

アメリカ



年金

アメリカの公的年金制度の受給開始年齢は、段階的に引き上げられており、現在受給が始まっている1943～54年に生まれた者は66歳、1960年以降に生まれた者は67歳となっている。受給には、基準を上回る所得を10年以上得ることが必要であり、自営業、被用者を問わず勤労に着目した制度となっている(ただし、沿革上、一部公務員等は別制度)。退職者の平均受給月額は、男性1,323ドル(10.3万円)、女性1,023ドル(8万円)となっている。

また、配偶者が自己の年金を受給しない場合には年金額が1.5倍となり、夫が亡くなっても妻は夫1人分の遺族年金を受給できるなど、世帯としての高齢化に対応している点が特徴である。なお、65歳以上で所得が低く資産が少ない者は、別途、月額最大698ドル(5.4万円)の給付を受けることができる。

財政面では、12.6%の賃金税(労使折半)等を財源とする原則自収自弁の制度で、2036年には積立金が枯渇すると推計されており、超党派の大統領委員会等では、受給開始年齢の70歳までの引上げや、現在の段階的な受給開始年齢引上げの加速化等が提言されている。ただし、国民の反対は強い。

年金受給開始年齢と定年時期の関係をみると、アメリカでは1967年雇用における年齢差別禁止法により、40歳以上の者についての年齢差別が禁止されており、一定年齢に達したことを理由とした解雇は年齢差別となる(従業員20人未満の場合、年金が保障された65歳を超える企業重役、FBI捜査官等の職種を除く)。また、AARPといった高齢者団体も定年制は高齢者差別であるとし、否定的な立場を採っている。このため、年金受給開始年齢引上げに伴う定年延長の問題は議論となりにくい。

ただし、公的年金のみでは十分な老後は送れないので、早期に退職しようと思えば、十分な企業年金等が必要となる。そして、先の金融危機により確定拠出型の年金資金が目減りしたこと等により、近年、退職時期を遅らせようとする動きがみられる。EBRI(従業員福祉研究機構)の調査によれば、2006年では、70歳まで働きたいとする人の割合は11.2%、80歳まで働きたいと考える人の割合はわずか1.7%であったが、2010年はそれぞれ14.8%、5.2%と増加している。

USA

総人口		310,384 (千人)
平均寿命 (2007)	男性	75.4 歳
	女性	80.4 歳
高齢化率 (65歳以上)		13.1 %
合計特殊出生率		2.01



医療・介護・福祉政策

アメリカにおいては、2012年にベビーブーマー世代(1946～1964年生まれ)が初めて年金受給年齢(66歳)に到達し、その後、高齢化率は2010年の13%から2030年以降は20%前後となることが見込まれている。また、アメリカでは、65歳以上の者の7割がいずれ身体機能面の障害を負い何らかのサービスを受けるとされる。

アメリカの高齢者施策は1965年が大きな転換点であった。この年、低所得者を対象とする公的医療扶助であるメディケイドとともに、アメリカで初めての政府管掌医療保険制度として、高齢者を対象とするメディケアが創設された。高齢者の生活支援についても、これらの医療保障制度の取り組みと軌を一にして、同年、高齢者が自宅またはコミュニティにおいて自立して生活できることを支援することを主な目的として、高齢者法(Older American Act)が制定された。現在も、高齢者を対象とするサービスの枠組みは、医療保障を担うメディケア(低所得者についてはメディケイド)と、高齢者法に基づく生活支援を柱としている。

医療保障に関する直近の動きとして、連邦保健福祉省(Department of Health and Human Services)メディケア・メディケイドセンター(Centers for Medicare and Medicaid Services)により、2011年10月から3年間の試行事業が開始されている。この事業では、約20万人のメディケア加入者を対象として、同センターが認定した500か所のFQHC(The Federally Qualified Health Center)において、医師とその他の医療職種によるチーム医療を提供し、ケアのコーディネートと改善、さらにコストにどのような影響をもたらすかを検証している。

生活支援の側面であれば、高齢者法により連邦保健福祉省に設立された高齢化部(Administration on Aging)において、高齢者法に規定された福祉等のサービスについて、州政府または郡・市自治体による各種サービスの提供に必要な費用の一部を拠出している。これらのサービスには、移動の支援や、家事援助等の居宅サービス、デイ・ケア、メンタル・ヘルスへの支援、配食による栄養面での支援、ケース・マネジメント、家族介護者への支援などが含まれている。さらに、各種サービスをコーディネートするセンター機能についても連邦補助の対象としている。なお、高齢化法の下では、このほかに、ナーシング・ホーム等の利用者のためのオンブズマン機能の整備、高齢者の法律面での支援といった権利擁護サービスや、アルツハイマー病への支援や、慢性疾患の予防等の保健サービスも提供されている。

なお、医療・生活支援の双方を包含したいわゆる「統合ケア」の現状について、高齢化部の担当者の1人は、「我々も『統合ケア』の提供のために日々努力している」と述べた。確かに、医療支



