

日本の劇的な社会構造の変化と 健康福祉経済学

— ポジティブヘルス開発と健康投資効果の評価 —

田村 貞雄

1. 日本の劇的な社会構造の変化と健康福祉経済学 の必要性

現在、日本経済は国内的にみれば「戦後50年は終わった。これからの50年の社会・政治・経済システムをどう組み立てるか」という状況下にあり、また世界的にみれば、ポスト冷戦のもとで「社会主義経済は崩壊した。しかし、資本主義経済も完全に成功したわけではない」という状況下にあるということはずでによく知られた事実である。

日本経済は官僚主導の殖産興業、富国強兵、追いつけ追い越せの高度成長経済政策の実践を経て、世界の欧米先進諸国と共に高成熟社会へと突入した。高成熟社会は、高度技術社会、情報化社会、地域化社会と共に少子・高齢化社会を共通の特徴としているが、わが国の少子・高齢化社会は他の先進諸国の約4倍のスピードで実現をみた。このことは特筆大書に値する激動の変革の要素であるということができよう。

このように、日本経済は、官僚主導型の経済発展という歴史的特徴と異例の速いスピードで少子・高齢化社会の実現をみたという特性のもとで、冒頭で示した国内的状況と世界的状況に対応しなければならないことをまず理解する必要があると考える。そして、この小論でわれわれはそのためには、日本経済を構成する各主体が自己選択と自己努力をもと

にして、共生の社会人間行動の実践を行い¹⁾、新しいシステムを形成することが必要であることを説明する。われわれは、この新しいシステム形成を調査研究する学問を健康福祉経済学とよびたいと思っている。つまり、これは後追い型で疾病治療型の経済の研究を、未来志向的で予防医学的実践型の経済の研究へとパラダイムの転換を示すものであり、そしてこれは、社会主義的要素と資本主義的要素を包括医学の論理と実践で融合した、大分地域における技術集積型健康開発システム²⁾を実証的基盤としている。

要するに、われわれは、現代日本の激動の経済変革の中において、パラダイムの変換が不可欠と考えており、それを健康福祉経済学のアイデアフォーメーションと実践によって示そうということがこの小論の目的である。

2. 技術集積型健康福祉都市づくり (大分)

(1) 技術集積型健康福祉都市づくりの沿革

まずはじめに、筆者が健康福祉達成のまちづくりという構想のもとで、実践的参加をする機縁となった大分地域における技術集積型健康福祉都市づくりの実践について紹介する。

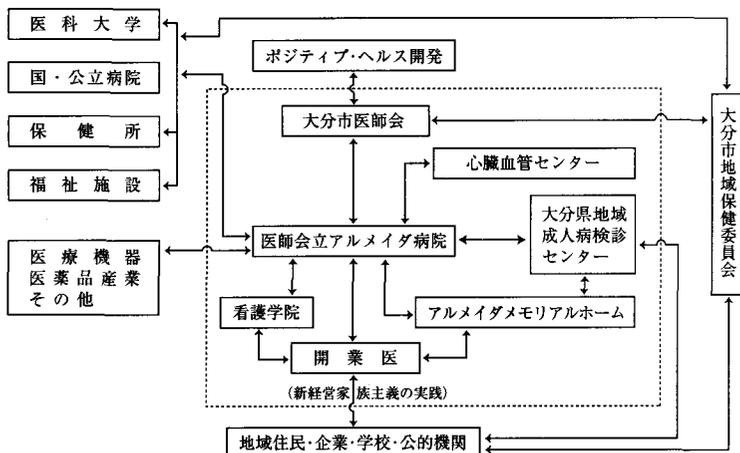
大分は、16世紀、六郷満山文化(宇佐神宮、富貴寺、真木大堂、熊野磨崖仏、白杵石仏群などの神仏混淆、および国東半島を中心とした隠れキリシタン遺跡などがみられる)が開花した。また、豊後の三賢としての三浦梅園、帆足万里、広瀬淡窓などは、東洋哲学者として世界に知られ、また、豊後の蘭学者、前野良沢、賀来飛霞などは、西洋医学の日本の移入をはかった。そして、府内城主、大友宗麟は、大分の地でキリシタン文化を開花させ、これが縁でポルトガル人宣教師、ルイス・ド・アルメイダが大分の地に日本で初めての西洋式病院を建て、地域医療の実

践を行ったと言われている。このキリスト教布教の実践のアルメイダの心が、六郷満山文化、豊後三賢、豊後の蘭学者などの文化遺産を融合して、大分の地に、すでに世界にも何回となく紹介された、大分医師会立アルメイダ病院を中心とする技術集積型健康開発システムを生み出す契機になったと言っても過言ではなかろう³⁾。

以上で説明したような大分における歴史的土壌のもとで、健康福祉達成のまちづくりのリーダーシップをとったのは、地域に開業している医師集団であった。技術集積型健康福祉都市構想は、当時より小児科医として開業して地域保健活動を行っていた、杉田肇の技術集積型健康開発システム (Multichannel Medical System) をベースにしている (これについては後述)。1963年に大分市は、全国総合開発計画に基づく新産業都市に指定され、これを基点として大規模な工業化がすすめられた。産業が産業を呼ぶ産業関連活動により、産業資本も大量に大分市に投入された。すなわち、高度経済成長政策大分版が出現したのである。この時点において、エコロジカル (ecological) な視点で地域社会活動をとらえる地域開業医師達は、産業中心の地域開発に基づく、地域住民生活に与える衝撃—経済開発に伴う環境汚染、健康障害の問題—をかなり正確に予測していた。

杉田は、このような衝撃に積極的に対応すべく、昭和37年から大分県下の地球環境と医療資源の状態の調査をはじめた。そして、大分県民の環境汚染や健康障害からの防衛のためのシステム開発の計画を、情報科学的視点より、アイデアフォーメーション (新しい概念形成) を行った。この結果、地域開業医が医師会活動 (医師の社会活動) に集結し、昭和44年には、健康福祉 (ポジティブ・ヘルス) 開発を目標とする杉田構想の第一歩である医師会立アルメイダ病院 (地域開業医の出資による病院) が設立され、「健康福祉達成まちづくり」の第一歩が踏み出された。

