

## イタリアの医療保障制度

——1992年からの医療改革を中心に——

小島晴洋

### I. はじめに

イタリアでは、1978年の医療改革によって、従来の社会保険型の医療保障システムに代わって、イギリス型の公営医療制度「国民保健サービス (Servizio Sanitario Nazionale)」を導入した。これは、国が全国民に等しく総合的に健康を保障しようという理念のもとで、従来の共済的な保険組織を廃止して、地域単位で住民に保健医療サービスを供給する組織を全く新しく設置するという、根本的な医療制度の変革であった。社会保険を中心として、いわば「大陸型」として社会保障制度を発展させてきたイタリアにとっては、ひとつの壮大な実験ともいえる、意欲的な試みであった。

しかし、この国民保健サービス制度は、発足当初からさまざまな問題点が噴出し、その理念の崇高さにも関わらず、現実の運用は非効率で国民生活を満足させるものではなかった。そこで、制度創設後すぐにその見直しの議論が開始され、1992年からは本格的な見直しが実施されるに至っている。

そこで本稿では、1992年からの医療改革の紹介を中心として、イタリアの医療保障制度についての概説を試みた。記述したポイントは、国民保健サービス制度の概要、問題点、改革内容、

特徴と今後の動向、の4点である。本来は、医療従事者や医療施設を中心とした医療供給体制、医療費等についても触れるべきところであるが、紙幅の問題もあり、それらは別の機会に改めて論じたい。

### II. 国民保健サービス制度の発足

#### 1. 国民保健サービス制度の目的および理念

国民保健サービス制度は、1978年12月23日法833号（以下、78年法という。）によって導入された。導入前の状況について、ここで簡単に触れておく。

国民保健サービス制度導入前のイタリアにおいては、公衆衛生、疾病の予防、低所得者に対する救貧的医療、病院の規制といった、公行政による保健医療制度と、複数の共済的な保険組織を通じて疾病の治療費を保障する社会保険的なシステムがそれぞれ分立しており、複雑に関係し合いながらもまったく別のものとして実施されていた。

まず、保健医療サービスを供給する体制は、主に次の4つであったが、それぞれは互いに独立してサービスを供給しており、連携が十分とはいえなかった。

- ①市町村 (comune) や県 (provincia) : 公衆衛生、疾病の予防、低所得者に対する救貧

的医療などの行政サービスを供給する。

- ②病院 (ospedale)：入院医療を行う。
- ③各共済保険組織によって運営される専門診療施設 (poliambulatorio specialistico)：外来で検査や専門的な治療を行う。
- ④一般開業医，専門医，薬局等：各共済保険組織との契約により，その加入者に対して医療サービスを供給する。

共済保険組織は，各職種ごとに設立され，国民保健サービス制度発足前には全国民のほぼ9割をカバーしていた。しかし，無保険者は依然として存在し，各組織による給付内容の格差も存在したり。また，あくまで疾病に対する「保険」という考えの下で，対象は疾病の治療のみに限定され，予防やリハビリテーションはほとんど無視されていた。さらに，その財源は，本人および事業主の拠出によることが基本であったが，近年は各組織とも恒常的な赤字に陥り，国庫からの助成を受けていた。

行政の不統一も分裂した状況に拍車をかけた。病院や医療従事者の規制や監督，公衆衛生施策の実施等は保健省 (Ministero della Sanità) の所管であったが，共済保険組織は労働社会保障省 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale) が所管していた。

国民保健サービス導入前のイタリアでは，このような分裂と不平等の中で医療費の膨張が続いていた。また，イタリア特有の南北格差も依然として解消されていなかったのである。

そこで，国民保健サービス制度は，上記の問題を解決するために，以下の理念を基本として組み立てられた。

- ①すべての国民に同じレベルの健康を保障すること。
- ②疾病の治療のみならず，予防およびリハビ

リテーションと合わせ，健康を総合的に保障すること。

- ③地域で健康の保障を一括して担当する組織を実現すること。
- ④サービス利用者および担当者の制度運営への参加を促進すること。
- ⑤保健医療の地域格差を是正すること。
- ⑥財源を，現在の保険料方式から段階的に一般財源 (租税) に切り替え，将来的には完全な一般財源化を実現すること。

このようにして，国民保健サービス制度は，「個人的および社会的な条件の区別をすることなく，サービスに関して市民の平等を保障するような方法で，すべての国民の肉体的および精神的な健康を増進，維持および回復させることを目的とする機能，組織，サービスおよび活動の総合体」(78年法1条)として，創設されるに至ったのである。

## 2. 国民保健サービスの組織

国民保健サービス制度を実施するための，国，州および市町村の役割は，それぞれ次のように割り当てられた。

- ①国：制度に関する一般的な指揮監督，財源の確保，国際関係の規律を行うとともに，制度の統一性を確保するために，全国保健医療計画 (Piano sanitario nazionale) の策定，サービスに従事する職員との労働関係の定立，一般開業医等との協約(各 USL の締結する契約の基準となる)の締結等を行う。
- ②州：州法により州内の保健医療サービスを規律する。州保健医療計画 (Piano sanitario regionale) を策定し，医療資源を適正に配置するとともに，財源を配分する。また，

サービス実施の規制および監督を行う。

③市町村：単独または共同で、USL (Unità Sanitaria Locale, 「地域保健単位」とも訳される。)を組織して、保健医療サービスを実施する。

このUSLは、78年法が地域の保健医療を一括して総合的に所管し、実施する組織として導入したものである。病院等の公立の医療機関は原則としてUSLに属するものとされ、USLにおいて、疾病の予防から、治療、リハビリテーションまで、地域住民の健康を総合的に管理し、保障することとなった。また、大気、水質、土壌等の環境衛生、職場の労働衛生、家畜衛生等もUSLが所管した。USLは、原則として人口5~20万人に対して1つ設置されるものとされ、その数は全国で約650となった。USLの組織は、総会 (Assemblea generale)、理事会 (Comitato di gestione) および事務局 (Ufficio di direzione) から構成された。

### 3. 供給される保健医療サービスの内容

USLは、直営の医療施設を通じた直接のサービスとともに、外部の医療施設(民間病院、一般開業医、薬局等)と契約することにより、住民に対して保健医療サービスを実施した。主要なものは、次のとおりである。

#### (1) 家庭医による基本医療サービス (Assistenza sanitaria di base)

住民は、USLの契約している一般開業医のなから、自らを担当する家庭医 (Medico di base) を選択・登録し、その家庭医を通じて医療サービスを受ける。家庭医は、診察、治療、薬剤の処方等を行うほか、専門医の紹介、検査の処方、病院への入院も、すべて家庭医を通じて行う。家庭医を変更することも認められてい

る(原則として年1回)。1人の家庭医に登録できる住民は、原則として1,500人までである。(12歳以下の子どもに対しては、家庭小児科医 (Pediatria di base) を選択・登録する。1人の家庭小児科医への登録は、最大800人である。)

