

イタリヤの医療制度改革

東京都神経科学総合研究所 松井和子
主任 研 究 員

要 旨

1978年12月、イタリで成立した国営保健医療サービス法 (SSN 法と略) は、社会主義型の3原則 (①予防対策の優先, ②平等な保健医療サービスの提供, ③国民の参加) を基本的に採用した制度である。その施行後、イタリヤの医療制度改革は法の成立当時の予想を上回った改革の歪みや矛盾が顕在化した状況である。

イタリヤの医療改革は、資本主義社会に共通する問題をすどく分析し、注目すべき問題提起が多く含まれているが、本論は以下の課題に焦点をしぼった報告である。

① SSN 法制定後のイタリヤ医療制度改革を英国の国営医療サービスとの比較で、その改革の目的、制度の特徴点、および法内部に挿入されている矛盾点、②国営保健医療サービス法の施行後の状況、とくに改革実施の障害と遅れの要因に関する分析、さらに改革の目標である予防の優先や地域格差に関する推移を医療費や病床数で分析し、さらに③医療改革の逆行と厳しく批判されている、私費負担の増加と民営化の拡大傾向に関する報告である。

1 はじめに

世界各国の医療制度を①公的扶助, ②健康保険, ③国営医療サービスと3分類したM. Terris (1978年) によると¹⁾、国営医療サービスを採用する国は世界全人口の33%を含む14カ国である。その分類による国営医療サービス制度は、①全国民に平等な保健医療サービスの供給, ②健康の保持増進を目的とする全事業に国民の参加を保証, ③治療サービスより予防対策の優先という3原則があり、うち特に重視されるのが予防の優先である。

英国とスエーデンの医療制度は、その14カ国中に含まれず、国営医療サービスと健康保険の中間型として分類されている。さらに健康保険制度からその中間型へ移行を志向中の国が5カ国あり、うちイタリヤは移行条件の整備が充分ではないが、政治的情勢から、その移行が最も早いと予測されていた。

実際、イタリヤで国営保健医療サービス法 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale 833号法, 以下, SSN 法と略) が制定されたのは、その報告の1カ月後、1978年12月である。

イタリヤで成立したSSN 法は、上述の3原則を基本的に採用した制度である。その点が英国と異なる独自の制度と、イタリヤの医療改革

派に強調された特徴である²⁾。

しかし SSN 法は提案から成立までに約30年と長期間を要し、かつ反改革派の根強い抵抗によって、その3原則と矛盾する規定が挿入された法体系となっている。その成立直後より、イタリアの医療改革は開始の遅れ、歪み、逆行などの現象を顕著に示し始めている。

2 イタリア医療改革の特徴

(1) 目的

SSN 法の成立当初、日本でも、イタリアの医療改革や SSN 法の成立過程を紹介する報告がいくつかあるが³⁾、その多くは、イタリアの医療改革を健康保険財政の破綻から国営医療化の転換という趣旨報告であった。

しかしイタリアの医療改革派は、SSN 法が医療費の抑制やサービスの需給関係の制度的な変更を主な目的として制定されたものでないと強調する。イタリア医療改革の目標は国民の健康の保持増進、疾病の予防、および治療による健康の回復であり、それは行政や医療関係者のみで実施可能な事業ではなく、国と地域の組織で実施すべき社会全体の仕事という位置づけである⁴⁾。

すなわち健康の保持増進は、医師と患者の個人的な関係で解決できる課題ではなく、患者の生活状態、人間関係や生活環境の転換を必要とする社会的な事業である。その改革は、必要な法律の制定と効果的な供給システムの開発、および組織の変革とともに国民自身が健康の保持増進に関する権利を確立する運動である。

(2) SSN 法の特徴

SSN (国営保健医療サービス) 法の主な目的はつぎの4点である⁵⁾。

①国は健康保険組合を早急に解散し、従来の制度でサービスの対象からもれていた人々を加え、全国民を対象に、統一的な新機関によって、公的な保健医療サービスを提供する。

②社会階層や州および地域間に生じている保健医療施設や健康水準の不均衡を是正する。

③現代社会における疾病の発生要因として最も重視すべきは労働環境、とくに工場の生産環境であり、予防サービスは工場の生産過程に立ち入り調査権を含む対策を実施し、かつ予防と医療サービスの有機的な統合を計る。

