
特 集 I

第14回厚生政策セミナー

「長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—」

長寿革命をめぐる基調報告と パネル・ディスカッションについて

高 橋 重 郷

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所は、読売新聞社の後援を得て2009年12月22日（火）に国連大学国際会議場において、第14回厚生政策セミナー「長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—」を開催した¹⁾。本特集は、このセミナーの基調講演者であるジョン・ウィルモス准教授（米国・カリフォルニア大学バークレー校）、堀内四郎教授（米国・ニューヨーク市立大学）ならびに金子隆一人口動向研究部長による報告を特集論文として掲載したものである。ここでは、厚生政策セミナー全体の概要について簡単に報告するとともに、とくにセミナーの第二部で行われた、パネリストの討論報告とパネル・ディスカッションの概要について紹介することとしたい。なお、討論報告とパネル・ディスカッションには次の方々の参加を頂いた。健康寿命に関する研究を専門とする日本大学の齋藤安彦教授、老年医学に関する疫学的研究を長年にわたり行って来られた国立長寿医療センター研究所の鈴木隆雄所長、読売新聞東京本社で医学出身の立場から医療や社会保障に関する報道にかかわってこられた南砂編集委員の各専門家の方々である。

この厚生政策セミナーにおいては、「長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—」というテーマのもと、基調講演とパネル・ディスカッションが行われた。今回このテーマを選定した理由は、人類史上において革命的とも呼べる寿命変化が20世紀後半から起き、この寿命の伸長が日本の将来社会に計り知れない大きな影響を及ぼすものと考えられ、日本の人口動向や社会保障政策を考えていく上で必要不可欠な検討課題であるからに他ならない。長寿化が進む日本社会は、多くの人々にとって老年期を過ごすことがごく普通の人生である時代へと変化を遂げた。その結果として、人口の超高齢化とライフスパンの拡大は、家族、仕事、生き甲斐、地域社会、ならびに社会保障などあらゆる局面で人々の意識や行動に大きな変化をもたらし、社会や経済のしくみに根本的な見直しを迫りつつある。

1) 国立社会保障・人口問題研究所『長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—』（第14回厚生政策セミナー報告書）2010年3月26日

まさに長寿化によってもたらされるこうした一連の変化を「長寿革命」と呼ぶことができるであろう。

さらに、これからの長寿化の見通しを探るには、これまでの寿命伸長の過程を検証し、人口統計学的な分析を基礎とした上で、医学生物学的あるいは社会経済学的視点（環境、遺伝、健康、栄養、労働、ライフスタイル、保健医療システム、社会システム、教育など）を含めた多方面からの研究アプローチとその共同化が必要である。

現在もなお日本人の寿命の改善が続いている。2009年の男女平均寿命は、男性79.59年、女性86.44年と伸長の勢いは止まるところを知らない。人々の「老い」に対する意識そのものが変わりつつあり、人々の健康への関心は健康産業という経済市場を拡大させている。さらに、医学の領域では抗加齢医学といった「老化」そのものを制御する技術も開発されつつある。しかも将来の医療技術の飛躍的な発展（遺伝子治療、新型万能細胞の利用、人工臓器など）により、さほど遠くない将来、従来の常識を越えるようなさらなる寿命伸長が起こる可能性も否定できない。このセミナーは、国際的視点から日本の寿命革命を再検討し、長寿化のメカニズムに迫るとともに、日本社会に課せられた課題を明らかにし、長寿研究の議論を深めることを目的として開催された。

I. 長寿革命：問題提起と基調講演

基調講演に先立ち、本セミナーのテーマと課題について、金子部長が概要報告を行った。報告では長寿革命が「ミクロは細胞の老化のメカニズムから始まり、マクロは医療制度や介護制度という問題」まで、極めて広範な専門領域に広がっているため、論点を整理し四つの観点から長寿革命について概説し問題提起を行った。

