

図4

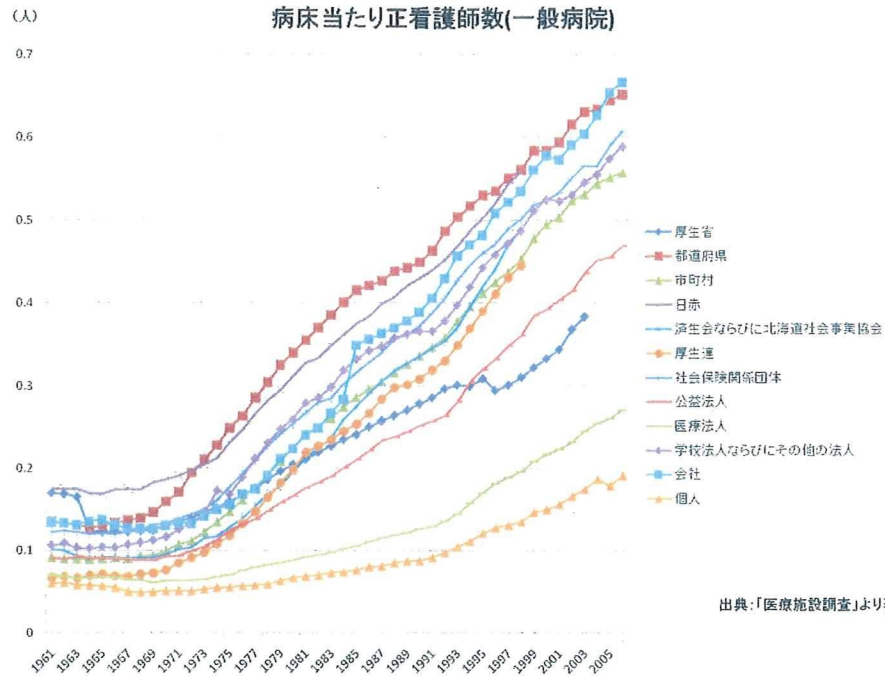


図5

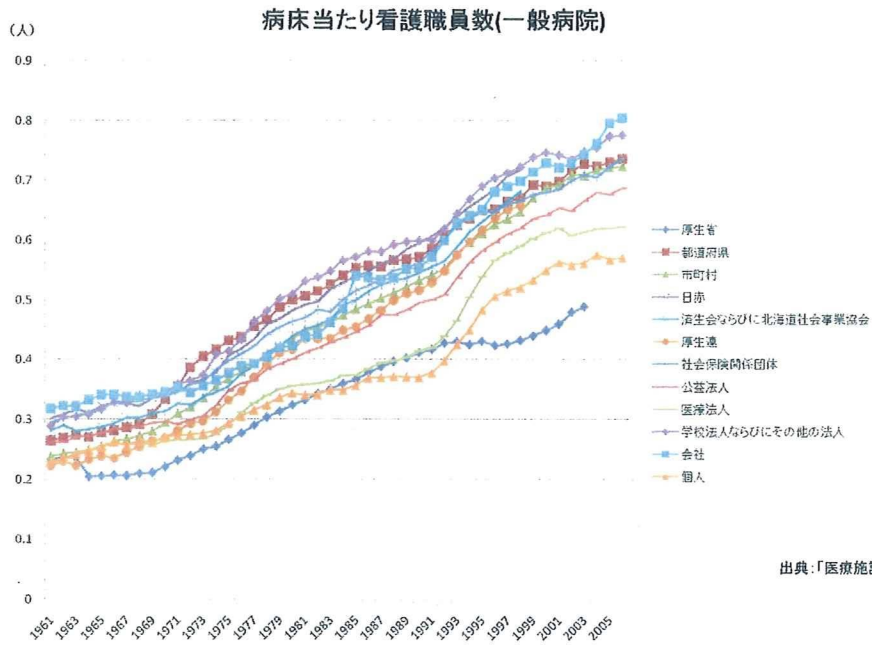


図6

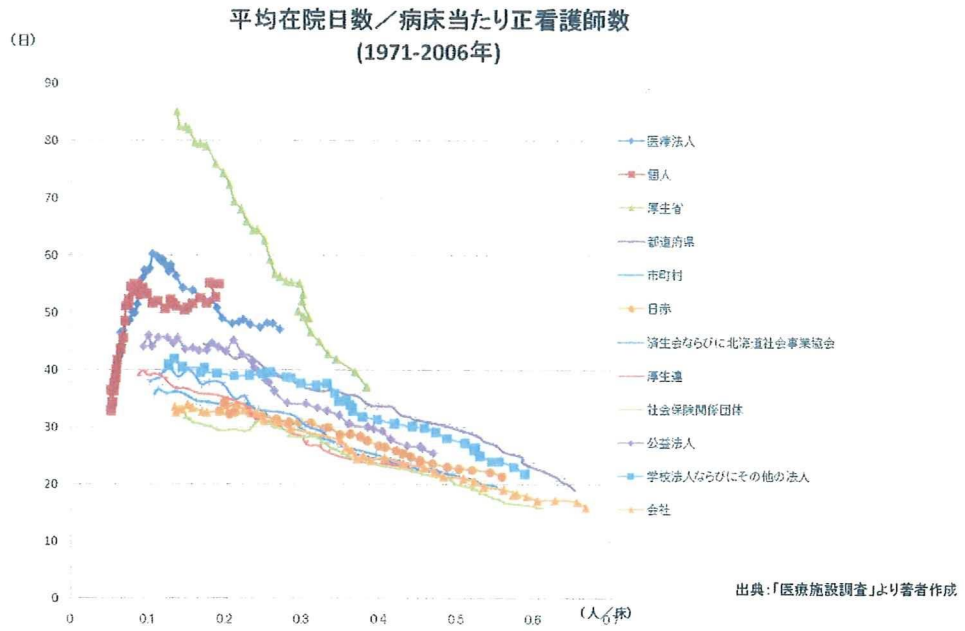


図7

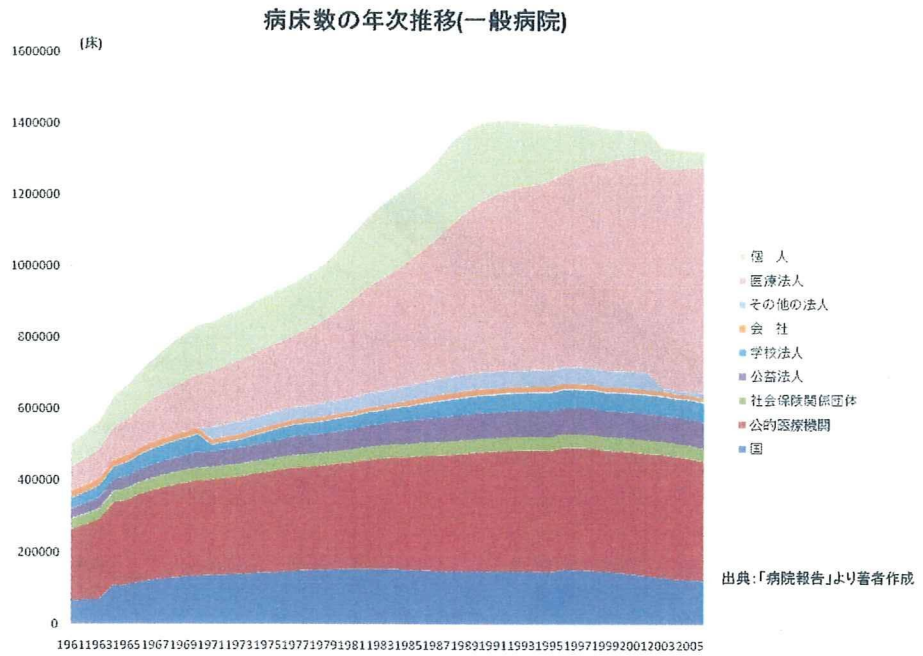


図8

