

集中治療室における面会制限に関する研究

— 国外文献から日本のあり方への展望 —

A Study on Visiting Restrictions in Intensive Care Units :
Future Prospects for the Ideal Way of Japan from Foreign Literature

長田 艶子¹⁾ 入江 安子²⁾ 辻本 雄大³⁾

¹⁾奈良県立医科大学医学部看護学科 ²⁾神戸大学大学院保健学研究科

³⁾奈良県立医科大学附属病院

Tsuyako Nagata¹⁾ Yasuko Irie²⁾ Takahiro Tsujimoto³⁾

¹⁾Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

²⁾Kobe University Graduate School of Health Science

³⁾Nara Medical University Hospital

要旨

【目的】集中治療室(ICU)における面会制限に関して、国外の文献から研究の動向と実態を明らかにし、日本におけるICUの面会のあり方への示唆を得る。【方法】PubMed、CINAHLのデータベースを用いて、18論文を対象とした。【結果】ICUおよび病院施設を対象とした調査、面会制限の変更前後を比較検討した研究、ICU医療者と患者、家族を対象とした研究に分類された。国外では、面会制限を時間、回数だけでなく、待合室、情報提供などを含め報告していた。面会は、患者と家族の満足感の向上をもたらし、医療効果が得られたとの報告がある一方、看護師の負担や患者への有害要因との指摘もあった。【結論】日本におけるICUの面会制限について、家族の満足度、患者への医療効果、待合室等のアメニティー、情報提供体制などのシステムも含めて捉えることが今後の課題である。

キーワード:集中治療室、面会制限、文献レビュー

Abstract

【Purpose】This study aimed to clarify trends in and status of research on visitation limitation in intensive care units (ICUs) by examining literature from abroad, and to obtain suggestions on ICU visitation policy in Japan.【Method】We examined 18 papers by using the PubMed and CINAHL databases. 【Results】Studies examined hospitals and ICUs; compared changes before and after implementing changes in visitation restrictions; and examined their impact on ICU staff, patients, and families. Further, studies conducted outside Japan have examined ICU visiting restrictions on the duration and frequency of visits, and they have assessed the provision of amenities such as waiting rooms and information provision systems. ICU visits were found to improve patients' and their family members' satisfaction levels, and medical effects were reported. However, some studies reported that visits were a burden on nurses and that they led to harmful effects on patients.【Conclusion】Future challenges concerning visiting restrictions in ICUs in Japan pertain to the creation of systems to address family members' satisfaction, medical effects on patients, and provision of amenities such as waiting rooms and information provision systems.

Key words: Intensive Care Units、Visiting Restrictions、A Literature Review

I はじめに

ICU(intensive care unit;集中治療室)は、呼吸・循環・代謝などの重要臓器の急性臓器不全の患者に対して、医療メンバーが総力をあげ、集中治療を提供する部門である。患者がICUに入室すると、患者の家族にも衝撃や混乱が生じることがあり、家族へのケアも重要である。Molter(1984)は、重症患者家族の45のニーズを明らかにし、患者同様、家族をケアの対象にすべきと指摘した。山勢ら(2003)は、クリティカルケア看護における家族支援のための重症患者家族のニーズとコーピングを測定するためのCNS-FACE(Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency Case Settings)を開発した。

クリティカルケア看護における家族支援に関しては、生命危機状態の患者を前にした家族が混乱している状況下で、クリティカルケア看護師の躊躇や困難感が指摘されている(木下ら, 2012)。このクリティカルケアにおける家族支援への躊躇や困難感には、家族の関わりに抵抗を覚える看護師の認識だけでなく、患者の家族に積極的に関わろうとする看護師の認識との二律背反の関係が関連している(長田, 2018)。家族によるサポートは、患者に安心感や心地よさを提供し(Mitchell et al, 2017)、クリティカルケアにおける家族は、ストレスを抱えながら患者サポート役割を担っている。クリティカルケア看護では家族支援の必要性を認識しつつも、限られた空間、時間の中での患者、家族、看護師の三者関係のバランスの難しさがある(Olsen et al, 2009)。

この三者のバランスをさらに複雑にしているものに、ICUにおける面会制限があると考えられる。ICUにおける家族支援を検討するにあたり、面会制限の実態や、制限された面会の中で、患者、家族、医療者に及ぼす影響、それに関わる看護師の認識を明らかにすることが必要であると考えられる。

欧米では、面会の制限をなくした方針(OVP ;open visiting policy)により、家族満足度が高くなることが報告されている(Hart et

al, 2013)。しかし、クリティカルケア看護師は、面会時間の制限をなくすことに肯定的な考えばかりでなく、患者への処置が実施しにくいこと、看護師が、家族からの感情的な非難に対するコミュニケーションの困難感があること、家族の存在が患者の休息の弊害になることなどを指摘している(Garrouste-Orgeas et al, 2008)。

日本では、百田ら(2014)によりICUにおける全国的な調査が行われており、面会制限の実態については明らかにされているが、面会制限に関する家族や看護師を含む医療スタッフの認識への言及には至っていない。

そこで、本研究では、文献をもとに国外のICUにおける面会制限に関する研究の動向と、ICUでの面会の実態を明らかにし、日本におけるICUの面会のあり方への示唆を得ることを目的とした。

II 用語の定義

1. ICU:呼吸・循環・代謝などの重要臓器の急性臓器不全などの患者に対して、集中治療を提供する部門。本研究の選定論文において対象としている範囲とした。
2. 面会制限:入院患者にとって重要な面会を、時間・人数・面会者の範囲などによって制限すること。本研究の選定論文における内容の範囲とした。

III 研究目的

国外の文献からICUにおける面会制限に関する研究の動向と実態を明らかにし、日本におけるICUの面会のあり方への示唆を得ること。

IV 研究方法

1. 対象論文の抽出

本研究の対象は、ICUにおける面会制限に関する国外での研究論文である。過去10年間(2007年1月～2017年12月)の文献を、PubMed、CINAHLのデータベースを用いて検索した。「クリティカルケア」と「集中治療」は、同義に使用されているため、検索語に関しては、「ICU or critical」「visiting」「family or hour or

open”とし、すべてを AND でつなぎ検索した。PubMed から 240 件、CINAHL から 104 件が抽出され、重複した 46 件を除外した。タイトル、要約から検討し、下記の基準により 280 件を除外した後、論文全体を検討し 18 件を対象論文とした(図1)。

