CC BY

保健医療科学　2026　Vol.75 No4 p.390 − 402

＜資料＞

長野県内の病院における面会制限の現状
―病院ホームページ記載内容の分析―

岡島志野，笠原邑斗

信州大学学術研究院保健学系

Current Status of Hospital Visitation Restrictions in Nagano Prefecture: An Analysis of Hospital Website Content

OKAJIMA Shino, KASAHARA Yuto

Institute of Health Science Shinshu University

抄録

目的：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の 5 類感染症変更後も医療施設における面会制限が断続的に続いている状況を踏まえ，患者と家族等の“会う権利”の擁護のため，長野県内の病院における面会制限の現状を調査し，実態を把握する．

方法：長野県病院名簿に登録されている病院のホームページ上に公開されている面会制限に関する情報を抽出した．データは大別して『病院の基本情報』『面会制限の質』『面会制限の柔軟性』『特記事項』について収集し，それぞれ記述統計量を算出した．また，『面会制限の質』『面会制限の柔軟性』の各項目および「感染症レベルとの連動」「面会案内の見つけやすさ」を従属変数とし，『病院の基本情報』（「感染症レベルとの連動」「面会案内の見つけやすさ」を除く）の各項目別に群間比較を行った．『特記事項』については内容を質的に整理し，類似性に基づき統合して見出し名を付けた．

結果：対象の病院数は計 120 施設で，そのうち 92.5％の 111 施設で面会制限実施中の記載があり，長野県内の殆どの病院が面会制限を継続していた．面会制限の内容は病院によってかなりの違いがあり，調査項目とした制限事項についてホームページ上に記載のない病院も多く見受けられた．制限の具体的内容や数値の裏付けを推測した際に，COVID-19 の 5 類感染症変更前の基準等の影響が残っていること，公衆衛生学的に妥当と考えられる内容とそうでない内容（合理的な理由の説明が難しい）が混在していることが示唆された．

結論：長野県内の病院の面会制限の現状を調査し，課題を明らかにした．今後，病院は積極的に COVID-19 流行前の通常の面会方法に戻していくと共に，制限が必要な場合は科学的根拠に基づいた内容とそれに伴う倫理的配慮を講じることが求められる．

キーワード：新型コロナウイルス感染症，面会制限，倫理的課題，会う権利

Abstract

Objectives: Despite the reclassification of COVID-19 as a Class 5 infectious disease in Japan, healthcare facilities continue to impose intermittent visitation restrictions. This study aimed to investigate the current status of visitation policies across hospitals in Nagano Prefecture and advocated for the “right to visit” for patients and their families.

Methods: Data on visitation policies were extracted from official hospital websites listed in the Nagano Prefecture Hospital Directory. Information was categorized into four domains: “Basic hospital information,”

連絡先: 岡島志野
〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1
E-mail：okajimas@shinshu-u.ac.jp
[令和 8 年 5 月 20 日受理]

"Quality of visitation restrictions," "Flexibility of visitation restrictions," and "Special notes." Descriptive statistics were computed for each domain. Between-group comparisons were conducted using "Quality of visitation restrictions," "Flexibility of visitation restrictions," "Linkage to infectious disease levels," and "Discoverability of visitation guidelines" as dependent variables, analyzed against various parameters of "Basic hospital information." Qualitative data from the "Special notes" were thematically analyzed, consolidated by similarity, and organized into overarching categories.

Results: Among 120 hospitals, 111 (92.5%) maintained visitation restrictions, indicating widespread continuation across the prefecture. Restriction conditions varied substantially, and many hospitals did not provide sufficient online detail regarding key restriction parameters. Analysis of restriction content and stated rationales suggested continued reliance on pre–Class 5 COVID-19 guidelines. Findings also revealed heterogeneous practices, including both public health–justified measures and others lacking clear scientific or rational justification.

Conclusion: This study clarifies the current landscape and challenges of hospital visitation restrictions in Nagano Prefecture. Hospitals should actively restore pre-pandemic visitation practices. When restrictions are strictly necessary, they should be grounded in robust scientific evidence and supported by appropriate ethical considerations.

keywords: COVID-19, Visitation restrictions, Ethical issues, Right to visit

(accepted for publication, May 20, 2026)

I. 緒言

2019年12月に中国武漢市で発生し，翌2020年1月には国内で初の感染者を確認した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）[1]のパンデミックは，その感染経路遮断のために医療や介護現場における面会を禁止または厳しく制限するという未曽有の事態をもたらした．この「面会制限」が患者やその家族に与えた影響は大きく，さまざまな倫理的課題を引き起こした．具体的には，患者の孤独と不安および闘病意欲への影響，患者と家族の認識のずれが生じることによる退院支援の困難さ，終末期の患者と家族が共に過ごす機会の不足，重症管理中の患者家族の不安に応えられないなどであった[2]．面会制限は当初，国の基本的対処方針に含まれていたが[3]，2023年5月にCOVID-19の位置づけが5類感染症に変更[4]になってからは，個々の医療機関や施設の判断に委ねられた状態にある．実態として，漫然と面会制限が持続しているところがあると指摘されている[5]．

2025年9月，日本感染症学会等より「5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針」が公開された[6]．その中で，面会の考え方について「面会は患者・入所者やその家族（家族以外の介護者，患者・入所者が大切に思う人を含む）の生活の質を保つ上で重要である」こと，「患者等が家族等と面会する機会が大きく損なわれることは，患者等および家族等に精神的負担をもたらし，患者等の権利を制約している可能性」があり，「医療機関等には，それぞれの施設がCOVID-19流行前に設定していた通常の面会方法（頻度，時間など）へ段階的に戻す検討が求められる」ことが明記された．これを受け，厚生労働省は「医療機関における面会について」を発出し，全国の医療機関に指針の周知を促した[7]．

しかし，COVID-19は消滅したわけではなく，今もウイルスの変異を続けながら流行を繰り返し，依然としてその疾病負荷は大きいと考えられる[6]．易感染状態の患者が多くいる臨床現場において，個々の医療機関が提示された指針をどのように受け止め活用するか，「以前の面会方法に段階的に戻す検討」への取り組み方の差や，面会制限緩和に伴う懸念事項には違いがあるのではないかと考えられる．

そこで本研究では，COVID-19が5類感染症に移行してから2年半余りが経った2025年12月現在，医療機関における面会制限がどのような状況になっているかという実態を把握することを目的とした．まずは筆者らが所属する組織のある長野県内の概況を捉えるために，病院ホームページ上に掲載されている情報を用いて調査することとした．本研究は長野県における分析結果であるが，各都道府県のデータを用いて同様の調査が可能である．今後，COVID-19のみならず，他の新興感染症発生時やその他の非常時に備えるためにも，患者と家族等の"会う権利"を擁護するための様々な方途を考える上で役立つ基礎的資料になると考え，報告する．

II. 方法

1. 研究対象およびデータ収集方法

長野県病院名簿[8]に掲載されている全ての病院を研究対象とした．各病院のホームページ上で公開されている面会制限に関する情報を抽出した．データ収集は研究者1名で行いワークシートにまとめ，共同研究者と共有した．データ収集項目について，病院ホームページ上の記載内容が曖昧なものや解釈に迷うもの，特記事項については共同研究者が病院ホームページをダブルチェック

した.

