

イタリアの医療改革と国営医療サービス法の成立

須田 和子

I はじめに

1978年12月、イタリアで約30年間の医療改革運動の成果として国営医療サービス法が成立した。

日本の医療制度も各方面から改革の必要性が指摘され、その視点から欧米諸国の医療保障に強い関心が向けられている。中でもイギリスやスウェーデンの制度を対象とした研究は多いが、イタリアについては制度の概要報告以外、ほとんど研究対象とされていない。

昭和52年版の厚生白書が高齢化社会に対応する欧米六ヶ国の社会保障を特集とした中でイタリアを対象としたが、それは現行制度の概要と問題点の指摘にとどまるものであった。この時期イタリアでは、国営医療サービス法の成立は時間の問題とされていたが、その問題については全くふれられていない。

このイタリア国営医療サービス法(以下833号法と略)の概要については著者らの報告がある¹⁾。イタリアの医療改革の目的である医療保険から医療サービスへの転換は日本の医療制度論争でも大きな課題とされている。それゆえイタリアの医療改革運動を分析することは、日本の当面する諸課題にとっても一つの問題提起になると考えた。

ところで、この医療改革に関してはイタリアの医学、経済、労働、行政など各分野から研究が発表されている。そのうち最も体系的な分析として、G. Berlinguerの社会保障と社会医学がある²⁾。これは1968年以前の改革に分析が限定されるが、その医療改革の要因については医療と国民経済との両面から詳細に分析されている。1970年以降を中心とした研究は、D. Fausto³⁾(経済的分析)、D. Franciscono⁴⁾(労働組合の対応に関する分析)、A. Seppilli⁵⁾(医療組織を中心とした分析)らの報告がある。

通史的な文献としては、イタリア労働総同盟(以下CGILと略)から発刊された社会保障百科辞典の中の“イタリア社会保障史”⁶⁾、S. Deloguの“イタリアにおける医療制度の成立と発展”⁷⁾がある。

この他、州や県レベルでの研究や州立病院や県の衛生研究所などでも医療改革におけるそれぞれの役割について検討した文献など、イタリアの医療改革に関する文献は数多くある。

本論は、以上の研究を基礎にして、イタリアの医療改革の運動を分析した一考察である。

II 医療改革の目的

イタリアの医療改革の目的に二つ柱がある。一つは、不平等な医療給付の供給源である産業別、職業別、社会階層別に分立した各種健康保険組合を廃止し、憲法で保障された健康に関する三つの権利(国民の基本的権利としての健康、労働不能な国民の生存権の保障、災害、疾病、障害、老齢、失業に対する生活保障権)の実現を目標とし、すべての国民に単一の医療サービスを供給することである。

第二の目的は、1960年代以降に顕在化してきた医療費の高騰を効果的に抑制するシステムの確立である。

イタリアの医療水準は、EC諸国の中でも高いのに、健康水準は低く、またその医療費は、イタリアよりも医療保障のより完備した英国を大きく上向った上昇である

4) Francisconi D.: Laboratori e organizzazione sanitaria——il contributo del sindacato alla riforma sanitaria, De Donato, 1978.

5) Seppilli A., Mori M. e Modolo M.A.: Significato di una riforma——motivazioni e finalità della riforma sanitaria, Il Pensiero Scientifico Editore, 1976.

6) INCA CGIL: Evoluzione e prospettive del sistema previdenziale italiano, Manuale enciclopedico della sicurezza sociale I, pp. 7-346, 1975.

7) Delogu S.: Nascita ed evoluzione dell'organizzazione sanitaria in Italia, Crisi della medicina, Editori Riuniti, 1974. (上畑, 須田他訳「イタリアにおける医療制度の成立と発展」、『公衆衛生』42巻8号, pp. 531-538, 1978)

1) 須田和子, 上畑鉄之丞, 松田博「イタリアにおける国営医療サービス制度の成立」医療経済研究会会報, No.15, 1975.
2) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, Leonardo Edizioni Scientifiche, 1968.
3) Fausto D.: Il sistema italiano di sicurezza sociale, Il Mulino, 1978.

表 1 EEC 9カ国の医療水準

	年	ベルギー	デンマーク	西ドイツ	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルグ	オランダ	イギリス	計
乳児死亡 (出生1000に対する)	1960	31.2	21.5	33.8	27.4	29.3	43.9	31.5	16.5	22.4	30.8
	1965	23.7	18.7	23.8	21.9	25.3	36.0	24.0	14.4	19.6	24.6
	1970	20.5	14.2	23.4	18.2	19.2	29.2	25.0	12.7	18.5	22.0
	1975	14.6	10.4	19.7	13.6	18.4	20.7	14.2	10.6	16.0	16.6
医師数 (人口10万対)	1960	128	127	134	105	105	161	102	122	107	127
	1965	145	135	146	120	104 ¹	170	102	128	115 ¹	139
	1970	161	144	173	134	103	182	107	130	130	153
	1974	176	163 ²	184	147 ²	118 ²	199	108	149	134	168
薬剤師数 (人口10万対)	1960	59	30	29	42	59	61	54	7	40	11
	1970	71	—	37	46	57	66	49	8	31	44
	1974	67	28	40	57	52	69	49	8	31	47
病床数 ³ (人口1万対)	1960	86	96	106	97	148	—	118	—	107	—
	1970	83	96	112	94 ⁴	126	105 ²	115 ⁴	99	96	102
	1974	89	97 ⁵	116	102 ⁵	110	106 ⁵	114	101 ⁶	90	103

