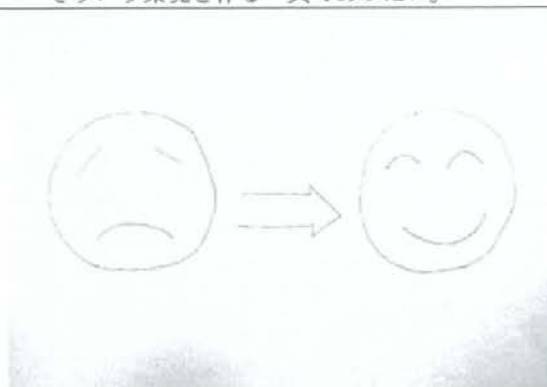


[討議のコメント] そういう気持ちで暮らせるような墨田区を作りたいということか？
→そういう環境を作る一員でありたい。



RP4 (訪問看護師)

- ・自分が訪問看護をする中で、最初は不安で左側の絵だったが、今は右側の絵のように穏やかな気持ちで仕事をしたいという思い。
- ・初回訪問をしたときには不安な様子の患者さんが、訪問看護師やいろんな方との関わりの中で在宅でニコニコ最期まで過ごせばいいなという思い
- ・この2つの思いから、左から右への表情の変化の絵を描いた

[討議のコメント] 訪問看護の方は大変だなあと思った。今はこちら(右側)の顔になられたのかなあと安心した。

[ファシリテーターのコメント] 絵としてはシンプルだが、内容は深いし実感がある。矢印のところにいるのではないかな。味わいがある。



RP5 (介護支援専門員)

- ・これは木を描いた。太陽を描かなかったのは、何ともいえない現在の状況から
- ・大地は医療や介護など肥料となるものだけど、この木は大きくなれないけど枯れもしない。枯れそうで枯れない微妙な感じ。
- ・でも新しい芽がちよこちょこ出ているのかなと思う。
- ・自分は太陽にはなれないが、肥料にはなりたい

[討議のコメント] どういう役割をしたいのか？ → 肥料になりたい。

[ファシリテーターのコメント] 枯れそうで枯れない微妙なところに実感が出ている。まだ余白があるので、ここに埋めていきたい「思い」の表現があるのではないかな。



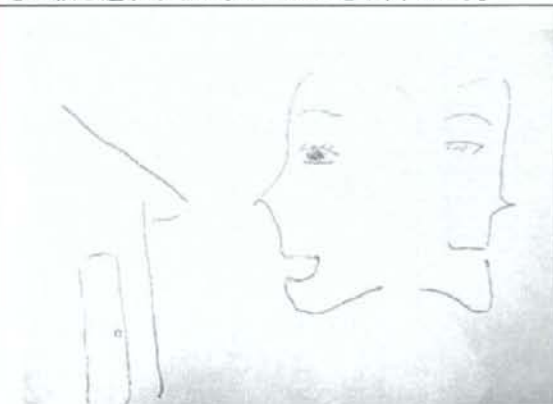
RP6 (元行政職員)

- ・何がいいのかわからない
- ・本人が選択したときにどういう環境ができるのだろうか？
- ・グループリビングや共同アパートのようなものもいいかも。ピアカウンセリングもよい。
- ・ボランティアが必要。大人に限らず学生や子どもでもいい。墨田区のボランティアが育ってきたと思う。
- ・認知症ケアにグループホームができて変わった。がん患者のケアも変わるかも。
- ・課題はいっぱいあるが、その課題が今日

見えたかなと思う。

[討議のコメント] 右下の円は何か?→こういう和やかな雰囲気で過ごせたらいいなという図

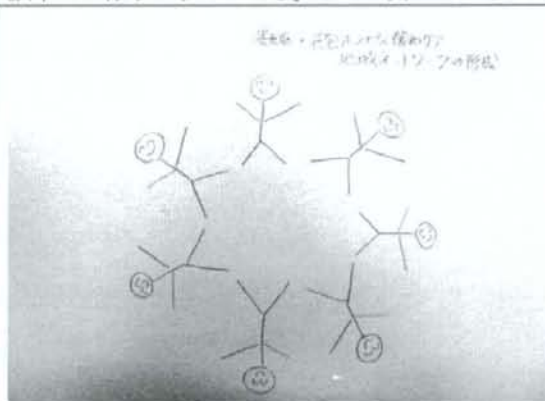
[ファシリテーターのコメント]人がいっぱい出てきて、見ている視点、関わり方がこれまで出てきた絵と違うなというののはっきり出ている。



RP7 (訪問看護師)

- ・3月まで病院にいて、慣れた病院に居ることさえ許されない、どうやって家に帰すかといろんなところに目をつぶって、病院では受け皿がないのを承知で家に帰さなければならぬ辛さがあった。
- ・罪悪感から逃れて今は少し笑顔が出ている。まだちょっと不安。
- ・家の方(患者さん自身)をみたがっている看護師は多いのだろうと思う。

[討議のコメント] 訪問看護ステーションに入って3ヶ月の自分の中で笑顔と目をつぶっている顔半々の様子がうかがえる。ドアが開いていないのはなぜだろうか。

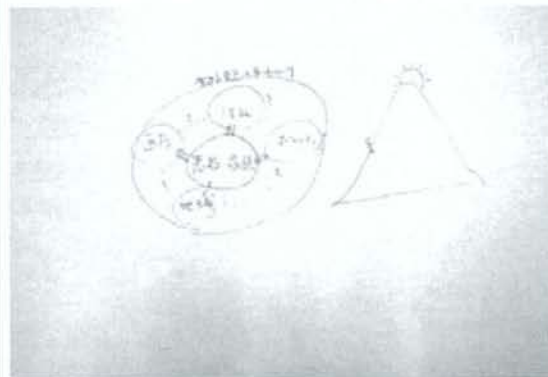


RP8 (福祉施設職員)

- ・最終的に目指すところはフォーマル、インフォーマル両方の「連携」だと思う。
- ・本当は手がつながっていないといけない絵。一年後は手が繋がっていると思う。
- ・認定調査で末期がんの患者さんの調査に行くこともある。家族がPCUへ入院できなくて、大学病院の先生もわからず、誰に相談していいのかわからない、というケースがあるので、ネットワークができれば最後まで家で過ごせるかなと思う。

