

日本の病院の特質

——マクロ的視点からの分析——

西 三 郎

I はじめに

わが国は、健康保持増進のインプットとしての、公衆衛生活動、保健医療施設整備、国民医療等、いずれも世界先進国のなかで必ずしも高くないにもかかわらず、健康のアウトプットの一つの指標である平均寿命は、世界最長グループにあり、さらに死亡率の低下により、より寿命が伸びることが期待されている。このような、マクロ的には、国際的に優れた公衆衛生、保健医療の状況にあるようにみられてはいるが、国内的には、医療問題が早急にその対策を樹立しなくてはならない大きな課題の一つとなっている。その一つに医療費の上昇と、それによる健康保険財政の危機があげられている。医療費は、その上昇要因として、医療需要の高まり、医療技術の進歩、医療産業の進出、保健医療従事者とくに医師の急増などがあり、これらは、いずれも、上昇こそすれ、下降の傾向はみられていない。このため、一部では、わが国の医療機関の利用が、著しく高く、提供される医療内容に一部で「乱診、乱療」（概念、定義づけが不明確な内容のまま言われている）の傾向があるなどが話題となり、医療政策の一つとして、これらの顕在している当面の保険財政等を中心とした対策が検討されている。しかしながら、医療の本来の目的は、公衆衛生の向上を通じ、国民の健康を確保することにあることは、医師法第1条等の規定からも明らかといえる、このことから、医療政策は、顕在化されている医療費上昇のみに目を奪われることなく、またいわゆる「乱診、乱療」という不明確な概念にまどわされることなく、国民の健康確保、さらには、健康の保持増進という目標達成のために策定されなければならない。ここでは諸外国に比し高いといわれているわが国の

医療機関の利用状況の分析を行うことを通じ、限られた資源である医療が、より社会的公正のもと有効に国民の健康確保に結びつけ得るための基礎資料を作ることをねらいとした。

II 調査の目的と方法

医療機関の利用状況について、国の段階の調査資料を中心として、1年間の概況を推計し、医療機関利用の構造の一部を明らかにすることを目的とした。医療機関利用について、年齢別の受診、受療、在院状況などの統計、その他の統計を用いて推計し、その結果より医療機関利用の状況について、構造面からの考察を行った。なお、考察にあたり、アメリカの統計結果を参照した。

調査に先だって、日米の保健に関する資料の概要とおのおのの国の病院の特色を概観しよう。

III 日米保健状況の比較（表1）

日本およびアメリカについて、主な保健に関する統計を1960年より、1977年（一部76年）とその間の年平均伸び率を表1にまとめた。

人口の伸びは、日米ともに小さいが、高齢者の伸びはともに大きい。なお若年人口は、アメリカでは早くから減少しているが、日本では、ようやく減少傾向に入ろうとしている。すなわち、日本がややおくれながら高齢化社会へと向っているといえる。

人口動態をみると、日本の死亡率が低く、さらに減少傾向も著しい。平均寿命は、日本が長く、その伸びの傾向も大きい。

医療費は日米ともその伸びは著しい。1人あたりの医療費は、日本がアメリカの約半分ではあるが、その伸び率は高い。

ヘルスマンパワーは、看護婦の伸びが日米とも

表 1 日 米 保 健 状 況 比 較

単 位		1960	1977	年 平 均 伸 び 率		
				'60 ～'70	'70 ～'75	'75 ～'77
人 口						
総 人 口	100万 日	93.4	113.5	1.0	1.5	1.0
	米	180.7	216.3	1.3	0.8	0.8
5 歳未満人口	日	8	10	2.3	2.5	0.0
	米	20	15	-1.7	-1.5	-2.1
65歳以上人口	日	5	10	3.2	3.8	4.0
	米	17	23	1.9	2.2	2.4
人口動態						
出 生 率	人口千対 日	17.2	15.5	0.9	-1.9	-4.8
	米	23.7	15.3	-2.5	-4.3	1.7
死 亡 率	人口千対 日	7.6	6.1	-1.2	-1.9	-1.6
	米	9.5	8.8	—	-1.3	-0.6
保 健						
平均寿命男	年 日	65.32	72.69	0.6	0.7	0.6
	米	66.6	69.0*	0.1	0.5	0.4
女	日	70.19	77.95	0.6	0.6	0.6
	米	73.1	76.7*	0.2	0.5	0.3
医 療 費	千億円 日	4.1	85.7	19.8	21.0	15.0
10 億ドル	米	25.9	162.6	10.4	12.3	14.7
1 人 当 り	100円 日	43.8	77.1	18.5	19.2	15.4
医 療 費	ドル 米	142	736	8.9	11.4	13.6
ヘルスマンパワー						
医 師	1000人 日	103	138	1.5	1.8	2.2
	米	247	379	2.3	3.3	3.3
人口10万当り	人 日	110	121	0.4	0.6	1.2
医 師	米	137	176	1.1	2.6	2.9
看 護 婦	1000人 日	186	404	3.9	5.6	5.7
	米	504	961	3.3	5.3	6.1
人口10万当り	人 日	199	340	2.9	4.1	4.7
看 護 婦	米	282	449	2.1	3.2	5.4
病 院						
病 院	1000 日	6.1	8.4*	2.7	0.8	1.0
	米	6.9	7.1*	0.4	0.1	-1.0
病 床	100万床 日	0.69	1.18*	4.5	1.8	1.8
	米	1.7	1.4*	-0.3	-1.9	-2.2
人 口 千 対	床 日	7.3	10.5*	3.4	0.3	0.7
病 床	米	9.3	6.7*	-1.5	-3.0	-2.9
病床利用率	% 日	80.7	81.1	0.1	-0.2	0.9
	米	84.6	76.0	-0.5	-0.9	-0.9
1 日 当 り 医 療 費	100円 日	15**	81	13.0	18.7	23.4
	ドル 米	32	173	9.7	13.3	14.0

資料：日本；厚生省各種統計。

アメリカ；Statistical Abstract of the United States.

に大きく、医師の伸びは2～3%と小さいが、日本では伸び率は大きくなる傾向を示している。ヘルスマンパワーの数が、人口10万当たり医師、看

護婦ともに、アメリカが多いにかかわらず、その伸びも大きい。しかし、病院の病床は、アメリカで減少しているのに日本では逆に増加し、病床利

用率も大きく、さらに伸びている。このように、ヘルスマンパワーの伸びがアメリカより小さいにもかかわらず、病床の伸びが大きいことは、マンパワーの必要性へのインパクトがより大きくなる。1日当たりの医療費をみると、日本はアメリカの約5分の1にすぎない。これは単に医療の価格が安いのみならず、病院医療といわれる性格の違いも考えられる。なお、1日当たり医療費の伸びは日本では著しく高く、年率23.4%である。

以上、日米を比較するに、日本はややおくれて高齢化社会へ向っており、またアメリカにみられる、高い医療費、多いヘルスマンパワーの傾向を追いかけている。しかし、アメリカにみられる、病院病床の減少の傾向はなく、逆に増加し、病院の1日当たり医療費の高い伸びから、医療費への圧迫は、より激しくなることが考えられよう。

このように、日本の病院が、アメリカの病院の傾向との違いがみられることを、すこし分析してみよう。

IV 病院の歴史と発展

わが国への西洋医学の導入は、最初オランダ医学から、次いで明治政府の決定によるドイツ医学からであり、アメリカ医学の影響は戦後からといえる。なお、戦後は、アメリカからは医学のみならず、アメリカのオープン病院制度の導入も図られ、医療法第35条に公的病院のオープン化、保健所法第5条の保健所検査室のオープン化などが規定された。これらの規定は現在ではほとんど空文化している。しかし、最近では地区医師会により、医師会病院、医師会検査センターの設立が進められており、これらは新しい形でのオープンシステムの導入ともいえる。アメリカ医学、アメリカ医療制度の影響をほとんど受けなかった戦前の日本は、アメリカと同様西洋医学においては後進地域であり、病院は、私的経営を中心としているなど、共通要素もみられている。ここでは、両国の病院の発展の経過の分析を通じ、日本の病院の特色を明らかにしよう。

アメリカでの最初の病院は、1713年フィラデルフィアにクエーカー教徒の William Pen の救貧院が最初といわれ、次いで、ニューヨーク、チャールストンに作られていった。その後、1737年ニューオリンズに救貧院に施療病院が併置された施設が設けられた。貧困者のみならず一般の病人を対象にした、最初の病院といえるのは、1751年フィラデルフィアに開設されたペンシルヴァニア病院といわれている。その後病院は、治療と医学教育の臨床訓練の場として発展し、ニューヨーク、ボストン、ニューヘブロンなどに建設されていった。

日本での最初の病院は、1861年長崎養生所といわれ、患者の治療と、医学教育を目的としたものであった。日本の病院は、アメリカに遅れること約1世紀、しかも、アメリカにみられた、救貧院の時代を欠いたものであった。日本の病院が、このような公益性を有する救貧院の時代を欠いて発展したことが、病院の重要な性格である公益性を薄いものとせしめた理由の1つともいえる。アメリカの病院は、公立および教会立を含んだ私立ともに公益のためにあり、コミュニティの病院として、設立されたものとされている。このことは、1941年米国病院協会、米国病院管理会において採択された、病院倫理綱領¹⁾をみても、病院の公益性、特にコミュニティニーズに適合した活動の必要ということを前提としたものであることから明らかといえる。綱領の内容は、公益性は当然のこととして理解されているためか、最初の規定は患者の収容よりも個人に適正診療とプライバシーの尊重をかかげている。すなわち綱領には、病院の目的を適正な治療と、医学の進歩に置き、次いで、病院のコミュニティに対する衛生教育の役割における患者のプライバシーの尊重などが規定されている。このことは、日本の病院が、病院の公益性の前提を欠いて、ここに示されている病院の目的のみを追求している現状と比較し、大きな違いがある。

1) 病院の創立

1) MacEachern M. T; Hospital Organization and Management, Physician's Record Co. Chicago, 1947.

