

ビハーラレポート

No. 62

<http://vihara.main.jp/>



写真シリーズ：「各地のお地藏さま」（北秋田市・正法院・鎌沢大仏）

CONTENTS

ビハーラセミナー	2
「看取りの場での尊厳を考える」（第3回－在宅編－）	
北秋田市永楽苑通所介護事業所主任生活相談員 工藤輝満 先生	
ビハーラセミナーin 麦のうた	22
第1回 北秋田市米内沢 龍淵寺 住職 奥山亮修 師	
第2回 北秋田市阿仁 耕田寺 住職 佐々木賢龍 師	
第3回 北秋田市七日市 龍泉寺 住職 佐藤俊晃 師	
お知らせ・各地区事務局	24

「看取りの場での“尊厳”を考える」

— パート3 在宅編 —

北秋田市 永楽苑通所介護事業所 主任生活相談員 工藤輝満 先生

平成20年度のビハーラセミナーは、看取りの場面での「尊厳」について、3回（医療機関編・施設編・在宅編）にわたり行いました。今号では、第3回目の8月30日、北秋田市綴子の宝勝寺に於いて行われた在宅編です。

◎司会

このテーマで3回目の、そして最後のビハーラセミナーです。「看取りの場での尊厳を考える」ということで、このたびは「在宅編」という大変難しい問題に取り組みようと思います。

今日の昼、「地域福祉実践研究セミナー」という研究会が藤里町で3日間に渡って行われておりました。それには私たち事務局も参加しておりました。

その場で最初に言われたのは、看取りに限ったことではなく、一番今弱いのは医療と福祉の連携であるということでした。特に在宅で看取るという場合はこの連携がとても重要なカギになるのではないかと考えています。

今日は工藤先生からお話を伺ったあとで、いくつか質問をしていきたいと考えております。それではさっそく工藤先生からお話をさせていただきます。

・工藤輝満先生

みなさん、おばんでございます。

今日は尊厳死セミナーの在宅編ということで、私には非常に重いテーマであります。「お時間たっぷりどうぞ」と言われましたので、30分ぐらいでは収まらず、45分ぐらいかかるかと思いますが、しばらくの間お付き合いください。

まずは自己紹介をさせていただきます。旧合川町にあります「大野岱の里」をご存じでしょうか。ゴルフ場の近くにあります。私は12年ほど前に社会福祉士という国家資格を取りまして現在は「永楽苑サービスセンター」に相談員として勤務しています。

その前は知的障害の施設に10年ほど勤務してまして、通算で24年ほど福祉職員として仕事をしています。その他に高齢者の認知症共同生活介護というグループホームの外部評価調査員も、年に数回程度ですが活動しております。

あとは社会福祉士の組織の権利擁護センターパートナー秋田に所属して、成年後見制度の活動も、多少ですが行っています。

今日はみなさんにレジメをお渡ししています。これを全て読み上げるつもりはありません。特に高齢者を中心とした権利擁護の制度というものが3枚目にありますが、これを全部やると1時間以上かかってしまいますので、こちらは関係するところだけ抜き出してお話を進めていきたいと考えています。

私は看取りの場での職業ではございません。たぶんみなさんにとっては少々物足りないかもしれませんが、福祉職としての立場から看取りを考えてみました。それでは始めていきたいと思います。

はじめに

第1回目の先生でありました奈良先生の「生まれること、お亡くなりになること自体がドラマであり、尊厳あるもの、尊厳の無い生死はあり得ない」というお言葉と、その時に同席しておりました江戸先生の「尊厳死には違和感がある。尊厳生という、生きている間のことをきちんととらえ、人間らしさの共有が重要である」という、この2つの視点、メッセージがございました。

これらから私なりの「尊厳ある死は尊厳ある生き方の延長線上にある」という視点から今日はお話ししていこうと思っています。

死生観の変遷

江戸時代のころ、庶民は日常的に飢えや病気が付きまとい、死というものを常に意識し神様仏様という宗教問わず極楽に往生したいと願い、来世に夢や希望を抱きながら苦しい生活や労働に耐えてき

ました。

明治には中国との日清戦争、ロシアとの日露戦争。大正時代には第一次世界大戦があり、昭和の前期には第二次世界大戦がありました。このような時代の流れの中で、国民はお国のため、天皇のために死ぬことが美德であり価値ある生き方と感じていたようです。

そして超高齢化社会の現代では社会風潮や世論、マスコミなどの影響が個人の死生観にかなり影響を与えているのではないかと思います。まだまだ生命尊重主義が大半を占めており、生活の質よりも長く生きることが生命倫理上も正しいという考えがまだあるようです。

最期(看取りの場所)の変化

現在の年間死者数は約110万人と言われています。内80%が病院で亡くなり、自宅ではわずか12%程度です。私が生まれた1960年代では自宅でお亡くなりになれる方が70%を占め、病院での死亡は20%程度でありました。1975年(昭和50年)以降は逆転現象が起こっています。その差はまだまだ広がり続けているという状況です。

なぜそのようなことになったかということで、(1)から(5)番までありますが、高度経済成長期による核家族化が第一にあげられます。これは家族形態の変化によるものです。高度経済成長期と合わせ1975年(昭和50年)頃までの核家族の大幅な増加は、大正15年から昭和25年頃までの多産少子の時期に生まれ、兄弟姉妹が4.5人はいるという人口転換期



(講師の工藤先生)

世代です。親と同居する長男を実家に置き、あの子供たちは職を求めて都市部へ流出しました。そこで結婚し家庭を形成したことで核家族化が大きく広がりました。

世帯数は昭和 30 年では 1,179 万世帯であったものが、平成 7 年には 2,576 万世帯と 2 倍以上に増加しているというのが現状です。

2 番目に「子どもとの同居の状況」とありますが、昭和 50 年頃まで戦後の家族構成の典型と考えられている夫婦と子供からなる世帯は減少傾向にあります。夫婦のみの世帯が急増していて、その内 65 歳以上の親と子どもとの同居率は昭和 50 年頃までは 70% を超えていましたが、平成 16 年では 46% まで下がってきています。

3 番目に「国民皆保険の登場」とあります。昭和 36 年に国民皆保険が登場し、誰でも病院に気軽に足を運べる時代になりました。それに伴い、医療の発展が在宅の死よりも病院での死を国民が選択するようになっていったようです。

4 番目、「介護機能の低下」とあります。

家族構成の変化が我が国の家庭による老親の介護機能の低下をもたらしていると思います。社会現象として生じてきた介護問題を家庭問題と考えるには重すぎると、平成 12 年に介護保険が登場しました。

