

研究課題名（課題番号）：健康増進施設の現状把握と標準的な運動指導プログラムの開発および効果検証と普及促進（H29-循環器-一般-012）

健康増進施設に伴う指定運動療法施設の医療費控除制度運用の改善に向けた提案

研究分担者

小熊祐子 慶應義塾大学スポーツ医学研究センター・大学院健康マネジメント研究科 准教授

研究協力者

齋藤義信 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 助教（有期）

研究要旨

健康増進施設、特に本稿では、指定運動療法施設が十分に機能していくために、医療費控除システム改善に向けたポイントを整理し、改善案を提案することを目的とした。

医療費控除の手続き自体が簡略化されてきている流れの中、指定運動療法施設における医療費控除のフローを簡略化すること、指定運動療法施設における医療費控除についての周知を促進すること、指定運動療法施設自体を増加させることが相互に効果を発揮し、短期的なメリットおよび、長期的には対象者のウェルビーイングの向上・健康寿命の延伸、医療費軽減が期待できる。

指定運動療法施設における医療費控除のフローの簡略化については、かかりつけ医が日本医師会認定健康スポーツ医である場合とそうでない場合にわけて、メディカルクリアランスの考えに則り、提案した。

ターゲットとセッティングについて、就労世代においては（被扶養者を含め）職域での健康診査をきっかけとした保険者や雇用者からのアプローチが、リタイア後の高齢者（特に後期高齢者）では地域において、地域包括ケアシステムを視野に入れたかかりつけ医からのアプローチが有効と思われる。上記推進するとともに、並行して、実際の効果を経年的に検証していく必要がある。

A. 研究目的

健康増進施設とは、厚生労働省が国民の健康づくりを推進する上で適切な内容の施設を認定しその普及を図るため健康増進施設認定規程（1988年）に基づいて大臣認定を行っている施設である。運動型健康増進施設、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の3類型の健康増進施設がある。また、運動型健康増進施設及び温泉利用型健康増進施設の内、一定の条件を満たす施設を指定運動療法施設として指定している。

運動型健康増進施設は 2019 年 5 月 4 日現在全国で 352 施設、そのうち指定運動療法施設が 223、温泉型指定運動療法施設が 3 施設である（公益財団法人日本健康スポーツ連盟 HP より、2019 年 5 月 4 日アクセス）。

運動型健康増進施設の要件としては、以下の 1 から 6 が挙げられている。

1. 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の配置（トレーニングジム、運動フロア、プールの全部又は一部と付帯設備）
2. 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の配置
3. 生活指導を行うための設備を備えていること
4. 健康運動指導士及びその他運動指導者等の配置
5. 医療機関と適切な提携関係を有していること
6. 継続的利用者に対する指導を適切に行っていること（健康状態の把握・体力測定運動プログラム）。

指定運動療法施設は、厚生労働大臣認定健康増進施設のうち、一定の要件を満たす施設について、厚生労働省が運動療法を行うに適した施設として指定したものである。この指定を受けた施設では、医師の指示に基づく運動療法を実施する際に必要となる利用料金について、所得税法第 73 条が規定する医療費控除の対象とすることができる。指定運動療法施設の主な認定基準は以下の 1 から 4 のとおりである。

1. 厚生労働大臣認定健康増進施設であること
2. 健康運動実践指導者の配置
3. 運動療法の実施にかかる料金体系を設定してあること（1 回当たり 5,000 円以内）
4. 対象疾患としては、高血圧、高脂血症、糖尿病、虚血性心疾患等でその病態から運動療法を行うことが適当であると医師が判断した

疾病となっている（厚生省保健医療局長通知平成 18 年 7 月 26 日）。

健康増進施設認定を受けたのち、指定運動療法施設に認定されると、運動処方を受けた利用者は、一定のプロセスののち確定申告の際に申請すれば、医療費控除のメリットが得られることになる。しかしながら、現在その運用は必ずしも容易ではなく（後述）、医療費控除制度は、利用者・運動施設・医療施設の三者にとって大きなメリットと必ずしもなっていない。

健康増進施設、特に本稿では、指定運動療法施設が十分に機能していくために、医療費控除システム改善に向けたポイントを整理し、改善案を提案することを目的とした。

B. 研究方法

1) まず、運動処方に関連した国際的な動向として、アメリカスポーツ医学会（ACSM）の運動前健康チェックの考え方、それに伴うメディカルクリアランス、セルフチェックや日常診療における身体活動量の把握の推奨について、サマライズした。

2) 2017 年度研究班で行った健康増進施設への質問紙調査の結果から、運動処方を扱っている施設の状況をまとめた。指定運動療法施設で、医療費控除の仕組みを運用する際、健康スポーツ医のいる連携医療施設が必要となる。医療法人の付帯施設として認められた医療法第 42 条に定められた疾病予防型運動施設（通称 42 条施設）や、その他の医療施設併設型の場合は、自施設あるいは隣接しているため連携は取りやすいと考えられる。指定運動療法施設の中には、併設型でない施設も散見しているため、その場合、良好な運用が可能であるのか、課題は何か、検討するため、医療施設併設型ではなく、周囲

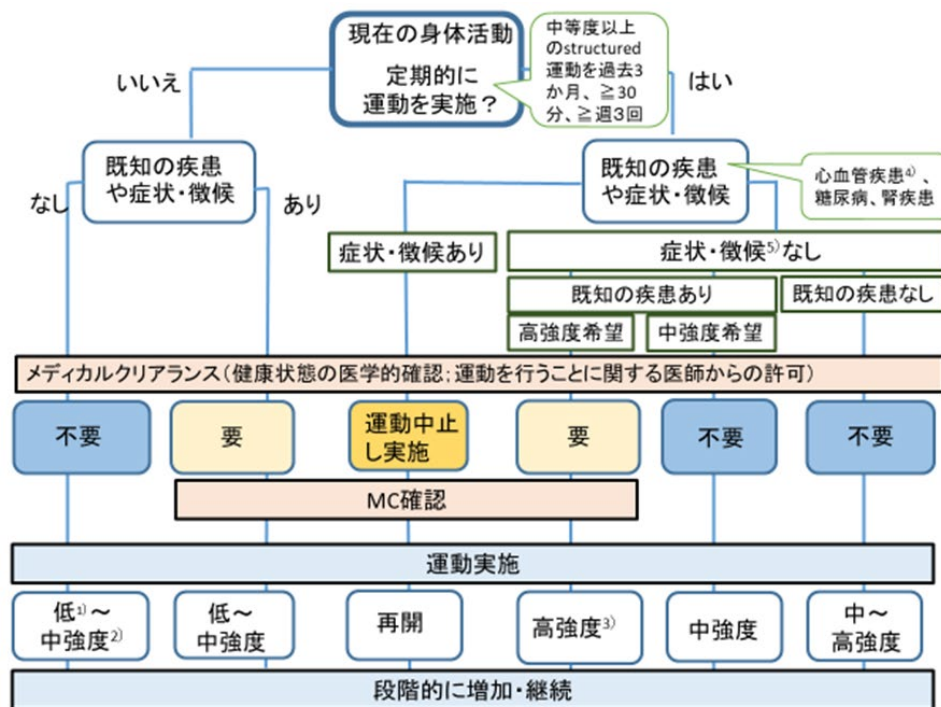


図1 アメリカスポーツ医学会運動参加前のスクリーニングアルゴリズム(文献1を参考に著者が和訳作成)

