

# 日医総研ワーキングペーパー

## 労働党政権による英国NHS改革は どう進んでいるか？

No. 210

2009年12月18日

日本医師会総合政策研究機構

森 宏一郎

## 労働党政権による英国NHS改革はどう進んでいるか？

日本医師会 総合政策研究機構

森 宏一郎

### キーワード

- ◆ NHSへの公的支出
- ◆ NHSの生産性
- ◆ 待機患者数
- ◆ 民間セクターの活用
- ◆ NHSスタッフ数の動向
- ◆ 死亡率のターゲット達成率

### ポイント

- ◇ 労働党政権は2000年のNHSプラン以来の改革を継続している。その結果、待機患者数や死亡率の減少という成果が得られている。しかし、最新の2008～2009年データでは、部分的に改革路線に陰りが見えるため、今後を注視する必要がある。
- ◇ NHSへの公的支出は最近10年間で実質ベースで1.87倍に拡大している。この増加率はGDP成長率よりもかなり高くなっている。
- ◇ NHSの財源は安定的で、約75%を税金から、約20%を国民保険からとなっている。これらの公的資金で全体の約95%の資金を調達している。
- ◇ 国家歳出における医療の位置づけは高い。2009年度の国家歳出予算では医療は17.7%を占め、社会保護に次ぐ2番目の大きさである。歳出実績で見ると、医療への歳出は最近10年間で1.85倍となっており突出している。
- ◇ 英国の総医療費の対GDP比は1997年の6.6%から2006年の8.5%へと大きく伸びてきたが、2007年は8.4%へと0.1ポイント低下した。
- ◇ NHSの生産性は、医療の質と健康の価値の両方を評価すれば、明確に改善傾向を読み取ることができる。
- ◇ 医師数は最近10年間で顕著かつ突出して増加し、約4万人の増加となっている。救急科、小児科、臨床腫瘍科での増加が著しい。他方、看護師数は伸びが鈍化し、2005年から横ばいで推移している。
- ◇ 入院待機患者総数は最近10年間で約120万人から約60万人へ半減した。13週間以上の外来待機患者数は50万人規模から100人規模へ大幅縮小した。
- ◇ ガン死亡率と循環器系疾患死亡率については、ターゲットに到達または到達する見込みである。しかし、他の指標はターゲットに到達困難な状況にある。
- ◇ 国民のNHS満足度は2001～2008年で継続的に上昇し、2008年12月ではデータを取り始めた2000年以来で最大の73%の満足度となっている。

# 目次

<b>1. はじめに</b>	<b>1</b>
<b>2. ファイナンス</b>	<b>3</b>
NHSへの公的支出	3
NHSの財源	6
政府歳出における医療部門の位置づけ	7
英国の総医療費	9
<b>3. マネジメント</b>	<b>12</b>
民間セクターの活用	12
NHSの生産性	15
<b>4. 人材</b>	<b>21</b>
NHSスタッフ数の統計	21
NHSスタッフの給与水準	31
NHSスタッフの離職率・入職率	34
<b>5. アウトカム</b>	<b>38</b>
待機患者数	38
傷病死亡率のターゲットと現状	43
出生時平均余命と一般死亡率のターゲットと現状	49
乳幼児死亡率のターゲットと現状	55
国民のNHS満足度	57
<b>6. 結論</b>	<b>60</b>
付録 (1) 保健省におけるNHSへの支出	62
付録 (2) ガン死亡率のデータ	63
付録 (3) 循環器系疾患死亡率のデータ	63
付録 (4) 男性の出生時平均余命のデータ	64
付録 (5) 女性の出生時平均余命のデータ	64
付録 (6) 男性の一般死亡率のデータ	65
付録 (7) 女性の一般死亡率のデータ	65
付録 (8) 英国の名目GDPのデータ	66
参考文献	67

## 1. はじめに

NHS (National Health Service) は、英国政府の公的医療サービス事業である。その理念は、健康状態や支払い能力とは関係なく、国民が公平かつ原則無料で（歯科など一部を除く）医療サービスにアクセスできるということである。1948年のNHS設立以来、2008年に60周年を迎えたが、この理念は基本的に今日まで守られてきている。

しかし、NHSは幾度となく困難な状況に直面してきている。サッチャー、メージャーと続いた18年間の保守党政権下では、市場型のNHS改革が進み、医療における財政面での徹底的な効率化が行われた。経済の減速による国家財政の危機という背景もあったが、保守党政権のNHSの行き過ぎた効率化は医療現場を混乱・疲弊させたと総括することができる。このことは、長期の入院待機患者の数や長期の外来待機患者の数の多さに象徴される。

こうした状況を受けて、1997年に、ブレア労働党政権が誕生した。ブレア労働党政権は、保守党政権の効率化・医療費削減政策と完全に決別した。その象徴的な出来事は、2000年にNHSプランを発表した際、ブレア首相が英国の医療費（GDP比）を今後5年間で他のEU諸国並みにまで引き上げると宣言したことである。当時、EU諸国の医療費の対GDP比の平均値が9～10%であったのに対し、英国は6%程度に過ぎなかった<sup>1</sup>。

ブレア政権がブラウン政権に交代する約2ヵ月前の2007年4月30日、King's Fundでブレア首相はNHSについて講演した。ブレア政権の大きな柱の一つであったNHS改革の10年間を総括したのである。総じて、改革の成果があったことが述べられた。NHSへの総投資額はそれまでの約3倍となり、医師が3万人超、看護師が8万人程度増加し、100超の新病院が建設された。それに伴って、待機患者の大幅な減少や医療アウトカムの顕著な改善があったことが報告された。そして、2007年6月27日に、ブレア政権時代に財務大臣を務めていたゴードン・ブラウン氏が首相となり、労働党政権が継続している。ブラウン政権は、ブレア政権が掲げたNHS改革の方向性を基本的に踏襲している。2008年6月30日、ブラウン政権下でNHSの次段階に関する最終報告

---

<sup>1</sup> Ham (2004)

書 ”High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report”<sup>2</sup> が公開された。この中で、ブラウン首相は、2000年のNHS PlanからのNHS改革は成功であり、引き続き良い方向に進んでいることを指摘した。アウトカムについても具体的に言及しており、ガン疾患や心臓疾患の生存率の改善によって、この11年間で23万8千人の生命が救われたことが報告された。この報告書の内容に照らして、引き続き改革を進めていくとしている。2000年に出されたNHS Planは10ヶ年計画であり、改革の大きな方針に変更点はない。

こうした背景を踏まえて、本レポートでは、労働党政権が進めているNHS改革が近年どのように進んでいるのかを整理したい。近年の情報に焦点を当てて、ファイナンス、マネジメント、人材、アウトカム（待機患者数の動向を含む）の側面について、それぞれ見ていく。なお、この論文の対象は英国NHSであるが、NHSは4地域ごと（England, Scotland, Wales, Northern Ireland）に独立で営まれている。そのため、イングランドだけを対象としたデータが多いので、注意してほしい。図表ごとに、Englandなのか、UKなのか、あるいは他の地域区分なのかを示す。なお、イングランドの比率はかなり大きく、多くの議論がイングランドNHSの状況を背景として展開されている。例えば、2007年度の医療部門への公共支出の「実績額」で見ると、英国全体の110,310百万ポンドのうち、イングランドは91,324百万ポンド（約82.8%）を占めている（HM-Treasury, 2009）。

---

<sup>2</sup> Department of Health (2008b)

## 2. ファイナンス

第2節では、NHSにおけるファイナンスの動向を見ていく。公的な医療サービスを実践するにあたって、コストをどのように充当するか。これは各国共通の課題であると言える。2000年以降、NHSの医療サービスの拡大が行われてきたが、どれほどの資金がどこから投入されているのだろうか。また、その推移はどのようなになっているのだろうか。

### NHSへの公的支出

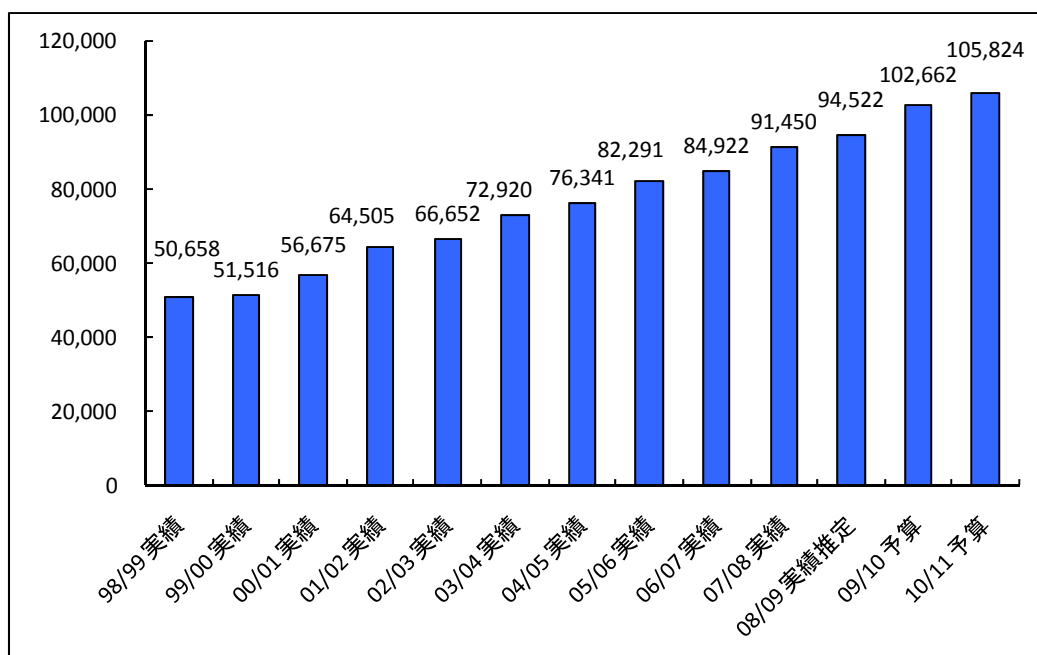
ここでは、英国の公的な医療支出額データを見ていく。まず、注意しておきたいことがある。医療費のデータは対GDP比として国際比較が行われることが多いが、その場合は各国の医療費データの定義の整合性を取っておくことが必要になる。医療費の対GDP比の国際比較を念頭に置くと、OECD Health Dataを用いるのが一般的である。ただし、OECD Health Dataの「総医療費支出」には、日本の国民医療費に相当する費用に加えて、治療的介護サービス、リハビリ介護サービス、長期看護サービス、ヘルスケアの補助的サービス、外来患者に処方した医薬品、予防・公衆衛生サービス、医療管理・医療保険、医療への投資（粗資本形成）に関わる費用が含まれ、網羅的になっていることに注意したい。したがって、OECDの総医療費支出は、ここで見ていく「NHSへの公的な医療支出額」よりもかなり大きいことになる。この点に注意してほしい<sup>3</sup>。ここでは、国際比較には焦点を当てず、あくまでもNHSにおける時系列的变化に焦点を当てる。英国という一国について、政策的にNHSに対する医療費支出を拡大させているのかどうかという点に関心があるからである。もう一つの注意点は、国全体での医療費の推移ではなく、英国政府による医療への公的支出の推移をみるということである。国全体での医療費額の推移はもちろん重要であるが、ここでは英国政府が医療政策としてどのような公的支出をしているのかを見たいからである。すでに述べたように、NHSは基本的に税を主な財源とした政府による無料の医療サービスであるため、英国政府の公的支出の動向は政府の医療政策を反映したものとなっている。

---

<sup>3</sup> なお、OECDに報告されている英国総医療費のデータは第2節の最後にチェックする。

大きな資金の流れを簡単に言うと、保健省（Department of Health）に対する政府歳出が決められ、その中からNHSに対して消費支出と資本支出が行われる。NHSに関係するものとしては、NHSに関係する年金支出もあるが、ここでは医療に直接的に関わる部分の支出に注目するため、NHSに対する公的支出の中からは除外することにする。付録(1)に全体の表を付けてあるので、参照してほしい。

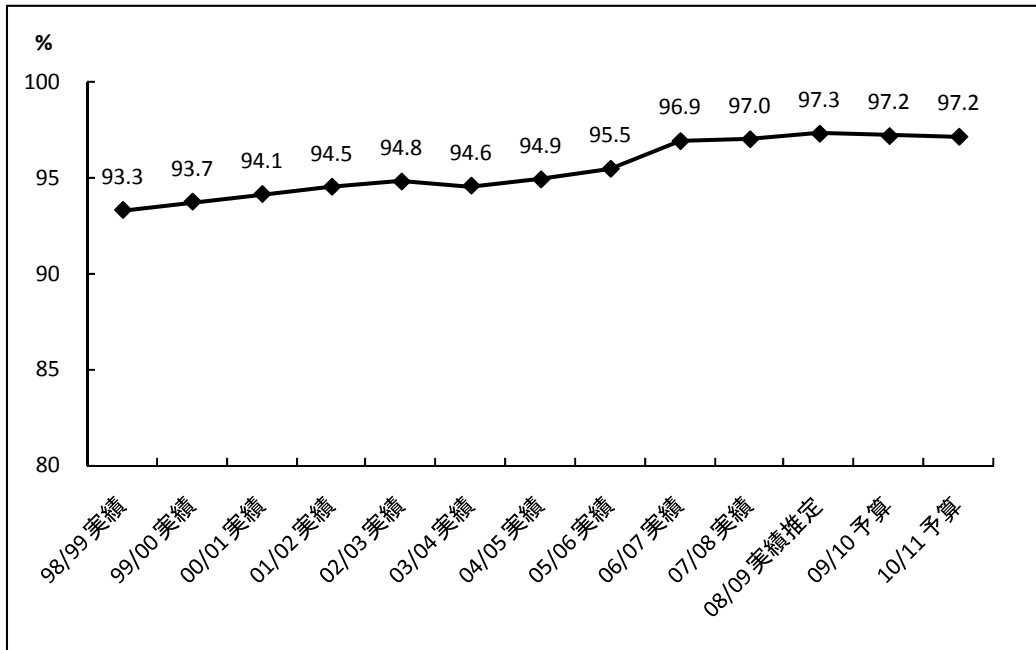
図 2-1. NHSへの公的支出(実質値, 2008 年度価格を基準; 百万 GBP, England)



注: 実質値の算出には GDP デフレーターを使用。2008 年度価格が基準。  
資料: Department of Health (2004, 2005a, 2006, 2007, 2008a, 2009a); HM-Treasury

図 2-1 は NHS への公的支出額の実質値の推移を示している。NHS への公的支出額は、消費支出額と純資本支出額（資本減耗分はマイナス）の合計である。2008 年度価格を基準とした実質値となっているので、インフレによる影響が排除されており、数量として実質的に公的支出額がどれくらい伸びているかを見ることができる。グラフから明確な増加傾向が読み取れる。例えば、1998 年度の実績と 2008 年度の実績推定を比較すると、1.87 倍になっており、大きく伸びてきたことが分かる。NHS の充実化という労働党政権の政策が反映されている。NHS への公的支出の実質値の推移を見る限り、方針通りに進んでいるように見える。

図 2-2. NHSへの公的支出のうち病院・地域医療サービスへの支出が占める割合(%, England)



注: グロスでの資本支出額で評価。資本支出部分については資本減耗分を差し引いていない。  
資料: Department of Health (2004, 2005a, 2006, 2007, 2008a, 2009a)

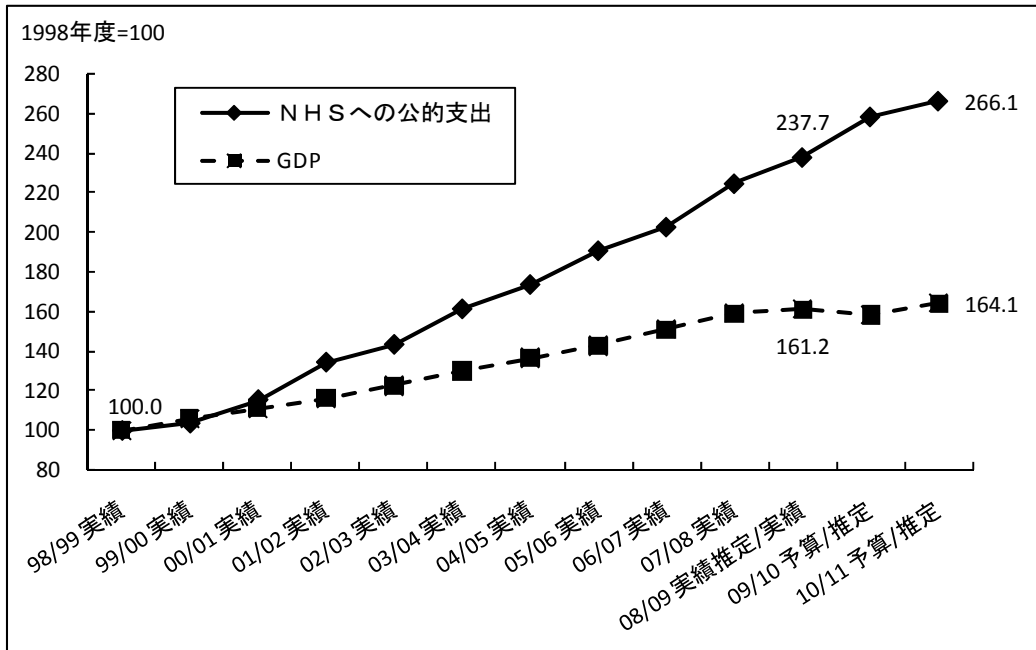
図 2-2 は NHS への公的支出の中に占める「病院および地域医療サービス」への支出の割合の推移を示している。各年度とも、93%を超える高い割合を示しており、NHS への公的支出のうちの大部分は病院・地域医療サービスに向けられていることが分かる。また、変化は大きくないものの、1998 年度から見ていくと、その割合は増加傾向を示している。2008 年度には 97.3% と高い割合に到達している。患者中心の医療サービスを実現するという NHS 改革の方針の表れと言えるだろう。

図 2-3 は NHS への公的支出の推移と GDP の推移を比較したものである<sup>4</sup>。いずれも名目値をベースとして、1998 年度の水準を 100 として伸び率を示している。グラフから明らかなように、GDP の伸びよりも NHS への公的支出の伸びの方がかなり大きくなっている。例えば、2008 年度で見ると、GDP は 1998 年度比で 1.61 倍になっているのに対して、NHS への公的支出は 2.38 倍になっている。経済の伸びよりも大きな割合で医療への公的支出が行われてきたのである。毎年、GDP 成長率以上の割合で NHS への公的支出を増やしてきており、その蓄積を考慮すると、十分な資金が NHS へ投入されてきたと言える。NHS 改革の重要性を反映していると言える。

<sup>4</sup> 付録(8)で英国の名目 GDP のデータを示しておく。



図 2-3. NHSへの公的支出と GDP の推移の比較(名目値, 1998 年度=100, England)



注: いずれも名目値をベースに、それぞれの 1998 年度比を算出。

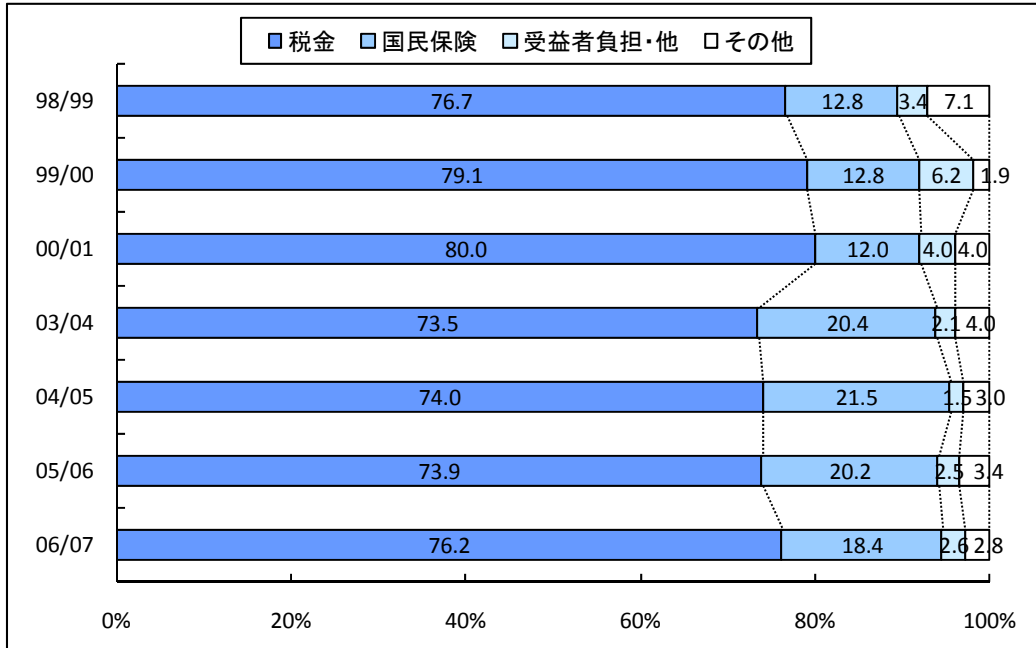
資料: Department of Health (2004, 2005a, 2006, 2007, 2008a, 2009a); HM-Treasury

## NHSの財源

すでに述べたように、NHSは英国政府による公的な医療サービス事業である。NHSは医療ニーズに対応した公平アクセスを理念としており、国民は健康状態や支払い能力とは関係なく医療サービスにアクセスすることができる制度となっている。実際に、歯科や長期治療の一部などを除いて、大部分の医療サービスが無料で受けられる制度となっている。したがって、この理念・制度を支えるため、多くの医療費は広義の税金(租税と国民保険)によって充当されるシステムとなっている。

図 2-4 は NHS の財源の主な構成比率を示している。おおよそ 9 割強がいわゆる公的資金(税金と国民保険)を財源としている。2001 年度と 2002 年度のデータが欠損していることに注意してほしいが、この間でややデータが不連続になっているように見える。最近 4 年間で見ると、税金で約 75%、国民保険で約 20%を資金調達するという構図で安定的に推移しているようである。

図 2-4. NHSの財源(% , England)



注(1): 2001年度と2002年度のデータが欠損していることに注意。

注(2): 「受益者負担・他」は受益者負担(患者負担)と他の諸々の収入の合計。

注(3): 「その他」は資本収入とトラストの利子収入の合計。

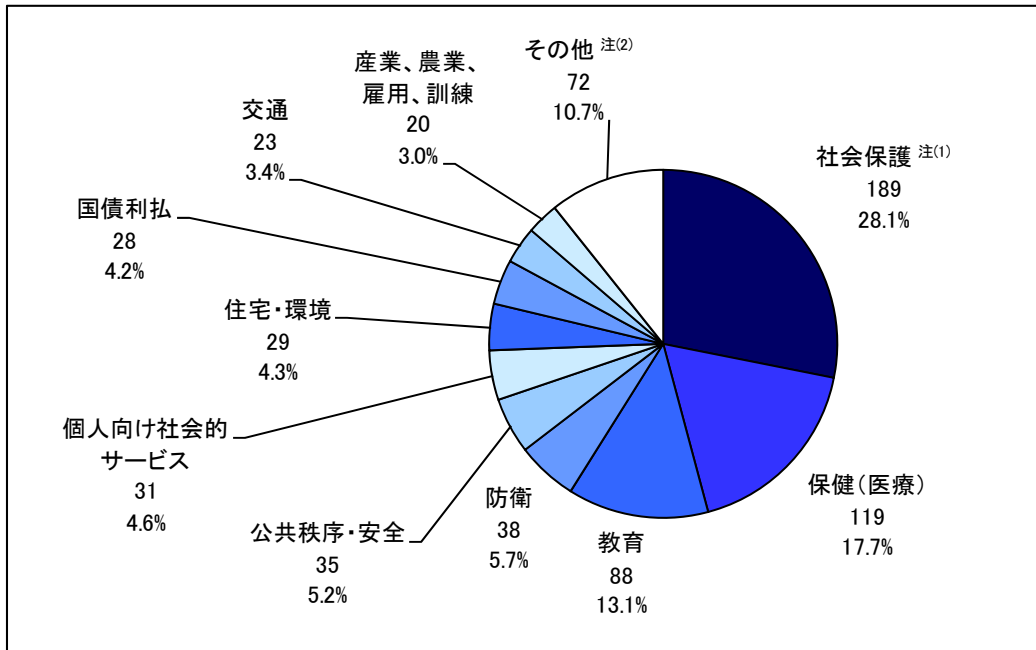
資料: Department of Health (2001, 2003, 2004, 2005a, 2006)

## 政府歳出における医療部門の位置づけ

NHSへの大部分は公的資金によって充当されている。したがって、言うまでもなく、医療に対する国家の戦略・方針が非常に重要な意味を持つ。政府歳出予算において、医療の位置づけが大きく変化すれば、そのまま医療財源の大きさが変化し、結果として、医療サービスの質へ大きな影響を与えることになる。ここでは、この意味において、政府歳出における医療部門の位置づけについての動向を見ていく。

図 2-5 は 2009 年度の英国の政府歳出予算の内訳を示している。割合が大きいのは、社会保護、医療、教育、防衛、公共秩序・安全で全体の約 7 割を占めている。これらは政府がやるべき重要な公的サービスであると明確に位置づけられている。その中で、英国政府は医療を重要視している。社会保護に次ぐ 2 番目の大きさとなっており、約 1,190 億 GBP で 17.7%を占めている。

図 2-5. 国家歳出予算の内訳 (2009 年度, 10 億 GBP, UK)



注(1): 社会保護(social protection)は、各種年金、身体障害者等への給付、未亡人への給付、家族への所得支援給付、失業者への給付、住宅手当などの福祉等の社会保障と、個人単位の税金に関する還付を含む。

注(2): その他には、一般公共サービス、レクリエーション・文化・メディア・スポーツ、国際協力・開発、年金、会計上の調整が含まれる。

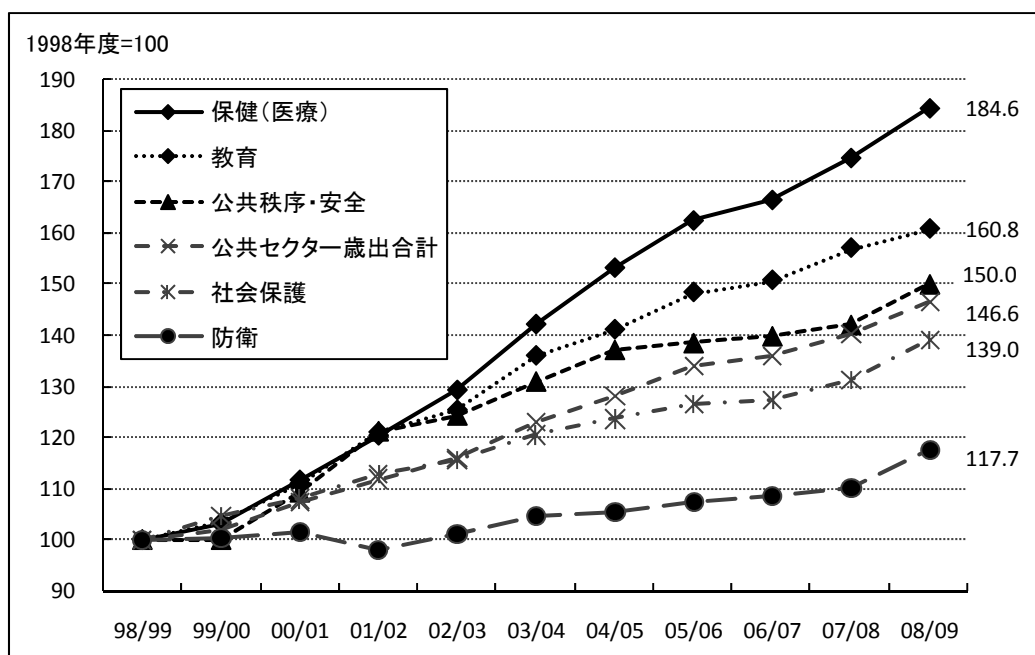
資料: HM-Treasury (2009)

