

長寿社会の健康と経済のシステム

——健康の経済学へのアプローチ——

三 上 芙美子

I はじめに

近年における日本人の平均寿命の伸びは著しい。1987年現在、女81.39歳、男75.61歳となり、30年前と比べると、男女ともに平均的には13年余りも長く生きようになった。その結果、高齢人口は年々増加の一途にあり、しかも出生率の低下により、人口に占める高齢者の割合も増大しつつある。

それは、戦後の経済復興と公衆衛生・医学の発達により、人々の栄養状態が回復し結核などの伝染病が克服されてきたこと、そして乳幼児の死亡率も低下してきたことを物語っている。しかしながら、本当に健康な人々の割合が増大してきたのであろうか。厚生省の国民健康調査によれば、国民の有病率（人口1,000人に対する有病人数）は1965年の63.6から1985年の145.2へと、この20年間に2倍以上の増加を示している。もちろん、健康状況を自己判定にゆだねているこの調査統計は、ある程度過大または過小に推計されているかもしれないが、それを割り引いてみても有病者の数が相当に多いこと、さらにそれが増大していることは事実である¹⁾。図1に示されるように、結核が減退する一方で、高血圧などの循環器系疾患や気管支炎などの呼吸器系疾患、新生物（がん）など慢性病が増え続けてきたからである。これらの慢性病は、主として生活環境や生活習慣の変化によってもたらされる疾病である。

このような状況をみると、私たちは果たして健康を維持できる社会に暮らしているのだろうか、

というきわめて単純ながら深刻な疑問がわいてくるのである。戦後の経済成長は、たしかに衣食住からレジャーにいたるまで何でも手にはいる便利な消費社会をつくりあげ、人々の物質的な生活水準を向上させてきた。しかしながらそれに伴う多くの技術開発や国土開発は、他方において、大気・水・土壌の汚染、食物への有害物質の添加、人と物の使い捨て等々の公害を発生させて、人々の健康を阻害する新たな要因をつくってきたことも事実である。そして伝統的な経済学（あるいは経済モデル）の世界においても、「健康」という変数はほとんど無視されてきたのである。

本稿は、健康が経済のシステムとどのように関わっているかについて論述し、長寿社会のヘルスポリシーとしての経済政策の重要性を示そうとするものである。以下では、まず最初に長寿社会の定義および経済活動の目的についてひとつの基本的な考え方を示し、つぎに健康がおおよそどのような諸要素によって影響を受けるかについての整理を試みる。そのうえで、とくに経済活動との関連について論述し、今後のヘルスポリシーの課題を最後にまとめてみたい。

II 長寿社会と経済活動の目的

わが国の平均寿命が国際的にみてトップクラスにあることから、この社会を長寿社会と称する人も少なくない。しかし現在の平均寿命の水準が将来も維持されるという保証はなく、20～30年後にはおそらく逆に短くなるという医学者の推測もある。現に成人病が子供たちにまで及んでいるとい

