

者層についてみるとその間234ドルから225ドルへとわずかではあるが減少している。

(6) では一体老人医療の中でメディケアのしめる割合はどの程度であろうか。1967年にはじめて実施された時には高年齢者層の医療支出の32%にすぎなかったが、1969年には45%にまで増大している。しかしその後、施設利用の引き締めや開業医に対する償還のサービスを引き締めたことが効を奏して、1970年と1971年にはそれぞれ42%に低下していることが注目される。

(7) 医療支出の内訳をみると、年齢階層によってその構成は大きく異なっている。19歳以上の年齢層では病院医療支出が最も多く、19歳未満の層では開業医に対する支払が最も多い。

(8) 医療支出の増大には、人口増加、物価上昇、1人当りの医療需要の増大、より高価な技術の発展、などの理由が考えられる。1967年から1971年までの1人当りの医療支出の年増加率は、年少者層で10.9%、中間年齢者層で9.1%、高年齢者層は13.0%であった。またその間の物価上昇を考慮にいれて実質伸

び率を算定すると、それぞれ4.1%、2.4%、6.1%であった。この医療費の実質上昇率は、1人当りの医療需要の増大と高価な技術の発展とを反映したものである。

B. S. Cooper and N. L. Worthington, Medical Care Spending [for Three Age Groups, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 5, May 1972, pp. 3-16.

(一圓光弥 健保連)

## 老人福祉計画への地方の参加



### — 国連ヨーロッパ・セミナー勧告 —

(西ドイツ)

1971年11月西ドイツの Gummersbach において、国連ヨーロッパ社会福祉部主催の老人福祉計画に関する一連のセミナーが開かれた。ヨーロッパの大部分の国が代表をおくり、高い水準の会議であったと伝えられるが、主眼点は、広い意味の老人福祉政策の介入の方法に対する科学的な基礎を提供することにあつたようである。

以下は、セミナー参加者によって採択された勧告である。

(1) 老人1人1人の人格に関わる諸権利は保障されなければならない。そのためには

援助を拒否する権利をも含めて、老人が最大限自由に選択できるように、あらゆる種類のサービスが、十分組織された上で提供されなければならない。

(2) 老人は、常に社会にとって絶対不可欠の存在でなければならないし、またそのような存在として受け入れられなければならない。このことが実行できる社会であれば、当然、老人のためのサービスは、老人を地域社会の外に追いやったり、地域社会から分離させるのではなく、むしろ地域社会の中で積極的に生活させることを目的とし

なければならない。どのようなサービスでもその基本的な目的は、老人をできる限り社会の積極的で独立した成員であり続けるように援助することである。

(3) 老人のための事業計画は、全国的なものであれ、地方的なものであれ、老人1人1人がもっている様々なニーズに応じたものでなければならないし、同時にそれは地域社会の全ての成員や全ての世代集団のための地域福祉計画の中で、不可欠の一分野として実施されなければならない。

(4) 老人の自助組織は、積極的に奨励され、援助されなければならない。そのためには、物的資源の提供だけでなく、老人たちがそのような形で組織化していくのを側面から援助したり、彼らのニーズや願望を関係当局や一般国民に訴える際の橋渡しをするコミュニティ・ワーカーの技術的なサービスが必要となるだろう。

(5) 政策決定のすべての段階に、そしてまた事業の実施段階にも、老人自身が参加し、できればそれに応じた責任が果せるような働きかけがなされなければならない。

(6) 老後の生活に見合う十分な所得は、基本的なものであり、高い優先順位をもたなければならない。無料の、即ち公的に与えられる財やサービスは、現状ではそれを受ける者に歓迎されているが、他方ではそれはひとつの差別を形づくっているのであって、全ての老人に生活に、見合う十分な所得を得させることをめざす経済政策に代わるものとしては受け入れられない。

(7) 新築であれ、改造であれ、老人向きの様々な住まいは、基本的に必要なものである。必要な住まいのタイプは、個々人が夫々異った時点でもつニーズに応じて変化するだろうし、とくにその時点で利用できるサービスや、実際に提供されるサービスの種類や量に応じて変化するだろう。かくして多種多様な居住施設の提供が各地で必要となる。

(8) このほか、老人のために多様な形態の社会的、地域的サービスが提供されなければならない。それらのうち、可能なものについては既に広範なリストが出来ている。例えば、欧州協議会で設定されたリストな

ど。

(9) 老人のための医療サービスは、個々人の能力の欠損した面よりもむしろ活用できる面に重点を置いた積極的な接近方法をもたなければならない。予防的サービス及びリハビリテーションサービスは、とくに重要である。医療に従事する人は、医療・福祉サービスを提供する他の専門分野出身の人と密接な連携を保たなければならない。多数の専門分野にまたがるチーム作業を統合することが大切である。特に次の事項には特別の注意が必要である。

○早期老化の予防と老年期の病理

○一定の地方的基盤で組織される包括的な医療・福祉体系の中での巡回医療サービスの無条件的優先

○居宅医療サービスに加えて、一般病院及び老人病専門のサービス機関が提供する施設医療サービス

(10) すべての人は、若い時から、たえず老後や退職にそなえて準備しておかなければならないものである。老後のための教育や訓練の適切な方法が開発されなければならない。

ないし、この目的のためにつくられている多種多様な団体には、諸々の資源が提供されなければならない。教育の課題は老後及び退職後にまで引きつがなければならない。そこでは不断の社会参加と、社会的・文化的・娯楽的活動を通して、老人が地域社会の中に統合されることが、老人にとっても地域社会にとっても価値があるということが強調されなければならない。

(11) 適切な訓練をうけ、技術を身につけた職員を十分確保することは基本である。医療従事者、ソーシャル・ワーカー、その他に対する補足的な訓練、とくに関連の深い地域事業の面に関しての訓練のためには、基礎的な訓練コースの外に、様々な機会が提供されなければならない。それとともに自己の専門的な分野を批判的にとらえかえし、評価するという必要性にも益々注意が払われなければならない。

(12) ボランティアの補充、活動前の適切な準備、不断の支援とその活動に対するスーパーヴィジョンの提供には特別の注意が払われなければならない。また、ボランティ

アと共に仕事をする人や組織が、目的をもった十全の方法で彼らのサービスを活用できるようにその準備態勢を確立することも必要である。

(13) 提供される事業内容を改善するためには、老化のあらゆる局面を不断に研究することが必要である。現在行なわれている事業を評価するためにも、また新しい事業やサービスが、社会の変化するニーズに対してどのように適合し得るのか、またそれらの事業やサービスが何を要請されているのかを指摘するためにも、種々の方法が開発されなければならない。

(14) 専門的な関心のある人はすべて、いろいろな形のマスメディアと関係をつけ利用する方法や、P. R. の実際的な方法になじんでおく必要がある。このためには、社会事業及び他の関連分野の訓練計画の中に、P. R. をとりあつかうコースを含める必要がある。

(15) ジュネーブの国連社会福祉部は、老人のための地域福祉計画を推進する常設の作業グループを、多数の専門分野をまじえて

組織する必要がある。

United Nations Division of Social affairs,  
European Seminar on Local Participation  
in Programmes for the Elderly, *Recommendation*.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)