[討議のコメント] チームで支えることが大事だが、難しいということが課題だと思う。

[ファシリテーターのコメント] 手を繋ぎたくても繋げない様子が出ている。



RP9 (保健師)

- ・真ん中に患者・家族がいて周りとのかわりがあるが、横の繋がりは点線で示すようにはっきりしたものがない
- ・でも全体として生きる支えのネットワークができてほしい。
- ・がんでなくても難病などでもネットワークが大事な時期だが、目標は非常に急勾配の課題がある。
- ・太陽が燦々と輝いている目標に向かっていて、今はこの辺 (勾配の半ば)。

[討議のコメント] ネットワーク作りも大事だが、一人一人の助け合いの精神が一番大事。昔、協同で田植えをやったような気持ちをもう一度思い出してやりたい。

[ファシリテーターのコメント] 来年はこの位置が下がらないように。山を描き、今はこの辺りという実感が出ている。これは数値では表せない。



RP10 (行政職員)

- ・介護保険課では社会資源やケースワークを展開しているわけではない。
- ・いったい自分はどういう思いの方向を向いてやっていけばいいのかわからない。思いがわからない。

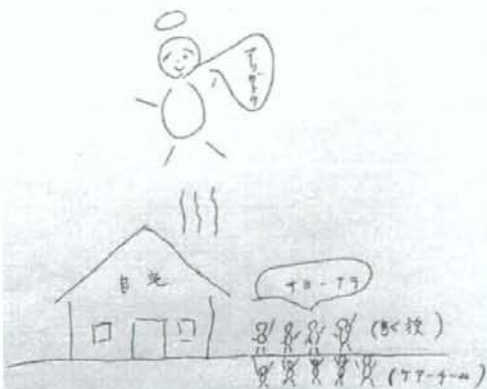
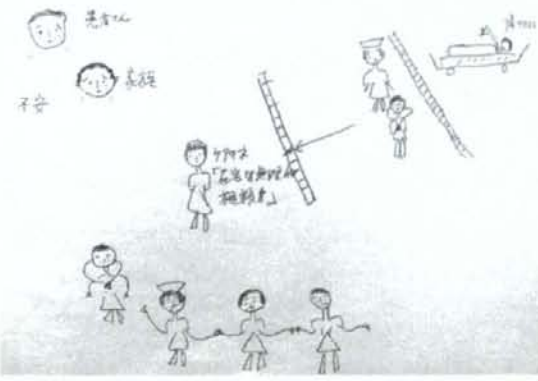
[討議のコメント] 私もがんばります。

[ファシリテーターのコメント] 次に絵を描くときには役割が見えてくるなど、大事なこと。

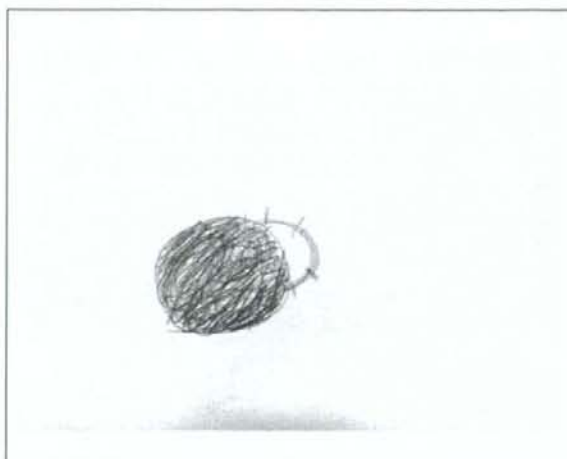


RP11 (訪問看護管理者)

- ・カナダで家でも病院でもない第三の在宅を見た。このようなものを作りたい。
- ・義父の看取りでいい経験をした。家が好きだったが「医者も看護師も来ない医療の場」で最期まで穏やかに過ごし、十何人もの家族で看取った。
- ・今は病院か家かの選択だが、このような小規模な家がまちの中にあるのがいいな、と。これで人々の死に方が変わってくるのでは。
- ・家主は看護師がいいと思う。ここに医師が来る。
- ・共同の炊事場などがあるが、個室でプラ

	<p>イバシーを守れる小規模な家が町の中にあるといい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人々の気持ちと死に方が違って来るかも。日本にはないから墨田から発信しては？
<p>[討議のコメント]一番共感を覚える。この会の目的がここにあると率直に感じた。 [ファシリテーターのコメント] 英語でHome というが、こういうのも「家」に入るのでは。</p>	
	<p>RP12 (ボランティア)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で家族が看取る。自分と家族を支えるケアチームがいる ・昇天する自分は「アリガトウ」と言って笑っていて、家族は手を振っている
<p>[討議のコメント] 下のほうで「サヨナラ」と言っているのは？ → 線の上が家族、線の下が家族を支えているケアチーム [ファシリテーターのコメント]出ている「思い」はニーズを示している。「サヨナラ」といえるシステムにならなければいけないということ。</p>	
	<p>RP13 (研究者・訪問看護管理者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家に帰りたくて叫んでいる人がいるが、病院の医師と看護師、「在宅は無理だ」というケアマネという2つのブロックがある ・やっとブロックを超えて帰ってきてても泣いている患者・家族がいる。 ・手を繋いでチームで支えたいが、繋がりが切れている人もいて輪になっていない。医療職同士が繋がらない。
<p>[討議のコメント]手を繋ぐのはなかなか難しい。</p>	