#### (2) 薬剤の給付

薬局はほとんどが私立であり、地域のUSLと契約を行っている。住民は、家庭医から処方を受け、薬局で薬剤の給付を受ける。

#### (3) 専門医による診察および検査

専門医による診察や、レントゲン等の検査も、家庭医の処方に基づいて行われる。専門医としては、USL直営の専門診療施設(以前は共済保険機関によって運営されていたもの)および病院、そして民間の契約専門医の3種類があるが、前2者が原則とされた(III4.)。

#### (4) 入院

入院も家庭医の処方に基づいて行われる。病院にはUSLの運営する公立のものと、その他のもの(私立、宗教団体立等)があり<sup>2)</sup>、これらはUSLと契約を行っている。必ずしも全部のUSLが病院を有しているわけではなく、患者には、地域も含めて、病院を選択する自由が認められている。

#### (5) その他

補装具、車椅子等の用具の支給、温泉療養などが、家庭医の処方に基づいて行われる。

### 4. 財源

国民保健サービスの利用は無料が原則とされたが、「チケット」と呼ばれる一部負担制度が、薬剤の給付や専門医による検査の実施等に導入されている。この問題については、後に詳述する。

国民保健サービスの実施に必要な資金は、全

表1 国民保健サービス制度の拠出料率(1993年～)  
(1992年法438号)

年間所得			
被用者	0～4,000万リラ	事業主 9.60%	被用者 1.00%
	4,000万～1億リラ	事業主 3.80%	被用者 0.80%
自営業者	0～4,000万リラ	5.40%	
	4,000万～1億リラ	4.60%	

国医療基金 (Fondo sanitario nazionale) と呼ばれ、国の予算として毎年定められる。これは、一定の基準に従って各州に配分され、さらに各州から各 USL に配分される。

その財源は、将来的にはすべて一般財源化することが目指されていたが、保険料方式による拠出もなお重要な財源となっている。拠出料率は表1のとおりであるが、年金等と同様、事業主負担が重い。全財源のうち、一般財源による部分と保険料拠出による部分の比率は、ほぼ1：1である。

### III. 国民保健サービス制度の問題点

国民保健サービス制度の実施は、その理念の崇高さにも関わらず、あるいは、それ故に、多くの困難に直面した。さまざまな理由によって(多くは政治的なものであるが)、今回の改革に至るまで全国保健医療計画が結局策定されず、

州保健医療計画の策定も10州に留まったことに象徴されるように、その理念の多くはなかなか実現されなかった。そして実施に向けての努力の中で、すでに多くの問題点が噴出し、制度創設後すぐに、その見直しの議論が開始され、それが92年からの本格的な見直しに結びついていく。

そこで本節では、問題点を、① USL 組織の非効率、②家庭医制度、③一部負担(「チケット」)制度、④専門医による診療、⑤病院医療、そして、⑥全国医療基金の配分、の計6項目に整理して紹介し、今回の改革の背景を明らかにしたい。

#### 1. USL 組織の非効率

USL は、疾病の予防から治療、リハビリテーションまでを総合的に所管するとともに、さらに環境や家畜衛生までを取り扱い、まさに地域住民の健康を総合的に保障する組織として、国際的にみてもたいへん意欲的な試みであった。しかし現実には、各種のサービスはそれぞれバラバラに実施されるに過ぎず、USL は単にその寄せ集めに過ぎないといった状況が一般化していた。本来は USL の内部で伝達されるべき医療情報を、患者が自ら USL の他部門に連絡しなければならないという事態がこれを象徴していた。組織のこのような非効率は、利用者の不満を引き起こして制度に対する信頼を低下させるとともに、医療費を増大させる要因となり、早い時期からその是正の必要が指摘されてきた。

非効率をもたらした原因には、USL の組織構成そのものに由来する内在的なものと、外部の条件から引き起こされたものがあった。

内在的な原因の第1は、事務局が弱体で指揮

命令系統が不明確なことであった。事務局組織としては、Ufficio di direzione というものがあったが、これは、いわば執行委員会ともいえるべき集団指導体制であった。また、USL の各部署の活動を調整するために、保健調整官 (Coordinatore sanitario) と管理調整官 (Coordinatore amministrativo) の2人の調整官が設置されていたが、彼らはいずれも重要部署の長を本務としており、調整官の職務は片手間に過ぎなかった。そこで、多くの場合、個人のカリスマ性や個人的ないわゆる「コネ」関係が大きな影響力を有した。

第2は、USL 組織の政治化である。USL の地域における権益に対して、多くの政治家が群がった。USL 運営の最高機関として当初設けられていた「總會」は、多くの場合、市町村議会と一致していたが、その与える政治的な影響が大きすぎたため、1986年法4号によって廃止された。しかし、その結果実質上最高機関となった理事会も、多くの場合、各政党の代表者によって占められ、依然として政治的な機関であった。そして、USL の行う対外的行為は、単純な物品購入も含め、すべて理事会の議決を要するものとされていたため、弱体な事務局機能と相まって、USL の活動全般にわたって政治の介入が行われるという傾向が顕著になったのである。

内在的な原因の第3は、USL 自体の地位、特にその独立性が不明確であったことである。78年法は、USL を「市町村等の運営組織 (struttura operativa dei comuni)」と規定したが (15条1項)、USL と市町村との関係は必ずしも明確ではなく、実務上大きな混乱をもたらした。また、USL には独立した法人格が認められていなかったため、病院等の施設、設備等は、法的には USL 直接ではなく、市町村に属するものと

された。このような不明確な USL の地位は、USL に対する政治的な介入の原因ともなった。

USL の非効率をもたらした外的な要因は、USL の設立数が多すぎ、規模が過小となってしまったことであった。これは、全国的な計画の欠如と、地域における政治的な妥協の産物であった。その結果、多すぎる理事会や事務局上層部のポストには、管理能力に問題があり任に耐えないような者が多く任命されるという事態が生じた。このことはまた、USL 組織の政治化の原因ともなった。USL の運営をめぐるのスキャンダルも多発し、住民の信頼を失う原因ともなったのである。

## 2. 家庭医制度

国民保健サービス制度において、家庭医は、住民と身近に接してその健康を総合的に管理する者として、大きな権限を与えられた。家庭医は、薬剤の給付、専門医による診療や検査、病院への入院等について処方を行うことはもちろん、専門医による薬剤の処方も、有効となるためには家庭医の承認が必要とされたのである。

しかし、このような大きな権限に対応するだけの能力を、一般には家庭医は持ち合わせていなかった。家庭医は、USL との契約により独立して診療を行う、いわば開業医であるが、USL の組織定員および新採用の凍結措置により<sup>3)</sup>、新卒の医師たちの多くが家庭医としての道を選択した<sup>4)</sup>。家庭医は、通常、単独で診療所を開設し、ひとりで診療を行った。専門医や病院の医師と協力して診療活動を行う機会も少なく、研修の機会を設けている USL も少なかった。

