

通所型二次予防事業実施状況の地域格差に関連する要因の検討

—施設立地状況とマンパワーに着目して—

ソウマ ユウキ ツノダ ケンジ タチヤマ キエ オオクラ トモヒロ
相馬 優樹*1 角田 憲治*2 立山 紀恵*3 大蔵 倫博*4

目的 現在、全国の地方自治体において、要介護状態へ移行するリスクの高い高齢者に対し、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等を目指した二次予防事業が実施されており、一定の成果をあげている。しかしながら、その実施状況には地域差があることが考えられ、今後さらに二次予防事業を効果的に広めていくためには、地域の実情を把握し、地域差に関連する要因を検討する必要がある。そこで、各都道府県の二次予防事業の実施状況や、実施状況に影響すると考えられる施設と地域包括支援センターの保健師数に焦点を当て、それらの関連を検討することを目的として研究を行った。

方法 全国47都道府県を対象とし、人口統計、ジニ係数、病院・診療所数、公民館数、地域包括支援センターの保健師数、二次予防事業実施状況について、各省庁や政府統計の総合窓口においてWeb上で公開されているデータを用いて分析した。さらに、相関分析によって二次予防事業実施状況と病院数、診療所数、公民館数、地域包括支援センターの保健師数との関連を検討した。

結果 それぞれのプログラムの、高齢者人口10万人当たりの参加実人数の3年間の平均値は、運動器の機能向上プログラム（単独：128～870人、複合：198～1,059人）、栄養改善プログラム（単独：2～51人、複合：28～531人）、口腔機能の向上プログラム（単独：9～236人、複合：59～636人）のそれぞれで都道府県間に地域差がみられた。また、運動器の機能向上プログラム実施状況の地域差に関連する要因として、人口当たりの病院数（ $\beta = 0.24 \sim 0.39$, $p < 0.10$ ）および公民館数（ $\beta = 0.27 \sim 0.36$, $p < 0.10$ ）が抽出された。高齢者人口当たりの地域包括支援センターの保健師数は抽出されなかった。

結論 二次予防事業の実施状況には地域差がみられた。また、運動器の機能向上プログラムに関しては病院数と公民館数が多い自治体ほど実施状況が良く、今後これらの施設を活用した事業の展開が重要となってくることが考えられる。

キーワード 二次予防事業、地域差、公民館、病院、運動器の機能向上プログラム

I 緒 言

介護予防は、著しく高齢者人口が増加し続けているわが国において、重点的に取り組むべき課題である。そのため、介護予防事業の中の地

域支援事業において「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減（改善）を目指す」ための二次予防事業が全国の地方自治体で行われている¹⁾。

* 1 筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科大学院生

* 2 公益財団法人明治安田厚生事業団体力医学研究所研究員

* 3 医療法人寛容会森口病院メディカルフィットネスクラブフォレスト健康運動指導士 * 4 筑波大学体育系准教授

二次予防事業は、要介護状態に陥る危険性のある者に対して、運動器の機能向上、口腔機能の向上、栄養改善を大きな柱とし、認知症予防、閉じこもり改善、うつ傾向の改善などを目指すプログラムを単独に、または他のプログラムと併せて複合的に行われている。そして近年、これらの事業の成果として、筋力²⁾⁻⁵⁾、柔軟性²⁾³⁾、バランス能力の向上²⁾³⁾、歩行能力の向上³⁾⁻⁶⁾、日常生活における活動量の向上³⁾⁵⁾、口腔機能の評価指標である嚥下力や咀嚼力、構音機能の改善⁷⁾などの効果がそれぞれ報告されている。

以上にあげたように、介護予防の取り組みは高齢者に多くの利益をもたらしているが、二次予防事業の展開には地域差があると考えられる。畠山は、認知症高齢者や独居高齢者を対象とした地域密着型事業の地域差について市町村単位で調査を行い、施設整備状況および計画と人口やサービスの需要、当該事業における営利団体の参入と人口との関連を挙げ、要支援・要介護者数や高齢者数を見越した整備が地域差を生んでいることを示している⁸⁾。また、杉浦は、介護保険事業所数や地域の高齢者独居率が高い地区ほど介護保険給付費が高いことを報告しており⁹⁾、このこともサービス需給の地域差を生む一例としてあげられる。

