

保健行政論 (1)

- 参考文献
 - ・ 読売新聞大阪本社『大事典:これでわかる!医療のしくみ』中公新書ラクレ, 2011年
 - ・ 国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報 平成22・23年度版』社会保障研究資料第11号, 2011年
 - ・ 吉田太郎『世界がキューバ医療を手本にするわけ』築地書館, 2007年
 - ・ 丸岡泰『コスタリカの保健医療政策形成—公共部門における人的資源管理の市場主義的改革』専修大学出版, 2008年
 - ・ 武内和久・竹之下泰志『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社新書, 2009年
 - ・ 池上直己・J.C. キャンベル『日本の医療:統制とバランス感覚』中公新書, 1996年
 - ・ 真野俊樹『入門 医療政策』中公新書, 2012年
- 参考 web サイト
 - ・ <http://www.gapminder.org/>
 - ・ <http://www.who.int/whr/2000/en/>

この講義の概要

- 行政とは?
- 医療システムの国際比較
 - ・ 福祉レジーム論
 - ・ WHO による国際比較
 - ・ OECD データに基づく国際比較
- 日本の公衆衛生の歴史
- 医療法と地域医療
- 地域保健法と公衆衛生
- 医療経済学
- 医療保険制度
- 医療従事者
- 薬務行政, その他関係法規

* 成績評価は、講義中に書いて提出するミニレポートによる

行政とは?

- 行政とは?
 - ・ 国に与えられた三権の一つ (cf. 三権分立)
 - ・ 英語では administration
 - ・ 社会集団がある目的を達成するための過程
 - 政府や自治体が主体なのが公行政=狭義の行政
 - 企業等がするのが私行政 (=経営)
 - ・ 憲法では?
 - 定義「法の執行」
 - 個人に対して従わせる力 (公権力) があるが、その源は憲法
 - 憲法は国民の合意により制定・改変できるので主権在民
- 行政のしくみ
 - ・ 行政は行政組織を通じて、法律に従って活動
 - ・ 国の基本のシステムについては憲法に従う
 - 立法は憲法 41 条「国の最高意思決定機関は国会」
 - 行政は憲法 65 条「行政権は、内閣に属する」
(<参考> <http://consti.web.fc2.com/15shou1.html>)
 - ・ 内閣のシステム定義は内閣法による
 - さらに詳細は国家行政組織法, ○×省設置法, etc.
 - ・ 地方公共団体のシステム定義は地方自治法で定義

憲法 66 条～75 条と内閣法

- 憲法 66 条～75 条: 内閣の組織, 事務等 (議院内閣制を規定)
 - ・ <http://www.sangiin.go.jp/japanese/aramashi/houki/index.html#k07>
 - ・ 66 条: 内閣は首長たる内閣総理大臣 (首相) とその他の国務大臣で組織。行政権の行使について国会に連帯し責任を負う
 - ・ 67 条: 首相は国会議員の中から国会の議決で指名。衆議院が優越
 - ・ 68 条: 首相は国務大臣の任免権あり。国務大臣の過半数は国会議員
 - ・ 69 条: 衆議院による不信任があつたら (衆議院解散か) 総辞職
 - ・ 70 条: 首相辞任時や衆院総選挙後の最初の国会招集で内閣総辞職
 - ・ 71 条: 新内閣ができるまで旧内閣が業務実施
 - ・ 72 条: 「内閣総理大臣は、内閣を代表して議案を国会に提出し、一般国務及び外交関係について国会に報告し、並びに行政各部を指揮監督する」
 - ・ 73 条: 内閣は他の一般行政事務に加えて、法の執行、国務の総理、外交処理、条約締結、官吏に関する事務の掌理、予算作成と国会への提出、政令の制定 (特に委任が無い限り罰則は設けられない) 大赦・特赦等の決定を行う
 - ・ 74 条: 法律と政令には主任国務大臣と首相が署名
 - ・ 75 条: 国務大臣は首相の同意がない限り訴追されない
- 内閣法
 - ・ http://www.cas.go.jp/jp/hourei/houritu/naikaku_h.html
 - ・ 第 1 条: 国民主権の理念に則り憲法 73 条とその他の職権を行う。行政権の行使について国会に対して連帯して責任を負う
 - ・ 第 2 条: 国務大臣は 14 人以内、特に必要あれば 3 人まで追加可能
 - ・ 第 3 条: 国務大臣への法律に基づく業務分掌

