

## Working Paper Series (J)

No.43

超高齢社会の長生きに対する評価とその影響要因

Is longevity a blessing in the supper-aging society?

An analysis using National Survey on Social Security  
and Peoples Life 2017

盖若琰

Ruoyan GAI

2021年03月

[http://www.ipss.go.jp/publication/j/WP/IPSS\\_WPJ43.pdf](http://www.ipss.go.jp/publication/j/WP/IPSS_WPJ43.pdf)



〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-2-3 日比谷国際ビル 6階

<http://www.ipss.go.jp>

本ワーキング・ペーパーの内容は全て執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

超高齢社会の長生きに対する評価とその影響要因<sup>1</sup>

国立社会保障・人口問題研究所 蓋 若瑛

1

## 要 約

社会経済的発展と公衆衛生の改善の成果として、日本をはじめとした先進国を中心に長寿社会が実現された。本研究は、超高齢社会の人口と世帯構造の変容、経済成長の停滞、深刻な働き手・社会の担い手不足、健康・介護、老後資金などの課題が抱える中、高齢者と社会全体価値観の多様性を把握した上で公的及び私的な面から社会保障の機能を再考することに向けて、生活と支え合いに関する調査2017のデータセットを利用して、長生きに対する考え方に対する考察を実施した。単変量解析の上、長生きの質問にある4つの選択肢を「そう思う/そう思わない」と二分化して被説明変数とし、1)社会人口的属性、2)所得・経済状況、3)健康状態、4)介護経験、5)社会的支援と社会的ネットワークなどの分野の変数を調査データの階層構造（都道府県、市町村）を考慮したマルチレベル混合効果ロジスティック回帰モデルに入れた。その結果、年齢がとるほど、女性、世帯所得の第三5分位の者、生活保護を受けていない者、健康状態がふつう及びその以下の者、介護経験のある者、世帯貯蓄のない者、毎日人との会話があるに限らない者、いずれの事柄でも頼れる人のいない者が長生きに対するポジティブな考えの割合が低かった。この結果は健康面、経済面、社会的ネットワークの面の不安が長生きに対する考えを大きく影響すると示唆し、健康寿命の延伸に向かうライフコースにわたる健康増進の推進と支え合いの強化に関する制度、政策策定に反映することが期待される。

## 背 景

「長生き＝幸せ」は長い間人間社会の価値観に定着してきた。社会経済的発展と公衆衛生の改善の成果として、日本をはじめとした先進国において長寿社会が実現されている。日本人の**平均寿命**は現在女性87.45歳、男性81.41歳となり<sup>1</sup>、65歳以上の人口は人口全体の28.9%に占め、今後この割合がさらに拡大する見込みである<sup>2</sup>。また、世帯構造と生活様式も変わり、男性を中心に生涯未婚率が上昇し、高齢者世帯、高齢者の単身世帯が増加する見込みがある<sup>2</sup>。

少子高齢化は社会経済、人々の価値観に大きな影響を与えている。平均寿命が延びたと伴って、寿命の長さだけでなく、生活の質、心身共にできる限り健康な状態に保つことが重要となっている。高齢による心身機能の低下と自立困難、ましてや介護の担い手の不足より、高齢者の生活の質に大きく影響している。平均寿命と健康寿命の差があり、その差が縮まらない限り、長生きが幸せにつながらない部分もあるのが現実である。また、労働力人口が減少し社会保障の財源基礎となる経済成長が停滞していて、医療・介護費を中心に社会保障給付と負担のアンバランスが深刻化している。国民全体の豊かさが低下し、経済的不安が広がっている。

<sup>1</sup> 使用した「生活と支え合いに関する調査（2017年）」の個票データは、国立社会保障・人口問題研究所調査研究プロジェクト「生活と支え合いに関する調査（2017年）二次利用分析プロジェクト」のもとで、統計法第32条に基づく二次利用申請により使用の承認を得たものである。

日本の高齢者観は高度経済成長以降、労働主体としての価値を重視するようになって高齢者を生産性に乏しい社会的弱者ととらえがちであり、高齢者に対してしばしば「虚弱である」、「健康面で不安がある」のイメージが持たれる<sup>3</sup>。高齢社会に関わる政策指針は依存的な高齢者の増加を防止するため、健康づくりや働き方改善より、高齢者の積極的な社会参加や自立を求める傾向がある。この影響で、日本の高齢者は諸外国と比べて自己肯定観が低く、社会の負担になっているとの意識が強い<sup>3</sup>。