他に地域差を生む要因として、実施施設までのアクセシビリティや、その地域の施設立地状況などが考えられる。Goinsらは、米国バージニア州のヘルスケアサービスへの高齢者のアクセシビリティについて質的な研究を行い、アクセスを阻害する要因として施設の立地状況やサービス供給の制限などをあげている¹⁰⁾。Gumらの米国フロリダ州における調査でも類似した結果が報告され、その中で交通手段の解決が最も必要と答えた対象者が22.5%におよんだ¹¹⁾。一方、Ryvickerらは、一次医療へのアクセスにおいて地域の結びつきもまた重要であることを示している¹²⁾。介護保険関連のサービス実施施設は単位面積当たりの要介護者数が多い地域およびその周辺に集中して配置される傾向があるため¹³⁾、郊外に居住する者はこういったサービスから遠ざかってしまい、結果として生活機

能が早く低下してしまう恐れがある。

高齢者が介護予防事業下のサービスを受ける場合、実施施設までのアクセシビリティが保障されている必要があるが、一方で高齢者を集められる施設が少なくアクセスが困難なこと、または地域の結びつきが希薄であることにより施設へアクセスできない二次予防対象者に対しては、プログラムを提供できない可能性が高まる。しかし、これまで介護保険サービスの供給に地域差を生む要因が数多くあげられているにもかかわらず、二次予防事業実施状況については地域差を示し、実施状況に関連する要因を検討した報告はされていない。

そこで本研究は、二次予防事業の中でも通所型プログラムに焦点を当て、都道府県単位の実施状況を示すことで地域差についての実情を明らかにし、二次予防事業実施状況と実施関連施設数および地域包括支援センターの保健師数に焦点を当ててそれらの関連性を検討することを目的として行った。二次予防事業の実施状況には都道府県単位で地域差があり、それには病院や公民館といった二次予防事業実施施設数と、地域包括支援センターの保健師数が関連していることを仮説として検討した。

Ⅱ 方 法

(1) 研究対象

本研究の対象は、全国47都道府県とした。分析するデータは、①2009～2011年の人口、高齢者人口、②2009年度および2011年度の基本チェックリスト実施状況、③二次予防事業のうち通所型の運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラム、栄養改善プログラムの参加実人数（①～③は、厚生労働省：介護予防事業の実施状況¹⁴⁾、④地域別年間収入のジニ係数（総務省統計局：平成21年全国消費実態調査¹⁵⁾、⑤2009～2011年の人口10万人当たりの病院数（病院率）および一般診療所数（診療所率）（厚生労働省保健統計室：医療施設調査¹⁶⁾、⑥2008年度および2011年度の公民館数（文部科学省生涯学習政策局調査企画課：社会教育調

査)¹⁷⁾、⑦2009～2011年度の地域包括支援センターの保健師数（厚生労働省：保健師活動領域調査）¹⁸⁾とした。各データは省庁のWebページおよび政府統計の総合窓口でダウンロードが可能であり、本研究に必要な各都道府県のデータ項目を引用して分析を行った。

(2) 分析項目

高齢者人口、基本チェックリスト実施者数、公民館数、地域包括支援センターの保健師数、介護予防プログラムに参加した実人数と各都道府県の人口および高齢者人口より、表1の数式を用いて高齢化率、基本チェックリスト実施率、公民館率、地域包括支援センター保健師率、各プログラムの実施率を算出し、分析項目として加えた。なお、2009年度と2010年度の公民館率に関しては、2008年度の公民館数を各年の人口で除した値を用いて分析を行った。

