尊厳を守るには：大規模団地で孤立する高齢者の意思決定支援を振り返る

岡村 毅 杉山 美香 枝広あや子 宮前 史子
釘宮由紀子 岡村 睦子 栗田 圭一

要 約

目的：多職種の関わったある意思決定支援を深掘りすることで、尊厳を守ることを可能にする条件について明らかにする。**方法：**われわれは、疫学調査（研究者として）と地域支援（専門家として）を並行して行うコミュニティ参加型研究を都市部大規模団地で行ってきた。そこで社会的孤立状態にあり、医療を自ら中断した80歳の男性に出会い、3年にわたり継続して関わり、終末期まで支援するという経験をした。そこで1) ワーキンググループで支援記録を分析して経過表を作成し、2) 関係した専門家へのインデプスインタビューおよび振り返りのための多職種ケース会議をおこない、逐語録を分析して経過表の各段階に対応した意思決定支援をまとめ、3) 本事例においてみられた意思の特性を明らかにし、4) 意思決定支援において尊厳を可能にする条件について考察した。**結果：**意思について、1) 明文化されたものだけではない、2) 移ろうからこそチームで支える、3) 意思決定支援はプロセスである、という特性が挙げられた。医療において尊厳を守ることを可能にする意思決定支援であるためには、1) 医療的な事実のみが重要と思わないこと、2) 意志は移ろうかもしれないが待つ時期をもつこと、3) 社会や他者と関係が続けられるような支援をすること、が導き出された。**結論：**一見すると医療拒否ともとられる孤立した人の意思決定支援を振り返った。尊厳とは何かという問いに答えることは容易ではないが、意思決定支援のプロセスにおいてどのように尊厳を守ることができるのか、について事例に即して深掘りした。臨床現場ではこのような困難で複雑な事例は多いが、ガイドラインでの記述は難しく、1例の深掘りで迫ることには意味がある。

Key words

尊厳、意思決定支援、終末期ケア、社会的孤立、コミュニティ参加型研究

(日老医誌 2020 ; 57 : 467-474)

緒 言

高齢者にとって現代社会は住みやすい社会であろうか。我が国は健康長寿社会を実現したが、今や高齢者のいる世帯の半数以上は、独居高齢者のみ世帯である。都市部においては地縁・血縁が弱体化し、社会的孤立状態にあるものも多い。単身高齢者では誰とも話さない日があるものが半数近くいる¹⁾。認知症と共に生きる高齢者は増えており、今世紀半ばには人口の10%程度が認知症を有する可能性がある²⁾。すなわち都市において認

知症、単身、独居、無縁、低所得といった生活課題を持つ高齢者が増えている。

われわれはすべての高齢者が希望と尊厳をもって暮らすことができる社会を作るために、縦断的疫学調査と並行して、地域拠点で研究者が専門家として支援を行うアクションリサーチを行ってきた。疫学調査と地域支援を並行して行うCommunity-based participatory research (コミュニティ参加型研究)についてはすでに報告した³⁾。

われわれの地域拠点は専門職としてのリアルな臨床現場でもある。そこで社会的孤立状態にあり、医療を中断

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム

連絡責任者：岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム [〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2]

e-mail: t.okamura.jp@gmail.com

受付日：2020. 6. 5, 採用日：2020. 8. 15

doi: 10.3143/geriatrics.57.467

表1 本研究で用いた方法論のまとめ

	目的	具体的な手順
エスノグラフィー	現場に参与して観察することで自明とする世界を異なる視点から見つめなおすことができる。	研究所が地域の支援拠点を開所し、専門家（医師、心理士、保健師など）が常に滞在し、訪れた人すべてに対して支援を行い、経過はノートに記録した。 本ケースの支援記録を多職種で振り返り、多職種の視点からも共有できる経過の表を作った。
インデプスインタビュー	複数の支援者にアプローチすることで現場の多様な声を得ることができる。	対象者に最も深く接した地域支援者（地域包括、保健師、訪問診療医）に研究員が半構造化インタビューを行った。インタビューは録音され、逐語録を作成した。
ナラティブ分析	支援が各支援者の意味世界の中で捉えることができる。	インタビューを逐語化したものに対して、内容に着目して発話者の主観的な意味世界を探索した。各人が個別に行ったものを研究会で対照させ、議論をし、一致を得るまで話し合いを繰り返した。

