健康・長寿と富、そして格差

長寿社会化は国民経済全体、そして一人ひとりの生活にとって、どのような意味を持つだろうか？豊かで創造的な長寿社会のための条件は何か？ 長寿社会の影の部分とは何か？ これらの問いに対して、海外各国からさまざまな論点が提示されている。

国際長寿センター（ILC）では、2005年7月にブラジルのリオデジャネイロで開かれた国際老年学会において世界各国のILC理事長が「健康・富そして長寿（Health, wealth and longevity）」と題してシンポジウムを行った。同じ12月にはILC-USA、ILC-France、ILC-UKで構成するAlliance for Health & Futureが、世界各国の専門家に請じてパリのユネスコ本部において「健康・長寿は富をもたらすか？（Do Health & Longevity Create Wealth?）」と題して国際シンポジウムを開催した。

この一連のシンポジウムにおいては、各国の長寿社会化の諸相、とりわけ長寿化ははたして豊かな社会をもたらすものなのか、またそれぞれの社会の中で格差はどのように存在しているのかが問われてきた。

これらの成果を踏まえ、本特集では特にアメリカとヨーロッパからの報告に焦点を当て、ILC-USA、ILC-France、ILC-UKの各理事長に「健康・長寿と富、そして格差」に関するこれまでの発表のまとめの提出をお願いした。以下はその要約である。

また、経済協力開発機構（OECD）が、本年7月に発表した「対日経済審査報告書」において、2000年の日本の「相対的貧困層」の割合がOECD諸国の中でアメリカについで高いという報告を発表したことは記憶に新しいところである。そこで特集関連レポートとして、OECD日本政府代表部一等書記官の姫野泰啓氏に、同報告書の解説をお願いした。

1 from USA 健康と諸国民の富
健康と長寿は富を生み出すか

執筆：ロバート・N・バトラー
ILC-USA 理事長

■ 長寿革命

19世紀から20世紀にかけて健康は増進した。これは何よりも公衆衛生の発達、疾病の微生物病原説の応用、ワクチンと抗毒素血清の開発、食物の豊富さ、生活環境の改善によるものである。労働への規制が進む中で、企業などでは職場における労働の過酷さのレベルを下げるとともに安全と健康を増進させてきた。

20世紀には未曾有の高齢者の増加があり、産業界でも65歳以上にまで就労年齢が拡大した。社会はこの歴史的な人口構成の変化に、きわめて効果的に適応してきた。高齢者に向けたサービスを発展させ、年金制度が整備され、高齢化に関連する病気の研究が進むとともに、老年医学など医療の特別な分野も現れてきた。健康増進と疾病予防の努力は国家、地域社会、家庭、個人のレベルへと浸透してきた。

■ 長寿と諸国民の富

高齢人口の増加の結果としてのコストの増加、特に年金と医療費の増加を強調する人々がいる。彼らは「高齢化による危機」を回避するためであるとして医療費などの抑制のための政治的規制の整備を訴えている。そして人口増加と移民拡大が高齢化による「破滅」をかわす方法であるとする。黙示録的な言い回しでこの人口上のシフトについて述べている書物はジェームス『高齢化による危機の回避（Averting the Old Age Crisis）』やピーターソンの『灰色の夜明け（The Gray Dawn）』などである[a]。彼らは現実に沿って進められている諸研究を妨げているのである。

経済学者のアダム・スミスが道徳哲学の教授であったことが一例だが、経済学分野の歴史には道徳的な思考が反映されているものである。経済学の実際上の意義は結局のところ貧困を減らすことであり、公衆衛生の最終目標は人類の苦痛と苦悩の改善であり、疾病の予防であり、健康とQOLの向上である。経済施策と公衆衛生施策は、はっきりと道徳的思考のうえに立っていなければならない。年齢を重ねて長寿者となる我々が、スケープゴートにされたり、無視されたりすることのない施策が求められるのである。

シカゴ、ハーバード、エール、ベルファストの各大学における経済学者たちの業績は旧来のものの見方とは異なり、健康と長寿に関して勇気を与えるような見通しを示している。彼らは人口高齢化と長寿について底流に流れている経済的メリットを見いだしている。以下、いく

