

# 医学概論 — 日本の医療 —

左利厚生

## Introduction to Medicine — The Medical Care System of Japan —

Atsuo SARI

キーワード：医療水準，医療体制，麻酔の日，EBM

### 概要

筆者は臨床工学科の医学概論を担当しており，この講義では，わが国特有の医療に関する問題点を取り上げ，これらから現在の医療はどのようなものであるかを講義し，学生諸君が本来医療はどうあるべきか，を考える資料を提供した。

その内容の一部を川崎医療福祉大学公開セミナーで紹介した。

ここで取り上げる医療に関する話題は医学書には記載されていないものに限った。江戸時代に，最初にわが国へ西洋医学が持ち込まれた経過から，わが国の医療がどのような変遷を経て現在に至ったかを述べ，それに伴って生じた問題点を現在の視点から検討した。

世界保健機構（WHO）は，わが国の医療水準を世界最高と評価しているが，評価の内容や，その世界最高の医療がどのように維持されているか，世界各国と比較検討した。その結果，わが国が世界に誇る高い医療水準は医療従事者の過重労働で維持されていることが示された。

### はじめに

この医学概論は平成19年6月16日川崎医療福祉大学公開セミナーでの講演の内容に，少々手を加えたもので，筆者は現在，川崎医療福祉大学臨床工学科で医学概論を担当している。

1941年（昭和16年）欧州からアジア大陸へと戦火が拡大し，やがて第二次世界大戦勃発といった頃に，我が国で最初に大阪大学医学部に医学概論なる講座が開講し，京都大学哲学科の澤瀉久敬（おもがたひさたか）が初代教授として就任した。37歳の時である。医学概論とは，彼の定義によれば「医学とはなにか」を考える学問であり，その「何か」と言う言葉には2つの意味がある。すなわち「現にある医学は，いかなるものであるか」，とともに「医学は，本来いかなるものであるべきか」を問うものである，つまり，「現存する医学

に対する科学的な現象論である」とともに，他方では，「理想的な医学についての哲学的な本質論である」と述べている。

哲学とは縁遠い筆者には医学を哲学的本質論で展開することは出来るわけもなく，そこで，学生諸君には前者の科学的現象論として，現在我が国の医療がかかえる様々の問題点を取り上げた。とくに，日本の医療は世界最高水準と世界保健機構（WHO）も認める。この医療を支えてきた人達とそれに付随した問題点を中心に，紹介し，これらの内容を通して学生諸君が理想的医学について哲学的本質論を考察する際に，この医学議論の講義が彼らの資料となるべく講義してきた。

昭和34年筆者が山口県立医科大学へ入学した頃は，医学概論なる講義も，講座もなく，従って，当時としては全く新しい講義内容であり，講座であったと思われる。現在でも，医学概論の講座は大阪大学と産業医科大学のみだが，講義はどの大学も取り入れている。

なお，本文に登場する人名は全て敬称を省略した。また簡易な英文は読者の訳に期待し，筆者の下手な訳文は用いず，原文を採用した。

（平成19年10月10日受理）

川崎医療福祉大学，川崎医療短期大学 臨床工学科  
Department of Medical Engineering, Kawasaki College of Allied Health Professions  
Department of Medical Engineering, Kawasaki University of Medical Welfare

## 1. 君たちの仕事のおよそ1/3は

……Sir William Osler

ここには医学書にはない治療法があります、

それは……Henri Landwirth

墓碑銘には“*He brought medical students into the wards for bedside teaching*”と刻んで欲しいとまで希望した Osler (1849~1919) は、講義による医学教育よりも bedside での教育の重要性を早くから唱え、現在の西欧医学教育の基礎を築いた内科医である。我々日本人医師には彼の名前はオスラーの結節（心内膜炎で手掌に見られる紅斑）で知られている。余談だが、彼はオックスフォード大学へ赴任し14年後にスペイン風邪に罹り70歳で死亡した。その彼が母校で医学生を対象とした講演で“*Fully one-third of the work you do will be entered in other books than yours*”の言葉は病気の人が対象となる医業に携わる人としての感性の重要性を示唆し、医学概論の本質に触れている。

