

## これからの老後生活

### —寿命・年金・健康・住宅の見通し—

年金シニアプラン総合研究機構理事長

医療経済研究機構所長

西村 周三

(司会) ただいまより、午後の部の特別講演を始めさせていただきます。

本日は、医療経済研究機構所長・社会保障審議会会長の西村周三様をお招きしております。ご講演に先立ちまして、西村様のプロフィールを簡単にご紹介させていただきます。西村様は、昭和44年に京都大学経済学部卒業後、同大学院・横浜国立大学助教授、京都大学助教授・同教授を経て、京都大学副学長、国立社会保障・人口問題研究所所長などを歴任された後、現在は医療経済研究機構所長、年金シニアプラン総合研究機構理事長、厚生労働省社会保障審議会会長を務められております。本日は、「これからの老後生活～寿命・年金・健康・住宅の見通し」と題してお話させていただきます。老後の生活に潜んでいる寿命・健康の不確実性と経済状況との関連など、われわれアクチュアリーにとって大変興味深いお話がお聞きできるものと思います。

それでは、西村様にご登壇いただきます。拍手でお迎えください。

(西村) 西村でございます。プログラムを拝見して、本当に立派な学会であるということに再認識させていただきました。そのような学会での講演にお招きいただきまして、大変光栄に思っております。今日の内容はあくまで問題提起ということで、しかし、問題提起としては少しおもしろいのではないかと自負しておりますが、そのような話題提供をさせていただきたいと思っております。

どのようなことかという、これまで高齢者の生活、あるいは疾病、介護などの実態は、65歳以上一括で扱うことが多かったのです。あるいは、せいぜい65歳から74歳までと75歳以上という2種類に分けた議論が多かったのです。しかしたとえば、近年伸びの著しい介護費用に関して言うと、60歳代では一人あたりの費用はきわめてわずかです。それが70歳代、80歳代、90歳代と歳を重ねるにつれ、一人あたり費用が急増することがわかります。

なお、以下でわたしは勝手に75歳以上の高齢者を「超高齢者」と名づけますが、それには、学問的に明確な定義があるわけではございません。ある時期に「後期高齢者」という表現をすることがあったのですが、それが少し問題となりました。私がいた国立社会保障・人口問題研究所でもそのような表現は使っておりません。しかし高齢者の数については、今後はいわゆる後期高齢者の数やさらにもっと高齢の方に注目すべきであると考えます。ちなみに2025年に団塊の世代が75歳を超えますので、その頃から75歳以上の方が激増するということになります。

70歳ぐらいの方と90歳ぐらいの方がどのように違うかということに注目することが今日の講演の趣旨なのですが、実は日常的な経済生活などに関するデータは、そのような区分で議論することがほとんど無いのです。日常的な暮らし、あるいは経済生活、そのようなものを70歳代と90歳代とで比較したいのです。

最初に余計な話をして恐縮ですが、私はこの3月に、公職を退きました。今は民間機関の所長をやっております。自分で言うのも変ですが、このような話題提供を身近に感じていただくために、あえて自分の恥をさらすことが有益かと思っております。私は退職後、出費がかなり減りました。特に交際費が減りました。老後、年金が少ないので心配していたのですが、何とかやっていけるという自信を今、深めております。どうして

かという、毎日毎日出勤して、同じところで、同じ人たちと接触すると、結構飲み会あるいは宴会がございまして、そこにお金を使うということが常でした。ところが退職後はそれほど頻度が高くなって、という理由によって、出費が減る。ただし、このことを証明するデータが少ないのです。私は69歳になりましたが、69歳の人の標準的な消費生活パターンと、90歳の方の消費生活パターンはどう違うかというデータがないのです。

いろいろな人と議論をすると、例えば、90歳くらいになると、周りの人がたくさん亡くなるからご香典がたくさん要るのではないかというような推測される方がおられます。実は、少し古いデータなのですが、65歳以上の生活費の中の支出に占める割合は交際費が一番多いです。3割くらいを占めます。特に、ネット時代になって高齢者もだんだんそのようなことをするようになってきているものですから、スマホや携帯電話に対する支払いが結構ばかにならない金額でございまして。もしかしたら90歳を超えている方は、余りそのようなことをなさっていない可能性があるのですが、そのような交際費、あるいは通信費の消費パターンが違うかもしれないと推測しております。

以下、そのような推測の話が多く、大変恐縮でございまして。このようなことを分析することができるデータはわずかしかなかったりありません。一つは、「国民生活基礎調査」の個票です。介護の実態については、今言った年齢の細かい5歳刻みの区分によって、かなりのことがわかります。70歳の方が、95歳の方のお世話をしているというような事例がたくさんございまして、そのような意味で、介護がどのようにされているかということに関しては、データがございまして、今言ったように消費支出ということですね、このデータは少ない。(講演後、私は「友の会」という組織で、家計簿をつける運動なさっているところのデータを拝見し、上記の内容を裏付けるものを拝見することができたことを付記しておきます。)