図1 技術集積型健康開発システムの基本的構造

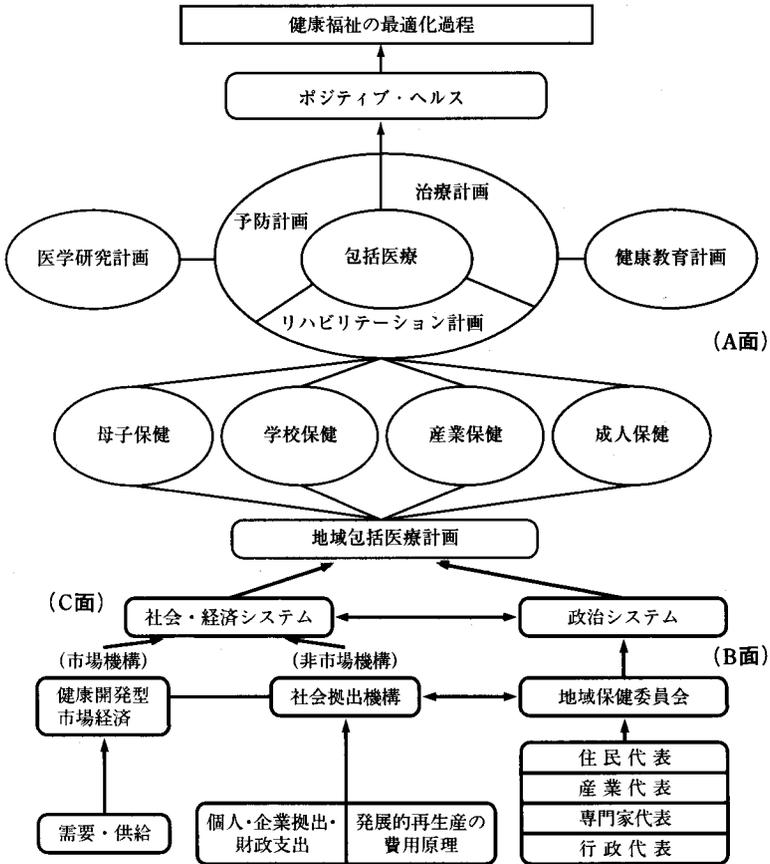


1973年には、「大分市地域保健委員会」が大分市医師会のリーダーシップにより設立され、「健康福祉達成のまちづくり」は第二段階を迎えることになった。つまり、経済発展のメカニズムを解明しつつ、「健康福祉社会の創造」が地域保健活動の目標に明確に据えられたのであった。

図1が上述した技術集積型健康開発システムの基本型を示している。ここでは、地域開業医が Medical Science を基盤として、医師会立アルメイダ病院と大分県地域成人病検診センターを創設し、そしてここを拠点として、ポジティブ・ヘルス開発のための技術集積を行っていたことが示されている。ポジティブ・ヘルス開発は、このシステムの実践により、個人と社会の健康度の増進の内容を実証的に示せるようになったのである。つまり、この小論の副題であるポジティブ・ヘルス開発と健康投資効果の達成がこれである。このことは、新産業都市構想による基本的目標をそのうちに包含する、新しい社会システムの出現を意味する。つまり、技術集積型健康福祉都市の出現である。この間にあって新産業都市

大分は、平松守彦知事のリーダーシップもあって、テクノポリス大分（第三次全国総合開発計画）を経て、一村一風運動都市大分として変わりつつある⁴⁾。まさに大分は、「健康福祉達成のまちづくり」に向けて歩み始めたといつてよいであろう。

図2 技術集積型健康開発システムの基本型



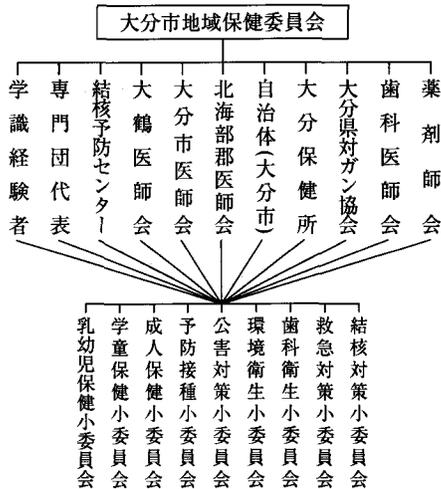
(2) 大分市地域保健委員会の機能と技術集積型健康開発システムの展開

筆者はさきに、技術集積型健康福祉都市は技術集積型健康開発システム (Multichannel Medical System) をベースにしているといったが、図2は図1をより立体的にして示している。

技術集積型健康開発システムは、健康福祉の最適化過程 (健やかに生きる条件の確保) の実態である健康福祉開発 (ポジティブ・ヘルス Positive Health) を目標として、技術が集積され、実践されていく。ポジティブ・ヘルスは、これまで医学界でいわれてきたコンプリヘンシブ・メディシン (包括医療), トータル・メディシン (全人的医療), ソフト・メディシン (人にやさしい医療) を実践的に総括したものであり、"積極的 (受動的ではなく能動的) 健康づくり" という面を特色としている。同図を上からみると、まず医学研究計画と健康教育計画を基盤とした予防計画に重点を置く包括医療の特徴が示されている。次にこれを個人が家庭と職場におけるライフサイクルを通してみたときの母子保健、学校保健、産業保健、成人保健の実践の特徴が示されている。この過程がうまくいくと、健やかに老いることが可能になるので、老人保健は現状の老人保健施策より、更に充実した内容のものとなる⁵⁾ (A面)。

これらの特徴が十分に生かされるには、地域社会における有効な地域健康開発計画が必要となる。これが前節で説明した、地域開業医による共同利用施設 (医師会立アルメイダ病院) づくりと健康問題の地域調整機能としての大分市地域保健委員会づくりであった (B面、図3参照)。そしてこの健康開発計画は、環境と地域社会とが共生する形での市場機構 (健康開発型市場経済⁶⁾) のもとでの自己選択と自己努力による積極的な社会保障機構 (社会拠出機構) に支えられる (C面)、市場機構と非市場機構の係りによる新しい社会経済システムの出現である。この健康開発計画の実現により、個人や家庭の健康度だけでなく、産業、非営