ロバート・N・バトラー *Robert N. Butler*
1927年生まれ。マウントサイナイ・メディカルセンター老年医学部教授。76年米国国立老化研究所（NIA）初代所長、82年アメリカで最初の老年医学部をマウントサイナイ・メディカルセンターに創設。ニューヨーク市立大学教授、マウント・サイナイ医学センター教授などを経て、現職。76年 "Why Survive?-Being Old in America"でピューリッツァー賞（ノンフィクション部門）受賞。

つかのメリットを掲げてみよう。

①自由裁量で使える資金の大部分は、50歳以上の人々の蓄積によるものである。
②私的な世代間移転の大部分は高齢層から若年層に移ることになる。「若年層から高齢層へ」ではない。
③健康な人のほうが、病気の人よりも多く、高齢期までに貯蓄と投資を増やしていく。
④健康な高齢者は、高齢期に労働の継続やボランティア活動を通して社会参加し、生産的であり続けるという傾向が強い。
⑤健康な高齢者は、医療サービスを求めることが少ない。
⑥医療、薬業、金融サービス、保険などの「熟年」関連産業すべては、自分たちも高齢になるという人々の予測によって利益を得ている。

■ 国内総生産（GDP）

ブルームとカニングの業績[b]によると、平均寿命が5年長い国では、GDPが増加することをはっきりと示している。この研究によると、たとえばGDPの伸び率が年間に0.3%～0.5%早くなるとしている。

国民総生産を再吟味し、経済学者のノードハウスが示した「健康増進による収入（health income）」[c]という概念をGDPの中に組み入れて考えることは意味深いことである。

国民所得と生産高の旧来の計算方法では国民の健康状態向上の価値を除外している。ノードハウスは健康状態の向上を適切に反映した場合に、どのように標準的な経済測定が変化するかということについての方法論の確立と予備的な推定を進めた。彼は、自らの提唱する「health income」という尺度が測定理論そのもの、さらに消費および健康状態の評価に適合するものであると述べている。そして「過去100年間の長寿の進展がもたらした価値は、医療関連以外の商品およびサービスの増加の価値とほぼ同じ大きさである」との結論に達した。

健康増進の経済的価値を検討する研究はいまだにほんのわずかしかない。そのなかで、国連人間開発指数（Human Development Index, HDI）は適切な尺度であるといえる。また、カルターとマクレランは「乳児死亡率を下げることや心臓発作の治療法の進歩の恩恵は素晴らしいものであり、これだけで医療保険の全コストにほぼ匹敵する」と述べている[d]。

■ プロダクティブ・エイジングと社会参加

アメリカの男性高齢者（65歳以上）のほぼ10%、そしてそれよりやや多い割合の女性高齢者は正式に雇用されて働いている。何百万という高齢者は自分の時間をボランティア活動に使い、また自分のお金を社会貢献活動に寄付しており、その額は数十億ドルになっている。人々は健康に気を配ってより長く働くようにするべきであり、あるいはボランティアなどで生産的に社会参加をするべきである[e]。

高齢者はパワフルな成長市場を形成する。それは「シルバー産業[f]」「成熟市場」「シニア・マーケット」とさまざまに呼ばれ、1960年代におけるベビー・ブーマーによる「若者市場」と同じように重要な成長市場である。長寿は、健康関連産業や金融サービスを含めてすべてのライフ・コースで影響を与えている。

全体を見てみると、経済、文化社会、個々の人生に影響を与えている人口高齢化と長寿がもたらしているものは無数にある。しかし、この広がりはあまりに語られる機会が少なかった。

どのようなレベルにおいても健康が富を生み出すことを理解することによって、高齢期そして高齢者が社会の負担であるという旧来の考え方を正すことができる。健康な高齢者は社会的資源であり、また「熟年市場」はビジネスの機会である。

【参考文献】
- a James, Estelle, *Averting the Old Age Crisis: Politics to the Old and Promote Growth*, World Bank, 1994. Peterson, Peter, *The Gray Dawn, New York*, Crown Publishing, 2000.
- b Bloom, David E. and Canning, David, *The health and wealth of nations*, Science, 287: 1207-1209, 2000.
- c Nordhaus, William D., *The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards*, Working Paper 8818, National Bureau of Economic Research, 2003.
- d Cutler, David and McClellan, Mark, *Is technological change in medicine worth it?*, Health Affairs, 20:11-29, 2001.
- e International Longevity Center-USA, *Lifelong learning in Norway: An experiment in progress*, Issue Brief, December 2001.
- f Green, Kelly, *Florida frets it doesn't have enough elderly*, The Wall Street Journal, October 15, 2002, Sack, Kevin, *More retirees discover small towns*, The New York Times, May 25, 1997.

