COVID-19重症患者の終末期における家族面会に関する学会からの提案

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2019年末の発生から数ヶ月後に世界保健機関により「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」と宣言された。日本では2020年1月以降、感染は急拡大し、現在も感染者数の増減を繰り返している。

COVID-19拡大による病院内での変化の一つに、家族面会がこれまで以上に制限されたことがある。家族の面会制限は、患者がCOVID-19罹患者であるかにかかわらず、院内の感染防止策として実施されている。特に、COVID-19患者の面会はより厳しく規制されており、終末期や看取り場面においても、対面による家族面会ができないケースは多い。しかし、終末期の家族面会は、患者や家族のQOLやQOD（Quality of Death）と、死別後の遺族の悲嘆に影響を及ぼす[1]。また、医療者にとっても終末期にある患者や家族が共に過ごす時間や場所を十分に提供できないことは、もどかしさや無力感をもたらす[2]。

COVID-19の流行が長期化する中で、COVID-19患者の家族面会の手段としてタブレットやスマートフォンを活用したリモート面会、ガラス窓などを通しての窓越し面会、対面面会など各々の施設がさまざまな取り組みを始めている。しかし、2021年7月に本学会が実施したCOVID-19感染下の終末期の面会に関する調査では、救急・集中治療領域の終末期に家族面会が実施できた割合は4割に満たず、医療者のジレンマになっている現状が明らかになっている[3]。

国民のワクチン接種や医薬品の承認など重症化を回避するための取り組みが促進される一方で、今なお死者の報告が途絶えることはない。しかしながら、未知の病原体と思われていた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、感染のリスクと家族面会のメリットの両側面を考慮した家族面会への柔軟な対応を検討できる時期にきていると考えられる。

そこで本学会では、感染防止を踏まえたより良い終末期ケアの実践のために、集中治療領域におけるCOVID-19終末期患者の家族面会の望ましいあり方について提案する。この提案は、終末期の家族面会に関する情報提供でもあり、ベストプラクティスとして特定の面会方法の実施を要請するものではない。各施設で終末期の面会のあり方を検討する際の資料として活用されることを望む。

学会からの提案

1. 感染可能期間を踏まえて、隔離解除が可能であるかを医学的見地より検討する。隔離解除が可能であると判断した場合には、患者と家族らが面会できる環境を整える。
2. 隔離期間中であっても、終末期においては特別な事情がある場合を除き、患者や家族らが希望すれば、対面面会ができる体制を整備する。特別な事情とは、家族ら自身がCOVID-19罹患者である場合や濃厚接触者として外出自粛期間にある場合などを指すが、その基準は各々の施設で定めておく。
3. 状況に応じて、リモート面会や窓越し面会など柔軟な対応が取れる体制を整備する。
4. 家族面会の基準、方法、面会時の対応などについては、医師、看護師、感染管理者、事務職ら多職種から構成される医療チームで検討する。

2021年10月12日

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会 終末期ケア委員会

立野淳子(委員長),加藤茜,久間朝子,辻本真由美,藤岡智恵,藤本理恵,森山美香,山勢博彰(担当理事)

監　修

中根正樹(山形大学医学部附属院)，忽那賢志(大阪大学大学医学系研究科)，坂本史衣(聖路加国際病院)

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について提案するに至った背景

1. SARS-CoV-2の感染可能期間に基づく隔離解除の基準および発症から死亡までの日数

COVID-19診療の手引き5.2版[4]では、SARS-CoV-2の感染可能期間が、発症2日前から発症後7～10日程度であることに基づき、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にしている。多くの施設において、COVID-19患者の退院や隔離解除はこの基準に準拠している。

また、CDCのガイダンス[5]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があるが、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終末期患者の家族面会の是非や方法を検討する際にも、発症日から換算して感染可能期間を過ぎているかを一つの目安にすることは妥当であると考えられる。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、隔離解除が可能であるかは、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。

2. COVID-19終末期患者における家族面会の制限の現状

本学会が実施したCOVID-19終末期患者の家族面会に関する調査[3]では、回答した109施設のうち、家族面会が「出来た」のは40施設（36.7%）、「出来た場合と出来なかった場合があった」のは42施設（38.5%）、「出来なかった」のは27施設（24.8%）であった。また、死亡宣告時の家族の立ち会いについて、「出来た」のは28施設（25.7%）、「出来た場合と出来なかった場合があった」のは39施設（35.8%）、「出来なかった」のは42施設（38.5%）であった。このように、救急・集中治療領域において、COVID-19終末期患者の家族面会に取り組んでいる施設もあるが、全く実施できていない施設があることも事実である。

