

健康スポーツ医学委員会答申

国民が運動・スポーツを通じて
健康寿命を延ばすための仕組みづくり

平成 28 年 2 月

日本医師会健康スポーツ医学委員会

平成 28 年 2 月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

健康スポーツ医学委員会

委員長 川久保 清

健康スポーツ医学委員会答申

平成 26 年 9 月に開催いたしました第 1 回委員会において、貴職より「国民が運動・スポーツを通じて健康寿命を延ばすための仕組みづくり」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では平成 26 年度、平成 27 年度の 2 年間にわたり検討を行い、このたび審議結果をとりまとめましたので、ご報告いたします。

健康スポーツ医学委員会

委員長	川久保 清	共立女子大学教授
副委員長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
委員	大森 英夫	兵庫県医師会理事
委員	小笠原 定雅	東京都医師会健康スポーツ医学委員会 委員長
委員	岡田 邦夫	プール学院大学教授
委員	勝木 保夫	石川県医師会理事
委員	川原 貴	国立スポーツ科学センター センター長
委員	小堀 悦孝	藤沢市保健医療センター所長
委員	庄野 菜穂子	ライフスタイル医科学研究所所長
委員	杖崎 洋	日本フィットネス産業協会専務理事
委員	長濱 隆史	日本運動療法推進機構 副理事長

(委員は 50 音順)

目 次

はじめに	・・・ 1
I. 健康寿命延伸と健康スポーツについてのエビデンス	・・・ 3
1. 健康づくり・一次予防	
2. 生活習慣病予防・二次予防（含：特定保健指導の効果）	
3. 運動療法・三次予防	
4. 介護予防（フレイル・サルコペニア予防）	
II. 運動を困難にする状況と対策、医師の関わり	・・・ 8
1. 運動に内在するリスクと課題、対策	
1) 運動により生じる有害事象	
2) 運動時の安全性を確保するための対策	
2. 運動を習慣化することの必要性と課題、対策	
1) 運動を習慣化することの必要性	
2) 国民の運動習慣の現状	
3) 運動の継続を支援する対策	
4) 運動継続のための環境づくり	
III. 健康寿命延伸・健康スポーツを取り巻く新たな動き	・・・ 16
1. 政府の基本方針	
2. 厚生労働省の動向	
1) 健康日本 21（第二次）	
2) 特定健診・保健指導、データヘルス計画	
3) 介護予防事業	
4) 労働安全衛生対策	
3. 文部科学省、スポーツ庁の動向	
4. 経済産業省の動向	
1) 健康経営・健康投資	
2) ヘルスケア産業の育成	
5. 総務省の動向	
6. 日本健康会議	

IV. 運動療法、健康スポーツを推進するための人材、特に医師の役割	・・・ 21
1. 健康スポーツにおける医師の役割	
2. 健康スポーツ医の育成と活用	
3. 健康スポーツ医活動の組織化	
1) 組織化の現状	
2) 組織化を進めるには	
4. 健康運動指導士などの運動指導者との連携	
V. 運動療法のための施設の在り方	・・・ 28
1. 運動施設・運動療法施設の種類	
2. 運動施設の現況、施設基準など	
3. 運動療法を広げるための各施設の課題と提案	
1) 医療法 42 条施設の現状・課題と提案	
2) 民間フィットネスクラブの現状と課題	
4. 医とフィットネスクラブなどの連携：現状と課題	
5. 医とフィットネスクラブの連携に向けて：運動療法連携パス	
1) 情報の共有と研修制度の構築	
2) 地域における「スポーツメディカルチェック機関」の明確化	
3) リスク管理を要する対象者についての情報共有化ルール・言語	
4) 各者が得るべき報酬基準や利用者が負担する費用の提示	
5) モデル事業などの検討実施	
6) 具体的な事例の研究	
VI. 健康スポーツを広げるためのインセンティブの在り方	・・・ 36
1. 利用者（患者）に対するインセンティブ	
1) ヘルスケアポイント	
2) 医療費控除	
2. 企業・保険者に対するインセンティブ	
1) 産業医・健康スポーツ医の連携で企業生産性の向上	
2) 労災保険料のメリット制の見直し	
3. フィットネスクラブのインセンティブ	
4. 健康スポーツ医に対するインセンティブ	
VII. 仕組みを活性化するための提案（法制化、制度改正等の要望）	・・・ 42
1. 健康増進法の見直し、スポーツ基本法による運動療法の普及	
2. 医療法 42 条施設の制度整備と具体的提案	
1) 現行制度の充実	
2) 規制緩和などの具体的提案	

VIII. 東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて	・・・ 4 4
1. レガシー	
2. 健康スポーツ医のオリンピック・パラリンピック大会への貢献	
1) 医療救護	
2) 環境衛生	
3) ドーピング検査	
IX. 答申を具現化するために、関係者がすべきこと	・・・ 4 6
1. かかりつけ医	
2. 健康スポーツ医	
3. 産業医	
4. 都道府県医師会・郡市区医師会	
5. フィットネスクラブ、健康運動指導士	
6. 保険者・自治体	
7. 文部科学省、関係学会	
○まとめ	・・・ 5 1
○参考資料	・・・ 5 7

はじめに

国民の健康づくり運動の手段として運動・スポーツが積極的に取り入れられたのは、昭和63年の第二次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）に始まる。

「栄養・運動・休養」の標語のもとに国民の間にフィットネスブームが起き、フィットネスクラブ数の増加、国民健康・栄養調査における運動習慣者割合や歩数が増加してきた。厚生（労働）省主導の運動指導者の養成（健康運動指導士）や運動施設の認定（運動型健康増進施設）が行われ、また運動実施のリスクのある患者にも対応できるように、日本医師会認定健康スポーツ医制度が平成3年に始まった（次p）。これを契機に、成人病に対する運動療法が広まり、指定運動療法施設利用における医療費控除制度（平成4年）、医療法42条における疾病予防運動施設（平成5年）などの制度が創設され、平成8年には高血圧症に対する運動療法指導管理料が保険適用となった。

平成8年に生活習慣病の概念が提唱されたことを受け、平成12年の第三次国民健康づくり運動である健康日本21では、生活習慣病の一次予防と健康寿命の延伸を目標に、身体活動・運動を含む9つの領域において数値目標が示された。

しかし、平成17年に行われた健康日本21の中間評価では、運動習慣者の割合や歩数は目標にむかわず、男性における肥満者の増加に歯止めがかからない状況が確認された。そこで新たな生活習慣病対策としてメタボリックシンドローム対策が目標とされ、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」の健康増進標語を打ち出して国民の健康意識を高めるとともに、平成20年からの特定健康診査及び保健指導制度（以下、「特定健診・保健指導」という）に結びついた。保健指導では、リスク者の運動指導も含まれ、日本医師会認定健康スポーツ医（以下、「健康スポーツ医」という）の関与が期待される制度であった。

しかし健康日本21の最終評価において、身体活動・運動分野では、成人の運動習慣者の割合は著明な変化がなく、歩数は減少したと評価された。平成25年度から健康日本21（第二次）施策が開始され、運動習慣者の10%の増加と、歩数の1,500歩の増加が今後10年間の目標とされ、個人に対する生活習慣改善への働きかけとともに、改善しやすい環境づくりの指標が新たに取り入れられることとなった。

一方、健康寿命の延伸には運動が大事であり、また中高年者の生活習慣病保有者に対する運動療法の有用性に関しては、エビデンスが蓄積してきた。おりしも、平成26年度に発表された政府の「日本再興戦略」では、少子高齢化と社会保障費のさらなる高騰が予測されるわが国において、「国民の健康寿命の延伸」をその重要テーマとして位置づけ、省庁が連携して健康づくり・予防サービスを強化する方向性を打ち出したところである。生活習慣病に対する運動療法が広まれば、疾病予防、介護予防につながり、活力ある社会の維持にもつながることが期待されている。

生活習慣病保有者などやその予備群に運動を広める上でのバリアーとなる点は、運動に伴うリスクを回避した運動指導ができる運動指導者や運動施設があるかどうか、患者を診察する医師に運動を指導する能力があるかどうか、患者自身に運動するような動機づけができる

かどうか、が挙げられる。運動施設側はリスクのある中高年者の受け入れにいまだ消極的な傾向がみられるし、医療機関側も、患者に対する運動療法への動機づけや具体的な実施方法の指導等の役割を十分に果たし切れていないことも課題となっている。

このようなバリアーを打破して、運動を広めるには、健康スポーツ医と運動施設とが連携する仕組みづくりを現状以上に広める方向性が考えられる。また、医療法 42 条施設を広め、患者が運動に取り組みやすい環境をつくることも重要である。患者の運動療法へのインセンティブを高めるために、運動療法実施に伴う医療費控除制度の拡充などの方策が考えられる。

前回の答申では、健康スポーツ医が活躍の場を確保できる方向性と仕組みを示し、活動事例や教育教材を健康スポーツ医のホームページに掲載した。

今回の答申では、生活習慣病やその予備群の国民が安全に積極的に運動参加できる仕組みづくりを提案することを目的とした。平成 32 年（2020 年）にオリンピックが開催されることから、そのレガシーとなるような仕組みづくりを提案できればと考えている。

医師法（昭和 23 年）

第一章 総則

第一条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

第四章 業務

第二十三条 医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

「日本医師会認定健康スポーツ医制度」実施要領抜粋（平成 3 年制定）

近年のスポーツ人口の増加に伴い、発育期の幼児、青少年、成人、老人等に対する運動指導を含めて地域保健の中でのスポーツ指導、運動指導について、医師の果たす役割はきわめて大きい。

地域社会において運動への関心が高まっていることから、運動を行う人に対して医学的診療のみならず、メディカルチェック、運動処方を行い、さらに各種運動指導者等に指導助言を行い得る医師の養成とその資質の向上が必要とされる。

地域保健活動の一環として都道府県医師会の中のスポーツ医学に関与する医師の組織づくり、体制整備を行い、地域におけるスポーツ医ならびにその実践的活動の振興を図る必要がある。

したがって、日本医師会生涯教育制度の一環として、日本医師会認定健康スポーツ医制度を設ける。

I. 健康寿命延伸と健康スポーツについてのエビデンス

日本人の健康寿命は男性 70.42 歳、女性 73.62 歳で、世界第 1 位のレベルであるが、平均寿命との間には男性で 9.22 年、女性で 12.77 年の差がある（厚生労働省・平成 22）。平均寿命に直接影響のある死亡原因は悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患であるが、健康寿命に影響を及ぼす疾患には脳血管疾患、認知症、高齢による衰弱、関節疾患、骨折転倒、糖尿病、悪性新生物等がある（「国民生活基礎調査」厚生労働省・平成 24）。

運動・身体活動の増加はこれらの疾患の発症を抑え（一次予防）、早期治療や重症化を予防し（二次予防）、再発を防ぐ（三次予防）ことに貢献し、健康寿命の延伸に寄与することが多くの研究で示されている。

1. 健康づくり・一次予防

日本人において、身体活動・運動の不足は、喫煙、高血圧について、非感染性疾患による死亡における 3 番目の危険因子である¹⁾。運動不足は冠動脈疾患、2 型糖尿病、乳がん、大腸がんなどのリスクを高める結果、運動不足の解消により世界人口の平均余命は 0.68 年延伸すると推定されている²⁾。

「健康づくりのための身体活動基準 2013」³⁾（厚生労働省）に報告されたシステマティックレビューによると、①死亡、②肥満、メタボリックシンドローム、脂質異常症、高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病などの生活習慣病の発症、③がんの発症、④骨粗鬆症や自立度低下および転倒・骨折などロコモ関連疾患ならびに認知症やうつなどの神経性疾患の発症をアウトカムとしたメタ解析において、すべてのアウトカムのリスクは身体活動量・運動量が多いほど下がり、座位およびテレビ鑑賞時間が長いほどリスクは上昇するとしている。

生活習慣病の発症要因として、慢性的な運動不足によって起こる各種生理機能の低下、慢性的な運動不足病は無視できない。結果として自尊心を低下させ⁴⁾、抑うつや不安を高め⁵⁾、精神面にも悪影響を及ぼすことも報告されている。

一方、生活習慣病一次予防の観点からは、運動・身体活動の増加だけでなく、禁煙、適切な食事、適正な体重維持、リスクのある飲酒の減少が重要である⁶⁾。スポーツ愛好家の中には喫煙、過量飲酒の習慣を持つ者も少なくないが、運動のみで健康が得られるわけではないことを伝える必要がある。

2. 生活習慣病予防・二次予防（含：特定保健指導の効果）

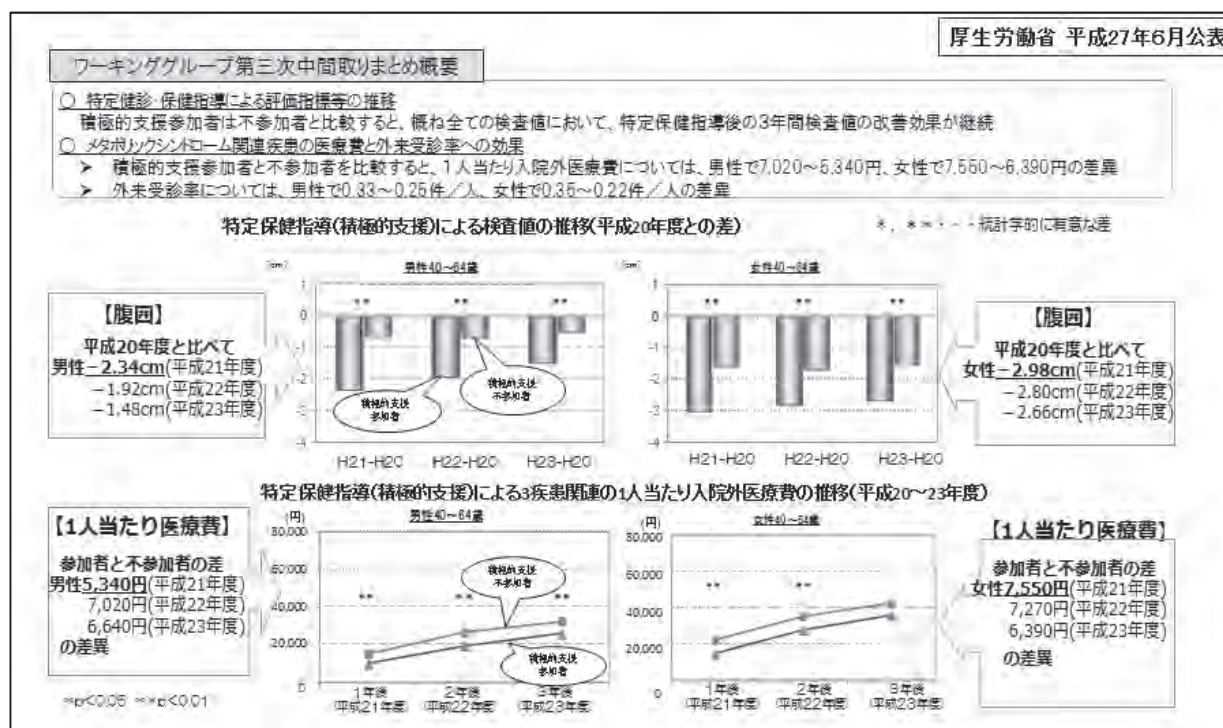
メタボリックシンドロームなどのエネルギーオーバーバランス状態では、食事によるエネルギー制限とともに運動実施によるエネルギー消費量の増大が有効であり、体重減少に伴って危険因子が改善する。一方、体重減少を伴わなくとも、運動習慣獲得によりインスリン抵抗性の改善、血糖値の低下、中性脂肪値の低下、HDL コレステロール値の上昇、血圧の低下といった危険因子が改善することが確認されている。高齢の肥満者においては食事制限による廃用性筋萎縮が生じやすく⁷⁾、運動主体の介入のほうが望ましい。また肥満のない高齢者においてはむしろ食事を増やしながら運動するほうが効果を高める可能性がある。

平成20年度から始まった特定保健指導制度において、積極的支援終了者における検査値改善効果を見てみると、3～5%以上の体重減量により血圧、脂質、血糖の有意な改善が観察されている⁸⁾。特定保健指導により運動習慣を獲得した報告は複数あり、エネルギー消費量を高め、インスリン感受性を改善する効果が期待されるが、20分間の普通歩行で消費できるのは、概ね自分の体重分のエネルギー（kcal）（例：70 kgの人では約70kcal）にとどまる。運動の効果を過大に期待するのではなく、食生活改善と併用することが大切である。

特定健診等情報データベース（NDB）を活用した分析によると、保健指導終了群では不参加群に比べて、翌年健診時の腹囲、体重のみならず血圧、血糖、脂質等が有意に改善し、3～4割がメタボを脱出できていることが確認された⁹⁾。非参加群ではHbA1cが年々上昇していくのに対し、保健指導参加群では増加抑制がみられており、糖尿病の発症予防につながっていることが推察される（図表I-1）。

しかしながら、平成25年度に全国で特定健診を受けた2,537万人のうち、特定保健指導対象者は430万人（16.9%）、うち特定保健指導終了者は78万人（終了率17.7%）であり、政策目標（45%）には到達していないのが現状であり、実施率の向上が求められている。

図表 I - 1 特定健診・保健指導による検査値の改善効果及び医療費適正化効果に関する検証



3. 運動療法・三次予防

運動療法による疾患治療効果についても数多くのエビデンスが蓄積され、ほとんどの生活習慣病の慢性期には運動療法の適応が認められている。たとえば、①動脈硬化性疾患としての心疾患、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、②動脈硬化性疾患の危険因子としての高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満症、③その他慢性閉塞性肺疾患などの呼吸器疾患、さらに近年では維持透析を含めた慢性腎臓病、脂肪肝や慢性肝炎などの慢性肝疾患、骨粗鬆症など、適応疾患は広がっている。

主要疾患（循環器疾患、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など）のガイドラインにおいても、運動療法は非薬物療法のひとつとして確立されている。1回の運動による急性反応と、その積み重ねによる慢性の運動適応によって、より持続的な変化となる。全身持久力や筋力を始めとする体力向上、骨格筋における毛細血管密度やミトコンドリアの増加、あるいは抗炎症サイトカインの分泌亢進などは運動特有の効果であり、運動療法によって薬物療法や食事療法にはない特異的な変化を起こすことができる。エネルギー代謝の鍵となるいくつかの遺伝子の発現は、生活習慣病の患者においてその活性が低下しているが、運動療法レベルの低強度運動であっても活性化され、全身の代謝機能に影響を及ぼすと考えられている¹⁰⁾。

このように運動療法の必要性が広く認められているにもかかわらず、生活習慣病で治療中の患者に対して運動指導を実施できる場面は多いとは言えない。NDB分析によると、メタボリックシンドローム該当・予備群者のうち、生活習慣病の薬剤服用者は48.8%（平成25年度）にのぼり、20年度（41.9%）よりも増加傾向にある。メタボリックシンドロームでは内臓脂肪減少によりインスリン抵抗性を解除する必要性が高いことから、降圧剤等を処方する前に（または治療しながらも）、減量・減塩・運動指導を十分に行う必要がある。

運動・身体活動の推進による医療費削減効果についても近年数多く報告されている。企業においては、疾病による休業（アブセンティズム）だけでなく、何らかの健康問題による仕事の効率低下（プレゼンティズム）は、コストを増加させ、生産性を低下させる。したがって健康管理・健康づくりに対して、個人レベルの投資にとどまらない、企業レベルでの戦略的な先行投資が注目されている。一方、三次予防としての運動療法では、病歴や現在の病態、薬物療法などの状況を把握し、適切に運動処方を行うことが求められる。

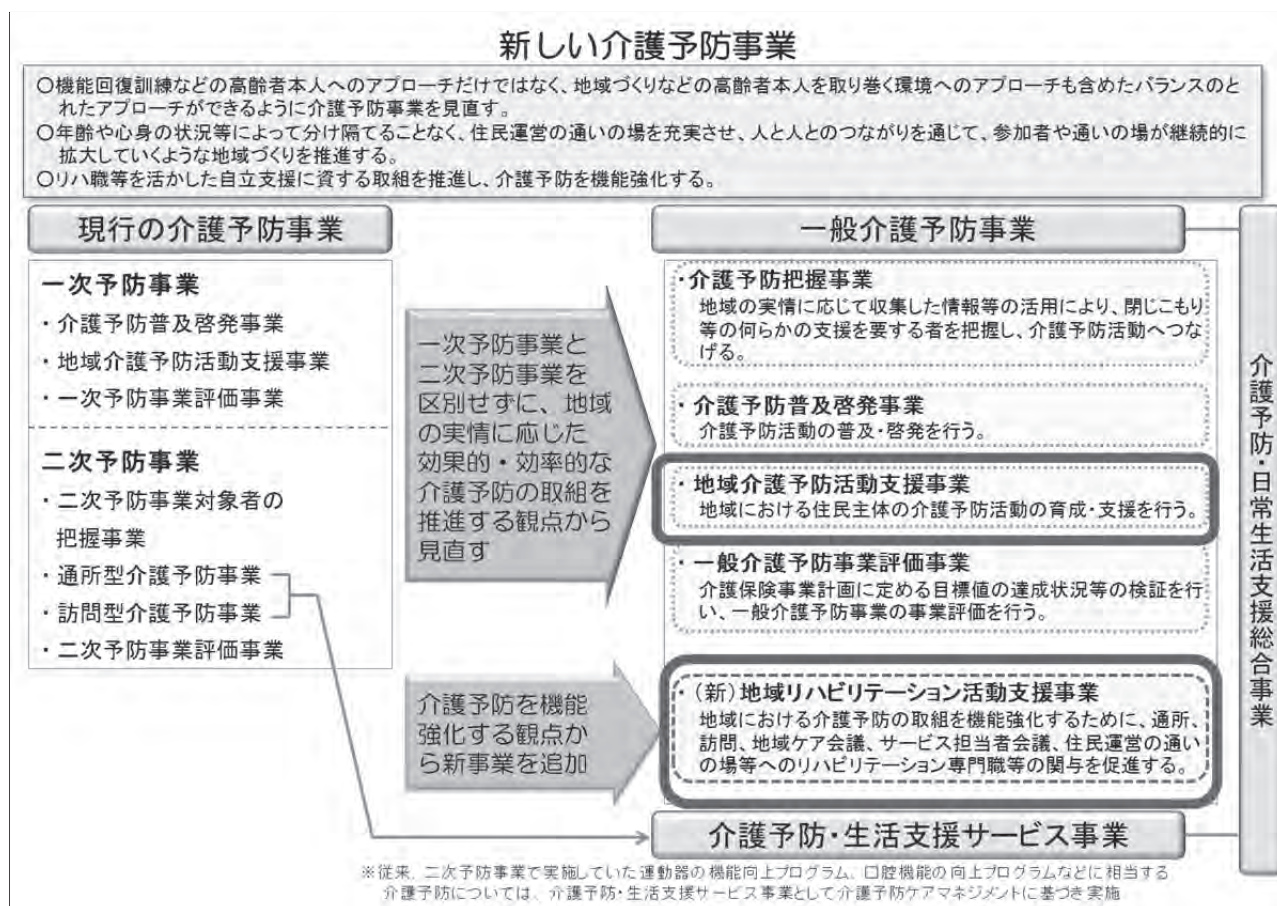
4. 介護予防（フレイル、サルコペニア予防）

高齢者においては単に疾病予防ではなく、高齢期の心身機能の維持・向上に向けたフレイルの予防、認知機能低下予防、サルコペニア予防、そして低栄養と口腔機能低下予防に着目した総合的な予防を行っていく必要がある。特に運動機能の低下は、認知症や寝たきりを進行させることになり、移動機能が維持できなくなるとその他の臓器機能の低下をもたらすことになるが、身体活動・運動は高齢者の認知機能や運動機能の低下を抑制する効果もある¹¹⁾。

平成18年度介護保険法改正により、基本チェックリストで把握された高齢者に対して予防事業を行う仕組みが導入された。運動器機能向上プログラムにより、体力やQOL、基本チェック項目の改善、要介護認定率の抑制がもたらされたとの報告が多くみられる。運動器機能向上プログラムに健康運動指導士や理学療法士が関わるなど、地域での介護予防実施体制が整えられた。

平成 27 年度の改正より「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が導入され、地域の社会資源を活用し、介護保険者がマネジメントをしつつ独自性を持った対策へと移行することとなっている（図表 I－2）。

図表 I－2 介護予防事業の改正：市町村が主体となる総合事業へ移行



厚生労働省資料

[参考・引用文献]

	掲載p
1) Ikeda N, et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012 ; 9 :e1001160.	3p
2) Lee IM, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012;380:219-29.	3p
3) 田畑泉. 特定健診と特定保健指導の概要 ―運動基準・運動指針（エクササイズガイド）との関連― スポーツ科学研究, 6, 36-39, 2009 年	3p
4) Tremblay MS, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8:98.	3p
5) Teychenne M, et al. Sedentary behavior and depression among adults: a review. Int J Behav Med. 2010;17:246-54. Teychenne M, et al. The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review. BMC Public Health. 2015 ;15:513.	3p
6) Sasazuki S. et al: Combined impact of five lifestyle factors and subsequent risk of cancer: The Japan Public Health Center Study Prev. Med. 54,112-116 (2012)	3p
7) Newman AB, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2005;82:872-878	3p
8) <u>Muramoto A, Tsushita K. et al</u> : Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. Obes Res Clin Pract. 2014 ; 8 : e466-475.	4p
9) 津下一代. 肥満症の予防・治療の効果. 日本医師会雑誌. 143 (1) 49-53. 2014	4p
10) Nishida Y, et al. Regulation of muscle genes by moderate exercise. Int J Sports Med, 31(9):656-70, 2010	5p
11) Sofi F, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. J Intern Med. 2011;269:107-17.	5p

