

【共通テーマ】

激変する産業社会と産業保健投資活動*

——新しい公共価格システムの形成に向けて——

田 村 貞 雄

1. はじめに——医療活動における評価の重要性と経済システム
2. 産業医学の社会的適用と産業保健投資
3. 産業保健投資の有効性と地域包括医療システム
4. 費用負担のシステム化と産業保険拠出機構
5. 専門技術評価と経済評価——経済有効性の考え方
6. 産業保険拠出機構における中央と地域の関連
7. むすびにかえて——新しい価格システムの確立のための社会的実験を

1. はじめに——医療活動における評価の重要性と経済システム

医学とその関連諸科学の継続的進歩，衣食足りて人間の価値観の変化，高齢化社会の進捗等により，医療概念は疾病中心から医療福祉（包括医療の達成）へと大きく転換しつつある。自由開業医制度を基盤とする日本の地域医療活動関係者は，この潮流をすでに早くから予測して，実践活動により医療福祉開発の技術集積を行っている¹⁾。これまでの日本の地域医療の実践活動から，その特性を集約して示すと次のようになる。

- 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（動態性）

⑥ 包括性

医療福祉評価とそれに基づく価格づけに際しては、上記の諸特性が十分に取り入れられなければならないと考える。アダム・スミスの国富論によって体系化され、新古典派経済学者達によって彫琢された自由競争のもとの市場評価・裁定システムは、公共性、包括性、動態性をカバーする面において不十分さを持っていることが理論的・実証的に明らかにされている²⁾。これを補うものとしての公共経済学、新しいマイクロ経済学による公共的、動態的価格システム形成の理論は、まだ発展途上にあるといえよう。

このように医療福祉評価を投影した価格システムは、電気製品や喫茶サービスのような私的財、そして義務教育サービス、国防・治安サービスのような純粋公共財とは異なり、きわめて複雑な性質を内在的に持っており、価格システム化がきわめて困難であることにまず留意しなければならない。故武見太郎によって提唱されたメディコエコノミックスは、このような問題にアタックするためのものであった³⁾。ここでは医療福祉評価の戦略的展開の拠点が健康投資評価に求められている。すなわち、メディコエコノミックスの実践的拠点は、健康投資のミクロ的側面とマクロ的側面の評価におかれているといっても過言ではないのである。この場合健康投資における「投資」概念は、財テクのような証券投資ではなく、生産能力の維持・増大を伴う資本蓄積、そしてまた趨勢加速の因となる資本蓄積の意に比喩を求めているというところに留意していただきたい。しかしこの場合、健康投資の目標は通常の生産活動における投資と異なって、「健やかに老いる」という未来評価を含めた満足の達成に求められている⁴⁾。ここでは自己選択による継続的自己努力がとりわけ大きな意味を持っている。したがって、ここでは現在消費と将来消費（貯蓄）についての主観的価値評価のほかに、医学的制約条件に基づいた選択的行動も重要となる。

2. 産業医学の社会的適用と産業保健投資

産業医学の社会的適用としての産業保健技術は、労働者の精神的健康と身体的健康のバランスの実現を目標とする、労働適応能力の視点で考えられなければならない。労働適応能力の向上は、産業保健投資の実践によって可能となる。産業活動における労働者は、家庭を場として生活を営んでいるので、産業保健投資は、家庭の保健投資（母子保健投資、学校保健投資、成人保健投資、老人保健投資）と環境保健投資と密接に関連している。⁵⁾

産業保健投資の社会的定着についていえば、これまでの産業活動の実績からみて、激変する産業社会において産業責任体制の確立が何にもまして重要である。短期的な金銭的価値の極大化の実践に狂奔する企業組織は、資本中心の利潤の徹底的追求に走りやすく、これが労働過程における人間疎外や労働災害を生じさせる原因となっているといえよう。このような企業組織は労働基準法、労働安全衛生法を進んで守り、産業保健投資の実践に心がけなければならないと考える。このことにより、企業組織の重要資源としての人的資源の発展的再生産が可能となる。そしてまた、資本と労働の対立関係が調和的な形に変化してゆくものとする。日本の経営家族主義による実践はこの1例である。産業活動における労働者の精神的健康と身体的健康の配慮は、企業組織の発展にとって必要不可欠であるので、経営者はこれに要する費用は資本的コストとして経常的に計上することが望ましい（産業保健投資引当金勘定の創設）。わが国の企業経営者の経営意識も、高齢化を迎えて徐々に変わってきているが、産業保健投資の実践にあたっては、産業医による企業経営者に対する健康教育が必要と考える。経営コンサルタントだけでは激変する産業社会に生き残っていくのがむづかしいと考える。

次に産業保健投資は、労働者の労働適応能力の向上を目標とするもので

あるから、労働者側の健康の、自己責任の喚起のための健康教育も必要である。労働者は家庭を基盤とした人間活動の一環として、継続的自己革新のもとで労働技術をもって生産に参加し、それに対する報酬を獲得しているのであるから、産業保健投資の個人負担は当然のものとする。

