

イギリス

(参考) 1ポンド=135.63円(2010年期中平均)

1 社会保障の概要と動向

イギリスでは、労働者互助組織である友愛組合の伝統のもと、1911年の国民保険法により社会保障制度が創設された。その後、第二次大戦中に提出された有名な「ベバリッジ報告」により戦後の社会保障制度の青写真が示され、逐次整備が進められたことから、歴史的には社会保障制度の体系的な整備に先駆的に取り組んできた国の一つであるとの評価がある。

しかしながら、現在では、給付水準の手厚さや広汎さの面で先進的であるとは言い難い。社会保障給付費の規模(対国民所得比)でも、アメリカや日本より大きいものの、ドイツやフランスなど大陸欧州諸国と比べれば低い水準に止まっている。

概括的にいえば、社会保障の枠内でも、(1)税財源により原則無料でサービスを提供し、公的関与度の高い医療、(2)社会保険方式に基づき、公的年金の水準としては低い部類に属する年金、(3)自治体が中心的な役割を果たし、民間サービスの活用も積極的に図られている福祉、といった特色があり、「公」の関与度(民間セクターの役割)、国と自治体の役割分担、制度としての成熟度、機能分化の在り方は様々である。

1997年から2010年5月まで政権を担った労働党政権は、それまでの保守党サッチャー・メージャー政権下での自立自助路線を継承しつつも、社会的公正の観点も重視した「第三の道」を標榜した諸改革を推進した。後述するように、医療については、2000年に公表した10年計画である「NHS(National Health Service)プラン」などの政策的イニシアチブに基づき、大幅な医療費増を達成しながら精力的な改革を進めた。年金については、個人勘定の創設など大幅な制度改革を行い、福祉については、働くことが可能な者には極力就労を促進する一方、真に困難をきたす者に重点を置くべきであるとの基本的考え方の下、積極的な雇用促進策、就労を促進するための給付内容の見直し、低所得者への重点的な財源配分といった各般にわたる施策が推進されてきた。

2010年5月に行われた下院総選挙においては、どの党も単独では過半数に届かない「ハング・パラメン

ト」の状態となったことから、保守党と自民党が連立を組み、保守党キャメロン政権が誕生した。総選挙の争点が、経済と財政再建であったことから、社会保障分野においても、予算・組織の効率化、削減及び再編は不可避とされている。一方で、現在の保守党は、自立自助路線を基本としつつも、不平等や貧困、家庭問題、医療などを重視して、「強い社会」を構築するとしており、今後の施策展開が注目される。

2 社会保険制度等

(1) 概要

イギリスにおける社会保険制度は、年金、雇用関連給付も含めた全国民を対象とした社会保険制度(国民保険(National Insurance))に一元化されている。

医療については、この国民保険制度とは別に、税金を財源とする国営の国民保健サービス(NHS)として全国民を対象に原則無料で提供されている。

また、高齢者、障害者等に対する社会サービスについては、地方自治体(原則カウンティ)において税を財源とした対人社会サービスの提供が行われている。

(2) 年金制度

a 概要

イギリスの年金制度は、年金を中心として、失業、業務上災害等に係る給付を総合的・一元的に行う制度として全国民を対象としている「国民保険(National Insurance)」制度の基幹部分として運営されている。国民保険は、退職年金(基礎年金(Basic State Pension)、国家第二年金(State Second Pension)(旧所得比例年金))、就労不能給付(Incapacity Benefit)、遺族関連給付(遺族一時金、有子遺族手当、遺族手当)、求職者手当(Jobseeker's Allowance)、業務災害障害給付等の給付を行う単一の社会保険制度として、医療保障と公的扶助制度を除く総合的な所得保障制度として実施されている。

年金制度部分の基本的な構造は、わが国と同じ2階建ての制度であり、1階部分は全国民を対象とする基礎年金(Basic State Pension)、2階部分は被用者のみ

を対象とする国家第二年金（State Second Pension）に加入することとなる。

義務教育終了年齢を超えるすべての就業者（所得がない又は一定額以下の者を除く）は退職基礎年金に加入する義務がある。被用者は、基礎年金（Basic State Pension）に加え、2階部分の国家第二年金に原則どおり加入するか、あるいは一定の基準を満たす職域年金又は個人年金を選択すれば、国家第二年金の適用除外（contracting out）を受け、私的年金（企業年金又は個人年金）に加入することも可能である。実際には、この適用除外を受けている者は多いことから、私的年金は、2階のみならず3階部分の機能を果たしているといえることができる。【図4-2-1】

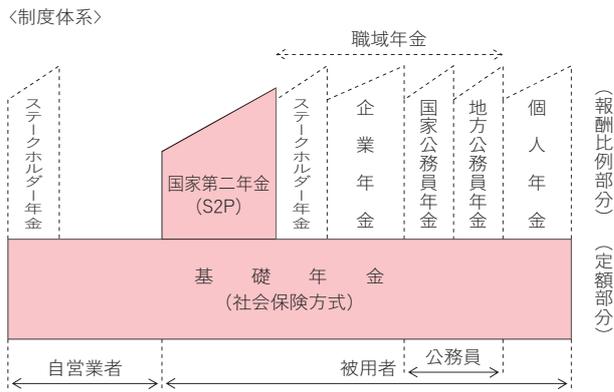
支給開始年齢は、退職したかどうかにかかわらず、男性65歳、女性60歳である（2010年6月現在）。基礎年金の支給額は、2010年度で、満額の場合（1945年4月6日より前に生まれた男性は44年、1950年4月6日より前に生まれた女性は39年、1945年4月6日以降に生まれた男性及び1950年4月6日以降に生まれた女性は30年の加入が要件である。）、本人97.65ポンド／週、被扶養の妻又は夫（本人の国民保険記録を利用する場合）58.50ポンド／週が支給される。なお、2010年4月より、年金を受け取るための最低加入期間（加入期間の25%）が大幅に短縮され、1年以上加入した者は年金を受け取ることができるようになった（2007年年金法。2010年4月6日以降、受給年齢に達した者に適用）。2010年度の被用者（クラス1）に係る国民保険の保険料率は給与の23.8%（本人11%・使用者12.8%）となっている。

