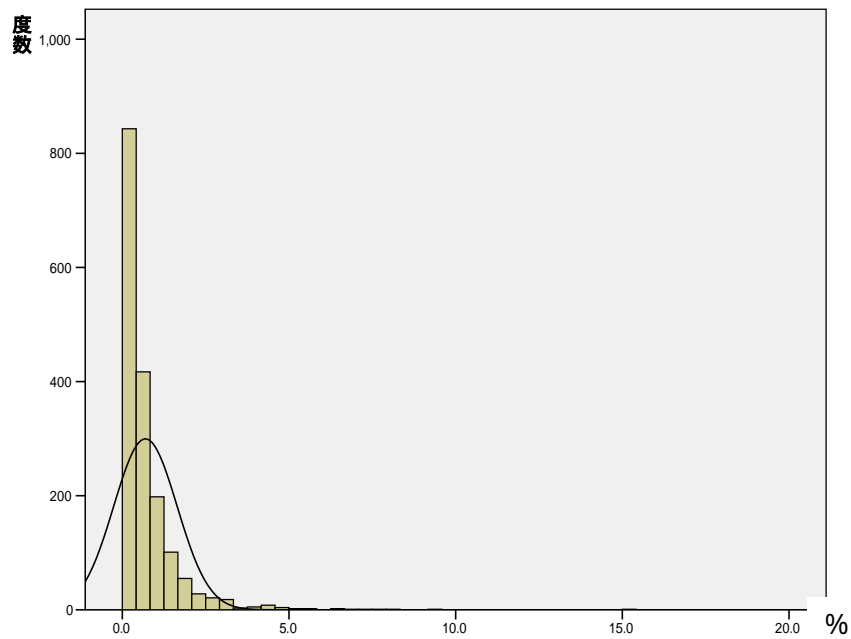


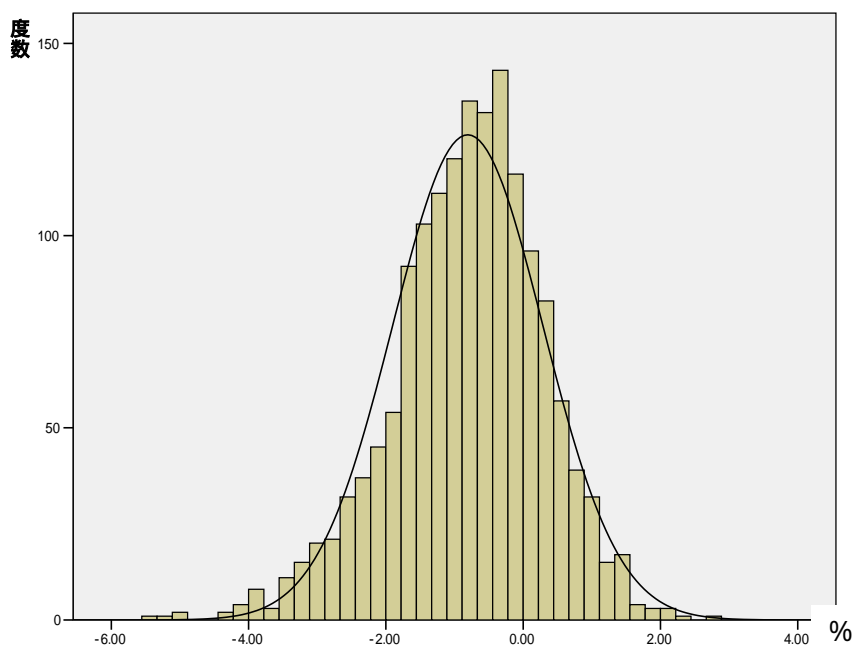
プログラム参加率（対 65 歳以上人口）の関連要因について、参加率を従属変数、その他の関連要因を独立変数として重回帰分析を実施した。

分析に際し、参加率（対 65 歳以上人口）の分布に偏りが見られたため、対数変換した値を従属変数として使用した。

図表 247 参加率（対 65 歳以上人口）の分布状況



図表 248 参加率（対 65 歳以上人口）(対数変換)の分布状況



分析に使用した変数は以下の通りである。従属変数は「参加率(対65歳以上人口):対数変換」とした。また、独立変数としては、市町村規模の影響をみるため「市町村人口」及び高齢者に対するインフラ(ソフト面含む)として「高齢者1万人あたり地域包括支援センター数」、「地域包括支援センターあたり職員数」、「直営/委託の別」、「高齢者1万人あたり介護予防活動に関わる自主グループ数」、さらに基本チェックリストの実施割合が参加率に与える影響をみるため、「基本チェックリスト実施率(対65歳以上人口)」を加えた。

