

紹介

William C. Cockerham, *Health and Social Change
in Russia and Eastn Europe (1999)*

保坂哲郎

本書は、最近経済的高度成長を謳歌しているロシア・東欧における高死亡率の問題を社会学の分野、生活スタイル論から接近しようとした書である。日本でも「健康日本21」の目標値達成が困難であるといわれてきているが、本書で主張されている健康生活スタイル論の把握の仕方は参考になると考える。著者 W. C. Cockerham はアラバマ大学社会学部で社会学、医療・公衆衛生学教授で、「医療社会学」、「高齢化社会」、「グローバル社会」等の著書をもつ。

本紹介では、主に理論的部分 (Max Weber, Anthony Giddens, Pierre Bourdieu の生活スタイル論,あるいは構造とエージェンシー論)、東欧諸国に関する各章、の紹介を省略し、旧ソ連、ロシアに関連した部分を紹介したい (理論的部分については稿を改めて検討したい)。

1) 本書は序説で以下のように課題を述べる。

20世紀末世界の健康問題における最も重要な変動の一つは旧ソ連・東欧の平均余命低下である。現代史で先例がなく、産業社会で平和時にこれほど健康が悪化した国はどこにもない。これらの諸国は皮肉にも理論的にすべての人々の健康を促進する社会経済的平等を謳った共産主義イデオロギーを保証した諸国である。60年代中頃から80年代の、さらに90年代に加速・継続する高死亡率と社会諸要因との関係を悪化の長期傾向として、不健康な行動を明らかにするだ

けでなく、その行動の諸原因を明確にする必要がある。基本的テーマは、健康は単なる生理的、医療的問題ではなく社会諸条件も生命を短くするという事である。

(a) 社会主義実験

(1) 死亡率上昇

旧ソ連では60年代中頃に自然的原因による死亡率上昇が最初に出現し70年代初期に明確になった。幼児・成人死亡率が上昇し、幼児死亡率は短期(72~75年)で低下したが成人死亡率上昇は継続し、全体的な平均余命が低下した。72年以降、旧ソ連では平均余命の数字を、74年以降は幼児死亡率も公表しなくなった。旧ソ連の公式説明は、初期に登録されたよりも高い死亡率を示す中央アジア諸共和国の統計データ改善の結果がこの傾向を生んだというものであったが、88年ブラウダで79年センサスの不都合な数字が削除されたことが示された。

(2) データの質

旧ソ連からロシアにいたる成人死亡率は信頼できるものである。心臓疾患による死亡は偽装されていない。74~87年までのソ連政策は情報を公開しないことであった。グラスノスチ以降、死因データは利用可能となる。60年代、79年、81~82年の大規模調査の有効性・信頼性の検証がされ、シュコリニコフの結論では、心臓血管死亡は過大評価されていない、個々のエラーは相互に相殺し合い全体的にはエラーは小さい。ロシアの心臓血管死亡の好ましくない傾向は何らかの増大する過大評価よりは現実の悪化を反映している、すべての決定因は循環器系疾患とトラウマが旧ソ連ブロック死亡パターンで支配的であり、心臓疾患が若干過大診断される環境があったことは可能だが、心臓疾患の上昇が旧ソ連ブロックの平均余命以前死亡の有力な原因であるようだ、ということである。

(3) 成人死亡率上昇における社会的諸原因

<社会人口論的特徴>

死亡率上昇は全国民に共通したものでなく、性別、年齢、都市・農村居住、学歴、宗教で格差である。もっとも深刻なのは中年男性のブルーカラー労働者。ロシア男性の場合、65～95年間で平均余命が5.8歳低下し、女性より男性の余命はかなり低い。

年齢別に見ると、男性の場合、75～93年間で、15～64歳において、中でも30～34歳台で最大の死亡率上昇。91～92年には男性上昇の54%は15～44歳、40%は45～64歳。93～94年には53%は45～64歳、34%は15～44歳で「中年後半」に移動している。