した高齢男性（A氏、享年88歳）に出会い、3年にわたり継続して関わり、終末期まで支援するという経験をした。この事例をフィールドの実践家と研究者で振り返ったときに「意思決定支援を通して尊厳が守られた」と共通の認識をもった。

同時に、尊厳を守るためにはどうすればいいのかという課題が浮き彫りになった。国連は「高齢者のための5原則」の1つとして尊厳をあげている（他は自立、参加、ケア、自己実現）。しかし尊厳という言葉の定義は難しく、日本老年医学会ですら「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」(2012年)において、「人びとの間にも、いたずらに命を引き延ばすよりも、尊厳という言葉の定義に問題が残るにせよ、その人らしい尊厳のある終末期を迎えたいという考えが強まっている」と指摘している（下線筆者）。一方で日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」(2019年)では「誰かの尊厳とは、誰かが自分自身の重要性について持つ所感であり、自らに価値があると感じることである」と定義している。英語圏でも尊厳という言葉の分りにくさは指摘されている⁴⁾⁵⁾。尊厳とは何かという定義を確立することは本論の射程を超えるが、臨床事例を深掘りする中で尊厳を守るための実践には迫れるであろう。

本研究の目的は、行われた意思決定支援を可視化し、尊厳をまもるための条件について明らかにすることである。

方法

本研究では本人がすでに故人であり、多声的構築主義的エスノグラフィー⁶⁾を用いた。表1に、本研究の方法

論である多声的構築主義的エスノグラフィーの各手法（エスノグラフィー、インデプスインタビュー、ナラティブ分析）の目的と手順をまとめた。

1. 対象及び選定方法

東京都B区で東京都の受託研究事業「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」として、ある地域（人口32,674人、高齢化率33.2%）に在住する70歳以上高齢者7,614名を対象に郵送・会場・訪問の3段階の疫学調査を行った。さらに研究所の多職種パネルにおいて地域生活の破綻のリスクがあると判断したもの70名を地域に作った拠点において支援した（介入研究）。調査の詳細はすでに発表した³⁾⁷⁾。

この報告の対象は、上記の疫学調査（1次、2次、3次）のすべてに順次参加し、さらに介入研究にも参加したA氏である。

2. 地域拠点

地域拠点は団地の中央部の棟の1階に、週に3～4日、11時から16時まで開室した。テーブルセットと無料の飲み物があり、訪問者は自由にすごせる。保健・医療・福祉の専門職を含む2～5名が交代で常駐し、必要があれば専門相談にも気軽に応じた。特に毎週月曜日に医師が常駐したが白衣は着ず首から下げたネームプレート以外は普段着で対応した。地域包括支援センター（以下地域包括）2カ所、医師会の出先機関、最寄りの訪問診療医とは月に1回は連携会議をした⁸⁾。

3. データ収集

今回の分析対象になったものは以下の3つである（図

図1 データ収集のスキーマ

1).

3.1. 地域拠点での支援記録

経過表の作成に用いられた。

3.2. インデプスインタビュー

A氏に最も深く接した支援者3名に対して研究者がインデプスインタビューを行い、録音データから逐語録を作成した。対象、インタビュー時間はインタビュー1：地域包括の所長（社会福祉士，精神保健福祉士，介護支援専門員），103分，インタビュー2：訪問診療医，92分，インタビュー3：地域拠点の保健師，108分であった。

3.3. 多職種ケース会議

地域拠点において多職種ケース会議を行って支援を振り返り、録音データから逐語録を作成した。参加者は、訪問診療医1名，精神科医2名，歯科医師1名，保健師2名，心理士5名，総合病院のソーシャルワーカー2名，地域包括から4名，終末期ケアの研究者1名，所要時間は98分であった。

