

<報 告>

# コロナ禍における医療・看護の変化

## ——病院で生じた医療者のジレンマ——

小野 聡子（札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター）

### 1 はじめに

北海道で、初めて新型コロナウイルス感染者が報告されたのは、本稿を書いている2022年12月から約3年前の2020年1月であり、武漢から観光で訪れていた女性であると報道された。その翌月に開催されたさっぽろ雪まつり後より感染者数が増加し、全国に先駆けて緊急事態宣言が発表され、長い自粛生活が開始となった。現在の第8波に至るまでの期間、感染者の増加と減少を繰り返す中で、我々医療者は、多くのジレンマを抱えながら医療体制を維持してきた。筆者はこの期間を、がん看護専門看護師としてがん看護相談業務と、退院調整看護師として退院支援・退院調整業務を担当した。これらの経験から、超急性期の特定機能病院である大学病院の臨床現場で生じていたジレンマについて、看護師の視点から報告する。

### 2 自粛期間の外来におけるがん医療

筆者は、2020年1月当時は、がん看護相談業務として、主に外来薬物療法を行っているがん患者の相談支援を行っていた。未知のウイルスに対して、治療中の患者からは、「感染すると隔離されてしまうため、治療ができなくなる」、「免疫が低下した状態で感染したら、生命に関わるのではないか」といった不安が聞かれた。「治療を受けるために病院に行きたいが、移動中に多くの人と接することが不安で通院をためらう」という訴えに対して、感染予防方法を話し合いながら、未知のウイルスに対する患者の恐怖と不安を傾聴したが、感染への不安が勝り薬物療法のための受診を延期する患者も生じた。2020年前半は、感染対策について模索している段階であったため、治療の間隔を空けることのデメリットを患者・家族と共有し、患者の意向を尊重しながら方針を決めてはいたが、何が最善であるのか自分の判断基準が定まらないことが筆者のジレンマであった。治療の選択肢が最終段階となり生命予後が限られている患者が、道外に住んでいる家族と最期の家族旅行として関西に行ってよいかという相談があったが、感染者数が増加傾向であったため、この患者が感染した場合は感染によって予後が短くなる可能性が高く、主治医と共にどう助言するべきかを悩んだ。一般的な薬物治療中の体調管理では感染リスクを下げるのが最善であるが、残された時間が限られる場合は本人の希望を優先することが多い。患者がリスクを承知で旅行に行くことは禁じないが、感染に関するエビデンスが十分確立していないため、何が最善なのかを医療者も判断できないことを主治医が説明し、患者は近距離の家族旅行に変更することを決意されたが、主治医も筆者も希望の旅行地に行かせてあげたかったという思いが残った経

験であった。その後も他の患者の診療場面で、同じような場面は繰り返され、行動自粛が社会的に求められている中では、患者の意向を尊重できない場面もあり、その時の周囲の状況を踏まえながら、患者・家族も含めて全員でこの状況下で何が最善かを考えることを意識し、看護支援を継続した。

治療を自ら延期する患者がいる一方で、病棟の感染者発生等で入院制限が生じ、入院治療を希望していても延期せざるを得ない患者もいた。2020年時は、感染者も濃厚接触者も隔離期間が長く、感染者が身近にいる場合は、最終接触日から2週間経過しなければ病院に立ち入ることすらできなかった。そのため、病院側だけではなく、患者側の理由で受診日や入院日の変更となることも多く、今後の予定が不明瞭なことに対する不安や不満を訴える患者が増えた。しかし、我々医療者も今後の予想がつかないことから、患者の不安に寄り添いつつも、安心を与える言葉をかけることが難しい状況であった。当院での治療を強く希望されていても、病床確保の目途がつかないことから、他院での治療を納得していただくよう説得することや、遠方から通院する患者に、地元で治療するように説得するといった、医師が説明ではなく説得するという場面が増えた。大学病院での治療を望む患者にとって、望む場所で治療ができないことは受け入れ難いことであるが、コロナ禍であるがゆえに患者の希望に沿えない医師も、現状に対して受け入れ難さを抱いていたのではないだろうか。大学病院での治療を望むのであれば、予定が不明瞭なまま待機するしかないことは、患者と家族にとっては強いストレスとなり、何時になったら入院できるのかという問い合わせが増え、明確に回答できない医療者側にとっても強いストレスとなり、悪循環となっていた。

