

健康増進・予防のための運動・スポーツの政策的活用に関する一考察

— 日本とドイツの比較の視点から —

松本 由美・井崎 美代*

A Study on the Utilization of Physical Activity and Sport for Health Promotion and Prevention

— In a Comparative Perspective: Japan and Germany —

Yumi Matsumoto, Miyo Izaki *

(Received by October 1, 2015)

1. はじめに

日本は、高齢化の進展による医療・介護の需要の増加、地域におけるつながりの希薄化等の社会的な課題に直面している。近年、これらの課題への対応策の一つとして運動やスポーツの活用が注目されている。運動やスポーツは、それを行う個人にとっても精神的な充足や健康の改善等の多くのメリットがあるが、地域や社会にも様々な恩恵をもたらす。

日本社会においてスポーツの果たす役割は、スポーツ基本法の前文に明記されている。そこでは、スポーツは、青少年の健全育成、地域社会の再生、心身の健康の保持増進、社会の活力の創造、日本の国際的地位の向上等において重要な役割を果たすとされている。運動・スポーツは私たちの生活や社会の様々な領域にプラスの影響をもたらさうるものであり、これらを活用することを通じて現代社会の諸課題を解決することが期待されている。しかしながら、現在の日本において、運動・スポーツの有する可能性を個人や社会が十分に活用することができているのだろうか。

今日、運動やスポーツを行うことが心身の健康の保持・増進、さらには疾病予防に良い影響を及ぼすことは、多くの人々の共通理解となっている。2013年に実施された文部科学省の調査によれば¹、運動・スポーツを行った理由として、対象者の56.4%が「健康・体力づくりのため」を挙げており、健康増進や体力向上が運動・スポーツを行う際の重要な動機づけとなっている。一方で、運動・スポーツを行うことが望ましいことは理解しながらも、それを行うための時間の確保や費用の問題、場所・施設・指導者の不足等に

より、運動・スポーツを行うことを断念する、あるいは十分に行うことができないという状況が生じている。結果として、多くの人々が日常的に運動不足を感じているというのが現状である²。このように、個人のレベルにおいても運動・スポーツのメリットは十分には享受されていない。

他方、国のレベルにおいても、運動・スポーツをめぐる課題が認識されている。周知のとおり、日本は平均寿命、高齢化率とも世界トップクラスの超高齢社会である。今日、人口構造の変化等によって引き起こされる様々な社会的問題に対応することは喫緊の政策課題である。なかでも、人々の生活を支える社会保障制度を財政的に持続可能なものとすることや、すべての人の社会参加を通じて社会を活性化し、同時に一人ひとりの生活の質を向上させることは重要なテーマとなっている。このためには、一人ひとりが可能な限り健康を保持し、疾病を予防し、さらに疾病の悪化を防ぐことが重要な意味をもつ。

運動・スポーツを行うことは、個人の健康増進や疾病予防に資するのみでなく、社会・経済の活性化や医療・介護費用の増加抑制にも貢献しうる。このような運動・スポーツのもつ可能性を最大限に活用するためには、人々が運動・スポーツを行うことを容易にするための制度や環境の整備、個人の動機づけを高めるような施策の導入・強化等が必要であると考えられる。

以上のような課題は多くの先進諸国に共通するものであると考えられるが、課題に対応するための運動・スポーツの政策的な活用の仕方には大きな違いがある。なかでもドイツでは、健康増進・予防のための運動・スポーツの政策的活用が積極的に進められており、近年ではさらなる施策の強化が行われている。このため、

*九州ルーテル学院大学

ドイツにおける政策的な取組みは、日本における現状の課題を検討する上で参加になると考えられる。本稿は、運動・スポーツの政策的活用をめぐる日本とドイツの取組みを検討し、比較の視点から日本の現状を確認し、示唆を導き出すことを目的とする。なお、疾病予防には、一次予防（疾病の発生の予防）、二次予防（疾病の早期発見・早期治療）、三次予防（適切な治療による疾病・障害の進行の防止）の三段階があるが、本稿で検討する諸施策の対象者を厳格に区分することが困難であるため、とくに言及する必要がある場合を除いて、疾病予防として包括的に論じることとする。

2. 日本における健康増進・予防政策と運動・スポーツの関係

(1) 運動・スポーツの推進・振興

1) スポーツ行政

日本のスポーツ施策は、その目的に応じて複数の省にわたって実施されてきたが³、従来の体制は大きく変わろうとしている。スポーツ行政を統一的かつ総合的に実施するため、2015年10月に文部科学省の外局としてスポーツ庁が設置された。この動きのなかで「健康増進に資するスポーツの機会の確保」が新設のスポーツ庁の任務の一つとなった。今後は厚生労働省との連携のもとで、スポーツ庁によって、健康増進のための運動・スポーツ施策が積極的に推進されることが期待される。

2) 独立行政法人とスポーツ団体

日本におけるスポーツ施策に関係する主な独立行政法人やスポーツ団体としては、独立行政法人日本スポーツ振興センターや公益財団法人日本体育協会、公益財団法人日本オリンピック委員会、公益財団法人レクリエーション協会、公益法人障害者スポーツ協会、公益財団法人アンチ・ドーピング機構などが挙げられる。

多様なスポーツ団体・組織の中心に位置づけられるのは日本体育協会である。日本体育協会には、陸上や水泳、サッカー等種目別に組織された中央競技団体（58団体）と、都道府県体育（スポーツ）協会（47団体）及び障害者スポーツ等の関係スポーツ団体（5団体）が加盟している⁴。日本体育協会は、国民体育大会の開催、スポーツ指導者の育成、スポーツ少年団の育成等の事業を実施しているが、とくに、1989年に日本オリンピック委員会が日本体育協会から分離・独立した後には担うことになった「生涯スポーツの普及・推進」もまた、同協会の主要な事業の一つである。「生涯スポーツの普及・推進」事業は、国民一人ひと

りが、日常生活のなかでスポーツを享受できる社会の実現を目指すものであり、なかでも、後述の総合型地域スポーツクラブの育成支援に重点が置かれている。

(2) 運動・スポーツの機会の提供

1) 運動・スポーツを行う場所

スポーツ政策に関する調査によれば⁵、運動・スポーツを行う場所は、利用率の高い順に道路、自宅、公園といった身近な場所であり、これに体育館が続く。トレーニングルーム、屋内プール、スポーツジム等のスポーツ施設の利用はそれほど多くはないものの、多様な運動・スポーツの機会を提供する役割を担っている。

