

イタリアの保健医療改革

須田 和子

I はじめに

イタリアの保健医療改革について日本でもいくつかの報告が最近発表されている¹⁾。その多くは1978年12月成立した国営保健医療サービス法(833号法)を対象とし、イタリアの医療改革を疾病保険制度から医療国営化の転換に焦点をしぼり、改革された制度は英国の NHS (National Health Services) を志向したものととらえている。

確かにイタリアの改革は1960年代前半まで英国の NHS を目標とした。しかし '60年代後半以降は有害要因の発生源対策を中心とする予防の優先、および改革への労働者・市民の参加と健康の自主管理が強調され、英国の NHS とは質的に異なる特徴を顕在化させた。G. Berlinguer はイタリアの保健医療改革を英国の NHS とも、また社会主義建設当時のソ連邦の保健医療制度 (il primo servizio sanitario pubblico) と異なるイタリア独自の創造的方法であると強調する²⁾。G. Berlinguer によれば、ソ連邦の改革は人民の特別な要求というより、むしろ全体的な政治的変革の結果であり、

英国の NHS は健康に関する大衆運動である以上に労働党の政権獲得の結果である。一方イタリアの場合、国営保健医療サービス法の提案は健康に関する労働者・市民の運動であり、またその改革は単に法律の制定や制度的変化によって実現するものではなく、健康の保持・増進に関する労働者・市民が参加する過程であり、健康に対する意識の変革、および医師、看護婦、技術者、研究者の日常活動の変革を必要とするものである。

したがってイタリアの保健医療改革は 833 号法の分析のみでは、その特徴および創造的方法を十分明らかにできないし、またその改革の対象とされた保健医療問題は他の資本主義国にとって決して無関係ではないと考える。

英国でも医療費の著しい増加をもたらす NHS に対して、NHS は Health Services ではなく、Ill Health Services であると、予防サービスを軽視した治療サービス中心の制度に批判が高まっている³⁾。また健康の増進は治療サービス中心によっては実現できず、健康に関する理解をより深める努力をすべきとの指摘もある⁴⁾。

米国の R. J. Carlson はがんを具体例として予防対策の重要性をつぎのように強調する⁵⁾。今日、水、大気、食物中のがん原物質の多くが明らかであるが、米国のがん研究は治療中心で、がん原物質に対する予防研究は軽視されている。2000年には米国で毎年 1.2 百万人のがん新患発生と 50 万人のがん死亡が予測される。この 1.70 百万人の大

1) 須田和子他：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.15，1979。

石本忠義：イタリア医療保障の根本改革，社会保険旬報，No.1293 (54. 7. 11)。

須田和子：イタリアの医療改革と国営医療サービス法の成立，季刊社会保障研究，Vol.15，No. 2。

藤川鉄馬：イタリアの医療保障改革，国際社会保障研究，No. 23。

河越重任：イタリア，社会保障年鑑，1980，pp. 273-280。

久保田章市：イタリアの国営医療への転換，病院，Vol.39，No. 4，1980。

2) Giovanni Berlinguer; Una riforma per la salute, De Donato, 1979, pp. 11-12.

3) Paul Atkinson et al. ed.; Prospects for the National Health, 1979, p. 34, p. 48.

4) P. Atkinson et al. ed.; 前掲書, p. 146.

5) R.J. Carlson; The end of medicine, pp. 72-78.

半は今日がん原物質を吸入しつつ生活する人々である。2000年までにはがんの治療薬が開発されるかもしれない。しかし彼らの子孫は相変らず同じくがん原物質を吸入する生活をせざるをえない。米国のがん研究も“予防”を含んでいるが、これはがんの早期発見を目的とした研究であり、がんの罹患を予防する研究ではない。

日本でも厚生省の調査による国民の有病率は1955年37.9 (1000人当り) から1965年63.8, 1978年110.9と著しい増加傾向を示し⁶⁾, また厚生省の身体障害者実態調査結果でも身体障害者数は1951年51万2千人から1965年104万8千人, 1980年197万7千人と増加する一方である⁷⁾。

I. Oddone は現代社会の疾病を、①微生物による疾病、②労働による疾病、③高度に発展した社会に典型的な疾病 (高血圧, 糖尿病, 動脈硬化, 腫瘍など) の3つに分類し、今日克服可能な疾病となった第1の感染症に対し、第2, 第3の疾病の増加を問題とするが、その多くは予防対策の優先によって克服可能であると指摘する⁸⁾。これがイタリアの保健医療改革における基本的考え方であり、その予防の概念はつぎの理論に基づいている。

一般に新たな疾病の要因が新たな社会環境から生じると仮定すると、その最も重視すべき環境は労働環境、とくに工場内の環境である。人は労働現場で少なくとも1日の1/3は過ごす。その環境は工業社会が生み出す技術革新によって急速に変革する分野であり、毎年何千もの新化学物質が合成され、作業工程に導入される。最大の生産性向上を目的とする科学的労働組織は労働者に新たな環境へ適応する努力を強い、生産過程から生じた有害物質は労働者に直接作用し、工場内の労働環境から大気、水、土に浸透し、生活環境を汚染する。また一部の有害物は消費製品に添加する。したがって有害労働は単に労働者の問題にとどまらず、社会全体に関連する問題として扱うことが必要であり、職業病とその他の疾病を従来のように分離せず、相互関連する疾病として統一的予防対

策の実施がより重要となっている⁹⁾。

資本主義社会における予防は生産投資、技術的選択、労働関係、権力構造など生産組織内部の均衡と密接に関連する。予防は自然発生的に生じるものではなく、予防、すなわち健康を保護する要求は労働者階級が社会の自覚した階層として、また資本主義生産の第1の犠牲者として労働条件を改善するために社会の他の階級に対する闘いとして提起すべきである¹⁰⁾。

イタリアの保健医療改革は単に医療費の抑制を目的とする財政対策ではなく、また医療サービスの需給関係の制度的変化でもない。労働者階級にとってそれは現実の社会組織の全体的改革から分離しえない運動の1つである。したがってその改革の特徴および創造的方法を明らかにするためには、制度のみでなく保健医療改革の運動を対象とした分析も必要であり、とくに運動の中心課題とされた予防に焦点をしばって接近することが有効と考えた。

II イタリアの保健医療の実態

イタリアが他の資本主義国と異なる改革を志向した背景には、他の国に比べ矛盾のより深化した保健医療の実態があると指摘される¹¹⁾。イタリアの医療水準は量的にはEC 9カ国のうち上位であり¹²⁾, なかでも医師数は多く、その増加はむしろ若手医師の失業など深刻な社会問題となっている。S. Caruso の推計ではイタリアの医師数は1980年イスラエル245, ソ連210, スウェーデン200を上回り、人口10万対322—344と予測される (英国159, フランス156—242)¹³⁾。その医師数はさらに増加が予想され、表1に示すように1985年には280, 300人と推定される。

医師数の増加は地域格差を拡大することでも問

6) 厚生統計協会：国民衛生の動向，昭和55年，p. 98.

7) 厚生省社会局：身体障害者実態調査結果，昭和55年。

8) Ivar Oddone; *Medicina preventiva e partecipazione*, 1977, pp. 29—30.

9) I. Oddone; 前掲書, pp. 20—29.

10) G. Berlinguer; *La salute nelle fabbriche*, 1977, p. XLVII.

11) G. Berlinguer; *Una riforma per la salute*, p. 161.

12) D. Fausto; *Il sistema italiano di sicurezza sociale*, p. 73.

13) S. Caruso; *Il medico della corporazione o la socialità privata*, 1977, p. 207.

表 1 イタリアの医師数

	医 師 数	医師 1 人当り人口
1881 年	18,800	1,513
1921	32,900	1,154
1961	81,500	624
1978	143,700	394
1985 *	280,300	215

* 予測。

資料: G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 32.

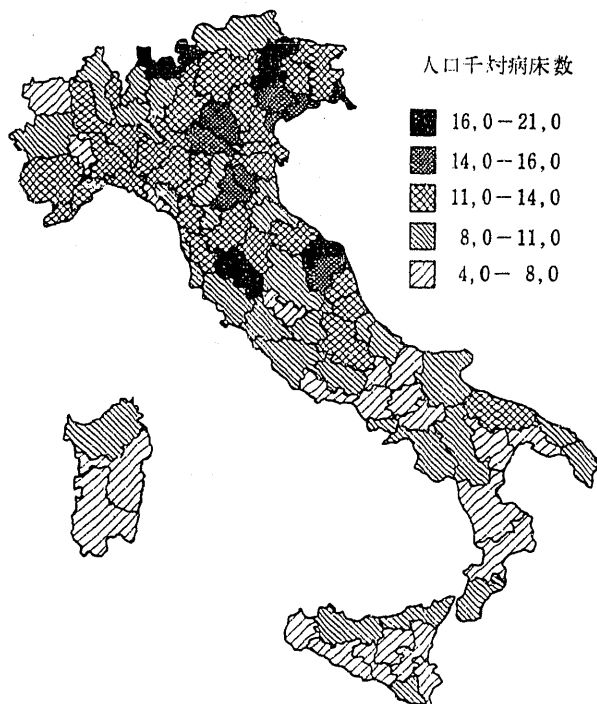
表 2 イタリアの医師の地域分布

州	人口千対医師数		
	県所在地	その他市町村	計
Piemonte	2.8	1.0	1.7
Val D'Aosta	3.0	0.5	1.4
Lombardia	3.9	1.0	1.9
Trentino Alto Adige	2.8	1.1	1.5
Veneto	3.6	1.0	1.7
Friuli Venezia Giulia	3.3	1.0	1.9
Liguria	3.6	1.8	2.8
Emilia-Romagna	4.0	1.2	2.4
Toscana	4.7	1.3	2.2
Umbria	3.7	1.5	2.1
Marche	3.2	1.4	1.8
Lazio	4.1	1.0	3.0
Abruzzi	3.0	1.3	1.6
Molise	2.4	1.2	1.4
Campania	3.6	1.2	2.0
Puglia	3.1	1.3	1.8
Basilicata	2.9	0.9	1.2
Calabria	3.3	1.3	1.7
Sicilia	3.5	1.3	2.1
Sardegna	4.4	1.0	1.8
Italia	3.6	1.2	2.0

資料: Saverio Caruso, Il medico della corporazione o la società privata, p. 210.