女性の場合、65～91年間に平均余命は上昇したが、しかしソ連邦崩壊により健康関連諸条件がさらに悪化し91～95年間に3.2歳低下しており、男性と同様、45～64歳台が最大の低下を示した。90年代の死亡率急上昇は明確にソ連邦崩壊とリンクしている。

都市・農村格差について。双方とも平均余命は低下、しかし都市においてより大幅。79年には都市居住者は3年長生きしていたが94年には0.8年に縮小し、格差が縮まっている。ロシアでは歴史的に都市男性は農村男性より長生きしてきたので異常な変化といえる。農村居住者にとっては近代的生活条件・医療者・医療施設・交通・通信システム条件は劣る。76年に農村中心部に集中配備することで改善を試み（4ベッド以下の小病院は閉鎖、看護婦等は小村から移動）したが、孤立地域、悪路・電話なし地域ではさらに悪化したのである。

学歴別にみると、75、94年データでは全学歴集団で平均余命は低下しているが、低位学歴者でもっとも急激に低下した（ポーランド、ハンガリー、スロバキアでも低学歴者が最高死亡率を示す）。低学歴者の死亡率がより高いことはブルーカラー労働者（工業、農業）が平均余命以前死亡の最大のリスクを持っていることを示している。

地域間格差について。旧ソ連ヨーロッパ地域のもっとも経済発展した共和国で平均余命がもっとも低下し、他方、コーカサス地域、中央アジア地域では一般的に上昇している。例外はアルメニア。ウズベキスタンでは女性平均余命が

低下。最低の生活水準のタジキスタンは79～80年代、90年代に男女とも最大の平均余命上昇をみせ、バルト地域では低下している。

死亡率上昇の一般的パターンは最も経済発達した共和国の中年・都市男性。低学歴者、ブルーカラー労働者が重要なリスク要因であり、平均余命低下の決定因は第一義的に社会的なものである。

<伝染病と遺伝>

これらは主要な死亡率上昇原因ではない。ジフテリア、インフルエンザ、結核・肝炎・コレラ・腸チフスも増加しており貧弱な公衆衛生、適切な衛生器具の欠如(殺菌用具、ゴム手袋)、予防接種率の低下に問題があることは確かであるが、しかし心臓疾患死亡(90年91.5万人、95年116万人)に比較するときわめて小さい比率である。95年には循環器系疾患死亡はロシア全死亡の53%、次に事故・中毒・傷害(16%)、ガン(14%)、呼吸器系疾患死亡(5%)、消化器系疾患死亡(3%)、伝染疾患死亡(1%)、その他(8%)である。「中年男性に影響を与える社会的行動や条件に直接リンクする健康問題が死亡率上昇をもたらしている」。心臓疾患死亡が主導的原因で事故・中毒・傷害の急増がある。

また遺伝的条件の重要性を否定できないが、短期間で大規模な遺伝的变化は説明できず、その証拠もない。

<社会主義医療>

近代的設備・備品・薬品の不足、治療方法、混雑、非衛生等で病院等において長期的問題はあり、旧ソ連邦崩壊で条件は悪化したが主要原因にはならない。従来のシステムは非効率・高価・権威主義的だったが広範にアクセスされた。旧ソ連邦崩壊後、巨額の医療基金危機に陥り、旧ソ連時代GDPの3～4%支出が崩壊後1～2%に低落した。その中で病院間格差拡大、わいり格差が拡大し、最低は農村における条件である。心臓疾患死亡を病院のせいとはいえない。これらの死亡は単に貧弱な医療に帰せられない。「死亡率の東西格差の大部分は医療に影響されにくい原因による」。

