

令和5年度認知症セミナー

# 新型コロナウイルス5類移行を経て認知症 支援を振り返る

令和5年7月19日

広島大学大学院医系科学研究科

共生社会医学講座

石井伸弥



# 自己紹介



氏名 石井伸弥 (いしいしんや)

所属 広島大学大学院共生社会医学講座

専門 高齢者医療・認知症

資格 日本総合内科専門医、老年病専門医  
認知症専門医、公認心理士  
米国総合内科専門医、老年病専門医

出身地 大竹市 (高齢化率35.7%, 日本平均29.1%)

# 本日の内容

- コロナによる認知症者への影響
- 新型コロナウイルス流行下での認知症の人の実態調査
- コロナ禍における介護保険利用の変化
- コロナ禍における診療現場への影響
- アフターコロナのこれからを考える
- 本人・家族に対する支援の取組
- 高齢者施設に対する情報提供
- 認知症の人の感染予防

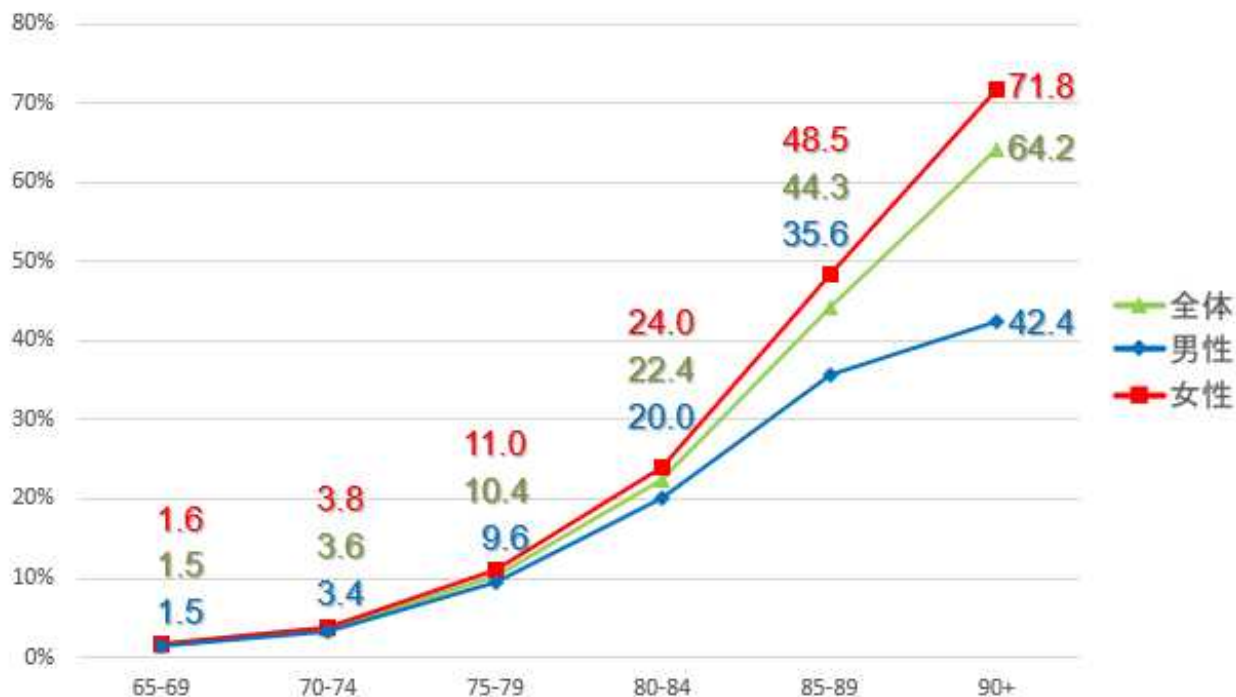
# コロナによる認知症者への影響

---



# 認知症者の多くは80歳以上

## 年齢階級別の認知症有病率グラフ



2020年に認知症の人の数は約600万人と推計されています。

600万人のうち、約4分の3にあたる460万人が80歳以上と推計されます。



項目	人数	割合	出典
80歳以上人口 (2020年)	約1,154万人	100%	人口統計 (令和2年7月概算値)
有病率調査による80歳以上認知症の人の推計 (2020年)	約460万人	約39.9%	「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書 (平成26年度厚労科研究費補助金特別研究事業) のデータより計算
80歳以上の要介護 (要支援) 認定者数 (2020年)	約495万人	約42.9%	令和2年度3月分介護保険事業状況報告 (暫定)

# 80歳以上はCOVID-19高リスク

## 【別紙1】令和4年1～8月における新型コロナの重症化率・致死率について

- 協力の得られた石川県、茨城県、広島県のデータを使用し、令和4年1～8月に診断された新型コロナウイルス感染者を対象に、年齢階級別に重症化率及び致死率を2ヶ月毎（届出日基準）に算出した。
- 人工呼吸器を使用、ECMOを使用、ICU等で治療のいずれかの条件に当てはまる患者を重症者と定義し、重症化率は、経過中重症に至ったが、死亡とならなかった患者、重症化して死亡した患者、重症化の定義を満たさずに死亡した患者の合計を、感染者数で割ったものである。死亡者数は、COVID-19の陽性者であって、死因を問わず亡くなった者を計上※<sup>1</sup>している。
- 本データは感染者が療養及び入院期間が終了した際のステータス又は期間の終了日から30日経過した時点でのステータスに基づき算出しており、今後重症者数や死亡者数は増加する可能性がある点に留意。

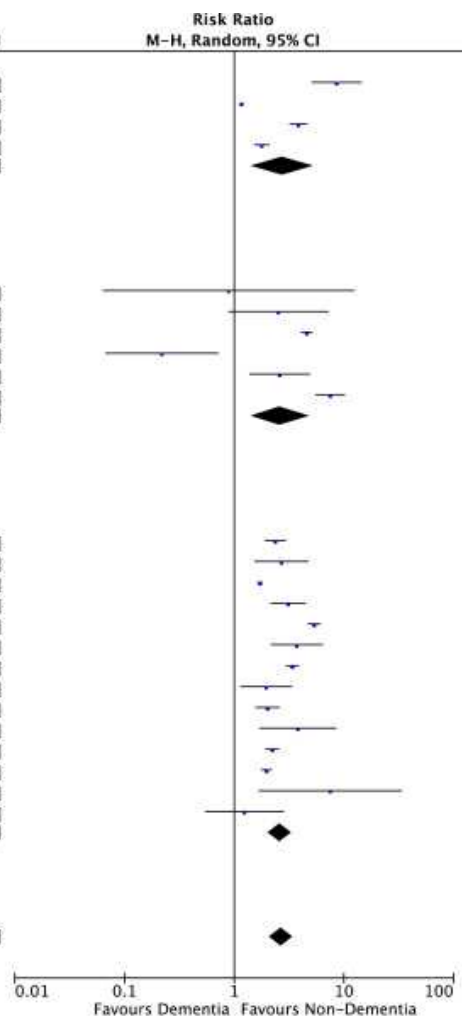
年齢		10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	
R.4※ <sup>2</sup> 1～2月	感染者数(人)	18,511	17,400	18,549	18,274	17,354	10,598	6,887	5,357	3,949	2,159	
	重症/死亡者数(人)	4/0	0/0	0/0	1/0	8/3	13/3	40/20	109/66	168/145	140/134	
	重症化率(%) (95%信頼区間※ <sup>3</sup> )	0.02 (0.01-0.06)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.02-0.09)	0.12 (0.07-0.21)	0.58 (0.42-0.79)	2.03 (1.67-2.45)	4.25 (3.65-4.93)	6.48 (5.48-7.61)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.05)	0.03 (0.01-0.08)	0.29 (0.18-0.45)	1.23 (0.95-1.56)	3.67 (3.11-4.31)	6.21 (5.23-7.31)	
R.4※ <sup>2</sup> 3～4月	感染者数(人)	28,020	25,422	20,055	23,085	21,106	10,957	5,864	3,711	2,287	1,112	
	重症/死亡者数(人)	5/0	1/0	1/0	4/0	7/2	18/5	19/6	57/35	71/61	48/45	
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0.02 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.02)	0.00 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.04)	0.03 (0.01-0.07)	0.16 (0.10-0.26)	0.32 (0.20-0.51)	1.54 (1.17-1.99)	3.10 (2.43-3.90)	4.32 (3.20-5.68)	
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.02)	0 (0.00-0.02)	0.01 (0.00-0.03)	0.05 (0.01-0.11)	0.10 (0.04-0.22)	0.94 (0.66-1.31)	2.67 (2.05-3.41)	4.05 (2.97-5.38)	
R.4 5～6月	感染者数(人)	14,336	12,504	10,005	10,055	11,010	6,050	2,574	2,000	1,504	757	
	重症/死亡者数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)	0 (0.00-0.01)
R.4 7～8月	感染者数(人)	59	30,098	22,355	13,032	6,030						
	重症/死亡者数(人)	8	34/21	104/76	191/165	164/157						
	重症化率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0.11 (0.08-0.16)	0.47 (0.38-0.56)	1.47 (1.27-1.69)	2.72 (2.32-3.16)						
	致死率(%) (95%信頼区間)	0 (0.00-0.01)	0.07 (0.04-0.11)	0.34 (0.27-0.43)	1.27 (1.08-1.47)	2.60 (2.22-3.04)						

※1 茨城県は医師の判断において明らかに別の死  
 ※2 令和4年1～2月、3～4月のデータは再掲  
 ※3 95%信頼区間はClopper-Pearson's exact binom  
 ※4 感染者数は感染症法に基づく報告による新型  
 ※5 各期間における感染者数、重症者数、死亡者数



# 認知症自体がコロナによる死亡の危険因子

Study or Subgroup	Dementia		Non-Dementia		Weight	Risk Ratio	
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI
<b>1.2.1 Risk of COVID-19</b>							
Atkins JL et al. 2020	14	888	493	268182	4.2%	8.58	[5.06, 14.53]
Mohamed MO et al. 2020	6851	23961	29587	120336	5.1%	1.16	[1.14, 1.19]
Nystad W et al. 2020	107	15190	7525	4103641	5.0%	3.84	[3.18, 4.65]
Rozenfeld Y et al. 2020	135	1039	2443	33464	5.0%	1.78	[1.51, 2.09]
<b>Subtotal (95% CI)</b>	<b>41078</b>		<b>4525623</b>		<b>19.3%</b>	<b>2.76</b>	<b>[1.43, 5.33]</b>
Total events	7107		40048				
Heterogeneity: Tau <sup>2</sup> = 0.43; Chi <sup>2</sup> = 227.72, df = 3 (P < 0.00001); I <sup>2</sup> = 99%							
Test for overall effect: Z = 3.02 (P = 0.003)							
<b>1.2.2 Severe COVID-19</b>							
Hong KS et al. 2020	0	3	13	95	0.8%	0.89	[0.06, 12.45]
Jang JG et al. 2020	2	4	21	106	2.8%	2.52	[0.88, 7.23]
Ji W et al. 2020	186	368	768	6973	5.1%	4.59	[4.07, 5.18]
Kokoszka-Bargiel I et al. 2020	3	32	9	21	2.5%	0.22	[0.07, 0.72]
Lee J et al. 2020	5	10	132	684	3.9%	2.59	[1.37, 4.91]
Sung HK et al. 2020	27	58	169	2723	4.8%	7.50	[5.49, 10.25]
<b>Subtotal (95% CI)</b>	<b>475</b>		<b>10602</b>		<b>19.8%</b>	<b>2.63</b>	<b>[1.41, 4.90]</b>
Total events	223		1112				
Heterogeneity: Tau <sup>2</sup> = 0.40; Chi <sup>2</sup> = 43.98, df = 5 (P < 0.00001); I <sup>2</sup> = 89%							
Test for overall effect: Z = 3.04 (P = 0.002)							
<b>1.2.3 Mortality</b>							
Bianchetti A et al. 2020	51	82	143	545	4.9%	2.37	[1.90, 2.95]
Covino M et al. 2020	6	8	17	61	4.1%	2.69	[1.52, 4.75]
Docherty AB et al. 2020	974	2360	3626	15099	5.1%	1.72	[1.63, 1.82]
Giorgi-Rossi P et al. 2020	25	107	192	2546	4.6%	3.10	[2.14, 4.48]
Harrison SL et al. 2020	199	1031	1097	30430	5.0%	5.35	[4.67, 6.14]
Hwang J et al. 2020	8	11	18	92	4.2%	3.72	[2.14, 6.44]
Kabarriti R et al. 2020	142	303	776	5599	5.0%	3.38	[2.95, 3.88]
Knights H et al. 2020	9	16	25	87	4.2%	1.96	[1.14, 3.37]
Miyashita S et al. 2020	39	98	390	1973	4.9%	2.01	[1.55, 2.61]
Moon SS et al. 2020	7	34	17	314	3.4%	3.80	[1.70, 8.51]
Poblador-Plou B et al. 2020	161	468	610	3944	5.0%	2.22	[1.92, 2.57]
Sapey E et al. 2020	195	326	574	1891	5.1%	1.97	[1.76, 2.20]
Wan Y et al. 2020	3	5	2	25	1.9%	7.50	[1.66, 33.94]
Yang X et al. 2020	1	1	31	51	3.4%	1.24	[0.54, 2.84]
<b>Subtotal (95% CI)</b>	<b>4850</b>		<b>62657</b>		<b>60.9%</b>	<b>2.62</b>	<b>[2.04, 3.36]</b>
Total events	1820		7518				
Heterogeneity: Tau <sup>2</sup> = 0.17; Chi <sup>2</sup> = 292.70, df = 13 (P < 0.00001); I <sup>2</sup> = 96%							
Test for overall effect: Z = 7.60 (P < 0.00001)							
<b>Total (95% CI)</b>	<b>46403</b>		<b>4598882</b>		<b>100.0%</b>	<b>2.67</b>	<b>[2.06, 3.47]</b>
Total events	9150		48678				
Heterogeneity: Tau <sup>2</sup> = 0.34; Chi <sup>2</sup> = 1687.12, df = 23 (P < 0.00001); I <sup>2</sup> = 99%							
Test for overall effect: Z = 7.44 (P < 0.00001)							
Test for subgroup differences: Chi <sup>2</sup> = 0.02, df = 2 (P = 0.99), I <sup>2</sup> = 0%							



認知症があることで...

感染、重症化、または死亡  
リスク：**2.67倍**

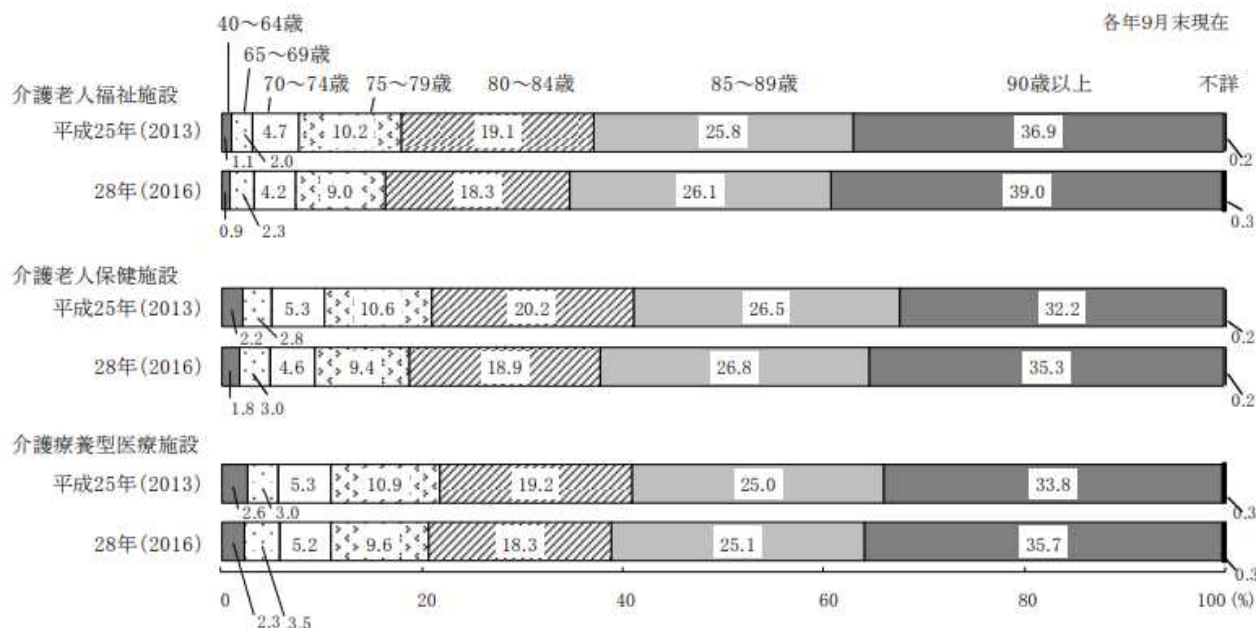
感染リスク：**2.76倍**

重症化率：**2.63倍**

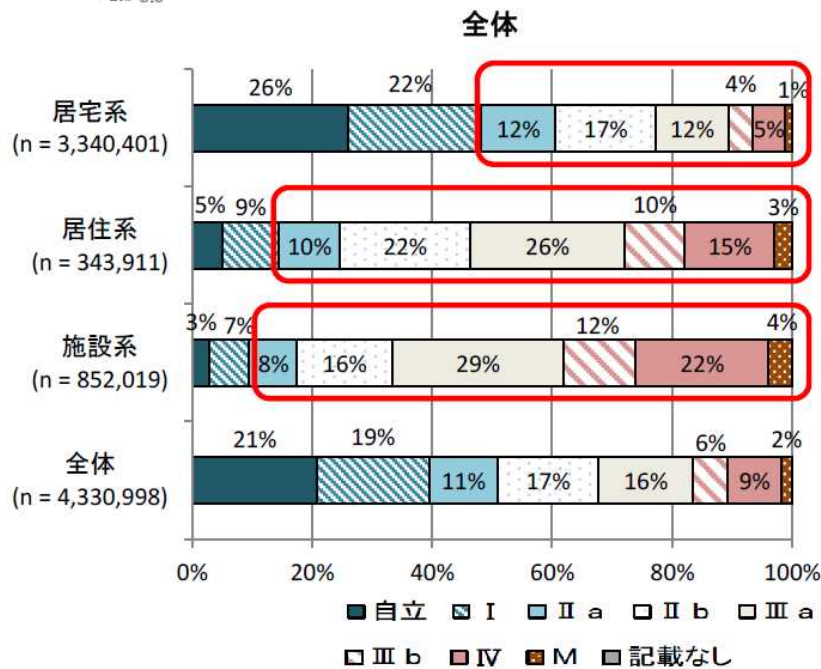
死亡率：**2.62倍**

# COVID-19対策の焦点となる介護施設

図8 年齢階級別在在者数の構成割合《利用者票》



介護保険施設在在者の8割が80歳以上



施設系サービス利用者の約9割が認知症日常生活自立度Ⅱ以上

介護施設での対応  
 ≡ 認知症高齢者への対応

# 施設でクラスターが発生した場合

施設での平均死亡率2%と仮定（平均年齢80歳以上）

- 定員100人の老健施設で利用者50名が感染した場合、1名以上死亡する危険性は63.6%
- 定員9名のグループホームで全員が感染した場合、1名以上死亡する危険性は16.6%

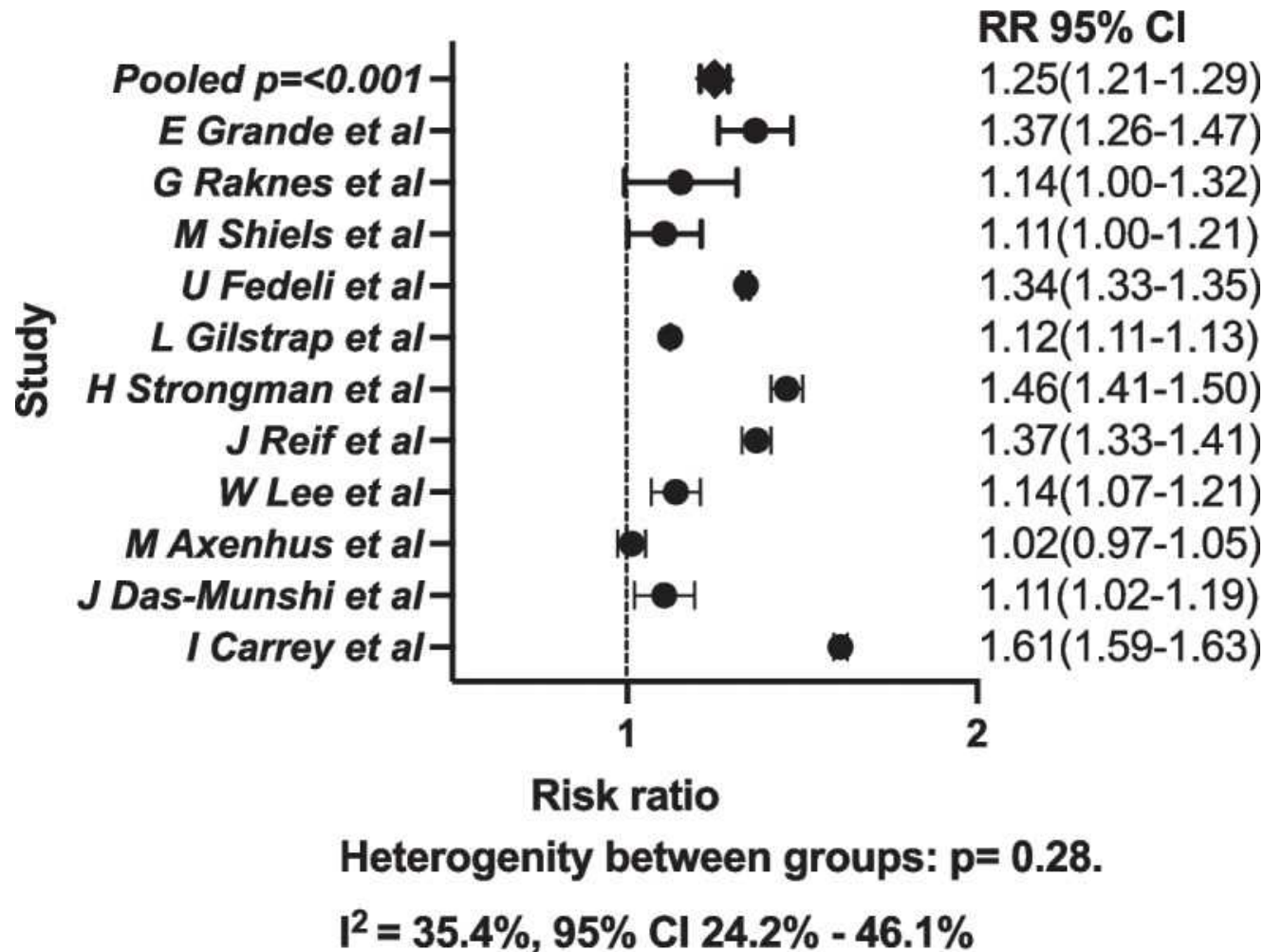
なお、50歳代以下死亡率は0.01%

- 50歳代以下では10106名が感染した場合に1名以上死亡する危険性が63.6%以上となる
- （危険性が16.6%になるのは1816名が感染した場合）



死亡率等が季節性インフルエンザと大きく変わらなくとも、感染性の違いによってもたらす影響は全く異なる

# コロナ禍での認知症者死亡率上昇



各国11の研究を統合した解析  
 (米国、イギリス、イタリア、ノルウェー等)

コロナ禍において、コロナ禍前と比べて認知症の人は、コロナ感染がないグループに限っても死亡率が25%上昇していた。

# 新型コロナウイルス流行下での 認知症の人の実態調査

～ 長期化に伴う変化 ～

# 1 研究の背景・方法

## 2 施設入所中認知症者の調査

高齢者医療・介護施設から回答

## 3 在宅認知症者の調査

介護支援専門員から回答

## 4 認知症者への影響



# 第1回認知症者の実態調査

## 施設入所中認知症者

対象：高齢者医療・介護施設

方法：調査票へのリンクを案内  
施設担当者が記入

調査期間：

2020年6月1日～6月29日



945施設が回答

## 在宅認知症者

対象：介護支援専門員

方法：調査票へのリンクを案内  
各介護支援専門員が記入

調査期間：

2020年6月18日～7月10日



751名が回答

# 第2回認知症者の実態調査

## 施設入所中認知症者

対象：高齢者医療・介護施設

方法：調査票へのリンクを案内  
施設担当者が記入

調査期間：

2021年11月8日～12月24日



686施設が回答

## 在宅認知症者

対象：介護支援専門員

方法：調査票へのリンクを案内  
各介護支援専門員が記入

調査期間：

2021年10月29日～12月24日



241名が回答

# 第1, 2回認知症者の実態調査

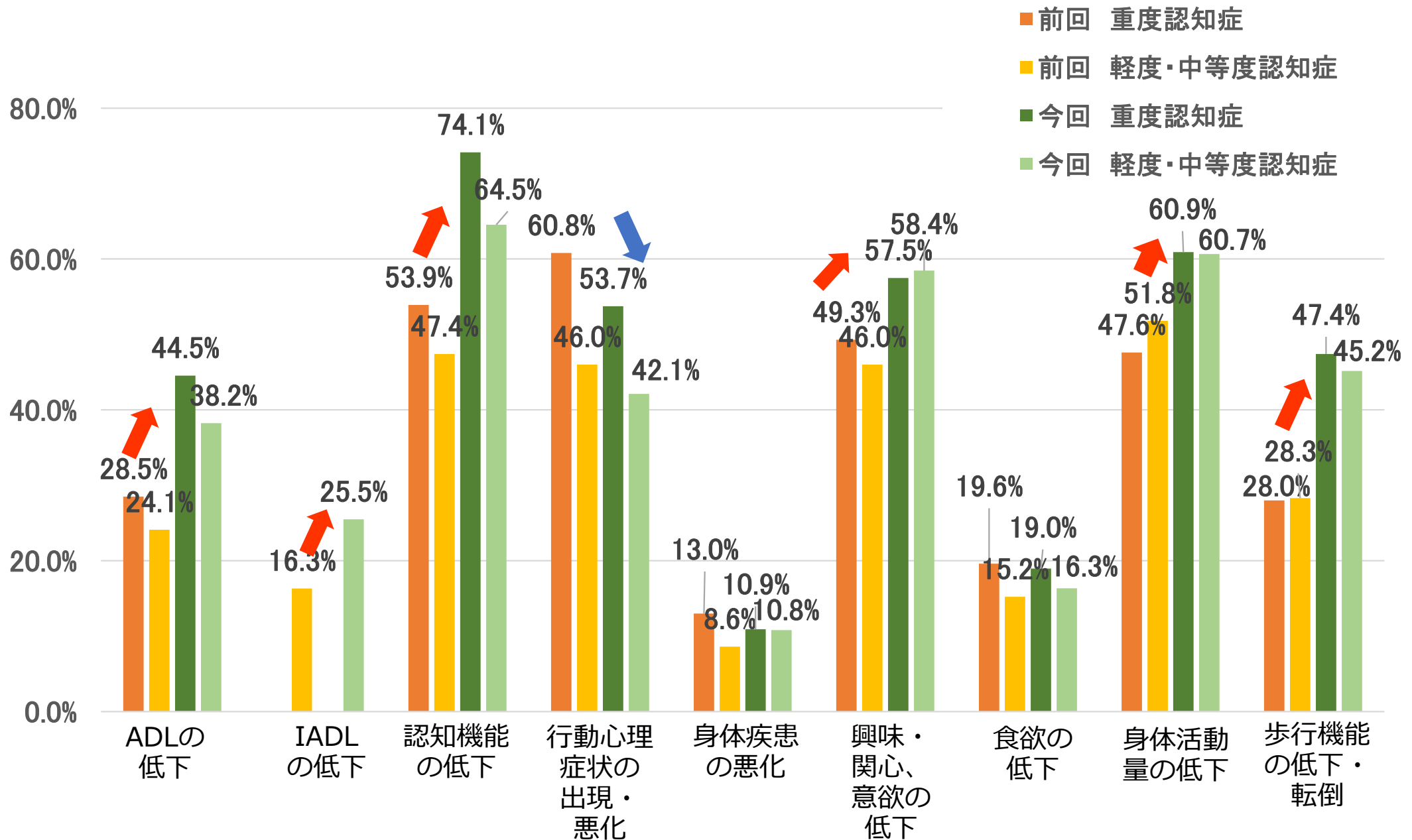
新型コロナウイルス感染症流行下における生活の変化によって認知症の状態に影響が生じたと回答した割合の変化

