

緩和ケア病棟運営の手引き  
2018年追補版

**Practical Guidance for Palliative Care Unit**  
supplement version 2018



特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

## 「緩和ケア病棟運営の手引き 2018年追補版」作成担当者

### 【質のマネジメント委員会】

※委員長

氏名	所属施設	
安保 博文※	国家公務員共済組合連合会六甲病院	緩和ケア内科部長
中谷 玲二	医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院	理事長
池永 昌之	淀川キリスト教病院	緩和医療内科主任部長
柏谷 優子	辻仲病院 柏の葉	緩和ケア病棟看護師長
足立 光生	神戸アドベンチスト病院	ホスピス病棟師長
岡本 禎晃	市立芦屋病院	薬剤部長
大園 康文	防衛省防衛医科大学校	准教授

### 【執筆協力者】

氏名	所属施設	
岡山 幸子	宝塚市立病院	緩和ケア病棟師長
坂口 幸弘	関西学院大学	教授
和田 栄子	淀川キリスト教病院	緩和ケア病棟師長

## 目次

---

「緩和ケア病棟運営の手引き 2018年追補版」について	2
I. 緩和ケア病棟における緊急入院の対応	3
II. 多職種カンファレンス開催のための課題と工夫	6
III. 遺族ケア	9

## 「緩和ケア病棟運営の手引き 2018 年追補版」について

日本ホスピス緩和ケア協会では、2014年に「緩和ケア病棟運営の手引き 2014年版」を発行しました。この手引きは、新たに緩和ケア病棟を開設して運営を始めた施設を主な対象として、入院時の情報収集やカンファレンスの持ち方、死が近づいたときのケア、家族ケアなどについて、緩和ケア病棟で基本となるチーム運営の考え方やケアのポイントをまとめたものです。手引きの内容は、開設間もない施設だけでなく、経験豊富な施設にとっても、自分たちのケアの見直しをするための参考となると思います。当協会のウェブサイト※からダウンロード可能ですので、是非活用していただければと思います。

しかし、2014年版の手引きに示したような標準的な運営方法でケアを実践していきたいと考えていても、人的な事情や病院本体の方針による経済的な制約などによって十分なケアの体制を整えられず、このままでいいのだろうか、どうしたらよいか、と悩みを抱えている施設も多いのではないのでしょうか。

こうした悩みに対して、当協会では年次大会に合わせて「緩和ケア病棟運営管理者セミナー」を毎年開催し、各施設の管理者が一同に集まって運営方法の悩みを相談したりノウハウを分かち合ったりする機会を設けてきました。今回発行する「緩和ケア病棟運営の手引き 2018 年追補版」は、この運営管理者セミナーで話し合われた内容などをもとに、2014年版の手引きに追加する形で、各施設で実際に行われているケアの実践方法や院内外の連携のコツなどを紹介する目的で作成しました。遺族ケアの章については、質のマネジメント委員会以外の方にも協力をお願いし、総論からケアの実例まで詳細な記載を行いました。各章で紹介されている一つ一つの方法が、今悩みを抱えている皆さんの施設の病棟運営において何らかのヒントとなることを願っています。

この「緩和ケア病棟運営の手引き 2018 年追補版」を 2014 年版の内容を補う形で活用していただけると幸いです。

日本ホスピス緩和ケア協会 質のマネジメント委員会  
委員長 安保 博文  
日本ホスピス緩和ケア協会  
理事長 志真 泰夫

※「緩和ケア病棟運営の手引き 2014 年版」は日本ホスピス緩和ケア協会ウェブサイト「調査結果・報告書等」の頁からダウンロード可能です。: <https://www.hpcj.org/med/shiryo.html>

## I. 緩和ケア病棟における緊急入院の対応

### 【意義】

緩和ケア病棟では、入院を希望する患者についてあらかじめ入院相談を行い、その病状やニーズを検討する入院判定会議を経て、予定入院として新たな患者の入院を行うことが一般的である。一方で、必要なときに緩和ケア病棟への入院を希望しながらも、在宅医・訪問看護ステーションなどの支援のもとに介護可能な限り在宅で過ごすことを希望する患者と家族も多く、その状態急変に伴って緩和ケア病棟への緊急入院の要請を受けることが増加している。