④保健医療サービスの管理運営に、直接間接的に国民の参加を保証し、かつ促進することである。

図1は、SSN 法に規定されたイタリア国営保健医療サービス事業の組織図である。その実施方法が示す特徴はつぎの4点である。

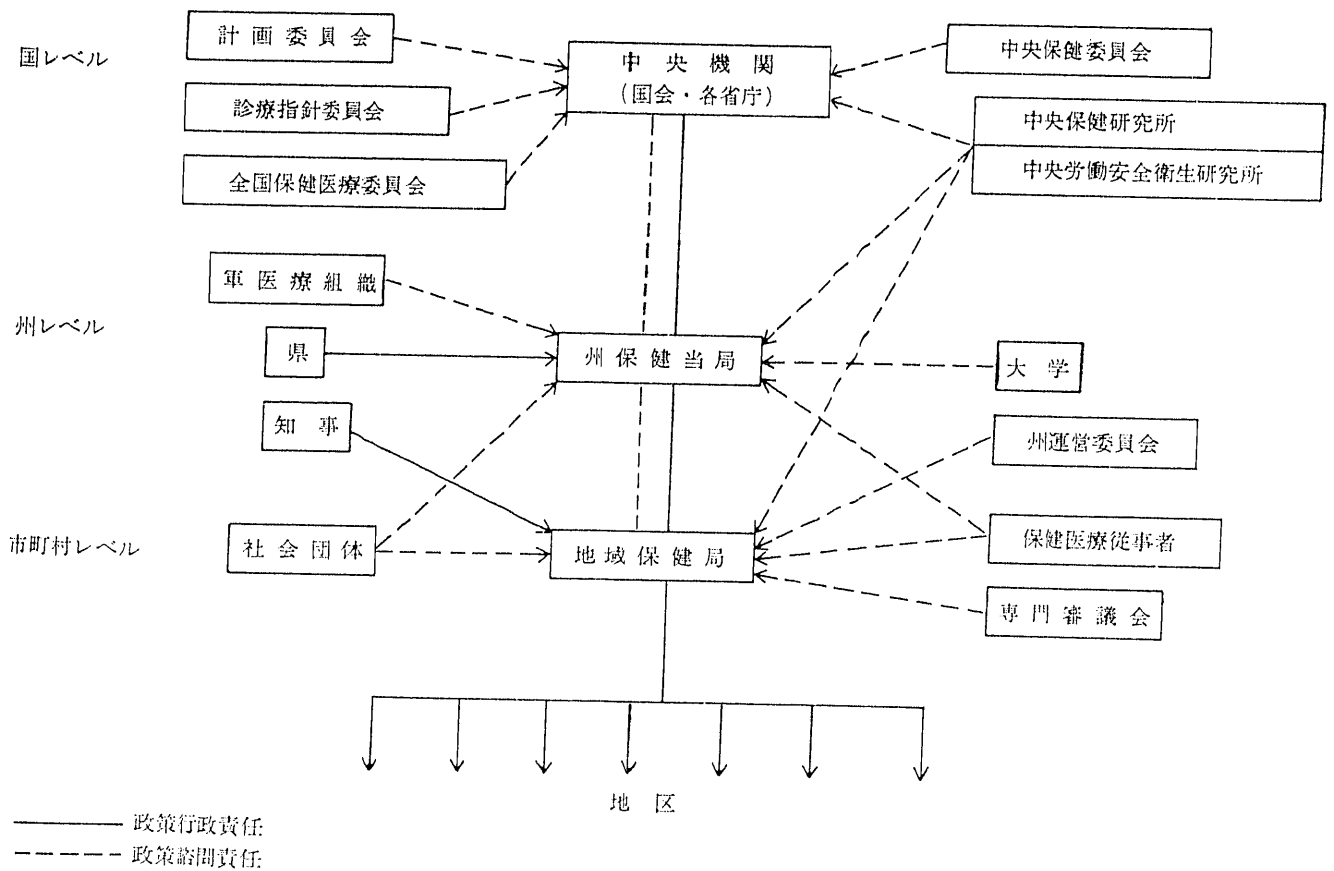
①国営保健医療サービス事業は、図1に示されたように、国、州、市町村と分節化した行政組織とその関連機関で管理運営を実施する。

②従来の地域格差、とくに南部と北中央部の保健医療サービス資源の格差を是正する目的で3カ年計画による全国保健医療計画を議会で定める。

③各州は人口5万人から20万人に1カ所の基準で地域保健局 (Unita Sanitarie Locali⁶⁾) を設立し、地域保健局は、全国保健医療計画に基づいて作成される州保健医療計画による予防・治療サービスを実施する。

