

小島 晴洋・小谷 眞男・鈴木 桂樹・田中 夏子・中益 陽子・宮崎 理枝著
『現代イタリアの社会保障－ユニバーサルズムを越えて』

(旬報社、2009年)

工藤 裕子

イタリアの社会保障制度の普遍性と特殊性：日本との共通点と相違点を中心に

I 人気の保健医療分野マスター・コース

イタリアの大学には、3年間で基本的な学士号を取得するコースと、これに更に2年間の専門課程を加えて専門学士号を取得するコースとがあるが、後者の代わり、あるいは後者の後に、より実務的な知識や手法の取得のために設けられているマスター・コースがある。これは、研究者養成を主な目的とする博士課程とは一線を画し、対象分野、方法論などがきわめて細分化、限定され、一年もしくは二年の修業期間内にインターンシップや実習があり、社会人の参加も多い。毎年2000前後のマスター・コースが提供されているが、これらの中で最も多いのが保健医療分野で700余のコースがあり、全体の約三分の一を占める。続いてエンジニアリング・建築、コミュニケーションなどとなっており、意外にも経済やファイナンスは少ない。

これは、分野の国際性、およびイタリアの職業事情を反映している。経済やファイナンスは、学んだ知識が国境を越えて使えるうえ、国外での就職可能性が高いため、国外の大学院に人気があるが、国内外において制度、資格、背景などが大きく異なる分野については、国内での学習の必要性と重要性が高くなる。したがって、国内マスター・コースの最大の市場が保健医療分野である、ということには大きな意味がある。本書には

制度変遷の経緯が書かれているが、イタリアの社会保障、特に保健医療分野の諸制度は90年代以降、EUレベルでの制度変化、国内の社会構造、人口動態、および政治の変化とそれらに伴う政策の変化、財政上の必要などから、大きく変化してきた。目まぐるしく変化する制度、政策を把握し、新たに必要とされる知識、ノウハウを身につけるため、国内先鋭の研究者と実務家が結集して提供されるマスター・コースが必要とされるようになったのである。当該分野は重要政策分野の一つと考えられており、研究者も研究資金も豊富である。

筆者はピサ大学のマスター・コース、「保健医療機関マネジメント」において、保健医療機関のマネジメントの講義等を担当して数年になる。当コースは専門学士号以上を要件としており、医師、看護師はもちろん、医療機関マネージャなどが受講生の過半数を占める。県内、トスカナ州内はもとより、シチリア州、サルデーニャ州など島嶼部、カラブリア州など南部から空路、『通学』する社会人受講生もあり、教室は熱気に包まれる。彼らは、現場での自らの経験を踏まえ、制度の変化に対応しつつ、毎日直面する組織マネジメント上の課題、悩みにどのように対応したらよいか、その解答を求めてやってくる。時にはこれらの課題、悩みを共有し、ディスカッションを進めていく中で、新しい境地が拓けてくることもあり、教室から教えられることも多い。現場体験に

基づく彼らの発言は重い。医療のプロがこれだけ『勉強熱心』なのは、イタリアの保健医療制度・政策の複雑さとその要請によるところが大きいが、同時に、彼らの問題意識が現場での日常的な判断を支えている。制度・政策は一般論、原則は示すが、一人の人間としての患者とその家族に直面する関係者のとるべき個々の行動は示さない。その中で彼らは日々、医療のプロとしての責務と、生身の人間としての悩みを意識し、常によりよい解答を求めている。

II イタリアの諸制度の普遍性と種差性、国内の多様性

イタリアの制度、現象の多くは、社会保障分野に限らず、日本にとって興味深い事例となり得るが、これまであまり紹介されてこなかった。第一の理由は、言葉の問題である。日本側の問題としては、英語はもちろん、ドイツ語、フランス語と比べてもイタリア語を解する者の数が限定されていること、イタリア側の問題としては、イタリアについて書かれたものの多くがイタリア語に限定され、英語での情報発信がきわめて少ないこと、がある。そして第二に、これは第一の問題から派生しているが、各分野の専門家がイタリアを事例として紹介するのではなく、イタリア語やイタリア研究の専門家が諸分野を紹介することが多かったため、それに伴う限界がつきまとった。国内で仕事をする医療関係者でさえついていくのが大変という制度とその変化を根本から分析し、紹介する書籍はおそらく、本書が初めてであろう。社会保障の専門家によって書かれているゆえの強みである。

イタリアの諸課題はもはや、イタリアに固有の問題ではなく、EU加盟国の多くに共通する。人口減少社会、財政危機はもちろん、イタリアの制度上の特徴、特に政党制、労組、職業組合等の課題