このように、長寿社会の実現と共に長生きのネガティブの面も顕在化し、深刻な働き手・社会の担い手不足、健康・介護、老後資金などの課題が抱える中、高齢者を含む社会全体価値観の多様性を把握した上で公的及び私的な面から社会保障の機能を再考して、進行している超高齢社会に向ける取組みが必要となる。この目的で長生きに対する考え方に対する考察を実施した。

## 方 法

生活と支え合いに関する調査 2017 は、世帯構成と家計の実態、家族関係と社会経済状態の実態、社会保障給付などの公的な給付、社会的ネットワークなどの私的な支援の機能、年金、医療・介護の利用とあり方、個人の社会参加など社会保障に関わる色々な側面を精査した。国民生活基礎調査の調査地区から無作為に抽出した 300 調査地区内のすべての世帯の世帯主及び 18 歳以上の世帯員を調査対象とした。調査票は世帯票と個人票あり、前者は 10,369 票（有効回収率 69.1%）、後者は 19,800 票（有効回収率 75.0%）となっている。本分析は世帯票と個人票をマージされたデータセットを利用した。

「長生きすることは良いことだと思うか」という質問には、「とてもそう思う」、「ややそう思う」、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」と 4 つの選択肢があった。説明変数は 1) 社会人口的属性、2) 所得・経済状況、3) 健康状態、4) 介護経験、5) 社会的支援と社会的ネットワークなどの分野の変数を網羅した（表 1）。

世帯タイプは単独世帯（男・女）、夫婦のみの世帯、夫婦と未婚の子の世帯、ひとり親と未婚の子の世帯、三世代世帯、世帯構造が負不詳の世帯、その他の世帯を含む。世帯所得は世帯単位で税引き前の所得を合算し、世帯人員数の平方根で割って算出した。それを 5 分位にして該当世帯に属する個人に割り当てた。調査項目のとおり、暮らし向きは 1. 大変ゆとりがある、2. ややゆとりがある、3. 普通、4. やや苦しい、5. 大変苦しいという 5 段階、健康状態は 1. よい、2. まあよい、3. ふつう、4. あまりよくない、5. よくないという 5 段階、健康問題による制限は 1. 非常に制限があった、2. 制限はあったがひどくはなかった、3. 全く制限はなかったという 3 段階で調べた。精神健康において、米国の Kessler らより開発された 6 項目の質問票を利用してうつ、不安障害をはじめとする心理的ストレスを表す K6 の得点を算出した。K6 尺度では 0~4 点（所見なし）、5~9 点（心理的ストレス反応相当）、10 点以上（気分・不安障害相当）と見られて、その区分に基づいて新に変数を作成した。社会的支援と社会的ネットワークについて、介護や看病、重要な事柄の相談、愚痴を聞いてくれること、喜びや悲しみを分かち合うこと、いざという時のお金の援助、日頃のちょっとしたことの手助けに対して頼れる人（家族・親族、友人・知人、近所の人、職場の人、民生委員・福祉の人、その他の人）の有無、また人と会話や世間話をする頻度を見た。

表 1. 本分析に利用した変数

変数の分野	項目
社会人口的状况	年齢、性別、婚姻状況、子どもの有無、世帯タイプ
所得・経済状況	世帯所得、暮らし向き、生活保護、世帯貯蓄、世帯借入金
健康状態	健康状態、健康問題による制限の有無、精神健康 (K6)
介護経験	介護経験の有無
社会的支援と社会的ネットワーク	色々な事柄（子ども以外の介護や看病、重要な事柄の相談、愚痴を聞いてくれること、喜びや悲しみを分かち合うこと、いざという時のお金の援助、日ごろのちょっとしたことの手助け）で頼れる人の有無、会話頻度

本分析では、単変量解析のほか、調査データの階層構造（都道府県、市町村）を考慮してマルチレベル混合効果ロジスティック回帰解析を行った。長生きの質問にある4つの選択肢を「そう思う/そう思わない」と二分化して被説明変数とした。単変量分析で有意差が認められた説明変数を適宜にダミー変数に変換してモデルに投入し、オッズ比を変数ごとに算出した。オッズ比は1より大きい場合はレファレンスと比べて長生きに対する考え方がよりポジティブで、1より小さい場合はレファレンスと比べてその反対のことになる。

## 結 果

表2は今度の調査を受けた個人計19,800人の社会人口的状况を要約した。調査された19,800人中、長生きが良いことに対して「とてもそう思う」、「ややそう思う」、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」と答えた割合はそれぞれ24.3%、43.6%、26.7%、4.1%であった。

表 2. 被調査者の社会人口的状况

		頻度	%
年齢	20歳以下	377	1.9
	20～29歳	1,752	8.85
	30～39歳	2,600	13.13
	40～49歳	3,375	17.05
	50～59歳	3,127	15.79
	60～69歳	4,051	20.46
	70～79歳	2,939	14.84
	80～89歳	1,380	6.97
	90歳とその以上	199	1.01