2009 年度の予算レポート (UK HM-Treasury, 2009) の中で、1997 年以来、医療への公的支出を大幅に増やしてきたことと関連して、医療に関する公共サービスの改善成果についてのいくつかの言及がある。まとめておこう。(1) 2010 年までに 75 歳未満のガン患者の死亡率を 20%低下させる見込みである。他方、2010 年までに 75 歳未満の心疾患の患者の死亡率を 40%低下させるという目標はすでに到達した。(2) 1997 年時点では 28 万人の 6 ヶ月超の入院待機患者が存在していたが、現在 18 週間超の入院待機患者は存在しない。(4) 73.5%の GP (General Practitioner) が開院時間の延長を実施している。2008 年末までに 50%到達という目標水準を大幅に上回っている。

図 2-6 は公共セクターの各サービス部門ごとの政府歳出の伸び率を示している。2009 年度予算で割合の大きかった 5 部門と歳出合計 (会計調整前の合計値) の伸び率を比較している。なお、実質値をベースとしているため、インフレ分は除外されており、数量ベースでどれだけ投入量が増えてきたかということを示している。2008 年度の公共セクター歳出合計は 1998 年度比で 1.47 倍になっている。歳出合計の伸び率を上回っているのは、医療、教育、公共秩序・安全の 3 部門であるが、医療の伸び率が突出してい

る。医療は 1987 年度比で 1.85 倍になっている。年々、歳出合計の成長率を上回る形で保健（医療）部門への歳出を増やしてきており、その蓄積を考慮すると十分な資金が充当されてきたと言える。医療の拡充という労働党政権の政策方針と資金充当の動きがきちんと連動している。

図 2-6. 政府歳出の各サービス部門の伸び率の比較(実績額, 実質値, 1998 年度=100, UK)



注：2008 年度価格を基準とした実質値をベース(GDP デフレーターで調整)。  
資料：HM-Treasury (2009)

## 英国の総医療費

第 2 節の冒頭で、国際比較のために用いられる医療費データと NHS への公的支出の違いを指摘した。ここでは、国際比較に使用できる英国の総医療費の推移を見ておきたい。ここで示すデータは OECD に報告されているものである。

すでに述べたように、総医療費は単純な公的支出や個人医療費支出の合計よりも幅広い定義となっている。したがって、いくつかの調整が必要となる。具体的には主に、(1) 慈善団体や宗教組織、刑務所、軍施設での医療費支出を加算し、(2) 保健部門での研究開発費、NHS における保健部門での教育・訓練費を除外し、(3) NHS 以外の養護施

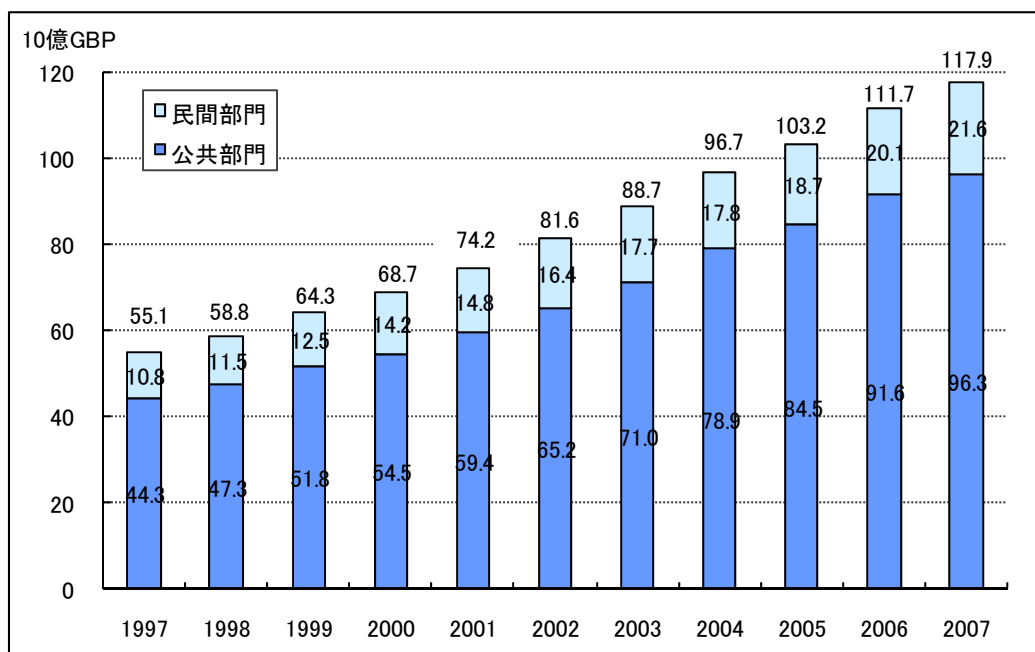
設における看護・介護費、在宅看護のための政府による給付費、職場でのヘルスケア費を加算する。表 2-1 は総医療費の計算上の構成要素を示している。

表 2-1. 総医療費の計算上の構成要素

構成要素	加算/減算	実績/推計
政府によるヘルスケアへの経常支出	加算	実績
政府によるヘルスケアへの資本支出	加算	実績
ヘルスケアへの家計支出	加算	実績
家庭へのサービスに関わる非営利組織によるヘルスケアへの支出(主に慈善)	加算	実績
刑務所におけるヘルスケアへの支出	加算	実績
軍施設におけるヘルスケアへの支出	加算	実績
民間セクターのヘルスケア提供者による資本支出	加算	実績
NHSにおける保健部門の教育・訓練費	減算	実績
NHSにおける保健部門の研究開発費	減算	実績
親族への在宅看護に関わる政府による給付費	加算	推計
職場におけるヘルスケア	加算	推計
NHS以外の養護施設における看護・介護費	加算	推計

資料： Office for National Statistics (2009a)

図 2-7. 英国の総医療費(名目値, 10 億 GBP, UK)



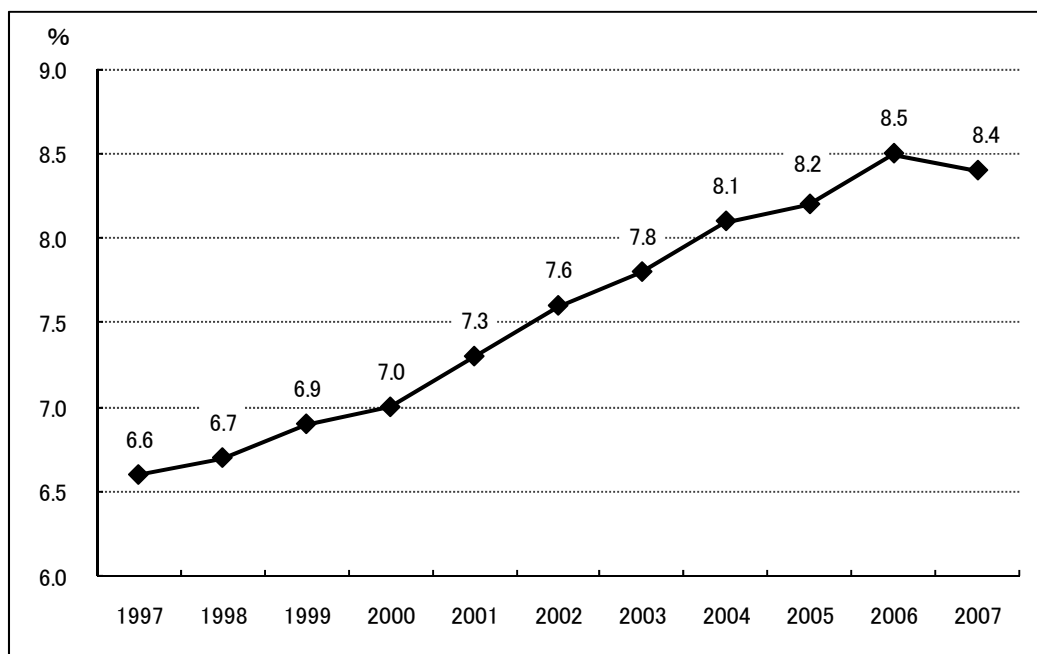
注：データは名目値。

資料： Office for National Statistics (2009a)

図 2-7 は英国 (UK) の総医療費 (名目値) の推移を示している。公共部門と民間部門の比率は安定的で、公共部門が約 80%を占めている。これまで見てきたとおり、総

医療費についても明確な増加傾向がある。

図 2-8. 英国の総医療費の対 GDP 比(% , UK)



資料： Office for National Statistics (2009a)

図 2-8 は英国 (UK) の総医療費の対 GDP 比 (%) の推移を示している<sup>5</sup>。総医療費の対 GDP 比は 2006 年までは一貫して高くなってきた。しかし、2007 年に前年から 0.1 ポイント低下し、対 GDP 比は 8.4%となっている。総医療費の対 GDP 比を EU 諸国平均並み (EU15 カ国平均は 2005 年で 9.3%) にするという政策方針から見ると、もう少し伸ばしていけないといけないところだろう。ただし、図 2-3 が示しているように、NHS への公的支出は GDP の伸びに比べてかなり大きく増加してきており、政策方針とその資金投入行動の間に乖離があるわけではない。

<sup>5</sup> 付録(8)で英国の名目 GDP のデータを示しておく。

### 3. マネジメント

第3節ではNHSのマネジメント面に関する事項について、近年、特徴づけられるものを見ておきたい。すでに述べたように、NHSは政府による公的医療サービス事業であるが、2000年以降のNHSの医療サービス拡充にあたって、民間セクターの活用が図られてきている。それらがどの程度のものであり、どのような動向を示しているのかを見ておきたい。また、マネジメント面の効率性に関して、NHSの生産性の動向を見る。公的サービス事業においては生産性の監視や議論が頻繁に起こることは避けられない。ここでの議論で特徴的なのは、単純なカネの側面からだけの議論に終始するのではなく、医療の質の改善や健康価値の変化にも注目して生産性を捉えていることである。

#### 民間セクターの活用

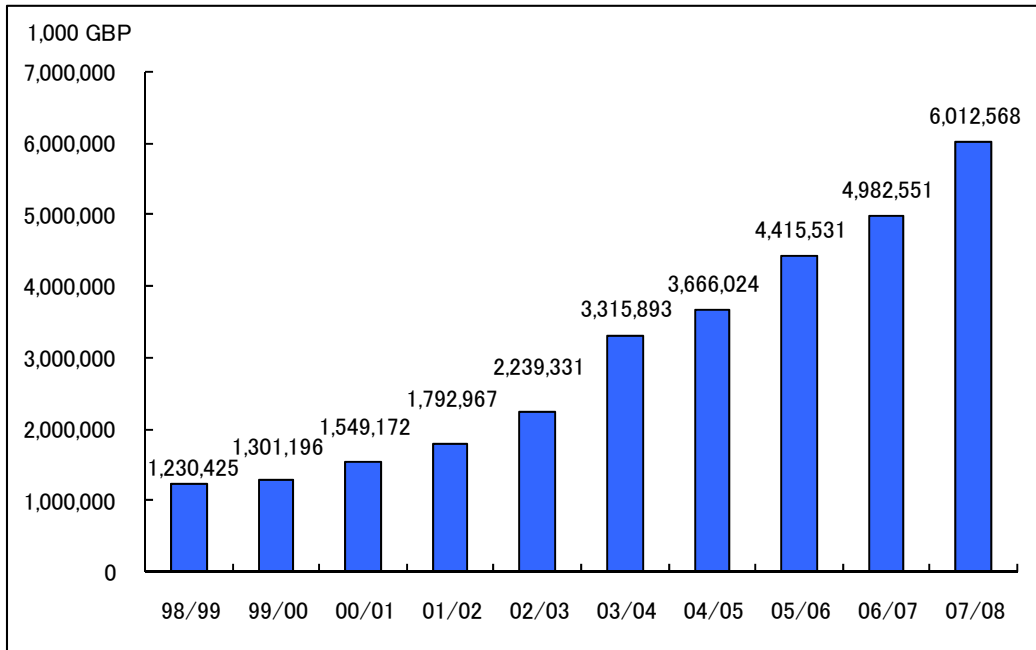
政府は提供医療サービス量を迅速に拡大するために、民間セクターを利用していくことを決めている。例えば、2000年、2010年までに100の病院を新設することを計画したが、そのうちの8割程度はPFI (Private Finance Initiative) で資金調達することを企図した。いわゆる民間資本の活用である。また、同じ2000年、政府はNHS患者の手術のために民間セクターの医療機関の利用を拡大することを企図して、民間セクターと協定を締結した。2000年以降、ストック面においてもフロー面においても、医療サービス量を急拡大するために民間セクターの活用が行われてきている。本節では、その動向をデータで見ておきたい<sup>6</sup>。

図3-1はNHSによる民間セクターからの医療サービス購入額の推移を示している。2000年以降、加速度的に増加してきていることが分かる。98年度に12億3,042万GBPだったのが、2007年度には60億1,256万GBPへと実に約5倍に拡大した。

---

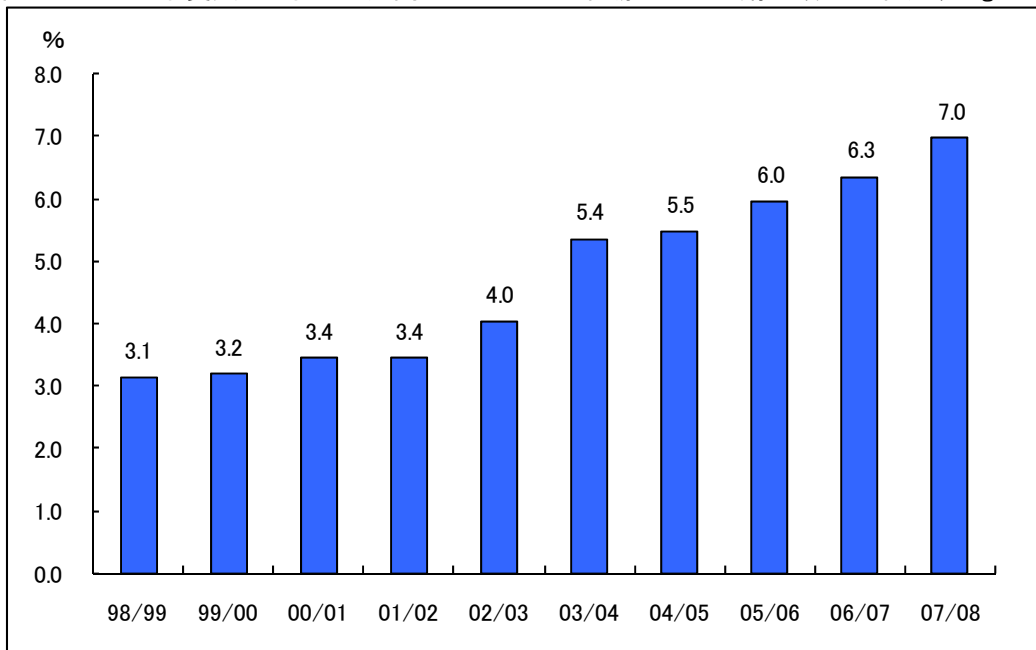
<sup>6</sup> データとして明確に出てこないが、NHS病院が民間医療を提供するケースもある(Ham, 2004)。

図 3-1. NHSの民間セクターからの医療サービス購入額(1,000GBP, England)



資料: Department of Health (2009a)

図 3-2. NHS消費支出に占める民間セクターからの医療サービス購入額の比率(% , England)



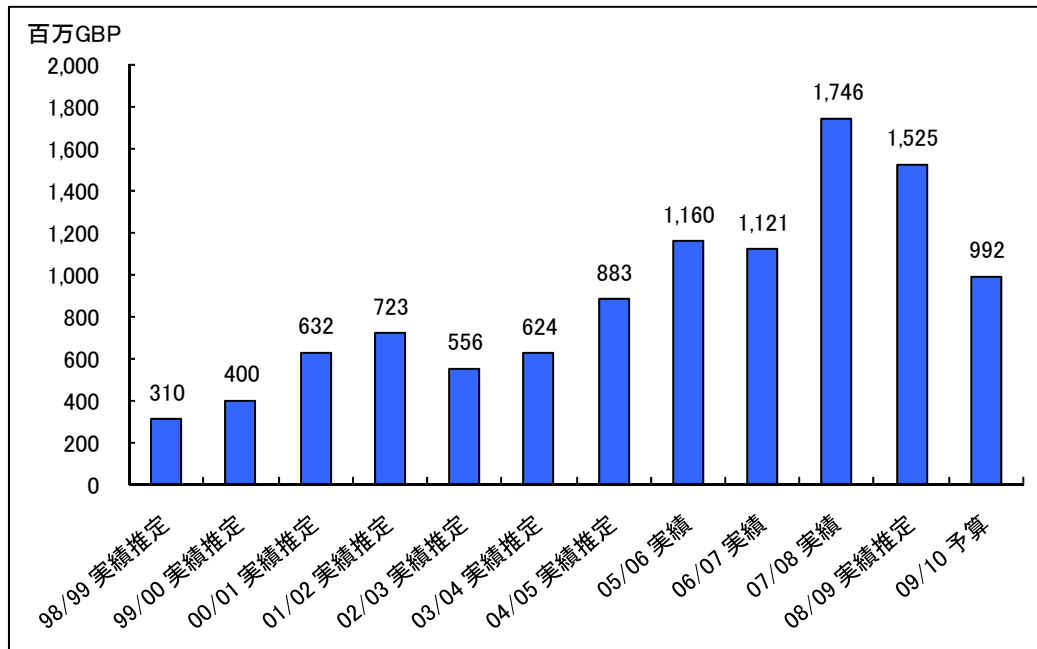
資料: Department of Health (2009a)

図 3-2 は、図 3-1 で示した民間セクターからの医療サービス購入額がNHS消費支出に対してどれぐらいの大きさなのか、その比率を示している。比率で見ても、明確な増加傾向を示していることが分かる。2007年度では、NHS消費支出に対して7.0%の大



きさになっている。

図 3-3. NHSにおける PFI 投資金額の推移(百万 GBP, England)



資料: Department of Health (1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005a, 2006, 2007, 2008a, 2009a)

図 3-3 は NHS における PFI 投資金額の推移を示している。2002 年度以降、PFI 投資金額は増加してきているが、2008 年度以降は縮小に向かっている。2000 年以降、NHS の医療サービスを急拡大させる政策を背景に、資金繰りを公的資金だけではなく民間資本にも依存することになったことが背景にある。しかし、民間資本に対する資本コストは公的資金に比べると割高であり、そのコスト負担増が問題視されるようになってきている。さらに、2010 年までに 100 の新病院を建設するという目標をすでに達成し、資金需要は相対的に小さくなってきたということもある。すでに 104 の病院が新築されており、さらに 28 の病院が建設中である。104 の新築病院のうち、77 が PFI によるものであり、PFI の果たした役割は大きかった<sup>7</sup>。今後は、PFI 投資金額は縮小に向かうだろう。

<sup>7</sup> ただし、一般的に PFI による資金調達コストは全てを公的資金で行う場合に比べて割高である上、民間セクターが利潤を確保しようとするため、納税者にさらなる負担を強いているという根強い批判があるのも事実である(Ham, 2004; Lister, 2008)。

## NHSの生産性

この節では、NHSのマネジメントの状態を示す一つの指標として、NHSにおける公的サービス生産性指標の動向を取り上げる。NHSが英国政府による公的サービスであるため、生産性に対する関心は高い<sup>8</sup>。簡単に言えば、生産性は1単位のインプットでどれだけのアウトプットを生み出せるかを示すものである。次の計算式で定義される。

$$(\text{NHS生産性}) = (\text{NHSアウトプット量}) / (\text{NHSインプット量})。$$

計算としてはこの簡単なもので正しいが、2つの重要な問題がある。一つは、インプットもアウトプットも価額ではなく、数量として把握しなければならないということ。したがって、価額単位としてデータがある場合、数量ベースのデータに変換しなければならない。上の計算式の分子・分母の単位を合わせて、評価対象の価格変化や一般物価水準の変化分を除外すれば、数量ベースでの生産性の推移が得られる。しかしながら、この変換の方法には、要素ごとにいくつかの方法が考えられるため、確立した方法があるわけではない。もう一つは、NHSのアウトプットは数量だけで捉えるのでは不十分であるということ。つまり、NHSの目的は国民の健康状態を高くすることであり、医療サービス量を増やすだけでは不十分である。したがって、医療の質の改善を評価しなければならない。しかし、この2つ目の問題は非常に難しい問題である。例えば、寿命の伸びや死亡率の低下を評価するわけだが、これらに影響を与えるのはNHSのサービスだけではなく、他の多くの要因（人口構造の変化、諸々の生活習慣、住環境、食事、喫煙の程度、社会経済におけるステータス、環境、教育水準など）の影響を受けるため、それらと切り離して評価しなければならない。この点については、生存率、健康への効果、生存率と健康への効果に影響を与える寿命の調整、外来や入院のための待機時間、プライマリーケアの改善度、心筋梗塞の長期生存率、患者の経験などを考慮した試算があるが、方法が確立しているわけではない<sup>9</sup>。これらの2つの問題に対処するために、数通りの計算方法が提示されている。上で示した通り、生産性指標はアウトプットをインプットで割り算したものである。アウトプットの評価方法に3タイプ、インプットの評価方法に8通りあり、合計で24の方法で生産性指標が計算されることになる。

---

<sup>8</sup> Dawson *et al.* (2005). Department of Health (2005b). Office for National Statistics (2006a, 2006b).の議論を参照して、本節をまとめている。

<sup>9</sup> Dawson *et al.* (2005).

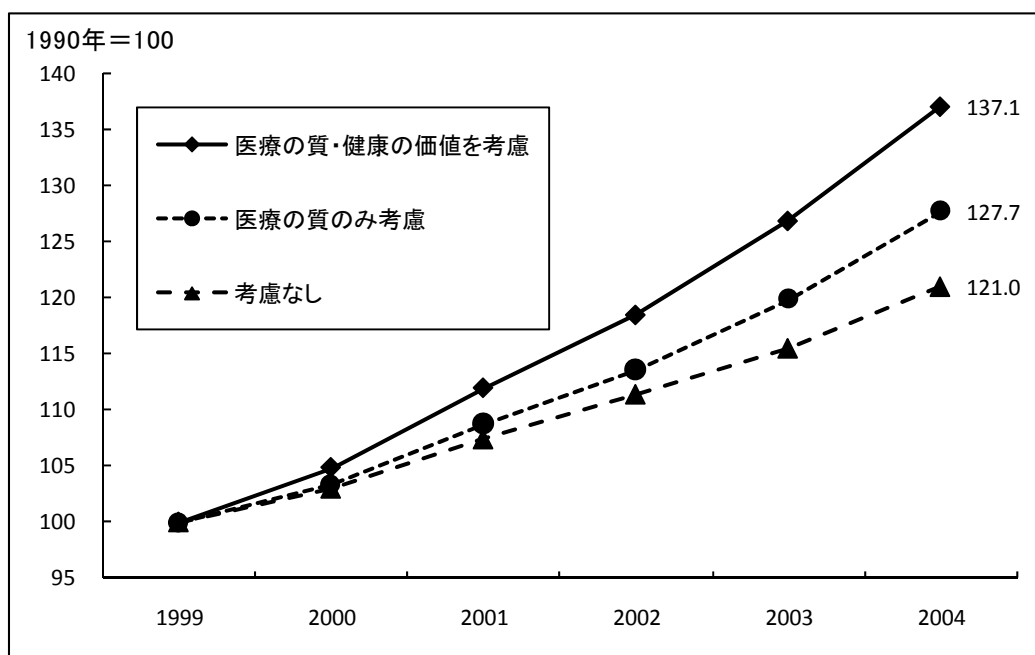
表 3-1. NHSアウトプット評価方法

方法	医療の質	健康の価値
(1)	×	×
(2)	○	×
(3)	○	○

注: 「○」は「考慮する」、「×」は「考慮しない」の意味。

まず、アウトプットについては3タイプの評価方法がある(表 3-1 を参照)。すなわち、(1) 医療の質も健康の価値も考慮しないタイプ、(2) 医療の質を考慮するタイプ、(3) 医療の質と健康の価値の両方を考慮するタイプ<sup>10</sup> の3つである。医療の質を考慮する場合、主に次の点をデータに反映させる。入院における生存率の変化、診療前後での健康状態の改善度、入院のための待機時間の変化の3つである<sup>11 12</sup>。

図 3-4. NHSアウトプットの変化(1999年=100, England and Northern Ireland)



資料: Office for National Statistics (2006b)

図 3-4 はNHSアウトカムの変化を示している。医療の質・健康の価値を考慮していないタイプの成長率が最も低く、年平均成長率は3.9%である。医療の質のみを考慮したタイプでは、年平均成長率は5.0%となる。医療の質と健康の価値の両方を考慮した

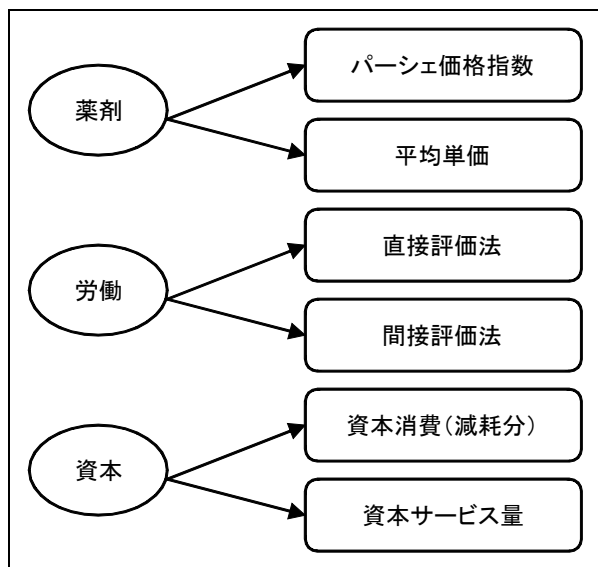
<sup>10</sup> 健康の価値は実質所得の増大とともに高くなる(所得効果)と考えられており、その分を考慮する。

