行っているところである。

さらに、従業員の健康状態の維持・改善を図る「健康経営」が企業の生産性に影響することが明らかになってきており、政府としても「健康経営銘柄」「健康経営優良法人認定制度」等の施策を推進していることもあり、企業側の取組みにも進展がみられる。健康経営の中でも、事業主と被用者保険者（健保組合等）がコミュニケーションを図り、連携を取って従業員の健康改善にあたる「コラボヘルス」も一部先進企業では取り組み始められている。

しかしながら、保険給付の適正化の取組みを評価しうる指標や仕組みが存在しないため、事業主や被保険者は被用者保険者による保険者機能の発揮状況を評価できていないとの指摘もある。健康経営・コラボヘルスの取組みをより一層進めるためには、保険者がどのように保険者機能を果たし、どの程度保険給付の適正化に寄与しているかに関するわかりやすい指標が事業主や被保険者に提供され、事業主や被保険者の被用者保険者に対する関心・関与を高める仕組みなどが必要と考えられる。

1.2. 事業の目的

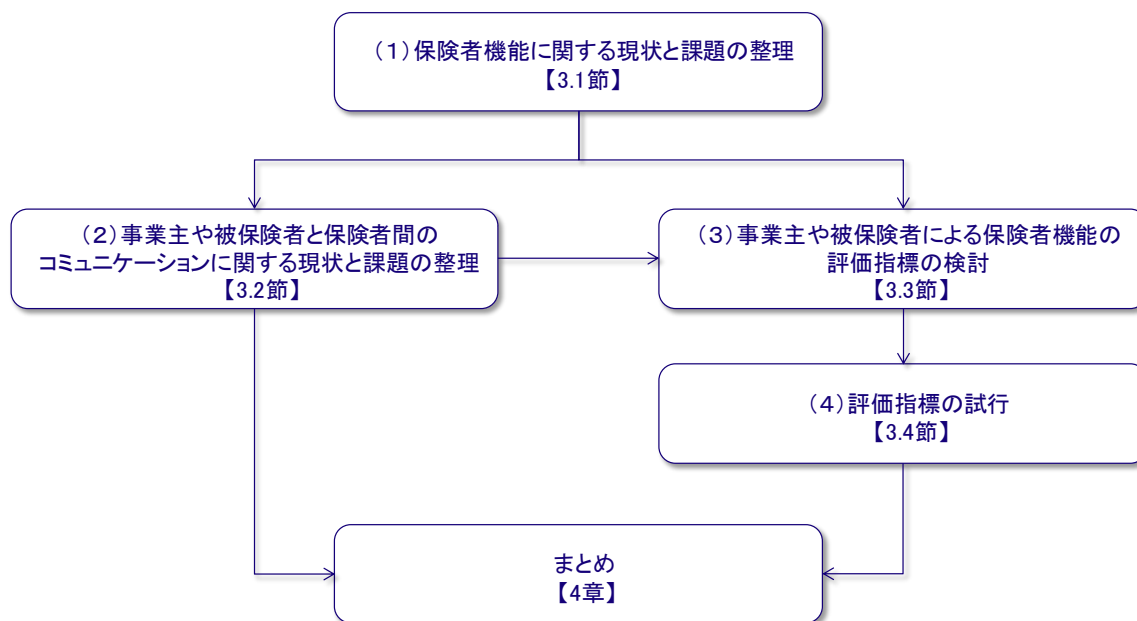
保険者機能に関する現状と課題を踏まえ、事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションの実態を把握したうえで、さらなる保険者機能の発揮に向けて、事業主及び被保険者の被用者保険者（健保組合等）に対する関心/関与を高めるために必要な仕組み等について、検討・整理を行う。

2. 実施内容

2.1. 実施内容

上述の目的を達成すべく、本調査では、図表 2-1 の調査・検討を行った。

図表 2-1 実施内容と報告書の構成



(1) 保険者機能に関する現状と課題の整理

文献調査や有識者へのヒアリングにより、保険者機能に関する基本的機能や現状をまとめたうえで、被用者保険を中心に、保険者が保険者機能をさらに発揮していくための課題を整理した。

<調査方法>

- ・ 保険者機能に関する文献調査
- ・ 有識者へのヒアリング調査
- ・ 保険者機能に関する現状と課題の整理

(2) 事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理

上記(1)で整理した課題をうけて、事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題を実態ベースで把握すべく、事業主に対するアンケート調査を実施したうえで、事業主や保険者へのヒアリング並びに有識者の意見も踏まえて、その結果を整理した。

<調査・検討方法>

- ・事業主や被用者保険者等へのヒアリング調査
- ・被用者保険者に対するアンケート調査
- ・有識者へのヒアリング調査
- ・事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理

(3) 事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討

上記(1)の課題整理で抽出された対応策のうち、「保険者機能の評価指標」やその構成要素の1つである「標準保険給付」指標について、事業主や保険者へのヒアリング並びに有識者の意見も踏まえてその結果を整理した。なお、標準保険給付費に関しては、参考となる海外事例（ドイツやオランダで実施されているリスク構造調整）について文献調査を行った。

<調査・検討方法>

- ・リスク構造調整に関する文献調査
- ・事業主や被用者保険者等へのヒアリング調査
- ・有識者へのヒアリング調査
- ・事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討

(4) 評価指標の試行

上記(3)における検討を踏まえ、有識者の意見も伺いながら、被用者保険のレセプトデータを用いて、標準保険給付に関する試行的分析を行い、その分析結果を整理した。

<調査・検討方法>

- ・評価指標に関するデータ分析モデルの検討
- ・有識者へのヒアリング調査
- ・試行的分析の実施

(5) 調査報告書作成

(1) から (4) における調査・検討結果を整理し、調査報告書を作成した。

2.2. 実施スケジュール

実施内容に関する実施スケジュール（実績）を図表 2-2 に示す。

図表 2-2 実施スケジュール

実施内容	実施時期	実施事項
（１）保険者機能に関する現状と課題の整理	2016 年 12 月中旬 ～2017 年 1 月上旬	● 保険者機能に関する文献調査 ● 有識者へのヒアリング調査（※1） ● 保険者機能に関する現状と課題の整理
（２）事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理	2017 年 1 月上旬 ～2017 年 2 月下旬	● 事業主や被用者保険者等へのヒアリング調査 ● 被用者保険者に対するアンケート調査 ● 有識者へのヒアリング調査（※1） ● 事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理
（３）事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討	2016 年 12 月中旬 ～2017 年 2 月下旬	● リスク構造調整に関する文献調査 ● 有識者へのヒアリング調査（※1） ● 事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討
（４）評価指標の試行	2016 年 1 月中旬 ～2017 年 2 月下旬	● 評価指標に関するデータ分析モデルの検討 ● 有識者へのヒアリング調査（※1） ● 試行的分析の実施
（５）調査報告書の作成	2017 年 2 月中旬 ～2017 年 2 月下旬	● 調査報告書の作成

（※1）2017 年 1 月 6 日、2017 年 2 月 3 日、2017 年 2 月 27 日の 3 回実施。

2.3. 実施体制

本調査の実施体制と役割分担を図表 2-3 に示す。

図表 2-3 実施体制と役割分担

会社名	部署名・氏名	主な役割
みずほ情報総研	経営・IT コンサルティング部 菊地 徳芳	● 全体管理 ● リスク構造調整に関する文献調査 ● 事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討 ● 評価指標に関するデータ分析モデルの検討 ● 試行的分析の実施 ● 有識者へのヒアリング調査
	社会政策コンサルティング部 片岡 千鶴	● 保険者機能に関する文献調査 ● 保険者機能に関する現状と課題の整理 ● リスク構造調整に関する文献調査
	社会政策コンサルティング部 日諸 恵利	● 事業主や被用者保険者等へのヒアリング調査 ● 事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理 ● 有識者へのヒアリング調査 ● 報告書とりまとめ
	社会政策コンサルティング部 安達 光	● 被用者保険者に対するアンケート調査 ● 事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理 ● 有識者へのヒアリング調査 ● 報告書作成
	経営・IT コンサルティング部 宮地 英治	● 評価指標に関するデータ分析モデルの検討 ● 有識者へのヒアリング調査

3. 事業の成果・分析結果・課題

3.1. 保険者機能に関する現状と課題の整理

日本の疾病構造の中心は感染症から生活習慣病へ変化しており、その患者数は加齢に伴って拡大することから、団塊世代が全て後期高齢者となる 2025 年には、医療費の急増が見込まれる。このままでは、国民の将来への不安感の増大、企業・国民の負担増をもたらし、日本の未来・発展に対する最大の課題になりかねない。また、少子高齢化による人口減少社会を迎える中で、経済社会の活力を維持していくためには、国民が年齢にかかわらず働くことができ、社会保障制度に支えられる側ではなく、むしろ支え手の役割を担えるようにすることが必要である。

そのためには、健康寿命を延長させるような、予防・健康づくりに軸足を置いた取組が極めて重要であり、国民自らが現役世代から健康に関心を払い、病気の予防や重症化を防ぐことで、国民の QOL 向上、健康長寿社会の実現、健康を損なうことによる人生のリスクや社会的コストをできる限り減らすことが目標とされる。

現在の日本において極めて社会的に重要なこの課題には、国民自身以外にも、医療提供者、保険者、さらには事業主といった関係者が総力を挙げて取り組む必要がある。特に、保険者は、被保険者の代理人として、健康医療分野やデータ分析に関する専門性を発揮することが期待されるところであり、実際、健康保険法等では、資格管理・保険給付といった保険者機能だけにとどまらず、被保険者の健康の保持増進のために必要な事業の実施が求められている。

そこで、まず本節では、保険者機能に関する基本的機能や現状をまとめたうえで、被用者保険を中心に、保険者が保険者機能をさらに発揮していくための課題を整理する。

3.1.1. 保険者機能の現状

国民皆保険制度を有する日本において、国民は、原則として、いずれかの保険者による健康保険に加入している。国民が保険給付の対象になっている医療サービスを受ける際には、医療機関へ一部の自己負担分のみを支払い、残りの支払は保険者が行う。医療機関は、政府が定めた診療報酬に沿った点数を保険者に請求することとなるが、その際に保険者は、医療機関が国民に現物給付として実施した医療サービス内容に関して審査を行っており、支払分の源泉は被保険者である国民から納付された保険料となっている。また、保険者は被保険者に対し、特定健診などの保健事業も実施している。図表 3-1 として保険者の種類と概要を示す。

この制度において、保険を運営する主体である保険者に求められる機能とは、主として図表 3-2 に示した 3 点であり、これら 3 つの保険者機能ごとに、その具体的な内容を整理する。

- ①保険財政の管理・運営 : 保険料の設定・徴収・運用及び保険給付請求に対する審査・支払
- ②良質な医療の確保 : 医療提供者との間での給付に関する調整・交渉・契約
- ③被保険者の健康管理 : 保健事業（特定健診・特定保健指導、健康教育、健康相談、被保険者の自助努力についての支援等）

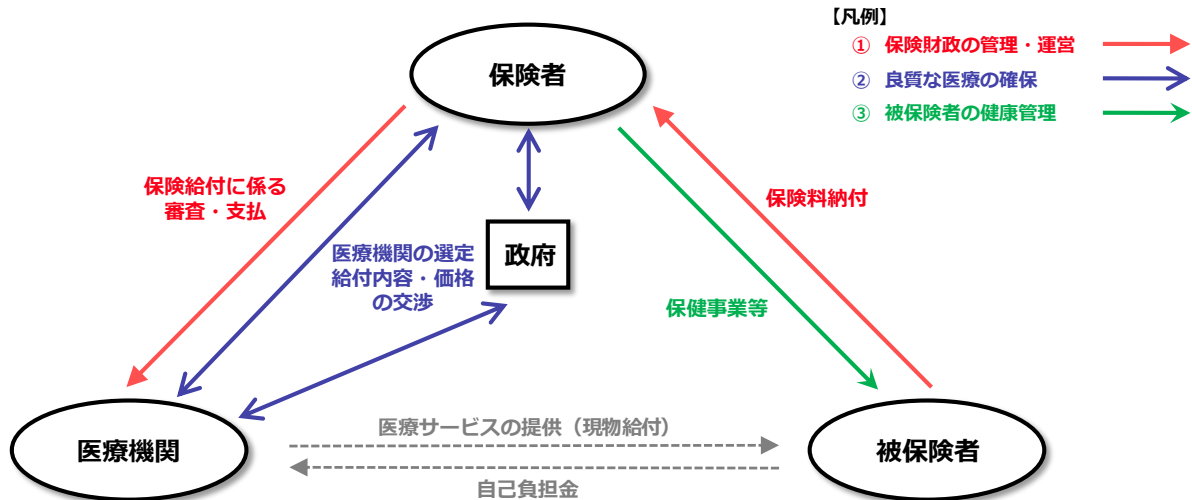
図表 3-1 保険者の種類と概要

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成25年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 3 1	8 5	4 7
加入者数 (平成25年3月末)	3, 4 6 6 万人 (2, 025万世帯)	3, 5 1 0 万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 9 3 5 万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	9 0 0 万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1, 5 1 7 万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	5 0 . 4 歳	3 6 . 4 歳	3 4 . 3 歳	3 3 . 3 歳	8 2 . 0 歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	3 2 . 5 %	5 . 0 %	2 . 6 %	1 . 4 %	2 . 6 % (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	3 1 . 6 万円	1 6 . 1 万円	1 4 . 4 万円	1 4 . 8 万円	9 1 . 9 万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成24年度)	8 3 万円 一世帯当たり 1 4 2 万円	1 3 7 万円 一世帯当たり (※4) 2 4 2 万円	2 0 0 万円 一世帯当たり (※4) 3 7 6 万円	2 3 0 万円 一世帯当たり (※4) 4 6 0 万円	8 0 万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8 . 3 万円 一世帯当たり 1 4 . 2 万円	1 0 . 5 万円 <20.9万円> 被保険者一人当たり 18.4万円 <36.8万円>	1 0 . 6 万円 <23.4万円> 被保険者一人当たり 19.9万円 <43.9万円>	1 2 . 6 万円 <25.3万円> 被保険者一人当たり 25.3万円 <50.6万円>	6 . 7 万円
保険料負担率 (※6)	9 . 9 %	7 . 6 %	5 . 3 %	5 . 5 %	8 . 4 %
公費負担	給付費等の5 0 %	給付費等の1 6 . 4 %	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への 補助 (※8)	なし	給付費等の約5 0 %
公費負担額 (※7) (平成26年度予算ベース)	3 兆 5 , 0 0 6 億円	1 兆 2 , 4 0 5 億円	2 7 4 億円		6 兆 8 , 2 2 9 億円

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。
(※2) 一定の障害の状態にある者の広域連合の認定を受けた者の割合である。
(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実証調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実証調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)
(※4) 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
(※5) 被保険者一人当たりの金額を表す。
(※6) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
(※7) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。
(※8) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。
(※9) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

出所:厚生労働省「我が国の医療保険について」

図表 3-2 日本の公的保険制度における保険者・医療機関・被保険者の関係



出所:各種資料等をもとにみずほ情報総研作成

(1) 保険財政の管理・運営に関して

保険財政の管理・運営に関して、保険者に求められる役割としては、「被保険者の適用（資格管理）」、「保険料の設定・徴収」、「保険給付」、「審査・支払」などとなっており、これらの実施について、保険者の種類ごとに現状を図表 3-3 に整理した。

図表 3-3 保険財政の管理・運営に関する保険者機能の現状（保険者の種類別）

項目	健康保険組合	協会けんぽ	国民健康保険	後期高齢者医療広域連合
被保険者の適用(資格管理) ⇒適正に被保険者の適用・資格管理を行うことが求められる。	- 事業主が健康保険被保険者資格取得届を健康保険組合に提出する義務を負う。 - 健康保険組合が事業主からの報告を受けて、被保険者や被扶養者の加入(適用)や資格管理業務を行う。	被保険者・被扶養者の加入(適用)や資格管理業務を行う権限がなく(健康保険法第5条第2項)、厚生労働大臣から委任を受けた日本年金機構が行う。	国民健康保険世帯主(組合員)が資格取得・喪失に係る届をそれぞれ、市町村、国保組合に提出する義務を負い、被保険者からの申請に基づき、被保険者の適用・資格管理業務を行う。	被保険者が資格取得・喪失に係る届を後期高齢者医療広域連合に提出する義務を負い、被保険者からの申請に基づき、被保険者の適用・資格管理業務を行う。
保険料の設定・徴収 ⇒加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を図ることが求められる。	- 保険料の賦課対象は報酬。 - 一般保険料率は、1000分の30から1000分の130までの範囲内で各保険者が決定(健康保険法第160条第1項及び第13項、H28上限引き上げ)。	- 健康保険組合と同様。 - ただし、一般保険料率について支部単位で決定することとされており、一保険者一料率でない。	- 応能分(所得割、資産割)と応益分(被保険者均等割、世帯別平等割)の組合せて保険料を賦課。 - 応能・応益比率も保険料率・額も市町村ごとに異なる。 ※徴収率が9割以下と低い。 ※保険料率が9.9%と高い。	- 所得割と被保険者均等割の2種類で保険料を賦課。 - 被保険者からの保険料徴収は市町村が担い、徴収した保険料を広域連合に納付。
保険給付 ⇒必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うことが求められる。	(制度共通)療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、高額療養費、高額介護合算療養費 - 傷病手当金、埋葬料、出産育児一時金及び出産手当金 - 付加給付(任意)	- 傷病手当金、埋葬料、出産育児一時金及び出産手当金 - 一部負担還元金の給付(適用事業所単位で厚生労働大臣の承認を受けた場合)	- 出産育児一時金、葬祭費 - 傷病手当金の支給その他の保険給付(任意)	- 葬祭費 - 傷病手当金の支給その他の保険給付(任意)
審査・支払 ⇒レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通して、適正な審査・支払を行うことが求められる。	- 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険連合会)に委託されている場合がほとんど(実際には、被用者保険では支払基金に、国民健康保険では国保連合会に委託)。 - 保険者は審査内容に不服があれば審査支払機関に再審査を申し出ることができる。			

出所:みずほ情報総研(2012)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」より作成

これら役割のなかでも、保険給付に関しては、被保険者に対してかかった医療費を通知する試みや後発医薬品の使用促進等による、医療費適正化に向けた被保険者に対する働きかけなどが取組課題とされている。また、被用者保険（健保組合、協会けんぽ等）における「審査・支払」については、審査支払機関となっている「社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金という）」に関して、厚生労働省における「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」（平成 28 年 4 月～平成 29 年 1 月）にて議論が行われ、現在は規制改革推進会議にて引き続き議論が行われている。

現行法では、審査支払の実施自体を存在意義とする「業務集団」に留まっている支払基金について、今後は、審査業務の効率化・審査基準の統一化を中心とした業務改革によって、組織体制のスリム化を行うことはもとより、ビッグデータと ICT を最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与する「頭脳集団」へと改革することを目指したものとなっている。具体的な支払基金改革の内容は、図表 3-4 のとおり。

図表 3-4 支払基金改革

現行法では、審査支払の実施自体を存在意義とする「業務集団」に留まっているところであるが、 今後は、審査業務の効率化・審査基準の統一化を中心とした業務改革によって組織体制のスリム化を行うことはもとより、 ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」へと改革していく。		
① 審査支払機関における審査業務の効率化・審査基準の統一化 ●審査プロセスの見直し・効率化は、医療機関等や保険者の負担が減少することも意識しつつ、以下の事項等を実施するべき。 ・審査支払機関(支払基金、国保連)におけるコンピュータチェックルールの公開 ・診療報酬点数に係る告示・通知解釈の明確化 ・再審査の申し出や返戻再請求処理の電子化 ●システムについても、これら業務改革を踏まえ、PDCAの回る医療情報分析が可能なスケーラブル(拡張可能)なデータベースを有するものとするべき。	② ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上 ●ライフサイクルの中で加入する保険制度が変わっていくという特性があるが、個人の保健・医療に関するヒストリーをビッグデータとして分析し、医療の質を更に向上できるよう、健康・医療・介護のデータベースを連結しプラットフォーム化していくべき。 ●現行法下においては、支払基金は、医療レセプト等の情報を審査支払のみにしか活用していない実態があるが、今後は、国保連の国保データベース(KDB)システム等の取組も参考にして、保険者ごとに特徴や状況を分析できるようにすることで、各保険者の実情に沿ったデータヘルス等の推進を図っていくべき。	③ 支払基金の組織・体制の在り方 ●システム刷新等の業務効率化を踏まえ、支払基金と厚労省において、支部組織の効率化の在り方について、具体的な業務効率化工程表を策定するべき(支部の設置単位や規模等)。 ●コンピュータチェック基準の原則統一化とともに、審査委員会の審査内容についても、支払基金の本部において専門家がエビデンスに基づいて審査内容の整合性・客観性を担保していくべき。 ●業務効率化でスリム化する組織がビッグデータ活用を理由に今以上に肥大化しないように留意しつつ、データの利活用・分析を担う部門、医療の質の評価に関する研究部門を設置するべき。

出所：第9回データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会
 (平成28年12月26日)資料をもとに作成

(2) 良質な医療の確保に関して

良質な医療の確保について、保険者に求められる役割としては、レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、診療報酬の交渉などにより、良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけることなどが挙げられる。ここでは、良質な医療の確保に関する保険者の関わりについて、これまでの経緯を振り返りつつ、現状を確認していく。

まず、平成18年の医療法の第五次改正において、医療計画の見直しの際に、計画の作成や評価に必要なデータについて、都道府県が情報提供を求めることができる相手先の1つとして、保険者が盛り込まれたことで、医療法の中に保険者が初めて登場した(医療法第30条の5)。その後、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(平成20年3月31日厚生労働省告示第149号)において、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すことを基本理念の1つとする都道府県医療費適正化計画の作成のための議論に、保険者が参加することが定められている。

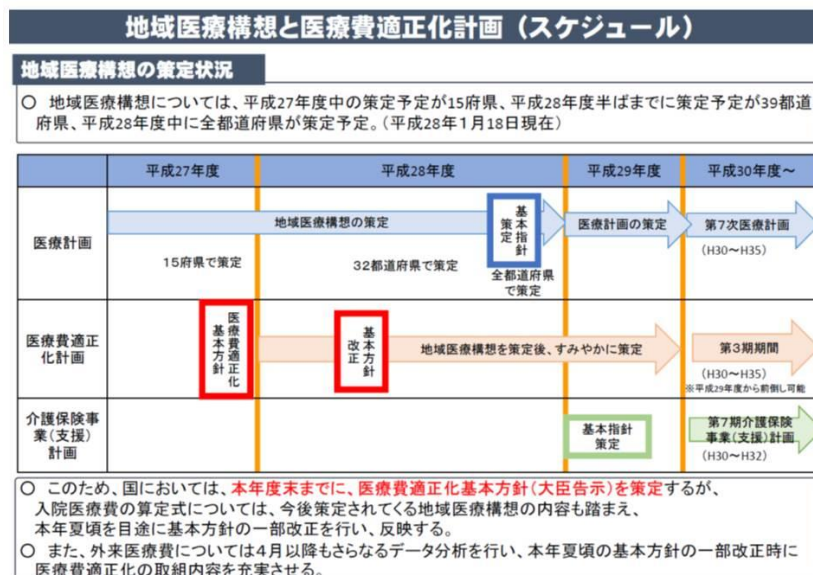
また、医療計画作成指針(医政発0330第28号平成24年3月30日付厚生労働省医政局長通知)では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業(5疾病・5事業)及び在宅医療それぞれについて、医療計画を作成、評価する構成員として、医療関係団体等に加え保険者が例示されている。さらに、「都道府県がん対策推進計画の見直しに係る指針」(健が健発0910第1号平成24年9月10日付厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知)においても、都道府県計画の見直しを行うためのがん対策についての議論に、保険者が参加することが求められている。

また、平成 27 年 4 月からは、各都道府県が「地域医療構想」を策定することとなった。地域医療構想は、構想区域（概ね二次医療圏に相当）ごとに 2025 年の医療需要と病床の必要量を病床の機能別に推計し、それを実現するための施策を検討する内容となっている。

医療計画や医療費適正化計画の策定にあたって、この地域医療構想において示されている施策を反映することとなっている。具体的なスケジュールは、図表 3-5 のとおり。

都道府県が医療計画の策定や変更および地域医療構想の実現に向けた利害関係者間の調整を行うにあたって、意見を聴く対象に、保険者等が都道府県ごとに組織する「保険者協議会」が追加された¹。こうした変化を受け、例えば、協会けんぽ千葉支部では、意見発信のために「地域医療構想に関するアンケート」を加入事業所に対して実施（平成 28 年 9 月）するなどの取組みが始まっている。図表 3-6 としてアンケート結果の一部を示す。

図表 3-5 地域医療構想と医療費適正化計画



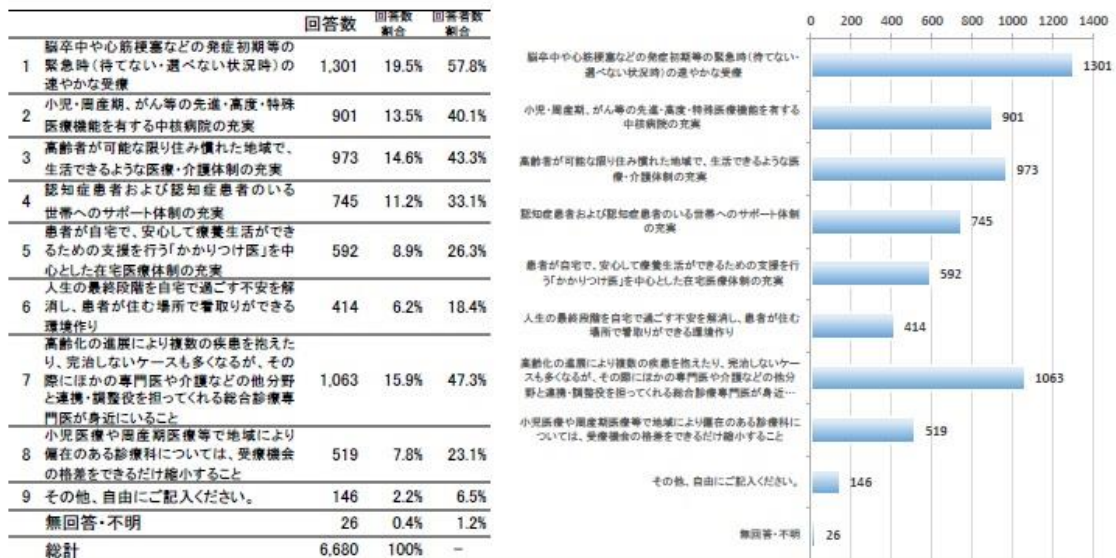
出所：厚生労働省保険局「医療費適正化基本方針案の概要について」（平成 28 年 3 月）

¹ 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）に、医療に関する改正事項として、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の一部改正（地域医療構想の策定に関する規定ほか）が盛り込まれている（同法に関する整備政令（平成 27 年政令第 138 号）、同整備省令平成 27 年厚生労働省令第 57 号）。また、医療法第 30 条の 14 に「都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第 30 条の 16 第 1 項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第 30 条の 23 第 1 項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。」とある。

図表 3-6 保険者による意見発信のための「地域医療構想に関するアンケート」結果

問6. <今後、協会けんぽに意見発信を期待する事項について>

今、国は2025年を見据えて、医療費抑制のために様々な取り組みを進めています。その一環として、各都道府県において「地域医療構想調整会議」が二次医療圏ごとに設置され、昨年度より議論が始まりました。この会議では二次医療圏ごとの医療提供体制について協議がされますが、我々は医療を受ける立場からの意見発信が大事であると考えます。あなたがお住いの地域において、次の項目から優先したいことを3つ選んでください。



住まいの地域において優先してほしいことは「1. 緊急時の受療体制」「7. 専門医等との連携・調整役を担う総合診療医の配置」「3. 高齢者が住み慣れた地域で生活できる医療・介護体制の充実」の順であった。また、在宅医療関係の項目(3、5及び6)は合わせると2,000件弱となり、関心の高さがうかがえる。

問6. <今後、協会けんぽに意見発信を期待する事項について>

<前頁へ続き>



出所: 全国健康保険協会 千葉支部「地域医療構想等に関するアンケート集計結果」

(3) 被保険者の健康管理に関して

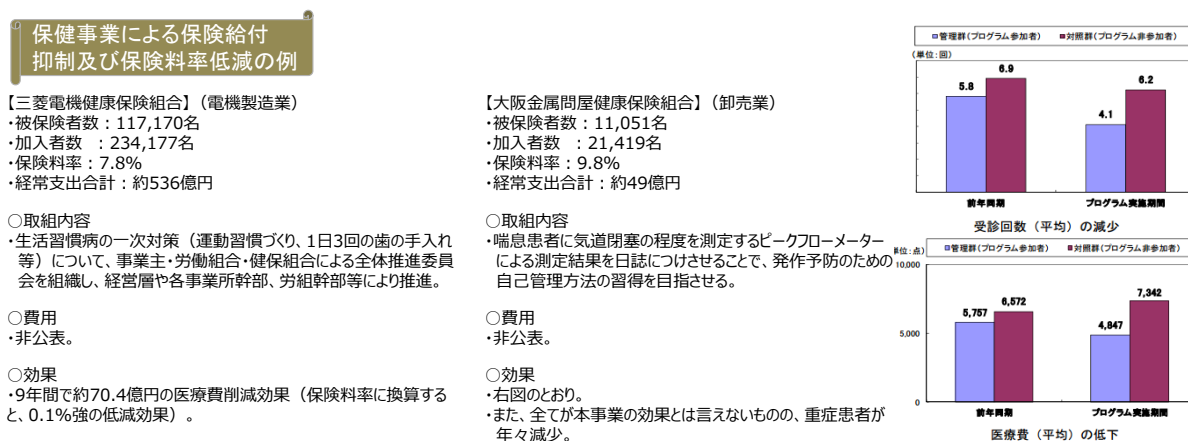
平成 18 年の健康保険法の改正によって、保険者に平成 20 年 4 月より 40～74 歳の保険加入者を対象として、特定健診・特定保健指導を実施することが義務付けられるようになった。また、健康教育、健康相談、健康診査その他被保険者（被扶養者を含む。以下、同じ。）の健康の保持増進のために必要な事業を実施する努力義務を負っている。

被保険者の健康管理に関して保険者に求められる役割は、レセプトデータ・健診データを活用し、被保険者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、被保険者の健康の保持増進を図ることや、被保険者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと、そして医療機関等との連携を密にし、被保険者に適切な医療を提供することなどである。現在は、「データヘルスの推進」「健康経営・コラボヘルス」「健康管理に係る被保険者へのインセンティブ提供」「後期高齢者支援金加算・減算制度の見直し等」といった取組が進められている。

A) データヘルスの推進

レセプト・健診データの電子的標準化を受け、データの分析に基づき被保険者の健康増進を促す「データヘルス」に取り組むことが可能な状況となっている。今後、先進的なデータヘルス事業のパッケージ化・横展開も推進される予定であり、データヘルス事例集も公表されている。一例として、図表 3-7 を示す。ただし、効果測定については、そのほとんどが検査結果の特定数値の改善等の健康状態の改善の確認に留まっており、医療費の削減をベンチマークにした費用対効果や保険料率の低下を定量的に確認しているものは少ない。

図表 3-7 保健事業による保険給付適正化及び保険料率低減の例

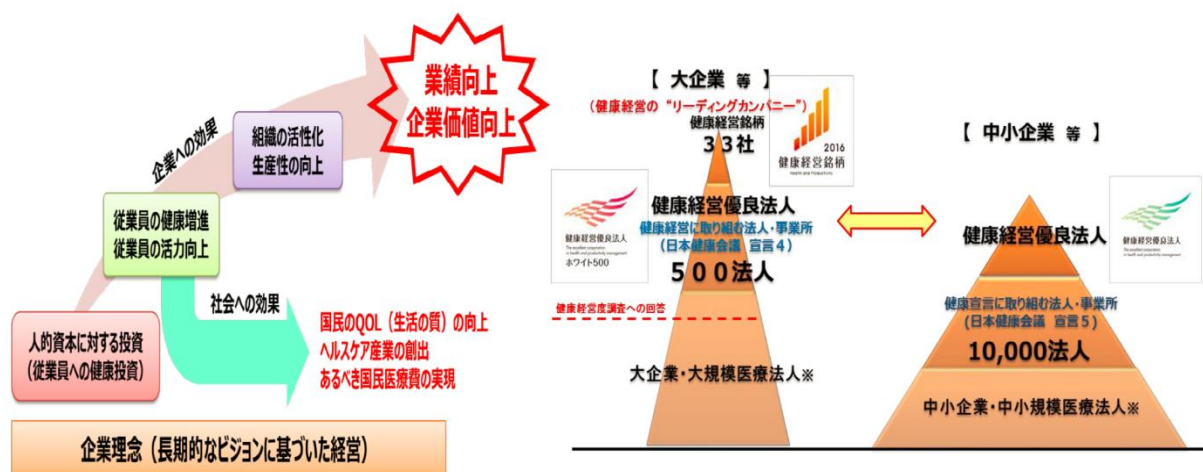


出所：厚生労働省「被用者保険におけるデータ分析に基づく保健事業事例集
（データヘルス事例集）【第一版】」（平成 25 年 9 月）」を基にみずほ情報総研作成

B) 健康経営・コラボヘルス

従業員の健康状態の維持・改善を図る「健康経営」が企業の生産性に影響することが明らかになってきており、政府としても「健康経営銘柄」等の施策を推進していることもあり、企業側の取組みにも進展がみられる状況である。健康経営のイメージを図表3-8として示す。健康経営の中でも、事業主と被用者保険者がコミュニケーションを図り、連携を取って従業員の健康改善にあたる「コラボヘルス」も一部先進企業では取り組み始められている。健康関連コストの試算や健診・レセプトデータを活用した費用対効果の算出など、データ分析による定量的な評価まで踏み込んだ事例はいまだ少ないほか、中小企業における取組みも少ないため、「次世代ヘルスケア産業協議会のアクションプラン 2016」では労働人口の7割を占める中小企業の健康経営促進に力を入れていくとされている（「健康経営優良法人認定制度」等）。