2) 公立病院の登場、教育病院の整備

アメリカの連邦政府立病院は、公衆衛生サービス法の一部として船員病院法（1798年）に基づいて、ボストン、ノーフォークに1802年設置されたのが最初である。その後1825年より1850年にかけて州政府は大規模精神病院の建設を行った。なお、一般病院でも、オハイオ、インディアナの諸州では公立病院が、オクラハマ、カンサス、ミズリーの諸州では、公立病院、公益病院との両方がみられている²⁾。このように、一般病院は、一部の州を除いては、公益性のあるいわゆる私立の地域病院が中心で、精神、結核等特殊病院は、政府立の病院が多いという傾向がみられた。

わが国では、明治政府は西洋医学の普及のための医師養成および窮民の施療を目的として、公立病院の整備を行った。しかしながら、施療は必ずしもその成果もあげず、その上明治15年医学校の内容の基準の整備、明治21年公立学校財政制度の改革などにより、医学教育病院は整理され、公立医学校は30校からわずか3校と整理縮小されることとなった。このようなこともかかわって公立病院の増加がとまり、逆に私立病院が増加し、公立病院は一部の医学教育病院と、伝染病、結核、精神等の特殊病院に重点が移行していった。1909年890病院のうち私立病院793、89.1%であった。統計の変更により、1910年伝染病院1,515を含み2,475病院となり、数のみでは、公立病院が急増しているが、一般病院における私立病院の多いことは変わらず、現在にいたっている。

医学教育の改革はアメリカにおいてもみられた。1905年医学教育改革が着手され、1910年フレクスナー報告による医学校基準の作成が行われ、調査当時の160校が1925年76校に激減していった。このように、医学教育の改革は、日本がアメリカに比し、約30年早く着手したが、医師の資格を医学校卒業に限ったのは、1916年と、アメリカの教育改革の途中であった。

以上、日米ともに、公立病院は特殊病院を主と

し、医学校および教育病院は、基準を上回る、高度な診療の機関である点には、共通性を見出し得る。しかし、私立病院の性格は全く異なり、アメリカは公益性のある地域病院であるのに、日本では、地域性、公益性を欠いた病院であった。

3) 病院の役割、機能の発展（表2）

最初の病院統計は、アメリカでは1873年連邦教育局にて全国調査がなされ178病院（文献1）によると149病院35,453床）、日本では1874年52病院であった。その後両国とも病院の整備が進んでいった。日本では1882年625病院（国公立330、私立295）、その後、一時統計がなく、1888年564病院（国公立225、私立339）となり、公立病院は減少し、私立病院が増加し、1909年国公立97、私立793合計890病院であった。翌1910年統計が変更され伝染病院が加わり2,475と急増した。病院数では、アメリカの約半分となった。しかし、病床数は約7分の1にすぎなかった。その後の病院、病床の状況を表に示した。

公立病院を中心とした特殊病院の整備は、日本では、戦前は、伝染病に重点がおかれ、戦後は、結核に移行し、結核病床が一般病床を上回ったこともあった。精神病床は特殊病床にもかかわらず、私立病床が多く、戦前は著しく少なく、戦後急増し、現在アメリカの2倍あるにもかかわらず、わずかではあるが上昇しつつづけている。

一般病床も、戦前は著しく少なく、戦後急増し、現在では、日米逆転し、日本の一般病床はアメリカの1.4倍となっている。

以上の結果から、戦前の日本の病院は、伝染病床を除くと、限られた人にもみ病床が開放され、しかも、地域病院としての性格を欠いていた。戦後は、結核対策に重点が置かれ、政府はその病床の整備を行ったが、一般病床は、私的医療機関にその整備がゆだねられていた。すなわち経済発展、国民皆保険のなかで、病院、病床の急成長がみられ、とくに、地域性の欠如から、地域の必要との相関なく、その成長を現在も続けている。アメリカの病院は地域性を有していることから、その病床数の増加が、20世紀前半の時期に限られ、その

2) R. E. Walsh 著 江間時彦、横山邦幸訳、アメリカの地域病院、至誠堂、1972

表 2 日 米 病 院 の 比 較

	1909	1914	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1975	1976	1977
日 本											
病院数	890	2,686	2,972	3,716	4,732	3,408	6,094	7,974	8,294	8,379	8,470
{ 国立・官立 %	0.6	65.7	56.9	45.3	34.8	11.2	7.4	5.6	5.3	5.3	5.3
{ 公立 %	10.3										
{ 公的・その他 %	89.1	34.3	43.1	54.7	65.2	72.0	20.7	15.1	14.3	14.2	13.9
{ 個人・医療法人 %											
{ 個人・医療法人 %							53.5	65.8	67.6	67.8	68.1
病床数人口10万対	—	72	71	189	262	331	735	1,025	1,040	1,048	1,057
{ 国立・官立	—	72	71	97	138	115	156	152	146	146	144
{ 公立	—										
{ 公的その他	—	—	—	92	124	160	204	246	245	242	246
{ 個人・医療法人	—	—	—								
{ 個人・医療法人	—	—	—				202	427	453	464	473
{ 一般	—	14	14	107	142	221	324	581	645	659	678
{ 精神	—	—	0	17	33	21	102	238	249	251	254
{ 結核	—	—	—	7	30	79	270	171	115	107	96
{ その他	—	59	56	58	58	11	40	35	31	30	29
一般診療所病床人口10万対	—	—	—	—	—	—	177	241	236	236	237
アメリカ											
病院数	4,359	5,037	6,152	6,719	6,291	6,788	6,876	7,123	7,156	7,082	
{ 連邦政府 %	1.6	1.8	2.1	4.3	5.3	6.1	6.3	5.7	5.4	5.4	
{ 州・地方政府 %	5.3	5.8	5.8	22.7	22.7	24.3	27.3	31.8	32.2	32.0	
{ 公益 %	93.0	92.3	92.2	73.0	46.1	47.9	52.1	50.7	49.8	50.1	50.1
{ 非公益 %											
{ 非公益 %					25.8	21.7	14.3	12.1	12.7	12.5	
病床数人口10万対	465	537	767	776	925	958	921	793	688	668	
{ 連邦政府	10	13	18	52	82	124	98	79	62	60	
{ 州・地方政府	209	235	254	453	577	556	529	381	267	245	
{ 公益	247	290	321	273	225	242	268	304	320	322	322
{ 非公益											
{ 非公益					41	36	26	29	39	41	
{ 短期一般	—	—	292	302	349	387	355	416	444	448	448
{ 長期一般	—	—									
{ 精神	—	—	277	356	469	469	401	259	155	136	
{ 結核	—	—	10	54	59	56	29	10	3	2	
{ その他	—	—	188	65	49	47	—				

注: 1) 国公立病院のみ。

2) 伝染病床を含まず。

3) 1918年病院数 5323, 病床数人口 10 万対 593。

4) 1950年以降は連邦政府を含まない。

資料: 日本; 内務省「衛生局年報」(1909~1930), 厚生省「衛生年報」(1940, 1950), 厚生省「医療施設調査」(1960~) より計算。

アメリカ; Statistical Abstract of the United States より計算。

(1950年まで America Medical Association

(1950年より America Hospital Association 登録病院)

後の成長が緩慢となっていたことと全く異なった傾向を日本が示している。また、日米の比較として、アメリカではオープン病院の形式を含み、診療所とは機能分担が、病院設立当初からみられていた。しかるに、日本の病院は、診療所からの発展であり、現在でも有床診療所から小病院、小病院から中、大病院へという連続的発展の傾向が

みられているように、その機能分担が未熟な状態にとどまっている。これらのことは、日本の私立病院とアメリカの私立病院との根本的な違いをもたらした。今後とも日本の病院が、このように、地域性を欠如し、ただ個々の施設の拡大化傾向のみを持続するとすれば、病院はますます発展し、医療費の危機のみならず、医療自体、単なる医学

の応用の場に過ぎなくなる危険を有しているといえよう。

4) 病院の利用状況の経過 (表 3, 4)

1) 戦前の状況

わが国の病院病床は、戦前においては、アメリカに比し病床数が少ないにもかかわらず、病床利

用率は低かった。このことは、病床を必要とする患者が少なかったというより、入院を必要としても入院する経済的余裕がなかったことが考えられる。当時の資料より、「医師に行くと3ヵ月、入院すると3年間、家計に強い影響がある」といわれたことにも裏づけされよう。すなわち、病床不足よりも、入院困難により、低い病床利用率、それによる病床増の困難ということにより低病床率となっていたといえる。当時の施療病院など一部の病院を除く多くの病院は、経済に恵まれた社会階層に対して利用される病院といえよう。このこともあってか、在院日数は、1935年日本公立病院22日、私立病院17日とアメリカ一般病院15日に近い。しかし、精神病床、結核病床は、アメリカの1,039日、257日に対し、日本では159日、118日と短い。当時の精神、結核の治療法が十分でなく、一般に長期間収容といった状況よりみると、日本では、末期になり入院するか、または入院の費用負担の困難などが原因して比較的入院期間が短縮されたものと考えられよう。

以上、戦前の日本の一般病院が、施療病院等の一部の病院を除くと、主として恵まれた社会階層を対象とした私立病院が中心であり、精神、結核病床といえども、アメリカに比し、その収容は十分ではなかった。