- 注: 1. 1966年
 2. 1969年
 3. 精神病, クリニック, 保養施設のベット含む
 4. 1971年
 5. 1972年
 6. 1973年

資料: EC 統計, Fausto D.: Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 73.

としはしば指摘されてきたが⁸⁾, その論拠として示したのが次の二つの表である。

まず表1は EEC 9カ国の医療水準の比較を示したものである。その医療サービスの指標をみると, イタリアの医師数(人口10万人当の)は各年とも9カ国中最多数であり, 薬剤師数も1970年がベルギーについて第2位となっているが, 1960年と1974年は, 9カ国中第1位である。イタリアの病床数はやや低い, それでも, 西ドイツ, ルクセンブルグ, アイルランドに次いで第4位である。従って, この基本的な三指標で比較する限りにおいて, イタリアの医療水準は EEC の中でも上位に位置づけられるといえる。しかし, その乳児死亡率は1960年から1975年まで出生1,000に対して, 43.9, 36.0, 29.2, 20.7と9カ国中最上位である。

次に表2はイギリスのNHS(国営医療サービス)と, イタリアの各種疾病保険公社中最大で全人口の約55%の商工業被用者を対象としたINAM(全国疾病公社)の医療費との比較である。INAMの保険給付は1年間に180日以内の医療給付と傷病手当というかなり制限されたものであるが, 表2をみると, その医療費の支出はイギリスのNHSよりも1人当たり約7千リラ高くなってお

り, 一般医療費や薬剤費はイギリスの2倍以上の支出という結果が示されている。

以上のように, イタリアの医療費の高騰と健康水準のアンバランスの根源は, 無用な健康保険公社の存在や巨額な浪費や基金を政治的に流用する保険組合制度と, 巨額な薬剤費の支出を促進する私的製薬産業にあると, 医療改革の推進力である労働組合や政党などから指摘され, 改革の重点とされた。

III 医療改革をめぐる運動

イタリアの医療改革の歴史は次の三つの時期に区分できる。

(1) イタリア共和国の成立から1962年まで

表 2 イギリスの国営医療サービスとイタリアの全国疾病保険公社の医療費
(1971年から1972年, 1人当医療費, 単位リラ)

	イギリス NHS	イタリア INAM
病 院 費※	32,371	27,375
一 般 医 費	4,874	10,411
薬 剤 費	5,743	12,114
計	42,988	49,900

8) Nalesso G.: Proposte per superare la crisi sanitaria, Salute fabbrica società, n. 2, 1967, pp. 4-9.

※ イギリスは精神病院含むがイタリアは含まず。
 資料: Nalesso G.: Salute fabbrica società, n. 2, 1976, p. 9.

イタリアの医療改革運動は、共和国憲法成立と同時に開始した。すなわち、産業別、職業別、社会階層別に分立した各種疾病保険組合による不平等かつ不十分な医療給付は、健康をすべての国民の基本的権利と保障した憲法に抵触するという根拠をもって出発した。

その原点は、第2次大戦末、1945年 CLNAI (北部イタリア国民解放委員会) の医療改革委員会が発表した医療計画であり、そこでは、すでに833号法の骨子である国と州、市町村の管理運営による医療サービスの供給が提案されていた⁹⁾。

この計画は、1948年のAragona委員会(注。上院議員、Aragonaの提案により国会に設置された社会保障改革委員会)の提案に継承されたが、国会での承認が得られず、現実には保険組合の新設、拡大という逆の方向への進展がみられる。

1958年には、すべての医療サービスを統一的に管理する目的で厚生省が設置された¹⁰⁾。が、政府機関による医療改革の具体的提案はなく、イタリアでは医療保障の改善はつねに労働組合や、労働者階級の圧力によって実施されてきたと指摘されるように、医療国営化を最初に提案したのは、1958年の国政選挙に対するイタリア共産党(以下 PCI と略)の政策であった¹¹⁾。

翌1959年、CGILの代表である G. Vittorio, Santi, Nonella e Foa によって国会に国営医療サービス法案が提出されたが¹²⁾、この段階では単に提案にとどまり、またその内容も、Aragona委員会の枠をこえるものではなかったと、G. Berlinguer は指摘する¹³⁾。