性別	男性	9,446	47.71
	女性	10,354	52.29
婚姻状況	未婚	4,055	20.9
	配偶者あり	12,669	65.29
	死別	1,563	8.05
	離別	1,118	5.76
子どもの有無	いる	13,629	72.21
	いない	5,245	27.79
世帯所得	第一 5 分位	3,673	20.02
	第二 5 分位	3,669	20
	第三 5 分位	3,696	20.15
	第四 5 分位	3,639	19.84
	第五 5 分位	3,669	20

表 3 は年齢、性別、婚姻状況、子どもの有無、世帯タイプ別の長生きに対する評価である。長生きが良いことに対して「とてもそう思う」及び「ややそう思う」と答えた割合は 40 歳以下、40～64 歳、65 歳とその以上においてそれぞれ 28.95%と 46.93%、23.08%と 45.36%、23.57%と 40.85%であり、年がとることにつれてポジティブに思う割合が下がる傾向がある。また女性と比べて男性、配偶者が死別もしくは離別の者と比べて未婚者、配偶者のいる者、子どものいる者、ほかの世帯タイプと比べて核家族世帯と三世代世帯の者が長生きに対してポジティブな考え方を持つ傾向がある。

表 3. 社会人口的状况と長生きに対する評価

		とてもそう 思う (%)	ややそう思 う (%)	あまりそう思 わない (%)	全くそう思わ ない (%)
年齢	40 歳以下	1,351	2,190	915	211
		28.95	46.93	19.61	4.52
	40～65 歳	1,888	3,710	2,247	334
		23.08	45.36	27.47	4.08
65 歳とその以上	1,577	2,734	2,125	256	
	23.57	40.85	31.75	3.83	
性別	男性	2,574	3,962	2,389	400
		27.6	42.49	25.62	4.29
	女性	2,242	4,672	2,898	401
		21.95	45.75	28.38	3.93
婚姻状況	未婚	1,015	1,727	1,014	236
		25.43	43.26	25.4	5.91

配偶者あり		3,144	5,701	3,284	414
		25.07	45.45	26.18	3.3
死別		319	643	511	59
		20.82	41.97	33.36	3.85
離別		236	429	374	72
		21.24	38.61	33.66	6.48
子どもの有無	いる	3,311	6,030	3,700	458
		24.53	44.67	27.41	3.39
	いない	1,278	2,271	1,331	301
		24.67	43.83	25.69	5.81
世帯タイプ	男・単独世帯	292	386	325	65
		27.34	36.14	30.43	6.09
	女・単独世帯	224	505	421	64
		18.45	41.6	34.68	5.27
	夫婦のみの世帯	1,014	1,972	1,322	164
		22.67	44.1	29.56	3.67
	夫婦と未婚の子の世帯	1,128	1,869	743	114
		29.27	48.5	19.28	2.96
	ひとり親と未婚の子の世帯	75	131	66	8
		26.79	46.79	23.57	2.86
	三世代世帯	290	506	247	30
		27.03	47.16	23.02	2.8
	世帯構造が不詳の世帯	86	135	87	20
		26.22	41.16	26.52	6.1
その他の世帯	1,707	3,130	2,076	336	
	23.55	43.18	28.64	4.64	

表4は所得・経済状況（世帯所得、世帯貯蓄、世帯借入金、現在の暮らし向き、生活保護）と長生きに対する評価である。世帯所得が高い者、世帯貯蓄のある者、世帯借入金のある者、暮らし向きのゆとりがある者、生活保護を受けていない者が長生きに対してポジティブな考え方を持つ傾向がある。

表4. 所得・経済状況と長生きに対する評価

		とてもそう 思う (%)	ややそう思 う (%)	あまりそう思わ ない (%)	全くそう思わ ない (%)
世帯所得	第一5分位	870	1,479	1,067	201
		24.05	40.89	29.5	5.56
	第二5分位	836	1,557	1,071	154
		23.11	43.03	29.6	4.26