2) 戦後の状況

戦後、日本の病院は、結核に重点を置き、病床利用率も100を上回った年もあるが、病床は急増していった。また、入院率も徐々に上昇し、1960年人口千対2.4と最高となり、その後減少し、1977年現在ではアメリカの1950年代0.7と同じである。平均在院日数は1955年を最高に現在は徐々に減少してはいるが、1977年現在でも303日と、アメリカの1940年代185日に比し1.6倍、1976年現在の68日の4.5倍と長い。すなわち、アメリカに比し、20年～30年遅れて入院率、平均在院日数減少という経過を追っているといえる。

精神病床も、戦後急増し、現在でも増加の傾向にある。しかし、アメリカでは、平均在院日数1940年1,167日、在院総日数1945年人口千対1,720、入院率1970年人口千対3.3を最高に次第に低下し

表 3-1 病院利用の推移 (日本)

(単位: 人口 1,000)

	1930	1935	1940	*** 1947	** 1950
退院件数					
公立病院	1.18	1.32	1.85	14.82	
私立病院	5.89	8.70	10.61		
公益法人(再掲)	0.82	1.79	2.09		
外国人(再掲)	0.06	0.07	0.13		
その他(再掲)	5.01	6.84	8.40		
施療病院	0.46	0.42	0.27	0.18	0.24
精神病院(私立)	0.14	0.20	0.27		
結核病院(私立)	0.07	0.13	0.28		
結核病院(私立)				0.36	1.12
在院総日数					
公立病院	30.68	33.26	45.65	362.1	
私立病院	118.26	161.87	270.91		
公益法人(再掲)	19.35	37.26	47.63		
外国人(再掲)	1.12	1.23	1.94		
その他(再掲)	97.74	123.39	173.72		
施療病院	11.02	13.54	14.62	40.56	68.73
精神病院(私立)	48.95	77.97	104.82		
結核病院(私立)	19.10	31.65	77.53		
結核病院(私立)				127.48	375.89
平均在院日数					
公立病院	26.1	25.2	24.7	24.4	
私立病院	20.1	18.6	25.5		
公益法人(再掲)	23.6	17.4	22.8		
外国人(再掲)	20.3	18.6	14.8		
その他(再掲)	19.5	18.0	20.7		
施療病院	23.9	32.4	53.4	229.5	282.9
精神病院(私立)	355.7	391.1	383.5		
結核病院(私立)	280.3	242.9	274.3		
結核病院(私立)				355.3	337.1
病床利用率					
公立病院	58.0	61.9	73.2	40.9	
私立病院	35.1	36.7	60.6		
公益法人(再掲)	65.9	66.0	78.6		
外国人(再掲)	37.2	56.1	74.2		
その他(再掲)	32.1	34.0	45.3		
施療病院	104.3	76.4	81.3	50.6	88.9
精神病院(私立)	78.9	78.0	89.0		
結核病院(私立)	76.4	74.3	72.4		
結核病院(私立)				51.1	86.9

注: * 公立病院より施療病院の欄は一般病院。

** 精神病院、結核病院は国公立を含む。

資料: 内務省、厚生省「衛生年報」

表 3-2 病 院 利 用 の 推 移 (日本)

(単位: 人口 1,000)

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1976	1977
入 院 率								
全病床	*16.8	24.0	37.1	46.1	54.3	55.2	55.9	56.4
一般病床	*14.0	20.3	32.3	42.2	51.0	52.4	51.8	53.7
精神病床	* 0.4	0.5	1.0	1.4	1.9	1.9	1.9	1.8
結核病床	* 1.6	2.1	2.4	1.5	1.1	0.9	0.8	0.7
在院総日数								
全病床	852.3	1650.0	2135.2	2619.2	3006.8	3033.4	3079.0	3125.5
一般病床	356.0	641.5	912.3	1280.5	1658.8	1822.1	1879.6	1939.9
精神病床	75.9	182.7	371.5	657.8	888.7	914.8	927.8	940.0
結核病床	382.5	829.5	786.1	629.0	422.6	263.9	240.4	215.4
平均在院日数								
全病床	* 52.3	68	60	56.7	55.3	54.8	55.0	55.3
一般病床	* 26.7	28	28	30.3	32.2	34.7	35.3	36.0
精神病床	*191.7	287	333	433.8	455.4	486.8	492.7	504.7
結核病床	*235.2	383	335	408.5	385.3	317.7	307.7	302.7
病床利用率								
全病床	74.1	83.0	80.7	82.6	81.6	80.4	81.1	81.7
一般病床	57.2	73.7	79.7	80.6	80.3	78.5	79.3	79.8
精神病床	86.6	111.1	106.2	108.0	104.3	101.8	102.0	102.3
結核病床	85.6	91.3	78.1	75.4	66.2	60.3	59.4	58.3
外来患者延数								
全病院	1404.2	2033.6	2671.4	3060.6	3418.5	3426.8	3472.7	3509.2
一般病院	1380.8	1981.3	2609.8	3010.0	3357.4	3360.8	3406.3	344.4
精神病院	2.2	5.8	14.9	28.0	48.0	58.8	60.7	61
結核病院	20.8	46.2	46.6	22.4	131	7.2	5.7	4.4

注: * 1951 年.

資料: 厚生省「病院協会」

ている。現在の日本の退院件数は1970年以降わずかに減少の傾向を示しているが、平均在院日数は、戦後、アメリカとは全く逆に年々伸延し、1970年アメリカ872日、日本889日とほぼ等しくなり、それ以降は日本はさらに伸延、アメリカは短縮といった交差がみられている。現在の精神医学の新しい方向として、院外ケア、さらに地域社会ケアを中心とし、在院期間を短縮させる傾向とは全く逆行している。結核では、戦後は公立病床を中心とした病床整備が行われ結核対策の進行に伴い逆に、病床整理を行っている。このことはアメリカの状況に比し遅れてはいるが、新しい時代の変化に対応する方向がみられている。精神では結核と異なり私立病床を中心とした整備が行われ、現在でも病床が上昇している。このように精神では新

しい時代の変化への対応がマクロ的にはうかがえない。

一般病院の戦後の増加は著しい。しかし、国公立、公的医療機関は、1970年代より、病床規制も関連し、その伸びは停滞している。私立病院は、経済成長とともに著しい増加となっている。退院件数でみると、1970年頃より、その伸びは鈍くなっているが、アメリカの1976年一般病床入院率168に比し、日本56.4と32%にすぎない。病床利用率は、戦前と異なり、戦後は急増し、1955年83.0%と最高を示し、病床利用率の高いアメリカの1950年86.0%、1960年84.0%に匹敵する高さとなっていた。このことは、戦前の限られた病院の門戸が、経済発展、生活水準の向上の影響もあり、より拡大され利用率を高め、ひいては病床増

表 4 病 院 利 用 の 推 移 (アメリカ)

(単位: 人口 1,000)

	1932	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1976
入院患者数											
全病院	(57.9)	*(67.9)	(76.1)	(11.9)	(121.7)	(127.6)	(139.0)	(148.9)	(155.8)	(170)	(171)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(16.4)	*(19.3)	(21.7)	(48.0)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	58.6	74.3	120.2	109.8 (109.7)	125.4 (115.7)	136.3 (127.6)	145.5 (136.8)	152 (143.5)	166 (157)	168 (159)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	152	146	163	163
精神病院	—	1.4	1.4	1.9	2.0	2.2	2.3	2.9	3.3	3.2	3.1
結核病院	—	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.38	0.27	0.18	0.07	0.05
在院総日数											
全病院	(2364)	*(2605)	(2827)	(3845)	(3010)	(3013)	(2843)	(2644)	(2324)	(1927)	(1853)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(1785)	*(1998)	(2162)	(3049)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	882.0	1019.2	1986.8	1165.3 (893)	1237.5 (900)	1264.8 (968)	1328.7 (1063)	1440 (1185)	1425 (1213)	1424 (1215)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	1186	1173	1255	1236
精神病院	—	1455.0	1634.0	1720.2	1659.4	1644.6	1490.9	1260.6	862	495	429
結核病院	—	174.2	185.3	164.7	174.7	145.9	{ 86.0 79.6	{ 52.4 49.1	22.5	5.6	3.4
平均在院日数											
全病院	(40.8)	*(38.4)	(37.1)	(31.5)	(24.7)	(23.6)	(20.4)	(17.8)	(14.9)	(11.3)	(10.8)
政府(連邦, 州, 地方)病院	(108.7)	*(103.7)	(99.8)	(63.6)	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	15.0	13.7	16.5	10.6 (8.1)	9.9 (7.8)	9.3 (7.6)	9.1 (7.8)	9.5 (8.3)	8.6 (7.7)	8.5 (7.7)
短期病院	—	—	—	—	—	—	—	7.8	8.0	7.7	7.6
精神病院	—	(1039)	(1167)	(905)	(830)	(748)	(648)	(435)	(261)	(155)	(138)
結核病院	—	257.4	269.0	253.1	232.2	218.9	200.3	182.5	122	(80)	(68)
病床利用率											
全病院	79.7	* 82.8	83.7	84.4	86.0	—	84.6	82.3	80.3	76.7	76.0
政府(連邦, 州, 地方)病院	89.8	* 91.2	89.8	82.1	—	—	—	—	—	—	—
非連邦 一般等病院	—	—	—	—	85.7	—	86.9	85.3	82.0	82.1	82.7
短期病院	—	—	—	—	73.7	—	74.7	76.0	78.0	74.8	74.4
精神病院	—	—	—	—	97.9	—	93.1	88.6	84.8	80.3	79.1
結核病院	—	—	—	—	86.1	—	75.4	70.0	61.8	57.7	57.8

注: * 印 1936年.

() 内はアメリカ病院協会加盟病院.

資料: 1) Statistical Abstract of the United States 表 No. 91, 1968.

2) " No. 168, 1978.

3) " No. 170, 1978.

4) " No. 169, 1978.