運動・スポーツ関連施設の数、文部科学省の社会教育調査により定期的に把握されている。2011年度の調査によれば、地方公共団体が設置した社会体育施設（体育館、野球場、プール、トレーニング場等）の数は47,571施設、民間体育施設数は15,532施設であり、施設数は近年減少傾向にある⁶。これらの社会資源を、健康増進・予防政策の推進のためにうまく活用していく必要がある。

2) 総合型地域スポーツクラブ

小中学校の体育館や公民館、公共施設等の既存の施設を活用して、地域住民に多様な運動・スポーツの機会を提供する仕組みとして、総合型地域スポーツクラブ（以下、総合型クラブ）が注目されている。総合型クラブは、地域の人々に年齢、興味・関心、技術・技能レベル等に応じた様々なスポーツ機会を提供する、多項目（複数の種目が用意されていること）、多世代（障害者を含み子どもから高齢者まで誰でも参加できること）、多志向（様々なレベルや志向に応じて活動できること）のスポーツクラブである。つまり、地域に住むすべての人が、自分の行いたいスポーツを選択して楽しむことができる場である。総合型クラブは地域住民の自主的・主体的な運営を基盤としており、会費や参加費を支払って活動に参加する受益者負担の考え方がとられている。一例として、熊本県で最初に設立された総合型クラブ「スポーツクラブきくよう」を見てみると、年会費として個人会員（4～7月入会の場合は5,000円）とファミリー会員（同10,000円）の二種類が設けられており、多種多様な運動・スポーツのプログラムが用意されている⁷。

総合型クラブは、1995年からの国のモデル事業の実施を経て、積極的な育成が行われてきた。2012年3月に策定された国のスポーツ基本計画では、「各市町村に少なくとも1つは総合型クラブが育成されることを目指す」という施策目標が掲げられ、2014年度

には育成クラブ数が3,512クラブ（創設準備中を含む）、設置率は80.1%に達している⁸。クラブ数は順調に増加しているものの、いくつかの問題が指摘されている。なかでも、自主性・主体性を支える基盤となる自主財源の確保が課題となっており、財政基盤が弱いクラブが少なくない⁹。また、総合型クラブの認知度を上げることも課題となっている。

日本体育協会は、2004年度以降、様々な形で総合型クラブの支援を行っている。このうち「総合型地域スポーツクラブ創設支援事業」は、総合型クラブを創設するために行う諸活動に対して必要な経費の一部を助成するものであり、「総合型地域スポーツクラブ自立支援事業」は、総合型クラブが実施する日常の活動、イベント開催、研修会等の諸事業に対して必要な経費の一部を助成するものである。さらに、「クラブマネジメント指導者海外研修事業」として、総合型クラブにおいて活動するクラブマネージャー等を地域スポーツクラブの先進国であるドイツに派遣する事業も行われている¹⁰。

(3) 運動・スポーツを通じた健康増進・予防に関わる専門職

1) 健康スポーツ医

運動・スポーツを活用した健康増進・予防を医学的な側面から推進する役割を担っているのは、日本医師会認定健康スポーツ医（以下、健康スポーツ医）である。健康スポーツ医制度は、所定の講習科目に基づく講習会を修了したと認められる医師に対して、日本医師会から認定証が交付される仕組みであり、1991年に発足した。認定証の有効期間は5年間であり、研修修了等の条件を満たせば更新することができる。健康スポーツ医の活躍が期待される領域としては、子どもの健康・体力向上、成人期及び高齢期の健康増進・疾病予防、障害者スポーツの支援、アスリート・運動指導者への協力等が挙げられる。とりわけ、健康増進・疾病予防における健康スポーツ医の活躍が期待される場所であるが、現状では活躍の場が十分に広がっていない。

日本医師会健康スポーツ医学委員会によれば¹¹、健康スポーツ医制度を通じて、2014年までに延べ21,715人の健康スポーツ医が養成されている。このうち、更新等を通じて認定が有効である医師の数は認定者の43%にとどまるが、これは、健康スポーツ医の活動の場が少ないこと等により、更新率が低下しているためであると見られている。健康スポーツ医の主たる診療科は、内科、整形外科、外科である¹²。実際には、健康増進・疾病予防を目的とした医師の介入は、後述のように多様な形で行われており、健康スポーツ

医に限定されるものではない。

2) 健康運動指導士

健康運動指導士は、一人ひとりの心身の状態に応じて、安全で効果的な運動を実施するための運動プログラムの作成と指導を行う専門家である¹³。資格を取得するためには、規定の養成講習会を受講した後、認定試験に合格し、登録の手続きを行う必要がある。登録されている健康運動指導士は、2013年現在16,000人を超えており、全国のフィットネスクラブ、病院、福祉施設、保健所等で運動指導等を行っている¹⁴。健康運動指導士は、生活習慣病予防及び介護予防の領域での活躍も期待されており、後述の特定健診・特定保健指導においても重要な役割を担う。

あわせて、健康づくりを目的とした運動プログラムに基づき運動の実践指導を行う専門家である健康運動実践指導者の養成も行われている。健康運動実践指導者は、十分な実技能力と運動指導技術を備えており、成人に対する運動の実践的指導に加えて、学校教育等における子どもの健康教育への貢献も期待されている。

(4) 医療保険によって推進される運動・スポーツ

日本の医療保険は、被用者とその家族等に対して給付を行う被用者保険（その中心は健康保険）、地域住民等に対して給付を行う国民健康保険、さらに75歳以上の者が加入する後期高齢者医療制度に大別できる。これらの医療保険の保険者（健康保険組合、市町村等）は、医療機関の実施する運動指導に対する報酬支払いや健診等の実施を通じて、加入者の健康増進や疾病予防に取り組んでいる。ここでは、生活習慣病予防に焦点を当てて、保険者の取り組みを見ていく。

