

公開討論会 抄録

11. 社会人経験者である研修医の視点からの高齢化社会と地域医療

○久木田新¹，蓑島暁帆²，木谷祐也²，杉山英太郎²，坂本 央²

田邊康子²，竹内利治²，佐藤伸之²，川村祐一郎²，長谷部直幸²

旭川医科大学病院卒後臨床研修センター¹⁾，旭川医科大学循環呼吸神経病態内科学分野²⁾

北海道の高齢化率は全体として29%であるが、市町村によっては50%にせまる所が実在する。そのような地域は人口が一万人を切る市町村に多く、二次医療機関へのアクセスにも困難を極める所が少なくない。そのような地域の医療で特に重要と思われるのは予防医学であろう。高齢化の著しい地域にとって重要なのは、寝たきりの主因となる脳卒中の予防であり、認知症を含むフレイルやロコモティブシンドロームなど老年症候群への対応である。これらの発症・増悪にはその土地の文化、風土が関与している可能性もある。同じ疾患に対する予防であっても、異なる地域では異なるアプローチが必要になることもあろう。こうした事は、元々正解がないものであるため、現在の医学教育で賄うには限界があると思われる。したがって、高齢化が進む地域での医療に従事する医師に求められるのは、医学的知識や経験のみならず、その土地に住む人々に対する理解であり、多面的な観察力であり、探究心なのではないだろうか。社会人としての経験も有る自分が、今これらを踏まえた上で目指しているのは、専門性のある総合内科医であり、特に「循環器を診ることのできる総合内科医」である。「循環器を診ることのできる」という接頭語をつけたのは、救急対応を要する循環器の病態に地域で対処する力を身に着けた医師という意味である。上述の通り北海道は広大であり二次医療機関までの搬送にさえ時間を要する場合が少なくない。冬には雪による交通障害も深刻である。そのような場合にも搬送先まで適切な循環動態を維持出来る医師になりたいという意味である。また、予防医学を推進する観点では、「診察室に座っていない医師」になりたいと考えている。診察室で患者を診ることは当然重要であるが、診察室に来る前の患者予備軍に積極的に介入し疾病教育を徹底して迎え討つ「攻めの医療」の重要性に共感するものである。市民公開講座などで知識を提供するだけでなく、共に実践することで健康に対する意識を根付かせ、普及させる上での問題点を同じ目線で探ることのできる医師になりたい。学生時代にとある町立病院で実習させていただいた際に、院長先生がおっしゃっていた印象深い言葉で、「同じ心筋梗塞であっても都市部と田舎では生存率が違う。命の重さに差が生じている。」というのがあった。環境が違えば設備が違い、提供出来る医療にも差が生じるのは止むを得ないことであるが、少しでも命の重みの格差を解消できるよう力を尽くすことのできる医師でありたい。

テーマ 3 研修医の視点からの高齢化社会と地域医療

12. 地域基幹病院での研修を通してみえる高齢者医療と地域医療

○久瀬雄介¹，川島篤志²，片岡 祐³，渡邊力也³，北村友一³，和田幹生⁴，香川恵造⁵
市立福知山市民病院¹，市立福知山市民病院研究研修センター／総合内科²，市立福知山市民病院総合内科³
市立福知山市民病院大江分院地域医療研修センター⁴，市立福知山市民病院消化器内科⁵

私は、京都北部の地方都市にある医療圏 10 万人の地域基幹病院（感染症・回復期リハビリ病棟を含めて 354 床）で初期研修を行っている。地域包括ケア・システムにおいて、当院は各診療領域の高度医療、救急医療、そして入院医療の役割を担い、最後の砦としての役割を担っている。一方で退院支援も入院早期から積極的に関わり、「病院完結型医療から地域完結型医療への転換」の概念は、急性期病院の医療従事者として共有されている。

初期研修医として各科をローテートしているが、各診療科での研修よりも、救急外来の研修で超高齢社会を実感することが多い。救急外来で高齢者を診る機会は多く、高齢者は複数疾患が併存していることも多い。複数の医療機関・担当医で診療を受けている事例をみるが、かかりつけ医・主治医機能の不在、多剤服薬に代表されるような医師間の連携不足、併存疾患の認識不十分なども稀ではない。また、認知症、高齢独居や老々介護などの心理・社会的背景への評価が診療録上では読み取れないこともある。そのため当院では整形外科などの非内科系入院の際にも、受診のきっかけとなった症状に関する情報に加えて、生活・社会背景を含めた複数疾患・問題のプロブレムリストを記載している。実際、内科研修を経験した初期研修医が各診療科をローテートすることで、総合的に診る文化が定着しつつある。