家庭医に対する報酬は、原則として登録している住民の数に基づいて定められた。1990年末に承認された新協定で、簡単な傷の縫合や鼻出

血に対する詰め物などの小処置について追加報酬が認められるまで、診療行為に応じた報酬は認められていなかった。そのため、家庭医の実務経験の機会はさらに限られることになった。

家庭医の能力不足と人頭報酬制度は「顧客としての患者を失わない」ように診療をする、という家庭医の行動様式をもたらした。家庭医は、患者の要求するままに、また、製薬メーカーの勧めのままに、高価な薬を気前よく処方した。これに対しては、州が監視指導を行うこととされていたが、州は財政責任を負う必要がなかったため（後述6.）あまり積極的には取り組まなかった。結局、一部負担制度を用いたコントロールがほとんど唯一の対策となったのである。

### 3. 一部負担（「チケット」）制度

国民保健サービス制度の下では、本来、すべての給付は無料で実施されるはずであった。しかし、給付費用の抑制や、特に前述の薬剤の乱用対策のために、薬剤や検査についての一部負担制度（通称「チケット（Ticket）」とよばれる）を導入せざるを得なくなったのである。

「チケット」が最初に導入されたのは1983年であったが、その後、幾次の変遷を経て、近年は非常に複雑なものとなった。ここでは、1990年のものと、今回の改革直前の1993年のものを紹介する。

#### (1) 1990年の「チケット」制度

まず、薬剤については、3種類に区分され、それに応じた一部負担率が定められた（基本薬（全薬剤費の2%分）：無料、ワクチン等：30%、その他の大部分：40%）。そのほかに、処方箋料が1処方につき3,000リラと定められた。ただし、1処方についての負担額は、4万リラまでとされた。検査については、一部負担率は30%

%とされ、同じく4万リラが上限とされた。

低所得者、障害者、特定の慢性疾患（心臓病、糖尿病等）にかかっている者についての一部負担は免除された。

#### (2) 1993年の「チケット」制度

1993年には、処方箋料が4,000リラに、薬剤の1処方の上限額が5万リラにそれぞれ引き上げられた。検査については、一部負担率が50%に引き上げられたほか、1処方の上限額も7万リラに引き上げられた。

免除対象者も、すべて処方箋料の負担が必要とされた。さらに、低所得者の場合には、薬剤の一部負担免除は、事前に支給される16枚のクーポン券の範囲のみとされた。

1993年には、一定以上の所得を有する者を対象に、通常の「チケット」制度とは別の、より重い一部負担制度が導入された<sup>5)</sup>。すなわち、所得が基準額を超える場合には、薬剤および検査が原則として全額自己負担とされ（ただし、薬剤については、1処方4万リラを超える場合には4万リラ+超える額の10%。検査の場合には、1処方10万リラを超える場合には10万リラ+超える額の10%）、さらに、家庭医受診料として1人当たり年額85,000リラ（定額）の負担が求められた。

「チケット」制度は、利用者にコスト意識を喚起した点においては意義があったが、特にその複雑さと免除基準が不明確であった<sup>6)</sup>ために、多くの批判を招いた。また、自己負担率が高すぎたため、患者の適正な受療行動を阻害するという副作用ももたらした。

薬剤の一部負担については、その効果自体が疑問視された。家族の中に1人でも免除対象者がいれば、患者は、家庭医の協力さえ得れば、免除対象者の名前でもほとんど自由に薬剤を入手

することができたのである<sup>7)</sup>。

#### 4. 専門医制度

専門医制度の問題としては、まず、医療資源や費用のムダが挙げられる。

国民保健サービス制度の中で専門医としての主力を担うことを期待されていたのが USL 直営の専門医療施設であったが、これは旧来の共済保険機関の施設や人員をそのまま引き継いだものであり、もともと過剰な状態にあった。それに対して、報酬は、出来高ではなく勤務時間を単位として支払われたので、いわば、余剰人員を養っているのも同然であった。また、専門医が行うことを認められていたのは検査や診断のみであり、手術や処置を行うことは認められていなかった。そこで、専門医はその能力を徐々に喪失し、専門医が必要と判断して入院させた場合でも、病院側は専門医の診断を信じず、同じ検査を再び行うという事態も頻発した<sup>8)</sup>。

専門医としての診療サービスは、国民保健サービス制度の中では、原則として USL 直営の専門医療施設または病院が供給することとされていたが、1982年から、3日以内に公的部門 (USL 直営) のサービスが受けられない場合には、民間の契約専門医を受診することもできることとなった。(1982年法12号。なお、1988年からは4日以内とされた。)

これは、USL 直営部門の非効率から患者を保護することを意図した措置であったが、医療機関側からの乱用を誘発した。民間の契約専門医には、USL の病院に非常勤で勤務する医師が自ら開業している場合や、病院勤務医等と近い関係にあるものも多く、患者を誘導することは容易であったのである。民間の契約専門医に対しては、出来高に応じて報酬が支払われるため、

これは直接に医療費を増大させる要因となった。

専門医制度は、その受診の手続きにも批判が集まった。国民保健サービス制度は家庭医に大きな権限を与え、専門医の受診はすべて家庭医の処方箋を要するものとしたが、専門医が他の専門医の受診を処方することは認めなかった。専門医を受診するためには、まず家庭医の処方箋を受け、それを USL に提示し、次に専門医の予約をし、そしてやっと受診ができるという、たいへんめんどろな手続きが必要であったのである。さらに、専門医による検査結果は患者自らが家庭医まで運ばなければならず、その間に患者が見てしまうこともできるので、その精神的な悪影響を指摘する声もあった。

#### 5. 公立病院

USL の運営する公立病院は、全病院数の約 6 割、病床数では約 8 割を占め(表 2)、国民保健サービス制度における入院医療の中核的な役割を果たすことが期待されていた。そして、患者が公立病院に集まり、入院医療が USL 直営で供給されれば、医療費のコントロールも容易にできるはずであった。しかし、残念ながら、公立病院の非効率のために、多くの患者が民間の契約病院に入院し、その入院日数に応じた報酬が支払われることとなったため、専門医の場合と同様、入院医療費も増大する事態が起きたのである。

公立病院の非効率の原因は、主に 3 つあった。第 1 は、USL 組織と同様、病院内も指揮命令系統がはっきりせず、院長(Direttore sanitario)、保健評議会(Consiglio dei sanitari)のメンバー、医長(Primario)等の幹部職員の実務能力にも問題があった。第 2 は、勤務医のうちかな