1) 低強度運動: 心拍予備または酸素摂取量予備の30~39%、2~2.9METs, 自覚的運動強度9-11、心拍数や呼吸がほんの少し上がるくらいの強度。2) 中等度強度運動: 心拍予備または酸素摂取量予備の40~59%、3~5.9METs, 自覚的運動強度12-13、心拍数や呼吸が明らかに上がるくらいの強度。3) 高強度運動: 心拍予備または酸素摂取量予備の60%以上、6METs以上, 自覚的運動強度14以上、心拍数や呼吸が非常に上がるくらいの強度。4) 心血管系疾患: 心疾患、末梢血管疾患ないし脳血管疾患。5) 症状・徴候: 安静時ないし運動時。胸部、頸部、顎部、腕部あるいは他部の、虚血によると思われる胸痛、不快感; 安静時や弱い運動時の息切れ; めまいや失神; 起坐呼吸、発作性夜間呼吸困難; くるぶしの浮腫; 動悸や頻脈; 間欠性跛行; 既知の心雑音; 通常活動時の異常な疲労感や息切れ。

の医療施設と連携して運動処方を扱っているところをピックアップし、その特徴や状況を追加ヒアリングした。

3) 運動療法の一環として、指定運動療法施設の利用料の医療費控除について、現在の申請法をふまえた改善策を提案する。

4) 指定運動療法施設の位置づけをふまえ、日本の医療制度・健康政策の中で、指定運動療法施設が機能していくために、指定運動療法施設の医療費控除制度が一助となるために必要な、制度の周知や普及とその意義について、特に重要と思われるものについて述べる。

C.結果

1) 運動開始前の健康チェックの考え方

ACSM の Guidelines for Exercise Testing and Prescription が2017年アップデートされ、第10版が出版され(1)運動開始前の健康スクリーニングの記載が大きく変化した(2)。

運動開始前の健康スクリーニングは、運動時(運動直後も含む)の突然死や急性心筋梗塞の高リスク者を見極めるために運動開始前に行うプロセスである。従来①心血管疾患の危険因子の保有数、②症状や症候の有無、既存の心血管疾患・代謝性疾患・腎疾患・呼吸器疾患の有無による層別化に基づいていた。しかし、必ずしも運動中・直後の突然死や急性心筋梗塞リス

クを予測しないこと、擬陽性が多く精査のための医療費がかさむこと、人々の運動開始の障壁を大きくしていること、など従来法のネガティブな側面を考慮し、変更したものである。確かに、急激に行う高強度の運動時には、安静時に比し非致死的心筋梗塞・突然死の危険度は6倍(3)、17倍(4)に増大する。しかしながら絶対危険度は極めて低く、例えば、前向きコホート研究の結果によると、突然死の発生頻度は、男性で高強度運動150万回に1回(Physicians' Health Study、(4))、女性では中高強度運動3650万時間に1回(Nurses' Health Study、(5))ということである。また、運動関連心血管疾患イベントには通常前駆症状・症候がある(6)。それを見逃さないことが重要である。一方、普段の身体活動量と高強度の運動中ないし運動直後の突然死・心筋梗塞の発症についてはほぼすべての研究で負の相関が認められている。普段から身体活動量アップを図ることが重要である。

心血管危険因子については、保有率が非常に高い一方、運動中ないし運動直後の突然死・心筋梗塞の発症はごく稀であるため、予測能は低いと考えられる。また、心血管危険因子による層別化スクリーニングの方法は保守的であり、擬陽性を多く生んでいる。男性および40歳以上の女性の95%が運動開始前の受診勧奨の対象になるという報告もある(7)。

新しい運動開始前の健康スクリーニングでは、これらの状況をふまえ、次の①～③の因子に基づいて行うこととなった。すなわち、①現在の運動(身体活動)実施状況、②現在の症状や症候、既存の心血管疾患・糖尿病・腎疾患の状況、③望ましい身体活動強度(開始する運動の強度を無理のない範囲に設定すること)の3点である。図1にスクリーニングアルゴリズムを示した。

日常生活レベルの強度の運動・身体活動実施においては、特別な健康チェックは不要であること、さらに強度の高い運動に新たに参加する際には、対象者の状況に応じてチェックが必要なことなどを示した。まず、現在の運動・身体活動実施状況を確認するところから始まり、現在の疾患(心血管疾患、糖尿病、腎疾患)の状況や症状・徴候の状況により、メディカルクリアランス(*後述)が必要かどうか判断していくことになる。お勧めする身体活動は、現在定期的な運動を行っていない場合は、低から中強度から始めること。行っている場合は、さらに高強度を希望するの可否かでメディカルクリアランスの必要性は変化する。入口で現在の身体活動状況を確認すること、出口でこれから行う身体活動を調整することにより、現実的に単純化され、運動の専門職・医療従事者双方にわかりやすくなった。開始する運動強度を無理なく設定することで、多くの場合、運動負荷試験や特別なメディカルチェックを要せずに運動を開始することができる。

*【メディカルクリアランス】

従来、運動開始前に医学的な検査を行うことをメディカルチェックと呼んでいた。運動の負荷をかけたときに有害事象が起きないかどうかを予め確認するといったニュアンスがあった。今回の改定では、運動開始に当たっての医療従事者側による健康状況の確認、という意味で、メディカルクリアランスという言葉を用いている。対象者の健康状況や行う運動の強度に応じて、必ずしも運動負荷試験等の新たな検査を要せず、病歴や徴候・症状を確認し、現状で何ができるかアドバイスする(2)。この際も図1のフローが重要となる。

【セルフチェック PAR-Q+】

運動開始前のセルフチェックに頻用される Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q) も改訂されている(1, 8, 9)。PAR-Q は、症状や危険因子、監視下運動の必要性、その他の特別な問題をチェックし、事前に医学的相談が必要かどうか自己判断するものである(10)。セルフチェックツールではあるが、運動実施前の確認には日本でもよく用いられている。「健康づくりのための身体活動基準 2013」(P55)(11)にも参照されており、特定保健指導の際等にも広く活用されている。PAR-Q はシンプルな 7 問の質問から成り、わかりやすいが、一つでも○がつくと、運動開始前にかかりつけ医に相談するなどの医学的確認が必要となり、運動参加への敷居が高くなる。また、エビデンスに基づいた選別では必ずしもなかった。そこで、有疾病者も含め徹底レビューし、PAR-Q+が作成された。従来通り、入り口はシンプルな質問で、1 つでも○が付いた場合、さらに質問を追加することで、状況に応じた対処がよりルーチン化し、必要な情報を得たうえで、セルフチェックで判断できる部分が拡大している。また、元の PAR-Q では対象年齢は 16-65 歳までと制限されていたが、これはエビデンスに基づくものではなく、レビューの結果、積極的に年齢制限を設けるエビデンスはない、と判断している(12)。PAR-Q+については、エビデンスの蓄積に伴い、更新されるべきであり、毎年有識者で検討会が行われ、5 年ごとにはレビューの更新作業が行われている。

【日常診療や健康診断で身体活動量を把握する】

ACSMでは、Exercise is Medicine®の枠組みの中、Physical Activity is a Vital Sign (PAVS)として、身体活動量の把握を、日常診療の中で、把握することを広く医師にすすめている。電子カルテに記入欄を作っておけば、診療科を問わ

ず、入力することが容易となる。実際、PAVSを取り入れた際の効果も示されている(13)。本研究班の成果の一部として、Exercise is Medicine®の「Health Care Providers' Action Guide」を「医療提供者向けアクションガイド」として日本語訳を作成した。ガイドの冒頭に記載されているのは、「最初の一步として医師自身が、何より自分の健康管理を確立し、「手本」となること」である。医師の運動習慣が診療時のカウンセリングに影響を与えともいわれている(14)。医療提供者チームの手本となり、患者からの信頼を得るために、医師自身が「身体活動は大事である」というメッセージを示し、実例となることがまず推奨される。次に、患者の身体活動レベルを評価する(前述)。ハードルを上げずに、可能な支援・推進を行っていく点など、現状に応じた活用が可能であろう。(米国の身体活動ガイドラインの2018年アップデート(15)を反映し、アクションガイドも更新された。今後日本語訳も更新していく予定である)。

日本では、特定健康診査において、標準的な質問に、以下の3項目がある。

- ① 1日30分以上の軽く汗をかく運動を、週2日以上、1年以上実施していますか。
- ② 日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。
- ③ ほぼ同じ年齢の同性の人と比較して歩く速度が速いですか。