図表 249 分析に使用した変数一覧

種別	変数名
従属変数	・ 参加率(対数変換)(対65歳以上人口)
独立変数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村人口 ・ 高齢者1万人あたり地域包括支援センター数 ・ 地域包括支援センターあたり職員数 ・ 運営形態が直営/委託 ・ 高齢者1万人あたり介護予防活動に関わる自主グループ数 ・ 基本チェックリスト実施率(対65歳以上人口)

高齢者数 = 65歳以上人口としている。

これらの条件で重回帰分析を実施した結果、以下の結果が得られた。

以下の傾向が有意に認められた ($p < 0.05$)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村人口が多い(自治体規模が大きい) 参加率は低い ・ 高齢者1万人あたり地域包括支援センター数が多い 参加率は高い ・ 高齢者1万人あたり介護予防活動に関わる自主グループ数が多い 参加率は高い ・ 基本チェックリスト実施率が高い 参加率は高い

図表 250 重回帰分析結果

	偏回帰係数		標準偏回帰係数	t	有意確率
	B	標準誤差	β		
(定数)	-1.215	0.096		-12.618	0.000
市町村人口	0.000	0.000	-0.240	-7.289	0.000
高齢者1万人あたり地域包括支援センター数	0.044	0.007	0.203	6.378	0.000
地域包括支援センターあたり職員数	-0.012	0.007	-0.056	-1.707	0.088
運営形態が直営	0.145	0.077	0.061	1.879	0.061
高齢者1万人あたり介護予防活動に関わる自主グループ数	0.004	0.001	0.087	2.889	0.004
基本チェックリスト実施率(対数変換)	0.013	0.002	0.200	6.631	0.000

調整済み $R^2 = 0.207$ ($n = 898$)

・まとめ

本調査においては、全国の自治体を対象として、介護予防事業に関わる多様なデータを収集し、現状の問題点や課題を分析するとともに、今後の介護予防事業のあり方検討につなげることを目的として実施した。回収率は98.9%¹(1,785票を回収)であり、ほぼ全ての自治体をカバーしていると考えられる。

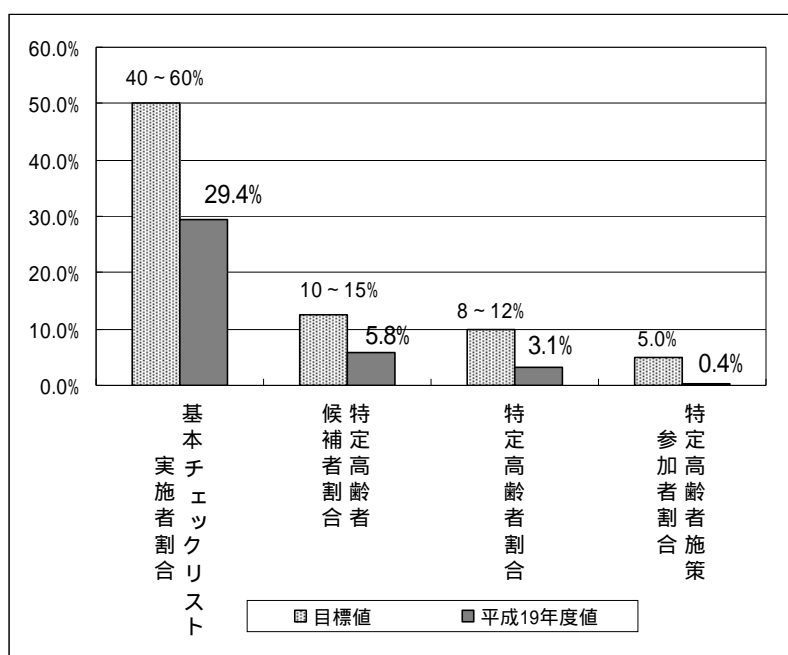
1. 自治体の全体概要

データが得られた1,785自治体で、合計3,946の地域包括支援センターが存在し、うち2,544が委託で運営されていた。介護予防拠点施設の総数は6,496施設となっている。介護予防事業に係る予算については、約7割の自治体で「十分～おおむね十分」と回答していた。

