

フランソワーズ・フォレット

ILCフランス理事長

マリー・アン・ブリュ

ILCフランス学術部長

■ 背景

サクセスフル・エイジングには三つの要素がある。健康で体に不自由がないこと、身体的・認知的能力の維持、積極的な社会参加である。2005年、フランスの人口の21%が60歳以上で、平均寿命は男性が約78歳、女性が約85歳である。60歳未満の割合は減少しているが依然高い。合計特殊出生率が1.9という欧州有数の高さによる。

フランスは欧州屈指の長寿国だが格差もある。ホワイトカラーとブルーカラーの60歳時の平均余命は5年の差があり、平均寿命はパリ地域より北部地域が5年短い。また失業者の死亡リスクは就労者に比べ3倍高い。

矛盾しているがフランス高齢者の就労率は低い。2001年の欧州理事会で2010年に55～64歳の雇用率50%との目標が設定された。2005年にフランスは37.9%で、これは欧州連合15カ国平均の44.1%を下回っている。このままでは勤労者割合が減り、年金や保健医療の財源確保が困難になり、高齢者は貧困におちいる可能性が高くなり前向きなエイジングが脅かされる。

政府は二つの優先課題を掲げた。質の高い長期介護制と健康な高齢者の社会的統合と活動推進である。

■ 質の高い長期介護制度の整備

2003年に1万5,000人の命を奪った猛暑の犠牲者の多くが独居高齢者で、新政策の導入につながった。

1 ● 緊急対策の策定

サービス間の連携強化、アラートシステム整備、緊急サービスの再編、サービス利用のない独居高齢者の特定。

この対策では、猛暑や寒波のほか、テロ攻撃、鳥インフルエンザ等々の緊急事態への対応を目的としている。

2 ● 2004年「高齢化と連帯」法、 2006年「高齢者連帯」法制定

新制度制定により、全国自立連帯金庫（CNSA）が創設（2004～2008年の実績は90億ユーロ）された。これは「国民連帯の日」という全労働者の無給労働日と雇用主への0.3%の課税で賄われる。CNSAは独立機関で、要介護高齢者と障

害者の介護に資金を助成している。たとえば、

● 高齢者自立手当（APA）への助成

自宅や施設における要介護高齢者に対する介護費（家事、食事の宅配などの福祉サービスなど）はAPAが担っている。2006年に在宅介護の77万人、施設介護の21万人がAPAを受けている。最大月額はIR1（老年学的自立能力判定表〔AGGIR〕の最高度要介護者）が1,189.80ユーロで、介護施設の場合は食費、滞在費は対象とならない。利用者は支払い能力に応じた金額を請求される。

● 介護施設のサービスの向上（看護師・看護助手の採用など）

● 介護施設の新設、既存施設のベッド増床（2004～2007年は2万床）

● デイケア及びレスパイトケア（一時滞在）施設

長期介護費用はGDPの1%強の150億ユーロである。

3 ● 2005年「老年医科大学計画」導入

2010年までに老年医学の教授を倍増する。目的は、一般開業医、専門医、介護施設の医師その他専門家の研修である。さらに、救急病院に高齢者向け救急治療室の設置を進め、リハビリ用ベッドを増やし、重度の慢性疾患の患者向けの長期介護施設の拡充も予定している。病院と地域のネットワークも奨励され援助が行われている。

4 ● 在宅介護へのシフト

在宅サービスの選択肢増で年に利用者が4,000人増えていく。

5 ● 「アルツハイマー・プラン」の導入

この疾病は施設入所理由の70%、APA申請理由の72%を占める。このプランは、メモリー・クリニックを263カ所から600カ所に、メモリーリソース研究センターを24カ所から40カ所に増やし、早期診断率（現在は50%）向上をめざす。また、一般開業医、専門医、患者、介護者への研修、介護者へのサポートさらに研究助成も強化している。

■ 高齢社会の人権の優先課題の一つは、高齢化のイメージを変え、健康な高齢者の地域や職場への参加である

1 ● 健康の増進と疾病の予防

■フランス

推計人口(100万人)*1	61.0
面積(1,000km ²)*2	552
国内総生産(10億米ドル)*3	2,234
一人当たりGDP(米ドル)*3	35,375
経済成長率(%)*3	2.2
失業率(%)*4	9.2 (06年)
高齢化率*5	16.4
平均寿命(男)*6	76
平均寿命(女)*6	83

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

年齢関連の疾病のほとんどは、修正可能な要因により予防もしやすい。予防は60歳を過ぎても有効だが20歳以前から始めることが重要である。2003年からの国家的プログラム「上手に年を重ねるプログラム」は、栄養、運動、社会参加が基本である。70歳を対象に地域ごとに実施され高齢者総合機能評価も導入されている。

2 ● 55歳以降の雇用政策の改革

高齢者が長く労働市場にいられるように改革。

- 勤労意欲を高めるための定年制度改革(段階的定年、新規契約)を推進する。
- 社会福祉制度を改革する。フランスの年金制度は賦課方式で、財源は従業員と雇用主からの拠出金である。年金制度は拠出人口と退職人口の変化を反映した改革を行う必要がある。
- 雇用主と従業員の意識改革を促す。
- 雇用保護規則を修正し、高齢者の雇用を促進する。
- 技能の強化と取得のための訓練を推進する。
- 高齢求職者への良質な雇用サービスの提供を推進する。
- 労働条件を改善する。

最近、ILCフランスは「健康労働寿命指標」(HWLE)を導入した。これは疾患や障害がないことと就労を組み合わせたモデルである。そして健康寿命の計算方法による指標を欧州共同体家計パネルデータに適用させて欧州12カ国で比較した。平均で50~70歳の20年間、男性は14.1年を健康に暮らし約半数は仕事を持ち、女性は13.5年健康で約3分の1が仕事を持っていた。

理論的には特に女性は健康でいる間にもっと仕事をできるようにすれば労働寿命を延ばせる。研究結果では健康労働寿命の長い国は就労率も高く、雇用が健康労働寿命に影響を与えていることや健康政策の重要性を示唆した。

3 ● 高齢化のイメージ払拭と世代間関係の構築支援

高齢者が健康で生産的であれば人権向上に役立ち、長寿革命に楽観的な見方を与える。高齢化のプラスイメージをメディア、教育を通じて広めるべきである。

政府は世代間の活動—技能共有、個別指導、ボランティア、

世代間交流、多様な雇用形態で仕事を創出するプロジェクト—を支援している。若い親と子ども、障害のある高齢者、健康な退職者がともに暮らす施設や共通サービスの提供などで世代間を緊密にする可能性がある。

4 ● 差別と虐待との闘い

2004年、政府は差別問題を担当する機関「差別対策・平等促進高等機関」(HALDE)を設立した。2006年には3万954件の電話相談があり、苦情の42.8%は雇用差別関連であった。最多は民族差別で35%。次いで年齢差別で特に定年前に解雇された従業員からであった。

2007年3月に政府は高齢者虐待の対策に500万ユーロの予算を計上した。対策には主に二つある。

- 施設での「適切な待遇」を担当する政府機関を設立。
- 高齢者虐待防止団体(ALMA)による無料電話相談。2005年の1万1,313件のうち半数は実際の虐待事例で、内訳は心理的虐待25%、経済的虐待19%、身体的虐待17%。

結論として、フランスが直面する課題は、弱い立場にある高齢者に対するケアを強化しながら健康でアクティブなエイジングを推進することである。こうして初めてすべての国民、特に高齢者の人権が尊重されるのである。