5 番目「秋田県は第 1 位」とありますが、これは将来の予想ということです。国立社会保証人口問題研究所で 27 年後、平成 47 年の秋田県の人口減は全国で最大になると発表しました。老年人口割合が 41.0%、75 歳以上の後期老年人口割合が 26.6 で全国第 1 位と予想しています。

秋田県は現在の一般世帯で高齢者がいる世帯割合が 51.2% です。全国平均は 35.1% です。この視点を変えれば、同居者がいるということで、在宅での看取りを推進していける県とも見られると思っています。

・看取りケアへの確立へ

生命尊重主義からの脱却が必要ではないかと感じています。人間の欲求で最大、最高なるものは不老不死と言われていました。しかし最近では長命が人間として幸せではない、幸せを示すものではないということ、少しずつですが意識し始めてきているのかと思います。高齢者の皆さんは貧しい日本を日々過酷な労働により支え、成長及び発展させてきた方々です。その後の幸せな老後を見つけたのでしょうか、医療、福祉の社会保障費は伸びを抑えています。それには国民の負担が増えるということもあるでしょう。そして戦後からの家族構成の変化によっ

て、介護は社会問題化されてきています。

高齢者の皆さんと少しお話させてもらったときに、我々の価値観に合わせてくれているような感じがします。実際はそうではない。言葉には二面性があり、その裏を読み取るようにと福祉の世界ではよく言われています。「大丈夫よ」と言うその言葉の裏をつかむことが、福祉の現場では求められます。「大丈夫」とは言いますが、中には年金も少ないし、子どもたちはみんな都会に出て行ってしまって二人暮らしでつまらないと嘆く方もいらっしゃるということです。

・ どういう死に方をしたいか

私は通所介護の現場の責任者みたいなこともしてますので、利用者さんとお話することがあります。どういう死に方をしたいかなど、あまりいつも聞けるわけではありませんが、今日の雰囲気からしてぎっくばらんに話を聞けるだろうというときに、ちょっと冗談めかしながら「どのような死に方をしたいの」と聞きますと、「苦しみがなくぽっくりと逝きたい」とか「呆けて醜態をさらさず、家族に迷惑をかけたくない」とおっしゃいます。我々世代に遠慮しているなどと思います。本当は言いたいことがいっぱいあるだろうなどと思います。

これには日本人特有の差別文化に起因しているのだそうです。恥というものをすごく意識するのが日本人だそうで、このことが心理や物事への考え方に多大な影響を与えているために安易に尊厳死や安楽死らしき言葉を出せずにいるのです。

お年寄りの方は何も知らないというわけではありません。私も十数年もお付き合いしていますが、感じたり考えたりしていることは私たちと同じだと思います。同じ感性だと、私は本当に思っています。歳が上だから価値観も全て違うということは私の中ではありません。

自分は楽な死に方を希望したいが、言葉に出せないということだと思います。

長命となったこの時代に必要なのは一人一人がきちんと死を見つめることだと思っています。そのためには歳を重ねることを恥だと思わずに、人生の総仕上げとしてきちんと自分を見つめることが大切なことだと感じています。

・ 支えあう社会の構築（尊厳ある死への基盤作り）

昔は措置制度の中で養老院が入る施設でした。そういう施設しかなかったのです。しかし今は通えるセンターがあったり、入所できる施設があるのは非常にありがたい、だから長生きできるのだというお話をよく聞きます。このような施設は将来的にもたぶんなくなるものだと思います。

いろいろな書物にも書かれてますが、尊厳ある死のための基盤を作るには、昔のように地域の力を取り戻していくことが重要だと思います。これは非常に難しい課題だと思っています。在宅療養支援診療所は2年前に制度化されました。在宅療養のことで、お医者さんを軸にして訪問看護や訪問介護、そして家族による関わりのことです。ここで大切になるの

は、ご本人を支える家族を支える、支えあう社会の構築がなければ在宅ケア、看取りケアは成立していかないのではないのでしょうか。地域で支えあわなければなりません。

そのために欠かせないのがボランティアの活動です。市内でも各種団体、個人での活動がされています。主に施設を中心とした活動ですが、今後は在宅での活動も期待されていくと思います。

介護保険事業の中では、このボランティアは予防事業のひとつと捉えています。現在は報酬のないボランティアの活動が主流ですが、毎年増加する高齢化の波を長いスパンで捕えていきますと、本来のボランティアという形から多少ずれていくのかもしれませんが、予防的な観点からして有償があってもいいのではないかと検討されています。

東京都の稲城市で今年の5月に厚労省が認めたボランティアの活動実績に応じたポイントを与えて、それをお金に換算できる試みが始まりました。それを年金から引き落とされる介護保険料に充てることもできます。しかしこれはいろいろな地域性なども勘案して整理していかないと制度として成り立ちません。まだ始まったばかりの試みです。

県では今年の3月末に地域ケア体制整備構想を策定しました。目的は「住み慣れた地域での生活の継続」ということで、手段は「地域全体での支えあい」です。やはり地域ということがテーマになっております。キーワードとしては「地域住民の参加」です。

このように、本テーマであります看取りに関することは医療人だけで解決できない問題ではないと思っています。住民一人一人が意識を変えていくことが重要です。また、介護や福祉は受けるものという考え方からの脱却も必要で、住民が福祉や介護を全体的に気にして、それをみんなで支えていくという考え方がこれから大変重要になっていくと思います。

「事例 1 元気に百歳を迎えたケース」

今日は看取りケアの在宅編ということで、うちの利用者さんの事例を紹介したいと思います。

田所ヨネさん（仮名）は享年 100 歳でした。介護保険施行の平成 12 年からご利用なさっています。当時 92 歳でした。要介護度は要支援程度で非常に元気でした。健康診断書には 82 歳で高血圧症、84 歳で心不全・狭心症と書かれていました。そのため多種類の薬を服用しておりましたが、自分の代から商店を営んでおりまして、買い物に来るお客さんとお話しをするのが生活の中での楽しみのひとつであったようです。



（皆さん真剣にお話を聞いています）

で、お医者さんに土日の往診を確認したら、土日は往診していないと言われたそうです。しかし点滴を受けても状態が回復しませんでした。

お嫁さんが今回は本当にまずいかなと思ひ子供たちに連絡をして駆けつけてもらったそうです。今までも何度か呼び出しがあったのですが、今までとは違う、呼びかけても反応がない。