	2020年	2021年
高齢者施設	38.5%	52.6%
ケアマネジャー	38.1%	56.8%

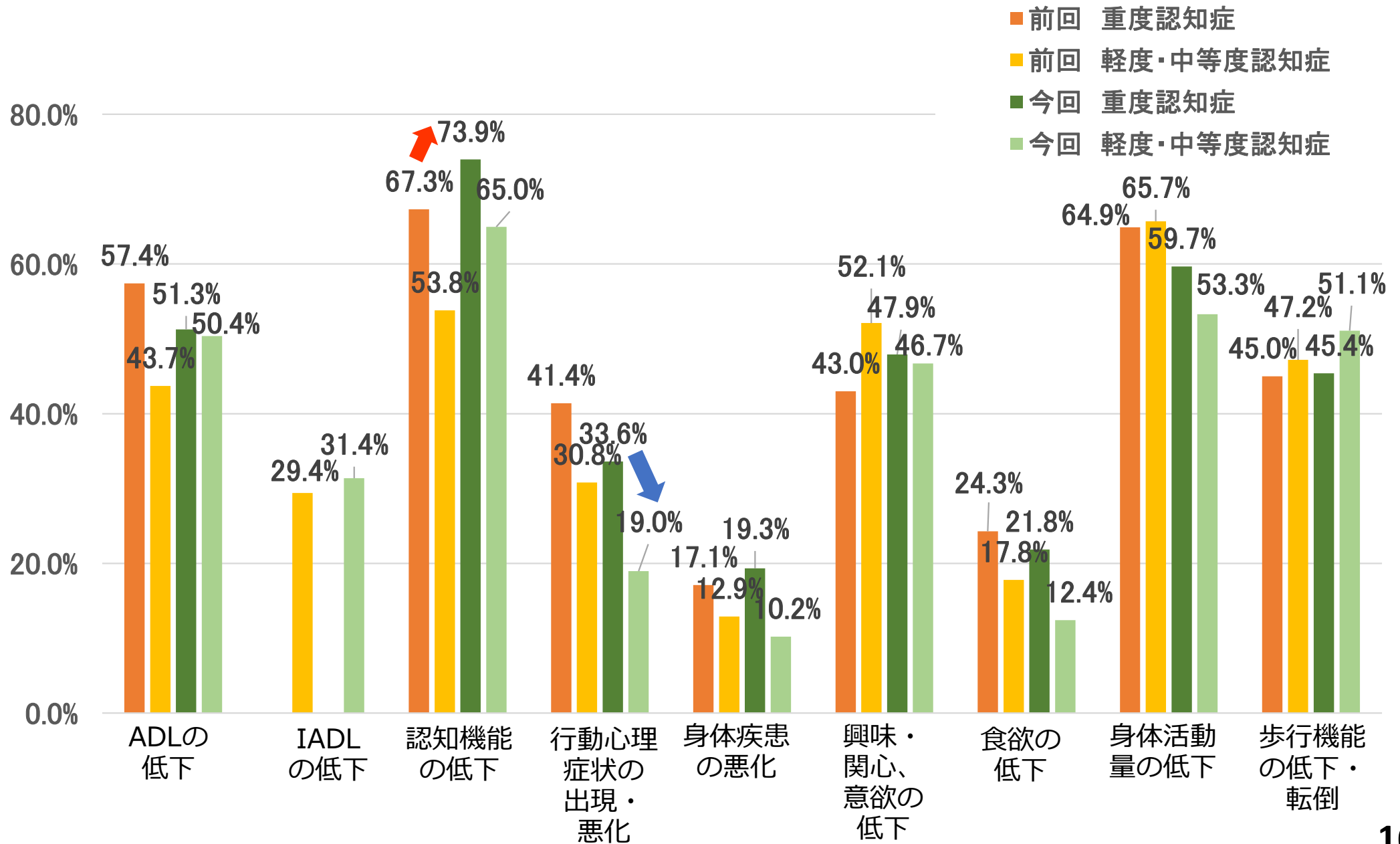


10%以上増加

# 施設入所中認知症者に生じた影響



# 在宅認知症者に生じた影響



# 第3回認知症者の実態調査

## 施設入所中認知症者

対象：高齢者医療・介護施設

方法：調査票へのリンクを案内  
施設担当者が記入

調査期間：

2023年1月17日～2月24日



995施設が回答

## 在宅認知症者

対象：介護支援専門員

方法：調査票へのリンクを案内  
各介護支援専門員が記入

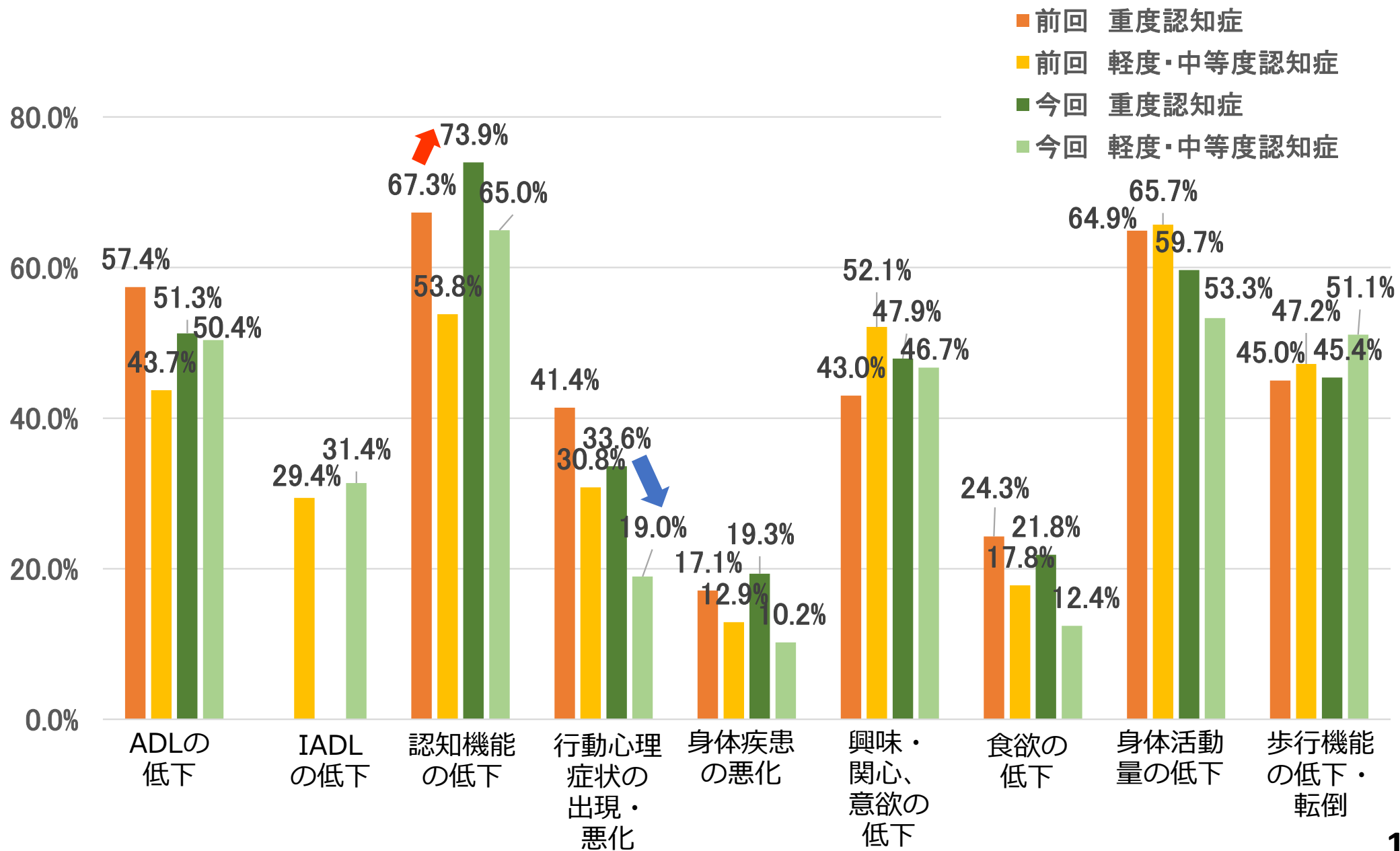
調査期間：

2023年1月19日～2月24日

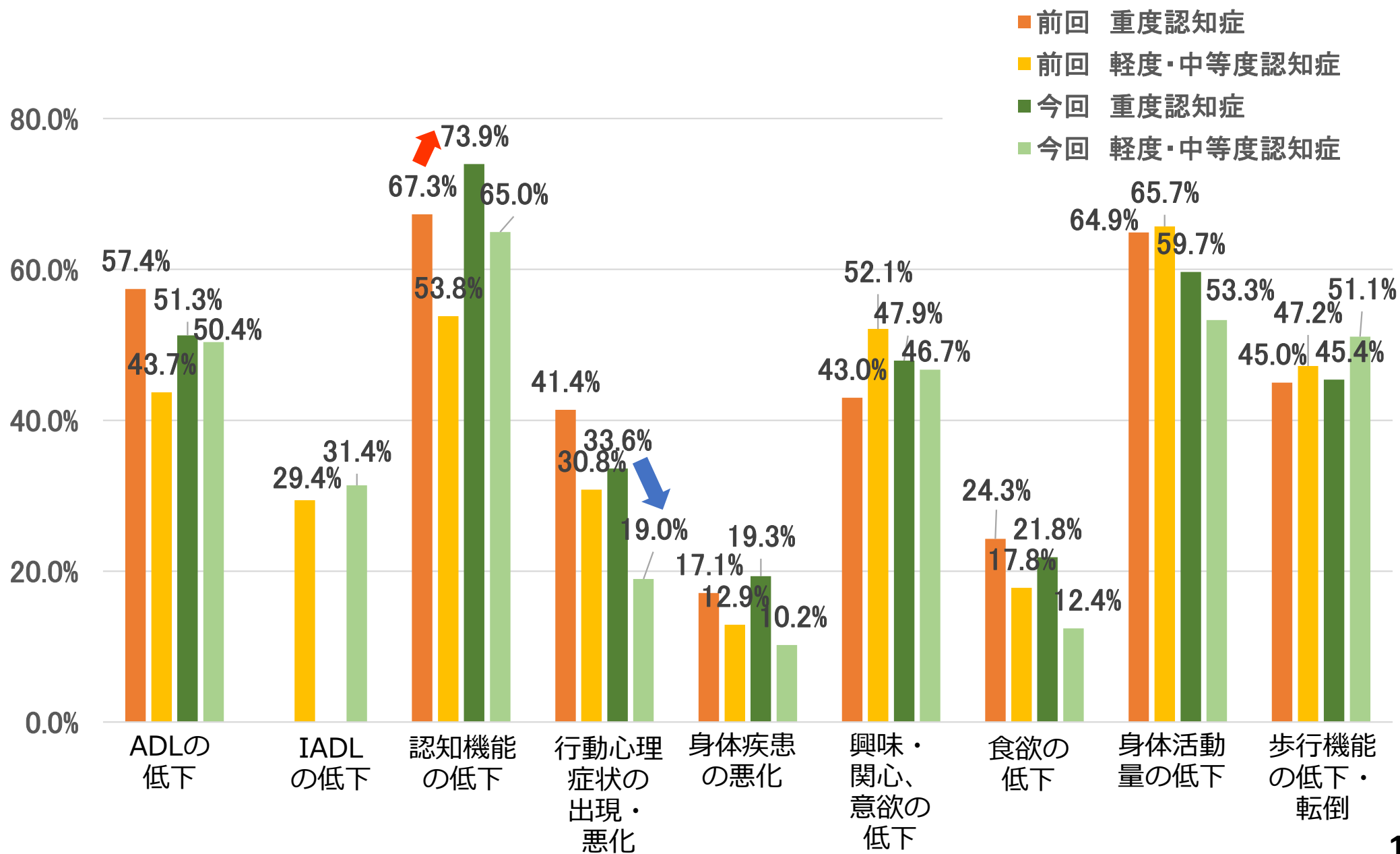


436名が回答

# 在宅認知症者に生じた影響



# 在宅認知症者に生じた影響





# 1 研究の背景・方法

## 2 施設入所中認知症者の調査

高齢者医療・介護施設から回答

## 3 在宅認知症者の調査

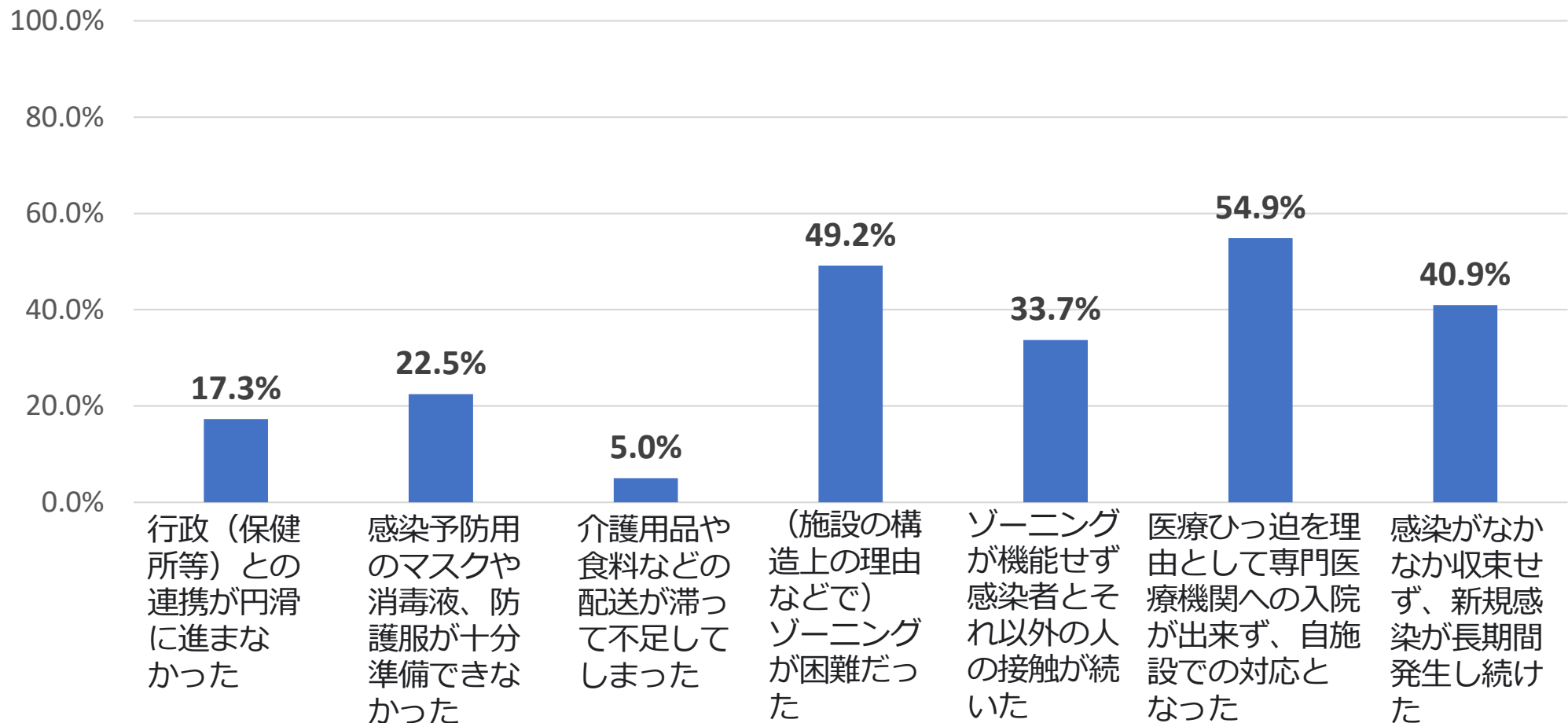
介護支援専門員から回答

## 4 認知症者への影響

# クラスターへの対応

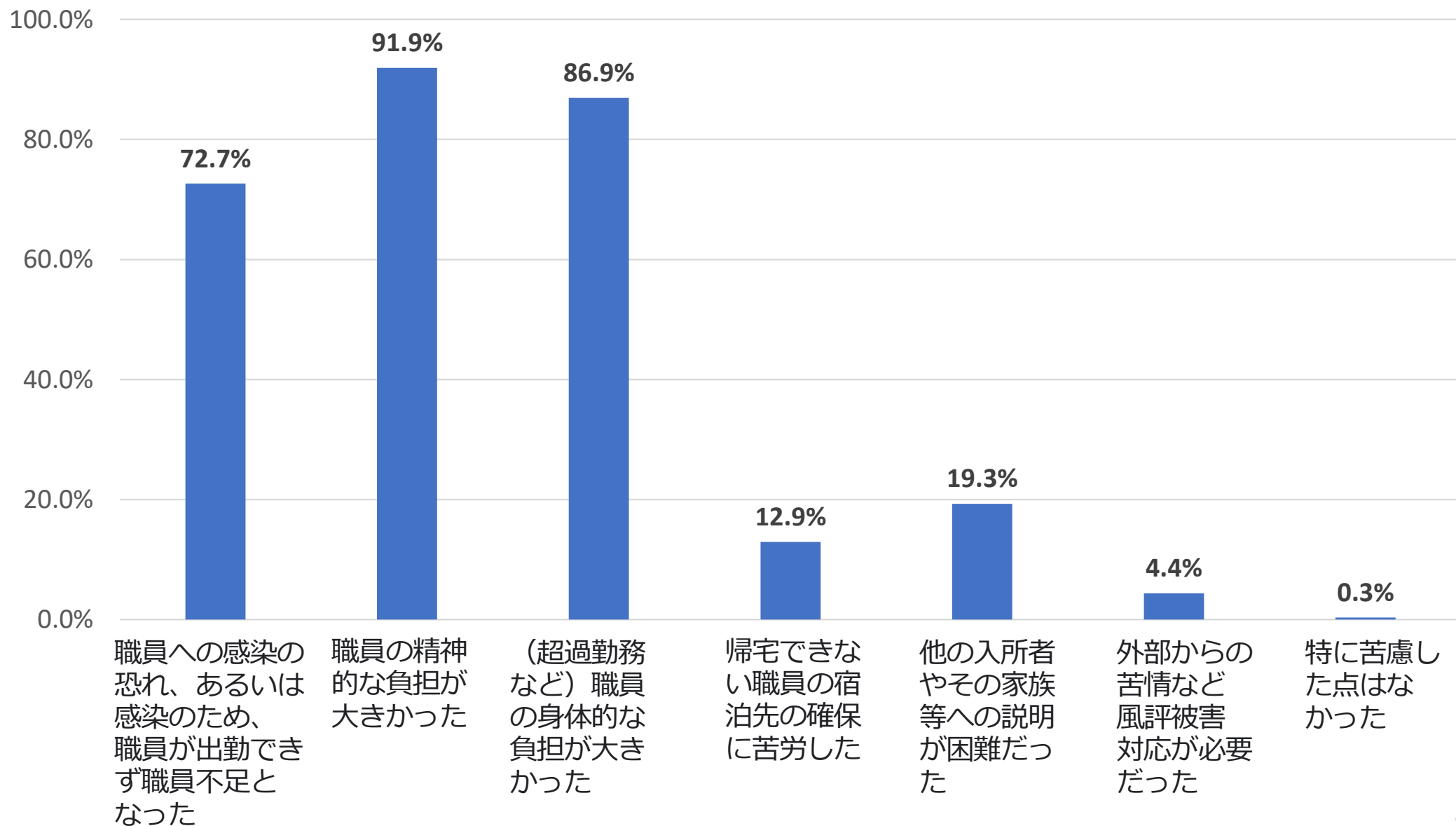
596施設（59.9%）がクラスターが発生したと回答していた。対応にあたっては、職員の精神的、身体的負担が大きな点、職員不足への対応が大きな課題となっていたが、他にも多様な課題がみられていた。

## 対応に苦慮した点



# クラスターへの対応

## 対応に苦慮した点（続き）



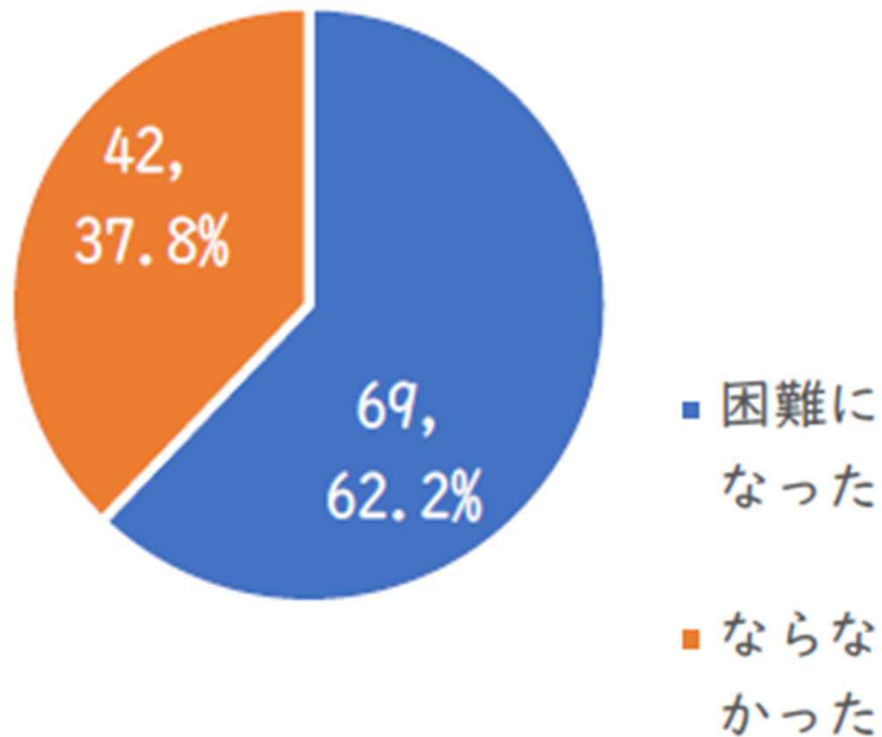
# クラスターへの対応

- ゾーニングが困難
  - そもそも物理的に困難
  - 食事の配膳や廃棄物搬出など動線の設定が困難
- 隔離に伴う問題
  - 徘徊の問題
  - 隔離の結果、目が行き届かなくなり介助等が困難になる
  - 個室対応により職員負担が増大
- 介護職員の医療知識や経験が不十分
  - 感染防止に対する理解が不十分
- 職員が疲弊
  - 職員の感染、休職によって人手不足が悪化
  - 職員の精神面への影響

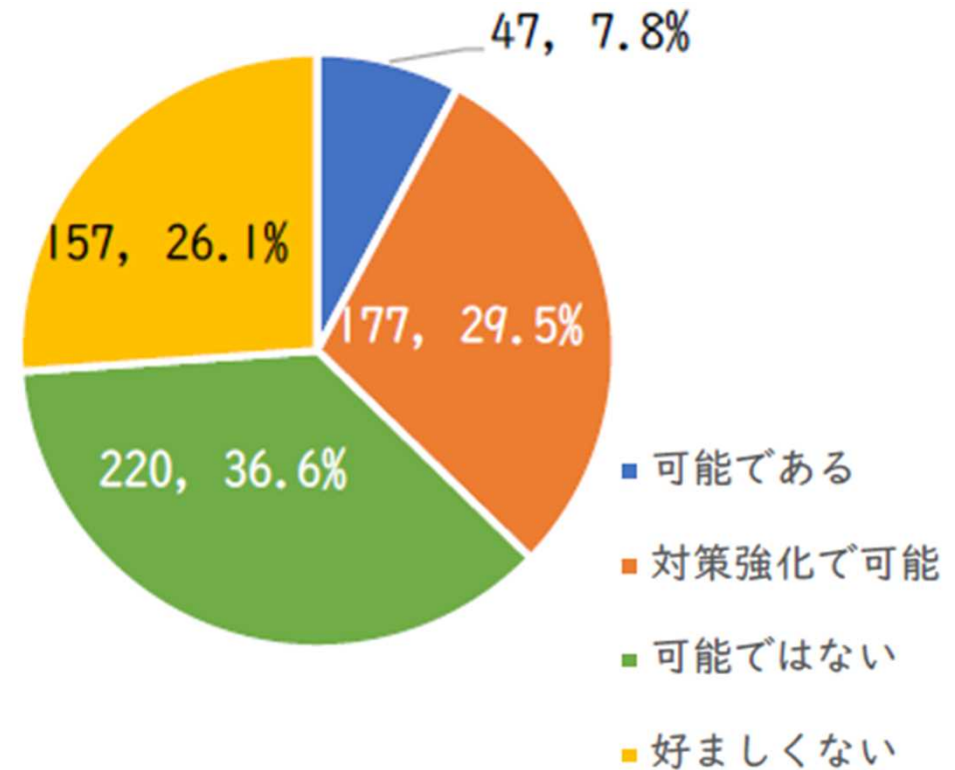
# 【参考】クラスターへの対応

認知症GH協会による604施設を対象とした調査では、感染発生時に6割を超える施設が職員体制が困難になったと回答しており、さらに施設内療養の可能性に対して否定的であった。