5) " No. 165, 1978.

6) " No. 107, 1972.

7) " No. 91, 1948.

となっていたものと考えられる。しかし、1955年以降、病床利用率は低下し、平均在院日数の伸びが始まり、特に、国民皆保険制度による、個人の入院費負担の軽減は、より長期入院を可能としたものと考えられる。アメリカでは、1945年16.5日を最高にその後は低下し、現在 8.5 日と短縮されたのに、日本は、全く逆に、伸びを続け、現在 36日とアメリカの 4.2 倍と著しく長くなっている。

これらの結果から、日本の一般病床は、1960年代までは、安定した平均在院日数のもと病床利用率の増を背景に、病床増が認められ、退院件数、在院延日数が伸びていった。しかし、1960年を境にして、病床利用率の低下と、平均在院日数の伸びが認められるなかで病床増が続いている。特に、1970年以降は、退院件数の増加もほとんどみられない。このことは、入院の必要より、入院患者の

確保が先行したなかでの私立病院病床増がみられていたと考えられる。

(3) 病院利用状況のまとめ

以上、日本での戦前は、生活水準、所得水準の低いことも関連し、限られた階層にのみ病床が開放されていたものが、戦後、広くその門戸を開放し、病床増がみられた。しかし、私立病院が、前項で述べた地域性の欠如によることも影響してか、アメリカの傾向とは逆に、経済成長を背景とした、平均在院日数の延長のもとでの病床増が続いて現

在にいたっている。このように、アメリカの傾向と逆行することは、医学自体、アメリカと日本とは異なる医学ではないことから、医学外の要因が日米相互に作用した結果によるものといえよう。なお、日本がアメリカに比し、低い入院率を示していることは、外来利用状況を加味した分析によらなくてはならない。次に、現状について分析を行う。

表 5 医療機関の利用状況(総数)(1976年)

		日 本		ア メ リ カ		
		病 院	診 療 数	病 院		** ナーシング ホーム等
				世帯調査	病院調査	
入 院	年間在院総日数(人口千対)	① 3079日	⑧ 468日	④ 1113.9日	1236.0日	2182.2日
	平均在院日数	② 55日	⑨ 19日	7.9日	7.6日	396日
	年間退院件数(人口千対)	③ 56件	⑩ 25件	141件	163.2件	4.4件
	入院率(人)(日本15歳以上)(人口千対)	④ 59.7	④ 26.1	106	—	—
外 来 (一般診療)	年間受療回数(1人当たり)	⑤ 3.5回	⑪ 12.6回	4.9回	⑮* 3.0回	—
	平均受療回数	⑥ 6.4回	⑫ 5.3回	—	⑮* 3.0回	—
	年間新来件数(1人当たり)	⑦ 0.54件	⑬ 2.39件	—	⑮* 1.01件	—
	外来受診率(人)(日本15歳以上)(1人当たり)	④ 0.2715	④ 0.4460	0.755	—	—
歯 科	年間受療回数(1人当たり)	—	⑭ 3.0回	1.6回	—	—
	平均受療回数	—	⑭ 5.5回	—	—	—
	年間新来件数	—	⑬ 0.54件	—	—	—
	受診率(人)(日本15歳以上)(1人当たり)	—	⑭ 0.3148	0.487	—	—

注: ※ 1975年. ** 1973年.

日本病院 ①病院報告年間入院患者延数3079日, 3079÷患者調査1日入院受療率=366 (1976年はうるう年).

②病院報告平均在院日数55.0日, 患者調査, 平均在院日数55.0日.

③病院報告年間新入院患者数56.1, 退院患者数55.9, 患者調査人口対1ヵ月退院患者数 $\times \frac{366}{30} = 55$.

④社会生活基本調査.

⑤病院報告年間外来患者延数3473, 3473÷患者調査1日外来受療率=307.

⑥患者調査1日外来患者数÷1日新来患者数=6.4.

⑦患者調査1日新来受療率 $\times 307$ (⑤より)=0.543.

日本診療所 ⑧患者調査1日入院受療率 $\times 366$ (①より)=468.48.

および歯科 ⑨468 (⑧より)÷25 (⑩より)=18.7.

診療所 ⑪56 (③より)÷患者調査病院1日新入院 $\times$ 患者調査診療所1日外来=24.7.

⑫患者調査1日外来受療率 $\times 307$ (⑤より)=12.63.

⑬患者調査1日外来患者数÷1日新来患者数=5.3.

⑭患者調査1日新来患者数 $\times 307$ (⑤より)=2.388.

アメリカ ⑮世帯調査 (Series 10 Number 119) より年間退院件数 $\times$ 平均在院日数=1113.9.

⑯施設調査 (Series 13 Number 36) より内科診療所 (office-based internists) についての推計. 平均受療回数は年間受療回数.
(2.99)÷新来件数 (1.01)=2.97.

資料: 1) 日本; 厚生省「昭和51年病院報告」1978①.

2) " ; 厚生省「昭和51年患者調査」1978②.

3) " ; 総理府「統計局社会生活基本調査報告」1978③.

4) アメリカ; Vital and Health Statistics Series 10, Number 119, 1977.

5) " ; Vital and Health Statistics Series 13, Number 41, 1979.

6) " ; Vital and Health Statistics Series 13, Number 36, 1978.

V 現在の医療機関の利用状況

1) 医療機関の利用状況の概況 (表 5)

医療機関の利用状況について、1976, 77年の結果を検討しよう。資料の整備されている1976年についてその概況を表にまとめた。

入院の利用は、アメリカは10.6%の人が1年間に利用している。日本では病院利用が少ない。15歳未満を除いた統計で、病院5.97%, 診療所2.61%, 単純合計8.58%で、アメリカの約8割に相当する。日本では、退院件数が入院率の94~96%でほぼ入院した患者1人が入院1件と考えられる。しかし、アメリカでは、1人平均1.3~1.6件で、しかも平均在院日数は、著しく短く、年間在院総日数は、日本の病院の36~40%, 日本の病院、診療所合計の29~32%にすぎない。すなわち、日本では、アメリカに比し少ない患者が、長期間病院に入院し、アメリカの約3倍の年間在院日数となっている。

一般診療の外来においては、日本の病院、診療所利用者の単純合計71.75%とアメリカの75.5%とはほぼ同じであり、利用者が日本では平均年4回、アメリカでは2回と推計される(1975年の報告で外来利用者のうち新患者または新しい傷病での受診が50.9%から³⁾、2回と推計される)。しかも、日本では、1件当たりの平均受療回数が約1.5倍であることから、年間総受療回数が、アメリカの約3倍となっている。

以上、日本では、外来において、アメリカの約2倍受診し、しかも、1件当たり同1.5倍と長く受療をしている。このことは、日本の疾病構造の違いのみならず、医療の方法、国民の受療行動の違いも関係していると考えられよう。このように頻度の多い外来利用が、入院利用者を減少させているか否かは明らかではないが、入院率はアメリカより低くなっている。しかし、日本では入院し

た患者の平均在院日数が、著しく長く、その結果として、アメリカの約3倍の入院日数である。なお、アメリカには、病院以外にナーシングホーム等医療、看護の収容施設がある。このなかで、日本の病院に相当するものを別掲することが困難であるが、1973年の資料⁴⁾によると、表5に示したように看護サービスの提供されているものを含めると、在院延日数ではほぼ日本と同数となる。しかし、アメリカにおいても、そのような施設に収容されているものはわずか0.44%, 65歳以上のみで推計しても約2%にすぎない。アメリカではナーシングホーム等の施設と病院とは、役割機能が異なったものとなっており、病院は短期の特別な治療を主とし、看護生活援助は病院以外の施設に収容すると分かれている。今後の日本においても医療および看護における機能分担、特に病院の性格の検討がなされなければならないことは明らかといえる。次に、医療施設の利用状況について、年齢別にその様相をみてみよう。

2) 年齢別医療施設入院状況 (表 6~10)

わが国の病院報告は、年齢別の集計がなされていないため、患者調査を用い、表6に示した方法で年間推計を行い表7にまとめた。患者調査において1日調査の新入院年間推計乗数240を用いた値と1ヵ月調査より退院年間推計した値とがほぼ一致していることから1日調査の値を推計値とした。なお表に1日調査の病院と診療所の合計をも示した。表8には入院・外来・歯科の利用した人の比率を示した。アメリカの状況を表9に示し、日米の比較を表10にまとめた。なお表10の比較には、日本は1ヵ月調査の病院および1日調査の病院、診療所の合計とし、アメリカは病院調査によった。日米ともに、25—34歳の妊娠分娩による人口千対退院件数(以下退院率という)の小さな山を除いて、加齢とともに退院率、平均在院日数およびその積に当たる在院総日数は上昇している。

退院率は、日本はアメリカに比し病院で約3分

3) U. S. Department of Health, Education, and Welfare; Office Visits to Internists: the National Ambulatory Medical Care Survey United States, January-December 1975, Vital and Health Statistics 13-36, 1978

4) U. S. Department of Health, Education, and Welfare; Inpatient Health Facilities as Reported from the 1973 MFJ Survey, Vital and Health Statistics 14-16, 1976

表 6 患者調査の1日調査の年間推計の方法

入院：1日調査×年間日数＝年間推計									
根拠 病院入院									
	患者調査			年間推計補正			病院報告在院患者延数		
1975	918.6千×	365	→	335,289.0×1.013	=	339,559.7千			
1976	951.3 ×	366	→	348,175.8×1.000	=	348,194.6			
1977	985.8 ×	365	→	359,817.0×0.992	=	356,775.9			
診療所入院も同じと仮定									