題視されるが、1973年の統計では南北の州別格差というよりも、むしろ県庁所在地(Capoluogo provincia)とその他の市町村との格差が大きい(表2)。また医師の増加は医療職間の不均衡を拡大する。イタリアでは医師数に比べその他の医療職が著しく不足しているからである¹⁴⁾。歯科医師については EC 9 カ国平均の歯科医師 1 人につき人口2,860に対し、イタリアは歯科医 1 人に人口8,567である。また医師 1 人に対する看護婦の比率は英国 1 対 3, デンマーク 1 対 3, フランス 1 対

14) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 32.



資料: G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 36.

図 1 県別病床分布 (1977年)

2.5, イタリアは 1 対 1 である。やや古い統計だが、A. Maynard の資料では人口千に対する看護婦数は西ドイツ 2.26(1969年), オランダ 4.46(1969年), ベルギー 1.45 (1970年), ルクセンブルグ 2.32(1972年), イタリア 1.88(1968年), 英国 6.89 (1972年), アイルランド 10.20 (1971年), デンマーク 3.82(1971—72年)とイタリアは 8 カ国中第 7 位と看護婦数の少ない国である¹⁵⁾。

一方病床数は 1975 年人口千対北西部 9.5, 北東部 11.8, 中部 9.1, 南部 7.0 と南北の地域格差は大きい¹⁶⁾。図 1 の 1977 年の分布では人口千対 11 床以上は北部に集中し、南部は 8 床以下が多い。G. Berlinguer の計算では建設中の病床数を加えれば、WHO の最適基準人口千対 10 床を下回る県はイタリアに存在しなくなる¹⁷⁾。しかしこれは平均値による比較であって、南部では病床数の不足はなお問題として残る。またイタリアの医療施設は公立の占める率が高く、表 3 に示すように病床数で

15) A. Maynard; Health Care in the European Community, 1975, p. 263.

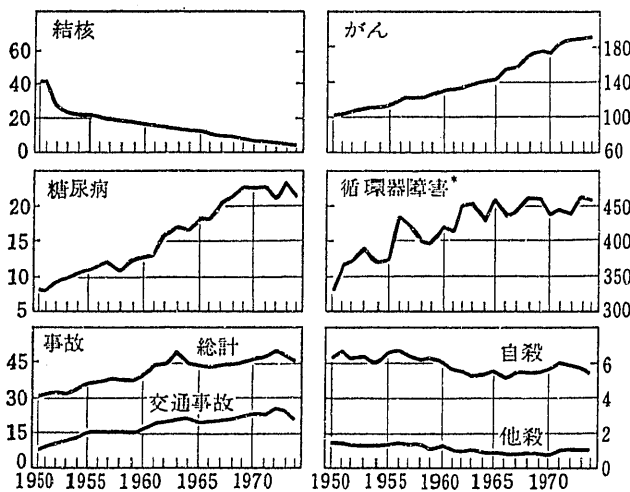
16) D. Fausto; Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 100.

17) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 35.

表 3 設置主体別医療施設数および
医療従事者数 (1974年)

	公 立	私 立	計
医療施設数	1,261 (61)	812 (39)	2,073(100)
病床数	492,608 (84)	91,038 (16)	583,646(100)
医師数	49,404 (88)	6,766 (12)	56,170(100)
看護婦数	155,119 (92)	13,346 (8)	168,465(100)
助産婦数	4,064 (81)	940 (19)	5,004(100)
その他の技術者	162,253 (86)	26,541 (14)	188,794(100)

資料: Annuario di statistiche sanitarie, vol. xx, 1975, p. 396,
68 表より作成。



資料: Annuario di statistiche sanitarie, vol. xx, 1954.
* 脳血管障害も含む。

図 2 主要死因別年次推移 (人口10万人対)

は84%が公立で、私立は16%であるが、この場合も地域格差が大きく、南部の私立病床は Basilicata 37.9%, Puglia 22.9, Calabria 22.4, Lazio 30.7%と全国平均を大きく上回る¹⁸⁾。

つぎにイタリアの疾病構造の変化を図2の主要死因別の年次推移でみると、明白な減少傾向を示すのは結核のみで、自殺・他殺は横ばい状態であるが、悪性腫瘍、糖尿病、循環器疾患、事故死は著しい増加傾向を示す。図2は感染症の減少と慢性疾患の増加という工業社会の典型的な疾病構造である。図2でとくに増加の著しい腫瘍について州別死亡率を表4に示すと、1976年人口10万人につき悪性腫瘍の死亡率は北部が248.9、中部が214.0、南部が124.9と、工業の最も発達した北部

表 4 州別腫瘍死亡率 (1976年)

	人口10万対
北 部	Piemonte 248.7
	Valle d'Aosta 215.6
	Lombardia 245.5
	Trentino-Alto Adige 197.5
	Veneto 217.9
	Friuli-Venezia Giulia 303.1
	Liguria 293.4
中 部	Emilia Romagna 269.4
	北部平均 248.9
	Toscana 263.1
	Umbria 200.4
	Marche 208.5
南 部	Lazio 184.0
	中部平均 214.0
	Abruzzi 154.7
	Molise 128.9
	Campania 120.9
	Puglia 123.4
	Basilicata 105.3
	Calabria 105.1
	Sicilia 130.4
部	Sardegna 130.9
	南部平均 124.9

資料: G. Berlinguer, Una riforma per la salute, p. 26.

は最も未発展の南部の約2倍の死亡率を示す¹⁹⁾。

一方この傾向と反対の地域格差を示すのが乳児死亡率である。1977年北部の Umbria 州の乳児死亡率は出生千人につき11.1であるが、南部の Campania 州はその2倍の23.4である²⁰⁾。社会経済的水準を最もよく示す乳児死亡率は資本主義社会の発展とともに地域格差を拡大すると指摘し、イタリア中央医学研究所は、1864~1866年南部の Campania, Basilicata が北部の Veneto, Piemonte よりも低い乳児死亡率を示していたが、その100年後1964年~1966年には反対に北部の乳児死亡率が南部の約1/2に減少したことを示した²¹⁾。

北部の乳児死亡率は国際比較でも最も低いレベルに属するが、全国平均で比較するとイタリアは乳児死亡率の高いグループに属する。イタリア中央医学研究所の分析では、1950年ヨーロッパ諸国

19) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, pp. 25-26.

20) G. Berlinguer; 前掲書, p. 188.

21) Istituto superiore di sanità; La salute e il potere in Italia, 1971, p. 17.

18) D. Fausto; Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 100.

表 5 乳児死亡率（出生千対）

	1950年	1960年	1965年	1970年	1975年	1977年
イ タ リ ア	63.8 (11)	43.9	35.6 (11)	29.5	20.9 (12)	17.7*
日 本	60.1 (10)	30.7	18.5 (4)	13.1	10.0 (2)	8.9
カ ナ ダ	41.5 (7)	27.3	23.6 (8)	18.8	14.3 (7)	—
米 国	29.2 (3)	26.0	24.7 (10)	20.0	16.1 (9)	—
デ ン マ ー ク	30.7 (5)	21.5	18.7 (5)	14.2	10.3 (3)	8.7
フ ラ ン ス	52.0 (8)	27.4	22.1 (7)	18.2	13.8 (6)	—
西 ド イ ツ	55.6 (9)	33.8	23.9 (9)	23.6	19.7 (11)	15.5
オ ラ ン ダ	25.2 (2)	17.9	14.4 (2)	12.7	10.6 (4)	9.5
ス ペ イ ン	69.8 (12)	43.7	37.3 (12)	27.9	18.9 (10)	15.6
スウェーデン	21.0 (1)	16.6	13.3 (1)	11.0	8.6 (1)	8.0
ス イ ス	31.2 (6)	21.1	17.8 (3)	15.1	10.7 (5)	9.8
英 国	30.0 (4)	21.8	19.0 (6)	18.1	16.0 (8)	13.8

資料：国民衛生の動向，昭和55年，p.71，表28より作成。

* 印は暫定数。（ ）内数は順位。

表 6 産業別届け出災害件数（千人）

	労 働 災 害		職 業 病 (工業のみ)	総 数
	工 業	農 業		
1946年	356	81	1.5	439
47	452	94	1.7	548
48	401	116	2.4	519
49	422	130	2.7	555
50	492	163	4.0	659
51	548	189	4.1	741
52	652	211	5.0	868
53	718	227	9.3	954
54	794	243	11.7	1,049
55	849	256	13.2	1,118
56	874	278	17.8	1,170
57	910	287	18.1	1,215
58	903	302	19.5	1,225
59	950	319	23.0	1,292
60	1,051	315	24.2	1,390
61	1,181	305	25.8	1,512
62	1,217	267	28.2	1,512
63	1,326	251	34.3	1,611
64	1,257	247	38.2	1,542
65	1,071	250	40.3	1,361
66	1,101	281	50.4	1,432
67	1,204	292	51.8	1,548
68	1,226	294	51.4	1,571
69	1,284	282	53.8	1,620
70	1,340	261	54.7	1,652
71	1,310	229	52.5	1,591
72	1,269	228	58.5	1,555
73	1,289	228	59.8	1,577

資料：INAIL, L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 257.

