

2025年3月21日

報道関係者各位

慶應義塾大学医学部
アメリカ合衆国ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME)

全国47都道府県の30年間の健康傾向を包括分析 平均寿命延長も「健康でない期間」長期化、地域格差の拡大も明らかに ～認知症が死因1位に、健康改善の鈍化、糖尿病・肥満リスク増、心の健康悪化も判明～

慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート (KGRI) の野村周平特任教授らと、米国ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME) による国際共同研究グループ (注1) は、世界有数の長寿国である日本の健康状態の30年にわたる変遷を包括的に分析しました。[世界の疾病負荷研究 \(GBD\) 2021](#) (注2) のデータを用い、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) を含む371の疾病・傷害および88のリスク要因について、日本および47都道府県における各種健康指標の推移を詳細に評価しました。

本研究は、世界最長寿国の一つである日本の1990年から2021年までの30年間の健康状態変化を都道府県レベルで分析した前例のない取り組みです。日本が世界に先駆けて経験している超高齢社会の健康課題を明らかにし、健康格差の縮小や疾病構造の変化への対応など、保健医療・社会政策における優先課題を科学的に提示しています。本研究成果は、*Lancet Public Health* に日本時間2025年3月21日付け (英国時間3月20日) でオンライン公開されました。

1. 発表のポイント

本研究で得られた知見を示します。

- **平均寿命が延長するも、健康寿命との差が拡大**：2021年時点の日本の平均寿命は85.2歳となり、1990年から5.8年延長。しかし、健康寿命 (注3) との差は拡大し、1990年の9.9年から2021年には11.3年となった。「健康な長寿」の実現が重要な課題に。
- **47都道府県間の健康格差が拡大**：平均寿命の地域差は1990年の2.3年から2021年には2.9年に拡大し、特に男性で格差が顕著 (3.2年→3.9年)。
- **認知症 (アルツハイマー病など) が主要死因の第1位に浮上**：疾病負荷 (DALYs (注4)：早期死亡や障害によって失われた健康的な生活年数) も2015年から2021年にかけて人口あたり約2割増加し、予防・ケア体制の整備が急務。
- **主要疾病の死亡率低下が鈍化**：脳卒中や虚血性心疾患を含む主要疾病の年齢調整死亡率の減少ペースが鈍化。全死因の年齢調整死亡率 (注5) の年率換算変化率 (注6) は、1990～2005年の-2.0%から2015～2021年には-1.1%へと縮小。

- **糖尿病の状況が悪化、肥満のリスクも高まる**：2015年以降、年齢調整した糖尿病に起因するDALYsは年率2.2%増加。高血糖や過体重・肥満の問題も深刻化しており、対策の強化が求められる。
- **パンデミック初期（2021年）のCOVID-19による死亡率は低水準だが、精神疾患は悪化**：COVID-19による年齢調整死亡率は人口10万人あたり3.0人と、世界全体（94.0人）の約31分の1の低水準。一方、2019～2021年のパンデミック前後で精神疾患によるDALYsは悪化し、特に若年層（10～54歳）において増加が顕著だった。この年代では、女性が15.6%、男性が9.0%の増加を示し、特に若年女性への影響が大きかった。

2. 発表の内容

本研究の成果を詳述します。

日本の平均寿命は過去30年で5.8年延伸、健康寿命との差は拡大

日本の平均寿命は、1990年の79.4歳から2021年には85.2歳へと5.8年延伸しました。健康寿命（注3）は、1990年の69.5歳から2021年には73.8歳へと4.4年延伸しましたが、平均寿命と健康寿命の差（つまり、何らかの健康問題を抱えて生活する期間）は、9.9年から11.3年へと拡大しています。男女別では、この差は女性で11.1年から12.7年に、男性で8.7年から9.9年に拡大しており、いずれも増加傾向にあります。

47都道府県間の健康格差が拡大

都道府県間の平均寿命の格差は1990年の2.3年から2021年には2.9年に拡大しました。女性の格差が2.9年から2.6年に縮小したのに対し、男性では3.2年から3.9年に拡大しました。健康寿命の格差も1.8年から2.3年に拡大しています。