	第三 5 分位	858	1,659	995	144
		23.47	45.38	27.22	3.94
	第四 5 分位	890	1,698	899	120
		24.67	47.08	24.92	3.33
	第五 5 分位	986	1,710	842	114
		27	46.82	23.06	3.12
世帯貯蓄	あり	3,221	6,128	3,412	440
		24.4	46.42	25.85	3.33
	なし	1,063	1,733	1,326	273
		24.19	39.43	30.17	6.21
世帯借入金	あり	1,490	2,665	1,439	218
		25.64	45.85	24.76	3.75
	なし	2,922	5,386	3,424	511
		23.87	43.99	27.97	4.17
暮らし向き	大変ゆとりがある	143	133	81	23
		37.63	35	21.32	6.05
	ややゆとりがある	476	901	337	38
		27.17	51.43	19.24	2.17
	普通	2,812	4,845	2,577	312
		26.66	45.94	24.44	2.96
	やや苦しい	1,009	2,105	1,595	193
		20.58	42.94	32.54	3.94
大変苦しい	295	520	591	215	
	18.2	32.08	36.46	13.26	
生活保護	受けている	51	69	91	22
		21.89	29.61	39.06	9.44
	受けていない	4,556	8,300	4,995	753
		24.49	44.61	26.85	4.05

表 5 は健康状況と長生きに対する評価である。現在の健康状態が「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」者の長生きが良いことに対して「とてもそう思う」及び「ややそう思う」と答えた割合はそれぞれ 39.47%と 40.89%、26.35%と 51.59%、18.59%と 46.38%、15.27%と 36.14%、14.74%と 25.22%であり、健康状態がよい者ほどポジティブに思う割合が高い傾向がある。同じように、健康問題に制限が全くなかった者が長生きに対するポジティブな考えがある傾向がある。図 1 は長生きが良いことに対して「とてもそう思う」、「ややそう思う」、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」各グループのうつ・不安障害などの精神健康の問題をスクリーニングする K6 尺度の平均採点である。長生きが良いことに対して「全くそう思わない」者の K6 採点は 12.5 (標準偏差 : 16.6) であり、気分・不安障害相当の基準を超えた。

表 5. 健康状況と長生きに対する評価

		とてもそう 思う (%)	ややそう 思う (%)	あまりそう 思わない (%)	全くそう 思わない (%)
現在の健康					
状態	よい	1,810	1,875	779	122
		39.47	40.89	16.99	2.66
	まあよい	1,149	2,250	887	75
		26.35	51.59	20.34	1.72
	ふつう	1,345	3,355	2,251	283
		18.59	46.38	31.12	3.91
	あまりよくない	422	999	1,133	210
		15.27	36.14	40.99	7.6
	よくない	83	142	228	110
		14.74	25.22	40.5	19.54
健康問題に					
よる制限	非常に制限があった	176	300	362	117
		18.43	31.41	37.91	12.25
	制限があったがひどくはなかった	563	1,565	1,221	156
		16.06	44.65	34.84	4.45
	全く制限はなかった	4,036	6,694	3,635	515
		27.12	44.99	24.43	3.46