<sup>11</sup> 診療前後での健康状態の改善度は、一つのデータで代表できないため、多様なデータから導出される。

<sup>12</sup> 医療の質の変化については、第5節「アウトカム」で議論する。

タイプでは、年平均成長率は 6.5%と最も高くなる。

図 3-5. NHSインプットの評価方法



他方、インプットの評価については、薬剤投入量について 2 通り、労働投入量について 2 通り、資本投入量について 2 通りの方法が考えられ、それらの組合せで合計 8 通りの方法がある（図 3-5 を参照）。まず、薬剤投入量の変化についての評価には、パーシェ価格指数<sup>13</sup> を用いる調整方法と平均単価を用いる調整方法がある。薬剤は、先発品の特許が切れると後発品に入れ替わるため、薬品ミックスの変化も考慮に入れるべきであるという視点がある。パーシェ価格指数では、薬品ミックスの変化も考慮できる価格指数であるが、価格自体の変化をあまり反映しないという欠点がある。他方、平均単価を用いる場合、薬品ミックスの変化は考慮できないが、価格変化はうまく反映する利点がある。次に、労働投入量の変化については、直接評価法と間接評価法がある。直接評価法では、スキルで調整した労働投入時間をデータとして把握するものである。OECD によれば、直接評価法が労働投入量の把握として適切であるとされている。間接評価法では、パーシェ価格指数などのデフレーターを用いて調整されたデータを用いるものである。最後に、資本投入量の変化を評価する方法には、資本消費を用いる方法と資本サービス量を用いる方法がある。資本消費とは、資本減耗分のことであり、資本減耗分が資本として投入された量であると見なす方法である。他方、資本サービス量は

<sup>13</sup> パーシェ価格指数は、年ごとの品目ミックスを用いるもので、品目ミックスの変化を考慮するものである。GDP デフレーターはパーシェ価格指数の例である。他方、ラスパイレス価格指数は、ある基準年の品目ミックスを用いて価格変化を見るもので、基準年の品目ミックスで固定化される。消費者物価指数や卸売物価指数はラスパイレス価格指数の例である。

資本から得られるサービス量を把握するものであり、このサービス量と資本レンタル料の変化を合わせて考慮したデータを用いるのがもう一つの方法である。しかし、資本サービス量のデータはNHSという括りでデータが取れないという問題がある<sup>14</sup>。

表 3-2. NHSインプットの変化(1990=100, England and Northern Ireland)

薬剤の 評価法	労働の 評価法	資本の評価法	1999	2000	2001	2002	2003	2004
パーシェ 価格指数	間接法	資本消費	100.0	102.9	109.0	115.1	122.8	130.6
		資本サービス	100.0	102.8	109.1	115.3	123.0	130.8
	直接法	資本消費	100.0	102.6	108.0	113.8	121.8	128.4
		資本サービス	100.0	102.5	108.1	113.9	122.0	128.6
平均単価	間接法	資本消費	100.0	102.5	108.1	113.3	120.9	128.6
		資本サービス	100.0	102.4	108.2	113.5	121.1	128.8
	直接法	資本消費	100.0	102.3	107.1	112.0	120.0	126.4
		資本サービス	100.0	102.2	107.2	112.2	120.1	126.6

注：評価方法によっては、England だけのデータを用いているものなどが混在している。詳細は Office for National Statistics (2006a, 2006b)を参照。

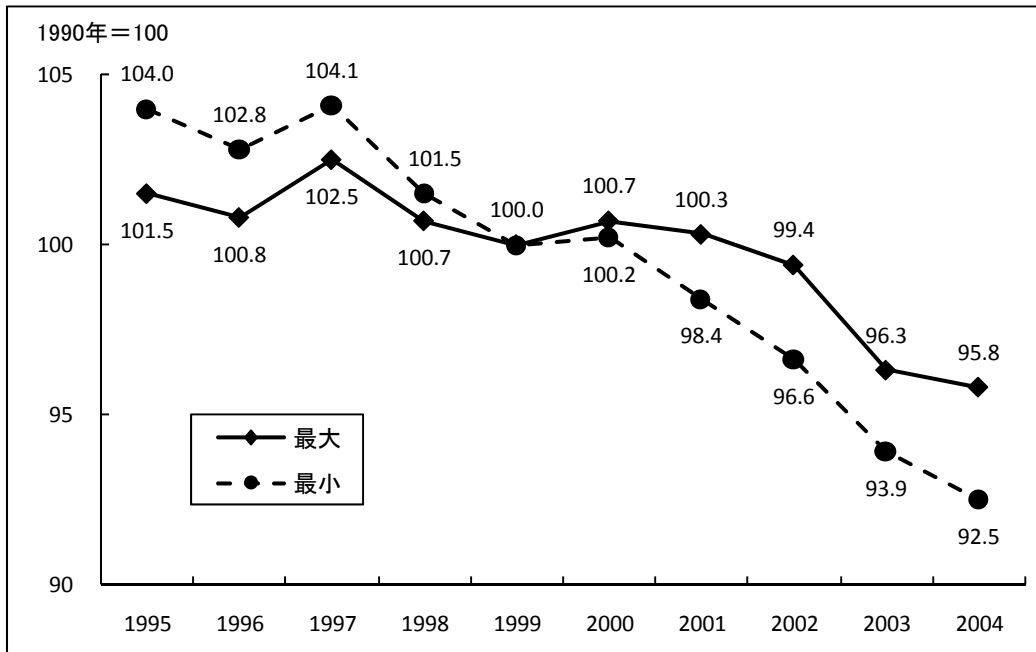
資料： Office for National Statistics (2006b)

表 3-2 は NHS インプットの変化を示している。それぞれの評価方法によって、変化率が異なる。したがって、以下、変化率の最も大きいものと変化率の最も小さいものを用いて、生産性指標の変化を見ていくことにする。つまり、薬剤については「パーシェ価格指数」、労働については「間接法」、資本については「資本サービス」を用いる方法と、薬剤については「平均単価」、労働については「直接法」、資本については「資本消費」を用いる方法の 2 通りに焦点を当てる。

図 3-6 は医療の質も健康の価値も考慮しない場合の NHS 生産性の推移を示している。アウトプットの成長よりもインプットの成長の方が相対的に大きいため、生産性は減少傾向を示している。物量（あるいは価格変動を除外した価額）だけで測定すると、NHS 生産性は下落していることになり、投入量を増やしているほどには医療サービス量は増えていないということになる。

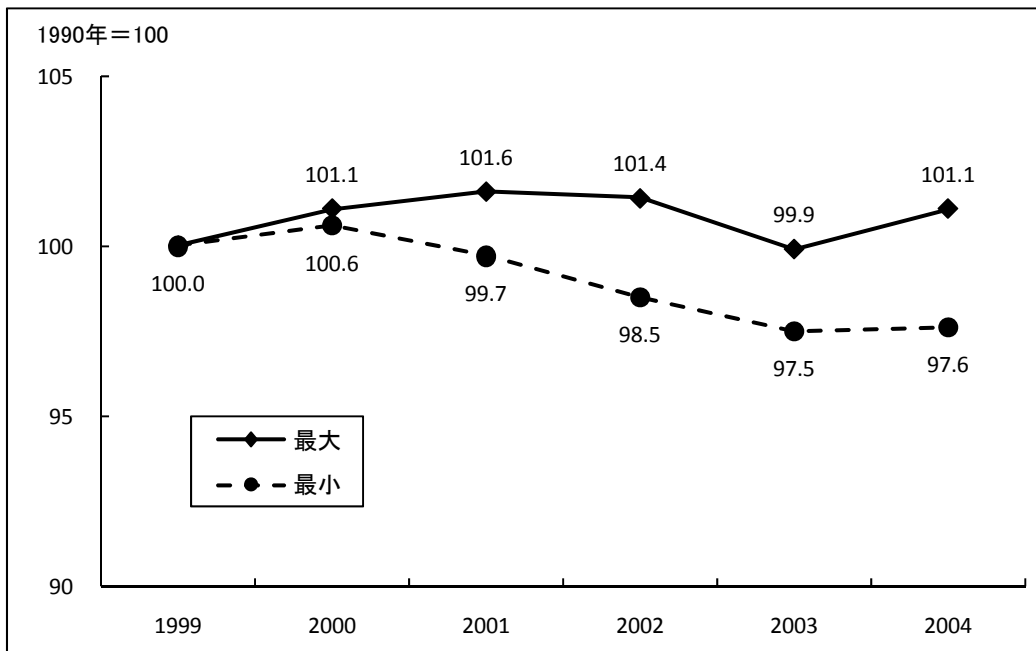
<sup>14</sup> 民間セクターのデータも混在する。

図 3-6. 医療の質・健康の価値を考慮しない場合のNHS生産性の推移  
(1990年=100, England and Northern Ireland)



資料: Office for National Statistics (2006b)

図 3-7. 医療の質のみを考慮した場合のNHS生産性の推移  
(1990年=100, England and Northern Ireland)

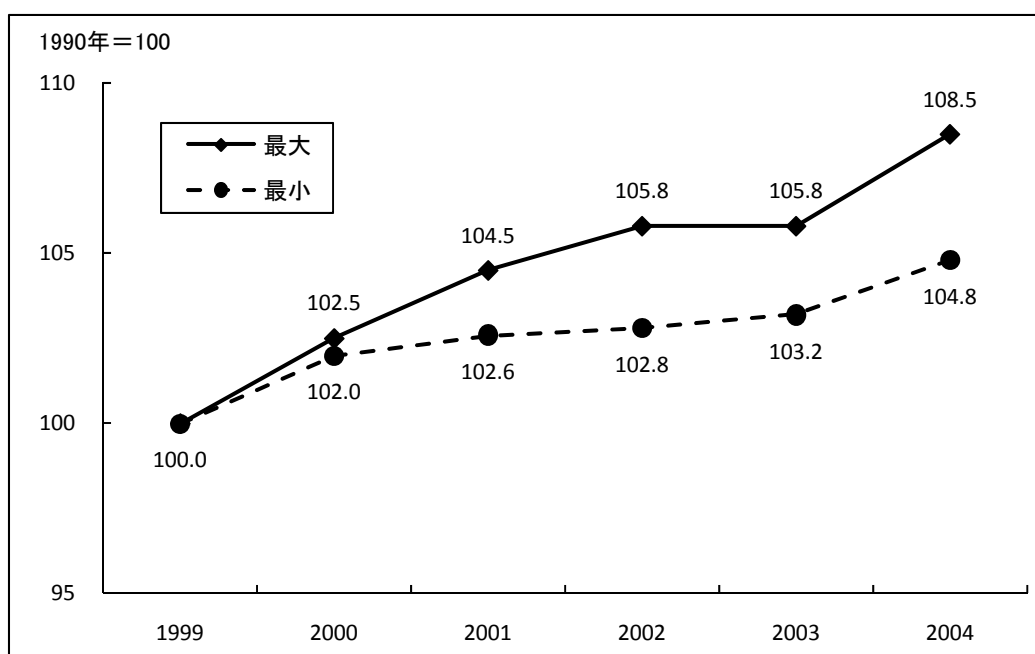


資料: Office for National Statistics (2006b)

図 3-7 は医療の質を考慮した場合のNHS生産性の推移を示している。インプット投

入量の増加にともなって質の改善が得られていることが分かる。図 3-6 に比べて、最大の成長率の経路では 1999 年度比 1.1% のプラス成長になっている。他方、最小の成長率の経路では依然としてマイナス成長となっている。医療の質を考慮しても必ずしも生産性が高くなっているわけではないということになる。ただし、インプットの成長にともなって、アウトプットも成長しているという事実には注意しなければならない。つまり、提供医療サービス量が不足している段階にあっては、生産性が改善しようが悪化しようが、インプット投入量を増やしてアウトプットを増やさなければならないからである。

図 3-8. 医療の質・健康の価値を考慮した場合のNHS生産性の推移  
(1990年=100, England and Northern Ireland)



資料: Office for National Statistics (2006b)

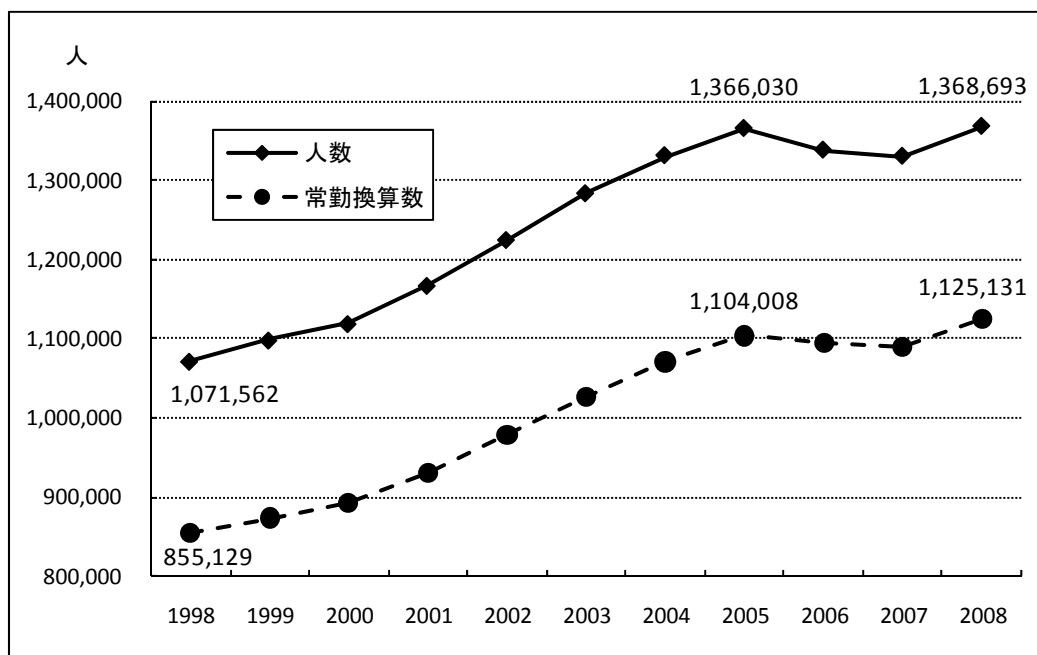
図 3-8 は医療の質に加えて、健康の価値も考慮した場合の NHS 生産性の推移を示している。最大の成長経路でも最小の成長経路でも、1990 年度比で生産性はプラスの成長を示している。この指標に基づけば、インプット投入量以上にアウトプットの増大が得られているということになり、効率面でも望ましい傾向を示しているということになる。

## 4. 人材<sup>15</sup>

これまで述べてきたように、2000年以降、労働党政権の下でNHSの医療サービスは拡大してきた。第2節で見たように、ファイナンス面での急拡大が確認できた。また、第3節で見たように、民間部門からの投入量も増大した。本節では、人材面について、どのようなことが起きたのかを確認しておきたい。人材面でも十分に充実化したのだろうか。病院を新しく建設しても、病院が重要なインフラであるとしても、単なるハコモノであり、実際に医療サービスの提供に従事する医師をはじめとする医療スタッフが充実しなければ、NHSの医療サービスの充実化はあり得ないだろう。

### NHSスタッフ数の統計

図4-1. NHS総スタッフ数の推移(人, England)



資料: NHS Information Centre

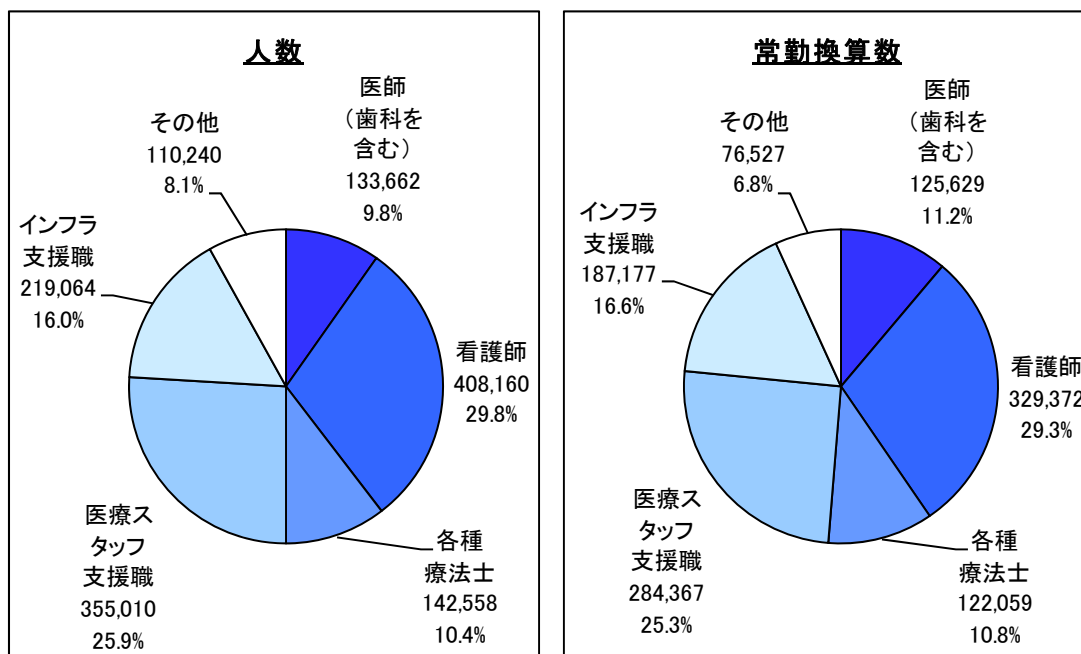
図4-1はNHS総スタッフ数の推移を示している。総スタッフ数には、医師（歯科を

<sup>15</sup> NHSの人材に関する統計はNHS Information Centreが集約的に提供している。  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce>



含む)、看護師、各種療法士、有資格救急車スタッフ、医療スタッフ（医師・看護師・救急者スタッフ）への支援職、インフラ支援職、その他の非医療従事者、その他の GP スタッフが含まれている。人数でも常勤換算数でも、1998年～2005年まで加速度的にスタッフ数が増加し、2005年以降は横ばいで推移している。人数ベースでは、1998年に107万1,562人だったのが、2008年には136万8,693人へと、29万7,131人増加した。この10年間で約30万人のNHSスタッフが、1年当たり3万人のNHSスタッフが増えたということである。常勤換算数ベースでは、1998年に85万5,129人だったのが、2008年には112万5,131人へと、27万2人増加した。

図 4-2. 職種別に見たNHSスタッフ数(2008年, 人, %, England)



注: 人数ベースの医師数について、主な病院医師 84,088 のうち、歯科医師は 1,748 人 (2.1%) である。  
資料: NHS Information Centre

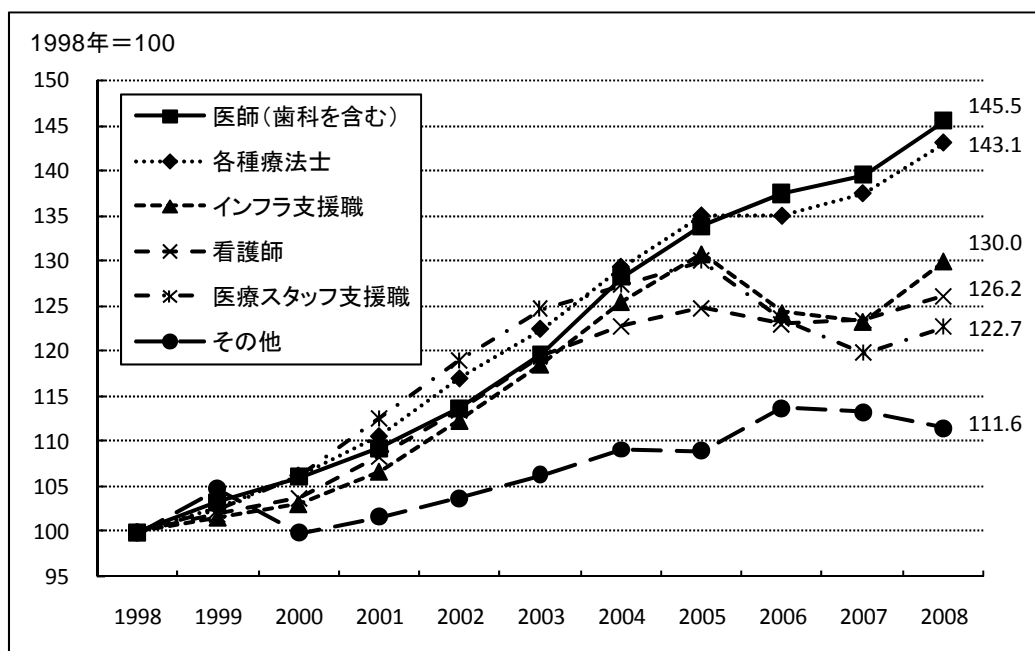
図 4-2 は 2008 年におけるスタッフ数の内訳を示したものである。人数ベースと常勤換算数ベースで若干の違いはあるが、医師 (歯科を含む)<sup>16</sup> は総スタッフ数の約 10%、看護師は約 30% を占めている。

図 4-3 は職種別に見た NHS スタッフ数の推移を示している。この 10 年間で医師が

<sup>16</sup> 人数ベースのデータで、主な病院医師 84,088 人のうち、歯科医師は 1,748 人 (2.1%) となっている。病院医師の中の「その他の医師・歯科医師スタッフ」が 11,854 人いるが、この中の歯科医師の内訳が不明である。残りは GP の医師数である。したがって、内訳が不明な部分はあるが、歯科医師数は医師に比べると圧倒的少数であると推測できそうである。

最も増加率が大きく、1998年度比で1.46倍となっている。インフラ支援職、看護師、医療スタッフ支援職は2005年まで大きく増加してきたが、2005年以降、横ばいで推移している。インフラ支援職、看護師、各種事務支援職は全体の約7割を占めており（図4-2を参照）、この3つの職種の人数の動向がNHS総スタッフ数の推移を形成している（図4-1を参照）。看護師を含めた医師への支援職は2005年におおよそ充足してきたものの、医師は不足から継続的に増やしてきていると解釈できる。あるいは、医師を相対的に重視した政策の結果であるか、または看護師等の支援職をひきつけるインセンティブを設定できなくなったということが考えられる。以下、医師、看護師、各種療法士、医療スタッフ支援職、インフラ支援職のそれぞれの動向について見ていく。

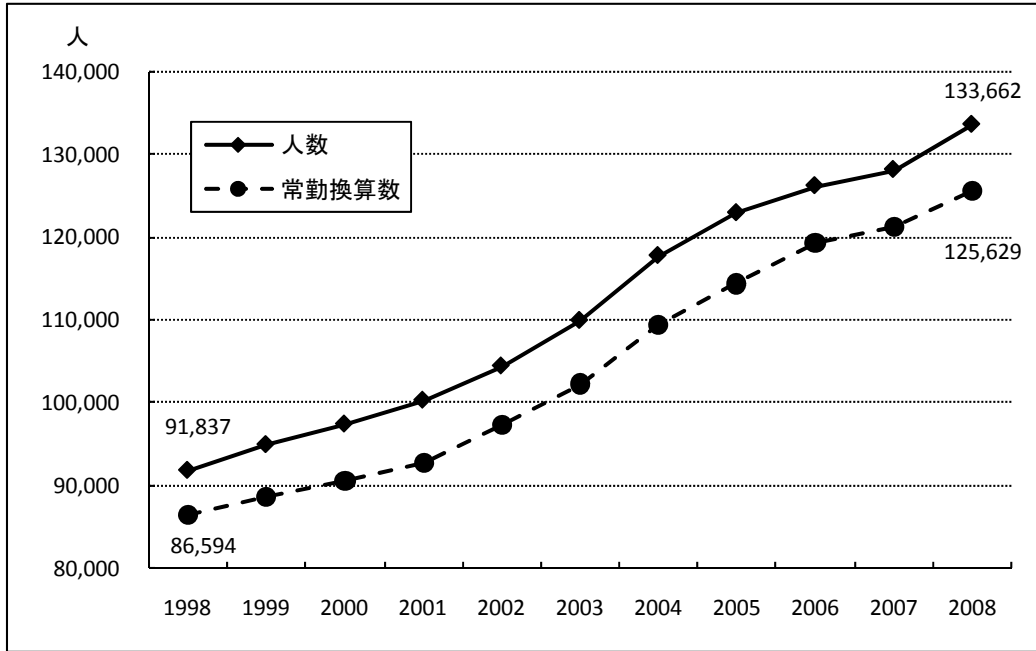
図4-3. 職種別に見たNHSスタッフ数の推移(1998年=100, 人数ベース, England)



資料: NHS Information Centre

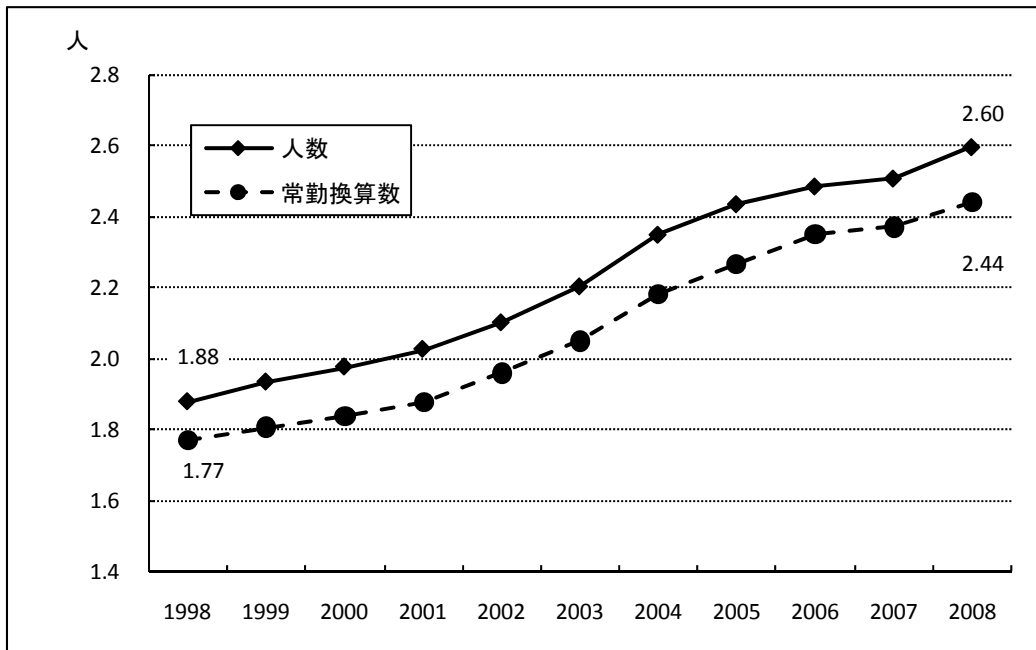
図4-4は医師数(歯科を含む)の推移を示している。この10年間で、人数ベースでは9万1,837人から13万3,662人へと4万1,825人増加した。常勤換算数ベースでは8万6,594人から12万5,629人へと3万9,035人増加した。

図 4-4. 医師数(歯科を含む)の推移(人, England)



資料: NHS Information Centre

図 4-5. 人口当たりの医師数(歯科を含む)の推移(人/人口 1,000 人, England)