感染発生時により職員体制が困難になったか



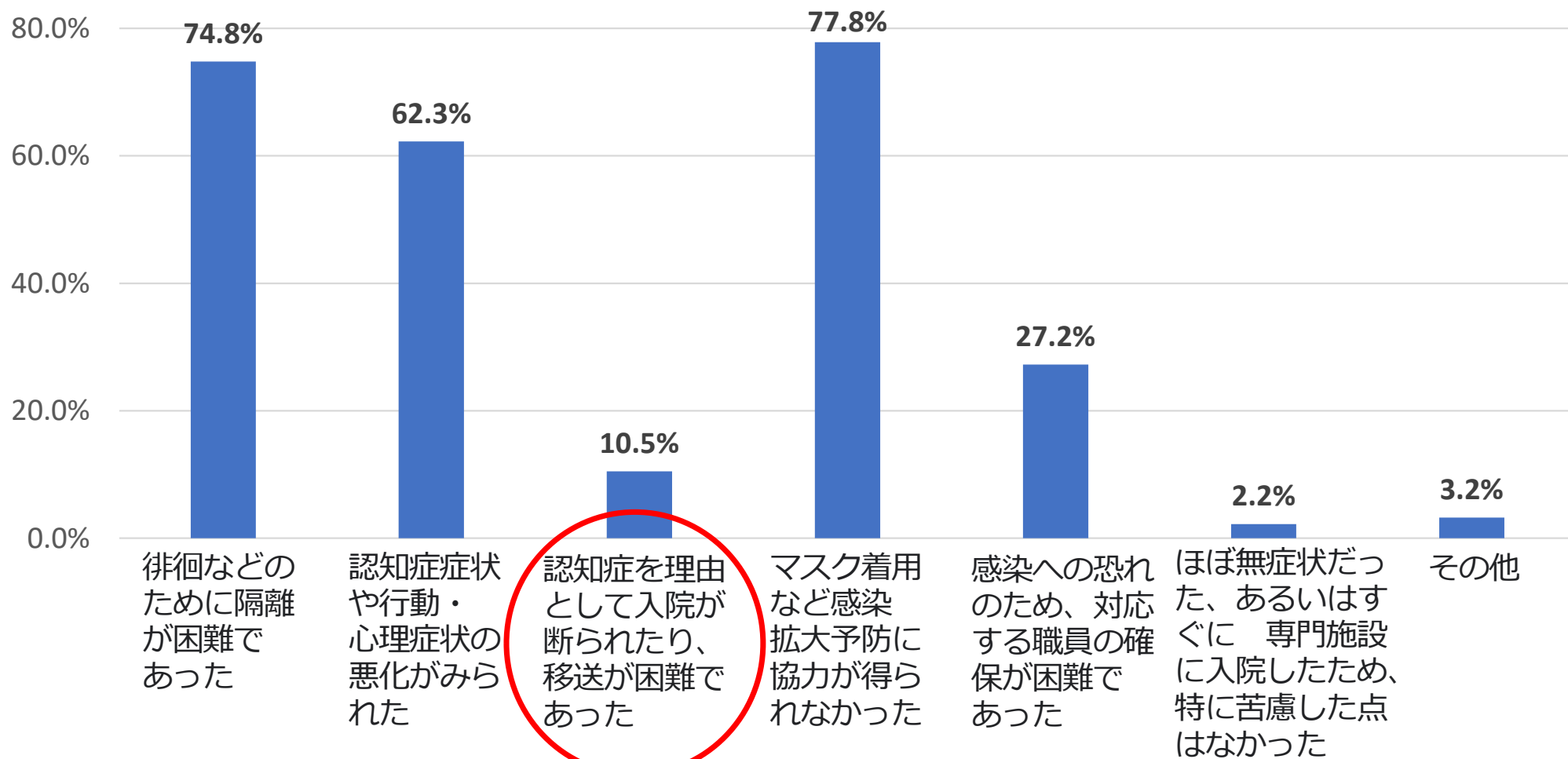
事業所内療養の可能性について



# 感染した認知症者への対応

クラスター感染に認知症者が含まれていたと回答した591施設（99.2%）からは、感染予防、症状悪化に関して対応に苦慮した点が挙げられた。

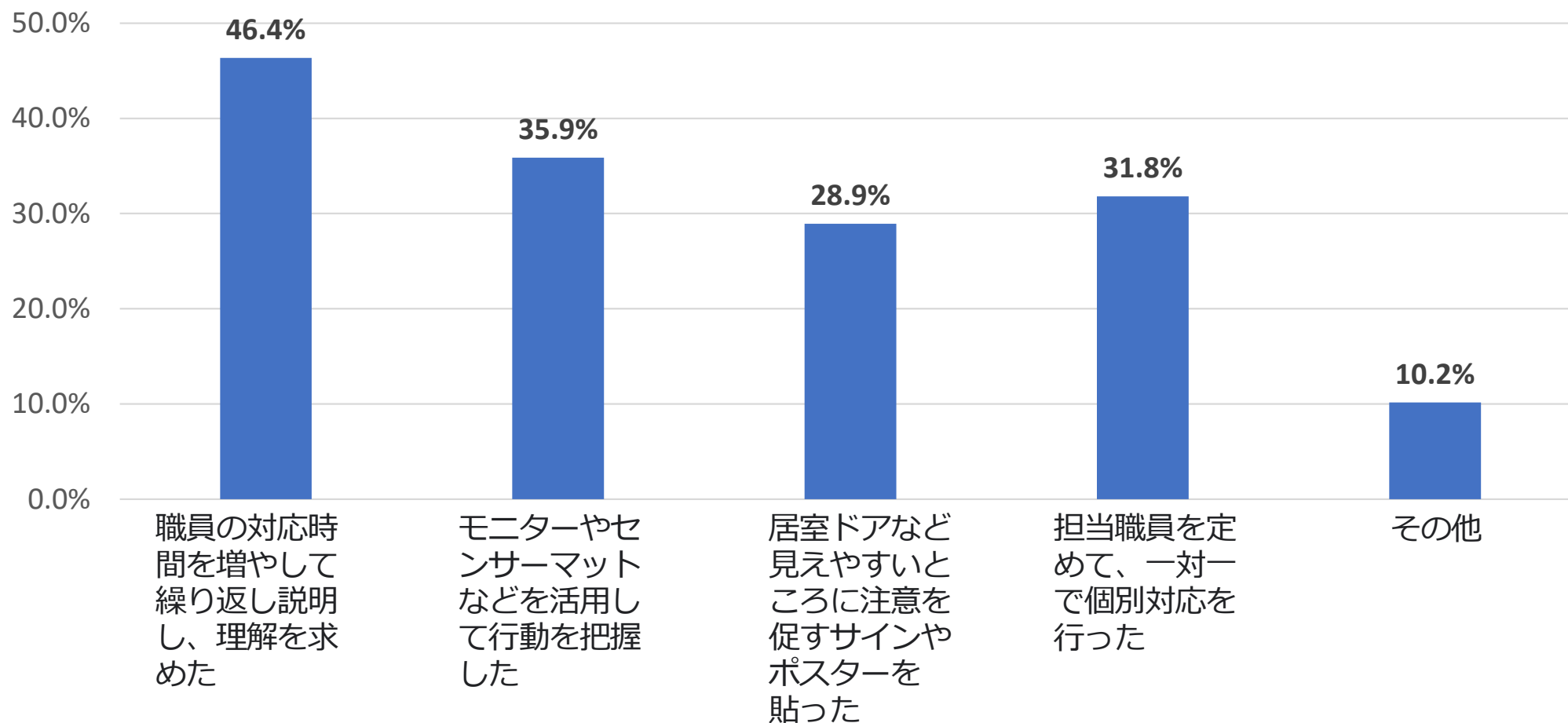
## 対応に苦慮した点



# 感染した認知症者への対応の工夫

認知症の人が感染した場合には、対応にあたって様々な工夫が行われていたが、職員負担に繋がる工夫もみられていた。

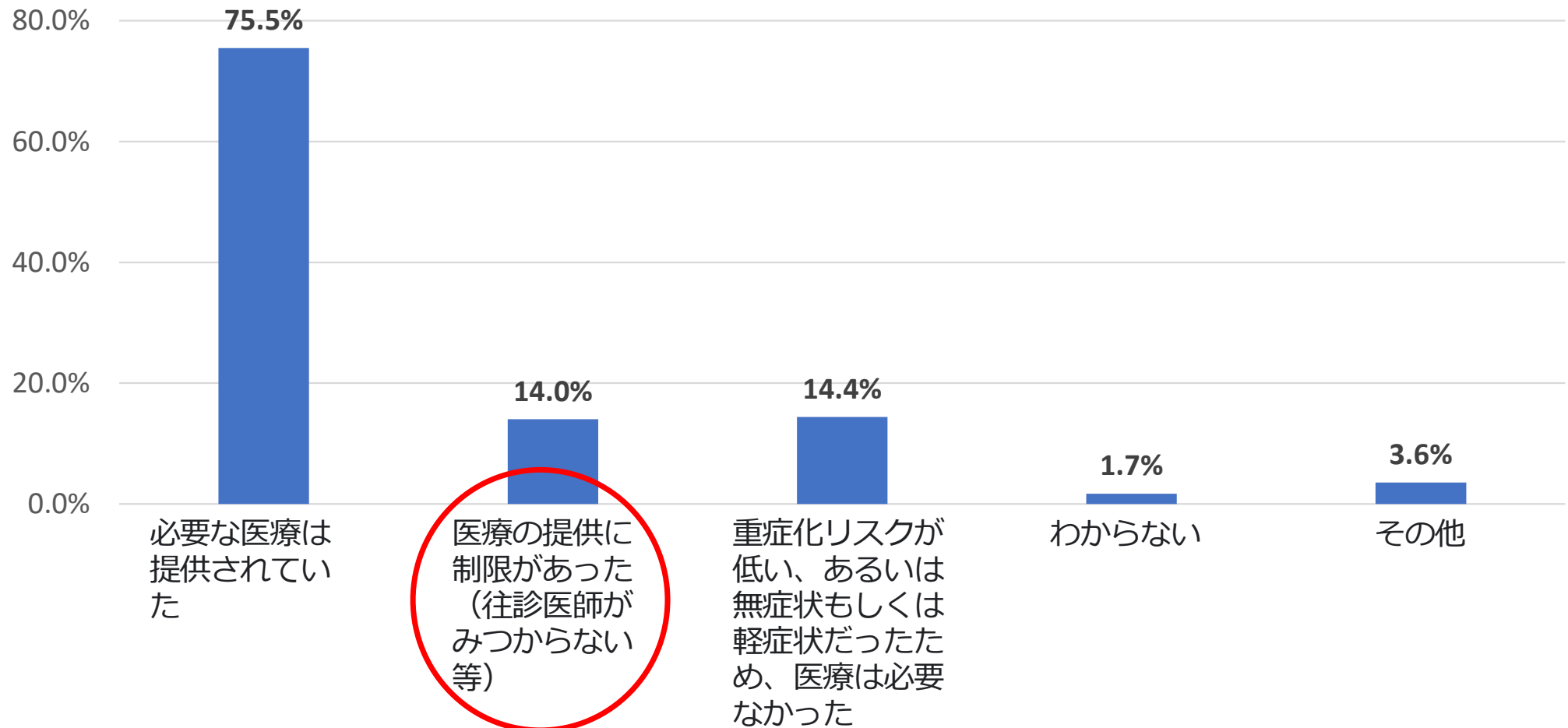
## 対応にあたっての工夫



# 感染した認知症者への医療の提供状況

多くの場合、医療は必要な医療は主に主治医から提供されていたが、医療が十分に提供されないケースも一部にみられていた。

## 医療の提供状況

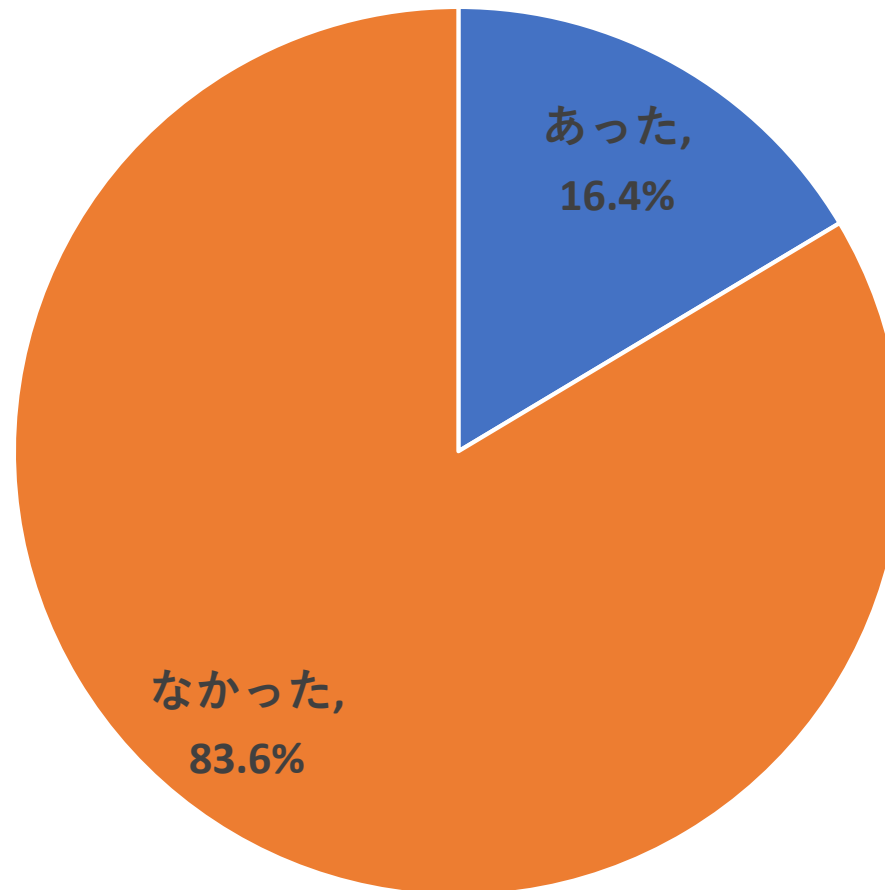




# 身体拘束

クラスターが発生し、認知症の人も感染した591施設のうち、97施設（16.4%）からは身体拘束を行わざるを得ない状況があったと回答があった。

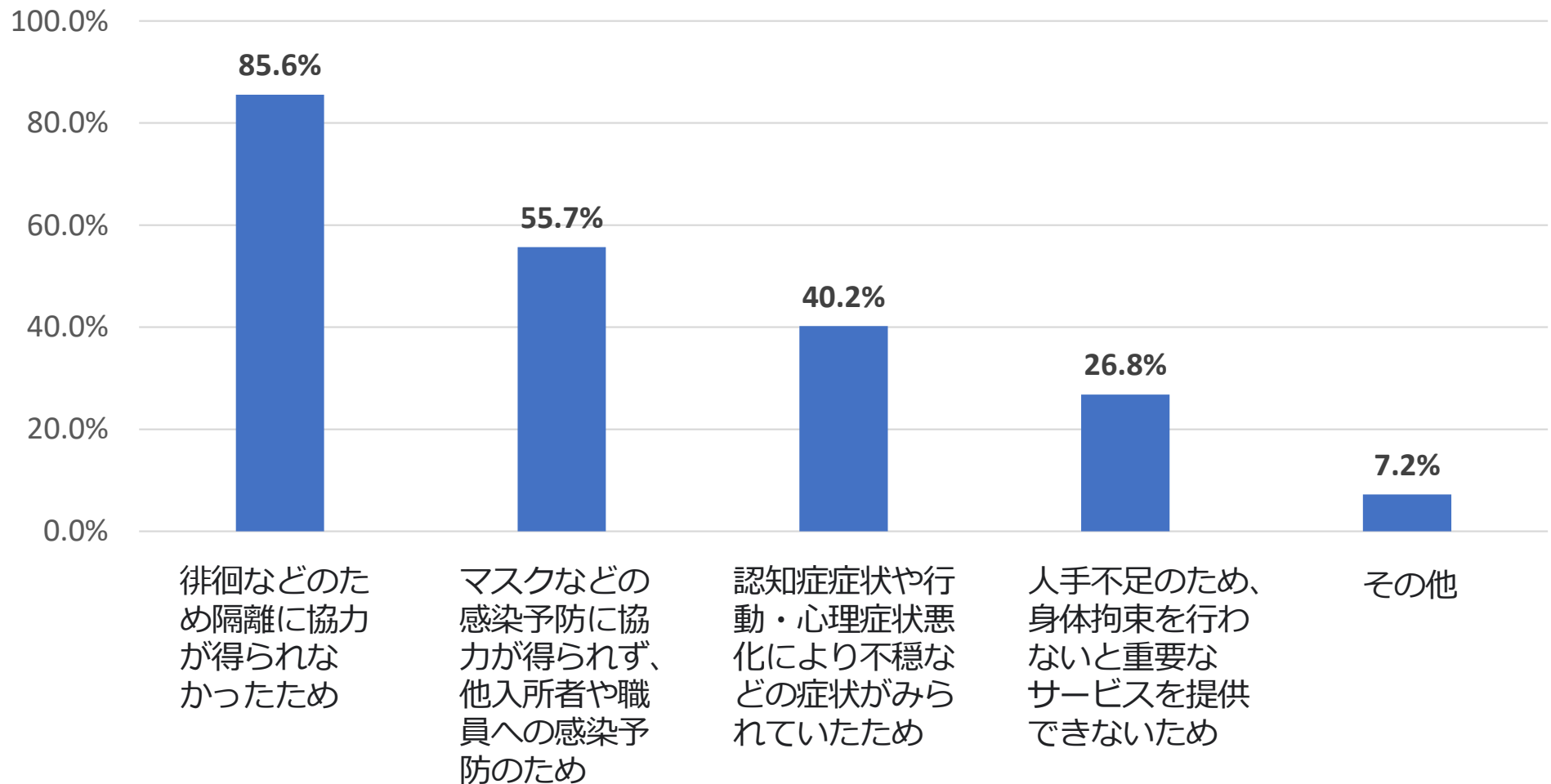
## 身体拘束を行わざるを得ない状況



# 身体拘束を行った理由

身体拘束を行う主な理由としては感染予防のためだったが、不穏がみられたことや人手不足などの理由も一定程度みられている。

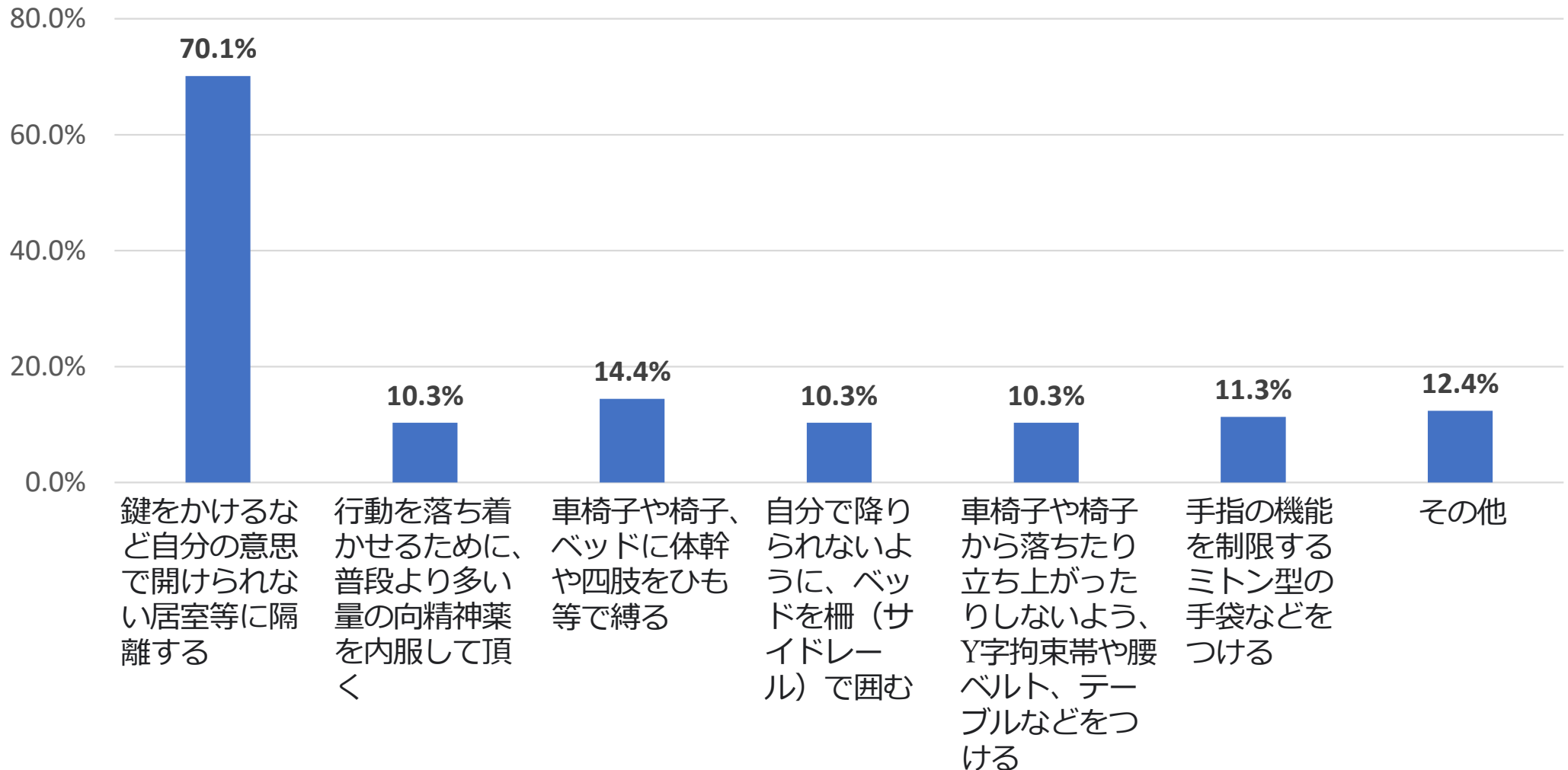
## 身体拘束を行った理由



# 身体拘束の種類

実施した身体拘束としては居室への隔離が最多であったが、それ以上の負担を伴う身体拘束も実施されていた。

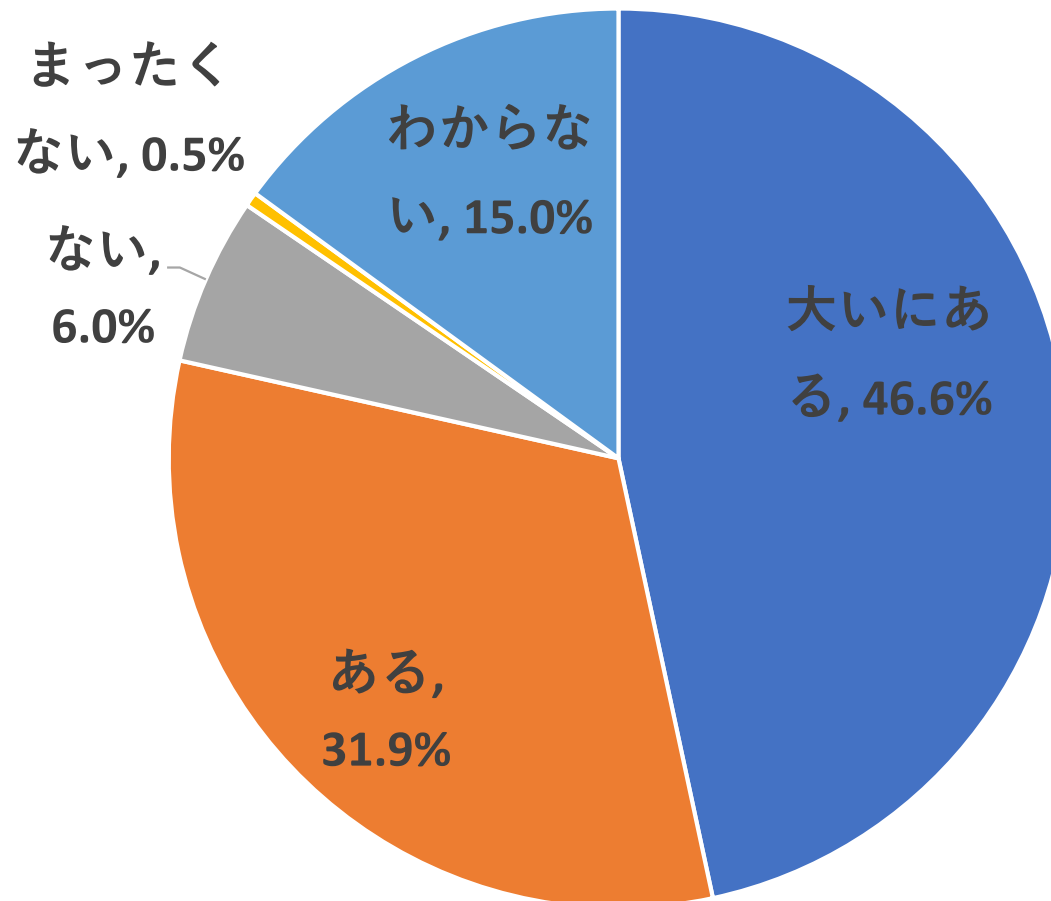
## 身体拘束の種類



# 施設調査：今後の入院や移送

認知症を理由として入院が断られたり、移送が困難になる可能性があると感じた施設は「大いにある」と「ある」をあわせて78.5%であった。

認知症を理由として入院や移送が困難になる可能性の有無



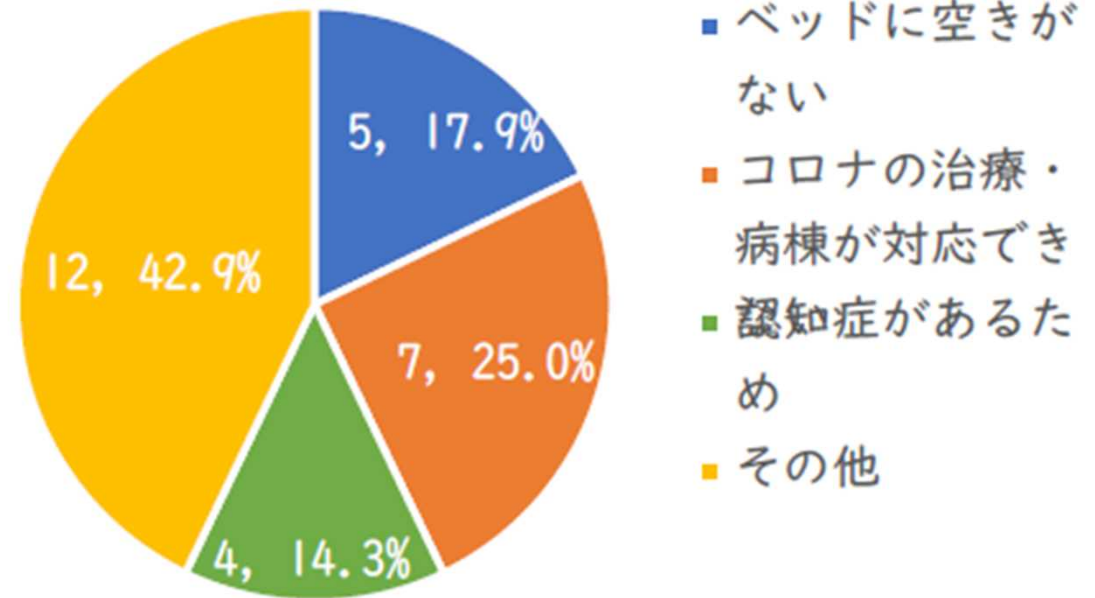
# 【参考】認知症グループホーム調査

認知症GH協会による604施設を対象とした調査では、第6波の段階で19.2%の施設で感染が発生しており、うち9割で感染者が入院できない状況にあった。入院できない理由として「認知症であること」が14.3%を占めた。

## 感染した入居者が入院したか

状況	
感染した入居者の一部が入院した	56.7%
全員が入院できた	10.0%
入院していない	33.1%

## 入院できなかった理由



# 施設調査の結果

- 高齢者医療・介護施設では施設、職員、入所者それぞれの要因によってクラスターへの対応が困難となっていた。
- 認知症者が感染した場合、感染防止に協力が得られにくいことなどを理由として特に対応が困難となっており、身体拘束を検討せざるを得ないケースもみられていた。
- 認知症感染者では認知症を理由として十分に医療や介護を受けられない恐れがあった。また、多くの施設が認知症を理由として専門病床で治療が受けられないのではないかと不安に感じていた。

