

健康らうす 21 (第二次)

「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本 21(第三次))」



令和6年3月
羅臼町

目 次

序 章	計画策定にあたって	1
1.	計画策定の趣旨	2
2.	計画の性格	4
3.	計画の期間	4
4.	計画の対象	4
第 I 章	羅臼町の概況と特性	5
1.	町の概要	6
2.	健康に関する概況	6
第 II 章	課題別の実態と対策	13
1.	前計画の評価	14
2.	生活習慣の改善	16
(1)	栄養・食生活	16
(2)	身体活動・運動	27
(3)	休養・睡眠	29
(4)	飲酒	31
(5)	喫煙	34
(6)	歯・口腔の健康	36
3.	生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防	38
(1)	がん	38
(2)	循環器病	40
(3)	糖尿病	47
4.	社会環境の質の向上	50
	こころの健康	50
5.	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	52
6.	目標の設定	54
第 III 章	計画の推進	56
1.	健康増進に向けた取組の推進	57
(1)	活動展開の視点	57
(2)	関係機関との連携	57
2.	健康増進を担う人材の確保と資質の向上	59

序章 計画策定にあたって

序章 計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

平成 25 年度から令和 5 年度までの「健康日本 21(第二次)」では、生活習慣病の予防（NCDs の予防）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、健康格差の縮小を実現することを最終目標にした取組が推進されてきました。

令和 6 年度からの「健康日本 21(第三次)」では、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性をもつ取組の推進（Implementatation）を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項が示されました。具体的な内容は、以下のとおりです。

- (1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- (2) 個人の行動と健康状態の改善
- (3) 社会環境の質の向上
- (4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

これらの基本的な方向を達成するため、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するという「健康日本 21(第二次)」の考えを踏襲し、現状の数値とおおむね 10 年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取組がさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

羅臼町では、健康増進法に基づき、本町の特徴や、町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「健康らうす 21」を策定し、取組を推進してきました。

今回、示された「健康日本 21(第三次)」の基本的な方向及び目標項目、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、「健康らうす 21(第二次)」を策定します。

参考 基本的な方向の概略

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人をとりまく社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

(2) 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するにあたり、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善(リスクファクターの低減)に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、生活習慣病(NCDs:非感染性疾患)の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して引き続き取組を進めていく。

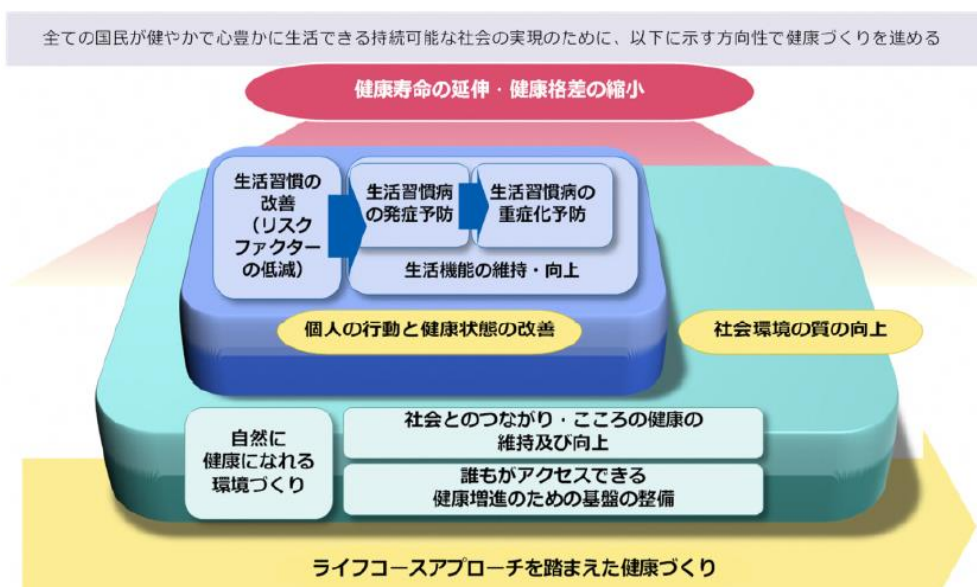
(3) 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、こころの健康づくりを行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。

(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージ(乳幼児期、壮青年期、高齢期等の人の生涯における各段階)特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるため、ライフコースアプローチ(胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり)の取組を進めていく。

健康日本 21 (第三次) の概念図



2. 計画の性格

この計画は、第8期羅臼町総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。(図表1)

また、この計画は令和12年(2030年)までに「誰一人取り残さない」持続可能でよりよい世界を目指す具体的な目標(SDGs)の17のゴールのうち、「ゴール3:すべての人に健康と福祉を」を中心に以下の目標達成に資するものです。



図表1

法 律	北海道が策定した計画	羅臼町が策定した計画
健康増進法	北海道健康増進計画～すこやか北海道21	健康らうす21
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	羅臼町国民健康保険特定健康診査等実施計画
国民健康保険法	北海道保健事業実施計画	羅臼町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
母子保健法		羅臼町母子保健計画
子ども・子育て支援法	北の大地☆子ども未来づくり北海道計画	羅臼町子ども・子育て支援事業計画
食育基本法	北海道食育推進計画どさんこ食育推進プラン	(健康らうす21)
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(健康らうす21)
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(健康らうす21)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画	羅臼町介護保険事業計画
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	羅臼町いのちを支える自殺対策計画

3. 計画の期間

この計画の目標年次は令和15年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお、計画開始後6年(令和11年度)を目途に中間評価を行います。

4. 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチの視点で健康増進の取組を推進するため、全町民を対象とします。

第 I 章 羅臼町の概況と特性

第 I 章 羅臼町の概況と特性

1. 町の概要

羅臼町は、北海道東北部、知床半島の南側に位置し、南北に約 64km、東西に約 8km、面積は 397.88 km² の細長い町で、町域の約 95%が森林で占められ、知床半島を斜里町と二分しています。面積の 0.3%が宅地で、海岸線から標高差が大きいため平地が少なく、川沿いに広がる平地と海岸線沿いの平地に集落が形成されています。

令和 2 年国勢調査の産業大分類では第 1 次産業は 15 歳以上就業者総数の 39.7% (1,152 人) を占め、北海道内の市町村の中でも上位です。第 2 次産業は 16.4%、第 3 次産業は 43.9%で、1 次産業従事者 1,152 人中、漁業に従事しているのは 1,120 人と漁業中心の町です。

町内の医療機関は診療所、歯科診療所が各 1 か所です。2 次医療圏は中標津、3 次医療圏は釧路で公共交通機関はバスのみです。

2. 健康に関する概況

図表 1-1 町の健康に関する概況

令和 4 年度

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	① 人口構成	総人口	4,718		727,328		5,165,554	123,214,261				
		65歳以上(高齢化率)	1,484	31.5	301,058	41.4	1,664,023	32.2	35,335,805	28.7		
			75歳以上	749	15.9	--	--	848,273	16.4	18,248,742	14.8	
			65~74歳	735	15.6	--	--	815,750	15.8	17,087,063	13.9	
			40~64歳	1,771	37.5	--	--	1,745,342	33.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下	1,463	31.0	--	--	1,756,189	34.0	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業	39.2		22.3		7.4		4.0	KDB.NO.3		
		第2次産業	20.1		20.6		17.9		25.0	健康・医療・介護データからみる地域の健康課題		
		第3次産業	40.7		57.2		74.7		71.0			
	③ 平均寿命	男性	80.2		80.5		80.3		80.8			
女性		86.2		87.0		86.8		87.0	KDB.NO.1			
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性	77.3		79.3		79.6		80.1	地域全体像の把握			
	女性	83.0		84.2		84.2		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	106.6		101.6		102.0		100			
		がん	男性	22	52.4	3,423	47.4	19,781	53.3	378,272	50.6	
			女性	8	19.0	2,064	28.6	9,373	25.2	205,485	27.5	
		心臓病	8	19.0	1,188	16.4	4,667	12.6	102,900	13.8		
		脳疾患	0	0.0	138	1.9	756	2.0	13,896	1.9		
		糖尿病	2	4.8	267	3.7	1,668	4.5	26,946	3.6		
		腎不全	2	4.8	146	2.0	881	2.4	20,171	2.7		
		自殺	2	4.8	146	2.0	881	2.4	20,171	2.7		
		死因	114.0		99.9		98.9		100	KDB.NO.1		
		3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	205	13.5	59,331	19.9	347,930	20.9	6,724,030	19.4
新規認定者	6			0.2	933	0.3	5,353	0.3	110,289	0.3		
	介護度別総件数			要支援1.2	673	16.1	162,745	13.5	1,013,763	13.8	21,785,044	12.9
				要介護1.2	1,729	41.3	568,999	47.1	3,922,342	53.3	78,107,378	46.3
				要介護3以上	1,783	42.6	476,421	39.4	2,419,988	32.9	68,963,503	40.8
2号認定者	11			0.62	856	0.38	7,406	0.42	156,107	0.38		
② 有病状況	糖尿病			79	35.9	13,461	21.6	89,494	24.6	1,712,613	24.3	
	高血圧症			91	42.9	33,454	54.3	181,308	50.0	3,744,672	53.3	
	脂質異常症			41	18.2	18,421	29.6	113,653	31.1	2,308,216	32.6	
	心臓病			97	46.4	37,325	60.8	200,129	55.3	4,224,628	60.3	
	脳疾患	58	27.9	13,424	22.1	73,784	20.6	1,568,292	22.6			
	がん	25	10.4	6,308	10.3	44,754	12.3	837,410	11.8			
	筋・骨格	92	43.7	33,542	54.6	181,637	50.0	3,748,372	53.4			
	精神	74	34.6	22,904	37.4	125,855	35.0	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	257,249	381,756,921	323,222	97,308,660,154	269,507	448,465,434,990	290,668	10074,274,226,869			
	1件当たり給付費(全体)	91,220		80,543		60,965		59,662				
	居宅サービス	61,609		42,864		42,034		41,272				
	施設サービス	318,708		288,059		296,260		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	6,105		9,108		9,582		8,610				
	認定あり	5,924		4,544		4,930		4,020				
① 国保の状況	被保険者数	1,816		195,140		1,074,364		27,488,882				
	65~74歳	508	28.0			491,264	45.7	11,129,271	40.5			
		40~64歳	772	42.5			341,793	31.8	9,088,015	33.1		
		39歳以下	536	29.5			241,307	22.5	7,271,596	26.5		
	加入率	38.5		27.1		20.8		22.3	KDB.NO.1			

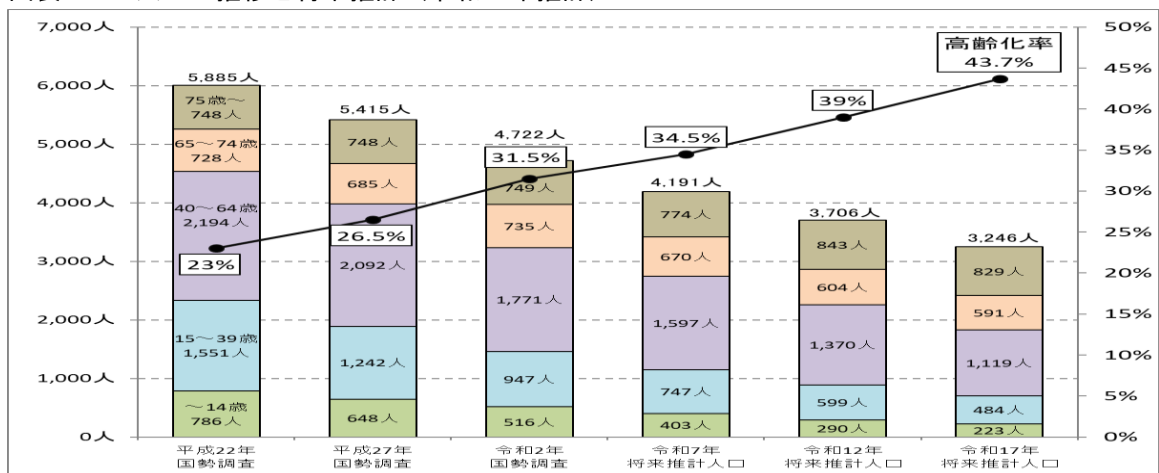
4	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	54	0.3	547	0.6	8,206	0.4	地域全体像の把握 KDB NO.5 保健改善の状況			
			診療所数	2	2.8	708	4.1	3,351	3.8	101,963	5.3				
			病床数	0	0.0	4,267	24.8	92,014	104.7	1,499,133	77.9				
			医師数	1	1.4	644	3.7	13,731	15.6	337,272	17.5				
4	③	医療費の 状況	外来患者数	803.3		1059.4		1120.5		1249.8		KDB NO.3 健診・医療・介護子 々からみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
			入院患者数	56.1		65.6		74.7		59.1					
			一人当たり医療費	226,450		700,895		784,480		588,229					
			受診率	427,899		676,499		676,241		705,439					
			外来	費用の割合	49.5	44.2	42.7	48.3							
			件数の割合	93.5	94.2	93.8	95.5								
			入院	費用の割合	50.5	55.8	57.3	51.7							
			件数の割合	6.5	5.8	6.2	4.5								
			1件あたり在院日数	13.5日		17.5日		19.0日		17.3日					
			4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費診療病名 (該当者含む)	がん	111,555,070	40.1	32.8	36.2	32.2				
慢性腎不全(透析あり)	3,757,330	1.4				6.1	4.3	8.2							
糖尿病	26,399,800	9.5				11.2	10.1	10.4							
高血圧症	15,085,310	5.4				6.5	5.6	5.9							
脂質異常症	4,771,370	1.7				3.4	3.2	4.1							
脳梗塞・脳出血	5,510,650	2.0				4.0	4.1	3.9							
狭心症・心筋梗塞	29,282,870	10.5				2.8	3.2	2.8							
精神	8,283,850	3.0				14.6	14.4	14.7							
筋・骨格	70,291,680	25.3				17.4	17.8	16.7							
4	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合				入院	高血圧症	—	—	363	0.1	327	0.1	256	0.1
			糖尿病	648	0.6	1,389	0.4	1,159	0.3	1,144	0.4				
			脂質異常症	—	—	76	0.0	53	0.0	53	0.0				
			脳梗塞・脳出血	2,158	1.9	6,827	1.7	7,205	1.6	5,993	2.0				
			虚血性心疾患	14,457	12.6	4,500	1.2	5,077	1.1	3,942	1.3				
			腎不全	156	0.1	4,305	1.1	3,120	0.7	4,051	1.3				
			外来	高血圧症	8,307	7.4	12,436	4.0	10,914	3.3	10,143	3.6			
			糖尿病	14,777	13.2	21,206	6.8	19,440	5.8	17,720	6.2				
			脂質異常症	2,627	2.3	6,646	2.1	6,316	1.9	7,092	2.5				
			脳梗塞・脳出血	876	0.8	934	0.3	947	0.3	825	0.3				
虚血性心疾患	2,263	2.0	1,857	0.6	2,266	0.7	1,722	0.6							
腎不全	2,680	2.4	14,043	4.5	10,839	3.2	15,751	5.6							
4	⑥	健診の有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	739	2,915	1,570	2,031								
			健診未受診者 一人当たり	15,980	13,340	16,117	13,295								
			生活習慣病対象者 一人当たり	3,570	8,820	5,006	6,142								
			健診未受診者 一人当たり	77,227	40,357	51,396	40,210								
4	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	38	74.5	22,736	62.2	64,675	61.5	2,752,003	60.8				
			医療機関受診率	38	74.5	22,301	61.0	63,283	60.2	2,710,603	59.9				
			医療機関非受診率	0	0.0	435	1.2	1,392	1.3	41,400	0.9				
5	⑧	特定健診の 状況	健診受診者	301		62,519		208,844		6,503,152		KDB NO.3 健診・医療・介護子 々からみる地域の健 康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
			受診率	25.6	同規模254位	45.2	28.0	全国45位	35.3						
			特定保健指導終了者(実施率)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			非肥満高血糖	5	9.8	7,867	21.5	18,145	17.3	964,030	21.3				
			⑨	183市町村	メタボ 該当 率	総数	16	31.4	5,087	13.9	17,487		16.6	619,112	13.7
						男性	6	37.5	3,243	20.4	11,242		25.6	390,204	20.4
			⑩	同規模市区町村数	BMI	総数	10	28.6	1,844	8.9	6,245		10.2	228,908	8.8
						女性	21	41.2	10,499	28.7	28,797		27.4	1,074,235	23.7
			⑪	274市町村	予備 群レ ベル	男性	4	25.0	4,884	30.8	13,476		30.6	486,661	26.0
						女性	17	48.9	5,815	27.1	15,321		25.0	577,574	22.1
			⑫	予備群 レベル	血糖のみ	0	0.0	1,920	5.3	5,085	4.8		258,256	5.7	
					血圧のみ	24	47.1	10,515	28.8	27,427	26.1		1,099,607	24.3	
					脂質のみ	6	11.8	3,066	8.4	11,361	10.8		487,581	10.8	
					血糖・血圧	2	3.9	1,290	3.5	3,298	3.1		141,707	3.1	
血糖・脂質	0	0.0			351	1.0	1,074	1.0	57,015	1.3					
血圧・脂質	6	11.8			2,492	6.8	8,220	7.8	308,976	6.8					
血糖・血圧・脂質	0	0.0			313	0.9	862	0.8	38,017	0.8					

出典：データヘルズ帳票

(1) 人口構成

羅臼町の人口は、平成27年には5,415人でしたが、令和2年には4,722人で減少傾向にあります。人口構成は、64歳以下人口が平成27年から令和2年までの5年間に、748人減少しているのに対し、65歳以上人口は51人増加しています。高齢化率は、平成27年には26.5%でしたが、令和2年には31.5%となり、5年間で5ポイント上昇し、全国(28.6%)、北海道(32.1%)と同程度で高齢化の進展は避けられない状況と言えます。年少人口(0~14歳)はあまり変化がありませんが、生産年齢人口(15~64歳)の人口に占める割合が平成27年には61.6%でしたが、令和2年には57.6%と4ポイント低くなっています。将来推計値を見ると、今後さらにその傾向が強まると予測されます。

図表 1-2 人口の推移と将来推計(令和5年推計)



出典：国勢調査

(2) 死亡

1) 死因

令和3年の羅臼町の死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の29.2%を占めています。

平成25年から令和4年までのSMRをみると、男女総合では「腎不全」、「肺がん」、「虚血性心疾患」、「心疾患」が有意に高くなっています。男女別では、女性の「腎不全」、「肺がん」、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」、男性の「肺がん」、「虚血性心疾患」、「心疾患」が有意に高くなっています。