コロナ禍では、外来診療や検査においても、一時的に中止したり延期をするなどの対応をせざるを得ない時期もあった。それに対して、今まで当たり前のように受けられていた医療が、希望するタイミングで提供されないということは、医療を受ける権利を阻害されたと感じる方々もいた。医療提供のタイミングについては、医療者は説明を行っているが、情報として理解しても、感情的に納得ができないという反応が多く、相互理解が得られないことの無力感は、医療者の疲弊につながったように思う。医療提供への不満の訴えが増えた他の要因に、新型コロナウイルスワクチンの接種開始があった。かかりつけ医で実施するように国は周知したが、当院は実施病院ではないため、問い合わせに対して、かかりつけ医や近隣の医療機関で実施するようにアナウンスをした。当院の医療スタッフの多くは、大学病院はかかりつけ医ではないという認識を持っている。しかし、通院患者の多くは、当院をかかりつけ医だと認識していたことが、患者・家族からの苦情で明らかとなった。コロナ禍においては、大学病院への役割認識が、医療スタッフと一般社会では異なっていることがより明確となった。役割認識に対する価値観の違いは、倫理的ジレンマにつながり、これは外来機能だけではなく、入院機能においても生じるものであった。

### 3 コロナ禍で変化した入院環境

2021年4月の異動で、筆者は退院支援・退院調整業務に携わることとなった。ここからは、退院調整看護師の視点からみた、コロナ禍で生じた入院環境の変化を述べる。異動直後より感染者数が増加し、当院に入院する中等症・重症感染者数の増加から、当院のコロナ病棟の転院調整業務も担うこととなり、感染後の患者の受け入れ先を探す日々が始まった。

退院調整看護師として、入院病棟に行く機会が増える中で感じたことは、感染対策のために、面会や外出泊を制限するということは、患者だけではなく、家族と医療者にも大きな変化を与えていることであった。2020年より、多くの病院では、対面面会を禁止し、患者の状況共有については、電話やオンライン面会などで代替しながら、患者と家族のコミュニケーションを図ってい

る。入院中の患者の安全を守るため、感染経路になるものを遮断するという対策は、この3年間多くの施設で継続されている。当院は、2020年に面会制限と外出泊の制限を開始し、2023年1月の現在に至るまで、原則面会禁止と外出泊禁止を継続している。しかしながら、重要な意思決定を行っていただく場合や、終末期で残りの時間が限られている場合などは、特例として担当診療科医師と病棟管理者の判断で人数と時間を制限した家族の対面面会は許可していた。しかし、多くの患者は、家族と面会をしないまま退院となった。どの患者に面会を許可すべきか、面会を許可する場合はどう制限を設けるかということは、公平の視点から考えると、倫理的ジレンマが生じる。社会全体で感染者が多いときは、患者・家族は面会を制限することへ理解を示されるが、感染者が減少してくると、なぜ制限を変更しないのかという質問が増える。2022年は、感染者が少ないと言われた時期でも、施設内に感染者や濃厚接触者が生じていた。感染に対してハイリスクな患者が多い大学病院では、病院全体として面会制限を緩和することには慎重であり、感染者を出さないことを最善として考える傾向があった。医療スタッフの多くは、感染隔離中に急変したため家族に全く会えずに亡くなった患者を経験したり、感染や濃厚接触者となって休む医療スタッフが増加し、病棟業務を維持することが困難となった経験があることから、面会のメリットを理解しつつも制限の継続を選択せざるを得ず、ジレンマを抱えていても、そのことを話し合うことは避けていたように思う。

退院支援・退院調整業務において困難さを感じたのは、緩和医療目的で転院する患者と家族からの面会ができる施設を探してほしいという希望であった。病院や施設の多くは対面面会を禁止しており、一部の緩和ケア病床を有する病院などが、面会ができる人数や患者との関係性、児童の年齢制限といった条件付きで対面面会を許可している状況であった。感染者が増加すると、一部の面会を許可していた病院も、市中の感染状況で面会禁止になることもあり、面会に関して確約は困難であった。また、地方の基幹病院の多くは、クラスターを繰り返すことで、医療スタッフの確保ができず、外来診療と新規入院を止めざるを得なくなり、面会制限を強化した。これらの実態を患者と家族に情報提供し、遠方でも面会ができる病院を優先するのか、最期の時間に間に合うように少しでも自宅近くの病院を選択するのかといった優先順位を考えていただかざるを得なかった。主治医の立場では、医療が整った緩和ケア病院への転院が最善と考え、転院の選択肢を提示することが多いが、退院調整看護師は、患者とともに過ごす時間を優先するのであれば、在宅療養の選択肢があることも提示している。コロナ禍以前は、緩和ケア病棟は面会制限がないこともあり転院を選択する方が多かったが、コロナ禍以降は、面会の制限があることから転院ではなく在宅療養を検討する家族も増え、療養の場の意思決定と調整に要する時間は増えた。在宅療養を考えたいが、同居していない家族が出入りすることや、在宅医療チームの医療者が出入りすることで感染リスクが高まると思い、不安を感じる患者・家族もいた。最終的には、患者と家族が自分達で選択できるということが到達目標であると筆者は考えていたが、その選択した結果が、医療的な知識からは困難事項が多いことが予想される場合は、在宅で患者・家族がその困難にどのように対応できるか不明瞭であるがゆえに、それを整えずに在宅移行することに入院病棟の医療者はジレンマを感じていた。

