ARCリポート
（ＲＳ－８２４）
禁複製・社内限り

男と女の平均寿命の格差は解消可能か

2002 年の発表によれば、日本の男女の平均寿命は世界一が続いており、男性 78.32 歳、女性 85.23 歳、平均寿命の性差は 6.91 歳である。そして 2050 年の平均寿命は、男性 80.95 歳、女性 89.22 歳になり、性差は 8.27 歳まで拡大すると推定している。
平均寿命の性差は、生物学的な違いよりも社会的要因によって生じている要素が強く、拡大を抑制できる余地がある。

２００５年６月

株式会社 旭リサーチセンター
東京都千代田区内幸町1-1-1（帝国ホテルタワー）
電話 (03)3507-2406 ㈹

このリポートの担当
主席研究員 **阿 部 力**
お問い合わせ先 03-3507-2406
E-mail abe.tm@om.asahi-kasei.co.jp

注：このリポートはARC会員会社および旭化成グループ・分社・持株会社を対象としております。内容の無断転載を禁じます。

＜本リポートのキーワード＞

平均寿命、平均余命、性差、年金分割法、男女雇用機会均等法

（注）本リポートは、ＡＲＣホームページ（http://www.asahi-kasei.co.jp/arc/index.html）から検索できます。

このリポートの担当
主席研究員　阿　部　　力
お問い合わせ先　03-3507-2406
E-mail abe.tm@om.asahi-kasei.co.jp

まとめ

◆日本の平均寿命は年々延長し、2050年には、男性80.95歳、女性89.22歳になり、性差は2002年の6.91歳から8.27歳にまで拡大すると予測されている。 (P.1)

◆2050年の日本の人口はおよそ1億人まで減少するが、100歳以上の老人は50万人を越えると予測した。 (P.2)

◆2000年時点で50歳であった人は、男性の場合およそ２％、女性の場合およそ10％が100歳まで生き延びると予測されている。 (P.2)

◆ロシア男性の平均寿命は、わずか15年間でおよそ６歳も短縮してしまうほど、社会の状況次第で変化する数値であった。 (P.3)

◆先進国の中では女性の社会進出が進まなかったことが、世界一の女性長寿に結びついたと思われる。 (P.4)

◆日本の離婚男性の健康リスクは最も高く、未婚男性よりも短命である。 (P.8)

◆日本の女性は結婚・離婚を経ると、未婚でいるよりも寿命が延びている。 (P.8)

◆2007年には20万組の夫婦が離婚待機していることになる。 (P.9)

◆年金分割法は、結果として結婚したくてもできない女性と、年金を分割されて結婚できない男を生み出すという側面も否定できない。 (P.9)

◆均等法は女性の平均寿命を短縮させる要因である。 (P.10)

◆働き盛りの男性のガン死を回避することが、長寿に直結する方法である。 (P.13)

◆日本の男性も離婚しても元気を失わない精神を求めながら、米国式の食習慣から距離をおき、壮年期のガン死を回避できれば、高い平均寿命の維持は可能であり、結果として平均寿命の性差の拡大は抑制できると思われる。 (P.15)

目　次

はじめに ………………………………………………………… 1

Ⅰ．飛び抜けて高い日本女性の平均寿命 ……………………………… 2

　１．将来推計が示す驚異の高齢化時代 ……………………………… 2

　２．平均寿命の性差は近代的社会制度の産物 ………………………… 2

Ⅱ．寿命の性差をもたらす生物学的要因 ……………………………… 5

　１．哺乳動物の寿命の雌雄差 ……………………………………… 5

　２．人の寿命の男女差 ……………………………………………… 5

Ⅲ．平均寿命に影響する社会的要因 …………………………………… 7

　１．保健医療環境 …………………………………………………… 7

　２．結婚と離婚 ……………………………………………………… 8

　　ｉ）配偶者の有無と余命との関係 ………………………………… 8

　　ii）年金分割法施行後の離婚動向 ………………………………… 9

　　iii）男女雇用機会均等法と未婚の増加 ……………………………10

　３．食事と生活習慣 …………………………………………………10

Ⅳ．平均寿命格差の今後 ………………………………………………12

　１．女性の社会進出は平均寿命の短縮要因 ……………………………12

　２．男性のガン対策は寿命を延ばす有力策 ……………………………13

おわりに …………………………………………………………14

参考情報 …………………………………………………………16

本レポートで用いた言葉

・**平均寿命**： まず 10 万人の人間が同時に誕生したと仮定する。一方で年齢ごとの死亡率を人口統計から求め、10 万人はその秩序通りに死亡すると仮定し、最後の 1 人になるまで計算する。10 万人それぞれが生存した年数から割り出された平均年数が平均寿命。

特定の国や地域の保健衛生状態の良否を示すための比較尺度であって、個人の寿命を予測するための指標ではない。

・**平均余命**： 現在生存している人がこれから何年生きられるかを推定した平均年数が平均余命。厚生労働省が発表している生命表（５年ごとに完全生命表、その他の年は簡易生命表を発表）により算定する。医療技術は年々進歩するので、実際は平均余命よりも更に長生きする可能性が高い。

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（人口研）が2002年1月に発表した日本の将来人口の中位推計は、日本の人口は2006年をピークにして減少に転じ、2050年にはおよそ1億人まで減少し、平均寿命は更に高齢化すると予想した。1997年の推計では2007年と予想していたが、人口のピーク時期はさらに早まり、少子化は推計を重ねる度に進行している。そして2050年の65歳以上の人口割合は35.7%を占め、2000年（17.4%）の倍以上に達し、平均寿命は年々延長し、2002年に男性78.32歳、女性85.23歳であった平均寿命は、男性80.95歳、女性89.22歳になり、性差は6.91歳から8.27歳にまで拡大すると予測している。2050年には90歳以上の高齢女性の推定人口は312万人となり、男性はわずか93万人に止まる。このような男女の寿命の偏りは、本来男性ももっと長く生きられるのに、早く死んでしまった結果ではないだろうか。