図表 3-8 健康経営のイメージ



出所：産業構造審議会 新産業構造部会（第10回）資料

C) 健康管理に係る被保険者へのインセンティブ提供

一部の医療保険者や企業、市町村等では、被保険者等の健康づくりの取組に対してインセンティブの提供を含め様々な支援が実践されており、被保険者等の個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策を提案することで健康づくりの取組を推進することを目的とした「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン」が厚生労働省から提示されている。同ガイドラインでは、個人へのわかりやすい情報提供や個人にインセンティブを提供する方法、インセンティブ提供に係る評価指標と報奨の在り方等について整理されており、保険者による被保険者へのインセンティブ付与を後押ししている。なお、公的医療保険制度の趣旨から、個人単位ではリスクに応じた保険料（率・額）を変更することは困難であることも指摘されている。

参考として、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン（概要）」より一部を抜粋して図表3-9として示す。

図表 3-9 健康管理に係る被保険者へのインセンティブ提供

2. 個人への分かりやすい情報提供

- インセンティブの取組に併せて、保険者が加入者の**健康情報を分かりやすく提供し、継続的に健康に対する問題意識を喚起**することは重要
- このため、個人の健康への『気づき』につながるよう、**ICT等も活用しながら分かりやすく健診結果等を提供**するとともに、**情報の内容も本人にとっての付加価値を高めるといった工夫が必要**（*その際、個人の健康情報の取扱いに十分に配慮するとともに、関連法規を遵守し、いたずらに本人の不安を煽ったりすることは厳に慎むことが必要）
- ガイドラインでは、本人の『気づき』の段階を踏まえた情報提供の工夫の在り方について例示
 - ☞**第1段階 加入者の視覚**に訴える（*ICTも活用し、単に健診結果（数値）だけでなく、レーダーチャートにする、経年変化のグラフを示すことなど）
 - ☞**第2段階 数値の意味**を伝える（*本人の疾患リスクとの関係の中で、健診結果（数値）の持つ意味や、医療機関の受診の必要性を伝えることなど）
 - ☞**第3段階 ソリューション**を伝える（*健康維持や生活習慣病リスクを避けるための生活習慣改善の個別的なアドバイスを伝えることなど）

3. 個人にインセンティブを提供する方法

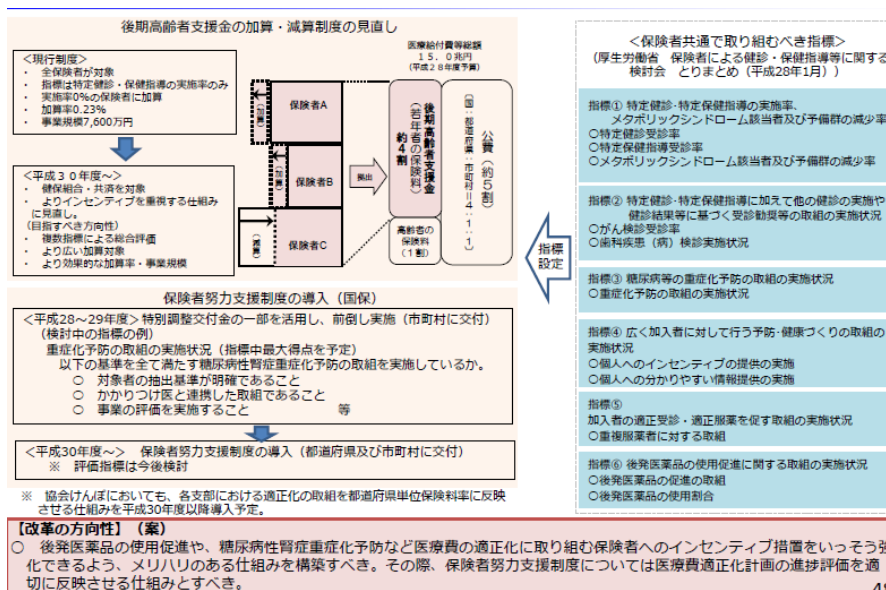
- 保険者等では、**表彰**等により本人の健康づくりの取組を鼓舞する取組の他、個人へのインセンティブの提供として、**ヘルスケアポイント（物品等と交換できるポイント）**といった取組が行われている。*これらの方法は関係法令に照らし問題があるというものではない。
- これらに加えて、**ヘルスプロモーションの一策として、例えば、ヘルスケアポイントを提供するタイミングを事業主の給与支払と同時に行うこと等の工夫を行い、これを保険者が『保険料への支援』として呼称することも考えられる。**
- *保険者等によっては現金を付与する取組が行われている場合もあるが、そのこと自体が目的化しやすいので、慎重に考えることが必要。
- インセンティブの取組を公的医療保険制度の保健事業として行う場合には、公的医療保険制度の趣旨（疾病リスクに応じた保険料の設定はできない）を踏まえると、個人の保険料（率・額）を変更することは困難であるため留意が必要。

出所：「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン（概要）」

D) 後期高齢者支援金加算・減算制度の見直し等

特定健診・保健指導の実施状況が低い健保組合等に対し、後期高齢者支援金を加算し、その加算で得られた金額を原資に、特定健診等の実施状況が高い健保組合等を減算する「後期高齢者支援金の加算・減算制度」の見直しや、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付する制度（保険者努力支援制度）の創設など、保険者による被保険者の健康管理を促すインセンティブ措置が強化される予定である。内容を図表 3-10 として示す。保険者種別によらず共通に取り組みべき指標がとりまとめられているほか、保険者種別ごとの指標や具体的制度設計も検討されている。このことより、保険者による被保険者の健康管理については、前向きに取り組むやすい環境が整備されてきている状況である。

図表 3-10 後期高齢者支援金加算減算制度の見直し等



3.1.2. 保険者機能の発揮に係る課題

これまでに挙げた保険者の現状や求められる役割を踏まえ、保険者が保険者機能を発揮するための課題を整理する。

「①保険財政の管理・運営」「②良質な医療の確保」「③被保険者の健康管理」という保険者機能ごとの個別的な取組課題はあるものの、被用者保険の保険者である健保組合が保険者機能を発揮していくにあたっては、事業主や被保険者から保険者に期待される役割や評価、コミュニケーション・ガバナンスの在り方といったより俯瞰的な観点から、次の 3 つの根本的な課題があると考えられる。

- 健保組合が保険者機能を発揮して医療費の適正化や被保険者の健康時状態の維持・改善に取り組むインセンティブが薄いこと
⇒現在進められている保険者に対するインセンティブ措置（後期高齢者支援金加算・減算制度）の見直しを実効性あるものとする必要がある。
- 事業主や被保険者の健保組合に対する関心・関与が必ずしも高くないため、健保組合に対するガバナンスが十分に働いていないこと
⇒健康経営を引き続き推進するとともに、保険者機能の状況について見える化を図り、その情報をわかりやすい形で事業主や被保険者に提供する必要がある。
- 人員・体制・能力が十分でない健保組合も多いこと
⇒体制が脆弱な健保組合については、外部委託を促進する必要がある。

（１） 保険者に対するインセンティブ措置について

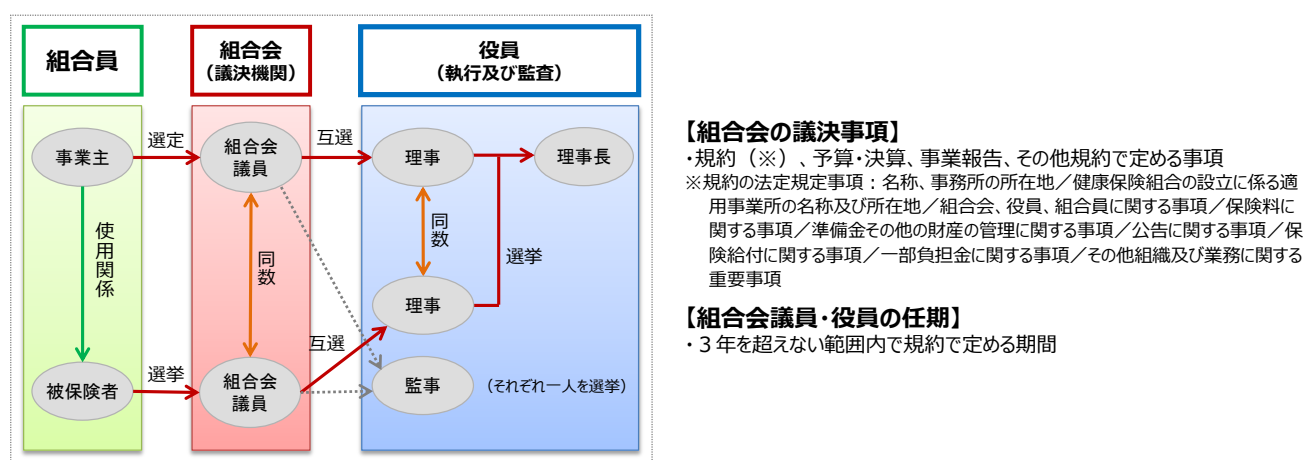
これまでは、健保組合・共済組合のみならず、協会けんぽ、国民健康保険等も後期高齢者支援金加算・減算制度の対象とされてきたところ、今般の「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（医療保険制度改革関連法）により、平成 30 年度より保険者種別それぞれに応じた新たなインセンティブ措置が導入されることとなり、前述のとおり、健保組合・共済組合のみを対象とすることとなる「後期高齢者支援金の加算・減算制度」の見直しや、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付する制度（保険者努力支援制度）の創設など、保険者による被保険者の健康管理を促すインセンティブ措置が強化される予定である。

こうした見直しに際しては、上記のような保険者機能の発揮にとって十分なインセンティブとなるよう、実効性ある措置とすることが求められる。

(2) 保険者に対する事業主・被保険者の関心・関与の誘発

健保組合は公法人という位置づけではあるものの、その重要な意思決定事項（規約（保険料含む）、予算・決算、事業報告等）は、事業主及び被保険者から選ばれた組合会議員で構成される組合会の議決が必要であり、また、組合会議員から選出される役員が業務執行を担うこととなっている。したがって、法形式上は、事業主及び被保険者が健保組合における意思決定に関与することのできるガバナンス構造がとられている。具体的なイメージを図表 3-13 として示す。

図表 3-13 健保組合のガバナンス構造



出所：みずほ情報総研作成

しかしながら、現状では、事業主及び被保険者の健保組合に対する関心・関与が必ずしも高くないことから、健保組合が各種の保険者機能を発揮できる状況又は発揮せざるを得ない状況にいたっていないと考えられる。この点において、近年、従業員の健康は企業の生産性に大きな影響を与えることが明らかになってきており、企業における健康経営の取組や、保険者と事業主との連携・協業であるコラボヘルスが進展している。健保組合が実施する「保健事業」と事業主が実施する「健康管理」とは、対象となる被保険者（事業主にとっては労働者）の疾病予防・健康保持増進を目指すという目標は広義には同一とみなせても、両者の目的や方法、運用の規制などは少しずつ異なっている。図表 3-14 として違いを示す。しかしながら、このような状況においても、先に挙げた健康銘柄に挙げられるような企業をはじめ、保険者とコミュニケーションを取り、コラボヘルスの好事例となる企業も出現してきている。

図表 3-14 「保健事業」と「健康管理」の法令・ガイドラインの比較

図表 5-3 「保健事業」と「健康管理」の法令・ガイドライン上の比較

	健保組合が実施する 「保健事業」	事業主が実施する 「健康管理」
適用法令	健康保険法	労働安全衛生法
実施責任者	健保組合	事業者（企業等）
費用負担者	健保組合	事業者（企業等）
目的	健康の保持増進	職場における労働者の安全と健康の確保
対象者	被保険者・被扶養者	労働者
専門職の選任義務	なし	産業医 ^{*1} 、衛生管理者 ^{*1}
事業等の実施者	医療職ほか	総括安全衛生管理者、産業医、衛生管理者、作業環境測定士ほか
強制実施の内容	特定健診等	作業環境測定、職場巡視、健康診断、衛生委員会ほか
罰則	なし	有 ^{*2}
対象者の参加義務	なし	有 ^{*3}
個人情報の保存義務	特定健診等のみ有	有 ^{*3}
個人情報の守秘義務	有	有 ^{*3}

*1 いずれも常時50人以上を使用する事業場のみ適用され、産業医は大規模事業場を除いて非専属の者でよいが、衛生管理者は事業場に専属の者でなければならない

*2 専門職の選任、作業環境測定、健康診断、衛生委員会等

*3 健康診断および面接指導

出所：厚生労働省「データヘルス計画作成の手引き」第5章

こうした事業主（企業）の取組として健康経営を一層推進していくとともに、今後は車の両輪として、保険者（健保組合）の取組を事業主サイドからも支援・協力していくことも必要である。事業主及び被保険者の健保組合に対する関心・関与が必ずしも高まらない理由を考えると、その1つとして、事業主及び被保険者が組合健保のパフォーマンスを評価する尺度（参考として、株式会社における「ROE8%」のような評価尺度）が存在しないことが挙げられる。各健保組合の保険者機能のパフォーマンス状況や事業主との連携状況について横断的に比較可能とし、その情報を事業主や被保険者にわかりやすい形で提供することで、保険者に対する関心・関与を高めることが必要と考えられる。

（３） 外部委託の促進

保険者へのインセンティブや保険者に対する事業主・被保険者の関心・関与を高めたとしても、健保組合の規模や財政状況、職員の専門性の問題から、保険者機能を発揮するための事業に取り組むことが困難な健保組合も存在すると考えられる。そうした健保組合に対しては、レセプト等の分析や様々な保健事業を実施する民間事業者への外部委託を促すことが有効と考えられる。日本健康会議では、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を 100 社以上にすることを目標に掲げており、このような事業者名は地域毎に公開されているため、その情報を参考にすることも考えられる。

3.1.3. 課題解決に向けて

こうしたなか、保険者が保険者機能を発揮するにあたって、本調査では「事業主や被保険者の健保組合に対する関心・関与が必ずしも高くない」という問題に対して、保険者機能の状況について見える化を図り、わかりやすい形で事業主や被保険者に提供することを検討した。

そのためには、まずは、「事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションの実態」を把握することが必要であることから、3.2 節ではさらに調査・検討を加えることとする。また、保険者機能の状況の見える化に関しては、「保険者機能の評価指標」について具体的に検討を進める必要があり、これについては、3.3 節で検討を行ったうえで、3.4 節では実データを用いた試行的分析を行うこととする。

3.2. 事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題の整理

企業による保険者機能の評価や保険者とのコミュニケーションの実態を把握するとともに、その背景にある要因を明らかにするために、「保険者機能発揮に向けた企業と保険者の連携状況に関するアンケート」を行った。

調査方法は郵送調査で、東洋経済新報社「会社四季報（2017年1集）」掲載企業の民間企業3,693社²を対象に平成29年1月20日から平成29年2月10日の間に実施した。調査客体は企業としており、保険組合の詳細に関する設問は企業から保険組合に問合せるか、調査票を転送するなどして回答する形態とした。なお、調査票配布段階では、上記企業の保険者が、本調査の分析対象とする健保組合であるか、それ以外の被用者保険者（協会けんぽ等）であるかの識別が困難であったため、被用者保険者の種別を問わずに調査票の発送を行っている。

回収数は全体で291件（回収率7.9%）であり、健保組合以外の被用者保険者（協会けんぽ等）の加入企業を除いた場合の実質的な回収数は201件（同5.4%）であった。

調査項目は、下記の表のとおりである。

図表 3-15 保険者機能発揮に向けた企業と保険者の連携状況に関するアンケート調査項目

項番	項目	主な設問
I	企業属性	資本金 従業員数 業種 設立年 健康保険料率（直近5年） 保険者とのカウンターパートとなる部署
II	保険者の属性等	単一型／総合型 加入企業数・被保険者数・加入者数 職員数 設立年 財政状況（黒字／赤字） 理事会・組合会の開催頻度 等
III	保険者の活動状況へのご評価	保険者の役割・取組 保険者の活動状況の評価・モニタリング及びそれに対するアクション 従業員の健康状態維持・改善に関する取組み 等
IV	保険者とのコミュニケーションの状況	コミュニケーションの頻度・方法、共有する情報 等
V	事業主からみた保険者への期待、課題	今後の保険者への期待 保険者の課題

² 「会社四季報」掲載企業のうち、住所の記載がない7企業は調査対象外とした。

		課題解決に向けた方策（外部委託など）	等
VI	事業主側の保険者への関心、協力体制	経営者の健保組合への関心度 経営者への健保組合に関する報告の頻度	等
VII	保険者の役員について	役員数 理事長の属性（加盟会社出身／プロパー） 選定理事・互選理事の人数及び会社・従業員からの推薦人数 理事長及び選定理事の保険者の状況への理解度	等

本節では、アンケート結果をもとに、以下の 5 つの観点から、事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題を整理する。

- 保険者の活動状況への評価
- 保険者とのコミュニケーションの状況
- 事業主からみた保険者への期待や課題
- 経営者の保険者への関心や協力体制
- 健保組合に対するモニタリングや評価、アクションの実施状況に係る要因

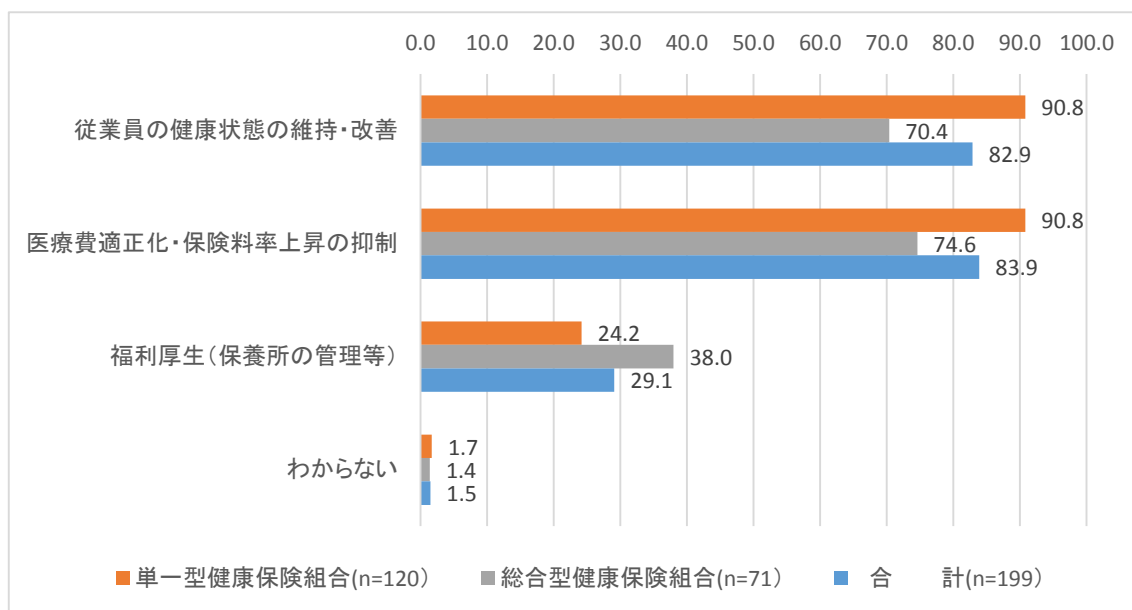
3.2.1. 保険者の活動状況への評価

(1) 事業主の期待と重視している点

事業主が保険者に対して期待する役割を分析すると、事業主は「従業員の健康状態の維持・改善」「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」をほぼ同程度に重要視していた。「福利厚生」については全体の約30%の事業主が重視しているに留まっているが、総合型健保では、単一型健保と比べて福利厚生を期待する割合が高い傾向がある。

図表 3-16 事業主が健保組合に期待する役割

Ⅲ. Q.1 「健保組合に期待する役割として、何を重視していますか」



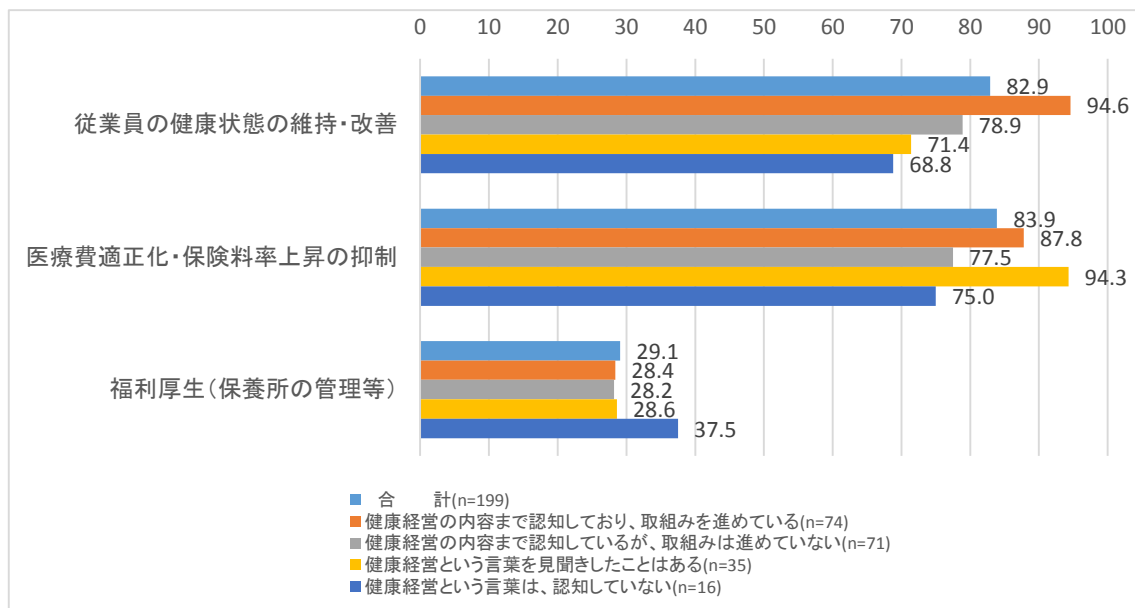
従業員の健康状態の維持・改善を志向する事業主の特徴についてみると、「健康経営」や「働き方改革」への取組状況との関係がみられる。「健康経営」「働き方改革」のいずれの指標においても、理解度が高く、取組みを深化させている事業主のほうが、保険者に「従業員の健康状態の維持・改善」を期待する割合が高い。

なお、「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」「福利厚生」については、同様の傾向はみられなかった。

図表 3-17 健康経営への理解度や取組状況と健保組合に期待する役割

Ⅲ. Q.13「貴社の「健康経営」への理解や取組み状況についてお答えください」×

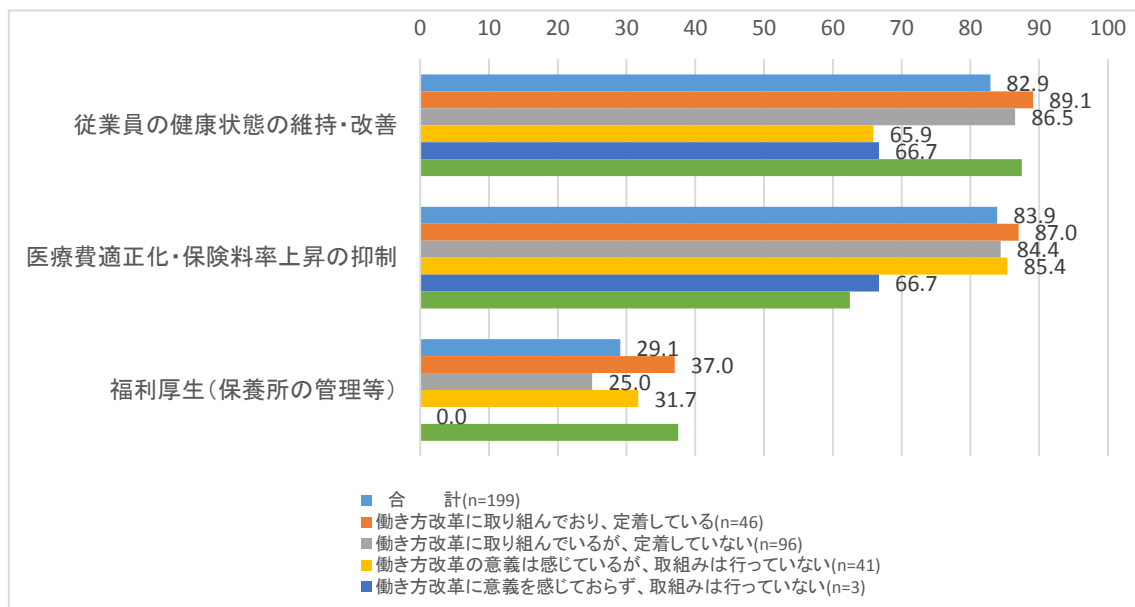
Ⅲ.Q.1 「健保組合に期待する役割として、何を重視していますか」



図表 3-18 働き方改革への理解度や取組状況と健保組合に期待する役割

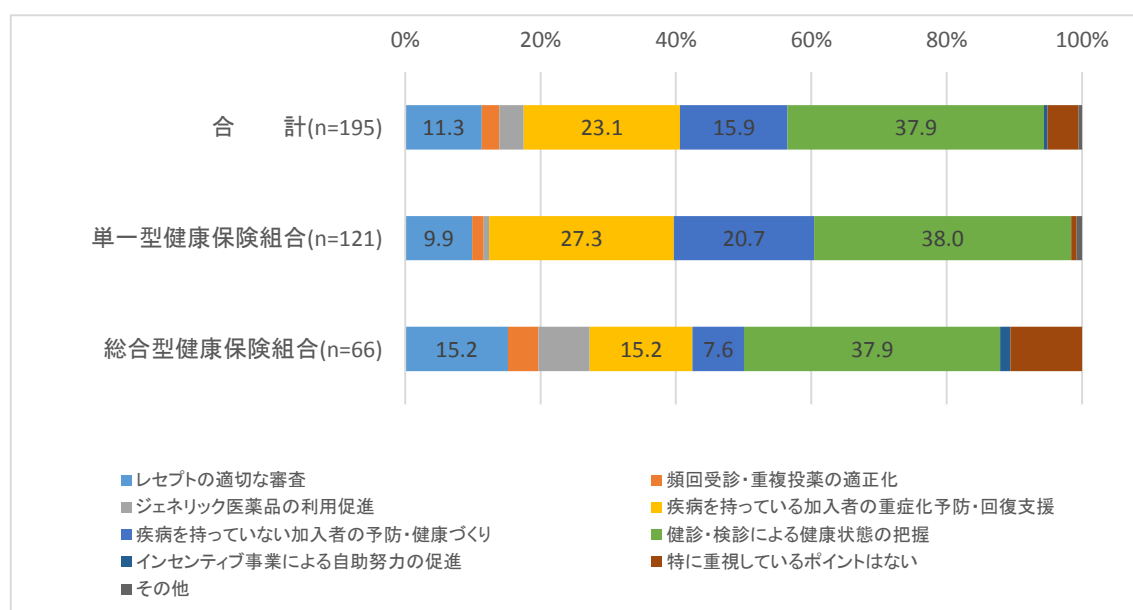
Ⅲ. Q.14「貴社の「働き方改革」への理解や取組み状況についてお答えください」×

Ⅲ.Q.1 「健保組合に期待する役割として、何を重視していますか」



また、保険者の「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」の取組みについて、事業主がどのような点を最も重視しているのかをみると、単一型健保では86.0%の事業主が保険者による加入者の健康維持・改善の取組みに該当する項目（「疾病を持っている加入者の重症化予防・回復支援」「疾病を持っていない加入者の予防・健康作り」「健診・検診による健康状態の把握」）を選択したのに対し、総合型健保では60.7%に留まった。総合型健保では、「レセプトの適切な審査」や「ジェネリック医薬品の使用促進」など、受診・給付の適正化に係る取組みの割合がやや高くなる傾向があった。

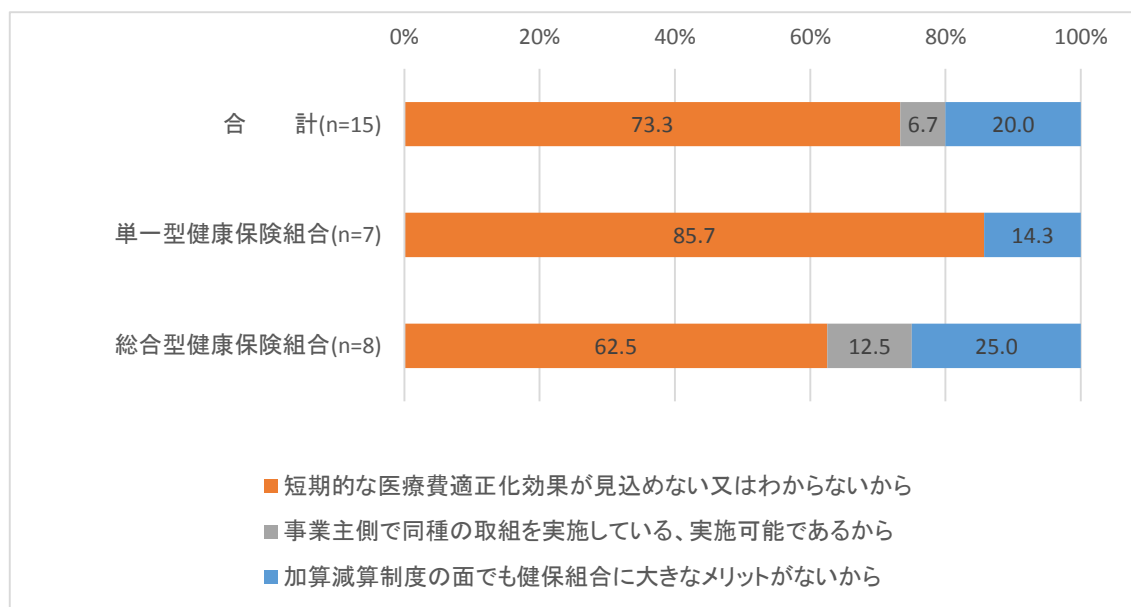
図表 3-19 「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」の取組として最も重視しているポイント
Ⅲ.Q.3「健保組合による「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」の取組として、貴社が重視しているポイント」



サンプル数が少ないため参考程度ではあるが、加入者の健康維持・改善を通じた財政改善が重視されない理由は、短期的な医療費適正化効果の存在に疑問が生じていることであると考えられる。

図表 3-20 健康維持・改善による医療費適正化・保険料率上昇抑制を重視しない理由

Ⅲ.Q.4 「Q3.で選択肢5・6・7を選択しなかった理由³は何ですか。」



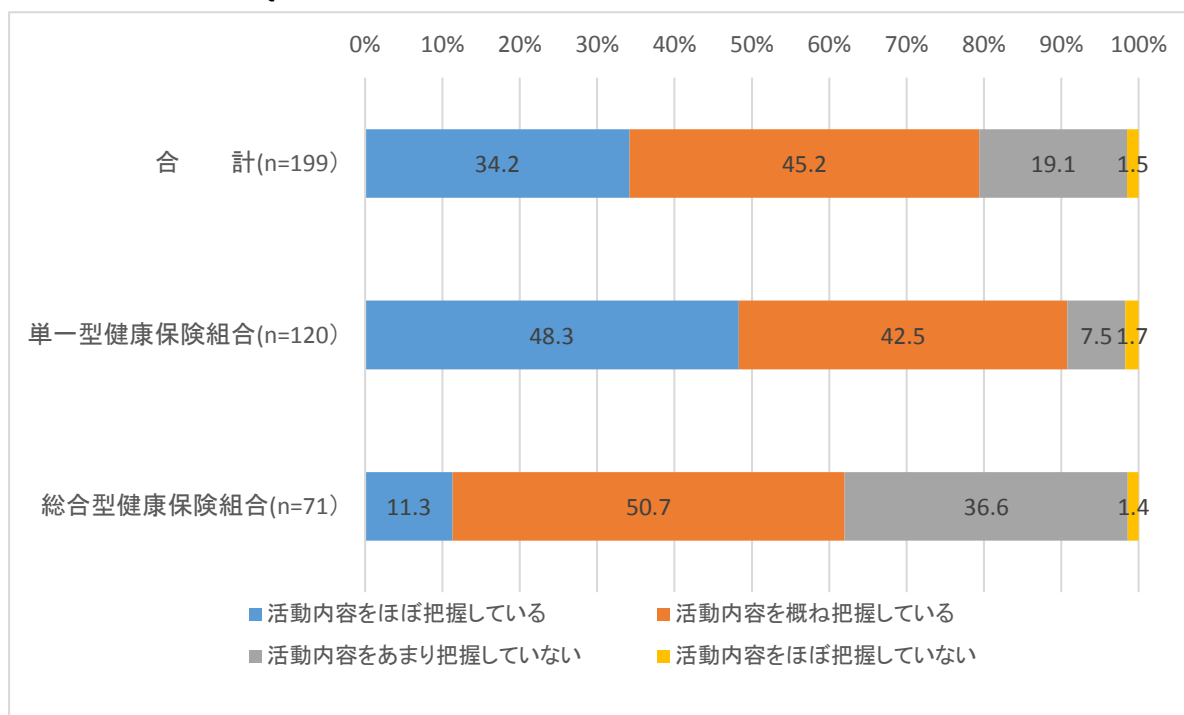
³ 「Q3.健保組合による「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」の取組として、貴社が重視しているポイントはございますか。」への回答として、疾病を持たない加入者への対応策である「5. 疾病を持っていない加入者の予防・健康づくり」「6. 健診・検診による健康状態の把握」「7. ヘルスケアポイント等のインセンティブ事業による自助努力の促進」を選択しなかった理由を問う設問。

(2) 事業主による健保組合の活動状況の把握と評価・アクション

事業主の 80.4%は保険者の活動状況を把握していた（「活動状況をほぼ把握している」「活動状況を概ね把握している」の合計）。ただし、総合型健保では単一型健保と比較して把握の程度が低く、単一型健保では 48.3%が「活動内容をほぼ把握している」と答えたのに対し、総合型健保では 11.3%に留まった。