コロナ禍では、患者と家族の連絡方法も、スマートフォンの普及と重なり変化し、SNSでの音声以外のコミュニケーションが増えている。そのため、患者と家族は個別に連絡をとっていると考えがちであるが、高齢者の多くは、これらの変化に追いつけず、家族との連絡が途絶えていた事例を複数経験した。認知力が低下している方は、携帯電話を持っていても使いこなせない場合も多い。大部屋に入院している場合、携帯電話で会話をするためには、電話を使用してよいエリアまで移動しなくてはならないため、自力で移動できない患者は、看護師に依頼することとなる。家族が就業している場合は、夕食後の看護スタッフの少ない時間帯に依頼することとなるた

め、移動援助を言い出し難いというのが現状であろう。日常と切り離された高齢者は、環境の変化で認知力が低下しやすくなり、せん妄などの変化が生じやすくなった。そのため、面会制限下で家族とのコミュニケーションをどう推進するかが課題となる。また、面会だけではなく外出泊も禁止となったことで、患者は日常生活から、入院環境という非日常的な環境に置かれ続けることとなった。高齢な患者の場合は、退院前の試験外泊が行えないため、心身ともに変調が生じている中で、自宅での生活環境との違いを確認する機会もないまま退院となることも多かった。家族に支援を依頼するにしても、面会の機会がないことから患者の変化を家族も把握できず、どのような介護が必要なのかイメージ化を図ることが難しかった。介護サービスの導入などにおいても、何をどの頻度で利用するかといったことも十分検討できず、退院してからの微調整を在宅医療チームに依頼せざるを得ない場合もあったため、患者の状況を共有するために、電話だけではなくオンライン会議システムを利用するなど情報共有の方法の検討が必要であった。筆者も含めた入院医療チームは、不明瞭な部分の課題を調整しきれないまま退院となることの患者と家族に対する申し訳なさや課題を解決しないまま在宅移行を行うことに対する看護師の責務から生じるジレンマを感じたが、このような状況下でも受け入れていただける在宅医療チームの存在がジレンマの軽減につながっていた。

患者と家族を面会させることが最善であるとわかりつつも、入院患者を感染から守るためには、ウイルスを持ち込ませないことが最善である。そのために面会や外出泊を制限せざるを得ないということは、個としての患者と集団としての患者のどちらを優先すべきかという公平の原則から生じるジレンマである。看護師個人ではなく、病院という組織の一員として、何を優先すべきかということを繰り返し考えさせられた3年間であった。

#### 4. おわりに

2022年に、筆者もコロナ禍における看取りを家族の立場で経験した。第7波の最中であり、緩和病院でもクラスターが生じるなど、入院困難となった時期であった。現在の業務で市中病院の現状を把握していたことから、病院の選択については、現状の中で最善の選択を行ったつもりではある。しかし、コロナ禍でなければ、他の選択もあったということは、常に頭の隅にある。医療者である自分がコロナ禍前の知識があるがゆえにジレンマを感じるのか、それともこれは家族としての後悔であるのか、自分の中で向き合っていてゆくしかない感情である。“with コロナ”が3年以上となった。新型コロナウイルス以前も、SARSやMERSと世界規模での感染症が続いており、今後新型コロナウイルスに対する集団免疫を獲得したとしても、コロナ禍前にすべてが戻るのか、変化するのかは、何を重視するのかで決まるだろう。誰にとって最善の環境なのかを考えつつ、コロナ禍以降を見据えた療養環境整備が今後求められると思われ、退院支援・退院調整業務を行う立場から、その体制整備を行う必要があると考えている。

#### 参考文献

大北全俊, 田中雅之他: 「コロナ」がもたらした倫理的ジレンマ, 日本看護協会出版社, 2022  
 児玉聡: COVID-19の倫理学 パンデミック以後の公衆衛生, ナカニシヤ出版, 2022