外来：1日調査×307 (1976)＝年間推計 303 (1977)									
根拠	病院外来		年間推計乗数			病院報告外来患者延数			
1975	1240.1	×	309.32	=	383,591.105				
1976	1277.8	×	307.34	=	392,717.192				
1977	1320.0	×	303.48	=	400,594.526				
一般及び歯科診療所外来も同じ年間推計乗数を用いた									

新入院：1日調査×240＝年間推計									
根拠	患者調査病院1ヵ月退院患者×年間日数÷30(調査は6月実施)＝年間推計								
	1月調査			年間推計補正		病院報告退院患者数			
1975	486,636.70	×	365÷30	→	5,920,746×1,044	=	6,182,781		
1976	514,418.94	×	366÷30	→	6,275,911×1,007	=	6,322,823		
1977	493,419.72	×	365÷30	→	6,003,273×1,072	=	6,436,915		
以上より患者調査より年間推計可能とし									
	1日調査		年間推計乗数		1ヵ月調査 年間推計	対病院報告新入 院年間推計乗数	同退院年間 推計乗数		
1975	241	×	245.7	=	5,920,746	257.5	256.5		
1976	256	×	245.2	=	6,275,911	247.8	247.0		
1977	271	×	221.5	=	6,003,273	238.5	237.5		
1975,76,77 の平均			237.5			247.9	247.0		
1976,77 の平均			233.4			243.2	242.3		
以上より年間推計乗数を 240 とした									

新来：1日調査×240＝年間推計									
病院, 一般診療所, 歯科診療所とも病院新入院と同じ年間推計乗数を用いた									

表 7 年齢階級別医療施設入院状況 (日本) (1976-1977)

(単位：人口1,000当たり)

年 齢	年	病院 (1ヵ月調査)			病院 (1日調査)			診療所 (1日調査)			合 計 (1日調査)		
		退院件数 A(件)	平均在院日数 B(日)	在院総日数 C=A×B(日)	退院件数 D(件)	平均在院日数 E=F÷D(日)	在院総日数 F(日)	退院件数 G	平均在院日数 H=J÷G	在院総日数 J	退院件数 K=D+G	平均在院日数 L=M÷K	在院総日数 M=F+J
総 数	1976	55	55.0	3,025	55	56.0	3,078	24	2.3	465	79	44.8	3,543
	1977	53	54.1	2867	58	54.3	3154	17	3.2	416	75	47.6	3570
0～14歳	1976	34	16.7	568	34	22.7	772	20	1.1	146	54	17.0	918
	1977	31	18.0	558	31	24.3	752	5	4.9	51	36	22.3	803
15～24	1976	46	29.4	1352	46	34.8	1599	26	1.3	307	72	26.5	1906
	1977	43	29.4	1264	48	24.3	1442	19	1.3	223	67	24.9	1665
25～34	1976	77	30.8	2372	67	55.7	2562	29	1.9	461	96	31.5	3023
	1977	68	31.4	2135	72	34.5	2486	34	1.0	405	106	27.3	2891
35～44	1976	44	66.8	2939	46	67.4	3100	10	6.7	304	56	60.8	3404
	1977	42	65.1	2734	43	72.1	3099	14	11.7	241	57	58.6	3340
45～64	1976	57	84.3	4805	58	99.6	4582	24	4.2	501	82	62.0	5083
	1977	57	73.2	4172	65	72.0	4682	10	7.2	416	75	68.0	5098
65～	1976	105	102.4	10752	106	94.0	9966	55	1.7	1951	161	74.0	11917
	1977	106	103.4	10960	122	87.7	10698	29	3.0	2132	151	85.0	12830
70～	1976	116	114.9	13328	120	96.4	11573	60	1.6	2606	180	78.8	14179
(再 掲)	1977	119	112.0	13328	139	90.3	12549	27	3.3	2891	166	93.0	15440

資料：厚生省「昭和51年，52年患者調査」，1978，1979

の1, 病院, 診療所合計で約2分の1である。年齢別にみると, 15歳未満および妊娠分娩を含む25—34歳では, 日米の差がやや小さく, 次いで15—24歳で, 35歳以上では, 病院約30%, 病院, 診療所合計約40%とほぼ同じである。日本の高齢者の

高い入院が論議されているが, 退院率において, 日米比較から, 特に日本の特異現象とはいえない。

平均在院日数は, 日米ともに加齢とともに伸長するが, 特に日本はその伸びは著しい。病院では15歳未満アメリカの4倍, 15—24歳6倍, 35歳以上約10倍であり, この傾向は, 病院, 診療所合計においてもほぼ同様であるが65歳以上では, 逆に多少差が縮んでいる。日本の高齢者の長い平均在院日数は, 多いに検討しなくてはならないが, この現象は, 高齢者のみの特異な現象とはいえない。

在院総日数は, 退院率と平均在院日数の積で, 病院25歳未満アメリカの約2倍, 35歳以上約3倍, 病院, 診療所合計, 全年齢ともに約3倍となっている。

以上, 日本の入院は, アメリカに比し, 小さい退院率でしかも平均入院回数も少ない。この少数

表 8 年齢階級別医療機関の利用状況(日本)(1976)

年 齢	入 院		外 来		歯 科
	病 院	診療所	病 院	診療所	
総 数 (15歳以上)	5.97%	2.61%	27.15%	44.60%	28.74%
15~19歳	3.36	2.02	21.02	37.39	29.90
20~29	7.30	3.26	28.23	43.65	30.09
30~39	5.27	2.31	26.56	45.14	30.57
40~49	5.06	2.09	26.11	42.44	30.79
50~59	5.76	2.40	27.21	43.72	29.42
60~	7.61	3.18	30.63	51.96	21.35

注: 年間に入院, 外来, 歯科を1回以上経験したことのある者。世帯調査による。

資料: 総理府「昭和51年社会生活基本調査報告」, 1978。

表 9 年齢別短期病院入院状況 (アメリカ) (1976-1977)

(単位: 人口1,000あたり)

年 齢 年	世 帯 調 査					**病 院 調 査		
	退院件数(件)	*入院率(人)	平均在院日数(件)	*平均在院日数(人)	*在院総日数	退院件数(件)	平均在院日数	在院総日数
	A	B	C = E ÷ A	D	E = B × D	F	G = H ÷ F	H
総 数 1976	141	106	79	9.6	1112 1022	163.2	7.6	1236.0
1977	140	104	7.8	9.7	1099 1015	169.2	7.3	1236.7
~14歳 1976	—	—	—	—	—	71.5	4.4	317.2
1977	—	—	—	—	—	73.3	4.2	308.2
~16歳 1976	71	54	5.4	6.1	384 337	—	—	—
1977	64	50	5.6	6.9	356 348	—	—	—
15~24 1976	—	—	—	—	—	140.8	4.8	669.3
1977	—	—	—	—	—	144.5	4.6	667.6
17~24 1976	136	108	4.9	5.9	666 637	—	—	—
1977	137	109	5.6	6.5	761 704	—	—	—
25~34 1976	153	123	5.6	6.5	856 802	169.2	5.4	916.7
1977	155	125	6.0	6.8	926 849	178.3	5.2	921.9
35~44 1976	136	101	7.5	8.7	1023 940	153.0	6.8	1047.0
1977	144	104	7.5	9.8	1081 1019	159.8	6.6	1060.0
45~64 1976	171	125	9.5	12.4	1624 1554	195.2	8.8	1716.8
1977	166	120	9.1	11.7	1511 1414	198.4	8.5	1688.3
65~ 1976	277	183	11.6	15.5	3220 2828	362.8	11.5	4163.7
1977	275	181	11.1	14.9	3042 2702	374.4	11.1	4156.3

注: *入院率(人)とは過去1年間に入院を1日以上した者の率。

*の世帯調査の病院は Veterans Hospital, Federal Hospital を含む, 退院は死亡退院および1日未満の入院を除く。

**病院調査の病院は短期病院および6床以上の一般病院を対象とし, Federal Hospital は除く。

在院総日数: Eは統計として発表した数値, E'は入院率(人)(B)と平均在院日数(人)(D)とより計算した数値

資料: 1976年 世帯調査; Vital and Health Statistics, Series 10-No. 119, 1977.

1977年 世帯調査; Vital and Health Statistics, Series 10-No. 126, 1978.

1976年 病院調査; Vital and Health Statistics, Series 13-No. 37, 1978.

1977年 病院調査; Vital and Health Statistics, Series 13-No. 41, 1979.