また、最後に皆さんに問題提起させていただきますが、認知症に関する問題を考えるときは、社会生活というものが結構重要な役割を果たします。例えば、社会保障・人口問題研究所の調査で、過去2週間誰とも話をしたことがないという方が、65歳以上の方については、女性が約4%、男性が約13%の方がおられます。いろいろな医学的研究で、誰とも話したことがない期間が結構長いと認知症になりやすいという研究成果もあります。これはアメリカの研究も結構ございまして、『つながり』という本を書いたハーバードの医学部のクリスタキスという先生の研究は大変有名でございまして、ソーシャルキャピタル、あるいは社会的なつながり、そのようなものがあるかないかによって、相当、症状の悪化の話も違ってくるといって研究がございまして、そのような意味で私は、認知症保険というものをを出して、認知症保険の1%でも5%でもいいから、そのようなソーシャルキャピタルを充実する、つまり誰かそのような方を訪問してお話をするというような給付を展開するのもありかなと思ったりしております。

私は、お金で買えない、特にご家族との関係というものはなかなかお金で買えるわけではありませんから、そういう属性ごとにQOLを測定し、アクチュアリアルなデータを作っていきたいと思っております。これはあくまで野望でございまして、こういった種類のデータが整備されるのは、まだまだ先と思いますが、必要なことだと思います。

現状では、どうしても経済面について話が集中して、病気になったらいくらのお金が必要なのか、あるいは介護が必要となったときにどれだけお金が要りますよという議論をして、それに備えましょうという議論をするのですが、実はソーシャルキャピタルがあるかどうか、もっと大事なことではないか。この後ご紹介しますが、病気になるリスクがどうかという議論は、もはや日本では、相対的には大きな問題ではありません。病気になった時に家族の世話を受けることができるかのほうが、より重要な問題になります。日本の医療保険制度が大きく変わらない限り、それほど大きな問題ではありません。

むしろ、これから、QOLという観点からすると、配偶者の死亡リスクですね。このデータの整備も重要です。本当に不十分なデータで恐縮ですが、夫と妻の年齢差は、少し昔は4歳くらいでした。今日ご紹介するのは、ある市だけのデータです。これによると、1歳違いが最頻値。メジアン、モードのモードになります。最頻値で見ると、女性の方が長生きしますから、どれくらいの期間お一人で過ごされるのかというデータの整備も重要です。

ただし、将来的には、生涯未婚率が非常に高くなっておりますから、独身の方が圧倒的に増える可能性が高い。細かいことを言うと次のような課題もあります。私がいた研究所は一度も結婚しない人の数値の推計をしておりますが、今から20年、30年くらいしたら、今40歳くらいで独身の方が50、60くらいになって配偶者を見つける可能性が低かったので、生涯未婚率の推計はかなり正確だったと思うのです。しかしこの推計は、本当に信用できるかどうかは怪しくなります。老後に結婚される方も増えると思うからです。しかし、どちらにせよ将来的にはおひとり暮らしの方が間違いなくふえる。

遠い将来の議論とここ当分の議論は違うことに注意したいですが、今はやはり圧倒的に配偶者がいる方が多いわけですから、配偶者がいつ亡くなるかという点は、いろいろな問題を考えるときに非常に重要です。介護に関してもそうです。認知症リスクも、これはこれで経済的負担とは異なりますが、ご家族にとっては大変大きなリスクです。

誤解のないように願いたいのですが、別にリスクという表現は、皆さんご専門の方の前で申し上げることは釈迦に説法ですが、決して悪い言葉だけではありませんから、中立的な表現ですね。だから、何歳で亡くなるかということは、ひょっとしたら余り長生きしない方がハッピーかもしれないということも含めて考えると、本当にリスクと言っても、これに特に私は悪い意味を考えているわけではございません。

配偶者の話をしましたが、本人のリスクも当然のことです。ただ、実はご想像いただけるとは思います、自分と配偶者のどちらが先になるのが幸せかは、一概に判断できません。ただ、本人の死亡リスクとともに、QOLという観点から言うと、配偶者の死亡リスクの方が重大な関心事であるということが多いことも指摘しておきたい。くどいようですが、配偶者が先に亡くなって、本当に悲しくてという人はたくさんおられると思います。

そのような方は、この後、私の考察の対象から少し離れております。社会科学的分析ではなくて、小説の世界とか、妻を早く亡くして、自分は本当に悲しみに浸っているのだというときは、今、グリーフケア (Grief Care)、悲嘆ケアという表現がございしますが、それでどのように対応するかということで、余り、これに関しては社会科学が入る余地は大きくないと考えています。

