

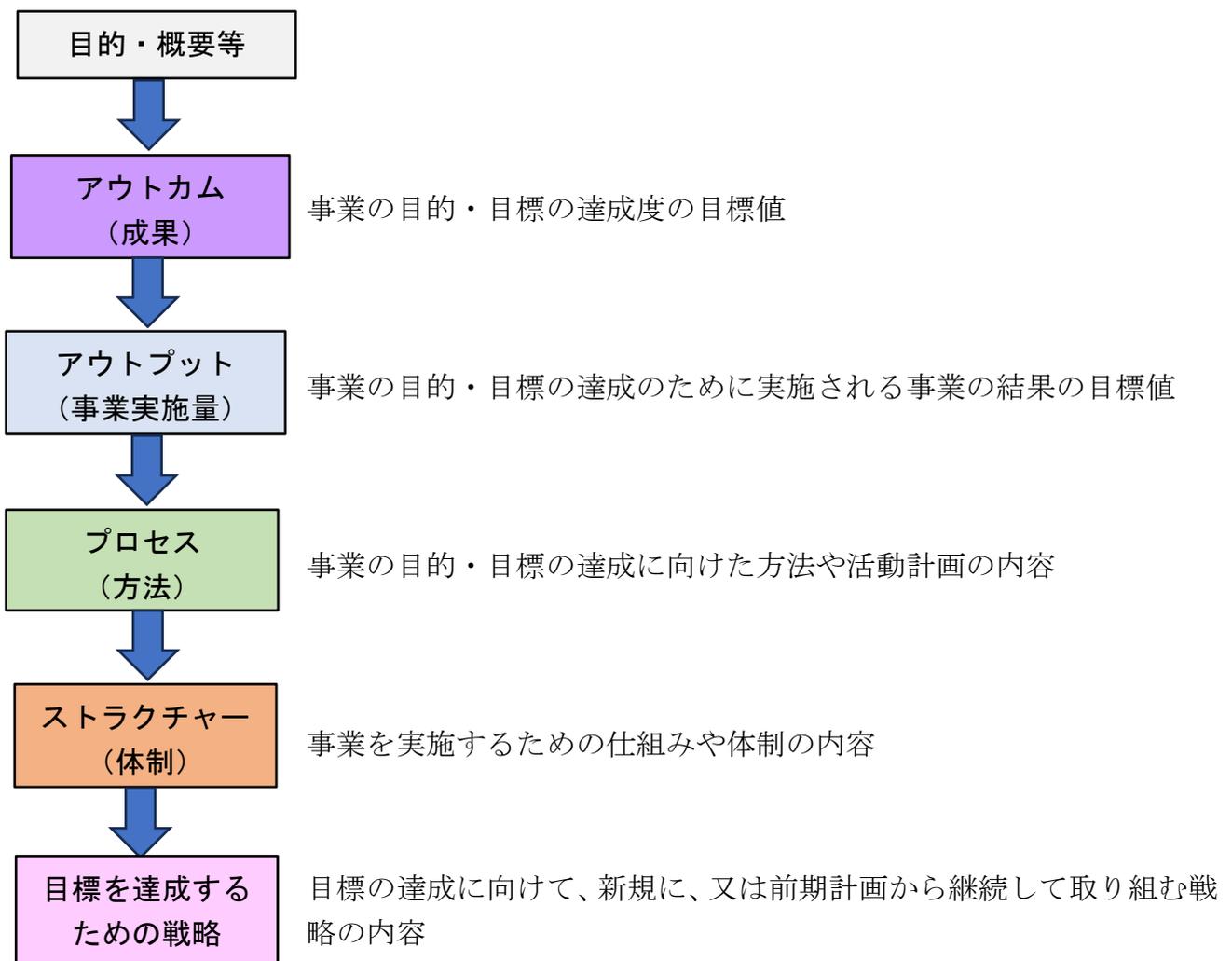
VI 事業（個別事業）



Do
(P. 47~P. 60)

【重点事業の個別事業計画の構成】

重点事業の個別事業計画は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の保健事業の評価の観点を参考にし、次のとおり構成する。