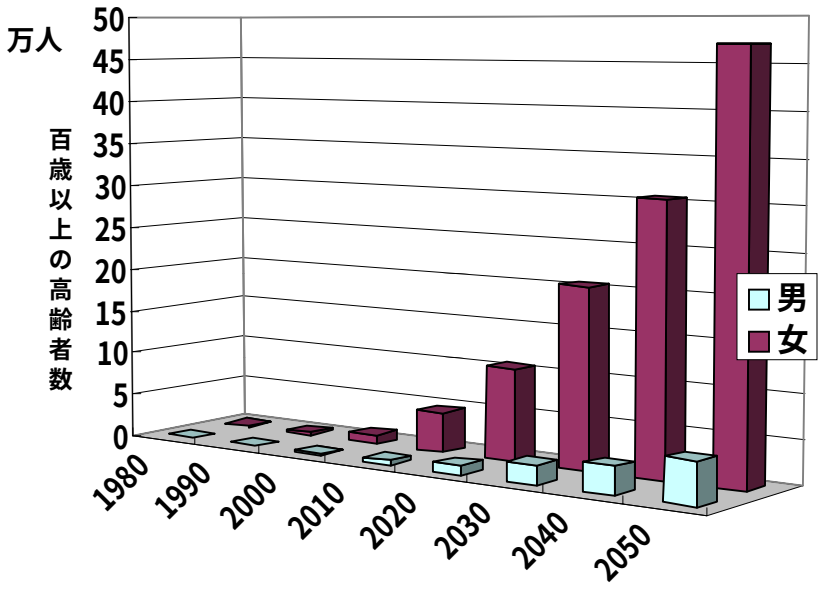
2002年1月に開催された第５回社会保障審議会では、厚生労働省の人口動向研究部長はこの問題に関する認識を述べたが、欧米の調査研究でも平均寿命の延長に従って平均寿命の性差の拡大を予測していることを指摘し、その原因として以下のような生物学的および社会的要因を挙げている。

１）男女間の感染症に対する耐性の違い、男性固有の健康状態、女性固有の健康に対する有利差、活性酸素に対する耐性など、寿命の性差につながると考えられる。

２）平均寿命の将来予測は、過去のトレンドに基づいた寿命データから推定しているが、近年の壮年男性の自殺増加も性差の拡大につながる要因になっている。

本稿では、寿命の性差が拡大する要因を、生物学的および社会的側面から検討を加え、政府もいわば手を施しがたいという平均寿命の性差拡大の抑制策を考える。

第１図　百歳以上の高齢者の将来推計



総務省統計局『国勢調査報告』，国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成14年１月推計)による。

Ⅰ．飛び抜けて高い日本女性の平均寿命

１．将来推計が示す驚異の高齢化時代

自分の世代が何年後にどの位存命しているかが分かると、平均余命の数値の伸びを身近な問題として感じられるだろう。2002年の中位推計は、2050年の日本の人口はおよそ1億人まで減少するが、100歳以上の老人は50万人を越えると予測した。このような将来推計では社会状況の変化あるいは医療技術の進歩を考慮しないので、変動要因が多いが、50万人といえば政令指定都市になれる人口である。多少の誤差があったとしても驚くべき推計である（第1図）。

この推計では10年ごとの年齢分布が示されているので、2000年時点で50歳であった男女の50年後の生存数を推定することもできる。それによれば男性の場合およそ２％、女性の場合およそ10％が100歳まで生き延びると予測された。90歳まで生存する可能性はさらに現実性が高く、男性はおよそ30％、女性はおよそ50％である。さらにその先50年の予測も参考値として示しているが、2100年の総人口は約6,400万人まで漸減し、65歳以上の老齢者比率はほぼ横ばいとしているので、2050年当たりが100歳以上の老人人口のピークになるはずだ。戦後生まれの「団塊の世代」は、一世紀を経てもなお社会現象を作り出すことになるだろう。

２．平均寿命の性差は近代的社会制度の産物

平均寿命の性差は、20世紀に入って寿命の延長に伴い先進国で顕在化した近代的社会制度の産物である。米マサチューセッツ州の1850～1900年までの平均寿命の性差は１歳程度であり、インドでは1986～1990年までの男性の平均寿命は57.7歳、女性は58.1歳であり、その差は僅か0.4歳という報告がある。さらに最近の統計でも、驚くことにほとんど寿命の性差が認められない国も存在している。2002年統計によれば、ネパール（人口2474万人）の男性の平均寿命は59.9歳、女性は60.2歳と報告されている。ネパールは21世紀に入ってようやく男女の平均寿命がほぼ等しくなった。ネパールでは最近まで女性の識字率が極めて低く社会的格差が存在していたため、保健衛生と医療面の遅れと相ま

って、男性がより長生きできる社会が形成されていたが、近年ようやく女性への教育も行き渡り、女性が長生きという世間並みの社会へ近づいた。

日本の場合江戸時代の古文書によって、いつ頃女性が長生きに転換したか推定することができる。信州諏訪地方に残る宗門改め人別帳に基づいて（死亡率が極めて高い新生児の死亡を除外して新生児期を経過した人の余命を推定するために）２歳児の平均余命を調査した結果、寛文11（1671）年から享保10（1725）年の平均余命は男性36.8歳、女性29.0歳であり男性が長生きであったが、享保11（1726）年から安永４（1775）年になると、男性42.7歳、女性44.0歳となりほぼ等しくなった。諏訪地方では18世紀後半には女性の長生き傾向が始まったようだ。当時の医療技術は未発達であり現代と比べれば短命ではあるが、人々の文章の読み書き能力は当時の欧州の水準を上回り、平均寿命に影響する社会および衛生環境の完成度は高かった。

日本では今後とも平均寿命は延び続け、性差は更に拡大するというのが政府の予測であるが、オーストラリアやアメリカ、スウェーデンやイギリスなどでは最近20年間に寿命の性差は縮小したという事実もある。この理由は、主に中年男性の死亡率の改善に成功したためとされている。

逆に平均寿命が短縮し寿命の性差が拡大した国もある。隣国のロシアは、日本以上に少子化傾向が強まり、戦争状態でもないのに人口の減少に苦しんでいる。ロシア連邦保安庁が最近発表したところでは、2050年までにロシアの人口は２／３に減少し、日本の2050年の推定人口と等しい約１億人に近づくと警告している。これほどまでに人口が減少した理由は、少子化傾向と平均寿命の短縮のためである。1965～66年の男性の平均寿命は64.3歳であったが、2002年には58.4歳となり5.9歳も短縮した。一方の女性も73.4歳から72.1歳へと1.3歳短縮したが､2002年時点での平均寿命の性差は13.7歳まで拡大した。ロシア人男性の平均寿命は日本人男性よりも20歳、米国人男性よりも16.2歳も短命である。ロシア男性の早死傾向は、男性の方が精神的ストレスを受けやすく酒好きである上に、経済的窮状により満足に薬も買えないという要素が重なった結果と説明されている。男性の平均寿命は、わずか15年間でおよそ６歳も短縮してしまうほど、社会の状

