

7.資料：各モデル地域における運動・スポーツ資源の詳細調査票

参考資料 1. 兵庫県神戸市中央区

スポーツ資源への調査について（神戸市中央区調査票）

本調査は、医師等が患者(利用者)に、スポーツや運動の実施を推奨する際に参考となるよう、本地域の運動・スポーツ資源のマップを作成するために、地域内のスポーツ施設を対象にアンケートを実施させていただくものです。

調査の背景や主旨等については、別紙をご覧ください。

本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

(調査受託機関) パシフィックコンサルタンツ株式会社

(主担当者) 総合プロジェクト部 環境デザイン室 小野崎研郎・荒ひかり

(連絡先) 〒101-8462 東京都千代田区神田錦町3丁目22番地

TEL : 03-6777-4433 / FAX : 03-3296-0530

E-mail : sports-map@tk.pacific.co.jp

I 施設名等についてお答えください

問1 施設名：

問2 団体名：

問3 回答者氏名：

問4 連絡先：

II 健康づくりのためのスポーツ・運動プログラムの実施環境（施設・人材）について教えてください

問5 貴施設には、利用者が自分の体力や目的にあわせてトレーニング（運動）を行える次のような施設・設備がありますか

施設・設備の種類	有無	規模	主な機能・機器
トレーニングジム			<input type="checkbox"/> レジスタンストレーニング機器 <input type="checkbox"/> サイクルエルゴメーター <input type="checkbox"/> トレッドミル 他（
フィットネススタジオ			
プール			
その他			

問 6 健康づくりのためのスポーツや運動プログラムの指導者の配置状況について教えてください。
 下表に人数をご記入ください。

	常勤	時間限定で配置	そのうち疾患を持った利用者を指導した経験を有する方
健康運動指導士			
理学療法士			
日本スポーツ協会公認スポーツ指導者			
()			
()			
その他各学会等認定資格			
日本パラスポーツ協会公認 障がい者スポーツコーチ・トレーナー			
心臓リハビリテーション指導士			
その他医学系学会認定運動指導資格			
()			
管理栄養士			
健康運動実践指導者			
作業療法士			
柔術整復師			
その他 ()			
その他 ()			

問 7 参加者の健康管理のためには、医師や医療機関と連携することが望ましい場合もあります。これに関連して、次の質問にお答えください。

(1) 貴施設では、運動指導者が医師と、利用者の健康情報について常時共有・相談し、運動指導を行うことができますか？

1. している。できる。 2. 今後取り組みたい 3. していない。できない。取組めない。

(2) 貴施設では、利用者の健康情報について運動指導者が医師と情報を共有し、必要に応じて医師と相談の上、運動指導を行うことができますか？

1. している。できる。 2. 今後取り組みたい 3. していない。できない。取組めない。

(3) 貴施設では、利用者から、健康診断の結果や医師から指示されたことを聞き、運動参加の目的にあわせたプログラムを選定し、指導をすることはできますか？

1. している。できる。 2. 今後取り組みたい 3. していない。できない。取組めない。

問 8 問 7 の (1) ~ (3) で示したような医師と連携した取組を進める (続ける) ことについて、課題やご意見があれば教えてください。

--

Ⅲ 健康づくりのために実施しているスポーツ・運動等のプログラムについて教えてください

問 9 次の症状の治療・改善を目的に掲げているプログラムはありますか。

分野	具体的な病名・症状例		
□内科系疾患	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 心不全
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患		
	<input type="checkbox"/> 腎臓系疾患		
□メタボ	<input type="checkbox"/> 体重増加		
□整形外科系疾患	<input type="checkbox"/> 変形性関節症	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症
	<input type="checkbox"/> 大腿骨骨折	<input type="checkbox"/> 腰椎圧迫骨折	<input type="checkbox"/> スポーツ傷害
□フレイル・ロコモ	<input type="checkbox"/> 早く歩けない	<input type="checkbox"/> 転びやすい	<input type="checkbox"/> 膝・腰が重い
	<input type="checkbox"/> 体重管理	<input type="checkbox"/> 運動習慣無し	<input type="checkbox"/>