図表 3-21 事業主による健保組合の活動状況の把握の状況

Ⅲ. Q.5 「健保組合の活動状況をどの程度把握していますか。」

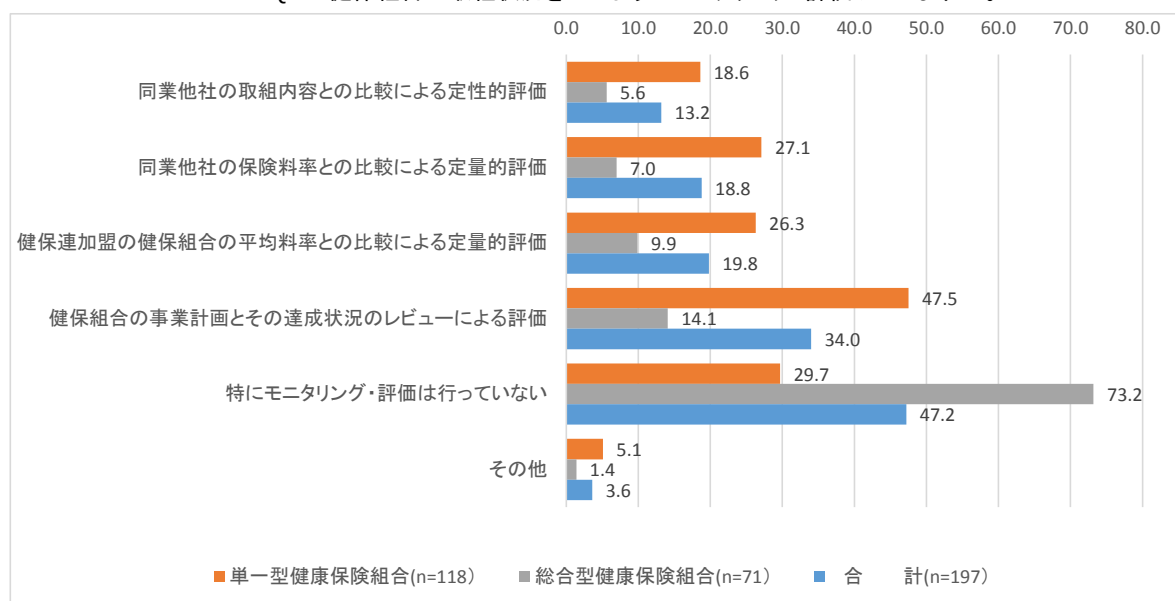


事業主による保険者の活動状況のモニタリング・評価の状況を見ると、モニタリング・評価を行っていない事業主は全体の 47.2%であり、保険者の活動状況のモニタリングや評価を行っている事業主は半数程度であった。特に総合型健保では 73.2%の事業主がモニタリング・評価等を行っておらず、同 29.7%の単一型健保との差が大きい。

具体的なモニタリングの状況をみると、最も多いモニタリング方法は「健保組合の事業計画とその達成状況のレビューによる評価」であり、全体の 34%、単一健保の 47.5%が取り組んでいる

図表 3-22 事業主による健保組合の取組み状況のモニタリング・評価の状況

Ⅲ.Q.6 健保組合の取組状況をどのようにモニタリング・評価していますか。

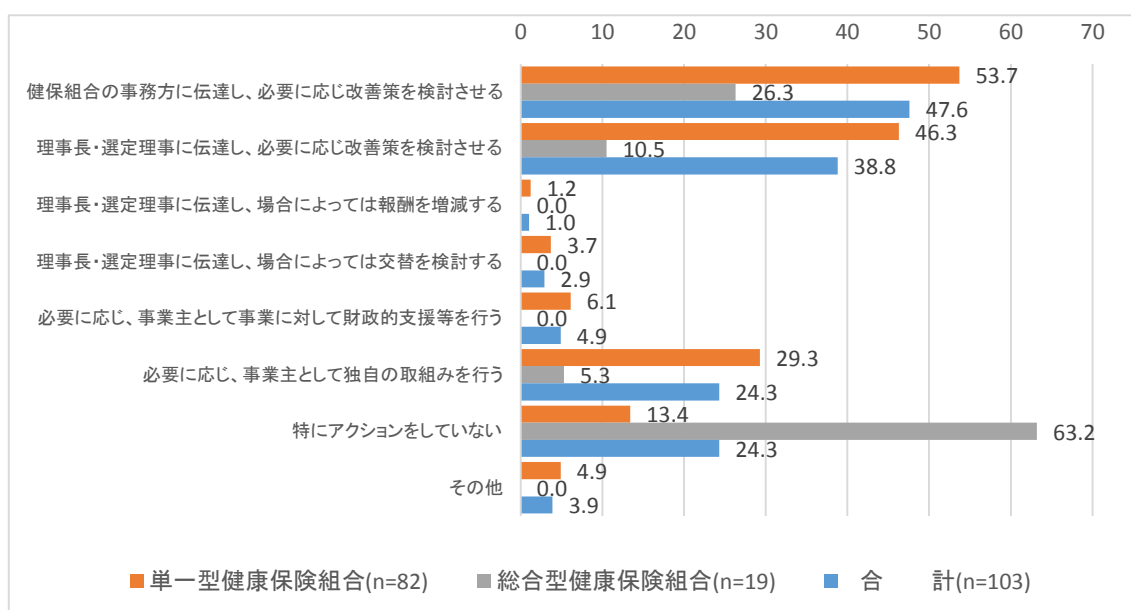


モニタリング・評価を実施している事業主における保険者に対するアクションの状況を見ると、総合型健保の 63.2%では、モニタリング・評価を実施しても特にアクションを実施していない状況にある。

単一型健保についてみると、主なアクションは「健保組合の事務方に伝達し、必要に応じ改善策を検討させる（53.7%）」「理事長・選定理事に伝達し、必要に応じ改善策を検討させる（46.3%）」であった。また、「必要に応じ、事業主として独自の取組みを行う」も 29.3%の事業主が選択していた。

図表 3-23 事業主による健保組合に対してのアクションの状況

Ⅲ.Q.7 モニタリング・評価の結果、健保組合に対してどのようにアクションしていますか。



（３）保険料率に関する他社との定量的比較

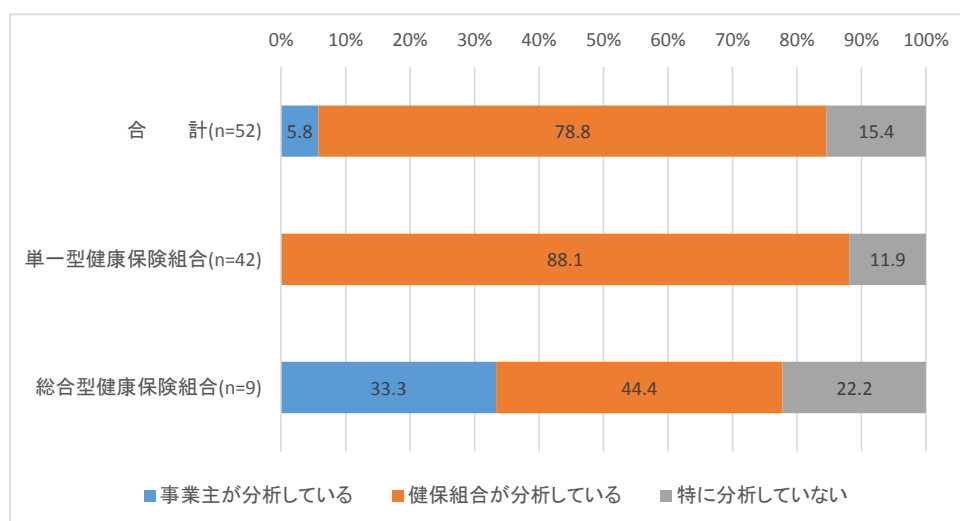
保険者について、他者との保険料率比較による定量評価を行っていると回答した事業主のうち、84.6%の事業主がその要因の分析を実施していた。単一型健保の場合は要因を分析している全ての事業主で健保組合が分析を担当しているのに対し、総合型健保の場合は事業主が分析するケースがみられる。

また、年齢・性別の構成や保険者規模、疾病構造等のリスク要素による違いを加味して分析しているケースは全体の26.0%であった。

なお、ヒアリングに協力頂いた事業主や健保組合によると、同業種や同一地域等における健保組合間では健保組合どうしの横のつながりも強く、適宜、情報交換が行われているとのことであった。

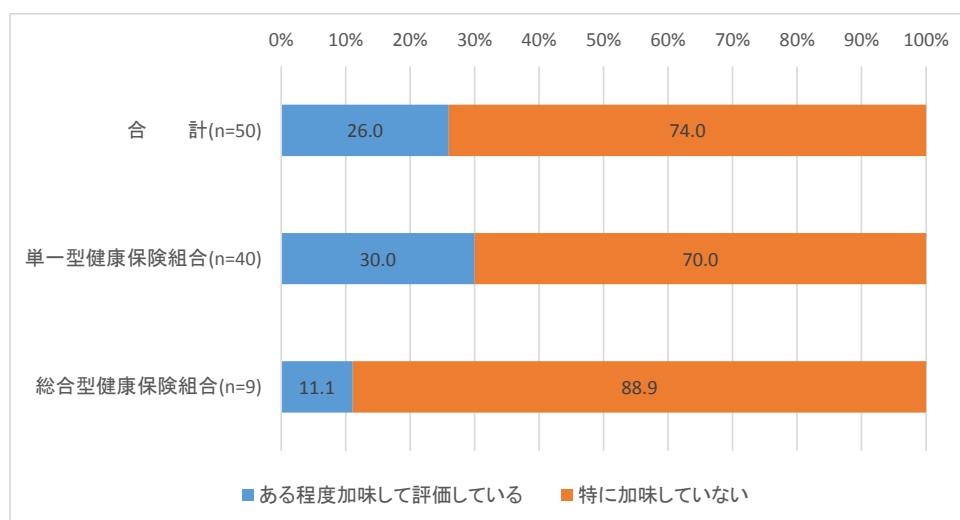
図表 3-24 他社との保険料率比較における要因分析の有無

Ⅲ.Q.8 他社との保険料率の高低について、その要因を分析していますか。



図表 3-25 他社との保険料率高低の要因分析におけるリスク要素の調整有無

Ⅲ.Q.9 他社との年齢・性別の構成、規模、疾病構造等による違いをどのように捉えていますか。



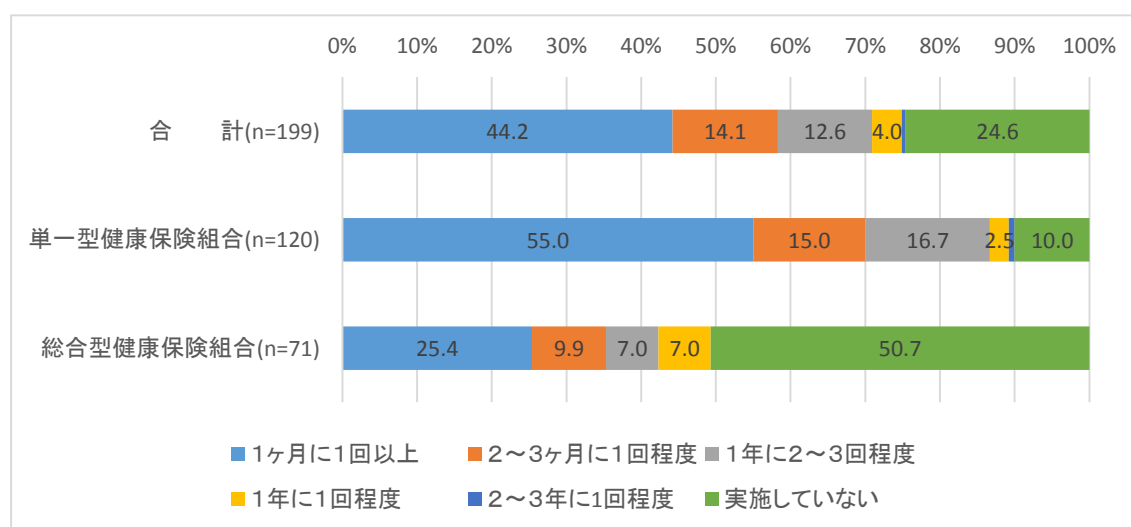
3.2.2. 保険者とのコミュニケーションの状況

組合会・理事会以外の場において、事業主が保険者とのコミュニケーションや情報共有をどの程度実施しているかをみる。まず、メールや電話等による簡易な状況報告の場合には、全体の75.4%が何らかの状況報告を実施しており、そのうちの44.2%は1ヶ月に1回以上と比較的高い頻度でのコミュニケーションを実施していた。ただし、単一型健保では「実施していない」を選択した割合が10%であるのに対し、総合型健保では50.7%に上っており、総合型健保では組合会・理事会以外でのコミュニケーションが少ないことが伺える。

また、対面やテレビ電話等による詳細な打合せの場合には全体の66.5%が実施しており、単一型健保では42.5%が1ヶ月に1回以上と高い頻度でコミュニケーションを取っているが、総合型健保では71.0%の事業主がそうしたコミュニケーションを行っていない。

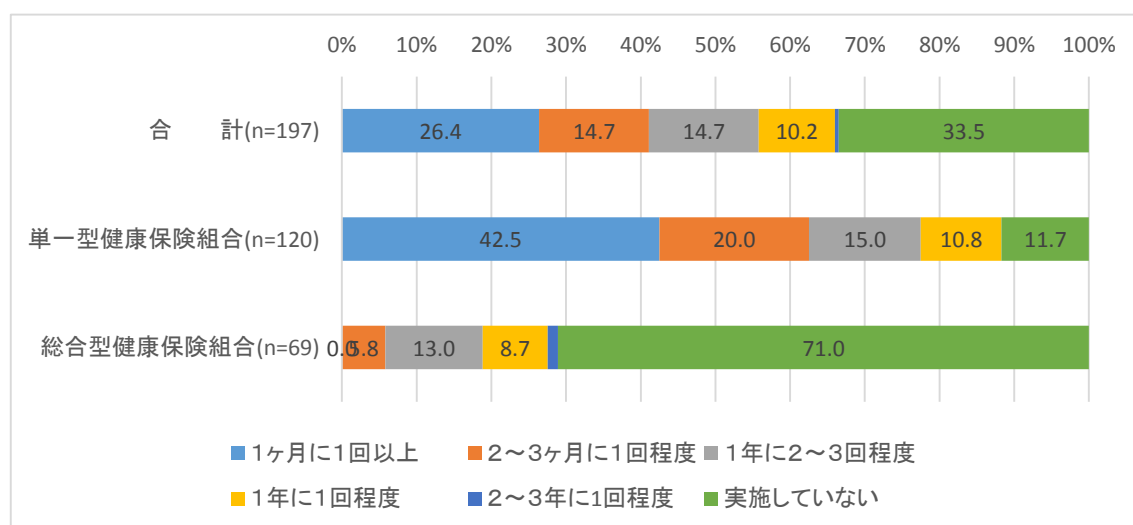
図表 3-26 事業主と健保組合のコミュニケーション・情報共有（簡易な状況報告）

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（メール、電話等による簡易な状況報告・確認等）



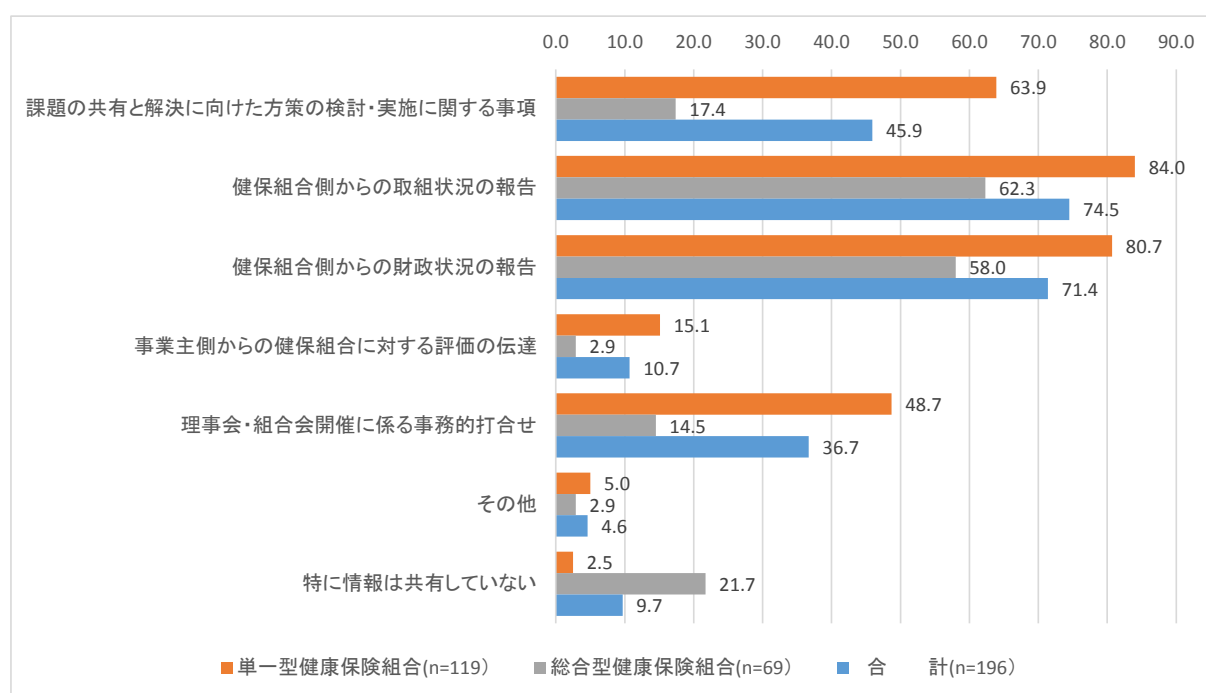
図表 3-27 事業主と健保組合のコミュニケーション・情報共有（対面・テレビ電話等）

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（対面・テレビ電話等によるより詳細な打合せ、状況報告等）



事業主と保険者が共有している主な情報として、「健保組合側からの取組状況の報告」「健保組合側からの財政状況の報告」「課題の共有と解決に向けた方策の検討・実施に関する事項」が挙げられる。特に、「課題の共有と解決に向けた方策の検討・実施に関する事項」は、単一型健保では 63.9%が回答しているのに対し、総合型健保では 17.4%に留まっている。単一型健保では、事業主と保険者の間で課題が共有され、解決に向けた協働が進んでいるが、総合型健保ではあまり進んでいない可能性がある。

図表 3-28 事業主と健保組合の情報共有の内容
IV.Q.3 健保組合との間でどのような内容の情報を共有していますか。



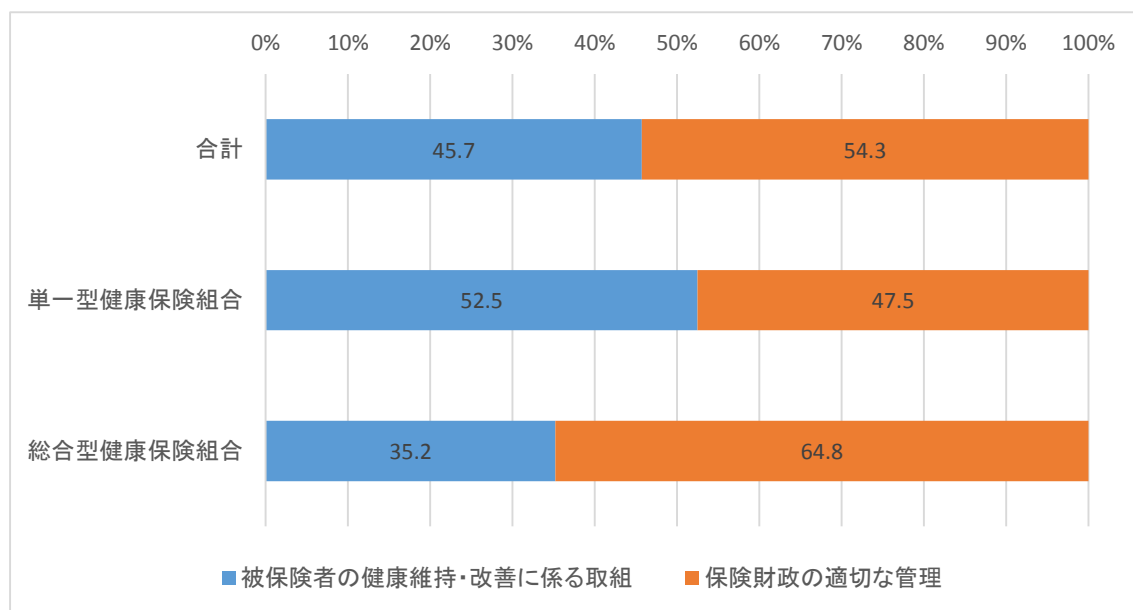
3.2.3. 事業主からみた保険者への期待や課題

(1) 今後の保険者機能の強化に当たっての課題と対応策

今後の保険者機能の強化にあたり事業主が保険者に最も期待していることとして挙げた項目は、単一型健保では「保険財政の適切な管理」「被保険者の健康維持・改善に係る取組」がほぼ半々であったのに対し、総合型健保では「保険財政の適切な管理」を 64.8%が選択しており、保険者に対して財政面の期待が大きいことが伺える。

図表 3-29 事業主が健保組合に最も期待していること

V.Q.1 今後、健保組合にどのようなことを期待されますか。(優先度高位から選択、1位)

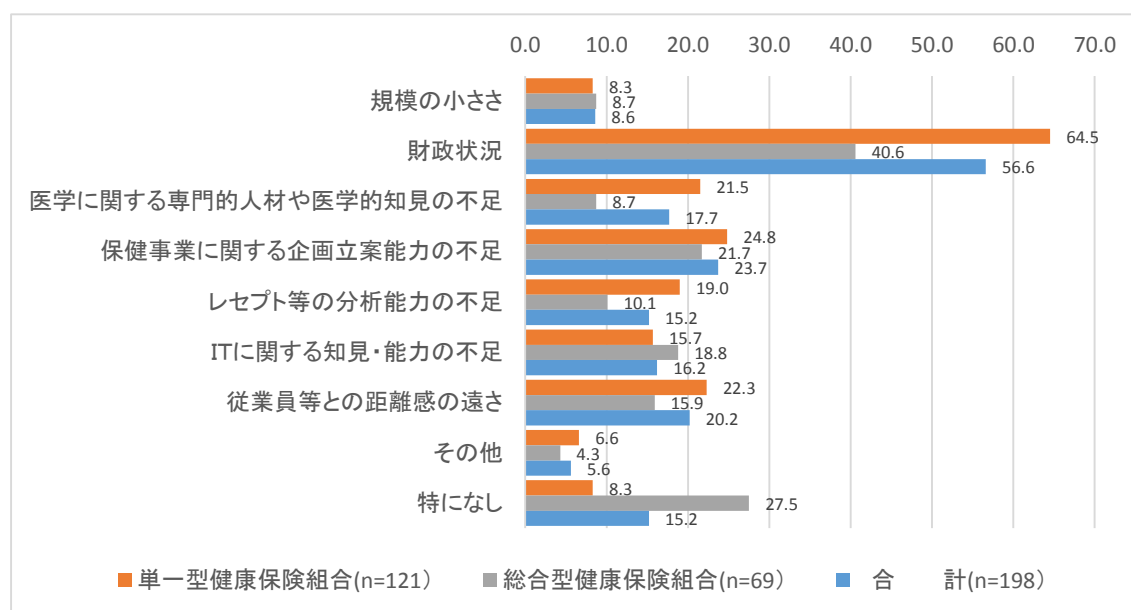


事業主が保険者機能の強化にあたり課題と考えている事項として、全体の **56.6%**が財政状況と回答した。各種能力不足や従業員等との距離感についても **20%**前後の事業主が課題ありと回答している。一方で、総合型健保では **27.5%**の事業主が特に課題を感じていないとの回答であった。

なお、事業主や健保組合へのヒアリングにおいては、事業主は現場を知っており、従業員との距離感も近く、健康づくり等の取組みにおいても強力な推進力があることから、事業主と協働することにより、健保組合における各種取組も従業員に徹底させやすいというメリットが指摘されている。

図表 3-30 保険者機能強化にあたっての課題

V.Q.2 保険者機能強化のために、どのようなことが保険者(健保組合)の課題だと感じていますか。

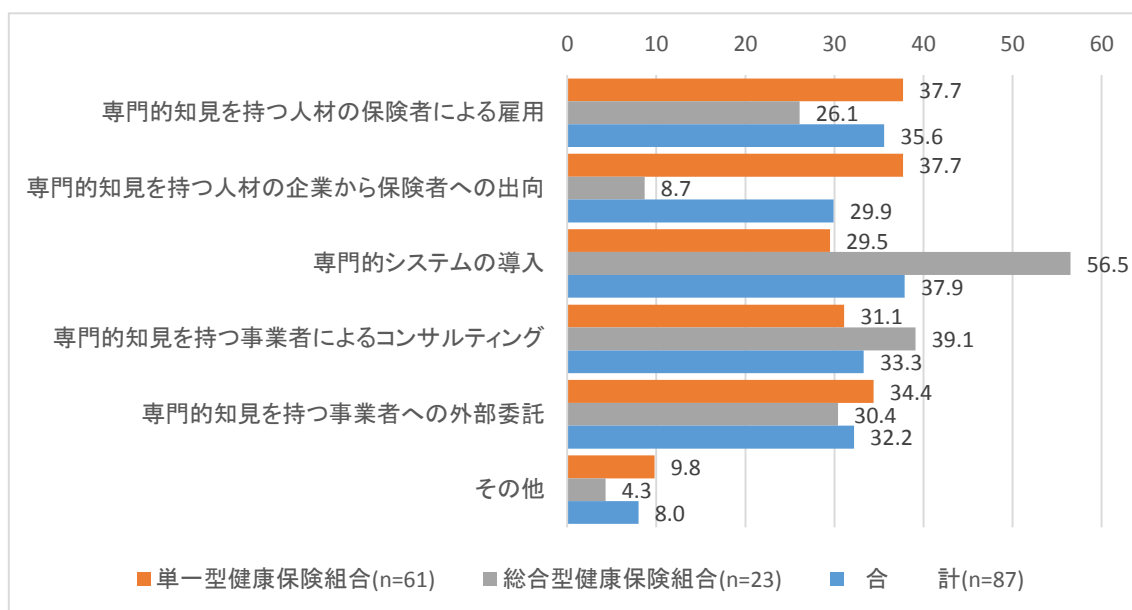


保険者機能強化における課題として、何らかの知見・能力不足を挙げた回答者に対し、それらの不足を補うのに必要な対応をたずねたところ、概ね全ての回答が30%～40%の回答を得ており、満遍なく課題となっている様子がみてとれる。

また、総合型健保では特に「専門的システムの導入」を56.5%の事業主が挙げている（単一型健保は29.5%）。総合型健保は保険者による人材の雇用や事業主から保険者への出向を志向する割合が低い一方で、システムの導入やコンサルティングなど、外部機能の導入を志向する傾向がみられる。

図表 3-31 保険者機能強化にあたっての知見・能力の不足を補うのに必要な対応

V.Q.5 保険者機能強化のためにどのような対応が必要だとお考えですか。



(2) 今後の保険者機能の強化に当たっての外部委託

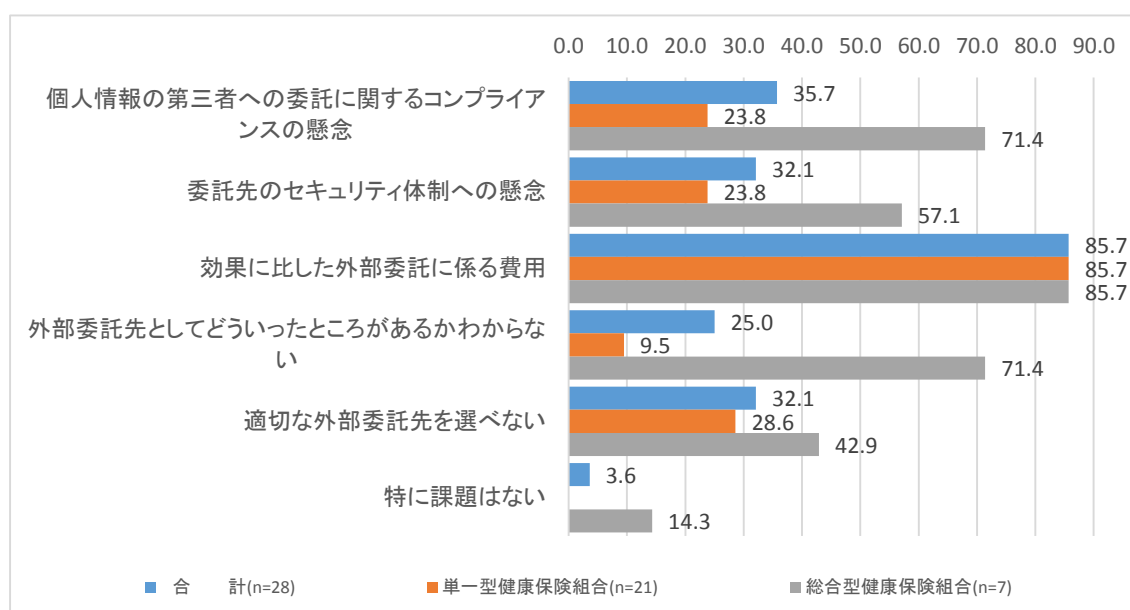
保険者機能の強化に当たり、課題を解決するための手段として、外部事業者への委託が考えられる。

課題解決の手段として「外部委託」を選択した回答者に対し、外部委託に関する課題について尋ねたところ、全体の85.7%が効果に比した費用に対する懸念を挙げている。その他の懸念事項は、単一型健保と総合型健保で大きく分かれている。サンプル数の関係から参考に留まると考えられるが、総合型健保では費用面以外の全ての項目で選択した割合が高くなっており、外部委託に当たっての懸念をより強く抱えていることが示唆される。

また、費用面等の問題を緩和するにあたり、他保険者と共同で外部委託することが考えられることから、共同での外部委託への考えを調査したところ、「魅力的・効果的」とした回答が26.5%、「魅力的・効果的でない」とした回答が20.8%であり、やや肯定的な評価が多い。「効果的・魅力的でない」とした回答の内訳を保険者種別に見ると、単一型健保では、「課題が異なる保険者との共同での外部委託は効果的ではない」を選択した割合が高い一方で、総合型健保では「共同での外部委託に係る事務が煩雑になる」を選択した割合が一定程度存在した。

図表 3-32 保険者機能強化にあたっての外部委託に対する課題

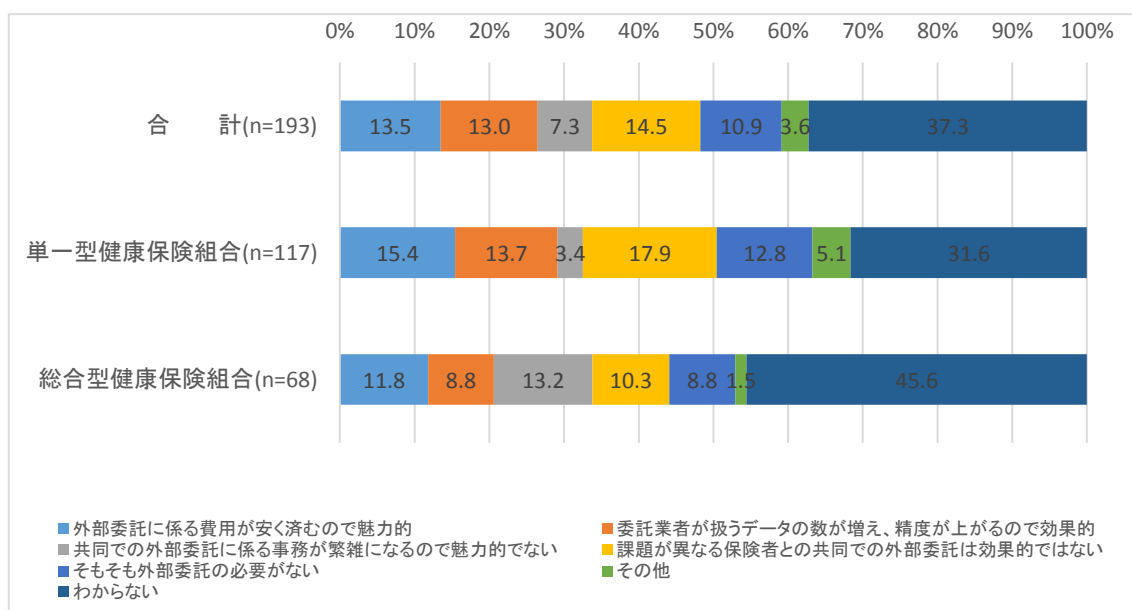
V.Q.6 外部委託に当たっての課題



図表 3-33 保険者機能強化にあたっての外部委託に対する考え方

V.Q.6 保険者機能強化のために、専門的知見を持つ事業者に、

他の保険者（健保組合）とともに共同で外部委託することについて、どのような考えをお持ちですか。



3.2.4. 経営者の保険者への関心や協力体制

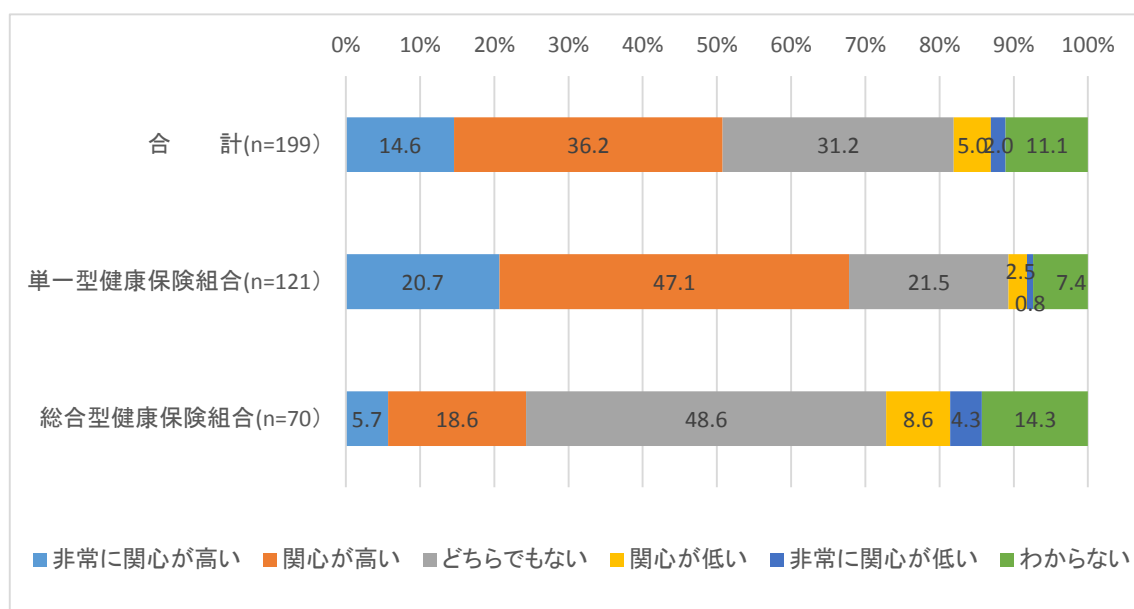
保険者の取組みに対する経営者の関心度をみると、全体では 50.8%の経営者が保険者の取組みに関心を持っている。単一型健保では関心を持つ割合が 67.8%であるのに対し、総合型健保では 24.3%と、健保の形態により関心度には大きな差が生じている。

