

## 第1章 総論

- I 第2次計画の策定に当たって

---

- II 市民の健康の現状と課題

---

- III 第2次計画の基本的な考え方



## I 第2次計画の策定に当たって

### 1 第1次計画の概要

本市においては、すべての市民が住み慣れた地域社会の中で、生涯にわたって健康やかに暮らすことができる「健康で幸せなまちづくり」を目指し、「健康寿命の延伸」「壮年期死亡の減少」「生活の質の向上」を3つの基本目標とし、一次予防<sup>\*1</sup>に重点を置いた「健康うつのみや21」計画を平成14年9月に策定し、市民一人ひとりの主体的な健康づくりを推進してきました。

策定後の健康づくりを取り巻く環境の変化としては、「健康うつのみや21」計画の法的基盤となる「健康増進法」（平成15年5月）に加え、「食育基本法」、「自殺対策基本法」や「がん対策基本法」なども施行され、また、平成20年4月には「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療保険者に「健診・保健指導<sup>\*2</sup>」の実施が義務付けられ、健診の制度も基本健康診査から特定健康診査に変わり、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）<sup>\*3</sup>への対策が強化されました。

そのような中で、平成18年度には中間評価を行い、基本目標達成のために掲げた重点9分野の目標項目や目標値を見直し、また、平成24年度を最終年度とする医療費適正化計画の計画期間に合わせ、本市の計画期間も2年間延長しました。そして、平成24年度には施策事業の取組状況を踏まえ、総合的な最終評価を行い、新たに分野ごとの課題の抽出を行いました。

※1 一次予防とは、生活習慣の改善などによって、病気になるように予防することです。なお、病気の早期発見・早期治療によって、病気が進行しないうちに治すことを二次予防、適切な治療やリハビリによって病気や障がいの進行防止をすることを三次予防といいます。

※2 保健指導とは、対象者の生活を基盤として、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自ら導き出せるように支援することです。

※3 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）とは、内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうち、いずれか2つ以上を合わせもった状態のことです。

## 2 計画策定の背景

### (1) 本市の状況

日本では、人口減少社会、少子・超高齢社会を迎える中、本市においても、平成27年頃をピークとし、人口減少に転じると見込まれています。また、人口構造についても、生産年齢人口は平成17年をピークに既に減少に転じており、今後もその傾向が続いていくと見込まれています。一方で、高齢人口については、いわゆる“団塊の世代”の高齢化などにより、著しい増加が予想されます。

本市の合計特殊出生率をみると、ほぼ横ばいの状態であり、今後、生産年齢人口の減少が見込まれます。

また、単身世帯の割合や未婚率は上昇傾向にあり、今後も続く見込まれ、地縁・血縁関係の希薄化や社会的孤立、地域コミュニティの活力の低下などが懸念されます。

### (2) 国・県の状況

日本は、世界トップクラスの平均寿命を維持しながらも、総人口は減少し、急速に高齢化が進行しています。また、出生数は減少する一方で、未婚率・離婚件数は増加し、単身世帯も増加傾向にあります。

疾病の罹患率などをみても、がん等の生活習慣病が増加し、医療費は30兆円を超える状況で、生活保護受給者数も過去最高の210万人にのぼり、大きな財政負担となっています。

このようなことから、国は生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まですべての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、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を示した健康日本21（第2次）を平成24年7月に策定しました。

栃木県においても、生涯にわたり健康でいきいきと暮らせる、豊かで活力ある“健康長寿とちぎ”の創造に向け、県民、行政、企業、団体等が一体となって取り組むべき具体的な目標を設定し、社会全体で県民の健康づくりを推進していくための指針として、とちぎ健康21プラン（2期計画）を平成25年3月に策定しました。

### 3 第2次計画策定の趣旨

第1次計画を推進してきた11年間で、市民の健康を取り巻く環境が変化してきた中、平成24年度に最終評価を行った結果、新たな課題が出てきました。

第2次計画については、依然として高い本市の生活習慣病による死亡率などを踏まえ、生活習慣の改善に重点を置くことに加えて、生活習慣病の重症化予防に取り組むとともに、今後、ますますの高齢社会の進行などの社会背景を踏まえ、高齢者の健康や、高齢期を迎える前の青壮年期や次世代の健康づくりがこれまで以上に重要となってきます。また、健康づくりに取り組みたくても取り組めない層、健康づくりに無関心な層も含めて、市民一人ひとりが支え合い、健康づくりにアクセスしやすいような社会環境の整備を行っていくことも重要です。

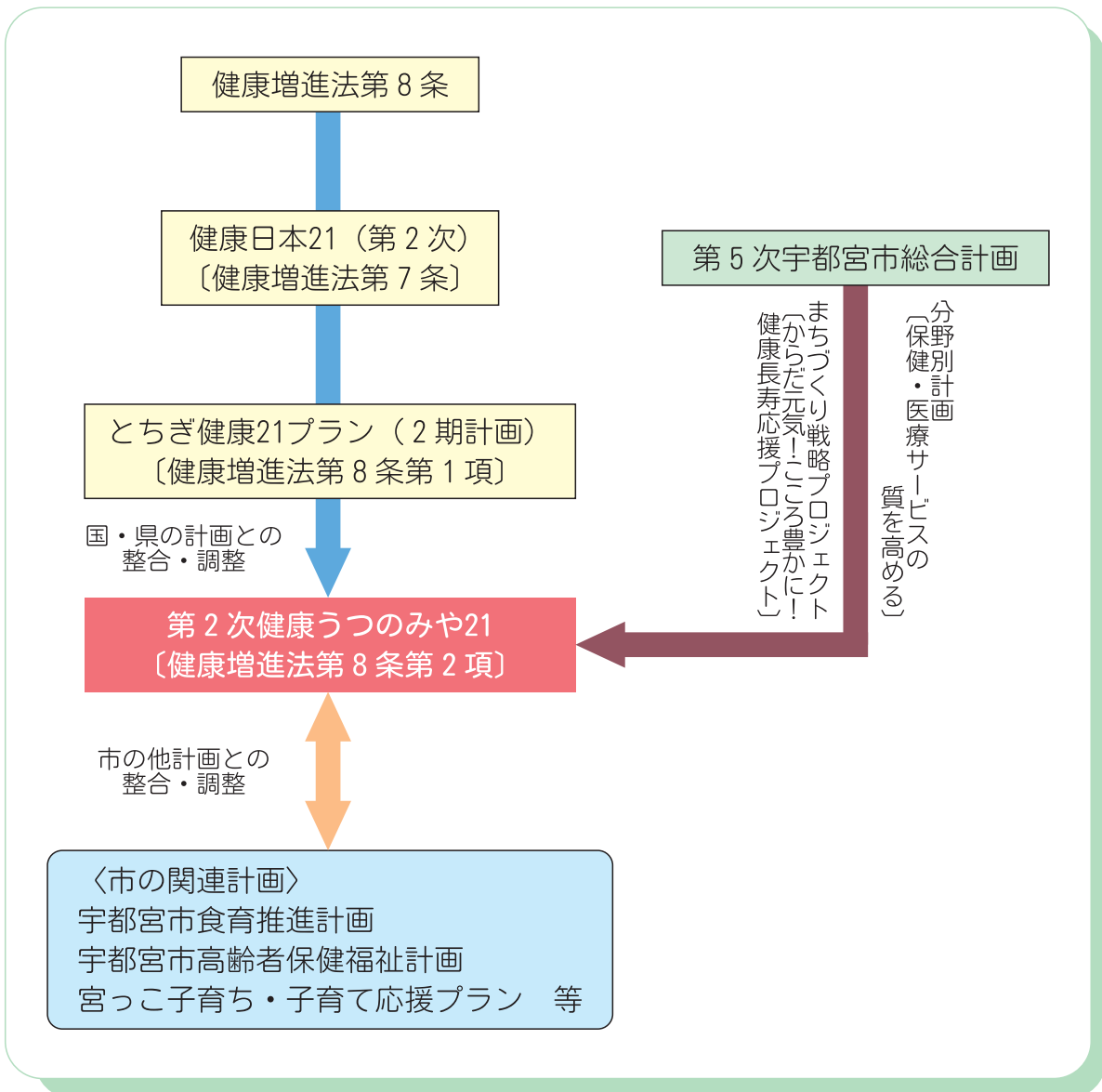
このようなことから、市民の健康づくりを総合的に推進するため、前計画の内容や推進体制を見直し、『第2次健康うつのみや21』を策定しました。



## 4 計画の位置付け

健康うつのみや21は、健康増進法第8条に基づき、健康日本21やとちぎ健康21プランと整合を図りながら策定する市町村健康増進計画です。

また、第5次宇都宮市総合計画の分野別計画に掲げる基本施策「保健・医療サービスの質を高める」を実現するための基本計画です。



## 5 計画の期間

平成25年度から平成34年度までの10か年計画です。  
なお、平成29年度に行う中間評価で内容を見直します。

# 10か年計画



## II 市民の健康の現状と課題 (第1次計画の評価と課題)

◎ 第1次計画の最終評価結果や市民健康等意識調査結果，既存の統計資料等から把握した市民の健康や生活習慣の現状については，次のとおりです。

### 1 第1次計画の最終評価

#### (1) 第1次計画の基本的な考え方

単に「長く生きる」ということだけでなく、「健康で生きがいをもって，より長く生きる」という視点に重きを置く方向へと，健康についての考え方が変化してきたのを受け，すべての市民が，住み慣れた地域社会の中で，生涯にわたって健やかに暮らすことができる「健康で幸せなまちづくり」を目指し，次の3つを『基本目標』とし，その達成に向けて「一次予防」に重点を置いた『重点9分野』を設定し，中間評価時には新たな目標も加え，取組を推進してきました。(第1次計画期間：平成14年度～平成24年度)