集まった子供たちがお嫁さんに看取りをお願いしてきたそうです。この状態で病院に連れていっても、管まみれにされてしまうのが嫌だったそうです。お嫁さんも家で看取ってあげたいという気持ちはあったようですが、どちらにしても苦しんだときにはお医者さんの往診が不可欠になります。

しかしかかりつけのお医者さんは土日往診できないし、5月の連休も重なってしまいました。嫁さんにしても、世間から「病院にも連れていかないで適当に看取りをした」などと言われるもの嫌だし、お店もやっているからそのような風評や噂話を気にしてしまうと、みんなで話し合いをしたそうです。

このような経緯から、最終的に1週間ほどの入院の後、病院で死を迎えることになりました。

具合が悪くなったら病院で終わればいいのだという考え方にも変化が出始めてきたように感じます。

開業医の理解ある先生方の存在というのは、訪問介護同様に不可欠ですし、みんなの思いが実現できるように、病院での死よりもみんなで見守る、支えるとい

う在宅の死というものつくっていかればと思っています。しかしそのためには住民や地域、社会全体がそのような方向に向いていかないと、なかなか在宅での看取りケアは確立されていかないのかもしれない。

今日は奈良先生がきておられますが、先生のように一生懸命取り組んでおられる医師が北秋田市内に10人ほどいれば全域をサポートできると思っています。別の会議等で先生とお会いすることがありますが、鷹巣市内の方は恵まれています。個人の開業医もたくさんおられますし、在宅に関して理解を示さない先生はいらっしゃらないのでしょうか。

1回目が奈良先生の医療編で、2回目が施設編、今回が在宅編です。施設編のまとめのときに、施設に入っている方はある意味幸せであるということでした。心配なのは一人暮らしの高齢者で、家族が遠方にいて状態が悪くなったときに地域でどのように見守っていくかということの問題提起されました。

「事例2 一人暮らしの認知症老人」

そこで2つ目の事例を紹介していききたいと思います。木下アキさん(仮名)、享年80歳です。夫を49歳で亡くし30年前に遺産を元手に原野であったところに住居を構え一人暮らしをしていました。子どもは授からなかったのが女一人の生活でしたが近所とのつながりがほとんどなかったようです。

兄弟は男性が2人、女性が2人。本人は長女でした。長男と二女が関東方面に

住んでいます。市内には次男と四女が、能代市に三女が住んでいました。その兄弟間で交流があったのは市内に住む四女と関東方面に住む二女だったようです。

市内に住む四女が週に1回ほど様子を見に行っていたのですが、平成17年、79歳の頃に入浴しなくなって、毎回入るように促さなければならなくなってきました。これが認知症の始まりだったようです。その後も冷蔵庫にはいつも同じものを買い込み腐らせている状態で、伝言も忘れも、用事もこなせなくなり、物の置き忘れが目立つなど、いつも何かを探しているような不安な様子が漂っている状況でした。

そのような状況で福祉関係者への相談からケース開始となりました。この時点で介護度は要介護度1です。

介護保険制度の中で認知症というのはまだ判定が低いです。実際、認知症の方のケアは大変です。要介護度3になりますとお手上げです。ですから認知症だけで1というのは重い方です。

この状態からして、訪問介護を主体としたケアプランを策定し本人に提示したのですが、認知症のせいかな本人は拒絶反応を示したのです。今になって思うと家に入ってもらいたくなかったのでしょうか。家の中は非常に乱雑でしたから。四女と本人から強い拒否がありました。結局通所介護にきましたが、それだけでは問題は解決しないプランだとは思っていました。それでも、このアキさんは通所介護にすぐになじんでくれまして、ご本人の口からも回数を増やしてほしい、も

っと来たいということでした。たぶんご飯も満足にとれていないような状態だったので、回数を増やすことはいいことだと思い四女にその話をしに行きました。通所の回数を増やすことを提案したのですが、それも拒絶されました。お姉さんの気持ちを妹さんがくみ取ってあげていればよかったのですが「いらないです」とはっきり言われましたから、これは問題があるケースになるのではないかと懸念しました。

認知症はあまり悪化することがなかったため、見守り体制を強化してくださいということを経済さんに伝えました。1年が経過する頃、サービス担当者会議、医療の方ではカンファレンスとありますが、その関係者が集まってモニタリングや評価をしなければなりません。今のサービスが適切なのか、本当にこれでいいのか話し合うための会議です。それも妹さんに却下されました。「今のままでいいので」と言うのです。

その後、本人はどうなったかといいますと、どこに行くにもカバンを常に持って歩く、下着を3枚も5枚も着てくる、靴下も3足も4足も履いてくるようになりました。女性スタッフから下着が汚れていて異臭もするという報告がありました。通所でお風呂に入るときに衣服を全部洗濯して、帰るときにきれいになったものを着て帰ってもらうことをサービスとして、亡くなる寸前まで続けました。聞きましたら、洗濯機を使わず手洗いだっただけです。

それでも徐々に認知症が悪化しまして、

冬期間になり火が心配だということで、訪問介護を週 2 回入ることを 1 年 5 カ月でようやく受け入れてもらいました。その頃には認知症がかなり悪化していました。上着を履こうとしたり、後ろ前でも関係ないという行為失効がありました。そういう場合「そうじゃないですよ」と声をかけることはダメです。注意することは行為失効に対しては意味がありません。着込む順番にそろえておくとか、裏になっているものは返しておくとか、その人がどうやって着ていくのかを見ていなければなりません。ストレスを与えないことが大切です。

訪問介護を頼んだとき、グループホームの入所も申請しましたが、日に日に悪くなるのがわかるのです。これはもう保護しなければならぬという観点からケアマネにも話をしました。どこかに救急処置で入れないかと模索していた時期でした。そんなとき、朝 8 時にヘルパーから「アキさんがいない」という電話が入りました。私どもの方にも電話が入り捜索に行きましたが、近所の用水路にうつ伏せになって亡くなっていたのです。警察も入りましたが事件性はないということでした。なぜこの道路を通ったのだろうかとか疑問は残りましたが、非常に残念でなりませんでした。

こちらでも問題ありのケースと捉えていたので何とかしたいと思っていたのに、こういう結末になってしまい本当に残念です。

ここで紹介したのは、尊厳ある生き方とはどういうことかを言いたいというこ

とです。既存の集落には本家分家の縦横関係の中で地域の力があるようですが、アキさんが住んでいた新興住宅地は 30 年ぐらい経過しても人間関係は希薄です。私も新興住宅地に 15 年ほど住んでいますが、やはり違います。人間関係を作っていくのは非常に難しいと感じています。