2 from FRANCE

フランスにおける長寿、富と経済発展

執筆：フランソワーズ・フォレット
ILC-France 理事長

フランソワーズ・フォレット
Françoise Forette
パリ市議会議員。パリBroca病院理事長、パリ第5大学内科・老年医学科教授、フランス赤十字理事、フランス国立老年医学・老年学財団理事長、フランスアルツハイマー病学会会長など。『エイジング臨床・実験研究』編集委員を務めるほか、230に及ぶ科学関連著書がある。

■ 高齢者雇用の重要性

フランスは平均寿命において素晴らしい伸びを示しているが、60歳以上の就労人口比率は非常に低い国の一つである。60歳以上の就労比率は男性7%、女性4%であり、きわめて低率である。

フランスの60歳以上人口の就労率の低さは健康に起因するものではない。不治の病による高齢者従属人口は、65歳以上人口の6%、60～69歳の2%にすぎない。しかし実際にはこの素晴らしい健康状態をすべての人が等しく享受しているのではなく、例えば、管理職と労働者の間には60歳での平均余命に約5年の違いがある[*1]。また、健康状態には地域差が認められ、フランス北部地域はパリ地域より平均寿命が約5年短くなっている[*2]。

さらに最も重要なのは雇用の状況である。失業者の死亡率を見てみると、さまざまな要因によって雇用者の約3倍を示している（表1）。高齢者の就労の促進は重要課題となっている。

表1　雇用状況と死亡率

雇用状態	男性	女性
雇用者	**1**	**1**
非雇用者	**5.1**	**2.5**
失業者（求職中）	**3.1**	**1.9**

出典: Mesrine A., *La surmortalité des chômeur un effet catalyseur du chômage ?*, Economie et statistique, p. 33-48, numéro 334, INSEE, 2000

■ 健康の増進

平均寿命によって証明される健康度と、一人当たりの収入との明確な相互関係はよく知られている（図1）。

経済学者のブルームが注目したように、この明確な関係は収入と健康の因果関係を反映するものと考えられている。

実際に、経済レベルが高ければ、栄養、公衆衛生、高度な医療サービス、予防など、健康増進にかかわる商品やサービスの入手を可能にすることができる[•a]。

さらにブルームらの経済学者は非常に興味深い、新しい仮説を発展させた。彼らは収入と健康との関連性を「健康から収入へ」と表現し、健康の増進が、以下のいくつかのメカニズムによって、収入の増加につながると説明した。

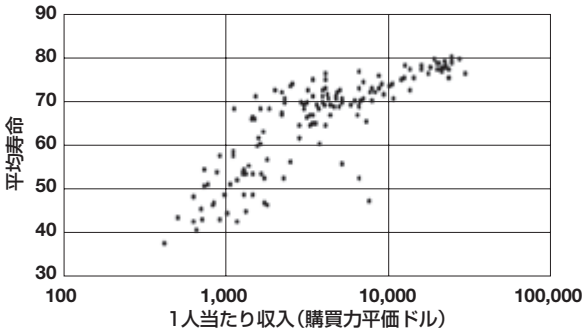

図1　1997年 平均寿命と収入

出典: Life expectancy and income, 1997-World Bank, World development indicators, 1999

①**生産性**：健康は、活力を増強し、病欠の減少、同居家族の介護ニーズの軽減などを促進し、生産性を向上させる。

②**教育**：健康な人々は高等教育を受けて、生産性のある職種を収入源とすることができるし、知識や教育の成果により責任ある職務を遂行できる満足感は、疾病への予防的な役割を果たすことにもなる。