日本の行政の特徴

- 三権の中で行政が強力 (cf. 米国は立法府が強力で、議員が法の原案を作るのが原則)
 - ・ 行政が法の原案を作るのが普通 (だから、議員が作ると、わざわざ「議員立法」と呼ばれる)
 - ・ 日本の国会では、行政への質問は前日夜に出てくるので、徹夜で対応しても論議が足りず、「前向きに検討します = Yes」「検討します = Neutral」「勉強します = No」のような回答をしており、具体的には後で行政内部で詰めることになる (米国は 5 日前に質問が締め切られるので曖昧な回答ができず、国会で実質審議がなされる)
- 官僚制 (bureaucracy)
 - ・ bureau = 机, cracy = 主義。社会学者 Max-Weber の造語
 - ・ 人間集団には自然にピラミッド型組織ができる。昔は王様。合理化されると、国民の合意に基づき、専門的、組織的、合理的な職掌分離され、office の机で座って仕事をする官僚出現
 - ・ Max-Weber は秘密主義と権力の私物化が問題と指摘
 - ・ 日本の官僚制の特徴は、階級制、割拠性 (sectionalism)、稟議 (原案を下っ端が作り関係者の全員一致で意思決定)
- 根回し (nemawashi, として世界に輸出された日本文化)
 - ・ 本来は植木職人の移植技術。根の周りにスコップを入れ毛根を生やす
 - ・ 稟議の文書が回る前に密かに説明し合意を取り付ける

憲法、法律とその他の法規

- 国の法規
 - ・ 憲法: 根本。立法国家が成立する根拠。国民の 2/3 の合意がないと変更できない
 - ・ 法律: 国民の合意に基づく基本的ルール。国会で制定。
 - ・ 政令: 法律を実際に施行するために必要な細かいルールで、内閣が制定する「——法施行令」
 - ・ 省令: さらに詳しいルールで、各行政省庁に委ねられている「——法施行規則」
 - ・ 告示: 厳密に言えば法規ではなく、各国務大臣が国民に知らせる「お知らせ」。官報に掲載され、ここに書かれたことは国民は「知っていることになる」。
- 地方自治体の法規
 - ・ 条例: 国の法令の範囲内で地方公共団体の議会が決める法規
 - ・ 規則: 国の法令の範囲内で地方自治体の長が決める法規
 - ・ 通達: 法令の解釈を示す文書で、各省庁の長の名前で地方公共団体に発せされることが多い
- 告示や通達はルールか? 裁判の結果、法規の一部と解釈されているが、厳密に言えば、行政「指導」

政府の役割

- 政府は、国と地方公共団体からなる
- 国がすべきことは、防衛、裁判、外交、教育(そこに特化すると「小さな政府」。福祉、産業振興等広く面倒をみる「大きな政府」)
- 国の仕事をする上で大きな役割は「財政」
 - ・ 財政＝国が行う経済活動
 - ・ 3つの大きな機能は、資源の再配分、所得の再配分、経済の安定化
 - ・ 特徴は「計画的であること」
 - 会計年度ごとに予算を立て、承認されてから執行し、決算して承認される必要がある
 - 予算の原則: 事前議決、予算総計主義、公開、分科
 - 執行中に大きく変える必要が出たとき「補正予算」を組む

公衆衛生行政

- 「公衆衛生行政(≒保健行政)とは、公衆衛生の向上のために、国、地方公共団体などの公の責において、計画的に、必要な条件—人、物、予算、組織など—を整える働きであり、さらに必要なサービスを実施する働きであり、また、公衆衛生の質の向上を図る働きである」(郡司, 1987)
- 計画者としての政府を考えると、行政機関の行う計画は“incremental”。「何をやるか」より「金がいくらあるか」からスタート。
 - ・ 利点: 安定していて実現確実
 - ・ 欠点: 無駄が続く危険、長期的に大きな間違いを犯す危険
- 日本の公衆衛生行政の所掌官庁
 - ・ 厚生労働省がメイン
 - ・ 文部科学省(学校保健)、環境省(環境保健)、農林水産省(食品衛生、人獣共通感染症防疫等)、消費者庁(食品表示等)等の関連省庁
 - ・ しかし財務省に勝たないと予算が取れないので「金がいくらあるか」のスタートラインができない