2. データ収集項目（表1）

大別すると『病院の基本情報』『面会制限の質』『面会制限の柔軟性』『特記事項』について収集した.

『病院の基本情報』については，そもそも面会制限を実施中か否かという「面会制限の状況」の他，各病院の「病床数」，「精神科病床数」，「病床機能」，「病床種類」，「病院開設者」，「所在地」，「感染症レベルとの連動」，「面会案内の見つけやすさ」とした.「病床機能」については医療法に基づく病床機能報告制度の機能区分[9]に基づき「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」と分類し，「病床種類」では医療法上の病床区分[10]に基づき「一般」「療養」「結核」「感染症」「精神」に分類した.「病院開設者」については厚生労働省の医療施設（動態）調査[11]での区分に基づき「国」「公的」「社保」「医療法人」「その他」に分けた.「所在地」については，長野県病院名簿[8]上での分類に基づき保健所管轄ごとに分け，保健所設置市である松本市と長野市は市部とし，その他の地域は地方と分類した.「感染症レベルとの連動」は，ホームページの面会に関する案内の中に，地域の感染状況に応じて面会制限を段階的に変更する方針が明記されているか否かとした.「面会案内の見つけやすさ」は，ホームページのトップページに面会案内の記載がある，または面会案内へのリンクがあるか否かとした. なお，各病院のホームページを閲覧していくと，精神科を主な診療科とする

表1　データ収集項目

変数カテゴリ	変数名	定義	データ入手先
病院の基本情報	面会制限の状況	面会制限実施中／面会完全禁止／面会制限なし	病院ホームページ
	病床数	具体的な数（*x*床）	長野県病院名簿
	精神科病床数	具体的な数（*x*床）	
	病床機能	高度急性期／急性期／回復期／慢性期	
	病床種類	一般／療養／結核／感染症／精神	
	病院開設者	国／公的／社保／医療法人／その他	
	所在地	市部／地方	
	感染症レベルとの連動	地域の感染状況に応じて面会制限を段階的に変更する方針が明記されている／いない	病院ホームページ
	面会案内の見つけやすさ	トップページに面会案内または案内ページへのリンクがある／なし	
面会制限の質	面会可能曜日	全日／平日・土／平日のみ／指定曜日のみ／その他／記載なし	病院ホームページ
	面会可能時間の記載	記載がある／なし	
	面会可能時間（平日）	具体的な時間（*x*時間）	
	面会可能時間（休日・特殊病棟）	具体的な時間（*x*時間）	
	18時以降の面会時間	面会可能な時間のうち、18時以降の時間帯が含まれる／含まれない	
	面会1回あたりの最大可能時間	具体的な時間（*x*分間）	
	面会1回あたりの最大可能人数	具体的な人数（*x*人）	
	続柄の制限	家族・ｷｰﾊﾟｰｿﾝ／その他親族等／制限なし／記載なし	
	重要他者への配慮	家族・親族ではないが患者本人にとって重要な他者にも面会を許可する旨が明記されている／いない	
	年齢制限	未就学児禁／小学生以下禁／中学生以下禁／高校生以下禁／記載なし	
	面会回数制限	記載がある／なし	
	面会場所指定	記載がある／なし	
	マスク着用指定	記載がある／なし	
面会制限の柔軟性	予約の要否	予約が必要／不要	病院ホームページ
	例外規定（配慮）	看取りや緊急時の場合の記載がある／なし	
	例外規定（制限）	更なる規制条件の記載がある／なし	
	オンライン面会の案内	案内がある／なし	
特記事項	特記事項	病院独自の記載がある場合はその内容	病院ホームページ

病院は面会可能時間等が比較的緩やかである印象を受けたため，「精神科病床数」についてもデータ収集し，分析することとした．

次に，『面会制限の質』については，「面会可能曜日」，「面会可能時間」，「18時以降の面会」，「面会1回あたりの最大可能時間」，「面会1回あたりの最大可能人数」，「続柄の制限」，「重要他者への配慮」，「年齢制限」，「面会回数制限」，「面会場所指定」，「マスク着用指定」とした．なお，「面会可能時間」は例えば14時から17時の間と記載があれば3時間と数えた．また，平日と休日で異なる時間設定をしている病院，一般病棟と特殊病棟（ICUなど）で異なる時間設定をしている病院が散見されたため，平日と休日・特殊病棟に分けてデータ収集した．「重要他者への配慮」とは，家族・親族ではないが患者本人にとって重要な他者にも面会を許可する旨が明記されているか否かとした．

続いて，『面会制限の柔軟性』については，「予約の要否」，「例外規定（配慮）」，「例外規定（制限）」，「オンライン面会の案内」とした．なお，「例外規定（配慮）」及び「例外規定（制限）」とは，配慮では看取りや緊急時の場合の記載，制限では更なる規制条件の記載の有無とした．『特記事項』については，主に例外規定の内容など病院独自の記載があった場合，その内容を書き出した．

なお，上記のデータ収集項目は，先行研究での調査項目[12]，報道機関による世論調査内容[13]を基に，研究者2名の医療専門職としての臨床的知識も踏まえて協議して決定した．

3. データ収集期間

2025年11月～12月

4. データ分析方法

対象病院について面会制限実施中，面会完全禁止中，面会制限なしに分類した．そのうち，面会制限実施中の病院について，データ収集項目で挙げた各項目について記述統計量を算出した．

次に，『面会制限の質』および『面会制限の柔軟性』の各項目および「感染症レベルとの連動」，「面会案内の見つけやすさ」を従属変数とし，『病院の基本情報』（「感染症レベルとの連動」，「面会案内の見つけやすさ」除く）の各項目別に群間比較を行った．病床種類別では，病床区分ごとに記述統計量を算出したところ，「精神」は27施設，「感染症」「結核」については10施設以下であったため除外し，「一般」「療養」でのみ検討した．病院開設者別では，国と公的病院を「国・公的」，社保と医療法人，その他の病院を「私立・その他」に分けた．所在地別は「市部」と「地方」の2群とした．病床規模別では，診療報酬上の区分を参考に199床以下を「小規模」，200床以上を「大規模」とする2群に分けた．診療報酬制度における病院機能，患者重症度等の違い[14]を考慮し，また，COVID-19拡大時に病床200床未満の病院で感染対策に制約が生じたことが報告されている[15]ことからも，面会制限の運用に影響すると考えこの区分とした．精神科病床規模別では，各病院の病床数のうち精神科病床の占める割合が「半数未満」か「半数以上」かの2群とした．日本では，精神科医療の専門性を有する病院としての精神科病床数の割合に関する基準がないため，米国IMD（Institution for Mental Diseases：精神疾患施設）の定義[16]を参考に，実質的な病院機能提供体制が精神科に偏重する50％をカットオフ値とし，精神科を主体とする病院として見なした．