③**身体という資本への投資**：長寿の増進は、長期間にわたる投資と貯蓄につながり、その結果として経済に刺激が与えられる。

④**人口ボーナス**[*3]：死亡率の高い状態から低い状態へ移行していくということは、発展途上国に見られるような高い出生率が健康状態の向上によって低下していくことと相関関係がある。

健康増進は労働力を増強し、経済を強化し、貧困を軽減する。この過程は特に労働力に依存する貧困層にとって有益である。そして国家の収入の増加は貧しい人々の収入増加に転換されていくのである。

【管理者、労働者の平均余命差[*1]】
「Espéance de vie à 60 ans par catégorie sociale (1982-1996), INSEE」によればフランスの男性の60歳における平均余命は「管理職」が22.5年、「労働者」が17.0年。

【居住地域による平均寿命差[*2]】
「Espéance de vie à la naissance par région (2003), INSEE」によれば、男性の平均寿命は、パリ地域を含むIle-de-Franceでは77.3年、北部のNord-Pas-de-Calaisでは72.8年。

【人口ボーナス[*3]】
たとえば、ある国において乳幼児死亡率の低下を背景にして出生率の減少が始まった場合、その後、従属人口が減少するという時期が訪れる。この時期には、生産労働人口の割合が上昇して同時に扶養負担が減少することから経済成長にとって非常に有利な状況となる。ただし経済成長のためには、この時期に有効な投資を行い教育を充実させることが前提となる。

【参考文献】
•a *The Health and Wealth of Nations*, Bloom, David, and Canning, David, Science, Vol. 287, February 18, 2000およびDavid E. Bloom, David Canning, Jaypee Sevilla, *The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change*, Rand monograph report, 2003 など。

3 from UK

健康、富と長寿：英国の展望

執筆：**バロネス・サリー・グリーングロス**
ILC-UK 理事長

バロネス・サリー・グリーングロス
Baroness Sally Greengross
英国上院議員。エイジコンサーン副会長、Experience Corps会長、HelpAge International理事、英国健康増進学会特別研究委員、英国芸術学会特別研究委員など。1993年大英勲章OBEを受章。

■ 持続可能な財政支出

人口高齢化はヘルスケアシステムを圧迫し、国の富を危うくするという悲観的な見方がある。しかしマクロ経済的研究では高齢者の医療への総支出と65歳以上人口比率との相関性はほとんどない。また、高齢化がヘルスケア支出の上昇に与える影響も限られており、高価な最新技術導入のほうが大きな要因である[•a]。こうした結果は、高齢化は医療への支出（すなわち国の富）に影響しているという議論の不当性を示すものだろう。

高齢の患者はヘルスケアの財源を若年層より多く使うのかという疑問は依然として残る。総合的には高齢者のほうが、加齢によって病気や死亡の確率は高まり、財源の消費が増加するが、この事実は、個人レベルにはあてはまらない。最も高い経費は個人の死亡前12～18ヵ月の間に発生しており、このことはどの年齢層にもあてはまる。高齢であればコストが高いのではなく、高いのは死のコストである。

最近のイギリスの多くの研究がこのことを論証している。ディクソンらは病院での死亡者25万人の調査を行い、死亡前に病院で過ごす日数の平均値は年齢に伴って増加するものではないことをつきとめた[•b]。

セシャマニとグレイは、1985～1987年、1996～1999年の2回の調査でイギリスにおける65歳以上人口のヘルスケアのコストは、中年層にかかるコストほど増加していないことを明らかにした[•c]。

これらの異なった研究は、人口動態予測に基づく将来のヘルスケアのコストについて計画を立てる上で、重要な示唆となっている。

■ 社会経済的な不平等

個人レベルのデータを見て、イギリスの不平等を考察すると、健康と富と長寿の関連性は特に明確になる。1980年の「ブラック報告*1」の刊行以降、健康格差への関心が高まってきた。1997年の「アチェソン報告*2」では、性差、社会経済的地位、教育レベル、生活条件の違いによって寿命、罹病率、死亡率が大きく変わることを論証した。

「イギリス・エイジング縦断研究*3（English Longitudinal Study on Ageing, ELSA）」などは、人の一生を通しての不平等に関する考察を行うことが、事態の複雑さを完全に理解するためには必要なことであることを明らかにした。

