

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

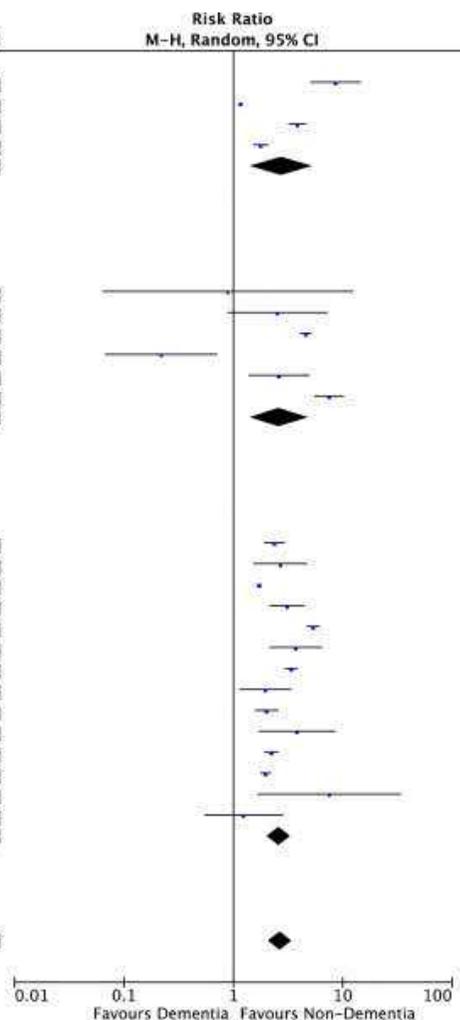
出身地 大竹市 (高齢化率35.7%, 日本平均29.1%)

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

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
1.2.1 Risk of COVID-19							
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]
Subtotal (95% CI)	41078	41078	4525623	4525623	19.3%	2.76	[1.43, 5.33]
Total events	7107		40048				
Heterogeneity: Tau ² = 0.43; Chi ² = 227.72, df = 3 (P < 0.00001); I ² = 99%							
Test for overall effect: Z = 3.02 (P = 0.003)							
1.2.2 Severe COVID-19							
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]
Subtotal (95% CI)	475	475	10602	10602	19.8%	2.63	[1.41, 4.90]
Total events	223		1112				
Heterogeneity: Tau ² = 0.40; Chi ² = 43.98, df = 5 (P < 0.00001); I ² = 89%							
Test for overall effect: Z = 3.04 (P = 0.002)							
1.2.3 Mortality							
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]
Subtotal (95% CI)	4850	4850	62657	62657	60.9%	2.62	[2.04, 3.36]
Total events	1820		7518				
Heterogeneity: Tau ² = 0.17; Chi ² = 292.70, df = 13 (P < 0.00001); I ² = 96%							
Test for overall effect: Z = 7.60 (P < 0.00001)							
Total (95% CI)	46403	46403	4598882	4598882	100.0%	2.67	[2.06, 3.47]
Total events	9150		48678				
Heterogeneity: Tau ² = 0.34; Chi ² = 1687.12, df = 23 (P < 0.00001); I ² = 99%							
Test for overall effect: Z = 7.44 (P < 0.00001)							
Test for subgroup differences: Chi ² = 0.02, df = 2 (P = 0.99), I ² = 0%							



認知症があることで...