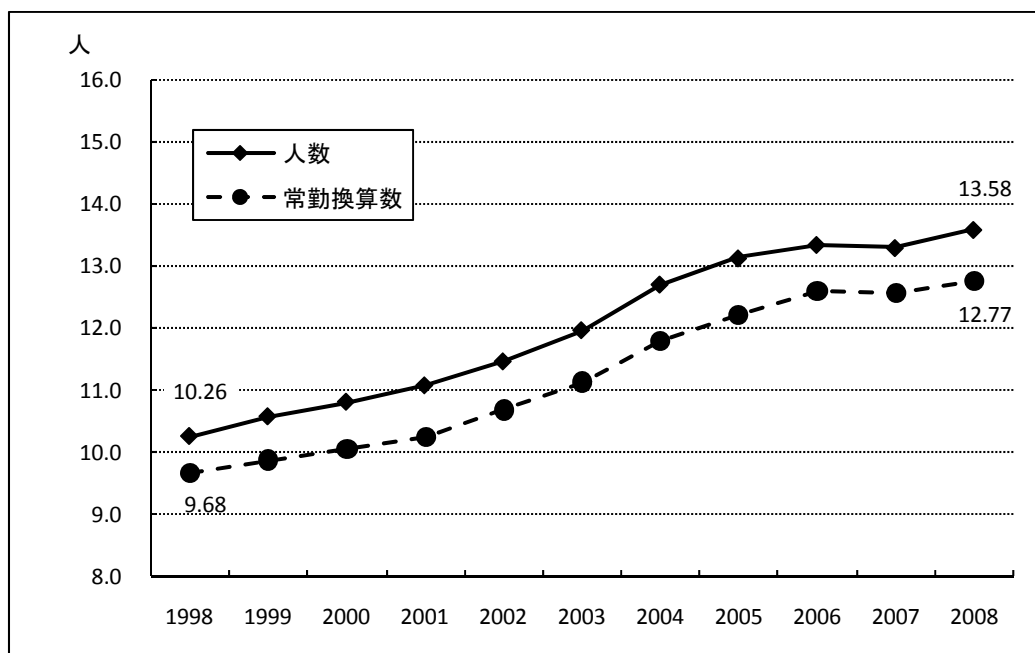


資料: NHS Information Centre. Office for National Statistics (2006c, 2009b)

図 4-5 は人口 1,000 人当たりの医師数(歯科を含む)の推移を示している。医師数(人数および常勤換算)の推移とほぼ重なり、人口当たりで見ても医師数は明確な増加傾向

にあることが分かる。人数ベースでは、1998年に1.88人／人口1,000人であったのが、2009年には2.60人／人口1,000人に伸びている。常勤換算数ベースでも、1998年に1.77人／人口1,000人から、2008年の2.44人／人口1,000人へと拡大している。

図 4-6. 65 歳以上人口当たりの医師数(歯科を含む)の推移(人／人口 1,000 人, England)



資料： NHS Information Centre. Office for National Statistics (2006c, 2009b)

図 4-6 は 65 歳以上人口当たりの医師数（歯科を含む）の推移を示している。65 歳以上人口当たりで見ても、増加傾向を示しているが、イギリスでも高齢化は進行し始めており、最新年の 2008 年では、その影響を受けて伸びが鈍化していることが分かる（図 4-4 や図 4-5 と比較）。

表 4-1 は医師（歯科を含む）の内訳を示している。大きく分けると、病院医師と GP に分けられる。病院医師には経験やスキルに応じてさまざまな階級があるが、大雑把に言えば、コンサルタント（専門医）、病院登録医、訓練中の医師という具合になる。表のデータによれば、2006～2008 年にかけて、大幅に訓練中の病院医師数が減少し、病院登録医が増加したという変化（アップグレードと思われる）を除けば、概ね、どのカテゴリーも似たような増加を示している。

表 4-1. 医師数(歯科を含む)の内訳(人, 人数ベース, England)

年	コンサルタント	病院登録医	他の訓練中の 病院医師	他のスタッフ	GP(被雇用GP を含む)
1998	22,324	12,131	18,717	8,968	29,697
1999	23,321	12,682	18,845	9,146	30,959
2000	24,401	12,730	19,192	9,744	31,369
2001	25,782	13,220	19,572	9,910	31,835
2002	27,070	13,770	21,145	10,183	32,292
2003	28,750	14,619	22,701	10,330	33,564
2004	30,650	16,823	24,874	10,604	34,855
2005	31,993	18,006	26,305	10,739	35,944
2006	32,874	18,808	27,461	11,100	36,008
2007	33,674	30,759	16,024	11,333	36,420
2008	34,910	35,042	14,136	11,854	37,720

資料: NHS Information Centre

表 4-2. 主な病院医師の専門科目別の人数構成(2008年, 人, 人数ベース, England)

専門科目	人数	比率(%)
一般医療科	22,901	27.2
外科	17,629	21.0
麻酔科	9,402	11.2
精神科	7,690	9.1
小児科	6,565	7.8
産婦人科	4,676	5.6
救急科	4,097	4.9
病理科	3,914	4.7
放射線科	3,304	3.9
歯科	1,748	2.1
公衆衛生科	1,149	1.4
臨床腫瘍科	1,013	1.2
合計	84,088	100.0

注(1): 主な病院医師というのは「その他の医師・歯科医師スタッフ」を除く病院医師である。具体的には、Consultant, Registrar Group, Senior House Officer, Foundation Year 2, House Officer & Foundation Year 1 のカテゴリーに入る医師である。

注(2): 一般医療科には、いわゆる内科に当たるものから、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科、リハビリ科、スポーツ医学などが入っている。

資料: NHS Information Centre

表 4-2 は病院医師の専門科目別の人数構成を示している。内科、耳鼻科、皮膚科などが入っている一般医療科と外科が多くなっており、特に変わった構成比率にはなっていない。

表 4-3. 専門科目別のコンサルタント数の推移(人, 人数ベース, England)

専門科目	1998	2000	2002	2004	2006	2008	増加率(%)
救急科	422	455	533	618	725	819	94.1
臨床腫瘍科	299	307	315	392	482	533	78.3
小児科	1,299	1,443	1,695	1,902	2,154	2,211	70.2
一般医療科	4,706	5,136	5,931	6,726	7,277	7,906	68.0
麻酔科	2,978	3,322	3,874	4,355	4,698	4,991	67.6
精神科	2,627	2,904	2,979	3,555	3,805	4,021	53.1
外科	4,186	4,640	5,088	5,754	6,129	6,401	52.9
産婦人科	1,040	1,146	1,308	1,413	1,506	1,570	51.0
放射線科	1,514	1,616	1,745	1,928	2,105	2,269	49.9
歯科	568	580	604	670	692	762	34.2
病理科	1,888	2,005	2,219	2,411	2,416	2,513	33.1
公衆衛生科	797	847	779	926	885	914	14.7

注: 一般医療科には、いわゆる内科に当たるものから、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科、リハビリ科、スポーツ医学などが入っている。

資料: NHS Information Centre

表 4-3 は専門科目別のコンサルタント数の推移を示している。歯科、病理科、公衆衛生科を除けば、いずれも約 50%以上の増加率を記録している。増加率で言うと、救急科、臨床腫瘍科、小児科が 70%を超えており、増加率が高い。救急科の拡充、ガン対策（第 5 節のアウトカムのところでも議論する）、小児科の拡充を反映しているデータであろう。

表 4-4. 専門科目別の病院医師の推移(人, 人数ベース, England)

専門科目	1998	2000	2002	2004	2006	2008	増加率(%)
救急科	2,219	2,344	2,629	3,333	3,944	4,097	84.6
一般医療科	12,720	13,475	15,247	17,896	20,287	22,901	80.0
臨床腫瘍科	578	614	684	843	968	1,013	75.3
小児科	4,019	4,379	4,744	5,546	6,158	6,565	63.3
麻酔科	5,882	6,277	7,161	8,501	9,132	9,402	59.8
放射線科	2,069	2,279	2,529	2,837	3,129	3,304	59.7
外科	11,766	12,381	13,699	15,944	17,143	17,629	49.8
病理科	2,660	2,840	3,215	3,638	3,742	3,914	47.1
精神科	5,350	5,728	5,897	7,025	7,519	7,690	43.7
産婦人科	3,458	3,478	3,691	4,010	4,394	4,676	35.2
歯科	1,340	1,317	1,424	1,512	1,552	1,748	30.4
公衆衛生科	1,111	1,211	1,065	1,262	1,175	1,149	3.4

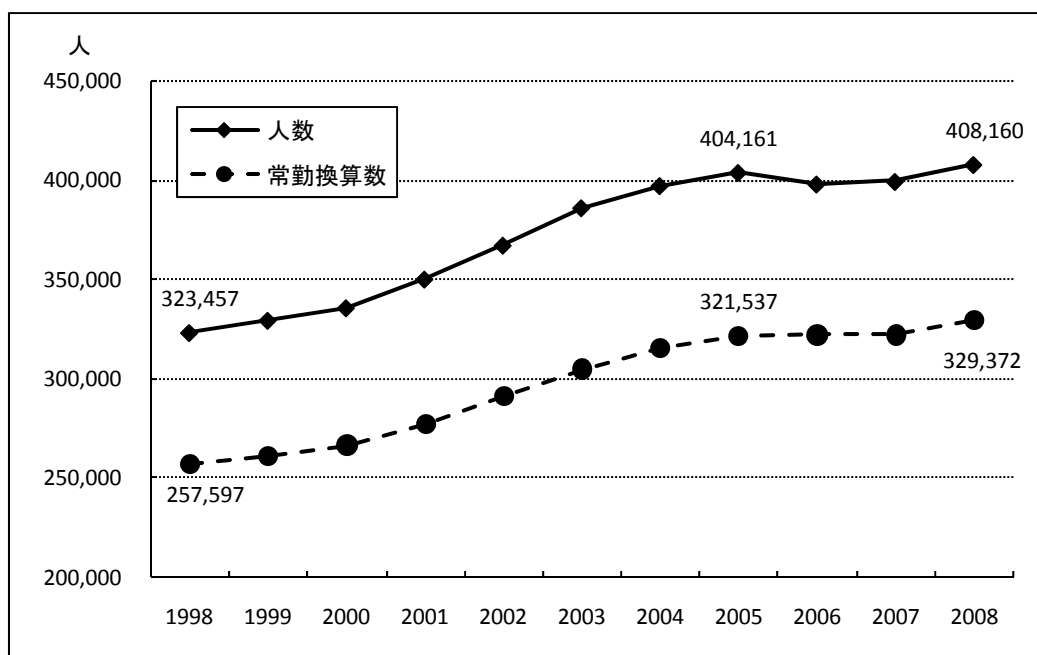
注(1): 一般医療科には、いわゆる内科に当たるものから、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科、リハビリ科、スポーツ医学などが入っている。

注(2): データには、Consultant, Registrar Group, Senior House Officer, Foundation Year 2, House Officer and Foundation Year 1 が含まれている。

資料: NHS Information Centre

表 4-4 は専門科目別の病院医師の推移を示している。表 4-3 とは異なり、1・2 年目の Foundation Year に該当する医師なども含めた病院医師全体のデータである。この 10 年間の増加率で見ると、表 4-3 のコンサルタントのデータと同様に、救急科が最も増加率が高い。また同様に、上位には臨床腫瘍科や小児科が入っている。

図 4-7. 看護師数の推移(人, England)

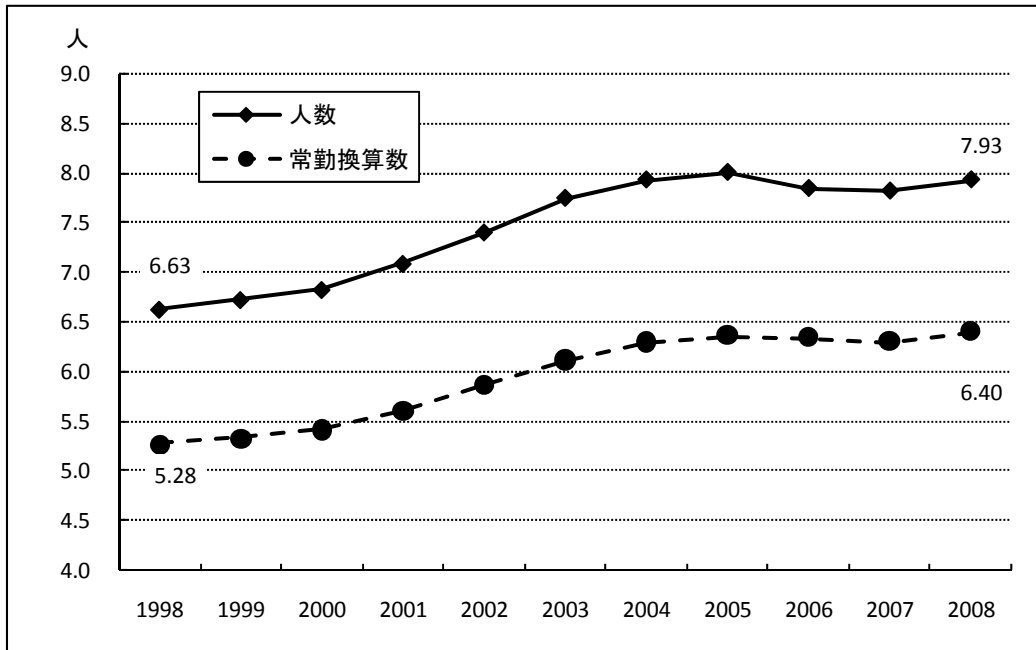


資料: NHS Information Centre

図 4-7 は看護師数の推移を示している。図 4-3 で述べたように、1998～2005 年は明確な増加傾向を示しているが、2006～2008 年は横ばいで推移している。人数ベースで見ると、1998 年の 32 万 3,457 人から 2008 年の 40 万 8,160 人へと 8 万 4,703 人増加した。常勤換算数ベースで見ると、1998 年の 25 万 7,597 人から 2008 年の 32 万 9,372 人へと 7 万 1,775 人増加した。

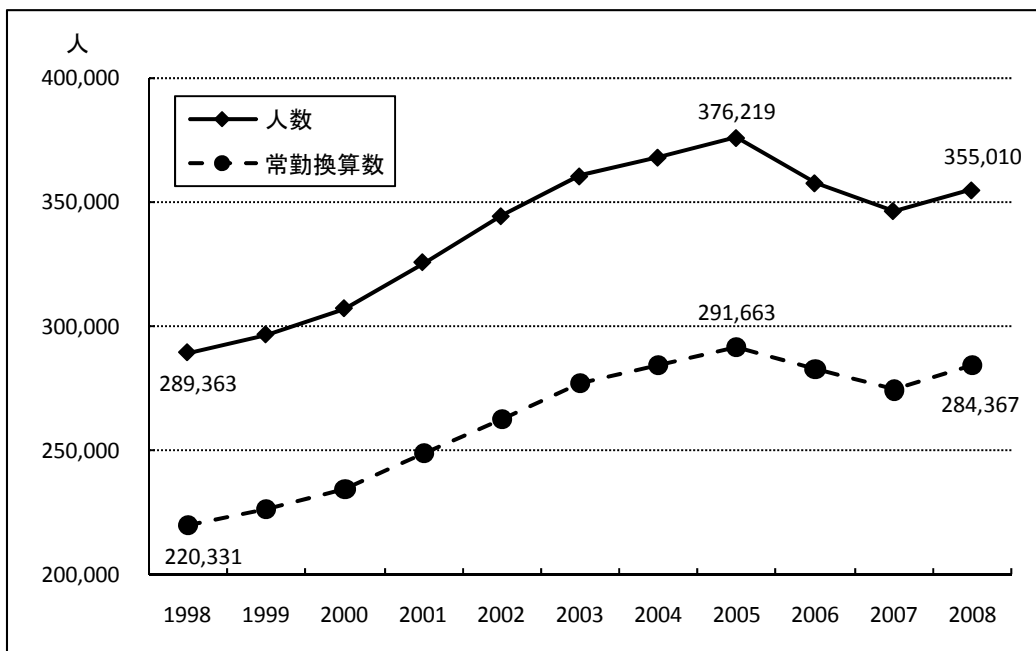
図 4-8 は人口 1,000 人当たりの看護師数の推移を示している。人口当たりで見ると、より強く伸びが鈍化していることが分かる。1998 年から 2005 年までは明確な増加傾向を示しているが、2005～2008 年は横ばいで推移していると言ってよい。看護師が充足してきたのか、それとも不足状態にあるにも関わらず、看護師を確保するためのインセンティブ付与に失敗しているのか、今後、政策的に見ていく必要があるだろう。

図 4-8. 人口当たりの看護師数の推移(人/人口 1,000 人, England)



資料: NHS Information Centre

図 4-9. 医療スタッフ支援職の人数の推移(人, England)



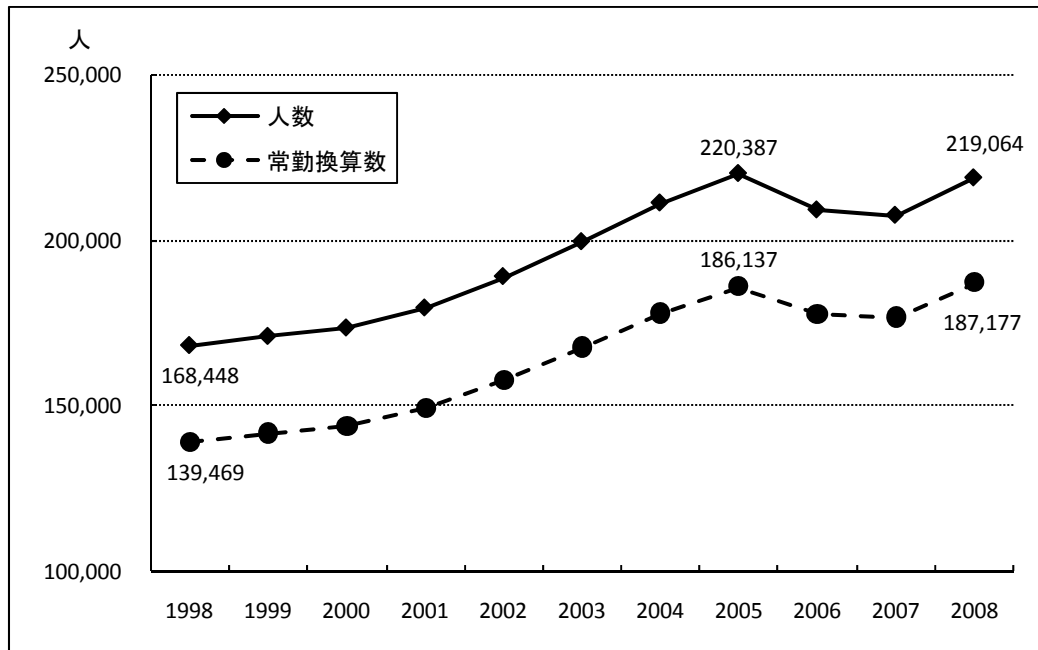
資料: NHS Information Centre

図 4-9 は医療スタッフ（医師・看護師・救急者スタッフ）への支援職の人数の推移を示している。図 4-3 で述べたように、1998～2005 年は明確な増加傾向を示しているが、



2006～2008年は横ばいで推移している。人数ベースで見ると、1998年の28万9,363人から2008年の35万5,010人へと6万5,647人増加した。常勤換算数ベースで見ると、1998年の22万331人から2008年の28万4,367人へと6万4,036人増加した。

図 4-10. インフラ支援職の人数の推移(人, England)



資料: NHS Information Centre

図 4-10 はインフラ支援職の人数の推移を示している。図 4-3 で述べたように、1998～2005年は明確な増加傾向を示しているが、2006～2008年は横ばいで推移している。人数ベースで見ると、1998年の16万8,448人から2008年の21万9,064人へと5万6,616人増加した。常勤換算数ベースで見ると、1998年の13万9,469人から2008年の18万7,177人へと4万7,708人増加した。

## NHSスタッフの給与水準<sup>17</sup>

表 4-5. 病院医師の給与水準(2009年4-6月, 万円/年, 常勤換算, England)

	平均値 基本給与	平均 総給与	中央値 基本給与	中央値 総給与
研修医1年目	340	488	335	496
研修医2年目	447	654	422	633
病院登録医	574	876	564	843
スタッフ・グレードの医師	929	1,032	851	917
専門医(アソシエイト)	1,198	1,324	1,079	1,147
コンサルタント(旧・契約)	1,318	1,584	1,228	1,404
コンサルタント(新規契約)	1,373	1,840	1,331	1,709

注(1): 2009年4~6月に支払われた給与データに基づく。歯科医師のデータは含まれていない。

注(2): 日本円への換算には、四半期平均のスポット為替レート 151.1 円/GBP(2009年第二四半期)を利用。

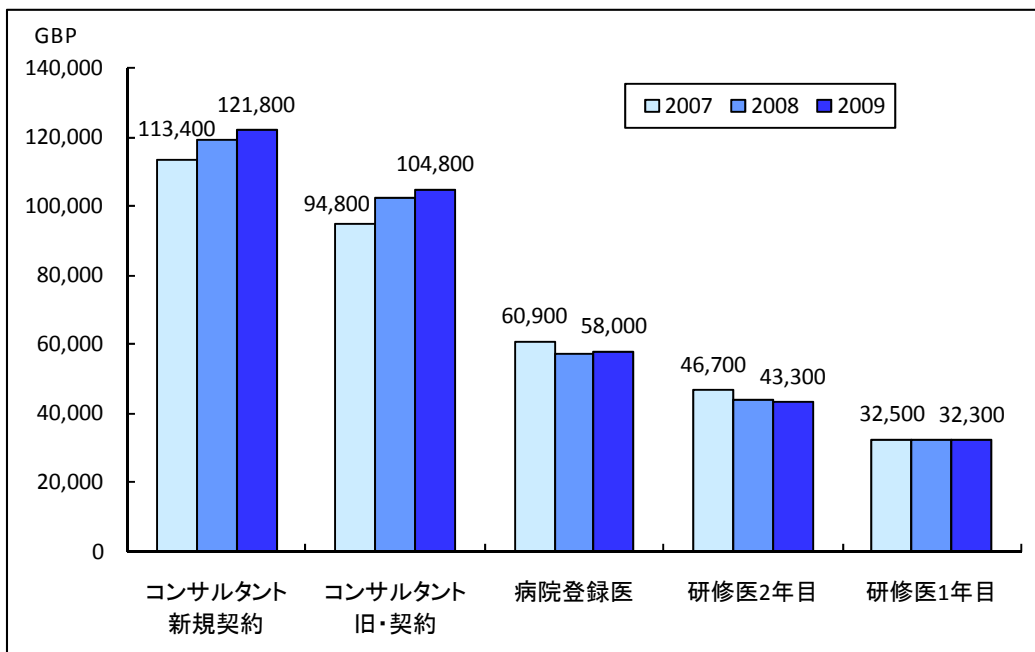
資料: NHS Information Centre (2009b). Bank of England

表 4-5 は 2009 年 9 月発表の病院医師の給与水準を示している。上級の専門医であるコンサルタントの新規契約分で、平均基本給与が約 1,400 万円、平均総給与で約 1,800 万円となっている。

図 4-11 は 2007~2009 年の常勤換算された病院医師の平均総給与の推移を示している。コンサルタントについては、新規契約ベースでも旧契約ベースでも、過去 3 年間の平均総給与は増加している。しかし、病院登録医、研修医 2 年目、研修医 1 年目の医師は横ばいあるいは若干の減少となっている。

<sup>17</sup> 本節では直感的に理解しやすいように、データを日本円換算している。ただし、近年、サブプライム問題に端を発する金融市場の混乱から円レートは激しく変動しているうえ、円高が進んでいる。そのため、その影響を大いに受けているデータであることに注意してほしい。

図 4-11. 過去 3 年間の病院医師の平均総給与 (GBP, 各年 4-6 月, 常勤換算, England)



注: 理論的にはインフレを除外した方が良いが、給与水準は名目値の影響を受けることが多いため、名目値でデータを整理した。Akerlof and Shiller (2009)を参照。

資料: NHS Information Centre (2007a, 2008a, 2009b)

表 4-6. GP の所得水準 (2006/07 年, 万円/年, UK)

契約形態	GP (契約GP) 平均値	被雇用GP 平均値	契約形態の説明
一般医療サービス	2,329	1,182	国全体での標準化された契約
個人医療サービス	2,666	1,248	地域単位での柔軟な契約
一般および個人医療サービス	2,423	1,214	国と地域単位の両方の契約

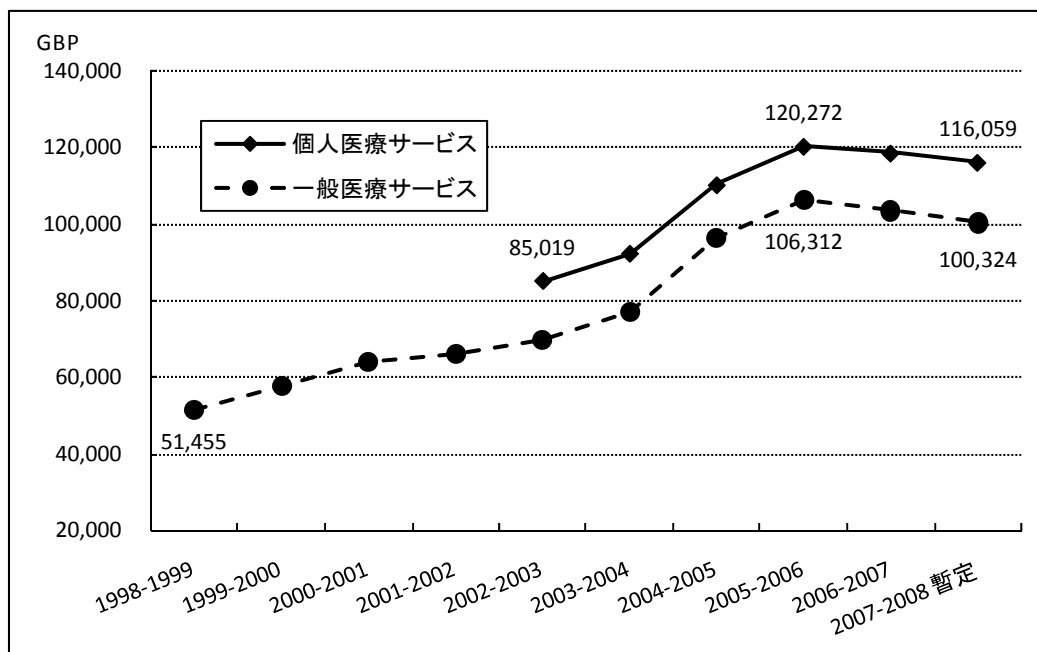
注: 日本円の換算には、年平均スポット為替レート 214.3 円/GBP (2006 年) と 235.7 円/GBP (2007 年) の平均値である 225.0 円/GBP を利用。

資料: NHS Information Centre (2009a). Bank of England

表 4-6 は 2006 年度の最終報告書 (現時点の最新) に基づいた GP の所得水準を示している。いわゆる開業医として契約している GP と診療所で雇用されている GP で状況は大きく異なる。また、GP の契約形態も異なる。一般医療サービス (GMS: General Medical Service) では、国全体での標準化された同質的な契約となる。他方、個人医療サービス (PMS: Personal Medical Service) では、地域単位で個別的に柔軟に契約内容が決められるものである。この個人医療サービスは 1998 年に England と Scotland で導入された。3 つ目は、一般および個人医療サービス (GPMS: GMS and PMS) の上記 2 つの契約形態の両方である。また、所得とは収入から諸経費を差し引いたあとの税引前の純収入のことである。表のとおり、契約 GP の所得は被雇用 GP の所得のおよ

そ 2 倍の水準である。また、契約形態は、一般医療サービスよりも個人医療サービスの  
 場合の方が所得水準が高い。

図 4-12. GP (契約 GP) の所得水準の推移 (GBP, 常勤換算, UK)



注：理論的にはインフレを除外した方が良いが、給与水準は名目値の影響を受けることが多いため、名目値でデータを整理した。Akerlof and Shiller (2009)を参照。

資料：NHS Information Centre (2007b, 2008b, 2009c)