検定は，カテゴリ変数ではχ^2検定またはFisherの正確確率検定を用いた．連続変数（面会可能時間，面会1回あたりの最大可能時間，面会1回あたりの最大可能人数）はShapiro-Wilk検定により正規性を検討した結果，いずれも正規分布に従わなかったためMann-WhitneyのU検定 を用いた．年齢制限については未就学児禁1，小学生以下禁2，中学生以下禁3，高校生以下禁4と区分して順序尺度として扱い，同様にMann-WhitneyのU検定を実施した．

上記の全解析において，両側検定とし有意水準を5%未満とした．統計解析にはIBM SPSS Statistics.ver.30 を使用した．

なお，『特記事項』として例外規定（配慮）及び（制限）の内容を書き出したものを質的に整理し，類似する内容を統合して見出し名を付けた．

5. 倫理的配慮

本研究は人を対象とせず，一般公開情報を使用するため，倫理審査を受審していないが，データ収集項目およびデータ抽出における基準は研究者2名で協議して考案し，データ収集を行った．

III. 結果

1. 長野県内の病院における面会制限の実態

長野県病院名簿[8]に掲載の病院数は計120施設であり，そのうち92.5％の111施設で面会制限実施中の記載があった．面会完全禁止中は5施設，面会制限なしは4施設であった．

2. 面会制限中の病院の概要（表2）

面会制限実施中の病院の概要を表2に示す．病床規模では199床以下の小規模病院が67.6％と多く，200床以上の大規模病院は32.4％であった．病床機能では，高度急性期21.6％，急性期59.5％，回復期47.7％，慢性期45.9％であったが，複数の病床機能を併せ持つ病院もあるため，各割合は重複も含む．また，病床種類は一般病棟が79.3％と最も多く，療養病棟38.7％，精神病棟24.3％，感染症病棟2.7％，結核病棟7.2％であったが，これらも同様に各割合は重複を含む．病院開設者では，国立病院機構等の国が3.6％，県や市町村，日本赤十字

表2　面会制限中の病院の概要

N=111

		n	%
病床規模別			
	小規模（～199床）	75	67.6
	大規模（200床～）	36	32.4
病床機能別（複数回答）			
	高度急性期	24	21.6
	急性期	66	59.5
	回復期	53	47.7
	慢性期	51	45.9
病床種類別（複数回答）			
	一般	88	79.3
	療養	43	38.7
	精神	27	24.3
	感染症	3	2.7
	結核	8	7.2
病院開設者別			
	国	4	3.6
	公的	38	34.2
	社保	1	0.9
	医療法人	62	55.9
	その他	6	5.4
所在地別			
	市部（松本市・長野市）	36	32.4
	地方	75	67.6
感染症レベルとの連動			
	記載あり	45	40.5
	記載なし	66	59.5
面会案内の見つけやすさ			
	見つけやすい	58	52.3
	見つけにくい	53	47.7

社等の公的医療機関が34.2%，健康保険組合等の社会保険関係団体が0.9%，医療法人が55.9%，社会福祉法人や私立学校法人等のその他は5.4%であった．所在地は市部32.4%，地方67.6%であり，2つの市のみで3割強の病院数となった．感染症レベルとの連動では記載ありが40.5%，記載なしが59.5%と，4割の病院が何らかの注釈を加えていた．面会案内の見つけやすさでは，見つけやすいが52.3%，見つけにくいが47.7%であり，ホームページのトップページに面会案内の記載がある，または面会案内へのリンクがあるか否かは約半数ずつであった．

3. 面会制限中の病院における制限内容（表3）（表4）

面会制限中の病院における制限内容について表3に示す．まず，面会可能曜日は，指定記載がない病院が58.6%と最も多く，記載がある病院については全日が25.2%と最多であった．次に，面会可能時間は81.1%の

表3　面会制限中の病院における制限内容

N=111

		n	%
面会可能曜日			
	全日	28	25.2
	平日・土	5	4.5
	平日のみ	8	7.2
	指定曜日のみ	3	2.7
	その他	2	1.8
	記載なし	65	58.6
面会可能時間の記載			
	あり	90	81.1
	なし	21	18.9
18時以降の面会時間			
	あり	16	14.4
	なし	95	85.6
続柄の制限			
	家族・ｷｰﾊﾟｰｿﾝ	43	38.7
	その他親族等	2	1.8
	制限なし	1	0.9
	記載なし	65	58.6
重要他者への配慮			
	あり	13	11.7
	なし	32	28.8
	制限なし	1	0.9
	記載なし	65	58.6
年齢制限			
	未就学児禁	15	13.5
	小学生以下禁	15	13.5
	中学生以下禁	22	19.8
	高校生以下禁	1	0.9
	記載なし	58	52.3
面会回数制限			
	記載あり	20	18.0
	記載なし	91	82.0
面会場所指定			
	記載あり	31	27.9
	記載なし	80	72.1
マスク着用指定			
	記載あり	52	46.8
	記載なし	59	53.2
予約の要否			
	要	20	18.0
	不要	91	82.0
例外規定（配慮）			
	記載あり	28	25.2
	記載なし	83	74.8
例外規定（制限）			
	記載あり	14	12.6
	記載なし	97	87.4
オンライン面会の案内			
	記載あり	16	14.4
	記載なし	95	85.6

表4　例外規定（配慮）と（制限）の内容

配慮の例		制限の例	
【患者の生命予後とそれに伴うQOLにかかわる場合】	緩和ケア病棟は24時間面会可能、時間制限なし ターミナル期、看取りが近い場合 急変時、緊急時の場合 危篤時、年齢等の制限は設けない	【面会時の患者との身体的距離、接触に関するもの】	腕を伸ばしても触れない程度の距離を保つ ふれあい行為は面会の最後５分以内 常時「密接」「密着」とならないよう配慮 ３密とならないコミュニケーションとなるよう注意
【患者の保護者や代理人を必要とする場合】	医師からの説明等、病院側から来院依頼をした場合 入院、退院、検査、手術、分娩日などの付き添い	【面会自体に物理的距離または制約を設けるもの】	洗濯物の補充・回収時に面会可能 面会廊下よりガラス越し面会 窓越し面会、控室面会
【治療上必要または望ましい場合】	患者の病状による場合 認知症病棟は面会予約制なし 治療上、家族との面会を推奨 定期的な面会で荷物確認や点検を推奨	【多床室での面会に関するもの】	大部屋での面会希望は要相談 大部屋での面会時はカーテンを閉める 多床室では面会可能人数上限が異なる
		【患者の状態によるもの】	患者のマスク着用可否で面会可能時間上限が異なる
【場合によって例外を認めるもの】	主治医や看護師長が認めた場合は可 家族の面会は時間外でも相談可 時間外、制限外の希望は看護師に相談可	【主治医の許可制】	主治医の許可がある患者のみ面会可能 主治医の許可制の上、予約制 主治医の許可があればデイルーム面会可
		【面会来訪者の行動指示】	面会者は外来棟のトイレを使用