慢性呼吸器疾患の急変時に気管挿管・人工呼吸器管理の要否や、いわゆる虚弱高齢者の搬送時に人生の最終段階における医療の方法などの重大な決断を、初対面の若手医師として患者・患者家族に説明をせざるを得ない事例にも直面する。事前にかかりつけ医からの説明がなされている際は円滑であるが、そうでない事例も少なくなく、意思決定の困難さを実感している。

当院内科では、入院をきっかけに上記の問題を整理する文化が根付いており、この情報を地域の医療機関とも積極的に共有している。病院での外来診療の時点から実践している指導医からの話も将来の参考になっている。

また、当院では研修期間中に地域連携室から地域の実情を聴く機会も設定されている。地域のことは地域でしかわからないことや当院の役割を再認識させてくれる貴重な機会であり、その後の臨床現場における退院支援にむけての多職種協同も円滑に進められている。当院は地域基幹病院であるが、訪問診療を行う在宅ケアチームも存在しており、対象症例の転帰を伺うことで、病気だけでなく人を診ることの重要性を共有させてもらっている。

私が医学の道を志した頃から日本では超高齢社会は進行しており、この先もさらに進行してゆくことは予想に難くない。その中で、医師個人が地域医療において担う役割に変化が訪れると考える。

私は将来の専攻として、総合性を持った内科医になりたいと考えている。残り 1 年の初期研修期間中だけでなく、後期研修、その後の医師生活の中でも自分の地域医療における役割とは何かを見失わないように日々研鑽に励んで行きたい。

15. 「人生の終え方」を考える

～二次救急を担う地域急性期病院の現場から～

○松原浩太, 河野友絵, 田中宏昌, 村上純子

埼玉協同病院内科

【背景】「救命」を目的とする救急医療の現場で研修医として働く中、高齢者介護施設からの搬送症例に対応することも多い。しかしながら救命行為をしながら自分たちの行動が果たして倫理的に正しいのか、疑問を抱かざるを得ない現実が目の前にある。【現状】地域急性期病院である当院は2016年に3,786件の救急搬送を受け入れている。約4割の1,416件が入院となり、高齢者介護施設からの入院がその1割を占めている。死亡退院例の検討では、施設からの入院患者の年齢（平均87歳）は自宅からの入院例（平均76歳）より有意に高かった。実際は救急要請時から心肺停止状態であり、心肺蘇生法を実施されながら搬入される症例も多い。そして「看取り」が目的だと医師、施設スタッフ、救急隊員の間で暗黙の同意を感じながらも、救急室では医療行為が続けられる。その中には既にDNARの同意が書面や口頭で取られていることもある。患者や家族の意志表示を無視して、暗黙の同意があるにも関わらず医療行為が行われる原因を考えてみた。それは、誰もがいずれは直面する「死」を迎える、その瞬間の準備が出来ていないことではないだろうか。DNARを確認していない場合、患者本人の意志が介在する余地は既にある。我々は家族の到着まで心肺蘇生を続けるが、その場で判断を求められ狼狽する家族も多い。高度医療へのアクセスが保証されている日本だが、死の瞬間はいつか必ず訪れる。今こそ「人生の終え方」について具体的に考えてみませんか、と医療者である我々が声を上げるときなのかも知れない。