「望んだ場所ですごしたい」という患者の希望と、介護する家族の安心感を支えるには、従来の予定入院の形式以外に、急な病状の変化や介護負担の増加に応じた緊急での緩和ケア病棟への入院も可能な体制を整えておくことが重要である。

緩和ケア病棟における緊急入院のマネジメントについて、2016年に開催した緩和ケア病棟運営管理者セミナーでの各施設の意見を参考に、質のマネジメント委員会で検討した内容を以下に記載する。

### 【ポイント】

- 1) がん進行期・終末期の患者の療養場所に関する希望に対応するために、緩和ケア病棟を持つ病院が地域において果たすべき役割について、院内で共通認識を形成する。
- 2) 在宅緩和ケアを受けている患者の緊急入院について、病院としての方針と手順を明確化する
- 3) 地域の緩和ケアに関連する在宅医、一般病院、介護関係者、他の緩和ケア病棟との連携を深める
- 4) 緊急入院の際の緩和ケア病棟スタッフの負担軽減のための方策を確立する

## 1. 院内での共通認識の形成

がん進行期・終末期の患者にとって「希望する場所で安心して過ごせること」は重要な QOL の要素である。病状急変時などに緊急対応を行う医療機関の存在は、不安定な病状の中で在宅療養を行うことを支援するために欠かせない。下記に掲げる資料などを参考として、緩和ケア病棟を持つ病院が地域で果たすべき役割について、院内で共通認識を形成することが望ましい。

- Good Death Inventory（遺族の評価による終末期がん患者の QOL 評価尺度）では、終末期がん患者の QOL を構成する 18 の概念が示されており、「望んだ場所で過ごすこと」「望んだ場所で最期を迎えられること」がその要素の一つとされている。

[http://www.pctool.umin.jp/GDI\\_manual.pdf](http://www.pctool.umin.jp/GDI_manual.pdf)

- 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団によるホスピス緩和ケアに関する意識調査（2018 年）では、余命が 1～2 カ月に限られても「自宅で過ごしたい」と回答した人が 7 割以上あり、それが「実現可能だと思う人」は過去の調査より増加している。

<https://www.hospat.org/research-top.html>

- 人生の最終段階における医療に関する意識調査（厚生労働省、平成 26 年）の中で、疾患の状態や症状によって希望する療養場所が変化することが示されている。

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo\\_a.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html)

- 緩和ケア病棟入院料の施設基準等では、緩和ケア病棟が在宅での緩和ケアを後方支援することが保険診療上求められている。施設基準の留意事項として「緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること」とされ、「病状の急変等に伴い、連携する保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する」ことが定められている。

<https://www.hpcj.org/what/baseline.html>

## 2. 方針と手順の明確化

在宅緩和ケアを受けている患者の入院受け入れについて、病院としての基本的な方針を定め院内外に周知する。また、患者と家族のニーズに応じた医療とケアをスムーズに提供するために、緊急入院時の緩和ケア病棟と院内他部門の連携方法を明らかにしておく。

- 在宅緩和ケアを受けている患者の緊急入院を積極的に受ける場合、そのことを病院の基本方針として定め院内外に周知する。一方、緊急入院を積極的に受けることができない場合には、その代替となる対応方法を明確にして周知することが重要である。
- 緊急入院を受ける病床を確保するためには、病状が安定した患者などについて自宅や介護施設などへの一時退院や転院について支援を行うことが必要である。
- 緩和ケア病棟以外の病床に緊急入院を受ける場合、その手順をあらかじめ決めておく。
  - ⇒ 入院病棟の選択について
    - 例1) 原則として緊急入院は全て一般病棟で受ける
    - 例2) 日中は緩和ケア病棟で、夜間は一般病棟で受ける
    - 例3) 緩和ケア病棟が予約等で満床の場合のみ一般病棟で受ける
  - ⇒ 緊急入院した患者の担当医について
    - 例1) どの病棟への入院でも主治医は緩和ケア医が担当する
    - 例2) 当直医・救急当番医が担当し、緩和ケア医に相談して指示を行う
    - 例3) 一般病棟入院中は他科の主治医が診療を担当する
- 院内他科の医師の理解や協力が得やすいよう、緩和ケア病棟への転棟希望患者について早めの転科を心掛けるなど、普段からの関係づくりに努める。
- 緊急入院を積極的に受けることができない場合、紹介元の病院等との連携方法を定めておく。
  - 例1) 紹介元の病院に緊急時の入院対応を依頼しておき、数日以内に必ず転院を引き受ける
  - 例2) 在宅医に、時間外の緊急入院の受け入れが困難なため翌日までは自宅ないし紹介元の病院で対応してほしいことを伝えておく