以上において述べたように、産業保健投資は、労働者救済・保護の視点を脱して、自己実現と社会貢献（自己選択による継続的自己努力の実践の系）を求めての、よりよい労働条件の確保という新しい労働観が、労使双方に必要とされるのである。産業保健投資は、経営者と労働者の自己責任を本質的要素とするのであるが、産業活動と産業保健活動の技術的性質に基づく連帯性の要素も無視することはできないのである。大企業と中小企業間の連帯性、中小・零細企業間の連帯性がそれである。ここに産業保健投資の公共財的性質が観察されるのである。つまりこのことは、労災保険思想の新展開——新しい時代における産業リスクへの積極的対応を意味している。我々はこのような考え方にに基づき、新たに産業保険拠出機構の創設を提唱したい。ここでいう産業保険拠出機構は、地域包括医療システムの一環として考えられているので、それは地域保険拠出機構と連結のもとで構築されなければならない。次にこれについて説明する。

3. 産業保健投資の有効性と地域包括医療システム

筆者は産業保健投資の有効性を労働適応能力の向上にもとめた。さきに説明したように産業における労働活動は、個人が家庭を基盤とした社会活動として位置づけられるから、労働適応能力の向上をもとめてのシステムづくりは、地域包括医療システムの基盤のもとでおこなわなければならない。図1は地域包括医療システムの基本型を示している。地域住民（個人）は、家庭における生活を拠点として職場活動、地域社会活動を行っている。地域住民のライフサイクルを通してのポジティブ・ヘルス開発のニ

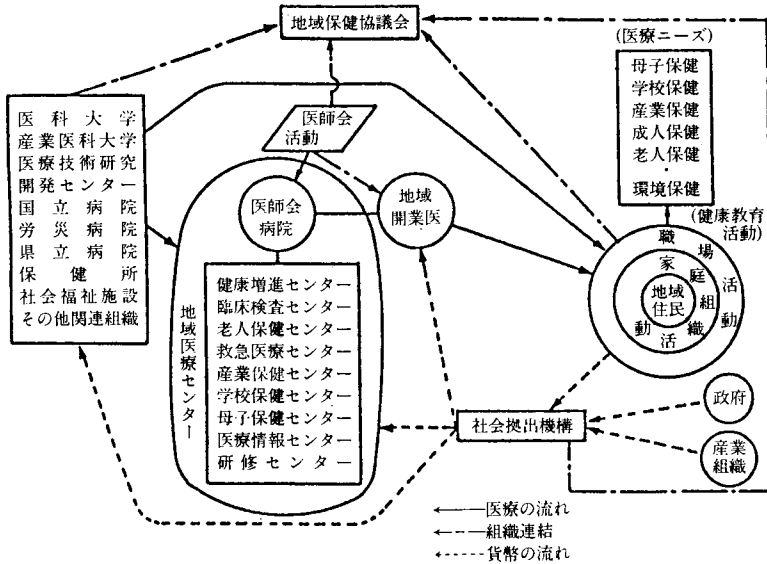


図1 地域包括医療システムの基本型

ーズは、母子保健、学校保健、産業保健、成人保健、老人保健、環境保健によって示される。

地域住民は地域開業医を窓口として、継続的で包括的な医療ニーズを充足する。

地域開業医は医師会活動に参加し、医師会病院を拠点とする医療センターを利用しながら、地域住民の医療ニーズの基礎的部分を満たす。地域住民の特殊部分は、医療センターとの連携のもとで、大学病院、国立病院等の医療機関が満たす。医療センターと他の医療機関の連携のルールづくりは地域保健協議会が行うものと考えている⁵⁾。

地域保健協議会は、地域住民の医療ニーズの充足の社会的選択を行う場として位置づけられる。この組織は医師会と地域住民の主導のもとで形成され、行政はこれの支持者の立場で行動する。この組織は医師会代表、地

地域住民代表，行政のほか，地域住民の医療ニーズの特殊部分を提供する医療機関代表，産業界代表，そして学界代表から構成されるものと考える。同図に示されている社会拠出機構は，地域保険拠出機構と産業保険拠出機構の双方を含むものとして位置づけられている。この機構の管理・運営は，地域保健協議会のもとで行われるものと考えている。

以上において説明したようなシステムが形成されれば，地域住民は家庭生活，職場生活を営みながら，ポジティブ・ヘルス開発の条件を確保することが可能となる。

産業保健投資はこのシステムの中で特に職場生活における産業医学の社会的適用の領域を受け持つものとして位置づけられる。産業医学の社会的適用の担い手の中心は産業医であるが，産業医が地域包括医療システムの中で産業保健技術集積を有効に進めてゆくことにより，産業保健投資の有効性は高められてゆく。

次に産業保健投資のニーズについて説明すると，それは大きく分けて以下で示す6つの領域の内容で考えている。

- (1) 環境管理の予防的側面
- (2) 作業管理の予防的側面
- (3) 労働過程における健康診断・健康管理過程
- (4) 産業保健に関する健康教育
- (5) 疾病治療・リハビリテーション
- (6) 産業医学研究・教育

ここでは，労働者の精神的健康と身体的健康のバランスのもとでの労働適応能力の向上が目標とされているので，産業医を中心とする産業保健技術提供者・機関は，医師会活動との連携のもとで，地域包括医療ニーズの一環として産業保健投資のニーズの充足に努めるようなシステムが前提とされている。

4. 費用負担のシステム化と産業保険拠出機構

産業保険拠出機構は、産業保健投資の実践のための資金調達・配分機構である。これは私的財の需給を調整する市場機構や政府の統制により需給を調整する統制機構とは異なる第三の機構ともいえるものである。それは「医療のような非可逆的なものに対しては、市場システムを適用してもうまく機能しない」という理論に基づいている。図2に示すように、産業保険拠出機構は産業技術提供者・機関と労働者を産業保健協議会を媒介として結合させる経済システムであるから、産業保健技術提供者・機関の費用評価と費用配分のシステム化が基軸となる。