	<p>RP14 (ボランティア)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この中に行政は入っていない。行政は支援者と一緒と思って書いていない。 ・本人が中心で、医師、看護師、家族、みんなが手を繋いで、ゆとりの中で、本人がゆったりした生活ができるといい。 ・（自らの経験から）本当はつながりを示すもうひとつの○を描いて×を描こうと思ったが、描けなかった。 ・ボランティアの斜線は、自分が目立ちたがり屋なので抑えようと思った。
<p>[討議のコメント] 経験者の方の声を拾い上げていかなければ先へ進めないと思う。 [ファシリテーターのコメント] ボランティアの斜線は何か?→自分が目立ちたがり屋なので抑えようと思った。</p>	
	<p>RP15 (医師)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・丸ではなくて「宇宙」を示した。人間というのは宇宙のようなものだ。そういう気持ちで患者さんに接していきたい。 ・また、「こころ」も表している。こころの部分も大切にしたい。
<p>[討議のコメント] そこまで考えていなかったので勉強になった。 [ファシリテーターのコメント] 絵について話してもらうことで、他の人がそこから見えるものが変わってくる。</p>	
	<p>RP16 (ボランティア)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地震で救出しているところ（姥捨て山ではない）。 ・一億円などの義援金の話を聞いて日本人もまだ捨てたものではないと思った。明日はわが身で困ったときは助け合いたい。 ・妻を10年介護した。下町で近所の人に協力いただいた。助け合いの気持ちを大事にしたい。
<p>[討議のコメント] 共に生きるということに共感する。世界全部が仲良くやっていかなければ。</p>	



RP17 (元行政職員)

- ・3月まで区の職員だったので「現状は甘くないよ」と言いたい。
- ・国は医療費削減の思いが強すぎて、現場が置き去りにされている。
- ・この状況の中で我々がこれから立ち上げようとしていること、採算のこと、制度化されていないことを考えると、どうやって進めていけばいいか、厳しいかなあと思う。
- ・次はこの太陽が徐々に大きくなればいい。

[ファシリテーターのコメント] 続けていくためには採算のことが必要。そこまで考えないと長く続かないということだろう。



RP18 (教員・元福祉行政職員)

- ・料理はいろんな素材が組み合わさっている。墨田区もいろんな素材があるが生かされていない。
- ・在宅ホスピスの中でソーシャルワーカー(SW)が今後どのような役割を担えばいいのか。お皿かお鍋か調味料か…どういう役割ができるだろうか。
- ・SWを育てる仕事もしているので、学生達がいい素材になってくれればいい。

[討議のコメント] SWはお金にならないがどうしたらいいだろうか？→地域の中でのSWの役割を見つめていきたい。在宅ホスピスでのSWこそ本来のSWではないかと。



RP19 (行政職員)

- ・墨田区のいいところは地域のコミュニティがすごくあること。協力がきちんとしている。
- ・商店街にはいろんな人がいて、小学校、八百屋、隅田川、区役所、スカイツリーなどがある。
- ・誰が来てもいいオープンな長屋のようなスペース。デイサービスやショートステイができる。
- ・患者さんが街の人や音が聞こえるところの中で過ごせる。
- ・自分は長屋のどこかで手伝ってもいい。

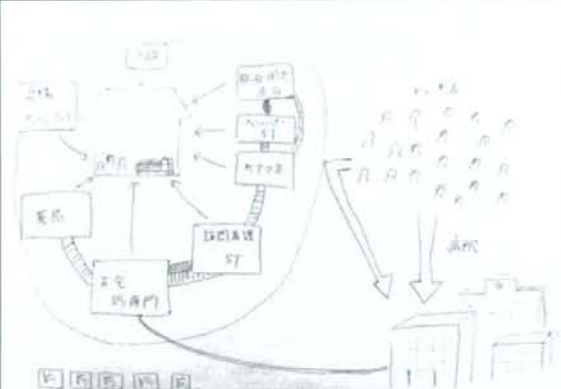
[討議のコメント] コミュニティというのは、まさに下町の資源だと思う。これを我々が目指すものとどうマッチングして活かしていけるかが一つのテーマだから、きちんと考えていきたい。
 [ファシリテーターのコメント] 墨田区には資源というものすごい要素があると思った。



RP20 (訪問介護員)

- ・姉を在宅で看取った思い出を描いた。
- ・自分も家で死ぬのがいいか、病院がいいかわからないのでこの会に出た。
- ・ワーファリンを飲んでいたので大好きな納豆が食べられなかったが、服薬を止めてから医師に聞いたら OK が出て食べることができた。

[討議のコメント] (医師より) このできごとは家にいたよさを象徴していた
 [ファシリテーターのコメント] 思い出と言っていたが、これからこういう場面を家で作れることになる。



RP21 (診療所職員)

- ・左側が理想の形。家に患者がいてまわりからサポートされている。
- ・在宅に行けない方は、在宅のことを知っているけど行けない人、在宅のことを全く知らない人がいる。選択の自由ができるようになればいい。
- ・診療所と病院はかろうじてつながっているが、診療所同士など同職種のヨコのネットワークができればいい。

[討議のコメント] 確かにその通りだと思う。自分が末期がんの患者さんの自宅にボランティアで訪問したとき、テーブルの上にタバコやお酒があった。病院では制約がある。
 [ファシリテーターのコメント] このあたり、弱いところをこれからどうしていくか、だと思う。

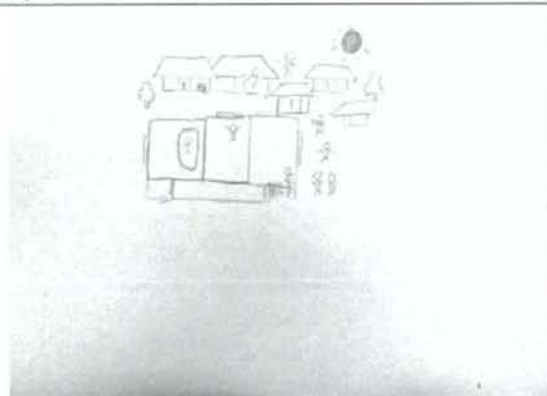


RP22 (社会福祉協議会職員)

- ・社協で在宅をやっている。「家で生き続けるまちづくり」としたい
- ・これは自分。後数年経つと外に出られず猫と住んでいる。時代はどんどん進んでいる。墨田区はまだそのままなのか、と。そういうところがある。

[討議のコメント] ・家の外にいる人は？→自分は一人だ、誰もいない、時代は行ってしまった、と思いがちだが、地域には声をかけてくれる人たちが必ずいる。その人たちにも勇気を持って声をかけてほしい。