また、「非常に関心が高い」「関心が高い」と回答した回答者に対し、具体的にどの点に関心を持っているのかを尋ねたところ、「従業員の健康維持・改善を通じた自社の生産性」との回答が 41.6%、「医療給付費の適正化を通じた保険料負担の抑制」との回答が 10.9%、「どちらにも重きをおいている」との回答が 45.5%であった。

質問方法は違うものの、前節の「事業主からみた保険者への期待や課題」に関する回答結果と対比すると、経営層においては、保険料負担の抑制よりも、従業員の健康維持・改善の方により関心が高いことがみてとれる。

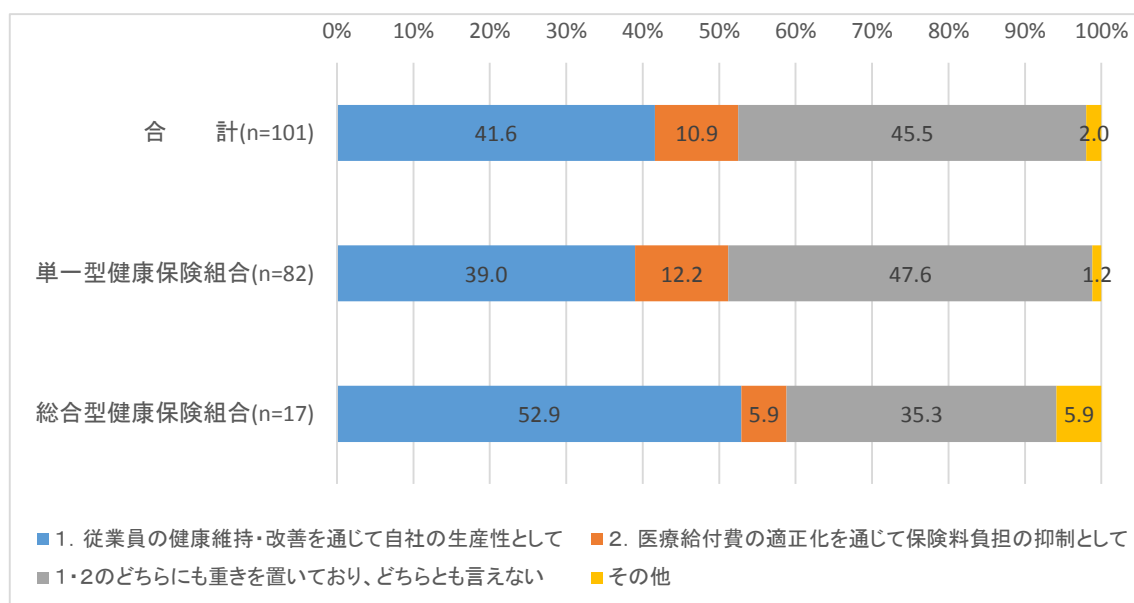
図表 3-34 経営者の健保組合の取組みについての関心度

VI.Q.1 貴社の経営者は健保組合の取組について、どの程度関心をお持ちですか。



図表 3-35 経営者が関心を持っている論点

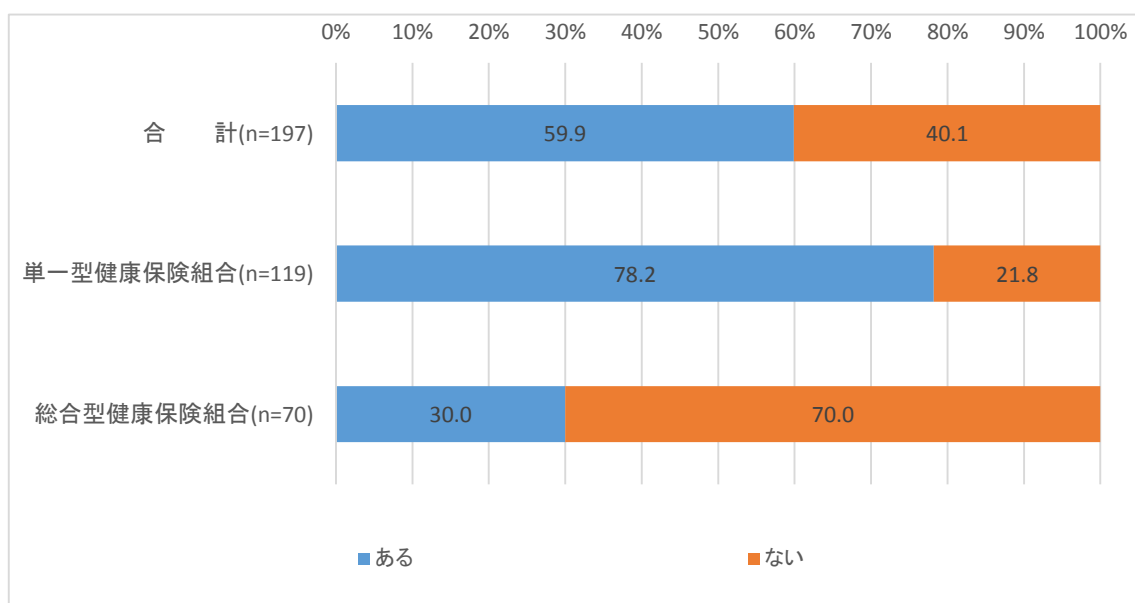
VI.Q.2 貴社の経営者は特にどのような観点から関心をお持ちですか。



また、経営者に健保組合の取組みや財務状況などを報告する機会が「ある」と回答した起業は全体の 59.9%であった。単一型健保では 78.2%が「ある」と回答したのに対し、総合型健保では 30.0%に留まることから、健保の形態の差異は、経営者への報告機会とも関わっていることが示唆される。

図表 3-36 経営者に健保組合の取組みや財務情報などを報告する機会

VI.Q.3 経営者に対して、健保組合自身あるいは健保組合とのカウンターパートとなる部署から、健保組合の取組や財務情報などを報告する機会がありますか。



3.2.5. 健保組合に対するモニタリングや評価、アクションの実施状況に係る要因

健保組合に対する事業主の「モニタリング・評価」の実施状況やその結果をうけての健保組合への「アクション」の実施状況について、どのような要因が影響しているかを考察したところ、「経営者の意向」や「事業主と健保組合のコミュニケーションの状況」については、一定の関係性がみてとれた。

(1) 経営者の意向

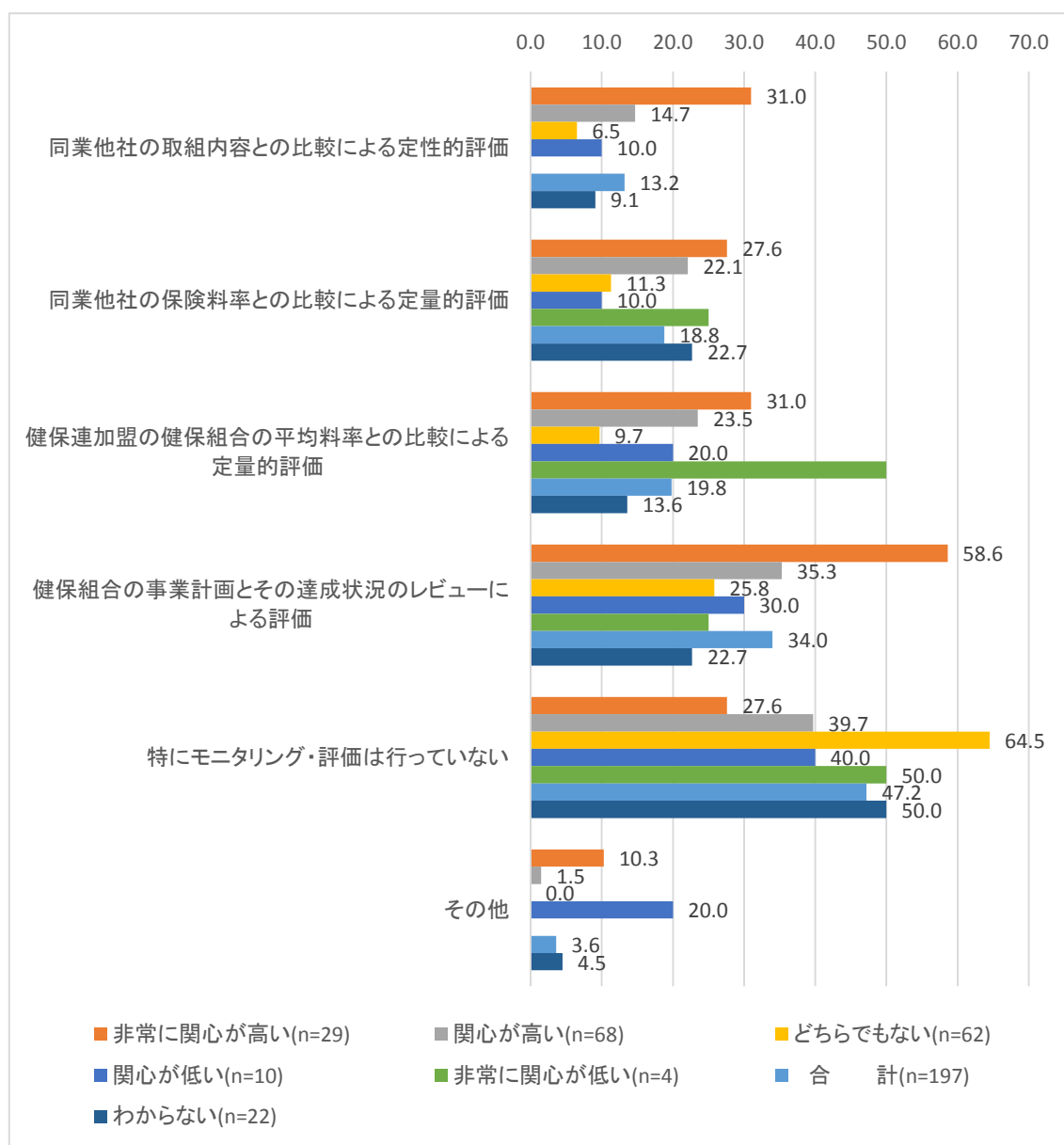
最も影響が大きいと考えられる要因は経営者の意向であった。「経営者の関心の高さ」「経営者への報告の機会の有無」といった項目により、モニタリング・評価の実施状況や取組みの有無の度合いが異なる。具体的には、経営者の関心が「どちらでもない」に当てはまる事業主ではモニタリング・評価の内容を問う設問で「特にモニタリング・評価を行っていない」と回答した割合が 64.5%であったのに対し、「関心が高い」では 39.7%、「非常に関心が高い」では 27.6%であった。

また、保険者に対するアクションを問う項目では、主要なアクションのいずれも経営者の関心が高い事業主の実施率が高い傾向がみられた。特に、「事業主として独自の取組みを行う」では、「どちらでもない」では実施率 9.1%であったのに対し、「非常に関心が高い」では実施率 42.9%と大きな差がついている。

図表 3-37 経営者の意向と健保組合のモニタリング・評価の状況

VI.Q.1 貴社の経営者は健保組合の取組について、どの程度関心をお持ちですか。

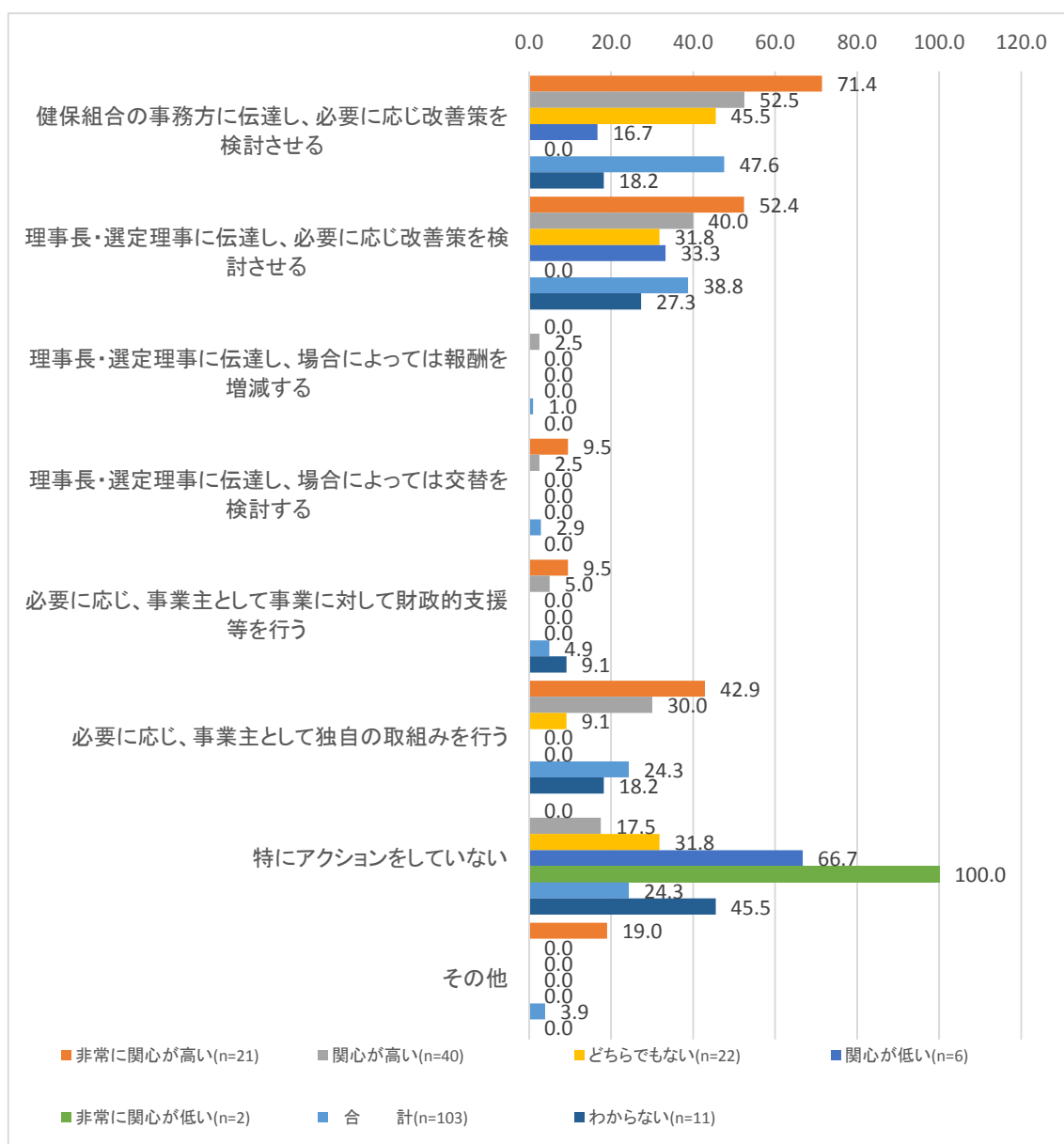
× III.Q.6 健保組合の取組状況をどのようにモニタリング・評価していますか。



図表 3-38 経営者の意向と健保組合へのアクションの状況

VI.Q.1 貴社の経営者は健保組合の取組について、どの程度関心をお持ちですか。

× III.Q.7 モニタリング・評価の結果、健保組合に対してどのようにアクションしていますか。



（２）事業主と健保組合のコミュニケーションの状況

次に、「事業主と健保組合のコミュニケーションの状況」においても、モニタリング・評価の実施状況や取組みの有無の度合との関係が一定程度みられた。「メール・電話等による簡易な状況報告・確認等」の頻度により、保険者の事業計画の達成状況に関するレビューの実施率に差がみられるほか、「対面・テレビ電話等による詳細な打合せ・状況報告等」の頻度により、保険者の活動状況の把握の度合に大きな差が生じており、保険者の事業計画の達成状況に関するレビューの実施率にも差がみられる。

また、「１ヶ月に１回以上」簡易あるいは詳細なコミュニケーションを行っている事業主では、保険者に対して何らかのアクションを実施しており、それよりも低い頻度（「２～３ヶ月に１回程度」「１年に２～３回程度」「１年に１回程度」）を選択した事業主間では、はっきりとした傾向はみられなかった。

（３）その他

事業主から保険者へ出向等している理事の人数や理事会の開催頻度によるクロス分析を実施したが、明確な傾向は見出せなかったものの、事業主や保険者に対して行ったヒアリングにおいては、「保険者の役員の意識次第で健保組合の施策の推進力が大きく変わってくる」との意見があった。健保組合における役員が定期的に入れ替わる点も課題の１つと考えられる。

また、単一型健保に対するヒアリング結果からは、事業主と健保組合のコミュニケーションの促進要因としては、以下の点がポイントとなることが確認できた。

- ・コミュニケーションを取りやすい環境：

コラボヘルスに積極的な単一健保の事例では、同じ施設やフロア内に、事業主の人事部と保険者のオフィスを併設することで、コミュニケーションの頻度を上げ、従業員の健康度向上施策を日常的に話し合えるようにすることや、適切な役割分担のもと共同でイベントや保健事業を開催すること等

- ・事業主と保険者間での人事交流：

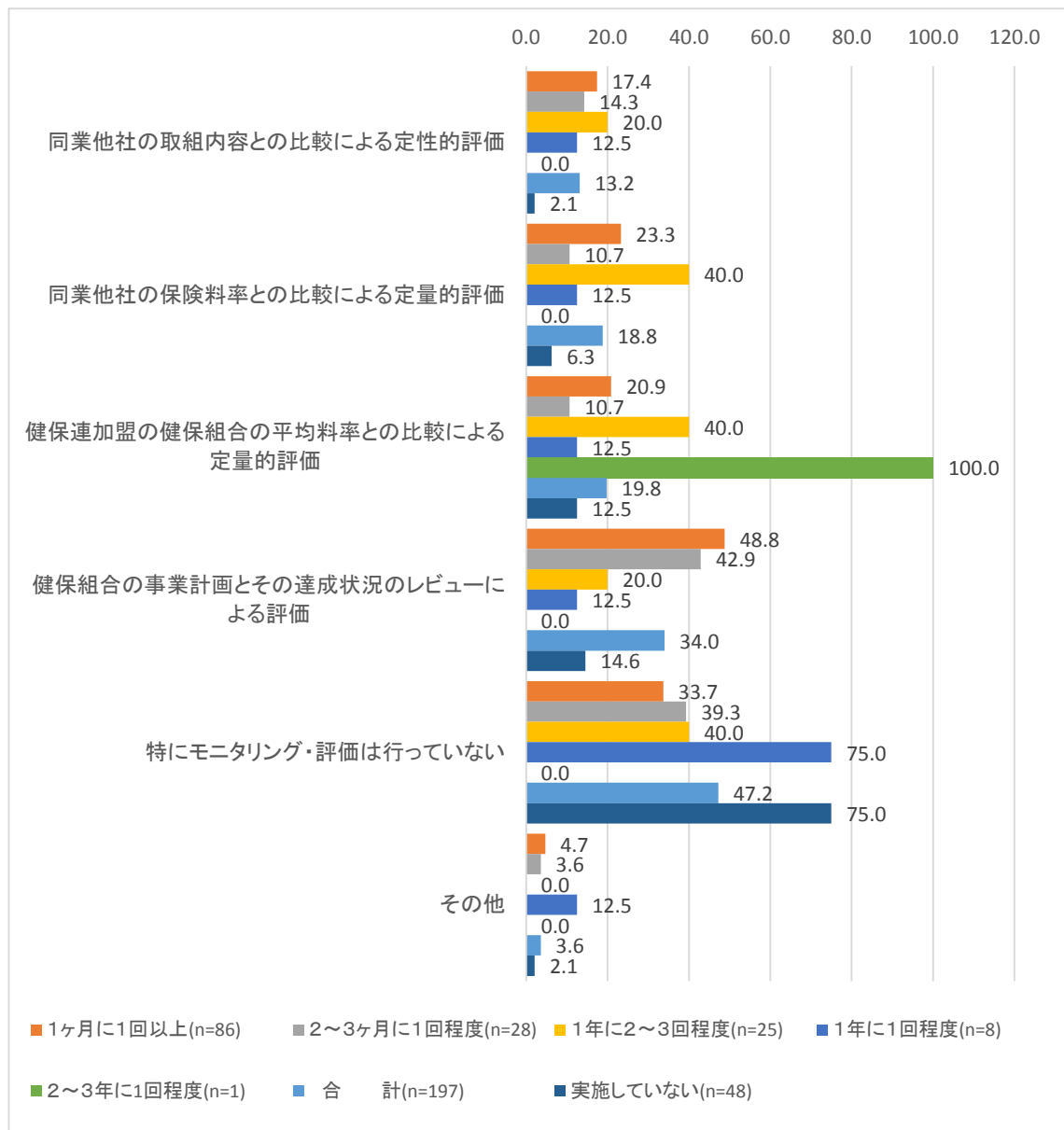
事業主の人事部出身者を保険者に配置することで、事業主と保険者のコミュニケーションの橋渡し機能を果たすことや、議題の有無に関わらず定例ミーティングの機会を設置し積極的な情報交換を行うことや、社内の人事交流機会を共同で開催すること等

なお、こうした取組みは、総合型健保では難しいほか、単一型健保であっても複数のグループ会社を含む大規模な健保組合では、本社をはじめ、保険者が事務所を置く拠点においては比較的コラボヘルスが円滑に行われているものの、地方支店等においては、事業主と保険者の協力による取組が十分に行き届いていないといった課題も指摘されている。

図表 3-39 事業主と健保組合のコミュニケーション（簡易）とモニタリング・評価の状況

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（メール・電話等による簡易な状況報告・確認等）

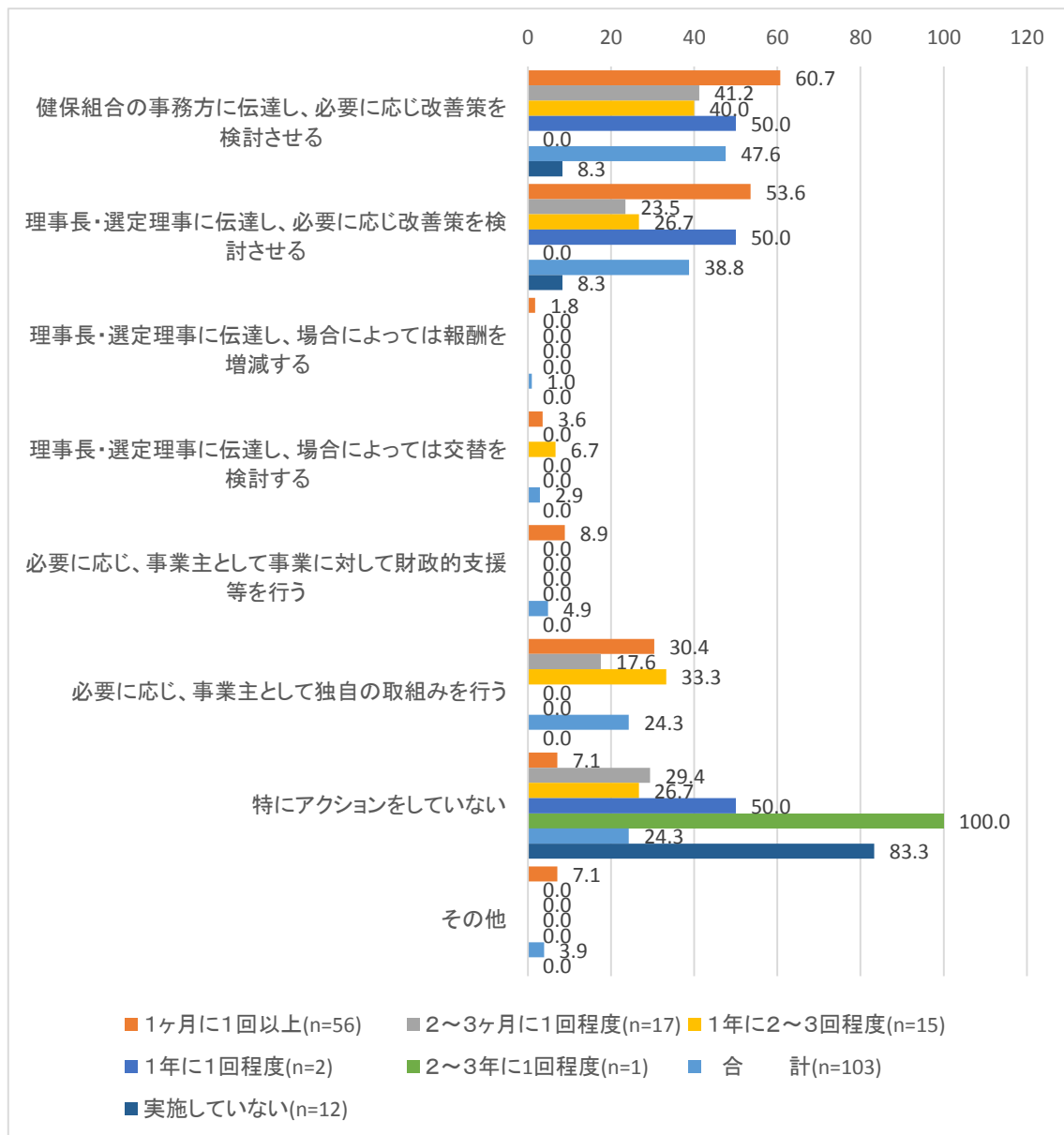
× Ⅲ.Q.6 健保組合の取組状況をどのようにモニタリング・評価していますか。



図表 3-40 事業主と健保組合のコミュニケーション（簡易）とアクションの状況

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（メール・電話等による簡易な状況報告・確認等）

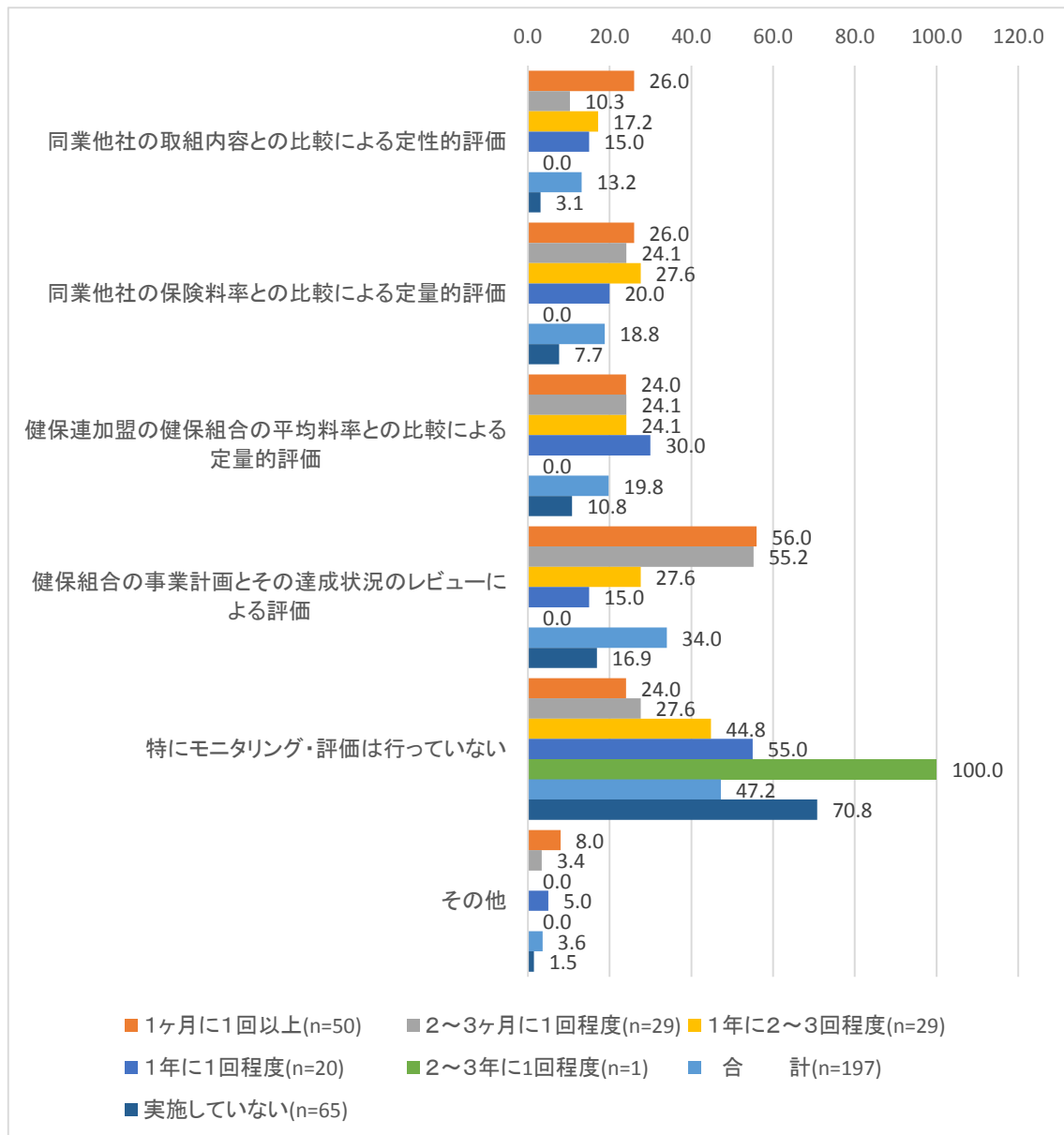
× Ⅲ.Q.7 モニタリング・評価の結果、健保組合に対してどのようにアクションしていますか。



図表 3-41 事業主と健保組合のコミュニケーション（詳細）とモニタリング・評価の状況

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（対面・テレビ電話等による詳細な打合せ・状況報告等）

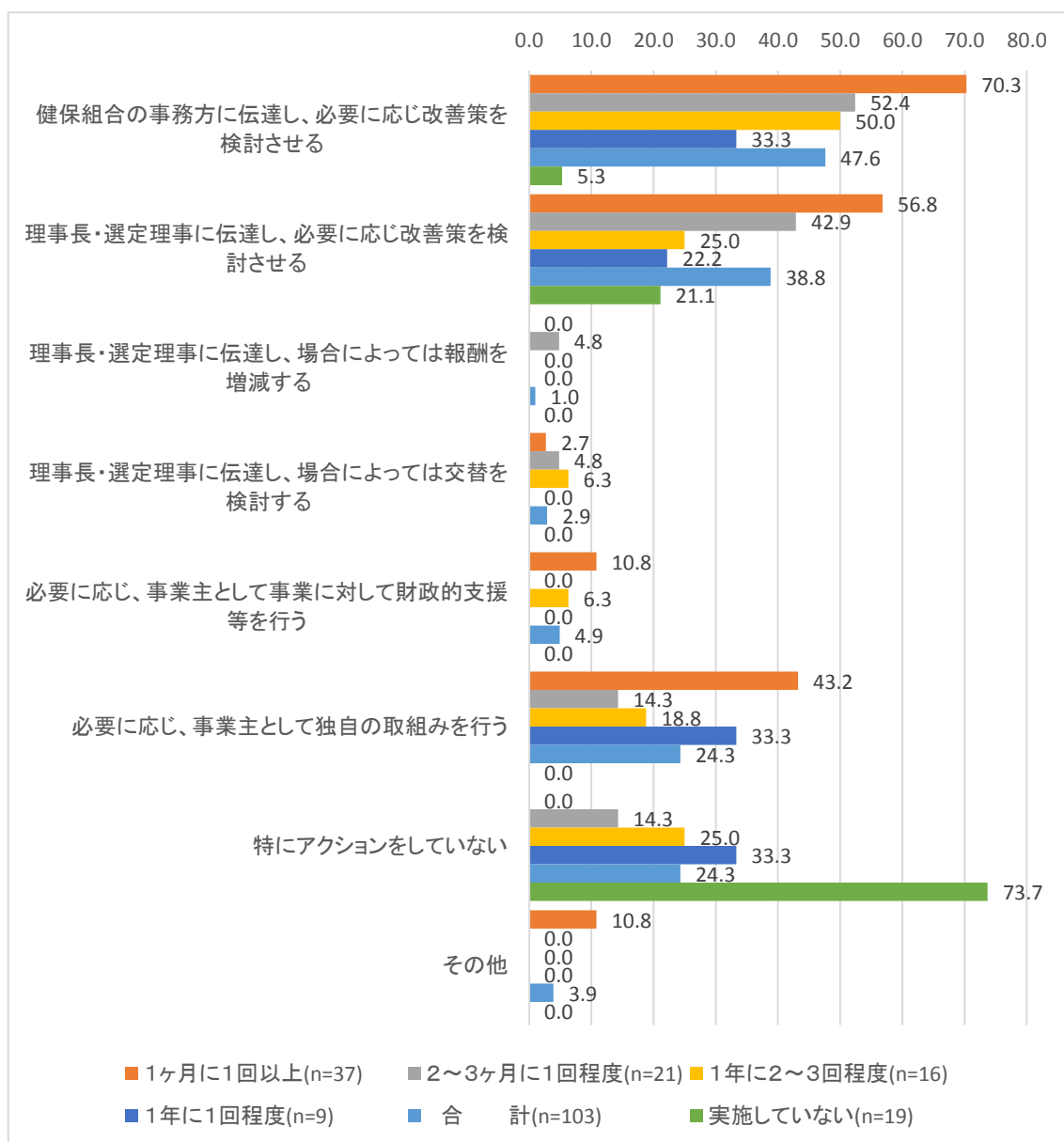
×Ⅲ.Q.6 健保組合の取組状況をどのようにモニタリング・評価していますか。



図表 3-42 事業主と健保組合のコミュニケーション（詳細）とアクションの状況

IV.Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（対面・テレビ電話等による詳細な打合せ・状況報告等）