2. 特定高齢者の把握状況

介護予防事業（特定高齢者施策）の目標として、高齢者人口に対する基本チェックリストの実施率が40%～60%、特定高齢者施策参加者が5%とされているのに対して、本調査結果では、基本チェックリストの実施率が29.4%、特定高齢者施策参加率が0.4%と、目標に対して低い水準にとどまっていることが明らかになった。

図表 251 特定高齢者把握の状況（割合は対65歳以上高齢者）

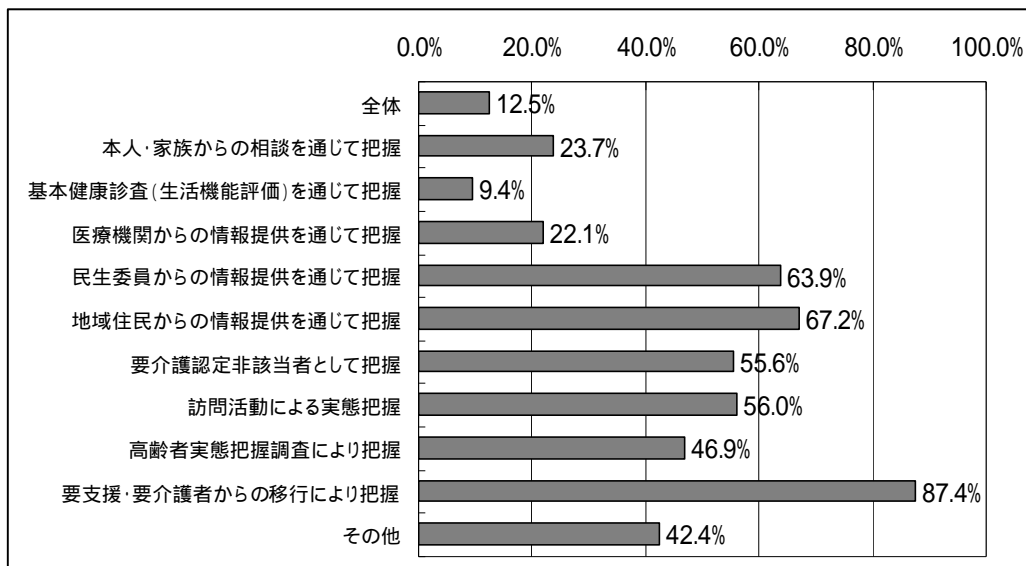


また、基本チェックリスト実施者数に占める特定高齢者候補者数の割合は19.8%、特定高齢者候補者数に占める特定高齢者割合は52.6%、特定高齢者数に占める施策への参加者数は12.5%であった。これを把握経路別にみると、特定高齢者数に占める施策への参加者割合が高かったのは、「要支援・要介護者からの移行により把握」(87.4%)、「地域住民からの情報提供を通じて把握」(67.2%)、「民生委員が

¹ 平成20年11月1日現在の市町村数1,805を母数として算出した。

らの情報提供を通じて把握」(63.9%)などであり、参加者数割合が最も低かったのは、「基本健康診査(生活機能評価)を通じて把握」(9.4%)であった。特定高齢者施策への参加者割合を向上させるためには、「基本健康診査(生活機能調査)」だけでなく、それ以外のルートにより特定高齢者を把握することが重要と考えられる。

図表 252 特定高齢者施策参加者の把握経路別参加割合(割合は対特定高齢者数)