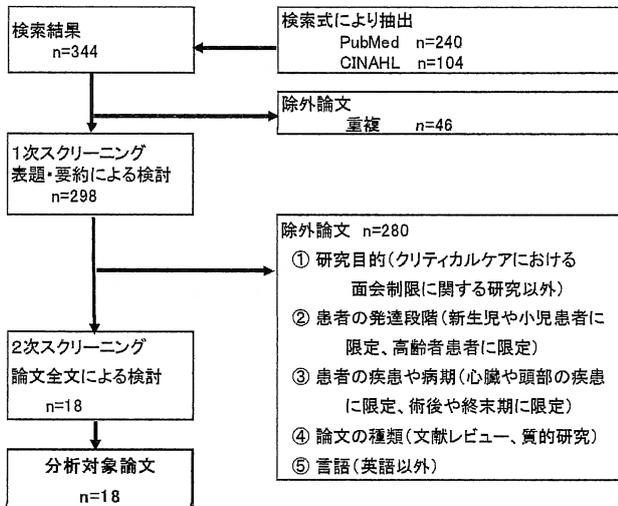


図1 対象論文の文献選定フローチャート

選定基準は、①クリティカルケアにおける面会制限に関する論文、②患者の発達段階が新生児や小児および高齢者に限定されていない論文、③患者の疾患や病期が限定されていない論文、④文献レビューや質的研究でない論文、⑤言語が英語表記である論文とした。本研究では、各研究における対象、人数等の面会制限の実態を具体的に示し、比較検討することから、質的研究を除外した。ICU の種類は、様々存在するが、面会制限を考える時、小児を対象とした家族の面会は、成人とは別に考えられている研究が多い。そのため、本研究では、小児(NICU: Neonatal Intensive Care Unit、PICU: Pediatric Intensive Care Unit)のみを対象とした研究を除外した。また、患者が終末期(end-of-life)である場合も、面会制限が緩和されていることが多いため除外した。その他、高齢者、心臓や頭部の疾患など特定の条件に限定した論文を除外した。

ICU における面会制限に関する用語には、“flexible”“24-hour visiting”“open”“extended”などが使用されていた。これは、面会制限の対

象である面会時間、人数、面会者の範囲などを緩和する意味で各研究者が用いており、その基準は一様ではなかった。

2. 分析方法

研究方法は、対象論文の構造化抄録を作成し、次に内容から、①ICU および病院施設を対象とした調査研究、②面会制限の変更前後を比較検討した研究、③ICU 医療者と患者およびその家族を対象とした研究に分類し分析した。

V 結果

1. ICU における面会制限に関する研究の動向

本研究における対象論文の出版年は、2007年から2017年まで毎年1~3論文であり、2009年のみ該当論文が無かった。国別では、米国が4論文、フランスとブラジルが3論文、イタリアが2論文、スイス、オランダ、イギリス、ベルギー、オーストラリア、ギリシアが各1論文であった。

研究内容は、ICU および病院施設を対象とした調査が8論文、面会制限の変更前後を比較検討した研究が3論文、ICU 医療者と患者、家族を対象とした研究が7論文であった(表1)。

2. ICU および病院施設を対象とした調査研究

ICU および病院施設を対象とした調査研究は8論文であり、米国とイタリアが2論文、フランス、オランダ、イギリス、ベルギーが各1論文であった。

調査内容は、面会方針、面会時間、回数、対象者の限定等であった。

面会方針で制限ありは、57%(Anzoletti et al,2008)~100%(Vandijck et al,2010)、1日の面会時間の制限ありは68%(Lee et al,2007)~100%(Spren et al,2011)、面会時間の平均は、約60分(Giannini et al,2008)や4.75±1.83時間(Garrouste-Orgeas et al,2016)などであった。1日の面会回数の制限は、1回36%、2回50%(Anzoletti et al,2008)、2~3回が最も多く74.3%(Spren et al,2011)などであった。1回の面会者数は、平均2.4人(Vandijck et al,2010)、1回の面会者数の制限は、2人まで(Hunter et al,2010)など、2人前後が大半であった。面会

対象者の範囲は、直系親族に限定は 19.3% (Vandijck et al,2010)と少なく、近親者、友人も許可し、ペットの許可 (Garrouste-Orgeas et al,2016)もあつた。子供の面会許可は、3.9% (Hunter et al,2010)～87.2% (Garrouste-Orgeas et al,2016)であり、許可する年齢は、12歳以上 (Lee et al,2007)が基準として示されていた。面会制限の例外規定は、時間や面会者 (Liu et al,2013)、患者の死 (Hunter et al,2010)、家族の社会的問題 (Vandijck et al,2010)などが挙げられていた。

待合室ありは、62.8% (Garrouste-Orgeas et al,2016)～99% (Hunter et al,2010)であつた。家族のための設備として、病状説明や家族会議用の部屋は、56.1% (Vandijck et al,2010)～80.8% (Garrouste-Orgeas et al,2016)で設置されていた。面会者が利用できるバスルーム (Hunter et al,2010)や、コーヒー、紅茶、食事のケータリングサービス (Spreen et al,2011)も存在した。家族への情報提供については、ICUの小冊子 79.4% (Hunter et al,2010)やリーフレット 89.3% (Garrouste-Orgeas et al,2016)などが活用され、面会方法や入院手続き、病院への連絡方法などの情報を提供 (Vandijck et al,2010)していた。情報提供の媒体は、家族からの電話への対応が 45.6% (Vandijck et al,2010)、ウェブサイトの利用が 14% (Giannini et al,2008)などであつた。医療者との家族会議について、入院時に 47.6% (Hunter et al,2010)～84% (Giannini et al,2008)で実施され、病状・診断・治療などの情報提供が行われていた。家族と医師の会議が 97% (Giannini et al,2008)、随時開催が 67.5% (Hunter et al,2010)という研究もあつた。退院時は 1.5% (Hunter et al,2010)～64% (Giannini et al,2008)で実施されていた。