病床数割合の年次推移(一般病院)

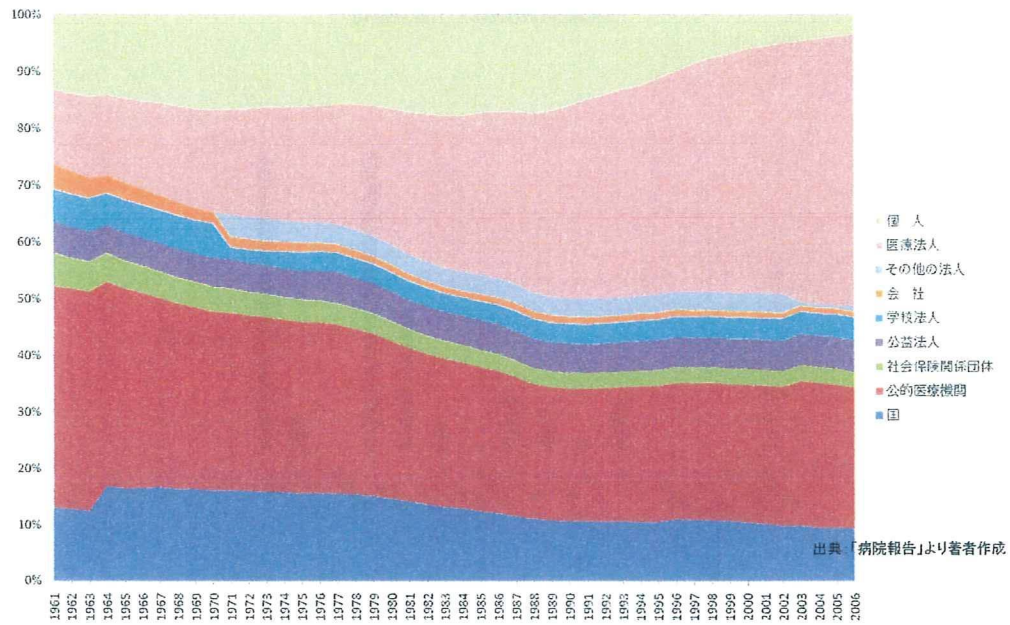


図9

施設当たりの病床規模(一般病院)

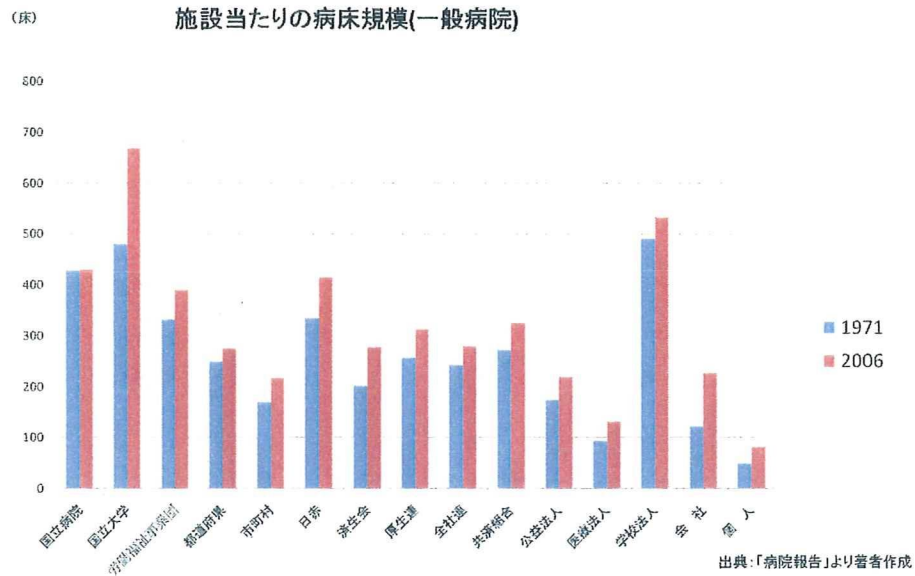
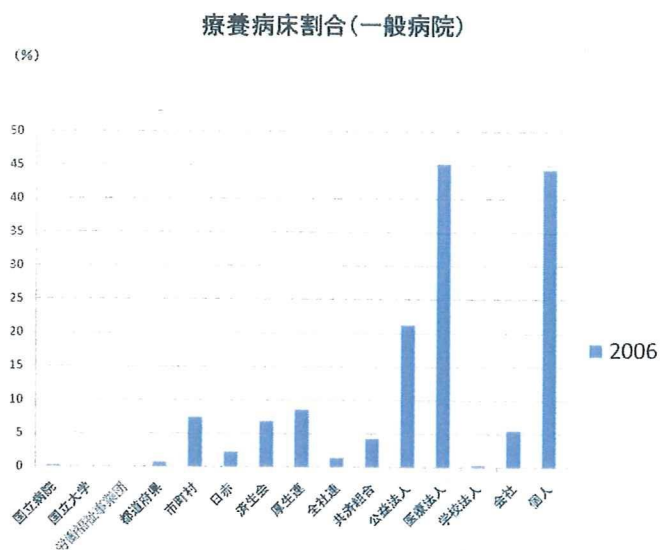
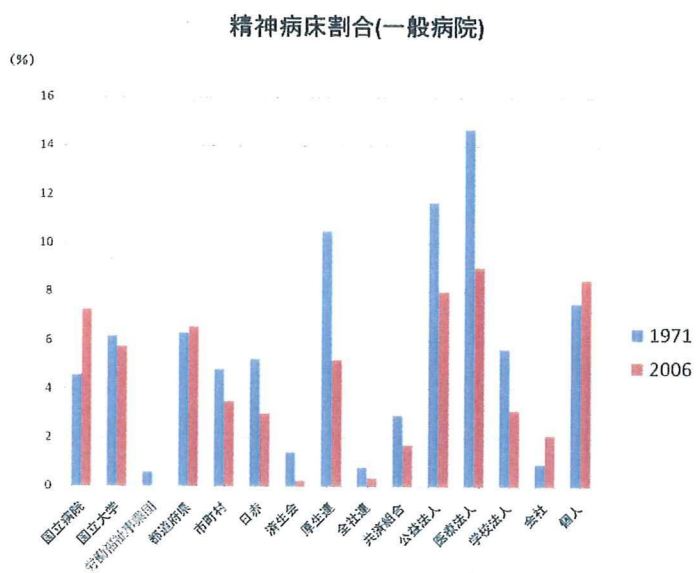