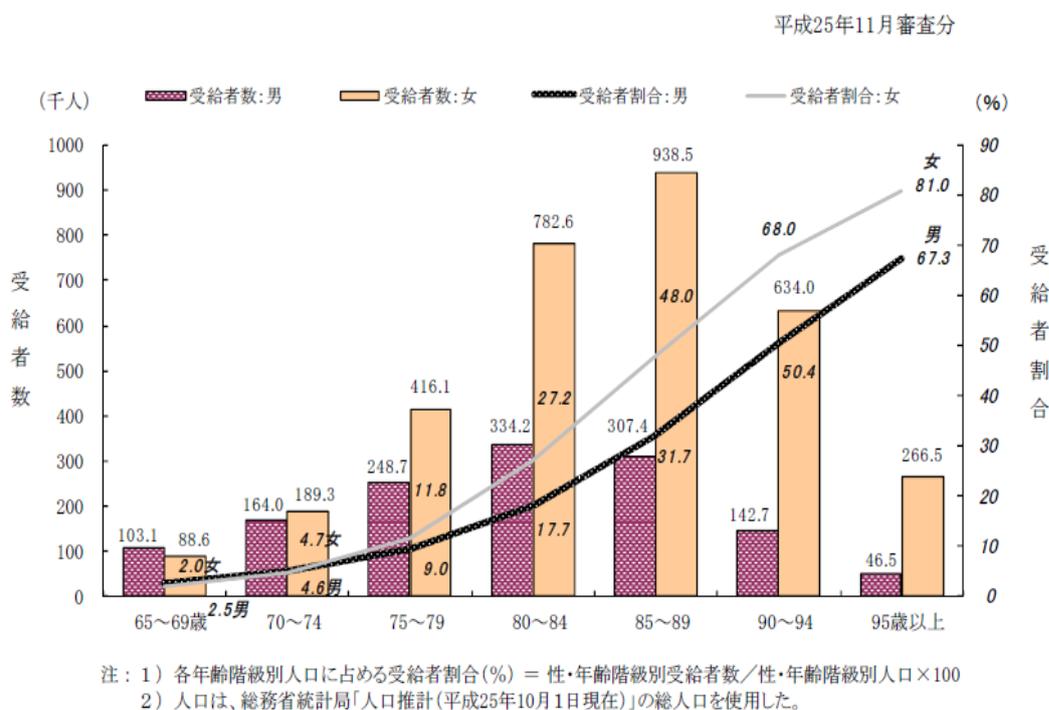
配偶者をどれくらいの確率で、自分が何歳くらいのときに亡くすのかというデータをしっかり分析した研究はございません。実は、これは既存のデータでできます。国勢調査等で、かなり詳しくできます。唯一難しいのは、離別されて再婚された方についてのデータを、余り正確に何回離婚しましたかというデータを取らないものですから、そのような意味では少し曖昧さが残りますが、分析はできます。ただ、私は、配偶者との関係についてのアクチュアリアルな分析がとても大切であるということを目指しておきたいと思います。

次に、もう一つのポイントは介護リスク。介護保険です。実は、今日のことを私がいろいろ調べたきっかけはこれでございます。最近かなり、国民生活実態調査で個票を扱えるようになりましたので、80歳以上の方の研究、90歳以上の方の研究は、やろうと思えばできるようになってきました。ただ、残念ながらサンプリングの問題で、80歳以上の方、90歳以上の方のデータを収集することが難しいのが日本の実態でございます。(超高齢者の家計の調査が難しいことは、ご想像いただけるとは思います。)

また余談で恐縮ですが、日本はついに100歳以上の方が、先だって5万人を超えました。しかも、2025

年には15万人を超えるという予測がされております。このような方の実態は、聖路加病院の日野原先生がある会を作っておられまして、100歳以上の元気老人の話はよく情報として伝わりますが、実態として100歳以上の方が平均的に、あるいは最頻値として、どのような暮らしをしておられるのかというデータはほとんどございません。一方、センテニアル（Centennial）といまして、アメリカは人口が既に日本の2.5倍くらいになっておりますが、アメリカはまだ日本よりもたくさん100歳以上の方がおられて、結構おもしろい研究があります。概してみなさん元気です。かなり元気です。要するに分布を見て、当たり前で、元気な方もいるし、病気な方もいるわけですが、その度合いに関しては予想外に元気です。そのような意味で、アメリカの100歳以上の研究はかなり進んでおります。これから日本が、数から言うと、2025年くらいに100歳以上は絶対数でアメリカを越します。100歳以上老人絶対数世界一を、アメリカが現在金メダルで、日本は銀メダルですが、間もなくアメリカは銀メダル、日本は金メダルになります。そのような余談で。とにかく、そのあたりの話も大事なのですが、まず図1をごらんください。

