
「健康経営」の枠組みに基づいた保険者・事業
主のコラボヘルスによる健康課題の可視化

2015年3月31日

東京海上日動健康保険組合

目次

1. 本事業の背景と目的.....	4
1.1 「健康経営」の枠組みとは.....	4
1.2 「健康経営」の枠組みに基づくコラボヘルスとは.....	5
(1) 健康保険組合と企業の健康管理の現状.....	5
(2) 健康保険組合と企業の連携（健康経営の推進）.....	5
1.3 本事業の目的.....	7
(1) 当健保組合における現状および課題.....	7
(2) 本事業の目的.....	7
1.4 本事業の推進体制.....	8
1.5 事業実施スケジュール.....	9
2. レセプト・健診データに基づくデータヘルス計画.....	10
2.1 分析対象とその属性.....	10
2.2 分析結果および対策の方向性.....	11
3. 「健康経営」の枠組みに基づく健康課題の可視化手法.....	12
3.1 健康経営に関する海外の取組み.....	12
(1) アメリカにおける健康経営の捉え方.....	12
(2) アメリカにおける労働生産性への着目.....	13
3.2 健康関連コストの評価手法.....	14
(1) 最終アウトカムの貨幣換算.....	14
(2) アブセンティーズムによる損失コストの算出.....	14
(3) プレゼンティーズムによる損失コストの算出.....	15
3.3 健康リスクの評価手法.....	17
(1) 概要.....	17
(2) 健康リスク評価に着目した分析手法.....	18
(3) 健康リスク評価に着目した分析手法.....	19
3.4 疾病リスク評価の方法.....	19
4. 健康関連コストと健康リスクの分析結果.....	20
4.1 分析対象とその属性.....	20
(1) 対象.....	20
(2) 属性.....	20
4.2 健康関連コストに関する項目.....	21
(1) 健康関連コストの比率.....	21
(2) アブセンティーズムの状況.....	21

(3) プレゼンティーズム損失の状況	22
4.3 健康リスクと疾病の分析から導かれる対策の方向性 (男性)	25
(1) 健康リスク評価と健康関連コストとの関係	25
(2) 健康リスクの各項目と健康関連コストとの関係	28
(3) 健康リスクランクと健康関連コストとの相関	31
(4) 疾病と健康関連コストとの相関	33
(5) 男性の健康関連コスト縮小対策の方向性	40
4.4 健康リスクと疾病の分析から導かれる対策の方向性 (女性)	41
(1) 健康リスク評価と健康関連コストとの関係	41
(2) 健康リスクの各項目と健康関連コストとの関係	44
(3) 健康リスクランクと健康関連コストとの相関	47
(4) 疾病と健康関連コストとの相関	49
(5) 女性の健康関連コスト縮小対策の方向性	55
5. まとめ	56

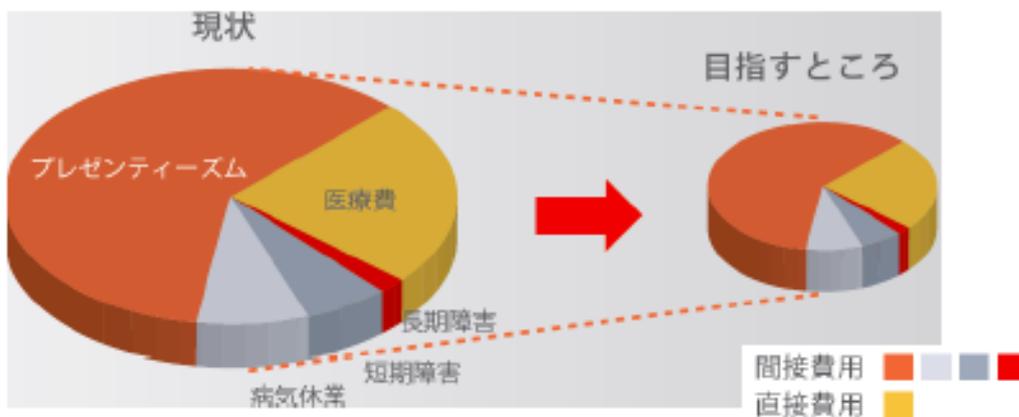
1. 本事業の背景と目的

1.1 「健康経営」の枠組みとは

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の研究資料によれば、健康経営とは、従業員の健康を重要な経営指標と捉え、健康増進に積極的に取り組む企業経営のスタイルである。

企業にとって、従業員の健康問題に関連するコストとは医療費だけではなく、医療費の他に労働生産性に係わる損失としてアブゼンティーズム（病欠）やプレゼンティーズム（何らかの健康問題によって業務効率が落ちている状況）による損失もコストと考えられる。したがって、健康経営の枠組みにおいては、従業員の健康向上のアウトカムを医療費だけにおくのではなく、労働生産性の評価も加え、健康施策について検討していくことが重要とされている。

図表 1 健康関連コストの割合と目指すべき方向性



(資料元：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 ホームページより抜粋)

当健保では、「従業員の働き方の多様化を支え、生き生きと働くことができる職場環境の実現」に向け、従来から事業主との連携・協業による健康施策を推進しているが、PDCAサイクルを回し、更に効果的・効率的な健康施策を実現していくために、東大の研究内容を活用・検討していくこととした。

1.2 「健康経営」の枠組みに基づくコラボヘルスとは

(1) 健康保険組合と企業の健康管理の現状

「データヘルス計画」を推進し、実効性の高い保健事業を行っていくためには、保険者と事業主との連携・協業（コラボヘルス）が不可欠であるとされている。（出典：厚生労働省「データヘルス計画作成の手引き」2014年12月）

しかしながら、保険者と事業主との関係は、業種・規模・事業主側の推進体制（産業保健スタッフの人数、会社としての注力度合い）などによって大きく異なると考えられ、最適な連携のあり方が確立しているとは言い難い現状にある。

保険者と事業主の保健事業に対する考え方・目的についても、一般的に保険者は、医療費適正化（健康保険組合の財政安定化）を目的として保健事業を行うものと考えられるのに対して、事業主は企業業績に直結する被保険者（従業員）の生産性維持・向上を保健事業の主目的と捉えているという相違点が存在するものと考えられる。

保険者と事業主の保健事業の取り組みをみると、健康施策の策定・計画段階において、その施策の効果（アウトカム）が明確に設定されていないことから、効果的な施策の振り返り・計画修正を実施できていないケースが多い。また、目標値の設定を行っていても、保険者と事業主の保健事業の目的の相違から、双方の目的を十分踏まえた目標値となっていない。

その結果として、コラボヘルスも進まず、効果的なPDCAサイクルに基づく最適な資源配分を実現できていない可能性がある。更にいえば、健康施策の効果を評価することが困難であることから、具体的な取り組み内容に関しても、法令に基づく健康管理業務内に留まり、積極的な健康施策の実施につながっていない可能性が示唆される。

(2) 健康保険組合と企業の連携（健康経営の推進）

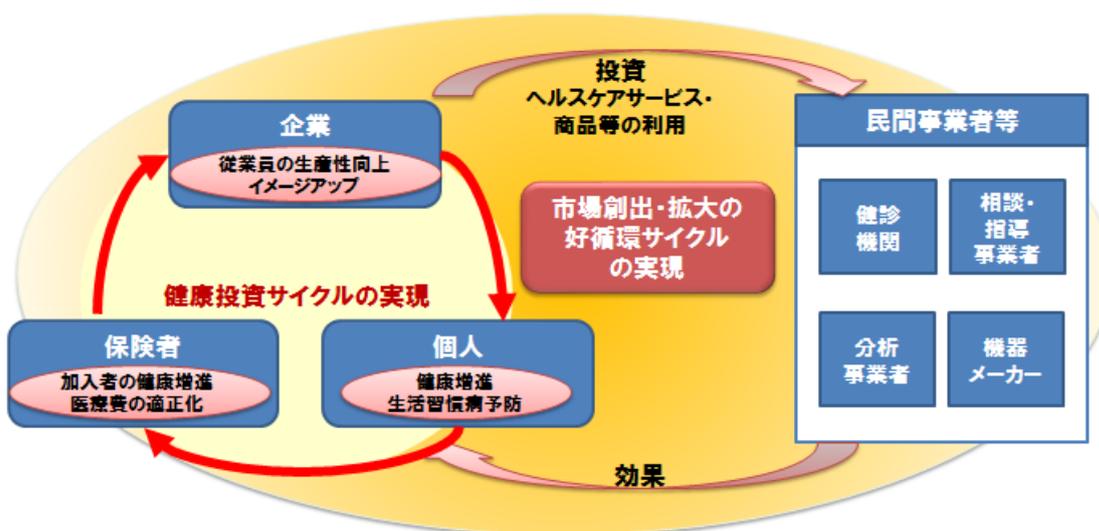
近年、事業主側の健康施策を推進する取り組みとして、「健康経営」の考え方が推奨されている。「健康経営」とは、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践するものであり、企業理念に基づき、従業員への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上や株価向上につながると説明されている。（図表2）

事業主（経営レベル）のリーダーシップのもと、人事部署、産業保健スタッフ、健康保険組合等が連携して、従業員の健康保持・増進に関する自社の取り組みや健康保険組合等の取り組みなどの全体を把握した上で、取り組みの重複や不足などを整理・検討し、それぞれの役割に応じた取り組みを行うことで、事業の効率化を図ることが可能となる。

健康経営の取組みを促進するにあたっては、「健康経営の理念・方針の明確化」、「従業員に向けた健康経営のメッセージ発信」、「投資家等に向けた健康経営のメッセージ発信」、「保険者の取組み支援」といった体制整備を行うことが重要とされている。また、体制整備に加え、保険者と事業主双方の目的に合致した定量的な目標設定を行い、健康施策のPDCAサイクルを効果的に回していくことが重要となる。

そのためには、取組みの効果を可視化するための目標値の設定が必要不可欠であるが、現在はいまだその評価手法等が確立されている状況にはない。複数の学術機関や研究会等において、その手法開発に向けた研究が行われているところであり、「健康経営」の更なる普及に向け、今後の成果が期待される。

図表 2 従業員の健康関連総コストの割合



(出典：経済産業省 企業の「健康投資」ガイドブック 2014年10月)

1.3 本事業の目的

(1) 当健保組合における現状および課題

当健保組合では、「保健事業に対する基本的な考え方」として、事業主との連携を根幹に据え、従来から事業主とも連携し、保健事業の推進・施策の見直しを行ってきた経緯にある。その一環として、レセプト・健診データを活用した分析を2011年度に着手し、健康課題の特定、保健事業の計画策定に役立てるべく継続的に実施してきた。

一方で、コラボヘルスの更なる推進には、保険者・事業主が有する各種関連データを統合し、一元的に分析することで、共通の課題認識、課題・目標設定を行っていくことが必要と考えられる。当健保組合においては、今般のデータヘルス計画策定に際して、特に本課題認識への継続的な対応を目指していくことを想定している。

保健事業に対する基本的な考え方（東京海上日動健保組合）

- 事業主の「重要な経営資源である人材を大切にする」という考え方を踏まえ、加入者の健康維持・増進を第一義とした保健事業を運営していきます。

(2) 本事業の目的

本事業では、上記(1)を踏まえ、以下取組みを通じて、従来の医療費のみに着目した健康課題の可視化ではなく、従業員の生産性も含めた健康課題の可視化が可能となる枠組みの構築を目指すことを主目的としている。

- ① 健診・レセプト・生産性関連データ等の一元化
- ② 一元化データの分析に基づく健康課題の抽出
- ③ 保険者・事業主の継続的な論議に基づく計画策定

本取組みを継続的に実施、発展させていくことによって、効果的・効率的な健康施策を実践することが可能となると考えられる。更には、保険者と事業主の連携・協業（コラボヘルス）を基盤として、最終的な目標である「従業員の働き方の多様化を支え、生き活きと働くことができる職場環境の実現」を目指していく。

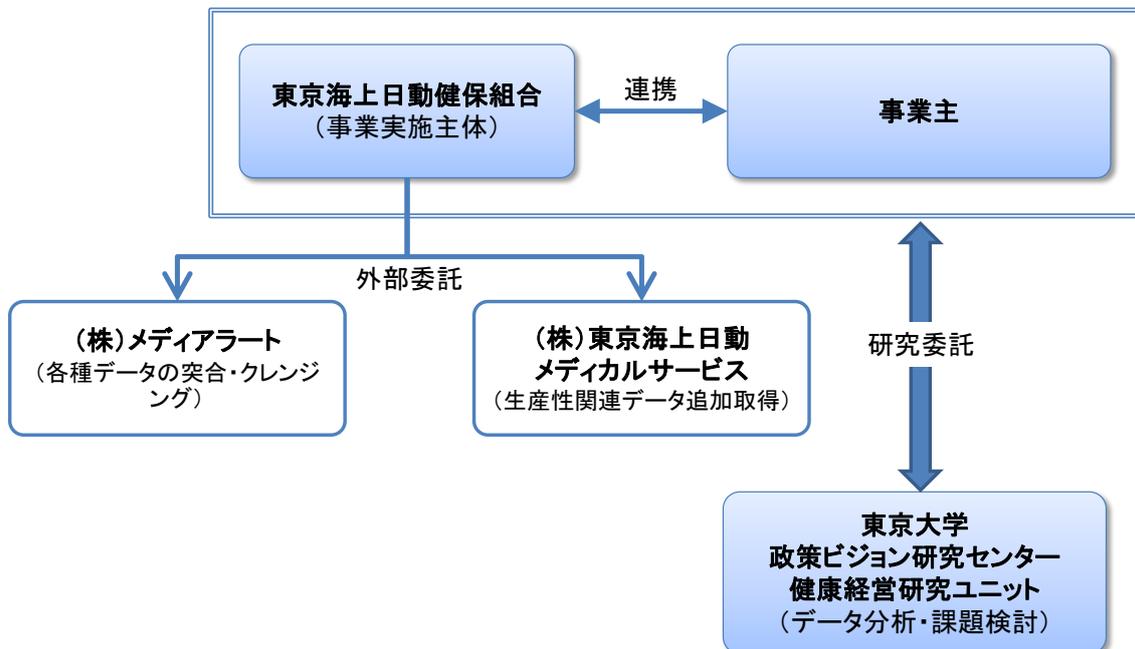
1.4 本事業の推進体制

本事業の推進主体は当健保であるが、事業主との連携が必要不可欠であり、主要事業所との定期的な論議・検討の場を設定し、従来以上に密接な関係を構築することとした。

一方で、当健保組合および事業主だけでは、先進的な分析等の実施は困難であることから、健康経営の枠組みおよびその評価手法について、海外の事例を基に先進的な研究を行っている「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」の協力を得ることとした。具体的には、当健保組合および事業主の有する各種健康関連データを統合したのち、統計的な分析処理・生産性に着目した課題抽出を東大の協力のもと実施した。

なお、分析に必要な追加データの取得・データの一元化・加工処理等に際しては、一部、外部事業者への委託を実施している。（図表 3）

図表 3 事業推進体制



1.5 事業実施スケジュール

本事業全体の実施スケジュールは図4の通りであり、STEP1「レセプト・健診データに基づく計画策定」、STEP2「生産性関連データを加えた分析・課題抽出」の2段階に分けて実施している。STEP1は従来から実施してきたレセプト・健診データを活用した分析・計画策定であり、本事業においてはSTEP1を基盤として、先進的な取組としてSTEP2を実施したものである。

STEP1において策定したデータヘルス計画の概要については、以下「2. レセプト・健診データに基づくデータヘルス計画」に示す。

図表4 実施スケジュール

	2014年												2015年		
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
<全体>															
データヘルス計画策定の基本方針策定	■	■													
外部委託事業者の選定	■	■													
データ分析に関する個人情報の取り扱い整理		■	■												
<STEP1>															
レセプト・健診データの突合・整備				■											
レセプト・健診データ分析				■	■										
分析結果に基づく健康課題・対策検討				■	■										
データヘルス計画策定				■	■										
<STEP2>															
生産性関連データ取得方法の検討・開発				■	■										
生産性関連データの取得				■	■	■	■								
生産性関連データの突合・整備							■	■							
生産性関連データを含めた分析									■	■	■	■			
分析結果を踏まえた健康課題の抽出												■	■		

2. レセプト・健診データに基づくデータヘルス計画

2.1 分析対象とその属性

データ分析に基づく計画策定（データヘルス計画）に際しては、事業所毎の特性・産業保健体制等に留意することが必要不可欠となるが、当健保においても、所属する41事業所の規模・業種・従業員構成は大きく異なっていることから、段階的に事業主との連携を進めていくこととしている。

