

研究報告

救急・集中治療領域における COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の実態と看護師・感染管理者の意識調査

A Survey on family visits, and perceptions of nurses and infection managers during Covid-19 patients' end-of-life time and dying in emergency and intensive care settings

立野淳子 ¹⁾ Junko Tatsuno	山本小奈実 ²⁾ Konami Yamamoto	山勢博彰 ²⁾ Hiroaki Yamase	藤本理恵 ³⁾ Rie Fujimoto
大野美香 ⁴⁾ Mika Ohno	岡林志穂 ⁵⁾ Shiho Okabayashi	小島 朗 ⁶⁾ Hogara Kojima	芝田里花 ⁷⁾ Rika Shjibata
中谷美紀子 ⁸⁾ Mikiko Nakaya	福島綾子 ⁹⁾ Ayako Fukushima	山勢善江 ¹⁰⁾ Yoshie Yamase	

【目的】 救急・集中治療領域における COVID-19 終末期患者の家族面会の実態と看護師及び感染管理者の面会に対する意識を明らかにすること。

【方法】 救急・集中治療領域の看護師と感染管理を担う看護師を対象に、2021年6月～7月にWEBアンケート調査を実施した。

【結果】 救急・集中治療領域の看護師 181名と感染管理者 94名から回答を得た。COVID-19 終末期患者の家族面会は、24施設（29.3%）が実施し、死亡宣告時の家族の立ち会いは、20施設（29.9%）で実施されていた。救急・集中治療領域の看護師と感染管理者の8～9割が家族面会と死亡宣告時の家族の立ち会いを「行うべき」と意識していた。

【考察】 家族面会や死亡宣告時の家族の立ち会いの実施は低いものの看護師は面会の必要性を認識していた。今後の COVID-19 の流行に備え終末期の家族面会の判断基準や方法について組織で検討しておくことが重要である。

キーワード：新型コロナウイルス感染症、終末期、家族面会

Key Words：COVID-19, family visit, end-of-life

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（Corona-Virus Disease 2019：COVID-19）は、世界各国において流行の波を繰り返しており、感染終息の兆しは見えていない。わが国では、COVID-19 罹患患者数は 600 万人に迫り、死亡者数も

26,000 人を超えている（厚生労働省、2022.3.18 時点）。

COVID-19 との戦いから 3 年の時が過ぎ、ワクチンや治療薬の開発など COVID-19 罹患患者を重症化させない取り組みは進んでいる。しかしながら、基礎疾患を有する者や高齢者などにおいて重症化を回避することができない場合も存在し、死者の報告が途絶えることがないのも現状である。

受付日：2021年10月18日 受理日：2022年6月30日

¹⁾小倉記念病院 ²⁾山口大学 ³⁾山口大学医学部附属病院 ⁴⁾名古屋医療センター ⁵⁾高知医療センター ⁶⁾大原総合病院
⁷⁾日本赤十字社和歌山医療センター ⁸⁾名寄市立大学 ⁹⁾日本赤十字九州国際看護大学 ¹⁰⁾湘南医療大学

COVID-19により終末期を迎えた患者とその家族らは、面会制限により最期の時を共に過ごすことが許されず、臨終の時ですえも立ち会えないことも少なくない。救急や集中治療領域における急性の死別経験は、遺族の複雑性悲嘆のリスク因子であることはすでに先行研究によって明らかである (Miyabayashi, 2007; Valley TS. et al. 2020)。加えて、COVID-19による終末期の経験は、残された遺族の悲嘆過程にさらに大きな影響を及ぼし、複雑性悲嘆のリスクを高めることが危惧される。

COVID-19 罹患患者の終末期ケアに携わった看護師にとっても、患者と家族の面会を制限せざるをえない状況は、様々なジレンマを生じさせ心理的負担となっている (山勢ら, 2021)。最近では、終末期患者の家族に、個人防護具 (Personal Protective Equipment: PPE) を装着した上で面会を許可している施設はあるが (Boulton AJ et al. 2021)、ガイドラインなどによる一定の基準はなく、施設の判断に委ねられているのが現状である。

COVID-19により終末期を迎えた患者やその家族に、可能な限りよりよい最期を迎えさせることは、患者や家族だけでなく、終末期ケアを提供する看護師にとってのグリーフワークにもなると考えられる。終末期及び死亡宣告時における面会体制は、感染防止と終末期ケアの両視点から検討しなければならない。

本調査結果は、今後、救急・集中治療領域における COVID-19 終末期患者の家族面会のあり方を多角的な視点から検討する一助となると考える。

II. 目的

本研究の目的は、①救急・集中治療領域における COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の実態を明らかにすること、②救急・集中治療の実践者である看護師と、家族面会の基準や方法等で指揮をとる感染管理者双方の COVID-19 終末期及び死亡宣告時における家族面会に対する意識を明らかにすることである。

III. 方法

1. 研究デザイン

横断研究デザインによる実態調査 (Web 調査)

2. 用語の定義

「終末期」とは、適切な救急医療や集中治療を尽くしても救命の見込みがないと、医療チームが判断した時期とした。

3. 調査対象者

本調査の対象者は、救急初療や集中治療室または COVID-19 重症患者を受け入れている部署で勤務している看護師と、COVID-19 罹患患者を受け入れている施設の感染管理を担う看護師 (以後、感染管理者とする) とした。