1) 生活習慣病の管理

医師が生活習慣病等の患者に対して運動指導を行い、それに対して医療保険から診療報酬の支払いが行われる仕組みは、1990年代半ばに導入され、2000年代に拡充や見直しが行われてきた¹⁵。現在、診療報酬点数表に掲載されている「生活習慣病管理料」は、脂質異常症、高血圧症または糖尿病を主病とする患者に対して、治療計画を策定し、その計画に基づいた服薬、運動、休養、栄養、喫煙、飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、200床未満の病院及び診療所が月1回に限り請求することのできる診療報酬である¹⁶。生活習慣病管理料は、当該患者に対して行われる検査、投薬、注射、病理診断等の費用を含む包括的な診療報酬であり、比較的高い診療報酬点数が設定されている¹⁷。このなかで運動指導や運動処方の実施は、個別に評価されるのではなく、包括的に評

価・支払いが行われる仕組みである。運動指導を行っているのは多くの場合、医師であるが、看護職員等が実施する場合もある。

この診療報酬の仕組みを活用して運動指導が積極的に行われることが望ましいが、実際には、生活習慣病管理料をめぐるいくつかの問題が指摘されており、十分に活用されている状況にはない。厚生労働省により2007年に実施された調査によると¹⁸、生活習慣病管理料の算定を行っているのは調査対象の医療機関の約11%に過ぎない。約8割の医療機関は「今まで一度も算定を行っていない」と回答しており、その理由として、「点数の設定が高く、患者の負担増につながるから(53.4%)」、「療養計画書を作成することが手間だから(13.2%)」等が挙げられている。運動指導や運動処方の実施を促進し、患者負担増にも配慮した診療報酬のあり方については、なお検討の余地がある。

2) 疾病予防運動施設における運動指導

病院等を開設する医療法人は疾病予防運動施設を設置することが可能である。これを利用して、「生活習慣病管理料」における治療管理の一つとしての運動指導を安全かつ効果的に実施し、患者の疾病予防を積極的に推進することができる。この施設は医療法人の附帯業務¹⁹として医療法第42条に規定されているため「医療法42条施設」、あるいは「メディカル・フィットネス施設」等と呼ばれており²⁰、近年数を増しつつある。医療法42条施設は疾病予防のために有酸素運動を行わせる施設であり、健康運動指導士等の配置や必要な運動設備・機器等の設置、運営方法についての基準を満たす必要がある。

病院等は、このような施設の設置により、生活習慣病患者等への運動指導や運動処方を積極的に実施できるようになる。さらに、人間ドックや健診を通じて運動の必要性が明らかとなった人々に施設の活用を促すことを通じて、疾病予防における役割を拡大することができる。

一方、患者等にとっては、治療を担当する医師や医療機関のもとで安心して運動療法を行えること、生活習慣病管理料に関する部分は医療保険の適用となるため、一般的なフィットネス施設を利用するよりも負担が小さくなること等のメリットがある。

3) 特定健診・特定保健指導

従来、保険者、事業主、市町村等により、様々な保健事業が実施されてきた²¹。しかしながら、健診後の保健指導が十分に実施されていないこと等の問題が指摘されていた²²。

このようななか、生活習慣病予防を強化するため、

2008年に施行された高齢者医療確保法によって、40歳以上の加入者に対して特定健康診査(特定健診)及び特定保健指導を実施することが医療保険者に義務づけられた。これは、保険者が加入者に対して、内臓脂肪の蓄積等に着目した生活習慣病に関する特定健診を実施し、リスクに応じた保健指導(「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」)を実施するものである。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、運動に関する実践的指導は、医師、保健師の他、健康運動指導士等の運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者が実施することとなっている。運動指導に基づき、対象者は日常生活のなかで運動習慣の改善に取り組むことが求められるが、医療法42条施設や民間スポーツ施設等において、運動指導者のもとで安全で効果的な運動を行うことができるように環境を整備している保険者もある²³。特定保健指導における運動指導を積極化することは、健康増進・予防の推進にとって重要である。

4) 健康保険組合の取組み

被用者保険の保険者(とくに健康保険組合)は、近年、保健事業を強化している。医療情報の電子化が進むなか、保険者がレセプトと特定健診等のデータを活用することが可能となっており、これらのデータの分析に基づく「データヘルス」が推進されている。例えば、糖尿病の重症化予防事業として、健診データで把握した血糖コントロールの値とレセプトの通院に関するデータを突き合わせることによって、対象者の健康状態・受診状況を把握したうえで適切な受診や定期検査、教育入院を促し、予防効果を高めることができる。

また、健康増進や予防のための加入者の取組みを推進するため、インセンティブの付与が行われている。加入者が健康づくりに資する活動を行った場合にヘルスケアポイントを付与し、貯まったポイントで健康関連グッズ等の交換ができる仕組みが導入されている²⁴。現在、このようなインセンティブの強化策は健康保険組合を中心に展開されているが、今後は、より多くの保険者によって取り組まれることが望まれる。

3. ドイツにおける健康増進・予防政策と運動・スポーツの関係

(1) 運動・スポーツの推進・振興

1) スポーツ行政

ドイツ連邦政府におけるスポーツ行政の中心は連邦内務省であるが、その他にも複数の省がそれぞれの所轄範囲内でスポーツ行政を部分的に担っている²⁵。なかでも健康増進と関連したスポーツは連邦保健省、青

少年スポーツ、ファミリースポーツ、高齢者の運動等については連邦家庭・高齢者・婦人・青少年省、障害者のスポーツや労働生活の中でのスポーツは連邦労働社会省が担当している。

なお、ドイツは連邦制国家であるため、連邦と州の役割分担が明確に定められており、各州におけるスポーツ行政は州内務省等で実施されている。

2) スポーツ団体

ドイツオリンピックスポーツ連盟 (Deutsche Olympische Sportbund : DOSB) は、2006年にドイツスポーツ連盟とドイツオリンピック委員会の合併によって創設されたスポーツに関する最上位の組織であり、98のスポーツ関連組織がこれに属している²⁶。これらの傘下には約9万のスポーツクラブ (Sportverein) と2,700万人超の会員が組織されている。これは、ドイツの全人口の3分の1にあたる人々がスポーツクラブに加入して様々な活動を行っていることを意味し、DOSBはドイツ最大の「市民運動」であるとされる。

近年、人口の高齢化を背景として、健康増進や疾病予防における運動・スポーツの活用が政策的にますます重視されるようになっており、この領域におけるDOSBの役割が拡大している。とくに医師及び医療保険との関係が強化されており、今日では、DOSBはドイツの医療保障システムの重要な構成要素となっている。