問 10 次の指導効果をうたったプログラムはありますか。ある場合には、概要もお答えください。

指導効果	概要
<input type="checkbox"/> 減量・ダイエット	
<input type="checkbox"/> メタボ予防	
<input type="checkbox"/> 筋力向上	
<input type="checkbox"/> 体力向上	
<input type="checkbox"/> フレイル予防・筋力維持	
<input type="checkbox"/> バランス力向上	
<input type="checkbox"/> 姿勢矯正	
<input type="checkbox"/> シェイプアップ	
<input type="checkbox"/> リフレッシュ	
<input type="checkbox"/> ソーシャルフレイル対策	
<input type="checkbox"/> 美容	
<input type="checkbox"/> 運動機能回復	
<input type="checkbox"/> 栄養管理	
<input type="checkbox"/> その他	

問 14 利用者の健康状態が急変した場合などの緊急時の対応について提携している医療機関はありますか？

- 1 提携医療機関がある
- 2 提携はしていないが、連絡先などは把握しており、緊急時には連絡できるようにしてある
- 3 特に対応をしていない
- 4 そのほか ()

V その他について

問 15 施設のアクセス等について教えてください。

アクセス性やバリアフリー対応など	有無	規模・料金等
<input type="checkbox"/> 駐車場		
<input type="checkbox"/> 障がい者専用駐車場		
<input type="checkbox"/> 車いす等でも利用できるトイレ		
<input type="checkbox"/> 移動段差の解消・エレベーターの設置等		

問 16 貴施設で実施している健康づくりのためのスポーツや運動プログラムの料金、時間、種目などがわかる資料があれば、ご提供ください。

設問は以上です。
ご協力いただき、ありがとうございました。

スポーツ資源への調査について（藤沢地域）

本調査は、医師等が患者(利用者)に、スポーツや運動の実施を推奨する際に参考となるよう、本地域の運動・スポーツ資源のマップを作成するために、地域内のスポーツ施設を対象にアンケートを実施させていただくものです。

調査の背景や主旨等については、別紙をご覧ください。
本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

(調査受託機関) パシフィックコンサルタンツ株式会社
(主担当者) 総合プロジェクト部 環境デザイン室 小野崎研郎・荒ひかり
(連絡先) 〒101-8462 東京都千代田区神田錦町3丁目22番地
TEL : 03-6777-4433 / FAX : 03-3296-0530

I 施設名等についてお答えください

- 問1 施設名：
問2 団体名：
問3 回答者氏名：
問4 連絡先：
問5 貴施設には、利用者が自分の体力や目的にあわせてトレーニング（運動）を行える次のような施設・設備がありますか

施設・設備の種類	有無	規模	主な機能・機器
フィットネススタジオ ・運動フロア			
トレーニングジム			
プール			
その他			

II 市民の健康づくりのプログラムについて

問6 貴施設には、次のような目的を掲げたプログラム（教室等）を実施していますか。

プログラムの目的に掲げている要素	現在、実施している	現在は実施していないが対応できる	将来的に取り組みたい
減量			
筋力向上			
高齢者向け（加齢対策）			
内科系疾患対策			
整形外科系疾患対策			
リラックス・リフレッシュ			
姿勢・美容			
交流			
その他（ ）			
その他（ ）			
その他（ ）			

内科系疾患：脳卒中、心筋梗塞、心不全、糖尿病、高血圧、脂質異常など

整形外科系疾患：骨粗しょう症、変形性関節症、脊柱管狭窄症、スポーツ傷害など

問7 貴施設で実施されている健康づくりのためのプログラムの強度はどのようなものがありますか。

チェック	内容
	運動強度の高いプログラムがある、できる
	運動強度が中程度のプログラムがある、できる
	運動強度の低いプログラムがある、できる

問8 貴施設では、利用者の健康づくりのためのプログラムを、どのような体制で行うことができますか。

チェック	内容
	利用と相談し、目的や状態などにあわせてプログラムをつくり、個別指導をすることができる
	利用者の目的や状態について相談をして、その人にあった既存のプログラムに案内できる
	個別の相談を受けて適した紹介をすることは難しい