他の先進諸国と比べた場合、イギリスの年金制度については、公的年金の給付水準が相対的に低いこと、公的年金の役割を縮小する方向の見直しを先駆的に実施してきたことが特徴として挙げられる。他方、近年では、中低所得者の老後の貯蓄不足への懸念や男女間の公平性の確保、さらには高齢化社会での年金制度の持続可能性が中心的な課題となってきた。

b 労働党ブレア政権初期の制度改革

労働党ブレア政権下では、1999年及び2000年に成立した関連二法により、基礎年金制度は維持しつつ、①

＜図4-2-1＞ イギリスの年金制度体系



- （注1）国家第二年金（State Second Pension：S2P）
S2Pは、年間4,940ポンド以上の収入がある者につき所得比例で年金を給付するものである。従来の国家所得比例年金（SERPS）が完全な所得比例であったのに対し、①年収が13,900ポンド未満の者で家族介護や育児のために就労できない者についても週1ポンドの掛金で加入できる、②年収31,800ポンド未満の者についても給付を従来の国家所得比例年金より手厚くする等、低所得者により有利な設計となっている。国家第二年金は、将来的に定額給付となるように見直す方針が発表されている。
- （注2）ステークホルダー年金
企業年金を設けていない企業の従業員にも、自分で老後に備え蓄えることができるようにするため、金融機関の販売する年金商品のうち一定の要件を満たすものをステークホルダー年金とし、これに加入する被用者の掛金を所得控除することで加入を促している。ステークホルダー年金については、2001年4月の販売開始以降、49の企業が商品を発売するなど盛況を見せた。他方、2001年10月以降、5人以上を雇用する事業主には被用者に商品の一つを選定して情報提供を行い、希望する被用者については掛け金を天引き徴収し代行納付する義務（アクセス提供義務）を課し、違反した場合は最大5万ポンドの罰金が科せられる。

主に中低所得者向けの2階部分の新たな選択肢として、管理費用を縮減することにより保険料を低額に抑えた確定拠出型個人年金であるステークホルダー年金の創設（2001年4月発売開始）、②従来の国家所得比例年金に比べて低所得者の給付額を高めた国家第二年金を創設し国家所得比例年金との置き換え（2002年4月以降）、③離婚時の年金受給権整理の新たな選択肢として2階部分の年金権の分割が創設（2000年12月以降開始の離婚手続に適用）されたほか、所得補助制度（公的扶助）において年金生活者を対象とした最低所得保障額（Minimum Income Guarantee）を設定し、低所得の年金生活者の生活を支援（1999年10月実施）する等の見直しが行われた。

2003年10月には、最低所得保障額制度に代えて年金クレジット（Pension Credit）制度が導入された。年金クレジットは、保証クレジット（Guarantee Credit）と貯蓄クレジット（Saving Credit）の2種類がある。保証クレジットは、最低所得保障額制度と同様、60歳以

上¹⁾の者の収入が適正額 (appropriate amount : 2010年度は、単身世帯は週132.60ポンド、有配偶者世帯は週202.40ポンド。被扶養者がいる場合等は加算措置あり。収入額には、公的、私的年金のほか10,000ポンドを超える預貯金等は、500ポンドあたり収入1ポンドと換算して合算する。)に満たない場合、その差額を支給する制度である。貯蓄クレジットは老後に備えた預貯金や、私的年金への加入を促進するため、65歳以上の者について、一定の収入以下 (2010年度は、単身世帯は週184ポンド、有配偶者世帯は週270ポンド)の場合、一定額(2010年度は、単身世帯は週20.52ポンド、有配偶者世帯は週27.09ポンドが上限)を上乗せ支給する制度である。

C プレア政権後期以降の動き

(a) 公的年金

将来に向けた人口構造の変化等を踏まえ、長期的に懸念される課題を回避するため、2002年にターナー卿 (元CBI (日本経団連に該当) 会長) を委員長とする年金委員会 (Pension Commission) が設置され、3年間の検討を経て、2005年11月30日に報告書が公表された。見直しの基本的な考え方としては、①個人の自己責任の範囲を拡大すること、②所得、男女、世代の違いを超えてフェアな制度とすること、③制度をシンプルなものとし、④持続可能性が確保された制度であること、⑤国民にとって納得性の高い制度とすること、という視点に留意して検討が加えられ、その結果は法律に反映された。

【年金改革関連二法の主な内容】

(ア) 2007年年金法 (The Pension Act 2007)

- ・ 国家基礎年金 (BSP) に関し、①2010年からBSP満額支給に必要な拠出年数を男女とも30年に短縮、②最低加入年数の撤廃、③2012年から2015年までの間に、BSPの支給額改定を物価スライドから賃金スライドへ
- ・ 国家第二年金 (S2P) に関し、2010年から子どもや障害者の介護者の受給権を強化
- ・ 支給開始年齢について、2024年から2046年にかけて、男女とも68歳まで引上げ

(イ) 2008年年金法 (The Pensions Act 2008)

- ・ 2012年から、老後保障として適当な水準の職域年金に加入で

きない者 (低所得者を念頭) のための個人勘定年金 (Personal Accounts Scheme) を創設

- ・ 該当する労働者は、個人勘定年金に自動的に加入 (希望して適用除外を選択することも可)。拠出は、被用者 (標準報酬の4%) + 事業主 (同3%) + 政府 (同1%)。

(b) 企業年金

企業年金制度は運用利回りの鈍化、平均寿命の伸び等を背景に、イギリス全体で270億ポンドの積立不足が生じていると推計されており、深刻な状況にある。特に、イギリスでは、公的年金制度の「民営化」が進められており、一定の要件を満たす企業年金、個人年金の加入者は所得比例の国家第二年金に加入しなくてよいこととされている。こうした中で、企業年金、個人年金の積立不足は切実な問題である。従来、イギリスの企業年金は大部分が確定給付型であったが、新規採用者から確定拠出型への移行を表明する企業が急増しており、過半の企業が確定給付年金制度への新規加入を認めていないといわれている。

こうした中、改革の必要性が認識され、2004年年金法及び2004-06年金融法により改革が進められた。これらの改革、企業年金加入者の「保護」を図ることにより、揺らぎつつある企業年金への信頼を回復するとともに、規制緩和や制度の複雑な側面を除去することにより、企業や加入者の「選択」や「簡素」な運営を可能とし、ひいては私的年金のさらなる振興を図ったものである。

【近年の改革の主な内容】

①受給者保護

積立不足に悩む企業年金が多いことを踏まえ、受給者 (受給権) の保護を図ることは喫緊の課題であった。このため、まず、将来の企業年金の破綻に対応するため、年金保護基金 (Pension Protection Fund) が創設された (2005年4月施行)。これは、各企業年金に賦課される拠出金によって運営され、事業主が破綻した場合、その確定給付型年金について、既に受給を開始している者については100%、現役加入者に対しては90%を保証する基金である。

さらに、詐欺、ミスマネジメント、積み立て不足などの事態を事前に察知し、能動的な調査等によって危機を予防するため、新しい年金規制当局 (Pensions Regulator) が創設された (2005年4月施行)。新たな規制当局では、運営の凍結権限付与など事前の危機回避のための権限が与えられた。