家族への満足度アンケートの利用については、27% (Giannini et al,2008)～44.7% (Hunter et al,2010)で利用可能であつた。

ICU および病院施設を対象とした調査では、面会制限が無い施設がある一方、面会時間、面会回数、面会対象者の年齢及び関係性に制限が存在していた。また、面会制限の実態と

ともに、面会者のアメニティーや情報提供の実態、家族の満足度調査についても検討されていた。

3. 面会制限の変更前後を比較検討した研究

面会制限の変更前後を比較検討した研究は、米国、オーストラリア、ブラジルの 3 論文で、面会制限を緩和することによる効果を測定するものであつた。

Chapman et al(2016)は、面会時間を午前と午後 7 時～8 時 30 分、面会者数を 2 人までに制限していたが、面会時間および面会者数を無制限に変更し、変更前後の家族満足度および看護師満足度についてアンケート調査を行った。結果、変更後は変更前に比べ、家族満足度 (4.41 vs 3.87, $p < .001$) および看護師満足度 (3.94 vs 3.60, $p = .03$) ともに有意に上昇していた。

Mitchell et al(2017)は、面会時間を 1 日 9 時間から 21 時間へと変更し、その前後で家族への FS-ICU (Family Satisfaction in the Intensive Care Unit) 調査、患者へのインタビュー、スタッフへのアンケートを行った。結果、すべての患者は面会時間の延長を積極的に評価し、家族の 85% が面会時間の延長を「非常に満足」していた。家族の 76% が以前の面会時間 (11 時～20 時)、24% が新たに面会可能となった時間帯を利用していた。しかし、待合室の雰囲気は、面会時間の延長後に有意に悪化を示し ($p = .03$)、家族の FS-ICU には有意な差が認められなかった。家族は、家族自身のニーズよりも患者ケアが優先と認識していた。ICU スタッフの 75% が面会時間の延長に「満足」していた。

Rosa et al(2017)は、RVM (Restricted Visitation Model) と EVM (Extended Visitation Model) におけるせん妄発症率の比較を行った。RVM とは面会時間が 4.5 時間 (9 時～11 時、16 時～17 時 30 分、21 時～22 時)、EVM とは面会時間が 12 時間 (9 時～21 時) であつた。対象患者は RVM が 141 人、EVM が 145 人であつた。結果、ICU 滞在中のせん妄の発症率は、EVM で 145 人中 14 人 (9.6%)、RVM で 141 人中 29 人 (20.5%) であり、せん妄/昏睡期間の中

中央値は、EVMがRVMより短縮し($p = .04$)、ICU滞在期間の中央値は、EVMがRVMより短縮したと報告した($p = .007$)。

面会制限変更の比較研究では、面会時間の拡大や面会者の制限をなくすことで、患者及び家族の満足度が改善を示しただけでなく、せん妄発症率の低下などの医療的効果についても指摘していた。しかし、面会時間の拡大は、待合室の雰囲気の悪化をもたらしていた。

4. ICU医療者と入院患者およびその家族を対象とした研究

ICU医療者と入院患者およびその家族を対象とした研究は、医療者のみを対象とした研究、医療者と患者・家族を対象とした研究、家族・患者のみを対象とした研究に分けられた。

1) 医療者のみを対象とした研究

医療者のみを対象とした研究は、ブラジル、ギリシア、フランスの3論文であった。

da Silva et al(2013)は、5年前よりOVPを採用しているICUの医療者(医師42人、看護師39人、呼吸療法士25人)を対象に調査を行った。結果、OVPは、家族の満足度を向上させるとは思わない(53.3%)、患者ケアに支障がある(59.4%)、業務が中断される(72.7%)、家族の不安やストレスを減少させない(50.0%)と回答していた。また、医療者のうち20.8%がコミュニケーショントレーニングを受けており、84%がコミュニケーショントレーニングを希望していた。さらに、67.9%が医療者自身や医療者の家族が入院するとしたらOVPのICUを希望するとしていた。

Athanasidou et al(2014)は、面会回数(1日1~2回)、各面会時間(30~60分)の制限があるICUの看護師143人を対象とし調査を行った。結果、看護師(94.4%)はOVPを望んでおらず、面会者が身体的、心理的負担を増やし(87.5%)、看護ケアを妨げる(75.5%)と回答していた。一方、家族面会が患者の情緒的サポート(89.5%)、退屈を減少(84.6%)、患者の生きる意志を高める(80.4%)とし、患者(61.4%)と家族(65.7%)にとってはOVPが理想的であると回答していた。面会の効果は、ICU入院前の患者と家族関係に依存(91.6%)しているとしていた。

Soury-Lavergne et al(2012)は、222の成人ICUと41の小児ICUで勤務する医療者731人(医師175人、看護師472人、理学療法士12人、看護助手68人、臨床心理士4人)に調査を行った。成人ICUの93.2%に面会時間の制限があり、そのうち58%が面会時間を4時間未満に制限していた。医療者の63%が面会時間を延長することを推奨し、10%は面会時間の短縮が必要としていた。24時間面会の成人ICUに勤務している医療者は、24時間面会の方針が家族との関係改善に寄与したと考える(81%)一方、24時間面会がケアの障害となると認識していた(9%)。また、医療者は、生命にかかわる状態(96%)、患者へのケア(93%)、気管内吸引(30%)の場合、成人ICUでは家族に退室してもらおうべきと認識していた。

24時間面会のICUにおける医療者は、OVPが患者ケアに支障がある、業務が中断されると認識する一方、家族との関係改善に寄与していること、患者と家族にとっては必要であると捉えていた。また、家族に退室してもらおうべき処置があるとしていた。

