

(健I 207)

令和3年12月14日

都道府県医師会

健康スポーツ医学担当理事 殿

日本医師会 常任理事

羽鳥 裕

(公印省略)

運動・スポーツ関連資源マップ構築に向けた検討のための
健康スポーツ医向けアンケート調査の協力依頼について

平素、本会健康スポーツ分野に関し種々ご理解賜わり、厚く御礼申し上げます。
今般、スポーツ庁健康スポーツ課長より本職宛、**別添1**の通り、標記アンケート調査への協力依頼がありました。

現在、スポーツ庁では、令和3年度Sport in Lifeプロジェクトのひとつとして、日本医師会と連携した運動・スポーツ関連資源マップ構築に向けた検討を行っております。本アンケートはその事業の中で行われるものであります。

日本医師会「運動・健康スポーツ医学委員会」では、かねてより「運動・スポーツ関連資源マップ」の作成を提唱しており、本アンケートはその実現に向けて、大変意義あるものと認識しております。そこで、アンケート調査票の郵送先は、日本医師会認定健康スポーツ医に登録されている先生方の中から、ランダムに抽出させていただきます。

つきましては、**別添2**のアンケート調査票が、ランダム抽出された健康スポーツ医あてに近日中に郵送されることについて、貴会ならびに管下の健康スポーツ医の先生方にご理解、ご了知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、アンケートへの回答はWEBでも受け付けており、締切は令和4年1月14日(金)となっておりますことを申し添えます。

記

(添付資料)

別添1 スポーツ庁からの調査協力依頼

別添2 アンケート調査票

以上

公益社団法人日本医師会 常任理事
羽 鳥 裕 殿

スポーツ庁健康スポーツ課長
小 沼 宏 治

運動・スポーツ関連資源マップ構築に向けた検討のための
健康スポーツ医向けアンケート調査の協力依頼について

平素より医療と連携した安全かつ効果的な運動・スポーツ実施率の向上に多大なる御理解御協力を賜り厚く御礼申し上げます。また、新型コロナウイルス感染症対応に多大なる御尽力をいただいておりますことに心から敬意を表するとともに感謝申し上げます。

さて、スポーツ庁は、スポーツ基本法の趣旨を踏まえ、スポーツを通じて国民が生涯にわたり心身ともに健康で文化的な生活を営むことができる社会の実現を目指しております。特に、今年度開催されました東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会のレガシーとして、国民の誰もがスポーツをすることを特別なことと捉えずに、生活習慣の中で自然とスポーツに親しむ「Sport in Life」の実現に取り組んでおります。昨今では、外出自粛やテレワーク等による運動不足から、身体的及び精神的な健康を脅かす健康二次被害が懸念されるところですが、このような状況下においても国民の皆様が安心して安全かつ効果的な運動・スポーツをしていただけるよう環境づくりに努めているところです。

また、人生 100 年時代を迎えるに当たり、生涯を通じて健やかに過ごすためには運動・スポーツを通じて健康増進や健康寿命の延伸を実現することが必要不可欠であり、特に高齢者や有疾患患者などの配慮が必要な方々に対しては医療と連携して安心・安全な運動・スポーツの習慣化を広めるよう示された「運動・健康スポーツ施策に関する提言書」を、令和 2 年 6 月に貴会会長からスポーツ庁長官に手交いただきました。スポーツ庁としては、貴会の御協力の下、医療と連携しながら患者さんであっても誰もが身近な地域で安心してスポーツを楽しめる環境整備に努める所存です。そこで、「運動・健康スポーツ施策に関する提言書」に掲げられました、運動実践者と運動環境（場）・専門家（人）のミスマッチを解消するための地域の運動に関連する情報が見える化した「運動・スポーツ関連資源マップ」の作成を目指し、調査及び検討を行うこととしました。まずは、全国の医師の先生方が、患者さんに運動やスポーツを勧める際に必要とする運動・スポーツの「場」の情報がどのようなものか、運動療法や身体活動の向上に向けた指導で困っていることは何か、どのような条件であれば患者さんに運動・スポーツを勧めたくなるか等についてお伺いし、忌憚のない御意見を頂戴したく存じます。

つきましては、別紙のアンケートを行うことについて都道府県医師会及び郡市区医師会を通じ、日本医師会認定健康スポーツ医の先生方に御理解御協力を賜りますようお願い申し上げます。

