

Cグループ

C-RD1

- Z：本人・本人に関わる人々が満足な最期を迎えるために
Y：良く話し合い（本人・家族、本人・家族・医療関係者・ボランティアなど）
サポート側（病院・在宅ケアチーム・ボランティア・近所など）が連携することによって
X：家族と本人を一つの視野に入れて、希望が叶えられるようにサポートすること



C-RD2

- Z：本人・本人に関わる人々が満足な最期を迎えるために
Y：限られた時間の中で本人・家族の思いの変化を受け入れながら良く話し合い（本人・家族、
本人・家族・医療関係者・ボランティアなど）、サポート側（病院・在宅ケアチーム・ボラ
ンティア・近所など）がびったり寄り添って
X：家族と本人を一つの視野に入れて、希望が叶えられるようにサポートすること

Dグループ

D-RD1

- Z：末期がんになっても、住み慣れた場所で好きなことをしながら
最後まですみだで過ごすことが出来るようにするために
Y：地域の持てる力を結集してさまざまな困難を克服することによって
X：すみだの力（すみだ力）を発揮すること



D-RD2

- Z：末期がんになっても、住み慣れた場所で好きなことをしながら
自ら人間としての尊厳を保ちつつ最後まですみだで過ごすことが出来るようにするために
Y：地域の持てる力を結集してさまざまな困難を克服することによって
X：すみだの力（すみだ力）を発揮すること

Aグループでは再検討後も思いのモデルに表現の変更はなかったが、「専門職及び重層的なボランティア」の隙間を埋め、「心のこりを残さないこと」へのニーズのアセスメントができるようなコーディネートが必要であるというグループの「思い」が確認された。

Bグループでは目的や手段が再検討され、RD1よりRD2のX,Y,Zの並びの方がグループの思いにじっくりくる表現であると分かった。『家で死ぬること』で大事なことは「人々が安心して家で死ぬことを学んでいくこと」であり、その目的は「家で死ぬことを学んでいくこと」ではなく、「地域の人々がサービスを求められること」、手段は「本人と家族が」「サービスを求めること」ではなく「拠点をつくること」となった。この表現には「拠点」「ネットワーク化」が必要であるという強い思いが表現されている。テーマの実践者としての主体が、「患者・家族」から「家で死ぬるまちづくり」の活動（というコト）であるとの認識が変わったことで、X,Y,Zの入れ替えがされたのだと考えられる。

Cグループでは手段(Y)について議論され、グループの「思い」に合った表現に変更された。末期がん患者のケアでは、患者・家族とケア提供者が良く話し合うことは欠かせないが、その際「限られた時間の中で」行われるケアであること、「本人・家族の思い」は患者の身体状況などによって刻々

と変化することを念頭におくことが大切なことである、とアコモデーションされたことから、「限られた時間の中で…」が追加され、「連携することによって」は、より患者・家族側に近い姿勢を示す「ぴったり寄り添って」という表現がメンバーの「思い」により合っているということが分かり、変更されたと言える。

Dグループでは目的(Z)に「自ら人間としての尊厳を保ちつつ」が追加された。再検討の議論では、すみだという地域の持つ力がコーディネートされておらず支援が十分でないこと、システムとして成り立つ「すみだの力」が必要なこと、そもそも地域で最後まで過ごせるということが一般区民や病院等の医療従事者に情報として届いていないという問題を克服する必要があるという思いについて議論され、その「思い」が「地域の持てる力を結集」するという表現に込められた。

次に、これらの「思いのモデル」を概念活動モデルの形式に変換した。図9～12に各グループの概念活動モデルを示す。

Z：本人が家で安心・安楽な最期を迎えるために

Y：本人のやりたいことをやらせ、専門職及び重層的なボランティアの関わりを通して、
家族への支援をすることによって

X：心のこりを残さないこと



図9 Aグループの「思いのモデル」と概念活動モデル

Z：地域の人々が「人に迷惑をかけても良い」と思い、「助けて」と言えるように自らを解放し、サービスを求められるために
 Y：行政・福祉・医療と区民の力が結び合う拠点をつくることによって
 X：人々が安心して家で死ぬることを学んでいくこと