## 3. 地域の他の医療・介護機関との連携

患者が希望する療養場所で切れ目なく緩和ケアを受けるためには、その地域の緩和ケア病棟、在宅緩和ケア医、一般病院、介護関係者などが連携し、患者の病状および希望や家族の状況に

関する情報を共有して、スムーズな療養場所の移動を行うことが重要である。

- それぞれの医療機関や介護施設等における病状急変時の対応および緊急入院に関する基本方針を、関係者間で共有する。
- 在宅療養中で近い将来緊急入院を必要とする可能性が高い事例について、その情報を共有し、緊急時の対応をあらかじめ関係する医療関係者で話しあっておく。

#### 4. 病棟スタッフの負担軽減のための方策

緩和ケア病棟スタッフは、患者家族のペースに合わせたケアを時間にとらわれずに行うことで、ケアの質を維持することを重要視している。しかし、緊急入院を受け入れる際には、当該患者についても他の患者についても普段のペースを変えて対応することになるためジレンマが生じ、負担感を強く感じることになる。緊急入院を積極的に受け入れるためには、緩和ケア病棟スタッフの負担軽減のための方策を確立することが重要である。

以下に、当協会会員の緩和ケア病棟で行われている方策を提示する。

- 緊急入院を受ける患者の基準を明確にしておき、病棟スタッフが納得して受け入れられるようにする
- 情報不足の緊急入院はスタッフの疲弊を招くため、どういう状況の人が来られるかという情報を得て、担当するスタッフに伝えて受け入れ準備を行う
- 入院予約時にあらかじめ情報収集を行い、データベースを作っておく
- 緊急入院の際の業務を簡素化する
- その日にできること、翌日でもよいことの業務のわりきり、意識のきりかえを行う
- 緊急入院があることを前提とし、勤務毎に緊急入院担当を決めておく

## II. 多職種カンファレンス開催のための課題と工夫

### 1. 緩和ケア病棟における多職種カンファレンスの意義と課題

ホスピス・緩和ケア病棟は、がん進行期の症状の治療の場であると同時に、近づく死に直面しながら患者と家族が共に時間を過ごし、親しい人々との交流が行われる生活の場でもある。このため、身体症状緩和に関する情報とともに、患者と家族の生活と今後の希望に関する多様な情報を得て取り組むべき課題を共有することが求められる。多職種が同席するカンファレンスにおいて、それぞれの職種が得た情報を交換し、QOL全般にわたる視点をチームとして獲得することが、より良い緩和ケアを提供するための基盤となる。

### 2. 多職種カンファレンス開催のための各施設の工夫

緩和ケア病棟での多職種カンファレンスを有意義に行うために、当協会会員施設で行われている工夫を以下に記載する。これらを参考とし、自施設の状況に合わせてより良い多職種カンファレンスを開催するための工夫を行って頂きたい。

#### ■カンファレンスの設定と開催スケジュールの工夫

毎日のカンファレンスに全職種の参加を求めることは現実的ではない。また、多くの職種が参加しても話し合うテーマが決まっていない場合、しばしば医師や看護師が大きな問題と考える課題（症状コントロール、家族の病状理解など）に話題が集中し、せっかく参加した他の職種の発言の機会がないままに終わることも多い。

多職種が有意義に話し合いを行うためには、カンファレンスごとに話し合うテーマを決め、それに合わせて参加する職種を考えることが望ましい。

多くの施設では下記のようなカンファレンスが設定されている。

- ▶ 入院時のカンファレンスは、患者と家族が抱える問題全般についての情報共有を行うことを目的とし、医師・看護師とその施設における主要な職種によって開催される。まず、入院後できるだけ早い時期に開催し、その後必要に応じて週1回程度開催して、多様なQOLに配慮したケア計画を立案する。
- ▶ 理学療法士が加わるリハビリカンファレンス、栄養士が加わる栄養サポートカンファレンス、宗教家などが加わるスピリチュアルケアカンファレンスなど、テーマ別カンファレンスは、曜日を決めて毎週または隔週で開催する。こうしたカンファレンスの開催時間は専門職が参加しやすい時間の設定をカンファレンス別に行う。
- ▶ 患者・家族の日々の変化に対応したケア計画の変更については、連日開催する看護師＋医師＋αによるカンファレンスで検討を行う。医師が日中のカンファレンスに参加しにくい施設では、次のような工夫がなされている。
  - ✓ 朝の申し送りに続いてカンファレンスを行う。
  - ✓ 朝の医師の回診に看護師が同行して、その場で話し合いを行う。