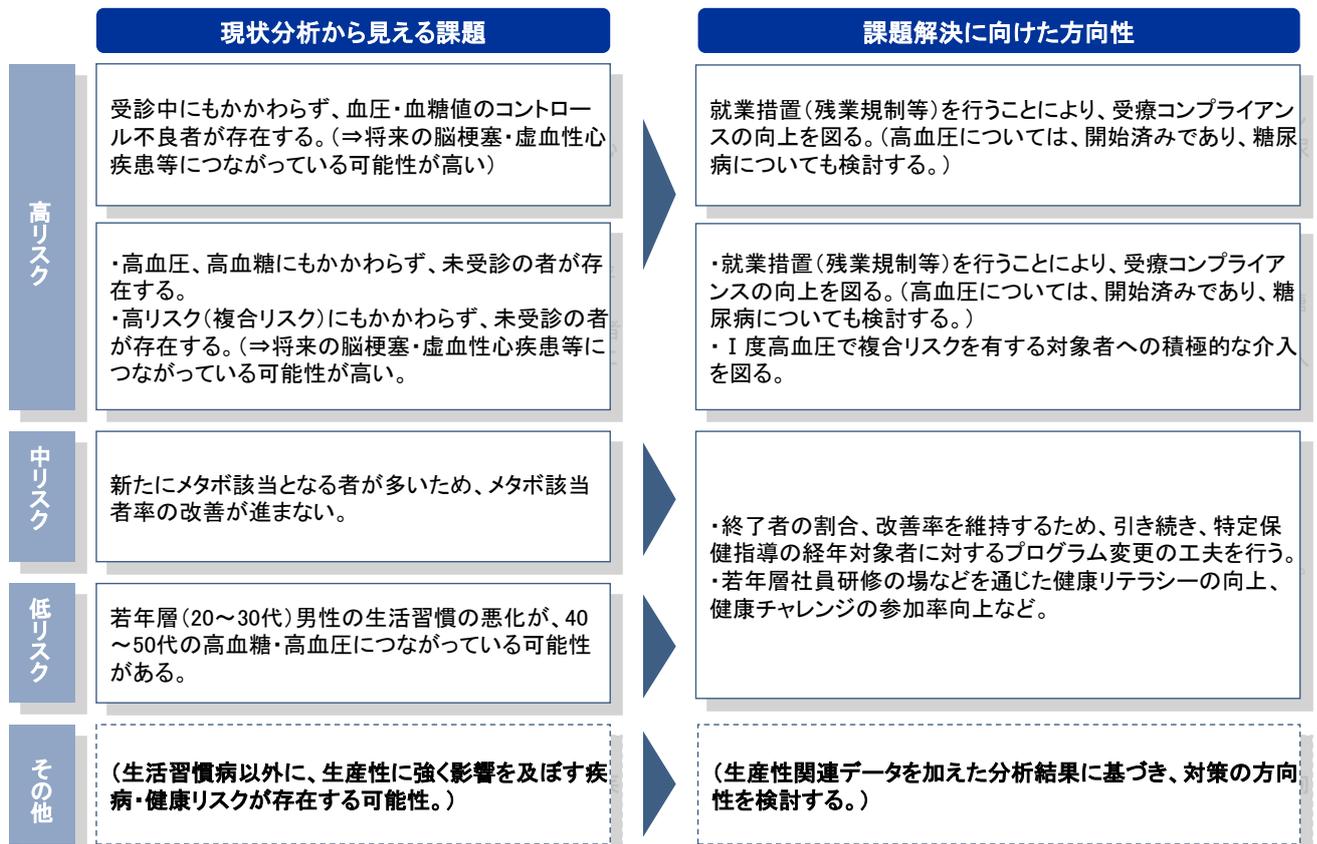
本事業における先進的な取組み（生産性データも一元化した分析・課題抽出）については、主要事業所において実施することとしており、以下2.2についても当該事業所の結果を示す。

2.2 分析結果および対策の方向性

データ分析および現状施策の評価に基づく対策の方向性は図表 5 に示す通りである。一般的な課題として認識される生活習慣病に関する課題が中心であり、その解決に向けた方向性をまとめ、データヘルス計画として取りまとめた。

一方で、本分析からも特に女性については、生活習慣病以外の疾病（女性固有疾患）の医療費・罹患者が大きくなっていった。これらの疾病は従業員の生産性にも影響を及ぼす可能性があると考えられることから、更なる分析の必要性が確認されている。

図表 5 現状分析から見える課題および対策の方向性



3. 「健康経営」の枠組みに基づく健康課題の可視化手法

3.1 健康経営に関する海外の取組み

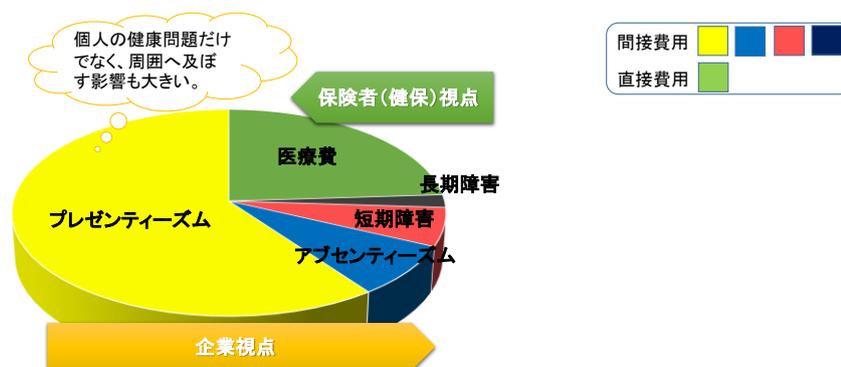
(※本章は東京大学健康経営研究ユニット提供資料からの抜粋)

(1) アメリカにおける健康経営の捉え方

アメリカにおける先行研究によれば、健康に関連する企業の総コストのうち、医療費や薬剤費の直接費用は24%を占めるに過ぎず、労働生産性の損失(間接費用)は、4分の3を占めるといわれている。

労働生産性の損失(間接費用)の占める割合は30~60%くらいと幅はあるが、最大のコストはプレゼンティーズムだという研究が多数である。つまり、事業の費用対効果を考え、効果的な健康管理事業を展開していく上で、医療費だけに着目した取組みは「部分最適」の追求であり、企業の経営という観点から従業員の健康関連コストを捕えた場合、「全体最適」にはつながらない可能性がある。

図表6 従業員の健康関連総コストの割合



(参考)直接・間接費用の割合は、アメリカ大手金融サービス会社従業員 16,651 人データ結果を参考に図式化した。
Edington DW, Burton WN. Health and productivity. In: McCunney, RJ: A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 3rd ed. 2003:140-152;

【用語説明】

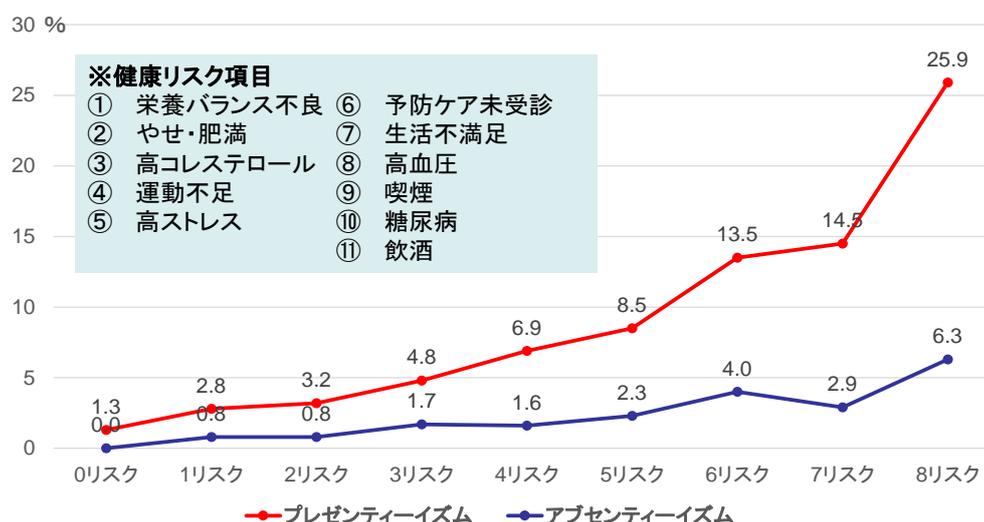
- アブセンティーズム
病欠、病気休業している状態
- プレゼンティーズム
何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し業務遂行能力や労働生産性が低下している状態

(2) アメリカにおける労働生産性への着目

① 健康リスクと労働生産性

アメリカの先行研究によると、健康リスク数が増えるほど労働生産性（アブセンティーズム・プレゼンティーズム）の損失割合は上昇する。特に、プレゼンティーズムで顕著に労働生産性が損失することにつながっている。

図表 7 健康リスク数別労働生産性損失の平均割合 (n=2,264)



Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). The relationship between health risks and work productivity. JOEM, 46(7), 737-745.

② 労働生産性と医療費の関連

医療費（医療費＋薬剤費）の大きい疾病と労働生産性低下によるコストの大きい疾病は順位が異なる。そのため、医療費のみで考えるか、労働生産性まで含めて考えるかによって、ターゲットとなる疾患が異なってくる可能性がある。

図表 8 労働生産性と医療費の関係

順位	医療費＋薬剤費	生産性(※)	合計
1	がん(皮膚がん以外)	けん怠感	肩こり・腰痛
2	肩こり・腰痛	抑うつ	抑うつ
3	冠動脈性心疾患	肩こり・腰痛	けん怠感
4	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)
5	高コレステロール	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害
6	逆流性食道炎	関節炎	高コレステロール
7	糖尿病	高血圧	関節炎
8	睡眠障害	肥満	高血圧
9	高血圧	高コレステロール	肥満
10	関節炎	不安神経症	不安神経症

※生産性は、アブセンティーズムとプレゼンティーズムの合計

Loeppke et al. Health and Productivity as a Business Strategy. JOEM 49(7), 2007.

3.2 健康関連コストの評価手法

(1) 最終アウトカムの貨幣換算

医療費と労働生産性に係わるアウトカムを一元的に可視化するため、すべての項目を貨幣換算（コスト換算）した。対象とした項目は以下となる。

1. 医療費：対象企業の従業員が1年間に使った医療費の総額
2. 傷病手当金：対象企業の従業員のうち、ケガや病気で長期休業したものに健保から支払われる手当金の1年分の総額
3. 労災給付金：対象企業の従業員のうち、労災認定されたものに支払われる労災給付金の1年分の総額
4. アブセンティーズムコスト：1年間の病休（欠勤）日数×賃金（円）
（アブセンティーズムとは病欠、病気休業のこと）
5. プレゼンティーズムコスト：プレゼンティーズム損失割合×賃金（円）
（プレゼンティーズムとは何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態）

※項目によっては、健保・企業がデータ化している近い値で代用

(2) アブセンティーズムによる損失コストの算出

アブセンティーズムコストは、病欠・病気休業により本来企業側が提供されるべき労働が提供されなかった分のコストである。企業における休暇は、病気の場合のみならず、従業員が自分の生活の質向上のために、取得を積極的に推奨される位置づけでもある。したがって、特に有休休暇については、一般的には、企業側が休暇取得の目的（病気のための休暇であるかどうか）を把握していることが少ない。

算出に使用する休暇日数に使用する定義をどういった形としていくかは、企業側の実態等に応じて今後更なる研究が望まれるところであるが、今回の算出においては、便宜上、有休休暇をアブセンティーズムとしてカウントしない方法で、損失コストを算出することとした。

また、全従業員の平均賃金を活用した海外研究とは異なり、より実態に即した分析を行うため、総報酬月額を活用して個別賃金に近いコスト計算をしている。

(3) プレゼンティーズムによる損失コストの算出

労働生産性に関するコストの可視化には、プレゼンティーズムの測定が必要となる。プレゼンティーズムとは、何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や労働生産性が低下している状態である。東大では測定方法として「WHO-HPQ スケール」の3項目を使用し検証・検討を開始している。

スケールの評価方法の分析への活用は東大でも検討中であるが、今回の分析では分析の目的に合わせて「絶対的プレゼンティーズム」と「相対的プレゼンティーズム」を使い分けている。健康リスクとの相関分析においては「絶対的プレゼンティーズム」を、損失コストを計算する場合には「相対的プレゼンティーズム」を使用した。

<WHO-HPQ スケール>

◆WHO-HPQ スケールの3項目

WHO Health and Work Performance Questionnaire (short form) Japanese edition

(WHO 健康と労働パフォーマンスに関する質問紙 (短縮版) 日本語版)

<http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/info.php>)

(HPQ Short Form (Absenteeism and Presenteeism Questions and Scoring Rules

<http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/ftplib/absenteeism%20presenteeism%20scoring%20050107.pdf>)

【問 B9】0 があなたの仕事において誰でも達成できるような仕事のパフォーマンス、10 がもっとも優れた勤務者のパフォーマンスとした0から10までの尺度上で、あなたの仕事と似た仕事において多くの勤務者の普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

【問 B10】 同じ0から10までの尺度上で、過去1-2年のあなたの普段のパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

【問 B11】 同じ0から10までの尺度上で、過去4週間(28日間)の間のあなたの勤務日におけるあなたの総合的なパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

<WHO-HPQ の評価方法>

① 絶対的プレゼンティーズム (Absolute presenteeism)

・絶対的プレゼンティーズム=問 B11*10 (範囲=0-100%)

② 相対的プレゼンティーズム (Relative presenteeism)

・相対的プレゼンティーズム=問 B11/問 B9 (範囲=0.25-2.0)

※0.25>は0.25に、2.0<は2.0にレンジ修正

＜評価スケールの説明＞

プレゼンティーズムの定量評価について、現時点においては国内では学術的に確立したものは存在しないためコストの算出が難しい状況である。一方、海外においては、図表 26 に示すとおりいくつかの先行研究がある。東大において主に使われている HPQ は設問数が少なく分かりやすいことから、最も実用的な選択肢と考えられる。

図表 9 プレゼンティーズムの評価スケール例

事例	評価に関する設問項目例
WLQ (Work Limitations Questionnaire)	○過去 2 週間において、あなたの身体健康や精神的問題は、以下の作業を行うことのどのくらいの時間、困難にしましたか <ul style="list-style-type: none"> ・ 休憩や休養を取らずに仕事をし続けること ・ ルーティンやスケジュール通りに仕事を行うこと ・ 仕事に集中すること ・ 人に直接会ったり、会議や電話で話したりすること ・ 仕事量を管理すること など
HPQ (Health and Work Performance Questionnaire)	○過去 4 週間の自分の仕事のパフォーマンスをどのくらい評価しますか(範囲：0～10、0：最低のパフォーマンス、10：最高のパフォーマンス) ○あなたのいつもの仕事のパフォーマンスは、同じような仕事をしている多くの人と比べてどのくらいですか(範囲：0～10)。
SPS (Stanford Presentism Scale)	○過去 4 週間において、あなたの健康状態で仕事にどのくらいのパフォーマンス達成レベルが可能であったか自己評価してください(%)。

※プレゼンティーズム低下による損失コストは、「プレゼンティーズム損失割合×賃金」が考えられる。

※アブセンティーズムによる損失コストは、「欠勤×賃金」が考えられる。

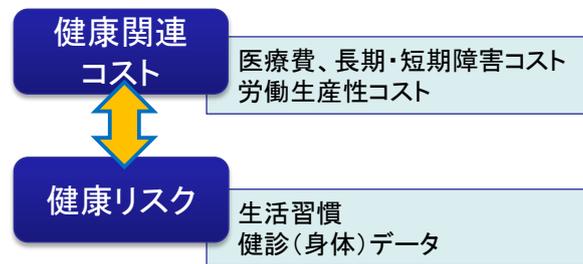
3.3 健康リスクの評価手法

(1) 概要

東大の研究によれば、健康関連コストのうち、労働生産性（プレゼンティーズムやアブセンティーズム）と生活習慣や身体データの健康リスクとなる項目の間に一定の相関があることを示す研究蓄積がある。海外の研究においては、健康リスク項目が1つ増えるごとに労働生産性が有意に悪化していることが明らかにされている。