■ 1) なお、保証クレジット (Guarantee Credit) の最低受給年齢は、2010年4月から2020年にかけて、60歳から65歳まで段階的に引き上げられているところがある。

②情報提供の拡充

私的年金が普及し、老後の生活設計の柱として有効に機能していくためには、個人が受け取れる年金の水準等を適切に予測、検討することが肝要である。このため、会社が、国家年金と企業年金とを組み合わせた予想年金見込み額を給与支払い時等に給与明細等と一緒に情報提供することを推奨するほか、2006年春からはウェブサイト上で年金見込み額や退職後の必要収入の推計等を自分で計算できるツールを提供開始するとともに、学校における金銭教育や、高齢者の金融知識に関する調査等を実施することとされた。

③制度の簡素化

加入者の安心を確保しながらも、企業年金を実施し、加入するためのインセンティブをさらに高めるため、税制及び規制の両面で制度の簡素化が図られることとなった。税制については、従来は、加入時期やプランの種類によって適用される税法が8つに分かれており、極めて分かりにくいものであったが、これを一つのルールに簡略化し、分かりやすいものとした(2006年4月施行)。また、生涯で1.5百万ポンド、年で21.5万ポンドの上限の範囲内であれば税制上の優遇措置を受けることが可能とされた。また、規制については、1995年以降、確定給付型の制度が終了しても必要な給付を行うのに見合う資産を保有することができるよう、最低積立基準(MFR: Minimum Funding Requirement)を設定していたが、これをより柔軟な仕組みに切り替えることとした。

d 政権交代後の動き

保守党・自民党の連立政権の合意文書では、①国家基礎年金の毎年度の改定について、賃金上昇率、物価上昇率又は2.5%のうち高い率を適用する(triple guarantee)、②年金支給開始年齢を66歳に引き上げ始める時期の前倒しを検討するなどが盛り込まれており²⁾、今後、法案の提出等必要な措置が講じられる予定である。

(3) 医療保健制度等

a 概要

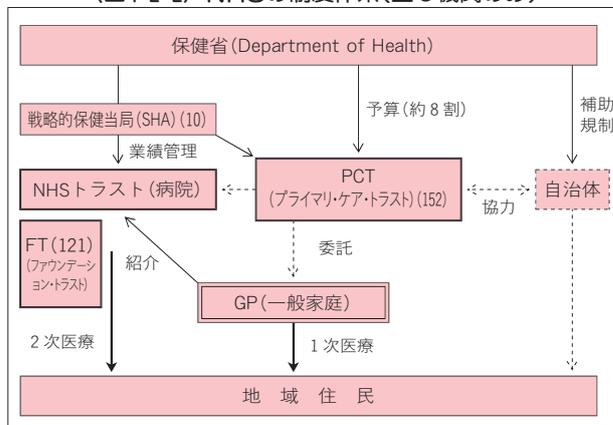
イギリスでは、1948年に創設された国民保健サービス(NHS)によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、税財源により原則無料で提供している(外来処方薬については一処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担が設けられている。なお、高齢者、低所得

者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い)。制度創設当初は、病院は国営、医療従事者は公務員とされていたが、サッチャー政権下での改革などを通じて、現在では実際のサービス供給は、より地域住民に近く、NHS本体から一定の独立性を持った公営企業体であるプライマリケア・トラスト(PCT: Primary Care Trust)が運営している。【図4-2-2】

国民は、救急医療の場合を除き、①あらかじめ登録した一般家庭医(GP: General Practitioner)の診察を受けた上で、②必要に応じ、一般家庭医の紹介により病院の専門医(Consultant)を受診する仕組みとなっている。このような公的関与の高い制度の下で、従来からイギリスは先進国中でも比較的少ない医療費を維持してきた。しかし、後述するように、労働党政権下での医療費増の取組によって、その水準は大陸欧州諸国の平均に並び、又は上回る水準に近づいている。

なお、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費の1割強を占めている。

〈図4-2-2〉 NHSの制度体系(主な機関のみ)



- (注1) 保健省 (Department of Health) は医療福祉政策に責任を有し、その下に戦略的保健当局 (Strategic Health Authority) を地方支部局として設置。
- (注2) 地域住民に対する医療サービス確保の責任はプライマリ・ケア・トラスト (PCT) が負う。
- (注3) NHSトラストは複数の病院を傘下に持ち、病院サービス (手術・入院等) を提供する。なお、「トラスト」は、保健省本体から一定の独立性を有する公営事業体的な性格。
- (注4) GPは公務員ではないが、PCTから請負契約に基づく報酬を受け取る。
- (注5) NHSサービスを受ける権利は、税の支払いや国籍とは無関係に、イギリスに6か月以上滞在する資格を得たすべての住民に付与。外国人も居住期間6か月以上であれば可。

■ 2) 年金支給開始年齢について、労働党政権下では、女性については2010年から2020年にかけて段階的に65歳に引き上げるとともに、2024年から2046年にかけて男女とも68歳に引き上げられる予定となっていたが、連立政権に替わった後の2010年10月に発表された歳出見直し (Spending Review) においては、女性の支給開始年齢を2018年11月までに65歳に引き上げること及び2020年4月までに男女の支給開始年齢を66歳に引き上げることが記載されている。

b 労働党政権下でのNHS改革

(a) 概要

1980～1990年代のサッチャー政権下では、競争原理の導入を主眼として、①病院を国から独立した公営企業とする、②サービスの質に応じてNHSが病院からサービスを購入する方式を導入、③一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行わせる（予算保持一般家庭医）こと等により、NHS内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた。これは、NHS組織の硬直性、非効率を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まってNHSの抱える待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

1997年に発足した労働党ブレア政権は、1999年末のインフルエンザ流行により、がんの手術がベッドや麻酔医不足でキャンセルされ手遅れになる等の事案が頻発したことを契機に、イギリスの国民医療費の対GDP比が欧州諸国でも低位であること（欧州平均より約2ポイント低い）が強く批判され、NHS改革に本格的に取り組む必要性が認識された。このような中、NHS職員及び一般国民の意見聴取が行われ、2000年7月、病院、病床等の拡充、医師、看護師等の医療専門職の増員等について、その後のNHS改革の中核的な役割を担うこととなるNHSの近代化計画「NHSプラン」（期間は10年）が公表され、これに基づく施策が逐次推進された。

また、2002年には、欧州諸国よりも低い水準にあった医療費をEU諸国の平均レベルまで引き上げるため、医療費対GDPを欧州平均並みの9%台にまで引き上げることを目標として設定し、2007年度までNHS予算を実質7.4%ずつ引き上げることが決定された。