#### ■多職種から積極的に意見を得るための工夫

- ▶ 事前準備：その日のカンファレンスの議題および対象となる患者を事前に参加者に伝え、



準備を促しておく。

- ▶ 司会者を決める：司会者はカンファレンスのテーマと目的を明らかにし、全ての参加者に意見を求め、議論の流れをコントロールする。
- ▶ テーマ別カンファレンスでは、そのテーマに応じた職種の発言を優先する。
- ▶ 多職種が参加したカンファレンスでは、参加した職種に管理者がその後の経過を伝え、参加してもらった効果をフィードバックする。

#### ■カンファレンスの進行方法の工夫

- ▶ 途中退席を避けるため、カンファレンス開催中のナースコール当番を決めたり、医師の院内 PHS をカンファレンスに参加しない病棟クラークに任せたりするなどの対応を行う。
- ▶ 参加者が発言しやすいよう、司会は管理者（病棟医長・看護師長）以外が担当することが望ましい。
- ▶ チームリーダーや経験が多いスタッフがファシリテーター役としてメンバーの発言を援助し、議論が深まることを促す役割を担う。
  - ✓ 各職種の役割を認め、お互いの専門性を尊重した発言を行う。
  - ✓ 消極的なメンバーの発言を促し、得られた発言には肯定的な姿勢を示してさらに意見交換を進める。
  - ✓ 意見が対立した際に中立的な意見を述べる。
  - ✓ 正論と思われる発言が続いて異なる意見が出にくくなったとき、少し見方を変えたコメントで視点を変えたり、モヤモヤした気持ちを表出して雰囲気を変えたりする。
  - ✓ 感情的な議論となりそうな場合、カンファレンス開催前にファシリテーターが気持ちを十分聞いておき、調整を行う。
- ▶ 司会者は、「何か意見はありませんか」といった漠然とした問いかけを避け、「今日の様子はどうですか」「どのような気持ちですか」といった具体的な発言や感情表出を促すような働きかけを行う。
- ▶ カンファレンス開催の前提として、具体的な結論を無理に出そうとせず情報を共有すること、お互いの感情や価値観を理解すること、葛藤をそのまま受け入れること、結論を急がず先に送ることも必要な場合もあること、などを共有する。

#### ■活発な意見交換の支障となる要素への対応

- ▶ 病棟管理者やベテラン看護師・ベテラン医師の意見は、その病棟の文化・習慣の影響を大きく受けるため必ずしも患者主体の発想にならないことに注意し、若いスタッフや医師・看護師以外の職種が目目の前の患者さんの悩みを捉えて枠にとらわれずに発言することが大切であり、それがチームとして新たなケアの視点の獲得につながることを共有しておく。
- ▶ 医師の発言力が強い場合、その影響をコントロールする工夫を行う。
  - ✓ 症例や課題のプレゼンテーションは医師以外の職種が行う。
  - ✓ 医師は医学的判断から目の前に起こっている事象を捉えて対応しようとする傾向があるため、医師による医学的な発言のあとは司会者やファシリテーターが他の職種による発言を促し、幅広い観点からの意見交換に結び付けるよう調整する。
- ▶ 職種間の上下関係意識や、意見をお互いやケア担当者への批判や評価と受け止めてしまう雰囲気があると、活発な議論が行えない。普段から、職種間で自由に発言ができる文化を醸成することが重要である。

## ■デスケースカンファレンスの工夫

デスケースカンファレンスの必要性は多くの施設で認識されており、定期的に行うことができるよう様々な工夫がなされている。しかし、準備を行ってカンファレンスを開催しても、テーマや論点が曖昧になったり、思い出話や反省会に終わってしまったりすると、その後のケアへの活用ができず、開催意欲が低下し継続的に開催されなくなることもある。

