第２次
黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画

令和５年３月

黒潮町

目　次

Ⅰ　計画の作成にあたって…… 1

1．計画策定の背景及び趣旨…… 2
2．健康づくりの考え方…… 3
3．計画の位置づけ…… 4
4．施策の体系…… 5
5．計画の期間…… 6
6．健康増進計画と SDGs…… 7

Ⅱ　黒潮町の現状と課題…… 9

1．各統計データ項…… 10
2．第１次計画の最終評価…… 25

Ⅲ　健康増進・食育推進の取り組み……49

1．健康課題に対する目標…… 50
2．健康課題と行動目標、評価指標、具体的な取り組み…… 51

Ⅳ　自殺対策…… 93

1．計画策定の主旨…… 94
2．計画の数値目標…… 95
3．黒潮町の現状と課題…… 96
4．計画の体系…… 100
5．黒潮町で取り組む自殺対策…… 101
6．自殺対策の推進体制…… 107

Ⅴ　計画の推進……108

1．計画の周知…… 109
2．計画の推進体制…… 109
3．計画の評価と進行管理…… 110

Ⅵ　参考資料…… 112

1．策定経過…… 113
2．黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会設置条例…… 115
3．黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会規則…… 117
4．審議会名簿…… 118

Ⅰ　計画の作成にあたって

１．計画策定の背景及び趣旨

我が国の平均寿命は生活環境の改善や医療の発展により飛躍的に延び、世界でも有数の長寿国となりました。一方で、社会環境及び生活習慣の変化や多様化によって、生活習慣病等の病気にかかる人が増えています。また、少子高齢化が急速に進む中、医療費や介護給付費の社会的負担の増加も深刻な問題となっています。

このような状況の中、国では、社会全体で個人の健康づくりを推進していくため、平成 12 年３月に「健康日本 21」が策定され、平成 15 年５月には健康づくりの環境を整備するための法律として、「健康増進法」が施行されました。そして、平成 24 年７月に「健康日本 21（第２次）」が示され健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防・重症化予防等を柱とした施策が進められています。さらに、平成 29 年７月に「地域自殺対策計画策定ガイドライン」が示され、全ての都道府県及び市町村において自殺対策を推進していくことが求められました。

また。高知県では、現在、「よさこい健康プラン 21」により、壮年期死亡率の改善による「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を目標に取り組みが進められています。食育に関しては「第３期高知県食育推進計画」により、「食を通じて豊かな人間性を育み、健全な食生活を営む力を養う」ことを目標に取り組みが進められています。自殺対策に関しては、普及啓発を通じた心の健康づくりや妊産婦支援の充実、地域の実情に応じた市町村レベルでの取り組みの強化など、自殺予防対策の取り組みが進められています。

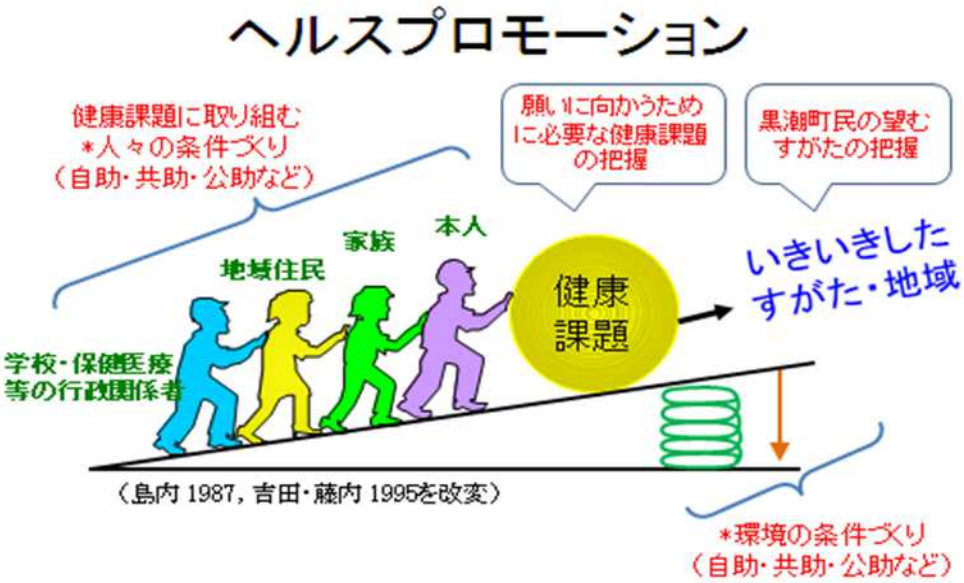
本町においては、平成 25 年度から令和４年度までを計画期間とした「黒潮町健康増進計画・食育推進計画」を策定し、「このまちでずっと暮らせる」を「基本理念」に取り組みを進めました。その後、令和元年度に自殺対策計画を「黒潮町健康増進計画・食育推進計画」へ包含する形式で追加し、取り組みを進めています。

令和５年３月末に「黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」の計画期間が終了することに伴い、「このまちでずっと暮らせる」を目指すため、健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画を一体とした「第２次黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画（以下、「本計画」という。）」を策定します。

２．健康づくりの考え方

健康は、周りの環境に大きく影響されるものであるため、「健康づくり」に取り組みやすい環境をみんなでつくっていくことが大切です。

今後健康づくりに対する意識を高めるため「みんなの知恵と力を合わせること」、そして「健康を支援する環境づくり」が重要です。個人の努力に加えて、事業所・団体・学校等の地域社会や地域住民の協力等、社会全体で支えあい支援できることを目指します。

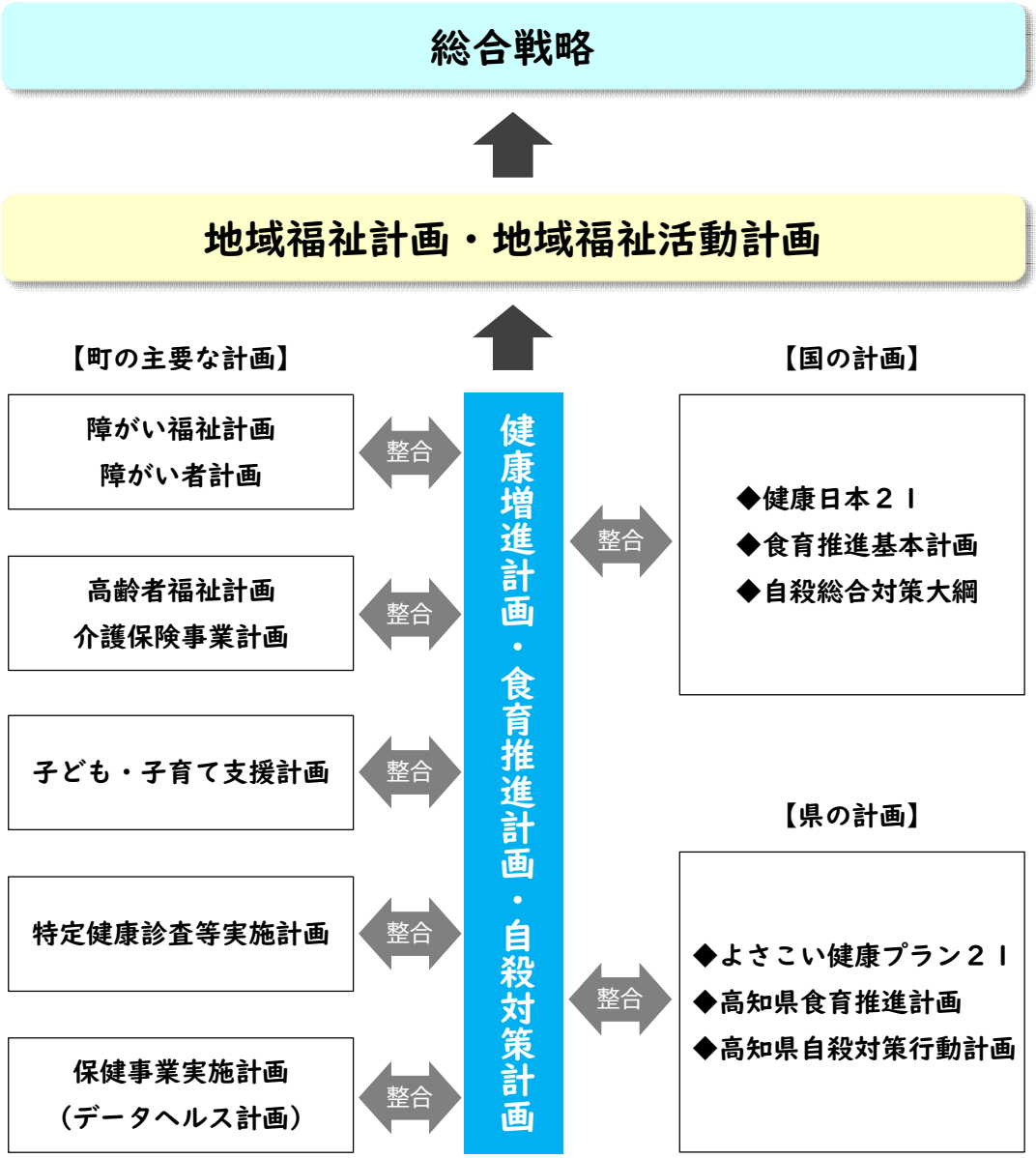


３．計画の位置づけ

本計画は、健康増進法第８条に基づく「市町村健康増進計画」、食育基本法第 18 条に基づく「市町村食育推進計画」、自殺対策基本法第 13 条第２項に基づく「市町村自殺対策計画」を一体的に策定するものです。

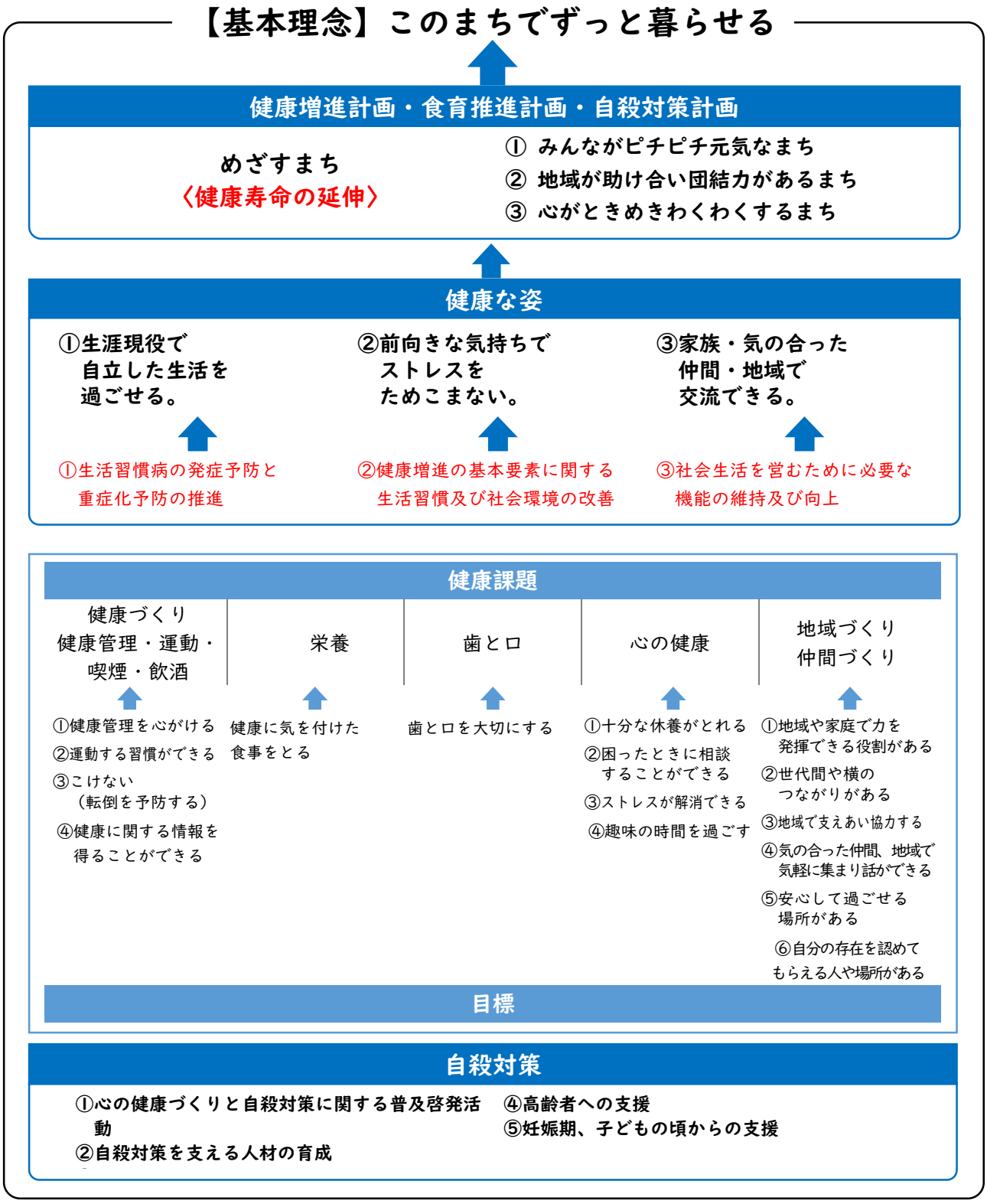
「地域福祉計画・地域福祉活動計画」を上位計画、「総合戦略」を最上位計画とし、「障がい福祉計画・障がい者計画」「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」「子ども子育て支援計画」「特定健康診査等実施計画」「保健事業実施計画（データヘルス計画）」等の各種計画との整合を図りながら、町の健康施策を展開していくための計画です。

■計画の位置づけ



4．施策の体系

本計画の施策体系は以下の通りです。黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画それぞれの総合的な取り組みにより、前計画からの基本理念である「このまちでずっと暮らせる」の実現を目指します。



５．計画の期間

本計画の期間は、令和５年度から令和９年度までの５年間とし、社会状況の変化や法制度・計画等の改定に伴い、必要に応じて適宜見直しを行います。

■計画期間

	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度	令和８年度	令和９年度
計画	策定	計画期間				最終評価

６．健康増進計画と SDGs

国際連合においては、開発分野における国際社会共通の課題である持続可能な開発の推進に向け、平成 27 年（2015 年）９月の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」において、令和 12 年（2030 年）までに持続可能で、よりよい世界を目指す国際目標としてＳＤＧｓ（エスディージーズ：持続可能な開発目標）を定めています。これは、17 のゴールと 169 のターゲットから構成されており、地球上の「誰一人取り残さない（leave no one behind）」ことをうたい、発展途上国のみならず、全ての国がその実現に向けて努力すべきものとされています。

わが国においても、平成 28 年（2016 年）に総理大臣を本部長とし、全閣僚を構成員とする「ＳＤＧｓ推進本部」を設置し，今後の取り組みの指針となる「ＳＤＧｓ実施指針」を策定し、令和元年（2019 年）には推進のための具体的施策をとりまとめた『ＳＤＧｓアクションプラン 2020』を決定するなど、施策の充実が図られています。

行政だけではなく、町民、多様な団体・機関のパートナーシップによって、誰一人取り残さない社会の実現を目指すＳＤＧｓの理念は、誰もが元気でこころ豊かに過ごせるまちづくりを進めていこうとする健康増進計画と、基本的な考えにおいて共通するものとなっています。そこで本計画においても、ＳＤＧｓの実現を計画の基本的な方向性を示すものとして位置づけ、計画全体を通して取り組んでいくものとします。

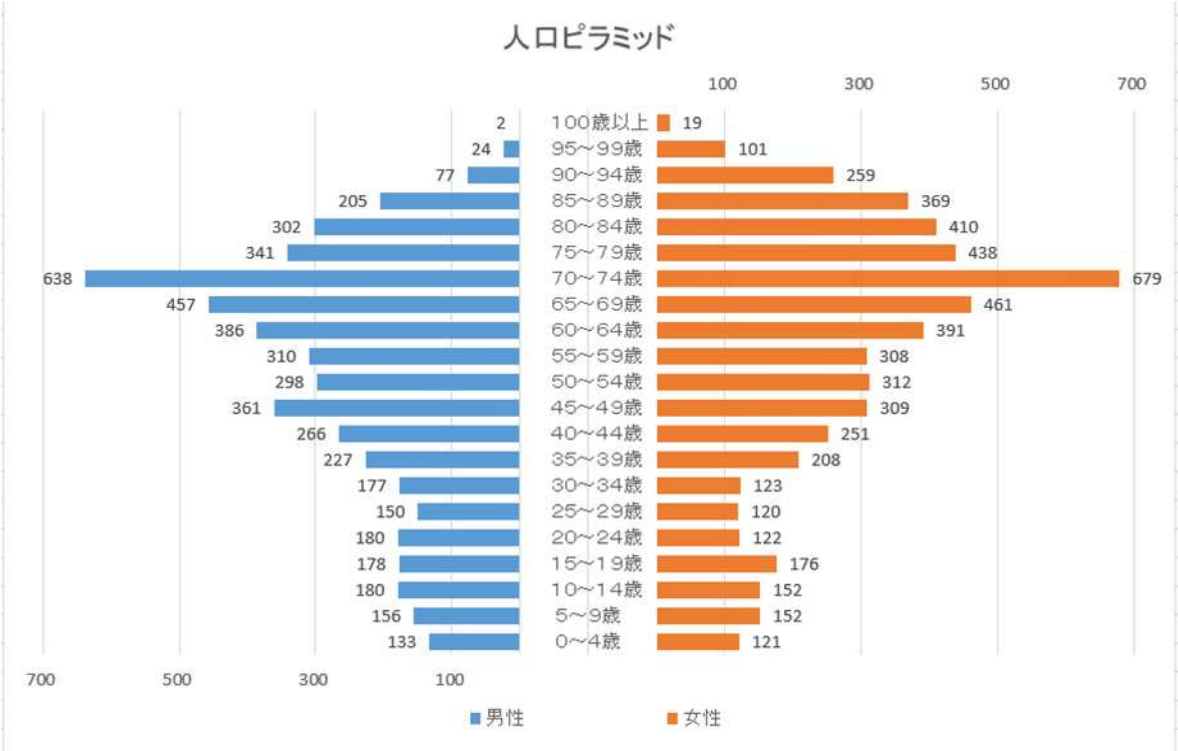
Ⅱ　黒潮町の現状と課題

１．各統計データ項

（１）人口の推移

① 現在の人口

令和４年４月末の人口（10,529 人）の５歳毎分布をみると、男女ともに 70～74 歳が最も多く、男性は 638 人、女性は 679 人となっています。



（出典）住民基本台帳　令和４年４月末日現在

② 将来推計人口

総人口は減少を続け、令和４年と令和 27 年（推計値）を比較すると、5,543 人減少する見込みとなっています。

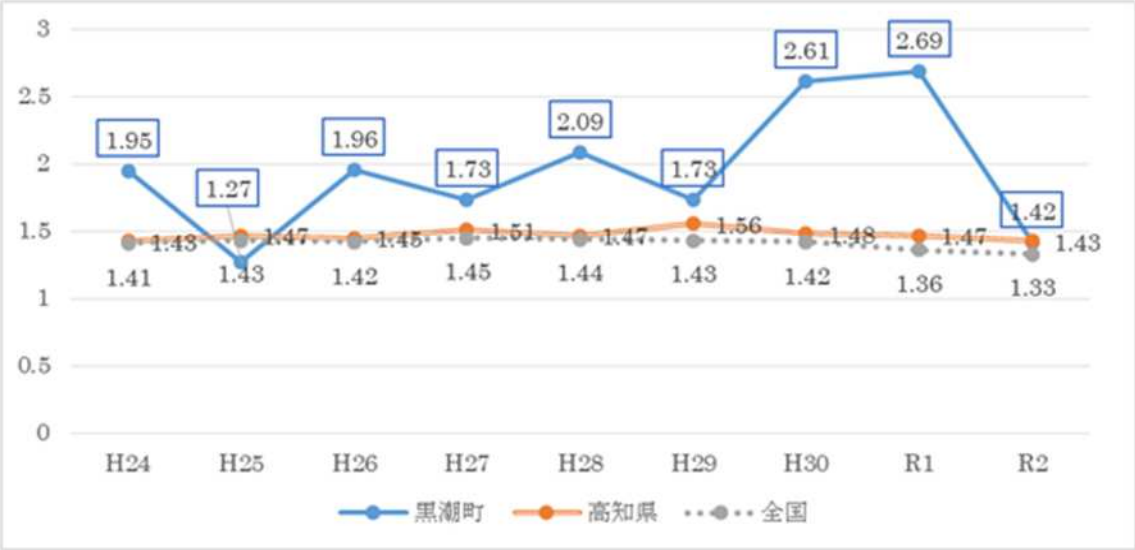
	実績値	推計値				
	令和4年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年
0～14歳（年少人口）	894	696	549	418	324	254
15～64歳（生産年齢人口）	4,853	3,887	3,296	2,833	2,229	1,724
65歳以上（高齢者人口）	4,782	4,381	4,069	3,648	3,338	3,008
高齢化率(%)	45.4	48.9	51.4	52.9	56.7	60.3
総人口	10,529	8,964	7,914	6,899	5,891	4,986

（出典）高知県健康づくり支援システム

（２）出生の状況

① 合計特殊出生率の推移

黒潮町の合計特殊出生率を全国、高知県と比較すると、高い数値で推移していましたが、令和２年度にはほぼ同数となっています。新型コロナウイルスの影響が考えられます。



合計特殊出生率＝1 人の女性が出生可能とされる 15 歳から 49 歳までに産む子どもの数の平均

② 出生数と出生率の推移

出生率を全国と比較すると、低く経過しており、少子化が進んでいます。

出生率＝一定期間の出生数の人口に対する割合
出生数＝出生数/人口×1,000（人口対千）　　（出典）高知県健康づくり支援システム

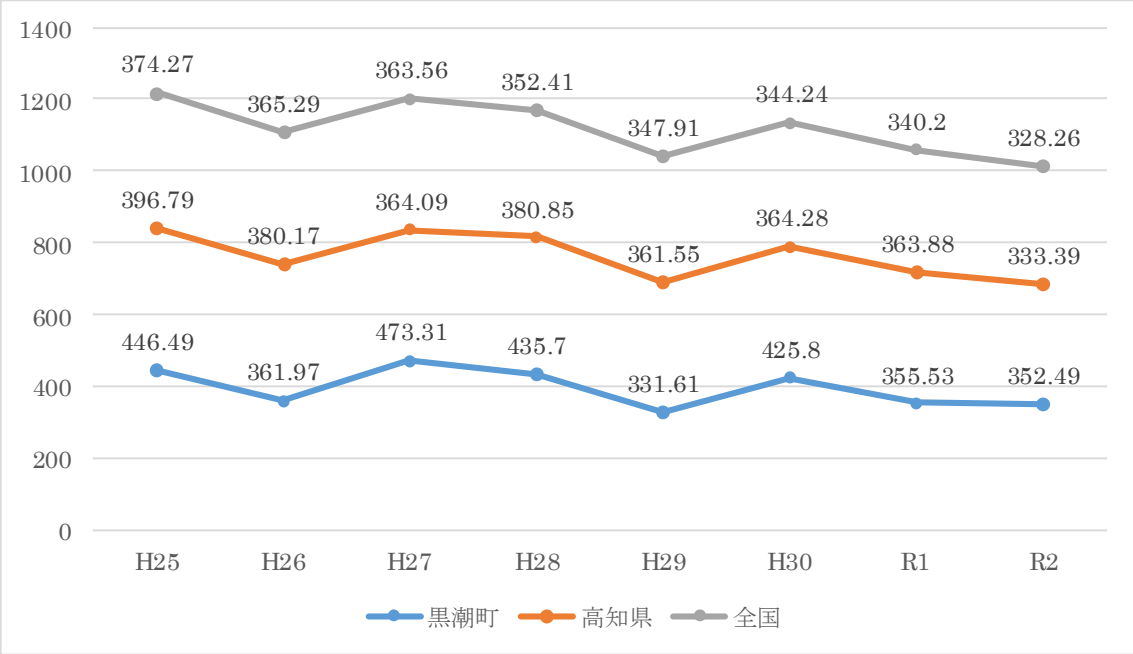
（３）死亡の状況

① 死亡率の推移

黒潮町の死亡率は、全国、高知県と比較しても高い傾向にあります。

死亡率（人口千対）＝死亡数／人口×1,000

年齢調整死亡率（年齢構成によって調整したもの）は、全国・高知県と比較しても低い傾向にあります。



年齢調整死亡率＝年齢構成によって異なる死亡率を基準人口に合わせ調整したもの
年齢調整死亡率＝Σ（観察集団の各年齢別死亡率×基準人口のその年齢の人口）/基準人口の総和

（出典）SMR　高知県健康づくり支援システム

② 標準化死亡比（SMR）

黒潮町の令和２年度の標準化死亡比は男性 95.35、女性は 111.95 となっており、全国と比較すると、女性は高くなっていますが、男性が下回っています。

死亡要因をみると、男性では自殺、がん（胆のう、膵臓）、脳血管疾患（くも膜下出血）、慢性閉塞性肺疾患において、女性はがん（食道）、脳血管疾患（くも膜下出血）、腎不全、心疾患（不整脈及び伝導障害）において標準化死亡比が 200 を超えています。