この Osler の言葉の“教科書にない仕事”のよい例を Henri Landwirth (1927~) が示している。彼は子供の頃ナチスの迫害を逃れ米国に渡りフロリダでホテル業に従事、成功し、彼は American Dream を成し遂げた人物の一人となった。ある日ホテルの予約をキャンセルしてきた電話に偶然出た彼が、キャンセルの理由を尋ねるところ、「白血病の娘が Disney World でミッキーに会うことが夢だったが、死んだのでホテルをキャンセルする」、ということであった。当時成功した彼は“私の全人生は奇跡だ、社会に何かをお返りする事が私の義務だ、そうすることで私の人生も意味のあるものとなる”を考えていた頃であった。

この電話が彼を突き動かし、no children would ever be refused their one special wish と決心し、1986年フロリダ半島の中央オランドーに Give Kids The World を立ち上げた。これは、生命を脅かす疾患をもつ3~18歳までの子供（80%は白血病）を Disney world へ無料で招待する宿泊施設で、1週間子供とその家族がここで過ごすことが出来る。ここでは一時でも、病气や死の恐怖から子供も、家族も開放され、自宅では歩くことも出来なかった子供達が笑顔で走り回る姿を見て、両親、家族は思わず“奇跡”という言葉をお口にしている。まさに Landwirth の言葉“*There is one treatment you won't find in the medical books. That treatment is a wish*”である。そこで、ここでは医学書に出てこない医学に関連したいろいろな問題点や人

物を紹介し、学生諸君に“本来医学はいかにあるべきか”を思索してもらう。

## 2. わが国では医学は自然科学である

図書の分類コードでは、国際分類では医学は農学や工学と同じ技術 (technology) に属するが、わが国では医学は数学や物理学と同じ自然科学 (science) に分類される。

13世紀にはいると西欧では都市の形成にともなってそこに人が集中し、病人が発生すると僧院に収容された。これが病院の始まりである。そこへ医師が呼ばれ診療にあった。病人が増えると医師は弟子達を伴い、彼等を僧院で教育しながら診療した、bedside teaching である。このようにして医師の教育がおこなわれた。したがって、西欧では医療が最初であり、あとから学問としての医学が体系付けられていった。米国では、市民の要求や、社会の情勢変化に対応して、柔軟に、頻回に、医学生の教育、医師育成の体制が改革されてきた。米国医師国家試験にも見られるように、頻回に改革され、いくつものハードル (ECFMG, step 1, 2, 3, matching program など) をもうけ、すぐれた診療、医療技術を身につけた者のみが医師資格を得ることが出来るようにしてきた。

一方、わが国では江戸時代、長崎を窓口にして西洋医学が初めて日本国に持ち込まれた。ポンペ (Johannes Pompe van Meedervoort, オランダ 海軍軍医 1854~1862年間在日) は農工商にも広く西欧診療を施行しようとしたが、当時の幕府は“士”のみに限定した。特に鳥羽伏見の戦いに端を発した戊辰戦争など当時の内戦での戦傷など、外傷の外科的処置で活躍した駐日英国公使館付医官 William Willis (1862~1877年在日) に、わが国の外傷処置との違いを見せつけられた明治政府は医学校開成学校を設立した。その際に英国医学と、ドイツ医学のどちらを採用するかが、検討され、どのような経緯か知らないが、ドイツ医学を採用した。当時オランダから持ち込まれた医学書はドイツ語の医学書からの翻訳が多かったことがその理由とされている。したがって、英国の Willis は追放され、鹿児島藩が藩校に彼を招聘し、鹿児島に医学校を開校した。ここで、後に日本の医学界に大きな足跡を残した高木兼寛と出逢うことになる。