この機構は全国レベルでのシステムと地域レベルでのシステムの統合のもとで構築されるものと考えている。図3は産業保険拠出機構の基本構図を示している。この機構の管理は、同図に示されている。地域産業保健協議会と中央産業保健協議会（全国レベル）との連動のもとで行われるものと考えている。すなわち、地域産業保健協議会は中央産業保健協議会との連携のもとで、地域産業保健情報センターに集積される情報に基づいて、産業保健投資のニーズを確定し、具体的な給付内容とそれに必要な費用負担の決定を行う。この決定に基づいて、地域産業保険拠出センターが資金調達と配分の事務作業を行う。地域産業保健協議会による産業保健投資の給付内容と、費用負担決定のシステムをソフトウェアに例えれば、地域産業保険拠出センターと地域産業保健情報センターは「これのハードウェアに当たるものといえよう。なお中央産業保健協議会のもとに中央産業保険拠出センターと中央産業保健情報センターが設けられ、全国的調整機能を営むものと考えている。

ここで取り上げている産業保険拠出機構は、市場機構のように単純な客観性の評価と自動調節による効率性は持ち合わせないし、政府による統制

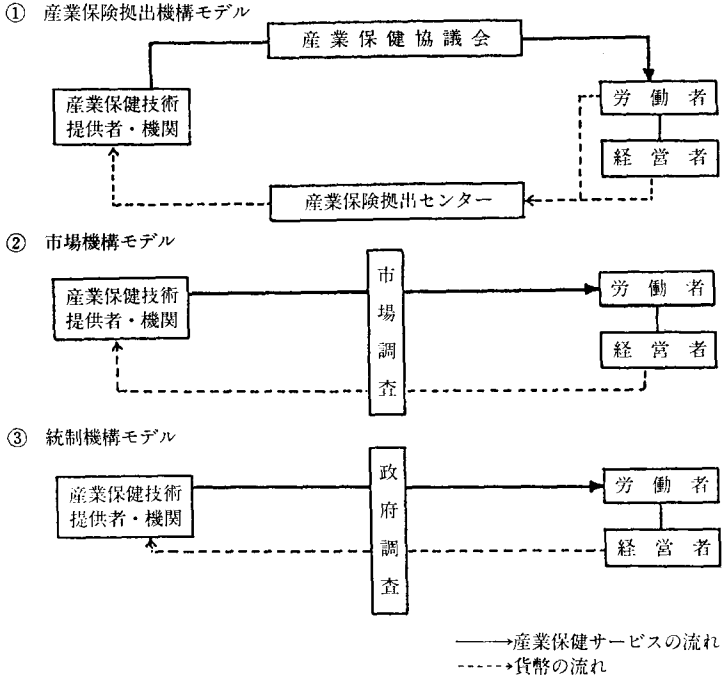


図2 産業保険拠出機構の経済システムの特徴

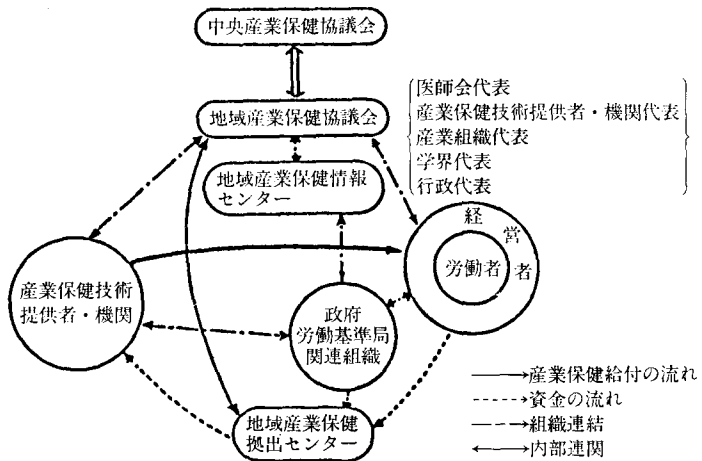


図3 産業保険拠出機構の基本構図

機構のように権力に基づく直接的な強制執行の手段も持ち合わせていないが、産業保健投資ニーズの測定とその給付という専門性と、産業保健の受容者の平等給付と、公平負担という民主性を統合するための新しいシステムといえるのである。すなわち、産業保健投資ニーズの測定とその給付の経済評価において、専門的評価は必要不可欠なものであり、この情報に基づいて公平な費用負担の社会的選択が可能になるのである。専門的評価に基づく社会選択において、専門家に対する産業保健受容者の信頼感の存在が基礎的前提として必要とされる。このためには、産業医を中心とする産業保健技術提供者・機関の技術と経済の公開の原則の制度的確立が必要とされる。この機構は自由で民主的にかつ専門的な特色を持っているので、行政組織はこれらの特色が十分発揮できるようなシステム形成の支持者の立場で行動することが望ましい。このシステムの円滑な運用のために、経営者・労働者に対する産業保健についての健康教育の継続的实践が必要とされる。これら諸条件の整備は、産業医を中心とする医師会活動のもとで行わなければならないと考える。非営利民間活力主導型モデルの特徴がここにある。