救急・集中治療領域の看護師の取り込み基準には、COVID-19 による終末期患者や家族へのケア経験の有無は含めなかった。

救急・集中治療領域の看護師のリクルートと調査協力依頼は、日本クリティカルケア看護学会および日本救急看護学会の会員への一斉メール配信により行った。感染管理者には、各都道府県の感染症指定病院の感染管理を担う認定看護師または専門看護師宛に Web 調査用の URL を記載した調査協力依頼文書を送付することにより行った。

4. データ収集期間

2021 年 6 月 25 日～7 月 30 日

5. データ収集方法

データ収集は、Google フォームを使用した Web アンケート調査により実施した。救急・集中治療領域の看護師には、調査協力依頼のメール本文に Google フォームの URL とアクセスのためのパスワードを記載し、アンケートフォームにログインした後に回答してもらった。感染管理者には、調査協力依頼文書に同様の説明を明記し、アンケートフォームにログインした後に回答してもらった。

6. 調査内容

本調査では、救急・集中治療領域の看護師用と感染管理者用の 2 種類のアンケートフォームを作成した。回答は選択肢回答及び自由記述形式とした。各アンケートは、COVID-19 罹患患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の実態と家族面会に対する意識について問う独自の質問項目を作成した。その後、救急・集中治療領域の看護の専門家 5 名、感染管理の専門家 1 名

に、調査内容の妥当性ならびに用語の明確さや表現、重複質問の有無などについて意見を求め、質問項目の修正を行い、最終版を完成させた。

1) 救急・集中治療領域の看護師用アンケートの質問項目

(1) 基本属性

看護師経験年数、救急・集中治療室での経験年数、施設名、看護師以外の保有資格、所属部署、職位、COVID-19 終末期患者および家族へのケア経験

(2) 救急・集中治療領域における COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の実態

終末期の家族面会の実施状況、家族面会の方法、人数、時間、頻度、死亡宣告時の家族の立ち会いの状況、方法、人数

(3) 救急・集中治療領域における COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する意識

終末期及び死亡宣告時の家族面会の是非とその理由、COVID-19 患者の家族面会による感染のリスク

2) 感染管理者用アンケートの質問項目

(1) 基本属性

看護師経験年数、看護師以外の保有資格、専従の有無、施設名、COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族の面会に関する院内規定（家族面会の基準の有無とその内容）。

(2) COVID-19 終末期患者の家族面会に関する意識

終末期及び死亡宣告時の家族面会の是非とその理由、COVID-19 患者の家族面会による感染のリスク

7. 分析方法

質問項目毎に記述統計を算出した。終末期および死亡宣告時の家族面会の実態は、各施設1名を無作為に抽出し分析対象とした。終末期および死亡宣告時の家族面会に対する意識については、回答者全てを分析対象とした。自由記載については、記載内容を質的データとして取り扱い、内容の類似性から分類し整理した。

8. 倫理的配慮

日本クリティカルケア看護学会ならびに日本救急看護学会の倫理審査委員会に申請し承認を得た（承認番

号：日本クリティカルケア看護学会 2021-1, 日本救急看護学会 021 号）。

対象者には、研究の目的と意義、個人情報保護、自由意思に基づく調査協力であること、回答しなかった場合にも不利益はないこと、回答内容によって心理的苦痛などが生じる恐れがある場合には回答しなくてよいこと、結果の公表などの倫理的配慮についての説明文書を読んでもらい、その内容を理解した上で調査への回答をしてもらうようにした。

本調査では、回答施設の重複を確認するために施設名を記入してもらった。施設名から個人が特定される可能性があるため、回答データは研究代表者のみが管理し、個人情報を除くデータのみを研究者内で共有した。

IV. 結果

1. 対象者の背景

回答者数は、救急・集中治療領域の看護師 181 名と感染管理者 94 名であった。そのうち有効回答数は救急・集中治療領域の看護師 180 名と感染管理者 94 名であった。回答者の概要を表 1 に示す。

救急・集中治療領域の看護師の看護師経験年数は、 20.3 ± 7.5 年（平均値 \pm 標準偏差）で、専門領域での経験年数は 12.1 ± 5.7 年であった。所属部署は、救急外来が 95 名と最も多く、次いで ICU が 64 名であった。看護師以外の保有資格では、資格なしが 81 名 (45.0%)、認定看護師が 74 名 (41.1%)、専門看護師 12 名 (6.7%) であった。職位はスタッフが 100 名 (55.6%) で最も多かった。

感染管理者の看護師経験年数は 23.5 ± 6.8 年で、専門領域での経験年数は 6.7 ± 4.5 年であった。看護師以外の保有資格では 86 名 (91.5%) が認定看護師のライセンスを保有していた。専従として勤務している者は 81 名 (81.7%) であった。

救急・集中治療領域の看護師の COVID-19 終末期患者と家族へのケア経験を表 2 に示した。COVID-19 患者へのケア経験では、「受け持ち看護師としてケアした」が 56 名 (31.1%) と最も多く、家族ケアでは、「部署に終末期患者がいたことがない」が 56 名 (31.1%) と最も多かった。

救急・集中治療領域の看護師 180 名の施設の重複を調整した結果、109 施設が分析対象となった。施設の内訳は、大学病院 37 施設 (33.9%)、大学病院以外 72