【本件担当】スポーツ庁健康スポーツ課 長阪裕子

TEL : 03-5253-4111 (内線 2998) E-mail : kensport@mext.go.jp

【スポーツ庁委託事業】
令和3年度 Sport in Life 推進プロジェクト
安全なスポーツ活動支援などスポーツに関する情報提供の仕組みづくり
(日本医師会と連携した運動・スポーツ関連資源マップ構築に向けた検討)

運動・スポーツ関連資源マップ構築に向けた アンケート調査

<ご回答にあたってのお願い>

1. 質問への回答は、あてはまる番号に○をつけるもの、記入欄に直接ご記入いただくものなどがありますので、質問文をよくお読みいただきお答えください。
2. 回答に迷う場合は、あなたのお気持ち、お考えにできるだけ近いものをお選びください。
3. この調査は無記名であり、回答者の個人情報が公開されることは一切ありません。
4. 調査の回答締め切りは令和4年1月14日（金）です。郵送にて提出される方は同封の返信用封筒に入れてご投函ください。
5. 調査に対して不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

アンケートの回答はWEBでも受け付けております。

URL https://yamate-info.co.jp/undou_map/



※回答は質問紙、WEBどちらか一つでお願いいたします。

※調査票の記入に関するお問い合わせ先
株式会社山手情報処理センター
担当：村木・仲田
電話：03-3949-4521(平日 10:00~17:30)

※調査の趣旨、目的に関するお問い合わせ先
スポーツ庁 健康スポーツ課
担当：長阪
電話：03-5253-4111 (内線 2998) (平日 9:30~18:00)

◆運動・スポーツに関することについてお伺いたします。

問1. 医師としてこれまでにどのような運動・スポーツへのかかわり方をしたことがありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください。(○はいくつでも) また、かかわったことがなければ「11」に○を付けてください。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 運動(身体活動を含む)の推奨
(例:「運動してください」「歩きましょう」などの声掛け。)2. 一般診療・特定保健指導・職域健診の中での具体的な運動指導・相談
(例:日々の身体活動量や生活習慣状況を確認しながら、目標歩数を設定したり、身体活動量を増やす工夫を伝えたり、一緒に考えたりする。)3. 運動・スポーツを行う人のメディカルチェック(医学的評価)や可否判断4. 患者の状態に合わせた運動処方・運動指示箋等の作成5. 運動指導者向けの相談・講習6. スポーツ大会・スポーツイベント等の救護・事前検診7. 学校の授業・相談・部活動(6を除く)8. 行政や地域等の運動・スポーツに係る事業に協力(6を除く)
(例:生活習慣病教室で運動について講演。)9. 介護予防の関連事業に協力10. その他()11. かかわったことはない |
|--|

問2. 医師が診療の場で患者に運動・スポーツを勧める場合に、「運動・スポーツの場」として(1)~(4)の項目ごとにどんな条件が必要だと思いますか。あてはまるものすべてに○を付けてください。(○はいくつでも) (1)~(4)それぞれ特になければ「特にない」に○を付けてください。また、特に必要な条件にはそれぞれ下記欄に番号をご記入ください。

(1) 運動関連施設について必要な条件(あてはまるものすべてに○)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 運動型健康増進施設(指定運動療法施設を含む)、医療法42条施設、又は医療機関に附置した運動・スポーツ施設である2. 介護保険が適用できる運動型通所サービス施設(運動・リハビリ型デイサービスなど)である3. 低体力者や高齢者向けの運動設備やトレーニング機器が備わっている4. 換気やアルコール消毒設置などの感染症対策が施されている5. 適切な管理の下AEDが設置され、スタッフが定期的に救急対応(AEDの使用方法を含めた)の訓練をするなど安全管理体制が整っている6. シャワー設備がある7. 冷暖房完備である8. 施設へのアクセスが患者にとって便利である9. 理学療法士や健康運動指導士等の運動指導者を配置している10. その他()11. 特にない |
|---|

(1)-1. 上記で○が付いた番号のうち、特に必要な条件を最大3つまで記入してください。

--	--	--

(2) 運動指導者について必要な条件 (あてはまるものすべてに○)

1. 理学療法士や心臓リハビリテーション指導士等、医療に関する知識・経験を十分に有する
2. 健康運動指導士等、健康づくりに関する知識・経験を十分に有する
3. 運動・スポーツの楽しさを伝え、安全に指導できる知識・経験を有する
4. 患者・医師と上手にコミュニケーションがとれ、両者の橋渡し役になれる
5. 運動の状況を医療側にフィードバックし、一緒によりよい運動指導を進めることができる
6. その他 ()
7. 特にない