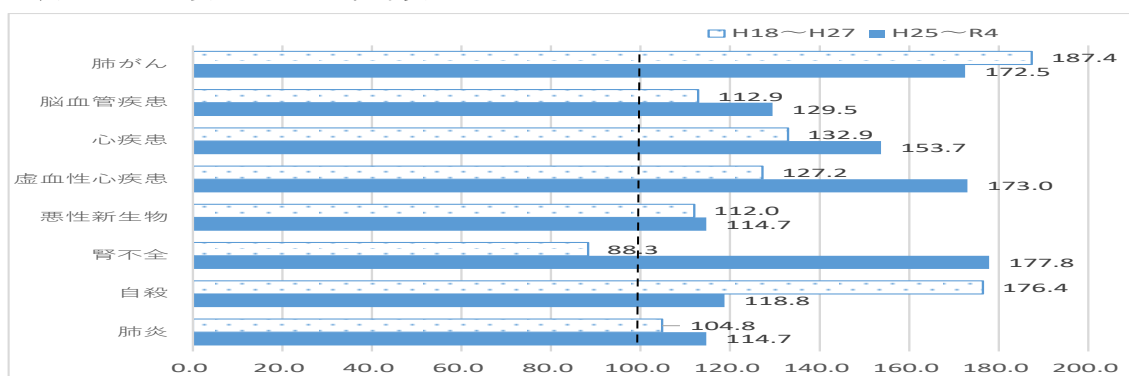
保健事業により予防可能な疾患「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「腎不全」についてみると、平成18年から平成27年と平成25年から令和4年を比べると、「脳血管疾患」では横ばいですが、「虚血性心疾患」「腎不全」が高くなっています。

図表 1-3 死因別の死亡者数・割合

順位	死因	羅臼町		国	道
		死亡者数	割合		
1位	悪性新生物	19	29.2%	26.5%	29.2%
2位	老衰	11	16.9%	10.6%	8.3%
3位	肺炎	7	10.8%	5.1%	5.0%
3位	心疾患(高血圧性除く)	7	10.8%	14.9%	14.3%
5位	大動脈瘤及び解離	3	4.6%	1.3%	1.5%
5位	腎不全	3	4.6%	2.0%	2.5%
5位	脳血管疾患	3	4.6%	7.3%	6.9%
-	死亡総数	65	-	-	-

出典：KDB Expander 帳票（厚生労働省 人口動態調査 令和3年度）

図表 1-4 主要死因 SMR の経年変化



出典：公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ

2) 早世の状況

早世（65歳未満）について、平成22年には全死亡の約22%、男性の17.5%という状況でした。

令和4年の状況をみると、総数、男性、女性すべてが全国・北海道と比較して低い値となっています。（図表 1-5）平成25年から令和4年の各年代の状況をみると、低年齢では10代から心筋梗塞での死亡があり、50代での死亡が多くなっています。早世を減らすためには、若い世代からの血管を守る視点での継続した保健活動が重要となります。（図表 1-6）

図表 1-5

	総数			男性			女性		
	平成22年	令和4年		平成22年	令和4年		平成22年	令和4年	
羅臼町	21.7	6.8	5名	17.5	2.7	2名	3.2	4.1	3名
北海道	15.7	8.2	6,122名	19.1	10.5	3,906名	11.7	5.9	2,216名
全国	14.8	8.2	129,016名	18.9	10.6	84,891名	10	5.7	44,125名

出典：人口動態調査、羅臼町保健事業計画書

図表 1-6 各年代の死亡の状況（心臓・脳）

	H25-R4														
	0-9		10代		20代		30代		40代		50代		60-64		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
急性心臓死									2				1		3
虚血性心疾患										2					2
心筋梗塞			1								3	2	1		7
急性心機能不全					1										1
心不全														1	1
脳梗塞											1				1
脳出血											2	2			4
	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	6	4	2	1	19

出典：羅臼町保健事業計画書

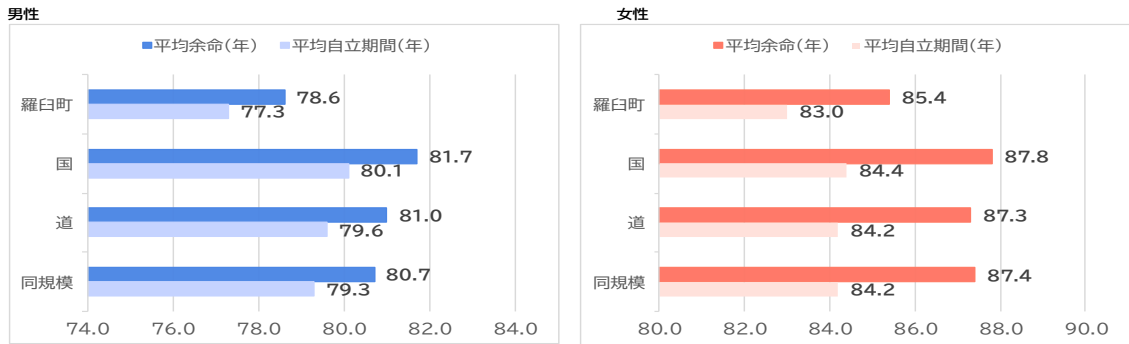
3) 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命は、男性は78.6年、女性は85.4年で、男女ともに全国・北海道より短く、国と比較して、男性では3.1年、女性では2.4年と男女ともに短くなっています。

平均自立期間は、男性は77.3年、女性は83.0年で、男女ともに全国・北海道より短くなっています。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男性は1.3年で、平成30年度以降縮小しています。女性は2.4年で縮小しています。（図表1-7,1-8）

図表1-7 平均余命・平均自立期間（令和4年度）



出典：KDB Expander

図表1-8 平均余命と平均自立期間の推移

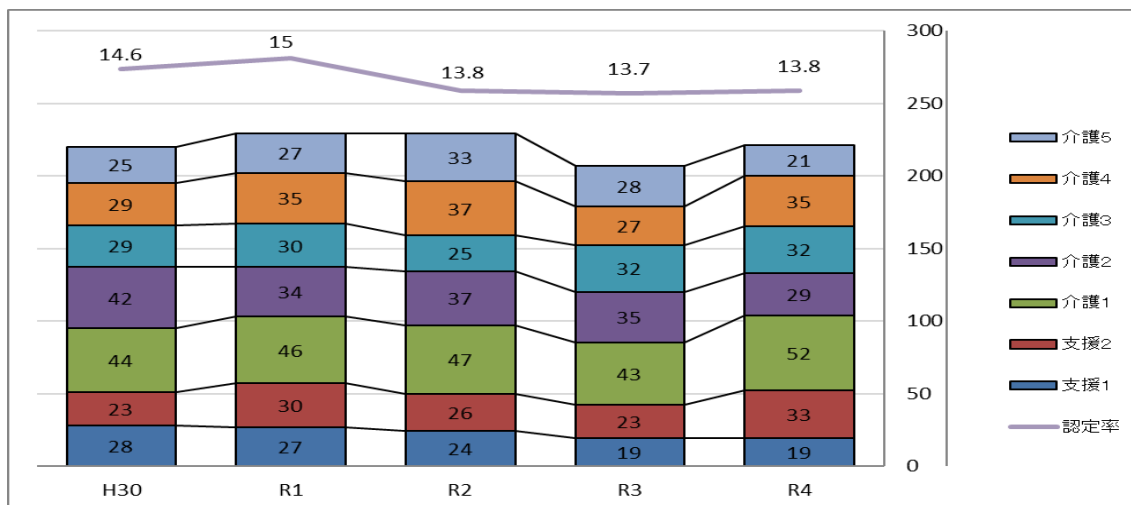
	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
平成30年度	80.0	78.5	1.5	84.4	81.5	2.9
令和1年度	78.4	77.2	1.2	81.8	79.8	2.0
令和2年度	77.8	76.3	1.5	82.3	80.3	2.0
令和3年度	79.0	77.9	1.1	84.3	81.9	2.4
令和4年度	78.6	77.3	1.3	85.4	83.0	2.4

出典：KDB Expander

(3) 介護保険

羅臼町の介護保険の認定率は、第1号・第2号被保険者ともに、全国や北海道より低くなっています。令和5年3月末の第1号被保険者の要介護（支援）認定者数は221人（認定率13.8%）であり、認定者数・率ともにこの数年では横ばいから減少傾向にあります。

図表1-9 要介護（支援）認定者数の推移



出典：住民基本台帳、KDB 帳票 地域の全体像の把握、要介護（支援）者認定状況

介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると羅臼町では、全国・北海道に比べて要介護3・4・5の重度認定者の割合が高くなっています。

第2号被保険者の認定割合では、全国・北海道に比べて軽度者の割合が高くなっています。

介護認定者の有病状況をみると、第2号被保険者と第1号被保険者65～74歳の1位が脳卒中、75歳以上では1位が虚血性心疾患となっています。また、基礎疾患として、高血圧・糖尿病・脂質異常症を持っている人の割合がほぼ100%であり、予防可能な疾患に焦点を当て、保健活動を行う必要があります。

図表 1-10 要介護（要支援）度別認定者数

総数		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
羅臼町	人数	205	16	29	48	28	121	30	36	18	84
	%		7.8	14.1	23.4	13.7	59.0	14.6	17.6	8.8	41.0
北海道	人数	342,308	61,886	49,354	79,977	53,796	245,013	36,792	35,566	24,937	97,295
	%		18.1	14.4	23.4	15.7	71.6	10.7	10.4	7.3	28.4
全国	人数	6,765,995	962,246	932,137	1,408,339	1,135,383	4,438,105	899,500	858,473	569,917	2,327,890
	%		14.2	13.8	20.8	16.8	65.6	13.3	12.7	8.4	34.4

第2号被保険者

第2号被保険者		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
羅臼町	人数	11	1	2	3	3	9	0	1	1	2
	%		9.1	18.2	27.3	27.3	81.8	0.0	9.1	9.1	18.2
北海道	人数	5,622	631	910	1,108	1,156	3,805	679	566	572	1,817
	%		11.2	16.2	19.7	20.6	67.7	12.1	10.1	10.2	32.3
全国	人数	129,740	12,082	19,543	21,094	26,699	79,418	18,368	15,832	16,122	50,322
	%		9.3	15.1	16.3	20.6	61.2	14.2	12.2	12.4	38.8

出典：羅臼町）KDB 帳票令和4年度末、全国・北海道）令和3年度末 介護保険事業報告年報

図表 1-11 介護認定者の有病状況（令和4年度）

要介護 突合状況 ★NO.49	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	受給者区分		2号		1号		合計		
		年齢	40～64歳		65～74歳		75歳以上		計	
		介護件数(全体)	11		24		181		205	
		(再)国保・後期	6		16		155		171	
血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	件数	5	7	94	97	100	
				割合	83.3%	43.8%	60.6%	56.7%	56.5%	
		2	虚血性心疾患	件数	3	3	87	94	99	
				割合	50.0%	18.8%	56.1%	55.0%	55.9%	
	3	腎不全	件数	0	0	27	27	27		
			割合	0.0%	0.0%	17.4%	15.8%	15.3%		
	4	糖尿病合併症	件数	0	2	11	13	13		
			割合	0.0%	12.5%	7.1%	7.6%	7.3%		
	基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		件数	6	13	152	165	171		
	割合		100.0%	81.3%	98.1%	96.5%	96.6%			
血管疾患合計		件数	6	13	152	165	171			
割合		100.0%	81.3%	98.1%	96.5%	96.6%				
認知症		件数	1	5	76	81	82			
割合		16.7%	31.3%	49.0%	47.4%	46.3%				
筋・骨格疾患		件数	6	13	151	164	170			
割合		100.0%	81.3%	97.4%	95.9%	96.0%				

出典：KDB 二次加工ツール 要介護突合状況（令和4年度）

図表 1-12 2号認定者の状況

性別	初回認定時 年代	初回認定時 介護度	初回主治医意見書	性別	初回認定時 年代	初回認定時 介護度	初回主治医意見書		
1	男	40代	支援1	脳出血、高血圧	7	男	50代	介護2	脳梗塞、貧血
2	女	40代	支援2	脳出血、高血圧症	8	男	50代	介護2	頸部脊柱管狭窄、アルツハイマー型認知症
3	女	50代	支援2	クモ膜下出血、高脂血症	9	男	50代	介護4	脳塞栓、脳梗塞、高血圧内服薬処方あり
4	男	30代	介護1	脳幹出血	10	女	50代	介護5	アルツハイマー型認知症、高血圧症
5	男	50代	介護1	脳出血（右視床出血）、高血圧症	11	男	60代	介護5	高血圧性被殻出血、高血圧症
6	女	50代	介護1	骨折を伴う骨粗しょう症					

出典：KDB、主治医意見書

(4) 後期高齢者医療

羅臼町の後期高齢者の一人あたりの医療費は、全国・北海道と比較して低い費用になっています。

(図表 1-1)

(5) 国民健康保険

羅臼町の国民健康保険加入者は、全国や北海道と比較して、加入率が高くなっています。また、加入者のうち、前期高齢者(64歳～74歳)が占める割合は全国、北海道よりも低くなっていますが、今後は高齢化の進展により、割合の増加が強まると予測されます。

一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。羅臼町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、全国や北海道と比較して低い費用です。(図表 1-1)

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防・重症化予防の最も重要な取組である、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導において、国民健康保険加入者の状況は、令和4年度法定報告で受診率27.7%、保健指導実施率は66.0%で、受診率は全国・北海道より低い状態ですが、保健指導実施率は全国・北海道を大きく上回っています。

また、協会けんぽ加入者の特定健康診査の状況(令和2年度)をみると、受診率は41.8%で北海道と比較して国保同様低くなっています。(図表 1-13)

特定健康診査の結果について制度合算でみると、北海道と比較して腹囲、BMI、血圧の有所見率が高くなっています。

いずれも食生活との関連が深い検査項目であり、生活習慣病の発症につながりやすい項目であるため、今後の保健指導の内容や職域保険との連携について検討が必要になります。

図表 1-13 特定健診の状況(令和2年度)

	羅臼			北海道		
	制度合算	協会けんぽ	国保	制度合算	協会けんぽ	国保
対象者人数	1,984	704	1,280	1,670,770	865,725	805,045
受診者数	568	294	274	624,435	402,109	222,326
受診率	28.6%	41.8%	21.4%	37.4%	46.4%	27.6%
腹囲	41.7%	45.2%	38.0%	37.2%	38.7%	34.6%
BMI	43.2%	48.6%	37.4%	34.2%	35.9%	31.2%
ALT 31以上	25.2%	28.6%	21.6%	22.2%	25.1%	17.0%
血糖	空腹時100以上	36.7%	39.0%	34.2%	35.3%	33.8%
	HbA1c5.6以上	44.0%	48.8%	41.0%	50.0%	53.7%
尿酸 7.0以上	15.1%	15.5%	14.6%	14.1%	9.4%	17.0%
血圧	収縮期130以上	48.1%	46.6%	49.8%	44.4%	50.7%
	拡張期85以上	31.2%	33.3%	28.8%	25.8%	21.7%
脂質	中性脂肪(空腹時150以上)	25.7%	31.3%	19.8%	22.4%	22.0%
	LDLコレステロール120以上	58.0%	57.8%	58.2%	55.7%	54.4%
血清クレアチン 1.3以上	0.8%	0.8%	0.8%	1.0%	1.0%	1.1%
eGFR 60未満	7.8%	6.8%	10.2%	14.7%	11.1%	21.1%

出典：地域・職域制度差分析 KDB Expander

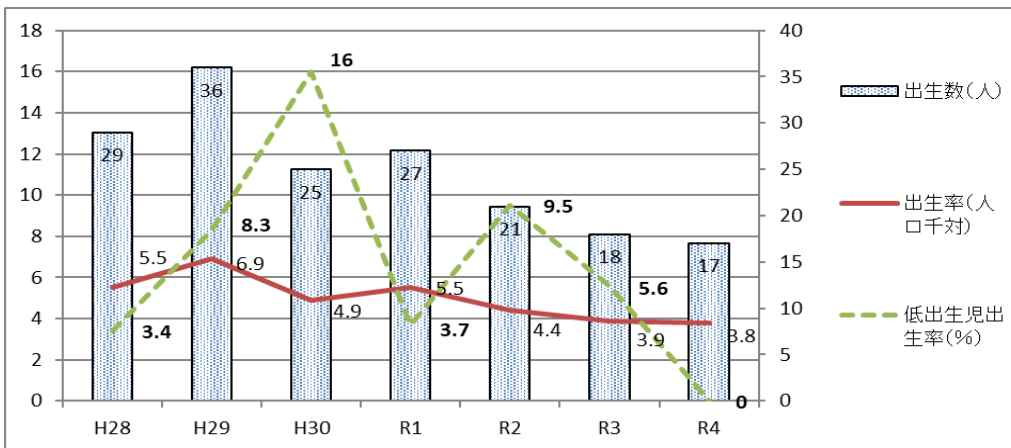
(7) 出生

羅臼町の出生率は、この数年間、全国・全道を下回り、年々低下傾向で推移しています。
(令和3年 全国6.3、全道5.6)

出生時体重が、2,500g未満の低出生体重児については、胎内での低栄養状態が成人期に2型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まり、生涯にわたる悪影響をもたらす可能性があると言われています。

羅臼町では年によるばらつきはありますが、毎年のように低出生体重児が出生しており、多い年には低出生児出生率が16.0%となっています。反対に在胎週数に比べ体重の重いHFD児は10人に1人程度の割合で出生しています。HFD児の背景には母体の糖尿病や高血糖状態があり、低出生体重児同様ハイリスク児として管理する必要があると言われてしています。これらのことから母体の妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。(図表1-14)

図表 1-14 出生数及び出生時の体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
出生数(人)	29	36	25	27	21	18	17
出生率(人口千対)	5.5	6.9	4.9	5.5	4.4	3.9	3.8
低出生児出生数	1	3	4	1	2	1	0
低出生児出生率(%)	3.4	8.3	16	3.7	9.5	5.6	-

出典：羅臼町保健福祉事業計画書

図表 1-15 在胎週数と出生時体重（令和2年から令和4年）

	1000g未満		1000-1500g未満		1500-2500g未満		2500-4000g未満		4000g以上		計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
SFD					1	1.7	1	1.7			2	3.4%
LFD							1	1.7			1	1.7%
AFD					1	1.7	48	82.8			49	84.5%
HFD							5	8.6	1	1.7	6	10.3%
計	0		0		2	3.4%	55	94.8%	1	1.7%	58	

※HFDには large-for-dates も含めた。LFDは1名

出典：羅臼町母子管理台帳

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、達成状況の評価を行った結果、38項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」を合わせ、全体の約6割で一定の改善がみられました。(図表2-1)