表1 回答者の概要

	救急・集中治療領域の看護師 n = 180	感染管理者 n = 94
看護師経験年数*	20.3 ± 7.5	23.5 ± 6.8
専門領域での経験年数*	12.1 ± 5.7	6.7 ± 4.5
部署 (重複回答あり)		
救急外来	95	
ICU	64	
CCU	22	
救命ICU	52	
HCU	33	
COVID-19 専用ICU	46	
その他	4	
看護師以外の保有資格**		
認定看護師	74 (41.1)	86 (91.5)
専門看護師	12 (6.7)	3 (3.2)
診療看護師	2 (1.1)	0
なし	81 (45.0)	5 (5.3)
職位		
スタッフ	100 (55.6)	
副師長・主任	53 (29.4)	
師長	26 (14.4)	
無回答	1 (0.6)	
専従の有無		
有り		81 (81.7)

*: 平均値±標準偏差 **: 重複回答あり 数字は、度数 (%)

施設 (66.1%) であった。回答部署は、救急外来が 50 部署、ICU 46 部署、CCU 13 部署、救命ICU 13 部署、HCU 17 部署、COVID-19 専用ICU 31 部署、その他 3 部署であった (重複回答あり)。

2. COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する実施状況及び実施方法の現状

COVID-19 終末期患者の家族面会を「している」と回答した施設は 40 施設 (36.7%)、「している場合としていない場合があった」と回答した施設は 42 施設 (38.5%)、「していない」と回答した施設は 27 施設 (24.8%) であった (図 1)。家族面会の方法では、「窓越しの面会」と「状況に応じた選択」がそれぞれ 24 施設 (29.3%) と多く、次いで、「リモート面会」が 19 施設 (23.2%)、「PPE 装着でベットサイド面会」は 13 施設 (15.9%) であった (図 2)。家族面会の人数では、「少人数に制限」が 47 施設 (57.3%) と最も多く、次

表2 COVID-19終末期患者・家族へのケア経験

(n = 180)

COVID-19 終末期患者へのケア経験	度数 (%)
受け持ち看護師としてケアした	56 (31.1)
受け持ちではないがケアした	30 (16.7)
直接的なケアはしていないが、管理・調整などをした	41 (22.8)
部署に終末期患者がいたことがない	52 (28.9)
無回答	1 (0.5)
COVID-19 終末期患者家族へのケア経験	度数 (%)
受け持ち看護師としてケアした	46 (25.6)
受け持ちではないがケアした	31 (17.2)
直接的なケアはしていないが、管理・調整などをした	46 (25.6)
部署に終末期患者がいたことがない	56 (31.1)
無回答	1 (0.5)

数字は、度数 (%)

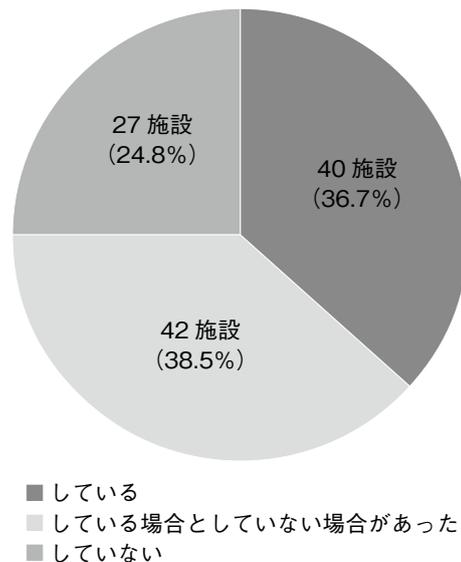


図1 COVID-19終末期患者の家族面会 (n=109)

いで、「制限して交代で面会」が 23 施設 (28.0%)、「制限なし」が 6 施設 (7.3%)、「その他」6 施設 (7.3%) であった。面会時間は、「短時間に制限」が 68 施設 (82.9%) と最も多く、「制限なし」が 12 施設 (14.6%)、「その他」2 施設 (2.5%) であった。面会の頻度は、「1日1回」が 36 施設 (43.9%) と最も多く、次に「制限なし」が 18 施設 (22.0%) と続き、「1日数回」が 7 施設 (8.5%)、「その他」21 施設 (25.6%) であった。

COVID-19 終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会

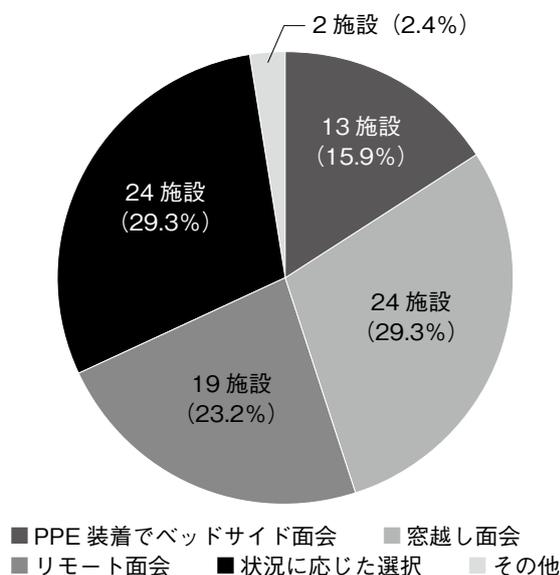


図2 COVID-19終末期患者の家族面会の方法 (n=82)