またこのうち①については、国民健康栄養調査でも毎年質問しており、汎用性の高い項目といえる。臨床の場合などでは、より定量的にきくことで、評価の幅が拡大する。

これらの動きを受けて、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019年版」にも現在の身体活動量・強度および運動習慣の有無について確認することを強調している(16)。

また、健康診査時の問診に加え簡単な体力指標（例えば、握力、30秒椅子立ち上がりなど）を測定し、許容運動強度（おすすめ身体活動強度）を示すことができれば、定期的な健診時に状況評価ができているため、運動開始の際に改めて健康チェックをする必要は少なくなる。健康診査自体が運動開始のきっかけにもなるだろう。健康診査とリンクした「指定運動療法施設の医療費控除制度運用の改善」についての提案は4)で述べる。

2) 医療費控除制度活用状況について(2017年度健康増進施設への質問紙調査およびヒアリングより)

2017年度研究班で実施した運動型健康増進施設の現状把握調査（有効発送数332施設、有効回収数183施設）では、指定運動療法施設認定も取っているものが116施設（有効回収施設の63%）であった。医療機関併設型として、医療法第42条施設（疾病予防運動施設）が48施設、42条施設ではないものが15施設、計63施設であった。また、公営施設が31、民間施設が66施設であった。

指定運動療法施設に運動療法利用者（医療費控除対象者）について質問したところ、内科系疾患による利用者が、中央値で月10名、整形外科系が5名であった。運動療法利用が月50件以上あると回答した施設は21施設であり、そのうち、42条施設が9施設であった。一方でほとんどないと回答した施設は33施設、月10人未満が31施設と、指定運動療法施設でありながら、医療費控除を活用していない施設が大半であった。回答のあった運動施設全体として、近隣医療機関にこの制度を周知したり、連携しているところは稀であった。月50名以上の利用者が医療費控除を活用していると回答のあった施設のうち、医療施設隣接型でない施設について、実際どのように医療施設と連携がとられて

いるのか、今後の提案の参考に、指定運動療法施設の認定機関である日本スポーツ推進機構職員へのヒアリングをふまえ、2施設を選定し、ヒアリングした。1施設では、地域に根差したスポーツクラブとその提携医療機関の医師である健康スポーツ医を中心とし、ほかの医療機関との連携を呼びかけた。運動処方箋の作成支援を提携医療機関が全面的に行い、利用していく仕組みを考えたが、プロセスの手間がある割に、文書作成費をもらいにくい（もらうと医療費控除分のメリットが減少、提携医療機関では無償で作成）といった難点があり、周囲との連携にいたらなかった、ということである。周辺医療機関においては、運動処方箋となるとハードルが高い割には、それに見合う報酬が得られるとはいえず、提携医療機関と指定運動療法施設の間では、隣接型ではないものの、医療費控除制度が機能していたが、近隣の医療施設も含めての連携には至らなかった。1)で概説したように、メディカルチェックや運動処方の考え方が変わってきていることを踏まえ、かかりつけ医として行えることのハードルを下げ、より多くの人に身体活動推進が図る方法が必要と考えた。

もう一方の施設では、地域に先行する健康増進施設を参照し、手探りながら、周辺医療機関との連携を図っていた。近隣の病院の糖尿病教育システムと連携したコースを試行しており、今後かかりつけ医との連携も含め、国が進める生活習慣病重症化予防の対策の一助ともなる医療連携の可能性が期待できると考えた。

2017年度の施設調査および、ヒアリングを踏まえ、個々の施設に任せるのではなく、制度施行側が、連携のメリットを示し、制度として各方面により一層周知し、連携の仕組みを機能させていく必要があることを再認識した。

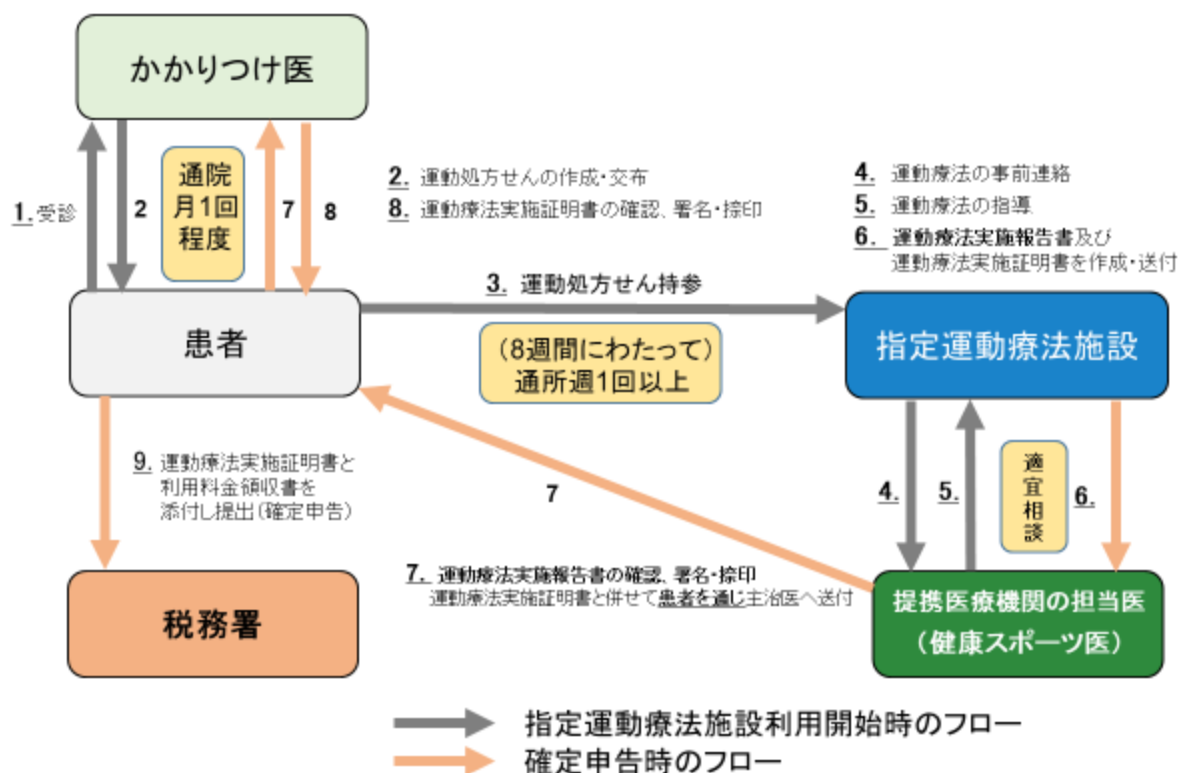


図2 指定運動療法施設における運動療法に係る医療費控除手続きのフロー（現状）

3) 指定運動療法施設の医療費控除申請手続きについて—改善策の提案—

図2は、現行の指定運動療法施設における医療費控除申請プロセスをまとめたものである。

順に、**患者**（運動療法を受ける者）がかかりつけ医を受診（1）、かかりつけ医が処方箋を作成・交付（2）、それを**患者**が指定運動療法施設に持参（3）、指定運動療法施設で、提携医療機関（日本医師会認定健康スポーツ医）と適宜相談しながら運動メニューを作成（4,5）・実施（週1回以上連続8回以上）していくことになる。確定申告時には、運動療法実施報告書および運動療法実施証明書を作成したものを提携医療機関が確認（6）、**患者**がかかりつけ医に示し（あるいは直接かかりつけ医に送付）（7）、かかりつけ医が確認署名捺印したもの（8）を利用料金領収書とともに、税務署に確定申告する（9）。

2) で実状について述べたように、運動療法の質の担保は必要だが、プロセスが煩雑で、患者（運動実施者）も運動施設も医師も大変な手間である。このプロセスを簡便化する方法として、以下の2つのフローを提案する。すなわち、かかりつけ医があまり運動療法に詳しくない場合（健康スポーツ医でない場合、図3）と一定以上詳しい場合（健康スポーツ医の場合、図4）である。