2) 医療者と家族および患者を対象とした研究

医療者と家族および患者を対象とした研究は、米国、スイス、フランスの3論文であった。

Hart et al(2013)は、米国南東部の435床の急性期治療病院における5つの治療単位(SICU:surgical ICU、CCU:coronary care unit、PICU : post-ICU、CVSU : cardiovascular stepdown unit、PCCU:progressive CCU)の看護師72人と家族104人に満足度調査を実施した。面会時間は、9時、12時、17時、20時の30分間のみであった。結果、PICUとPCCUを除き、看護師の大半は現在の面会時間に満足していた。家族が面会するのに便利な時間は、16時~20時であった。家族は、面会回数、面会時間に制限を設けないことを望んでいた。また、看護師は日中勤務時間帯での面会を望み、家族の面会が患者にとっての有害要因として、生理学的アウトカムの高さ、心理的ストレス、ケア提供の障害、家族の動揺を挙げた。

Di Bernardo et al(2015)は、24時間面会

ICU における患者、医療者、家族自身が家族の存在をどのように見ているかを評価し、ICU入院中の患者の個人領域への侵入レベルの認識を評価し比較した。結果、患者(94.1%)及び家族(96.5%)が治療の説明を頻繁または常に知らされていた。また医療者(92%)が患者に対する治療について説明していたと述べた。ICUでの家族の存在がケアの質にプラスの影響を及ぼしたと判断したのは、患者(79.4%)、家族(72.4%)、医療者(53.3%)であった。患者の視点から治療中に家族の存在が有用であると回答したのは、患者(82.8%)、家族(80.9%)、医療者(35.6%)であった。家族からの病歴収集に問題がないと回答したのは、患者(91%)、家族(97.7%)、医療者(57.4%)となっており、患者および家族にとっては問題ではないが、医療者は問題意識を有していた。家族から患者の情緒的な体験の情報収集を問題ないと回答したのは、患者(89.8%)、家族(91.6%)、医療者(54.4%)、医療者は患者および家族に比べて問題と捉えていた。

Garrouste-Orgeas et al(2008)は、24時間面会のICUにおける医療者の認識、家族の面会時間、家族の不安とうつ症状(HADS:Hospital Anxiety and Depression Scale)について調査した。対象者は患者、家族、医療者であった。結果、看護師も医師も24時間面会によって患者のケアが中断されるとは認識していなかった。しかし、看護師は医師に比べるとケアが乱れると認識していた($p=.008$)。面会時間が24時間可能であっても、実際の面会は14時~20時が多く、家族の74.5%は、24時間面会が不安を軽減したと感じていた。HADSにより、家族の49%が不安、29.5%がうつ症状を示した。

24時間面会ICUにおける患者、家族、医療者の比較では、医療者に比べて患者、家族の方が家族の存在がケアの質にプラスに影響し、家族の不安を軽減していると認識していた。また、家族は、面回数、面会時間に制限を設けないことを望んでいたが、看護師は日中勤務時間帯での面会を望み、家族の面会が患者にとっての有害要因となることを指摘していた。

3) 家族と患者を対象とした研究

家族と患者を対象とした研究は、ブラジルの1論文であった。

Fumis et al(2015)は、24時間面会のICUにおいて、家族の不安とうつ症状(HADS)、満足度(CCFNI: Critical Care Family Needs Inventory)の関連性を分析した。結果、家族満足度の中央値は13(12-14)点であり、家族の5%のみが不満を示した。その理由は、非カトリック宗教、リーフレットをもらっていない、患者が重症などであった。HADSの中央値は11(6-18)点であり、家族の34%が不安、17%はうつ症状を有し、14%が不安とうつ症状の両方が認められた。HADSと面会時間との間には相関は認められなかった。しかし、1日あたり10時間までの面会時間と満足度の間には、正の相関があった($p=.004$)。HADSと満足度($P<.001$)は有意に関連していた。

VI. 考察

1. ICUにおける面会制限の国内外の相違

文献検討結果、国外のICUでの家族面会は制限をなくした方針(OVP)がある一方、面会時間、回数、面会対象者の制限がある施設も多いことが明らかになった。

日本におけるICUにおける面会制限の実態調査には、高橋ら(1987)、JSEPTIC臨床研究委員会(2014a, 2014b)、百田ら(2014)による調査がある。本研究では、文献検討結果と百田らの調査結果との比較検討を試みる。

百田ら(2014)の調査では、面会時間の「制限あり」が75.4%であり、国外では68~100%であることから同様の傾向であると考えられる。また、1回に面会できる時間は「15分以内」が最も多く27.2%、次いで「30分以内」が18.5%であった。文献検討結果では1回に面会できる時間は短時間であっても中央値が60分程度となっており、日本の1回に面会できる時間の制限が厳しいと言える。

面会の回数について日本のICUでは、1日に面会できる回数の「制限あり」が47.1%であった。1日に面会できる回数は、「2回」が最も多く

36.6%、次に「3回」が32.3%となっていた。文献検討結果では1~3回が多く、制限回数は同様の傾向であると言える。しかし、日本では面会回数設定なしが52.4%と過半数であることから、実際は短時間の面会を一日のなかで頻回に繰り返している例などもあると推測できる。

面会者の数について日本のICUでは、「設定あり」が81.5%であり、「3人」が53.1%と最も多く、次いで「2人」が27.6%となっており、国外の結果と同様であると考えられる。

面会できる人について日本のICUでは、「設定あり」が92.4%で「家族・身内」「親戚」が多かったが、その内訳は多岐にわたり曖昧との回答もみられた。文献検討結果では直系親族に限定は少なく、患者にとっての親密性、重要性など考慮していると考えられる。家族の形態が多様化する中で続柄だけで面会者を決定することの難しさがある。そのため曖昧な対応に終わる現実もあるが、患者が家族と思えるメンバーが平等に面会できる体制を考える必要がある。

規定以外の面会の対応について日本のICUでは、「条件付きで認める」が97.5%であり、「患者が末期状態」が挙げられた。西村ら(2012)も患者との時間が充分持てるよう面会時間を調整し、看取りに満足感が持てるように工夫したと述べている。その他には、「患者が急変した際」、「患者や家族からの強い要望があるとき」が挙げられおり、文献検討結果と同様の結果であると考えられる。

