

# ポジティブヘルス開発と健康価値評価

—健康福祉経済学序説—

田村 貞雄

## 目次

1. 小論の目的
2. 武見太郎のポジティブヘルスの開発による新しい福祉の考え方
3. 大分におけるポジティブヘルス開発の実践と共同研究の軌跡
4. 大分におけるポジティブヘルス開発と共同研究の実践
5. 健康福祉経済学の基本的骨格  
—現代経済学との対比のもとで—
6. マルチチャンネル・メディカル・システムとEUの展開の共通性
7. ネオキャピタリズムと共生の経済システムの構築  
—日本大分とEUと世界と—
8. むすびにかえて—痛み分けの政治経済学を求めて

## 1. 小論の目的

この小論は多年來調査研究を続けている健康福祉経済学を健康価値論と経済価値論の融合のもとで経済福祉を越える新しい福祉体系（健康福祉）の確立は可能かという視点から詰めてみるということを目的としている。つまり消費価値の極大化の経済学から、新しい福祉体系としての健康福祉と共生する経済学が健康価値論を軸として可能かどうかをわれわれの近著（田村貞雄・杉田肇『ヘルスエコノミックス—激動の経済変化に対して我々は何ができるか』）とわれわれの共同論文（田村貞雄・杉田肇『ネオキャピタリズムと共存の経済システムの構築』）を中心にして、論述するというのがここでの目的である<sup>1)</sup>。

筆者は1957年中山伊知郎のもとで人間のよりよい生活を求めての経済の安定と進歩を目標とする現代経済学の研究を行っていたのであるが<sup>2)</sup>、1964年武見太郎と接してから、これをより包括的な内容での健康福祉の研究のもとで行うようになった<sup>3)</sup>。健康福祉は武

1) これについては田村貞雄・杉田肇（1995）『ヘルスエコノミックス—激動の経済変革に対して我々は何ができるか—』成文堂、田村貞雄・杉田肇（1995）「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11月号を参照されたい。

2) 筆者は1957年4月から1963年3月の期間、一橋大学大学院経済学研究科修士課程・博士過程で理論経済学の中山伊知郎教授のもとで学んだ。

3) 武見太郎は医学者で、中山先生の主治医であり、経済学にも関心を持っていた。その縁で私は武

見によって新しい医学医療の展開目標であるポジティブヘルス開発の内容で考えられた。ここでは、新しい医学医療の展開の基礎に人間生態学（ヒューマンエコロジー）が据えられていた。そこで健康福祉経済学の成立は可能かどうかの検討は、まずポジティブヘルス開発とは何かということからはじめなければならない。

## 2. 武見太郎のポジティブヘルスの開発による新しい福祉の考え方

武見は、『あなたの健康』（1965）で、ポジティブヘルスについて次のように説明している。「古い時代においては病気を治すことが医療であると考えられていた。古典的な病理学の概念から発したものであるが、今日においては、世界の通念としてポジティブヘルス（建設医学）を目標として医療概念が拡大された。肉体的にも精神的にも健康であるということは、さらに健康度を増進することができるという条件を常に持つことである。医療概念がこのように拡大されてきた今日において、医療はコンプリヘンシブ・メディシン（包括医療）の概念で表現されるようになった。たとえていうならば、健康時の健康擁護を出発点として健康破綻の予防、さらに疾病発生時の対応、健康破綻からの回復、初療等、いくつかの段階を考えなければならなくなった。その中には健康管理学のようなインダストリアゼーション（工業化）に対応する特別な目的を持った医学も生まれてくるわけである。」<sup>4)</sup>

また個人と社会の関係については、次のように説明している。「公衆衛生学としての人類の集団的な健康擁護体制は、国際的な協力から地域の協力またはコミュニティ・レベル（地域社会の水準）の協力等地域的な特性が大きく考慮されなければならなくなった。（中略）地域特性とその地域における国民の健康度ならびにその破壊過程とを同時に把握するということが極めて大切になってきている。人類生態学はこのような目的をもって新しく生まれた科学である。地域と個人、あるいは地域と集団との関連において把握していこうとするものであってこの生態学的要素が医療制度の根幹をなすものであることはあまり日本では理解されていない。」<sup>5)</sup>

武見のこのポジティブヘルスの考え方は日本における市町村の地域医療活動の実践的指導理念でもあった。武見のこの考え方に呼応して実践活動に取り入れる地域医師会が多くなり、日本の地域医療活動は世界にさきがけて新しい時代を迎えた。

1972年に武見と中山伊知郎のNHKテレビ対談「医療と経済」（1973）が放映された。筆者は放映前に中山のところへ上述の『あなたの健康』を持って行って、武見の医療と経済についての関心はポジティブヘルスの実現にあるということを報告した。中山は非常に興味ある視点だが経済にとってはむずかしい問題であると筆者に話した。しかし実際のテレ

見の勉強会に参加する機会を得た。

4) 日本医師会編（1965）『あなたの健康』春秋社3ページ

5) 日本医師会（1965）『あなたの健康』春秋社4ページ

ビ放映ではこのポジティブヘルスの話が国民の中で広く関心を持たれる機縁をつくることになった。

武見は1975年に世界医師会長として、東京で「医療資源の開発と配分」の学術会議を開催して、ポジティブヘルスの視点での医療と経済の問題を広く世界の医学・医療関係者、経済学・経済関係者に問うた。そして会議の終了にあたり、世界医師会長としてメディコ・エコノミックス研究宣言を行った<sup>6)</sup>。そしてその後日本医師会内にメディコ・エコノミックス研究委員会を組織すると共に世界医師会内に「医療資源の開発と配分フォローアップ委員会」を設けてメディコ・エコノミックスの検討を行った<sup>7)</sup>。

図1は武見が構想したメディコ・エコノミックスのフレームワークを示している。図1の左上方に新古典派経済学のエコノミックスの特徴を示し、右上方にはそれと対比におい

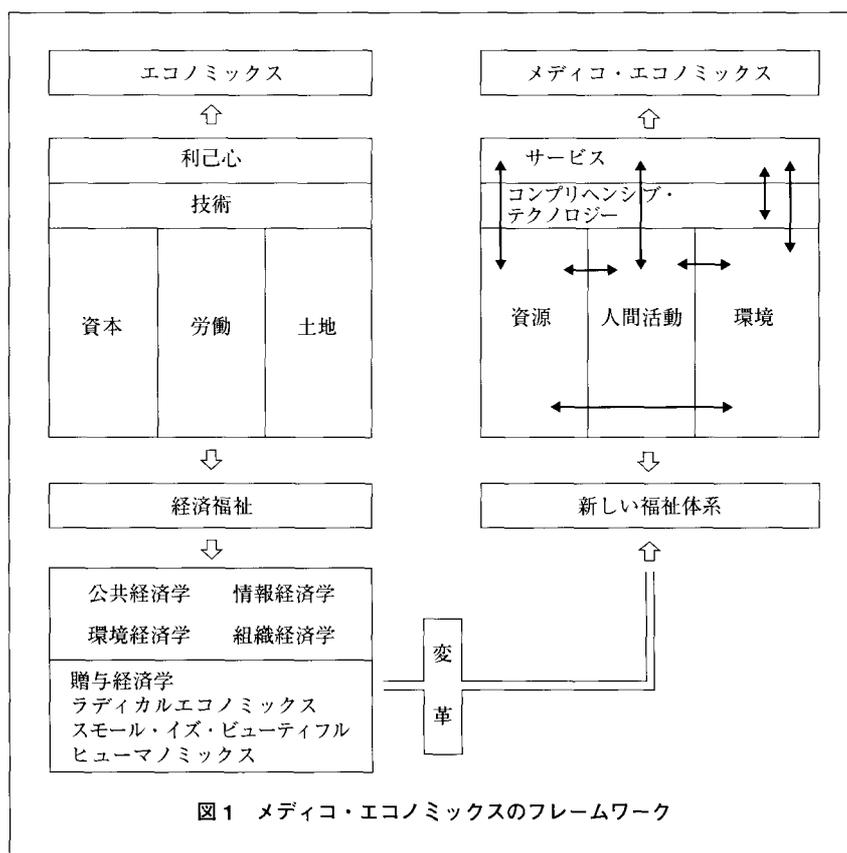


図1 メディコ・エコノミックスのフレームワーク

6) これについては武見太郎 (1975)「医療資源の開発と配分」日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社を参照のこと。  
 7) メディコ・エコノミックスについては武見太郎 (1976)「メディコ・エコノミックスの構想」日本医師会編『国民医療年鑑』春秋社を参照のこと。