第一に、「長寿の実現」について、「疫学転換」²⁾という概念で理論化された考え方を紹介した。理論の中では、人類の死亡の歴史を3段階に分け、第Ⅰ段階として、人類誕生から産業革命の前までの時期に相当する「疫病蔓延と飢饉の時代」、第Ⅱ段階は、近代化の始まった時期である平均寿命が50歳前後の「慢性的な疫病蔓延の終息期」、第Ⅲ段階は、変性疾患の時代で、癌、脳血管疾患、心疾患といった生活習慣病等の死因の主流となった段階で、平均寿命は70歳代に上昇した時代区分による歴史的転換について説明した。

第二に、「長寿化による社会の変化」について、長寿化が①人口転換を導いたこと、②人生や社会の不確実性を払拭して、効率的な経済社会へと導いたこと、③人生設計や人生観を一変させたこと、さらに④それが人口高齢化の進展を促進した過程等、を概観した。そしてこの疫学転換からライフコース変化や少子化に至る連鎖が、社会全体を大きく変えてきたとの見解を示した。

第三に、「今後の寿命を決める要素」として、プラス要因として再生医療や遺伝子治療

2) 「疫学転換 (epidemiological transition)」は、オムランが疾病構造や死亡率の歴史的な段階変化を説明するために提唱した理論的な枠組みである。Omran, A. (1971) "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change", The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol.49, No.4, pp.509-538.

などの革新的医療技術の開発と普及を指摘し、またマイナス要因として新興感染症の脅威、新しい感染症（HIV、O-157、狂牛病、C型肝炎、SARS、鳥インフルエンザ、豚インフルエンザ）等があることに言及した。

そして第四に、「長寿社会＝高齢社会」ではなく、長寿の進展が、人口減少や超高齢社会にポジティブな効果をもたらす側面が大きいことを示し、その条件として健康寿命の増進ということが必要であるとの考え方を示した。

続いて基調講演に入り、ジョン・ウィルモス准教授から「人類の寿命伸長：過去・現在・将来」と題し、1) 世界的な観点からみた歴史的な寿命の伸長、2) 死亡率の年齢パターンの変化、3) 寿命の伸長と死因の変化の歴史的な影響、4) 寿命の伸長の社会的・歴史的な原因、そして5) 人間の寿命の限界と将来展望、という視点から基調講演が行われた。詳細な内容は、本特集号論文に述べられているのでここでは解説しないが、「死亡率の年齢パターンの変化」について、生存曲線の矩形化、すなわち、死亡率の高年齢への集中化や「感染症」から「心臓血管疾患」へと死亡原因が時代的に変化し「疾病のレジューム間の転換」に関する報告が行われた。

また、「寿命の伸長の社会的・歴史的な原因」について、ウィルモス准教授は「トリプルR理論（Recognition：認識，Reaction：対応，Reduction：減少）」を用いて説明し、時間の経過とともに別の死因が主流になるという認識が高まると、それによって人々是对応し、政府や医学界がさまざまな対策を講じ、問題に対処しようとする。そして、これが最終的に死亡率の減少につながっているという考え方を提示した。

「寿命の限界と将来展望」について、ウィルモス准教授は「寿命に限界があるならば、そしてその寿命が限界に近づいたならば、最も寿命が高い国においてはその進捗は減速しているはずである」との見解を示した。ところが、「日本はそもそも寿命が非常に高い国でありながら、いまだに伸長が続いており、生物学的に見た寿命の限界に近づいたとはいえない」と指摘した。そして、過去の寿命の伸長は、同時、ないしは逐次的に起きた要因によってもたらされたものであることを指摘し、「寿命の伸長の起因となる唯一の要因はなく、逆にその伸長をとどめる唯一の要因もない」、したがって「経済の成長が継続し、政治の安定が続けば、長寿にかかわる将来の伸長には限界がない」との見解を示した。

堀内四郎教授は「日本人の寿命伸展：原因・趨勢・展望」と題する講演を行い、「寿命の伸長と年齢」について時代の経過とともに平均寿命に対する高年齢死亡率の低下の寄与が大きくなってきたことを示した。また、欧米を中心とする他の経済的先進国に比べて、特に急速であった日本の寿命伸長の理由について、医学の進歩、国民保険などの保険制度の整備、病院や医師の増加、あるいは、冷蔵庫の普及による新鮮な食品の利用、ビタミン摂取の増加と減塩などを要因として掲げた。そして日本に固有な理由としては、第一に急速な経済成長を通じて、医療技術の向上と国民への普及、病院の建設や医療保険制度、健康保険制度の整備による医療サービスの改善・拡大、食事と栄養の改善、その他の生活水準の向上等を指摘した。