図3 大分市地域保健委員会の構成と機能



利組織 (N.P.O.)、更には行政組織の健康度の上昇、したがって社会全体の健康度も上昇することになる。つまり、計画された健康福祉の達成である⁷⁾。

以上において説明したポジティブ・ヘルス計画の実現に際しては、上述の大分市地域保健委員会の合意のもとで創設された大分県地域健康開発センター（大分県地域成人病検診センターを改称予定）が重要な役割を果たしているのである。

(3) 大分県地域健康（ポジティブ・ヘルス）開発センターの活動の実際

図4は、大分県地域健康（ポジティブ・ヘルス）開発センターの活動図を示している。地域住民は、地域の家庭医としての開業医と係わりをもちながら、大分県地域健康（ポジティブ・ヘルス）開発センターで健康投資活動を行う。検診・健康増進・トレーニング・リハビリ・健康教

図4 大分市地域保健委員会による健康管理システム

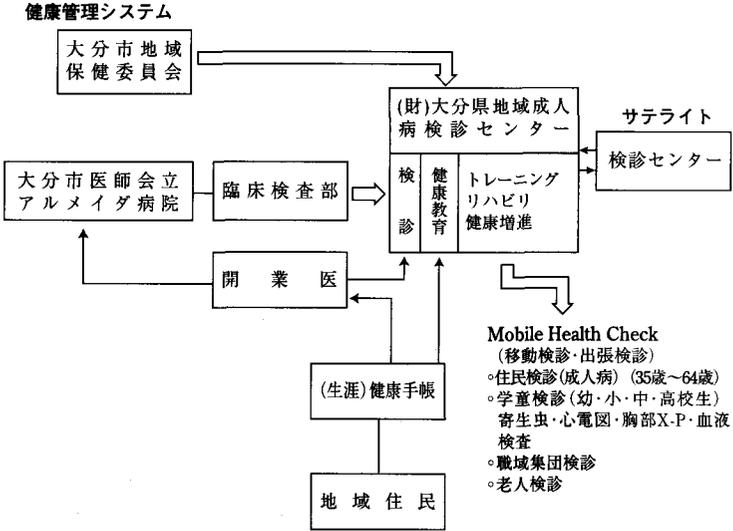
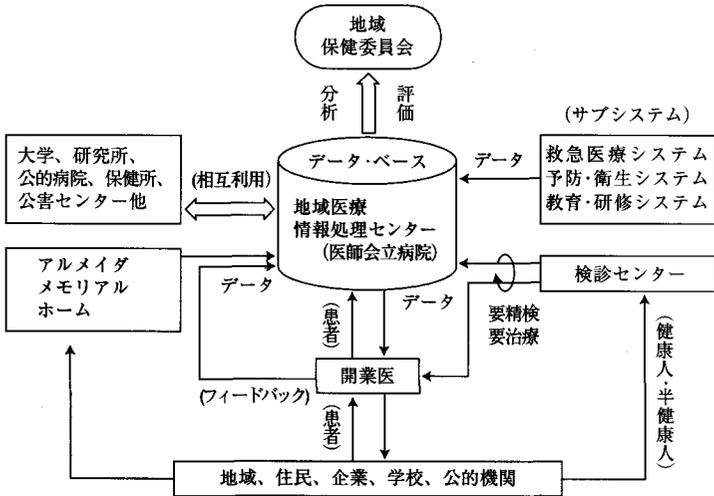


図5 大分県地域包括医療情報システム



育への参加活動がそれである。検診活動についてみれば、検診結果によっては、開業医を通して、二次検査（精密検査）や栄養と食事の指導、運動指導、生活指導、場合によってはリハビリの指導も行われる。この検診活動の結果や医師会活動で得られた結果は、それぞれの小委員会活動によって得られる他の活動効果と共に大分地域保健委員会総会で報告される。データは、全てコンピュータにインプットされ、時系列的な追求と、地域健康特性（個人・家庭の健康度・社会の健康度も含めて）の追求が可能である。この検診活動の中には、母子保健、職場の検診（移動検診）、住民成人病検診（35才～64才）、学童検診（幼・小・中・高校生）、老人検診（65才以上）などが含まれている。

図5は、地域住民の生涯健康管理と職場の健康管理のデータベースづくりの機能を果たす大分県地域包括医療情報システムを示している。この図は、図1で示した技術集積型健康開発システムの情報連結版である。メーカー主導でないコンピュータの有効利用による血の通ったマンマシンシステムが医師会活動の一環としてつくりあげられている。ここで得られた健康福祉情報が、大分市地域保健委員会の「健康福祉達成のまちづくり計画」の重要な資料となる⁹⁾。

3. 健康価値論と健康投資評価

(1) 経済価値論と健康価値論

「健康福祉達成のまちづくり」のアイデアフォーメーションとその展開にあたっては、先にも述べた社会科学としての現代経済学のコペルニクス的発想の転換が必要とされる。われわれは、現代経済学における消費価値の極大化行動を導く経済価値論から、健康福祉経済学の核としての健康価値論（健やかに生きて、さわやかな死に至ることを日常生活の基本とする行動指針）へと脱皮することにあると考える⁹⁾。表1は、現

表 1 経済価値論と健康価値論との比較一覧表

項目	経済価値論	健康価値論
学問的接近方法	物理学(自然科学)中心 財中心(GNP評価)	人間科学 人間中心(ポジティブ・ヘルス評価)
評価の特徴	貨幣(市場)評価 短期的評価	多次元評価 長期的評価
国富	GNP(フロー) 資本、技術資源(ストック)	ポジティブ・ヘルスの実現度(フロー) ポジティブ・ヘルスの状態・環境
実証の方法	論理実証主義	論理実践実証主義
システムの特徴	市場経済と非市場経済の 混合システム	ポジティブ・ヘルス評価による一元的 システム
人間行動と生産性	利己心の追求(合理的行動) ゆとりなし	自律・連帯(共生)の行動仮説 ゆとりの存在
安定性	不安定の累積性	不安定の中の安定性
経営システム	効率主義	新経営家族主義
社会・政治・経済	資本主義 修正資本主義	ネオキャピタリズム (健康と経済の共生社会)