例えば、マーモットらの研究によれば、肉体労働者は、専門職や管理職より平均15年くらい早く健康を損ねるか障害をもつ傾向があることを示した[•d]。

また個人の富（またはその欠乏）が健康と寿命に与える影響については、ELSAの調査結果の中で重要な論証が行われた。社会階層間の障害率のギャップは、10年以上の年齢ギャップと一致する。興味深いのは自己認識による社会経済的地位が、健康と強い相関関係を示していることである。

一方、高齢者間の社会経済的不平等が明らかなもう一つの領域は住居である。イギリスは冬季の高死亡率の問題を長年抱えている。低室温、湿度、換気不足などによるものである。このような状態は居住者、特に高齢者に呼吸器系の病気や心臓血管系の病気を引き起こしやすい。この問題はロンドンで特に顕著であるが、全国にも及ぶものであり、冬の寒さによる「避けられる死」は年間数千人に上ると考えられる。

イギリスは、空前の高齢化を迎えた豊かな国であるが「健康なエイジング」は平等に適用されていない。経済発展の中で、富、健康、長寿についての社会的格差を減らすとともに、社会経済、健康、人口統計などの要素の複雑な相互作用を理解するべきである。また、全世代が適切で効果的なケアを受けられるような、ヘルスケアシステムの構築も必要である。こうした投資は既存の社会保障制度を損うものではなく、逆に、来るべき世代に真の健康的なエイジングをもたらすであろう。

【ブラック報告*1】
イギリス政府による報告書。1971年において成人男性の場合に社会階層の違いによって死亡率が最大約2倍の差があると報告している。

【アチェソン報告*2】
同じくイギリス政府による報告書。「ブラック報告」で指摘された上記の死亡率の差が、1990年代には約3倍に達していると報告。この後、格差縮小のために数々の施策が進められている。

【イギリス・エイジング縦断研究*3】
2002年より開始された。健康、ソーシャル・ネットワーク、経済的地位などの相互関係を明らかにすることが目的。2002年の第1次調査では11,400人へのインタビューを実施。

【参考文献*1】

•a Newhouse JP, *An iconoclastic view of health cost containment*, Health Affairs 1993 (Supplement): 152-171. Barros P, *The black box of health care expenditure growth determinants*, Helath Economics 1998; 7(6): 533-544. Anderson GF and Hussey PS, *Population aging: a comparison among industrialized countries*, Health Affairs 2000; Vol 19, Issue 3, 191-203.
•b Dixon T, Shaw M, Frankel S, Ebrahim S., *Hospital admissions, age, and death:* retrospective cohort study, BMJ 2004 published online 16 April 2004.
•c Seshamani M. and Gray A., *The impact of ageing on expenditures in the National Health Service*, Age and Ageing, 31 pp. 287-294, 2002.
•d Marmot M, Bobak M, Pikhart H, Rose R and Hertzman C., *Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries*, in P. Nilsson & K. Orth-Gomer (Eds.), Self-rated health in a European perspective, FRN, Stockholm, 2000.

4 from OECD

OECD報告書を読む
日本は貧困・格差社会か

執筆：姫野 泰啓
経済協力開発機構（OECD）日本政府代表部 一等書記官

姫野 泰啓 *Yasuhiro Himeno*
1973年生まれ。東京大学法学部卒業。カリフォルニア大学ロサンゼルス校公共政策大学院卒、公共政策学修士。96年厚生省（当時）入省。年金局総務課企画法令係長、健康局疾病対策課課長補佐、保険局総務課課長補佐などを経て、2006年から現職。

7月20日に経済協力開発機構（OECD）が、定期的に行っている日本の経済状況審査の結果を公表した。この報告の中で、日本の所得格差について一章を当てて分析しており、この分析を踏まえて、各紙で「日本の所得格差、アメリカに次ぎ2番目」「日本の所得格差拡大を懸念、OECDが初めて言及」といった記事が報道された。OECDの分析では、所得格差を分析する伝統的な手法であるジニ係数とともに、相対的貧困率（Relative Poverty Rate）という指標を用いて、OECD加盟国との比較を行っているが、可処分所得でみた相対的貧困率については、2000年時点における日本の勤労者層（18～65歳）で13.5%であり、13.7%のアメリカについで2番目（17ヵ国中）に高く、全人口でも12%から15.3%へと増加し、26ヵ国中5番目に高いという結果が示されている。