面会者用のアメニティー、面会者の規制について百田ら(2014)は、調査を実施したことのみ記載している。面会制限が厳しい場合、自宅が遠方である場合など、家族は待合室で長時間を過ごす可能性がある。上澤ら(2013)は、待合室が他患者の家族員と同じであり、家族員のプライバシーが守られる場所が施設的にないことを指摘している。家族が気兼ねなく休養でき、飲食や清潔の保持も可能な環境が望まれる。また、ICUの面会規程や患者の病状についての情報提供なども、家族にとって重要である。国外では、リーフレットなど書面での提供や、電話やウェブサイトを利用しての情報提供などが

あった。今後、日本の現状を把握し、検討していく必要があると言える。

日本のICUの面会制限は、1回の面会時間の制限が厳しい状況であり、面会回数、面会者数等の限定については国外と同様の傾向が示された。今後、日本の大規模なICU面会制限実態調査においては、家族のアメニティーや情報提供についても検討することが課題である。

2. ICUにおける面会に関する医療者等の認識

文献検討結果において24時間面会のICUにおける医療者は、OVPが患者ケアに支障があり、業務が中断されると認識していた。一方OVPが家族との関係改善に寄与していること、患者と家族にとっては必要であると捉えていることが示された。

この家族の存在について、犬飼ら(2009)は、厳しい現実直面している家族から監視されているように感じ、何か希望を得ようとする家族の様子を痛みとして認識していた。木元(2014)は、家族の心情を考えると言葉が見つからないと述べていた。家族は、患者に面会できることで安心にもつながるが、病状の悪化や意識レベルの低下などから不安が増強し、希望を持ち続ける家族の視線は、看護師の負担ともなると考えられる。木下ら(2012)は、自信のなさ、家族に対する先入観から関わり方がわからないと述べていた。これは、日本ではICUの環境の中で看護師は家族との関係づくりに困難感を感じていることを示している。

米国クリティカルケア看護師協会が開発したSynergy modelでは、看護師と家族という関係性だけで捉えるだけでなく、ICUという医療の環境のなかで患者と家族を捉えようとしている。Synergy modelでは、患者と看護師の相乗的な関係性がもたらすアウトカムの道筋のなかで患者と家族が自己理解を深めるとし、患者と看護師の相乗効果がもたらす影響圏として、患者と家族、看護師、システムの3つを挙げている(桑原2009、卯之木2009)。

ICUの医療環境について、Hunter et al(2010)は、ICUの面会制限実態調査においても入院時の定期的なミーティングにおける家

族の参加の有無を述べていた。山口(2018)は PICS、PICS-F の予防を目的に患者と家族へのリーフレットの活用を紹介している。また、家族へのコミュニケーションファシリテーターの存在が家族のストレスを減少させるなどが報告されている(Curtis et al,2016)。この様な家族が参加しての定期的なカンファレンス、情報提供のリーフレット、ファシリテーターなどの資源が、患者と家族のために安全・安楽な ICU の医療環境を提供し、患者と家族の自立につながっている。この資源の管理、活用するためのシステム・シンキングが重要であり、それに関与するのが看護師の能力であるとしている(伊藤ら,2018)。

このことから、ICU の面会制限は、時間や回数、面会対象者の緩和という視点だけでなく、ICU という環境の中での家族を支援する資源管理を含めた検討が重要であると言える。

3. ICU における面会に関する家族および患者の認識

ICU における面会に関する家族および患者の認識は、面会時間を変更する前後比較では、面会制限の緩和(OVP も含む)により家族の満足度は有意に高くなり、患者は面会時間の延長を積極的に評価していた。さらに、せん妄の発症率が減少し、ICU 滞在期間の短縮にもつながっていた(Rosa et al,2017)。面会制限の緩和についても、患者、家族、医療者の認識だけでなく、アウトカム評価をもとに検討を重ねることが求められる。

本研究の対象論文では、面会制限の緩和のアウトカム指標には、家族の満足度指標として FS-ICU、CCFNI、家族の不安とうつ症状について HADS が用いられていた。また、患者の身体レベルは、SAPS(Simplified Acute Physiology Score)を活用し、SAPS と家族のうつ傾向を検討していた。アウトカム指標について、立野(2018)は、医療サービスの質を図る指標として、HCAHP(Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and System)を紹介している。これは患者が回答するもので、ICU の活用には限界があるが、国際

比較において有効であると述べている。

米国クリティカルケア看護師協会が開発した Synergy model では、アウトカム指標として「患者/家族の満足」「有害なインシデントの発生率」「合併症発生率」「退院指導へのアドヒアランス」「死亡率」「在院日数」が挙げられている。このことから、ICU における面会制限の緩和は患者、家族への満足に効果をもたらすと考えられる。

今後は、面会制限の緩和の検討には、患者、家族の満足度だけでなく、せん妄の低下、在院日数の低下、死亡率などの医療効果についても検討することが必要である。

VII 結論

1. 文献検討の結果、国外での ICU の家族面会は、制限をなくした方針(OVP)がある一方、面会時間、回数、面会対象者などの制限がある施設も多かった。面会制限の緩和は、患者と家族の満足度の向上をもたらしているが、看護師は業務への支障や負担を感じていた。
2. 日本における ICU の面会制限は、国外と比較して面会時間において短時間の傾向が認められた。また、ICU の待合室の環境や、情報の提供については明らかにされていないことから、今後の ICU での面会制限調査では、時間、回数だけでなく、家族の満足度や待合室等のアメニティー、情報提供体制などのシステムも含めた環境も捉えることが課題である。
3. ICU における面会制限の緩和は患者、家族への満足に効果をもたらすと考えられるが、今後は、せん妄の低下、在院日数の低下などの医療効果についても検討することが必要である。

文献

- Anzoletti AB., Buja A., Bortolusso V., et al(2008): Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs*,24(6):366-374.
- Athanasidou A., Papathanassoglou ED., Patiraki E., et al(2014): Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. *Am J Crit Care*,23(4):326-333.