は、ドイツ、フランスなど大陸ヨーロッパ諸国にも共通する。イタリアが日本の参考となるということはしたがって、大陸ヨーロッパ諸国が日本の参考となる、ということになる。イタリアの事例はもはやイタリアに特有の問題でないのは、EUにおける諸問題、その制度、政策が、加盟国の制度、政策の変遷をもたらすことが一般化しているからである。この点から、実は日本においてはEUの諸政策、制度の紹介が少ないことも明らかである。本書は、イタリアの社会保障制度、政策について多くの重要な視点を提供しているが、イタリアの政策とEUの関連政策との関係という視点が強調されれば、さらに今日的となったであろう。例えば労働政策に関し、多くのEU諸国では受容、歓迎されたフレクセキュリティ (flexicurity) はイタリアではなかなか理解されず、期限付きの労働契約による非正規雇用者の増加が社会問題化しており、他のEU諸国とともにこの政策が導入されたものの、イタリアの特殊性があらわれている。

イタリアはまた、その豊かなソーシャル・キャピタルと、それを反映して地域的に形成されてきた複雑な政治、行政制度を考慮するならば、一枚岩では論じられない。本書ではトレント自治県、特別州のフリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州のトリエステ市などの事例が紹介されているが、これらの県、州は特別なステータスを有しており、首長、議会、選挙など民主政治の基本的な制度もそれぞれ固有であるほか、税財政、行政上の諸制度、個別の政策分野に至ってはさらに多くのバリエーションを有する。トレント自治県はもちろん、ボルツァーノ自治県、フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州ではドイツ語、スロヴェニア語、ラディン語などの言語問題があり、特にトレンティーノ＝アルト・アディジェ州においては、公務員である保健医療機関従事者は、言語試験でバイリンガルであることを証明しなければ採用されない。同時に、多文化圏であることから、

教育、福祉の分野においては特に、多文化共存が尊重されている。したがってこれらの事例はきわめて特殊であり、全国に共通ではない。

州は戦後、新憲法に規定された後、70年代に実体化し、90年代の地方分権化で著しくその存在感を増し、行政、政治、財政とも大きく自立、2001年の憲法改正がその地位を根本から変えた。国から州への大幅な権限移譲が行われ、州は立法権を含む強い自治権を獲得した。各州は独自の州憲法を定め、地方選挙、行政、地方自治などについても独自の制度を導入することができるようになった。州はこうして、それぞれの歴史、伝統、誇りに基づきつつ、他地域との競争の中で切磋琢磨する新時代に突入した。15の普通州においても、保健医療先進地域とされるエミリア・ロマーニャ州やロンバルディア州と、後進地域とされるカラブリア州などとの間には大きな格差がある。分権改革により、保健医療サービスは原則的には州ごとに完結するはずだが、南部から北部への『通院』や、メディカル・ツーリズムは実際に存在する。本書は労働政策、公的扶助などについても広く扱っているが、これらの領域についてはEU構造基金の対象地域となっている南部諸州とそうでない州との相違も大きい。例えば職業訓練について、カラブリア州、サルデーニャ州、シチリア州などは構造基金の恩恵を大きく受けており、関連施策の財政基盤はEUに依存している。

Ⅲ 社会保障分野における今日的課題

本書はイタリアの社会保障を体系的に扱っており、その全体像が容易に把握できる。しかしもちろん、一冊の書籍で扱うことのできるテーマには当然限りがあり、逆にテーマの網羅性を追求するならば、個々の掘り下げには自ずと限界がある。欲を言えばきりが無いが、執筆陣の専門性を鑑みれば理不尽な要請ではないと思われるため、広義

の社会保障分野として、以下の諸点についてカバーする研究が続くことを期待したい。いずれも、日本との比較という視点からも興味深い課題である。

1 少子高齢化社会・人口減少社会

イタリアは、日本と並んで先進国中では最も子供を産まない国の一つである。これは最近の傾向というわけではなく、70年代半ばから出生率は低下の一途を辿ってきた。1997年には合計特殊出生率1.18という最低値を記録、さすがに政府も少子化政策に取り組み始めた。伝統的な家族観が根強く、「女性は家庭に」という発想が欧州諸国の中では際立って強い、女性の高学歴化が進んでいる、戦前・戦中の経験から、戦後、出生率を上昇させることに対するアレルギーがあったなど、イタリアの低出生率の社会的背景は、日本に酷似している。最近では、子供を持たない、あるいは持てない理由として貧困をあげるカップルも増えている。