III 市民の健康づくりのためのスポーツや運動の場の環境について

問9 利用者から、プログラムの参加に際して、何らかの健康上の課題があることを相談されたことはありますか？

- 1 ない
- 2 ある

問10 問9で「ある」と回答された方は、その時にどうされました。

1. 参加を断った
2. 医師と十分に相談して了解を得た上で参加してもらうようにした
3. あくまでも自己責任で参加してもらうことを確認した
4. 医療機関・医師と相談した
5. その他

問 11 貴施設には、健康づくりのためのスポーツや運動プログラムの指導をする公的な資格を保有している指導者が配置されていますか？下表に人数をご記入ください。

	常駐（人）	時間限定で配置（人）	個別指導にあたる方	その他
健康運動指導士				
理学療法士				
作業療法士				
柔術整復師				
健康運動実践指導者				
障がい者スポーツ指導員				
その他の運動指導者				
（ ）				
合計				

* 個別指導とは、利用者の目的や状態の相談をして個別のプログラムを作成して指導にあたることを指します。

問 12 参加者の健康管理のためには、医師や医療機関と連携することが望ましい場合もあります。これに関連して、次の質問にお答えください。

(1) 貴施設と医療機関との連携の状態についてお伺いします。

チェック	内容
	施設と提携している医療機関や医師がいる
	相談できる医師や医療機関がある
	特に連携している医師等はいない
	その他（ ）

(2) 医師や医療機関と連携した運動指導のあり方についておききます

① 貴施設の運動指導者が、医師と頻りに連絡をとり、利用者の健康情報を共有し、医師の意見を反映して運動指導を行うことができますか？

1. している。できる。
2. 今後取り組みたい
3. していない。できない。取組めない。

①-1 上記のような運動指導に取組もうとする際の課題について教えてください

② 貴施設の運動指導者が、利用者の健康情報について月に一度程度、紙媒体やSNSなどを用いて医師と情報を共有し、医師の意見を反映して運動指導を行うことができますか？

1. している。できる。
2. 今後取り組みたい
3. していない。できない。取組めない。

②-1 実施にむけた課題について教えてください

--

③ 貴施設の運動指導者が、利用者から健康診断の結果や医師のアドバイスの内容を聞き取り、利用者の健康改善の目的にあわせてプログラムを利用者に紹介・推奨することはできますか？

1. している。できる。
2. 今後取り組みたい
3. していない。できない。取組めない。

③-1 実施にむけた課題について教えてください

--

(3) 貴施設では、上記のように医師と連携して、市民の健康改善にむけたプログラムに取り組むことについて、どのように思われますか？

チェック	内容
<input type="checkbox"/>	取り組んでいる
<input type="checkbox"/>	取り組みたいと考えている
<input type="checkbox"/>	取り組みたいが課題がある
<input type="checkbox"/>	取り組みたくない
<input type="checkbox"/>	そのほか

(4) このように、医師と連携した取り組みを進める（続ける）ための課題や思うことを教えてください

--

問 13 貴施設では、施設利用者・プログラム参加者に体力測定や健康確認を実施していますか？

(1) 体力測定や健康確認などを行っている場合、該当する時期（タイミング）にチェックをいれてください

どんなタイミングで行っていますか？	体力測定	健康確認（血圧・脈拍・ 負荷心電図など）	その他
参加前（初回）			
運動実施前			
プログラム参加期間中			
その他			

(2) 体力評価などを行っている場合、どのような項目を実施されていますか。

チェック	項目	チェック	項目	
	握力		下肢筋力測定	10m障害物歩行
	上体起こし		椅子すわりたち	6分間歩行
	長座体前屈		Timed up&go テスト	ファンクショナルリーチ
	開眼片足立ち		5m歩行	その他（ ）