- Chapman DK., Collingridge DS., Mitchell LA., et al (2016) : Satisfaction with elimination of all visitation restriction in a mixed-profile intensive care unit. *Am J Crit Care*,25(1):46-50.
- Curtis JR., Treece PD., Nielsen EL., et al(2016): Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care, *Am J Respir Crit Care Med* ,193(2): 154-62.
- da Silva Ramos FJ., Fumis RR., Azevedo LC., et al(2013): Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care*,3(1):34.
- Di Bernardo V., Grignoli N., Marazia C., et al(2015): Sharing intimacy in "open" intensive care units. *J Crit Care*,30(5):866-870.
- Fumis RR., Ranzani OT., Faria PP., et al(2015) : Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care*,30(2):440.e1-6.
- Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timsit JF., et al.(2008): Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* ,36(1):30-35.
- Garrouste-Orgeas M., Vinatier .I, Tabah A., et al(2016): Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care*, 6 (1):82.
- Giannini A., Miccinesi G., Leoncino S.(2008): Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med*,34(7):1256-1262.
- Hart A., Hardin SR., Townsend AP., et al (2013) : Critical Care Visitation-Nurse and Family Preference. *Dimens Crit Care Nurs*, 32(6):289-299.
- Hunter JD., Goddard C., Rothwell M., et al(2010): A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia*,65(11):1101-1105.
- 百田武司, 木村勇喜, 中山奨(2014): 日本の集中治療室における面会の実態調査(第1報) 面会の機会拡大に向けての検討. *日本赤十字広島看護大学紀要* ,14:19-27.
- 犬飼智子, 渡邊久美, 野村佳代(2009): 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析. *日本看護研究学会雑誌* ,32(5):75-81.
- 伊藤嘉章, 川口孝泰(2018) : The AACN Synergy Model for Patient Care に関する近年の動向. *東京情報大学研究論集*,21(2):53-62.
- JSEPTIC 臨床研究委員会(2014a):簡易アンケート第34弾「ICUにおける面会制限」
http://www.jseptic.com/rinsho/pdf/questionnaire_140230.pdf(accessed2019-03-04)
- JSEPTIC 臨床研究委員会(2014b):簡易アンケート第37弾「ICUにおける面会制限に関する意識調査」
http://www.jseptic.com/rinsho/pdf/questionnaire_140830.pdf(accessed2019-03-04)
- 木元千奈美(2014):救命救急センターに勤務する看護師の重度意識障害患者の家族への関わりの特徴. *家族看護学研究* , 19(2):124-135.
- 木下真吾, 百田武司(2012):急性期脳神経疾患患者の家族へのケアを困難にする要因. *日本脳神経看護研究学会会誌* , 34(2):145-152.
- 桑原美弥子(2009):AACN synergy model for patient care の適用と今後の展望. *看護研究* ,42(4):283-292.
- Lee MD., Friedenber AS., Mukpo DH., et al(2007): Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med*, 35(2):497-501.

- Liu V., Read JL., Scruth E., et al(2013): Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care*, Apr 16;17(2):R71.
- Mitchell M.L., Aitken L.M.(2017) : Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit : A before-after mixed method study. *Australian Critical Care*,30:91-97.
- Molter, NC/常塚広美訳(1984) :重症患者家族のニード—記述的研究—. *看護技術*, 30(8):137-143.
- 長田艶子, 入江安子, 多川聖子(2018):質的メタ統合 クリティカルケア看護師の家族看護の構造における困難感の様相. *家族看護学研究*, 24(1):3-13.
- 西村夏代, 掛橋千賀子(2012):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*, 8(1):29-39.
- Olsen K.D., Dysvik E., Hansen B.S .(2009): The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(4):190-198.
- Rosa RG., Tonietto TF., da Silva DB., et al (2017):Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Crit Care Med*.45(10):1660-1667.
- Soury-Lavergne A., Hauchard I., Dray S., et al(2012):Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centred care in intensive care units. *J Clin Nurs*,21:1060-1067.
- Sprenn AE., Schuurmans MJ.(2011): Visiting policies in the adult intensive care units:A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs*,27(1):27-30.
- 高橋定子, 山崎慶子, 上泉和子他(1987):集中治療室における面会の現状と家族の役割. *ICUとCCU*,11(3).297-305.
- 立野淳子(2018):ICU 患者やその家族の満足度は、HCAHPS や FS-ICU で調査できる. *Intensive Care Nursing Review*,5(4):71-73.
- 上澤弘美, 中村美鈴(2013):初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 9(1):6-18.
- 卯野木健(2009):AACN synergy model for patient careとは よりよい看護実践とCNSに必要な能力. *看護研究*,42(3):207-216.
- Vandijck DM., Labeau SO., Geerinckx CE., et al(2010):An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart Lung*,39(2):137-146.
- 山口貴子(2018):PICS 予防として、容易に実践できるケアは PICS・PICS-F についての書面での情報提供である. *ICNR*,5(4):74-76.
- 山勢博彰, 山勢善江, CNS-FACE 開発プロジェクトメンバー (2003) :重症・救急患者家族アセスメントツールの開発—完成版 CNS-FACEの作成プロセス—. *日本集中治療医学会雑誌*, 10(1):9-16.