Ⅱ．運動を困難にする状況と対策、医師の関わり

1. 運動に内在するリスクと課題、対策

1) 運動により生じる有害事象

運動により健康に与える効果は大きいですが、運動によって生じうる有害事象にも意識を向け、安全に実施できるための対策が必要である。

運動禁忌とされる病態（図表Ⅱ－１）では、症状の悪化のみならず、致死的な状態につながる危険があるため、治療が優先される。これらの疾患も急性期や重篤な時期を脱すれば、安静にしすぎる弊害を起こさないためにも、安全性に十分な配慮をした上で運動を行うことは可能となる。

図表Ⅱ－１ スポーツ参加を禁止すべき兆候

急性炎症性疾患	急性上気道炎、急性肝炎、急性腎炎、急性心筋炎など
重篤な疾患	急性心筋梗塞、不安定狭心症、重症心不全、重症弁膜症など
管理不十分な慢性疾患	糖尿病、高血圧、甲状腺疾患、痛風など
運動により病態悪化をきたす疾患	拡張型心筋症、重症肥大型心筋症、慢性活動性肝炎、慢性腎炎、肺高血圧症や心不全を伴う先天性心疾患など

（スポーツ医学研修ハンドブック、公益財団法人日本体育協会指導者育成専門委員会、スポーツドクター部会）

運動禁忌ではないが、運動指導にあたっての配慮を必要とする病態もある。たとえば、高齢者、肥満者、軽度の高血圧や耐糖能異常、喫煙者、メタボリックシンドローム、ロコモティブシンドロームなどは、運動が推奨される対象者でありながら、若年健常者に比べ運動による怪我（傷害）や故障（障害）、心血管事故の発生リスクが高い集団であるとの認識が大切である。

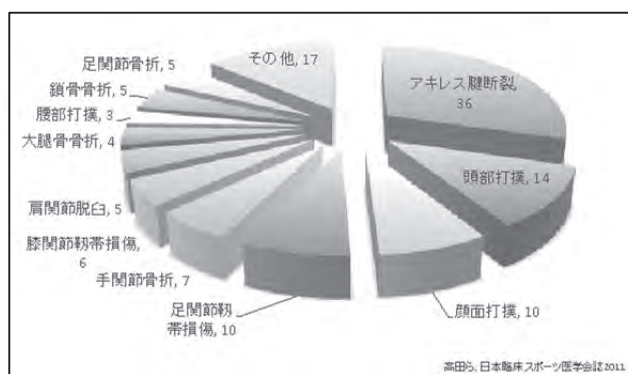
横浜市体育協会運営スポーツセンター15施設（延べ61施設）における運動参加者を対象とした一般市民のスポーツ関連事故状況調査によると、救急車を要請するような事態として、アキレス腱断裂・捻挫・骨折などの外科系障害が多い（70%）が、熱中症や脱水・めまい・意識障害・脳卒中・心筋梗塞・心肺停止などの重篤な内科系障害（30%）も発生している（図表Ⅱ－2、3）¹²⁾。

外科系障害については、突発的な筋・腱・骨に対するストレスとその耐性や柔軟性のバランスが発生要因と考察されており、運動前のウォーミングアップ不足や不注意がその原因と考えられる。

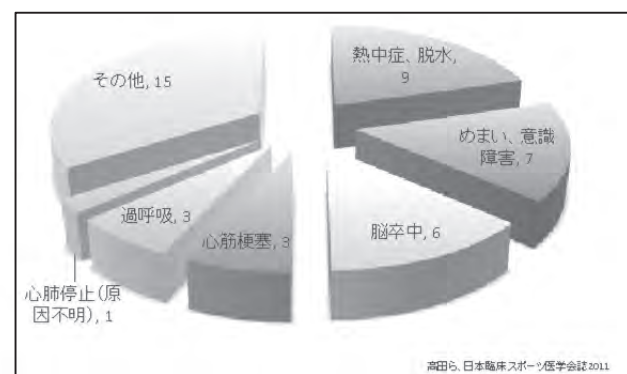
内科系障害の中で最も重篤なものは運動中の突然死である。中高年における運動中の突然死の主な原因として心筋梗塞、脳卒中、重篤な心室性不整脈などがある。その機序として、①運動による急性ストレスが交感神経活性を刺激し急激な心拍数増加や血圧上昇を介する心筋虚血誘発、および心筋異所性活動性の増加による致死的不整脈の誘発、②突然の運動終了後にみられる末梢静脈への血液プーリングによる低血圧に伴う心筋虚血の誘発、副交感神経亢進に伴う徐脈と低血圧の相加的作用による致死的不整脈の誘発などが想定されている¹³⁾。

たとえ明らかな心疾患を持たない者であっても上記の複合的要因が関与して事故を起こす可能性がある。

図表Ⅱ－２ 横浜市の運動施設における救急車要請原因（外科系障害）



図表Ⅱ－３ 横浜市の運動施設における救急車要請原因（内科系障害）



メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、インスリン抵抗性のある人においては交感神経系の機能亢進と副交感神経系の機能低下が認められ、運動中の血圧過上昇や心電図異常のリスクが高い。特定保健指導対象者は、未治療のメタボリックシンドローム予備群あるいは喫煙習慣者が含まれ、運動に伴う事故や傷害のリスクについて健常者よりも高い集団であることから、運動種目や強度に対する配慮が必要である。運動前の喫煙は、ニコチンを介して交感神経系を刺激するため、血圧や心拍数を上昇させ、一酸化炭素が酸素運搬能を低下させる結果、運動パフォーマンスに悪影響がある。競技者レベルだけでなく一般の人における中等度の運動でも影響が認められている。虚血性心疾患の既往がある人が喫煙後に運動すると、非喫煙時に比べて発作が起こりやすいことから、喫煙者における運動には非喫煙者以上に注意を払うべきである。それよりも、禁煙の指導が大事である。

運動中に事故を起こした者における前駆症状として1週間以内に胸痛、増強する疲労感、胸やけなどの消化器症状、強い息切れ、耳または首の痛み、脱力感、上気道感染症、めまい、動悸、頭痛などが報告されている¹⁴⁾。

運動による慢性的なリスクとしては、アスリートにみられるオーバートレーニングがある。運動による疲労が蓄積したオーバートレーニング状態は、心拍数や血圧の上昇や運動後の回復の遅れや集中力の欠如や不眠をもたらすことが知られている。睡眠時間はアスリートのパフォーマンスを明らかに低下させる¹⁵⁾が、良好な睡眠はすべての人において、心身の健康状態や、仕事・作業の効率や質の向上に重要である。

2) 運動時の安全性を確保するための対策

運動希望者に対する事前のリスク管理対策のひとつとしてメディカルチェックがある。メディカルチェックには、①問診、血液検査、安静時心電図などの基本検査と、②必要に応じて行う精密検査（運動負荷試験、心エコーなど）がある。

イタリアでは、スポーツ選手を対象としたメディカルチェックに積極的であり、その継続が突然死の減少につながっている¹⁶⁾。いったん心血管イベントを起こした患者であっても、

運動負荷試験を実施した上での運動処方に基づく監視下の心臓リハビリテーションであれば心血管事故はほとんど発生していない¹⁷⁾。

わが国では、マラソンやトライアスロンなどの大会参加においてメディカルチェックとその結果報告が義務づけられていた時期もあるが、近年大会数や参加者が増えるにつれ主催者責任から参加者の自己責任へと移行してしまった。国体参加者のメディカルチェックは実施されるようになったものの、各都道府県の体育協会によって実施内容についてばらつきがある。

厚生労働省の施設認定を受けた全国健康増進施設や運動療法施設等へのアンケート調査¹⁸⁾において、回答した170施設のうち90%で入会時のメディカルチェックを行っていたが、入会後の継続的なチェックについては約50%にとどまっていた。また、施設あるいは個人で活動している運動指導者120名を対象とした調査では、有疾患者の運動指導について主治医と連絡を取ることは少なく、多くが不安を抱え相談できる施設や医師を求めているという実態が示唆された¹⁹⁾。治療中の場合は本人または担当者が主治医に運動における注意事項を確認することが重要であるが、実際には確認していない現状がある。

運動負荷試験などの高度なメディカルチェックを実施すべき状況としては、①明らかな自覚症状、②安静時心電図異常、③男性40歳、女性50歳以上で運動習慣がない、④冠危険因子を2つ以上、⑤循環器疾患の既往歴や家族歴、⑥6メッツ以上の強い運動を行う可能性がある場合、がある。ただし、すべての医療機関で運動負荷試験を実施できるわけではないため、適切な医療機関や運動施設を紹介するなど、施設・職種を超えた情報共有と相互の連携を行うことが必要である。この際、運動・スポーツについて研修を受けたスポーツ医が連携の要になることが望ましい。

2. 運動を習慣化することの必要性和課題、対策

1) 運動を習慣化することの必要性

余暇の運動習慣を長期間継続した人では糖尿病の発症が抑制される²⁰⁾など、運動長期継続の効果は確実であるが、運動を継続しない限りその効果を維持することはできない。1回の運動後のエネルギー代謝の上昇状態や急性反応としての血圧低下や糖取り込み能の改善は数時間から数日間で運動前の状態に戻る。あるレベルまで高めた体力も一定期間運動を中断してしまえば減少する(脱トレーニング)。筋力や持久力は2週間で低下し始め3~6ヶ月で初期レベルに近くなると言われている。せっかく運動を始めても約半数が3~6ヶ月後には中断することから、継続性の問題が大きな壁となっている²¹⁾。

一方、何らかの理由で中断せざるを得ないことはありえるが、再トレーニングにより速やかに改善することが知られている。骨格筋における酸化能力(乳酸閾値強度の酸素摂取量)や遺伝子発現レベルは12週間中断しても完全に戻ることなく維持されており²²⁾、運動継続によって獲得した変化は一定期間身体に記憶されている可能性がある。したがって、一度中断してもまた再開することがより大切である。

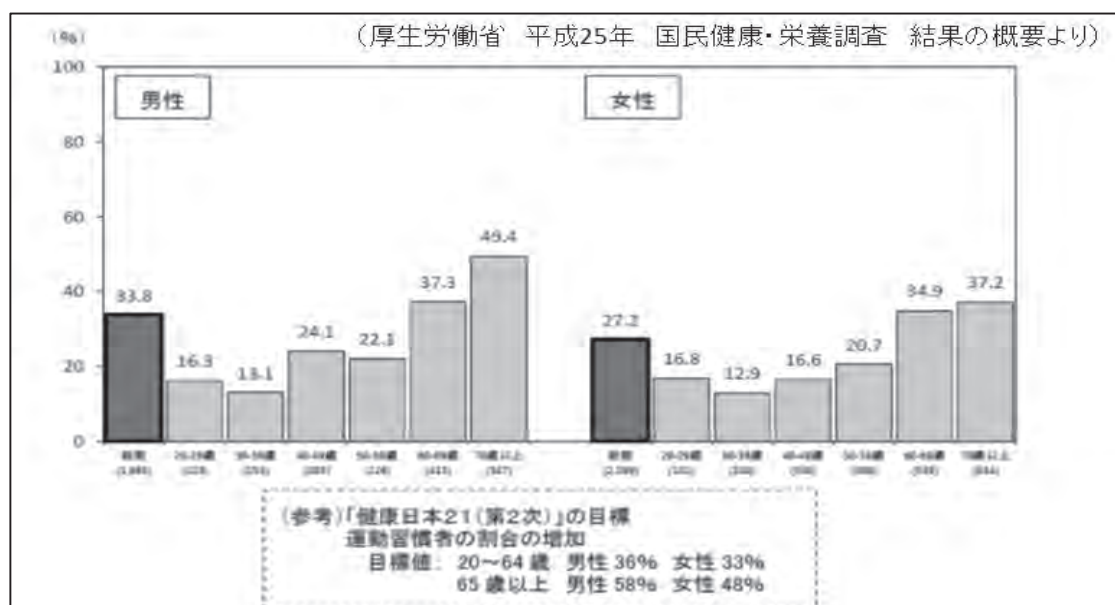
生涯にわたる運動習慣の継続に関して、運動習慣が子供から成人へ持ち越されるかどうかは明らかではないが、現在の運動習慣と過去の運動習慣にはある程度関係性が指摘されて

いる。また、思春期の身体活動量は成人以降の健康状態に影響する²³⁾ことから、生涯にわたる運動習慣の継続が重要な鍵と考えられる。

2) 国民の運動習慣の現状

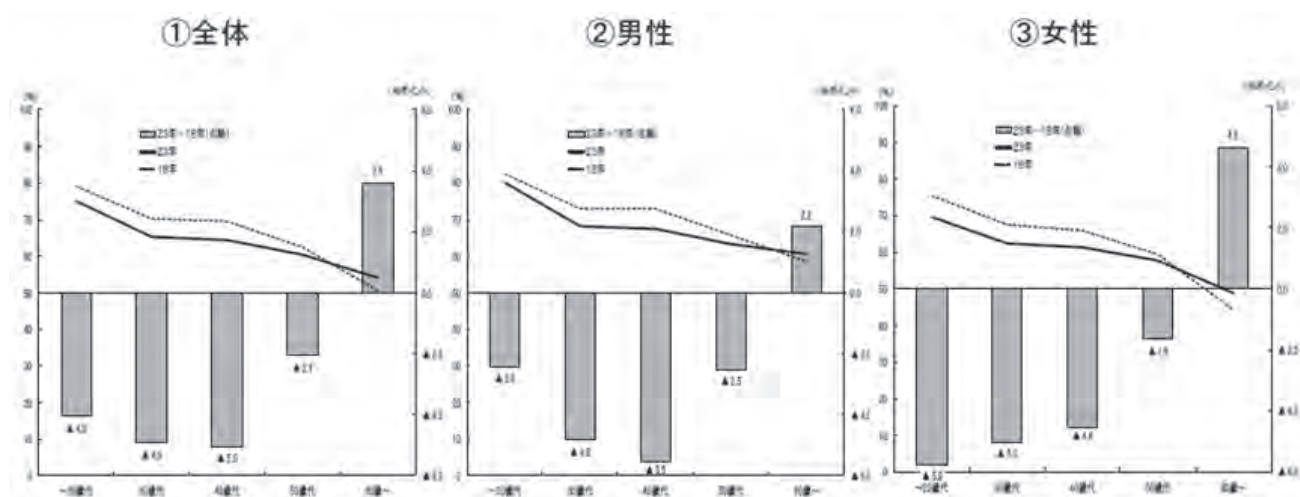
このように運動の習慣化の必要性は言をまたないが、わが国の国民の運動習慣の状況は大きな課題を抱えている。国民健康・栄養調査で過去10年間の運動習慣・歩数の推移をみると、運動習慣のある者（1回30分以上の運動を週2回以上1年以上実施している者）は微増傾向にあるが、いまだ3割にとどまっている。歩数はむしろ減少傾向にあり、交通・通信手段の進歩や労働・家事形態の変化などから日常生活での身体活動が低下してきている状況である。性・年代別にみると、30歳代の運動習慣は15%を切るなど、若年世代で運動習慣を持つ者の割合は低く、60歳代以上では増加傾向がみられる（図表Ⅱ－4）。

図表Ⅱ－4 運動習慣のある者の割合（20歳以上、性・年齢階級別）



総務省社会生活基本調査においても、「スポーツ」の行動者率は20～50歳代で低下、60歳代で増加を示しており、世代間で運動に対する意識に差がみられる（図表Ⅱ－5）。若年世代では仕事や家事、運動以外の趣味を優先する傾向がある。高齢者では時間のゆとりができるためだけでなく、体力・健康の衰えを実感する年代となり、健康づくりに関心を持つ人が増加するためと考えられる。

図表Ⅱ－５ 年齢階級別「スポーツ」の行動者率の変化(18年→23年)



(注) 行動者率(%)=(行動者数(調査日に当該行動をした人の数)/属性別の人口)×100

資料:『社会生活基本調査』(総務省)から作成。

経済産業省 資料

3) 運動の継続を支援する対策

運動施設で主体的に運動を実施している40歳以上を対象とした運動継続要因に関する調査では、運動を開始して1年未満の者は「運動によるプラスの刺激・報酬」「指導者からの支援」「施設や設備の条件」1年以上継続している者は「家族・仲間からの支援」が必要であると感じていた。地域在住の高齢者を対象とした健康運動教室における調査では「指導者」要因が最も大きく、ついで「運動プログラム」、「運動による身体・精神的効果」であった²⁴⁾。

また、全国の自治体および企業で実施された運動指導を含む保健指導プログラムの参加者を対象とした調査²⁵⁾において、保健指導における運動中止者における阻害要因を集約すると、①運動効果が実感できない、②運動に対する自己効力感(セルフエフィカシー)を持っていない、③家族、職場、地域からの支援がない、もしくは理解がない、となっている。運動継続性を高めるためには、これらの阻害要因を排除していくことがポイントと考えられる。

運動参加者に運動効果を実感しセルフエフィカシーを高めてもらうためには、①プログラムの妥当性、②適切な評価、③参加者の心理面の把握を図る必要がある。プログラムの妥当性は、参加者の目的、健康状態、あるいは体力レベルに応じた運動の種類・強度・時間・頻度になっているかが問われる。

また運動実施の適切な評価には、評価指標の設定や測定精度、評価のタイミングや頻度を考慮する必要がある。そして運動を指示および指導する側(医師、運動指導者など)と運動を実施する側(患者、参加者)の双方が効果を評価・確認する機会を定期的に持ちながら、相互理解と信頼関係を築くことが大切であろう。そのためには運動を指示および指導する側における人材育成、すなわち十分な専門教育と経験の蓄積が必要となってくる。

同調査の個別インタビュー調査結果では、運動中断要因について「参加者の個人要因」「プログラム要因」「参加者の環境要因」の3つに分類している。「参加者の個人要因」としては「参加者本人の怪我」が最も多いことから、参加者自身のオーバーワークや誤った運動方法、あるいは指導者の不適切な指導が悪影響を及ぼした可能性がある。「プログラム要因」のなかで「安全性」は最優先事象であるため、指導者のみならず参加者に対する健康教育の啓発がいかに重要であるかがわかる。昨今、健康情報がテレビやインターネット等で氾濫しており、参加者はそこから得た知識を自己解釈して実行し、結果的に健康を害している可能性は十分考えられる。

さらに同調査によると、「参加者の環境要因」すなわちソーシャルサポートについては運動環境だけではなく、「配偶者」や「家族」、「仲間」や「他者」など人的環境からの影響が大きいことが明らかになっている。これらの人的要素は阻害要因にも継続要因にもなり得ることから、その両面性を認識して対応していかなければならない。

4) 運動継続のための環境づくり

個人の身体活動増加のためには社会環境の整備も欠かせない条件であり、わが国でも「まちづくり」と「職場づくり」の視点が重要視されるようになってきた。地域ごとに、歩道や自転車道の整備、公園や緑地の整備、美しい街並みの整備、障害があっても安全に移動できる設備、などのハード面の充実が期待される。同時にソフト面の向上も大切であり、特に閉鎖性の高い地方では周囲の目を気にせず気兼ねなく運動できるように地域住民全体の意識改革が必要である。

運動を安全かつ効果的に継続していくためには、個人の健康状態によって適した運動環境を選択することも大切である。本来なら利用者の健康状態と運動施設側の危機管理レベルをマッチングすることが望ましい姿と考えられるが、現状では利用者まかせで混沌としている可能性が高い。

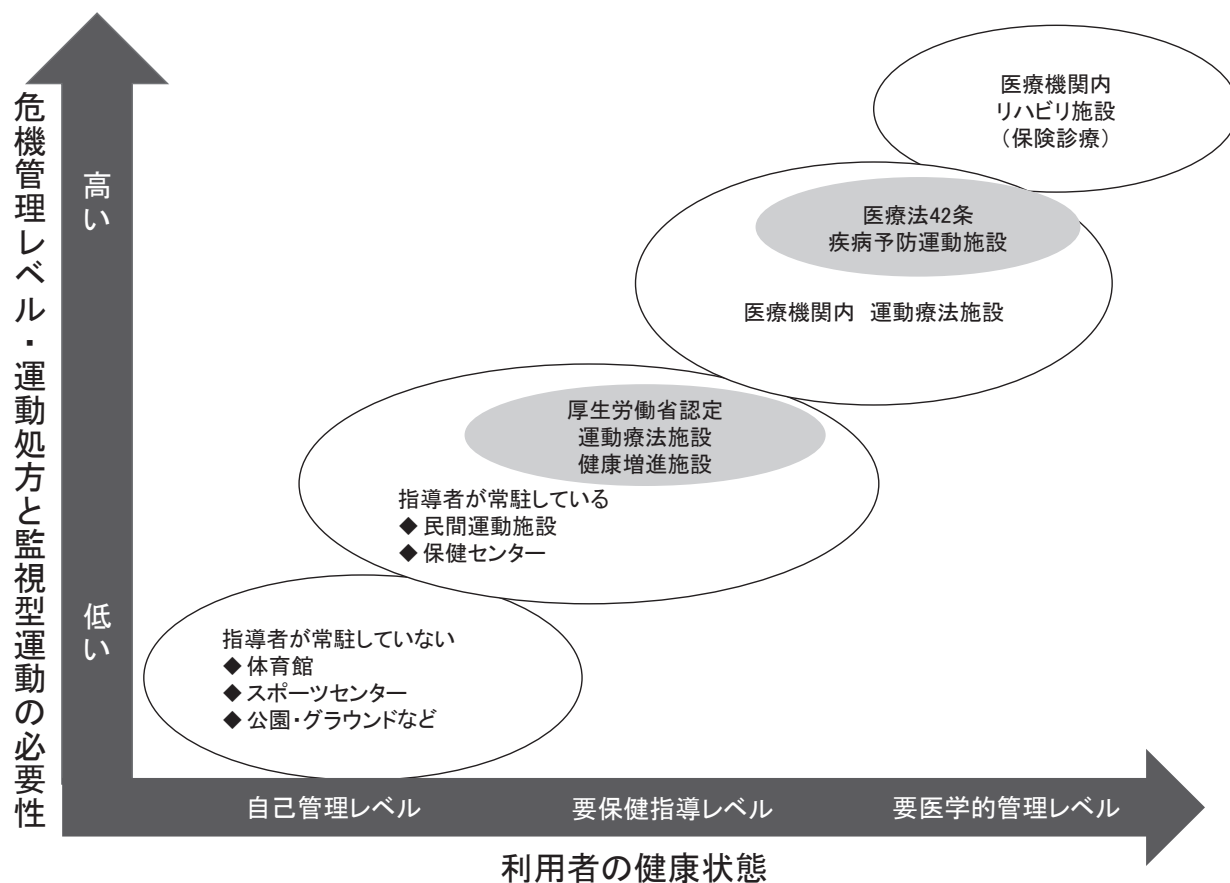
利用者の健康状態に合わせた、施設の満たすべき危機管理レベルと運動環境をまとめると図表Ⅱ－6、Ⅱ－7のようになる（施設要件の詳細は図表Ⅴ－1参照）。

管理されていない重症の高血圧症や糖尿病など（運動の適応 A1；運動不可、要受診）では、運動によって症状を悪化させる恐れがあるため、医療機関受診による治療が優先となる。医師から運動の許可が出たあと（運動の適応 A2；運動可、監視下）も、①医療機関内リハビリ施設や②医療法 42 条施設などの医療機関内運動施設での運動療法が望ましい。健康診断で異常所見や正常高値の所見がある、慢性的な腰痛や膝痛がある、治療中の主治医から運動を勧められている方（運動の適応 B；運動可、制限あり）などは、運動が予防や治療に有効だが、正常な人に比べて運動によるリスクが高いグループなので③医療機関と提携している運動施設、または④運動指導者が常駐している運動施設が薦められる。健康診断結果が正常範囲であり自覚症状もないという方（運動の適応 C；運動可、制限なし）は運動に伴うリスクが低いので、運動環境の選択においても自由度が高く、⑤運動指導者が常駐していない運動環境でも問題はない。

図表Ⅱ－6 利用者の健康状態と施設の満たすべき危機管理レベル（選択基準）

利用者の健康状態		運動適応レベル		運動環境	運動の目的
要治療、治療中 自覚症状あり 健康診断で所見あり 健康診断で所見なし	要医学的管理	A1. 治療・精密検査が優先 (運動は禁忌または条件付き適応)	監視型運動	① 医療機関内 リハビリ施設 (保険診療)	三次予防
		A2. 運動療法が必要 (運動が有効であるが、 運動処方にもとづく 監視下の運動が必要)		② 医療機関内 運動療法施設 (医療法42条施設など)	
	要保健指導	B. 生活習慣改善が必要 (運動が有効であり 運動処方が必要であるが 非監視下の運動でも可)	非監視型運動	③ 医療機関提携運動施設 (厚生労働省認定 指定運動療法施設 健康増進施設など)	二次予防
	自己管理	C. 自主的な運動が可能 (運動が有効であり、 かつ、自由度が高い)	自主的運動	④ 指導者が常駐している 運動施設 (民間・公共の運動施設、 保健センターなど) ⑤ 指導者が常駐しない 運動環境 (体育館、スポーツセンター、 グラウンドなど)	一次予防

図表Ⅱ－7 利用者の健康状態と危機管理レベルからみた運動環境（目標のイメージ）



[参考・引用文献]