【参考文献】

- La personne âgée dans le droit international et européen des droits de l'homme - A.EVRARD- les éditions namuroises- p54 et suivantes
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist* 37(4), 433-440.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for Older Age in the 21st Century: What is Successful Aging? *Int.J Aging Hum.Dev.* 64(3), 263-297.
- O'Reilly, P., & Caro, F.G. (1994). Productive aging: an overview of the literature. *J Aging Soc.Policy* 6(3), 39-71.
- Bellaby, P. (2006). Can they carry on working? Later retirement, health, and social inequality in an aging population. *Int.J Health Serv.* 36(1), 1-23.
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-n°5-6/2006
- Stockholm European Council: presidency conclusions, 24/03/2001 n°100/1/2001, http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.%20ann-r1.en1.html
- Eurostat, Taux d'emploi des travailleurs âgés : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=fr&product=STRIND_EMPLOI&root=STRIND_EMPLOI/emploi/em014
- <http://www.picardie.sante.gouv.fr/planvieil.htm>
- http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/plan_solidarite/dossier_de_presse.pdf
- http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/alzheimerpresse/accueil_dp.htm
- http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/bien_vieillir.pdf
- Healthy Working Life Expectancies (HWLE) at age 50 in Europe: a new indicator Lièvre Agnès Jusot Florence, Barnay Thomas, Sermet Catherine, Brouard Nicolas, Robine Jean Marie, Brieu Marie-Anne, Forette Françoise JNHA submitted

パロネス・サリー・グリーンダロス

ILC英国理事長

■ はじめに

欧州は、世界初の人権条約となった1953年発効の「人権及び基本的自由の保護のための条約」(欧州人権条約、ECHR)の策定で早くから世界の先頭に立っていた。

英国では欧州人権条約の採択が遅れていた。同条約が人権法に組み込まれたのは1999年になってからである。英国の人権法はまだ日が浅く、公共政策に「真の意味での権利」を定着させるには課題が山積している。

英国では、高齢化の影響が政治課題になろうとしている。人々の可能なかぎり長い生産的な貢献のために戦略的な投資が必要であると政治家が認めはじめた。ゴードン・ブラウン首相は平等担当大臣のポストを新設した。大臣は会見の場で、高齢者を介護する家族への支援を優先課題とした。保健医療分野では、ナショナルヘルスサービス(NHS)の「健康格差是正」プログラムで、イングランドの黒人・マイノリティ人口の約44%(総人口の28%)が受けている医療・社会面の権利剥奪に焦点を当てた。

2007年10月に平等・人権委員会(CEHR)が設立された。これまで別個のジェンダー、民族、障害担当が一つになり、新たに年齢と信条が加わる形となる。CEHRは大臣から独立して3年に一度報告書を議会に提出する。

各世代の相対的な規模や役割が変化し、社会的一体性に問題が生じつつある。欧州連合全体の傾向は、晩婚化と婚姻数の低下、離婚の増加、少子化と晩産化、単親家庭(うち3分の1は貧困及び社会的権利の剥奪に直面)の増加、そして欧州連合総人口の12%以上を占める単身世帯である。

世代間バランスを実現し、家族を支援し、高齢世代が活躍し続けることが必要である。CEHRは社会の一体化を実現し恒久の人権を守らなければならない。

■ 年金

老齢年金(SRP)制度は、もはや現行の形では維持できないと認識されている。2007年年金法では介護期間もSRPの対象になるという歓迎すべき解釈がなされ、これは、受給資格期間が30年に短縮されたこととともに女性にとっ

て特に恩恵となる。しかし若年就労者の年金貯蓄レベルに依然として懸念がある。

所得は平均寿命を決める主要因であり、生きることは絶対的な権利である。では、寿命を可能なかぎり延ばす人権はあるのだろうか。英国で、南東部の中流階級の男性とスコットランドの肉体労働者には10年の平均寿命の差がある。権利は責任なくしては存在しない。一体どのように寿命格差をなくすのだろうか。政府は公的年金の受給年齢を引き上げており、この問題は深刻である。

■ 社会福祉と健康

英国の長期介護保障も維持不能と見られている。保健医療と社会福祉との間には人為的な区別があり、人権の観点から見ればこの区別は清拭を求めている人や食事介助が必要な人にとっては無意味である。2006年の「尊厳ある介護」キャンペーンなどの政府の取り組みは歓迎だが、NHSと同等の資金投入は社会福祉には行われていない。議会の人権委員会の『高齢者と保健医療』報告書は、介護施設の5分の1以上は最低基準以下で、根本的「風土改革」が必要であると結論づけている。

NHSにおいては、2001年にナショナル・サービス・フレームワークが、ニーズを唯一の基準として医療サービスを提供するとしたがこの目標には法的な効力がない。

英国は公共支出の削減によって否応なく配分の問題に直面している。コスト効果による対処は権利に基づくアプローチと相反する可能性がある。認知症治療薬「アリセプト」のように手続きに時間がかかるため、処方されるまでに患者が悪化するおそれもある。また、離職した介護者の社会コストを無視し、その健康と権利への影響も考えていない。夫婦の別居や他の定住先への移動にもつながる。「予算内でどのような基準を設けることができるか」から「どのような基準が人権にとってふさわしいか」へと焦点を移す必要がある。

今後の保健医療と社会福祉、つまり人権の中心分野のニーズは終焉期を迎える人の数に主に左右される。近年

■英国

推計人口(100万人)*1	60.2
面積(1,000km ²)*2	243
国内総生産(10億米ドル)*3	2,378
一人当たりGDP(米ドル)*3	39,207
経済成長率(%)*3	2.8
失業率(%)*4	5.4 (06年)
高齢化率*5	16.0
平均寿命(男)*6	76
平均寿命(女)*6	81

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

英国では安楽死に関して法制化の動きが見られ、欧州諸国でも政策がある。しかし英国では、他の生物と同様にライフステージの一つである死の器質性を認め難く、患者の尊厳や自主性中心に考えることが難しい。人権アプローチは、安楽死の議論を医学と法律のジレンマから死が間近な人の尊厳と権利の重視へ変える契機となる。

■ 差別

たとえば現在65歳以上の高齢者がメンタルヘルスサービスの主流から外されているのは差別である。個々人に応じた判断が必要不可欠である。

雇用における年齢差別禁止に関する欧州連合指令は英国でも実施されているが、より困難であるモノやサービスにおける差別に対してはまだ対応がなされていない。

平均寿命が男性よりも長い女性は年金額も多くなる。英国は、欧州委員会による男女均等待遇案に対し、男女間の平均寿命の差が縮まるまでは支持しないとしている。

現行の反差別法を簡素化し、現状に合わせた「単一平等法案 (Single Equality Bill)」が現在、提出されている。この法案で高齢者保護がより強化される必要がある。

■ 労働市場、資産、世代間契約

労働力参加については、介護者にフレックス勤務を求める権利を与える「就業・家族法」や、年齢差別禁止に関する欧州連合指令にもかかわらず依然として障壁がある。

2007年8月にILC英国が発表した調査では、資産形成の手段としての土地の活用がますます増え、つまり借入れが増え、老後の生活のための年金や貯蓄などの金融商品に投入される額が減少している。

世代間契約は英国のNHSと年金制度を支えている。コストの大半は生産年齢の人が負担しているが、不動産市場の高騰と個人負債の増加でリスクにさらされている。欧州全体で若者は親との同居期間が長くなり、英国では25～29歳の18%が、イタリアでは56%が同居である。学業の期間が長く、労働機会が少なく、住宅も入手しにくく独立

が難しい。祖父母の役割が増し、最近の調査では祖父母が孫の費用として68億ポンドを蓄えている。全世代の権利が擁護されるために世代間契約の正当性は必須である。政治家は適切に対処すべきである。

■ 移住

欧州ではこの25年で女性の職場進出が増え、家事・介護、食料生産のため外国から移住が促された。出身国では人権が不安定で、主要な働き手の移住で社会や家族が損なわれ、高齢者に負担を強いることも多い。恩恵を受ける私たちは北方への移住で起きる意図しない結果に敏感でなければならぬ。たとえば南米女性の3分の2が外国で働く状況は互恵的な経済的平等ではない。