年齢調整死亡率（注5）は1990年から2021年に41.2%減少しましたが、その減少率には都道府県差があり、最大49.0%、最小29.1%と開きが見られました。年齢調整DALYs率（注4・5）も24.5%減少しましたが、都道府県間での減少率には最大27.7%、最小19.6%と差がありました。

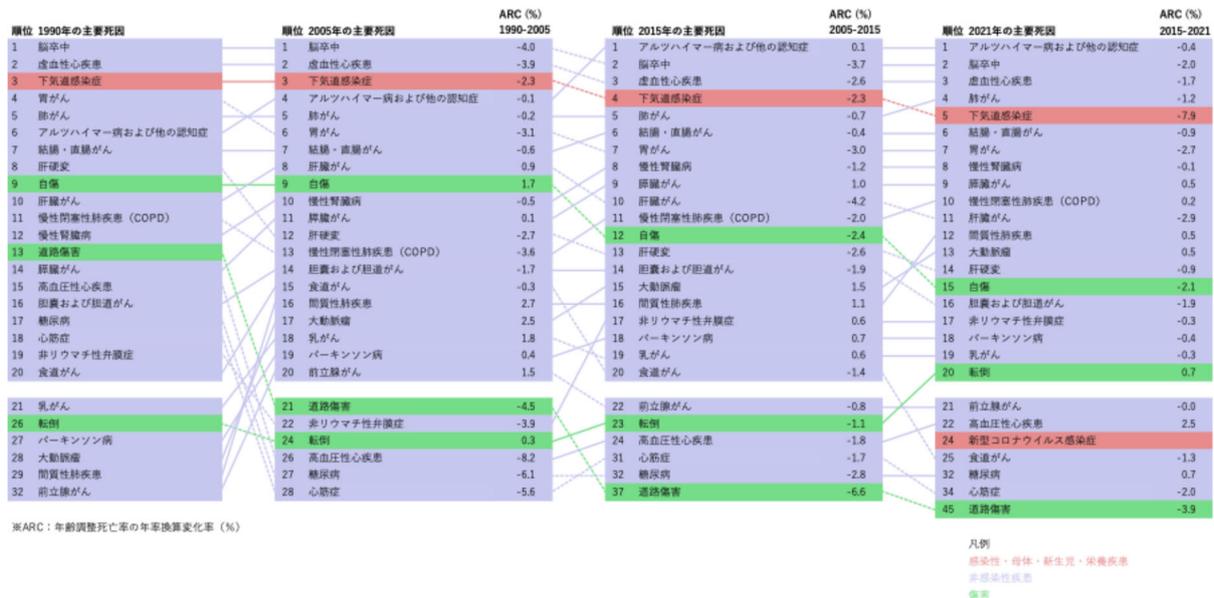
認知症が主要死因の第1位に浮上

2021年の主要死因（注7）は、アルツハイマー病を含む認知症（10万人あたり135.3人）、脳卒中（114.9人）、虚血性心疾患（96.5人）、肺がん（72.1人）、下気道感染症（62.3人）でした。GBDで分類される140種類の死因の中で（注8）、認知症は1990年の6位から2021年には1位へと上昇しました（図1）。

平均寿命の延伸は、脳卒中（1.5年）、虚血性心疾患（1.0年）、がん（1.0年）、下気道感染症（0.8年）の死亡率低下に最も起因し、これらが7割以上を占めました。

図1 日本における1990年、2005年、2015年、2021年のGBD詳細レベル（レベル3）の死因（男女混合）と年齢調整死亡率の年率換算変化率（%）

本図は、1990年、2005年、2015年、2021年の4時点における日本の主要死因とその年齢調整死亡率の変化率を示しています。死因のランキングは死亡数に基づいており、GBDレベル3の分類では140種類の死因が分析対象となっています。各時点での死因順位と年率換算変化率が表示されています。