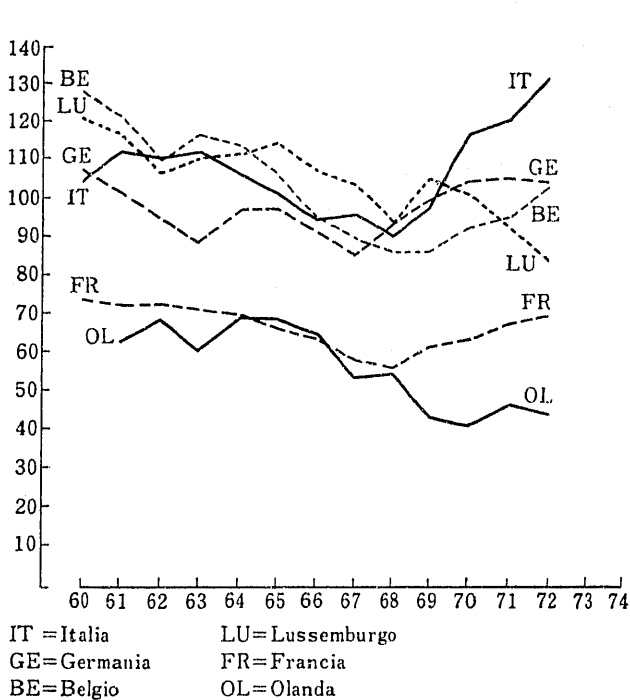
のなかで13番に位置したイタリアの乳児死亡率は1967年18番目と悪化する²¹⁾。また日本を含めた欧

米12カ国の乳児死亡率を示した表5で，まずイタリアに限定してその年次推移をみると，1950年63.8%から1975年20.9%へと著しい低下であるが，他の11カ国と比較すると，1950年12カ国中11位であったが，1975年には12位と最下位である。

さらに現代社会の重大疾病の1つとされた労働災害・職業病の場合，その届け出総数で示すと，1946年43万9千件から1973年157万7千件と，27年間で約4倍の増加である（表6）。農業は就業人口が1951年860万人から1972年330万人と約60%減少したにもかかわらず，災害件数は18万9千件から22万8千件と21%増加した。職業病は全産業総計で1946年1500件から1973年59,800件と約40倍の増加である。以上の件数は，①休業3日以内の災害・疾病，②通勤途上の災害，③私病，④家内労働による災害・疾病，⑤外国への出稼労働者を除いた数である。

このイタリアの労働災害・職業病の頻度は西ヨーロッパ諸国とくらべてもとくに高いと指摘される²²⁾。製鉄業における災害頻度を6カ国間で比較した結果を図3に示すと，イタリアは1961年6カ国中第4位であったが，1968年以降その増加が著しく，1972年には第1位の災害発生頻度となる。さらにこの頻度を製鉄業999人以下の企業規模に限定し，イタリア，西ドイツ，ベルギー，フランス4カ国間で比較すると，イタリア以外の3カ国

22) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, 1971, pp. 35-37.



資料: L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 41.

図3 製鉄業労働災害度数率 (100万労働時間当り休業災害)

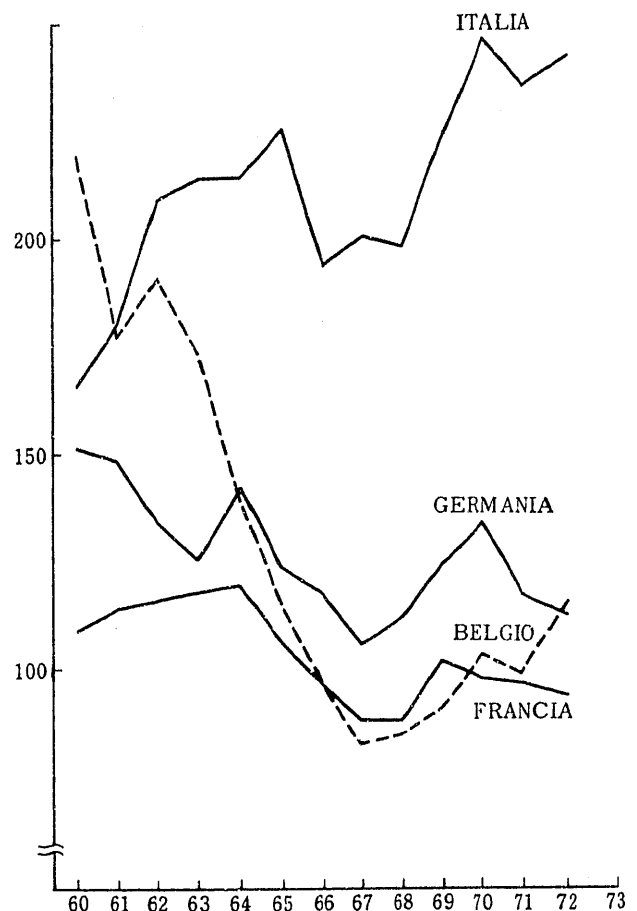
は'60年代後半著しく減少するが、イタリアのみ増加し、他の3ヵ国との差を著しく拡大した(図4)。また重大災害の発生頻度でとくに問題となる建築業について比較すると、表7に示すようにイタリアはスウェーデンとともに死亡災害の頻度が高く、西ドイツやフィンランドの約2倍の発生頻度である。

以上の保健医療の実態はイタリアに他の資本主義国と異なる改革を志向させた条件ではあるが、

表7 建築業における死亡災害頻度 (10万人対、年300日稼働)

	イタリア	西ドイツ	スウェーデン	フィンランド
1960年	86	58	77	51
61	100	56	77	45
62	89	51	81	56
63	91	46	71	48
64	88	48	70	31
65	82	51	84	33
66	69	46	79	63
67	74	50	61	26
68	73	47	65	37
69	70	40	72	54
70	65	40	63	—

資料: L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 48.



Fonte: Statistiche sociali Eurostat. Infortuni sul lavoro: siderurgia, p.28.

図4 従業員999人以下の製鉄業における労働災害度数率 (100万労働時間当り休業災害)

それは改革の主要な条件であるよりむしろ、改革の運動を拡大し、発展に寄与した条件であると考ええる。なぜなら以上の実態はイタリアの特殊性ではなく、量的差はあれ他の資本主義国にも共通するからである。

III 疾病保険制度から国営保健医療サービス制度へ

イタリアの国営保健医療サービス制度の成立は労働者の運動によって設立した疾病保険制度を労働者自身が解消したとみることができる。実際、疾病保険制度を設立するために労働者は100年以上費した。ミラノの印刷工が1804年、疾病と労働不能による労働者の不幸を除去するために団結したときから始まる²³⁾。

23) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 157.

イタリアの疾病保険制度は企業別または産業別に組織された任意保険組合として開始した。1855年12月末、疾病保険組合数は4,768、組合員数は73万475人であり、1組合当たり平均組合員数は153人ときわめて小規模な単位であった²⁴⁾。任意保険組合は基本的には労働者の自主組織であり、その欠点の第1に財源の弱体と不安定性がある。しかし、1874年カソリック系労働者間にこの疾病保険組合の設立を促進する Venezia カソリック会議の決定があり²⁵⁾、1886年任意疾病保険組合に関する法律(法3818号)の制定によって任意保険制度の普及が促進された。この法律の役割は、労働者の相互扶助を原則とし、疾病休業者に経済的援助を目的とする救済制度として疾病保険組合を認可することである。1894年12月末、認可疾病保険組合数は6,584、組合員数は93万6,686人と、1855年調査時にくらべ組合数は1.4倍と増加したが、1組合当たりの平均組合員数は142人といっそう小規模になった²⁶⁾。

当時の労働者の目標は19世紀後半すでにドイツで実施されていた強制疾病保険の導入であった。1898年労働災害のみ対象とする最初の強制疾病保険制度(法80号)が成立するが、疾病に対してはファシズム政権下で実現し、その開始として産業別では船員と航空労働者に1929年、疾病別では結核に1924年、職業病に1935年実施された²⁷⁾。

1926年労働組合の承認と同時に労働組合に疾病保険を扱う権限を認める法律が制定された。この法律に基づく労働者疾病保険組合はその給付内容に経済給付と医療給付があり、後者は一般医、専門医、薬剤、病院、助産の各サービスを含む。その疾病保険組合は産業別に設立し、表8の1928年労働省調査によると、1基金数では92%、登録者数では93%が工業に集中し、基金当たり平均登録者数も産業間の差が大きく、最大は工業の624人、最小は商業の146人である。この疾病保険組合は1920年代後半から1930年代の間に産業別に県連合

表8 産業別労働者疾病保険組合設置数(1928年労働省調査)

産 業	基 金 数	登 録 者 数	1基金当たり 平均登録者数
工 業	1,019 (92)	635,431 (93)	624
農 業	7 (1)	32,410 (5)	463
商 業	34 (3)	4,973 (1)	146
運 輸	42 (4)	9,321 (1)	222
信 用	1	221	221
計	1,103(100)	682,356(100)	618

資料: INCA CGIL, Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, p. 192.

組織、全国連合組織が設立される²⁸⁾。

農業は1929年に全国連合組織を結成し、1935年から1939年の間に各県1基金の体制となり、1936年には農林業従事の職員および管理職を対象とした全国疾病保険基金が設立される。

工業の疾病保険組合は大企業労働者から始まり、1930年には2つの保険組合連合が組織され、その規定によると保険給付内容は一般医、薬剤、病院、埋葬料、休業手当を含み、財源は労使折半とし、保険料は賃金に対する割合制を採用した。1934年全国連合組織が結成されたが、その機能は各基金の運営に関する調整と監視にとどまり、保険給付は各基金単位で実施するものであった。1937年以降、保険給付は全国連合基金が直接支給する体制となり、1939年には家族を保険給付対象に加えた。

商業は農工業と異なり、当初より統一の方針で基金の設立にとりくみ、1930年全国商業従事者疾病保険基金を設立する。給付の中心は休業手当であり、医療給付は著しく制限されていたが、財源は使用者が2/3、労働者が1/3の負担である。

信用保険部門では使用者の反対が強く、全国組織の設立は1938年と他産業にくらべ遅れる。その他、1934年から1937年に薬剤師、工芸家、医師、音楽家など専門職を対象とする全国疾病保険基金が各専門職ごとに設立され、また1939年地方公務員全国疾病基金、1942年国家公務員疾病保険基金が設立する。そして1943年農商工業および信用・保険部門に関する基金を統合した全国疾病保険公社(INAM)が設立された。

24) F. Terranova; Il potere Assistenziale, 1975, p. 72.

25) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 157.

26) F. Terranova; Il potere assistenziale, p. 72.

27) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 22.

28) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1, pp. 192-197.

表 9 全国疾病保険公社の医療給付

	一般医	病 院	助 産	薬 剤	外 来	償 還	計 (千リラ)
1971	17.6	46.2	0.3	26.3	9.0	0.6	100 (1,681,621,101)
72	17.0	45.3	0.2	27.2	9.6	0.6	100 (1,817,307,629)
73	18.1	43.3	0.2	28.2	9.6	0.6	100 (2,046,015,914)
74	13.5	56.7	0.1	21.2	7.8	0.6	100 (2,891,859,422)
75	29.9	—	0.3	52.5	17.2	0.2	100 (1,506,103,805)

資料: Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale, vol. xxi, 1979, p. 13
より作成。

以上の疾病保険組合は任意または強制加入であり、単一企業あるいは複数企業単位、または職業別に設立し、財源は労使折半、あるいは使用者全額負担、労働者全額負担であり、医療給付は最高180日（但し妊産婦と船員に限って最高1年）、給付形態は現物支給または償還制が採用された。このような疾病保険制度は強力な産業労働者ほど手厚く保護し、自営労働者や南部には任意保険さえ存在しない欠点がある。

1947年共和国憲法の制定とともに新たな社会保障制度を検討するため D'Aragona 委員会が国会に設置され、その作業は1948年初頭まで続けられた。この委員会で提案されたのは社会保障関係の各制度の統一と疾病の原因や分類から独立した医療給付の統一である。また従来の疾病保険制度では医師および医療機関の選択は患者ではなく、基金にその権限があり、その選択の基準は医師の技術よりも政治的配慮と縁故が重視されると批判が強かった。この点についても D'Aragona 委員会は患者が医師および医療機関を自由選択できる方向で検討した。

1948年英国に National Health Services が発足するが、イタリアでは疾病保険の適用から除外されている数百万人の失業者、臨時雇用、農業労働者に健康保険の権利を確立することがより切実な問題であった²⁹⁾。1950年代における労働組合の目標は疾病保険の適用拡大におかれる。1952年家

内労働者とその家族、1953年国家年金受給者、1954年自作農民、1955年社会保障年金受給者とその遺族、1956年職人、1960年商店経営者が疾病保険の適用者となった。その被保険者数は約1,000万人と計算されたが、そのすべてが INAM に含まれず、それぞれ独立の疾病保険公社が設立された³⁰⁾。

1973年にはイタリアの疾病保険は全人口の92%を被保険者とする制度になる³¹⁾。疾病保険の財源も使用者負担の割合が増大し、1976年の保険料率16.95%のうち労働者負担は0.30%で、使用者負担は15.97%であり、この使用者負担率は EC 諸国の比較でもとりわけ高い（西ドイツ10.60%中5.30%、フランス16.95%中12.95%、オランダ19.60%中14.25%、ベルギー8.45%中5.55%、ルクセンブルグ8.00%中4.00%）³²⁾。しかしその給付基準は低く、疾病保険公社中最も給付内容が良い INAM でも、入院サービスは26週以内、経済給付は6ヵ月以内で最初の21日までは平均賃金の1/2、21日から180日はその2/3である³³⁾。

一方、疾病保険の普及は疾病に対する許容レベルの低下をもたらした。かつては重病のみ治療対象とされたが、今日ではより軽症の段階で受療を

30) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1, p. 203.

31) A. Maynard; Health care in the european community, p. 251.

32) D. Fausto; Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 184.

33) A. Maynard; Health Care in the European Community, p. 177.

29) D. Francisconi; Lavoratori e organizzazione sanitaria, 1978, pp. 11-12.

可能とし、国民の健康意識の向上に寄与した。しかしその向上には2つの限界がある。1つは健康意識が予防よりも疾病を重視し、2つは疾病の要因が社会よりも個人中心とされることである。

本来強制疾病保険は治療のみでなく予防を含む制度として発足した。INAMの設立目的にも疾病の予防と治療を統合した事業を実施と規定されている³⁴⁾。しかし実際の事業内容は表9に示すように、治療偏重であり、1974年以前は病院サービスが保険給付全体の約1/2の比率であるが、州へ移管された1975年は薬剤サービスが前年の21.2%から52.5%へ増大し、これに一般医サービスと外来サービスを加えると、全保険給付の99.6%となる。この医師および薬剤サービスを中心とする治療サービスの偏重は疾病の個人的要因を強調し、その結果として疾病の発生および増加要因、すなわち社会的要因を隠蔽する。これはつぎに述べる労働組合の有害労働対策と矛盾し、またその予防対策の実施には産業別、職業別の疾病保険組合ではなく、地域を基盤とし、国、州、市町村が運営主体となる国営保健医療サービス制度を必要とする。

イタリアの疾病保険組合は全人口の約50%を被保険者とするINAMを最大に、比較的規模の大きい疾病保険公社が11あり、総計では300以上、あるいは800と推定され、それぞれ保険給付内容を異にする³⁵⁾。このような保険組合の分割は単に財政上の問題のみでなく、労働組合運動の統一の妨げともなる。また保険財政上の悪化と国庫補助金による経済的依存は、運営に関する民主的参加の可能性を除去し、保険組合を政治的道具として利用する度合いがいっそう大きくなる。したがって労働運動の統一と労働者の政治権力の獲得にも疾病保険制度の解消と医療国営化は必要条件となった。

IV 予防の優先

1. 有害労働と環境汚染に対する闘い

有害労働に対するイタリアの労働組合運動はつ

ぎの3つの時期に区分できる。

第1は有害労働が労働組合の政策や戦術に位置づけられていない時期、第2は労働環境の安全および衛生問題として登場する時期、第3は有害労働が労働組合の基本的権利要求である労働時間、密度、リズム、下請、請負などと密接に関連する問題としてとりあげられる時期である。第1および第2の時期の有害労働に対する労働組合の方針は補償中心であり、予防優先への転換は1960年後半以降の第3の時期に可能となる。

イタリア三大労働組合のうち労働条件の悪化に最も敏感に対応したCGIL (Confederazione Generale Italiana del Lavoro イタリア労働総同盟) は1950年代、有害労働は資本の超搾取形態にとらえていたが、その運動は法律の枠内にとどまる範囲であった。これは1950年代の労働組合運動の戦術上の問題ではなく、組織体制に限界があると考えられている。この時期、健康問題を扱う組織として存在するのは唯一労働者福祉協会 (Patronati) であり、その機能も疾病保険組合や労災保険に対する異議申立を主とするものであった³⁶⁾。

1956年CGILが勤労者代表による安全委員会の設置要求と同時に提案した国営医療サービス制度は労働災害、職業病を対象に加えていたが、その対策は補償中心である³⁷⁾。1950年代、CGILの有害労働対策の第1は危険手当の協約化であり、これは30年間全国労働協約で承認されていた方針である³⁸⁾。また1950年代半ばに理論化され、'60年代に適用段階に入る職務評価 (Job Evaluation, ①職業能力, ②責任, ③身体的条件, ④精神的条件, ⑤災害疾病の危険条件) は危険手当の規範である³⁹⁾。

1960年代前半イタリア経済の成長期に労働災害が多発するが、労働組合の方針は1950年代の延長であり、労働協約のレベルでも有害作業委員会の設置要求や有害労働に関する規定があっても、そ

34) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1. p. 220.

35) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 23.

36) D. Francisconi; Lavoratori e organizzazione sanitaria, p. 183.

37) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 180.

38) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1, p. 163.

39) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 183.

れは関係法規の遵守にとどまる内容であった⁴⁰⁾。

1964年 CGIL は有害労働に関する全国会議を開催し、国際基準で有害物質の最大許容基準を導入する労働協約の方針を作成し、予防対策優先の第一歩をふみだした。しかし実際は基本的な安全衛生設備さえ欠如した実態が全国災害予防公社 (ENPI) の調査で明らかである。すなわち1965年600事業所でつぎの安全衛生設備を欠如した比率は、公衆便所 (31%)、洗面所 (66%)、脱衣所 (58%)、飲料水 (8%)、薬品の常備 (30%)、安全バンド (92%)、ヘルメット (90%)、保護靴 (98%)⁴¹⁾である。また1967年イタリア共産党 (PCI) 主催の労働条件に関する調査結果によれば、有害労働、労働時間、リズム、労働の細分化および疲労など総合的労働条件が改善された部門は、225事業所366部門のうち6.3%、悪化は57.7%、著しく悪化は11.6%と、労働条件の悪化は約70の部門で報告された⁴²⁾。

一方1960年後半以降、労働組合運動にも有害労働の予防に関する具体的なとりくみが発展した⁴³⁾。トリノの労働者の予防安全専門委員会の設置要求、また1964年化学労連の全国労働協約で企業レベルの予防安全委員会の設立が規定され、これはイタリアの労働組合にとって最初の試みであり、1966年機械金属労連の労働協約でも同委員会の設立を規定する。この委員会の主な機能は予防と補償対策の基準とする有害作業の規定である。

1966年 CGIL の「労働組合雑誌」主催の労働環境に関する会議で最大許容基準の導入と危険手当の協約化の是非について議論された⁴⁴⁾。危険手当の労働協約化は健康を商品として売買することであり、健康の商品化は健康の保持を第1とする有害労働の予防対策に矛盾し、運動の発展を妨げる。したがって危険手当の協約化を拒否することは有害労働の予防対策の基本であるとされた。