<環境汚染>

これらの地域で深刻な環境汚染が見られ呼吸器疾患、肝炎、鉛汚染、低体重児の増加があり深刻な環境汚染問題がないということではないが、短期にこれ

ほどの影響を及ぼすものでない。全体的に、環境汚染は成人より高齢者、児童の健康を損ない、旧ソ連、東欧で環境汚染は重要だが、平均余命低下の第一義的原因ではない。

<結 論>

以上の諸要因は死亡率上昇の原因とはなったが第一義的原因ではない。*大きな性別格差がある(主要には男性)、*年齢別に見ると中年男性、*階級要因が作用し低学歴、ブルーカラー労働者が特に深刻。当該グループは80年代中頃の旧社会主義諸国で約74%をしめ(低熟練の事務・技術労働者、ブルーカラー労働者、サービス労働者、農民、農業労働者を含める)、最大の死亡率上昇は最も経済発達した共和国の都市部でおきた。それらの社会で引き起こされた社会的諸条件の中に第一義的原因は見つけられる。そこに不健康な行動を推進し、心臓疾患、アルコール消費、事故、殺人・自殺、他の衝突をもたらした平均余命短縮の社会的基礎が存在する。

2) 次に第2章、旧ソ連・ロシアにおける高死亡率の基本的決定因の把握の仕方を紹介しよう。

「第2章 平均余命短縮の社会的決定因」

健康危機は近代化にむけてのヨーロッパ社会主義の努力が挫折した結果の一つといえる。50, 60年代は急速な経済成長を見せたが、それ以降西側を追い越す努力は低迷し、自然原因の死亡率上昇が始まった。社会主義的健康政策、社会的ストレス、健康生活スタイルの問題が平均余命以前死亡のもっともありうる社会的決定因である。

<社会主義健康政策>

1917年革命後ソビエト国家は深刻な健康問題(チフス、コレラ、飢餓等)に遭遇。18年第5回全ロシアソビエト大会における政策では、医療は、*国家責任原則、*患者の負担なしで提供、*中央機関による管理、*労働者へのケアを優先、*予防ケア重視の原則が強調された。20年代に全国規模の公共診療所システムが確立され、多くの女性、特に労働者階級や農民出身の看護婦が医療

学校に就学し短期集中コースで医師に養成され、治療活動に派遣された。

90年までソ連は国民一人当たり医師のもっとも多い国(259人に一人)であるが、76%は女性で低賃金や低い職業的地位に甘んじた。他方エリート医師は通常男性で、重要人物にサービスし、指導的医師は政府役職等に就任した。大部分の医師は相対的に低賃金で87年では全国平均賃金の71%である。

ソビエト医療システムは18年7月レーニンにより提案され、健康保護委員会管轄で中央政府が地方政府に予算支出、その後地方政府が病院に支出する。患者は医師を居住基礎で割り当てられる。この期、健康政策は医療より予防が重視され、社会諸「悪」の改革が強調された。

30年代スターリン期、健康政策は工業化・集団農業化の一部となり、課題遂行するための健康維持のため医療に目がむけられた。医療は社会改造を助けることから経済発展をサポートし近代化推進のために向けられ、36年再建された全連邦健康保護省は全国レベルの集中・標準化・コントロールを強調し、医療と公衆衛生を直接党と政府のもとにおいた。医師は低賃金の政府被雇用者であり、政府の管理にたいし自己の利益をまもる職業権限はなかった。職業的自律は治療決定に限定され、医学博士は直接に政府に責任を負い詳細な記録が求められた。治療の質よりも量によって医療官僚から評価され報酬をうけた。集団主義的態度が医療にも浸透し、医師の個人的責任は低下し、国家的優先の支配が医師と患者の関係や医師の挑戦を制約した。国家利益に奉仕するようデザインされた医療システムの確立であり、個人でなく国家が国民の健康に責任をもち共産主義恩恵としてサービスが提供された。