2008年はNHS創設60周年に当たる節目の年であったが、それまで増額された予算の無駄遣いが指摘され、現場スタッフの反発が起こるなどの問題点が表面化したこともあり、6月に今後10年間のNHS改革の方向性を打ち出した報告書‘High Quality Care for All’が公表され、医療サービスの質向上に軸足を置いた改革を行っていく意思が示された。

(b) NHS改革の成果

NHS改革の内容は広汎であり、様々な切り口で特徴付けることができるが、大きな柱は、①地域に密着し

た医療提供体制（地域への大幅な権限委譲及び住民・医療従事者の決定への参加）、②施設設備、人員の拡充、③医療の質の向上、④サービスの地域間格差の是正、⑤患者による選択であり、これらについての改革の成果は次のとおりである。

ア 地域に密着した医療提供体制

税財源により医療を提供しているNHSにおいては、地域レベルでどのように予算管理をするか、医療サービスはどのような組織で提供するのかが極めて重要である。

予算管理については、NHSの地方支分部局である地方保健当局が中心となっており、保守党政権下での予算保持一般家庭医もこの権限の一部を一般家庭医が希望した場合に委譲するものであった。労働党政権下の改革により、2003年4月からは、人口およそ15万人単位に、地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業であるPCTが中心となり、一般家庭医、NHS病院等からサービスの購入（予算管理）を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った。これに伴い、地方保健当局の役割は、より戦略的な計画の策定、PCT、NHSトラストの監督等に限定されることとなった。地方保健当局の大幅な整理統合が行われ、全国28か所（2010年9月現在、10か所）の戦略的保健当局（SHA：Strategic Health Authority）に置き換えられた。

2004年4月からは、独立採算性であるNHSトラストの制度を更に進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト（FT：Foundation Trust）制度がスタートし、現在では130（2010年6月現在）のFTが設立されているところである。

イ 施設設備、人員の拡充

施設設備の拡充についてはPFI（Private Finance Initiative）方式も含め病院病棟の整備の他、プライベートセクターの積極的な活用が進められている。

NHSサービスの枠内で民間セクターを活用する動きは、サービス提供を中心として、サービス管理、

インフラ整備の各局面で展開されている。保健省としては、2005年度時点で、NHS患者処置件数における民間委託の割合はわずか5%であり、これを民間外科施術センター（ISTCs：Independent Sector Treatment Centres）分も含め、拡大することとした。また、地域の医療サービスの購入の責任主体であるPCTの機能までも、一定の厳格な基準の下、保健省が許可した場合には民間セクターに委託することが可能となっている。さらに、労働党政権では、あらゆる分野でPFIが活用されている。ブレア政権下ではNHSの供給能力を短期間に引き上げるため、病院の新規建設も重要な課題であったが、数兆円規模の建設資金の確保という課題があったため、そのリスクを民間に負担させ、そのノウハウで効率化が図られる意味でPFIは有用と考えられた。このため、新規の病院建設の多くはPFI方式で実施され、新規の病院建設の主流となった。しかしながら、PFIについては、30年という長期間にわたる契約に基づくものであり、コストと成果との関係、見通しどおりの運営が図られない場合に債務問題を惹起するなど問題点が多く指摘され、消極的な評価が多くなっている。

マンパワーの拡充については、給与引き上げを含む離職者の復帰促進を推進しつつ、養成定員の拡充が効果を発揮するまでの間のつなぎとして、医師、看護師等につき欧州諸国等から期限付きでの採用が進められている。また、NHSの近代化を進める過程で、130万人のNHS職員の労働契約について、17の組合との間で賃金水準の引き上げ、成果主義の導入などを内容とする見直しが行われた。同様に、病院の専門医については、20%昇給する見返りに割増賃金なしで一定の時間外診療・休日診療を行うこと等を内容とする新契約、一般家庭医については、10～20%の報酬の増加と併せて、人頭報酬を基本としつつも、一般家庭医の診療所における高度な検査、処置等を行う場合の報酬契約上の評価等を認めることを内容とする新契約が合意された。

ウ 医療の質の向上及び地域間格差の是正

医療の質の向上及びサービスの地域間格差の是正については、全国サービスフレームワーク（National

Service Framework）、全国的達成目標（ナショナル・ターゲット）、全国標準（ナショナル・スタンダード）に基づき、目標、目標とするサービス提供の具体的なあり方が老人、精神保健、児童、糖尿病、ガン、心臓病等の分野別に定められたほか、国立優良診療研究所（NICE）により個々の医療行為、薬剤等の適用についての評価、疾患についての診療ガイドラインが作成されている。

また、これらの標準や目標の達成度合いについての評価を行い、運営の改善を促すためのモニター機能も整備され、すべてのNHS医療機関及びプライベートセクターのパフォーマンスが評価、公表されており、それぞれの運営改善の参考とされている。こうしたパフォーマンス情報の公表システムは、病院サービスの水準向上とともに、病院のアカウンタビリティを改善し、これを通じて「患者中心の文化」を普及させることを狙いとしている。2009年4月より、ケア・クオリティ委員会（Care Quality Commission）が設置され（The Health and Social Care Act 2008）、医療のみならず、福祉及び精神保健を横断的に評価・モニターするとともに、監視指導権限が強化された。

また、待機時間（waiting list）の問題については、これまでは設定された目標をおおむね順調に達成しているところである（2日以内にGPを受診できる、救急患者は4時間以内に入院、退院できる等）。さらに、2008年中に病院が紹介を受けてから患者が治療を受けるまでの時間を18週間以内とする目標が掲げられ、2009年にはおおむね達成された。なお、2010年の政権交代後、医学的根拠のない目標は廃止するとの方針の下、2日以内にGPを受診できるとする目標及び病院が紹介を受けてから患者が治療を受けるまでの時間を18週間以内とする目標は、廃止された。加えて、国家的なITプロジェクト（“Connecting for Health”）を進め、オンラインでの病院予約システム（工で後述）や、2020年までに3万人のGPと300の病院を結び、5,000万人の患者情報を管理・共有するシステムの構築、電子処方の実現等が予定されていたが、進捗状況が芳しくなく費用対効果の面での批判も大きかった。このため、2010年5月の政権交代後、

現在のシステムは維持しつつ、中央政府が企画立案するアプローチは中止しコストを削減することとされた。

工 患者の選択

イギリスにおいては、一般家庭医の紹介がない限り、原則として病院で受診することができない等、患者の選択は我が国と比べて大きく制限されているが、病院の予約に当たって病院が複数の日時を提示する、一定期間待機した場合には民間病院も含めた医療機関での受療を認める等の施策が進められている。また、患者の権利についても、患者憲章の策定、各プライマリー・ケア・センターに患者助言連絡サービスの設置等が行われた。