表 10 年齢別日米入院諸率の比較 (1976, 1977)

年 齢	日本：病院（1ヵ月調査） アメリカ：病院調査						日本：病院（1日調査）+診療所（1日調査） アメリカ：病院調査					
	人口千対退院件数		平均在院日数		人口千対 在院総日数		人口千対退院件数		平均在院日数		人口千対 在院総日数	
	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77
	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77	1976	77
総 数	0.34	0.31	7.2	7.4	2.4	2.3	0.48	0.44	5.9	6.5	2.9	2.9
～14歳	0.48	0.42	3.8	4.2	1.8	1.8	0.75	0.49	3.9	5.3	2.9	2.6
15～24	0.33	0.30	6.1	6.4	2.0	1.9	0.51	0.46	5.5	5.4	2.8	2.5
25～34	0.46	0.38	5.7	6.0	2.6	2.3	0.56	0.59	5.8	5.3	3.3	3.1
35～44	0.29	0.26	9.8	9.9	2.8	2.6	0.37	0.36	8.9	8.9	3.3	3.2
45～64	0.29	0.29	9.6	8.6	2.8	2.5	0.42	0.38	7.0	8.0	3.0	3.0
65～	0.29	0.32	8.9	9.3	2.6	2.6	0.44	0.40	6.4	7.7	2.9	3.1

資料：表 7, 8 と同じ。

の入院患者が、長い平均在院日数を占めているため在院日数をアメリカの2～3倍とさせている。このことは、必ずしも高齢者に特異な現象とはいえず、全年齢にわたっている。しかし、高齢者の増加する将来に向けて、このような、限られた患者の長期間病院利用の状況が続くとなれば、病院のあり方についての再検討は必至といえよう。

日本での病院統計には、長短期の区分がないが、患者調査の1ヵ月退院統計より30日未満入院患者についてまとめ、アメリカの短期病院の入院との比較を表10にまとめた。30日未満の入院での退院件数は著しく少なく、65歳以上はわずか13.2%にすぎない。しかし、平均在院日数は、アメリカの1.2～1.9倍で、特に65歳以上では1.2倍にすぎない。このことから、日本での短期入院は件数こそ少ないが、平均在院日数がアメリカに近いこと

より、入院の態様に似ているものがあると考えられる。日本の入院での死亡退院件数は、アメリカに比し、やや少ない。日本には診療所での死亡等もあるが特に65歳以上での病院内死亡が少ない。30日未満入院の死亡退院の各年齢別の統計が得られないが、アメリカでは病院内死亡者も短期入院であるのに、日本では長期入院しているものと思われる。アメリカの入院には、同一人の繰返しの入院により、件数を増加させても1回の入院の在院日数を短くする努力がみられている。しかし日本では、そのような傾向が少ないものと思われる。入院の状況について、さらに後述しよう。

3) 年齢別医療施設の外来状況 (表 6, 表 8, 表12～14)

年齢別医療施設の外来受療状況について、患者

表 11 年 齢 別 短 期 入 院 の 日 米 比 較 (1976)

(単位：人口1,000当たり)

年 齢	日 本									ア メ リ カ			
	総 入 院				30日未満 入院/総 入院	30日未満入院(再掲)				短 期 病 院			
	退 院 件 数	平均在 院日数	在 院 総 日 数	死亡退 院件数		退 院 件 数	平均在 院日数	在院総 日 数	死亡退 院件数	退 院 件 数	平均在 院日数	在院総 日 数	死亡退 院件数
	件	日	日	件	%	件	日	日	件	件	日	日	件
総 数	55.4	55.0	3,047.0	2.32 (2.70)	71.1	39.2	10.3	409.8	1.21	163.2	7.6	1,236.0	4.01
～14歳	34.6	16.7	577.8	0.61	88.7	30.6	8.5	260.1	—	71.5	4.4	317.2	0.39
15～44	56.9	41.7	2,372.7	0.51	80.1	45.7	9.5	434.2	—	153.2	5.5	843.8	0.59
45～64	56.8	84.3	4,788.2	3.56	55.3	31.4	13.3	417.6	—	195.2	8.8	1,716.8	4.78
65～	105.5	102.4	10,803.2	14.62	45.5	48.0	13.7	657.6	—	362.8	11.5	4,163.7	26.35

注：*(2.70)は人口動態統計調査より算出。

**アメリカの死亡退院件数は1975年。

資料：日本：表 7 と同じ。

アメリカ：Vital and Health Statistics, Series 13, No. 35, 1978.

表 12 年齢階級別医療施設外来状況 (日本) (1976-1977)

(単位: 人口1当たり)

		病 院			一 般 診 療 所			病院+一般診療所			歯 科 診 療 所		
		新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)	新 来 件 数 (件)	平均受 療回数 (回)	総受療 回数 (回)
総 数	1976	0.5	7.0	3.5	2.4	5.3	12.6	2.9	5.6	16.1	0.5	6.0	3.0
	1977	0.5	6.4	3.2	2.2	5.5	12.1	2.7	5.7	15.3	0.6	5.5	3.3
~14歳	1976	0.6	3.7	2.2	4.4	3.1	13.5	5.0	3.1	15.7	0.7	3.7	2.6
	1977	0.6	3.7	2.2	4.3	3.1	13.3	4.9	3.2	15.5	0.7	4.0	2.8
15~24	1976	0.5	4.2	2.1	1.8	3.3	6.0	2.3	3.5	8.1	0.5	6.0	3.0
	1977	0.4	4.8	1.9	1.4	3.5	4.9	1.8	3.8	6.8	0.6	5.2	3.1
25~34	1976	0.6	4.8	2.9	1.9	3.9	7.5	2.5	4.2	10.4	0.5	6.4	3.2
	1977	0.5	5.6	2.8	1.7	4.0	6.8	2.2	3.9	8.6	0.5	7.2	3.6
35~44	1976	0.5	6.4	3.2	1.8	5.4	9.7	2.3	5.6	12.9	0.5	6.4	3.2
	1977	0.4	7.8	3.1	1.6	5.5	8.8	2.0	6.0	11.9	0.5	7.6	3.8
45~64	1976	0.5	9.8	4.9	1.5	10.3	15.4	2.0	10.2	20.3	0.5	6.6	3.3
	1977	0.5	10.2	5.1	1.6	9.0	14.4	2.1	9.3	19.5	0.5	7.6	3.8
65~	1976	0.5	15.4	7.7	1.6	20.0	31.6	2.1	18.7	39.3	0.4	5.5	2.2
	1977	0.5	16.8	8.4	1.7	19.1	32.5	2.2	18.6	40.9	0.4	5.8	2.3
70~(再掲)	1976	0.5	16.2	8.1	1.7	21.6	36.7	2.2	20.4	44.8	0.3	6.7	2.0
	1977	0.4	21.8	8.7	1.7	21.7	36.9	2.1	21.7	45.6	0.4	4.8	1.9

資料: 表7と同じ

表 13 年齢階級別医療施設外来状況 (アメリカ)
(1976-1977)

		外 来		歯 科	
		受 診 率 (人)	1人当 たり年 間総 受療回 数	受 診 率 (人)	1人当 たり年 間総 受療回 数
総 数	1976	75.5	4.9	48.7	1.6
	1977	75.1	4.8	49.8	1.6
~16歳	1976	74.2	4.0	50.1	1.5
	1977	74.9	4.6	51.0	1.5
17~24	1976	75.2	4.4	54.9	1.8
	1977	74.7	4.3	55.2	1.6
25~44	1976	75.6	4.9	53.0	1.7
	1977	74.4	4.7	53.5	1.7
45~64	1976	75.2	5.7	46.5	1.8
	1977	74.4	5.4	48.7	1.8
65~	1976	80.1	6.9	29.8	1.2
	1977	79.6	6.5	31.4	1.3

資料: 表9と同じ

調査の結果より表6に示した方法を用い年間推計して表12にまとめた。15歳未満を除いて各年齢ともほとんど同じ新来受診件数である。しかし前述の表8に示した結果では、外来受診を1回以上行った人の比率が、60歳以上では、病院31%、診療所52%と上昇しているが、1日調査からの年間推

計では示されていない。アメリカの外来について示した表13においては、65歳以上に1回以上受診した人の割合を示す受診率が上昇を示している。また、高齢者の医学的特性とから考えて新来受診件数が15歳以上各年齢ともに同じであることは検討に値しよう。1件当たりの平均受療回数は、総受療回数を新来件数で割った値であるが、加齢とともに回数が増加している。アメリカの統計では、新来の統計が年齢別には明らかでない。年間総受療回数は、総数で日本の約3分の1、65歳以上では5分の1となっているが、入院の統計とは異なり、アメリカでの統計は世帯調査であり、その信頼性は、施設調査に劣ることから、これらの統計のみから結論は出し難い。しかし、日本では、低い入院、高い外来ということはいえよう。但しこの高い外来が、入院を低めたか否かの資料は得られなく、今後の検討にまたなくてはならない。

最後に予防のための医学検査の受診状況について、年齢別のアメリカの報告を表14に示す。なおこの表に含まれていない健康診断を受けている例もあると考えられる。これらの検査は、技術の開発とともにシステム化による受診が容易となった

表 14 年齢階級別健康診断受診状況 (アメリカ) (1973)

(単位: %)

	人口 千人	心 電 図		緑 内 障		胸 部 X 線		検 眼		子宮がん(女)		乳がん(女)		健 康 診 断	
		受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内	受診し たこと あり	過去 1 年以内
総 数		60.4	24.5	53.7	23.4	80.1	31.2	87.7	41.3	75.2	45.9	76.3	48.0	86.2	50.1
～6歳}	20391	—	—	—	—	—	—	79.7	60.3	—	—	—	—	88.6	67.3
6～16}	43605	—	—	—	—	—	—			—	—	—	—	85.1	42.0
17～24	29063	—	—	—	—	65.6	26.6	89.6	37.9	61.4	50.2	65.2	51.4	—	—
25～45	49953	—	—	—	—	84.6	31.0	87.7	30.3	90.0	60.0	88.8	59.7	—	—
40～44	11162	48.0	18.5	40.0	18.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45～64	42534	60.4	24.0	56.4	23.9	85.3	34.5	93.6	36.1	78.9	39.3	78.6	42.5	—	—
65～	20253	67.2	28.9	53.7	25.0	78.9	31.7	94.0	33.8	53.7	22.0	59.1	28.5	—	—

資料: Vital and Health Statistics Series 10, Number 110, 1977.