図 1. 長生きに対する評価と K6 採点

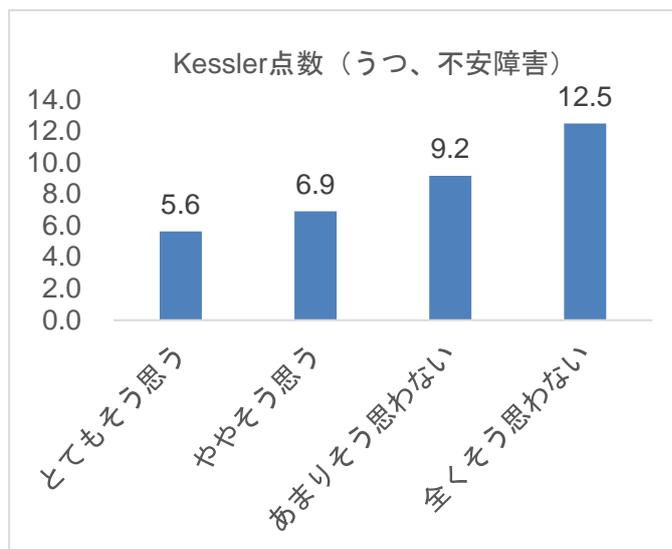
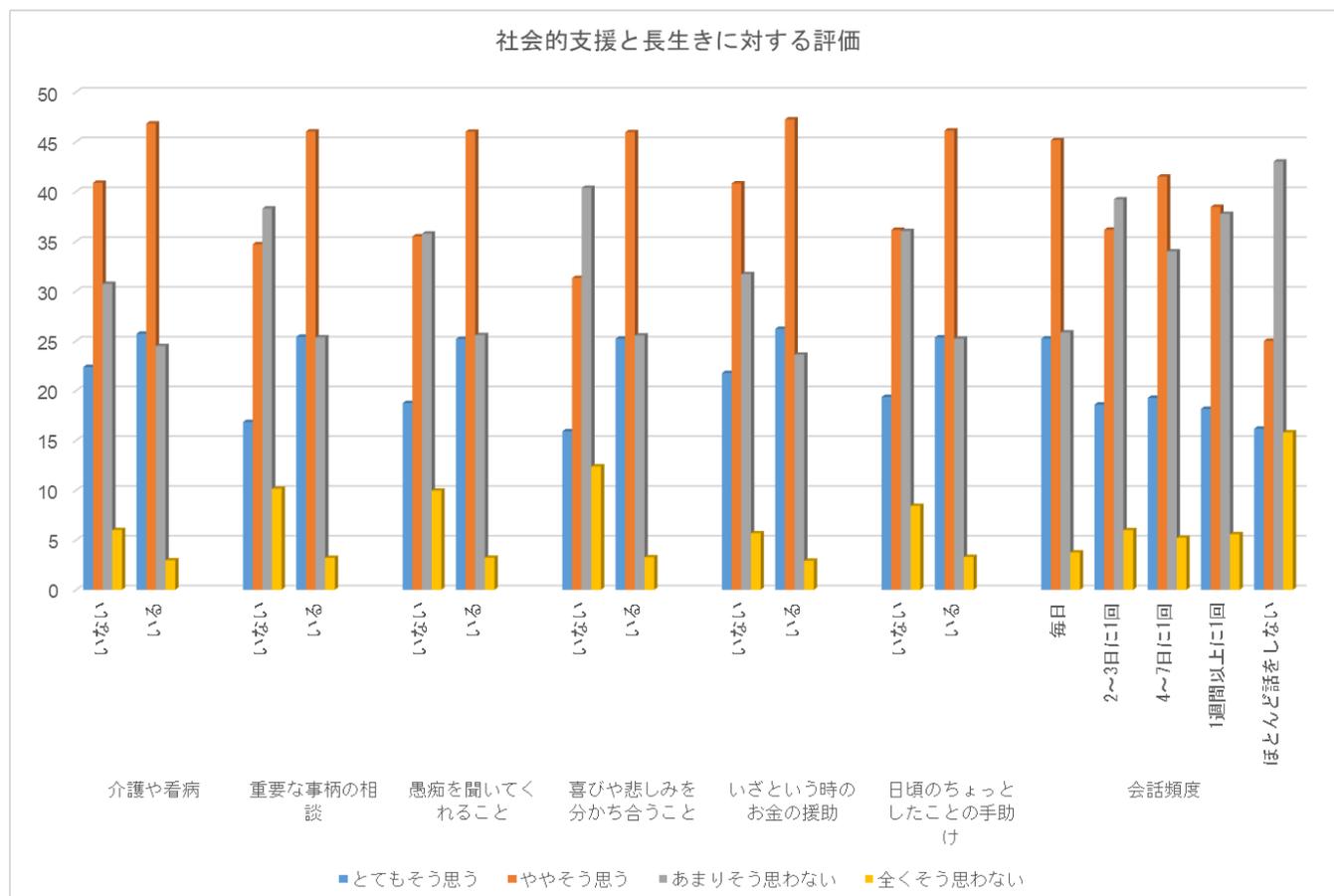


図2は社会的支援(色々な事柄で頼れる人の有無、会話頻度)と長生きに対する評価を示した。子ども以外の介護や看病、重要な事柄の相談、愚痴を聞いてくれること、喜びや悲しみを分かち合うこと、いざという時のお金の援助、日頃のちょっとしたことの手助けにおいて頼れる人がいる者がいない者と比べて、長生きが良いことに対して「とてもそう思う」及び「ややそう思う」と答えた割合はいずれも高い傾向がある。また、毎日人と会話や世間話をする者の長生きに対するポジティブな考えが高い傾向がある。

図2. 社会的支援と長生きに対する評価



年齢、性別、婚姻状況、世帯所得、子どもの有無、生活保護、健康状態、精神健康、介護経験の有無、世帯貯蓄、世帯借入金、毎日人との会話の有無、色々な事柄で頼れる人の有無をマルチレベル混合効果ロジスティック回帰モデルに入れた(表6)。その結果、年齢(20歳以下と比べて30歳とその以上)、性別、世帯所得(第一5分位と比べて第三5分位)、生活保護、健康状態(よい者と比べてふつう、あまりよくない、よくない者)、精神健康(特にうつ・不安の問題がない者と比べて何らかのうつ・不安の問題がある、うつ・不安障害相当の者)、介護経験の有無、世帯貯蓄の有無、毎日人との会話の有無、色々な事柄で頼れる人の有無(一部の事柄で頼れる人がいる者と比べてすべての事柄で頼れる人のいる者、いずれの事柄でも頼れる人のいない者)における統計的有意性が確定され、長生きに対する評価への独立した影響を示唆している。