てメディコ・エコノミックスの特徴を示している。武見はこのメディコ・エコノミックスのフレームワークをもって新しい福祉体系としたいと主張した。下方は筆者が付け足したものである。この図は筆者が1977年に示したものであるが、現在地球環境の変化、少子高齢化社会、情報化社会の中の激動の社会経済変革により経済学は、武見のメディコ・エコノミックスにもとづく新しい福祉体系の方向に寄って来ていることは、事実が物語っている<sup>8)</sup>。

### 3. 大分におけるポジティブヘルス開発の実践と共同研究の軌跡

現代経済学のトレーニングを受けたものにとって、武見のメディコ・エコノミックスを基盤として新しい福祉体系を考えることは、非常に難しいことであった。筆者は武見・中山の「医療と経済」のNHKテレビ対談の後に<sup>9)</sup>、日本医師会主催の「学問の進歩と国民医療」——地域医療概念の定着——というシンポジウムを聴く機会を持った<sup>10)</sup>。ここで大分地域に展開されていた「マルチチャンネル・メディカル・システム」をシステム発案者の杉田（大分市医師会副会長当時）の報告によってはじめて聴いた。ここでは武見のいうポジティブヘルス開発を目標とした地域包括医療の展開の実際の方角を探ることができた。その時に示されたマルチチャンネル・メディカル・システムの基本的骨格は、図2のような内容のものであった。すなわち、マルチチャンネル・メディカル・システムは、武見のいうポジティブヘルス開発を実践的目標として、技術を集積していくという特徴を持っていた。ここではポジティブヘルス開発は、早期発見、治療の機能、予防、健康教育、リハビリテーションの機能として医師・パラメディカルの卒前、卒後研修の機能の技術を大分市医師会立病院（開業医による共同利用施設）としてのアルメイダ病院を中心として、集積して行くというものであった<sup>11)</sup>。これは世界の流れからいえば地域包括医療システムの日本における実践型として位置づけられる。

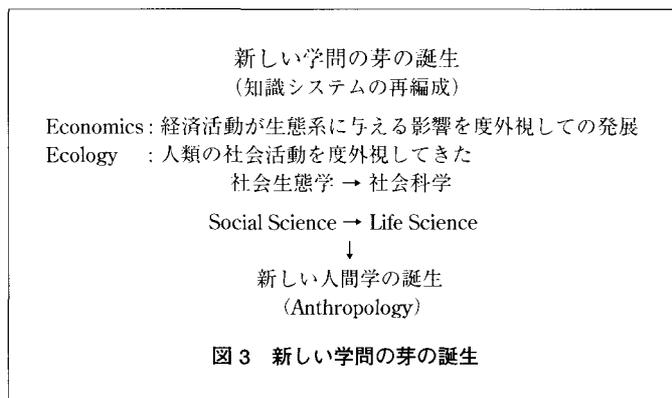
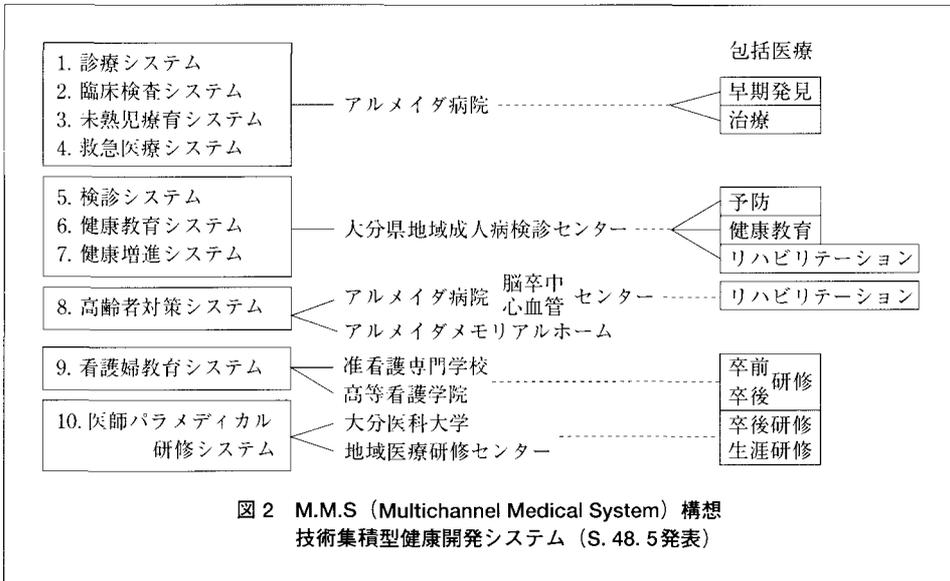
そして杉田は報告の結びとして、図3に示してあるような新しい学問の芽の誕生（知識システムの再編成）のテーマのもとで、経済学は生態系に与える影響を度外視して発展し、またエコロジーは人類の社会活動を度外視してきたということを指摘したあとで、経済学は社会生態学をくぐり抜けることによって、新しい人間学の誕生に貢献することができるのではないかと結んだ。筆者は経済学の新しい展開方法が、地域の実践家によって鋭

8) このことは最近174回国会で循環型社会形成基本法が成立したことそして少子化社会対策基本法が国会で成立し公私にわたっていろいろな施策が取られていることでも明らかである。

9) これについては日本医師会編（1972）「医療と経済」『国民医療年鑑』を参照のこと。

10) これについては杉田肇（1974）「学問の進歩と国民医療——地域医療概念の定着」『日本医師会雑誌』73巻第6号を参照されたい。

11) 医師会病院は健全な競争原理と健全な民主主義原理のなかで地域包括医療の使命達成のために構築された家庭医共同技術集積体である。これについては杉田肇（1973）「情報社会と医師会病院」『九州地区医師会病院・臨床検査センター研究協議会記録』を参照されたい。この技術集積体の論議と実践のなかに、21世紀をてらす光がやどされている。



い洞察のもとで指摘されたことにより、身体が震えるような強い衝撃を受けた<sup>12)</sup>。この後、海外調査研究や、その他の準備的研究期間を経て、1年後の1975年に筆者は大分の地に赴きマルチチャンネル・メディカル・システムの観察を行った。

杉田は医療活動を家庭の日常生活活動と密着させて、ポジティブヘルス開発をはかるためには母子保健、学校保健、成人保健、老人保健を環境保健、職場保健との関連における医療技術集積は、家庭医としての開業医個人で到底無理であるが、これを医師会活動の場で開業医が協力して行えば可能であると考えた。大分市医師会病院は、大分市の開業医の総参加の出資によって設立された開業医の共同利用施設である。大分市における開業医の共同利用施設である医師会病院は大分の地で、日本ではじめての西洋式の病院を建てたが

12) 杉田のこの洞察的で情熱的言葉が健康福祉経済学誕生の原点として位置づけられる。

ルトガル人ルイス・ド・アルメイダを記念して、アルメイダ記念病院と名づけられた<sup>13)</sup>。昭和49年の創設時は160床であったが、昭和54年に310床に増床された。開業医はこの医師会病院を自己の研修の場として利用するとともに、地域包括医療活動の目的に沿った技術集積の場として利用している。これは日本の土壤に咲いた新しい型の医療提供組織のパターンを示しているということができよう。大分市医師会立アルメイダ病院の機能拡大の経過をみると第一ステップが、昭和44年の医師会立病院の建設であるとすれば、第二ステップでは昭和48年における大分市地域医療保健委員会の組織化であった<sup>14)</sup>。これにより、医師会病院を核とする地域連携が有機的に行うことができるようになった。第三ステップは昭和53年におけるポジティブヘルスの核となる大分県地域成人病検診センターの発足である。そして第四ステップは特別養護老人ホームとしてのアルメイダメモリアルホームの開設である。第五ステップが1989年における医師研修会館の建設である。これをもって、環境保健、職場の保健を伴った、母子保健、学校保健、成人保健、老人保健の技術集積が完結をみたのであった。つまり杉田構想のマルチチャンネル・メディカル・システム（図2参照）は、着々と実現されていったのである。

筆者は3ヶ月にわたるマルチチャンネル・メディカル・システムの観察ののち、ポジティブヘルス開発の実践を実証的基盤として新しい福祉システムを本格的に調査研究したいと思い、杉田に大分市医師会と共同研究をしたい旨を申し出た。杉田はその時共同研究の条件として、物質的消費優先の経済価値論を脱皮して、図4に示してあるような健康価値論を理解するということを筆者に要請した。

筆者は約3ヶ月にわたる観察による知見を背景にして、杉田の健康価値論のレクチャーを緊張して聞いた。いまにしてふりかえればこの時が現代経済学から健康福祉経済学への実質的転換の瞬間であった。杉田は、1. 新しい価値観の形成の歴史的背景を話し、2. 健康価値論の基本仮説（健やかに生きて、さわやかな死に至る）の意味するところを具体的に（論理実践的に）説明した。そして3. 健康価値論の展開のところでは、マルチチャンネル・メディカル・システムの構想の真意にふれ、4. 健康価値論の系としての近づきつつある死を認識して、日々の命の更新活動の必要性を人間の生理的なメカニズムを基盤として説明した。ここにまさにポジティブヘルス開発の創造的行動の根源があるとのことであった。筆者は、この日以降教育・研究の座右銘として「人生は自己選択で自己努力」を考え、学生に話し、また実践することになった<sup>15)</sup>。5は健康価値論の実践の受け皿としての社会・政治・経済システムの形成が必要であること、このため地域保健委員会の組織づ