標準比死亡比		黒潮町		高知県		全国
		男性	女性	男性	女性	
死亡総数		95.35	111.95	101.4	95.28	100
がん		92.67	78.98	101	92.52	100
	食道	89.74	397.33	107.61	98.88	100
	胃	28.19	155.73	91.42	93.89	100
	結腸	87.92	41.18	97.43	67.65	100
	直腸S状結腸・直腸	0	0	102.93	66.66	100
	肝及・肝内胆管	0	0	111.73	118.58	100
	胆のう	246.17	0	102.03	97.89	100
	膵臓	213.57	123.02	111.77	95.44	100
	気管・気管支	147.26	68.14	95.08	101.08	100
	乳房	0	177.42	113.23	88.49	100
	子宮		0		81.98	100
	白血病	0	0	98.27	92.19	100
心疾患		108.27	130.67	102.52	109.94	100
	急性心筋梗塞	134.36	114.26	163.66	172.63	100
	その他の虚血性心疾患	106.9	50.22	55.01	79.83	100
	不整脈及び伝導障害	99.74	271.03	61.69	88.98	100
	心不全	86.4	121.46	121.39	111.06	100
糖尿病		0	118.1	95.03	87.46	100
高血圧症		0	117.66	68.42	81.48	100
脳血管疾患		107.85	121.78	107.17	92.88	100
	くも膜下出血	221.39	327.24	110.42	120.27	100
	脳内出血	137.38	104.21	92.34	83.6	100
	脳梗塞	81.25	91.86	117.37	91.82	100
大動脈及び解離		0	0	64.31	103.99	100
肺炎		129.37	122.31	108.53	119.82	100
慢性閉塞性肺疾患		219.09	0	120.52	84.99	100
喘息		0	0	218.85	179.47	100
肝疾患		154.07	133.15	104.28	84.09	100
腎不全		0	321.02	127.28	119.05	100
結核		0	0	75.56	59.4	100
老衰		19.13	108.44	74.71	74.64	100
不慮の事故		110.36	0	134.51	113.84	100
交通事故		0	0	179.04	219.28	100
自殺		262.95	176.29	122.83	72.94	100
その他		93.6	127.35	98.58	95.18	100

標準化死亡比＝年齢構成が異なる集団間の死亡傾向を比較するものとして用いられ、標準化死亡比が基準値（100）より高い場合は、死亡状況が全国より高いということを示しています。

（出典）死亡総数　人口動態統計特殊報告　平成 25 年～29 年
SMR　高知県健康づくり支援システム

令和２年度の標準化死亡比を総数でみると、自殺が多く次いで慢性閉塞性肺疾患、腎不全が多くなっています。

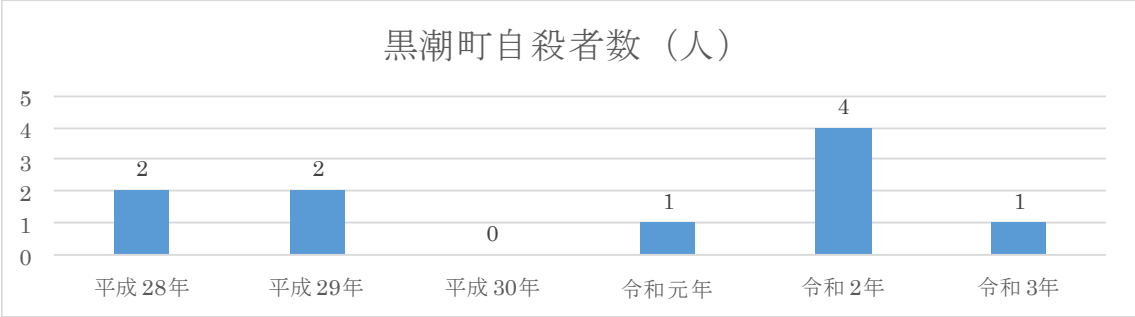
総数			
黒潮町		高知県	
老衰	85.12	喘息	193.56
慢性閉塞性肺疾患	181.87	不慮の事故	123.71
不慮の事故	61.08	腎不全	121.78
肺炎	126.16	肺炎	112.08
脳血管疾患	115.34	慢性閉塞性肺疾患	110.68
糖尿病	55.03	心疾患	106.05
大動脈瘤及び解離	0	自殺	105.04
その他疾患	110.87	脳血管疾患	98.73
喘息	0	悪性新生物	96.38
腎不全	159.33	肝疾患	95.88
心疾患	120.44	糖尿病	90.73
自殺	235.39	大動脈瘤及び解離	84.88
高血圧症疾患	71.63	高血圧症疾患	76.45
結核	0	老衰	74.77
肝疾患	146.46	結核	66.9
悪性新生物	86.98	その他疾患	96.04

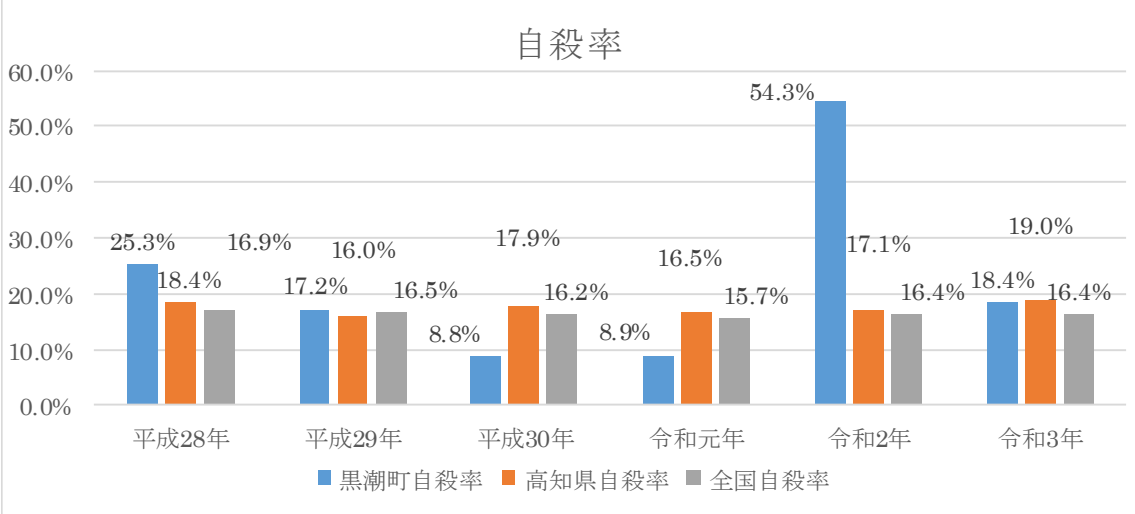
（出典）SMR　高知県健康づくり支援システム　令和２年度

③ 自殺の状況

自殺率は、平成 30 年・令和元年は全国・県を下回っていましたが、令和 2 年は全国・高知県を大きく上回っています。

年度	黒潮町自殺者数	黒潮町自殺率	高知県自殺率	全国自殺率
平成 28 年	2 人	25.3%	18.4%	16.9%
平成 29 年	2 人	17.2%	16.0%	16.5%
平成 30 年	0 人	8.8%	17.9%	16.2%
令和元年	1 人	8.9%	16.5%	15.7%
令和 2 年	4 人	54.3%	17.1%	16.4%
令和 3 年	1 人	18.4%	19.0%	16.4%
合計	9 人			





（出典）いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル 2022 年更新版」

（4）健康寿命と平均寿命

健康寿命は、男性は 78.64 歳、女性は 82.99 歳、高知県男性 79.16 歳、女性 84.07 歳となっており、高知県男性との差は－0.52 歳、女性は－1.08 歳差があります。年齢差は男女とも高知県より低くなっています。

平均寿命は、男性は 80.42 歳、女性は 86.11 歳、高知県男性 80.01 歳、女性 86.67 歳となっており、高知県男性との差は+0.41 歳、女性は－0.56 歳差があります。

性別		黒潮町	高知県
男性	健康寿命（歳）	78.64	79.16
	平均寿命（歳）	80.42	80.01
女性	健康寿命（歳）	82.99	84.07
	平均寿命（歳）	86.11	86.67

健康寿命・健康余命＝0 歳平均余命-0 歳の障害期間の値が 0 歳児の健康寿命・健康余命
平均寿命＝0 歳時点の平均余命

（出典）KDB　国保データーベース

（５）医療費の状況

① 医療費について

全体的な医療費は、減少傾向にありましたが、令和３年に増加へ転じました。また、１人当たりの医療費を見ると、入院・入院外の医療費は増加傾向にあり、全体の１人あたりの医療費も増加傾向にあります。（表１）

疾病別医療費分析、標準化医療費では、男性の入院では、がん、精神疾患、筋・骨格が多く、外来ではがん、筋・骨格に次いで、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣に起因する疾患が多くなっています。重症化した疾患では、脳血管疾患、慢性腎不全（透析あり）が高くなっています。

女性の入院を見てみると、がん、精神疾患、筋・骨格が多く、外来では筋・骨格、がんに次いで、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣に起因する疾患が多くなっています。重症化した疾患では脳梗塞が高くなっています。

■総医療費(表1)

項目	総医療費【円】					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
平成30年度	1,207,296,630		574,450,030		632,846,600	
令和01年度	1,176,269,180	-31,027,450	578,230,350	3,780,320	598,038,830	-34,807,770
令和02年度	1,163,123,230	-13,145,950	556,329,720	-21,900,630	606,793,510	8,754,680
令和03年度	1,180,378,680	17,255,450	558,034,150	1,704,430	622,344,530	15,551,020

■1 人あたり医療費

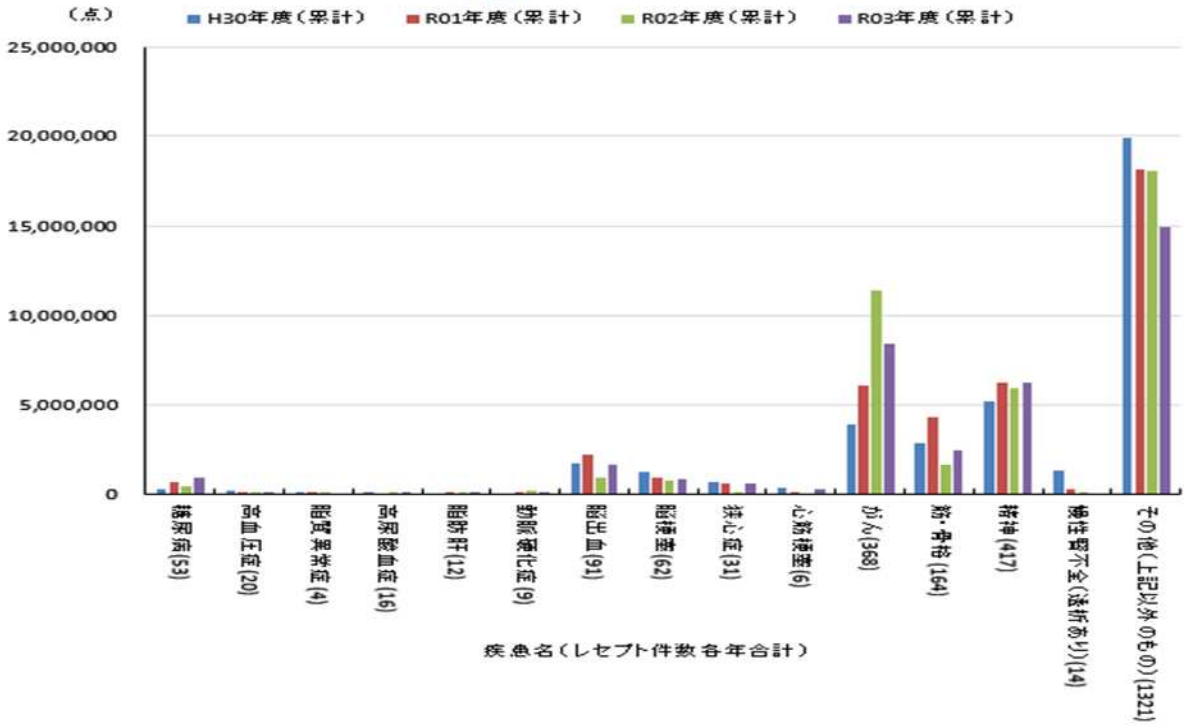
項目		1人あたり医療費【円】※			伸び率（%）		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H30年度	保険者【地区】	28,630	13,620	15,010			
	同規模	28,090	12,200	15,890			
	高知県	30,930	14,520	16,410			
	国	26,560	10,870	15,690			
R01年度	保険者【地区】	28,950	14,230	14,720	1%	4%	-2%
	同規模	29,240	12,700	16,540	4%	4%	4%
	高知県	31,620	14,670	16,950	2%	1%	3%
	国	27,470	11,220	16,250	3%	3%	4%
R02年度	保険者【地区】	29,500	14,110	15,390	2%	-1%	5%
	同規模	28,880	12,590	16,290	-1%	-1%	-2%
	高知県	31,500	14,790	16,710	-0%	1%	-1%
	国	26,960	10,990	15,970	-2%	-2%	-2%
R03年度	保険者【地区】	30,630	14,480	16,150	4%	3%	5%
	同規模	29,910	12,870	17,040	4%	2%	5%
	高知県	32,570	15,230	17,340	3%	3%	4%
	国	28,470	11,480	16,990	6%	4%	6%

（出典）KDB　国保データーベースシステム　令和４年 11 月 15 日抽出

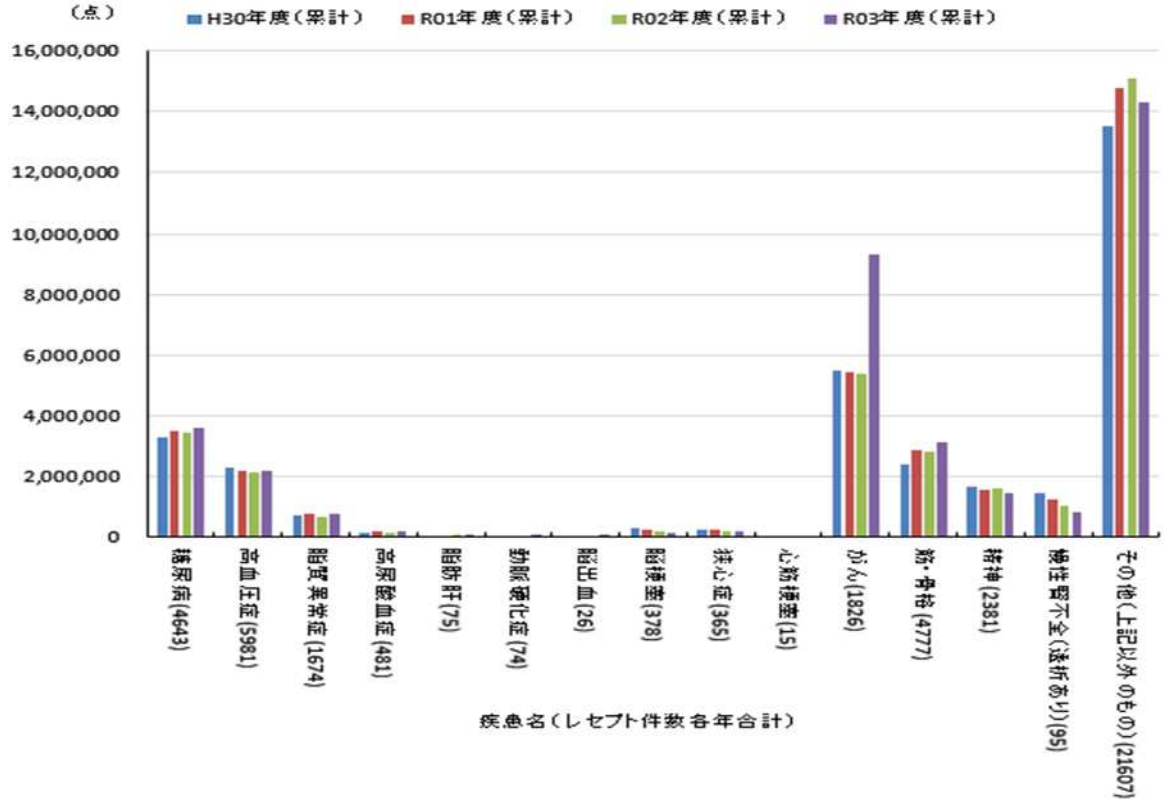
疾病別医療費分析（生活習慣病）

黒潮町　H30年度（累計）～R03年度（累計）　男性　0～74歳

入院（標準化医療費）



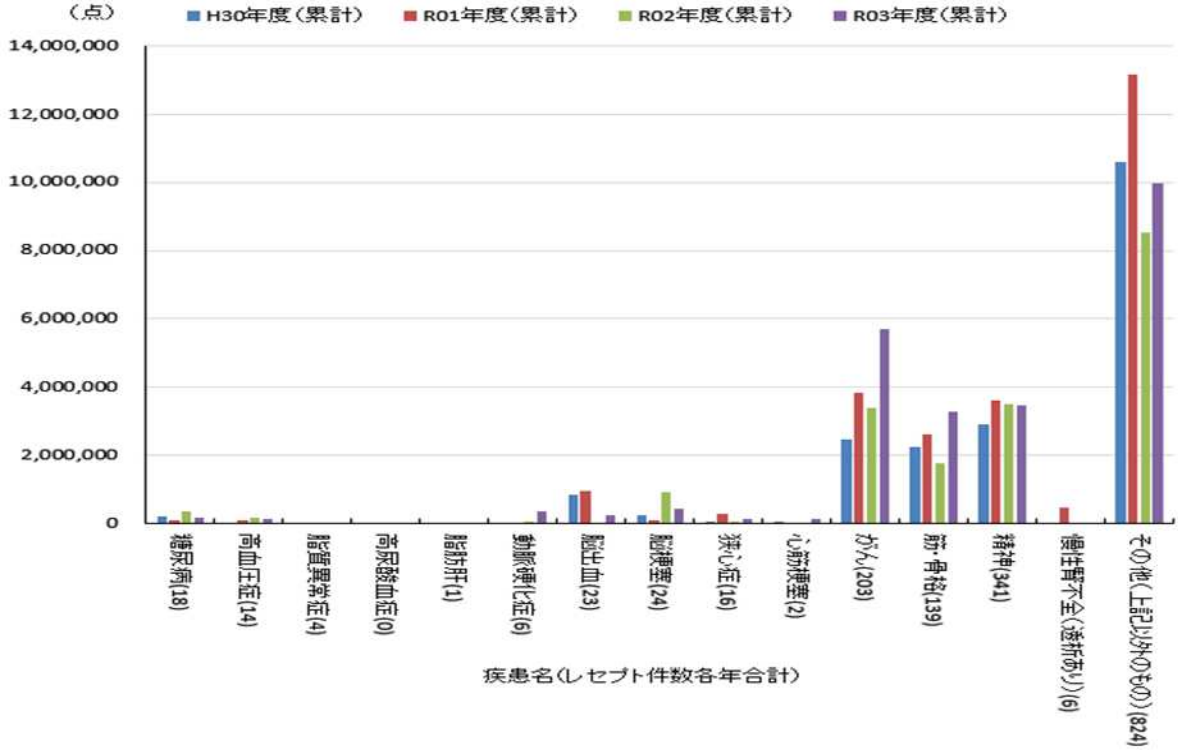
外来（標準化医療費）



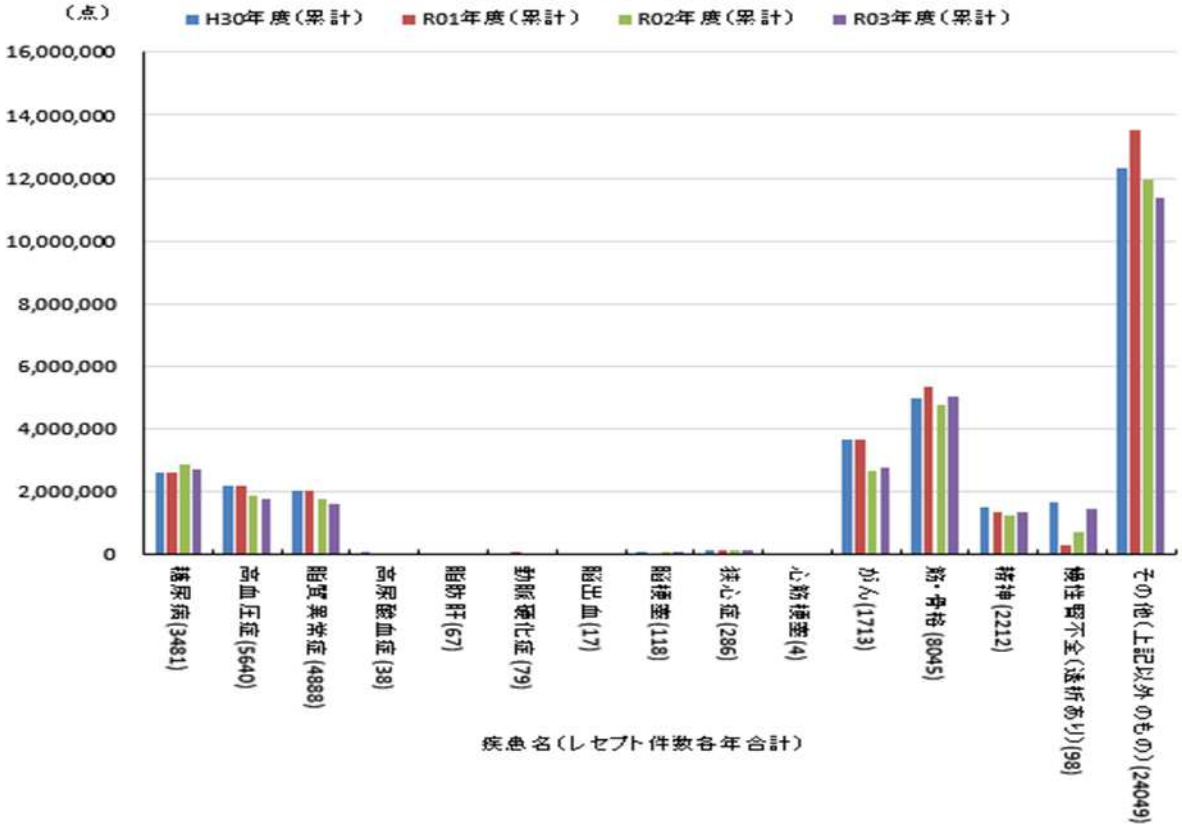
疾病別医療費分析（生活習慣病）

黒潮町　H30年度（累計）～R03年度（累計）　女性　0～74歳

入院（標準化医療費）



外来（標準化医療費）



（６）特定健康診査・各種がん健診の状況

① 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

特定健診受診率は県より高い受診率で経過しています。令和２年以降の受診率低下は新型コロナウイルスの影響と思われます。

項目	特定健診				特定保健指導				受診勧奨者		
									医療機関受診率		
	対象者数	受診者数	受診率	受診率（県）	対象者数	終了者数	実施率	実施率（県）	黒潮町	同規模市町村平均	県平均
平成 30 年	2,589	1,169	45.2%	38.1%	169	43	25.4%	22.1%	50.0%	52.9%	52.0%
令和1年	2,500	1,144	45.8%	37.6%	155	54	34.8%	26.7%	50.3%	52.6%	52.4%
令和2年	2,427	1,101	45.4%	35.0%	150	43	28.7%	26.0%	52.4%	54.1%	53.6%
令和3年	2,343	1,036	44.2%	35.4%	144	38	26.4%	27.5%	53.5%	53.3%	53.3%

※特定健診とは・・・40～74 歳の国保加入者を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型症候群）に着目し、生活習慣病の予防を目的とした健診です。

（出典）KDB　令和４年 11 月 15 日抽出

② 各種がん検診受診率

全体的に受診率は低下傾向でしたが、対象者への周知の工夫により、令和２年から肺がん検診・大腸がん検診の受診率の向上がみられています。

年度／検診名	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年	令和 2 年	令和3年
肺がん	7.9%	28.0%	28.1%	28.1%	28.4%	29.8%
胃がん	20.7%	6.9%	6.4%	5.7%	5.0%	5.6%
大腸がん	29.2%	16.3%	13.7%	13.8%	20.2%	20.4%
子宮がん	34.8%	14.5%	17.5%	13.4%	12.5%	13.2%
乳がん	20.7%	18.3%	14.4%	16.2%	15.1%	14.2%

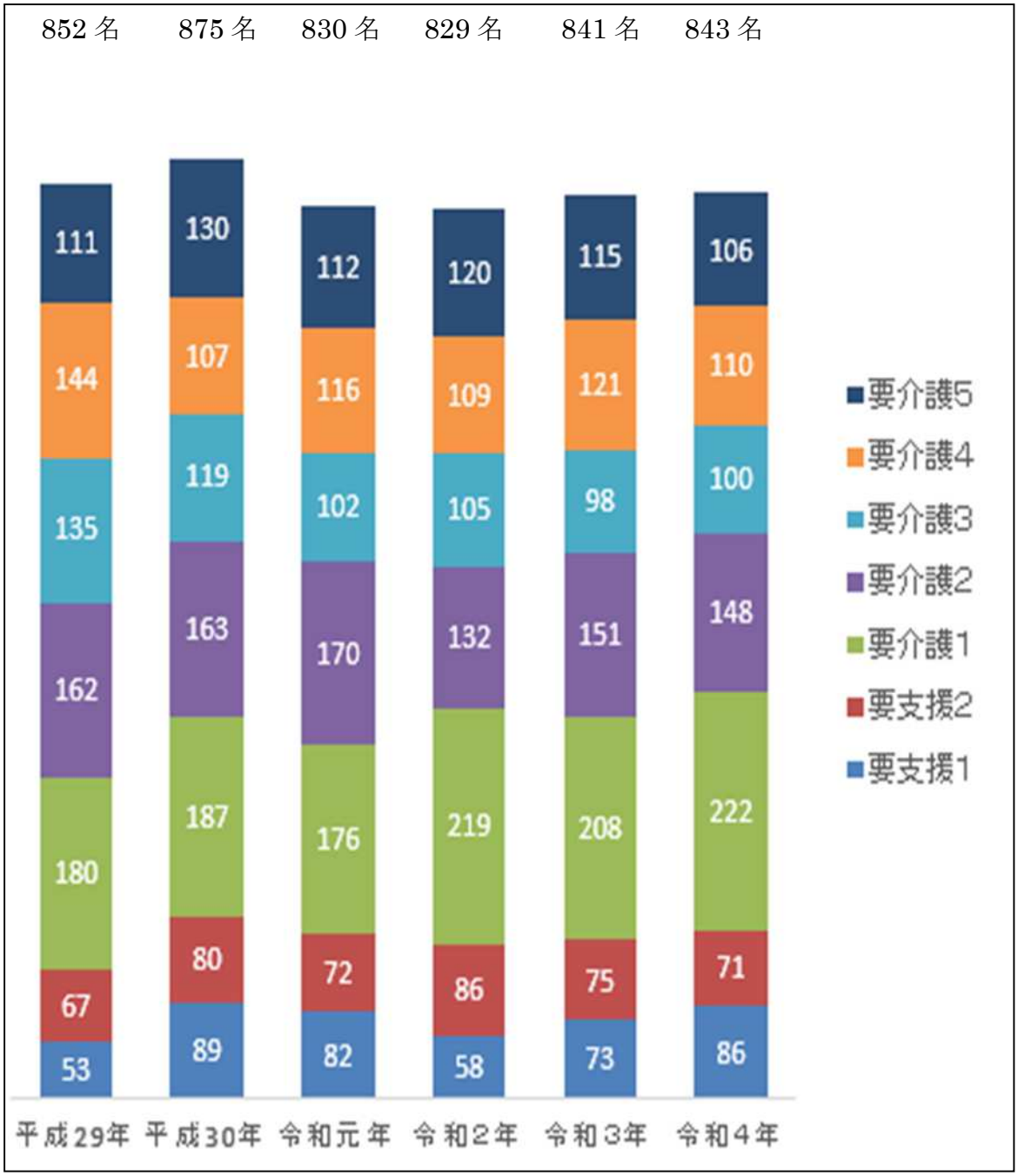
※がん検診とは・・・町内に住民票のある方を対象に、がんを早期発見し、適切な治療に結びつけることを目的に実施。肺がん、胃がん、大腸がん検診については 40 歳以上の方、子宮がん検診は 20 歳以上の女性（２年に１回）、乳がん検診は 40 歳以上の女性（２年に１回）に実施。（町が実施する健診を受けた者）