	掲載p
12) 高田英臣ら. 運動施設における事故調査. 日本臨床スポーツ医学会誌 19;114-130, 2011	8p
13) 武者春樹. スポーツにおける突然死とメディカルチェック. 日本臨床スポーツ医学会誌. 9 (1) , 10-13, 2001	8p
14) Jones BH, et al: Intrinsic risk factors for exercise –related injuries among male and female army trainees. Am J Sports Med 21(5);705-710, 1993	9p
15) Mah CD, et al. The effects of sleep extension on the athletic performance of collegiate basketball players. Sleep. 2011;34:943-50.	9p
16) Corrado D, et al: Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparation screening program. JAMA 296 ; 1593-1601,2006	9p
17) Goto Y, et al. Poor implementation of cardiac rehabilitation despite broad dissemination of coronary interventions for acute myocardial infarction in Japan: a nationwide survey. Circ J.71:173-179,2007	10p
18) 神田晃ら：健康増進施設、運動療法施設、医療法 42 条施設の実態調査. スポーツメディスン 15(1);41-44,2003	10p,28p
19) 庄野菜穂子, 他：運動指導時の安全管理に関する運動指導者側の実態調査. 臨床スポーツ医学 26;1319-1324, 2009	10p
20) Okada K, et al. Leisure-time physical activity at weekends and the risk of Type 2 diabetes mellitus in Japanese men: the Osaka Health Survey. Diabet Med. 2000;17:53-8.	10p
21) Dishman RK. Exercise adherence; Its impact on public health. Champaign IL: Human Kinetics;1988.	10p
22) St-Amand J, et al. Effects of mild-exercise training cessation in human skeletal muscle. Eur J Appl Physiol. 112(3):853-69, 2012.	10p
23) Hallal PC, et al. Adolescent physical activity and health : a systematic review. : Sports Med. 2006 ; 36:1019-30.	11p
24) 坂下優子ら. 中高年運動施設利用者の運動継続要因に関する研究. 南九州看護研究誌 2012 ; 10 : 19-28. 中野貴博ら.地域在住中高齢者における健康運動教室参加の継続的要因の検討. 名古屋学院大学研究年報 2014 ; 27 : 23-31.	12p
25) 健康増進施設に関する実態調査事業-保健指導における運動中止者の阻害要因について-財団法人健康体力づくり財団.平成 20 年	12p

Ⅲ. 健康寿命延伸・健康スポーツを取り巻く新たな動き

健康づくり・生活習慣病などの予防はわが国の活力を高め、社会保障費問題を軽減するうえで重要課題と認識されるようになってきた。健康・スポーツ分野において、これまでのように厚生労働省、文部科学省が個別に旗振りするのではなく、新しい予防サービスの提供が考えられており、インセンティブや環境づくりの面で他省庁と連携して推進する体制が整いつつある。さらに、経済界、医療界、研究者など、多彩な関係者を巻き込みながら広がつつある。

これからの健康スポーツを考える際に、政府の動向を把握しつつ、積極的に政策提言、実行支援をすることが求められる。このような活動を通して、医師の健康スポーツへの関心を高め、国民が安心して運動に取り組める環境をつくることが期待される。

1. 政府の基本方針

活力ある日本の復活に向けて策定された「日本再興戦略」において、「国民の健康寿命の延伸」は「戦略市場創造プラン」の主要テーマのひとつとして掲げられた。健康寿命の延伸、メタボ率の減少、健診受診率の向上を KPI（Key Performance Indicator）とし、個人や保険者に対して健康づくりへのインセンティブを高める対策や公的保険外ヘルスケアサービス産業の活性化を推進する方針を発表している。

この基本方針に基づき、厚生労働省、経済産業省、総務省、文部科学省等が連携しつつ、新たな政策を打ち出している。健康関連データを利活用し、本人が健康づくりに取り組みやすい施策のモデル実施、環境づくりなどが進行中である。

2. 厚生労働省の動向

1) 健康日本 21（第二次）

健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指し、個人に対する健康づくりの推進と保健サービスなどへのアクセスの改善、健康づくりに取り組みやすい環境づくりを推進する。運動分野では健康づくりのための身体活動指針「アクティブガイド」の普及を通じて、身体活動量の増加を目指している。特定健診・保健指導の在り方について、現状を踏まえ検討を開始、平成 30 年度の特定健診などの制度改正時に向けて検討が進められている。

ポピュレーションアプローチとしては、平成 24 年度より「スマート・ライフ・プロジェクト」を開始し、健康に関する企業・団体の巻き込みと一般への情報発信を行っている。なかでも「健康寿命をのばそう！アワード」では、健康づくりについて先駆的な取り組みを行う自治体、企業、団体の表彰を通じて、健康づくり機運の醸成に努めている。

2) 特定健診・保健指導、データヘルス計画

保健指導については、NDB（ナショナル・データ・ベース）を活用した効果分析などによって一定の成果が得られたことから、実施率、効果性をさらに高めていく必要がある。保険者に対するインセンティブの在り方（後期高齢者支援金の加算・減算制度など）についても、より実効性を持たせる方向で改正の予定である。

平成 26 年度より「データヘルス計画」が開始され、医療保険者に対し健診・レセプトデータ分析により健康課題を把握し、PDCA サイクルを回して保健事業を着実に推進することを求めている。特定健診・保健指導のみならず、糖尿病等重症化防止事業、非肥満の生活習慣病に対する保健指導、対象者の健康状態などに合わせた適切な情報提供の在り方、被扶養者に対する保健事業の在り方などについてモデル事業を実施、得られた知見を水平展開する方向で検討を進めている。

3) 介護予防事業

要介護状態を防止し健康寿命を延伸するため、運動器機能の維持・向上、閉じこもり防止、認知症予防のための介護予防事業を実施する。従来の二次予防中心の事業から一次予防と二次予防を区別しない「総合事業」へ移行、高齢者の身近な場所で継続的に運動できる場づくりを地域の実情に合わせて進めている。医療・介護の提供体制の見直しによる地域包括ケアの推進、住民主体の活動の活性化など、超高齢社会に向けてのシフトのなかで、運動、健康スポーツの果たす役割は大きくなってきている。

4) 労働安全衛生対策

職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とし、事業者の責務を定めている。受動喫煙防止、メンタルヘルス対策の強化のほか、雇用延長に伴う事故などの防止に向け健康づくりの必要性が再度見直されている。経済産業省の健康投資の動きと歩調を合わせ、政策が進められている。

また、第 12 次労働災害防止計画において、高年齢労働者対策として、「身体機能の低下を防ぐための運動が促進されるよう、労働災害防止団体と連携して指導する。」とされており、健康診断などの結果も踏まえて労働災害を防止するための基礎体力を保持できる取り組みが求められている。

3. 文部科学省、スポーツ庁の動向

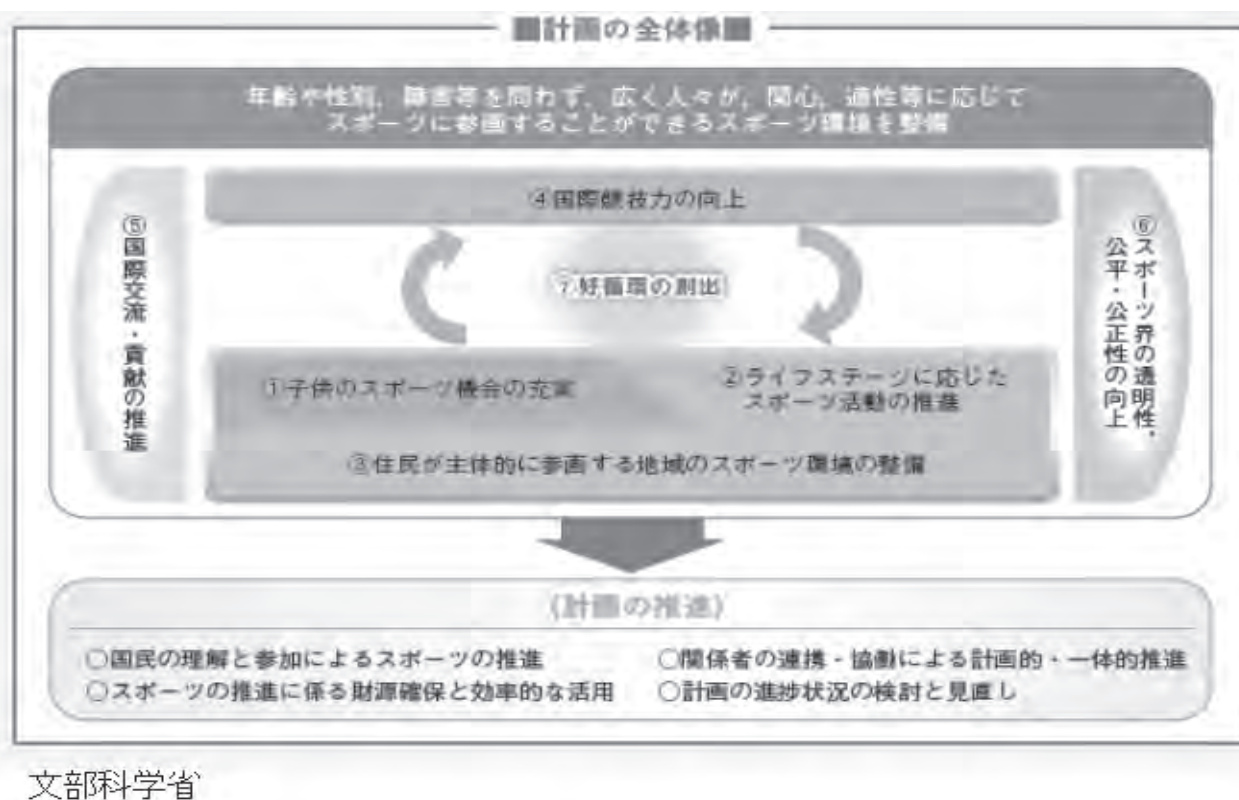
「スポーツを通じてすべての人々が幸福で豊かな生活を営むことができる社会の創出」を目指し、平成 24 年に『スポーツ基本計画』を策定した（図表Ⅲ－１）。

同計画において、①子供のスポーツ機会の充実、②ライフステージに応じたスポーツ活動の推進、③地域のスポーツ環境の整備、④ 国際競技力向上、⑤国際交流・貢献の推進、⑥ドーピング防止やスポーツ仲裁の推進、⑦トップスポーツと地域スポーツとの連携・協働の推進の 7 つを基本方針に掲げている。

これまでの厚生労働省など省庁にまたがるスポーツ施策を総合的に推進するため、平成 27 年度に『スポーツ庁』を設置、アスリートなどの競技力向上だけでなく、国民全体のスポーツを通じた健康増進に向けて、取り組みが強化される予定である。

また、「学校保健安全法施行規則」を改正、児童生徒等の健康診断に「四肢の状態」を必須項目として加え、「四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態」に注意することを規定している。

図表Ⅲ－１ 「スポーツ基本計画」の全体像



4. 経済産業省の動向

経済産業省では、「健康・医療戦略推進本部」の下に「次世代ヘルスケア産業協議会」を設置、①国民の健康増進（超高齢社会における労働力の確保のための健康経営推進）、②社会保障費の増加抑制、③新産業の創出（公的保険外の健康・予防サービスの充実）を目標に、予防・健康管理へのシフトを目指した政策を打ち出した。協議会では、健康投資WG、事業環境WG、品質評価WGにて課題と解決法を検討、実現可能なことから政策化している。

1) 健康経営・健康投資

少子高齢化が進むわが国においては労働力の確保が重要な課題である。社員の健康維持により労働生産性が高まることから、経営陣は社員の健康管理に関心を持ち、健診や予防活動をコストと見るのではなく、企業価値を高める投資と位置づけている。

健康経営を営む企業に対して、日本政策投資銀行は、健康経営度を評価して、その結果に基づき融資条件を設定するという、世界で初めての融資制度を導入した。わが国の将来の労働人口の減少と高齢化に対する生産性の向上対策としての従業員の健康配慮への取り組みに優れた企業を評価し、従業員の健康と企業の生産性の向上を目指す企業に対する金融支援策である。経営者が、その生産性を高めるための基盤となる従業員の健康づくりに取り組むことは、企業活動の将来をも見据えた積極的な投資、すなわち健康投資として評価され、金融機関や投資家においても評価されることになる。

経済産業省は、平成26年より「健康経営銘柄」を創設し、従業員の健康に配慮した企業を選定し、優秀な企業を発表した。このような企業に対してはより多くの投資家からの投資も期待され、また、社会的にも評価されうるものである。経営者が、雇用する労働者に対す

る健康を重視することは、疾病予防や重症化予防、労働災害の防止、さらにはメンタルヘルス不調者の発生予防につながり、生産性の向上、労働災害の減少、損害賠償訴訟の減少などの効果が期待できるものである。

健康、体力の両面からの健康づくり、さらには、心身両面の健康づくりに日々の身体活動量の増加、積極的(活動的)な休日、フィットネス活動の参加、スポーツの実践などについては、それぞれの健康診断結果に基づき個々人の健康レベルに合わせた安全かつ効果的な指導が必要不可欠である。産業医学とスポーツ医学の学際的な取り組みによってより大きな効果がもたらされることを期待したい。

2) ヘルスケア産業の育成

超高齢社会の到来と社会保障費のさらなる増大が現実化している現在、健康・予防のすべての局面を公的保険で賄うのは困難な状況となっている。そこで経済産業省は新たなヘルスケア産業育成のためグレーゾーン解消、地域フォーラムの設置、ヘルスケアサービスの質の確保のための認証事業などを開始、健康増進・予防、生活支援関連産業の市場拡大（4兆円→平成32年までに10兆円）を目標としている。食・農×健康、観光×健康などの組み合わせによる新しいヘルスケア産業の育成を図る。

厚生労働省と連携することにより、安全性、効果性に留意した産業の育成が重要であり、健康スポーツ医としては、運動・身体活動、スポーツ関連のヘルスケア産業に対し、相談・助言、プログラム開発、人材養成などの役割を果たしていくことが期待される。また、運動療法の普及の観点からも、日ごろから健康運動指導士などと連携をとり、運動の場へのつなぎの役割を果たすことも期待されている。

5. 総務省の動向

ICT技術の進歩により、これまでばらばらに存在した健康関連データを保険者または個人が統合し、健康づくりに利活用する方向性が示されている。「ICT 超高齢社会構想会議」報告書を踏まえ、「スマートプラチナ社会」の実現を目指す。すなわち、『シルバーを超えてすべての世代がイノベーションの恩恵を受け、いきいきと活動できる超高齢社会＝プラチナ社会』に向け、健診データなどのビックデータ解析、健康ポイントによるインセンティブ付与など、ICTを活用した健康長寿社会づくりを目指している。たとえば退職・転職時に健診データを移行できる仕組みや、被扶養者など、これまで接点の持ちにくかった対象者へのアプローチがモデル実施されている。

近年のクラウドICT技術の急速な進歩を背景に、個人の健康づくりのインセンティブを高め、予防・医療・介護の連携を密にし、良質なサービスにつなげる目的で、『Personal Health Record (PHR)』が始まっている。すでに歩数や体重などの情報を活用した健康づくり支援、健康手帳・お薬手帳のICT化などが進められている。

6. 日本健康会議

上記のように政府が基本方針を公表し、省庁が協調して健康増進・予防に向けて動き出した。この動きに呼応して、経済界、日本医師会をはじめとする医療関係団体・自治体リーダーなどが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図る目的で、「日本健康会議」が平成27年7月10日に発足した。

同会議では、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取り組みを全国に広げるため、平成32年（2020年）までの数値目標（KPI:key performance indicator）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。さらに取り組みごとにワーキンググループ（WG）を設置、具体的な推進方策を検討、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。また、これらの取り組み状況について『日本健康会議 ポータルサイト』にて公表、地域・企業間での競争を促しつつ健康社会に向けての取り組みを加速する。

平成27年度に発足するWGの主要テーマは、①一般住民を対象として健康づくりのインセンティブを推進するヘルスケアポイント、②生活習慣病の重症化予防（国保、後期広域連合）、③健康経営に取り組む企業の増加、④中小1万社健康宣言、⑤保険者データ管理・セキュリティ、⑥保険者向け委託事業者導入ガイドライン、⑦保険者からのヘルスケア事業者情報収集・分析、⑧保険者における後発医薬品推進、⑨ソーシャルキャピタル・生涯就労支援システム、である。各WGでは課題と好事例をもとにした対策の検討を行い、KPI測定の基準づくり、調査、取り組み促進に向けた提言を行うこととなる（図表Ⅲ－2）。

図表Ⅲ－2 日本健康会議の宣言

|||||

健康なまち・職場づくり宣言2020

|||||

宣言1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。

宣言3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、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社以上とする。

宣言8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用動奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

IV. 運動療法、健康スポーツを推進するための人材、特に医師の役割

国民の健康・運動スポーツを推進していくためには、身近なところで運動の必要性を説明し、本人の健康状態に合わせた運動処方をする医師の役割と、それに合わせて適切な運動指導を行い、運動の楽しさを伝え、達成感をもたらすことのできる健康運動指導士などの役割、両者を連携する仕組みが必要となる。

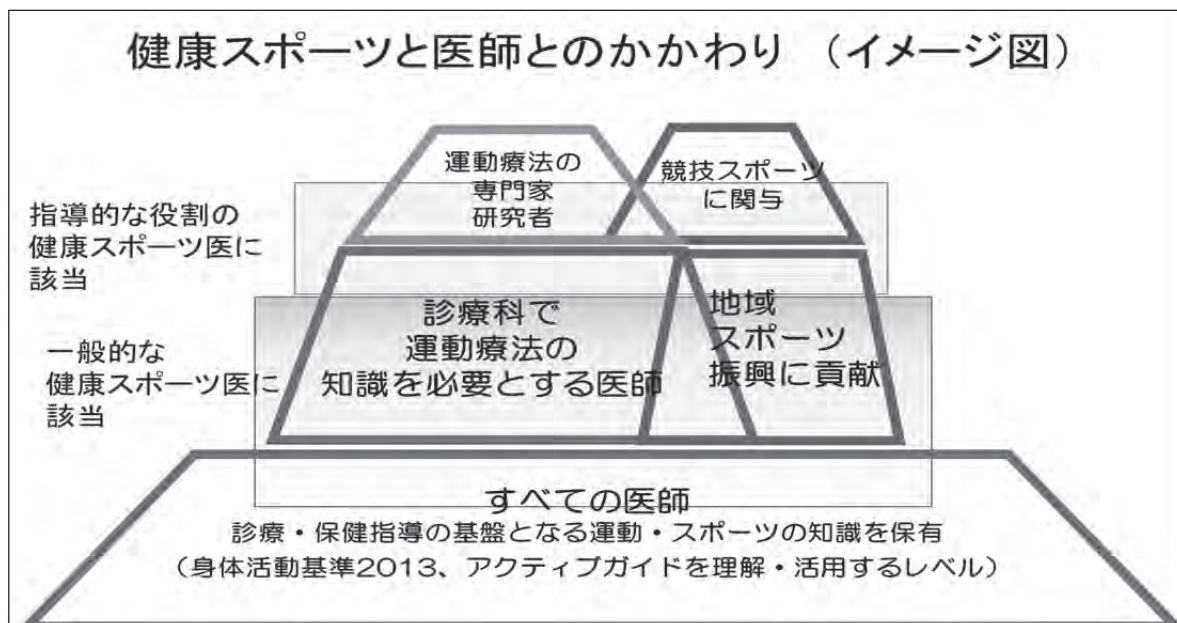
医師の健康スポーツとの関わりとしては、日常診療のなかでの役割のほか、地域の健康増進活動で期待される役割、競技スポーツにおける事故防止・ドーピング対策への協力など、多岐にわたる。それらが専業で行われることはむしろ例外的であり、診療のかたわら、地域貢献・学会などの一環として関わらざるを得ない状況もある。地域の信頼を得て、国民の健康増進に寄与するため、健康スポーツ医学に関する知識を広く周知することが重要となる。そのためにも健康スポーツ医の育成は重要な役割を果たしている。

1. 健康スポーツにおける医師の役割

医師は、医師法において患者の療養指導、保健指導にあたる責務が記載されているとおり（p.2）、日常診療において、病態にあった運動指導を行う必要がある。健康のための運動の条件は、健康状態を改善する効果があること、運動によって健康上の障害が生じてはならないことである。つまり有効性と安全性が確保されなければならないため、体力、年齢、健康状態などの身体条件によって運動実施の有効域と安全域を把握し、運動種目、運動強度、運動実施時間、運動実施頻度などを指導できることが必要である。特に疾病などにより身体条件が劣る人の場合には、『運動処方』が必要となる。

医師は患者の療養指導だけでなく、スポーツ団体等より助言、医事管理、ドーピング検査などの役割を求められたり、競技スポーツへの参画を求められることがある（図表IV-1）。またそれぞれの活動は公的保険内・外の多岐の財源により賄われている（図表IV-2）

図表Ⅳ－１



※図表中の身体活動基準 2013、アクティブガイドについては、「Ⅸ.1.かかりつけ医」を参照

図表Ⅳ－２

公的保険外のサービス			保険診療	医療保険 介護保険
民間スポーツ施設	自治体スポーツ団体からの要請	法令に基づく		
民間の運動プログラムへの助言、紹介 健康運動指導士との連携	メディカルチェック 受診勧奨 トレーニングに関する助言	医療法42条 特定保健指導	検査 治療 運動療法	リハビリテーション
（新規）ヘルスケア産業における役割	大会救護 安全管理 事故再発防止 委員会	学校保健法に基づく指導	（患者さんに対して） 競技スポーツ等、参加についての相談	（患者さんに対して） 地域の介護予防教室等の参加の可否判断

このような役割が期待されているにもかかわらず、医学部教育において運動処方の知識・技術について習得する機会がなく、医師は卒後に自発的に学習する必要がある。

医師が運動処方の知識を得る機会として、日本体育協会、日本整形外科学会、日本医師会の3つのスポーツ医制度があるが、日常診療における生活習慣病などに対する運動療法と健康増進維持のための運動の指導に重点を置いているのが日本医師会の「健康スポーツ医」制度である。

2. 健康スポーツ医の育成と活用

健康スポーツ医制度は、「地域社会において運動への関心が高まってきていることや、特定健診後の保健指導における運動指導が重要であることから、運動を行う人に対して医学的診療のみならず、メディカルチェック、運動処方を行い、さらに各種運動指導者などに指導助言を行い得る医師として日本医師会が養成した医師」(p.2)と規定されている。図表Ⅳ-3のカリキュラムからなる全4日の健康スポーツ医学講習会ですべての単位を取得したうえで認定される。内容としては、運動生理学、内科・整形外科両面での運動の効果と障害、メディカルチェック、指導法、競技スポーツ関連事項など、多岐にわたり、講師陣は実際に健康スポーツに関わる専門家が担当している。平成27年11月現在22,190名の健康スポーツ医が登録されている。

また、その更新のためには認定を受け登録された日から5年間に、次の①②の要件を満たすことが必要である。

- ①日本医師会が実施または承認した再研修会5単位以上受講修了（1単位は60分）
- ②健康スポーツ医としての活動（学校、職場、地域などにおけるスポーツ医学の立場からの指導・教育・診療活動など）

再研修会では、健康スポーツ医活動として重要な事項、トピックスなど、知識のブラッシュアップや実践に役立つ内容を企画している。

再研修会受講者に対するアンケート調査【参考資料1：巻末】によると、日常診療に役立つ運動療法の知識に関心が高く、企業や地域における健康増進活動に関わっている医師が多い。一方、せっかく取った資格を十分に活用できていない、という声も聞かれる。「健康スポーツ医」に対する社会的な認知度が低く、指導を必要する人と「健康スポーツ医」とのマッチングが不十分であることも一因と考えられる。

図表Ⅳ-3 健康スポーツ医制度のカリキュラム

前 期	後 期
1. スポーツ医学概論	14. 運動と内科的障害 急性期・慢性期
2. 神経・筋の運動生理とトレーニング効果	15. スポーツによる外傷と障害 (1) 上肢
3. 呼吸・循環系の運動生理とトレーニング効果	16. スポーツによる外傷と障害 (2) 下肢
4. 内分泌・代謝系の運動生理とトレーニング効果	17. スポーツによる外傷と障害 (3) 脊椎・体幹
5. 運動と栄養・食事・飲料	18. スポーツによる外傷と障害 (4) 頭部
6. 女性と運動	19. 運動負荷試験と運動処方の基本
7. 発育期と運動 小児科系	20. 運動療法とリハビリテーション 内科系疾患
8. 中高年者と運動 内科系	21. 運動療法とリハビリテーション 運動器疾患
9. 発育期と運動 整形外科系	22. アンチ・ドーピング
10. 中高年と運動 整形外科系	23. 障害者とスポーツ
11. メンタルヘルスと運動	24. 保健指導
12. 運動のためのメディカルチェック 内科系	25. スポーツ現場での救急処置
13. 運動のためのメディカルチェック 整形外科系	

健康スポーツ医制度を活性化するためには、①運動療法などにおける医師の役割を明らかにすること、健康スポーツ医であることのメリットを実感できること、②医師と運動指導者などとの連携体制の構築、③再研修のさらなる充実、④医師会などによる広報、などが必要と考えられる。

まず、基本的な対策として、運動療法における運動処方の実効性を高めることが重要である。薬物治療と比して、医師・患者とも運動療法を重要視しない傾向も見受けられるが、Ⅰ、Ⅱ章で述べたように健康寿命の延伸に向けて運動の果たす役割が非常に大きい。患者の病態に合わせた運動を処方できる医師が臨床の場で大いに活躍することで健康寿命の延伸に貢献できることを認識すべきである。

このほか、健康スポーツ医活動の組織化、他の運動関連職種との連携により、健康スポーツ医の活躍できる場面が増え、有病者も安心して健康スポーツに取り組める環境をつくることができる考える。

3. 健康スポーツ医活動の組織化

1) 組織化の現状

平成 24 年 3 月の日本医師会健康スポーツ医学委員会の答申「国民がスポーツを通じて健康づくりのできる体制の整備」において、都道府県医師会を対象にアンケート調査を行った結果が述べられている。都道府県医師会における健康スポーツ医学に関する問題などを検討する委員会の設置状況は、「あり」と回答した医師会は 78.7% (37 医師会)、「なし」と回答した医師会は 21.3% (10 医師会) であった。健康スポーツ医学に関する問題などを検討する委員会の名称は、「健康スポーツ医学委員会」とする回答が 59.5% (22 医師会) と最も多かった。

しかしながら、実際に活動を行うスポーツ医学の資格を持つ医師の組織についてみると、「あり」と回答をした医師会は 34.0% (16 医師会)、「なし」と回答した医師会は 66.0% (31 医師会) であった。東京都医師会健康スポーツ医学委員会から、平成 27 年 3 月に出された「答申：健康スポーツ医の活動の可能性」における調査では、東京都医師会に所属する 46 の地区医師会の中で、22%にあたる 10 の医師会が健康スポーツ医の活動を支援するための、「健康スポーツ医会」や「健康スポーツ医学委員会」などの名称の組織をもって活動をしている。