図1 65歳以上における性・年齢階級別にみた受給者数及び人口に占める受給者数の割合



### 厚生労働省「介護給付実態調査」平成25年度

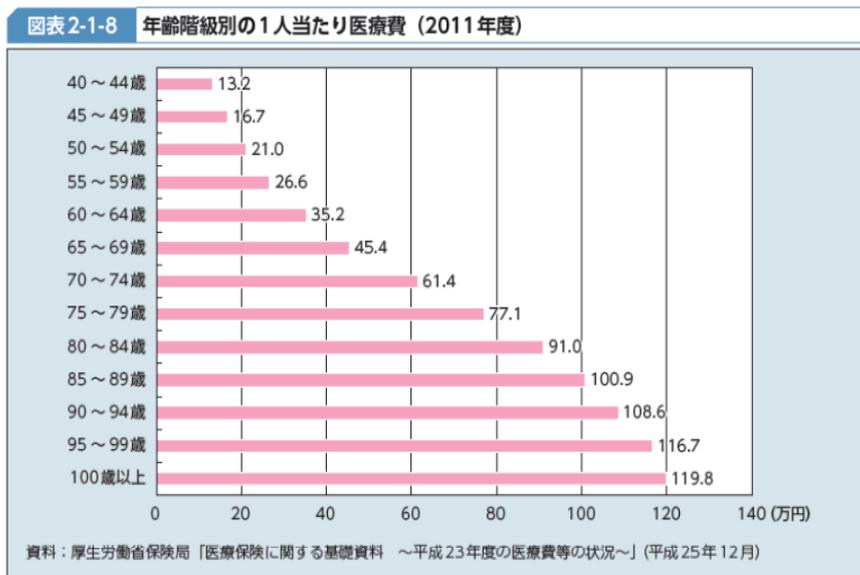
これは、折れ線グラフが率、棒グラフは絶対数、受給者数です。線は率、受給者割合です。人口の何%の人が介護保険を受給しているかですね。大して、95歳以上の方は介護保険を受けていないように見える。当たり前で分母が少ないのです。むしろ、受けておられる方の率に関して言うと、ここから急速に上がり出します。75歳から79歳あたりは10%くらいですね。男女とも大体10%です。ところが、ここからぐっと上がって、85歳から89歳の女性に関しては48%の方が介護保険の給付を受けている。他方、これは長寿科学研究所の研究成果から、すごくはっきりしていて、男性は、元気な人とそうではない人、2極分解します。ところが、女性はだんだん、例えば骨が弱ってきました、腰が痛いです、というような形で、いわゆるクロニック・ディーズ (Chronic disease) が少しずつ少しずつふえて衰えていくというパターンを描くので、

その結果、ここで男女の差がつくわけですね。

人口からすると圧倒的に女性が多くて、男性が少ないということでございますが、率の方は、さらに、90を超えるとこのように増えていきます。昔からこうだったのだろうかということを探りたいと思うのですが、残念ながら、データが、先ほど申したように、ございませぬ。もし皆さん、今日「おまえはそんなこと言ってるけど、こういうデータがあるぞ」という場合はぜひお教えいただきたいと思います。少なくとも一番上が95歳以上という区分のデータが欲しいのです。大体80歳以上しか、せいぜいのところ、昔のデータに関しては取れませぬということなんです。

これからわかるように、70歳代後半と90歳代後半相当違うと考えるべきであって、恐らく日常生活、あるいは経済生活、社会生活、いろいろな意味で区別して考える必要があるということを示唆するグラフです。実際問題、1人当たりの費用に関しては、分母は当然、元気な方、医療を受けていない方、みんな含めての分母ですが、少しびっくりするぐらい、このあたりから介護費用が急速に拡大していくということがわかります。同時に、実は、かつては医療費もやはり75歳以上をまとめて議論していたものですから、日本の医療の問題は大変だ、大変だということを言うときに、これだけの全体の平均で議論しますから、突出するということになります。

図2



2

ところが、もうすこし細かく分けると、70歳代では90歳代と比べて一人当たり医療費は大きくないわけです。(図2参照) そのような議論をすると、必ず反論があつて、元気な人はたくさんいるよという話がでます。そうです。これは平均です。しかし大きなマクロの話をするさいには、平均も大切な指標です。社会保障負担という問題を考えるとき、もちろん高齢者はどんどんふえますから深刻だという一つの言い方は正しいです。しかし、同時に、実はこのままこの調子でいくと、本当に大変なことをやっているのは2035年くらいだと言うこともできるのです。だから、逆に言うと、少しまだ、介護費用に関しては特に時間的な余裕があるので、これほどかからないような工夫が求められます。