5. 専門技術評価と経済評価——経済有効性の考え方

産業保健投資の費用評価は、図4に示してあるように専門評価と経済評価の2段階の作業によって行なわれる⁴⁾。まず専門評価の段階においては、次の2つの側面から接近する必要がある。その1つは個を中心としたミクロ的健康管理活動の評価であり、もう1つは集団に対するマクロ的健康管理活動の評価である。個を対象にした健康状態の評価にあたって、従来行われてきた健康診断の技法は、臨床病理学を基礎とした各種の臨床生化学検査によって異常所見を評価し、異常所見がなければ通常の平均的健康状態にあると判断する手法が主流をなしている。この手法を根拠とする限り、

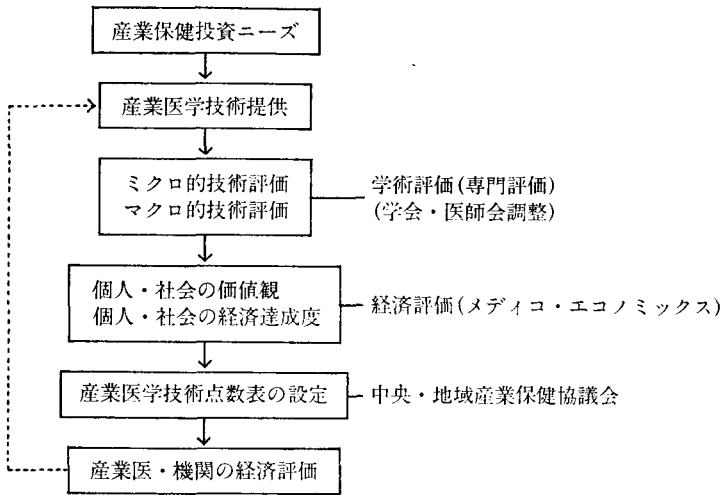


図4 産業保健技術評価へのプロセス

健康の negative な側面からの評価とならざるを得ない。しかし、近年の分子生物学や免疫学の進歩は、遺伝的健康や生物学的適応に関する評価に役立つものと期待され、またスポーツ医学や精神医学・心身医学の進歩も労働適応能力の評価、すなわち健康の positive な側面からの評価に寄与すると考えられる。さらに正しい保健行動を習慣化することは、プレスロー等によって明らかにされているようにポジティブ・ヘルスに結びつく。したがって、このようなポジティブ・ヘルスの確保には、行動科学および行動医学を基礎にした技法の確立が必要となってくる。このような観点から、近年身体的健康に関する臨床生化学的検査と本人の健康自己評価、家族歴、既往症、生活習慣、運動、休養、栄養、労働等に関する多様な評価項目を組み入れた健康評価プログラムの作成が試みられている。

集団を対象とした健康の評価は、個を対象とした健康評価を基盤として行われるが、現在集団の健康レベルを評価するために用いられている指標は、有病率、罹患率、死亡率、疾病休業率、災害度数率、災害強度率等で

ある。しかしこれらは疾病を基本とした negative な指標であり、健康の negative な側面に関しては、 集団間の比較やその集団の経年的変化を把握することができるが、 集団のポジティブ・ヘルスの指標とはなり得ない。 唯一ポジティブ・ヘルスの指標として体力測定結果が用いられているが、 これも健康の一部である体力を測定しているだけで、 集団健康指標としては不十分である。

このように健康投資評価の基本となる健康評価指標はミクロ的にもマクロ的にも十分確立していないが、 労働省では健康投資により労働者の労働適応能力の向上を図る目的で、 昭和63年5月に労働安全衛生法の一部改正を行い、 事業者の努力義務として「健康の保持増進のために必要な措置」

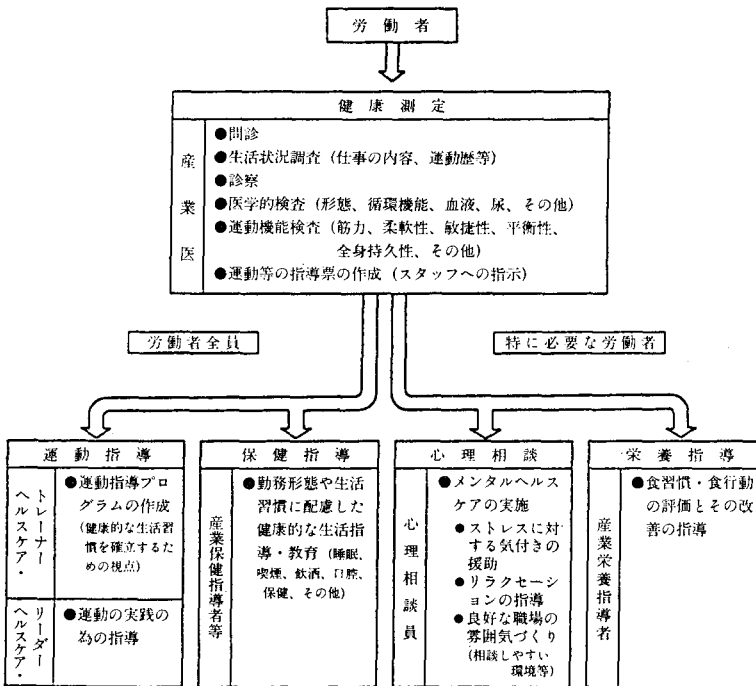


図5 健康づくりに係るスタッフの種類とその役割

を課すとともに、事業場における労働者の健康保持増進のための指針を公表した。健康保持増進措置とは具体的には図5に示すように、産業医が中心となって健康測定を行い、その結果に基づき各労働者の健康状態に応じた指導票を作成し、その指導票に基づいて、運動指導、保健指導、栄養指導、メンタルヘルスケアが行われるものである。したがってここでの健康測定は健康指導を行うために実施される問診、生活状況調査、診察、医学的検査、運動機能検査のことをいい、疾病の早期発見に重点をおいた従来の健康診断とはその目的が異なる。