病院で記載があった．18時以降の面会時間も設けている病院は14.4%に留まり，85.6%の病院は日中のみの面会時間となっていた．次いで，続柄の制限は，指定記載がない病院が58.6%と最も多く，記載がある病院については家族やキーパーソンに限るという施設が38.7%となっていた．重要他者への配慮でも記載がない病院が58.6%と多かったが，“同居の親族に限る”等の注釈により配慮が不足していると判断できる病院が28.8%あった．反対に，“患者本人にとって大切な人も可”等の注釈により配慮ありと判断できる病院は11.7%であった．“続柄の制限はない”と明記されていた病院は１施設あった．続いて，年齢制限は，指定記載がない病院が52.3%と最も多く，次いで中学生以下禁の病院が19.8%，小学生以下禁と未就学児禁の病院がそれぞれ13.5%ずつ，高校生以下禁の病院が１施設あった．面会回数制限については82.0%，面会場所指定は72.1%の病院で記載がなかったが，マスク着用指定は46.8%と半数近くの病院で記載があった．続いて，予約の要否については，18.0%の病院で予約制との記載が確認された．例外規定（配慮）では25.2%と四分の一程度の病院で看取りや緊急時，医師からの説明時などの例外について注釈があった．例外規定（制限）では，12.6%の病院で更なる規制条件が付記されていた．これらの例外規定についてまとめたものを表4に示す．

配慮の例は【患者の生命予後とそれに伴うQOLにかかわる場合】，【患者の保護者や代理人を必要とする場合】，【治療上必要または望ましい場合】，【場合によって例外を認めるもの】に統合された．制限の例は【面会時の患者との身体的距離，接触に関するもの】，【面会自体に物理的距離または制約を設けるもの】，【多床室での面会に関するもの】，【患者の状態によるもの】，【主治医の許可制】，【面会来訪者の行動指示】に統合された．オンライン面会の案内については14.4%の病院で，オンライン面会システムの説明や申し込み画面がある，入院病棟に尋ねるように記載があるなど，詳しさの程度は様々ながら何らかの案内文が確認された．また，その他の代替手段として，お見舞いメッセージを専用フォームやメール，FAXで受け付け，病院職員から患者本人に渡すことができる病院が数施設あった．

4．面会制限中の病院における面会可能時間，人数等（表5）

面会制限中の病院における面会可能時間，面会一回当たりの最大可能時間，面会一回当たりの最大可能人数について表５に示す．面会可能時間については，平日は中央値 3.0（四分位範囲:2.0-4.0，最小値-最大値:1.0-14.0）時間，休日・特殊病棟は中央値 3.0（四分位範囲:2.0-4.0，最小値-最大値:1.0-11.0）時間であった．面会一回当たりの最大可能時間は，中央値 15.0（四分位範囲:15.0-30.0，最小値-最大値:10.0-60.0）分であった．面会一回当たりの最大可能人数は，中央値 2.0（四分位範囲:2.0-3.0，最小値-最大値:1.0-5.0）人であった．

表5　面会制限中の病院における面会可能時間，人数等

	単位	中央値（IQR）	最小値	最大値
面会可能時間／平日（N＝86）	時間	3.0（2.0－4.0）	1.0	14.0
面会可能時間／休日、特殊病棟（N＝86）	時間	3.0（2.0－4.0）	1.0	11.0
面会一回当たりの最大可能時間（N＝56）	分	15.0（15.0－30.0）	10.0	60.0
面会一回当たりの最大可能人数（N＝60）	人	2.0（2.0－3.0）	1.0	5.0

IQR＝四分位範囲

5. 病院の特性や機能と面会制限状況との関連（表6）（表7）

病院の特性や機能と面会制限状況との関連についてχ^2検定またはFisherの正確確率検定を行った結果を表6と表7に示す．病床機能別では，高度急性期，急性期，回復期の機能を有する病院は「面会案内の見つけやすさ」，「重要他者への配慮」，「マスク着用指定」の記載ありの頻度が有意に高かった．また，高度急性期を有する病院では「面会場所指定」の記載ありの頻度が有意に高かった．回復期を有する病院では「感染レベルとの連動」の記載ありの頻度が有意に高く，有意水準が5%をやや超えるものの「例外規定（制限）」の頻度も高い傾向があった．

次に，病床種類別（一般・療養）では，一般病棟における「感染症レベルとの連動」，「面会案内の見つけやすさ」，「面会回数制限」，「面会場所指定」，「マスク着用指定」の記載ありの頻度が有意に高かった．療養病棟では有意な関連を認めた項目はなかった．

続いて，病院開設者別では，国・公的病院における「感染症レベルとの連動」，「面会案内の見つけやすさ」，「面会場所指定」，「マスク着用指定」，「例外規定（制限）」の記載ありの頻度が有意に高かった．

さらに，所在地別では，地方における「例外規定（制限）」の記載ありの頻度が有意に高く，対して市部では更なる制限を設ける記載のある病院が一つもなかった．また，有意水準が5%をやや超えるものの，地方における「オンライン面会の案内」の記載ありの頻度が高い傾向があった．

病床規模別では，大規模病院における「面会案内の見つけやすさ」，「重要他者への配慮」，「面会回数制限」，「マスク着用指定」の記載ありの頻度が有意に高かった．

精神科病床規模別では，精神科病床半数以上において「マスク着用指定」の記載なしの頻度が有意に高かった．

6. 病院の特性や機能による面会制限状況の差（表8）

病院の特性や機能ごとの面会制限状況の差についてMann-WhitneyのU検定を行った結果を表8に示す．平日の面会可能時間では，急性期，回復期の病床機能を有さない病院において面会可能時間が有意に長かった．一方で，高度急性期，慢性期の病床の有無では有意差は見られなかった．

また，一般病棟を有さない病院において面会可能時間が有意に長く，療養病棟の有無では有意差は見られなかった．精神科病床が半数以上を占める病院では，面会可能時間の中央値が長い傾向がみられたが，有意差は認めなかった．

次に，休日や特殊病棟の面会可能時間では，平日と同じように，急性期，回復期の病床機能を有さない病院において面会可能時間が有意に長く，一般病棟を有さない病院で面会時間が長い傾向がみられた．精神科病床規模別では，精神科病床半数以上の病院で面会可能時間が有意に長かった．

面会一回当たりの最大可能時間は，高度急性期，回復期の病床機能を有する病院において最大可能時間が有意に長かった．また，急性期を有する病院においても最大可能時間が長い傾向が見られた．さらに，病院開設者が国・公的の病院，病床規模が大規模の病院のほうが最大可能時間が有意に長かった．

面会一回当たりの最大可能人数については，回復期の病床機能を有する病院でやや多い傾向がみられたものの，有意差はどれも認められなかった．年齢制限については，どの分類においても有意差は認められなかった．