图10



出典:「病院報告」より著者作成

图11



出典:「病院報告」より著者作成

図12

出典:「患者調査」より著者作成

推計入院患者数の推移(全施設)

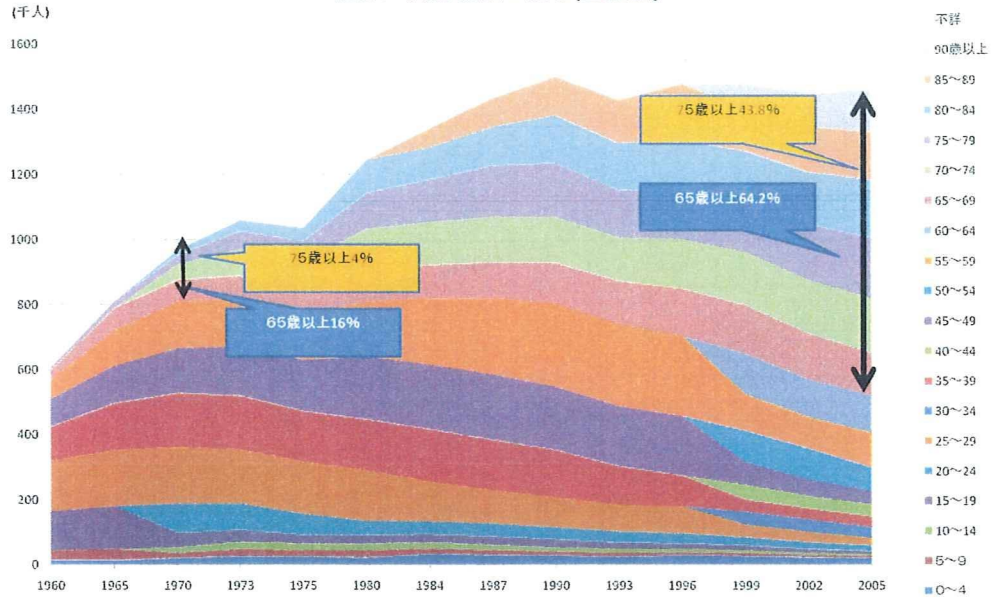


図13

出典:「患者調査」より著者作成

推計入院患者・年齢別割合(全施設)

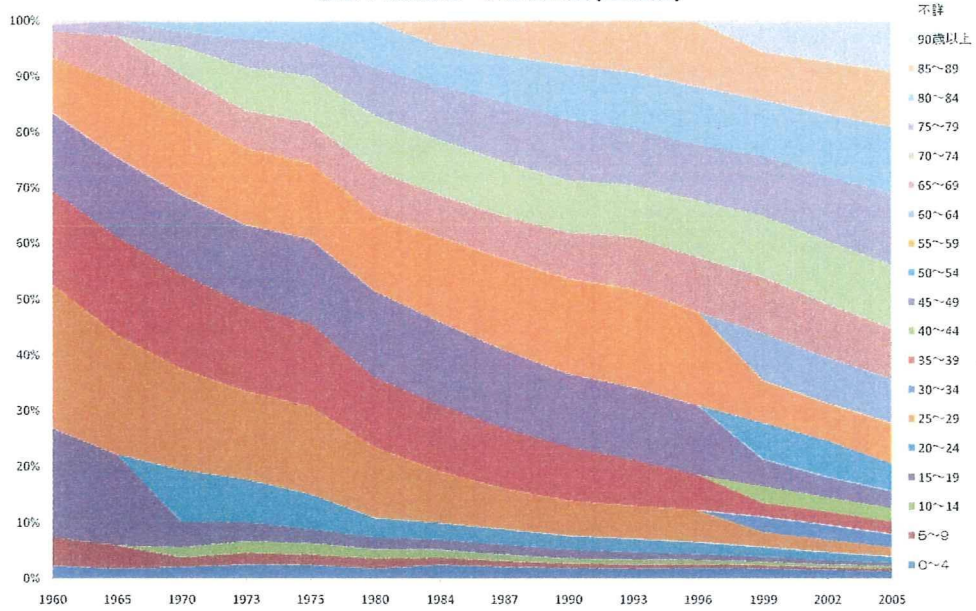


図14

同居率

「厚生行政基礎調査報告」および「国民生活基礎調査」から著者作成

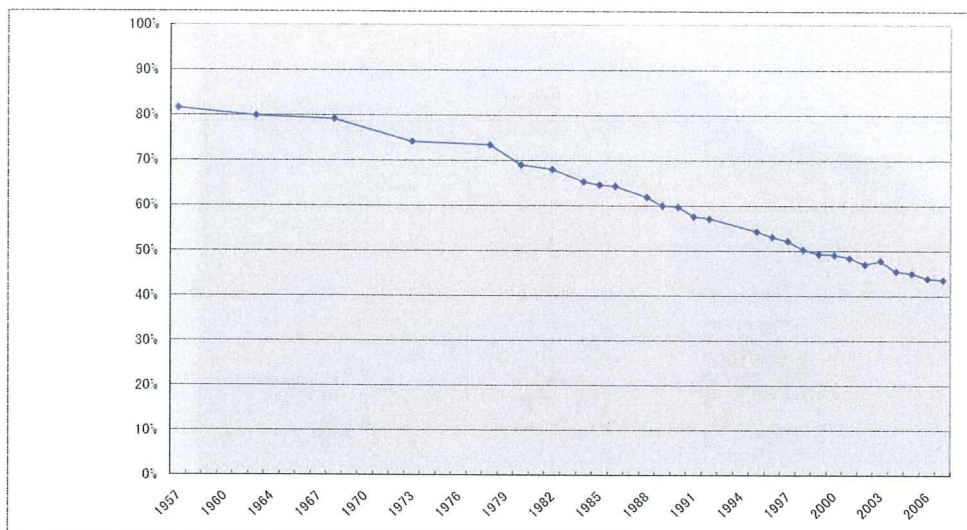


図15

医療機器保有割合(一般病院)