幕府が医療を支配者階級に限定したために、武士を医学生の臨床実習の対象にすることは出来ず、講義中心の医学教育となった。さらに明治政府は開業医に関

する布告（明治9, 12, 13年）で西洋医学を必須とし、それまでわが国医療の中心であった漢方医学を追放した。長崎に西洋医学が入ってきたころは、西欧では質量保存の法則など、自然科学勃興の頃で、わが国では西洋から入ってきた医療も science として見なされたのは当然のことと思われる。

### 3. 10月13日は麻酔科医の休日

外科に発展変革をもたらした出来事が3つある。麻酔薬、消毒法と抗生物質の発見である。当時は大きな疾患からくる痛みはあきらめざるを得なかったが、日常生活での歯痛、陣痛はなんとか解決したかったであろう。西洋医学史では世界最初の全身麻酔を施行した者は米国の歯科医 Horace Wells (1815~1848) としている。当時、コルト社は火薬製造過程で発生する亜酸化窒素（通称笑気ガス）を吸入して遊ぶ（現代のシンナー遊び？）ものとして祭日などの道端で売っていた。Wells は亜酸化窒素を吸入していた若者が転倒し足にかなり怪我をしているにもかかわらず、痛がっていないのを見て、亜酸化窒素に鎮痛作用があるのではないかと考えた。日頃、抜歯の際の痛みを何とか抑える方法はないかと考えていた彼は、1844年自分で亜酸化窒素を吸入し、友人の歯科医に抜歯をさせ無痛を確認した。彼はその後15人に亜酸化窒素で麻酔し無痛抜歯に成功した。これに勢いを得て、彼は1845年 Massachusetts General Hospital で公開麻酔を行ったが、麻酔深度が十分でなかったらしく、患者がうめき声を出し、参加者から非難を受けることになった。これがきっかけで、Wells は鬱病となり、33歳で自殺した。

しかし、Wells の麻酔をさかのぼること40年前の1804年（文化元年）10月13日、和歌山県は紀州の外科医華岡青洲が自分自身で調合した麻酔薬“通仙散”（朝鮮朝顔、scopolamin が主成分と思われる）で60歳の女性の乳ガンの手術第一例を施行している。彼の残した「乳巖姓名録」には156名の患者の記載がある。

財団法人日本麻酔学会は10月13日を「麻酔の日」と制定した。しかし、麻酔に従事している麻酔科医でさえも、ほとんどの人が“麻酔の日”を知らない。その日が制定されたことは知っていても“10月13日”とは記憶していない。

毎日朝早くから夜遅くまで1日中手術室にこもり、季節の変わり目にも気づかない生活をしている麻酔科医に、年に1日全国的に麻酔科医が休息をとる日があってもよいのではないか。そこで、10月13日を麻酔の

日ではなく、“麻酔科医の休日”にしよう。こうすると10月13日が麻酔科医や手術に従事する人達の記憶にも残るであろう。

全身麻酔で乳ガンの手術に成功した華岡青洲は、瞬く間に全国にその名をとどろかせ、彼の所へ患者と入門希望者が押し寄せた。彼は20坪程度の家屋で診療を行っていたが、手狭になり一気に建坪220坪の屋敷を新築し、ここを住居兼病院、医学校として用い、春林軒と呼んだ。ここで彼は1,033名の、今風に呼べば、研修医を教育し、春林軒での研修修了証として、自作、直筆の漢詩（自然の環境の田舎で、質素な家に住み、ただ患者を助けることだけを考え、ブランドものの服、高級車、マンション、などを欲しがらな。筆者訳）

竹屋蕭然鳥雀喧 ちくおくしょうぜんうじゃくかま  
びすし  
風光自適臥寒村 ふこうおのずからかんそんがす  
にてきす  
唯思起死回生術 ただおもうきしかいせいのじゅつ  
何望輕裘肥馬門 なんぞけいきゅうひばのもんをの  
ぞまん

を与えている。

米国では研修医が病院に就職するときに「ヒポクラテスの誓い」を読み上げさせられるが、我が国でも、「青洲の誓い」と称し、「竹屋蕭然鳥……」を研修医に読ませるのはどうだろう。