1 研究の背景・方法

2 施設入所中認知症者の調査

高齢者医療・介護施設から回答

3 在宅認知症者の調査

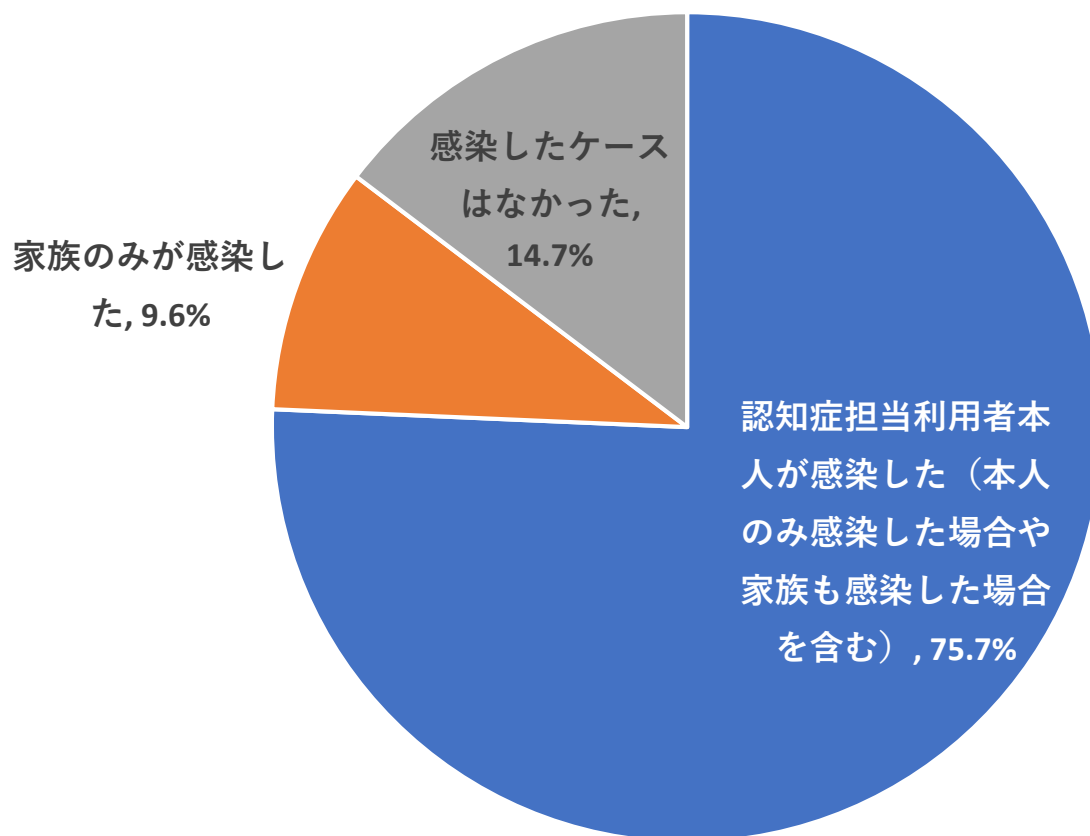
介護支援専門員から回答

4 認知症者への影響

# 利用者または家族の感染

認知症担当利用者本人もしくはその家族が感染したと回答した介護支援専門員は合計85.3%にのぼる。

## 利用者または本人の感染

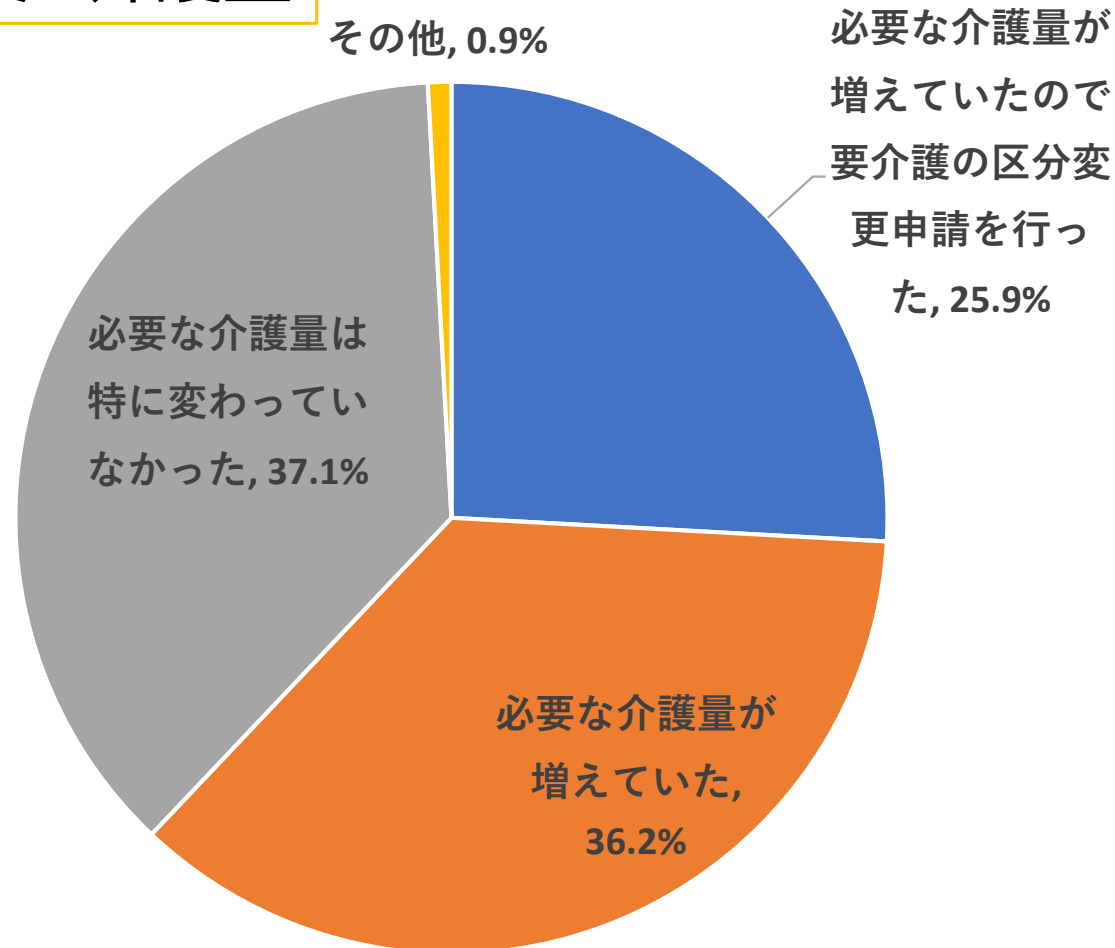




# 認知症の人感染後の状況

認知症の人が感染した場合、45.5%で施設での宿泊療養または入院が必要となっていた。自宅に戻った後、必要な介護量が増えたとの回答が6割を超えていた。

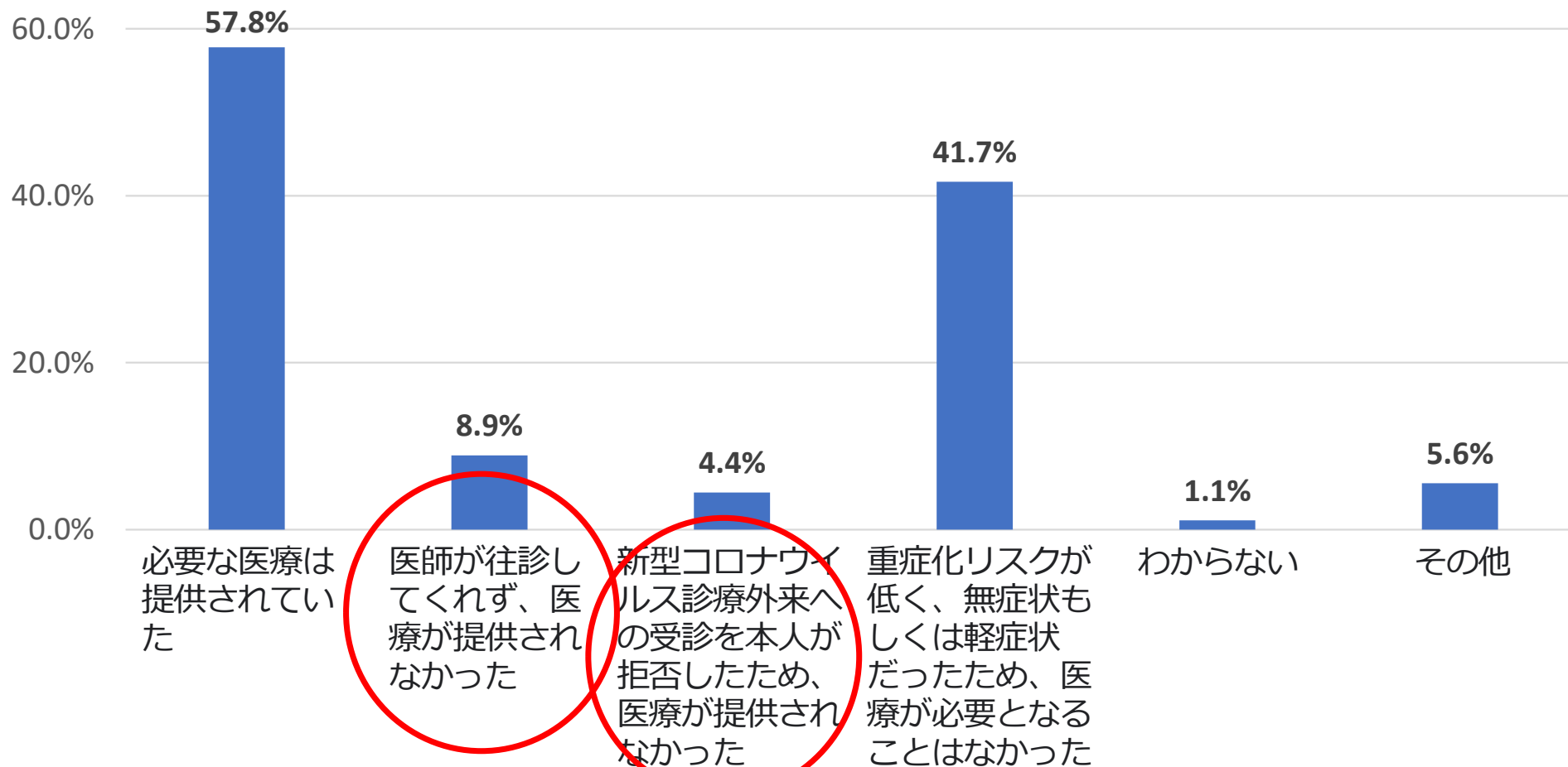
## 宿泊療養または入院後の介護量



# 認知症の人自宅療養中の状況

認知症の人が感染し、自宅療養となった時、多くの場合必要な医療が提供されていたが、医療提供が行われなかったとの回答が1割程度みられている。

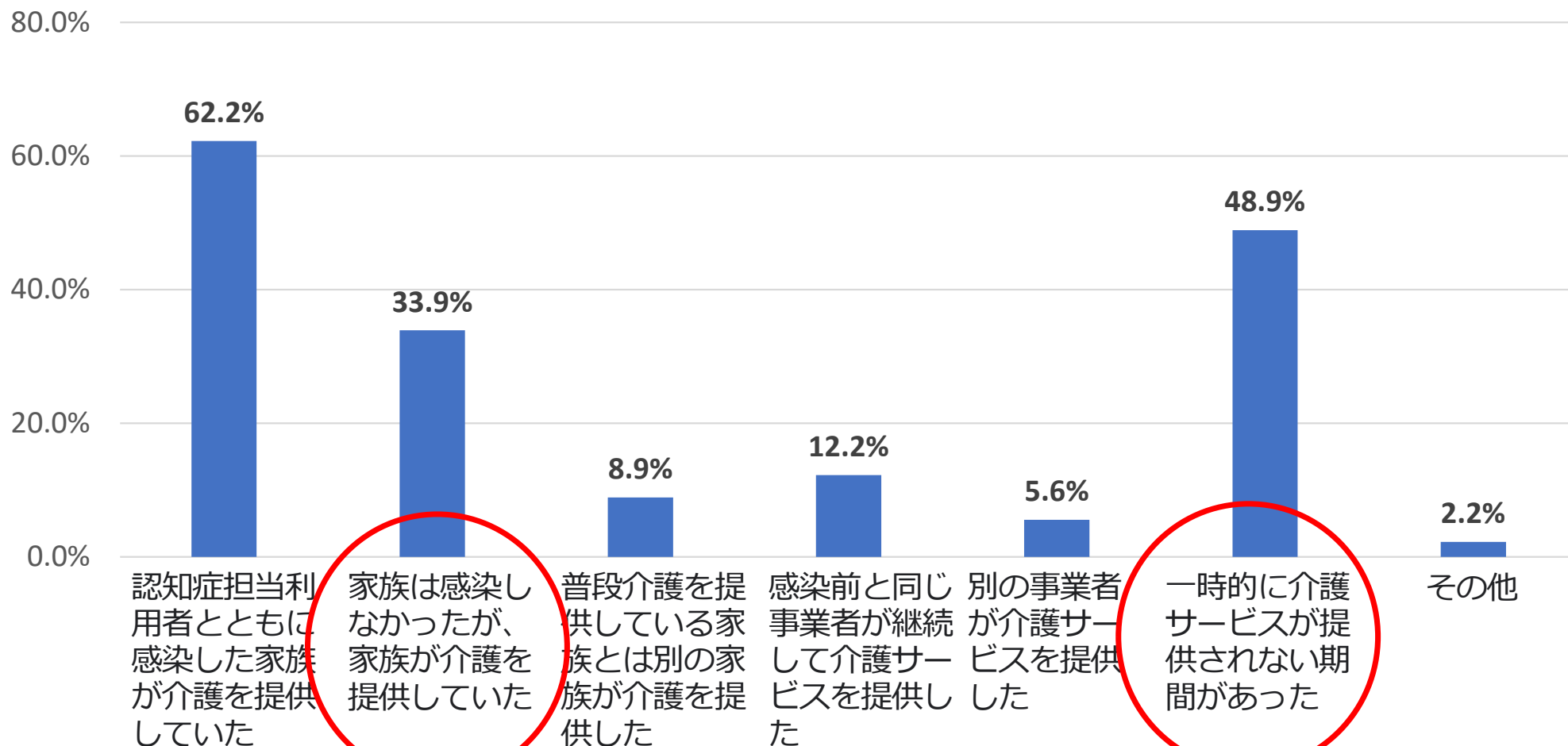
## 自宅療養中の医療提供状況



# 認知症の人自宅療養中の状況

認知症の人が感染し、自宅療養となった時、多くの場合介護の提供が困難となり、感染していない家族が介護するケースもみられていた。

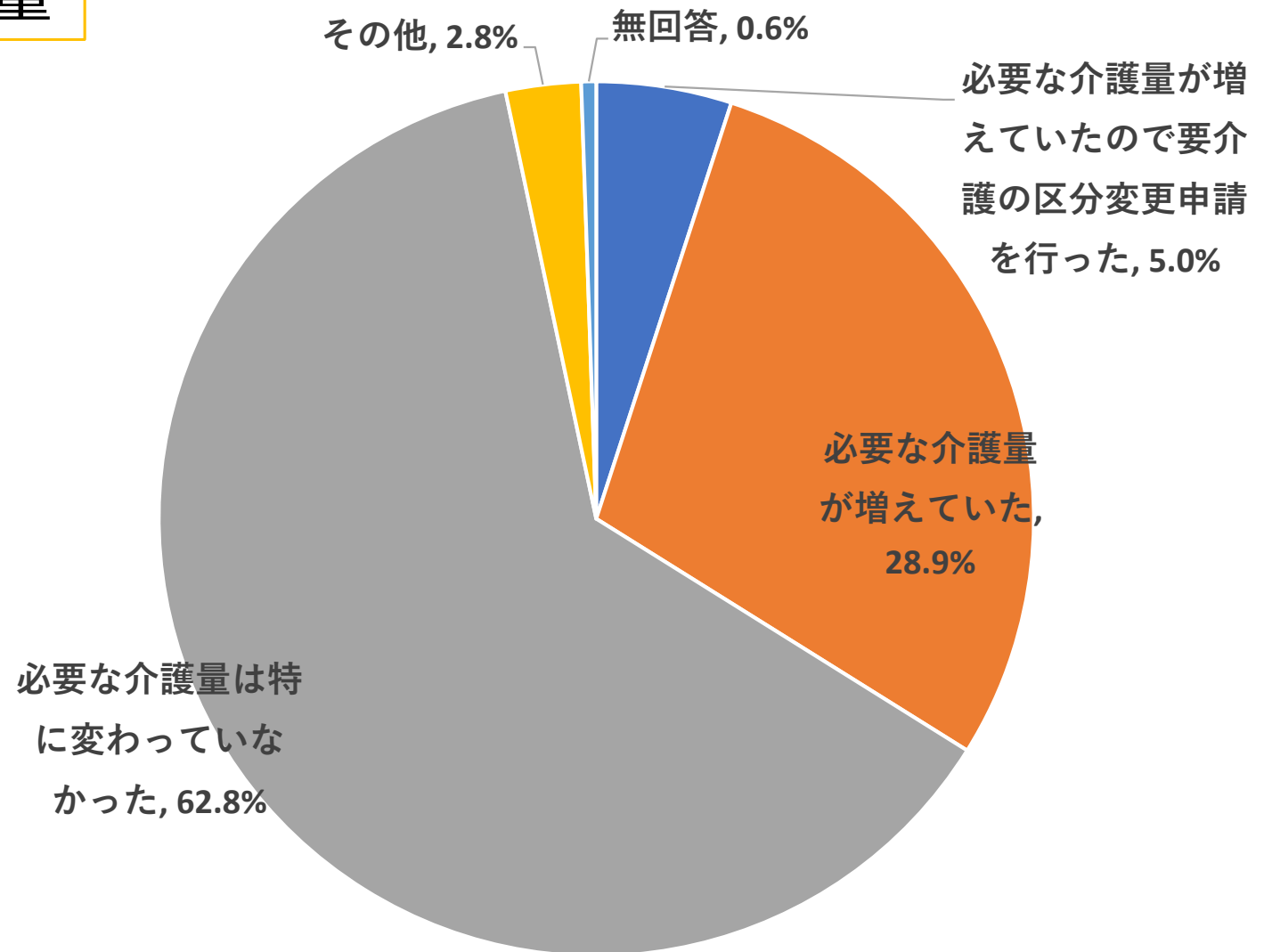
## 自宅療養中の介護提供状況



# 認知症の人感染後の状況

認知症の人が感染し、自宅療養した後に必要な介護量が増えたとの回答が約1/3にみられていた。

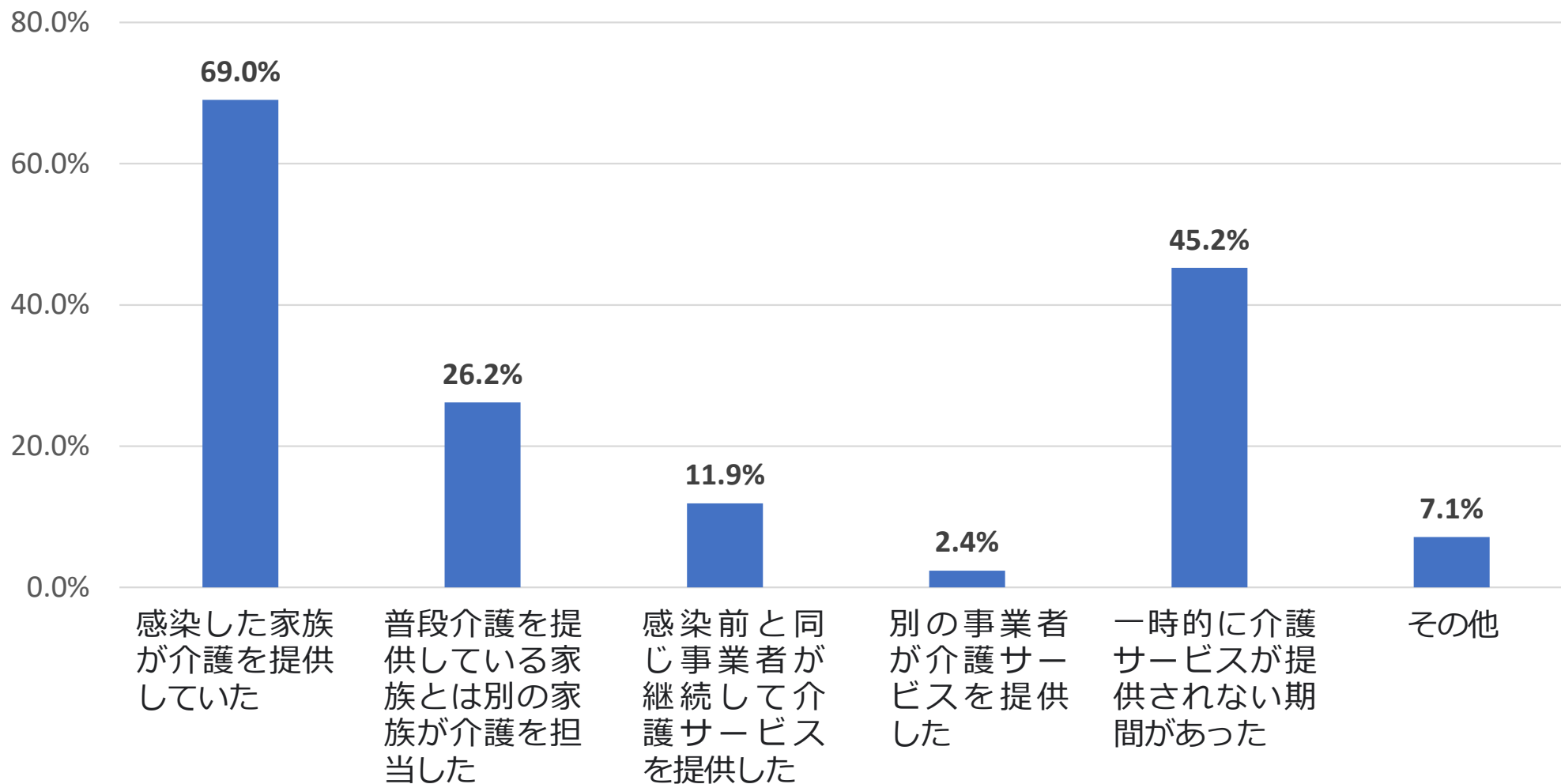
## 自宅療養後の介護量



# 家族感染時の介護提供状況

家族のみが感染した場合、85.7%が本人も濃厚接触者になったと回答した。多くの場合介護提供が困難となり、感染家族が介護するケースもみられた。

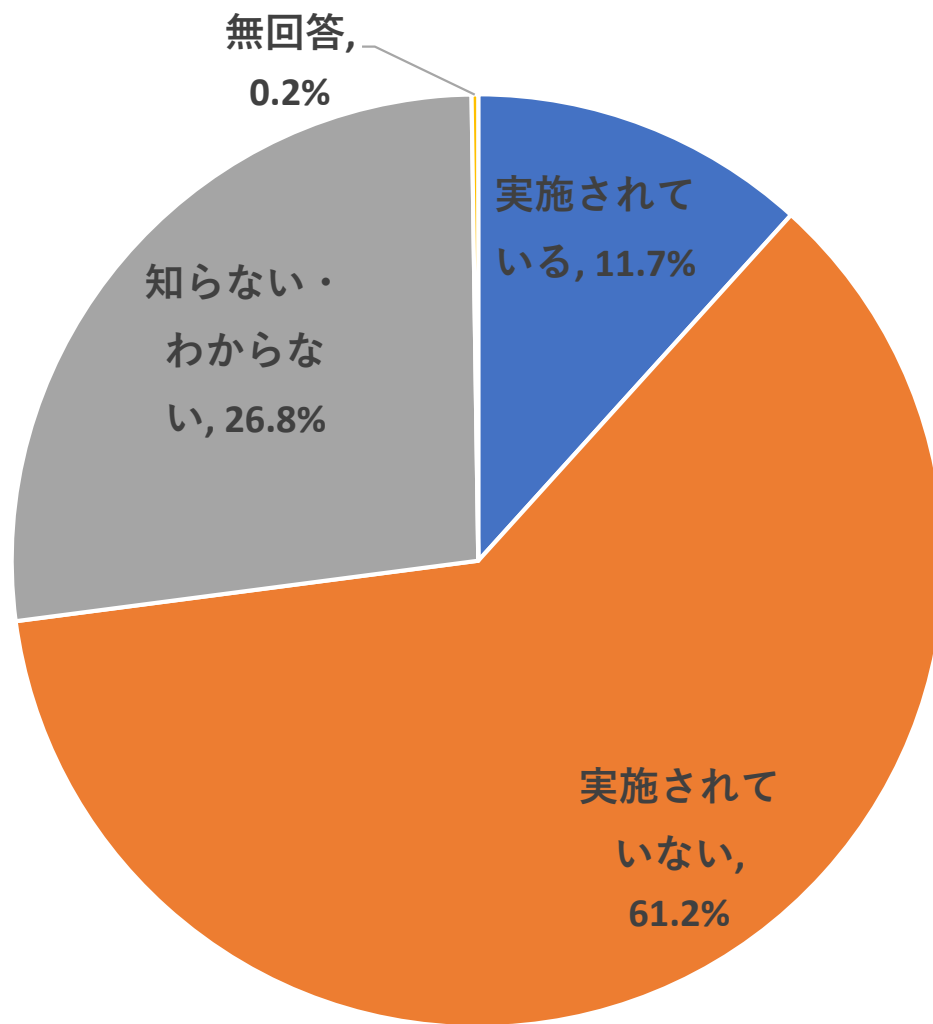
## 家族が感染した場合の介護提供状況



# 介護者が感染した場合の自治体支援

家族など介護者が感染し、介護提供が困難となる場合に対する自治体からの支援について、されていないとの回答が6割を超えた。

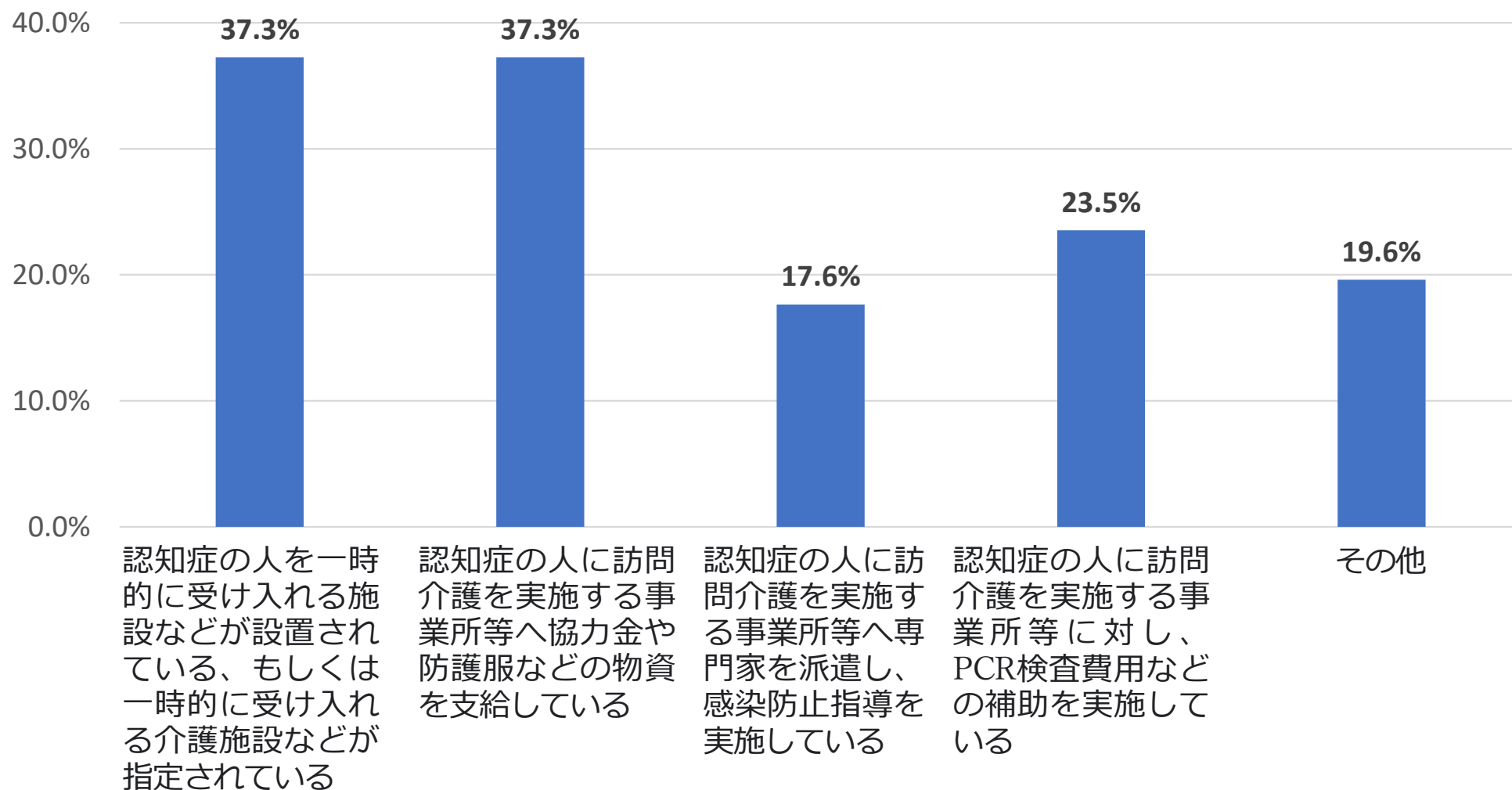
## 介護者が感染した場合の自治体支援



# 介護者が感染した場合の自治体支援

家族など介護者が感染し、介護提供が困難となる場合に対する自治体からの支援では最多が受け入れ施設の準備および物品の支給だった。

## 実施されている自治体支援



# 【参考】 家族の会による緊急要請

- 介護者が感染し、本人が濃厚接触者となった場合でも、本人がひとり取り残されることなく安全、安心な環境下で認知症の介護を受けられるよう、体制整備などの配慮をお願いします。
- 認知症の人が入院した場合、感染症対策で面会が画一的に禁止されてしまうことのないよう医療機関に要請してください。
- 一カ所の介護事業所で感染が確認されたからといって、その地域の関係のない介護事業所にまで一律に一時休業を要請するのは止めてください。

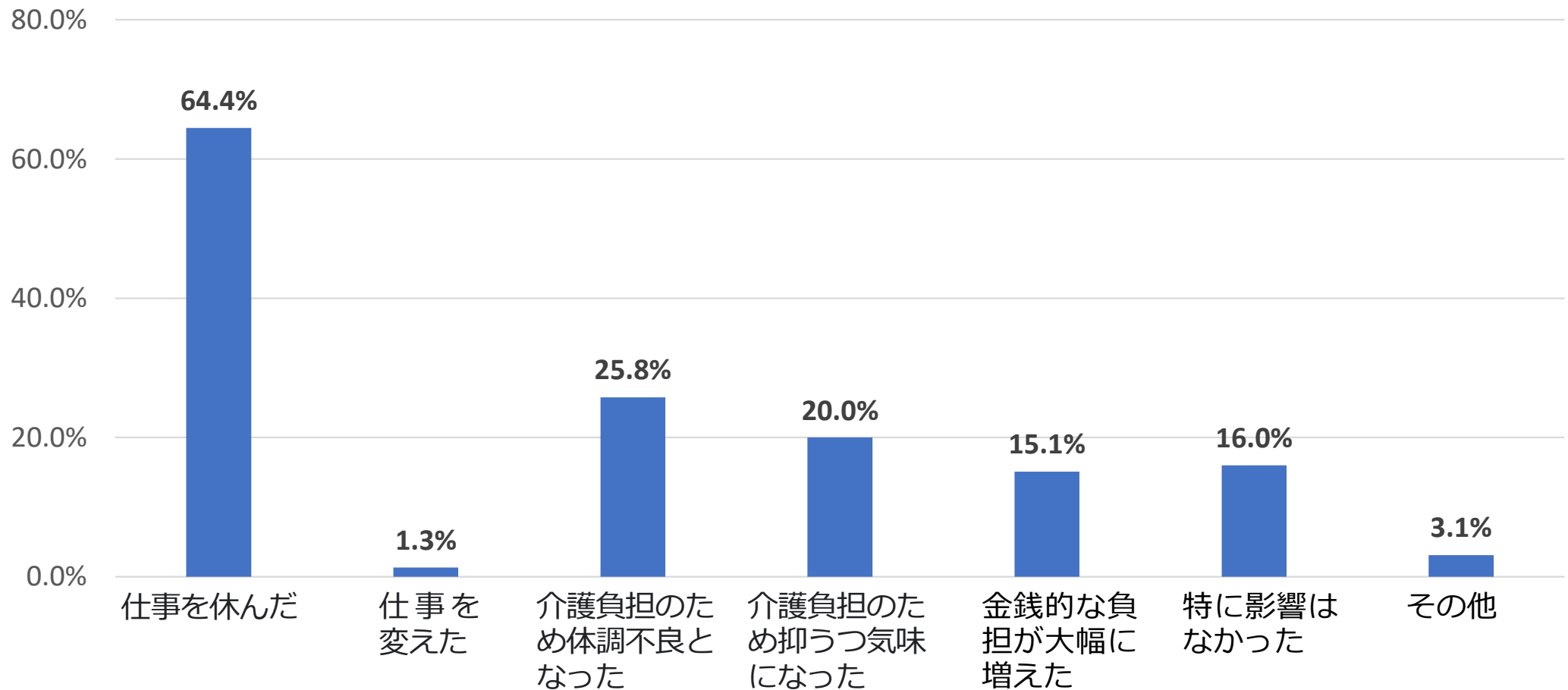
2020年3月16日



# 在宅認知症調査：介護サービスと家族負担

58.3%が認知症者の介護サービス利用状況に変化があったと回答しており、うち、88.6%が、その結果として家族が介護を行う事があったと回答していた。それにより、様々な介護負担が発生していた。

## 家族の介護負担



# 在宅調査の結果

- 認知症の人本人が感染した場合、感染後に必要な介護の量が増えるケースが多くみられた。
- 認知症の人本人が感染しても、家族が感染しても、継続的に介護等のケアを受ける事が困難であった。
- 介護保険サービスが縮小・休業したり、受けなくなったりした場合には、最終的に家族が介護を担うこととなり、大きな介護負担が生じていた。

1 研究の背景・方法

2 施設入所中認知症者の調査

高齢者医療・介護施設から回答

3 在宅認知症者の調査

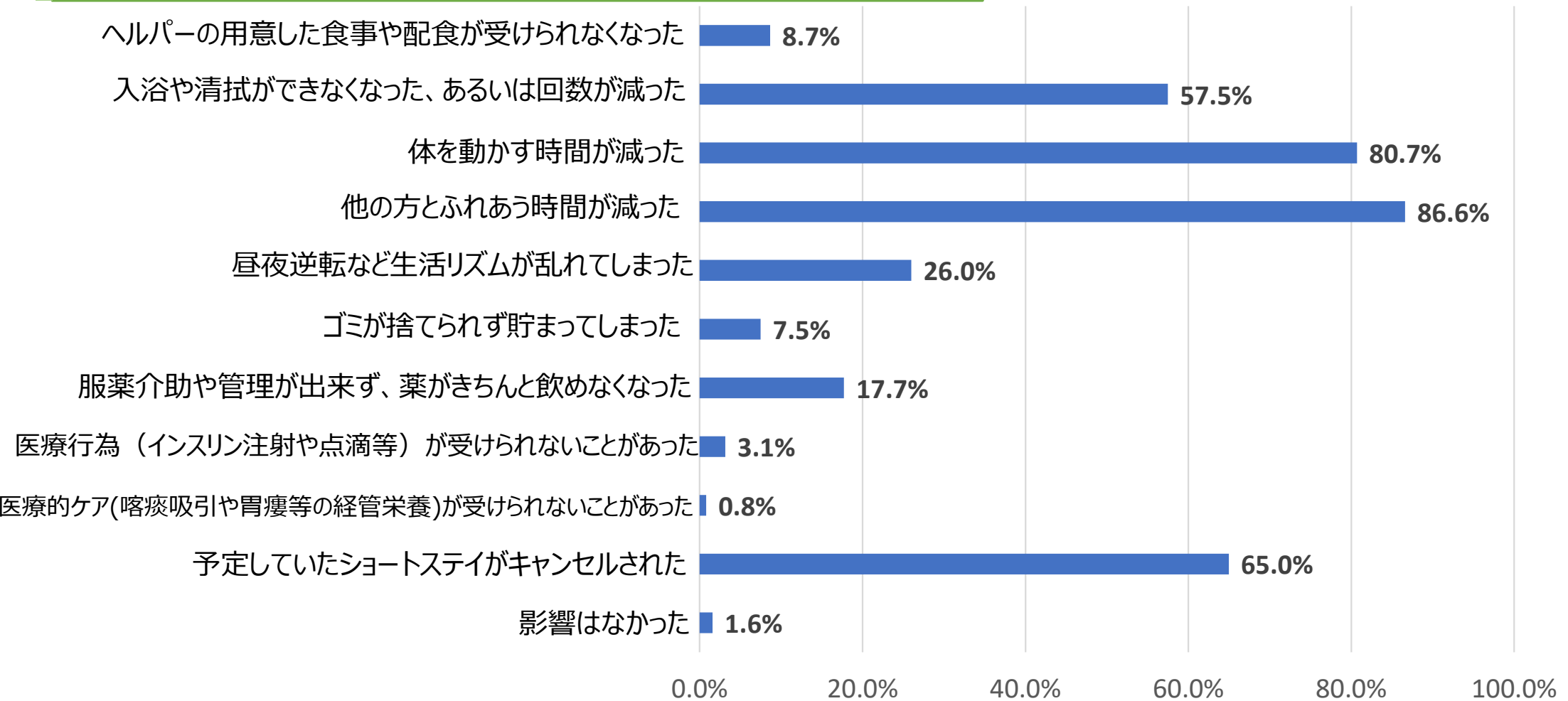
介護支援専門員から回答

4 認知症者への影響

# 在宅認知症者の生活に生じた影響

介護サービス利用状況に変化があったと回答した254名（58.3%）の回答者には、さらにそれによって生活にどのような影響が生じたか回答を求めた。「体を動かす時間が減った」「他の方とふれあう時間が減った」が特に多くみられた。