(2) 1963年から1973年まで

1960年代初めのいわゆる中道左派政権の成立とともに、イタリアの政治、経済情勢に転換が生じたといわれ、S. Delogu は1963年以降を医療改革の制度化の時期と規定した¹⁴⁾。同時にこの時期は改革の重点に、前述の第1期とは異なる特徴がみられる。

まず労働組合、政党の運動をみると1963年、CGILとPCIは合同で新たな国営医療サービス法案を国会へ提出した¹⁵⁾。この法案の特徴は、乳児死亡率の低下を目的と

表3 全国疾病保険公社の医療給付

(※単位: 10億リラ, 1963年)

	年	病院費 (薬剤費 除く)	外来診 療費	一般医 費	薬剤費	その他 の給付	計
※医療 給付額	1952	23.1	14.9	20.0	32.4	4.1	94.5
	1956	46.5	20.2	40.4	62.3	4.7	174.1
	1960	73.3	29.0	65.2	131.8	6.1	305.4
	1964	138.2	38.8	112.9	216.1	15.2	521.2
	1965	164.3	41.3	117.8	239.5	17.2	580.1
1943 年と した 医療 費指 数	1943	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	1948	3.7	2.4	2.6	10.7	5.9	4.1
	1953	5.9	4.2	7.4	17.3	7.4	7.2
	1958	12.6	6.1	13.3	35.1	8.5	13.6
	1963	29.7	11.7	32.6	91.2	15.9	32.5

Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, pp. 249-250.

した母子衛生の重視と、製薬産業の国有化の提案である。とくに後者の問題が提案された背景について G. Berlinguer は以下のような分析を試み、結論を述べている¹⁶⁾。

すなわち表3に示されるように薬剤費は1960年代前半に著しく上昇をはじめ、1943年の医療費を1とすると、全医療費では1958年が13.6、1963年が32.5という上昇率に対して、薬剤費の場合、これを上回り1958年が35.1、1963年には91.2という上昇率である。さらに、1965年のイタリアの製薬産業の生産は3,600億リラに達し、国民所得に対する薬剤費の比率は1.6%、これはイギリスの0.35%、オランダの0.34%を大きく上回っている。しかも表3の医療費の中で薬剤費以外の項目の支出抑制は限界がある。そこで医療費の支出を効果的に管理するためには、薬剤費対策が必要であり、製薬産業の国有化が医療改革の不可欠の手段となったと G. Berlinguer は述べている。このCGILとPCIの法案は廃案となったが、製薬産業の国有化の要求は1978年の833号法の成立までイタリアの医療改革の重要な柱とされてきた。

つぎに同時期の政府機関の対応をみると、まず、政府の委託を受けていた国民経済労働審議会(CNEL)が1963年社会保険制度改革案を発表¹⁷⁾、同じく政府の委託を受けた経済計画全国委員会(PRES)も医療制度改革案を答申した¹⁸⁾。

これらの提案は1964年、政府の“1965年から1969年5ヵ年経済発展計画”のGiulitti計画の中に組込まれた¹⁸⁾。その改革の重点は、a. 全市民対象の医療保障、

9) Berlinguer G. 前掲書 p. 41, Delogu S. 上掲他訳, p. 532.

10) Fausto D.: 前掲書, p. 27.

11) Berlinguer G.: Medicina e politica, p. 31, De Donato, 1973.

12) INCA CGIL: 前掲書, p. 224.

13) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, p. 7.

14) Delogu S., 上掲他訳, 前掲書, p. 535.

15) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, p. 117. Franciconi D.: 前掲書, p. 18.

16) Berlinguer G.: Sicurezza e insicurezza sociale, pp. 248-252.

17) Berlinguer G.: 前掲書, p. 260.

18) Berlinguer G.: 前掲書, p. 86.

b. 予防対策, c. 国営医療サービス制度の設立の三点である。しかし、この計画は発表2日後の内閣解散によって無効となった。

新政府は、1965年1月 Giolitti 計画に代るものとして、新たに Pieraccini-Colombo 計画を作成した¹⁹⁾。この中で医療制度は、a. 国営医療サービス制度の設立、b. 全市民を対象とする予防、治療、リハビリテーション・サービスの実施、c. 公衆衛生の充実を改革点とし、実施計画は、a. 医療のための単一立法、b. 医療サービスの実施機関として地域保健医療センターの設立、c. 新たに82,000病床の設置、d. 製造工程のみに限定した特許制度の導入によって薬の開発を法的に保護するというものであった。

この Pieraccini 計画と Giolitti 計画との主たる相違点は、Pieraccini 計画がサービスを従来の諸施設ではなく、地域保健医療センターという新しい機関を中心に実施すること、また、製薬産業の国有化の代りに、特許制度の導入を提起したことである。

この Pieraccini 計画は若干の修正の上、1965年6月国会の承認を得て成立した。しかし、その後国営医療サービス制度は検討されず、医療改革は病院部門から着手するとして約3年要した病院改革法が1968年2月第132号法として成立した²⁰⁾。