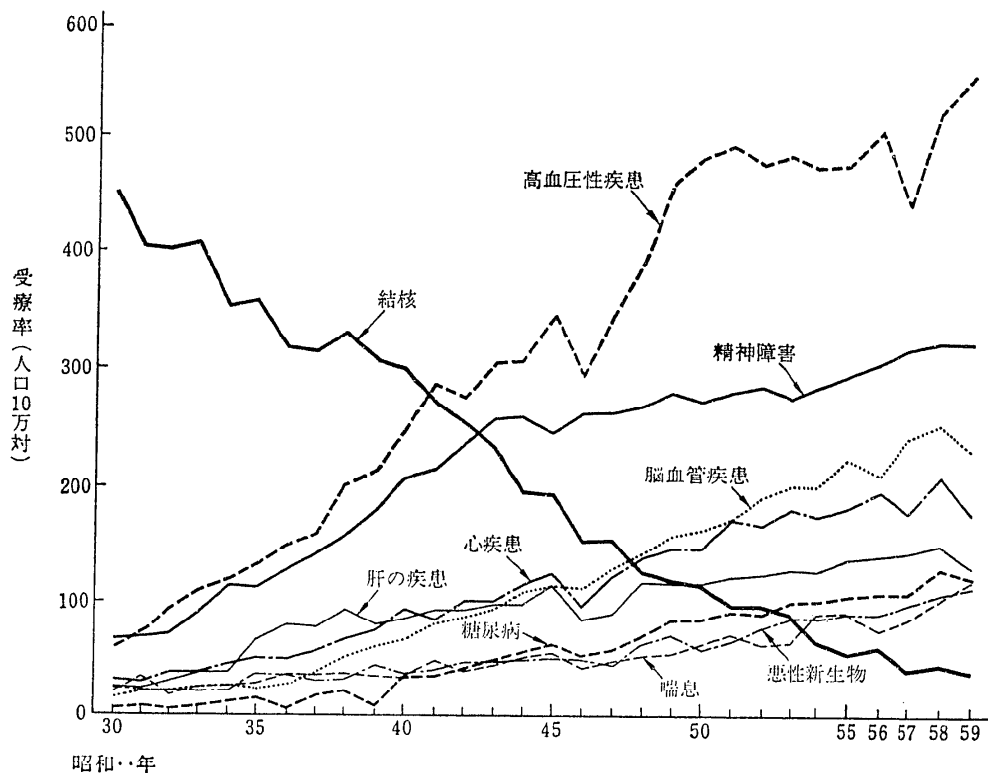


図1 主要傷病別受療率(人口10万対)の年次推移

う状況だけをみても、そう簡単に長寿社会が実現しているとはいきれないのである。

真の長寿社会とは何か。ここでは、市民が健康で長生きのできる社会として定義しておこう。それは、子供から老人まで、すべての住民が健康で安心した生活のできる社会を意味する。そのような生活が可能であるような環境条件を享受することは、市民の基本的権利であり、日本国憲法第25条において規定されているところである。以下の議論では、いうまでもなく、この生存権および健康権が前提とされる。

しかし現実には、私たちの日常生活の多くの場面において、この基本的権利が侵害されていることが認められる。また日常の生活態度において、健康への積極的な努力を怠っている人々の多いことも事実である。

長寿社会の定義は先に述べたが、具体的にはどのような社会を想定すればよいのであろうか。それは、実際に健康で長生きしている人々がどのよ

うな環境条件のもとでどのような生き方をしてきたか、という経験から学ぶことができる。世界の長寿郷や日本の長寿村を実地調査した森下^[9]や古守・鷹嘴^[5]は、百歳長寿者たちの実態調査の結果から、健康長寿を支えている共通の要素があることを明らかにしている。それらは、①生活環境と生活状況、②肉体労働、③精神状態、④食生活、という4本柱である。すなわち、「大気汚染のような環境破壊がなく、多くの人々が伝統文化を保って同じ地域に定住していること、老人が血縁地縁の共同体の中で尊敬され、適度に働きながら心理的ストレスのない日常生活を営んでいること、未精白の雑穀、完熟した野菜と果物、それにヨーグルトその他の発酵食品を主とする食生活パターンを守っていること」などであり、「心身と風土と食物が最も自然な形で一体化している」(森下^[10])のである。そしてこれらの諸要素が健康長寿を支えていることは、医学の道理からも説明されているところである^[11]。

長寿者たちの多くは、山岳地帯や高原の大自然のなかに住み、農業に従事して、健康で働いている。このような長寿郷を、日本や欧米先進諸国のように高度に工業化されてしまった社会に取り戻すことは、たしかにユートピアをめざすようなものにちがいない。しかし、ともあれ前述のような健康長寿の条件を現代文明社会のなかで整えていくことは、ヘルスポリシーとしてぜひとも必要であり、増大する国民医療費を減少方向に変えていく道でもある。いいかえるならば、社会および経済のシステムを真の長寿社会となるように改善する、という考え方である。そうすると、私たちはもう一度、経済活動の目的は何か？ という原点に立ち戻って、マクロの視点から経済を観察し直さなければならない。

本来、経済活動の目的は、個人個人が健康で平和な文化的生活を営むことのできる環境条件を、物やサービスの生産と消費を通して実現させることにあるといえよう。内容がどうであれ、とにかく GNP の成長率が高まればこのような環境条件が整い、健康長寿の社会が形成されるかといえば、必ずしもそうはならない。現実はその反対で、A. ヴィクター^[16]らが述べているように、ますます遠ざかっていく傾向がみられる。つまり最大化すべきは健康と福祉の水準であり、これが人間社会にとってきわめて自然の目的関数ということになる。そして、あとで述べるように、人々の経済活動や経済政策がこの目的達成に寄与できるところは、きわめて大きいように思われる。

以上のような視点から、真の長寿社会のための経済政策を検討しようとするならば、まず初めに、私たちの健康状態が日常生活のなかでどのような諸要素に依存し、経済のシステムや諸活動とどのようにかかわっているか、についての情報を整理しておくことが必要であろう。