このような仕事をしているものですから、自治会組織に入ってつながりをつけようとしていますが、最終的に子どもらを通じて地域とつながりを持っています。

ですから、このアキさんも女一人で住宅を建てましたが、自治体の活動にでも参加しないと地域とのつながりを作るのは難しかったのだらうと思っています。四女はアキさんが認知症にかかる前から関わっていたようですが、四女は認知症への理解が全くありませんでした。また、担当介護支援専門員のプランにも耳を貸さなかったということで、非常に消極的な介護が 1 年半以上も続いていました。

昨日、今日とケアマネジャーの研修があり秋田に行ってきました。介護支援専門員も質が言われます。介護支援専門員の業務は利用者本位自律支援です。公平中立の理念の元、ご本人さんらしい生活を組み立てていくプランニング、介護計画作りが主になりますが、介護サービスの苦情を受けとめたり、虐待を発見するなど、常に利用者さんの立場になり権利を擁護するという機能も持ち合わせていなければなりません。ですからこのケースでいきますと、おかしいなと思った時点で担当ケアマネジャーさんは別の行動をとるべきだったと思います。

福祉サービス利用援助事業があります。これは社協で展開している事業ですが、あまりお金を取らないでサービスの必要な方の預金通帳を預かったり、相談にのったり、助言・指導をしたり、第一種社会福祉事業に盛り込まれているような事業です。

また成年後見制度に繋げていくことも職務のひとつととらえています。

本ケースの場合、四女が介護に関わることが難しければ成年後見制度に繋げることを検討してもよかったですらうし、そのケアマネージャーだけでは大変だということであれば、市の地域包括支援センターに連絡をすることも可能です。そこには主任介護支援専門員や保健士、社会福祉士がいますので、それぞれの立場からこのケースを見つめて多面的に考えることができます。このようなことが早期の時点であってもよかったのではと思います。

・高齢者を中心とした権利擁護の制度

それでは資料の「高齢者を中心とした権利擁護の制度」をご覧ください。成年後見制度のことですが、この名前を聞いたことがある人はどれぐらいいらっしゃるでしょうか？半分ぐらいですね。

1番の「高齢者を中心とした権利擁護の制度として」で大きく4つに分けています。「1 本人の身体能力が低下した場合」は介護保険制度、「2 本人の判断能力が低下した場合」は成年後見制度です。先ほど紹介した福祉サービス利用援助事業も含まれます。「3 消費者被害」は法

律による被害の救済で成年後見制度も含まれます。消費者保護法クーリングオフなどもあります。「4 虐待への対応」は高齢者虐待防止法です。聞いたことがあるかと思いますが、これは本人だけの救済ではありません。家族の方々への救済ということも盛り込まれている法律です。

・成年後見制度とは何？

旧法では禁治産と言われていました。明治31年にスタートしたようですが、以後100年間ほとんど改正はされてきませんでした。現代の視点から見ますと家産維持の考えが背景にあり財産管理が主目的で、戸籍へ禁治産者と記載されるような硬直的な制度であったためにあまり利用されませんでした。それが現代では本人の意思や自己決定権の尊重、障害のある人も家庭や地域で通常の生活をする事ができる社会を目指そうというノーマライゼーションの理念が考慮されています。精神上的障害により判断能力が不十分であるため、法律行為における意思決定が困難な方々について、その判断能力を補い生命、身体、自由、財産等の権利を擁護し、出来る限り利用しやすい制度を目指して法改正がされ、平成12年4月1日、介護保険の開始と同時に施行されました。

・成年後見制度の理念

今の話にありましたが「ノーマライゼーション」「自己決定権の尊重」「残存能力の活用」の3つがあげられます。

残存能力というのは本人の意思や気力、

体力などもあります。財産という項目が新たに入りました。資産があればそれを有効活用するという事です。どうすれば利用できるのかというと、成年後見制度は判断能力が不十分な状態にある方について、本人や家族、配偶者、4親等内の親族、事件性が出てきた場合は検察官の申し立てということになります。本人の住所地を管轄する家庭裁判所に申し立てを行います。ここでは大館家裁です。家庭裁判所が適任と認める者を成年後見人に選任する制度です。成年後見人等につきましては審判によって後見事務について権限が付与され、理念の実現がはかられていきます。その理念というのは3番の事です。

・成年後見制度の法定後見制度とは？

法定後見制度と任意後見制度を紹介します。

法定後見制度とは、判断能力が不十分な状態にある本人について、本人や家族などの申し立てにより家庭裁判所が適任と認める者を成年後見人等に選任する制度で、場合によっては成年後見人と成年後見人を監督する監督人が選任されます。要するに、この方だとちょっとまずいと家裁が判断したときに監督人をつけるということです。審判によって後見事務について権限が付与されるので法定後見と言われます。今回の改正では従来の禁治産は「後見」、準禁治産を「保佐」、新たに「補助」を加えた3類型となりました。

「後見」とはどのような方がなるかというと、精神上の障害により判断能力を

欠く状況にある者。「保佐」は精神上の障害により判断能力が著しく不十分な者。

「補助」は精神上の障害により判断能力が不十分なものとされています。この申し立ては、仮に後見と申し立てをしたとしても医者からの診断書などを家裁で判定したときに補助となることもあります。

・成年後見制度の任意後見制度とは？

任意後見制度は平成12年4月に新しく創設された制度です。本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に公証人役場で公正証書によって代理人として任意後見契約を結び、家庭裁判所が選定する任意後見監督人の監督が選定されてから契約が開始されます。これにつきましては監督人が必ず必要だということです。高齢や認知症により判断能力が低下し財産管理や介護等で不利な契約をしたり、悪徳商法の被害に合わないようにするなど…最近では自分の老後を守る社会制度といわれ（ています）。（当方も）1件だけ任意後見を受任されている方がおります。これは県社協が主体となっている貸付制度で、自分が住んでいる家を担保にしてお金を貸し付けし、後に清算する制度です。

その資料を県社協から送っていただきよく見たのですが、不動産の評価額が1,500万程度と書かれていました。鷹巣市内は土地が高いですから1,500万ぐらいは軽くなってしまうのかと思いますが、私が住んでいる合川などは、それだけの評価をもらえる家がどれくらいあるでしょうか。だいたい坪1万円、2万円のど