図表2-1

項目	指標	区分	羅臼町の現状値				達成状況	R5目標値			
			策定時	中間評価	最新値	データソース					
生活習慣病の予防	がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	107.6	55.0	56.7	①	A	96.8			
		②がん検診の受診率向上	12.8%	8.5%	10.6%	②	B				
	循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	・胃がん	14.7%	11.0%	11.0%	②	D	20.0%		
			・肺がん	14.9%	11.9%	11.3%	②	D			
		②高血圧の改善(160/100mmHg以上の者の割合の減少)	・大腸がん	9.4%	9.5%	16.0%	②	A	15.0%		
			・子宮頸がん	29.9%	15.9%	20.2%	②	B	40.0%		
		③脂質異常症の減少	・乳がん	25.5	25.4	7.9	③	A	20.0		
			・脳血管疾患	14.1	19.5	29.2	③	D	10.0		
			・虚血性心疾患								
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少		なし	21.7%	17.0%	④		H25年度実績による			
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上		16.6%	47.1%	11.7%	④	A	15.0%			
	糖尿病	①合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者)の減少		34.5%	12.0%	R3 法定報告減少率 11.9% (R3-4年度メタボ減少率 全体で23.8%)	⑤	B	H20年度と比べて25%減少		
		②治療継続者の割合の増加		17.7%	20.7%	26.8%	⑤	B	30.0%		
		③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少		44.0%	50.0%	51.0%	⑤	B	60.0%		
		④糖尿病有病者の増加の抑制		2人	H28 1人 H29 1人		⑥	A	0人		
歯・口腔の健康		①歯周病を有する者の減少	HbA1cがJDS6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合	77.8%	56.8%	75.0%	④	B	80.0%		
		②乳幼児・学齢期の齲蝕のない者の増加	HbA1cがJDS8.0%(NGSP8.4%)以上の者の割合の減少	0.3%	1.7%	0.0%	④	A	0.3%		
			HbA1cがNGSP6.5%以上の者の割合	2.5%	10.6%	7.7%	④	B	2.5%		
生活習慣・社会環境の改善(NCDリスクの低減等)		栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)		20歳代の妊婦の非妊時体重が適正である者の割合の増加	54.3%	66.7%	50.0%	⑦、⑧	C	70.0%
			②運動習慣者の割合の増加(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合の増加)		・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	7.0%	2.6%	10.5%	⑦、⑧	D	減少傾向へ
			③介護保険サービス利用者の増加の抑制	・肥満傾向にある子どもの割合の減少(小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子 23.5% 女子 0%	男子9.67% 女子11.11%	男子10.53% 女子10.00%	⑨	C	減少傾向へ	
	・20~60歳代の男性の肥満者の割合の減少			男子 38.4kg 女子 36.8kg	男子38.5kg 女子38.7kg	男子37.3kg 女子37.8kg	④	C	35.0%		
	身体活動・運動		④成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる)	39.5%	43.2%	43.5%	④	C	35.0%		
		⑤日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	32.1%	26.6%	28.9%	④	A	30.0%			
		⑥妊娠中の喫煙をなくす(妊婦のパートナーの喫煙率の減少)	11.0%	21.0%	14.3%	④	B	現状維持(11%)			
		⑦日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	20~64歳	40~74歳 男性 34.1% 女性 29.3%	40~74歳 男性 33.1% 女性 37.2%	40~74歳 男性31.9% 女性31.8%	⑤	D	45.0% 40.0%		
		⑧妊娠中の喫煙をなくす(妊婦のパートナーの喫煙率の減少)	65歳以上	40~74歳 男性 18.1% 女性 17.2%	40~74歳 男性 23.3% 女性 13.1%	40~74歳 男性20.2% 女性14.0%	⑤	D	28.0% 27.0%		
	飲酒	⑨日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	197人	223人 (H29年認定者数)	218人	⑩	A	222人			
⑩日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)		25.0%	13.7%	14.9%	④	A	23.0%				
⑪成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる)		8.3%	7.9%	6.8%	④	A	7.0%				
⑫成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる)		36.2%	33.1%	27.9%	⑤	A	30.0%				
⑬妊娠中の喫煙をなくす(妊婦のパートナーの喫煙率の減少)		9.3%	2.7%	5.3%	⑧	C	0.0%				
休養	⑭睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	62.8%	62.8%	47.4%	⑧	A	50.0%				
	⑮睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	27.1%	28.7%	18.7%	④	A	25.0%				
健康	⑯自殺者の減少(人口10万当たり)	16.7	29.0% (H21-27の5年間)	23.62	⑪	B	20%以下				

評価区分(策定時のベースライン値と、中間評価、直近の実績値を比較)	項目数(再掲除く)
A 目標値に達した	16(44.4%)
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	8(22.2%)
C 変わらない	4(11.1%)
D 悪化している	8(22.2%)
E 評価困難	0(0.0%)
合計	36(100.0%)

- ①保健福祉課 事業計画書
- ②地域保健・健康増進事業報告
- ③年齢調整死亡率計算ソフト
- ④マルチマーカー
- ⑤法定報告
- ⑥自立支援医療申請状況
- ⑦北海道母子保健報告事業報告
- ⑧妊娠婦情報データベース
- ⑨学校保健統計・学校身体計測値(1月分)
- ⑩介護認定データベース
- ⑪自殺実態プロフィール

これらの評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、図表2-2のように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための羅臼町の具体的な取組を次のように推進します。

図表 2-2 参考「健康日本 21(第三次)」の基本的な方針と目標 「誰一人取り残さない健康づくり」、「より実効性をもつ取組みの推進」(目標 51 項目)

全体目標	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	子ども			高齢者	死亡
		胎児(妊婦) 0歳	20歳	40歳	65歳	
生活習慣病の発症予防・重症化予防	がん・COPD	<input type="checkbox"/> がん検診受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少			<input type="checkbox"/> がんの年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> COPDの死亡率の減少	
	循環器病	<input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質(LDLコレステロール)高値者の減少 <input type="checkbox"/> 特定健診の実施率の向上 <input type="checkbox"/> 特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少			<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の増加 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者の減少 <input type="checkbox"/> 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少				
	栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 児童・生徒における肥満傾向児の減少 <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> バランスの良い食事を摂っている者の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 「健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的なイニシアチブ」の推進 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加			(低栄養傾向の高齢者の減少)	
	身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 運動やスポーツを習慣的に行っていない <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 子どもの減少 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の増加 <input type="checkbox"/> 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加				
	休養・睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれているものの増加 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 過労働時間60時間以上の雇用者の減少				
	飲酒	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の減少				
	喫煙	<input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 喫煙率の減少 <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少				
	歯・口腔の健康	<input type="checkbox"/> 歯科検診の受診者の増加 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の減少 <input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる者の増加				
	生活機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> 心理的苦痛を感じている者の減少 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診受診率の向上			<input type="checkbox"/> ロコモティブシンドロームの減少	
社会環境の質の向上	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加 <input type="checkbox"/> 心のサポーター数の増加 <input type="checkbox"/> 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加			(社会活動を行っている高齢者の増加)		
健康増進のための基盤	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加					

2. 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

①はじめに

栄養・食生活は、生命の維持に加え、子供達が健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通して生活機能の維持・向上の観点からも重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

羅臼町でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。

生活習慣病予防の実現のためには、羅臼町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

②基本的な考え方

主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は図表 2-3 のとおりです。

食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は図表 2-4 のとおりです。

生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

図表 2-4 ライフステージごとの食品の目安量

食品			妊娠						授乳期	乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		成人	高齢者			
			前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群			6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳		70歳以上			
			0～16週未満	16～28週未満	28～40週	尿糖+	尿糖-	尿糖±以上		開始2か月	開始4か月	開始7か月				男	女	男	女	男		女	男	女	
第1群	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ミルク 900	母乳・ミルク 700	母乳・ミルク 600 (プレーンヨーグルト40)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200
	卵	Mサイズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄1/2 ～卵黄1コ	卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第2群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	肉類	薄切り肉 2～3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁110g	150	150	150	150	100	100	150	5	0	40	40	50	80	100	80	150	120	150	100	100	100	100	100
第3群	緑黄色野菜	人参 ほう うれん草 マトなど	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	20	30	45	70	100	100	150	100		150	200	150	150	150	150	150
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	200
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	100
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	-	ナリおろし・ほぐし 30～40	40kcal	40kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30～50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50	30～50
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち
	種実類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	バター で2	バター で3	4	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち	個人により まちまち
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	酒類 (アルコール)		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20

③現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。健診データについての目標項目は、「3. 生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防」の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

i 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

体重は、ライフステージを通して、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満は、がん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があり、若年女性のやせは骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。(図表 2-5)

図表 2-5 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊婦	出生	幼児		学童		成人	高齢者
評価指標	10代~30代の妊婦	新生児	3歳	5歳(幼稚園年長)	10歳(小学校5年生)		特定健診受診者(40~74歳)	高齢者(65歳以上)
	適正体重	低出生時	肥満傾向児			肥満者	BMI20以下	
国の状況	70.7%	9.4%	男:3.56% 女:3.73%	男:15.11% 女:9.74%	29.2%	16.8%	令和元年度国民健康・栄養調査	
	令和元年度国民健康・栄養調査	令和元年度厚労省人口動態統計						令和4年度学校保健統計
町の状況	61.1%	6.3%	6.9%	男:13.95% 女:6.38%	男:40.74% 女:12.50%	40.0%	12.6%	令和4年度健診結果
	令和元年度~令和4年度平均値		令和2年度~令和4年度平均値					
都道府県との比較				図表2-13	図表2-13			
町の経年変化	図表2-9	図表2-11	図表2-14	図表2-15	図表2-16	図表2-17	図表2-18	

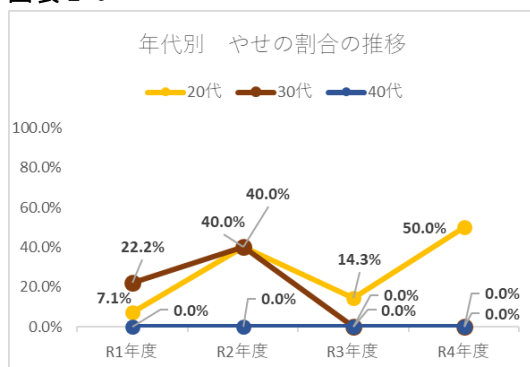
ア. 10~30歳代の妊娠前の体格が適正である者の割合の増加

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子供の健やかな発育に繋がります。

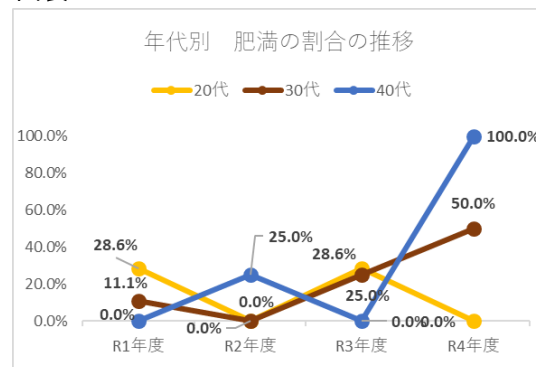
妊娠前の体格がやせの女性は、切迫早産、早産、貧血および低出生体重児を出産するリスクなどが高いといわれています。また妊娠前の体格が肥満の女性は、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、巨大児を出産するリスク等が高いといわれています。

年代別妊娠前の体格の割合の推移をみると、年度によりばらつきがみられますが、20歳代妊婦は30歳代、40歳代妊婦に比べ、妊娠前の体格がやせの割合が多い傾向にありました。(図表 2-6) また10~30歳代の妊娠前体重の割合は、年度によりばらつきはみられますが、適正体重である者の割合は減少傾向にありました。適正体重を保ち妊娠期を迎えるためには、妊娠前からのやせや肥満の対策が必要です。なお、令和元年度から令和4年度は、10歳代妊婦はいませんでした。(図表 2-7, 2-8, 2-9)

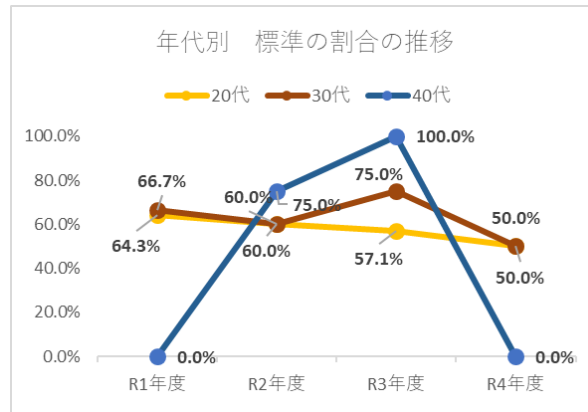
図表 2-6



図表 2-7



図表 2-8



図表 2-9 10～30 歳代の妊娠前体重の状況（出生年度別）

	妊娠前の体格 (BMI kg/m ²)	年度	10-30歳代			
			R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
計			23	16	15	18
低体重（やせ）	18.5未満	人	3	5	1	4
		割合	13.0%	31.3%	6.7%	22.2%
普通体重（標準）	18.5～24.9	人	15	10	10	9
		割合	65.2%	62.5%	66.7%	50.0%
肥満	25.0以上	人	5	1	4	5
		割合	21.7%	6.3%	26.7%	27.8%
肥満（1度）	25.0-29.9	人	5	1	3	4
肥満（2度）	30.0以上	人	0	0	1	1

妊娠中の望ましい体重増加は、妊娠前の体格によって異なります。

令和3年改定の「妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針」の中で、日本産科婦人科学会により新たに妊娠中の体重増加の目安が示されました。

令和元年度から4年度の4年間に単胎児を出生した母親76人中、妊娠前体格がやせの者は、体重増加が不足している者が多い傾向にあります。肥満の者は、過剰に増加する傾向にあります。（図表 2-10）

図表 2-10 妊娠前体格別体重増加の状況
R1-4 年度出生児計（単胎児）

		2,500g未満	2,500g-	4,000g以上	小計	割合
		低出生体重児	4,000g未満	巨大児		
やせ	12kg未満	0	8	0	8	10.5%
	12-15kg	0	2	0	2	2.6%
	15.1kg以上	0	2	0	2	2.6%
標準	10kg未満	2	12	0	14	18.4%
	10kg-13kg	2	18	1	21	27.6%
	13.1kg以上	0	12	0	12	15.8%
肥満1度	7kg未満	0	5	0	5	6.6%
	7-10kg	1	2	0	3	3.9%
	10.1kg以上	0	7	0	7	9.2%
肥満2度以上	個別対応 (上限5kgまでを目安)	0	0	0	0	0.0%
	個別対応 (上限5kgの目安を超える)	0	2	0	2	2.6%
計		5	70	1	76	100.0%

妊娠中の体重増加指導の目安（日本産科婦人科学会2021年3月）

※体格分類は日本肥満学会の肥満度分類に準じる

胎児期および乳幼児期の栄養状態がその後の健康状態や疾病に影響するという DoHaD 説が唱えられており、低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで、成人期以降に肥満や、糖尿病、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病を発症するリスクが高まります。次世代の健康を育むという観点からも、妊娠期（胎児期）からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。

イ. 全出生数中の低出生体重児（2,500g 未満）の割合の減少

低出生体重児の割合は、年度によりばらつきがみられますが、年間 1～2 人ほど出生しています。令和元年度から令和 4 年度の 4 年間に出生した低出生体重児 5 人中 4 人が正期産児（在胎 37 週以上）、1 人が後期早産児（34～37 週未満）でした。（図表 2-11）

図表 2-11 羅臼町の低出生体重児の割合の推移

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R1-4年度計
出生数		24	20	17	19	80
	低出生体重児	2	0	1	2	5
	割合	8.3%	0.0%	5.9%	10.5%	6.3%
	巨大児	0	1	0	0	1
	割合	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	1.3%
単胎児	単胎児数	22	20	17	19	78
	低出生体重児数	2	0	1	2	5
多胎児	多胎児数	2	—	—	—	2
	低出生体重児数	0	—	—	—	0

低出生体重児（単胎児）を出産した者 5 人のうち、2 人（40.0%）が妊娠中の体重増加が不足していました。（図表 2-12）

図表 2-12 低出生体重児を出産した者の妊娠前体格と体重増加の状況

R1-4年度低出生体重児（単胎児） （人）		妊娠中の体重増加			
		増加不足	適正増加	過剰増加	計
低体重	12～15kg	0	0	0	0
普通体重	10kg-13kg	2	2	0	4
肥満1度	7-10kg	0	1	0	1
肥満2度以上	個別対応 （上限5kgまでが目安）	0	0	0	0
		2	3	0	5
		40.0%	60.0%	0.0%	100%

低出生体重児の背景要因はさまざまです。胎児側の要因は、胎児の疾患・胎内感染・多胎等があります。母体側の要因は、妊娠前のやせ、妊娠期の体重増加不良、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、喫煙、飲酒等があげられ、胎児への栄養や酸素の供給を妨げ発育不全を引きおこす可能性があります。いずれも予防可能な要因です。低出生体重児の出生の予防や、生まれてきた低出生体重児の将来の生活習慣病の発症予防など個々に合わせた指導が必要になります。

今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

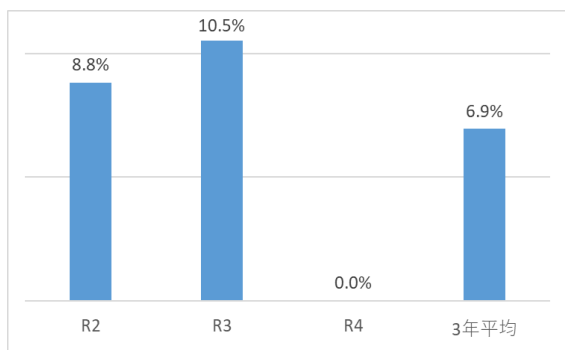
子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。国の指標の設定となっている10歳（小学校5年生）の羅臼町の肥満傾向児は、男女ともに全国より出現率が高く、特に男子は全国で一番高い出現率であり、また5歳（幼稚園年長）でも男子は全国より出現率が高い状況です。（図表2-13）

子どもの肥満について、児童生徒は各学校で養護教諭が中心となり管理・指導されていますが、依然として多い状況に変化がありません。また養護教諭と健康課題を共有する中で、児童生徒に対する肥満対策事業の必要性を感じ、平成26年度より事業化していますが、利用者が少ないという現状があるため、改めて事業を周知するとともに、事業を通して学校と更なる連携を図る必要があります。