III 健康をとりまく環境

目まぐるしく変化する現代文明社会における日常生活のなかで、私たちの健康状態も、毎日といってよいほど揺れ動いているように思われる。こ

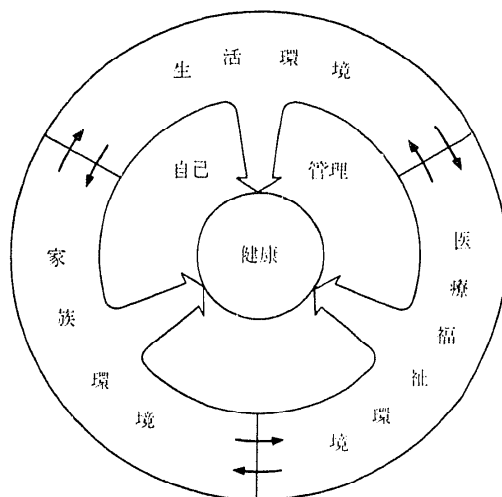


図2 健康をとりまく環境

こでは、人間の体の生理学的システムについてではなく、その外側で健康を支えている諸要素および健康を崩す要因となっているさまざまな環境のシステムについて概観しておきたい。

図2は、健康とそれをとりまく環境条件との関連をできるだけ簡素化して図示したものである。まず「健康」の周辺は、「自己管理」によってぐると囲まれている。日常生活のなかで直接的に個人の健康を左右しているのは、通常、本人自身による健康管理であることに間違いのないであろう。そして自己管理のまわりをさまざまな環境がとりまいている。ここではそれらを、「生活環境」、「家族環境」、および「医療福祉環境」に大きく分けることにする。

この図に描かれた環境、自己管理および健康の間の各接線（円状）は、これらの環境を受け入れたり、拒否したり、加工したりするという自己管理を通して、病気が回復したり、健康が維持増進されたり、また反対に損なわれたりするという関係を示している。つまり自己管理は、日常生活の意思決定とその行動を表しているといってもよい。

環境と健康との間には、しかしながら、自己管理の及ぶことのできない部分（あるいは領域）もある。ひとりの個人の努力では制御することのできない大気汚染などの公害は、その典型的な例である。このような場合は、環境が健康に直接的に影響するわけで、図2では各環境が自己管理域を

とび越えて健康の円中に直結するそれぞれの矢印によって示されている。矢印の部分は、セルフコントロールの能力や可能な範囲によって異なり、たとえば乳幼児や児童の場合にはきわめて大きくなる。

自己管理、生活環境、家族の環境、および医療福祉の環境についての具体的な内容と健康とのかわり合いは、おおよそ以下のように説明できるであろう。

1. 自己管理

飽食の時代といわれる今日であるが、過食、糖分、塩分、動物性蛋白質の過剰摂取、飲酒、喫煙、睡眠不足、過労、運動不足、等々の積み重なりによって、体調を崩したり、病気を引き起こしたりする場合は多い。これらの生活態度のほとんどは、明らかに自分自身の意思によってコントロールできることである。そして健康の自己管理が、予防のみにとどまらず健康回復にまで及ぶことを認識しておかなければならない。たとえば、日ごろ健康に良い食事をとっているならば、自然治癒力を身につけている（あるいは強化している）わけであるから、不幸にして体調を崩したときでも、たいていは自分自身で療養することによって自然に健康回復させることができるということである。

食事、運動（あるいは肉体労働）、休養、睡眠、精神衛生を良好に管理しているか否かによって健康状態が影響を受けることを、私たちはしばしば日常の生活経験から学んでいる。たとえば職業研究所が行った労働者の健康・体力に関する実態調査^[14]によれば、「健康の維持や増進を妨げるような問題があるか」という問いに対して、「運動不足」を挙げた者が半数近くで最も多く、そのつぎに男子の場合は、約2割の者が「不摂生」を挙げている。健康への人々の関心は高く、「自らの健康は基本的には自ら守る」という意識もまた強い。厚生省病院管理研究所が行った有識者調査^[6]によれば、回答者のほぼ7割がこの姿勢に賛成の回答をしている。

2. 家族の環境

家族と円満に互いに助け合いながら生活することは、いうまでもなく自分自身のみならず家族の各メンバーの心身の健康保持に大いにプラスとなる。とくに精神安定としての家族の果たす役割の大きいことは、一般に認められているところである。

もちろんひと口に家族といっても、大家族は四世代同居家族から小家族はひとり暮らしまであり、それらの家族構成もさまざまである。血縁家族をもたないひとり暮らし老人でも、家族同様に親しい友達や近隣をもつ者もある。飼い犬などのペット動物もたいていは家族の一員となる。ここでは心身への安定・不安定要素として、家族の概念をこうしたやや広い範囲でとらえたほうが適切であるように思われる。

健康への影響の具体的な例としては、家族の健康状態および家族の理解と協力が挙げられる。家族のなかで心配ごとや病気の者があれば、心身ともに負担がかかってくる。通常は義務感や気力が働くから、自分自身の健康に支障はないが、他方、負担が過重になると自分自身も健康を損なう場合がある。寝たきりの家族の介護に疲れきってしまうというケースは、後者の例である。