(2) -1. 上記で○が付いた番号のうち、特に必要な条件を最大3つまで記入してください。

--	--	--

(3) プログラム・方法について必要な条件 (あてはまるものすべてに○)

1. 運動開始時に健康に関する情報を確認している
2. 体力テストができる (運動負荷試験を除く)
3. 運動負荷試験ができる
4. メディカルチェック (医学的評価) が必要な人は連携医療機関に相談・評価し適切な運動メニューを提供できる
5. 医科学的根拠に基づいた運動プログラムがある
6. 有疾患に対する運動プログラムがある
7. 介護予防 (主に高齢者対象) の運動プログラムがある
8. 効果評価や安全性を確認している
9. ヒヤリハットの事例を収集して改善している
10. その他 ()
11. 特にない

(3) -1. 上記で○が付いた番号のうち、特に必要な条件を最大3つまで記入してください。

--	--	--

(4) 本人負担額について必要な条件 (あてはまるものすべてに○)

1. 利用料が明確である
2. 利用料が患者に負担のかからない金額である
3. 利用料 (本人負担額) が無料である
4. 1回ごとの利用料を払う仕組みである
5. 月会費制である
6. 医療費控除の対象となる
7. その他 ()
8. 特にない

(4) -1. 上記で○が付いた番号のうち、特に必要な条件を最大3つまで記入してください。

--	--	--

問3. 自分事として患者に運動やスポーツを勧める際に勧めやすくなる要因はどのようなものがありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください。(○はいくつでも) 特になければ「9」に○をつけてください。また、特に勧めやすくなる要因には問3-1へ番号をご記入ください。

1. 日頃から地域コミュニティとつながりがある
2. 地域と医師を結ぶコーディネーターが存在することやネットワークがある
3. 地域の運動・スポーツの場や組織に関する定期的な情報提供がある
4. 運動指導者から患者の運動実施状況についてフィードバックや相談がある
5. 患者の運動実施状況や健康状態等を記載する連携手帳がある
6. 施設での運動実施時の事故の際の責任を問われない
7. 医師にもインセンティブがある
8. その他 ()
9. 特にない

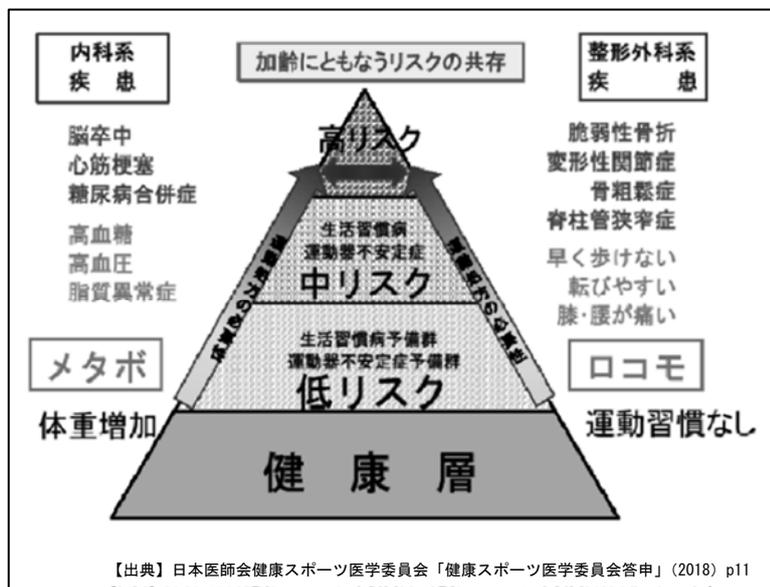
問3-1. 上記で○が付いた番号のうち、特に勧めやすくなる要因を最大3つまで記入してください。

--	--	--

問4. どのような方に運動を勧めたいですか。以下の図を参考に勧めたい層すべてに○をつけてください。(○はいくつでも) また、最も勧めたい層には問4-1へ番号をご記入ください。

1. 健康層：慢性疾患がなく、住民健診等で来院される方など
2. 低リスク層：健診で指摘があった患者など
3. 中リスク層：疾患はあるが医師の監視は必要がない患者など
4. 高リスク層：一定の医学的管理が必要な患者など
5. その他 ()