さらに、日本の急速な経済成長が寿命の改善に寄与したことは、かなり確実性が高いと

述べ、社会経済的格差の健康・寿命における差異から、積極的に生きがいを持って生きている人たちは、集団としては健康・長寿にポジティブなインパクトがあるのではないかとの見方を示した。そして、将来の寿命改善については、まだまだ日本および世界の先進国の寿命は伸び続けるのではないかとの見方を示した。

II. 第二部 長寿革命に関する討論報告

第二部の前半では、三人のパネル討論者によって、本セミナーのテーマに関連した討論報告が行われた。最初に、日本大学の齋藤安彦教授から「私たちは本当に、より健康に、長生きしているのか？—健康状態別余命研究から」と題して、続いて国立長寿医療センター研究所の鈴木隆雄所長からは「日本の高齢者の健康問題—疾病予防から介護予防へ」というテーマで、そして最後に、読売新聞社の南砂編集委員から「長寿革命と日本の課題」についてとくにマスコミ報道の視点から基調講演を踏まえた討論報告が行われた。

最初の討論報告である齋藤教授は、ご自身の健康寿命に関する研究に基づいて、「平均寿命が伸びることが果たしていいことなのかどうか考えなくてはならない」という問題意識から、様々な研究を紹介した後、「平均寿命が伸びることは、国民全体で見た場合に必ずしも健康状態が良くなっているとは言えない。逆に平均寿命が伸びることによって、国民全体で見た場合に健康状態が悪くなる可能性もある。平均寿命を生命の量と考えると、よくいわれる健康寿命というのは生命の質と考えることができるのではないか。」という考え方を示した。

健康の定義を機能喪失の有無からみた活動的平均余命³⁾という概念を用いた研究から、齋藤教授は「1990年前後の65歳時の平均余命は18.1年で、活動的平均余命が15.2年であったが、これが2000年前後にそれぞれ、21.0年と16.9年になった」という結果を示した。そして、「活動的平均余命は相対的に少なくなっており、活動的平均余命の割合をできるだけ多くするための健康政策を考えて行く必要がある」ことを提起した。

さらに、男女平均寿命と健康寿命について、「平均寿命は女性が長く、また健康寿命も女性が長いが、一方不健康寿命も女性は長い」こと。そして「平均寿命に対する健康寿命の割合は男性の方が大きいという傾向がある」ことを示した。

齋藤教授は、欧米の研究事例との比較から、医療サービスの習慣の違いが平均余命の差異に与える影響も指摘した。例えば、『『胃ろう』を用いた流動食による栄養管理は日本の医療サービスの中ではよく見られるが、オランダやデンマークなどの国々では、ある年齢を超えるとあまり行っていない』ことに言及し、その結果『『胃ろう』によって生存する時間が、個人で見た場合には少ないが、国全体のマクロな平均寿命に与える影響を考慮する必要がある』ことを指摘した。そして、平均寿命の伸長と健康状態の改善との関係に関

3) 健康寿命の概念は、その指標の定義によって異なる。齋藤教授がここで用いた活動的平均余命は、日常生活動作能力の入浴と、手段的日常生活動作能力の買い物や電話をかけるといった機能的な状態に基づいて定義された年齢別の健康状態別余命である。

する研究の必要性を指摘した。

続いて鈴木所長の討論報告では、高齢者の疾病と健康に関する長期縦断調査の経験から、日本の長寿を考えて行く上で、疾病予防から介護予防へと健康政策の重点を移して行く必要性を論じた。

報告では、老化に関する長期縦断研究に基づいて、高齢者の身体的若年化と健康度の向上について述べ、第一に、「過去10年間の高齢者の歩行スピードの変化は、男女とも年齢に応じて下がり、後期高齢者の低下が非常に大きい」こと。第二に、「前期高齢者は健康度が比較的高く維持されている」こと。そして第三に、「1992年に65歳以上であった人々と2002年の新しい65歳以上の高齢者を比較すると、後者の歩くスピードがいずれも速くなっている」という結果が得られたことを示した。それらの主要な結果から、鈴木所長は「体力指標は、平均寿命が単に伸びただけではなく、集団そのものの健康度が上がったと考えられる」という見方を示した。