代経済学における経済価値論と健康福祉経済学の健康価値論の特徴を比較したものである。表1第一欄が経済価値論、第二欄が健康価値論の特徴を要約的に示している。経済価値論は、貨幣(市場)評価による財(財貨・サービス)中心であり、利己心の追求による行動を合理的と仮定し、最適解を求める、ここには、余裕、ゆとりは存在しない。また、短期的視野での行動が支配的である。このシステムは、余裕、ゆとりのない経済合理的行動の追求も原因となって、不安定性の累積性を内包していることは歴史が示している。また、経済システムは効率主義の追求を特徴とする。社会・政治・経済制度は、古典的資本主義観、修正資本主義観に基づいている。

他方、健康価値論は、生命科学、医学、医療、そして社会科学、人文科学の学際的結合としての人間科学を土台として、ポジティブ・ヘルス評価(健やかに生きる条件の確保—具体的には個人・家庭の健康度と社

会の健康度の評価(図2参照)が中心となる。ポジティブ・ヘルス評価は、多次的で長期的視点での評価を特徴とする。したがって、実証方法としては、論理実践実証主義が必要とされる。人間行動と生産性の面では、ポジティブ・ヘルスの実現度との関連における自律・連帯の共生行動パターンが想定されている。ここでは、余裕、ゆとりの存在を特徴としている。これがはじめに述べた生命のミクロシステムとマクロシステムの生命と人間の恒常性作用(ホメオスタシス)と関連する。この生命と人間のホメオスタシスの存在により、「創造的破壊」は、新しい安定軌道に復帰するという意味において、不安定の中での安定を特徴としている。ここでは経営システムは、客も従業員と同じように、家族の一員とみなすスタンスの経営方法が支配的になる(新経営家族主義¹⁰⁾)。そして、社会・政治・経済制度はネオキャピタリズム(新生資本主義¹¹⁾)として組織化される。つまり、健康福祉社会(健康と経済の共生社会)として制度化される。

(2) 健康投資効果評価の特徴

次に、健康投資は、家庭が行う貯蓄の中の一つである証券投資とは異なるし、また、企業が利潤極大化を狙って行う設備投資とも異なり、ポジティブ・ヘルス開発において個人・家庭の健康度と社会の健康度を上げるための未来志向的(フィードフォワード)実践行為である。これは、金銭が伴う場合もあるし、伴わない場合もある。そしてまた、健康投資は、個人をはじめ各組織の自己選択による自己努力を基本とするが、健康投資効果を発揮するには、専門家チームによる支援活動(ポジティブ・ヘルス開発提供活動)が必要とされる。したがって、証券投資や設備投資は経済価値論で評価されるが、健康投資効果は健康価値論による評価と地域保健委員会という場が必要となる。つまり、現代経済学から

発のデータ解析によって調整する¹²⁾。この過程において、①健康投資効果が評価され、②健康資源の効果的利用、③人口構造の高齢化への適応が可能になる。これは、少子・高齢化社会対応型の健康と経済の共生パターンということができよう。

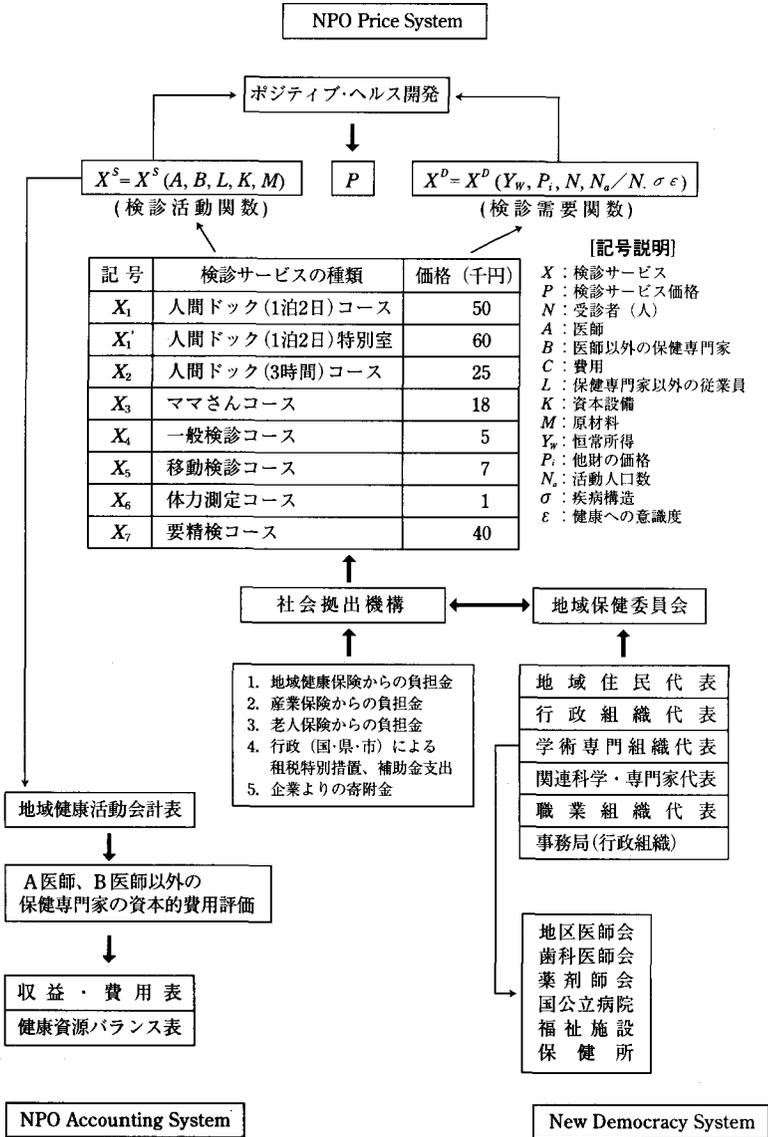
(3) 健康開発価格システム形成の実験

次に、健康価値論の評価による健康開発システム価格の形成と、実際への適用結果の説明を通して、健康福祉達成のまちづくりの一端を示すことにする。

図7は、1978年(昭和53年)田村と吉川暉大分市医師会長(当時)、杉田肇大分市医師会副会長(当時)によって構想され、大分県地域成人病検診センター(当時)の創業から、実践に使用された検診価格システム体系図(要約)を示している。