・「生き続けるすみだのまち」なのか、「死ねるすみだのまち」なのか？→「死ぬまで行き続ける」だ。



RP23 (行政職員)

・保護課でケースワーカーをしていて、しんどい経験を何回かした。

・墨田区八広あたりのイメージ。昨夏アパートの2階で生保の方が孤独死された。2週間そのままだった。→すみだで在宅で死ぬというイメージとかけ離れている。家族に囲まれて死ぬ人ばかりではない。

・今日の会のテーマと自分の中の思いがどう釣り合うのか…。

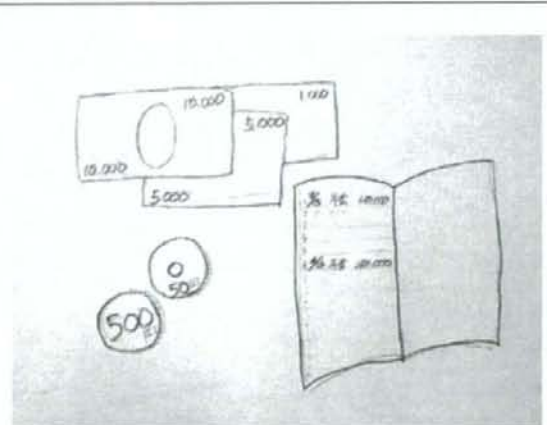
[討議のコメント] ・コミュニティが残っているとは言ってみたものの、悲惨な状況が年々いくつかでてくる。すみだで死ぬまちづくりの違うバージョンの中でこれに対応できるものがないか。

・この絵の方は訪問看護は入っていなかったのか？→本人が必要ではないとのことだった。

・家に帰ってきて幸せに死ぬ人と、家で死ななければいけない人ということを議論していかなければならない。家で死ぬことはプラスイメージだけではないことを意識しなければ。

・悲惨な状況でもヘルパーや看護師が訪問して最終的にはよかったと思えるようにマッチングしていければいい。

[ファシリテーターのコメント]決して繋がっていないわけではない。そこも含めて皆で考えていかなければならない。



RP24 (行政職員)

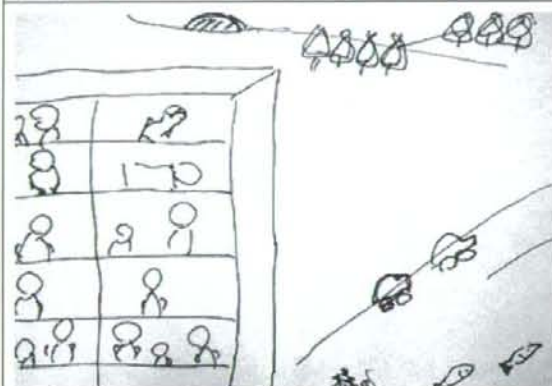
・区役所に相談に来る人はぎりぎりのところである。経済的なことを聞かざるを得なくなるのでお金と年金の振込みを示す通帳を描いた。

・「選ぶ」というが、選ばされているのではないか。相談の中で選択肢を示すが実際は経済的なことが原因で「これしか選べない」状況。口では「あなたが選ぶのです」とは言っているが。理想は、可能なチョイス最低限3つの中で選べること。実際は制度の制約で難しい。

・お金がネックで本当に望んでいることを選ばないという世の中を何とかしていきたい。

[討議のコメント] 深刻な問題だ。全ての人にこれでいけるという方法はないので個々のケースでどうするか考えていかなければいけない。行政の方だけで何とかしようとせず、医療者に投げかけてほしい。

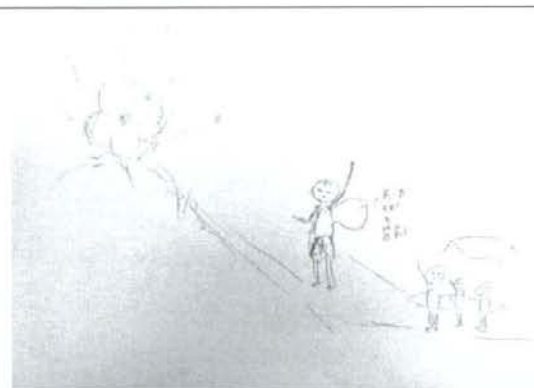
[ファシリテーターのコメント] ここから新しいネットワークができるかもしれない。



RP25 (元教員)

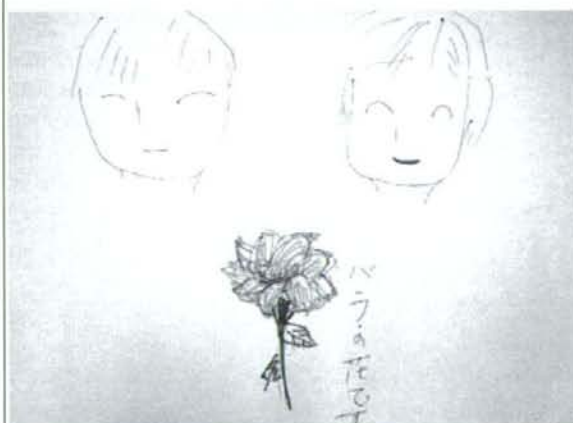
- ・「私達は生きている」ということをもう少し考えたい。一人の人間として何かしなければいけない、と思う。
- ・経済的、家族関係、死後の問題…などの不安をどのように取り除いてけばいいのか。本人が努力しているところへ、誰かが少しプッシュすることで不安が軽くなればいい。
- ・教育の観点で、先を見据えてやっていけることをやりたい

[ファシリテーターのコメント] この魚は？ → 生き物を象徴するものとして描いた。



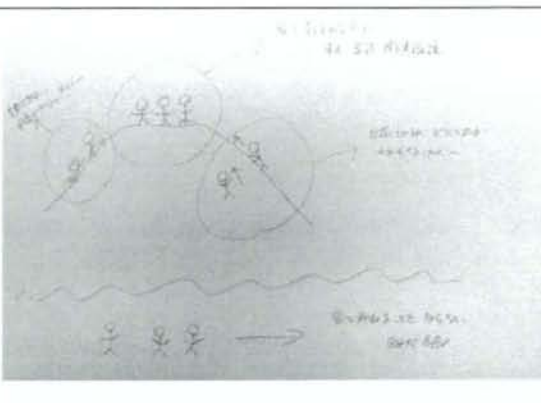


RP26 (遺族)