ころですから、郡部の方々にとっては非常に使いづらいと思いました。もう少し柔軟性をもたせた制度に変わっていかれたらいいと思います。

・成年後見制度では対応できないこと

手術の同意はできません。こういう場合は前もって当人といろいろな話し合いをしながら、その方の意思をくみとって決めていくこともあります。基本的には医療の同意はできません。保証人機能など、病院などへ入所されたときの身元保証人や身元引受人にはなれません。あと死後の事務はできませんが、任意後見制度では可能です。

・まとめとして

「尊厳に満ちた死は、尊厳に満ちた生の到達点に位置する恵みである」という沢田愛子氏のお言葉があります。この方は看護師をしていた方でのちに大学で哲学を学び、「末期医療からみた命、死と希望の人間学」という本を出版しました。

例えば大金持ちの方がいたとします。その人が不幸な死を迎えてしまったとき、



(当日は 30 名程の方が来場されました)

大金持ちですからお葬式だけは立派にしたとしても、これが本当に尊厳ある死なのでしょう。

日本人の心の奥には、「終わり良ければ全て良し」というような、人の命の場面にでもこの言葉を当てはめてしまうような、あまりにも無謀でやりきれない感じがします。

人間は生命が誕生するとき、命が終わりを迎えるときには他者との関わりが必ず必要となってきます。すなわち、夫や妻、子どもといった家族、友人や地域など社会との関わりが出てきますが、尊厳ある死を迎えるためには人として今までどのように生きたかが、お葬式のときに見られる唯一の場面なのかと思います。

そのためには自分自身が家族にとって良い人であるというの言うまでもなく、良い夫であったり良い妻であったり、良い友人として地域や社会全体への関わり、活動が重要になっていくのではないのでしょうか。

拙い話で申し訳ありません。長々とお話しさせていただきました。以上で私の話を終了させていただきます。

ありがとうございました。

質疑応答

◎司会

ありがとうございました。

ここから少しみなさんとお話していきたいと思います。

冒頭にも申し上げましたが、そしてお話の中にもありました、往診の問題です。どうしても自宅で亡くなるというときに

力になるのは、福祉の力や地域の力もちろんですが、何よりも病気を抱えて亡くなるわけですからお医者さんの協力はすごく大きいです。しかし医師不足やお医者さんの過労など様々な問題がありますが、このお医者さんの力をどう取り入れられるのかということは大い問題だと思いますので、奈良先生にコメントをいただきたいと思います。

奈良先生、今のお話の所感などをお願いします。

●奈良先生

在宅で面倒を診るために、医療の関わりがあります。昔は病気になってもドクターを呼ぶということがあまりない時代があったかもしれません。最後だけは診せるようなことが多かったのが、皆保険制度になってから気軽に医者にかかりやすくなり、ドクターに対して家族の往診依頼があったときにドクターに無理のない範囲でやってもらえればということは割とあったと思います。休みでも夜中でも、行けるときに往診するのが普通だったと思います。

資料に「在宅要領支援診療所」という制度ができたとありますが、これに登録するためには 24 時間体制であることが条件のひとつになります。もし自分が不在のときや入院のときなどで、いろいろなしがらみを登録することによって在宅療養支援診療所になれます。

昔だったら、それは自分がやれる範囲でやったり、普段自分が診ていない患者さんでも掛かり付けのお医者さんが留守

のときに呼ばれて行ったりということは当たり前をやっていたのですが、こういう保健制度になってから、地域にドクターがたくさんいれば問題ないのですが、地域に 1 件しか医者がないという場合は約束がしにくいです。自分の患者をお願いしたり、対応を指示したりという連携ができません。24 時間 365 日オーケーというわけにはいきません。

在宅で看取る場合も入院と一緒にです。いつ呼ばれるかわからないので往診を受けるドクターも大変ですが、家族に最後に面倒をみるのは自分たちだという覚悟が必要だと思います。それはどんなことがあっても最後まで自宅で面倒をみるということを本人も家族も希望していても、普段診ていない人たちが、「こんな状態で病院に入れなくてもいいのか」と言います。主治医も本人も普段面倒を見ている家族もちゃんと同意していたにも関わらず、外野の声でやむなく違う方法をとるということも実際にあります。

また、子どもたちが高齢の親に対して自宅での看取りを希望した事例がありましたが、その場合子供たちがそう決めたことによってお嫁さんがずっとその親の面倒をみることになるわけです。それに耐えられる環境であるかどうか難しいと思います。

家族の中で、家で看取りたいという話し合いがついているのに、それを知らない地域の人たちが「こんなに悪いのに病院にも連れていかない」というような噂をしたりする。それに耐えられるかどうかということもあります。

デイサービスに行ってきたからにはいろんなことをやって元気にさせようということを施設としても考えるのですが、マイペースでやってもらったほうがいいと思います。小さな親切、余計なお世話です。そういうことを考えてやっていただけたらと思います。

ドクターの基本的な考え方とすれば、お願いされたら拒まず、それが自分の能力の範囲を超えたときはその人にとってどのような形が一番いいのかを提示したり、別のドクターと一緒に行って2人で相談したり、専門医を呼んで相談したりすることだと思います。実際にそうやっていたのですが、保健制度でこまごまと点数をつけたりで、条件が細かくなりすぎて私たちは非常に動きにくくなっていることは確かです。

在宅療養支援診療所をやって24時間体制で看取って、最後に亡くなったとき、最終的な看取り加算は1万点です。1万点というのは10万円です。

そんな金額を患者さんに請求できるのでしょうか。自己負担が3割でも3万円です。このような都会型のやり方を国で決めたのです。「これぐらいのお金をやるから面倒みろよ」という雰囲気ギャップがあるのではないのでしょうか。

本来であれば医療側は報酬に関わらずにいろんなことをやっていますが、例えば産科でも小児科でも救急の場合は診療報酬を手厚くしようとしています。診療報酬が多いから産科をやろうとかそういう問題ではないのですが、ここあたりが厚生労働省の役人方がわかっていない

ところです。

ドクターの本来もつべき気持ちを逆なでするような制度がいっぱいあります。一般の方々にはわからない部分の医療者同士の連携は日常茶飯事的にやっています。今、合川、森吉、阿仁などは医者が少なくてそれが難しい地域だと思います。

普段からかかり付けの主治医といい形の自分の最期を、ご家族を含めた場できちっとしておいておいたほうがいいと思います。尊厳死協会のカードなどが逆にネックになったりもします。