16. 地域医療を考える～健康先進国日本を目指して～

○湯浅健人¹，岡田博史²，安田考志²，川崎達也²，三木茂行²，小山田裕一²，山根哲郎³

松下記念病院¹⁾，松下記念病院総合診療科²⁾，松下記念病院外科³⁾

私は大阪北部の地域基幹病院で研修している研修医2年目（2017年4月現在）で、将来は救急医療をサブスペシャリティとしたいと考えており、幅広く総合診療科的な視点を持ちながら研修を積んでいる。現職場は2016年より総合診療科を立ち上げ、各専門医が兼任で総合診療にあたっている。救急搬送症例は誤嚥性肺炎をはじめとする高齢者の感染症が多く併発症も多臓器にまたがっており、ある程度医師が充足されている同地域においても、臓器別の専門的視点と内科学のジェネラリズムの双方の充実性を強く感じている。また高齢者は入院期間が長期化する傾向にあり、限られた人的・経済的資源を活用するため病院完結型から地域完結型（地域包括ケアシステム）へのシステムの移行、その構築の重要性を目の当たりにしている。加速する高齢者社会における急性期病院の役割とは地域指向性を理解し患者個人だけでなく取り巻く社会環境やその課題、解決策にいたるまで社会、地域、人を対象とした全人的な医療の提供であると考えている（具体的にはプライマリケア医・ケアマネジャーとの連携、ニーズに応じた社会サービスの提案など）。さらにその評価、生涯教育も重要課題でありこれらのマネジメントも含めた取り組みこそが地域における新・内科専門医のプロフェッショナルリズムであり社会的責任と考えている。専門医制度の成り行きが不透明な点はあるが地域における診療ネットワークのリーダーを目指して救急診療、内科診療の研修に研鑽をつみ患者さんの心とからだに寄り添っていきたい。2035年には今の医学生・若手医師が日本の医療の中心となっています。日本が本当の健康先進国となるよう、我々はあらゆる困難に対して努力する必要がある、また今日ここに集まるすべての方にその権利があると思う。

17. 「地域医療におけるこれからの総合内科医」

○徳増一樹¹，尾原晴雄²，金城紀与史²，平田一仁²

沖縄県立中部病院内科後期研修医¹⁾，沖縄県立中部病院内科²⁾

これからの日本の医療は高齢化社会がすすみ、心不全、腎不全、感染症、独居老人など医学的、心理的、社会的に複数の問題を抱えた患者の診察が日常になってくる。このような時代の中で、地域医療における総合内科医の重要性を述べたい。

現在、日本には約8000の病院があり、約10万の診療所がある。100床未満の病院は全体の約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占めている。つまり、中小の医療機関が大多数を占める状況で高齢化のすすむ地域医療を支えなければならない。

これが、日本の地域医療の現実だ。これからは団塊の世代も高齢化し、複雑な問題を抱えた患者の数も増えてくる。地域全体としても医療・福祉への需要が高まり、既存の診療体制のみでは太刀打ちできなくなるのではないかと。では、どうしたらよいか。

私は、地域における総合内科医の活躍に解決の糸口があるのではないかと考える。

なぜなら、複数のサブスペシャリティ専門医にかかっている負担を減らし、各診療科の連携を取り、さらには地域との連携もとれるからだ。例えば、80歳女性で慢性心不全、慢性腎臓病、関節リウマチ、シェーグレン症候群、甲状腺機能低下症、腰椎圧迫骨折、変形性膝関節症がある患者が、循環器内科、腎臓内科、膠原病内科、内分泌内科、整形外科に通っているとする。病勢の強さにもよるが、サブスペシャリティ専門医との連携の上で、総合内科医一人でも継続診療は可能だ。また、複数の診療科にまたがっていて各科が内服薬を処方していると、ポリファーマシーにもつながる。自分が処方していない薬の調整はどうしても難しい。さらに、主治医が明確である方が、その患者のリヴィングウィルについて、人生の最期について考え、話し合う機会も増えるだろう。つまり、可能な範囲で一人の患者がかかる医師を集約し、その医師、つまり総合内科医の数を増やし、その診療の幅を広げることが全体を見て地域の医師負担軽減に繋がるのではないかと考える。

また、基幹病院の総合内科医は地域との窓口にもなれる可能性も秘めている。地域住民や家庭医、公共・私設の医療福祉施設と協同することで地域医療に積極的に介入できるのだ。

地域包括支援センターと協力することで、入院をきっかけに医療福祉介入できた独居高齢者、保健所・保健師・民生委員と協力してできた社会的サポートが薄い患者の自宅訪問、家庭医と連携した夜間休日看取り体制や高齢者住居施設の訪問、地域のボランティア団体、医療福祉コミュニティとの協力など、地域における総合内科医の活躍の場は多い。

このように今後、日本の抱える高齢化社会と地域医療を併せて考えたとき、地域で活躍する総合内科医の存在が重要になってくる。そして、そのような医師をしっかりと育成するシステム、つまり明確な総合内科医像とそれを目指した内科専門医制度の構築が重要な課題となってくるだろう。

18. 高齢化社会と地域医療における総合診療医の可能性

○一戸 護¹，齋藤恭平¹，奈良井大輝¹，矢吹理人¹，石山良生¹

田中聖人¹，小野塚航太¹，松井 涼¹，長田大輝¹，住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹，東北医科薬科大学地域医療学教室東北医科薬科大学病院総合診療科・救急科²

