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

作成者・団体

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

広島大学大学院医系科学研究科　精神神経医科学講座

広島大学病院　感染症科

協力者・団体：

国立研究開発法人　国立長寿医療研究センター

国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長　小川朝生先生

弁護士法人坂下法律事務所

広島県新型コロナウイルス感染症医療福祉クラスター対応班

構成

・はじめに
・手引きの対象と目的
・認知症高齢者における COVID-19 対応の課題
・まとめ
・本文
　行動・心理症状、せん妄対応
　身体拘束について
・さいごに

はじめに

2019 年末から世界中に拡散した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は高齢者の死亡率が高く、高齢者介護施設で多くのクラスター、死亡が発生していることが報告されている(1-3)。COVID-19 流行下では高齢者介護施設でクラスターが発生した場合、専門病床の逼迫や検査キャパシティの不足などによって、その施設において COVID-19 もしくはその疑いがある施設利用者をある程度長期にわたって療養を行わざるを得ないことがある。

また、高齢者介護施設においては多くの利用者が認知症を持っており、認知症症状、特に行動・心理症状（以下 BPSD とする）によって COVID-19 への対応が困難になっているという報告がある(4, 5)。特に、COVID-19 罹患時に BPSD のために隔離などの必要な対応が取れないということが課題となっており、その対応として身体拘束が必要となるケースもあると言われている。しかし、身体拘束は行動の自由を制限する人権侵害や虐待にあたる行為であり、その違法性を阻却する要件（一般に「緊急やむを得ない場合」と呼ばれている）が満たされなければ、決して行われるべきではなく、またやむを得ず行われるとしても、手続きに則って最も制限の少ない方法、かつ必要最低限の期間で行われるべきである。

本手引きは、せん妄や BPSD に対し予防的な対応を行う事によってそれらの発生リスクを低減させること、せん妄や BPSD 発生時適切に対応することで身体拘束に可能な限り至らないように予防すること、感染リスクのコントロールという公衆衛生上の要請によって身体拘束が避けられない場合であっても人権

に配慮したかたちで実施されるようにすること、これらを通して認知症高齢者の権利を守ることを目的に、介護従事者が具体的に COVID-19 もしくはその疑いがある認知症高齢者に対して介護施設においてどのように対応するべきか、特にせん妄や BPSD と身体拘束について現時点における考え方を整理したものである。せん妄や BPSD に適切に対応することで利用者の状態の改善だけでなく、スタッフの負担を含めた施設リソースの負荷軽減も期待される。

特に、COVID-19 対応によってあらゆるリソースが逼迫されている状況においては、COVID-19 に対応する体制を構築するために、施設が一丸となって組織的に取り組むことが必要である。

手引きの対象と目的

本手引きは、介護施設において COVID-19 もしくはその疑いがある認知症高齢者の介護・ケアに関わる介護従事者、またそれらの施設の管理者を対象とする。本手引きでは、COVID-19 流行期において、介護施設に入所中の認知症高齢者が COVID-19 発症もしくはその疑いがある際に、介護施設で療養がなされるとの前提において、せん妄や BPSD に対して適切な介護およびケアはどのように行われるべきか、また、感染リスク制御や本人保護のために身体拘束という方法が選択される場合の倫理的な課題や法的根拠、またやむを得ず実施される場合の手続きについて考え方を整理して示すことを目的としている。

介護施設に入所中の認知症高齢者が COVID-19 発症もしくはその疑いがある場合には、その経過中に入院が必要となることもあるが、入院の基準については各自治体の判断に従うこととなる。

認知症高齢者における COVID-19 対応の課題

1. 認知症高齢者の高い死亡率および介護施設における COVID-19 の影響

認知症高齢者では COVID-19 によって高い死亡率に繋がると考えられる。

COVID-19 では高齢や基礎疾患が死亡リスクの上昇と関連しており、高齢者になると急激に死亡率が上昇し(1-3)、80 歳を超えると死亡率は 1 割を超えることが報告されている(6)。認知症においても同様に年齢は最も重要な危険因子の一つであり、加齢と共に急激に認知症有病率は上昇する(7)。65 歳以上高齢者に