尊厳死協会の入会金や年間会費などを考えれば、自分の主治医や家族に対してしっかり話し合いをしておけば、そんなお金はかかりませんよね。しかもちゃんと意思是伝わります。自分でメッセージカードを作ってもいいのです。

私もある程度の年齢になり、主治医として患者さんより先に死ねないなと思い、健康には気を使っておるところです。

◎司会

ありがとうございました。

システムはいっぱい考えられてできていくでしょうが、それは使うときに使いづらいシステムが多い。細かく分けられてしまうと、人を見ないでシステムを完成させることだけに注意がそそがれてしまうことがあるようです。

お話にありましたように、病院で死ぬということが昔はなかったですし、往診に来ていただくときには、本当に大変になるかもしくは亡くなってしまった後に来ていただくということがほとんどでし

た。私の祖父も自宅で亡くなりましたが、選択肢はすごく少なかったと思います。それでも自宅で看取る覚悟のようなものや、地域でそれを支える力があつたような気がします。

しかしシステムができてしまうとそれに頼ってしまって、例えば一人暮らしのおばあちゃんがいるが、地域では看取れないので施設へお願いしようというようなことになってしまいます。

施設に入っている人はまだ幸せだが、地域にいる人たちはかわいそうだという現実が起きてきてしまった。

特に在宅で看取るということは難しく、悲惨なことと捉えられがちです。かつては畳の上で、自宅で亡くなっていたのですが、今ではとても困難なことになっていってしまうのでしょうか。

これについて工藤先生からお答えいただいてから、みなさんの質問に入ります。

◆工藤先生

先ほど、このお宅には病人がいるから何か援助してあげましょうということなのでしょうが、そういう感覚は「あなたの家のことなだから自分の家でやったら」というような気持ちに似ているのではないのでしょうか。

これは日本の農業の中で、みんなでひとつのものを共同してやってきた文化があります。それは助け合いです。田んぼをやるときも人手が足りないから手伝うような助け合いの中でこのような精神が育まれてきたように思います。

しかし、今はサラリーマンがほとんどで

す。このような社会では隣り近所とのお付き合いを再構築していくのは非常に難しいのだと思います。

私には子どもがいますので、子どもがらみの関係の中でお世話になっている方ですと「何かできないかな」と思うのですが、ただの近所さんにそれと同じ気持ちをもてるかということですよね。

今のところは私自身としてもちょっと難しいと思います。

実は私が住んでいるところの両端が男性、女性の一人暮らしで、恵まれたなあと思っています。試練を与えられているなど。私は前世で何をしたのかと(笑)。

●奈良先生

先ほど話された、在宅で亡くなることに関して、私のケースでは両極端ですね。

普段面倒を見ていて、本人との関わりがあつて、最終的に自宅で最後までという事例に関しては、全てのケースで尊厳ある最後を迎えられていると思っています。本人には聞かせませんが、家族との会話の中で、です。

警察がらみで、在宅で亡くなってから呼ばれるケースもあります。同居家族がいるのに気が付くまで2日かかっているという場合があります。2階にいるおじいちゃんが下りてこないが、寝ているのだらうとされていて、次の日も下りてこないから行ってみたら死んでいたということがありました。

丸1日以上前に亡くなっているが、それすらほっておかれ、在宅での最後ではあつたが尊厳ある死ではなかったという

ケースです。このように両極端なケースがほとんどです。

今回の事例の2つめ、認知症のご老人のケースですが事故死ということで非常に悲しい結末ですが、この内容からみると病人の妹さんが、お姉さんのいろんなことに関してストップをかけたりしていること自体が問題の原因だと思います。この方自身が認知症になってはいないかなとも考えられます。

また、身内ですので遺産がらみで、少しでも多く残させたいがために無駄なことはさせないという考えではなかったのかなと思います。

こういう場合は下手な身内よりも後見制度などをいい形で利用させてあげられれば、もう少し良いケアプランを作れたのではないかと思います。

今、私は同じようなケースを1件抱えております。80歳過ぎの一人暮らしのおばあさんで、息子さんは秋田市に住んでいます。認知症と高血圧があり自分で薬の管理ができないので薬を出していません。介護認定のときだけ来ます。ケアプランの中では在宅への支援が入っていません。プランニングしているケアマネージャーとは信頼関係がありますが、それ以外のヘルパーさんとはうまくいってなくて、何かあるときは必ずケアマネージャーと一緒にいかないといけないような状況です。

一人暮らしなので気の毒に思って、地域の人達がいろんな食べ物などを運んでいって面倒を見た時期もありましたが、悪いものを食わされたとか何かを盗まれ

たとか、ひどいと110番するわけです。110番は秋田市につながるの、認知症とは知らずに対応するわけです。そのせいでかなり問題になったりしました。その息子さんは元警察官なのですが、連絡をして一度来ていただきたいと数年前からラブコールを送っていますが、一度も来ません。たまに自宅には来ているようですが、主治医には会いに来てくれませんが、たぶん近い将来、事故や事件に巻き込まれてしまうのではないかと心配しています。もちろん本人が事故に巻き込まれても気の毒ですが、地域の方まで巻き込まないといいなと思っています。緊急にどうにかしないといけないケースだと思っています。

ただ認知症の本人に確認してどうこうできないレベルなので、息子さんに判断してもらいたいのですが、当の息子さんが病気に対する理解が全くない。

◆工藤先生

ケアマネージャーは一旦このケースから離れて、市の包括に動いてもらったほうが良いと思います。

●奈良先生

買い物に行っても支払いも忘れて帰ってくることもありまして、万引きとして捕まってしまうたり、誰かがきたときに危害を加えたりされると困る。

認知症の一人暮らしでは決定権を持っている家族の協力は不可欠ですが、決定権がないのに決定してしまう親族がいるのも困ります。

◆工藤先生

施設に入れてしまうとかわいそうと思われる方もいらっしゃると思いますが、本人にとっていい環境にしてあげているのだと割り切るべきだと思います。

姥捨て山的な施設入所ではなく、本人にとっていい環境のところに入れてあげていると考えていただきたい。ただ、その入るべき施設がまだまだ足りない状況です。

医療保険は誰も払う必要がありますが、介護保険は払いたくなくても天引きされてしまいます。介護保険を支払って、介護認定されてケアプランを立てて、どこかの施設に入所した方がいいとプランニングされても空いていないと入れません。

プランニングされても入れないから保険料を払わなくてもいいかというところではありませんよね。それは法律違反ではないですかという話もありますが、国は各自自治体にそういう受け皿を作るように指導していますと言って終わりです。