表2 病院数および病床数の推移

		1981年	1985年	1990年
公立	病院数	1,147 (62.8)	1,136 (63.1)	1,148 (60.4)
	病床数	451,418 (85.3)	396,440 (84.2)	313,576 (76.5)
民間	病院数	679 (37.2)	662 (36.9)	752 (39.6)
	病床数	77,803 (14.7)	74,139 (15.8)	96,450 (23.5)
計	病院数	1,826 (100)	1,798 (100)	1,900 (100)
	病床数	529,221 (100)	470,579 (100)	410,026 (100)

注：カッコ内は構成比（単位：％）。

出典：1981年および1985年は、Colozzi, pp. 333-334。1990年は、ISTAT, 1992, Tavola 3.1 (p. 89)。

りの者が非常勤であり<sup>9)</sup>、その多くが、専門医として開業したり、民間病院に勤務したりしていたのである。彼らには、一般に、公立病院で勤勉に働く意欲が乏しかった。第3に、救急受入部門の能力に問題があった。救急受入部門の医師には経験が不足している者が多く、院内の各診療科との連携も十分でなかった。そのため、多くの救急患者が適切な治療を受けられず、公立病院は、住民の信頼を失っていったのである。

## 6. 全国医療基金の配分

国民保健サービス制度では、財源の半分はなお保険料方式によったが、国が国民に保健医療サービスを保障するという考えのもとで、支出は「全国医療基金(Fondo sanitario nazionale)」として毎年全額を国家予算に計上し、それを各州を通じて全国のUSLに配分する方式を採用した。

「全国医療基金」は、各種のサービスを実施する経費として使われる当座勘定 (Spesa corrente) と、施設・設備等の資金として充当される資本勘定 (Spesa in conto capitale) に区分され、それぞれ一定の基準に基づいて国から各州に配分された（実際には、全体の95%以上が

当座勘定である。)。しかし、それらは毎年常に不足し、そのつど特別法によって予算を確保し、事後的に補填するという措置を繰り返していた（表3）。

当座勘定の配分の基準は、全体を、予防措置費、病院外経費、病院経費および管理経費の4種類に区分し、それぞれについて、人口比を基礎としながら必要に応じて高齢化率、死亡率等を加味するというものであったが、実際には基準が厳密に適用されることはまれで、多くの場合、過去の経緯等が考慮され、透明性に欠ける、いわばうやむやな配分がなされていた。

配分の実際上の問題は他にもあった。第1は、時期が遅れていたことである。各州は、年度途中まで配分額が分からず、計画をたてることができなかった。第2は、国家予算に計上されて配分されてくる経費は、もともと過小推計され、当初から不足することが明らかであったことである。この過小推計は、予算上費用を抑制して財政赤字を少なくする印象を与えるという政治的な目的で、故意に行われていた。その結果、各州は政府に対する信頼を失うとともに、最終的には毎年かならず特別法で赤字補填がされたため、医療費抑制に積極的に取り組む意欲を喪



表3 全国医療基金の収支状況（当座勘定，1985～1992年）

（単位：10億リラ）

	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年
収 入								
全国医療基金……………	39,200	40,857	47,265	52,650	58,870	64,875	78,840	82,872
補 正	—	—	—	—	—	—	5,600	6,130
USL独自収入……………	750	950	550	750	2,074	1,572	2,532	2,250*
州独自収入	—	—	—	—	—	972	1,220	1,968
<b>総 収 入</b>	<b>39,950</b>	<b>41,807</b>	<b>47,815</b>	<b>53,400</b>	<b>60,944</b>	<b>67,419</b>	<b>88,192</b>	<b>93,220</b>
<b>総 支 出</b>	<b>42,797</b>	<b>47,625</b>	<b>54,088</b>	<b>61,614</b>	<b>69,522</b>	<b>80,158</b>	<b>92,386</b>	<b>93,342*</b>
欠 損 額……………	2,847	5,818	6,273	8,214	8,578	12,739	4,194	122*
そのうち								
州負担分……………	—	—	—	—	—	1,469	1,398	122
国庫負担分……………	2,847	5,818	6,273	8,214	8,578	11,270	2,796	—

\*：推計額

出典：Relazione generale sulla situazione economica del Paese-1992. (Correnteの引用 (p. 26) による)

失したのである。

各州は、それぞれ配分された経費（「州医療基金 (Fondo sanitario regionale)」）を、さらに各USLに配分した。その基準は、原則として国→州の配分基準に準じたが、各USLは規模が過小で必ずしも全サービスを供給しているわけではなく、また、患者のUSL間の移動も激しかったため、実際の配分はやはり過去の経緯等によらざるを得なかった。各USLにおいても、州と同様、医療費抑制に取り組むインセンティブは働かなかったのである。

#### IV. 1992～94の医療改革

国民保健サービス制度の見直しの議論は、制度創設後すぐに開始されていたが、実際には、費用抑制の観点から毎年の財政法（国家予算を定める）等によって、いわば「その場しのぎ」の手直しを行ってきたにすぎなかった<sup>10)</sup>。問題

の中核として議論が集中していたのは、USLの組織・構造改革であったが、それにメスを入れようとする歴代保健大臣による法案は、ほとんどが失敗に終わっていた<sup>11)</sup>。

今回の改革は、1992年10月23日法421号によって実現するに至ったが、これは、保健医療、公務員、年金および地方財政の各制度について、総合的な改革を行った法律であった。この時期にこれらの改革が実現した背景には、EC統合をにらんだ経済政策が求められていたことと、当時のアマート内閣が進めていた実務型改革が労働組合を含めて国民の広範な支持を得ていたという事情がある<sup>12)</sup>。また、特に医療に関しては、国民保健サービスの非効率や「チケット」制度に対する国民の不満が、もう許容限度を超えていたともいえるかもしれない。

この改革法は、政府に委任立法の制定を委任した、いわゆる「授権法 (Legge di delega)」であるが、政府はこれに基づき、1992年～93年

にかけて、改革のための委任立法を公布した(1992年12月30日委任立法502号,改正:1993年12月7日委任立法517号)。これらの改革は、順次実施に移されている。以下、その主要な内容を紹介する。

## 1. USLの組織・構造改革

### (1) USL数の削減

USLとしての適正な規模を確保するため、現在のUSLは廃止し、より大規模なものとして新たに設置する。その範囲は、1つの県の領域と一致することを原則として、各州が定める(委任立法3条5項a号)。全国で約650あったUSLは、100程度に減らされることになった。

### (2) USLの公企業化

USLは、組織、管理、財産、会計、運営および技術上の独立性、ならびに公法人格を有する企業(azienda)とする(委任立法3条1項)。すなわち、USLは地方自治体とは分離された、国民保健サービスを実施するための特別な組織とされた。従来は法律上市町村に属していた施設、設備等も、法人格としてのUSLの所有に移管された。USLの会計基準は民間企業のものに準拠して定められ、会計の内容や分析結果は毎年公開されることが義務づけられた(委任立法5条4~6項)。USLの規模拡大とも関連して、USLの指導監督は、基本的には州の管轄とされた。