おける認知症有病率は 2020 年において約 16.7%と推計されているが、80 歳以上に限ると認知症有病率は約 40%であると考えられる。逆に、認知症者のほとんどが高齢者である。認知症者の 97%以上が 65 歳より高齢であり、70%以上が 80 歳より高齢と推計される。このように、認知症者の多くが COVID-19 に罹患すると死亡するリスクが高いと考えられる。さらに、年齢だけでなく、認知症者では、非認知症者と比べて心血管疾患や糖尿病など COVID-19 においても重症化リスクとなる基礎疾患の有病率が高いとするデータも報告されている(8)。また、海外のデータをまとめたメタ解析では認知症によって COVID-19 の死亡率が有意に高まることが報告されている(9)。

高齢者介護施設では多くの死亡者が出ていることが報告されている。死亡者数、感染者数ともに世界最大である米国（2021 年 1 月現在）を含めた 20 カ国のデータでは、介護施設入所者の全人口に対する割合は 0.73%であるにも関わらず、COVID-19 による死亡のうち、平均 46%が介護施設において発生していると報告されている(10)。なお、英国においては認知症やアルツハイマー病が COVID-19 死亡者において最も頻繁に認められる基礎疾患であり、介護施設における COVID-19 による死亡者の 49.5%に認められたとの報告がある(11)。本邦においても、介護施設入所者の約 9 割が認知症に相当するとの報告もあることから(12)、介護施設の認知症高齢者への COVID-19 対応は喫緊の課題である。

2. 認知症者における予防の困難さ

COVID-19 予防にあたっては 3 密の回避（密集、密接、密閉）やこまめな手洗いなどの新しい生活様式の実践が必要であるとされているが、認知症者では認知機能低下による情報やサービスへのアクセスの困難さ、環境変化への適応の困難さ等から地域における感染状況を把握し、新しい生活様式を実践することが困難と考えられる。また、認知症が重度であったり、BPSD を有する場合には、身体的な接触を伴う介護が必要となるが、その場合には認知症者だけでなく、介護者の感染予防も課題となる。

さらに、感染拡大下においては、外出自粛や医療介護施設における面会制限などの感染予防のための取組が広く行われることとなるが、それによって運動機会や社会的接触の機会の喪失が起こり、認知症者における身体機能の低下や認知症症状の悪化などの悪影響に繋がることが報告されている(5, 13, 14)（図 1 ）。

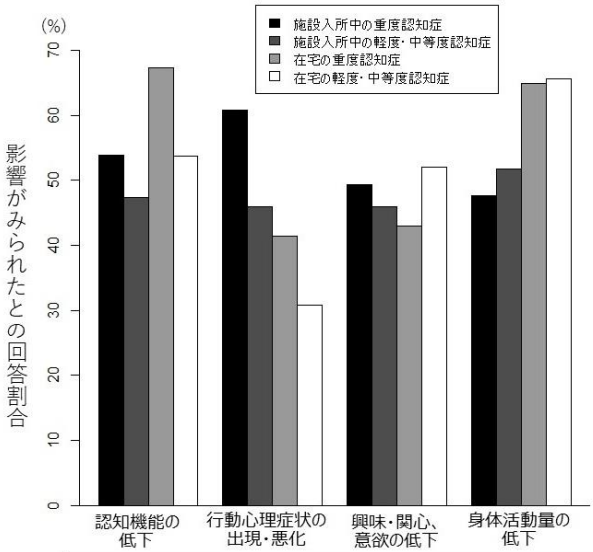
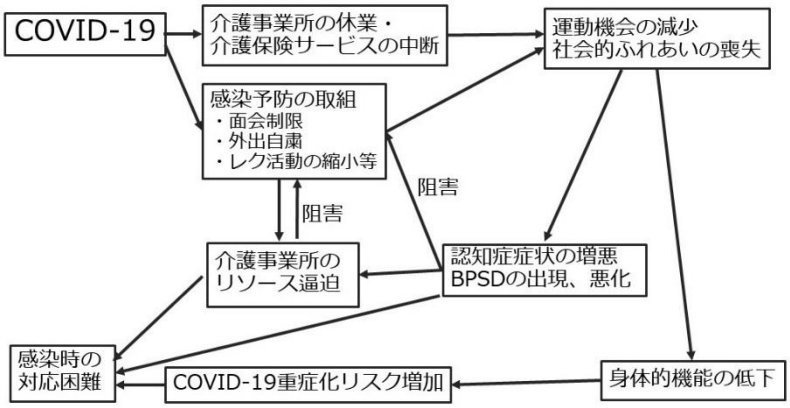