ここで決定する検診価格は、市場価格決定方式ではなく、また、政府管理価格決定方式とも本質的に異なるものであり、ポジティブ・ヘルス開発の視点からシステム化された。図7の上中央部分の〔基本モデル図〕では、大分市地域保健委員会が頭脳となり、検診活動の「提供」と検診活動の「享受」が社会拠出機構を制度として、検診価格形成が行われることが示されている。ここでは、検診活動の「提供」は、検診活動関数として示され、検診活動(X^S)は、医師(A)、その他の保健専門家(B)、従業員(L)、資本設備(K)、原材料(M)に依存することが仮定されている。また、検診活動の「享受」は、検診享受関数という形で示されている。これによれば、検診享受(X^D)は、将来を通して稼働する期待所得=恒常所得(Yw)と検診サービス以外の財の価格(P_i)、人口数(N)、活動人口比率(Na/N)、疾病構造(δ)、健康への意識度(ε)に依存すると仮定されている。

図7 新しい公共管理(New Public Management)による検診価格システム形成の実践
[基本モデル図]



すなわち、ポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康価値評価によって、検診活動関数と検診享受関数が設定され、これが実践によって実証されていくことになる。検診活動関数について言えば、現代経済学における財の生産関数と異なり、資本 (K)、従業員 (L)、原材料 (M) のほかに、新たに変数として、技術を体得した人的資源としての医師 (A) と医師以外の保健活動の専門家 (B) を組み入れることである。このことが、地域健康活動会計表 (フロー勘定) のところで資本費用の中に資本設備の減価償却だけでなく、医師およびそれ以外の保健専門家の減価償却が新たに設定されていること、そして、これは健康資源バランス表 (ストック勘定) で新投資額とともに引当金勘定として処理されている。

また、検診享受関数では、所得と資産、つまり、恒常所得だけではなく、人口構造、疾病構造、健康の意識度もパラメーターとして組み入れている。以上で説明された検診活動関数と検診享受関数を基盤としてコース別価格の決定 ($X_1 \sim X_7$) を行った。このコース別価格は表 2 に示されているように、社会保険点数で計算されたよりも、いずれも低く設定されている。これは技術集積の成果である。先にもふれたが、検診活動の「提供」と「享受」が出会い、健康投資の実践が行われること、この健康投資効果 (個人・家族の健康度の向上と地域社会の健康度の向上) により、健康福祉達成の過程が継続されていくことになる。また、ポジティブ・ヘルス開発と社会拠出機構の相互依存関係の実際の評価の仕方について、われわれは次のように考えている。すなわち、大分県地域健康開発センターを通じて、地域保健委員会に蓄積されている個人・家庭の健康度評価、企業の産業保健実現度評価、行政・非営利組織の健康実現度評価により、個人・家庭の健康度と社会の健康度の医学的評価指標を作成する。そして、これを健康価値評価をベースにした経済評価

表2 OASIS価格と社会保険点数による費用の比較

	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	Eコース	Fコース	Gコース
OASIS価格 (a)	50,000	25,000	8,000	5,000	8,000	7,000	1,000
社会保険点数による費用 (b)	68,490	31,350	24,940	13,180	17,380	8,900	5,000
(a/b)	.73	.80	.32	.38	.46	.79	.20
OASIS価格システムによる節約率 (%)	27%	20%	68%	62%	54%	21%	80%

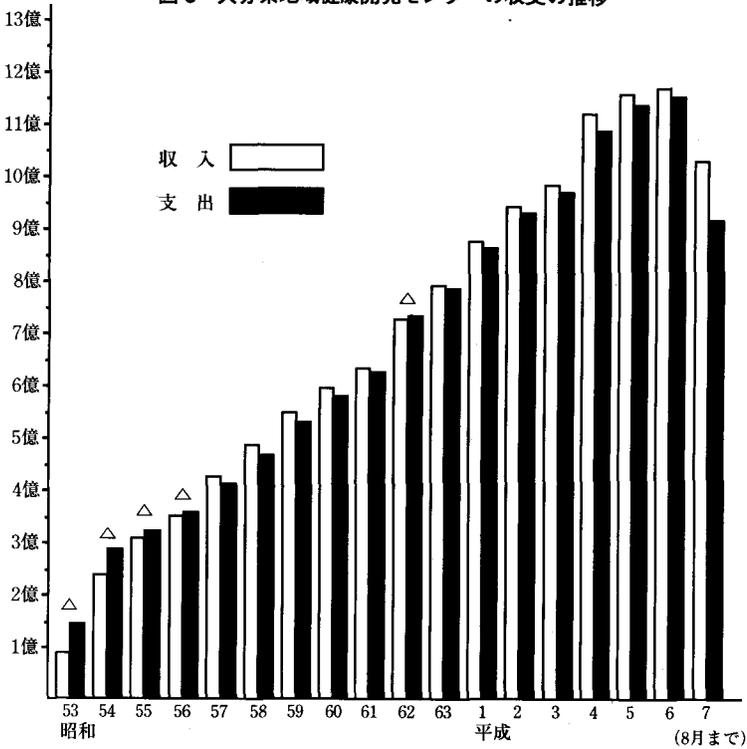
表3 大分県地域健康開発センター稼働実績

年度 検診コース名	1978年 (昭53)	1979年 (昭54)	1980年 (昭55)	1981年 (昭56)	1982年 (昭57)	1983年 (昭58)	1984年 (昭59)	1985年 (昭60)	1986年 (昭61)	1987年 (昭62)
人間ドック	935	1,137	1,484	1,353	1,291	1,548	1,720	1,686	1,818	1,922
短期ドック	1,157	2,435	3,184	3,130	3,426	3,372	3,585	3,926	4,082	4,250
一般検診	717	2,516	3,294	3,236	3,523	3,987	4,272	5,054	4,440	4,707
ママさん	158	421	316	266	243	225	224	385	381	255
健康増進	18	53	26	22	5	0	0	20	32	242
政管健保成人病検診	383	776	927	734	1,252	1,222	1,904	2,454	3,064	5,232
健康診断	410	3,938	5,968	11,932	22,503	23,755	24,752	27,826	24,424	26,232
計	3,726	11,281	15,115	28,783	32,257	24,219	36,476	40,665	38,240	42,347