（７）介護の状況

① 要支援・要介護認定者（第１号被保険者）の状況

各年９月末日の要支援・要介護認定者数（第１号被保険者）をみると、平成 29 年から令和４年にかけては、横ばい傾向で現在最も多い 70～74 歳の年代の加齢に伴い、75 歳以上の後期高齢者の増加で、要支援・要介護認定者は増加する見込みとなっています。

■黒潮町の要介護認定者の推移



（出典）介護保険事業状況報告（各年９月）

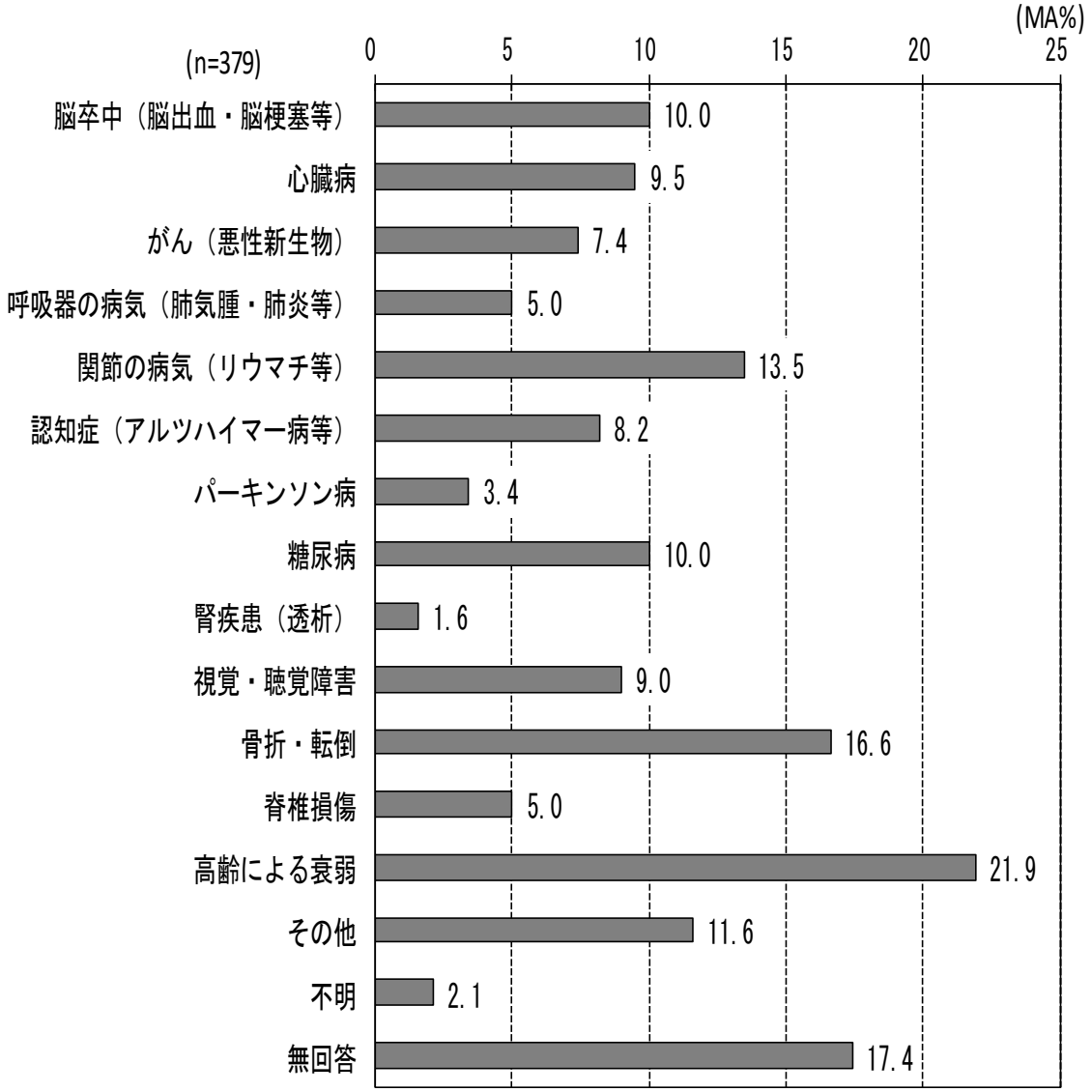
② 新規要支援・要介護認定者の状況（令和２年３月）

「高齢による衰弱」が21.9%で最も多く、次いで「骨折・転倒」が16.6%、「関節の病気（リウマチ等）」が13.5%となっています。

75～79歳では、「関節の病気（リウマチ等）」「糖尿病」が22.2%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が16.7%、「視覚・聴覚障害」「骨折・転倒」が14.8%となっています。

80～84歳では、「関節の病気（リウマチ等）」「骨折・転倒」「高齢による衰弱」が14.0%で最も多く、次いで「脳卒中（脳出血・脳梗塞等）」が10.5%、「認知症（アルツハイマー病等）」「その他」が9.3%となっています。

要支援１・２では、「骨折・転倒」が31.9%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が26.1%、「関節の病気（リウマチ等）」「その他」が15.9%となっています。

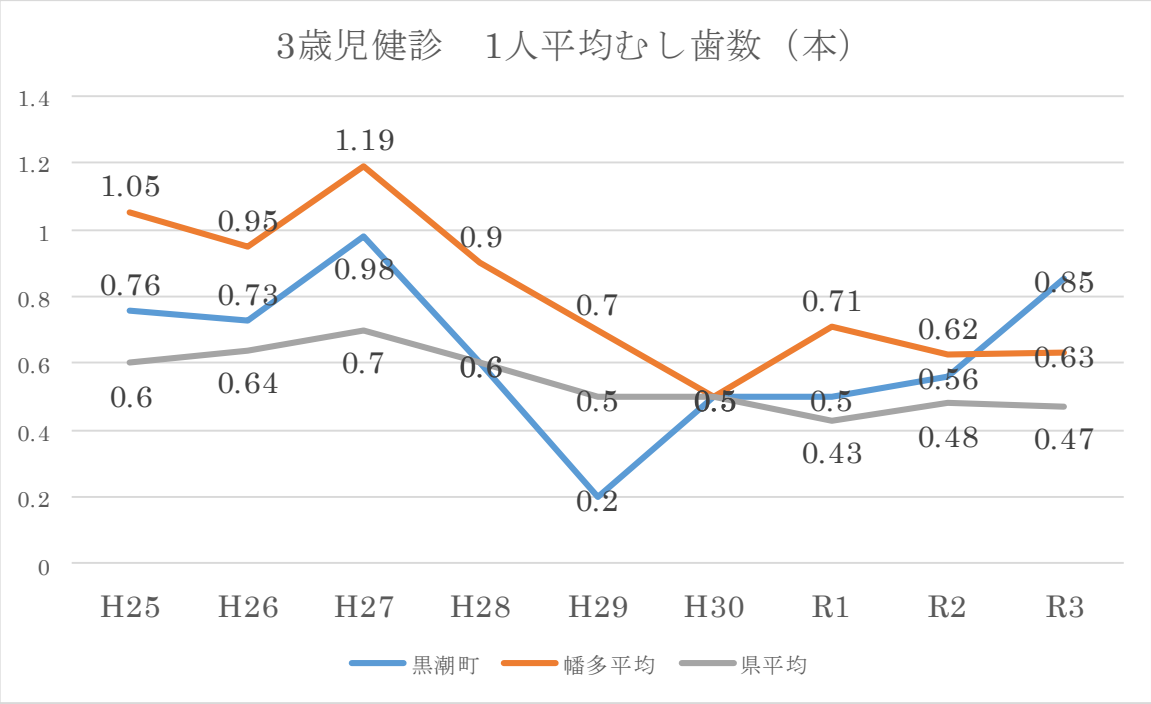


（出典）黒潮町高齢者の生活に関するアンケート調査報告書

（8）子どもの状況

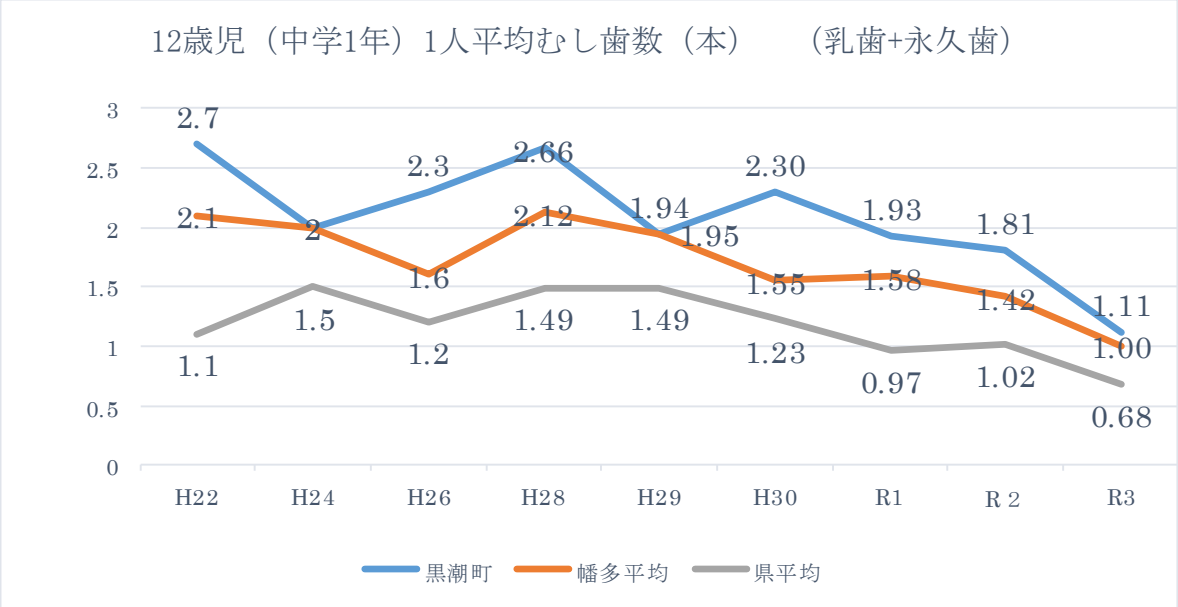
① 3歳児健診のむし歯本数

3歳児健診の1人平均むし歯本数は、令和2年以降増加傾向にあります。数本のむし歯がある方が目立ちます。



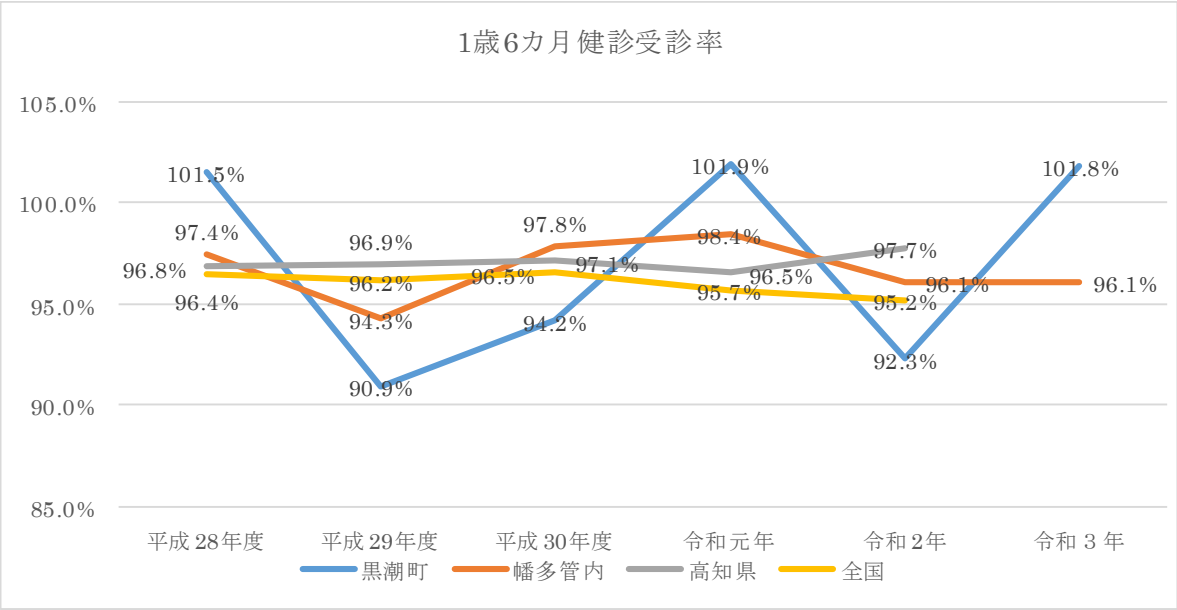
② 12歳児（中学1年生）1人平均むし歯数

12歳児の1人平均むし歯数（乳歯+永久歯）は年々減少傾向にありますが、県、幡多より高い傾向となっています。



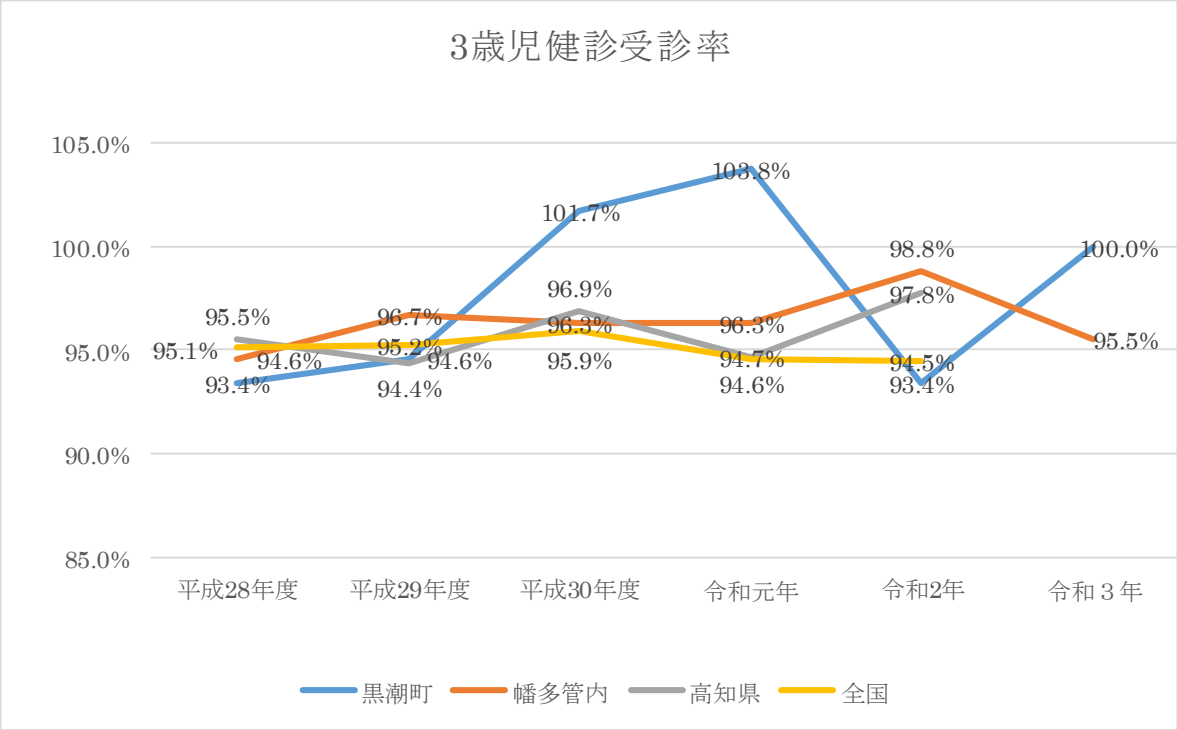
③ 1 歳 6 カ月健診受診率

1 歳 6 カ月健診受診率は 90%以上で推移しています。



④ 3 歳児健診受診率

3 歳児健診受診率は 90%以上で推移しています。



２．第１次計画の最終評価

第１次計画の評価指標について、令和４年３月に実施した黒潮町健康に関する町民意識調査結果及び令和３年までの実績データに基づいて、最終評価を行いました。評価の概要と項目別の結果は以下のとおりです。

■最終評価の概要

計画期間（平成 24 年度から令和４年度の 10 年間）の進捗状況を把握し、目標の達成状況や取り組み状況を評価し、今後の計画推進に反映させることを目的とします。

■最終評価の結果

計画に掲げる指標（48 項目）について、計画策定時の値と直近値を比較し、目標の達成状況についての分析・評価を行いました。

○評価は目標値に対する現状値の評価となり、下記の評価区分により実施

A	今回の結果が目標値を達成
B	今回結果が前回結果より改善
C	今回結果が前回結果から変化なし（増減１％）
D	今回結果が前回結果より悪化
E	評価不能

■全体評価（評価項目：全 48 項目）

評価区分	評価割合	達成項目
A	10.4%	5 項目
B	29.1%	14 項目
C	12.5%	6 項目
D	43.8%	21 項目
E	4.2%	2 項目

＜各分野別総合評価＞

■めざすまちの評価指標

<table>
<tr><th>めざすまち</th><th colspan="2">指標</th><th colspan="2">策定時</th><th>目標値（令和4年度）</th><th>令和３年</th><th>評価方法</th><th>評価</th></tr>
<tr><td rowspan="5">みんながピチピチ元気なまち</td><td rowspan="2">健康寿命</td><td>男性</td><td rowspan="2">平成21年</td><td>76.1歳</td><td rowspan="4">平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加</td><td>78.64歳（令和元年）</td><td rowspan="4">高知県健康づくり支援システム</td><td rowspan="4">B</td></tr>
<tr><td>女性</td><td>81.6歳</td><td>82.99歳（令和元年）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">平均寿命</td><td>男性</td><td rowspan="2">平成21年</td><td>77.58歳</td><td>80.42歳（令和元年）</td></tr>
<tr><td>女性</td><td>85.64歳</td><td>86.11歳（令和元年）</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護等認定者数増加の抑制</td><td>平成25年（1月末）</td><td>916人</td><td>推計値より下回る（平成26年1,077人）</td><td>841人</td><td>黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画</td><td>A</td></tr>
<tr><td rowspan="2">地域が助け合い団結力があるまち</td><td colspan="2">隣近所の人とどのような付き合い方をしているか</td><td>平成23年</td><td>「顔をあわせればあいさつをする」46.0%「会えば立ち話をする」33.1%「仲良くお互いの家を行き来する」14.8%</td><td>現状維持</td><td>「顔が合えばあいさつをする」39%「顔が合えば立ち話をする」31%</td><td>地域福祉計画（平成23年）
健康に関する町民意識調査（令和3年）</td><td>D</td></tr>
<tr><td colspan="2">地域活動に参加していない方の割合</td><td>平成23年</td><td>32.9%</td><td>20.0%</td><td>39%</td><td>地域福祉計画（平成23年）
健康に関する町民意識調査（令和3年）</td><td>D</td></tr>
<tr><td>心がときめきワクワクするまち</td><td colspan="2">健康（「よい」「まあよい」）と思っている人の割合</td><td>平成16年</td><td>41.40%</td><td>50.0%</td><td>健康（「非常に健康だ」「健康な方だ」）40%</td><td>地域福祉計画（平成23年）
健康に関する町民意識調査（令和3年）</td><td>D</td></tr>
</table>

【めざすまち】

■第一次計画の最終評価

各分野別で、「めざすまち評価指標」について、３つのめざすまちである「みんながピチピチ元気なまち」「地域が助け合い団結力があるまち」「心がときめくわくわくするまち」を評価指標に設けて評価しました。

【健康寿命】

策定時が男性 76.1 歳で、現在 78.64 歳と 2.54 歳延び、女性は策定時 81.6 歳で、現在 82.99 歳と 1.39 歳延びています。「平均寿命」は、男性が 2.84 歳延び、女性が 0.47 歳延びています。目標値の「健康寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」には達しませんでしたが、「健康寿命」が延びている事から前回より改善の[B]評価としました。

【要介護等認定者数増加の抑制】

目標値以下に抑制することができたため、[A] 評価としました。

【隣近所の人とどのような付き合い方としているか】

「顔をあわせればあいさつをする」は 7%減少し、「顔が合えば立ち話をする」も 2.1%減少しています。

「地域活動に参加していない人の割合」について、6.1 ポイント増えています。

新型コロナウイルスの影響や、年齢構成の変化などにより、近所との関係や、地域活動について以前より希薄化しています。前回結果より悪化しており、[D] 評価としました。

【健康と思っている人の割合】

健康と思っている人の割合が 1.4%減少し前回結果より悪化しているため、[D] 評価としました。

＜健康づくり＞

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和4年度）	評価方法	評価
周産期死亡率		平成17年～平成21年平均	6.3	0	0	周産期死亡率の直近5年間の平均が全国水準よりも良い値となっている	人口動態統計	E
低出生体重児出生率		平成22年	13.0%	6.7%	10.50%	10.0%	人口動態統計	C
乳幼児健診受診率	乳児健診	平成23年	72.5%	91.0%	82.3%	95.0%以上	業務報告	B
	1歳6か月児健診		88.5%	90.9%	101.8%			
	3歳児健診		89.7%	94.6%	100.0%			
予防接種率	BCG	平成23年	83.3%	92.9%	70.7%	95.0%以上	業務報告	C
	四種混合1回目			84.8%	87.1%			
	四種混合2回目			87.0%	89.7%			
	四種混合3回目			91.3%	76.9%			
	四種混合追加			130.4%	100.0%			
	二種混合		67.7%	57.1%	54.5%			
	MR1期		90.5%	89.3%	92.5%			
	MR2期		93.9%	98.1%	77.6%			
	Hib1回目			95.6%	85.4%			
	Hib2回目			88.9%	80.5%			
	Hib3回目			91.1%	75.6%			
	Hib追加			111.1%	90.2%			
	小児肺炎球菌1回目			93.3%	78.0%			
	小児肺炎球菌2回目			84.4%	75.6%			
	小児肺炎球菌3回目			93.3%	78.0%			
	小児肺炎球菌追加			108.9%	85.4%			
	B型肝炎1回目			93.3%	87.8%			
	B型肝炎2回目			86.7%	82.9%			
	B型肝炎3回目			77.8%	65.9%			
	水痘1回目			106.4%	97.3%			
	水痘2回目			95.7%	86.5%			

【健康づくり】

～母子保健分野～

■第一次計画の最終評価

【周産期死亡率】

妊娠 22 週以降死亡の対千人となるため、出生数が少ない黒潮町では正確な数値の算出が難しく［E］評価としました。次回から目標値の変更をします。

【低出生体重児出生率(体重 2500g以下)】

策定時より 2.5 ポイント低下していますが、中間評価（平成 29 年度）より増加しており、変化なしの［B］評価としました。

【乳幼児健診受診率】

策定時より受診率が増え、目標値の 95%以上となった項目もありますが、乳児健診の受診率が達成していないため、［B］評価としました。

【予防接種率】

前回結果より変化なしの［C］評価としました。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

① 新型コロナウイルスの影響か、令和 2 年から出生数が減少しています。また現状課題として、子育てにストレスを感じる保護者が 7 割おり、ストレスの原因の中で、「子どもとの接し方・遊び方」が 5 割と高くなっていることから、行動目標として**「妊娠期からのつながる支援が必要」**としました。