1 特定健康診査事業

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

事業 1	特定健康診査事業			対応する目標	対応する健康課題
				目標 1・2	課題 1・2

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
-------	---

事業の概要	国保被保険者を対象に、特定健診を実施する。
-------	-----------------------

対象者	40歳から74歳までの国保被保険者
-----	-------------------

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	メタボリックシンドロームの該当者の割合	割合の減少	17.5%	17.4%	17.3%
2	メタボリックシンドロームの予備群者の割合	割合の減少	10.5%	10.2%	10.0%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	特定健康診査受診率	受診率の向上	46.0%	54.0%	60.0%
	対象者数	—	11,341人	9,350人	8,300人
	受診者数	—	5,209人	5,050人	4,980人

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

【プロセス（方法）】

周知	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 対象者全員に対し、受診票等を封入した案内を送付する。 ◆ 市のホームページやSNS等において、周知する。 ◆ 自治会向けに特定健診の必要性を周知し、各自治会でのポスター掲示等を依頼する。 ◆ 地域のイベント等において、特定健診チラシ等を配布する。
勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 特定健診未受診者について分析（性別、年齢、過去の健診受診状況等）し、受診行動につながりやすい時期や方法で受診勧奨を実施する。

勸奨		<p>電話連絡の際には、過去の面談対象者や60歳代を中心に過去の健診結果等を踏まえ、保健指導を実施しながら、継続的な特定健診の受診を促す。</p> <p>◆ 磐周医師会等、関係機関の協力を得ながら、年1回の特定健診の受診を促す。</p>	
実施及び 実施後の 支援	実施形態	個別健診	集団健診
	実施場所	委託医療機関	さわやかアリーナ等
	時期・期間	6～10月頃	【総合検診】5～10月頃 【追加健診】1月頃
	データ取得	事業者健診等の健診結果について、市への提出を求め、関係機関に働きかけを行う。	
	結果提供	健診実施後、2か月以内に健診結果もしくは、面談通知を郵送する。なお、面談対象者には、面談時に健診結果を返却する。ただし、緊急度が高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、医療機関への早期受診を促す。	
その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)		<p>◆ 総合検診（特定健診とがん検診の同時実施）を実施する。</p> <p>◆ 自己負担金額を、年度末時点で節目年齢（40・45・50・55・60・65・70歳）の対象者は、無料とする。</p> <p>◆ 職場等で健康診断を受診した場合は、その健診結果の市への提出について、周知を図る。</p>	

【ストラクチャー（体制）】

庁内担当部署	<p>◆ 保険課及び保健予防課が中心となり、それぞれに担う役割を明確にして、事業に関する取組を実施する。</p> <p>◆ 庁内の各部署が連携を図り、健診結果やレセプト情報、医療費の状況などのデータ分析を行い、本市における健康課題や対応策の共有を図る。</p> <p>◆ 定期的に連絡会議などを開催し、各部署の進捗状況や今後の課題等を共有するとともに、解決に向けて協議する。</p>
保健医療関係団体	<p>【個別健診】 磐周医師会等に委託する。</p> <p>【集団健診】 厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関に委託する。</p>

【目標を達成するための戦略】

主な戦略	取組内容
保健医療機関との連携	<p>継続 医療機関の協力を得ながら、医療機関への定期受診者についても特定健診の受診を勧奨する。</p>
職域との連携	<p>新規 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）等と連携し、国保加入前の社会保険の段階から、特定健診の必要性の周知を図る。</p> <p>新規 関係機関（袋井商工会議所、浅羽町商工会等）において、特定健診の周知への協力を依頼する。</p>
その他創意工夫する取組等	<p>新規 被保険者の自己負担金の軽減を実施する。</p> <p>継続 総合検診の受け入れ人数や実施回数を調整する等、被保険者が受診しやすい体制を整備する。</p> <p>継続 国保新規加入手続き時の窓口等において、特定健診の受診を積極的に勧奨する。</p>

2 特定保健指導事業

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

事業 2	特定保健指導事業	重点 	対応する目標	対応する健康課題
			目標 1・2・3	課題 2

事業の目的	対象者が健診結果を理解し身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返るとともに、設定した生活習慣を改善する個人目標を実践できるよう支援し、生活習慣病に移行させないことを目的とする。
-------	---