しかし、この耳慣れない「相対的貧困率」という指標を理解するには留意が必要である。まず、「相対的貧困率」という指標は、ある国の中で所得が中位値の半分未満である家計の割合により、ある国の中での低所得世帯の偏りを測るという手法であり、必ずしも日本に、他国より絶対的な生活水準の低い世帯が多いというわけではなく、むしろ、日本では相対的に貧困な家計が、他の国では平均的な家計となることも理論的にはありえる。また、OECDが公表した別の報告書においても、相対的貧困率は実際の物質的な欠乏度とは相関しないと述べられている。

実は、所得格差を論じるのであれば、ほかにも伝統的に用いられてきた「ジニ係数」という指標があり、この数字が示す所得格差の水準と「相対的貧困率」ではかなり印象が異なっている。

わが国の所得格差が拡大傾向にあることは、「相対的貧困率」を持ち出すまでもなく明らかであり、1980年代半ばから2000年にかけて、市場所得（Market Income）で計算したジニ係数が、OECD平均では4.3%しか上昇していない中、日本は9.4%も上昇している。しかし、ジニ係数の水準自体は、依然としてOECD平均より低く（OECD平均44.3、日本は41.0）、「相対的貧困率」が示すほどの所得格差大国になっているわけではなく、「相対的貧困率」のみで所得格差を論じることは、やや精度を欠く議論となる。

さらに、日本に特徴的な傾向として、OECD諸国と比較して勤労者世代（18～65歳）の所得格差の拡大傾向が大きいことから、OECDは日本の所得格差の拡大に警鐘を鳴らし、正規雇用と非正規雇用の雇用格差（労働市場の二極化）の是正などを提言したわけである。実はこうした若年世代の所得格差の拡大は、全体の中では大きな要因ではない。むしろ、社会全体としての所得格差拡大には、高齢化が大きなインパクトを与えていることは否定できず、本報告書も12%（1980年代半ば）から15.3%（2000年）へと「相対的貧困率」が3.3%上昇した要因については、半分は高齢者を中心とした単身世帯の増加、4分の1はそもそも所得が低く、世代内格差も大きい高齢者人口の増加であると分析している。

また、具体的に高齢化が所得格差に与える影響については、以下のように分析している。

①高齢者は就労世帯に比べて所得が低く、高齢化の進展により低所得層が増加。
②所得の格差はもともと就労世帯より高齢者世帯の方が大きいため、高齢者世帯の増加により所得格差が拡大。
③高齢者単独世帯の増加といった世帯構成の変化が主因となり、高齢者世代内の所得格差が拡大（65歳以上人口のジニ係数は1985年代半ばから2000年にかけて、15.6ポイント増加）。

今回のOECD報告書の数字が示した我が国の所得格差の拡大という傾向は、高齢化の副産物として計算上どうしても生じる現象という側面が強く、生活上の実感とはあわないおそれもある。そもそも教育費などの出費を要する現役世代の所得が高いこと自体は当然であり、高齢者世代と現役世代に所得格差があること自体はさほど問題ではない。また、高齢者世代内での所得格差の拡大についても、所得の高い現役世代と同居する高齢者が減少した結果であれば、生活水準が落ちているわけではないので大きな問題ではない。

むしろ、長寿社会における所得格差の問題を考える上では、現実に国民生活の実感に照らして所得格差の要因を探ることが必要になる。高齢化の進展以外の格差拡大要因として、若年期の所得格差に注目したOECD報告書は興味深い視点を提供してくれているが、実は最も大きな所得格差拡大傾向がみられる高齢者世代内での要因分析については言及されていない。さらなる分析が期待されるところである。

※ 本文中、意見にかかわる部分は筆者個人の見解であり、OECD日本政府代表部の見解ではない。

【参考文献】
- OECD東京センター『対日経済審査報告書2006』日本語概要
http://www.oecdtokyo.org/