3つの基本目標		
健康寿命の延伸	壮年期死亡の減少	生活の質の向上

#### 重点9分野

健康づくりの3大要素	生活習慣病の危険因子	生活習慣病
(1) 栄養・食生活	(4) 歯の健康	(7) 循環器病
(2) 身体活動・運動	(5) たばこ	(8) 糖尿病
(3) 休養・こころの健康	(6) アルコール	(9) がん
中間評価時に設定した目標		
メタボリックシンドローム・肥満，健康づくり実践活動，関係機関との連携		

#### (2) 目標の設定

各分野において，統計データ，意識調査等からの現状を把握し，課題を抽出したうえで，健康目標（健康づくりの目標）を設定し，その達成のための目標及び目標値を設定しました。

※ 中間評価時に加えた項目を含め，目標60項目（指標数98項目）を設定



(3) 最終評価結果の概要

達成状況をもとに、基本目標の評価を行うとともに、重点9分野と中間評価時に設定した目標について、各分野の目標項目ごとの総合評価（次頁参照）をもとに、評価を行いました。

① 分野別評価の結果

《分野別評価方法》

<ul style="list-style-type: none"> <li>各分野の目標項目で、最も多い評価を分野別評価とする。 (例：全8項目のうち、4項目がB評価⇒B)</li> <li>評価が同数の場合は、重点項目が多い評価をつける。 (例：2項目がB評価（うち重点項目1）、2項目がC評価⇒B)</li> </ul>
<p>A 目標がおおむね達成されている。</p> <p>B 目標は未達成であるが、改善されている。</p> <p>C 改善されているとはいえない。</p>

基本目標	評価
健康寿命の延伸	A
壮年期死亡の減少	A
生活の質の向上	C
健康目標（重点9分野）	評価
栄養・食生活	B
身体活動・運動	C
休養・こころの健康	C
歯の健康	B
たばこ	B
アルコール	B
循環器病	B
糖尿病	
がん	
中間評価時に設定した目標	評価
メタボリックシンドローム・肥満	B
健康づくり実践活動	B
関係機関との連携	B

〔概要〕

- 基本目標の「健康寿命の延伸」と「壮年期死亡の減少」がA評価でした。
- 分野別の評価は、Bが8分野となり改善されている分野が多くありました。
- 基本目標の「生活の質の向上」と重点9分野のうち、「身体活動・運動」及び「休養・こころの健康」の2分野はC評価でした。

② 目標項目別総合評価の結果

《目標項目の総合評価方法》

- A 指標の評価がAで、ライフステージの評価がAまたはBである。  
 B 指標の評価がBで、ライフステージの評価がBまたはCである。  
 指標の評価がCで、ライフステージの評価がBである。  
 C 指標の評価がCまたはDで、ライフステージの評価がCである。  
 D 評価が困難である。

評 価		項目数	構成比
A	指標の評価がAで、ライフステージの評価がAまたはBである	13	21.7%
B	指標の評価がBで、ライフステージの評価がBまたはCである 指標の評価がCで、ライフステージの評価がBである	28	46.7%
C	指標の評価がCまたはDで、ライフステージの評価がCである	9	15.0%
D	評価が困難である	10	16.7%
合 計		60	100%

③ 指標の評価の結果

《指標の評価方法》

- A 目標値に達した。  
 B 目標値に達していないが、策定時に比べて上回っている。  
 C 変わらない。(策定時実績値±1.0%以内)  
 D 悪化している。  
 E 評価が困難である。(制度変更・データ収集不可能等により)

評 価		項目数	構成比
A	目標値に達した	22	22.4%
B	目標値に達していないが、策定時に比べて上回っている	42	42.9%
C	変わらない(目標値±1.0%以内)	7	7.1%
D	悪化している	15	15.3%
E	評価が困難である(制度変更・データ収集不可能等により)	12	12.2%
合 計		98	100%

## 2 市民健康等意識調査の実施

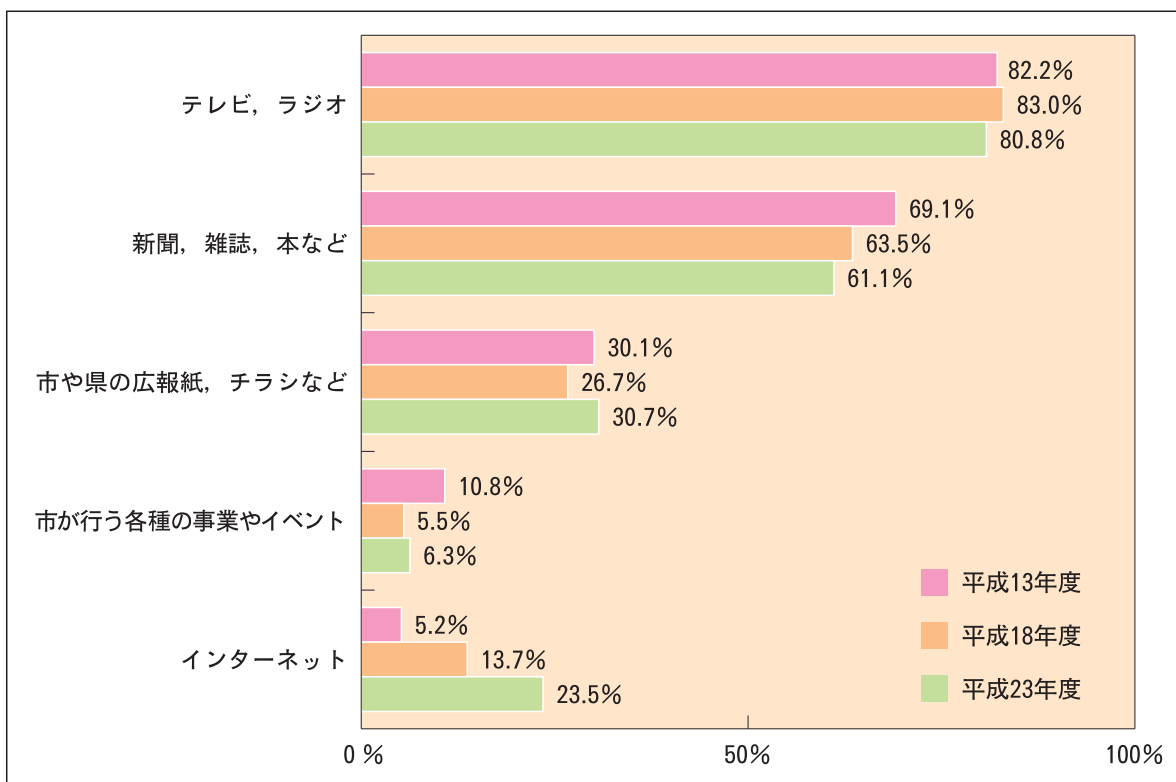
### (1) 調査の概要

第1次計画の評価のため、市民の基本的な生活習慣や健康に関する意識、健康状態、健康づくり活動の促進要因等を把握することを目的として、平成24年1月に実施しました。

調査区分	配布数	回収数	有効回収数	回収率
一般市民	5,000	2,095	2,095	41.9%
中学・高校生	2,072	2,066	2,066	99.7%
幼児・小学生	2,470	2,339	2,339	94.7%