況次第で変化する数値であった。

日本でも経済政策が失敗して社会不安が広がれば、ロシアの轍を踏むことになるのだろうが、日本の平均寿命の性差が拡大した理由は、ロシアの場合とは全く異なっている。この20年間日本経済は破綻を免れたことに加えて、先進国の中では女性の社会進出が進まなかったことが、世界一の女性長寿に結びついたと思われる。一方男性の平均寿命も世界一であるが、女性の寿命の延びが飛び抜けていて追いつけず、年々性差の拡大が進んでいる。近年、日本では様々の社会制度を欧米に近づける行政の動きが続いており、女性の社会参加を促進する施策も目に付くようになった。働く女性が増加すれば、平均寿命の性差の突出した状況は解消される方向に向かうだろう。

Ⅱ．寿命の性差をもたらす生物学的要因

１．哺乳動物の寿命の雌雄差

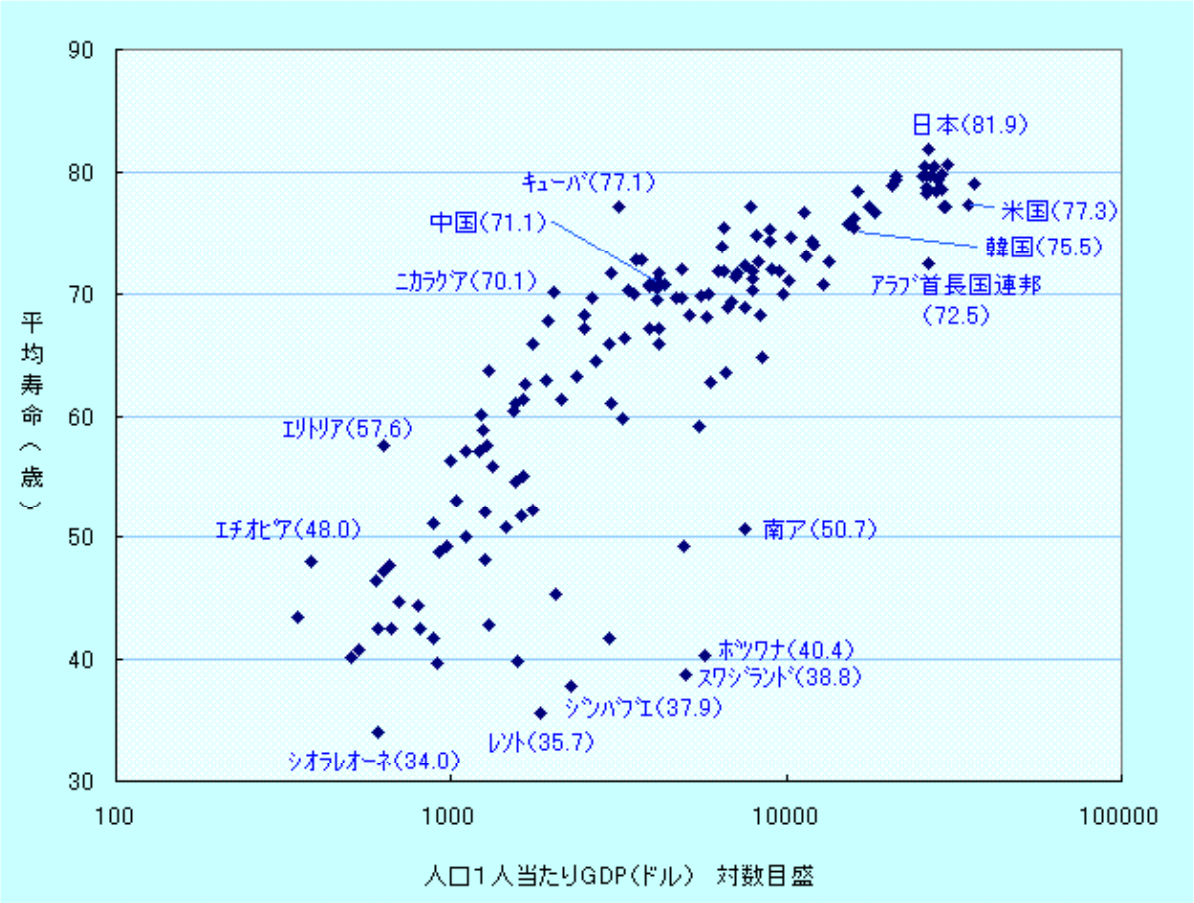
体の大きさに性差のある哺乳動物の場合、ぜん虫などの寄生虫が雌よりも体が大きい雄に多く寄生することが知られている。この現象が、雌より雄の寿命が短い理由になっている可能性があり、雌雄間で体格差が大きいほど、寿命の格差も拡大する。雄に寄生虫が多いのは、男性ホルモンの作用によって外来生物を排除する免疫機能が抑制される一方で、体の成長は促進された結果であると考えられている。例えば雄のシャチの体重は、雌のおよそ２倍もあり、平均寿命は雌が約50年であるのに対して、雄は長くても30年程度に過ぎない。また犬や猫の場合、去勢すると寿命が延びることがよく知られており、避妊手術によって寿命を３年程度長くできるとされている。

２．人の寿命の男女差

寿命の男女差には様々な要因が絡んでいるが、体つきや行動原理などを左右する男性ホルモンと女性ホルモンの果たしている役割は大きい。赤ん坊から子供の時代を通して男子の死亡率は女子よりもわずかに高いが、差はごくわずかである。ところが思春期に達するやいなや、男子の体の中では筋肉を発達させ、攻撃的な性格を高める男性ホルモン(テストステロン)が大量に放出される。無謀な行動をし始め、時に暴走し、交通事故や暴力事件などを起こす。一方、女性ホルモンのエストロゲンは、体内のコレステロールに作用し、心臓病を防ぐ効果がある。女性では閉経後にエストロゲンが減少しコレステロールのコントロールが困難になるため、男性と同じように、心臓病が主な死亡原因となっている。閉経後にエストロゲンを摂取する補充療法により心臓病の発症を50%まで抑えられることが知られている。一方、男性に多いテストステロンは悪玉コレステロールを増やし、善玉コレステロールを減らす作用があり、腹部に中性脂肪を蓄積させる。また血糖値濃度を制御するインシュリンの効き目を弱め、糖尿病の発生を助長している。テストステロンは、心臓マヒなどの心疾患(日本人の死因の第二位)と脳卒中など脳血管疾患(同三位)を増やしている。