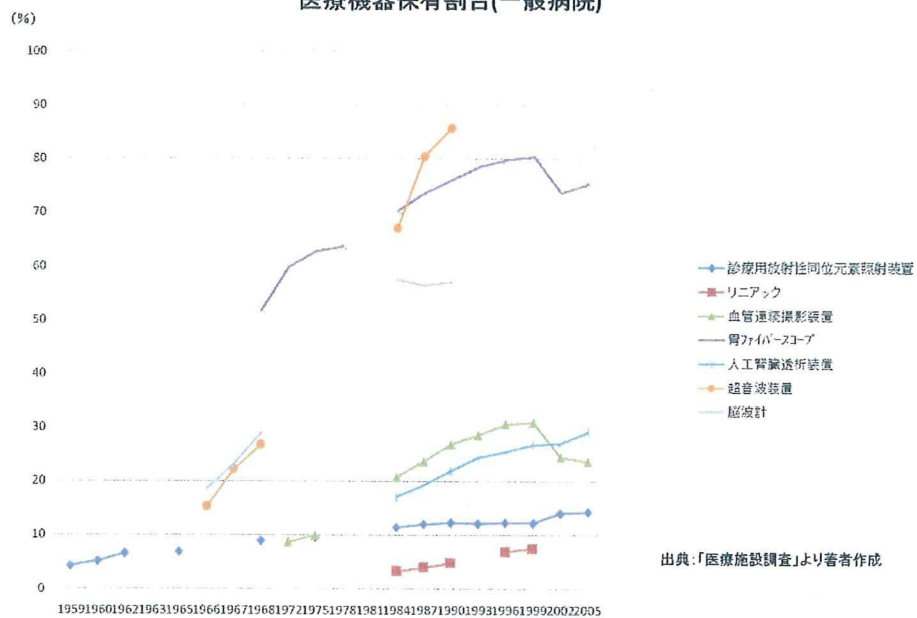


図16

1床当たり有形固定資産額・医療機械機器(一般病院)

出典:「病院運営実態分析調査」より著

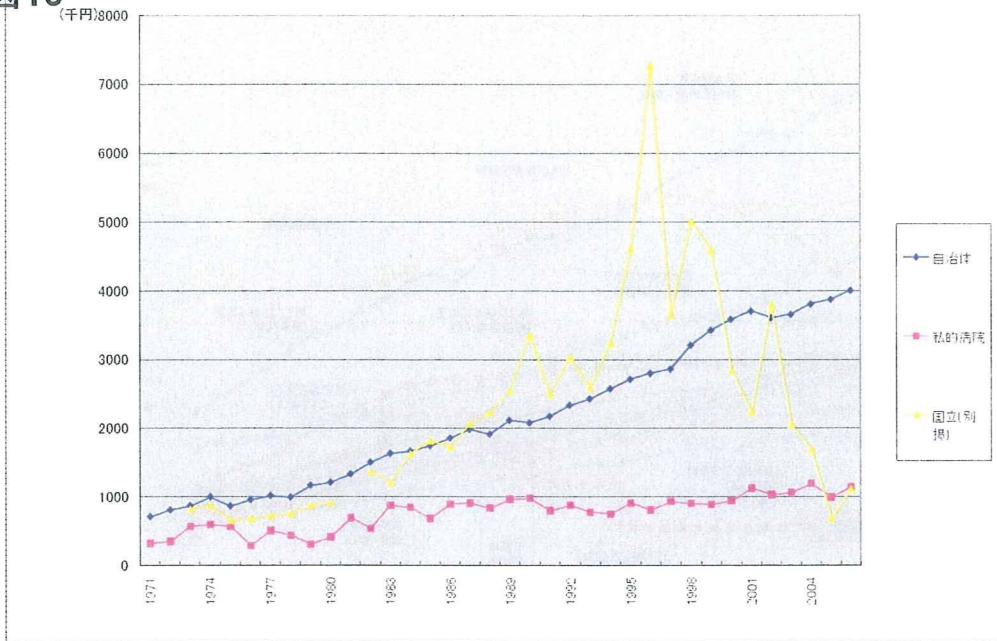


図17 (万円)

1㎡当たり工事費予定額(全医療施設)

出典:「建築物着工統計」より著者作成

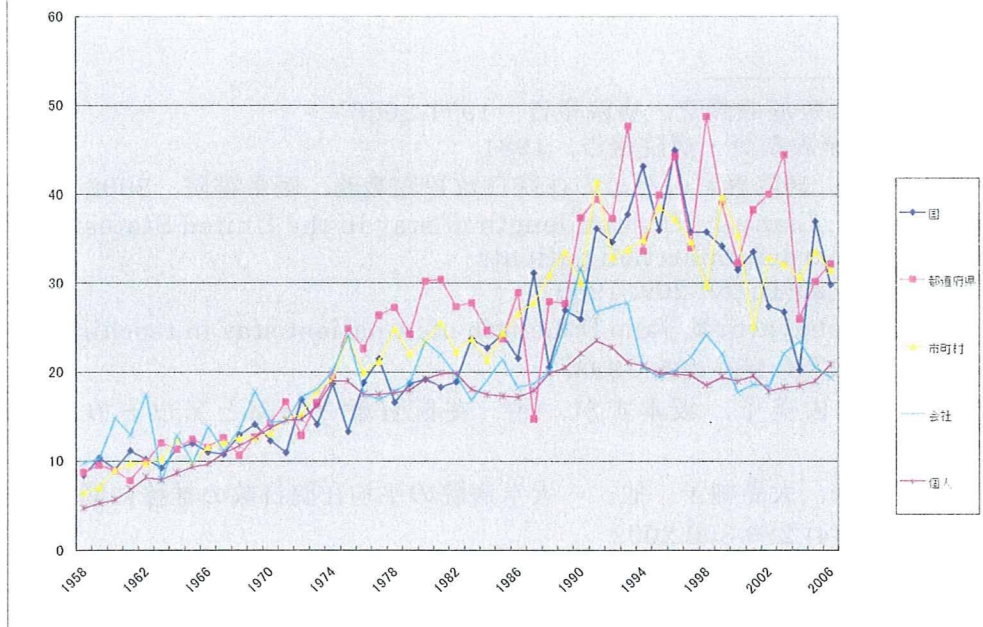
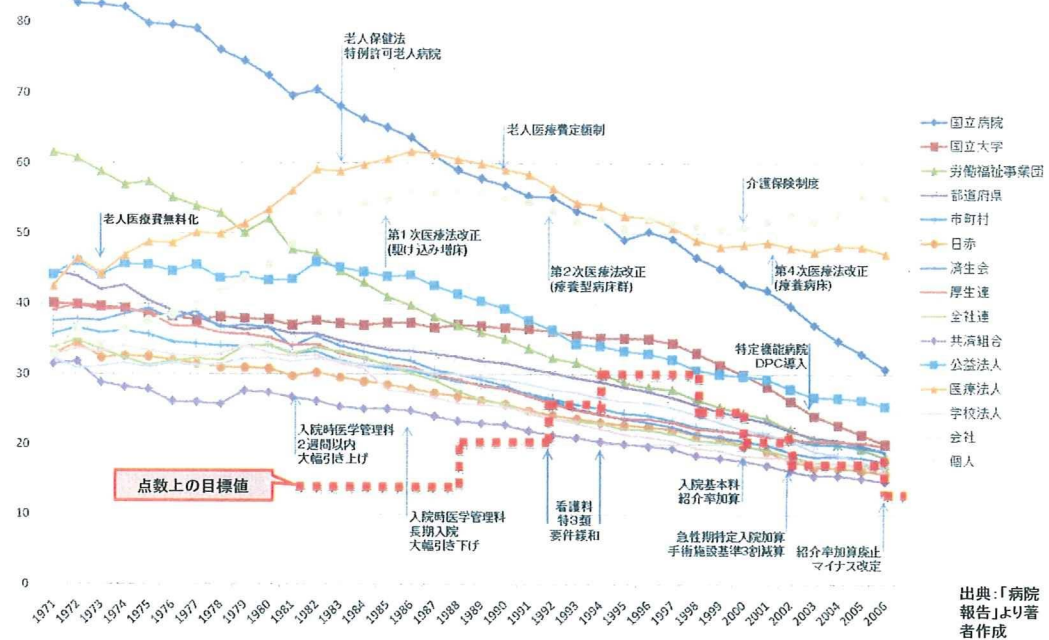