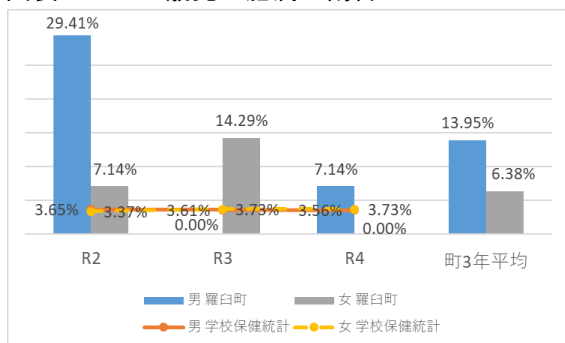
図表 2-13 令和4年度 都道府県別 肥満傾向児の割合

	5歳（幼稚園年長）				10歳（小学校5年生）					
	男		女		男		女			
1	羅臼町	13.95	羅臼町	6.38	1	羅臼町	40.74	青森県	17.63	1
2	岩手県	8.46	青森県	9.24	2	茨城県	21.13	宮城県	15.58	2
3	福島県	6.66	福岡県	6.83	3	青森県	21.07	沖縄県	14.44	3
4	宮城県	6.63	茨城県	6.66	4	宮城県	19.14	北海道	14.05	4
5	群馬県	6.21	山形県	5.65	5	富山県	18.38	栃木県	14.00	5
6	栃木県	5.91	宮城県	5.61	6	群馬県	18.18	山形県	13.95	6
7	鹿児島県	5.80	福島県	5.38	7	岩手県	18.09	島根県	13.62	7
8	茨城県	5.77	香川県	5.30	8	北海道	17.88	岩手県	13.38	8
9	青森県	5.58	山口県	5.06	9	栃木県	17.82	福島県	12.71	9
10	大分県	5.09	新潟県	4.96	10	山梨県	17.72	茨城県	12.59	10
11	秋田県	4.97	秋田県	4.93	11	大分県	17.65	羅臼町	12.50	11
12	徳島県	4.90	岡山県	4.91	12	岡山県	17.53	宮崎県	12.37	12
13	愛媛県	4.46	岩手県	4.83	13	福島県	17.17	徳島県	12.26	13
14	石川県	4.37	鹿児島県	4.75	14	福岡県	17.14	大分県	12.13	14
15	北海道	4.25	徳島県	4.70	15	鹿児島県	17.06	山梨県	12.06	15
16	山口県	4.24	北海道	4.60	16	沖縄県	17.06	香川県	11.82	16
17	熊本県	4.11	栃木県	4.17	17	岐阜県	16.92	熊本県	11.48	17
18	千葉県	4.06	広島県	4.11	18	広島県	16.84	秋田県	11.38	18
19	和歌山県	4.05	宮崎県	4.03	19	愛媛県	16.51	長野県	10.81	19
20	山形県	4.00	大分県	3.92	20	秋田県	16.29	高知県	10.79	20
21	静岡県	3.87	滋賀県	3.86	21	山形県	16.16	佐賀県	10.74	21
22	佐賀県	3.87	埼玉県	3.78	22	和歌山県	15.94	福岡県	10.59	22
23	奈良県	3.67	兵庫県	3.77	23	宮崎県	15.86	群馬県	10.43	23
24	香川県	3.63	全国	3.73	24	東京都	15.55	広島県	10.18	24
25	富山県	3.58	富山県	3.68	25	長崎県	15.48	大阪府	10.11	25
26	全国	3.56	群馬県	3.63	26	愛知県	15.44	兵庫県	10.00	26
27	高知県	3.46	熊本県	3.51	27	長野県	15.28	静岡県	9.91	27
28	三重県	3.40	愛媛県	3.50	28	全国	15.11	全国	9.74	28
29	福岡県	3.40	岐阜県	3.41	29	山口県	15.06	三重県	9.74	29
30	沖縄県	3.36	和歌山県	3.39	30	熊本県	15.02	愛媛県	9.67	30
31	福井県	3.31	京都府	3.24	31	千葉県	15.01	山口県	9.55	31
32	埼玉県	3.26	千葉県	3.23	32	福井県	14.94	新潟県	9.21	32
33	東京都	3.18	神奈川県	3.20	33	新潟県	14.84	京都府	9.05	33
34	山梨県	3.17	福井県	3.17	34	高知県	14.75	石川県	8.60	34
35	兵庫県	3.15	東京都	3.11	35	鳥取県	14.25	埼玉県	8.54	35
36	岡山県	3.03	沖縄県	3.07	36	埼玉県	14.07	長崎県	8.54	36
37	宮崎県	2.93	三重県	2.95	37	神奈川県	13.92	奈良県	8.39	37
38	広島県	2.86	高知県	2.89	38	兵庫県	13.65	鹿児島県	8.39	38
39	岐阜県	2.85	静岡県	2.78	39	徳島県	13.34	愛知県	8.38	39
40	新潟県	2.77	島根県	2.77	40	石川県	13.00	福井県	8.21	40
41	島根県	2.61	大阪府	2.72	41	京都府	12.49	富山県	8.10	41
42	長野県	2.50	奈良県	2.67	42	奈良県	12.32	神奈川県	7.92	42
43	大阪府	2.49	山梨県	2.57	43	島根県	11.95	岐阜県	7.87	43
44	神奈川県	2.46	石川県	2.54	44	静岡県	11.60	東京都	7.43	44
45	滋賀県	2.33	長崎県	2.38	45	佐賀県	11.21	和歌山県	7.05	45
46	愛知県	2.09	愛知県	1.98	46	三重県	10.97	鳥取県	7.03	46
47	京都府	2.03	長野県	1.54	47	滋賀県	10.80	岡山県	6.81	47
48	長崎県	1.84	佐賀県	1.26	48	大阪府	10.75	滋賀県	6.66	48
49	鳥取県	1.74	鳥取県	0.86	49	香川県	9.36	千葉県	6.37	49

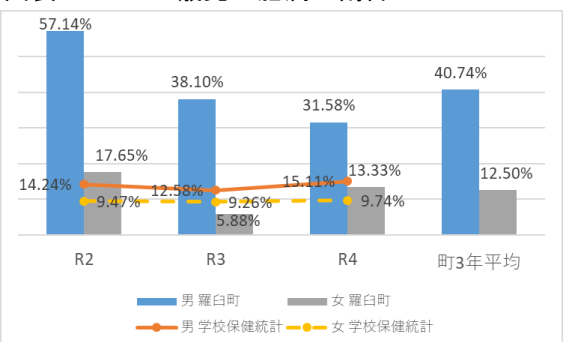
図表 2-14 3歳児 肥満の割合



図表 2-15 5歳児 肥満の割合



図表 2-16 10歳児 肥満の割合



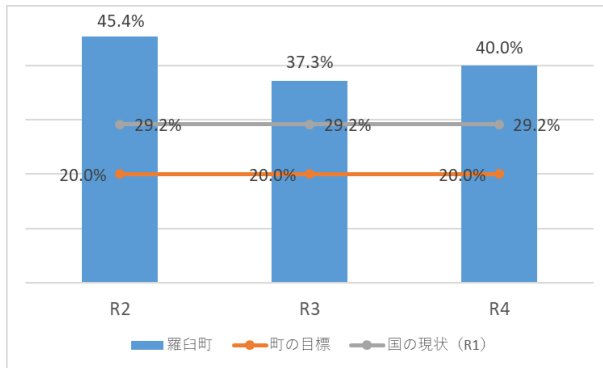
※都道府県の肥満度については、令和4年度学校保健統計より。羅臼町の肥満度については、年度により差が大きいため、令和2年度～4年度の平均値を使用し、比較した。

エ. 40～74 歳の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、40～74 歳に最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が「健康日本 21(第二次)」の目標とされていましたが、羅臼町の最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

羅臼町の 40～74 歳の肥満者の割合は全国の現状よりも高い状況です。(図表 2-17)

図表 2-17 40～74 歳の肥満者の割合の推移



	R2	R3	R4
受診者数	141	102	160
BMI25以上	64	38	64

オ. 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の割合の増加の抑制

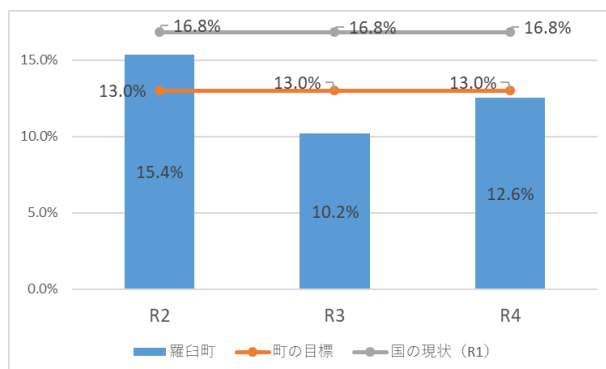
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。

羅臼町の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は、国の目標値を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。(図表 2-18)

図表 2-18 羅臼町の 65 歳以上の BMI20 以下の割合の推移



	R2	R3	R4
受診者数	130	137	199
BMI20以下	20	14	25

ii 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康的な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病予防対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（図表 2-19）

児童生徒には、学校保健安全法に基づいた検査をおこなっていますが、生活習慣病に関連した検査項目が少ないため、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標は現在のところありません。今後は小中学校の養護教諭との課題を共有していくことが重要だと考えます。

図表 2-19 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

ライフステージ	妊娠中（胎児）		乳幼児			幼稚園 小学生 中学生 高校生 18歳					40歳		75歳以上		
法律	母子保健法				(省令 児童福祉施設最低基準)	学校保健安全法				健康増進法	労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律		
	母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)	産婦健康診査(第13条)	健康診査(第13条)	健康診査(第12・13条)		就学時健診(第11条)	健康診断(第13条)				第19条の2	健康診断(第66条)		特定健診(第20条)	
健診の名称等	妊婦健診	産婦健診	乳幼児健診			保育所健康診断	幼稚園健康診断 就学時健診	学校健診			健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診
健診内容を規定する法令・通知等	・母子保健法施行規則(省令) ・妊婦に対する健康診査についての望ましい基準(告示)		・母子保健法施行規則(省令) ・乳幼児に対する健康診査について(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知) ・乳幼児に対する健康診査の実施について(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)			厚生労働省令 保育所保育方針「第3章 健康及び安全」	学校保健安全法施行規則第3条	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」			市町村における健康増進事業の実施				
対象年齢、時期等	妊婦	産婦	乳児	1歳6ヵ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	16～39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上	
項目	妊娠期間中最大14回	2回	該当年齢	該当年齢	該当年齢	年2回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	
身長			●	●	●	●	●	●	●	☆		●	●	●	
体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	☆	●	●	●	●	
内臓脂肪の蓄積	BMI・肥満度		●	●	●	●	●	●	●	☆		●	●	●	
	腹囲									☆		●	●	●	
	中性脂肪									☆		●	●	●	
	HDLコレステロール									☆		●	●	●	
	肝機能	AST(GOT)									☆		●	●	●
		ALT(GPT)									☆		●	●	●
γ-GT(γ-GTP)										☆		●	●	●	
血管を傷つける条件	血圧	●	●							☆	●	●	●	●	
	尿酸									☆			☆	☆	
	血糖	空腹時血糖									☆		●	●(いずれかの項目で可)	●(いずれかの項目で可)
		随時血糖	●											☆	☆
		HbA1c									☆			☆	☆
尿糖	●	●			●		●	●	省略可	☆			●	●	
LDLコレステロール										☆		●	●	●	
腎臓	血清クレアチニン									☆			☆	☆	
	eGFR									☆			☆	☆	
	尿蛋白	●	●			●		●	●	省略可	☆	●	●	●	●
	尿潜血	●				●		●	●	省略可	☆			☆	☆
易血栓性	赤血球数	●								☆			☆	☆	
	ヘマトクリット	●								☆			☆	☆	
	ヘモグロビン	●								☆			☆	☆	

☆は羅臼町独自で実施している項目

④対策

i 生活習慣病の発症予防のための取組の推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・妊婦個別支援（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）・離乳食教室
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を活かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）
- ・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

ii 生活習慣病の重症化予防のための取組の推進

管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
糖尿病や慢性腎臓病など、食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施

iii 学齢期への保健指導の推進

小中学校の養護教諭・栄養教諭との課題の共有

- ・現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有
- ・肥満傾向児の実態を把握し、情報を共有する
- ・学校で行われている食育授業についての情報共有

(2) 身体活動・運動

①はじめに

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・意図的に行われるものを指します。

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等などの発症・罹患リスクが低いことが報告されています。また、身体活動・運動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとしています。

一方で、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等により、国民の身体活動量が減少しやすい社会環境にあることや、身体活動量の減少は肥満や生活習慣病（NCDs）発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であることから、対策を実施する必要があります。

②基本的な考え方

身体活動・運動量を増加させ、健康増進につなげていくことが重要であることから、以下の目標を設定します。

i 日常生活における歩数の増加

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、「歩数の増加」は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策です。また、歩数はスマートフォンなどを通じ、多くの町民にとっても日常的な測定・評価が可能となっています。これらを踏まえ、「日常生活における歩数の増加」を目標として設定し、身体活動全体の増加・活発化を促すことが必要です。

ii 運動習慣者の増加

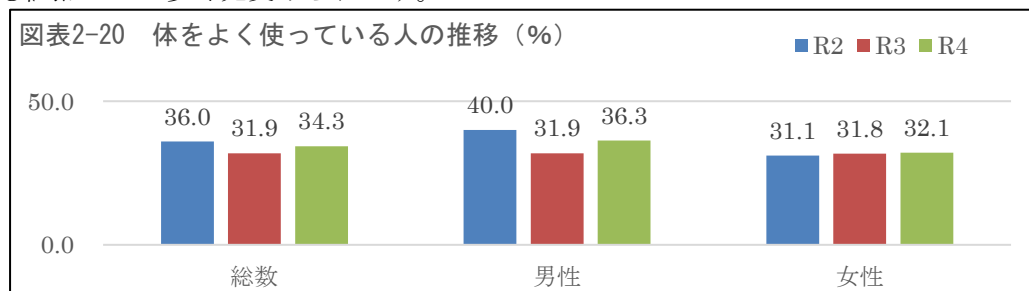
健康増進や体力向上のために「運動」を実施することは、個々人の抱える多様かつ個別の健康問題を効率的に改善することができるかとされています。運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病（NCDs）発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの町民が運動習慣を持つことが重要です。これらを踏まえ、引き続き、「運動習慣者の増加」を目標として設定します。

③現状と目標

i 日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

羅臼町では、特定健診受診者に対して身体活動の状況を確認していますが、全体で30～36%の者が歩行等の身体活動を行っています。コロナ禍では、外出自粛を求められた期間が長く、身体活動を実施するものの割合も中間評価時に比べ減少しています。性別では、男性がやや多い状況となっています。（図表 2-20）しかし、仕事（漁業の肉体労働）で体を動かすことも、運動と考えている者も依然として多く見受けられます。



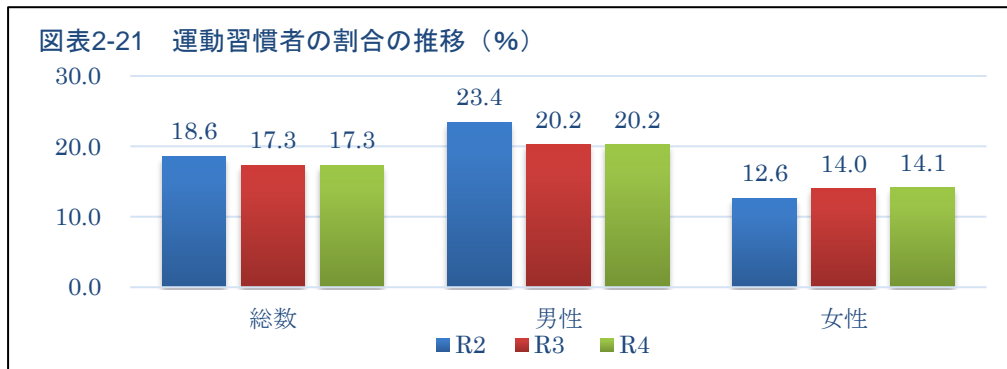
出典：R2～R4 特定健診・特定保健指導法定報告

身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動の習慣化を図るよう心掛けることとともに、冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備も引き続き必要です。

ii 運動習慣者の割合の増加

(1日30分以上の運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合)

運動習慣がある者の割合は全体では17~18%ですが、身体活動と同様にコロナ禍による外出機会の減少などにより、中間評価時に比べ、女性の割合は若干の上昇がありましたが、男性は減少しました。性別では、男性の運動習慣者が女性よりも多い傾向にあります。(図表2-21)



出典：R2~R4 特定健診・特定保健指導法定報告

運動習慣者が増加していくためには、身体活動同様、運動の習慣化を促すとともに、歩行と同様、積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設など、多くの人々が気軽に運動に取り組むことができる環境を整えることが必要です。

④対策

i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動に関する情報提供

ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・町の各部局や関係機関と連携し、気軽に歩くことができる「すこやかロード らうすゴジューカラコース」の普及 など
- ・町の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨 羅臼スポーツクラブらいう事業の周知 など

iii 運動をしやすい環境の整備

- ・既存施設の活用の推進
- ・町民体育館らうすぽのトレーニングルームの活用などの勧奨 など

(3) 休養・睡眠

① はじめに

睡眠は、ライフコースを通じて、健康増進・維持に不可欠な休養活動です。睡眠不足を含め、さまざまな睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、2型糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスクの上昇や症状の悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかになっています。また、十分な睡眠を取ることは、こころの健康においても欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

②基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題です。より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進において極めて重要であり、より良い睡眠には、睡眠の質と量、いずれもが重要です。