(2) 運動・スポーツの機会の提供

世界保健機構 (WHO) によって推奨されるような身体的・スポーツ活動を週に2時間半以上実施している人は、最大でもドイツの成人人口の10-20%に過ぎないとされている²⁷。ドイツにおいても、成人の大部分は運動不足の状態にあると見られ、運動・スポーツの機会を拡大することは重要な政策課題である。

ドイツにおいて、運動・スポーツの機会の提供において中心的な役割を担っているのは、スポーツクラブである。国内に存在する約9万のスポーツクラブの98%は非営利の社団法人 (Eingetragener Verein) である²⁸。スポーツクラブに加入すると月々の会費を負担しなければならないが、多くの場合、負担可能な金額に設定されている²⁹。会費の負担水準を低く設定できる理由の一つとして、スポーツクラブのために働く有給の職員に加えて、無給で活動に参加する多くの人々が存在していることを指摘することができる。ドイツ全体では175万人 (男性119万人、女性56万人) が無給でクラブの活動に従事している³⁰。これらの無給の職に加えて、スポーツイベントやクラブの祭典等を

支援するボランティアも多数存在する。無給職の従事者とボランティアで活動する人々の合計は860万人の規模に達する。

また、健康増進や予防を目的としたプログラムを提供するスポーツクラブは、全体の約3分の1の規模に達しており、近年顕著に増加している。これらのスポーツクラブに加えて、民間のフィットネススタジオ等が数多く存在しており、人々に多様な運動・スポーツの機会を提供している。

(3) 運動・スポーツを通じた健康増進・予防

健康増進や予防を目的とした運動・スポーツを普及させるため、DOSBは、一定の基準を満たした講習を提供するスポーツクラブに対して、「SPORT PRO GESUNDHEIT (健康のためのスポーツ)」の質保証マークを付与している。この質保証マークは、1990年代からスポーツ団体が医師会との協力体制のもとで発展させてきたものである。

質保証マークが付与される講習とその指導者、提供するスポーツクラブは、対象グループや指導者の資格³¹、講習の運営、事前の健康検査等に関する基準を満たす必要がある³²。この質保証マークは、後述するように、医師が患者に対して運動処方を行う場合や、医療保険の疾病金庫が被保険者に健康スポーツを推進する場合のプログラムの選定基準として活用されている。

さらに、今日、会員に多様な運動・スポーツの機会を提供するために、独自の健康・フィットネススタジオをもつスポーツクラブが増えており、このような取組みはDOSBによって推進されている³³。

(4) 医師によって推奨される運動・スポーツ

最も運動やスポーツを行う必要があるのは、長い間運動を行っていない、あるいはこれまで運動を行ったことがない人々である。とりわけ、生活習慣病患者やその予備軍に位置づけられる人々が運動・スポーツの習慣を身につけることは重要である。これらの人々をいかにして運動やスポーツにつなげていくかが課題であるが、ドイツでは、こうした課題に対応する上で医師が重要な役割を担っている。

健康増進・予防のための運動・スポーツへの医師の関与は様々なレベルで行われているが、今日では個々の医師の実践においても積極的に展開されている。このような実践は「運動処方 (Rezept für Bewegung)」プロジェクトを通じて行われてきたものである。このなかで医師は、健康上の問題を解決するため、あるいは健康状態を維持・改善するために運動やスポーツを行うことが必要である人々に対して、動機づけを与え、行動変容のための支援を行う。

運動処方プロジェクトは、医師が患者に対して予防を目的とした運動・スポーツの処方を行う取組みであり、バイエルン州等の9つの州において2005年から開始された。その後、DOSBと連邦医師会、ドイツスポーツ医学・予防協会の協力のもとで2011年に全国に拡大された。運動処方を行う医師は開業医であり、なかでも家庭医、整形外科医、小児科医が重要な役割を担う。運動処方を行う医師は、全国統一的な処方の様式を用いて患者の状態に応じた運動の提案を行う³⁴。運動処方を通じて医師が推奨するのは、「健康のためのスポーツ」マークにより質が証明されたスポーツクラブの講習である。運動処方が行われた患者は、「健康のためのスポーツ」のインターネットサイトや各州のスポーツ連盟による情報提供等を通じて、住居の近くで適切な講習を見つけることができる。

運動やスポーツの講習の費用は自己負担であるが、公的な医療保険は「健康のためのスポーツ」マークにより質が保証されたスポーツクラブの講習への参加費用の補助を行っている。このため、多くの場合、運動処方に基づき運動を行う患者の負担は軽減される。なお、公的な医療保険が行う運動処方への補助は任意の給付という位置づけである。

(5) 医療保険によって推進される運動・スポーツ

ドイツの医療保険の管理運営を行っているのは疾病金庫(Krankenkasse)である。疾病金庫には、地区ごとに設立された地区疾病金庫や事業所単位で設立された企業疾病金庫等、いくつかの種類がある。被保険者に対して疾病リスクを回避・減少させるための一次予防(primär Prävention)を行うことは、義務的な性質を有する疾病金庫の法的な任務と位置づけられている³⁵。実際に、疾病金庫は、被保険者一般に対して多様な形で運動・スポーツ等を通じた健康増進と疾病予防のための取組みを行っている。2015年7月には健康増進及び予防の強化に関する法律(「予防法」)が施行され、疾病予防における疾病金庫の役割は強化されることとなっている。

疾病金庫が健康増進・予防に取り組むことは支出を抑制するためにも必要であるが、被保険者を獲得するためにも重要である。ドイツでは、1990年代半ばに被保険者の疾病金庫の選択可能性が拡大され、被保険者は各疾病金庫の提供する給付やサービス、保険料の水準等を比較し、加入する疾病金庫を選択できる立場となった。今日、各疾病金庫は互いに競争関係にあるため、より多くの被保険者を獲得するためには、よりよい給付や魅力的なサービスを提供する必要がある。このようななか、疾病金庫が実施する「健康増進や予防」を目的とした給付やサービスの有無や充実度は、