IV. 考察

1. 長野県内の病院における面会制限の現状

本調査結果より，長野県内の病院では未だに9割以上の病院で面会制限が行われており，面会完全禁止中の病院も少ないながら存在することが明らかになった．5学会による指針[6]の「以前の面会方法に段階的に戻す」ことへのプロセスは始まったばかりであると考えられ，今後も継続的に面会制限の緩和状況について経過を追う必要がある．

2. 面会制限の質

表2，表3に示した記述統計の結果より，面会可能曜日や各種制限事項について，ホームページ上に記載のない病院が多く見受けられた．記載がないことで制限がないと判断してよいかどうかは不明であり，面会に訪れたいと思った人がホームページのみを情報源にした場合，実際に来院してから詳細な制限内容を知らされることになる．せっかく来院しても面会できなかったり，「患者と会ってこうしたい」と考えてきた希望が叶わない可能性がある．やむを得ず面会制限を実施する場合の配慮として，病院外からでも面会に関する情報がしっかりと把握できることが望ましいと考える．

面会制限で比較的多かった内容として，続柄の制限や年齢制限があった．続柄の制限で同居家族やキーパーソンを中心とした近親者のみを許可するのは，以前の「新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置」における同居家族以外との接触に関する方針の影響が残っていることが考えられた．重要他者への配慮がない場合も，同様の理由により“線引き”がなされた結果と考える．

年齢制限に関しては，長野県内の病院ではないものの「免疫が完成しておらず，集団生活をしている中学生以下のお子様はインフルエンザなど流行性感染症にかかりやすく，また適切な感染予防策が行えない可能性が高いため」と記載のあるホームページ[17]が見つかった．未就学児から概ね義務教育課程にある年齢の子どもたちにおける疫学的，生活環境的な理由が制限の根拠になっていると捉えられた．

また，表5に示した時間や人数については，病院によっ

表6　病床機能別，病床種類別の面会制限状況との関連

N=111

		病床機能別																病床種類別								
		高度急性期					急性期					回復期					慢性期					一般					療養				
		該当		非該当			該当		非該当			該当		非該当			該当		非該当			該当		非該当			該当		非該当		
		n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値
感染症レベルとの連動						0.732					0.095					0.033					0.197					0.011					0.070
	記載あり	9	-0.3	36	0.3		31	1.7	14	-1.7		27	2.1	18	-2.1		24	1.3	21	-1.3		41	2.5	4	-2.5		22	1.8	23	-1.8	
	記載なし	15	0.3	51	-0.3		35	-1.7	31	1.7		26	-2.1	40	2.1		27	-1.3	39	1.3		47	-2.5	19	2.5		21	-1.8	45	1.8	
面会案内の見つけやすさ						0.003					＜0.001					＜0.001					0.530					0.019					0.550
	見つけやすい	19	3.0	39	-3.0		43	3.3	15	-3.3		37	3.5	21	-3.5		25	-0.6	33	0.6		51	2.4	7	-2.4		24	0.6	34	-0.6	
	見つけにくい	5	-3.0	48	3.0		23	-3.3	30	3.3		16	-3.5	37	3.5		26	0.6	27	-0.6		37	-2.4	16	2.4		19	-0.6	34	0.6	
重要他者への配慮						0.049					0.032					0.014					0.411					0.162					0.804
	配慮記載あり	6	2.1	8	-2.1		12	2.1	2	-2.1		11	2.5	3	-2.5		5	-0.8	9	0.8		13	1.3	1	-1.3		5	-0.2	9	0.2	
	配慮記載なし	18	-2.1	79	2.1		54	-2.1	43	2.1		42	-2.5	55	2.5		46	0.8	51	-0.8		75	-1.3	22	1.3		38	0.2	59	-0.2	
面会回数制限						0.235					0.289					0.824					0.370					0.044					0.526
	記載あり	6	1.0	14	-1.0		14	1.1	6	-1.1		10	0.2	10	-0.2		11	0.9	9	-0.9		19	1.9	1	-1.9		9	0.6	11	-0.6	
	記載なし	18	-1.0	73	1.0		52	-1.1	39	1.1		43	-0.2	48	0.2		40	-0.9	51	0.9		69	-1.9	22	1.9		34	-0.6	57	0.6	
面会場所指定						0.001					0.124					0.352					0.169					0.021					0.082
	記載あり	13	3.2	18	-3.2		22	1.5	9	-1.5		17	0.9	14	-0.9		11	-1.4	20	1.4		29	2.3	2	-2.3		8	-1.7	23	1.7	
	記載なし	11	-3.2	69	3.2		44	-1.5	36	1.5		36	-0.9	44	0.9		40	1.4	40	-1.4		59	-2.3	21	2.3		35	1.7	45	-1.7	
マスク着用指定						0.008					＜0.001					0.019					0.470					＜0.001					0.655
	記載あり	17	2.7	35	-2.7		40	3.5	12	-3.5		31	2.4	21	-2.4		22	-0.7	30	0.7		49	3.6	3	-3.6		19	-0.4	33	0.4	
	記載なし	7	-2.7	52	2.7		26	-3.5	33	3.5		22	-2.4	37	2.4		29	0.7	30	-0.7		39	-3.6	20	3.6		24	0.4	35	-0.4	
予約の要否						0.556					0.146					0.444					0.370					0.400					0.254
	要	4	-0.2	16	0.2		9	-1.5	11	1.5		8	-0.8	12	0.8		11	0.9	9	-0.9		15	-0.5	5	0.5		10	1.1	10	-1.1	
	不要	20	0.2	71	-0.2		57	1.5	34	-1.5		45	0.8	46	-0.8		40	-0.9	51	0.9		73	0.5	18	-0.5		33	-1.1	58	1.1	
例外規定（配慮）						0.118					0.876					0.112					0.413					0.131					0.407
	記載あり	9	1.6	19	-1.6		17	0.2	11	-0.2		17	1.6	11	-1.6		11	-0.8	17	0.8		25	1.5	3	-1.5		9	-0.8	19	0.8	
	記載なし	15	-1.6	68	1.6		49	-0.2	34	0.2		36	-1.6	47	1.6		40	0.8	43	-0.8		63	-1.5	20	1.5		34	0.8	49	-0.8	
例外規定（制限）						0.355					0.119					0.058					0.745					0.162					0.355
	記載あり	4	0.7	10	-0.7		11	0.6	3	-1.6		10	1.9	4	-1.9		7	0.3	7	-0.3		13	1.3	1	-1.3		7	0.9	7	-0.9	
	記載なし	20	-0.7	77	0.7		55	-1.6	42	1.6		43	-1.9	54	1.9		44	-0.3	53	0.3		75	-1.3	22	1.3		36	-0.9	61	0.9	
オンライン面会の案内						0.240					0.413					0.845					0.725					0.567					0.120
	記載あり	5	1.0	11	-1.0		11	0.8	5	-0.8		8	0.2	8	-0.2		8	0.4	8	-0.4		13	0.2	3	-0.2		9	1.6	7	-1.6	
	記載なし	19	-1.0	76	1.0		55	-0.8	40	0.8		45	-0.2	50	0.2		43	-0.4	52	0.4		75	-0.2	20	0.2		34	-1.6	61	1.6	