援と福祉等の生活支援のそれぞれの枠内では、その意味するところは理解できる。一方で、「統合ケア」を意識した取り組みは、アメリカではまだ始まっていない。一口に「統合ケア」といっても、国によりまた、施策の進展の度合いにより、その意味するところが異なることは興味深い。

昨年10月、アメリカ保健福祉省シベリウス長官は、オバマ大統領による医療保険制度改革の一部として制定された公的介護保険制度（CLASS法：Community Living Assistance Services and Supports Act）について、現時点では施行を断念することを発表した。今後20年間の高齢化の進行（日本に比べれば及ぶべくもないが）を見据え、今後、高齢者施策に関しアメリカにおいてどのような議論・施策展開が見られるか注目される。



認知症対策

2011年、アメリカ政府はアルツハイマー病研究会とタスク・フォースを設立し、国家戦略計画の策定に着手した。9月27日、保健福祉省に報告する責務を持つ諮問委員会の第一回会議が開かれ、保健福祉省長官が作成した計画草案が提出された。この草案は、2012年1月開催の次回会議で検討される予定である。国家戦略は、法制化につながった国の長期計画プロセスの終着点において、かつアルツハイマー分野自体と、そしてアメリカと世界の保健、経済の状況に大きな変化がみられるまさにそのタイミングに出現している。

アルツハイマー病とその関連疾病に関する情報を収集し集約する最初の取り組みは、1900年代初期にさかのぼる。保健福祉省が、エイジング研究全般について助言するタスク・フォース、そしてアルツハイマー病に関する国による特別諮問機関を設立した。しかし、こうした機関の役割は、正式な政策の構築ではなく、政府の重点的取り組みへの助言が中心であった。

そして当初から、アルツハイマー病問題への対応には2つのアプローチが存在し、本来は相互に補完すべきこの両者は、競合しそしてそれぞれに財源を必要としていた。1つは、医薬品等さらに有効な介入を求める医学的探究であり、もう1つは、患者とその家族に対するサービスの改善という社会的ニーズである。

両者の綱引きが20年ほど続き、2009年、Newt Gingrich と Bob Kerr という2人の人物の連携で設立されたアルツハイマー研究グループを中心に、知識を結集して将来に向けた計画を作成するための取り組みが再開した。National Alzheimer's Project Act (NAPA) は、こうした活動の1つの結果であり、2011年1月オバマ大統領が署名してこの法律が成立し、もちろん大統領自身もこの法律を支持しており、治療法開発とケアの向上双方の必要性を指摘した。

現在、アルツハイマー協会は、Alzheimer's Breakthrough Actの議会通過を推進している。この法案は、十分な財源さえあれば、アルツハイマー病は程なく根絶できる所まで研究が進んでいることを大半の科学者が信じているという主張に基づいている。

● アルツハイマー病分野の変化

アルツハイマー病は、どの程度製薬その他の生物学的な介入によって解決されるべき医学的問題であるのか、またどの程度社会的な課題なのかが、歴史を通しての基本的な問題意識である。

1984年に最初のアルツハイマー病診断ガイドラインが発表されてから27年経たことから、NIA（国立老化研究所）とアルツハイマー連合の合同委員会によって新たなガイドラインの発行が勧告されている。ガイドラインは多くの事項で注目に値するが、アルツハイマー病の新しいカテゴリーである臨床前あるいは無症候のアルツハイマー病は紹介されていない。

同様に、最近の多くの治験では、特にアミロイド免疫療法などアミロイド処理手続きに介入しようとしたケースで失敗に終わっている。科学に関するこうした課題はまた、未発表の神経病理学的ガイドラインにも現れている。

長年検視解剖において、顕微鏡で老人斑、拡散斑等と呼ばれるたんぱく質の凝集体と神経原線維のねじれが見られると、それはアルツハイマー病と明確に診断できるとされてきた。しかし最新の神経病理の研究では、認知症でない人も「斑」と「ねじれ」を持っていることが分かってきており、斑やねじれが診断の根拠になるとはいえなくなってきた。

アルツハイマー病の病状は単一ではなく、どちらかという症候群、すなわち人によって異なる複数の症状を持つというのが多数の意見である。

さらに、アルツハイマー病と通常に加齢現象を分類する特定のマーカーが追求されているが、まだ解明されておらず、アルツハイマー病は重度の脳の老化の形状である可能性も、示されている。

The National Alzheimer's Advisory Task Forceは、国家戦略の推進に向けて膨大な課題を抱えている。アルツハイマー協会はオバマ大統領に“cure（治療）”という用語を用いて、アルツハイマー病の“ending”（終結）を促すように働きかけた。

しかし、妥当な期間内にこれを達成できる科学的確証はほとんどない。実際、大きな影響力を持つ生物学者など有力な科学者の多くが、アルツハイマー病は治療可能であると口外することに躊躇している。その理由は、この病気の症状が単一でないこと、また加齢と関係していることである。

晩年の認知症について我々が真に分かっていることは何か、また社会としてどのように対応できるかについて深い考察が求められる。生物医学研究と同様に、患者を支えている地域生活にも資金提供をする事が重要であることを強調しておきたい。