- ・7年前に夫が亡くなる時は、ホスピスケアを受けるために引越した。病院に入院して退院直前にベッドから落ちて家に戻れなかったが、和室の部屋で楽しく過ごせた。
- ・自分も楽しく過ごし、思い出を背負って友達に見送られながら「さよなら、ありがとう」と天国に行きたい。



RP27 (遺族)

- ・自分と(副作用で紙が抜ける前の)夫を描いた。お見舞いでいただいて庭に挿木したら咲いたバラを描いた。

	<p>RP28 (訪問看護師)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これはすみだ山。頂上は家で死ぬること、これに同意・共感できない人もいて、転げ落ちる人、頂上を目指して上っている人がいる。 ・家で死ぬこと自体を知らない墨田区民もいるはず。 ・これらを頂上を目指すためにみんなで勉強会など何とかしようかなと思う。 ・自分は頂上で皆を引き上げる役割をしたい。
<p>[討議のコメント] 登っているところの必死さに共感を覚える。</p>	
	<p>RP29 (介護支援専門員)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・去年より今年は在宅で最期を、という方が増えている。 ・この絵は肺がんの末期の方の様子。苦しさがあながらも孫が学校から帰ってくるのを楽しみにしていた。病院ではこういうところで満足できない。苦しくても満足できる生活をした患者さんを描いた。
<p>[討議のコメント] 家族の方に見守られて最期まで看取れることは在宅ならではのことで共感できる。</p>	
	<p>RP30 (訪問看護師)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で関わった利用者のことで描いた。医師が疼痛コントロールの薬を普段使っていないからとなかなか出してくれなかった。医師は医師なりにがんばってくれたが、入手方法が難しいなど厳しかった。 ・本来であれば医師も含めて皆で在宅の山を登っていきたいが、医師だけが別の道。最終的には在宅で看取った。 ・疼痛コントロールができて24時間対応の在宅療養支援診療所があれば、疼痛コントロールが難しいが在宅患者を診ている個人医院もある。 ・医師がどうしても往診できないときは、何とかチームワークで他の医師がやるなどできないのかなと思うことがある。

【討議のコメント】 そういう話をきくと、一人一人の医者がもっとしっかりしなければいけないのかな、と思う。緩和ケアの知識の共有も大事になってくる。



RP31 (医師)

- ・家で最期まで過ごして天国へ行く患者がいるが、ほとんどは病院に流れる。
- ・いろんな大きな壁（病院医師が在宅を理解していない、など）がたくさんある。
- ・家に押し込める考え方はいけないが、問題は行きたくても行けないことや、行けることを知らないこと。
- ・在宅では命の尊さを学ぶことができる。最終的にはこれが社会を変えていくことになる実感している。

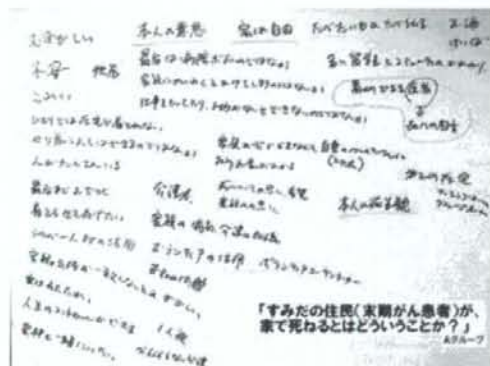
【討議のコメント】 壁は自分のときもあった。病院で初めのうちは退院したくても出してくれない。ある時期になって、治療できない人は出てください、と言われとても壁を感じた。

図6 参加者が描いたリッチピクチャー(RP)(発表順)

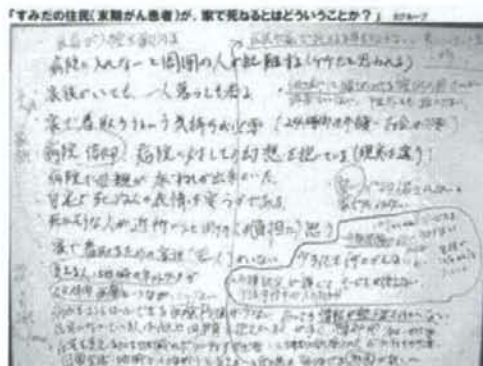
5. 「思いのモデル」を用いた参加者の思いのアコモデーション

次に、参加者を4つのグループに分け、『すみだの住民（末期がん患者）が、家で死ぬるとはどういうことか?』というテーマについての「思い」を語り合った。そして、一人ひとりの「思い」をグループで共有し、「思いのモデル」にグループでアコモデーションできる「思い」を表現した。

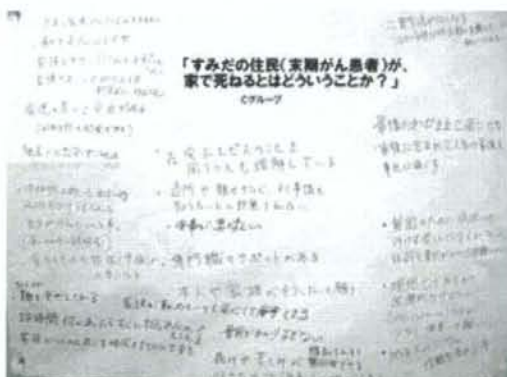
図7に各グループで「思い」が挙げられた様子を示す。「難しい」「不安」「家にいたい」などの率直な感想、「食べたいものが食べられる」「家族と一緒に」「病院と違って自由がある」などの良い点、「家族へのサポート」「専門職による24時間対応のサポート」など必要なこと、「家族に迷惑をかけてしまうのでは」「告知の問題」「区民も家で死ぬることを知らない」「病院との連携ができていない」「情報が整理されていない」「在宅ホスピスのことを周りも理解している必要がある」「支える家族がいないとできない」など“壁”となる課題、「ボランティアの活用」「第二の在宅」「地域のネットワーク」「拠点」「地域力」などの解決策、と様々なコトについての記述が表出された。この過程で各グループ内では、それぞれの立場・「思い」への相互理解が進み、思いが通じ合った喜びやいろいろな気づきを通して、グループとして共有できる思いを見つけ、それを表現することに向けての結束が強まった。