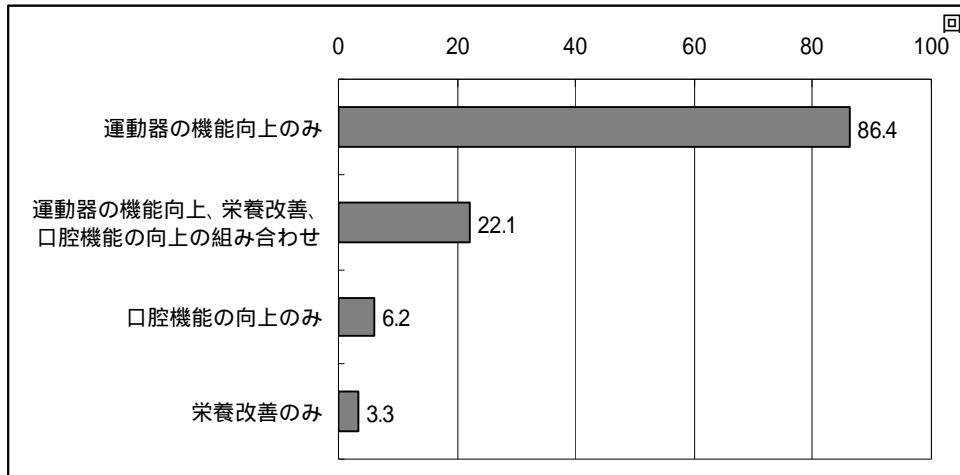
特定高齢者施策への参加者の割合が「不十分である」と感じている自治体は約7割(69.4%)に上っており、その理由としては、参加者側の理由として「本人に生活機能の低下についての自覚がない」「プログラムの参加者側が、介護予防の必要性和意義を十分に理解できていない」、プログラム提供者側の理由として「実施時期や期間等の条件が、高齢者のニーズに合わない」、「本人の日常の生活範囲と離れた場所で開催されている」等が多く挙げられていた。

これらの特定高齢者把握の一連の過程における工夫点としては、行政が体制強化や効率化を図る、医療機関や関連事業所と連携する、健診機会を活用する、介護予防一般高齢者施策や既存事業等との連携を行う、広報・普及啓発体制の強化や地域への働きかけ(個別アプローチ・高齢者グループへのアプローチ)を通じた取組み、調査や一斉送付等での対応、地区組織や地域住民の力の活用などが挙げられていた。これらの様々な取組みを通じて、特定高齢者の把握の促進を図る必要があると考えられる。

3. 介護予防事業の実施状況

介護予防特定高齢者施策に関して、通所型介護予防事業の実施状況を見ると、実施回数は「運動器の機能向上のみ」(平均86.4回)、「運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の組み合わせ」(平均22.1回)などが多く、「口腔機能の向上のみ」(6.2回)、「栄養改善のみ」(平均3.3回)の回数は少ない。

図表 253 通所型介護予防事業の平均実施回数

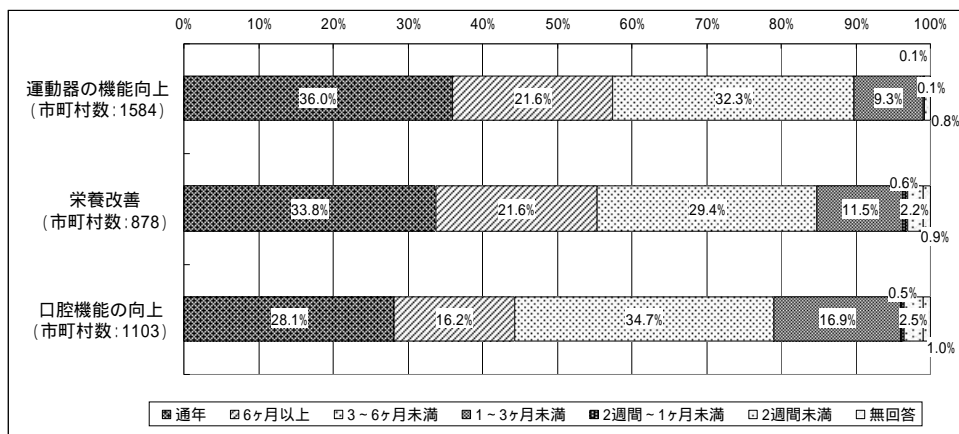


また、これらの通所型介護予防事業を介護予防一般高齢者施策と同時に実施した回数をみると、「運動器の機能向上のみ」15.6回、「運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の組み合わせ」5.7回と多くなっていた。これらの通所型介護予防事業への参加状況についてみると、「運動器の機能向上のみ」および「運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の組み合わせ」はそれぞれ平均 32.1人、11.1人と、他に比べて高くなっている。参加実人数合計の平均は56.9人であった。