また、疾病別の死亡率が年齢とともに上昇する加齢パターンに関する研究から、鈴木所長は、「1950年代の日本の死亡率には、特定の年齢から加齢パターンと乖離をする変曲点がみられたこと」を指摘した。しかし近年、「主な生活習慣病である癌や心疾患、脳血管障害にみられた70～74歳の死亡率の変曲点はみられなくなり、死亡率から見る限り、日本の生活習慣病に対する予防対策はほぼ飽和に近い状態にある」という見解を示した。また一方で、「死亡率が低下したにもかかわらず、例えば脳卒中の危険因子のリスクファクターはほとんど減っていない」という事実も指摘し、リスクファクターが減らずに死亡率が下がったことについては、「脳卒中を発症しても死亡せず、その多くの人々は要介護となっている」可能性を指摘した。そして、今後の長寿化の課題は、「疾病の予防は当然とし、高齢化の進行とともに、疾病の予防は変曲点年齢の前で進めなければならない」こと。また、変曲点後の年齢では、「生活の自立の保障に重点をおいた施策の必要性を強調した。そして、長寿化社会における健康政策の課題として、疾病の予防、介護の予防、男性と女性、前期高齢者と後期高齢者等、様々な健康要因を考慮した最適な施策が必要であることを指摘した。

読売新聞東京本社の南編集委員は、近年の百寿者の驚異的な増加などに触れながら、長寿社会を支える社会の構築について、医療の観点から二つの問題点を提起した。それらは、第一に「高齢者にふさわしい医療とは何か」という観点、および、第二に「高齢社会の構築に資する医療政策をはばむ齟齬」という問題の指摘である。

第一の「高齢者にふさわしい医療とは何か」については、「高齢者、老年のための医学という切り口から「年齢」で区切れる特殊性はなく、大学医学部に『老年医学』がある一方、医療の診療科目にはない」こと。しかしながら、「高齢者にふさわしい医療という観点からは「虚弱なお年寄り」のために、在宅医療の充実が必要である」という視点が指摘された。さらに南編集委員は、「高齢者に高度な先進医療を駆使した医療が適切であるかどうかという視点」から「高齢者のQOL」について医療の問題として検討する必要があることを提起した。さらに後期高齢者医療制度の議論の問題点として「高齢者の医療費を

いかに抑制する」という観点で、それが論じられたところに問題があったことを指摘した。

第二の「高齢社会の構築に資する医療政策をはばむ齟齬」については、「長寿で自立している、いつまでも元気である」という観念が強調され過ぎているのではないかという疑問を提起した。そして、「高齢者の現実、虚弱になる時期が伸び、その後必ず来る虚弱化する高齢者の実態は避けて通れない」ことを指摘し、「健康が保てなくなった方や、虚弱な、自立のできない高齢者のために、社会保障や高齢者医療がきちんと整備されるべき」との提言を行った。さらに、「高齢者医療と老年医学という学術と現場の齟齬と、国民の意識と高齢者の実態の齟齬という二つの齟齬が存在している事実をふまえて、日本のこれからの長寿社会のあり方を作り直す必要がある」こと等を論じた。

Ⅲ. 第二部 全体討論：長寿化と日本社会の課題

パネリストの討論報告に続いて、基調講演者のウィルモス准教授と堀内教授が加わり、高橋重郷（国立社会保障・人口問題研究所副所長）の司会のもと、「長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—」に関する議論が深められた。議論は多岐にわたったが、主要な議論について以下に、紹介しておくことにしたい。

1. 男女の寿命格差について

司会者より、近年の日本の男女別平均寿命は若干縮小傾向にあり、さらに諸外国では男女間の平均寿命の差が相当縮まりつつあるという現象もみられることが指摘された。こうした変化を専門家はどのように理解しているのか、その見解を求めた。