被保険者が疾病金庫を選択するための一つの判断材料となっている。ここでは、バイエルン州の地区疾病金庫を取り上げながら、具体的な方策を検討していくこととする。

1) 健康増進・予防プログラムの提供

バイエルン地区疾病金庫は、被保険者に対して様々なプログラム(ピラティス、水中運動、ジョギング、ノルディックウォーキング、腰痛や骨粗鬆症の予防のための運動等)を無料で提供している。地区疾病金庫が直接提供しているプログラムもあるが、多くはスポーツセンターや診療所、プールなど多様な主体によって提供されている。これらのプログラムは毎週、定められた時間(多くは夕方から夜)に10人程度の定員で実施されている。比較的多くのプログラムが実施されており³⁶、被保険者はプログラムの内容や実施される場所・曜日・時間帯等の条件に基づいてプログラムを選択し、利用することができる。

この方法で希望する無料のプログラムが見つけれなかった場合には、地区疾病金庫の選定したその他の提供者によって実施される講習を自己負担で受け、医療保険からの補助を受けることもできる。この補助は参加料金の100%の額とされているが、一講習当たりの上限は75ユーロであり、また補助が受けられるのは一年間に二つの講習までとされている。補助を受けるためには講習時間の80%以上の参加が必要である。

このように地区疾病金庫は、被保険者の健康増進や予防に資するプログラムの無料提供や受講の料金の補助等を行っているが、被保険者がこれらのプログラムへの参加を通じてより高い健康増進・予防の効果を得るためには、対象とするプログラムの質を確保する必要がある。次に、この問題に関する取組みを見ていく。

2) 健康増進・予防プログラムの質の確保

① 疾病金庫による取組み

健康増進・予防プログラムへの被保険者の参加に対して補助を行う取組みは、先に見た地区疾病金庫に限らず、多くの疾病金庫によって実施されている。しかしながら、補助の対象とする講習の種類、補助の水準や求められる参加の度合い等は、疾病金庫ごとに異なっている。

日本と同様に、ドイツにおいても、健康や予防に関連する講習等は多様な提供主体によって数多く実施されている。このため、被保険者に推奨するにふさわしく、補助の対象とすべき質の高い講習を選定することは、各疾病金庫にとって重要な課題である。講習の選定にあたっては、それぞれの疾病金庫が独自に基準を定め、それを満たすプログラムを各疾病金庫が選定す

るという方法があるが、そのための手続きや管理に多くの手間や費用を要すると考えられる。このため多くの疾病金庫は、予防のための給付の質を確保するための取組みを共同で行っている。まず、この取組みの法的な枠組みを確認しておきたい。

ドイツの公的医療保険について定める社会法典第5編では、連邦疾病金庫中央連合会 (Spitzenverband Bund)³⁷が一次予防等の給付の対象領域 (Handlungsfelder) と基準 (Kriterien) を定めると規定されている。この任務を遂行するため、連邦疾病金庫中央連合会は、2000年6月に疾病金庫間で共通の統一的对象領域と基準を定める「予防の手引き (Leitfaden Prävention)」を作成した。これ以降、この手引きは、疾病金庫が予防のための給付の質を確保し、さらに高めていくための主要なツールとなっている³⁸。

「予防の手引き」によれば、疾病金庫が実施する個人向けの予防のための給付の対象領域は、①運動習慣、②栄養・食物摂取 (Ernährung)、③ストレスマネジメント、④中毒を引き起こすものの消費 (Suchtmittelkonsum) の四領域であるが、ここでは①運動習慣に焦点を当てて内容を確認していく。運動習慣に関する予防の要点は、二つの予防原則 (Präventionsprinzip) に従って定められている。予防原則の一つ目は「健康スポーツの活動を通じた運動不足の削減 (予防原則1)」である。二つ目は「適切な行動・健康志向の運動プログラムを通じた特別の健康リスクの予防と削減 (予防原則2)」である。「予防の手引き」には、これら二つの予防原則に応じた基準の項目 (対象グループ、取組み (Maßnahme) の目的、内容、方法、提供者の資格等) が詳細に記述されている。これらの基準は、後述の予防給付の対象となる講習等を審査する際の基準となる。

なお、基準の項目のうち、「対象グループ」に関しては、次のように定められている。予防原則1の対象は、健康であるが運動不足の被保険者 (高齢者を含む) 及び運動を始める者・再開する者であり、治療を必要とする疾患がないことが前提となっている。さらに予防原則2の対象グループは、筋骨格系の領域、心臓・循環器系の領域、メタボリック領域、心身医学の領域及び運動コントロールの領域において特別のリスクを有する被保険者であり、治療を必要とする疾患がないことが前提である。日本において、生活習慣病予備軍とされる人々が含まれると考えられる。

② 講習の質に関する検査

各疾病金庫は、被保険者に対する補助を行うに当たり、対象となる講習が手引きの定める基準を満たしているかどうかを確かめる必要がある。当然のことなが

ら、基準を満たしていない講習は疾病金庫の補助の対象とはならない。基準の遵守について確認するための検査の多くは、2014年1月から中央予防検査所 (Zentrale Prüfstelle Prävention) を通じて行われている³⁹。この中央予防検査所は、疾病金庫の協力共同体 (Kooperationsgemeinschaft) の委託を受けて運営されており、この共同体に属する疾病金庫が統一的に検査を実施することが可能となっている。疾病金庫の多くがこの協力共同体の構成メンバーとなっている⁴⁰。

検査は、講習提供者の申請を通じて任意・無料で行われる。手続きも容易であり、登録を行って必要な書類を提出すると、10日間程度で結果が得られる。検査の結果、基準を満たしていることが証明された講習は、「ドイツ標準の予防 (Deutscher Standard Prävention)」の検査マークが与えられ、これを3年間使用することができるとともに、疾病金庫の補助の対象となる。先述のバイエルン地区疾病金庫の被保険者が上限75ユーロの補助を受けることができる講習は、この検査マークが付与された講習である。

検査を受けて講習の質が証明されることは、提供者にとって大きなメリットがある。質の証明された予防講習としての情報が多くの医療保険の被保険者に届けられるため、顧客を獲得することが容易となり、宣伝等の費用も節約できる⁴¹。また被保険者は、加入する疾病金庫のホームページ等を通じて素早く、簡単に参加可能な講習に関する情報を得ることができる。

3) 特典プログラム

以上の施策に加えて、多くの疾病金庫は、健康増進と予防に関する被保険者の努力を後押しするために、特典プログラム (Prämienprogramm あるいは Bonusprogramm) を用意している。このプログラムは、健康増進と予防に資する取組みを行った被保険者に対して、それぞれの取組みごとに定められたポイントを付与していくものである。プログラムに参加する被保険者は、取組みを通じて獲得した合計ポイントに応じて様々な特典が得られる⁴²。特典プログラムは、従来、疾病金庫により任意で実施されていたが、新たに施行された「予防法」により実施が義務づけられることとなった。