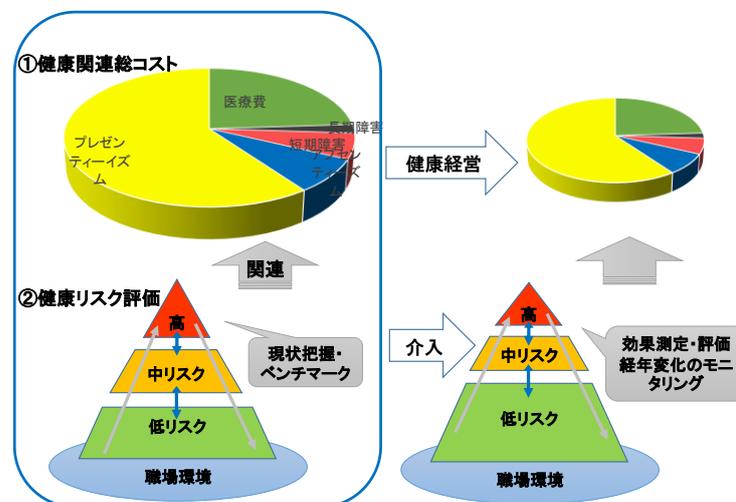
また、医療費については、健康リスクとの関連があることは日本における研究でも証明されているが、労働生産性との関係については明らかにされていない。今回は、東大が研究を開始している健康リスク評価指標を活用してコストとリスクの関係を分析することとした。

図表 10 健康関連コストと健康リスクの相関



資料元：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資料より

図表 11 アウトカム評価と介入の考え方



資料元：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資料より

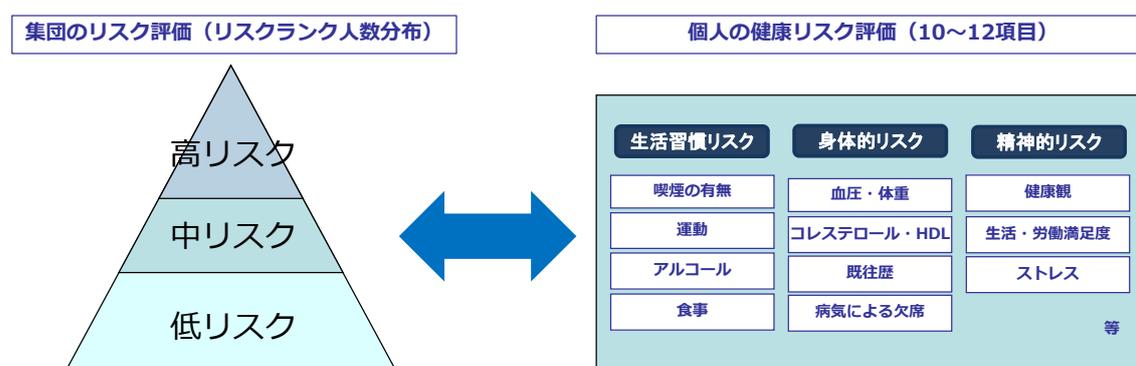
(2) 健康リスク評価に着目した分析手法

実際に健康施策のPDCAを回す際において、最終アウトカムの設定だけでは、短期間における変化を見ることができないこと、医療費や労働生産性は多くの因子が関係する指標であることから、課題の明確化が難しいと考えられる。したがって、最終アウトカムに係わると思われる中間アウトカム指標を確立し、それを活用することで、介入施策を検討することが望ましい。

中間アウトカムとしては、健康リスク評価の指標が考えられる。具体的には、生活習慣（喫煙、運動、アルコール、睡眠、食事）、身体データ（血圧、BMI、HDL・LDL コレステロール値、中性脂肪、血糖値、既往歴）、心理的データ（ストレス、健康意識、生活満足度）が挙げられる。

日本の企業においては、本分析で活用する、生活習慣（喫煙、運動、アルコール、睡眠、食事）、身体データ（血圧、BMI、HDL・LDL コレステロール値、中性脂肪、血糖値、既往歴）、心理的データ（ストレス、健康意識、生活満足度）のほとんどの項目が、企業における定期健診・特定健診およびストレスチェックによって取得できる環境にある。

図表 12 健康リスク評価



資料元：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資料より

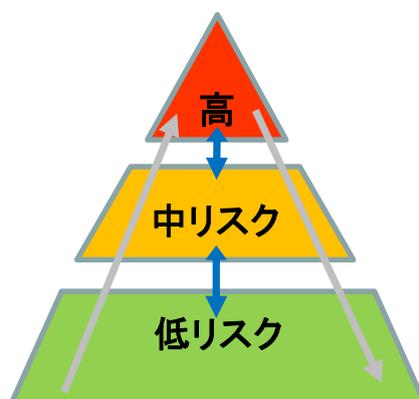
(3) 健康リスク評価に着目した分析手法

海外の先行研究では、健康リスクの該当数により健康リスクレベルを低・中・高リスクに区分し、従業員の各リスク割合をベンチマークする手法も報告されている。(ミシガン大学 *HMRC*)

個人および組織・集団全体の健康リスク評価を行うことで健康問題を可視化し、有効な介入につなげることが可能となる。蓄積されたデータを、企業や保険者等、各組織の現状分析により問題を明確化する手法である。

企業の健康施策においては、健康リスクの構造を可視化し、個人のリスクレベル間の移動などに着目しながらターゲットを明確化することで有効な介入につなげることが可能となると考えられる。

図表 13 健康リスク評価



資料元：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資料より

3.4 疾病リスク評価の方法

海外の先行研究によれば、医療費（医療費＋薬剤費）の大きい疾病と労働生産性低下によるコストの大きい疾病は順位が異なるとされている。そのため、医療費のみで考えるか、労働生産性まで含めて考えるかによって、健康施策のターゲットとなる疾患が異なってくる可能性がある。

今回は、健康保険組合が活用できるレセプト情報を活用し、疾病とプレゼンティーズム損失割合の増加の関係を分析することとした。

4. 健康関連コストと健康リスクの分析結果

4.1 分析対象とその属性

(1) 対象

本事業の分析対象は、主たる事業所における 2014 年度 4 月 1 日時点在籍の被保険者とし、分析データとしては、対象者の 2013 年度の健診データ・レセプトデータおよび 2014 年度実施の追加アンケート調査を利用している。したがって、2013 年分健診データのない 2014 年 4 月以降に入社した被保険者を除外した 16,502 件を分析対象とした。

(2) 属性

- 平均年齢は 41.34 歳で、25～29 歳の年齢階級が最も多い。
- 男女別に年齢分布が異なっている。

図表 14 平均年齢

	度数	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢(歳)	16502	41.34	11.75	21	71

n= 16502	度数	割合	平均年齢(歳)		p値
			平均	標準偏差	
性別					.000
男性	8652	52.4%	46.52	10.71	
女性	7850	47.6%	35.64	10.10	

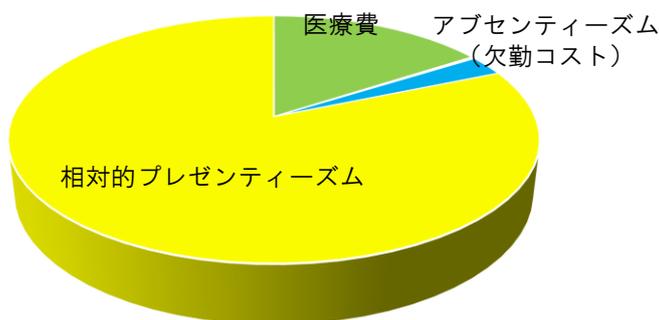
4.2 健康関連コストに関する項目

(1) 健康関連コストの比率

健康関連の損失をコスト換算し、比率を確認した。プレゼンティーズム損失によるコストについては、相対的プレゼンティーズム (3.2 (3) 参照) を使用して算出した。

図表 15 に示す通り、本分析においても、海外の先行研究と同じく、医療費に比してプレゼンティーズム損失によるコストの割合が大きくなっており、プレゼンティーズム向上の対策に意義がある、という可能性が示唆された。

図表 15 健康関連総コスト(相対的プレゼンティーズム)



※健康関連総コストには、傷病手当金、労災給付金を含むがその割合は小さい。

(2) アブセンティーズムの状況

- アブセンティーズムとしては、有休休暇を除いた欠勤日数をカウントした。欠勤日数は、便宜的に 10 日間刻みの 12 ランクにカテゴリ化し、各カテゴリの中央値を用いた。(最小値は 0 とし、5.5、10.5…95.5、最大値を 101 とした。) その結果、アブセンティーズム平均日数は 1.15 日であった。

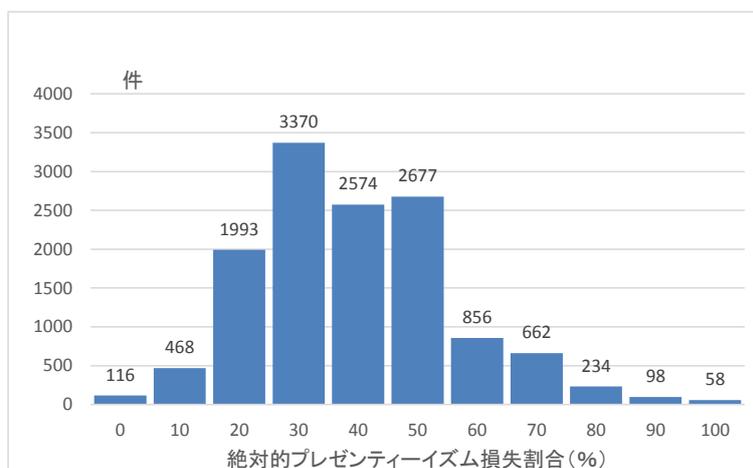
図表 16 アブセンティーズム平均日数

度数	平均	標準偏差	最小値	最大値
16502	1.15	9.60	0	101

(3) プレゼンティーズム損失の状況

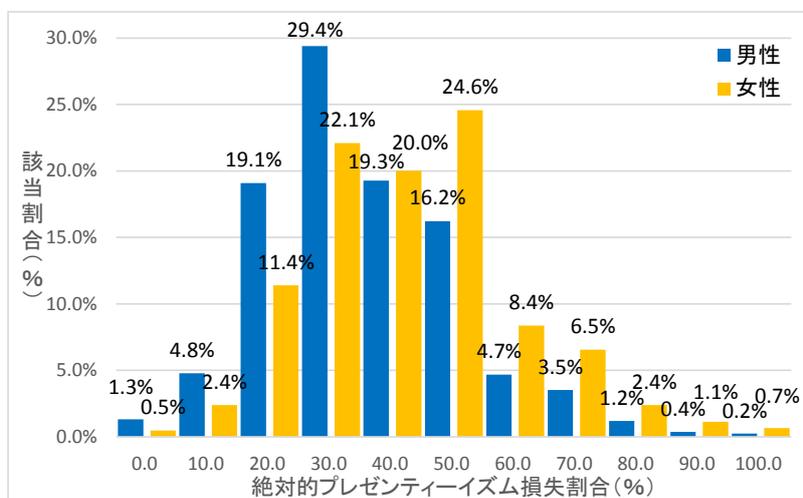
- プレゼンティーズム損失割合として、健康リスク等との関連を把握する場合には、自己評価である絶対的プレゼンティーズム損失割合（100%－絶対的プレゼンティーズム）を活用して検討することとした。
- プレゼンティーズム損失割合の分布は、図表 17 の通りである。損失割合の平均値は 39.2%であり、海外先行研究における 20～25%よりは高い値となっている。一方で、比較可能な数は少ないが、日本における先行調査では損失割合が 40～50%程度と高く、それと比較し当社は損失が少ない状況である。
- プレゼンティーズムの評価は、「この 4 週間のパフォーマンスを 0～10 までのレンジで評価（自己評価）」するものである。したがって、仕事に関するセルフエフィカシーなどのバイアスが含まれると考えられるが、損失割合が 50%以上の対象者が存在することも明らかとなっており、これらの対象者に対する詳細分析・介入検討の必要性が示されたものと考えられる。

図表 17 プレゼンティーズム損失割合度数分布

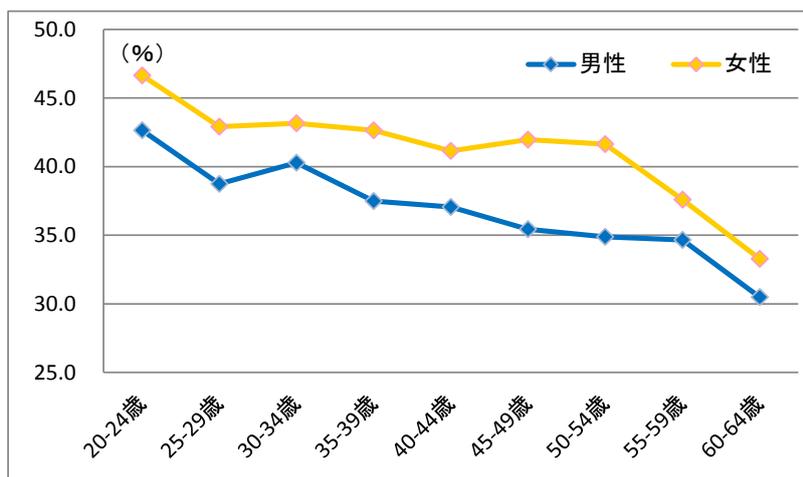


- 男女別で見ると、プレゼンティーズム損失割合は女性の方が大きくなっている。これは、女性特有の体調不良が影響している可能性もある。
- 年齢別で見ると、男性、女性とも年齢が上がるごとにプレゼンティーズム損失割合が低くなり、仕事への自信などが影響していることが考えられる。

図表 18 男女別絶対的プレゼンティーズム該当割合



図表 19 年齢階級別平均絶対的プレゼンティーズム損失割合



属性および健康関連コストの分布から

- 健康関連コストのうち、プレゼンティーズム損失によるコストは医療費に比して大きく出ており、プレゼンティーズム損失を小さくするための対策の重要性が示されている米国の事例と同様の傾向が確認された。
- プレゼンティーズム損失が生じている層が存在することが明らかとなったことから、プレゼンティーズムに着目した分析・対策検討に意義があると考えられる。
- なお、本分析においては、性別によって、属性および健康関連コストの傾向が違ふことが明らかとなったため、詳細分析（健康コストと関連する健康リスク等の分析）は男女別で実施することとした。

4.3 健康リスクと疾病の分析から導かれる対策の方向性（男性）

（1）健康リスク評価と健康関連コストとの関係

- 健康関連コストと相関があると思われる健康リスクの評価をしたところ、生物学的リスクにおいては肥満（リスクあり 44.8%）についてリスクありに該当する対象者が多かった。
- また、生活習慣リスクでは、運動（リスクあり 75.6%）でリスクありに該当する対象者が数多く存在する。

図表 20 男性;健康リスク評価項目の該当割合

(男性) 健康リスク評価項目	男性職員	
	リスクあり 割合%	リスクなし 割合%
生物学的(Biological)リスク		
血圧	32.4%	67.6%
血中脂質	29.2%	70.8%
肥満	44.8%	55.2%
血糖値	14.3%	85.7%
既往歴	4.6%	95.4%
生活習慣(Lifestyle)リスク		
喫煙習慣	26.2%	73.8%
飲酒習慣	18.5%	81.5%
運動習慣	75.6%	24.4%
睡眠で十分休養が取れている	32.4%	67.6%
心理的(Psychological)リスク		
生活満足度	9.0%	91.0%
仕事満足度	18.2%	81.8%
ストレス	9.2%	90.8%

注)割合は無回答を除いて算出。

注)リスク基準は、メタボリックシンドローム判定基準(8学会策定新基準2005年4月)、日本循環器学会等の禁煙治療基準(第6版2014年4月)等により設定。

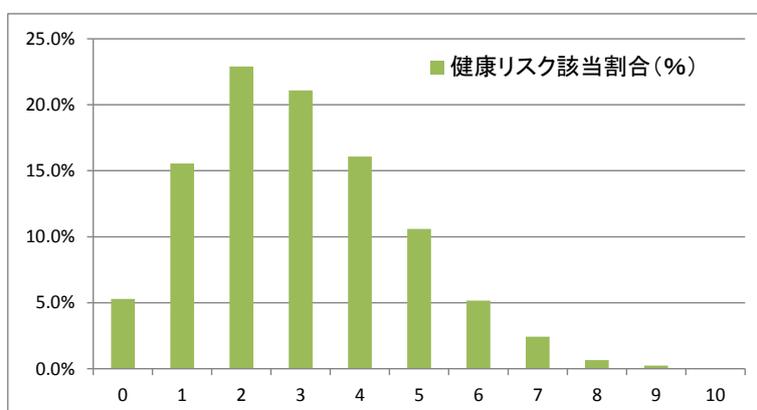
注)ストレスは、「職業性ストレス簡易調査表」の簡易採点法による心理的・身体的ストレス反応の要チェックの該当の有無を用いた。