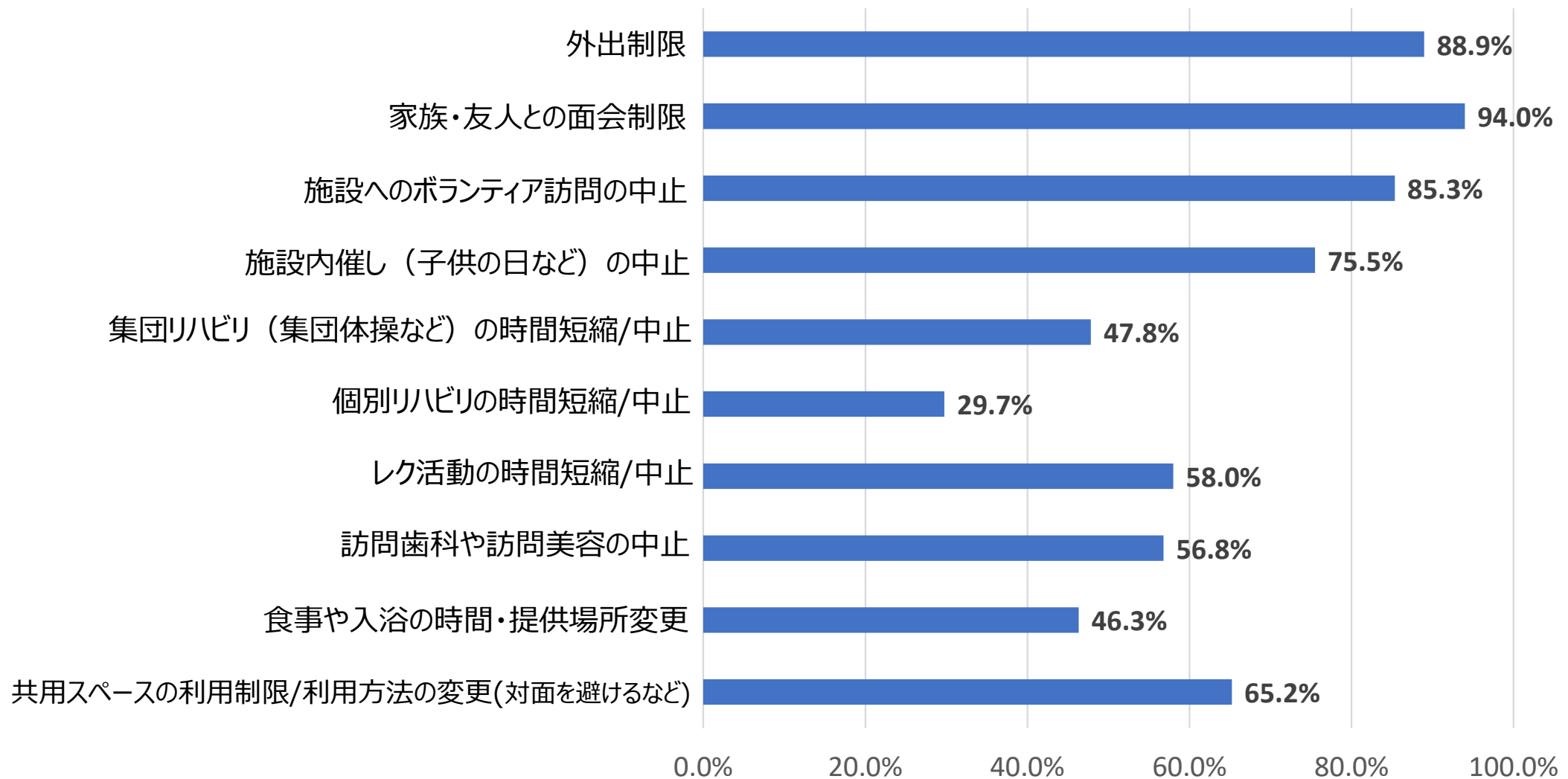
## 介護サービス利用状況の変化による生活への影響



# 施設認知症者の生活に生じた制限

医療・介護施設に入所中の認知症者においては、広範な活動で制限が生じていた。外部との接触を減らすため外出制限や面会制限は8割以上の施設で行われていた。

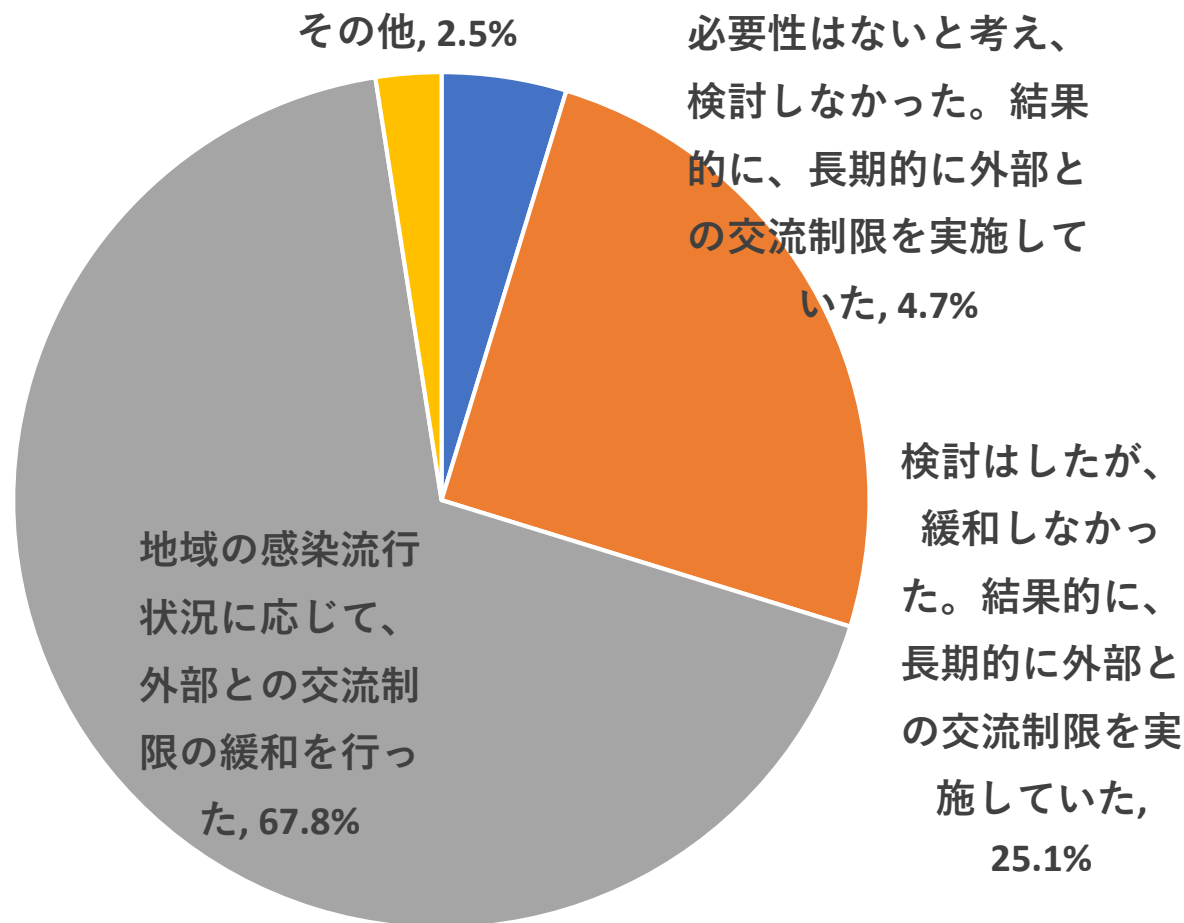
## 入所者の日常的な活動の制限



# 施設における外部との交流制限の状況

感染流行の波の間における、外出制限・面会制限の緩和状況について尋ねたところ、約3割の施設では感染の波の間にも交流制限を緩和することはなかったと回答していた。

## 制限の緩和状況

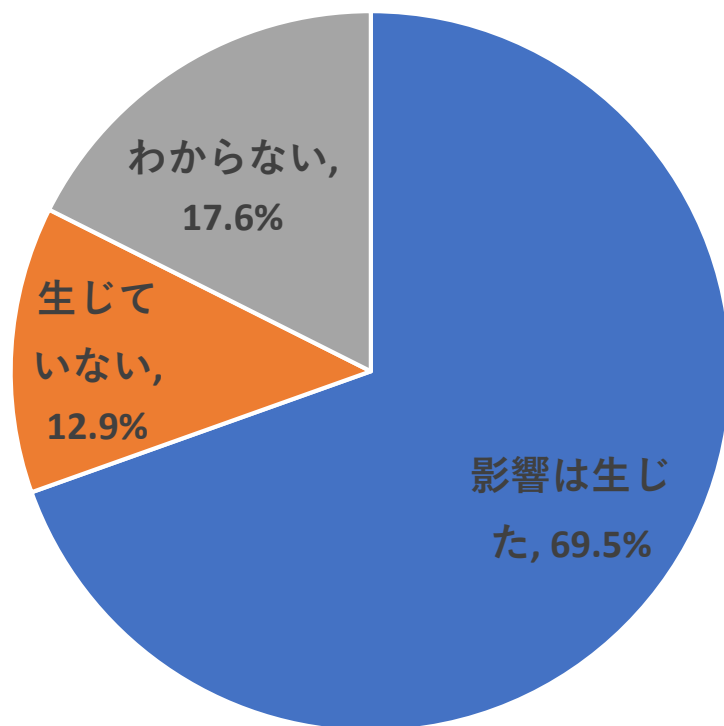


# 日常生活制限による認知症症状への影響

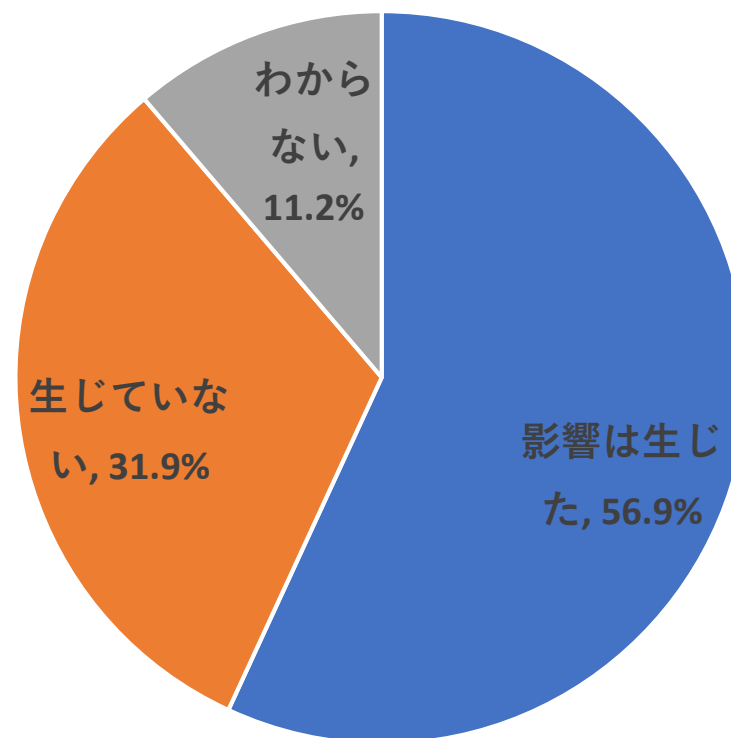
生活の変化によって認知症の状態に影響が生じたと回答した割合は高齢者医療・介護施設では69.5%、介護支援専門員では56.9%にのぼった。

## 認知症の状態に影響が生じたとの回答割合

### 医療・介護施設

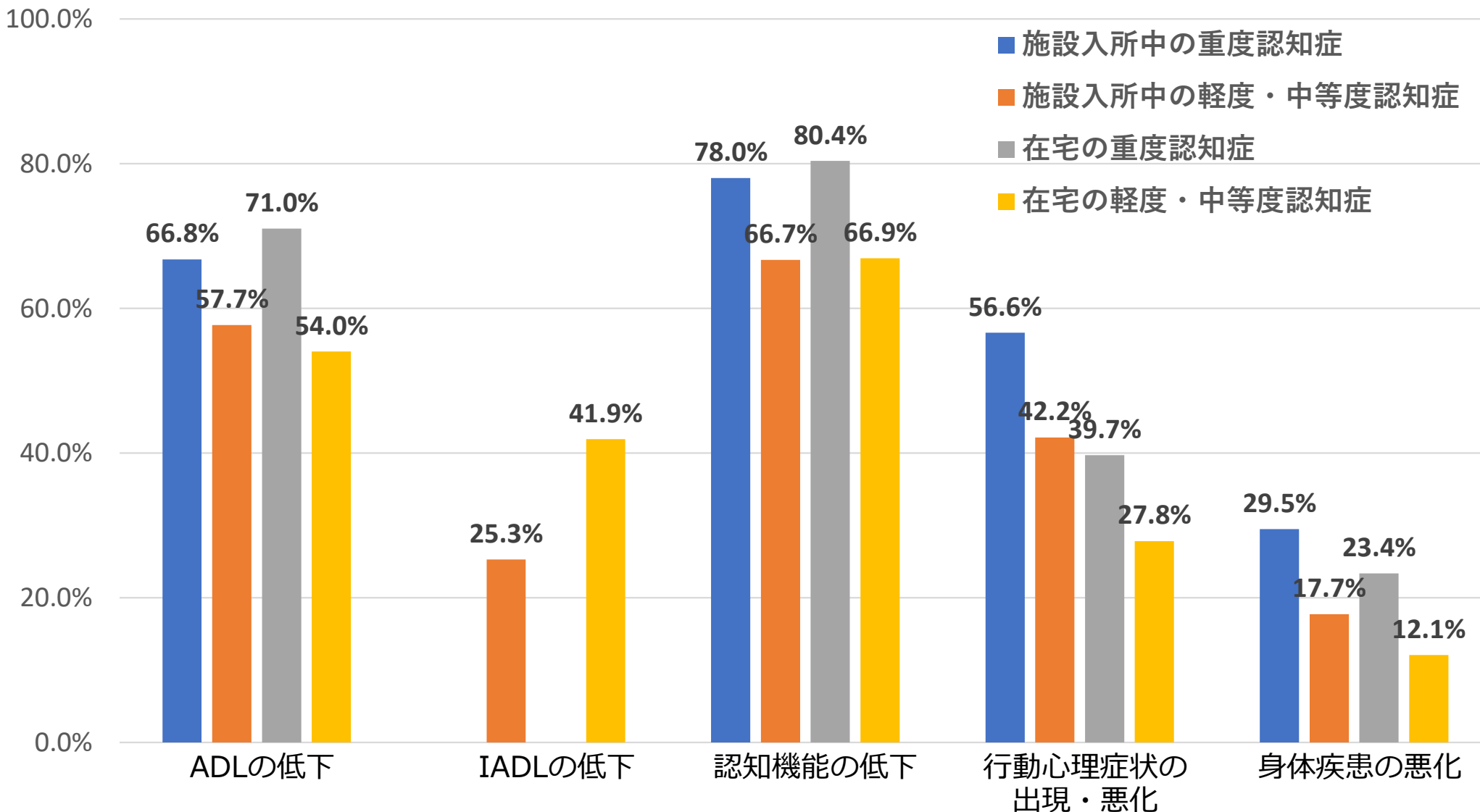


### 介護支援専門員



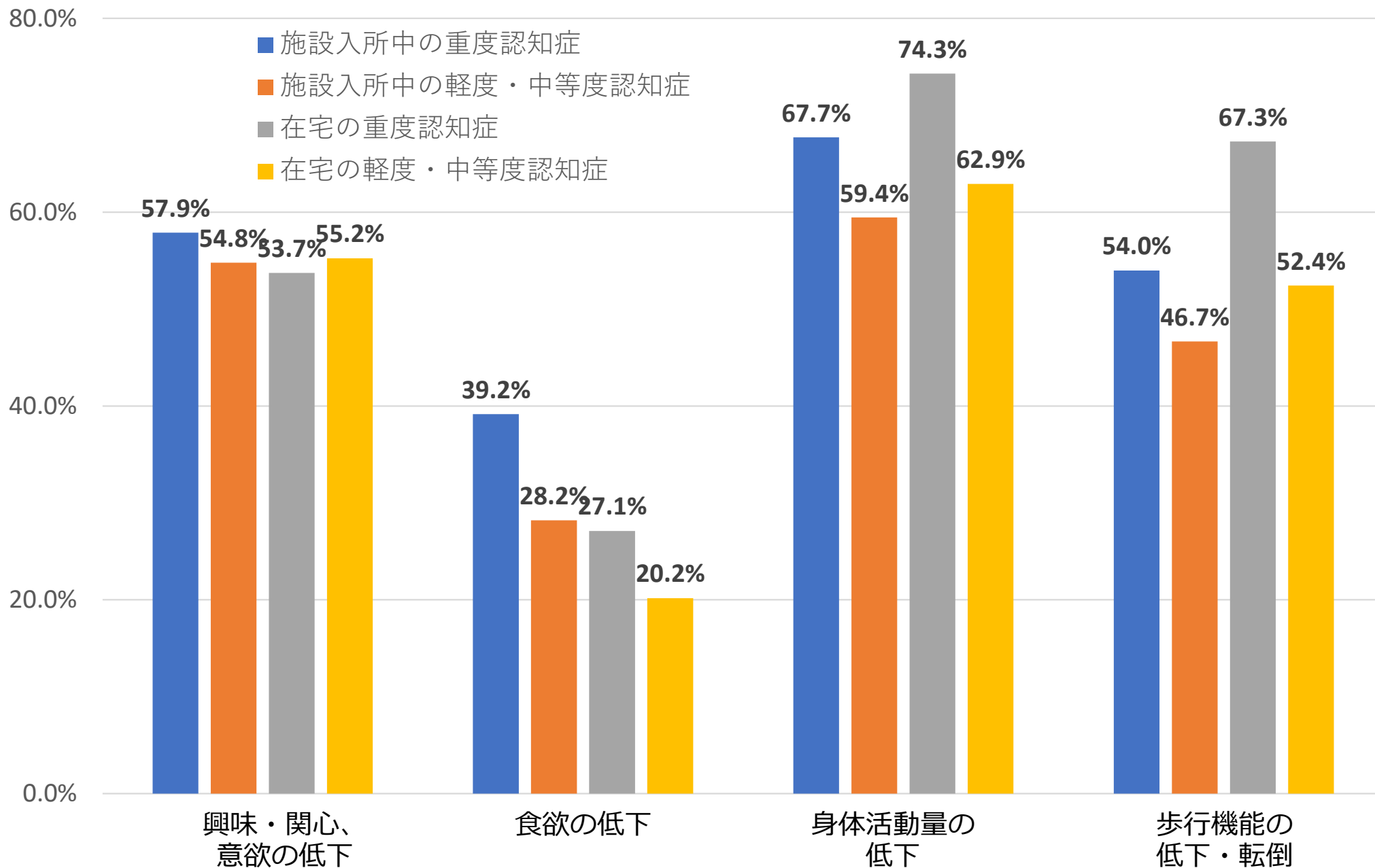
# 生活上の変化による認知症への影響

日常生活の変化や活動制限によって認知症の人の状態に精神面、身体面を含めた多岐にわたる悪影響が生じていた。





# 認知症者にみられた影響（続き）



# 流行下で認知症者にみられた影響

- 感染予防のため、日常生活に大きな影響が生じていた。
- 在宅の認知症者では運動機会や社会的ふれあいの減少が幅広くみられた。
- 施設入所中の認知症者では外出制限や面会制限など外部との交流が減っていた。3割近い施設では感染流行状況に関わらず、外部との交流制限を続けていた。
- 日常生活に生じた影響によって、認知症者の多岐に渡る症状に悪影響が生じていた。

# コロナ禍における介護保険利用の変化

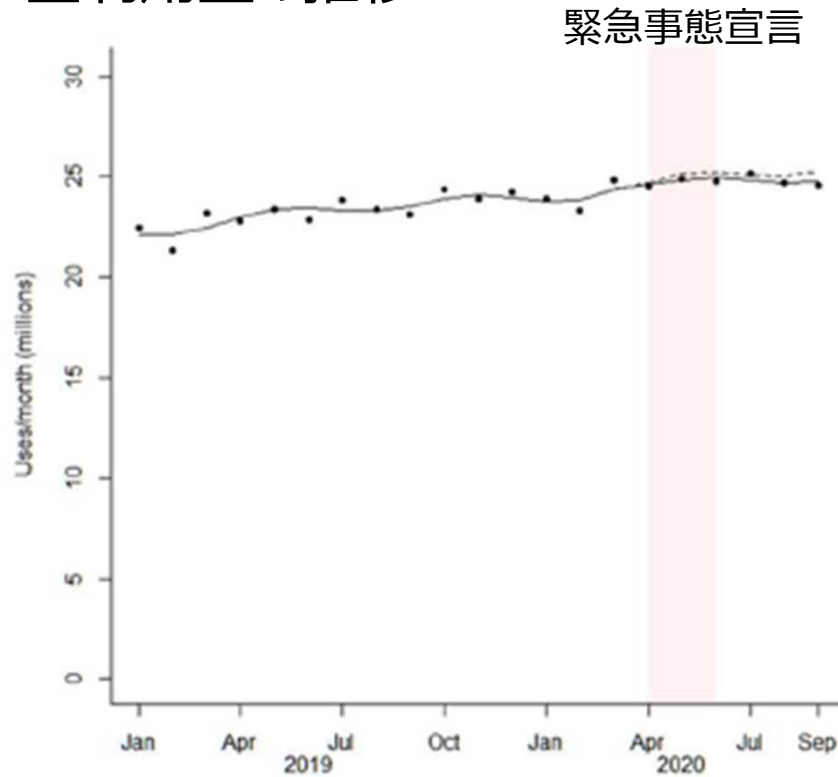
---

～ 在宅高齢者の介護保険サービス利用量の推移 ～  
2019年1月-2020年9月まで

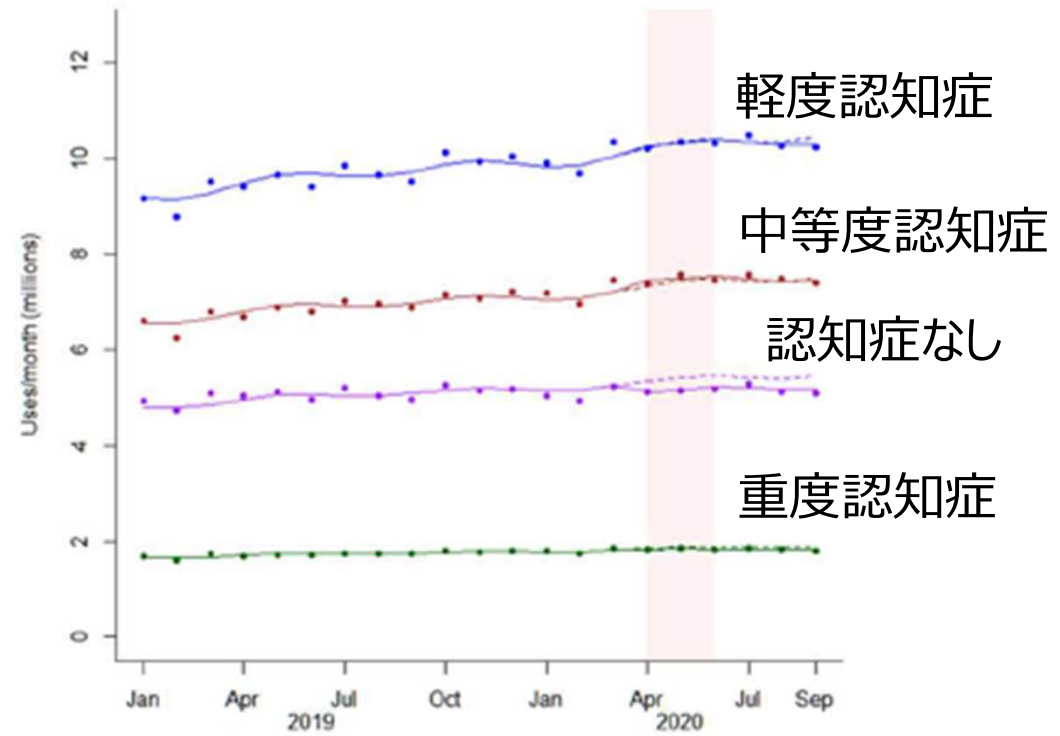
# 訪問系サービス利用量の変化

## 訪問介護（ヘルパー）

### 全利用量の推移



### 認知症重症度別



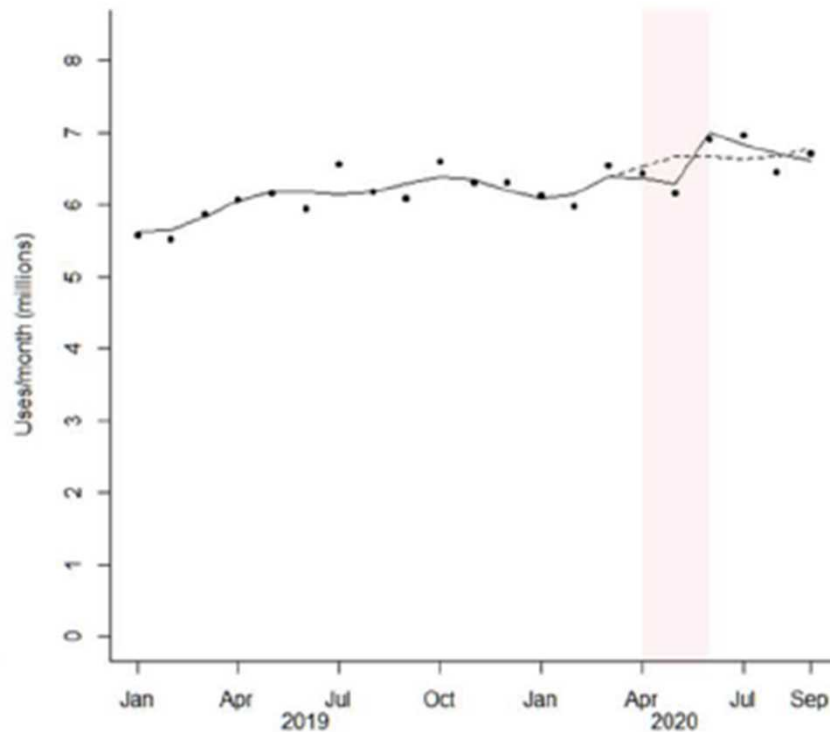
実線：実際のサービス利用量の推移、  
点線：コロナ禍が発生しなかった場合のサービス利用量の推移の推計