医療システムの国際比較

- 類型化(名称は決まったものではない)
 - ・ ヨーロッパ型福祉国家モデル
 - 日本の国民皆保険制度が手本にしたのはかつての英国の「ゆりかごから墓場まで」
 - 財政破綻で軒並み崩壊
 - ・ 米国型市場原理モデル
 - 富裕層は最先端の医療を享受
 - 民間保険が発達
 - 高齢者・身体障害者は「メディケア」、低所得者は「メディケイド」(公的健康保険制度)がカバー。
 - 漏れた4400万人は自己負担、無援助(参考: マイケル・ムーア監督の映画「シッコ」)→ 2010年改訂「オバマケア」(10年で約80～100兆円、国庫から保険業界へ)
 - ・ 持続可能な福祉医療社会モデル
 - キューバ: プライマリケアを充実させる戦略
 - コスタリカ: 軍備放棄により教育と医療を充実
 - ・ 日本はヨーロッパ型から米国型へ
 - キーワード: 応分の負担、自己責任



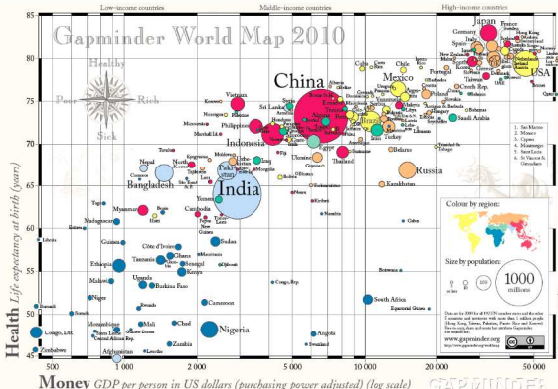
WHOによる医療システムの国際比較

国名 (数字は順位)	目標達成度		性能		1人当たり 経費
	医療水準 (DALE)	総合評価	医療水準 に対して	総合評価	
日本	1	1	9	10	13
米国	24	15	72	37	1
英国	14	9	24	18	26
ドイツ	22	14	41	25	3
フランス	3	6	4	1	4
スウェーデン	4	4	21	23	7
オランダ	13	8	19	17	9
デンマーク	28	20	65	34	8
キューバ	33	40	36	39	118
コスタリカ	40	45	25	36	50

出典: WHO "World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance" より、1997年の評価順位

健康水準と所得の正の相関関係

- 高所得国は概して長寿だが、同一所得水準でも大きな違いがある(健康転換の段階/開発水準ごとに、適切な医療システムは異なるはず)
- 例外(キューバはGDPが高くないのに長寿。逆にHIV/AIDSの影響で、GDPがそれほど低くなくても死亡が多い国もある)
- 出典: <http://www.gapminder.org/desktop/>



OECD データに基づく国際比較(一部を除き 2008 年)

国	急性期			看護職			医療費 /人口	平均 寿命(男性)	平均 寿命(女性)				
	総病床 数/人口 1000	病床数 /人口 1000	平均 在院 日数	急性期 外来診 察回数 /人口 1000	医師数 /病床 1000	看護師 数/女性 人口 1000							
日本	13.8	8.1	33.8	18.8	13.4	2.2	15.7	9.5	18.0	2,781	8.1	79.6	86.4
米国	3.1	2.7	6.3	5.5	4.0	2.4	77.9	10.8	30.8	7,538	16.0	75.4	80.4
英国	3.4	2.7	8.1	7.1	5.9	2.6	76.5	9.5	41.5	3,838	8.7	77.4	81.6
ドイツ	8.2	5.7	9.9	7.6	7.8	3.6	43.3	10.7	40.6	4,714	10.5	77.2	82.4
フランス	6.9	3.5	12.9	5.2	6.9	3.3	48.5	7.9	39.6	4,996	11.2	77.8	84.5
スウェーデン			5.8	4.5	2.8	5.6		10.8	43.1	4,879	9.4	79.4	83.4

出典: 読売新聞大阪本社『大事典:これでわかる!医療のしくみ』中公新書ラクレ, 2011