事業の概要	国保被保険者を対象に、特定保健指導を実施する。																							
対象者	健診結果を下表のとおり階層化し、特定保健指導に該当する人 下表																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧</th> <th rowspan="2">喫煙歴</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>40～64 歳</th> <th>65～74 歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上</td> <td>2 つ以上該当</td> <td>—</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>1 つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で、 BMI が、 25 以上</td> <td>3 つ該当</td> <td>—</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="3">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>2 つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td>1 つ該当</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>		追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象		40～64 歳	65～74 歳	腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援	1 つ該当	あり なし	上記以外で、 BMI が、 25 以上	3 つ該当	—	積極的支援	動機付け支援	2 つ該当	あり なし	1 つ該当	—
					追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象																	
		40～64 歳	65～74 歳																					
	腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援																			
1 つ該当		あり なし																						
上記以外で、 BMI が、 25 以上	3 つ該当	—	積極的支援	動機付け支援																				
	2 つ該当	あり なし																						
	1 つ該当	—																						

【アウトカム指標】

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	メタボリックシンドローム 該当者の割合	割合の減少	17.5%	17.4%	17.3%
2	メタボリックシンドローム 予備群者の割合	割合の減少	10.5%	10.2%	10.0%
3	特定保健指導による特定保 健指導対象者の減少率	減少率の増加	22.0%	22.8%	23.5%

【アウトプット指標】

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	特定保健指導実施率	実施率の向上	86.9%	90.0%	92.0%
	対象者数	—	495 人	470 人	465 人
	実施者数	—	430 人	423 人	428 人

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

【プロセス（方法）】

周知		対象者に向けて、面談通知を送付する。
勧奨		通知送付後、2週間以内に連絡がない人に、電話等で勧奨する。
実施及び 実施後の 支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 健診結果返却の際、初回面談を実施する。ただし、緊急度が高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、医療機関への早期受診を促す。 ◆ 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施する。
	実施場所	総合健康センター等
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 【動機付け支援対象者】 初回面談後、3か月後に電話等で評価を実施する。 ◆ 【積極的支援対象者】 初回面談後、電話や訪問等で継続支援し、3か月以上の継続支援後、評価を実施する。 ◆ 聞き取りシート等を活用し、対象者から確実な情報収集を行ったうえで、対象者自身が健康状態を理解し、生活改善の必要性を実感できるよう保健指導を実施する。 ◆ カロリー計算や食事モデルを使用した適正なエネルギー摂取や間食の頻度等、対象者の生活リズムや健康状態に合わせた食習慣の見直しを図り、継続支援する。 ◆ ウォーキング等の継続できる有酸素運動を紹介し、内臓脂肪の減少につなげる。 ◆ 対象者自身が、達成可能な個人目標を設定し、継続して実践することで、生活習慣や健診結果の改善につながるよう対象者の状況に合わせて支援する。
	時期・期間	通年
	実施後のフォロー ー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保健指導実施時に、既存の運動教室を紹介する等、生活習慣病予防に向けた継続的な取組が実践できるよう支援する。 ◆ 保健指導評価等の際に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続して健診受診するよう勧奨する。
その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 面談につながらなかった人に対しては、訪問やオンライン面談で対応する等、実施方法を工夫する。 ◆ 日中電話がつながりにくい人に対しては、民間事業者の委託を活用する等、夕方や夜間等の時間帯に電話や訪問による支援を実施する。 ◆ 健診結果等に合わせて、生活習慣病に関する資料等を用いながら、視覚的に分かりやすい指導を実施する。

【ストラクチャー（体制）】

<p>庁内担当部署</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。 ◆ 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。 ◆ 定期的に連絡会議等を開催し、保健指導の進捗状況や今後の課題を共有するとともに、課題解決に向けて協議する。
<p>保健医療関係団体</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療機関への早期受診が必要な対象者が、適切な治療につながるよう、医療機関との連携体制を構築する。 ◆ 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施できるような体制を整える。
<p>民間事業者</p>	<p>民間事業者に特定保健指導の一部を委託し、休日や夜間等の指導の受け入れ体制を整備する。</p>

