

## 最終評価の結果

### 1 全体の目標達成状況等の評価

#### (1) 総括的評価

「すこやか大阪21」の基本理念は「全ての市民がすこやかで心豊かに生活できる活力あるまち・健康都市大阪の実現」であり、そのために、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸が目標として掲げられているが、その状況は次のとおりである。

壮年期死亡について、大阪市民の全死因の年齢調整死亡率<sup>3</sup>をみると、男女とも減少傾向がみられた(図1)。年齢階級別の死亡率をみると、男女とも年齢の高い層では減少傾向がみられたが、年齢の低い層では横ばいの傾向がみられた(図2)。

図1 大阪市民の壮年期の年齢調整死亡率の推移(全死因)

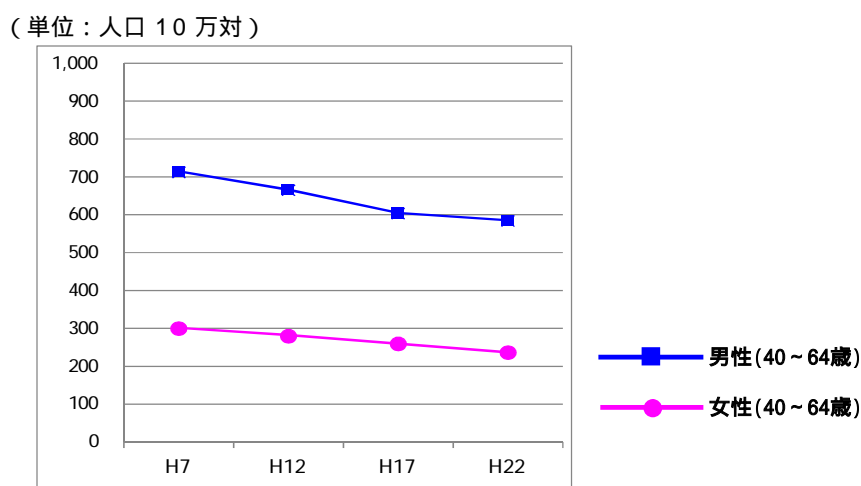
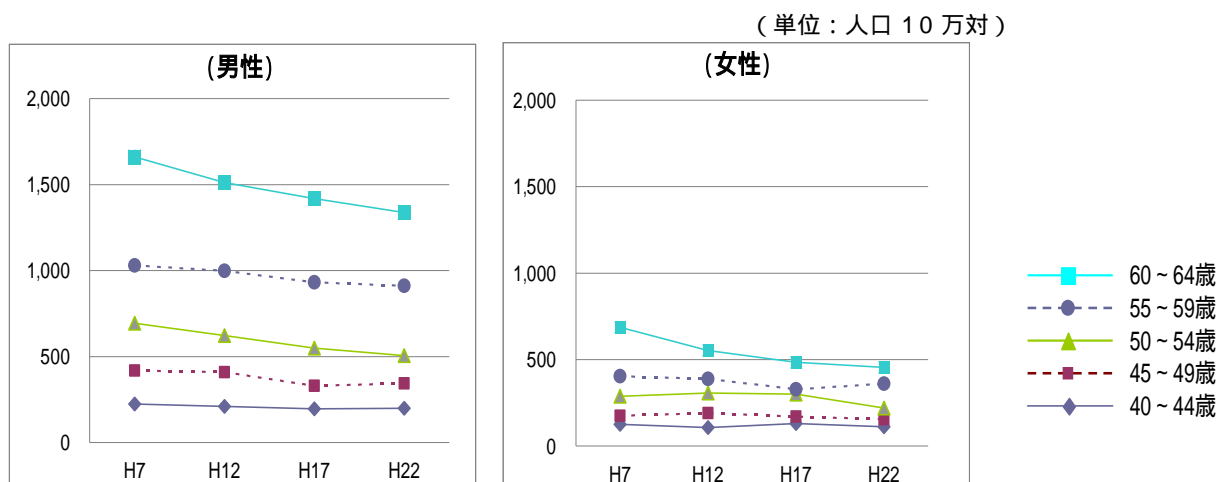


図2 大阪市民の壮年期死亡率の推移(全死因・年齢階級別)



<sup>3</sup> 年齢調整死亡率：全年齢の死亡数と全人口の比である死亡率は、人口の年齢構成に大きく影響されるため、基準人口を用いて年齢構成の歪みを補正した死亡率。