この病院改革法は、公立病院の建設とその機能に限定したもので、この132号法の実施によって医療費問題や病床数の増加などの改善はみられず、むしろ、より上級病院の格付けを得ようとする(注。州立病院は県立病院より重視され、県立病院は市町村病院よりも重視され、財政的にも優遇される)競争を喚起し、非合理的な再分割を促進する要因となったという²¹⁾。

このように Pieraccini 計画が実施されない状態で、イタリアの三大労働組合の CGIL(イタリア労働総同盟)、CSIL(イタリア労働者組合総同盟)、UIL(イタリア労働組合)は医療改革を含む年金、住宅、南部開発のいわゆる社会的諸改革の要求で統一した運動を始め、1969年4月に第1回医療改革に関する統一見解を発表、続いて、1970年12月、1971年6月と3回にわたって医療改革の統一案を発表し、政府にその実施を要求し続けた²²⁾。

その主な要点をみると、まず、国営医療サービスの基

本は、a. 医療保障を全市民への拡大、b. 市民の直接参加を基礎とした医療政策機関の設置、c. 勤労者組織の介入による労働環境衛生対策の実施、d. 予防、治療リハビリテーション・サービスを密接に関連させた医療サービス、e. 国、州、市町村を実施機関とする、f. 財源は国家予算とすることである。

その制度の構造は、1. 地域保健医療センターを基盤とし、従来の各種社会保険組合の仕事は、地域保健医療センターへ移管し、この場合病院サービスも含む。2. 地域保健医療センターに属さない医療サービス、たとえば、県立および州立病院、大学病院、精神病院、調査機関などは州へ移管する。3. 厚生省の役割は政策の計画化と調整機能とした。

この他、三大労働組合が重視した要求は、地域保健医療センター、州、国のすべてのレベルにおける医療政策の立案に、市民参加を保障すること、また薬に関して、研究(開発)、生産、販売の各部門に緊急な公的介入をすることの二点である。

さらに従来と異なる大きな特徴点は、1971年6月の医療改革の予防に関する統一見解²³⁾に示された労働環境の安全衛生を基盤とする予防の重視である。

この運動は、1964年以降 CGIL がすすめてきたものである。すなわち、1964年 CGIL は、資本主義国の労働組合では、最初という労働環境条件に関する協約化の方針を作成し²⁴⁾、1966年には、その運動の基盤となる有害労働に関する全国資料センターを設立した²⁵⁾。翌1969年9月から約3ヵ月かけて、PCI の提案で、労働組合、医師、学生による366事業所、約30万人の労働者(全産業労働者の5%にあたる)を対象とした労働環境に関する調査が実施された。その結果、近年の工場内の労働条件に関する総合判断として、“改善された”が21事業所でこれは全体の6.3%にすぎず、“不変”が82ヵ所で24.4%、“悪化”が194ヵ所で57.7%、“非常に悪化”が39ヵ所、11.6%という状態が示された²⁶⁾。

1969年、CGIL の第7回全国会議は、この状況に対処し、有害労働を克服する運動方針として、“非金銭化の原則”を決議した²⁷⁾。つまり、これは有害条件が除去できない現場では、“危険手当”ではなく、“労働時間の短

19) Berlinguer G.: 前掲書, pp. 262-263.

INCA CGIL: 前掲書, pp. 225-228.

20) Seppilli A.: 前掲書, pp. 111-119.

21) Nalesso G.: 前掲書, p. 8.

Delogu S., 上畑他訳, 前掲書, pp. 536-537.

22) INCA CGIL: 前掲書, pp. 230-248.

23) Fransconi D.: 前掲書, pp. 228-255.

24) INCA CGIL: 前掲書, p. 183.

Berlinguer G.: *Medicina e politica*, p. 33.

25) INCA CGIL: 前掲書, p. 184.

26) Berlinguer G.: *La salute nelle fabbriche*, p. 24, De Donato, 1975.

27) INCA CGIL: 前掲書, p. 184.

表 4 医療給付の推移

(単位: 10 億リラ)

年	病院費	外来診療費	一般医費	薬剤費	その他	計
1965	346.898	57.413	208.464	288.265	53.379	1,025.932
1966	411.490	73.876	235.871	327.654	71.018	1,192.307
1967	501.967	80.809	270.017	377.379	73.339	1,303.601
1968	590.086	90.906	287.464	408.002	81.179	1,457.637
1969	705.697	126.262	276.487	448.109	93.130	1,649.685
1970	981.593	182.496	374.531	481.961	41.479	2,062.060
1971	1,265.887	213.683	364.288	540.899	99.955	2,484.722
1972	1,416.025	251.762	391.911	611.659	115.366	2,786.723
1973	1,575.542	311.253	503.282	803.078	117.524	3,310.679
1974	3,488.215	413.645	613.773	920.130	187.894	5,623.657
1975	3,400.000	531.845	686.668	1,127.232	219.179	6,108.457

資料: P.C.I.: Strutture e costi del sistema di sicurezza sociale, p. 15.