13) 医師会病院をアルメイダ記念病院と名づけたことに医師会と地域のエゴを排して地域包括医療を人類レベルで展開しようという理念がうかがわれる。

14) 大分市地域保健委員会の組織化にわれわれは健全な競争原理と健全な民主主義原理の共生の実態をみることができる。

15) 健康価値論はひらたくいえば、能く生き能く死ぬを自己実現の目標とし、自己選択で自己努力の実践の内容で捉えられる。杉田はこれをポジティブヘルス開発とよんでいる。

1. 新しい健康価値論形成の歴史的背景
  - (1) 医療の構造と質の変化・医療の多様性
  - (2) 新しい疾病構造→成人病の概念の変化
  - (3) 先進国における福祉の新しい価値観
2. 健康価値論の基本的仮説（生理的規範）
  - (1) 健やかに生きてさわやかな死に至る→医学・医療の支援
  - (2) 新しいケアの方法の開発→個人の選択・自己努力と健康教育（死の教育）
3. 健康価値観の展開
  - (1) マルチチャンネル・メディカル・システムの技術開発（健やかに生きてさわやかな死に至るための技術開発）→老人が生きがいのある社会づくり
  - (2) ①Health Check ②Health Promotion ③Health Educationの技術集積
  - (3) 健康価値のパーソナリティ評価
4. 健康価値論の実践の系
 

近づきつつある死を確認して、日々命の更新活動（自己選択による創造的活動）の必要性
5. 健康価値論にもとづく社会拠出機構の組織づくり（地域保健委員会の機能拡充）
  - (1) 社会的財のプールのしかた
  - (2) 優先順位の決定と評価のしかた

図4 健康価値論：杉田構想（1975年）

くり実践の話は、社会科学を学んだ人間にとって目を見張るものがあった。ここではマスメモクラシー（大衆民主主義）の欠陥として経験的に知られている民主性と専門性の非融合が克服されているのであった。そして杉田は、最後に中央集権的な財政配分機構を地域主権的な方向に変える社会保障の新しい展開、一地域住民の自己選択で自己努力による社会拠出機構の形成の必要性を説いた<sup>16)</sup>。つまり社会財のプールのしかたと優先順位の決定のための評価のしかたがそれであった。

#### 4. 大分におけるポジティブヘルス開発と共同研究の実践

次に大分市医師会、大分県医師会の実践を基盤とする杉田と筆者の共同研究の経過について説明する。

##### (1) 「医療経済学は成立可能か」(1976)

これは1975年に東大医学部で講義したものをもとにして執筆した論文である<sup>17)</sup>。大分で実践的観察を行うまでは、医学・医療にくらべて経済学・経済のリサーチの領域が狭いので医療経済学は成立不可能と考えていたが、大分で色々と勉強することにより、医療と

16) 杉田は健康価値論の系として受動的な社会保障に変えて能動的な社会保障の構築を強く望んだ。田村はこれを世界福祉イニシアチブ日本からの発信のテーマのもとで研究を継続している。

17) 勝沼晴雄・田中恒雄『医療学原論』

これは私が東大医学部非常勤講師として学部生・大学院生にはなしたのをまとめたものである。私が東大に講師として招かれたのは経済学者としてではなく武見大郎と大分のポジティブヘルス開発の観察が評価されてのことである。

経済学の融合は可能なのではないかと考えるようになったいきさつを記したものである。ここでは、経済財と保健・医療・福祉の特性の相違ということを強調した。

### (2) 「ウエルフェアアロケーションと多次元評価」(1976)

これは第3回日本医師会特別医学分科会「生命現象におけるパターンとパターン認識」で報告したものをまとめたものである<sup>18)</sup>。

この学会は複雑な生命現象を渡辺慧(1972)を中心にしてパターン認識の手法で検討しようということを目標として4日間にわたって行われた。筆者は渡辺の「科学は帰納である。帰納は科学である」という考え方にもとづいて、複雑な健康福祉をパターン認識方法による多次元評価で数量化するという考え方を杉田の「マルチチャンネル・メディカル・システム」の実践を実証的基盤として発表した。これはわれわれの共同研究にとって重要な研究報告として位置づけられる。つまりわれわれは大分の実践をパターン(範疇)として類の単位を確定し、これをもとにして外延的展開(数量化)をはかるという方法により、大分を拠点にして、国内では鹿児島県肝属郡、福岡県宗像市、千葉県館山市、青森県弘前市、海外ではデンマークコペンハーゲン市、スイスチューリッヒ市、ドイツボン市、マンハイム市、等へとそれぞれの地域特性を考慮しながら、外延的拡張の実践を行っている。ここではポジティブヘルス開発のパターン認識による評価方法の試論を提供した。

### (3) 「医療福祉の最適化過程の実践的観察」(1980)

これは1979年に開催された世界医師会の医療資源の開発と配分フォローアップ委員会で大分地域の実践をまとめて世界で紹介したものである<sup>19)</sup>。デンマークのコペンハーゲン大のホルスト教授が非常に興味を示し、信じられないぐらいの素晴らしいシステムだがこの成功の要点は何かという質問を行った。筆者はこの会に出席していた吉川暉大分市医師会会長(当時)に代わって答えてもらったが、吉川の答は、地域住民への健康教育活動の成果だということであった。いづれにもせよ、「マルチチャンネル・メディカル・システム」が世界医師会の場で共通の検討課題となったことは確かである。つまりポジティブヘルス開発の目標のもとでの技術集積の実践が世界で紹介されたのである。

### (4) 「生理学的視点からみた経済学の提唱」(1982)

18) これについては田村貞雄(1976)「ウエルフェアアロケーションと多次元評価」日本医師会編『ライフサイエンスの進歩第4集』春秋社。

健康価値は多次元評価と実践評価を特徴とするので帰納原理あるパターン認識手法が必要とされる。これについての最新の論文として田村貞雄(1999)「健康福祉の最適化過程評価とパターン認識」『早稲田社会科学』第58号を参照されたい。

19) 田村貞雄(1977)「医療福祉の最適化過程の実践的観察」：日本医師会編『医療資源開発と配分フォローアップ委員会会議録』

杉田のMultichannel Medical Systemが世界で紹介され注目された。

これは杉田と共著という形で、世界経済評論に発表したものである<sup>20)</sup>。ここでわれわれは、上述の健康価値論を全面に打ち出し、武見のメディコ・エコノミックスを健康価値論を基盤としてフィジオロジカルエコノミックスの呼称と内容のもとで展開して、これを世に問うた。共同研究の開始から7年の歳月を経て、経済価値論（経済学）が健康価値論（医学・人間生態学）へ脱皮した研究報告として位置づけられる。つまりポジティブヘルス開発が健康価値論によって評価されることが明示的に打ち出されたのである。

(5) 「グループメディシンの将来：経済学の視点から」(1983)

これは1982年に東京と大分の2ヶ所で開催された第5回グループメディシン国際会議で報告したものをまとめたものである<sup>21)</sup>。この会議の主催者は吉川暉大分市医師会長（日本医師会代表として）であり、1日目は東京でシンポジウムを行い、そして2日目は大分の現地で「マルチチャンネル・メディカル・システム」の観察という形をとって行われた。筆者は第1日目のシンポジウムで、健康価値論と経済価値論の融合による未来志向的健康投資の実践の視点を大分地域での実践をもとにして世界の各国のグループメディシン担当者に説明した。

(6) 『新しい医療福祉経済学』の出版（1983）

これは吉川、杉田と筆者が共著の形をとって発表したものである。大分を訪れ、共同研究という形で勉強させてもらってから8年目の一応の取りまとめであった<sup>22)</sup>。新しい福祉システムの構築は学問的には非常に難しいというのがこの時の実感であった。この時、共同研究スタートの医療経済学あるいはメディコ・エコノミックスにかわり、ここでは医療福祉経済学という呼称に変化したが、「医療経済学は成立可能か」の道はまだ遠いという状態であった。

(7) 「EUの展開と産業政策の最適化過程（1）、（2）」(1992、1993)

これは在外研究員としてイギリスオックスフォードとケンブリッジを拠点として4ヶ月にわたる調査研究報告である。ここで上述のパターン認識の手法により、ヨーロッパにおけるデンマーク、スイス、ドイツの諸都市と大分市の共通性を実地で理解し、「マルチチャンネル・メディカル・システム」の海外的展開の足場をつくった。これまでは、海外か