また、壮年期の死因は悪性新生物<sup>4</sup>が第1位であり、大阪市は全国と比べ、男女とも死亡率が高いことから、今後ともがん対策には重点的に取り組む必要がある。悪性新生物による大阪市民の壮年期の年齢調整死亡率をみると、全死因と同様、男女とも減少傾向がみられた(図3)。年齢階級別に死亡率をみると、年齢の高い層では男性に減少傾向がみられたが、年齢の低い層では男女とも横ばいの傾向がみられた(図4)。

図3 大阪市民の壮年期の年齢調整死亡率の推移(悪性新生物)

(単位:人口10万対)

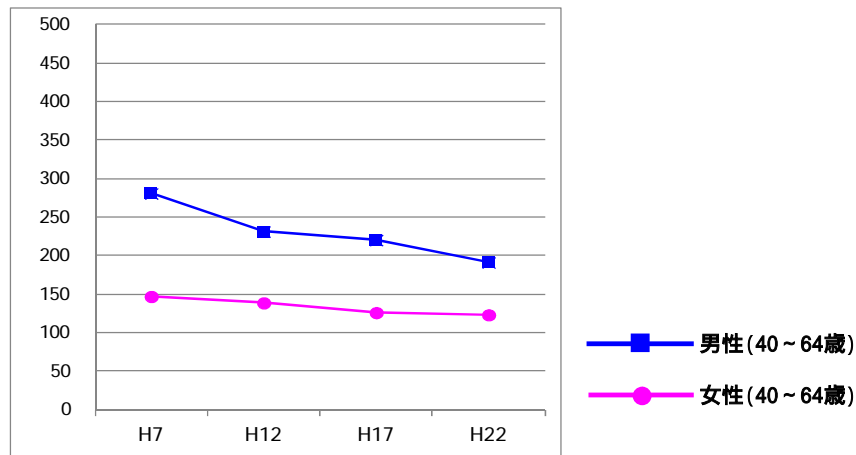
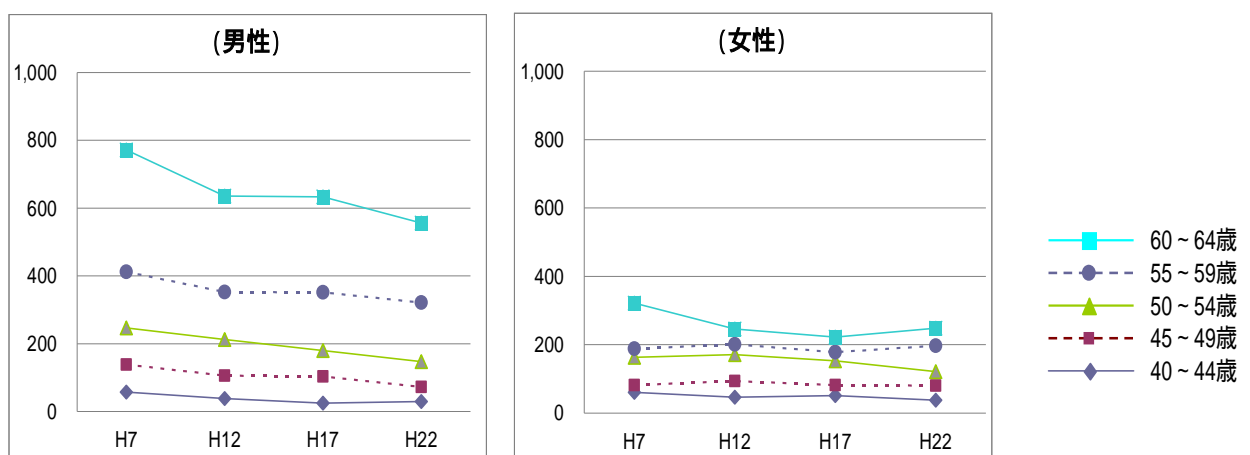


図4 大阪市民の壮年期死亡率の推移(悪性新生物・年齢階級別)

(単位:人口10万対)



<sup>4</sup> 悪性新生物:体内の一部の細胞が突然変異を起こし、無制限に増殖して周囲の正常な組織を破壊する悪性の腫瘍。「がん」はその代表。

(参考) 大阪市民の壮年期死亡率の推移

(単位：人口 10 万対)