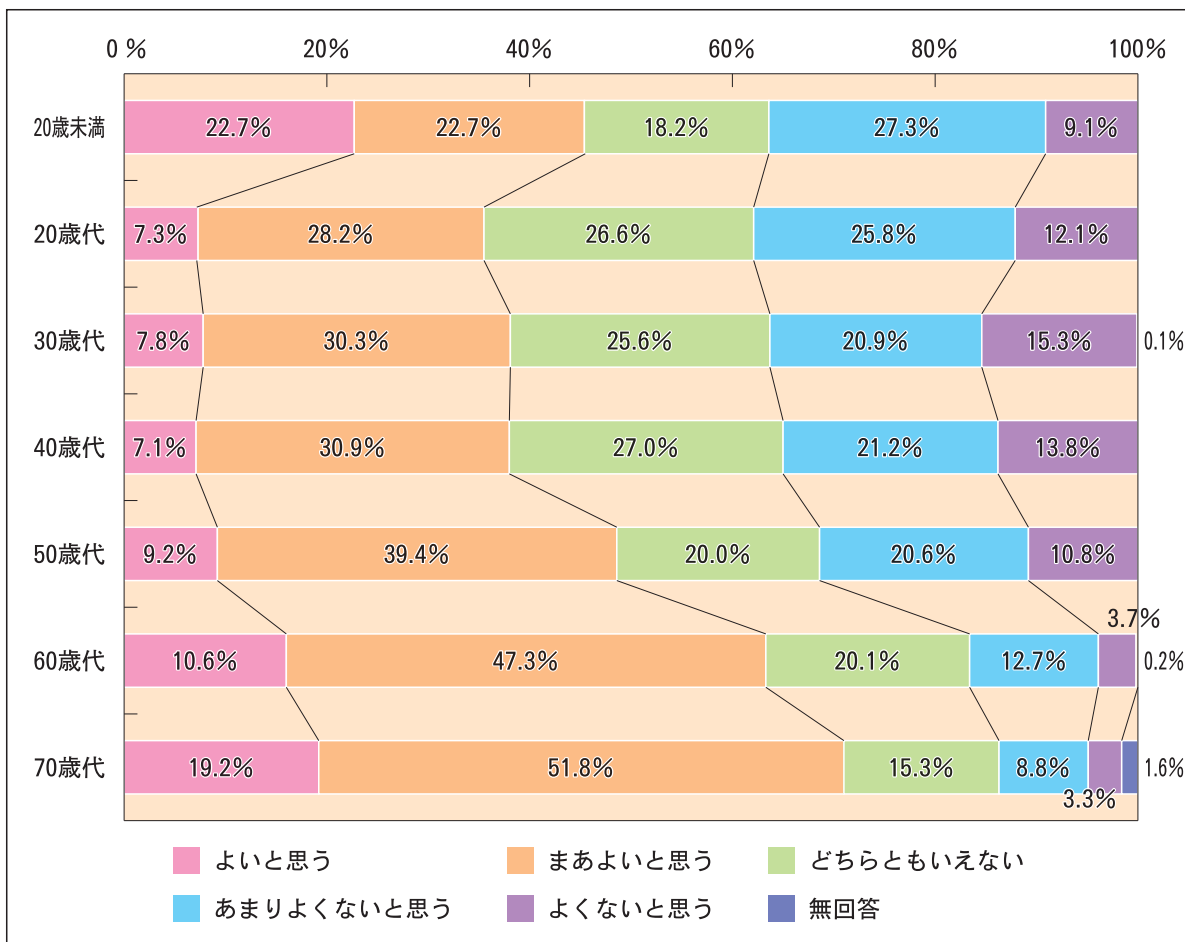
### (2) 市民の健康についての意識

#### ① 健康に関する情報源

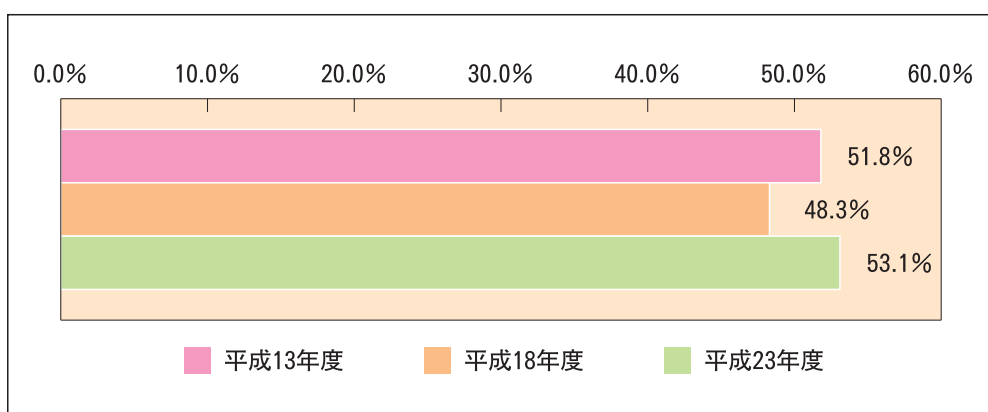


- 健康に関する情報をどこから得ているかについては、「テレビ・ラジオ」、「新聞、雑誌、本など」のマスメディアが上位を占めています。
- インターネットを利用する人が平成13年度から4倍以上の値となり、今後もさらなる増加が予想されます。

② 自分の生活習慣

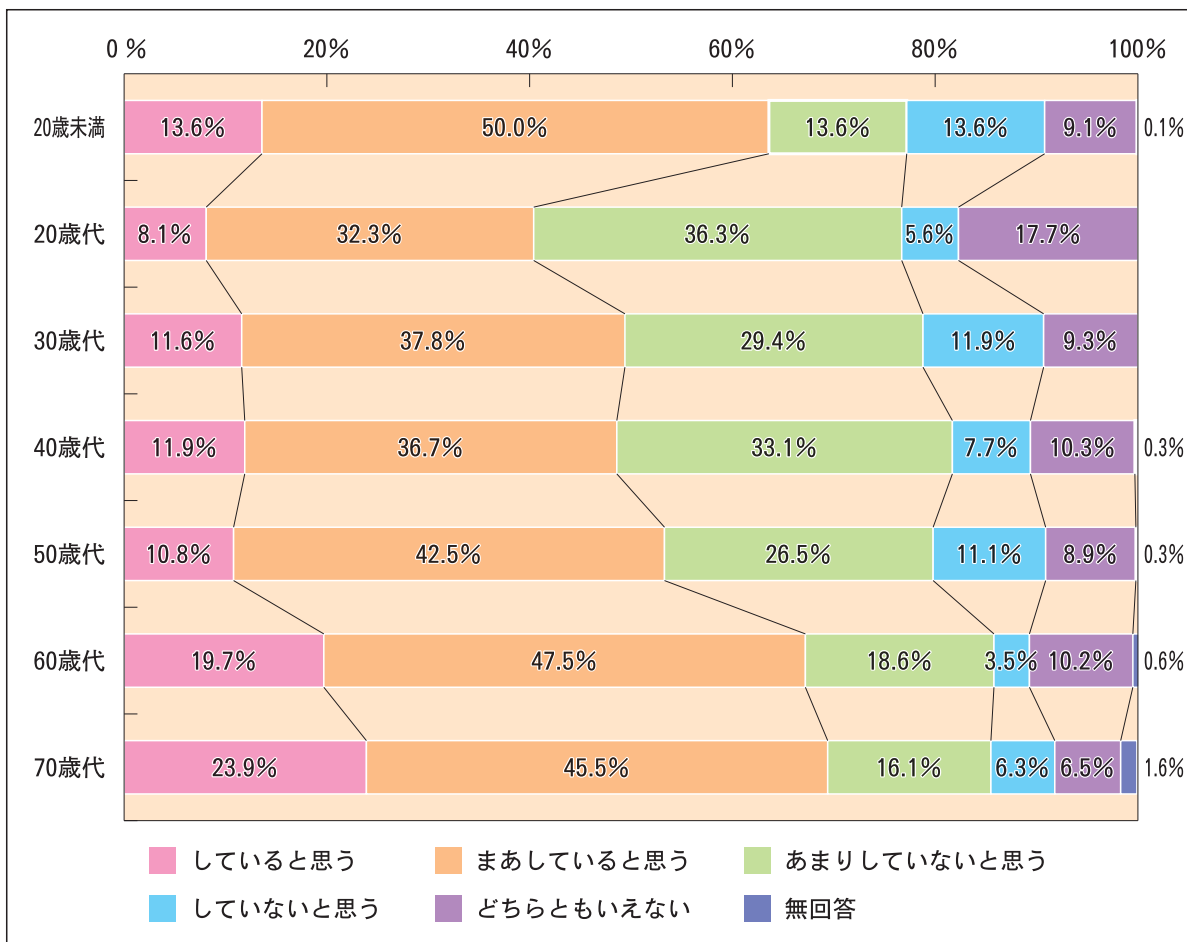


〔自分の生活習慣を「よい」「まあよい」と思う成人の割合〕

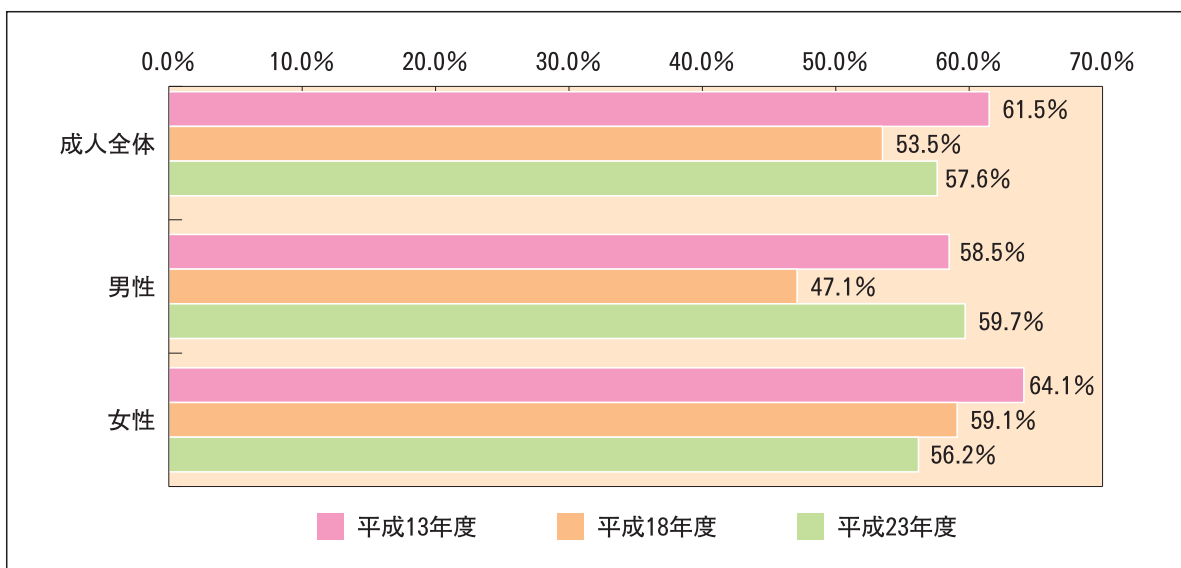


- ・自分の生活習慣を「よい」「まあよい」と思う人の割合は、若年層よりも、高齢者で高い傾向がみられます。
- ・「よい」「まあよい」と思う人の割合は、平成13年度からほぼ横ばいとなっています。