日常生活における家族の理解と協力も、健康に影響する重要な環境ファクターとなる。家族は最も身近な相談相手であり、この相談窓口が常に開かれ、日常生活における諸問題の解決に助言や助力を与えてくれる場合、健康に良い影響をもたらすであろう。反対に、コミュニケーションがうまく行われない場合は、ストレスの原因ともなり得る。また自分自身も家族や社会から必要とされている（つまり役に立つ）ということは望ましいことであり、生きがいとなるから、健康長寿に結びつくであろう。

3. 生活環境

生活環境という概念はさまざまなとらえ方ができるが、ここでは人々の健康に直接または間接にかかわりをもつ広義の生活環境として、自然環境、衣食住の生産と消費の環境および文化・社会の環

境を含むものとする。

第1に自然環境は、太陽の光と熱、大気、水、土壌といった生物の生息にとって基本的な要素が汚染されていないかどうか、そして自然の生態系が破壊されていないかどうかという問題である。私たちは自然の恵みなしに健康に生きることはできないから、自然環境保護は最も重要な健康ファクターといえる。

第2に衣食住の生産と消費の環境は、簡単にいえば、何を、どのような方法で、どのくらい、生産し消費するかということである。それは私たちの健康に直接の影響を与えるのみならず、自然環境や後に述べる文化・社会の環境に与える影響を通して、間接的な影響をも及ぼしている。

衣食住の生活は、基本的にはやはり自分自身で管理するものであることに違いはない。たとえば、寒いときに薄着をする、夜ふかしする、食べすぎる、食品の安全性に注意しない、住居の衛生管理を怠る、等々の生活行動は自己管理が劣る例である。ただし自己管理によって健康が維持できるというためには、安全な衣食住の手段が確保できること、そして安全性についての完全情報が消費者に与えられていることが前提とされなければならない。つまり生産と流通の問題であると同時に、供給される物やサービスの質について消費者が評価をくだせるように、また選択できるように、商品に関する情報が公開されるという消費者主権が確立していることが必要である。

人々の健康にとってプラスとなる物やサービスが生産されているかどうか、またどのような廃棄物（廃液、排気ガス、煤煙、塵）が生産および流通のプロセスで産出されているか、という問題に対する市民の関心は、近年ますます高まってきている。物、サービス、廃棄物、これらのアウトプットは、第1に私たちが直接入手し消費することによって、第2に、自然環境に影響し、私たちがその自然環境を日常的に享受することによって、第3につぎの生産プロセスへのインプットとなることによって、健康状態にさまざまな影響を及ぼすからである。

生産と流通のプロセスは、周知の通り、生産要

素と生産技術によって決まってくる。生産要素とは、自然資源（太陽の光と熱、空気、水、土地、森林など）、原材料、労働、機械設備等の、物やサービスの生産に欠かせない諸要素をいうが、これらの種類、質、量は、採用される生産技術に大きく依存している。すなわち、心身の健康づくりに有益な物をつくる技術と、逆に有害な物をつくる技術とでは、それらが相当に異なるのである。

たとえば野菜を生産する場合を考えてみよう。自然農法の技術では、野菜の種と太陽と新鮮な水・空気・土、人間のゆき届いた手入れ、それに適当な耕作用具が用いられる。これに対して化学農法の技術では、野菜の種、農薬、化学肥料、ビニールハウス、室温管理コンピューター等々を備える化学農場に、少数の人手が加わる。前者の技術は、自然の生態系に即した伝統的技術に基づいている。他方後者の技術は、戦後新しく開発され、「経済効率」の高いものとして急速に普及し、技術変更であるにもかかわらず一般には「技術進歩」と呼ばれた。しかし近年では、このような化学農法による農産物の健康に与える有害性が専門家や消費者の間から強く指摘されるようになり、自然農法や有機農法の技術を採用する生産者が増加しつつある。

このように昔からの伝統的技術を学び継承する、あるいは応用する、という生産や流通のプロセスは、近年少しずつ普及してきた。だがその一方で、先端科学技術の果てしなき追求によって、生活環境が破壊されたり、新たな倫理問題が生み出されているのも事実である。もちろん、近代的技術が人々の健康や福祉に寄与している部分も少なくない。とくに、危険を伴う作業や重労働の仕事が機械によって代替される場合や、障害者の自立した生活が種々の福祉機器や住宅設備によって容易となる場合などはそうである。伝統的技術の再生をも含めて、生活環境づくりに役立ち、したがって健康づくりに貢献する技術開発こそ、真の技術進歩といえるのではないだろうか。