年度 検診コース名	1988年 (昭63)	1989年 (平元年)	1990年 (平2)	1991年 (平3)	1992年 (平4)	1993年 (平5)	1994年 (平6)	1995年 (平7)	1996年 (平8)	計
人間ドック	2,140	2,293	2,365	2,446	2,662	2,241	2,009	2,327	2,372	38,800
短期ドック	4,630	4,326	6,333	6,533	5,545	5,275	5,769	6,301	4,941	96,312
一般検診	5,152	5,434	5,529	5,636	5,009	4,321	4,150	4,031	3,560	78,154
ママさん	381	407	537	786	736	320	778	721	460	8,751
健康増進	43	39	253	201	233	272	249	386	363	2,575
政管健保成人病検診	6,432	7,106	5,326	5,705	6,517	10,780	11,278	11,323	11,546	97,456
健康診断	26,076	27,425	32,741	32,329	31,073	29,612	29,005	30,243	20,925	440,612
計	44,241	47,601	52,563	54,232	53,775	53,920	53,354	54,277	53,767	714,190

により一元化して図7で示してある地域健康活動表のようなバランスシート（フローとストック）を個人・家庭，企業組織，行政・非営利組織ごとに作成し，各組織の健康度と地域全体の健康度の数量化を行う。つまり，健康価値論に基づく健康投資の実践がポジティブ・ヘルス開発の

図8 大分県地域健康開発センターの収支の推移



実現度に影響を与え、そしてこれが、地域の健康度の上昇を通して次の健康投資の実践に影響を与えていくという図式を考えているのである。マルチチャンネル・メディカル・システムがこれを支援することになることはすでに説明したとおりである。

なお、表3は大分県地域健康開発センターの創業の1978年から1996年8月までの項目別受診者総数の推移を示し、図8は、同じ時期における同センターの貨幣収支の推移を示している。技術集積型健康開発システムに用いられて、大分県地域健康開発センターは、貨幣収支面でみても好成績を記録している¹³⁾。

4. 健康投資の「享受」と「提供」システムと 社会抽出機構

この小論第2節で示したように、杉田は、生命のマイクロシステムとマクロシステムのホメオスタシス（生命の恒常性）を生命の進化的再生産でとらえ、そしてこの実践目標をポジティブ・ヘルス開発に定め、技術集積型健康開発システムを形成し、実践した。ここで杉田は、ポジティブ・ヘルスを、健やかに生きてさわやかな死に至ることを日常生活の基本とする健康価値論によって評価を行うことの必要性を説いた。この健やかに生きてさわやかな死に至る日常生活の実践は、人間のライフスタイルからみれば、健やかに老いてさわやかな死に至り、次の世代につつがなくバトンタッチできるのであるから、これは高齢者の生きがいのある社会の特徴を持つものと考えことができよう。田村・杉田は共同でこれをベースとして健康福祉経済学構築の作業を行い、健やかに生きてさわやかな死に至る価値評価の視点から、ライフサイクルを通じた健康への活動を健康投資活動と定義し、環境保健投資、母子保健投資、学校保健投資、成人保健投資、産業保健投資の「提供」と「享受」のメカニズムを論理実践的に検討のうえ、システム化を行った。

すでにこの小論の第2節、第3節で説明したように、家庭、企業、非営利組織、行政の各主体によって必要とされる健康投資の「提供」と「享受」のシステム化は、①生命倫理の特殊性、②地域性、③公共性、④不確実性、⑤継続性（動態性）、⑥包括性という諸特性を考慮した上で行わなければならないが、これら諸特性は、すべて「市場の失敗」の要素であるので、既存の市場システムをそのまま利用することはできない。また、中央集権的な管理システムも健康投資の「享受」の基本は、自己選択による自己努力を核として自己満足と社会満足の実現を目標に

おかれているので、中央集権的な管理経済システムもまた不向きである。つまり、健康投資の「享受」行動と「提供」行動の十分な理解のもとのシステム化が必要とされるのである。

まず、健康投資の「享受」行動は、上述したように①健やかに育ち、健やかに老い、さわやかに死に至る人間行動、②近づきつつある死を理解して、現在をよりよく生き抜く人間行動を基盤として、a. 企業家精神、b. 自己抑制、c. 献身の組織適応能 (Adaptability) 行動の実践が必要とされる。このことにより、世代間を通したライフサイクル観のもとで、自己選択・自己努力による自己満足と社会満足の同時達成が可能となる。ここでよりよく生きることが、自己満足とともに社会貢献であること、そして、健やかに老いさわやかな死に至ることが、自己満足とともに社会貢献となるのである。まさに「能く生き、能く死ぬ」である。われわれはこれを「生と死の喜びの経済学」の視点から検討中である。つまり、ここでの「享受」には「能く生き、能く死ぬ」という健康価値観を受け入れて、実践して、生活や心を豊かにするという内容が含まれているのである。この小論第3節表2で示した人間行動と生産性の項目におけるゆとり、余裕は、このことを表している。

次に、健康投資の「提供」行動は、図1で示したポジティブ・ヘルス開発の「提供」システムに示されている。同図で示されている地域における家庭医としての開業医が、客（地域における健康福祉の最適化過程の構成主体全員）も、協働組織員（看護婦、事務員等）とともに家庭の一員とみなすという内容の新経営家族主義の実践を行う。そして、この開業医が、自己満足とともに社会貢献のために大分市医師会、大分県医師会、日本医師会に参加し、そしてその実践活動の一員として、共同利用施設としての医師会病院を建設し、そこを拠点として、健康福祉の最適化過程における「提供」行動に必要な技術を集積していく。看護学院、