③現状と目標

i 睡眠で休養が十分にとれている者の割合の増加

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

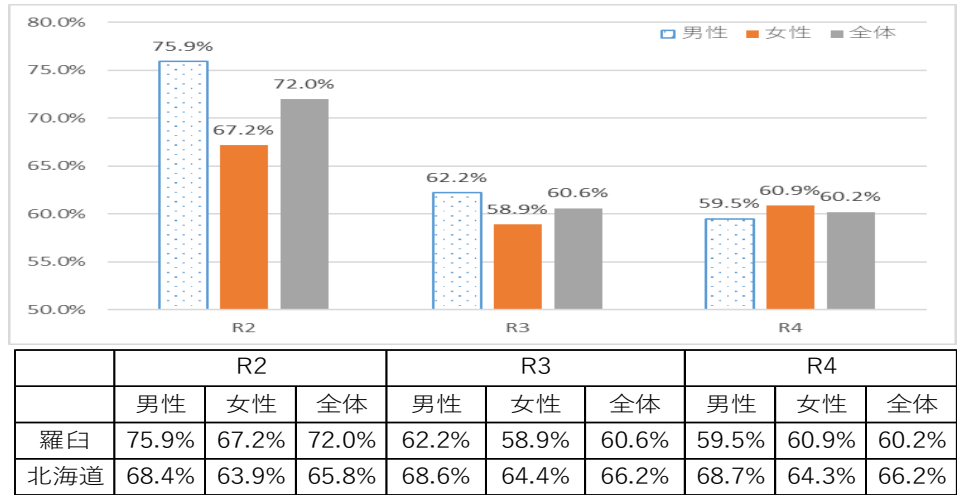
さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。「健康づくりのための睡眠ガイド2023」では、睡眠休養感（睡眠で休養がとれているという感覚）の高さが心筋梗塞、狭心症、心不全といった心血管疾患の発症率低下と関連し、若年成人と女性ではこの関連が顕著とされています。また、睡眠休養感の低下は肥満や糖尿病、脂質異常症を含めた代謝機能障害と関連することも示されています。

羅臼町では、特定健診受診者に対し、「睡眠で休養が十分にとれていますか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきました。令和4年度は、男性59.5%、女性60.9%の人が「はい」と回答しており、北海道と比較すると低くなっています。（図2-22）羅臼町の漁業は、季節や漁種により労働時間や生活のリズムは大きく異なり、それが睡眠や休養、健康状態に影響していると考えられますが実態把握が不十分な状況です。

また、健康づくりのための睡眠ガイド2023では、こどもの睡眠に関する推奨事項として、適切な睡眠時間や睡眠休養感を高めることが設定されています。令和5年度に羅臼町内で実施されたアンケートでは睡眠時間について、幼稚園児53.0%、小学生42.3%、中学生47.1%が、推奨睡眠時間を確保できていない状況となっています。（図表2-23）

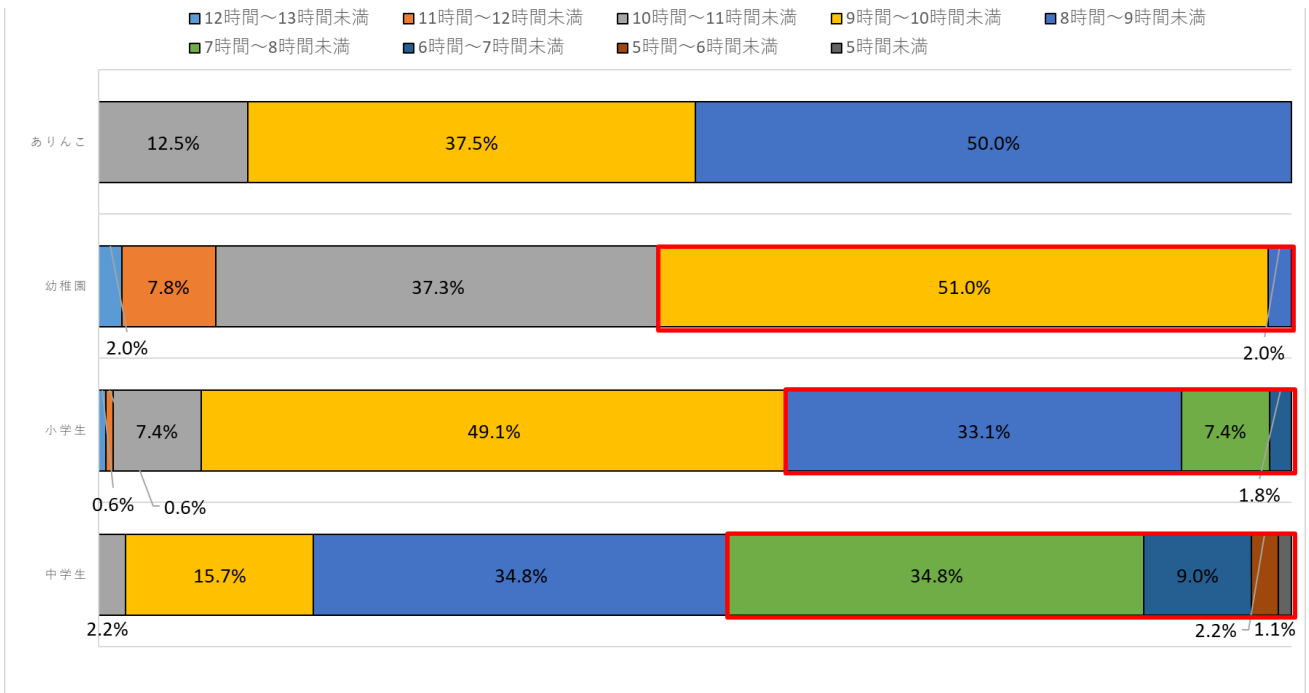
適切な睡眠時間を確保することはこどもの心身の健康にとって重要であり、睡眠不足により肥満のリスクが高くなることや、抑うつ傾向が高くなること等が報告されています。成人の睡眠の実態がこどもにも影響を与える可能性もあり、まずは成人の睡眠に関する実態把握とともに、ライフステージに合わせた睡眠に関する保健指導や普及啓発を行う必要があります。

図表 2-22 睡眠で休養が十分とれている人の割合の推移



出典：R2～R4 年度 特定健診・特定保健指導法定報告

図表 2-23 子どもの睡眠時間（令和 5 年度）



出典：子どもの自律・親育ち応援チーム緒むすびによる子どもの生活アンケート調査（令和 5 年度）結果

④ 対策

i 羅臼町の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・ 健診結果等より睡眠と健康に関連する事項(生活リズム等)の実態の把握

ii 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や広報誌等での情報提供

(4) 飲酒

①はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、到酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

「健康日本 21(第二次)」では「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で 40 g 以上、女性で 20 g 以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組を行ってきました。我が国全体のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については、男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められています。また、令和 3 年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画（第 2 期）において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画（第 4 期）において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされています。

②基本的な考え方

「健康日本 21(第二次)」では、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標としていたが、男性では変化なし、女性では悪化傾向でした。研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆されています。

これらの飲酒による健康障害の調査研究結果とともに、生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で 40 g、女性で 20 g 以上と定義し、目標を設定します。

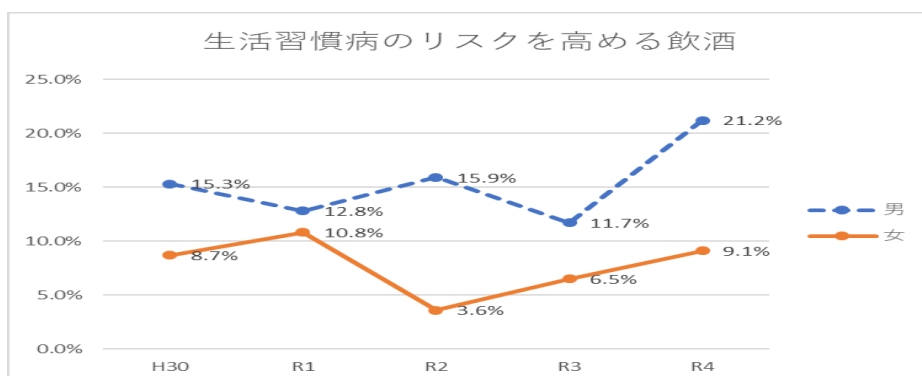
20 歳未満の者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が 20 歳以上の者に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいこと等から、20 歳未満の者の飲酒は医学的に好ましくありません。飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなるとの報告もあり、20 歳未満の者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなるなど、社会的な問題をも引き起こしやすいといわれます。20 歳未満の者の飲酒は法律上禁止されていることを踏まえ、引き続き、20 歳未満の者の飲酒を完全に防止することを目標とします。

③現状と目標

i 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒をしている者の減少

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人を、現在の健診質問票で頻度を「毎日」、量を男性「2～3 合未満」以上、女性「1～2 合未満」以上とし割合を算出した。（図表 2-24）令和 6 年度から質問票の様式が変わるため、令和 7 年度から実績数値を用いて評価指標とします。

図表 2-24 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTについては、数値の異常者の割合は保健指導判定値では男女ともに増加している傾向が見えます。受診勧奨判定値以上でも男性で増加傾向、女性では一時的に増加し、その後は減少に転じているようです。(図表 2-25)

図表 2-25 γ -GT 異常者の推移

① γ -GTPが保健指導判定値 51-100

	H30	R1	R2	R3	R4
男	19.3%	23.5%	24.2%	21.0%	18.6%
女	5.7%	7.8%	7.5%	7.3%	8.5%

② γ -GTPが受診勧奨判定値 101以上

	H30	R1	R2	R3	R4
男	7.7%	5.4%	7.6%	9.1%	8.5%
女	2.4%	3.9%	3.9%	1.8%	2.1%

γ -GTの異常者は、男女ともに、ほとんどの検査項目で、異常率が高くなっています(図表 2-26)

図表 2-26 γ -GT 異常者(51U/I 以上)の検査項目別異常者数割合(平成 23 年度と令和 4 年度)

男性

		総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
				基準該当		予備群		人数	割合	低HDL-C		高中性脂肪	
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
H23	全体	212	100.0%	27	12.7%	37	17.5%	87	41.0%	11	5.2%	37	17.5%
	γ -GT異常	34	16.0%	13	38.2%	11	32.4%	23	67.6%	5	14.7%	20	58.8%
R4	全体	236	100.0%	53	22.5%	47	19.9%	102	43.2%	17	7.2%	42	17.8%
	γ -GT異常	64	27.1%	24	37.5%	12	18.8%	34	53.1%	9	14.1%	24	37.5%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度		II~III度		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
7	3.3%	6	2.8%	72	3.3%	16	7.5%	124	58.5%	7	3.3%	42	19.8%
3	9.8%	1	2.9%	26	9.8%	6	17.6%	32	94.1%	2	5.9%	18	52.9%
62	26.3%	23	9.7%	186	78.8%	31	13.1%	109	46.2%	30	12.7%	47	19.9%
16	25.0%	11	17.2%	55	85.9%	14	21.9%	27	42.2%	11	17.2%	19	29.7%

女性

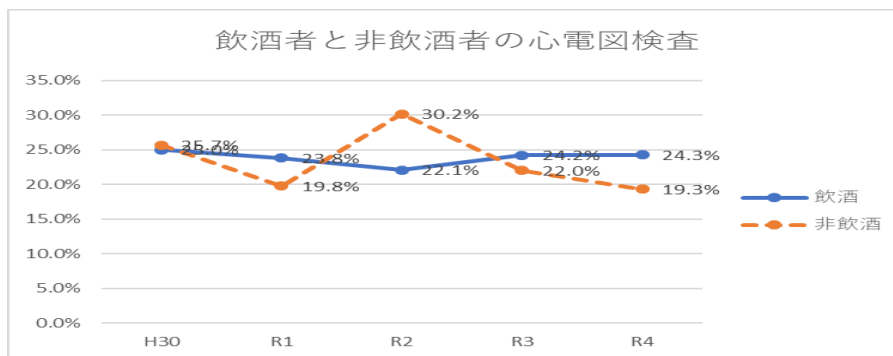
		総数	割合	メタボリックシンドローム				肥満		脂質			
				基準該当		予備群		人数	割合	低HDL-C		高中性脂肪	
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合
H23	全体	216	100.0%	12	5.6%	23	10.6%	72	33.3%	2	0.9%	11	5.1%
	γ -GT異常	22	10.2%	4	18.2%	5	22.7%	12	54.5%	0	0.0%	2	9.1%
R4	全体	237	100.0%	26	11.0%	24	10.1%	75	31.6%	8	3.4%	25	10.5%
	γ -GT異常	25	10.5%	5	20.0%	3	12.0%	11	44.0%	2	8.0%	7	28.0%

HbA1c				血圧				LDL		尿蛋白		尿酸	
境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度		II~III度		人数	割合	人数	割合	人数	割合
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
11	5.1%	2	0.9%	61	28.2%	10	4.6%	121	56.0%	0	0.0%	3	1.4%
2	9.1%	1	4.5%	11	50.0%	3	13.6%	14	63.6%	0	0.0%	3	13.6%
71	30.0%	13	5.5%	160	67.5%	35	14.8%	126	53.2%	15	6.3%	11	4.6%
14	56.0%	2	8.0%	19	76.0%	5	20.0%	15	60.0%	3	12.0%	1	4.0%

飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

飲酒者では心電図に異常所見をきたす人の割合が高いことがわかります(図表 2-27)

図表 2-27 飲酒者と非飲酒者の心電図検査（H30～R4）



現在、 γ -GT が受診勧奨値を超えている人については、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連について支援が必要になります。

同時に、飲酒の習慣は、羅臼町の地理・地形、気候や歴史などを背景とした文化や産業形態、食生活の中で形成されてきました。過去に行った町民気質研究では保健行動上否定的に捉えられがちな飲酒行動やギャンブル、早飯、偏食、運動不足までもが「海で全力」で働きさえすれば受け入れられるという、漁業という産業形態が町民の価値観の形成に大きな影響を持つことが明らかになり、その傾向はデータを見ても変わりがないと思われませんが、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

④対策

i 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 事業の場での保健指導や情報提供
母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、健診結果説明会など
- ・ 地域特性に応じた健康教育

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、羅臼町国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

iii 飲酒状況の実態把握

(5) 喫煙

①はじめに

喫煙は、世界保健機構（WHO）による NCDs 対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。たばこ対策の推進は、NCDs の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるということが明らかにされています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

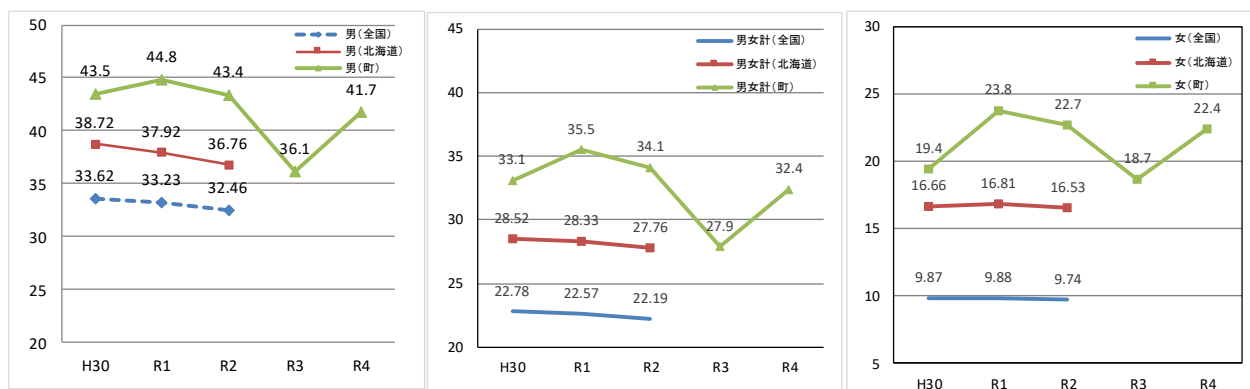
③現状と目標

i 喫煙率の減少

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。羅臼町の成人の喫煙率は、全国、北海道と比較すると高く推移しています。（図表 2-28）

喫煙率の高さは、受動喫煙の機会が多くなる可能性があるとも言えます。町では妊娠中の夫・パートナーの喫煙率を把握しており、妊娠期（胎児期）から受動喫煙の影響を受けている可能性があります。（図表 2-29）

図表 2-28 喫煙率の推移（男女別、合計）



出典：全国、北海道：NDB オープンデータ 羅臼町：特定健診法定報告より

図表 2-29 妊娠中の夫・パートナーの喫煙率

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
回答者	—	26	20	19	15	17
夫・パートナーの喫煙者	—	15	9	8	9	8
妊娠中の喫煙率	—	57.7%	45.0%	42.1%	60.0%	47.1%

出典：新生児訪問時ママアンケート集計より

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

また妊娠期に夫・パートナーがたばこをやめることは、家族を受動喫煙から守るためにも良い機会となり、生涯の喫煙行動に影響を与えるため重要です。

ii 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症などのリスクになることから、妊娠中の喫煙をなくすことが重要です。(図表 2-30)

図表 2-30 妊娠中の妊婦の喫煙率

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
回答者	27	27	21	19	15	18
妊婦の喫煙者	4	1	0	1	0	0
妊娠中の喫煙率	14.8%	3.7%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%

出典：新生児訪問時ママアンケート集計より

④対策

i たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場でのたばこに関する教育や情報提供

ii 禁煙対策

- ・禁煙希望者への禁煙指導
- ・禁煙外来や禁煙治療費助成事業等の情報提供
- ・喫煙歴のある母親に対する再煙防止の支援

(6) 歯・口腔の健康

①はじめに

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっています。平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本的理念等が定められ、歯科口腔保健に関する施策を推進するための基本的事項を定めることとされています。

②基本的な考え方

令和6年度から令和17年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、「健康日本21(第三次)」と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)」(歯・口腔の健康づくりプラン)として取り組むものとしています。「健康日本21(第三次)」と歯・口腔の健康づくりプランにおいて設定されている共通の目標を評価指標とします。

③現状と目標

i 歯周病を有する者の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつです。歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待されます。

歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われています。歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることや、高齢になってもより多くの自分の歯を保つ者が増加し歯の寿命が延びていることから、生涯を通じた切れ目ない対策が必要です。

羅臼町では、健康増進法に基づく歯周病検診を実施しておりますが、歯周病を有する者の割合は、令和3年から令和5年度の平均値で40～74歳では40.4%と、国の目標値とほぼ同じ数値です。(図表2-31)

しかし検査結果では、40歳代から歯を喪失し始め、60歳代では多くの歯を失っています。そのため検査できない部位が複数あるものの、残存歯は歯周ポケットを有してはいないということが分かりました。歯周病を有している者の割合としては良い結果のように見えますが、その裏では早期に歯を喪失している状況が伺えます。

今後も歯の喪失を予防する対策が必要となり、若い世代から歯科検診を実施することや治療の必要な者に対する受診勧奨、その後の定期的な歯科検診の受診への動機づけを図ります。

図表2-31 歯周病検診受診者の4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合の比較

年齢階級	R3～5平均羅臼町			R4全国
	該当者	受診者	割合	割合
40～44	8	32	25.0%	35.3%
45～49	10	27	37.0%	43.4%
50～54	14	28	50.0%	43.9%
55～59	15	34	44.1%	49.6%
60～64	10	30	33.3%	45.8%
65～69	10	32	31.3%	55.9%
70～74	25	45	55.6%	56.4%
計	92	228	40.4%	

ii よく噛んで食べることができる者の増加

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連し、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係していることから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが望ましいと思われます。特に、咀嚼機能については、主観的な健康観や運動機能と密接な関係性を有するとの研究知見も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えられま