② 乳幼児健診について、同じ方が未受診となる傾向があり、個別支援を実施しています。

③ 予防接種は感染症を予防し、そのまん延を防ぐことにより健康を守る対策の 1 つとなっていますが、全ての予防接種が 95%以上になっていません。

②③の行動目標として**「乳幼児健診及び予防接種の普及啓発が必要」**としました。

＜健康づくり＞

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和4年度）	評価方法	評価
特定健診受診率		平成23年	38.0%	43.7%	44.2%	60%以上	国が定める目標値	B
糖尿病治療中のコントロール不良者の割合		平成22年	男性 25.0% 女性 19.7%	男性 10.3% 女性 6.6%	男性 17.2% 女性 8.3%	男性5%以下 女性4%以下	特定健診実施の結果、糖尿病治療中でHbA1c7.4以上の割合	B
メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合	予備群	平成23年	10.2%	8.5%	9.4%	7.7%以下	KDB(地域の健康課題より)	C
	該当者		19.1%	18.9%	19.6%	14.3%以下		C
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合	男性（日本酒2合以上）	平成23年	22.3%	30.3%	37.3%	19%以下	特定健診実施結果	D
	女性（日本酒1合以上）		5.0%	9.3%	12.5%	4.3%以下		
喫煙率	妊婦	平成23年	4.1%	0.0%	0.02%	0.0%	妊婦アンケート	B
	成人男性	平成23年	11.4%	24.8%	24.9%	10.0%未満	特定健診実施結果	D
	成人女性		2.0%	4.6%	6.5%	2.0%未満		
運動習慣がある人の割合		平成23年	51.2%	41.7%	47.7%	60.0%以上	特定健診実施結果	D
受診勧奨実施に取り組む団体数		平成24年	2団体	2団体	2団体	12団体	業務報告	C
がん検診受診率	肺がん	平成23年	48.8%	28.0%	29.8%	50%以上	地域保健報告（データヘルス計画個別事業評価から引用）女性特有のがん検診推進事業については、実績から	D
	胃がん		9.7%	6.9%	5.6%	40%以上		D
	大腸がん		17.7%	16.3%	20.4%			B
	子宮がん		16.5%	14.5%	13.2%	50%以上		D
	子宮がん（女性特有のがん検診推進事業）		24.2%	6.3%	10.0%			D
	乳がん		25.7%	18.3%	14.2%			D
	乳がん（女性特有のがん検診推進事業）		35.4%	23.8%	5.3%			D
転倒リスクのある人の割合		平成23年	28.3%	34.8%	30.8%（令和元年）	20.0%未満（この値は希望値です）	日常生活圏域ニーズ調査	D

【健康づくり】

～成人の健康づくり分野～

■第一次計画の最終評価

評価については「B：改善」した項目もありましたが、「D：悪化」の項目が多い状況となっています。

【特定健診受診率】

平成 20 年から特定健診が始まり、少しずつですが高くなっているため、［B］評価としました。

【糖尿病治療中のコントロール不良者の割合】

策定時に比べると男女とも低下しているため［B］評価としていますが、対象者を健診受診者としていますので、健診受診者は健康意識が高い傾向にあると推測されます。

【メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合】

特定健診受診者が母数になっています。予備群についてはやや減少、該当者については、やや増加していますが横ばいとなっているため、それぞれ［C］評価としました。

【生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合】

策定時より男性が 15 ポイント増加、女性が 7.5 ポイント増加しており、年々悪化しているため、前回の結果より悪化の［D］としました。

【喫煙率】

妊婦の喫煙率は約 0%で、今回結果が前回結果より改善しているため、［B］評価としました。

成人男性、成人女性について男女とも計画当初より悪化しており、［D］評価としました。

【運動習慣がある人の割合】

策定時より 3.5 ポイント低下し、前回の結果より悪化の［D］評価としました。

【受診勧奨実施に取り組む団体数】

計画策定時と変わらないため［C］評価としました。

【がん検診受診率】

各部位別で指標を掲げていて、目標値については国が「第二次健康日本 21」に掲げる目標値をそのまま設定しています。がん検診全体的には低下しているため、［D］評価としました。要因としては、分母の取り方を変更したことや、子宮、乳がん検診については 2 年に 1 回になったことなどが影響していると考えられます。

唯一、大腸がん検診については、令和 2 年度から対象者への周知方法を工夫し、申し込みなしで

受診した方が増えたことが受診率アップにつながったと考えられ［B］評価としました。

【転倒リスクのある人の割合】

令和元年度のニーズ調査による数値を最新の数値として載せています。策定時と比べると転倒リスクのある人の割合が高くなっているため、［D］評価としました。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

① 健診受診者では、男性は糖尿病 65.9%、高血圧 54.8%、女性は糖尿病 68.9%、高血圧 48.1%で有所見が高くなっており、これは国及び県と比べても高く、特定健診受診率が令和 3 年度は 44.2%で、特に 40 代の受診率は 20%台で伸び悩んでいることなどから**「健診受診率向上対策が必要」、「各種検診を受けやすい体制づくりが必要」**という行動目標を立てました。

② 特定健診受診者のうち、糖尿病治療中でコントロール不良者の割合は、男性 17.2%、女性 8.3%、生活習慣病治療中でコントロール不良者が 62%と高く、糖尿病治療中でコントロール不良者へ事業（糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅡ）参加のアプローチをしましたが、参加を希望する方は少ない状況です。
特定健診有所見者率は、血糖高値が最も多く 67.6%、次いで収縮期血圧高値 50.9%、ＬＤＬ高値 45.9%などから**「糖尿病予防・悪化防止対策が必要」**という行動目標を立てました。

③ 特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者割合について、国、県、同規模市町村に比べると低くなっていますが受診者全体の約 20%、メタボリックシンドローム予備軍は全体の 9.5%、特定保健指導該当者のうち事業参加者の割合が 26.4%と、県、同規模市町村に比べ低いなどから、**「若い世代からの生活習慣病予防が重要」**という行動目標を立てました。

④ 特定健診の結果では生活習慣病のリスクを高める飲酒量男性（日本酒 2 合以上）が 37.3%、（女性 1 合以上）が 12.5%となっています。またアンケート結果では、お酒を飲む方は 44%で、うち毎日が 50%となっています。（生活習慣病のリスクを高める飲酒量を 1 日当たりの純アルコール摂取量が、男性で 40g 以上、女性で 20g 以上と設定。）
特定健診結果では男性の喫煙率が 24.9%、女性は 6.5%となっていますが、アンケート結果ではタバコを辞めたいと思う人は 43%となっており、行動目標として、**「適正飲酒や喫煙への取り組みが必要」**としました。

⑤ 運動について、アンケート結果では「1 回 30 分以上の運動習慣あり」「1 日 1 時間以上運動あり」が 47.7%となっており、県や国より高くなっています。医療費分析で、男性の入院費は精神に次いで、筋・骨格が多く、女性の入院費はがん・精神に次いで筋・骨格が多くなっています。外来では、男性ががんに次いで筋・骨格が多くなっています。女性の外来は 1 位となっています。継続した運動により筋・骨格で病院にかかる人が少なくなると思われます。
また、運動不足と感じる人が 31%となっていますが、日頃から運動をしている人は、70 代が最も多く、20 代が最も少なく、年齢とともに健康への意識が高くなると思われます。コロナ渦では、外出や、歩行数がコロナ前と比べて減っています。行動目標として、**「自分にあった運動習慣が必要」**と

しました。

⑥ 高齢者の質問票（後期高齢者健診）では、「以前に比べ、歩く速度が遅くなってきたと思う」が51.2%で、国、県、同規模市町村に比べ割合が低い状況や後期高齢者の有病状況より、運動機能（関節症、骨粗鬆症など）の割合が高く、身体機能に低下を感じている人が71.1%と高いことなどから**「転倒予防や脳卒中予防など介護予防が必要」「虚弱高齢者の重症化予防が必要」**という行動目標を立てました。

⑦ 町の現状やニーズに合わせて、健康課題に対する改善の情報提供が必要という点から、**「正しい情報の提供、発信が必要」**という行動目標を立てました。

【評価指標】

次期計画でも、これまでと同じく、大きく９つの指標を掲げて、計画の進捗を評価していきます。

目標値について、「周産期死亡率」の目標値は、評価ができる「周産期死亡０人」に変更します。

「糖尿病治療中のコントロール不良者の割合」は、現状値から到達できる数値に変更し「男性15%、女性７%以下」としています。

「受診勧奨実施に取り組む団体」は現状の団体数を維持するため「2 団体」とし、既存団体との連携強化を図っていきます。

【具体的な取り組み】

これまでは、5 つの目標を掲げていましたが、5 つ目の「自分のことが自分でできる」は他の４つの目標に集約し、次期計画では、①健康管理を心がける　②運動をする習慣ができる　③こけない（転倒を予防する）　④健康に関する情報を得ることができる、の４つの目標達成に向けて、自助・共助・公助で取り組んできます。

＜栄養＞

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和4年度）	評価方法	評価
肥満判定者の割合（BMI 25以上）	男性	平成23年	7.4%	28.5%	32.2%	25%以下	特定健診実施結果	D
	女性		5.5%	20.8%	21.5%	20%以下		D
毎日朝食を食べる小中学生の割合	小学生	平成24年	94.0%	94.4%	91.0%	100.0%	生活実態アンケート(H30年度以降アンケート予定なし)	D
	中学生		95.0%	77.0%	81.0%			D
朝食の欠食率		平成23年	4.7%	6.8%	7.9%	現状維持	KDB(質問票調査の経年比較より)	D
後期高齢者（男性）の低栄養の割合		平成23年	11.3%	1.1%（全体）	1.5%（令和元年）	現状維持	日常生活圏域ニーズ調査(ニーズ調査はR1年度実施)	E
食改が実施する研修会への参加者数		平成24年	350人	262人	155人	500人	事業報告（食改総会資料）	D

【栄養】

■第一次計画の最終評価

評価については全体的に「D：悪化」の項目が多い状況です。

【肥満判定者の割合:BMI25 以上】

計画途中で評価方法に変更があったため、策定時の値から大きな増加が見られますが、平成 29 年度の中間評価の際に、評価方法を見直しましたので、中間評価時を基準に最終評価をしました。目標値は男性 25%以下、女性 20%以下としていましたが、男女とも上回っており、[D] 評価としました。

【毎日朝食を食べる小中学生の割合】

小中学生ともに策定時より低下しており、[D] 評価としました。

【朝食の欠食率】

徐々に増加しているため、[D] 評価としました。

【後期高齢者の低栄養の割合】

策定時は男性のみの評価でしたが、中間評価時より男女合計で評価とし、今回は評価不能の [E] 評価とし、目標値を再設定します。

【食改が実施する研修会への参加者数】

コロナ禍で活動が制限されていることもあり、参加者数は減少したため、[D] 評価としました。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

栄養(食育推進)としては、4 つの現状課題、行動目標を掲げます。

① 特定健診受診者のうち働き盛りの年代で、間食習慣や朝食欠食率の割合が高く、国、県と比べても、糖尿病や高血圧など生活習慣に起因するところの有所見割合が高い現状があります。このことから働き盛りの年代では、食事のとり方に課題があり、その結果、生活習慣病発症の可能性が高くなると考えられるため、**「生活習慣病予防のための周知・啓発が必要」**という行動目標を立てました。

② 子育て世代や小中学生の朝食欠食率や一人で食事をする「こ食」児童の課題があります。また、「食育」の意味を知らない児童が約 60%いる一方で、30 歳代では食育への関心が高いという現状があります。また子育て世代の女性は、「子どもの心身の健全な発育」に関心が高い傾向にあるため、子育て世代を巻き込んだ取り組みを推進するために**「子どもの頃からの望ましい食習慣の定着と食育の推進が必要」**という行動目標を立てました。

③ 「食生活について問題があると思っている人」の割合は 40%で、「週に１回以上中食を利用する人」は 58%、「外食」は７%いる現状があります。「中食」や「外食」の利用頻度が多くなることで、塩分や総エネルギー量の過多などが生じる可能性が考えられます。
また、「地産地消」という言葉や意味も知っている人の割合は、子育て世代では高く、関心の高さが見られました。引き続き全世代に対して、食に関する情報の発信が必要であり、**「食生活改善推進協議会や関係機関と連携した食の理解と食文化の継承の推進が必要」**という行動目標を立てました。

④ 後期高齢者健診受診者ではＢＭＩ20 以下の有所見者や、体重減少があった方の割合が県より高い現状があります。高齢期の特徴から食事摂取量の低下や、食事内容の偏りによる体重減少等が生じる可能性が考えられるため、**「高齢期の特徴を踏まえた食育推進と低栄養予防が必要」**という行動目標を立てました。

【評価指標】

第１次の計画では、５つの指標を挙げていましたが、栄養(食育推進)としての現状課題と行動目標から今回は８つの指標及び目標値を設定し、計画の進捗を評価していきます。

「肥満判定者の割合(ＢＭＩ25 以上)」については、「適正体重を維持している町民の割合(ＢＭＩ25 以上の減少)」と変更し、現状値から目標値を男性 30%以下、女性 20%以下と設定しました。また、「朝食の欠食率」という指標は、「朝食をほぼ毎日食べている人の割合」とし、今後は、男女別で評価をしていくために現状値から目標値を男性 95%以上、女性 98%以上と設定しました。

さらに、間食習慣がある方が多い現状があるため、新たに「毎日間食をしない人の割合」を追加し、現状値から男性 85%以上、女性 70%以上と目標値を設定しました。以上３つの指標については、いずれもＫＤＢから結果を抽出し、評価をしていきます。

「毎日朝食を食べる小中学生の割合」は、目標値設定をするにあたり「第３期高知県食育推進計画」の目標値を参考とし、小学５年生 95%以上、中学２年生 90%以上に設定しました。幡多地域食生活調査の結果で評価をしていきます。

食生活改善推進協議会の活動から評価するため、第１次の計画に新たに２つの指標を追加しました。新しい指標の「食生活改善推進協議会による小中学校向け食育講座の実施割合」については、現状値から目標値を 50%以上と設定しました。「おしえて食改さん」の番組内で紹介したメニューのＨＰ掲載回数については、目標値を 12 回以上(月１回以上)とし評価をしていきます。

「食生活改善推進員が実施する研修会への参加人数」の指標は、第１次計画から引き続き評価指標として残し、目標値も変更なしとしました。

「後期高齢者(男性)の低栄養の割合」は、「後期高齢者の低栄養傾向の割合(ＢＭＩ20 以下)」へ変更し、現状値から男性 16%以下、女性 20%以下と目標値を設定しました。今後は、ＫＤＢから結果を抽出し、評価をしていきます。

【具体的な取り組み】

具体的な取り組みについては、①健康に気をつけた食事をとることを目標に、自助・共助・公助で取り組んでいきます。

＜歯と口＞

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和4年度）	評価方法	評価
3歳児のむし歯保有率		平成23年	36.9%	11.3%	22.8%	10.0%減少	3歳児健診結果	A
12歳児（永久歯）の一人平均むし歯数		平成22年	2.6本	1.82本	1.11本（令和2年）	1.0本以下	学校歯科保健調査	B
フッ化物を利用している者の割合		平成23年	73.0%	79.6%	98.0%	80.0%以上	3歳児健診アンケート	A
歯科検診を受診する割合		平成23年	18.0%	44.3%	52.1%	40.0%	特定健診実施結果	A
フッ素洗口実施機関数	保育所	平成24年	4か所	全保育所	全保育所	全校	業務報告	A
	小学校		2校	全小学校	全小学校			
口腔機能低下に該当する人の割合		平成23年	18.3%	23.2%	20.3%（令和元年）	10.0%減少	日常生活圏域ニーズ調査	D
かみかみ百歳体操の実施地区数		平成23年	8地区	14地区	15地区	全地区	介護保険実施計画	B

【歯と口】

■第一次計画の最終評価

全体的に「A：目標を達成した」項目が多く、保護者の歯に対する意識の変容に加え、乳幼児健診や保育所、小・中学校での歯科指導や歯科健診、フッ素洗口事業等の効果もあるのではと考えます。また、令和３年度より成人歯科健診を開始しています。予防歯科の観点からも若い世代からの歯科受診の定着を目指し、予防啓発に取り組んでいきたいと思います。

【12 歳児(永久歯)の一人平均むし歯数】

目標値の 1.0 本以下には達していないものの、令和３年度が 1.11 本と策定時（平成 23 年：2.6 本）と比較すると大きく改善が見られ、[B] 評価としました。

【口腔機能低下に該当する人の割合】

日常生活圏域ニーズ調査を参考に数値を算出しており、直近値である令和元年のデータで評価としていますが、年度によって調査項目や内容の変更に伴い、データの算出が困難（平成 25、27、30 年、令和 2、3 年）な点や信頼性も不十分なことから、[D] 評価としており、次期計画で改めていきます。

【かみかみ百歳体操の実施地区数】

策定時の８地区から 15 地区に増えてはいるものの目標値である「全地区」には達していない状況にあり、[B] 評価としました。

かみかみ百歳体操の期待される効果から、実施頻度を１回/週以上と設定しております。その点において、地域の高齢化等を理由に集う機会や場所が減っていること等が要因として考えられます。この項目に関しては、次期の目標値を改めます。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

① 歯と口では「むし歯予防」･「歯周病予防」･「高齢者・要介護者への対策」の３つの項目について現状･課題を抽出し、「各世代を通したむし歯・歯周病対策」に取り組みます。
現状として、妊婦歯科健診受診率の向上や定期的に歯科受診をする割合は増加傾向にある一方で、幼児～学童期（3 歳、5 歳、12 歳）にかけての一人平均むし歯数の増加や後期高齢者の口腔機能の低下などが課題として挙げられます。

【評価指標】

① 今回、指標及び目標値を設定するにあたり、先ほどの現状・課題にあわせて高知県の「第３期（高知県）歯と口の健康づくり基本計画」を参考に考案しています。
まず、「むし歯のない３歳児の割合」について、策定時は「むし歯保有率」の数値を算出していましたが、県の指標と統一することを目的に「むし歯のない割合」とします。

② 前期計画の「口腔機能低下に該当する人の割合」の指標について、「半年前に比べて固いものが食べにくくなった割合」と「お茶、汁物でむせることがある者の割合」に変更し、それぞれ「後期高齢者健診」において評価していきます。

③ 「かみかみ百歳体操の実施地区数」については、目標値を「実施地区数の増加」とします。

【具体的な取り組み】

関係機関と連携し、今ある自助・共助・公助機能を尊重しつつ、歯科保健事業の取り組みをすすめていきます。

＜心の健康＞

<table>
<tr><th colspan="2">指標</th><th colspan="2">策定時</th><th>平成
29 年度</th><th>令和
3 年度</th><th>目標値
(令和 4 年度)</th><th>評価方法</th><th>評価</th></tr>
<tr><td colspan="2">自殺による
死亡者数</td><td>平成 18 年～
平成 22 年の
平均値</td><td>6 人</td><td>2 人</td><td>1 人</td><td>直近 5 年間
の平均が
0 人</td><td>人口動態
統計</td><td>B</td></tr>
<tr><td colspan="2">睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人の割合</td><td>平成 23 年</td><td>35.0%</td><td>23.4%</td><td>23.3%</td><td>15.0%以下</td><td>特定健診
実施結果</td><td>B</td></tr>
<tr><td rowspan="2">うつリスクがある人の割合</td><td>80～84
歳</td><td rowspan="2">平成 23 年</td><td>男性
42.2%
女性
40.7%</td><td></td><td>前期高齢者
男性 31.8%
女性 40.2%
(令和元年)</td><td rowspan="2">性別・年代別
ともに
30%以下</td><td rowspan="2">日常生活
圏域ニーズ
調査</td><td>B</td></tr>
<tr><td>85 歳
以上</td><td>男性
43.4%
女性
45.5%</td><td></td><td>後期高齢者
男性 36.6%
女性 35.3%
(令和元年)</td><td>B</td></tr>
<tr><td colspan="2">心の健康に関する研修会等への参加者数</td><td colspan="2"></td><td>53 人</td><td>24 人</td><td>30 人/年</td><td>業務報告</td><td>C</td></tr>
</table>

【心の健康】

■第一次計画の最終評価

評価については全体的に「B：前回結果より改善」項目が多くなっています。

【自殺による死亡者数】

策定時より直近５年間の平均が 1.6 人と減少していますが、黒潮町では誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指し、目標値を０人としているので［B］評価とします。

【睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人・うつリスクがある人の割合】

策定時より改善が見られますが、目標値は達成できていない状況のため［B］評価とします。

【心の健康に関する研修会等への参加者数】

中間評価時（平成 29 年度）に【心の健康づくりに関心がある人の割合】から変更しました。令和２年度から自殺対策計画の一環として、ゲートキーパー研修を行っていますが、コロナ禍ということもあり、参加者数が多く見込めず［C］評価としています。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

① 大きく３つの現状課題、行動目標をあげていますが、自殺予防対策に関しては、**黒潮町自殺対策計画**としてまとめています。

② アンケート結果によると『睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人の割合は、23.3%（R3）である。』『１日の睡眠時間の平均は「6 時間ぐらい」が 32%と最も多いが、朝目が覚めた時に疲労感が残っていると感じる人が 38%いる。』『子どもの１日の睡眠時間は「8 時間くらい」が 41%と最も多いが、朝起きた時すっきり目が覚めていない子が 59%いる。』といった現状課題に対して、**「睡眠等による十分な休養が必要」**という行動目標を立てました。

③ 『ストレスを感じる人（「おおいに感じる」＋「多少感じる」）は 59%』『年代別ではストレスを感じる人（「おおいに感じる」＋「多少感じる」）は 30 代（82%）が最も多く、40 代（78%）、50 代（73%）』『ストレスの具体的な内容は「自分の健康・病気に関すること」が 36%と最も多い。』『ストレス解消法について新型コロナウイルス感染症の流行前と現在を比べると、「特にない」が 27%で増加している。』といった現状課題に対して、**「ストレスに対処できることが必要、ストレスの内容について相談できる対策が必要」**という行動目標を立てました。

【評価指標】

① 第１次の計画では、４つの指標を挙げていましたが、「自殺による死亡者数」「心の健康に関する研修会等への参加者数」については次期計画から自殺対策計画で評価します。

② 「睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人の割合」は目標値を設定するにあたり、国の健康日本21（第２次）の目標値を参考に15%以下に設定しています。

③ 「うつリスクがある人の割合」指標を「毎日の生活に満足している75歳以上の割合」としました。「うつリスクがある人の割合」は、65歳以上の町民に対して行っている「高齢者の生活に関するアンケート」から評価していましたが、毎年行うアンケートではないので毎年評価できていないため、後期高齢者健診の問診にある「毎日の生活に満足している75歳以上の割合」で評価します。

【具体的な取り組み】

① 十分な休養がとれる

② 困った時に相談することができる

③ ストレスが解消できる

④ 趣味の時間を過ごす

上記４項目を目標に、自助・共助・公助で取り組んでいきます。

＜地域づくり・仲間づくり＞

指標	策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和4年度）	評価方法	評価
健康づくりに取り組む自主活動団体数	平成24年	3団体	15団体	14団体	全地区	業務報告	B
認知症サポーター養成数	平成24年	306人	650人	833人	998人（延）	業務報告	B
三世代ふれあい健診受診者数	平成24年	153人	193人	0人	200人/年	業務報告	D

※三世代ふれあい健診・・・65歳以上の住民で、希望される方に体力測定等の健診を実施する。町内の小学生をスタッフに交え、世代間交流のできる健診として実施している。小学生には計測の介助に入ってもらい、高齢者と触れあうことで高齢者の健康や自分の健康について知ってもらう機会にもなっている。

【地域づくり・仲間づくり】

■第一次計画の最終評価

評価については、全体的に「B：前回結果より改善」が多くなっています。

【健康づくりに取り組む自主活動団体数】

策定時には健康づくり団体として、食生活改善推進協議会、健康づくり推進協議会、健康づくり婦人会の３団体を現状値としてあげ、10年間で１団体ずつ増やしていくことを目標としておりましたが、平成29年の中間評価の際に主となる３団体を軸に全地区に自主的なグループができることを目標値に設定し、取り組んできました。策定時より団体数の増加は見られますが、目標値は達成できていない状況のため［B］評価としました。

【認知症サポーター養成数】

策定時から養成数の増加は年々ありますが、目標値は達成できていない状況のため、［B］評価としました。

【三世代ふれあい健診受診者数】

中間評価の時には193名と最も多くの参加があり、目標値に迫る受診者数となりましたが、コロナ禍となり、その後受診者数の減少がみられ、令和３年度は健診自体も中止となりました。策定時から受診者数の増加は見られていますが、目標値は達成できていない状況のため［D］評価としました。

■次期計画への反映

【現状課題、行動目標】

① 地域づくり・仲間づくりでは、コロナ禍となり、以前より地域活動の参加が約10%減少している状況が、健康に関する町民意識調査のアンケート結果より分かりました。新型コロナウイルス感染症流行に伴う地域活動への参加の減少は、ふれあいサロンや自主グループへの参加者数にもみられています。ただ、地域の中で、コロナ禍でも、こうすればできるという方法をこちらから提案することで、多くの地域でそれぞれが工夫し、サロンや体操を継続している現状もあります。

② 地域包括ケアシステムの拠点であるあったかふれあいセンターと情報共有を目的とする定例会を実施しており、誰もが地域で自分らしい生活を続けることができるような方法をともに考え、実践しています。
今後も、住み慣れた地域で生活できるような支援やサービスの充実に取り組んでいきます。

【評価指標】

① 第１次の計画では、３つの指標を挙げていましたが、地域づくり・仲間づくりの新たな評価指標として、「地区ふれあいサロンへの年間の延参加者数」を追加します。ふれあいサロンは、地域の自主的な活動として取り組みをすすめており、地域活動の減少が現状課題としてあがる中で、今後は現状を維持することを目標として目標値を設定しています。

② これまでに挙げていた「健康づくりに取り組む自主活動団体数」と「認知症サポーター養成数」については、第１次の目標値となるよう継続して取り組んでいきます。

③ 「三世代ふれあい健診受診者数」は策定時の人数が維持できるよう、目標値を見直し取り組んでいきます。

【具体的な取り組み】

第１次計画では、地域づくり・仲間づくりの健康課題に対して７つの目標を掲げ取り組みを進めてきましたが、「家族で気づかい合うことができる」については、他の目標内容と重複する内容であるため、今回から６つの目標内容に包含し、それぞれの目標に対して自助・共助・公助で取り組んでいきます。

【 第一次計画の最終評価 】

《総評》

健康寿命については、平成 21 年の計画当初と令和 2 年を比較すると、男性は 2.54 歳・女性は 1.39 歳延伸しましたが、高知県より男性は－0.52 歳、女性は－2.48 歳と下回っています。