体内のテストステロンの活動を停止させれば、前立腺ガンの発生を低下させることが可能であり、人の場合でも去勢すると、生殖ホルモン不足から骨粗鬆症を患う危険性は増加するが、前立腺ガン、前立腺の肥大、その他のテストステロンに関連するリスク（脳卒中や心臓発作）を回避できる。しかし去勢した男性の健康状態に関する調査報告はほとんど見当たらない。何故なら睾丸を持たない男性はあまりそのことを公表したがらないためだが、実は健康面の向上、寿命の延長など、動物の去勢と同じようなメリットが存在しており、去勢が定期的に患者に施される精神療養所での研究によると、去勢をした患者の方が15年も長く生きたというデータもあるようだ。男性ホルモンが支配する壮年期までの男性の死亡原因をうまく取り除くことが、男性の平均寿命を延長する有効な方法である。

第２図　世界各国の平均寿命（人口100万人以上の149カ国）



（注）平均寿命は男女計(2002年)、所得水準(人口１人当たりＧＤＰ)はＰＰＰベースのドル(2001年)。
（資料）WHO Core Health Indicators

III．平均寿命に影響する社会的要因

男女の生理学的違いに加えて、多種多様な社会的要因が寿命の性差に影響している。その中で重要な要因としては、１）保健医療、２）結婚と離婚、３）食事と生活習慣の三つが挙げられる。

１．保健医療環境

平均寿命は新生児の死亡率に最も影響されるため、衛生的環境を提供できる経済力の獲得が最重要であるが、次の段階になると各国の健康に対する取り組み方の違いが平均寿命に反映されるようになる。米国では国民の健康に対する関心は高く、世界全体で使う医療費の半分近くの金額を使っているにもかかわらず、長寿国とは呼ばれていない。富裕と貧困の存在を肯定し、健康保険に加入していない人が4,000万人も存在する社会では、国民全体の健康状態の底上げが必要な平均寿命の延長は困難な課題である（第２図）。

社会主義国のキューバは経済の停滞は著しいが、平均寿命については善戦してきた。2002年統計によると、キューバの平均寿命（男性75.0歳、女性79.3歳）は、人口一人当たりのＧＤＰが10倍以上豊かな米国の平均寿命（男性74.6歳、女性79.8歳）とほぼ並んでいる。キューバは重点政策として保健衛生と疾病予防に力を入れ医療の無料化を実施し、医師を大量養成した結果、プライマリーケアに従事する町医者は150世帯に１人位の割合で存在している。キューバ人１人当たりＧＤＰの3,168ドル（2001年）に近い国の平均的な平均寿命は65歳程度に止まっており、熱心な健康政策によって世間水準よりも10年以上の長生きを実現した。ユニセフは「こと医療面にかけては、キューバは米国よりも進んでいる」という評価を下している（第２図）。

男女とも平均寿命世界一の日本の場合は、都道府県単位で見ると男性最長寿の長野県も女性最長寿の沖縄県も医師の存在比率は全国平均を下回っている。2002年の長野県の対10万人当たり医師数は176.5人であり、全国平均の195.8人を下回り、沖縄県の場合も医師数は179.5人に過ぎない。世界一の平均寿命水準を維持するためには、一定の医師の数が必要ではあることは疑いないが、さらに必要な要素があるようだ。

第１表　性，配偶関係別20歳時及び40歳時平均余命：1955～1995年

（年）

性,年齢,配偶関係	1955年	1960年	1965年	1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年
(1)男									
20歳時									
総数[1]	48.47	49.08	50.18	51.26	53.27	54.56	55.74	56.77	57.16
未婚	33.80	36.20	38.83	40.33	43.10	44.48	46.88	48.24	49.44
有配偶	50.56	50.83	51.65	52.61	54.42	55.71	56.97	57.92	58.58
死別	40.95	41.55	41.96	43.80	47.59	48.41	51.23	51.41	47.22
離別	39.32	40.93	41.02	42.17	42.37	43.80	45.15	45.51	45.50
40歳時									
総数[1]	30.85	31.02	31.73	32.68	34.41	35.52	36.63	37.58	37.96
未婚	17.55	19.49	21.49	22.75	25.10	25.94	28.06	29.26	30.42
有配偶	32.09	32.11	32.73	33.65	35.20	36.32	37.52	38.42	39.06
死別	25.94	25.80	26.06	27.48	30.43	31.38	33.40	34.42	34.95
離別	24.26	25.42	25.33	26.26	26.69	27.25	28.22	28.69	28.72
(2)女									
20歳時									
総数[1]	52.25	53.39	54.85	56.11	58.04	59.66	61.20	62.54	63.46
未婚	37.77	41.68	45.87	47.31	50.76	51.16	53.33	55.02	56.53
有配偶	54.26	55.08	56.38	57.47	59.23	60.82	62.60	64.03	64.96
死別	51.92	52.74	53.88	55.29	56.83	58.43	60.09	60.45	58.03
離別	48.27	52.47	53.17	55.71	56.01	57.97	58.70	59.12	59.41
40歳時									
総数[1]	34.34	34.90	35.91	37.01	38.76	40.23	41.72	43.00	43.91
未婚	21.02	24.32	27.76	29.01	32.14	32.16	34.18	35.76	37.18
有配偶	35.85	36.18	37.20	38.16	39.79	41.26	42.96	44.36	45.28
死別	33.85	34.37	35.15	36.42	37.98	39.35	41.41	42.46	43.32
離別	30.66	34.65	35.05	37.43	37.66	39.13	39.85	40.44	40.49

国立社会保障・人口問題研究所の算出による。1995年の死別および離別の平均余命は，従来の計算方法と異なるため，20歳時平均余命の比較を行う場合には注意を要する。詳細は，石川晃，「有配偶関係別生命表：1995年」，『人口問題研究』第55巻第1号，1999年3月を参照。1)厚生労働省統計情報部『完全生命表』による。