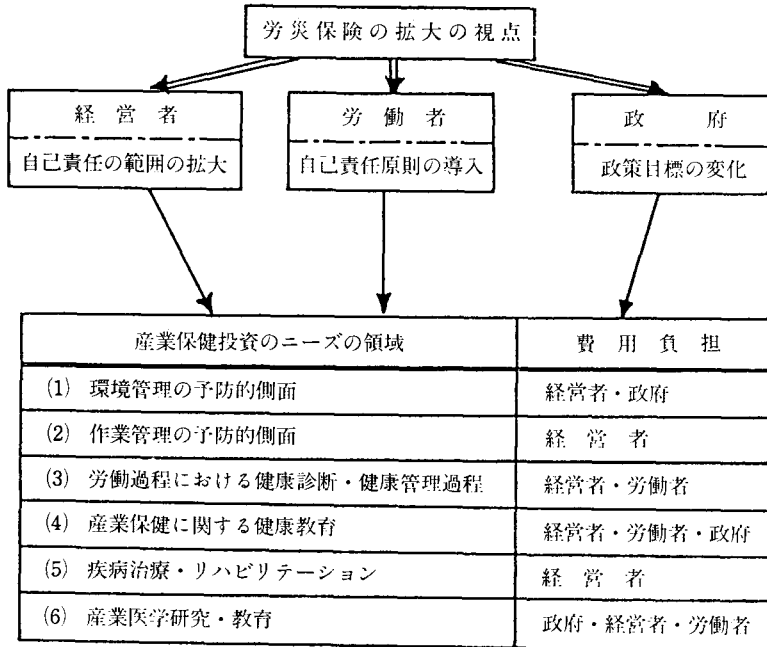
現在労働省ではこのトータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）を推進するためにこれら指導者の養成研修に着手しており、産業保健投資の実践に向けて歩みは始めている⁶⁾。

以上で説明した産業保健のマイクロ技術評価とマクロ技術評価を中心とした専門的技術評価表が作成された後、経済評価が行われる。

これは、専門的技術評価によって確定された産業保健活動が、発展的に再生産を可能にする費用確保の条件と、経営者・労働者・政府の支払い能力のバランスのもとで決定されることを基本原則とすべきであると考ええる。

経済評価の要点は、発展的な再生産の費用原理に求められる。その理由は、我々が考えているシステムが市場機構や統制機構ではなく、非営利民間活力主導モデルを基盤としているためである。医学・産業医学の社会的適用の特性により、産業保健技術提供者・機関は、利潤追求の行動は理論的、制度的に認められない。営利的な健診機関における混乱は、多くの医師会で経験しているはずである。民間企業では利潤が新投資の源泉であるから、産業保健活動の場合は、産業保健投資の発展的ニーズに答えるための再投資、新投資、リスク補償費用分は費用の中に含ませなければならない。勿論この場合、医師会活動による産業保健技術の有効集積という技術集積の経済学による合理性の確保が必要である⁷⁾。

一方需要要因は支払能力を基盤とする。なぜなら、技術集積の経済学の合理性の歯止めのもとで、発展的再生産の費用条件が確定したとしても、産業経済活動、政府の財政状態がそれに耐えられなければ、必要とされる費用額は実現されないことになる。そこで、その時々における社会の支払能力の状態が重要となる⁸⁾。この場合、支払能力は経済成長率、粗利潤額、恒常所得（労働者）、投資意欲等の経済活動変数と健康価値観によって測定するものと考えている。経済活動変数を一定とすれば、経営者・労働者の健康価値観が高まれば高まるほど、その時代の支払能力は高まると考える。このためには、組織的で継続的な健康教育活動が必要である。この場



注：産業保険拠出機構のシステム形成の初期投資は政府が行ない、運営費は産業保険拠出金より支出する。

図6 産業保健投資のニーズ別費用負担責任の試案

合、産業保健投資の実践により、経済活動変数にプラスの見返りがあることについての実証的視点からの説得も実際的であると思う⁹⁾。

次に費用の配分の条件について触れる(図6)。費用負担の主体は経営者・労働者・政府であるが、この場合、経営者、労働者双方には、産業保健活動の特性により、他人を当てにしない積極的対応と他人を配慮する協調的対応の認識が必要とされ、政府には産業保健活動の公共性の認識が必要とされる。産業保健活動を産業保健投資の視点から実践することにより、経営者の自己責任の原則の範囲の拡大、新たに労働者の自己責任の導入、政府責任の原則の内容の変更(労働者のポジティブ・ヘルスの開発を主目標とする)が必要とされる。これは労災保険の拡大を意味するが、労働安全衛生法と労災保険法を産業保健投資の視点から有機的に結合するために必要である。まず産業保険拠出機構の形成の費用は政府が負担し、その運営の費用は政府、経営者、労働者の3者で負担するものとする。