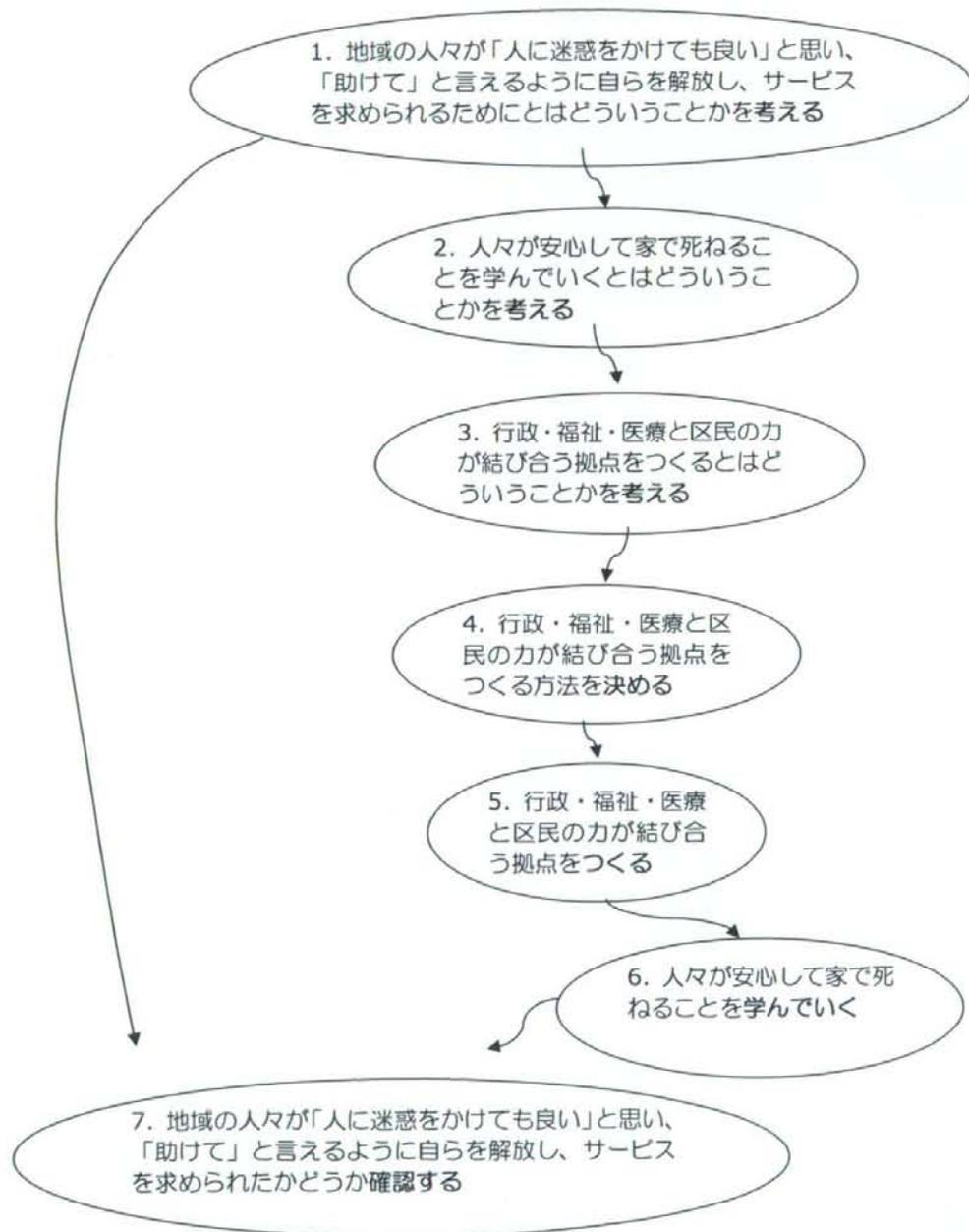


図 10 B グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

Z：本人・本人に関わる人々が満足な最期を迎えるために

Y：限られた時間の中で本人・家族の思いの変化を受け入れながら良く話し合い（本人・家族、本人・家族・医療関係者・ボランティアなど）、サポート側（病院・在宅ケアチーム・ボランティア・近所など）がぴったり寄り添って