(3) 分析方法

各都道府県の人口、二次予防事業の実施状況などの特性を表すため、分析項目の平均値と標準偏差を算出した。また、各分析項目の関連を明らかにするために、ピアソンの相関分析および二次予防事業の各プログラムの実施率を従属変数としたステップワイズ法（投入： $p < 0.10$ 、除去： $p < 0.15$ ）による重回帰分析を行った。重回帰分析においては、仮説を検証するために、相関分析において従属変数と $p < 0.15$ となった各施設率ならびに地域包括支援センター保健師率を投入し、基本チェックリスト実施率を強制投入するモデルを用いた。分析は、2009年度、2010年度、2011年度に分けて行い、各年度の結果を比較した。従属変数については、単独プログラム実施率と複合プログラム実施率の2通りで分析を行った。統計解析にはSPSS Statics 21.0 (IBM) を用い、有意水準は危険率5%未満とし、10%未満を有意傾向があるとした。

表1 分析項目値を算出するための計算式

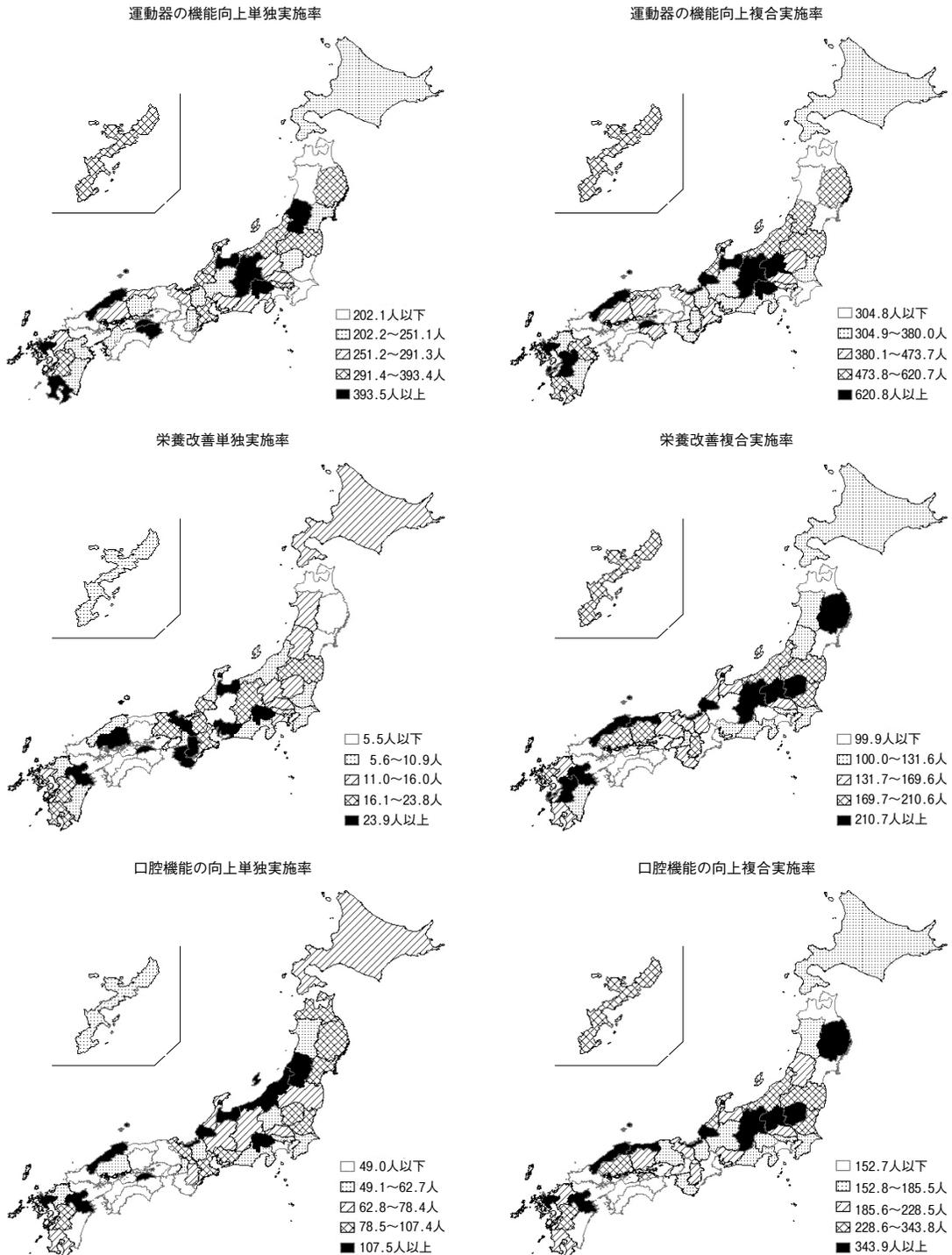
分析項目	計算式
高齢化率 (%)	$= (\text{高齢者人口} / \text{人口}) \times 100$
基本チェックリスト実施率 (%)	$= \text{基本チェックリスト実施者数} / \text{高齢者人口} \times 100$
公民館率 (／10万人)	$= (\text{公民館数} / \text{人口}) \times 100,000$
各単独プログラム実施率 (／10万人)	$= (\text{各プログラムに参加した実人数} / \text{高齢者人口}) \times 100,000$ (各プログラムに 各プログラムを含む複合プログラム)
各複合プログラム実施率 (／10万人)	$= \frac{\text{参加した実人数} + \text{参加した実人数}}{\text{高齢者人口}} \times 100,000$
地域包括支援センター保健師率(／10万人)	$= \text{地域包括支援センター常勤保健師数} / \text{高齢者人口} \times 100,000$