図 4-12 は契約 GP の所得水準の推移を一般医療サービス (GMS) と個人医療サービス (PMS) のそれぞれについて示している。一般医療サービスについては、1998 年度から 2005 年度までは一貫して上昇傾向を示しているが、2005 年度以降は低下してきている。個人医療サービスについては、2002 年度からデータが取得できるが、推移は一般医療サービスと同じである。

表 4-7 は 2009 年 9 月発表の他の NHS スタッフの給与水準を示している。看護師、助産師、訪問保健師の平均総給与が 467 万円、理学療法士、専門スタッフの平均総給与が 491 万円、有資格の救急車スタッフ (ロンドン) の平均総給与が 648 万円、などとなっている。

表 4-7. 他のNHSスタッフの給与水準(2009年4-6月, 万円/年, 常勤換算, England)

	基本給与 平均値	総給与 平均値	基本給与 中央値	総給与 中央値
管理・不動産スタッフ	367	394	284	319
ヘルスケア助手、他の支援スタッフ	230	286	222	269
看護師、助産師、訪問保健師	402	467	390	461
看護師、助産師、訪問保健士(研修中)	295	317	313	322
理学療法士、専門スタッフ	453	491	450	482
ヘルスケア・サイエンティスト	425	493	405	450
有資格の救急車スタッフ: ロンドン	379	648	363	607
有資格の救急車スタッフ: ロンドン以外	387	561	405	529
無資格の救急車スタッフ: ロンドン	266	440	275	399
無資格の救急車スタッフ: ロンドン以外	261	337	260	313

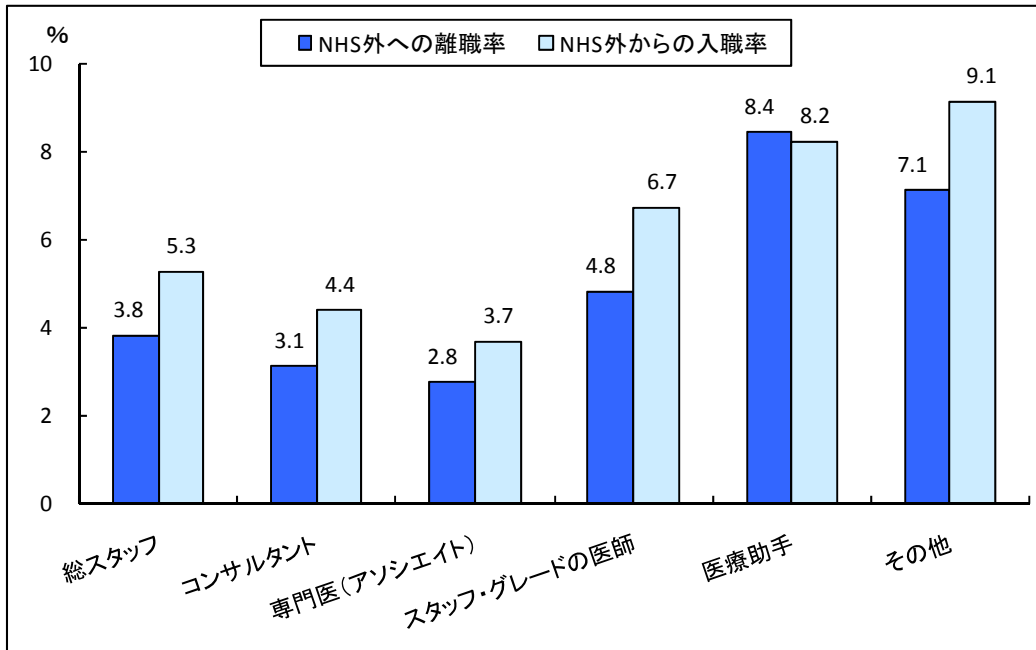
注: 日本円への換算には、四半期平均のスポット為替レート 151.1 円/GBP(2009年第二四半期)を利用。  
資料: NHS Information Centre (2009b). Bank of England

## NHSスタッフの離職率・入職率

全体としてNHSスタッフが増加してきたのは、これまで見てきたとおりである。本節では、その変動および将来への傾向を検討するために、NHSスタッフの離職率とその年齢別の動向を見ておきたい。

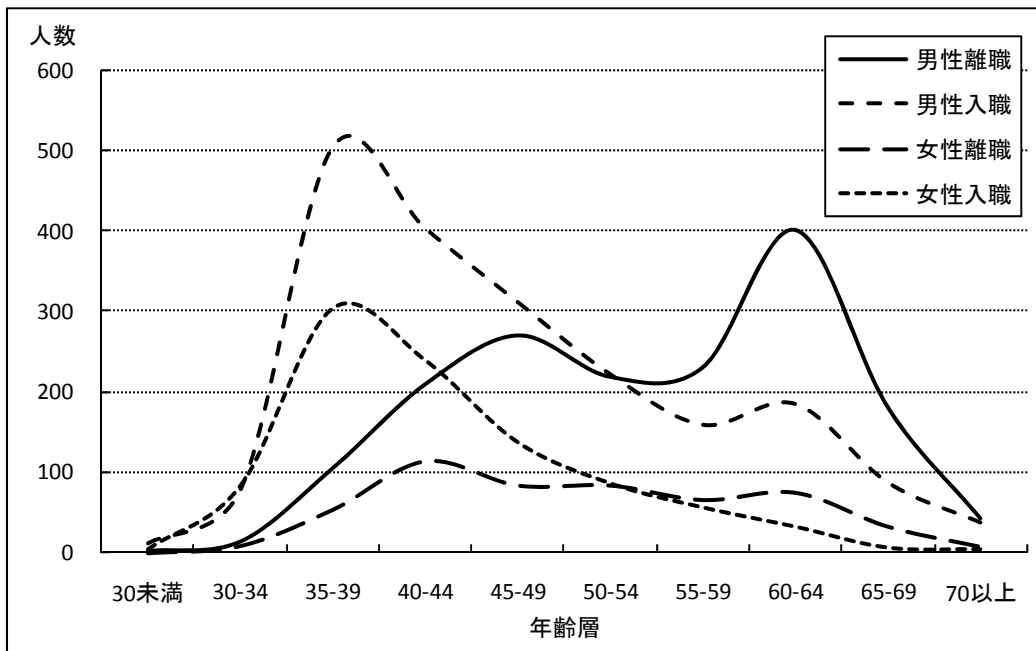
図 4-13 は 2007 年度のNHSスタッフのNHS外への離職率とNHS外からの入職率を示している。全体としてスタッフ数は伸びているため、医療助手を除いて、入職率が離職率を上回っている状況になっている。離職・入職の両方を考慮して、スタッフの変動という意味では、コンサルタントで 7.5%、専門医で 6.5%の流動性がある。

図 4-13. スタッフのNHS外への離職率・NHS外からの入職率(2007/08年, %, England)



注: 離職率は離職者数を平均労働者数(年度頭と年度末の平均)で割り算したもの。入職率も同様の計算方法。  
資料: NHS Information Centre

図 4-14. コンサルタントのNHS外への離職・NHS外からの入職(2007/08年, 人, England)

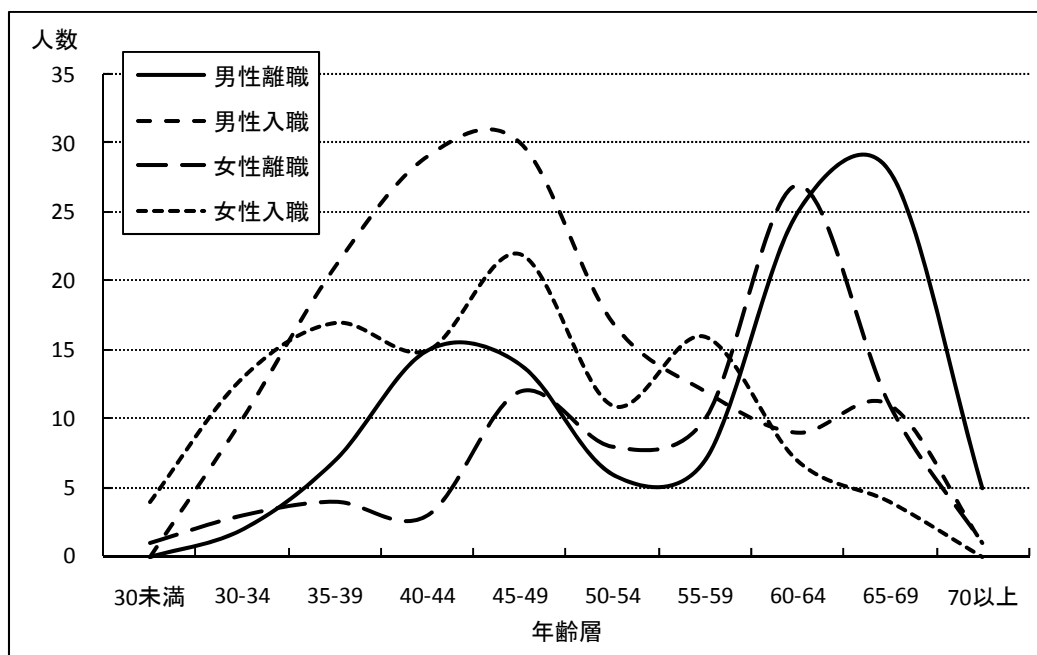


資料: NHS Information Centre

図 4-14 は 2007 年度のコンサルタントにおける NHS 外への離職と NHS 外からの入職の状況を男女別・年齢別に示している。男性でも女性でも、30~44 歳ぐらいの入

職者数が多くなっており、高齢層の離職者数を上回る状況にある。医療サービス拡充の段階においては望ましい姿に見える。自然なことであるが、男性では60～64歳の層の離職者数が多くなっている。

図 4-15. 専門医(アソシエイト)のNHS外への離職・NHS外からの入職(2007/08年, 人, England)

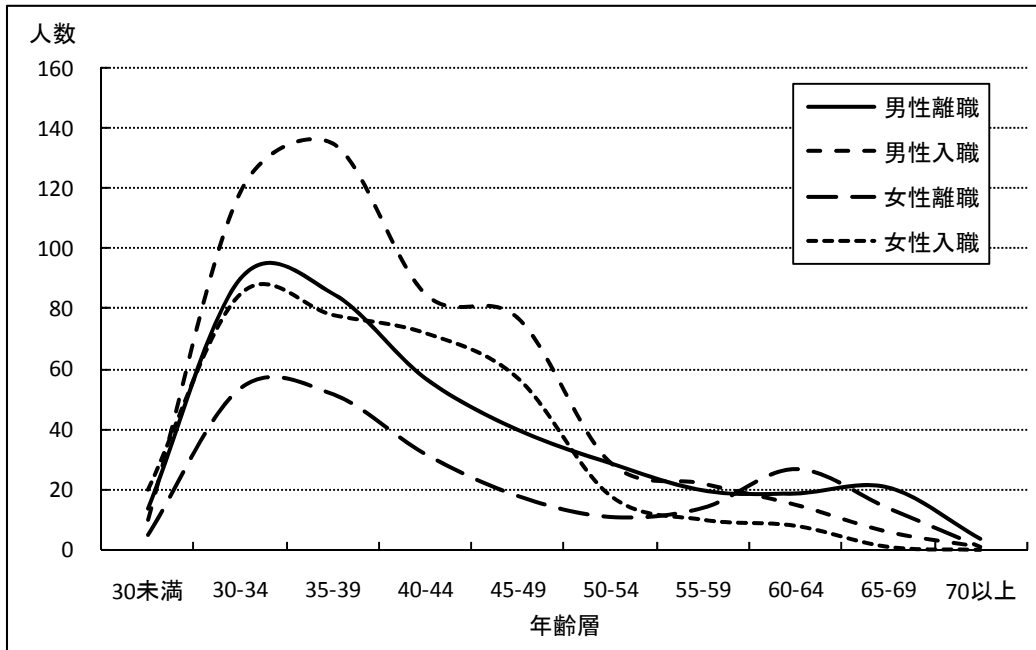


資料: NHS Information Centre

図 4-15 は 2007 年度の専門医 (アソシエイト) における NHS 外への離職と NHS 外からの入職の状況を男女別・年齢別に示している。男性でも女性でも、35～49 歳ぐらいの入職者数が多くなっており、高齢層の離職者数を上回る状況にある。医療サービス拡充の段階においては望ましい姿に見える。自然なことであるが、男女ともに 60～64 歳の層の離職者数が多くなっている。

図 4-16 は 2007 年度のスタッフ・グレードの医師における NHS 外への離職と NHS 外からの入職の状況を男女別・年齢別に示している。男性でも女性でも、30～39 歳ぐらいの入職者数が多くなっている。また、入職者数の方が離職者数よりも多くなっているものの、離職者数も同じ 30～39 歳ぐらいの層で多くなっている。この比較的若年層の離職は NHS 内での職業上のアップグレードではなく、NHS 外への離職であるため、NHS の医療サービス拡充のためには、あまり望ましい状況とは言えないだろう。

図 4-16. スタッフ・グレードの医師のNHS外への離職・NHS外からの入職(2007/08年, 人, England)



資料: NHS Information Centre



## 5. アウトカム

NHS改革の成果がすぐに医療アウトカムとして明確に表れるとは限らないが、医療サービスの拡充の成果が何らかの形で出てこなければならないだろう。第5節では、NHS改革の成果として、どのようなことが報告されているかを整理しておきたい。NHSにおいて悪名高い待機患者数のデータを確認するとともに、心臓疾患やガンなどの改善ターゲットに挙げられている疾病についての死亡率のデータなどを見ていきたい。また、最後に国民のNHS満足度のデータを示しておく。

### 待機患者数<sup>18</sup>

NHSでは、GPがゲートキーパーの役割を担っており、病院への入院や外来についてはGPが病院に紹介する形を取っている。その際、病院への入院や外来診療のために待機時間が発生することが多い。待機患者数の多さとその待機時間の長さはNHSの大きな問題として長年、議論の中心になってきた。本節では、待機患者数のデータを整理し、近年、問題は深刻化しているのか、それとも解消に向かっているのかを議論しておきたい。

待機患者数のデータには2種類ある。一つは、医療提供者側によるデータ（provider-based data）で、NHSトラストに基づくものである。もう一つは、コミッショナー側によるデータ（commissioner-based data）で、プライマリ・ケア・トラスト（PCT）が責任を持っている患者に関して集計したものである。簡単に言えば、患者を送られる病院側と病院に送る側との両方でデータを取っているということになる。以下、データは両方について示していくが、数字に大きな乖離はない。

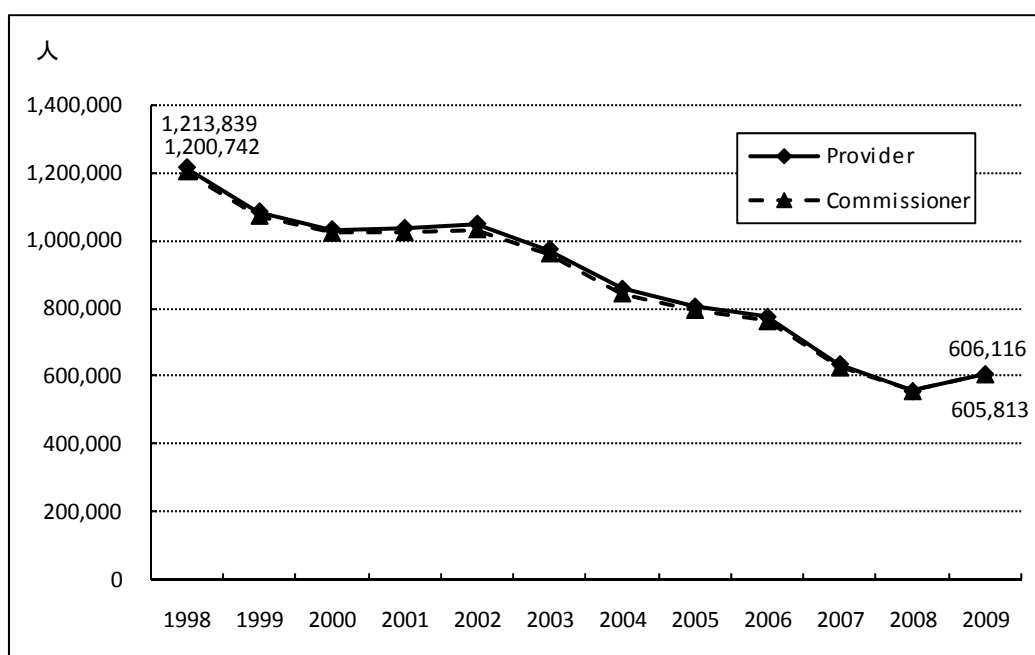
図5-1は入院待機患者数（総数）の推移を示している。すでに述べたように、Provider-based データと Commissioner-based データに大きな乖離はない。1998年

---

<sup>18</sup> 待機患者数のデータは Department of Health が集約的に提供している。  
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Performancedataandstatistics/HospitalWaitingTimesandListStatistics/index.htm>

から 2009 年まで明確な減少傾向にある。1998 年の約 120 万人規模から 2009 年の約 60 万 5 千人規模へと、およそ 10 年間で半減に成功していると言える。すでに見てきたように、ファイナンス面でも人材面でも医療サービスへのインプット投入量を拡大させてきており、その成果が待機患者数のデータの推移に表れていると考えてよいだろう。ただし、2008 年から 2009 年にかけては、待機患者数が増加している点には注意が必要である。

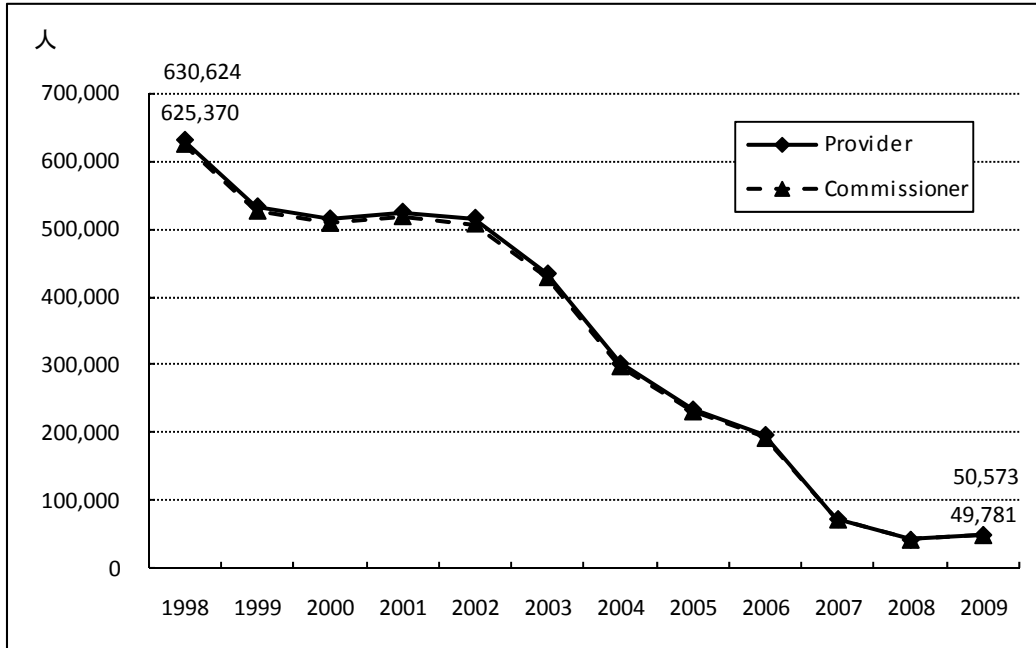
図 5-1. 入院待機患者数(総数)の推移(各年 9 月時点, 人, England)



資料: Department of Health

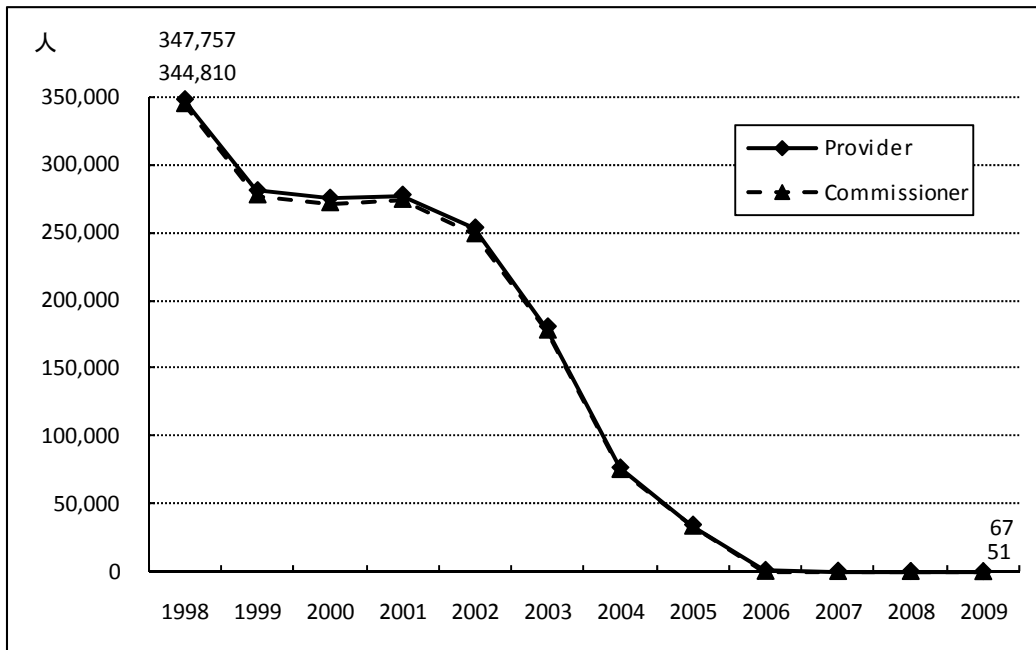
図 5-2 は 13 週間以上の入院待機患者数の推移を示している。同様に、2 つのデータに大きな乖離はない。この 10 年間で大きく減少したことが分かる。1998 年の約 63 万人規模から 2009 年の約 5 万人規模へと、約 58 万人の 13 週間以上の入院待機患者の削減に成功した。ただし、2007 年ぐらいから横ばいで推移しており、2008 年から 2009 年にかけては、待機患者数が増加している点には注意が必要である。

図 5-2. 入院待機患者数(13 週間以上)の推移(各年 9 月時点, 人, England)



資料: Department of Health

図 5-3. 入院待機患者数(26 週間以上)の推移(各年 9 月時点, 人, England)



資料: Department of Health

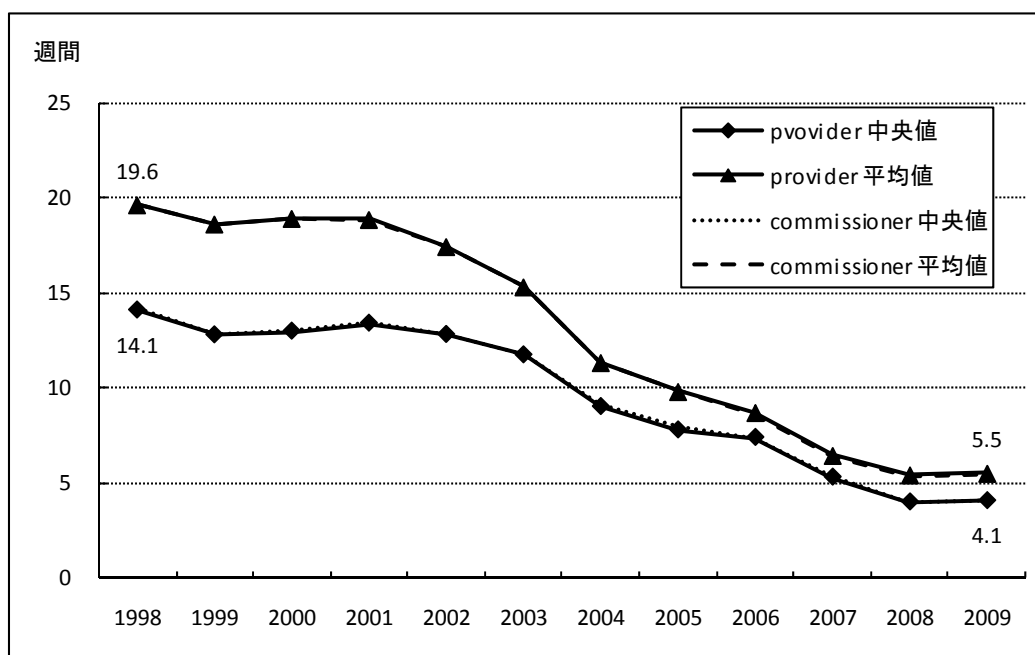
図 5-3 は 26 週間以上の入院待機患者数の推移を示している。同様に、2 つのデータに大きな乖離はない。大幅な減少となっており、2006 年には、ほぼゼロ水準に近いと

ころまで来ている。1998年の約34万5千人規模から2008年の約60人程度へと、ほぼ解消に近いところまで来ている。

なお、2006年3月までは、9ヵ月以上の入院待機患者が存在していたが、その後、9ヵ月以上の入院待機患者の解消に成功している。参考として、1998年9月時点では、9ヵ月以上の入院待機患者数は約16万5千人規模であった。15ヶ月以上の入院待機患者数でも約1万5千人規模で存在していた。

図5-4は入院待機時間の平均値と中央値の推移を示している。入院待機患者数の動向と同じように、平均値でも中央値でも明確な減少傾向となっている。平均値で見ると、1998年時点で約19.6週間の入院待機時間であったのが、2009年時点では約5.5週間まで短縮されている。中央値でも同様に、1998年時点で約14.1週間だったのが、2009年時点の約4.1週間へと短縮されている。

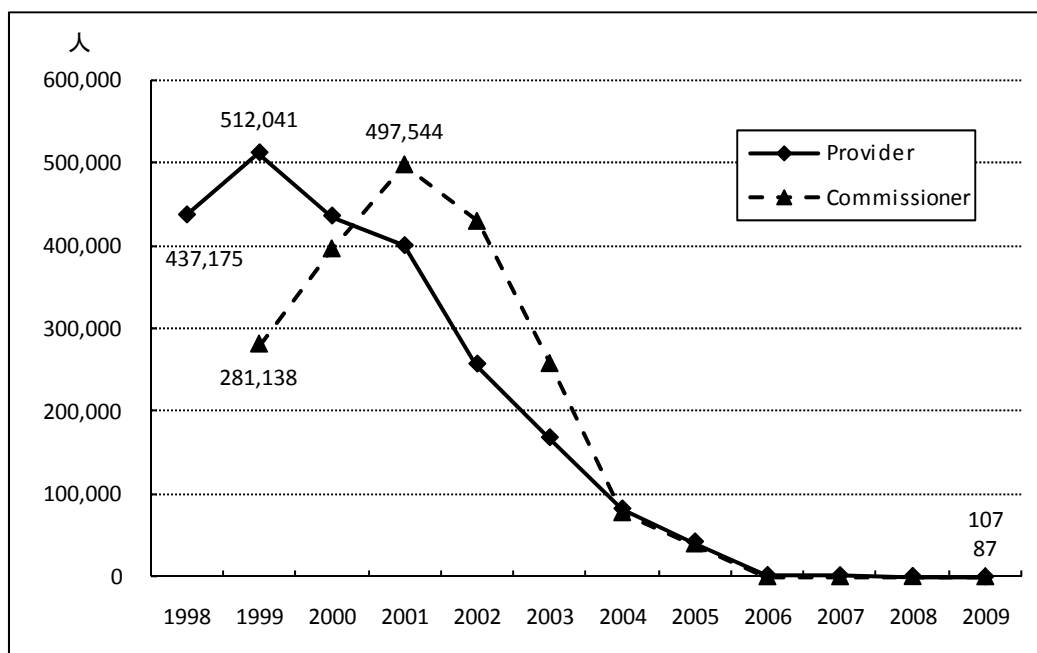
図5-4. 入院待機時間(平均値と中央値)の推移(各年9月時点, 週間, England)