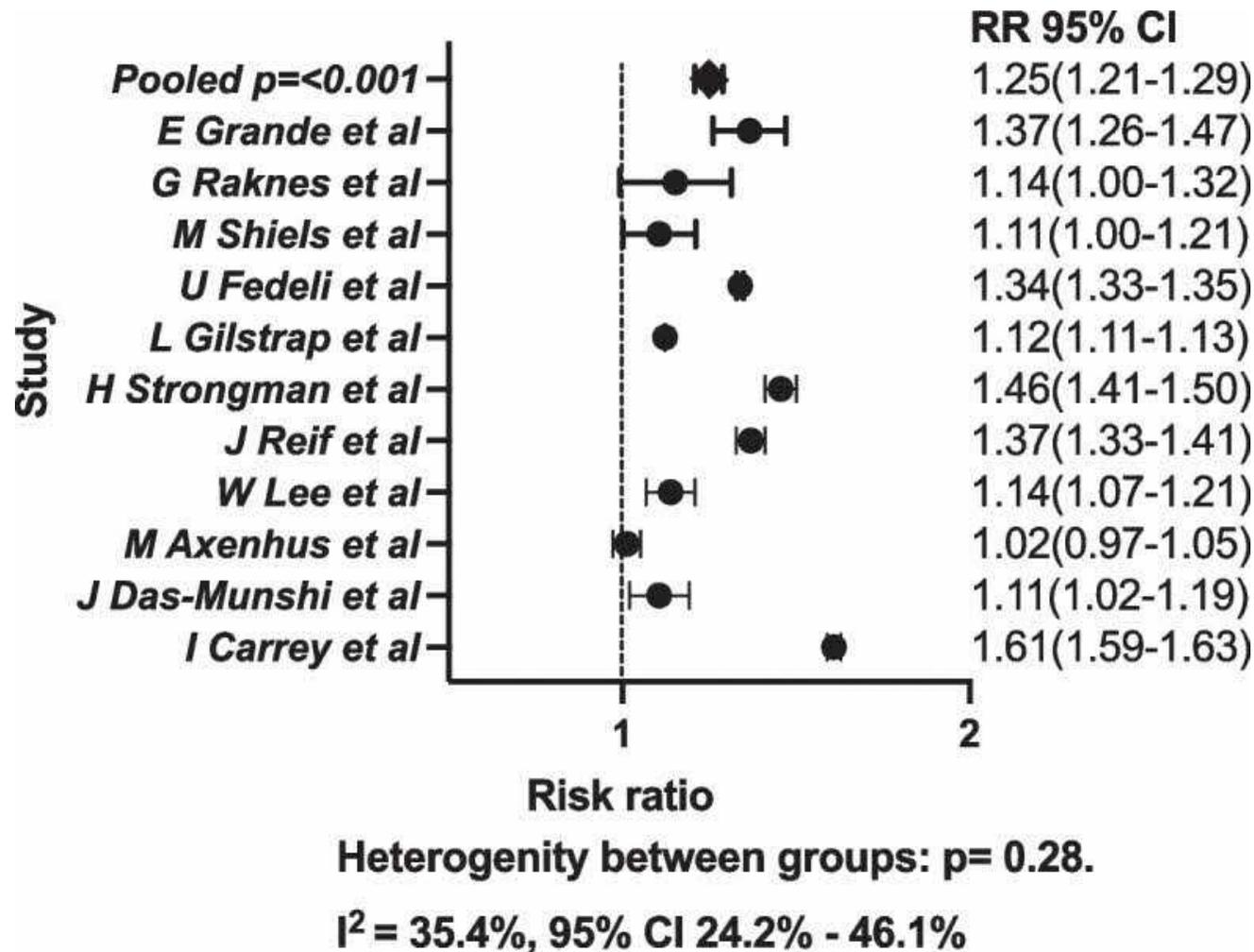
感染、重症化、または死亡
リスク：**2.67倍**

感染リスク：**2.76倍**

重症化率：**2.63倍**

死亡率：**2.62倍**

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。

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。

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。

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。

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

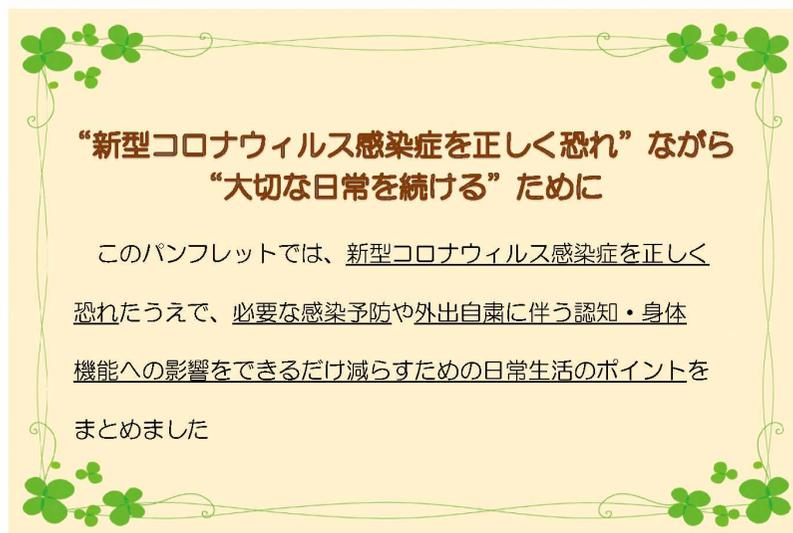
- 約4割の医師が外来患者数の減少を感じていた。また、同定の割合の医師が診療に悪影響が生じたと感じていた。
- 外来患者において、ADL/IADLの低下、フレイルの増加を初めとした多岐に渡る悪影響が生じたとの回答がみられた。
- 病棟においては、入院患者数が減少するとともに、より緊急度・重症度の高い患者が増える傾向がみられた。
- 病棟では全ての医師が面会制限を実施していた一方、約半数で感染状況もしくは病状次第で制限を緩和していた。多くの医師が面会制限による診療の困難さを感じていた。

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

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

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)
 - 栄養管理の補正 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)
 - ソニーク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	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ないこと	身体拘束を行わずに治療する全ての方法の可能性を検討しても、身体拘束以外に代替手段が存在しないこと
一時性 できるだけ頻回に観察、再検討し、隔離期間が終了、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しつこく観察し続ける必要がある場合も短い拘束期間を設け、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	できるだけ頻回に観察、再検討し、本人の状態等が改善するまでしつこく観察し続ける必要がある場合も短い拘束期間を設け、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

- 病棟や組織として対応する体制を整える (ルールや手続の整備、現場をサポートする「身体拘束廃止チーム」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「身体拘束廃止チーム」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
- 定期的にかつプレンスを実施し、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

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例外的に許容されます。

身体拘束に関す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。

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。

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。

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