同様の調査は国外でも行われている[6]。回答のあった49施設のうち、48施設（98%）で原則家族面会は禁止となっており、例外として終末期のみ面会を許可している施設が15施設（31%）あったものの、家族が面会できている割合は低いのが現状である。

3. 終末期患者の家族面会の制限による患者、家族、医療者への心理的影響および家族面会の意義

国内の集中治療施設の70～80%では、COVID-19流行以前より、何らかの家族面会制限が設けられていたが、制限されているのは1日あたりの面会時間や人数、回数であり、患者や家族が希望すれば短時間であっても毎日患者と家族との面会は可能であった[7]。

家族面会は、患者に安心感をもたらし、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、面会を通し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してあげられたという満足感が得られることもある。特に終

末期の家族面会は、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下での面会制限は、こうした面会の目的が果たせなくなることに加え、デメリットも生じる。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を妨げられたり、死にゆく患者に別れを告げることができなかったりした場合、遺族の複雑性悲嘆のリスクが高まる可能性がある[8][9]。医療者にとっても、臨終に立ち会えない家族への対応に困難さを感じたり、普段通りのケアができないといったジレンマを抱いたりすることもある[10]。そのため、終末期にある患者とその家族らの心理的問題を少しでも緩和し、遺族の複雑性悲嘆を軽減するためにも、終末期の家族面会は重要な意味を持つ。これはCOVID-19の場合でも変わることはない。

4. COVID-19下において終末期患者の家族の対面面会を検討する意義

COVID-19の流行が長期化する過程において、オンラインを活用したリモート面会やガラス窓を通しての窓越し面会の取り組みが進んでいる。これらの家族面会の方法は、使用するデバイスや施設の環境が整えば、感染のリスクを伴わないため導入は比較的容易である。しかし、対面面会は、感染のリスクへの懸念から実施できている施設は少ないのが現状である[3]。

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[8][9]。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意見もあり、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となることが予想される。

終末期における対面面会は、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。

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実現することは終末期ケアとして重要な意義を持つ。

5. 隔離期間中に対面面会することにより家族らが感染するリスク

隔離期間中のCOVID-19患者の終末期において、対面での面会を可能にすることのメリットは前述した通りである。一方で、対面面会には、家族らに感染のリスクが生じるというデメリットもある。

しかしながら、医療従事者ではない家族らであっても、適切な感染防止策に関する指導を受け、安全に面会できる対策を講じれば、感染のリスクを最大限に軽減した状態で、面会を行うことが可能と考える。

COVID-19終末期患者の隔離期間中の家族面会の実際

1. 家族面会の方法

COVID-19患者の主な面会方法は、リモート面会、窓越し面会、対面面会の3つに大別される（表1）。面会方法は、施設の基準や規程（取り決め）、家族の要望や状況などを考慮して選択する。

表1 COVID-19患者の家族面会の方法と特徴

種類	定義	特徴
リモート面会	遠隔地または病室から離れた院内の面談室などから、ネットワークに繋がったタブレット等を通して面会する方法	・遠隔地からも患者と家族の双方が様子を確認したり、会話したりすることができる。 ・面会の実感が得にくい。 ・患者の全身の様子やベッド周囲の状況が伝わりにくい。 ・高齢者などIT機器に不慣れな場合には活用できない可能性がある。
窓越し面会	患者の病室の窓を挟んで患者と家族が顔を合わせて面会する方法	・患者と家族の双方が互いの様子を直接確認できる。 ・直接触れ合うことはできない。
対面面会	患者と対面で面会する方法	・直接触れ合ったり、会話したりすることで心理的な安寧が得られる。 ・家族がケア参加できる可能性がある。 ・リモート面会と窓越し面会に比べ、感染リスクがゼロではない。 ・面会に付き添う医療者が必要になる。 ・PPE着脱についての指導が必要になる。

2. 面会前の準備

1）面会の可否に関する判断基準および面会方法を明確にする。

面会の可否を判断する際には、「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」を評価する必要がある。

リスク評価の項目としては、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（濃厚接触者であるかどうか）、家族らの健康状態などが考えられるが、それぞれについてリスクの「ある・なし」ではなく、リスクの程度とそれを軽減できる可能性を考慮しながら面会の必要性と合わせて、柔軟に判断することが可能な基準を各施設で設定することが望ましい。

また、面会を行う場合には、以下に記載する基本的な対策を実施して、院内にウイルスが持ち込まれるリスクや面会者から医療者への二次感染のリスクを軽減させることが重要である。