さらに、介護予防特定高齢者施策の個別のプログラム実施状況について、通所型の「運動器の機能向上」プログラムの実施状況をみると、実施期間は「通年」が36.0%、「6ヶ月以上」が21.6%、「3～6ヶ月未満」が32.3%となっており、一年を通じて開催していない自治体も多いことが分かった。また、参加者1人あたりの年間参加回数について「制限なし」の自治体が58.4%、「制限あり」の自治体が39.7%となっており、参加回数制限のある自治体も4割程度あることが分かった。

同様に、「栄養改善」プログラムにおいても、実施期間は「通年」が33.8%、「6ヶ月以上」が21.6%、「3～6ヶ月未満」が29.4%となっており、参加回数について「制限なし」の自治体が60.1%、「制限あり」の自治体が37.9%となっている。「口腔機能の改善」プログラムにおいても、実施期間は「通年」が28.1%、「6ヶ月以上」が16.2%、「3～6ヶ月未満」が34.7%となっており、参加回数について「制限なし」の自治体が59.9%、「制限あり」の自治体が39.2%となっている。

図表 254 通所型介護予防事業の平均実施期間



このように、実施期間が通年でなく、参加者 1 人あたりの年間参加回数についても制限のある自治体が多くみられることから、介護予防特定高齢者施策に 1 年を通じてタイムリーに参加でき、十分な回数参加できるようにする必要があると考えられる。

次に、訪問型介護予防事業の実施状況についてみると、訪問回数は「栄養改善」が最も多く平均 163.3 回であった。予定していた訪問実人数も「栄養改善」(32.2 人)が最も多かったが、実際に訪問した人数(被訪問人数)の平均は 4.7 人とどまっており、そのうち、医療機関等につないだケースはほとんどみられなかった。

通所型の介護予防事業に誘ったものの、結果として参加しなかった特定高齢者に対して、「対応している」自治体が 57.4%、「対応していない」が 36.4%となり、何らかの対応を行っている自治体が過半数を占めた。うち対応している場合の実施頻度は「不定期に実施」が多く、82.8%であった。対応している内容については、「一般高齢者施策を紹介している」(69.8%)が最も多く、次いで「通所型介護予防事業を再度紹介している」(47.8%)となっている。対応している場合の具体的な方法については、「対象となる高齢者の一部を訪問している」(63.8%)が最も多く、次いで「対象となる高齢者の一部に電話をしている」(46.6%)と続いていた。

特定高齢者施策の参加率向上のための工夫点としては、行政が体制強化や効率化を図る、医療機関や介護保険サービス事業所等との連携、介護予防一般高齢者施策や既存事業等との連携を行い元気高齢者と共にプログラムを実施する、広報・普及啓発体制の強化、対象者への個別訪問等の個別アプローチ及び老人クラブ等を通じての高齢者グループへのアプローチを通じた取組み、プログラム名や内容の工夫、プログラム参加手段(会場への送迎等)の提供、プログラム実施環境や期間、体制等の整備、民生委員等の地区組織や地域住民の力の活用などが挙げられていた。

一方、介護予防一般高齢者施策の実施状況についてみると、「運動教室等の介護予防教室等の開催」(83.5%)が最も多く、次いで「パンフレット等の作成・配布」(70.5%)であった。地域支援事業の実施状況については、「ボランティア等育成のための研修会」、「地域活動組織の育成・支援等」がそれぞれ 5 割程度となっている。ボランティア等の人数の把握の有無については、「把握している」と「一部把握している」を合わせると、62.3%の自治体で把握していた。

介護予防一般高齢者施策における参加率向上のための工夫点は、概ね特定高齢者施策と同様であったが、特定高齢者施策実施上の工夫点と比較すると、個別訪問等の個別のアプローチの実施は少なく、老人クラブ等の高齢者グループへのアプローチが多くなっていた。

また、介護予防特定高齢者施策参加者に対するプログラム終了後の対応状況についてみると、「平成 19 年度中にプログラムを 1 クール終了し(複数のクールへの参加が可能な場合は上限クールを終了して)それ以上プログラムを受けることができなかった者」(平均 19.5 人)のうち、「対応しなかった者」は 41.8%であった。対応したケースでは「介護予防一般高齢者施策にて対応」が最も多く、52.8%となっている。また、紹介した人数の合計に占める参加した人数の合計の割合でみると、「訪問型介護予防事業にて対応」が最も多く、55.5%であった。