X：家族と本人を一つの視野に入れて、希望が叶えられるようにサポートすること

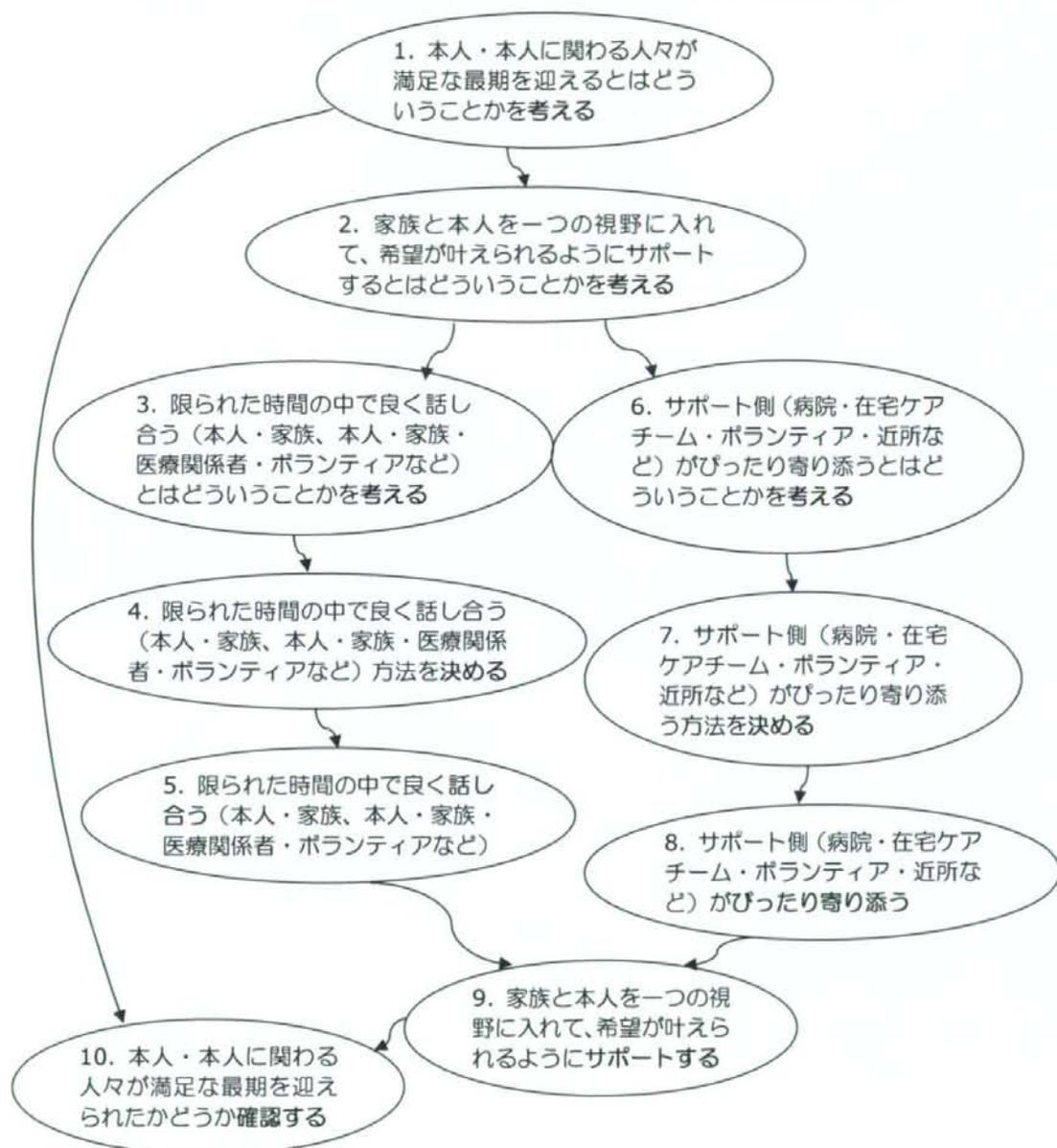


図 11 C グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

- Z：末期がんになっても、住み慣れた場所で好きなことをしながら自ら人間としての尊厳を保ちつつ最後まですみだで過ごすことが出来るようにするために
- Y：地域の持てる力を結集してさまざまな困難を克服することによって
- X：すみだの力（すみだ力）を発揮すること

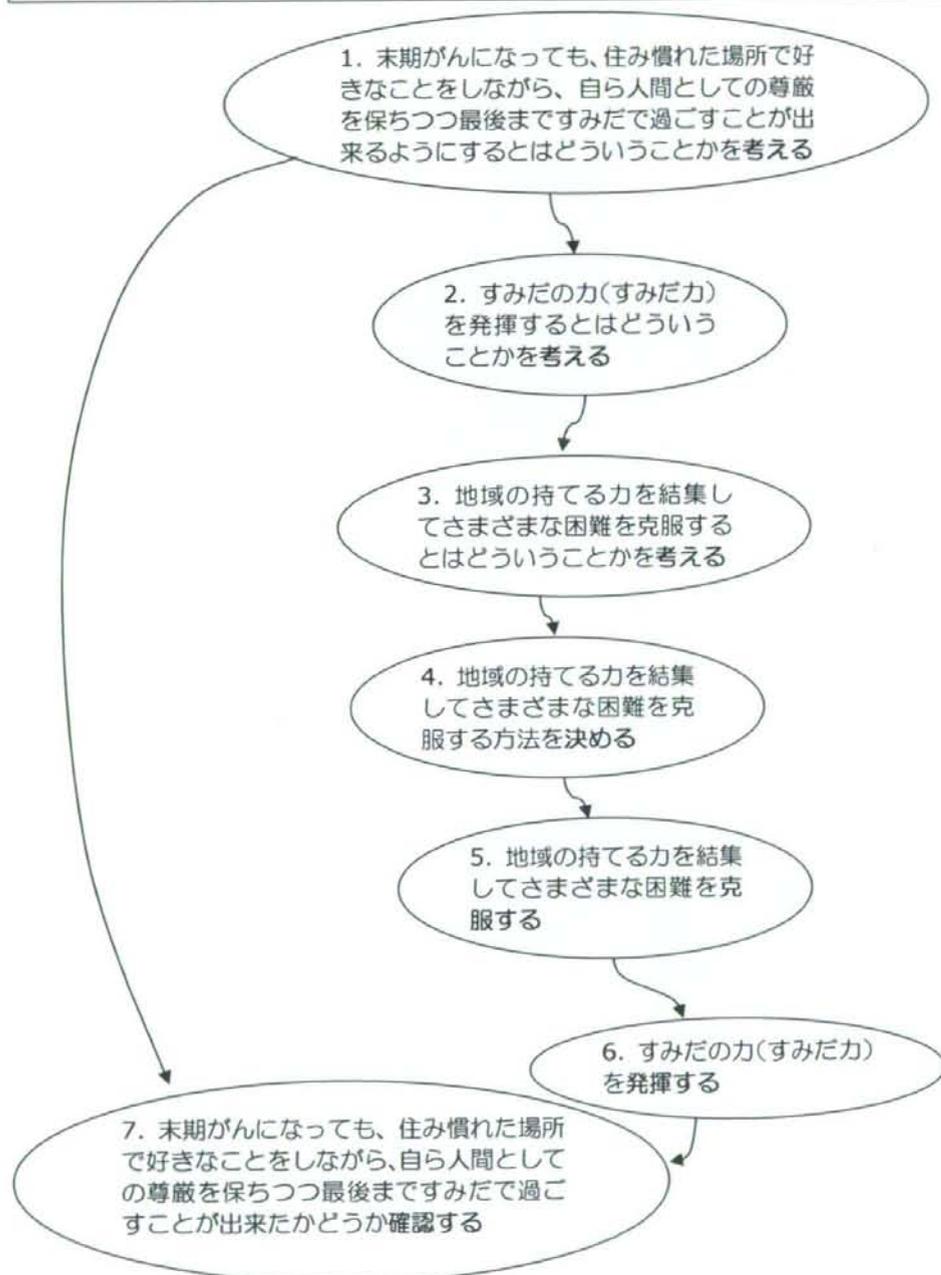


図 12 D グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

6. 比較表を用いた「思い」と現実との比較と学習

図9～12の概念活動モデルを構成する「思いの活動」からその構成に欠くことの出来ないものを選択し、その選んだ「思いの活動」を質問のソースとして地域の活動の現状をチェックすることで、「思い」と現状との間にどのような差異があるかを比較表(Comparison Table: CT)を作成しながら探った。

表4～7に各グループが作成した比較表を示す。

Aグループでは、ボランティアコーディネータの必要性、ボランティアやコーディネーターの教育、専門職・区民の終末期の学びの論議、末期がん患者の専門の相談窓口、近隣の人を巻き込む際の個人情報開示の問題、既存の機関(包括支援センターなど)によるコーディネートの限界、が気づきとして挙げられた。これは、地域全体の継続的な教育システムを構築すること(コト)が課題であるという気づきにつながった。