問4-1. 上記で○が付いた番号のうち、最も勧めたい層を1つご記入ください。



問5. 運動関連施設や組織などとの連携で患者に紹介したことがあるもの、またはあれば紹介したいものはありますか。紹介したことがあるものに◎、あれば紹介したいものに○をつけてください。(◎、○それぞれいくつでも)
紹介したことがなければ「14」、紹介したいものがなければ「15」に○をつけてください。

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. 運動型健康増進施設 | |
| 2. 指定運動療法施設 (医療費控除対象) | |
| 3. 医療法 42 条施設 (疾病予防運動施設) | |
| 4. 民間の会員制フィットネスクラブ | |
| 5. 公共のスポーツ施設 (障害者優先または専用の施設を含む) | |
| 6. 学校開放施設 | |
| 7. 公民館等地域の集いの場 (サロン等を含む) | |
| 8. 総合型地域スポーツクラブ | |
| 9. 運動指導者のネットワーク・組織 | |
| 10. 社会福祉協議会や地域包括支援センターなど | |
| 11. 市区町村の保健センターや健康増進センターなど | |
| 12. その他に紹介したことがあるもの (|) |
| 13. その他にあれば紹介したいもの (|) |
| 14. 紹介したことがない | |
| 15. 紹介したいものはない | |

◆あなた自身についてお伺いいたします。

問6. 年齢をご記入ください。

		歳
--	--	---

問7. 性別をお答えください。(○は1つ)

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問8. 主に専門としている科(最も時間を費やしている診療科)を1つ選んでください。(○は1つ)

- | | |
|---------------|----------|
| 1. 内科 | 6. 麻酔科 |
| 2. 整形外科 | 7. 精神科 |
| 3. リハビリテーション科 | 8. 産科婦人科 |
| 4. 外科 | 9. その他 (|
| 5. 小児科 |) |

問9. 医師としての経験年数をお答えください。

		年
--	--	---

問 10. 次の資格をお持ちですか。(○はいくつでも) また、取得している方は取得年をご記入ください。

1. 日本医師会 健康スポーツ医	→	取得年 (西暦	年)
2. 日本整形外科学会 認定スポーツ医	→	取得年 (西暦	年)
3. 日本スポーツ協会 公認スポーツドクター	→	取得年 (西暦	年)
4. 日本パラスポーツ協会 公認障がい者スポーツ医	→	取得年 (西暦	年)
5. 1～4の資格は持っていない			

◆あなたが勤務している医療機関についてお伺いいたします。勤務先が複数の場合は主たる医療機関でお答えください。

問 11. 勤務先医療機関の設置場所の都市規模をお答えください。(○は1つ)

1. 東京特別区、政令指定都市	2. 10万人以上の市
3. 10万人未満の市	4. 町村

問 12. 勤務先医療機関の種類をお答えください。(○は1つ)

1. 病院 (大学病院は除く)	2. 診療所
3. 医育機関 (臨床系)	4. その他 ()

問 13. 勤務先医療機関に付属又は連携するスポーツ施設はありますか。(○はいくつでも)

1. 医療法 42 条施設 (疾病予防運動施設)
2. 運動型健康増進施設 (指定運動療法施設を含む)
3. その他の運動・スポーツ施設 ()
4. なし

問 14. 勤務先医療機関に運動指導のスタッフはいますか。(○は1つ)

1. いる	2. いない
-------	--------

(問 14 で「いる」と回答された方にお伺いいたします。)

問 15. 運動指導スタッフはどのような方ですか。(○はいくつでも)

1. 理学療法士	4. 心臓リハビリテーション指導士
2. 健康運動指導士	5. その他 ()
3. 健康運動実践指導者	

問 16. 勤務先医療機関の郵便番号 (最低 3 桁、差し支えなければ 7 桁ご記入ください)

□	□	□	—	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

◆運動・スポーツ関連資源との連携について、それぞれご自由にご記入ください。

問 17. 運動・スポーツ関連資源との連携について、先生の経験で良い事例や先生がお考えの理想がありましたらご記入ください。

問 18. 運動・スポーツ関連資源との連携で困った事象がありましたらご記入ください。

ご協力いただき、ありがとうございました。

返信用封筒または WEB にて 令和 4 年 1 月 14 日 (金) までにご回答いただきますようお願い申し上げます。