す。
令和4年度に特定健診を受けた50～74歳で、問診票のよく噛むことができると答えた割合は70.9%でした。

40歳後半から歯の喪失が多くなり、補綴をせずに飲食をしている人も多く見られます。早期に歯を喪失しているものの、義歯の装着は煩わしく、残っている歯で噛むことに慣れてしまっている話を耳にします。羅臼町の歯周病検診での要精密検査のうち、1番多いのは歯周病ですが要補綴がほぼ同じ割合でいる状況です。(要精検者のうち歯周病56.8%、要補綴52.3%)

口腔機能は歯の喪失が関係しているため、口腔機能の維持及び口腔機能の低下した際は回復・向上を図ることが重要です。そのため、歯科検診や受診勧奨、口腔の健康に関する啓蒙活動を継続していきます。

iii 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受診に適切につながることも期待されます。

羅臼町の歯科検診の受診割合は、令和3年度から令和5年度の平均値で60.7%でした。(図表2-32) 新型コロナウイルスの影響で検診を控えたという話も聞かれましたが、今後も定期的な歯科検診へのきっかけとしていくため、歯周病検診や後期高齢者歯科検診の実施、啓蒙活動を継続します。

図表 2-32 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合

	生活習慣病 健診受診者	過去1年間に歯科検診を受診した者					割合
		歯周病検診 受診者	後期高齢者 歯科検診受 診者	特定・いき いき健診受 診者アン ケート	お達者健診 受診者アン ケート	計	
R3	209	74	12	35	2	123	58.9%
R4	331	97	20	75	8	200	60.4%
R5	363	98	27	85	15	225	62.0%
合計	903	269	59	195	25	548	60.7%

④対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康教育（子育て支援センター、幼稚園、小学校などの教育関係機関）
- ・各種健診・健康相談、保健指導
- ・防災無線、広報紙、ポスターによる歯の健康に関する知識の普及啓発
- ・歯科表彰の実施
- ・町内養護教諭サークルとの情報交換

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・妊婦歯科検診
- ・幼児歯科検診（1歳、1歳6か月児、3歳児）
- ・歯科検診（16歳以上74歳まで歯周病検診、75歳以上後期高齢者歯科健診
いきいき健診・特定健診・お達者健診受診者にセット受診）
- ・フッ化物歯面塗布

3. 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

(1) がん

①はじめに

がんは昭和56年以降日本人の死因の第1位であり、生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患する疾患と推計されており、高齢化に伴い、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加することが見込まれています。

健康づくりの取組において、予防可能ながんのリスク因子として、喫煙（受動喫煙含む）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取があげられることから、これらに対する対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見し、治療することで、がんの死亡率を減少させることが重要です。

②基本的な考え方

国の第4期がん対策推進基本計画の目標の中から、健康づくりとも関連が強いと考えられる「がんの年齢調整死亡率の減少」、「がん検診の受診率の向上」、「精密検査受診率の向上」を目標と設定します。

③現状と目標

i がんの年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比の減少）

当町においても国と同様にがんは、死因の第1位であり高齢化に伴い、死亡者数は今後も増加していくことが予想されます。生活習慣の改善等によるがんの予防及び（がん検診受診率の向上による）がんの早期発見の取組等を推進することにより、がんによる死亡者数の増加を抑制させることが重要です。

図表 3-1 がんの標準化死亡比（SMR）

	羅臼町		北海道 (平成25年～令和4年)	全国
	平成18年～27年	平成25年～令和4年		
総数	107.6	114.7	110.9	100
男	111.5	118.2	110.1	100
女	112.7	109.5	111.9	100

出典：公益財団法人北海道健康づくり財団統計データ

図表 3-2 羅臼町のがんによる死亡の状況

	H30	H31	R2	R3	R4
肺	3	6	5	6	3
胃	2	4		1	2
大腸				4	4
乳			2		
子宮					
小計	5	10	7	11	9
前立腺			2	1	1
肝臓		2	2		2
その他	9	6	10	6	6
小計	9	8	14	7	9
総数	14	18	21	18	18

出典：保健事業計画書

ii がん検診の受診率の向上

科学的根拠に基づくがん検診の受診はがんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診の受診率向上が不可欠です。

がん検診の受診率について、国の第4期がん対策推進基本計画においては、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1~2割程度減少しているとの報告がされています。羅臼町のがん検診受診率をみると、令和2・3年度では新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、集団健診を中止した日程があったことや検診受入れ可能人数の制限等の影響があり、がん検診受診率の低下がみられたと考えられます。

今後も町民にわかりやすくがん検診の意義や必要性を説明することやナッジ理論に基づく受診勧奨等、がん検診受診率向上に向けて様々な取組を推進していきます。

図表 3-3 羅臼町のがん検診受診率の推移

	第3期がん対策推進基本計画					第4期がん対策推進基本計画	
	H30	R1	R2	R3	R4	目標値	目標値
胃がん	11.6	3.3	10.0	8.6	10.7	50%以上	60%
肺がん	12.6	12.5	7.8	7.4	11.0		
大腸がん	13.7	14.6	9.2	8.3	11.3		
子宮頸がん	20.7	8.3	17.4	14.4	16.0		
乳がん	28.3	11.8	20.9	17.5	20.2		

出典：地域保健・健康増進事業報告

iii がん検診精密検査受診率の向上

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

羅臼町の精密検査受診率は、がん検診項目によるばらつきはありますが、概ね許容値に到達しているものの、目標値に到達しているものは令和4年度では肺がん検診のみです。令和元年度から令和4年度のがん検診では、肺がん1名、大腸がん2名、子宮がん3名（卵巣腫瘍）が発見されています。精密検査対象者には、精密検査方法や受診可能な医療機関等を情報提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。（図表3-4）

図表 3-4 羅臼町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数 ○許容値以上 ◎目標値以上

		R1	R2	R3	R4	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん検診	精密検査受診率	54.5	62.5	76.9	80.6	70%以上	90%以上
	がん発見者数	0	0	0	0		
肺がん検診	精密検査受診率	100.0	84.6	100.0	100.0	70%以上	
	がん発見者数	0	1	0	0		
大腸がん検診	精密検査受診率	72.4	67.8	77.3	50	70%以上	
	がん発見者数	1	0	1	0		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	75.0	100.0	100.0	66.7	70%以上	
	がん発見者数	1	1	1	0		
乳がん検診	精密検査受診率	87.5	100.0	90.9	85.7	80%以上	
	がん発見者数	0	0	0	0		

※R1、R2、R3は卵巣腫瘍

出典：保健事業計画書

④対策

i がんの年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比の減少）

ii がん検診受診率向上の施策

- ・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨
- ・節目年齢の者へのがん検診無料クーポン配布と受診勧奨・再勧奨

iii がん検診精密検査受診率の向上

- ・精密検査の受診の必要性についてポスターやリーフレット等を活用して受診勧奨
- ・近郊の精密検査実施医療機関一覧の作成と精密検査対象者への情報提供
- ・健康管理システム（健康かるて）を利用して、未受診者を抽出し、再勧奨

(2) 循環器病

①はじめに

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成30年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間31万人以上の国民が亡くなっています。また要介護の原因の20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つです。こうした背景から、平成30年に健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法が成立し、基本法に基づいて作成された循環器病対策推進基本計画に沿って循環器病対策が行われています。循環器病の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要です。

②基本的な考え方

循環器病の主要な危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つのうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすこと等から、それぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について目標を設定します。

③現状と目標

i 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少

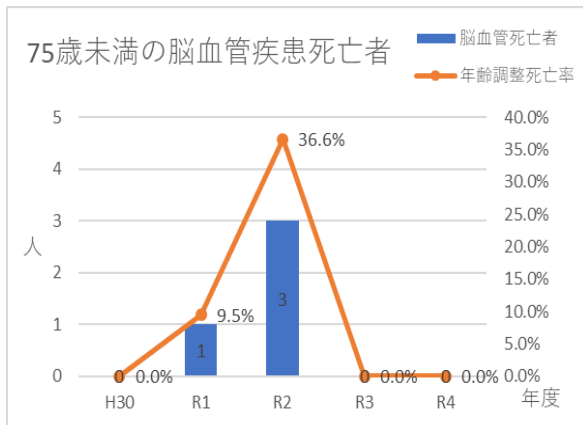
循環器病領域のアウトカム指標は、令和5年度から開始された第2期基本計画の目標となっている「脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少」を用いることとします。

羅臼町では両疾患とも65歳未満の死亡（早世）が問題です。死亡や医療費の状況から、心疾患の中でも虚血性心疾患への対策が重要になります。羅臼町においては以前から心電図の有所見者が多いという実態があったため、国保の特定健診では心電図検査を全員必須項目として実施しています。

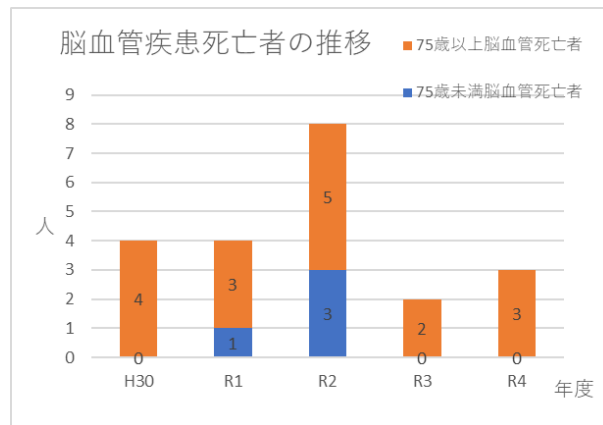
平成30年度から令和4年度の心電図検査受診者1,991件中505件に所見が認められ、狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動などが発見されています。（図表3-9）データ受領で心電図検査ができていないことが課題として挙げられます。心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防に繋げることができると考えます。

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれていますが、本計画では高血圧の改善や脂質異常症の減少等に向けた取組を行うことで予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体としての死亡率も減少させることを目指します。

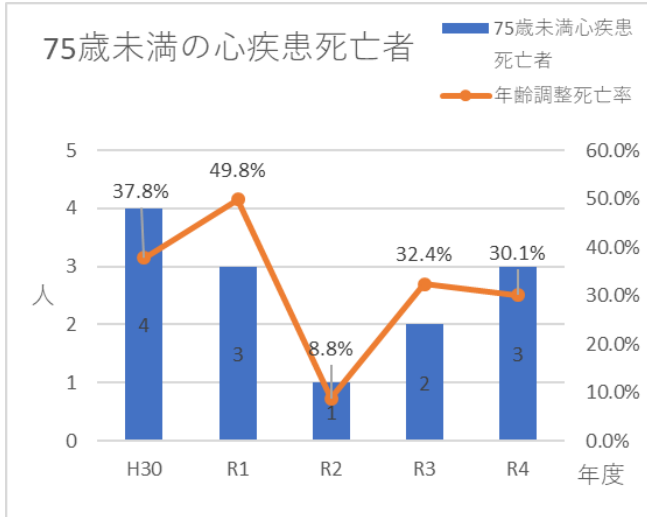
図表 3-5



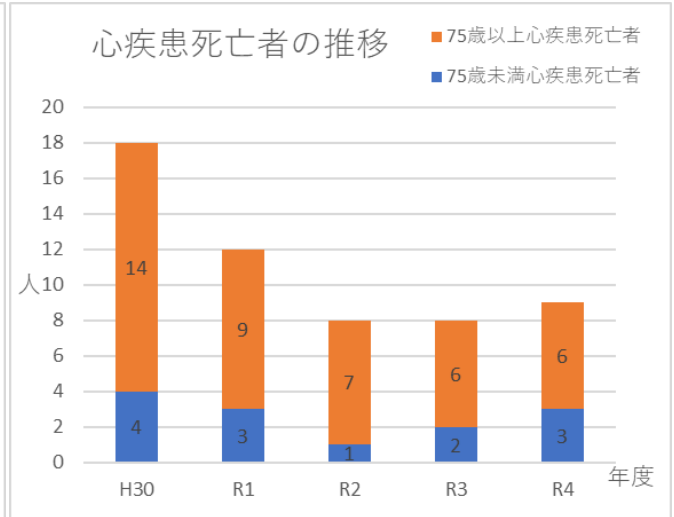
図表 3-6



図表 3-7



図表 3-8



図表 3-9 心電図検査の結果 H30~R4の心電図検査受診者 1,991 件中所見ありの者 505 件 (25.4%) の状態

		件数	割合
心臓細胞の虚血	ST低下	13	2.6%
	T波平定化	49	9.7%
	陰性T波	16	3.2%
	異常Q波	6	1.2%
	R波増高不良	4	0.8%
	QT延長	3	0.6%
	心筋虚血	2	0.4%
	心筋傷害	1	0.2%
	計	94	18.6%
	脈が打てる心臓細胞の問題 (不整脈)	洞性徐脈	102
徐脈		1	0.2%
頻脈		2	0.4%
I度房室ブロック		32	6.3%
不完全右脚ブロック		12	2.4%
完全右脚ブロック		80	15.8%
左脚ブロック		2	0.4%
上室性期外収縮		52	10.3%
心室性期外収縮		26	5.1%
左脚前枝ブロック		5	1.0%
心室内ブロック		1	0.2%
心房細動		21	4.2%
計		336	66.5%
虚血による心臓の		左室肥大	53
	左軸偏位	20	4.0%
			0.0%
	計	73	14.5%
その他	心肥大	5	1.0%
	右房肥大	1	0.2%
	WPW症候群	8	1.6%
	左室高電位	66	13.1%
	他	8	1.6%
	計	88	17.4%

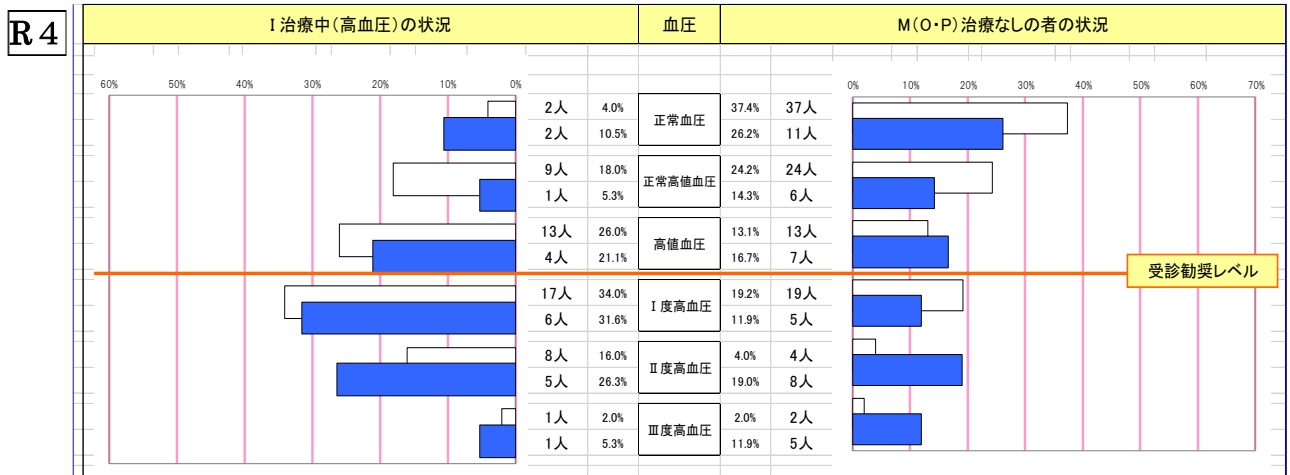
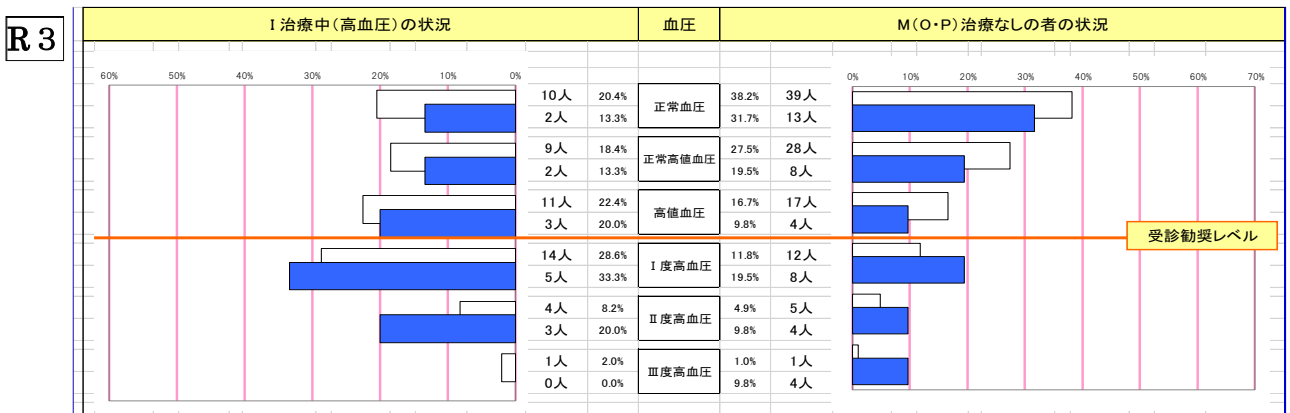
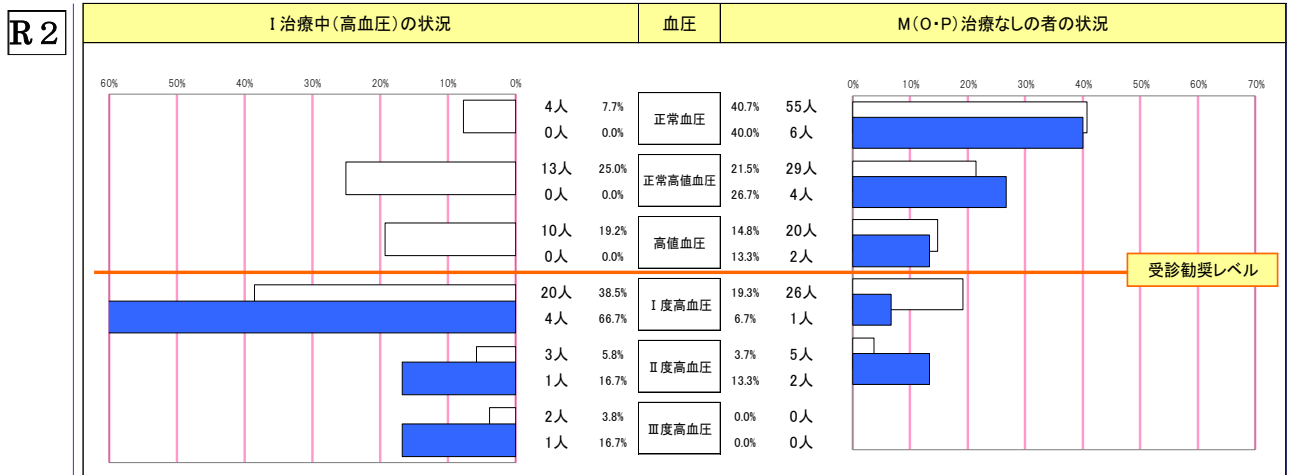
ii 高血圧の改善