③ 毎日の健康な生活



〔健康で充実した生活を「している」「まあしている」と思う人の割合〕

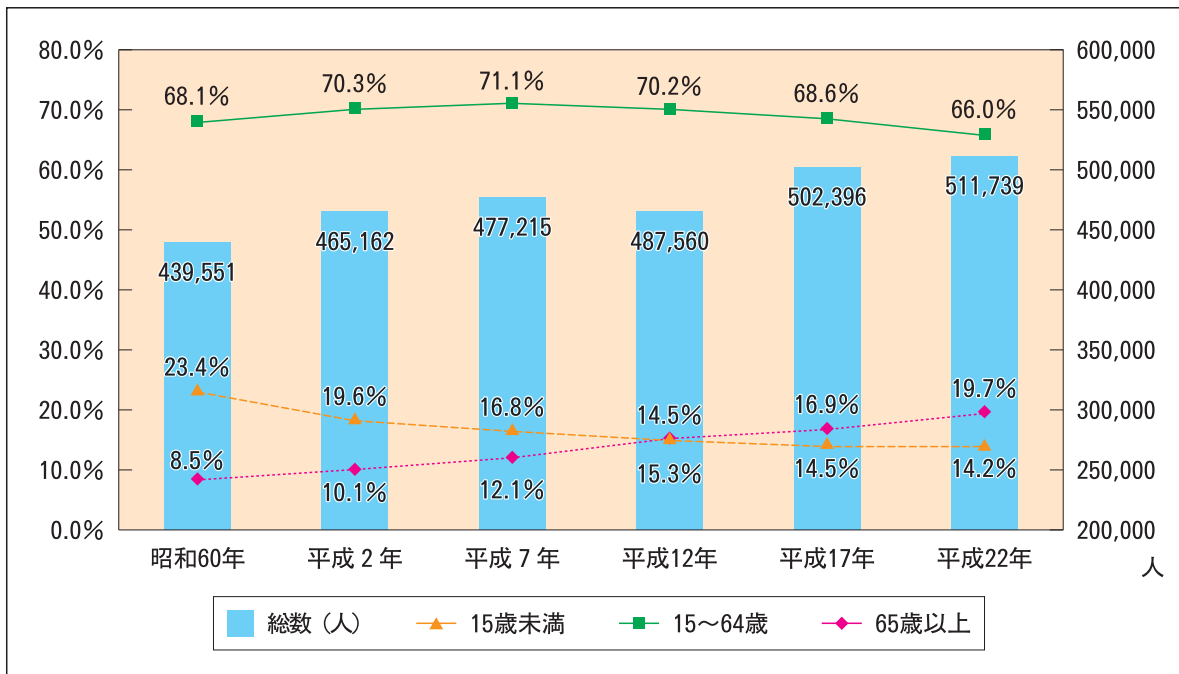


- 健康で充実した生活を「している」「まあしている」と思う人の割合は、若年層よりも、高齢者で高い傾向がみられます。
- 女性は男性よりも高い割合にありましたが、年々減少傾向にあり、平成23年度では男性を下回りました。

### 3 社会背景

#### (1) 少子高齢化の進行

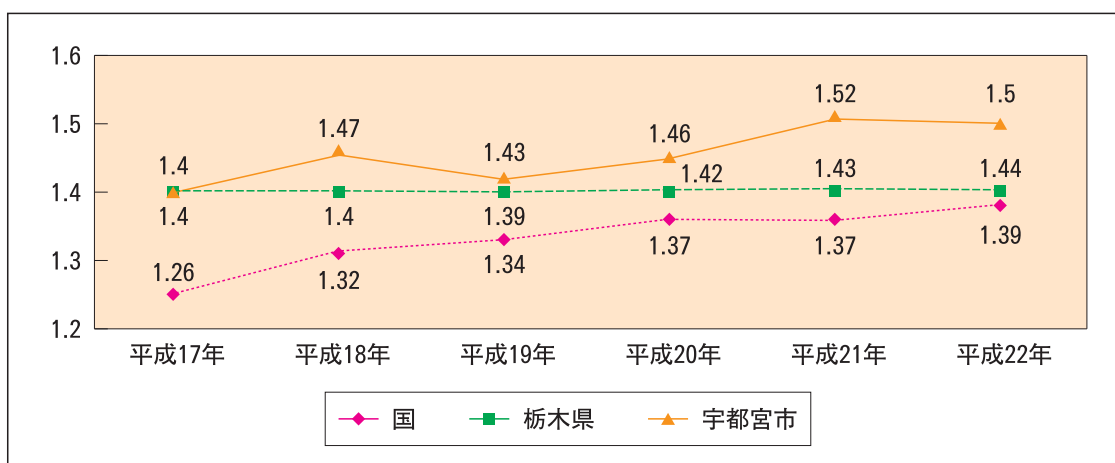
##### ① 年齢3区分別人口\*（割合）の推移（国勢調査より）



- ・65歳以上人口の総人口に占める割合は19.7%で、平成12年と比較して、5.2ポイント上昇しています。

※ 年齢3区分別人口とは、人口の構造を年齢からみて、15歳未満（年少人口）、15～64歳未満（生産年齢人口）、65歳以上（老年人口）の3つの区分に分けたものです。

##### ② 合計特殊出生率\*の推移（人口動態統計より）



- ・本市の合計特殊出生率は、ほぼ横ばいの状態ですが、国や県と比較して高い数値で推移しています。

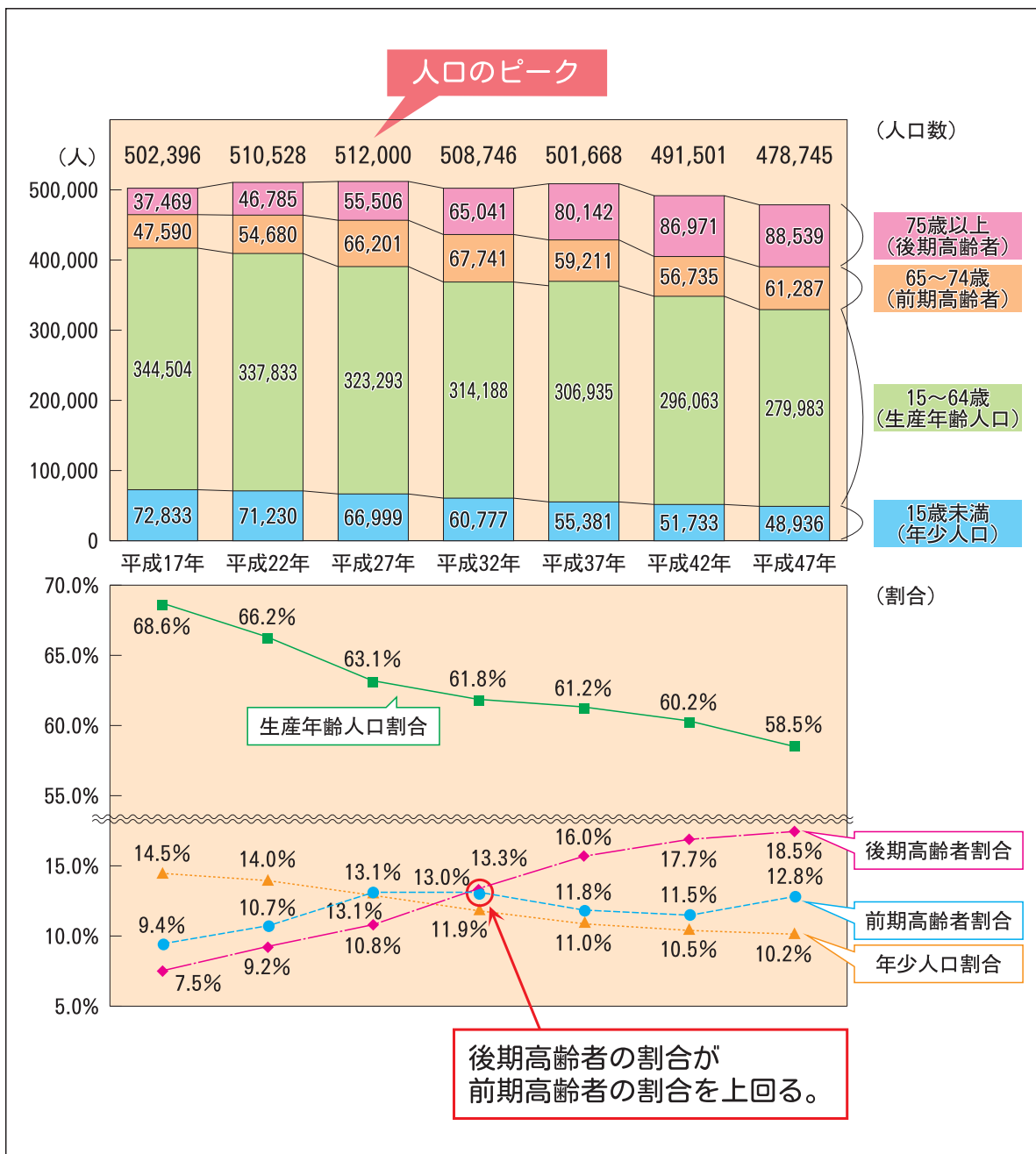
※ 合計特殊出生率とは、15～49歳の女性が一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当します。