このシステムは非営利民間活力主導モデルとしての特徴を持っているので、政府の主な支出はシステムの形成の初期投資と産業医学研究・教育に対する支出に絞り、他の側面はできるだけ支出を少なくし、あとは融資、租税政策の手段でバック・アップするのが望ましいと考える。このように考えると、産業保健投資のニーズの充足に必要な費用額の経営者、労働者の負担のルールづくりが、産業保険拠出機構の自律的循環にとって重要になる。すなわち、経営者と労働者の負担割合は、それぞれの責任の範囲と受益の面を考慮して定めるものとする。そして経営者の負担額(M)は、資本規模(K)、従業員数(L)、危険度(ε)、災害補償、疾病治療の実績(D)によって規定されたと考える。

$$M = F(K, L, \varepsilon, D) \quad \frac{\partial M}{\partial K} > 0, \quad \frac{\partial M}{\partial L} > 0, \quad \frac{\partial M}{\partial \varepsilon} > 0, \quad \frac{\partial M}{\partial D} > 0$$

また労働者の負担(N)は、恒常所得(Y_p)の大きさによって規定さ

れると考える。

$$N = N(Y_p) \frac{\partial N}{\partial Y_p} > 0$$

経営者の拠出額と労働者の拠出額と政府支出の合計が、産業保険拠出機構の総拠出額となる。経常収支において、産業保健投資に必要な費用より総拠出額が大きい時は、資本勘定に繰り越し、実績に応じて次期の負担率を下げ、反対の場合は資本勘定より繰り入れ、必要に応じて負担率を上げて調整する。また必要費用額は、支払い能力の変化による管理技術評価と実践技術評価の変化と、物価、人件費の変化に対応して変動していくもの

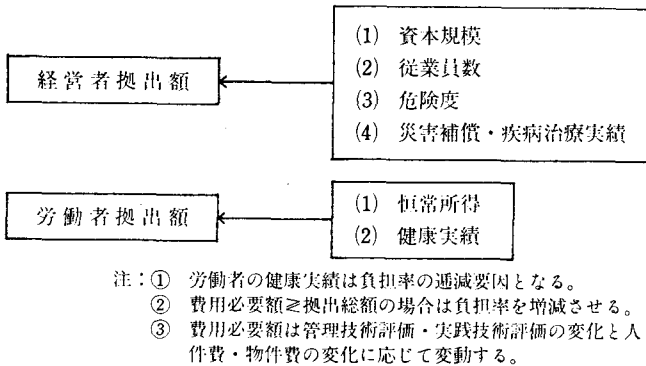


図7 産業保健投資の費用配分の条件

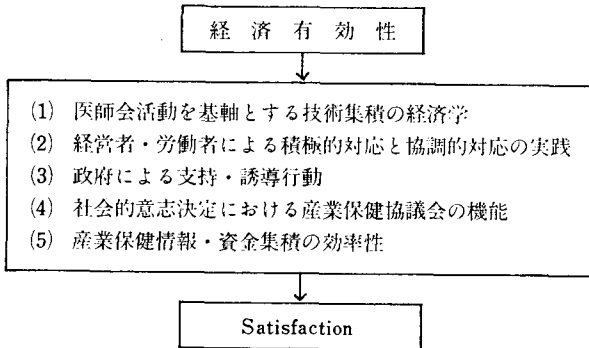


図8 経済有効性の考え方——新しい経済合理性

とする。この場合は拠出者の負担額も、たとえ負担率が一定でも、資本規模、従業員数、恒常所得等の変化により変化していくことになる(図7)。

産業保健投資効果が実効をあげ、これが拠出額を規定する経済活動変数に有利な影響を与えることになれば、負担率の継続的低下も可能になると考える。産業保健投資のニーズを充足しながら、負担率が継続的に低減することになれば、このシステムの有効性が社会的に容認されることになる。これは、医師会活動を基軸とする技術集積の経済学の実践、経営者、労働者による積極的対応と協調的対応の行動、政府のそれを支持・誘導する行動、そして意志決定過程における産業保健協議会の機能・情報・資金集積の効率性によって可能となるが、これが産業保健投資の経済有効性である。もちろんこの背景には、医学・産業医学の専門評価による成果が、産業保健協議会という効率的な社会意志決定機能を媒介として獲得されている。産業保険拠出機構は、医学・産業医学の専門の評価による成果と経済有効性の同時達成を狙っている(図8)。

6. 産業保険拠出機構における中央と地域の関連

産業保健協議会は、市場機構をその一部として含み社会的意志決定機能を果たすが、この場合中央と地域の連携が問題となる。図9に示すように、中央産業保健協議会は医師会、国公立医療機関、経営者、労働者、政府・政府関係機関、学会の各代表によって構成され、産業保健投資の費用評価と費用配分の基本的ルールづくりと資金調整を行う。地域産業保健協議会が基本的ルールの範囲内で地域特性に応じて具体的な決定を行うと考えている。この場合、医師会活動は地方分権的中央制御方式を特徴としているが¹⁰⁾、わが国の産業組織と政府は中央集権的な色彩が強いので、この間の調整が必要である。この場合産業保健投資の有効性の達成が調整の目標となることはいうまでもない。