この考え方が労働組合運動の方針として確立したのは1969年 CGIL の有害労働に関する第7回全国会議である。1時間に1人の労働者が死亡し、2分ごとに1件の災害発生の労働条件に対して健康を商品として売らないために新たな戦術として危険手当の協約化拒否 (nonmonetizzazione) が提案される。1969年は機械金属労連、建築労連、化学労連など全国協約更新の年であり、有害労働環境に関する権利要求は一段と増強されたが、とくに化学労連の最大許容基準の協約化は有害労働に関する労働組合運動に質的な転換をもたらしたと評価される⁴⁵⁾。

翌1970年には有害労働の労働組合運動の発展に関する2つの政治的介入がある。1つは労働者憲章の制定 (1970年5月20日、法300号) であり、2つは新たな組織、すなわち同一作業グループを基礎とする職場代表制と工場評議会の設置である。

労働者憲章は労働現場における労働基本権を定めた法律であり、健康に関しては第5条で疾病・障害の認定権に対する使用者の関与が禁止され、第9条で労働者に労働災害・職業病の予防規定に関する監視権と、健康の保持・増進に関する調査や対策に関与する権利を与えた⁴⁶⁾。

第2の同一作業グループとは1960年代トリノの地区労医療委員会によって提案された有害労働の基礎的な運動単位であり、その同質の要素とは当初、共通の有害条件にさらされて働くことであった。その後同一作業グループは単に生産工程の一要素、あるいは労働組織の一部として存在するのみでなく、有害労働による搾取の形態を自覚し、労働環境や労働組織に関する問題解決の最小運動単位と規定された⁴⁷⁾。工場評議会はこの同一作業グループより選出される職場代表会議であり、その主な任務は労働協約の適用や苦情処理に加えて生産工程および生産計画に対する介入であり、これらは有害労働の予防対策に不可欠な条件である。また工場評議会は労働組合の加入にかかわら

40) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1, p. 162.

41) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 1, p. 163.

42) G. Berlinguer; La salute nelle fabbriche, p. 24.

43) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 185.

44) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 184.

45) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 188.

46) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 3, pp. 17-18.

47) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, 2, pp. 603-604.

ず職場の全労働者を代表し、労働組合運動の統一的基盤となる組織である。

その最初の試みは1971年6月保健医療改革に関するイタリア三大労働組合 (CGIL-CISL-UIL) の統一見解の発表である⁴⁸⁾。これは医療改革法案の提出義務を怠る政府に対してとくに予防対策の具体案を示したものである。その主な強調点はつぎの4つである。①予防は有害要因の発生源対策を第1とする。②地域保健医療組織 (USL) は有害物質や疾病に関する地域調査機関としての役割を果たす。③予防活動は勤労者・市民の参加を原則とする。④国レベルの研究と州の役割の重視である。

統一見解発表の1ヵ月後、1971年7月CGILは単独で有害労働と自治体の役割に関する全国会議を開催する。そこで有害労働問題は単に工場内にとどまらず、大気、水、土の汚染や消費製品の添加物として生活環境に影響することから、その運動は従来の労働協約闘争のみでなく、州や市町村の協力を得た地域組織の設立を決定する⁴⁹⁾。

1972年3月には三大労働組合の主催で労働環境における健康の保護に関する会議が開催され、この会議で危険手当の協約化拒否、最大許容濃度の活用など有害労働に対する労働組合の基本的戦術が決議された。この会議は労働組合運動に予防の優先性を確立すると同時に、三大労働組合連盟の設立前夜の重要な会議として位置づけられている。この会議以降、有害労働に関する労働協約はその決議を具体化する方向に目標が定められた⁵⁰⁾。

CISL系の機械金属労連の調査によれば⁵¹⁾、1970年機械金属関係1,316企業の労働協約について最も多い規定は、賃金86.5%、ついで格付け29.5%、労働時間23.5%、労働環境19.5%、労働組織8.5%であったが、1973年から1974年には労

働協約のうち労働環境に関しては28%と増加し、さらに1974年機械金属労働主催の労働環境と健康に関する全国会議以来、労働環境の調査権が47.5%、危険手当は1%の協定率となった⁵²⁾。

また1972年6月石油労連の協約更新では、①最大許容濃度の採用、②労働者憲章第9条を適用した労働環境委員会の設立、③健康意識の向上を目的とする健康手帳、危険手帳の導入が規定された。1972年10月化学労連の協約更新においても石油労連とほぼ同内容が規定された⁵³⁾。

さらに有害労働に対する企業投資は、つぎのように規定された⁵⁴⁾。

FIATの労働協約 (1974年3月8日)

「労働環境条件の改善のために1975年まで1年に100億リラの直接投資をする」

SNIAの労働協約 (1974年4月1日)

「1974年から1978年の総投資2,470億リラ中200億リラ(8%)は労働環境、生活環境および労働安全に投資する」

ItalsiderとPiombinoの労働協約 (1974年4月11日)

「労働環境と生活環境に対して800億リラ以上の投資、その内訳は1973年12月31日までにすでに支出された40億リラを含み、すでに計画化された作業に160億リラ、技術的妥当性の検討に600億リラ以上とする」

Dalmineの労働協約 (1974年4月19日)

「1974年から1977年までに生活環境(ecologia)に35億リラ、労働環境の改善に35億リラ以上の投資をする」

Montedisonの労働協約 (1974年11月3日)

「労働環境、労働安全に2,000億リラ投資」

(注: 期間の明示なし)

以上の労働協約の更新内容は有害労働に対する労働組合運動を補償中心から予防優先へと質的に転換したと評価される。しかしそれはイタリア北部の大企業に限定される成果であり、イタリアの労働市場の特質、すなわち高い失業率、臨時雇用

48) D. Francisconi; *Lavoratori e organizzazione sanitaria*, pp. 228-255.

49) INCA CGIL: *Manuale enciclopedico della sicurezza sociale*, 1, p. 185.

50) INCA CGIL: *Manuale enciclopedico della sicurezza sociale*, 1, p. 186.

須田他訳: 「70年代の労働環境」いのち, No. 135, p. 15, 1978.

51) T. Di Renzo, et al.; *La palude sanitaria*, 1979, p. 18.

52) I. Oddone, et al. ed.; *Ambiente di lavoro*, 1977, pp. 89-90.

53) L. Campiglio; *Lavoro salariato e nocività*, pp. 191-192.

やヤミ労働の拡大は労働ポストの喪失よりも有害労働を受け入れる傾向を強化し、またその傾向は労働組合内部にも常に存在する⁵⁴⁾。

さらに問題は労働者の健康意識が著しく低いことである⁵⁵⁾。1970年 Italsider の労働者を対象とした意識調査では、①対象者の92%は最近問題となっている労働者の疾病について不明であり、②対象者の68%は職業病と有害要因の関係も不明であり、翌1971年同一調査をローマの建築労働者に実施した結果、①の不明が89%、②の不明が76%であった。また ISVET の約6,000人を対象とした調査では、職業病や労働災害の原因は不明が30%、労働者の不注意が62%、労働組織に原因が33%、労働環境30%、設備27%、作業中使用物質が21%である。1974年労働災害に関する2,000人を対象とした la Demoskopea の調査では、イタリアの災害発生件数を知っていたのは対象者の6%にすぎず、45%は毎年10万件以下（実際は約100万件）と回答し、災害の原因については労働者側の不注意が33%、労働者側の原因が44%、安全性の問題が27%、労働の危険と疲労が14%であった。この調査対象に限り一般市民であるが、以上の調査結果はいずれも労働災害に関する絶対的な情報不足を示すものといえる。

このような状況において有害労働に対する労働組合運動はつぎの3点との関連で展望が開けると L. Campiglio は指摘する⁵⁶⁾。

第1点は北部の大企業に限定された労働協約の成果を中小企業や農業へ普及する課題である。1971年の統計では製造業の32%、建設業の55%は中小企業であり、労働組合が要求する国営医療サービスと有害労働対策の統合は中小企業に重点をおく運動方針である。

第2は健康問題に対する労働者意識の向上である。FIAT など運動の進んだ工場評議会では健康手帳、危険手帳および作業工程の有害地図の作成を通じて労働者の健康意識の向上に成果をあげている。したがって労働組合の方針はこれらの経験

を国営保健医療サービス制度によって普及し、かつ予防対策における健康教育の重視である。

第3は有害労働対策を労働組合の基本的権利要求の中心に位置づけることである。この点に関しては2つの相反する評価がある。I. Oddone, G. Marri らは運動論の立場から有害労働に対する労働組合運動は著しい前進と質的な転換がみられたと評価するが⁵⁷⁾、L. Campiglio は現実の運動では有害労働の問題と労働組合の基本的問題（労働時間、リズム、労働組織など）とに十分な関連性が認められず、それ故、有害労働は未だ労働組合運動の中心的位置を与えられていないと指摘する⁵⁸⁾。G. Berlinguer も Campiglio とほぼ同見解を示し、イタリアでは有害労働問題に関する理論は進展したが、現実の労働条件は一向に改善されないと批判する⁵⁹⁾。

実際、労働協約のより前進した企業では労使関係は硬直化し、企業規模の細分化、家内労働などへの生産の分散化、あるいはヤミ労働の拡大など、労働者の健康を保護すべき最低レベルの法的適用さえ困難な状況を拡大し、有害労働はより深刻な状態となっている⁶⁰⁾。一方、労働組合は1976年機械金属、化学、織物、建築など全国労働協約で生産の分散化、規模縮小、下請けや家内労働契約に関する事前情報権を獲得し、資本の攻撃に対する抵抗策を示している⁶¹⁾。

2. 国営保健医療サービス制度における予防の優先

有害労働に関する労働組合運動の展望は833号法の実施に依存し、一方イタリアの国営保健医療サービス制度を軌道にのせるには予防サービスの優先が必要条件となる。資本主義社会において疾病の早期発見よりも有害要因の発生源に重点をおく対策は生産様式や労働組織と密接に関連し、かつ生産性の向上や利潤率に直接かかわる問題である。この問題に対する介入を国の法律で規定したのは資本主義国ではイタリアが最初であり、D.

54) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, pp. 192-193.

55) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, pp. 199-201.

56) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, pp. 197-205.

57) I. Oddone et al. ed.; Ambiente di lavoro, p. 90.

58) L. Campiglio; Lavoro salariato e nocività, p. 202.

59) G. Berlinguer; La salute nelle fabbriche, p. XXII.

60) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, p. 71.

61) I. Oddone et al. ed.; Ambiente di lavoro, p. 73.

Gregry によると、英国でも NHS 設立以来30年間労働組合は NHS と労働衛生サービスとの統合を要求しているが、政府の頑強な拒否によって未だ実現されない⁶²⁾。

イタリアにおいても1973年の政府法案では三大労働組合の強い要求にもかかわらず、労働衛生は統合されず、その予防は全国災害予防公社(ENPI)へ、補償は全国労働災害補償公庫(INAIL)へと従来通り疾病保険公社へ委託する方法であった⁶³⁾。

4年後、1977年政府が再び国会に提出した国営保健医療サービス法案はその制度内に労働衛生を統合し、その方法として最大許容濃度の活用、作業工程の有害地図の作成、有害労働および生産活動に対する自治体の介入権など1970年代の労働協約闘争の成果をすべて採用した。しかし国会審議の過程で反改革派の頑強な抵抗と反対があり、承認された833号法はつぎの問題を含む結果となった⁶⁴⁾。

1つは企業に有害物の公開を義務づけたが、同時に有害物に関する企業秘密を保護すると規定されたこと(第20条)、2つは都市計画、工場立地計画および生産活動は環境および労働者、地域住民の健康保護と両立性を検討すること(第20条)、3つは833号法内での予防サービスの分離は克服できたが、研究技術開発のレベルで中央医学研究所(既設)と中央労働安全衛生研究所(新設)の2つに分離されたことである。

第1の企業秘密は競争に基づく社会である限り存在する問題であり、実際すべての資本主義国に通用する原則であるが、イタリアでは833号法でこの原則を否定する有害物の公開を義務づけた。そして833号法による企業秘密とは地域保健医療組織が企業から報告された使用物質のうち、健康や環境に有害でない場合のみ秘密を保持することであると改革推進派は解釈し、それ故予防サービスは労働組合、研究者、技術者の対応、および国営保健医療サービスの運営方針によって左右され

ると強調する。

第2の生産活動と健康との両立性については、健康の保護と雇用の維持・拡大の関係に置換えて考えねばならない。これは失業、下請、ヤミ労働、生産の分散化の問題と直接的に関係し、経済的困窮の理由によって労働者自身が健康と環境保護の優先性を怠る危険が常に存在する。

第3の問題について、イタリアの保健医療改革では健康を身体的かつ精神的機能の調和に加えて自然と社会的環境のダイナミックな統合と定義し、工場内外の環境を統一して有害環境を対象とする。したがって予防、治療、リハビリテーションサービスを地域保健医療組織で統合するのみでなく、研究技術開発のレベルでも総合的な研究の必要性から、中央医学研究所内に労働衛生部門の設置が改革の目標とされた。改革反対派はこの設置案に反対したのみでなく、研究所の管轄も厚生省と労働省の分離を追求したが、2つの研究所が異なる省に所属することは回避され、労働安全衛生研究所も厚生省の管轄とされた。しかし833号法は労働安全衛生研究所の運営基準を規定するのみで、その設立に関しては保健医療改革、とりわけ予防改革に反対した政府に委託と規定する。

以上のように予防サービスの優先は833号法施行行後もきわめて困難さが予想され、すでに2つの問題に直面する。1つは国の経済的危機を理由に健康と環境保護の優先性が後退し、労働者自身にそれを認める傾向が少なくないことである。2つは有害労働に関する技術開発の遅れから、技術的改革の方法をもたず、労働組合は有害性の立証やその運動を中止せざるをえず、それは労働者の健康意識や闘いを弱める結果をもたらしている。G. de Santis らは、80年代の労働環境に対する労働組合運動について従来の運動の批判的総括から新たな戦術の必要性和、有害労働に対する総合的接近から予防可能な有害性の選択的かつ優先的介入へと転換の必要性を強調する⁶⁵⁾。

62) P. Atkinson et al. ed.; Prospects for the National Health, p. 121.

63) D. Francisconi; Laboratori e organizzazione sanitaria, p. 19.

64) G. Berlinguer; Una riforma per la salute, pp. 66-72.

65) Estensione della lotta contro la nocività al territorio : una proposta; Medicina dei lavoratori, Gennaio-Febbraio 1980, pp. 6-40.

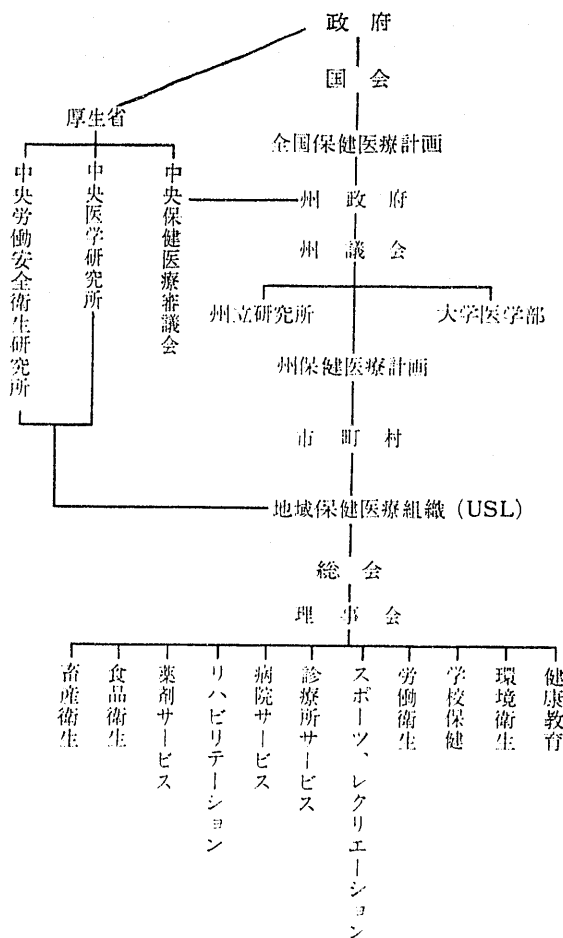


図5 イタリア国営保健医療サービス制度

V 国営保健医療サービス制度における 地域保健医療組織 (USL) の役割

833号法によって設立される国営保健医療サービスはイタリアにとって新たな制度ではなく、市民の健康を保障する憲法第32条の実現を目的とした保健医療改革とみなされる。すなわち国営保健医療サービスは保健医療に関する機能を国、州、市町村の3つのレベルに分権化した制度であり⁶⁶⁾、その組織は図5に示すようである。

国の機能は、①環境衛生、労働衛生、放射線管理、医薬品、食品衛生などに関する原則的な基準の作成、②全国保健医療計画の作成と財政負担であり、それを州代表の参加する全国保健医療審議会と、

2つの研究機関（中央医学研究所と中央労働安全衛生研究所）で実施する。州の機能は、①国が直接実施する（防疫など）以外の保健医療事業すべての法的基準の作成、②全国保健医療計画に基づく州計画の作成、③地域保健医療組織の活動の調整機能、④パラメディカル職員の養成と訓練である。そして市町村は国および州が担当する機能を除くすべての予防、治療、リハビリテーションサービス事業を地域保健医療組織を通じて実施する。

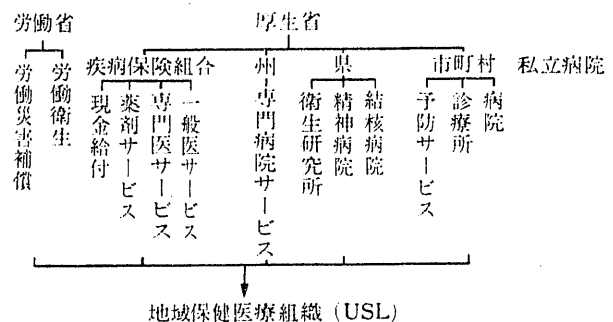


図6 イタリアの保健医療改革

表10 州別地域保健医療組織分布 (USL)

	USL	人 1979年1月1日	人口/USL
Piemonte	76	4,535,430	59,677
Liguria	20	1,852,249	92,612
Valle d'Aosta	1	114,660	114,660
Lombardia	75	8,935,394	119,139
Emilia-Romagna	41	3,957,862	96,533
Veneto	31	4,335,844	139,866
Friuli-V.G.	7	1,246,158	178,023
Bolzano	6	431,183	71,864
Trento	10	443,141	44,314
Umbria	12	804,309	67,026
Marche	24	1,406,939	58,622
Lazio	59	5,024,549	85,162
Toscana	39	3,589,094	92,028
Abruzzo	14	1,233,145	88,082
Molise	7	331,945	47,421
Campania	61	5,418,577	88,829
Calabria	28	2,064,670	73,738
Puglia	50	3,892,130	77,843
Basilicata	7	619,101	88,443
Sicilia	52	4,965,233	95,485
Sardegna	29	1,593,090	54,934
ITALIA	649	56,794,703	87,511

Fonte: Ufficio Centrale della Programmazione sanitaria, su informazioni delle Regioni, alla data del 6-9-1979.

66) G. Barro et al.; La riforma sanitaria, 1979, p. 23.