主要疾病の改善ペース鈍化と糖尿病の悪化傾向

年齢調整死亡率の年率換算変化率（注 6）は、1990～2005 年の-2.0%から 2015～2021 年には-1.1%へと減少幅が縮小しました。脳卒中や虚血性心疾患も同様の傾向を示しています（図 1）。また、年齢調整 DALYs 率の減少ペースも鈍化し、1990～2005 年の-1.0%から 2015～2021 年には-0.5%に低下しました。特に、糖尿病の年齢調整 DALYs 率は悪化しており、2005～2015 年の 0.1%から 2015～2021 年には 2.2%へと増加しています。

高血糖や肥満が深刻化

GBD2021 で評価した 88 のリスク要因は、2021 年の全死亡の 41.9%に寄与していました。このうち、代謝リスク（高血圧など）が 24.9%、行動リスク（喫煙、不健康な食事など）が 21.6%、環境・職業リスクが 9.1%を占めました。高血糖や高 BMI（過体重・肥満）による DALYs 率の悪化も顕著で、高血糖の年率換算変化率は 2005～2015 年の-0.8%から 2015～2021 年には 0.8%へ、高 BMI は 1990～2005 年の-0.3%から 2015～2021 年には 1.4%へと悪化しました。

COVID-19 の影響は限定的も、精神疾患が悪化

COVID-19 による死亡は 2020 年で全死亡の 0.3%（10 万人あたり 2.7 人）、2021 年には 1.0%（10 万人あたり 11.7 人）を占めました。COVID-19 による DALYs は 2021 年で 10 万人あたり 190.2 年（全 DALYs の 0.6%）と、世界平均（2,686.6）や高所得国平均（2,058.9）と比べ低水準でした。一方、2019～2021 年の精神疾患の DALYs 率は悪化し、特に 10～54 歳の女性で 15.6%、男性で 9.0%の増加が見られました。

3. 新たなエビデンスが戦略的政策立案の基盤を築く

本研究は、日本の健康指標が長期的に向上している一方で、その改善ペースが鈍化していること、また地域間の健康格差が依然として解消されていないことを明らかにしました。また、認知症や糖尿病の増加、肥満やメンタルヘルスの悪化が顕在化しており、平均寿命と健康寿命の差が拡大しています。こうした状況を踏まえ、国や各地域における疾病負荷の軽減を目的とした保健活動（ヘルスプロモーション）の推進や、社会環境の整備が、これまで以上に求められます。

本研究で得られたエビデンスは、保健医療・社会政策のさらなる発展に貢献するものです。

日本政府が推進する「健康日本 21」は、第 1 次計画で個人の健康管理支援を重視し、第 2 次計画では社会環境の整備による「健康格差の縮小」が掲げられました。そして、2024 年度から始まった第 3 次計画では、「誰も取り残さない」健康づくりを目指し、社会環境のさらなる整備が進められています。本研究のデータは、こうした政策の方向性を科学的に裏付けるものであり、国や自治体が地域ごとの特性に応じた効果的な健康施策を展開するための貴重な知見を提供します。

また、日本の健康課題に関する知見は、高齢化が進む諸外国からも大きな関心を集めています。本研究のような評価を今後も積極的にを行い、発信していくことで、広く国際社会に貢献することが期待されます。

4. 特記事項

本研究は科学技術振興機構 (JST) の戦略的創造研究推進事業 (さきがけ) (JPMJPR22R8) および国立がん研究センター研究開発費 (2024-A-14) などの支援によって行われました。

5. 論文

雑誌名 : *Lancet Public Health*

論文タイトル : Three decades of population health changes in Japan, 1990-2021: a subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2021