4. 比較考察

これまでの検討を通じて、運動・スポーツの政策的活用に関して、日本とドイツでは様々な共通点・相違点があることが明らかとなった。以下では、「運動・スポーツを行うための制度・環境の整備」及び「運動・スポーツへの個人の動機づけを高める施策」とい

う二つの観点から比較考察を行うこととしたい。

(1) 運動・スポーツを行うための制度・環境の整備

ドイツのスポーツクラブは広く国民に普及し、運動・スポーツを通じた健康増進・予防においても存在感を増しつつある。日本においても、1990年代から総合型クラブの設立が政策的に推進され、数を増しつつあり、地域で多様なスポーツを行う機会が拡大していることは非常に望ましい変化である。しかしながら、スポーツクラブの政策的活用という点では、ドイツと日本では大きな違いがあった。ドイツでは、スポーツクラブを傘下に収める DOSB が健康増進・予防政策にも大きく介入しており、医師との連携体制も強固である。日本において、地域の総合型クラブや運動・スポーツ施設を健康増進・予防のためにより有効に活用するためには、医療保障システムとの連携や協力体制を強化する方向を模索する必要があるかもしれない。

また、健康増進・予防を目的とした運動・スポーツの推進において、ドイツでは、医師が重要な役割を担っていた。医師の行う運動処方、患者の身近にいる家庭医等の医師が、運動に消極的な患者等に個別のかつ直接的にアプローチする手段であり、医療保険の補助を通じてその実施が推進されていた。日本においても、補助あるいは診療報酬上の工夫によって、運動処方へのインセンティブを強化することは検討に値する。

日本とドイツの両国において、被保険者の一次予防の推進のために医療保険が果たす役割は重要であった。保険者は、被保険者が運動・スポーツに取り組みやすい環境を整備する必要があるが、注目すべきは、ドイツでは、疾病金庫によって多様な健康増進・予防のプログラムが無料あるいは低負担で利用できる仕組みが整えられていること、さらにプログラムの効果を確かなものとするため、講習の質の確保に関する疾病金庫共同の取組みが行われていることであった。日本においても、保険者共同の取組みを通じて、運動・スポーツのより効果的な活用のための工夫が行われることが望まれる。

健康増進・予防を推進する運動・スポーツ関連の専門資格として、日本には健康運動指導士の資格があり、今後も健康増進・予防の領域での積極的な活用が期待される。ドイツにおける専門資格の状況について本稿では十分に検討することができなかったが、両国の専門資格の養成プログラム、活躍のための制度的環境、医師をはじめとする他職種との連携等について比較検討を行うことにより、健康運動指導士資格のより有効な政策的活用についての示唆が得られると考えられる。

(2) 運動・スポーツへの個人の動機づけを高める施策

保険者が、運動・スポーツの実施等の被保険者の取組みに対してポイントを付与し、取組みのインセンティブを強化する仕組みは、日本とドイツの両国において導入されていたが、疾病金庫が相互に競争関係にあるドイツにおいてはより積極的に展開されていた。今後は、日本でも保険者の取組みが拡大され、より多くの人々の努力が後押しされることが期待される。

運動やスポーツから遠ざかっている人々に対して、一歩踏み出すきっかけを与えてくれるのは、ドイツでは地域のスポーツクラブへの多様な関わりや、それを通じて構築された人とのつながりかもしれない。また、運動処方を行う家庭医や医療保険の魅力的な特典プログラムは、より直接的に背中を押してくれるであろう。運動やスポーツと接する機会を増やすために、日本でも、医師や医療保険のより積極的な関与があってもよいのではないだろうか。また、地域の総合型クラブ等で運動やスポーツを楽しむ子どもをきっかけとして、家族や地域の人々が運動やスポーツを見て楽しみ、参加し、さらにはボランティア等として支えていくといったような好ましい連鎖的な流れを促していくことも重要である。

健康増進や疾病予防のために運動やスポーツを行うかどうかは個人の選択や判断にゆだねられているが、運動やスポーツを行うことへの動機づけを与え、インセンティブを付与する仕組みを政策的に強化していくことが必要であると考えられる。

【付 記】

本稿は、文部科学省科学技術人材育成費補助事業女性研究者研究活動支援事業（拠点型）による「平成26年度女性研究者研究力向上のための支援事業」の助成を受けた「健康増進・予防のための運動・スポーツの政策的活用に関する日独比較研究」の成果に基づくものである。

注

- 1 「体力・スポーツに関する世論調査」（平成25年1月調査）であり、全国20歳以上の日本国籍を有する者3,000人を対象に実施された。
- 2 同調査によれば、対象者の74.6%は「運動不足を感じる」と回答している（「大いに感じる」は31.5%、「ある程度感じる」は43.2%）。また、運動不足を感じている者の割合は、女性においてより高く（77.9%）、また年齢別では30代において最も高い（87.8%）。当該調査は概ね3年ごとに実施されているが、運動不足を感じている者の割合は、2000年以降増加傾向にある。