■ おわりに

英国は人権重視の文化からは程遠い。一部の目を引く事例や移住、治安、テロなどの歪んだ影響で人権法を疑問視する向きもある。犯罪者や英国在住が「公共の利益」にならない者も報酬を受け、自らの退去(そして拘束)を人権問題として異議を唱えて居住し続けている。私はこのパラドックスの解決がないかぎり、政治家が「真の意味での権利」を守ることに真剣であると社会が納得することは難しいと考えている。

表：ECHR条文の概要（「真の意味での権利 (Rights for Real)」より）
欧州人権条約：公共サービスを利用する高齢者に関する部分

条文	高齢者に関する内容
第2条 生きる権利	救命医療措置に関する判断／終末期問題／病院、施設でのネグレクトによる死亡
第3条 非人間的で、品位をおとしめる処遇の禁止	高齢者虐待
第5条 自由に対する権利	介護施設での高齢者の移動の制限
第6条 公平な審理を受ける権利	高齢者向けサービスに影響する政策判断
第8条 (1) 私生活、家族生活、住居及び通信の尊重を受ける権利	高齢者の介護に関する決定（在宅あるいは介護施設）／パートナーとの自宅あるいは同じ介護施設での生活／介護施設の閉鎖の影響／品位をおとしめる処遇には至らないまでも不十分な介護／医療措置への同意／孫との養子縁組／個人情報利用

ロジー・ペレイラ

ILCドミニカ共和国理事長

■はじめに

1948年12月10日、国連総会で「世界人権宣言」が採択、公布された。1966年の「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」は、保健医療に対する国際法上の権利について最も包括的に扱った条約である。しかし、この二つの文書のいずれも高齢者固有の権利は規定していない。1982年に採択された「高齢者問題国際行動計画」でも、働く権利、教育を受ける権利、年金を受ける権利は定めているものの高齢者の人権は定めていない。

国連経済社会局によると、出生率と死亡率の低下により、世界の10人に1人が60歳以上である。この傾向が続けば、2050年までには5人に1人が60歳以上となる。さらに、割合が最も急速に増えているのは85歳以上人口である。現在60歳以上の年齢グループ内で85歳以上人口の割合は11%で、2050年までに19%に増加すると見られる。

人口の変化は世界各国の政府に課題をもたらす。高齢者はつけ込まれやすく、差別や虐待の対象になりやすい。また、グローバル化、工業化が進む社会では高齢者は無用な存在であるという考えが浸透している。高齢者の権利と役割を考える必要性はますます高まっている。

■重視すべき権利はなにか

高齢者の権利は大きく分けて、保護、参加、イメージの三つである。保護は、虐待や不当な処遇を受けやすい高齢者の身体的・心理的・精神的安全を保障することを意味する。参加は、高齢者の社会での役割をより幅広く積極的なものにするを意味する。イメージは、高齢者及びその能力に対するイメージを差別的でおとしめるようなものではなく肯定的なものにするを意味する。

高齢者の安全に対する権利は特に侵害されやすい。これには高齢を理由に保健医療サービスを利用できない、

求めることができない場合の医療に対する権利も含まれる。現在多くの国では皆保険制度があるが、高齢社会の進展と制度の今後の維持を考えるうえで、歪みを感じはじめている。たとえば米国では、貧困層、障害のある人、高齢者に限って連邦政府、州政府が助成する医療制度があるが、医療費の上昇は制度の存続を脅かしつつある。

高齢者には差別から守られる権利もある。高齢者は援助が必要であることが多いため、社会には無用と思われることが少なくない。このような固定概念は、屈辱的な扱い、不平等、さらには虐待につながるおそれがある。

同様に、一般に浸透しているネガティブなイメージから、時には社会参加の権利も脅かされ、社会の生産的な一員として他者と同等の機会を与えられないことも多い。

あらゆる人権侵害の中で、特に女性に対する侵害に注意を払わなければならない。大半の文化において女性は伝統的に従属的な立場にあったことなどから、暴力に対して無防備であり、権利を侵害されるリスクが高い。高齢者の55%、85歳以上人口の65%が女性であることを考えると権利侵害と虐待の可能性に特に配慮する必要がある。

85歳以上人口には身体的・精神的に重い障害のある人が多い。一般的に、医療・福祉サービスに対する需要は、加齢によって急増する。75~79歳では重い障害のある割合が1%なのに対し、85歳以上になると41%になる。

かなり以前から、高齢者に対する経済支援は、福祉制度を持つ社会にとってはきわめて重要な課題であると受け止められてきた。その理由は明らかである。高齢人口は増加しているが、その一方で富を生み出す人口の割合は減少している。先進国の人口構造の変化と失業率の高さにより国の福祉財政が厳しくなる中で、特に他者の助けを必要とする高齢弱者の割合が確実に増えてきている。

■ ドミニカ共和国

推計人口(100万人)*1	9.0
面積(1,000km ²)*2	49
国内総生産(10億米ドル)*3	32
一人当たりGDP(米ドル)*3	3,286
経済成長率(%)*3	10.7
失業率(%)*4	15.6 (07年)
高齢化率*5	5.6
平均寿命(男)*6	64
平均寿命(女)*6	70

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

■ ドミニカ共和国の現状

ドミニカ共和国は現在、民主化への移行期にある。出生率と死亡率の低下のペースには著しいものがある。出生率は女性1人当たり7.4人(1950~1955年)から2.73人(2000~2003年)に低下した。1950~2000年に平均寿命は24年延び、子どもの死亡率は1,000人に149人であったものが、34人に減少した。

この三つの指標からわかることは、ドミニカ共和国では現在、劇的な人口変化が起きており、人口増の鈍化と社会の変化をもたらしているということである。

現時点では、ドミニカ共和国は比較的若い国である。しかし、2000年には15歳未満が33.5%、60歳以上が7%未満であったのに対し、2002年の国勢調査では高齢人口が8%に増え、15歳未満にはほとんど変化がなかった。今後数十年の間、高齢層は他の層に比べて大幅に増え続け、2025年までには12%に達し、2050年には倍増すると予測されている。

そのほか、ドミニカ共和国の高齢者をめぐる状況は、次のとおりである。

- 高齢者の51%が複合家族の中で暮らしている。自らの選択、あるいは放棄により独り暮らしをしている割合は14%にとどまっている。
- 高齢者は家族の中で重要な役割を担っている。64%は依然として家長である。
- 高齢者の非識字率は男性が30%、女性が35%で、75歳以上で上昇している。これが生活の質を制限していることは確実である。
- 高齢者は年金が必ずしも保障されていないため、仕事を続けている。2002年の国勢調査では、高齢者の47%が経済活動に従事しており、男性の割合は65%に上る。これが示すことは、大多数の国民にとって生き延びる唯一の方法は、働き続けるということである。

- 高齢者のわずか12%が都市部で年金を受給しており、農村部ではこの割合が3.4%に減少する。中でも女性はより不利な立場にある。さらに、高齢者の多くは収入がまったくなく、1997~2001年のデータを比較しても、状況は改善するどころか、悪化している。

以上のことから、ドミニカ共和国では高齢者の人権が重視されているとは言い難い状況であることが推測できる。高齢者が遭遇する主な問題は、経済的な安定がないこと、医療、処遇、教育、社会参加といった高齢者のニーズに対処するための国の包括的な政策が存在しないことである。

もう一つ強調すべきことは、首都サントドミンゴの最貧困地域で特に虐待の事例が多いということである。

政府が高齢者の人権を保障する義務があることを認識することが、新たな時代を開く最初の一步である。だがそのためには、私たちは優先課題を定め、コスト面での影響について包み隠さず示すことが必要である。これまで、政府はこの問題の対応にまったく関心を示していないが、今年中に予想される社会保障制度の確立とともに、少なくとも一部の権利については与えられることになる。普遍的な社会正義なくして民主主義はあり得ないということを多くの国の政府が理解していないのは残念である。政府が理解できてはじめて、私たちはより良い世界を作ることができるのである。