ソビエトの第一次ケア医師は患者に大きな権威・権限をもち、治療、薬剤処置、退院、病院紹介の最初の窓口となった。より良いサービスを求める金銭等の贈り物が低賃金を補完した。個人的ケアの点ではソビエト医療システムは成功とはいえないが国家計画の基本的サービス提供は乏しい資源で成功し、伝染疾患治療、免疫、母性・児童ケア・第一次的ケア・サービスは広範に利用された。質は不均等であり、遠隔地農村でのサービスは医師助手が担当したが、全国規模の医療提供システムは確立された。これは帝政時代よりも大きな改善といえる。

28～41年間で医師や健康施設数の途方もない巨大な増加が見られ、伝染疾患・幼児死亡等が減少し、第二次大戦後から60年代中頃までに健康改善は急速に進み、平均余命の上昇が見られた。しかし60年代中頃から男性の平均余命は低下傾向を見せ始めた。4つの欠陥がある。

(a) 基金

60年代中頃にはGDPの6%、85年に3%台に、エリツイン政権下の95年に1%、97年に2.2%の支出へと激減した。健康ケアは国家予算への圧迫と評価され（「残余原則」）ブレジネフ政権時期に健康ケア提供システムは悪化した。病院、第一次のケア部門が特に貧窮化し基礎的財供給が不足した。広範にひろがる贈与・賄賂は医師の所得を30～40%増加させたが深刻な資金不足は進行した。ソ連崩壊後も社会主義スタイルの健康ケア提供システムは存続しほとんど変化しなかった。私的有料サービスケアは富裕者が利用したが健康保険計画はなく、サービスは国家責任でとどまり中央予算から支払われた。

(b) 質

西欧と比較し一般的に高い質とはいえない、多くの医師は訓練が不足し多くの病院は設備が貧弱で不適切な供給体制であった。旧ソ連で病院の約半分は90年代に熱湯・シャワ・バスルームを不備、15%は水道なし。農村では医師助手が執行、医療技術は西欧の数年の遅れを見せていた。有能な医師・広範な必要備品の確保が基本的問題であった。

(c) アクセス

高質医療へのアクセスは不公平でエリート・グループ、モスクワ居住者に有利であった。

(d) 戦略

予防を強調する戦略は完全な成功でなく二次的予防あるいは初期発見政策が中心であった。第一次的予防、すなわち健康生活スタイル採用問題には非常に小さい関心しかもたれず、実際上焦点は疾病開始予防でなく（免疫を除いては）初期に発見すること、つまりより容易に治療できあるいは深刻化することを防止することであった。80年代中頃に開始された大規模な公衆衛生キャンペーンにより全成人人口の義務的検診が全国的病院システムで求められたが、医師の過

重労働，参加者のモチベーションなし，フォローアップ策が不足し効果を挙げなかった。

他方，90年代までに主要伝染疾患制圧で効果を挙げ，70～86年間で幼児死亡率を低下させ，ガン・呼吸器系疾患で減少をみせた。しかし心臓疾患，循環器系疾患も増加をみせた。

健康政策は主に伝染疾患予防に向けられていたため，心臓疾患やトラウマ（事故，アルコール中毒，殺人，自殺）の増大への対応で効果的ではなかった。ソビエト医療提供の初期に伝染疾患への対応で成功した中央集権化された平等主義が20世紀後半の慢性的疾患やその諸原因による疾患に直面したときうまく機能しなかった事を意味する。

(e) 社会的ストレス

ロシア・東欧は社会主義崩壊に続いて基礎的経済・政治・社会変化の結果としてかなりのストレスを経験する社会であることは明白である。しかしこのマクロ・レベルのストレスが上昇する死亡率の第一義的原因であるかどうかは明白でない。不健康な生活スタイルを亢進させ平均余命に間接的効果や影響を与えている。

(f) 健康生活スタイル

生活チャンス（年齢・性・人種民族その他の変数を含む）に応じた，人々が利用できるオプションからのチョイスに基礎をおいた健康関連行動の集団的パターンである。チョイスからもたらされる行動は肉体・精神にポジティブあるいはネガティブな結果をもたらすが，生活スタイルをなす健康実践の全般的パターンをつくる。