A-0 : Aグループの「思い」



B-0 : Bグループの「思い」



C-0 : Cグループの「思い」



D-0 : Dグループの「思い」

図7 各グループの「思い」

以上を踏まえ、グループごとにSSMの根底定義（Root Definition：RD）の表現形式（図8）を用いて「思いのモデル」を作成した。

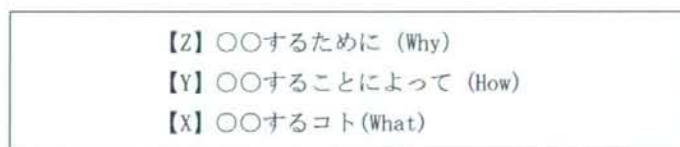


図8 「思いのモデル」の形式

各グループでアコモデーションされた「思い」の表現である「思いのモデル」を表3に示す。これは、RPにて描かれた参加者の深い「思い」とつながっていると同時に、一人だけの「思い」ではなく、地域で末期がんのケアに関わっているからこそ納得し合える「思い」の表れと言える。この「思いのモデル」を用いて、各グループが順にそれぞれの「思い」を発表し、皆で話し合う過程で、参加者は自分たちが目指している「地域包括在宅ホスピス緩和ケアシステム」へのニーズを感じ取ることができた。RDが2つ示されているグループは、最初のRD（RD1）を発表後、参加者全員との話し合いの過程での気づきを基に再度議論してRDを修正した。その修正後のRD（RD2）を下方に示した。

表3 『すみだの住民（末期がん患者）が、家で死ぬるとはどういうことか?』に対する思いのモデル

Aグループ

<p>A-RD（変更なし） 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</p>
--

Bグループ

<p>B-RD1 Z：すみだの町の人々が安心して家で死ぬることを学んでいくために Y：本人と家族が人に迷惑をかけても良いと思い、助けてと言えるよう自らを解放し、サービスを求めることによって X：官（教育・行政）と民と地域の力が結び合う拠点をつくること</p>
--



<p>B-RD2 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</p>
--

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し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ることを学んでいくこと」であり、その目的は「家で死ぬる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ション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」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