表1 ICUにおける面会制限に関する研究の概要

	著者・出版年・国別	目的	方法	対象者	面会制限に関する研究の概要		
					面会方針	面会時間・面会回数	面会者数・面会者
I C U お よ び 病 院 施 設 を 対 象 と し た 調 査 研 究	Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, et al 2007 米国	ニューイングランド地方にある病院のICUの面会について改善点を検討する	アンケート調査	ニューイングランドの病院 n=171	面会制限あり	面会時間の制限あり(68%)	面会者数に制限あり(85%) うち2人まで(91%)
	Liu V, Read JL, Scruth E, et al 2013 米国	アメリカのICUにおける面会方針の現状を明らかにし、病院の特徴との関連を検討する	アンケート調査	米国の病院 n=606	面会制限あり (ICUの89.6%)	面会時間の制限あり (ICUの80.4%)	面会者数の制限 (67.3%)
	Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, et al 2008 イタリア	北東イタリアのICUの面会方針を明らかにする	アンケート調査	北東イタリアのICU看護師 n=104	面会制限あり (57%)	30分未満(16%)、30~60分(47%)、1~2時間(14%)、2~4時間(9%)、4時間以上(14%)、制限なし(14%) 1回(36%)、2回(50%)	1回の面会者数2人以上を許可せず(63%)
	Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. 2008 イタリア	イタリアでのICUの面会方針を明らかにする	アンケート調査	イタリアのICU n=257	面会制限あり (99.6%) 面会許可せず (2%)	1日の面会時間平均60分(15分から18時間) 面会時間帯 1回(55%)、2回(44%)	面会者数を制限 面会者を直系親族のみに制限(17%)
	Spreen AE, Schuurmans MJ. 2011 オランダ	オランダの面会方針を明らかにする	アンケート調査	オランダのICU看護師 n=105	面会制限あり	面会時間に制限あり(100%) 1回30~90分で2~3回(74.3%) 90~240分が2回~3回(11.4%) 11時~22時(14.3%)	訪問者数に制限あり(100%)
	Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, et al 2010 イギリス	イギリスのICUにおける面会方針や情報提供を明らかにする	アンケート調査	イギリスのICU看護師 n=206	面会制限あり (86%)	面会時間の制限あり(80.1%) 1~2時間(約10%) 2~4時間(約10%) 4時間以上(約80%)	1度に面会できる人数2人(93.2%) 制限なし(1.5%)
	Vandjick DM, Labeau SO, Geerinckx CE, et al 2010 ベルギー	ベルギーで行われているICUの面会について明らかにする	アンケート調査	ベルギーのICU看護師 n=57	面会制限あり (100%)	面会時間の平均、69±33分(30~180の範囲)	1回の面会者数の平均2.4人。 面会者は、近親者+直系親族+友人(45.6%)、直系親族のみ(19.3%)。
	Garroute-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, et al 2016 フランス	フランスのICUにおける面会方針と患者家族への情報提供方法の評価を行う	アンケート調査	フランスのICU医師または看護師 n=188	面会制限あり	24時間面会を許可(23.9%) 面会時間の平均 4.75±1.83時間(中央値5時間) 面会回数の平均 1.5±0.53	面会者数の平均 2.12±0.37 家族のみに厳密な制限 7.9% ペットも許可 2.1%
	Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, et al 2016 米国	面会を無制限へと移行した影響を検討する	家族満足度アンケート 看護師満足度アンケート	家族 n=103 (前:n=50, 後:n=53) 看護師 n=128 (前:n=61, 後:n=67)	前:午前と午後7時~8時30分、2人までに制限 後:時間および面会者数、無制限		
	Mitchell ML, Aitken LM. 2017 オーストラリア	面会を柔軟にしたことへの評価を行う	家族:FS-ICU調査5項目 患者:インタビュー スタッフ:アンケートなど	家族 n=181 (前:n=41, 後:n=140) 患者 n=12 スタッフ アンケート n=84	前:1日9時間 11時~20時まで 後:1日21時間 8時~11時以外		
Rosa RG, Tonietto TF, da Silva DB, et al 2017 ブラジル	RVM(Restricted Visitation Model)とEVM(Extended Visitation Model)でせん妄発生率を比較する	前向き前後比較 第1期間:RVMで90日間 第2期間:登録を行わずに30日間 第3期間:EVMで90日間	患者 n=286人 RVM n=141 EVM n=145	RVM:4.5時間(9時~11時、16時~17時30分、21時~22時) EVM:12時間(9時~21時)			
da Silva Ramos FJ, Fumis RR, Azevedo LC, et al 2013 ブラジル	ICUにおけるOVPの医師、看護師、呼吸療法士の認識を評価する	医療者:アンケート調査(OVP20問、コミュニケーション・トレーニング2問) 患者:属性、SAPSⅢなど	医師 n=42 看護師 n=39 呼吸療法士 n=25 患者 n=59とその家族	5年前よりOVP採用			
I C U 医 療 者 と 入 院 患 者 お よ び そ の 家 族 を 対 象 と し た 研 究	Athanasiau A, Papatthanasoglou ED, Patiraki E, et al 2014 ギリシア	ICUにおける家族面会に対する影響と看護師の態度を明らかにする	アンケート調査	看護師 n=143	面会回数1~2回、各面会時間30~60分の制限あり		
	Soury-Lavergne A, Hauchard I, Dray S, et al 2012 フランス	ICUで家族の面会時間、情報提供、患者のケア、またそれらに対するICUスタッフの認識を明らかにする	アンケート調査	成人ICU、小児ICUのスタッフ n=731人<医師n=175、看護師n=472、理学療法士n=12、看護助手n=68、臨床心理士n=4>	面会制限あり(成人ICUの93.2%)		
	Hart A, Hardin SR, Townsend AP, et al 2013 米国	現在の面会ガイドラインにともなう家族および看護師の満足度を明らかにする	アンケート調査	米国南東部の435床の急性期治療病院における5つの重大な治療単位<SICU、CCU、PICU、CVSU、PCCU>	家族 n=104 看護師 n=72	現在の面会時間:9時、12時、17時、20時の30分間のみ	
	Di Bernardo V, Grignoli N, Marazza C, et al 2015 スイス	患者、医療者、家族自身による家族の存在の評価と、ICU入院中の患者の個人領域への侵入レベルの認識を評価し比較する	アンケート調査	患者 n=176 家族 n=173 医療者 n=134	24時間面会を許可		
	Garroute-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al 2008 フランス	24時間面会方針で働くICU医療者の認識、家族の面会時間、家族の不安とうつ症状を明らかにする	患者:毎日のSAPS II、LOD、NEMS 家族:HADS、面会時間と面会者数 医療者:属性、24時間面会の影響	患者 n=209 家族 n=149 医療者 n=43	24時間面会を許可 実際の面会時間:14時~20時が多い		
	Fumis RR, Ranzani OT, Faria PP, et al 2015 ブラジル	24時間面会方針における家族の不安とうつ症状、満足度の関連を分析する	家族:HADS、CCFNI 患者:SAPSⅢ	家族 n=471 患者 n=471	24時間面会を許可		

FS-ICU:Family Satisfaction in the Intensive Care Unit HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale CCFNI:Critical Care Family Needs Inventory SAPS: Simplified Acute Physiology Score