資料: Department of Health

次に、外来待機患者数についての統計を見る。外来待機患者数は GP が病院への紹介状を出して、その後、病院での診療が行われていない患者数を集計したものであるため、総数のデータは集計時点の状態が大きく変わる。また、入院とは異なり、症状が比較的軽症な場合が多く含まれるため、必ずしもそのまま病院での診療を受けるとは限らない。そうしたことを反映しているためか、Provider-based データと Commissioner-based データには若干の乖離が見られる。あまり短期の外来待機患者数を見ると、集計時点の変動の影響を大きく受けてしまうため、ここでは、13 週間以上の外来待機患者数のデータを見ることにする。

図 5-5. 外来待機患者数(13 週間以上)の推移(各年 9 月時点, 人, England)



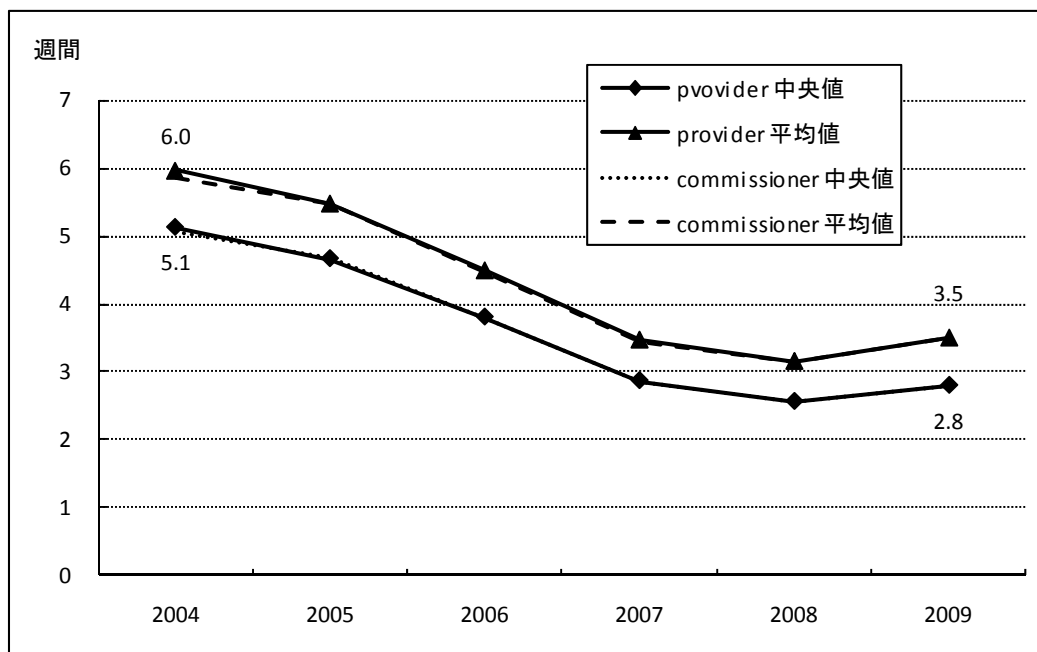
注: Commissioner-based データの 1998 年のデータは欠損。  
資料: Department of Health

図 5-5 は 13 週間以上の外来待機患者数の推移を示している。2 つのデータの間には若干の乖離が見られるが、2001 年以降、大きく減少傾向を示している。2006 年以降は、おおよそ解消に近いところで推移している。グラフの対象期間で、最大の待機患者数は約 50 万人規模であったが、2009 年時点では、約 100 人規模へと大幅縮小している。

図 5-6 は外来待機時間の平均値と中央値の推移を示している。データの取り方が 2004 年以降から変わっているため、2004～2009 年のデータしか時系列で比較できないが、

2008年までは明確な減少傾向を示している。しかし、2009年、平均値でも中央値でも外来待機時間は増加していることに注意しなければならない。

図 5-6. 外来待機時間(平均値と中央値)の推移(各年 9 月時点, 週間, England)



資料: Department of Health

## 傷病死亡率のターゲットと現状

この節では、NHSが掲げる各種の死亡率のターゲットに関して、どのようなパフォーマンスとなっているのかをデータで整理していく。罹患率や死亡率は医療行為だけではなく、数多くの社会的要因や経済的要因に影響を受けるため、必ずしもNHSにおける医療サービスの充実度だけが説明要因にはならない。極端に言えば、いくらNHSに資金や人材を投入しても、それらに大きな良い影響を及ぼすことができない場合もあり得る。しかしながら、直接的にコントロール可能で、直接的に各種の疾病と関わり合う医療サービスを軽視することはできない。そして、現実的に、少なからず医療サービスの充実度はそれらの医療アウトカムに影響を与えているように見える。したがって、医療サービスの充実度が全てを説明するわけではないということに留意しながらも、ここでは、一つの医療アウトカムとして、各種の死亡率を見ていく。NHSもそれらを医

療サービスの充実度を測るための一つの目標指標として設定している。

死亡率は過去3年の移動平均値で示される。例えば、2008年のデータは2007～2009年の3年分の平均値となる。図表では分かりやすいように、各年を2007-2009年のように示すことにする。

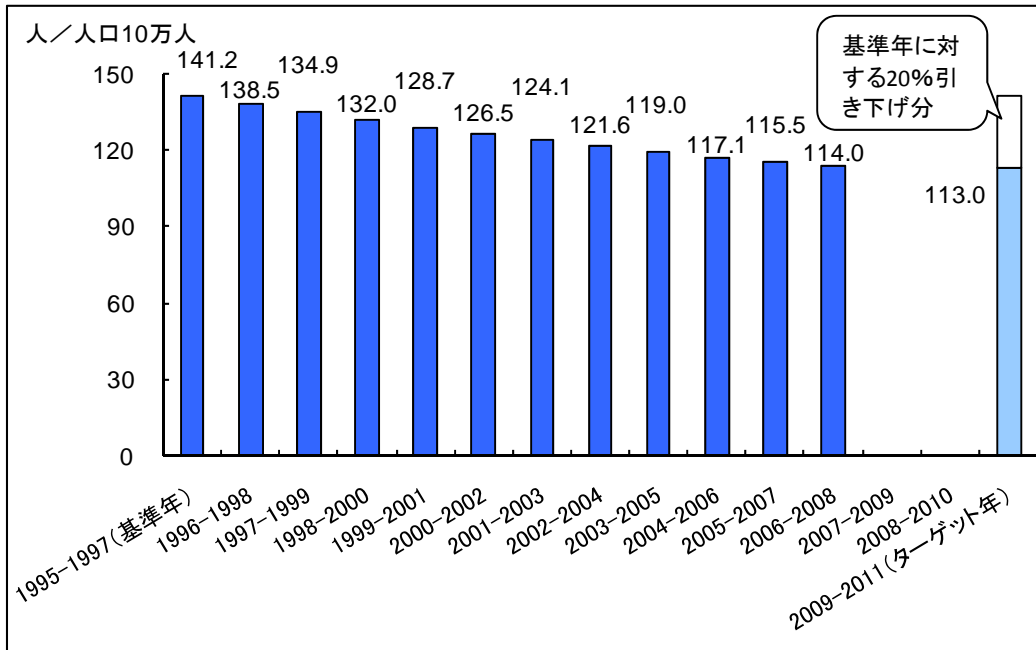
各種の死亡率のターゲット設定は2つの方法で行われている<sup>19</sup>。1つは、基準年（1995-1997年）の死亡率に対して、ターゲット年（2009-2011年）までに引き下げる割合（%）を決めるものである。もう1つは、England全体とEngland内の悪いグループ（地方自治体を単位とする）との乖離幅を基準年（1995-1997年）に対して、ターゲット年（2009-2011年）までに引き下げる割合（%）を決めるものである。つまり、悪いグループを平均から離れないようにして、分布として平均的に死亡率を改善することを目指すという意味である。悪いグループとは、70の地方自治体（2009年4月の地方自治体再編成前の地方自治体を区分単位とする）の中で、次の5項目のうち3項目以上で、下位（悪い方から）5番までに入るところである。5項目とは、(1) 男性の出生時平均寿命、(2) 女性の出生時平均寿命、(3) 75歳未満のガン死亡率、(4) 75歳未満の心臓疾患死亡率、(5) 2004年における複数の貧困指標の平均スコア。

図5-7はガン死亡率の推移とターゲットを示している。ガン死亡率についてのNHSの1つ目のターゲットは、基準年である1995-1997年のガン死亡率をターゲット年の2010年（2009-2011年）までに20%引き下げるというものである。1995-1997年（基準年）のガン死亡率は141.2人／人口10万人である。これを2010年までに20%引き下げて、113.0人／人口10万人にするということである。近年の動向を見ると、ガン死亡率は減少傾向にあり、最新データの2006-2008年では、114.0人／人口10万人となっており、基準年に対して19.3%の引き下げに成功している。このままの傾向で進めば、ターゲット年前にターゲットを達成する見込みとなっている。

---

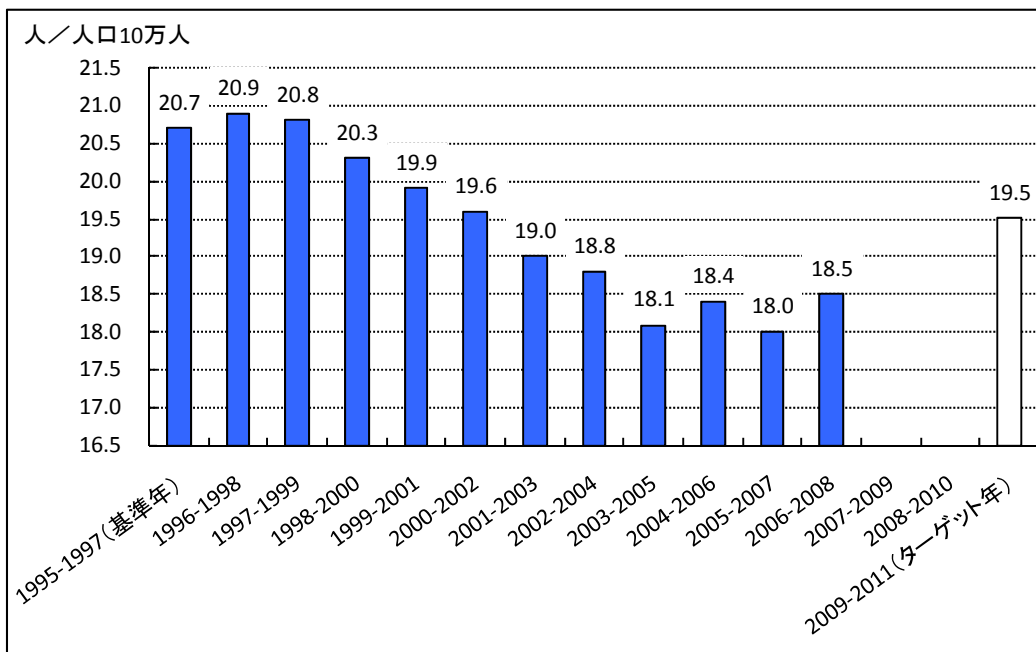
<sup>19</sup> 設定ターゲットは2004年のHM-TreasuryのSpending Reviewの中で行われたものである。

図 5-7. ガン死亡率の推移(3年の移動平均値, 人/人口10万人, England)



資料: Department of Health (2009b)

図 5-8. ガン死亡率の England 全体と悪いグループの乖離幅の推移  
(3年の移動平均値, 人/人口10万人, England)



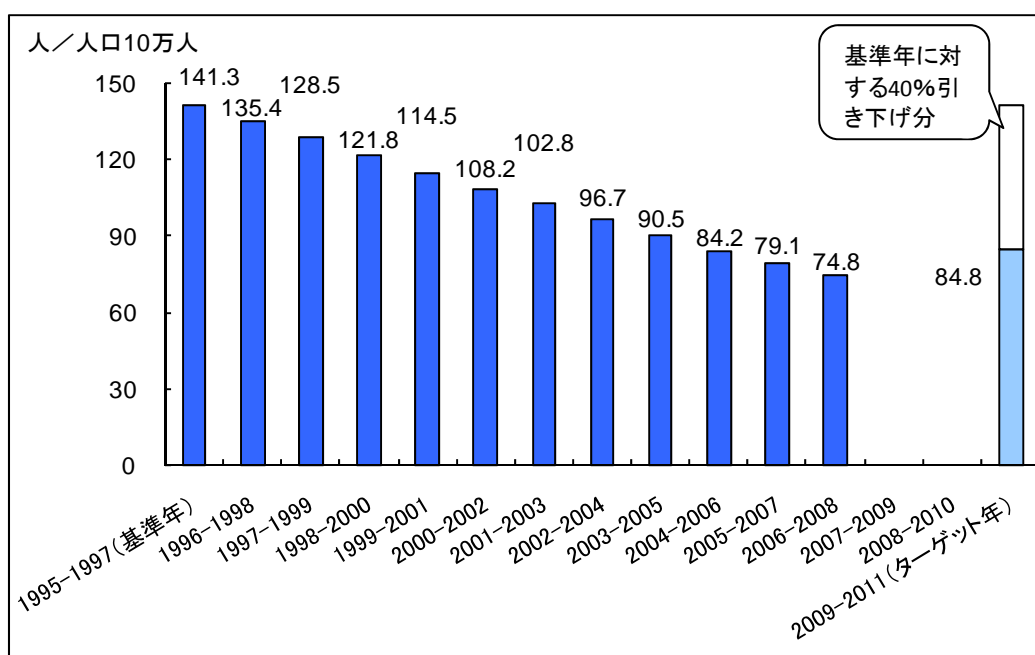
資料: Department of Health (2009b)

図 5-8 はガン死亡率について England 全体と悪いグループの乖離幅の推移とター



ゲットを示している<sup>20</sup>。ガン死亡率についてのNHSの2つ目のターゲットは、England全体と悪いグループの乖離幅を1995-1997年(基準年)に対して、ターゲット年の2010年(2009-2011年)までに6%引き下げることである。1995-1997年(基準年)からおおよそ減少傾向にあるが、2003-2005年から横ばいで推移している。しかしながら、ターゲットの6%引き下げは2001-2003年時点で達成しており、少なくとも悪化させないことが目標となっている。

図 5-9. 循環器系疾患死亡率の推移(3年の移動平均値, 人/人口10万人, England)



資料: Department of Health (2009b)

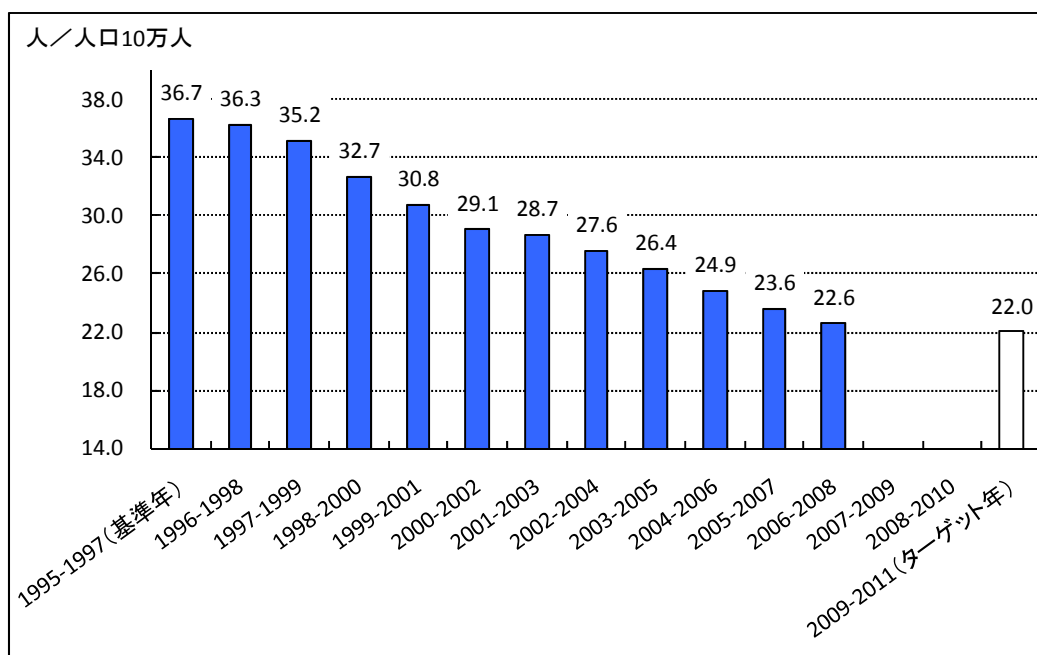
図 5-9 は循環器系疾患死亡率の推移とターゲットを示している。循環器系疾患死亡率についてのNHSの1つ目のターゲットは、基準年である1995-1997年の循環器系疾患死亡率をターゲット年の2010年(2009-2011年)までに40%引き下げるというものである。1995-1997年(基準年)の循環器系疾患死亡率は141.3人/人口10万人である。これを2010年までに40%引き下げて、84.8人/人口10万人にするということである。近年の動向を見ると、循環器系疾患死亡率は明確な減少傾向にあり、最新データの2006-2008年では、74.8人/人口10万人となっている。ターゲットの40%引き下げはすでに2004-2006年に達成しており、少なくとも悪化させないことが目標となっ

<sup>20</sup> 悪いグループのガン死亡率は図 5-7 で示した England 全体のガン死亡率に乖離分を足したものである。巻末の付録(2)にデータをつけておく。

ている。

図 5-10 は循環器系疾患死亡率について England 全体と悪いグループの乖離幅の推移とターゲットを示している<sup>21</sup>。循環器系疾患死亡率についての NHS の 2 つ目のターゲットは、England 全体と悪いグループの乖離幅を 1995-1997 年（基準年）に対して、ターゲット年の 2010 年（2009-2011 年）までに 40%引き下げることである。1995-1997 年（基準年）から減少傾向にある。データの最新年の 2006-2008 年では、22.6 人／人口 10 万人となっており、基準年から 38.4%の引き下げとなっている。このまま推移すれば、ターゲット年の 2009-2011 年までに 40%引き下げを達成できる見込みとなっている。

図 5-10. 循環器系疾患死亡率の England 全体と悪いグループの乖離幅の推移  
(3 年の移動平均値, 人/人口 10 万人, England)



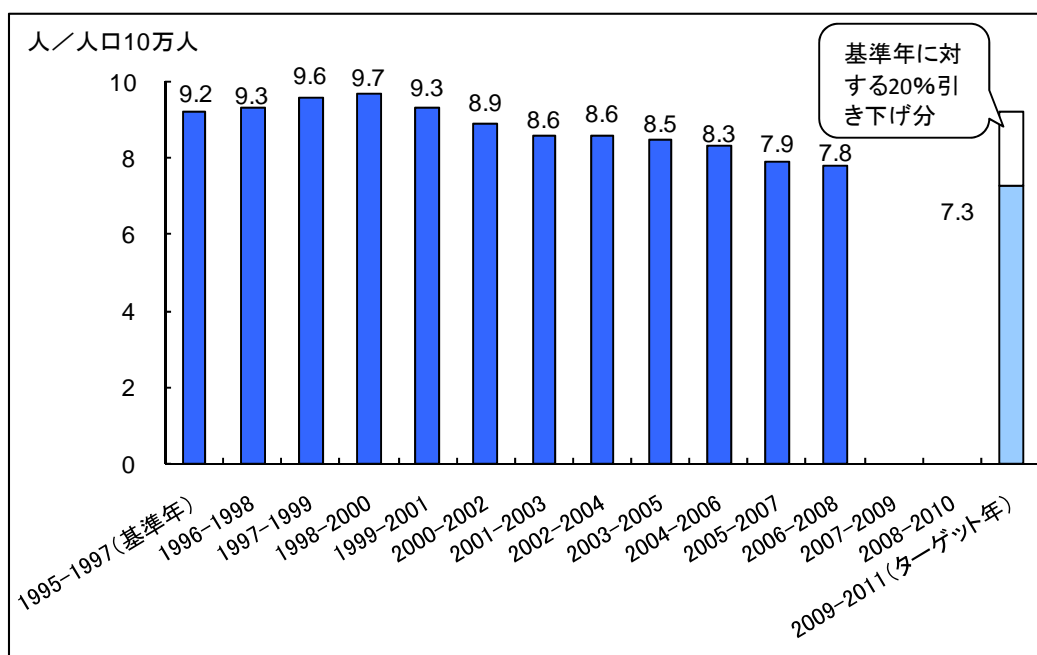
資料: Department of Health (2009b)

図 5-11 は精神疾患死亡率（自殺や無意識の事故による）の推移とターゲットを示している。精神疾患死亡率についての NHS のターゲットは、基準年である 1995-1997 年の精神疾患死亡率をターゲット年の 2010 年（2009-2011 年）までに 20%引き下げるというものである。1995-1997 年（基準年）の精神疾患死亡率は 9.2 人／人口 10 万人

<sup>21</sup> 悪いグループの循環器系疾患死亡率は図 5-9 で示した England 全体の循環器系疾患死亡率に乖離分を足したものである。巻末の付録(3)にデータをつけておく。

である。これを 2010 年までに 20%引き下げて、7.3 人／人口 10 万人にするということである。近年の動向を見ると、精神疾患死亡率は緩い減少傾向にあり、最新データの 2006-2008 年では、7.8 人／人口 10 万人となっている。2006-2008 年時点では、15.2%の引き下げとなっている。2009-2011 年までにターゲットの 20%引き下げを達成するためにはさらなる努力が必要な状況となっている。

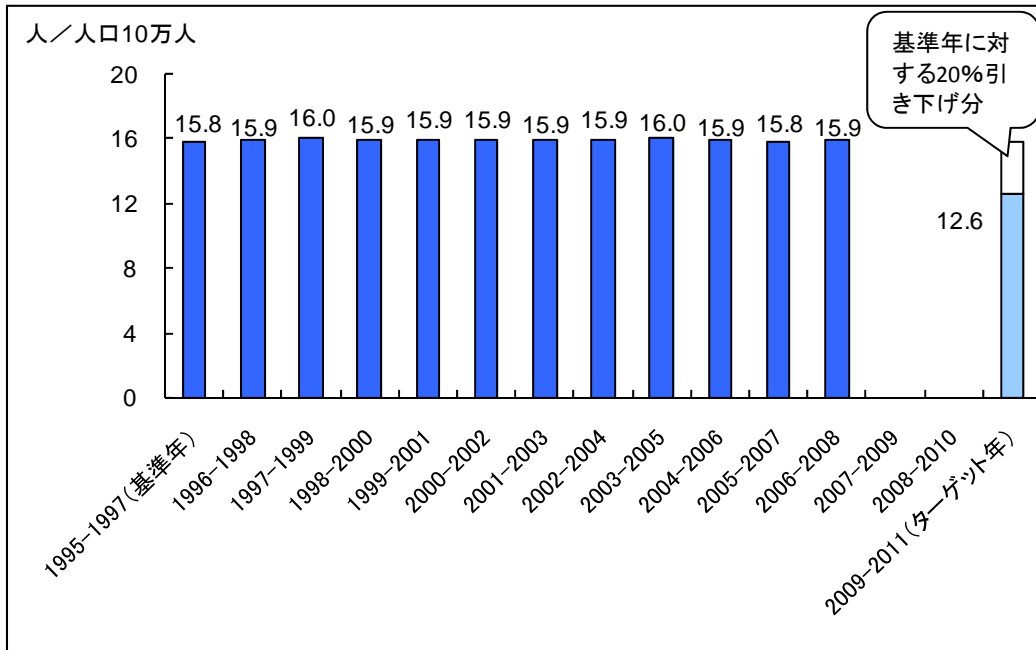
図 5-11. 精神疾患死亡率(自殺や無意識の事故による)の推移  
(3 年の移動平均値, 人/人口 10 万人, England)



資料: Department of Health (2009b)

図 5-12 は事故死亡率の推移とターゲットを示している。事故死亡率についてのNH Sのターゲットは、基準年である 1995-1997 年の事故死亡率をターゲット年の 2010 年 (2009-2011 年) までに 20%引き下げるというものである。1995-1997 年 (基準年) の事故死亡率は 15.8 人／人口 10 万人である。これを 2010 年までに 20%引き下げて、12.6 人／人口 10 万人にするということである。近年の動向を見ると、事故死亡率は横ばいで推移しており、最新データの 2006-2008 年では、15.9 人／人口 10 万人と基準年の水準よりも逆になら高くなっている。事故による傷病は不確定要素が大きいものの、2009-2011 年までにターゲットの 20%引き下げを達成するためには根本的な状況の改善が求められている。

図 5-12. 事故死亡率の推移(3年の移動平均値, 人/人口 10 万人, England)



資料: Department of Health (2009b)

## 出生時平均余命と一般死亡率のターゲットと現状

本節では、より一般的に出生時平均余命と一般死亡率（全ての年齢層と全ての死亡原因を対象）についての推移とターゲットを見ていく。前節の各種の傷病死亡率と同様の方法で、ターゲットの設定が行われている<sup>22</sup>。ただし、出生時平均余命では基準年との比較ではなく、ターゲット年の 2010 年（2009-2011 年）の出生時平均余命のターゲット水準が設定されている。また、出生時平均余命についての England 全体と悪いグループとの乖離幅については、相対的な乖離度（%）<sup>23</sup> を基準年と比較して 10% 小さくすることをターゲットとしている。

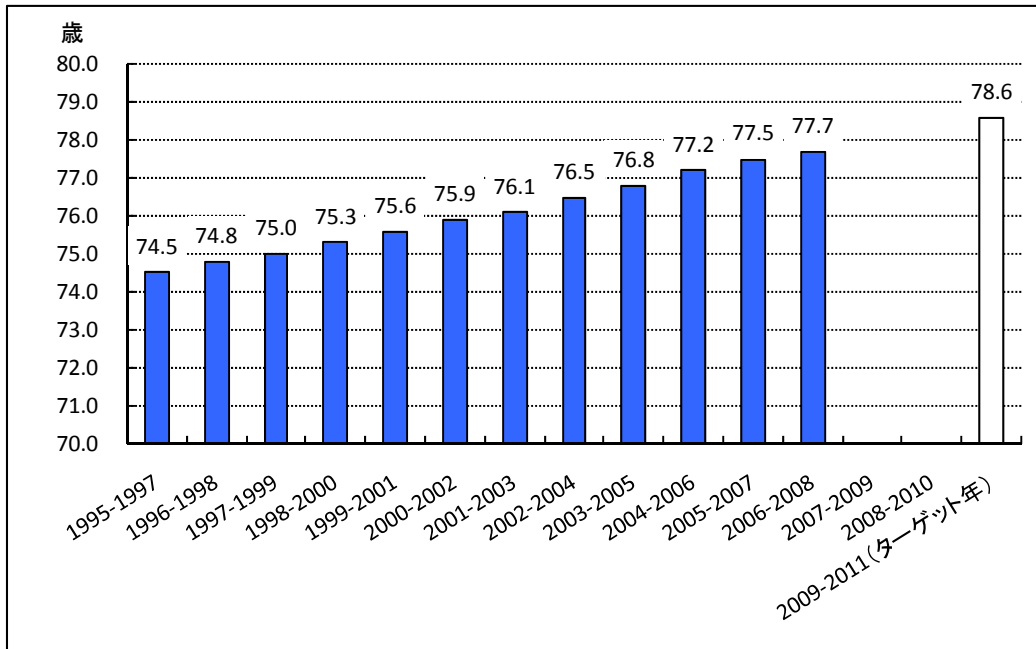
図 5-13 は男性の出生時平均余命の推移とターゲットを示している。男性の出生時平均余命についての NHS の 1 つ目のターゲットは、ターゲット年の 2010 年（2009-2011 年）に 78.6 歳とすることである。男性の出生時平均余命は 1995-1997 年から明確な増