有意義なデスケースカンファレンスを開催するために、当協会会員施設で行われている工夫を紹介する。

### ▶ 対象となる事例の選択と開催時期

- ✓ 全員を対象とせず、印象に残る事例や課題が残った事例のみ開催する。
- ✓ すべての症例の振り返りを短い時間で行い、課題が残る事例を抽出して後日時間をかけて開催する。
- ✓ 記憶が残っているうちに話し合えるよう、看取り後2週間以内に開催する。

### ▶ 開催のための事前準備

- ✓ 事例の経過・問題点・話し合いたい内容を書いた「検討シート」をあらかじめ作成する。
- ✓ すべての事例について「メモリアルノート」を残しておき、それを元に話し合う。
- ✓ 負担がかかる事前準備を行わず、気軽に開催することに重きをおく。

### ▶ 開催方法

- ✓ 司会を置き、論点を整理しながら進行する。
- ✓ 論点整理の一つの方法としてジョンセンの4分割倫理検討シートを利用し、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」という4つの項目に分けて検討を行う。
- ✓ 医師による治療内容の検討や看護スタッフのつらさの共有に焦点が当たりやすいが、「その人らしさとは何であったのかを理解すること」を論点とすることで患者を中心とする議論を深める。

### Ⅲ. 遺族ケア

#### 1. 遺族ケア総論

##### ■遺族ケアとは

大切な人、愛する人を喪うことによって生じる悲しみ（悲嘆：Grief）に対するケアを指す。グリーフケア（Grief care）やビリーブメントケア（Bereavement care）という用語が使用されることもある。特に、緩和ケア病棟ではがんによって家族を喪った遺族に対して、看取り時のケアに引き続いて提供されるケアを指している。具体的には、看取り後に行われる死後処置、お別れの会、病棟からのお見送り、死別後に病棟に挨拶に来られたとき、手紙や葉書の送付、遺族会や慰霊祭と呼ばれるような会合の開催、遺族同士の体験の共有（サポートグループ）、遺族外来などにおけるケアを通して行われることが多い。

##### ■悲しみに対するケア（グリーフケア）

悲しみに対するケアは、悲しみをなくすことではない。ときに十分に悲しむことでしか、悲しみを少なくすることはできないこともあるからである。したがって、安心して悲しめる場所を提供することも、悲しみに対するケアであるともいえる。「いつまで悲しんでいるの？」「そんなに悲しんでいたら、亡くなった人が悲しむよ」というような励まし言葉を投げかけられる遺族も少なくない。そして、「いつまでこの悲しみが続くのだろうか？」「自分は他の人と比べておかしいのではないか？」「そんなにあっさりと立ち直ってもよいのだろうか？」というような感情を抱き、悲しみとともに以前の社会生活を早く取り戻さなければならないという葛藤の中で、より心理的なつらさを深くしていってしまう。

悲しみからの回復の過程は、人それぞれによって大きく異なる。普段の生活の中に悲しみを埋没させてしまう人もいれば、何かのきっかけに急に悲しみが呼び戻されてしまう人、1年以上にわたって悲しみが長く続き元の生活に戻ることができない人もいる。また、遺族は、自分だけこんなに長く悲しんでいてもよいのかと悩んだり、普段は元気にしているのに何年経っても命日が来る度に涙が止まらなくなってしまうことを情けなく思っていることもあり、その傷つきやすいところに配慮することが大切である。

##### ■遺族の想い

遺族の中には、そのつらい出来事に対して理性的には仕方がないことと捉えつつも、自分のまわりや自分の過去の行動に、その原因や理由を探そうとする人も多い。つまり、「あのとき気づいてやっていたら・・・」「あのとき本人を止めておけば・・・」「自分がこうしていれば、こんなことにはならなかったのではないか・・・」「自分が悪かったのではないか・・・」というような遺族の声はよく聞かれる。さらに、大切な人との関係は死によって一方的に終了させられるものであり、遺族となるものがそのタイミングを選べるものではない。したがって、大切な人であればあるほど、どんなにお世話をしている、「もっとしてあげられればよかった」、「あの時、もう少しこうしておればよかった」というような悔いが残るものなのである。それは、やり足らなかったことではなく、遺された者の宿命のようなものであるともいえる。

