

# イギリス



## 年金

イギリス男性の年金受給開始年齢（SPA: state pension age）は現在65歳であり、女性のSPAは、2010年から2018年の間に60歳から65歳まで引き上げられることになっている。

労働党政権下では、2046年までの間でSPAを段階的に68歳まで引き上げる施策を実施し、現政権は、赤字削減計画の一環として、SPAを66歳に引き上げる時期を男女ともに2020年に前倒しすることを決定した。近い将来には、より短い期間でSPAを70歳に引き上げる計画が発表される見込みである。

公的年金の財源不足の問題は、寿命の伸びだけでなく、前政権が国民保険の保険料に関する規則を緩和し、公的年金の利用機会を拡大したことも要因になっている。

緊縮財政のもとでは、公務員の年金制度（教師、国民保健サービス（NHS）、警察職員向けなど）も維持不可能とみられている。公務員向けの年金制度のほとんどは「標準定年」を60歳に設定しているが、労働党政権下で労働・年金大臣であったのジョン・ハットンを委員長にした有識者諮問会議では、これを65歳まで引き上げる提言を行った。

政策立案者はさまざまな理由を挙げてこうした改正を正当化しているが、その改革の背景にあるのは平均寿命の伸びである。地理的要素や所得水準などによって、平均寿命に格差が生じるという懸念もあるが、一般的には寿命の伸長に合わせてSPAを引き上げるのは公正である、という国民的コンセンサスが得られている。

また、公的年金の資金源を確保するためにさらにSPAを引き上げるべきだとの考えは、近年超党派で意見が一致しているが、SPAの改革加速に向けた最近の決断は、単なる財政赤字対策と見られ、改革の公正性を疑問視する向きもある。特に労働組合は公務員の年金改革に強く反対を主張している。

イギリスのSPAは、「法定定年年齢」（DRA: default retirement age）としばしば混同されることがあるが、DRAは現在65歳に設定されている。これは、労働党政権が2006年に年齢差別に関するより厳しい法律の施行と併せて導入したものだが、現政権はこれを2011年から段階的に廃止することを決定した。高齢者団体はこの法律が基本的に差別であり、またいうまでもなくSPA引き上げの取り組みと矛盾すると主張してきた。

総人口		62,036 (千人)
平均寿命 (2008)	男性	77.4 歳
	女性	81.6 歳
高齢化率 (65 歳以上)		16.6 %
合計特殊出生率		1.94



## 家族

イギリスでは、若者と高齢者の間の理解不足について懸念が高まっている。この懸念は、2011年8月イングランド各地の主要都市で起きた暴動の後に増大した。参加した若者の怒りは世代間関係の崩壊に端を発したと言われており、これは若者と高齢者の間の相互理解不足の徴候の一端を示すものである。

イギリスでは、異世代と同居している高齢者は少数派であることが示されている。2008、2009年度に行われたEnglish Longitudinal Study of Ageing「イギリスの高齢化に関する長期研究」では、50歳以上高齢者のうち孫と同居している割合はわずか2.4%である。また、50歳以上高齢者(そのうち11.4%は65歳以上)の27%は子どもの1人と同居している。イギリスの他の地域(ウェールズ、スコットランド、北アイルランド)の状況が明らかにされていないので、これは、単なる傾向を示すに留まる。

しかし、子どもと同居している割合は年齢層によって大きく異なり、50～54歳の高齢者の59%が子どもと同居しているが、反対に70歳以上では、10%に満たない数字で、それは70歳以上のどの年齢層でも大きな違いはない。

イギリスでは、この40～50年の間に親である期間が長くなり、子が恒久的に親元を離れる時期が遅くなっていることが、今後も世帯の構成に影響を与えることになろう。若年世代の女性ほど第一子の出産が遅くなっている。例えば、1945年生まれの女性の84%は30歳の誕生日までに出産していたが、1955年生まれの女性では73%に、1965年生まれでは62%に低下した。

一方ここ数年、実家を離れる動機に変化が見られるが、初めて離れる年齢にはほとんど変化がない。しかし現在、初めて親元をしばらく離れる時と、恒久的に親元を離れるの間は実家に戻っていると「Uターン現象」の事例が増えている。これは、若年世代の学歴が高まり、パートナーを求めない傾向が高くなっている現状を反映している。