④地域保健局は、地域、学校、職場の保健医療サービスと連携する目的で、病院サービスを

図1 イタリア国営保健医療サービス事業の組織図



資料：A. Brenna, *Il Governo della Sanitaria*, P. 40

地域保健局の諸サービス部門の1つと位置づける。

以上の特徴の中で、英国の国営医療サービス事業と類似と指摘されるのは⁹⁾、管理運営の分節化、保健医療費の再配分や公的管理による計画的な保健医療サービスの給付の3点である。

しかし SSN 法の分節化は英国の制度と異なり、州単位で組織した国の行政機能でもなく、また中央政府、州、市町村と3レベルに分化した権限や機能の分節化でもない。イタリアの国営保健医療サービス事業は国の基本的機能であるとともに、州や市町村が自主性を持つ制度である。

英国の国営医療サービス事業の中央集権化に対し、イタリアの制度は地域主体であり、州と地域保健局に独自の権限を与えた点が英国と異なる特徴点と強調されている。

したがってイタリアの国営医療サービス制度は、地域保健局を新供給システムの中核、すなわち地域保健局をイタリア医療改革の要とした組織である。

(3) 医療改革の要 — 地域保健局 (Unità Sanitarie Locali)

SSN 法に規定された地域保健局は、保健医療サービスの効率的な供給組織として機能する

のみでなく、医療改革の推進母体となることである。

その構造と機能は、つぎのように規定されている⁹⁾。

①各州は、地域保健局を人口5万人から20万人に1カ所の基準で設置し、その運営は市町村が組織する。

②その固有の職務は畜産衛生、食品衛生、薬剤サービス、診療所サービス、病院サービス、リハビリテーション、スポーツ、リクリエーション、労働衛生、学校保健、環境衛生および健康教育である。

③運営組織は総会、理事会、各委員長および会計監査会で構成する。

④総会と理事会の構成員は州法で規定する。

⑤地域保健局は保健医療サービスの運営管理と調整、予算および決算書の作成、サービス実施計画の作成、サービスの計画や管理に関する市民参加の保証、保健医療サービスと福祉サービスの調整を実施する。

⑥会計監査会は3カ月ごとに地域保健局の運営と会計に関する報告書を作成し、州に提出し、州管理委員会がその適否を審査する。

(4) SSN 法に挿入された矛盾点

イタリア医療改革の基本的な矛盾は、G. Berlinguerによると、社会主義社会で採用された3原則(①疾病の社会的な発生要因に対する認識とその社会的要因に対する予防対策、②健康の保持増進に対する国民の平等の権利、③サービスの供給組織や管理運営に国民の参加)を、経済的、および政治的危機状態によって硬化した資本主義社会で志向した点である¹⁰⁾。

SSN 法は、1970年代のイタリア三大労働組

合(CGIL-CISL-UIL)の統一的な運動によって、さらに改革推進派の左翼勢力と連合した内閣によって成立した法律である。しかし反改革派の圧力によって、その法内部に国営保健医療サービス、とくに上述の3原則の実施を阻む基本的な矛盾点が挿入されている。

1つは、国営医療サービスの基幹となる組織、前掲図1に示された全国保健医療委員会、中央保健研究所と中央労働安全衛生研究所の設立、および全国保健計画の作成など重要事項に関する権限と役割を政府に委ねたことである。

2つは、公的サービスの質的低下につながる危険性が指摘されながら、公的施設の不足を補う目的として、SSN 法に公的サービスと民間サービスの共存を認めたことである。国営医療サービス事業と直接の雇用関係を医師に義務づけず、一般医、民間病院および診療所は契約によって国営医療サービス事業と連携させる形態を採用したことである。

3つは、分散化が部分的に中央集権化にすり替えられ、また予防に対する責任が国の種々の機関に分断されたことである。

4つは、予防の優先に不可欠な対策として導入された工場内の立ち入り調査権が、工場内で使用される化学物質の秘密保持によって制限されたことである。

3 SSN 法施行後の状況

(1) 改革の障害と開始の遅れ

SSN 法の制定後(1978年末)、すでに約10年になる。この間イタリアでは、その医療改革に関する研究、とくにSSN 法の法文解釈や新制度の解説書、あるいはイタリア国営保健医療サ

ービス事業の組織や財政に関する研究は多数報告されている。しかし SSN 法施行による医療改革の実施状況を具体的に示すデータは極めて乏しい。

改革推進の評価分析に必要なデータとなる国の統計資料に関しても、SSN 法施行前後でデータの分類や表示方法は変更されず、旧制度の統計が継続的に公表されている。

SSN 法に定められた改革の開始期限は、医療改革推進派の報告によると、政府または州によって大半が無視されている。

まず、1980年1月、全国民を対象とする強制健康保険の開始と同時に実施と規定された第一次3カ年全国保健医療計画（1980年—1982年）は、1年遅れの1981年1月になって国会の審議が開始された状況である。