× III.Q.7 モニタリング・評価の結果、健保組合に対してどのようにアクションしていますか。



3.3. 事業主や被保険者による保険者機能の評価指標の検討

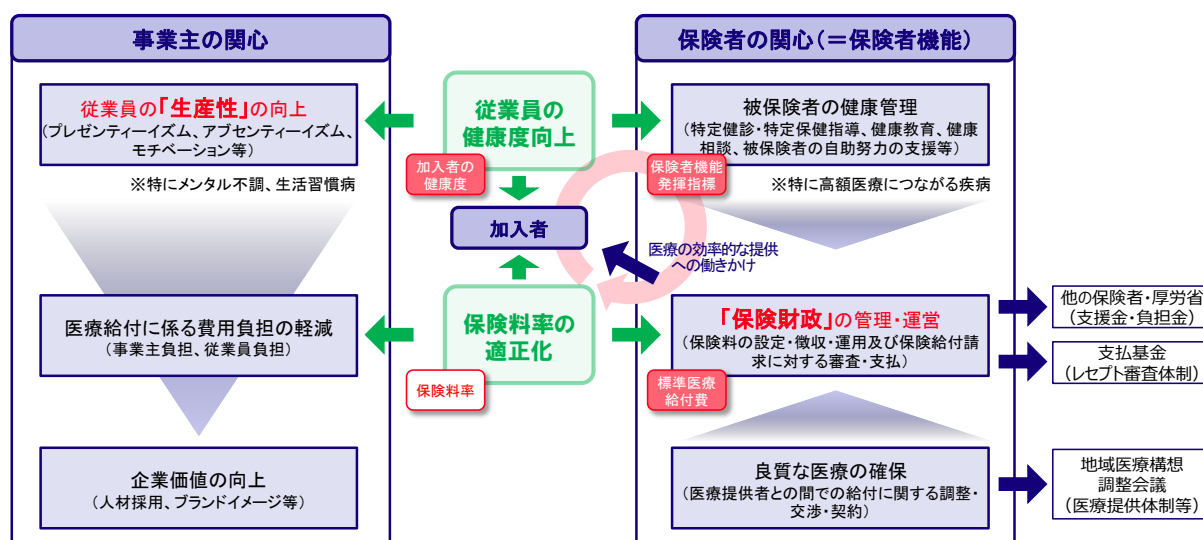
3.1 節並びに 3.2 節までにみたように、健保組合が一層の保険者機能強化に取り組むにも、事業主側も経営層を含めて保険者への関心が低いといった問題を抱えている。この現状を打破すべく、3.1 節で検討したように、事業主や被保険者が保険者を評価できる仕掛けの 1 つとして、「保険者に対する評価指標」を算定・活用し、保険者の実態を統一的に「見える化」することが考えられる。本節では、保険者に対する評価指標の位置づけや全体像、その構成要素の 1 つである「標準保険給付」の試算の考え方について、事業主や保険者へのヒアリングや有識者との意見交換を交えて検討した結果について整理する。

3.3.1. 保険者に対する評価指標の意義

事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションを促すにあたっては、それぞれが特にどのような点に興味・関心を持っているかについて留意する必要がある。事業主は、一義的には従業員の生産性向上に高い関心を有している一方、保険者は保険財政の健全化への関心が強いこともあり、これまで共通目標に向けて協力し合うという視点から、事業主が保険者を評価するといった考えは乏しかった。こうした中、政策的に健康経営が促進されるにつれ、従業員の健康度向上が両者にとって共通目標となり、当該目標を機軸に事業主と保険者が協働するコラボヘルスの取組が進み始めた。こうした動きを受けながらも、事業主として直接的に関与しにくい保険料率適正化については、事業主の関心はまだ低い状況にある。

そのため、今後は、保険料率の情報に加えて、標準保険給付費、保険者機能発揮指標、加入者の健康度指標を活用することで、事業主が保険者機能の発揮状況をモニタリングできるようになれば、事業主が従業員の健康度と保険料率適正化の両面から保険者に期待する構造を作り出すことができ、保険者機能のさらなる発揮につなげることができる。

図表 3-43 事業主の関心と保険者の関心（保険者機能）



出所:みずほ情報総研作成

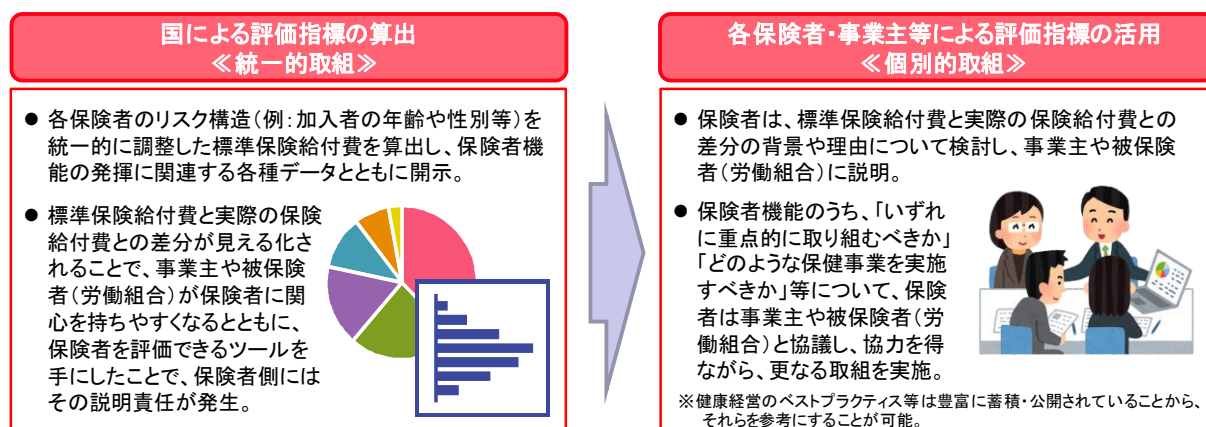
3.3.2. 保険者に対する評価指標の位置づけ

現在は、各保険者の基本情報（被保険者数、加入者数、扶養率、保険料率等）や支出内訳（保険給付費、保健事業費、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金等）などの基礎的な情報であっても、加入者以外には公開されないこともあり、複数の保険者の情報を一覧化し、横並びで確認することもできない状況にある。そのため、今後は、このような情報を一覧化して開示することに加えて、標準保険給付費、保険者機能発揮指標、加入者の健康度指標についても算定し提供していくことが有効と考えられる。具体的には、保険者ごとに標準的と思われる医療費水準として「標準保険給付費」を算定し、実際の保険給付費との差分を見える化することに加えて、その背景にある保険者間の取組状況等の差異も把握できるように「保険者機能発揮指標」や「加入者の健康度指標」を提供することが想定される。こうしたデータの算定・開示は、国が統一的な取組として実施し、それをうけ、各保険者・事業主が個別の取組としてこの評価指標を活用するというスキームが考えられる。

保険者に対する評価指標の算定・開示により、標準保険給付費と実際の保険給付費との差分が見える化されるので、事業主や被保険者（労働組合）は保険者に関心を持ちやすくなり、保険者側には各々の実績について説明責任が発生することから、保険者は、その差分の背景や理由について検討し、事業主や被保険者（労働組合）に説明を行うことが求められる。その結果、保険者機能のうち、いずれに重点的に取り組むべきか、どのような保健事業を実施すべきか等について、事業主や被保険者（労働組合）とのコミュニケーション・協力が生まれ、さらなる取組の推進につながるものと考えられる。

なお、健康経営やデータヘルスでのベストプラクティス等が豊富に蓄積・公開されていることから、取組の実施にあたっては、それらを参考にすることが可能である。

図表 3-44 保険者に対する評価指標の考え方



出所:みずほ情報総研作成

3.3.3. 保険者に対する評価指標の全体像

保険者機能のさらなる発揮に向けて、保険者・事業主・被保険者（労働組合）による取組を促すにあたり、今後、算定・開示されることが有意義であると考えられるデータの種類や、開示する際に必要な工夫や配慮事項等について、検討した。

（１）算定・開示するデータの種類

保険者が保険者機能をより発揮すべく、事業主が保険者に働きかけ、コラボヘルスをはじめとする具体的な行動を起こしてもらうには、事業主にまずは自身の健保組合に関心を持つことが重要となる。そのため、保険者に対する評価指標は、保険者機能の発揮状況について、経営層へ説明しやすいように、シンプルで理解しやすく、指標の種類もできる限り厳選されたものであることが望ましい。

そのため、保険者に対する評価指標として算定・開示するデータの種類は、以下のような考え方・内容のものが考えられる。

- ・医療費支出と健康度という２つの側面からの評価を基本とし、これらを表現する指標として、「標準保険給付費（＝各保険者の標準的と思われる医療費）」と「加入者の健康度」の２指標を中核にすえ、今後は、国民皆保険にもとづくビッグデータである「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（以下、「NDB」という。）を最大限活用して算出する。
- ・保険者の特性を表現する指標として、扶養率、保険料率、被保険者数、業種などの基本情報のほか、保健事業費、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金などの保険給付費以外の支出に関する情報も提示する。
- ・あわせて、保険者機能の発揮状況を幅広く評価すべく、各保険者による疾病の予防や健康づくり、医療の効率的な提供に関しての医療機関への働きかけ等の取組状況に関する情報も、補足的に提供する。

図表 3-45 算定・開示することが有意義であると考えられるデータ（例）

区分	項目	データの所在
基本情報	・被保険者数 ・加入者数 ・扶養率 ・保険料率 ・業種	健保組合連合会の統計データ（各健保組合→厚労省）
支出内訳	・保険給付費 ・保健事業費 ・後期高齢者支援金 ・前期高齢者納付金 ・その他	
標準保険給付費	・標準保険給付費 ・標準保険給付費と保険給付費との乖離率 ※総額/一人あたり、全体/リスクグループごと等	NDB や医療給付実態調査（各健保組合→厚労省）より算定
加入者の健康度	・事業主ごとの健康状態をわかりやすく示す指標（例：健康年齢®） ・上記指標と実平均年齢との差 ※被保険者のみ/加入者全体等	
保険者機能発揮指標 （幅広い評価）	・特定健診・保健指導の実施率 ・要医療の者への受診勧奨 ・被扶養者の特定健診・保健指導の実施率等 ・わかりやすい情報提供 ・特定健診のデータ連携の取組 ・後発医薬品の使用促進 ・がん検診・歯科健診等 ・糖尿病等の重症化予防 ・個人へのインセンティブ提供等 ・加入者に向けた健康づくりの働きかけ ・事業主との連携	現在検討されている「後期高齢者支援金の減算に係る指標」（各健保組合→厚労省） ※詳細は次図表

出所：みずほ情報総研作成

図表 3-46 「保険者機能発揮指標（幅広い評価）」の指標例
（後期高齢者支援金の減算に係る指標）

1 特定健診・保健指導の実施率（共通指標①）	
①-1 保険者種別毎の目標値達成	特定健診の目標達成（単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上）かつ特定保健指導の目標達成（単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上）
①-2 実施率が上位	特定健診が〔実施率目標×〇%〕以上 かつ 特定保健指導が〔実施率目標×〇%〕以上
② 特定健診の実施率の上昇幅	前年度より〇ポイント以上上昇（①、③、④との重複可）
③ 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度より〇ポイント以上上昇（①、②、④との重複可）
④ 特定保健指導の該当者割合の減少	特定保健指導の該当者割合が前年度より〇ポイント減少（①、②、③との重複可）※
2 要医療の者への受診勧奨（共通指標②）	
① 個別に受診勧奨	標準プログラムや学会基準を参考に、すぐに医療機関の受診が必要であることを知らせる
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認（または本人に確認）
3 被扶養者の特定健診・保健指導の実施率等（被用者保険独自の指標）	
① 実施率が上位	特定健診・保健指導の実施率が〔実施率目標×〇%〕以上
② 実施率の上昇幅	前年度より〇ポイント以上上昇（①との重複可）
4 わかりやすい情報提供（共通指標④）	
① 情報提供の際にICTを活用（提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可）	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供（個別に提供） ・リーダーチャートや経年データのグラフ等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス
② 対面での健診結果の説明	専門職による対面での健診結果説明の実施
5 特定健診のデータ連携の取組（共通指標②）	
① データの提供、提供されたデータの活用（個人）	退職の際に本人の求めに応じて過去の健診データを提供、または、新規の加入者に対し過去の健診結果を活用した保健指導の実施
② データの提供、提供されたデータの活用（集団）	保険者協議会等において、集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析。またはその結果を活用して共同事業を実施
6 後発医薬品の使用促進（共通指標⑥）	
① 後発医薬品の希望カード等の配布	（事業実施の有無）
② 後発医薬品差額通知の実施	（事業実施の有無）
③ 効果の確認	後発品への切替率、効果額の把握（事業実施の有無）
④ 後発医薬品の使用割合が高い①	使用割合が〇%以上（例：80%以上、70%以上）
⑤ 後発医薬品の使用割合の上昇幅①	前年度より〇ポイント以上上昇
※1-④ 特定保健指導対象者割合の保険者種別の平均値との比較は、保険者毎の加入者の性、年齢の分布の偏りを補正するため、指標としていない	
7 がん検診・歯科健診等（共通指標②）	
① がん検診：受診者の把握	検診の種類毎に対象者を設定し、受診の有無を確認
② がん検診：効果の確認（有所見率等の把握等）	検診の種類毎に要精密検査者の減少割合や医療費の発生状況を確認
③ 歯科健診・保健指導：健診受診者等の把握	対象者を設定し健診受診の有無を確認、リスク保有者への保健指導の実施
④ 歯科健診・保健指導：効果の確認	受診者の改善状況の確認、要治療者の減少割合や医療費の状況を確認
⑤ 予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等
8 糖尿病等の重症化予防（共通指標③）	
① 治療中断者への対応	レセプトを確認し、治療中断者に個別に働きかける
② 重症化予防の個別介入保健指導	治療中の者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導を実施
9 個人へのインセンティブ提供等（共通指標④）	
インセンティブ提供事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブ提供事業を実施
10 加入者に向けた健康づくりの働きかけ（共通指標④）	
① 運動習慣	40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業
② 食生活の改善	40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業
③ こころの健康づくり	40歳未満を含めた、こころの健康づくりのための事業
④ 喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業、受動喫煙防止の共同実施
11 事業主との連携（被用者保険独自の指標）	
① 産業医・産業保健師との連携	産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施
② 健康づくり等の共同事業の実施、定期的な意見交換の場の設置	事業主の事業を把握し、健康課題の分析に基づく事業主・事業場への働きかけ、定期的な意見交換の場を設置
③ 就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮
④ 退職後の健康管理の働きかけ	事業主の実施する退職者セミナーで退職後の健康管理に関する講義を実施

出所：第26回保険者による健診・保健指導等に関する検討会（平成28年12月19日）
「後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し（平成30年度～35年度）の検討状況」

（２）開示する際に必要な工夫や配慮事項等

開示する際に必要とされる工夫や配慮については、以下の点を挙げることができる。

- ・ 数値で測ることができるものは順位（全体順位、同業種内順位、同規模内順位等）を明示し、定性的なものについては平均的な実施状況（全保険者、業界、同規模健保での実施状況）を開示すること。
- ・ 複数の指標の各順位のみではわかりにくいため、「総合評価」（例：ABCD 判定のようなもの）も開示すること。
- ・ 保健事業の実施と成果にはタイムラグがあることから、単年度だけでなく、複数年度の時系列データを開示すること
- ・ 標準保険給付費との関連性に関する補足的分析結果も開示すること
- ・ 保険者はデータヘルス計画の取組を行っていることから、開示する情報については、データヘルス計画の取組内容との重複や情報過多にならないように注意すること

なお、単一健保では、保険者に対する評価指標をもとに、事業主と保険者とが密にコミュニケーションを取ることで、保険者機能強化に向けた事業を構築することが可能と考えられるのに対し、多くの事業主が加盟する単一健保や総合健保の各事業主にとっては自社の努力（特定保健指導を業務時間内に受けることや、職場内禁煙対策等）が保険者の財政状況や保険料率の改善に直接的につながりにくいことから、保険者に対する評価指標が開示されるだけでは、事業主側が保険者への働きかけを行い、健康増進に取り組むインセンティブが働きにくい。そのため、「保険者機能発揮指標（幅広い評価）」などに関して、事業主の協力が必要な取組については、多くの事業主が入る単一健保や総合健保の側が、さらに事業主ごとの状況进行评估することにより、事業主の意識を向上させる取組も必要と考えられる。例えば、協会けんぽにおける例ではあるが、協会けんぽ広島支部では、加盟する事業主に対し、その取組に関する分析結果（例えば、健診受診率や喫煙率について、全加盟事業主中第何位かなど）を「ヘルスケア通信簿」にまとめて送付している。このような既存事例も参考になると考えられる。

3.3.4. 標準保険給付費の試算の考え方

(1) 標準保険給付費が満たすべき要件

標準保険給付費は、「事業主や被保険者が保険者を評価するための指標を見える化することで、健保組合に対する事業主や被保険者からのガバナンス強化に活用すること」に資する指標であることから、事業主や被保険者、健保組合の3者が、標準保険給付費という指標をもとに、どのような保険者機能に重点をおき、どのような保健事業を行うか等について検討する際に役立つものでなければならない。

そのため、適切な「標準保険給付費」が満たすべき要件としては、以下の3点を挙げることができる。

- ・「保険者の責任に帰すことのできない」リスク要素については、保険者間の差異が適切に調整された指標であること。
- ・適度にシンプルで説明しやすい指標であること
- ・信頼できる作成主体によったものであり、複数年度や時系列などでの統一的データを利用しており、算定方法が公開されているなど、信頼性が高い指標であること

(2) リスク調整すべき要素の考え方

標準保険給付費は、各保険者のリスク構造（例：被保険者の年齢や性別など、保険料支払いに影響する要因）のうち、「保険者の責任に帰すことのできない」リスク要素のみを調整することが基本的な考え方となる。そこで、各保険者の実際の保険給付費の差異をもたらす背景や要因について、「保険者の責任に帰すことのできない」リスク要素かどうかについて、検討を行った。下表はその結果を整理したものであり、要点は以下のとおりとなる。

- ・保険者の責任に帰すことのできないリスク要素としては、被保険者の年齢・性別、本人／家族の種別、所得、職種のほか、健保組合の業種を挙げることができる。
- ・部分的には保険者の責任に帰すことができるリスク要素（これから改善できる／予防できた等）としては、被保険者の疾病状況や障がい・介護状態を挙げることができる。

なお、各健保組合においては、医療費がほとんどかかっていない加入者もいれば、高額な加入者もあり、医療費は一部の加入者に偏って発生していることが知られている。そのため、標準保険給付費の試算に当たっては、高額医療費者を除外して分析するなどの対応も検討する必要がある。

図表 3-47 標準保険給付費への反映を検討したリスク要素

区分	保険給付費（実績）の差異の背景や要因	保険者の責任に帰すことができないもの
1：被保険者の基本属性	① 被保険者の年齢	●
	② 被保険者の性別	●
	③ 被保険者の種別（本人／家族）	●
	④ 被保険者の所得	●
2：被保険者の健康状態	① 被保険者の疾病状況	△
	② 被保険者の健康状態（メタボ状況等）	-
	③ 被保険者の障がい・介護状態	△
3：被保険者の生活習慣	① 被保険者の職種	●
	② 被保険者の食習慣・運動習慣	-
	③ 被保険者の喫煙習慣	-
	④ 被保険者の健診受診	-
	⑤ 被保険者の受療行動（医療施設の利用）	-
4：保険者の特性	① 健保組合の規模（被保険者、被保険者）	-
	② 健保組合の業種	●
	③ 予防・健康づくり施策	-
	④ 医療の効率的な提供への働きかけ施策	-
5：地域性	① 地域医療の提供体制	-
	② 地域の生活・食習慣等	-

●：保険者の責任に帰すことのできないもの

△：部分的には保険者の責任に帰すことができるもの（これから改善できる／予防できた等）

－：保険者の責任に帰すことができるもの

なお、ドイツやオランダにおいては、既にリスク構造調整が行われている。ドイツやオランダにおける取組と今回の標準保険給付費における実施目的や調整要素の比較は、下表のとおりである。ドイツやオランダにおけるリスク構造調整については、本節末の「【参考】海外におけるガバナンス構造並びにリスク構造調整」を参照のこと。

図表 3-48 ドイツ・オランダにおけるリスク構造調整の目的と調整要素

区分		ドイツ	オランダ	今回
目的		保険者の責任で解決できない被保険者のリスク構造を調整した形で各保険者に財源を配分することで、保険者間の不均衡を是正すること。 ⇒被保険者が地域や就労先等と無関係に保険者を選択できる一方、保険者には、高リスク者の加入を避ける「リスク選択」（リスク選別）誘因を持つ構造であることから、それが働かないようなリスク構造調整が最適。 ※結果的に、モデル式には、説明力の最大化が求められ、多くの説明変数が盛り込まれる形となっている。		事業主や被保険者が保険者を評価できるような指標を見える化することで、健保組合に対する事業主や被保険者からのガバナンス強化に活用すること。 ⇒どのような保険者機能に重点をおき、どのような保健事業を行うか等について、事業主・被保険者・健保組合の三者による検討につながるようなリスク構造調整や補足的情報提供がなされるべき。
リスク調整要素 (概観)	被保険者の基本属性	・年齢・性別（40 グループ）	・年齢・性別（40 グループ） ・居住地域 ・単身世帯	
	社会経済的属性	—	・収入源別分類 ・社会経済的地位	
	顕在リスク	・罹病率（106 の疾病グループ） ・稼得能力の減退/喪失（障害医療給付 6 グループ）	・薬剤費用グループ ・診断費用グループ ・医療材費用グループ ・慢性疾患高額医療費 ・理学療法の利用 ・一般的罹患率 ・地域看護の利用 ・高齢者リハビリテーションの利用 ・精神科入院の利用	

（３）実際に標準保険給付費を算出する際の考え方や課題

実際に、標準保険給付費を算出するにあたって、被保険者の年齢・性別、本人／家族の種別については大きな課題はないものの、以下のリスク要素については、考え方を整理すべき点や課題があることから、これらをどのように捉え、どのように標準保険給付費の算定に反映するかについて検討する必要がある。

- ・被保険者の所得
- ・被保険者の疾病状況
- ・被保険者の障がい・介護状態
- ・地域性

A) 被保険者の所得

所得に関する傾向として、低所得者ほど健康状態が良くないという関係がある一方で、所得が下がると受診を控えるという受診抑制の関係等もあり、所得が保険給付費に与える影響は複雑である。内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）による政策効果分析レポート「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」（平成 18 年 6 月）では、「年齢に関わらず、低所得者ほど、入院外受診の必要性和実際の通院は増加するが、受診控え（受診の必要性＞実際の通院）は、概ね 60 歳代前半にしか存在しない」という分析結果等があるものの、その影響の方向や程度については明確な結論が出ていない。

そのため、利用できる所得関連のデータがあれば、リスク調整実施の対象とすることが望ましい。その際、所得の範囲を給与所得に限定するのであれば、被保険者のうち、被保険者については標準額（標準報酬月額・標準賞与額）を指標とすることが考えられるが、個人別の情報は、健保組合連合会への報告データやレセプトデータ（NDB を含む）にはデータが存在しない点が課題である。なお、被扶養者の所得については、額も少ないことから、リスク構造調整の対象としないことが考えられる。

参考として、海外における事例を述べる。オランダは、「収入源と年齢の組合せ」及び「世帯年収等の社会経済的地位」を識別し、リスク調整を実施している。1995 年から導入された収入源別分類（AvI）は、収入源による医療費の支出の違いを調整するための指標であり、18 歳から 64 歳までの被保険者は、「就労不能者」、「生活保護受給資格者」、「自営業」、「学生」、それ以外の「リファレンス・グループ」に分類され、さらに年齢によって細分化されている。

「社会経済的地位（SES）」は、世帯年収等の社会経済的地位による医療費支出の違いを調整するための指標となっている。なお、ドイツは所得関連の指標ではリスク構造調整を行っていない。

【参考】内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）による政策効果分析レポート
「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」（平成 18 年 6 月）の概要

■分析の目的

医療サービスの中でも入院外サービスの利用について、年齢等の基本属性のほか、身体的な状況認識や、社会的要因といった医療サービスの需要側の属性をもとに、受診の必要度（以下、「受診ニード」という。）を推計するとともに、所得と医療アクセス制約の関係を測るために、推計された受診ニードが実際の受診行動に結びついているかについて、両者の差を求めて、所得階層別に比較分析した。

なお、分析に用いたデータは、厚生労働省「国民生活基礎調査」（1995 年、1998 年、2001 年、2004 年）の個票データである。

■受診ニードとは

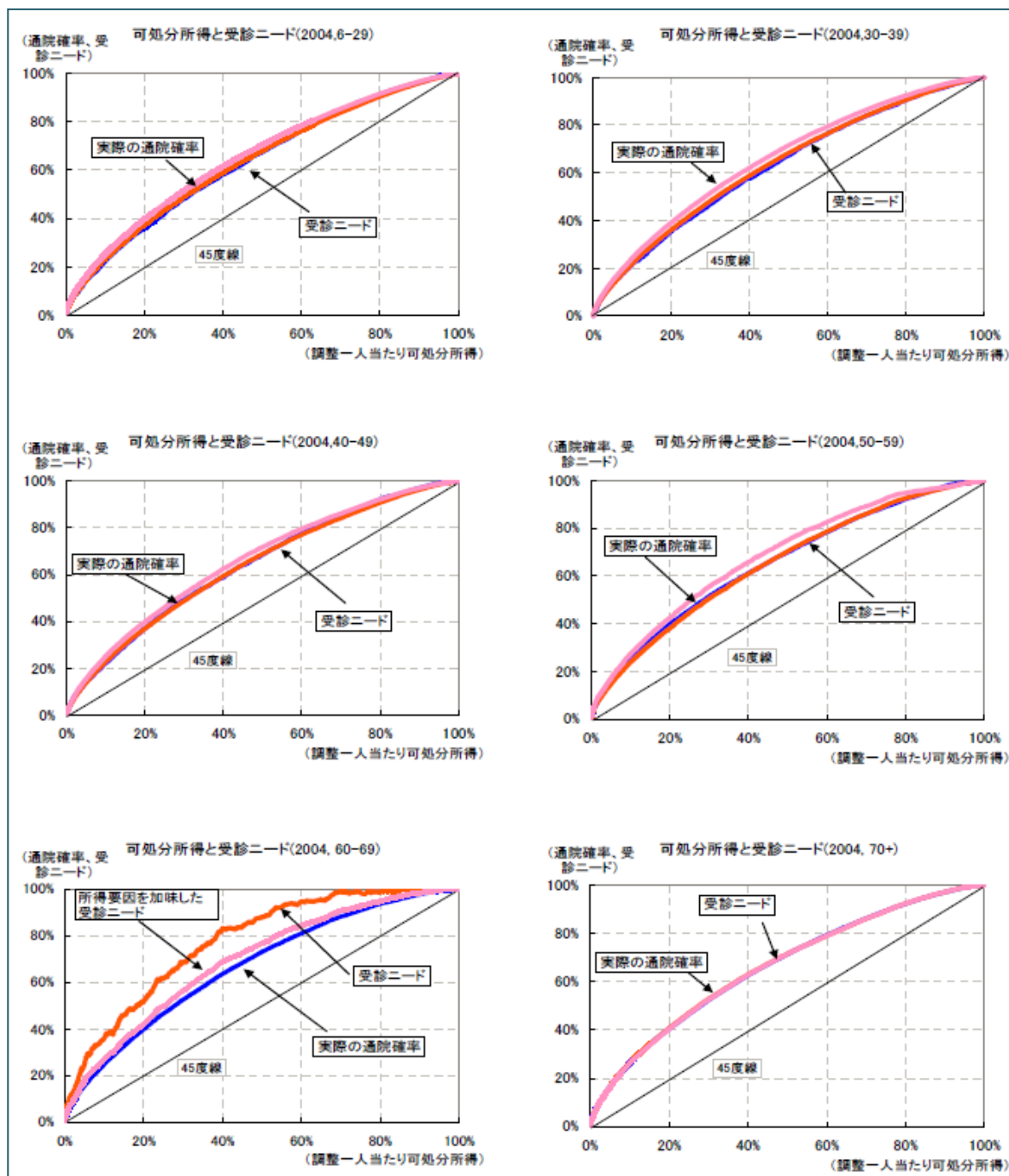
- ・受診ニードとは「潜在的な受診者の属性が与えられた場合にその人が受診する確率」であり、その潜在的な受診者の属性は以下の 3 つに区分される。
 - ①身体的要因による部分（その 1）：年齢、性別
 - ②身体的要因による部分（その 2）：
健康状態の自己評価、自覚症状数、日常生活への影響の有無
 - ③経済的要因による部分：
仕事の有無、被用者保険本人、調整一人当たり可処分所得、ホワイトカラー、ブルーカラー、貯蓄の有無、借入金の有無、調整一人当たり拋出金（税と社会保険料の合計）
- ・上記の「③経済的要因による部分」の変数を除いた変数による推計ニードを、身体的条件から受診が必要とされる部分という意味で、単に「受診ニード」、全ての変数で説明された推計値を「所得要因を加味した受診ニード」と呼んでいる。

■分析結果グラフの見方

- ・所得順に推計された受診ニードを累計し、横軸に所得の低い層から高い層に順に並べて、必要度の総計に対する比率をプロットしたものが、下図の各グラフにおける「受診ニード」曲線である。
- ・所得階層ごとの患者数累計の総医療需要（調査対象期間中の総患者数）に対する比率を描いたものが、下図の各グラフにおける「実際の通院確率」曲線である。
- ・「受診ニード」や「実際の通院確率」が 45 度線よりも上に位置するほど、低所得者層であるほど、受診ニードや実際の通院確率が大きいことを意味している。受診ニードと実際の通院確率の乖離が受診控えの程度を表している。

■主な分析結果

- ・年齢階層別に可処分所得と「実際の通院確率」及び「受診ニーズ」の分布を見ると、各曲線が左上方に弓形を描くことから、低所得者層に偏った「受診ニーズと実際の通院」が行われていることがわかる。
- ・そのうえ、60歳代のみ、低所得者層で満たされない通院が存在することが明らかとなった。さらに60歳代を前半と後半に分けてみると、その乖離は60歳代前半でのみ顕著であることがわかる。なお、60歳代前半では所得が低くかつ国民健康保険被保険者であるほど、相対的に見て受診が必要にも関わらず、受診を控える傾向が強い。



出所：内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）による政策効果分析レポート
「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」（平成18年6月）

B) 被保険者の疾病状況

被保険者の疾病状況については、「保険者の責任に帰すことのできない」リスク要素（＝標準保険給付費の算出にあたって調整すべき要素）の範囲を、どのように設定するかが課題となる。具体的には、今後、NDB 等を用いた詳細な分析が待たれるが、ここでは 1 つの考え方として、以下の 2 案を提示する。

①「生活習慣病 10 疾患（※1）」以外の疾病

※1：糖尿病、脳血管障害、虚血性心疾患、動脈閉塞、高血圧症、高尿酸血症、高脂血症、肝機能障害、高血圧性腎障害、人工透析の 10 疾患。

②短期的には解決がし難い「慢性疾患」（※2）

※2：例として、筋骨格系の疾患、腎不全等、喘息、慢性閉塞性、肺疾患等、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎など。

なお、健康保険組合連合会「平成 26 年度生活習慣病医療費の動向に関する調査分析」（平成 28 年 3 月）⁴では、医療費の総額約 3 兆 4,155 億円（1,124 組合、医科、歯科、調剤を含む）のうち、生活習慣病（10 疾患）にかかる医療費は約 3,628 億円で、全体の 10.62%を占めている。

図表 3-49 生活習慣病の対象疾患名及び ICD-10 コード等

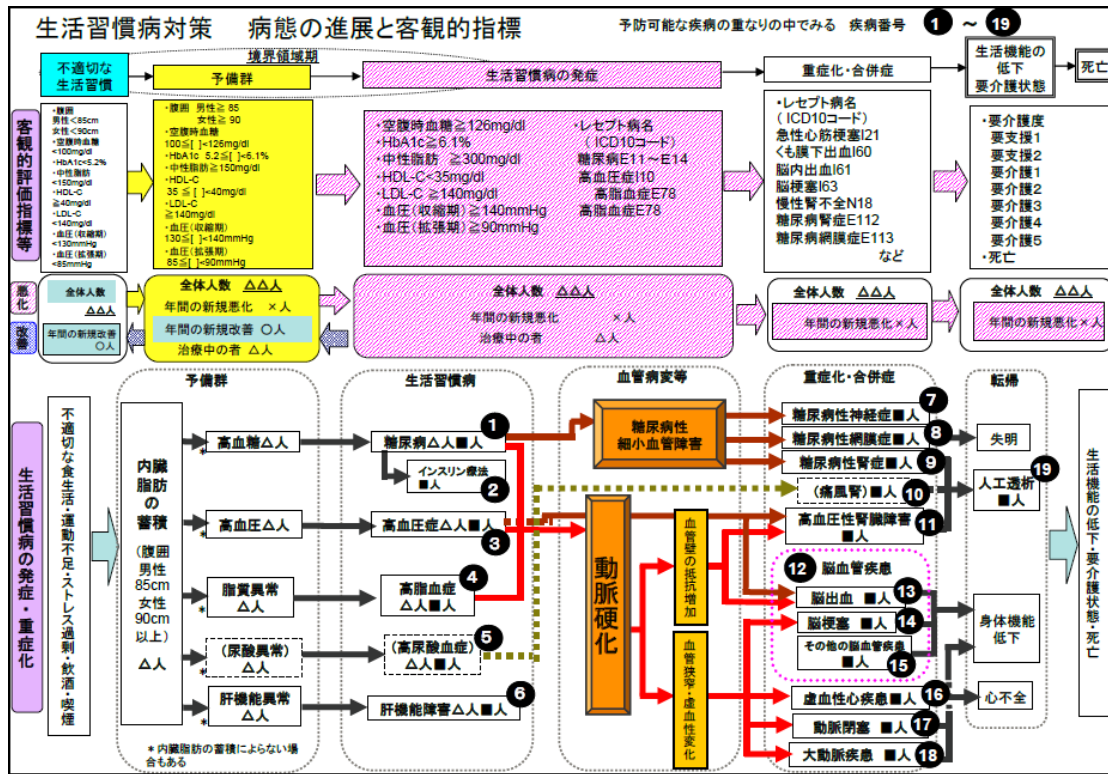
注：①～③は、各項目における各生活習慣病（10 疾患）の上位 1～3 位を意味する。