4. 分析方法

4.1. 経過表の作成

研究者および地域拠点のスタッフ計6名（心理士2名，保健師2名，歯科医師1名，精神科医1名）でワーキンググループを設置した。メンバーがそれぞれ支援記録を時系列に並べコード化し，表にした。これを持ち寄って合議し，6名が振り返って事実に近いと考えられるA氏支援の経過表を作成した。

4.2. 経過表の各段階に対応した意思決定支援の分析

研究者グループ（心理士2名，歯科医師1名，精神科医1名）はインデプスインタビューおよび多職種ケース会議の逐語録を熟読し，A氏の意思決定支援について語られた箇所について階層的にコード化し主題に発展させ，経過表の各段階における意思決定支援の各段階を明らかにした。

4.3. 本事例においてみられた意思の特性

次に，研究者グループはインデプスインタビューおよび多職種ケース会議の逐語録から，本事例においてみられる意思の特性を個別に抽出し，一致をみるまで話し合いを繰り返した。

4.4. 意思決定支援において尊厳を可能にする条件

最後に，研究者グループはインデプスインタビューおよび多職種ケース会議の逐語録から，A氏の意思決定支援において尊厳を守るためになされていた試みを個別に抽出し，概念化が妥当かどうか一致をみるまで話し合いを繰り返した。また本事例に見られた試みを，広く医療現場で一般化するための方法についても話し合った。

5. 倫理的配慮

A氏からは個別事例の発表について説明の上署名同意を得た。インタビュー対象者からも書面同意を得た。本研究は東京都健康長寿医療センターの倫理委員会の承認を得て実施された（元健イ事第1924号）。

表2 多職種が共有した時系列の経過

時代区分	解説
孤立期	X-3年7月 疫学研究の会場調査において「女性に300万渡した」という話をしたことから経済被害が疑われたが、本人がそれ以上の介入を拒否した。
手紙支援期	X-2年6月 偶然地域拠点の外をとほと歩いていたときに保健師が声をかけたことで、保健師が電話する、チラシを入れる、手紙を書くという細い関係がはじまった。
援助希求開始期	X-2年12月 大学病院でがんと診断され、放射線治療に向けた抜歯がなされ口腔機能が落ちた。しかし放射線治療を途中で中断して帰ってきた。そして郷里の同胞に電話をしたが、拒否されてしまう。そして初めて自ら地域拠点に電話をしてきた。 保健師の計らいで地域包括支援センターへも相談が始まった。この頃は女性がいたので保健師の訪問は拒否していた。
支援受け入れ期	X-1年2月 拠点に来るようになりEさんという男性と親しくなった。Eさんは搾取するだけの女性とは関係を切れとアドバイスした。研究員である歯科医が相談を受け、歯科受診および経口摂取の継続を支援した。献体の手続きをすでに行っていると話した。
在宅支援期	X-2年11月 女性との関係が切れたとの報告があった。貸した金は返ってこなかった。 同月、拠点で地元訪問診療医と初めて会い、がんに関して再び医学的評価がはじまった。訪問診療医のマネジメントのもと、大学病院に保健師と行くが、治療しなければ死ぬと強く言われた。しかしA氏は、治療は受けない、自宅で過ごしたいと意思表示した。これにより、その大学病院では「医療拒否」とされ以後の治療はなしとなった。この後、訪問診療医が主治医となった。 それからA氏は地域拠点に毎日のように来るようになった。地域拠点の保健師は、地域包括、訪問診療医と連携し、支援チームを結成した。
身体機能低下期	X年4月 呼吸機能が低下傾向になり地域拠点において保健師と共に喀出訓練・呼吸訓練を開始する。地域拠点における友人との囲碁を楽しみに通うようになった。6月介護保険を申請し要介護2となった。また認知症の人のための本人ミーティングにも参加した。 スタッフは本人の意思である在宅生活を送れるように支援を継続した。献体の意思を支援チーム間で情報共有した。
終末期	X年8月 虚弱が進行し、訪問診療医のマネジメントのもと地元の中規模総合病院に入院する。以後、拠点スタッフや友人がお見舞いに行った。在宅医療に向けて病院主治医と支援チーム間で情報共有がなされた。 10月某日 外出した。当初は自宅に行く予定であったが、本人は当日自宅よりも地域拠点に行きたいと言い、地域拠点で多くの人にあいさつをして回った。 死の前日、お見舞いに行った研究員が偶然A氏の出身地に旅行に行ってきたことが分かり、写真を見せたところ、手でOKマークを出して喜んだ。このとき「Aさんが人生で大好きな、大切だと思う人は？」と質問したところ、「お母さん」と答えた。そして少し間があって、自分から「お寺」と声を出し、以後黙った。
死後	その翌日、外出から約1週間後、死去。献体された。 死亡届は、地域包括から連絡し、親族から提出された。献体の手続き、家の整理は地域包括が業者に依頼した。 11月 某日地域ケース会議が行われ、関係支援者で黙祷した。