こうしてみると、健康を守るための衣食住の生活は消費者の自己管理が基本とはいえ、生産者としても、流通者としても、そして科学技術者とし

でも、生産と消費の環境づくりに参加するというグループ管理も重要となるわけである。ここに行政の積極的な施策とバックアップが必要とされることはいうまでもない。

健康にかかわりをもつ生活環境として、第3に文化・社会の環境が挙げられる。都市の過密化による自然環境の衰退、ゆとり時間の喪失、技術の高度化、情報の氾濫などが進むにつれ、不安因子や危険因子が増大し、これらは往々にして心の病をもたらしている。近年にみられる自殺の増加、さまざまな形態のいじめや暴力の陰湿化は、その顕著な表れとみられよう。飽食時代におけるこのような精神の貧困を救済しようと、最近では芸術活動や宗教活動が盛んに行われるようになり、また失われつつある土着文化を復興させる運動も各地で起こりつつある。

余暇を楽しむゆとりもなく長時間働きづめの人々の精神的ストレスも、現代文明病のひとつであり、労働環境条件が心身の健康に及ぼす影響はきわめて重大な問題となってきている。ここでは文化論はさておき、経済に関連の深い働く場の環境についてもう少し説明を加えておきたい。

労働は、私たちの日常生活に欠かせない最も基本的な生産活動である。労働の種類には、市場において物やサービスを生産するための労働、炊事、洗濯、掃除などの家事労働や家族の養育、介護にたずさわる労働、そして地域活動などボランティアとしての労働がある。伝統的な経済学においては、これらのうち労働市場における労働のみが「労働」としてとらえられ、その他の労働はむしろ「余暇」とみなされる。しかし生産的である限りにおいて、無報酬の「余暇」活動も国民経済および社会福祉に寄与しているわけだから、「労働」と考えるべきである。ここでは上に挙げた労働すべてを、すなわち職業労働（市場労働）、家庭内労働（家事・育児・介護労働）、およびボランティア活動（地域活動）を「労働」とみなすことにしたい。

私たちはたいいてい、職場、家庭、居住地域のそれぞれにおいて、何らかの仕事をしている。つまりひとりの人が同時に、職場の労働力であり、家

庭の労働力であり、また居住地域の労働力ともなるということである。そしてこれらの労働力の源泉となるのが、「健康」であり²⁾、また「適度な労働」は、心身の健康保持にフィードバックする。そこで、これらの労働力としての人々の健康をとりまく環境条件をつぎに吟味しておこう。

職場の労働環境条件には、とくに安全衛生が確保されているか、労働時間が長すぎないか、適正な訓練や研修および能力発揮の機会が得られているか、働く人間にとって生産技術が適応しているか、民主的なルールが確立しているか、などの問題がある。これらの環境や条件が職場に適切に備わっていない場合は、そこに働く者に肉体的疲労や精神的ストレスを導きやすく、病気や事故の誘因となる。

家庭内労働は、その大半が肉休労働であるが、生活に必要な労働であるから、本来職業労働と無理なく両立しなければならないものである。しかし職業労働時間が長いことや職場のストレスなどから、家事や育児に十分な時間がとれなかったり、家事・育児の労働が過重となったり、ゆとりの時間がなくなるなどのしわ寄せが増えている。有職者のなかでも、このしわ寄せをより多く被っているのは、ほとんどの場合女性というのが現状である。女性が職場の労働、家事労働、さらに老親介護まで引き受けて共倒れとなるケースや、家庭内労働のために職業をあきらめるケースなどはその顕著な例である。

ボランティア活動は、居住地域の生活環境改善のための運動を行ったり、各種の福祉サービスを提供するなど、コミュニティの場における奉仕的労働である。

ボランティア活動に参加している住民は一般に社会参加意欲が高いが、元気で、時間的余裕のある場合もあれば、必要にせまられて時間をやりくりしながら活動する場合もある。前者の場合、適度な地域活動はとくに中高年者にとっては、地域福祉に貢献すると同時に彼ら自身の健康増進にフィードバックするであろう。他方、とくに後者の場合、企業や行政の対応によっては住民が被害を受けることもしばしば起きる。

このように、さまざまな場における労働は、その環境条件によって健康に深いかかわりをもつことがわかる。

4. 医療福祉の環境

病気のとき、心身障害をもつとき、年老いて体力が衰えたとき、医療サービスや福祉サービスはそれらの困難を乗り越えるための力強い助けとなるはずである。医療福祉サービスを上手に利用するならば、健康の回復・維持にプラスになることはいうまでもない。この意味での自己管理は、やはり安全で有効性の高いサービスを確保できると、自分自身の健康状態や生活状況に適したサービスを選択できること、サービスの内容や利用方法についての情報が得られること、などが前提とされなければならない。