単純な発想をされる方は、自己負担を上げろとおっしゃいます。ところが、私は上げることには賛成ですが、政治的に、いつの時期にどれくらい上げるといことは意外に難しい問題で、いきなり1割負担を明日から2割にしますというわけにはいかないという問題はやはり、これは役所の弁護をするわけではございませんが、厚労省が賢明に努力しているところでございます。公的年金、厚生年金の給付に関しても、歴史的に見ますと、そのような時代がございました。不幸なことに刺殺された元事務次官の山口さん。この方は大変立派な方でございましたが、彼が年金局長時代にどれほど苦労したか。1940年、41年、42年、43年、44年、45年生まれ、1年ごとに少しずつ、少しずつ給付が減る仕組みを作る努力をされたわけです。明日から全員、もらっている人の年金を2割減などといった、そのようなことは絶対にできません。そのような問題をこれから大事な問題として、実際問題、大事な課題ですので、ぜひ厚生労働省にそのような意味の提言をしてやってください。減らせという話ではなくて、どのように、どのように、皆さんの痛みを少なく、しかし同時に給付を減らしていくかということの工夫、それがやはり大事なことであります。

同時に医療費。医療費は、ごらんのように、もう一度確認すると、じわじわとふえていく。これは、人によっては、100歳を超えて何を、どのような医療をするの、という批判をする方もおられて、それは一部真理でございます。100歳を超えた方の医療費がなぜこれほどかかるのでしょうかということ、それなりに大事な分析課題でございます。

さらに、ここからだんだん、私の議論は言いわけになっていきます。今、何度も問題提起したように、100歳を超えた方がどのような医療を受けておられるかということについては、残念ながら、まだ正確なデータははっきりわかりません。しかも、これは、今言ったことは、ナショナルデータベース（NDB）がだんだん整理されると分析可能になりますが、残念ながら、現状では、意外なことがわからない。日本のナショナルなデータでは、「同じ方」が医療と介護をどのように受けているかという継続的なデータが、国レベルでは手に入らない。

今申したことはとても大事で、90歳を超えて介護保険がふえるのはなぜかという疑問に答えることは、かなり難しいのです。そのころになると、どうしても家族が面倒を見切れなくて施設に入るから、施設のお金がかかるのではないかという推測がありますが、一概にそれは言えないのです。簡単に言うと、ある程度年を召されたら、入院したり、入院して退院して、入院以外で通院したり、また入院して、また通院したりというようなことで、要するに病院というものは、病院に入りっ放しか、あるいは施設に入りっ放しなどは非常に少なくなって、病院でいろいろお世話してもらって、次は介護施設でお世話してもらって、家に帰って、今、在宅医療がふえてきていますので、家にお医者さんが来るという、いろいろなパターンを経験する。例えば、死亡前60カ月ですから、5年間ですね。5年間に入院、施設入所、在宅などのパターンを繰り返しているのです。

さて、年金の問題、あるいは医療・介護全体をトータルに考えようとする、90歳を超えてから、どれくらい生活費がかかっているのかということを知りたいところでございます。ところが、残念ながら、入院していると、そこでどのくらい費用がかかって、家に帰るとどのくらい費用がかかるということは、またしっかりしたデータはございません。家でどのくらいかかっているかというデータはあるのですが、入院しているときに、当然食費などがかかります。かかりますが、そのときの生活実態はどうなっているか。これが実は、冒頭に言いわけした、住宅をお持ちの方と、そうではない方で相当話が違いますので、ますますそのようなデータの収集は難しいということになります。要するに、今、1人の患者、要介護者の個票を時系列でつないでいくというデータが非常に少ないので、それをやってみるとこのようなことがわかりますということで、やっと本論に入ります。すみません。でも、言いたいことはほとんど終わりました。一応今のような

話を整理して議論したいと思います。

まず、平均余命が日本は世界一長いということをご承知と思います。そこから問題は一気に飛びますが、健康寿命の話題に移ります。健康寿命とは何でしょう。今、健康寿命の延伸ということを政策課題として安倍内閣は打ち出しました。その結果、このグラフも含めて、今年度の厚生労働省白書をごらんいただくと、健康寿命というものが特集されています。少しだけ紹介します。(図3・4参照)