χ2検定（期待度数5未満のセルが20%以上の場合はFisherの正確確率検定

表7　病院開設者・所在地・病床規模・精神科病床規模別の面会制限状況との関連

N=111

	病院開設者別					所在地別					病床規模別					精神科病床規模別				
	国・公的		私立その他			市部		地方			小規模		大規模			半数未満		半数以上		
	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値	n	残差	n	残差	p値
感染症レベルとの連動					0.017					0.806					0.069					0.310
記載あり	23	2.4	22	-2.4		14	-0.2	31	0.2		26	-1.8	19	1.8		40	1.0	5	-1.0	
記載なし	19	-2.4	47	2.4		22	0.2	44	-0.2		49	1.8	17	-1.8		54	-1.0	12	1.0	
面会案内の見つけやすさ					0.018					0.254					＜0.001					0.320
見つけやすい	28	2.4	30	-2.4		13	-1.1	42	1.1		29	-4.1	29	4.1		51	1.0	7	-1.0	
見つけにくい	14	-2.4	39	2.4		20	1.1	33	-1.1		46	4.1	7	-4.1		43	-1.0	10	1.0	
重要他者への配慮					0.679					0.269					0.009					0.083
配慮記載あり	6	0.4	8	-0.4		3	-0.9	11	0.9		5	-2.7	9	2.7		14	1.7	0	-1.7	
配慮記載なし	36	-0.4	61	0.4		33	0.9	64	-0.9		70	2.7	27	-2.7		80	-1.7	17	1.7	
面会回数制限					0.215					0.190					0.004					0.139
記載あり	10	1.2	10	-1.2		4	-1.3	16	1.3		8	-2.9	12	2.9		19	1.4	1	-1.4	
記載なし	31	-1.2	59	1.2		32	1.3	59	-1.3		67	2.9	24	-2.9		75	-1.4	16	1.4	
面会場所指定					0.006					0.379					0.183					0.455
記載あり	18	2.7	13	-2.7		12	0.9	19	-0.9		18	-1.3	13	1.3		27	0.4	4	-0.4	
記載なし	24	-2.7	56	2.7		24	-0.9	56	0.9		57	1.3	23	-1.3		67	-0.4	16	0.4	
マスク着用指定					0.004					0.956					0.013					0.036
記載あり	27	2.9	25	-2.9		17	0.1	35	-0.1		29	-2.5	23	2.5		48	2.1	4	-2.1	
記載なし	15	-2.9	44	2.9		19	-0.1	40	0.1		46	2.5	13	-2.5		46	-2.1	13	2.1	
予約の要否					0.826					0.786					0.797					0.635
要	8	0.2	12	-0.2		7	0.3	13	-0.3		14	0.3	6	-0.3		17	0.0	3	0.0	
不要	34	-0.2	57	0.2		29	-0.3	62	0.3		61	-0.3	30	0.3		77	0.0	14	0.0	
例外規定（配慮）					0.789					0.331					0.173					0.565
記載あり	10	-0.3	18	0.3		7	-1.0	21	1.0		16	-1.4	12	1.4		24	0.2	4	-0.2	
記載なし	32	0.3	51	-0.3		29	1.0	54	-1.0		59	1.4	24	-1.4		70	-0.2	13	0.2	
例外規定（制限）					0.006					0.003					0.501					0.083
記載あり	10	2.8	4	-2.8		0	-2.8	14	2.8		10	0.3	4	-0.3		14	1.7	0	-1.7	
記載なし	32	-2.8	65	2.8		36	2.8	61	-2.8		65	-0.3	32	0.3		80	-1.7	17	1.7	
オンライン面会の案内					0.101					0.066					0.105					0.459
記載あり	9	1.6	7	-1.6		2	-1.8	14	1.8		8	-1.6	8	1.6		13	-0.4	3	0.4	
記載なし	33	-1.6	62	1.6		34	1.8	61	-1.8		67	1.6	28	-1.6		81	0.4	14	-0.4	

χ2検定（期待度数5未満のセルが20％以上の場合はFisherの正確確率検定）

表8　病院の特性や機能による面会制限状況の差

N=111

			面会可能時間／平日（単位：時間）		面会可能時間／休日、特殊病棟（単位：時間）		面会一回当たりの最大可能時間（単位：分）		面会一回当たりの最大可能人数（単位：人）		年齢制限†	
			中央値（IQR）	p値	中央値（IQR）	p値	中央値（IQR）	p値	中央値（IQR）	p値	中央値（IQR）	p値
病床機能別												
	高度急性期			0.456		0.222		0.016		0.749		0.492
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		30.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-2.75）		2.00（2.00-3.00）	
		非該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.13）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
	急性期			0.047		0.021		0.056		0.757		1.000
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		17.50（15.00-30.00）		2.00（2.00-2.25）		2.00（1.00-3.00）	
		非該当	3.00（3.00-4.50）		3.25（2.25-5.63）		15.00（13.75-20.00）		2.00（2.00-3.00）		3.00（1.00-3.00）	
	回復期			0.014		0.024		0.043		0.059		0.942
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		20.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（2.00-3.00）	
		非該当	3.50（3.00-4.50）		3.00（2.00-4.75）		15.00（12.50-30.00）		2.00（2.00-2.00）		2.50（1.00-3.00）	
	慢性期			0.622		0.692		0.163		0.801		0.520
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-27.50）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
		非該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.15）		20.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-2.75）		3.00（1.00-3.00）	
病床種類別												
	一般			0.021		0.064		0.452		0.603		0.815
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
		非該当	4.50（3.00-7.00）		4.50（2.00-7.00）		15.00（15.00-15.00）		2.00（2.00-2.00）		2.00（1.00-3.00）	
	療養			0.698		0.556		0.677		0.866		0.357
		該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
		非該当	3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		3.00（1.00-3.00）	
病院開設者別				0.716		0.662		0.002		0.258		0.279
	国・公的		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		20.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-2.00）		2.00（1.00-3.00）	
	私立その他		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-15.00）		2.00（2.00-3.00）		3.00（1.50-3.00）	
所在地別				0.426		0.411		0.546		0.375		0.841
	市部		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（11.25-30.00）		2.00（2.00-2.00）		2.00（1.00-3.00）	
	地方		3.00（2.00-4.75）		3.00（2.00-4.75）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
病床規模別				0.696		0.808		0.034		0.686		0.694
	小規模		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-27.50）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
	大規模		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		20.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.50-3.00）	
精神科病床規模別				0.091		0.023		0.103		0.966		0.783
	半数未満		3.00（2.00-4.00）		3.00（2.00-4.00）		15.00（15.00-30.00）		2.00（2.00-3.00）		2.00（1.00-3.00）	
	半数以上		4.00（2.81-5.63）		4.50（2.81-6.88）		15.00（11.25-15.00）		2.00（2.00-2.75）		2.00（1.00-3.00）	