このほかに、青洲は手術患者から手術承諾書をとっている（図1）。筆者に読めるのは「療治一札之事」の個所だけだが、どうやら、治療に何か異変があっても一言も不平は申しませんと書いてあるらしい。このように彼はいろいろ記録を残しているが“通仙散”の処

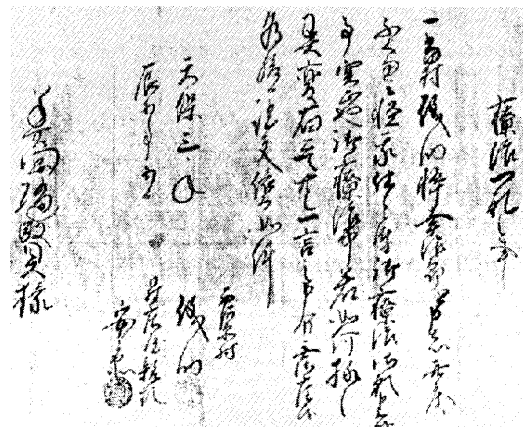


図1 華岡青洲が患者からとった手術承諾書  
華岡瑞賢とあるのが「瑞賢」は青洲の号らしい  
週刊医学界新聞 2074 1994年

方の記録はないようである。門外不出、秘伝と言った当時の規制が華岡青洲をして世界の全身麻酔の嚆矢となしえなかったようである。実際は弟子が“通仙散”の処方を持ち出しており、朝鮮朝顔を主に6種類の薬草を煎じたものらしく、今ではそれを参考に調査され、薬理学的に検討されたが、かなり毒性が強く、扱いにくいものであったらしい。

2004年4月から厚生労働省は、何がひらめいたのか唐突に米国の研修医制度を導入した。医学部を卒業すると自分の希望の研修病院を選択し、そこで2年間研修する義務を課せた(米国の matching program?)。研修病院が研修医の獲得出来る数は研修医指導医の数でまわるので、大学病院は働き手の研修医の数を確保するために、関連病院に派遣していた医師を大学へ呼び戻し研修指導医の数の確保にやっきとなった。特に絶対数が不足している麻酔科医数は、米国の人口10万人当たり13.8人と比較すると日本の4.8人は圧倒的に不足している事になる(麻酔科医数8,347人, 2002年度麻酔学会会員名簿)。この出来事の前までは、この少ない数を1ヶ所に固定せず大学と関連病院の間をくると回していたので、どちらの施設も、なんとか、日常の麻酔業務は遂行できた。しかし、それを大学病院に固定してしまったために、麻酔科医不在の病院があちこちに発生し、多数の病院で手術が出来なくなった。この臨床研修医制度は麻酔科医ばかりでなく、研修後の脳外科、小児科を希望する研修医を激減させた(全国医学部長病院長会議 2006.4.19)。このような事態に至っても厚生労働省の担当官は「大学病院の研修プログラムに工夫が無く、研修医ニーズに答え切れていない。臨床研修医制度が医師不足の原因になっているとはいえない」と先の学部長病院長会議の報告にコメントした。と言いながら、どうやら医学部の学生採用人数を増やそうとする動きが出ている。かつて、医師不足対策として医学部数や学生採用数を増やしたが、結局、医師の都市集中化を促進しただけの効果で、期待通りには行かなかったため、医学部を廃部する事も出来ず、採用学生の数だけをもとに戻した。

この麻酔科医の不足を嘆いた東京の基幹病院の名誉院長と称する、ある老人が「米国のように nurse anesthetist を導入すべきである」と知ったか振りに朝日新聞に投書していた。問題は数ではなく、若くて優秀な官僚が思いつくまま政策を立案し、それを驚くほど稚拙な判断力の上層部が実行する、昔ながらの政治形態にある。もし nurse anesthetist を導入するのな

ら、麻酔科医と共に、日々手術室や集中治療室で仕事をしている、臨床工学技士に臨床麻酔の資格を与える案の方がまだ知性を感じさせる。

#### 4. 元祖 evidence based medicine (EBM)

1990年代に患者の治療に当たっては、治療法の選択の根拠には、正当で厳密な研究方法の実験結果であることを示すべきである、という議論がカナダから始まり、これを evidence based medicine (EBM) と呼び、我が国では“根拠に基づいた医療”と訳されている。