##### ■子どもたちへの配慮

親を失った子どもたちへの配慮も重要である。多くの子どもたちは「がん」という病気に対

する理解は乏しく、「がんになったのは自分のせいではないか?」「自分にも病気がうつり同じように苦しむのではないか?」「クラスメイトに心無い言葉を掛けられるのではないか」という不安を抱くこともある。しかし、遺された親の危機的な状況を察知し、疑問を持っても適切に大人に尋ねることができないでいることも多い。家族の一員として、家族ケアの枠組みの中で子どもたちへの配慮も忘れないようにしたい。また、学校や園の教職員とも十分に情報共有し、子どもたちに支援が届くように親に声をかけていく。

### ■私たちにできること

大切な人を喪った人に会うときに、一番つらいときにそばにいて一緒にケアを行ったスタッフと、「ご家族はできるだけのお世話をしたこと」を確認し合うことは、遺族に対して私たちができるケアの基本ともいえる。たとえ予期せぬ急な看取りとなり家族がそれに間に合わなかったとしても、それまでの家族が行ってきたケアを評価し、私たちがケアを通して教えられたこと、患者との出会いを通して考えさせられたことを振り返ってみるような関わる。ときに、故人が私たちに伝えていたことや家族への感謝の想いなどを、遺族と共有してみる。そのことは、取り返しのつかない淋しきや後悔のなかにいる遺族にとって、自分の力ではどうすることもできないいのちの問題を乗り越えて、前向きに生きていくための大きな支えとなる。遺された人が新しい人生を生き続けていくために、亡くなった方を自分の人生の中に違う形で残していくことができるような関わっていく。そのような作業（喪の作業：mourning work）は、大切な人の死という事実、そのネガティブな物語（語り）の中にあるポジティブな物語（語り）をともに編み出すことといえる。

### ■その他に注意すべきこと

強い悲嘆が少なくとも1年以上にわたって続き、社会生活に支障があるなど複雑性悲嘆が疑われる場合、不眠や不安、抑うつ気分が長く続く場合、自殺をほのめかすような言動が見られた場合には、専門医（精神科医、遺族外来担当者など）への紹介を検討することが望ましい。普段より利用可能な地域のリソースについて情報を収集しておく必要がある。

最後に、緩和ケア病棟における遺族へのケアは現在のところ緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等での記載はなく、その必要性について十分な施設の理解を得て、必要な人員や資金の確保を行うことも重要となる。

## 2. 遺族が死別後に病棟を訪ねたとき

死別後に遺族が病棟を訪れるタイミングとしては、会計に際しての病棟への挨拶、回忌法要時の区切りとしての病棟訪問、病棟からの見舞いの手紙などへの応答としての訪問等が考えられる。死別後の時間経過によって声かけに多少の差異はあるだろうが、基本的な対応は変わらず、悲嘆への配慮を示すこと、遺族としての語りを導くような声かけができるようであればよい。

### ■悲嘆への配慮

どのような時間を過ごしたにしろ、大切な家族（患者）が最期を過ごした場であるから、病棟訪問で遺族には何らかの情緒的な反応が惹起されるはずである。遺族の心の動きの具体的なところは解らないが、わからないからこそ、そこに心を向けていくという姿勢があればよい。まずは病棟訪問への労いの声かけ、その後に家族の反応に応じて、その悲嘆に対して適切と思

われる言葉をかけられるとよいと思う。

### ■遺族の語りを導く

死別に際しての様々な思いを語ることで、その体験が整理されたり、体験したことの理解を促進したり意味づけたりすることもある。したがって遺族が自ら語るができるような問いかけができればよい。例えば、遺族の最近の暮らしに関心を示す問いかけや、故人との思い出話等から、時間経過によって悲しみに変化はあったかを訊いてみるのもよい。他にも、医療従事者に聞いてみたいことがあるかもしれない。今になっての気がかりや確認したいことの有無について訊いてみるのも良いかもしれない。留意したいのは、遺族自身が語りたいことを語れるようにすることであるから、援助者は良い聴き手に徹することである。

## 3. 家族会（遺族会）の実際：宝塚市立病院緩和ケア病棟の例

緩和ケア病棟では、遺族ケアの一環として遺族会を開催する施設が多い。目的は、①大切な方を亡くした遺族が悲嘆から回復し生きていく力を取り戻す機会となるように支援する、②医療者、ボランティアが自身の悲嘆を見つめることである。