全死因		H7	H12	H17	H22*	悪性新生物		H7	H12	H17	H22*
男	40～44歳	223.7	209.8	195.2	199.1	男	40～44歳	57.1	38.5	25.0	29.5
	45～49歳	418.0	408.6	329.3	343.7		45～49歳	138.4	105.5	103.1	72.4
	50～54歳	693.4	621.5	549.4	505.8		50～54歳	247.0	212.2	179.8	147.2
	55～59歳	1028.9	999.2	931.1	911.9		55～59歳	412.2	352.4	351.8	321.2
	60～64歳	1661.1	1511.0	1419.0	1337.6		60～64歳	771.9	635.9	633.0	556.1
	40～64歳 (年齢調整)	714.0	666.7	605.0	585.2		40～64歳 (年齢調整)	280.7	231.2	220.2	191.1
女	40～44歳	126.0	107.5	130.4	110.9	女	40～44歳	61.0	46.3	51.4	38.0
	45～49歳	175.2	189.8	170.8	155.4		45～49歳	81.7	93.6	81.7	80.2
	50～54歳	287.3	305.6	299.3	219.3		50～54歳	163.6	170.9	153.0	121.6
	55～59歳	403.8	387.6	328.2	359.9		55～59歳	188.7	201.4	178.3	196.9
	60～64歳	686.6	552.5	483.7	455.3		60～64歳	321.5	246.3	222.1	248.3
	40～64歳 (年齢調整)	300.4	280.3	260.0	236.8		40～64歳 (年齢調整)	146.9	138.6	125.9	123.1

\*平成 22 年 9 月末現在住民基本台帳人口より計算

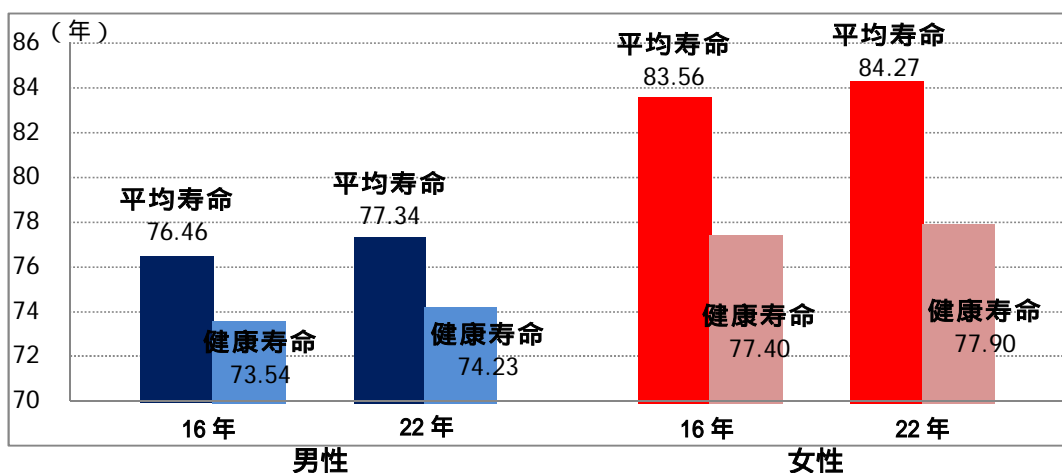
健康寿命とは、生存期間のうち健康な状態で生活することが期待される平均期間のことをいい、これにはいくつかの指標がある。後期計画の際、「0歳平均余命<sup>5</sup> - 障がい期間（介護認定による要支援・要介護の期間）= 健康寿命」として算出し、平成 16 年時点での大阪市民の健康寿命は、男性 73.54 年、女性 77.40 年であった。同様の方法で平成 22 年時点での大阪市民の健康寿命を算出したところ、男性 74.23 年、女性 77.90 年となった（図 5）。

また、今回の評価では、後期計画との整合性から、障がい期間を介護認定による要支援・要介護の期間により算出したが、現在では、要介護 2 以上の要介護期間を用いて算出される場合が多い。65 歳時の平均余命のうち、介護等を受けずに自立して生きられる期間（自立期間）を、平成 20 年度厚生労働科学研究班の平均自立期間算定プログラム<sup>6</sup>により、平成 17 年～22 年の各年の要介護 2 以上の要介護者数を用いて算出したところ、自立期間の延伸はほとんど認められなかった（図 6 および図 7）。