結 果

1. A氏の背景情報（我々と接点を持つまで）

生活歴：

遠方のC県出身。同胞4人中第1子。地元で電話局の試験係として働いた後、鳶、土方、船乗り、警備、清掃など職を転々とし各地を渡り歩いた。50年前に上京、実家とは縁が切れていた。30年前にいわゆる日雇い労働者の多い街から現住所に転入。15年前に結婚したが、妻は統合失調症を患っていて入院生活が多かった。その妻は結婚2年後に死去、その後独居生活をしている。年金で生活、貯金無し。生活保護受給歴あり。数年前に道端で知らない女性にお金を貸してくれといわれたことを機にある女性と知り合った。彼女はA氏の身の回りの世話を引き受けていた一方、A氏に自分の母の治療費

を要求していた。A氏は「彼女に300万払った」と述べていた。

既往歴：

前立腺肥大症手術後（X-10年以上前）

両側そけいヘルニア手術後（X-数年前）

咽頭がん

認知機能：

MMSEで24点、CDRは0、専門医によるDSM5に基づいた認知症診断は「なし」(X-3年、調査実施時)

2. A氏の経過表

175個の支援記録から経過表が作成された（表2）。

3. 経過表の各段階に対応した意思決定支援の分析

経過表の各時代区分に行われていた意思決定支援の内

表3 経過表と対応した意思決定支援

時代区分	行われていた意思決定支援	それを支持する支援者の発言
孤立期	意思決定支援ができない時期	「最初のうちは家の中に入れてもらえなかったんです」(地域拠点の保健師)
手紙支援期	支援の準備として、相手を知り、信頼関係を作る時期	「(Aさんは) やっぱ1人でできるだけ人に頼らないで生活していきたいっていう気持ち」(地域包括)
援助希求開始期	助けてほしいという隠された意思がかすかに現れた時期	「顔を出すとうれしそうにだんだんしてくれるようになった」(訪問診療医)
支援受け入れ期	信頼できる人と出会える場所に行きたいという意思を支援した、Aさんも自宅への訪問なども歓迎するようになった時期。	「Aさんの希望は、.. やっぱ安心できる場所で安心できる人と、.. 会えるような状況で生活したいということだった」(訪問診療医)
在宅支援期	医療情報を分かりやすく伝えることで意思形成を支援し、その上で大病院にはいきたくないの在宅医療を受けたいという意思表明を支援し、受けとめた。その実現のために多職種の支援体制を作った時期。	「やっぱり本人が大病院のドクターに対して相当不信任を、恐怖感も含めて持っちゃっているから、それでこっちで引き受けた」(訪問診療医)
身体機能低下期	終末期を穏やかに過ごしたいという意思を支援した時期。	「痛みが少なくて苦しいことが少ない日常が過ごせた」(地域拠点の保健師)
終末期	死ぬ前に拠点の仲間に別れを告げたいという意思を支援した時期。	「ここ(注 地域拠点)に来て、この空間に別れを告げ、一緒に過ごした、時間を共有した人たちに別れを告げた」(地域拠点の保健師)
死後	事前に把握されていた、献体の意向が実現した時期。	「(まだ元気だったころ、終末期医療の)あまり具体的な話にはご自分では乗ってこられなかったんです。だけど、献体はしてるんだよなって、そのタイミングで言われたんです」(地域拠点の保健師)