最初に、ウィルモス准教授は、男女の寿命すう勢の事実関係について、第一に、20世紀になってから男女の寿命格差が広がったこと。第二に、20世紀の終わりになって、多くの国において、少なくとも若干のギャップの縮小があったこと。第三に、その前提として、心臓血管疾患のように生物学的な理由やホルモンの性差によって男女で死亡性向の違いが存在していることを指摘した。そして、男女平均寿命の差は、20世紀に入って心臓血管疾患が最も重要な疾患（主要な死因）になったとき、寿命の男女差が出現したものであることを説明した。したがって、「心臓血管疾患による死亡率が低くなってくると、寿命の男女の格差は徐々に縮小する」との見方を示した。

一方、堀内教授は、欧米の研究から「20世紀に入ってから経済成長は、多くの人々の生活習慣を大きく変化させ、喫煙や飲酒、高脂肪・高カロリーの食生活など生活習慣がぜいたくになってきた」こと、また「こうした習慣行動は男性が顕著で、また、殺人や交通事故など、外的要因による死亡も男女差の開きに貢献した」という研究が多くみられること等に言及した。男女差の縮小については、「その原因のすべては分かっていないが、一つは喫煙の重要性が大きい」こと、「喫煙率は、大抵の国で男性の方がはるかに高く、喫煙率の低減は男性で著しい」、こうしたことが男女差の縮小にある程度貢献しているのではないかという見解を示した。

さらに、齋藤教授は健康寿命の研究から「女性の健康度は低いので、本来であれば死亡率が高くなければならないが、健康度が低い女性たちの死亡率が低い」ことを示し、その要因として、「健康寿命の違いが、キラー・ディーズといわれる心臓病あるいは脳梗塞などではなく、女性に多い筋骨格系の病気が原因であることが明らかになれば、健康度の低い女性の寿命が長いというパラドックスの説明が着く可能性がある」ことを指摘した。

鈴木所長は、世代別にみた健康度と男女差という観点から、「ベビーブーマーという比較的強い集団の中での男女差を見ると、女性もこの10年間で、握力あるいは歩行スピードというのは全部上がっている」こと、そして「国の施策もかなり重要で、後期高齢者、特に女性に表れてくる筋肉量が減少する特有の病態（サルコペニア：主に加齢によって筋肉量が減少する現象）も、その早期発見と治療改善の取り組みが始まっている」ことを考慮すれば、「男性も女性も、高齢期における健康は、教育や保健行動の水準が変わっていけば、生活機能や死亡率に対しては少なくとも今後15年や20年は寿命にとって悪い影響は及ぼさない」という見解を示した。

また、南編集委員からは、「女性は生物学的に見ても強く、種としてヒトは女性の方が長生きである」との認識を示した上で、「老いというのは肉体と精神と気力といろいろな側面で起きる」こと、また欧米の取材経験から「女性は男性に比べてたくましいところがあり、自分から人に働き掛け、人とつながろうとする力のようなものが男性よりも強いという印象がある」ことを指摘した。さらに、「今日、ソーシャルキャピタルの喪失ということが問題となっているが、それは、人と人とのつながりが薄くなっていることにほかならず、こうしたことと、寿命の性差が無関係ではない」という考え方を示した。

2. 長寿社会と高齢者の身体や心の健康

長寿社会の課題として、南編集委員は「高齢者が社会とつながる、あるいは自分以外の人とつながるということが長寿社会の大きなカギである」との認識を示した。読売新聞社が年間を通じて行った連載特集『長寿革命』の中の記事を例に「長寿社会の福音となるような介護ロボットの話や遠隔医療のことなど、長寿社会を助けるIT産業がいろいろ発達していることを紹介したが、こうした、高度先進的な技術を助けとして使うにしても、そこに人間の『心をどのように通わせられるのか』ということが問題で、高齢者の医療にしても介護にしても、それが根本的な哲学になる」ことを指摘した。

また、鈴木所長は、日米の高齢者の比較調査を引用しながら健康状態と友人や地域との接触について言及し、「日本の方が身体的な活動性や体力、生活を営む基本的な身体的能力は、アメリカの高齢者に比べるとやや良いようだが、コミュニティの中でのつながりといったことになると、必ずしも日本の高齢者がいいというわけではない」と述べ、「高齢者を取り巻く人的なつながりなどを、今後どう新たに構築していくのか」という課題は「地域」にあるとの見方を示した。