Bグループでは、医療のみの連携では拠点になれないこと、既存の施設では個人のコーディネートに留まり、ネットワークにはなっていないこと、ケアマネジャーには在宅緩和ケアのマネジメントは難しく拠点とはなり得ないことなどから、コーディネートする機能を持つ新たな拠点が必要であるという気づきがメンバー間で一致した。

Cグループでは、サポート側は実際には「話し合い」ではなく話を「受け入れ(聴い)て」いること、患者・家族の思いを引き出すことが重要であることなどが気づきとしてあげられた。ここでグループ外の参加者から、「(時間が限られているので)一歩踏み込んだ関わり」や「時には患者・家族との距離を一気に詰める」こと(コト)が必要であるとの意見があり、参加者はみな納得し、新たな気づきとなった。

Dグループでは、末期がん患者へのケアサービスをコーディネーションする機関がないこと、緩和ケア病棟が有効に機能するために在宅との行き来が自由にできるような体制を地域で構築することが重要であること、ケアチームの力を充実させる一方、グループホームなど自宅以外の在宅を充実させてはどうか、サービスの個別化と情報収集の必要性、という気づきがあった。

表4 Aグループの比較表

思いの活動	現実にやられているか？	現実ではどのように行なわれ、認知されているか？	コメント（気づき、改革のネタ）
12. 心のこりを残さない	△ (一部やられている)	A-12-1. ボランティアの教育システムは、医療機関で実践されているものの、関係機関、区民にも認知されていない	A-12-1C. 重層的ボランティアの必要性について、特に関係機関に周知し、教育システムについて論議が必要 区民においても、自身の終末期に対する学びの場が必要
		A-12-2. 自分自身の終末期のイメージができていない→他人に知られたくない	A-12-2C. 終末期の学びについては、専門職を初め、区民全体の論議を継続していくことが重要
		A-12-3. 末期と告知された患者の相談窓口がない（病院の医師やMSWの説明が不十分）	A-12-3C. 専門の相談窓口が必要である（拠点） 包括支援センターでは相談にのれていない
8. 専門職及び重層的なボランティアの関わりをする	△	A-8-1. 専門職においては、介護保険利用者の人はケアマネがコーディネートして関わっている場合が多い。介護保険対象外の人は医師もしくは看護師がコーディネートしている ボランティアについては、近隣、ごく親しい知人については本人の了解のもと、専門職がコーディネートして関わっている場合がある。ところが、独居、老々介護の現場では、近隣・知人のボランティアは稀である	A-8-1C. 専門のコーディネーターがいない →必要である 死にゆく人の病態及びケア、専門職及びボランティアの役割、法律などを熟知している
		A-8-2. 既存のサービス、職種でターミナルケアを展開しているのが現実であるため、本人のニーズを満たしきれていない	A-8-2C. ボランティアを必要としている人の状況やニーズをつかむコーディネーターの下で、ボランティアが状況に合わせて関わる必要がある
		A-8-3. 末期の患者は自分の状況を近所の人たちには知られたくないと思う人が多い	A-8-3C. 専門的に教育されたボランティア情報を共有し、役割を理解した近隣の友人、知人

表5 Bグループの比較表

思いの活動	現実にやられているか？	現実ではどのように行なわれ、認知されているか？	コメント（気づき、改革のネタ）
5. 行政と福祉・医療と区民の力が結び合う拠点をつくる	△	B-5-1. 基幹病院を中心とした「緩和ケアミーティング」を半年に一回開催している。しかし現段階では「病院」「診療所」「訪問看護ステーション」の連携強化のための会合に過ぎず、医療に偏っている	B-5-1C. 医療のみの結びつきでは拠点になれない
		B-5-2. 「包括支援センター」が「病院」と「在宅サービス（看護・介護）」との連携のコーディネートを行なっているが、個々のケースについてである	B-5-2C. 個人のコーディネートに限られているネットワークにはなっていない→包括支援センターも拠点ではない
		B-5-3. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）が、在宅緩和ケアのコーディネーターの役割を担うべきだが、現状ではほとんど機能していない	B-5-3C. ケアマネジャーに緩和ケアのマネジメントは難しい 介護支援事業所は拠点にはなれない
		B-5-4. 一部の住民同士では、相互の見守りや必要に応じて、家族・医療機関・包括支援センターへの連絡をとった、という取り組みはある	B-5-4C. 拠点でのコーディネートはチームで行なう
		B-5-5. すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会が「思い」をもとに、行政を巻き込んで、拠点を作ろうとしている	B-5-5C. コーディネートチーム 行政→福祉課 福祉→社会福祉士 医療→訪問看護師 市民→在宅コーディネーター

表6 Cグループの比較表

思いの活動	現実にやられているか？	現実ではどのように行なわれ、認知されているか？	コメント（気づき、改革のネタ）
5. 限られた時間の中で、本人・家族の思いの変化を受け入れながら、よく話し合うこと（本人・家族・サポート側）	△	C-5-1. 本人と家族は話し合うことあり サポート側には遠慮（忙しそう）	C-5-1C. 信頼関係（お互いの思いを知る）がないと踏み込めない
		C-5-2. サポート側は積極的に話を持ちかけられない（時間的・心理的な余裕がない、文化的背景）	C-5-2C. 死ぬことについてオープンに話せる雰囲気がないので思いを伝え合えない
		C-5-3. 本人・家族から話すのを待って話を聞いている	C-5-3C. 話し合いではなく、“受け入れる（聴く）”ということをやっていた、ということがわかった
		C-5-4. 関わりの中で自然に相手の思いを聞き出した	C-5-4C. 相手の思いを引き出すことが重要
		C-5-5. 受け入れ方が違ったときに話し合いがもたれた	C-5-5C. 最初から話し合いを持つことは現実には難しいが、問題が起きたときには話し合って方向性を見出していくことが重要
		C-5-6. 本人、家族それぞれから思いを聴いて、自分の主観でそれぞれに伝えている	C-5-6C. 本人と家族が直接伝えられない思いをサポート側が間接的に伝えることがある