20) 田村貞雄、杉田肇（1982）「生理学的視点からみた経済学の提唱」『世界経済評論』Vol. 26. No. 12. この論文でわれわれは健康価値論をはじめて公表した。同じポジティブヘルス開発でも武見のメディコ・エコノミックスと杉田のヘルスエコノミックスの違いはこの点にある。

21) 田村貞雄（1983）「グループメディシンの将来——経済学の視点から」『第5回グループメディシン国際会議録』参照のこと。

22) 田村貞雄・吉川暉・杉田肇（1983）『新しい医療福祉経済学』早稲田大学出版部。杉田のヘルスエコノミックスが地域包括医療の実践との関連で新しい医療福祉経済学の名称のもとで出版された。大分の実践を観察してから8年目である。

らきた人達に日本で「マルチチャンネル・メディカル・システム」を紹介していたのであるが、ここでは海外で「マルチチャンネル・メディカル・システム」のグローバル性を実感することができたのは、われわれの共同研究にとって非常に大きな観察であった。

(8) 早稲田大学大学院社会科学研究所「医療福祉経済学」発足（1993）

われわれのこれまでの共同研究の努力が大学院新設の際の文部省審査をパスして、医療福祉経済学の修士課程で講義、研究指導が設置され、翌年には同科目のもとで博士課程での研究指導が認められた<sup>23)</sup>。ここで漸く早稲田大学大学院という場で新しい福祉システムの構築を目指して、多くの院生、科目等履修生と共同で調査し、研究することができるようになった。武見、中山による学問の立場から福祉経済学の確立をはかることという遺命は漸く端緒についたといえることができる。

(9) 『ヘルスエコノミックス—激動の経済変革に対して我々は何ができるか』（1995）

これは杉田と共著の形をとり、大学院の講義と研究指導のためにまとめたものである<sup>24)</sup>。ここで新しい福祉システムは、健康価値論を基軸とするポジティブヘルスの実践ということに焦点を絞りながら一応の形をとることになった。医療経済学、フィジオロジカルエコノミックス、医療福祉経済学、ヘルスエコノミックスと名称は変わったが、「マルチチャンネル・メディカル・システム」を起点とするポジティブヘルス開発の新しい福祉システム形成の国内的、海外的調査研究の内容は変わっていない。

(10) 「ネオキャピタリズムと共存の経済システムの構築」（1995、1996）

これは杉田と共著の形をとり、世界経済評論に発表した論文である<sup>25)</sup>。ここでは物質中心で短期的視点の経済価値論から人間中心のこころと物質の融合の健康価値論への歴史的軌跡の考察を中心にして、ポスト資本主義経済における社会・政治・経済システムをネオキャピタリズム（Neonatal Capitalism—新生資本主義）論の構想のもとでまとめたもの

23) 杉田のポジティブヘルス開発を目標とするヘルスエコノミックスが医療福祉経済学という学術概念のもとで早稲田大学の新設大学院である社会科学研究所の講義・演習科目として文部省に認可された。つまり武見と杉田の実践が正式に社会科学系の学問の場で検討されることになった。新しいパラダイムをもとめて冒険好きな若い研究者がすくなくあつまっている。

24) 田村貞雄・杉田肇（1995）『ヘルスエコノミックス』成文堂

これは—激動の経済変革に対して我々は何ができるか—という副題で大学院の教科書として出版された。

25) 田村貞雄・杉田肇（1995）「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』11月号

これはポスト資本主義経済についての世界的関心にたいする我々の参加のスタンスをしめすものである。これはポジティブヘルス開発の杉田構想の系であり新生資本主義（Neonatal Capitalism）をネオキャピタリズムと呼んだ。真意はこうである。資本機能にみられる毒性を除去して生産性機能を健全に発揮させ福祉の社会経済基盤を確保するのがこれである。このことは政府の成功と市場の成功の共生の核としての健全な競争原理と健全な民主主義原理の共生の制度化を意味する。

である。これは健康価値論を基軸とするポジティブヘルス開発による新しい福祉システムの形成というわれわれのライフワークの応用編として位置づけられる（これについては節をあらためて説明を加える）。

5. 健康福祉経済学の基本的骨格  
 —現代経済学との対比のもとで—

図5は図2で示した杉田の「マルチチャンネル・メディカル・システム」をわれわれの

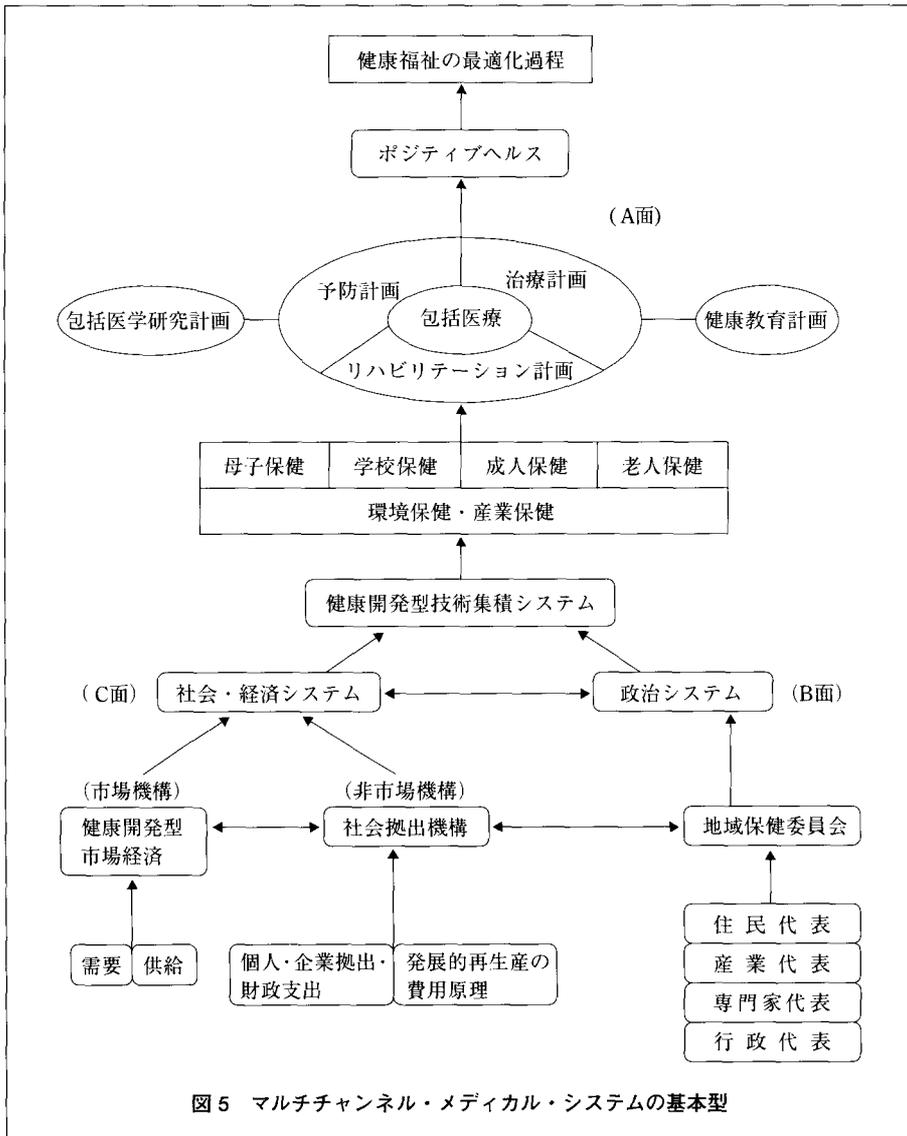


図5 マルチチャンネル・メディカル・システムの基本型

共同研究用に要約したものである。ここでは健康福祉の最適化過程を目標とするポジティブヘルス開発が包括医療面（A）と政治システム面（地域保健委員会の組織化）（B）と社会・経済システム面（市場機構の強化と非市場機構の新機構）（C）の多元的融合図の形で示されている<sup>26)</sup>。

図5では、ポジティブヘルス開発は包括性でみれば医学研究計画と健康教育計画に裏打ちされた、予防計画・治療計画・リハビリテーション計画の内容で示され、継続性でみれば、それは母子保健、学校保健、産業保健、成人保健の技術集積とその実践の内容で示されている。このポジティブヘルス開発の優先順位の決定と評価を行う主体が、B面に示してある地域保健委員会であり<sup>27)</sup>、ポジティブヘルス開発の費用調達と負担の調整メカニズムがC面で示してある社会拠出機構（非市場機構）と市場機構である<sup>28)</sup>。