明治16年5月3日軍艦「龍驤」は品川沖を出港し、太平洋を南下、ニュージーランドのウエリントン、チリーのバルパライソ、ペルーのカヤオ、ハワイのホノルルの4港へ寄港する180日に及ぶ大演習航海へと船出した。この5ヶ月半の遠洋航海に出た軍艦「龍驤」の乗組員378名中169名が脚気に罹患し、しかも23名が死亡した、その罹患率実に45%に及び、訓練にならなかったどころか、航海もままならず、帰港が大幅に遅れることになった。

海軍軍医高木兼寛は外国に寄港すると、脚気の患者が減少することに気づき、特にホノルルでは脚気患者の問題で長期寄港になったが、この間にほとんどの脚気患者が回復した。彼はホノルルで食事が日本食から洋食に変わることが原因だと考え、「脚気は其原(そのもと)米にあり」と白米中心の兵食を、麦飯と洋食に切り替える決心をした。明治政府は兵士の募集に「軍隊にはいると白米の飯が食える」をキャッチフレーズに兵士を集めたので、この切り替えには多くの確執、葛藤、軋轢があったと思われるが、兼寛は断行した。

軍艦「筑波」を実験対象に、パン食中心のメニューをつくり、軍艦「龍驤」と同じ航路をとらせ、その間一人も脚気患者が発生しなかったことを示した。明治18年のことである。その後海軍ではほとんど脚気患者が発症する事はなかったが、陸軍では事情が異なっていた。当時から日本医学会は東京帝国大学医学部が指導的立場にあり、陸軍軍医総監石黒忠恵、軍医森林太郎(ペンネーム: 森鷗外)ら東大派は高木兼寛の脚気についてのEBMを無視した。とくに Koch の所へ留学し帰国したばかりの森林太郎は Koch の来日を機会に「Koch 先生は脚気ハ純然タル infektiöns krankheit (感染疾患)ト認メオラレ候」と言ったり、衛生学雑誌「日本兵食論」(1886年)に「非日本食ハ将ニ其ノ根拠ヲ失フントス」とまで述べている。当時は Koch が炭疽菌、結核菌、コレラ菌、と次々と感染症の病原菌

を発見し、どの病気も感染症と見なされた頃とは言え、根拠のない脚気菌感染説を主張した森林太郎は、麦飯を兵食に採用するだけで治療出来た脚気患者を、自分の面子にこだわったばかりに、死へと追いやった。まさに、“根拠にもとづいた医療（EBM）”とは森林太郎がとったこのような医療を排除するために起こったものである。因みに死亡原因はビタミンB1の欠乏からくる脚気心（beri-beri heart）と呼ばれる心不全である。

陸軍では日清戦争では34,783名の脚気患者が発生し、内3,944名が死亡し、日露戦争では脚気患者は実に21万人、死亡者27,800人にもなった。海軍にはほとんど見られないのになぜ陸軍にこれだけの脚気患者が発生し死亡したのか、メディア（このころは新聞）が気付き、取り上げた。国会では責任問題が追求され、調査会の設立が採択された。しかし、調査会は設立される気配はなく再度新聞が取り上げると陸軍軍医総監兼医務局長小池正直は辞任し、後任に森林太郎が就いた。海軍が兵食を麦飯にかえ脚気が無くなった20数年後の明治41年7月に脚気病調査会が発足したが、構成委員はほとんどが陸軍軍医部、東京帝国大学系列に属する細菌学説をとる連中が占め、その主張に固執した。要するにこの調査会委員達は結論を引き延ばすことで日清、日露戦争で3万数千人を死なせてしまったことの責任の回避を計った。

一方、森林太郎とは軍人として同僚で、ベルリン留学時代より旧知の乃木希典は、西南の役で軍旗を奪われた事に始まり、日露戦争でおびただしい戦死者を出したことを深く悔い遺書にしたため、明治天皇に殉死した。この知らせを受けた森林太郎は一言「そんなばかなことが」と言ったのみであった。