図18

平均在院日数と診療報酬点数の推移(一般病院)



出典:「病院報告」より著者作成

文献

- i 1 厚生労働省, 医療施設調査・病院報告, 1971-2006
- ii 2 厚生省, 医療施設調査・病院報告, 1981
- iii 3 長谷川敏彦編, 病院経営のための在院日数短縮戦略, 医学書院, 2002
- iv 4 Muramatsu N, Liang J,:Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients, Int J Health Serv. 29(1):189-209, 1999
- v 5 Yamaoka K, Kobayashi Y, Yano E: Length of in-patient stay in teaching hospitals in Japan,Med Educ.27(3):280-285, 1993.
- 6 満武巨裕, 西村由美子, 坂本すが, 他, 在院日数の短縮とアウトカム, 病院管理 39(1),5-12,2002
- 7 今井壽正, 楊学坤, 大島純子, 他, 一大学病院の平均在院日数の推移に関する研究(その1), 病院管理 39(4),289-300,2002
- 8 古和久典, 周藤豊, 前田真伸,他, 大学病院における脳梗塞在院日数関連因子の検討, 米子医学雑誌 57(6),226-232,2006
- vi 厚生省医務局編, 医制百年史, ぎょうせい, 1976
- vii 川上武, 技術進歩と医療費, 勁草書房, 1986
- viii 広井良典, 医療の経済学, 日本経済新聞社, 1994
- ix 川上武, 戦後日本病人史, 農文協, 2006
- x 二木立, 現代日本医療の実証分析, 医学書院, 1990
- xi 厚生労働省, 人口統計調査,
- xii 上林茂樹, 病院自動化, 勁草書房, 1982
- xiii 一条勝夫, 日本の病院, 日本評論社, 1989
- xiv 加藤尚子, 長谷川敏彦, 民間中小病院の歴史的考察, 病院 59(5): 402-406,2000

超高齢社会の患者と医療

1. 疾病とケアの転換

高齢者の疾病の特徴は、1.「一人が複数の疾病を持つこと」、2.「それぞれの疾病が自然史に応じて病態を変化させる」こと、3.「通常疾病や障害を長期にわたり継続して持つ」こと、4.「究極の結果は死亡である」ことである。従って、必要とされるケアは、疾病の病態に対応して、1.人や技術など短期に資源を集中させて問題解決する「急性期ケア」、2.セルフケア目指して疾病による障害を克服する「回復期ケア」、3.疾病と障害を同時に継続して必要とする「長期ケア」、4.外来で慢性疾患を追跡する「慢性期ケア」、最後に5.疾病の治癒ではなくよりよき死／生を追求する看取りの「末期ケア」の、目的と方法が異なる5種類となる（図4）。

これらのケアは通常連続し継続が必要であるが故に供給側での調整が不可能で、患者を中心にその需要に対応して調整連携させる必要がある。これは個人のわがままに應えるという意味ではない。システムレベルでの「患者中心の医療」が求められている（図5）。

2. 目的とモデルの転換

50歳までの疾病は通常単独で障害を残さず完治することも多い。「身体の部分病変を手術や投薬によって切除もしくは完治させ、元の理想的状態に戻す」という近代西洋医学のモデルが多くの場合有効となる。そこでは短期に資源を集中し一気に問題解決する「急性期医療」が治療の主要モードとなる。

一方、高齢者の場合は、常に疾病と障害を抱え、挙げ句の果ては死に至る。従って治療の目的は常に「絶対的な疾病の治癒や障害の克服」から、ご本人の求める「社会的役割と身体機能」と「病変のもたらす苦痛や障害」の相対的評価が前提となり、そのギャップを埋めることに転換する。そこでは「現在の病態や障害」と「本人の価値」を常にモニターし、診療の意志決定に資する必要があるといえよう。

3. 新たなスペシャリスト

それを社会的に効率よく有効に行うには、さばいてつなぐ専門家、「総合診療医／老人医」が病院と地域とに必須となる。専門医が患者に直接対峙するシステムは効率が悪いのみならず危険ですらある。専門医にとっては自分ができることのみが仕事で、結果として不要な診療が行われたり、疾病の治癒に成功しても人間としての機能を失うと言った結果を産むからである。将来予測によると、手術件数は将来急増すると考えられる。しかし、若年者では不変で、増加するのは高齢者に限られ、厳密な手術適応の検討が必須と言えよう。総合診療医／老人医は短期研修で養成可能な一般医なのではなく、瞬間の診断力、価値を加味した判断力など高度の診療技術を必要とし、構造的な長期研修が必須で、「医師の中の医師」いわば「複雑性の専門医」(Specialist on Complexity) である。

4. 新たなケアネットワーク

今、救急で高齢者の数が増加しつつある。しかも福祉施設や家庭にいて、前後の医療情報なく急変して運び込まれ、蘇生したところ家族が「そのような要望をした覚えはない」と怒鳴り込むと言ったケースも報告されている。多くの貴重な労働や資源が今後このように浪費されると想定される。これを予防するには前述の地域における総合診療医／老人医が必要であると同時に、情報の継続化、即ち一人の患者を追う 1 患者 1 生涯 1 カルテ制度の確立が望まれる。