【目標を達成するための戦略】

<p>主な戦略</p>	<p>取組内容</p>
<p>情報通信技術の活用</p>	<p>継続 被保険者の利便性の向上を図るため、ICTを活用したオンライン面談や保健指導の受付体制等を整備し、実施する。</p>
<p>民間事業者への委託の活用</p>	<p>新規 民間事業者への委託により、休日や夜間での特定保健指導が受けられるよう、指導の受け入れ体制を整備する。</p>
<p>保健医療機関との連携</p>	<p>新規 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施する。</p>
<p>その他創意工夫する取組等</p>	<p>継続 面談による保健指導をすることで相手の理解を深めながら生活改善に向けて促していく。</p> <p>継続 達成可能な個人目標を設定し、継続して実践できるよう支援する。</p>

3 重症化予防事業

事業3	重症化予防事業	重点 	対応する目標	対応する健康課題
			目標2・3	課題3・4

事業の目的	糖尿病や新規人工透析導入者の増加、脳血管疾患等の予防対策に取り組むため、個々の対象者の生活状況に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の重症化予防を図る。
-------	---

事業の概要	特定保健指導以外の要指導者（下表のとおり）に対し、保健指導を実施する。
-------	-------------------------------------

下表

番号	対象者	判定基準
1	糖尿病性腎症者	「HbA1c6.5%以上又は、空腹時血糖 126mg/dl以上」かつ「尿蛋白+以上又は、糸球体ろ過量が次のいずれかに該当 ① 50歳未満で eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満、 ② 50歳以上70歳未満で eGFR50ml/分/1.73 m ² 未満、 ③ 70歳以上で eGFR40ml/分/1.73 m ² 未満」の人
2	高血圧症者	高血圧Ⅱ度以上の人
3	糖尿病未治療者	HbA1c6.5%以上又は、空腹時血糖 126mg/dl以上の人
4	糖尿病予備群者	HbA1c6.0～6.4%の人
5	腎機能低下者	尿蛋白2+以上の人又は、糸球体ろ過量：eGFR50ml/分/1.73 m ² 未満の人
6	要医療者	1～5以外に、要医療者と判断された人

【アウトカム指標】

No.	評価指標		評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	平均自立期間	男性	期間の延伸	81.2歳	82.0歳	82.5歳
		女性		84.7歳	85.5歳	86.0歳
2	HbA1c8.0%以上の人の割合		割合の減少	1.50%	1.45%	1.40%

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
3	HbA1c6.5%以上の人の割合	割合の減少	10.6%	10.2%	9.8%
4	L D L コレステロール 120mg/dl以上の該当者の割合	割合の減少	52.2%	51.0%	50.0%
5	高血圧症有病者の割合（高 血圧Ⅰ度以上、または服薬者）	割合の減少	49.2%	46.8%	45.0%
6	高血圧予備群者の割合（服 薬者を除く）	割合の減少	15.7%	14.5%	13.5%
7	要医療者で医療機関の受診 につながった人の割合	割合の増加	81.8%	83.5%	85.0%

【アウトプット指標】

No.	評価指標 (すべて指導実施率)	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	糖尿病性腎症者への保健指 導実施率	実施率の向上	86.9%	87.0%	87.0%
2	高血圧症者への保健指導実 施率(令和6年度から新規実施)	実施率の向上	—	65.0%	80.0%
3	糖尿病未治療者への保健指 導実施率	実施率の向上	93.2%	94.0%	95.0%
4	糖尿病予備群者への保健指 導実施率	実施率の向上	96.3%	96.7%	97.0%
5	腎機能低下者への保健指導 実施率	実施率の向上	95.4%	95.7%	96.0%
6	要医療者への保健指導実施 率	実施率の向上	82.8%	85.0%	87.0%

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

【プロセス（方法）】

周知		対象者に向けて、勧奨通知を送付する。
勧奨		通知送付後、2週間以内に連絡がない人に対し、電話等で勧奨を実施する。
実施及び 実施後の 支援	利用申込	電話又は電子申請等で、受付を行う。
	実施内容	◆ 健診結果返却の際、面談等を実施する。ただし、緊急度が 高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、