「このまちでずっと暮らせる」を本計画の目標としており、目標達成に向けては、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間となる「健康寿命の延伸」が必要不可欠です。

次期計画でも、健康寿命の延伸を図るため、各種検診（健診）の受診率を向上させることで、病気の早期発見や生活習慣の改善につなげていくことが大切になります。

健康寿命の延伸への具体的な取り組みについては、以下のとおりで次期計画にも反映していきます。

① 特定健診受診者の 7 割近い方が糖尿病、5 割程度の方が高血圧への有所見となっており、国や県よりも高く、毎年各種検診（健診）を受診し、病気の早期発見や、生活習慣の改善につなげていくことにより、早期の予防が可能と考えます。
また、受診率向上に向け、各団体とうまく連携して取り組んでいく必要があります。

② 食事について、健康な身体を維持するにあたり、バランスのとれた食事や、朝食をしっかりとることが大切です。
特に働き盛り世代に課題があり、朝食欠食が 40～50 代が高く、「主食」「主菜」「副菜」がそろっていない割合は 20 代次いで 40 代が高くなっています。働き盛りの年代に食事の摂り方や、子どもがの早期に食事への関心を高めるため、食生活改善推進員と協力をしながら、食の大切さを伝達していきます。

③ 高齢になっても、歯の本数が多く残っている人は、身体的にも健康な状況を保てることから、ライフステージに応じたむし歯予防・歯周病予防が大切であり、幼少期から継続した取り組みが重要です。フッ素塗布、フッ素洗口、むし歯や歯周病の予防と早期発見、治療のため、成人歯科健診、後期高齢者歯科健診、定期的歯科健診の周知等継続して実施していきます。

④ 心の健康では、十分な休養が取れること、ストレスが解消できることが大切です。さらには心の健康は自殺対策にもつながるため、自分でストレスを解消すること、周囲が「気づける」「相談できる場所がある」ことが重要です。「ゲートキーパーの育成」や、「まある」等関係機関での支援、相談できる場所の周知を実施していきます。

⑤ 地域づくり仲間づくりについて、アンケート結果では地域活動の参加が約 10%減少しており、新型コロナウイルスの影響や地域の年齢構成の変化などが考えられます。感染予防をしながら実施する方法や、地域包括ケアシステムの拠点であるあったかふれあいセンターと情報共有を目的とする定例会を実施しており、誰もが地域で自分らしい生活を続けることができるような方法をともに考え、実践しています。

いずれの取り組みも、自助・共助・公助のそれぞれが必要な取り組みを進めることが必要不可欠

になります。個人の取り組みが最も重要ではありますが、地域や各種関係団体、行政がフォローしていくことも必要不可欠なため、それぞれが支えあいながら健康づくりに取り組める体制づくりを目指します。

Ⅲ　健康増進・食育推進の取り組み

Ⅰ．健康課題に対する目標

【健康課題】	【目標】
健康づくり 健康管理・運動 喫煙 飲酒	①健康管理を心がける ②運動をする習慣ができる ③こけない（転倒を予防する） ④健康に関する情報を得ることができる
栄養	①健康に気をつけた食事をとる
歯と口	①歯と口を大事にする
心の健康	①十分な休養がとれる ②困ったときに相談することができる ③ストレスが解消できる ④趣味の時間を過ごす
地域づくり 仲間づくり	①地域や家庭で力を発揮できる役割がある ②世代間や横のつながりがある ③地域で支えあい協力する ④気の合った仲間、地域で気楽に集まり話ができる ⑤安心して過ごせる場所がある ⑥自分の存在を認めてもらえる人や場所がある

２．健康課題と行動目標、評価指標、具体的な取り組み

黒潮町の特性を踏まえて、「現状課題」をまとめ「行動目標」を策定し、「行動目標」に対しての「具体的な取り組み」を記載しました。

「具体的な取り組み」の評価指標は、具体的な取り組みの中で「健康づくり」「栄養」「歯と口」「心の健康」「地域づくり・仲間づくり」の５つの健康課題ごとに記載しています。

【めざすまち】⇒　基本理念『このまちでずっと暮らせる』

◎健康寿命のこと

現状課題

・「健康寿命」は、計画当初の平成 21 年には男性 76.1 歳、女性 81.6 歳と比較し、令和元年では男性 78.64 歳、女性 82.22 歳と、男性は 2.54 歳、女性 1.39 歳健康寿命が延びている。
・高知県の健康寿命は男性 79.16 歳、女性 84.07 歳となっており、本町の健康寿命は県より低くなっている。
・健康寿命の延伸にあたり、健康増進や疾病予防の役割は大きくなっており、疾病の早期発見、適切な治療による疾病の重症化予防、さらには保健・医療・福祉・介護の必要性に応じて、これらの取り組みを切れ目なく、総合的な提供が課題となっている。

行動目標

みんながピチピチ元気なまち　(健康寿命の延伸)

◎地域の中で気にかけ助け合うこと

現状課題

・「となり近所のつきあい」について、「顔をあわせればあいさつをする」については平成 23 年 46%が令和 4 年には 39%と 7 ポイント減少がみられ、「顔が合えば立ち話をする」も 33.1%から 31%へ減少している。
・「地域活動に参加していない人の割合」について平成 23 年は 32.9%だったが、令和 4 年では 39%と「地域活動に参加していない割合」が 6.1 ポイント増えている。
・新型コロナウイルスの影響や年齢構成の変化などにより、近所との関係や、地域活動においても、地域のつながりが 10 年前と比較し希薄化している。

行動目標

地域が助け合い団結力があるまち

◎健康に関心を持ってもらうこと

現状課題

・「健康と思っている人の割合」について平成 16 年は 41.4%、令和 4 年では 40%となっており、やや減少している。
・生活習慣病の改善は健康寿命の延伸に寄与することが示されていることから、健康寿命の延伸のためには、無関心層や健診の機会の少ない層を含めた健康づくりを社会全体で推進する必要がある。無関心層も意識せずとも自然に健康になれるような、社会全体として個人の健康を支え、守る環境やまちづくりに努めていくことが必要となっている。

行動目標

心がときめきわくわくするまち（健康と思っている人の割合）

■めざすまちの評価指標

策定時		策定時		令和3年	目標値 （令和9年度）	評価方法
健康寿命	男性	76.1歳	平成21年	78.64歳 （令和元年）	平均寿命と健康寿命の差の短縮	高知県健康づくり支援システム
	女性	81.6歳		82.99歳 （令和元年）		
平均寿命	男性	77.58歳	平成21年	80.42歳 （令和元年）		
	女性	85.64歳		86.11歳 （令和元年）		
要介護等認定者数増加の抑制		916人	平成25年 （1月末）	864人	推計値より下回る 参考：令和7年　842人 令和12人　826人	黒潮町高齢者福祉計画・黒潮町介護保険事業計画
隣近所の人とどのような付き合い方をしているか		「顔をあわせればあいさつをする」46.0%「会えば立ち話をする」33.1%「仲良くお互いの家を行き来する」14.8%	平成23年	「顔が合えばあいさつをする」39%「顔が合えば立ち話をする」31%	現状維持	健康に関する町民意識調査
地域活動に参加していない方の割合		32.9%	平成23年	39%	20.0%	健康に関する町民意識調査
健康（「よい」「まあよい」）と思っている人の割合		41.40%	平成16年	健康（「非常に健康だ」「健康な方だ」）40%	50.0%	健康に関する町民意識調査

※次ページ以降に記載する「健康づくり」「栄養」「歯と口」「心の健康」「地域づくり・仲間づくり」の具体的な取り組みを行うことにより、評価指標の達成を目指します。

（１）健康づくり

現状課題

・周産期死亡率（出産 1,000 対）の推移は、経年的にみると 0%の年度や割合が高い年度もあり、ばらつきがみられている。
・低出生体重児出生率については、低下傾向にある。令和 3 年は 10.5%と目標値の 10%に近付いている。

【健康に関する町民意識調査より】

・子育てにストレスを感じる保護者が約 7 割いる。
子育てにストレスを感じる保護者（「ひんぱんにある」＋「ときどきある」）は 67%となっている。
・ストレスの原因として「子育てと仕事の両立」が 71%で最も多く、「接し方・遊び方」51%、「自身が体調を崩しているとき（疲労や病気等）」49%がつづいている

行動目標

妊娠期からのつながる支援が必要

現状課題

・1 歳 6 カ月児健診や 3 歳児健診では、高い受診率で推移しているが、同じ人が未受診になる傾向にあり、個別支援が必要となっている。
・乳児健診は、1 歳 6 カ月児健診や 3 歳児健診より低い傾向にある。里帰りなど、受診時に不在の時もあり、受診できなかった際の個別的な支援が必要である。
・予防接種については、年度により接種率が異なる。令和 3 年は 2 種混合が 54.5%と低く、BCG、小児肺炎球菌も低い傾向にある。

行動目標

乳幼児健診及び予防接種の普及啓発が必要

■健康づくりの評価指標

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和9年度）	評価方法
周産期死亡率		平成17年～平成21年平均	6.3	0	0	周産期死亡が0人	人口動態統計
低出生体重児出生率		平成22年	13.0%	6.7%	10.50%	10.0%	人口動態統計
乳幼児健診受診率	乳児健診	平成23年	72.5%	91.0%	82.3%	95.0%以上	業務報告
	1歳6か月児健診		88.5%	90.9%	101.8%		
	3歳児健診		89.7%	94.6%	100.0%		
予防接種率	BCG	平成23年	83.3%	92.9%	70.7%	95.0%以上	業務報告
	四種混合1回目			84.8%	87.1%		
	四種混合2回目			87.0%	89.7%		
	四種混合3回目			91.3%	76.9%		
	四種混合追加			130.4%	100.0%		
	二種混合		67.7%	57.1%	54.5%		
	MR1期		90.5%	89.3%	92.5%		
	MR2期		93.9%	98.1%	77.6%		
	Hib1回目			95.6%	85.4%		
	Hib2回目			88.9%	80.5%		
	Hib3回目			91.1%	75.6%		
	Hib追加			111.1%	90.2%		
	小児肺炎球菌1回目			93.3%	78.0%		
	小児肺炎球菌2回目			84.4%	75.6%		
	小児肺炎球菌3回目			93.3%	78.0%		
	小児肺炎球菌追加			108.9%	85.4%		
	B型肝炎1回目			93.3%	87.8%		
	B型肝炎2回目			86.7%	82.9%		
	B型肝炎3回目			77.8%	65.9%		
	水痘1回目			106.4%	97.3%		
	水痘2回目			95.7%	86.5%		

健康づくり　①健康管理を心がける

【取り組み】

妊娠期からの切れ目のない支援

乳幼児健診及び予防接種の普及啓発が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・妊娠期から仲間づくりをする	個人
	・子育て支援センター、あったかふれあいセンター、愛育相談（育児相談）等を利用する	個人
	・乳幼児健診を受ける	個人
	・定期の予防接種を受ける	個人
共助	・地域みんなで子育てに関わる	地域
	・お互い誘い合い集まりに参加する	地域
公助	・健診の啓発をする	健康福祉課、地域住民課 保育所、学校、教育委員会
	・健診、予防接種が受けやすい体制づくりをする	健康福祉課、地域住民課 保育所、学校、教育委員会
	・子育てに関する情報提供をする	健康福祉課、地域住民課 保育所、学校、教育委員会
	・子どもの発達段階や成長に応じた支援を行う	健康福祉課、地域住民課 保育所、学校、教育委員会

現状課題

・特定健診受診者では、男性は糖尿病 65.9%、高血圧 54.8%、女性は糖尿病 68.9%、高血圧 48.1%で有所見が高くなっており、国及び県と比べても高い。
・特定健診の受診率については令和 3 年度は 44.2%となっており、計画開始時と比較すると高くなっているが、若い世代、特に 40 代の受診率は 20%台で伸び悩んでいる。年齢が上がるにつれて受診率が高くなっている。
・後期高齢者健診の受診率は、令和 3 年度は 14.98%で全体の約 15%に留まっている。
・新型コロナウイルス感染症発生前に比べ活動自粛していることもあり、各団体への協力依頼が十分できていないため、各団体の健康づくり活動の場が少なくなっている。
・受診勧奨の協力団体数を増やすのではなく、既存団体と連携して取り組みを充実させることが必要。

行動目標

健診受診率向上対策が必要
各種検診を受けやすい体制づくりが必要

現状課題

・特定健診受診者のうち、糖尿病治療中でコントロール不良者の割合は、男性 17.2%、女性 8.3%となっている。
・特定健診受診者のうち、生活習慣病治療中でコントロール不良者が 62%と高くなっている。
・糖尿病治療中でコントロール不良者へ事業（※糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅡ）参加のアプローチをするが、参加希望する方は少ないが 17.3%と少なくなっている。（4 人/23 人）
・特定健診有所見者率は、血糖高値が最も多く 67.6%、次いで収縮期血圧高値 50.9%、※ＬＤＬ高値 45.9%となっている。
・特定健診受診者のうち、非肥満型の血糖高値の割合が 15.4%で、国、県、同規模市町村に比べ高い。
・後期高齢者健診受診者のうち、腎機能有所見割合は 14.2%で、県に比べ高い。特に女性は 14.6%

行動目標

糖尿病予防・悪化防止対策が必要

※糖尿病性腎症重症化予防プログラムⅡ・・・糖尿病で通院する者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者に対して、医療機関と連携して、保健師が半年間の保健指導を実施している。

※ＬＤＬ・・・悪玉コレステロールのことで、増えすぎると動脈硬化の原因となり、少なすぎると脳出血の原因になる。

現状課題

・特定健診における※メタボリックシンドローム該当者割合は、国、県、同規模市町村に比べると低いが受診者全体の約 20%となっている。※メタボリックシンドローム予備軍は全体の 9.5%。
・特定保健指導該当者のうち、事業参加者の割合が 26.4%で、県、同規模市町村に比べ低い。不参加理由として、「仕事が忙しい」「時間が取れない」などが多い。
【健康に関する町民健康意識調査より】
・特定健診結果で保健指導や医療受診対象者のうち 28%の方は、保健指導の利用や医療機関受診をしていない。

行動目標

若い世代からの生活習慣病予防が重要

※メタボリックシンドローム該当者・・・内臓脂肪型肥満に加えて、高血圧、高血糖、脂質異常の２つ以上が当てはまる状態。
※メタボリックシンドローム予備軍・・・内臓脂肪型肥満に加えて、高血圧、高血糖、脂質異常の１つが当てはまる状態。

現状課題

飲酒

・特定健診結果の令和３年では男性（日本酒２合以上）は 37.3%、女性（日本酒１合以上）12.5%となっており、目標値の男性 19%、女性 4.3%に達していない。

・がん、高血圧、脳出血、脂質異常症に関連する多くの健康問題のリスクは、１日平均飲酒量が増えるにつれ上昇することが示されており、今後も飲酒に伴う健康への影響を周知していく必要がある。

【健康に関する町民意識調査より】

・お酒を飲む方は 44%で、うち７日が 50%と毎日飲む方が半数を占めている。

・「１合以上２合未満」が 38%と最も多く、「2 合以上３合未満」が 14%となっている。

喫煙

・特定健診結果では、男性女性の喫煙率は横ばい傾向で、令和３年男性では 24.9%、女性では 6.5%となっている。

・目標値では男性が 10%未満、女性が２%未満としており、目標を達成できるよう、特定健診の場等でも指導が必要となっている。

・妊婦の喫煙は、計画策定時より改善しているが０%になっておらず、胎児に与える影響について母子手帳配布の際等に周知する必要がある。

【健康に関する町民意識調査より】

・タバコを吸う割合は 9%となっており、喫煙者の 35%が 20～24 本／日と最も多くなっている。

・タバコをやめたいと思う方は 43%となっている。

・家の中で喫煙する場所が別れていない方は 26%となっている。

・過去１カ月の受動喫煙がある方は 10%となっている。

行動目標

適正飲酒や喫煙への取り組みが必要

現状課題

特定健診結果

・運動習慣がある人の割合は、令和３年度は 47.7%で、目標値の 60%には達していないが、増加傾向にある。

・令和３年度特定健診結果では、「１回 30 分以上の運動習慣あり」本町 47.5%、国 39.4%、県 41.6%、同規模市町村 35.6%となっている。「１日１時間以上運動あり」が本町 66.5%、国 51.6%、県 56.5%、同規模市町村 51.9%となっており、国・県・同規模市町村と比較すると、本町では運動をしている割合は高くなっているが、継続して運動ができる環境づくりが必要となっている。

・特定健康診査における、健診結果や質問票を活用して、身体活動や運動に関する支援の継続が必要となっている。筋・骨格の疾患も多いため、病気に至るまでに筋力をつけるなどの普及の運動の周知が必要となっている。

医療費分析

・疾病別医療費分析（生活習慣病）で、男性の入院費は精神に次いで筋・骨格が多くなっており、女性の入院費でもがん・精神に次いで筋・骨格が多い。外来では男性ががんに次いで筋・骨格となっており、女性が筋・骨格が１位となっている。

【健康に関する町民意識調査より】

・運動不足と感じる人が 31%となっている。

・「日ごろから運動している人」は 70 代（58%）が最も多く、20 代（29%）が最も少なくなっている。

・外出について、コロナ渦では「週５日以上」は９ポイント減少している。

・日常生活動作 30 分未満（3,000 歩未満）が６ポイント増えるなど運動活動量の低下がある。

行動目標

自分にあった運動習慣が必要

現状課題

・高齢者の質問票（後期高齢者健診）で「この１年間に転んだことがありますか」に該当する割合が 12%で、国、県、同規模市町村に比べ割合が低くなっている。
・高齢者の質問票（後期高齢者健診）で「以前に比べ、歩く速度が遅くなってきたと思いますか」が 51.2%で、国、県、同規模市町村に比べ割合が低くなっている。
・三世代ふれあい健診の参加者のうち、中等度虚弱に該当する方は 14.8%（11 人）、重度虚弱に該当する方は 9.5%で、両方を合わせると 24.3%となっている。
・後期高齢者のうち介護認定なしの方の有病状況を見ると、運動機能（関節症 36%、脊椎障がい 30.2%、骨粗鬆症 27.1%）の割合が高くなっている。
・後期高齢者の介護認定者ありの方の有病状況を見ると、運動機能（骨粗鬆症 39.7%、関節症 33.6%、骨折 28.7%、脊椎障がい 27.8%）の有病率が高い。
・後期高齢者健診での「高齢者の質問票」結果を見ると、身体機能に低下を感じている人が 71.1%と、全体の７割を占めている。
・令和３年度の元気な 90 歳表彰者（介護保険認定なしで入院・入所は除く）は、90 歳の 89 人中 40 人が対象者で、全体の 44.9%となっている。

【高齢者の生活に関するアンケート調査（令和元年度）の結果より】

・「普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか」に対して、「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」9.4%、「現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）」6.9%となっており、「介護・介助が必要になった主な原因は何ですか」に対して、「高齢による衰弱」が 21.9%と最も多く、次いで「骨折・転倒」が 16.6%、「関節の病気（リウマチ等）」が 13.5%となっている。
・同アンケート調査にて、「外出を控えていますか」の問いに対して、「はい」が 23.7%で、特に女性の後期高齢者は 40.1%と最も多く、理由としては「足腰などの痛み」が 54.7%で最も多い。
・「転倒に対する不安は大きいですか」の問いに対して、「やや不安である」が 33.8%で最も多い。

行動目標

転倒予防や脳卒中予防など介護予防が必要
虚弱高齢者の重症化予防が必要

現状課題

・毎月、町広報誌の「健康知恵袋」で、健康に関する情報発信をしている。
・LINE 等を活用し、健康に関する情報の周知啓発を実施。
・IWKTV で運動に関する動画発信（ロコクロ体操、筋力向上体操など）をしている。
・本町の健康課題に対する改善の情報提供が必要。

行動目標

正しい情報の提供、発信が必要

■健康づくりの評価指標

指標		策定時		平成29年度	令和3年度	目標値（令和9年度）	評価方法
特定健診受診率		平成23年	38.0%	43.7%	44.2%	60%以上	国が定める目標値
糖尿病治療中のコントロール不良者の割合		平成22年	男性 25.0% 女性 19.7%	男性 10.3% 女性 6.6%	男性 17.2% 女性 8.3%	男性15%以下 女性7%以下	特定健診実施の結果、糖尿病治療中でHbA1c7.4以上の割合
メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合	予備群	平成23年	10.2%	8.5%	9.4%	7.7%以下	KDB(地域の健康課題より)
	該当者		19.1%	18.9%	19.6%	14.3%以下	
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合	男性（日本酒2合以上）	平成23年	22.3%	30.3%	37.3%	19%以下	特定健診実施結果
	女性（日本酒1合以上）		5.0%	9.3%	12.5%	4.3%以下	
喫煙率	妊婦	平成23年	4.1%	0.0%	0.02%	0.0%	妊婦アンケート
	成人男性	平成23年	11.4%	24.8%	24.9%	10.0%以下	特定健診実施結果
	成人女性		2.0%	4.6%	6.5%	2.0%以下	
運動習慣がある人の割合		平成23年	51.2%	41.7%	47.7%	60.0%以上	特定健診実施結果
受診勧奨実施に取り組む団体数		平成24年	2団体	2団体	2団体	2団体	業務報告
がん検診受診率	肺がん	平成23年	48.8%	28.0%	29.8%	50%以上	地域保健報告(データヘルス計画個別事業評価から引用)女性特有のがん検診推進事業については、実績から
	胃がん		9.7%	6.9%	5.6%	40%以上	
	大腸がん		17.7%	16.3%	20.4%		
	子宮がん		16.5%	14.5%	13.2%	50%以上	
	子宮がん（女性特有のがん検診推進事業）		24.2%	6.3%	10.0%		
	乳がん		25.7%	18.3%	14.2%		
	乳がん（女性特有のがん検診推進事業）		35.4%	23.8%	5.3%		
転倒リスクのある人の割合		平成23年	28.3%	34.8%	30.8%（令和元年）	25.0%以下	日常生活圏域ニーズ調査

健康づくり　①健康管理を心がける

【取り組み】

受診率向上対策が必要

各種健診を受けやすい体制づくりが必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・定期的に健診や人間ドックを受ける	個人、家庭
	・健診結果を正しく理解し、行動する	個人、家庭
	・隣近所、家族間で健診受診の声をかけ合う	個人、家庭
	・がん、生活習慣病予防に必要な知識を得る	個人、家庭
	・健診の重要性について理解する	個人、家庭
共助	・健診受診の声をかけ合う	地域、職場
	・特定健診やがん検診の普及啓発を行う （健診ベスト着用、チラシ・ティッシュの配布など）	健康づくり推進委員、健康づくり婦人会、商工会、消防団、PTA、農業委員会、老人クラブ
公助	・健診の受診勧奨を行う	健康福祉課、地域住民課、学校、住民課
	・健診の未受診者対策を実施する	健康福祉課、地域住民課、住民課
	・ホームページや IWKTV 等を活用して、健診の周知啓発を行う	健康福祉課、地域住民課
	・受診しやすい健診体制を整える	健康福祉課、地域住民課、住民課、拳ノ川診療所
	・健診結果を正しく理解できるような情報提供を行う	健康福祉課、地域住民課、住民課、教育委員会、拳ノ川診療所

【取り組み】

若い世代からの生活習慣病予防が重要

糖尿病予防・悪化防止対策が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・健康づくりに関心をもつ	個人、家庭
	・生活リズムを整える	個人、家庭
	・定期的に健診や人間ドックを受ける	個人、家庭
	・健診結果を正しく理解する	個人、家庭
	・家族の健康に関心をもつ	個人、家庭
	・必要時に適切な治療（医療）を受ける	個人、家庭
	・体重を測り、適正体重を維持する	個人、家庭
	・質のよい睡眠を心がける	個人、家庭
	・健康に心がけた行動をとる	個人、家庭
共助	・地域や職場で運動などの体づくりに取り組む	地域、職場
	・近所で誘い合ってスポーツイベント等に参加する	地域、職場
	・自分でできる方法を一緒に考える	地域、職場、住民団体、健康づくり推進委員、健康づくり婦人会、食生活改善推進員
	・健診受診の声をかけ合う	地域、職場
公助	・生活習慣を見直すきっかけをつくる	健康福祉課、地域住民課、保育所、学校、住民課
	・他機関と協働して住民の健康づくりに取り組む	地域住民課、健康福祉課、住民課
	・要精密検査の未受診者対策を実施する	健康福祉課、地域住民課
	・いろんな場を活用して、健康教育を実施する	健康福祉課、地域住民課
	・生活習慣病やメタボリックシンドローム、ロコモティブシンドローム等の予防方法を周知する	健康福祉課、地域住民課

【取り組み】

適正飲酒への取り組みが必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・多量飲酒による身体への影響を知る	個人、家庭
	・自分の体質や節度ある適切な飲酒量を知り、適量を守る	個人、家庭
	・未成年者は飲酒をしない、未成年者にお酒をすすめない	個人、家庭
	・妊娠中や授乳中は飲酒をしない	個人、家庭
	・休肝日をつくる	個人、家庭
共助	・過度な飲酒による身体への影響などについて情報提供を行う	地域
	・未成年者や妊産婦への飲酒防止を周知・徹底する	地域
	・飲酒について一緒に考える	地域
公助	・多量飲酒が健康に及ぼす影響についての知識の普及啓発を行う	健康福祉課、地域住民課
	・未成年者や妊産婦の飲酒の害について啓発を行う	健康福祉課、地域住民課、教育委員会
	・節度ある適度な飲酒量の知識の普及啓発を行う	健康福祉課、地域住民課
	・お酒やアルコールに関する相談支援を行う	健康福祉課、地域住民課