訪問介護は新型コロナウイルス感染症流行の影響をあまり受けなかった

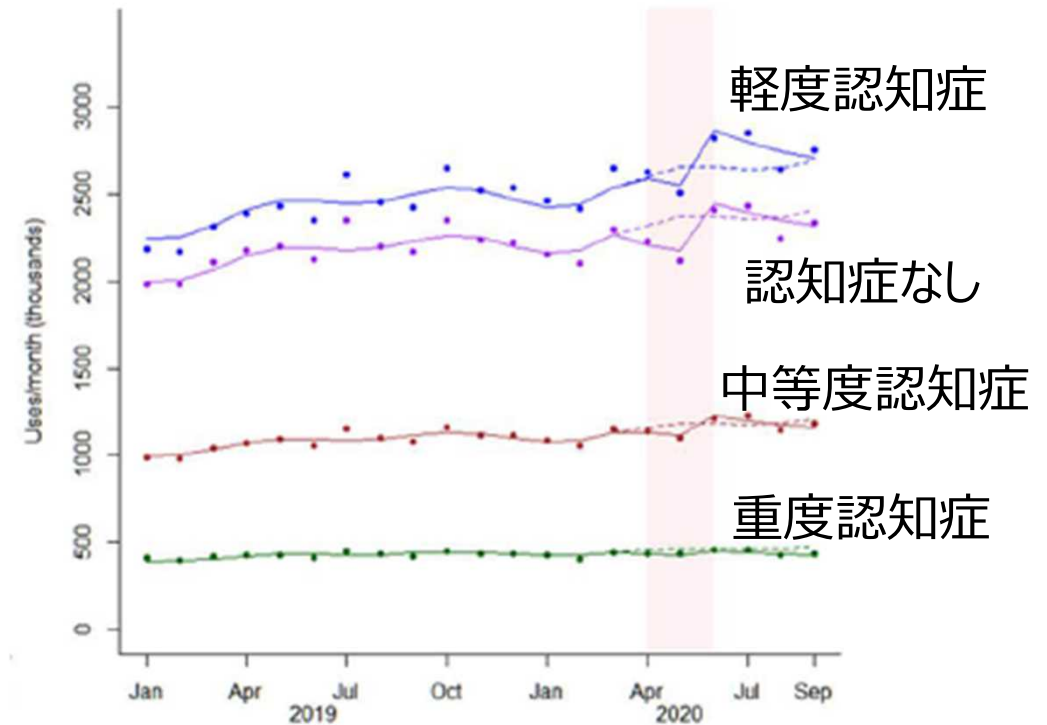
# 訪問系サービス利用量の変化

## 訪問看護

### 全利用量の推移



### 認知症重症度別

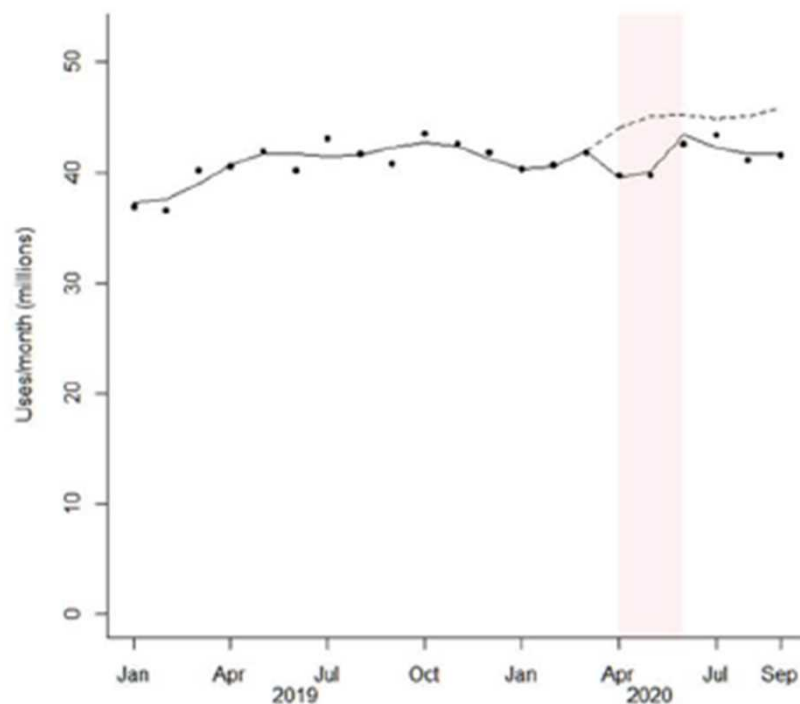


訪問看護は緊急事態宣言中に利用量が減少し、その後増加した  
認知症が重度であるほど影響を受けにくかった

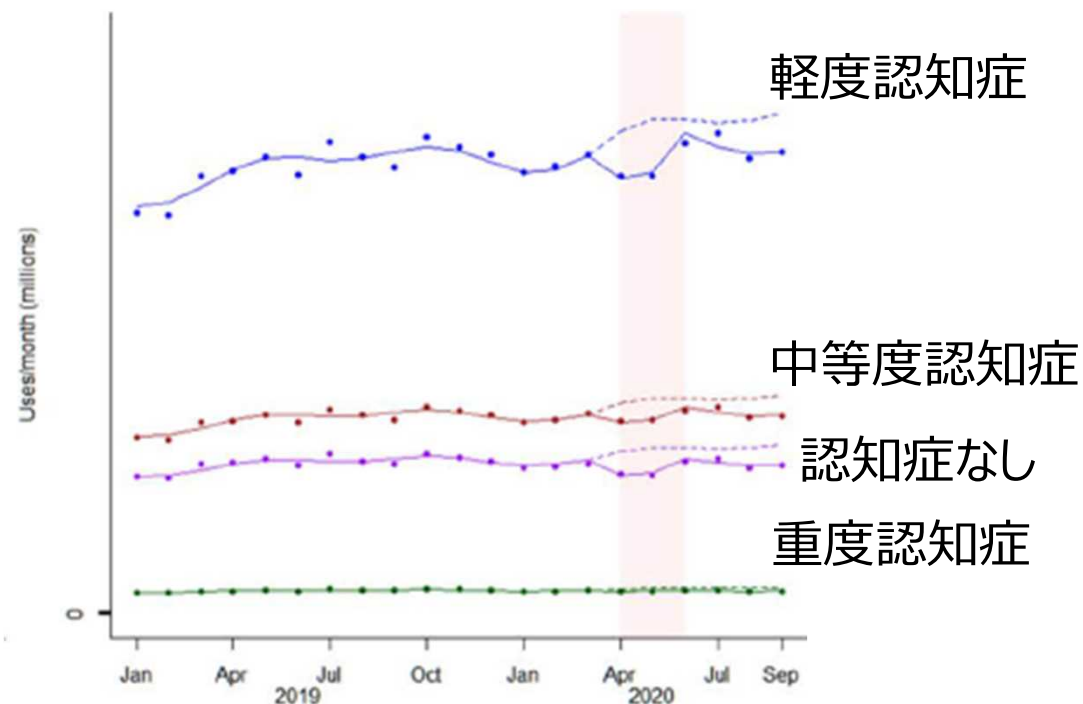
# 通所系サービス利用量の変化

## デイサービス

### 全利用量の推移



### 認知症重症度別

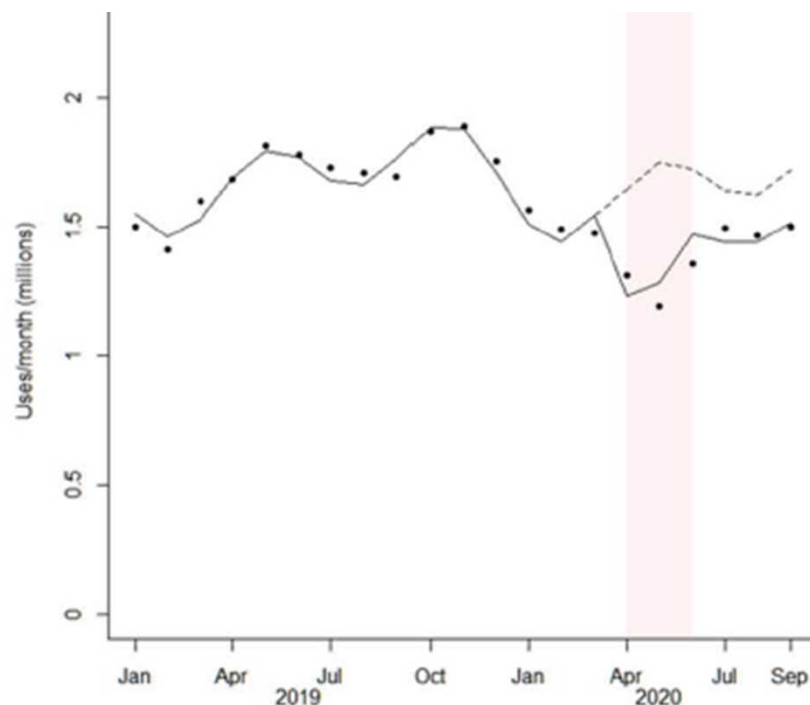


デイサービスは緊急事態宣言中利用量が減少、その後も回復に時間がかかった  
認知症が重度であるほど影響を受けにくかった

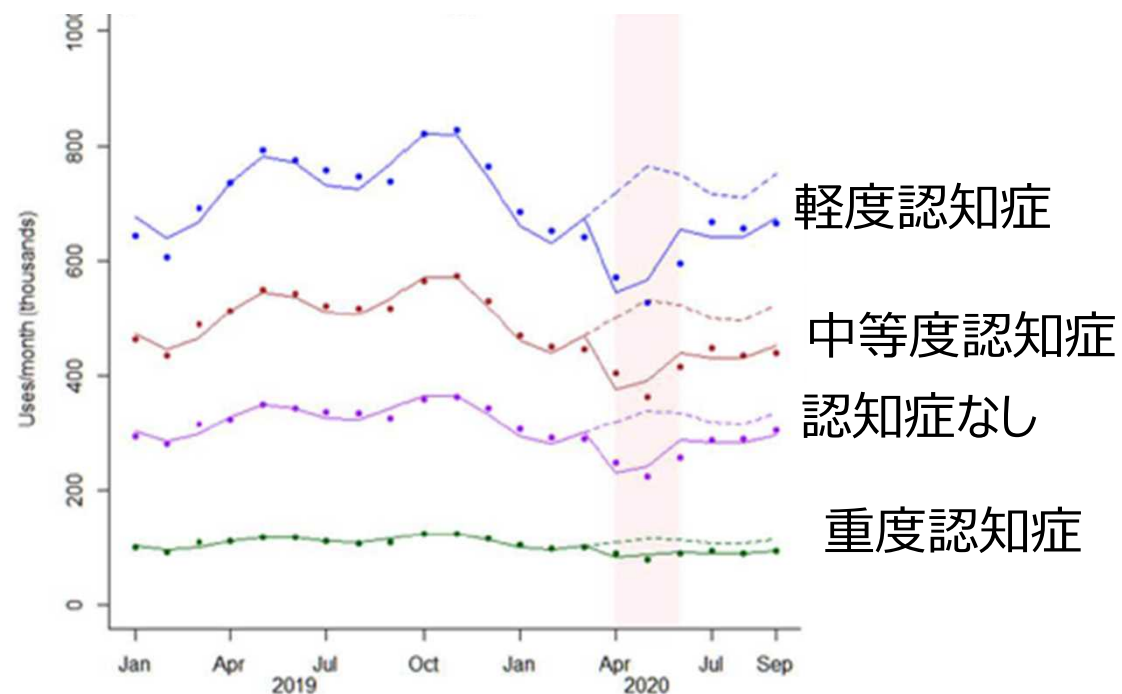
# ショートステイサービス系利用量の変化

## ショートステイ（短期入所療養介護）

### 全利用量の推移



### 認知症重症度別



ショートは緊急事態宣言中利用量が減少、その後もあまり回復せず  
認知症が重度であるほど影響を受けにくかった

# 感染流行による介護保険サービスへの影響

影響の大きさは

ショートステイ > 通所系 > 訪問系

(感染のリスクが高いサービスを避けた?)

サービスへの影響への寄与は

緊急事態宣言 > 感染者数

緊急事態宣言後も、サービス量や利用者数への影響が回復するまでは数ヶ月を要する

認知症が重度であるほど感染流行の影響を受けにくかった  
(サービスの必要性が高く、かつ事業者が努力した)



# コロナ禍における診療現場への影響

日本老年医学会会員対象調査

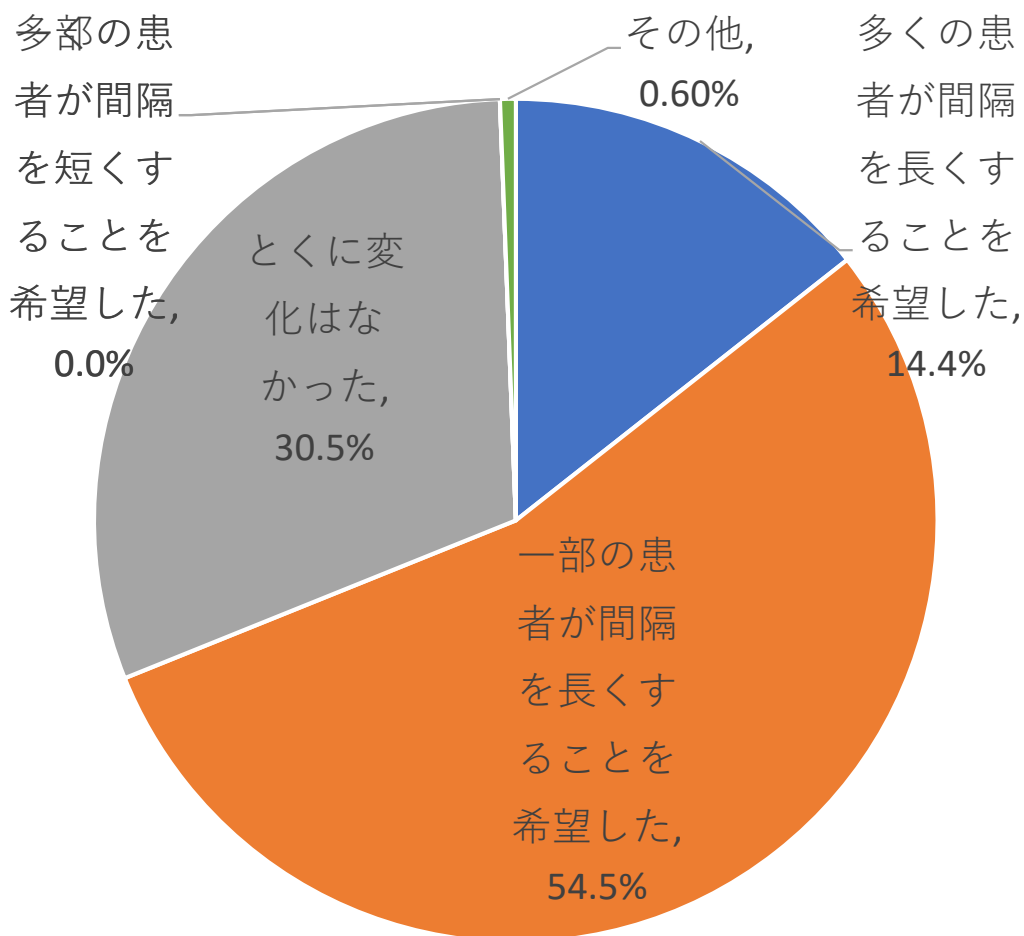
# 調査概要

- 目的：新型コロナウイルス感染症は高齢者に特に影響が大きくみられたことから、高齢者医療・介護現場及び高齢者に生じた影響について、老年医学学会会員を対象とした調査によって評価する
- 対象：日本老年医学学会会員（ML登録者4,197名）  
回答者414名（回答率9.9%）
    - うち医師385名
      - 外来診療担当者311名
      - 入院診療担当者237名
  - 調査方法：電子メール配布、インターネット回答

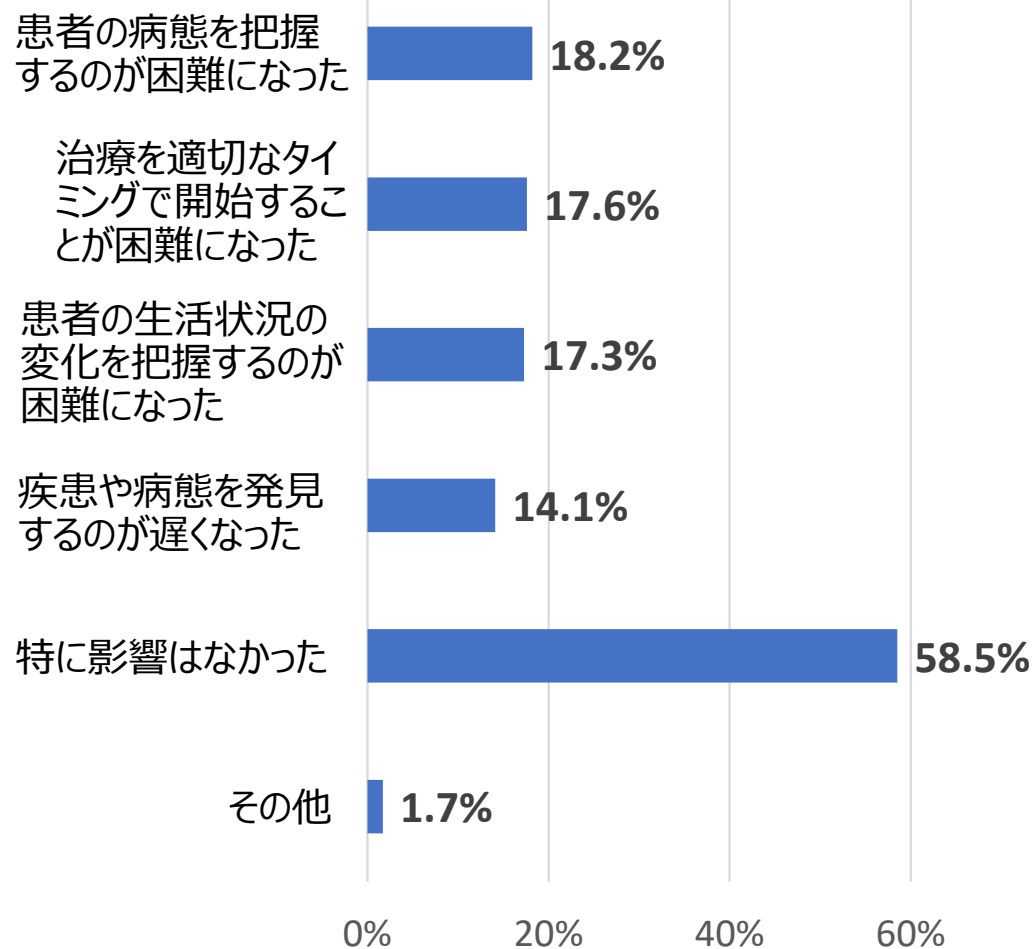
# 外来診療への影響

外来では多くの患者が受診間隔を長くすることを希望していた。また、外来診療において、病態把握が困難になるなど質の低下を感じていた医師も約4割いた。

## 外来での受診間隔の変化



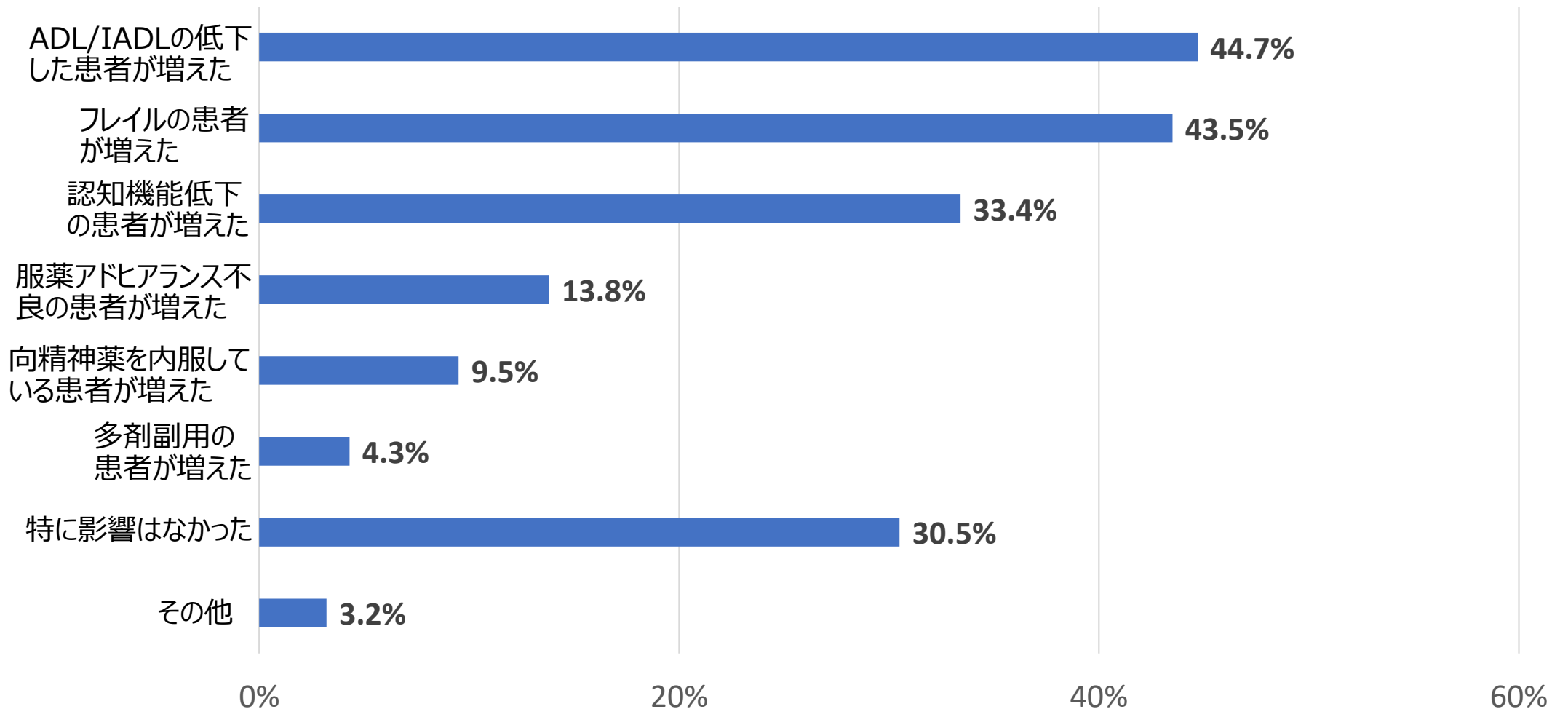
## 外来診療の質の変化



# 外来患者への影響

外来患者に対して多岐に渡る影響が生じた多くの老年医学会会員医師が回答していた。特に多かったのは、ADL/IADLの低下、フレイルの増加であった。

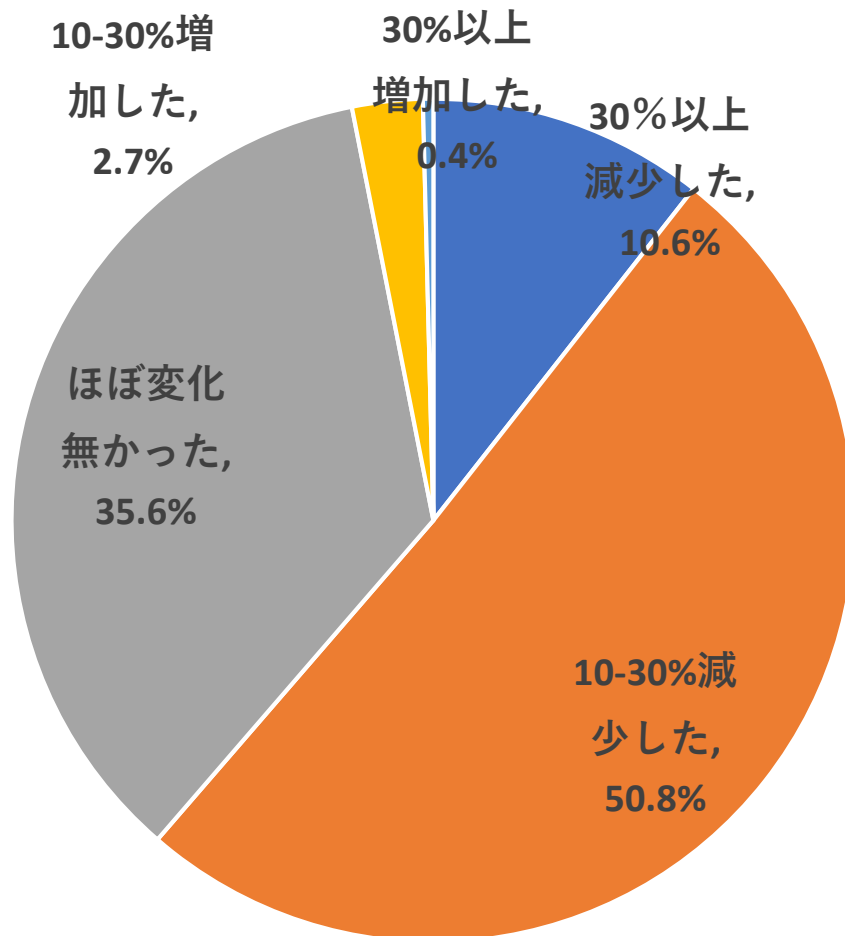
## 外来患者において生じた影響



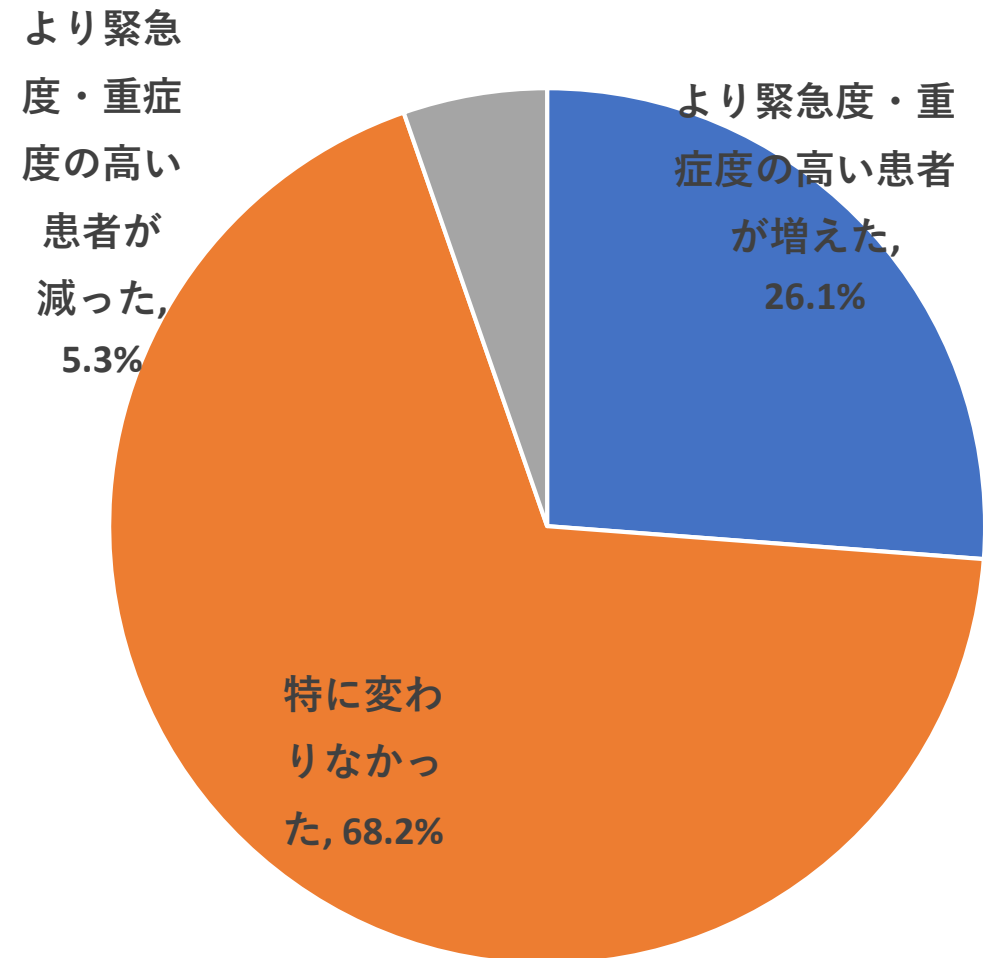
# 入院診療への影響

入院では患者数が減少したと回答した医師が約6割を占めた。また、入院患者の緊急度・重症度が増えたと感じている医師は3割にのぼった。

## 入院での患者数の変化



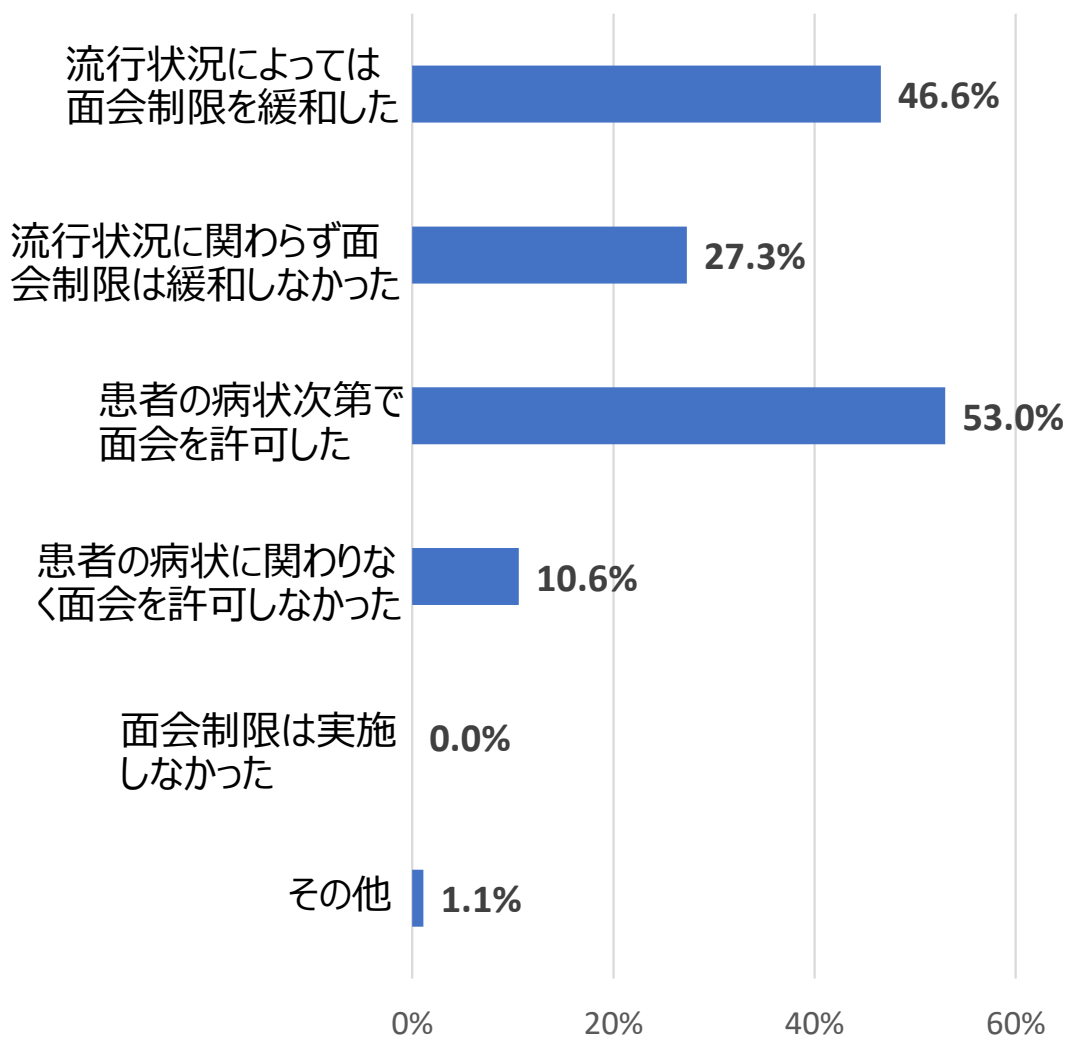
## 緊急度・重症度の変化



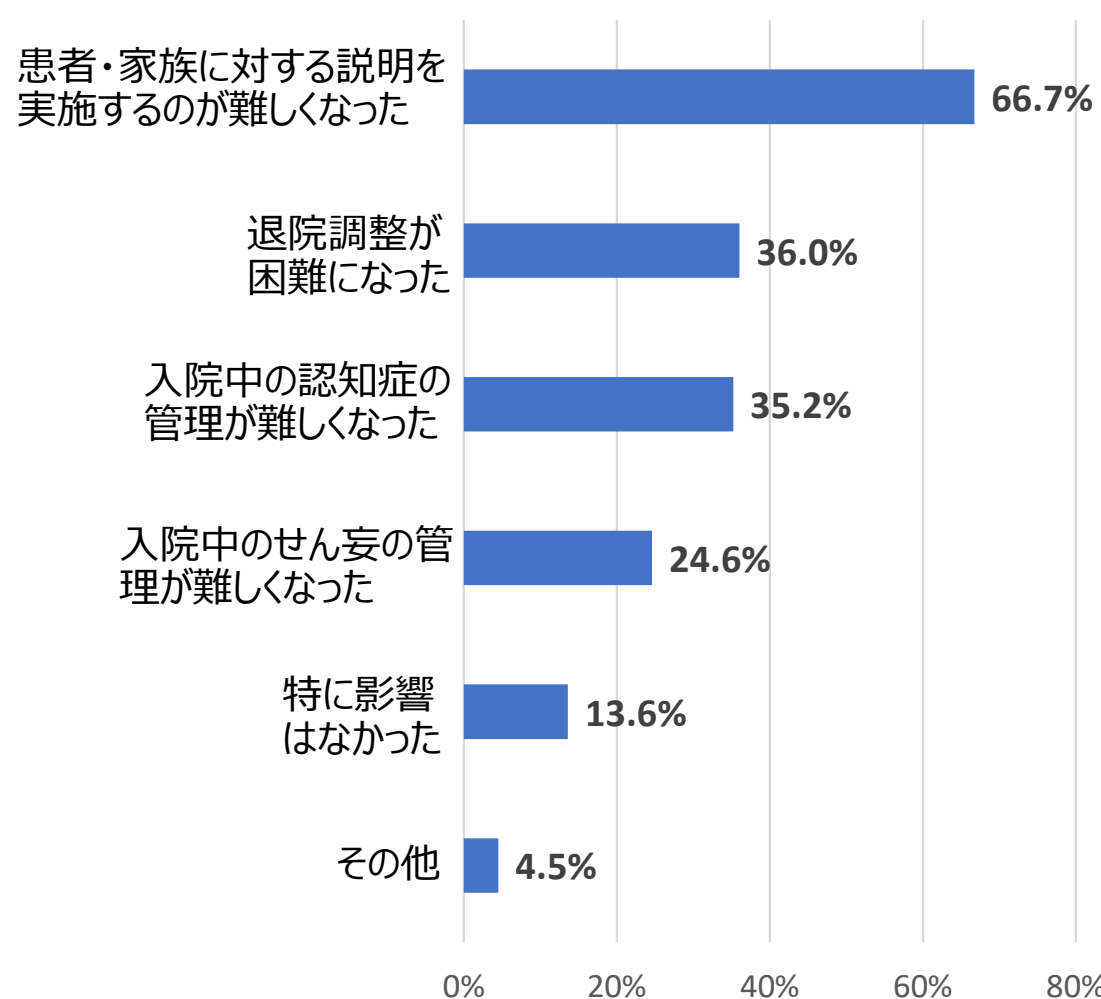
# 病棟での面会制限

病棟では例外なく面会制限を実施していたが、約半数で感染状況もしくは病状次第で制限を緩和していた。多くの医師が面会制限による診療の困難さを感じていた。

## 面会制限の状況



## 面会制限の影響



# コロナ禍における診療現場への影響

- 約4割の医師が外来患者数の減少を感じていた。また、同定の割合の医師が診療に悪影響が生じたと感じていた。
- 外来患者において、ADL/IADLの低下、フレイルの増加を初めとした多岐に渡る悪影響が生じたとの回答がみられた。
- 病棟においては、入院患者数が減少するとともに、より緊急度・重症度の高い患者が増える傾向がみられた。
- 病棟では全ての医師が面会制限を実施していた一方、約半数で感染状況もしくは病状次第で制限を緩和していた。多くの医師が面会制限による診療の困難さを感じていた。