IV 参加者・利用者の安全管理等のための取組みについて

問 14 安全管理・健康管理などのための設備・機器について。備えているものについて教えてください。

チェック	項目	チェック	項目
	A E D		体温計
	血圧計		その他（ ）
	パルスオキシメーター		
	体組成計		

問 15 スタッフのスキルアップ・研修等について伺います。

(1) 貴施設の健康づくりのためのスポーツ・運動指導者のスキルアップを図るための研修等の実施状況についてお答えください。

①資格更新について

1. 施設として指導者資格の更新や講習会の参加を義務付けている
2. 資格の保持は確認しているが、更新や研修は指導者本人にまかせている
3. 施設側としては特に関与はしていない
4. その他（ ）

②施設として、指導者のスキルアップを図るための研修や勉強会等を行っていただければ教えてください。

対象者	概要（内容や頻度）

(2) 利用者の健康面の安全管理のために行っている研修について教えてください。

安全管理のための取組	内容・頻度等
<input type="checkbox"/> 救急救命研修	
<input type="checkbox"/> 感染症対策研修	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

問 16 利用者の健康状態が急変した場合などの緊急時の対応について提携している医療機関はありますか？

- 1 提携医療機関がある
- 2 提携はしていないが、連絡先などは把握しており、緊急時には連絡できるようにしてある
- 3 特に対応をしていない
- 4 そのほか ()

問 17 ユニバーサルデザインの対応状況について教えてください。

チェック	
	障がい者専用駐車場の設置 (確保)
	車いす等でも利用できるトイレの設置
	移動段差の解消・エレベーターの設置等
	そのほか ()

V その他

問 18 本事業では、本市の健康づくりのための運動やスポーツの場を見える化し、医療と運動の場の連携をより良いものにしていくネットワークの構築を目指しています。今回収集した情報に基づいて作成するリストやマップは、試行段階のため非公開で、関係者のみで情報を共有し、今後の活用に向けて課題等を整理していくこととしています。そこで、以下の設問にお答えください。

(1) 今後、このネットワークに参加していきたいと思いませんか。

- 1 参加したいと思う
- 2 関心はある
- 3 関心はない
- 4 どちらとも言えない
- 5 そのほか

(2) 詳しい説明を聞きたいと思いませんか。

- 1 思う
- 2 思わない
- 3 そのほか

(3) 今回作成するマップ・リストは、関係者のみ限定のデータとして扱いますが、この中に掲載されることについて、どのように思われますか。

1. マップやリストへの掲載は承諾しない
2. 関係者限定の資料であれば掲載を承諾する
3. その他

問 19 本事業についてのご意見やご質問があれば自由にご記入ください。

設問は以上です。
ご協力いただき、ありがとうございました。

スポーツ資源への調査について（甲府地域・施設向け）

本調査は、医師等が受診者に、スポーツや運動の実施を推奨する際に参考となるよう、本地域の運動・スポーツ資源のマップを作成するために、地域内のスポーツ施設を対象にアンケートを実施させていただくものです。

調査の背景や主旨等については、別紙をご覧ください。
本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

（調査受託機関）パシフィックコンサルタンツ株式会社
（主担当者）総合プロジェクト部 環境デザイン室 小野崎研郎・荒ひかり
（連絡先）〒101-8462 東京都千代田区神田錦町3丁目22番地
TEL：03-6777-4433 / FAX：03-3296-0530
E-mail：sports-map@tk.pacific.co.jp

I 施設名等についてお答えください

- 問1 施設名：
問2 団体名：
問3 回答者氏名：
問4 連絡先：

II 市民が、スポーツ・運動を行うことができる場について

- 問5 市民が誰でも申し込み・参加が可能で、貴施設が主催する定期的に開催されている教室やサークル事業があれば、教えてください。

No.	事業・プログラム名	概要	参加費	指導者
例	フラダンス教室	毎週●曜日 ◆時～○時	月 2,000 円	有
例	バドミントン広場	毎週◆曜日 ×時～▽時	回 500 円	無
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- * 施設の利用団体が行っている事業については、対象外としてください
- * 初心者や初級者も参加できる、広く参加者を受け入れているプログラムを教えてください
- * 欄が不足する場合には、概要がわかる別資料等でもけっこうです。