- 健康リスク数は平均 2.98 個、2 個に該当する対象者が 22.9%と多い。該当数 5 個以上の対象者も 20%近く存在する。

図表 21 男性;年齢階級別健康リスク該当数

健康リスク数	n	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
男性	100%	5.3%	15.5%	22.9%	21.1%	16.1%	10.6%	5.2%	2.4%	0.7%	0.2%	0.0%
年齢階級												
20-24歳	100%	16.7%	28.8%	35.6%	9.8%	5.3%	2.3%	0.8%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%
25-29歳	100%	11.1%	29.1%	29.1%	18.1%	7.3%	3.6%	1.1%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%
30-34歳	100%	7.4%	24.5%	28.0%	21.0%	10.9%	5.7%	1.7%	0.3%	0.3%	0.2%	0.0%
35-39歳	100%	7.2%	19.5%	28.1%	19.2%	15.3%	6.1%	2.8%	1.3%	0.4%	0.1%	0.0%
40-44歳	100%	4.1%	16.5%	25.5%	20.8%	16.1%	9.9%	4.9%	1.9%	0.2%	0.1%	0.0%
45-49歳	100%	5.2%	14.3%	22.6%	22.8%	15.9%	11.2%	5.0%	2.3%	0.5%	0.2%	0.1%
50-54歳	100%	4.0%	11.9%	19.3%	21.1%	19.6%	12.8%	7.2%	2.8%	1.0%	0.2%	0.0%
55-59歳	100%	1.9%	8.4%	19.1%	22.3%	19.3%	15.6%	7.9%	4.1%	1.0%	0.5%	0.2%
60-64歳	100%	4.9%	11.2%	16.8%	21.7%	19.1%	13.2%	7.0%	4.2%	1.4%	0.5%	0.0%

図表 22 男性;健康リスク該当割合



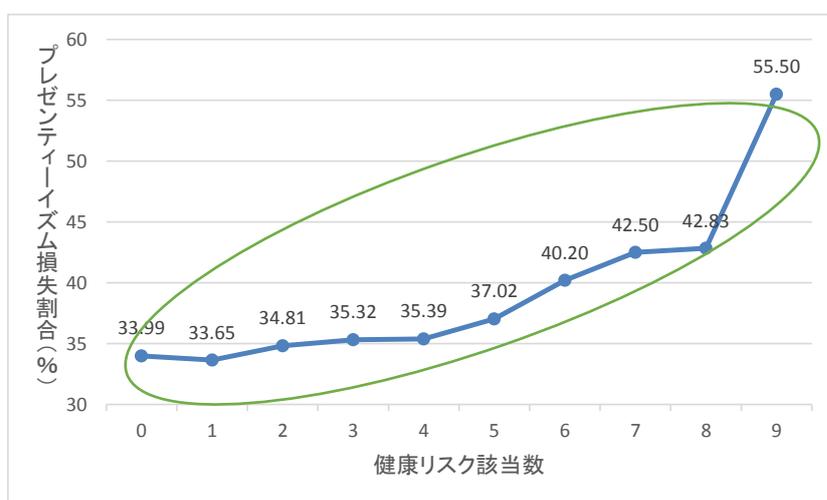
- 健康リスクの数が多くなるほど、プレゼンティーズム損失割合および医療費は大きくなることがわかった。アブセンティーズムについては、リスク数との相関は見られなかった。

図表 23 男性;健康リスク該当数別医療費・アブセンティーズム・プレゼンティーズム

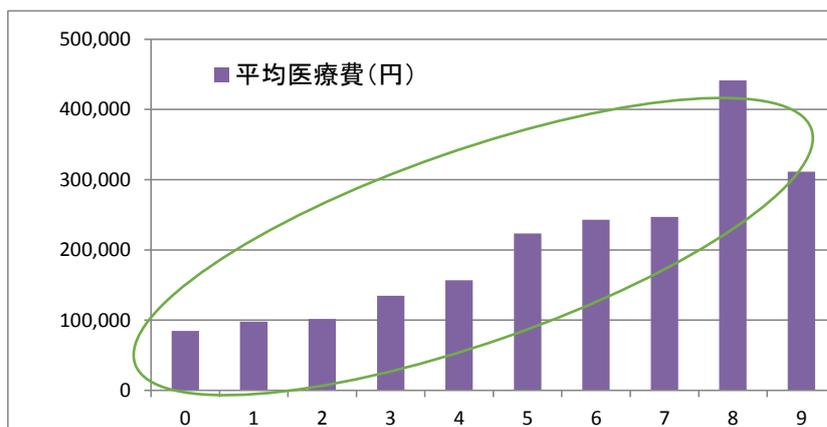
リスク数 (0-12)	絶対的プレゼンティーズム		アブセンティーズム(欠勤)		医療費	
	割合(%)±SD	割合(%)±SD	日数(日)±SD	日数(日)±SD	平均(円)±SD	平均(円)±SD
0	5.3%	66.01 ± 15.57	0.94 ± 9.50	0.94 ± 9.50	84,751 ± 271,725	84,751 ± 271,725
1	15.5%	66.35 ± 14.80	0.75 ± 7.77	0.75 ± 7.77	98,030 ± 318,220	98,030 ± 318,220
2	22.9%	65.19 ± 14.59	0.52 ± 6.59	0.52 ± 6.59	101,684 ± 241,955	101,684 ± 241,955
3	21.1%	64.68 ± 15.55	0.56 ± 5.93	0.56 ± 5.93	134,569 ± 316,490	134,569 ± 316,490
4	16.1%	64.61 ± 16.08	0.63 ± 7.05	0.63 ± 7.05	156,785 ± 388,821	156,785 ± 388,821
5	10.6%	62.98 ± 16.03	0.93 ± 7.82	0.93 ± 7.82	223,323 ± 578,587	223,323 ± 578,587
6	5.2%	59.80 ± 19.79	2.01 ± 11.72	2.01 ± 11.72	242,947 ± 502,567	242,947 ± 502,567
7	2.4%	57.50 ± 19.00	0.84 ± 8.06	0.84 ± 8.06	247,109 ± 352,749	247,109 ± 352,749
8	0.7%	57.17 ± 17.80	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	441,533 ± 1,041,368	441,533 ± 1,041,368
9	0.2%	44.50 ± 19.59	8.33 ± 26.26	8.33 ± 26.26	311,525 ± 271,404	311,525 ± 271,404
計	100.0%	64.31 ± 15.93	0.75 ± 7.51	0.75 ± 7.51	142,641 ± 374,489	142,641 ± 374,489

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は4.2(2)参照(P22)

図表 24 男性;健康リスク該当数とプレゼンティーズム損失割合



図表 25 男性;健康リスク該当数別平均医療費



(2) 健康リスクの各項目と健康関連コストとの関係

- 健康リスク項目別に健康関連コストの3項目（プレゼンティーズム、アブセンティーズム、医療費）との関係を分析した。
- 男性のプレゼンティーズム損失との関係では、生活習慣リスク（喫煙、運動、睡眠）および心理的リスク全般の項目がリスクありとなっている群はプレゼンティーズム損失割合が有意に大きくなっていた。生物学的リスク（血圧・血糖値）は、リスク「あり」の群はプレゼンティーズム損失割合が小さくなっているが、これは年齢による影響であるといえる。
- アブセンティーズム（欠勤日数）については、生物学的リスク（血圧、肥満、既往歴）および、生活習慣リスク（運動）および、心理的リスク（生活満足度）でリスクありの群では有意に大きくなっている。
- 医療費については、生物学的リスク全般および生活習慣リスク（アルコール）および、心理的リスク（仕事満足度、ストレス）でリスクありの群で有意に高くなっている。

図表 26 男性;健康リスク項目該当の有無別 健康コスト項目の大きさ

生物学的リスク		血圧	血中脂質	肥満	血糖値	健康問題既往歴
		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	34.47	35.35	35.27	34.18	36.06
	リスクなし	36.24	35.80	35.99	35.94	35.59
アブセンティーズム (欠勤日数)	リスクあり	1.10	0.85	0.92	1.05	2.08
	リスクなし	0.53	0.66	0.55	0.66	0.64
医療費 (円)	リスクあり	211,806	189,638	173,894	273,445	448,758
	リスクなし	109,371	123,145	117,071	120,761	131,111

生活習慣リスク		喫煙	アルコール摂取	運動習慣	睡眠休養
		平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	36.89	35.19	36.13	37.77
	リスクなし	35.20	35.63	33.89	34.60
アブセンティーズム (欠勤日数)	リスクあり	0.80	0.78	0.78	0.64
	リスクなし	0.67	0.66	0.45	0.71
医療費 (円)	リスクあり	137,530	156,859	144,935	146,523
	リスクなし	146,735	134,059	147,837	144,071

心理的リスク		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
		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合 (%)	リスクあり	42.66	45.64	44.57	50.27	42.63
	リスクなし	35.00	33.48	34.79	35.08	35.14
アブセンティーズム (欠勤日数)	リスクあり	0.81	0.77	0.94	0.48	1.18
	リスクなし	0.54	0.52	0.53	0.57	0.52
医療費 (円)	リスクあり	133,456	171,463	166,950	169,606	175,091
	リスクなし	138,487	130,614	135,109	136,709	135,105

※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目

「リスクあり」が損失大きい

「リスクなし」が損失大きい

※アブセンティーズム (欠勤日数) の定義は 4.2(2)参照 (P22)

- 年齢調整をした上で、健康リスク項目と健康関連コスト項目の相関関係を見てみると、プレゼンティーズムとの相関が見られるのは、生活習慣リスクのうち、喫煙習慣、運動習慣、睡眠、心理的リスクの全項目である。
- アブセンティーズムと相関があるのは生物学的リスクのうち、血圧と肥満、既往症、生活習慣リスクのうち運動習慣である。
- 医療費と相関が高いのは生物学的リスクの各項目、心理的リスク（仕事満足度、ストレス）となる。単年度の医療費と生活習慣リスクには相関が見られない。

図表 27 男性;健康リスク評価項目と医療費・アブセンティーズム・プレゼンティーズムの偏相関分析

(男性) 健康リスク評価項目	男性職員 リスクあり 割合%	絶対的プレゼンティーズム		アブセンティーズム		医療費	
		偏相関 r	p	偏相関 r	p	偏相関 r	p
生物学的(Biological)リスク							
血圧	32.4%	.003	.788	.033	.002	.084	.000
血中脂質	29.2%	-.015	.234	.009	.419	.055	.000
肥満	44.8%	-.006	.637	.023	.034	.049	.000
血糖値	14.3%	-.010	.410	.014	.189	.099	.000
既往歴	4.6%	-.026	.038	.040	.000	.159	.000
生活習慣(Lifestyle)リスク							
喫煙習慣	26.2%	-.052	.000	.007	.498	-.015	.164
飲酒習慣	18.5%	-.009	.494	.005	.674	.006	.635
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	75.6%	-.045	.000	.022	.049	.014	.213
睡眠で十分休養が取れている	32.4%	-.084	.000	-.003	.766	.013	.244
心理的(Psychological)リスク							
生活満足度	9.0%	-.132	.000	.012	.316	.003	.784
仕事満足度	18.2%	-.317	.000	.013	.299	.031	.013
ストレス	9.2%	-.179	.000	.018	.141	.028	.023

注) 割合は無回答を除いて算出。

注) 偏相関分析は、年齢で調整した。

- プレゼンティーズム損失割合はストレス関連の項目との相関が強いことが明らかになったため、支援項目（家族等の支援：職業性ストレス簡易調査表の「家族や友人からのサポート」の項目を活用）に関する詳細分析を実施した。
- 家族等の支援の平均得点（範囲 3～12 点）は、男性 4.84 点、女性 4.78 点であり男女差はなかった。家族等の支援についてリスクあり（支援が足りていない）の対象者については、プレゼンティーズムの損失が有意に大きくなっていた。
- 今後、心理的リスクの改善に向けた取組み（介入）として、家族等の支援に着目した施策を検討することも考えられる。

図表 28 家族等の支援の平均得点

	N	平均得点(範囲3-12)		p値
		平均	標準偏差	
全体	13106	4.81 ±	1.91	
性別				
男性	6495	4.84 ±	1.93	.105
女性	6611	4.78 ±	1.89	

図表 29 男性;家族等の支援リスクの有無別平均医療費と生産性

家族の支援リスク	9点以上	医療費			絶対的プレゼンティーズム			アブセンティーズム		
		平均	標準偏差	p値	平均	標準偏差	p値	平均	標準偏差	p値
男性	リスクあり	137,710 ±	305,588	.984	42.19 ±	17.82	.000	0.48 ±	5.87	.790
	リスクなし	138,057 ±	338,821		35.26 ±	15.71		0.57 ±	6.50	

健康リスク評価と健康関連コストの関係

- プレゼンティーズムコストについては、喫煙習慣、運動習慣、睡眠習慣の改善、および心理的リスク全般の改善により小さくなる可能性がある。
- アブセンティーズムコストについて血圧、肥満、運動習慣を改善することによる影響を検討する必要がある。
- 医療費については生物学的リスクと相関があり、生物学的リスク（血圧、肥満等）を改善することで医療費が小さくなる可能性がある。
- 心理的リスク改善の介入として、家族等の支援について検討することも考えられる。

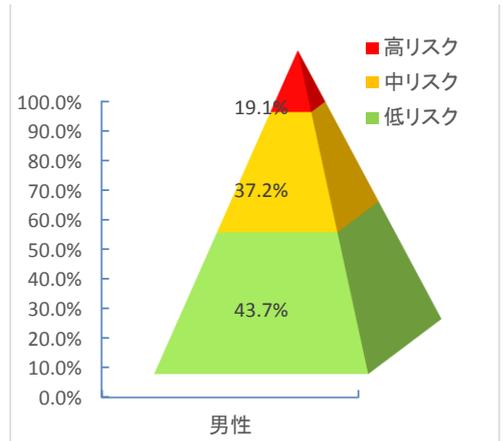
(3) 健康リスクランクと健康関連コストとの相関

- 先行研究を参考に、当社のリスク数分布から対象者をリスク数によって3ランクに分類した。低リスクは0~2個該当した場合、中リスクは3~4個該当した場合、高リスクは5個以上該当した場合となる。
- 年齢階級別で各ランクの分布を見ると、年齢が上がるにつれて高リスク対象者が多くなっていることがわかる。

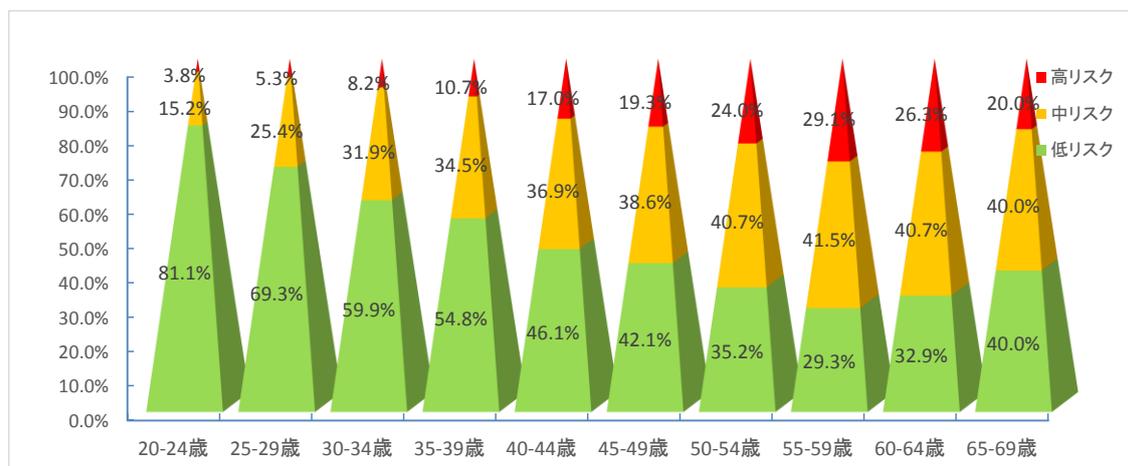
図表 30 男性;健康リスク評価のランク別分布

リスク数 (0-12)	男性 (%)	平均年齢 ^b , 年齢(歳)±標準偏差	
低リスク	43.7%	43.55 ±	11.13
中リスク	37.2%	47.90 ±	10.05
高リスク	19.1%	50.70 ±	8.90
計	100%	46.53 ±	10.71
平均リスク数, 平均±標準偏差		2.98 ±	1.74