【参 考】

◆ 日本の市区町村別将来推計人口（平成20年推計）

（国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推移予測より）

○宇都宮市の将来人口推移予測

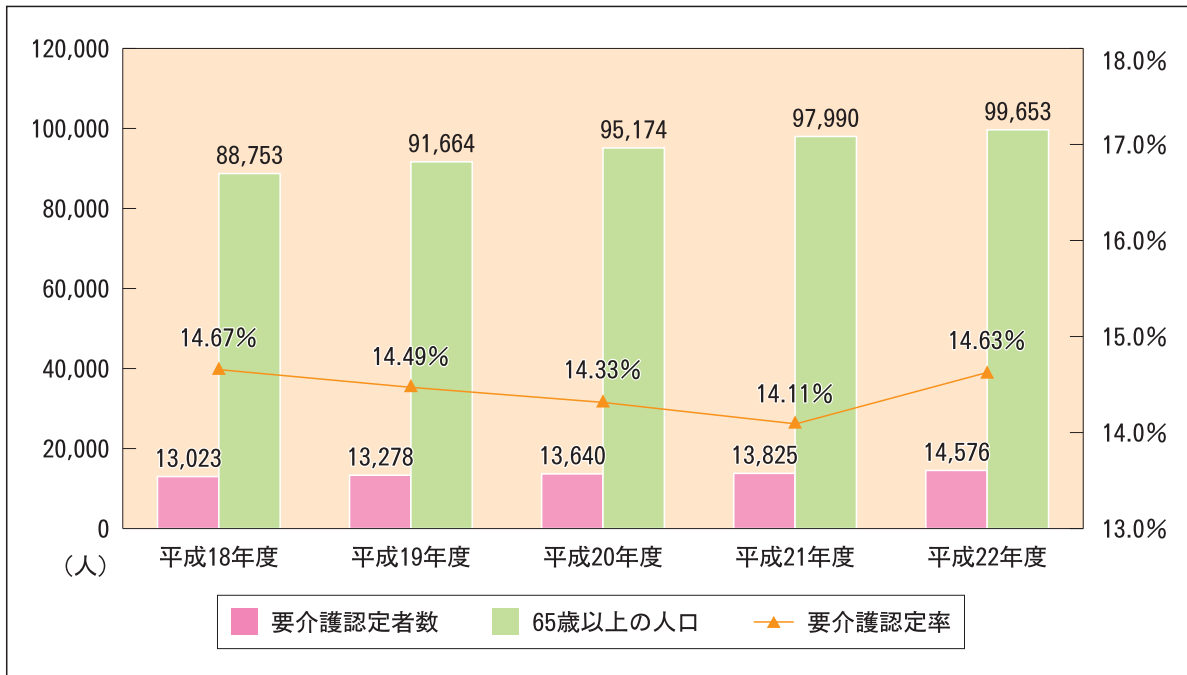


- ・本市の人口は平成27年にピークを迎え、以降、減少に転じ、20年後の平成47年には478,745人と推計されます。
- ・本市の65歳以上人口は、平成47年には149,826人と推計されます。
- ・平成32年から、後期高齢者の割合が前期高齢者の割合を上回ると推計されます。

(2) 介護が必要な高齢者の状況

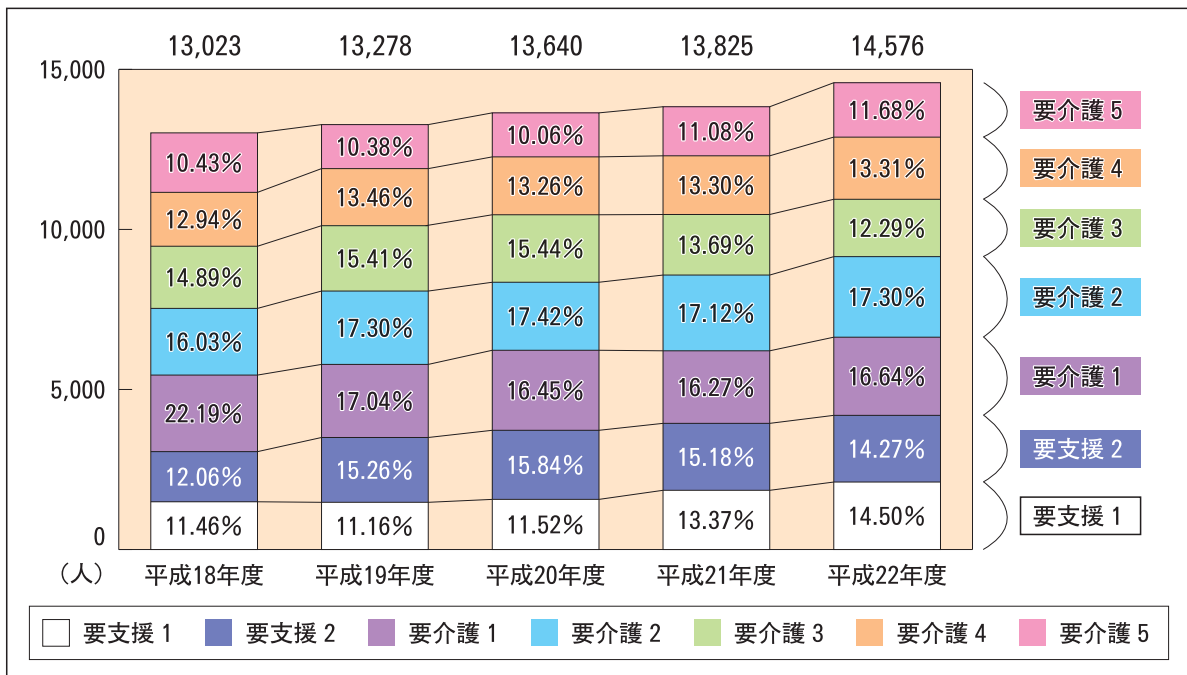
① 介護保険認定状況（人口は住民基本台帳に基づくもの）

（介護保険事業報告書より）



- 65歳以上人口の増加に伴い、要介護認定者数は増加しているが、要介護認定率は横ばいの状態です。

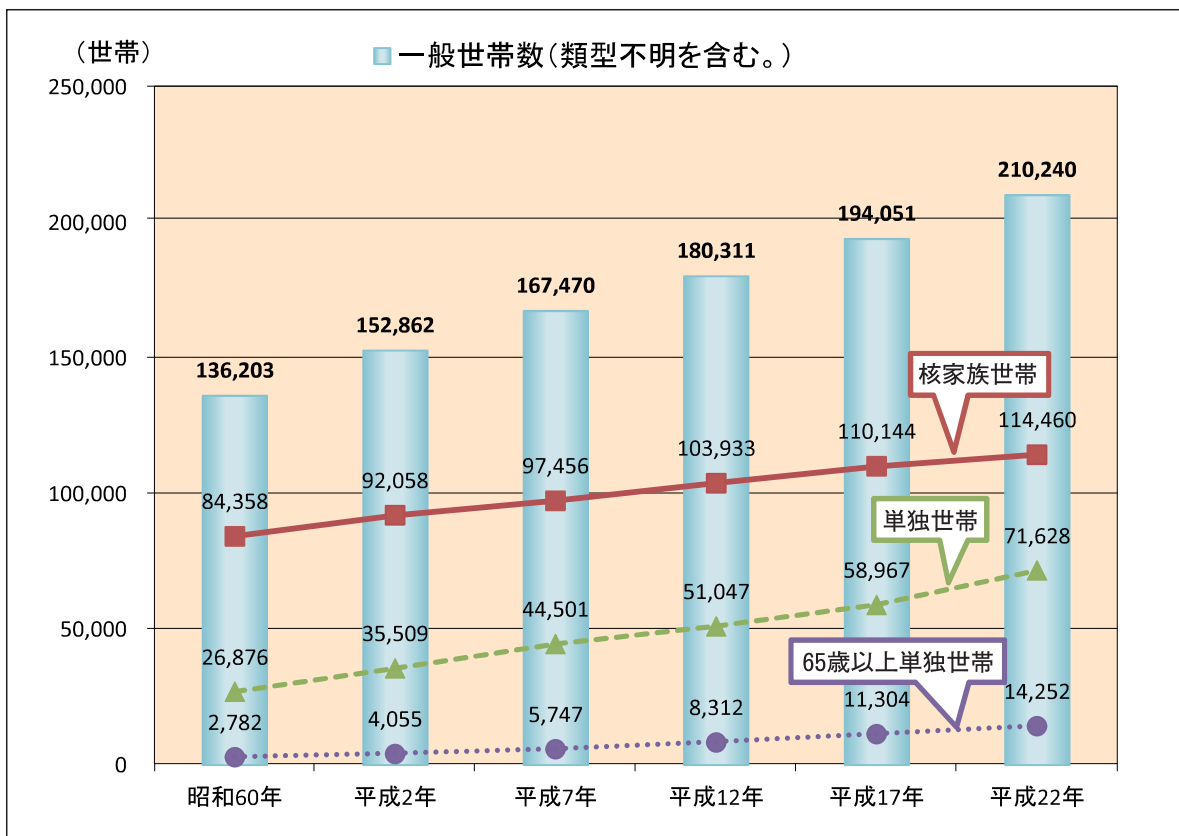
② 介護保険認定者の要介護度割合（介護保険事業報告書より）



- 介護保険認定者数は、年々、増加の傾向にあります。
- 要介護認定者のうち、日常生活に全面的な手助けが必要な要介護4以上は全体の約25%を占めており、割合の推移は横ばいの状態です。



(3) 単独世帯や核家族世帯の増加 (国勢調査より)