表2 各年度における都道府県の人口、経済状況、二次予防事業の実施状況

	2009年度	2010	2011	平均
人口 (10万人)	27.3 ± 26.5	27.0 ± 26.5	27.4 ± 26.7	27.3 ± 26.5
高齢者人口 (10万人)	6.2 ± 5.3	6.2 ± 5.4	6.3 ± 5.5	6.2 ± 5.4
高齢化率 (%)	24.1 ± 2.8	24.3 ± 2.7	24.6 ± 2.8	24.3 ± 2.7
基本チェックリスト実施率 (%)	29.9 ± 10.1	-	36.6 ± 10.2	33.2 ± 9.0
地域包括支援センター保健師率 (／10万人)	11.2 ± 6.4	11.5 ± 7.1	10.9 ± 7.1	11.2 ± 6.8
病院率 (／10万人)	8.3 ± 3.3	8.1 ± 3.2	8.1 ± 3.3	8.2 ± 3.3
診療所率 (／10万人)	78.9 ± 12.4	78.9 ± 12.3	78.8 ± 12.0	78.9 ± 12.2
公民館率 (／10万人)	21.6 ± 15.1	21.7 ± 15.2	19.8 ± 13.8	21.0 ± 14.7
年間収入のジニ係数	0.304 ± 0.013	-	-	0.304 ± 0.013
運動器の機能向上単独実施率 (／10万人)	285.3 ± 134.8	297.7 ± 152.8	343.0 ± 185.1	308.6 ± 151.3
運動器の機能向上複合実施率 (／10万人)	403.2 ± 174.8	458.4 ± 197.3	539.2 ± 234.5	466.9 ± 194.8
栄養改善単独実施率 (／10万人)	15.5 ± 14.5	15.7 ± 15.7	16.6 ± 17.4	15.9 ± 12.0
栄養改善複合実施率 (／10万人)	119.4 ± 81.7	176.4 ± 113.7	212.9 ± 138.6	169.6 ± 102.6
口腔機能の向上単独実施率 (／10万人)	75.3 ± 43.7	73.0 ± 41.9	79.7 ± 55.2	76.0 ± 42.1
口腔機能の向上複合実施率 (／10万人)	199.0 ± 111.1	233.7 ± 124.2	275.9 ± 150.6	236.2 ± 120.6

注 平均値 ± 標準偏差を示す。

図1 各都道府県の二次予防事業実施状況（2009～2011年度平均）



Ⅲ 結 果

(1) 各都道府県の特徴

各都道府県の人口統計，基本チェックリスト実施率，地域包括支援センター保健師率，各施設率，ジニ係数，各プログラムの実施率を表2に示した。基本チェックリスト実施率は，2009年度から2011年度にかけて29.9%から36.6%に向上していた。また，各プログラム実施率が年々増加しており，2009年度に比べ2011年度では1.1～1.8倍になっている。