このように都道府県医師会において、スポーツ医学について検討を行う委員会は、多く設置されているが、実際にスポーツ医として活動を行うことができる健康スポーツ医の組織化が進んでいるとは言い難いのが現状である。

2) 組織化を進めるには (図表Ⅳ－4)

組織化を進めるには、地域の住民や自治体に健康スポーツ医の存在を周知して、健康スポーツ医の活動やスポーツ医相互の情報交換などが円滑に行えることが必要である。日本医師会は、健康スポーツ医の名簿を管理して都道府県医師会と情報を共有し、健康スポーツ医が地域住民の日常診療に貢献できるよう、また、自治体などの要請に応じて自治体と共同で行う健康増進事業などに出動できるようなシステムを構築する。

都道府県医師会では、郡市区医師会の組織を統括する委員会（健康スポーツ医学委員会など）を発足させ、都道府県レベルにおける組織化を図る。都道府県医師会においては担当理事連絡会などを執り行い、郡市区医師会で開催される研修会、スポーツ大会や講演会などの情報を共有する。都道府県医師会は、自治体が主催するスポーツ大会や講演会を開催する担当者、担当部署に健康スポーツ医の役割などについて十分に説明を試み、医師会における健康スポーツ医の存在を積極的に周知する。

都道府県医師会では、運動療法施設や健康運動指導士などの運動療法の実務担当を行う団体との窓口とともに橋渡し役の役割を果たす。都道府県医師会は、運動療法などに関する情報を医師会のホームページなどに掲載して、地域の住民に啓発活動を行うことが望ましい。日本医師会からの、健康スポーツ医に関連する全国で行われる講演会や講習会などの情報は、都道府県医師会の委員会から各郡市区医師会へ伝えることができる。

郡市区医師会では、地域医療を行うなかで、各自治体と定期的に住民や学童・生徒などの健康診断や予防接種などの事業、防災などにおける医療計画・訓練などに関して協力をしている。また、地域の企業からは産業医の派遣などについての要請も受けている。これら、地域、教育、産業の分野において運動療法を推進することが重要であるが、実施にあたっては、各地域の状況を把握し、自治体等と常に連携が取れる郡市区医師会に実務を執り行うことができる組織を設置することが必要である。

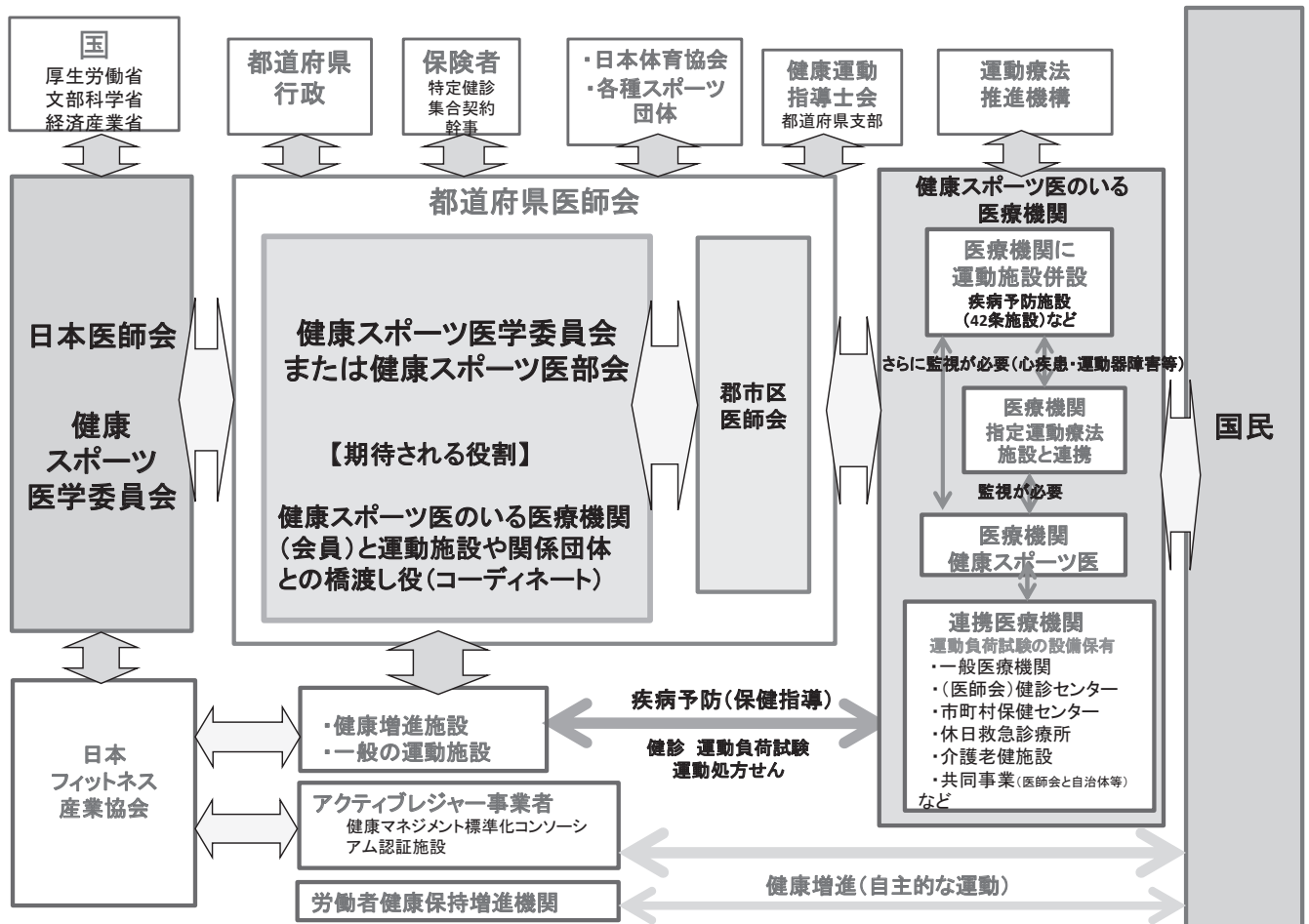
郡市区医師会では、医師は地域医療の一環として地域の在住・在勤者に対して、運動やスポーツによる健康増進、疾患の予防・治療などを行うことができる。これを行うには、多くの医師の参画が必要である。したがって、健康スポーツ医に限らず、日本体育協会スポーツドクター、日本整形外科学会認定スポーツ医やこれらのスポーツ医の資格はまだ持っていないが健康スポーツ・運動療法に興味がある医師会員が加入できる「健康スポーツ医部会（仮称）」をつくり組織的に活動を行うことが望ましい。

郡市区医師会は、運動やスポーツにより疾患の予防や治療についての知識を持ち、日常診療に運動療法を取り入れることができる健康スポーツ医の存在を地域の在住・在勤者に周知する。自治体に対しては、自治体が主催するスポーツ大会や講演会に医師会から健康スポーツ医などの医師を派遣できることを知らしめる。

郡市区医師会では、スポーツ大会や講演会などに出動ができる医師の名簿などを管理して、自治体からの出動の要請に対応する。このためには担当理事を選任し、郡市区医師会および都道府県医師会における活動や情報提供などを行う。スポーツ医の資格をまだ取得していない医師には、健康スポーツ医の資格を取るよう勧める。

図表Ⅳ－４

運動療法・スポーツ推進の関係者連携のあるべき姿



4. 健康運動指導士などの運動指導者との連携

医師は診断、病状に基づく運動処方が可能であるが、それだけでは運動実践につながりにくい。地域住民の健康支援のためには、医療機関と協働して健康増進施設が実践の場所とプログラムを提供する必要がある。専門職が専門のスキルをもってメディカルチェックをもとにした運動プログラムを提供し、人と人のつながりを大切にしながら継続した運動支援を行うことが肝要である。

わが国にはトレーナー、運動指導者関連の資格が数多くあり、それぞれ特徴を持ちながら活動している。医療との関連が深い資格としては、理学療法士、作業療法士、糖尿病療養指導士、心臓リハビリテーション指導士、特定保健指導での管理栄養士、健康運動指導士等がある。前4者は公的保険内での活動が主である。

公益財団法人健康・体力づくり事業財団は、健康運動指導士 17,706 名、健康運動実践指導者 21,544 名（平成 27 年 7 月現在）を養成、その 23%は医療機関・介護施設で勤務、約 50%が民間フィットネスクラブなどに勤務しており、公的保険内・外での健康スポーツ推進にあたっている。健康運動指導士の養成において、運動処方を理解し、実践につなげるカリキュラムを重視、健康日本 21（第二次）においても「健康増進を担う人材」として明記さ

れている。体育系大学での養成のほか、経験や資格に応じた研修カリキュラムと資質向上の研修を重ね、5年ごとの更新などを含めスキルアップしている。

健康スポーツ医は、医療機関と運動療法施設の橋渡し役として、医療提供後の運動療法継続に対して、急性期から生活期における運動療法の継続支援に努めていくべきである。たとえば、医療機関での心臓リハビリテーション終了後も継続的支援が実施可能な体制を構築した例がある【参考資料2:巻末】²⁶⁾。ここではさらに変形性膝関節症に対する包括的・継続的支援実施を目的に、医療機関の専門職と運動療法施設の健康運動指導士・理学療法士などをメンバーとした協議を推進、医療機関と運動療法施設の相互施設間紹介カードや電子カルテを活用した簡易的・効率的情報共有システムの構築、利用者の疾病状況やニーズに応じた各種支援プログラムの作成などを行っている²⁷⁾。連携が進むなかで、医療機関から運動療法施設への利用者紹介・入会者数は徐々に増加し、急性期から維持期における健康づくり支援の輪が拡大してきている。

一方、医学的リスクが高い利用者に対しては施設利用よりも先に医療機関への受診勧奨を行うこと、施設利用者に対し一年毎など定期的なメディカルチェックによる確認を促すことも肝要である。運動療法施設職員は、種々の疾病特性を学習理解することはもちろん、施設内に自動体外式除細動器(Automated External Defibrillator:AED)などを設置し、その使用方法の講習を受講するなど、急変時対応にも精通しておくことが求められる。医療機関はこのような研修に対する支援も可能である。

団塊の世代に比べ若年層は、小児期から個室を与えられて育った環境があるためなのか、集団指導よりパーソナルサポートを好む傾向にあり、個別のプログラムや個別の対応が運動継続の重要な鍵を握っている。したがって、廉価な方策も必要であるが、これまで運動習慣のない一般市民の健康寿命の延伸のためには、ただ体育館にマシンを置いて各自の自主性に任せても運動習慣の定着には有効な方策とは言えず、専門職配置とノウハウを持った施設を運動指導拠点として整備し、専門職がリスク管理を行いながら積極的に個人の支援を行い、有病者はもちろん健常な市民にも運動習慣維持のための介入が必要である。

これを達成するために、一定の施設基準を持った健康増進施設の整備、一定の運動療法に精通したスタッフの育成が不可欠である。さらには、利用者個人の活動やコスト負担に対する公的支援等の必要性も検討していくことも重要と思われる²⁸⁾。

健康スポーツを広げるため、健康スポーツ医と健康運動指導士などの連携体制の構築が期待される。医師からの運動処方せんをもとに、健康運動指導士が運動プログラムを作成、実践支援を行うことで、生活習慣病の予防・改善に向けた取り組みを強化することを提案する。

[参考・引用文献]

掲載p

- | | | |
|-----|--|-----|
| 26) | 長崎浩爾、喜田恵 他:健康増進施設での維持期心臓リハビリテーションの実際－医療機関との連携を基盤として－, 臨床スポーツ医学 Vo126, No10:1255-1260, 2009 | 27p |
| 27) | 中村立一、松儀怜 他:新しい医療連携の形－健康増進施設と連携した変形性膝関節症トータルサポートチームの結成－:日本医療マネジメント学会雑誌 Vo1, No2:53-57, 2013 | 27p |
| 28) | 勝木保夫、勝木建一、辻本典央、松儀怜 一地域健康増進施設におけるスポーツ医学～医療機関との連携と協働～:日本臨床スポーツ医学誌:Vo123No3, 2015 | 27p |

V. 運動療法のための施設の在り方

対象者の健康状態（リスク保有状況）やニーズに応じて、きめの細かい指導ができることが求められ、それを実現するうえでも運動施設は重要である。特にリスク保有者では適切な監視や指導が必要である場合が多いことや、効果を上げるためのプログラムには専用の機器が整備されていること、プログラムの評価ができることが望ましい。

1. 運動施設・運動療法施設の種類

運動・運動療法施設は多種、多様であり、身近なところでは学校の体育館、自治会館、スポーツセンターなどがある。運動を実施する対象者、施設利用者にも多様性があり、その運動目的は個人、年齢、疾患の有無、目的などにより異なる。施設管理者および運動指導者としてはそれらの条件にあったリスク管理を行う必要があり、それぞれの立ち位置を意識してサービス提供者のスキルアップが必要となる^{18、29)}。

運動の目的を一次予防、二次予防、三次予防に分類すると、大まかに図表V－1のようになる。このほかに競技スポーツの目的での施設がある（用語については【参考資料3：巻末】）。

しかし、実際には健康状態にあわせて施設を選ぶというよりも、身近な環境、費用、PRなどの状況によって施設が選ばれ、個人の特性と施設の不マッチを来している現状がある。

図表 V－1 運動の目的にあった施設の種類の種類

	一次予防	二次予防	三次予防
運動の目的	疾病予防・健康づくり 啓発活動	生活習慣病等予防・改善 ロコモ予防・改善 生活機能低下予防	疾病再発防止・予防 疾病治療・重症化予防 (リハビリ)
健康状態	健康	半健康～疾病	障害
医師の関与	自主的＝非監視型	自主的＞非監視型＞監視型	監視型＞非監視型＞自主的
運動施設 など	運動施設 スポーツセンター フィットネスクラブ 総合型地域スポーツクラブ	健康増進施設 労働者健康保持増進 サービス機関（THP） フィットネスクラブ 指定運動療法施設	指定運動療法施設 (健康増進施設)
医療機関	医療機関（かかりつけ医） 医療機関併設・運動施設 医療法 42 条疾病予防運動 施設	医療機関（かかりつけ医） 医療機関併設・運動施設 医療法 42 条疾病予防運動 施設	医療機関（かかりつけ医） 医療機関併設・運動施設 医療法 42 条疾病予防運動 施設

2. 運動施設の現況、施設基準など

各運動施設について、施設数、目的、医療に関わる基準、施設・人員基準などを整理した（図表 V－2）。

図表 V-2 主な運動施設 数値根拠は P.35「参考・引用文献」の 30)を参照

	目的	医療に関わる基準	指導スタッフ基準	設備・運営の基準	関係官庁、税制優遇その他
(a) 総合型地域スポーツクラブ 3,550か所 (H27年7月)	会員のボランティアシップで運営するクラブ。廉価で一定の品質のスポーツ活動や交流の場を提供。	規定なし	特になし。会員の中から選ばれたボランティアの役員や運営委員の無償の仕事によって会員が会費以上のサービスを受け取ることができる仕組み	規定なし。 特定の活動施設を持っていない組織もある。	文科省
(b) フィットネスクラブ 民間施設数 4,375か所 (H27年6月) 公的施設数は不明	自主的運動実践の場	規定なし 企業(クラブ)により提携している医師がいる場合もある	規程はないが、健康運動指導士約17,700人の約24%はフィットネス施設で勤務	・有酸素運動及び筋力強化運動等の補強運動が安全に行える設備(トレニングジム、運動フロア、プールの全部又は一部と付帯設備)	経産省
(b) ① 運動型健康増進施設 331か所 (H28年1月)	国民の健康づくりを推進するうえで一定の基準を満たした運動を安全かつ適切に提供する	医療機関との連携内容並びにこれに関わる業務に従事する医師が必要(地区医師会の推薦を受けたものであることが望ましい)	健康運動指導士及びその他運動指導者の配置	・体力測定、運動プログラム提供及び応急処置のための設備 ・継続的利用者に対する指導を適切に実施 ・生活指導を行うための設備を備えている	厚労省 温泉利用型健康増進施設、温泉利用プログラム型健康増進施設という制度もある。
(b) ② 指定運動療法施設 190か所 (H28年1月)	疾病のための「運動療法」を提供(健康増進施設の認定を受けた後に申請)	＜提携医療機関と契約関係を有している＞ ・附属している(組織的・地理的に密接)の場合、それを示す書類が必要 ・附属していない場合、提携業務担当医は日医健康スポーツ医など「運動療法」の知見を持つ医師が必要	健康運動指導士または健康運動実践指導者の配置	同上	厚労省 運動処方せんに基づく運動療法に要した施設利用料は所得税法に規定される医療費控除の対象
(c) 労働者健康保持増進サービス機関 36か所 (H27年8月)	事業所における健康測定、運動指導、保健指導等を提供する 厚労省の定める事業所のトータルヘルス・プロモーションプラン(THP)を事業所内で行なえない企業を支援。	＜施設基準＞ ・診察、医学的検査、運動機能検査を行う施設を同一敷地内または同一建物内に有する。 ・当該機関自らが開設する医療機関と組織的、機能的に連携または隣接敷地に附属。 ＜健康測定スタッフ＞ 所定の健康測定専門研修修了者または日医認定産業医	＜運動実践指導＞ 健康運動指導士または所定の運動指導専門研修、運動実践専門研修を修了した者 メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導のスタッフも必要	・運動プログラムが行える施設、体育館、トレニングルームを有する。 ・運動機能検査機器(エルゴメーター、トレッドミルなど)を有する ・運動指導料金表 ・個人情報保護の内部規則 ・健康測定等の際の損害保険加入等 ・副木・担架等、AEDの設置が必要。	厚労省 当該施設が指定運動療法施設の場合、運動処方せんに基づく施設利用料は医療費控除 労働者健康保持増進指導機関という制度もある
(d) 医療法42条施設 (疾病予防運動施設) 204か所 (H27年6月)	医療法人に附属した運動施設。寄付行為・定款に定めが必要 ・疾病予防のための有酸素運動を行わせる。 ・成人病その他の疾病にかかっている者、予防の必要性の高い者に対して、保健指導、運動指導を行う。	医療機関が附属されている	健康運動指導士その他これに準ずる能力を有する者	＜厚労大臣の定める基準に適合する設備＞ ・トレッドミルなど有酸素運動を行う設備、 ・筋力トレニングその他の補強運動を行う設備 ・適切な健診、保健指導、運動指導を実施。 ・会員の健康記録カードを保存管理など ・応急の手当てを行うための設備	厚労省 医療法42条施設204施設のうち、運動型健康増進施設は71施設。 運動型健康増進施設71施設のうち、指定運動療法施設は48施設。
(e) 健康運動指導士 17,737名 (H27年12月)	・所定の単位を取得したうえで試験を経て認定を受ける。 ・5年ごとに更新。保健医療関係者と連携しつつ安全で効果的な運動を実施するための運動プログラム作成及び実践指導計画の調整等を行う役割を担う。 ・主な所属先 フィットネスクラブ等 4,229名 医療機関 2,962名 介護福祉施設等 1,153名 保健所等 1,619名 学校 1,707名 その他				厚労省 健康運動実践指導者という資格制度もある

3. 運動療法を広げるための各施設の課題と提案

今後、有疾患者などに運動療法を進め、特定保健指導などにおける医師と運動施設などの関係を進化させるために、各施設の機能、課題と提案を以下にまとめる。

1) 医療法 42 条施設の現状・課題と提案

医療の監視下において、運動療法を行う者および疾病予防の必然性の高い者を対象として運動指導などを行う施設であり、医療機関に併設され、健康運動指導士などを配置するなど職員、有酸素運動機器の設置、運営方法などの規定を持つ施設である。以下のような活用場面が考えられる。

- 外来診療とは違う場で、運動プログラムを提供できる。患者との身近な接点を持つことでかかりつけ医機能を補完できることが期待される。
- 生活習慣病管理料を活用し、利用者の利便性を高める。現在は 1 ヶ月 1 回の総合的な治療管理に関わる療養計画書の交付であり、指導項目は運動処方せんの交付でもなく、実践管理でもない。運動処方実践管理の場として医療法 42 条施設を活用し、運動療法の効果を高めることが可能である。
- 介護保険制度による機能回復、リハビリなどの組み合わせで機能回復結果を出す。介護予防事業（総合事業）の場として、また在宅サービスに対してかかりつけ医機能として参画できる施設である。
- リハビリ後の活用。現在原則リハビリは一定の期間が過ぎると医療保険の制約があり、維持期のリハビリは介護保険への移行が提示されている。医療法 42 条施設では制度の枠外になった対象者に任意で的確な機能回復指導などができる。今後リハビリにおける位置づけを明確にすることが必要である。
- 特定保健指導・積極的支援で継続的支援を実施する。特定保健指導の実施率には課題があるが、このような施設を活用することで、健康スポーツ医、健康運動指導士が積極的に関われることになる。
- ロコモティブシンドローム対策（運動器の機能向上）。高齢者では内科的な疾病を有していることが多い。運動器不安定症などの医療保険制度の範囲であれば外来医療でも可であるが、その実践の場、発信の場として医療の接点に医療法 42 条施設の活用により安全で効果的な指導につなげることが期待される。

以上の活用法があるが、医療法 42 条施設の設置が進まない現状がある。これまでの日本医師会の調査などで、医療法 42 条施設の未設置の理由は、人材確保、設置場所確保、機材の確保ができない、並びに採算性が合わないであった。今後の健康寿命を促進する動きと連動し、法的条件緩和などを求めていく必要がある。

2) 民間フィットネスクラブの現状と課題

「スポーツ」・「フィットネス」は一般の方にとって同義語であるが、運動習慣を持つことを啓発する観点から、その内容を確認すると、「スポーツ」は実際には水泳・卓球など特定の種目でありスキル向上の必要とルールを持ち、対戦・勝敗・記録といった概念を伴い、五輪や世界選手権のような頂点を持つ。かたや「フィットネス」は、自己が自身の健康のために行う行動であり、特別なスキルを要せず他者との競争を目的としない。行政分担の観点からみると、スポーツとその教育的プロセスである体育は文部科学省が所管し、各競技（種目）

の普及は各競技団体に委ねられている。「スポーツクラブ」についても、民営の「スポーツクラブ」と「総合型地域スポーツクラブ」ではその目的・対象者・内容が異なる。このようにスポーツ・体育・フィットネスなどの分野は同種のものにみえながらベクトルを異にしてそれぞれ進化してきたといえる。

フィットネス事業は何ら許認可を必要とせず、エクササイズ愛好者のみを対象として約40年発展してきた。民間のフィットネスクラブ・スポーツクラブに通う顧客は平成17～18年以来400万人前後で推移しているが、この間、年齢構成は高齢化し、約半数が50歳代以上である。日本フィットネス産業協会の調査（フィットネス産業基礎データ資料2006）によれば都市部におけるフィットネスクラブ1店舗の平均商圈（顧客の生活する半径）は1.04km（東京23区）～5.4km（静岡市）である。

フィットネスクラブを利用しようと思わない人は理由のトップに費用を挙げるほか、通うのが面倒を挙げる割合も多い。民営施設・公共施設を問わず費用は原則自己負担が普通であり、好きでもないものを自費で始めることは期待できない。

また、通常フィットネスクラブなどの運動施設では利用開始にあたっての医学的検査や医療関係者によるプログラムは制度化されておらず、利用者の自己責任において利用される状況にある。クラブにおいては運動指導者（インストラクター）によるカウンセリング～プログラム作成～初期指導のプロセスを経るのが通常であるが、これはフィットネスクラブ利用者が健常者であるという前提に基づいている。民間運動施設では軽度であっても疾患を持つ人、リスクを抱える人の運動受け入れはハードルが高いとはじめから敬遠し、従来からの運動好き顧客獲得に営業力を集中してきた傾向も否めない。このように医とフィットネスの連携は、長くその必要が言われてきた割に普及しているとは言い難いが、実現に向け整い始めた環境もある。

4. 医とフィットネスクラブなどの連携：現状と課題

近年ようやく、医とフィットネスクラブ連携について具体的な動きが整いつつある。その理由の一つには健康寿命延伸や医療費削減などの社会的要請であり、二つにはスポーツ産業事業者に見られる変化である。利用者層の伸び悩みを抱えていた運動施設では、新たな顧客層として老人保健施設やリハビリ機関、介護予防分野における指導に関心を持つものが始めている。このような事業者では、医療関係者からの情報を受けての運動指導にも適応力が期待される。

課題としては、

- ① 企業間温度差は大きく、事業者サイドの受け入れ態勢をどのように整備できるか。
- ② どのような機関が両者をつなぐ制度を創生運用するか。
- ③ 動かない市民の動かし方を共同で研究できるか。

などであり実現に向けた今後の要点になろう。

両者の連携事業としては、①施設からの顧問契約依頼（健康スポーツ医相談日・メディカルチェック担当医など）、②スポーツイベント・大会の際の医療職派遣依頼、③患者、利用者の健康管理・運動療法を共同で実施できる仕組み（運動療法連携パス）、などが考えられる。

医とスポーツ産業の連携を考える時、既存の仕組みを普及させる事項と、今後に向けた研究を要する事項に分けられる。またこれらの動きがまだ存在しない地域の場合、地域の医師会または健康スポーツ医学委員会およびフィットネス事業者団体・指導者団体などが、医療者・事業者を橋渡しする役割を担えるものとする。