その遅延の背景には次の要因が指摘されている¹¹⁾。

SSN 法成立直後、医療改革派の左翼勢力と政府の連合が破綻し、新政府は社会改革全般の反対派で構成された。その新政府に、前述のように SSN 法は医療改革の開始の権限を全面的に与えているのである。

また新制度の移行に対して、旧制度の健康保険組合が激しく抵抗し、さらに医師や看護婦のサボタージュやストライキの頻発も新システムの移行を阻害する重大な要因の1つである。

Cipolla（1980年）の調査によれば、一般医の44%は医療改革に保留の態度を示し、明白な反対が13%、無関心が17%、諦めが14%であり、医療改革に賛成の一般医は11%のみである¹²⁾。

さらに重大な遅滞要因は、医療改革の推進力となった革新勢力が改革に対する圧力を減退させたこと、とくに労働組合が労働環境の安全対

策よりも、経済危機を理由に雇用の確保に重点をおく傾向を強化したことである。

その対応は単に改革の開始の遅れに留まらず、医療改革の重要な柱である予防の優先を阻害する要因となっている。前掲図1に示された中央労働安全衛生研究所は未開始の状態である。さらに SSN 法施行後、国営保健医療サービス事業に関する議論が非常に活発であるが、その議論でも改革の重要な柱である予防の優先は除外された状態にある。

（2） 地域保健局

医療改革の要として SSN 法に規定された地域保健局は、1970年代に一部の州で設置された医療福祉事業団（I Consorzi socio-sanitari）がモデルとされている。

医療福祉事業団は、1972年の州衛生行政の開始と1974年8月「病院サービスに関する保険組合の負債の消却と病院財政・医療改革の開始に関する法律」（386号法）によって、病院管理とともにその設置が州に委託された新機関である。

医療福祉事業団は地域医療サービスと福祉サービスの統合を等一の目的とするが、1972年から1976年に、その組織が設立されたのは20州中11州に留まっている¹³⁾。

その中には、サービスの一環として有害要因の予防対策や住民参加を保障した民主的な管理運営で、地域保健局の前身として機能していた組織もある。しかし、サービス機能の充実よりも保健福祉行政の合理化に重点が置かれ、医療改革の主旨に反すると批判されていた組織もあった¹⁴⁾。

それは、後に述べるように、SSN 法施行後の地域保健局が同様に指摘されている批判であ

表1 地域保健局のサービス事業に関する州法の規定

州名	Liguria	Lazio	Umbria	Emilia
管 理	1. 総務とデータ測定 2. 職員の管理, 養成研修 3. 予算, 企画, 財務	1. 管理サービス — 総務と職員 — 専門職の養成 — 統計, 感染症 — 企画と予算 — 監督局 — 技術, 財務, 資産	1. 契約の管理 2. 人事, 庶務 3. 財政会計の管理 4. 技術サービスの管理 5. 財務と監督局	1. 総務 2. 統計 3. 人事, 庶務 4. 予算, 企画, 財政 5. 技術, 財務, 供給
サ ー ビ ス 部 門	1. 環境と労働安全衛生 2. 母子と発達期保健 3. 一般医, 専門医, 薬局 4. 精神衛生 5. 老人障害者保健 6. 病院 7. 家畜衛生	1. 公衆, 環境, 栄養, 予 防, 労働安全衛生 2. 母子と発達期保健, 出 産 3. 医療サービス: 一般 医, 専門医, 薬剤, 病 院, 専門外来, 精神衛 生 4. 家畜衛生	1. 法医学 2. 環境衛生, 労働衛生 3. 医療と薬剤サービス 4. 家畜衛生 5. 調査研究, 住民の健 康教育	1. 公衆衛生 2. 予防医学と労働衛生 3. 出産, 母子保健福祉, 発達期と家族保健 4. 一般医, 専門医, 薬剤 の連携サービス 5. 病院サービス 6. 家畜衛生

資料: P. Bernabei, et. al, L' Unità Sanitaria Locale, NIS, 1931, P. 84-85.