表 15 疾病別病院入院状況日米比較

傷 病 大 分 類	日 本 (1976)				アメリカ (1975)		日 本 / ア メ リ カ		
	人口千 対全入 院	退院件 数30日 未満入 院	30日未満 ／全入院	平均在 院日数	人口千 対退院 件数	平均在 院日数	退院件数比較		平均在 院日数 比較
							日本全 入院 A/D	日本30 日未満 入院 B/D	
	A	B	B/A	C	D	E			C/E
総 数	55.5	39.5	71.2	55.0	162.8	7.7	34.1	24.3	7.1
1. 伝染病および寄生虫病	2.1	1.4	68.2	182.6	4.0	6.1	53.3	36.3	29.9
2. 新 生 物	4.2	2.2	51.2	58.3	11.3	10.8	37.7	19.6	5.4
悪性新生物 (再掲)	2.3	0.7	32.7	70.6	7.4	13.2	31.1	5.3	5.3
3. 内分泌, 栄養および代謝の疾患	1.3	0.7	55.5	59.6	4.2	9.5	30.8	17.1	6.3
糖 尿 病 (再掲)	0.9	0.5	51.7	69.2	2.6	10.2	34.6	19.2	6.8
4. 血液および造血器の疾患	0.3	0.2	66.0	43.9	1.4	8.2	24.1	15.9	5.4
5. 精 神 障 害	2.0	0.6	28.5	349.8	7.1	11.0	28.2	8.0	31.8
6. 神経系および感覚器の疾患	1.9	1.3	68.3	67.0	6.9	6.4	27.9	19.0	10.5
7. 循環器系の疾患	5.5	3.0	54.1	82.0	21.1	10.9	25.8	14.0	7.6
虚血性心疾患 (再掲)	0.7	0.4	52.5	58.8	8.8	11.0	8.0	4.5	5.3
脳血管疾患 (再掲)	1.9	0.9	46.7	115.7	2.9	13.2	65.5	31.0	8.8
8. 呼吸器系の疾患	4.2	3.5	83.5	24.6	16.2	6.5	25.9	21.6	3.8
9. 消化器系の疾患	8.9	6.0	67.9	34.6	20.4	7.8	43.6	29.6	4.4
10. 泌尿器系の疾患	2.8	2.1	75.0	31.2	16.6	6.0	17.0	12.7	5.2
11. 妊娠分娩および産褥の合併症	10.2	10.0	97.7	10.4	19.3	3.7	53.0	51.8	2.8
12. 皮膚および皮下組織の疾患	0.4	0.3	83.2	22.3	2.6	7.7	16.9	14.1	2.9
13. 筋骨格系および結合組織の疾患	1.7	0.9	51.8	58.2	8.1	9.5	21.2	11.0	6.1
14. 先 天 異 常	0.8	0.6	76.0	29.9	1.6	6.5	47.3	35.9	3.1
15. 周産期疾病および死亡の主要原因	1.1	0.9	85.0	15.9	0.1	15.7	110.8	94.3	1.0
16. 症状および診断名不明確の状態	1.0	4.7	89.4	19.0	2.9	4.6	35.1	31.4	4.1
17. 不慮の事故, 中毒および暴力	6.9	0.1	68.3	38.4	17.0	8.1	40.4	27.6	4.7
18. 歯の補綴および分娩前後の処置 (日本のみ)	0.1	0.1	98.3	2.4	—	—	—	—	—
19. 疾病でない特別状態および検査陰性 (アメリカのみ)	—	—	—	—	1.9	3.7	—	—	—

資料: 日本; 厚生省: 「昭和51年患者調査」, 1978.

アメリカ; DHEW: Inpatient Utilization of Short-Stay Hospitals by Diagnosis 1975,
Vital and Health Statistics Series 13, Number 35, 1978.

表 16 特定疾病別病院入院状況日米比較

入 院 期 間		日 本 (1976)					ア メ リ カ (1975)					日/米	
		人口千 対退院 件 数	人口千 対死亡 退院件 数	全死亡対病院 死 亡		平均在 院日数	人口千 対在院 延日数 F=A ×E	人口千 対退院 件 数	人口千 対死亡 退院件 数	全死亡 対病院 内死亡	平均在 院日数	人口千 対在院 総日数 K=G ×J	人口千 対在院 延日数 比 L=F/K
				患者調 査	人口動 態								
		A	B	C	D	E		G	H	I	J	×J	L=F/K
総 数	30日未満	39.49	1.11	17.9		10.3	406.7	162.81	4.01	44.3	7.7	1,253.6	0.32
	30日以上	16.00	1.21	19.4		165.4	2,645.8						2.11
	全 入 院	55.50	2.32	37.3	43.5	55.0	3,052.5						2.43
悪性新生 物	30日未満	0.74	0.20	15.7		14.9	11.0	7.44	0.96	55.0	13.2	98.2	0.11
	30日以上	1.53	0.53	32.8		98.0	150.0						1.53
	全 入 院	2.28	0.73	58.5	72.9	70.6	161.0						1.64
糖 尿 病	30日未満	0.47	0.01	13.5		14.0	6.6	2.55	0.05	28.4	10.2	26.0	0.25
	30日以上	0.44	0.01	14.9		129.8	57.1						2.20
	全 入 院	0.92	0.02	28.4	45.8	69.2	63.7						2.45
心 疾 患	30日未満	1.44	0.15	13.4		12.4	17.9	13.54	1.06	30.9	10.4	140.8	0.13
	30日以上	1.26	0.11	9.9		115.2	145.2						1.03
	全 入 院	2.70	0.25	23.3	29.3	60.4	163.1						1.16
脳血管疾 患	30日未満	0.91	0.27	17.5		8.0	7.3	2.91	0.48	51.5	13.2	38.4	0.2
	30日以上	1.04	0.14	9.4		209.9	218.3						5.7
	全 入 院	1.95	0.41	26.9	32.7	115.7	225.6						5.9
不慮の事 故	30日未満	4.71	0.08	16.3		8.0	37.7	17.03	0.22	44.7	8.1	137.9	0.27
	30日以上	2.18	0.02	3.7		104.1	226.9						1.65
	全 入 院	6.89	0.10	20.0	29.4	38.4	264.6						1.92
その他の 疾患	30日未満	31.22	0.41	23.1		10.4	324.7	119.33	1.25	54.5	6.8	811.4	0.40
	30日以上	9.55	0.39	22.1		193.5	1,848.3						2.28
	全 入 院	40.77	0.81	45.2	44.5	53.3	2,173.0						2.68

資料：表14と同じ。

日本：厚生省「昭和51年人口動態統計調査」，1977。

注：CとDの違いは患者調査の報告もれを含む年間推計誤差による。

こともあるが、受診経験者の高い率は、その普及の著しいことを示している。外来受療回数の多い日本においても、検査の体制整備により、予防としての検査さらに健康診断の整備が必要といえる。

4) 疾病別の医療機関の利用状況 (表 15, 16)

疾病別の病院入院状況について、日米の比較を表15、その一部で死亡についての統計の得られた疾病について表16に示した。

日本の入院中30日未満の入院が少ない疾病は、精神障害、悪性新生物、脳血管疾患、糖尿病、次いで筋骨格系等、虚血性心疾患で慢性疾患特に精神障害以外は、いわゆる成人病といわれる疾病である。平均在院日数の長いのは、精神障害と結核を含む感染症等であるが、次いで脳血管疾患、糖尿病が長く、これらは、治療というより介護を主

とした長期収容によるものと考えられる。アメリカの統計は短期在院ではあるが、周産期疾病以外、すべて平均在院日数は15日以内である。日本で入院(退院件数)がアメリカを上回っているのは周産期疾病である。日本に多い脳血管疾患でアメリカの65.5%と高い割合となっている。以上より、日本の将来における人口構成の変化より、現状の病院の体制のままではさらに長期収容が増加することが予想されよう。

病院死亡退院の日米ともに統計の得られた疾病についてみる。日本の統計は、人口動態と患者調査とに差があるが、悉皆調査の人口動態によると、日米ともに全死亡の病院内死亡が44%とほぼ同じであるが、日本では、悪性新生物、糖尿病が高く、心疾患、不慮の事故が低い。アメリカでは、同一人の繰返し入院が考えられることから在

院総日数で比較するに、総数では2.4倍と高い。脳血管疾患は、日本に多い疾病ではあるが、全死亡に占める病院内死亡がアメリカとほぼ同じである。しかし在院総日数は、アメリカの5.9倍と著しく長い。このことは、介護のために長期入院しているためと考えられる。悪性新生物の全死亡中病院内死亡が日本はアメリカの55%の約1.3倍の73%（患者調査では59%）であることから、在院総日数がアメリカの1.6倍となっていることの理由の一つといえよう。しかし、日本での件数が、アメリカの31%にすぎないことは、入退院を繰り返す例が少ないためと考えられる。悪性新生物においても、病状その他の理由により入院の中断が可能な例が少なからず存在し、アメリカでは、一時退院を含む退院を実行しているものと思われる。日本の病院においても、このことは検討してしかるべきものといえよう。全死疾患も、死亡比率が同じで、在院総日数が同じであっても、退院件数がアメリカの20%にすぎず、入退院の繰返しの少ないことが考えられる。

以上、日本の病院の長期入院は、医療よりも介護のための例が多いものと考えられる。断続的入院は、本人にとっては家庭生活を過ごす機会が得られることになるし、病院においては、退院期間中の空床を他の患者に利用できる。このため、より入院を必要とする患者の収容により病院の施設設備、マンパワーの活用ができる。退院した患者にとって、医療費の面で、負担が軽減されること等多くの利点が考えられる。このように、病院における介護についての分析検討が必要といえる。

5) 医療機関の利用状況のまとめ (表 17, 18)

わが国の病院は、統計上の分類の不十分さもあり、その機能している実態を反映したマクロ的な資料は得がたい。このため個別病院の効率の視点でなく、国の医療全体というマクロ的な視点で病院の機能分析を実施することは容易ではない。以上、示した統計からの分析は、あくまで、日本の病院の機能未分化の実態を示したにすぎないが、統計には分類されなくとも、個別には機能分化し