また、NHS病院のオンライン予約システム(“Choose & Book”)の導入が2005年夏以降、進められている。このシステムでは、GPが4~5か所の病院をリストアップし、患者の意向を踏まえてオンラインで予約するというものである。当初、2005年末には全面導入が予定されていたが、一部GPの反発や関連するプログラムの技術的な問題等から、普及が遅れている。

(c) 健康法とNHS憲章など

医療サービスの質の重視という、今後10年間のNHS改革の方向性を打ち出した報告書‘Quality Care for All’を踏まえ、2009年1月、医療関係者や患者等の権利と義務を規定したNHS憲章(NHS Constitution)が策定され、ブラウン前首相自らが署名・公表するとともに、政府提案の健康法(The Health Act 2009)が2009年11月に成立した。健康法においては、①関係者のNHS憲章の遵守、②医療提供者に対するサービスの質に関する報告書の作成・公表義務、③患者に対する医療費直接払いの試行、④医療機関に対する監督強化、⑤タバコの販売規制を主たる内容としている。

以上のほかにも、国の推薦がない「がん」等の高額な医薬品を患者負担で使用した場合に、患者にすべての医療サービスコストを自己負担させることに対する批判を受け、一定の場合はNHSによる医療や入院コストをNHSが負担する仕組みを導入することとしたほ

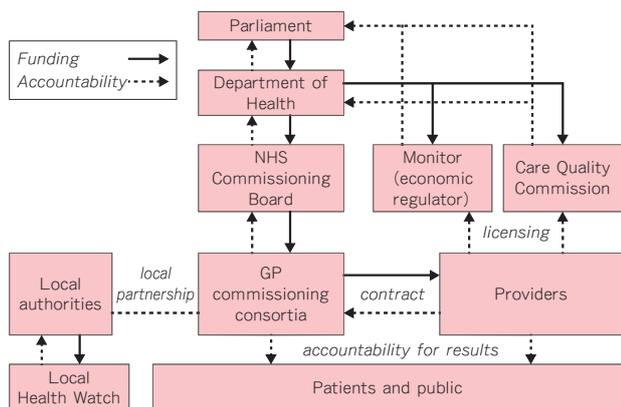
か、認知症対策として、一般病院に認知症の専門家を必置するなど早期発見、治療、ケアの質向上を内容とする国家戦略を策定するなど、具体的な取組の強化を行ってきた。

C 政権交代後の動き

2010年5月の総選挙の際は、医療費の伸びを確保するのか、NHSの官僚主義を如何に廃して効率的な組織とするのか、民間部門はNHSサービスの担い手として適切なのかなどが争点となった。選挙後の保守党・自民党の政権合意において、医療・保健関連予算は、実質ベースで毎年増加させることとされた。また、当該合意を踏まえ、7月には白書「Equity and Excellence: Liberating the NHS」が公表され、今後、法案の提出など改革に必要な措置が講じられることとなる。白書においては、組織、管理方法、報酬体系を含む幅広い分野の改革案が網羅されているところであるが、主な内容は以下のとおりである。

- ① 患者中心のNHSを構築するため、必要な情報の提供、患者による病院等の評価、住所に縛られないGPの選択権付与などを行う。
- ② 医学的根拠のないターゲットを廃止する。
- ③ FTの自由度を高め、すべての病院等はFTに移行させる。また、民間企業の参入を促進する。
- ④ 現在、PCTが行っている予算管理の権限と責任をGPにより構成されるGP共同体(GP Consortia)に委譲する。
- ⑤ 独立の責任主体である委員会(NHS Commissioning Board)を設立し、治療結果の達成の手動、NHS資源の割り当てや支出の説明、治療の質の改善や患者参加・選択の促進を主導する。また、NHS関連組織を簡素なものとし、関連法人(quangos)を再編や廃止を行うとともに、2014年までに最大200億ポンドの節約・NHSのマネジメント経費を45%以上削減する。
- ⑥ 効果的な医薬品のアクセスと経済性を改善することを目的として、2011年4月から「がん治療薬基金」を創設する。

〈図4-2-3〉改革後のNHSの姿(保健省公表の白書より)



3 公衆衛生施策

(1) 地域保健サービス

イギリスでは、地域保健サービスは、病院サービス、一般家庭医（GP）サービスと並ぶ国民保健サービス（NHS）の柱の一つである。地域保健サービスは、病院予算、一般家庭医予算を含むNHS予算を管理するPCTが雇用する保健師、地域看護師、助産師により提供される場合が多い。

保健師は、疾病予防や健康指導に当たる。また、地域看護師は、患者の自宅を訪問して包帯を交換したり注射をしたり投薬の管理をしたりする。他方、一般家庭医サービスについても、一般家庭医が予防活動等に積極的に関わることが促進されており、両者は診療施設を共有したり（ヘルスセンター）、連絡したりしながらサービス提供に当たる場合も多い。

こうした地域保健サービス、一般家庭医サービスにより、母子保健サービス、学校保健サービス（健康診断、事後指導等）、老人保健サービス（訪問看護師による訪問、保健指導、看護サービスの提供等）、障害者保健サービス（同左）、精神保健サービス（同左）、予防接種、家族計画の指導等が実施されている。

なお、老人保健サービス、障害者保健サービス、精神保健サービスについては、NHSサービスを提供するPCTと対人社会サービスを提供する地方自治体との連携を強化する取組が進められてきている。

(2) 健康増進

1998年に公表された国民健康増進計画（Our Health-

ier Nation）において、公衆衛生も含めた国民の健康維持増進政策の推進が謳われ、国民がより快適な環境で元気に長生きできるような環境整備、有病率や死亡率の地域間格差の是正等が掲げられている。その中では、2010年までに達成すべき数値目標として、①心臓病、脳卒中及び関連疾患による65歳未満の死亡率を3分の1以上削減（対1996年度比）、②事故死削減のため、重傷事故発生数を5分の1削減（同）、③がんによる65歳未満死亡率を5分の1以上削減（同）、④精神衛生対策として自殺及び関連する原因不明死の削減、が公約されており、NHSプランでもその推進が再確認されている。