特定高齢者施策のプログラム終了後の対応における課題は以下のとおりであった。「インフォーマルサービスについて、利用できるサービスが少ない」(54.5%)が最も多く、次いで「訪問型介護予防事業について、訪問を行うマンパワーが不足している」(50.4%)、「介護予防一般高齢者施策について、利用できるサービスが少ない」(46.1%)などであった。

4．介護予防事業の委託や評価等

業務委託の実施状況についてみると、「運動器の機能向上」における委託割合が最も高く、「全て委託」が42.2%、「一部委託で実施」を含めると約7割の自治体で委託を行っていた。業務委託の際の情報共有については、「委託先から事業実施報告書を提出させている」(79.8%)が最も多く、次いで「委託先事業者と参加者個別の目標や経過などの情報を共有している」(68.9%)となっている。業務委託の際の課題は、「地域的に委託先となる事業者が少ない」(53.6%)が最も多く、次いで「委託先事業者に専門職が不足している」(37.8%)となっている。

また、介護予防特定高齢者施策の事業評価を実施しているのは「運動器の機能向上」で最も多く、「ほぼ実施している」「一部実施している」を合わせると約75%であった。「栄養改善」「口腔機能の向上」については、それぞれ同様に44.8%、53.5%であった。また、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」については、約25%前後であり、あまり評価がなされていないことがわかった。評価を実施するに当たっての課題としては、「評価のための分析が困難」(50.5%)のうち、「必要な分析方法がわからない」(36.9%)が多くなっている。事業評価に入れている項目としては、「要支援者・要介護者の新規認定者数」が33.7%であったほかは、評価項目としていない回答が多かった。

介護予防一般高齢者施策の評価については、介護予防普及啓発事業では「ほぼ実施している」「一部実施している」を合わせると53.8%、「実施していない」が38.8%であった。地域介護予防活動支援事業ではそれぞれ45.6%、45.2%となっている。

なお、介護予防事業の実施における他機関との連携状況については、プログラムの開発については「連携している」が9.3%であり、9割近くの自治体で他機関との連携はしていないことが明らかになった。連携している場合の連携先は、「大学・研究所等の研究機関」(68.1%)が最も多くなっている。評価指標の開発、評価のためのデータ分析についても、同様に「連携していない」が9割を占めていた。

5．介護予防事業に対する意向等

特定高齢者把握事業

特定高齢者把握事業について、国がより普及啓発を行ったり、自治体に事業展開の方針を示す等の役割を果たしてほしいという意見が見られた。特定高齢者把握管理のためのマネジメントシステム、ソフト等を望む声もある。また、生活機能評価についても、現状ではそこに予算が多く配分されるため、介護予防事業参加を表明した時点で評価する方法や、主治医と連携して必要な検査情報を得る等、効率的な把握と参加勧奨を行うことはできないかという意見が挙げられていた。

「特定高齢者」という言葉が把握率や事業参加率を下げているのでは、という指摘もあった。そのため、一般高齢者と区別せず、一般高齢者施策の中で事業を実施してはどうかという意見も多かった。さらに、100歳近い者を事業対象者にすることの妥当性に対する意見もあり、対象年齢に上限を設けてはどうか、という要望も見られている。プログラム種別には、栄養改善プログラムにおいて、現在は低栄養を対象としているが、今後は肥満者への対応が必要という意見が挙げられている。

基本チェックリストについては、内容や文言の見直しを求める意見と、対象者の理解不足等による実施上の問題点が挙げられた。文言については、特に「うつ」に係る箇所で、対象者や医師からの批判が多いという意見が寄せられている。また、主観的な情報であり、対象者のその日の気分や状態等でかなり変化してしまうという懸念も多く見られている。質問項目内容についても、地域的な配慮をもう少し

取り入れるべきであるという意見が多かった。

また、対象者の理解不足や慣れ等により、状態が正しくチェックに反映されないことや、認知機能低下がある者等では、すべてに「できる」と回答してしまい、妥当なスクリーニングになっていないというコメントも見られている。

生活機能評価については、医療機関、医師会等の医療者側への理解を求める声が多くなっている。生活機能評価自体のプロセスの簡素化を望む声が多かった。また、生活機能評価に事業予算の多くが使われ、介護予防事業の費用が少なくなっている現状もうかがえた。介護予防事業に参加を表明した者に生活機能検査を実施する等、効率化を望む声も見られている。