表7 Dグループの比較表

思いの活動	現実にやられているか？	現実ではどのように行なわれ、認知されているか？	コメント（気づき、改革のネタ）
5. 地域の持てる力を結集してさまざまな困難を克服する	△	D-5-1. 施設による看取りは地域の病院間で連携しながらそれぞれの病院の特性を発揮しつつ、困難を克服している。しかし現実には入院ベッドが閉鎖されPCUの入院待ちが長期になり、患者家族の施設に対する期待は十分に満たされていない	D-5-1C. 病床削減を前提に対策を考えなければならない 緩和ケア病棟(PCU)の活用を地域全体で考えなければならない
	D-5-2. 在宅での看取りは、在宅療養支援診療所を中心に、地域の訪問看護ステーション、介護サービスなどと協働しながら困難を克服している。しかし人々はそのことを知らないし、依然として病院依存が強い。また、在宅の受け入れ態勢も十分でない	D-5-2C. 末期がん患者の受け入れ先として、「在宅」がますますウエイトを増すと考えられるが、現在のままでは不安がある	
	D-5-3. 在宅支援サービスは制度的に整備され、困難を克服しようとしている。しかし支援サービス間のコーディネーション・情報発信がなく、在宅に対する人々の理解・評価は高くない	D-5-3C. 包括支援センターに末期がん患者のケアサービスのコーディネーションを委ねるのは現実的でない 末期がん患者のサービスのコーディネーションをする機関がない	
	D-5-4. いわゆる「地域力」（民生委員、町内会、近隣など）が困難克服に寄与しているがシステム化されておらず、十分には力になっていない	D-5-4C. 個々のケースでサービスを組み立てる必要がある	
	D-5-5. 増加している独居世帯・老々世帯の患者を地域で看取ることが困難となっており、現状では有効な打開策がなく、区民の共通の大きな悩みである	D-5-5C. 患者の居宅で受けられるサービスを充実させる他、グループホームなどの施設を充実させてはどうか	
	D-5-6. 多くの高齢者は病院などの施設に入ることをきらっており、比較的自由が認められたPCUでその困難を克服しようとしているが、ベッド数に限界があり、人々の不安を解消するに至っていない	D-5-6C. PCUが有効に機能するため、PCUと在宅との行き来が自由にできるような体制を地域で構築することが重要	

参加者が納得・共有した「思い」を通して改めて現実を見据えることで、現状についての議論がとでも活発になり、数値等を用いた客観的な分析では捉えることができなかった、地域の在宅ホスピス緩和ケアの現場で起きているコトの現状について共に気づき学んだ。この気づきを表8に示す。

表8 比較表での各グループの気づき

Aグループ	<p>A-K-1. 教育を受けた専門のコーディネーターをつくる。 A-K-2. ボランティアをコーディネートする。 A-K-3. ボランティアを教育する。…ボランティアはプロ（専門）を提供すること A-K-4. 本人の個人情報の開示の方法を検討する。 A-K-5. 終末期の学びについては専門職をはじめ区民全体で議論を継続していくこと。 A-K-6. 既存の施設（包括支援センター）は限界がある。 A-K-7. （地域全体の継続的な）教育システムをつくる。…専門職、ボランティア、コーディネーターが共に Learning by doing で学ぶシステム</p>
Bグループ	<p>B-K-1. 医療だけの結びつきでは拠点になれない。 B-K-2. 個人のコーディネートに限られていて、ネットワークになっていない。 B-K-3. CMに緩和ケアのマネジメントは難しい/介護事業所は拠点になれない。 B-K-4. 学ぶには拠点が必要である。 B-K-5. 新しいコーディネートチームをつくり、そのチームで Care Management する。 …すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会は「思い」を基に、行政を巻き込んで拠点をつくらうとしている。（原型である）</p>
Cグループ	<p>C-K-1. 話し合いではなく“受け入れる（聴く）”ということをやっている。 C-K-2. 相手の思いを引き出すことが重要である。 C-K-3. 問題が起きたときなど（節目）には、話し合って方向性を見出してゆくことが必要である。 C-K-4. 一步踏み込んだ関わりも必要である。 C-K-5. 待っているだけではなく、時には一気に（患者さんと自分の）距離を詰めることも必要である。…距離の詰め方の教育が必要である。</p>
Dグループ	<p>D-K-1. 緩和ケア病棟(PCU)が有効に機能するために、PCUと在宅との行き来が自由にできるような体制を地域で構築することが必要である。 D-K-2. 末期がん患者のサービスをコーディネーションする機関がない。 D-K-3. サービス提供のチーム力を充実させる他、グループホームなどの施設を充実させてはどうか。 D-K-4. サービスの個別化が必要である。 …個別の状況に素早く対応できるチームの養成が必要である。 D-K-5. 個々の関連活動の情報を集める。</p>

そしてこれらの気づきを基に、現状をよりよいものにしていくための改革案が提示され、この気づきと改革案は次段階のアクションプランを導いた。

7. アクションプランの作成

前節の比較表での気づき・改革案を元に、地域包括緩和ケアシステム「家で死ぬるまちづくり」のためのアクションプランを各グループで作成した。アクションプランは、トライアルプランとそのアクションから成る。表9～12に、各グループにより作成されたアクションプランを示す。

