

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

\*<sup>1</sup> UN, Estimates of Mid-year Population 2005

\*<sup>2</sup> 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)

\*<sup>3</sup> UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

\*<sup>4</sup> 外務省「各国・地域情勢」

\*<sup>5</sup> UN, Demographic Yearbook 2005

\*<sup>6</sup> 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.