通所型・訪問型介護予防事業

通所型介護予防事業においては、プログラム実施場所までの交通機関の確保が困難という意見が多かった。また、一般高齢者と一緒の事業実施や、友人・知人等も誘って参加することを可能とすることなど、事業の対象者を広げてはどうかという意見も多かった。また、事業の複合的実施のためのマニュアル整備や、ケアプラン作成等の手続きの簡素化、委託先確保のための方策の検討等を望む声も多かった。

訪問型介護予防事業については、特に具体的な事例、先進事例を紹介してほしいという声が多かった。各自治体でプログラム提供におけるノウハウが不足しており、具体的な方策が知りたいという意見が多い。研修会の実施等の要望も見られている。

特定高齢者施策評価事業・一般高齢者施策評価事業

介護予防特定高齢者施策評価事業については、具体的な評価方法、指標等が知りたいという意見が多く見られている。評価に関する研修会を開催してほしいという要望も挙げられた。また、標準的な評価シートの提供や、ソフトウェアの提供を望む意見も見られている。

介護予防特定高齢者施策評価事業と同様、具体的な評価方法、指標等が知りたいという意見が多く見られている。評価に関する研修会を開催してほしいという要望も挙げられた。

特定高齢者施策評価事業と異なる点としては、一般高齢者施策では介護予防事業に留まらず、地域の様々な活動、事業とリンクしている場合も多いため、自治体活動全体について評価してはどうかという意見、一般高齢者は特定高齢者よりもデータがとりにくいという意見等が挙げられた。

介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業

介護予防普及啓発事業は意義があるとの意見が多い。国が率先して公的機関や民間企業との協働も視野に入れ、全国区での普及啓発に取組み、介護予防の概念を幅広い層に理解してほしいという意見が多く見られている。また、介護予防に限定せず、「老いる」ことの知識から広めたり、65歳以上と区切るのではなく若年のうちから認識してもらう等の取組みをしてはどうかという意見が挙げられた。

地域介護予防活動支援事業については、介護予防に関する地域での取組みは今後重要となるという認識を持っている自治体が多い。先進事例の紹介や、指導者育成、研修等を望む意見が多く見られている。

6. 関連要因分析

特定高齢者の把握・施策への参加状況、プログラムへの参加状況等について、関連要因についての分析を実施した。なお、地域包括支援センターの職員数及び包括的支援業務に携わる職員数については、本調査においては収集していないデータであるため、厚生労働省老健局振興課によって調査された平成19年4月末日現在の状況のデータを使用している。

特定高齢者施策参加者割合等の分析

人口規模・高齢化率別にみると、基本チェックリスト実施者割合及び特定高齢者割合については、目立った傾向は見られないが、特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合(参加者割合)については、人口規模が小さく高齢化率が高い自治体の方が高い傾向が見られた。特定高齢者候補者割合においても、同様の傾向がやや見られている。

また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数および高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数別に分析した結果、人口規模・高齢化率別の分析と同様に、参加者割合(特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合)が、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数が多いほど、また高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数が多いほど、高くなっている傾向が認められた。施策を立案し実施する基盤となる地域包括センターの整備が、参加率向上に役立っていると考えられる。また、特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合(参加者割合)については、地域包括支援センターを市町村直営で運営している自治体の方が高い傾向が見られていた。ただし、これには人口規模や高齢化率も関与してくると考えられる。

高齢者1万人当たりの地域包括支援センター全職員数および包括的支援業務の職員数別に分析したのも同様である。参加者割合(特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合)が、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター全職員数および包括的支援業務の職員数が多いほど、高くなっている傾向が認められた。なお、特定高齢者候補者割合についても同様の傾向が見られている。

逆の観点、すなわち地域包括センター職員が担当する地域の高齢者数が参加率等に与える影響をみると、参加者割合(特定高齢者のうち、実際に特定高齢者施策に参加した割合)が、全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数が少ないほど、高くなっている傾向が認められた。なお、特定高齢者候補者割合についても同様の傾向が見られていた。

プログラムへの参加状況

通所型プログラムの参加状況を人口規模・高齢化率別にみると、全体として、人口規模が小さく高齢化率が高いほど、プログラムへの参加状況も高くなる傾向が見られた。特に、運動器の機能向上においてその傾向が見られている。