表4 本事例の意思の特性

意思の特性	発言の要旨
意思は明文化されたものだけではない	意思は明文化されたものとは限らない。故人の場合、本人に聞くことができないので正解はない。しかし関わってきた人たちの合意をつくっていくことはできる。(終末期ケアの研究者)
意思は移ろうからこそチームで支える	意志は移ろうもので、移ろうという前提で支援するためには、1対1だけでは難しく、チームで支えるべきだ。(精神科医)
意思決定支援はプロセスである	意思はかなえられたかという問題設定は難しい。しかし意思決定は支援されたのかは検証できる。意思形成、表明、実現の支援のプロセスを経たのか、信頼関係が形成されたのか、物理的な環境はちゃんと用意されたのかということである。(精神科医)

容と、その根拠となった発言をまとめた(表3)。

一般化するための方法についても表5にまとめた。

4. 本事例においてみられた意思の特性

意思の特性は表4のようにまとめられた。

5. 意思決定支援において尊厳を可能にする条件

本論文の目的、つまり尊厳を守ることを可能にする条件は、A氏の意思決定支援において尊厳を守るためになされていた試みの分析から以下のように導かれた。すなわち、1)医療的な事実のみが重要と思わないこと、2)意志は移ろうかもしれないが待つ時期をもつこと、3)社会や他者と関係性を続けられるような支援をすること、である(表5)。そしてそれを踏まえて、広く医療現場で

考 察

すべての個別事例は豊かな細部を持ち、人生の一回性ゆえに独特であり、かけがえのない物語である。しかしそこに迫ることは容易ではない。われわれは5年近く大規模疫学研究とアクションリサーチを並行した研究を進めてきたため、手元には多くの資料があり、支援記録を多職種で振り返ることで人生の物語に迫ることができた。

今回報告したA氏のような困難を持った方を支援するにあたり、いくつかのガイドラインが存在する。第一

表5 尊厳を守るための条件

本事例における言及	尊厳を守るための方法	本事例からの一般化
A氏が一度は逃げ出した大学病院に保健師と共にいった際に、その医師に治療をするか死ぬかだ、と強く言われた。 これについてインデプスインタビューでは、①保健師は、このとき尊厳が損なわれたと強く感じた、と述べている。②訪問診療医は、医療的事実を一方的に伝え、あたかも医療を受けないならあとは知らないというような伝え方ではよくないと述べている。	尊厳は医療的な事実よりも上位の概念として取り扱うことで保たれる。	医療者が医療的な事実を伝える場合、それによって一般的に導かれる結論（例えば治療をすべきだ）に拘泥せずに、個人の意思にも配慮して、複眼的な思考をするべきである。
A氏ははじめ支援を拒否していたが、支援者が関わり続けたことで、重篤な疾患を得たことが契機となり、支援が始まった。そして自分の健康を大切にすることができるようになった。 これについてインデプスインタビューでは、一見すると支援を拒否している人であっても、安心できる環境や知人がいれば、落ち着いて支援を受けることができる。よって、そのような人には折り合える条件を探してあげることが必要だとされた。	意志は移ろうかもしれないが、あえて待つ時期をもつことで保たれる。	多忙な医療現場では、意思決定をじっとまったり、拒否的な人が心を開くことを待つという余裕を持つことは難しいかもしれないが、時として待つことで展望が開けることもある。
地域で孤立傾向にあったA氏は、知人がたくさんできた。外出先に拠点を選び、自分に会いたい人がいるということも分かっていた。多くの人に見守られて亡くなった。 これについてインデプスインタビューでは①自分の存在を知っている人がいることで尊厳が保たれる、②誰にも知られずに死ぬことは恐怖である、③弱ってきたときに受け入れてくれる場所が必要だが団地にはないようだ、④安心できる場所は自宅と限らない、自分にとって安心できる人に囲まれていることが重要だ、という意見が出た。	世界や他者と関係があることで保たれる。	都市の集合住宅の構造は、弱っていくステージの人には生きにくいものかもしれない。それを解消するためには、自分のことを知っている人がいる場所を積極的に実装していくことが求められている。