USLの組織としては、旧来の組織に代わり、トップに、事務総長(Direttore generale)と監査役会(Collegio dei revisori)が設置された<sup>13)</sup>。

注目されるべきは事務総長職であり、これはUSLの組織体としての指揮命令系統をはっきりさせ、また、政治色を払拭するために、「USL運営のすべての権能を有し、USLを代表する」

(委任立法3条6項)責任者として設置されたものである。この医療改革と同じ授権法(1992年法421号)によって実施された公務員制度改革により、USL職員も含め公務員の労働関係が私法上の雇用契約とされ、職員の労務管理が柔軟に行えることとなったことと相まって、事務総長には、USLの管理運営に大ナタをふるうことが期待されている。

事務総長は、保健省の作成する候補者名簿の中から、州政府が任命する。候補者名簿には、65歳以下で大学卒業資格を有し、公的または民間組織において管理者として5年以上の経歴を有するものが登録される。事務総長は常勤で、任期は5年である。再任も可能であるが、70歳を超えることはできない。国や地方議会の議員、市長等の公職や、USLと一定の関係(契約等)にある組織(民間病院等)の職との兼務は禁じられている。

事務総長の下には、管理局長(Direttore amministrativo)、保健局長(Direttore sanitario)および保健評議会(Consiglio dei sanitari)が設置された。管理局長は法学ないし経済学の分野における大学卒業資格を有し、一定の管理経験を有する者、保健局長は医師であって一定の管理経験および能力を有する者から、事務総長が任命し、それぞれの分野において、USLの運営業務を統括し事務総長を補佐する。保健評議会は、医師、看護婦等の医療関係者から成り、事務総長に対し、技術的な助言を行うものである。

## 2. 病院の独立公企業化

USLにより運営されていた公立病院のうち、「国家的な重要性および高度の専門性を有するもの」(委任立法4条1項)は、USLから分離し、

独立した公企業とした。独立すべき病院の認定は、一定の基準に従って原則として国が行うこととされたが、具体的には、大規模な総合病院、大学教育医療施設、地域の救急医療のセンターとなっている病院等が該当する。公企業化は州により行われるが、その公企業としての性質はUSLと同種とされ、組織も事務総長等同様とされた。公企業化されない公立病院は、そのままUSLの施設として、医療を供給することとされた。

病院（公企業）では、地域の家庭医や専門医のために活動スペースを確保するとともに、病床数の5～10%の範囲内で、利用者に追加負担を求めることのできる一種の「差額病室」を設けることとされた。財政の基準は州が定めることとされたが、医療基金からの配分額は総費用の80%以内とされ、その他は、出来高に基づく報酬や、差額収入等によることとなった。

### 3. 州の独立性の強化

#### (1) 計画および指導監督

医療計画は、従来どおり国の全国計画に準拠して、各州がそれぞれ州保健医療計画を策定するものとされたが、その自主性は拡大され、特に、USLや病院の配置、国民保健サービスの供給水準の設定（国の定める全国保障水準を超えることができる）、財政基準の設定等も州が行うものとされた。さらに州は、国民保健サービスの実施について、技術的な指導助言や管理運営上の監督、供給される医療の質の評価まで、USLや病院をほとんど全面的に指導監督するものとされた。

#### (2) 財政の独立

国民保健サービスの実施に要する費用は、従来どおり基本的には全国医療基金として毎年国

家予算に計上され、各州に配分される。各州への配分は、全国保健医療計画において国が定めるサービスの全国保障水準を国民ひとりひとりに保障することを基本原則として、人口比、施設等の地域格差等を考慮して行われる。

しかし、従来最終的には常に国家財政によって赤字が補填され、それが国民保健サービス制度運営における州の努力を阻害していたことを考慮して、今回の改革においては、医療基金の配分を当初の1回のみとして、州が独立して国民保健サービス制度の財政運営を行い、責任は最終的には州が負うものとされた。すなわち、州は、最終的な赤字は自らの財源によって負担しなければならないこととされたのである。

これに対して、州にはそのために独自財源を確保する権限が与えられた。それは、①患者の一部負担の強化、②拠出料率の引き上げ、または③州税の引き上げ、のいずれかの方法によることとされた。

この財政の独立は、また他方では、サービス実施に当たっての州の独立性や裁量の余地を拡大することでもあった。すなわち、州は、独自財源を活用することによって、国の定める全国保障水準を超える独自のサービスを住民に供給することもできるようになったのである。

### 4. その他

#### (1) 新しい「チケット」制度

1994年1月から、薬剤および検査の一部負担制度が大幅に改められ、簡素化された。注目されるのは、所得を基準とする特別の負担や一部負担免除が廃止され、免除は、年齢によるもの（10歳以下の子どもおよび61歳以上の老人）、障害によるものおよび慢性疾患によるものに限定されたことである。

薬剤については、まず、3グループに分類された。Aグループ(約1,500剤)は、基本薬および慢性疾患治療薬であり、一部負担は処方箋料5,000リラとされた。免除対象者は、特別な障害者のみとされた。Bグループ(約300剤)は、治療上重要な薬とされ、価格の50%が一部負担とされた。特別な障害者は全額免除、その他の障害者、慢性疾患罹患者、子どもおよび老人は、5,000リラの処方箋料のみを負担するものとされた。その他の薬剤はCグループとされ、全員が全額自己負担とされた。

検査については、免除対象者(障害者、慢性疾患罹患者、子どもおよび老人)は処方箋料5,000リラのみを負担し、それ以外の者は、1処方につき10万リラを限度として全額自己負担することとなった。

#### (2) 家庭医、専門医および病院

家庭医、民間の専門医および病院は、引き続きUSLとの契約により、国民保健サービスを実施するが、専門医と病院に関しては、従来の協約は廃止され、出来高に応じた報酬を中心とする新協約が導入されることとなった。また、1991年法412号で、各州には診療報酬を審査する特別の委員会を設置することとされていたが、今回の改革法はそれを改めて確認した。

#### (3) 補完制度 (Forma integrativa di assistenza sanitaria) の導入

選択の自由度やより質の高いサービスを求める国民のニーズに応えるため、企業や職種を単位として、「保健補完基金 (Fondo integrativo sanitario)」を設立し、国民保健サービス制度によって保障される以上のサービスを供給することが認められることとなった。これは、年金の領域において、公的年金を補足するものとして補足的年金制度 (Forma pensionistica com-

plementare) が導入されたのと軌を一にするものであり、保健補完基金も年金基金 (Fondo pensione) と同種のものとして設立されることとされたものである<sup>14)</sup>。