2025 年問題が取り立たされている現代の日本において、高齢化の問題は医療と切り離せない関係にある。また、いわゆる僻地と呼ばれる地域においては、患者だけではなく医療者にも高齢化が進んでおり、地域医療における大きな壁となっている。これらの問題を抱える中で、我々医学を志すものも時代に合わせて変容していかなければならないと考えられる。今回の発表では、医学生という立場から研修医の視点を想像し、その視点から今後高齢化社会と地域医療に必要なとされうる医師像について考察する。平成 28 年に総務省が発表した資料によると、我が国における総人口に占める高齢者の割合は 27.3% で、過去最高の割合を更新した。また、平成 25 年に厚生労働省が発表した調査によれば、2025 年までに 75 歳以上の高齢者の人口は都市部で急速に増加し、もともと高齢者の多い地方でも緩やかに増加することがわかった。したがって、都市部や地方を問わず、日本全体としてさらに高齢化が進むことが考えられる。一方、都市部には多くの医療従事者が存在し、専門領域別の分担が円滑になされているところが多いが、地方では無医村と呼ばれる地域なども存在し、慢性的な医師不足に悩まされているところも少なくない。こういった地域で、都市部と同様に様々な専門領域の医療従事者が選択的分業を行うことは困難を極めることだと思われる。

こうした状況の中、研修医という専門領域の確定していない医師の視点を想像すると、総合診療科という新たな選択肢が解決の糸口になるように思える。総合診療科とは、2020 年度に導入が検討されている新専門医制度で登場する新たな専門科で、現在の制度の中では正式に定義されていないが、全国各地の病院で導入がされている。日本病院総合診療医学会によると、「Subspeciality を持った上でどのような疾患にも対応し、未診断症例には速やかに正確な診断を行い、速やかな治療を行うことができ、場合によっては患者のことを考えた専門医との連携を円滑に行うことができる医師」とされている。

医療従事者の少ない地方で地域医療を行うとき、各々の専門領域に精通した医者が一人いるよりも、総合診療医が一人いる方が、数多くの疾患に対応し、速やかな治療を行うことが可能になるのではないかと思う。実際に早期医療体験学習という形で、医療従事者の業務内容を見学した際にも、それぞれの分野の専門家が、自分の専門領域の診断ないしは治療を行う場面を見ることが多かった。高度な疾患や怪我に対応するには、高度な知識が必要になるというのはもっともだが、医療従事者の少ない環境で患者に対する全人的医療を成し遂げるためには、知識や技術の広さという面がより重要視されるのではないかと感じた。研修医時代から総合診療科に興味を持ち、地域医療を担うことができれば、医師の高齢化問題と医師不足の問題の両方に解決策を提示することが出来ると考えられる。今後の高齢化社会において総合診療医が大きな役割を担うことを期待してやまない。

12. 医学部4年生として臨床実習を目前とした患者様との関係における倫理を考える

○石原杏奈，船橋伸禎，小澤公哉，高岡浩之，小林欣夫

千葉大学循環器内科

現在医学部4年生であり、臨床実習を目前に、患者様との関係における倫理を考えてみた。現在の時点では、患者様との関係は、1) 患者様がその時点の診療に対して満足してもらえるサービス業としての観点、2) 患者様にデータの改善、生命予後の改善、生活の質の改善という健康に関する有益な結果を提供するプロの職人としての観点。さらに3) ガイドラインに沿って一般診療を行っていく上で、それに当てはまらない症例と出逢うことがあると思うが、そのことで新しい知見を発見もしくは自分の臨床力の向上につながるため、自分もしくは医学の進歩にかけがえのない協力者として患者様をとらえ、常に患者様から学ばせていただいているという姿勢で、感謝する観点をもって患者様と向き合っていきたい。また、医師は医療者である前に患者様と同じ一人の人間であり、医療を提供する側だけでなく、自分自身が患者側にもなりうる。そのため、人としての思いやりの心を忘れず、患者様側の立場からも物事をとらえ、患者様を理解し、患者様にとって最善な医療を提供できるように努めていきたい。

13. 市民と医療者のための情報発信をする医師を増やす

○上松正和, 横沢 聡, 中村 紳

岩手県立磐井病院

【背景】

日本の高齢化は進行の一途をたどっており、特に地方ではそれが顕著である。だが医師は都市に集中し地方の病院は人手不足となり、機能が十分に発揮できていない。そこには私たちが医学部で教えられてきた「医師は目の前の患者を全力で助けなければならない」という倫理観が時代の要求に応えきれていない現状があり、その解決策の一つとして私は地元の新聞に医療に関する連載を始めることとした。