齋藤教授も同様に米ミシガン大学の調査を引用し、「ボランティア活動をしている人たちの方が病気に対して強い、あるいは病気になっても早く治る」という研究結果があるこ

とを示し、「高齢者に関連したソーシャル・アイソレーション（社会的孤立）という研究の進展によって今後いろいろな事が明らかにされてくる可能性」があることを指摘した。

さらに堀内教授は、リスクファクター（病気の発生率、あるいは死亡率などに影響を与える、あるいはそれと強く相関している要因）とライフスタイルの関係について、一連の研究から次の見解を示した。すなわち、「喫煙者と喫煙をしていない人の違い、運動している人としていない人の違い、直接的にコレステロールの値や血圧の値、Body Mass Index（BMI）の値など、こうした指標値はどの年齢でも一定ということではなく、高齢になるほど弱くなっていく」こと、また「それと全く逆に高齢になるほどリスクファクターの影響が強くなるという一連の変数がある」こと、したがって、「それらはソーシャル・アクティビティーやソーシャル・ネットワーク、あるいは様々な創造的なアクティビティーを行うという行動の違いで、中年よりも高齢になればなるほどリスクファクターの影響が大きくなる」と指摘し、これにはトートロジカルなことだけでは説明できない部分があると述べた。

そして、ウィルモス准教授も同様の視点から、「社会的なつながりというだけではなくて、精神活動、それから身体的な活動というものは全部重要なように思われる」と述べ、「身体を刺激し、脳を刺激し、そしてそれがあることによって、年を取るといふことの幾つかのマイナス要素を回避するのではないか」と指摘した。また、さらに「社会的なつながりを持って刺激を続けることがとても大事で、われわれが高齢期に健康的になることにつながるのではないか」との見解を示した。

3. 長寿化の帰結：人生の時間の拡大とライフ・プランニング

長寿社会、すなわち多くの人々が長寿を享受することが出来るようになった社会においては、どのように人生を過ごして行くかということが課題となる。これに関連して南編集委員は、「人生は思いも掛けない事故に遭ったり、あるいは家族の病気を抱えたり、また予期せぬいろいろなことが起こる」ことを指摘し、個人の力では対応し切れない出来事に備えて、「国あるいは社会としての社会保障の制度を完備させる必要」があり、長寿社会においては社会保障が重要となってきたことを指摘した。また、「結婚、離婚や再婚、あるいは就職や転職などの人生の様々な出来事は個人の選択と自己責任でリスクに備えなければならないが、個人レベルで一生の経済的な備えなども必要となり、生涯を通じて自分のライフプランをどのように設計するかということが、かつての短命時代の人生よりもはるかに難しくなっていく」との見方を示した。

老年医学の立場から鈴木所長は、「前期高齢期と後期高齢期の人々あるいは男性と女性では、身体を健康に保つことに違いがある」と述べ、「男性では喫煙の問題などもあり血管系の老化が非常に生活の質を落とし、女性に比べて動脈硬化が進行しやすい」ことを指摘した。一方、「女性の場合は女性ホルモンの恩恵を約40年にわたって受け、それが動脈硬化の進行を確実に抑えているが、閉経後に女性ホルモンが減少すると確実に骨と筋肉がダメージを受ける。したがって、介護保険のサービスでは、前期高齢者で圧倒的に、脳卒

中が原因の男性が多い一方、後期高齢者の場合は、女性が多い」ことを指摘した。鈴木所長は、このように性や年齢、それから自らの循環器疾患のリスクに合わせて自分の健康のライフプランを立てていくことが、個人レベルで出来る最大の自助努力であるという考え方を示した。

そして、高齢者人口の増大を伴う人口高齢化の急速な進展の中で、10年前の高齢者との健康度の違いなどから高齢者をいつまでも同じ定義の下で、すなわち「65歳以上はイコール高齢者」として議論を続けることが本当にいいのかという疑問を提示した。