表 6. 長生きに対する考え方の独立した影響要因（マルチレベル混合効果ロジスティック回帰モデルの結果）

	長生きに対する考え方	オッズ比	95%信頼区間	p	
年齢	20歳以下				
	20～29歳	0.804	0.479	1.349	0.409
	30～39歳	0.554	0.332	0.925	0.024
	40～49歳	0.489	0.293	0.818	0.006
	50～59歳	0.444	0.264	0.746	0.002
	60～69歳	0.431	0.255	0.727	0.002
	70～79歳	0.434	0.255	0.739	0.002
	80～89歳	0.529	0.303	0.924	0.025
	90歳とその以上	0.642	0.313	1.317	0.227
性別	男性				
	女性	0.862	0.781	0.950	0.003
婚姻状況	未婚				
	配偶者あり	1.204	0.981	1.477	0.076
	死別	1.150	0.873	1.514	0.319
	離別	1.027	0.785	1.343	0.847
世帯所得	第一5分位				
	第二5分位	0.901	0.772	1.051	0.185
	第三5分位	0.830	0.710	0.970	0.019
	第四5分位	0.984	0.836	1.160	0.850
	第五5分位	0.940	0.792	1.115	0.475
子どもの有無	いる				
	いない	0.861	0.725	1.022	0.087
生活保護	受けている				
	受けていない	0.598	0.359	0.996	0.048
健康状態	よい				
	まあよい	1.024	0.876	1.197	0.761
	ふつう	0.610	0.530	0.701	0.000
	あまりよくない	0.455	0.382	0.542	0.000
	よくない	0.396	0.291	0.539	0.000
精神健康	特にうつ・不安の問題がなし（K6採点5点以下）				
	何らかのうつ・不安の問題がある（K6採点5点とそれ以上、10点以下）	0.778	0.698	0.868	0.000
	気分・不安障害相当（K6	0.415	0.363	0.475	0.000

		採点 10 点とその以上)			
介護経験の有無	なし				
	あり	0.792	0.713	0.880	0.000
世帯貯蓄	なし				
	あり	1.131	1.000	1.279	0.049
世帯借入金	なし				
	あり	1.030	0.919	1.153	0.615
現在の暮らし向き	大変ゆとりがある				
	ややゆとりがある	1.280	0.885	1.851	0.190
	普通	1.065	0.758	1.498	0.716
	やや苦しい	0.899	0.633	1.278	0.554
	大変苦しい	0.763	0.522	1.115	0.163
毎日人との会話の有無	いいえ				
	はい	1.328	1.115	1.581	0.001
色々な事柄で頼れる人の有無	一部の事柄でいる				
	すべての事柄でいる	1.318	1.190	1.458	0.000
	いずれの事柄でもない	0.531	0.409	0.688	0.000

表 7 はそのマルチレベル混合効果ロジスティック回帰モデルで予測した長生きに対するポジティブな考えの割合をまとめた。被調査者全体では長生きに対するポジティブな考えを持つ者は 69.5% (95%信頼区間: 68.4%-70.7%) である。年齢があげることと伴いその割合が徐々に下がる傾向がある。女性、世帯所得の第三 5 分位の者、生活保護を受けていない者、健康状態がふつう及びその以下の者、うつ・不安障害を抱える者、介護経験のある者、世帯貯蓄のない者、毎日人との会話があるに限らない者が長生きに対するポジティブな考えの割合が低かった。子ども以外の介護や看病、重要な事柄の相談、愚痴を聞いてくれること、喜びや悲しみを分かち合うこと、いざという時のお金の援助、日頃のちょっとしたことの手助けの事柄の中、一部の事柄で頼れる人のいる者と比べて、すべての事柄で頼れる人のいる者における長生きに対するポジティブな考えを持つ者の割合は 73.1% (95%信頼空間: 71.5%-74.7%) であり、それに対していずれの事柄でも頼れる人のいない者でのその割合は 54.2% (95%信頼区間: 48.4%-60.0%) である。