地域保健医療組織は図6に示すように改革前、疾病保険組合、労働省、州、県、市町村に分割されていた保健医療サービスを有機的に統合し、国営保健医療サービスの要として機能すべき重要な組織である。833号法はその設置基準を人口5万人から20万人に1ヵ所と定めた(第14条)が、その成立に先立って厚生省が発表した地域保健医療組織は全国で649ヵ所設置し、1ヵ所当り平均人口は約8万8千人、最小は4万4千人、最大は17万8千人である(表10)。

この設置基準は1960年代提起された当時の案にくらべ、その対象人口が著しく大きい。1965年A. Seppelliらの提案は、住民1500人に医師1人を基礎単位とし、人口10万人に専門医35人、8床に医師1人の計算で全人口5,000万人に対し病床数30万床、医師9万8千人、地域保健医療組織1,000ヵ所設置するものであり、その設置基準は最大5万人以内とされた⁶⁷⁾。当時の地域保健医療組織が諸サービスの有機的統合を目的としたことに变りないが、有害労働に対する予防サービスは含まない。1967年A. Giovanardの案では地域保健医療組織は感染症の予防衛生、診療所および在宅治療サービス、病院サービス、予防保健(学校保健など)、リハビリテーションを総合調整する医療圏と定義し⁶⁸⁾、A. Seppelliらと同様に労働衛生を分離する組織であった。

労働衛生の統合を提起したのは労働組合であり、それは前述のように、1960年代後半以降の有害労働に対する運動の発展上必要であったが、その背景には労働災害、職業病に限らず労働者の疾病が増加し、従来の企業中心の労働衛生や労災補償対策では解決できない実態があった。労働組合の方針は1つは補償中心から予防優先への転換であり、2つは労働衛生を全国労災補償公庫(INAIL)や全国災害予防公社から分離し、地域保健医療組織への統合であり、それによって企業主義の弊害、すなわち有害物質の企業秘密や補償中心主義の克服を目的とした。

地域保健医療組織が対人予防サービス中心の組

織として提起されたときは、その地区範囲は医師と病床数を基準とし、市民の生活と労働の場に最も接近した所で保健サービスの給付を必要とした⁶⁹⁾。しかし予防の重点が有害労働による工場内外の環境となると、地区範囲の基準は医師や病床数ではなく、工場であり、したがって対象人口も拡大し、5万~10万人が最適規模とされる。

実際の地域保健医療組織の地区区分は、経済的同質性とその付随条件が重視され、同時に州レベルで実施するサービスの末梢組織、統一的サービスの末梢組織および基礎的サービスに対する住民自治を保障する組織として条件を満たすことも必要であった⁷⁰⁾。したがって県単位では規模が大きすぎ、また県は国の直轄機関として官僚的組織の要求に対応する行政機関であり、住民自治の条件を満たせず不適当とされた。また市町村単位では経済的・社会的条件の同質性を満足せず、保健医療サービスの基礎単位として技術的に困難であった⁷¹⁾。実際イタリアの市町村は数百万の人口を擁し数県または州を上回る規模がある一方、数千人規模の小市町村も存在する⁷²⁾。全市町村の75%は5,000人以下で、2万人を超えるのは4%にすぎない⁷³⁾。

833号法の地区区分は、①複数の市町村に1ヵ所、②単一市町村に1ヵ所、③単一市町村に複数の組織と規定され⁷⁴⁾、地域保健医療組織と市町村との関係は3形態あり、それが新たな問題となることが予想される。単一市町村に1ヵ所の場合は問題が少ないが、単一市町村に複数の組織ではその組織は市町村の分権化した存在となる可能性もあり、また単一の組織が複数の市町村間に設置されると、市町村連合立の組織となることも考えられる。

1974年の政府案では地域保健医療組織は市町村と結合せず、州の末梢行政機関としてその運営委

69) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 65.

70) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 75.

71) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, pp. 73-74.

72) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 77.

73) A. Barbera; Le istituzioni del pluralismo, p. 47.

74) A. Barbera; Le istituzioni del pluralismo, p. 129.

67) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 165.

68) A. Seppilli, et al.; Significato di una riforma, p. 68.

員は州知事が任命し、運営に関する住民参加は保証されなかった⁷⁵⁾。しかし833号法の地域保健医療組織に近似した形態はすでに一部の州、Lombardia, F. V. Giulia, Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Veneto, Piemonteなどで実施されている⁷⁶⁾。それは1972年の州衛生行政の開始、および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)の制定により病院管理とともに地域社会保障組織 (Unità Locali di Sicurezza Sociale) の設立が州に委託されたからである。この組織は地域レベルの医療と社会福祉サービスの統合を第1目的とするが、第1次予防(有害要因対策)を重視し、かつ民主的運営と健康意識の向上を目的として住民参加を保証した、すなわち地域保健医療組織の前身として提起される。

しかし1975年設置された Veneto 州の地域社会保障組織 (ULSS) を分析した T. Di Renzo によれば、Veneto 州の場合、その実際の目的は市町村と県の保健医療および福祉サービスの調整であり、それは改革ではなく、行政機能の合理化である⁷⁷⁾。Veneto 州では州全体を約60の ULSS に区分し、1979年1月に37 ULSS を設立、これは1979年1月1日の人口434万人に対し、その62% 270万人を対象とした。そして ULSS 1ヵ所当りの予算は1978年2千万リラ、78年末と79年に追加予算が配分されたが、これは設立資金にもならず、833号法の準備機関として役割を果たす段階に至っていない。また Veneto 州のような ULSS の細分化は管理運営費の増加を伴い医療改革の主旨に反するとの批判から、ULSS は市町村と一致すべきと指摘された⁷⁸⁾。

保健医療改革における地域保健医療組織は単に諸サービスの効率的な組織として機能するのみでなく、改革の推進母体として提起された。したがって地域保健医療組織はすべての保健医療サービ

スにおける政治的イニシアティブと計画性を有する地域統一組織と定義される⁷⁹⁾。

833号法に規定された地域保健医療組織は図5に示したように、総会と理事会を設置する。総会は市町村議会、あるいは市町村連合議会、あるいは山岳地帯自治体議会によって構成する。また地区評議会(市政に対する住民の直接参加を目的とする組織)はその活動への参加が可能とされた。総会は理事を選出し、理事会は理事長を選出する。また理事会は地域保健医療組織に関するすべての運営事項を定め、予算、決算、事業、職員に関する事項は総会が承認する。運営に関する技術者の参加については州法で定めることとし、保健医療サービスに直接従事する職員はすべて地域保健医療組織に所属するが、医師に関しては雇用医と協定医の2つの雇用形態を認めた。

この2つの異なる形態の共存はイタリア保健医療改革にとって重大な障害になると指摘される⁸⁰⁾。一般に医師は医療改革に非協力的であり、また国営保健医療サービス制度に対する否定的態度を容易に克服できず、実際のサービスにおいてその最大の妨害者になることも予想されるからである。すでに厚生省は833号法成立直前の1978年5月、医師会と一般医に関する統一協定を結び、その報酬基準に人頭割を採用し、医師の賃金は経験年数と患者の種別(小児、年金者など)に応じて医師1人につき患者数は最高1,500人、1人の患者につき年平均2万リラと定めた⁸¹⁾。さらに1978年12月には診療所専門医と統一協定を締結した。これらは1977年疾病保険組合の解散を規定した349号法に基づく協定であるが、その経済的優遇措置に対する医療改革派の批判は厳しい⁸²⁾。

地域保健医療組織, Unità Sanitarie Locali の Unità とは保健医療サービスの単位ではなく、諸サービスの統一を示す概念であり、その組織は保健医療改革の運動体としての役割を果たさねばなら

75) INCA CGIL: Manuale enciclopedico della sicurezza sociale, III-527-546.

76) a cura della Regione Toscana; Sicurezza sociale e consorzi socio-sanitari, 1977.

77) T. Di Renzo et al.; La palude sanitaria, p. 22.

78) T. Di Renzo et al.; La palude sanitaria, p. 27.

79) A. Barbera; Le istituzioni del pluralismo, p. 128.

80) D. Fausto; Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 110.

81) D. Fausto; Il sistema italiano di sicurezza sociale, p. 82.

82) T. Di Renzo et al.; La palude sanitaria, p. 59.

ない。したがってその組織内部における医師の役割は従来のサービス形態と異なる質的な変革が要求されるのである。

VI 参加と健康の自主管理

三大労働組合連盟 (Federazione CGIL-CISL-UIL, 1972年成立) は833号法の制定を保健医療改革の出発点と評価する一方で、労働者の参加が充分保証されていないことに強い不満の態度を示した⁸³⁾。国営保健医療サービス制度における労働者の参加は改革推進の重要な手段として労働組合が要求していたからである。

この要求は1960年代後半、従来の運動方針に対する批判的総括から生じた。労働組合運動が健康問題を医師と患者との関係として、あるいは有害労働を法的手段や研究者、技術者によってのみ解決すべき問題とみなしていた時その結果はつねに不成功であった。その具体例が2つある。1つは労働災害、職業病の増加である。1968年全国労災補償公庫 (INAIL) の会長が「1年に150万件の労働災害は6秒に1人の負傷、1時間の労働で1人死亡、これは1つの戦争による被害に相当する」と指摘したが⁸⁴⁾、P. Benedettoらの算定によると、1946年から1966年の労働災害被災者数は第2次世界大戦の被害の2倍に相当する。

2つは労働災害・職業病の認定率の低下である。職業病のなかで珪肺とアスベスト肺は特別立法の対象とされるが、その労災補償認定率はその他の職業病にくらべ特に低い。1947年から1960年の間、その労災申請数は79,496件、うち労災認定数は22,583件、認定率28%であったが、1971年から1975年には年間平均約3万人の申請数に対して認定数は5,500件、認定率18%と低下した⁸⁵⁾。また

1972年に限ってみると、珪肺とアスベスト肺の申請数は33,888、うち認定数7,712、認定率22%であるが、その他の職業病は申請数25,336、うち認定数16,178、認定率64%である。また産業別の比較では農業が工業にくらべ労災認定率は著しく低い。1972年工業は1,274,345の申請数に対して認定数1,090,459、認定率86%であり、農業は299,228の申請数に対して認定数193,922、認定率65%である。これは労働災害に関する結果であり、職業病では農業は1972年73の申請数に対して認定数は8件のみであり、89%、65件は労災認定を却下された。また1972年全国労災補償公庫 (INAIL) で認定された労働災害と職業病のうち、労災補償が給付されない認定件数は全体で32万4,591件に達した⁸⁷⁾。この実質上の扱いは私病である。