アフターコロナのこれからを考える

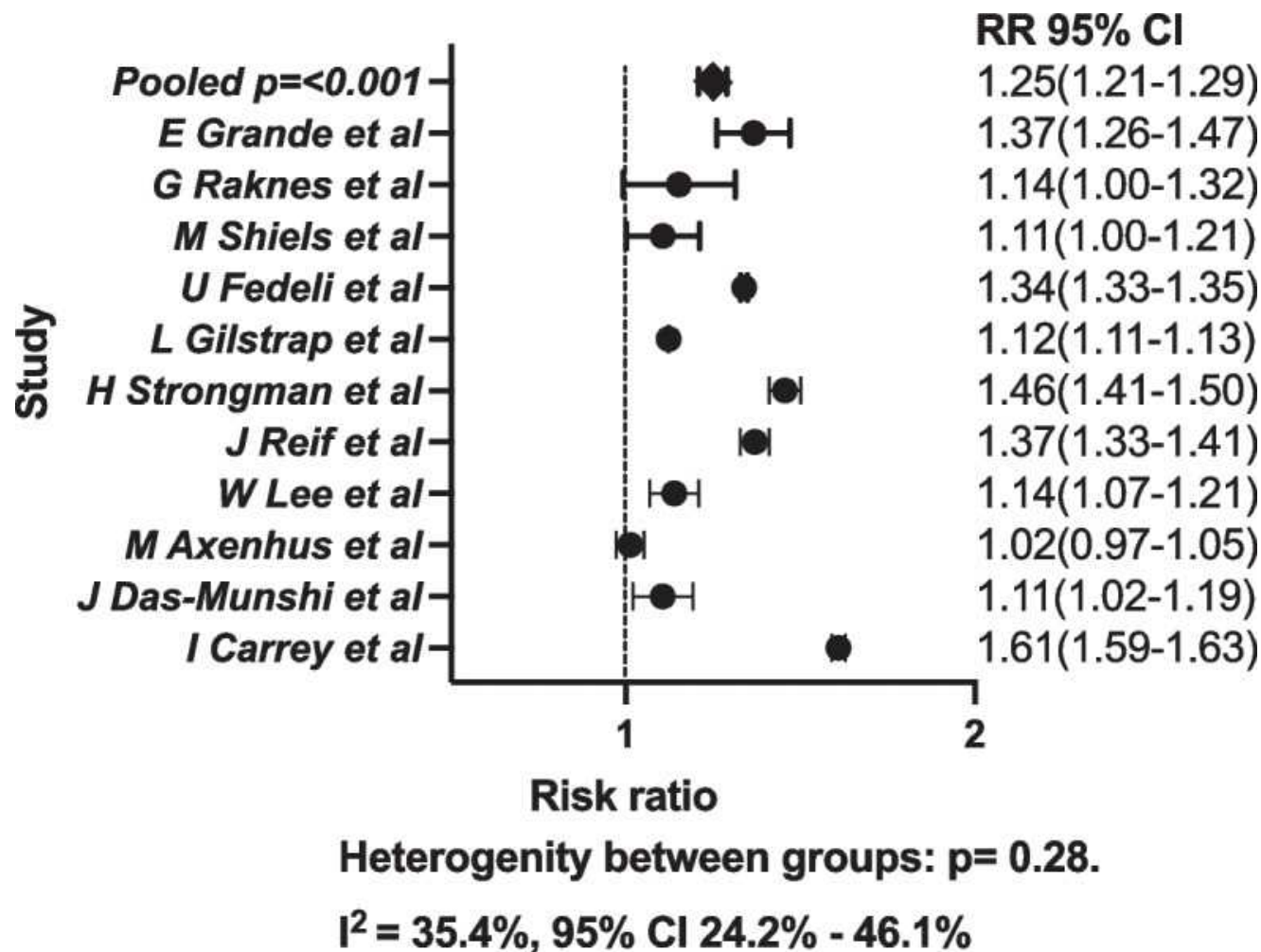
---



# 流行下で認知症者にみられた影響

- 感染によって重症化率、死亡率ともに高かった。
- 感染時、認知症を理由として十分な医療、介護が受けられないケースがみられていた。
- 感染からの回復後、しばしば必要な介護が増えていた。
- 感染予防のため、日常生活に大きな影響が生じていた。
- 緊急事態宣言等の措置によって介護保険サービスの提供は大きく減少し、日常生活制限や家族の介護負担に繋がっていた。
- 診療現場でも、診療の困難さ等悪影響がみられていた。
- 日常生活に生じた影響によって、認知症者の多岐に渡る症状に悪影響が生じていた。

# コロナ禍での認知症者死亡率上昇（再掲）



各国11の研究を統合した解析

（米国、イギリス、イタリア、ノルウェー等）

コロナ禍において、コロナ禍前と比べて認知症の人は、コロナ感染がないグループに限っても死亡率が25%上昇していた。

# コロナ禍での認知症者死亡率上昇

なぜ、コロナ感染していない認知症の人の中で死亡率が上昇したのか？

- ・ 認知症やそれ以外の病気に対して用いられるはずだったリソースがコロナ感染に用いられた
- ・ 感染予防の取組における外出自粛や施設における面会制限などによって孤独、孤立につながり、認知機能低下につながった
- ・ 運動機会の減少により、身体機能低下につながった
- ・ コロナ禍の間に、認知症の人に対して使われる向精神薬（特に抗精神病薬）の使用量が増えており、それによって有害事象につながった

# アフターコロナで必要な事

- 感染流行に強い体制作り
- コロナ、認知症についての正しい知識の普及
- コロナ禍での悪影響を緩和するためのリハビリ
- 日常生活への制限を抑えるため、感染状況に応じてメリハリのついた感染予防を

# アフターコロナで必要な事

行政を含めた医療・介護提供側に求められること

- 感染流行に強い体制作り
  - 感染、濃厚接触など様々な状況で医療、介護を継続的に提供することを可能にする
  - 医療・介護、行政など関係機関の連携をさらにすすめていく
- コロナ、認知症に関する正しい知識の普及
- コロナ禍での悪影響を緩和するためのリハビリ
  - 必要に応じて介護必要量の再検討
- 日常生活への制限を抑えるため、感染状況に応じてメリハリのついた感染予防を
  - マスク、ワクチン、検査など
  - 感染流行状況の把握
  - 感染対策とのバランスの取り方の難しさ

# アフターコロナで必要な事

認知症の人、家族、支援者

- 感染予防をしつつ、日常生活を続ける
- 機能低下予防の取組
- 感染拡大への備え（介護保険サービス縮小や感染時など）
  - ケアマネや主治医との相談
- 医療・介護、行政の取組に関心を

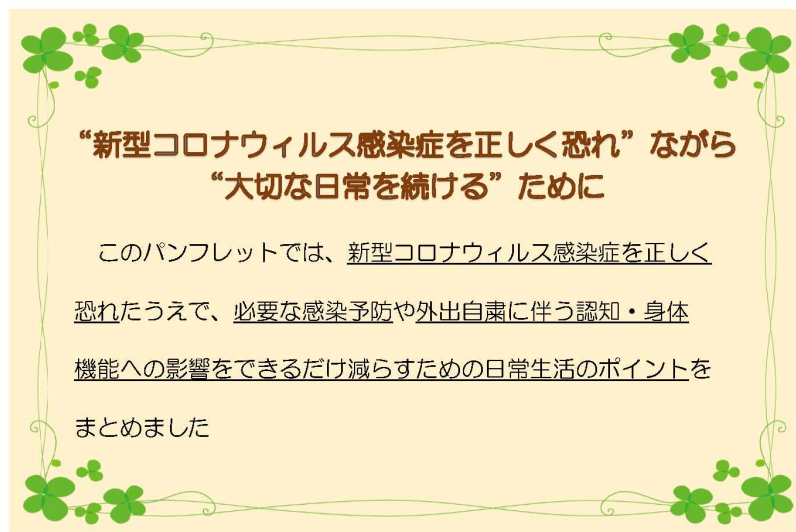
# 本人・家族に対する支援の取組

---

COVID-19に関する情報提供

# ご本人、家族を対象とした支援の取り組み

認知症をお持ちの方とご家族の方へ



広島大学大学院医系科学研究科 共生社会医学講座

広島大学大学院医系科学研究科 公衆衛生学講座

広島大学病院 感染症科

一般社団法人 日本老年医学会

公益社団法人 認知症の人と家族の会広島県支部

2020年12月7日 初版

パンフレットの作成・公表  
(広島大学、老年医学会、  
家族の会広島支部)



コロナに関する基礎知識や感染  
予防の具体的な方法など



感染拡大への備え（介護保険サー  
ビス縮小や感染時など）



身体・認知機能低下予防の取組に  
ついて

広島大学共生社会医学講座  
<http://inclusivesociety.jp/>  
からダウンロード



# 高齢者施設に対する情報提供

---

COVID-19認知症患者における  
行動・心理症状、せん妄対応  
身体拘束予防についての手引き

# COVID-19感染認知症者に対する身体拘束

## 身体拘束が検討されるケース

感染予防を理解してもらえず、隔離ゾーンから出てきてしまう  
(居室に鍵をかけることも身体拘束にあたります)

酸素マスクなどが不快で、外してしまう

せん妄などによって混乱し、暴れてしまう

・・・など

## 本手引きで示した考え方

1. BPSD、せん妄への予防的対応
2. BPSD、せん妄に対する対応のポイント
3. 身体拘束に関する倫理的・法的検討
4. 身体拘束実施にあたっての留意点
5. 身体拘束実施の手続き

# 一般病床向け手引き

## 手引き

## BPSD・せん妄 対応フローチャート

## 身体拘束 対応フローチャート

## 身体拘束 説明同意書 (例)

一般病床において  
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)もしくは  
その疑いがある認知症高齢者の行動・心理症状の対応  
および身体拘束予防のための手引き  
(第1版)

2021年2月15日

1 / 31

一般病床におけるCOVID-19 (または疑い)  
認知症高齢者のせん妄、行動・心理症状対応フローチャート

**予防的介入** 下線部は特に重要と考えられる取組

- 認知症高齢者はすべてせん妄ハイリスクとみなして予防的に介入する
- 以下の取り組みはBPSD(行動・心理症状)の一部を和らげる効果が期待できる
  - 薬物の調整 (特に抗コリン薬、抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬物に注意)
  - 脱水の予防 (発熱、脱水、頻呼吸時は特に脱水に注意)
  - 便秘管理の補正 □ 発熱や脱水、気道分泌物、舌痛など不快感の緩和
  - 便秘対応 (排便の確認と便通コントロール) □ 低酸素の補正
  - 視覚覚醒の補正 (眼鏡や補聴器の使用、耳垢除去)
  - 現実見当識訓練 (録音の再生、スタッフ写真やポスターの掲示など)
  - コミュニケーション (タブレット端末などの活用) □ 一人で取り組める活動の提供
  - 環境作り (センサーマットやモニターなどによる行動把握、気に入っている音楽を流す)
  - 睡眠覚醒リズムの正常化 (夜間は暗く静かに、日中は昼寝を避け明るい光を浴びる)
  - 活動 (日中の活動を促し、1日数回の身体活動)
  - ソニーケアでは行動可能エリアを広く設定し安全に行動できるように配慮
  - 特にハイリスクな場合には、ラフレオンの投与を検討

**評価**

- 定期的な評価による早期発見、早期対応に努める
- BPSD・せん妄の発症や増悪など病状変化時にはCOVID-19の悪化も含め全身状態の評価を実施するとともに、脳梗塞や脳出血、脳症などの神経系合併症を除外する
- せん妄では意識障害、意識障害、急性発症、症状の変動、認知障害に注意
- 低活動型せん妄(活動量の低下、発話量の減少、覚醒水準の低下、ひきこもりなど)の見落としに注意

**対応**

- 非薬物的対応が第一選択
- 興奮や暴力などの激しい症状や他者の感染リスクを高める行動がみられる場合に薬物療法を考慮
- 薬物療法の実施にあたっては
  - 意識状態や呼吸循環動態をモニター
  - 低用量で開始、効果をモニターしつつ慎重に漸増し、必要最低限の使用とする
  - 抗精神病薬使用では不整脈や高血圧に注意、抗パーキンソン病薬の併用は避ける
  - ベンゾジアゼピン系や抗ヒスタミン薬の使用は可能な限り避ける

**身体拘束**

- 非薬物的対応、薬物療法を実施しても症状がコントロールできず、他者への感染リスクが避けられない場合、もしくは興奮や暴力などの激しい症状によって患者自身の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い場合、身体拘束を考慮
- 人権に配慮して実施、手続きを遵守し、記録を残す

一般病床における身体拘束判断・実施フローチャート  
(COVID-19もしくはその疑いの認知症患者)

**身体拘束は緊急やむを得ない場合以外では人権侵害や虐待にあたり、適切な治療・ケアを実施しても認知症症状がコントロールできず、他者への感染リスクが避けられない、または本人の生命または身体が危険にさらされる場合のみ身体拘束を考慮してください。**

**「緊急やむを得ない場合」に該当するための3要件**

感染リスクコントロールを目的とする場合	本人保護を目的とする場合
切迫性 認知症患者のせん妄や認知症に伴う行動・心理症状によって他者への感染リスクが著しく高いこと	切迫性 認知症患者のせん妄や認知症に伴う行動・心理症状によって患者本人の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いこと
非代替性 せん妄や行動・心理症状に対する治療・ケアがすでに適切に実施されているが、それでも感染リスクの高い行動が継続してみられ、かつ、感染予防の方法を検討した結果、身体拘束以外適切な方法がないこと	非代替性 せん妄や行動・心理症状に対する治療・ケアがすでに適切に実施されているが、それでも本人の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いこと
一時性 できるだけ頻回に観察、再検討し、解除期間が終了、できる限り頻回に観察、再検討し、本人の状態等が改善するまで他者への感染リスクが十分に低減されるまで観察を継続すること	一時性 できるだけ頻回に観察、再検討し、解除期間が終了、できる限り頻回に観察、再検討し、本人の状態等が改善するまで他者への感染リスクが十分に低減されるまで観察を継続すること

**実施にあたっての手順**

**事前準備**

- 病院や組織として対応する体制を整える(ルールや手続きの整備、現場をサポートする「身体拘束防止チーム」の立ち上げなど)

**実施前**

- 身体拘束実施前に行動・心理症状やせん妄、COVID-19の状態、呼吸循環動態、使用薬剤など患者の状態を再評価
- 3要件(「切迫性」「非代替性」「一時性」)について検討
- 判断根拠を診療録もしくは身体拘束実施報告書等に記載

**実施**

- 患者および家族等に身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等を詳細に説明、同意を得る
- 医師がもしくは「身体拘束防止チーム」が身体拘束実施の指示を行い、指示書に記載
- 看護師は看護計画を立案し看護記録に記載
- 実施にあたっては感染予防に留意し複数人で協力して実施

**実施中**

- 身体拘束実施中は、できるだけ頻回に状態を観察し、身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等を逐次看護記録もしくは身体拘束実施報告書に記載
- 定期的にかンファレンスを実施、3要件を満たしているか評価
- 3要件に該当しなくなった場合には身体拘束を速やかに解除

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書(例)について

〇 緊急やむを得ない場合以外での身体拘束は違法であり、禁止されています。感染リスクコントロールまたは本人の保護のために適切な手段がなく、緊急やむを得ない場合に限って法的に許容されます。

〇 身体拘束に関わる判断や実施にあたり、判断や実施を個人で行うのではなく、あらかじめ設置された医師や看護師等多職種から構成されるチームで行います。

〇 実施前に感染を含めた状態の評価を行って下さい。本人や家族等への説明を行い、同意を得ます。同意を得る際、本説明書をご活用下さい。

〇 身体拘束の実施中も身体拘束に繋がったせん妄・BPSDに対する原因の評価および対応、治療、ケアを継続するとともに、できるだけ頻回に状態を観察し、記録して下さい。身体拘束の要件が満たされなくなった場合には、速やかに身体拘束を解除します。

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書(例)

あてはまる目的にチェックして下さい。また、目的に応じて以下のABCの要件を満たしていることを確認して下さい。

身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等ができる限り詳細に記載し、本人や家族等への説明を行います。

本人から同意を得ることが望ましいですが、困難な場合は家族等から同意を得て下さい。

# 介護施設向け手引き

## 手引き

## BPSD・せん妄 対応フローチャート

## 身体拘束 対応フローチャート

## 身体拘束 説明同意書 (例)

介護施設において  
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)もしくは  
その疑いがある認知症高齢者の行動・心理症状の対応  
および身体拘束予防のための手引き  
(第1版)

2021年2月15日

1 / 24

### 介護施設におけるCOVID-19 (または疑い) 認知症高齢者のせん妄、行動・心理症状対応フローチャート

#### 予防的介入

- 認知症高齢者はすべてせん妄リスクとみなして予防的に介入する
- 以下の取り組みはBPSD(行動・心理症状)の一部も和らげる効果が期待できる
  - 脱水の予防
    - 発熱や咳、気道分泌物、舌痛など不快感の緩和
    - 便秘対応(排便の確認と便道コントロール)
  - 視覚覚異常の補正(眼鏡や補聴器の使用、耳垢除去)
  - 現実見当識訓練(録音音声か、スタッフ写真やポスターの掲示など)
  - コミュニケーション(タブレット端末などの活用)
    - 一人で取り始める活動の提供
  - 環境作り(センサーマットやモニターなどによる行動把握、気に入っている音楽を流す)
  - 睡眠覚醒リズムの正常化(夜間は暗く静かに、日中は昼寝を避け明るい光を浴びる)
  - 活動(日中の活動を促し、1日数回の身体活動)
  - ゾーニングでは行動可能エリアを広めに設定し安全に行動できるよう配慮

#### 評価

- 定期的な評価によるせん妄の早期発見、早期対応に努める
- BPSD・せん妄の発症や増悪など病状変化時や、明らかに意識状態がおかしい、手足の動きがおかしなどの場合には速やかに医師に相談する

せん妄症状のチェックポイント(これを日々確認する)

見る

- ボーッとしている
  - 今までできていたことができなくなる
  - 視線が合わずに、キョロキョロしている
  - 質問に対する反応が悪い
  - 話しも同じことを聞く
  - 見当識障害(急に出現する場合)：今日の日付や時間を聞く
  - 近時記憶の障害(急に出現する場合)：「はんのメニューを覚えていますか？」
  - 患者のまよわつき：「ボ-としたり、普段と比べて考えがまよわしいことがありますか？」
  - 日内変動や数日での変化：症状の出現や以前との様子の変化を周囲から聞く、記録を確認する
  - 昼夜逆転の有無を患者に直接聞く、スタッフに確認する
- もうろとしている
  - 体を起こしたり、横になたり、同じ動作を繰り返す
  - 周囲の音やスタッフの動きに気がとられる
  - 焦燥感が強く、落ち着かない
  - 話に集中できない
  - 質問と違う答えが返ってくる
- 目が見えにくい
  - 目がキラキラしている
  - 感情が短時間でこころごと変わる

話す

聞く

#### 対応

- 予防的介入にも挙げた取組を継続する
- 家族に対し、利用者の生活状況や介護方針など丁寧に説明する

#### 身体拘束

- 適切な治療・ケアを実施しても症状がコントロールできず、他者への感染リスクが避けられない場合、もしくは興奮や暴力などの激しい症状によって患者自身の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い場合、身体拘束を考慮
- 人権に配慮して実施、手続きを遵守し、記録を残す

### 介護施設における身体拘束判断・実施フローチャート (COVID-19もしくはその疑いの認知症患者)

身体拘束は緊急やむを得ない場合以外では人権侵害や虐待にあたります。  
適切な治療・ケアを実施しても認知症症状がコントロールできず、他者への感染リスクが避けられない、または本人の生命または身体が危険にさらされる場合のみ身体拘束を考慮してください。

#### 「緊急やむを得ない場合」に該当するための3要件

感染リスクコントロールを目的とする場合	本人保護を目的とする場合
<b>切迫性</b> 認知症患者のせん妄や認知症に伴う行動・心理症状によって他者への感染リスクが著しく高いこと <b>非代替性</b> せん妄や行動・心理症状に対する治療・ケアがすでに適切に実施されているが、それでも感染リスクの高い行動が継続してみられており、かつ、感染予防の方法を検討した結果、身体拘束以外適切な方法がほとんどないこと <b>一時性</b> できるだけ早く、観察、再検討し、短期間で終了し、できる限り頻回に観察、再検討し、本人の状態等または症状が改善する見込みがある限り、必要とされる最小の拘束期間を設定し、要件を満たさなくなった場合には速やかに解除すること	<b>切迫性</b> 認知症患者のせん妄や認知症に伴う行動・心理症状によって本人の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いこと <b>非代替性</b> せん妄や行動・心理症状に対する治療・ケアがすでに適切に実施されているが、それでも本人の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いこと <b>一時性</b> できるだけ早く、観察、再検討し、短期間で終了し、できる限り頻回に観察、再検討し、本人の状態等または症状が改善する見込みがある限り、必要とされる最小の拘束期間を設定し、要件を満たさなくなった場合には速やかに解除すること

#### 実施にあたっての手順

- 事前準備** 施設や組織として対応する体制を整える(ルールや手続きの整備、「身体拘束防止委員会」などの設置など)
- 実施前** 「身体拘束防止委員会」等を開催し、3要件(「切迫性」「非代替性」「一時性」)について検討・結果を所定の様式に記載
- 実施** 利用者および家族等に身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等を詳細に説明、同意を得る  
実施にあたっては感染予防に留意し複数人で協力して実施
- 実施中** 身体拘束実施中は、できるだけ頻回に状態を観察し、身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等を逐次所定の様式に記載  
定期的「身体拘束防止委員会」等を開催し、3要件を満たしているか評価を実施し、結果を所定の様式に記載する  
3要件に該当しなくなった場合には身体拘束を速やかに解除

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書(例)について

〇 緊急やむを得ない場合以外の身体拘束は違法であり、禁止されています。  
感染リスクコントロールまたは本人の保護のために適切な手段がなく、緊急やむを得ない場合に限って例外的に許容されます。

〇 身体拘束に関わる判断や実施にあたり、判断や実施を個人で行うのではなく、あらかじめ設置された医師や看護師等多職種から構成されるチームで行います。

〇 実施前に感染を含めた状態の評価を行って下さい。本人や家族等への説明を行い、同意を得ます。同意を得る際、本説明書をご活用下さい。

〇 身体拘束の実施中も身体拘束に繋がったせん妄・BPSDに対する原因の評価および対応、治療、ケアを継続するとともに、できるだけ頻回に状態を観察し、記録して下さい。身体拘束の要件が満たされなくなった場合には、速やかに身体拘束を解除します。

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書(例)について

あてはまる目的にチェックして下さい。また、目的に応じて以下のABCの要件を満たしていることを確認して下さい。

身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等ができる限り詳細に記載し、本人や家族等への説明を行います。

本人から同意を得ることが望ましいですが、困難な場合は家族等から同意を得て下さい。

# 認知症の人の感染予防

## 介護施設等における認知症の方に配慮した 感染防止対策の工夫集

# 介護施設等における認知症の方に配慮した 感染防止対策の工夫集

2023年3月

株式会社日本総合研究所

リサーチ・コンサルティング部門  
高齢社会イノベーショングループ



# 工夫集作成の背景と目的

## 背景

- 介護施設などにおいて、新型コロナウイルスやインフルエンザといったさまざまな感染症の拡大防止には、手洗い、マスクの着用、対面での面会制限といった感染防止策が有効であるとされており、「**介護現場における感染対策の手引き（厚生労働省）**」などに、**介護施設などにおける一般的な感染対策が詳細に整理されています。**
- 感染症対策の大原則は「感染経路の遮断」**ですが、**認知症の入所者に対しては、上記の手引きなどにまとめられているような一般的な感染防止策の実施が困難である場合が考えられます。**
  - 例えば、認知症の方が、マスク着用の目的が理解ができずに外してしまう等、認知症の方の感染防止・安全対策を行う上でさまざまな課題に直面した、という現場からの声が聞かれています。
- このような認知症の入所者における感染対策実施の課題に対し、**介護施設などでは、さまざまなケアの工夫が試みられています。**



## 目的

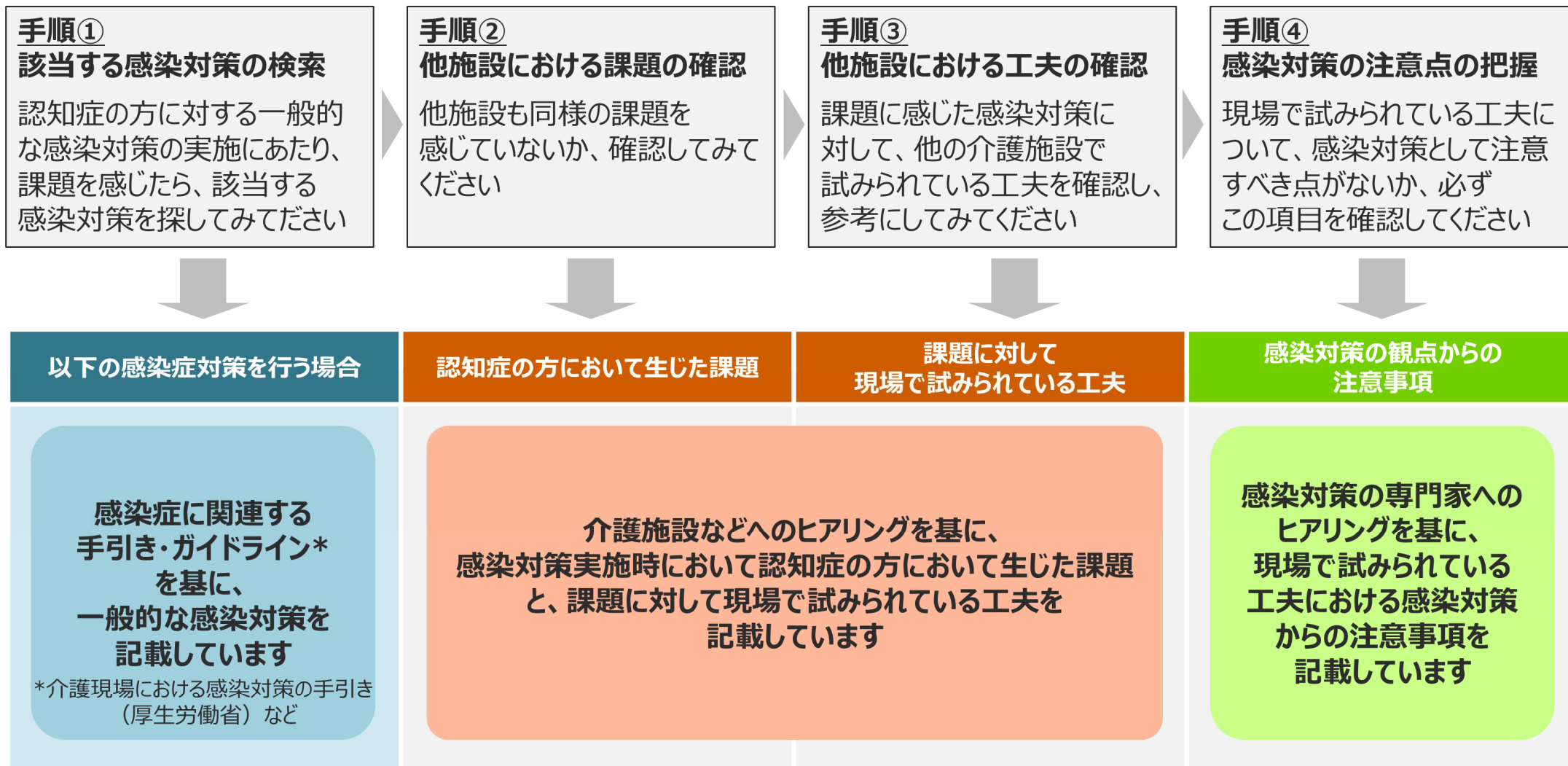
- このような背景を踏まえ、**認知症の方の感染防止対策における課題と、介護現場で試みられている工夫をまとめた、「感染防止対策における認知症の観点からの工夫集」**を作成しました。
- 工夫集の主な対象者は、介護施設などで働く介護職員や看護職員、施設管理者などを想定しています。
- 介護施設などにおける認知症の方に対する感染対策にお困りの際に、ぜひご活用ください。

※施設内研修向けの教材や、介護職員向け自主学習教材等として、本工夫集をぜひご活用ください。



# 工夫集の見方と活用方法

- 一般的な感染対策を認知症の方に対して実施するにあたり、課題を感じたら、他の介護施設で試みられている工夫を読み、参考にしてみてください。
- 現場で試みられている工夫について、感染対策として注意すべき点がないか、必ず「感染対策の観点からの注意事項」を確認してください。



# 目次

●は、関連する感染症を示しています。  
各感染症の詳細は、P7「I-3. 感染症の感染経路」をご覧ください。

I. 感染症対策の基礎知識					P4
II. 一般的な感染症対策における認知症の方に配慮した工夫					P8
	空気感染	エアロゾル感染	飛沫感染	接触感染	
II-1. 「入所者の健康状態把握」における工夫	●	●	●	●	P9
II-2. 「入所者の手洗い」における工夫	●	●	●	●	P10
II-3. 「入所者の消毒液等の使用」における工夫	●	●	●	●	P11
II-4. 「入所者のマスクの使用」における工夫	●	●	●	●	P12
II-5. 「職員の個人防護具の使用」における工夫	●	●	●		P13
II-6. 「施設内の換気」における工夫	●	●	●		P14
II-7. 「感染者と非感染者のエリア分けや個室対応」における工夫	●	●	●		P15
II-8. 「面会の制限」における工夫	●	●	●		P16
II-9. 「外出の制限」における工夫	●	●	●		P17
II-10. 「感染性廃棄物等の保管」における工夫	●	●	●	●	P18
III. 日常生活の場面ごとの感染症対策における認知症の方に配慮した工夫					P19
	空気感染	エアロゾル感染	飛沫感染	接触感染	
III-1. 「食事介助時の感染対策」における工夫	●	●	●	●	P20
III-2. 「排泄介助時の感染対策」における工夫	●	●	●	●	P21
III-3. 「入浴介助時の感染対策」における工夫	●	●	●	●	P22
III-4. 「移乗・着替え・整容時の感染対策」における工夫	●	●	●	●	P23
III-5. 「口腔ケア時の感染対策」における工夫*	●	●	●		P24
III-6. 「機能訓練・レク実施時の感染対策」における工夫	●	●	●	●	P25
III-7. 「医療的ケア実施時の感染対策」における工夫				●	P27
IV. 参考資料					P28