著者名 : Shuhei Nomura, Michio Murakami, Santosh Kumar Rauniyar, Naoki Kondo, Takahiro Tabuchi, Haruka Sakamoto, Yasuharu Tokuda, Nishali Patel, Jose Navarro de Pablo, Joseph L Dieleman, Angela Y Chang, Vegard Skirbekk, Sarah K Abe, Norito Kawakami, Erika Ota, Scott D Glenn, Chimedsuren Ochir, Hiroaki Miyata, Manami Inoue, Kenji Shibuya, Isaac Yeboah Addo, Mohammed Ahmed Akkaif, Syed Mahfuz Al Hasan, Waad Ali, Mohammad Al-Wardat, Hany Aly, Anayochukwu Edward Anyasodor, Jalal Arabloo, Ahmed Y. Azzam, Kavita Batra, Sonu Bhaskar, Samuel Adolf Bosoka, Ester Cerin, Vijay Kumar Chattu, Dong-woo Choi, Bryan Chong, Samuel Demissie Darcho, Nicole Davis Weaver, Kuldeep Dhama, Robert Kokou Dowou, Temitope Cyrus Ekundayo, Ibrahim Farahat El Bayoumy, Pietro Ferrara, Nuno Ferreira, Takeshi Fukumoto, Xiang Gao, Samer Hamidi, Simon I Hay, Yuta Hiraike, Mehdi Hosseinzadeh, Nayu Ikeda, Arit Inok, Md. Rabiul Islam, Masao Iwagami, Ammar Abdulrahman Jairoun, Mihajlo Jakovljevic, Inn Kynn Khaing, Mohammad Jobair Khan, Atulya Aman Khosla, Tea Lallukka, Thao Thi Thu Le, Munjae Lee, Seung Won Lee, Wei-Chen Lee, Raimundas Lunevicius, Medha Mathur, Hadush Negash Meles, Mohammadreza Mobayen, Jama Mohamed, Abdollah Mohammadian-Hafshejani, Yanjinkham Munkhsaikhan, Christopher J L Murray, Ganesh R Naik, Samidi Nirasha Kumari Navaratna, Phuong The Nguyen, Dieta Nurrika, Bogdan Oancea, Michael Safo Oduro, Takayoshi Ohkubo, Osaretin Christabel Okonji, Sok King Ong, Mahesh Padukudru P A, Jagadish Rao Padubidri, Romil R Parikh, Sungchul Park, Mahmoud Mohammed Ramadan, Shakthi Kumaran Ramasamy, Sheena Ramazan, Elrashdy M. Moustafa Mohamed Redwan, Taeho Gregory Rhee, Cameron John Sabet, Vijaya Paul Samuel, Jennifer Saulam, Mohammad Ali

Shamshirgaran, Premalatha K Shetty, Mika Shigematsu, Aminu Shittu, Emmanuel Edwar Siddig, Zhong Sun, Chandan Kumar Swain, Ruri Syailendrawati, Sree Sudha T Y, Jabeen Taiba, Masayuki Teramoto, Ngoc Ha Tran, Nguyen Tran Minh Duc, Dominique Vervoort, Muhammad Waqas, Kazumasa Yamagishi, Yuichiro Yano, Yuichi Yasufuku, Dong Keon Yon, Naohiro Yonemoto, Iman Zare, Zhiqiang Zhang, Hanqing Zhao, Claire Chenwen Zhong, and Mohsen Naghavi (GBD 2021 Japan Collaborators)

DOI : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00044-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00044-1)