次に図6は、ポジティブヘルス開発の享受者側の構成的特徴を示している。ここでは個人が家庭を拠点として地域社会を形成し、地域社会が国家社会を形成し、そしてこの国家社会を調整の場として地球社会を形成しているというヒューマンエコロジカルな実態が示されている。われわれはこれを地域主権の中央制御のグローバルシステムと呼んでいる<sup>29)</sup>。

次に図4で説明した健康価値論にもとづく新しい人間行動仮説：組織適応能（アダプタビリティ）を示している。この行動仮説が地域主権の中央制御のグローバルシステムの行動型として位置づけられ、この行動型が健康福祉の最適化過程における相互依存関係の連係を確保することになる（図7）。

図7で示されている、Adaptability（組織適応能）は健康価値論の実践における行動仮説として、杉田と田村によって設定されたものである。つまり健やかに生きてさわやかな死に至る。近づきつつある死を認識して日々の命の更新活動の系としてa. 企業家精神、b. 自己抑制、c. 献身の人間行動仮説をA. 競争環境、B. 信頼環境、C. 家庭教育環境のもとで考えているのである。したがって、新古典派経済学と健康福祉経済学の相違を端的に言えば、経済効率性達成目標の経済合理的行動の仮説とポジティブヘルス開発目標の組織適応能行動の特徴に求められるということができよう。したがって健康福祉経済学は健康価値論にもとづく組織適応能行動仮説の実践と共に立ち、共に倒れるという特徴を持っているのである<sup>30)</sup>。

26) 大学院での講義・演習科目医療福祉経済学を学部の新設するにあたり、医療福祉を健康福祉にかえることにした。これはポジティブヘルス開発を保健面に重点をおいて表現したかったからである。これによりEconomics for Positive healthは健康福祉経済学とあらわされることになった

27) 地域保健委員会は健全な民主主義の展開の実践例である。

28) 社会拠出機構は杉田が念願する能動的な社会保障のシステム化であり、これと協働する市場機構をわれわれは健康開発型市場経済とよんでいる。社会拠出機構と健康開発型市場経済が協働でうまく作動するとき政府の成功と市場の成功の共生が実現する。

29) 健康福祉循環においては個人・家庭・地域社会・国家社会・地球社会は基本的構成要素である。そしてここでは個人・家庭が基礎組織であり、これが企業・行政・NPO・NGOのメゾ組織と協働して地域社会・国家社会・地球社会を形成していく。

30) 健康福祉循環における基礎組織（家庭）とメゾ組織（企業・行政・NPO・NGO）による健康価

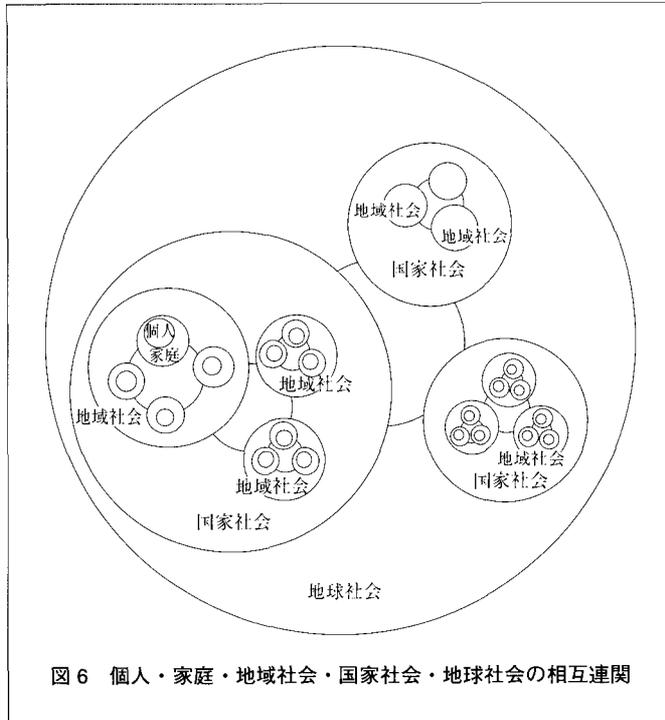


図6 個人・家庭・地域社会・国家社会・地球社会の相互連関

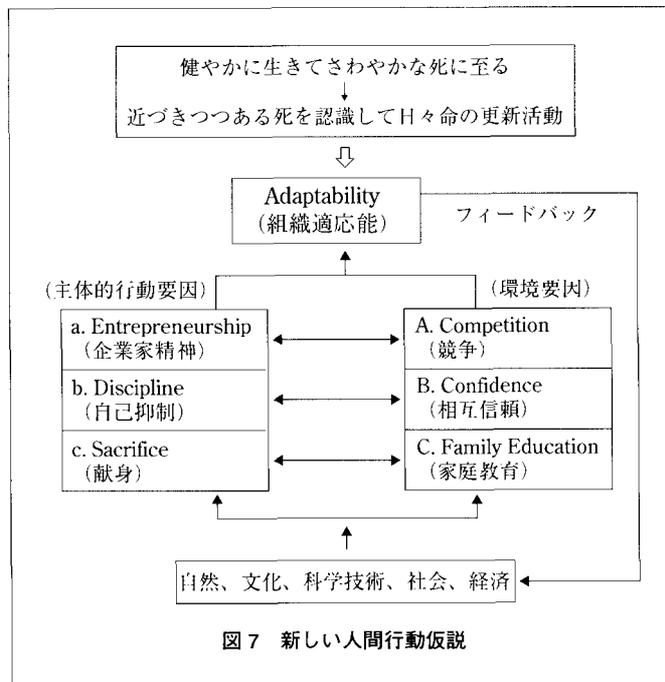


図7 新しい人間行動仮説

上述したように筆者は現代経済学の研究過程において、経済変革の諸現象と遭遇したと同時に、経済福祉を越える新しい福祉体系（健康福祉）の解明が必要な事態に遭遇した。その時、たまたま地域保健活動の実践とそれにもとづく現代経済学の新しい展開に必要な示唆を得たことが機縁となり、思いきって地域保健活動のなかに飛びこんで共同に仕事しようとして決意し、それが受け入れられた。しかしこの受入の条件が図4で示した健康価値論の実践の理解であった。それから23年が経過したのであるが、この25年にわたる共同研究による結論はこうである。経済学はF・ケネー、A・スミス、D・リカード、T・マルサス、K・マルクス、L・ワルラス、A・マーシャル、J・シュンペーター、J・M・ケインズ、W・ベバリッジ（非経済学者ではあるが）は、生理学的人間学的匂いを持っていた。それがボックスアメリカナと共に経済学がアメリカが中心となり新自由主義思想の新古典派経済学が主流になると、経済学は、生理学、人間学から離れて、専ら物理学的手法の厳密性を競い合うようになった<sup>31)</sup>。その方向に合う人間行動仮説が経済合理的行動仮説（利己心の追求）であり、この論理的帰結としての効率性基準の万能視であった。利己心の追求行動は人間の一つの生理に根ざした仮説であるが、この面が行き過ぎると労働、家庭、都市、地球の生理に耐え得ない破壊現象がひきおこされるのである。このことは、利己心追求の価値観は、包括的側面、長期的視点から見ると「健やかに生きる条件の確保」と両立し得ない面を持っていることを意味する。そこで健康価値論の実践により、経済福祉を越えて、新しい福祉システムの形成と実践が必要とされるし、このために新生資本主義観、それにもとづく健康福祉経済学的手法が必要とされるのである。ここでは経済学は物理学より、生理学そして人間学の助けが必要となると同時に、経済学は健康福祉経済学形成とその実践により、杉田がいうように生理学と人間学の新しい展開に貢献することが可能となるのであろう。

われわれは、経済福祉を越える新しい福祉システム形成を健康福祉の最適化過程（ポジティブヘルスの達成）に求め、その実証的基盤をマルチチャンネル・メディカル・システムの実践に求めた。このように、われわれの論理実証の考え方は、実践を基盤としているというのが特徴である。それは、われわれが想定する健康価値論の未来志向的实践を、その重要な要素としているからである。個人が家庭を拠点として、すなわち、健やかに育ち、健やかに老い、さわやかな死に至る目標のもとで健康についての自己選択と自己努力を行い、自己満足と社会満足を同時に充足するという実践行動がそれである。この実践結果が組織適応能の実現度として評価され、これを中心としてポジティブヘルスの達成の評価が行なわれることになる。このような過程は世代循環を通しても行われるわけであるか

---

価値論の実践と地域保健委員会の調整行動の存在が健全な市場原理と健全な民主主義原理の共生を実現させる。

31) 新古典派経済学の方法論的批判についてはジョージ・ソロス（1999）『グローバル資本主義の危機』日本経済新聞社を参照されたい。

ら、われわれのシステム・モデルは終わりがなく、最適化過程として評価されるという特徴を持っている。このようなシステム・モデルでは、仮説を検証する場合、実践による実現度を基盤とした実証データがシステム・モデルの継続的計画・実行・評価のために必要とされるのである。