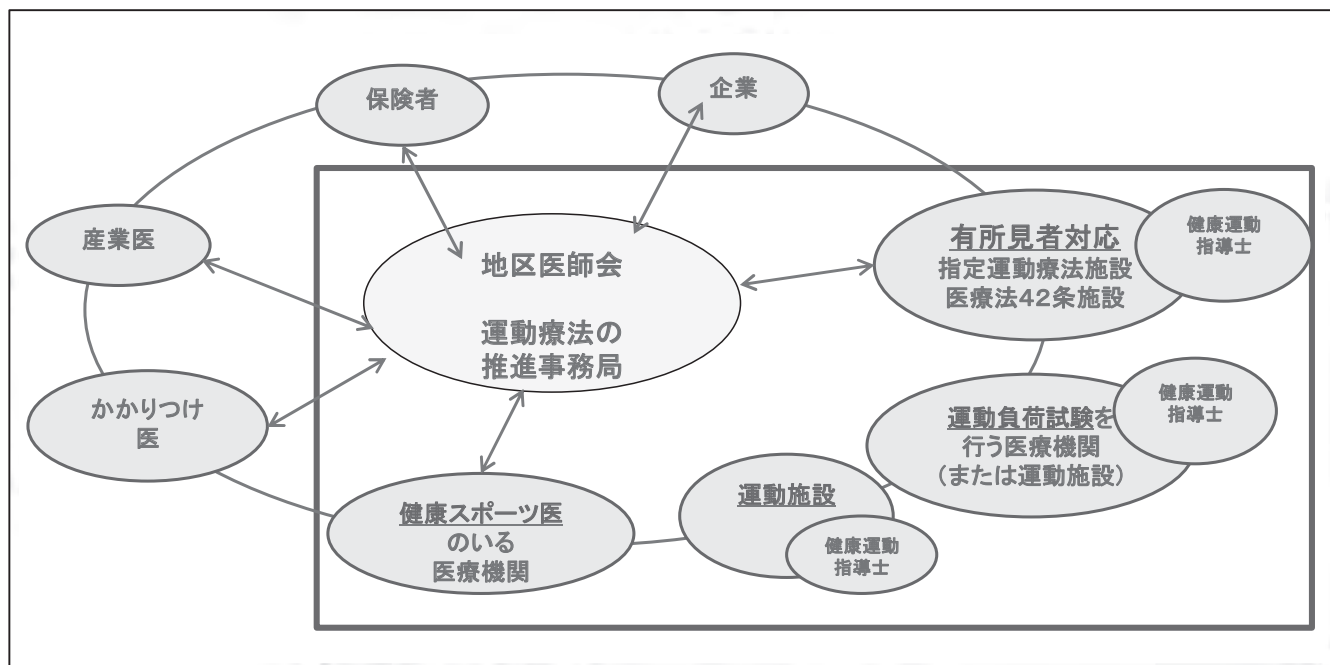
5. 医とフィットネスクラブの連携に向けて：運動療法連携パス

フィットネス事業者が自らの顧客層拡大を意識してリスクを持つ可能性のある対象者の指導を始めるにあたっては、何らかの医学検査・医師の助言などのプロセスを必要とする。また、健常を前提とする場合にあっては、利用者の高齢化進行に伴う安全確保の側面からは同様の措置が望ましい。一方、医療機関においては、「運動療法が必要な患者」を抽出することはできるが、具体的な運動指導ができるわけではない。

医療機関から同じ居住地域にある運動指導機関へ紹介・情報提供（運動処方、運動実施上の留意点など）がなされること、逆に、運動施設から医療機関へ、運動実践の記録、体力検査結果などがフィードバックされる仕組みがあると、患者などにとって運動継続のインセンティブとなる。以上のことから、地域の対象者に対し、医療・運動指導・施設など各機能を担うものが連携し、運動療法連携パスが稼働することが必要である。

運動療法連携パス策定に向けて、以下のステップが必要とされる。これらには個々の健康スポーツ医（医療機関）、個別事業者の自主的な行為として実施可能なものもあるが、社会制度の策定など、今後に向けた関係者による制度協議を必要とする場合もある（図表V－3）。

図表 V－3 運動療法連携パスのイメージ



1) 情報の共有と研修制度の構築

「運動療法連携パス」策定を目指し、医療機関と運動療法施設やフィットネスクラブとの間の運動療法に関する情報の共有化が進むことが第一歩となる。都道府県医師会に組織された健康スポーツ医学委員会は、自治体や運動療法の関連団体と協議を行い、地域での連携が緊密に円滑に行えるように取り計らう。

郡市区医師会と各地区の運動療法施設やフィットネスクラブは緊密に連絡をとり、情報の共有を図る。事務局としては郡市区医師会に組織される「健康スポーツ医部会（仮称）」が執り行うなどの方法が考えられる。健康スポーツ医、スポーツ指導者に関する研修を共同開催するなどの方策も連携強化に役立つ。

2) 地域における「スポーツメディカルチェック機関」の明確化

健康スポーツ医、医療法 42 条施設などを積極的に地域のスポーツクラブに周知する。スポーツメディカルチェック機関・スポーツ指導実施機関などは「運動療法推進機関である地域医師会」（例）の HP などでも公開する。今後の進展に向けて、都市部や研究機関でないと受けられないスポーツメディカルチェックではなく、各地域において受け入れられる体制づくり（検査項目、運動処方内容）が必要である。

3) リスク管理を要する対象者についての情報共有化ルール・言語

スポーツクラブには健康運動指導士が配置されている場合もあるが、すべての指導者が医学用語を理解し、運動処方に基づいた運動指導ができるというわけではない。そこで、健診結果や運動習慣などからお勧めの運動メニューを提供する仕組みを構築するのも一法である。例として愛知県東海市の事例を挙げる【参考資料 4：巻末】³¹⁾。

あいち健康の森健康科学総合センター、東海市ならびに地区医師会が協力してロジックを完成、医師会から運動施設への紹介方法を定め、協力体制を広げている。運動メニューは運動種類・強度別に簡便なものとし、その運動指導が受けられる施設を対象者に紹介する。これにより施設利用者の年々の増加がみられる。

4) 各者が得るべき報酬基準や利用者が負担する費用の提示

これらの実現のためのプロセス検討には、事業関係団体、医療関係団体、指導者関係団体、地域行政、保険者団体などの関係機関が報酬などで協調する必要がある。

介護保険制度において要支援Ⅰ・Ⅱが総合事業に移行したため、地方自治体の独自性を発揮できるようになった。これにより、施設利用料に補助が出るなど、地域に沿った行政との連携が進みやすくなってきた。

5) モデル事業などの検討実施

これらの取り組みを実現するためには枠組み構築に続いて実証事業による内容の検証が必要である。平成 27 年 4 月より（一財）日本規格協会により事業化された「アクティブレジャー事業者の品質評価・認証事業」などの先行事例を参照しつつ、医療者・事業者・指導者・地方行政などを包括した実証の枠組みを模索すべきと思われる。

アクティブレジャー事業者の品質評価・認証事業の特徴は①スポーツ・フィットネスにとらわれず広く身体を動かすレジャー分野全般も対象としたこと、②信頼できるプログラム提供事業者の認定と実施プログラムの成果の評価まで制度化していること、③利用希望者のうち必要な人に「かかりつけ医から事業者への情報提供様式」を整備していること、などで

ある。本制度についてはいまだ利用事業者が伸び悩む現状もあり、今後の動向を注視していく必要がある。

6) 具体的な事例の研究

①自治体施設での運動指導

自治体が、医科学的根拠に基づいた身体活動を通年指導する施設を設置しているケースとして、前述したあいち健康の森健康科学総合センター【参考資料4：巻末】や藤沢市保健医療センター【参考資料5：巻末】がある。

藤沢市保健医療センターは平成6年に地方自治体（市）と医師会、歯科医師会、薬剤師会が共同で設立した財団（平成23年より公益財団）が運営を行う施設である。医師会の共同利用施設としての役割も果たし、高度医療機器共同利用事業、健診事業、訪問看護・居宅介護支援事業、休日夜間診療における薬局運営、健康づくりのための運動トレーニング事業、介護予防のための運動トレーニング事業などを行っている。

②運動負荷試験の提供の仕組み

東京都港区医師会では、港区が平成8年（1996年）に設立した港区立健康増進センター「ヘルシーナ」に健康スポーツ医を派遣している。主に港区在住・在勤者を対象として運動負荷試験を含めたメディカルチェックを行い、運動療法のための運動処方せんを作成し、対象者の運動療法への運動指導を行っている【参考資料6：巻末】。

毎回、2名の健康スポーツ医が医師会から派遣され、このうち1名は運動負荷試験や心肺蘇生に精通している健康スポーツ医である。港区医師会健康スポーツ医会が、健康スポーツ医の派遣の日程などを調整し、港区と健康スポーツ医の派遣に関する報酬や保険などについて協議決定を行い現在も活動を行っている。

③地区医師会と体育協会の連携

横浜市医師会傘下の横浜スポーツ医会と横浜市体育協会（スポーツ医科学センター、各区スポーツセンター）は、「横浜スポーツ医会・横浜市体育協会連携委員会」を設け、市民のスポーツ活動、健康づくり活動などで連携できることを着実に進めていくこととなり、平成24年度から覚書を結んだ【参考資料7：巻末】。まずは各エリア毎に定例でスポーツ医事相談を開催し、市民のスポーツ活動、健康づくり活動を支援する。医療情報の開示で賛同を得た医師はスポーツセンターのホームページにアップされ一層の連携をしている。

[参考・引用文献]

	掲載p
29) 長濱隆史：心臓リハビリテーションを継続させる上での問題点とその環境整備 日本臨床スポーツ医学会誌 10 巻 2 号；267～273、2002	28p
30) 数値は①施設によっては重複でカウントされている②調査時期が同じではない③医療機関も一部含まれている (a) 文科省HP 総合型地域スポーツクラブ育成状況調査 http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/club/1365388.htm (b) 株) クラブビジネスジャパン 日本のクラブ業界のトレンド 2014 年版 (b) ①②厚生労働省 運動型健康増進施設一覧 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou04/01.html (c) 中央災害防止協会HP 都道府県別労働者健康保持増進サービス機関・指導機関名簿 http://www.jisha.or.jp/health/thp/kan/kikan_list.html (d) と (e) 日本運動療法推進機構、健康・体力づくり事業財団、日本健康スポーツ連盟からの聴取による	29p
31) 津下一代．運動療法、病院から地域連携へ．Diabetes Frontier．25(6)663-667, 2014	33p

VI. 健康スポーツを広げるためのインセンティブの在り方

運動習慣を持つ人を増やすためには、本人が運動の必要性を理解し、自分にあった方法を見つけ、やる気になること、つまりモチベーションを高めることが重要である。しかしながら現実には、運動に対する無関心層が約7割を占めることからわかるように、本人任せでは難しい場合がある。そのような場合、外部から適切な刺激を加えることにより、利用者（患者）の意欲を引き出すことの有効性が指摘されている。このようにモチベーションを高めるものをインセンティブと呼ぶ。

インセンティブというと金銭的報酬を思い浮かべるが、それ以外にも社会的評価や自己実現動機を高める場の提供などのインセンティブがある。たとえば、スポーツ選手の場合には、運動が好き・楽しいという気持ちや、上達したい・勝ちたいという内発的なモチベーションのほかに、優勝選手に対する尊敬のまなざし、金銭的な報酬、特別なチャンス（シード、就職、マスコミへの露出など）の提供、義務の免除などの外部的な刺激、すなわちインセンティブが本人のがんばりにつながる。

健康・医療分野においてはこれまでも、運動療法を行う人へのインセンティブになるよう、医療職や運動指導者は歩数など運動実施状況を評価し、賞賛したり励ましたりしてモチベーションを高める役割を果たしてきた。

平成26年の骨太の改革（経済財政運営と改革の基本方針2015）では、「公共サービスの一律の提供がコスト意識を希薄化させ、自助自立を促す取り組みや公共サービス需要の膨張を抑制する取り組みが弱い」ことを指摘、「保険者・加入者の両者の合理的行動を促し、がんばりを引き出す」仕組みの構築を目指している。つまり、「頑張る人を応援する社会システムの構築」により健康行動をとる人を増やし、公共サービスの負担を軽減する方向性を示している。たとえば、自治体、企業、保険者などが、健康行動に対してヘルスケアポイントを付与し、健康関連グッズなどをご褒美として提供する仕組みなどがインセンティブの代表例である。本章では国のインセンティブ制度の動向を視野に入れ、健康スポーツに関わる人へのインセンティブの在り方を考察する。

1. 利用者（患者）に対するインセンティブ

インセンティブの在り方として、本人の健康に資することが第一であり、将来にわたって医療費、介護給付費の増大を抑制し、社会保障制度が維持されるような制度設計が重要である。誤った制度導入によって不適切な行動を誘発するものであってはならない。

制度設計を誤ると、長期的に見て副作用が発生することもある。たとえば、1年間医療機関を受診しなかった人に景品を提供する、という例の場合、「健康で医療の必要性がない人」に対しては不必要な受診を減らす効果が期待されるが、治療が必要なのに我慢して手遅れになり、あとで多大な医療費がかかるようでは本末転倒である。また、公的な健康保険制度は相互扶助の考え方に基づくものであるので、すでに病気を得ている人が明らかに不利益になるような制度にならないよう留意が必要である。

このような観点から、制度設計に際しては、医療の専門家が関わって方針を検討すること、短期的視点ではなく長期的視点をもって考えること、インセンティブ制度によりどのような

行動が惹起され、健康状態や医療費などに影響を及ぼすのかを評価しながら進めていくことが求められる。

1) ヘルスケアポイント：医療保険者が実施可能なインセンティブ

医療保険者が加入者の積極的な健康づくりに資するよう、ヘルスケアポイントの付与、保険料への支援などが検討され、一部保険者ではすでに実施している。例として、歩数や体重などの記録、健康アンケートへの回答、健診受診などの行動に対し、保険者が一定のポイントを付与、スポーツクラブの会費補助や健康関連グッズなどの商品への交換などにより、さらに意欲を高める仕組みである。ウェアラブル機器の普及やICTによるポイント付与の簡便化が後押しとなり、今後の発展が見込まれる領域である。

プログラム参加者では肥満度の改善などの効果を確認できたという報告もあることから多様なプログラムを用意して加入者が選択しやすい制度をつくっているケースもある。性、年代、健康状態、体力、地域特性に合わせて多様なプログラムに参加できる機会が提供されること、参加によって健康状態の変化などを評価できることが望ましい。

保険者はどのような行動等に対してポイントを付与することがインセンティブにつながるのか、医学的評価を含め、十分に検証しつつ進めていくことが求められる。

2) 医療費控除（指定運動療法施設の利用料金に係る医療費控除の取扱い）

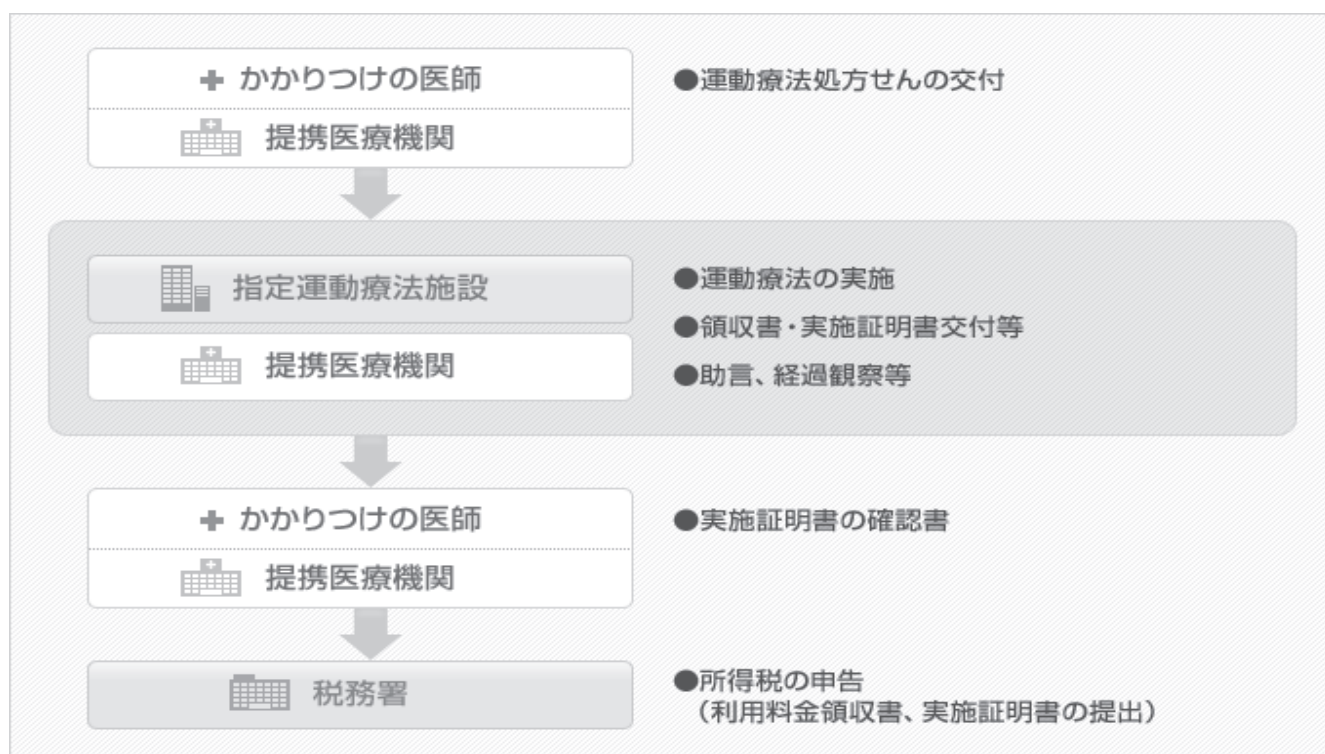
医療保険での生活習慣病管理料の対象疾病範囲外であるメタボリックシンドローム、ロコモティブシンドロームなどにも運動療法が重要である。運動施設利用のハードルの一つが「費用」であることから、運動療法施設利用が医療費控除の対象になることは国民のインセンティブにつながると期待される。

現行では、厚生労働大臣が認定した健康増進施設のうち、基準に基づき厚生労働省が指定を行う施設（以下「指定運動療法施設」という。）については、医師の処方に基づき疾病の治療のための運動療法を行う場として認められている。①疾病の治療のために患者に指定運動療法施設を利用した運動療法を行わせたあるいは行わせている旨の記載のある医師の証明書、②疾病の治療のために医師が患者に発行した運動療法処方せんに基づく運動療法実施のための指定運動療法施設の利用の対価であることを明記した当該施設の領収証、が必要である。（図表Ⅵ－1）。

本制度を患者、利用者に紹介し、使いやすくすることが必要である。 今後は、健康増進施設開設その後の指定運動療法施設の届け出は不要となり、医療法42条疾病予防「運動療法」施設の開設で可能となる制度とし本制度の利活用が進むことが期待される（「Ⅶ.2 医療法42条施設の制度整備と具体的提案」参照）。

一方、運動処方などが適切に行われ、運動指導者との連携をとるためにも、健康スポーツ医の関与を明確にすることが望ましい。

図表 VI-1 指定運動療法施設の利用料金についての医療費控除



2. 企業・保険者に対するインセンティブ

従業員の健康・体力の向上は、プレゼンティズムやアブセンティズムに好ましい影響を及ぼすことはいうまでもないことである。従業員の高齢化は、生活習慣病の増加や体力の低下などの種々の健康課題を生み出し、さらに技術革新に伴う職場のIT化などはストレス要因となり、メンタルヘルス対策もまた現代職場における喫緊の課題である。これらの解決には、健康体力の視点が必要であり、身体活動・スポーツによる基礎体力の養成とストレス解消効果を期待することができる。つまり、企業にとっては、労働生産性の向上と、現場での労働災害の防止などに寄与するものであるといえる。

一方、企業の従業員は、保険者にとって被保険者であり、その健康の向上は医療費の適正化にも寄与するものであり、保険者が健全な収支を維持するためにも必要である。経営者は、保険者に対しての出資者でもあることから、従業員の健康は、企業にとっても、保険者にとっても経営基盤の確立に重要であり、生産性、医療費適正化にも必要である。

1) 産業医・健康スポーツ医の連携で企業生産性の向上

わが国の高齢化は、企業においても同様で、従業員の高齢化が進展している。従業員の高齢化は、体力の低下に基づく転倒・転落事故などの種々の労働災害の誘因にもなりうるものである。企業においては、労働災害の予防対策のみならず、従業員の健康の保持増進対策の一環として、また、メタボリックシンドローム、ロコモティブシンドローム対策としても健康スポーツの実践が望まれる。

産業医は、今後このような企業の状況を鑑みて、健康スポーツ医学の知識を生かして健康体力づくりプログラムの作成や事業者への助言・勧告などをすべきである。また、積極的な

身体活動・スポーツは、メンタルヘルスケアにおける一次予防としても重要であることから、積極的に取り組むことが心の健康づくりや認知症などの対策としても必要である。

2) 労災保険料のメリット制の見直し (図表VI-2)

現在、精神障害の労災補償請求件数が過去最多となり、高齢化に伴う体力の低下が問題となっていることから、長期的な企業の安全健康対策のひとつとして、健康づくり運動やスポーツ活動の奨励をその両者の解決策として検討すべきである。企業にとって健康づくりの取り組みのインセンティブの一つとしては、労災認定がなければその保険料の増加はないものの、フィットネス活動や、THP(心と体の健康保持増進)に取り組むことで、労災保険料のメリット制導入が挙げられる。

企業が、従業員の健康体力増進ならびにメンタルヘルスケアの一環としてフィットネス活動に投資することで、その成果が期待できることから、たとえば、3年間継続して健康投資を行った場合、企業利益に対する税率の割引や労災保険料のメリット制などが導入されれば、企業にとっても大きなインセンティブとなる。

図表VI-2 労災保険メリット制

当該事業の労災保険料を決める際、災害率の増減に応じて、保険料を増減させる制度
基本保険料は一定でも災害が少なくなれば、保険料が一定の基準に応じて下がる
(逆に災害が多いと上がるケースもある)

メリット制のイメージ(実際は単年度ではなく、複数年の収支で保険料増減が決まります)

(例) 道路新設事業者
請負金額25億円 労務费率20% 労災保険料率16/1,000
労災保険金(給付額): 100万円

1. 1年目の労災保険料(掛金)
労災保険料 = (請負金額25億円 × 労務比率20%) × 労災保険料率16/1,000 = 800万円
賃金総額

2. 2年目以降、メリット制が適用
メリット収支率 = 労災保険金100万 ÷ 労災保険料800万 = 12.5% → メリット増減率35%減

メリット収支率	増減率
10%以下	40%減
10%超え 20%まで	35%減
20%超え 30%まで	30%減
30%超え 40%まで	25%減
40%超え 50%まで	20%減
50%超え 60%まで	15%減

メリット収支率	増減率
60%超え 70%まで	10%減
70%超え 75%まで	5%減
(75%超え 85%まで)	(増減なし)
85%超え 90%まで	5%増
90%超え 100%まで	10%増
100%超え 110%まで	15%増

メリット収支率	増減率
110%超え 120%まで	20%増
120%超え 130%まで	25%増
130%超え 140%まで	30%増
140%超え 150%まで	35%増
150%超え	40%増

労災保険料 = 800万 - (800万 × メリット増減率35%) = 520万 (前年から280万減少)

事業者の業務上災害を防止するための取り組みを評価するために、事業者が納付した労災保険料と労災保険給付額の比率に応じて、労災保険料率を上下させる制度が労災保険料のメリット制である。従業員の心身の健康保持増進対策を事業者が講じたことによって労働者の健康が改善し、労働災害発生が減少すれば、事業者にとっても労災保険料が減額されること

になり、健康づくりへの投資としてのリターンが確約されることになる。事業者が職場において積極的な健康づくり事業を展開することで企業にとっても、労働者にとっても好ましい効果が期待されることになる。

労働者に対する健康づくりの取り組みが、企業にそしてわが国にとって大きな利益を創出するのであれば、その取り組みに対してインセンティブを検討することが必要である。また、第12次労働災害防止計画において、高年齢労働者対策として、健康診断などの結果も踏まえて労働災害を防止するための基礎体力を保持できる取り組みが求められているところである。

3. フィットネスクラブのインセンティブ

運動療法としてのエクササイズ、その費用が医療費控除対象ともなるなど、医療費抑制・本人の健康維持・顧客の増加など良いことづくめでありながら、ほとんど機能してこなかった背景には、利益につながらないという側面が大きかった。そのほか、運動指導に造詣の深い医師が必ずしも多くなかったこと、指導に対する医師への給付制度が未整備であることに加え、運動指導施設においても医療からの指導内容や指示を読み解く学習の姿勢を欠いたこと、生活者の側にとって煩雑な手続きの割にメリットが少ないこと、などが挙げられる。

生活習慣改善指導において、栄養指導は従来から医療と深く結びついた事項として「場」を伴っており機能したが、運動指導については市民の行動に変化をもたらすほどの作用は見られなかった。ここでも生活者に対する運動指示が具体的な「場」に結びつかず、指導機関の側もまた生活習慣転換のための運動指導研究に手を挙げた事業者が少数にとどまったことに起因したと考えられる。

しかし、本答申が提案するように地域医療従事者と同じ地域で運動指導を提供する事業者双方に取り組む意志があるならば手法の検討は可能であり、今後は各分野の協働を進められる仕組みづくりに運動指導者・地域行政・地域保険者などを糾合した研究が必要であると考えられる。

健康寿命延伸に向けて、フィットネスクラブの果たす役割を再度認知されること、指導実績を伸ばし、連携パスに組み入れられることなどにより、これらの活動へのインセンティブが高まることが期待される。

運動指導は「場」と「指導者」の両輪によって有効に機能するものであり、指導者の活用という側面は重要である。今後の研究の場にあっては（公財）健康・体力づくり事業財団や（NPO）日本健康運動指導士会などとの連携も必須と考える。

4. 健康スポーツ医に対するインセンティブ

IVで述べたように、これからの健康寿命を延伸する役割として、健康スポーツ医の果たす役割は大きい。かかりつけ医機能として切れ目のない日常診療での医療的機能とともに社会活動、行政活動に参加し医療、保健、介護、福祉関係者と連携し社会的機能を担う。また、地域を基盤とした医療、保健（健康づくり）、介護、福祉の連携が必要であり、多岐にわたる活動こそがかかりつけ医機能を高め、健康寿命の延伸につながる。