【かかりつけ医が健康スポーツ医でない場合】

まず、1) で述べたように、普段から、日常診療や健康診断で身体活動量を把握することを、医師全般に励行する。そのうえで受診時（1）にかかりつけ医は運動実施が有効と考えられ

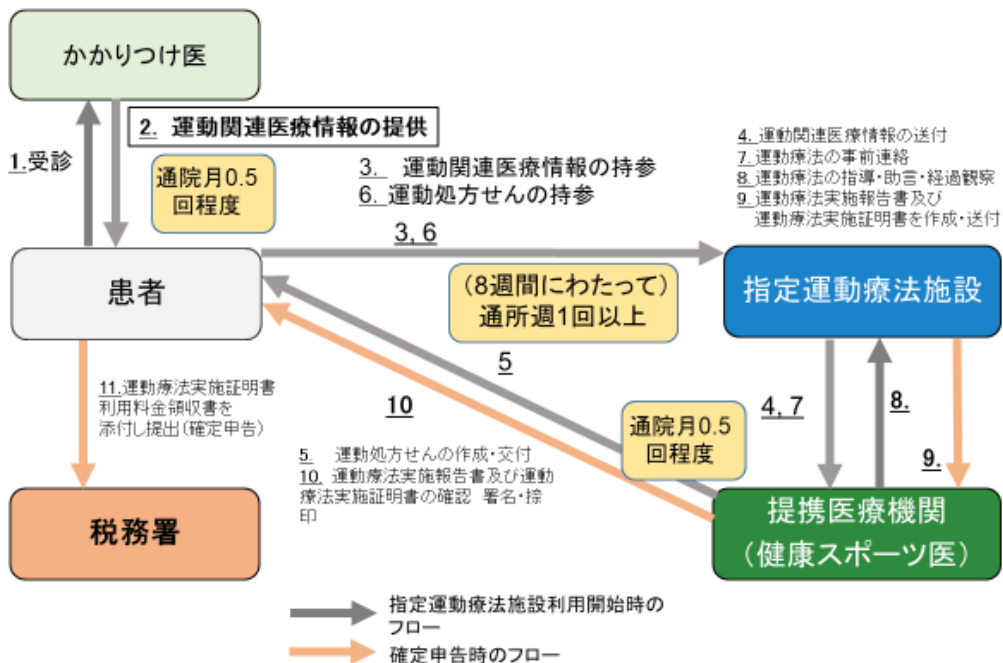


図3 指定運動療法施設における運動療法に係る医療費控除手続きのフロー
(かかりつけ医が健康スポーツ医でない場合)

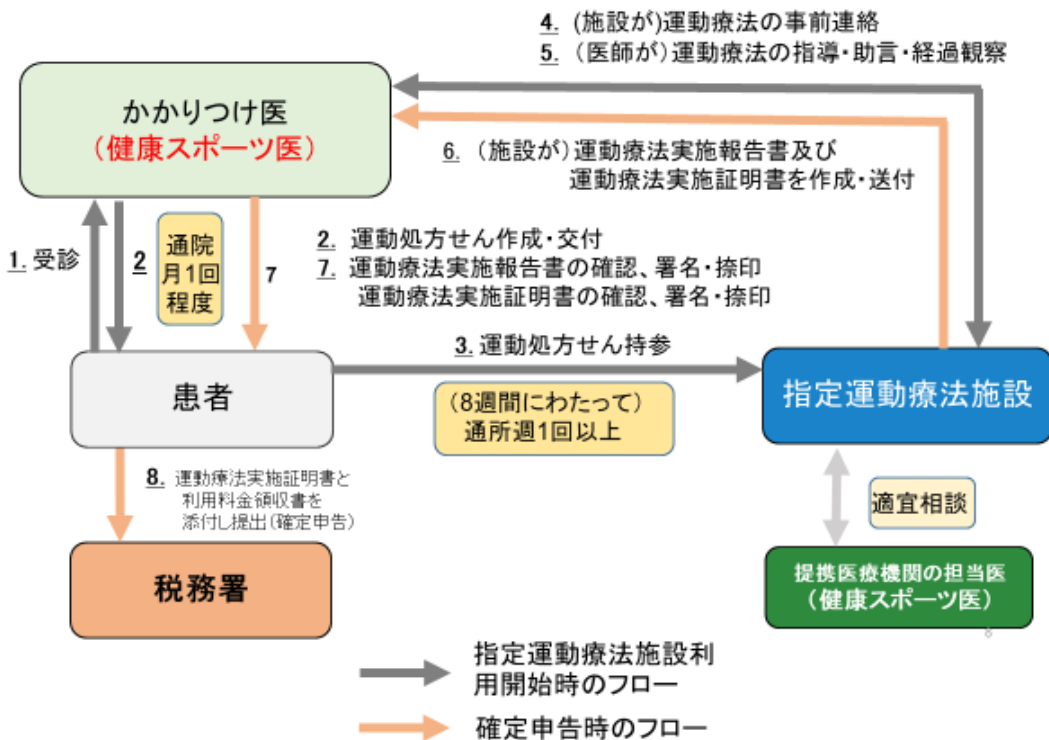


図4 指定運動療法施設における運動療法に係る医療費控除手続きのフロー
(かかりつけ医が健康スポーツ医の場合)

運動関連医療情報
(運動を専門としていない医師でも記載が可能な運動療法を開始する際に必要な患者の健康状態に関する情報)

- ・疾患名:
- ・服用中の薬:
- ・コントロール状況:
- ・現在の身体活動:
 - ①日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日合計1時間以上行っていますか？(はい・いいえ)⇒1日合計で何分くらい行っていますか？
 - ②汗をかくような運動を行っていますか？(はい・いいえ)
⇒(行っている場合)
 - 1回〇分、週〇回、〇年間(何を)
 - 1回〇分、週〇回、〇年間(何を)
 - 1回〇分、週〇回、〇年間(何を)
 - ③ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。⇒速い・同じくらい・遅い
 - ④座りっぱなしの時間は1日合計どれくらいですか？
 - ⑤一日の歩数はどれくらいですか。⇒()歩くらい
- ・行いたい運動・スポーツ:
- ・その他の注意事項:

図5 運動処方に必要なかかりつけ医からの運動関連医療情報提供項目

る患者に運動関連医療情報をお渡する(2、この場合患者からの希望による場合と、医師から積極的にすすめる場合と両方が想定される)。運動関連医療情報提供の際のフォーマットの例として、1)を踏まえ、図5を提案する。こ

れを患者が指定運動療法施設に持参し(3)、運動プログラムが作成されることになる。かかりつけ医からの情報提供をもとに、具体的な運動プログラムは、運動施設の方で作成することになるが、その際に、提携医療機関に確認し(4)、

名前: _____ 日付: _____

有酸素運動 ストレッチ

種類: 歩く 走る 泳ぐ 自転車 その他 _____ バランス

頻度(日/週): 2 3 4 5 6 7

強度: 軽強度 中強度 高強度
 (通常歩行) (早歩き) (ジョギングやランニング)

時間(分/日): 10 20 30 60 More than 60

歩数/日: 2,500 5,000 7,500 10,000 More than 10,000

筋力トレーニング

留意事項:

医師の署名: _____ 健康スポーツ医の署名 _____
 (認定番号: _____)

図6 運動処方箋のイメージ
 (Health Care Providers' Action Guideを参考に著者作成)

運動処方箋は提携医療機関が作成・交付(5)、その運動処方箋に基づき(6)、プログラムを作成・実施(7,8)していくことになる。

運動処方箋は、患者の疾病の状況や準備状況、行いたい希望もあわせ、例えば、図6を提案する。作成にあたっては、図1のフローチャートの考え方が有用である。

運動療法にあまり詳しくないかかりつけ医にとっては、運動処方箋を作成することがハードルが高いため、運動開始時に必要な医療情報の提供にとどめ、運動処方箋自体は、指定運動療法施設の提携医療施設の医師(健康スポーツ医)の方で行う形とした。患者にとっては通院・通所は継続的に行うことになるので、かかりつけ医への通院、運動療法施設に行った際の提携医療施設での相談とあわせて月1回の受診を確保する形として提案した。そうすることで、かかりつけ医も状況を把握しながら、運動療法を進めることが可能である。