高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されています。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域）においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられます。さらに血圧降下による循環器病予防効果は明白ですが、令和2年度から4年度の健診受診者の高血圧の状況を見ると、内服中であっても血圧が受診勧奨判定値を超えている者が毎年4割以上いる状況です。（図表3-10）

高血圧治療薬非服薬者、服薬者を問わず、40歳以上の血圧レベルを正常血圧に近づくよう低下させるという観点で目標を設定します。また評価指標としては、引き続き循環器病の発症リスクと最も関連が強い収縮期血圧値を用いることとします。

継続受診者
 新規受診者

図表 3-10



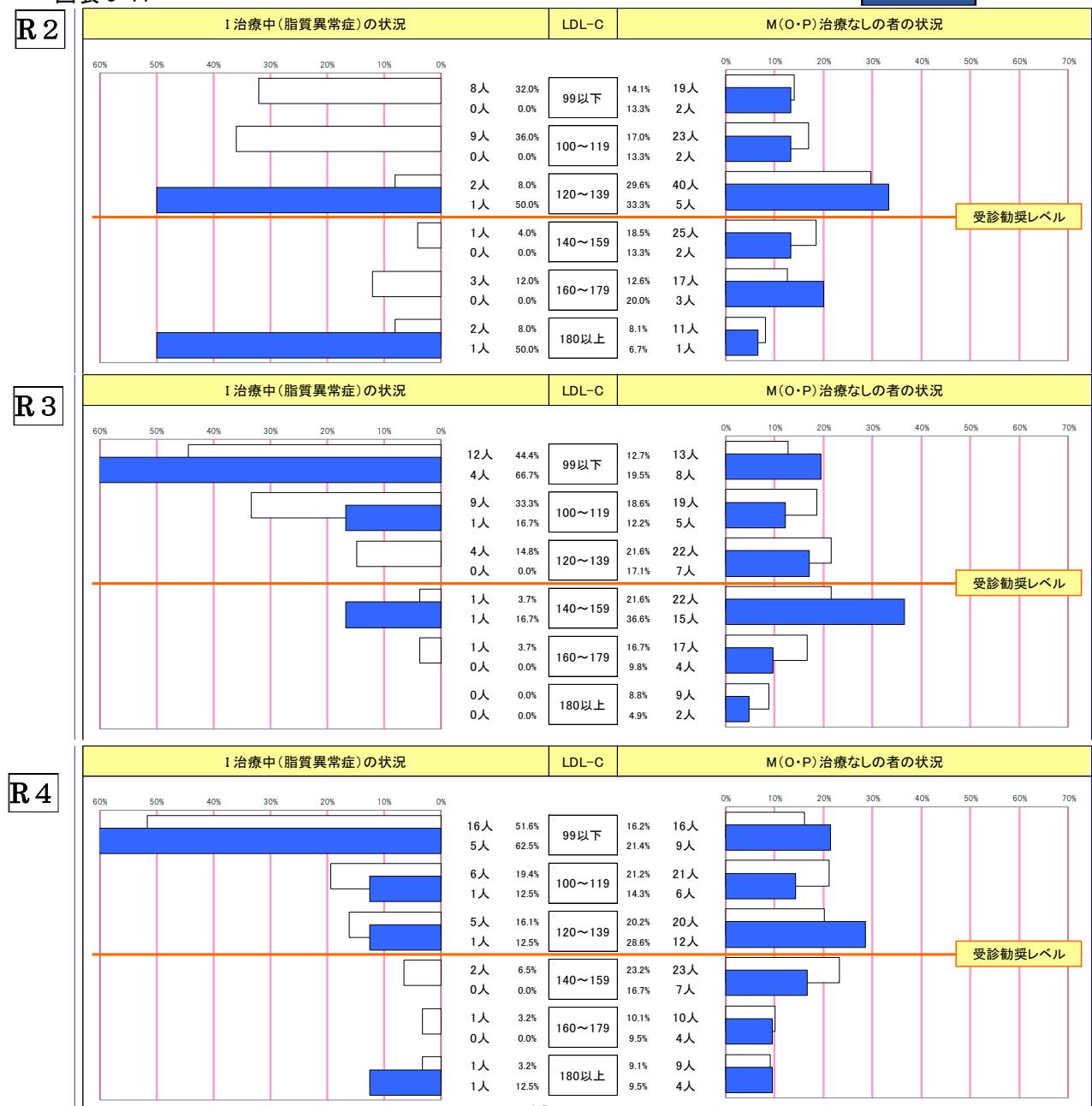
iii 脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少

脂質異常症は虚血性心疾患（冠動脈疾患）の危険因子であり、LDL コレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが報告されています。脳血管疾患については、LDL コレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方、高 LDL コレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。令和2年度から4年度の健診受診者の LDL コレステロールの状況を見ると、前計画時に比べ内服中の受診勧奨判定値以上の者は減っています。（図表 3-11）新規健診受診者の保健指導が重要となり、継続して健診を受診してもらう必要があります。LDL コレステロール値に関してはカットオフ値以上の者の割合を減少させることを目標とします。

カットオフ値に関しては、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」に基づく低リスク者（危険因子のレベルや保有数から判定される 10 年以内に虚血性心疾患又はアテローム血栓性脳梗塞を発症する確率が 2%未満の者）の脂質管理目標値を参照に引き続き 160mg/dl とし、生活習慣の改善や内服加療により LDL コレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかになっていることから、脂質異常症治療薬の非服薬者、服薬者を問わず脂質高値の者の割合を減少させることを目標とします。

図表 3-11

継続受診者
新規受診者



iv メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

糖尿病領域と共通の目標項目として、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」「特定健康診査の実施率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」の目標を設定します。

前述のとおり、高血圧や脂質異常症の他に、喫煙や糖尿病が循環器病のリスク因子であること、また高血圧や脂質異常症の予防・管理には、減塩をはじめとする食生活、身体活動、飲酒等の生活習慣が影響すること等から、「生活習慣の改善」の各領域や糖尿病領域の目標、またそれらを達成するための社会環境の質の向上に関する目標との関係にも留意する必要があります。

メタボリックシンドロームと循環器病との関連は証明されており、メタボリックシンドロームの定義と診断基準には「メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態である」「メタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう」と記載されています。羅臼町はメタボ予備群の率が高い状況がありましたが、この4年ではメタボ該当者の方が多い状況です。

国保レセプトで高額になる疾患を見ると、予防が可能と思われる脳血管疾患、虚血性心疾患が医療費の1割を占めており、年代別では50歳代からの発症・重症化を見て取ることができます。働き盛りの重症化は個人やその家族だけでなく、町にとっても大きな課題と言えます。(図表 3-12, 3-13)

図表 3-12

年度	保健指導対象者	健診受診者	受診率	メタボ該当者	割合	北海道	メタボ予備群	割合	北海道
H30	1,388	332	23.9	57	17.0	18	52	15.5	10.7
R1	1,339	330	24.6	45	13.6	13.6	60	18.2	18.2
R2	1,274	264	20.7	44	16.7	16.7	38	14.4	14.4
R3	1,216	225	18.5	43	19.0	19.1	26	11.5	11.3

図表 3-13 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (R04年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患			
様式1-1 ★NO.10(CSV)	人数	66人	2人	3人			
			3.0%	4.5%			
	件数	120件	2件	4件			
			1.7%	3.3%			
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%
			40代	0	0.0%	0	0.0%
			50代	1	50.0%	1	25.0%
60代	1		50.0%	3	75.0%		
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%			
費用額	1億9731万円	216万円	2565万円				
		1.1%	13.0%				

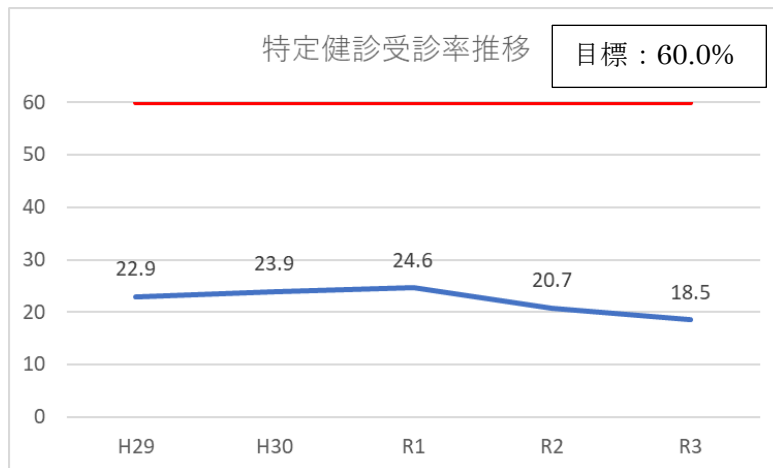
v 特定健康診査の実施率の向上

vi 特定保健指導の実施率の向上

平成20年度から実施されている特定健診・特定保健指導では、実施率が生活習慣病対策に対する取組状況を反映する指標として設定されています。羅臼町の特定健診受診率は、全国、全道より非常に低い状態で推移し、コロナ禍では令和3年度に18.5%となりました。令和4年度には27%に回復しています。早世や介護保険の2号被保険者の状況からはほとんど健診受診者がいない状況であり、自分の体の状態を把握できないままに重症化していることがうかがえ、受診率の低さが大きな課題です。特定保健指導は生活習慣病発症リスクが高い者として保健指導率の向上を図ります。

健診受診者と未受診者の生活習慣病にかかる医療費の比較では大きな差があり、疾病予防だけでなくコントロール状態の確認、重症化予防の機会としても健診を継続的に受けてもらい、少しでも自分の体に起こっていることを知り、町民が判断できる機会にしていくことが大切です。

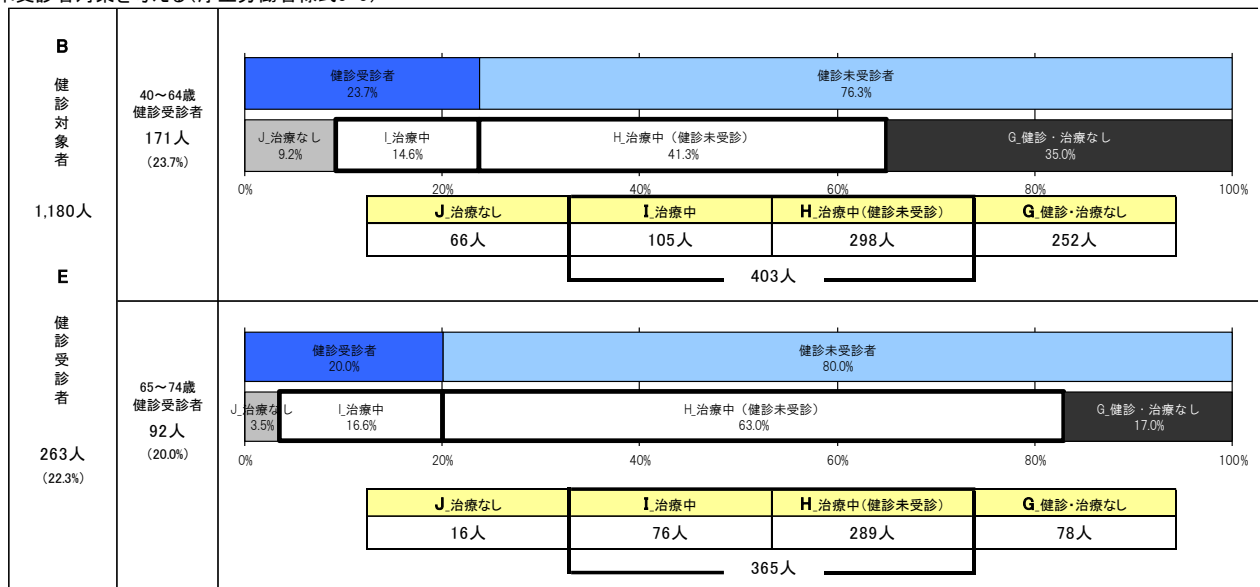
図表 3-14



図表 3-15

未受診者対策を考える(厚生労働省様式5-5)

★NO.26 (GSV)

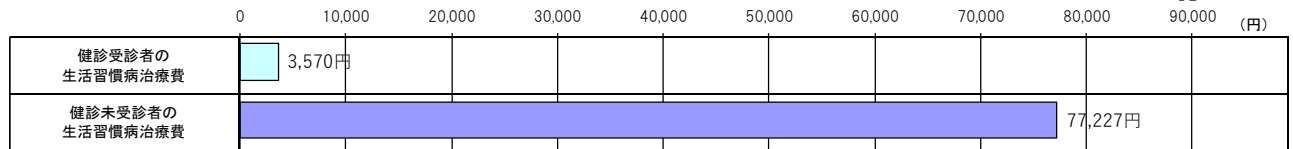


OG_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

図表 3-16

費用対効果: 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ⑥



④ 対策

i 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 外部委託を含めた未受診者対策強化
- ・ 次年度予約への ICT の活用検討
- ・ 対象者への受診券発行、健診案内 (郵送及び訪問など)
- ・ 広報やイベント、各種団体活動などを利用した啓発
- ・ 町民の生活に合わせた健診日時の設定
- ・ 健診結果などを通じた医療機関との連携

ii 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・健康診査(16～39歳・生活保護世帯)
- ・羅臼町国民健康保険特定健診
- ・国保以外の特定健診(被扶養者)の健診
- ・後期高齢者の健康診査
- ・KDB等医療・介護情報を活用した対象者の明確化

iii 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査等の結果に基づく保健指導の徹底
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD))
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により町民に直接会える方法での保健指導の実施
- ・町内医療機関との連携
健診受診者で疾病コントロール不良者や発症リスクの高い者等について、医療機関と連携した指導の実施
通院中の者への健診の勧奨
- ・二次健診(経口糖負荷試験・頸動脈エコー、アルブミン尿検査)の実施
- ・脳・心臓ドック助成の実施
- ・健康課題解決のための追加検査項目の検討

(3) 糖尿病

①はじめに

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。糖尿病腎症による新規透析導入患者数は令和3年で15,271人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因です。

糖尿病の治療の目標は、良好な血糖コントロールを維持し、合併症の発症・進展を阻止・抑制することによって糖尿病を持たない者と同様の生活の質を保つことであり、糖尿病の発症予防及び適切な治療による重症化予防を通じて町民の健康寿命の延伸を目指します。

②基本的な考え方

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関わるものを設定することが望まれています。

一次予防とは「糖尿病の発症予防」、二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」であり、それぞれ以下のとおり目標を設定します。

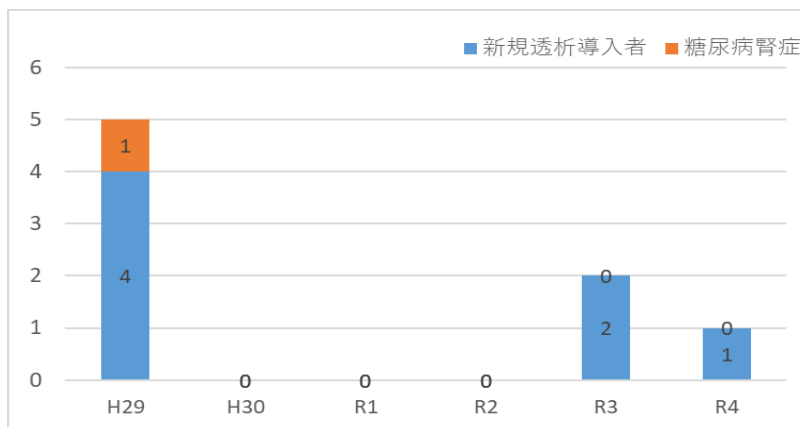
③現状と目標

i 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

糖尿病合併症である細小血管障害（神経障害、網膜症、腎症）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目し、「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数減少」を三次予防に関する目標として設定します。なお、大血管障害については「脳血管疾患・心疾患による年齢調整死亡率」が循環器病領域の目標項目として設定されています。

全国的には新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病腎症が最多であるものの、腎硬化症も近年増加傾向にあります。羅臼町では6年間で8人の新規透析導入がありました。糖尿病腎症は1人です。(図表3-17)糖尿病腎症の診断はされていませんが、基礎疾患に糖尿病治療者もおおり段階に応じた予防策が必要です。健康づくりによる予防の観点からCKD（慢性腎臓病）を減少させていくためには、循環器病領域で目標として設定した高血圧や脂質異常症に関する対策も重要です。

図表 3-17



ii 治療継続者の増加

iii 血糖コントロール不良者の減少

二次予防（糖尿病の適切な治療による合併症の予防）の段階の評価指標としては「治療継続者の割合の増加」と「血糖コントロール不良者の割合の減少」を目標とします。未治療や治療中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができます。なお、糖尿病に対するスティグマが治療中断の要因の一つとなっていることを考えると、これらの目標を達成するためには正しい知識の普及啓発が必要です。

健診受診者でHbA1c 6.5以上の者は29人8.5%でした。そのうち治療中の者は22人75.9%です。治療中の者の割合を増やすことが必要です。（図表 3-18）

図表 3-18

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上		治療	
					未治療	治療		
H29	353	212 60.1%	70 19.8%	25 7.1%	46 13.0%	18 39.1%	28 60.9%	13.0%
H30	364	220 60.4%	80 22.0%	30 8.2%	34 9.3%	9 26.5%	25 73.5%	9.3%
R01	366	242 66.1%	75 20.5%	26 7.1%	23 6.3%	7 30.4%	16 69.6%	6.3%
R02	272	160 58.8%	77 28.3%	21 7.7%	14 5.1%	7 50.0%	7 50.0%	5.1%
R03	249	136 54.6%	67 26.9%	25 10.0%	21 8.4%	8 38.1%	13 61.9%	8.4%
R04	340	212 62.4%	75 22.1%	24 7.1%	29 8.5%	7 24.1%	22 75.9%	8.5%

羅臼町では令和4年度健診受診者中HbA1c 8.0以上は5人でした。中でも未治療者が3人おり、確実に医療につなげることや、治療の中断を防ぐ支援が必要です。コントロール不良者と考えられるHbA1c 8.0以上の者の減少を目指します。（図表 3-19, 3-20）