図8は論理実践実証主義の基本型を示している。まず、システム・モデル形成の新しい概念形成 (Idea Formation) を行うにあたって、歴史的調査研究 (Historical Research) と生理学的、生態学的秩序を基盤とした未来からの反射の検討を行う未来洞察 (Future Insight) が必要とされる。もしこれがポジティブヘルス開発の場合であると、健康福祉の①生物特性 (特殊倫理性)、②地域性 (個別特性)、③不確実性、④公共性、⑤継続性、⑥包括性の吟味検討がこれにあたる。そしてその特性にふさわしい、人間行動仮説と制約条件 (阻害要因) の設定を中核として、システムを構成する組織相互関係のモデル構築 (Model Building) づくりを行う。すなわち、まずモデル構成の全体的視点は、健康福祉経済学に求められる。この視点にもとづいて、マクロ資料 (世界・国・県・等) による地域実践と、その特性の調査検討と、健康福祉との問題点の提示を行う。そして次にミクロ資料 (地域・家庭・個人) の調査検討と健康福祉の抽出を行い、以上の調査検討を基盤として、行政組織・非営利組織、市民、企業市民参加による、地域特性の調査と検討、問題の提示、そして合意形成を行う。そして、以上の調査検討結果をもう一度健康福祉経済学の視点によるふるいにかけて、総体的実行モデルの作成を行う。そして、実際に当該地域で実行 (Practice) に移す。この場合、地域主権的中央制御のグローバルシステムの特徴により、地域の設定いかんにより、地域社会モデル、国家社会モデル<sup>32)</sup>、地球社会モデル

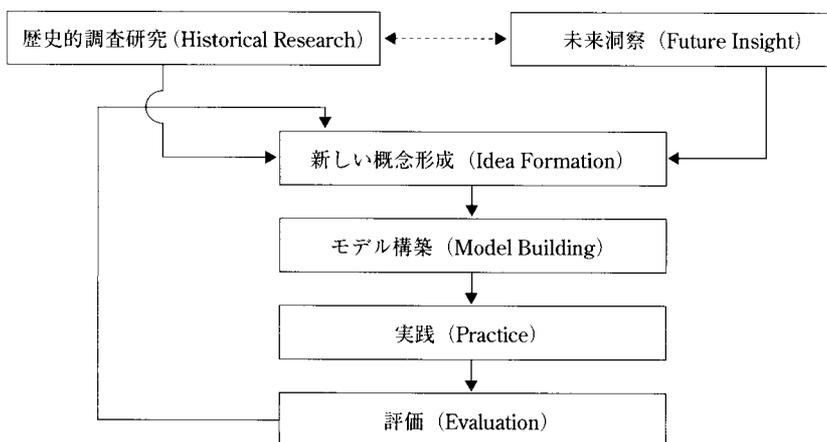


図8 論理実践実証主義の基本型

32) 地域主権的中央制御のグローバルシステムにおける国家観はコミュニティ国家観として特徴づけられる。

の形態をとることになる。そして実践結果は、健康福祉経済学の視点からのアイデアフォーメーションにもとづいて過程評価が行われるのであるが、これは上述した健康価値論の実践にもとづく組織適応能（Adaptability）を中核として、健康福祉の実現度評価を行うことを考えている。そして、この評価が次のアイデアフォーメーションに取り入れられて、新しいモデル・ビルディング形成の重要な情報となる。これにもとづいて、新しい目標のためのモデル・ビルディングが行われ、そして実行に移される。このように、われわれの論理実践実証主義の考え方はシステム循環的実証方法として特徴づけられるのであるが、これは、別の表現でいえば、目標逐次達成モデルということになる。

現代経済学における経済福祉の最適化と論理実証主義の方法において、認識の対象（現実）と認識の手段（理論）の対応づけにより実験のデザインを行い、そこから仮説を引き出し、その仮説を現実に戻して実証するという方法をとる。この場合、事実認識の場合も、価値認識の場合も、実験のデザインを組んで仮説を引き出すのも、その仮説を検討するのも理論・計量経済学の方法に従い専門家（賢者）が行う。このような実証方法のもとでは専門家（賢者）以外のこの過程への参加者は、協力素材として取り扱われる。すなわち、このようなモデル構成とその実証的方法においてはもっぱら専門家（賢者）の力量が問われることになる。

これに対して、われわれの論理実践実証主義の方法では、価値認識と事実認識の両面についての論理の構成と実証の方法において、実践が大きな役割を演ずる。論理構成が実践によって、十分に裏づけられれば、観察変数がより現実を忠実に反映する真の変数に近づくことになる。ここでは論理構成が多次元の世界にわたること、長期にわたる時間的観察が必要であることから一人の専門家（賢者）の理論・計量経済学的手法の駆使によって仮説が設定され、それが検証されるということは不可能になる。すなわち、健康福祉の最適化過程のモデル構築の評価においては、多くの学問的専門家と各種業務専門家の協力が必要となる。学問的専門家は業務専門家のパターンによる類型化によって助けられて、はじめて、モデルの組み立てとその評価に必要な情報を得ることができ、学問的専門家の力を発揮することが可能となる。またモデル構築によって構築された政策提言は、実際の実践家の実行によって、はじめて新しい概念形成に必要な情報を得ることができるのである。したがって、ここで学問的専門家は各種業務執行専門家とモデル・ビルディングにもとづく政策提案を実行する実践専門家と協力して、ポジティブヘルス開発にもとづく新しい福祉システムを論理実践的に実証することが可能になるのである。ここでは一人のまたひとつのグループ“賢者”が主役でなく、それぞれが役割分担に応じて、組織適応能（Adaptability）に即した実践行動を行うということによって、チーム全体としての力が発揮されるという意味において、みんなが主役なのである。われわれはこのような調査研究のしかたを“全員参加の科学的方法”と呼びたいと思っている。このような科学的方法の

浸透によって、健康価値論の実践がより身近なものとなると考える<sup>33)</sup>。

## 6. マルチチャンネル・メディカル・システムとEUの展開の共通性

第3節(7)「EUの展開と産業政策の最適化過程(1)、(2)」(1992、1993)<sup>34)</sup>で説明したように、筆者はEC統合(EU)の調査研究に1992年に出かけ、そこでわれわれの共同研究による新しい福祉システム形成の実践と共通性(とりわけデンマーク、スイス、ドイツ)を見出し、その後調査を継続している。ここで、マルチチャンネル・メディカル・システムとEU展開の共通性についてもう少し詳しく考察する。

まずEUの目標は、図9に示されているように、ソーシャルヨーロッパ、EU市民の誕生に求められている。そしてこの目標達成が三段階に分けて実施することが合意されている。第一段階が市場統合の達成、第二段階が欧州単一通貨の実現である。これにはEUにおける完全な政治・統合が必要とされている。そして第三段階がソーシャルヨーロッパ、EU市民の達成である。

このような目標の形成が可能になったのは、長い間繰り返されたヨーロッパにおける戦争に終止符を打とうとするヨーロッパ人の願い、つまり「不戦共同体」の価値観が存在していたからだといわれている。

この「不戦共同体」の価値観がEUの展開に不可欠な「主権の共有」の価値観が形成されたといわれている。EUが1957年ECSC(EUの前身欧州石炭・鉄鋼共同体)条約をローマに結んで以来、幾多の困難を経て、その目標に向かって、力強く歩んでいるのは、この「不戦共同体の価値観」、「主権の共有の価値観」が存在したからだと筆者は考えている。

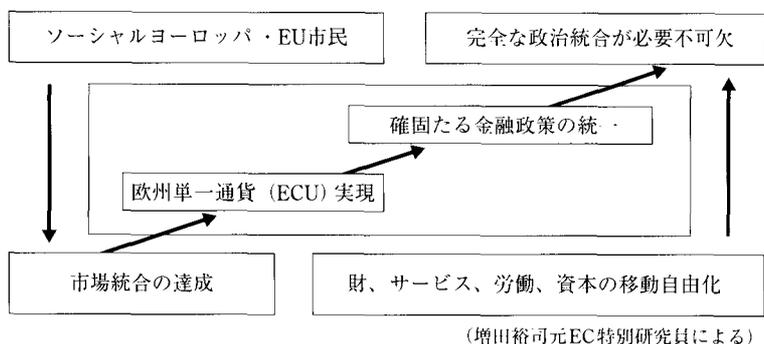


図9 EC統合の論理連鎖：Logic Link on EC Integration

33) ポジティブヘルス開発を基盤とする健康福祉評価は共生の哲学を根底に持つ学際知として特徴づけられる。新しいパラダイムの確立には論理実践実証主義の方法が不可欠である。