大正10年、慶応大学の大森憲太が脚気はビタミンB欠乏症であることを報告した。残念ながら、1年遅く、兼寛はこの報告を知ることなく大正9年に死亡した。一方、森林太郎はその後脚気については一切口にする事なく、大正12年、おそらく、苦々しい思いで死んでいったのではないだろうか。大森の報告後は、やむを得ず、脚気調査会はこれを認め解散した。なんと大正14年、17年も後のことであった。

驚く程稚拙な作戦を繰り返す、第二次世界大戦では、南方、北方の戦線で、日本兵を戦死ではなく、餓死へ追いやった事。特攻隊が誤った作戦であったことが判明した後も官僚はこれを無視し作戦を続行した。そして「雲湧きて流るるはての青空の、その青の上わが死に所」と詠んだ、多くの若者が空に、海に、死へと追

いやられた事。近年では、非加熱血漿製剤に HIV が潜んでいることを知りながら、販売を許可した厚生省役人と、厚生省エイズ研究班委員長安部英、タミフルによる異常行動の最初の報告を2年間、無視した厚生省、タミフル調査委員会の委員はほとんどが、タミフルを販売する製薬会社から研究費と称し、かなりの金額を受け取っていたタミフル事件、等、これらの責任問題の追求が何故起こらないのか、日本は将に官僚天国である。

英国の南極大陸基地には彼ら特有のユーモアからビタミンの研究に貢献した人の人名を基地の地名に用いた。その1つに「高木の岬」がある。基地から日本へ「高木」の名前を用いたことの連絡があったが、日本では誰も「高木」が誰の事か判らなかつた。

## 5. 我が国の高い医療水準を維持するのは

世界保健機構（World Health Organization, WHO）は、日本の医療水準を国民の健康度と医療制度から総合的に評価して世界最高の水準と評価した。我が国は国民皆保険制度により全国民が公的医療保険に加入しているため、保険証があれば、いつでも、何処でも、どの病院、診療所でも、とても安い料金で気軽に受診できる。ちなみに、年間一人当たりの受診回数を国別で見ると、日本14.4回、米国8.9回、ドイツ7.3回、フランス6.9回、英国5.4回となり、日本人の受診回数は群を抜いており、そのお陰で病気の早期発見、早期治療が可能となっており、これが国の医療水準を評価する平均寿命、乳幼児死亡率の低さなどを、世界1位に押し上げている。

2006年日本人の平均寿命は

男性 79.00歳（2位）

1位アイスランド（79.4）、3位香港（78.8）、  
4位スイス（78.7）、5位スウェーデン（78.5）

女性 85.81歳（1位）

2位香港（84.6）、3位スペイン、スイス（83.9）、  
5位フランス（83.8）

と女子は1位、男子は2位となっている。これは生まれた0歳から何歳まで生きられるかを示すが、病気をせず、健康に何歳まで生きられるかの指標となる健康平均寿命も1位日本（74.5歳）、2位オーストラリア、フランス（73.1歳）、4位スウェーデン（73.0歳）、5位スペイン（72.8歳）、となり、平均寿命、健康平均寿命共に日本は世界1位である。一方子供でも2004年度日本の乳幼児死亡率（1～5歳未満の乳幼児の1,000人

当たりの死亡数)は世界で最も低くシンガポール、スイス、デンマーク、ノルウェー、フィンランド、と同じく4/1,000であった。因みに米国は7/1,000、最下位はアフリカ大陸のSierra Leone 共和国で283/1,000であった。この数字を我が国でさかのぼって見ると、1921年(大正10年)の乳幼児死亡率は290/1,000を示している。この時代明治天皇家の乳幼児死亡率は10/15人で、生存した5人の内、男子は大正天皇(1879~1926年)だけであったが、かれも47歳で死亡している。当時の我が国最高の医療が施されていたであろう皇室であってもこの数字であるから、ましてや一般市民の水準は推して知るべしであろう。