しかしながら、健康スポーツ医資格保有者、更新者を増加させるには、同資格を取るためのインセンティブが必要と考えられる。健康スポーツ医が運動処方・指導をしても、診療報酬上の評価がされていない現状があり、医師が積極的に健康スポーツ医を取得し、運動療法に取り組むことが難しい状況にある。

したがって、健康スポーツ医の専門性を活かし、活動の場を広げるための制度変更を提案したい。

たとえば、健康スポーツ医の関与による精緻な運動処方せんの発行に対して、何らかの診療報酬上の評価を行うことが考えられる。これによって、健康スポーツ医を取得し運動療法に取り組む医師が増えることが期待される。

また、生活習慣病管理料の基準緩和などが考えられる（病床基準を現行の 200 床未満から 200 床以上で可能にする）。これによって、健康スポーツ医だけでなく、より多くの医師が運動療法をはじめとする保健指導に取り組むようになると期待できる。

健康スポーツ医としての知識・技術を持った指導に対して対価が発生することで、健康スポーツ医が積極的に生活習慣改善指導に取り組み、結果として医療費の適正化、健康寿命の延伸につながると期待される。

Ⅶ. 仕組みを活性化するための提案(法制化、制度改正等の要望)

1. 健康増進法の見直し、スポーツ基本法による運動療法の普及

健康増進法は、国民の健康増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めた法律であり、もって国民保健の向上を図ることを目的としている。また、スポーツ基本法は、すべての国民のスポーツの機会の確保をはじめ、健康長寿社会の実現を目指したものである。

健康増進に資するスポーツの機会の確保による国民の健康増進ならびに高齢者・障害者スポーツの充実を目指すなど、スポーツ行政の総合推進を担うためにスポーツ庁の設置がなされたことから、スポーツ振興策を他省庁と連携して推進することが可能となり、ライフステージに応じた健康スポーツの普及啓発がさらに進むことが期待される。

しかしながら、健康増進法第三章は、国民健康・栄養調査等、第五章は特定給食施設等、さらに第五章の第二節では受動喫煙の防止が規定されているが、身体活動についての施設、環境に関しては言及されていない。健康増進法においては、身体活動やスポーツ活動についての啓発、指導、施設、環境などに特化した章立てが必要と考える。

また、国民健康・栄養調査においても身体活動・運動および睡眠に関する状況についての記載があるのみである。国民健康・栄養調査において、身体機能や運動習慣等を聞き取ることによって、国民の運動習慣の定着を通しての健康づくりに寄与することになる。さらに、糖尿病などの有病者における運動療法の実態を把握することにより、疾病治療の基本的対策としての運動療法について国民の関心が高まることが期待される。

2. 医療法42条施設の制度整備と具体的提案

健康スポーツ医ならびに医療機関がかかりつけ医機能として健康、疾病、介護の現場で切れ目のないサービスを展開することが必要である。特に医療法人は医療法 42 条施設の運営ができるが、これをより拡大し、質を向上させるために以下の提案を行う。

1) 現行制度の充実

他の機能（心疾患リハ、運動器リハなど）と医療法 42 条施設との合築の可能性を提案したい。医療法 42 条施設が疾病予防「運動療法」施設として、「運動療法」を提供できる場になれば、とくに運動療法施設が少ない地方では効果が期待される。

- ・医療法 42 条施設基準と他の機能との合築の可能性
 - －心疾患リハ、運動器リハの機能訓練室との合築
 - －医療保険適応範囲、介護保険施設適応範囲等の組み合わせの合築
 - －医療保険適応外、介護保険適応外として医療法 42 条施設で継続的に任意として維持期リハビリなどのプログラムの提供を可能とする。
- ・目的により単体、合築を選択可能にし、それに基づきスタッフ基準を定めることが望ましい。
- ・合築がスムーズにできるよう、課題を整理する必要がある。たとえば、医療法人下の施策として融資制度、賠償責任の問題の整備が必要である。

2) 規制緩和などの具体的提案

以下の規制緩和をお願いしたい（図表Ⅶ－1）。

図表Ⅶ－１ 医療法42条施設の現行制度と具体的提案

		現行	提案		
医療法の位置づけ		医療法42条：疾病予防運動施設	「疾病予防運動療法施設」とする：運動療法を行う施設であることを明確に表示する		
施設基準	面積	明確な基準なし。 (制度発足当初は300㎡以上、その後150㎡が目安であったと思われる)	小規模 50㎡未満	中規模 50㎡以上～150㎡未満	大規模 150㎡以上
	施設職員	医師についての規定なし。 健康運動指導士ないしは準ずるもの	医師：健康スポーツ医等が関与することが望ましい。 健康運動指導士：専任1名が望ましい	医師：健康スポーツ医等が関与することが望ましい。 健康運動指導士：専任または常勤1名が望ましい。	医師：健康スポーツ医等が関与することが望ましい。 健康運動指導士：専任または常勤2名が望ましい。
	設備	・トレッドミルなどの有酸素運動設備。 ・筋トレその他の補強運動の設備。 ・背筋、肺活量などその他の体力測定設備。 ・最大酸素摂取量測定機器。 ・応急手当の設備	従来通り		
	認可	国、市町村、その他	定款変更は現状通り。 施設認定の申請の窓口を一本化し施設基準を統一する。		
医療機関への支援		-	設備投資・人件費の税制優遇 医師賠償責任保険で運動療法に関わるリスクをカバーする。		
利用者支援		・医療法42条施設認可だけでは施設利用料の医療費控除を受けられないため、健康増進施設と指定運動療法施設の認可をとる必要がある ・1回の施設利用料金は5000円以内	・指定運動療法施設と同様、運動療法を行う施設であることを明確にし、医療法42条施設において運動処方せんによる運動療法が実施された場合、その施設利用料を医療費控除の対象とする（現行制度に医療法42条施設を追加する）		
時限的な税制優遇		指定運動療法施設による運動療法の施設利用料は医療費控除	オリンピックを機に運動療法を普及させるため、医療法42条施設の施設利用料および指定運動療法施設の施設利用料を時限的に税額控除可能とする。		

Ⅷ. 東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて

1. レガシー

1964 年（昭和 39 年）東京オリンピックでは、日本は国家事業として取り組み、金メダルを 16 個獲得し、世界 3 位の成績を上げた。また、オリンピックを機に国民のスポーツへの関心が高まり、スポーツ少年団、子供を対象とした水泳や体操のスポーツクラブができ、一般人を対象とした会員制のスポーツクラブのモデル事業が行われるなど、国民スポーツの環境が整備され、わが国のスポーツ振興に大きな役割を果たした。

2020 年（平成 32 年）東京オリンピック・パラリンピックを成功させるには、確かな大会運営と日本選手の活躍が不可欠であるが、国民の運動・スポーツへの関心が高まるこの機会をとらえ、子供からお年寄りまで、男性も女性も、競技者から障害や疾病を有する人まで、すべての人が運動・スポーツに親しめる生涯スポーツの環境を整備し、健康な社会、活力ある社会にしていかなければならない。

日本のスポーツはスポーツ少年団、学校の部活動が基盤になっているが、スポーツをやる子とやらない子の二極化が問題となっている。女子では特に中学生のスポーツ離れが問題となっている。また、部活動の指導者確保が難しくなっており、子供の運動・スポーツ参加の促進、スポーツ指導者の在り方、スポーツ環境の整備などが問われている。一方ではスポーツのやりすぎによる外傷・障害や重大事故の予防も課題となっている。

人口の高齢化により有病者、認知症、要介護者が増加し、それに伴って医療費や介護費用が増加し、国家財政への負担が重くなっている。運動・スポーツは生活習慣病や認知症の予防や医療費、介護費用の抑制に有効と考えられるが、医療に運動が十分取り入れられていない。

平成 23 年にスポーツ基本法が制定され、平成 24 年にスポーツ基本計画が策定され、平成 27 年 10 月にスポーツ庁が発足した。スポーツ庁では新たに健康スポーツ課が設置され、「国民へのスポーツの普及、予防医学の知見に基づくスポーツの普及、地域スポーツクラブの育成、子供の体力向上、スポーツの安全確保」を所管する。また、健康スポーツ課には障害者スポーツ振興室が設置され、「障害者スポーツの充実」を所管する。これまで、健康政策とスポーツ政策が別々であったが、スポーツ庁が厚生労働省とも連携して、健康政策とスポーツ政策がうまく連動していくことが期待される。

スポーツ医学には、スポーツに医学を取り入れることと、医療にスポーツを取り入れるという 2 つの方向がある。昭和 57 年（1982 年）に日本体育協会が公認スポーツドクター制度を発足し、スポーツ界にスポーツ医学が徐々に浸透してきており、日本オリンピック委員会、日本体育協会、都道府県体育協会、多くの中央競技団体にはスポーツ医事組織があり、スポーツドクターが関与している。また、実業団、大学のチームでもスポーツドクターが関与しているところもある。しかしながら、スポーツの基盤となる少年団、中学・高校の運動部活動ではスポーツドクターが対応できていない。学校には学校医がおり、医師会とのつながりがあることから、健康スポーツ医が学校医と連携して、運動部活動の安全やスポーツ障害の予防に貢献できる仕組みをつくるべきである。また、医療において運動・スポーツを取り入れられる方策を進めていかなければならない。

障害者は運動不足になりがちであり、健康増進のために一般人より運動・スポーツが必要である。また、障害者スポーツではスポーツ医の支援が不可欠である。2020 年（平成 32 年）を契機に障害者のスポーツ参加を促進し、障害者アスリートに対する健康スポーツ医の支援を進めていく必要がある。

2. 健康スポーツ医のオリンピック・パラリンピック大会への貢献

オリンピック・パラリンピックを開催する場合には、医学の支援が不可欠である。大会組織委員会には医事委員会と 3 つの部門が設置されることが多い。多くの医療関係者の協力が必要であり、健康スポーツ医も積極的に協力する必要がある。

1) 医療救護

大会では各国の競技者、コーチ、役員、IOC 関係者、国際競技連盟関係者、競技運営要員、競技会場の観客など多くの対象者の医療救護が必要となる。選手村には診療所が設置され、競技会場、練習会場における救護体制を整える必要がある。また、専門的検査や治療のための後方病院や救急病院の確保が必要となる。地震などの災害やテロなどで同時に多くの被災者が出た場合の対応を考えておく必要がある。また、海外からの旅行者に対応できる病院や通訳対応システムも考えておく必要がある。

これらの医療救護体制には現場で対応するスタッフの確保、受け入れる病院の体制など多くの医療機関、医師、医療関係者が必要となる。大学病院、都立病院、東京都医師会が中心となり医療システム全体で対応する必要がある。

2) 環境衛生

食中毒予防、環境衛生、感染症対策などがある。東京都衛生局、厚生労働省、空港の検疫所、外務省などの連携が必要である。

3) ドーピング検査

選手村診療所、救護所、医療機関において、選手を診療する医師はドーピングの知識が不可欠である。薬剤師の協力も必要である。ドーピング検査は日本アンチ・ドーピング機構が IOC、WADA と連携して実施するが、多くの検査要員が必要である。

Ⅸ. 答申を具現化するために、関係者がすべきこと

1. かかりつけ医

かかりつけ医は、その地域において地域の住民や在勤者を対象として、疾病の予防や治療、健康管理などを主に行う医師である。地域の環境や地勢にも精通し、日常診療における運動や栄養などのアドバイスを的確に行うことが求められる。学校医や産業医の活動を行っているかかりつけ医も少なくないので、学校保健や産業保健の分野においても運動や栄養などについてのアドバイスができることが重要である。

厚生労働省は平成25年に、運動に関する科学的根拠に基づく専門家向けの身体活動基準、およびこの基準に基づく国民向けパンフレット「アクティブガイド」を作成した【参考資料8：巻末】。これは国民の身体活動の増加と運動習慣の定着を目指したものである。

かかりつけ医には、患者に健康教育・保健指導を行う際、この「アクティブガイド」を配布して運動への意識づけを是非継続的にやっていただきたい。

日本全国でかかりつけ医を通して「アクティブガイド」を広めることは、運動に対する全国的な意識の向上、ひいては国民の健康寿命の延伸に大きなインパクトがあると考えられる。

日常診療における「アクティブガイド」活用から始まり、より運動療法についての認識を深め、安全で効果的な運動指導を行うために、より多くの医師に健康スポーツ医の資格を得て活動していただきたい。東京都医師会健康スポーツ医学委員会の調査では、健康スポーツ医の資格を得ている学校医は約10%、産業医は約35%である。学校保健、産業保健の分野においても健康スポーツ医の知識を生かす場所を広げていただきたい。

2. 健康スポーツ医

健康スポーツ医は、疾病の予防や治療に関する運動指導や運動療法を安全に効果的に行うために日本医師会が定めた講習を受けた後に、日本医師会から健康スポーツ医との認定を受けた医師である。健康スポーツ医は、日常診療や運動現場への出動の時に、内科や整形外科など専門的な特長を生かして運動指導を行う。小児科、婦人科、眼科、耳鼻科などを専門とする健康スポーツ医の数は少ないが、それぞれの専門性を生かした日常診療や運動現場での活躍は期待できる。

日常診療においては、かかりつけ医の役割に加え、運動療法の対象となる患者に分かりやすく新しい知識に基づいて指導を行う。学校医や産業医を兼ねている健康スポーツ医は、学校保健や産業保健の分野においても運動についての指導を積極的に行うことができる。学校では、肥満、熱中症、オーバートレーニングなどについて、事業所では生活習慣病やメタボリックシンドロームにおける運動指導など内容は多岐にわたる。

かかりつけ医としての役割、フィットネスクラブとの連携、自らの診療所での運動指導など、専門性を活かした活動を地区の医師会、スポーツ医関係者と連携して進めていただきたい。

3. 産業医

労働者の高齢化に伴う職場の健康管理における課題としては、種々の生活習慣病増加に基づく就業制限などに伴うプレゼンティズム、体力の低下に基づく転倒・転落などを始めとした労働災害の増加によるアブセンティズム、IT化などの急速な技術革新の導入に基づくストレス関連疾患やメンタルヘルス不調などが挙げられる。これら喫緊の課題に対処するため、産業医の職務範囲も拡大し続けており、その一つの対応策として日々の身体活動量の増加、スポーツ活動の推奨、体力テストによる体力評価と事後指導などが考えられる。これらの対応には、スポーツ医学の知識が必須であり産業医学と健康スポーツ医学の学際的な取り組みが現代職場における高齢化に基づく種々の課題を解決するための解決策を提供してくれるものと考えられる。産業医としては、健康スポーツ医学をも習得し、つまり、認定健康スポーツ医を習得して、その知識を産業現場で活かすことが求められているといえる。

さらに、働く人の健康問題は、従来にも増して多種多様となっており、産業医が健康スポーツ医学の知識を駆使することが重要であるとともに、産業医、健康スポーツ医の連携も必要となってきた。事業場外資源としての健康スポーツ医としての位置付けではなく、お互いに協力し合って、現場の問題を解決していかなければならない社会的な状況がある。

労働安全衛生法の一部改正に伴うストレスチェック制度の導入への対応も産業医に求められることになるが、その対応策の一つとして、職場内のレクリエーション活動、スポーツイベント、体力測定などを通じてのストレス解消効果も期待できる。また、メンタルヘルスケアの一つとしても健康スポーツの取組は重要である。心身の健康づくりの取り組みとして、産業医学と健康スポーツ医学のコラボレーションが求められている。

日本医師会認定産業医を取得するために必要な50単位のうちスポーツ医学に関連する単位は1単位（健康保持増進）にすぎない。産業医には積極的に健康スポーツ医の取得を促すなどの働きかけが必要である。

4. 都道府県医師会、郡市区医師会

都道府県医師会は健康スポーツ医活動の推進に向けて、

- ① 関係機関との協議の場において健康スポーツ医の役割、取り組みを周知すること。例として、都道府県健康増進計画（健康日本21）、介護予防に関する会議、スポーツ推進協議会などの都道府県レベルの会議体があるので、その状況を把握すること。
- ② 医療法42条施設、フィットネスクラブなどの民間運動施設などとの情報を把握し、連携の方策を検討すること
- ③ 広域で実施される大会に協力し、社会貢献に努めること。
- ④ 研修会など健康スポーツ医の資質向上の取り組みを推進すること。この場合日本体育協会公認スポーツドクター、日本整形外科学会などとの連携をとる。ただし、健康スポーツ医は競技スポーツよりも地域スポーツ、日常診療における運動療法に重点を置いていることに留意すること。また新規に健康スポーツ医研修に参加を促し、都道府県レベルで健康スポーツの活性化を図ること。

⑤ 健康スポーツ医活動が低調な郡市区医師会に働きかけ、活性化を促すことなどの活動が期待される。

郡市区医師会においては、健康スポーツ医は医師会の担当理事として医師会と自治体や運動施設との連携や医師会での運動療法の啓発などの指導的役割を果たすことが期待される。特に運動療法に幅広い知識と経験があり、心肺蘇生や運動負荷試験などに精通した健康スポーツ医は、積極的に講演会や自治体のスポーツ大会などの救護活動に参加し、同僚の健康スポーツ医に知識や技術を伝える役割を担う。

ただし、郡市区医師会が自治体のスポーツ事業などへの健康スポーツ医の出動要請に応えて健康スポーツ医を派遣するには、数多くの健康スポーツ医が必要である。それには、健康スポーツ医の数を増やすことが必要であり、健康スポーツ医の資格を持っていない医師会員に健康スポーツ医の資格を取得することが魅力的である対策を講じることも必要になる。

5. フィットネスクラブ、健康運動指導士

本年度創設された「スポーツ庁」は競技力強化だけではなく広く健康寿命延伸や地域活性化などを通じて国民が健康で文化的な生活を送れるようサポートすることを掲げており、行政や市民に対するアピール効果に期待するところ大である。運動の場の拡大と質の向上に向けて同庁との協力を密にする必要がある。

指導者については、各スポーツ種目別の競技団体や文科省が認定する指導者が存在し、健康づくり分野では健康運動指導士・実践指導者をはじめ、高齢者運動指導士など多くの指導者制度が存在する。運動についての関心度や健康状態など多様な国民に運動を継続してもらうには、運動指導者のサポートが必須であり、指導者団体との連携が欠かせない。

本委員会では健康運動指導士主管団体である（公財）健康・体力づくり事業財団からのヒアリングも行ったが、指導団体間の連絡体制構築も含めた働きかけを提起する必要もあると考えられる。

6. 保険者・自治体

医療保険者は、特定健診・保健指導、データヘルス計画を通じて加入者の健康増進、疾病予防を担う役割を持つ。保険者が積極的に運動実施に関するポイント付与などのインセンティブをつけること、特定保健指導の機会に身体活動の増加を促すことを推進する必要がある。また、生活習慣病で治療中の患者にも社会資源の活用を促すことが望ましい。

自治体では運動しやすい環境づくりを進めている。例として、愛知県東海市では地域の健診機関・医療機関・健康サービス事業者と連携し、地域が一体となって個人の健康づくりを支援する仕組みを構築しつつある【参考資料4：巻末】。健診結果からお勧めの運動・食生活応援メニューを提供、市内の運動実践の場につなげる仕組みが稼働している（「V.5 医とフィットネスクラブの連携に向けて」も参照）。市内の運動施設利用者は3倍に増加、糖尿病などの患者はもとより、脳卒中・心筋梗塞の既往がある方などハイリスク者の来所も増えてきて、安全に留意しつつ楽しく運動の場を提供している。

市町村は健康日本21の推進部局（保健センター）と国保担当者が連携して、地域の社会資源としての健康スポーツ医、生活習慣病指導に熱意のあるかかりつけ医、健康運動指導士などの運動指導者・施設の状況を把握し、地域での健康づくり体制を構築していくことが期

待される。健康スポーツ医は口頭での運動指導だけでなく、地域の運動資源をうまく活用し、継続につながる指導を心がけることが重要である。

7. 文部科学省、関係学会

医学教育に健康スポーツ医学のカリキュラムが含まれている医学系大学は少ない³²⁾。運動負荷は、家事や仕事による負荷と置き換えて考えることができる。医師は患者の安静状態だけでなく、活動中の状態も評価できなければならないし、それに基づいて適切な保健指導や医療を施さなければならない。

すなわち、医師を目指すものにおいては、包括的に患者を把握するために健康スポーツ医学を学ぶことは必要不可欠と考えられる。しかしながら、健康スポーツ医学の範囲は極めて多岐に渡るため、医学教育の中で全部を網羅することは到底困難である。

そこで、医学教育の中でできるだけ早い時期に、たとえば運動生理学の基礎知識、運動不足や身体活動に関する疫学的エビデンス、などをたとえ断片的だとしても学習させるべきではないだろうか。文部科学省には、医学教育コア・カリキュラムにおいて身体活動や運動療法に関する学習目標の設定を要望したい。

例を挙げれば、医学教育コアカリキュラム（平成 22 年度改訂版）の B（3）「疫学と予防医学」における到達目標には 7）健康管理、健康診断とその事後指導を説明できる、との記載があるが、加えて、8）運動、食事、睡眠、禁煙などの基本的な生活習慣修正を説明できる、との目標設定が考えられる。あるいは、B（4）「生活習慣と疾病」の到達目標 6）喫煙と疾病との関係と禁煙指導を説明できる、に加え、7）運動不足と疾病との関係と運動療法を説明できる、といった目標設定が考えられる。また、C3「個体の反応」として（3）「生体と薬物」はあるが、（4）「生体と運動（身体活動）」といった項目設定も検討すべきではないだろうか。

平成 32 年（2020 年）に誕生する予定の総合診療専門医制度における専門研修カリキュラム（案）³³⁾では、6 つのコアコンピテンシーとして①人間中心の医療・ケア、②包括的統合アプローチ、③連携重視のマネジメント、④地域志向アプローチ、⑤公益に資する職業規範、⑥診療の場の多様性、が提示されている。「日常診療を通じて恒常的に、健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供することができる」能力が求められている点を踏まえ、総合診療専門医も健康スポーツ医学分野への関心を高めて欲しい。

現在運動・スポーツ医学の関連学会として日本体力医学会、日本体育学会、日本運動生理学会、日本臨床スポーツ医学会など数多くの学会があり、各学会内では職種を超えて活発な研究発表や討論が行われている。

今後さらにこれらの専門学会に期待する役割として、すべての国民が疾病や障害に関わらず運動・スポーツを通じて健康寿命を延ばすために必要な日本人を対象としたエビデンスの構築や、国民への適切な情報提供を期待したい。特に障害者スポーツ分野に関する研究や現場における支援体制は健常者に比べて立ち遅れている現状がある。運動・スポーツ分野の研究者は健常者以外にも視野を広げ、今後の研究課題として積極的に取り組むことが求められる。

また近年では、日本内科学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本動脈硬化学会、日本肥満学会、日本高血圧学会、日本腎臓学会などの各種医学会においても、運動療法に関連する教育講演や学会発表が行われており、健康スポーツ医以外の医師における運動療法への関心の高まりや、患者からのニーズの拡大が示唆される。今後さらに各種医学会でスポーツ医学に関する研究発表や教育機会の提供が増加すること、各疾患の治療ガイドラインにおいて運動療法に関する記述がより充実していくこと、卒後生涯学習機会の一つとして健康スポーツ医制度が活用されることを要望したい。

以上の結果として、運動療法に対する医師の知識・技術の向上が図られ、すべての医師において処方可能な治療手段として確立していくことが、少なからず国民の健康寿命延伸に寄与するものと期待する。

[参考・引用文献]

	掲載p
32) 河野一郎.わが国におけるスポーツ医学教育のあり方.臨床スポーツ医学 8:345-350,1991	49p
33) 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告 H27.4.日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会.	49p

まとめ

健康寿命の延伸には運動が大事であり、生活習慣病などに対する運動療法が広まれば、疾病予防、介護予防につながり、活力ある社会の維持にもつながることが期待されている。

しかし、生活習慣病保有者などに運動を広めるうえでのバリアーとして、運動に伴うリスクを回避した運動指導ができる運動指導者や運動施設があるかどうか、患者を診察する医師に運動を指導する能力があるかどうか、患者自身に運動するような動機づけができるかどうか、が挙げられる。

本答申は、このようなバリアーを打破する仕組みづくりを提案するものである。

1. 健康寿命延伸・健康スポーツを取り巻く新たな動き

政府の「日本再興戦略」において、「国民の健康寿命の延伸」は「戦略市場創造プラン」の主要テーマの一つとして掲げられている。

厚生労働省の健康日本 21（第二次）、平成 26 年度からの「データヘルス計画」が開始され、糖尿病等重症化防止事業、非肥満の生活習慣病に対する保健指導、対象者の健康状態などに合わせた適切な情報提供の在り方、被扶養者に対する保健事業の在り方などが課題となっている。

要介護状態を防止し健康寿命を延伸するための介護予防事業、第 12 次労働災害防止計画において、高齢労働者対策が打ち出されている。

また、これまで厚生労働省など省庁にまたがるスポーツ施策を総合的に推進するため、平成 27 年度に『スポーツ庁』を設置、アスリートなどの競技力向上だけでなく、国民全体のスポーツ・健康増進に向けて、取り組みが強化される予定である。

経済産業省では、「健康・医療戦略推進本部」の下に「次世代ヘルスケア産業協議会」を設置、予防・健康管理へのシフトを目指した政策を打ち出した。産業医学とスポーツ医学の学際的な取り組みによってより大きな効果がもたらされることを期待している。健康スポーツ医としては、運動・身体活動、スポーツ関連のヘルスケア産業に対し、相談・助言、プログラム開発、人材養成などの役割を果たしていくことが期待される。