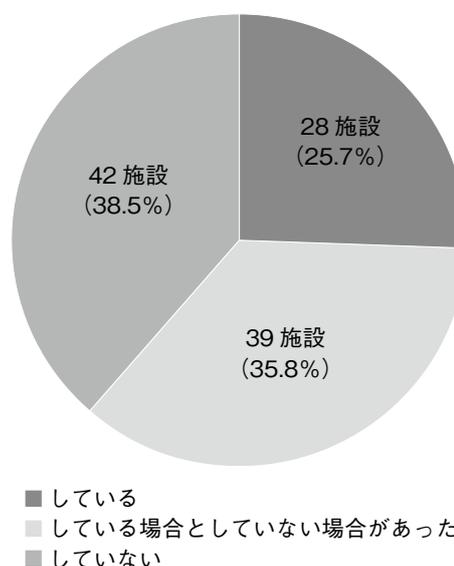


図3 COVID-19終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会い (n=109)

いについて「している」と回答した施設は28施設(25.7%),「している場合としていない場合があった」と回答した施設は39施設(35.8%),「していない」と回答した施設は42施設(38.5%)であった(図3). 家族立ち会いの方法では、「PPE 装着でベッドサイド立ち会い」が20施設(29.9%)と最も多く、「窓越し立ち会い」が19施設(28.4%),「リモート立ち会い」が12施設(17.9%),「状況に応じた選択」が14施設(20.9%)であった(図4). 家族立ち会いの人数は、「少人数に制限」が44施設(65.8%)と最も多く、「制限なし」は11施設(16.4%)であった.

3. COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する院内規定

COVID-19 患者の終末期の家族面会に関する基準について、「(全てまたは少し) 定めている」と回答した者は79名(84.9%)であり、「(あまりまたは全く) 定めていない」と回答した者は14名(15.1%)であった. 基準の内容に関する自由記載では、「面会方法・時間・人数などを定めている」が46名と最も多く、次いで「原則面会禁止としている」が12名であった.

COVID-19 患者の死亡宣告時の家族の立ち会いに関する基準について、「(全てまたは少し) 定めている」と回答した者は60名(64.6%)で、「(あまりまたは全く) 定めていない」と回答した者は33名(35.4%)

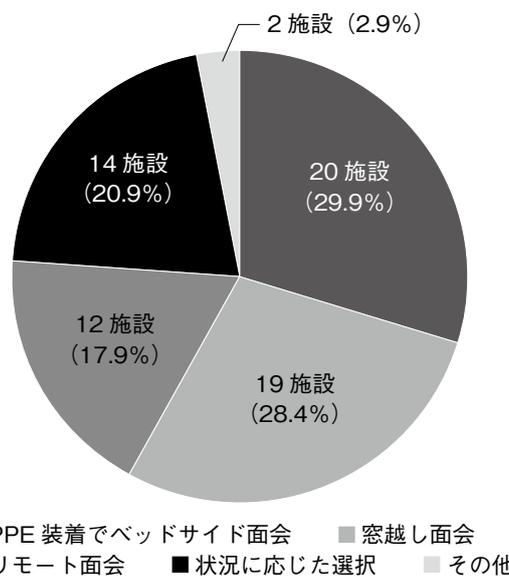


図4 COVID-19終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会い方法 (n=67)

であった. 基準の内容に関する自由記載では、「面会の方法・人数などを具体的に決めている」が18名と最も多く、その他にも「タブレットなどによる看取りをしている」が15名、「看取りや死亡確認の時だけ面会できるようにしている」が10名、「面会禁止のため立ち会いはしていない」が9名などの記載があった.

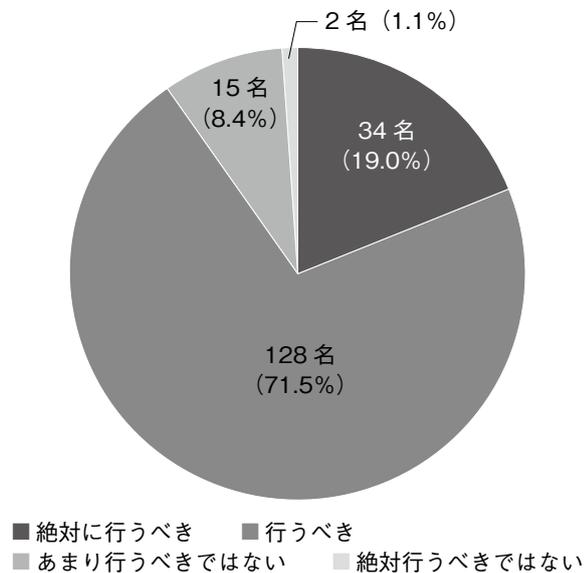


図5 救急・集中治療領域に携わる看護師のCOVID-19終末期患者の家族面会に関する意識 (n=180)

4. 救急・集中治療領域に携わる看護師の COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する意識

救急・集中治療領域における COVID-19 終末期患者の家族面会の是非については、「(絶対に) 面会を行うべき」と回答した者は、162名 (90.5%) であり、「(あまりまたは絶対) 面会を行うべきではない」と回答した者は、17名 (9.5%) であった (図5)。終末期の家族面会を「行うべき」と考える理由では、「家族が状況を受け入れるために必要なこと」「家族への悲嘆ケアとして必要である」「患者や家族の希望があれば応えることが必要である」「COVID-19は工夫によって面会環境が作れる疾患である」などの意見があり、家族面会を「行うべきではない」と考える理由では、「感染のリスクが多少なりともある」との意見があった (表3)。