- 3 文部科学省を中心としながら、例えば、スポーツを通じた健康増進や障害者スポーツは厚生労働省、スポーツを活用した外交は外務省、スポーツを通じた地域社会の活性化については国土交通省や環境省等、スポーツ産業の推進については経済産業省といったように、様々な省庁においてスポーツ関連の施策が実施されてきた。
- 4 日本体育協会「平成 26 年度事業概要」による。
- 5 一般財団法人長野経済研究所「平成 26 年度スポーツ政策調査研究 スポーツの経済効果に関する調査研究」による。利用率は、道路 53.5%、自宅 22.7%、公園 18.6%、体育館 16.7%となっている。
- 6 社会体育施設では 2005 年度の 48,055 施設、民間体育施設では 1996 年度の 18,146 施設が調査実施以来、最高の施設数となっている（平成 23 年度社会教育調査 結果の概要による）。
- 7 スポーツクラブきくよのホームページ (<http://www.sports-kikuyo.jp/index.html>) 参照。
- 8 平成 26 年度総合型地域スポーツクラブ育成状況調査（文部科学省ホームページ http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/club/1352356.htm）による。
- 9 「スポーツ基本計画」には、2011 年度において、自己財源率が 50% 以下のクラブが 57.65% を占めているという調査結果が示されている。
- 10 日本体育協会ホームページ (<http://www.japan-sports.or.jp/local/tabid/393/Default.aspx> 2015 年 9 月 15 日アクセス) 参照。
- 11 日本医師会健康スポーツ医学委員会「健康スポーツ医学委員会答申 認定健康スポーツ医の活躍の場を確保するための具体的方策(平成 26 年 2 月)」による。
- 12 同委員会答申では、2008 年の集計によれば、主たる診療科は、内科 (46.0%)、整形外科 (16.8%)、外科 (11.5%)、循環器科 (3.4%)、小児科 (2.7%) であったとされている。
- 13 健康運動指導士の養成は、1988 年に厚生大臣の認定事業として開始された。2006 年以降は、公益財団法人健康・体力づくり事業財団の独自事業として実施されている。
- 14 健康運動指導士と健康運動実践指導者に関する本文中のデータは、公益財団法人健康・体力づくり事業財団ホームページ (<http://www.health-net.or.jp/shikaku/shidoushi/index.html> 2015 年 9 月 16 日アクセス) による。
- 15 1996 年に「運動療法指導管理料」として導入された後、2002 年に算定条件の見直し等が行われ「生活習慣病指導管理料」と改められた。さらに 2006 年の診療報酬改定において、より多くの医療機関で活用されるよう点数の引下げや療養計画書の見直しが行われ、「生活習慣病管理料」へと改編された。
- 16 なお、後期高齢者に対しては、0～74 歳を対象とした生活習慣病管理料に相当する診療報酬として、2008 年に「後期高齢者診療料」が創設された。
- 17 例えば、処方せんを交付しない場合の生活習慣病管理料の点数は、糖尿病を主病とする場合は 1,280 点 (1 点は 10 円) である。患者の自己負担割合が 3 割の場合には相当額の負担となる。
- 18 中央社会保険医療協議会「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査 結果概要 (速報)」による。
- 19 医療法人は、その開設する病院、診療所または介護老人保健施設の業務に支障のない限り、定款または寄付行為の定めるところにより、医療法第 42 条に規定されている各業務（医療関係者の養成・再教育、医学・歯学に関する研究所の設置、巡回診療所やへき地診療所の設置、疾病予防運動施設の設置、保健衛生に関する業務等）の全部または一部を行うことができる。附帯業務を委託することや、本来業務を行わず、付帯業務のみを行うことはできない。
- 20 なお、医療法 42 条施設や民間のスポーツ施設（スポーツクラブ、フィットネスクラブ等）のうち、健康運動指導士の配置や医療機関との適切な連携関係を有していること等の一定の基準を満たす場合に、厚生労働大臣により「健康増進施設」の認定を受けることができる。2015 年 9 月現在、327 施設がこの認定を受けている。さらに、健康増進施設のうち、提携医療機関担当医が健康スポーツ医であること等の条件を満たす場合には、厚生労働大臣により「指定運動療法施設」の指定を受けることができる（2015 年 9 月現在、201 施設）。指定運動療法施設で運動療法を実施した場合、利用料金については医療費控除を受けることができる。健康増進施設認定制度等については、公益財団法人日本健康スポーツ連盟のホームページ参照 (<http://www.kenspo.or.jp/nintei/> 2015 年 9 月 20 日アクセス)。
- 21 医療保険各法に基づく医療保険者の健診等、労働安全衛生法に基づいて事業主が実施する健診やその他の保健事業、老人保健法に基づく市町村の 40 歳以上の住民を対象とした基本健診や健康教育・健康相談等が実施されてきた。
- 22 厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】(平成 25 年 4 月)」によれば、かつての老人保健事業では、健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われていたが、参加できない住民も多かったこと、事業所の実施する健診後の保健指導の実施は、中小企業では非常に限定的であったこと等が指摘されている。
- 23 例えば、健康保険組合等の医療保険者が運動・スポーツ関連施設と特定保健指導に関する委託等の契約を締結する形で、健康運動指導士等による対象者への実践的な運動指導が行われている。
- 24 一例として、出光興産健康保険組合では、ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるヘルスケアポイントを付与するとともに、SNS 機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す取組みが行われている（厚生労働省「健康増進・予防に向けたインセンティブ方策について」平成 26 年 3 月 28 日）。