【市民の QOL を上げる情報を】

地方で医師として働くと現在までに放って置かれた奇妙な医療の実態に気づく。例えば山間部に位置する当院では毎年夏になると大勢の蜂刺症患者が夜の当直室に訪れ、救急外来スタッフが疲弊している。夜間には経過観察で対応可能な軽症の小児患者が多く訪れ、一昨年には小児科医が倒れてしまった・・・等々。目の前の患者を全力で助け続けた結果が過剰な受診、長時間労働、疲弊による離職が続く現状である。私たちには何が欠けていたのだろうか。

欠けていた一つが患者教育である。よりの確な表現を用いれば市民啓発である。もちろん今までも多くの医療情報を発信してきただろう。でもその中身は「知名度を上げたい医師や視聴率を上げたいメディアのためだけの情報になっていなかったらどうか。」「～はこんな危険な場合がありますからすぐ病院へ!」というのは極論すれば不安を煽るだけ煽って商品を購入させる悪徳保険会社とやっていることは変わらない。その情報は一般市民の QOL を著しく損ない、前線にいる医療者の疲弊を招いている。高齢化が進む一方で医療が十分に行き渡らない現代の地方医療ではそのような発信ではなく、「～すればあなたの対応だけでも大丈夫」という情報こそが市民の QOL を上げ、医療者の負担を減らすのである。そのような情報の発信を私は新聞の連載という形で始めて約半年だが、少しずつではあるものの手応えを感じている。

【医師の倫理を問い直す】

「大丈夫とか公に言って何かあったら発信した医師の責任はどうするんだ」という意見も理解はできるが、だからこそ今の医療費が膨張している日本、地方の医療が崩壊していく日本において、「患者だけを診る」のか「市民も診る」のか医師の倫理を一度皆で確認する必要があるのだ。

14. 終末期を考える

○佐々木広視

永寿総合病院

倫理とは判断の根拠となる原則である。古くはヒポクラテスの誓いがあり、近代となってからはジュネーブ宣言・ヘルシンキ宣言・リスボン宣言などの原則が提示されてきた。トム・L・ビーチャム、ジェイムズ・F・チルドレスが生命医学倫理で唱えた生命倫理の4原則では、(1) 自立の尊重 (2) 無危害 (3) 善行 (4) 正義が掲げられている。医師の判断は単に法律を遵守したものではなく、こういった職業規範に則ったものでなければならない。医師の判断の大部分は生命倫理の4原則に則ったものとなるが、終末期の場合、4原則を満たすのが難しい状況もある。例えば、本人の意思が確認できない場合は家族との話し合いが重要となるが、身寄りがない場合はどのように意思決定をすべきなのか。あるいは、本人と家族の意思が食い違っている場合はどうすればよいのか。本人の意思を尊重する、ということは終末期ではしばしば困難を伴う。患者のために最善を尽くす治療とは心臓を最後まで動かす治療を指すのか、あるいは苦痛なき医療を指すのか。こういった判断は患者の背景によっても異なってくる。中心静脈栄養を行うのか、胃瘻を作るのか、急変時にNPPVを行うのか、挿管するのか、人工呼吸器管理をするのか、あるいは昇圧剤を使うのか、胸骨圧迫を行うのか、透析を行うのか、などいわゆる延命治療といわれる処置にも数多くの処置があり、どれを行うのかは状況に応じて判断することとなる。家族も突然の事態ではっきりとした意思を示すことのない場合も多く、医師自身に高度な倫理的判断を求められるため、常に様々な状況を想定しておく必要がある。

15. 公衆の眼差しの中で医療を進歩させるために

○岡崎幸治¹，大磯義一郎²，白川康一²，鈴木孝昭³，森 亘平⁴，大野 航⁴，橋本優子⁴

日本海総合病院¹⁾，浜松医科大学総合人間科学講座法学教室²⁾，弁護士法人フェアネス法律事務所³⁾

浜松医科大学医学部医学科⁴⁾

人を対象とした臨床研究は、医学の進歩に欠かせない。薬に関する in vitro の実験結果は、複雑極まりない in vivo での結果としてそのまま翻訳される訳にはいかない。動物実験も、酵素型をはじめとして動物は多くの点で人間と異なり、人間の生体内における薬効を必ずしも反映しない。一方で、‘patient first’ の指針に沿った行動が求められる医師の臨床研究は、ナチスドイツでのユダヤ人への非倫理的な人体実験と、医療社会の反省としての‘ヘルシンキ宣言’を例に挙げるまでもなく、他のどの科学分野での研究よりも強い倫理的制約を受ける。