図表 3-19 HbA1cの年次推移

	HbA1c測定	受診勧奨判定値					
		糖尿病					
		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
H29	353	22	6.2%	9	2.5%	15	4.2%
H30	364	13	3.6%	11	3.0%	10	2.7%
R01	366	13	3.6%	7	1.9%	3	0.8%
R02	272	6	2.2%	7	2.6%	1	0.4%
R03	249	11	4.4%	5	2.0%	5	2.0%
R04	340	16	4.7%	8	2.4%	5	1.5%

図表 3-20 未治療の状況

	HbA1c測定	受診勧奨判定値							
		糖尿病							
		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる			
		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	E	E/A	F	F/A	G	G/A			
治療なし	H29	320	90.7%	9	2.8%	2	0.6%	7	2.2%
	H30	327	89.8%	4	1.2%	2	0.6%	3	0.9%
	R01	340	92.9%	4	1.2%	1	0.3%	2	0.6%
	R02	258	94.9%	4	1.6%	3	1.2%	0	0.0%
	R03	232	93.2%	6	2.6%	2	0.9%	0	0.0%
R04	313	92.1%	3	1.0%	1	0.3%	3	1.0%	

iv 糖尿病有病者の増加の抑制

HbA1c 6.5 以上の者は上記の図表 3-18 で 29 人 8.5%でした。糖尿病が強く疑われる HbA1c 6.5 以上の者は減少してきていましたが、もともと健診受診率が低く、糖尿病治療者の受診率は高血圧治療中の者に比べ低いことから割合も高くないことが考えられます。未受診者対策の強化とともに、治療中の者の実態把握も必要です。

v メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）

vi 特定健康診査の実施率の向上（再掲）

vii 特定保健指導の実施率の向上（再掲）

一次予防（発症予防）のアウトカム指標としては「糖尿病有病者の増加の抑制」を目標とします。糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく糖尿病の合併症を予防することにもなります。また、糖尿病発症の要因である肥満に関しては、栄養・食生活領域において「適正体重を維持している者の増加」を目標として設定するとともに、本領域において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」及びそのプロセス指標となる「特定健康診査の実施率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」を目標とします。

メタボリックシンドロームは2型糖尿病や高血圧症等の前段階の状態を示すものであり、2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がありますが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素です。

食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等が報告されています。また、糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要であること等から必要な対策を検討します。加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重を介して将来の肥満や糖尿病につながることを示されていることや、子供の肥満が増加していること等を踏まえると、ライフコースアプローチも考慮した対策が必要であり、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」の領域で設定されている各項目の目標達成を目指すことは、糖尿病対策としても重要であると考えられます。

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

i 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、栄養指導の強化
- ・特定健診 2 次健診（75 g 糖負荷検査・頸動脈超音波検査）
- ・糖尿病予防に関する医療関係者との連携
- ・治療中の人に対する対策の強化

4. 社会環境の質の向上

こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされており、特に十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要があります。本町では令和元年に「羅臼町いのちを支える自殺対策計画」を策定しました。本項目では、この自殺対策計画に基づきこころの健康に対する予防対策を実施することで「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指します。

②基本的な考え方

こころの健康は人がいきいきと自分らしく生きるために重要であり、QOLにも大きく影響します。近年、こころの健康問題が複雑多様化しており、こころの健康を保持・増進するためには、早期に何かしらの支援を受けられるよう、気軽に相談できる体制を整えることが必要です。

また、一方で悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取組も重要です。

③現状と目標

羅臼町の年間自殺者数は、平成19年から平成28年までの10年間は平均約2.1人でしたが、平成24年から令和3年までの10年間は平均約1.2人であり、減少しています。しかし、年によりばらつきはあるもののほぼ毎年自殺で亡くなる方がいるのも事実です。また、羅臼町における自殺死亡率は全国、全道より男女とも依然として高い状況が続いており、警察庁による過去10年間の自殺統計を分析すると、50歳代の自殺者が最も多く、次いで、20歳や30歳代の若者や80歳以上の高齢者となっています。

自殺には心身の健康問題のほか過労や生活困窮、孤立など、様々な要因があり、その社会背景は様々です。悩みを抱えた方が身近で相談ができ、必要な医療や福祉サービスに繋がるように、各種健康相談の充実や福祉部門との連携を強化していく必要があります。

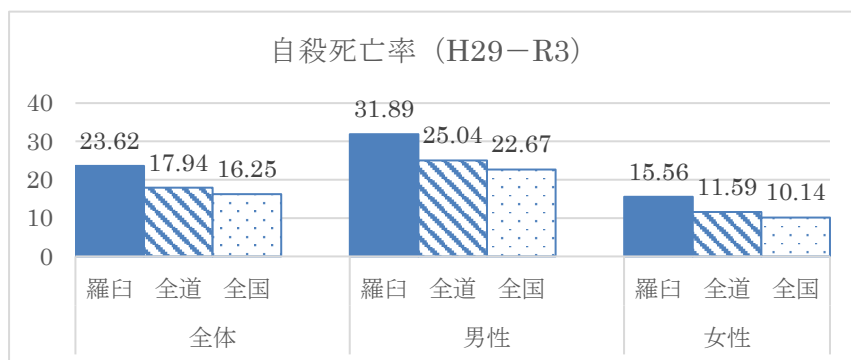
また、町民一人ひとりが悩みを抱えた方の心のSOSサインに気づくことが出来るように、引き続き自殺予防に関する啓発と周知、人材育成に力を入れていきます。

図表 4-1 羅臼町自殺者年次推移

和暦	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3
人数	2	4	2	4	3	1	1	1	2	1	2	1	0	2	1

出典：厚生労働省人口動態統計

図表 4-2 自殺死亡率（全国、全道との比較）



図表 4-3 羅臼町における自殺者の性別・年齢階級別集計（平成 24 年～令和 3 年計）

13 名		合計	～19	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代	80～
		男性	8	0	1	2	1	2	1	0
10 年計	女性	5	0	1	0	0	2	0	1	1
	合計	13	0	2	2	1	4	1	1	2

出典：警察庁 自殺統計

④対策

第 2 期羅臼町いのちを支える自殺対策計画に準じます。

- i 町民一人ひとりの気づきと見守りの推進
- ii 自殺対策に係る人材の確保と資質の向上
- iii 心の健康を支援する環境整備と心の健康づくりの推進
- iv 適切な精神保健医療福祉サービスの推進
- v 社会全体の自殺リスク低下の推進
- vi 自殺未遂者及び遺族への支援
- vii 子ども若者への対策の推進
- viii 女性への自殺対策の推進

5. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

①はじめに

社会が多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。

健康課題や取り巻く環境は、ライフステージ（乳幼児期、壮青年期、高齢期等の人の生涯における各段階）ごとに異なるため、これまで健康らうす21においても、各段階に合わせた健康づくりの取組を進めてきました。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるため、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが「誰一人残さない健康づくり」には重要です。

②基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、

- ・幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態に大きく影響を与えることや、妊婦の健康がこどもの健康にも影響することから、成育医療等基本方針に基づく取組とも連携しつつ、こどもの健康を支える取組を進めるとともに、妊婦の健康管理を図ることも重要です。
- ・高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組が重要です。
- ・女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

特に、ライフサイクルの視点で高血圧や糖尿病をみると糖尿病治療ガイドには「妊娠中にGDMと診断された者では一定期間経過後に糖尿病を発症するリスクが高いため、定期的な経過観察が重要」と記載があります。また、糖尿病の家族歴の有無が発症に関わることを考えると、妊娠期に発見されるGDMやHDPとその出生児はハイリスク者として継続支援が必要になります。

町の実態をみると1章(6)のようにHFD児が10人に1人の割合で出生していることや、妊娠前の肥満、妊婦健診での糖代謝異常、高血圧、尿蛋白の指摘を受けた者が少なからずいることから妊娠期からの継続的な支援が重要となります。

図表 5-1 ライフサイクルで糖尿病（耐糖能異常）を考える

	健康増進法																	
	母子保健法										学校保健法				労働安全衛生法		高齢者医療確保法	
	妊娠前	妊娠中	0歳	3～5か月	6～8か月	9～11か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園	小学校	中学校	高校	～39歳	40～74歳	75歳以上	
実施人数及び対象者	20人	データあり 18人	19人	18人	15人	20人	15人	15人	21人	19人	87人	125人	104人	46人	34人	250人	52人	
HbA1c/血糖		妊娠2回目BS95以上 6人 33.3%													BS100以上 1人 2.9%	BS100以上 40人 21.2%		
															HbA1c6.5以上 0人 0.0%	HbA1c6.5以上 24人 9.6%	7.0以上 3人 5.8%	
肥満	児		0人 0.0%	3人 16.7%	2人 13.3%	2人 10.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	2人 9.5%	2人 10.5%	7人 8.0%	25人 20.0%	23人 22.1%	7人 15.2%				
	成人	5人 25.0%													9人 26.5%	57人 30.2%	20人 38.5%	
尿糖陽性		4人 22.2%													0人 0.0%	15人 6.0%	3人 5.8%	
治療中		(診断)妊娠糖尿病 1人															505人 81.6%	

こうしたことを踏まえ、特に子ども、高齢者、女性に関する目標を以下のとおり設定します。

③現状と目標（再掲）

- ア 幼児（3歳児、5歳児）、児童（小学5年生）の肥満傾向児の割合
- イ 10代～30代妊婦の適正体重（BMI18.5以上25未満）の者の割合
- ウ BMI20以下の高齢者（65歳以上）の割合

6. 目標の設定

「健康日本 21(第三次)」では、目標の設定に当たっては「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標設定」が示されています。

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

これらを踏まえ、羅臼町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取組に反映させることができる目標を設定します。(図表 6-1)

図表 6-1 羅臼町の目標の設定

分野	目標	評価指標	町の現状値		町の目標値	
栄養・食生活	適正体重を維持している者の割合の増加(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	10歳代～30歳代妊婦の適正体重(BMI18.5以上25未満)の者の割合	61.1%	令和元年度から令和4年度平均	60.0%	令和11年度から令和14年度平均
		全出生数中の低出生体重児の割合	6.3	令和元年度から令和4年度平均	減少	令和11年度から令和14年度平均
	幼児(3歳児、5歳児)、児童(小学5年生)の肥満傾向児の割合	3歳:6.9% 5歳:男13.95% 女6.38% 小5:男40.74% 女12.50%	令和2年度から令和4年度平均	減少	令和12年度から令和14年度平均	
	肥満者の割合(40～74歳、男女計)	27.3%	令和4年度	20.0%	令和15年度	
低栄養傾向の高齢者の減少(適正体重を維持している者の増加の一部を再掲)	BMI20以下の高齢者(65歳以上)の割合	12.6%	令和4年度	13.0%	令和15年度	
身体活動	日常生活における歩数の増加	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合	34.3%	令和4年度	35.0%	令和15年度
	運動習慣者の増加	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合	17.3%	令和4年度	20.0%	令和15年度
休養・睡眠	睡眠で休養がとれている者の増加	睡眠で休養が十分にとれている者の割合	60.2%	令和4年度	70.0%	令和15年度
飲酒	生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒をしている者の減少	お酒を飲む頻度(毎日または5～6日/週)	令和6年度からの質問票に合わせた評価指標であるため、現状値把握が困難	令和6年度の現状値を元にして目標値を設定	令和15年度	
		飲酒日の1日あたりの飲酒量(男性 3～5合未満または5合以上、女性 2～3合未満または3～5合未満または5合以上)			令和15年度	
喫煙	喫煙率の減少	成人の喫煙率	32.4%	令和4年度	30%以下	令和15年度
	妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	0.0%	令和4年度	0.0%	令和15年度
歯・口腔	歯周病を有する者の減少	40歳以上における歯周炎を有する者の割合	40.4%	令和3年度から令和5年度平均	40.0%	令和12年度から令和14年度平均
	歯科検診の受診者の増加	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	60.7%	令和3年度から令和5年度平均	70.0%	令和12年度から令和14年度平均
	よく噛んで食べることができる者の増加	50歳以上における咀嚼良好者の割合	70.9%	令和4年度	80.0%	令和15年度
がん	がんの年齢調整死亡率の減少(がんの標準化死亡比の減少)	がんの標準化死亡比	114.7	平成25年から令和4年	減少	令和15年度
		がん検診の受診率の向上	がん検診の受診率 胃がん	10.70%	令和4年度	15.0%
	肺がん		11.0%			
	大腸がん		11.30%			
	乳がん		20.20%			
	がん検診精密検査受診率の向上	子宮頸がん	16%	令和4年度	90.0%	令和15年度
		がん検診の精密検査受診率 胃がん	80.60%			
		肺がん	100.0%			
大腸がん		50.0%				
循環器疾患	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	7.9	令和4年度	減少	令和15年度
		心疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	29.2	令和4年度		
	高血圧の改善	高血圧の改善(160/100mmHg)の割合(40歳以上、内服加療中含む)	14.0%	令和4年度	減少	令和15年度
	脂質(LDLコレステロール)高値の者の減少	LDLコレステロール160mmHg以上の者の割合(40歳以上、内服加療中含む)	11.7%	令和4年度	10%以下	令和15年度
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	23.8%	令和3年度から令和4年度	25%以上	令和11年度	
特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	27.7%	令和4年度	70%以上	令和11年度	
特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率	66.0%		45%以上	令和11年度	
糖尿病	糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入患者	0人	令和4年度	0人	令和15年度
	治療継続者の増加	治療継続者の割合	75.9%	令和4年度	75.0%	令和15年度
	血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.5%	令和4年度	1.00%	令和15年度
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者の割合	8.5%	令和4年度	減少	令和15年度
こころ	自殺者の減少	自殺死亡率	23.6	平成29年から令和3年	20.0以下	令和5年度から令和9年度

第IV章 計画の推進

第IV章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取組の推進

(1) 活動展開の視点

健康増進法は、第2条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、第8条において自治体はその取組を支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を羅臼町の重要な行政施策として位置づけ、健康らうす21(第二次)の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取組を推進していきます。

取組を進めるための基本は、個人の身体(健診結果)をよく見ていくことです。

一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

一人ひとりの、生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取組を重視して、健康増進を図ることが基本になります。

町としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めます。

これらの活動が、国民運動の4つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

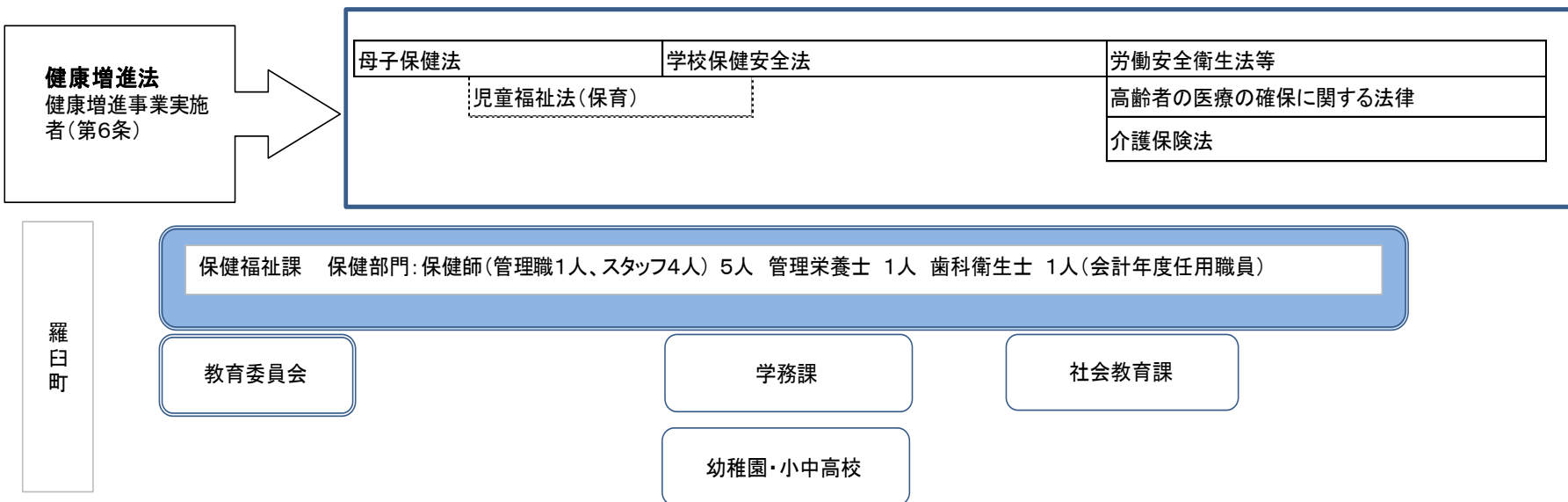
(2) 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取組を進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。羅臼町における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。(図表7-1)

また、町民の生涯を通じた健康の実現を目指し、町民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

図表 7-1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための関係機関

妊娠中(胎児) 1歳6ヵ月 3歳 幼稚園児 小学生 中学生 高校生 18歳 30歳 40歳 50歳 60歳 75歳



健康診査分

法律	母子保健法					(省令 児童福祉施設最低基準)	学校保健安全法			健康増進法	労働安全衛生法		高年齢者の医療の確保に関する法律		
健診の名称等	妊婦健診		産婦健診	乳幼児健診		保育所健康診断	幼稚園健康診断 就学時健診	学校健診		健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診	
健診内容を規定する法令・通知等	・母子保健法施行規則(省令) ・妊婦に対する健康診査についての望ましい基準(告示)			・母子保健法施行規則(省令) ・乳幼児に対する健康診査について(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知) ・乳幼児に対する健康診査の実施について(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)		厚生労働省令 保育所保育方針「第3章 健康及び安全」	学校保健安全法施行規則第3条	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」		市町村における健康増進事業の実施					
対象年齢、時期等	妊婦		産婦	乳児	1歳6ヵ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	18~39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40~74歳	75歳以上
	妊娠期間中最大14回		2回	該当年齢	該当年齢	該当年齢	年2回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回

2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである、健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、その家族が生活している地域などの社会的条件のなかでつくられていきます。

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、町民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされています。

個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら、業務に取り組んでいくために、保健師等の専門職の年齢構成等に配慮した退職者の補充等、健康を支援する職種の確保に努めます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)です。

保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

図表 7-2

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	R5
人口	6318	6192	6120	5981	5949	5879	5742	5664	5474	5348	5219	5077	4944	4756	4580	4480
保健師数	7	→	6	→	5	→	→	6	→	5	→	→	→	→	→	5
管理栄養士	2	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	1
歯科衛生士	なし	→	→	→	→	→	1	→	→	→	→	→	→	→	→	1