表9 Aグループのアクションプラン

トライアルプラン			
患者の個別性、関わる専門性の特性（医師・訪問看護師・MSW・薬剤師・ケアマネジャー）、教育を受けたボランティアの個性を見通し、終末期を総合的にケアできるチームを創る			
アクション	実行者	期限	
A1	医師会を通じて終末期ケア（在宅医療）のネットワーク作りを論議する	医師	3ヶ月
A2	ケアマネジャー、訪問看護師の連携をして、終末期ケアの相談ができる関係を作る	訪問看護師、介護支援専門員	2ヶ月
A3	ボランティア教育には、どのような内容が必要かボランティア仲間で調査する	ボランティア	6ヶ月
A4	在宅緩和ケアに関わる専門職対象の連絡会をつくる	行政職員	

表10 Bグループのアクションプラン

トライアルプラン			
墨田区内に区民参加による区民のための在宅ホスピスのネットワーク・情報・サービス・相談・ケアの拠点を作る			
アクション	実行者	期限	
B1	資金作りのためにNPO法人設立の準備に取り掛かる	元行政職員	即
B2	区民への講演会、勉強会・専門職への勉強会へのアクション	行政、医師、区民	3ヶ月
ネットワーク作りのためのアクション			
B3	ボランティア：情報整理（どこにどのようなボランティア（ネットワーク・在宅ホスピスに必要なボランティア）があるか調べる）	社協職員 ボランティア	1ヶ月
B4	訪問看護ステーション：在宅ホスピスに必要なステーション（在宅死率が7割超）をピックアップする	訪問看護師	1ヶ月
B5	診療所	医師会	3ヶ月
B6	薬局	薬剤師会	3ヶ月
B7	訪問介護事業所	行政職員	2ヶ月

表11 Cグループのアクションプラン

トライアルプラン			
すみだのまちの看取り力向上のための実践の振り返りを取り入れた緩和ケア教育			
	アクション	実行者	期限
C1	振り返りの場を設け、「相手の思いを引き出せたか」「信頼関係が気づけたか」「死についてオープンに話せたか」「患者・家族をひとつの対象としてケアできたか」について話し合う（①それぞれの場で同じ立場の者、②全員が集まって）	全員	1ヶ月以内
C2	緩和ケア未経験者に経験を伝える・共に学ぶ場を設ける。メンバー全員が在宅ホスピス緩和ケアに関心がある未経験者を連れてきて、経験を話したり、死について意見交換する	全員	C1の後、1ヶ月以内
C3	緩和ケアに関わる専門職と「相手の思いを引き出せたか」「信頼関係が気づけたか」「死についてオープンに話せたか」「患者・家族をひとつの対象としてケアできたか」について話し合う	全員	2ヶ月以内 くらい

表 12 Dグループのアクションプラン

トライアルプラン			
末期がん患者のサービスをコーディネートし、個別の状況に素早く対応できる情報発信センターを企画する			
アクション		実行者	期限
D1	医療を支援する在宅療養支援診療所（在支診）のネットワーク化とその情報を発信する		
D1-1	在支診の機関名、所在地などをリストアップする	事務方	1ヶ月
D1-2	在支診をネットワーク化し、その責任者を決めるよう依頼する	医師会	2ヶ月
D1-3	D1-1の情報を発信センターにあげる	医師	D1開始までに
D1-4	在支診に求められる情報を区民の目で検討し、それを情報発信内容に反映させる	遺族（経験者）	D1開始までに
D2	訪問看護を支援する訪問看護機関のネットワークとタイアップし、情報を発信する		
D2-1	既存のネットワークの中に、責任者を決めるよう依頼する	訪問看護師	2ヶ月
D2-2	D2-1の情報を情報発信センターにあげる	訪問看護師	D2開始までに
D2-3	訪問看護機関に求められる情報を区民の目で検討し、それを情報発信内容に反映させる	遺族（経験者）	D2開始までに
D3	介護機関：包括支援センターの情報を収集する	包括支援センター	すぐ
D4	調剤薬局のネットワーク化とその情報を発信する		
D4-1	調剤薬局の機関名、所在地などをリストアップする	事務方	1ヶ月
D4-2	調剤薬局をネットワーク化し、その責任者を決めるよう依頼する	薬剤師会	2ヶ月
D4-3	D4-1の情報を発信センターへあげる	薬剤師会	D4開始までに
D4-4	調剤薬局に求められる情報を区民の目で検討し、それを情報発信内容に反映させる	遺族（経験者）	D4開始までに
D5	その他必要な情報を集め、発信する		D4開始までに

各グループが作ったアクションプランのなかには同様のプランがあるため、効率や実現可能性を考慮し、グループを超えてアクションを起こせるよう、表13のようにまとめた。

表13 全体のアクション

アクション
区民向け講演会
専門職向け勉強会 (病院へ出前勉強会・福祉職向け勉強会など)
ボランティアのネットワーク作りに向けた情報収集
訪問看護ステーションのネットワーク作りに向けた情報収集
在宅療養支援診療所のネットワーク作りに向けた情報収集
薬局のネットワーク作りに向けた情報収集
訪問介護事業所のネットワーク作りに向けた情報収集
ケアマネのネットワーク作りに向けた情報収集
病院(相談室)の情報収集
看取りについて学ぶ会
在宅緩和ケアに関わる専門職対象の連絡会をつくる
チームによるコーディネートを探るアクション
関係機関の情報を情報発信センターにあげる／ご遺族(経験者)に検討していただく
その他必要な情報を集め、発信する

8. アクションプラン策定後の参加者と事務局の気づき、ファシリテーターのコメント

アクションプラン策定後に述べた参加者ならびにファシリテーターらの感想をそれぞれ表 14 と表 15 に示す。参加者がアクションリサーチという不慣れなアプローチに困惑しながらも、そのプロセスの中で気づき、学んできたことがよく分かる。また、様々な立場の思いの相互理解が進んでいることがうかがえる。