\*口腔ケア後の歯ブラシやコップの管理等については接触感染のリスクがある

## I. 感染症対策の基礎知識

---

# I-1. 感染症が成立する3つの要因

- 感染症対策を検討する上で、「**感染症が成立する3つの要因**」と、それを踏まえた「**感染症対策の方針**」を理解することが重要です。

## 感染症が成立する3つの要因

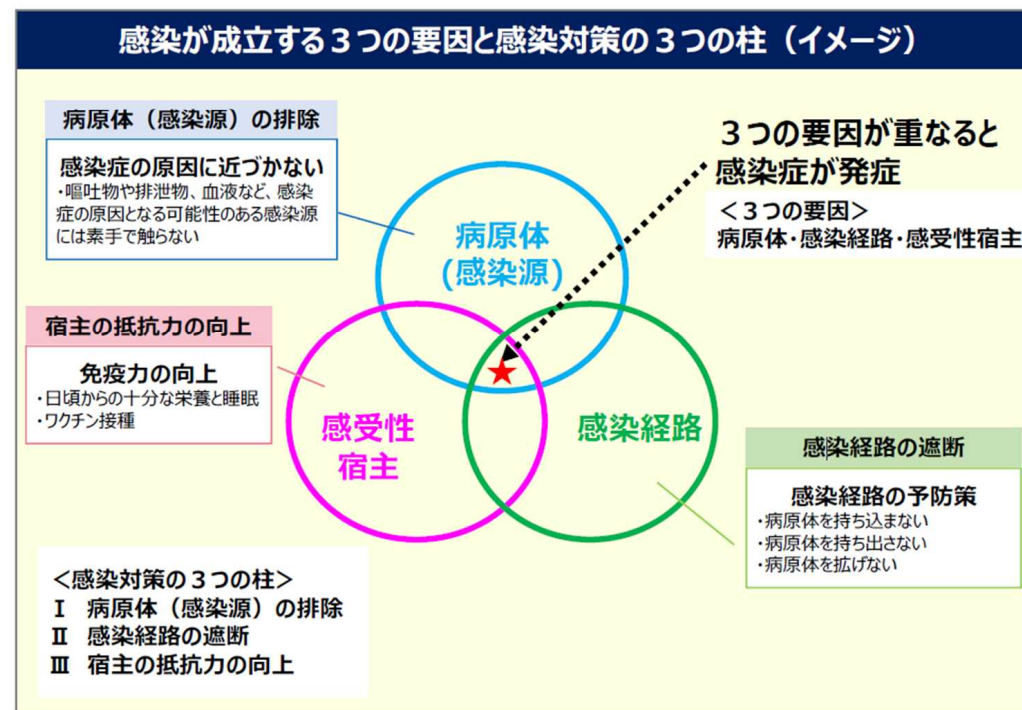
- 感染症が発生（感染が成立）するには、その原因となる病原体の存在、病原体が宿主に入り込むための感染経路、そして病原体が入り込んだ宿主に感受性があることが必要となります。
- **病原体、感染経路、感受性宿主**の3つを、感染成立のための3大要因といいます。

## 感染症予防対策の方針

感染の予防対策として、下記が重要となります。

- ◆ 消毒や殺菌などにより**病原体感染源をなくす**こと
- ◆ 感染症患者を**早期に発見**すること
- ◆ 手洗いや食品の衛生管理など**周囲の環境を衛生的に保つ**とともに、**外的環境からの病原体の侵入を防ぐ**こと
- ◆ 栄養バランスがとれた食事、規則正しい生活習慣、適度な運動、予防接種などにより**身体の抵抗力を高める**こと

感染が成立する3つの要因



出典：「介護現場における感染対策の手引き 第2版」  
p7-2)-(1) 感染が成立する3つの要因より引用

➔「**感染症が成立する3つの要因**」に関する詳細な内容については、以下を参照ください

・厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き 第2版」の「第1章 2. 感染対策の重要性」



## I-2. 感染症対策の3つの柱

- 「感染症が成立する3つの要因」と「感染症対策の方針」に沿って具体的な感染対策を実施する際には、「**感染対策の3つの柱**」を意識しましょう。

### 感染症対策の3つの柱

#### I 病原体（感染源）の排除

#### II 感染経路の遮断

#### III 宿主の抵抗力の向上

<b>I 病原体（感染源）の排除</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>感染症の原因となる可能性のある病原体（感染源）は、必ず手袋を着用して取り扱います。また、手袋を脱いだ後は、手指衛生（手洗いやアルコール消毒等）が必要です。</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>代表的な感染源</b></p> <table border="1"><tbody><tr><td>①血液などの体液（汗を除く）</td><td>③正常でない皮膚</td></tr><tr><td>②粘膜面</td><td>④上記に触れた手指</td></tr></tbody></table>	①血液などの体液（汗を除く）	③正常でない皮膚	②粘膜面	④上記に触れた手指
①血液などの体液（汗を除く）	③正常でない皮膚					
②粘膜面	④上記に触れた手指					
<b>II 感染経路の遮断</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>感染対策の3つの柱のうち、最も重要な取組です。</li><li>主な感染経路には、①空気感染（飛沫核（ひまつかく）感染）、②エアロゾル感染、③飛沫（ひまつ）感染、④接触感染があります。</li><li>入所者や職員への感染経路を遮断するためには、3つへの配慮（病原体を持ち込まない、病原体を持ち出さない、病原体を拡げない）が必要です。</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>感染経路を遮断のための3つへの配慮</b></p> <table border="1"><tbody><tr><td>●病原体を持ち込まないこと</td></tr><tr><td>●病原体を持ち出さないこと</td></tr><tr><td>●病原体を拡げないこと</td></tr></tbody></table>	●病原体を持ち込まないこと	●病原体を持ち出さないこと	●病原体を拡げないこと	
●病原体を持ち込まないこと						
●病原体を持ち出さないこと						
●病原体を拡げないこと						
<b>III 宿主の抵抗力の向上</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>入所者の感染症に対する抵抗力を向上させるには、日ごろから十分な栄養や睡眠をとるとともに、予防接種によりあらかじめ免疫を得ることも重要です。</li><li>入所者だけでなく、職員も入職時に予防接種歴や罹患歴を確認しておくことが考慮されます。予防接種の啓発などについては、医師や看護職員、保健所などに相談すると良いでしょう。</li></ul>					

→「**感染症対策の3つの柱**」に関する詳細な内容については、以下を参照ください

- 厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き 第2版」の「第I章 2. 感染対策の重要性」
- 厚生労働省事務連絡「現下の感染状況を踏まえたオミクロン株の特性に応じた検査体制及び効果的な換気の徹底について」

## I-3. 感染症の感染経路

- 感染対策を実施する際は、感染経路別に「主な病原体」、「感染経路の特徴」、「一般的な予防策」を理解することが重要です。

	主な病原体	特徴	一般的な予防策	
空気感染 (飛沫核感染)	結核菌、麻しん、水痘など	• 空気中の塵や飛沫核を介する感染	個人防護	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に感染が疑われる症状（発熱など）がある場合には、原則としてサービス利用を見合わせる（施設系を除く）。職員に感染が疑われる場合には、出勤しない</li> <li>職員、利用者はマスクを着用（場合によりサージカルマスクと、N95を使い分ける）</li> </ul>
			環境面	<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な換気を行う</li> </ul>
エアロゾル感染	新型コロナウイルス	<ul style="list-style-type: none"> <li>空中に浮遊するウイルスを含む粒子（エアロゾル）を吸引することで感染する</li> <li>※厳密には定義されていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>空気感染に準じた対応や、「三つの密の回避」、「人と人との距離の確保」、「手洗いなどの手指衛生」などを行うとともに、換気について以下に留意する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 大きい粒径が到達する風下での感染の対策として、人の距離を確保するとともに、横方向の一定気流を防止する（扇風機首振り・エアコンスイングなど）</li> <li>✓ 小さい粒径が浮遊する空間内での感染の対策として、必要な換気量（1人当たり30m<sup>3</sup>/h以上、CO<sub>2</sub>濃度1,000ppm以下）を確保する。</li> </ul> </li> </ul>	
飛沫感染	インフルエンザ、風しん、ムンプス、（おたふくかぜ）、麻しん、新型コロナウイルスなど	<ul style="list-style-type: none"> <li>くしゃみなどを介する感染</li> <li>1-2m以上離れていれば感染の可能性は低い</li> </ul>	個人防護	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に感染が疑われる症状（発熱など）がある場合には、原則としてサービス利用を見合わせる（施設系を除く）。職員に感染が疑われる場合には、出勤しない</li> <li>職員、利用者はマスクを着用（場合によりサージカルマスクと、N95を使い分ける）</li> <li>マスクを着用せずに咳やくしゃみをする場合は、口・鼻をティッシュなどで覆い使用後は捨てる</li> </ul>
			環境面	<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な換気を行う</li> <li>接触感染も起こるため共用設備（手すりなど）の消毒を行う</li> <li>原則、個室で対応。利用者のベッドの間隔を2m以上あけるか、間をカーテンなどで仕切る（介護施設）</li> </ul>
接触感染	ノロウイルス、疥癬、MRSA、麻しん、新型コロナウイルスなど	• 感染している人との接触や汚染された物との接触による感染	個人防護	<ul style="list-style-type: none"> <li>こまめに手洗いや手指衛生を行う</li> <li>ケア時は手袋を着用する。使用後は速やかに捨て、手指衛生を行う</li> <li>利用者の膿、血液、嘔吐物、排泄物などを扱う場合には、長袖ガウンを着用</li> <li>※疥癬については、ダニを駆除するため、布団等も定期的に日光消毒もしくは乾燥させる</li> </ul>
			環境面	<ul style="list-style-type: none"> <li>共用タオルは使用せず、ペーパータオルの使用が望ましい</li> </ul>

### ➔「感染症の感染経路」に関する詳細な内容については、以下を参照ください

- 厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き 第2版」の「第1章 2. 感染対策の重要性」
- 厚生労働省「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」
- 厚生労働省事務連絡「現下の感染状況を踏まえたオミクロン株の特性に応じた検査体制及び効果的な換気の徹底について」
- 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4.1版」



## Ⅱ. 一般的な感染症対策における 認知症の方に配慮した工夫

- Ⅱ-1. 「入所者の健康状態把握」における工夫
- Ⅱ-2. 「入所者の手洗い」における工夫
- Ⅱ-3. 「入所者の消毒液等の使用」における工夫
- Ⅱ-4. 「入所者のマスクの使用」における工夫
- Ⅱ-5. 「職員の個人防護具の使用」における工夫
- Ⅱ-6. 「施設内の換気」における工夫
- Ⅱ-7. 「感染者と非感染者のエリア分けや個室対応」における工夫
- Ⅱ-8. 「面会の制限」における工夫
- Ⅱ-9. 「外出の制限」における工夫
- Ⅱ-10. 「感染性廃棄物等の保管」における工夫

## Ⅱ-1. 「入所者の健康状態把握」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p><b>体調変化の早期発見や早期対応を心掛ける</b></p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> <li>• 接触感染</li> </ul>	<p>【本人からの体調変化の訴えが困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自身の症状を上手く訴えることができず、状態変化の発見が遅れることがある</li> </ul>	<p>【健康状態の把握の徹底】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>バイタルサイン*</b>を含む全身状態を注意深く観察している</li> <li>• 特に感染者は重症化した場合に早く気づけるよう、<b>バイタルサインを複数回測定</b>している</li> <li>• 転倒や食事を摂取できないなどの<b>普段と異なる様子</b>がきっかけとなり、感染が発覚することがある</li> <li>• 食事や水分の摂取状況、排泄状況、臥床されている方は、睡眠状況も把握し、変化に気づくようにしている</li> <li>• 発生頻度が比較的多い兆候（発熱、喉の痛みなど）以外にも、<b>感染兆候を見逃さないようにチェックシートを用いている</b></li> </ul> <p>【平時からの入所者の状態の把握】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 日常との変化（笑顔が減った、言葉数がいつもより少ない、など）に気づけるよう、<b>普段から一人ひとりの暮らしぶりや特性をしっかりと把握</b>している</li> <li>• 状態観察のために<b>バイタルサインや睡眠状況が測定できる見守り機器を活用</b>している</li> <li>• クラスター発生時も、入所者の些細な変化に気づけるよう、<b>可能な限り通常通りの生活</b>をしてもらっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 症状が顕在化しない場合もあるため、可能であれば定期的に検査（PCR検査など）を行う</li> <li>• 感染の兆候について、ノロウイルスは新型コロナウイルスと異なる症状（気持ち悪さ、嘔吐、下痢）が見られるため、留意する</li> <li>• 外部からのウイルスの持ち込みを防ぐために、面会者や同居家族の体調変化の把握も心掛ける</li> </ul>

\*バイタルサインとは、生体が生きている状態を示す指標であり、脈拍、呼吸数、体温、血圧、意識レベルなどが主要な指標として用いられる。



## Ⅱ-5. 「職員による個人防護具の使用」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p>体液・排泄物を浴びる可能性が高い場合*に、個人防護具（ガウン・使い捨てエプロンや手袋、ゴーグル、フェイスシールドなど）を着用し、ケアを行う</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul> <p>*体液・排泄物を浴びる可能性が高い場合の例：食事介助、体位交換、リハビリ・機能訓練時</p>	<p>【マスク着用による職員の区別困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 周辺地域で感染症が発生し、職員全員がマスクを着用し始めたとき、入所者が職員の区別ができなくなり、混乱してしまう</li> </ul>	<p>【ケア提供の前に笑顔を見せる】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 十分な距離を取った上でマスクを一旦外し、<b>笑顔を見せてから、ケアを行っている</b></li> </ul> <p>【職員配置の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>担当職員を限定</b>したり、<b>なじみの関係のある職員が対応</b>している</li> </ul> <p>【職員の名前や顔写真の掲示】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ベッドサイドなど見えやすいところに、<b>担当職員の顔写真を掲示</b>している</li> <li>• 防護服に<b>職員名を書いたり顔写真を貼ったり</b>している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• クラスタが発生している際、マスクを外して表情を見せると感染リスクが高まるため、外す際は正しく距離が確保できているかに注意する</li> </ul>
	<p>【マスク着用による意思疎通困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 周辺地域で感染症が発生し、職員全員がマスクを着用し始めたとき、マスクによって職員の口の動きがわかりにくくなり、意思疎通が困難となってしまう</li> </ul>	<p>【コミュニケーションの工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ゆっくりと、はっきり、抑揚をつけて、ジェスチャーを加えて</b>話している</li> <li>• 高齢者が聞き取りやすいように<b>低い声で話している</b></li> </ul> <p>【コミュニケーションを補助する用具の活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>筒状の道具を使い</b>、入所者との距離をとりつつ耳に向かって話している</li> <li>• 認知症が軽度で言語的なコミュニケーションが取れる入所者に対しては、<b>小さなホワイトボードを用いて筆談</b>を行っている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 筒状の道具に飛沫が付着するため、可能であれば拭ける素材の道具を利用する。拭けない場合は使い回しをしない</li> </ul>
	<p>【防護服着用による警戒心の高まり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• クラスタ発生時、職員が防護服やフェイスシールドを着用している理由を入所者が理解できず、入所者に警戒されてしまう</li> <li>• フェイスシールドに光が反射し、それが動くことで不安になる方がいる</li> </ul>	<p>【ジェスチャーの活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 防護服やフェイスシールドによって職員の表情がわからなくても、<b>ジェスチャー</b>で入所者の気を引いたり、コミカルな動作で害がない人であることを伝えている</li> </ul> <p>【一旦フェイスシールドを外す】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• フェイスシールドを一旦外しゴーグルのみで対応している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• フェイスシールドが物々しい印象を与える場合は、ゴーグルとマスク着用も検討する</li> </ul>
	<p>【防護服が掴まれるリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 防護服が掴まれ脱げかけることにより、職員が感染することがある</li> </ul>	<p>【防護服の補強】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>防護服をガムテープなどで補強</b>し、簡単に脱げないようにしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 防護服が脱げた場合は、特に手洗いを徹底する</li> </ul>

## II-6. 「施設内の換気」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p><b>施設内の十分な換気を行う</b></p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【窓を開けたり、閉めたりしてしまう】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 換気の意義のご理解が難しく、窓を閉めてしまう</li> <li>• 開いている窓を大きく開け、外に出ていこうとしてしまう。そのため、施設の外に出てしまったり、転落してしまったりする可能性がある</li> </ul>	<p>【機械換気などの活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24時間換気システムや空気清浄機・換気扇を用いて、窓を開けなくとも<b>常時換気</b>を行っている</li> <li>• 専用のシステムが無い場合でも、<b>食堂の大型換気扇を常時回し、対角の窓を開けている</b></li> </ul> <p>【窓を開ける幅の制限】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ストッパーやロックを活用</b>し、人が通れない5～20cm程度の幅のみ窓を開けている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 必要に応じて換気効率を上げるためにサーキュレーターを活用する</li> </ul>
<p><b>高齢者施設における換気のポイント</b></p> <p>【換気方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 施設等の換気・空調設備を更新する際には、高い換気能力をもつ空調設備や、熱交換機能をもつ換気設備への交換を検討する</li> <li>• 機械換気により必要な換気量が確保できない場合、室温及び相対湿度を18-28℃及び40-70%に維持しつつ2方向の窓を常時開放する、など</li> </ul> <p>【換気の際の留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 必要な換気量を確保するため、二酸化炭素濃度を概ね1,000ppm以下に維持する。</li> <li>• 人が集合する場所では、CO2センサー等により、二酸化炭素濃度が上記の目安を下回っていることを確認する、など</li> <li>• パーティション等は、気流を阻害しないよう配置するとともに、施設の構造等により局所的に生じる換気不足を解消する</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p> <p>➔ <b>高齢者施設における換気のポイントについては、以下を参照ください</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 新型コロナウイルス感染症対策分科会「感染拡大防止のための効果的な換気について 令和4年7月14日（火）JP5-P7</li> </ul>		<p>【換気する時間帯やタイミングの設定】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 毎食後1時間は<b>換気タイム</b>とし、その時間帯は重点的にフロアに職員を配置している</li> <li>• 窓を開けて換気を行うときは、<b>入所者の所在を職員が意識</b>するようしている</li> </ul> <p>【視覚の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 開いている<b>窓の隙間をカーテンで隠し</b>、見えないようにしている</li> <li>• 窓の鍵を触らないように<b>紙コップで蓋</b>をして見えなくしている</li> </ul> <p>【入所者の行動の尊重】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 入所者が窓を開けようとした場合は、<b>職員が入所者とともに開ける</b>ことによって、落ち着く方もいる</li> <li>• 窓を開けて外に出ていこうとされる場合、<b>職員も一緒に散歩</b>してから居室へ誘導している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ストッパーによっては窓を揺らすとストッパーが外れてしまう場合がある</li> <li>• 十分換気ができているか確認する</li> <li>• 可能であればCO2モニターを設置する</li> <li>• カーテンにより十分な換気が阻害されていないか確認する</li> </ul>



## Ⅱ-7. 「感染者と非感染者のエリア分けや個室対応」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p><b>感染者と非感染者のエリア分けや個室での対応を行う</b></p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【エリアや個室から出てきてしまう】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 感染対策の意義を理解できず、エリアや個室から出てきてしまう</li> </ul> <p>• 高齢者本人の行動の自由を制限する行為に該当する可能性がある</p>	<p>【コミュニケーションの工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自由が制限されているという気持ちをもたせないよう、<b>前向きな声かけ</b>を行っている</li> <li>• 「危険な風邪が流行っているから居室にいた方が安全ですよ」と説明している</li> </ul> <p>【掲示による注意喚起】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>感染対策の重要性を認識しやすい表現</b>（「悪い風邪」など）を記載した貼り紙をを掲示している</li> <li>• エリア境界の床に、<b>目立つ色のテープ</b>で「ダメ」「よし」と書いている。</li> <li>• <b>肯定的な表現</b>（「こちらの中でお過ごし下さい」など）を記載すると理解してもらえる場合がある</li> <li>• <b>エリア境界に飾りや掲示物を設置</b>することで、入所者がそこで立ち止まりエリア内からスタッフに声かけする場合がある</li> </ul> <p>【職員配置の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 居室から出てくる入所者には、<b>特定の職員がマンツーマンで対応</b>している</li> </ul> <p>【行動可能なゾーンの拡大】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>行動可能なエリアを広めに設定</b>している</li> <li>• （十分なスペースが確保できる施設の事例として）感染症発生時は<b>ユニット全体をレッドゾーンとし、その中で個室での対応を行った</b>（非感染者よりも感染者が多くなったため、非感染者に個室で過ごしてもらった）</li> </ul> <p>【居室生活の充実化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族にテレビや携帯ラジオなどを持ってきてもらい、<b>居室でも充実して生活できるように配慮</b>している</li> </ul> <p>【身体拘束適正化検討委員会での検討】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>施設内の身体拘束適正化検討委員会等で検討</b>している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 飾りや掲示物が感染源になり得るため、設置エリアの入所者が退所した際に新しいものと交換する</li> <li>• 廊下やラウンジなどに感染者が出てきても良い時間を設けることも検討する。時間終了後には消毒を行う</li> <li>• 施設の広さ等を踏まえ現実的な対応を検討する</li> </ul>

## Ⅱ-8. 「面会の制限」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p>地域における感染発生状況などを踏まえ、面会制限の程度を判断する</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【ストレスの増大、認知機能などの低下（面会制限について）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族に会えないことが理解できず、家族が自分のことを嫌いになったのではないか、捨てられたのではないか、と不安やストレスを抱える入所者がいる</li> </ul>	<p>【孤立の防止】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 複数の馴染みの職員が何度も訪室し、気持ちを和らげるようにしている</li> <li>• ほんの数秒であっても一日に何度も声かけを行い、「あなたのことを気にかけていますよ」ということを伝えている</li> <li>• 面会ができなくても寂しくならないように、アルバムや写真を見てもらっている</li> <li>• 花を飾ったり音楽を流すなど、入居者の趣味に応じた工夫を行っている</li> <li>• 家族から電話があった際には、入所者に報告し、家族が気にかけていることを伝えている</li> <li>• 施設内で感染症が発生していない場合は、施設から家族に電話をし、施設の状況を伝えたり、対面面会の提案を行ったりしている</li> </ul> <p>【感染対策を徹底したうえで対面面会を実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 施設内で感染症が発生している場合は、窓越しでの面会を行っている</li> <li>• 感染症が発生していない場合は、透明なビニールシートを入所者と面会者の間に張り、接触しないように面会している</li> <li>• 施設の構造により、棟やフロア間で感染が拡大するリスクが低い場合や、生活やケアの時間をずらすことで感染リスクを軽減できる場合は、それぞれの棟・フロアのリスクに応じて面会を実施している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 適切な感染防止対策*を行った上で対面面会を実施する</li> <li>• 面会時に双方がマスクを着けていればビニールシート・パーテーションは必須としない</li> </ul>
<p>*新型コロナウイルスの発生状況等を踏まえた介護施設等における面会に関する留意点</p>			
<p>【面会実施の判断について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 面会の実施方法を判断する際、入所者及び面会者がワクチン接種済み又は検査陰性であることを確認できた場合は、対面での面会の実施を検討する（入所者や面会者がワクチンを接種していないことを理由に不当な扱いを受けることがないよう留意し、ワクチンを接種していない入所者や面会者も交流が図れるよう検討する）</li> <li>• 対面での面会を制限せざるを得ない場合には、オンラインでの実施を検討する</li> </ul> <p>【面会における適切な感染防止対策の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 面会者や同居家族に過去2週間以内に発熱、咳、喉の痛みなどがある場合や新型コロナウイルスの濃厚接触者の場合は面会を断る</li> <li>• 面会者には、手洗い・手指消毒、マスク着用を求める</li> <li>• 面会時は十分な換気を行う</li> <li>• 新型コロナウイルスを想定して面会場所での飲食や大声での会話は可能な限り控える/面会者は施設内のトイレの使用を最小限とする</li> <li>• 面会後は、机、椅子、ドアノブ等の清掃又は消毒を行う、など</li> </ul> <p>出典：「社会福祉施設等における面会等の実施にあたっての留意点について」（令和3年11月24日厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡、「介護現場における感染対策の手引き 第2版」（厚生労働省）</p>			

## Ⅱ-9. 「外出の制限」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p>地域における感染発生状況などを踏まえ、外出制限の程度を判断する</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>(外出制限について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家族などと会えない期間が継続することで、せん妄やBPSD、心理的ストレスの発生の発生、認知機能や筋力の低下、転倒リスク上昇などの危険性がある</li> </ul>	<p>【機能訓練・リハビリテーションの実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 身体機能や介護ニーズの再評価を行い、<b>適切な量の機能訓練・リハビリテーションが提供</b>している</li> <li>• (日常的な取組として) 施設の庭やベランダ、事務所の周辺、公園などに<b>短時間の外出</b>をしたり、入所者と一緒にコンビニに出かけ、買い物をするようにしている</li> </ul> <p>【遠隔コミュニケーションツールの活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>電話やタブレット</b>を用いて家族やスタッフと交流している</li> <li>• ディ스플레이が小さい場合状況を理解できずに混乱するリスクがあるため、なるべく<b>大きなディスプレイ</b>を用いるようにしている</li> </ul>	

### 介護施設等における外出に関する留意点

#### 【外出実施の判断について】

- 入所者の外出については、生活や健康の維持のために必要なものは制限すべきではなく、「三つの密」の回避、人と人との距離の確保、マスクの着用、手洗い等の手指衛生、換気等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意する
- 感染が拡大している地域では、感染拡大防止の観点と、入所者、家族の QOL を考慮して、対応を検討すること。なお、外出の際は、基本的な感染対策を徹底する

出典：「社会福祉施設等における面会等の実施にあたっての留意点について」（令和3年11月24日厚生労働省健康局結核感染症課ほか連名事務連絡、「介護現場における感染対策の手引き 第2版」（厚生労働省）

## Ⅲ. 日常生活の場面ごとの感染症対策における 認知症の方に配慮した工夫

---

- Ⅲ-1. 「食事介助時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-2. 「排泄介助時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-3. 「入浴介助時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-4. 「移乗・着替え・整容時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-5. 「口腔ケア時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-6. 「機能訓練・レク実施時の感染対策」における工夫
- Ⅲ-7. 「医療的ケア実施時の感染対策」における工夫



## Ⅲ-1. 「食事介助時の感染対策」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p>入所者同士の座席の距離を離す、または入所者一人で食事をとってもらう</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【食べ物のやりとり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 隣の入所者の食事を食べてしまう、または自身の食べ物を他の入所者にあげてしまう</li> </ul>	<p>【食事量の調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自身の食べ物を食べきれずにあげてしまう人であれば、本人に確認した上で<b>食事量を調整</b>したり、<b>残した食事は早めに下膳</b>したりしている</li> </ul> <p>【座席配置の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>座席にアクリル板を設置</b>したり、<b>食事時間をずらした</b>りしている</li> <li>• スペースに余裕がある場合、<b>他の入所者の食事に手が届かないような座席配置</b>にしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 可能であれば、下膳車にアクセスできないような配置にする</li> <li>• パーテーション、アクリル板は換気の妨げとならないよう、常設はせず食事の際のみ用いたり、空気の流れを遮断しないように配置したりする</li> </ul>
<p>食事時は言葉による会話を避ける</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【隣の人に話しかけてしまう】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 食べ終わるのが早い入所者が、まだ食べ終わっていない隣の入所者に話しかけてしまう</li> </ul> <p>【大声での会話】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 感染症対策の意義を理解できず大声を出してしまう</li> </ul>	<p>【座席配置の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 教室のような<b>一方方向の座席配置</b>としている</li> <li>• <b>一人席</b>を設けている</li> <li>• 食事の際は席ごとに<b>アクリル板でセパレート</b>している</li> </ul> <p>【食事時間の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 全員が同時に食べ終わることができるよう、食事にかかる時間に応じて<b>食事時間をずらしている</b></li> </ul> <p>【雑音の排除】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>BGMの音量を小さめ</b>にして大声で会話しなくても良いようにしている</li> <li>• 食事のときは<b>テレビを消し</b>、食事を集中して味わおうという雰囲気を作っている</li> </ul>	
<p>使い捨ての食器を使用する</p> <p>【関連する感染症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 飛沫感染</li> <li>• 接触感染</li> </ul>	<p>【食欲の減退】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• クラスタ発生時、使い捨ての弁当箱を使うと食事が冷め、食事摂取量が減ってしまう</li> <li>• 紙皿は軽いため片手だと食べにくく、食事摂取量が減ってしまう</li> </ul>	<p>【使用食器の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 白の紙皿ではなく、<b>黒の弁当箱</b>を用いることにより主食が見えやすくなり、食事の摂取量を維持できている</li> <li>• 使い捨ての弁当箱であってもカラフルなものを使用する等、<b>特別感を出す工夫</b>をしている</li> <li>• 食事が冷めることで食事摂取量が減ってしまう場合は、<b>冷めても美味しいものを用意</b>している</li> </ul>	

## Ⅲ-5. 「口腔ケア時の感染対策」における認知症の方に配慮した工夫

以下の感染症対策を行う場合	認知症の方において生じた課題	課題に対して現場で試みられている工夫	感染対策の観点からの注意事項
<p>小さめの歯ブラシを使い、口を閉じて歯を磨く 口をゆすいで吐き出す際は、洗面台に口を近づける</p> <p>【関連する感染症*】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【口を閉じた歯磨きが困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 口を閉じて歯を磨くことが理解できない。口をゆすいだ水を勢いよく吐き出ししぶきが飛び散る</li> </ul>	<p>【飛び散り防止】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 洗面所の両脇に<b>アクリルボードを設置</b>し、飛び跳ねを防止している</li> <li>• 口腔内に溜まった<b>唾液は吸引</b>しながら口腔ケアを行っている</li> <li>• <b>シートタイプ</b>の歯磨き剤を用いている</li> </ul> <p>【歯磨きの場所・時間の変更】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>居室で歯磨き</b>を行ったり、他の入所者と歯磨きの<b>タイミングをずらしたり</b>している</li> </ul> <p>【正面に立って介助しない】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 飛沫を浴びないように入所者の正面に立たずに斜めから介助している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 必要に応じてエプロン、マスク、ゴーグルを着用する</li> <li>• アクリル板の使用後は拭き掃除を行う</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 介助時にのぞき込まないように留意する</li> </ul>
<p>むせないように注意しながらうがいをするよう、入所者に喚起する</p> <p>【関連する感染症*】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【うがいが困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• うがいが理解できず、すぐに吐き出してしまったり飲んでしまったりする</li> </ul>	<p>【飲み込む前提のケア】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 飲みこむ前提で<b>緑茶でうがい</b>をしたり、<b>飲み込み可の歯磨き粉</b>を使ったりしている</li> </ul>	
<p>口腔ケアは肺炎の重症化予防の効果があるため、感染患者や感染が疑われる入所者についても、感染症対策に注意しながら、口腔ケアは継続する</p> <p>【関連する感染症*】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 空気感染</li> <li>• エアロゾル感染</li> <li>• 飛沫感染</li> </ul>	<p>【口腔ケアの拒否】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 体調不良時に、口腔ケアを嫌がられる</li> </ul>	<p>【不安や恐怖心の排除】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>本人の手の上に介助者の手を重ねて歯ブラシを保持</b>し、介助をおこなっている</li> <li>• <b>アイコンタクト、安心感をもたせる声かけ、丁寧な身体接触</b>などの工夫を行っている</li> </ul> <p>【可能な範囲での口腔ケアの実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>口腔ケア用のジェル</b>を用いるなど、可能な範囲で口腔ケアを行っている</li> <li>• 緑茶などでこまめに<b>口腔内を潤す</b>ようにしている</li> <li>• クラスタ時等、毎食後の歯磨き介助が難しい場合に、<b>本人の体調等に応じて歯磨きをスキップ</b>した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 可能な範囲で、専門職等に、口腔内のチェックを行ってもらおう</li> </ul>

\*口腔ケア後の歯ブラシやコップの管理等については接触感染のリスクがある。





# 広島大学

ご静聴ありがとうございました。

【問い合わせ先】

広島大学大学院医系科学研究科

共生社会医学講座教授 石井伸弥

E-mail : [sishii76@hiroshima-u.ac.jp](mailto:sishii76@hiroshima-u.ac.jp)

Tel&Fax: 082-257-2018