国の方針で施設を作っても、数年後に払われる報酬が確保されていないから危なくて事業展開できない。

こうなると、施設が必要なときに市などで作る考えがあるものなのかと話ししてきたところですよ。

先ほど事例2の件で奈良先生が金銭搾取の疑いがあるのではないかということでしたが、実はそうだったと思っています。後にうちのスタッフが私用で郵便局に行ったら、その妹がたぐさんのお金をかばんに詰めていたのを目撃してしまっ

たそうです。

通帳の管理は妹さんがしていましたので、残金がどれくらいあるかということにはわかっていたようです。ですから先生がおっしゃるように、施設やサービスを利用すればお金がかかります。特養では6万から7万、グループホームだと7万から8万ぐらい毎月かかってしまいます。

そういう意味では本人保護という観点、権利擁護の観点から成年後見を進めていったほうがよかったと思います。

私もこの担当ケアマネージャーと何度もやり取りしましたが、専門員の質の問題です。一步踏み出せるか。ケアマネージャーでもやはり力量の差はありますので、どうも家族や本人が望んでいるようなサービスを展開してくれないと感じるのであれば、担当ケアマネージャーを替えたり、事業所を別にするというのも必要だと思います。

一旦ケアマネージャーを決めてしまうと替えられないと思いがちですが、ケアマネージャーを育てるという意味もあります。また、なぜ替えられたかということについて、各事業所では真摯に受け止めると思います。

私の場合はそのようなことがあったら、なぜ替えられたかを考えると思います。なぜ離れていったかということを見ると、もっと個々のケアマネージャーが真剣に取り組んでいくようになるのではないかと思います。

もちろん真剣にやっている方もいらっしゃいます。しかし中には制度的なものを上手に飛び越えられず、別の制度、事

業に乗り換えてあげられないというケアマネージャーがいるのも確かです。

●奈良先生

実際に家族と相談の上、ケアマネージャーを替えてもらったことが2件あります。ケアマネージャーが患者さんのプランニングを作るときは、出来る限り自宅でやってもらって行くようにしています。体を治すということだけでなく、自宅を直したほうがいいという場合もありますから。

★フロア

3回シリーズを全て聞いていまして、今思うことは、自分は死なないと思っているのか、99歳になっても最前線の医療を受けないといけないと思っているのか、そういうところが非常に複雑に感じています。

救急車でいらした99歳の人に対して、救急医療のお医者さんはどのように考えるものなのでしょうか。人には寿命はあるのでしょうか、そんな医療を求めて病院に行くのかと思うことがあります。

施設などから病院に救急車で運ばれてくる方が多いですが、家族もいらっしやいます。すると「あんなに元気だったのに」とよく施設の方を責めたりして言うのですが、一緒に暮らしてもいないのに、どうしてわかるのでしょうか。状態からして、ずいぶん前から具合が悪かったのではないかと思えることが多いのに。病院に連れていかないと家族に怒られるから、とよく言われます。

日頃から、かかりつけの先生や入所されている施設の方と、普段から話し合うことが必要だと思います。誰でもそうですが、特に病気の方はいつどういうふうになるのかなんてわからないのです。そういうときにどうするのか、急変したときはどうするのか、そういうことを日頃からきちんとお話ししておくことがとても大切だと思います。

救急車は私がいる〇〇病院にほとんどが運ばれてきます。気の毒なくらい施設の方々が家族に責められている姿を私たちは見ます。家族の方は病気になったら急変する場合もあるという覚悟はお持ちになるべきですし、本人が病院に行って点滴をいっぱい刺されたりすることを望んでいたのか、ご家族の中でもそういったことについて話し合ったりするべきです。それこそが尊厳ということで、家族を思いやることだと思います。

私の近くはほとんどの子どもが大きくなって、一人暮らしです。会館に集まってみんなで話し合うとか、自分たちも村のコミュニティの中で生活の基盤と合わせて、村の人たちとどうやって仲良く暮らしていくかということが、これから一番大事なところだと思います。

◎司会

ありがとうございました。今のお話の中でありました、家族の関係がうまくいってないと施設の人が責められたりすることがあるということでした。

この辺を工藤先生、お願いします。

◆工藤先生

今は特養の3施設に2施設くらいは看取り加算をやっていると思います。

看取りをご家族から依頼された場合、お亡くなりになる一カ月間について加算がつく制度です。

しかし、人の死というのはわかりませんから、半年も10カ月もやっていなければならなかったりします。しかも記録が大変だったりして、施設側でも非常に大変です。

そのためにはご家族とのお話が大切な要素になります。たぶん救急搬送された件は、もしかするとターミナルを依頼された方ではなくて、本当に突然急変したという場合もあるかもしれません。

また、看取りを依頼されている方はずぐには掛けつけられない条件下にある人が多いので、もしかすると慌てて駆けてきたのかもしれない。

★フロア

今ちょっと気になるケースがあります。

父親と息子の2人で暮らしの世帯で、息子は独身ですが今は職がなく、経済的にも非常に困窮しています。

その父親が数年前に脳梗塞を患って、だんだん症状が悪化しているのですが、はたでみていて福祉的なサービスが明らかに必要だと思われます。

今は父親の保険金で細々と暮らしていて、息子は息子で変に責任感が強くて、なんとか自分でみていきたいと言いますが、そんなことを言っていると息子は仕事につけません。

生活保護のことも言ってみたのですが、いずれは仕事につきたいと考えているようでした。仕事にもつきたい、父親の面倒もみたい。父親がサービスを使えば費用面が大変だと。八方ふさがりのケースだと思います。

本当に経済的に容易ではないが、その父親をなんとかしてあげたいという場合、できることは何でしょうか。

◆工藤先生

今言われたようなケースは多いと思われます。

生活保護を受ければ保険の解約や車を手放さなければならぬとかありましたが、最近、車は地域の事情から持ってもかまわなくなっているようです。

以前は財産を持つことはできませんでしたが、今は必要最低限程度の車であれば認められると聞いたことがあるような気がします。この地域は車がなければ移動手段がないから仕事も探せないという事情を考慮してもらえます。

市やケアマネジャーへの相談ですね。市の包括相談センターに行ったほうが、いい方向に向かうと思われます。

父親の脳梗塞で福祉のサービスを選択するという話し合いではなくて、生活全般のことについて良いアドバイスをしてほしいということだと思います。自分たちの今の生活をどうにかしたいということなので、ケアマネジャーでなく、市の包括支援センターに行って多面的にサポートしてもらったほうが、良いアドバイスをもらえます。