表 14 参加者の感想（発言順）

（職種 V：ボランティア、VN：訪問看護師、CM：ケアマネジャー、Dr：医師）

メンバー	職種	感想
B-1	福祉施設職員	それぞれの専門家が多いメンバーの中で「思い」を出し合って、簡単にみんなの「思い」が一緒になってできてしまうものかな、と思ったが、実際にアクションを起こすまでを考えると、まだまだ先の話になってしまうのかな、という実感。でも確実に一歩一歩みんなの力をあわせて何かきちんとしたものができるようにやっていきたいと思えます。
B-2	V	それぞれのグループで勉強会とか講演会が（プランに）出ているが、これがこれから一番問題となることだと思うので、それをどうやって普及するのか、それをみんなで考えていきたい。
B-3	区民/遺族	思いのモデルやプラン作りの時には参加していないのでついていくのが大変だったが、トライアルプランを考えていくうちに「思い」が強くなってきた。最初に思いのモデルからプランを考えなければいけないところが、プランを考えていくうちにだんだん「思い」が強くなってのめり込んできたのが面白く楽しかった。これからはがんばりたいと思う。
B-4	社協	今回までずっと出席だけはしているが、アコモデーションなど新しい言葉が出てきて、その表現方法やアクションに慣れてなかったのが、やっと少しわかりかけてきた。参加者の言葉や考え方が違うことがはっきりわかったので、それを一つのところに到達するのにエネルギーがものすごく必要と思った。でも形になることができれば素晴らしいと思ったので、少し忍耐強くやっていきたい。
D-1	VN	3回目と今回参加させてもらった。最初「思い」を絵を描いた後参加できなくて、突然今回こういう話になったが、一個一個グループの中でいろいろ細かいことを話し合いながら「思い」を形にしていくということで、自分の中にも納得や疑問が沸きながらも、みんな根底の「思い」は同じだと思うので、それを実感しながら山を登っていくような感じがして充実した時間だと思った。
D-2	VN	ずっと病院にいて、病院のターミナルケアをイメージは持っているが、在宅でのターミナルは未経験。自分のこれからの仕事の上でやっていくことのイメージとリンクさせながら聞かせてもらった。半ばこの企画への魅力もあるが、墨田という地区で今実際に働いている方々がどんな思いをもってやっているのだろうという関心があって、そういう視点から話を聞かせていただいたのもよかった。
D-3	CM	何回か参加しているが、絵から始まったところではその必要性がよくわからずに、何

		<p>が何だかというところでここまで来たが、回を重ねるたびに何となく「思い」がみなさんと同じようなところが伝わってくるような感じで、少し協力ができるかなという感じではある。</p>
C-1	V	<p>正直言って難しいカタカナ語がずいぶん出てきて戸惑う面もあったが、畳の上で住み慣れた我が家であることにみなさんが関心をもっているということで、せめて早く6%（在宅死の割合）が二桁にのせたいなあと思う。私もあと10年生きられるかわからないが、平均年齢で言ったらもう10年切っているが、できれば我が家だと思っている。</p>
C-2	VN	<p>初めの2回だけ参加して久しぶりだった。「思い」の中からと考えると過程がとても大切だと思うが、（自分は）その過程がなかったのでついていくのが大変だった。その「思い」を汲み取りながらも、自分の思いと整合性をとるのが大変で、とても大変で割と戸惑って時間がかかった。今後の過程も大事だと思うので続けて来られるようにしたい。</p>
C-3	区民/遺族	<p>難しい言葉がたくさん出てきたが、家族でもこれだけのことを煮詰めて話していくことはないことなので、いろんなことを勉強させていただいてよかった。</p>
C-4	VN	<p>今回初めて参加して、最初に配られた2枚の紙の中に前回まで参加してきた方々のエネルギーがたくさん詰まっていて、それを自分がどうやったらその方たちのエネルギーと交信できるか、ということを一瞬懸命考えた。今回トライアルプランを書いてみんなであそまでやってみて、これからの活動にたくさん自分自身がエネルギーを使わなければいけないと実感した。やりがいがあると思った。</p>
A-1	Ns	<p>初めからずっと参加して過程を全部知っているが、まだできないのかみたいな感じ。ちょっとずつ合間があって、1ヶ月経つと忘れてしまう。前にどんな熱い語りをしたのか思い起こすのに半分かくらいかかって、また新しい課題へ持っていくのに時間がかかって、最終的にこうだったな、となかなか進まないが、ファイリングして初めから見ると進んでいるんだな、と思う。これがどうなるのかとわくわくしている。</p>
A-2	行政	<p>6月に「思い」ってよくわからないという話をしたが、2ヶ月ぶりに出て、こういう形になるのだと思った。</p>
A-3	VN	<p>一回ワークショップに出ただけで、「思いのモデル」作りには参加しなかったが、最初の「思い」を絵に描くということが何のためにやるのかと思った。だが、今日まで参加してこのためにあったのだと、こういう手法があるのだと勉強になった。</p>
A-4	V	<p>2回目から参加しているが、準備会の段階からボランティアを入れていただいたということが、ボランティアの位置を認めていただいたなあと感じている</p>
A-5	CM	<p>初回は初対面の方々ばかりでなかなか話ができなかったのが、回を重ねる度に素敵なお話ができるようになって、そこから「思い」、アクションがあって現実という段階がとても大変なことだ、と毎回実感した。どちらかというといつより亀の進み方をしてきたので、ちょうどいい進み方だった。ゆっくりゆっくり歩いていくのがいいのかなと思う。</p>