3) ソ連邦が崩壊し資本主義経済・社会システムに移行した現在，ロシア国民の健康危機状況はどうなっているのか，を見てみよう。

「5章 ロシア：現在の健康危機」

(a) 危機は過ぎたか？

60年代以降の高死亡率傾向はなお続き，95，96年にはさらに上昇し（94年の

死亡率はヨーロッパ・アジアで最高国の一つ)、ロシアの破滅的な人口問題は終焉していない。男性平均余命は96年に上昇したが、それは心臓血管疾患者が死亡してしまった結果であるという意見もある。40～49歳層の急上昇も見られ、平均余命が上昇したとはまだいえない。

この間、全体的に死亡率上昇が見られ、事故・中毒・傷害というアルコールと強い関連をもつ死亡が増加。伝染・寄生虫疾患上昇は低質ワクチン等によるが比率的には小さい。これらは経済、社会条件の悪化、医療提供制度の悪化によるものである。性的感染疾患が増加。エイズ教育・予防プログラムなし。ロシア健康危機は終わったとは程遠い。

(b) 政策

健康政策の焦点は、健康問題をコントロール下におき、健康保険システムをつくることにあるが、健康配分基金は劇的に減少し、病院・ベット数のあり方等、旧ソビエト・システムに手が付けられていない。病院の所有・機能は健康省の責任、経営執行者は連邦行政区域の機関、地方地区や農村部門下へ健康省から派遣される。大多数の人は医療を都市病院、農村健康センターでうけるが、来院者数、スタッフ規模に応じて連邦支出がされる。専門家は定められた人数のみ責任をもち、初期ケア責任はその地域の2000人で、医師は割り当てられている。余裕あるものはよりよい医師・病院・より早い高質サービスを購入できる。

91, 93年に健康保険(義務、任意)の新システムが立法を通過。義務保険は中央政府の年金・失業補助金と、雇用者負担(賃金総額の3.6%)による。全従業者の義務、地方政府機関の業務となり任意私的保険が補完する。従来の中央政府予算からの直接支出から、全参加者に基礎的福利をもたらす一般的システムへの転換が意図された。しかし現在、本システムは十分確立されていない、賃金税等を集める行政機構等の経験不足、資金欠如、雇用者負担金徴収困難(破産、放棄等)が障害となっているが、この変化は医療財政で大きな変化をもたらさうる。

現在の医療システムは限定された成果(ジフテリア、インフルエンザの抑制、幼児死亡率)しか見せていない。政策はほとんど影響力をみせていない。広範

な中年男性心臓疾患は手付かずのまま。政府資金は最低レベル以下、財政改革は不完全で、多くの者は医療サービス・システムは悪化した、特に救急・病院の条件に関して、と感じている。

(c) 社会的ストレス

現在、高度のストレスが継続し、その「ショック死亡」は急速な否定的効果による。転換のショックがいかにかに死亡をもたらしたかは明確でない。広義の大規模な社会プロセスは健康結果と関連しうるが関連付けは単純でなく社会的サポートとも関連する。

従来 of 社会的恩恵が消失、低賃金・年金問題破綻、安全喪失が最大のストレスとして現れる。それらは中年男性にもっとも厳しい問題である。家計の責任において男性が依然として支配的役割を担い、男性の生産的役割が社会建設の基礎として理想化され、リーダーシップと力は男性にあった。女性は仕事、家事責任で大きな負担を担ったが死亡率は男性がより高く主要犠牲者である。社会的ストレスの最大の効果は直接的心理的ショックをもたらすよりも過剰な飲酒・喫煙を通じた男性の不健康生活スタイルを充進したことにある。

(d) 健康生活スタイル

性・年齢の変数が重要で、中年男性の平均余命以前死亡のピークは93～94年に中年後期に移動している。女性に関しては生物学的により強い点、飲酒・喫煙が少なく健康的食事を摂取する特徴もっている。健康生活スタイルに関しては飲酒、喫煙、余暇の運動、食事、検診、シートベルト、外見・健康法、リラックス等のパターンを挙げることができる。