図3,4に示したように、情報の行き来のプロセスを考えると、健康手帳・健康アプリといったもので、一元管理し、患者が各施設利用時に携帯持参するとわかりやすい。Personal Health Record (PHR)の一貫として、考えていくことを提案する。そうすることで、改めて医療費控除申請用の書類の作成は不要とすることができれば、プロセスはより容易となる。電子化がすぐには無理であっても、健康運動手帳(仮称)として、かかりつけ医の受診記録、投薬状況、疾病のコントロール状況をかかりつけ医が記す(通院時)、運動プログラムも同じ手帳上に記載する、運動施設通所時には運動の記録を同じ手帳に記入する、日々の体重・血圧・自己測定血糖・歩数等も記録する、かかりつけ医・運動施設・健康スポーツ医は各々受診・通院・相談時に印を押すなど、実績を記録するようにする。領収書は別途作成する必要があるが、この手帳があれば、運動療法実施証明書を改め

て作成することは不要とすることを提案したい。

【かかりつけ医が健康スポーツ医である場合】

かかりつけ医が健康スポーツ医である場合、さらにフローはシンプルになる(図4)。すなわち、受診(1)後、かかりつけ医の方で、運動関連医療情報の提供だけでなく運動処方箋を作成する(2)、その運動処方箋を患者が運動療法施設に持参し(3)、運動プログラムが作成され、運動が実施されていくことになる(4,5)。図4の提携医療機関の担当医への相談のプロセスは必要に応じて行う程度でいだろう。実際、かかりつけ医が提携医療機関の担当医の場合は、図4左上の「かかりつけ医」と右下の「提携医療機関の担当医」は同一となる。健康スポーツ医の中でも専門が内科系、整形外科系など得意分野が異なるので、提携医療機関を複数持つ形で、提携医療機関の中で適宜相談できる形で、運動療法を継続していくことが望ましい。この場合においても、情報のやり取りを考えると、健康運動手帳やアプリによる管理が望まれる。また、地域ごとに、運動・医療連携会議といったものを定期的開設するなど、連携体制の強化が望まれる。(ヒアリングした中では、そのような体制づくりを推進しているところもあった。)

医療機関併設型の場合は主にこちら(かかりつけ医が健康スポーツ医)のタイプが当てはまる。提携医療機関=併設医療機関であり、必須とされる健康スポーツ医がいるはずである。この場合も、地域に開かれた指定運動療法施設であることが望ましく、近隣のかかりつけ医との連携体制が望まれる。

いずれの場合も、手続きの簡易化には、かかりつけ医や健康スポーツ医の質の担保が必要となる。指定運動療法施設の医療費控除制度運用の改善とあわせて、パンフレットの配布や講

習会実施等で情報発信していく必要がある。1)で述べたかかりつけ医については、特に、日本医師会の協力を仰ぎ、かかりつけ医向けの講習会やかかりつけ医研修医制度の中でも知識を深められる形にできるといいだろう。

【医療費控除制度を活用した指定運動療法施設利用の、患者へのメリット】

医療費控除については、生計を共にする家族の分を合算し、年に10万円以上200万円以内の分を申請することができ、所得税が税率に応じて控除される。住民税は所得に応じてかかってくるので、その分も減額になる。例えば、月に8回1年間、1回の使用料が2000円として計算すると、1年間の指定運動療法施設使用料は、 $2000 \times 8 \times 12 = 192000$ 円となる。税率にもよるが、例えば概算の目的で単純に計算すると、課税される所得が695万円をこえ900万円以下の場合、所得税率が23%となり44160円、翌年の住民税が、例えば税率10%であれば、19200円分の減額となり、合計で63360円の減額となる、実際には、1か月に1回の通院や処方薬の費用等も含まれるため、スポーツジムに通うのであれば、指定運動療法施設に通い、合算して医療費控除申請をすることはメリットになるであろう。生計を共にする家族の分も合算されるため、例えば夫婦で運動療法の適用となる疾患で通院している場合、家族に別の疾患でも医療費がかかっている場合など、今まで医療費控除申請をしていなかった家庭の場合、合算して医療費控除申請をすること自体がメリットになる。介護費も負担分については控除対象となる。

また、医療費控除の手続き自体の簡略化が近年進んできており、今までは領収書がすべて必要であったところが、2018年度分からは「医療費控除の明細書」ができ、領収書の提出が不要

となった。さらに保険者からの「医療費のお知らせ」を提出すれば、明細書の提出も不要ということである（国税庁ホームページ参照）。また2021年からマイナンバー制度を活用することで、手続きがさらに簡素化されるということである（日経新聞2019年4月12日朝刊）。この医療費控除手続き簡略化の動きは、マイナンバー制度の活用推進を促すものであり、慎重に考える利用者もいるとは思いますが、マイナンバー活用の推進と合わせ、啓発・周知していくのはいい機会である。マイナポータルの活用によりPHRの利用が現実化してくれば、運動施設利用もリンクし、先に述べた健康運動手帳（仮称）の電子化による一元管理も可能となるであろう。

所得の少ない高齢者については、医療費の負担額が少ないため、医療費控除は、そのプロセスの割に大きなメリットにはならない可能性がある。家族の医療費や介護費負担がある場合は合算してメリットとなることがある。一方、一定以上の収入のある者については後期高齢者でも3割負担となり、所得税額自体も大きくなるためメリットが大きい。

適切な運動実施により、慢性疾患の重症化予防やフレイル予防、ウェルビーイングの改善につながり、ひいては、健康寿命の延伸、医療費軽減にもつながる可能性がある。医療費控除により、家族にかかる医療費・介護費を自覚し振り返ること自体が、医療費・介護費を見直す契機になることも期待できる。マイナーポータル活用の活用により、各種手続きが簡略化されることもメリットとなるであろう。