【主要参考文献】

- Amnesty International 2007. Human Rights and Service Learning
- Gormally, Luke. Human Dignity and Respect for the Elderly. 2nd International Meeting of Bioethic. Grenada, 1998.
- Huenchuan Sandra, Paredes Mariana, González Daniela. Future Scenarios of Policies for Older People in the Dominican Republic. The Persistent Demand for Basic Rights. CEPAL. Santiago de Chile, 2007.
- Northern Ireland Assembly Research and Library Service. Human Rights and Older People. Research Paper Nov. 2001
- Pelaez Martha, Ferrer Marcela. Public Health and the Human Rights of the Elderly. Acta Bioethica 2001.
- Wu Yu Qin. The Rights of the Elderly in Taiwan. Journal of Elderly Welfare Support Union, 2001

S・D・ゴカレ
ILCインド理事長

■ はじめに

人権及び基本的自由が存在することで、私たちは社会・経済・精神面などの必要性を満たすために、自らの人間性、知性、才能、良心を発揮することができる。両者の土台にあるものは、固有の尊厳及び個々の人間の価値が尊重、保護される生活に対する人々の要求の高まりである。家庭、友人、社会、職場における人権侵害と差別は、精神的苦しみと心理的圧力を高めることになる。

■ 人権と高齢者

今日、人間の寿命が延びたことにより、特に高齢者にとって大きな懸念となる問題と課題が浮かび上がってきている。世界全体で高齢化が進んでいるが、高齢者が生活、生計を維持するための支援体制は変化のペースに追いついていない。このほか、物質的な豊かさを求める現代の若者の目まぐるしく変わるライフスタイルは、高齢者にとって対応が困難な環境を生み出している。

こうした状況の中で、高齢者は基本的な生活ニーズの一部を他者に依存しながら、孤立感、疎外感を持っている。これは尊厳ある権利をおとしめるものである。急速な都市化と工業化によって物質主義、個人主義が台頭し、尊敬、思いやり、配慮、寛容といった伝統的な価値観がその居場所を失っている。こうした一連の動きは一人ひとりの人権―すなわち尊厳を持って生きること―に直接影響を及ぼしている。社会経済の発展に高齢者が参画できるようにするためには、彼らの地位向上も欠かせない。

■ インドの考え方と高齢者の人権

インドは古来、家族と年長者が常に社会・経済構造の中心にあった。工業化による近代化は、年長者への尊敬というきわめて基本的な価値観を急速に失わせるとも

に、特に都市部における複合家族制の崩壊をもたらした。こうした背景の中、現代の若者は年長者と過ごす時間があまりないどころか、交流すら望まないことも少なくなっている。また高齢の親に対する責任も薄れてきている。

● 尊厳を持って生きる権利と家族生活に対する権利

年長者に対する尊敬、思いやりを失うことは、威厳と尊厳を持って生きることに対する権利をはっきりと否定することになる。したがってインドでは、尊厳を持って生きるとは、自尊心あるすべての高齢者が望む重要な権利となる。インドのすべての高齢者が望むこの権利は、家族生活に対する権利と同義でもある。これはインドの伝統を考えれば、当然の結果である。

● 経済的安定に対する権利

人が尊厳を持って生き続けるには、定年後も十分な経済支援を受ける必要がある。インドの現在の年金制度は、フォーマルな政府部門のごく限られた一部しか対象としていない。その他のインフォーマル部門の高齢者、特に仕事もなく雇用もされなかった高齢者の生活は悲惨になるおそれがある。したがって、経済的安定に対する権利は、インドの高齢者が望むもう一つの重要な権利である。

このために、政府は年金対象を拡大し、より徹底した資金援助、社会保障を提供できるよう、政策・制度の見直しを図る必要がある。

● 健康に対する権利

人間はすべて健康を手にする権利がある。他者に依存することになる病気、障害、疾患などの身体の衰弱に苦しむ高齢者にとっては、この権利は特に重要である。介護が必要な高齢者も日常の家事に助けが必要な者もいる。こうした状況で、必要な援助、つまり訓練を受けた専門の介護者は圧倒的に不足している。インドでは、草の根レベルで保健所の健康支援体制はあるものの、高齢者の

■インド

推計人口(100万人)*1	1101.0
面積(1,000km ²)*2	3,287
国内総生産(10億米ドル)*3	903
一人当たりGDP(米ドル)*3	784
経済成長率(%)*3	9.2
失業率(%)*4	4.3 (00年)
高齢化率*5	4.8
平均寿命(男)*6	61
平均寿命(女)*6	63

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 UN, Statistics and Indicators on Women and Men

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

健康問題に対応できる態勢は整っていない。健康に対する権利はインドでは第一義的に重要な権利である。

インド政府が高齢化に関心を示すようになったのは、1990年代に入ってからである。1999年1月に発表された「高齢化に関する国家政策」(NPOP)は政府による初の高齢化対策の一つである。NPOPは、政府内及び政府・非政府機関のセクターを越えた協力体制に向けた広範な枠組みを示すものである。特に、高齢者福祉のための多くの介入分野—経済的安定、保健医療・栄養、住居、教育、福祉、生活と財産の保護などを定めている。NPOPでは、ユーザーフレンドリーで価格も手頃なサービスを提供するうえで、政府の取り組みを補完するNGOの役割も認めている。また、プロダクティブ・エイジングを推進する必要性を認識する一方で、公的社会保障とは別に、高齢者にとって欠かせない家族の重要性も重視している。

■ 政府の取り組みの検証

NPOPをめぐる重要な点の一つは、この政策が高齢者組織との十分な協議を経ずに策定されたことである。同様のことは、議会に提出された新法案「高齢者の扶助、ケア、安全」についても言える。法案に盛り込まれた条項に関して、やはり高齢者組織との十分な協議、意見や提案の徴収はなかった。

高齢者政策の策定にあたっては、当事者である高齢者の意見を求めることが不可欠である。高齢者が参画することで政策がより実効性を持ち前向きなものとなる。

NPOPの下で、独立機関である「高齢者国家評議会」も設立された。評議会は社会正義・エンパワーメント大臣が長を務めており、高齢者対策の推進と調整が目的である。メンバーには、関連省庁及び計画委員会の代表が含まれ、五つの州が交代で評議会に代表を送っている。ま

た、非公式メンバーとして、非政府組織、教育機関、メディア、高齢問題の専門家などの代表者も参加する。

このように法案が出され、実際に評議会は設立されたものの、必要な動きに弾みがつくまでには至っていない。メンバーは会議に出席して、政府の説明を聞くだけで終わってしまう。評議会に実質的な権限はない。

評議会がより積極的に関わる必要があるとあり、州レベルでも高齢化を扱う評議会や諮問委員会が設立され、メンバーには国や州の高齢者組織の幹部が参加すべきである。これにより、高齢化政策の策定プロセスに当事者である高齢者に参画させることができる。

インドの高齢化政策のもう一つの欠点は、州レベルの政策が策定、実施されていないことである。2、3の州を除き、大半の州は高齢化政策の案すら存在しない。ヒマチャル・プラデーシュ州はかなり初期の段階に高齢化政策を策定し、この政策を基礎に上述の中央政府の法案が起草された。このように各州が独自の法案を起草し、高齢化政策を策定することが必要である。

NPOPに関して最も修正が必要な部分は、条項の実施のための予算がないことである。予算が充てられなければ、政策は骨抜きになる。また、NPOPには条項実施の権限を持つ機関もない。この点においても政策には実効性も有用性もない。さらに付け加えれば、条項の不実行、不履行の場合の罰則も定められていない。

インドには社会保障制度がないことから、老齢年金や経済援助に関しても重視する必要がある。NPOPはインフォーマル部門も含めた包括的な観点から、この問題に対処しなければならない。