大分県地域健康開発センター、心臓血管センター、特別養護老人ホームがそれである。そして、地域における他の健康投資「提供」組織との関係を図り、開業医の手足を延ばしていく。このような健康投資の「提供」行動における関係の調整行動を行うのが図3で説明した地域保健委員会である。この地域保健委員会は、市場システムにおける市場のような役割を果たすものとして位置づけられる。

以上においてみたように、健康投資の「提供」行動は、ポジティブ・ヘルスの開発を目標とする地域家庭医としての開業医のリーダーシップを軸として、地域保健委員会の支援を基盤として組み立てられているのだが、この開業医のリーダーシップの「提供」行動において欠かすことができない本質的要素は、地域健康福祉最適化過程の構成員の健康価値論、そして組織適応能の実践の要となる健康教育（死の教育）である。つまり、自己選択・自己努力による自己満足と社会満足の同時達成の実践的教育である。この死についての実践教育が健康投資の「享受」行動の実践に大きな影響を与えることになるのである。

以上が健康投資の「享受」行動と「提供」行動についての説明であったが、この「享受」行動と「提供」行動を媒介・調整する主力システムは、上述の地域保健委員会機能である。この小論第2節図2で示してあるように、健康投資の「享受」と「提供」のシステム化において、「享受」側と「提供」側は、二面においてこの地域保健委員会の機能と関わり合う。まず、同図B面における政治システムとしての地域保健委員会の組織化において、健康投資の「享受」側は、住民代表、産業代表、行政代表（非営利組織代表も含む）という形で参加する。他方、健康投資の「提供者」側は専門団体代表という形でこの組織に参加し、各種小委員会では小委員長として健康投資の実践の各側面の企画・実践・評価を行っている。

次に、同図のC面社会・経済システムにおいては、健康投資の「享受」側は、非市場機構としての社会拠出機構において、健康投資資金の拠出者として参加する。また、健康投資の「提供」側は、提供費用の請求・受取者として参加する。この資金拠出額と費用支払額の決定を行うのが地域保健委員会であり、このための制度化が同図に示されている非市場機構としての社会拠出機構である。この社会拠出機構のシステム化と実践化のモデルとして、われわれは、この小論第3節図7新しい公共管理（New Public Management）による検診価格システムの形成の実践によって示した。わが国の現実においては、この部分が中央集権的な中央社会保険医療協議会によって行われているが、少子・高齢化社会における新しい社会保障のあり方の検討との関連において、これを地域主権的中央制御のグローバルシステムに向けて脱皮させることが必要とされている。

次に、健康福祉の最適化過程において、健康投資の「享受」と「提供」が市場システムとしての健康開発型市場システム（健康価値論と共生の市場システム）に任される領域は、ここで媒介・調整が行われることになる。この社会拠出機構と健康開発型市場システムの領域決定は、時代の変化を背景として、地域保健委員会の裁定によって行われると考えている。

ポジティブ・ヘルス開発を目標とする健康投資の「享受」と「提供」のシステム化においては、地域特性が重要なものとなることから、地域主権（地域住民主権）を基本とするが、ポジティブ・ヘルス開発は、経済（Economies）と同じように一つの地域にとどまることなく本来的にボーダーレスの性質を持っている。つまり、ポジティブ・ヘルス開発は、まず地域をベースとして固められ、これが広域の連係を通して一つの国のシステムとして発展し、そして国が連係して地球社会システムを形成

することになる。したがって、上述の社会拠出機構は市場システムと同じように、地域社会レベルを基盤として、国家社会レベル、地球社会レベルの拡がりのもとでシステム化を行うことが必要とされる。

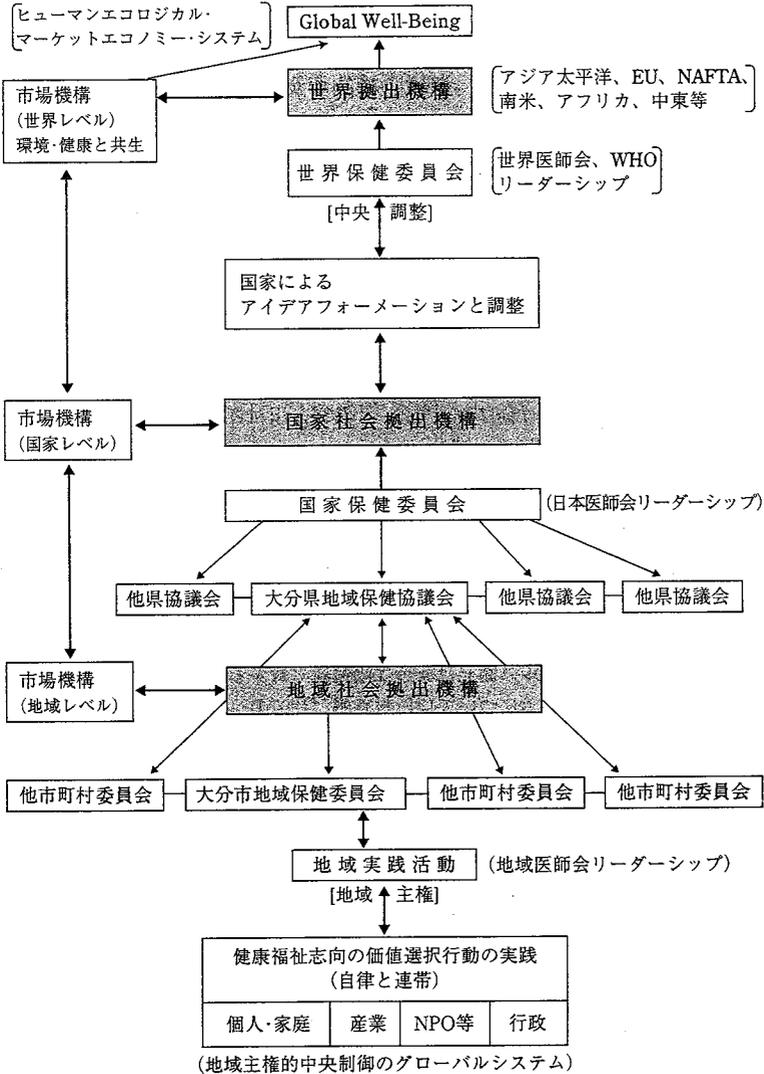
図9は、地域社会機構と地域レベルでの市場機構をベースとして、国家社会拠出機構と国家レベルの市場機構と、そして世界拠出機構と世界レベルでの市場機構が協力して、世界健康福祉の最適化過程（Global Human Well-Being）の達成を図ることを示している。ここで核となるのは、既存の市場システムを越えた（サッチャリズムを越えた）地域社会における社会拠出機構という知と情の制度化である。そして地域社会、国家社会の多様性をベースとしながら、ポジティブ・ヘルス開発における健康価値論と見合う社会拠出機構という知と情の制度化を共通要素として、健やかに生きてさわやかな死に至ることが日常生活となる社会、したがって高齢者の生きがいのある社会が世界レベルで実現していくことになる。われわれは、この地域主権的中央制御のグローバルシステムの社会拠出機構をグローバル・ソーシャル・セキュリティ・システムと呼びたいと思っている。