２．結婚と離婚

ｉ）配偶者の有無と余命との関係

配偶者の有無が余命に及ぼす統計としては、1995年までのデータを基に人口研の石川晃がまとめた「配偶関係別生命表」がある（第１表）。この統計の黒枠で示した1995年の統計を見ると、男女ともに配偶者がいる（有配偶）40歳の人の平均余命は、明らかに長い（男性39.06歳、女性45.28歳）。このような条件下で平均余命の性差は６歳余りあるが、より重要な事実は、離別や死別した男性の平均余命が大幅に短いことである。死別の場合は34.95歳であり、離別の場合はさらに顕著であり28.72歳に過ぎない。未婚の場合は30.42歳であるので、離婚男性の健康リスクは最も高く、未婚男性よりも短命である。一方で女性は死別や離別が平均余命に及ぼす影響は正反対であり、死別の場合は43.32歳、離別の場合は40.49歳である。双方とも未婚の場合（37.18歳）よりも長生きになっている。日本の女性は結婚・離婚を経ると、未婚でいるよりも寿命が延びている。

男女とも50歳時点で未婚であった人は生涯未婚であるという前提をおいて、2000年の国勢調査結果から算定した結果、男性の12.3%、女性の5.6%が生涯未婚として分類された。1980年の生涯未婚率が男性は2.6%、女性は4.5%であったことと比較すると、この20年間で男性の独身傾向が強まったことが、寿命の性差を拡大する方向に作用したと思われる。

また離別した男性の死亡原因は、「自殺」と「肝硬変」の割合が著しく高く、死別した男性では「不慮の事故」の割合が高い。離別した男性が死に至る肝病変はアルコール性肝硬変と考えられるが、女性は離別をしても生活が乱れることは少ない、乱れる必要もないのだろう。このような生活行動の違いは、環境に左右されにくい女性特有の生物学的特質と考えられる。

なお1995年統計によれば、年々再婚までの期間は長引いているものの離別した後に再婚する人については、離婚した男性の76%、女性の64%が再婚しており、これらの人は統計の中では再び有配偶に戻っている。

ⅱ）年金分割法施行後の離婚動向

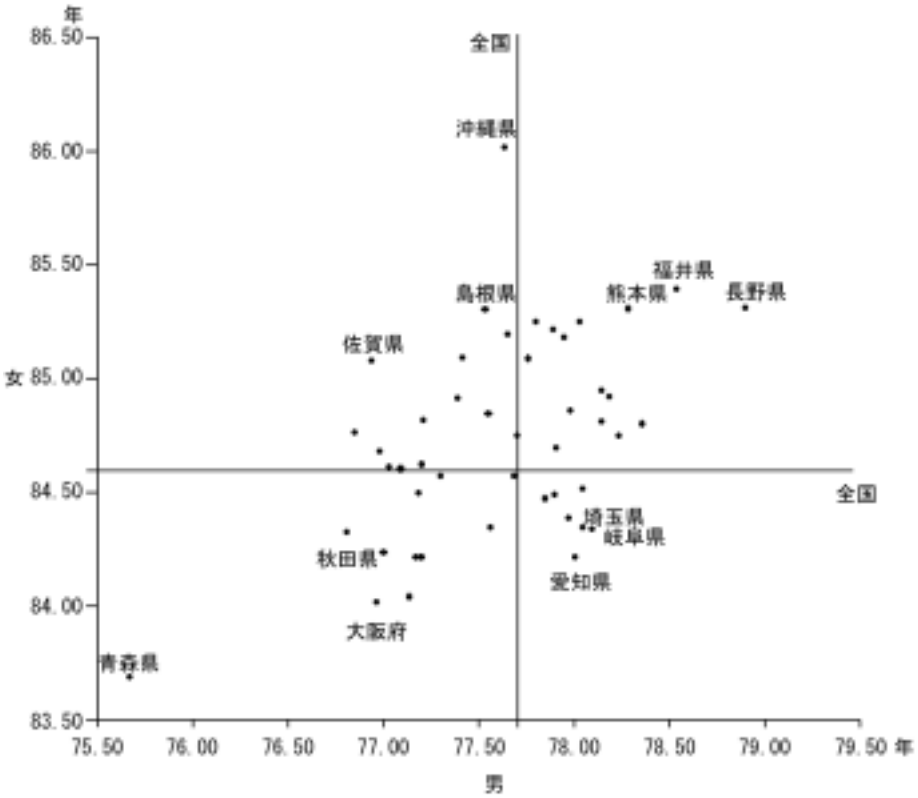
右肩上がりで増えてきた離婚件数が、2003年には減少に転じた。2004年はさらに減少が進み、およそ27万組程度になると見込まれ、2000年の水準に戻っている。これまで妻側の意思によって増えてきた「熟年離婚」の減少が目立っているが、減った原因には「雇用情勢が厳しく、中高年女性の一人暮らしが難しくなった」という経済的理由に加えて「2007年の年金分割法の施行を待っている」という妻側の事情がありそうだ。2005年および2006年の減少件数が同数で推移するならば、2007年には20万組の夫婦が離婚待機していることになる。

2007年４月以降に離婚した場合、夫婦の合意あるいは裁判所の決定があれば、最大半分まで厚生年金の受給権を分割できるようになる。また、2008年４月以降に妻が専業主婦（国民年金の第三号被保険者）だった期間の年金については、妻の取り分は自動的に１／２になることが決まっている。受給金額はそれぞれの境遇によって異なるが、専業主婦世帯で夫と妻はそれぞれ年間80万円の基礎年金に加えて夫の厚生年金の100万円が加わり合計年額およそ260万円もらえるケースでは、離婚後、夫は180万円、妻は80万円に分割されるのが現行制度だが、新制度によれば結婚期間に支払った厚生年金からの分割分を受け取れるようになる。ただし受け取れる金額は寡婦が受け取る金額を下回るので、年金に頼って老後を過ごすことは難しいだろう。

このような年金分割はすでにいくつかの国で導入されており、ドイツやカナダでは、結婚していた期間に対応する年金額が､離婚時に半分に分割するのが原則になっている。日本の新制度では個々の事情に応じて分割割合を決められるよう協議するルールを残したが、離婚が決まった夫婦の話し合いは容易ではない。離婚の増加は男の平均寿命を短縮する方向に向かわせるので、この視点で見ると年金分割法は、寿命の性差の拡大要因である。

年金分割法は、これからの結婚行動にも影響を及ぼすだろう。結婚後の資産分配が妻有利に傾くと、男性は今まで以上に女性を厳しく見るようになり、女性は初婚の男性を甘く評価するようになると見られる。現在、結婚行動は女性に主導権があるといわれているが、今後は結婚できない女性が増加する可能性がある。年金分割法は女性のための