<飲 酒>

95年一人あたり4.1ガロンのハード・リキュール消費は世界最高で、90%は全人口4分の1の成人男性が消費。年160～180のハーフリター・ボトルのウオッカが消費(隔日に1本)される。成人男性の半分、女性の3分の1は長期飲酒による身体的問題をかかえ、死亡の半分は(少なくとも一部は)飲酒のせいと思われる(心臓疾患、事故・アルコール中毒・肝硬変等)。

シュコリニコフやネムチョフによると、過剰なアルコール消費は単一のもっとも重要な死亡率上昇決定因であり、反アルコール・キャンペーン期間に男女

とも3.2, 1.3歳の平均余命が延長され、87年以降再びアルコール消費量が増加し平均余命は低下した。しかし93年は全般的に状況は最悪で飲酒要因だけでなく公衆衛生条件は非常に悪化した。

中年男性の飲酒スタイルは一般的な北欧的パターンであり、友人達と大量のウォッカを急激にグループ消費。酩酊はあたりまえで社会的汚名もない。19世紀後半から20世紀初頭にかけて労働者・農民は大量のアルコールを休日(日曜、結婚式等、教会祝日等)にのみ飲酒。休日の大酒は農民共同体で普通であったが、ソビエト政権期には通年的な普通のこととなり、男性生活スタイルに浸透した。この期間、税収問題でも大きな比重をしめてきた(88年には連邦税収の35%)。国家規制が低下した中で飲酒習慣は悪化し、飲酒は広範に広がり執念深く変化や規制に強く抵抗している。

<喫煙>

92年の喫煙率は67%, 85年の53%から大きく上昇した。女性のそれははるかに低く、また地域格差もある。中年男性労働者の喫煙率は高水準になっている。西側タバコ産業が巨大な新市場としてロシア人に照準をあて、フィルター付き・高ニコチン度のタバコを販売してきている(第三世界と同様)。強い飲酒と結合して心臓疾患にダメージを与え、肺ガンも急上昇しており、今後その結果が表面化するおそれが高い(ペト:人口の20%が喫煙関連の原因で死亡するだろう)。

<食事と運動>

肉、その他の食料に対する政府補助は私有化食料市場へ移行し、高価格化で蛋白質摂取、肉等の消費が減少し、馬鈴薯・パン・パスタ消費増加が起きた。インフレは栄養悪化、特に高齢者の栄養悪化を招き動物蛋白・高品質プロテインの比率は低い。

夫は妻よりも50%多く肉を摂取、妻はより多くの果物を摂取、野菜は同等である。男性はより多くの脂肪を摂取し女性のほうが健康食事といえる。男性は心臓疾患リスクを高めている。

余暇の運動に関する調査はなく、広範に実践されていないことを示しているように見える。ヘルシンキとの比較においては、モスクワ市民にとって運動は

ポピュラーでない。ただし高学歴者の運動比率は相対的に高く工業労働者の運動比率は低い。男性の21%、女性の12%が運動に参加している。

<経験的データ>

92年以降の長期健康モニタリング調査によると、男性はより多く飲酒・喫煙・高脂肪摂取をし、運動はほとんど常態的でなく21.9%のみであった。しかしこの調査では男性の健康・生活満足度は高く、若者は健康・生活満足度でより高い結果がでており、低学歴者により高い喫煙率が見られた。

本データは、雇用された中年男性、都市に居住し既婚者でより高い所得・学歴をもつ者が最も多くアルコールと脂肪を消費し、低学歴者はより高い喫煙率を示す。結婚・就業の満足度は高くなく、低社会的サポートや仕事で不満足を示す。これらは飲酒がなぜ広範に浸透しているかを説明している。友達との頻繁な飲酒が好まれ、男性同士のきずなの源となっている。生活スタイルに深く埋め込まれたあたりまえの行動となっている。