それぞれのプログラムの3年間の平均実施率について図1に示した。地図は5分位の値で塗り分けを行った。単独実施率の場合，運動器の機能向上プログラムにおいて最も高かった県は佐賀県で高齢者人口10万人当たり870人，最も低かった県は神奈川県で128人であった。栄養改善プログラムと口腔機能の向上プログラムでは，それぞれ51人（香川県）と2人（徳島県），236人（香川県）と9人（高知県）であった。複合プログラムにおいては，運動器の機能向上，栄養改善，口腔機能の向上のそれぞれのプログラムで，1,059人（佐賀県）と198人（神奈川県），531人（福井県）と28人（愛媛県），636人（福井県）と59人（愛媛県）であった。各プログラムの実施率は都道府県によって約5～26倍

の差がみられた。

(2) 運動器の機能向上プログラムの実施率

運動器の機能向上単独実施率および複合実施率と分析項目との関連を明らかにするために，ピアソンの相関係数を算出した（表3）。ジニ係数に関しては，2009年度の値を各年度で用いた。また，2010年度の基本チェックリスト実施率を得られなかったため，2009年度と2011年度の平均値を用いた。

運動器の機能向上プログラム単独実施率と有意または有意傾向な関連を認めた項目は，基本チェックリスト実施率（2009年度： $r = 0.25$ ， $p < 0.10$ ；2010年度： $r = 0.29$ ， $p < 0.05$ ；2011年度： $r = 0.36$ ， $p < 0.05$ ），地域包括支援センター保健師率（2009年度： $r = 0.28$ ， $p < 0.10$ ），公民館率（2009年度： $r = 0.41$ ， $p < 0.05$ ；2010年度： $r = 0.46$ ， $p < 0.05$ ；2011年度： $r = 0.37$ ， $p < 0.05$ ）であった。複合においてもほぼ同様な関連性が認められ，公民館率で年度を通して関連性が認められた。地域包括支援センターの保健師率に関しては有意傾向のみ見られる年度があった。

さらに，各年度において運動器の機能向上プログラム実施率を従属変数，病院率，公民館率，地域包括支援センター保健師率や二次予防事業対象者数に影響を及ぼす基本チェックリスト実

表3 各プログラムの実施率に関連する要因

	運動器の機能向上プログラム実施率			栄養改善プログラム実施率			口腔機能向上プログラム実施率		
	2009年度	2010	2011	2009年度	2010	2011	2009年度	2010	2011
単独プログラム									
ジニ係数 ³⁾	-0.12	-0.04	-0.22 †	-0.07	-0.09	-0.25*	-0.07	-0.09	-0.25*
基本チェックリスト実施率 ⁴⁾	0.25*	0.29**	0.36**	0.29**	0.24*	0.29*	0.29**	0.24*	0.29*
地域包括支援センター保健師率	0.28*	0.24 †	0.19	0.14	0.03	-0.03	0.14	0.03	-0.03
病院率	0.23 †	0.22 †	0.22 †	-0.05	-0.01	-0.03	-0.05	-0.01	-0.03
診療所率	0.06	0.09	0.03	-0.21	-0.15	-0.04	-0.21	-0.15	-0.04
公民館率	0.41**	0.46**	0.37**	-0.02	0.09	0.13	-0.02	0.09	0.13
複合プログラム									
ジニ係数	-0.17	-0.05	-0.18	-0.12	-0.07	-0.10	-0.12	-0.07	-0.10
基本チェックリスト実施率	0.21	0.28*	0.33**	0.21	0.17	0.17	0.21	0.17	0.17
地域包括支援センター保健師率	0.26*	0.27*	0.22 †	0.11	0.15	0.10	0.11	0.15	0.10
病院率	0.19	0.18	0.22 †	-0.06	0.01	0.06	-0.06	0.01	0.06
診療所率	0.12	0.04	0.05	0.01	-0.11	0.03	0.01	-0.11	0.03
公民館率	0.39**	0.47**	0.35**	0.07	0.22 †	0.13	0.07	0.22 †	0.13