問 6 貴施設には、市民が自分の体力や目的にあわせてトレーニング（運動）を行える次のような施設・設備がありますか

施設・設備の種類	有無	規模（広さ）	主な機能・機器
トレーニングジム			
運動フロア			
プール			
その他			

Ⅲ 市民の健康づくりのためのスポーツや運動の体制について

問 7 貴施設には、健康づくりのためのスポーツや運動プログラムの指導者が配置されていますか？
下表に人数をご記入ください。

	常駐（人）	時間限定 で配置（人）	個別指導にあ たれる方	備考欄
健康運動指導士				
理学療法士				
アスレティックトレーナー				
障がい者スポーツ指導員				
その他（ ）				
その他（ ）				
合計				

* 個別指導とは、利用者の相談を受け個別プログラムを作成し運動指導にあたることを指します。

問 8 地域にはメタボやロコモ対策などのために運動やスポーツを実施することが望ましい方が一定数います。貴施設では、そのような方が参加できる次のような目的を掲げて実施しているプログラム（教室等）はありますか。

プログラムの目的に掲げている要素	現在、実施している	現在は実施していない が対応できる	将来的に取り組みたい
メタリックシンドロームの予防改善			
ロコモティブシンドロームの予防改善			
体力・筋力の維持向上			
ストレスの解消・リラクゼーション			
アンチエイジング対策			
認知機能の予防改善			
* その他内科系疾患対策			
* その他整形外科系疾患対策			
その他（ ）			
その他（ ）			

* 内科系疾患：脳卒中、心筋梗塞、心不全、糖尿病、高血圧、脂質異常など

* 整形外科系疾患：骨粗しょう症、変形性関節症、脊柱管狭窄症、スポーツ傷害など

問9 参加者の健康管理のためには、医師や医療機関と連携することが望ましい場合もあります。これに関連して、次の質問にお答えください。

(1) 利用者から、プログラムの参加に際して、何らかの健康上の課題があることを相談されたことはありますか？

- 1 ない
- 2 ある

(2) 上記で「ある」と回答された方は、その時の対応はどうされました。

1. 参加を断った
2. 医師と十分に相談して了解を得た上で参加してもらうようにした
3. あくまでも自己責任で参加してもらうことを確認した
4. 医療機関・医師と相談した
5. その他

(3) 貴施設の医師や医療機関との連携についておききます

チェック	内容
	施設と提携している医療機関や医師がいる
	相談できる医師や医療機関がある
	特に連携している医師等はいない
	その他 ()

(4) 医師や医療機関と連携した運動指導のあり方についてお聞きします

① 貴施設の運動指導者が、医師と頻りに連絡をとり、利用者の健康情報を共有し、医師の意見を反映して運動指導を行う取り組みについてお聞きします。

1. 取り組みができる。している。
2. 今後取り組みたいと考えている。
3. 取り組みができない。していない。

①-1 上記のような運動指導に取組もうとする際の課題について教えてください

② 貴施設の運動指導者が、利用者の健康情報について月に一度程度、紙媒体やSNSなどを用いて医師と情報を共有し、医師の意見を反映して運動指導を行う取り組みについてお聞きします。

1. 取り組みができる。している。
2. 今後取り組みたいと考えている。
3. 取り組みができない。していない。

②-1 実施にむけた課題について教えてください

③ 貴施設の運動指導者が、利用者から健康診断の結果や医師のアドバイスの内容を聞き取り、利用者の健康改善の目的にあわせてプログラムを利用者に紹介・推奨することはできますか？

1. できる。している。
2. 今後取り組みたいと考えている。
3. できない。していない。取組めない。

③-1 実施にむけた課題について教えてください

--

(5) 貴施設では、前記のように医師と連携して、市民の健康改善にむけたプログラムに取り組むことについて、どのように思われますか

チェック	内容
<input type="checkbox"/>	取り組んでいる
<input type="checkbox"/>	取り組みたいと考えている
<input type="checkbox"/>	取り組みたいが課題がある
<input type="checkbox"/>	取り組みたくない
<input type="checkbox"/>	そのほか