健康を損ねたときに医者にかかるかどうかは、消費者の判断に依る。しかし医療サービスが他の消費財やサービスと異なる点は、ひとたびかかるとその後のサービスの内容や量は、通常は、専門家である医師の裁量にゆだねられることである。もちろん、適切な指導や有効な医療サービスの提供は、患者の健康回復に大いに助けとなる。しかし、他方において検査、投薬、注射、手術、等々が過剰に行われたり、医療過誤が起きるなどによって、医療サービスが直接的に（図2の円中への矢印）患者の健康状態にマイナスの作用をもたらす例も少なくない。検査づけや薬づけの誘因のひとつが、「そうすれば診療報酬が多くなる」という従来の診療報酬体系の欠陥にあることはすでに多くの専門家によって指摘されてきたところである³⁾。

医療サービスの費用は、相当の部分が公的医療保険および国庫によって賄われているが、真に有効かつ安全な医療に対して公的負担がなされているかどうかは、また別のチェックが必要である。現在、公的健康保険制度は対症療法を柱とする近代西洋医学の医療と一部の漢方医療を適用対象としている。その他の漢方医療および自然医学に基づく医療サービスは、全く適用の外にはずされている。漢方医学や自然医学の有効性が明らかになり、これらの医療に対するニーズも増大しつつあ

る今日、このような財政の負担と給付の現行体系は、消費者（患者）に医療サービスの機会均等を与えていないことになる。さらに、自然医食療法によって健康の回復・維持・増進を図っている人々は、一方で健康保険料を負担しながら、他方で「自己管理」と「自己負担」によって健康を守る努力をしているわけであるから、公平性の観点からも公的健康保険制度の再検討が要請される。

福祉サービスは、障害者や老人の自立と健康維持を側面から援助するものであり、高齢人口の増大とともにそのニーズは高まる一方である。ただし老人といっても、手厚い介護を必要とする者から元気でほとんど自活できる者まで、個人個人によって福祉サービスに対するニーズの差は大きい。住み慣れた地域で暮らし続けることのできるように、個人個人の健康状況や生活状況に適したサービスを受けられるしくみがあるならば、安心した生活を送ることができよう。また施設、住宅設備、道路交通環境などハードの面の改善も、病気や怪我の予防安全に欠かせないものである。

医療福祉の環境は、最も身近な地域にあって、病気の予防から健康回復・増進まで、健康を支える助けとなるものを指すが、実情は必ずしもそうでないものや逆に有害なものさえみられる点に注意しなければならない。

5. 環境間の相互関係

健康をとりまく環境を、ここでは大ざっぱに家族、生活、医療福祉の3つに分けて、それぞれが健康とかかわりあいをもつことを前項2～4で概観した。つぎに、これらの各環境が相互に独立のものではなく、関連し合っていることを簡単な例示によって付け加えておきたい（図2の環境相互間の矢印）。

家族と医療福祉の環境については、たとえば核家族化や女性の職場進出によって家族の介護能力が低下し、医療福祉サービスのニーズが一層高まる（家族の環境→医療福祉の環境）。医療福祉サービスの充実により、体の不自由な老人や障害者の自立が助けられ、家族の健康や家族の人間関係にプラスの効用がもたらされる（医療福祉の環境→

家族の環境)。

医療福祉と生活の環境については、たとえば医療福祉施設、福祉機器、およびサービスの整備が建設業や製造業の生産活動を誘発する、サービス労働力需要を増大させ雇用機会を拡大する、などの経済効果を与える(医療福祉の環境→生活環境)。介護休暇や労働時間短縮の普及は、福祉マンパワーの節約、地域活動に向ける時間のゆとりとなって、サービス・ネットワークの強化を可能にさせる(生活環境→医療福祉の環境)。

生活と家族の環境については、たとえば自然環境に恵まれ、ゆとりの時間がある、家族が自然のなかで助け合いながら共に過ごすことができるならば、家族の人間関係に良い影響を及ぼすであろう(生活環境→家族の環境)。家族が健康で円満であるならば、安心して職場や地域で働くことができるから、生産性の向上につながり生活環境にプラスの効果を与えるであろう(家族の環境→生活環境)。

もちろんこれらの状況が逆の場合は、反対の影響を及ぼすことになる。これらの例は、環境間の相互関係についてのほんの一部にすぎないが、ひとつの環境は直接的な(図2の円の中心に向かう)ルートによってだけでなく、隣の環境を経由して間接的なルートからも健康に影響を及ぼすというわけである。

以上、健康をとりまく環境についてきわめて大まかな整理を試みた。そのなかで、健康の自己管理の重要性は強調されたが、それには少なくともつぎのような2つの基本的な前提条件が付与されるべきことも示された。ひとつは、自然環境づくりにおいても、衣食住の生活環境づくりにおいても、そして文化・社会の環境づくりにおいても、「主権者は市民(住民・消費者・労働者)」⁴⁾という原則が貫かれていることである。もうひとつは、生産・流通・消費・労働の場における「場の倫理」⁵⁾が、経済システムに組み込まれていることである。これらは、健康長寿の社会をめざすヘルスポリシーを検討するうえで留意しておかなければならない点であろう。