2004年2月に発表された首相、保健相、財務相の委託による報告書では、イギリス政府は、NHSに対する大幅な投資に併せて、予防対策にも重点を置くことを強調しており、たばこ、運動、果物及び野菜（食事）、食品表示、広告、性感染症、職場環境の7分野を中心に、2004年度中に政府、自治体、個人、企業等が行う総合的な取組策がまとめられた。また、同年5月には、下院の保健委員会が肥満の問題に関する報告書を発表し、関係省庁が連携しての総合的対策、業界による分かりやすい表示の基準の制定等を求めている。既に、イギリス政府がファストフード業者、冷凍食品業者、缶詰業者等に対して、塩分を減ずることを企業の経営者に直接求めたり、高カロリーであることの表示を求めたりする動きがある。また、学校からジャンクフードを追放する動き等が大きくなっている。このほか、国民的な議論を喚起した禁煙問題について、公共の場所、飲食店等を完全禁煙とする法律が2006年秋に成立し、2007年夏から施行されている。

(3) 薬事

イギリスにおける医薬品の承認は、医薬品及びヘルスケア製品規制庁（MHRA）が行っている。また、欧州医薬品庁（EMA）の承認を得た場合には、医薬品及びヘルスケア製品規制庁の別個の承認は不要である。

イギリスでは、医薬分業が徹底されており、一般家庭医が原則一般名で処方した薬を、薬局で調剤する仕組みとなっている。イギリスでは、医薬品は要処方せん薬、薬局のみで販売できる薬、一般店で販売できる

薬に3分類されている。医薬品を入手しやすくするよう、要処方せん薬を処方せんが不要な薬に変更する方針が進められており、解熱鎮痛剤等については、一般店で販売されている。また、NHS処方せん取扱い薬局についても制限を緩和して大規模販売店等が参入しやすくなった。

このほか、薬剤師による処方、相談指導する場合の報酬の評価など、薬剤師の役割の見直しについても検討が進められ、薬剤師による処方が可能な薬剤の種類が増加し、相談指導に係る報酬の評価基準も改訂され、薬剤師が様々な事項の相談にのることができるようになった。

4 公的扶助制度の概要

(1) 概要

イギリスの社会保障政策における現金給付は、拠出制給付(退職年金等)、非拠出制給付(児童手当、障害手当等)及び所得関連給付(所得補助等)に分類され、このうち所得関連給付が公的扶助に相当する。具体的には、所得補助(Income Support)、所得関連求職者給付(Income-based Jobseekers Allowance)等があるが、所得補助の場合、就労時間が週当たり16時間未満であって収入・資産が所定の基準で算出した所要生計費に満たない場合が対象とされる。具体的には高齢者、疾病や障害により就労できない者、家庭内介護や子供の養育のため就労できない者が主な受給者となる。

支給額は、申請者の年齢に応じた基本所要生計費に家族構成や障害の程度等に応じた加算を行い所要生計費が算出され、これから実際の収入(貯蓄がある場合はこれも勘案)を差し引いた残額として算出される。

2003年4月から、所得関連給付に分類される児童税額控除(Child Tax Credit)、勤労税額控除(Working Tax Credit)が新設された。これは従来の就業家族税クレジット(Working Family Tax Credit)、就業障害者税クレジット(Disabled Person's Tax Credit)制度の対象を拡大したものであり、それぞれ就業者のいない児童家

庭、児童がいない貧困家庭等が対象に含まれる。

(2) 最近の動き

労働党政権は、「福祉から就労へ」をスローガンに改革を進め、2009年12月には、現行の所得補助を廃止し、従前の所得補助受給者については求職者給付(Jobseeker's Allowance)又は雇用・支援給付(Employment and support Allowance)のいずれかに移行させ、ジョブ・センター・プラスに来所しない者については給付制限を行うこと等を内容とした福祉改革法(Welfare Reform Act)が成立した³⁾。

保守党・自民党連立政権は、2010年6月に緊急予算を発表し、財政健全化に向け、福祉関連予算についても110億ポンドの削減を行うとした。また、福祉給付への依存を排し真に支援が必要な者に対して給付を行うとともに、複雑な福祉関連給付の簡素化を行うとの観点から、福祉給付改革の具体策について、現在、政府内で検討されているところである。⁴⁾

5 社会福祉制度

(1) 高齢者を含む保健福祉サービス

a 概要

戦後から一貫してイギリスの保健福祉サービスのうち、保健医療サービスは国営のNHSとして、福祉サービスについては地方自治体を中心に対人社会サービスとして、いずれも税方式で提供されている。福祉サービスについては、戦後一貫して地方自治体が個々のサービスごとに申請を個別審査し、当該サービスが必要と判定された利用者に公営のサービスを直接提供する仕組みが採用されてきた。しかし、サッチャー政権の民活・市場競争原理に基づいた改革により、1993年以降、地方自治体がケアマネジメントを行うことにより申請者個々の福祉ニーズを総合的に評価し、望ましいサービスの質及び量を具体的に決定した上で、これを最も効率的に提供できる供給者を競争で選び、契約によってサービスを提供する方式が採用された。これにより

■ 3) なお、所得補助廃止の施行期日を決める法令については2010年10月現在、未公布である。

■ 4) 労働・年金省は2010年11月、働くよりも福祉給付を受給していた方が有利な現行制度の複雑性を以下に取り除くかを内容とする白書「普遍的給付制度：機能する福祉(Universal Credit: Welfare That Works)」を発表した。同白書の内容の詳細については、176ページ定例報告第2章イギリス5(2)を参照のこと。

福祉分野にも競争が導入され、地方自治体福祉部局の組織も、ケアマネジメント及びサービス調達の決定を行う部門、直営サービスを提供する部門、不服審査や監査を行う部門の3部門に再編され、従来主流であった自治体直営のサービスが縮小し、民間サービスへの移行が進んでいる。

b 保健福祉への労働党政権の取組

労働党政権は、保健福祉サービスの近代化をスローガンに、1998年11月に網羅的な政策提言書を公表した。同報告書では、保守党政権下で民間参入が促進され、地方分権が推進された結果、地域間・利用者間の不公平が拡大したとして、サービス提供者や地方自治体に対する国レベルの関与を強化することとした。高齢者の疾病予防とケアの改善に関するガイドライン(National Service Framework)が策定されたほか、高齢者に限らず各種福祉サービスの水準を向上させるため、全国ケア基準委員会が2001年4月設置され、従来自治体ごとに異なっていた入所施設基準など各種サービス基準を整備しつつ、2002年4月以降、入所施設や民間病院の登録・監督を開始し、2003年4月からは在宅ホームヘルプサービスにも監督の対象が拡大された。2004年には、同委員会は、地方自治体が提供するサービス全般の評価を行う機能を加えた、社会ケア査察委員会(CSCI)に改組されたのち、2009年4月より、ケア・クオリティ委員会(Care Quality Commission)に統合され(The Health and Social Care Act 2008)、医療、福祉及び精神保健を横断的な活動を行うこととなった(前述○ページ2(3)b(b)ウ参照。)