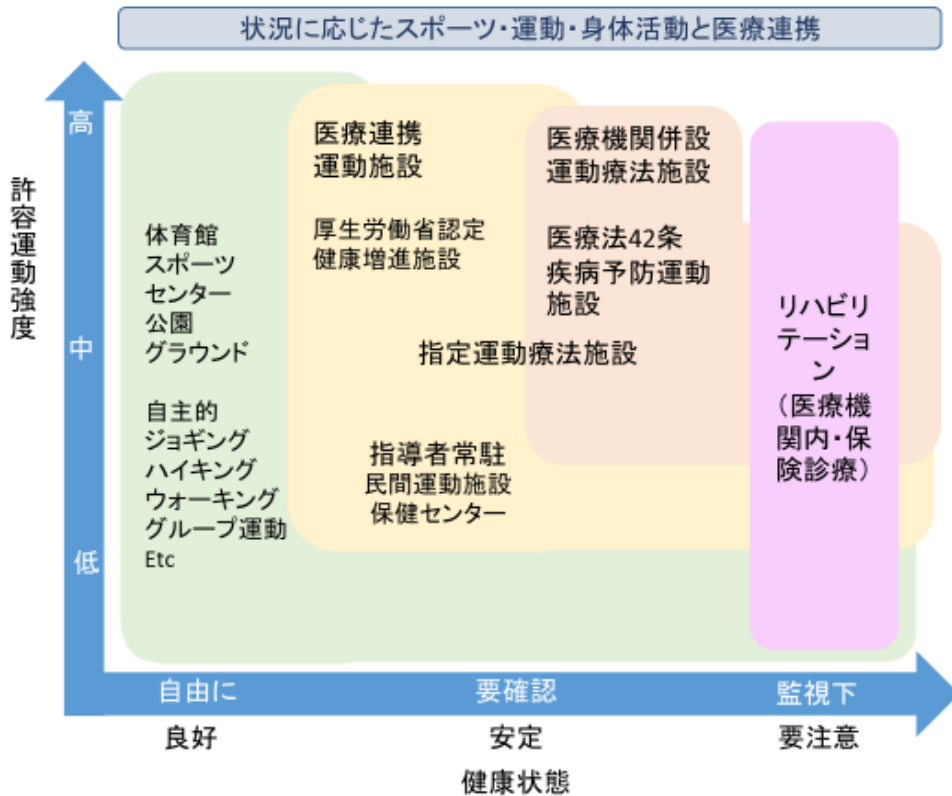


図7 状況に応じたスポーツ・運動・身体活動実施施設と医療連携

【運動施設のメリット】

利用が増えるということ、医療との連携のもと安全・安心に運動療法の実施ができるのは大きなメリットとなるであろう。

また、現在研究班で標準プログラムを作成中であり、来年度には、公表していくことが可能となる。これらの活用もメリットとなるであろう。

【医師へのメリット】

指定運動療法施設とリンクし、運動療法を提供することは、患者に安全・安心に運動療法を行う場を提供することになる。患者増につながる最大のメリットとなり得る。

指定運動療法施設への紹介・連携は、地域の中で医師としての役割を發揮することになり、かかりつけ医や健康スポーツ医としての実績として位置づけられる。健康スポーツ医制度やかかりつけ医制度の認定更新の際にメリット

が得られるようにできるとよりよいと思われる。

診療報酬としては、現存の生活習慣病管理料や、2018年の診療報酬改定で強化された、地域包括診療料を活用することが考えられる。

4) 医療費控除のメリットを強調し、指定運動療法施設利用を促す方法についての提案

～医療費控除制度の周知・普及とその意義について～

医療費控除制度の周知・普及をするにあたって、特に指定運動療法施設の使用が望まれる集団への到達(reach)と普及の方法について考察したい。

【健康状態・許容運動強度からみた運動環境の位置づけ】

図7は利用者の健康状態と許容運動強度から見た運動環境のイメージを示したものである

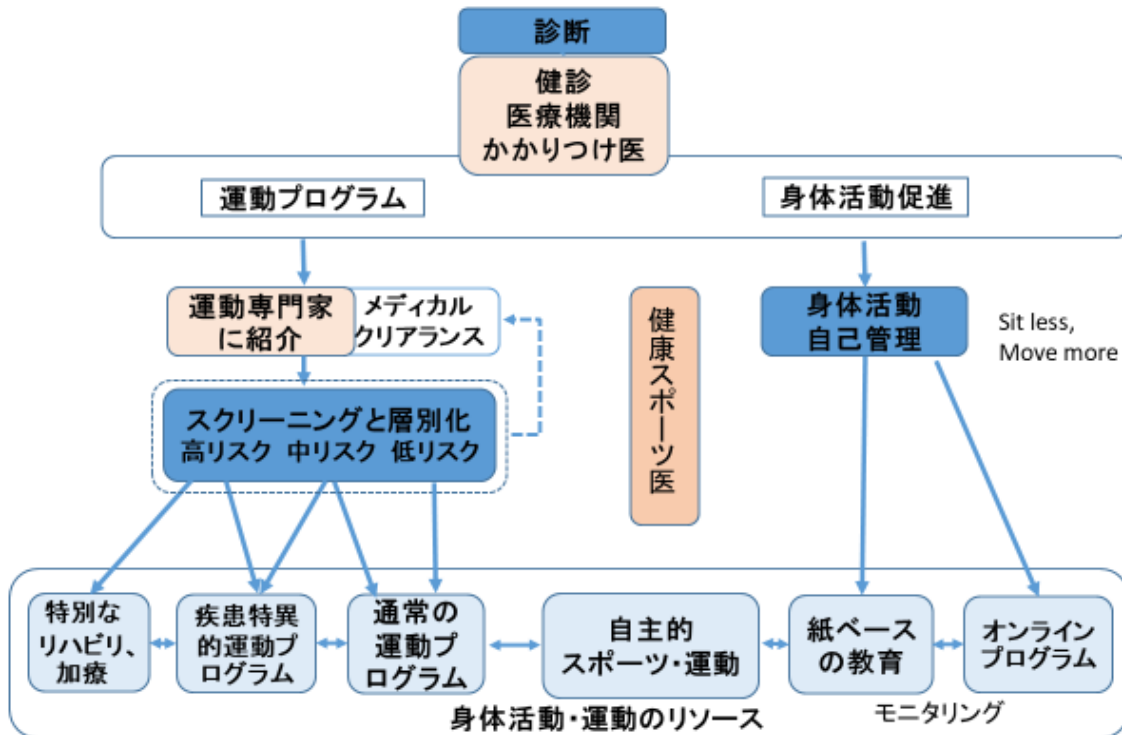


図8 身体活動の継続・健康づくりに関連する組織の連携図

（「健康スポーツ医学委員会答申 2016「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」を参考に著者が作成）。利用者の健康状態のレベル（自己管理レベル（自由に）、要保健指導レベル（要確認）、要医学的管理レベル（監視下））により、危機管理レベルは異なり、運動処方や監視型運動の必要性も異なってくる。実際には各施設が明確に役割を分担しているというよりは、互いに重なり合っ存在しているのが現状である。さらに、先述の ACSM のメディカルクリアランスの考え方にあるように、行う運動の方を制限することで、安全に行える領域は増えてくる。行う運動が強度の低いものであれば、開始の際の健康チェックは簡便でもいい。運動未実施層については、低強度短時間でもいいので、今より活動量アップを図ることが重要である。集団全体への身体活動促進を考える際には、無関心層も含め広く皆がアクセスしやすい場（例えば住まいに身近な場所での自主的な体操グループの醸成など）

を作り、日常生活レベルの強度の運動を気軽にできるようにしていくことも重要である。

一方で、より特化した運動を行うときには、現在の健康状態（徴候や疾病の状況）を評価し必要に応じてメディカルクリアランス、運動処方、監視下での運動実施などに配慮する必要がある。そのためには、運動実施者本人のみならず、運動施設や指導者、医療従事者等が広くこのような考え方を理解し、健康状態の変化も踏まえ適切に対処できる仕組みが必要である。時間的経過も含め、問診で確認できることは少なくない。IT を活用すれば、回答に応じてより詳細を質問することも容易に可能である。関連者の間の情報共有ができると、地域全体への取り組みとあわせ、運動施設や医療施設とも連携し必要な人が適切なサービスを利用し、よりスムーズに安全に効率的に身体活動推進が可能となる（図8）。図9には身体活動・運動を進める仕組みづくりについて、Mina らの提案(17)を参考に記載した。対象者の健康状態や現在の身体活動量とあわせ、嗜好、現実的なりソースも



Mina et al, Connecting people with cancer to physical activity and exercise programs: pathway to create accessibility and engagement.