政府が基本方針を公表し、省庁が協調して健康増進・予防に向けて動き出し、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図る目的で、「日本健康会議」が平成 27 年 7 月 10 日に発足した。これらの一連の動きは、健康スポーツによる健康寿命延伸を支持するものである。

2. 医師、運動施設の在り方

医師は、日常診療において病態に合った運動指導を行う役割が期待されているにもかかわらず、医学部教育において運動処方に関する知識・技術について習得する機会がなく、卒後に自発的に学習する必要がある。医師が運動処方の知識を得る機会として、日本体育協会、日本整形外科学会、日本医師会の 3 つのスポーツ医制度があるが、日常診療における生活習慣病などに対する運動療法と健康増進維持のための運動の指導に重点を置いているのが日本医師会の「健康スポーツ医」制度である。健康スポーツ医制度を活性化するためには、①運動療

法などにおける医師の役割を明らかにすること、健康スポーツ医であることのメリットを実感できること、②医師と運動指導者などとの連携体制の構築、③再研修のさらなる充実、④医師会などによる広報、などが必要と考えられる。

しかし、健康スポーツ医の組織化は不十分である。都道府県医師会では、郡市区医師会の組織を統括する委員会（健康スポーツ医学委員会など）を発足させ、組織化を図る。都道府県医師会では、運動療法施設や健康運動指導士などの運動療法の実務担当を行う団体との窓口と橋渡しの役割を果たす。

郡市区医師会では、地域、教育、産業の分野において運動療法を推進することが重要であるが、実施にあたっては、各地域の状況を把握し、自治体などと常に連携が取れる郡市区医師会に実務を執り行うことができる組織を設置することが必要である。この組織化では、健康スポーツ医だけに限らず、日本体育協会スポーツドクター、日本整形外科学会認定スポーツ医やこれらのスポーツ医の資格はまだ持っていないが健康スポーツ・運動療法に興味がある医師会員が加入できる「健康スポーツ医部会（仮称）」をつくることが望ましい。

郡市区医師会は、自治体に対して運動療法などを行う医師の存在を積極的に周知して、自治体が主催するスポーツ大会や講演会に医師会から医師が派遣できることを示す。郡市区医師会では、スポーツ大会や講演会などに出勤ができる医師の名簿などを管理して、自治体からの出勤の要請に対応する。

3. 健康運動指導士などの運動指導者との連携

医師は診断、病状に基づく運動処方が可能であるが、それだけでは運動実践につながりにくい。地域住民の健康支援のためには、医療機関と協働して健康増進施設が実践の場所とプログラムを提供する必要がある。健康スポーツを広げるため、健康スポーツ医と健康運動指導士などの連携体制の構築が期待される。医師からの運動処方せんをもとに、健康運動指導士が運動プログラムを作成、実践支援を行うことで、生活習慣病の予防・改善に向けた取り組みを強化することを提案する。

4. 運動療法のための施設の在り方

運動を実施する対象者、施設利用者にも多様性があり、その運動目的は個人、年齢、疾患の有無、目的などにより異なる。医療法 42 条施設は、医療の監視下において、運動療法を行う者および疾病予防の必然性の高い者を対象として運動指導などを行う施設であり、医療機関に併設、健康運動指導士などを配置するなど職員、有酸素運動機器の設置、運営方法などの規定を持つ施設であり、外来診療とは違う場で、運動プログラムを提供できる。患者との身近な接点を持つことでかかりつけ医機能を補完できることが期待される。

生活習慣病管理料の活用、運動処方実践管理の場として、介護保険制度による機能回復、リハビリなど、介護予防事業（総合事業）の場として、特定保健指導・積極的支援で継続的支援を実施する場、ロコモティブシンドローム対策（運動器の機能向上）の実践の場となることが期待される。しかし、医療法 42 条施設の設置が進まない現状は、人材確保、設置場所確保、機材の確保ができない、ならびに採算性が合わないのである。今後の健康寿命を促進する動きと連動し、法的条件緩和などを求めていく必要がある。

5. 民間フィットネスクラブの現状と課題

フィットネス事業は何ら許認可を必要とせず、エクササイズ愛好者のみを対象として約40年発展してきた。民間のフィットネスクラブ・スポーツクラブに通う顧客は平成17～18年以来400万人前後で推移しているが、この間年齢構成は高齢化し、約半数が50歳代以上であるが、フィットネスクラブなどの運動施設では利用開始にあたっての医学的検査や医療関係者によるプログラムは制度化されておらず、利用者の自己責任において利用される状況にある。

近年ようやく、医とフィットネスクラブの連携について具体的な動きが整いつつある。利用者層の伸び悩みを抱えていた運動施設では、新たな顧客層として老人保健施設やリハビリ機関、介護予防分野における指導に関心を持つものが出始めている。このような事業者では、医療関係者からの情報を受けての運動指導にも適応力が期待される。

両者の連携事業としては、①施設からの顧問契約依頼（健康スポーツ医相談日・メディカルチェック担当医など）、②スポーツイベント・大会の際の医療職派遣依頼、③患者、利用者の健康管理・運動療法を共同で実施できる仕組み（運動療法連携パス）、などが考えられる。

6. 医とフィットネスクラブの連携に向けて；運動療法連携パス

医療機関から同じ居住地域にある運動指導機関へ紹介・情報提供（運動処方、運動実施上の留意点など）がなされること、逆に、運動施設から医療機関へ、運動実践の記録、体力検査結果などがフィードバックされる仕組みがあると、患者などにとって運動継続のインセンティブとなる。

以上のことから、地域の対象者に対し、医療・運動指導・施設など各機能を担うものが連携し、運動療法連携パスが稼働することが必要である。そのためには、郡市区医師会と各地区の運動療法施設やフィットネスクラブは緊密に連絡をとり、情報の共有を図る。地域における「スポーツメディカルチェック機関」を明確化し、地域医師会HPなどで公開する。

7. 健康スポーツを広げるためのインセンティブの在り方

利用者(患者)に対するインセンティブの在り方として、本人の健康に資することが第一であり、将来にわたって医療費、介護給付費の増大を抑制し、社会保障制度が維持されるような制度設計が重要である。医療保険者が実施可能なインセンティブとしてヘルスケアポイントがある。また、医療費控除(指定運動療法施設の利用料金に係る医療費控除の取扱い)を使いやすくすることで利用者にとって費用面でのインセンティブとなる。

従業員の高齢化は、体力の低下に基づく転倒・転落事故などの種々の労働災害の誘因にもなりうるものである。企業においては、労働災害の予防対策のみならず、従業員の健康の保持増進対策の一環として、また、メタボリックシンドローム、ロコモティブシンドローム対策としても健康スポーツの実践が望まれる。

産業医は、今後このような企業の状況を鑑みて、健康スポーツ医学の知識を生かして健康体力づくりプログラムの作成や事業者への助言・勧告などをすべきである。3年間継続して健康投資を行った場合、企業利益に対する税率の割引や労災保険料のメリット制などが導入されれば、企業にとっても大きなインセンティブとなる。

8. 日医健康スポーツ医に対するインセンティブ

これからの健康寿命を延伸する役割として、日医健康スポーツ医の果たす役割は大きい。かかりつけ医機能として切れ目のない日常診療での医療的機能とともに社会活動、行政活動に参加し医療、保健、介護、福祉関係者と連携し社会的機能を担う。また、地域を基盤とした医療、保健（健康づくり）、介護、福祉の連携が必要であり、多岐にわたる活動こそがかかりつけ医機能を高め、健康寿命の延伸につながる。

そのため、日医健康スポーツ医の立ち位置、価値を高める施策のための制度変更が必要である。また、日医健康スポーツ医の関与による精緻な運動処方せん発行に対する診療報酬面での評価、生活習慣病指導管理料の基準緩和（病床基準を 200 床以上に拡大）の展開などの制度変更が必要である。

9. 仕組みを活性化するための提案(法制化、制度改正等の要望)

健康増進法においては、身体活動やスポーツ活動についての啓発、指導、施設、環境などに特化した章立てが必要と考える。医療機関の医療法 42 条施設の制度整備と具体的提案として、他の機能（運動器リハなど）と医療法 42 条施設との合築の可能性を提案する。

10. 答申を具現化するために、関係者がすべきこと

1) かかりつけ医

日常診療において「アクティブガイド」の活用を広げる。そして、運動療法についての認識を深め、安全で効果的な運動指導を行うためにより多くの医師に健康スポーツ医の資格を得て活動していただきたい。

2) 健康スポーツ医

健康スポーツ医は、日常診療や運動現場への出動の時に、内科や整形外科など専門的な特長を生かして運動指導を行う。学校医や産業医を兼ねている健康スポーツ医は、学校保健や産業保健の分野においても運動についての指導を積極的に行うことができる。

フィットネスクラブとの連携、自らの診療所での運動指導、地区の医師会、スポーツ医関係者との連携をお願いしたい。

3) 産業医

産業医としては、健康スポーツ医学も習得し、つまり、認定健康スポーツ医を習得して、その知識を産業現場で活かすことが求められている。産業医、健康スポーツ医の連携も必要となってきた。産業医には積極的に健康スポーツ医の取得を促すなどの働きかけが必要である。

4) 都道府県医師会、郡市区医師会

都道府県医師会としては、関係機関との協議の場において健康スポーツ医活動の周知、医療法 42 条施設やフィットネスクラブなどの民間運動施設などとの連携の方策、広域で実施される大会への協力、健康スポーツ医の資質向上の取り組み推進、新規健康スポーツ医登録の促進、郡市区医師会への支援などの活動が期待される。

郡市区医師会においては、健康スポーツ医は医師会の担当理事として医師会と自治体や運動施設との連携や医師会での運動療法の啓発などの指導的役割を果たすことが期待さ

れる。自治体との連携は、特定保健指導、介護予防事業などでも必要である。そのためには、郡市区医師会レベルで、健康スポーツ医の組織化が必要である。組織化の第一歩は、医師会のホームページ等で、健康スポーツ医の氏名や診療所、診療科目の一覧を示すことである。健康スポーツ医の数を増やすことが必要であり、健康スポーツ医の資格を持っていない医師会員に健康スポーツ医の資格を取得することが魅力的である対策を講じることも必要になる。

5) フィットネスクラブ、健康運動指導士

本年度従来の行政の枠を超えた「スポーツ庁」が創設された。運動の場の拡大と質の向上にむけて同庁との協力を密にする必要がある。

指導者については、各スポーツ種目別の競技団体や文科省が認定する指導者が存在し、指導団体間の連絡体制構築も含めた働きかけを提起する必要もあると考えられる。

6) 文部科学省、関係学会

医学教育にスポーツ医学のカリキュラムが含まれている医学系大学は少ない。文部科学省には将来的にすべての医学系大学の医学教育においてスポーツ医学の必修化が求められる時代ではないだろうか。

11. 東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、レガシーとして

東京オリンピック・パラリンピック開催に向け、国民の運動・スポーツに対する意識も高まる。本答申で提案した事項のいくつかでも達成できれば、それは国民の健康スポーツを通じての健康寿命の延伸につながり、これは東京オリンピック・パラリンピック開催のレガシーともなるであろう。

参考資料

- 【参考資料1】第20回 日医認定健康スポーツ医制度 再研修会
受講者アンケート結果(まとめ)…………… 59
(本文 p.23 参照)
- 【参考資料2】健康増進施設での維持期心臓リハビリテーションの実際…………… 70
(本文 p.27 参照)
- 【参考資料3】答申で使用する用語について…………… 72
(本文 p.28 参照)
- 【参考資料4】医療と運動実践の場の連携(愛知県東海市)…………… 73
(本文 p.33 参照)
- 【参考資料5】藤沢市保健医療センターにおける運動指導…………… 74
(本文 p.34 参照)
- 【参考資料6】運動負荷試験の提供の仕組み(港区ヘルシーナ)…………… 76
(本文 p.34 参照)
- 【参考資料7】横浜スポーツ医会と横浜市体育協会の事業連携に関する覚書…………… 77
(本文 p.34 参照)
- 【参考資料8】健康づくりのための身体活動基準・指針(厚生労働省)…………… 78
(本文 p.46 参照)

第 20 回 日医認定健康スポーツ医制度 再研修会 受講者アンケート結果(まとめ)

日本医師会地域医療第 2 課

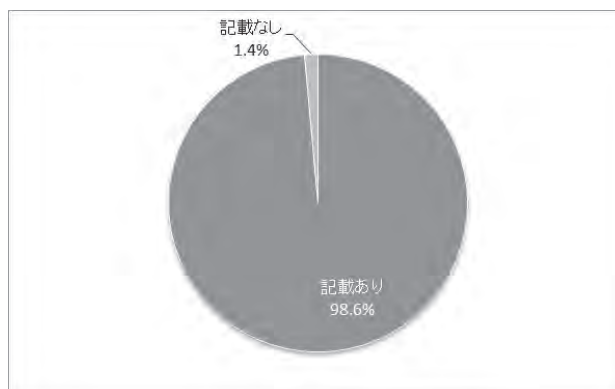
第 20 回 日医認定健康スポーツ医制度 再研修会

日時：2015 年 1 月 24 日（土） 10 時～16 時 30 分 場所：日本医師会館 大講堂
参加者数：213 名 アンケート回収数：138 名

【都道府県】

記載あり 136 名 98.6%

記載なし 2 名 1.4%



【回答数：136】		
東京	28	20.6%
千葉	9	6.6%
愛知	8	5.9%
埼玉	7	5.1%
茨城	6	4.4%
新潟	5	3.7%
北海道・青森・山形・島根・沖縄	4	2.9%
秋田・岩手・宮城・群馬・静岡・長崎・長野・山梨・神奈川・大阪	3	2.2%
福島・奈良・三重・岡山・山口・福岡・大分	2	1.5%
石川・富山・福井・京都・兵庫・広島・佐賀・鹿児島・シンガポール	1	0.7%
合計	136	100.0%

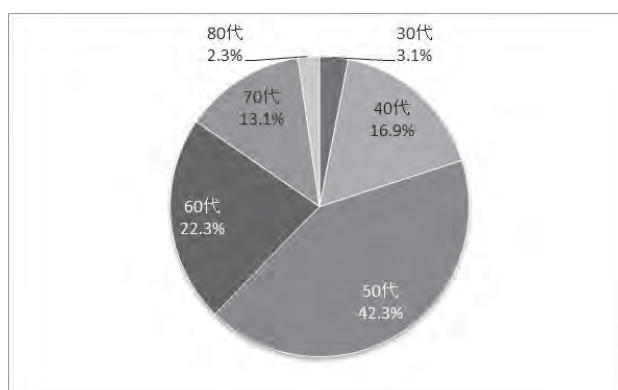
【年齢】

記載あり 130 名 94.2%

記載なし 8 名 5.8%

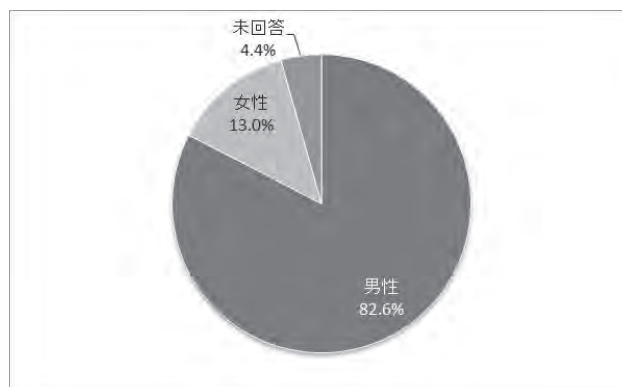
平均年齢 57.5 歳

【回答数：130】		
30 代	4	3.1%
40 代	22	16.9%
50 代	55	42.3%
60 代	29	22.3%
70 代	17	13.1%
80 代	3	2.3%



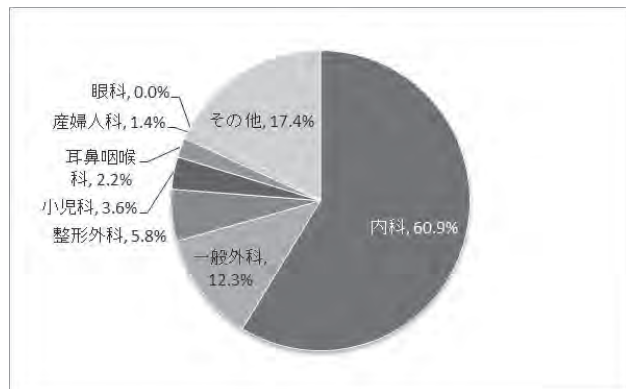
【性別】

【回答数：138】		
男性	114	82.6%
女性	18	13.0%
未回答	6	4.4%



【専門診療科（主たる）】複数回答

【回答数：138】		
内科	84	60.9%
一般外科	17	12.3%
整形外科	8	5.8%
小児科	5	3.6%
耳鼻咽喉科	3	2.2%
産婦人科	2	1.4%
眼科	0	0.0%
その他	24	17.4%



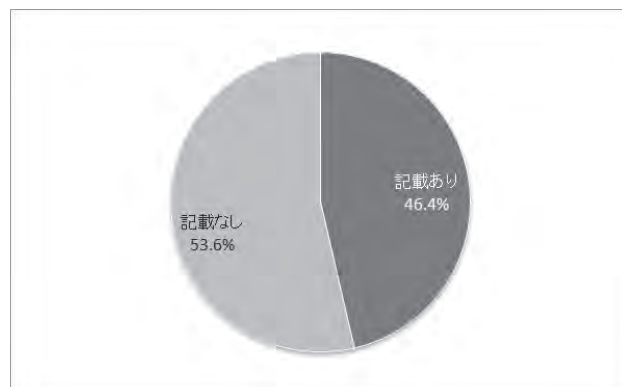
【その他】

【回答数：24】		
健診	3	10.7%
精神科	3	10.7%
脳外科	3	10.7%
産業医	2	7.1%
スポーツ医学	2	7.1%
脳神経外科	2	7.1%
泌尿器科	2	7.1%
ペイン	2	7.1%
家庭医療科	1	3.6%
救急科	1	3.6%
公衆衛生	1	3.6%
神経内科	1	3.6%
スポ外	1	3.6%
体力医学	1	3.6%
放射線診断	1	3.6%
リハビリ	1	3.6%
未記入	1	3.6%

【名前】

記載あり 64 名 46.4%

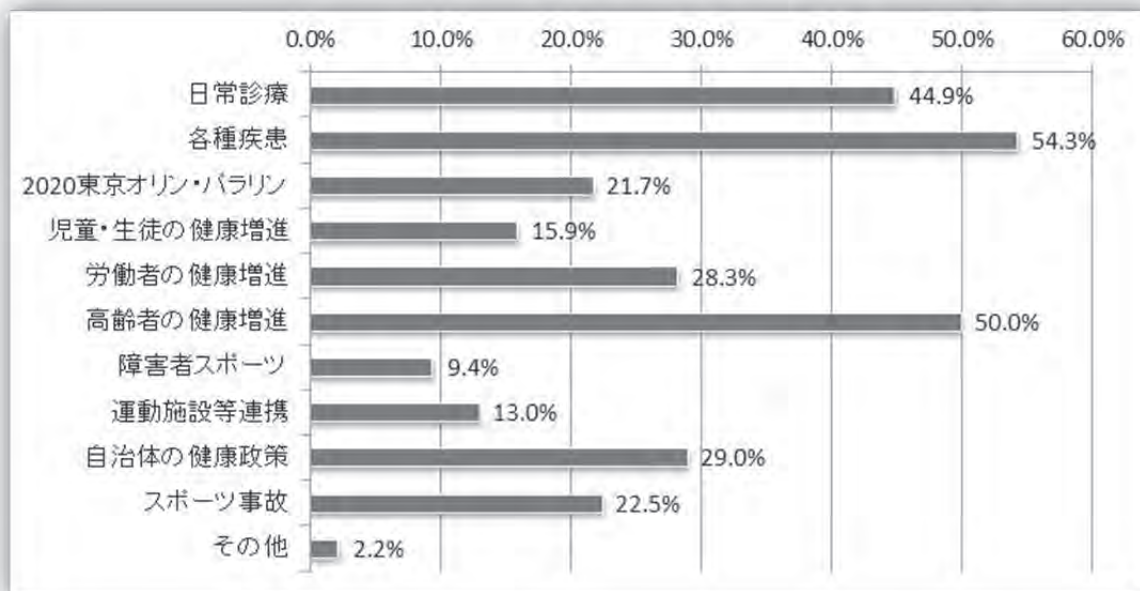
記載なし 74 名 53.6%



【質問１】（複数回答）

今後、健康スポーツ医学再研修会として取り上げて欲しい内容の上位３つを選んでください。
 その他は、具体的にご記入ください。

【回答数：138】



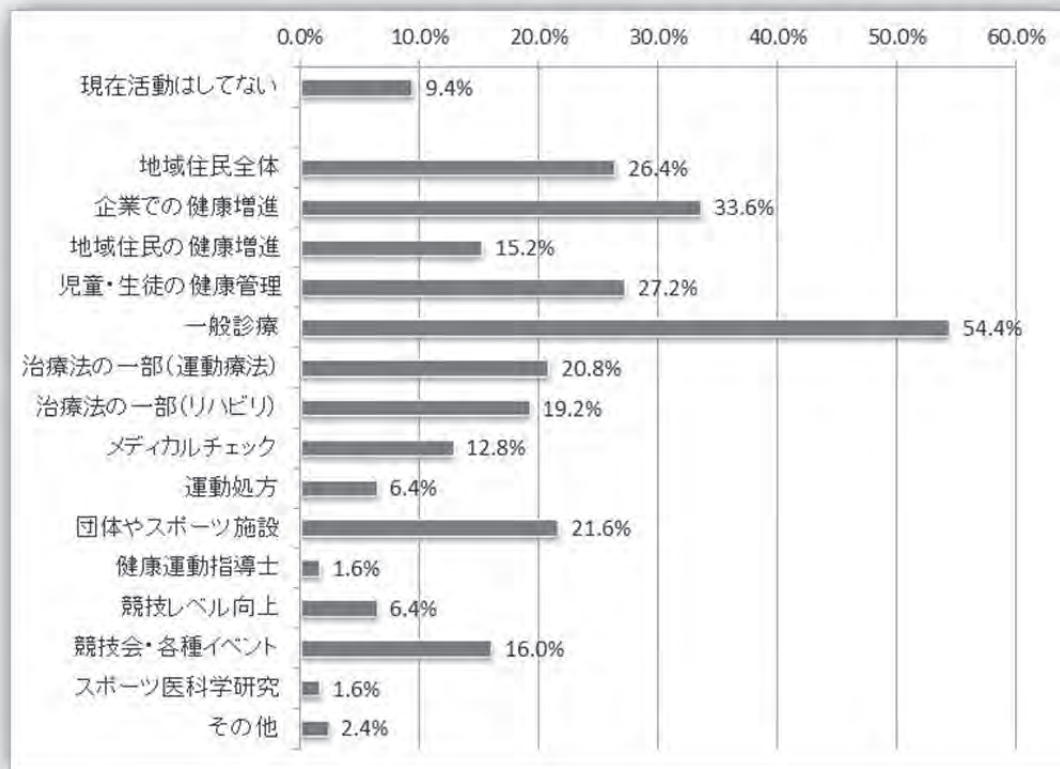
日常診療における運動処方の実際	62	44.9%
各種疾患における運動療法の実際（高血圧、糖尿病、脂質異常症、ロコモ、他）	75	54.3%
2020年東京オリンピック・パラリンピックと健康スポーツ	30	21.7%
児童・生徒の健康増進と健康スポーツ医の役割	22	15.9%
労働者の健康増進と健康スポーツ医の役割	39	28.3%
高齢者の健康増進と健康スポーツ医の役割	69	50.0%
障害者スポーツ	13	9.4%
運動施設、健康運動指導士、保健師、栄養士、保険者等との連携の仕方	18	13.0%
自治体の健康政策（健康日本 21、健康づくり、地域連携）と健康スポーツ医の役割	40	29.0%
スポーツ事故と法的責任	31	22.5%
その他	3	2.2%

【その他】

- ・ランニング競技（マラソン・トライアスロン）の際の医療支援について－外傷、熱中症対策など－
- ・スポーツと心の健康、スポーツへの関心の動機付け
- ・介護予防

【質問2】（複数回答）

現在、どのような健康スポーツ医学に関する活動をしていらっしゃいますか。活動をしていらっしゃる方は該当する番号の上位3つを選んでください。



【回答数：138】		
現在は活動していない	13	9.4%

【回答数：125】		
地域住民全体の健康増進や予防（ボランティア活動含む）	33	26.4%
企業（職域）での健康増進や予防(特定保健指導)	42	33.6%
地域住民（特に国保）の健康増進や予防（特定保健指導）	19	15.2%
児童・生徒（学校）の健康管理（学校医等）	34	27.2%
一般診療のなかでの運動指導	68	54.4%
治療法の一部としての軽症例に対する運動療法	26	20.8%
治療法の一部としてのリハビリテーション	24	19.2%
健康スポーツを行う人のメディカルチェック	16	12.8%
運動処方の作成・相談	8	6.4%
団体やスポーツ施設への協力・助言、嘱託医	27	21.6%
健康運動指導士等への指導・助言	2	1.6%
競技レベル（アスリート）の向上並びに嘱託医	8	6.4%
競技会、各種イベントの医事運営、支援	20	16.0%
スポーツ医科学に関する研究活動	2	1.6%
その他	3	2.4%