【取り組み】

喫煙への取り組みが必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・喫煙が身体に及ぼす影響について理解し、禁煙に取り組む	個人、家族
	・未成年者は喫煙をしない	個人、家族
	・喫煙による周囲の人への健康の影響を理解する	個人、家族
	・妊娠中喫煙をしない	個人、家族
共助	・喫煙による身体への影響などについて情報提供を行う	地域、職場
	・未成年者や妊産婦への喫煙防止を周知・徹底する	地域
公助	・多量飲酒が健康に及ぼす影響についての知識の普及啓発を行う	健康福祉課、地域住民課
	・禁煙を希望する人が適切な保健指導を受けられるように支援する	健康福祉課、地域住民課、教育委員会
	・学校での禁煙防止教育を推進する	健康福祉課、地域住民課、学校、教育委員会
	・未成年者や妊産婦等への禁煙防止を周知啓発する	健康福祉課、地域住民課、教育委員会

健康づくり　②運動をする習慣ができる

【取り組み】

自分に合った運動習慣が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・運動について関心を持つ	個人
	・自分に合った運動をみつける	個人
	・運動に関するイベントに積極的に参加する	個人
	・自分の生活スタイルに合った運動を続ける（ウォーキング、ジョギング、グランドゴルフ、民謡、ストレッチ等）	個人
	・集会所等で行っている運動教室に参加する	個人
共助	・お互い誘い合い参加する	地域
	・ウォーキングや健康体操等の自主活動グループを増やす	地域、自主活動グループ
	・IWKTV などを活用して体操を普及する	地域
	・運動しやすい環境を整える	地域、自主活動グループ
	・地域で運動に関するイベントを開催する	地域
公助	・IWKTV などを活用して運動に関する情報を提供する	健康福祉課、地域住民課
	・歩きたくなるようなウォーキングコースを整備し、情報を町内外に発信する	健康福祉課、地域住民課
	・運動しやすい環境を整える	行政全体
	・生涯スポーツを推進する	教育委員会
	・運動をする楽しみを教える	学校

健康づくり　③こけない（転倒を予防する）

【取り組み】

転倒予防や脳卒中予防など介護予防が必要

虚弱高齢者の重度化予防が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・介護予防について関心を持つ	個人、家庭
	・自分の身体の状態を知る（三世代ふれあい健診等）	個人、家庭
	・こけないための体力づくりや環境整備を行う	個人、家庭
	・介護予防の取り組みに参加する	個人、家庭
	・自分に合った運動を実施する	個人、家庭
共助	・介護予防の取り組みに誘い合って参加する	地域
	・健康づくり推進委員が主体となって、健康づくりに取り組む	健康づくり推進委員
	・体力維持のための体操を各地区で実施する	地域
公助	・介護予防対策について関係者間で情報共有の場をもつ（地域ケア会議等）	健康福祉課、地域住民課
	・運動の効果や個人に見合った運動について情報提供する	健康福祉課、地域住民課
	・三世代ふれあい健診を実施する	健康福祉課、地域住民課
	・介護予防について情報提供する	健康福祉課、地域住民課
	・高齢者が生活しやすい環境を整備する	健康福祉課、地域住民課
	・理学療法士など、専門職の協力を得て介護予防事業を実施する	健康福祉課、地域住民課

健康づくり　④健康に関する情報を得ることができる

【取り組み】

正しい情報の提供、発信が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・健康に関する情報に関心をもつ	個人
	・健康に関する講習会に参加する	個人
	・病気の予防法を知る	個人
共助	・健康に関する知識を普及啓発する	健康づくり推進委員、 食生活改善推進員、 健康づくり婦人会
	・健康に関する学習会等で学び合う	健康づくり推進委員、 食生活改善推進員、 健康づくり婦人会
	・IWKTV やパンフレット等を活用する	健康づくり推進委員、 食生活改善推進員、 健康づくり婦人会
公助	・健康に関する情報を得られる場を提供する	健康福祉課、地域住民課
	・妊娠、出産、子育てに関する情報提供を行う	健康福祉課、地域住民課
	・同じ悩みを持つ人が集い、交流や情報交換を行う場を提供する	健康福祉課、地域住民課
	・ホームページや IWKTV 等を活用する	健康福祉課、地域住民課
	・各ライフステージに応じた必要な情報を発信する	健康福祉課、地域住民課

（2）栄養（食育推進）

現状課題

・特定健診受診者では、男性は糖尿病 65.9%、高血圧 54.8%、尿酸 17.6%、女性は糖尿病 68.9%、高血圧 48.1%、eGFR（腎機能）26.8%で有所見になっており、これは国及び県と比べても高い。
・「毎日間食の習慣がある方」の割合は 25%で、国及び県より高い。特に男女とも 45 歳～54 歳の割合は有意に高い。
・朝食欠食割合は、男女とも 45～49 歳で国及び県より高い。
・町民健康意識調査で、1 日に 2 食以上、「主食」「主菜」「副菜」がそろってない方が 37%おり、年代別でみると 20 歳代が最も低く、次いで 40～50 歳代の働き盛りの年代が低くなっている。
・働き盛りの年代に食事のとり方の課題があるため、生活習慣病発症の可能性が高くなる。

行動目標

生活習慣病発症予防のための周知・啓発が必要

現状課題

・幡多地域食生活調査(2021)で「毎日朝食を食べる小中学生」は、小学５年生 87.3%、中学２年生 86.2%で、高知県食育推進計画の目標値より低くなっている。

【健康に関する町民意識調査より】

・「毎日朝食を食べない人」の割合は、40 歳代が最も高く、次いで 30 歳代と 50 歳代が高くなっている。

・小中学生のうち、「おなかがすいていない」や、「食べるより寝たい」という理由で、朝食を毎日食べない児童が８％いる。

・子育て世代の朝食欠食率が、全年代と比較して高いため、親が食べないことが子どもの欠食につながっている可能性がある。

・一人で食事をすることがある(こ食)児童は、朝食では 28%、夕食では 12%である。

・「こ食」は、栄養バランスがとりにくく、食嗜好が偏りやすいため、肥満や生活習慣病の発症リスクを高めたり、社会性や協調性・食事のマナーが身につきにくい等、食に関する課題を増加させる要因となる。

・「食育」の意味を知らない児童が 60%いる。

・「食育」への関心は、女性の方が高く、年代別では、20 歳代が最も低く、30 歳代が他の年代より高くなっている。

・食育の中でも関心のある項目は、「子どもの心身の健全な発育」に関するものが有意に高い。

・地産地消について、小中学生のアンケート調査では、「言葉も意味も知っている」が 84%である。

行動目標

子どもの頃からの望ましい食習慣の定着と食育の推進が必要

現状課題

【健康に関する町民意識調査より】

・食生活について問題があると思っている人が 40%いる。

・未就学児の保護者は食に関する情報をインターネット・SNS から得ている人が多い。

・週に 1 回以上中食の利用をする人は 58%、外食の利用をする人は 7%おり、中食や外食の利用頻度が多くなることで、塩分や総エネルギー量の過多等が生じている可能性がある。

・「地産地消という言葉や意味を知っていますか」について、一般用調査では、「言葉も意味も知っている」が 87%、未就学の子どものいる世帯用調査では、93%となっており、特に子育て世代の保護者は、子どもの成長や発育に関係することでもあり、関心が高い。

行動目標

食生活改善推進協議会や関係機関と連携した食の理解と食文化の継承の推進

現状課題

・後期高齢者健診受診者のうち BMI20 以下の有所見者割合が 20.4%で、県より高い。男女別でみると男性 16.9%、女性 22.9%で、男性は県より約 3 ポイント高い。

・後期高齢者の質問票調査で、6 か月で 2～3 kg以上の体重減少があった方は、男女合計 9.5%で、女性は 11.7%となっており国や県より割合が高い。

・高齢期の特徴(咀嚼力の低下・消化や吸収能力の低下など)から食事摂取量が低下し、そのため必要な栄養が摂れず、体重が減少している可能性がある。

・70～90 歳代で 1 日 2 食以上「主食」「主菜」「副菜」がそろってない方が、約 20%おり、食事内容に偏りが生じている可能性がある。

行動目標

高齢期の特徴を踏まえた食育推進と低栄養予防

■栄養の評価指標

指標		策定時		令和3年度	目標値（令和9年度）	評価方法
適正体重を維持している町民の割合（BMI25 以上の減少）	男性	平成 23 年	7.4%	32.6%	30%以下	KDB（健診有所見者状況）
	女性		5.5%	20.2%	20%以下	
朝食をほぼ毎日食べている人の割合	男性	平成 23 年	95.3%（男女合計）	92.1%	95%以上	KDB（質問票調査の状況）
	女性			95.5%	98%以上	
毎日間食をしない人の割合	男性			82.9%	85%以上	KDB（質問票調査の状況）
	女性			68.6%	70%以上	
毎日朝食を食べる小中学生の割合	小学5年生	平成 24 年	94.0%	87.3%	95%以上	幡多地域食生活調査（給食センター）
	中学2年生		95.0%	86.2%	90%以上	
食生活改善推進協議会による小中学校向け食育講座の実施割合				40.0%	50%以上	食生活改善推進協議会総会資料
「おしえて食改さん」の番組内で紹介したメニューのHP掲載回数				未実施	12 回以上（月 1 回以上）	食生活改善推進協議会総会資料
食生活改善推進委員が実施する研修会への参加人数		平成 24 年	350 人	155 人	350 人/年以上（延）	食生活改善推進協議会総会資料
後期高齢者の低栄養傾向の割合（BMI20 以下）	男性	平成 23 年	11.3%	16.9%	16%以下	KDB（健診有所見者状況）
	女性			22.9%	20%以下	

栄養　①健康に気をつけた食事をとる

【取り組み】

生活習慣病発症予防のための周知・啓発が必要

子どもの頃からの望ましい食習慣の定着と食育の推進が必要

食生活改善推進協議会や関係機関と連携した食の理解と食文化の継承の推進が必要

高齢期の特徴を踏まえた食育推進と低栄養予防が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・主食、主菜、副菜がそろった食事をとる	個人、家庭
	・「早ね早おき朝ごはん」で、生活リズムを整える	個人、家庭
	・朝食を毎日食べる	個人、家庭
	・間食のとり方に気をつける	個人、家庭
	・自分の※BMI や適性体重を正しく理解する	個人
	・中食や外食を上手に組み合わせて利用する	個人、家庭
	・家族や仲間で楽しく食事をとる	個人、家庭
	・地域のサロン等に参加し、共食の機会を増やす	個人
	・地元の食材を積極的に選ぶ	個人、家庭
	・「食」を通したボランティア活動へ参加する	個人、家庭
	・食生活に関心をもつ	個人
	・郷土料理を知る	個人、家庭
共助	・生活習慣病予防のための食生活をアドバイスする	食生活改善推進員
	・小・中学校向け食育講座を実施する	食生活改善推進員
	・※一皿運動を実施する	食生活改善推進員
	・食生活改善推進員の活動を PR する	食生活改善推進員
	・伝達講習を実施する	食生活改善推進員
	・仲間や地域のみんなと一緒に食事をする機会をつくる	地域
	・地域の飲食店等で地元の食材を用いた食事を提供する	地域
	・低栄養の予防及び改善について啓発活動を行う	食生活改善推進員
	・量販店等での食育イベントの協働開催する	地域、食生活改善推進員
	・食について学び合う	地域

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
公助	・健康に気をつけた食事について情報提供や啓発を行う	健康福祉課、地域住民課
	・広報や IWKTV 等を活用し食の大切さを啓発、情報提供する	健康福祉課、地域住民課
	・町ホームページに野菜がとれるレシピ等を掲載する	健康福祉課、地域住民課
	・食生活改善推進員を育成し、地域での活動を支援する	健康福祉課、地域住民課
	・小・中学校で食育指導計画に基づいた「食育」普及啓発を行う	教育委員会、学校
	・地域のサロンやあったかふれあいセンター等、楽しく食事ができる場を整備する	健康福祉課、地域住民課
	・福祉保健所等と連携しながら「食育」普及啓発を行う	健康福祉課、地域住民課、保健所
	・高齢者の低栄養予防を目的とした教室を実施する	健康福祉課、地域住民課、住民課
	・各ライフステージに応じた望ましい食習慣の周知・啓発を行う	健康福祉課、地域住民課、学校、保育所

※（ＢＭＩ：Ｂｏｄｙ　Ｍａｓｓ　Ｉｎｄｅｘ
体重と身長から算出する肥満度を表す体格指数
計算式：ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)^2
判定値：18.5 未満 - 低体重
18.5 以上 25 未満 - 普通体重
25 以上 - 肥満）

※一皿運動：食生活改善推進員が研修で学んだ料理を近所にふるまう活動

（3）歯と口

現状課題

(1)むし歯予防

・1 歳 6 ヶ月健診では一人平均むし歯数は平成 30 年度以降、0 本となっている。
・3 歳児健診（R3）では有病者率が 19.12%、一人平均むし歯数が 0.85 本と年々増加し、県平均より高くなっている。
・5 歳児（R2）では有病率が 42.9%、一人平均むし歯数が 1.65 本と幡多管内の平均よりは低くなっているが、県平均よりは高くなっている。
・12 歳の一人平均むし歯数（R2）は 1.11 本と年々減少傾向となっているが罹患率でみると幡多管内や県よりも高くなっている。
・小学 1 年生から中学 3 年生では歯肉炎保有率が中学 1 年生から急増している。
・フッ素洗口事業：全保育所（4 ヵ所）、全小学校（8 ヵ所）で実施。中学校についても令和 3 年 10 月より、全中学校（2 ヵ所）で開始。

（2）歯周病予防

・令和 3 年度から開始した成人歯科検診（20～40 歳まで 5 歳刻みで受診券送付）の受診率は 5.14%となっており、幡多管内で実施している 6 市町村の平均（4.66%）より高くなっている。
・妊婦歯科検診受診率は令和元年 16.4%、令和 2 年 30.7%と低値であったが、令和 3 年は 48.8%と受診率の増加がみられる。
・特定健康診査結果より、定期的に歯科受診をする割合は 52.2%と増加傾向にあり、幡多管内・県より受診率は高くなっている。
・歯間部清掃用具の使用率は 56.8%と年々増加しており、県より低いが幡多管内よりは高くなっている
・「出血する人」の割合は 17.9%と幡多管内・県より低くなっている
・「かみあわせに問題ない」の割合は 40～74 歳のうち各年代とも幡多管内、県よりも高くなっている

（３）高齢者・要介護者への対策

・歯科教室：地区ふれあいサロンで歯科衛生士による啓発目的の集団教育、歯科教室を実施
・かみかみ百歳体操：地域のボランティア主体で行われているげんき体操実施地区でかみかみ百歳体操を実施(大方地域 34 地区中 14 地区実施・佐賀地域 27 地域中 0 地区)
・いきいき☆ロコクロ倶楽部において、かみかみ百歳体操を週 1 回（3 ヵ月間）実施
・C 型で歯科衛生士による口腔機能測定の実施・評価、歯科保健指導の実施。
・いきいき☆ロコクロ倶楽部にて健口くんを使用した口腔機能測定（オーラルディアドコキネシス）を実施（令和 2 年度より）。
・後期高齢者健診（R2）において「半年前に比べて固いものが食べにくくなった者」の割合は 25.2%と県よりも高くなっている。
・後期高齢者健診（R2）において「お茶、汁物でむせることがある者の割合」は 19.7%と県よりも高くなっている。

行動目標

各世代を通したむし歯・歯周病対策が必要

■歯と口の評価指標

指標		策定時		平成 29 年度	令和3年度	目標値 (令和 9 年度)	評価方法
むし歯のない 3 歳児の割合		平成 23 年	36.9% (むし歯有)	11.32% (むし歯有)	22.8% (むし歯有) 77.2% (むし歯無)	92%以上	3 歳児 健診結果
12 歳児(永久歯)の一人平均むし歯数		平成 22 年	2.6 本	1.82 本	1.11 本 (令和 2 年)	0.5 本以下	学校歯科 保健調査
フッ化物を利用している者の割合		平成 23 年	73.0%	79.6%	98.0%	100%	3 歳児健診 アンケート
歯科検診を受診する割合		平成 23 年	18.0%	44.3%	52.1%	70%以上	特定健診 実施結果
フッ素洗口実施機関数	保育所	平成 24 年	4か所	全保育所	全保育所	全保育所	業務報告
	小学校		2校	全小学校	全小学校	全小学校	
半年前に比べて固いものが食べにくくなった者の割合					32.3%	15%以下	後期高齢者 健診
お茶、汁物でむせることがある者の割合					18.25%	15%以下	後期高齢者 健診
かみかみ百歳体操の実施地区数		平成 23 年	8 地区	14 地区	15 地区	実施地区数の増加	介護保険 実施計画

歯と口　①歯と口を大事にする

【取り組み】

各世代を通じたむし歯・歯周病予防が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・歯磨きの習慣をつける	個人、家庭
	・※フッ化物を利用し、むし歯を予防する	個人、家庭
	・定期的に歯科検診を受ける	個人、家庭
	・むし歯の早期発見・早期治療をする	個人、家庭
	・よく噛んで食べる（消化吸収に良く、高齢者の誤嚥防止になります）	個人、家庭
	・週１回以上※かみかみ百歳体操をする	個人、家庭
共助	・かみかみ百歳体操を実施する	健康づくり推進委員、 健康づくり婦人会
	・歯と口の健康に関する知識を普及する	健康づくり推進委員、 健康づくり婦人会、 食生活改善推進員
公助	・保育所や学校でフッ素洗口事業を実施する	健康福祉課、地域住民課、 保育所、学校、教育委員会
	・乳幼児健診でむし歯予防の周知を行う（フッ化物の利用、フッ素塗布、歯科検診、歯科指導）	健康福祉課、地域住民課
	・むし歯予防のために歯磨きや食習慣などの大切さを知り、基本的な生活習慣を身につけるためむし歯予防教室を実施する	健康福祉課、地域住民課、 保育所、学校
	・むし歯を早期発見し治療を勧める（歯科検診、歯磨き指導、ほけん便り）	健康福祉課、地域住民課、 保育所、学校、教育委員会
	・歯科検診（妊婦歯科健診、成人歯科健診、後期高齢者歯科健診）を実施する	健康福祉課、地域住民課
	・歯科保健関係者連絡会議を実施する	健康福祉課、地域住民課、 保育所、学校、教育委員会、 保健所、歯科医
	・かみかみ百歳体操を普及する	健康福祉課、地域住民課
	・歯と口の健康に関する情報提供をする	健康福祉課、地域住民課

※かみかみ百歳体操：口腔機能向上を目的とした口腔体操

※フッ化物：歯の質を強くするため、むし歯の予防効果があります。フッ化ナトリウム（NaF）が使われている。

（４）心の健康

現状課題

【いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル 2022 年更新版」より】
・年間自殺者数の平均は約２人、自殺死亡率は高知県の平均より高い。
・70 歳代男性の自殺が多い。
・自殺者の約８割に同居人がいた。
【健康に関する町民意識調査より】
・困った時や心配なことがある時に相談するのは身近な人が多い。
・地域や職場でメンタルヘルスについて学んだことがない人が約７割いる。

行動目標

自殺予防が必要
⇒自殺予防対策（黒潮町自殺対策計画）へ

現状課題

【特定健診結果】
・睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人の割合は、23.3%（R3）である。
【健康に関する町民意識調査より】
・１日の睡眠時間の平均は「6 時間ぐらい」が 32%と最も多いが、朝目が覚めた時に疲労感が残っていると感じる人が 38%いる。
・子どもの１日の睡眠時間は「8 時間くらい」が 41%と最も多いが、朝起きた時すっきり目が覚めていない子が 59%いる。

行動目標

睡眠等による十分な休養が必要

現状課題

【健康に関する町民意識調査より】

・ストレスを感じる人（「おおいに感じる」＋「多少感じる」）は 59%である。

・年代別ではストレスを感じる人（「おおいに感じる」＋「多少感じる」）は 30 代（82%）が最も多く、40 代（78%）、50 代（73%）といる。

・ストレスの具体的な内容は「自分の健康・病気に関すること」が 36%で最も多い。

・ストレス解消法について新型コロナウイルス感染症の流行前と現在を比べると、「特にない」が 27%で増加している。

行動目標

ストレスに対処できることが必要

ストレスの内容について相談できる対策が必要

■心の健康の評価指標

指標	策定時		平成 29 年度	令和3年度	目標値 (令和 9 年度)	評価方法
睡眠で十分な休養がとれていないと感じる人の割合	平成 23 年	35.0%	23.4%	23.3%	15.0%以下	特定健診実施結果
毎日の生活に満足している 75 歳以上の割合(やや満足も含む)				92.1%	95%以上	KDB (地域の全体像の把握)

心の健康　①十分な休養がとれる

【取り組み】

睡眠等による十分な休養が必要

ストレスに対処できることが必要

ストレスの内容について相談できる対策が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・休養や睡眠の大切さを知る	個人
	・生活リズムを整える	個人
	・十分な睡眠を確保する	個人
	・疲れをためない	個人
共助	・地域や職場が睡眠の大切さを知っている	地域、職場
公助	・睡眠障害が健康に及ぼす影響を情報提供する	健康福祉課、地域住民課、教育委員会

心の健康　②困ったときに相談することができる

【取り組み】

ストレスの内容について相談できる対策が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・相談できる人をつくる	個人、家庭
	・相談にのることができる	個人、家庭
	・相談できる人や場所を知る	個人、家庭
共助	・お互い気にかけ合う	地域、職場
	・相談し合うことができる	地域、職場
公助	・相談窓口の周知・徹底を行う	健康福祉課、地域住民課、県
	・「いじめ」やその他、学校に関する相談を行う	教育委員会、学校

心の健康　③ストレスが解消できる

【取り組み】

ストレスに対処できることが必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・自分なりのストレス解消方法をもつ	個人、家庭
	・リラックスできる時間や場所を見つける	個人、家庭
共助	・気軽に話し合える仲間をつくる	地域
	・仲間同士が集まって話をする場をつくる	地域
公助	・ストレスについてのチェックや解消方法に関する情報を提供する	健康福祉課、地域住民課

心の健康　④趣味の時間を過ごす

【取り組み】

ストレスに対処できることが必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・自分に合った趣味をもつ	個人、家庭
	・趣味の時間をもつ	個人、家庭
共助	・趣味を楽しめるような場をつくる	地域
	・地域の集会所を活用する	地域
	・趣味に関する講座(研修会)等を開く	社会福祉協議会
	・サークル活動や自主活動グループを支援する	社会福祉協議会
	・サークルや自主活動グループを紹介する	社会福祉協議会
公助	・趣味に関する講座(研修会)等を開く	教育委員会
	・サークル活動や自主活動グループを支援する	教育委員会
	・趣味を楽しむことの大切さを啓発する	健康福祉課、地域住民課、教育委員会
	・サークルや自主活動グループを紹介する	健康福祉課、地域住民課、教育委員会

（５）地域づくり・仲間づくり

現状課題

【健康に関する町民意識調査より】

・地域活動の参加については、新型コロナウイルス感染症が流行したことで、流行前より約１０％減少している。

・近所の人との付き合い方については、「顔が合えば、あいさつをする」が最も多くなっている。

・黒潮町で暮らしていて、自分自身の健康づくりに取り組みやすい町だと思うかについて、「そう思う」＋「まあまあそう思う」は 71％となっている。

・ふれあいサロンの実施地区は、平成 23 年度 32 カ所から、令和元年度は 29 カ所と減少している。一方、延参加者は平成 23 年度 957 人から令和元年度 1571 人へ増加している。令和２年度からはコロナ禍となり、令和３年度には実施地区佐賀 18 カ所・大方 26 カ所、参加者延人数は 1,251 人へ減少している。

・町内の運動を目的とした自主グループには、黒潮げんき体操・健康づくり教室・にこにこウォーキングの３団体がある。黒潮げんき体操は、各地区に拠点があり、令和３年度には 14 地区で活動が実施されている。

・あったかふれあいセンターは、地域包括ケアシステムの中での身近な拠点として町内６カ所（さが・こぶし・白田川・北郷・にしきの・みうら）で整備された。サテライトとしては、16 カ所で運営が実施されている（令和４年 12 月現在）。地域包括ケアシステムとは、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように地域内で助け合う体制である。

・あったかふれあいセンターと行政で、情報共有を目的とする定例会が毎月実施されている。（佐賀地域さが・こぶし合同開催、大方地域４カ所の各拠点）

行動目標

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

■地域づくり・仲間づくりの評価指標

指標	策定時		令和3年度	目標値（令和9年度）	評価方法
健康づくりに取り組む自主活動団体数	平成 24 年	3 団体	14	全地区	業務報告
認知症サポーター養成数	平成 24 年	306 人	833	1,000 人（延）	業務報告
三世代ふれあい健診受診者数	平成 24 年	153 人	0	150 人/年	業務報告
地区ふれあいサロンへの年間の延参加者数			1251	1200 人/年	業務報告

地域づくり・仲間づくり　①地域や家庭で力を発揮できる役割がある

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・地域の活動に積極的に参加する	個人、家庭
	・ボランティア活動に積極的に参加する	個人、家庭
	・自分の仕事や役割をもつ	個人、家庭
共助	・イベントやボランティア活動に誘い合う	地域
	・役割や社会参加の場を提供する	地域
	・地域や世代を超えた仲間づくりをする	地域
	・ボランティアを育成し支援する	社会福祉協議会
	・健康づくりに取り組む団体が活動する	健康づくり推進委員、 食生活改善推進員、 健康づくり婦人会
公助	・役割や社会参加の場を提供する	健康福祉課、地域住民課
	・ボランティアを育成し支援する	健康福祉課、地域住民課
	・認知症サポーターを養成し支援する	健康福祉課、地域住民課
	・認知症サポーター養成講座を行う	健康福祉課、地域住民課