注)健康リスク評価: 低リスク0-2個、中リスク3-4個、高リスク5個以上。

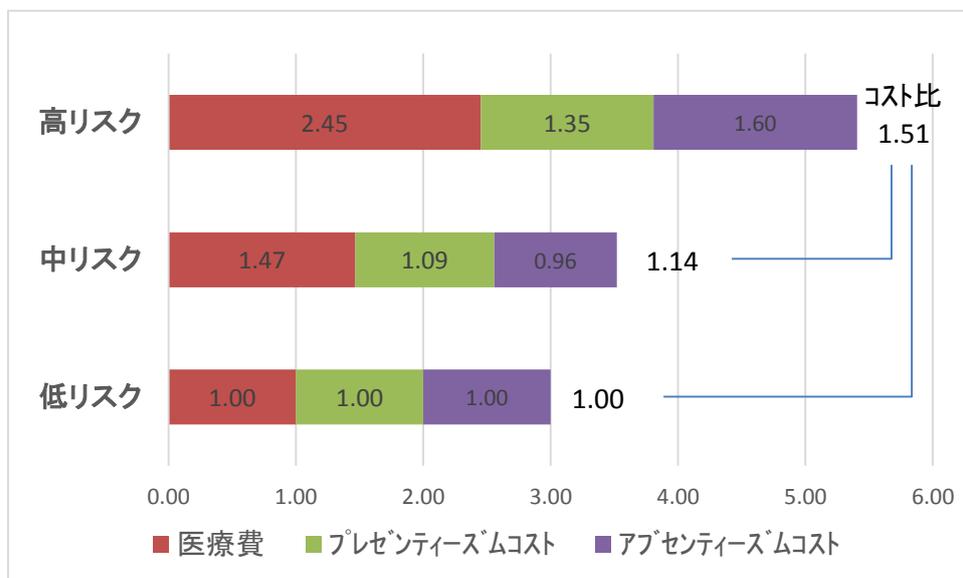


図表 31 男性;年齢階層別健康リスク評価



図表 32 男性;健康リスクランクと平均健康関連コスト

注)プレゼンティーズムコストは相対的プレゼンティーズムコスト。アブセンティーズムコストは欠勤コスト。



健康関連コストと健康リスクのランク

- 年齢が上がると高リスクの割合が高くなっている。
- 高リスク者は低リスク者に比べ、健康関連コストが大きくなることが示唆された。(1.51倍)
- 集団の健康リスクのランク分布を改善することで、企業の健康管理関連コストが少なくなる可能性がある。

(4) 疾病と健康関連コストとの相関

- 2013年度に19傷病分類の疾病があった群となかった群に分け、健康コスト関連項目のうち、プレゼンティーズムとアブセンティーズムとの関係を分析した。
- 男性においては、疾患があることで有意にプレゼンティーズムが大きかったのは「精神及び行動の障害」の分類だけであった。
- アブセンティーズムについては、「眼および付属器の疾患」「耳および乳様突起の疾患」「呼吸器系の疾患」「皮膚および皮下組織の疾患」など6分類を除いた分類について有意に相関があった。
- 医療費については、すべての項目で相関があった。(表からは割愛)

図表 33 男性;19 傷病分類の疾病有無別 健康コスト項目の大きさ

		※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目									
		リスクありが損失大きい					リスクありが損失小さい				
男性	病名	1.感染症 及び寄生 虫症	2.新生物	3.血液及 び造血管 の疾患並 びに免疫 機構の障 害	4.内分泌 栄養及び 代謝疾患	5.精神及 び行動の 障害	6.神経系 の疾患	7.眼及び 付属器の 疾患	8.耳及び 乳様突起 の疾患	9.循環器 系の疾患	10.呼吸器 系の疾患
絶対的プレゼンティーズム	あり	35.54	33.49	33.68	33.92	38.08	35.19	35.82	34.09	33.88	35.33
損失割合(%)	なし (n=6495)	35.74	35.84	35.74	36.35	35.52	35.75	35.62	35.80	36.24	36.10
アブセンティーズム	あり	1.24	2.97	3.99	1.71	8.32	4.58	0.88	1.61	1.98	1.00
(欠勤日数)(日)	なし (n=8652)	0.74	0.72	0.78	0.54	0.32	0.36	0.85	0.81	0.52	0.69

男性	病名	11.消化器 系の疾患	12.皮膚及 び皮下組 織の疾患	13.筋骨格 系及び結 合組織の 疾患	14.腎尿路 生殖器系 の疾患	15.妊娠 分娩及び 産じよく	16.周産期 に発生した 病態	17.先天奇 形、変形及 び染色体 異常	18.症状、 徴候及び 異常臨床 所見・異常 検査所見	19.損傷、 中毒及び その他の 外因の影 響	71.歯科	99.その他
絶対的プレゼンティーズム	あり	35.10	34.90	34.69	34.70			33.08	34.77	35.24	34.67	33.82
損失割合(%)	なし (n=6495)	36.08	35.92	36.02	35.78	35.69	35.69	35.72	35.89	35.74	36.58	35.72
アブセンティーズム	あり	1.55	1.16	1.63	1.95			2.96	1.93	1.51	1.18	2.24
(欠勤日数)(日)	なし (n=8652)	0.41	0.77	0.61	0.76	0.86	0.86	0.83	0.62	0.78	0.57	0.84

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は4.2(2)参照(P22)

- 2013年度に ICD10 の 3 桁レベルの病名の有無別で群分けし、健康コスト関連項目のうち、プレゼンティーズムとアブセンティーズムとの関係を分析した。
- プレゼンティーズム損失との相関があったのは「うつ病エピソード」のみであった。
- また、いくつかの疾病で、リスクあり群のプレゼンティーズム損失割合が有意に小さくなっていたが、これは年齢が高い人がリスクあり群に偏ったことにより、年齢が高いほどプレゼンティーズム損失割合が小さいことの影響を受けた結果と考えられる。

図表 34 男性;ICD10 上位 55 疾病の有無別 健康コスト項目の大きさ

※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目

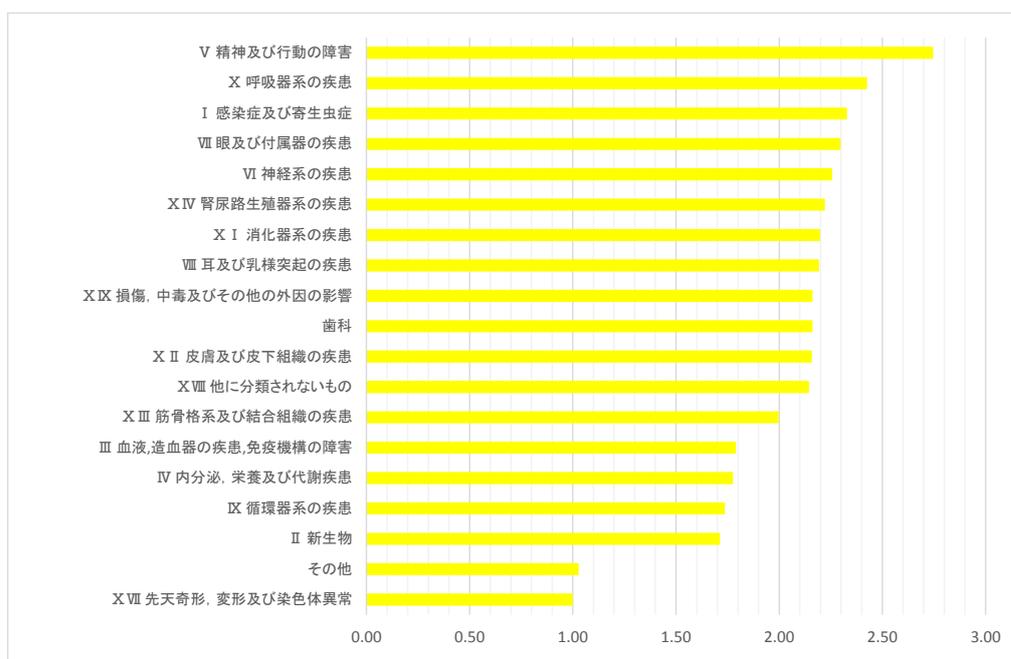
		リスクありが損失大きい										リスクありが損失小さい																																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
男性	病名	DEN_歯科	H52_屈折及び調節の障害	J06_多部位及び部位不明の急性上気道感染症	J30_血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎<鼻ア>	K29_胃炎及び十二指腸炎	J20_急性気管支炎	E78_リポたんぱく代謝障害及びその他の	I10_本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	J02_急性咽喉炎	H10_結膜炎	A09_感染症と推定される下痢及び胃腸炎	L30_その他の皮膚炎	K21_胃食道逆流症	E79_プリン及びピリミジン代謝障害	M54_背部痛	K25_胃潰瘍	E14_詳細不明の糖尿病	J45_喘息	J03_急性扁桃炎	K76_その他の肝疾患	G47_睡眠障害	H40_緑内障	J00_急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒>	J40_気管支炎,急性又は慢性と明示されないもの	B35_皮膚糸状菌症	L85_その他の表皮肥厚	J32_慢性副鼻腔炎	J01_急性副鼻腔炎	M47_脊椎症	H16_角膜炎	T14_部位不明の損傷	J10_インフルエンザウイルスが分離されたインフ	A49_部位不明の細菌感染症	R51_頭痛	G62_その他の多発(性)ニューロパチ<シ>	K59_その他の腸の機能障害	M10_痛風	E11_インスリン非依存性糖尿病<NI DDM>	K63_腸のその他の疾患	J11_インフルエンザウイルスが	E86_体液量減少(症)	M51_その他の椎間板障害	L50_じんま<蕁麻疹>	M75_肩の傷害<損傷>	F32_うつ病エピソード	L20_アトピー性皮膚炎	I20_狭心症	H53_視覚障害	M79_その他の軟部組織障害,他に分類され	R11_悪心及び嘔吐
	絶対的プレゼンティーズム	あり	34.67	36.05	35.35	35.36	35.33	35.39	33.94	33.72	35.61	35.43	あり	35.99	33.94	34.15	33.32	34.65	35.53	32.73	34.90	36.03	34.18	あり	35.32	34.09	35.64	35.33	34.52	33.89	34.08	34.81	34.76	35.08	あり	34.74	35.47	35.96	34.58	33.71	34.13	31.67	32.86	34.04	36.30						
	損失割合(%) (n=6495)	なし	36.58	35.56	35.81	35.80	35.80	35.76	36.09	36.10	35.70	35.73	なし	35.65	35.88	35.84	35.90	35.78	35.70	35.94	35.75	35.66	35.80	なし	35.71	35.80	35.69	35.71	35.75	35.78	35.77	35.73	35.73	35.72	なし	35.73	35.70	35.68	35.73	35.75	35.74	35.81	35.77	35.74	35.67						
	アブセンティーズム	あり	1.18	0.77	0.90	1.24	1.37	0.63	1.32	2.22	1.15	1.21	あり	1.26	1.40	2.85	2.09	2.33	2.67	2.13	0.80	0.86	2.26	あり	7.22	2.07	0.67	0.54	1.17	1.58	0.50	0.46	2.29	1.33	あり	0.80	0.28	0.70	3.10	2.25	5.79	1.27	3.11	1.69	1.10						
	(欠勤日数)(日) (n=8652)	なし	0.57	0.89	0.84	0.73	0.71	0.91	0.75	0.58	0.81	0.81	なし	0.81	0.80	0.67	0.74	0.73	0.70	0.75	0.86	0.86	0.75	なし	0.42	0.78	0.87	0.88	0.84	0.82	0.88	0.88	0.79	0.84	なし	0.86	0.88	0.86	0.78	0.81	0.70	0.85	0.79	0.83	0.85						
男性	病名	E86_体液量減少(症)	M51_その他の椎間板障害	L50_じんま<蕁麻疹>	M75_肩の傷害<損傷>	F32_うつ病エピソード	L20_アトピー性皮膚炎	I20_狭心症	H53_視覚障害	M79_その他の軟部組織障害,他に分類され	R11_悪心及び嘔吐																																								
	絶対的プレゼンティーズム	あり	35.82	37.59	34.94	33.61	40.32	35.26	37.32	34.10	33.85	36.95																																							
	損失割合(%) (n=6495)	なし	35.69	35.64	35.71	35.75	35.58	35.70	35.65	35.73	35.73	35.66																																							
	アブセンティーズム	あり	1.24	3.61	1.69	1.65	17.00	0.07	2.15	0.86	3.31	4.79																																							
	(欠勤日数)(日) (n=8652)	なし	0.85	0.78	0.84	0.84	0.41	0.88	0.83	0.86	0.80	0.77																																							

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は 4.2(2)参照 (P22)

- 2013 年度において、19 傷病分類の疾病名があった集団別に、健康関連コストを比較検討した。（複数病名を有する対象者は、病名のついたすべての集団の一員となっている。）
- プレゼンティーズム損失コストについては、疾患名によって大きく変わることはないが、「精神及び行動の障害」に該当する場合が一番大きくなっている。

図表 35 男性;19 傷病分類別の平均プレゼンティーズムコスト(複数回答)

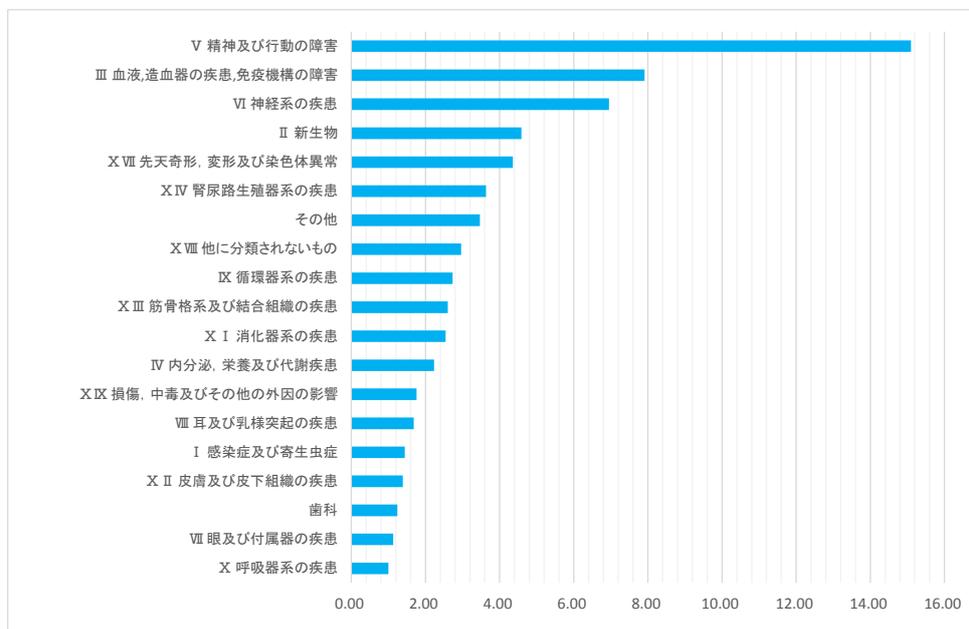
注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



- アブセンティーズムコストについては、「精神及び行動の障害」に該当する場合は他に比してかなり大きくなっている。

図表 36 男性;19 傷病分類別の平均アブセンティーズムコスト(複数回答)

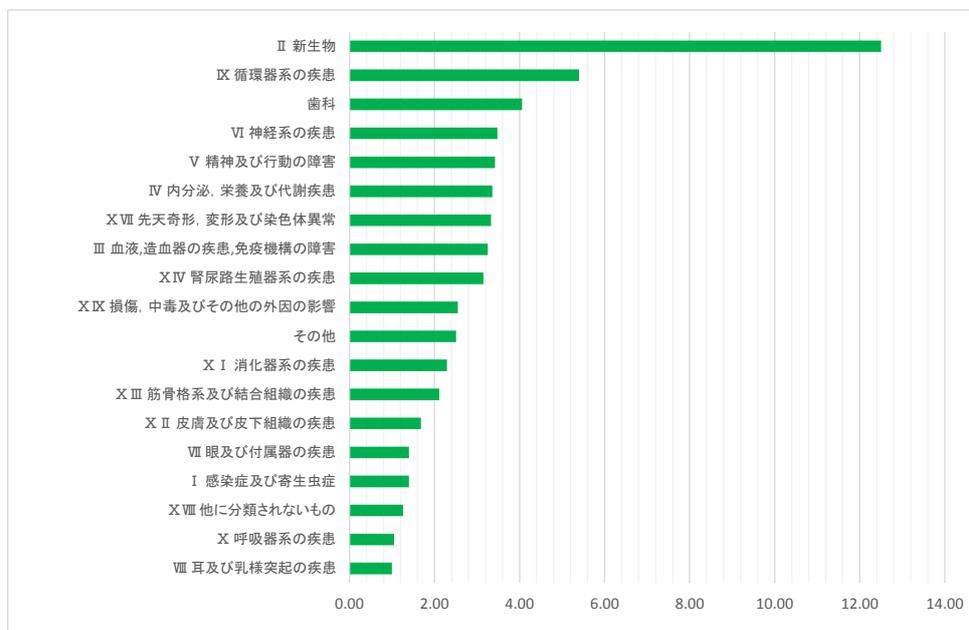
注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