【用語解説】

- (注1) 慶應義塾大学医学部と IHME の学術交流協定について：2024 年 12 月、慶應義塾大学医学部と米国ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME) は、学術交流協定 (MOU) を締結しました。本協定のもと、野村周平特任教授が慶應義塾大学側の統括代表を務めます。この協定により、IHME が主導する世界の疾病負荷研究 (GBD) (注 2) において、日本で初めての正式な研究拠点として位置づけられました。また、野村特任教授は、GBD の方法論や進行に関する重要な科学的決定を監督する国際的な専門家組織である [GBD 科学評議会](#) (約 40 名で構成) の議員を務めています。同評議会には世界各国から多様な専門家が参画する中、日本からは野村特任教授が唯一のメンバーとして加わっています。
- (注2) 世界の疾病負荷研究 (GBD : Global Burden of Disease Study) : 世界の疾病負荷研究は、世界中の人々の健康状態を包括的に評価する国際的な研究プロジェクトです。1991 年に開始され、現在は米国ワシントン大学 IHME が中心となり、2025 年時点で世界 160 カ国以上から 1 万 2 千人を超える専門家が参加しています。最新の統計技術を活用した大規模データ解析により、世界の疾病負荷およびリスク要因の影響を継続的に推計し、世界の保健医療政策の科学的基盤を提供しています。
- (注3) 健康寿命 (HALE : Healthy Life Expectancy) : 健康上の問題が生活の質に与える影響を考慮した平均余命を示す指標です。本研究では、平均寿命に疾病・傷害の有病率と、その影響の程度を示す障害の重み付け (Disability Weight) を統合し、算出しています。障害の重み付けは、各疾患や健康状態が生活の質に及ぼす影響を 0 から 1 の数値で表したもので、これを考慮することで健康状態を反映した寿命を推定します。なお、GBD における健康寿命の算出方法は、厚生労働省が用いる健康寿命の指標 (例：日常生活動作の制限の有無や主観的健康評価を基に算出する指標) とは定義や測定方法が異なります。両者は、それぞれ異なる目的や用途に応じて活用されています。
- (注4) 障害調整生命年 (DALYs : Disability-Adjusted Life Years) : 疾病や傷害による健康への影響を総合的に測る指標です。早死による損失生命年数 (YLLs: Years of Life Lost) と、障害を抱えて生活する期間 (YLDs: Years Lived with Disability) の合計で表されます。1 DALY は、健康な生活の 1 年分の損失を意味し、死亡数や罹患数に加えて、生活の質的な健康損失も考慮した包括的な指標です。
- (注5) 年齢調整死亡率・DALYs 率 : 人口の年齢構成の違いを考慮して補正した死亡率・DALYs 率です。異なる時期や地域間の公平な比較を可能にします。

- (注6) 年率換算変化率:一定期間の指標の変化を、年ごとの平均変化率として表す指標です。各年の変化が累積する効果を考慮し、複利計算を用いて算出されます。例えば -2.0%であれば、毎年 2.0% ずつ減少することを意味します。
- (注7) GBDにおける死亡の推計:GBDでは、死亡率や死因の推計にあたり、各国の公表データを統合し、統一的な統計モデルを用いて補正・推計を行っています。特に、死因が曖昧なケース(例:「肺炎」「心不全」「老衰」など)については、臨床研究や疫学データを基に、より具体的な疾患へ再配分する調整を行っています。また、死亡率の計算では、少ないデータによる偶然のばらつきを抑えるため、統計的な方法で補正を行い、より安定した推計値を得ています。なお、GBDにおける死亡率や死因の推計方法は、厚生労働省が用いる死亡統計(死亡届に基づく人口動態統計を直接反映したもの)とは定義や算出方法が異なるため、数値が一致しない場合があります。両者は、それぞれ異なる目的や用途に応じて活用されています。
- (注8) GBDにおける階層的分類:GBDでは、死亡や障害の原因をICD-10(国際疾病分類第10版)に基づき、独自の階層的な分類を用いています。4つの詳細レベルを設定し、最も大きな分類(レベル1)では「感染症・母体・新生児・栄養疾患」「非感染性疾患」「傷害」の3つに大別されます。レベル2、レベル3と進むにつれて、心血管疾患や新生物、脳卒中や肺がんといった、より具体的な疾病・傷害へと細分化されます。

※ご取材の際には、事前に下記までご一報くださいますようお願い申し上げます。

※紙面の都合上、都道府県別・性別の詳細データは本リリースでは省略しております。詳細データをご希望の方はお問い合わせください。

※本リリースは文部科学記者会、科学記者会、厚生労働記者会、厚生日比谷クラブ、各社科学部等に送信しております。

【本発表資料のお問い合わせ先】

慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート (KGRI)

特任教授 野村周平 (のむらしゅうへい)

TEL : 03-5363-3774 FAX : 03-3225-4828 E-mail : s-nomura@keio.jp

【本リリースの配信元】

慶應義塾大学信濃町キャンパス総務課: 飯塚・岸

〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL : 03-5363-3611 FAX : 03-5363-3612 E-mail : med-koho@adst.keio.ac.jp

<https://www.med.keio.ac.jp>

ワシントン大学保健指標評価研究所 (IHME) メディア部門

副部長 Karina San Juan (カリーナ・サンファン)

TEL : +1-206-434-5630 E-mail : ksanjuan@uw.edu