<sup>22</sup> 設定ターゲットは 2004 年の HM-Treasury の Spending Review で行われたものである。

<sup>23</sup> 相対的乖離度（%）＝乖離幅／（England 全体の出生時平均余命＋悪いグループの出生時平均余命）× 100 で計算される。

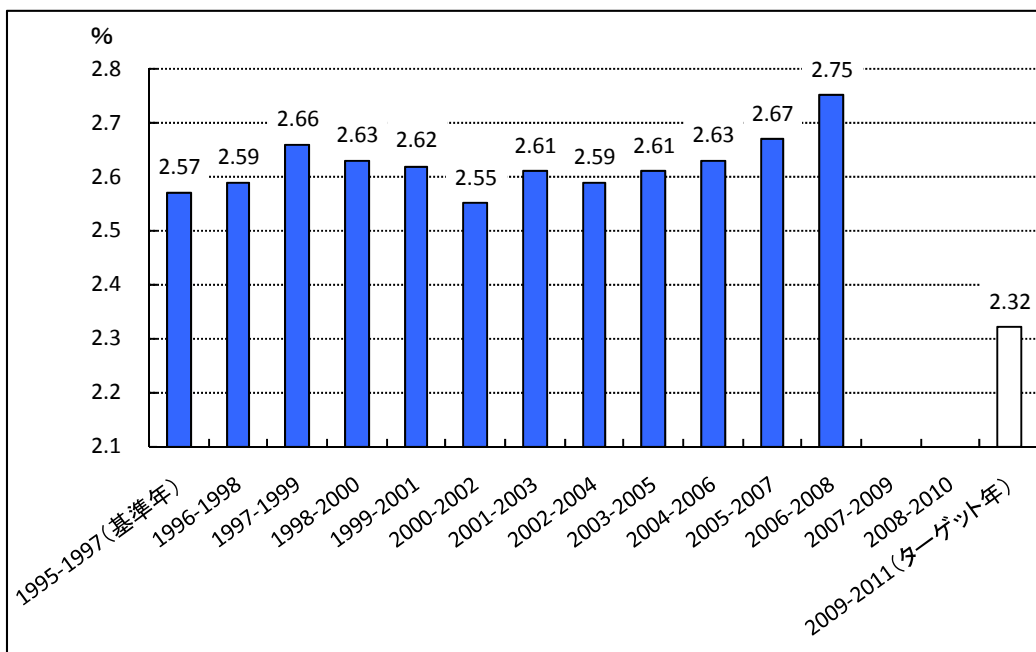
加傾向にあり、最新のデータである 2006-2008 年では 77.7 歳となっている。このまま推移していけば、ターゲットの 2010 年の 78.6 歳に到達する見込みとなっている。

図 5-13. 男性の出生時平均余命の推移(3年の移動平均値, 歳, England)



資料: Department of Health (2009c)

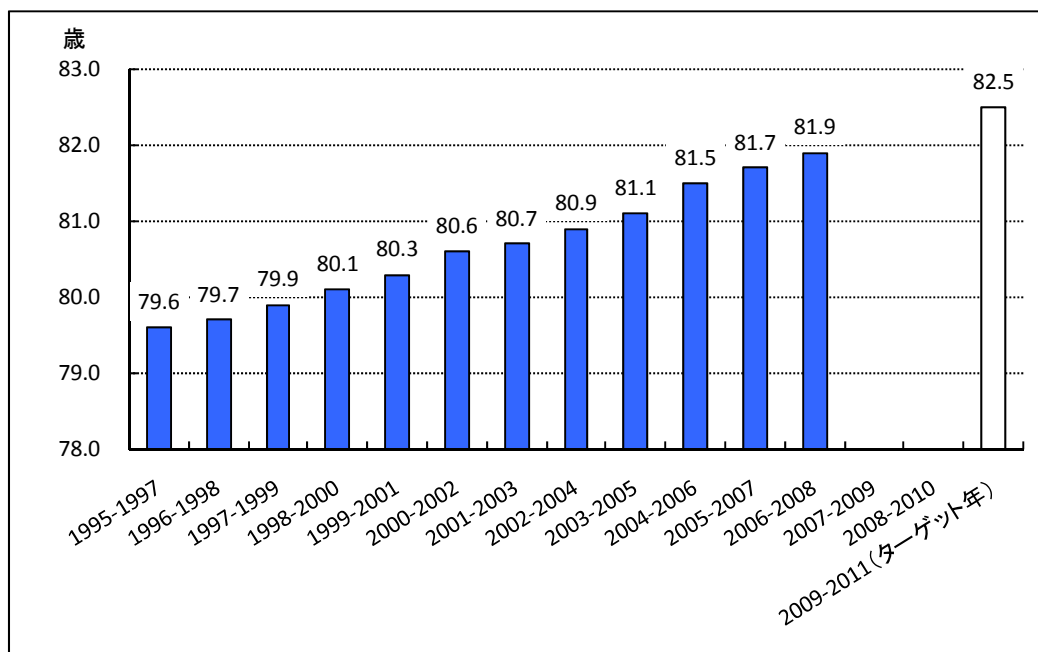
図 5-14. 男性の出生時平均余命の England 全体と悪いグループの相対的乖離度の推移 (3年の移動平均値, %, England)



資料: Department of Health (2009c)

図 5-14 は男性の出生時平均余命の England 全体と悪いグループの相対的乖離度の推移とターゲットを示している<sup>24</sup>。出生時平均余命に関する NHS の 2 つ目のターゲットは、基準年から England 全体と悪いグループの間の相対的乖離度を 10%引き下げることである。1995-1997 年（基準年）から見て、増加傾向にあり状況は悪化している。最新データである 2006-2008 年で相対的乖離度は 2.75%となっており、2009-2011 年のターゲットである 2.32%とは大きな差がある。このままではターゲットは達成されないと危惧されている状況である。

図 5-15. 女性の出生時平均余命の推移(3年の移動平均値, 歳, England)



資料: Department of Health (2009c)

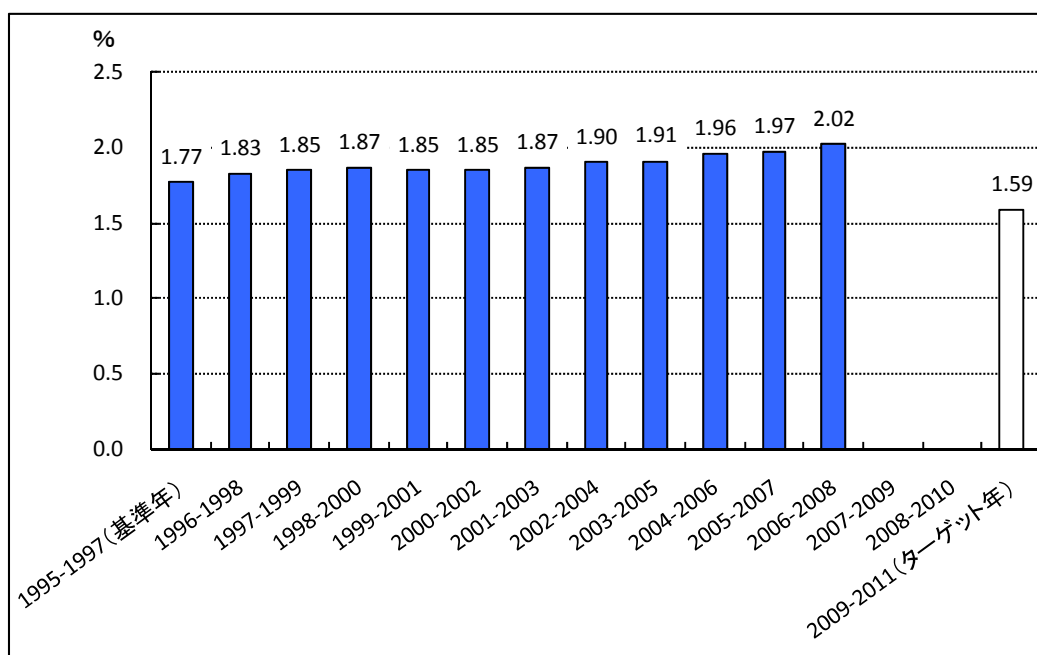
図 5-15 は女性の出生時平均余命の推移とターゲットを示している。女性の出生時平均余命についての NHS の 1 つ目のターゲットは、ターゲット年の 2010 年(2009-2011 年)に 82.5 歳とすることである。女性の出生時平均余命は 1995-1997 年から明確な増加傾向にあり、最新のデータである 2006-2008 年では 81.9 歳となっている。このまま推移していけば、ターゲットの 2010 年の 82.5 歳に到達する見込みとなっている。

図 5-16 は女性の出生時平均余命の England 全体と悪いグループの相対的乖離度の推

<sup>24</sup> 悪いグループの男性の出生時平均余命のデータは巻末の付録(4)に示す。

移とターゲットを示している<sup>25</sup>。出生時平均余命に関するNHSの2つ目のターゲットは、基準年から England 全体と悪いグループの間の相対的乖離度を 10%引き下げることである。1995-1997 年（基準年）から見て、増加傾向にあり状況は悪化している。最新データである 2006-2008 年で相対的乖離度は 2.02%となっており、2009-2011 年のターゲットである 1.59%とは大きな差がある。このままではターゲットは達成されないと危惧されている状況である。

図 5-16. 女性の出生時平均余命の England 全体と悪いグループの相対的乖離度の推移  
(3 年の移動平均値, %, England)

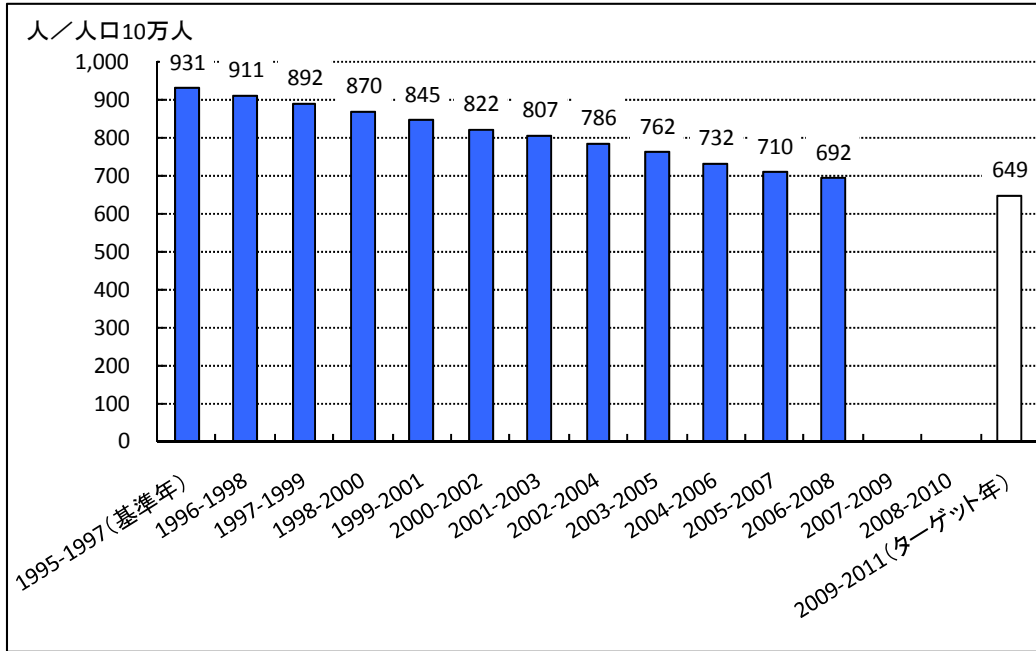


資料: Department of Health (2009c)

図 5-17 は男性の一般死亡率(全ての年齢層の全ての原因による死亡率)の推移とターゲットを示している。一般死亡率のデータは出生時平均余命のデータの代理指標という位置づけにあり、ターゲットの設定は出生時平均余命のデータから換算されて導かれている。ただし、その換算は死亡率の年齢分布の影響を受けることに注意しなければならない。ここでの換算は 2006-2008 年における分布を利用している。ターゲットは 649.0 人/人口 10 万人 (2009-2011 年) となっている。基準年から明確な減少傾向を示しており、最新年のデータでは 692.3 人/人口 10 万人となっている。このまま推移していけば、ターゲットに到達する見込みとなっている。

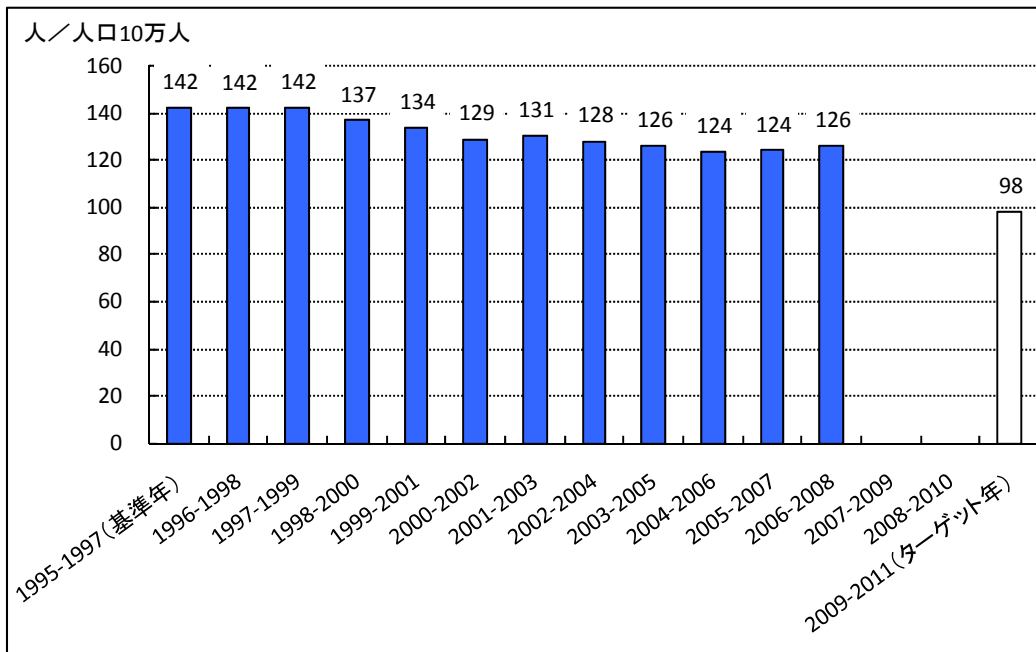
<sup>25</sup> 悪いグループの女性の出生時平均余命のデータは巻末の付録(5)に示す。

図 5-17. 男性の一般死亡率の推移(3年の移動平均値, 人/人口 10 万人, England)



資料: Department of Health (2009c)

図 5-18. 男性の一般死亡率の England 全体と悪いグループの乖離幅の推移  
(3年の移動平均値, 人/人口 10 万人, England)



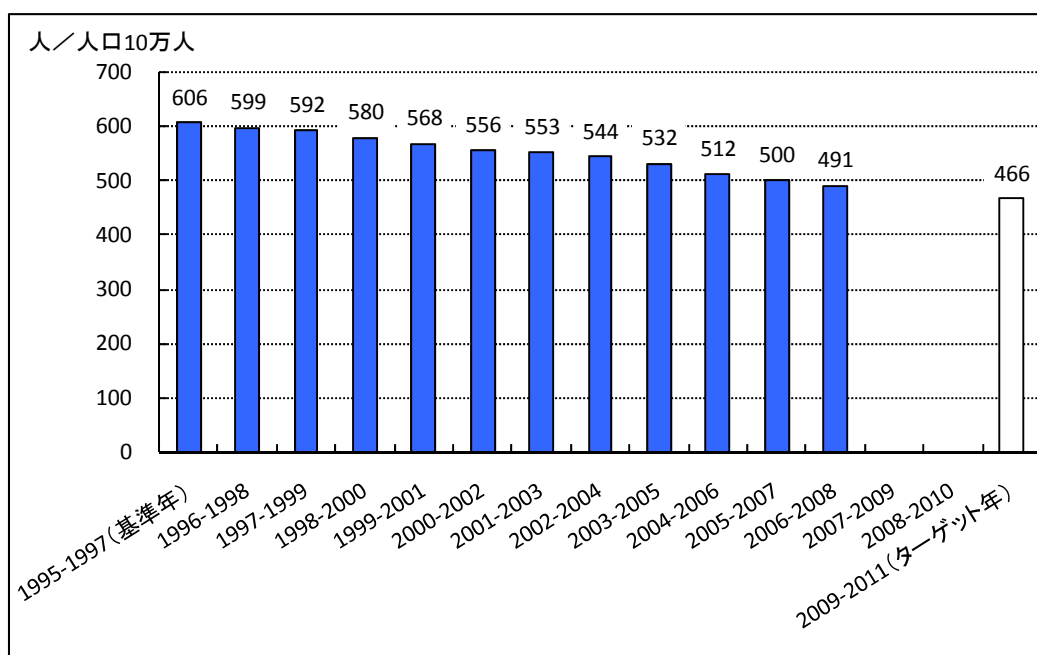
資料: Department of Health (2009c)

図 5-18 は男性の一般死亡率の England 全体と悪いグループとの乖離幅の推移とター



ゲットを示している<sup>26</sup>。ターゲットは平均余命のデータのターゲットから換算したもので、98.0人／人口10万人（2009-2011年）となっている。基準年から男性の一般死亡率は減少しているものの、近年、横ばいで推移している。最新年のデータでは、126.2人／人口10万人であるが、ターゲットの98.0人／人口10万人とは相当のギャップがある。このまま推移すれば、ターゲットは達成されない。

図 5-19. 女性の一般死亡率の推移(3年の移動平均値, 人／人口10万人, England)

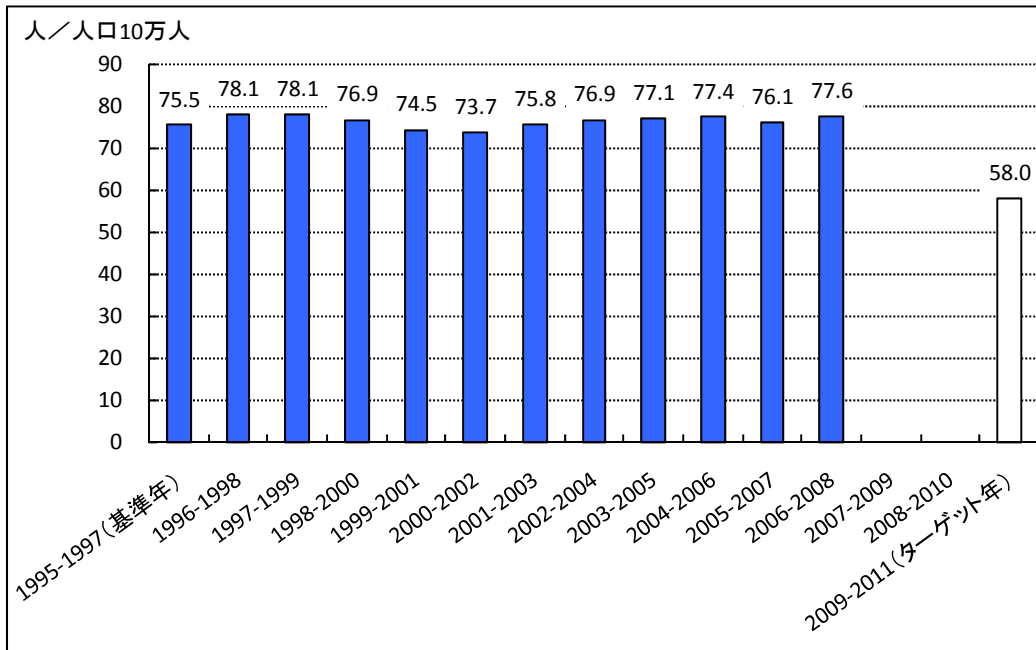


資料: Department of Health (2009c)

図 5-19 は女性の一般死亡率(全ての年齢層の全ての原因による死亡率)の推移とターゲットを示している。一般死亡率のデータは出生時平均余命のデータの代理指標という位置づけにあり、ターゲットの設定は出生時平均余命のデータから換算されて導かれている。ただし、その換算は死亡率の年齢分布の影響を受けることに注意しなければならない。ここでの換算は2006-2008年における分布を利用している。ターゲットは466.0人／人口10万人（2009-2011年）となっている。基準年から明確な減少傾向を示しており、最新年のデータでは490.6人／人口10万人となっている。このまま推移していけば、ターゲットに到達する見込みとなっている。

<sup>26</sup> 悪いグループの男性の一般死亡率のデータは巻末の付録(6)で示す。

図 5-20 女性の一般死亡率の England 全体と悪いグループの乖離幅の推移  
(3年の移動平均値, 人/人口10万人, England)



資料: Department of Health (2009c)

図 5-20 は女性の一般死亡率の England 全体と悪いグループとの乖離幅の推移とターゲットを示している<sup>27</sup>。ターゲットは平均余命のデータのターゲットから換算したもので、58.0 人/人口 10 万人 (2009-2011 年) となっている。基準年から女性の一般死亡率は減少しているものの、近年、横ばいで推移している。最新年のデータでは、77.6 人/人口 10 万人であり、基準年からは悪化している。これはターゲットの 58.0 人/人口 10 万人とは大きな差になっている。このまま推移すれば、ターゲットは達成されない。

### 乳幼児死亡率のターゲットと現状

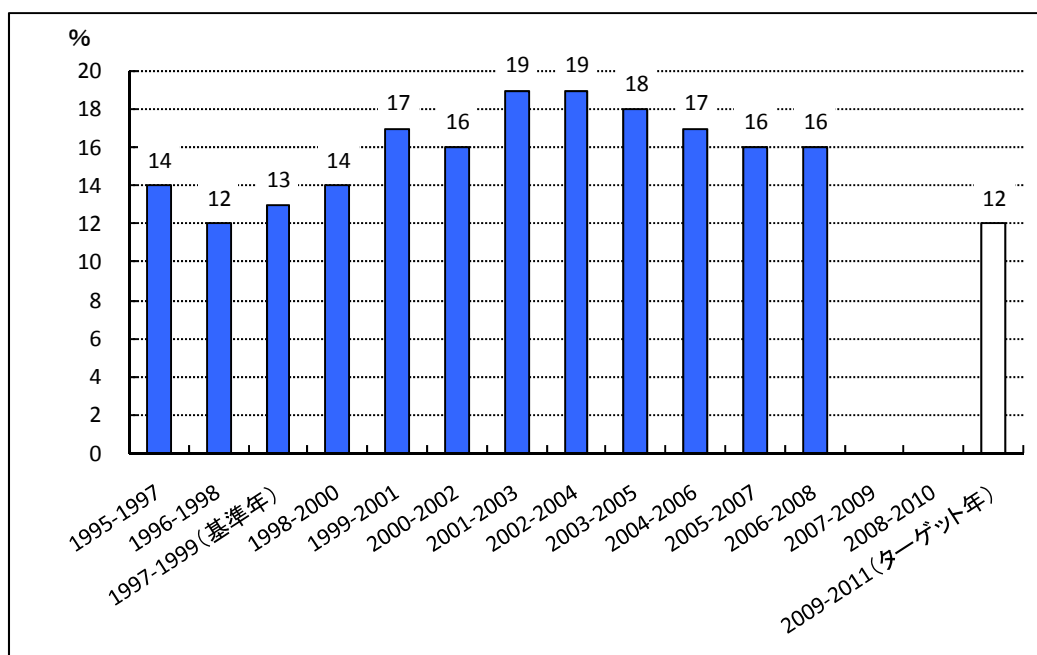
アウトカムの最後に、乳幼児死亡率 (人/出生 1,000 人) のターゲットと現状について見ておく。基本的な分析はこれまでと同様だが、内容的に若干異なっているので、改めて説明しておく。

<sup>27</sup> 悪いグループの女性の一般死亡率のデータは巻末の付録(7)で示す。

まず、ここでのデータは England だけではなく Wales もカバーする。ターゲットの設定は、乳幼児死亡率の大きさ自体についてではなく、対照とする悪いグループと England・Wales 全体（両親ともに登録しているデータ）との相対的乖離度（%）<sup>28</sup> に対して行われている。基準年は 1997-1999 年であり、このときの相対的乖離度をターゲット年（2009-2011 年）までに 10%引き下げることがターゲットとなっている。対照とする悪いグループの定義は、前節までの悪いグループの定義とは異なる。両親の職業属性で定義される。いわゆる「低位の管理職や技術職」と「セミ・ルーティンあるいはルーティン職」に該当する場合、悪いグループに分類される<sup>29</sup>。これらに属する場合、相対的に乳幼児死亡率が高いことが社会調査で判明していることが背景にある。

なお、設定ターゲットは、2004 年の HM-Treasury の Spending Review で行われたものが 2007 年に Department of Health を中心に見直しされたものである。

図 5-21. 乳幼児死亡率の England・Wales 全体と悪いグループの相対的乖離度の推移  
(3 年の移動平均値, %, England and Wales)



資料: Department of Health (2009d)

図 5-21 は乳幼児死亡率の England・Wales 全体と悪いグループの相対的乖離度(%)の推移とターゲットを示している。基準年から見ると、増加したあと減少しているが、

<sup>28</sup> 相対的乖離度 (%) = 乖離幅 / England・Wales 全体の乳幼児死亡率 × 100

<sup>29</sup> 詳細な職業分類は、Department of Health (2009d)の付録を参照してほしい。

最近の2年分（2005-2007年と2006-2008年）では、16%の水準で横ばいで推移しており、ターゲットの12%（2009-2011年）とは大きなギャップがある。このままで推移すると、ターゲットを達成することは難しい。ターゲットを達成するためには相当の努力が求められる状況となっている。なお、表5-1は参考として乳幼児死亡率自体のデータを示している。

表5-1. 乳幼児死亡率の推移(3年の移動平均値, 人/出生1,000人, England and Wales)

	England・Wales全体	悪いグループ	乖離幅	【参考】Hib予防接種率
1996年(1995-1997)	5.8	6.6	0.8	-
1997年(1996-1998)	5.7	6.4	0.7	-
1998年(1997-1999)	5.6	6.3	0.7	-
1999年(1998-2000)	5.4	6.2	0.8	93.0
2000年(1999-2001)	5.3	6.2	0.9	93.0
2001年(2000-2002)	5.2	6.0	0.8	93.0
2002年(2001-2003)	5.0	6.0	1.0	93.0
2003年(2002-2004)	4.9	5.9	1.0	92.9
2004年(2003-2005)	4.8	5.7	0.9	92.7
2005年(2004-2006)	4.8	5.6	0.8	93.2
2006年(2005-2007)	4.7	5.4	0.7	92.5
2007年(2006-2008)	4.5	5.2	0.7	91.2