- 医療費については、「新生物」と病名がついた対象者が圧倒的に高い値となっている。

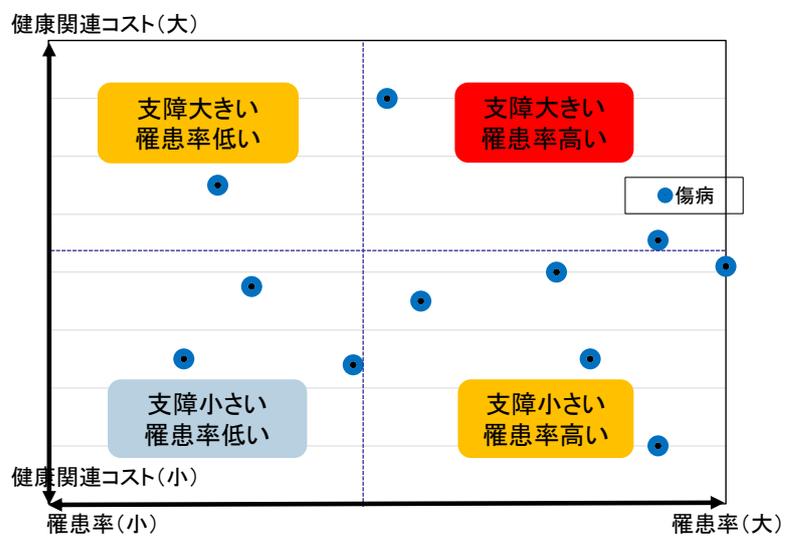
図表 37 男性;19 傷病分類別の平均医療費

注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



- 19 傷病分類を罹患率 (x 軸) と健康関連コストの平均 (y 軸) でマッピングすることにより、各コストを改善するための対策を検討した。

図表 38 男性; 19 傷病分類別の健康関連コストと罹患率の関係



- 医療費については、コストおよび罹患率が共に高い疾病は見当たらないが、「新生物」については罹患した場合のコストが高いため、なにかしらの対処が考えられる。

図表 41 男性;19 傷病分類の平均医療費と罹患状況



健康関連コストと疾病

- 疾患と労働生産性（プレゼンティーズム、アブセンティーズム）の相関を考えると、罹患率は低いが高コストの大きい「精神および行動の障害」への予防が重要である可能性が高い。
- また、医療費のみでは罹患率の割にコストが大きくないため着目しなかった「呼吸器系の疾患」「眼および付属器の疾患」「消化器系の疾患」についてもプレゼンティーズムコストの縮小の観点では対策の候補となりうる。

(5) 男性の健康関連コスト縮小対策の方向性

- 企業の健康関連コストに占める割合が大きく、単年度での効果がありそうなプレゼンティーズムコストに着目し、特に生活習慣改善の介入を実施し、コストへの影響を検討する。
- プレゼンティーズムとストレス項目の関係については、今後、経年データを取得し、ストレスリスクの変化によるプレゼンティーズムの変化について分析・検討を行ない、ストレスリスクの改善がプレゼンティーズムに影響するか検討する。
- また、家族・友人の支援との関係については、介入効果の検証を試行する。
- 疾病との関係についてはメンタル関連疾患への対処が主なものとなるため、来年度ストレスリスクの検討結果をみて検討の方向性を検討する。

4.4 健康リスクと疾病の分析から導かれる対策の方向性（女性）

（１）健康リスク評価と健康関連コストとの関係

- 生物学的リスクにおいては、全般的に女性は男性に比してリスク該当者数の割合が小さい。既往歴（リスクあり 14.0%）以外の項目では該当率 10%を切っている状況である。
- また、生活習慣リスクでは、運動について男性のリスクあり 75.6%を大きく上回り、91.2%がリスクありの状況である。また睡眠についても 42.1%がリスクありに該当する。
- 心理的リスクについては、仕事満足度が 34.7%リスクありと大きくなっている。

図表 42 女性:健康リスク評価項目の該当割合

(女性) 健康リスク評価項目	女性職員	
	リスクあり 割合%	リスクなし 割合%
生物学的(Biological)リスク		
血圧	6.0%	94.0%
血中脂質	4.3%	95.7%
肥満	7.0%	93.0%
血糖値	2.6%	97.4%
既往歴	14.0%	86.0%
生活習慣(Lifestyle)リスク		
喫煙習慣	5.0%	95.0%
飲酒習慣	2.5%	97.5%
運動習慣	91.2%	8.8%
睡眠で十分休養が取れている	42.1%	57.9%
心理的(Psychological)リスク		
生活満足度	12.4%	87.6%
仕事満足度	34.7%	65.3%
ストレス	21.6%	78.4%

注)割合は無回答を除いて算出。

注)リスク基準は、メタボリックシンドローム判定基準(8学会策定新基準2005年4月)、日本循環器学会等の禁煙治療基準(第6版2014年4月)等により設定。

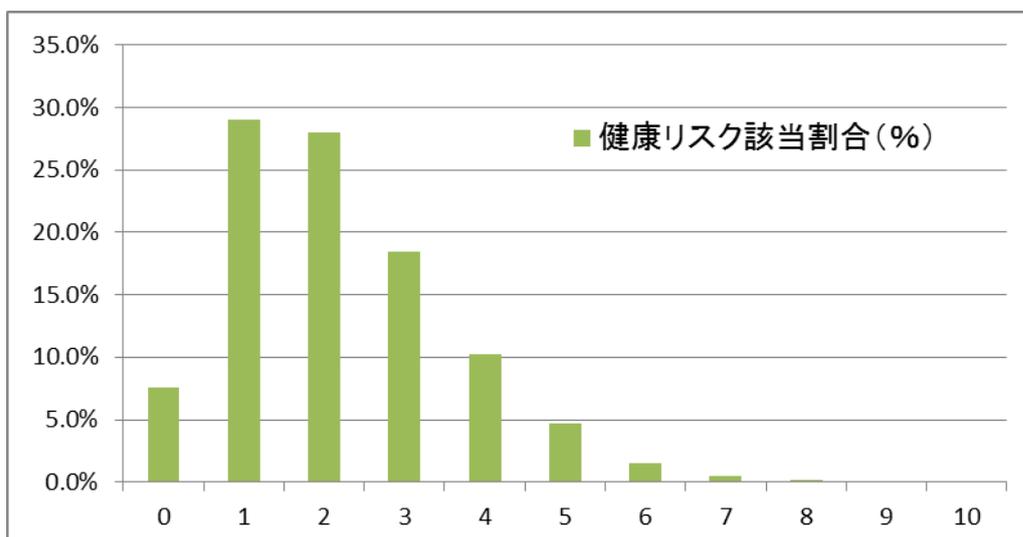
注)ストレスは、「職業性ストレス簡易調査表」の簡易採点法による心理的・身体的ストレス反応の要チェックの該当の有無を用いた。

- 健康リスク数は平均 2.18 個、年齢が上がるごとに数が増えている。
- 1 個に該当する対象者が 29.0% と多い。男性と違い、該当数 5 個以上の対象者は 7% 程度である。

図表 43 女性; 年齢階級別健康リスク該当数

健康リスク数	n	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
女性	100%	7.5%	29.0%	28.0%	18.5%	10.2%	4.7%	1.5%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%
年齢階級												
20-24歳	100%	8.9%	43.0%	28.2%	12.4%	5.6%	1.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25-29歳	100%	10.1%	36.1%	27.1%	15.5%	7.8%	2.9%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
30-34歳	100%	11.4%	30.7%	27.2%	16.6%	9.0%	3.8%	0.9%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
35-39歳	100%	7.1%	28.8%	30.3%	17.6%	11.2%	3.8%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
40-44歳	100%	3.1%	24.0%	31.7%	22.2%	11.7%	5.2%	1.6%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%
45-49歳	100%	3.3%	17.6%	26.0%	26.6%	13.9%	8.7%	2.2%	1.1%	0.5%	0.0%	0.1%
50-54歳	100%	1.7%	13.5%	28.6%	24.0%	15.7%	9.2%	4.9%	1.7%	0.7%	0.0%	0.0%
55-59歳	100%	3.5%	13.9%	23.0%	23.9%	15.9%	10.6%	6.8%	1.8%	0.3%	0.0%	0.3%
60-64歳	100%	7.9%	7.9%	30.3%	23.7%	14.5%	10.5%	3.9%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%

図表 44 女性; 健康リスク該当割合



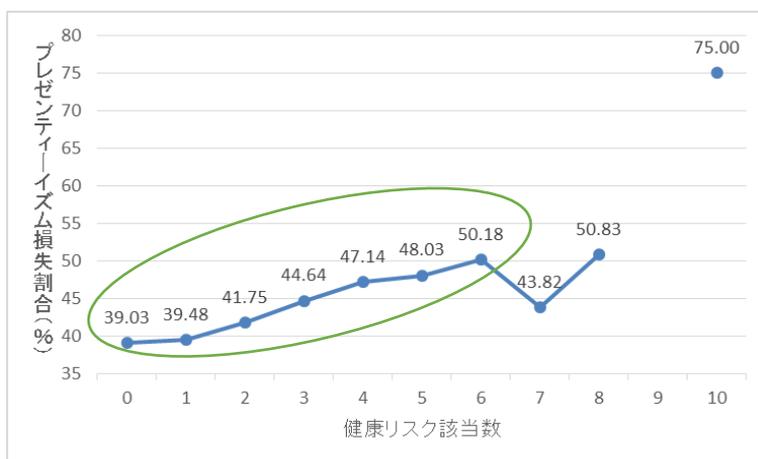
- 健康リスクの数が多くなるほど、プレゼンティーズム損失割合および医療費は大きくなることがわかった。アブセンティーズムについては、リスク数との相関は見られなかった。

図表 45 女性;健康リスク該当数別プレゼンティーズム・アブセンティーズム・医療費

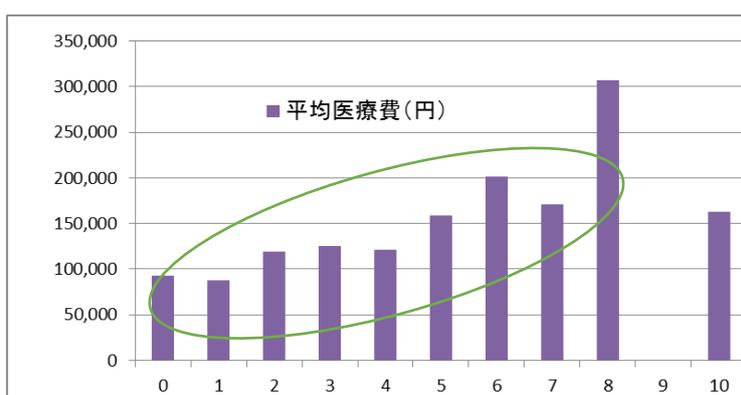
リスク数 (0-12)	絶対的プレゼンティーズム 損失割合(%)±SD	アブセンティーズム(欠勤) 日数(日)±SD	医療費 平均(円)±SD
0	7.5% 60.97 ± 15.65	1.02 ± 9.52	92,748 ± 212,849
1	29.0% 60.52 ± 15.08	0.75 ± 7.82	88,225 ± 221,942
2	28.0% 58.25 ± 16.48	1.45 ± 10.34	118,920 ± 289,970
3	18.5% 55.36 ± 17.94	0.83 ± 8.25	125,695 ± 294,566
4	10.2% 52.86 ± 19.21	1.20 ± 9.43	121,569 ± 263,369
5	4.7% 51.97 ± 19.22	1.88 ± 11.84	158,291 ± 248,620
6	1.5% 49.82 ± 21.22	2.40 ± 12.94	201,876 ± 228,673
7	0.4% 56.18 ± 14.15	3.13 ± 17.32	170,973 ± 163,199
8	0.2% 49.17 ± 28.43	4.63 ± 16.02	306,459 ± 221,598
9	0.0% -	-	-
10	0.0% 25.00 ± 35.36	0.00 ± 0.00	162,335 ± 120,173
11	0.0% -	-	-
12	0.0% -	-	-
計	100.0% 57.39 ± 17.22	1.12 ± 9.33	113,210 ± 262,082

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は4.2(2)参照(P22)

図表 46 女性;健康リスク該当数とプレゼンティーズム損失割合



図表 47 女性;健康リスク該当数と平均医療費



(2) 健康リスクの各項目と健康関連コストとの関係

- 健康リスク項目別に健康関連コストの3項目(プレゼンティーズム・アブセンティーズム、医療費)との関係を分析した。
- プレゼンティーズム損失との関係では、男性と同じく生活習慣リスク(喫煙、運動、睡眠)および心理的リスク全般の項目がリスクありとなっている群はプレゼンティーズム損失割合が有意に大きくなっていた。生物学的リスクについては、どの項目もプレゼンティーズム損失割合との相関が認められなかった。
- アブセンティーズム(欠勤日数)については、生活習慣リスク(睡眠)および、心理的リスクの全項目でリスクありの群が有意に大きくなっている。生活習慣リスク(喫煙、アルコール)についてはリスクありの群のアブセンティーズムが有意に小さくなっているが、年齢調整した偏相関分析では、有意な相関が見られなかったことから、年齢による差異と思われる。
- 医療費については、生物学的リスク全般および生活習慣リスク(睡眠)および、心理的リスク(ストレス、既往歴)でリスクありの群で有意に高くなっている。

図表 48 女性:健康リスク項目該当の有無別 健康コスト項目の大きさ

生物学的リスク		血圧	血中脂質	肥満	血糖値	健康問題既往歴
		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合(%)	リスクあり	41.57	40.91	42.53	41.14	42.18
	リスクなし	42.74	42.75	42.68	42.71	42.53
アブセンティーズム(欠勤日数)	リスクあり	1.81	1.93	1.76	2.84	1.11
	リスクなし	1.03	1.04	1.03	1.04	1.10
医療費(円)	リスクあり	198,752	205,782	154,880	228,311	158,051
	リスクなし	107,499	108,971	109,881	110,096	107,661

生活習慣リスク		喫煙	アルコール摂取	運動習慣	睡眠休養
		平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合(%)	リスクあり	45.05	43.73	42.64	43.52
	リスクなし	42.48	42.65	41.13	41.78
アブセンティーズム(欠勤日数)	リスクあり	0.53	0.04	1.17	1.62
	リスクなし	1.10	0.99	0.69	0.73
医療費(円)	リスクあり	123,172	91,398	116,468	133,999
	リスクなし	113,276	108,805	107,911	101,225

心理的リスク		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
		平均値	平均値	平均値	平均値	平均値
絶対的プレゼンティーズム損失割合(%)	リスクあり	47.45	48.63	49.02	51.75	47.55
	リスクなし	41.92	39.40	40.85	41.06	41.85
アブセンティーズム(欠勤日数)	リスクあり	1.32	0.89	1.37	1.49	1.62
	リスクなし	0.51	0.46	0.40	0.47	0.46
医療費(円)	リスクあり	104,732	104,111	121,545	112,369	134,470
	リスクなし	104,246	104,411	99,566	102,940	99,669

※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目

「リスクあり」が損失大きい

「リスクなし」が損失大きい

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は4.2(2)参照(P22)

- 群間差の分析においては、年齢の影響が出ることが考えられるため、年齢で調整した偏相関分析で年齢の影響を取り除いた相関を確認した。
- 女性の場合、プレゼンティーズム損失との相関が見られるのは、生活習慣リスク（喫煙習慣、睡眠）であり図表 48 では有意に群間差のあった運動習慣では相関が見られなかった。心理的リスクの全項目については相関があることが確認できた。
- アブセンティーズムと相関が高いのは生物学的リスク（血糖値）、生活習慣リスク（睡眠）、心理的リスクの全項目である。
- 医療費と相関が高いのは肥満を除いた生物学的リスクの各項目となる。女性においては、生活習慣リスク（睡眠）および心理的リスク（ストレス）についても医療費と相関が見られている。

図表 49 女性;健康リスク評価項目と健康関連コスト項目の偏相関分析

(女性) 健康リスク評価項目	女性職員 リスクあり 割合%	絶対的プレゼン ティーズム損失		アブセンティーズム		医療費	
		偏相関		偏相関		偏相関	
		r	p	r	p	r	p
生物学的(Biological)リスク							
血圧	6.0%	.013	.291	.008	.482	.040	.000
血中脂質	4.3%	-.004	.778	.012	.288	.049	.000
肥満	7.0%	.017	.174	.012	.286	.015	.197
血糖値	2.6%	.007	.599	.023	.045	.041	.000
既往歴	14.0%	.006	.639	-.005	.645	.046	.000
生活習慣(Lifestyle)リスク							
喫煙習慣	5.0%	.043	.001	-.018	.115	-.007	.530
飲酒習慣	2.5%	.019	.203	-.021	.125	-.026	.060
運動習慣	91.2%	.019	.145	.018	.141	.020	.097
睡眠で十分休養が取れている	42.1%	.073	.000	.039	.001	.028	.017
心理的(Psychological)リスク							
生活満足度	12.4%	.108	.000	.039	.001	-.002	.903
仕事満足度	34.7%	.257	.000	.030	.013	-.002	.856
ストレス	21.6%	.195	.000	.061	.000	.041	.001