地域づくり・仲間づくり　②世代間や横のつながりがある

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・隣近所に声をかける	個人
	・趣味や地域活動を通して、周りの人と関わりをもつ	個人
共助	・子ども会や老人クラブ等が活動を通じて交流をする	地域、住民団体
	・ボランティア活動を通して協力し合う	地域、住民団体
	・地域の行事に協力し合う	地域
	・自主活動を通じて仲間をつくる	地域、住民団体
	・集会所を利用して子どもたちや高齢者の交流を図る	地域、住民団体
	・昔ながらの文化を若い世代や子ども達に伝える	地域
公助	・世代間交流を推進する	健康福祉課、地域住民課
	・三世代ふれあい健診を実施する	健康福祉課、地域住民課

地域づくり・仲間づくり　③地域で支えあい協力する

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・隣近所に声をかける	個人
	・地域の行事に参加する	個人
共助	・隣近所で声をかけ合い、助け合う	地域
	・地域の行事に協力し合う	地域、住民団体
	・地域で学校行事に協力する	地域、住民団体
	・認知症サポーターが本人や家族を支援する	地域
	・地域で相談を受け、問題解決を図る	地域、住民団体
公助	・地域見守りネットワークの体制を整える	健康福祉課、地域住民課
	・あったかふれあいセンターの周知と充実を図る	健康福祉課、地域住民課
	・子どもたちのボランティア活動を支援する	教育委員会

地域づくり・仲間づくり　④気の合った仲間、地域で気楽に集まり話ができる

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・共通の趣味をもった仲間と集う	個人
	・気の合った仲間と集う	個人
	・地域でしている活動に参加する	個人
共助	・地域で集まる機会をつくる	地域
	・サークル活動や自主活動グループへ誘い合う	地域
	・集会所やあったかふれあいセンターを活用する	地域
	・地域で子育ての仲間づくりをする	地域
公助	・親子が集い交流する場を設ける	健康福祉課、地域住民課、教育委員会
	・ふれあいサロン開催のための支援をする	健康福祉課、地域住民課

地域づくり・仲間づくり　⑤安心して過ごせる場所がある

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・安心して過ごせる場所を知っている	個人
	・助け合いの心をもつ	個人
共助	・見守り体制を整える（見守りネットワーク）	地域
	・集会所等を利用して子どもや高齢者が集う場所づくりを行う	地域
	・安心して過ごせる場所を地域で支える	地域
公助	・子育て支援事業の情報を提供する	健康福祉課、地域住民課
	・見守りネットワークを構築する（団体との締結等）	健康福祉課、地域住民課
	・安心して過ごせる場所を提供する（放課後子ども教室、あったかふれあいセンター、子育て支援センター等）	教育委員会、行政
	・地域包括ケアシステムを推進する	健康福祉課、地域住民課

地域づくり・仲間づくり　⑥自分の存在を認めてもらえる人や場所がある

【取り組み】

住み慣れた地域で生活できる支援体制、サービスの充実が必要

みんなの役割	内容	中心になって取り組む
自助	・外出して交流する	個人
	・地域活動に参加する	個人
	・家庭で普段から仲良く話ができる	個人、家庭
	・家庭の中で役割をもつ	個人、家庭
共助	・地域活動に協力し合う	地域
	・お互いの立場を認め合う	地域
	・相談できる仲間づくりを行う	地域
公助	・社会参加できる場づくりや情報の提供を行う	健康福祉課、地域住民課
	・自助グループの支援を行う	健康福祉課、地域住民課

Ⅳ　自殺対策

１．計画策定の主旨

我が国の自殺対策は、平成 18 年に「自殺対策基本法」が制定され、平成 19 年に政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が策定されました。そうした中、「誰もが自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して、平成 28 年に自殺対策基本法が改正されました。自殺対策が「生きることの包括的な支援」として実施されるべきこと等を基本理念に明記するとともに、自殺対策の地域間格差を解消し、誰もが必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県及び市町村が「都道府県自殺対策計画」又は「市町村自殺対策計画」を策定することとされました。

本町においても現状に即した自殺対策の推進が必要であることから、平成 30 年度に「黒潮町健康増進計画・食育推進計画」の中に包含する形で自殺対策計画を策定しました。以後、本計画に基づき、各地域に支援者を育成するためのゲートキーパー養成研修、こころの相談窓口周知等の取り組みを実施してきました。

自殺対策基本法が成立した平成 18 年と、コロナ禍以前の令和元年の自殺者数を比較すると男性は 38%減、女性は 35%減となっており、これまでの取り組みに一定の効果があったと考えられています。しかし我が国の自殺者数は依然として毎年 2 万人を超える水準で推移しています。また、男性が大きな割合を占める状況は続いていますが、コロナ禍の影響で自殺の要因となる様々な問題が深刻化したこと等により、女性はここ 2 年連続の増加、小中高生は過去最多の水準となっています。

令和 4 年 10 月に閣議決定された新たな自殺総合対策大綱や地域の自殺の実態を踏まえ、「黒潮町健康増進計画・食育推進計画」の見直しに合わせて、「黒潮町自殺対策計画」も見直すとともに、自殺対策を「生きることの包括的な支援」として、本町の重点的な取り組みに位置づけ推進していくことで、本町の目指す姿である「このまちでずっと暮らせる」の実現を目指します。

２．計画の数値目標

国は「自殺総合対策大綱」において、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すため、当面は先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和８年までに自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）を平成27年と比べて30%以上減少させることとしています。（平成27年：18.5　⇒　令和８年：13.0以下）※令和２年度の自殺死亡率は16.4%となっていますが、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられます。

本町では、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指し、自殺による死亡者数として計画期間中における自殺者数が０人となることを目標とします。

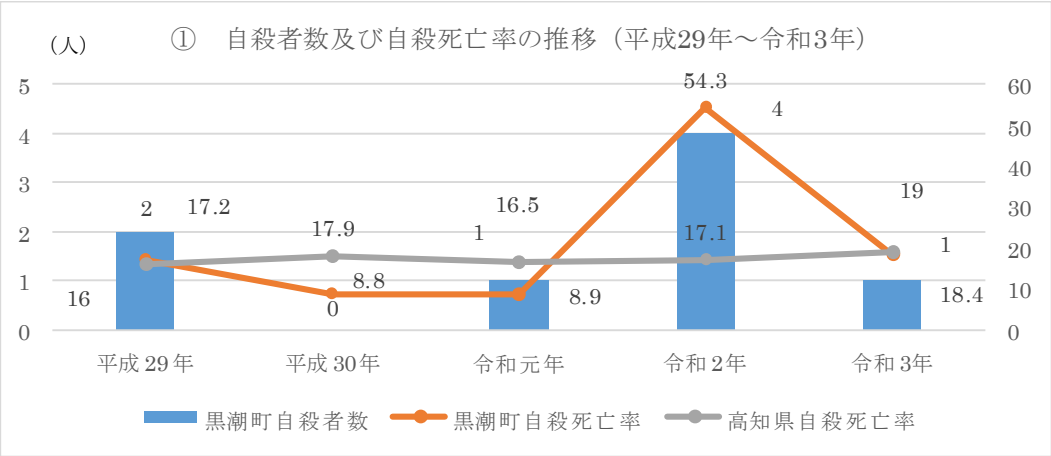
指標	現状値		目標値	評価方法
自殺による死亡者数	平成29年～ 令和3年の平均	1.6人	計画期間中に おける自殺者0人	人口動態統計
心の健康に関する研修会等への参加者数	令和3年度	24人	20人/年（延）	業務報告
ゲートキーパー研修を受講して「役立ちそう」と回答する人の割合（「役立つかもしれない」を含む）	令和3年度	95.5%	90%以上	研修時のアンケート

３．黒潮町の現状と課題

（１）年間自殺者数の平均は約２人、自殺死亡率は高知県の平均より高い。

平成 29 年～令和 3 年の間に自殺で亡くなった人の合計は 8 人（年間平均 1.6 人）です。自殺死亡率の 5 年間平均は 21.4 と、高知県の平均 17.3 よりも高い状態となっています。

※【図①：注】自殺者数は厚生労働省の人口動態統計に依拠し、自殺死亡率は警察庁の自殺統計に依拠するため、自殺者数が 0 人であっても自殺死亡率が算出される場合があります。

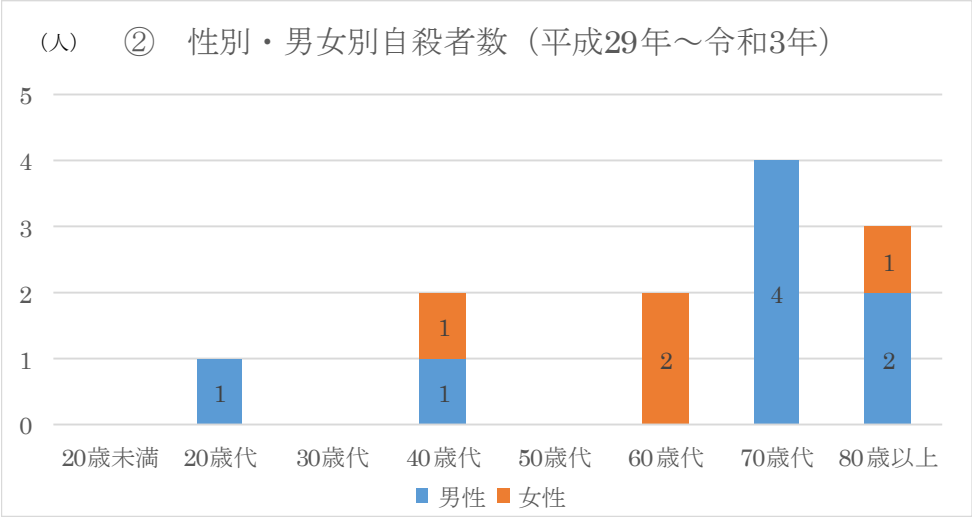


出典：いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル 2022 年更新版」

（２）70 歳代男性の自殺が多い。

平成 29 年～令和 3 年の間に自殺で亡くなった人を年代別に見ると、70 歳代が 4 人で最も多く、全員が男性となっています。

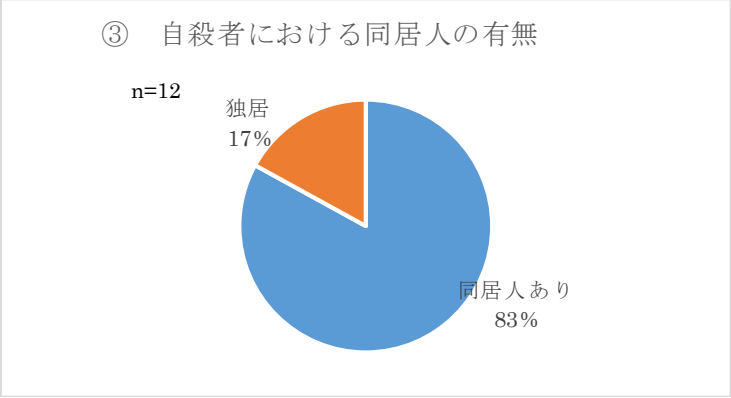
70 歳代男性の自殺死亡率は 93.0、これは高知県の 70 歳代男性の自殺死亡率 29.5 と比較して高い値を示しています。



出典：いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル 2022 年更新版」

（3）自殺者の約８割に同居人がいた。

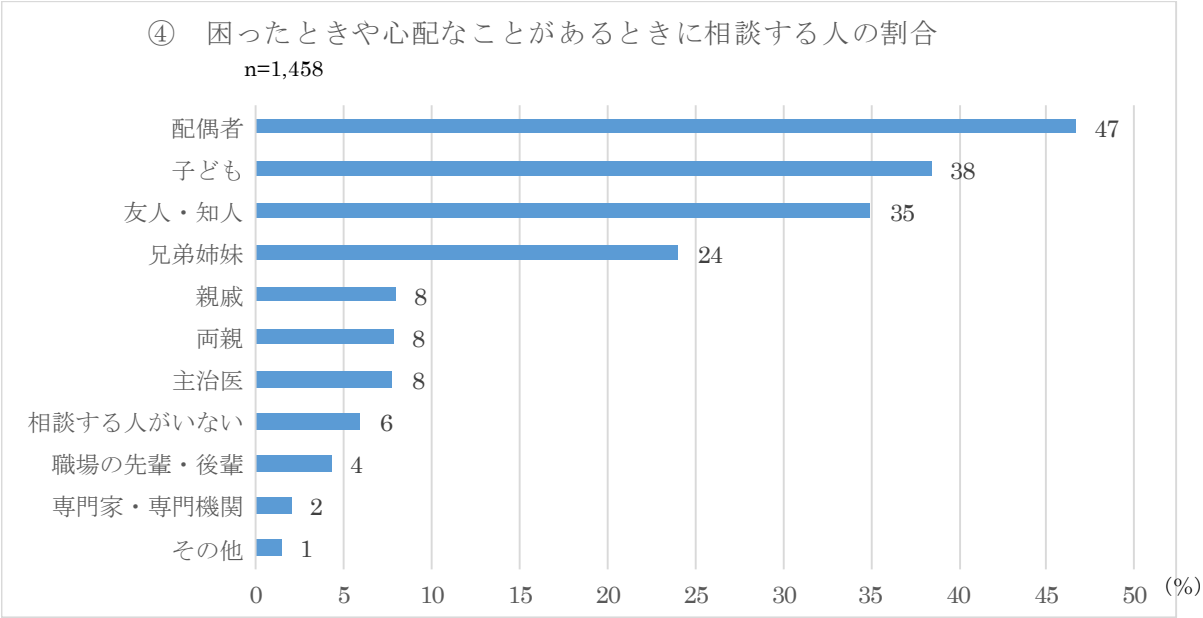
自殺者を同居人の有無別でみると、平成 29 年～令和 3 年の間に自殺で亡くなった 12 人のうち同居人がいる人の割合は 83%でした。



出典：いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル 2022 年更新版」

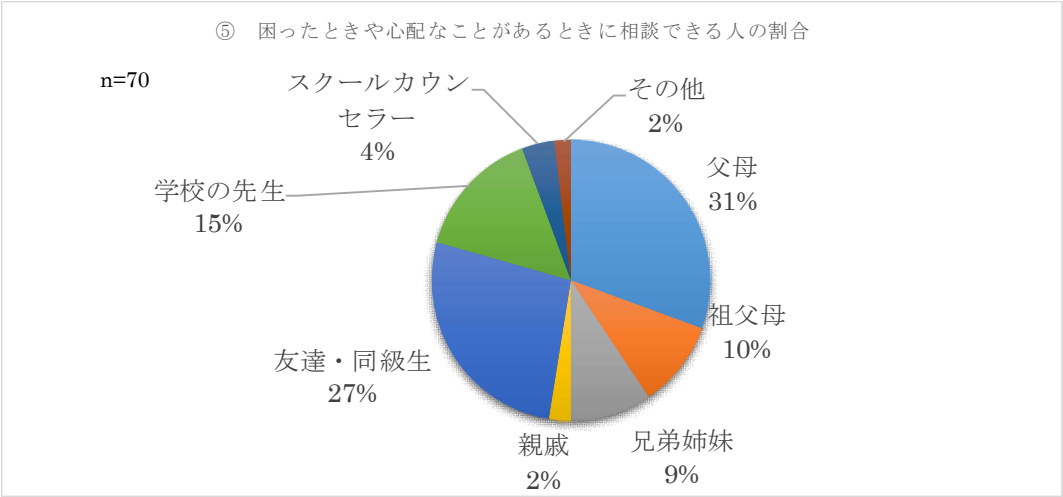
（4）困ったときや心配なことがある時に相談するのは身近な人が多い。

困ったときや心配なことがある時に、主に相談するのは「配偶者」が 47%で最も多く、「子ども」（38%）、「友人・知人」（35%）「兄弟・姉妹」（24%）がつづいています。



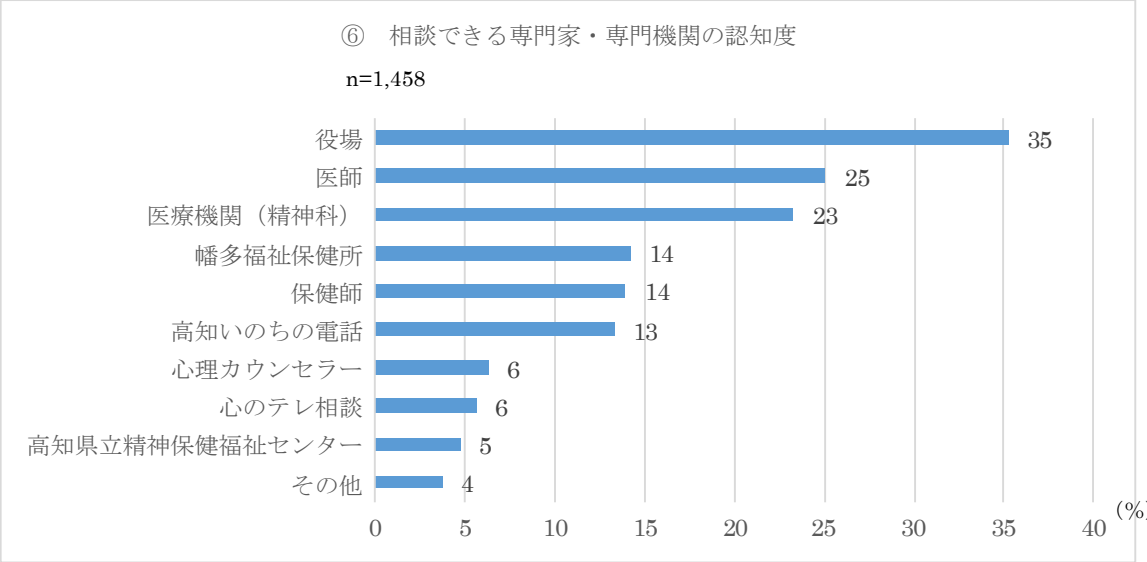
出典：黒潮町健康に関する町民意識調査（一般用）

小中学生においても「父母」が31％と最も多く、「友達・同級生」（27％）、「学校の先生」（15％）が続いています。



出典：黒潮町健康に関する町民意識調査（小中学生用）

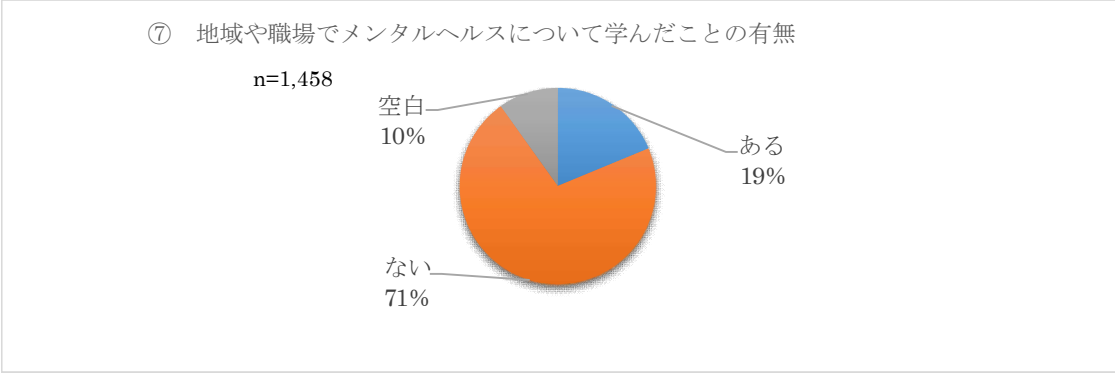
相談できる専門家・専門機関の認知度については、「役場」が35％と最も多く、「医師」（25％）、「医療機関（精神科）」（23％）、「幡多福祉保健所」、「保健師」（14％）がつづいています。



出典：黒潮町健康に関する町民意識調査（一般用）

（５）地域や職場でメンタルヘルスについて学んだことがない人が約７割いる。

地域や職場でメンタルヘルスについて学んだことのない人が、71％となっています。

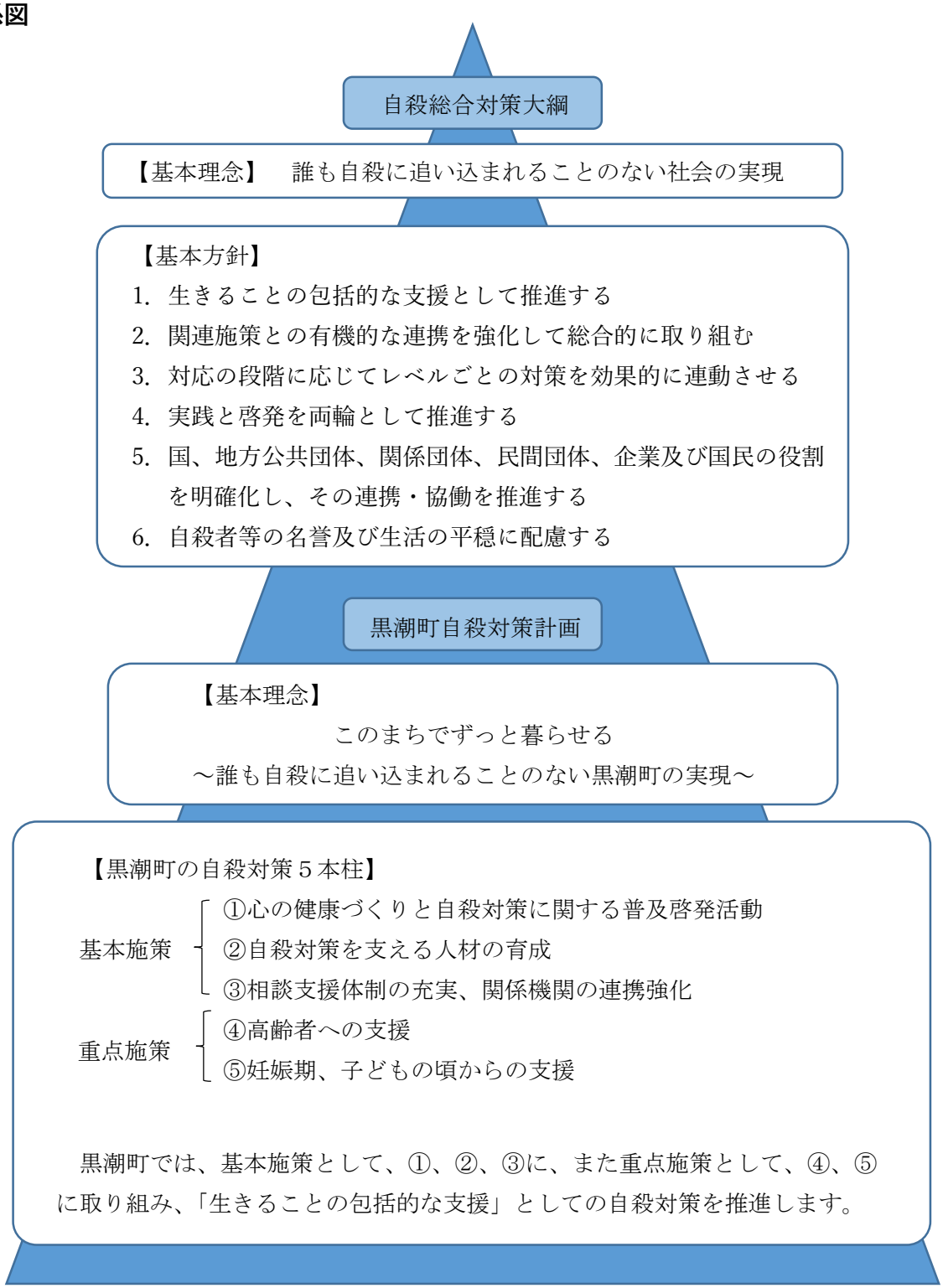


出典：黒潮町健康に関する町民意識調査（一般用）

４．計画の体系

黒潮町では、自殺総合対策大綱の基本理念及び基本方針を踏まえ、全ての市町村が共通して取り組むべきとされる「基本施策」と、本町において重点的に取り組む「重点施策」とを設定し、自殺対策を推進していきます。

■体系図



５．黒潮町で取り組む自殺対策

① 心の健康づくりと自殺対策に関する普及啓発活動

自殺は、その多くが「追い込まれた末の死」です。自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護の疲れ、いじめや孤立等の様々な社会的要因があることが知られており、決して特別な人たちの問題ではありません。しかし自殺に対する誤った認識や偏見はまだまだ多くあり、理解されにくい現実があるため、自殺に対する正しい知識の啓発や相談窓口の周知を図る必要があります。

◆相談先情報等を掲載したカードの配布

相談先を掲載したカードを配布することで情報の周知を図ります。手続等で役場を訪れた町民に対してカードを手に取る機会が広くもてるように取り組みます。

【健康福祉課、地域住民課、住民課、まちづくり課、建設課、教育委員会、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

◆地区ふれあいサロン等で保健師による啓発活動

自殺の危機に陥った人の心情や背景の理解、誰かに援助を求めることの大切さ、周りにいるかもしれない悩みを抱えている人への気づきや対応等についての健康教育を地区ふれあいサロン等で実施し、正しい認識の啓発や相談窓口の周知を図ります。

【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

◆広報や IWKTV 等での啓発活動

広報（9 月）で心の健康づくりに関する情報を掲載し、IWKTV で自殺対策 CM（9 月、3 月）を放送して自殺対策について周知啓発を図ります。また 3 月の自殺対策強化月間に合わせて、町 LINE で自殺対策の取り組みを掲載したり、黒潮町ホームページに心の健康に関する情報を掲載したりします。

【健康福祉課、地域住民課、企画調整室、情報防災課、IWKTV】

② 自殺対策を支える人材の育成

自殺対策を支える人材育成は、対策を推進するうえで基盤となる重要な取り組みです。地域の中（職場や家庭、近所）で自殺を考えている人に出会った時、そのサインに気づき、自殺を防ぐために救いの手を差し伸べる、大切な役割を果たす人である『ゲートキーパー』を増やしていく必要があります。

◆町民を対象とした心の健康に関する講話やゲートキーパー研修

心の健康に関する講話やゲートキーパー研修等を、健康づくり推進委員や民生委員等の各種団体をはじめ、広く町民向けに開催し、地域において悩みや問題を抱える周りの人に気づき、思いに寄り添える意識をもった町民の育成を進めます。