対象疾患名 (診療行為)	ICD-10 等	生活習慣病(10 疾患) の医療費構成割合		一人あたり医療費				推計平均在院日数		推計1入院当たり医療費	
		医科入院 (13.2%)	医科入院 外(86.8%)	医科入院		医科入院外		医科入院		医科入院	
		-	-	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族
①糖尿病	E11～E14		②29.9%		②205円	②4,971円	②1,968円				
②脳血管障害	I61、I639、I64	②30.8%		②692円	①412円			①36日	②44日	①69万円	①63万円
③虚血性心疾患	I209、I259、I219	①31.3%		①928円						②50万円	③23万円
④動脈閉塞	E145							②30日	①46日		
⑤高血圧症	I10	③15.6%	①36.3%	③356円	③204円	①6,127円	①2,291円				
⑥高尿酸血症	E790										
⑦高脂血症	E785、E780、E781		③20.9%			③3,246円	③1,658円				
⑧肝機能障害	K760、K701										
⑨高血圧性腎臓障害	I129、N26										
⑩人工透析	人工透析区分							③23日	③38日	③26万円	②46万円

出所：健康保険組合連合会「平成 26 年度生活習慣病医療費の動向に関する調査分析」（平成 28 年 3 月）

⁴ 1,124 組合（本人：1,414 万 9,986 人、家族：1,205 万 247 人）のレセプトデータ（2 億 6,663 万 6,802 件／総医療費：約 3 兆 4,155 億円）をもとに、「レセプト分析対象病名等一覧（優先順位）」（出所：厚生労働省健康局）の ICD-10 疾病分類に基づく生活習慣病疾患を対象に平成 26 年度の生活習慣病医療費の動向を調査。

図表 3-50 生活習慣病関連の疾患



出所:厚生労働省生活習慣病対策室

「新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」

参考として、海外における疾病に関するリスク構造調整の事例を述べる。オランダは、医療費が高額になりがちである「慢性疾患患者」を下表のような考え方で識別し、リスク調整を実施している。なお、ドイツも、基本的な考え方は同じであり、重症または高コストの慢性疾患グループを対象に 26 段階の区分に識別して調整している。

図表 3-51 オランダにおける「慢性疾患患者」に対するリスク構造調整の指標

指標	概要
薬剤費用グループ(FKG) 2002～	● 慢性疾患患者では総じて高額な医療費支出が見受けられるため、その費用を調整するために設定された指標。前年度に処方された指定薬品の処方量で被保険者を分類。 ※ただし院外処方のみ対象。
診断費用グループ(DKG) 2004～	● 院外処方のみを対象とする薬剤費用グループ(FKG)では識別できない慢性病を有する被保険者を認識するための指標。退院時における診断名をもとに慢性病患者を識別。
医療材費用グループ(HKG) 2014～	● 専門医療、その他の治療の可変費用を調整するための指標。被保険者の指定医療材の過去の使用歴を参照し、慢性疾患患者として費用別にクラス分類。
慢性疾患高額医療費(MHK)	● 高額な慢性疾患の医療費支出を調整するための指標。慢性疾患を患う被保険者群の直近3年の医療費を対象に五つのクラスに分類。

出所:『みずほ情報総研株式会社(2014)「平成 25 年度社会保険診療報酬支払基金による委託事業

オランダにおける診療報酬の審査等に関する調査研究』

C) 被保険者の障がい・介護状態

被保険者の障がい・介護状態については、障がい・介護の程度（障害等級、要支援状態区分・要介護状態区分）について、性別・年齢別にリスクグループを設定・識別し、リスク構造調整を実施するという案が考えられる。しかし、障がい・介護の程度に関する情報はレセプトデータには含まれていない。要支援状態区分・要介護状態区分については、「介護保険総合データベース」内には情報があるが、障害等級については現在、国として統一的にデータ収集・管理されていない点が課題である。

参考として、海外における障がい・介護状態に関するリスク構造調整の事例を述べる。オランダでは、「地域看護の利用」や「高齢者リハビリテーションの利用」の状況によって識別し、リスク構造調整を実施している。ドイツでは、障害に対する医療給付の程度について、性別・年齢別に6つのリスクグループに識別し、リスク構造調整を実施している。

D) 地域性

医療費の地域差については、病床数や医師数という医療提供体制の要因と、食習慣等の要因があると考えられる。前者については、地域医療構想において保険者が関与することとされており、後者についても被保険者への働きかけによって変えていくことができることから、「保険者の責任に帰すことができる」リスク要素と整理できる。ただし、総体としての「保険者」の責任に帰すことができるとしても、個々の保険者、特に健保組合にとっては、それら要因に対して十分な影響力を行使することは困難である。そのため、事業主や被保険者が健保組合とコミュニケーションを図る際の指標として標準保険給付費を利用するにあたっては、地域性を調整した場合の標準保険給付費も参考値として算定・提示することが必要であると考えられる。

なお、下図にみるように、協会けんぽの場合は、国民健康保険や後期高齢者医療制度と比べて、年齢構成が低いため、医療費の地域差も小さい。そのため、健保組合の場合も、国民健康保険や後期高齢者医療制度よりも年齢が低い加入者が多いことから、地域差の影響もより小さいと考えられる点にも留意が必要である。

被保険者の医療費の地域性の考慮方法の案としては、47都道府県ごとに差異を考慮する方法や、オランダのように各都道府県の特徴をもとにグループ分けしたうえで、グループ単位で差異を調整することが考えられる。

また、被保険者の地域性を識別するための情報については、「被保険者の居住地」のほかに、「事業主の所在地」、「事業所（勤務地）の所在地」、「レセプトが発生した医療機関等の所在地」等が考えられるものの、それぞれ以下のような課題がある。

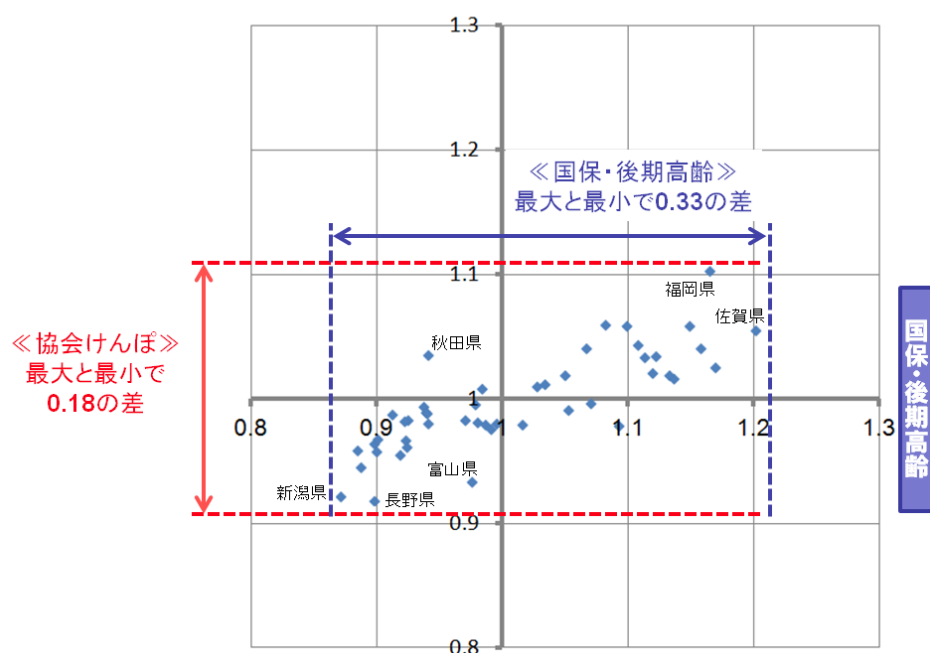
- ・被保険者の居住地：レセプトデータには当該情報がない。
- ・事業主の所在地：全国に従業員を抱える企業の場合は実態とずれる。
- ・事業所（勤務地）の所在地：当該データを取得することが難しい。
- ・レセプトが発生した医療機関等の所在地：レセプトによって地域が異なることもあり、被保険者の属性情報としての定義がしにくい。

このうち、「被保険者の居住地」の情報を利用することが望ましいが、レセプトデータ

には当該情報がないため、改善の策として、「レセプトが発生した医療機関等の所在地」の情報をもとに、一定の算定ルールのもとで当該被保険者の属性情報を定義して活用することも考えられる。

参考として、海外における疾病に関するリスク構造調整の事例を述べる。オランダは、1995年以降、居住地域（regio）ごとの医療供給体制、社会経済的状況、健康状態等の特性を踏まえ、地域を5桁の郵便番号をもとにグループ分けして識別し、リスク調整を実施している。なお、ドイツは、地域性の指標ではリスク構造調整を行っていない。

図表 3-52 国保・後期高齢における地域差と協会けんぽにおける地域差の比較(全国平均=1)



出所:【国保・後期高齢】:厚生労働省医療「保険データベース:医療費の地域差(平成26年度)」

【協会けんぽ】:全国健康保険協会「年齢階級別地域差指数等(平成26年度)」

(3) 標準保険給付費の公開・開示レベルや留意点・配慮事項等について

「標準保険給付費」の指標を算定し公開するにあたり、一般公開や各健保組合への開示レベルをどのようにするか等、当該指標を活用してもらううえでの留意点や配慮事項等について、検討した。なお、3.3.2節で整理した「保険者に対する評価指標」を開示する際に必要な工夫や配慮事項等と一部共通する内容についても再掲している。

A) 一般公開レベル

- ・全ての健保組合の標準保険給付費や実際の保険給付費の総額や一人あたり平均額、それらの乖離状況等については、健保組合が特定されない形で公表する。

- ・ただし、標準保険給付費が実際の保険給付費を大きく下回るような上位の健保組合については名称を公表することや、数年間の運用を重ねることで指標の安定性や認知度が確認できた後には名称を公表するといった運用についても検討していく。
- ・業種別の平均値や健保組合の種別（総合／単一）ごとの平均値などは公開する。

B) 各健保組合への開示レベル

- ・各健保組合に対しては、自身の健保組合の順位等（全体順位、同業種内順位、同規模内順位等）がわかる形での開示とする。
- ・各健保組合に開示する当該健保組合の標準保険給付費や、これと実績額との乖離等については、総額や一人あたり平均額だけでなく、より詳細にリスクグループごとの値も提供することとする（下図参照）。
- ・保健事業の成果が医療費の変化として現れるまでタイムラグがあることから、単年度だけでなく、複数年度の時系列データを開示する。

図表 3-53 リスクグループ単位の標準保険給付費に関するデータを開示する場合のイメージ

()内は一人当たり額

「保険者 A」にして開示するデータ(例)									
リスクグループ	リスク要素① (年齢)	リスク要素② (性別)	リスク要素③ (本人/家族)	リスク要素④ (△△/▲▲)	...	人数	(1) 保険者Aの 保険給付費実績	(2) 保険者Aの 標準保険給付費	(3) 差額 < (1)-(2) >
1	0歳	男	本人	△△	...	50人	1250万円 (25万円)	1250万円 (25万円)	0万円 (0万円)
2	0歳	男	本人	▲▲	...	40人	800万円 (20万円)	920万円 (23万円)	-120万円 (-3万円)
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
#	47歳	男	本人	△△	...	100人	1200万円 (12万円)	1200万円 (12万円)	0万円 (0万円)
#+1	47歳	男	本人	▲▲	...	100人	2500万円 (25万円)	1500万円 (15万円)	1000万円 (10万円)
#+2	47歳	男	家族	△△	...	50人	750万円 (15万円)	1000万円 (20万円)	-250万円 (-5万円)
#+3	47歳	男	家族	▲▲	...	300人	6000万円 (20万円)	4500万円 (15万円)	1500万円 (5万円)
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	75歳	女	家族	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
加入者合計						2万人	24億円 (12万円)	20億円 (10万円)	4億円 (2万円)

保険者Aは、
原因究明と対策の
検討・実施！

影響度の大きい
リスクグループは？

出所：みずほ情報総研作成

C) 活用にあたっての留意点・配慮事項等

標準保険給付費という指標の限界や特徴も踏まえつつ、その活用においては以下の留意点や配慮事項等が必要であるため、開示にあたっては、利用者（事業主・被保険者・健保組合）向けの説明書等にわかりやすく記載しておくことが考えられる。

- ・標準保険給付費において、「標準」とは「適正」値を意味するのではなく、健保組合間での横比較ができるように、各健保組合のリスク要素の違いを調整したうえで、保険者機能を十分に果たしていない健保組合も含めた全健保組合の実績値（現状）を反映した「リスク調整後の平均的な姿（現状）」を意味するため、保険給付費実績が標準保険給付費と同等であることに満足してはいけないこと⁵。
- ・安易に受診抑制を進めたりしないことや、リスクが高い被保険者や保険給付費が多い特定の被保険者（障がい者等）への不適切な対応が生じないようにすること。
- ・同時に開示される他の評価指標とあわせ総合的に活用することや、時系列の変化にも留意すること。
 - 保険給付費や保険料率が低いことのみがよいわけではなく、社員を健康にすることが重要な点であることから、加入者の健康度の指標の状況を踏まえながら活用すること。

⁵ 協会けんぽでは、「平均」と「標準」を以下の定義で用いており、今回用いる「標準保険給付費」における「標準」もそれと同様の用法としている。

- ・平均給付額＝「全国の年齢階級別 1 人当たり給付費」
×「当該都道府県支部加入者を全国の年齢構成割合と仮定したときの年齢階級別加入者」
- ・標準給付費＝「全国の年齢階級別 1 人当たり給付費」
×「当該都道府県支部の年齢階級別加入者」

- 将来的な医療費削減を狙うため、健康づくりに現在投資することは、短期的には保健事業費の増加や、受療行動による医療費の増加がみられる場合もあること。
- 診療報酬改定の影響も受けること。
- ・小規模の健保組合の場合は、リスク構造調整が十分には働かず、標準保険給付費の適切さが低下し、実績と乖離が生じやすい場合もあること（本来あるべき値よりも高く算出されたり、低く算出されたりする等）。

（４）今後の検討課題

「標準保険給付費」という指標について、今後の検討を具体化していくにあたっての課題を整理する。

A) 試算に用いるモデルの方向性

標準保険給付費は、各保険者のリスク構造（例：被保険者の年齢や性別など、保険料支払いに影響する要因）のうち、「保険者の責任に帰すことのできない」リスク要素のみを調整することが基本的な考え方となる。そのため、まずは、利用できるデータの範囲内で、リスク構造調整を突き詰めたモデル式を構築すべく、調査研究を進めていくことが必要である。そのうえで、標準保険給付費の利活用場面を踏まえ、経営層にも説明しやすいようなシンプルで理解しやすいことを重視するという判断となれば、算定時に考慮するリスク要素をダウングレードする形で調整するなどして対応することが考えられる。

B) 試算に用いるデータ

今後、標準保険給付費の試算モデルを具体的に検討していく際に利用するデータについては、各保険者（健保組合、国保・後期高齢等）における医療費の特性を考慮しうるだけの規模やカバー範囲があり、かつ偏りが無いものであることが不可欠である。「健康保険組合連合会が収集している各健保組合からの報告データ」は対象が健保組合のみであり、回答をしていない健保組合も一定程度ある。また、「医療給付実態調査」については、協会けんぽや国民健康保険及び後期高齢者医療は、ほぼ全てのレセプトデータの報告が得られているものの、健保組合では7割台半ば、共済組合では4割台半ばの報告に留まっている。このことから、NDBの活用が第一候補となる。

しかし、NDBにも以下の課題がある。

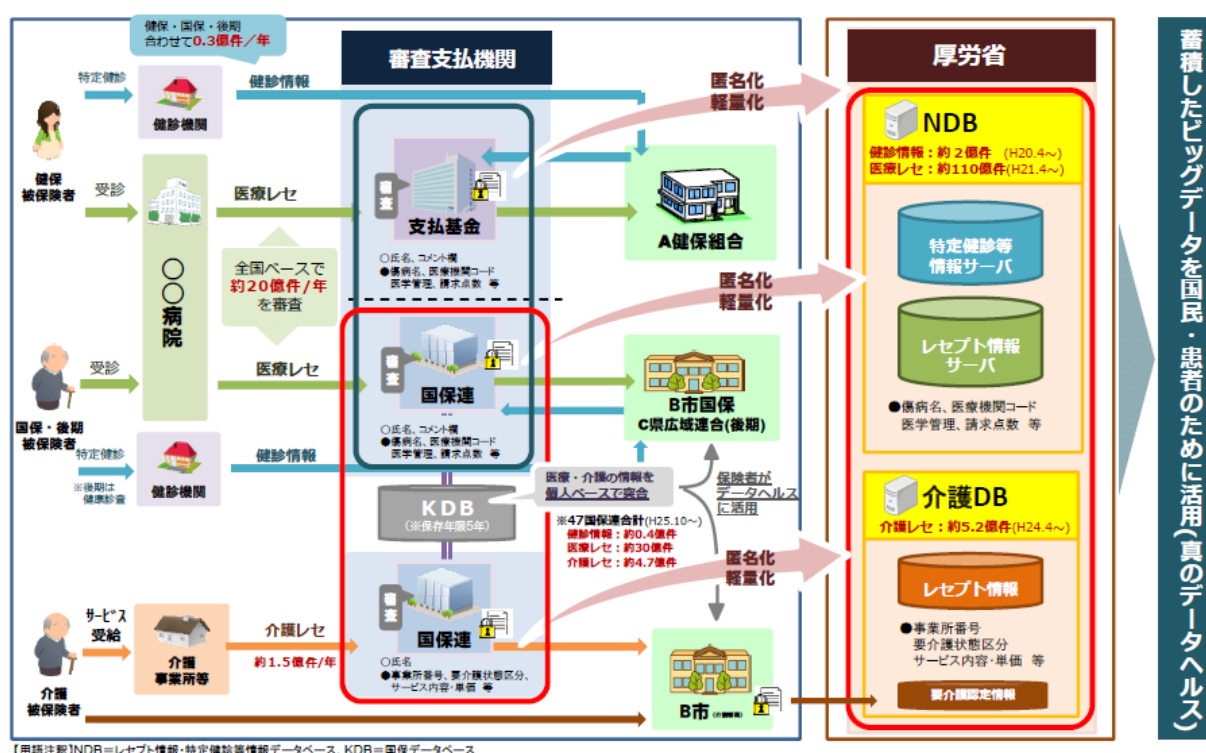
- ・加入者台帳が存在せず、レセプトが発生していない加入者のデータがないため、別途、レセプトがない加入者の情報（年齢・性別を始め、レセプト以外の調整するリスク要素）を収集することが必要である。
- ・あらかじめ定式化された集計データの公開が開始されたものの、詳細な個票データの利用については、依然として厳しい条件が課されており、利活用のハードルが高い。
- ・特定健診・特定保健指導データとの紐づけされている点はあるものの、その紐づけ率が低い。

そのため、2020 年を目途に現在検討が進められている「健康・医療・介護の公的データベースの整備・連結」の取組み⁶においては、標準保険給付費や加入者の健康度という指標の算定に NDB を利用するという視点からも、上記の課題に対する対応が求められる。

C) 調整・分析の進め方

現状、課題は存在するが、今後は、国民皆保険にもとづくビッグデータである NDB を最大限活用して、具体的な試算モデルを構築することが想定されるため、そのデータ利用に関する調整や実際の分析作業を誰がどのように進めていくべきかについては、注意深く検討していく必要がある。

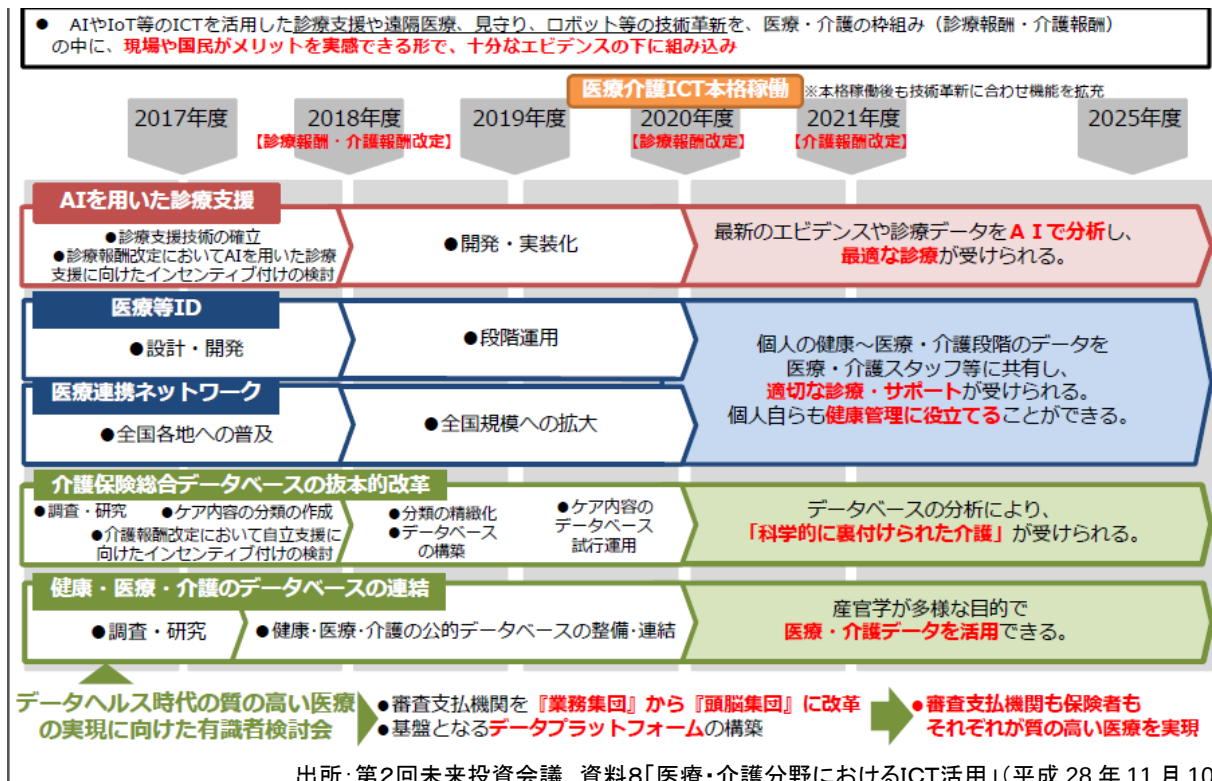
図表 3-54 医療・介護分野におけるデータの活用状況



出所：第2回未来投資会議 資料8「医療・介護分野におけるICT活用」（平成 28 年 11 月 10 日）

⁶ 厚生労働省「保険医療分野における ICT 活用推進懇談会」において ICT を活用した「次世代型保健医療システム」の実現が提言されており、これを受け、厚生労働省に「データヘルス改革推進本部」が設置され、大規模な健康・医療・介護の分野を有機的に連結した ICT インフラを 2020 年度から本格稼働させるべく検討が進められている。

図表 3-55 ICT・AI等を活用した医療・介護の工程表



【参考】海外におけるガバナンス構造並びにリスク構造調整

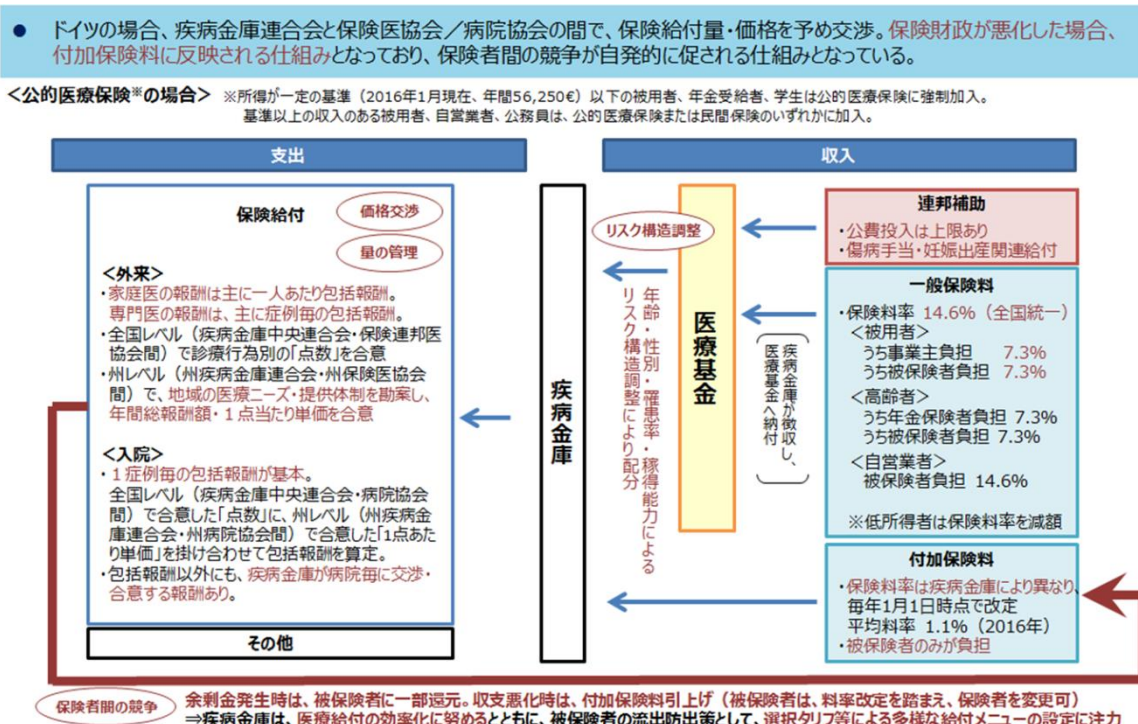
標準保険給付費の算定方法を検討するにあたり、海外で行われているリスク構造調整の仕組みを参考にすることが有益であることから、ドイツやオランダで実施されているリスク構造調整について整理する。

(1) ドイツ

A) 保険者のガバナンス構造の全体像

ドイツにおけるガバナンス構造の全体像は、下図のとおりである。

図表 3-56 ドイツにおける保険者のガバナンス構造



出所：「平成 28 年度産業経済研究委託事業税・社会保障負担と経済活力に関する調査研究」 報告書

- ・ドイツにおける医療保険制度では、基準以上の収入のある者（被用者・自営業者・公務員など）は、公的医療保険もしくは民間保険のいずれかに加入する。所得が一定の基準以下の者（被用者・年金受給者・学生など）は、公的医療保険に強制的に加入する。一般保険料は全国で統一されており、保険料率は賃金に対し 14.6%である（賃金に対し、被用者 7.3%、使用者 7.3%）。この一般保険料はいったん医療基金に集められ、連邦からの補助も合わせて、保険者である各「疾病金庫」に、リスク構造調整を行ったうえで、交付金として配分される⁷。公的医療保険の給付内容及び付加保険料は疾病金庫ごとに異なり（2015 年平均で 0.9%）、被保険者は加入する金庫を自由に選択できる。
- ・疾病金庫の支出に関しては疾病金庫連合会と保険医協会・病院協会の間で、年間の保険

⁷ なお、2008 年までは、保険者が保険料を徴収したうえで、国がリスク構造調整における加算減算を行っていたが（水平的調整）、2009 年からは、保険料はいったん国（健康基金）に納められた後、交付金として各疾病金庫に配分されるようになった（垂直的調整）。

給付量と価格をあらかじめ交渉している。例えば外来診療について、全国レベルでは、疾病金庫中央連合会と保険連邦医協会との間で、診療行為別の点数を合意している。州レベルでは、州疾病金庫連合会と州保険医協会の間で、地域の医療ニーズや提供体制を勘案したうえで、年間総報酬額及び1点当たりの単価を合意している。また、医師に対しての報酬も、家庭医は主に一人当たり、専門医は主に症例ごとの包括報酬である。入院については、1症例ごとの包括報酬が基本である。前述した全国レベルで合意した点数に、州レベルで合意した1点当たりの単価を掛け合わせて、包括報酬を算定している。この包括報酬以外にも、疾病金庫が病院ごとに交渉及び合意を行う報酬がある。

- ・保険財政が悪化した場合、被保険者が支払う付加保険料に反映されるが、被保険者は料金改定をふまえて、加入する疾病金庫を変更することができるため、保険者の競争が自発的に促される。医療給付の効率化に努め、選択タリフなどによる多様な給付メニューを設定するように努力している。

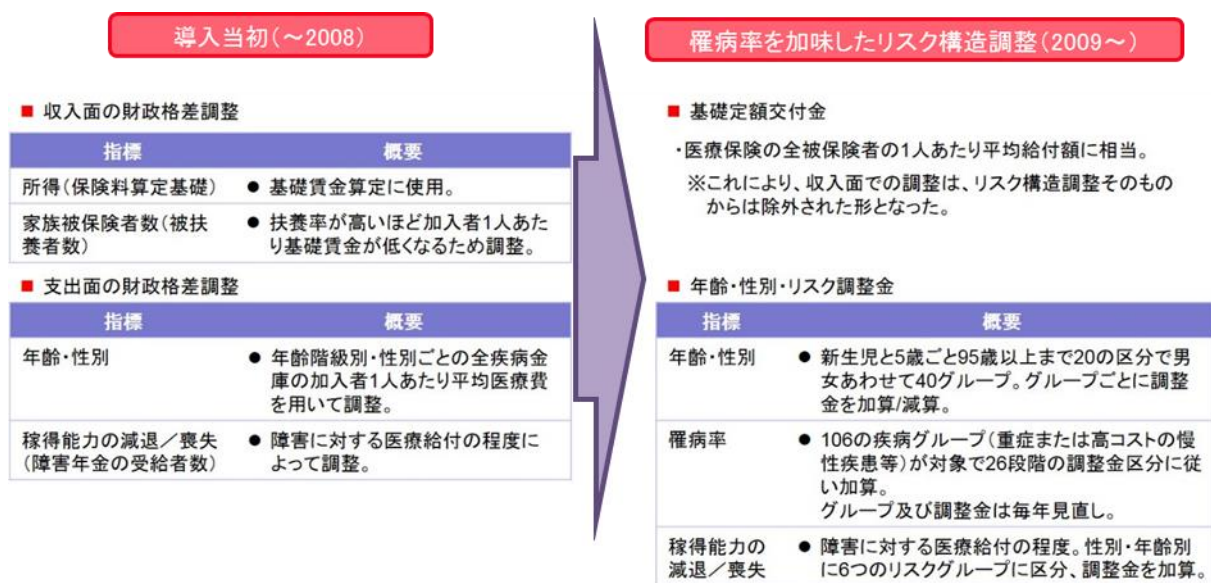
このように、ドイツにおいて、保険者は、配分された予算のもとで効率的な金庫運営を行い、いかに多くの余剰金と被保険者の満足度をあげることが競争のポイントとなっており、保険者自由選択制のもと、保険者間競争を促し、保険者が積極的に医療給付の効率化やサービスの充実化を進めるインセンティブを働かせている。保険者のガバナンスの視点から見た特徴は以下のとおりである。

- ・州単位の保険者と医療費側が交渉することにより、あらかじめ年間の医療費総額の目安を決定しており、保険者が医療給付の質や価格の決定プロセスに積極的に関与している。
- ・連邦からの公費の投入は、上限を設定したうえで、用途を限定している。保険給付の原則になじまない傷病手当や妊娠出産関連が、その対象となっている。
- ・保険者を自由選択制としたうえで、次の点から保険者間の競争を促進している。
 - リスク構造調整を導入し、公平性を一定程度担保したうえで、全国一律の一般保険料と保険者ごとに異なる付加保険料を導入。
 - 保険給付費が拡大した場合、負担の増に関しては疾病金庫独自の付加保険料へ帰着させることで、責任の所在を明確化。
 - 保険給付に対し余剰金が発生した場合は、被保険者に一部還元できる一方で、赤字の場合は、被保険者の保険料の引き上げが必要となり、被保険者の流出につながることから、保険者は保険給付の効率化に注力。
 - 給付に関しては、基本タリフと選択タリフの2階層としており、各保険者が独自に提供する選択タリフにより、保険者間のサービスの差別化を促進。

B) リスク構造調整の調整要素

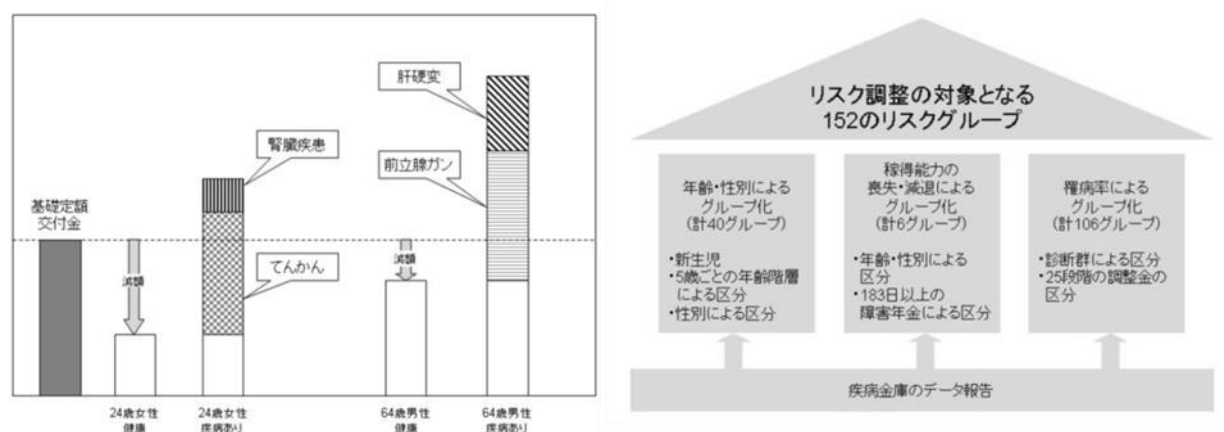
導入当初の制度では、年齢・性別と稼働能力によるリスク調整のみであったことから、特定の疾病金庫に高リスク被保険者が集まる状況や、有病者、障がい者、高齢者といった高リスク被保険者を忌避する状況がみられた。このことなどから、2009年以降、基礎定額給付金を支給したうえで、罹病率を加味したリスク構造調整が行われている。