★フロア

そういうアプローチもあったらしいですが、職員の対応があまりよくなかったみたいで。

◆工藤先生

そうなんですよね。ケアマネージャーと同じで職員の力量もあると思いますが、このままにはしておけないケースだと思います。共倒れになってしまうので。私は市の包括支援センターへのご相談をして、最終的に生活保護を受給される形になるかもしれないです。

父親の今の状況が今の話だけではよくわからなくて、もしかすると重症で先が見えていたりするとある程度の施設への入所ということも行政措置としてあります。父親を施設に入れるまでの措置として生活保護を受けて、それで生活をしていって、父親の施設が見つかったら生活保護を切って、息子さんは1人で生活していくということを考える。

どちらにしても、福祉事務所及び市の包括支援センターへの相談が必要だと思います。

・まとめ

この3回シリーズ、尊厳を考えてみようというシリーズにしたのは尊厳死協会の武藤拓自さんのお話、考え方を聞いたとき、奈良先生からコメントいただいて

いるときはほっとするのですが、武藤さんが尊厳死について語るときに、人に冷たいような感じがしたのです。これが発端でした。

尊厳死協会は年会費をもらいながら、自分の意識がなくなったときは過剰な医療をせず痛みを抑えて死を迎えるようにしてほしいという遺書を生前に書くという仕組みです。

ところがそれは「私の意思」です。でもずっとこの3回シリーズを聞いてきたら、人は1人で死んでいくのではないということが見えてきたような気がします。今日も「地域之力」「家族之力」という言葉を聞きましたし、1回目のときから「いい看取り」というのは周りがすごく理解してくれていて、その人の人生というものをととても大切にしながら看取っていくこと。それがいい看取りとして、それぞれの現場の人たちにそういう印象を与えているということがわかりました。

尊厳死協会の考え方というのは、医者は私の意思を理解して過剰な医療をしないでほしい、私の痛みはとってくださいというわけです。自分の思いをどんどん広げていく考え方をしているのではないかとこの感じがしました。

ここでもう一度尊厳ある死というのは、「私の死」ではなくて「関係性の中で死んで行く私たちの存在」を考えることではないかと、改めて感じました。

ビハーラセミナー in 麦のうた

「いのちとは」シリーズ第2回

今年5月30日(日)、北秋田市内の喫茶店で、コーヒーや紅茶をいただきながら、仏教のお話に耳を傾けるビハーラセミナーが初めて行われました(↓)。

題名は「メーワクという親切」、お話は北秋田市米内沢にある龍淵寺住職の奥山亮修さんです。店内には、コーヒー焙煎のよい香りとあたたかな光が差し込んでいて、ゆったりとした気持ちで、少し気楽に生きて行こうかなと思えるひとときでした。



「いのちとは」シリーズ第3回

前回に続き今年9月25日(日)、喫茶店でのビハーラセミナーがありました。

題名は「花は愛惜に散り、草は棄嫌に生ふる」、お話は北秋田市阿仁・耕田寺ご住職の佐々木賢龍さんです。まるで、我が家の茶の間にいるようなほのほのとした空気の中、和尚さんも参加者の皆さんも、みな近所の人のように思えるひとときでした。



「いのちとは」シリーズ第4回

同じく、11月28日（日）に行われたピハラーセミナーin 麦のうたの様です。

題名は「“タマシイ”について」、お話は北秋田市七日市・龍泉寺ご住職の佐藤俊晃さんです。「タマシイ」といっても決してオカルトチックな内容ではなく、身近なところで感じる亡き人との関わりについて、あらためて大切なことを気付かせて下さるお話でした。

テーブル毎の参加された方々同士による茶話会では、前半のお話を受けて各々の経験や日頃の話題を語り合いながら、和やかなひとときを過ごされました。



★この企画に快くご協力いただき、会場の提供とおいしいコーヒーを振る舞っていただいた「麦のうた」のマスターには、あらためて厚く感謝申し上げます。

各種イベントも随時開催されております。お気軽にお立ち寄りください。

カフェレストラン 麦のうた

(北秋田市松葉町10-16・鷹ノ巣駅前通り) TEL 0186-62-4876

「喫茶店を会場として仏教にまつわるお話を聞く」というスタイルでのセミナーは、おかげさまで参加者の皆さんから好評をいただいております。次年度も継続して行う予定です。会員以外の方でもけっこうですので、ご家族ご友人やご近所さんなどお誘い合わせの上、今後の企画の際にもお出でください。

また「葬儀や仏事について知りたい」「お経の意味について知りたい」などのお聞きになりたいテーマや、「今度はずのうちの近所の〇〇でも開いてほしい」等々、会員の皆様からもご意見ご要望をどしどしお寄せください。

ビハール 入会案内

随時入会できます。各事務局までご連絡ください。
ビハールレポートや各種ご案内を送付します。

年会費 2,000円

郵便振替 02580-5-50937

各地区事務局

能代地区	袴田 俊英	0185-79-2468(月宗寺)
藤里地区	新川 泰道	0185-79-1522(宝昌寺)
二ツ井地区	木村 高寛	0185-73-2755(梅林寺)
鷹巣地区	佐藤 俊晃	0186-66-2032(龍泉寺)
大館地区	越姓 玄悦	0186-49-6957(源守院)
森吉地区	奥山 亮修	0186-72-4143(龍淵寺)
阿仁地区	今井 典夫	0186-82-2418(善勝寺)
上小阿仁地区	保坂 康雄	0186-77-2750(福昌寺)
合川地区	亀谷 隆道	0186-78-2344(太平寺)
比内地区	小林 匡俊	0186-55-1144(正覚寺)
男鹿地区	三浦 賢翁	0185-24-3546(大龍寺)
鹿角地区	桜田 勝心	0186-32-2672(大徳寺)

【編集後記】

喫茶店でコーヒーを飲みながら仏教のお話を聞くという、初めてのビハールセミナーは、不思議と気持ちが晴れてくるように感じるものでした。そこで、8月に産まれたばかりのブクブクほっぺのお地藏さんのような赤ちゃんを抱っこしてまた参加しました。赤ちゃんは、時折「ウンウン」とうなりながら、すやすやと心地よさそうでした。(富樫善明)

皆様からのご意見・ご感想、情報・案内などお待ちしております。

どうぞお寄せください。

ビハール事務局(藤里町藤琴 宝昌寺)

TEL 0185-79-1522 FAX 0185-79-1539

Eメール vihara@jt.main.jp