注 1) ピアソンの相関係数 (r) を示す。
 2) ** $p < 0.05$ ，* $p < 0.10$ ，† $p < 0.15$
 3) ジニ係数は2009年度の値を用いた。
 4) 2010年度の基本チェックリスト実施率は，2009年度と2011年度の平均値を用いた。

施率を独立変数とした重回帰分析を行った(表4)。その結果、単独プログラムにおいては病院率(2009年度： $\beta = 0.39$, $p < 0.05$; 2010年度： $\beta = 0.39$, $p < 0.05$; 2011年度： $\beta = 0.24$, $p < 0.10$)と公民館率(2009年度： $\beta = 0.36$, $p < 0.05$; 2010年度： $\beta = 0.32$, $p < 0.05$; 2011年度： $\beta = 0.28$, $p < 0.05$)が、複合プログラムにおいては公民館率が複数年度で抽出された(2009年度： $\beta = 0.39$, $p < 0.05$; 2010年度： $\beta = 0.46$, $p < 0.05$; 2011年度： $\beta = 0.27$, $p < 0.10$)。

病院率、公民館率の高い都道府県では、運動器の機能向上プログラム実施率が高かった。

(3) 口腔機能の向上プログラムならびに栄養改善プログラムの実施率

口腔機能の向上プログラムならびに栄養改善プログラムの参加率と年度別の各分析変数との関連について検討した結果、年度を通して有意な相関を示す項目はなかった(表3)。

IV 考 察

(1) 二次予防事業における各プログラムの実 施状況

本研究においては、まず介護予防事業下で行われている二次予防事業の実施状況について分析した。その結果、二次予防事業の大きな柱である運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラムの、高齢者人口10万人当たりの参加実人数の3年間の平均は、単独においてそれぞれ128~870人(複合：198~1,059人)、2~51人(複合：28~531人)、9~236人(複合：59~636人)であった。このことより、プログラム間でも実施率に差があることが明らかとなった。

把握事業において行われている基本チェックリストは、地域在住高齢者のうち約5%存在するとされ、将来的に要介護状態に陥る恐れのある者を抽出する目的で行われている¹⁾。しかし、各都道府県における高齢者人口10万人当たりの

表4 運動器の機能向上プログラム実施率における重回帰分析

	2009年度	2010	2011
単独プログラム			
基本チェックリスト実施率	0.44**	0.40**	0.39**
病院率	0.39**	0.39**	0.24*
公民館率	0.36**	0.32**	0.28**
調整済みR ² 値	0.30**	0.32**	0.25**
複合プログラム			
基本チェックリスト実施率	-0.21	0.26**	0.35**
病院率			0.24*
公民館率	0.39**	0.46**	0.27*
調整済みR ² 値	0.16**	0.26**	0.21**

注 1) 標準化係数(β)を示す。
2) ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$

各複合プログラムの参加者合計(各年度の運動器の機能向上複合実施率+口腔機能の向上複合実施率+栄養改善複合実施率の和)は721~1,028人(高齢者人口の0.7~1.0%)と目標の5%に満たず、介入の必要な高齢者をカバーできていない現状がある。その結果、多くの要介護リスクの高い高齢者を見落としてしまっている可能性があるため、基本チェックリストの基準の見直しや、真にリスクの高い対象者を抽出するための把握事業の展開が今後ますます必要とされてくるであろう。二次予防事業においても、実施率が低い現状を踏まえ、外部のスポーツクラブやNPO、ボランティアなどの地域資源を活用して事業を展開していけるように体制を整えるべきであろう。

(2) 運動器の機能向上プログラム実施率の地域差に関連する要因

二次予防事業における運動器の機能向上プログラム実施率には地域差が認められた。そこで、ピアソンの相関分析および重回帰分析を用い、各分析項目との関連性を検討した。その結果、公民館率と病院率が正の相関を示す項目として抽出された。このことは、公民館や病院が充実している都道府県ほど運動器の機能向上プログラムが盛んに行われていることを示唆している。通所型の運動器の機能向上プログラムや他の高齢者を対象とする運動プログラムは公民館で行われている実践報告が多く¹⁹⁾、医療機関に委託される例も散見されることから、地域において