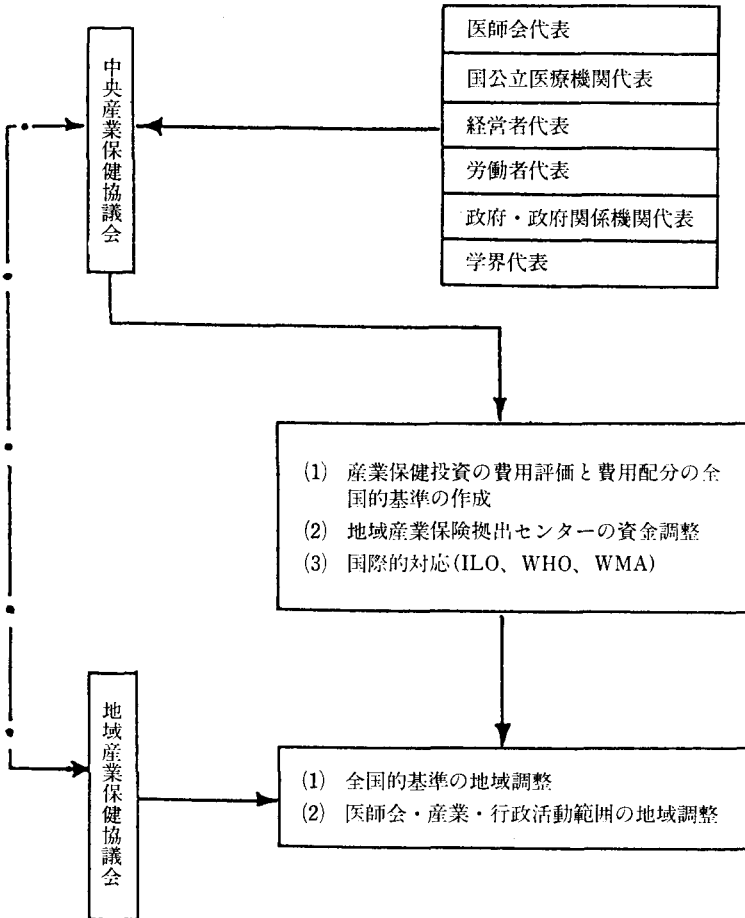


図9 産業保健協議会における中央と地域の関係

(1) 中小・零細企業問題



産業保険拠出機構における給付の平等

(2) 経営者の保健軽視の体質、労働者の依存体質



- ① 経営者、労働者の積極的対応と協調的対応の実践
- ② 産業保健投資の果実の享受
- ③ 幅広い組織での忍耐強い健康教育の実践

(3) 産業保健技術評価の問題



- ① 専門技術評価の尊重
- ② 発展的再生産の費用と支払能力による経済評価

(4) 民間の健診機関の整備の問題



- ① 医師会主導の産業保健技術集積システムの形成
- ② 地域産業保健協議会の裁定
- ③ 労働行政の監督

(5) リスク補償費用の問題



発展的再生産の費用原理で対処

(6) 財源の安定的確保の問題



- ① 経営者・労働者による経済変動への適応力の向上
- ② 適切な経済政策

図10 産業保健活動における実際の経済問題のコメント

次に実際の産業保健活動にみられる 2, 3 の経済問題についてコメントしてみよう。

図10に示すように、中小・零細企業の産業保健のニーズは、このシステムの給付の平等により確保されることになる。また経営者の保健軽視の体質と労働者の依存体質は、解決の困難な問題ではあるが、産業保健における経営者責任範囲の拡大と労働者の自己責任原則の導入の制度的要因と積極的対応と協調的対応の実践の必要性の高まり、産業保健投資の果実の享受等の諸要因によって、体質改善の可能性があると考える。産業医、労働衛生コンサルタントを中心とする幅広い組織での忍耐強い健康教育の実践が、このことの促進に貢献すると考える。

次に産業保健技術評価についていえば、管理技術評価と実践技術評価を中心とする専門技術評価の尊重の上、社会経済的基盤からみて、合理的な形で経済評価が可能になると思う。経営者団体にはすでにこれまでににおいて、技術尊重の経済評価の実践の経験を持っている¹⁴⁾。次ぎに民間健診機関の整備の問題は、医師会活動の中での産業医部会を中心とする産業保健技術集積システムの形成、地域産業保健協議会の裁定、労働行政の監督により、解決が可能である。次にリスク補償費用の問題は、発展的再生産の費用原理の構成要素であるから、このシステムのもとでは、産業保健活動の特性に基づいて当然に評価される。財源の安定的確保の問題は、低成長、景気変動の中の倒産等の経済変動は資本主義経済のもとでは避けられないが、経営者、労働者の積極的対応と協調的対応の実践は、経済変動に対する適応力を形成することになる。経済変動に対する適応力の形成に適切な経済政策が加われば、財源の安定的確保の問題は解決されたと考える。

7. むすびにかえて——新しい価格システムの確立のための社会的実験を

インテリジェント社会（知識集約的情報化社会）、高齢化社会、地球化社会の出現により産業社会を取り巻く環境は激変化の様相を示し、産業政策も、産業保健投資の視点での新しい産業保健政策の立案と実践を必須なものとしている。この場合、この新しい産業政策の実践においては、経営者のみならず労働者もまた、積極的対応と協調的対応行動の実践が必要とされる。そしてまた、産業保健投資は地域包括医療システムの実践との連携のもとで行う必要があるという意味において、一産業の中の競争と協調のみでなく、地域社会、国家社会、そして地球社会の中での競争と協調が必要とされるのである。そこで、ここでは地域包括医療の実践における専門団体としての医師会活動と、公共主体としての行政活動によるリーダーシップが必要とされているのである。産業界、医師会、行政の協力がなければ円滑なシステム化は不可能なのである。そこでこの小論では、日本における産業界、医師会、行政の実績を勘案して、新しい公共価格システムの試案として、労災保険の拡大である産業保険拠出機構の形成を提唱した。このシステム形成は公共財であるから、行政が地域住民・国民の理解のもとで壮大な実験を行なうことが今この時期に必要なである。激変する環境の中での産業界においてはこの社会的実験に協力する気運は大いに高まっているといえよう。