7 from SOUTH AFRICA ILC南アフリカ

モニカ・フェレイラ

ILC南アフリカ理事長

■ 背景

アパルトヘイト政策が実施されていた南アフリカは世界で最も人権侵害のあった国の一つである。高齢者はアパルトヘイト政策が存在したこの国で生き、多くの人々が民族差別、資源や機会の不平等による累積的な影響に苦しんでいる。1994年4月、本格的な民主選挙でアフリカ民族会議(ANC)が勝利した。新政府は直ちにほぼすべての分野の法律の見直しと改革に取り組み、1996年、進歩的な憲法と権利章典を採択した。

憲法及び権利章典には国際的な人権規約・条約に沿って、市民的・政治的権利(CPR)、経済的、社会的及び文化的権利(ESCR)が盛り込まれている。憲法は年齢差別を禁止しているが高齢者の権利についての定めはない。

ESCRは、南アフリカが達成すべき社会経済的権利を網羅している。現在の戦略計画は社会経済開発を組み込んだマクロ政策的な観点からのサービス提供で、持続可能な開発の推進と不均衡の是正をめざしている。

高齢者の権利擁護に関しては、新法(「高齢者法(2006年法律第13号)」)が制定されたが憲法及び法の規定と慣行には依然、隔りがある。高齢者はどの省の戦略にも課題として取り上げられず、貧困、開発、HIV/エイズ、その他の国家的課題の中でも触れられていない。高齢者の権利の実現の主な障害は財源不足にあるが、この課題に優先的に予算を配分すべきである。

憲法上の人権の実現を責務とする南アフリカ人権委員会(SAHR)は、平等に関して一部に進展があるものの人間開発では深い格差—富裕層と貧困層、黒人と白人、高齢層と若年層、都市と農村—を指摘している。

■ 高齢者と人権

南アフリカ国民の大多数は貧しく弱い立場にあり、保護とサービスの提供が必要である。精神的な充足感、自由、物質的保障を享受するためには、CPRとESCRが尊重

されなければならない。国は試験的ながらも、非拠出型の老齢社会年金で社会的保護を提供している。受給資格年齢は女性が60歳以上、男性が65歳以上で、毎月およそ120米ドルの年金を受け取る。ほかに、公立の医療施設での費用が無料あるいは減額となっている。

問題はその他の部分が二の次にされることにある。

「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」(2002年)とアフリカ連合の「高齢化に関する政策枠組みと行動計画」(2003年)は高齢者の権利と利益を促進するための包括的な枠組みを示し、政府は両計画の提言の実施で一定の成果を上げた。しかし、民主化後の何年もの間、ロビー活動、法改革、社会動員、訴訟、立法プロセスの大半は高齢者に関心を払わなかった。1990年代終盤に、自宅や地域社会、介護施設での高齢者虐待がメディアに取り上げられ、2000年に内閣調査委員会の報告で数々の事例が明らかとなった。この報告は社会的良心を喚起し、高齢者権利擁護のための特別法の制定につながった。

高齢者法は、高齢者の権利擁護と地域社会の仕組み構築のための枠組みを示した。目的は高齢者の福祉と安全を守り、利益を促進し、地位を維持することにある。この法は高齢弱者の窮状に対処して、特に虐待を禁止し、啓発教育を通じて高齢者の福祉と社会統合を推進するプログラムやサービスを奨励することもめざしている。また、サービス利用者としての高齢者の権利擁護と、国の助成による居住型介護施設の規制を定めている。

高齢者福祉に責任を持つ社会開発省は、高齢者の尊厳、安全、社会参加の保障に一定の成果を出しているが、開発プロセスに参画しその恩恵を共有する権利は前面に出されていない。高齢者は依然として開発人材ではなく、福祉の受け取り手、“重荷”、または希少な資金の流出原因と見られてはいるが、家族や地域社会に対する貢献は徐々に認められはじめている。

高齢者の権利推進のためにSAHRCが2005年に設立した

■南アフリカ

推計人口(100万人)*1	46.9
面積(1,000km ²)*2	1,221
国内総生産(10億米ドル)*3	248
一人当たりGDP(米ドル)*3	5,133
経済成長率(%)*3	3.4
失業率(%)*4	25.5 (07年)
高齢化率*5	4.0
平均寿命(男)*6	47
平均寿命(女)*6	49

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

「南アフリカ高齢者フォーラム」もある。

SAHRCは「政策の方向性」を作ることに成功したが、高齢者の環境は大きく改善しているとは言えない。

■ 主要課題

南アフリカは、低開発、貧困、失業、HIV／エイズの影響などの課題に直面し、高齢者の権利の実現は遅れている。さらに、多くの高齢者が若年層の農村部から都市部への移住の影響を受け、親類を頼って都市に移住しても疎外される。特に高齢女性は不在の両親に代わる孫の世話で負担が増え、HIV／エイズの人の介護もある。多くは劣悪な住宅環境で、医療サービスをなかなか受けられず公立の医療施設での治療に不満も多い。多くが家族の世話が負担であり人権の侵害であると考えている。

高齢弱者に対する制度面での対応は、社会保障を除き、十分ではない。現在の医療制度は、HIV／エイズや結核に対処する必要性、慢性的スタッフ不足、仕事への意欲低下、不十分な資金配分といった面で試練を抱えている。不備は、経験ある保健医療従事者の不足、病院の医薬品不足、治療の長い待ち時間、劣悪なインフラ、患者の権利の軽視などにある。医療政策は子どもと母親のケアが優先され高齢者の医療ニーズは無視されている。

高齢者の権利が脅かされている他の分野に男女の機会均等がある。アフリカでは土地相続に関する高齢女性の権利が概して侵害されており、虐待、暴力、搾取の危険もある。女性の権利は法制度で守られているが、農村部では、男性優位の部族の慣習法、固有法、慣習で非道な行為を受けやすい。高齢の寡婦は男性の親族によって夫の家や土地から追い出されることもある。

年齢差別は憲法上違法だが、高齢者は多くの分野で差別を受けている。一例が、60～65歳もしくはより若い年齢での定年である。高齢者には職場に残るチャンスは事実上ない。現在、60～64歳男性の年金の受給資格年齢からの

除外の違憲性が問題となっている。裁判所は規則及び行為が差別的だと宣言するよう命じたが、担当大臣は異を唱えている(若年男性の年金コストに見合う予算増を望んでいない)。一方、人権団体は男女での社会保障給付の区別に正当性はないと主張している。

■ 変化と仕組みの必要性

高齢者の権利を擁護する進歩的で包括的な法体制はあるが、予算配分では子どもや若者に比べ、高齢者は優先度が低い。制度上の調整と主要政策の変更が必要である。高齢者にはいまだ組織的な力は—効果的な形では—ない。南アフリカ高齢者フォーラムは主要な利害関係者としての高齢者のための基盤というよりは高齢者のための非政府組織の連合体である。しかし、フォーラムは多様な組織、関係者、利益団体、政府、市民社会団体を集約し、一つの組織として発言、対話、ロビー活動、政策転換及び法改革の推進、高齢者への影響の監視を行っている。

NGOの運動は、権利のための新たな義務と行動を政府に課すことができる。これまでの高齢者の状況の改善はNGOの取り組みによるところが大きかった。この分野での変化にNGOは効果的な役割を担っている。

NGO、政府、高齢者は、人権文化の醸成と高齢者の状況改善、より公平な社会の構築、高齢者もプロセスに含めた開発目標の達成に向けた変化を協力して実現する主要なアクターである。SAHRCは高齢者の権利の擁護、構築、実現の推進、権利の遵守状況の監視、評価においてこれからの中心的な役割を果たし、高齢弱者に対する義務と約束を実現するために政府に助言を行っていく。

執筆者は、2006年5月30日～6月2日にデンマーク・コペンハーゲンで開催された世界高齢者団体連盟 第8回世界会議でSAHRC委員長ジョディー・コラベン氏が行った基調講演「Developments in South Africa Located in an African Context: Bridging the Divide between North and South」を一部参考にしていく。