実施及び 実施後の 支援	実施内容	<p>医療機関への早期受診を促す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 聞き取りシート等を活用し、対象者から確実な情報収集を行ったうえで、対象者自身が健康状態を理解し、生活改善の必要性を実感できるよう保健指導を実施する。 ◆ 未治療者に向けて、医療機関への受診勧奨を実施する。 ◆ 検査数値の改善又は現状維持につながるよう、糖の摂り方の啓発等、適切な食習慣を促すとともに、運動習慣の定着化等、継続して実践できるよう指導する。 ◆ 血圧手帳を配布するとともに、家庭での血圧の測定方法、塩分の摂り方等について指導し、生活習慣の見直しを図る。 ◆ 二次検査等（尿中微量アルブミン尿検査、頸動脈エコー検査²³等）を積極的に活用し、対象者自身に健康状態を認識してもらえよう働きかける。 ◆ 対象者自身が、達成可能な個人目標を設定し、継続して実践することで、生活習慣や検査数値の改善又は現状維持につながるよう対象者の状況に合わせて支援する。
	時期・期間	通年
	場所	総合健康センター等
	実施後の評価	医療機関の受診の有無や次年度健診結果の改善度、個人目標の達成度等により評価する。
	実施後のフォロー ー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保健指導実施時に、既存の運動教室を紹介する等、生活習慣病予防に向けた継続的な取組が実践できるよう支援する。 ◆ 保健指導評価等の際に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続して健診受診していただくよう勧奨する。
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 面談につながらなかった人に対しては、訪問やオンライン面談で対応する等、実施方法を工夫する。 ◆ 健診結果等に合わせて、生活習慣病に関する資料等を用いて、視覚的に分かりやすい指導を実施する。

【ストラクチャー（体制）】

庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。 ◆ 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。 ◆ 定期的に連絡会議等を実施し、保健指導の進捗状況や今後の課題を共有するとともに、課題解決に向けて協議する。 ◆ 関係機関と連携し、地域のイベント等で、家庭での血圧の測定方法や糖及び塩分の摂り方等について啓発を図る。
--------	--

保健医療関係団体	「袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等に基づき、医療機関と連携を図りながら、適切な医療につながる体制を整備する。
----------	---

【目標を達成するための戦略】

主な戦略	取組内容
情報通信技術の活用	新規 被保険者の利便性の向上を図るため、ICTを活用したオンライン面談や保健指導の受付体制等を整備する。
保健医療機関との連携	継続 二次検査等を積極的に勧奨し、対象者自身に健康状態を認識してもらうとともに、必要に応じて医療機関への受診につながるよう体制を構築する。
その他創意工夫する取組等	<p>新規 高血圧Ⅱ度以上の高血圧症者に対する保健指導を実施し、未治療者へ医療機関への受診を促すとともに、家庭での血圧の測定方法や塩分の摂り方等の周知・啓発を図る。</p> <p>新規 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。</p> <p>継続 袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき、適切な治療に結び付けるとともに、糖の摂り方等の啓発を図ることで、検査数値の改善又は現状維持を目指す。</p> <p>継続 保健指導実施時に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続的に特定健診を受診するよう勧奨する。</p>

23「頸動脈エコー検査」 首の血管の様子を超音波を使って、画像で見ることができる検査。動脈硬化の有無や進行の程度がわかる。

4 その他事業

事業4	その他事業
-----	-------

※ 事業IVは、重点事業以外の事業であるため、簡易的な記載としている。

4-1	生活習慣病予防のための啓発事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標2・3	課題2・3・4

1 適切な食習慣の啓発

生活習慣の改善の中でも、食習慣は極めて重要であり、生活習慣病の予防及び改善につながる食習慣の定着が必要である。そのため、特定健診の受診結果等から将来の生活習慣病等を予測し、自ら食を選択できるよう、重症化リスクが高い人を中心に保健指導や栄養相談を実施し、健康状態等に合った適正な食事（量、栄養バランス、時間等）について指導を行うとともに、必要に応じて医療機関と連携を図りながら、改善を促していく。