縮”による解決方法を協約化するという方針である。この CGIL の方針は、三大労組連合の設立によって、次のように発展していった。

すなわち、1970 年 5 月労働者憲章の判定によって工場内の労働組合の活動は強化され、従来の三大労組の統一要求運動から組織統一へとすすみ、1972 年 7 月 CGIL, CSIL, UIL の三大労働組合連合が設立された²⁸⁾。この設立前夜の取り組みとして重視されるのが、1972 年春の労働環境における健康の保護に関するリミニ会議であり、そこで、非金銭化の原則を第一とする 12 項目の基本方針が決議された。これがいわゆるリミニ決議である²⁹⁾。

一方、政府が 1973 年 3 月までに、医療改革法案を国会へ提出するという労働組合との合意を無視したのに対し、PCI は 1972 年 6 月と翌 1973 年 6 月の 2 回にわたって下院へ医療改革法案を提出している³⁰⁾。その骨子は 1963 年法案とほぼ同様なものであったが、この法案はいずれも廃案となった。

(3) 1974 年から国営医療サービス法の成立まで

表 4 は 1965 年から 1975 年までの疾病保険の項目別支出の推移を示した表である。これをみると、総支出は 1965 年から 1975 年までに約 6 倍の増加であり、これは同時期の社会保障全支出の 4.6 倍 (1965 年 58,760 億リラ、1975 年 271,340 億リラ) を上向った上昇である。項目別には病院費の増加が著しく、1973 年に病院費は全支出の

47.6% を占め、医療費高騰の最大の要因となっている。

しかも、この支出の増加は収入増とは平衡せず、表 5 をみると INAM (全国疾病保険公社) のみでも、1960 年 22 億リラの赤字が 1974 年には 8,353 億リラの赤字となった。R. Iuele の計算では 1950 年を 1 とすると 1974 年の INAM の病院費は、114 倍の増加であるという³¹⁾。

1974 年 8 月、政府は初めて国営医療サービス法案を国会に提出すると同時に³²⁾、病院サービスの州への移管と、公立病院に関する保険組合の負債を償却する法案を緊急提案し、後者のみ 386 号法として成立させた³³⁾。

この 386 号法の成立によって精神病院(注: 県の管轄)を除く病院サービスは州へ移管し、外来部門と薬剤サービスは従来通り保険組合の管轄とした。この結果、病院サービスは、最高年 180 日の保険給付の限界と入院料が廃止され、公立病院予算による財政運営となった。

だが、この対象は勤労者とその家族に限定され、しかも 386 号法は制度的改革のみで、病院財政のメカニズムには何ら手を加えていなかった。D. Fausto の信頼すべき見積によれば、1977 年末までに病院と保険組合の負債は約 120,000 億リラに達し、その半分は国庫負担とされたという³⁴⁾。

1977 年 3 月、政府は再び国営医療サービス法案を下院に提出し、その際、具体的な実施方法として次の五点を提案した³⁵⁾。

28) ティツィアーノ・トレウ、山口浩一郎編『イタリアの労使関係と法』日本労働協会、1978。

河野義『イタリアの危機と労使関係』新評論、1976。

29) Marri G.; L'ambiente di lavoro anni '70.

須田他訳『70 年代の労働環境』、『いのち』No. 135, p. 15, 1978。

30) Loiacorno G.: Verso la riforma sanitaria, Sociologia della medicina, Feltrinelli, pp. 377-378, 1977.

31) Fausto D.: 前掲書, p. 94.

32) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale III pp. 465-473.

33) Seppelli A.: 前掲書, p. 5.

Seppelli, A.: La riforma sanitaria, perche, come, quando Il pensiero scientifico editore, p. 46.

34) Fausto D.: 前掲書, p. 96.

35) Fausto D.: 前掲書, p. 101.

表 5 全国疾病保険公社の財政

(単位: 10 億リラ)

	1960 年	1965 年	1970 年	1974 年	1960 年~1973 年 平均伸び率 (%)
拠 出	300.8 [93.9]	708.2 [93.7]	1,369.7 [94.4]	2,807.4 [94.2]	7.3
そ の 他 収 入	19.5 [6.1]	47.7 [6.3]	80.6 [5.6]	171.6 [5.8]	16.8
収 入 合 計	320.3 [100.0]	755.9 [100.0]	1,450.3 [100.0]	2,979.0 [100.0]	17.3
現 金 給 付	35.0 [10.9]	110.6 [13.4]	195.9 [11.1]	564.2 [14.8]	22.0
医 療 給 付	258.8 [80.2]	667.6 [79.3]	1,443.4 [81.9]	2,891.9 [75.8]	18.8
一 般 医 療 費	55.7 [17.3]	135.4 [16.1]	272.9 [15.5]	389.2 [10.2]	14.9
薬 剤 費	93.8 [29.1]	229.4 [27.3]	391.9 [22.2]	613.8 [16.1]	14.4
病 院 費	81.5 [25.3]	234.7 [27.9]	640.7 [36.3]	1,640.1 [43.0]	23.9
支 出 合 計	322.5 [100.0]	841.2 [100.0]	1,764.8 [100.0]	3,814.3 [100.0]	19.3
収 支 差 額 (対収入合計比率)	△ 2.2 (△ 0.7%)	△ 85.3 (△ 11.3%)	△ 314.5 (△ 21.7%)	△ 835.3 (△ 28.0%)	