第３図　都道府県別平均寿命(年)男－女



制度改革のはずが、結果として結婚したくてもできない女性と、年金を分割されて結婚できない男を生み出すという側面も否定できない。

iii）男女雇用機会均等法と未婚の増加

男女雇用機会均等法の施行後の社会現象として、未婚、既婚を問わず、働き盛りの女性の過労死が目立ち始めた。職場での競争によるストレスや過労は過労死をもたらすだけでなく、免疫力を低下させ発ガンのリスクを増加させている。本来女性は男性に比べて免疫力が強くたくましい存在だが、ストレスが続く生活をしていると女性の生物学的優位性が損なわれてしまう。

1985年に男女雇用機会均等法が施行されて以来、社会構造が変化して女性の就労意欲は高まったが、日本の女性の就労はハンディが多く、結果としてパートタイムなどの不安定職種につく場合が多い。また育児については保育園などの整備不足といった悪環境と相まって、健康リスクとなっている。均等法も女性のための制度であったが、「団塊の世代」の専業主婦に比べて健康リスクは明らかに増加している。ポスト均等法世代の女性は、不安定な立場の中で労働時間は増加し、酒、たばこのリスクにも晒され、体の異変に気づくのにも遅れてしまう。均等法は女性の平均寿命を短縮させる要因である。

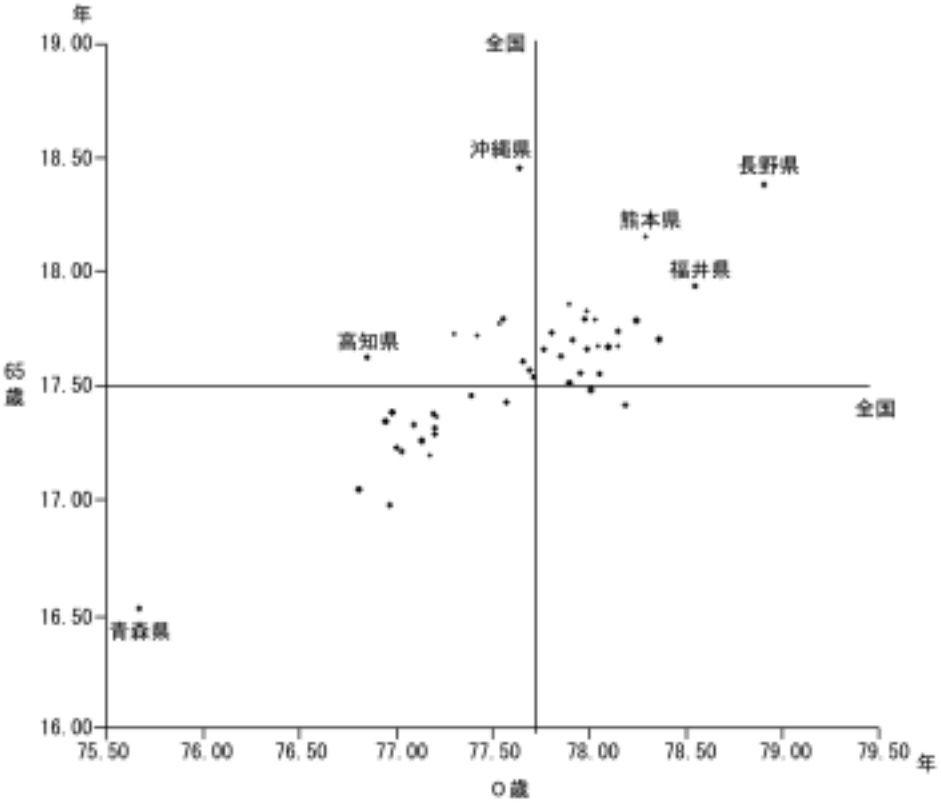
３．食事と生活習慣

2000年の都道府県別平均寿命統計によれば、沖縄県は女性の長寿日本一であったが、男性は1995年調査の四位から26位に急落してしまい、全国平均さえ下回る状態にあることが判明した。第３図は都道府県別の男女の平均寿命を表しているが、沖縄県の女性の平均寿命が飛び抜けているのに対して、男性の平均寿命は全国平均に止まり、性差は8.37歳まで拡大した。同一地域に住む男女の生活条件は近いと思われるが、沖縄県の場合は大きな違いになった。また都道府県別平均寿命の分散の程度も、男性の方が大きい。

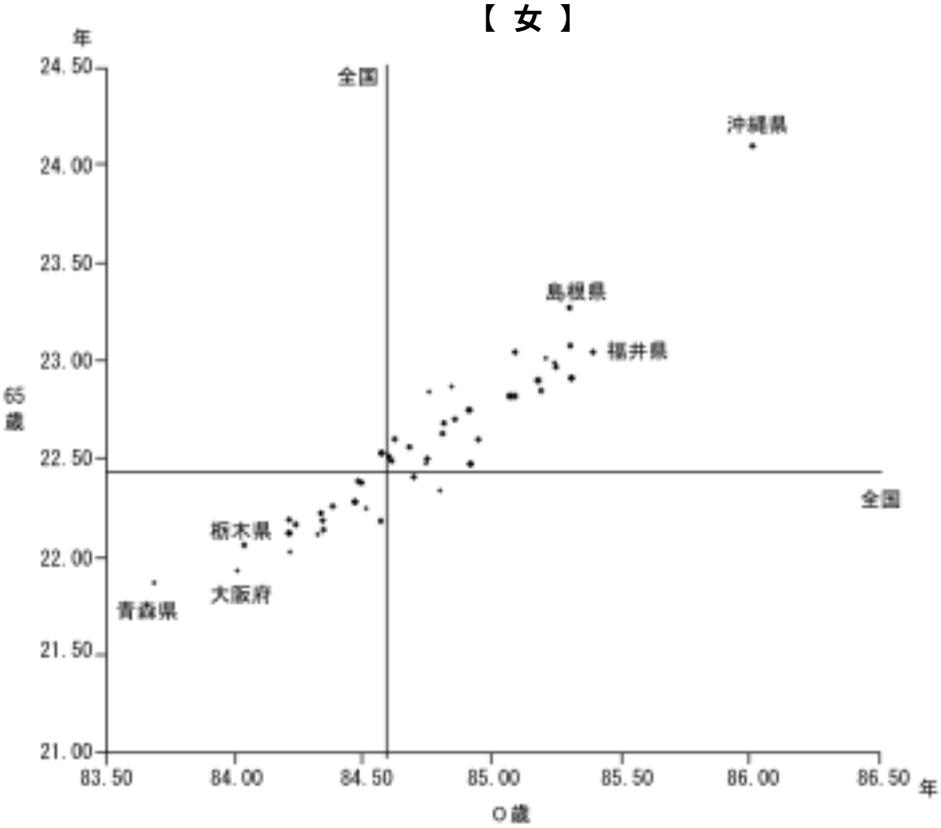
沖縄県の男性の場合、1985年に一位(76.34歳)であったが1990年には五位へと後退し1995年に四位（77.22歳）まで戻したが、2000年調査で26位（77.64歳）へと転落してしまう。これを地元では「26ショック」と呼んでいる。この凋落傾向は2005年の国勢調査