当院においても遺族を対象にアンケートを施行し、看取り後も支援を希望している遺族がいると判断し、宝塚市立病院緩和ケア病棟家族会を開催している。

以下に具体的な会の運営について述べる。

■開催頻度：年1回、秋の土曜の午後に開催している

■対象者：当院緩和ケア病棟で過去2年の間に家族を亡くされた遺族（1年未満は除く）

■実際の運営（当日までの計画）：

- 1) 担当者を決定し開催までの年間計画を立案する
- 2) 会場の確保（当院は院内の講堂を使用している。入院棟とは別棟）
- 3) 案内状に手書きで一言追記し、対象遺族に送付する（開催3ヶ月前）
- 4) 遺族の参加人数の確定（開催2ヶ月前）
- 5) 遺族会担当看護師が、看護師、ボランティアと各々に悲嘆に関する勉強会を開催する
- 6) 参加遺族と患者の思い出し作業
- 7) 茶話会時の参加遺族を、年代や続柄などに考慮し、グループ分けを行なう（1グループ6人位）
- 8) 合唱の練習（生きる力が沸き、参加者も合唱できる曲を選曲）
- 9) 参加者全員でミーティングを行ない、茶話会のテーマ、話しの切り出し方、対応が難しいと予想される、話し続ける人、怒りをぶつける人、泣き崩れる人などの対応も想定し事前準備する

■実際の運営（当日）：14時～15時45分

モットー「笑顔を忘れず、おもてなしの心で頑張りましょう！」

- 1) 看護部長（もしくは病院長）挨拶
- 2) 遺族会リーダー挨拶
- 3) スタッフの近況紹介のスライド上映
- 4) 緩和ケア病棟師長挨拶

- 5) 茶話会 ※各テーブルに看護師とボランティアを配置し細やかに対応する
- 6) 合唱
- 7) 閉会挨拶 (緩和ケア内科医師)

<注意点>

帰宅後に精神的負担が増強した場合、病棟で開催している遺族サロンを案内している。

■人員配置：

- 1) 参加スタッフは、緩和ケア内科医師、緩和ケア病棟看護師、チャプレン・カウンセラー、緩和ケア病棟クラーク、緩和ケア病棟ボランティア
- 2) 参加スタッフは勤務扱いとする。
- 3) 病棟勤務者以外は、遺族会に参加する。
- 4) 遺族会の日は、休み希望は控えるように依頼している。

■開催後の活動内容：来年に向けてスタッフ全員が感想を述べあう。

#### 4. 遺族のサポートグループ：淀川キリスト教病院ホスピスの例

当院では長年、年に1~2回の遺族会を実施してきたが、どうしても一時的なもの、思い出話の会になってしまい、参加者も遺族全体の約2割程度と少ない参加率であった。そこで、遺族への定期的かつ継続的なフォローの必要性を感じ、遺族ケアの充実を図るために施設の理解を得るように調整した。

この取り組みの目的は、ホスピスで同じ死別体験をした遺族同士が、それぞれの体験や想いとその変化を共有することにより、悲嘆の回復からの支援になることである。そして、ホスピスで同じ死別体験をした遺族同士が、それぞれの体験や想いとその変化を共有することにより、悲嘆の回復からの支援になることを目的に遺族のサポートグループ（すずらんの会）を1998年10月に開始した。

■日 時：毎月1回土曜日13時30分~15時

■会 場：当院のミニチャペル（会議室で良い）

■案 内：遺族に対する手紙に案内状を同封（1年間の開催日の記載）

■参加者：看取り後3か月以上経過した当院ホスピスの遺族（原則として、参加は何度でも自由）

■準備委員：グリーフケアの教育を受けた臨床心理士（ファシリテーター）1名、病棟看護師2名、チャプレン1名

■講演会：年に1回は悲嘆からの回復に関する教育的な講演会を開催

■広報誌：年に1回配付

■手 順：

その日の話題・テーマは、その場でファシリテーターと参加者で決める。最初に、会で話された内容は、お互いに口外しないことや、必ずしも何か話さなければならないということはないことを伝えておく。自己紹介の後、基本的には自由に語り合ってもらうが、あまりに一方的なアドバイスであったり、一人で長い時間語られる場合には、ファシリテーターが軌道に戻すように調整する。また、オブザーバーであるスタッフが参加者に対して気になることがあれば、会終了後に時間を取って対面で語りを聴くことも行う。