COVID-19 終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会いに関する是非について、家族の立ち会いは「(絶対に) 行うべき」と回答した者は162名 (91.0%) で、「(あまりまたは絶対に) 行うべきではない」と回答した者は、16名 (9.0%) であった (図6)。死亡宣告時の家族の立ち会いについて「行うべき」と考える理由では、「死を受け入れるために必要である」「家族が希望すれば受け入れた方がよい」「悲嘆ケアとして必要である」「立ち合わせてあげたいという医療者の思いがある」

表3 救急・集中治療領域に携わる看護師の COVID-19 終末期患者の家族面会の是非に関する理由 (n=180)

意見	度数
<行うべきと考える理由>	
・家族が状況を受け入れるために必要なこと	34
・家族への悲嘆ケアとして必要である	28
・患者や家族の希望に応えることが必要である	24
・COVID-19は工夫で面会環境が作れる疾患である	22
・家族の心理的ストレスや死別後の複雑性悲嘆やPICS-Fのリスクを避けるため	19
・最期には会わせてあげたい、最期の時間をともに過ごしてほしいという医療者の思いがある	15
・家族にも会う権利がある	4
・家族ニーズを満たすことになる	2
・COVID-19でも終末期患者に変わりはない	1
<行うべきではないと考える理由>	
・感染のリスクが多少なりともあるため慎重になる	7

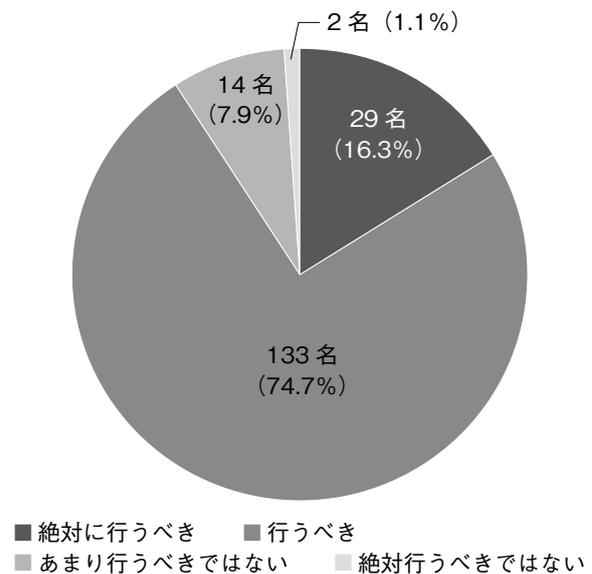


図6 救急・集中治療領域に携わる看護師のCOVID-19終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会いに関する意識 (n=178)

「感染対策をすれば立ち会えると思う」などの意見があり、死亡宣告時の家族の立ち会いを「行うべきではない」と考える理由では、「二次感染のリスクがある」との意見があった (表4)。

COVID-19 患者の家族面会による感染のリスクについて、家族面会が感染のリスクを高めると「(少しま

表4 救急・集中治療領域に携わる看護師の COVID-19 終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会いは是非に関する理由

(n=178)

意見	度数
<行うべきと考える理由>	
・死を受け入れるために必要である	45
・家族が希望すれば受け入れた方がよい	20
・悲嘆ケアをして必要である	11
・立ち合わせてあげたいという医療者の思いがある	9
・複雑性悲嘆のリスクを高めるから	8
・最期に立ち会えないことは家族のストレスである	3
・家族の権利である	2
・COVID-19 患者だからと特別に扱う必要はない	2
・1人で逝くのは患者が寂しすぎる	1
・最期がどうであったか家族は知りたいと思う	2
<行うべきではないと考える理由>	
・二次感染のリスクがある	4

たは大変) と思う」と回答した者は 70 名 (39.1%) で、感染のリスクを高めるとは「(あまりまたは全く) そう思わない」と回答した者は 109 名 (60.9%) であった。自由記載では、「正しく PPE を装着する指導を行うことで感染のリスクは高まることはないと思う」「感染のリスクはゼロにはならない」との意見が多かった。その他の意見では、「PPE を正しく装着している医療者は感染していないのと同じ」や「医療者が立ち会うことが必須」などの意見があった。

5. 感染管理者の COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する意識

救急・集中治療領域における COVID-19 終末期患者の家族面会の是非については、「絶対に」行うべき」と回答した者は 81 名 (87.1%) であった (図 7)。一方、「(あまりまたは絶対に) 行うべきではない」と回答した者は、12 名 (12.9%) であった (図 7)。終末期の家族面会を「行うべき」と考える理由では、「家族が悔いを残さないよう看取りの時間が必要」「どのように対策すれば面会できるかを検討するべき」との意見が多く、家族面会を「行うべきではない」と考える理由では、「家族が泣いてしまうと目、鼻、口に触れ、感染のリスクがある」「看護師の負担も大きい」との意見があった (表 5)。