- 25 文部科学省「諸外国及び国内におけるスポーツ振興施策等に関する調査研究（平成22年度）」による。
- 26 多様なスポーツの中央連合会が組織されており、とくに会員数が多いのはサッカー連合会（2014年で約685万人）、体操連合会（同502万人）、テニス連合会（同145万人）、射撃協会（同137万人）、山岳協会（同101万人）である。
- 27 GKV-Spitzenverband, Leitfadens Prävention, 2014: 49.
- 28 Breur, Feiler, Sportvereine in Deutschland, 2014: 3-4 参照。
- 29 金額はクラブによって異なるが、対象別の月額の手費（中央値）は、子ども2.5ユーロ、青少年3.1ユーロ、成人6.2ユーロ、家族（大人2人と子ども2人）12ユーロである（Breur, Feiler, op. cit.: 7）。
- 30 任務は、クラブの会長からトレーナーや練習の指導者まで多岐にわたるが、平均すると月に13.8時間、これらの任務にあたっている（Breur, Feiler, op. cit.: 13）。
- 31 マーク付与の対象となる健康スポーツの提供を行う指導者は、「予防スポーツ」実践指導養成教育の第二段階の免許（Übungsleiterausbildung „Sport in der Prävention“ auf der 2. Lizenzstufe）を有することが規定されている。また、より高度の運動・スポーツ関連職業養成教育を修了した者はこの免許に代えることができる。
- 32 基準は次の6つの領域に整理されている（DOSB, Sport und Gesundheit, 2015: 18-20）。①「対象者グループに適した提供（Angebot）であること」。提供される講習は、「心臓・循環器」、「筋骨格系」、「緊張緩和・ストレス解消」、「一般予防スポーツ」のいずれかに分類され、それが重点的に対象とするターゲットグループが定められる。とりわけ、子ども、青少年、成人及び高齢者は区分されなければならない。②「有資格者による指導」。指導者はプログラムの質の保証人であり、その養成教育の水準はDOSBの基準を通じて確保されている。健康スポーツ提供の指導者には所定の免許保有が必要とされるが、さらに免許取得後の継続研修を通じて知識、技術及び能力の向上と最新化が求められる。③「均一の運営構造」。グループの規模は、提供される講習ごとに最大15名に制限される。一つの講習は10～15回のレッスンからなり、レッスンは少なくとも週一回以上行われる。④「予防的な健康検査」。参加者は、スポーツプログラム参加前に健康検査を受けることが推奨される。また、健康面において懸念がある参加者に対しては、医師との相談を行うことや医師の証明書を提出することが求められる。健康診断は18歳以上の参加者も受けることが望ましいが、35歳以上の参加者には強く推奨される。学校スポーツを行うことが認められなかった子どもや青少年に対しては、家庭医と相談することが求められ、場合によっては、青少年対象健康診断を行うことも考慮される。なお、健康上の理由から、プログラムへの参加が認められない場合がある。⑤「質のマネジメントの支援」。健康スポーツプログラムが定められた目的を達成することを確実なものとするために、DOSBのサポートを受けながら、伴走型の質のマネジメントが行われる。⑥「健康推進パートナーとしてのクラブ」。連合レベルでは、とりわけ全国・州医師会及び多様な保険者と協力するための枠組みづくりが必要となる。また、各地域においては、対象となるターゲットグループと関係をつくり、健康領域におけるパートナーとの協働を通じて健康増進のネットワークの一部となることが重要である。
- 33 DOSBは、ドイツ体操連盟とドイツ重量挙げ全国連盟とともに「SPORT PRO FITNESS（フィットネスのためのスポーツ）」というもう一つの質保証マークをつくり、2008年から、規定の条件を満たしたスポーツクラブにこのマークが付与されている。現在、70を超えるスタジオがこの対象となっている（DOSB（2015）, op. cit.: 21）。
- 34 統一様式には、医師により、対象となる患者に適したトレーニングの重点（心臓・循環器、筋骨格系、緊張緩和・ストレス解消、調整・運動促進）が示されるとともに、運動指導への指示が記入される。
- 35 疾病金庫が実施する一次予防の法的な位置づけは、GKV-Spitzenverband, op. cit.: 8の解説による。
- 36 例えば、ミュンヘン市内の中心部から10キロメートルの範囲内では139の健康運動プログラムが実施されている（AOK Bayernのホームページで2015年8月22日に検索）。
- 37 疾病金庫には、州レベル及び連邦レベルでの連合会がある。地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫については州連合会があり、さらに州連合会による構成される連邦連合会がある。また農業疾病金庫と代替金庫は連邦レベルの連合会のみを有し、鉦夫組合と海員疾病金庫は連邦レベルの金庫である（松本勝明、ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険一、2003: 4-5）。これらの連邦レベルの中央連合会（Spitzenverband）の連合が「連邦疾病金庫中央連合会」である。
- 38 実践における経験や新たな科学的な知識を取り入れながら、今日まで継続的に手引きの改訂が行われており、最新のものは2014年12月に公表された第7版である（GKV-Spitzenverband, op. cit.: 6）。
- 39 中央予防検査所は、株式会社チーム健康（Team Gesundheit GmbH）によって運営されている。
- 40 協力共同体に属している疾病金庫は、中央予防検査所のホームページ（<https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/admin/>）において紹介されている。
- 41 基準を満たした講習は、5000万人の被保険者に情報が提供されることとなるが、これは公的な医療保険の被保険者の3分の2に相当する。講習の提供者のメリットについては株式会社チーム健康のホームページの中央予防検査所に関する紹介（<http://www.teamgesundheit.de/leistungen/foerderung/zertifizierung/zentrale-pruefstelle-praevention.html>）を参照。
- 42 バイエルン地区疾病金庫の特典プログラムを見ると、ポイント付与の対象となる取組みは次のようなものである。健康診断（35歳以上被保険者に対して300ポイント）、がんの早期発見のための検診（300

ポイント), 予防注射 (100 ポイント) 等に加えて, 「健康のためのスポーツ」講習への参加 (200 ポイント), 予防講習への参加 (300 ポイント) 等の運動やスポーツに関する幅広い取り組みが対象となっている。被保険者は獲得した合計ポイントに応じて, 運動・スポーツ用品, 健康・調理器具, 子どもの遊具等の多様な商品やサービスを特典として得ることができる。ポイント加算対象となる取組みや加算の条件は, バイエレン地区疾病金庫の特典プログラム実施規定 (Ausführungsbestimmungen AOK-Prämienprogramm) として定められている。

参考文献

- Breur, C., Feiler, S. (2014), Sportentwicklungsbericht 2013/2014, Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015), Das Präventionsgesetz, Die Verbesserungen im Überblick.
- 中央社会保険医療協議会 (2007) 「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査 結果概要 (速報)」
- DOSB (2006), Qualitätsmanagement-Handbuch, Sport pro Gesundheit.
- DOSB (2014), Prävention in Deutschland, Gesundheitförderung durch Bewegung und Sport.
- DOSB (2015), Sport und Gesundheit.
- GKV-Spitzenverband (2014), Leitfaden Prävention.
- 一般財団法人長野経済研究所 (2014) 「平成 26 年度スポーツ政策調査研究 スポーツの経済効果に関する調査研究」
- 厚生労働省 (2013) 「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】(平成 25 年 4 月)」
- 厚生労働省 (2014) 「健康増進・予防に向けたインセンティブ方策について (平成 26 年 3 月 28 日)」
- 松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I—医療保険—』, 信山社.
- 文部科学省 (2010) 「諸外国及び国内におけるスポーツ振興施策等に関する調査研究 (平成 22 年度)」
- 文部科学省 (2013) 「体力・スポーツに関する世論調査 (平成 25 年 1 月調査)」
- 文部科学省 (2013) 「平成 23 年度社会教育調査 結果の概要」
- 日本体育協会 (2015) 「平成 26 年度事業概要」
- 日本医師会健康スポーツ医学委員会 (2014) 「健康スポーツ医学委員会答申 認定健康スポーツ医の活躍の場を確保するための具体的方策 (平成 26 年 2 月)」
- Zander, H., (2015), Runter von der Couch, Gesundheitswirtschaft – Das Entscheidermagazin, 2015 Nr.4, 38-40.