(6) そのような取り組みを進める（続ける）ための課題とすることを教えてください

--

IV 参加者・利用者の健康管理や安全管理のための取組みについて

問 10 貴施設では、施設利用者・プログラム参加者に体力測定や健康確認を実施していますか？

(1) 体力測定や健康確認などを行っている欄にチェックをいれてください

	体力測定	健康確認（血圧・脈拍・ 負荷心電図など）	その他
参加前（初回）			
運動実施前			
プログラム参加期間中			
その他			

(2) 体力評価などを行っている場合、どのような項目を実施されていますか。チェック及びその他ご記入ください。

チェック	項目	チェック	項目	項目
	握力			
	上体起こし			
	長座体前屈			
	開眼片足立ち			

問 11 安全管理・健康管理などのための設備・機器について。備えているものについて教えてください。

チェック	項目	チェック	項目
	A E D		体温計
	血圧計		その他（ ）
	パルスオキシメーター		その他（ ）
	体組成計		その他（ ）

問 12 貴施設の健康づくりのためのスポーツ・運動指導者のスキルアップを図るための研修等実施状況についてお答えください。

(1) 資格更新については、どのようにされていますか

1. 施設として指導者資格の更新や講習会の参加を義務付けている
2. 資格の保持は確認しているが、更新や研修は指導者本人にまかせている
3. 施設側としては特に関与はしていない
4. その他（ ）

(2) 施設として、指導者のスキルアップを図るための研修や勉強会等を行っていただければ教えてください。

研修名	概要（内容や頻度）

問 13 利用者の健康管理・安全管理のために行っている取組みについて教えてください。

チェック	安全管理のための取組	内容・頻度等
	スタッフへの救急救命研修	
	スタッフへの感染症対策研修	
	利用者保険の加入	
	その他 ()	

問 14 利用者の健康状態が急変した場合などの緊急時の対応について提携している医療機関はありますか？

- 1 提携医療機関がある
- 2 提携はしていないが、連絡先などは把握しており、緊急時には連絡できるようにしてある
- 3 特に対応をしていない
- 4 その他 ()

V その他

問 15 ユニバーサルデザインの対応状況について教えてください。

チェック	
	障がい者専用駐車場の設置 (確保)
	車いす等でも利用できるトイレの設置
	移動段差の解消・エレベーターの設置等
	その他 ()

問 16 本事業は、本市の健康づくりのための運動やスポーツの場を見える化し、医療と運動の場の連携をより良いものにしていくネットワークの構築を目指しています。試行段階のため非公開で、関係者のみで情報を共有し、今後の活用に向けて課題等を整理していくこととしています。そこで、以下の設問にお答えください。

(1) 今後、このネットワークに参加していきたいと思いませんか。

- 1 参加したいと思う
- 2 関心はある
- 3 関心はない
- 4 どちらとも言えない
- 5 その他

(2) 詳しい説明を聞きたいと思いませんか。

- 1 思う
- 2 思わない
- 3 その他

(3) 今回作成するマップ・リストは、関係者のみ限定のデータとして扱いますが、この中に掲載されることについて、どのように思われますか。

1. マップやリストへの掲載を承諾する
2. マップやリストへの掲載は承諾しない
3. 関係者限定の資料であれば掲載を承諾する
4. その他

問 17 本事業についてのご意見やご質問があれば自由にご記入ください。

設問は以上です。
ご協力いただき、ありがとうございました。

参考資料 4. 山梨県甲府市（山梨県内在住・在勤の健康運動指導士用）

スポーツ資源への調査について（健康運動指導士向け）

本調査は、医師等が受診者に、スポーツや運動の実施を推奨する際に参考となるよう、甲府市の運動・スポーツ資源のマップを作成するために、アンケートを実施させていただくものです。