第４図　０歳余命(年)と65歳余命(年)の比較

【 男 】



【 女 】



によって、さらに顕在化すると予想する人もいる。

第４図では男女別に平均寿命と65歳の平均余命を都道府県別に対比している。女性の場合、地域ごとに平均寿命の長短が存在しているが、65歳の平均余命と比較すると直線状の相関関係になっている。女性はどこの地域に住んでいても特定年齢の死亡率が高くなることはない。

ところが、沖縄県も男性の場合は異常な状況にある。65歳以上の男性は引き続き平均余命日本一であるが、若年層の死亡率が増加している。老人の生活習慣はなお誇るべき状態だが、健康リスクが極度に増大した30～64歳の男性の死因別死亡率を見ると、脳血管疾患、肝疾患、糖尿病などで全国ワースト10に入っている。肥満の人の割合も全国平均より高い。

1998年に行われた県内調査では、県民の一日の平均歩数は男性7655歩、女性7091歩であり、当時の全国平均の男性8071歩、女性7392歩を下回っていた。どこへ行くのにも車に乗り、米国式の食事をとり、よく酒を飲む、という生活習慣が相当に浸透してしまったようだ。日本全体に寿命の短縮要因が蓄積しつつあり、最も米国の生活習慣に接しやすい沖縄県に住み、環境に左右されやすい男性に短縮現象がはっきりと現れたとも考えられる。

なお、沖縄県は離婚率（0.28%）が最大の県でもある。離婚率の高さは、戦後の米国流の結婚観が影響しているとみられるが、離婚の増加も男性の寿命を短くしているのだろう。

第２表　（参考）平均寿命とその世界ランキング

	平均寿命(02年)						健康寿命(02年)		人口1人当たりGDP(01年)	
	男女計		男		女		男女計			
	歳	順位	歳	順位	歳	順位	歳	順位	PPPドル	順位
日　本	81.9	1	78.4	1	85.3	1	75.0	1	26,652	12
ス イ ス	80.6	2	77.7	4	83.3	3	73.2	3	30,139	3
オーストラリア	80.4	3	77.9	3	83.0	4	72.6	5	27,614	10
スウェーデン	80.4	3	78.0	2	82.6	6	73.3	2	25,981	18
カ ナ ダ	79.8	5	77.2	7	82.3	8	72.0	7	29,235	6
フ ラ ン ス	79.7	6	75.9	14	83.5	2	72.0	7	26,809	11
イ タ リ ア	79.7	6	76.8	8	82.5	7	72.7	4	26,169	17
シンガポール	79.6	8	77.4	5	81.7	10	70.1	19	25,394	19
ス ペ イ ン	79.6	8	76.1	12	83.0	4	72.6	5	21,351	20
オーストリア	79.4	10	76.4	10	82.2	9	71.4	11	28,233	8
イスラエル	79.4	10	77.3	6	81.4	15	71.4	11	21,223	21
ノルウェー	79.1	12	76.4	10	81.7	10	72.0	7	36,460	1
ﾆｭｰｼﾞｰﾗﾝﾄﾞ	78.9	13	76.6	9	81.2	16	70.8	17	20,764	22
ド イ ツ	78.7	14	75.6	18	81.6	12	71.8	10	26,205	16
オ ラ ン ダ	78.6	15	76.0	13	81.1	17	71.2	13	29,231	7
ベ ル ギ ー	78.4	16	75.2	19	81.5	13	71.1	14	27,932	9
ギ リ シ ャ	78.4	16	75.8	15	81.1	17	71.0	16	16,247	25
フィンランド	78.2	18	74.8	21	81.5	13	71.1	14	26,349	14
英　国	78.2	18	75.8	15	80.5	19	70.6	18	26,273	15
米　国	77.3	20	74.6	24	79.8	23	69.3	23	35,182	2
デンマーク	77.2	21	74.8	21	79.5	25	69.8	20	29,655	5
コスタリカ	77.1	22	74.8	21	79.5	25	67.2	29	7,838	49
キ ュ ー バ	77.1	22	75.0	20	79.3	28	68.3	26	3,168	90
アイルランド	77.1	22	74.4	25	79.8	23	69.8	20	30,004	4
ポルトガル	77.1	22	73.6	26	80.5	19	69.2	24	17,573	24
韓　国	75.5	30	71.8	31	79.4	27	67.8	27	15,905	26
中　国	71.1	57	69.6	44	72.7	70	64.1	44	4,095	79

(注) 順位は人口100万人以上149カ国中。男女計の高い順に25カ国を掲載し韓国、中国を加えた。
　　健康寿命は病気にかからずにいられる寿命のこと。
(資料) WHO Core Health Indicators

Ⅳ．平均寿命格差の今後

日本の平均寿命の特異性は、飛び抜けた女性の平均寿命によって世界一が実現しているところにある。2002年統計によれば、男女合計の平均寿命が80歳を超えた人口100万人以上の国は、日本（81.9歳）のほかスイス（80.6歳）、オーストラリア（80.4歳）およびスウェーデン（80.4歳）の4カ国である(第２表)。これら国々の国情の違い、そして平均寿命に影響する疾患の観点から性差縮小の可能性を検討する。