<sup>5</sup> 平均余命：ある年齢に達した集団が、それ以後生存し得る平均年数を統計的に算出したもの。（0歳平均余命 = 平均寿命）

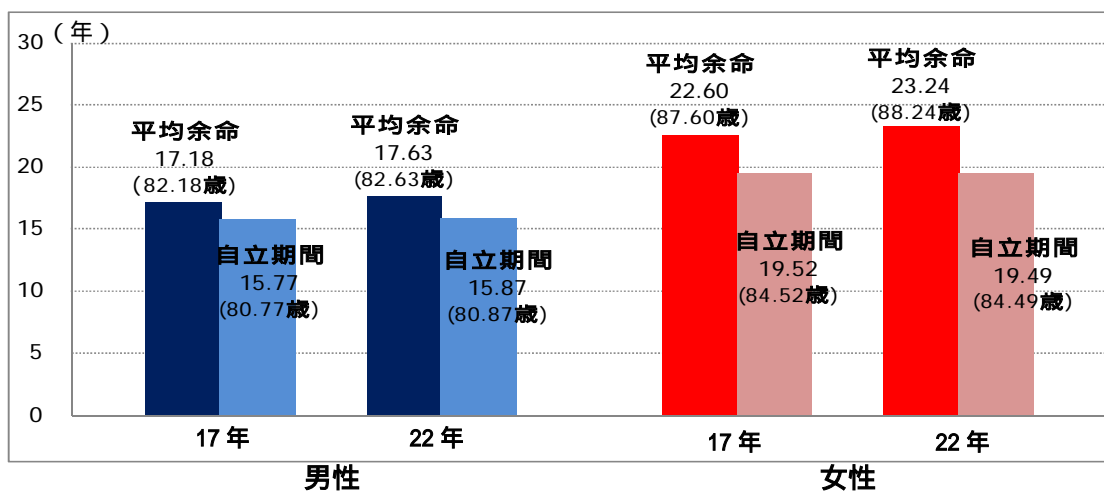
<sup>6</sup> 平成 20 年度厚生労働科学研究班の平均自立期間算定プログラム：平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）による「健康寿命の地域指標算定の標準化に関する研究班」の「平均自立期間の算定プログラム ver.2」

図5 大阪市民の平均寿命と健康寿命の推移



16年：平成14年～18年年齢階級別死亡者数、平成16年の要支援者・要介護者数を用いて算出  
 22年：平成18年～22年年齢階級別死亡者数、平成22年の要支援者・要介護者数を用いて算出

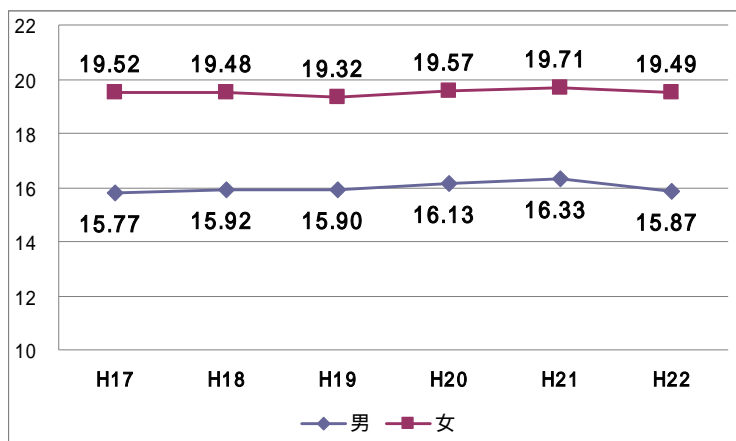
図6 大阪市民の65歳時の平均余命と自立期間



( )については、65歳 + 平均余命もしくは自立期間 = 相当年齢

図7 大阪市民の65歳時の平均自立期間の推移

(単位：年)



## (2) 分野全体の目標達成状況等の評価

Aの「目標値に達した」とBの「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5割弱(45.9%)で一定の改善がみられた。

評価区分	該当項目数	割合(%)	Eを除く割合(%)
A 目標値に達した	7	11.9	14.6
B 目標値に達していないが改善傾向にある	15	25.4	31.3
C 変わらない	21	35.6	43.8
D 悪化している	5	8.5	10.4
E 評価困難	1	18.6	
合計	59	100.0	100.0

### 【各評価区分に該当する代表的な目標項目】

A: 運動習慣者の増加、意識的に運動を心がけている人の増加、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している市民の割合の増加、80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加 など

B: 食塩摂取量の減少、喫煙率の減少、う歯のない幼児の増加 など

C: 自殺者の減少、定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加、定期的な歯科検診受診者の増加、糖尿病予備軍、有病者の推定割合の減少 など

D: 多量に飲酒する人の減少、カリウム摂取量の増加 など

E: 糖尿病合併症の減少、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上 など