Mann-WhitneyのU検定，IQR＝四分位範囲

†年齢制限：未就学児禁を1、小学生以下禁を2、中学生以下禁を3、高校生以下禁を4と区分し、順序尺度とした

てかなりの差があることが明らかになった．面会可能時間として許可されている時間帯がどの程度あるかによって，患者側，面会に訪れる側双方にとっての利便性が全く異なってくると考えられる．中央値と四分位範囲が示す時間は，一般に日勤帯の午後の数時間を面会可能時間として設定している病院が多いことが推測される．面会可能時間が少ない場合は，土曜日や休日も平日と同様の条件で面会可とするなどの配慮が望ましいと考える．

面会一回当たりの最大可能時間についても病院間で大きな差があったが，中央値が 15 分であったことの要因として，いわゆる「濃厚接触者」の定義に「手で触れることの出来る距離（目安として 1 メートル）で，必要な感染予防策なしで，患者と 15 分以上の接触があった者」[18]という文言があり，これが影響している可能性が考えられる．

なお，面会一回当たりの最大可能人数の中央値 2 人については，以前の「新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置」における会食人数等を参照しても，一致する人数は見つからなかった．人数制限をすること自体は，面会交流に伴う飛沫の飛散防止の観点から，患者に対して一定以上の人数との同時接触を避けるという考えが背景にあるものと推測する．

次に，カテゴリ変数の検定結果から，ホームページ上の面会に関する情報が充実し，配慮や制限，留意事項などを明確に記載している病院として，国や公的機関が開設し比較的規模が大きく，集中治療を含む急性期患者や回復途上にある患者が多く入院し，入院期間も短く患者の入れ替わりが頻繁であるという病院像が浮かび上がってきた．多くの人々に利用され公共性の高い病院として，平等に情報が提供されるようホームページ運営も配慮されていることが考えられた．

また，連続変数の検定結果からも，国・公的病院や 200 床以上の病院において面会一回当たりの最大可能時間が有意に長く，面会制限を緩和する傾向が見られた．長野県は国・公的病院の割合が 38.3%あり，全国で 6 番目に多い比率である[19]．国・公的病院においては，厚生労働省等の発出する通知[7]等について速やかに院内で検討し，推奨される内容に則って方針を決める責務を有すると考えられる．この地域特性が本結果にも現れたことが考えられる．

面会可能時間については，一般病床を有さない病院で長い傾向があったが療養病床では差がなかったこと，精神科病床が半数以上の病院で長い傾向がみられたことから，精神科病床を主とする病院では面会可能時間の幅を広げていることが考えられる．多くの精神科患者にとって家族と会うことは治療や症状と密接に関連し，COVID-19 拡大時に家族と会えないことにより精神状態に影響を来した患者の報告もある[20]．このような背景から，精神科領域では，患者と家族の安心感と融通性を考えて，短時間でも任意のタイミングで面会できるよう配慮していることが伺えた．

3. 面会制限の柔軟性

本調査結果より，面会を予約制とする病院が18%あった．それらの病院のホームページを見ると，感染予防のため予約を必要とする旨が書かれているのが散見された．面会の予約制と感染予防の関連について，昨今の病院における一般的な面会の流れとして，面会者の氏名や連絡先を伝えて入館受付の上，面会者カード等を身に着けてもらう場合が多いと考えられる．またその際に，面会者の体温測定や体調不良の確認，手指消毒やマスク着用を求める声かけをすることも多いと考えられる．そのような状況に照らすと，面会を予約制にする合理的な理由は不明である．

表 4 に示した例外規定（配慮）と（制限）の内容について，制限に関しては面会一回当たりの最大可能時間と同様に，濃厚接触の考え方を意識した内容が多く含まれていると捉えられた．多床室での面会ではカーテンを閉める，面会可能上限人数が異なる等も，飛沫の飛散防止を意識していることが推測された．配慮に関しては，患者と家族にとって特に重要な場面で，患者・家族側の権利擁護（看取りや急変時などに傍で付き添う）と，医療者側からの要請（患者の代理人の同席の必要性，治療上面会が望まれる）の両方の要素を持っていることが明らかとなった．

オンライン面会の案内については，所在地別における地方で記載ありの頻度がやや高い傾向にあったのは，家族が遠方に在住している等で継続的な需要があるため対応している可能性が考えられる．

4. まとめ

本調査結果より，長野県内の殆どの病院が面会制限を継続していること，面会制限の内容は病院によってかなりの違いがあることが明らかになった．また，制限内容の裏付けを推測した際に，COVID-19 の 5 類感染症変更前の基準等の影響が残っていること，公衆衛生学的に妥当と考えられる内容とそうでない内容（合理的な理由の説明が難しい）が混在していることが示唆された．このような，病院ごとに面会制限の方針の内容や実施状況が異なることは，面会へのアクセス等において不公平を生み出す懸念が示唆されており，方針の制限規定に対する倫理的根拠が明記されていないことも問題提起されている[21]．

患者と家族等の“会う権利”を擁護する上では，5 学会による指針[6]の「以前の面会方法に段階的に戻す」ことを推進することが望ましい．しかし，やむを得ない面会制限を必要とする場合，病院は科学的根拠に基づいた制限内容とその説明責任を負うと考えられる．特に，時間・人数・患者との関係（続柄）・年齢などは面会制限の質に大きく関わるため，“線引き”されるそのラインの根拠について合理的な理由と倫理的配慮が求められると考える．

患者や家族等から相談や質問があった場合には，なぜ

制限が必要とされるのか納得のいく説明をした上で，オンライン面会等の代替手段を提案することが求められるだろう．

5. 研究の限界と今後の課題

本調査では，情報源がホームページ上に記載のある内容のみであったため，データ収集項目について記載がなかった場合の実際の可否については不明である．また，ホームページの更新状況によっては，現状との乖離が生じている場合があると考える．更に，調査期間がインフルエンザ蔓延の時期と重なり，調査中に病院の面会方針に変更が生じたのを確認したケースもあった．病院によっては短い期間で変更を繰り返し，最新の状況が異なる場合もあると考えられる．加えて，データ収集方法に述べたダブルチェックを行った項目以外については研究者1名での確認であったため，データの判定ゆれの可能性が限界として挙げられる．

今回の調査は病院ホームページからの情報収集であったが，今後は実際に病院関係者へのヒアリングやアンケート調査を通じて，COVID-19拡大前後での面会に関するルール変更の有無，変更した場合はどのような根拠を基に決定・継続しているのか等，より詳細に調査していく必要がある．更に，今回の調査は長野県内の病院に留まっており，他の都道府県との比較ができないことから，全国的な状況との差についても不明である．しかし，他と同じであればよいというわけではないため，国・公的病院をはじめとする公共性の高い病院，地域の中で規模の大きい病院（大学病院など）が積極的に面会を通常の状態に戻し，各地域のリーダーシップを担っていくことが求められるだろう．