図表 3-57 ドイツにおけるリスク構造調整の具体的な指標の変遷



出所: 医療経済研究機構(2015)「ドイツ医療関連データ集(2014年版)」により作成

図表 3-58 ドイツにおけるリスク構造調整で用いるリスクグループ



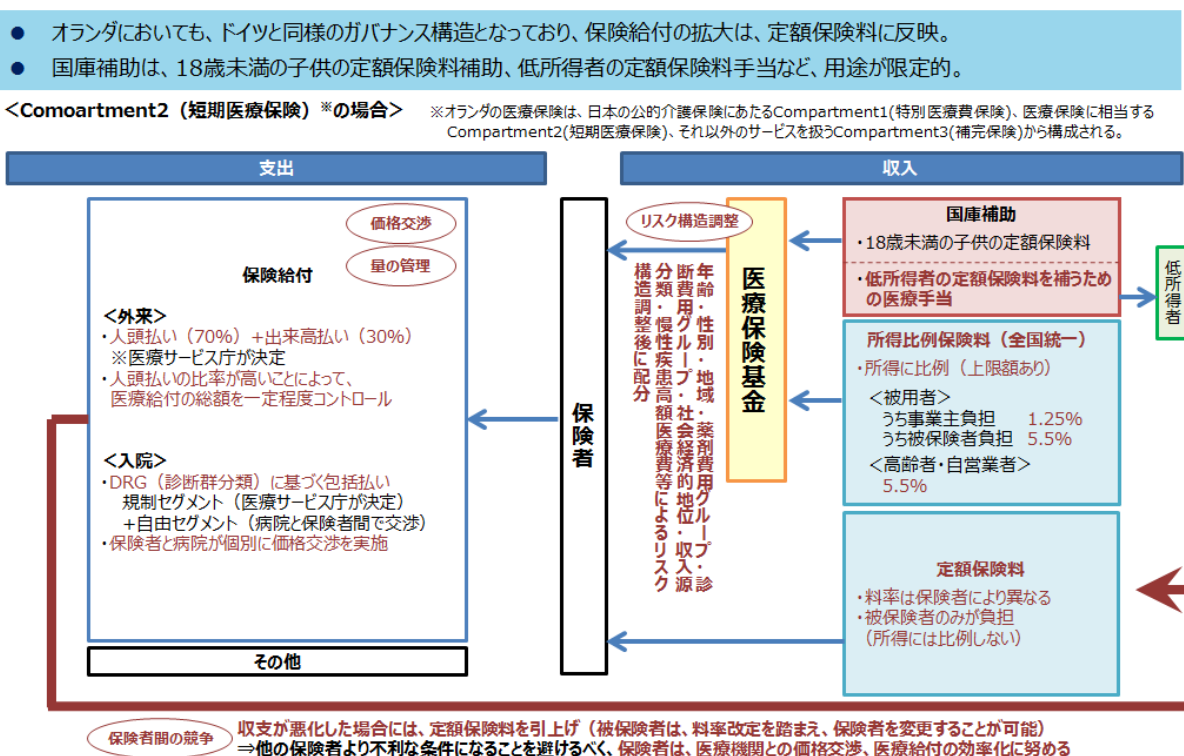
出所: 医療経済研究機構(2015)「ドイツ医療関連データ集(2014年版)」

(2) オランダ

A) 保険者のガバナンス構造の全体像

オランダにおける医療保険制度でも、ドイツと同様、保険者によって保険給付内容は異なり、被保険者は加入する保険者を自由に選択できる。オランダにおけるガバナンス構造の全体像は、下図のとおりである。

図表 3-59 オランダにおける保険者のガバナンス構造



出所:「平成 28 年度産業経済研究委託事業 税・社会保障負担と経済活力に関する調査研究」報告書

- ・ 所得に応じた所得比例保険料の徴収を国の医療保険基金が行い、リスク構造調整をふまえて交付金を保険者に配分する(垂直的調整)。この際、国庫からの補助も行われるが、18歳未満の者に対する定額保険料の補助、また低所得者が定額保険料を補うための医療手当など、用途が限定的である。
- ・ 所得比例保険料とは別に、各保険者は、所得水準とは関係ない定額保険料を自由に設定する形となっており、そのもとで、国民は保険者を自由に選択する。

このように、オランダでは、全国統一の所得比例保険料と保険者独自の定額保険料という2階層の保険料体系とすることで、非競争領域と競争領域を明確化し、保険者間競争を促進することで、保険者が積極的に医療給付の効率化に取り組むことにインセンティブを得られる制度となっている。保険者のガバナンスの視点から見た特徴は以下のとおりである。

- ・医療サービスの保険給付に関しては、外来においては7割の人頭払いと3割の出来高払いを組み合わせている。これにより、医療費の給付総額を一定程度コントロールできる。入院においては、各保険者と医療提供機関が個別に価格交渉を実施することにより、ドイツ同様、保険者が医療給付の質や価格の決定プロセスに積極的に関与している。
- ・保険者を自由選択性にするとともにリスク構造調整を採用している。
- ・保険給付費が拡大した場合、負担の増に関しては保険者独自の定額保険料へ帰着させているため、責任の所在が明確な構造となっている。医療サービスを効率的に調達している保険者は、保険料率を低廉に抑え他との差別化を図ることができる。
- ・医療保険基金による保険者への配分に関しては、所得比例保険料とリスク構造調整を組み合わせて被保険者特性に応じたリスクを平準化したうえで、保険者独自の定額保険料（所得比例なし）部分を競争領域としている。

B) リスク構造調整の調整要素

保険者がリスクの高い被保険者の受け入れを拒否することや、被保険者のリスクに応じた保険料を設定することは禁じられている。特定の保険者にリスクの高い被保険者が偏在し、財政運営が困難になることを回避するために、医療保険基金からリスク調整交付金が交付されている。リスク構造調整には、年齢、性別、居住地、過去3年間の高額医療費の実績など、複数の要素を考慮している。1993年の制度導入以降、数年ごとにリスク要素を追加し、調整を精緻化している。

図表 3-60 オランダにおけるリスク構造調整にかかる具体的な指標

指標	概要
年齢・性別 (LG) 1993～	● 加齢や性別による医療費不均衡に対処するための指標。0歳から5歳刻みの20カテゴリ×性別で分類。
居住地域 (regio) 1995～	● 居住地域ごとの医療供給体制、社会経済的状況、健康状態の差異による医療費支出を調整するための指標。地域を5桁の郵便番号をもとにクラスター化。
収入源別分類 (AvI) 1995～	● 収入源による医療費の支出の違いを調整するための指標。18歳から64歳までの被保険者が1)就労不能者、2)生活保護受給資格者、3)自営業、4)学生、5)「リファレンス・グループ」と呼ばれる上記のどれにも当てはまらない被保険者の各グループに分類、さらに年齢によって細分化。
薬剤費用グループ (FKG) 2002～	● 慢性疾患患者では総じて高額な医療費支出が見受けられるため、その費用を調整するために設定された指標。前年度に処方された指定薬品の処方量で被保険者を分類。 ※ただし院外処方のみ対象。
診断費用グループ (DKG) 2004～	● 院外処方のみを対象とする薬剤費用グループ (FKG) では識別できない慢性病を有する被保険者を認識するための指標。退院時における診断名をもとに慢性病患者を識別。
医療材費用グループ (HKG) 2014～	● 専門医療、その他の治療の可変費用を調整するための指標。被保険者の指定医療材の過去の使用歴を参照し、慢性疾患患者として費用別にクラス分類。
社会経済的地位 (SES)	● 世帯年収等の社会経済的地位の違いによる医療費支出の違いを調整するための指標。
単身世帯	● 世帯構成による精神医療リスクの差異を調整するための指標 (単身居住者は精神医療受診頻度高)。
慢性疾患高額医療費 (MHK)	● 高額な慢性疾患の医療費支出を調整するための指標。慢性疾患を患う被保険者群の直近3年の医療費を対象に五つのクラスに分類。
※2015年以降に追加されている指標	● Gebruikers fysiotherapie理学療法の利用 ● Generieke somatische morbiditeit一般的罹患率 ● Gebruikers wijkverpleging地域看護の利用 ● Gebruikers geriatrie revalidatiezorg高齢者リハビリテーションの利用 ● Gebruikers intramurale GGZ精神科入院の利用

(3) ドイツ・オランダにおけるリスク構造調整の方法

ドイツ・オランダにおけるリスク構造調整で用いられているリスク指標は、「被保険者の基本属性」、「社会経済的属性」及び「顕在リスク」に大別される。

- ・両国ともに、年齢・性別が基本的な調整要素となっている。
- ・両国ともに、顕在リスクとして、重傷・高コストの慢性疾患に関する要素を含んでいる。
- ・ドイツと異なり、オランダでは地域や所得についても調整要素に含まれている。

図表 3-61 ドイツ・オランダにおけるリスク指標（概観）

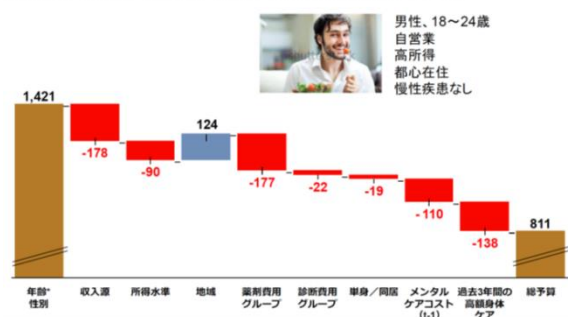
分類	ドイツ	オランダ
加入者の基本属性	● 年齢・性別(40グループ)	● 年齢・性別(40グループ) ● 居住地域 ● 単身世帯
社会経済的属性	—	● 収入源別分類 ● 社会経済的地位
顕在リスク	● 罹病率(106の疾病グループ) ● 稼得能力の減退／喪失(障害医療給付6グループ)	● 薬剤費用グループ ● 診断費用グループ ● 医療材費用グループ ● 慢性疾患高額医療費 ● 理学療法の利用 ● 一般的罹患率 ● 地域看護の利用 ● 高齢者リハビリテーションの利用 ● 精神科入院の利用

ドイツとオランダでは、上記の各リスク指標をもとに、下図のイメージでリスク構造調整が行われている。具体的には、各リスク指標を説明変数（ダミー変数：各加入者が該当リスクに該当するかないかを識別する形の変数）とし、翌年度の医療費支出額を説明する線形モデルが構築され、各リスク指標の係数について、最小二乗法（OLS）により推計し、推計された係数をパラメータとし、個人単位で医療費（リスク調整後）を推計している。

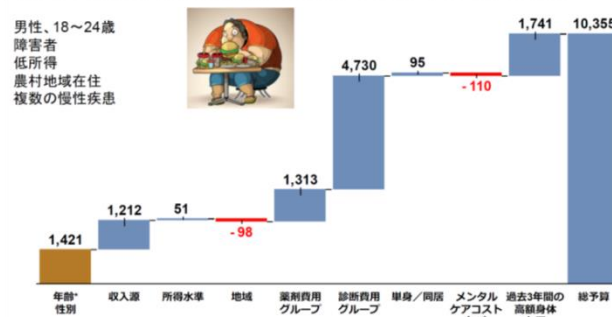
こうして推計された個人単位の医療費（リスク調整後）を保険者単位で集計した結果を用いて、リスク構造調整の交付金計算に利用している。

図表 3-62 オランダにおけるリスク指標に基づいたリスク評価のイメージ

■例1：18～24歳で、自営業者、高所得、都心在住で慢性疾患がない男性



■例2：18～24歳で、障害者、低所得、農村地域在住で複数の慢性疾患がある男性



出所：みずほ情報総研株式会社(2014)「平成25年度社会保険診療報酬支払基金による委託事業 オランダにおける診療報酬の審査等に関する調査研究」

3.4. JMDC データによる標準保険給付費の算出の試行

(株)日本医療データセンター (JMDC) の保有する匿名化された健保組合データ (以下、「JMDC データ」という。) を用い、試行的に「標準保険給付費」の算出を行った。この試行的分析により、実際のレセプトデータ等を用いてリスク構造調整を行った標準保険給付費について、健保組合間でどの程度差が生じるのか、調整するリスク要素の違いによりどのような影響があるか等を確認することで、保険者の評価指標としての妥当性や、今後 NDB 等を用いて実際に分析する際のデータ整備の必要性やリスク調整要因に関する課題について、検討を深めることができる。

3.4.1. 今回使用したデータ (JMDC データ) について

今回、試行分析に利用したデータは、JMDC 保有の匿名化済みデータであり、その基本情報を下表のとおりである。

図表 3-63 JMDC データ (匿名化済み) の基本情報

区分	内容
対象年度 ・対象者	・健保組合：【2015 年度】 79 組合 ・被保険者数：【2015 年度】 本人：1,314,306 人、家族：1,285,709 人 ※なお、5 千人以上の健保組合が多いほか、都市部の健保組合が多いため、医療アクセスが良く、外来医療費が高め（特にこども）、年収が高め等の偏りがある。
対象データ 項目	・台帳情報（年齢、性別、本人 or 家族、保険加入/離脱年月） ・健診情報（特定健診項目、問診項目） ・レセプト情報（入院、DPC、入院外、調剤） ※歯科を除く。 ・組合情報（規模、業態、種別（単一／総合）） ※保険料率や所得、事業所や被保険者の地域を把握できる情報はない。 ※データクレンジングや標準化（様々な表記があるレセプト情報を JMDC 独自の各項目マスタに自動変換）、コード付与済み。 ※調剤レセプトと、入院／外来のレセプトとの紐付けも可能（＝調剤費込みの入・外医療費が算出可能）。
制約事項	・個別の健保組合を特定しうる集計結果の開示は不可（健保規模等）。 ・地域に関する属性情報は使用不可（医療機関コードの使用も不可）。

3.4.2. 標準保険給付費の算出方法

上記の JMDC データを用い、ドイツやオランダと同様に、個人単位のデータセットをもとに、各リスクカテゴリーの該当有無をダミー変数とした説明変数により、各個人の保険給付費を説明する回帰モデルを構築し、各リスクカテゴリーの説明変数の係数について、最小二乗法（OLS）により推計した。推計された係数をパラメータとし、個人単位で医療費をシミュレーションすることで、当該リスクが調整された「標準保険給付」を算出している⁸。

回帰モデルは、説明変数の組み合わせに応じて、以下の 7 つのモデルを構築し、モデルごとに、高額医療費者の上位 0.1%を除いた場合（カットオフあり）と除外しない場合（カットオフなし）の 2 ケースを分析した⁹。各モデルの内容と決定係数¹⁰の一覧は下表のとおりである。

図表 3-64 モデルの種類（シミュレーションモデルに用いた説明変数）と決定係数

モデル	説明変数	自由度調整済み決定係数	
		カットオフなし	カットオフあり (高額上位 0.1%)
モデル 1 (基本)	年齢・性別	0.0208	0.0378
モデル 2	Model 1 + 本人/家族	0.0219	0.0393
モデル 3	Model 1 + 業種	0.0209	0.036
モデル 4	Model 1 + 疾病（がん）	0.0692	0.0917
モデル 5	Model 1 + 疾病（生活習慣病）	0.0576	0.0893
モデル 6	Model 1 + 疾病（がん） + 疾病（生活習慣病）	0.0642	0.1001
モデル 7	Model 1 + 本人/家族 + 業種 + 疾病（がん） + 疾病（生活習慣病）	0.0679	0.1036

※今回、疾病に関するリスク要素については、保険者の責任に帰すことができない疾病の例として「がん」を取り上げるとともに、それと対照的に、保険者の責任に帰すことができる疾病の例として「生活習慣病」を取り上げている。

⁸ ドイツやオランダでは、翌年度の医療費を説明するモデルとなっているが、今回の試行では、保険給付費の実績と、リスク調整された標準保険給付費の乖離状況を確認することが目的であったことから、当該年度の医療費を被説明変数にしている。

⁹ JMDC データでは、高額医療費者の上位 0.1%で医療費全体の 1 割弱を占めている。

¹⁰ 説明変数が被説明変数のどれくらいを説明できるかを表す値で 0～1 の間の値を取り、1 に近いほうが当てはまりがよい。

なお、上記モデルにおける業種や疾病定義（がん、生活習慣病）の詳細は、それぞれ下表のとおり。

業種区分については、健康保険・船員保険被保険者実態調査における業種分類（42 業種）をもとに、今回の分析用に「製造・建設・運輸系」「事務・営業・情報通信系」「小売・個人向けサービス系」の 3 業種にグルーピングした。なお、今回利用したデータの業種別構成は、全国の健保組合全体の構成と比べると製造・建設・運輸系の比率が高い。

図表 3-65 今回の検討における業種区分と事業所業態コードの関係

健保組合における事業所の業態コード	今回の検討で用いた業種区分
1 農林水産業	製造・建設・運輸系
2 鉱業、採石業、砂利採取業	製造・建設・運輸系
3 総合工事業	製造・建設・運輸系
4 職別工事業	製造・建設・運輸系
5 設備工事業	製造・建設・運輸系
6 食料品・たばこ製造業	製造・建設・運輸系
7 繊維製品製造業	製造・建設・運輸系
8 木製品・家具等製造業	製造・建設・運輸系
9 紙製品製造業	製造・建設・運輸系
10 印刷・同関連産業	製造・建設・運輸系
11 化学工業・同類似業	製造・建設・運輸系
12 金属工業	製造・建設・運輸系
13 機械器具製造業	製造・建設・運輸系
14 その他の製造業	製造・建設・運輸系
15 電気・ガス・熱供給・水道業	製造・建設・運輸系
16 情報通信業	事務・営業・情報通信系
17 道路貨物運送業	製造・建設・運輸系
18 その他の運輸業	製造・建設・運輸系
19 卸売業	事務・営業・情報通信系
20 飲食料品以外の小売業	小売・個人向けサービス系
21 飲食料品小売業	小売・個人向けサービス系
22 無店舗小売業	小売・個人向けサービス系
23 金融業・保険業	事務・営業・情報通信系
24 不動産業	事務・営業・情報通信系
25 物品賃貸業	事務・営業・情報通信系
26 学術研究機関	事務・営業・情報通信系
27 専門・技術サービス業	事務・営業・情報通信系
28 飲食店	小売・個人向けサービス系

29 宿泊業	小売・個人向けサービス系
30 対個人サービス業	小売・個人向けサービス系
31 娯楽業	小売・個人向けサービス系
32 教育・学習支援業	小売・個人向けサービス系
33 医療業・保健衛生	小売・個人向けサービス系
34 社会保険・社会福祉・介護事業	小売・個人向けサービス系
35 複合サービス業	小売・個人向けサービス系
36 職業紹介・労働者派遣業	事務・営業・情報通信系
37 その他の対事業所サービス業	事務・営業・情報通信系
38 修理業	事務・営業・情報通信系
39 破棄物処理業	製造・建設・運輸系
40 政治・経済・文化団体	事務・営業・情報通信系
41 その他のサービス業	事務・営業・情報通信系
42 公務	事務・営業・情報通信系

図表 3-66 今回の検討で用いたがんについての疾病定義

ICD10 分類コード	ICD10 分類項目
C00-C14	口唇，口腔及び咽頭の悪性新生物
C15-C26	消化器の悪性新生物
C30-C39	呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物
C40-C41	骨及び関節軟骨の悪性新生物
C43-C44	皮膚の黒色腫及びその他の皮膚の悪性新生物
C45-C49	中皮及び軟部組織の悪性新生物

C50-	乳房の悪性新生物
C51-C58	女性生殖器の悪性新生物
C60-C63	男性生殖器の悪性新生物
C64-C68	腎尿路の悪性新生物
C69-C72	眼，脳及びその他の中枢神経系の部位の悪性新生物
C73-C75	甲状腺及びその他の内分泌腺の悪性新生物
C76-C80	部位不明確，続発部位及び部位不明の悪性新生物
C81-C96	リンパ組織，造血組織及び関連組織の悪性新生物
C97-	独立した（原発性）多部位の悪性新生物
D00-D09	上皮内新生物
D45	真正赤血球増加症＜多血症＞
D46	骨髓異形成症候群
D471	慢性骨髓増殖性疾患
D473	本態性（出血性）血小板血症

図表 3-67 今回の検討で用いた生活習慣病についての疾病定義

JMDC における呼称	ICD10 分類コード	ICD10 分類項目	説明
生活習慣 (高血圧症・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症)	I10-I15	高血圧性疾患	○
	E78	リポたんぱく<蛋白>代謝障害およびその他の脂(質)血症	○
	E10-E14	糖尿病	○
	E790	炎症性関節炎及び痛風結節性疾患の徴候を伴わない高尿酸血症	▲
	M100	特発性痛風	▲
	M109	痛風、詳細不明	▲
生活習慣病 (重症化・合併症)	I20-I25	虚血性心疾患	○
	I30-I52	その他の型の心疾患	○
	I47	発作性頻拍(症)	○
	I48	心房細動および粗動	○
	I49	その他の不整脈	○
	I60-I69	脳血管疾患	○
	I70	アテローム<じゅく><粥>状>硬化(症)	○
	I71	大動脈瘤及び解離	○
	I72	その他の動脈瘤	○
	I74	動脈の塞栓症及び血栓症	○
	N17-N19	腎不全	▲
	K70	アルコール性肝疾患	▲
	K72	肝不全、他に分類されないもの	▲
	K73	慢性肝炎、他に分類されないもの	▲
	K76	その他の肝疾患	▲

※今回用いた疾病定義のうち、生活習慣病については、そもそも定義に統一的なものがないため、JMDC が通常用いている定義を使用している。

○：JMDC ではほぼ全ての分析で生活習慣病に含めており、今回分析でも含めたもの

▲：JMDC では分析目的により生活習慣病に含めるかが異なるが、今回は生活習慣病に含めたもの

3.4.3. 保険給付費実績と標準保険給付費の比較

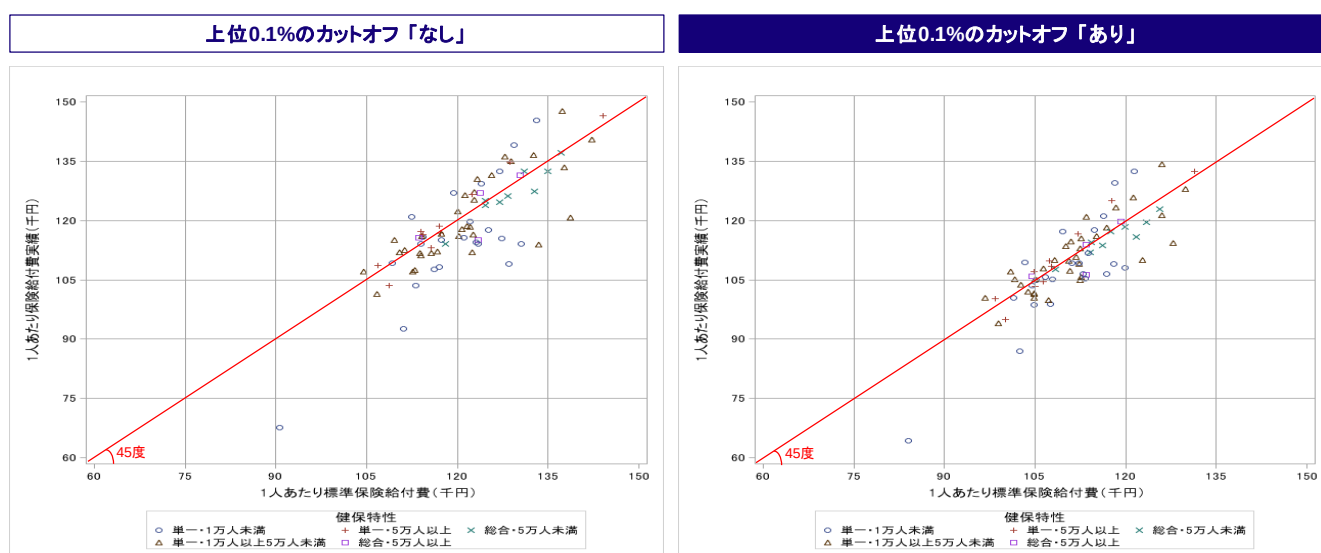
上記モデルで算出された個人単位の「標準保険給付費」を健保組合ごとに集計し、各健保組合の標準保険給付費の総額を計算し、その値を加入者数で割ることで、「当該健保組合の1人あたり標準保険給付費」を算出した。この「当該健保組合の1人あたり標準保険給付費」と「当該健保組合の1人あたり保険給付費の実績値」との関係を比較すべく、79の健保組合ごとにこれら2つの値の組み合わせをプロットしたものが、下図である。45度線よりも上にプロットされた健保組合ほど、標準保険給付費よりも実際の保険給付費が高いことが示されている。

今回の試行分析は、JMDC保有データといった限られた数の健保組合のデータであることから、モデルの妥当性や全体的な傾向について一般化することはできないものの、これらのグラフ比較より、以下の特徴を見出すことができた。

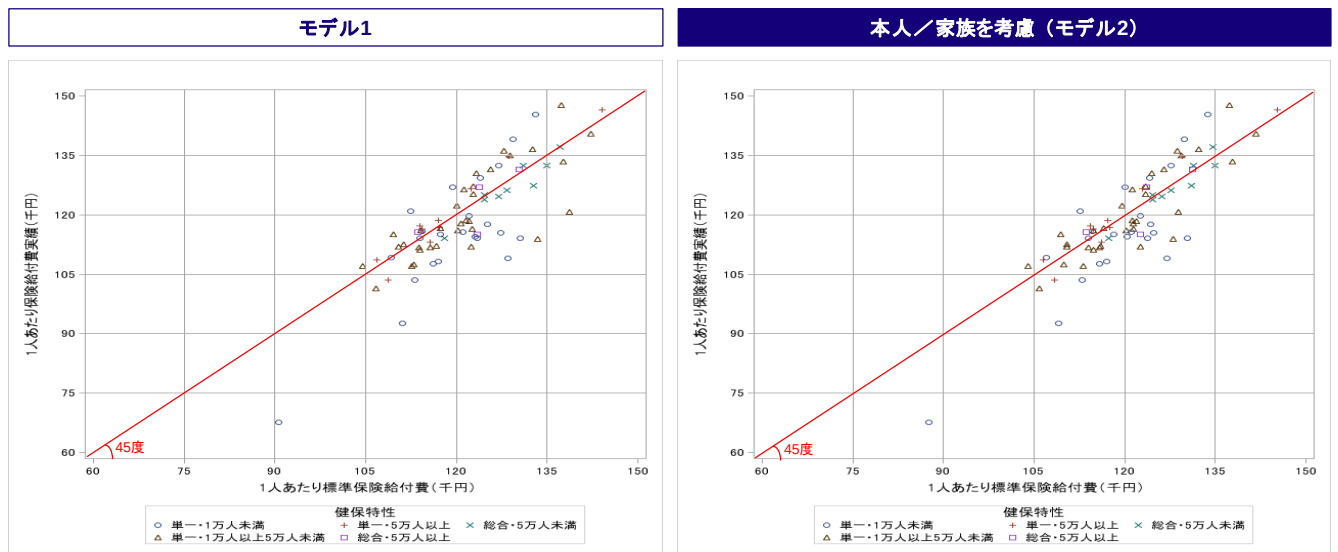
- ・性別及び年齢のみをリスク要素として調整した「モデル1」（基本）から、以下の点を把握することができた。
 - 全体的に、1人あたり保険給付費実績が中程度の健保組合は、標準保険給付費が実績よりも高く（＝実際の保険給付費が低く）、1人あたり保険給付費実績が高い健保組合は、標準保険給付費が実績よりも低い（＝実際の保険給付費が高い）傾向にあるものの、多くの健保組合は概ね、保険給付費実績と標準保険給付費の乖離が1～2割程度の幅に収まっている。
 - 被保険者数が5万人未満の単一健保（図中の○、△）は、保険給付費実績と標準保険給付費との乖離が大きく、1万人未満の健保組合において顕著である。これらの特徴について詳細をみると、1万人以上5万人未満の単一健保（図中の△）では、1人あたり標準保険給付費が11万円近傍の健保組合は、標準保険給付費が実績よりも高く（＝実際の保険給付費が低く）、1人あたり標準保険給付費が14万円近傍の健保組合は、標準保険給付費が実績よりも低い（＝実際の保険給付費が高い）。そして5万人未満の総合健保（図中の×）は、多くの健保組合において、保険給付費実績が標準保険給付費と同程度、もしくはより低い傾向がある。
- ・「モデル1」において、高額医療費者の上位0.1%を除外しない場合（カットオフなし）と除外した場合（カットオフあり）とを比較してみると、高額医療費者の上位0.1%を除外したほうが、保険給付費実績と標準保険給付費の乖離幅が小さくなった。特に、1万人未満の単一健保（図中の○）では縮小幅が大きい。
- ・性別及び年齢のみをリスク要素として調整した「モデル1」に対し、さらに本人か家族かの区分を考慮に入れた「モデル2」の方が、保険給付費実績と標準保険給付費との乖離が一定程度小さくなった。
- ・リスク要素として業種を調整した「モデル3」は、「モデル1」に比べて、保険給付費実績と標準保険給付費の乖離幅は小さくならなかった。これは、今回分析対象のJMDCデータが、全ての健保組合における業種構成と比べ、製造・建設・運輸系に業種が偏っていることも影響していると考えられる。

- ・リスク要素として、がんを調整した「モデル 4」や生活習慣病を調整した「モデル 5」、その両方を調整した「モデル 6」では、「モデル 1」よりも保険給付費実績と標準保険給付費の乖離幅が小さくなった。
- ・なお、生活習慣病を調整した「モデル 5」では、それを調整しない「モデル 1」と比較して（＝生活習慣病の調整有無によって）、標準保険給付費の値が大きく変動する健保組合とそうでない健保組合がみられた。これは、がんを調整した「モデル 4」ではみられなかった傾向である。
- ・高額医療費者の上位 0.1%を除外し、リスク要素として、本人／家族、業種、がん、生活習慣病を調整した「モデル 7」が、7つのモデルのなかでは、保険給付費実績と標準保険給付費の乖離幅が最も小さくなった。また、年齢・性別のみを調整したモデル 1 と比べると、高額医療費者の上位 0.1%を除外することによる乖離幅の縮小度合いも大きかった。

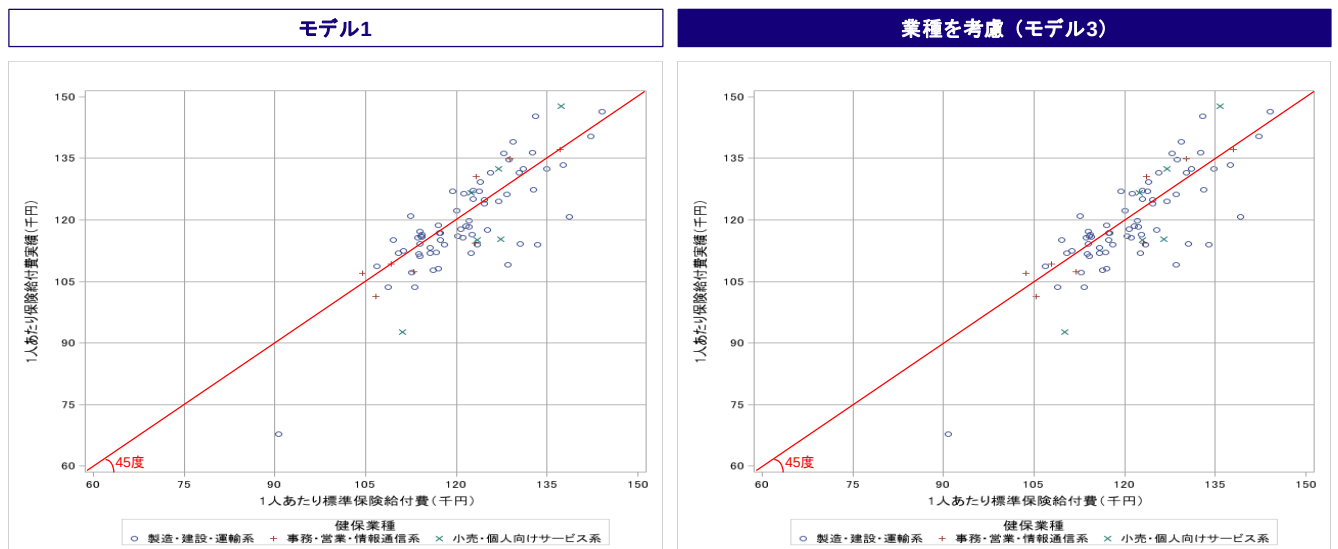
図表 3-68 モデル 1（説明変数：年齢・性別）において高額医療費者の上位 0.1%のカットオフの有無における標準保険給付費のシミュレーション結果の比較