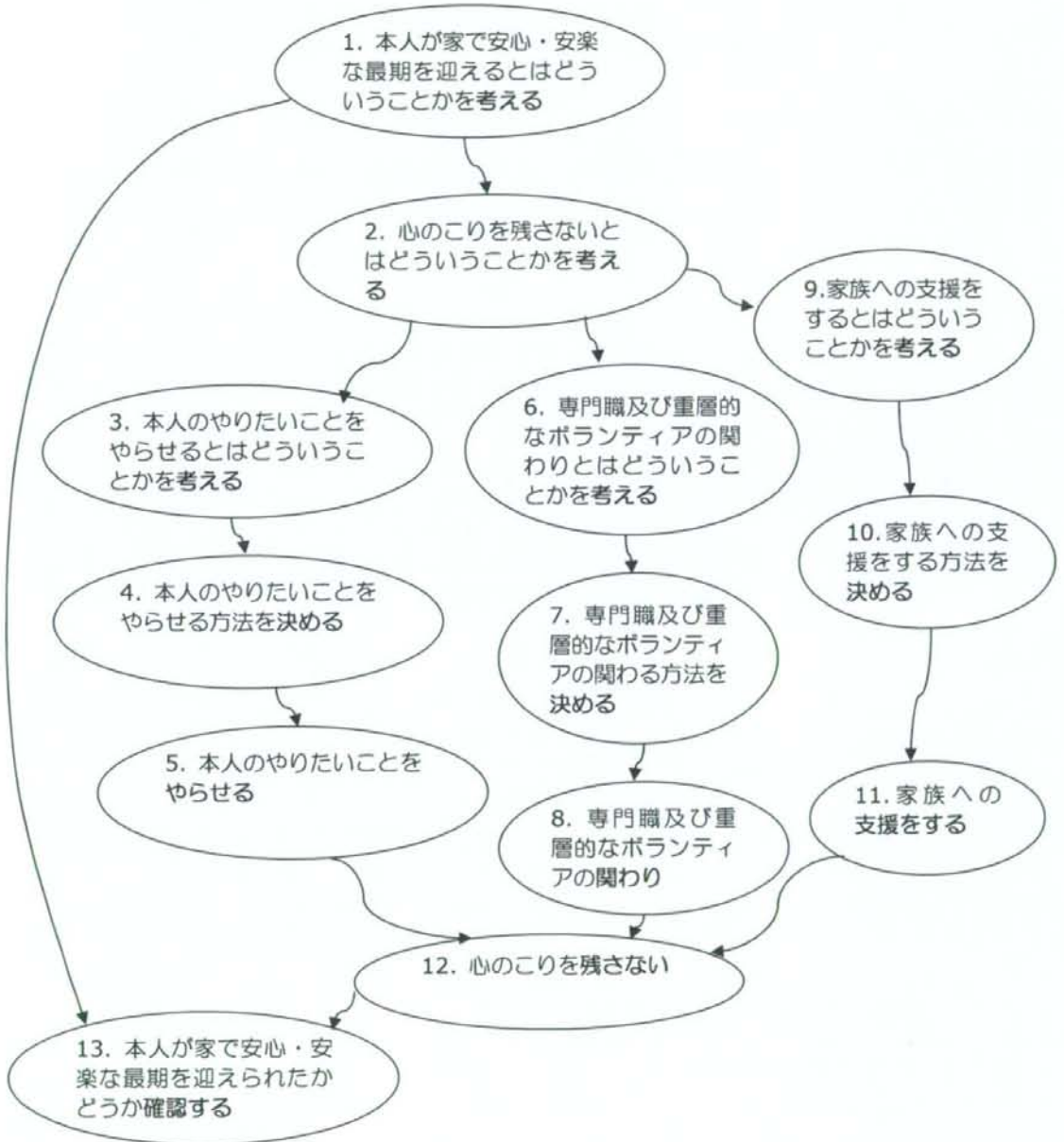


図9 Aグループの「思いのモデル」と概念活動モデル

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

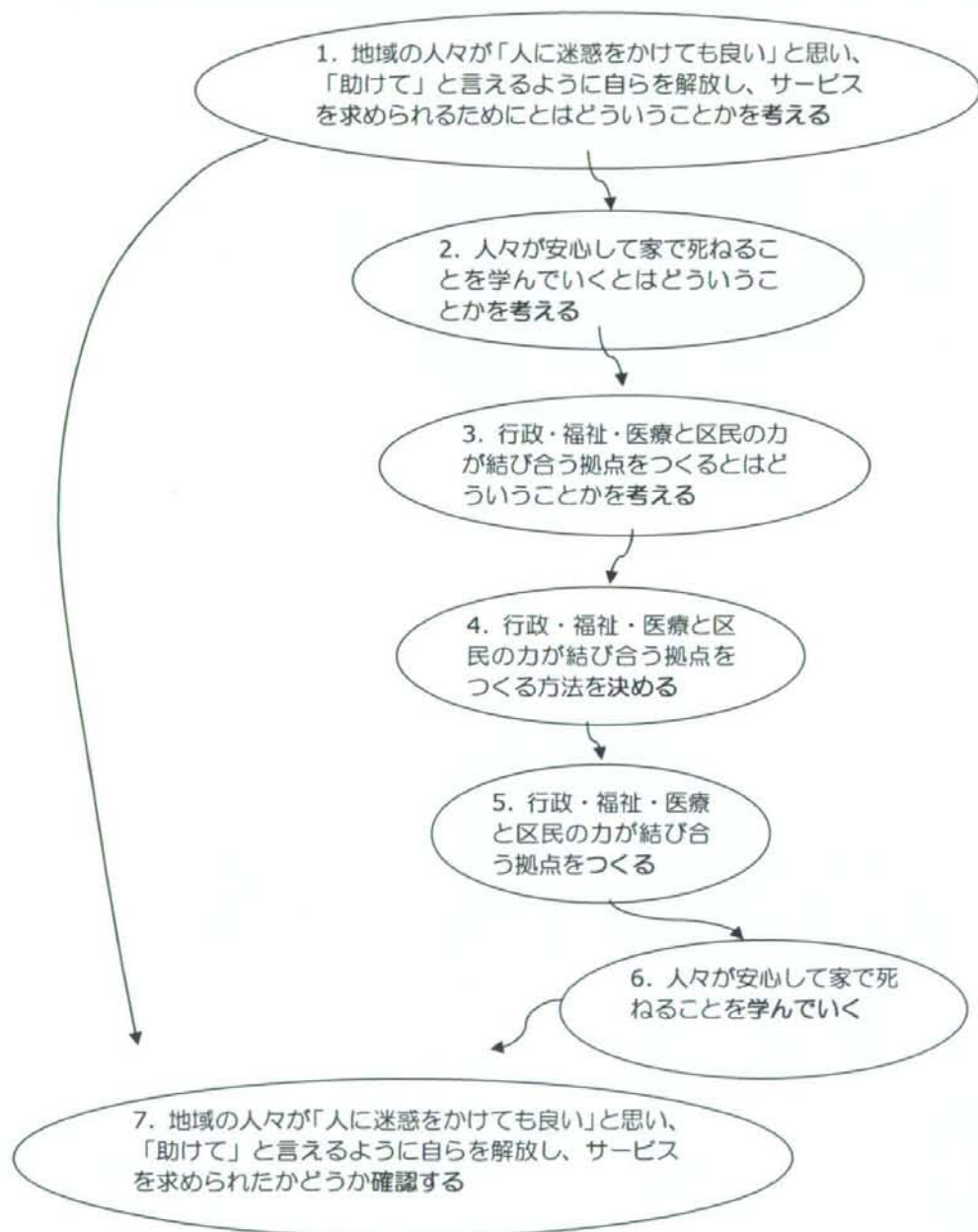


図 10 B グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

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

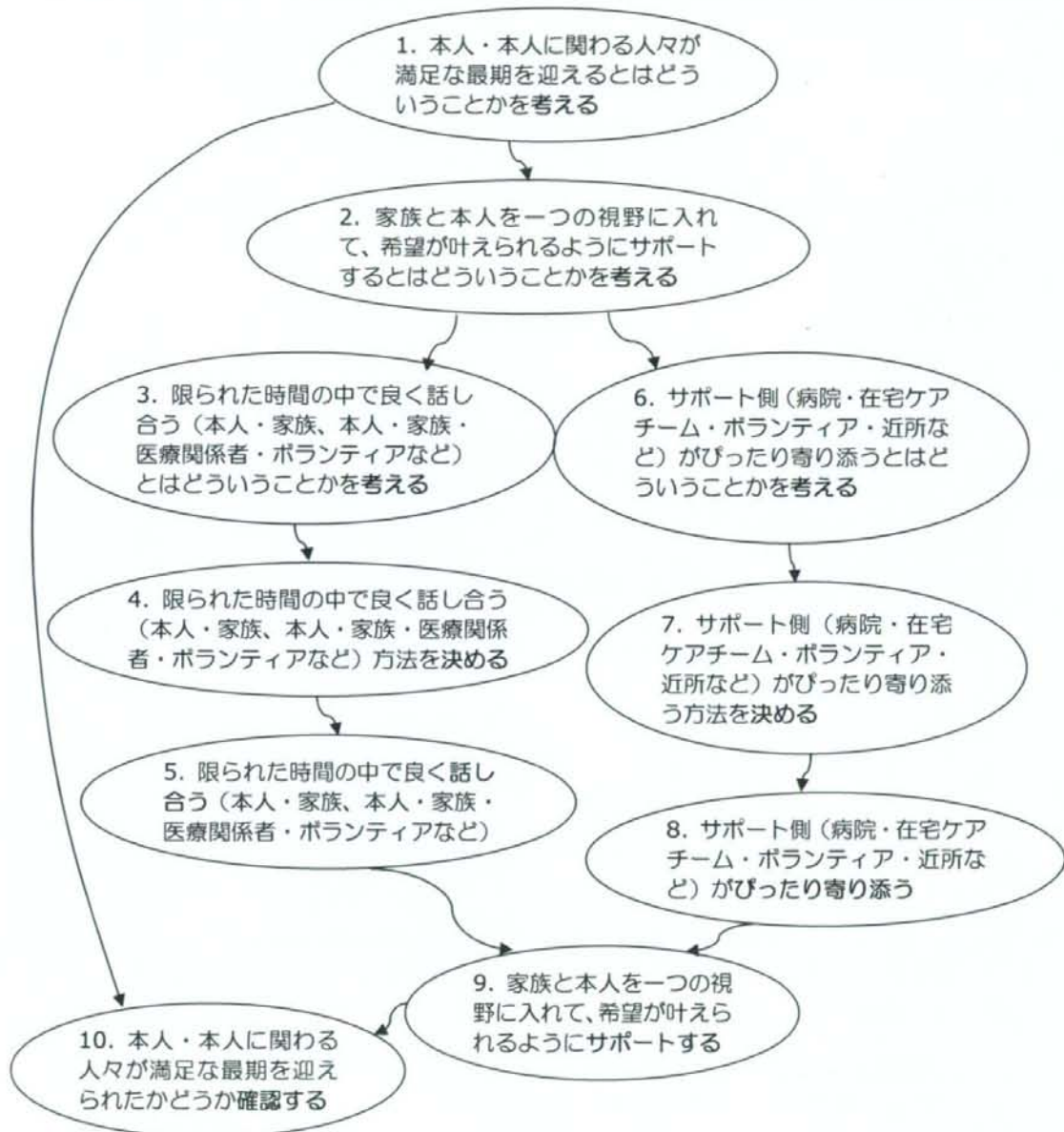