【健康福祉課、地域住民課】

◆町職員を対象としたゲートキーパー研修

住民から、役場は相談できる専門家・専門機関として認知されているところ、自殺の実態や本町の現状を理解し、自殺対策の中心的な役割を担うゲートキーパーを自殺対策に直接携わる職種や担当課を中心に育成するために、ゲートキーパー研修を組み入れます。

【健康福祉課、地域住民課、総務課】

◆職域分野を対象としたゲートキーパー研修

自殺対策は行政だけではなく、地域や企業なども巻き込み、社会全体で取り組むことが必要です。各職場においても一人ひとりが同僚等身近な人の異変に気づいた場合には、ゲートキーパーとして適切に行動することができるよう、ゲートキーパー養成の取り組みを推進します。

【健康福祉課、地域住民課、幡多福祉保健所、町内企業・事業所】

③ 相談支援体制の充実、関係機関との連携強化

自殺には、家庭や職場、学校等の日常生活や心身の健康問題、経済問題等様々な要因が関係しており、多様な関係機関が連携し、一人ひとりの生活を守るために協力して対応をしていくことが必要です。そのために相談支援体制の充実と、支援者となる行政機関、関係団体、民間団体、企業等の地域の関係機関が有機的に連携を図れるよう、そのつながりを強化していきます。また、役場内においても職員全体の自殺対策への意識を高め、生きづらさを抱えている町民や悩みを抱える同僚のSOS に気づき、必要な支援につなぐことができるよう体制を強化していきます。

◆ひきこもり相談支援

本人、または家族等からひきこもりに関する相談を受理した際には、ひきこもり地域支援センターや福祉保健所の支援を得ながら、保健・福祉・医療・教育・労働等の関係機関と連携し、生きづらさを抱えている本人やその家族に継続的な支援を行います。

【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ、幡多福祉保健所、高知県立精神保健福祉センター】

◆自殺ハイリスク者への相談支援

自殺未遂者や死にたい思いを抱えている住民に気づいた場合は、個人の状況や背景を考慮し、思いに寄り添い、適切な支援につないでいきます。また、自殺未遂者については、※1 幡多地域自殺未遂者相談支援事業の中で、関係機関と連携し、再企図防止に努めます。

【健康福祉課、地域住民課、管内消防本部、管内医療機関、管内警察署、幡多福祉保健所、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

※1 **幡多地域自殺未遂者相談支援事業とは**

幡多福祉保健所及び管内市町村が関係機関(管内消防本部、管内医療機関、管内警察署)から自殺未遂者に関する情報提供を受け、当該対象者の気持ちを受け止め、抱えている悩みに応じて専門の相談機関を紹介する等、自殺の再企図を防止するための支援を行うもの。

◆福祉的な援護が必要な方への相談支援

生活困窮者や障がい者(児)、家庭環境等に様々な問題があり、生きづらさを抱えている場合には、庁舎内の関係機関や黒潮町社会福祉協議会、NPO 法人等と連携して継続的な支援を行います。

【健康福祉課、地域住民課、幡多福祉保健所、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

◆遺族等へのケア及び支援

黒潮町で自死された方の 83%には同居人がいたということから、自死遺族支援も重要になってきます。自死遺族が地域の中で安心して生活でき、心理的にも孤立しないように必要な生活支援や分かち合いの会「ひだまりの会」の情報提供をします。また、自死遺族からの相談にも随時対応し、内容に応じて町内外の関係機関等と連携して必要な情報等を提供しながら、継続的な支援を行います。
【健康福祉課、地域住民課、幡多福祉保健所、高知県立精神保健福祉センター、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

◆「あったかふれあいセンター拠点別定例会」の開催（実務者会）

黒潮町地域福祉の拠点となるあったかふれあいセンター事業で、地域の中で孤立・孤独状態に陥っている方や生きづらさを感じている方の把握と情報共有を行い、その具体的な支援策等の検討を行っていきます。
【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

◆「まある（重層的支援会議）」の開催（全体会）

自殺の要因となりうる様々な問題や、生きづらさを抱えている人を支えることを目的に、※2 重層的支援体制整備事業の枠組みを活用し、多様な関係機関と地域の現状や課題の共有、本計画の進捗管理、施策等の検討を行っていきます。
【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ、農業振興センター、公共職業安定所、若者サポートステーション、幡多福祉保健所等】

※2 **重層的支援体制整備事業とは**

市町村における既存の相談支援等の取り組みを活かし、子ども・障がい・高齢・生活困窮といった分野別の支援体制では対応しきれないような、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、「属性を問わない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施するもの。

◆災害時の支援

大規模災害の発災時には、環境の変化に伴い様々なストレス要因を抱えることになるため、自殺リスクが高まります。発災時に復興の各ステージに合わせた被災者への心のケアが実施できるように、日頃より町内外の関係機関・関係団体とのネットワークの構築を図り、連携強化に努めます。
【健康福祉課、地域住民課、情報防災課、自主防災組織、自治会、民生児童委員、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ、幡多福祉保健所】

④ 高齢者への支援

高齢期の特徴として、心身両面の衰えを自覚し、家族に看護や介護負担をかけることへ遠慮が生じたり、配偶者やきょうだい、友人・知人等近親者の病気や死に伴う強い喪失体験から、孤独・孤立状態に陥ったりすることがあります。本町は、70 歳代男性の自殺者が多い現状があり、この年代に応じた交流活動(居場所づくり)や相談支援の充実が必要です。

◆高齢者の居場所づくりの推進

高齢者の孤立を防ぐために、地区ふれあいサロンやげんき体操、あったかふれあいセンター等で他者と関わりをもち、その活動の中で生きがいや役割をもって暮らせる地域づくりを推進します。
【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

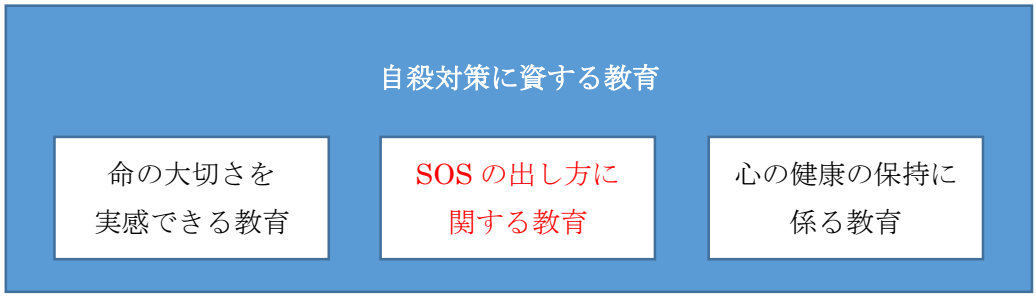
◆高齢期の相談支援の推進

健康相談や個別訪問、窓口対応等で、高齢者やその家族が抱える問題等を把握した時は、まずは話をよく聴き、関係機関へのつなぎや適切なサービス、制度に関する情報提供等、問題解決に向けた支援を行います。
【健康福祉課、地域住民課、社会福祉協議会、NPO 法人しいのみ】

⑤ 妊娠期、子どもの頃からの支援

妊娠・出産によるホルモンの影響や、慣れない育児、産後うつ等で心身ともに不調となることは珍しくありません。妊娠期からの切れ目ない支援を行うことで、安心して子育てができるように支援していく必要があります。

また子どもに対する自殺対策は、現在における自殺予防につながるだけでなく、将来の自殺リスクを低減させることとなり、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現のために重要な取り組みです。自殺総合対策大綱には、「自殺対策に資する教育」として、次の３つが示されており、本計画では、その１つである「SOS の出し方に関する教育」の取り組みを進めます。



◆妊娠期からの切れ目ない支援体制

妊娠届出時や産前訪問、新生児訪問で早期からリスクアセスメントを行い、その後の健診や育児相談、保育所との連携や個別支援等、親子に寄り添った切れ目ない支援を実施します。

【健康福祉課、地域住民課、教育委員会、保育所】

◆SOS の出し方に関する教育

現在起きている困難や悩みをはじめとする危機的状況、また、今後起こり得る危機的状況に対応するために、子ども自身が自分とうまく付き合っていける方法（ライフスキル）の獲得ができることや身近にいる信頼できる大人に SOS を出すことができるようになることは、自殺対策に資する教育の一つとして重要です。今後、取り組みを推進していけるよう、関係各課や関係機関等と協議を進めていきます。

【健康福祉課、地域住民課、教育委員会、学校、保育所】

◆子どもへの支援

子どもが不安や悩みを打ち明けられるような相談窓口の周知を図ります。

また子どもが相談相手に選ぶことの多い同世代の子どもたちに対して、身近な友人の危機に気づいたときに、どのように対処すれば良いかについて伝えていくとともに、子どもから相談を受けたときに「保護者」や「学校の先生」が適切な対応ができるために、周囲の大人に対する啓発も実施していきます。

【健康福祉課、地域住民課、教育委員会、学校、保育所】

６．自殺対策の推進体制

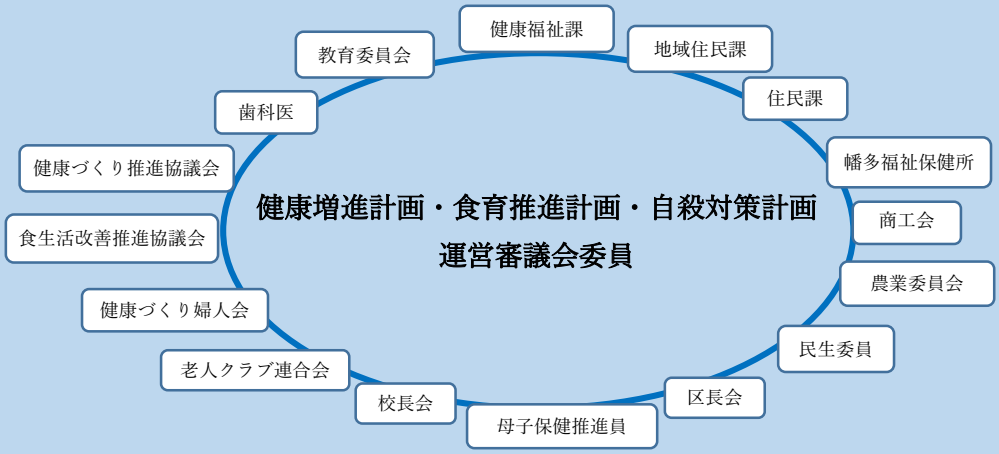
自殺は、その多くが追い込まれた末の死であり、防ぐことができる社会的な問題です。この基本理念のもと、自殺対策を生きることの包括的な支援として、家庭や学校、職域、地域等、他分野の関係者との連携、協力のもとに総合的に推進していく必要があります。

そのため、令和３年度に発足した、ひきこもり支援等を検討するために関係機関及び団体で構成される支援協議会「まある」を令和５年度からは重層的支援体制整備事業の実施を推進するための会議体として継続し、その中で官民一体となった自殺対策を推進していきます。

また、地域の中で生きづらさを抱えている人を取りこぼさないために実務者で構成される「あったかふれあいセンター拠点別定例会」において、情報共有や意見交換、支援の検討等を実施し、自殺対策の推進を図ります。

黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画運営審議会

目的：「このまちでずっと暮らせる」の実現に向けて、各計画の進捗状況等を確認し、現状から見える町の課題整理を行い、今後の取り組みを検討する(年１回)



『まある』（重層的支援会議）

目　的：計画の適切性の協議、計画の共有・計画の評価、社会資源の充足状況の把握と開発に向けた検討、関係機関との連携強化及び情報交換等を行う

参加者：幡多福祉保健所、社会福祉協議会、NPO 法人、幡多農業振興センター、公共職業安定所、若者サポートステーション、行政等

『あったかふれあいセンター拠点別定例会』（月１回）

目　的：地域の中で生きづらさを抱えている人を取りこぼさないために情報共有や具体的な支援の検討等を拠点別に行う

参加者：NPO 法人、社会福祉協議会、地区担当保健師、地域包括支援センター等各組織及び団体の実務者

Ⅴ　計画の推進

１．計画の周知

いつまでも住みなれた地域で、生涯を健康に過ごしていくためには、住民自らの意識を高めていく必要があります。

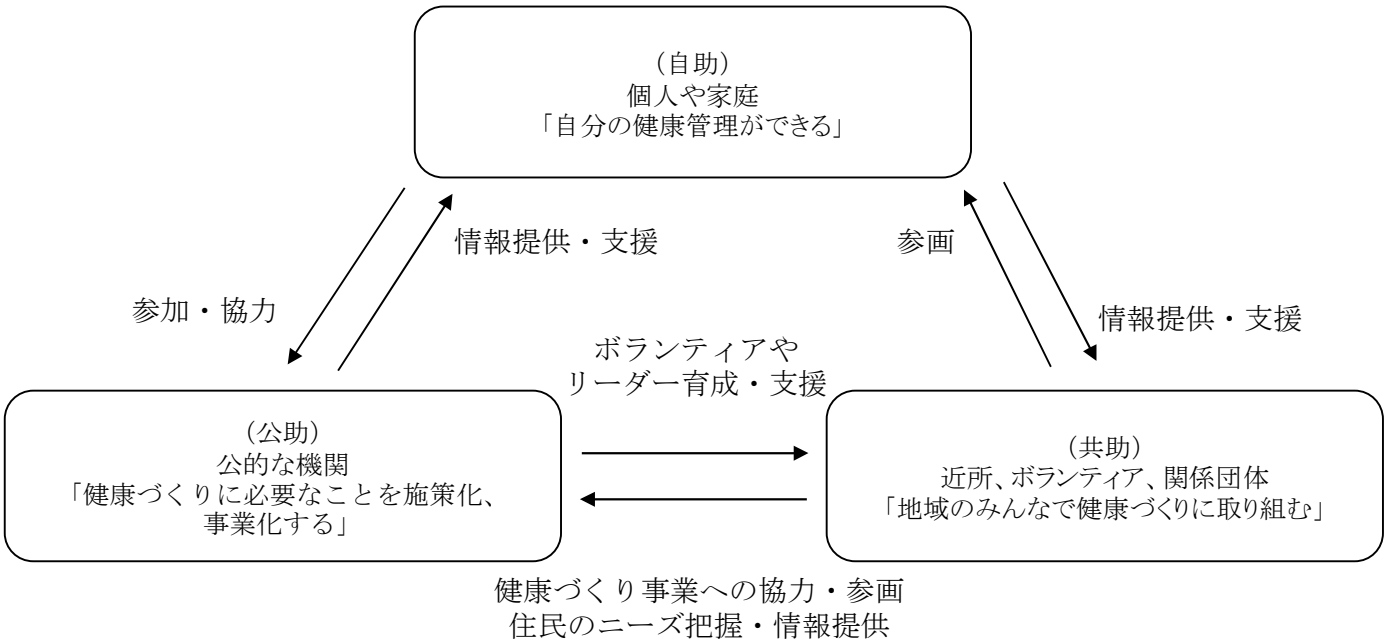
多くの方が本計画を理解し、自ら目標に向かって楽しく参加すること、また行政や関係機関、健康づくり団体等が本計画をいかに活用し、推進を図っていくかが重要となります。

そのためには、本計画について、あったかふれあいセンター、ふれあいサロンや健康教室等の各種事業で住民に周知を図ります。

２．計画の推進体制

本計画の効果を十分に発揮するためには、健康づくりの主体となる個人や家庭、関係団体、行政がそれぞれの役割を果たしながら連携して推進することが大切です。

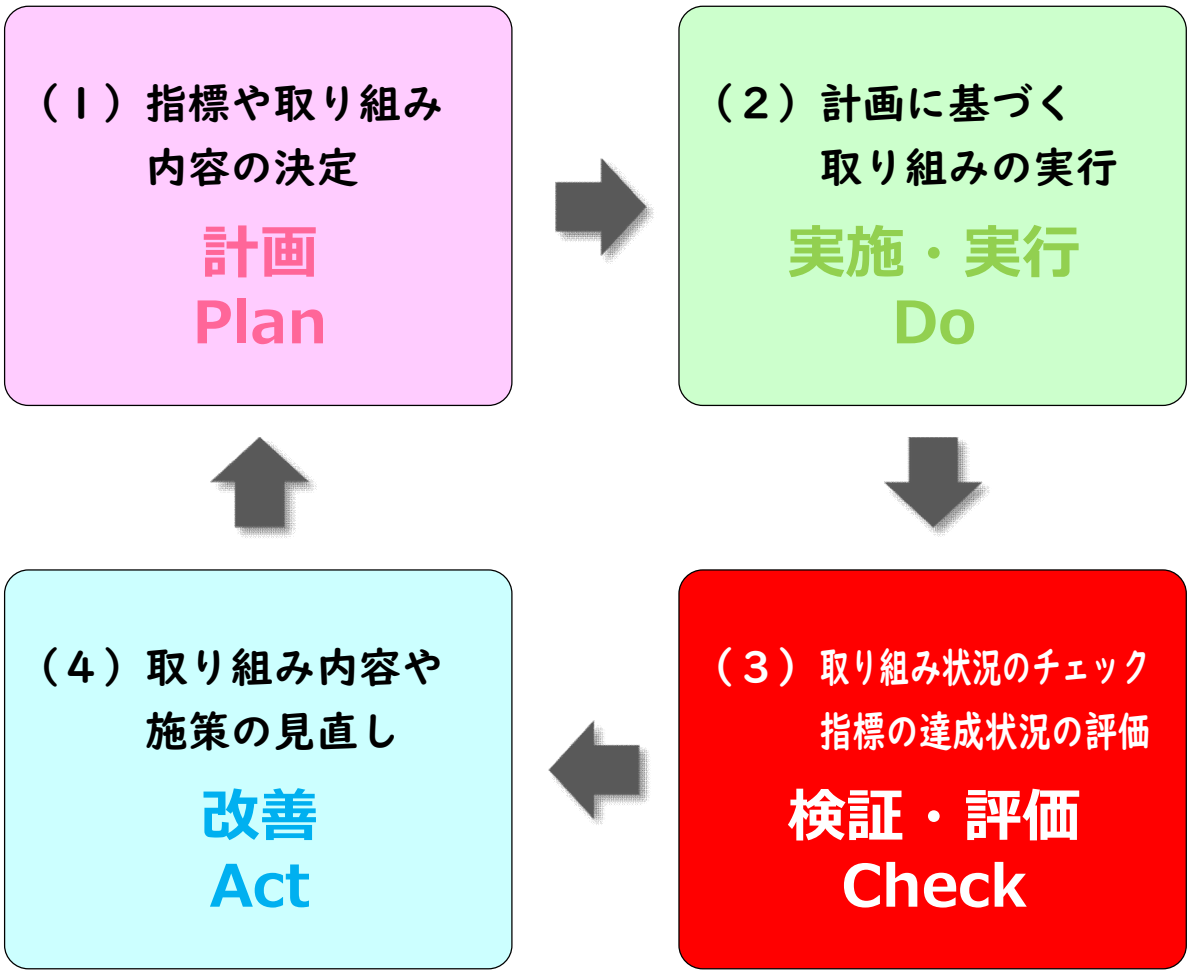
そのため、健康づくりに一体となって関わる組織を立ち上げ、取り組みを推進できる体制の整備に努めます。



３．計画の評価と進行管理

「黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」は、本町の今後の健康づくりの方向性を示す計画です。本計画に基づく取り組みを効果的かつ継続的に推進していくために、より具体的な行動計画を作成し、それに伴う評価を行います。

また、住民の代表や関係機関等からなる「黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画運営審議会」を定期的に開催し、計画の推進状況の評価や必要に応じた見直しをしていきます。



Ⅵ　参考資料

１．策定経過

【住民意識調査について】

（１）調査の目的

第２期黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画策定の資料として、住民の生活習慣をはじめ、健康づくりや食育、心の健康等に関する現状、意識などを把握し、本町における健康づくりや食育、心の健康等に関する課題、町民ニーズの把握と、これまでの取り組みの成果等を把握するため、親子（未就学児）や小中学生、一般（成人）を対象とした「健康に関する住民意識調査」を実施しました。

（２）調査の方法と回収状況

	未就学児の保護者調査	小中学生調査	一般(成人)調査
調査対象	町内在住の未就学児(4～5歳児)の保護者　112人	町内在住の小学6年生、中学3年生　153人	20歳以上の町民　5,268人
調査対象	保育所を通じた配布	学校を通じた配布	広報配布対象世帯
調査期間	令和4年1月～2月25日	令和4年1月～2月25日	令和4年1月～2月25日
有効回収数	84件	81件	1,458件
回収率	75%	52.9%	27.7%

【審議会の開催について】

■令和4年11月1日(火)・・・・第1回会議

① 役員選出について
② 諮問
③ 黒潮町健康に関する町民意識調査　調査結果報告書について
④ 今年度予定について
⑤ その他

■令和5年1月25日(水)・・・・第2回会議

① アンケート結果分析について
② 第１次計画評価について
③ 黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画（案）について
④ その他

■令和5年2月22日(水)・・・・第3回会議

① 修正部分の説明

② 黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画（案）について

③ その他

■令和5年3月17日(金)・・・・第4回会議

① パブリックコメント及び各種団体ヒアリングの結果について

② 計画（案）概要版について

【パブリックコメントについて】

黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画（案）について

■意見募集期間：令和5年3月2日(木)～令和5年3月15日(水)

■閲覧方法：黒潮町 HP へ掲載と以下の場所にて資料を公表
黒潮町役場本庁舎、佐賀支所

【各種団体ヒアリングについて】

黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画（案）について

■令和5年3月3日(金)

【実施団体】　農業委員会（11 名）

■令和5年3月10日(金)

【実施団体】　食生活改善推進委員・健康づくり婦人会・健康づくり推進委員（１４名）

■令和5年3月14日(火)

【実施団体】　あったかふれあいセンター・社会福祉協議会（５名）

２．黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会設置条例

令和２年　３月１６日条例第２５号
改正　令和４年１２月１６日条例第２８号

（設置）
第１条　健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第８条第２項の規定に基づく黒潮町健康増進計画、食育基本法（平成１７年法律第６３号）第１８条第１項の規定に基づく黒潮町食育推進計画及び自殺対策基本法（平成１８年法律第８５号）第１３条第２項の規定に基づく黒潮町自殺対策計画（以下これらを「計画」という。）について審議するため、黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会（以下「審議会」という。）を置く。

（所掌事務）
第２条　審議会は、町長の諮問に応じ、次に掲げる事項について審議をする。
（１）　計画の策定に関すること。
（２）　計画の推進及び評価に関すること。
（３）　その他計画に必要な事項に関すること。

（組織）
第３条　審議会は、委員２０人以内をもって組織する。
２　委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱し、又は任命する。
（１）　町健康づくり推進協議会の委員
（２）　町食生活改善推進協議会の委員
（３）　町健康づくり婦人会の会員
（４）　町老人クラブの会員
（５）　町精神保健ボランティアの会員
（６）　町内の小学校校長及び中学校校長
（７）　町の区域内の公共的団体の役員又は職員
（８）　識見を有する者
（９）　高知県の職員
（１０）　町の職員

（任期）
第４条　委員の任期は、２年とする。ただし、再任されることを妨げない。
２　補欠の委員の任期は、その前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）
第５条　審議会に、会長及び副会長を置き、委員の互選により定める。
２　会長は、会務を総理し、審議会を代表する。

３　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

（委任）

第６条　この条例に定めるもののほか、審議会に関し必要な事項は、規則で定める。

附　則

この条例は、令和２年４月１日から施行する。

附　則（令和４年１２月１６日条例第２８号）

この条例は、公布の日から施行する。

３．黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会規則

令和２年３月２７日　規則第３４号
改正　令和４年１２月１６日規則第４６号

（趣旨）

第１条　この規則は、黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会設置条例（令和２年黒潮町条例第２５号）第６条の規定に基づき、黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画審議会（以下「審議会」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

（会議）

第２条　審議会の会議（以下この条において「会議」という。）は、会長が招集し、議長となる。ただし、初回は町長が招集する。

２　審議会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。

３　会議の議事は、出席委員の過半数で決定し、可否同数のときは会長の決定するところによる。

（庶務）

第３条　審議会の庶務は、健康福祉課において処理する。

（雑則）

第４条　この規則に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮り定める。

附　則

この規則は、令和２年４月１日から施行する。

附　則（令和４年１２月１６日規則第４６号）

この規則は、公布の日から施行する。

４．審議会名簿

委員　　（順不同・敬称略）

	所　　属　・　役　　職	名　　前	備考
1	黒潮町健康づくり推進協議会　会長	伊尾木　祥子	副会長
2	黒潮町食生活改善推進協議会　会長	濵田　佐恵	
3	黒潮町健康づくり婦人会　会長	秋田　篤子	
4	黒潮町老人クラブ連合会　会長	酒井　隆昌	
5	黒潮町校長会　会長	大塚　明人	会長
6	黒潮町校長会　副会長	上田　壮	
7	識見を有するもの（母子保健推進員）	植田　節美	
8	識見を有するもの（歯科医師）	山本　泉	
9	識見を有するもの（黒潮町区長会　副会長）	松並　勝	
10	識見を有するもの（民生委員）	橋田　秀代	
11	識見を有するもの（農業委員会会長）	吉尾　好市	
12	識見を有するもの（商工会会長）	小笠原　武	
13	幡多福祉保健所健康障害課長	芝岡　美枝	
14	健康福祉課長	佐田　幸	
15	地域住民課長	青木　浩明	
16	住民課課長	宮川　智明	
17	教育委員会次長	藤本　浩之	

第２次黒潮町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画

令和５年３月発行

編集発行

黒潮町

〒789－1992　高知県幡多郡黒潮町入野 5893 番地

TEL：0880－43－2111（代表）　FAX：0880－43－2676

E－mail：kenkofukushi@town.kuroshio.lg.jp

黒潮町公式ホームページ：http://www.town.kuroshio.lg.jp/