図3

図表3-1-6 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

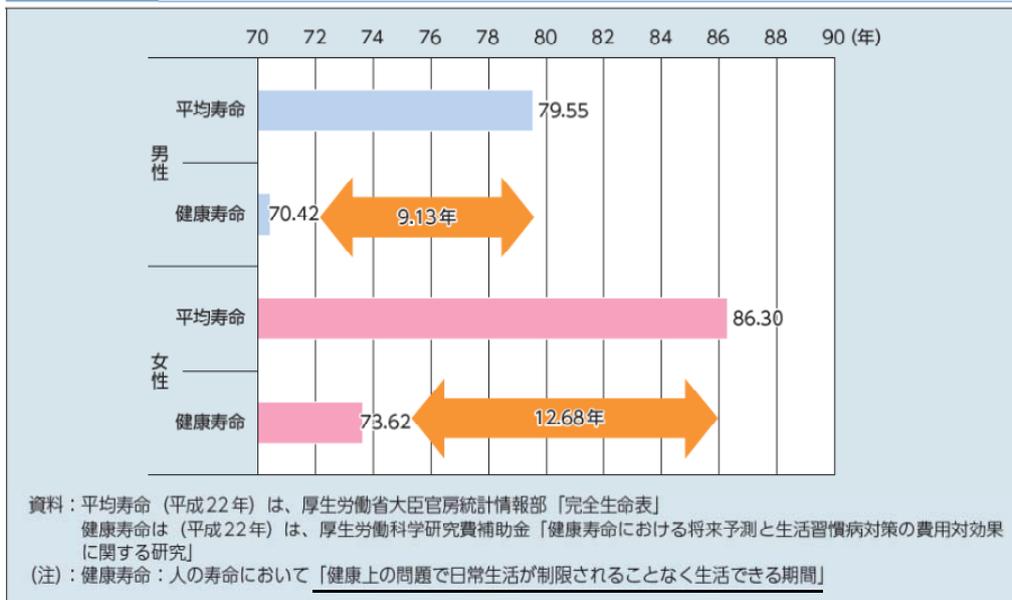
項目	現状	目標
①健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 70.42年 女性 73.62年 (2010 (平成22)年)	平均寿命の増加分を上回る 健康寿命の増加 (2022 (平成34)年度)
②健康格差の縮小 (日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)	男性 2.79年 女性 2.95年 (2010年)	都道府県格差の縮小 (2022年度)

(注) 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。  
また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

3

図4

図表3-1-4 健康寿命の定義と平均寿命との差



4

簡単に言うと、男性は 9.13 年、健康ではない時期を経験する。女性は 12.68 年、健康ではない時期を経験する。これを見て、皆さんショックを受けませんか。これは定義に気をつけてください。よろしいですか。一度もお医者さんに行ったことがないということ。「健康」と定義すれば、実はもっとギャップは大きくなります。当たり前ですが。しかし私たちが普通イメージする「健康ではない」という状態よりは、もう少し「健康ではない」範囲を広げています。例えばご飯を自分ひとりで食べることができない。衣服の着脱、男性の一部の方は奥さんにずっと脱がせてもらっている方がいれば、これは健康ではないわけです。普通 ADL という言い方で、その基準でこのようなことです。例えば後で紹介しますが、「腰が痛くてね、毎日毎日外へ出るのが大変なんですよ」という方は健康ではないわけです。そのような方を含めると、これほど長い不健康な年月を経験する。

しかしここがびっくりきて、みんな老後は健康でなくなるのだと思う人は勉強不足です。本当に。若い人でもそのような人はたくさんいます。今、QOL という言い方をしましたが、QOL の定義はフィジカル、メンタル、ソーシャル、この三つで定義します。フィジカルに少々障害を持っていても、人間、本当に幸せな暮らしはたくさんできます。そのようなことを考えると、これを見てがっかりすることは間違っています。むしろ、この時期に、どのようにして私たちは QOL を上げるかということが、これからの日本の社会の課題になります。そしてそのときに一定のお金が必要なので、どう備えるかを考えようといった話をするのが大切だと思います。たとえば「車椅子で海外旅行に行く。そうしたら、普通の旅行よりも余分にお金がかかります。そのときの備えを何とかしましょう」というようなことを保険会社さんは売りこむ必要があります。

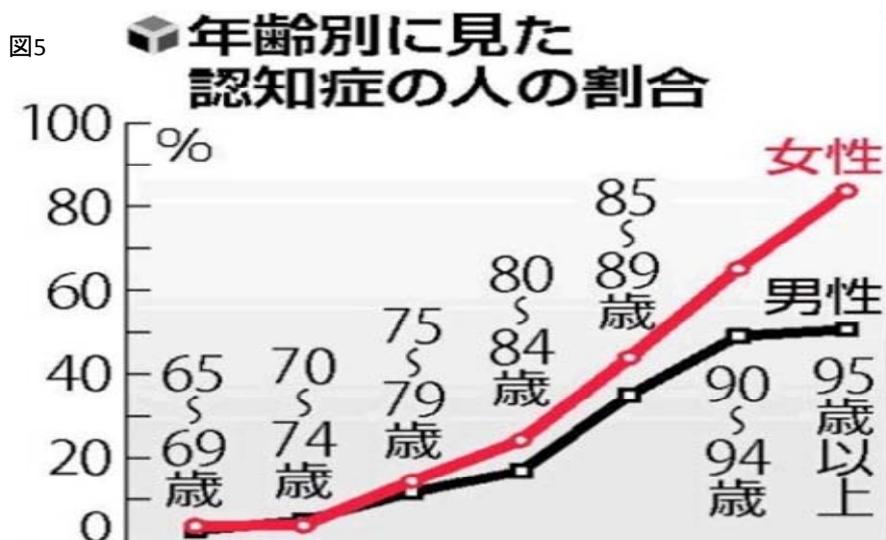
QOL という観点から考えると、やはり配偶者の介護にどう備えるか、これが大変大事な課題になってきます。配偶者の介護がいかにかストレスフルであるかというような問題。あるいは、場合によって、配偶者の介護をしながらでも別に平気な形、これが実は介護保険の目標なのですが、外部からいろいろな方が手助けに来て、当然配偶者もそれなりに頑張るといような状況をどのようにして作るかということが介護保険のテーマです。