新生児、乳幼児死亡率などに関しては、母子保健法のはたした役割が大きい。妊娠が診断された時点で、母子手帳が国籍にかかわらず交付され、胎児から6歳になるまでの予防接種、その他の成長記録が付けられ、保健婦による指導、健診が全国民を対象として無償で行われてきた。これは1937年に施行された母子保健法で母子手帳は我が国独自の発展を遂げ、いまや世界がその導入を検討している。

我が国のように医療水準を高く維持して、しかも自由に利用できる医療体制では費用がかかることになるが、我が国ではどのくらいの医療費でこれだけの医療体制を維持しているのだろうか。

国民医療費は税金(国庫・地方)と国民(保険料・患者負担)と事業主(保険料)からなっており、年間約30兆円である。この額を実感することは難しいが、政府はこれを高いと評価し、何とか抑えようとしている。そこで、道路やダムなどの建設投資額いわゆる公共事業費と比較してみると、公共事業費は85兆円と医療費の3倍近い。先進国で公共事業費が社会保障費より大きい国は日本だけで、英国では公共事業費は社会保障費のわずか1/10である。日本政府はよほど国民の健康管理よりも土建業の方を優先させたいらしい。

日本の医療費を国際的に比較してみると一人当たりの医療費(1998年)は、1位スイス45万円、2位アメリカ42万円、3位ドイツ32万円、以下ノルウェー、ルクセンブルグ、デンマーク、となり、日本は28万円です。7位である。しかし、国民所得との比率では日本は7.2

%と世界19位である。1位は米国の14%、2位ドイツ10.5%、3位スイス10.2%となる。しかし最初に示したように、受診が容易な日本では外来、入院共に欧米の倍以上の数となるので、国民一人当たりではなく、患者一人当たりの医療費で計算すると日本の医療費は極めて低い金額となり、最も高いスウェーデンの1/12となる。

ベッド数が同じくらいの日本の国立病院と米国はボストンのセントエリザベス病院(SE病院)の規模を比べると、表1のようになる。

米国では医師の数だけでも我が国と比較して10倍近く差があり、国立病院では0の職員の仕事は、すべて、医師、看護婦など医療従事者が代行することになる。さらに、医師一人が診察する患者の数は米国の医師の8倍となっており、これらの格差は異常と言わざるを得ない。

理想的な医療とは、自由に受診でき、その上、質の高い医療を、安い医療費で提供する医療体制を言うのであろうが、高い水準を維持して、自由に、気楽な受診を可能にする医療体制には費用がかさむ。そこで、医療費を抑えると前2者が低下するので、この3つを備えた理想的医療体制は存在しないと考えられる。しかし、我が国の医療はこの3つの条件、世界で最も高い医療水準、自由な受診が可能、安い医療費、を満たしている。なぜこのような体制が可能かは、上記表1.の米国と日本の病院の規模の比較に見られるように、医療従事者の過重労働による。

## 文 献

- 澤潟久敬：医学概論 第三部 医学について，大阪：創元社，1959。  
週刊医学界新聞 2074，医学書院，1994。  
吉村 昭：白い航跡 上下，東京：講談社，1991。  
白崎昭一郎：森鷗外 もう一つの実像，東京：吉川弘文館，1998。  
鈴木 厚：日本の医療危機(上，中，下)，日本醫事新報 4075，2002。  
桶谷秀昭：日本人の遺訓(文春新書)，東京：文芸春秋，2006。  
池上直己，キャンベル J.C.：日本の医療—統制とバランス感覚(中公新書)，東京：中央公論社，2002。

表1 我が国の国立病院と米国セントエリザベス病院(SE病院，ボストン)の比較

|       | 床 数 | 医 師 | 看護婦 | レジデント | 秘 書 | 患者運搬係 | ハウスキーパー |
|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-------|---------|
| SE 病院 | 310 | 370 | 620 | 113   | 90  | 17    | 75      |
| 国立病院  | 350 | 39  | 85  | 0     | 0   | 0     | 0       |