資料: INAM 『Annuario Statistico』, 『厚生白書』昭和52年版, p. 125.

注: [] 内は構成比。

1. この改革は議会の承認18ヵ月後に施行し、国営医療サービス制度は5年間で完成する。疾病保険組合の国営医療サービスへの移行は1977年7月1日から実施する。

2. 国営医療サービスは、中央、州、地区組織の総合体を基盤とし、国の役割は、方針、調整、指導であり、州の役割は立法化と計画化である。地区組織は地域保健医療センターをその実施機関とし、人口5万から20万人を1単位として、病院、診療所などの施設をもち、各々の地域保健医療センターは一般医、専門医、病院、薬局、環境衛生、予防サービスを包括する。

3. 利用者は薬価の一部を負担する。

4. 医療サービスは国営医療サービスの雇用医、または協定医によって供給する。

5. 国営医療サービスの財源は国家予算とし、その最大支出はGHPの6%以下とする。

以上の政府案に対して、CNEL (国民経済労働審議会) は次のような修正案を提示した³⁶⁾。

まず、第一に、改革の実施が法案成立18ヵ月後では、長すぎる。改革の実施が長びくほど、従来の制度は延命をはかり、かつ新制度への移行を妨害する。従って、法案成立後の実施開始期間は12ヵ月以内とすること。

二、国営医療サービスの組織に関して政府案は、中央

集権的であるから、市民の参加とイニシアティブの管理運営の機関として州法で規定すること。

三、地域保健医療センターについては、予防、治療、リハビリテーションの総合体とすること。予防と治療が医療の不可分のベースとなっていることに疑問をもつ者はいないが、地域保健医療センターで予防を独占的に実施することに対しては、議論がある。

四、医療サービスの給付内容に関する政府案は、最低レベルを規定しているが、CNELはINAMの基準で全国統一レベルで実施することとした。

五、政府案は、薬の手引き (注: 指定薬) とチケット制 (年金生活者、失業者除く) を導入している。1977年9月、閣議は医療改革法案の文脈外にこのチケット制を導入した政府案を承認した。この政府案によれば、市民の負担額は、各薬品ごとに最低200リラから最高600リラまでとするものであった。これに対しCNELの提案は、チケット制の対象を治療に不可欠な薬以外とする、と修正した。

六、D. Fausto は一般医と専門医との協定は恐らく国営医療サービス事業の中で最もデリケートな問題となるだろうと指摘しているが³⁷⁾、これについてはCNELは、政府案をすべて認めた。しかし、1978年初めの厚生省と

37) Fausto D.: 前掲書, p. 107.

38) Fausto D.: 前掲書, p. 110.

36) Fausto D.: 前掲書, p. 103.

医師会との協定には、この政府案の規定は一つも受け入れられなかったし、この段階でも、医師は国営医療サービスが効果的な形態で機能するという考えを容認しようとしていない。また、地域保健医療センターの内部でその雇用医と協定医との共存は医療改革の弱点となると指摘されている。

七. 国営医療サービスの予算に関しては、政府案のGNPの6%に対し、CNELはEC諸国との比較で、GNPの6.5%とすべきと提案した。

一方、労働組合は、CGIL, CISL, UILの三大労組連合の修正案を次の要点で1978年2月発表している³⁹⁾。

一. 国営医療サービスの医療政策や計画の審議機関である中央医療審議会の構成員に、政府案は労使の代表を加えていないので、労働者と使用者代表を加えること、また、州の権限と地域保健医療センターの組織と機能の中に、市民の参加する州および地区医療審議会を設立すること。

二. 政府の法案に対して労働組合が最も広範な修正を要求したのは予防問題である。

まず、「労働と社会活動の各々の分野における災害や疾病の予防」という政府案の規定を、「国営医療サービスは、勤労者組織の参加のもとに、労働の安全性を追求し、工場やその他の労働現場に必要な諸サービスを保障すること」と規定することとした。

また、「有害物質、中毒性ガスの製造使用、販売登録、は国の権限」という政府案の規定に対し、「中毒性ガスや有害物質のみでなく、生態系の平衡を乱すエネルギーについても製造、販売、登録は国の権限とする」と修正し、さらに、有害物質や汚染の問題に関しては、政府案の抽象的規定に対し「総理大臣の布令で、生物学的限度のみでなく、労働環境、居住地および外部環境における化学的物理的な汚染の許容量を規定する」ことを要求した。