引用文献

[1] 厚生労働省．図表8-3-1 新型コロナウイルス感染症を巡るこれまでの経緯（2021年3月末時点）．令和3年版厚生労働白書，2021．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Figure 8-3-1: Timeline of the COVID-19 Pandemic (as of the end of March 2021). White Paper on Health, Labour and Welfare, 2021 Edition] 2021．https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/20/backdata/8-3-1.html（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[2] 高松満里，高見祥代，向山和加乃．コロナ禍の面会制限による看護管理者の倫理的ジレンマと看護上の課題に対する取り組み．第23回日本医療マネジメント学会学術総会；2021．7；web開催．日本医療マネジメント学会雑誌．2021；22（Suppl.）：S191. Takamatsu M, Takami S, Mukouyama W. [Koronaka no menkaiseigen ni yoru kangokanrisya no rinnritekijirennma to kanngojyou no kadai ni taisuru torikumi.]Dai 23 kai nihon iryou manejimento Gakkai gakujyutu sokai; 2021.7; web kaisai. Nihon iryou manejimento Gakkai zasshi. 2021;22（Suppl.）：S191.（in Japanese）

[3] 内閣感染症危機管理総括庁．新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（令和2年4月7日改正）．2020．Cabinet Office, Infectious Disease Crisis Management Headquarters. [Basic Policy on Measures Against COVID-19 (Revised April 7, 2020).] 2020．https://www.caicm.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_h_0407.pdf（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[4] 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る新型インフルエンザ等感染症から5類感染症への移行について．令和5年4月27日厚生労働大臣公表文書，2023．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Regarding the Reclassification of COVID-19 from a Novel Influenza-like Infectious Disease to a Category 5 Infectious Disease. (Announcement by the Minister of Health, Labour and Welfare, April 27, 2023).] 2023. https://www.mhlw.go.jp/content/001091810.pdf（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[5] 武藤香織．次のパンデミックに残された倫理的課題を考える．三田評論ONLINE．2024．Muto K．[Tsugi no pandemikku ni nokosareta rinritekikadai wo kangaeru. Mita Hyoron ONLINE.] 2024．https://www.mita-hyoron.keio.ac.jp/speaking-hall/202401-1.html（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[6] 一般社団法人日本感染症学会．5学会による新型コロナウイルス感染症診療の指針．2025．The Japanese Association for Infectious Diseases. [Guidelines for the Management of COVID-19 Issued by Five Medical Societies.] 2025．https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/covid_251017.pdf（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[7] 厚生労働省．医療機関における面会について．令和7年10月20日事務連絡，2025．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Visitation at Medical Institutions. (Administrative Notice, October 20, 2025).] 2025．https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001592419.pdf（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[8] 長野県．令和7年度病院名簿．令和7年10月1日現在，2025．Nagano Prefecture. [List of Hospitals for Fiscal Year 2025 (As of October 1, 2025).] 2025．https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/kenko/iryo/iryo/documents/byoin.pdf（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[9] 長野県．病床機能報告の状況．令和7年6月26日現在，2025．Nagano Prefecture. [Status of Hospital Bed Function Reports. (As of June 26, 2025).] 2025．https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/kenko/iryo/iryo/byosyo/byosyo.html（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[10] 厚生労働省．病床区分の見直しについての参考資料．第23回社会保障審議会医療部会 参考資料1，2011. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reference Materials on the Review of Hospital Bed Categories.

23rd Meeting of the Medical Care Subcommittee of the Social Security Council, Reference Material 1] 2021. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uyj7-att/2r9852000001vf0k.pdf（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[11] 厚生労働省．令和6（2024）年医療施設(動態)調査・病院報告の概況．令和7年9月26日版，2025．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Overview of the 2024 Survey of Medical Facilities (Operational Status) and Hospital Reports. Version dated September 26, 2025.] 2025. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/24/dl/11gaikyou06.pdf（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[12] 勝原裕美子．コロナ5類移行後の病院での面会制限の実態調査結果 速報．オフィスKATSUHARA．2024．Katsuhara Y．[Corona 5rui ikougo no byouin deno menkaiseigen no jittaityousakekka sokuhou. Office KATSUHARA.] 2024．https://office-katsuhara.com/archives/2472（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[13] 朝日新聞．病院の面会制限いつまで？．2024．The Asahi Shimbun．[Byouin no mennkaiseigen itsumade?] 2024．https://www.asahi.com/opinion/forum/212/（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[14] 厚生労働省．2-1．個別改定項目について．平成30年度診療報酬改定について，2018．Ministry of Health, Labour and Welfare. [2-1. Specific Revision Items: Regarding the FY2018 Medical Fee Schedule Revision] 2018．https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf（in Japanese）(accessed 2026-5-3)

[15] Nakahara S, Inada H, Ichikawa M, Tomio J. Japan's Slow Response to Improve Access to Inpatient Care for COVID-19 Patients. Frontiers in Public Health. 2022;volume9:1-7. doi: 10.3389/fpubh.2021.791182

[16] Manhattan Institute. Medicaid's IMD Exclusion: The Case for Repeal. 2021．https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/medicaids-imd-exclusion-case-repeal-SE.pdf (accessed 2026-5-3)

[17] 前橋赤十字病院．面会について．2023．Maebashi Red Cross Hospital. [Visiting Policy.] 2023．https://www.maebashi.jrc.or.jp/visitation.html（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[18] 国立健康危機管理研究機構．感染症情報提供サイト．新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要項（2020年4月20日暫定版）．2020. National Institute of Public Health. [Infectious Disease Information Website. Guidelines for Active Epidemiological Investigations of Patients with COVID-19 (Provisional Version, April 20, 2020).] 2020．https://id-info.jihs.go.jp/niid/images/epi/corona/2019nCoV-02-200420.pdf（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[19] 政府統計．医療施設調査／令和6年医療施設調査 都道府県編．2024．Government Statistics. [Survey of Medical Facilities / 2024 Survey of Medical Facilities: Prefectural Edition.] 2024．https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?statdisp_id=0004048406（in Japanese）(accessed 2026-3-16)

[20] 中山千春，横島一菜，竹原知子．コロナ禍により生じた面会制限に対するメッセージカードを用いた看護ケアの効果．第48回日本精神科看護学術集会；2023．6；北海道．日本精神科看護学術集会誌．2023；66（1）：66-67．Nakayama C, Yokojima K, Takehara T. [Koronaka ni yori syojita menkaiseigen ni taisuru messejikado wo motiita kanngokea no kouka] Dai 48 kai nihon seisinnkakango gakujyutusyukai; 2023. 6; Hokkaido. Nihon seisinkakango gakujyutusyukaishi. 2023;66(1):66-67.（in Japanese）

[21] Weiner HS, et al. Hospital Visitation Policies During the SARS-CoV-2 Pandemic. American Journal of Infection Control. 2021;49(4):516-520. doi: 10.1016/j.ajic.2020.09.007