今までいろいろな議論をしてきましたが、疾病、病気になるということのリスクの影響は、相対的にはウェットが下がっていると考えます。3 割の患者負担が大変だからという言い方は、もちろん低所得の方には深刻ですが、7 割ぐらいのお年寄りにとっては、2 割負担、1 割負担はそれほど大きな負担になりません。しかも、先ほどから言っているように、半年も 1 年も入院するということは、いわゆる精神的な疾患を抱えた方を除くと、とても少なくなりました。日常的に外来で治療を受ける、あるいは、通院ができなくなって在宅で治療を受けるときの費用は、これは相対的にはそれほど深刻ではありません。むしろ認知症になった場合のほうが、いろいろな意味で、先ほどから何度も申ししていますが、その認知症の方の QOL を維持しながら、かつ経済的費用を余り使わないということは大変難しい。これをこれからどのように考えるかということも、これからの大きな課題です。

経済面に目を向けましょう。高齢の方の所得は、平均で見ても、あるいは最頻値で見ても、若年者と比べて比較的高いです。高齢の方が割合ゆとりがあるのですね。ただし低所得の高齢者が多いことも忘れることはできません。この方々にどういった施策をするかも重要な政策課題です。

先ほど、介護保険の給付を受けておられる方々のデータを示しましたが、例えば認知症の出現率の推計をアクチュアリアルに分析するのはこれから大変重要なテーマだと思います。現在よく使われるデータは、朝田班という言い方をしますが、朝田班推計です。これによると 2012 年時点で、全国で 462 万人と推計されます。これは 65 歳以上の全体の 15% 程度になります。図 5 をごらんください。90 歳を超えると、男性

については少し低いですが、女性については急増します。2人に1人になります。



厚生労働省研究班(代表研究者・朝田隆筑波大教授)の調査結果  
2012年の時点で「認知症」にかかっている人は推計で462万人で65才以上の15%。

ここで重要なお話を申し上げます。今、社会が認知症の方をどのようにして受け入れるかという世界的な試みが始まって、昨日、一昨日、認知症のサミットのフォローアップ会議が日本で開かれました。どのようなことかという、いろいろな手だてがございます。認知症そのものを治すということは結構難しいのですが、いろいろな手だてがございますということを中心に、今、国際会議をやっています。簡単に言うと、うろろ、うろろ歩いても、きちんとその方の安全がある程度守れるような社会を作っていくということです。そうすると、余り悪化していかないということになります。

それはオレンジプランと言いまして、認知症施策推進5か年計画というものが始まって、今430万人の認知症サポーターというものが生まれてきました。平成29年度にはこれを600万人にする。それはどのようなことかという、これは実は熊本県が一番進んでいます。市町村で言うと、福岡県の大牟田市が大変進んでいるのですが、たとえば近くに認知症が疑われるような方が歩いておられたら、横に連れ添って、信号を渡るお手伝いをしましょうというような運動です。

私は、もし、介護保険と認知症保険、あえて認知症保険というのであれば、そのような社会的資源に投資する費用を一部頂戴するような保険というものがいいのではないかと考えております。今はまだ、それほど全国的に普及しているわけではありませんが、例えばイギリスでもヨーク市、あるいはダートマス市、幾つかのところで試みがあります。

最後に、今日はいくわしくお話できませんが、住宅問題があります。たとえば資産価値の高い家をどのようにして担保に保険商品を開発できないかという意見は当然。これは、皆さんご承知と思いますが、今から30年くらい前から、このリバース・モーゲージという発想はたくさん話題になりましたが、残念ながら、ほとんど普及しませんでした。その原因を踏まえていろいろなことを考える必要があります。

いま研究者が一番大切に思っているテーマは住宅です。特に、大都市です。もっと怖い話をすると、東京です。東京で、場所によって、つまり年寄りはずいぶんふえて、将来、若い人は減りますから、住宅市場の需給構造が大きく変わるといえることは、考えただけでわかりますね。そのときに、高齢者が暮ら