IV 経済活動と健康のシステム

私たちの健康は自己管理によって基本的には守られるとしても、そのための環境整備や援助が必要であって、これらが実は経済のシステムおよび活動と深く結びついていることは前項で示唆されたところである。それでは、経済活動はどのように長寿社会の健康のシステムのなかに組み込まれ、本来の目的に貢献できるであろうか。つぎに考えてみたい。

経済の諸制度・政策および市場メカニズムは、健康の自己管理および環境管理に対して一定の経済的インセンティブ(誘因)となり得る。経済的インセンティブによって健康水準が高められるルートをわかりやすく描くと、図3のようになるであろう。すなわち、経済的インセンティブがひとつは自己管理を促進するルートと、もうひとつは経済システムの変革を介して環境整備を促進するルートである。これらの具体的な例を、ここでは健康長寿を支える4つの要素、すなわち、①自然環境、②適度な労働、③精神衛生、④食生活、に即していくつか提示しておこう。

大気、河川、土地、森林などの「自然環境」は、私たちの生活に欠かせない稀少資源であり、そのほとんどが再生産不可能なものである。宇沢^[15]において指摘されるように、このような資源については社会的共通資本として社会的管理下におき、ただし混雑現象を回避するために限界的社会費用を使用料金として賦課するという制度が必要であろう。そして私たちの命や健康にかかわる公害(=社会的費用)を発生するものについては、発

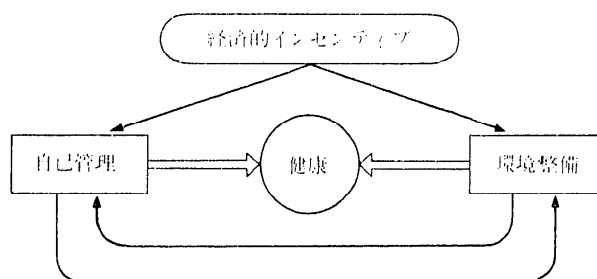


図3 経済的インセンティブの作用

生自体の直接禁止または抑制、課税、使用料金徴収などによって社会的費用を内部化することが望ましい。このような経済的インセンティブによって、環境破壊の生産・消費のシステムよりも自然保護の生産・消費のシステムの方が有利となるように、経済活動を誘導することは可能である。

「適度な労働」については、近年、若中年期の長時間労働を短縮して過労を防ぎ、高年期には引退の代わりに短時間労働機会をつくり、適度に働けるようなワークシェアリングへの要望が高まっている。

にもかかわらず、ワークシェアリングは現実にはほとんど普及していない。生産技術の高度化のみが追求され、競争激化によって生活のペースが加速された結果、一方では働く人々の生活時間のゆとりを逆に減少させ、他方では技術と人間の間の不適応（ミスマッチ）を生み出しているのが実情である。おそらくこのような経済システムが、人々に生涯適度に働き続けることを困難にさせているのであろう。

当面は、労働時間短縮や就業における年齢差別の撤廃（過渡的には定年延長）を制度化することで、労働環境を整備していくほかないであろう。しかし長期的にみるならば、結局私たちの労働環境も、どのような生産技術を選択するのか、どのような物・サービスを生産・消費するのか、という経済活動にかかっているように思われる。最近では、大都市を離れたところで小規模な共同体をつくって、自然と生活が一体となるような地域の生産活動を行う人々も徐々に増えつつある。そのような労働活用型小規模生産が経済的に成り立ち、安定して続けられるように、金融および財政面で援助するならば、人間らしい労働を高齢期まで続けられる場が拡大するはずである。

健康長寿を支える第3の要素「精神衛生」については、経済的インセンティブが直接的に働くというよりも、むしろそれが自然環境、適度な労働の環境、食生活の改善を促すことを通して心身のストレスを減少させると考えることができる。また、身近に相談のできる人々をもつ近隣コミュニティの育成や、地域福祉の相談の場や情報サービ

スなどの充実のために、地域の行政がバックアップし、必要な資源配分を行うことも有用であろう。

「食生活」については、成人病が食生活と密接な関係にあるという医学の情報が示されるにつれ、食物の安全性および穀菜食に対するニーズが高まってきたことが指摘されよう。農薬、飼料添加物、食品添加物などの使用に対しては直接規制する、自然農法または有機農法による生産・流通に対しては、都市においても農村においても土地利用や流通ルートの規制を緩和する、さらに経済的助成策によって普及に努めるなど、健康長寿のための食料供給への政策的対応が望まれる⁶⁾。