COVID-19 患者の死亡宣告時の家族の立ち会いに関

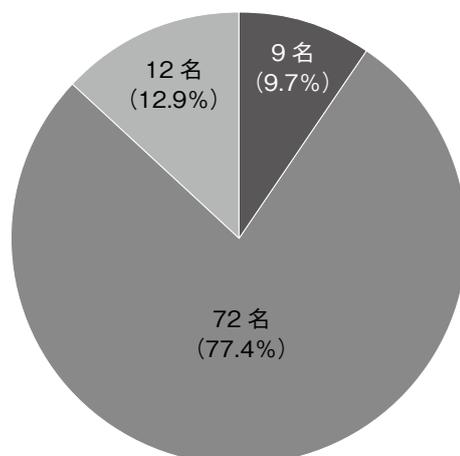


図7 感染管理者の COVID-19 終末期患者の家族面会に関する意識 (n=93)

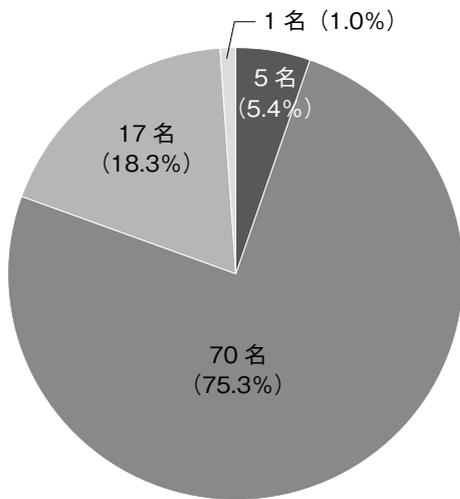
表5 感染管理者の COVID-19 終末期患者の家族面会の是非に関する理由

(n=93)

意見	度数
<行うべきと考える理由>	
・家族が悔いをのこさないよう看取りの時間が必要	43
・どのように対策すれば面会できるかを検討するべきである	25
<行うべきではないと考える理由>	
・泣いてしまうと目鼻口に触れ感染リスクがある	3
・看護師の負担も大きい	3

する是非について、家族の立ち会いは「絶対に」行うべき」と回答した者は 75 名 (80.7%) であった (図 8)。一方、「(あまりまたは絶対に) 行うべきではない」と回答した者は 18 名 (19.3%) であった (図 8)。死亡宣告時の家族の立ち会いについて「行うべき」と考える理由では、「感染対策をすれば立ち会えると思う」「家族へのグリーフケアになる」「2 次感染のリスクがある」という意見が多く、死亡宣告時の家族の立ち会いを「行うべきではない」と考える理由では、「立ち会う看護師のマンパワーが不足している」などの意見があった (表 6)。

COVID-19 患者の家族面会による感染のリスクについて、家族面会が感染のリスクを高めると「(少しまたは大変) と思う」と回答した者は 35 名 (37.6%) で、



■ 絶対に行うべき ■ 行うべき
 ■ あまり行うべきではない ■ 絶対行うべきではない

図8 感染管理者のCOVID-19終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会いに関する意 (n=93)

表6 感染管理者のCOVID-19終末期患者の死亡宣告時の家族の立ち会いの是非に関する理由 (n=93)

意見	度数
<行うべきと考える理由>	
・感染対策をすれば立ち会えると思う	28
・家族へのグリーフケアになる	36
<行うべきではないと考える理由>	
・立ち会う看護師のマンパワーが不足している	4
・家族の心理的負担が増す	2

感染のリスクを高めるとは「(あまりまたは全く) そう思わない」と回答した者は、58名 (62.4%)であった。自由記載では、「正しくPPEを装着する指導を行うことで感染のリスクは高まることはないと思う」という意見や、「終末期や臨終の場面で家族がパニックとなり十分な感染対策ができなくなることも想定される」などの意見もあった。

V. 考察

1. COVID-19患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会に関する今後の提案

本調査では、救急・集中治療領域においてCOVID-19患者の終末期に家族面会をしている割合は40%程度

に留まっていることが明らかになった。本調査のように、救急医療や集中治療を必要とするCOVID-19重症患者を対象に、終末期及び死亡宣告時の家族面会の現状を調査した報告は国内外ともに確認できず、本邦での現状を他と比較することは困難である。しかし、国内の集中治療施設の70～80%で、COVID-19流行以前より何らかの家族面会制限が設けられてはいたものの、制限されているのは1日あたりの面会時間や人数または回数であり、患者や家族が希望すれば短時間であっても患者と家族との面会は毎日可能であった(里道ら, 2019)ことを考慮すると、COVID-19の流行により家族面会はより厳格に制限されていることは明らかである。2020年6月に実施されたイギリスでの調査でも、ICUでの家族面会は制限されており、終末期患者の場合に限り家族面会が許可されている割合が60%であるとの報告もある(Rose L, et al.2021)。家族の面会制限は、COVID-19の流行を起因とする病院内での大きな変化の一つであると言える。