リア・スザナ・ダイチマン

ILCアルゼンチン理事長

■はじめに

国連の各条約及び1991年の高齢者のための国連原則における人権は、公平な政策と慣行を構築するうえでの枠組みを示している。しかし、途上国を中心とする何百万人もの高齢者は、依然として権利を否定されている。彼らは孤独、貧困、暴力、虐待を経験しているほか、医療、教育、司法の利用も限られている。安定収入のない高齢者は、自分のため、そして家族を養うために低賃金や過酷な仕事を余儀なくされることさえある。

ジェンダーに関しては、高齢女性は超高齢者や最貧困層の中でも特に不利な立場にあり、“不可避の介護者”と見なされている。高齢女性は寡婦、低学歴、栄養不良になる確率が高く、サービスの利用も限定的である。若い時期に仕事をしていても、老後を暮らせるほどの資金がほとんど残らないことも多い。

高齢化は男性、女性それぞれに違う影響を及ぼす。それは生涯にわたる役割の違いにあり、高齢期における経験の違い、ニーズの違いにつながる。

女性は男性に比べ、低い地位に置かれることがある。これは栄養状態の不良に結びつき、教育機会の制限、性的暴力・身体的虐待のリスク上昇、意思決定プロセスからの除外にもつながる (Ageways 59, 2002)。ジェンダー問題に対処しない政策やプログラムは不公平を助長する。

先進国、途上国ともに、構造上の不平等は低賃金、高失業率、質の低い医療サービス、男女差別、教育の機会の不足を招き、高齢者の地位低下の一因となっている。

調査したアルゼンチンの高齢者をはじめ、多くの高齢者は、少なくともラテンアメリカの途上国の大半では“社会的な虐待”が最も多いと考えている (WHO-INPEA, 2002)。

■社会的な虐待

社会的な虐待とは、適切な医療・社会政策の欠如、現行法の不適当な実施や不履行を指すほか、社会、コミュ

ニティ、文化における基準によって高齢化が否定され、悪いイメージとなり、結果として高齢者に損害や苦痛を与えることも指す。差別、疎外化、社会的排除と表現される (INPEA Latin American, Chile, CEPAL-CELADE, 2003)。

人権の侵害は、健康に深刻な影響を及ぼす場合もある。脆弱性と不健康が与える影響は、人権の尊重、擁護、実現のための対策によって軽減することができる。

対策は、健康に関する多くの課題と結びついている。具体的には、複合疾患の予防と治療、安全な水と適切な衛生設備の利用、医療に対する信頼、教育と健康情報、必須薬の確保のほか、超高齢者、マイノリティ、難民、障害者など、疎外され、弱い立場にあるグループへの対応などである。

今から50年以上前の1948年、当時の大統領夫人であったエバ・ペロンはブエノスアイレスで初めて「高齢者のための人権」を打ち出し、推進した。

■アルゼンチンの高齢者の人権のための具体策

1 ● 社会開発省「高齢者のための社会政策戦略」ブエノスアイレス市の取り組み

- 70歳以上のすべての高齢者に対し、現役時代に拠出する公的高齢年金のほかに、適切な社会保護及び最低所得を保障する (2005年より)。これによって、高齢者の貧困率が32.8% (2002年) から17.3%に低下した。
- 高齢者が利用しやすい、無償の医療を提供する (2005年より)。
- 国家栄養プログラムを貧困である妊娠中の女性や子ども、60歳以上の高齢者を中心に実施する (2003年より)。
- 高齢者差別及び暴力に終止符を打つことに努める (1998年より)。「差別・外国排斥・人種差別国立研究所」の最近の調査 (2007年3月) によれば、差別の84%、暴力の62%が高齢者に対するものであった。
- 介護者としての高齢者を支援する (2001年より)。

■アルゼンチン

推計人口(100万人)*1	38.6
面積(1,000km ²)*2	2,780
国内総生産(10億米ドル)*3	216
一人当たりGDP(米ドル)*3	5,528
経済成長率(%)*3	8.0
失業率(%)*4	8.7 (06年)
高齢化率*5	10.0
平均寿命(男)*6	71
平均寿命(女)*6	78

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

- 安全性の高い環境、適切な施設、居住環境を手にする権利を保障する(正式には2006年より)。
- 年齢を問わず、融資、雇用、訓練・教育制度を利用できるようにする(2003年より)。
- 高齢者の地位を向上する(2002年より)。
- 権利擁護活動を支援、強化する。

高齢者が生産的で社会的な能力を持ち続けられるような支援は、地域福祉、社会の一体性、経済生産性の点ですべての年齢層に大きな効果がある(Help Age, 2002)。

2 ● 高齢者による人権主張のための政策の強化・修正

- 適当な時期に、高齢者に自身の権利について教育、情報提供を行うとともに、援助が必要になった時に、サービスや適切な機関を容易に利用できる方法を教える。
- 優れた権利擁護活動への参加を保障し、高齢者に関する情報とサービスを最新のものに整備する。
- 連邦高齢者評議会を設立する(2003年)。
- アルゼンチンをはじめ途上国は、食料、住まい、経済保障、医療といった基本ニーズを満たすことで独自の総合政策を策定する必要がある。
- 自助プログラムを作るために、高齢者と協力しながら、虐待行為の非合法化、社会交流を促すコミュニティープログラムの導入、新たな社会ネットワークの確立、団結と社会支援の促進を図る。
- 資金の重複や浪費を減らし、信頼の強化に努め、適切で信頼できるサービスを実施するために、関係各機関が連携し、協力する必要がある。
- 高齢者の権利の推進は、個人、家族から国際社会へと、さまざまなレベルで行うことができる。しかし、高齢者権利の実現を可能にする環境を整えるのは政府の責任である。そのためには、高齢者の権利が憲法、法律、予算に盛り込まれていることが大切である。

高齢者が上記の権利に関連するサービスと資格を手にするための具体的な方法が、国の政策枠組みに盛り込ま

れ、予算配分される必要がある。これが社会保障や貧困削減策の強化につながる。

ここで、以下の文言をあらためて思い出してみたい。

第2回国連高齢化に関する世界会議(2002年、マドリッド)政治宣言第5条

あらゆる形態の暴力、虐待、ネグレクトを廃絶し、民主主義の促進、人権と基本的自由の保護・推進のためにいかなる努力も惜しまないことを再確認する。

- 高齢者は、充足感があり、健康かつ安全で、しかも経済、社会、文化及び政治の分野にも積極的に参加できるような生活を送ることができなければならない。
- 各国政府代表は、年齢及びジェンダーを含むあらゆる形態の差別の廃止に取り組み、高齢者虐待・酷使に対処する支援サービスを充実させることを約束した。
- 人間はすべて、否定的な固定観念なく、尊厳を持った生き方が促進されなければならない。
- 各国政府が高齢者虐待の防止、発見、介入のための国の総合戦略と対策を策定し、予算を配分するよう奨励する。
- 政府は「高齢化に関する国際行動計画」の実施に第一義的な責任があり、地方や中央の政府機関、国際機関、高齢者及びその団体、NGOや民間組織を含む市民社会組織と実効的な連携体制を築くことが欠かせない。

国際行動計画は、世界の急速な高齢化を大きな問題、大変な不運ととらえるのではなく、21世紀の壮大な挑戦と達成ととらえ、あらゆる部門において、姿勢、政策、慣行の変化を強く期待し、求めている。

そして、私は世界の高齢者には非常に大きな可能性がある、と強調したい。

ゲル・ティエレン

ILCオランダ専務理事

■ はじめに

オランダでは伝統的に、広範な社会的セーフティネットのための法律を制定してきた。なかでも特徴的な二つの制度は、三本柱の年金制度と就労不能保険である。

非差別と機会均等の原則は1960年代に定着した。最初はジェンダーを中心としたが、1990年代に民族、障害、年齢、性的指向にまで広がった。欧州連合がアムステルダム条約に年齢や障害を含む非差別条項を盛り込んだのは1997年で、欧州指令第78号が2000年にあり、オランダでは「雇用における均等待遇法」が欧州内でも早く2004年5月1日に発効した。