しやすい町をどのようにして作り、そこに高齢者に住んでもらう体制をどのようにして作るかということが、単なる個人的な関心だけではないと思っております。

この点について、結論めいたお話だけをさせていただきたいと思います。ある程度、資産あるいは所得、年金所得をお持ちの方は、簡単に言うと、半分以上の方がかなり豊かです。6割ぐらいですね。もちろん貧富の格差が広がるので、その4割の方はどうするかということは当然国の政策課題ではないかと思えます。

しかし、同時に比較的豊かな6割の方の老後の不安をいかにして有償で解決していくかということは、民間の力に依存するところが大変大きいと考えております。そのときに大事な話は、そのような議論を単にお金だけで考えることは違うでしょうということです。QOLをいかに高めるか。このQOLを高める要素に関しては、65歳以上の方の分析は相当進んでいます。ただし、残念ながら、一つ欠けているところがあって、70の方と90の方を余り区別していない。65歳以上を高齢者といって一括して、高齢者はこのように望んでいます、というようなデータは結構たくさんあります。

そのようなことで、そこはやはりもう少し年齢別にも仔細に検討していく必要があるということは言えますが、もう一つは、全体的に今まで、夫婦の年齢差、夫婦関係をよくする保険のあり方はやはりいろいろ検討課題として考えることができると私は思っています。

かつて保険会社が、ある時期から、女性が外に出て働くようになった時期と大体軌を一にしていますが、生命保険がだんだん頭打ちになりました。それは考えたら簡単ですね。別にまた変な話をする必要はないのですが、女性が働いていれば、夫が亡くなったときの衝撃は、専業主婦よりもずっと少ないですから、いくら保険に入っても、「いや、私はちゃんとやっていける」と思えば、生命保険需要というものは減ると大体想像がつきますね。これは想像どおりですが、もう一つ興味深いところがあって、その時期に、ある保険会社が女性を対象とした年金保険を売り出したら、予想外に売れました。その時期から、ひとり暮らしの女性、未婚、結婚しない女性がふえてきたということと、結果的に軌を一にしている。

要するに、今の話からヒントを得ると、夫婦がどのように家計を一緒に営み、将来をどのように考えていくかということに関して、もう少ししっかりと分析をすることが、恐らく保険のアクチュアリーという観点から重要です。すでに答えを言ってしまいましたが、年齢差がどのくらいの場合どのような老後の設計があるかという問いをすべきでしょう。

これはまた冗談のような話で恐縮ですが、私は学生に対して「あなたは何歳まで生きたいと思いますか」あるいは「あなたは何歳まで生きると思いますか」という二つの質問をします。女性の回答は、あらゆる年齢層に関して、「生きたい」という数字と「生きると思う」数字とを比較すると、先ほどのデータの客観的な事実と反して、「早く死ぬと思う」という方が圧倒的に多いです。これを私は「佳人薄命仮説」と言っています。日本には美人は早く死ぬということわざがあります。私はそのような答えを返した学生諸君に対して次のように言うことにしています。「美人なんですねえ」という言い方を。これは別に、どのような人であっても差別なくそのようなことを言うので、セクハラにはなりません。

これも結構大事なテーマで、先ほどのセンチニアル、つまり100歳以上の方についてのアメリカの調査を見て、少し驚いたことがあります。日本ではまだ、100歳以上の生活について、もう一つ具体的なイメージを持っていません。私自身はね、100歳まで生きるということは人生にとってどのような意味を持っているのかと、申しわけないですが、考えたことがありません。しかし、実はアメリカは結構、100歳まで生きたいという方がたくさんおられて、そのためにいかに、例えば健康を維持したり、あるいは運動をとということに関する意識は、間違いなく日本よりも高いです。100歳まで生きるということの意味は何だろうかということは、日本では、100歳まで生きておられる日野原先生がリーダーをしておられる集まりしか、私の知る

範囲では余りございません。

しかし、そのような老後の生活ということをもう少し具体的にイメージできるような客観的なデータを提供する。そしてまた、それと本人の主観とのフィードバックをするということは今後、官・民ともが協力しているいろいろな形で進めていく必要があります。その一つとして、先ほど申したように、認知症になる方は、やはり地域社会とのつながりが大切であるということが、これは日本もアメリカも、幾つかの国でたくさんの共通した研究成果があります。地域社会で日ごろ接して言葉を交わす人がいかに多いかどうかということが、かなり、認知症の発症に影響するということがはっきりしています。

そう言いながら、恐らく、お金を貯めることも大切でしょう。ですからお金をできるだけ使わないようにすることと、近所付き合いにお金を使うことのバランスをどう考えるかも、課題になります。以上で講演を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

(司会) 西村様、大変貴重なお話をありがとうございました。せっかくの機会ですので、ご質問をお受けしたいのですが、既に予定の時間となっておりますので、以上をもちまして、西村様のご講演を終了とさせていただきます。

(以上)