表 7. 長生きに対するポジティブな考えの割合

長生きに対するポジティブな考え方の割合 (%)	95%信頼区間

全体		69.5	68.4	70.7
年齢層	20歳以下	81.4	74.4	88.4
	20～29歳	78.0	74.5	81.4
	30～39歳	71.7	68.9	74.5
	40～49歳	69.4	67.0	71.8
	50～59歳	67.5	65.1	69.9
	60～69歳	67.0	64.9	69.2
	70～79歳	67.0	64.4	69.6
	80～89歳	70.9	67.1	74.8
	90歳とその以上	73.8	65.0	82.5
性別	男性	70.9	69.4	72.3
	女性	68.0	66.5	69.5
世帯所得	第一5分位	71.0	68.7	73.3
	第二5分位	69.0	66.9	71.2
	第三5分位	67.5	65.4	69.5
	第四5分位	70.7	68.6	72.8
	第五5分位	69.8	67.6	72.1
生活保護	受けている	78.4	70.6	86.2
	受けていない	69.3	68.2	70.4
健康状態	よい	76.0	73.9	78.1
	まあよい	76.4	74.5	78.3
	ふつう	66.4	64.8	68.1
	あまりよくない	60.1	57.3	63.0
	よくない	56.7	50.2	63.2
精神健康	特にうつ・不安の問題がなし (K6採点5点以下)	74.2	72.8	75.7
	何らかのうつ・不安の問題が ある (K6採点5点とその以 上、10点以下)	69.5	67.8	71.3
	うつ・不安障害相当 (K6採 点10点とその以上)	55.9	53.2	58.5
介護経験の有無	なし	71.0	69.7	72.3
	あり	66.4	64.6	68.2
世帯貯蓄	なし	67.7	65.5	69.9
	あり	70.1	68.8	71.3
毎日人との会話 の有無	いいえ	64.3	60.7	67.8
	はい	69.9	68.7	71.0

色々な事柄で頼れる人の有無	一部の事柄でいる	67.9	66.5	69.3
	すべての事柄でいる	73.1	71.5	74.7
	いずれの事柄でもない	54.2	48.4	60.0

## 考 察

本研究はあらゆる年齢層、地域と社会経済的特徴を網羅する全国調査のデータを利用して超高齢社会における長生きに対する評価を考察した。長生きに対する評価は長生き願望、生活満足度、老後の生活に対する期待と不安を反映して、超高齢社会の社会保障制度に向けて示唆が大きい。変容した長生きに関わる社会的価値観を制度、政策の策定に反映することも期待される。被調査者全体において長生きが良いことに賛同した割合は 69.5%にとどまり、年齢が上がるにつれて長生きに対するポジティブな考えを持つ割合は下がり、さらに健康状態が良くない者、うつ・不安障害の疑いのある者、身近に頼れる人がいない者においてはその割合がそれぞれ 56.7%、55.9%、54.2%まで低い水準になることより、長生きに対する価値観がもはや画一的でないことがわかった。

これまで社会疫学分野の関連研究はほとんど高齢者を対象にしたものであった<sup>48</sup>。Lang FR と Rupprecht FS は長生き願望に対して（1）文化、人生経験、年齢などの構造的要素（2）健康と（3）将来、宗教、長生き、死亡に対する個人の考え方と態度という三つの分野の影響要因を捉えた<sup>7</sup>。国内では長生き願望に対する調査が散見しているが、研究の目的に限らなく、調査対象も若者、現役世帯から高齢者までそれぞれ違った。そういう意味で本研究は全国調査のサンプリング方法の妥当性、調査対象の代表性とデータの質で確保される結果の信ぴょう性より、当該研究問題の全体像をとらえた。

今度の解析結果をまとめると、前述した年齢が上がるとともにポジティブな考えが減る傾向のほか、女性は男性より長生きに対する評価が低いことが見られた。また、心身の健康状態が芳しくない者、世帯貯蓄のない者、暮らし向きの苦しい者、世帯所得の第三 5 分位の者、生活保護を受けていない者、介護経験のある者、人との会話頻度が少ない者、身近に頼れる人がいない者は長生きに対する評価が低いことから、健康面、経済面、家族関係・社会的ネットワークにおける不安が長生き願望に大きく寄与することを示唆した。

日本では平均寿命の延伸と共に、健康寿命だけでなく、平均寿命と健康寿命の差である「日常生活に制限のある状態で暮らす」不健康期間も伸びると予想される<sup>9</sup>。健康寿命を平均寿命の増加分を上回るほど伸ばして、不健康な状態になる時点を遅らせることは個人の生活の質と家族負担だけでなく、社会保障負担の軽減に意味が大きくて、健康日本 21 ではそれを健康寿命に関する目標に掲げて、健康増進、生活習慣病対策や健康づくりを取り巻く生活習慣と社会環境の改善を通して、積極的な疾病予防、介護予防を推進してきた<sup>10</sup>。各年齢層の健康づくり行動について、同調査データを利用した健康診断と医療施設の受診行動に関する解析では、働き盛り世代の受診行動が仕事などに左右されることが多くて、健康診断と医療施設の未受診率が高齢者より高い傾向が見られた<sup>11, 12</sup>。健康寿命の延伸に向けて、健康づくりには各年齢層・ライフステージを包括す