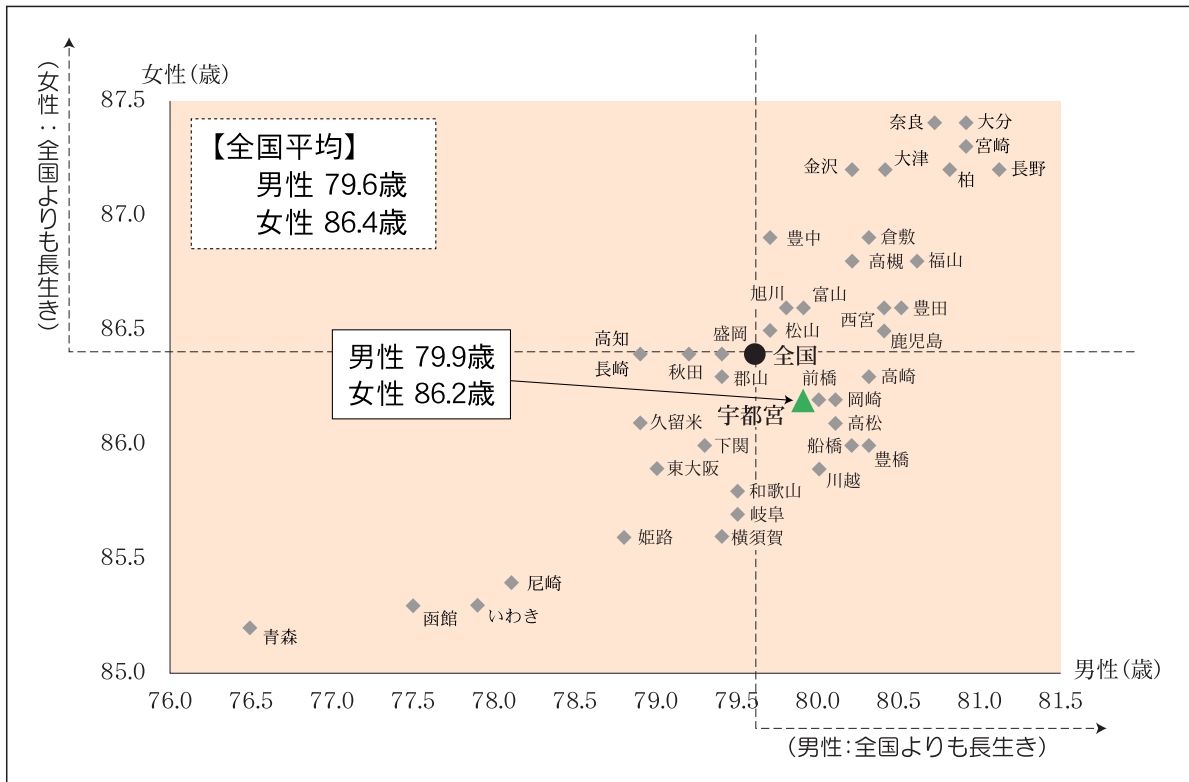


- 「核家族世帯」, 「単独世帯」, 「65歳以上単独世帯」は年々, 増加の傾向にあります。
- 「単独世帯」における「65歳以上単独世帯」の割合は約20%を占めます。



## 4 本市の健康状況

(1) 平均寿命 (平成22年市区町村別生命表より)

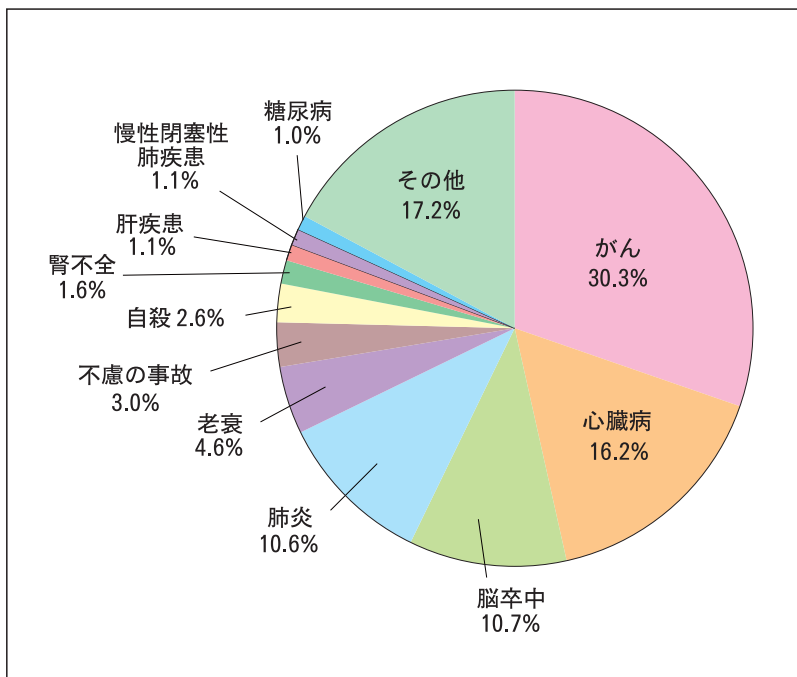


- 男性の平均寿命は79.9歳で、全国平均とほぼ同じです。
- 女性の平均寿命は86.2歳で、全国平均とほぼ同じです。
- 女性の平均寿命は、男性の平均寿命を6.3歳上回ります。