る。しかしその歪み以前の問題として指摘されるのが、地域保健局の設立の遅れと機能の不完全さである。

その設置基準は、前述のように、人口5万人から20万人に1カ所と規定されたが、SSN法の成立直前に公表された厚生省案によると、全国で649カ所、1カ所当たり平均住民数は8万8千人、最小は4万4千人、最大は17万8千人の基準であった¹⁵⁾。

SSN法施行後、地域保健局の設置状況に関する全国的な統計資料は公表されていないが、A. Brennaらによると、全国の設置数は674カ所、対象住民数は最小8千人から最大166万人という極端な差が報告されている¹⁶⁾。

表1は、比較的早期に州法で制定された地域保健局の事業内容の概要である。そのサービス部門の項目は州によってやや異なるが、共通するのは前述のSSN法に規定された固有の機能

中、健康増進を目的としたスポーツ・リクリエーションやリハビリテーションを欠いた、治療サービスに重点がおかれていることである。

(3) 予防の優先

イタリアの医療改革は医療費の抑制が主たる目的ではないと強調される。しかし健康保険財政の赤字解消を目的とした病院管理の州移管(1974年)が医療改革の開始とする見方もあるように、SSN法施行後、医療改革の評価はもっぱら医療費を尺度として議論されている。

その医療費の推移から、イタリア医療改革の重要な柱である予防の優先の比重を示したのが表2である。その表をみると予防衛生費は、1975年に比べ1979年以降に僅かながらの増加を示すが、1982年になお4%弱の低率である。医療改革派によると、その予防衛生費はないに等しい支出と批判されているが、中には、全国平

表2 公的医療費の推移

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
予防衛生費	2.8	2.8	2.9	3.3	3.7	3.6	3.7	3.7
薬剤費	14.5	14.1	15.0	14.9	12.7	14.2	13.7	14.6
一般医	8.9	8.9	7.8	8.0	7.1	6.3	5.2	7.5
専門医	5.3	5.4	5.3	6.2	6.4	6.1	6.9	6.7
病院	52.6	49.5	50.4	49.8	52.4	52.8	56.9	55.9
他のサービス	9.0	12.3	10.7	10.9	11.3	10.8	7.3	6.0
衛生行政費	6.9	7.0	7.9	6.9	6.4	6.2	6.3	5.6
比率計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
公的医療費*	6821	8529	9965	12059	14657	18474	22717	26892

*単位：10億リラ

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria, P. 149-150.

均よりさらに低く、2%未満に抑制している州もある¹⁷⁾。

表2で最も高率を占めるのは病院費であり、それも1975年の52.6%から、1981年56.9%、1982年55.9%と、著しい増加である。その病院費に薬剤費、一般医および専門医費を加えた治療サービスの比率は、1975年81.3%、1978年78.9%、1980年79.4%、1981年82.7%、1982年84.7%と増加である。

(4) 地域格差

イタリアの医療水準は、EC諸国の中では上位にランクづけされている。とくに医師数は多

く、病床数もWHOの最適基準（人口千対10）を上回った状態である⁸⁾。

しかし北部と南部の地域格差は大きく、その格差を是正することがイタリア医療改革の目的

表3 地域別医師数の分布

	1970		1981	
	医師数	医師対住民数	医師数	医師対住民数
北西部	26115	571	46350	329
北東部	17214	584	33897	305
中央部	22686	456	44565	241
南部	31389	619	65384	304
全国	97404	562	190196	296

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 117.

表4 地域別医療費の推移

	1977		1981	
	一人当たり医療費 (リラ)	指数 全国=100	一人当たり医療費 (リラ)	指数 全国=100
北西部	168795	94.5	487635	96.9
北東部	197695	110.7	545253	108.4
中央部	215507	120.7	559957	111.3
南部	156076	87.4	461910	91.8
全国	178526	100.0	502973	100.0

資料：A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 167, P. 169.

の1つとされる。その地域格差の推移を、統計的な資料が比較的整備されている医師数、医療費と病床数で示したのがつぎの表と図である。

まず医師1人当たりの人口を地域別に示した表3をみると、1970年の全国平均は562人であるが、最多の南部と最少の中央部で163人の差があった。1981年は全国平均296と1970年と比べ、医師1人当たりの人口は約2分の1に減少である。その減少は4地域すべてに示され、1970年に医師1人当たりの人口が619人と最多の南部も1981年に304人と半減し、1981年の地域間の差も88と1970年と比べ半減である⁹⁾。

さらに地域格差の是正傾向は表4の医療費や表5の病床数でも示されている。

表4は国民一人当たりの医療費の全国平均を100として示した地域別の指数である。まず1977年をみると、その医療費の最高は中央部の120.7、最低は南部の87.4であり、その差は33.3

表5 住民千人当たりの病床数推移
公立、私立(精神含む)