１．女性の社会進出は平均寿命の短縮要因

日本の女性が置かれている特長的状況の一つに、専業主婦の存在がある。長寿４カ国の中でスウェーデンは「主婦がいない国」ともいわれるほど女性の社会進出が進んでおり、スイスとオーストラリアは中位、それに対して日本は先進国の中では最も女性の社会進出が遅れた国に分類される。スウェーデンでは就労年齢（20～65歳）女性の85%が職につき、内半数はフルタイムの仕事に従事しているといわれているが、日本では約半数が専業主婦である。日本の専業主婦が存在し続けた大きな理由は、租税負担の面で優遇されてきたためである。一方スウェーデンあるいはオーストラリアでは、共働きした方が租税負担を軽減できる。

また平均寿命の性差という観点で見ると、長寿４カ国の中でスウェーデンは、平均寿命の性差が4.6歳であり最も短縮している。また人口が少ないので参考として紹介するが、人口30万人のアイスランドの場合は際立っている。1996年にフィンボガドッティル氏が世界初の女性大統領なるなど、最も女性の社会進出が進んだ国として有名になったが、男性の平均寿命は78.2歳、女性は81.3歳であり、寿命の性差は僅か3.2歳に過ぎない。女性の社会進出が進むと職場で晒される精神的ストレスによって平均寿命の性差は短縮するように思われる。

日本でも女性の社会進出が進むと、女性へのストレスは高まるが、競争を好まないあるいは適さない男性が家庭に入るといった選択も生じ、男性へのストレスは減少する方向に進むだろう。結果として中年男性の自殺も減少すると思われる。平均寿命の性差は、

現時点では女性が男性の伸びを上回り拡大しているが、長期的に見て女性の伸びが鈍化し、性差が５～６歳に収斂すれば西欧並みの水準である。

２．男性のガン対策は寿命を延ばす有力策

平均寿命の性差が生じる理由を死因から比較すると、男性は働き盛りにガンによって死亡する人が多いことが分かる。ガン、心疾患そして脳血管疾患を三大死因といわれるが、それぞれの疾患により死亡した人を統計から除いた場合に寿命がどの位延びるか、という観点で推定した値も発表されている。それによると、ガン死を取り除くことにより寿命は男性4.04年、女性3.01年延長した。この数値は極めて大きな値であり、三大死因の残り二つである心疾患死と脳血管疾患死を取り除くことによって寿命が延長した年数にほぼ一致する年数であった。

男性の最大の寿命短縮要因のガン死を押さえ込むことは性差解消の有力策だが、ガンは容易には解決できない疾患である。ガンによる死亡率は、「ガンに罹る率」と「罹ってからの生存率」が混在した指標である。例えば長野県は男性の肺ガン死はベストワンであり全国平均よりも３割も少ない。ところが長野県の医師数は全国平均を下回るレベルであり、「罹ってからの生存率」がそれほど高いとは思えない。それならば「ガンに罹る率」が低いためと考えられるが、長野県の喫煙率は男女とも全国平均を下回る、「空気がきれいだ」など理由は挙げられても立証は困難である。喫煙は重大リスクだが、男性の肺ガン死が全国平均より２割多くワーストワンの沖縄県の場合も、喫煙率は全国平均を下回っている。

肺ガンに限らず「ガンに罹る」原因の解明が難しくて予防が困難である以上、「罹ってからの生存率」の向上を目指して診断と治療の質を高め、働き盛りのガン死を回避することが、男性の長寿に直結する方法である。

おわりに

男女ともに日本人が長寿世界一になったのは、遺伝的に有利な背景があったためではなく、長寿をもたらす社会制度が存在したためである。とりわけ女性の長寿命は、医療保険の皆保険に加えて、配偶者控除などの課税制度あるいは年金制度など、専業主婦が安心して長生きできる制度が存在したことが大きい。

このところ男女雇用機会均等法、成果主義賃金体系など、働き盛りの女性の平均余命が縮みそうな制度への傾斜が強まっており、働き盛りの女性の平均余命は影響を受けそうだ。しかしながら最大の年齢集団である団塊の世代は、現役引退の時期に近づいていて、この集団の平均余命が今後大きく後退する可能性は乏しい。団塊世代の最大の懸念は年金の減額であるが、日本では貧困層であっても、健康保険制度を享受でき、余命に大きな影響がないことから推定すると、健康保険の給付水準が大きく低下しない限り、2050年には100歳以上の老人が50万人に達する状況は、ありうる未来である。

そこで生ずる膨大な老人医療費を若い世代が支えることは不可能であれば、健康かつ安上がりに老後を過してもらう必要がある。良く話題になるのは、安価な老人医療を実践している長野県である。長野県は一人当たり老人医療費が全国最低、病院の平均入院日数も全国最低、にもかかわらず長寿（男性一位、女性四位）を達成している。働き盛りのガン対策は診断と治療の質の向上であることを指摘したが、三大死因の残り二つである心疾患あるいは脳血管疾患については、まさに長野県を見習った予防を主体とした取り組みが重要になってくる。

1995年統計によれば、日本の男性は離婚してしまうと、長く生きられない哀れな存在であったが、日本でも「結婚しても相手に満足できなければ離婚すればよい」という考え方に賛成する人は年々増加しており、すでに過半数を越えている。結婚は「個人の幸福追求手段である」という意識が過半数を占め、離婚情報が普及したことが離婚を後押ししている。2000年のＯＥＣＤの統計によれば、100組の結婚に対して離婚は何組あった

か、という指標で表現した場合、一位ベルギー（59.8組）、二位スウェーデン（53.9組）、三位チェコ（53.7組）であり、日本は20位（33.1組）であった。しかし離婚を肯定する意識は益々高まり、いずれは日本の離婚頻度は欧米の水準に接近してゆくだろう。

離婚頻度が日本よりもはるかに高いスウェーデンの場合、男性の平均寿命は世界第二位（78.0歳）に位置し、男性が長生きの国を実現している。日本の男性も離婚しても元気を失わない精神を求めながら、米国式の食習慣から距離をおき、働き盛りのガン死を回避できれば、高い平均寿命の維持は可能であり、結果として平均寿命の性差の拡大は抑制できると思われる。

参考文献

・ 厚生労働統計一覧　http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/index.html

・ 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ　http://www.ipss.go.jp/

・ 社会実情データ図録　http://www2.ttcn.ne.jp/~honkawa/index.html
（作者本川裕、関連情報多数収録）

・ 長野県の健康特性：長野県公式ホームページ
http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/tokusei.htm

・ 「沖縄の長寿は今」　http://www.ocnet.or.jp/kassei/kassei15nen-No2-p1.html