一般に有害労働による疾病は、①立証可能な特異的原因、②非特異的原因あるいは複合要因の2つに区分されるが、現代の労働環境は①の要因による疾病をより多く発生する。しかし労災補償の対象となる職業病は②の疾病であり、さらに②の疾病と認定されても、私病扱いとなる件数が増加する⁸⁸⁾。

従来の有害労働の問題は、障害の発生→医師→検査→診断→業務上・外の認定→治療→職場復帰→障害の発生、のサイクルで処理されてきた。この方法で障害の促進要因として医師が問題にするのは既応歴、体質、遺伝的要因など個人的素因に加えて、タバコやアルコールなど個人的生活習慣であって、労働時間、労働密度、労働組織など労働条件まで追求することは稀である。しかし労働条件と障害の直接原因となる有害物とは原因と結果の関係にあり、結果のみ処置して原因を放置する方法ではたとえ治癒し職場復帰を可能としても、再び有害労働環境で働き障害の再発生で、有害労働の問題は一向に解決されない。また治療不可能な障害では医師の業務上・外の認定は労働者の生活を左右する重大な決定となり、医師は労働者にとって“良医”と“悪医”に区分され、実際労働者

83) M. Spandonaro; Approvato dalla Camera il disegno di legge di riforma sanitaria, *Medicina dei lavoratori*, Maggio-Agosto, 1978, p. 257.

84) Istituto superiore di sanità; *La salute e il potere in Italia*, p. 23.

85) p. Benedetto et al.; *La fabbrica del cancro*, 1976, p. 57.

86) M. Cennamo; *Diagnosi e valutazione medico-legale del danno nella silicosi*, *Medicina dei lavoratori*, Nov.-Dic. 1979, p. 605.

87) INCA CGIL: *Manuale enciclopedico della sicurezza sociale*, 1, p. 123.

88) I. Oddone; *Medicina preventiva e partecipazione*, p. 27.

にとって“良医”は少数で、大部分の医師が“悪医”として対応する。こうして本来、資本と労働との問題である有害労働は医師と患者との問題に置換えられる。

1970年代初頭、中央医学研究所はイタリアにおける保健医療と権力に関する会議を開催し、医師の社会的役割についてつぎのように分析した⁸⁹⁾。資本主義社会においては生産様式自体が有害要因として自然と人間に影響する。医師は表面上中立を装い、原因と結果との関係を切断し、結果すなわち障害のみ問題とすることによって、その本質的な原因である生産様式の有害性を隠蔽する役割を果たす。さらに医師は生産過程から製造された労働力の損傷を修復しつつ、本質的に政治的問題である葛藤を医療問題として処理し、社会の鎮静剤としての役割も果たす。

それゆえ有害労働の問題を医師に全面的に委ねる方法は労働組合運動にとって克服すべき課題とされた。その過程で提案されたのが合意による検証 (validazione consensuale) と非委任の原則 (non-delega) である。この2つの方法は不可分であるが、最初に提案されたのは合意による検証で、1955年 Fiat の内部委員会である。労働環境を最も熟知しているのは現場の労働者自身であり、この労働者の経験と専門家、技術者の知識の結合によって有害労働に関する新たな検証方法と解決方法を見出すことができる。この方法では従来のように労働者の健康問題を医師やその他の専門家に委任せず、労働者が討議や調査に直接参加し、労働者の

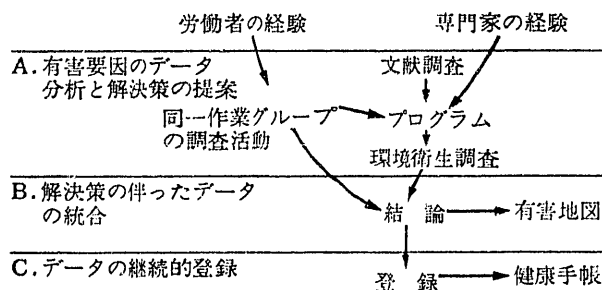
経験を活用しつつ問題解決にとりくむ健康の自主管理であり、そのプロセスは図7に示すとおりである。

予防は物理的、化学的、生物学的、社会的要因を対象とし、医学、物理学、生物学、化学、衛生工学、心理学、社会学、教育学、文化人類学などの協同作業を必要とする総合科学である⁹⁰⁾。また健康は身体および精神的機能の均衡と調和した状態であり、自然および社会環境のダイナミックな統合である。したがって健康は医師と患者との個人的関係ではなく、個人と集団との社会的関係であり、健康の保護は社会化された事業である。すなわち健康の保護は集団の責任であり、法律によって与えられるものではなく、集団の力で自ら獲得するものである。とくに予防対策における医師の役割は教育と助言以上ではありえない。医師以外の専門家についても同様である。その主体は労働者・市民であり、それゆえ健康意識の向上、すなわち健康教育が保健医療改革の重要な手段となる⁹¹⁾。以上がイタリアの国営保健医療サービスにおける参加と健康の自主管理の考え方である。

VII む す び

W. Beveridge は1944年のレポートで英国に National Health Services が実施されれば、健康水準は向上し、医療費の抑制も可能であると述べたが⁹²⁾、NHS 実施後30年間医療費は上昇傾向を続けているし、有病率や死亡率の社会階層間の格差は克服されず、むしろ拡大したとさえ指摘され、W. Beveridge の理論、および疾病サービス中心の NHS に対する批判が高まっている⁹³⁾。

イタリアの国営保健医療サービス法、833号法は英国の NHS とは質的に異なる特徴を有するが、イタリアの改革推進派は833号法に対しても同様の危惧を示す。すなわち、イタリアの保健医療改



資料: Regione Emilia-Romagna, Regione Toscana, CGIL-CISL-UIL: La prevenzione nei luoghi di lavoro, p.45.

図7 健康の自主管理

89) Regione emilia-romagna, regione toscana federazione unitaria CGIL-CISL-UIL: La prevenzione nei luoghi di lavoro, 1977, p. 45.

90) A. Seppilli et al.; Significato di una riforma, p. 17.

91) A. Seppilli et al.; Significato di una riforma, pp. 16-17.

92) R. Levitt; The reorganised National Health Service, 1976, p. 197.

93) P. Atkinson et al. ed.; Prospects for the National Health, p. 48.

革は 833 号法の制定によって開始されるが、法律によって解決される問題はわずかであり、またその法律は改革反対派であり、かつ全面的敗北と考えていない政府によって施行される。したがって 833 号法は労働組合の目標とする改革にとって 1 つの障害物となりうる問題として慎重に対処する必要があると三大労働組合連盟は指摘する⁹⁴⁾。G. Berlinguer も同様な意見を述べている⁹⁵⁾。「イタリアの医療改革があまりに遅延された後成立した 833 号法は、その公布の第 1 日から多くの障害、異、困難に直面する。それは政府の枠内から生じる問題であり、昨日まで改革に敵対し、制止していた勢力に独占的にその施行を委ねることになるからである。また国民経済の不安定な条件、行政内部（州や市町村、とくに南部）の弱点、有資格医療職員の不足、医師会の対応などからも多くの困難が生じる。」

イタリアの保健医療改革は労働組合のイニシアティブによる健康の権利を確立する運動である。疾病保健組合を設立するために労働者は 100 年以上費やした。それから 20 年間ファシズム権力に服従し、さらに 30 年間キリスト教民主党政権下で腐敗した疾病保険制度を解消するため、労働者自身の疾病観、健康観の変革を必要とし、新たな方法として参加と健康の自主管理が提案された。これは労働者が保健医療改革の主体となることであって、医師や専門家を排除することではない。その改革が労働者のみで実施できないことは明らかであり、医師や専門家の参加を不可欠とする。しかしその改革を効果的に実現するには医師も、専門家も、保健医療システムも変革する必要がある。

これは大変困難な改革である。とくに医師の改革に関しては。なぜなら医師の養成と保健医療シ

ステムは一枚の紙の裏表のような関係にあるからである。大学の医学部は保健医療システムが要求する医師のタイプを常に養成する。そのシステムから医学部を分離することはできないし、その逆も否である。“粗雑”な医科大学卒の医師は“粗雑”な保健医療システムの裏側である。イタリアの大学が養成した“不適格”な医師は“不適格”な医療システムによって要求された医師のタイプである。医療システムが新たなタイプの医師を要求するときのみ、医学部は新たなタイプの医師を養成する。まず保健医療システムの根本的改革なしには医師教育の確実な、かつ有効な改革の実施は不可能である。それゆえ、保健医療改革の主体は労働者でなければならない⁹⁶⁾。これがイタリアの保健医療改革の基本的な考え方である。

（すだ かずこ・東京都神経科学総合研究所研究員）

付記 833 号法のタイトルは *Istituzione del servizio sanitario nazionale* だが、これを日本では国民保健サービス法、あるいは全国医療機構、あるいは国営医療サービス法と訳される。イタリアでは 833 号法の “nazionale” は “statale”（国立）の意味ではなく、国、州、市町村すなわちイタリア共和国が運営する制度であると強調される。また *sanitario* は改革の主旨から保健と医療の双方を含むので私は国営保健医療サービス法という訳語を用いた。

さらに *Unità sanitarie locali* についても、地方保健単位、あるいは地域医療単位、あるいは地域保健医療センターと訳されているが、本文で述べたように *Unità* とは単位ではなく、有機的に統一された組織を意味するし、*locali* は地方というより地域である。したがってやや長いが地域保健医療組織と訳した。その他の訳語についても異議があると考えられるものには原文を（ ）内に示した。

94) G. Barro, et al.; *La riforma sanitaria*, p. 6.

95) G. Berlinguer; *Una riforma per la salute*, p. 176.

96) G. Berlinguer; *Una riforma per la salute*, p. 87.