調査の背景や主旨等については、別紙をご覧ください。

本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

（調査受託機関）パシフィックコンサルタンツ株式会社

（主担当者）総合プロジェクト部 環境デザイン室 小野崎研一郎・荒ひかり

（連絡先）〒101-8462 東京都千代田区神田錦町3丁目22番地

TEL：03-6777-4433 / FAX：03-3296-0530

E-mail：sports-map@tk.pacific.co.jp

I お名前と連絡先をお答えください（差し支えない範囲で）

問1 回答者氏名：

問2 連絡先：

問3 勤務先もしくは主な活動地域：

II あなたの活動について教えてください

問4 あなたの活動形態について教えてください。

- 1 自営で、指導教室を開催している
- 2 民間のスポーツジム等に所属して活動している
- 3 公共スポーツ施設等に所属して活動している
- 4 医療機関等に所属して活動している
- 5 その他（ ）

問5 あなたが、甲府市内で実施している、健康づくりのためのスポーツや運動プログラムがあれば教えてください。

No.	事業・プログラム名	対象	場所	備考欄
例	シニア健康体操	高齢者	●●センター	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

問 6 地域にはメタボやロコモ対策などのために運動やスポーツを実施することが望ましい方が一定数います。あなたは、そのような方を対象としたプログラムを担当していますか。

プログラムの目的に掲げている要素	常設プログラムがある	年に数回実施している	過去に実施したことがある
メタボリックシンドロームの予防改善			
ロコモティブシンドロームの予防改善			
体力・筋力の維持向上			
ストレスの解消・リラクゼーション			
アンチエイジング対策			
認知機能の予防改善			
* その他内科系疾患対策			
* その他整形外科系疾患対策			
その他 ()			
その他 ()			
その他 ()			

* 内科系疾患：脳卒中、心筋梗塞、心不全、糖尿病、高血圧、脂質異常など

* 整形外科系疾患：骨粗しょう症、変形性関節症、脊柱管狭窄症、スポーツ傷害など

問 7 参加者の健康管理のためには、医師や医療機関と連携することが望ましい場合もあります。これに関連して、次の質問にお答えください。

(1) 利用者から、プログラムの参加に際して、何らかの健康上の課題があることを相談されたことはありますか。

- 1 ない
- 2 ある

(2) 上記で「ある」と回答された方は、その時の対応はどうされましたか。

- 1 参加を断った
- 2 医師と十分に相談して了解を得た上で参加してもらうようにした
- 3 あくまでも自己責任で参加してもらうことを確認した
- 4 医療機関・医師と相談した
- 5 その他

(3) 医師や医療機関との連携について教えてください。

チェック	内容
	提携している医療機関や医師がいる
	相談できる医師や医療機関がある
	特に連携している医師等はいない
	その他 ()

(4) あなたは、このような健康上何らかの課題を持つ方に対応するプログラムの実施について、どのようにお考えですか。

チェック	内容
	取り組んでいる
	取り組みたいと考えている
	取り組みたいが課題がある
	取り組みたくない
	その他

(5) そのような取り組みを進める（続ける）ための課題と思うことを教えてください。

Ⅲ その他

問8 本事業は、甲府市の健康づくりのための運動やスポーツの場を見える化し、医療と運動の場の連携をより良いものにしていくネットワークの構築を目指しています。試行段階のため非公開で、関係者のみで情報を共有し、今後の活用に向けて課題等を整理していくこととしています。そこで、以下の設問にお答えください。

(1) 今後、このネットワークに参加していきたいと思いませんか。

- 1 参加したいと思う
- 2 関心はある
- 3 関心はない
- 4 どちらとも言えない
- 5 その他

(2) 詳しい説明を聞きたいと思われませんか。

- 1 思う
- 2 思わない
- 3 その他

(3) 今回作成するマップ・リストは、関係者のみ限定のデータとして扱いますが、この中に掲載されることについて、どのように思われますか。

- 1 マップやリストへの掲載を承諾する
- 2 マップやリストへの掲載は承諾しない
- 3 関係者限定の資料であれば掲載を承諾する
- 4 その他

問9 本事業についてのご意見やご質問があれば自由にご記入ください。

設問は以上です。
ご協力いただき、ありがとうございました。