日本の医療は崩壊するのか

今、日本では「医療崩壊」「病院崩壊」という言葉が医療業界から染み出してマスコミにも広がりつつある。一般の患者や国民にとっては子供の救急室の閉鎖とか緊急のお産のたらい回し事件とかで、医療界に重大なことが起きていることを感じられても、崩壊という語感を肌で感じるわけではないかもしれない。しかし医療界では、特に病院医の間で迫り来る脅威として語られ始めた感がある。昨年医療界の流行語大賞ともなった「立ち去り型サボタージュ」、つまり若年の働き盛りの医師が突然離職して開業し、その負担が他の医師にのしかかって離職の悪連鎖を生み、診療科毎に医師が消えて機能が停止、診療科が歯抜けとなり、最後には病院を閉鎖しなければならない現象が広がりつつある。

その直接のきっかけは2004年に始められた医学部卒業後の研修医の制度である。全国公募制度を採ったので、これまで卒業大学に残って研修していた新卒の医師が東京、京都、大阪、福岡の大都市に集中したのである。地方の病院の医師の供給元であった、地方大学は人手不足となり、逆に供給先から医師を引き上げた。特に郡部の公立病院にその被害が大きい。1970年代、各県の需要を満たすため1県1医科大学として設立された大学もその医師供給機能を停止したのである。ここ10年に渡って「平均在院日数が短縮」し、「在院患者が重症化」して「医師や看護師の負担が増加」した。そして、この10年にこそ横浜市立大学の患者取り違え事故を皮切りに医療訴訟が増加した時期でもあった。患者は医療の質に関心を持ち始め、これまで以上に診療の説明が求められることとなった。この間、保険関係の書類も増えている。不況と高齢化により医療財源の不足し、これまで以上に医療費使用の説明責任が重くなったからである。

この10年で患者の平均在院日数はほぼ半分にまで減った。そして高齢者が増えて、医療スタッフの手間のかかる人が増えた。医師も看護師もあまり増えていないので、病院によってはかつての2倍以上の負担がかかっていることになる。

一般に医師は、負担が重くても「聖職意識でがんばるんだ」という思いこみがあっ

たが、若手医師が意外にあっさり離職しまい、病院の管理者にとっても行政にとってもそれが想定外だったのではないだろうか。確かに、家庭・趣味と仕事の重要度のバランスは世代によって変わってきているのである。

いや実はマスコミに登場する「優雅で金持ちの医師」「権力欲に満ち、権威を振りかざす医師」はごく一部の誇張で、低い年収で、まじめに長時間の労働に耐えてきたのが大半であり、特に若手の公立病院の医師の給与は驚くほど安いのである。仕事、雑用が増え、その上、訴訟のリスクにさらされるとなると、ハイリスク・ローリターンは紛れもない事実、職業観の変容とは関係なく、病院を辞めていくのは結構合理的な判断なのかもしれない。

このように医療界の現状はかなり深刻で複雑である。

果たして、「日本の医療は崩壊する」のであろうか。この問いに答えるには現象の背後にある要因を短期・中期・長期に分けて、層を重ねて検討してみる必要がある。急激な短期のきっかけとなった 2 年間の新卒後臨床研修制度は、研修の性格からちょうど医学部が 8 年間となったと同じ効果、つまり 1 年間で 8000 人、2 年間で 1 万 6000 人、病院医の約 1 割に当たる労働力が突然労働市場から消えたこととなる。病院の労働力確保が厳しくなるのは当然である。とすると、理論的には全国で見ると、数年後、研修を終えた良質の労働力が市場に帰って来るので、不足の現象は短期的なものになる。そしてさらに、ここ 5 年間は、研修医を入れても働く医師数の増加は、年間 8000 人卒業しているにもかかわらず数千人にとどまり、それはかつて第二次世界大戦中に軍医として養成された 3~5 万人の医師が引退する時期と重なったからと想定される。これも、数年で元に戻る可能性が考えられる。

ここ 10 年で急増した雑用は、本来病院の経営改善対策により吸収すべきで、現場の医師に押しつけたのが立ち去り型サポタージュの元凶である。他職種に仕事を割り振る、IT を用いて改善することにより、生産性を高められるはずである。実は日本の病院医 1 人当たり 1 年間で退院させる患者は 80 人強で、他の先進国より少なく、フランスの約半分にすぎない。フランスでの病院には外来はなく、医師は入院に専念でき、看護師や他の職員数も日本より多い。日本のみ医師の働きが悪いとは考えられず、国際的に見て日本の病院は資源を効率よく運営できていないという課題が浮かび上がる。よく考えてみると、ここ 10 年間に起きた現象、「在院日数減」、「患者への説明強化」、「保険書類増加」はどれも必要なことで、社会から見るとむしろ当たり前のことであ

り、欧米に遅れること数十年である。日本の医療もやっと世界標準に追いついたのである。問題はむしろ病院組織や医療制度が、第二次世界大戦直後の1948年に制定された古い医療法という法律で運用されていることで、そのゆがみが、医師の負担を増加させているのではないか。

ざっくりいうと、日本の医療界も医師も、他の業界と変わらない「普通の社会」、一般の人と変わらない「普通の人」に変わりつつあり、その産みの苦しみが、旧来のものを見方をする人からは「崩壊」と映るのではなかろうか。

これから日本は人類未だの高齢社会に向けて、これまでの社会を解体し、世界に先駆けて新しい究極の社会を創造しなければならない。超高齢社会は遅かれ早かれすべての社会が到達する最終形態で、人類の歴史の中では名誉あることに、日本がその水先案内人を仰せつかることになった。ヨーロッパが、そしてアジアが固唾を呑んで日本の背中を見ている。欧米から盗んだ知識技術の上に作り上げたアリババ大国・日本にとって、これは安易な道のりではない。

日本は少品種多量生産の製造業で大成功し、世界をリードしてきた。しかし物づくりにおける多品種少量生産の領域、産業構造でも製造業からサービス業への転換は遅れている。特に、サービス産業の生産性は低く、医療はその典型といえよう。製造業では世界一の品質管理を誇る日本だが、医療についてはほとんど手つかずである。逆に生産性や品質の向上を目指して、医療界で成功すれば他の産業の牽引役となれるのではなかろうか。

あと数十年で人口の半分以上が65歳以上となり、半分以上の医療費をその人口が使うと予測される社会では、「いったい医療とか何をすることか」を根本から問い直してみる必要がある。当面病院の労働環境改善、病院と診療所がつながることによって外来患者をできるだけ身近な診療所で診てもらふこと、医師・看護師や他の医療職との役割分担の見直しでそれぞれの専門性が生かせるようにすることが、病院の現状解決の第一歩である。これらはいずれも医療人のみならず患者、国民の理解が必要で、日本の現状と課題を共有して一緒に取り組むこと以外に解決の方法はない。