イタリアでは1975年に『新家族法』が成立し、男女共同参画社会が本格的に始動した。女性の進学率は伸び続け、現在では男性よりも高学歴になっている。しかし就労率は半数に満たず、EU諸国の中では著しく低い。働く女性がキャリアか家庭かの二者択一を迫られる、晩婚化が進んでいる、子育てを終えた女性が職場に復帰できない、若年層の失業率が高く、経済的不安を抱える若者が多い、なども日本と同じである。出産、子育てをサポートする体制が整っていない、乳幼児の保育サービスが進んでいない、法制度はともかく、出産休暇・育児休暇を取得しにくい雰囲気職場に蔓延している。これらもイタリアの現状である。男性の父親休暇はおろか、女性自身もなかなか休暇を取れないのが実情だ。この課題については、EU諸国はそれぞれかなり異なる状況を見せており、日本に最も近く、参考になる事例は明らかにイタリアである。カトリックの国であるため婚

外子が著しく少なく、この点も日本に似ている。

2 ユニバーサル・デザイン

イタリアの都市の多くは城塞都市であり、自然地形を活かした複雑な都市構造となっている。市壁の内側には比較的狭い地域に建物が密集し、坂、階段が多く、バリアフリーからは程遠い。これは小規模な中世都市に限ったことではなく、例えばミラノはイタリアでは比較的機能的な都市だが、2015年の万博開催に向け、公共施設のバリアフリー工事が始まったばかりだ。もっとも、工事のために現在はバリアだらけとなっている。

イタリアにバリアフリー関連の規則がないのかという点も必ずしもそうではない。1989年第13号法が建造物におけるバリアフリー促進のための諸条件を定めているほか、1992年第104号法は、障害者の支援、ノーマライゼーション、そして権利を謳うなかで公共施設のユニバーサル・デザインについても定める。これらに先立つ1986年には既にバリアフリーのための国家予算が組まれており、法律、制度等に関しては、バリアフリー後進国ではない。日本では2006年、ハートビル法（1994年）と交通バリアフリー法（2000年）とが統合されるかたちでバリアフリー新法が誕生、同様の法律が制定されているが、法的な整備はイタリアの方が早い。では、その特徴は何か。

イタリアのバリアフリーは第一に、建造物などハード面でのバリアフリーを追求するアメリカ、日本とは異なり、多くのヨーロッパ諸国と同様に、物理的なバリアフリーよりも、人的な支援等による精神的なバリアフリーに焦点を当てたものになっている。鉄道駅や空港などで、一人旅をする障害者や高齢者を職員やボランティアがサポートしている風景は珍しくない。第二に、イタリアでは、歴史的な中心街においては建造物の改修や改築に厳しい制限があるため、バリアフリーの実現が難しいが、郊外の新築建造物などに関してはバ

リアフリーが実現されつつある。イタリアの都市計画はそもそも、歴史的な中心街における強い制約の中でいかにして住宅を、またそのための土地を確保するか、という命題から始まった。したがって、新たな住宅街に建設される新築住宅ではバリアフリーが可能だが、歴史的な中心街では既存の建造物の修復・再生に限定されるため、物理的に限界がある。しかし、歴史的な都市景観の保全を優先し、建築バリアは人間的な支援によって克服するというコンセンサスがある。

なお、医療費と健康に関する調査によると、バリアフリーの進んでいない地方小都市や農村の住民の医療費は都会人の約半分、つまり、はるかに健康であるという。興味深いデータであろう。

また、都市計画に関連し、ソーシャル・ハウジングやアフォーダブル・ハウジングも興味深いテーマである。

3 終末医療・臓器移植問題・高度医療一尊厳死・安楽死から生命倫理問題まで

2009年春、1992年から植物状態にあったエルアナ・エングラロという女性の尊厳死問題に、イタリア中の関心が集まった。国会、教会までを巻き込んだ議論となったが、本質的な結論が出される前に本人が亡くなり、諸問題が先送りされた。カトリックの国イタリアでは、終末医療、臓器移植問題等に関し、死の定義を含め生命倫理を科学的合理性のみを持って議論することが難しい。再生医学の進展の中で幹細胞が注目されているが、これに関しても宗教的な生命観との折り合いが付けられていない。

なお、エルアナ事件において、本人や家族を差し置いて国会での議論、世論が最高潮に達した頃、教会と多くの国民の非難を浴びつつも、彼女の最期を提供すると名乗り出たのは、フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州のウディネ市内のホスピスであった。他ならぬこの州であったとい

う事実は特筆に値しよう。同州はまた、国境を挟んだスロヴェニア、オーストリアのケルンテン州などと高度医療について協力関係を築いており、国の保険制度に拘束される保健医療サービスを患者の視点から再構築することをめざしている。

そして、行財政の分権化と保健医療サービスとの関係についても、もう少し掘り下げた議論が欲

しいところである。既に指摘したように、イタリアの保健医療サービスは、90年代以降、政治・行政・財政の分権化の流れの中で、その制度体系の再構成が行われた。同時に、財源確保のための税制のデザインを含め、財政構造の改革は、保健医療サービスの改革を前提として実施されており、両者の関係を明らかにすることは重要である。

(くどう・ひろこ 中央大学教授)