また、州は、住民のニーズに応えるため、その他に、第三セクターの設立等により、実験的に新しい保健医療供給体制を実施することができるとされた。

#### (4) サービスの質の確保

保健医療サービスの質を確保するためには、3方向からの対策が採用された。

第1は、評価基準の作成である。評価基準は、国(保健省)が専門家等と協力して作成し、各州が実際のUSL、病院等のサービスに適用して評価を行うこととなった。

第2は、住民やボランティア組織の参加である。各USLや病院においては、内部に利用者の権利保護のための組織を設け、住民等の参加のもとで不適正なサービスについての情報を収集・分析し、さらに年に1回、サービス向上のための特別な会議を召集することとされた。また、利用者のための意義申し立て制度も整備された。

第3は、医師等の職員の資質の向上である。州、USLおよび病院は、それぞれ、大学、専門家の団体等と協力して、職員の再教育や研修を積極的に行うべきものとされた。

## V. おわりに

### 1. イタリアの医療の特徴—イギリスとの比較で—

代表的な公営医療システムを有するイギリスにおいても、イタリアに先立ち、1990年に医療改革が実施されている。イタリアの改革は、イ

ギリスの改革をひとつのモデルとしているが、当然のこととしてイタリアに独特な特徴もそこには存在する。両国の改革の比較を通じて、イタリアの医療の特徴を明らかにしたい。

(1) 改革の要因

まず、両国に共通する要因として、制度の非効率を挙げることができる。イギリスにおいて最優先課題とされたのは病院のウェイティングリストの解消であり、イタリアにおいても USL と病院の非効率性が最大の問題であった。ここで注意しなければならないのは、両国とも毎年の財源不足には悩まされながらも、医療費総額としては先進国中で低位の水準に留まっていることである(表4)<sup>15)</sup>。少なくともイタリアにおいては、医療費の抑制自体は改革の副次的な目的に留まり<sup>16)</sup>、制度の効率的な運用が結果的に医療費の抑制につながると考えられた。これは、公営医療システムとしての、共通する特徴と考えることができよう。

第2に、イタリアに独特な要因としては、USL の政治化、地方制度の中における USL の

位置づけの不明確性、財政責任の不明確性(特に国一州関係)等があった。これらは、制度の非効率の原因ということもできるが、その問題の深刻さゆえに、非効率と並ぶ、別個の改革要因といい得るものであった。国民保健サービス制度の創設直後から開始された見直しの議論も、主にこの問題に集中していたのである。

(2) 改革内容

イタリアの医療改革の主な内容は、IVから、① USL や病院の公企業化、補完基金制度の創設等による市場原理の一部導入、② USL の組織・構造改革、および③州への権限・責任の一元化を行ったものと整理することができよう。

まず、市場原理の導入は、イタリアおよびイギリスの両国に共通する特徴ということが出来る。イギリスにおいても、80年代から引き続き民間医療保険の導入が促進され、90年改革では、独立採算のトラスト病院の分離等の措置がとられた。この点においては、両国はきわめて類似している。しかし、イギリスが、サービスの購入者と提供者という形で保健当局と病院の役割分化を進め、その間に内部市場を構築したのに対し、イタリアでは、USL と病院の両者を公企業化するという方法が選択された。

すなわち、イタリアでは、公企業化された病院の役割はサービスの提供者として明確化されたが、USL は、一方では公企業化されなかった自らの病院等を通じて依然として提供者であると同時に、他方では住民の病院医療について公企業化された病院と契約を結んでサービスを購入する主体にもなった。この体制では、競争は主に公企業化された病院相互間や民間病院との間で行われ、病院と USL、あるいは USL 相互間の競争関係はあまり明確にはならないであろう。その意味で、競争原理の導入はかなり制限

表4 主要各国の医療費総額 (Total Health Expenditure) の対 GDP 比

	1980年	1985年	1987年	1990年
	%	%	%	%
フランス	7.5	8.6	8.6	8.8
ドイツ	8.4	8.2	8.2	8.8
イタリア	6.6	6.7	6.9	8.1
日本	6.5	6.6	6.8	6.7
スウェーデン	9.2	9.4	9.0	8.6
イギリス	5.9	6.0	6.1	6.0
アメリカ	9.2	10.6	11.2	12.2
OECD 平均	7.0	7.4	7.3	7.8

出典：1980, 1990: OECD, 1993, Vol. I, Table 1, (p. 18)。

1985, 1987: OECD, 1990, Table 1 (p. 10)。

的である。これは、次に述べるように、イタリアの場合には、効率化の追求が、市場原理の導入のみならず組織改革を通じてもなされており、特に USL の組織・構造改革が最優先とされた結果ではないかと考えられる。この点では、効率化を主に市場原理の導入によって追求したイギリスより、事態は少々複雑である。

第2は USL の組織・構造改革であるが、注目しなければならないのは、USL 自体が公企業化されたという点である。病院の公企業化は競争原理の導入と素直に結びつくが、USL 自体の公企業化は、前述のとおり、競争原理導入と直接の関係はない。これはやはり、USL 自体の政治化、非効率等の問題に対する解決策と位置づけられるものであろう。強力な事務総長の下、独立採算で民間企業と同様に経営管理を行う。いわば、半民営化することによって効率化を追求したものと考えられる。USL の公企業化は、国民の健康の、国による保障という国民保健サービスの理念と、効率性の追求との狭間のぎりぎりの選択であったのである。

第3は州への権限・責任の一元化であるが、これは、イギリスにおいて、国—地方保健当局 (Regional Health Authority) —地区保健当局 (District Health Authority) という保健当局側の組織構造に基本的な変更はなかったことと比較しても、イタリア独特の要因によるところが大きいことを示唆している。つまり、イタリアの医療改革が、前述のとおり制度の効率化を2方向から進めることとした結果、それを統合するものとしての役割が州に期待されるようになったものと考えられる。この場合、州に期待される第1の役割は、一部導入された市場や制度に要する費用についての経済面におけるコントロールであり、第2の役割は USL 等の組織

運営の指導・監督である。

実際、改革の内容をみると、まず経済面については、「収入は国に集中、支出は各 USL で分散」という責任のあいまいな体制を解消し、財政の責任を明確化して州に負わせた。次に、USL の運営に関しては、州—市町村—USL のあいまいな関係を解消して USL の指導監督を州の任務とした。もともとイタリア憲法の原則に従っても医療は州の管轄事項であるが (117 条)、今回の改革は、その意味では、単なる原則回帰ではなく、むしろそれ以上に、国民保健サービス制度運営の責任の所在を明確化して州に一元的に負わせるという、もっと積極的な意味を持つものとみることができよう。イタリア医療になお存在する地域格差に対する配慮からも、制度運営の単位としては、州が適正レベルと考えることができる。また、これは、州を中心とする分権化の促進という、現在のイタリアの行財政改革の流れとも一致するものである。