これらの施設が充実しているほど運動器の機能向上プログラムの対象者を多くカバーできていることが考えられる。つまり、彼らにとって身近な存在である公民館や病院の多いことが二次予防事業への参加の促進要因になったのかもしれない。

また、公民館は高齢者の交流・活動の場として重要な位置づけをしている。あらゆる年齢層を対象とした経済広報センターの「高齢社会のあるべき姿に関する意識調査報告書」²⁰⁾によると、理想のコミュニティの場として過半数が「公民館（コミュニティセンター、集会所）」と回答し、その傾向は高い年齢層になるほど強まっていた。この結果は、高齢者にとって公民館とは地域社会とのつながりを深める重要なコミュニティの拠点として認識されていることを示している。地域や友人との結びつきが医療サービス受診の促進要因であるという報告もあることから¹²⁾、今後介護予防事業を展開していくにあたり、公民館を拠点の1つとして活用していけばよいのではないかと考えられる。

(3) 地域包括支援センターの保健師数

本研究の分析結果として、地域包括支援センター保健師率と各プログラムの実施率との関連性に有意傾向がみられたが、重回帰分析において抽出されなかった。しかし、介護保険法施行規則によると、「1つのセンターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね3,000人以上6,000人未満ごとに置くべき職員数は、保健師、社会福祉士および主任介護支援専門員（これらに準ずる者を含む）それぞれ各1人とする」と規定されており、1人の保健師が担当する被保険者の人数が多いのが目立つ。本研究においても、各都道府県に配置されている地域包括支援センターの保健師の数は高齢者10万人当たり11人であり、二次予防事業や他の業務を適正に行うには厳しい現状であるといえる。職員数については増員が進みつつあるものの²¹⁾、それでもマンパワー不足により対象者をカバーしきれず、結果的に各二次予防事業のプログラムの低い実施率につながっている可能性

がある。基本チェックリスト実施率や二次予防事業のプログラム実施率を高め、介護予防事業の充実を図るためには、やはり介護予防業務の中核である地域包括支援センター数およびスタッフの数を増やすことが必要であろう。

(4) 研究の限界

本研究は横断研究であり、各施設ならびに人員配置との因果関係を示すには至っていない。また、本研究は都道府県という大きな自治体を対象としており、二次予防事業を実際に運営している各保険者（市町村）単位での分析を行っていない。したがって、本研究の結果は各保険者の特性を反映しておらず、結果の解釈には注意を要する。今後は保険者ごとの公民館や医療施設、地域包括支援センターの保健師数などと二次予防事業の実施状況の関連性について検討する必要があるだろう。

しかし、二次予防事業に関する実施状況やそれに関連する要因について検討した報告はこれまでないこと、複数年度ごとの分析で一貫した結果を導き出していることにより、本研究の結果は今後、二次予防事業を展開、改善していくにあたり重要な基礎資料となるであろう。

文 献

- 1) 介護予防マニュアル改訂委員会. 介護予防マニュアル改訂版 (http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf) 2013.6.25.
- 2) 奥壽郎, 榎本康子, 石原房子. Effectiveness of preventive care of physical therapy for the elderly entrusted by the Shinagawa ward. Japanese journal of allied health and rehabilitation 2008; 7: 62-7.
- 3) 清野諭, 藪下典子, 金美芝, 他. ハイリスク高齢者における「運動器の機能向上」を目的とした介護予防教室の有効性. 厚生」の指標 2008; 55(4): 12-20.
- 4) Yano J, Ibayashi H, Nishiyama T, et al. Functional Improvement Program of Musculoskeletal System of the Elderly in an Isolated Island of Kagoshima Prefecture. Journal of UOEH 2006; 28(2): 229-37.
- 5) Nagazumi T, Komatsu Y, Horie J. A care-prevention class for elderly people using lifecorder information technology. West Kyushu journal of rehabilitation sciences. Nishikyushu University 2008; 1: 47-50.
- 6) Ota A, Yasuda N, Horikawa S, et al. Differential effects of power rehabilitation on physical performance and higher-level functional capacity among community-dwelling older adults with a