図1．2020年2月～6月にCOVID-19流行下において認知症者にみられた影響（945施設、751名の介護支援専門員を対象とした調査結果）

身体機能の低下によって引き起こされるフレイルが COVID-19 の死亡リスクであるとの報告もされており(15, 16)、COVID-19 予防の取り組みによって身体機能の低下や認知症症状の悪化などが引き起こされ、さらにその認知症症状の悪化が感染予防の取り組みを困難にし、身体機能低下が COVID-19 の死亡リスクを高めるという悪循環に繋がることが懸念される（図２）。

図２．COVID-19 流行下で認知症高齢者に起こる悪循環の模式図



3. せん妄や BPSD への対応の必要性

認知症者において、COVID-19 による侵襲や入院に伴う環境変化によって BPSD を発症・増悪するリスクが高い。さらに、COVID-19 では感染に伴う侵襲、脱水、呼吸困難、低酸素血症、ステロイド等薬剤使用、入院に伴う環境変化（緊急入院、ICU 環境）、隔離、家族等との面会制限などによってせん妄が発生しやすく遷延しやすいと考えられる。実際に、COVID-19 罹患者においてはせん妄の発生率が他疾患と比して高いことも報告されている(17, 18)。認知症はせん妄の重要な危険因子であることが知られていることから(19)、認知症者においては感染時に、せん妄のリスクがより高いと考えられる。

まとめ

BPSD・せん妄対応

● 環境整備や不快感の緩和などを行い、BPSD やせん妄の予防に努める。

● 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。活動性が低下するタイプの低活動型せん妄は見逃されやすいため、特に居室隔離されている場合には注意する。

● 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い（動かない部分があるなど）などの場合には速やかに医師に相談する。

身体拘束予防について

● 身体拘束は違法であり、原則的に禁止されているが、感染リスクコントロールまたは本人の保護のため他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る。

● 身体拘束に関わる判断や実施にあたっては、あらかじめルールや手続きを定め、身体拘束に関わる判断をサポートする「身体拘束廃止委員会」を設置する、もしくは既に設置されている身体拘束に関する委員会を設置する。

● 実施前に感染の状態について医師もしくは保健所に確認する。本人・家族又は本人の支援者（以下「家族等」とする）への説明を行い、同意を得る。本人の同意が困難な場合は、少なくとも家族等がいる場合は家族等の同意を得てから感染予防に留意しつつ実施する。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。

● 身体拘束が必要最低限となるよう、できるだけ頻回に観察、再検討し、他者に感染させる恐れがない、もしくは本人の生命または身体への危険性が低いと判断された時点で速やかに拘束を終了する。

本文

BPSD・せん妄対応

ここでは COVID-19 罹患時の BPSD・せん妄に対応する際の留意点について記載する。

● **環境整備や不快感の緩和などを行い、BPSD やせん妄の予防に努める。**

認知症はせん妄の重要な危険因子であることから、COVID-19 もしくはその疑いがある全ての認知症者はせん妄のハイリスク者としてせん妄の予防を行う。

COVID-19 に罹患した認知症者のせん妄予防として、例えば以下のような取組が挙げられる。

○ COVID-19 に伴う症状の管理

- 発熱や咳嗽、気道分泌物、苦痛など不快感の緩和
- 脱水の予防：発熱、咳嗽、頻呼吸時は特に脱水になりやすく、水分補給が重要である。高齢者では喉の渇きを感じにくくなっていることがあり、また認知症により自発性が低下していることもあることから、積極的に飲水を奨励する。
- COVID-19 に続いて細菌性肺炎が起こることがあるため、予防のため口腔ケアを積極的に実施する。