### (3) イタリア医療の特徴

以上から、イタリアの医療の特徴は、次のように整理できるのではないと思われる。

第1は、イギリスとも共通する公営医療サービスとしての特徴であり、その内容としては、①コストは比較的安い、しかし、②非効率であることが挙げられる。

第2は、イタリア独特のものであるが、国民保健サービス制度がなお定着への発展途上段階にあるということである。制度の創設からはまだ十余年を経過したにすぎず、社会にはなお旧制度の伝統的な体質が残存している。その点では、公営医療の実現から既に40年以上を経過したイギリスとは同列には論じられないものと思われる。制度の創設当初から多くの問題が噴出したということは、とりもなおさず、理念を現

実の社会に適用することの困難性を示すものであり、その間にはある程度の試行錯誤もやむを得ないのではなかろうか。その好例といえるのがUSLであり、今回の組織・構造改革は、経験による学習のひとつの成果であった。その意味では、今回の改革によっても、国民保健サービス制度がイタリアの保健医療制度として完成した姿に達したとは、なおいえないものと思われる<sup>17)</sup>。

## 2. 国民保健サービスの今後

最後に、国民保健サービス制度の今後の動向について考えてみたい。

第1に、今回の改革の帰趨であるが、カギを握るものは2つある。まず、USL改革に関しては、事務総長がその能力を発揮してUSL運営の効率化に成功するかがポイントである。すなわち、事務総長として優秀な人材を確保できるかがカギとなろう。次に州がその重大な権限と責任を全うできるかであるが、そのためには国と州の信頼関係の構築が必要である。国が「医療基金」の配分を適正に行い、州による制度運営の努力が適正に評価されることが重要になってこよう。

第2は、保健・福祉の連携の問題である。イタリアにおいても、障害者、老人、薬物常習者等を対象とした福祉サービス(社会的援助、Assistenza sociale)を、公的施策で行う必要性が増大してきているが、もともと78年法は保健・福祉の統合を目指して、福祉サービスとUSLによる保健医療サービスとの連携・調整についての裁量権を州に与えていた。それに基づき、一部の州では、通常のUSLに代わり、両サービスを一体的に実施するUSSL(Unità Socio-Sanitaria Locale)の設置が行われていた。しか

し、そのような州でも両者の連携は必ずしもうまくいかなかったため、「州に任せる」という78年法のあいまいな整理に代わり、保健・福祉の連携を法律上明確に位置づけ、両者の供給体制の一体的な整備を行っていくことの必要性を指摘する声も出ていた。

しかし、今回の改革では、「USLは地方自治体から委任を受けて社会的援助サービスを実施することができる」旨の規定が1項設けられたにすぎなかった(委任立法3条3項)。むしろ、USLの組織改革等は、純粹に保健医療サービスの実施の効率性を主眼として行われた感が強い。これは、やはり、国民保健サービス制度の効率化が急務として優先されたためであろうと思われる。保健・福祉の連携は、イタリアでは中央省庁のタテ割りの問題もあり(保健は保健省、福祉は内務省が主に所管。そのほかに労働社会保障省がある)、議論はされるもののなかなか進まない。今回の医療改革が軌道に乗れば、次は、国民保健サービス制度にとっても、福祉との連携が本格的な検討課題となろう。

最後に、イタリアは公営医療システムとしての国民保健サービス制度を、今後も維持していくであろう。そう考えられる理由は2つある。1つは、医療費の抑制のためには、やはり予算を通じてコントロールすることのできる公営医療制度が有効であると考えられることである。もう1つは、78年法で導入された国民保健サービス制度の理念が、国民の幅広い支持を得ていると考えられることである。国民保健サービス制度の見直しの議論の中には、当初から、民営化をより大幅に進め公的制度では最低水準の保障のみを行うという、ネオ・リベラリズム的な考え方も存在した。しかし、最終的に実現したのは、一部市場原理を導入しながらも、国民保

健サービス制度を生かした現在の改革であったのである<sup>18)</sup>。

注

- 1) 共済保険組織としては、最大の INAM (Istituto Nazionale per l'Assistenza Malattia, 1943年にそれまでの各組織を統合して発足した一般的なもの)をはじめ、ENP-DEDP (Ente Nazionale di Previdenza Dipendenti Enti di Diritto Pubblico, 公共企業体職員対象), ENPAS (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Stato, 国家公務員対象), INADEL (Istituto Nazionale Assistenza Dipendenti Enti Locali, 地方公務員対象), ENPALS (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Lavoratori Spettacolo, 興行関係者対象), 手工業者共済金庫, 商業者共済金庫等が存在し, 1977年においては30を数えた。一般に経済的に恵まれた職種の共済組織のほうが, 給付内容もやはり恵まれていた。無保険者数は, 250万人 (Corrente, p. 21) と, 450万人 (Garattini, p. 109) ともいわれる。
- 2) 国民保健サービス制度のもとでは, 病院は次の5種類に分かれる。
  - ① 公立病院 (Ospedale pubblico) : USL が直接運営を行う, もっとも一般的な病院。
  - ② 民間契約病院 (Casa di cura convenzionata) : USL と契約を行い, 住民に入院医療サービスを提供する民間の病院。医療費は入院日数に応じて支払われる。
  - ③ 研究診療施設 (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) : 高度医療研究施設として, 保健・科学研究両省が定めるもの。公立, 私立両者がある。地域の USL は契約の義務がある。
  - ④ 選別病院 (Ospedale classificato) : 大部分が宗教団体立のもので, 公立病院と同様に取り扱われる。
  - ⑤ 大学教育医療施設 (Istituti e cliniche universitarie) : 公立病院またはその一部分が, 教育訓練施設として, 大学と契約を行っているもの。