【その他】

- ・ジョギング実践
- ・併設フィットネスセンター利用者の定期健診、健康教室開催
- ・介護予防、地域老人体操、訪問リハビリステーション経営、地域での転倒予防

【質問3】（複数回答）

健康スポーツ医活動を実践するにあたって、どのような課題がありますか。該当する番号の上位3つを選んでください。



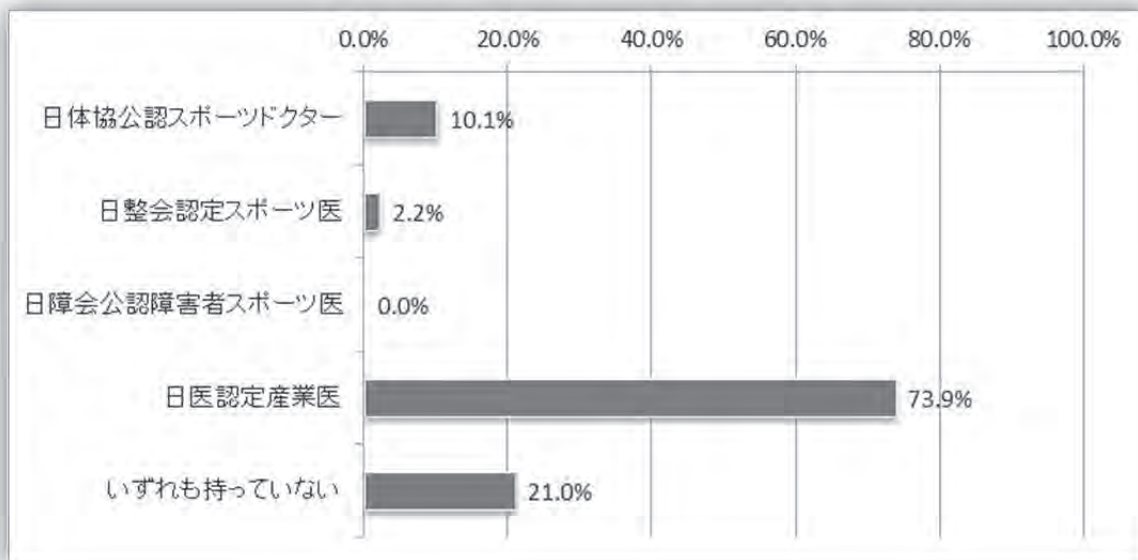
【回答数：138】		
一般診療のため時間がない	55	39.9%
経営的に採算が合わない	27	19.6%
研修の機会が少ない	51	37.0%
運動の動機づけが難しい	42	30.4%
現場、指示に基づく事故が心配	24	17.4%
運動施設との連携の仕方が分からない	43	31.2%
医業類似行為者との競合	14	10.1%
患者が専門外の疾患にかかっている	9	6.5%
活動の場がない	42	30.4%
その他	7	5.1%

【その他】

- ・自身がスポーツをしていない。
- ・整形外科領域の実施経験不足のため適切な対応ができていない。
- ・道路で転倒した高齢者への対策を地域包括支援センター・市役所と連携を行うが、必ずしもスムーズではない。
- ・必要な人に時間と場がない。（企業、国の協力が必要）
- ・具体的な成果の出し方がわからない。患者自身に時間がとりにくい。
- ・認知度が低い。前回の研修会から5年経つても、残念ながら少しも知名度があがったように思えません。
- ・ありません。

【質問4】（複数回答）

次の資格をお持ちですか。該当する番号を選んでください。



【回答数：138】		
日本体育協会公認スポーツドクター	14	10.1%
日本整形外科学会認定スポーツ医	3	2.2%
日本障害者スポーツ協会公認障害者スポーツ医	0	0.0%
日本医師会認定産業医	102	73.9%
いずれも持っていない	29	21.0%

【質問5】

研修をはじめ認定健康スポーツ医制度全般について、ご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

スポーツドクターとスポーツ医の違いがどうあるのか？意味あい？
必要な知識なのに臨床の現場では軽視されているので、今後も発展してほしいと思っています。また、食事・睡眠に関する話もうかがうことができれば嬉しいです。
運動会、体育祭等イベントにスポーツ医が招待されるような運動を行ってほしい。
2020年東京オリンピック・パラリンピックには積極的に関わっていきたいと思います。情報の提供をよろしくお願い申し上げます。
職場(病院、老健)での健康スポーツ医活動をするだけの余裕がない。職場や診療で指導しても継続してくれない。
単位取得の研究会が九州は少ない。案内も見つけにくいです。
地方における研修会など機会をもっと多くして頂きたい。
スポーツ・運動は、心身両面に有効。メンタルヘルスに応用したいと考えます。この方面の講演を聞きたいと思っています。
医師会職員の中に、スポーツ医担当者もあり、本人も有資格者（例えば弘前市医師会職員に剣道6段者もいる）、定員内ならば事務職員も受講ができるようにして欲しい。
一般的には健康スポーツ医＝スポーツ障害医の認識が強い。単体の医師会の運営委員会でも整形の先生が多くを占めるため、健康維持というよりもスポーツ外傷のニュアンスが強い。
一般開業医が診療の中でスポーツ医として関わる糸口のノウハウが欲しい。
日本体育協会公認スポーツドクターは、現在研修会受講中（本年2月で最後）。
一般、学生、生徒の水泳大会の救護に関して指導、講習を受けたい。
研修会が平日や土曜日に多く、開業医として参加しにくいと思います。本日も、臨時に休診にして上京して参りました。（インフルエンザシーズンでの休診はきついです。）
範囲が非常に広範なので、ある程度系統だったカリキュラムを作っていただく様、検討いただくと助かります。本日の研修会も現場で実施に様々な活動をしていただいている先生方のご講演を拝聴でき、参考になりました。
運動が寄与する心の健康、運動への動機付けなど重要な課題があり、もっと心理的側面にも焦点をあててほしい。
本日の医学書販売をみても、みんな運動処方の本ばかり見てますよ。運動処方の具体的なレクチャーをききたい。運動〇〇事故の責任論をきちんとレクチャーしてほしい。
地方でも今回のような講習会があると嬉しいです。難しいでしょうけれど。福岡では整形外科的なものばかりです。（各論のみ）
産業医の様に活動場を設ける必要性があります。
運動したいが時間がない、場所がない人が多い。運動はきらいという人もいる。動かすのが難しい。
日体協スポーツドクターを含め、あまり役に立っていない。ブーマライチス(boomeritis)についても取り上げてほしい。
会場について、受付は9時からとのことであるが、できれば冬場は受付前に現場に人がいればロビーを少し前に開放して欲しい。
有料でもいいので、DVDでの教材があるとよい。
今後は産業医のように、スポーツの場においての存在が明確化してくればよいと考えます。
資格が生かせるような制度があるとよい。
県・市医師会レベルでの研修機会がもっとあるといいです。
患者に対しての活動の中では、保険診療の扱いになっている部分があってもいいのではと思う。
研修会を日曜日に開催して頂くとありがたいです。
ワークショップや実技研修等、参加型の研修もあるとよいと思います。
資格を生かす場や機会がない。
再研修会は土曜日ではなく日曜にいただけると助かります。
3年前、労働衛生コンサルの資格をとった。その試験の前に緑内障手術を受け、右眼も26年前より視力低下。左眼は眼圧症、最近では眼痛もあり、すべての活動は休止状態。産業医のみやっています。
日体協スポーツドクターへの推薦がとれるような取り組みを医師会でして欲しい。必要があれば再研修会は別な研修制度を設けるなど。再研修会の開催を年2回以上にして欲しい。健康スポーツ医情報のメールマガジン等を発行して欲しい。健康運動〇〇、AT、PTやフィットネス機関との交流の場を設けて欲しい。
スポーツ医の認知度を高めてほしいです。

運動生理学。
講義のみではなく、産業医制度の様に、実地指導を含めた研修もあった方がよいのでは？
教育委員会と連携し、小中学校の課外活動でのスポーツ医の介入を位置付ける分野を確立してほしいです。コーチだけの指導で健康被害を生じる子供が多いので。
日本体育協会公認スポーツドクター取得時の都道府県推薦者の代行などを行なって欲しい。資格を利用する場を提供してほしい。
特に無し。
日医ジョーガーズのランニングドクターとしての活動や医師会がひきうけるマラソンの救護以外に、活動する場の情報がないのが残念です。番外の感想です。自分がマラソンを含む多くの運動をするので、女性からの質問を受けます。今日の女性アスリートの話は参考になりました。
ありません。

第20回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会 アンケート調査票

本日は、第20回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会をご受講いただきまして、誠にありがとうございました。

日本医師会では、生涯教育の一環として、認定健康スポーツ医の先生方を対象とした「健康スポーツ医学再研修会」を、毎年開催しております。今後とも、認定健康スポーツ医の先生方の資質向上に寄与できるよう、プログラムを企画していきたいと考えております。

つきましては、大変恐縮ですが、今後の企画の参考とさせていただきたく存じますので、アンケートにご回答いただきますようお願い申し上げます。

◆都道府県名 _____ 都道府県 _____ ◆年齢 _____ 歳

◆性別（○で選択） 男性 ・ 女性

◆専門診療科（主たる） 1.内科 2.小児科 3.一般外科 4.整形外科
5.耳鼻咽喉科 6.産婦人科 7.眼科 8.その他
（ ）

◆お名前（お差し支えなければご記入ください）

質問 1. 今後、健康スポーツ医学再研修会として取り上げて欲しい内容の上位 3 つを選んでください。その他は、具体的にご記入ください。

1. 日常診療における運動処方の実際
2. 各種疾患における運動療法の実際（高血圧、糖尿病、脂質異常症、ロコモ、他）
3. 2020 年東京オリンピック・パラリンピックと健康スポーツ
4. 児童・生徒の健康増進と健康スポーツ医の役割
5. 労働者の健康増進と健康スポーツ医の役割
6. 高齢者の健康増進と健康スポーツ医の役割
7. 障害者スポーツ
8. 運動施設、健康運動指導士、保健師、栄養士、保険者等との連携の仕方
9. 自治体の健康政策（健康日本 21、健康づくり、地域連携）と健康スポーツ医の役割
10. スポーツ事故と法的責任
11. その他（ ）

質問2. 現在、どのような健康スポーツ医学に関する活動をしていらっしゃいますか。

0. 現在は活動していない

活動をしていらっしゃる方は該当する番号の上位3つを選んでください。

1. 地域住民全体の健康増進や予防（ボランティア活動含む）
2. 企業（職域）での健康増進や予防（特定保健指導）
3. 地域住民（特に国保）の健康増進や予防（特定保健指導）
4. 児童・生徒（学校）の健康管理（学校医等）
5. 一般診療のなかでの運動指導
6. 治療法の一部としての軽症例に対する運動療法
7. 治療法の一部としてのリハビリテーション
8. 健康スポーツを行う人のメディカルチェック
9. 運動処方への作成・相談
10. 団体やスポーツ施設への協力・助言、嘱託医
11. 健康運動指導士等への指導・助言

12. 競技レベル（アスリート）の向上 並びに嘱託医
13. 競技会、各種イベントの医事運営、支援
14. スポーツ医科学に関する研究活動
15. その他
()

質問3. 健康スポーツ医活動を実践するにあたって、どのような課題がありますか。該当する番号の上位3つを選んでください。

1. 一般診療のため時間がない
2. 経営的に採算が合わない
3. 研修の機会が少ない
4. 運動の動機づけが難しい
5. 現場、指示に基づく事故が心配
6. 運動施設との連携の仕方が分からない
7. 医業類似行為者との競合
8. 患者が専門外の疾患にかかっている
9. 活動の場がない
10. その他 ()

質問4. 次の資格をお持ちですか。該当する番号を選んでください。

1. 日本体育協会公認スポーツドクター
2. 日本整形外科学会認定スポーツ医
3. 日本障害者スポーツ協会公認障害者スポーツ医
4. 日本医師会認定産業医
5. いずれも持っていない

質問5. 研修をはじめ認定健康スポーツ医制度全般について、ご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

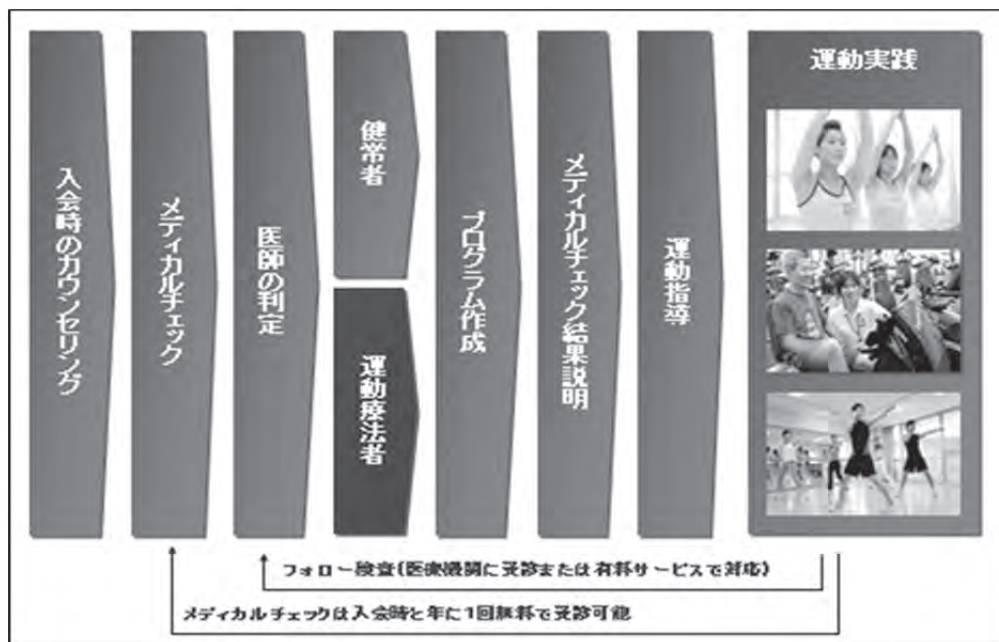
--

ご回答いただきありがとうございました。

（お名前等の個人情報は、日本医師会認定健康スポーツ医制度の運営に係る業務に限り利用させていただきます。）

【参考資料2】健康増進施設での維持期心臓リハビリテーションの実際

①全体の流れ



②医療機関から健康増進施設への簡便な紹介カード

医療機関記入表

疾患部位 ☐肩関節 ☐腰部 ☐股関節 ☐膝関節
☐その他 ()
 目的 ☐ダイエット ☐筋力向上
 コース ☐おすすすめサポート※ ☐一般コース
 特記事項 ()

※おすすすめサポートは健康増進施設のプログラムです。あなたに合うサポートプログラムを担当者からご提案していただきます。

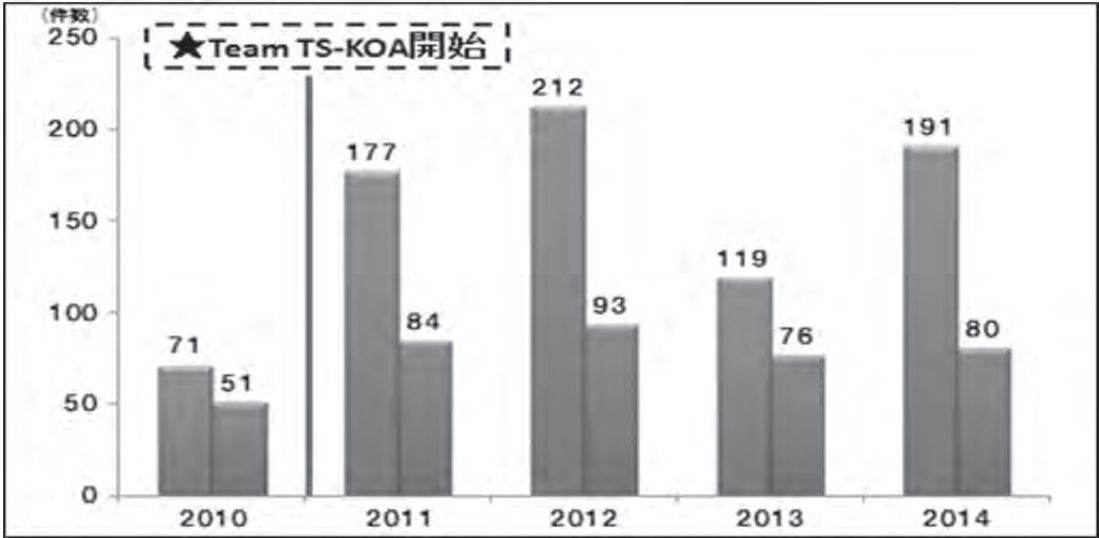
- ・集団サポート
- ・個別トレーニング（コンディショニング・ストレッチ・トレーニング）
- ・スポーツ健康カウンセリング
- ・トレーニング（中・高校生対象）会員

主治医サイン



20 年 月 日発行

③医療機関からの紹介・入会者数の推移



【参考資料3】答申で使用する用語について

本答申では、「フィットネスクラブ」という語に下記のものを含めている。

- ・民間の総合型会員制フィットネスクラブ（下記の経済産業省定義参照）
- ・ヨガ教室・ストレッチスタジオなど単機能であっても指導者を伴うもの
- ・公営の体育館（ジム・プール）などで指導者を伴うもの。
- ・指導者が公民館などにおいて開いている教室など、指導者による指導を伴う運動施設・フィットネス施設

< 参 考 >

スポーツ施設提供業（日本標準産業分類）

陸上競技場；運動広場；バレーボール場；卓球場；クレール射撃場；スケートリンク；アイススケート場；ローラースケート場；サッカー場；プール；公営野球場；公営運動場管理事務所；乗馬クラブ；フィールドアスレチック；体育館；フィットネスクラブ；ゴルフ場；ボウリング場；テニス場など。

フィットネスクラブ

経済産業省の特定サービス産業実態調査におけるフィットネスクラブの定義は、「室内プール、トレーニングジム、スタジオなど室内の運動施設を有し、会員に体力向上などのトレーニングの機会を提供する事業所」とされている。

会員向けの施設（室内プールのほかに室内運動施設を有しない事業所は除外。）

なお、民間フィットネスクラブでは「フィットネスクラブ」「スポーツクラブ」「ウェルネスクラブ」などの呼称が使用されている。

スポーツクラブ

「総合型地域スポーツクラブ」（文科省）のように特定の施設・機能よりも「人の集まり」を指す場合もある。



東海市しあわせ村

市内に判定場所を広げていく
市民館・公民館、市民体育館、
民間企業など

②

居住地区近くのスポーツを紹介（公園・ウォーキングコース、各施設）

【参考資料 5】 藤沢市保健医療センターにおける運動指導

出典「日本臨床スポーツ医学会誌：Vol. 23No3, 2015」より抜粋

生活習慣病などの内科的疾患に関する運動療法の効果はすでにエビデンスとして認められているにも関わらず、地域において医科学的根拠に基づいた身体活動を指導する施設は少ない。藤沢市および藤沢市医師会が共同で運営する藤沢市保健医療センターは、動脈硬化性疾患の一次予防、二次予防を主たる目的として、20年間運動療法を行ってきたので、その運動指導につき紹介する。

●施設の概要

施設の運営母体は、藤沢市および藤沢市三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）が出資する公益法人藤沢市保健医療財団である。施設（藤沢市保健医療センター、7,208m²）内に診療所、運動トレーニング室（257m²）および多目的室（160m²）を設置し、身体活動を通じた一次予防、二次予防を主要な事業（健康づくりトレーニング事業、以下「健トレ」と略）の一つとしている。

●運動トレーニングの方法（図1）

施設利用者は、健診結果（血圧、血糖値、脂質、肥満度、貧血の有無に関する項目が必須）を持参し、保健指導スタッフによる健康相談を行ったのち、医師による問診診察、運動負荷テストを含む体力テスト（料金5,000円）を受ける。その結果に基づき、運動指導員（健康運動指導士）による運動相談を行い、運動処方进行提示する。その後の1年間は自己管理による運動トレーニングを実施する（1回利用料金500円）。トレーニング内容は身体状況にあわせて有酸素運動およびレジスタンストレーニングを組み合わせる。

●運動トレーニング室利用者のプロフィール

健トレ参加者（平成24年度）は718名、このうち新規参加者は135名（15.8%）であり、継続利用者が多い。平成24年度利用者の平均継続年数は6.6年であった。平均年齢は64.5歳（男67.3歳、女62.7歳）であり、男女とも60歳代、70歳代が多く利用者の高齢化が進んでいる。利用述べ人数は平成6年度4,604名、以後漸増し平成25年度は26,731名になり、1日当たりの平均利用者数は98名で、施設の利用者容量の80%に達した。この数年は介護予防目的の利用者が増加し、多目的室を利用し低強度（日常生活活動レベルをわずかに超える強度）の運動指導を開始した（平成25年度の延べ利用者数4,580名）。

利用者の心血管因子保有割合（平成24年度）は、高血圧症276名（38%）、糖尿病あるいは耐糖能異常85名（46%）、脂質異常症419名（57%）であり、危険因子保有者が多くみられ、運動中の安全対策は重要である。当施設は、地区医師会の共同利用施設でもあることから、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの治療は地域医師会医療機関において行われ、これと連携して食事・運動療法を当施設が担当するという役割分担をしている。

●リスクの層別化

安全対策の一つとして利用者のリスク層別を行う。危険因子（肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病・耐糖能異常）保有状況、貧血の有無および年齢から5つの層別を行い、それに応じた運動指導を行う。層別の基準はACSM¹⁾による基準に準拠したものである。運動中の医科学管理が必要とされる群が50%以上である。

●運動療法の効果^{2) 3)}

30～69歳の藤沢市国民健康保険被保険者のうち健トレに参加した976名（介入群）を、4,570名の対照群（藤沢市国民健康保険被保険者から無作為に抽出）を設定して3年間にわたる大規模調査

を行った。その結果、当施設の運動療法および食生活改善により、体重、BMI、血圧値、総コレステロール値の有意な改善がみられ、当施設の運動療法が動脈硬化性疾患の一次・二次予防に有効であることが強く示唆される。

まとめ

○藤沢市の理念の一つとして、予防医学を推進・運営する財団および拠点施設が設立され、財団経営が順調に行われていることが、運動療法を継続していく上で欠かせない重要な背景となっている。

○医師、運動指導員等の人件費、トレーニング室の賃借料が健診費用、受託費により賄われていることが、利用者の負担を軽減させている。

○利用者は、平均 6.6 年継続している。これは、新規利用者が 15.8% と少ないことにも繋がっている。地域全体の健康保持・増進のためには新規利用者の確保が必要であり、ハイリスクアプローチと連動したポピュレーションアプローチが必要である。

参考文献

- 1) 身体活動参加前の健康スクリーニングとリスクの層別化. アメリカスポーツ医学協会編. 運動処方 の指針ー運動負荷試験と運動プログラム (原著第 7 版)、東京、南江堂、2006
- 2) 藤沢市. 国保ヘルスアップモデル事業実施状況報告書 (平成 14～16 年度藤沢市事業実施報告書)、2005 年 (平成 17 年) 6 月 30 日
- 3) 鈴木清美、小堀悦孝、相馬純子、小野田愛、齋藤義信、尾形珠恵、李廷秀、森克美、川久保清. 藤沢市における個別健康支援プログラムの有効性の検討、厚生 の指標、2006 ; 53 (11) : 12-18



【参考資料6】運動負荷試験の提供の仕組み（港区ヘルシーナ）



平成8年4月に財団法人港区スポーツふれあい文化健康財団が設立されました。
この財団の主要な事業の1つは港区民（在住者）および区内に通勤している人達（在勤者）のために行なう健康に関わる諸施策の中核的な場および発信基地になるということです。

その活動の第一歩として、港区立健康増進センター（愛称ヘルシーナ）が、同4月から活動をはじめました。

社団法人港区医師会はこの企画に全面的に協力しており、ヘルシーナで行う主要な事業である健康度測定（運動負荷検査を含む）を中心とした運動、栄養そして休養の総合的な指導のために、日本医師会認定健康スポーツ医を交替で派遣し、着々と成果をあげています。

ヘルシーナは健康と運動に関心のある方ならどなたでもご利用になれます。ことに主治医から運動を勧められている方には健康度チェックを行い、あなたにとって最も適切な運動指導をいたします。どうぞ積極的にお問い合わせ下さい。外国の方のご利用も歓迎いたします。

ご利用方法は以下の通りです。

ヘルシーナご利用案内

ご利用料金
●第2トレーニングルーム（個人用）

	利用料金	備 考
港区在住者	400円	運転免許証等住所が記載されている証明書を提示してください。
港区在勤者		社員証・健康保険証等会社の所在地が記載されている証明書を提示して下さい。
健康度測定受診者	200円	「健康度測定」を受診された方。
区外者	800円	上記に該当しない方

【参考資料 7】横浜スポーツ医会と横浜市体育協会の事業連携に関する覚書

横浜スポーツ医会と公益財団法人横浜市体育協会の 事業連携に関する覚書

（主旨）

第 1 条：横浜スポーツ医会（以下「甲」という。）と公益財団法人横浜市体育協会（以下「乙」という。）は、横浜市民の健康づくりと市民スポーツの振興を図ることを目的に連携し、それぞれが主体となって各種事業を実施する。

（連携の内容）

第 2 条：甲および乙は、前条を達成するため、次の事業を連携して行う。

- （1）市民を対象としたスポーツ医事相談事業に関する事。
- （2）乙が実施する各種事業に対する甲の医師の医学的アドバイスに関する事。
- （3）甲が実施する各種事業に対する乙の職員の運動指導等に関する事。
- （4）甲と乙の事業の啓発活動に関する事。
- （5）その他甲と乙が連携して実施することにより目的が達成できる事業。

（事業の実施）

第 3 条：前条の事業を実施するときは、甲乙協議して決定する。

（事業の報酬等）

第 4 条：甲および乙の事業連携に関する報酬等については、甲乙協議して定める。

（覚書の解除）

第 5 条：本覚書の解除は、甲または乙のいずれかの申し出により、甲乙協議して決定する。

（補則）

第 6 条：この覚書に定めのない事項については、必要に応じて甲乙協議して定める。

この覚書の締結を証するため、本書 2 通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各自 1 通を保有する。

平成 24 年 4 月 1 日

甲

（横浜スポーツ医会）

乙

（公益財団法人横浜市体育協会）

①健康づくりのための身体活動基準 2013(概要)

ライフステージに応じた健康づくりのための身体活動(生活活動・運動)を推進することで健康日本21(第二次)の推進に資するよう、「健康づくりのための運動基準2006」を改定し、「健康づくりのための身体活動基準2013」を策定した。