る取り組み、いわゆるライフコースアプローチが世界保健機関に推奨されている<sup>13</sup>。日本の現状を踏まえて、健康増進のライフコースアプローチを推進し、働き世代には職場ベースの健康づくり支援、行動変容を促す健康啓発、環境改善などより生産力の向上と高齢期の健康を実現するのは重要な課題である。

不健康期間を乗り切ることには経済的な備えと社会的支援が不可欠なのは言うまでもなく、これらの不安要素には私的な面の支え合いのほか、経済と社会保障に関わる制度、政策など公的な面の対応も求められる。解析の結果では、世帯貯蓄のない者、暮らし向きの苦しい者のほか、世帯所得の第一5分位よりも第三5分位の者、生活保護を受けていない者も長生きに対する評価が比較的に低いことが目立った。その背景は中間層の所得の低迷と低所得層への移行、中間層で広がる定年後の不安などであり<sup>14</sup>、社会保障による所得再分配の受益が少ない下位中間層の者の不安感が強いと考えられる<sup>15</sup>。経済不安のほかに、長生きに対する評価を強く影響する社会的ネットワークの不安も人口・世帯構造、雇用・所得構造の変容に深くつながる。共働き、生涯未婚、高齢世帯の増加などより、従来の介護を支えた家族機能が弱体化しつつある。雇用・所得と結婚行動、社会的ネットワークの広さの関係、また社会的ネットワークと健康、幸福度との関係はこれまで複数の先行研究において既に実証された<sup>16-18</sup>。生活困難と孤立を防止して、経済面と社会的ネットワークの面の不安を払拭する制度・環境整備は喫緊の課題となり、地域・コミュニティベースの支え合い体制の構築と強化に向けた制度づくりが急務である<sup>19</sup>。

結論として、本研究の示した社会全体の長生きに関わる社会的価値観とそれを大きく影響する健康面、経済面、社会的ネットワークの面の不安は、超高齢社会の制度、政策策定に反映し、健康寿命の延伸に向かうライフコースにわたる健康増進の推進と介護のための支え合いの強化につながることを期待される。

## 参考文献

1. 厚生労働省. 令和元年簡易生命表の概況.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/index.html>
2. 厚生労働省. 平成 28 年版厚生労働白書.  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-01.pdf>
3. 手島洋. 日本の高齢者観の形成と現状. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌. 2015; 15 (1): 23-24.
4. Karppinen, H, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkala KH (2013). Subjective health, will-to-live and survival. *Age Ageing* 42: 133-134.
5. Karppinen, H, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkala KH (2012). Will-to-live and survival in a 10-year follow-up among older people. *Age Ageing* 41: 789-794.
6. Carmel S, Tovel H, Raveis VH, O'Rourke N (2018). Is a decline in will to live a consequence or predictor of depression in late life? *J Am Geriatr Soc* 66: 1290-1295.
7. Lang FR, Rupperecht FS (2019). Motivation for longevity across the life span: An emerging issue. *Innov Aging* 3: igz014.
8. Carmel S, Baron-Epel O, Shemy G (2007). The will-to-live and survival at old age: Gender differences. *Soc Sci Med* 65: 518-523.
9. 厚生労働省. 平成 26 年版厚生労働白書.  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-03.pdf>
10. 厚生労働省. 健康日本 21 (第二次).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html)
11. 国立社会保障・人口問題研究所. 生活と支え合いに関する調査・結果の概要.  
<http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2017/seikatsu2017.asp>
12. 蓋若琰. 相対的はく奪による健康診断の受診行動の考察: 生活と支え合いに関する調査 (2017) を利用した分析. *社会保障研究*. 2019; 3 (4): 323-343.
13. Kuruvilla S, Sadana R, Montesinos EV, et al. A life-course approach to health: Synergy with sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018; 96: 42-50.
14. Mizuho Research Institute (2015). Japan's inequality today and policy issues. *Mizuho Economic Outlook & Analysis*.  
<https://www.mizuho-ri.co.jp/publication/research/pdf/eo/MEA151007.pdf>
15. 安藤道人、古市将人. 中間層と福祉国家: 税・社会保険料・社会保障の再分配効果の諸研究の検討. *DIO (連合総研レポート)*. 2019; 32 (6): 14-18.
16. 厚生労働省. 平成 25 年版厚生労働白書.  
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/13/dl/1-02-2.pdf>
17. 原田謙著. 社会的ネットワークと幸福感: 軽量社会学でみる人間関係. 勁草書房. 2017.
18. トーマス・W・ヴァレンテ著 (森亨訳). 社会ネットワークと健康: 「人のつながり」から健康を見る. 東京大学出版会. 2018.
19. 厚生労働省. 「地域共生社会」の実現に向けて.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>