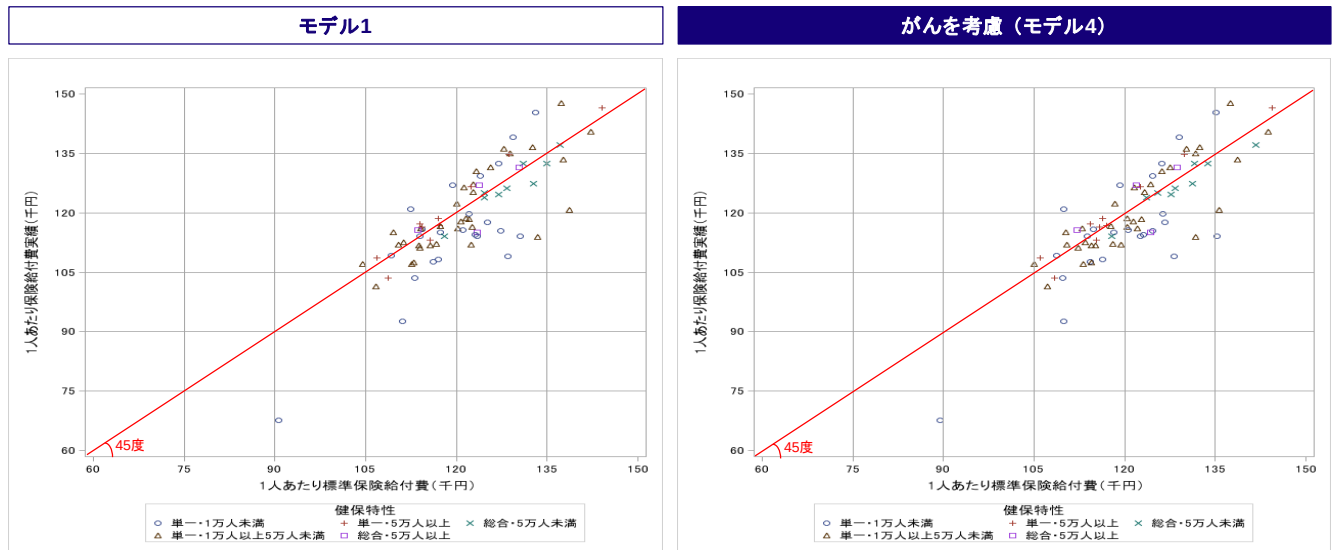
図表 3-69 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル2（説明変数：年齢・性別・本人/家族）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ無し）



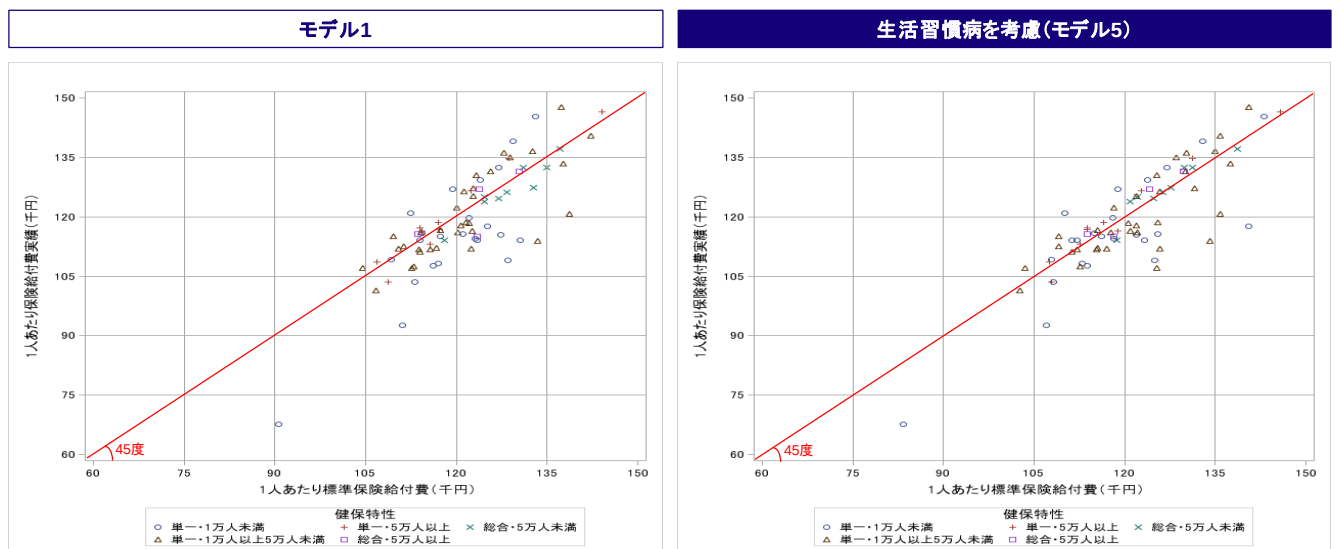
図表 3-70 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル3（説明変数：年齢・性別・業種）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ無し）



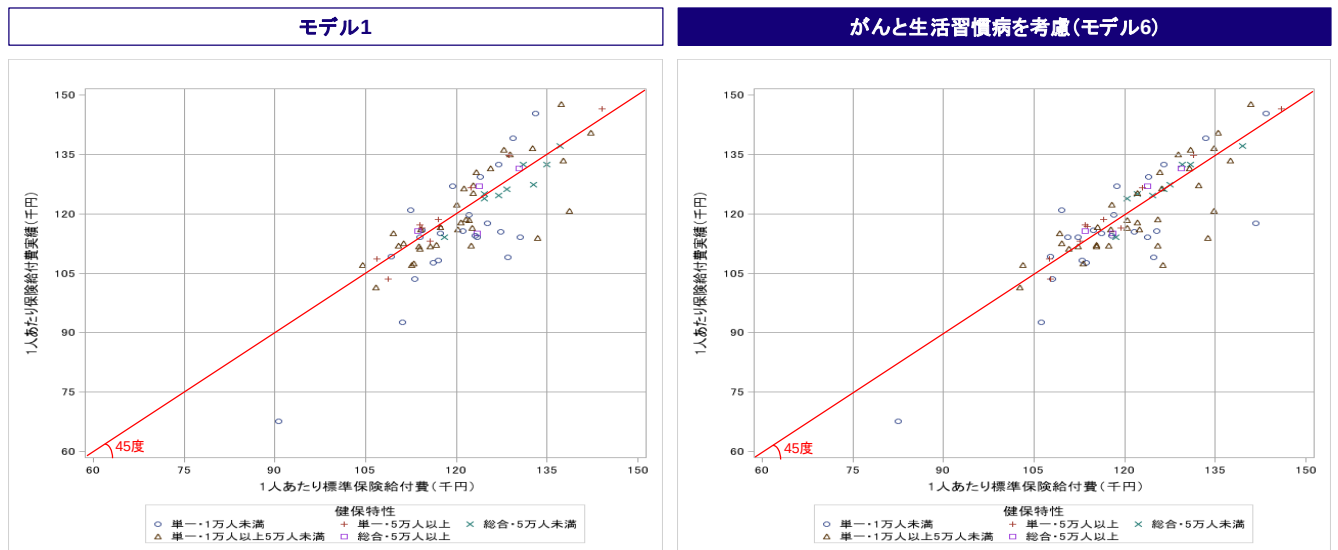
図表 3-71 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル4（説明変数：年齢・性別・がんの有無）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ無し）



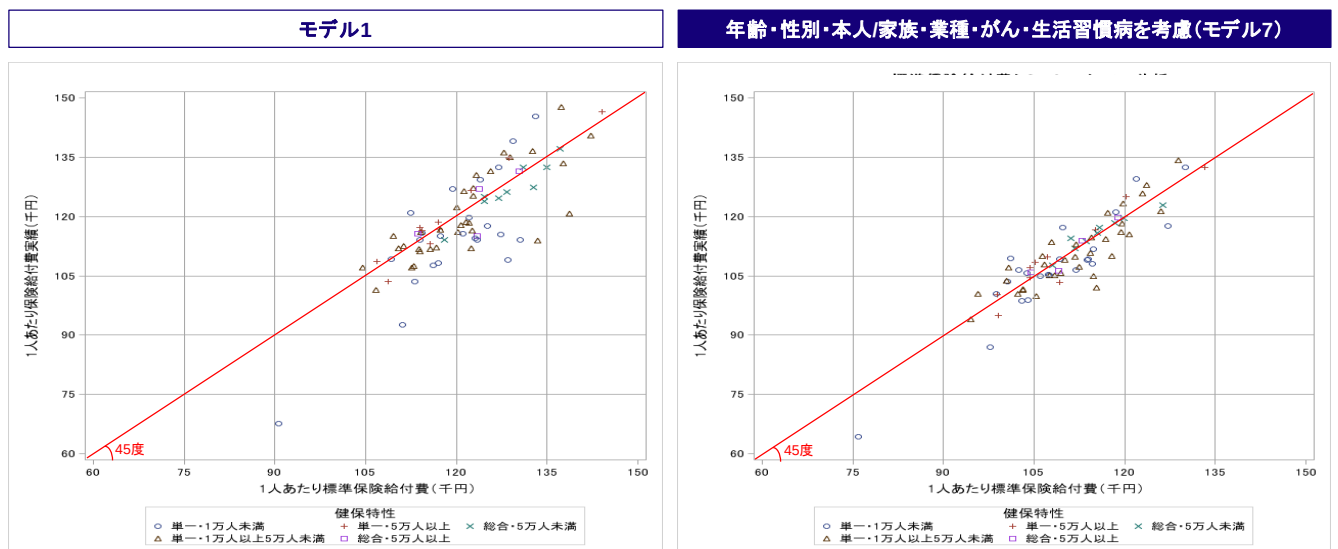
図表 3-72 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル5（説明変数：年齢・性別・生活習慣病の有無）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ無し）



図表 3-73 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル6（説明変数：年齢・性別・がん及び生活習慣病の有無）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ無し）



図表 3-74 モデル1（説明変数：年齢・性別）とモデル7（説明変数：年齢・性別・本人・家族・業種・がん・生活習慣病の有無）の標準保険給付費のシミュレーション結果の比較（高額医療費者の上位0.1%のカットオフ有）



3.4.4. 試行的分析で得られた示唆

JMDC データを用いた試行的分析により、今後 NDB 等を用いて実際に分析する際のデータ整備の必要性やリスク調整要因に関する課題に関して、以下の示唆を得ることができた。なお、今回、JMDC データについては、地域に関する属性情報を分析に利用することができなかったため、地域性に関する検討は実施できていない。

- ・ 回帰モデルで算出される個人単位の標準保険給付費については、保険給付費実績との乖離がある（＝回帰モデルの決定係数が低い）ものの、健保組合単位で捉えた場合（＝健保組合単位で集約した値）は、性別及び年齢のみをリスク要素として調整した場合でも、多くの健保組合は概ね、実績と標準の乖離が 1～2 割程度の幅に収まっており、一定程度のリスク調整が働く傾向にある。
- ・ 加入者が少ない健保組合の場合は、保険給付費実績と標準保険給付費との乖離が大きくなる傾向があり、高額医療費者の上位 0.1%を除外することで、その乖離は縮小する傾向にある。
- ・ 性別及び年齢に加えて、リスク要素を増やすことで、保険給付費実績と標準保険給付費との乖離幅が縮小する傾向にあるが、特に、疾病（今回の例では、がん、生活習慣病）のリスク要素を調整した場合には、縮小幅の影響は大きい傾向がある。
- ・ 生活習慣病の調整有無によって、標準保険給付費の値が大きく変動する健保組合とそうでない健保組合があり、生活習慣病に関しては健保組合間で疾病状況や受療状況等に差異があることが推察される。
- ・ 今回、疾病に関するリスク要素については、例示的に、がんと生活習慣病を取り上げて分析したものの、どのような疾病についてどのようにリスク調整するか（疾病の範囲、リスク判定する閾値、リスク考慮する年数等）については、より多くの偏りないデータが蓄積されている NDB 等を用いて詳細な分析を試みないと具体的に検討を進めることが難しい。

4. まとめ

本調査は、わが国の喫緊の課題である社会保障費の増大に対応するための糸口として、保険財政の管理・運営の主体である保険者に着目し、さらなる保険者機能の発揮に向けて、事業主及び被保険者が被用者保険者（健保組合等）に効果的な働きかけを行うために必要な仕組み等について、検討・整理を行った。

まず、3.1 節では、日本において多様な形態で存在する保険者の現状や課題について、「①保険財政の管理・運営（保険料の設定・徴収・運用及び保険給付請求に対する審査・支払）」「②良質な医療の確保（医療提供者との間での給付に関する調整・交渉・契約）」「③被保険者の健康管理（保健事業）」という3つの保険者機能の視点から概観した。そのうえで、保険者機能それぞれに個別的な取組課題はあるものの、保険者が保険者機能を十分に発揮できていない主要な問題として、「事業主や被保険者の健保組合に対する関心・関与が必ずしも高くない」という点に着目し、検討を進めることとした。これに対し、保険者機能の状況について見える化を図り、わかりやすい形で事業主や被保険者に提供することが必要であり、こうした取組を進めていくことが課題となる。

そのため、3.2 節では、事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題について、事業主に対するアンケート調査を実施した結果、以下の状況を把握することができた。

- ・現在、事業主は保険者に求める役割として、従業員の健康状態の維持向上と財政状況の改善をほぼ同程度に重要視している。
- ・全体の約8割の事業主が保険者の活動状況にある程度把握していた。一方、健保組合のモニタリングを行っている事業主は全体の約5割に留まり、中でも総合型健保では約3割のみである。
- ・単一型健保では、約5割の事業主が事業計画と達成状況のレビューにより評価を行っており、保険者側からの報告が、事業主との主な共有情報となっている。
- ・課題の共有と解決に向けた方策に関する事項は、単一型健保では約6割が実施しているが、総合型健保で実施しているのは2割に満たない。
- ・単一型・総合型主要な課題は財政状況であり、ついで従業員との距離感や、保険者の能力不足となっているが、総合型健保では、そもそも保険者に課題を感じていない事業主が約3割存在している。
- ・保険者に対して、全体の約5割の事業主の経営層はある程度の関心を持っている。単一型健保では約7割の事業主が関心を持っているが、総合型健保では2割強に過ぎない。

次に、3.3 節では、事業主や被保険者が保険者を評価できる仕掛けのひとつとして、保険者の実体を統一的に「見える化」する保険者機能の評価指標に関する検討を行った。保険者に対する評価指標としては、「標準保険給付費」を算定し、保険者の実際の保険給付費との差分を見える化し、かつ、それに加えて他の保険者の取組状況との際を把握できる「保険者機能

の発揮状況に関する各種データ」を提供することが考えられることから、海外におけるリスク構造調整の実例を踏まえ、以下の事項について具体的に検討した。

- ・保険者に対する評価指標の意義や位置づけ
- ・評価指標として算定・開示するデータの種類や開示する際の工夫や配慮事項
- ・主要な評価指標の1つである「標準保険給付費」試算時の考え方や課題等
(満たすべき要件、リスク調整すべき要素、調整時の課題、公開・開示レベル、活用にあたっての留意点や配慮事項等)

このように、本調査では、事業主や被保険者と保険者間のコミュニケーションに関する現状と課題をアンケート等により明らかにしながら、その改善に向けた仕掛けとしての「保険者に対する評価指標」の概略を検討することができた。特に、その主要指標の1つである「標準保険給付費」については、3.4節における試行的算出の結果も参考にしながら検討を重ねることで、今後の具体化に向けて取組の方向性として、以下の点を整理している。

①試算に用いるモデルの方向性：

まずは、利用できるデータの範囲内で、標準保険給付費に係るリスク構造調整を突き詰めたモデル式を構築すべく、調査研究を進めていったうえで、事業主や健保組合における実際の利活用場面を踏まえ、適宜、算定時に考慮するリスク要素をダウングレードする形で調整するなどして対応することが望ましい。

②試行に用いるデータ：

各保険者（健保組合、国保・後期高齢等）における医療費の特性を考慮しうだけの規模やカバー範囲があり、かつ偏りが無いものであることが不可欠であることから、国民皆保険にもとづくビッグデータである NDB を最大限活用して、具体的な試算モデルを構築することが望ましい。ただし、その場合において、NDB には、「加入者台帳が存在しない（レセプトが発生していない加入者のデータがない）」「詳細な個票データの利用については依然として厳しい条件が課されている」「特定健診・特定保健指導データとの紐づけ率が低い」という課題がある。そのため、2020 年を目途に現在検討が進められている「健康・医療・介護の公的データベースの整備・連結」の取組みにおいては、標準保険給付費や加入者の健康度という指標の算定に NDB を利用するという視点からも、上記の課題に対する対応が求められる。

③調整・分析の進め方：

さらなる保険者機能の発揮に向けて、事業主及び被保険者が健保組合等に効果的な働きかけを行うために活用しうる「標準保険給付費」の算定において NDB を活用する場合に生じる上記②の課題解決に向けて、そのデータ利用に関する調整や実際の分析作業を誰がどのように進めていくべきかについては、注意深く検討していく必要がある。

【参考 1】 アンケート調査票

平成 28 年度健康寿命延伸産業創出推進事業に係る
健康経営の推進における保険者機能のガバナンス強化等に関する調査

保険者機能発揮に向けた企業と保険者の連携状況

に関するアンケート

平成 29 年 1 月

みずほ情報総研株式会社

※調査の趣旨に鑑み、本調査は保険者に対する窓口となっている部署（例：保険者とのコラボヘルスの担当部署）やその担当者の方にご回答いただきますようお願いいたします。

また、必要に応じて関連保険者や貴社内関連部署へ照会の上ご回答頂けますと幸いです。

ご担当者様 各位

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます

この度、みずほ情報総研株式会社では、経済産業省からの受託案件として「平成 28 年度健康寿命延伸産業創出推進事業に係る健康経営の推進における保険者機能のガバナンス強化等に関する調査」を実施しております。

この度は、本調査の一環として、従業員の健康状態の維持・改善や、医療費適正化等に関する事業主と保険者の連携状況や、事業主の保険者に対するガバナンスの発揮状況等について、アンケート調査を実施させていただき運びとなりました。本件は、東洋経済新報社「会社四季報」に掲載されている企業様にご協力をお願いを差し上げております。

本アンケートの目的は、企業と保険者の連携実態を把握することであり、貴社名を特定する形で分析・公表されたり、営業活動などに利用されることなどはございません。また、今年度末に調査結果を取りまとめ、経済産業省のホームページにて本事業の報告書を公表する予定です。

アンケートの質問項目については、現時点でご回答いただける内容のみのご記載で結構です。

また、ご協力を賜れる場合、**2017 年 2 月 10 日（金）までに**、返信用封筒をご利用の上、ご返送いただければ幸いです。

なお、ご希望の方には、本調査の結果公開時に、調査結果をご案内いたします。貴社における保険者との連携に際しての参考にしていただければ幸いです。

ご多用の中を恐縮に存じますが、何卒ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

敬具

－お問い合わせ－

保険者機能発揮に向けた企業と保険者の連携状況に関するアンケート事務局

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 医療政策チーム

担当：日諸（ひもろ）、安達

TEL：03-5281-5275（受付時間：月～金 10 時～12 時、13 時～17 時） FAX：03-5281-5443

Mail：hokensha-kinou@mizuho-ir.co.jp[mailto:](mailto:hokensha-kinou@mizuho-ir.co.jp)

I. 企業属性

Q.1 貴社について、以下の質問にご回答ください。

資本金				円
従業員数（2016 年末時点）				人
業種 (p.12 の業種一覧表より該当番号を記入)				
設立年（西暦）				年
貴社の保険者の過去 5 年の健康保険料率		被保険者負担率	事業主負担率	
	2012 年度末	%	%	
	2013 年度末	%	%	
	2014 年度末	%	%	
	2015 年度末	%	%	
	最新時点	%	%	
貴社において保険者とのカウンターパートとなる部署名				

Ⅱ. 保険者の属性等

Q.1 貴社の保険者の種類について、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 単一型健康保険組合	2. 総合型健康保険組合	3. 協会けんぽ



⇒Q.1で選択肢3（協会けんぽ）を選択した回答者の方は、これで終了となります。ご回答ありがとうございました。p.11にお進みください。

選択肢1・2を選択した回答者の方は、以下の質問にご回答ください。

Q.2 貴社の健保組合の概要について、以下の質問にご回答ください。選択肢は、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。（数値は2016年末時点（もしくは最新時点））

加入企業数		社
被保険者数		名
うち、任意継続被保険者及び 特例退職被保険者数（合計）		名
加入者数（被扶養者数含む）		名
職員数	1. ～5人 3. 11人～15人 5. 21人～25人 7. 30人以上	2. 6～10人 4. 16人～20人 6. 26人～30人
設立年（西暦）		年
昨年度の財政状況	1. 黒字	2. 赤字
理事会の開催頻度		回／年
組合会の開催頻度		回／年

Ⅲ. 保険者の活動状況へのご評価

Q.1 健保組合に期待する役割として、何を重視していच्छいますか。あてはまるもの全てに○をおつけ下さい。

1. 従業員の健康状態の維持・改善	2. 医療費適正化・保険料率上昇の抑制
3. 福利厚生（保養所の管理等）	4. わからない

Q.2 健保組合による「従業員の健康状態の維持・改善」の取組として、貴社が重視しているポイントはございますか。あてはまるものの上位から最大2つの番号をご記入ください。

最も重視しているポイント：	
2番目に重視しているポイント：	

Q.2 選択肢

1. 疾病を持っている従業員の重症化 予防・回復支援	2. 疾病を持っていない従業員の予防・健康づくり 予防・回復支援
3. 健診・検診による健康状態の把握	4. ヘルスケアポイント等のインセンティブ事業 による自助努力の促進

5. 特に重視しているポイントはない 6. その他
(具体的に:)

Q.3 健保組合による「医療費適正化・保険料率上昇の抑制」の取組として、貴社が重視しているポイントはございますか。あてはまるものの上位から最大3つの番号をご記入ください。

最も重視しているポイント	
2番目に重視しているポイント	
3番目に重視しているポイント	

Q.3 選択肢

1. レセプトの適切な審査	2. 頻回受診・重複投薬の適正化
3. ジェネリック医薬品の利用促進	4. 疾病を持っている加入者の重症化予防・回復支援
5. 疾病を持っていない加入者の予防・健康づくり	6. 健診・検診による健康状態の把握
7. ヘルスケアポイント等のインセンティブ事業による自助努力の促進	8. 特に重視しているポイントはない
9. その他(具体的に:)	

Q.4 Q.3で選択肢5・6・7を1つも選択しなかった回答者の方にご質問です。選択肢5・6・7を選択しなかった理由は何ですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 短期的な医療費適正化効果が見込めない又はわからないから	2. 事業主側で同種の取組を実施している又は実施可能であるから
3. 後期高齢者支援金の加算減算制度の面でも健保組合に大きなメリットがないから	4. その他(具体的に:)

Q.5 健保組合の活動状況をどの程度把握していますか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 活動内容をほぼ把握している	2. 活動内容を概ね把握している
3. 活動内容をあまり把握していない	4. 活動内容をほぼ把握していない

Q.6 健保組合の取組状況をどのようにモニタリング・評価していच्छいますか。あてはまるもの全てに○をおつけ下さい。

1. 同業他社の取組内容との比較による性的評価	2. 同業他社の保険料率との比較による定量的評価
3. 健保連加盟の健保組合の平均保険料率との比較による定量的評価	4. 健保組合による事業計画とその達成状況のレビューによる評価
5. 特にモニタリング・評価は行っていない	6. その他(具体的に:)

Q.7 Q.6 で選択肢 1・2・3・4・6 のいずれかを選択した回答者の方にご質問です。
モニタリング・評価の結果、健保組合に対してどのようにアクションしてい
らっしゃいますか。あてはまるもの全てに○をおつけください（複数回答可）。

1. 評価結果を健保組合の事務方に伝達し、必要に応じ改善策を検討させる	2. 評価結果を理事長・選定理事（事業主代表理事）に伝達し、必要に応じ改善策を検討させる
3. 評価結果を理事長・選定理事（事業主代表理事）に伝達し、場合によっては理事長・理事の報酬を増減額する	4. 評価結果を理事長・選定理事（事業主代表理事）に伝達し、場合によっては理事長・理事の交替を検討する
5. 必要に応じ、事業主として健保組合の事業に対して財政的支援等を行う	6. 必要に応じ、事業主として独自の取組みを行う
7. 特にアクションをしていない	8. その他 (具体的に：)

Q.8 Q.6 で選択肢 2・3 のいずれかを選択した回答者の方にご質問です。他社との保
険料率の高低について、その要因を分析してい
らっしゃいますか。あてはまるもの 1 つに○をおつけください。

1. 事業主が分析している	2. 健保組合が分析している
3. 特に分析していない	

Q.9 Q.6 で選択肢 2・3 のいずれかを選択した回答者の方にご質問です。他社との年
齢・性別の構成、規模、疾病構造等による違いをどのように捉えてい
らっしゃいますか。あてはまるもの 1 つに○をおつけ下さい。

1. 年齢・性別の構成、規模、疾病構造等による違いをある程度加味して評価している	2. 特に加味していない

次頁 Q10 へ

Q.10 Q.9 で選択肢 1 を選択した回答者の方にご質問です。その具体的な方法は
何ですか。

(自由記述)

Q. 11 事業主として、従業員の健康状態の維持・改善を目的に実施している独自の取り組みはございますか（健保組合が行うものや健保組合と事業主が連携して行うものを除く）。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. ある	2. ない

Q. 12 Q. 11 で選択肢 1 を選択した回答者の方にご質問です。その具体的内容はどんなことですか。

（自由記述）

Q. 13 貴社の「健康経営」への理解や取り組み状況について、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 「健康経営」の内容まで認知してお り、取り組みを進めている	2. 「健康経営」の内容まで認知しているが、取 組みは進めていない
3. 「健康経営」という言葉を見聞きした ことはある	4. 「健康経営」という言葉は 認知していない

Q. 14 貴社の「働き方改革」への取り組み状況について、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 働き方改革に取り組んでおり、取組み は組織風土として定着している	2. 働き方改革に取り組んでいるが、組織風土 としては定着していない
4. 働き方改革の意義は感じているが、特に 働き方改革に関連した取組みは行っ ていない	4. 働き方改革に意義を感じておらず、特に働 き方改革に関連した取組みは行ってい ない
5. 働き方改革という概念を認知してい ない	

IV. 保険者とのコミュニケーションの状況

Q.1 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（メール、電話等による簡易な状況報告・確認等）について、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 1ヶ月に1回以上	2. 2～3ヶ月に1回程度
3. 1年に2～3回程度	4. 1年に1回程度
5. 2～3年に1回程度	6. 実施していない

Q.2 組合会・理事会以外での健保組合とのコミュニケーション・情報共有の頻度（対面・テレビ電話等によるより詳細な打合せ、状況報告等）について、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 1ヶ月に1回以上	2. 2～3ヶ月に1回程度
3. 1年に2～3回程度	4. 1年に1回程度
5. 2～3年に1回程度	6. 実施していない

Q.3 健保組合との間でどのような内容の情報を共有されていらっしゃいますか。あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. 事業主側・健保組合側それぞれの課題の共有とその解決に向けた方策（コラボヘルス）の検討・実施に関する事項	2. 健保組合側からの取組状況の報告
3. 健保組合側からの財政状況の報告	4. 事業主側からの健保組合に対する評価の伝達
5. 理事会・組合会開催に係る事務的打合せ	6. その他（自由回答： ）
7. 特に情報は共有していない。	

V. 事業主からみた保険者への期待、課題

Q.1 今後、健保組合にどのようなことを期待されますか。下記の事項から、優先度が高い順に1～3を順位欄に記入してください。（優先度が最も高いものが1位、最も低いものが3位）

順位	健保組合に期待する事項
位	保険財政の適切な管理（財政運営上適切な保険料率の設定、適切な審査・支払等）
位	被保険者の健康維持・改善に係る取組（検診・健診、重症化予防のための介入、インセンティブ事業による被保険者自身の健康づくりへの支援等）
位	医療提供体制への関与（不適切な検査や過剰投薬等に対する牽制機能の発揮）

Q.2 保険者機能強化のために、どのようなことが保険者（健保組合）の課題だと感じていますか。あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. 規模の小ささ	2. 財政状況
3. 看護師・保健師等の医学に関する専門的人材や医学的知見の不足	4. 保健事業に関する企画立案能力の不足
5. レセプト等の分析能力の不足	6. ITに関する知見・能力の不足
7. 従業員等との距離感の遠さ	8. その他
9. 特になし	(具体的に：)

Q.3 Q.2で選択肢1を選択した回答者の方にご質問です。これまで他の健保組合との統合・合併を検討したことはありますか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 過去に検討したことがある	2. 検討する余地はない
3. 検討中又は今後検討の余地がある	4. わからない

Q.4 Q.3で選択肢1・2のいずれかを選択した方で、単一型健康保険組合の方にご質問です。統合・合併が実現に至らなかった理由、または検討の余地がなかった理由は何ですか。あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. 統合・合併先が見つからない	2. 統合・合併に係る事務作業が煩雑
3. 統合・合併によって、自社の従業員に関する情報（健康状態や給与等）が外部に渡ることへの懸念が大きい	4. 統合・合併によって、健保組合に対してガバナンスが利かなくなることへの懸念が大きい
5. 審査を通過しなかった	6. その他
	(具体的に：)

Q.5 Q.2で選択肢3～6のいずれかを選択した回答者の方にご質問です。保険者機能強化のためにどのような対応が必要だとお考えですか。あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. 専門的知見を持つ人材の保険者（健保組合）による雇用	2. 専門的知見を持つ人材の企業から保険者（健保組合）への出向
3. 専門的システムの導入	4. 専門的知見を持つ事業者によるコンサルティング
5. 専門的知見を持つ事業者への外部委託	6. その他

(具体的に：

)

Q.6 Q.5で選択肢5を選択した回答者の方にご質問です。外部委託に当たっての課題について、あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. レセプト等、健保組合が保有する個人情報 の第三者への委託に関するコンプライアンス上の懸念	2. 委託先のセキュリティ体制への懸念
3. 効果に比した外部委託に係る費用	4. 外部委託先としてこういったところがあるかわからない
5. 適切な外部委託先を選べない	6. その他 (自由回答：)
7. 特に課題はない	

Q.7 保険者機能強化のために、専門的知見を持つ事業者に、他の保険者（健保組合）とともに共同で外部委託することについて、どのようなお考えをお持ちですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 外部委託に係る費用が安く済むので魅力的	2. 外部委託業者が扱うデータの数が増え、分析の精度が上がるので効果的
3. 共同での外部委託に係る事務が複雑になるので、魅力的でない	4. 課題が異なる保険者（健保組合）との共同での外部委託は効果的ではない
5. そもそも外部委託の必要がない	6. その他 (自由回答：)
7. わからない	

VI. 事業主側の保険者への関心、協力体制

Q.1 貴社の経営者は健保組合の取組について、どの程度関心をお持ちですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 非常に関心が高い	2. 関心が高い
3. どちらでもない	4. 関心が低い
5. 非常に関心が低い	6. わからない

Q.2 Q.1で選択肢1または2を選択した回答者の方にご質問です。経営者は特にどのような観点から関心をお持ちですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 従業員の健康維持・改善を通じて自社の生産性につながるものとして	2. 医療給付費の適正化を通じて保険料負担の抑制につながるものとして
3. 選択肢1・2のどちらにも重きを置いており、どちらとも言えない	4. その他 (具体的に：)

Q.3 経営者に対して、健保組合自身あるいは健保組合とのカウンターパートとなる部署から、健保組合の取組や財務情報などを報告する機会がありますか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. ある	2. ない

Q.4 Q.3で選択肢1を選択した回答者の方にご質問です。どの程度の頻度でご報告されますか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 四半期に1回以上	2. 半年に1回程度
3. 1年に1回程度	4. 2～3年に1回程度

VII. 保険者の役員について

Q.1 貴社の健保組合の役員の概要について、以下の質問にご回答ください。選択肢は、あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。(数値は2016年末時点)

常勤・非常勤別役員数 (理事長を含む)	常勤 名	非常勤 名
理事長の属性	1. 加盟会社役職員の兼務 3. 加盟会社の元役職員 5. 有識者等外部の者	2. 加盟会社役職員の出向 4. 健保組合プロパー職員
選定理事(事業主代表理事)の人数 (理事長は除く)	名 (【以下、総合型健保組合の方のみご回答ください】 うち、貴社から推薦等をしている理事の人数 名)	
互選理事(被用者代表理事)の人数 (理事長は除く)	名 (【以下、総合型健保組合の方のみご回答ください】 うち、貴社加入者から推薦等をしている理事の人数 名)	

Q.2 理事長は、健保組合の財政状況や保健事業の内容について、どの程度ご理解されているとお考えですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。

1. 財政状況及び保健事業の内容について、十分理解している	2. 財政状況及び保健事業の内容について、理解が不十分
3. 財政状況については理解しているが、保健事業の内容については不十分	4. 保健事業の内容については理解しているが、財政状況については不十分
5. わからない	

Q.3 選定理事(事業主代表理事)は、健保組合の財政状況や保健事業の内容について、どの程度ご理解されているとお考えですか。あてはまるもの1つに○をおつけ下さい。複数理事間で理解度に差異がある場合は、理解度の平均をご回答ください。

1. 財政状況及び保健事業の内容について、十分理解している	2. 財政状況及び保健事業の内容について、理解が不十分
3. 財政状況については理解しているが、保健事業の内容については不十分	4. 保健事業の内容については理解しているが、財政状況については不十分
5. わからない	

(添付表) p.2「I.企業属性 Q1」 選択肢(業種一覧表)

p.2の「I.企業属性 Q1」における「業種」欄には、以下の表に示した区分(証券コード協議会が定める「業種別分類項目」)から貴社が該当する業種の番号をご記入ください。

(表) 業種一覧表

大 分 類	中 分 類	番号
水産・農林業	水産・農林業	1
鉱業	鉱業	2
建設業	建設業	3
製造業	食料品	4
	繊維製品	5
	パルプ・紙	6
	化学	7
	医薬品	8
	石油・石炭製品	9
	ゴム製品	10
	ガラス・土石製品	11
	鉄鋼	12
	非鉄金属	13
	金属製品	14
	機械	15
	電気機器	16
	輸送用機器	17
	精密機器	18
	その他製品	19
電気・ガス業	電気・ガス業	20
運輸・情報通信業	陸運業	21
	海運業	22
	空運業	23
	倉庫・運輸関連業	24
	情報・通信業	25
商業	卸売業	26
	小売業	27
金融・保険業	銀行業	28
	証券、商品先物取引業	29
	保険業	30
	その他金融業	31
不動産業	不動産業	32
サービス業	サービス業	33