結果						
子供の面会	制限の例外	待合室	設備	情報提供	家族会議	満足度
年齢制限あり (58%) うち12歳以上 (57%)	面会時間の例外 (82.8%) 面会者数の例外 (75.2%) 年齢制限の例外 (66.8%)					
12歳以下の面会許可 (22%)	常に認める (21%) 特別な状況で認める (77%)	待合室あり (70%)	会議室あり (57%)			
子供の面会を制限 (69%)	子どもが患者 (91%) 患者の死 (79%)	待合室なし (25%)	家族会議のための特別なスペースあり (81%)	ICUの情報資料 (66%) (A4シート27%、リーフレット22%、小冊子17%)。ウェブサイト利用可 (14%)	家族会議の実施:入院時 (84%)、退院時 (64%)。家族と医師との会議実施 (97%)。	家族満足度アンケート利用可能 (27%)
		家族の部屋で就寝可能 (90.5%)	コーヒー、紅茶、食事などのケータリング (91.4%)。 患者の部屋で就寝可能 (33.3%)。			
子供を許可 (3.9%)	患者の死 (96.1%)	面会者のための場所 (99.0%)	雑誌 (73.8%)、椅子 (66.0%)、テレビ (60.7%)、飲み物 (60.7%)。 面会者が利用可能:バスルーム (57.8%)、宿泊施設へのアクセス (62.1%)、悪い知らせを伝える専用の部屋 (69.9%)	ICUの情報提供: 書面 (94.4%) 小冊子 (79.4%) リーフレット (21.6%)。	医療者と家族の会議: 入院時 (47.6%) 毎日 (17.5%) 臨時 (67.5%) 退院時 (1.5%)	満足度アンケート利用可能 (44.7%)
年齢制限なし (15.8%) 12歳以上 (47.4%)	患者の死 (97.6%) 家族の社会的問題 (92.7%)	待合室なし (10.5%)	病状説明の別部屋あり (56.1%)	面会方法 (100%)、入院手続き (66.7%)、退院手続き (21.1%)、病院への連絡方法 (100%)、担当者名 (93.0%) すべて電話で必要な情報を受け取れる (45.6%)	入院後24時間以内に家族会議:病状、診断、治療についての情報提供 (73.7%)。	
子供の面会許可 (87.2%)、うち年齢制限なし (59.1%)	終末期の面会を許可 (74.8%)	待合室あり (62.8%)	家族会議室あり (80.8%)	情報リーフレット (89.3%)	家族会議で情報提供 (79.2%)	
面会を無制限にすると家族は、訪問時間の利便性と待合室の雰囲気は満足 家族の満足度に対する看護師の認識も向上 面会を無制限にしても、看護ケアへの悪影響はなかった						
家族:面会の柔軟性に85%が満足 患者:すべての患者が面会時間の延長を積極的に評価 スタッフ:面会の柔軟性に75%が満足						
ICU滞在中のせん妄の累積発症率: EVM中145人中14人 (9.6%)、RVM141人中29人 (20.5%) せん妄/昏睡期間の中央値: EVMがRVMより短い (p = 0.04)。 ICU滞在中の中央値: EVMがRVMより短い (p = 0.007)。						
OVPは、患者のケアで家族の満足度を高めない (53.3%)、患者ケアに支障がある (59.4%)、仕事がより多く中断される (72.7%)、家族の不安やストレスを減少させない (50%) コミュニケーショントレーニングを受けた (20.8%) コミュニケーショントレーニングを希望する (84%)						
看護師 (94.4%) は、制限のない面会 (OVP) を望まない。患者 (61.4%) と家族 (65.7%) にとってはOVPが理想的。 看護師の態度尺度平均スコア2.74。子どもの有無、教育レベルなどと態度尺度に有意な相関なし。 看護師の勤務時間が長いと否定的、看護師の経験が豊富でICUの人員十分で面会に積極的な考えと態度となる傾向。						
成人ICU結果:面会時間を4時間未満に制限 (58%)。面会期間を延長を推奨 (63%)。 24時間面会の方針 (7%) が、家族との関係改善に寄与 (81%)、ケアの障害 (9%)、面会期間の短縮必要 (10%)。 情報提供の方法は、指定された部屋 (56%)、担当看護師と共に (57%)、患者記録をもとに (40%)、そうすべき (90%以上)。 生命にかかわる状態 (96%)、患者へのケア (93%)、気管内吸引 (30%) で家族に退室してもらうべき。						
看護師の大半は現在の面会時間に満足 (PICUとPCGUを除く) 家族が面会するのに便利な時間 (16時~20時) 家族は、制限のない面会回数、時間を望む。看護師は、日中勤務時間の面会を望む 面会が患者に有害である要因:生理学的アウトカム、心理的ストレス、ケア提供の障害、家族の動揺						
治療の説明:患者 (94.1%)、家族 (96.5%) は説明を受け、医療者 (92%) は、説明をした。 ICUでの家族の存在:患者、家族の70%以上が、ケアの質にプラスの影響を及ぼし、患者の視点から有用。医療者は低い割合。 ICUでの家族の存在が患者個人を侵害するリスク:患者、家族の多くは、家族を通じた臨床データ、患者の情緒的な経験の情報収集は問題ないとし、医療者は敏感に反応。						
看護師も医師も24時間面会によって患者のケアが中断されるとは認識していなかったが下記の相違がみられた。 看護師と医師との相違:看護師は、医師に比べるとケア計画が乱れると認識。医師は、看護師と比較して、家族との信頼が高く、家族をストレスに感じ、患者を診察するのが困難。 家族の不安 (49%)、うつ症状 (29.5%)。 24時間面会が家族の不安軽減 (74.5%)。						
家族満足度 (CCFND): 中央値は13 (12-14) 点。 不安・うつ尺度 (HADS): 中央値は11 (6-18) 点、不安 (34%)、うつ症状 (17%)、不安とうつ症状の両方 (14%)。 HADSスコアが高いと満足感が低くなる。 HADSスコアと面会時間との間には相関は見られなかった。 1日あたり10時間までの面会時間と満足度の間に正の相関。						
LOD: Logistic Organ Dysfunction NEMS: Nine Equivalents of Nursing Manpower						