■ 法の適用範囲

「雇用における均等待遇法」は包括的な法律で、募集、採用、任命、雇用仲介、教育・訓練、昇進、解雇、雇用条件、労働条件などを網羅している。求人広告での年齢制限の記載などによる差別も禁じている。また、勤続年数に言及するなどの間接的な差別も、給与、有給休暇、解雇保障に関わるため禁止である。法律は、労働関連政策（若者の最低所得の保障、夜間労働の禁止などの若年労働者の保護規則）、定年（現在は65歳）以上の合意年齢による退職、年金制度への参加もしくは脱退に関する年齢規定は合理性を認めて例外としている。

■ 調査

2006年12月「年齢・ライフコース専門センター」は均等待遇委員会裁定の中間報告を発表した。雇用における年齢差別の46の裁定の半数以上がリストラや解雇関連で、就職に関する85の裁定の3分の2は募集と採用関連であった。法廷で争われる事例は非自発的退職で年齢差別が疑われるものが多い（現役続行を望むフットボール審判員、65歳定年後も働き続けたい従業員、採用年齢制限に異を唱えたパイロット

など）。判例を論じるのは時期尚早だが、法に罰則規定がないのは欠点である。

■ 社会保護

オランダは社会保護の分野では比較的的成功しているが、少々説明を要する。「年齢・ライフコース専門センター」によると、企業の社会支出の大半は年長層向けである。労働時間の短縮、休暇増、シフト労働の削減などである。早期退職は1990年代の若年層の失業対策の一つだったが、仕事の継続よりも離職を望むという年長従業員のネガティブイメージを生み、45歳以上の再就職率がきわめて低くなった。均等待遇法は今後、労働市場への参加を促す手段として活用される必要がある。

■ プロダクティブ・エイジング

今、一部に大きな動きが見られる。まず一つは、国内の雇用団体とボランティア団体が年長労働者への姿勢を変えたのである。フィンランドの研究者イルマリネンは、年齢を重ねるほどにすべての職種で労働能力と雇用可能性が高まると実証した。年を取るにつれて不満を常に抱くような傾向にはあるが、大半はより知的な働き方で高い生産性を維持する。そしてチームで働き、多くの場合に互いの欠点を補い合う。つまり年齢という基準は無意味である。やがて労働協約からこの基準が消え、一個人としての従業員を重視した基準へと変わるだろう。つまり、受け身からプロダクティブなエイジングへと変わる。年金制度などはもはや障害とはならず、労働市場は年長労働者にとって活力に満ちたものでなければならない。

■ 治療から予防へ

もう一つは、治療から予防への移行である。病気や就労不能にならず生産的な活動を続けて健康に年齢を重ね

■オランダ

推計人口(100万人)*1	16.3
面積(1,000km ²)*2	42
国内総生産(10億米ドル)*3	664
一人当たりGDP(米ドル)*3	40,535
経済成長率(%)*3	3.0
失業率(%)*4	5.0 (05年)
高齢化率*5	13.9
平均寿命(男)*6	77
平均寿命(女)*6	81

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

るためにプライマリーケアと労働衛生サービスの課題は多い。オランダの社会保障制度は病気や障害の際に治療や給付金を受ける権利が土台で、社会保障費の高騰に加え、多くの労働者が就労不能となっている。人権と“適切な保健医療”の論議は、予防医療を受ける権利、予防を目的とした医療に力点を置く必要がある。ILC英国の「健康リテラシー」(幼児期の教育から老年医療の知識まで)の考え方は重要である。同様に就労能力の維持をめざすフィンランドのワーカビリティ・コンセプトもある。ILCオランダもこの分野で積極的に活動している。

■ 世代分離から世代統合へ

人々の社会参加の権利を尊重することは、場所、機会、自由をすべての人に与え、年齢の多様性と良好な人間関係が標準となることを意味する。これは、政治、文化、メディアにも反映され、基本原則としての多様性は他の分野にも適用される必要がある。高齢者のための“シルバーシティ”を作ろうと考えることもできるが、こうして分離することは解決策になるだろうか。多世代がいる住宅地では、互いの弱点を補い、若さや老いから来る問題は地域内で対応可能となる。これは、ケアや社会参加、時間の過ごし方といった分野での情報通信技術 (ICT) を利用したソリューションや世代間の文化移転を促す政策でも同様のことが言える。

1950年代以降、高齢者住宅や介護施設の建設が進み、多くの高齢者がそこに住んだ。しかし現在、コスト増や自宅で自立した生活を願う高齢者によりこの体制は行き詰まっている。将来は高齢者の在宅介護が増え、大規模施設は小規模の施設に替わるだろう。変革の時を迎えている。従来の公共集合施設は民間市場に道を譲り、国の健康保険制度が主要な役割を担うであろう。公共施設は減少傾向で、ケアの官民双方のコスト負担に新たな方法

が出てきている。

2002年の国連の「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」には重要なメッセージがある。「高齢に至るまでの健康と福祉の増進」と「活動可能かつ支援的な環境の整備」である。後者は家族やインフォーマル介護者の役割を前提としている。その“介護力”を観察することは、介護の質とコスト管理に重要である。日々の些細な出来事の中で早めに問題を見つけ出し、予防的措置を取ることが必要である。

■ 終末期問題

オランダでは2002年に「耐えがたく改善の見込みのない苦痛」にある状況で生命を終結させる医師の行為を定める法律が発効した。医師の介入は、慎重な医療の条件を含め基準が明確に満たされた場合で、病気の状況と治療の可能性について十分な説明を受けて理解した患者の自発的な熟慮の上の要請であれば認められる。また、独立した立場のもう一人の医師が患者を訪問し、慎重な医療の条件を満たしていることを書面で確認する。生命終結の措置には細心の注意を払い、自治体の検死官と地域審査委員会への報告が義務づけられている。要件を満たさない医師には懲罰手続きが取られる。

この法律の目的は以前から行われていた「生命を終結させること」を公にし、終末期の患者の意向に応じることである。他国から思われている印象と違い、この適用を求める高齢者は非常に少ない。これは緩和ケアに努力が払われてきたため、適切な緩和ケアがあれば自発的に生命を終える必要はない。

まとめると、私たちが支持する人権の結果としての社会を論じる場合、予防医療の考えが優勢になってくる。ここに医療サービスとILCが活動すべき分野がある。

【主要参考文献】

- I. Kickbusch, S. Wait, D. Maag, P. McGuire, I. Banks: Navigating Health: The Role of Health Literacy, ILC-UK, September 2006

サラ・カーメル

ILCイスラエル理事長

■ 背景——価値観と主義

イスラエルが国家として誕生したのはホロコーストを経た1948年である。以後、ユダヤ主義と民主主義、社会主義が道徳的・社会的指針である。つまり、安息日の労働禁止や親に対する子の義務などのユダヤの伝統。政治的権利、財産権、プライバシー権、自己決定権、身体に対する権利、生活の質と尊厳の権利などを普遍的に保障する西欧のリベラルな憲法がある。そして普遍的社会保障、老齢年金、国民健康保険、介護保険などの社会民主主義の福祉国家の法律がある (Shachar, 1995)。

■ 高齢者にとって重要な意味を持つ法律

● 社会保障

イスラエルには国民のための社会保障制度がある。すべての高齢者 (男性70歳以上、女性65歳以上。所得により男性65歳以上、女性60歳以上) には年金受給資格が与えられる。最低年金額の月額約400米ドルのみで生活する高齢者世帯に追加の経済援助がある。一部のホロコースト生存者にも経済援助がある。新規移住者を中心に、高齢者は比較的貧困にあることが多く、2005年末時点で27%が追加的経済援助を受けている (Mashav, 2006)。この制度は貧困削減に貢献しているが、低所得の高齢者は厳しい状況に置かれている。