34) 田村貞雄(1992、1993)「EUの展開と産業政策の最適化過程」『早稲田社会科学研究』54号、55号

図10はEUと日本の新しい福祉システム形成の比較を示している<sup>35)</sup>。日本における新しい福祉システム形成（マルチチャンネル・メディカル・システム）は健康福祉の最適化過程を目標として、EUはソーシャルヨーロッパ・EU市民の実現を目標としている。この目標達成のために日本は健康価値論を実践、ヨーロッパは「不戦共同体の価値観」・「主権の共有の価値観」を実践する。これは両者とも地域主権的中央制御のグローバルシステムの形成につながっている。このことにより、経済価値論と健康価値論の融合が可能となる。そして、日本には健康福祉経済学を基盤にして、ヨーロッパは社会的市場経済・指示

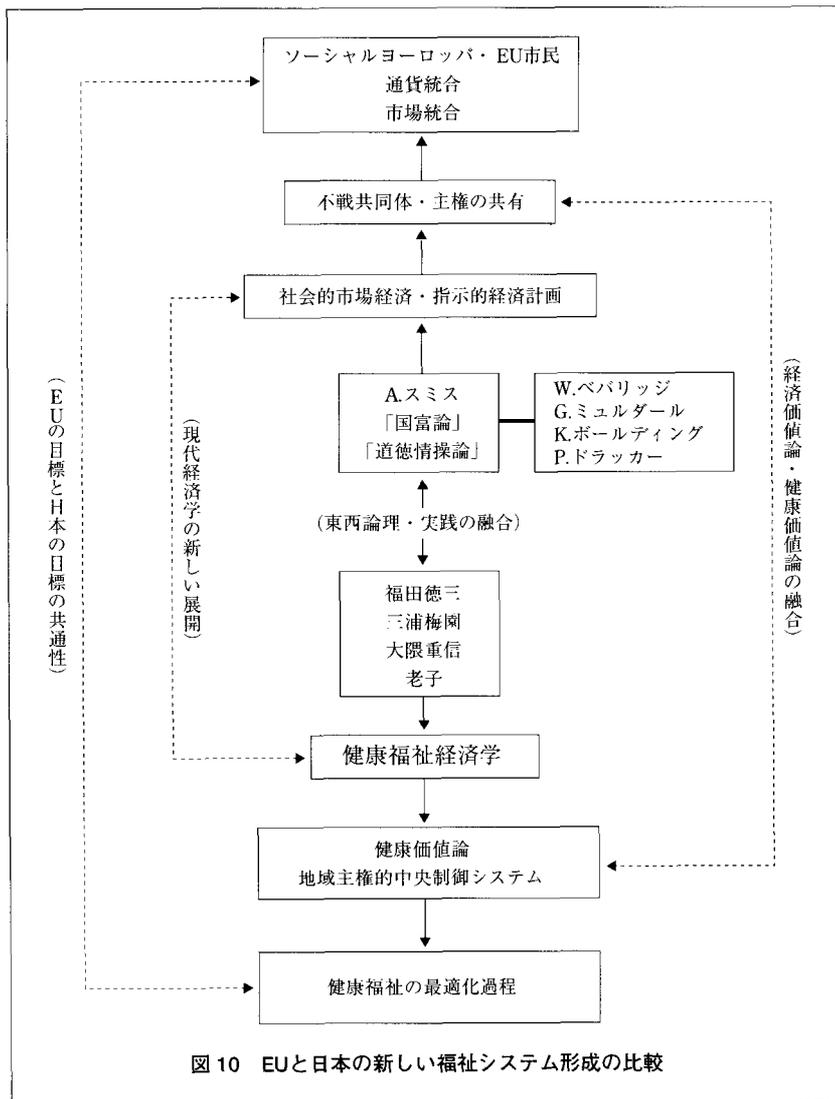


図10 EUと日本の新しい福祉システム形成の比較

35) この比較はパターン認識手法によっておこなったものである。

的経済計画というノウハウが支える。そして、健康福祉経済学は東西の論理・実践の融合の発想を基盤にして、A・スミス、W・ベバリッジ、G・ミュルダール、K・E・ポールディング、P・ドラッカーの「西」と老子、三浦梅園、大隈重信、福田徳三、武見太郎の「東」の論理と実践の新展開によって行われる。

もし、社会的市場経済（ドイツ）、指示的経済計画（フランス）が、「西」の論理と実践に「東」の論理の実践を融合させることに成功すれば、社会的市場経済・指示的経済計画を基盤とする、EUの社会・政治・経済システムは新しい地平を切り拓くことは間違いないことであろうと筆者は考える<sup>36)</sup>。

## 7. ネオキャピタリズムと共生の経済システムの構築 —日本大分とEUと世界と—

経済価値論中心の現代経済学と異なり、健康福祉経済学は、健康価値論の実践を中心とする。このために学問的方法も論理と実践の融合した形の実証方法を必要としている。つまり、健康福祉経済学は論理の普遍妥当性と共に実践的有効性を本質的要素としているのである。それと同時に健康価値論の実践は、個人が家庭を拠点として、地域社会形成・国家社会形成・地球社会形成に参加するという意味において、地域主権的中央制御のグローバルシステムを特徴としている<sup>37)</sup>。したがって、日本・大分を実証的基盤とするマルチチャンネル・メディカル・システムの論理と実践がEUの展開に適用が可能なのであり（前節参照）、したがって世界（グローバルシステム）に適用が可能なのである。

現在地球社会では「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」ということが通説として、学会、産業界、政界のみならず広く地球市民の知るところとなっている。つまり地球社会は、ポスト社会主義経済、ポスト資本主義経済を求めて模索中なのである。

われわれはこれを表1に示してあるように資本主義経済を中心とする経済理論・経済政策・経済制度の相互関連の歴史的考察をもとにしてネオキャピタリズム（新生資本主義）で構想し、1995年に世界経済評論に発表したのであった<sup>38)</sup>。経済思想面からいえば「東西の論理と実践の融合」であり、経済政策面からすれば「市場の成功」と「政府の成功」の共生であり、政治・社会・経済面からみれば、健康福祉概念と法の制度化、専門性と民主性の融合の制度化（例えば大分市地域保健委員会のような）、市民選択の社会保障制度（能動的な社会保障制度）の確立がそれである。つまり健康福祉経済学は端的にいえば、

36) EUの展開過程と共に社会的市場経済・指示的経済計画はA・Giddensによる第三の道論へと発展した。これについてはアンソニー・ギデンズ、佐和隆光（1999）『第三の道』日本経済新聞社、Anthony Giddens（2000）The Third Way and its Critics, Polity Pressを参照のこと。

37) これについては注（29）を参照のこと。

38) 注（25）を参照されたい。

表 1 経済理論・経済政策・経済制度の相互連関の歴史的流れ

時間 項目	生成・発展期の 資本主義経済	成熟期の 資本主義経済	新しい発展期の 資本主義経済 (ネオキャピタリズム)
経済理論	古典派経済学 新古典派経済学 マルクス経済学 制度派経済学	ケインズ経済学 新古典派総合の経済理論 新しい経済学の流れ	福祉国家を越えて 贈与経済学 ポスト資本主義社会 厚生経済 健康福祉経済学
経済思想家	A. スミス J. S. ミル A. マーシャル J. シュンペーター L. ワルラス	J. M. ケインズ W. ベバリッジ J. モネー W. オイケン	G. ミュルダール K. E. ボールディング P. ドラッカー 福田徳三 武見太郎 杉田肇
経済政策	経済効率主義の実践 「市場の成功」 「市場の失敗」	混合経済政策の実践 「政府の成功」 「政府の失敗」	経済動態の適応システム 「市場の成功」 「政府の成功」
政治・社会・経済制度	民主主義制度 私有財産 独占禁止法 均衡財政制度 新救済法	オンブズマン制度 完全雇用法 社会保障 赤字財政制度 新しい労働法 第三セクター	専門性と民主性の融合 健康福祉 市民選択の社会保障

健康価値論の実践を中核とする健やかに生きる条件確保の経済学として特徴づけられる。ここでは健康価値論の実践の特性から、動態的面からみれば未来志向の経済学（健やかに老いて、さわやかな死に至る行動・近づきつつある死を見つめて日々命の更新活動）を基底に持つ未来志向心、生きることがロマンの内容を浮かび上がらせ、そして空間的つながりからみれば、共存の経済（慈悲、愛、やさしさ、献身、自己抑制の人間性の実践）の内容を浮かび上がらせる。このような「生理学的哲学」にもとづく健康価値論の実践により、新しい競争概念と新しい協調概念の日常の実践のもとで経済循環・貨幣循環の進化的再生産システムに伴われた共生の経済システムの構築が可能になると考える<sup>39)</sup>。これがわれわれが構想したネオキャピタリズムの基本的骨格である。ここでは資本主義経済の動態的变化の過程で激動の経済変革の原因と目された人口問題、環境問題、社会主義国や第三世界問題、世界通貨、証券投機による不安と問題、社会保障の抜本的改正問題などが健康福祉経済学という新しいパラダイムにもとづいて解明され、それに対応する手段が提示され実践されていくことになる。われわれはこの健康福祉経済学にもとづくネオキャピタリズムの構想の実証的基盤を充実させるために、EU諸国の調査研究を行い、ネオキャピタ