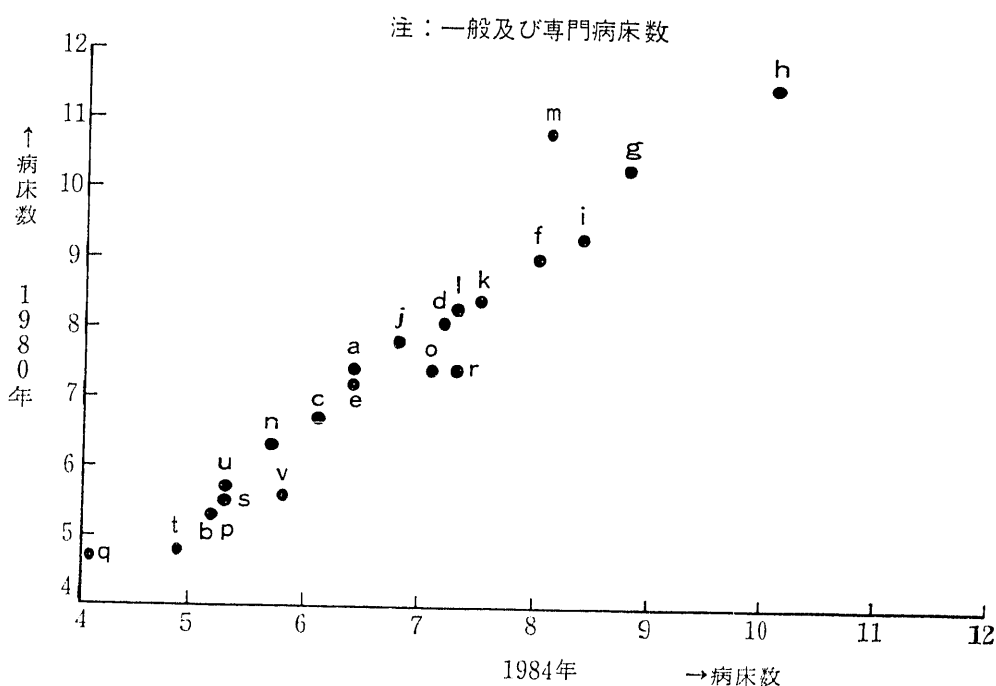
	1970	1975	1981
北西部	11.2	10.8	9.1
北東部	13.8	13.4	11.7
中央部	11.1	11.0	10.4
南・島部	7.6	8.5	8.1
全国	10.4	10.5	9.5

資料: A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria P. 81.

である。他方、1981年は最高が中央部の111.3、最低が南部の91.8であり、その差は19.5と、1977年に比べ、明らかに地域差の縮小が示されている。

さらに表5をみると、全国平均の総病床数(人口千対)は、1970年の10.4と1975年10.5に対し、1981年9.5とやや減少傾向を示すが、最低の南部が1970年の7.6から1975年8.5、1981年8.1と上昇し、かつ最高地域との差が1970年の6.2から1975年4.9、1981年3.6と著しい縮小

図2 州別公立病床数(人口千対)



- a Piemonte
- b Valle d'Aosta
- c Lombardia
- d Trentino-A.A.
- e Bolzano-Bozen
- f Trento
- g Veneto
- h Friuli-V.Giulia
- i Liguria
- j Emilia-Romagna
- k Toscana
- l Umbria
- m Marche
- n Lazio
- o Abruzzi
- p Molise
- q Campania
- r Puglia
- s Basilicata
- t Calabria
- u Sicilia
- v Sardegna

資料: Annuario Statistico Italiano 1982, 1986

である。

ただし表5は民間病院を含めた病床数である。医療改革の目的は公的病床数の格差を是正することである。そこで民間施設を除き、公立病床数のみを対象に1980年と1984年の州別病床数(人口千対)を散布図で示したのが図2である。

まず縦軸の1980年からみると、最高がFiuli州の11.5に対し、最低がCampania州の4.7であり、その差は6.8と、前掲表5に示された10年前の1970年の差6.2を0.6も上回った格差である。つぎに横軸の1984年をみると、最高は同じくFiuli州であるが、1980年よりやや低い10.1である。同じく最低もCampania州であり、しかもその最低は4.1と4年前の1980年を0.6も下回った病床数である。

したがって最高州と最低州の病床数の差は1984年になっても6.0と、1980年の6.8をやや下回った状態に留まっている。それは図2で、Marche州を除き、ほぼ全州の病床数が直線上にプロットされていることから明らかである。すなわち公立病床数の州別格差はSSN法施行後も一向に是正されていないことを図2は示している。