● 保健医療

保健医療制度は、社会主義的な考え方が土台でニーズに応じた医療サービスを受け、支払いは各人の経済力による。医療制度は国によるものが中心で人口の94%がその対象である。財源は給与所得累進税と一般税である。

1995年、「国民新保健医療法」(NHCL) が成立した。全国民が被保険者で、入院、救急サービス、投薬を含めた医療サービスパッケージを受ける資格が与えられ、五つの疾病基金がサービスを提供する。全国民は健康税を納める。納付金は国から疾病基金に移され、支出額の3割以上が1割の65歳以上の高齢者に配分されている。

NHCLは多くの成果を生んだが、医療費は依然として高く個人の支出額は増加している。医師も患者も医療パッケージ外治療の費用問題を多く抱えている。しかし、国民は、貧困層を中心に医療サービスが制限される新たな保健医療パッケージには否定的である。

1988年には「地域長期介護保険法」が制定された。同法で、日常生活に支障がある高齢者が身の回りの世話や家事をホームヘルパーに頼むことができる。在宅サービスは週15時間までで、多くの高齢者にとって不十分である。サービスはデイケアセンターでも行われる。

国民健康保険法もNHCLも十分ではない。たとえば、歯科治療は高額で国民健康保険法の対象外である。

未解決の重要課題に長期介護がある。責任、所有、種類、資格要件、財源で重なるサービスが官民に多数存在し重複や分断があり利用機会を減らすことになっている。

1989年制定の「高齢者法」は、高齢者の地方税減額、文化行事のチケットや公共交通の割引などを定めた。1993年の「介護休暇法」は家族を介護する従業員を保護し、親の病気による退職の場合でも退職金の全額支給を保障し年に最長6日の有給休暇を認めた。

● 人権

建国後最初の10年は、経済・治安の対策、社会制度確立、ホロコースト生存者や貧困者の受け入れが課題で、1962年に至り「法的能力と後見人に関する法律」、1966年に「保護される者の擁護に関する法律」が成立した。

「法的能力と後見人に関する法律」は、保健福祉当局による後見人の指名を含め自立が困難な人々の利益を図る手段を提供した。「保護される者の擁護に関する法律」は、高齢者に明確に言及した初の法律で福祉担当者が高齢弱者の生活に介入することを認めた。この二つの法律は、子ども、知的障害・精神障害のある人、高齢者への対応で、福祉当局や医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門家に強い権限を与えている。この2法は自立と自由を重

■イスラエル

推計人口(100万人)*1	6.9
面積(1,000km ²)*2	22
国内総生産(10億米ドル)*3	140
一人当たりGDP(米ドル)*3	20,601
経済成長率(%)*3	5.0
失業率(%)*4	8.7 (06年)
高齢化率*5	9.9
平均寿命(男)*6	78
平均寿命(女)*6	82

*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

*2 UN, Demographic Yearbook 2005

数字はイスラエルが併合した東エルサレム及びゴラン高原を含むが、この併合は我が国を含め国際的には承認されていない。
(外務省HP「各国地域情勢」より)

*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

*4 外務省「各国・地域情勢」

*5 UN, Demographic Yearbook 2005

*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

視せず、父権主義に過ぎるとして批判されてきた (Doron, Alon & Offir, 2004)。刑法修正第26条 (1989年) では、高齢者虐待行為が刑罰の対象になると初めて明確に規定した。「家庭内暴力防止法」(1991年) では、専門家が虐待やネグレクトから保護することを保障している。しかし経済的搾取などの虐待行為は全くあるいは一部しか対象としていない (Doron, et al., 2004)。

1990年代には人権に関する二つの法律が成立した。一つは1992年の「基本法：人間の尊厳と自由」で「すべての個人はその生命、身体、及び尊厳を守る権利を有する」(第4条)とした。個人の自律と人間の尊厳、身体の完全性、プライバシーに関する権利はこの基本法に由来している (Shalev, 2000)。

もう一つは1996年の「患者の権利法」である。同法は個人の自立、プライバシーを含む人間の尊厳と自由の権利の原則を述べ、患者の明確な同意がない医療は、犯罪と見なされることもある。また特に高齢者に不足しがちな医師と患者の自由な意思疎通を保障している。

「終末期医療法」は2006年12月に制定された。同法は事前指示書にある患者の信条、希望に沿った尊厳死を認めた。同法は終末期医療のジレンマについて公の対応を望む世論に呼応したものである (Carmel, 1999; Carmel, 2002)。イスラエルの医師は死と臨終や延命治療に関して患者と話し合うことはまれであった (Carmel, 2002) が、患者や家族との協議なしに延命を控えることは行われていた (Carmel, 1996; Sonnenblick, Gratch, Raveh, Steinberg & Yinnon, 2003)。

国民と高齢者の大多数は、終末期医療に関する患者と医師との率直な話し合いを望んでいる (Carmel, 2002)。つまり、終末期医療は、医師、患者、家族の個人・宗教的性格に左右される (Carmel, 1996; 2002; Wenger & Carmel, 2005)。終末期医療の実施には医師の姿勢と慣習の変化が必要であり根づくには時間を要するであろう。

■ 必要な改革

イスラエルには高齢者を含むすべての国民の安全、尊厳、プライバシーに関してリベラルな法律がある。問題は人権法の整備ではなく、現行法の定着化の手段と仕組みである (Doron, et al., 2004)。取り得る仕組みの一つは、政府及び施設の実務指針の対象範囲をサービスを提供する専門・非専門介護者に広げることである。指針には高齢者の地位向上の具体策、介護者の法遵守奨励のインセンティブ、フォローアップも盛り込むべきである。

さらに、長期介護の未解決のニーズに対応するため、現行法の修正も必要である。たとえば、長期介護をサービスパッケージに加えれば介護の断片化やサービス機関の重複を減らすことができる。また、施設での虐待や金銭面での虐待も現行法に加えれば、あらゆる虐待、ネグレクトを対象とできる。これにより高齢者をより効果的に保護し、高齢者は積極的に権利を主張できることとなりイスラエルの高齢者の生活の質が高まることになろう。

【主要参考文献】

- Carmel, S. (1996). Behavior, attitudes, and expectations regarding the use of life-sustaining treatments among physicians in Israel: An exploratory study. *Social Science & Medicine*, 43, 955-966.
- Carmel, S. (1999). Life-sustaining treatments: What doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. *Social Science & Medicine*, 49, 1401-1408.
- Carmel, S. (2002). Euthanasia: Attitudes, wishes and behavior of the public, patients and physicians. *Harefuah: Journal of the Israel Medical Association (Hebrew)*, 141, 538-543.
- Doron, I. (2004). Aging in the shadow of the law: The case of elder guardianship in Israel. *Journal of Aging and Social Policy*, 16(4), 59-77.
- Doron, I., Alon, S. & Offir, N. (2004). Time for policy: Legislative response to elder abuse and neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(4), 63-82.
- Mashav (2006). *The elderly in Israel: Statistical abstracts*. Jerusalem: Brookdale Institute & Eshel.
- Shachar, Y. (1995). History and sources of Israeli law. In A. Shapira, & K.C. DeWitt-Arar (Edts), *Introduction to the law of Israel* (pp. 1-16). Boston: Kluwer Law International.
- Shalev, C. (2000). Paternalism and autonomy in end of life decision making: The Israeli Formative ambivalence. *Israel Yearbook on Human Rights*.
- Sonnenblick, M., Gratch, L., Raveh, D., Steinberg, A. & Yinnon, A. (2003). Epidemiology of decision on life sustaining treatment in the general internal medicine division. *Harefuah: Journal of the Israel Medical Association (Hebrew)*, 142(10), 650- 653.
- Wenger, N.S. & Carmel, S. (2005). Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(5), 335-343.