その他三大労働組合連合は、1960年代後半以降の労働安全運動のすべての成果、すなわち、リミニ決議の導入を目的としたような予防対策を要求した。

三. 薬の製造、実験、研究に対する公共企業の設立を要求した。

四. 現金給付は社会保険制度改革法が施行されるまでINPS(全国社会保障公庫)へ委託するという政府案に対

して、雇用労働者は、国、州、地方自治体へ委託し、統一した基準で、賃金の80%を要求した。

五. 社会保険組合から国への医療サービスの移行について、政府案は規定があいまいなので、三大労組連合は1979年1月1日から国営医療サービス事業への移行を完了することを要求した。

以上の要求に対して、前述の政府案は次のような対応の結果、1978年12月成立した⁴⁰⁾。

まず第一に国営医療サービス法の施行を、1979年1月1日とし、1年間の準備期間の後1980年から改革を具体的に実施する。

二. 国営医療サービス法は、前述のごとく三大労働組合連合の要求した予防対策をほぼ全面的に採用した。しかし、1974年の政府法案の中に、中央医療審議会の構成委員に雇用労働者の代表10人を含み、また州医療審議会にも労働者代表を含むと明記しており、さらに、労働組合の強い要求にもかかわらず、833号法では労働者の参加を排除した。

三. 地域保健医療センターの設置は人口5万から20万人に1ヵ所とし、その機能は、健康教育、環境衛生、母子衛生と家族計画、学校保健、労働衛生、スポーツ、リクリエーション、診療所、病院看護の各サービス、リハビリテーション、薬剤サービスと薬品の監視、食品衛生と畜産衛生と、予防・治療、リハビリテーションサービスを実施することとした。

四. 予防に関してはENPI(災害予防全国公社)を廃止し、州や保健医療センターの予防サービスと協力関係をもつ中央労働安全衛生研究所を設立し、さらに、1979年12月までに労働安全衛生に関する全般的規則の制定を政府に義務づけた。

五. 薬の問題に関しては、大衆に対する宣伝を禁止し、薬に関する科学的情報は国営医療サービスが実施することとし、薬の生産と販売は公営化せず、国の権限は認可と監視という規定にとどまった。

六. 全国民を対象とする医療サービスの給付は1980年1月1日以降とし、その給付内容には、INAMの基準が採用された。また、PCIはつねに無償の医療サービスを要求していたが、833号法は国民に従来の疾病保険料に代る納税を義務づけた。

IV む す び

イタリアの医療改革運動である医療国営化は1959年

39) Osservazioni della Federazione CGIL CSIL UIL sul testo di riforma sanitaria predisposto dalla Commissione igiene e sanità, Rassegna sindacale, XXIV-n. 4, 1978.

40) Istituzioni del servizio sanitario nazionale, Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Gazzetta Ufficiale.

以降、何回も国会へ提出された。政府案のみでも1964年の“Giulitti 計画”、翌1965年の“Pieraccini-Colombo 計画”、1974年の国営医療サービス法案と三度も提案されている。イタリアの医療改革はある時期には近づき、また他の時期には遠去り、また再び接近するというくりかえしであったと S. Delogu は述べている⁴¹⁾。

このような運動における医療改革法 833 号の成立の背景についてのべ、むすびとしたい。

まず第一としては、三大労組の統一要求による改革を推進する勢力の増大である。労働組合の要求は出発点から労働者階級の統一を条件として位置づけられていた。つまり、産業別、職業別、社会階層別に分立した疾病保険組合による医療給付は、労働者階級を分断するものであるとし、健康を国民の基本的権利と規定した共和国憲法をたてに、疾病保険から医療サービスへの改革は、労働者階級の分断を克服する労働組合の統一を目標とした運動でもあったといえる。

この統一要求を実現した条件は、1967年労働者の主導で実施された大規模な労働衛生調査結果にも示されたように、労働条件の悪化と、疾病や災害に対する不十分な保障であるといえる。

1978年10月、著者らがトリノの労働会議所(Camera del lavoro)を訪れた際、CGILの書記は次のようなことを述べており、それによると、1975年11月のイタリア全体の障害年金請求者は299万7,904人に達したが⁴²⁾、トリノ県のみで1976年1月、労働不能の労働者11万5,471人が障害年金の受給とひきかえに解雇されている(トリノ県全体で稼働労働者約80万人、うち約60万人が工業労働者)。この障害年金の受給資格は5年間780週の勤続で、最低保障額は月10万2,800リラで、トリノ県の年金受給者の74%はこの最低額の受給者であるという。