「日本の医療は崩壊するのか」という問いの答えとして誤解を恐れずに言うと、「崩壊は必然である」。旧弊を打破し、新しい医療を患者、国民と共に創り出すことが、今の医療人にとっての責務であると考えられる。

C. 看護組織とマネジメント

4. 急性期病院における看護マネジメント
5. 病院職員数の国際比較
6. 医療情勢を踏まえた手術室運営の展望

急性期病院における看護マネジメント

1. 研究背景・目的

平成 19 年度の「医療施設(動態)調査・病院報告の概況」によると、平成 19 年度の平均在院日数は 19.0 日であり、平成 18 年度に比べ 0.2 日短くなっている。また、一般病床の平均在院日数の年次推移においても、昭和 62 年以降、短縮傾向にある。

昨年度の調査研究において、平均在院日数の短縮に伴い、病棟における看護機能が大きく変化していることが明らかになった。本年度は、その実態を踏まえ、平均在院日数の短縮に伴う変化に対応した看護マネジメント手法の構築を行うことを目的とした。

2. 研究方法

昨年度の調査研究で抽出された在院日数短縮に伴う看護機能の変化に関する 5 つのカテゴリ(表 1)に対応する看護マネジメント手法について、病院管理および看護管理の有識者(医師、看護師等)によるフォーカスグループにて、繰り返し討議を重ね、看護マネジメント手法の構築を行った。

表 1 5 つのカテゴリ

- ① 業務の過密化・煩雑化への対応
- ② 早期退院を目指した調整・介入
- ③ 効率化を図るための機能分化の推進
- ④ 病床管理の適切な遂行
- ⑤ 看護アイデンティティの解体と再構築

3. 結果

5 つのカテゴリに対応する看護マネジメントの手法においては、1)看護提供体制、2)早期退院への介入、3)看護の効率性と質保証、4)看護におけるキャリア開発、5)看護の役割の観点から構築することが見出された。

1) 看護提供体制

急性期病院では、在院日数短縮に伴い、病床稼働率が上昇している傾向にあり、業務は過密化・煩雑化している実態がある。このため、病棟で患者の急性期・亜急性期・慢性期まで全ての経過について責任を負う従来の病棟完結型(図 1)から、急性期の患者の回復過程に沿って看護機能を切り分ける提供体制(図 2)の構築の必要性が示された。そして、次のようなモデルの構築を検討した。なお、このモデルにおいては、外科的手術・処置を必要とする患者を対象とした。

(1) 急性期を「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュール（機能単位）とし、各モジュール別の看護提供体制を構築した。

- ① 術前管理の看護単位は、「入院予定患者に対し、術前検査や術前オリエンテーションなどを実施するための外来の単位」および「入院から手術日までの期間を担当する単位」から構成。予定入院患者については、外来と入院において、同じモジュール内の看護師がケアを担当。
- ② 「超急性期管理」は、「手術」および「集中治療室」の二つに区分した看護単位を形成。
- ③ 「術後管理・退院後生活管理」の看護単位は、患者の病棟帰室から退院までを担当。

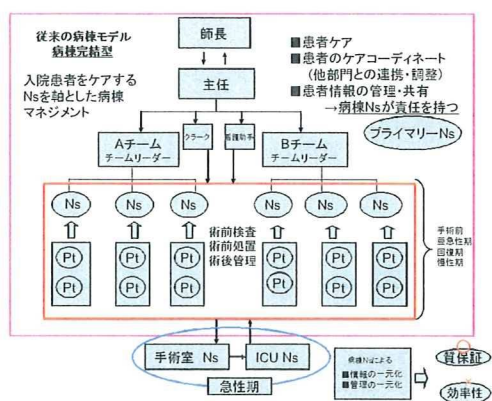


図1 従来の病棟完結型の看護提供体制

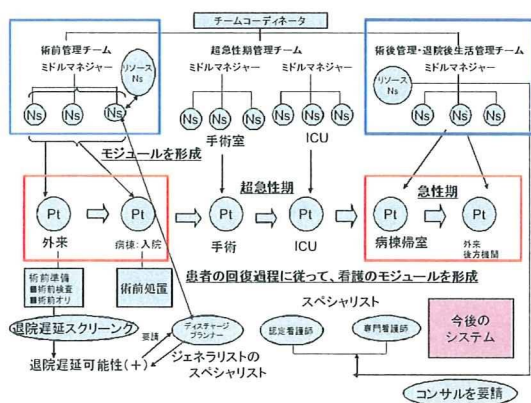


図2 新たな看護提供体制

(2) 各モジュール内での受け持ち患者への一貫性・継続性あるケアおよび次のモジュールへの引き継ぎの責任を明確にするために、各モジュールでは「モジュール型継続看護」を採用。「モジュール型継続看護」とは、一人の看護師が複数の看護師を受け持ちという形式で担当し、不在時には同じモジュール内の看護師が看護にあたるという形式。

2) 早期退院への介入

患者の退院支援や地域連携を担う部門に当該病院のディスチャージプランナーを配置。この部署には院内職員だけを配置するのではなく、地域の後方連携機関の職員を人事交流や非常勤職員などの形式で配置。予定入院患者については、「術前管理」の看護単位に属する看護師が、外来で退院が遅延する可能性があるかどうかについてのスク

リーニングを実施。退院遅延が濃厚な患者については、各モジュールの担当看護師がモジュール内のミドルマネジャー（モジュール内のリーダー）と相談し、ディスチャージプランナーにコンサルテーションを依頼し、ディスチャージプランナーが介入を開始。

3) 看護の効率性と質保証

看護の提供体制を「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュールに区分したことに対応し、各モジュール内で効率性と質を担保するために、次の手法を考案した。

(1) リソースナースの配置

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールにリソースナースを配置。リソースナースは、日々、突発的に発生する問題に対して専属で対応にあたる看護師のことを指し、受け持ち患者は持たない。例えば、患者の急変や患者とのトラブル、患者に専門的な処置やケアが必要になった場合には、その患者の受け持ち看護師が対応するのではなく、リソースナースが対応を行う。

(2) フロートナース部門の設置

病棟に欠員が発生したり、欠勤や重症患者や受け入れが一時的に多くなり、通常の看護人員では対応できないような場合に対応するためのフロートナース部門を設置。

(3) スペシャリスト部門の設置

認定看護師、専門看護師が所属する部門を設置。各モジュールのリソースナースや管理者から要請があった場合にコンサルテーションにあたる。

(4) チームコーディネーターの配置

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の一連の過程の統合を行うチームコーディネーターを配置。「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールおよび「退院支援・地域連携部門」において、シームレスに連携が図られるよう、モジュール間の全体的な調整を担う。