(e) 結論：不健康な生活スタイルの原因

過剰なアルコール消費はこの特殊なロシア人男性生活スタイル基準の欲求から発している、すなわち重度で頻繁な飲酒は農民、労働者階級文化の強い伝統であり、完全に自由な生活スタイルのチョイスではない。もし仲間に参加したいなら、彼らのグループ規範や人間間の動きが彼らを飲酒する選択をさせ本質的にチョイスはない。この飲酒伝統はチョイスを限定する構造的制約といえる。ロシア男性の飲酒は文化・規範・価値・中年労働者のグループ行動である。ゴルバチョフ政権期の反アルコール・キャンペーンによって生産が制限され価格が吊り上げられた。アルコール消費は減少したがそれは飲酒者のチョイスでなくアルコール不足という物的制約の結果であった。

喫煙に関してもグループ規範がこのように強固かどうかは不明であるが、しかしタバコ、アルコール消費の確固不動の共同体(80%の成人が工業地域で喫煙)、喫煙と男性労働者階級の生活スタイルの規範的枠組みとはリンクしている。食事は別の生活スタイル行動であり、そこではチョイスは伝統的に制約されており、健康増進食料の利用は制約されている。余暇の運動については男性もオプションをもつが利用しない(チョイス)。(保坂：特に冬のロシアでは設

備が不十分な場合、余暇運動も構造的問題、チャンスの問題といえよう)。

もし生活スタイルが、そのパラメータが特殊なハビツスやチャンネル行動によって確立されたスタイルや行動の社会的星座であるなら、ロシア人男性中年労働者階級の生活スタイルは不健康なコースへ導く特徴をもっている。その責任の一端は旧ソビエト国家のパトロン政策にある。国民が中央政府の庇護のもとにあり、国家が国民健康への完全な責任をもった。逆にそれは個人の健康に対する無責任な態度を増進させ、健康的生活スタイルへの参加は奨励、報酬されなかった。医療の限界や健康生活スタイル重要性のために個人が自分の健康に責任をもつ考えは人気がなく、個人や個人の健康よりも集団の必要、社会主義建設がはるかに高く重要と評価された。

国家への依存の心理的効果と、ソ連崩壊変動と結びついた不確実性が、部分的に、個人が新ロシアにおいて健康生活スタイルの追求をする動機を掘り崩した。ロシア男性中年労働者の健康生活スタイルは平均余命低下の第一の社会的決定因である。この生活スタイルは、飲酒・喫煙・食事・運動の行動パラメータを提供し、ソ連社会主義の伝統を大きな修正なしでソ連後へ延命させた。現在も、その規範に従うものの余命を短くする恐ろしい力として作用している。

4) 本稿では紹介できなかった東欧諸国の問題に触れた後で、本書は以下のようにロシア・東欧の高死亡率決定因に関する結論をまとめている。

マイナスな健康生活スタイルが平均余命低下の第一の社会的決定因と本書は結論付けた。中年男性労働者階級の日々の生活を取り巻く構造はチョイスを制限し、彼らの生活スタイルが早期死亡に導いた程度にチョイスを形成した。この発展は社会主義社会の大きな構造—市民の生活のチャンスや質を決定した中央計画やコントロール・システム—に制約されたものであった。国家の必要がまず優先され、国家は個人の生活改善の立場に決して到達しなかった。党エリートはシステムを個人的欲求のために改悪でき、平均的市民は物的、健康的、個人自由度、創意で貧困であった。

より健康な生活スタイルを生きる必要を実現させる集中的な公教育プログラ

ムが必要である。その他にも、訓練された医療従事者，改善・近代化された医療施設・技術，全国民をカバーする国民健康保険，健康へのより大きな財政支出，健康的食料，余暇運動機会の提供，アルコール消費・喫煙の否定，くわえて健康に対する個人的責任の大規模な展開，これらが不健康な生活スタイル行動を修正し，平均余命下降傾向を逆転させる。