また、2001年秋には、福祉専門職の登録や行為規範の策定等を通じ資質の維持向上を図る一般社会ケア協議会、社会サービスの地域間格差是正のため関連データベースを活用しつつ優良なケアのガイドラインを策定周知していく優良社会ケア研究所(SCIE、NHSにおけるNICEに相当)も発足している。

c 保健医療と福祉の連携

イギリスでは保健医療と福祉サービスの提供主体が制度的に異なるため、全体として両者間の連携が悪く、社会的入院が待機期間を長期化させている(ベッドブ

ロッキング)等の批判があった。

労働党政権は発足直後からこの問題に積極的に取り組み、1999年保健法等により、NHSと福祉サービスによる共同事業を進めているほか、NHS組織に福祉サービスも統合して提供させるケアトラスト化を推進している。

また、医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービスについて、中間ケアと位置づけ、在宅、施設、その他におけるサービス提供体制の整備が図られている。

さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり福祉サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合には地方自治体がNHSに当該機関の滞在費、介護費として1日100ポンドを支払うこと等を内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した。

d 高齢者介護

従来、老人ホーム等への入所費用負担については原則自己負担とされている。自治体が補助する場合も資産審査の資産要件が厳しいため、持ち家の処分を余儀なくするものとしてその見直しが求められ、1999年3月には高齢者介護問題王立委員会から対人福祉サービスの一律無料化が提言されていた。

一般に、イギリスでは介護施設(Nursing Home)の料金は、滞在費、個人ケア費用、看護費用に分類されている。このうち、看護師による看護費用は、在宅の場合はNHSサービスの一環として無料で提供されるのに対し、介護施設では他のコストと同様に原則自己負担とされており、この不均衡を是正するため2003年4月からNHSが施設での看護費用を負担することとなり、要介護度に応じNHSから過当たり40～129ポンドが施設に支払われることとなった。

また、近年では、老人への差別意識(エイジズム)の問題とも相まって、高齢者ケアの質の低さを問題視する論調が増えているが、本格的な政策対応は未だ見られないところである。さらに、認知症の問題も急速に注目を集め始めており、そのケアの在り方が現時点では質量ともに不十分との認識が高まっている。

2010年3月、総選挙を目前に控え、高齢化社会に対応するための高齢者介護政策の見直しの議論が行われた。当時の労働党政権は、国民ケアサービス(National Care Service)の創設を柱とした白書を公表し、公平・簡易・容易に利用可能で、将来にわたる持続可能性の確保を図るため、ケアを必要とするすべてのイングランド成人に対し無料のケアサービスを提供することを提案し、費用負担の在り方については、税と保険の組合せによる3通りの方法を提案した。しかしながら、同党は総選挙で敗北したことから、改革案は白紙に戻り、保守党・自民党の連立政権は、長期介護に関する委員会を設置し、今後、議論を行うこととしている。

(2) 障害者保健福祉施策の概要

a 身体障害者及び知的障害者

可能な限り地域で自立した生活を可能とするリハビリテーションの理念の下、地方自治体が中心となって、NHS、教育機関、ボランティア団体等と連携しつつ、デイケア、ホームヘルプサービス、施設、給食、補装具の支給、住宅改造、職業訓練等のサービスを提供している。また、障害による就労不能を事由とする就労不能給付や、重度障害による生活費の加重を補う障害者生活手当等の現金給付がある。2000年4月には障害者権利擁護委員会が発足し、障害者差別の解消のための普及啓発、苦情処理等の活動を開始したが、同委員会は、2007年10月には人種平等委員会及び機会均等委員会とともに2006年平等法に基づいて新しく設置された平等人権委員会に統合された。

b 精神障害者

保健医療サービスはNHSが、福祉サービスは地方自治体が関係諸機関と連携しつつ提供している。

精神保健サービスについては、1999年9月にサービスの水準向上を目的としたガイドラインが策定されており、NHSプランにおいてもこれが再確認され、一般家庭医を助ける精神保健スタッフの増員、青少年期の精神疾患が放置されないよう治療に結びつけるチームの設置、急性期患者の抱える「危機」に迅速に対応し無用の入院を回避するチームの整備、女性専用のデイセンターの整備等が盛り込まれている。また、精神保健

サービス利用者に対する偏見や差別解消のための啓発キャンペーンが2001年から開始されている。

福祉サービスについては地方自治体を中心となってデイセンター、入所施設等が提供される。必要に応じ個々の対象者のニーズを審査してケアプランが作成され、指定されたケアコーディネーターが実施状況をモニターする仕組み(ケア・プログラム・アプローチ)が採用されており、措置入院から退院後の患者に対するケアのフォローの点で有効とされている。精神ソーシャルワーカーの業務はNHSの地域保健チームと一体的に行われるようになってきており、上記のNHSプランにおける各種専門チームの考え方もこれを前提としている。なお、精神ソーシャルワーカーは患者本人及び家族の精神疾患を巡る問題のカウンセリングを担当する他、患者に自傷他害のおそれがある等の場合には措置入院の申請を行う。

(3) 児童健全育成政策

イギリスの児童福祉・家族政策の中心課題は、全児童の約3分の1といわれる貧困の問題と家庭責任を有する者の仕事との両立支援である。イギリスでは近年出生率が上昇傾向にあり、少子化対策は行われておらず、緩やかな出生率の低下による将来の労働力不足についても、EU加盟国等からの移民、高齢者、女性の就労促進により対応することとしている。

a 貧困対策

イギリスでは、日本の格差問題に当たる「社会の流動性」(Social Mobility)の確保という問題は政策的に高い位置付けが与えられており、分野横断的に諸般の対策が講じられている。特に、格差の再生産を抑止する観点から児童貧困の解消は大きな課題となっており、労働党政権は、2010年までに貧困児童を半減させることを公約として、およそ170万世帯にも上る一人親世帯数(25年前には約60万世帯)について、社会保障給付への過度の依存から派生する問題の解決になるとの観点から、職業訓練、職業紹介の強化などを柱とした「福祉から雇用へ」(Welfare to Work)という一連の施策を実施してきた。

現金給付においても、従来からの児童手当に加え、

児童税額控除制度等により、低所得者層に焦点を当ててその就労を誘導しつつ貧困からの脱却を促す施策を展開してきた。

これと併せて、地域的社会的に不利な環境にある家庭をターゲットとして、保健、福祉、生活環境等総合的に育児環境の重点多岐な改善を図る省庁横断的な取組（シュア・スタート）を推進してきた。

