

医学医療の進歩の課題

医学医療の進歩と課題：
『生かす技術』の高度化

自然な最期…？



『死なせない』ことができる反面、
望まない延命への葛藤も

価値観の転換：

『量(長さ)』から『質(納得感)』へ



『その人らしい人生の終わり方』を
どう実現するかが問われる時代

これからの医療介護の使命：
『人生の物語』の完結を支える

ありがとう
よい人生だった



高度な医療技術が、その人の
『人生の物語』を完結させるために
適切に使われたかどうか

望まない延命治療が行われてしまう「4つの壁」と構造



①時間がない：突然の急変・意識消失
(話し合う暇がない)



②救急医療の原則：『救命』が最優先
(情報がなければ蘇生がデフォルト)



③家族のパニック：代理決定の重圧
(動揺して本心とは違う選択も)



④情報の分断・不在：現場に届かない
(紙は家の中、初めての病院)



結末：望まない形での延命治療が開始
(一度始めると法的・倫理的に中止は困難)

※PHR (ヘルスケアパスポート) で「情報」をつなぐことが、この構造を変える鍵になります。

「ありがとう良い人生だった」のための3つの準備

1. 『身体』を整える (フレイル予防)



貯筋運動



タンパク質
摂取



口腔ケア

足腰と口を元気に保つ

2. 『頭と心』を満たす (認知症・孤立予防)



社会との
つながり



新しい挑戦



よく笑う・
生きがい

人と会い、脳を刺激する

3. 『意思』を伝える (望まない延命回避)



人生会議
(ACP)



意思表示
(リビング・ウィル)



医師の事前指示
(POLST)

希望を言葉にしておく



まとめ：
今を生き生きと過ごすことが、
理想の最期 (ピンピンコロリ) への近道！



要介護高齢者・慢性疾患の急死・突然死リスク

要介護度と急変・急死

要支援1～要介護1



自立に近いが、
心・脳疾患による突然死
(約10～15%)



年死亡率
5～10%
突然死割合
50～60%

要介護2～3



誤嚥性肺炎、
転倒後の急変
(約15～20%)



年死亡率
10～20%
突然死割合
30～50%

要介護4～5



「前日まで元気だった」
心不全増悪、窒息
(約25～30%)



年死亡率
30～50%
突然死割合
20～30%

慢性心不全の重症度と死亡率

Ⅱ度 (軽症)



年死亡率
5～10%
突然死割合
50～60%

Ⅲ度 (中等症)



年死亡率
10～20%
突然死割合
30～50%

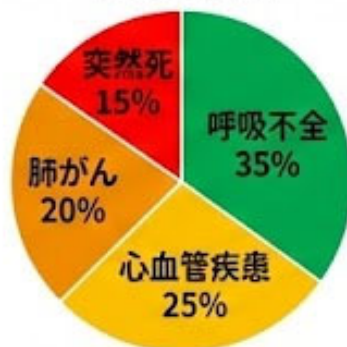
Ⅳ度 (重症)



年死亡率
30～50%
突然死割合
20～30%

慢性呼吸不全 (COPD・間質性肺炎) の死因

COPD死因



間質性肺炎死因



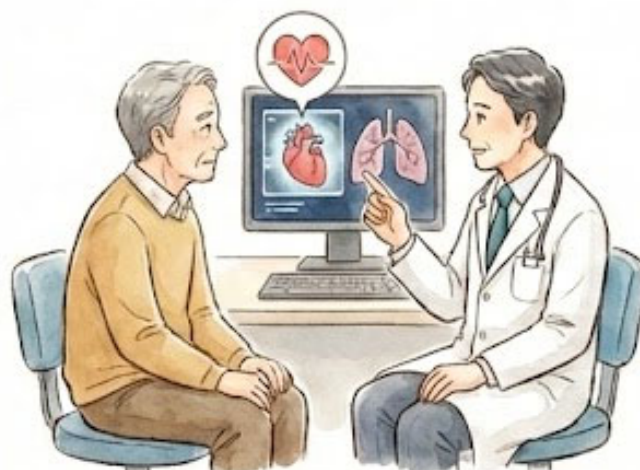
POLSTを始める時期の提案：急死リスクが高まる前に

要介護度が高まると
急変リスクも上昇



① 介護サービス利用開始時

② 慢性心不全・呼吸不全
などの診断時



軽症でも突然死のリスクあり

③ 悪性疾患・難病
(予後不良)の罹患時



根治困難な段階での意思表示

これらのタイミングでPOLSTを作成し、自分の意思を共有しましょう。



ACP(人生会議)の進め方



ACPの記録を『わたしの大事をつなぐノート』にまとめ、医師に相談することで、あなたの思いに沿ったPOLSTが作成できます。