家族面会は、患者に安心感をもたらす、闘病意欲を向上させるなどの目的がある。家族にとっては、患者の状態を直接確認することで病状の理解が進み、患者を励ます場にもなる。また、面会を通じた医療者とのコミュニケーションによって、医療者との信頼関係を築く機会にもなる。時には、患者へのケア参加により、患者のためにできることを行えたという満足感が得られることもある。特に終末期や死亡宣告時の家族面会は、死のプロセスを辿る患者の様子を直接確認することにより、家族による死の受け入れを促し、複雑性悲嘆を軽減させることが期待できる。しかし、COVID-19禍での面会制限は、こうした面会の目的が果たせなくなるだけではない。家族らが患者との接触を断たれることにより、患者の死に対する準備が妨げられたり、死にゆく患者に別れを告げることができない場合、遺族の複雑性悲嘆のリスクが高まる可能性がある(Chen C, et al. 2021; Feder S, et al.2021, Kentish-Barnes N, et al.2021, Dennis B, et al.2022)。一方、家族面会ができた場合のメリットとしては、死にゆく患者の様子を傍で直接確認することにより、死が避けられない現実であることへの理解を促し、患者に触れたり、労いや感謝の気持ちなど家族の思いを直接患者に伝えたりすることによって、家族が自らの心を整理する助けとなることが期待できる(Kentish-Barnes N, et al.2021, Dennis B, et al.2022)。

大切な人の死は、人生の最も重要な出来事の一つである。COVID-19 患者の場合であっても、家族に適切な PPE の装着を指導し、面会中の支援体制を整えることにより、患者と家族らが直接会える機会を作るとは終末期ケアとして重要な意義を持つと考えられる。未知の病原体扱いされていた SARS-CoV-2 について、伝播経路や感染可能期間なども明らかになってきており、面会による感染のリスクとメリットの両側面を考慮した柔軟な対応が検討できると思われる。本調査で明らかになった現状を踏まえ、家族面会の実施について組織的な検討を始めることは重要である。

COVID-19 終末期患者と家族の面会方法では、窓越し面会やタブレット等を活用したリモート面会が多く、PPE を装着してベッドサイドで面会できた割合は 2 割にも満たなかった。また、家族が死亡宣告時に立ち会えた割合は 3 割にも満たなかった。COVID-19 の流行が長期化する過程において、2 次感染のリスクを伴わないリモート面会や窓越し面会の取り組みが進んでいると考えられる。

先行研究によると、リモート面会や窓越し面会により、離れた場所であってもコミュニケーションの手段ができたこと、患者の情報が得られる機会となるなどの効果が報告されている (Chen C, et al.2021; Feder S, et al.2021 ; Jared A, et al.2021)。一方で、機械に接続されている姿を見ることで衝撃を受ける、顔を見るだけで話せない、画面を通してだけでは患者の状態を理解することが難しいなどの報告もあり (Chen C, et al.2021)、人工呼吸器を装着している重症患者の場合においては、リモート面会や窓越し面会が、家族の不安の軽減や現状を理解するための手段としては十分ではないことも示唆される。特に、終末期ともなれば、それらの懸念は顕著になることが予想される。また、対面接触の欠如は、特に蘇生指示に関する終末期決定を下す能力を損なったり、患者の死亡時に物理的に存在不可能であった家族は、患者の死後数か月たっても患者の孤独な死に対する苦悩を抱えることもある (Dennis, B., et al.2022)。

終末期や死亡宣告時における直接面会は、死にゆく患者の様子を傍で直接確認することにより、死が避けられない現実であることへの理解を促し、患者に触れたり、労いや感謝の気持ちなど家族の思いを直接患者に伝えたりすることによって、家族が自らの心を整理する助けとなることが期待できる。よって、家族が愛

する患者の人生の最期に一緒にいられることの重要性は高い (Kentish-Barnes N, et al.2021)。SARS-CoV-2 の感染可能期間を目安とし、隔離解除も一つの方法として直接面会を検討する必要もある。

COVID-19 診療の手引き 5.2 版 (厚生労働省, 2021) では、SARS-CoV-2 の感染可能期間は、発症 2 日前から発症後 7~10 日程度であるとされている。有症状者においても発症日から 10 日経過し、かつ症状軽快後 72 時間経過していることを退院の基準としている。多くの施設において、退院の判断や隔離解除はこの基準に準拠している。

また、CDC による隔離解除についてのガイダンス (CDC, 2021) によると、発症から 10 日が経過し、解熱剤を使用せずに 24 時間以上発熱が見られず、症状が改善している場合には隔離を解除できること、さらに、集中治療や人工呼吸療法を必要とする重症患者や免疫不全患者の場合には、発症から 20 日が経過し、解熱やその他の症状の改善が見られるまで隔離解除を延長することができることとされている。

COVID-19 患者の発症から死亡までの日数については、各都道府県の公表データでは概ね 20 日前後である。これらのことを考慮すると、集中治療領域における COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の是非や基準は、COVID-19 の感染可能期間も一つの目安として検討できると考えられる。重症患者の場合には、一律に日数での隔離解除の判断が困難であることも想定されるため、隔離解除の判断は、臨床症状を踏まえて医学的見地から検討することが重要である。今後も COVID-19 の流行の波が訪れることを鑑みると、終末期や死亡宣告時の家族面会に関する基準を各々の施設で明確にしておくことが重要であると考えられる。

2. COVID-19 患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会を実施する上での感染対策に関する今後の課題

本調査では、COVID-19 患者の終末期や死亡宣告時の家族の立ち会いについて、救急・集中治療領域の看護師と感染管理者双方の 8~9 割が「行うべき」と回答していた。また、家族面会が「感染のリスクを高めるとは思わない」との回答が両者共に 6 割であり、「感染のリスクを高める」との意見よりも多かった。その理由として、「正しく PPE を装着する指導を行うこと