堀内教授は、疾病の医療コストに関するアメリカの研究を引用しながら死亡の年齢と医療コストについて言及し、「高齢者の中で早く亡くなる人の医療費は高く、これには構造的な原因がある」ことを指摘した。その構造的な原因とは「癌の場合、国によって60歳の死因の30～50%を占め、心臓病も同様であるが、90歳代後半になると、癌で亡くなる人は2～3%ぐらいいない」という事実があり、そして「仮に、60・70代で癌の発症による大手術や心臓病によるバイパス手術等を行えば、より多くの医療費が必要となるが、95歳ぐらいでは癌の発症が減少し、その代わり肺炎やインフルエンザによる死亡が増える」というメカニズムにあることを示し、超高齢になると、医療費は低くなる傾向があることを指摘した。

ウィルモス准教授は、長寿社会と高齢者の社会的な接触の重要性、ならびに精神活動の重要性について「定年制の問題」を指摘し、「職場から人を追い立て、退職させるという事は、高齢者の社会的接触や精神活動の重要性の観点から推奨できない」と述べ、「社会的政策により高齢者の就業を進めることは、高齢者の健康に好影響を持ち、社会に適應するという意味で良いことだ」との考え方を示した。また、「アメリカ社会では退職年齢が65歳から67歳に上昇しており、現在の働き手世代の年齢コホートでは、67歳まで待って社会保障のサービスを受けられるようになる」こと、さらに「財政的な意味合いも非常に大きく、2年分の税収期間が伸び、給付を受けるのが2年遅れるというのは非常に大きなインパクトがある」と指摘した。

IV. まとめにかえて

厚生政策セミナーは、人口と社会保障に関連するテーマを年ごとに交互に取り上げ、開催してきた。第14回にあたる2009年度は「長寿革命—驚異の寿命伸長と日本社会の課題—」と題して、これまで一度も取り上げてこなかった「寿命」をテーマに開催した。人口の変動要因は、いうまでもなく出生・死亡・移動の人口動態事象である。1996年12月の研究所統合以来、人口問題への関心はもっぱら少子化問題、人口減少と人口高齢化問題に向かい、死亡率や寿命に関する議論や研究への関心はあまり高いとは言えなかった。

本稿の最初にも述べたように、日本の長寿化は極めて短期間に進行し、そして世界でも最も長寿な社会へと変貌した。この変化の背景とその要因を理解し、長寿化がもたらす日本社会へのインパクトを考えた時、日本社会の持つ課題も明らかになる。今回のセミナー

では、寿命に関する世界の人口学的研究をリードするお二人の研究者に基調講演をして頂き、また三人のパネリストに加わって頂いて、「寿命」をめぐる議論を深め、その課題を探ることができた。

「長寿革命」に関する人口学的な研究成果と研究展開については、本特集号に掲載された三つの論文に譲るが、パネル・ディスカッションで議論された「長寿と健康、ならびに健康政策」に関しては、人口研究が主として扱う寿命研究、あるいは死亡研究から、さらに広い老年医学を含む学際的研究の必要性和健康研究の重要性を議論することができた。とくに健康寿命の研究や、高齢者の健康状態に関する疫学的研究は、高齢期人口の調査研究にとって不可欠な研究領域として位置づけられる。また、高齢者の身体や心の健康をめぐる諸問題が、パネル・ディスカッションを通じ一層明らかにされ、長寿社会の実現には適切な社会政策や健康政策が不可欠であるという認識を共有することができた。

長時間にわたるセミナーの詳細な議論をここに記述することはできなかったが、各パネリストの発言の主旨に沿って議論の概要をまとめさせて頂いた。またディスカッションの相当の部分は大幅に割愛したため、本稿に発言者の主旨が十分反映されてないとするれば、その責は、執筆者にあることをお断りしておきたい。また、会場からも多くの質問を頂き、いくつかの質問にはパネリストの先生方にお答え頂いたが、本稿では紙幅の関係で割愛したことをお許し願いたい。

最後に、本セミナーに貴重な講演と討議をして頂いた先生方、ならびに長時間にわたりセミナーに参加して頂いた聴衆の方々に心から感謝申し上げるとともに、本セミナーが日本の長寿化問題の議論や長寿研究を深めるうえで端緒となることを願う次第である。