5. むすび

マルチチャンネル・メディカル・システムの創始者、杉田は、生命のミクロシステムとマクロシステムのホメオスタシス（生命と人間の恒常性）を生命の進化的再生産でとらえ、この実践目標をポジティブ・ヘルス開発に定め、技術集積型健康開発システムを形成し、実践した。ここで杉田は、ポジティブ・ヘルスを健やかに生きて、さわやかな死に至ることを日常生活の基本とする健康価値論によって評価を行う必要性を説いた。田村・杉田は、共同でこれをベースとして健康福祉経済学構築の作業を行い、健やかに生きてさわやかな死に至る経済学の視点から、ラ

図9 世界健康福祉の最適化過程

(グローバル ソーシャル セキュリティ)



ライフサイクルを通じた健康への支出を健康投資と定義し、環境保健投資、母子保健投資、学校保健投資、産業保健投資、成人保健投資の「提供」と「享受」のメカニズムを基底におき、システム化を行った。健康投資の「提供」と「享受」のシステムは、地域保健委員会を知と情とする社会拠出機構を裁定役として、地域主権的中央制御のグローバルシステムとしての特徴を持っていること、そして、このような社会拠出機構の制度化をわれわれはグローバルソーシャルセキュリティと呼びたいと主張した。そして、ここでは市場機構は、健康開発型市場機構として脱皮して、グローバルソーシャルセキュリティの確立に貢献すべきことを合わせて主張した。

注

- 1) 共生の社会人間行動については、小林登、田村貞雄『社会人間学』成文堂、1997年に詳しく説明している。
- 2) 大分地域における技術集積型健康開発システムについては後述するが、詳しくは杉田肇（1974）を参照のこと。
- 3) これについては、大分市医師会立アルメイダ病院編『20周年記念誌』に詳しく説明されている。
- 4) このことについては、平松守彦『私の日本連合国家論』岩波書店、1997年参照のこと。
- 5) ポジティブ・ヘルズ開発は介護保険問題に対する積極的な対応策である。
- 6) 健康開発型市場論については田村貞雄（1997d）に詳しく説明してある。
- 7) 健康福祉については田村貞雄・吉川暉・杉田肇（1983）を参照のこと。
- 8) これについては、国広潔「保健、医療、福祉総合情報システムの形成と展開」財団法人生存科学研究所編『21世紀への大分のまちづくりとプランニングと実践』（1994）を参照のこと。
- 9) 健康価値論については、田村貞雄・杉田肇『ヘルズエコノミックス』第2章、健康価値論、システムモデル、論理実践実証主義を参照のこと。
- 10) 新経営家族主義については田村貞雄（1996）を参照のこと。
- 11) ネオキャピタリズムについては田村貞雄・杉田肇（1995b）を参照のこと。
- 12) 健康投資の「提供」と「享受」システムについては第4節で詳しく説明している。
- 13) 現在、大分県地域健康開発センターは増大する健康開発需要に対応するために増設中である。

参考文献

- 平松守彦『私の日本連合国家論』岩波書店，1997年。
- 小林登・田村貞雄『社会人間学—社会を場として考える』成文堂，1997年。
- 大分市医師会立アルメイダ病院編『20周年記念誌』大分市医師会，1990年。
- 杉田肇「Multichannel Medical System について」『日本医師会雑誌』72巻第4号，1974年。
- 田村貞雄・吉川暉・杉田肇『新しい医療福祉経済学』早稲田大学出版，1983年。
- 田村貞雄「大分の生存環境とメディカ・テクノポリス」『21世紀への大分まちづくりのプランニングと実践』財団法人生存科学研究所，1994a年。
- 田村貞雄「地域主権のまちづくりにおける大分地域保健委員会の役割」『21世紀への大分まちづくりのプランニングと実践』財団法人生存科学研究所，1994b年。
- 田村貞雄「地域主権的中央制御の経済政策システム」『日本経済政策学会』，1994c年。
- 田村貞雄・杉田肇『ヘルスエコノミクス—激動の経済変革に対して我々は何ができるか—』成文堂，1995a年。
- 田村貞雄「ネオキャピタリズムと共存の経済システムの構築」『世界経済評論』，1995b年。
- 田村貞雄「地域保健活動と経済学の出会い，そして結婚—マルチチャンネル・メディカル・システムの構想と展開」『ソシオサイエンス』，1996a年。
- 田村貞雄「福祉と経済の共生の実験国：スイス」『ウェルフェア』，1996b年。
- 田村貞雄「激動の日本経済変革に対して我々は何ができるか—健康開発型市場経済論のすすめ」『早稲田社会科学研究』第55号，1997年。
- Tamura, S. 「A New System of Welfare and Investment in Positive Health」『ソシオ・サイエンス』vol. 4, 1998年。