最後に、健康長寿にとって基本的に最も重要な“自分自身による健康管理”については、適切な自己管理の努力がなされるように、教育、消費政策、医療政策などによって啓発、促進することができる。正しい食生活や運動に関する知識、病気や障害に対する民間の手当法などの心得は、個人個人の健康管理の向上に欠かせないものである。これらのいうなれば健康管理術を、家庭、学校、社会一般の場において教育する、あるいはキャンペーンすることの効果は大きいと思われる。近年における分煙ならびに禁煙運動や、タバコへの消費課税⁷⁾はその一例といえよう。

経済的インセンティブによって、より一般的に健康の自己管理を促すのは、病気になれば有形無形の費用がかかるという費用意識をもつことである。医療費の一部自己負担は、過剰受療の抑制という効果をもつとともに、病気にならないよう健康努力を促す効果を期待するという意味がある。

このように、経済活動が健康の経済システムをつくりあげるように、公的な諸政策および民間の諸活動、また市民の努力によって誘導されるならば、健康水準が高まり、同時に医療費負担の軽減と経済安定が得られ、生活満足度の高い長寿社会への展望が開かれるであろう。

注

- 1) 国民健康調査は、1986年より国民生活基礎調査に組み入れられ、有病率の定義も若干修正された。この新しい統計によると、1986年の有病者率（人口1,000人に対する有病者数）は287.8という高さであ

- る。なお、健康の指標をめぐる最近の議論については、A. カリヤー^[1]が参考になる。
- 2) 労働力に焦点をあてて健康政策の重要性を述べたものとしては、三上芙美子^[8]を参照されたい。
- 3) たとえば、V. フックス^[2]、最近の文献では稲田^[3]を参照。
- 4) ここでいう「市民」とは、「高度大衆社会」の大衆ではなく、むしろ「大衆人への自己懷疑を發展してゆく知識人」をも含めた庶民を指す。西部^[13]を参照。
- 5) 「場の倫理」とは、神川^[4]によれば、「身の回りの状況との関係を切り離して、われわれの行為や心情の良さを語ることは許されないという倫理的見方」である。
- 6) 近年の EC およびイギリスの農業政策は、有機農業重視へ転換が図られたと、中村^[12]によって報告されている。その具体策は「従来の農産物価格支持を抑制し、浮いた予算を生産性向上や食糧増産で傷ついた自然環境の修復などに用いる」、さらに「化学肥料や農薬の使用量削減を奨励し、そのような対応によって粗収益が2割以上減少した場合には、EC から減産補償金を支給する」といった内容のものである。
- 7) E. ルウィットとD. コート^[7]は、タバコ税が消費に与える影響が若年層に大きいことを、実証分析によって示唆している。
- [3] 稲田献一「健康保険診療報酬について」宇沢弘文編『医療の経済学的分析』、日本評論社、1987年。
- [4] 神川正彦「福祉世界の形成にむけて」『季刊・社会保障研究』第22巻第2号 (Autumn 1986)。
- [5] 古守豊甫、鷹芳テル『長寿村・短命化の教訓——医と食からみた桐原の60年——』、樹心社、1986年。
- [6] 厚生省病院管理研究所資料「21世紀の医療供給体制等に関する有識者アンケート」『21世紀へ向けての新保健医療体系の確立に関する研究』1987年3月。
- [7] Lewit, E. M. and Coate, D., "The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking," *Journal of Health Economics*, Vol. 1, No. 2 (August 1982).
- [8] 三上芙美子「高齢化社会における労働意欲——予防の経済学を考える」『ESP』164号 (1985年12月)。
- [9] 森下敬一『長寿学入門』、美土里書房、1986年。
- [10] 森下敬一「否定できぬ長寿郷の存在」『朝日新聞』1987年6月21日。
- [11] 森下敬一『自然医学の基礎』、美土里書房、1980年。
- [12] 中村耕三「有機農業重視に踏み切った EC」『エコノミスト』1987年10月27日号。
- [13] 西部 邁『大衆社会のゆくえ』NHK 市民大学テキスト、日本放送出版協会、1986年。
- [14] 職業研究所『中・高年婦人労働者の労働と健康・体力との関連に関する調査研究』、1981年。
- [15] 宇沢弘文『自動車の社会的費用』、岩波新書、1974年。
- [16] Victor, P. A., *Economics of Pollution*, Macmillan, 1972.
- (みかみ・ふみこ 社会保障研究所研究員)

参考文献

- [1] Culyer, A. J., ed., *Health Indicators*, Martin Robertson, 1983.
- [2] Fuchs, V. R., *Who Shall Live?—Health, Economics, and Social Choice*, Basic Books, Inc., 1974.