論文構成における謝辞と注

この小論のテーマで使用した、激変する産業社会という表現は、財団法人生存科学研究所 小平敦専務理事の発想であり、これは同研究所主催のシンポジウム（1990年福岡で開催）で「激変する産業社会と地域住民の健康政策のあり方」という形で使用されている。これを借用したものであることをお断りしておきたい。

またこの小論は生存科学研究所のプロジェクト研究である地域医療のあり方研究会で北里大学医学部中村賢助教授との共同研究の作業を基盤にして構成されたものである。したがって小論の本文において、そして作図において、中村賢助教授のアイデアも借用している。借用したものは、その都度、場所を指摘して断っている。しかし、中村助教授のアイデアの借用がなければこの小論の完成は非常

にむづかしかったと思う。ここにあらためて感謝の意を表したい。

なお産業保険拠出機構は労働省労働衛生課主催の「地域における産業保健あり方委員会」で勉強したものである。

- 1) 故武見太郎は医療を医学の社会的適用と定義し、個と群の相互作用にもとづく社会システムの医療への適用と考えた。武見はこれを地域医療と呼んだ。この場合、医療への適用の基本とする医学は疾病、治療、リハビリをそのうちに含む予防中心の包括医学であった。したがって武見の地域医療ははじめから地域包括医療の内容を持っていた。武見はこの地域包括医療の推進の担い手に開業医（家庭医）を位置づけ、開業医主導型の地域包括医療システムのアイデアフォーメーションを行ない、未来志向型の方法をもって医師会活動をリードした。
- 2) 現代経済学のひとつの柱を構成するミクロ経済学において、この領域は市場の失敗と呼ばれており、色々の角度から研究が進められている。これについては西村理『ミクロエコノミックス』昭和堂、P.151～284参照のこと。奥野正寛（編著）『現代経済学のフロンティア』日本経済新聞社、P.51～224を参照のこと。
- 3) 武見太郎は1973年に、医療資源の開発と配分の考え方を発表し、これを1975年に東京で開催された世界医師会総会学術集会のメインテーマに据えた。そして学術集会の最後において武見は、医学と経済学の構造的結合によるメディコエコノミックスの確立に向けて実践することの宣言を行なった。武見はその年早速に、日本医師会内にメディコエコノミックス研究委員会を設置し、ここで研究成果を3回にわたり世界で発表し、その内容を世に問うた。これについては日本医師会編『国民医療年鑑 昭和51年～56年版』春秋社を参照のこと。
- 4) 「健やかに老いる」という表現は武見太郎の発想によるものであり、武見はこの発想の根底に地域包括医療をおき、これをメディコエコノミックスの手法により健康投資にむすびつけた。官僚とマスコミの造語である長寿社会と異なり、健やかに老いる社会は武見のライフワークを通した理論と実践に裏打ちされているのである。
- 5) 地域保健協議会は、武見太郎の地域医療の展開における地域保健調査会の構造と機能を借用したものである。武見は、物とちがって人間の生命を対象とする医療システムの形成において、専門性と民主性の調和が必要であると考え、この役割を地域保健調査会という組織にもとめた。武見のこの構想は、全国医師会に流され、その結果呼称は各地で異なるが、武見の地域保健調査会の内容を参考とする組織が全国に沢山存在しており、地域医療の推進に重要な役割を

果たしている。

- 6) この産業保健の医学的評価の部分は図5も含めて完全に中村賢北里大学助教授に負っている。
- 7) これについては拙稿「プライマリケアの日本的展開(1), (2)」日医ニュース, 第487号, 第489号を参照のこと。筆者はここで大分でのフィールド研究を土台にして, 技術集積型健康開発システムの経済有効性を実証的に説明している。
- 8) 故中山伊知郎は, 筆者に「人間の生命を経済学で評価することは到底不可能である。ただその時代時代の経済状態を勘案して, 間接的な形での経済評価ならできらるであろう。それ以上は踏みこむべきでない」と論じていた。
- 9) 古くは丸善石油での実践例, 最近では新日本製鉄君津製作所の例と, 産業側の実績が利用できるし, また地域包括医療の視点からは, 大分市医師会のマルチチャンネルメディカルシステムにおける大分県成人病検診センターのデータが利用可能である。
- 10) 地方分権的中央制御方式の発想は, 大分市医師会のマルチチャンネルメディカルシステムの生みの親である杉田肇によるものである。この考え方は地域包括医療のグローバル・モデルとして武見によって医師会活動を通して実践された。
- 11) 労災関係の診療点数は, 経営者団体と日本医師会との合意にもとづいて取り決められていた。ここでは経営者団体による技術評価尊重の理解が感じられた。これは健康保険における原価主義による診療報酬の点数決定とは大きな相違である。