## 5. 遺族への手紙のポイント

遺族へのお見舞いの手紙を書くことを遺族ケアとして緩和ケア病棟が定例化して行う場合には、以下のポイントに留意されたい。

### ■ タイミング

死別後3か月、6か月、1年などで、一遺族に計1～2回手紙を書く施設が多いようである。このタイミングについては明らかな根拠もないことから、実施可能性を踏まえて現実的なタイミングを各施設で検討すればよいと思う。

### ■ 誰に（宛名）

キーパーソンの遺族に宛てていることがほとんどである。

### ■ 誰が（差出人）

実際に手紙を記述しているのは、入院時の担当看護師であることが多いようであるが、異動等もあるのでその限りではない。差出人名は施設名としている場合もあるようだが、気遣いを示す顔が見えないと、記した文面も形式的に受けとめられることもあるだろう。どうするのが適切であるのかは各施設で検討されたい。

### ■ 何を（伝えたいこと）

伝えるべきことは、遺族の悲嘆に対する気遣い、自分たちで良ければいつでも悲嘆に対するケアを提供する（家族を喪った悲しみにまつわるお話を聴く）つもりがあることの2点である。その他、生前の故人との思い出やエピソードが記せれば、遺族は嬉しく思うこともあるのではないだろうか。文量は問わないため、2点が網羅されていれば葉書であってもかまわない。施設によっては、遺族会や遺族のための集まりなどの案内を添えることもある。

### ■ 例

前略

〇〇さまには、その後いかがお過ごしでしょうか。

季節も変わり、まもなく奥様の△△さまを看取られて3か月になりますね。生前△△さまとデイルームでお話したとき、自分が逝った後の主人が心配だと言われていたことが思い起こされます。とりわけ、家事が出来るのだろうかと…

お食事は召し上がられていますか？まだまだ深い悲しみの中におられることとは思いますが、どうぞ緩やかにでも新しい日常をみつけられますようにと願っております。つらい時間だったかもしれませんが、それでも濃密な時間を過ごした病院、そしてそれをみまもらせていただいた私たちスタッフです。どうぞ、何かお力になれることがありましたら、ぜひ頼っていただければと思います。足をお運びいただければ、いつでもお話を伺います。

時節柄、体調の維持も難しいことと思います、どうぞ自愛ください。

草々

□□病院 緩和ケア病棟 \*\*

## 6. 緩和ケア病棟以外での遺族ケア

「セルフヘルプ・グループ」や「サポートグループ」と呼ばれる遺族同士が互いに支え合う場を提供する活動がある。こうした活動において、遺族は互いに体験や気持ちを語り、それぞれの体験を分かち合うことを通して、勇気づけられたり、生きる力やヒントを得られたりすることができる。当事者遺族が主体となって運営している団体がある一方で、医療機関や葬儀社、行政、お寺等が運営母体となっている団体もある。活動内容も各団体によって異なり、故人との続柄や死因等によって参加者を限定している団体もあれば、限定しないところもある。活動内容や連絡先については、各団体のホームページや情報誌等を通じて知ることができる。なお、関西2府4県では「関西遺族会ネットワーク」という連携組織があり、希望する団体を検索することができる (<http://izoku-net.com/>)。

また、遺族ケアに特化したものでないことが多いが、各自治体の精神保健福祉センターや保健所などに、心の問題に関する相談窓口が開設されているので、そこに相談することもできる。近隣地域での遺族のセルフヘルプ・グループやサポートグループの情報を入手できることもある。死別に伴って生じた生活上の問題や法律問題等についても、各自治体の相談窓口を活用できるであろう。

遺族ケアに有用なツールとして、遺族向けの小冊子「これからのときー大切な方を亡くしたあなたへ」がある。この小冊子は、遺族がこれからのときをどのように過ごしていったらいいのか、その気持ちに寄り添いながら、そっと手を差し伸べられるような内容となっており、ホスピス財団のホームページ (<https://www.hospat.org/from-now-on.html>) より無料でダウンロードできる。





## 緩和ケア病棟運営の手引き 2018年追補版

---

発行日：2018年7月14日

発行元：特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
〒259-0151

神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1

ピースハウスホスピス教育研究所内

Tel：0465-80-1381 / Fax：0465-80-1382

ホームページ <https://www.hpcj.org/>

メールアドレス [info@hpcj.org](mailto:info@hpcj.org)

---