注) 割合は無回答を除いて算出。

注) 偏相関分析は年齢で調整した。

- 女性においても、家族等の支援（家族等の支援：職業性ストレス簡易調査表の「家族や友人からのサポート」の項目を活用）に関する詳細分析を実施した。
- 図表 28 (P30)にあるように、家族の支援の有無は男女差のない回答となっている。
- 家族等の支援についてリスクあり（支援が足りていない）の対象者については、プレゼンティーズムの損失が有意に大きくなっていた。他のコスト関連項目では群間差は見られなかった。

図表 50 女性;家族等の支援リスクの有無別平均医療費と生産性

家族の支援リスク 9点以上	絶対的プレゼンティーズム			アブセンティーズム			医療費			
		平均	標準偏差	p値	平均	標準偏差	p値	平均	標準偏差	p値
女性	リスクあり	48.76 ±	19.51	.000	1.24 ±	9.74	.189	111,816 ±	170,288	.519
	リスクなし	42.24 ±	17.01		0.57 ±	6.41		103,851 ±	236,154	

健康リスク評価と健康関連コストの関係

- プレゼンティーズムコストについては、女性では年齢の影響を除くと運動習慣との相関は見られず、喫煙習慣、睡眠習慣の改善、および心理的リスク全般の改善がコストに影響を与えることが考えられる。
- アブセンティーズムコストについては生活習慣リスク（睡眠）と心理的リスクとの相関が見られ、改善による影響を検討することが考えられる。生物学的リスクにおいては血糖を改善することによる影響を検討する必要がある。
- 医療費については肥満以外の生物学的リスクと相関があり、生物学的リスク（血圧、血糖等）を改善することで医療費が小さくなる可能性がある。
- 心理的リスク改善の介入として、家族等の支援について検討することも考えられる。

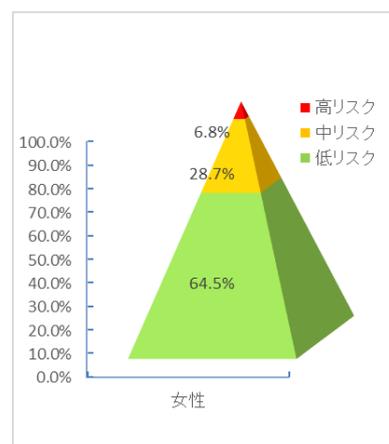
(3) 健康リスクランクと健康関連コストとの相関

- 男性と同じく、対象者をリスク数によって3ランクに分類した。低リスクは0~2個該当した場合、中リスクは3~4個該当した場合、高リスクは5個以上該当した場合となる。
- 男性と比べ、高リスクの割合が小さいことがわかる。
- 年齢階級別で各ランクの分布を見ると、年齢が上がるにつれて高リスク対象者が多くなっていることがわかる。

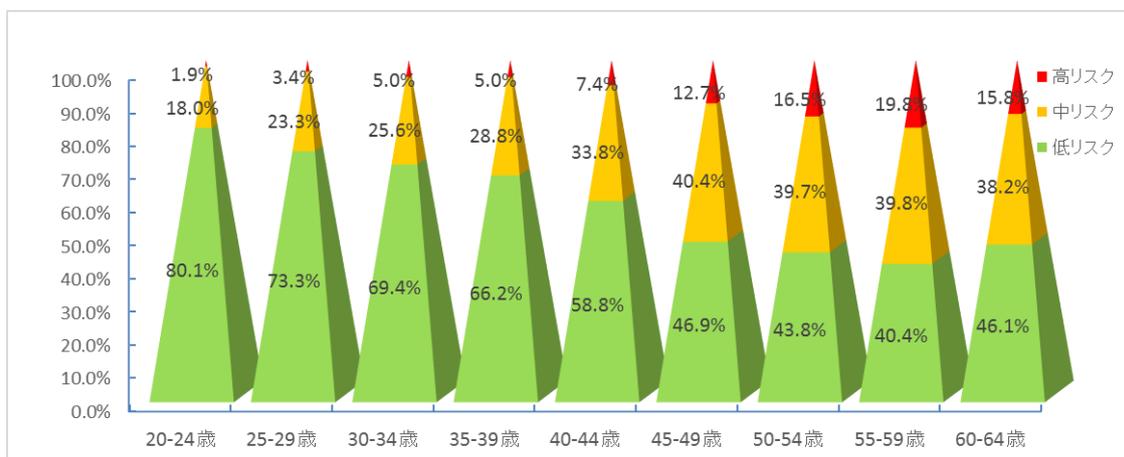
図表 51 女性;健康リスク評価のランク別分布

リスク数 (0-12)	女性 %	平均年齢 ^b , 年齢(歳)±標準偏差	
低リスク	64.5%	33.76 ±	9.29
中リスク	28.7%	38.14 ±	10.50
高リスク	6.8%	42.71 ±	10.73
計	100%	35.63 ±	10.12
平均リスク数, 平均±標準偏差		2.18 ±	1.41

注)健康リスク評価: 低リスク0-2個、中リスク3-4個、高リスク5個以上。

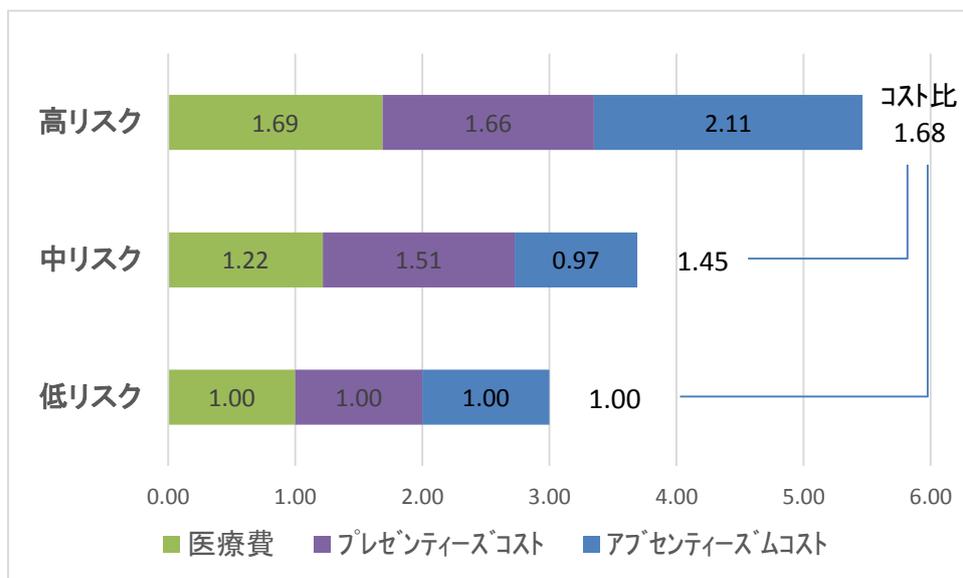


図表 52 女性;年齢階層別健康リスク評価



図表 53 女性;健康リスクランク別の健康関連コスト比(低リスクを 1.00)

注)プレゼンティーズムコストは相対的プレゼンティーズムコスト。アブセンティーズムコストは欠勤コスト。



健康リスクランクと健康関連コストの関係

- 女性については男性と比して、高リスクランクの割合が低いですが、男性と同じく年齢が上がると高リスク割合が大きくなっている。
- 高リスク者は低リスク者に比べ、健康関連コストが大きくなることが示唆された。(1.68倍)
- 集団の健康リスクのランク分布を改善することで、企業の健康関連コストが少なくなる可能性がある。

(4) 疾病と健康関連コストとの相関

- 2013年度に19傷病分類の疾病があった群となかった群に分け、健康コスト関連項目のうち、プレゼンティーズムとアブセンティーズムとの関係を分析した。
- 女性においては、疾患があることで有意にプレゼンティーズムが大きかったのは「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」「症状、兆候、および異常臨床所見・・・」の3つとなり、男性よりも相関がみられる分類が多い。
- アブセンティーズムについては、「眼および付属器の疾患」「呼吸器系の疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」など6分類を除いた分類について有意に相関があった。
- 医療費については、すべての項目で相関があった。(表は割愛)

図表 54 女性;19 傷病分類の疾病有無別 健康コスト項目の大きさ

※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目

		リスクありが損失大きい										リスクありが損失小さい										
		1.感染症及び寄生虫	2.新生物	3.血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障	4.内分泌、栄養及び代謝疾患	5.精神及び行動の障害	6.神経系の疾患	7.眼及び付属器の疾患	8.耳及び乳突突起の疾患	9.循環器系の疾患	10.呼吸器系の疾患											
女性	病名																					
	絶対的プレゼンティーズム	あり	42.85	42.10	41.82	42.63	45.98	44.40	42.70	42.05	41.82	42.25										
	損失割合平均値(%)	なし	42.51	42.70	42.67	42.60	42.38	42.42	42.49	42.66	42.67	43.16										
	アブセンティーズム	あり	2.21	3.69	3.69	2.86	13.96	9.37	1.46	2.55	4.68	1.60										
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.15	1.06	1.26	1.09	0.50	0.57	1.48	1.37	1.18	1.26										

		11.消化器系の疾患	12.皮膚及び皮下組織の疾患	13.筋骨格系及び結合組織の疾患	14.腎尿路生殖器系の疾患	15.妊娠、分娩及び産じょく	16.周産期に発生した病態	17.先天奇形、変形及び染色体異常	18.症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見	19.損傷、中毒及びその他の外因の影響	71.歯科	99.その他	
女性	病名												
	絶対的プレゼンティーズム	あり	42.75	42.35	41.85	42.30	41.88	40.77	40.90	43.40	42.33	42.35	42.41
	損失割合平均値(%)	なし	42.53	42.77	42.79	42.73	42.63	42.61	42.63	42.37	42.65	42.88	42.61
	アブセンティーズム	あり	2.66	2.09	3.52	2.69	1.98	2.64	3.70	3.00	2.50	1.53	1.64
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	0.75	1.10	0.94	0.92	1.44	1.46	1.44	0.97	1.33	1.40	1.46

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は4.2(2)参照(P22)

- 2013年度にICD10の3桁レベルの病名の有無別で群分けし、健康コスト関連項目のうち、プレゼンティーズムとアブセンティーズムとの関係を分析した。
- プレゼンティーズム損失との相関があったのは、「感染症と推定される下痢および胃腸炎」「その他の腸の機能障害」「悪心および嘔吐」「体液量減少」「睡眠障害」と男性より多い。さらに女性生殖器系の疾患にも有意ではないがリスクありの場合にコストが大きくなる傾向が見られた。
- また、男性と同じく、いくつかの疾病で、リスクあり群のプレゼンティーズム損失割合が有意に小さくなっていたが、これは年齢が高い人がリスクあり群に偏ったことにより、年齢が高いほどプレゼンティーズム損失割合が小さいことの影響を受けた結果と考えられる。

図表 55 女性;ICD10 上位 55 疾病の有無別 健康コスト項目の大きさ

※色付セルは平均値に有意差(5%水準)のあった項目

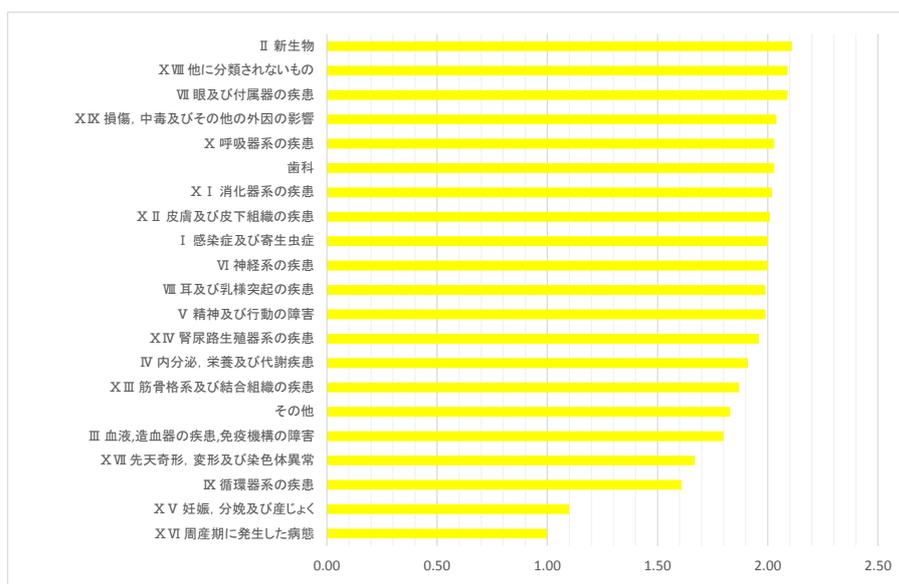
		リスクありが損失大きい					リスクありが損失小さい					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
女性	病名	DEN. 歯科	H52. 屈折及び調節の障害	J06. 多部位及び部位不明の急性上気道感染症	J30. 血管運動性鼻炎及びアレルギー性鼻炎	K29. 胃炎及び十二指腸炎	J20. 急性気管支炎	H10. 結膜炎	J02. 急性咽頭炎	A09. 感染症と推定される下痢及び胃腸炎	L30. その他の皮膚炎	
	絶対的プレゼンティーズム	あり	42.35	42.99	42.26	41.72	42.24	42.69	42.23	42.79	43.72	41.94
	損失割合平均値(%)	なし	42.88	42.23	42.78	42.98	42.72	42.58	42.72	42.57	42.38	42.74
	アブセンティーズム	あり	1.53	1.37	1.66	1.93	2.73	1.79	2.12	1.24	2.47	1.92
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.40	1.56	1.37	1.27	1.07	1.37	1.29	1.52	1.25	1.38
女性	病名	H16. 角膜炎	J45. 喘息	L70. 痤瘡<アクネ>	E28. 卵巣機能障害	L85. その他の表皮肥厚	J03. 急性扁桃炎	M54. 背部痛	N86. 子宮頸(部)のびらん及び外反(症)	J00. 急性咽頭炎[かぜ]<感冒>	N76. 陸及び外陰のその他の炎症	
	絶対的プレゼンティーズム	あり	42.23	42.84	43.67	41.19	42.48	41.90	43.02	40.95	42.37	42.01
	損失割合平均値(%)	なし	42.66	42.58	42.49	42.74	42.62	42.67	42.58	42.73	42.63	42.65
	アブセンティーズム	あり	1.38	1.57	2.48	3.00	2.40	1.52	4.64	2.76	3.14	2.04
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.48	1.45	1.36	1.32	1.38	1.46	1.19	1.36	1.33	1.42
女性	病名	K59. その他の腸の機能障害	J01. 急性副鼻腔炎	J40. 気管支炎, 急性又は慢性と明示されないもの	H04. 涙器の障害	L20. アトピー性皮膚炎	K25. 胃潰瘍	J32. 慢性副鼻腔炎	D25. 子宮平滑筋腫	D50. 鉄欠乏性貧血	K21. 胃食道逆流症	
	絶対的プレゼンティーズム	あり	46.02	41.12	41.14	42.22	42.93	42.70	41.91	42.49	41.03	41.80
	損失割合平均値(%)	なし	42.39	42.72	42.72	42.63	42.59	42.60	42.65	42.62	42.69	42.66
	アブセンティーズム	あり	6.71	1.69	1.74	0.92	2.62	4.51	2.41	3.79	3.07	5.44
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.04	1.45	1.45	1.50	1.39	1.40	1.40	1.32	1.37	1.23
女性	病名	R51. 頭痛	N30. 膀胱炎	R11. 悪心及び嘔吐	E78. リポたんぱく<蛋白>代謝障害及びその他の	L50. じんま疹<蕁麻疹>	E86. 体液量減少(症)	L81. その他の色素異常症	G47. 睡眠障害	L25. 詳細不明の接触皮膚炎	T14. 部位不明の損傷	
	絶対的プレゼンティーズム	あり	43.72	41.78	44.44	42.28	41.60	46.46	42.36	46.64	41.39	43.44
	損失割合平均値(%)	なし	42.55	42.66	42.51	42.63	42.66	42.43	42.62	42.46	42.66	42.57
	アブセンティーズム	あり	3.57	2.16	4.31	3.60	2.02	3.30	2.99	20.10	2.06	2.33
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.35	1.43	1.31	1.35	1.44	1.38	1.39	0.66	1.44	1.43
女性	病名	H40. 緑内障	N94. 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及び	H00. 麦粒腫及び霰粒腫	B37. カンジダ症	J10. インフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ	N92. 過多月経, 頻発月経及び月経不順	H01. 眼瞼のその他の炎症	J11. インフルエンザ, インフルエンザウイルスが	D27. 卵巣の良性新生物	H60. 外耳炎	
	絶対的プレゼンティーズム	あり	39.96	42.21	40.87	41.38	42.39	43.07	41.35	41.44	41.68	42.92
	損失割合平均値(%)	なし	42.72	42.63	42.69	42.65	42.62	42.59	42.65	42.65	42.64	42.60
	アブセンティーズム	あり	2.20	4.16	1.18	2.49	0.81	2.44	0.85	2.23	2.58	1.68
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.44	1.36	1.48	1.43	1.49	1.43	1.49	1.44	1.43	1.46
女性	病名	K76. その他の肝疾患	R10. 腰痛及び骨盤痛	J04. 急性喉頭炎及び気管炎	O20. 妊娠早期の出血	N80. 子宮内膜症						
	絶対的プレゼンティーズム	あり	42.40	44.29	40.84	41.20	43.38					
	損失割合平均値(%)	なし	42.62	42.56	42.67	42.63	42.59					
	アブセンティーズム	あり	4.55	4.52	1.37	2.56	2.57					
	(欠勤日数)平均値(日)	なし	1.37	1.37	1.47	1.43	1.43					