は「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」⁹⁾である。いわゆる「身元保証・身元引受等」の先がない方が増えているという医療機関の切実な事情が背景にある。ここでは、判断能力がある、ないの場合に分けて、どのように身元保証人を得るかというプロセスが記載されている。一方で目的とは異なるため、尊厳への言及はない。

第二は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁰⁾である。ここでは意思決定に際して、本人の意思が確認できる場合は「本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である」とあり、今回の支援とも合致する。一方でこのガイドラインは、支援体制が整い、医療がそこにあるときからスタートしている点は留意が必要であろう。

第三に、対象を認知症に限定してはいるが「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」¹¹⁾である。ここでは三原則として、本人の意思の尊重、本人の意思決定能力への配慮、チームによる早期からの継続的支援が挙げられており、今回の意思決定支援と一致する。

A氏の意思決定支援の妥当性について振り返る。医

療的説明の理解はできていなかったことから、まずは基本的信頼関係を作り、話を聞いてもらえる関係を作ってから、医療情報をかみ砕いて説明した。すなわち意思形成支援が必要であった。はじめ地域で穏やかに最期を迎えたいという意味は語られず、大学病院から治療の途中で逃げ出してしまった。すなわち意思表明支援が必要であった。住民が専門家やほかの住民と気楽に話ができる地域拠点があったことにより、地域との関係を再構築し、知人に見守られながら旅立つことができた。すなわち意思実現支援が必要であった。

われわれの支援でA氏の尊厳は守られたのだろうか。A氏は、初見時には経済的に搾取されている様子であったが、支援を拒否し、医療の説明も拒否し、地域でも孤立していた。また重大な疾患が見つかったにもかかわらず治療を中断し医療機関との関係も破たんしていた。しかし支援により、地域に友人ができ、多くの専門家と自らの医療について話し合った。これは自分の健康の重要性を意識し始めたことを意味する。また死を意識した後外出では、自宅ではなく、皆が待っていた地域拠点を姿を見せる笑顔で語り合うという選択をした。これらは、老年医学会の定義にある「尊厳とは、自らに価値があると感じること」に沿うと考えられる。

意思は移ろうものである。はじめは支援を拒否していたが、徐々に支援を求めた。はじめ、入院は絶対にしな

いと言っていたが、あっさりと入院した。孤立していれば助けなど不要と言ひ、病院から逃げ出すし、地域に信頼できる知人ができると、入院して穏やかな最期の日々を過ごす。経過の中で、専門家による「Aさんは医療拒否事例なのでもうやることはない」という意見を何度か聞いた。確かにそこだけ取り出せば「医療拒否」であろうが、本人が拒否したらもう支援しないというのでは人間的営みとは言えまい。高度医療を拒否していても生が長く限り穏やかな暮らしを支援することは可能である。優れた支援者とは静かに待つことができるものでないだろうか。意思は移ろうからこそ、待つことが本事例における尊厳を守ることができる条件である。

再び日本老年医学会の「ACP 推進に関する提言」に戻ってみよう。ここには「事例集」がついており、いずれも深く心のこもった支援が語られている。一方で、本症例のような、本人の意思のありかがはじめははっきりしない上に親族もいない（むしろ搾取していると思われる第三者がいる）というケースは提示されていない。こうした事例は理念の提示であるべき「事例集」にはそぐわない。本報告のような形でしか接近しえないものであり、広く社会に問うべく論文とした。