Current Oncology, Vol. 25, No. 2, April 2018 © 2018 Multimed Inc. 5
 小熊modify

図9 身体活動や運動をすすめる仕組み作り

鑑み、生活の中で行える身体活動をすすめるか、より効果が期待できる特別な場所での運動療法をすすめるか、選択肢は多様である。

【ライフステージに応じたセッティング】

これらの仕組みが実働することを考えるにあたり、ライフステージに応じたセッティングが必要である。就労世代においては職域が、リタイア後の高齢者においては地域が重要となる。これは、医療保険制度とも合わせて考えるとわかりやすい。

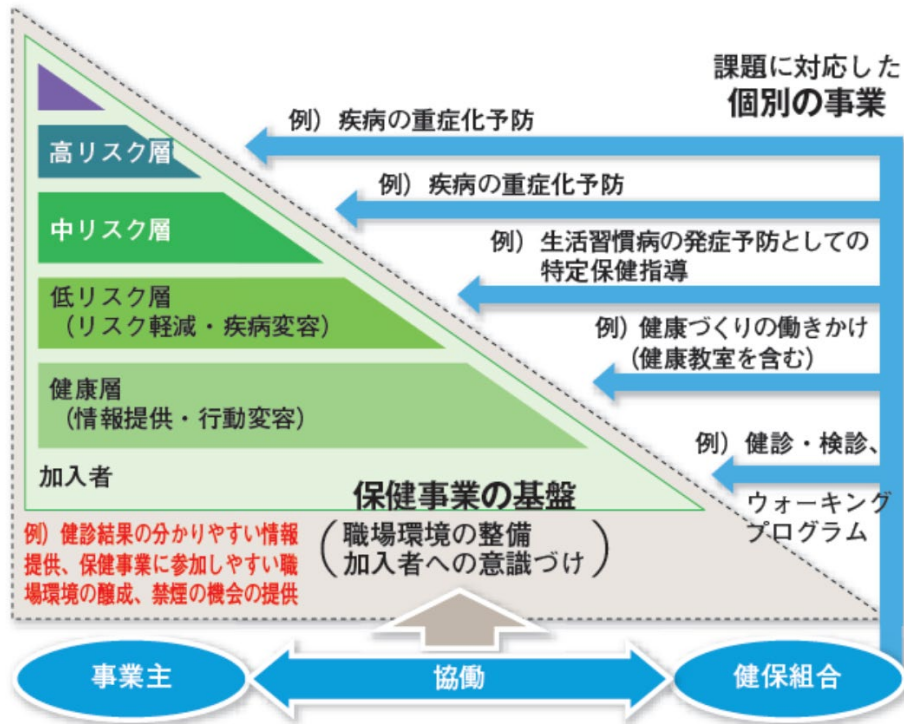
保険者には 40-75 歳の被保険者・被扶養者の特定健診および保健指導、データヘルス計画が義務付けられている。保険者が被保険者の健康増進・慢性疾患のコントロール・重症化予防を推進する中で、日々の運動を行う場の選択肢として、健康運動施設、指定運動療法施設の活用が期待できる。例えば図 10 はデータヘルス計画改訂版に示されたものである。この仕組み

の中で被保険者の状況に応じすすめることができる。健康増進施設は、疾病のない者、あるいは、特に問題なく運動のできる者、指定運動療法施設や医療法 42 条施設は、運動療法として有疾患者を率先してすすめる場として適切だろう（図 7 参照）。

保険者、あるいは雇用者にとっては、被保険者・被雇用者への健康投資となる。本人にとっては、未来への投資であるとともに、直近では医療費控除に活用することができる。運動・スポーツとしての”楽しみ”も期待できる。

保険者からの制度の周知、推進はお互いにとってメリットとなりうる。企業における健康経営ともマッチする。健診・医療と運動施設をつなぐことで、被保険者の疾病重症化予防、ウェルビーイングの改善、医療費抑制につながりうる。健康経営、データヘルスとのコラボヘルスがうたわれているが、社員のモチベーションア

図 10 保健事業の効果・効率を上げる構造



(「データヘルス計画作成の手引き改訂版」より引用)

ップや企業の生産性向上にもつながり、その枠組みともマッチするといえよう。

【就労世代は職域・健康診断からのアプローチ】

特に、医療費控除をメリットとして、指定運動療法施設での運動をすすめるきっかけとして、健康診断とのリンクを提案する。40-75歳被保険者については、**特定健康診査**が保険者に義務付けられている。特定健康診査後、すでに疾患を持ち通院中の者については、特定保健指導の対象にはならない。この中に、運動療法の適応となる者が少なからず存在する。一般的な身体活動の推進とともに、指定運動療法施設と医療費控除の仕組みについて紹介する、近隣の具体的な施設を紹介するといった方法をとることは、具体的な運動実施につながり、各者にとって有意義であろう。特に**就労世代**では、職域での健康増進・健康管理とリンクして啓発・利用促進が有効であろう。健診の際に、身体活

動量の把握、簡単な体力チェック、本人の行動学的準備状況など確認し、メディカルクリアランスを記載するようにすれば、健康増進施設や指定運動療法施設利用時の事前チェックの手間が少なくなる。指定運動療法施設における医療費控除のフローでいえば、図3、図4のかかりつけ医に繋ぐことができるであろう。

【リタイア後の高齢者、特に後期高齢は地域・かかりつけ医からのアプローチ】

地域が生活の基盤となる高齢者においては、地域包括ケアシステムもふまえた中で、かかりつけ医との連携、自主的運動活動を基盤に必要な人にさらに特化した運動療法を行う運動施設としての指定運動療法施設を周知していく必要があるだろう。

75歳以上の後期高齢者においては、健康診査は後期高齢者医療広域連合が実施主体となり、努力義務となる。平成28年度「高齢者の低栄

養防止・重症化予防等の推進」に係る事業（以下「モデル事業」という。）の実施自治体から提出されたデータによると、年1回以上医療を受診している者が95.4%、健診を受診している者が24.7%であったということである。何等か医療機関を受診している者がほとんどであり、フレイル対策も含め運動療法の選択肢の一つとして、かかりつけ医からの指定運動療法施設の推奨もありだろう。その場合、状況やリソース、本人の嗜好により、より身近な地域における自主的なグループ運動の場の活用・連携、介護予防事業や支援事業との連携も必要だ。

指定運動療法施設での医療費控除制度活用という意味では、一定以上の収入のある高齢者層と所得の少ない高齢者層とそれぞれにターゲットを当てて周知する必要がある。所得の少ない高齢者については、医療費の負担額が少ないため、医療費控除が大きなメリットにはならない可能性もあるため、家族の医療費や介護費負担などの状況に応じてすすめる必要がある。一定以上の収入のある高齢者層にとっては、医療費も3割負担、所得税率も高くなっているため、医療費控除のメリットを強調し、指定運動療法施設での運動をすすめることは、運動療法実施のモチベーションになるかもしれない。

このような形でできるところから開始し、健康増進施設や指定運動療法施設のメリットの周知（利用者、運動施設、医療施設、行政や保険者）や利用の促進を行っていくとともに、今後継続的に、利用時のメリットをデータで示していくことも重要であろう

【情報の一元管理の必要性】。

今までにない仕組みとして、先述した健康運動手帳（仮称）の共通化をすすめたい。特に、医療費控除制度の簡便化に関連して記述したマイナンバー制度の活用や保険者との連携によるデータヘルス、コラボヘルスの展開も期待

できる。健康増進施設や指定運動療法施設が共通のプラットフォームを用いることで、疾患別の運動療法の効果の検証、喫煙の課題である生活習慣病重症化予防の効果の検証、就労世代での生活習慣予防等確実にデータを示していくことが可能となる。

【医師へのメリットについての追加考察】

医師がより大きなメリットを得るためには、指定運動療法施設を活用した際の効果を実証し、より強固なエビデンスをもとに、診療報酬改訂の際に提案し、診療報酬に反映できるといい。

地域包括診療加算の活用については、対象は地域包括診療加算にかかわる施設基準を満たしたうえで届け出が必要であるが、かかりつけ医強化につながり、かかりつけ医の役割の一部として、必要な患者に適切な運動（身体活動）を進めることは、理にかなっている。かかりつけ医制度の推奨・啓発と並行して、運動療法の場としての指定運動療法施設の活用を医師に示していったらどうだろうか。

一方、200床以上の病院では、例えば生活習慣病管理料は200床以上の診療所では非該当となり、診療報酬で運動療法を加算することは難しい。より高度な運動処方への対応や、より強度の高い運動を希望する場合など、機能を特化し、自由診療の中で対処することで、地域の中で一定の役割をもって、運動施設と連携可能と考える。

まとめ

身体活動は多くの健康上の効果が認められている(18-23)。にもかかわらず、不活動者は世界的に増加している(23)。世界保健機構では、2018年5月の総会で、身体活動促進についての合意が得られ、6月には、"Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030"が示された。