中には、SSN法施行後、厚生省案による病床数の基準を大きく上回りながら、さらに病床を造設中の州があると批判されている²⁰⁾。

(5) 民間医療サービスと私費負担の拡大

SSN法施行後、政府の医療政策に対し医療改革派が最も強く批判するのは、国営保健医療サービス事業の管理運営における中央集権化の傾向に加え、私費負担の増加と自由診療の拡大である。その傾向はSSN法の成立直後から始まっている。

たとえば、医療改革の開始を宣言する新聞記事の隣に、「全世界に通用する健康保険」と題する民間健康保険の宣伝を大々的に掲載し、国営医療サービスは1982年になっても開始されないであろうし、実施されても現状より悪化するという警告などの掲載である²¹⁾。

SSN法施行後の民間医療サービスの拡大は表6の病床数の推移でも明白に示される。表6をみると、1977年の総病床数を100とした1980年の指標は94.5、1984年は83.9と削減傾向が示される。しかし表6で明らかのように、公立病院が94.3から82.7の減少に対し、私立病院の削減は95.5から90.9と明らかに低率である。

さらに各年次における私立病床数の構成比をみると、1977年の14.2%から1980年14.4%、1984年15.4%と増加し、SSN法施行後、民間医療の拡大傾向は病床数でも明白に示される。

SSN法施行後、民間医療サービスと私費負担の拡大は表7の医療費構成の推移にも示される。

表6 公私立の病床数

	1977		1980		1984		'80/'77	'84/'77
	病床数	比率	病床数	比率	病床数	比率		
公立	492253	85.8	464261	85.6	407167	84.6	94.3	82.7
私立	81670	14.2	77999	14.4	74246	15.4	95.5	90.9
計	573923	100.0	542260	100.0	481413	100.0	94.5	83.9

資料: Annuario Statistico Italiano 1979, 1982, 1986.

表7 医療費の推移 (単位: 10億リラ)

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
総医療費	7994	9925	11485	13612	16819	21303	26979	31972
対 GNP 比	6.4	6.3	6.0	6.1	6.2	6.3	6.7	6.8
公的医療費	6821	8529	9965	12059	14657	18474	22717	26892
対 GNP 比	5.4	5.4	5.2	5.4	5.4	5.4	5.7	5.7
私費負担 (薬剤比)	1173 (17.4)	1396 (18.3)	1520 (8.7)	1553 (16.8)	2162 (39.2)	2829 (33.1)	4262 (35.3)	5080 (36.2)
対 GNP 比	0.9	0.9	0.8	0.7	0.8	0.8	1.1	1.1

資料: A. Brenna, Il Governo della Spesa Sanitaria, P. 149-154.

まず1975年を100とした1982年の指数で比較すると、総医療費が400 (31,972/7,994) であり、うち公的支出分が394 (26,892/6,821) に対し、私費負担分は433 (5,080/1,173) と公的支出分の伸びを大きく上回っている。

SSN 法施行後における私費負担分の増加は対 GNP 比にも現れ、1975年の0.9に対し、1981年が1.1と高率を占めている。

その私費負担は薬剤費、検査料や入院費などがあり、いずれも著しい増加傾向を示すが、中でも増加の著しいのは薬剤費である。その私費負担分中に占める薬剤費の比率は、表7に示されたように1975年17.4%から1980年33.1%と増加、さらに1982年は36.2%と私費負担分中の4割弱を占める状況である。

さらに国民総生産に占める総医療費の比率、すなわち表7の対 GNP 比をみると、1975年の6.4から1977年6.0と減少し、1978年の6.1から徐々に上昇し、1981年6.7、1982年6.8%と、SSN 法施行後明らかに上昇傾向が示される。

その上昇傾向は国営保健医療サービス事業に対する反改革派の攻撃材料となっている。その攻撃に対して、イタリアの対 GNP 比が EC 諸国に比べてなお低いこと、また SSN 法施行

後の若干の上昇が改革に伴う必然的な現象であると、医療改革派は反論する²²⁾。それは旧制度で給付対象から除外されていた国民250万人(全人口の4%)と外国人に対するサービスの給付分、および治療技術の向上に伴う医療費の必然的な上昇分という説明である。

しかし1984年に政府は財政難を理由に、国が責任を負うのは病院サービスと予防サービス(現実にはないに等しい)のみで、他のサービスを民間保険などによって国民負担とすると表明し、それは医療改革の逆行、イタリアの医療を民営化するものとして激しい批判を浴びている²³⁾。