なお, 1968年法132号によって, 公立病院

のみが「病院 (Ospedale)」と呼ばれ, 民間病院は「療養施設 (Casa di cura)」と呼ばれることとなった。

- 3) USL の組織定員の凍結措置は1981年に (法律命令247号), 新採用の凍結措置は1983年に (法130号) 行われた。
- 4) Vicarelli の引用する保健省のデータ (1985) によれば, USL と契約している医師数は101,729 (家庭医57,365, 家庭小児科医3,397, 専門医22,923, 救急医18,044), USL の勤務医数は74,743である (Vicarelli, p. 367)。ISTAT によれば, 公立病院勤務の医師数は, 常勤61,863人, 非常勤24,270人である (1990) (ISTAT, 1993, Tavola 3.2, 3.3)。医学部卒業生数は毎年1万人程度おり (ISTAT, 1991-93, Tavola 4.18), 医師は, 全体として過剰の傾向にある。
- 5) 所得基準額は, 世帯構成員数に応じて定められたが, 1人で年収3,000万リラ, 2人で4,200万リラ, 3人で5,000万リラ (以下1人につき500万リラ増) であり, それほど高いものではなかった (100リラ=約7円)。
- 6) 例えば, 1990年法407号および1991年保健省令32号は, 免除対象者を, 基本的には慢性疾患罹患患者, 障害者および年金受給者に限定したが, 低所得者についても, 市町村に認定し免除する権限を与えていた。
- 7) 薬剤師連盟 (Federazione dei farmacisti) の推計によると, 1989年の薬剤費のうちの85%が, 人口の約25%にすぎない免除対象者によって消費されているという (Garattini, p. 26)。
- 8) その対策として, 1990年末の新協約によって, 専門医にも一定の小手術が認められるようになった。
- 9) ISTAT によれば, 公立病院勤務の医師のうち約3分の1が非常勤であるが, その数, 割合とも近年は減少しつつある (ISTAT, 1993, Tavola 3.2, 3.3)。なお, 公立病院職員の兼職は, 1991年法412号によって原則として禁止された。
- 10) 国民保健サービス制度関係の主な改正は以下のとおり。
  - ① 1985年12月23日法595号 : エイズ, 老人医療等の重点目標および病床数の基準等を定め



- る。
- ②1988年3月11日法67号：病院近代化，老人施設等のために，3年間で30兆リラの国庫補助を定める。
- ③1988年4月8日法109号：公立病院の人員基準を定める（増員）。
- ④1991年12月30日法412号：チケット制度や病床数の基準等の見直し，職員の兼職禁止等を定める。
- ⑤1992年11月14日法438号：チケット制度の見直し，拠出料率の引き上げ等を定める。
- 11) 各法案は以下のとおり（いずれも保健大臣の名を冠している）。
- ① Degan 案（1984）：USLの法人化等を意図したが，失敗。結局，1986年法4号で，USLの総会の廃止のみが実現した（本文III1.）。
- ② Donat Gattin 案（1987）：州の権限強化をねらったが，失敗。
- ③ De Lorenzo 案（1989）：Donat Gattin 案を拡充したが，失敗。今回の改革の原型といえる。1991年法111号で，USLの理事会を廃止する等の経過的改正のみが実現した。
- 12) 改革実現の背景については，年金改革についての拙稿（小島，1993および1994a）を参照されたい。
- 13) 当初のUSLの組織は，総会（Assemblea generale），理事会（Comitata di gestione）および事務局（Ufficio di direzione）であったが（本文II2.），その後次のように変遷している。
- ①1982年4月26日法181号：監査役会（Collegio dei revisori）の設置。
- ②1986年1月15日法4号：総会の廃止（本文III1.）
- ③1991年4月4日法111号：理事会の廃止と，保証人会（Comitato di garanti）および特別管理者（Amministratore straordinario）の設置。当初は1992年6月30日までの臨時措置とされたが，その後今回の改革の実施まで延長された。注11) ③参照。
- ④1993年4月28日法128号：保証人会の廃止。
- 14) 設立方法等について，年金基金と同様に定められる（委任立法9条）。年金基金については，拙稿（小島，1994b）を参照されたい。
- 15) 1990年前後からはイタリアについても増加の傾向がみられ，今後の注意が必要である。
- 16) 1992年法421号（授權法）は，医療改革の目的として，「国民保健サービスに与えられた資源の最適かつ合理的な利用，市民の保証による効率性の追求，分配の公正および医療費用の抑制」を掲げている（1条1項）。
- 17) イギリスにおいても，1985年に National Health Service 機構の各段階に総括管理者（General manager）を設置する改革が行われたが，期待どおりの成果はあげられなかったといわれている（バトラー，1994，pp.226-230）。イタリアはイギリスの後を追っている部分も多く，イタリアの独自性を明らかにするためにも，今回の改革の今後の推移に注視する必要がある。
- 18) 労働組合等も今回の改革を支持しているが，彼らは，決して「改革（Riforma）」とは呼ばず，「再編成（Riordino）」という用語を用いている。これは，78年法による国民保健サービスの実現こそが改革だったのであり，今回の改正は，その欠点を改めたものにすぎない，との認識に基づいている。

#### 参考文献

- 姉崎正平・池上直己編 1991 『世界の医療改革—政権交代は医療を変えるか—』頸草書房。
- ジョヴァンニ・ベルリングエル（大津真作訳，大津静夫監修）1981 『保健・医療改革の方向』三一書房。
- ジョン・バトラー（中西範幸訳）1994 『イギリスの医療改革，患者・政策・政治』勁草書房
- Colozzi, I, 1988 "Le strutture della salute," in ISTAT, *Immagini della società italiana*.
- Corrente, E. 1993 *Sanità previdenza pubblico impiego*, Fisos-Cisl.
- 藤川鉄馬 1980-82 「イタリアの「全国医療機構」」『国際社会保障研究』Vol. 25-29.
- Garattini, L. 1992 *Il SSN: Organizzazione, servizi, finanziamento*, Kailash Editore.
- ISTAT 1991 *Annuario statistico italiano 1991*.
- ISTAT 1992 *Annuario statistico italiano 1992*.
- ISTAT 1993 *Annuario statistico italiano 1993*.

- 片桐由喜 1994 「イギリス医療保障制度の現状と課題—国民保健サービスの特徴とその変遷—」『日本社会保障法学会誌』Vol. 9。
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金改革の動向(上)(下)」『ジュリスト』No. 1031-32。
- 小島晴洋 1994a 「イタリアの年金と高齢者の生活」『海外社会保障情報』No. 106。
- 小島晴洋 1994b 「新しい段階を迎えたイタリアの年金制度」『日本労働研究雑誌』No. 410。
- 厚生省保険局企画課 1992 『欧米諸国の医療保障』社会保険法規研究会。
- 久保田章市 1980 『最新・欧米医療保障事情』社会保険実務研究所。
- 松井和子 1988 「イタリアの医療制度改革」『海外社会保障情報』No. 85。
- Ministero dell'Interno, Direzione generale dei servizi civill 1987 *Servizi socio-assistenziali e sicurezza sociale in Italia.*
- 中泉真樹 1993 「英国国民保健サービス改革とその内部市場メカニズムについて」『海外社会保障情報』No. 104。
- OECD 1990 *Health care systems in transition (OECD Social policy studies No. 7).*
- OECD 1993 *OECD Health systems (OECD Health policy studies No. 3).*
- Persiani, M. Bellini, V. Rossi, F. P. 1979 *Il servizio sanitario nazionale, Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, Zanichelli.*
- Persiani, M. 1993 *Diritto della previdenza sociale, CEDAM.*
- 社会保障研究所編 1987 『イギリスの社会保障』東京大学出版会。
- 須田和子 1981 「イタリアの保健医療改革」『季刊社会保障研究』Vol. 17 No. 1。
- Vicarelli, G. 1988 "Il personale della salute," in ISTAT, *Immagini della società italiana.*
- (こじま・せいよう 社会保障研究所主任研究員)