ところが実際のところ、医療技術や新規薬剤が複雑化、高額化する現代に臨床研究を行う上では、患者の恩恵を最大の目的として掲げていても、企業や研究費など他の利害に惑わされる誘因が大きい。その情勢を受け、世界医師会は医師の職業精神の本質的原理である「プロフェッショナル・オートノミー」と臨床上的独立性を訴えるソウル宣言を採択した。しかし現在の日本に於いては、研究資金や人的資本がボトルネックとなって、製薬会社の専門家等の外部の関与が余儀なくされている現状がある。国の研究資金を適切に分配できるように日本版NIHが設立されたが、予算規模はアメリカの20分の1であり、国会への直接の予算請求権がないなど権限も限定的である。また、高度な疫学統計に精通した医療従事者は非常に稀な存在である。

そのような物的・人的制約の中で、臨床研究に於いて倫理規範を逸脱して外部の関与を受け入れてしまった事例が生じ、広く社会の関心を集めてしまった。公衆がこの事件を重大視することに、我々医師は敏感でなければならない。何故なら、医師には「患者」という明確な貢献対象がいる点で科学者集団の中で特異であるからだ。私は、私達医師の使命と幸せの核心は、専門知識を駆使し、クライアントたる患者の健康に尽くすことにあると信じている。このクライアントとの関係が損なわれると職業倫理上の土台が失われ、我々の存在意義に関わる。研究分野だけでなく、臨床分野もその点に於いて無関係ではない。実際、1999年の度重なる医療事故で社会の不信が蓄積し、医療事故の立件送致数がここ15年で10倍になった。その結果、外科や小児科などの訴訟リスクの高い分野が働き辛いと嫌厭されるようになった。臨床医学が社会の不信を買ってしまったことで自らの崩壊に拍車をかけてしまったのだ。同様に、研究分野での不祥事が研究の運営に悪影響をもたらすことを危惧しなければならない。臨床研究が社会の不信を買うと臨床研究への患者登録が拒まれ、医学の進歩に支障を来すことなどが懸念される。

私達医師集団は、生存戦略として、公衆との関わり方を模索しながら医学を発展させなければならない。特許料や病院の収益を研究費に充て、利益相反が絡みにくく安価に行える研究をデザインすることなどにより、課せられる倫理規範と、臨床研究を運営する上での実際上の制約との折り合いをどうつけていくかが、喫緊の課題となっている。

16. 地域急性期病院で貧困問題と高齢者医療を考える

○河野友絵¹，田中宏昌²，村上純子³

埼玉協同病院¹⁾，埼玉協同病院内科²⁾，埼玉協同病院検査科³⁾

【背景】 当院の位置する埼玉県でも高齢化が進み生活保護受給世帯は増加の一途をたどっている。一方貧困による受診控えが招く重症化症例を認めることも多い。

【現状】 当院に寄せられる経済相談の数は年々増加しており，相談者の年齢は50歳以上が7割以上を占める。問題解決に活用される社会資源の4分の1は生活保護制度である。また，レセプト点数は全患者平均と比較して生活保護受給者で高くなっている。実際，来院時既に濃厚な医療を必要とするケースが多いが，自己意思決定困難な例が多く，結果的に過剰な医療資源が投入されている。我が国の社会保障関係費が増加するなか，生活保護費の医療扶助は5割を超えている。医療・生命倫理の観点から言えば，全ての国民が等しく，最善の医療を受ける権利を有していると自分も考える。しかしながら高齢化に伴い医療需要が高まる現実を目の当たりにして倫理と医療経済は両立しないのではという思いを日々強くしている。生活保護受給者に早期からの受診を促し，医療福祉との関係性を保つことで多少の事態打開は図れる可能性もある。だが，生活保護を申請せずに就労・子育てをしている貧困者が，受診機会を持つことは容易でなく，また，医療費負担を恐れて受診を控えている現実もある。このような様々な社会状況から既に医療格差は広がっており，公平な医療とは何かということをもう一度考え直してみる必要がある。