39) 共生の哲学は杉田の生理的哲学を母体としている。

リズムに向けての実践の類似性を前節で摘出した。

そこでこの節では、われわれが構築した共生の経済システムのグローバル戦略について説明する。図11は、共生の経済システムの構築の波及過程を示している。まずはじめに、日本の大分地域を中核とする健康福祉の最適化過程の実践をベースとして共生の社会・政治・経済システム（地域主権的中央制御のグローバルシステム）を構築し、これとEU展開の実践システムを結びつけることにより、共生の経済システムの基盤を強固なものとする。そしてこれをもって①の環太平洋融合を実現させる。ここでは、中国、印度、北朝鮮も参加可能な路をつけておく。その後②EU融合（ソーシャルヨーロッパ、EU市民の誕生）に向かう。この場合もEFTA、東欧、旧ソ連等の参加可能な路をつくっておく必要がある。①環太平洋融合と②EU融合の実現により、共生の社会・政治・経済システムは益々強固になると同時に具体性を帯びてくるから、この力を持って一気に③北米融合へと向かう。この場合日本とEUは第二次大戦後の米国による日本復興プラン、マーシャルプランの実行への感謝の気持ちを持つことと、米国は、パックスアメリカーナの覇権願望を捨てて、アメリカ建国のロマンであったフロンティアスピリットとフェアプレイスピリットの実践の実績とF・ルーズベルトのニューディール政策の実行のリーダーシップ（これはエコロジカルビジョンを持って未来志向的に自由社会を守るための積極的な行動であった）の実績などを思い起こし、そのパワーを持って、経済価値論を健康価値論へと



転化させることが必要であると考え<sup>40)</sup>。このことが①環太平洋融合、②EU融合とのバランスのもとでの北米融合を可能にするであろう。

以上においてみたように①環太平洋融合、②EU融合、③北米融合を貫く共通性は、①健康価値論、②不戦共同体、主権の共有の価値観、③フロンティアスピリット、フェアプレイスピリット、自由社会を守るエコロジカルビジョンにもとづく共存の価値観の形成である。この共存の価値観が環境（人口、資源）、社会（健康福祉）、経済と資本のダイナミズム、政治（自由、公平、平等）の間のバランスをとるための潤滑油としての役割を果たすことになる。

次に①環太平洋融合、②EU融合、③北米融合が達成されたら、この三つのグループが力を合わせて、アフリカ中東等の開発途上国の自律達成を支援するのである。この場合の中心となる考え方は、開発途上国の関係者に対する健康価値論理解の健康教育である。この健康教育の内容と実践のしかたを伝達するために地球上の総力を結集することが必要であると考え。ここでもやはり大分地域を中心とする日本の健康福祉の最適化過程の実践に蓄積されている依存型でない自助、自律型の人間を育成する健康教育のノウハウが貢献することになると考える<sup>41)</sup>。

## 8. むすびにかえて——痛み分けの政治経済学を求めて

A・スミス、J・M・ケインズは、資本主義経済の継続性を疑っていなかったが、K・マルクスやJ・A・シュンペーターはそれぞれ理由は異なるが社会主義経済の出現を予測した。そしてこれら巨星に続く多くのエコノミスト達は、資本主義でなく社会主義でもない第三の体制を模索した。ここではなぜにネオキャピタリズムなのか。健康福祉経済学は健康価値論の実践行動を中核にして組み立てていることからわかるように、人間の日常的生存における生理的観察が基礎となっているのである。資本主義経済における、人間欲望をほしいままに発露することによる経済の不安定も人間生理にもとづく事実なのである。その経済不安定をつくり出している要因が発展のダイナミズムを形成することもまた人間生理からみて真実なことである。健康価値論の実践は、人間生理の真実としての死との直面を認識して行動に移すことを可能にする（死の認識、死の教育）。人間の欲望がかもし出す不安定性にもとづく発展のダイナミズムが、死を認識しての未来志向的行動と結びつくならば、社会・政治・経済システムの発展に必要な未来志向心と冒険心、そして社会・政治・経済システムの安定に必要な共生の価値観が倫理的、道徳的な規範としてではな

40) アメリカ社会の基底に流れる Value for Money の価値観を Value for Positive health の価値観に変換させるには生と死の健康教育のネットワークを張りめぐらすことが有効であるとかんがえる。

41) 環太平洋融合・EU融合・北米融合・アフリカ、中東融合が同時に実現されれば、マザー・テレサのいう現代世界における二つの飢餓、すなわち物質的飢餓と心の飢餓が同時にみだされることになる。

く、人間生理にもとづく実在的なものとして形成が可能になると考える<sup>42)</sup>。社会主義経済の失敗は、この人間の自然の欲望を抑えて、道徳や、倫理的な視点から人間行動を律しようとしたからではなかったろうか。すなわち人間本性の観察にもとづいて、システム形成の行動仮説を立てなかったことに根本的原因があると考ええる。マルクスの人間の自己疎外の発想の根底にある人間尊重は偉とするに足るが、人間が本性として持っている経済価値観への傾倒の事実を十分に考慮することなく、事実支持されない労働価値論（労働搾取論）を定立したところに、哲学としてはともかく、社会主義経済の実学として発展しなかった原因ではないかと考える。健康福祉経済学は論理実践実証主義にもとづく実学なのである。ネオキャピタリズム（新生資本主義）は、われわれの実学に対応する社会・政治・経済体制の実態として発想したものである。

この実学については、資源配分の最適解のような貨幣評価による一義性は存在しない。多様な価値観の中で、人間のよりよい生存ということに合意形成の拠点を求めて継続的で包括的内容を実践に裏打ちされた実証により解を導き出していく。この場では、形式論理により最適解や人間の心を持たない市場の裁定とは異なり最適解の実行に伴う人間社会の摩擦、“痛み”を理解し、その痛みを分け合う人間行動の実践が内包されている。つまり経済合理的行動の仮説を越える健康価値論にもとづく組織適応能の行動仮説の企業家精神であり、自己抑制であり、そして献身がそれである。健康福祉の最適化過程には、ポジティブヘルス開発における最適性とともこの最適性を支える“ゆとり”の行動が内包されているのである。

#### 「市場人間学」から「人間市場学」へ

現代経済学（新古典派経済学）は個人主義の哲学のもとで経済価値論による消費価値の最大化行動を市場の裁定により実現する学問体系を特徴としている。つまり人間が市場裁定に合う経済合理的行動の仮説に特定されることからでる結論が規範となり、経済のみならず、社会が、政治が律しられていく。まさにこのような経済学は「市場人間学」ということができるのではないだろうか。アメリカ社会を中心として世界各地で信奉されているこのような市場人間学により、環境が、地域社会が、そして労使の人間関係がそして人間そのものまでがこの特定のイデオロギーと形式論理学によって脅威にさらされている。

これに対して健康福祉経済学は、健康価値論にもとづく組織適応能の人間行動仮説により、健康福祉の最適化過程の達成を目標としている。人間が継続的に健やかに生きる条件の確保のもとで、生と死の喜びにより満足を達していくという内容のもとで人間福祉と経済の共生がはかられていく。われわれはこのような社会・政治・経済システムをネオキャピタリズムと呼んだ。われわれはネオキャピタリズムの論理的普遍妥当性と実践的有効性の解明を内容とする健康福祉経済学を「人間市場学」と呼びたいと思っている。「人間市

42) われわれは生理的哲学を基盤とする共生の哲学を学際的に詰めたいとかがえている。

場学」は、健康福祉の最適化過程の実現という最適性の追求行動とともに“痛みを分け合う”という“ゆとり”の行動を合わせて持っているのである。このことは、組織適応能の人間行動仮説に内包されている。

われわれはこの人間市場学を日本・大分を中心とする国内各地、そして、ドイツ、デンマーク、スイスを中心とするヨーロッパ各地そして、北米と南米、そしてアフリカ、中東へ展開してゆくことをこれからのリサーチの目標としたいと考えている。このことは、武見医学医療と中山（伊）経済学が共に持っていた願いでもあったことを結びのことばとしたい。

---

43) 国連のアナン事務総長は2000年8月3日にミレニアム・サミット行動計画報告書を国連総会に提出した。そこでは同事務総長はグローバル化・情報化の時代に国連は市民社会連携を強めることを主張している。これは我々の地域主権的中央制御のグローバルシステムにおけるコミュニティ国家観に通じるということができる。