こうした取組を促進させるため、労働党政権が2010年3月に成立させた子供貧困法（Child Poverty Act）には、2020年までに相対的貧困を10%以下にするなどの国家目標の達成、目標達成のための具体的な戦略の策定、関係者の連携義務などが盛り込まれている。保守党・自民党連立政権も、子供の貧困対策については、引き続き、目標達成に向けた努力を行うとしている。

b 仕事と家庭の両立支援策

家庭責任を有する者の仕事との両立支援策として、出産休暇の充実、父親休暇の付与⁵⁾、家庭責任保護（Home Responsibility Protection）等の雇用法制、社会保障法制面の充実が図られている。保育サービスについては、公立、営利企業、非営利団体、個人等の多様な主体が、保育所（day nursery）、遊戯グループ、保育ママ（child minder）、ベビーシッター、学童保育、休日学童保育等の様々なサービスを提供している。また、早期教育については、幼稚園（nursery school）があるほか、小学校もレセプションクラスとして就学前の児童を受け入れている。

2002年から、早期教育も保育も教育技能省（現：子供・学校・家庭省）管轄下の教育水準局が監督しており、両者の統合が図られている。

幼稚園、レセプションクラスは原則半日、無料であるのに対して、保育サービスについては、サービス提供の時間、場所等は多様であるものの原則自己負担とされている。ただし、3歳児・4歳児は週に12.5時間の無料早期教育サービスを年に38週受ける権利が確保されており、これは保育サービス提供機関でも受けることができる。また、2歳児以上の週当たり保育料が平均123ポンドであるが、近年その高騰が問題視されて

いる。なお、低所得者については、児童税額控除等により、実際に負担した保育料相当額の一部が支給される。

労働党政権は保育サービスの拡充にも前向きに取り組むこととし、1998年には全国保育戦略を発表し、良質かつ多様な保育サービスを、手頃な値段で提供できるように、関係予算の増額、又は宝くじ資金の利用等により、100か所の早期優良教育センターの設置、事業立ち上げ資金の援助、リクルートキャンペーン、養成プログラムの充実等を図っている。また、160万人分の保育サービスの定員増加、早期教育と保育が受けられる3、4歳児用のサービスを定員10万人分増加等の方針が示された。また、2004年には「保育サービス10年戦略」が発表され、保育サービスの供給増加、無料幼児教育拡大など、対策の強化が盛り込まれた。

c 要保護児童対策

要保護児童（自治体の介入がない場合には、健康、発達に著しい影響があると見込まれる場合、又は障害児の場合）の福祉に関しては、地方自治体にその児童及び家族に援助を与える責務があり、必要に応じて、助言、デイケアサービス、ホームヘルプサービス等を与えることとされている。

6 財源

国民保険の保険料は、被用者と雇用主が負担する。2010年度における被用者の保険料は、週当たり所得のうち110～844ポンドの間については11%、844ポンドを超える部分については1.0%である。雇用主の保険料は、被用者の週当たり所得のうち110ポンドを超える部分につき12.8%である。自営業者の場合、年間収入が5,075ポンド以上の場合、定額保険料（2010年度は週当たり2.40ポンド）を納める。また、無所得ないし低所得のための国民保険料納付の義務がない者も、所定額の保険料を支払い任意に加入することができる。

国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保健サービス（NHS）等の費用として拠出される。

NHSについては、国民保険からの拠出金（2割強）を

■ 5) 出産休暇及び父親休暇の詳細については、175ページ定例報告第2章イギリス3(5)aを参照のこと。

除けば、ほとんど税によって賄われている。

なお、社会福祉サービスは地方税、国庫交付金（概ね一般財源）などにより運営されている。

7 近年の動き、課題、今後の展望等⁶⁾ ……………

1997年から政権を担った労働党は、世界的な金融危機による経済・雇用情勢の悪化、政治的スキャンダルなども相まって求心力が低下し、2010年5月の総選挙で敗北した。総選挙の主要争点が財政再建であったため、保守党キャメロン新首相及びオズボーン新財務大臣は、社会保障分野においても、医療分野を除き、予算の削減を行うこととしている。一方で、先述したとおり、現在の保守党は、単なる自立自助路線ではなく、医療、不平等や貧困、家庭問題なども重視する姿勢を示しており、厳しい財政状況の中、これらの課題に有効な施策を打ち出し、実行することができるかが注目される。

医療・健康関連予算については、例外的に、実質ベースでの伸びを確保することが決定しているものの、NHSの官僚主義や非効率性を排除するため、大きな組織改革（GP共同体の設立などにより、現在のPCTや戦

略的保健当局は廃止される可能性が高い上、既存の関係機関も組織改編が行われる予定）、管理職の削減、ターゲットによる管理手法の見直しなど、NHSの歴史上、極めてドラスティックな改革が予定されていることから、現場には戸惑いが広がっている。医療サービスの現場を担うスタッフの信頼を維持しながら改革を進めつつ、医療の質の向上を如何に図ることができるかが課題となる。

他方、国家基礎年金については支給水準の向上を確保しつつ、支給開始年齢の引き上げの前倒しが行われる方向で検討が進んでいる。

福祉については、これまでの政策スタンスを継続し、基本的には「福祉から就労へ」という流れが継続される見込みであるが、真に支援が必要な者に対して給付を行うとともに、複雑な福祉関連給付の簡素化を行うとの観点から検討が行われている。具体的には、児童手当の支給年齢、税額控除、障害者手当の見直しなどが議論されているようであり、予算削減方針に応じた福祉給付の見直しがどのように進められるかが注目される。

■ 6) 本原稿は2010年7月現在の状況を記載したものである。なお、イギリス政府は2010年10月に2014年度までの省庁別歳出限度額や各年度管理歳出の詳細を設定する歳出見直し (Spending Review) を公表し、医療分野についての実質ベースでの歳出増の確保、高齢者介護など社会サービス分野への予算拡充、国家基礎年金の「三重の保証 (triple guarantee)」による増額改定、年金支給開始年齢の前倒し (2018年11月までに女性の年金支給開始年齢を65歳に引き上げるとともに、男女の年金支給開始年齢を66歳への引き上げ時期を2024年から2018年とする)、就労世代に対する福祉関連給付を統合する普遍的給付制度 (Universal Credit) の導入、2013年からの高所得者に対する児童手当の廃止などを決定した (歳出見直しの詳細については、財務省ホームページ (<http://cdn.hm-treasury.gov.uk/sr2010-completetereport.pdf>) を参照のこと)。なお、普遍的給付制度については、さらに同年11月に白書が公表された (293ページ脚注4) 参照のこと。また、保健省は同年11月、公衆衛生施策について実施体制や方針を明らかにした白書「健康な生活、健康な国民：イングランドの公衆衛生戦略」を発表した。