○ せん妄予防のための一般的な介入

- 隔離などについて説明する際には、平易な言葉でわかりやすく伝える。
- 便秘対応：便秘による不快感によって徘徊を起こすこともあり、排便の確認と便通コントロールを行う。
- 視聴覚異常の補正：眼鏡や補聴器の使用、耳垢除去
- 簡易な現実見当識訓練：スタッフから声かけする場合には、今は何月何日なのかなど伝えるようにする。
- 生活リズムの確立：生活リズムの乱れによってせん妄が起こりやすくなるため、以下のような取組を検討する。
  - 朝、昼、夕など毎日決まった時間に音楽を流す。
  - 毎日決まった時間に決まったニュース番組やテレビ番組を流す。
  - 毎日決まった時間にラジオ体操などの運動を促す。

  - リハビリは毎日同じ決まった時間に行うようにする。
  - 日中のみカーディガンを羽織り、就寝時間が近づいたら脱ぐようにする。
- 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日数回の身体活動を行う。
- 患者の気に入っている音楽を流す。
- 家族の写真や本人が大事にしている物（インテリア小物や寝具など）をそばに置く。

○ その他

- 居室ドアに注意を促すサインやポスターを貼る。
- ドアの目線の高さに飾り付けを行い、飾りを見せながら居室に留まることの必要性を説明する。
- 塗り絵など一人で取り組める活動を提供する
- センサーマットやモニターを活用して行動を把握する。
- 箸やスプーンなどの食事道具の使用が困難な場合、感染リスクコントロールのため、スタッフが食事介助を行うよりもおにぎりやサンドイッチ、パンなど手で食べられる食品にする等食形態を工夫することを検討する。
- 電話やタブレット端末を用いて家族やスタッフと交流する（タブレット端末については、もともとそうした機器に慣れている場合以外は困難であることが多い。特に、認知機能低下が重度の場合にはタブレット端末が混乱を引き起こすことがある点には注意する。）
- ゾーニング（生活空間などの区分け）を行う際、可能であれば、行動可能なエリアを広めに設定し、そこで認知症者が安全に行動（歩き回るなど）できるようにする。認知機能の程度によっては隔離を理解できないことがあるため、隔離エリアは物理的に仕切られていることが望ましい。
- 該当居室を担当する職員を限定し、可能であれば１対１対応を検討する。患者を担当するケアスタッフの顔写真をベッドサイドなど見えやすいところに掲示する。
- 隔離のため居室にポータブルトイレを設置する場合、排泄物の処理を容易にするため、凝固剤などを用いることを検討する。

これらの取組は BPSD の一部に対しても有効であると考えられる。BPSD に対しては、表 1 に挙げた取組も検討する。

表 1. 行動心理症状(BPSD)に対する心理社会的介入の例
日常的な活動を保つ
症状を引き起こす原因から引き離す
痛み、便秘などの身体的な問題の評価を行う
言い争わない、間違っていたとしても考えを尊重する
身体的な交流を行う（同じ高さから目線をあわせる、距離を確保する）
通常のトーンでゆっくりと冷静に話す。話しかけられた言葉が理解できない場合でも声のトーンに反応することがある
非難、叱責、脅迫したりしない
一人で取り組める活動を勧めたり、好きな食べ物を提供したりする
認知症者が何かに対して怒っていることを受容し、認知症者のことを助けたいこと、愛しているということを伝え安心させる

Alzheimer's Association Position Statement on Treatment of BPSD (https://www.alz.org/national/documents/statements_antipsychotics.pdf) より引用、一部改変(20)