※アブセンティーズム(欠勤日数)の定義は 4.2(2)参照 (P22)

- 2013 年度において、19 傷病分類の疾病名があった集団別に、健康関連コストを比較検討した。（複数病名を有する対象者は、病名のついたすべての集団の一員となっている。）
- プレゼンティーズム損失コストについては、疾患名によって大きく変わることはないが、「精神及び行動の障害」に該当する場合が一番大きくなっている。

図表 56 女性;19 傷病分類別の平均プレゼンティーズムコスト(複数回答)

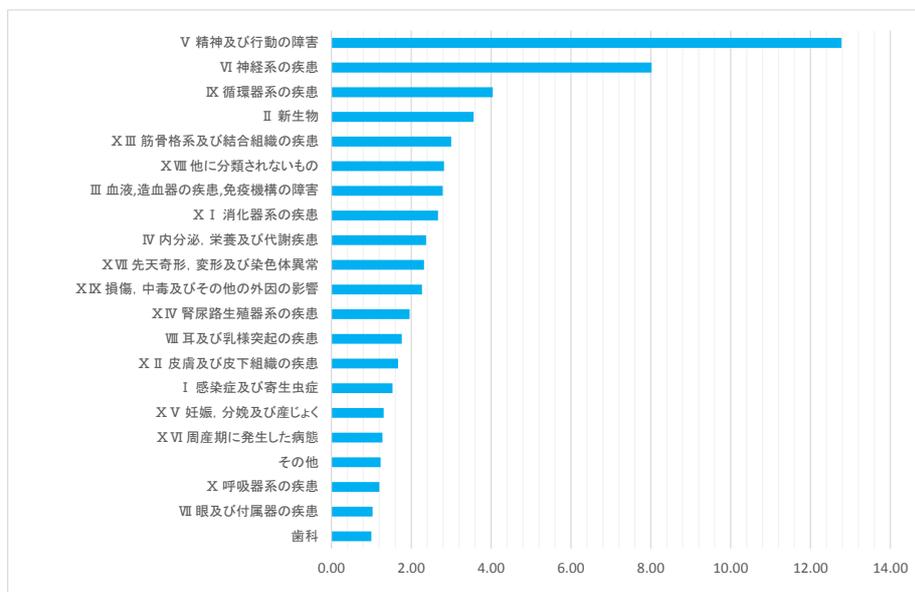
注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



- アブセンティーズムコストについては、「精神及び行動の障害」および「神経系の疾患」に該当する場合は他に比してかなり大きくなっている。

図表 57 女性;19 傷病分類別の平均アブセンティーズムコスト(複数回答)

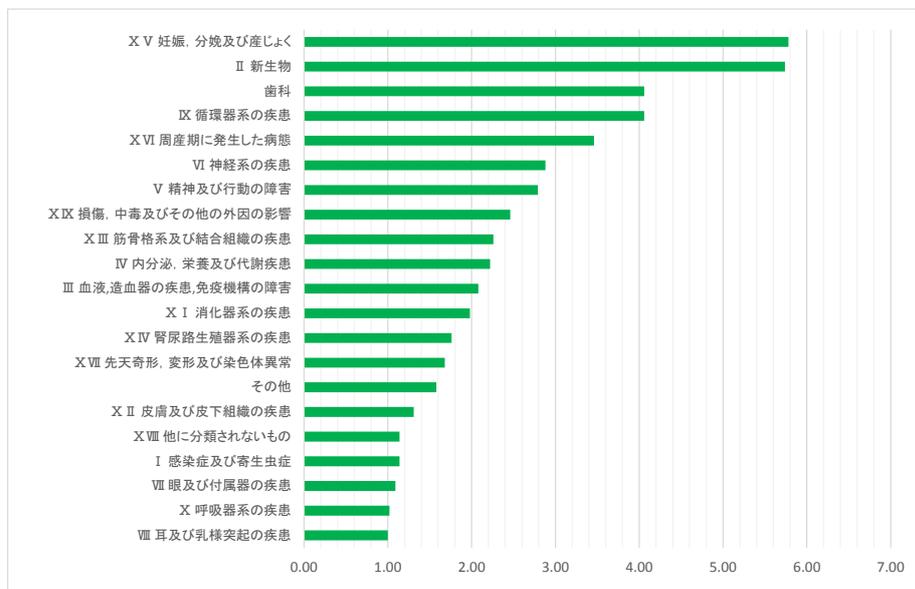
注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



- 女性の医療費については、「新生物」だけでなく「妊娠、分娩及び産じょく」と病名がついた対象者が圧倒的に高い値となっている。

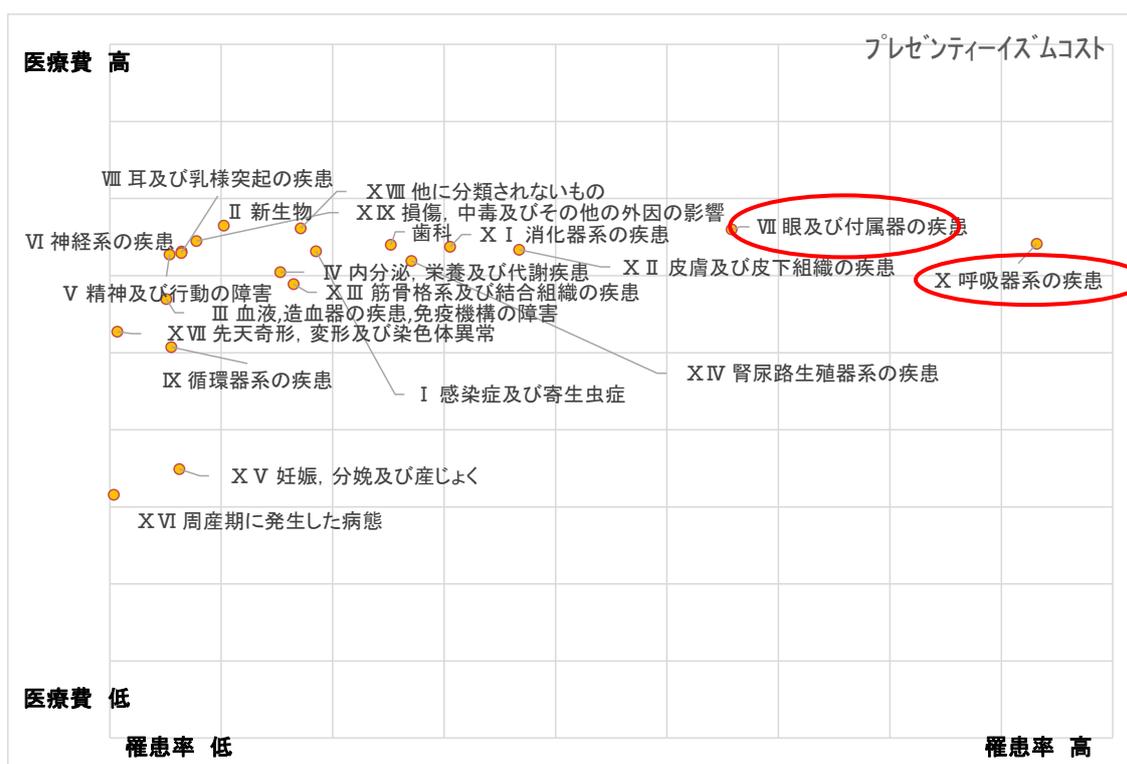
図表 58 女性;19 傷病分類別の平均医療費

注) 最も低い傷病のコストを 1.00 とした場合の比で表示。



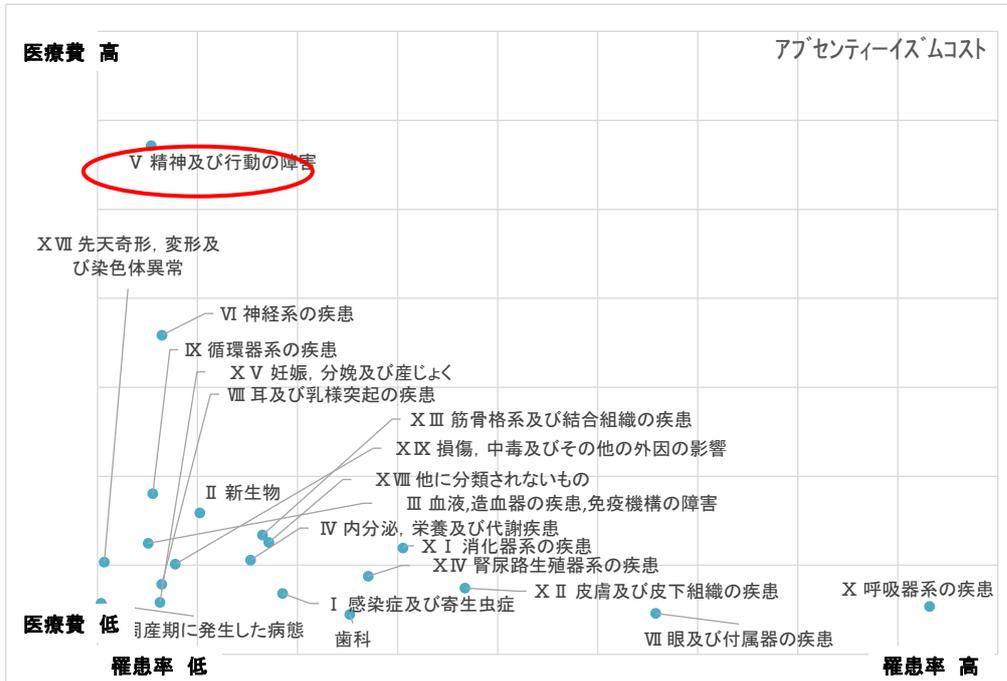
- 男性と同様、19 傷病分類を罹患率（x 軸）と健康関連コストの平均（y 軸）でマッピングすることにより、各コストを改善するための対策を検討した。
- プレゼンティーズムコストについては多くの疾患がコストが高いところに位置づけられる。そのうち、罹患率も高い疾病は、「呼吸器系の疾患」および「眼及び付属器の疾患」などである。呼吸器系については、風邪、インフルエンザ等の感染性疾患からアレルギーによる鼻炎や喘息が含まれており、男性と同様に発症予防・重症化予防の対策によるコスト軽減の可能性がありうる。

図表 59 女性;19 傷病分類の平均プレゼンティーズムコストと罹患状況



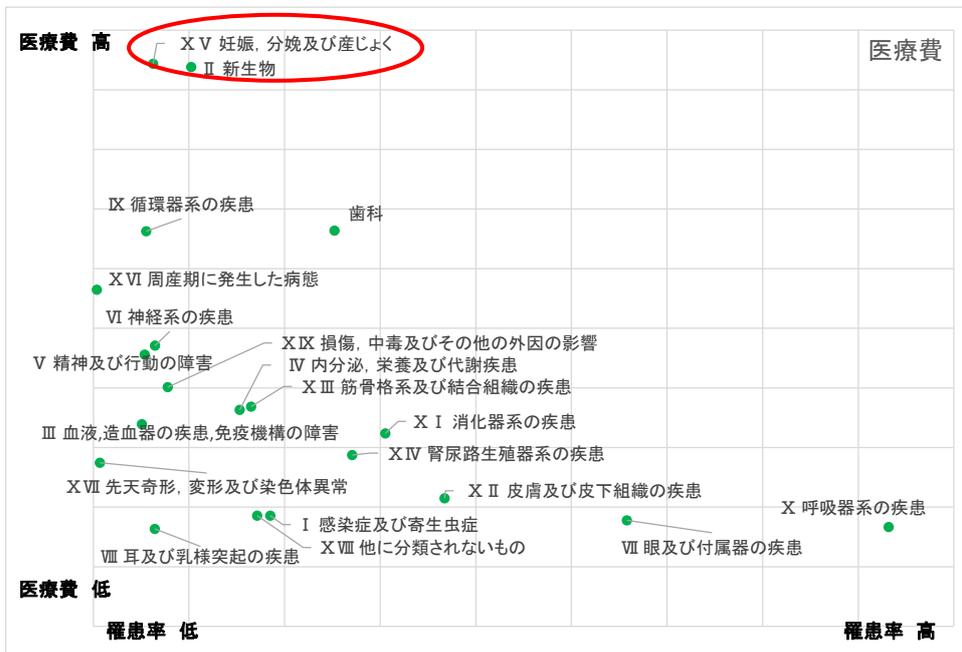
- アブセンティーズムについては、コスト、罹患率共に高い疾病は見当たらない。罹患するとコストの高い「精神及び行動の障害への対応が考えられる。

図表 60 女性;19 傷病分類の平均アブセンティーズムコストと罹患状況



- 医療費については、コスト・罹患率共に高い疾病は見当たらない。コストの高い疾病として、男性と違い「妊娠、分娩及び産じょく」があがっている。

図表 61 女性;19 傷病分類の平均医療費と罹患状況



疾病と健康関連コストの関係

- 疾患と労働生産性（プレゼンティーズム、アブセンティーズム）の相関を考えると、コストの大きい「精神および行動の障害」への予防が重要である可能性が高い。
- また、医療費のみでは罹患率の割にコストが大きくないため着目しなかった「呼吸器系の疾患」「眼および付属器の疾患」「消化器系の疾患」についての対策も考えられる。
- さらに、男性に比してプレゼンティーズムと相関のある疾患が多いことから、これらに対処することのコストへの影響を今後検討していくことが考えられる。

（5）女性の健康関連コスト縮小対策の方向性

- 男性と同様、割合が大きく、単年度での効果がありそうなプレゼンティーズムコストに着目し、特に生活習慣改善の介入を実施し、コストへの影響を検討する。
- プレゼンティーズムとストレス項目の関係については、今後、経年データを取得し、ストレスリスクの変化によるプレゼンティーズムの変化について分析・検討を行う。
- また、家族・友人の支援との関係については、介入効果の検証を試行する。
- 疾病との関係については女性については、メンタル関連疾患以外での受診も多くあり、今後疾病ごとの事情を確認していくことなどを通じた検討などが考えられる。

5. まとめ

本事業を通じて、レセプト・健診のみからは見えない従業員の「労働生産性」の観点から、健康施策のあり方を検討することができた。従来から取り組んでいる各種健康施策が「労働生産性」の観点からも効果的な施策である可能性が示唆されたこと、現在健康施策には盛り込んでいない課題の可能性が見えたことにより、より実効性の高いデータヘルス計画の策定、P D C Aの実施につなげられる可能性があると考えられる。

単年度のみデータであり、健診・レセプト・生産性関連データの取得年度にずれがあることなどから、すべての課題が明らかとなったとは考えにくい。今後、継続的にデータ取得・分析を行っていくことで、引き続き施策の効果検証、課題抽出に向けた取組みを進めていく予定としている。（今年度の取組みによって明らかとなった健康関連コストや健康リスクをアウトカム指標として、各種健康施策の実施データを取得していくことで、多方面からの分析につなげることが可能と考えられる。）

なお、上記分析から得られた結果・示唆に加え、本検討を通じて、保険者と事業主の関係者が同じ目的のもと、同じデータを見ながら、課題および対策の方向性を論議することで、これまでとは異なる次元で密接な関係を構築することができたと考えられる。