2）家族らに接する医療者は、常にサージカルマスクを着用する。

3）事前にインフォームド・コンセントを行い、面会について家族らの意向（面会希望の有無、希望の面会スタイル）を確認する。

4）家族らの体調、感染した場合に重症化のリスク因子となる既往歴、ワクチン接種歴等の情報を得る。

5）来院時には不織布マスクの着用を依頼する。

6）リモート面会を院内の面談室などで行う際には通信デバイスの準備と通信環境の確認を行っておく。

7）家族らに手洗いや速乾性アルコール製剤での消毒など手指衛生の方法とタイミングについて説明しておく。

8) 面会方法や、面会中また面会後の注意点について、パンフレットなどを用いて説明する。説明内容は診療録などに残すことが望ましい。
9) 患者・家族ら、医療者とで面会日時を事前に調整する。
10) 対面面会をする場合には、家族らにPPEの着脱指導を行っておく。

3. 面会時の対応

1) リモート面会
(1) 施設で利用可能なネットツールと通信デバイスに合わせて面会方法を説明する。
(2) 家族への患者状況の説明や通信デバイスを用いたコミュニケーションをサポートする。
2) 窓越し面会
(1) 窓越しでも互いの声が十分伝わるように環境を整える。
(2) 窓越しでのコミュニケーションをサポートする。
3) 対面面会
(1) 家族らのPPEの着脱を介助する。特に、PPE脱衣の際には必要に応じて介助を行うなど汚染の予防に努める。
(2) 汚染された手袋で自身の目や鼻、口に触れる、涙を拭う、PPEを外すなどの面会に不適切な動作がないかを確認する。
(3) PPEの破損、体液等の汚染物質に直接触れた、汚染された手袋で自身の目、口、鼻などに触れたなどの場合には、速やかに洗浄などを行ったのちに退室を促す。
(4) 不慣れなPPE装着やICUという環境要因により、体調不良を起こす可能性があることを認識し、不測の事態に対応できるようにする。
(5) エアロゾルが発生しやすい処置やケアは避ける。
(6) 酸素療法を行っている場合には、患者に鼻カニュラの上からサージカルマスクを装着させたり、加湿をしていない酸素の場合は酸素マスクの下にサージカルマスクを装着させたりすることにより、エアロゾルへの暴露を最小限にする。
(7) 高流量酸素療法を行っている場合には、鼻カニュラが鼻腔内に入っていることを確認するとともに、鼻カニュラの上からサージカルマスクを装着させることにより、エアロゾルへの曝露を最小限にする。
(8) 人工呼吸器を装着している場合には、回路接続の緩みがないか、カフ圧が適正に保たれているかを確認する。

4. 面会後の対応

1) リモート面会
(1) タブレット等の通信デバイスは、清拭消毒などの適切な衛生処置を行う。
(2) コミュニケーションの制約があるため、面会後も家族へ患者状況の説明などのフォローをすることが望ましい。
2) 窓越し面会
(1) 面会者が触れた可能性のある部位の清拭消毒を行う。
3) 対面面会
(1) 2週間の健康観察を行い、COVID-19を疑う症状の出現があった場合は、速やかに連絡するように指導する。

5. 死亡宣告後の家族面会の対応

(1) 遺体に触れることを望む場合は、対面面会に準じた対応をとる。
(2) 通常、出棺後は火葬場に直接向かい荼毘に付されることになり、家族らが患者の顔を見ることや、触ることが困難になるため、病室内で十分なお別れの時間を確保することが望ましい。

文　献

1. 西村夏代，掛橋千賀子.ICU看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助．日本クリティカルケア看護学会誌．2012；8（1）：29-39.
2. 木下里美．集中治療室（ICU）看護師の終末期ケア困難感の施設間の比較．ICUとCCU．2009；33（11）：815-819.
3. 日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会合同終末期ケア委員会．救急・集中治療領域におけるCOVID-19感染下の終末期の面会の実態および看護師・感染管理者の面会に対する意識調査．https://www.jaccn.jp/pdf/COVID-19_terminal_result.pdf（accessed 2021-09-22）.
4. 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（accessed 2021-09-22）.
5. CDC. Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html（accessed 2021-09-22）.
6. Valley TS, Schutz A, Nagle MT, et al. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. Am J Respir Crit Care Med, 2020; 202(6): 883-855.
7. 里道稜，三苫里香．日本の集中治療室における面会制限に関する検討．日本臨床看護マネージメント学会誌．2019；1：48-52.
8. Chen C, Wittenberg E, Sullivan SS, et.al. The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. Am J HospPalliat Care. 2021; 38(7):869-876.
9. Feder S, Smith D, Griffin H, et al. “Why Couldn’t I Go in To See Him ?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2021; 69(3): 587-592.
10. 山勢善江、山勢博彰、明石恵子他．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．2021；23：37-47.