したがって、第一子の子育て時期の年齢が上がったことと、実家を離れる時期が遅くなったことが重なり、その結果として子どもと同居する「前期高齢者」(例として50～70歳の年齢層)の割合が増加することになった。また、新たな高齢世代では、孫との同居の事例が少しずつ増加している。これは家族形態の傾向や介護負担の変化だけではなく、居住や労働市場の昨今の変化を反映するものである。



多世代・異世代の同居に影響していると思われる社会経済的要因は、データ分析では解明できない。唯一「健康」だけは、多世代世帯での居住を予測する要因となりうる。健康である高齢者の10%が子どもと同居しており、健康が優れない高齢者では13%であることから、健康が優れない65歳以上高齢者は、健康であるグループよりも同居の傾向が強いといえよう。

また、イギリスでは、どのような高齢者が多世代世帯で同居するかについては、文化的要因が大きな指標となっているようである。非白人の65歳以上高齢者は、白人の同年齢層よりも同居率がかかなり高い。また他のデータによると、インド、バングラディッシュ、中国系高齢者は、白人イギリス人高齢者と比べ、16歳以下の子どもたちと同居する傾向が特に強い。

65歳以上高齢者のおよそ3%は介護施設で暮らしている。一般的にこうした施設の形態では、家族がフォーマルあるいはインフォーマルな社会的ケアを継続して提供したり、居住費を負担することはあるが、その「必要性」はなくなる。

また、9%はspecialist retirement housing（退職者専用住宅）に居住している。この住宅では、家族がフォーマルあるいはインフォーマルな社会的ケアを手伝う事はあるが、一般的には子どもや孫と同居しない。これらの一般の、あるいは退職者専用住宅の居住者は、国によって提供される在宅ケアを受けることができるが、家族による支援でそれが補われることもある。

介護施設以外で暮らしているが、子どもや孫とは同居はせず、屋内移動、洗濯、炊事、買い物、電話、金銭管理、薬の服用などで助けを必要とする高齢者のうち、こうしたことのために子どもや孫の支援を受けている割合は5分の2に満たない。その内訳は息子より娘からの支援が多い。

イギリス政府は2010年末に、包括的な支出見直しの一環として一連の公共支出の削減を発表した。2011年の地方自治体支出カットによって、高齢者のためのデイケアサービス、虚弱な高齢者のための配食サービスが廃止された。同様に、高齢者の自宅あるいは地域での自立を目指す政治的主導も抑制されたようである。高齢者がこの状況にどのように適応するかを判断するには未だ時期早尚であるが、自宅で必要なサービスを受給するのがますます難しくなるであろう。家族からのケア提供によって、予想される不足分を埋め合わせなければならないかもしれない。

しかしながら、高齢者の経済状態やサービスのカットだけではなく、若者の経済状態も最終的に高齢者の将来における居住形態を決定付ける要因になるだろう。高齢者がもはやニーズに合わない広すぎる家に住んでいる点が強調されるようになった一方で、若者は適正な家を見つけるのがいっそう困難になっている。高齢者は、退職者専用住宅に転居するよう求められている。しかし、この種の住宅はまだ十分提供されていない。

イギリスでは、異世代(同居)世帯は、若者と高齢者双方の居住ニーズに応えるための1つのオプションとなっているのかもしれない。これはまた家族以外との共同住宅のような、新しい居住の形態などに可能性を広げることができよう。



## 医療・介護・福祉政策

イギリスにおいては、医療の提供は国の責任とされ、NHS (National Health Services—国営医療) 制度の下で、薬剤費などを除き原則無料であるのに対して、福祉サービスの提供は地方自治体の責任とされ、利用に当たっては資力調査(ミーンズテスト)が行われ、低所得者等を除き、サービスの利用は有料となっている。この基本構造は、1948年のNHSの創設以来、現在まで続いている。

イギリスのNHS制度においては、緊急の場合を除き、入院治療を受けるためにはベッドが空くまで待たなければならない、いわゆる待機時間の問題が従来から発生している。その原因の1つとして、治療により入院が必要でない状態になったが、何らかのケアが引き続き必要な者が退院後に利用できる福祉サービスがない等の理由で病院に止まるという「退院の遅れ」が指摘されてきた。こうした問題の解消に向けて、歴代政権においても、医療と福祉の連携・統合による資源の効率的な活用、提供されるサービスの質の向上が図られてきた。

近年、厳しい経済情勢や長期ケアの必要な高齢者の増加を背景として、ケアの統合化に向けた議論が再び活発になされるとともに、高齢者福祉制度の財政面での拡充に向けた議論が行われている。