● **活動性が低下するタイプの低活動型せん妄は見逃されやすいため、特に居室隔離されている場合には注意する。**

せん妄に気づくためのチェックポイントを表 2 に挙げる。これらの点を日々確認する事によってせん妄を早期発見することが重要である。せん妄の中には、活動量の低下や覚醒水準の低下を呈する低活動型せん妄というタイプがある。

COVID-19 またはその疑いによって個室隔離されている場合には、スタッフの目が行き届きにくくなるため、低活動型せん妄を見落とさないように注意する。

表 2. せん妄症状のチェック		
	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	注意障害・ 意識レベルの変容	□ ボーッとしている □ もうろうとしている
	注意障害	□ 今までできていたことができなくなる 例）服装がだらしなくなる、ベッドの周りが散らかっている □ 視線が合わずに、キョロキョロしている □ 体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す □ 周囲の音やスタッフの動きに気をとられる
話す	注意障害・ 意識レベルの変容	□ 質問に対する反応が遅い □ 焦燥感が強く、落ち着かない □ 目がギラギラしている
	注意障害	□ 話がまわりくどく、まとまらない □ つじつまがあわない □ 感情が短時間でころころと変わる
	注意障害	□ 何度も同じことを聞く □ 話に集中できない □ 質問と違う答えが返ってくる
聞く	注意障害	□ 見当識障害（急に出現する場合） （時間）■今日の日付を聞く ■今の時間が何時頃か聞く （場所）■今いる場所について尋ねる
	注意障害	□ 近時記憶の障害（急に出現する場合） ■ 最近あった出来事を覚えているか聞く 例）ごはんのメニューを覚えているか
	意識レベルの変容	□ 思考のまとまりづらさ ■「ボーっとしたり、普段と比べて考えがまとまりにくいことがありますか？」と聞く

表 2（続き）．せん妄症状のチェック		
確認する	急性発症もしくは症状の変動	□ 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本人・家族、スタッフから直接聞く、介護記録を確認する
	睡眠覚醒リズム	□ 昼夜逆転の有無を本人に直接聞く、スタッフに確認する

国立がん研究センター東病院「せん妄アセスメントシート」（https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/090/20171115095243.html）より引用、一部改変

● 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い（動かない部分があるなど）などの場合には医師に速やかに相談する。

COVID-19 の増悪など全身状態の悪化がせん妄の発症の契機となる事がある。また、COVID-19 においては脳梗塞や脳出血など様々な神経系合併症が報告されている(21)。そのため、せん妄の発症や BPSD の発症や増悪など状態が変化した時や明らかに様子がおかしい時には医師に速やかに相談する。

●その他

○ せん妄や BPSD の対応にあたって、唾を吐くなど体液に暴露されるリスクが高い場合や身体的接触が予想される場合は、N95 マスク、ガウン、手袋に加えゴーグルを正しく着用する。

○ 認知症者本人だけでなく、周囲への対応も重要となる。BPSD・せん妄対応を行う介護従事者はストレスが高いことが知られており、職場でのストレス対応をあわせて実施することが重要である。また、認知症家族は介護負担による抑うつや COVID-19 に関連した不安が強いことが多く、家族に対し認知症者本人の生活状況や介護方針などに関して丁寧な説明を行うよう心がける。

○ 認知症高齢者は感染による侵襲や感染に伴う隔離などによって日常生活機能の低下を来すことが多いため、感染からの回復後に身体機能や介護ニーズの再評価を行い、適切な介護、リハビリが提供されるようにする。

身体拘束について

身体拘束とは：

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年厚生労働省）では身体拘束を「身体的拘束その他入所は（利用者）の行動を制限する行為」とし、具体的には以下のような行為が該当するとしている。

① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋などをつける。
⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y 字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