(23) 身体不活動者を2025年までに10%、2030年までに15%減らすことを目的に、4つの行動目標、Create active societies, create active environments, create active people, create active systems とエビデンスのある、どの国でも適用・応用可能な20の政策を示している。これらは2030年の持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals (SDGs) のうち13の領域と相互連携しており、その達成に貢献し得る。すなわち、健康やスポーツ分野だけでなく、都市計画・交通・アカデミアほかが協力して、社会としてシステム思考で実施していく必要がある。このような世界的な取り組みを意識し、地域でもその発端を担う取り組みを確実に進めていく必要がある。

本稿では、特に指定運動療法施設の医療費控除制度改善に向けての提案を目的とした。近年、医療費控除申請自体が簡略化してきており、マイナンバー制度の活用推進も含め、積極的に推進していくことは、個人へのインセンティブだけでなく、ほかの施策の推進への効果も含め、有意義であると考えられる。重症化予防としてのエビデンスのある慢性疾患の運動療法の実施分を医療費控除することは理にかなっており、長期的には、医療費軽減、健康寿命延伸につながるものと思われる。一方で、そのエビデンスは並行して示していく必要があり、その意味でもマイポータルでのデータ活用や Personal Health Record を活用した指定運動療法施設や健康増進施設の共通のプラットフォームの作成、データの活用、解析、効果検証とフィードバックを継続的に実施していく必要がある。

E. 結論

医療費控除の手続き自体が簡略化されてきている流れの中、指定運動療法施設における医療費控除のフローを簡略化すること、指定運動

療法施設における医療費控除についての周知を促進すること、指定運動療法施設自体を増加させることが相互に効果を発揮し、短期的なメリットおよび、長期的には対象者のウェルビーイングの改善・健康寿命の延伸、医療費慧眼が期待できる。上記推進するとともに、並行して、実際の効果を経年的に検証していく必要がある。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記入

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 小熊祐子. 厚生労働省認定運動型健康増進施設・指定運動施設をきっかけに、スポーツ・運動・身体活動と医療との連携について考える 2019.2 慶應義塾大学スポーツ医学研究センター紀要 2017; .
- 2) 小熊祐子、齋藤義信、田島敬之. がん患者サバイバーシップへの支援 がんサバイバーの身体活動・運動と健康増進 日本健康教育学会誌 27(1)109-114, 2019
- 3) 小熊祐子、齋藤義信. 健康長寿社会における身体活動と健康―「ふじさわプラス・テン」の取り組みを通して― 予防医学 60, 21-25, 2019.
- 4) 小熊祐子. 健康開始前のスクリーニング 誰が何をするのか 日本臨床運動療法学会誌 in press.
- 5) 小熊祐子、井上茂、永富良一 8. 脳心血管病の生活習慣の改善―運動療法 P1041-1043、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019年版について 日内会誌 108(5) 1024-1070, 2019.

2. 学会発表

- 1) 小熊祐子、田島敬之、飯田健次、齋藤義信.
特定健診、人間ドック、アンチエイジング
ドックの現状と課題 ライフステージに応
じた生活習慣評価とアドバイス 身体活動
を中心に 第18回日本抗加齢医学会総会.
2018.5
- 2) 小熊祐子、齋藤義信、田島敬之. がん患者
サバイバーシップへの支援 がんサバイバ
ーの身体活動・運動と健康増進 日本健康
教育学会第27回学術大会. 2018.7
- 3) 齋藤義信、田島敬之、柴千里、小熊祐子.
健康教育、ヘルスプロモーションの評価か
ら得られること 身体活動促進のためのポ
ピュレーションアプローチ ふじさわプラ
ス・テンの取り組み 日本健康教育学会第
27回学術大会. 2018.7
- 4) 小熊祐子、齋藤義信. 運動療法を医療シス
テムに統合するにはどうすればよいか? 運
動前健康スクリーニング 誰が何をするの
か 日本臨床運動療法学会第37回学術集
会.2018.9

その他：暫定日本語訳

Exercise is Medicine, “Health Providers’
Action Guide”
World Health Organization, Global Action
Plan on Physical Activity 2018-2030
“ACTIVE TOOL KIT” (別途添付)

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

引用文献

1. ACSM’s guidelines for exercise testing and
prescription. 10 ed. Riebe D, editor. Philadelphia: Wolers
Kluwer; 2017.

2. Riebe D, Franklin BA, Thompson PD, Garber
CE, Whitfield GP, Magal M, et al. Updating ACSM’s
Recommendations for Exercise Preparticipation Health
Screening. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(11):2473–9.
3. Mittleman MA, Maclure M, Tofler GH,
Sherwood JB, Goldberg RJ, Muller JE. Triggering of
acute myocardial infarction by heavy physical exertion.
Protection against triggering by regular exertion.
Determinants of Myocardial Infarction Onset Study
Investigators. *N Engl J Med.* 1993;329(23):1677–83.
4. Albert CM, Mittleman MA, Chae CU, Lee IM,
Hennekens CH, Manson JE. Triggering of sudden death
from cardiac causes by vigorous exertion. *N Engl J Med.*
2000;343(19):1355–61.
5. Whang W, Manson JE, Hu FB, Chae CU,
Rexrode KM, Willett WC, et al. Physical exertion,
exercise, and sudden cardiac death in women. *Jama.*
2006;295(12):1399–403.
6. Thompson PD, Franklin BA, Balady GJ, Blair
SN, Corrado D, Estes NA, 3rd, et al. Exercise and acute
cardiovascular events placing the risks into perspective:
a scientific statement from the American Heart
Association Council on Nutrition, Physical Activity, and
Metabolism and the Council on Clinical Cardiology.
Circulation. 2007;115(17):2358–68.
7. Whitfield GP, Pettee Gabriel KK, Rahbar MH,
Kohl HW, 3rd. Application of the American Heart
Association/American College of Sports Medicine Adult
Preparticipation Screening Checklist to a nationally
representative sample of US adults aged ≥ 40 years
from the National Health and Nutrition Examination
Survey 2001 to 2004. *Circulation.* 2014;129(10):1113–20.
8. Bredin SS, Gledhill N, Jamnik VK, Warburton
DE. PAR-Q+ and ePARmed-X+: new risk stratification
and physical activity clearance strategy for physicians
and patients alike. *Can Fam Physician.* 2013;59(3):273–
7.

9. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*. 2006;174(6):801-9.
10. Thomas S, Reading J, Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can J Sports Sci*. 1992;17:338-45.
11. 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準・指針 2013 [cited 2013 March 23]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/undou/index.html.
12. Warburton DE, Jamnik VK, Bredin SS, McKenzie DC, Stone J, Shephard RJ, et al. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: an introduction. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011;36 Suppl 1:S1-2.
13. Sallis R, Franklin B, Joy L, Ross R, Sabgir D, Stone J. Strategies for promoting physical activity in clinical practice. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):375-86.
14. Brannan M, Bernardotto M, Clarke N, Varney J. Moving healthcare professionals – a whole system approach to embed physical activity in clinical practice. *BMC medical education*. 2019;19(1):84.
15. US government. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. 2018 [Available from: https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf. [cited 2019 May 5]]
16. 小熊祐子, 井上茂, 永富良一. 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019 年版について. *日内会誌*. 2019;108(5):1024-70.
17. Mina DS, Sabiston CM, Au D, Fong AJ, Capozzi LC, Langelier D, et al. Connecting people with cancer to physical activity and exercise programs: a pathway to create accessibility and engagement. *Current oncology (Toronto, Ont)*. 2018;25(2):149-62.
18. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57.
19. 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準 2013 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xppl-att/2r9852000002xpqt.pdf> [cited 2019 May 5]]
20. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans 2008. [Available from: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. [cited 2019 May 5]]
21. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical Activity and Public Health in Older Adults. Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-93.
22. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081-93.
23. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e861.
24. World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030. 2018 [Available from: <http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa>. [cited 2019 May 5]]