- slight degree of frailty. J Epidemiol 2007 ; 17 : 61-7.
- 7) Kaneko M, Yoshihara A, Ito K, et al. The Effect of an Oral Health Care Program for Improving Oral Function in Community-dwelling Elderly. Journal of dental health 2009 ; 59 (1) : 26-33.
 - 8) Hatakeyama T. Reasons for Regional Disparities in Care Insurance Community-Based Services. Geographical review of Japan 2012 ; 85 (1) : 22-39.
 - 9) Sugiura S. Differences in Characteristics of Long-term Care Insurance among Municipalities and Problem of Validity of Joint Administration by Extended Insurer. Annals of the Association of Economic Geographers 2011 ; 57 (4) : 336-57.
 - 10) Goins RT, Williams KA, Carter MW, et al. Perceived barriers to health care access among rural older adults : a qualitative study. J Rural Health 2005 ; 21 : 206-13.
 - 11) Gum AM, Iser L, Petkus A. Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. Am J Geriatr Psychiatry 2010 ; 18 : 491-501.
 - 12) Ryvicker M, Gallo WT, Fahs MC. Environmental factors associated with primary care access among urban older adults. Soc Sci Med 2012 ; 75 : 914-21.
 - 13) Takahashi M, Odagiri Y, Uchida H. Evaluation of Geographical Accessibility to Day Service Facilities for the Elderly with Care Needs with a Geographic Information System (GIS) : a Case Study of Kofu City. Bulletin of Faculty of Nursing, Yamanashi Prefectural University 2006 ; 8 : 1-8.
 - 14) 厚生労働省. 介護予防事業の実施状況について (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html) 2013.6.25.
 - 15) 総務省統計局. 平成21年全国消費実態調査 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Xlsdl.do?sinfid=000012460055>) 2013.6.25.
 - 16) 厚生労働省保健統計室. 医療施設調査 (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030908&requestSender=dsearch) 2013.6.25.
 - 17) 文部科学省生涯学習政策局調査企画課. 社会教育調査 (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001017254&requestSender=dsearch) 2013.6.25.
 - 18) 厚生労働省. 保健師活動領域調査 (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001035128>) 2013.6.25.
 - 19) 厚生労働省. 地域の实情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例 (http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html) 2014.10.16.
 - 20) 経済広報センター. 高齢社会のあるべき姿に関する意識調査報告書 (<http://www.kkc.or.jp/data/release/00000080-1.pdf>) 2013.6.25.
 - 21) 厚生労働省老健局. 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0305-5.html>) 2013.6.25.

医師・歯科医師・薬剤師の皆さまに届出のお願い

我が国に居住する医師・歯科医師・薬剤師の方は、2年に1度12月31日現在における住所地、従業地、従事している業務の種別等、医師法、歯科医師法、薬剤師法で規定されている事項について、当該年の翌年1月15日までに届け出ることが義務付けられています。

本年はその届出年に当たりますので、所定の届出票に記入の上、原則として住所地の保健所まで提出してください。複数の従事先がある場合には主な従事先について記入した届出票1枚を提出願います。12月31日現在就労していない場合であっても、届出票の提出漏れのないようお願いいたします。

この届出を基に、「医師・歯科医師・薬剤師調査」が実施され、その集計結果は今後の厚生労働行政の大切な基礎資料となります。

また、届出を行わないと「医師等資格確認検索システム」及び「薬剤師資格確認検索システム」に氏名等が掲載されません。

医師・歯科医師 (<http://licenseif.mhlw.go.jp/search/>)

薬剤師 (<http://yakuzaishi.mhlw.go.jp/search/>)

なお、届出票の用紙につきましては最寄りの保健所までお問い合わせいただくか、厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/oshirase/>) からダウンロードしてください。

厚生労働省