4 むすび

イタリアの医療改革派は、SSN 法成立当初から、改革の実施の困難さを指摘していた。

SSN 法施行後の状況は、本報告でその概要が明らかなように、当初の予想を上回った歪みや矛盾の顕在化である。しかしなお SSN 法の施行後、イタリアの医療改革は次の3原則を確立した点で評価されている²⁴⁾。

① SSN 法の施行によって保健医療サービス

は直接公的な運営のもとで総合的な組織となったこと、②保健医療サービスは統一され、国民に給付が拡大したこと、③行政権力の分散化の結果として、政治情勢の良好な地域で保健医療行政の前進が示されることである。

イタリア国民が望んでいるのは議論ではなく、改革の実施であると批判されながらも、SSN法施行後、イタリア医療制度に関する議論や研究がSSN法と以上の3原則を基準に活発に展開されていることに注目したい。

さらにイタリアの医療改革は、精神病患者の治療や療養体制の改革、妊娠中絶法に関する国民投票、老人の概念分析の検討から始まる高齢化問題の対策など、日本の保健医療問題にとっても注目すべき課題や問題提起が多く含まれている。

引用文献と注

- 1) M. Terris : The Three World Systems of Medical Care : Trends and Prospects, World Health Forum, Vol. 1, pp. 78-86, 1980.
- 2) G. Berlinguer : Una riforma per la Salute, pp. 11-12, 1979.
- 3) 須田(松井)和子 : イタリアの保健医療改革, 季刊社会保障研究, Vol. 17, No. 1, pp. 51, 1981
- 4) G. Berlinguer and F. de Rosis : Balance Sheet of Health Organization Reform in Italy, Effective Health Care, Vol. 1, No. 3, p. 146, 1983.
- 5) A. Quaranta : Il sistema di Assistenza Sanitaria, pp. 369-370, 1985, なお SSN 法の日本語訳は藤川鉄馬氏が国際社会保障研究の25号から28号に発表されている。
- 6) G. Berlinguer は前掲論文の中で L'Unità Sanitaria Locale を "The Local Health Authorities" と訳している。
- 7) イタリア医療改革と両立しうる病院は、巨大システムを縮小し、患者の要求に対応しうる高度の技術的設備であり、地域、職場、学校の保健医療サービスと統合可能である。また病院は急性期治療が中心であって、老人の託老所ではないとも強調されている。(G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, pp. 64-65, 1982).
- 8) A. Brenna e V. Mapelli : Il Quadro Internazionale, Il Governo della Spesa Sanitaria, Servizio Italiano Pubblicazioni Internazionali, p. 16, 1985.
- 9) A. Quaranta : 前掲書, p. 376.
- 10) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, pp. 147-148.
- 11) G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, pp. 33-34.
- 12) A. Piperno e A. Renieri : Il Medico Generico nella Medicina di Base, p. 82, 1982.
- 13) P. Bernabei, G. Cirinei e P. Zolo : L'Unità Sanitaria Locale, P. 207, 1981.
- 14) T. Di Trenzo : La Palude Sanitaria, p. 22, 1979.
- 15) 須田(松井)和子 : 前掲書, p. 64.
- 16) C. Lucioni e F. Rossi : 前掲書, p. 32.
- 17) W. Fossati : Tra Riforma e Contro riforma, p. 20, Medicina Democratica, 4 Congresso Nazionale, No. 48, 1985.
- 18) D. Fausto : Il Systema Italiano di Sicurezza Sociale, p. 73, 1978.
- 19) イタリアの国営保健医療サービス事業の医師数は英国の3倍であり、医師数の過剰が社会問題となっている。F. Rossi らの報告によると若手医師の4万人が失業状態である。(F. Rossi : Le strutture e le risorse fisiche, Il Governo della Spesa Sanitaria, p. 101). また、SSN法による契約医は、1,500人を限度とする住民の割り当てで、人頭払いの報酬方式が採用されているが、A. Piperno ら(前掲書)の報告によると、一般医の平均患者数は1,089人、最少15人、最多5千人である。
- 20) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p. 148.
- 21) G. Berlinguer : Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, p. 34.
- 22) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p.

- 149.
- 23) F. Piersanti : La Spesa Sanitaria e La Privatizzazione dei Servizi in Italia, p. 14, Medicina Democratica, 4 Congresso nazionale, N. 48, 1985.

- 24) G. Berlinguer and F. de Rosis : 前掲書, p. 150.

付記：本論の引用文献中，松田博氏（立命館大学）がイタリア調査で入手された資料を一部活用させていただいた。