### ① NHS改革法案におけるケア統合の促進のための措置

患者中心のNHSの構築を目的として連立政権が議会に提出している医療・ソーシャルケア法案(Health and Social Care Bill) (2011年12月現在、上院にて審議中)では、サービス統合の促進が改革の柱の1つとされており、NHS予算全体の支出の方向性などを決定する機関、各地域におけるNHSの予算執行を担当する機関、医療・福祉に関する地域戦略を策定する機関などNHSの運営に関する各機関に対して、その役割に応じて医療サービスと福祉サービスの統合を進める義務を課すこととしている。

### ② 高齢者福祉関連予算の改革等

イギリスの高齢者福祉サービスは、地方自治体が対象者のニーズを判定し、ケアプランを作成し、民間事業者等からサービスを購入し、利用者に提供するという仕組み(資力調査あり)を採用している。高齢化が進む中で、地方自治体がサービス受給資格の認定に当たり、ニーズ要件を厳格化する動きがあり、また、サービス利用が長期にわたる場合、高齢者は、費用捻出のため、資産を売却



しなければならないといった状況があり、国民の不安・不満が高まっている。このため、連立政権はソーシャルケア分野の予算を増加(2014年度までにソーシャルケアに20億ポンド(約2,440億円)を追加支出)させるとともに、独立委員会を設け、福祉サービスの財政枠組みを検討するよう依頼した。

2011年7月、独立委員会は、福祉サービス利用時の自己負担額に生涯での限度額を設けること(35,000ポンド(約430万円)とすることが適当としている)、施設入所の際の資力調査において全額自己負担となる保有資産の水準を現行の23,250ポンド(約280万円)から100,000ポンド(約1,200万円)に引き上げること、医療サービスと福祉サービスの統合を財政面でも推進すること等の提言を報告書としてまとめた。

これを受けて、政府は福祉関係法等の改革について、2012年4月にコンサルテーションペーパーを公表し、その後、白書の公表などを経て、改革案をまとめていく予定である。

NHS改革法案における組織改変については、そもそも、ソーシャルケア予算が乏しいことが最大の問題であり、過去にうまく機能していたNHSと地方自治体の協力関係を不安定にするおそれがあるとの指摘もある。こうした組織改変について既に試行的な取り組みを行い、一定の成果を挙げている地域も存在するが、引き続き、施行状況を見守っていく必要がある。

また、高齢者が利用できるサービス供給量の拡大、個人負担に対する支援の拡大などの福祉改革については、財政事情が厳しい中、どのように実現していくのかが注目される。



## 認知症対策

認知症は慢性疾患の中でも、最も障害になりやすいものの1つとして捉えられている一方で、死因の1つとしても徐々に認識されるようになってきている。認知症患者の死亡率は、そうでない人の2倍という結果も出ており、現在、年間約6万人の死亡が認知症を直接的な原因とするものである。

このようなデータから、認知症が個人や家族だけでなく、公的な医療や介護システムにも深刻な課題をつきつけていることがわかる。認知症は現在、イギリス経済に年間230億ポンドの負担をもたらしており、加えて家族介護者のコストは年間124億ポンドにのぼる。イギリスでは、介護の基盤は家族介護者が担っているが、認知症ケアの需要がますます高まる中では、これらの人々が脆弱な公的介護システムを下支えできていると考えるべきではない。

高齢者の尊厳・健康・幸福を確保するためには、公的な介護システムをどのように体系化し実践していくかが、必要不可欠な要素である。

## ● 政策と政治状況

イギリスでは2009年2月に認知症国家戦略が公表された。

この戦略では、社会的認識の向上・早期診断及び介入・質の高いケアという、3つの主要分野における改善に向けた道筋を示している。

現在の連立政権は、この認知症国家戦略を承認したものの、財政的な厳しさが増す中で戦略がどの程度実施できるのか、多くの不確定要素や疑念が残されている。実際に2010年1月には国立監査局が、この戦略は当初の志に達せず、重要な目標にも達成できない可能性があるとして発表した。

問題点としては、NHSにおいて、認知症を優先事項にできなかったこと、地域における統率力の欠乏、研修不足、戦略コストの過小評価などが挙げられる。

医療・介護全体においても、見通しは同様に不安定である。社会で最も弱い立場の人々を守る医療や介護のセーフティネットが存在しないのでは、という懸念が生じている。またサービスのアクセスでも大きな課題や地域格差が見られるほか、受給資格の制限メカニズムにより、サービスを必要とする多くの人々が除外されているのでは、という不安が高まっている。