(2) 本市の主な死因

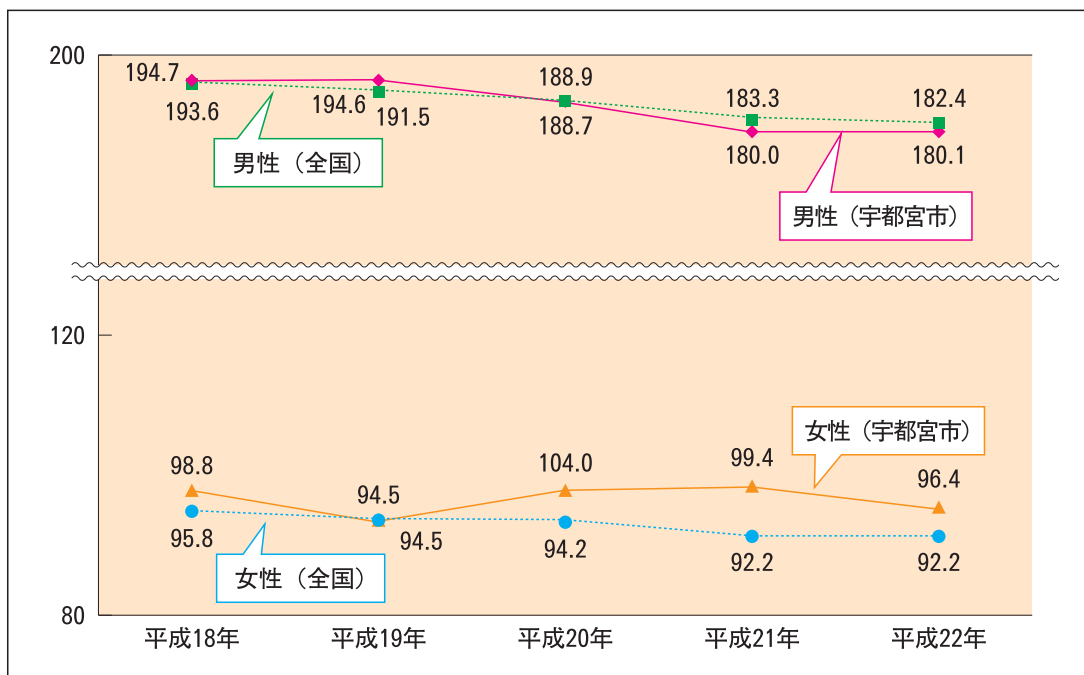
死因別死亡状況【総死亡者数 4,059人】（平成22年人口動態統計より）



- ・本市の死因の第1位は「がん」で、全体の約3分の1を占めます。
- ・「がん」「心臓病」「脳卒中」の3大死因で、全体の約6割を占めます。

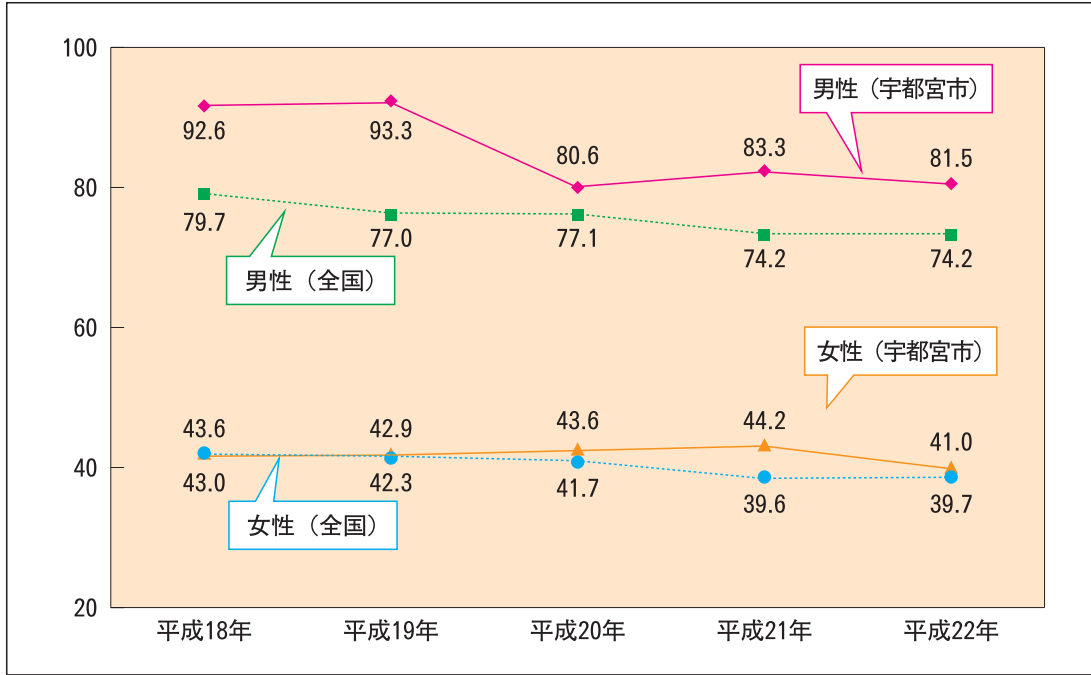
(3) 3大死因別年齢調整死亡率の推移（平成22年人口動態統計より）

【がん】

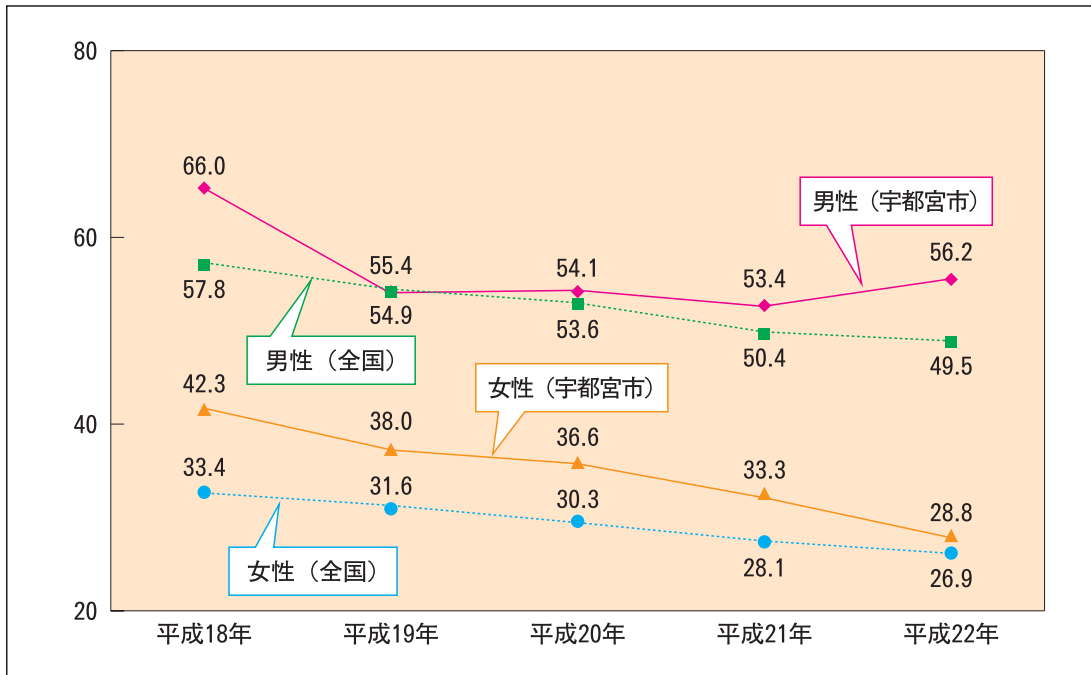


※ 年齢調整死亡率とは、年齢構成の異なる地域間の差を比較するため、基準人口（昭和60年）を用い、年齢構成を調整した死亡率のことです。（単位：人口10万人あたりの人数）

【心臓病】



【脳卒中】



- 男性のがん以外は，3大死因による年齢調整死亡率が全国を上回って推移しています。
- 男性は，3大死因による年齢調整死亡率が女性を大きく上回っています。

## 5 東日本大震災の影響

平成23年3月に発生した東日本大震災や福島第一原子力発電所の事故を契機に、避難所、仮設住宅での健康支援の輪が広がり、我が国では家族の絆や地域での支えあいや人と人とのつながり、他人への思いやりや社会との協調等の重要性が再認識されました。第1次計画の「地域における地域主体による健康づくりに重点をおいて推進する」という基本的な考え方や健康づくりの重点分野の1つである「休養・こころの健康」は、一層重要性を増しています。

## 6 課題の抽出

以上の本市の社会状況等を踏まえ、課題を抽出しました。

- (1) 今後、本市では人口が減少に転じる一方、65歳以上の人口が増加し、また、後期高齢者が前期高齢者の数を上回るなど、本格的な高齢社会が到来することから、健康寿命の延伸に向けたさらなる取組が必要です。
- (2) 核家族世帯や単独世帯が増加し、特に65歳以上の単独世帯の増加が予測されることから、地域のつながりの強化（ソーシャルキャピタル\*の向上）や、地域社会全体で健康づくりを支える環境整備が必要です。
- (3) 依然として3大死因による年齢調整死亡率は全国を上回っており、引き続き、生活習慣の改善、生活習慣病の重症化予防を図ることが必要です。

※ ソーシャルキャピタルとは、人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴のことです。

### Ⅲ 第2次計画の基本的な考え方

#### 1 基本理念の設定

すべての市民が、住みなれた地域社会の中で、生涯にわたって健やかに暮らすことができるまちを目指します。

⇒ 「ともに支え合う，健康で幸せなまちづくり」の実現

#### 2 基本目標の設定

基本理念の実現に向け、超高齢社会を迎えるに当たり、市民が支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会をつくるには、「健康寿命の延伸」が必要であるので、これを本計画の基本目標に設定します。

**基本目標**

## 健康寿命の延伸

健康で生きがいを持ち、  
自立して暮らすことができる期間を延ばします。

現状（平成24年度）*	目標（平成34年度）
男性 78.47歳	平均寿命の増加分を上回る
女性 83.16歳	健康寿命の増加

※ 介護認定ベースで栃木県が算定



### 3 基本方向の設定

本計画の基本目標である「健康寿命の延伸」の実現に向け、第1次計画から引き続き、生活習慣の改善に取り組むとともに、NCD（非感染性疾患）の発症予防・重症化予防や次世代・高齢者の健康づくりの推進、また、地域、企業・団体等とともに地域社会全体で健康を守る環境を整えることを本計画の基本方向として設定しました。

#### 基本方向1 生活習慣の改善

市民の健康を増進するための基本要素となる生活習慣を改善します。

##### 〔健康づくりの3大要素〕

- ① 栄養・食生活
- ② 身体活動・運動
- ③ 休養・こころの健康

生活習慣の基礎を形成するものであり、また、生活の質の向上に大きく関与する健康づくりの重要な要素

##### 〔生活習慣病の危険因子〕

- ④ 歯・口腔の健康
- ⑤ たばこ
- ⑥ アルコール

生活習慣病の発症など、生活の質の維持・向上に影響する要素

#### 基本方向2 生活習慣病の発症予防・重症化予防

NCDなどについて、生活習慣の改善に加えて、合併症や症状の進展などの重症化予防（早期発見・早期治療）に取り組めます。

##### 〔生活習慣病〕

##### ⑦ NCD（非感染性疾患）\*

- ⑦-1 循環器疾患
- ⑦-2 糖尿病
- ⑦-3 がん
- ⑦-4 COPD（慢性閉塞性肺疾患）
- ⑦-5 CKD（慢性腎臓病）

※NCD（非感染性疾患）とは、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患の総称です。

### 基本方向 3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

子どもの頃からの健康づくりや高齢者の日常生活の自立を目指した健康づくりを推進します。

- ⑧ 次世代の健康
- ⑨ 高齢者の健康

将来を担う次世代の健康を支え、また、高齢化による機能の低下を抑制する。

### 基本方向 4 健康を支え、守るための社会環境の整備

地域社会全体で相互に支え合いながら、健康を守る環境を整えます。

- ⑩ 地域のつながり・支え合い
- ⑪ 企業・団体等の積極参加の促進

地域社会全体で市民の健康を支えるとともに、健康づくりを支援する企業や団体の積極的な参加を促進する。





## 4 ライフステージ区分の設定

健康づくりは、生涯を通して行うことが大切ですが、人生の各年代で異なった課題があります。

そこで、本計画では、ライフステージを生活習慣や身体的・精神的な発達状況、身体機能などに応じて次の6つに区分し、各ステージに応じた取組のポイントを示し、各分野の目標を達成するための取組を推進していきます。

### (1) 乳幼児期

生活習慣の基礎が作られる時期

### (2) 小学校期

生活習慣が定着する時期

### (3) 中学・高校期

身体的・精神的な発達が最もめざましい時期

### (4) 青年期（18～39歳）

身体的な発達が完了し、体力の維持・増進が重要となる時期

### (5) 壮年期（40～64歳）

身体機能が徐々に低下し、健康や体力への不安や生活習慣病の発症が増える時期

### (6) 高齢期（65歳以上）

機能低下が身体の随所に現れ、個人個人の健康状態の差が大きくなる時期

## 5 目標の設定

### (1) 市民の行動指針となる健康目標の設定

市民や地域、学校、企業、行政などが共通認識をもって、一体的に健康づくり活動に取り組むとともに、その取組の成果を適切に評価して、その後の健康づくり活動に反映できるようにするため、各分野の現状や課題を踏まえ、基本目標の達成に向けて、各分野に市民の行動の指針となる健康目標を設定します。

### (2) 目標項目・目標値の設定

本計画では、市民の健康づくりを推進するために様々な取組を行っていきます。

そのため、「本計画の推進によって、市民の健康度がどのくらい向上したのか」を把握するため、各分野に目標項目・目標値を設定し、計画の中間評価を含め、評価を行っていきます。

## 基本理念

「ともに支え合う, 健康で幸せなまちづくり」の実現

「第2次健康うつのみや21」の基本目標

### 健康寿命の延伸

健康で生きがいを持ち, 自立して暮らすことができる期間を延ばします。

#### 6つのライフステージ

高齢期 (65歳以上)

壮年期 (40歳～64歳)

青年期 (18歳～39歳)

中学・高校期

小学校期

乳幼児期 (就学前)

#### 4つの基本方向

基本方向 1

生活習慣の改善

基本方向 2

生活習慣病の発症予防・重症化予防

基本方向 3

社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

基本方向 4

健康を支え, 守るための社会環境の整備

#### 計画策定の主旨

人口減少, 少子高齢化等の社会背景を踏まえ, 市民一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組む。

