

日本の都道府県別の疾病負荷研究（1990～2015年）

～停滞する健康指標と拡大する都道府県間の健康格差～

A subnational analysis for Japan's disease burden: slowed-down progress in population health and increasing regional variations of disease burden, 1990–2015

野村周平 (Shuhei Nomura)
東京大学 (The University of Tokyo)
s-nomura@m.u-tokyo.ac.jp

日本は今日、超高齢化時代を迎え健康転換（注1）が進んでいる。健康転換のペースは国内の地域によって異なるため、地域的な健康格差に対する懸念が高まっている。東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室と米国ワシントン大学保健指標・保健評価研究所（IHME）では、この度、1990年から2015年における日本全国並びに各47都道府県における各種健康指標の変化について分析を行った。

1990年から2015年にかけて、平均寿命は4.2歳上昇（79.0歳から83.2歳）した。一方、都道府県の平均寿命の格差（最も寿命が長い県と短い県の差）も2.5歳から3.1歳に拡大し、健康寿命（注2）の格差も同様2.3歳から2.7歳へと増大を見せた。死亡率に関しては同期間で大幅な減少を達成したものの、その減少率には都道府県間で顕著な差が見られた。さらに、国全体の平均死亡率の低下は2005年以降鈍化の傾向にある。2015年における死亡や疾病負荷（注3）の主要なリスク要因は、不健康な食事とタバコの喫煙であった。都道府県レベルにおいて、保健システムの主なインプット（医療費・医療人材）と保健アウトカム（死亡率・疾病負荷）には統計学的に有意な関係は認められなかつた。

本研究によって、1990年以降我が国では平均寿命・健康寿命ともに伸長し、死亡率多くの疾患で減少していることが明らかになった。しかし、健康の増進は2005年以降鈍化傾向にあり、また、都道府県間の健康格差は拡大傾向にあることがわかった。都道府県レベルの保健アウトカムと保健システムへのインプットには限られた関係しか認められず、医療資源（医療費や人材）の増加は、必ずしも健康指標の改善に結びついていないことが示された。健康指標の鈍化や国内の健康格差の要因の探索は喫緊の課題である。

本研究成果は、世界に先駆けて超高齢社会に突入した我が国の主要な健康課

題を都道府県レベルで評価し、それらに対応する最善の方法を見つけるための新たなデータを提示するものである。国レベルで、持続可能な保健システムの実現に向けた具体的な施策を検討するのみならず、都道府県レベルで、健康格差を是正に向けた保健システムに関する研究や政策立案などに生かされることが期待される。

用語解説：

(注 1) 健康転換

高齢化等に伴う人口構造の転換や、疾病構造の変化、さらには保健システムや社会経済の構造の変化が相互に影響しながら、一国の健康問題が構造的に転換することを示す概念。

(注 2) 健康寿命

本研究においては、健康上の問題（病気や障害）がない状態で日常生活を送れる期間を指す。

(注 3) 疾病負荷

死亡と障害を含む包括的な健康指標のこと。本研究においては、障害調整生命年 (Disability-Adjusted Life Year : DALY) を指す。

論文情報：

Nomura S, Sakamoto H, Scott G, et al. Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990-2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017; **390**(10101): 1521-38.