そして、個人・家庭・コミュニティ・民間部門の役割を再び強調する「大きな社会」という名の下に、国の役割を縮小させるという現連立政権のビジョンにより、この不安感は更に増幅されている。


## ● 認知症の診断

イギリスにおける医療と介護の状況は、急増する認知症患者の数に十分に対応できているとはいえない。認知症診断の改善により、サービス需要は必ず増加するだろう。政策関係者の間では、診断率の改善の必要性について反対意見はないものの、その目標をどのように達成するかについては検討事項のままとなっている。

現在認知症の診断を受けているのは患者の40%に過ぎず、しかも地域格差が大きい。さらに、多くの認知症患者は専門医の診断を受けておらず、これは特に適切な薬物療法に深刻な影響を及ぼすものである。

診断率の改善に向けた国家戦略の主な目的は、診察過程を改善することであり、そこには、迅速で能力のある専門医のアセスメント、患者や介護者へ配慮した形で伝えられる正確な診断、診断後の患者や介護者に対する治療・ケア・支援が含まれる。

この戦略では、一般医への教育改善や、専門医による診断・診療を行うメモリークリニックの設立を描いているが、この5年間で認知症に関するGP（General Practitioner—家庭医）の知識や認識が向上したという報告はない。また町単位でのメモリークリニック設立は、研修を受けたGPが認知症の初期兆候を発見し、メモリークリニックへつなぎ、早期診断や状態観察を可能にすることを目指すものであったが、残念ながら認知症への差別のために認知症の診断を行わないGPが少な



---

からず存在することも、否定できないのである。

それらが原因となり、患者が最初に診断を受けた後でGPから受けるアドバイスや支援の質が低いことが大きな問題となる。また診断前の段階でも、患者や介護者向けに情報や支援サービスへアクセスできる経路を改善するなど、より多くの支援が必要とされている。認知症国家戦略で描かれている認知症アドバイザーの役割がこの状況を改善でき、患者や介護者に一貫した連絡窓口や支援を提供できるだろう。

しかしながら、低い診断率の責任がGPにのみあるという訳ではない。多くの点において認知症の診断率は、認知症自体やそれが引き起こす障害だけでなく、高齢化や認知症に関する幅広い社会的偏見・差別・スティグマの影響も受けているのである。

診断率の改善に向けた簡単な解決方法というものには存在しないが、それでも欧州ネットワーク中で広まりつつある統一見解は、主に専門の医療と介護のプログラムを伴う認知症の全国的な行動計画の策定であるとされる。

このように焦点を絞ったアプローチには、もちろんメリットはあるものの、研究基盤が不十分なために、その長期的な効果は今もわかっていない。また、医療・介護の総合的な支援環境が整っていないければ、認知症専門の活動やプログラム自体は解決策とはなれないのである。

現状ではニーズが満たされておらず、政府や地方自治体はサービスの利用資格に厳しい制限を設けており、それは予算上の制約によるところが大きい。公的予算が限られる中、イギリス政府はほぼ間違いなく、政策目標に対して最大の「利益」をもたらすものへ、重点的に資源を投入しようとするだろう。

その意味では認知症の根治治療が存在しない中では、資源配分の優先順位について認知症への幅広い合意が得られているとはいえない。しかし、例えばもし認知症の発症を遅らせることが可能ならば、長期的にコストを抑えられるだろうか？ いくつかの研究の結果、早期診断及び介入が大きな効果をもたらすことが徐々に認識されつつある。

その効果は、財政面、社会面、健康面で見られるもので、例えば寿命の伸張、施設入所を遅らせること、医療費のコスト削減などが挙げられる。このアプローチを後押しする根拠が増えつつある中で、政策は短期的な視点を超えて、早期介入や診断を賢明な投資として検討すべきである。

イギリスにおける政策論議はもっぱら財政面を中心に行われているが、今後はより幅広く、自立・エンパワメント・QOL・権利に基づく総合的なアプローチに向かう必要性がある。公共政策では、認知症患者の尊厳とQOLをできるだけ長く確保できるような方向での論議が求められよう。



---

## 山崎まつ

1905年(明治38年)生まれ  
豆屋の看板娘(東京都)

---