で感染のリスクが高まることはないと思う」という意見が多かった。先行研究においても、COVID-19患者の家族面会が、家族や医療者への感染リスクを高める要因であるとの報告は国内外ともに見当たらない。

しかしながら本調査において、終末期や死亡宣告時の家族面会における懸念事項として、感染管理者より「家族が泣いてしまうと目鼻口に触れるため感染のリスクはある」との意見が少数ではあるが上がっていた。COVID-19患者の家族面会に際しては、正しいPPEの着用、空気感染予防策の遵守が推奨されており(ANZICS COVID-19 Working Group, 2020a)、終末期や死亡宣告時の家族面会を検討する上では、家族への教育方法について各施設で取り決めがなされていると考えられる。終末期や死亡宣告という心理的に不安定な状況に置かれる時には、家族が涙を拭うためにPPEを外してしまうなど不測の事態も想定されることも念頭におくことが必要である。

感染対策の視点からCOVID-19患者の終末期や死亡宣告時の家族面会について検討する際にも、一律に家族の面会を制限するのではなく、「ウイルスが院内に持ち込まれるリスク」と「患者から家族らへ、また家族らから医療者へウイルスが伝播するリスク」を評価することが大切である。リスク評価をする際には、地域の流行状況、家族らのワクチン接種状況、家族らの曝露歴、家族らの健康状態などを確認する必要があるが、それぞれのリスクの「ある・なし」ではなく、その程度とそれを低減できる可能性を考慮し判断できる基準を設定することが望ましく、不測の事態も想定した感染防御策を十分に検討し実行することが家族面会を許可する上で重要であると言える。

VI. 結論

1. 救急・集中治療領域において、COVID-19終末期患者の家族面会が出来た施設は36.7%で、面会方法は、「窓越しの面会」と「状況に応じた選択」が多かった。
2. COVID-19患者の死亡宣告時の家族の立ち会いが出来た施設は25.7%で、立ち会いの方法は、PPE装着でベットサイドでの立ち会いが最も多かった。
3. 84.9%の施設がCOVID-19終末期患者の家族面会に関する基準を定めており、64.6%の施設が死亡宣告時の家族の立ち会い基準を定めていた。

4. 救急・集中治療領域の看護師と感染管理者は、COVID-19患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会を行うべきと意識している者が多かった。

VII. 研究の限界

本調査は、救急・集中治療看護領域の学術団体会員と感染症指定病院の感染管理者を対象とした調査であるため、非会員の施設の看護師と感染症指定病院ではない施設の感染管理者の情報は含まれていない。そのため、国内の全てのCOVID-19患者の終末期及び死亡宣告時の家族面会の実態と看護師の意識を反映しているものではない。

謝辞

本調査にご協力頂いた救急・集中治療領域の看護師の皆様、施設の感染管理を担う看護師の皆様様に心より感謝申し上げます。

文献

- ANZICS. (2020a, March 16). ANZICS COVID-19 Guidelines Version 1. ANZICS COVID-19 Guidelines Version 1. <https://www.anzics.com.au/wpcontent/uploads/2020/03/ANZICS-COVID-19-Guidelines-Version-1.pdf>.
- Boulton AJ, Jordan H, Adams CE, et al. (2021). Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey. *Journal of the Intensive Care Society*, 0(0), 1-4.
- Brittany Dennis, Meredith Vanstone, Marilyn Swinton, et al. (2022). Sacrifice and solidarity: a qualitative study of family experiences of death and bereavement in critical care settings during the pandemic. *BMJ Open*, 12(1), e058768.
- CDC. Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html> (accessed 2021-10-10)
- Chen C, Wittenberg E, Sullivan SS, et al. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care*, 38(7), 869-876.
- Feder S, Smith D, Griffin H, et al. (2021). "Why Couldn't I Go in To See Him?" Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *J Am Geriatr Soc*, 69(3), 587-592.
- Jared A Greenberg, Santosh Basapur, Thomas V Quinn, et al. (2021). Challenges faced by families of critically ill patients during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 1-7.
- 厚生労働省. COVID-19国内の発生状況. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html> (閲覧日: 2022.3.18)

- 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 第5.2版. <https://www.mhlw.go.jp/content/000815065.pdf>(閲覧日: 2021.10.10)
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., et al. (2021). Lived Experiences of Family Members of Patients with Severe COVID-19 Who Died in Intensive Care Units in France. *JAMA Network Open*.
- Rose L, Yu L, Casey J, et al. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic. A UK National Survey. *Ann Am Thorac Soc.*, 18(10), 1685-92.
- SACHIE MIYABAYASHI (2007). Effects of loss from suicide, accident, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction., *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 61, 502-508.
- 里道稜, 三苦里香 (2019). 日本の集中治療室における面会制限に関する検討. *日本臨床看護マネジメント学会誌*, 1, 48-52.
- Valley TS, Schutz A, Nagle MT, et al. (2020). Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan OCUs during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.*, 202(6), 883-85.
- 山勢善江, 山勢博彰, 明石恵子, 他 (2021). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する救急看護の実態と課題 - 日本救急看護学会による実態調査. *日本救急看護学会雑誌*. 23, 37-47.