また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数別にみると、センター数が多いほど、全体的にプログラムへの参加状況も高くなる傾向が見られた。特に、運動器の機能向上および口腔機能の向上において、その傾向が見られている。高齢者1万人当たりの介護予防拠点施設数別にみると、施設数が多いほど、中でも、運動器の機能向上プログラムにおいて、参加率が高くなっていた。

さらに、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター職員数別にみると、全職員数および包括的支援業務の職員数が多いほど、全体的にプログラムへの参加状況も高くなる傾向が見られた。特に、運動器の機能向上において、その傾向が見られていた。

訪問型のプログラムの参加率については、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援等で、人口規模が小さく高齢化率が高いほど、プログラムへの参加率もやや高くなる傾向が見られた。また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数別にみると、1万人当たりのセンター数が5箇所以上の地域において、全てのプログラムへの参加状況が高くなっていた。

また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター職員数別にみると、高齢者1万人当たりのセンターの全職員数および包括的支援業務の職員数が多い方が、概ね訪問型プログラムへの参加状況が高くなっていた。同様に全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数が少ない方が、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防プログラムへの参加率が概ね高くなる傾向が見られており、高齢者に対する地域包括支援センターの職員数が、参加率に影響を与えていることが明らかとなった。

特定高齢者を基本健康診査で把握する割合

高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数及び介護予防拠点施設数別にみると、それらが少ない方が（特に高齢者1万人当たりの地域包括支援センター数において）特定高齢者を基本健康診査で把握する割合が大きくなっていた。また、高齢者1万人当たりの地域包括支援センター職員数別にみると、包括的支援業務の職員数が少ない方が、特定高齢者を基本健康診査で把握する割合が大きくなっていた。逆に、全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数別にみたところ、全職員数1人あたり高齢者数および包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数が多い方が、特定高齢者を基本健康診査で把握する割合が大きくなっていた。

これより、高齢者人口に対し、地域包括支援センター数や対応できる職員が少ない自治体ほど、基本健康診査での特定高齢者把握を行っていることが明らかとなった。

不参加者への対応・フォロー未実施率

人口規模が大きい自治体では、施策不参加者に対応している割合がやや高くなっている。

予算充足度別にみると、どちらかといえば予算が不十分であると回答した方が、終了後の参加者へのフォロー未実施率が高くなっている。ただし、不参加者への対応では、予算が不十分な自治体の方が対応している割合がやや高い傾向が見られた。さらに、地域包括支援センターの職員数が多い方が、不参加者への対応をしていると回答した市町村がやや多くなっている。逆の観点から、全職員数1人あたり高齢者数、包括的支援業務職員数1人あたり高齢者数が少ない方が、不参加者への対応をしていると回答した市町村が多くなっている。

7. 多変量分析

関連要因分析においては、それぞれ独立して各要因との関連を分析してきたが、要因間の関連を踏まえた全体としての傾向を分析するため、プログラム参加率（対65歳以上人口）の関連要因について、参加率を従属変数、その他の関連要因を独立変数として重回帰分析を実施した。なお、分析に際し、参加率（対65歳以上人口）の分布に偏りが見られたため、対数変換した値を従属変数として使用した。

その結果、以下の傾向が有意に認められた（ $p<0.05$ ）。

- ・ 市町村人口が多い(自治体規模が大きい) 参加率は低い
- ・ 高齢者 1 万人あたり地域包括支援センター数が多い 参加率は高い
- ・ 高齢者 1 万人あたり介護予防活動に関わる自主グループ数が多い 参加率は高い
- ・ 基本チェックリスト実施率が高い 参加率は高い

これより、特定高齢者施策への参加率を向上させるには、自治体において地域包括支援センター等の基盤となるインフラ整備を行うと共に、介護予防ボランティア等の育成についてもサポートしていくことが重要と考えられた。また、基本チェックリストを全戸配布するなど、実施率を上げることも参加率の向上につながっていると考えられる。

今後の介護予防事業のあり方に関する研究委員会

委員長	鈴木 隆雄	東京都老人総合研究所副所長
委員	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第四室長
	木村 隆次	有限責任中間法人日本介護支援専門員協会会長
	辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授
	野中 博	医療法人社団博腎会野中医院院長
	三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
	山縣然太郎	山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授