2 日常的な運動習慣の定着のための啓発

適度な運動は、生活習慣病の重症化を予防する効果が期待できることから、日常生活に取り入れやすいウォーキングや「日常ながら運動」等について、保健指導や健康教育を通じて啓発していく。

また、生活習慣病予防のためには運動習慣を定着化させることが重要であることから、効果のある運動を継続して実践できるような啓発方法を検討していく。

3 歯周疾患の予防と改善のための啓発

むし歯や歯周病が進行すると咀嚼機能が低下し、その結果、メタボリックシンドロームや糖尿病等を重症化させる要因となる。そのため、健診結果の送付時に、歯周病に関する正しい知識の啓発を図るとともに、保健指導実施時に必要な被保険者に対し、歯科受診を勧奨していく。

また、歯周疾患検診の対象年齢を検討し、より多くの人に受診していただき、生活習慣病予防を図るとともに、かかりつけ歯科医の定着に努めていく。

4 アルコール摂取の影響についての啓発

過度な飲酒は、生活習慣病やアルコール依存症など、心身に影響を及ぼす恐れがある。そのため、摂取量が多い人には保健指導を通じて、正しいお酒との付き合い方について啓発を図るとともに、必要に応じてアルコール依存症の会等の関係機関による支援に結び付けていく。

5 禁煙に関する啓発

喫煙は、がんや呼吸器疾患、循環器疾患など、多くの生活習慣病の危険要因であるため、

健診結果の送付時に、喫煙者全員に禁煙に関する知識の普及啓発を図る等、たばこによる健康への影響について指導を行っていく。

また、必要に応じて関係機関と連携し、禁煙相談や禁煙外来の紹介等を実施していく。

4-2	重複・頻回受診者、重複服薬者指導事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題3・4

同一診療科で複数の医療機関を受診している人、1か月の受診回数が多い人、同一医薬品の処方が同月複数ある人を抽出し、レセプトで不必要な受診等がないか確認したうえで、電話、訪問、面談等により、医療機関等への適切な受診について、指導していく。

4-3	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題3・4

被保険者負担の軽減や医療費の適正化に資するものと考えられることから、後発医薬品の使用促進に向けた取組を行う。

- 1 磐周医師会、小笠袋井薬剤師会等への普及促進の協力依頼
- 2 保険課窓口等での、後発医薬品希望シール等の配布
- 3 後発医薬品の差額通知（ジェネリック医薬品に関するお知らせ）の送付

4-4	健康経営に関する取組との連携事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標2・3	課題3・4

従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する健康経営に関する取組を、社会保険の保険者のデータヘルス計画に盛り込むこととされている。

協会けんぽ等の健康経営の取組と連携しながら、特定健診受診率向上を目的とし、国保加入前からの意識付けを図るとともに、国保加入直後の段階で健診結果が既に要医療域に達している人も多いため、国保加入前の段階から協会けんぽ等と連携し、保健指導事業の必要性を伝えることで、重症化予防に取り組んでいく。

4-5	人間ドック等費用助成事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題1・2

被保険者の健康の保持増進及び疾病の予防、早期発見、早期治療の推進を図るため、人間ドック、脳ドック、心臓ドックを受診する被保険者に対して、受診費用の一部を助成する。

4-6	医療費通知の送付事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標 1・3	課題 3・4

国保事業の健全な運営に資するため、被保険者の健康に対する意識を深めることを目的として、医療費通知を年6回送付する。

4-7	地域包括ケアに係る取組（事業）	対応する目標	対応する健康課題
		目標 3	課題 4

高齢化の進行により、要支援・要介護認定者が増加し、介護給付費も増加している。生活習慣病において、介護が必要となった原因疾患で最も多いものが、「脳血管疾患」であり、若い世代から高齢期にかけての生活習慣病の発症予防及び重症化予防は、医療費及び介護給付費の両面から重要な対策となっている。

被保険者が生涯にわたり、健康に過ごせるように、高齢者の保健事業と介護予防の一体的取組の実施に係る事業の取組と連携し、生活習慣病の予防啓発や保健指導を実施していく。