家庭, 学校, 地域, 企業, 行政等が一体となり, より一層市民の健康づくりを推進する。

全国を上回る生活習慣病による死亡率

3大死因である「がん, 心臓病, 脳卒中」は依然として, 本市の死因の約6割を占める。

少子・超高齢化の進展

今後, より一層の高齢化が予想され, 超高齢社会が訪れる。

健康づくり無関心層

健康づくりに無関心な層や取り組みたくても取り組めない層も含め, 健康づくりを推進する必要がある。

《参考》健康寿命について

○健康寿命とは、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のことです。

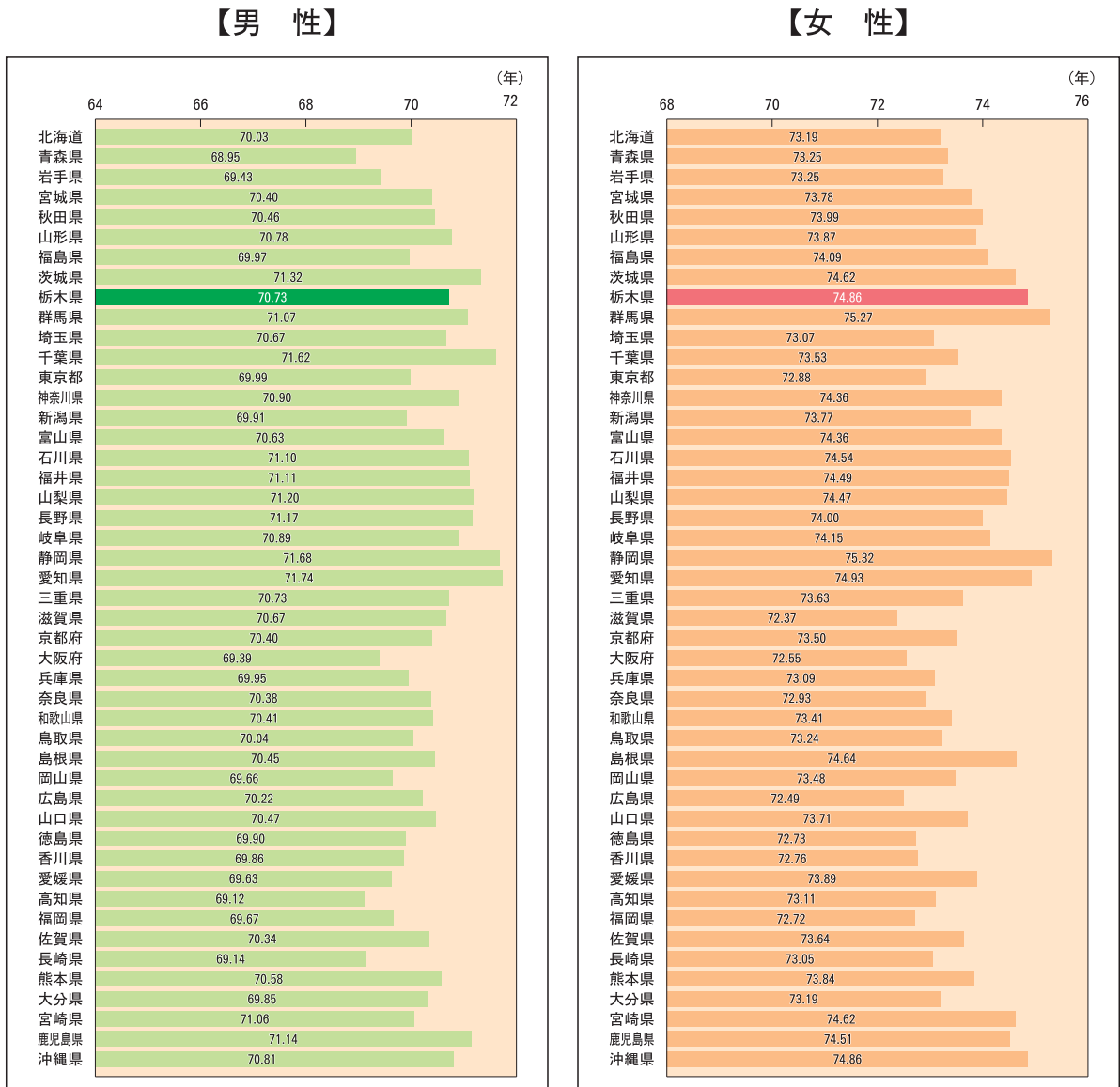
【算定方法】

$$(\text{健康寿命}) = (\text{平均寿命}) - (\text{日常生活に健康上の制限のある期間})$$

算定方法 1 各都道府県健康寿命（厚生労働省が算定）

「国民生活基礎調査データ※」を基礎数値として健康寿命を算定しています。

※国民生活基礎調査データの質問項目…「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。」



最長と最短の差 2.79年

最長と最短の差 2.95年

(資料：厚生労働省科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

算定方法2 県内各市町の健康寿命（栃木県が算定）

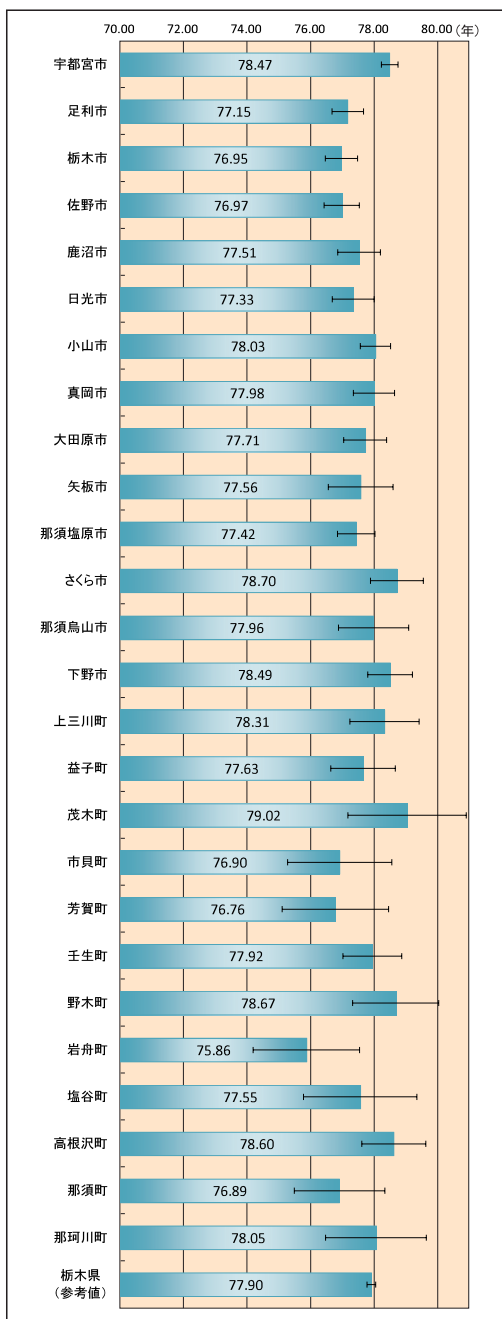
市町の健康寿命の算定に当たっては、算定方法1の「国民生活基礎調査データ」では母数が少なく、算定には適さないことから、「介護保険事業における要介護2\*から要介護5までの認定者」を基礎数値として算定しています。

なお、平成24年9月に厚生労働省より示された「健康寿命の算定方法の指針」において、要介護度を基礎数値とした測定法が妥当であるとされているほか、国の「健康日本21の推進に関する参考書」において、市町においては、介護情報を基礎情報として算定できるとされています。

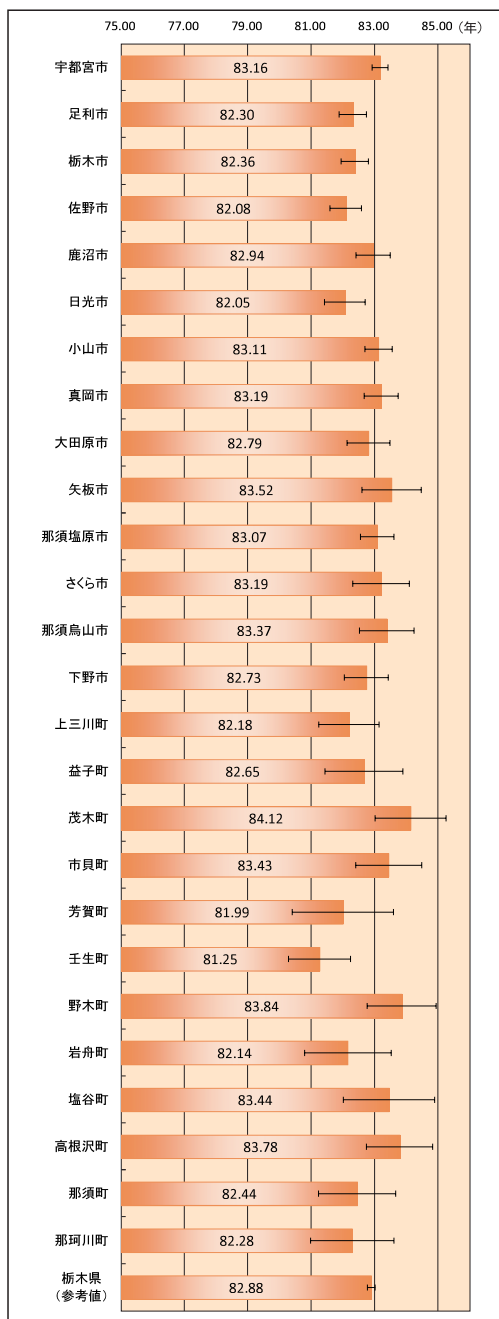
※要介護2…日常生活動作において、部分的な介護が必要となる状態（排泄や入浴に一部または全介助が必要）です。

県内市町健康寿命

【男性】



【女性】



※県内各市町の健康寿命については、厚生労働省科学研究費補助金による「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」が定めた『健康寿命の算定方針の指針』及び『健康寿命の算定プログラム』を用いて、栃木県保健福祉部が算定した値です。

※算定方法1は「国民生活基礎調査データ」をもとに算定し、算定方法2は「介護保険事業における要介護2から要介護5までの認定者の数値」をもとに算定しているため、結果に差が生じています。

		男 性	女 性
算定方法1	栃 木 県	70.73歳	74.86歳
算定方法2	宇都宮市	78.47歳	83.16歳