本研究は認知症ケア学会ポスター演題「釘宮由紀子、岡村睦子、森倉三男ら。地域包括ケアシステムにおける認知症支援のための居場所の役割（2）巨大団地に孤立して住む高齢者の最期の日々に寄り添って」を深掘りしたものである。

謝辞

A 氏に感謝するとともに、ご冥福をお祈りします。また A 氏を誠実に支援した皆さま、および佐藤恵様と田畑文子様に臨床家として最大限の敬意を表します。

東京都健康長寿医療センター研究所の宇良千秋様、稲垣宏樹様、小川まどか様、多賀努様、島田千穂様、山下真理様、田園調布大学の石名正弥様、東京大学大学院の中山莉子様、東京医科大学の西研様に感謝申し上げます。

著者の COI (Conflict of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 内閣府：平成 30 年版高齢社会白書，日経印刷，東京，p 83.
- 2) 内閣府：平成 29 年版高齢社会白書，日経印刷，東京，p 29.
- 3) Okamura T, Ura C, Sugiyama M, Ogawa M, Inagaki H, Miyamae F, et al: Everyday challenges facing high-risk older people living in the community: a community-based participatory study. BMC Geriatr 2020; 20: 68. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1470-y>
- 4) Macklin R: Dignity is a useless concept. BMJ 2003; 327: 1419-1420.
- 5) Killmister S: Dignity: not such a useless concept. J Med Ethics 2010; 36: 160-164.
- 6) 古賀正義：構築主義的エスノグラフィーによる学校臨床研究の可能性—調査方法論の検討を中心に—. 教育社会学研究第 74 集（2004）.
- 7) Ura C, Okamura T, Inagaki H, Ogawa M, Niikawa H, Eda Hiro A, et al: Characteristics of detected and undetected dementia among community-dwelling older people in Metropolitan Tokyo. Geriatr Gerontol Int 2020; 20: 564-570.
- 8) 杉山美香, 岡村 毅, 小川まどか, 宮前史子, 枝広あや子, 宇良千秋ほか：大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる—Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み—. 認知症ケア学会誌 2020; 18: 847-854.
- 9) 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班：身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン，2019.
- 10) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，2018.
- 11) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン，2018.

Protecting dignity: Reviewing the decision-supporting process for an isolated elderly individual living in a large housing complex

Tsuyoshi Okamura, Mika Sugiyama, Ayako Edahiro, Fumiko Miyamae, Yukiko Kugimiya, Mutsuko Okamura and Shuich Awata

Abstract

Aim: To clarify the conditions under which dignity is maintained by reviewing the decision-supporting process for a case.

Methods: We conducted both a longitudinal epidemiological survey and action research in parallel in a large housing complex district in Tokyo, Japan, using the community-based participatory research framework. Through collaboration with community professionals, we supported an isolated elderly man who refused medical intervention for three years until his death. After his passing, we re-examined all of his records, conducted in-depth interviews with the community professionals, and held a conference to review the process of managing this individual.

Results: Concerning support for the decision-making, three conclusions were obtained from the data: 1) a decision is not always stated explicitly; 2) a decision should be supported by the team, because mind sometimes changes; and 3) supporting decision-making is a process in itself. For the maintenance of dignity in the medical setting, the following were kept in mind: medical context is not all that is important; supporters should wait for the right moment to intervene, and support should be provided to help the patient keep in touch with other people and the community.

Conclusions: While precisely defining dignity can be difficult, we explored the conditions under which dignity could be maintained by reviewing the decision-supporting process for a single case. Geriatricians may encounter difficult and complex cases such as this in the clinical setting, but guidelines cannot cover such diverse cases.

Key words: Dignity, Decision-making support, End-of-life care, Social isolation, Community-based participatory research (Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2020; 57: 467–474)

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Research Team for Promoting Independence and Mental Health