A-6	Dr	医師会の担当という立場だが、一人の医者としての立場でも、発言するときに難しさを感じた。一人の医者としてはいろんな話を聞かせてもらって勉強になった。医師会としても本当にいろんな方が集まっているいろんな意見を聞くのもこれから大事なことで感じたので、医師会の方でもやっていきたい
D-4	Dr	アクションプランというのは、みんなの「思い」を語ってひとつにしていく。日本の物の決め方とよく似ている。日本はとりまとめ役の町内のボスみたいな者が幅を利かせている。何が違うのかと考えると、歴史や今まで持っていた知識や経験を元にアコモデーションができていた。割とそういう決まりの中で決まっていたのだなど。本当のものを作っていただきたい、いかなければならないということは感じている。これから実際のプランにうつって行って、振り返りをやって進化していくと思う。一員として加わることを楽しみにしている。

表 15 ワークショップ事務局の感想とファシリテーターのコメント

事務局	これからのことを考えると痩せる思いだが、課題が大きければ大きいほどやりがいがある。還暦を迎えたのでライフワークとして取り組んでいきたい。
事務局	初回からずっと出ているが、未来が見えてきたという感じ。今日までのつながりがあるので次回が楽しみ
事務局	最初はこんなに集まるとは思っていなかったが、人が人を呼び、人のつながりがとても大切なんだとこの活動を通して実感した。墨田で活躍している人のつながりをこれからも大切にしていきたい。経験知こそ真実がある。みなさんが経験したことをこの中でまた一緒にやっていけたらうれしい。最後までこの活動を一緒にやっていきたい。
ファシリテーター	マラソンでいうと折り返し地点に来た。ここまで本当に時間がかかった感じがするが、次のアクションのサイクルに入ると仮に同じことをやっても、ここまでのスピードの倍以上のスピードでできるようになる。 これまでは先がわからずにやっていたので苦労が多かったと思うが、今度はアクションしたことによるラーニングを最初の「思い」に戻していくのでわかりやすいと思う。
ファシリテーター	今の世の中は介護保険に限らず、何でもモノというか即物的にやってしまい、じっくり考えようとしない。モノ的志向は悪くないし、目標が合意できているときはいいが、ここではモノ志向ではなくて、コトということを考えないと目的自体がわからなくなってくる。墨田区の家で死ぬということ自体が非常にコト的なことなので、お金の話など客観的な事実だけではなく、最初から「思い」を入れて、コトとして「死ぬるとはどういうことか」と考えてアクションプランを考えていく。それがだんだん理解されて共有されているところに来ている。 これからアクションすることが一番大事。思い通りにいかななくてもそこで学習して、その先をどうするか、考え実行するという繰り返し。今回は繰り返しの本当の入口を今回やっただけ。 目的達成のためにはまだまだ先が長いし、我々自身も学んでいかなければいけない。皆さんに感想を言っていただいたら、あまりネガティブではなくポジティブなので心強く思った。後はやったことをその次の実行にどうつなげるか。きっかけが非常に大事。この集まりは強制力がなく、誰が何しようとする命令系統があるわけでもなく、いろんなものがない中で「思い」の共有だけで動いている。そこが一番大事だと始めてみてよくわかった。我々もまだまだ一緒にがんばる。

9. アクション1：区民向け講演会の開催

アクションプランの一つである、がんになっても地域で暮らせることを区民の方々に知っていただくための区民向け講演会を、東京都在宅医療ネットワーク推進事業の委託を受けたすみだ医師会との協働により開催した（図13）。

東京都在宅医療ネットワーク推進事業

みんなで考えよう

すみだ在宅緩和ケア

— 地域でがんとともに生きる —

すみだ医師会・すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会では、区民・行政・医療・福祉などが
共に協力し、たとえがんになっても
望めば誰もが最期まで暮らせるまちを創ることをめざしております

日時 2009年2月8日(日)
13時15分～(開場13時～)

会場 すみだリバーサイドホール
東京都葛飾区新薬場1-23-20

会費 無料



内容	
13:15～	開会
13:20～	主催者挨拶 すみだ医師会長 鈴木 洋 東京都福祉保健局医療改革推進担当 副参事 櫻井 幸枝 すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会代表 シンポジウム 在宅で看取りを継続されたご遺族 (コメント) 医師・訪問看護婦など
14:40～	会場 女性合唱団 コールアニーガ
15:00～	基調講演 アルフォンス・デーケン (上智大学名誉教授) 『よく生き よく笑い よき死と出会う』 アルフォンス・デーケン(Alfons Dackens) 1932年2月3日ドイツ生まれ、1959年東日、1973年フォーダム大学大 学院(ニューヨーク)で哲学博士の学位(PHD)を取得、以後30年にわたり、 上智大学で「死の哲学」などの講義を担当、90-91年同職。 現在、上智大学名誉教授、「東京・生と死を考える会」名誉会長、「生と死を 考える会」学芸顧問、名誉会長、1991年全米死生学財団賞、第3回日本死生学 1998年ドイツ政府十年賞、1999年第15回東京死文化賞などを授賞。
16:00	閉会

主催：すみだ医師会
～ この事業は東京都の委託事業です～

お問合せ先：すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会 事務局
Eメール s-sumida@pallium.co.jp / FAX 03-5689-8310
お申し込みは2月6日までにEメールまたはFAXにてお願いします(先着300名様)

図13

参加者数は264名であった。参加者に表16のアンケートを行なった結果を図14に示す。回答数は78名で回収率29.5%であった。「住み慣れた地域で最期を迎えることについて、参考になったか」に対しては、約9割が「とても参考になった」「まあまあ参考になった」と回答し、内容的には十分であったと考えられる。自由記載への回答では、シンポジウムや講演での話がよかったこと、参加者個人の体験、今後の希望、講演会の構成への感想、在宅緩和ケアに対する意見などがあった。「がん治療法がない時、家で過ごしたいか」に対しては、69.2%が「過ごしたいと思う」と回答した一方、「思わない」が16.7%であった。「思う」回答の理由としては、家族を看取った経験から自分は家で