図 11 C グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

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

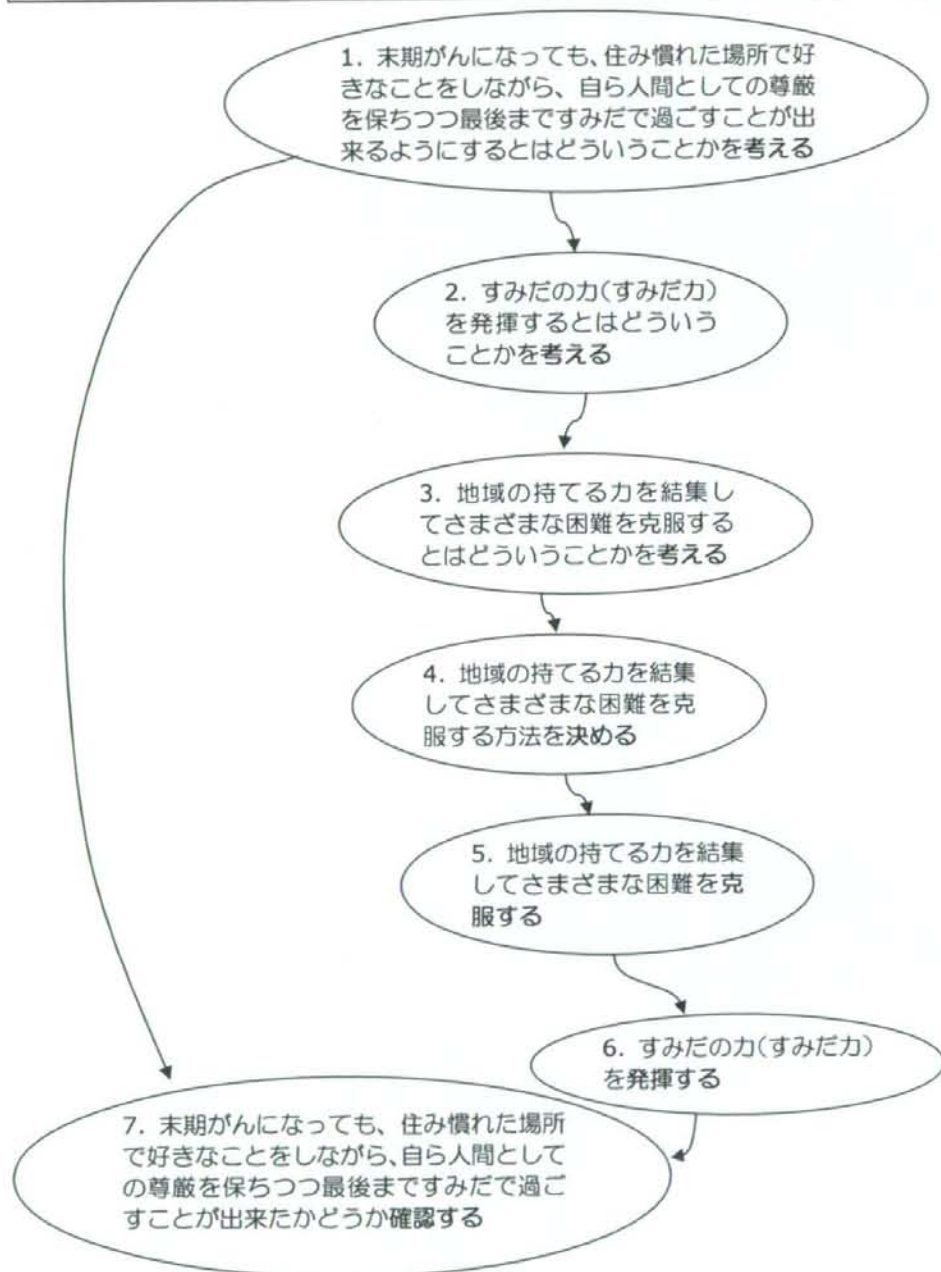


図 12 D グループの「思いのモデル」と概念活動モデル

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出来ないこと、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ト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。