4) 看護におけるキャリア開発

看護のキャリア開発には、個々の特性や希望などに応じて、「スペシャリスト」あるいは「ジェネラリスト」としての選択肢を用意する。

「スペシャリスト」は、特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有し、継続的に研鑽を積み重ね、その職務を果たし、その影響が患者個人に留まらず、他の看護職や医療従事者にも及ぶ存在¹。「ジェネラリスト」は、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても、経験と継続教育によって習得した暗黙知に基づき、その場に応じた知識・技術・能力を発揮できる存在¹。

スペシャリストは、専門看護師や認定看護師が該当する。ジェネラリストは、様々な部署・病棟をまわり、豊富や臨床経験と知識・スキルを持つ看護師が該当し、フロートナースとしての役割を担う。また「ジェネラリストのスペシャリストのポジションを確立し、リソースナース、ディスチャージプランナー、チームコーディネーターや看護管理者として機能させる。

5) 看護の役割

「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュール（機能単位）における看護の役割に応じて、看護のアイデンティティを再構築していく。

各モジュールにおいて、患者が達成しなければならない目標に応じて、その目標達成が実現できるように、患者の自然治癒力を引き出し、患者が自身でセルフケア能力を高めることができるように支援する。

看護の役割を患者の急性期、亜急性期、慢性期の一連の過程に全て関わり、寄り添うことととらえるのではなく、各期に応じた特色ある看護の役割の重要性を再認識できるシステムを整備する。

4. 考察

1) 各モジュールに対応した看護提供体制

現在の看護提供体制は、病棟完結型であり、病棟の看護師が主体となり、手術のときだけ手術室とICUに患者を一時的に預けるという形式となっている。しかし、平均在院日数が短縮し、機能分化が進む中で、病棟の看護師が患者の入院から退院までの全てに責任を持つことは困難となっている。今後、さらに機能分化が促進されていくことを考えると、患者の経過に応じて機能を切り分け（「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」）、効率的な看護提供体制を構築していくことが必要だと思われる。

機能を切り分けることで、それぞれの機能に集中して看護を提供でき、業務の煩雑化を防ぐことができる。例えば、「術後管理・退院後生活管理」チームでは、術後の帰室患者を受け入れることに専念でき、緊急入院患者の受け入業務は発生しなくなる。また、「術前管理」チームにおいては、外来と病棟の看護師がモジュールを形成することで、外来時から予定入院患者と担当看護師が関係性を構築することができ、患者の安心感にもつながる。

ただし、この看護提供体制においては各機能間での情報の分断が起らないようにすることが必要である。この予防方法の一つとしては、クリティカルパスの活用が考えられる。クリティカルパスを各モジュール間での申し送り表と機能させるといった方法を運用することができるだろう。

2) 早期退院に向けた対応・介入

現在、早期退院に向けた対応として、地域連携室などに退院支援看護師などの専門家を配置する施設が増えてきている。この方法に加えて、地域連携の風通しをよくするために、地域連携室に当該機関の職員だけを配置するのではなく、連携機関の職員を人事交流などの方法を通して、外部の職員の登用により、地域連携を活発化していくことも必要であると思われる。

また、退院遅延が起りそうな患者をスクリーニングするツールを、地域の実情などを踏まえて開発していくことが求められるであろう。

3) 効率化と質保証に向けて

日々の業務で患者が急変したり、また何かトラブルが発生した際には、その対応に追われ、その日に予定されていた業務が滞るだけでなく、他患者へのケアに影響を与えることになる。このため、通常業務に支障を与える出来事に対応するための専属の看護師をリソースナースとして配置すべきである。

また質保証に向けては、欠員時に業務負荷がかかり、医療事故等が発生することがないよう、適切な看護人員体制を常に確保することが必要不可欠である。そのためには、フロントナース部門の設置について検討していく必要がある。

さらにスペシャリストを活用するための専門部門や各モジュール間を統合・調整するためのチームコーディネーターの配置も求められる。

4) スペシャリストとジェネラリストの活用

従来、認定看護師や専門看護師などのスペシャリストの育成に目は向けられていたが、ジェネラリストの育成にはあまり力が注がれてこなかった。しかし、病棟機能が変化する中、多領域にまたって様々な問題に対応できるジェネラリストのスペシャリストが必要とされる。そのためには、スタッフの特性を考慮しながら、ジェネラリストの道とスペシャリストの道のどちらかを選択し、キャリア開発を行うことができる体制を整備しなければならない。例えば、ジェネラリストであるならば、多くの領域、全部のモジュールを経験し、様々な知識とスキルを習得できる機会を提供し、ジェネラリストのスペシャリストを育成するのであれば、積極的に人事交流に参加させることなどが必要になるであろう。

5) 看護の役割の再認識

現在、在院日数が短縮する中で、患者と関わることができる時間が減少し、患者との関係性を築きにくく、看護の機能が果たせないということが危惧されている。しかし、各モジュールにおいて看護が果たさなければならない機能は存在している。その機能を明確にし、看護の役割を再認識することが必要である。

5. 結論

平均在院日数が短縮する中で、次に示した看護マネジメント手法を確立していくことが必要であると考えられた。

1. 「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」の各モジュールに対応した看護提供体制による看護提供
2. 早期退院に向けた対応・介入を行うことができる体制の構築
3. 効率化と質保証に向けた部門や人材の有効活用
4. スペシャリストとジェネラリストの活用
5. 看護の役割の再認識

病院職員数の国際比較

1. はじめに

病院職員構造の国際比較は、実は比較の前に慎重に検討すべきで課題が存在する。その理由として3つの問題が想定される。

- 1) 各国での医療システムが異なっており、従ってそれを構成する医療施設や職種の期待される役割や機能が国によって異なっている。
- 2) したがって職種の定義も異なり、特にデータの主体が異なるとその定義や収集過程にばらつきがある。
- 3) 統計データの収集システムの完成度によってデータの正確度にばらつきがある。

これらは一言で言うとデータの標準化と精度の課題である。

現存の国際的情報源としては「各国の統計（政府やその他の団体）」、「WHO（世界保健機関）」そして「OECD」が主なものである。「WHO データ」は対象国が多いが発展途上国が中心でデータ精度にも問題があり、情報の種類も限られている。特に病院職員のデータはほとんど存在しない。OECD データは先進国を対象にし、情報源となる各国の政府機関の情報収集システムの完成度が高く、精度も高い。またかつての担当者（ジャン・ポール・プーリエ氏）など個人の努力があり、定義の調整が一定になされており、これまで汎用されてきた。「各国データ」では各種の多数の変数が存在するという利点がある一方、定義が国ごとに異なる可能性がある。

本論文では、医療システムやパフォーマンスなど各国での違いを浮き上がらせた上で、主として OECD のデータを用い、詳細には各国政府のデータを慎重に検討した上で必要に応じて用い、比較を試みた。

2. 医療システムの類型化

当該各国の医療システムは幾つかの側面から分類することが出来る。

第1に、設立主体で大きくは公的と私的に分かれ公的も国立、自治体立そして NPO