実際イタリアでは、老齢年金に比べ障害年金受給者の比率が高く、D. Fausto はイタリアを“障害”の国であると規定し、1975年6月に、受給資格が従来の $\frac{1}{2}$ の稼働能力喪失度から $\frac{2}{3}$ へと変更されたにもかかわらず、全年金に対する障害年金受給者率は、1965年の31.2%から1975年40.8%、1976年42.2%(5,210,295人)と上昇する一方であるという⁴³⁾。

この1976年の障害年金受給者の実数5,210,295人は

イタリア国民の約10%にもあたる数であり、その大半が稼働労働者である。

こうした実態が労働組合に補償主義を克服した労働環境対策の重視と、医療国営化による医療サービスの充実を統一要求として運動をすすめさせたといえる。

第二点は、イタリアの政治、経済危機の打開を目的とした1978年7月のイタリア6党(キリスト教民主党、イタリア共産党、イタリア社会党、イタリア社会民主党、イタリア共和党、イタリア自由党)の政策協定「医療保健部門全体を合理化し、改革すること、すなわち、施設やサービスや職員をより良く、より経済的に活用できるような医療保健改革が実施されなければならない」⁴⁴⁾として、国営医療サービス事業の設立を確認した。

この背景には、1959年から医療国営化の提案者であった PCI の国会における勢力の増大があるといえる。

第三点は、医療費の高騰と財政問題である。1977年 CNEL (国民経済労働審議会) は医療改革を実施しない状況では、1978年の公的医療費は国民所得の7.21%にあたる102,430億リラに達すると算定し、また保険組合の負債は1977年末で69,900億リラに達するであろうと予測した⁴⁵⁾。そしてこの負債の一部は386号法によって国庫負担とされるため、負債の増加は直接国庫財政を圧迫し、財政的にも限界状態にきており、政府は何らかの改革を実施せざるを得ない状況にあったといえる。

第四点として、医療供給側の問題、とくに都市における医師の過剰と新卒医師の失業問題の深刻化があげられる。

イタリアの医師数は、表1に示したように1975年まで EEC 9 カ国中第1位であり、その数は1976年以降も増加する一方で、政府統計の推定では1980年には20万5,000人の医師数が示されている⁴⁶⁾。

くわえて、潜在失業として医学部の学生がおり、同じく政府統計では、1972年～1973年の新入学生30,806人、登録(在学生)学生数112,272人、新入生は前年(1971年～1972年)より3,402人の増加に対して、登録学生は、14,124人の増加である。また、1971年～1972年のローマ大学医学部学生数は11,500人、これはローマの登録医師数と同数であり、数年後その学生数は2万人になると推定されている⁴⁷⁾。

41) Delogu S., 上掲他訳, p. 535.

42) Francisconi D. の前掲書によれば、1974年の障害年金請求者は102万9,833人で、うち認定受給者は42万2,444人、その認定率は41.02%であった(p. 187)。

43) Fausto D.: 前掲書, p. 34.

44) 「イタリア六党の政策協定」、『世界政治資料』, 1977年8月下旬号, p. 19.

45) Fausto D.: 前掲書, p. 72.

46) Caruso S.: Il medico della corporazione o la socialità privata, Feltrinelli, p. 205, 1977.

47) Caruso S.: 前掲書, p. 14.

このような状況の中で、1972年新学卒医師の失業および潜在失業問題に関する全国会議が開かれた。その報告によると、医師として最低生活の維持可能な保険組合の規模は1,000人以上であるが、4,091人を対象としたローマ近辺の保険組合勤務医の調査では、1,000人以上の保険組合医は462人(11.3%)にすぎず、500人以下が2,931人(71.6%)、100人以下が1,607人(39.3%)という実態であった。こうした実態で医師の兼職が新学卒医師の失業を促進する要因として社会問題化されてきた。

たとえば、1970年保険組合の診療所で働く2万人の医師の80%は兼職者であり、また、1971年10万人の医師に関する所属別分布は、保険組合一般医40%、同専門医30~35%、病院医25%、市町村医10%、その他10~5%であり、この合計は100%をこえた120~125%という結果が示されていた⁴⁸⁾。

48) Caruso S.: 前掲書, p. 30.

イタリアの多くの医師は医療国営化に一貫して反対、もしくは消極的な対応をしてきたが、以上のような状況では、833号法の成立を阻止する力にはなりえなかったといえる。

この833号法成立の背景については今後さらに分析を深める必要があると考える。また、833号法は労働者の不参加という問題を除けば、医療改革の目的はほぼ達成されたと労働組合やPCIに評価されているが、その実施は医療施設や職員の地域格差、および医師の対応などの障害に直面している。このような条件で833号法の適用と医療費の抑制や医療水準の向上との関係についても今後分析すべき課題であると考えられる。

49) 1973年の統計では、県庁所在地の都市が平均、人口1,000人に対し医師数3.6人、その他の市町村では1.2であり(Caruso S., 前掲書, p. 210.), ベット数では1975年人口1,000人に対し、北部が11.8, 中部9.1, 南部7.0という状況である(Fausto D., 前掲書, p. 100.).