注(1): Hib = Haemophilus influenzae type b. ヘモフィラス・インフルエンザ菌タイプB

注(2): 予防接種率は、5歳になるまでの一次接種率を示す。1992年からHib予防接種が開始されている。

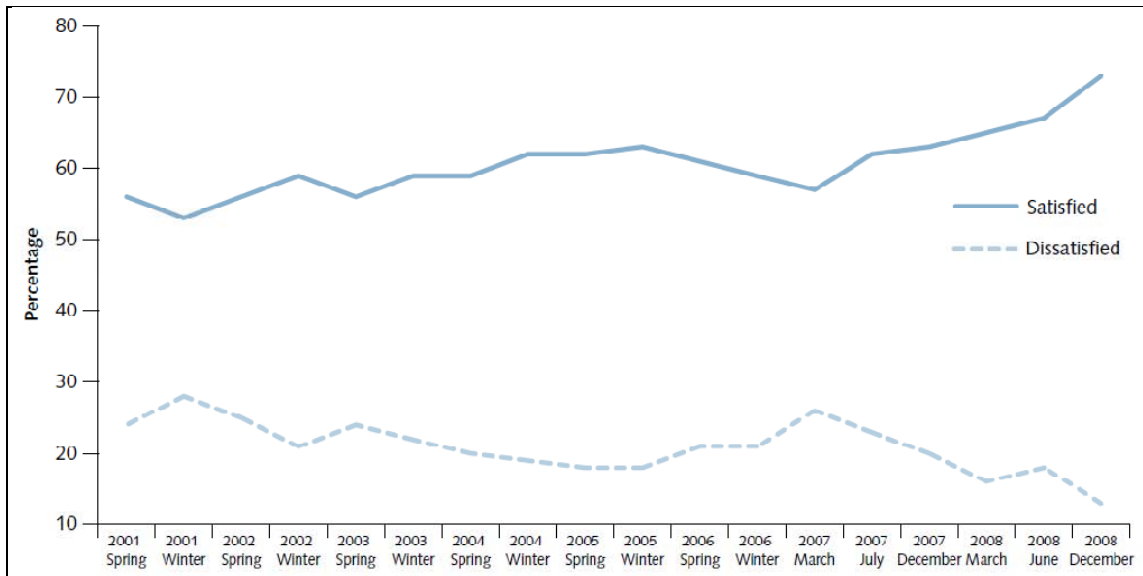
資料: Department of Health (2009d), NHS Information Centre

## 国民のNHS満足度

第5節の最後にNHSに対する国民の満足度の推移を見ておきたい。図5-22はNHS全体に対する国民の満足度(%)と不満足度(%)の推移を示している。これは、Ipsos MORIという民間調査会社が英国保健省(Department of Health)から委託されて調査したものである。人口や地理などを考慮した層化無作為抽出による方式でインタビューに基づいて行われている<sup>30</sup>。このデータに基づくと、2008年12月には満足度が73%となっており、この調査が開始された2000年以来で最も高い満足度となっている。また、図5-22の期間で、不満足度も24%程度から12%程度へと半減している。

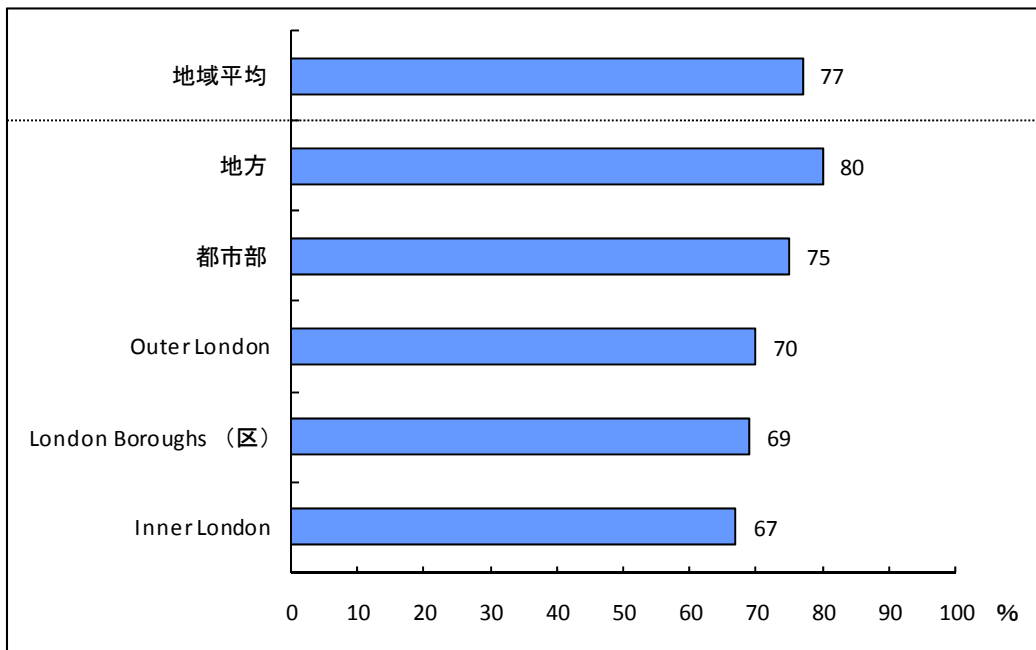
<sup>30</sup> Ipsos MORI (2004). Ipsos MORI (2009).

図 5-22. NHS全体に対する国民の満足度と不満足度の推移(% , England)



資料： Department of Health (2009a)

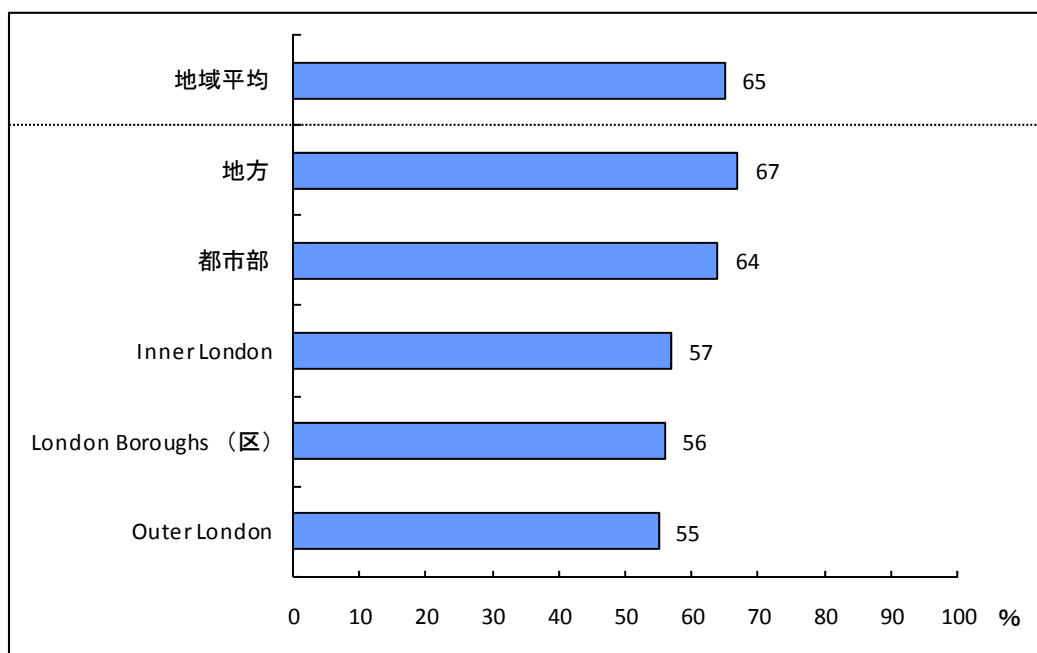
図 5-23. NHSにおける GP に対する満足度(2008 年度, % , England)



資料： Ipsos MORI (2009)

図 5-23 は 2008 年度の NHS における GP に対する満足度を示している。地域平均の満足度は 77% となっている。地域別では、地方の満足度が都市部やロンドン地域よりも高くなっている。人口が集中している地域の方が医療サービスの提供が行き渡っていないということになる。

図 5-24. NHSにおける病院に対する満足度(2008 年度, %, England)



資料: Ipsos MORI (2009)

図 5-24 は 2008 年度の NHS における病院に対する満足度を示している。地域平均の満足度は 65% となっており、GP に対する満足度よりも低い (図 5-23 を参照)。地域別では、地方の満足度が都市部やロンドン地域よりも高くなっている。病院についても GP と同様、人口が集中している地域の方が医療サービスの提供が行き渡っていないということになる。

## 6. 結論

本レポートは、労働党のブレア政権、それに続くブラウン政権の下でのNHS改革がどのように進んでいるのかをデータに基づいて整理した。簡潔にまとめておこう。

ブレア、ブラウンと続く労働党政権下では、NHSプランが出された2000年以降、ファイナンス面でもマネジメント面でも人材面でも急激にインプット投入量を拡大させてきた。保守党政権下で疲弊してしまったNHSを改革・復活させるためである。その結果、待機患者数は大幅に減少し、各種死亡率も低下してきた。しかしながら、最新の2008～2009年のデータを見ると、その改革路線に部分的に鈍化が見られる。この鈍化が一時的なものなのか、NHS改革が転機に来ているのか、少なくともさらに2～3年の経過を観察する必要があるだろう。ただし、この節の最後に最新動向を紹介するが、政策的にはNHS改革の継続が確認されている。

ファイナンス面では、最近10年間でNHSへの公的支出が実質ベースで1.87倍になっており、資金投入量の急拡大が起きていることが分かる。これは、GDP成長率と比較しても、非常に高い増加率となっている。これらの財源の構成は安定的で、約75%を税金から、約20%を国民保険からとなっており、これらの公的資金で約95%の資金調達をしている。この財源構成は、NHSが健康状態や支払能力に関係なく公平かつ原則無料でアクセスできる公的医療サービスであることを反映している。国家歳出における医療の位置づけは非常に高く、2009年度予算では全体の17.7%を占め、社会保護に次ぐ2番目の位置づけとなっている。また、最近10年間の歳出実績で見ても、突出して高い増加率を示している。しかしながら、英国の総医療費の対GDP比は2007年に0.1ポイント低下して、8.4%となっている。

マネジメント面では、2000年のNHSプラン以来、特徴的なのは民間セクターの活用である。疲弊したNHSを急速に立て直す必要性から、民間セクターからの医療サービスの購入を急拡大している。また、急拡大している資金需要に対応するために、PFIが大いに活用されている。すでに104の新病院が建設されたが、そのうち77病院がPFIによるものである。しかしながら、NHSの生産性指標を見ると、医療の質と健康の価値の両方を評価しなければ、生産性の上昇を確認できない。評価方法に課題がある

ものの、NHS改革が生産性の改善をもたらすようなものではないということを示している可能性がある。もっとも、生産性の改善よりも、実質的に医療サービスの拡充を図ることが先決である。

人材面では、最近 10 年間で医師数は明確な増加傾向を示している。その増加率は突出しており 1.45 倍で約 4 万人の増加となっている。専門科目別では、救急科、臨床腫瘍科、小児科での増加が著しい。他方、看護師数は 2005 年までは明確な増加傾向を示していたが、2005 年以降は横ばいで推移している。看護師が充足してきたのか、それとも不足状態にあるにも関わらず、看護師を確保するためのインセンティブ付与に失敗しているのか、今後、政策的に見ていく必要がある。

アウトカム面では、待機患者数と各種の死亡率のターゲット達成率について整理した。まず、最近 10 年間で待機患者数の大幅な改善が見られる。入院待機患者総数は 120 万人規模から 60 万人規模へと半減した。そして、9 ヶ月以上の入院待機患者は 1998 年 9 月時点では 16 万 5 千人規模で存在していたが、2006 年 4 月以降は解消している。また、13 週間以上の外来待機患者数は 50 万人規模から 100 人規模へ大幅削減に至っている。死亡率のターゲット達成率については、ガン死亡率と循環器疾患死亡率のターゲットは到達あるいは到達の見込みとなっている。しかし、他の指標に関するターゲットは到達困難な状況にある。

最後に、NHS改革に関する政府の最新動向を示しておきたい。2009 年 11 月 10 日、ブラウン首相 (Gordon Brown) が今後 10 年間の NHS 改革の方向性を表明した。その方向性は「予防的サービスへのシフト」と「患者中心のサービス (patient-centred service) の創造」である。もう一度、医療サービスの中心を患者に戻すということを大きな狙いに行っている。具体的には、その中には、2012 年 4 月以降、40 歳以上 74 歳以下の国民が 5 年ごとに健康診断を受ける法的権利を持つことを保証することが含まれている。また、GP から紹介があったとき、18 週間以内に病院での治療を受ける法的権利を有することや、ガンの疑いがある場合、2 週間以内に専門医による診察を受けられるようにすることにも言及している。



## 付録 (1) 保健省におけるNHSへの支出 (England)

単位: 百万 GBP

年度	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
実績・決算の別	実績	実績	実績	実績	実績
保健省における公的支出額合計	45,914	45,350	50,279	58,333	63,272
NHS総公共支出	39,771	41,241	45,967	53,486	57,049
NHS消費支出	39,225	40,755	45,020	51,994	55,405
病院および地域医療サービス	36,551	38,182	42,330	49,082	52,448
家族健康サービス	2,011	1,796	1,875	1,951	2,024
中央健康サービス・他	399	507	526	649	600
保健省の管理コスト	265	270	289	312	333
NHS資本支出(投資)	700	850	1,238	1,719	2,073
病院および地域医療サービス	700	820	1,220	1,693	2,043
その他	0	30	18	26	30
NHS資本減耗	▲ 154	▲ 365	▲ 291	▲ 228	▲ 428
NHS年金への支出	5,403	3,521	3,782	3,949	4,569
その他	740	588	530	898	1,654

年度	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
実績・決算の別	実績	実績	実績	実績
保健省における公的支出額合計	72,061	77,860	87,909	92,794
NHS総公共支出	64,173	69,051	75,822	80,561
NHS消費支出	61,865	66,873	74,168	78,468
病院および地域医療サービス	58,412	63,373	70,757	76,011
家族健康サービス	2,141	2,129	2,131	1,021
中央健康サービス・他	993	1,062	979	1,157
保健省の管理コスト	320	309	300	278
NHS資本支出(投資)	2,602	2,624	2,151	3,069
病院および地域医療サービス	2,566	2,592	2,111	3,033
その他	36	32	40	36
NHS資本減耗	▲ 293	▲ 446	▲ 497	▲ 975
NHS年金への支出	6,194	6,396	9,281	10,226
その他	1,694	2,413	2,806	2,007

年度	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
実績・決算の別	実績	実績(推定)	予算	予算
保健省における公的支出額合計	101,549	109,427	116,869	121,010
NHS総公共支出	89,261	94,522	102,662	105,824
NHS消費支出	86,382	90,940	98,217	102,272
病院および地域医療サービス	83,760	88,478	95,395	99,289
家族健康サービス	1,022	1,108	1,182	1,263
中央健康サービス・他	1,324	1,083	1,369	1,453
保健省の管理コスト	276	271	272	267
NHS資本支出(投資)	3,597	4,410	5,433	4,674
病院および地域医療サービス	3,554	4,327	5,360	4,632
その他	43	83	73	42
NHS資本減耗	▲ 718	▲ 827	▲ 988	▲ 1,122
NHS年金への支出	10,174	13,387	12,527	13,434
その他	2,114	1,518	1,680	1,752

注意: 保健省における公的支出額合計では、資本減耗分が差し引かれている。

資料: Department of Health (2004, 2005, 2006, 2007, 2008a, 2009a)

## 付録 (2) ガン死亡率のデータ (England)

3年間の移動平均, 単位: 人/人口 10万人

	England全体	悪いグループ	乖離幅
1995-1997(基準年)	141.2	161.9	20.7
1996-1998	138.5	159.4	20.9
1997-1999	134.9	155.7	20.8
1998-2000	132.0	152.3	20.3
1999-2001	128.7	148.6	19.9
2000-2002	126.5	146.1	19.6
2001-2003	124.1	143.1	19.0
2002-2004	121.6	140.4	18.8
2003-2005	119.0	137.1	18.1
2004-2006	117.1	135.5	18.4
2005-2007	115.5	133.5	18.0
2006-2008	114.0	132.5	18.5

資料: Department of Health (2009b)

## 付録 (3) 循環器系疾患死亡率のデータ (England)

3年間の移動平均, 単位: 人/人口 10万人

	England全体	悪いグループ	乖離幅
1995-1997(基準年)	141.3	178.0	36.7
1996-1998	135.4	171.7	36.3
1997-1999	128.5	163.7	35.2
1998-2000	121.8	154.5	32.7
1999-2001	114.5	145.3	30.8
2000-2002	108.2	137.3	29.1
2001-2003	102.8	131.5	28.7
2002-2004	96.7	124.3	27.6
2003-2005	90.5	116.9	26.4
2004-2006	84.2	109.1	24.9
2005-2007	79.1	102.7	23.6
2006-2008	74.8	97.4	22.6

資料: Department of Health (2009b)

## 付録（4） 男性の出生時平均余命のデータ（England）

3年間の移動平均

	England全体(歳)	悪いグループ(歳)	乖離幅(歳)	相対的乖離度(%)
1995-1997(基準年)	74.6	72.7	1.9	2.57
1996-1998	74.8	72.9	1.9	2.59
1997-1999	75.1	73.1	2.0	2.66
1998-2000	75.4	73.4	2.0	2.63
1999-2001	75.7	73.7	2.0	2.62
2000-2002	76.0	74.1	1.9	2.55
2001-2003	76.2	74.2	2.0	2.61
2002-2004	76.5	74.6	1.9	2.59
2003-2005	76.9	74.9	2.0	2.61
2004-2006	77.3	75.3	2.0	2.63
2005-2007	77.7	75.6	2.1	2.67
2006-2008	77.9	75.8	2.1	2.75

注：この表は本編の図 5-13 とデータソースが異なり、微差がある。Department of Health (2009c)に従った。  
資料： Department of Health (2009c)

## 付録（5） 女性の出生時平均余命のデータ（England）

3年間の移動平均

	England全体(歳)	悪いグループ(歳)	乖離幅(歳)	相対的乖離度(%)
1995-1997(基準年)	79.7	78.3	1.4	1.77
1996-1998	79.8	78.4	1.4	1.83
1997-1999	80.0	78.5	1.5	1.85
1998-2000	80.2	78.7	1.5	1.87
1999-2001	80.4	78.9	1.5	1.85
2000-2002	80.7	79.2	1.5	1.85
2001-2003	80.7	79.2	1.5	1.87
2002-2004	80.9	79.4	1.5	1.9
2003-2005	81.1	79.6	1.5	1.91
2004-2006	81.6	80.0	1.6	1.96
2005-2007	81.8	80.2	1.6	1.97
2006-2008	82.0	80.4	1.6	2.02

注：この表は本編の図 5-15 とデータソースが異なり、微差がある。Department of Health (2009c)に従った。  
資料： Department of Health (2009c)

## 付録 (6) 男性の一般死亡率のデータ (England)

3年間の移動平均, 単位: 人/人口 10万人

	England全体	悪いグループ	乖離幅
1995-1997(基準年)	931.1	1073.4	142.3
1996-1998	911.0	1052.8	141.8
1997-1999	891.6	1033.9	142.3
1998-2000	869.6	1006.5	136.9
1999-2001	844.8	978.5	133.7
2000-2002	822.3	951.3	129.0
2001-2003	807.3	937.8	130.5
2002-2004	786.3	914.5	128.2
2003-2005	761.5	887.6	126.1
2004-2006	732.0	855.7	123.7
2005-2007	710.1	834.2	124.1
2006-2008	692.3	818.5	126.2

資料: Department of Health (2009c)

## 付録 (7) 女性の一般死亡率のデータ (England)

3年間の移動平均, 単位: 人/人口 10万人

	England全体	悪いグループ	乖離幅
1995-1997(基準年)	606.4	681.9	75.5
1996-1998	598.5	676.6	78.1
1997-1999	591.7	669.8	78.1
1998-2000	580.1	657.0	76.9
1999-2001	567.9	642.4	74.5
2000-2002	556.0	629.7	73.7
2001-2003	552.9	628.7	75.8
2002-2004	543.5	620.4	76.9
2003-2005	531.9	609.0	77.1
2004-2006	512.2	589.6	77.4
2005-2007	500.2	576.3	76.1
2006-2008	490.6	568.2	77.6

資料: Department of Health (2009c)

## 付録 (8) 英国の名目 GDP のデータ (UK)

単位: 100 万 GBP

	名目GDP	GDPデフレーター
1998-99	890,272	78.5
1999-00	944,630	80.1
2000-01	989,552	81.1
2001-02	1,031,458	82.9
2002-03	1,092,056	85.6
2003-04	1,157,408	88.0
2004-05	1,214,701	90.5
2005-06	1,270,835	92.1
2006-07	1,346,209	94.9
2007-08	1,417,797	97.6
2008-09	1,435,006	100.0
2009-10	1,411,000	
2010-11	1,461,000	

資料: HM-Treasury

## 参考文献

- Akerlof, G.A. and Shiller, R.J. (2009). *Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism*. Princeton University Press.
- Dawson, D., Gravelle, H., O'Mahony, M., Street, A., Weale, M., Castelli, A., Jacobs, R., Kind, P., Loveridge, P., Martin, S., Stevens, P. and Stokes, L. (2005). *Developing New Approaches to Measuring NHS Outputs and Productivity*. CHE Research Paper 6. Centre for Health Economics, University of York.  
<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp6.pdf>
- Department of Health (1999). *The Government's Expenditure Plans 1999-2000: Departmental Report*. Cm4203. March 1999.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH\\_4108761](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4108761)
- Department of Health (2001). *The Government's Expenditure Plans 2001-2002 to 2003-2004 and Main Estimates 2001-2002: Departmental Report*. Cm5103. May 2001.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH\\_4007565](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4007565)
- Department of Health (2002). *Expenditure Plans 2002-03 to 2003-04: Departmental Report*. Cm5403. July 2002.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH\\_4009464](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4009464)
- Department of Health (2003). *Departmental Report 2003*. Cm5904. July 2003.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH\\_4008345](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4008345)
- Department of Health (2004). *Departmental Report 2004*. Cm6204. April 2004.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4081285.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4081285.pdf)
- Department of Health (2005a). *Departmental Report 2005*. Cm6524. June 2005.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4117154.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4117154.pdf)
- Department of Health (2005b). *Healthcare Output and Productivity: Accounting for Quality Change*. December 2005.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4124267.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4124267.pdf)

- Department of Health (2006). *Departmental Report 2006*. Cm6814. May 2006.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4134715.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4134715.pdf)
- Department of Health (2007). *Departmental Report 2007*. Cm7093. May 2007.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_074766.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074766.pdf)
- Department of Health (2008a). *Departmental Report 2008*. Cm7393. May 2008.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_084910.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_084910.pdf)
- Department of Health (2008b). *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*. Cm7432. June 2008.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_085825](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825)
- Department of Health (2009a). *Departmental Report 2009*. Cm7593. June 2009.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_100819.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_100819.pdf)
- Department of Health (2009b). *Mortality Target Monitoring, Update to Include Data for 2008: Progress against Mortality Targets for England for 2010, in respect of Cancer, Circulatory Diseases, Intentional Self-harm, and Accidents*. October 2009.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_106776](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_106776)
- Department of Health (2009c). *Mortality Target Monitoring (Life Expectancy and All-Age All-Cause Mortality, Overall and Inequalities), Update to Include Data for 2008: Progress against Public Service Agreement Targets and Indicators, in respect of Life Expectancy and All-Age All-Cause Mortality*. November 2009.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_107609](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_107609)
- Department of Health (2009d). *Mortality Target Monitoring (Infant Mortality, Inequalities), Update to Include Data for 2008: Progress to the Infant Mortality Inequality PSA Target for England & Wales for 2010*. December 2009.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_109161](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_109161)
- Ham, C. (2004). *Health Policy in Britain*. 5th edition. New York: Palgrave Macmillan.
- HM Treasury (2009). *Public Expenditure Statistical Analyses 2009*. Cm7630. June 2009.  
[http://www.hm-treasury.gov.uk/d/pesa\\_180609.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/d/pesa_180609.pdf)

- HM-Treasury (2009). *Budget 2009, Building Britain's Future: Economic and Fiscal Strategy Report and Financial Statement and Budget Report*. HC 407. April 2009.  
[http://www.hm-treasury.gov.uk/d/bud09\\_completereport\\_2520.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/d/bud09_completereport_2520.pdf)
- Lister, J. (2008). *The NHS After 60: For Patients or Profits?*. London: Middlesex University Press.
- NHS Information Centre (2005). GP Earnings and Expenses Enquiry 2002/3. July 2005.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- NHS Information Centre (2006). *GP Earnings and Expenses Enquiry 2003/4 Final report*. March 2006.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- NHS Information Centre (2007a). *Experimental Statistics: NHS Staff Earnings Estimates September 2007 - Based on payments to staff in the English NHS from April to June 2007*.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings>
- NHS Information Centre (2007b). *GP Earnings and Expenses Enquiry 2004/05 Final report*. July 2007.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- NHS Information Centre (2008a). *Experimental Statistics: NHS Staff Earnings Estimates September 2008 - Based on payments to staff in the English NHS from April to June 2008*.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings>
- NHS Information Centre (2008b). *GP Earnings and Expenses Enquiry 2005/06 Final Report*. March 2008.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- NHS Information Centre (2009a). *GP Earnings and Expenses Enquiry 2006/07 Final Report*. May 2009.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- NHS Information Centre (2009b). *NHS Staff Earnings Estimates September 2009: Based on Payments to Staff in the England NHS from April to June 2009*.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-earnings>
- NHS Information Centre (2009c). *GP Earnings and Expenses 2007/08 Provisional Report*. September 2009.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>



Ipsos MORI (2004). *Public Perceptions of the NHS – Winter 2003 Tracking Survey Summary Report & Computer Tables. Research Study Conducted for the Department of Health.*

<http://www.ipsospublicaffairs.co.uk/Assets/Docs/Archive/Polls/nhs-tracker.pdf>

Ipsos MORI (2009). *People, Perceptions and Place.* June 2009.

<http://www.ippr.org.uk/uploadedFiles/ipprnorth/events/Ipsos%20MORI%20People,%20Perceptions%20and%20Place.pdf>

Office for National Statistics (2006a). *Public Service Productivity: Health.* Economic Trends 628. March 2006.

[http://www.statistics.gov.uk/articles/economic\\_trends/ET628\\_Productivity\\_Health.pdf](http://www.statistics.gov.uk/articles/economic_trends/ET628_Productivity_Health.pdf)

Office for National Statistics (2006b). *Sources and Methods for Public Service Productivity: Health Article.* February 2006.

[http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/Sources\\_and\\_Methods.pdf](http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/Sources_and_Methods.pdf)

Office for National Statistics (2006c). *Population Trends.* No.126. Winter 2006.

<http://www.statistics.gov.uk/statbase/product.asp?vlnk=6303>

Office for National Statistics (2009a). *Expenditure on Health Care in the UK.* April 2009.

<http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/Expenditure-on-health-09.pdf>

Office for National Statistics (2009b). *Population Trends.* No.138. Winter 2009.

<http://www.statistics.gov.uk/statbase/product.asp?vlnk=6303>