表 17 18病院における看護度および生活度別年齢階級別患者数

区 分	A—I	A—II	A—III	A—IV	B—I	B—II	B—III	B—IV	C—I	C—II	C—III	C—IV	計
総 数	858 (11.3)	205 (2.7)	98 (1.3)	54 (0.7)	503 (6.6)	621 (8.2)	1,053 (14.0)	350 (4.6)	109 (1.5)	255 (3.4)	1,267 (16.7)	2,220 (29.0)	7,578 (100.0)
0～5歳	176 (2.3)	38 (0.5)	13 (0.1)	3 (0.0)	91 (1.2)	72 (1.0)	32 (0.4)	8 (0.1)	11 (0.1)	16 (0.2)	27 (0.3)	14 (0.1)	501 (5.6)
6～14	24 (0.3)	9 (0.1)	8 (0.1)	4 (0.0)	22 (0.2)	29 (0.4)	57 (0.7)	18 (0.2)	5 (0.0)	25 (0.3)	53 (0.7)	54 (0.7)	308 (4.1)
15～34	84 (1.1)	33 (0.4)	21 (0.3)	31 (0.4)	78 (1.0)	101 (1.3)	233 (3.1)	143 (1.9)	23 (0.3)	57 (0.7)	282 (3.7)	648 (8.6)	1,734 (22.9)
35～64	325 (4.3)	70 (0.9)	40 (0.5)	15 (0.2)	165 (2.2)	264 (3.5)	503 (6.7)	138 (1.8)	43 (0.6)	81 (1.1)	579 (7.6)	1,104 (14.6)	3,332 (44.0)
65以上	249 (3.3)	55 (0.7)	16 (0.2)	1 (0.0)	148 (2.0)	155 (2.0)	227 (3.0)	46 (0.6)	27 (0.3)	76 (1.0)	325 (4.3)	378 (5.7)	1,703 (22.5)
各科における65歳以上患者の比(%)	23.8	26.8	16.3	1.9	29.4	30.0	21.5	13.1	24.8	29.8	25.7	17.2	22.5

資料：橋本寿三男「供給形態の変化」，病院38巻1号，1979年1月。

注：①看護度

- A 常時（ほとんどつきっきりで）観察を必要とする患者
- B 断続的に（おおむね1～2時間おきに）観察を必要とする患者
- C 継続的な観察を必要としない患者

②生活度

- I 病床にねたきりの患者
- II 上半身をおこしうる患者
- III 病床の周辺（ベッドなどにつかまりながらも）動きうる患者
- IV 廊下まで動くことができ自分の用はほとんど自分で足せる患者

この看護度と生活度の指標を組合わせて、現に入院している患者をある日時を限って、断面調査を行い、12群に分類したわけである。

表 18 年齢階級別在院期間別退院件数 (1976)

(単位: 人口 1,000 あたり)

	日 本 (病院)						アメリカ (短期病院)				
	総 数	死亡退 院	0~14 歳	15~44	45~64	65~	総 数	0~14 歳	15~44	45~64	65~
総 数	55.5	2.32	34.2	56.9	56.8	105.5	163.2	71.5	153.2	195.3	362.8
0 日	0.8	0.14	0.6	0.9	0.6	1.1	4.2	3.4	5.1	3.1	4.6
1	2.5	0.17	2.6	2.6	1.8	2.7	12.4	12.5	14.3	9.1	11.1
2	1.8	0.08	2.7	1.5	1.3	1.6	24.3	19.5	28.4	22.6	22.1
3	1.5	0.06	2.2	1.4	1.1	1.2	21.1	9.5	26.6	20.4	27.0
4	1.5	0.06	2.1	1.6	1.0	1.3	17.1	7.3	19.7	18.0	27.9
5	2.3	0.05	1.9	3.1	1.1	1.6	24.2	8.6	24.2	29.9	50.8
6	3.5	0.04	1.8	5.6	1.0	1.7					
7	4.2	0.04	2.7	6.5	1.4	2.2					
8	3.0	0.03	2.3	4.3	1.4	2.1	16.6	4.0	13.3	24.0	46.1
9	1.9	0.03	1.7	2.3	1.4	1.7					
10	1.5	0.02	1.3	1.7	1.1	1.6					
11	1.4	0.03	1.2	1.4	1.2	1.8	11.0	2.0	7.0	18.5	34.7
12	1.3	0.03	1.1	1.3	1.2	1.8					
13	1.1	0.03	0.7	1.2	1.0	1.7					
14	1.3	0.02	0.9	1.3	1.2	2.3	22.1	3.2	10.7	35.1	90.8
15~19 (アメリカ~20)	4.2	0.13	2.4	4.1	5.1	8.2					
20~24 (アメリカ21~)	3.2	0.07	1.6	2.8	4.6	6.5	6.1	8.0	2.5	9.0	28.4
25~29 (アメリカ~30)	2.6	0.10	1.0	2.1	3.9	6.9					
30日未満 (日本)	39.5	1.11	30.6	45.7	31.4	48.0	159.1	70.8	151.5	189.6	343.6
30日以下 (アメリカ)											
30日以上 (日本)	16.0	1.21	3.5	11.3	25.4	57.5	4.1	0.7	1.8	5.7	19.3
31日以上 (アメリカ)											

資料: 日本: 厚生省「昭和51年患者調査」, 1978.

アメリカ: DHEW, Vital and Health Statistics, Series 13-No. 37, 1978.

た病院の存在していることは十分に予想される。しかし、ここでの機能分化を実現するには、医療面から、また経済面からみて、資源を十分に活用した上で医療サービスが提供されているか否かの分析なくしては、限られた資源の有効な利用には結びつかない。また従来みられる個別の病院の医療、経済の分析では、ミクロにおける最適解が得られるが、必ずしもマクロな解にはなり得ない。このため、マクロな視点から、しかも具体的な分析を通じ、新しい病院のあり方を示すことが急務といえよう。ここでは、病院のあり方を論じるための材料を提供するものであるため、日本の病院の特質について簡単に報告したが、さらにそのまとめをしてみる。

日本の病院の発展は医学教育を除けば、私的分野の努力により発展し、戦後に至り、わずかに病

院対策を中心とした病院整備に公的な努力がなされたといえる。最近においてようやく、国立がんセンター、国立循環器センターをはじめ、国公立の高度医療施設の整備、へき地、救急等、時空間での医療貧困対策に公的努力がなされている。医療全般についてみると私的な努力が主流といえる。また、日本の経済体制のもと、医療のみを機械的に社会化することは、困難であるばかりか好ましいとはいえない。しかし、医療分野においては、国の計画の導入が必要な段階に到達しているといえよう。たとえば、病院病床の規制は、個別病院における努力のみでは、不可能であり、特に私的な施設であればあるほど、現状のなかでの医療技術の導入と経営努力がなされ、個々の病院への繁栄へと結びつくこととなろう。このことはマクロとしては、病床数の増加であり、病院利用状況の

現状での改善, 利用増へと結びつくこととなろう。特に, 成人病が増加する傾向のなかで, 長期慢性患者への医療およびケアを現状のままで充実することは, 医療サービス総量の増加に拍車をかけることとなろう。また, アメリカのみならず, 先進諸国での減少のみられる精神病床においても, 個別の病院での対応は私的施設であれば特に, 病床増という, 発展型をとることとなろう。以上の現状のなかで, 医療計画への重要な方向としては, 新しい時代に対応した, 個別施設・機能の分化とそれぞれ分化した機能の医療のためのシステム化の促進の方向と, さらに個別具体的に提供されるサービスの質の向上の方向とがあげられる。ここではこの2つの方向について, 現状の実例を1つずつ示して終ることとする。

システム化の方向について, 個々の病院が全体のシステムのなかでの役割を認識するとともに, そのための機能の整理が必要と考えられる。ここでは, 橋本寿三男の報告⁵⁾(表17)を紹介しよう。表17に示してあるのは東京都およびその周辺の高機能大病院78施設, 地方の大病院22施設, 高機能病院と対照的な中小規模の私立病院39施設より得られた18施設についての調査結果をまとめたものである。この表よりCとしての継続的な観察を必要とせず, IV廊下まで動くことができ, 自分の用はほとんど自分で足せる患者が29%入院している。このような患者を病院に収容しなくてはならない状況が現状では避けがたいとしても, このような患者の多くは病院という機能のもとで収容することの要は少ないものと考えられる。この現状の改善, すなわち, このような患者に適した施設, 機能に基づくサービスへ転送するというシステム化

指向が求められよう。

次の方向として, 個別のサービスの質の向上についての例として, 在院期間別退院患者の日米比較を表18に示す。この表とは年次が異なる数値ではあるが, すでに筆者が文献6)に指摘してあるので, 結論だけを述べる。すなわち, 日本の死亡退院およびアメリカの退院患者には認められない7日, 14日の退院患者数の山が, 日本では, 各年齢階級ともに認められている。この特異な現象は, 日本の医療サービスにおいて, 医療固有な要因以外の要因に基づくことが明らかといえる。このような医療以外の要因による, 入院期間の延長は, マクロ的にみれば本来の医療における質の向上とは逆行することとなることは明らかといえよう。

以上の現実の例からみても, 個別の医療行為において, 医療の固有の本来要因を十分尊重するとともに(たとえば入院の必要がなくなればすぐに退院等), 医療外要因(家庭内援助能力不足等)に対しては, 病院を含めて, それぞれの担当する機能を有する施設などとの連携により有効適切にサービスが提供されることが必要である。

VI おわりに

日本の病院の特質を, 歴史的分析を通じて明らかにするとともに, 現状について, 患者調査, 病院報告を中心として分析した。これらの資料は, 今後の医療のあり方の検討の素材として分析を行ったものである。このため, 中間報告として, 分析の出来た範囲での報告にとどまり, さらに今後検討を加える予定である。

5) 橋本寿三男: 供給形態の変化, 病院38巻 1月, 1979.

6) 西 三郎: これからの病院と診療所, 社会保険旬報 No. 1274号, 1979.