身体拘束に関する倫理的・法的検討

身体拘束は精神的に大きな苦痛をもたらし、人間としての尊厳を侵すこと、身体拘束によって様々な有害事象が起こりうること（関節拘縮や筋力低下等の身体機能の低下、窒息や胸部圧迫など拘束に用いられる器具による損傷のリスク、深部血栓症や誤嚥性肺炎、横紋筋融解症などの不動による合併症）などから、緊急やむを得ない場合以外の身体拘束は人権侵害や虐待にあたると考えられる。

しかし、COVID-19 流行下においては、COVID-19 の高い感染性や致死率を考慮し、公衆の安全・健康を守るという観点もまた重視されるべきであると考え

られる。つまり、身体拘束は違法であり、原則的に禁止されているが、緊急やむを得ない場合に限り、例外的に違法性が阻却されるのである。

ここで、介護施設における身体拘束については、介護保険法に基づき都道府県（指定都市又は中核市）が条例で定めた運営基準において身体拘束禁止が規定されている。さらに、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」が平成 12 年に開催され、翌年には「身体拘束ゼロへの手引き」が取りまとめられ、発表されている。

この「身体拘束ゼロへの手引き」では、「緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められるとしており、「緊急やむを得ない場合」とは 3 要件（「切迫性」「非代替性」「一時性」）を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる、としている。

「身体拘束ゼロへの手引き」では 3 要件については以下のように記載している。

・切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
・非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
・一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

COVID-19 に罹患した認知症高齢者に対応する上で、身体拘束が必要であるとして検討される状況は以下の二つが想定される。

・他者の感染リスクコントロールが目的の場合
・本人の保護が目的の場合

そのため、身体拘束の違法性が阻却される 3 要件に関しては、COVID-19 感染罹患患者においてはこの 2 つの状況を想定して定義されるべきであると考えられる。

1）他者の感染リスクコントロールが目的の場合

他者の感染リスクをコントロールするために、本人の人権を侵害する身体拘束という行為が許容されるか否かに関しては、倫理的な側面からの検討も必要であると考えられる。

こうした個々人の権利と公衆の安全・健康を守るための公衆衛生的介入のバランスを検討する際に有用と考えられるのが、JF.Childress らが示した公衆衛生的介入の倫理的妥当性を検証するための 5 つの正当化条件である(22)。その 5 つの条件とは、有効性、比例性、必要性、最小侵害、公共的正当化である。感染予防のために身体拘束を実施することが正当化されるためには、

・身体拘束が感染予防を達成するために有効であること（有効性）
・感染予防によって達成される公共の利益が身体拘束によって侵害される者の権利に勝っていること（比例性）
・感染予防という目的を達成するために身体拘束が必要で他の手段がないこと（必要性）
・有効性、比例性、必要性が満たされるとしても身体拘束による者の権利に対する侵害を最小限とすること（最小侵害）
・感染予防のために身体拘束による者の権利の侵害が行われたという事について情報公開し、説明責任を負う（公共的正当化）

の 5 つの正当化条件が満たされることが必要とされる。

この枠組みを活用して検討すると、

・感染予防の取組に対して十分に協力が得られないため、身体拘束以外の手段では感染予防が十分に行えず（必要性）
・身体拘束が感染リスク制御を達成するための有効な手段であり（有効性）
・COVID-19 の高い感染性や致死率を考慮し、公衆の安全・健康を守るという観点がより重視されるべきであると考えられる（比例性）

場合に、身体拘束は倫理的に正当化される手段になり得ると考えられる。ただし、こうした検討の結果として一部の患者において身体拘束が行われるのがやむを得ないとしても、それは本人や家族等に説明を実施し、説明責任を果たせるよう記録を行い（公共的正当化）、厳正で慎重な手続きに則って最も制限の少ない方法で必要最低限の期間で実施されるべきである（最小侵害）。

また、法的な側面から検討した場合、COVID-19 の高い感染性や致死率から、他者の感染リスクを著しく高めるような行動は、身体拘束が許容される 3 要件の一つである切迫性「他者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い」に該当する蓋然性が高いと考えられる。従って、せん妄や認知症に伴う

BPSD によって他者への感染リスクが制御できず、COVID-19 予防を目的として身体拘束を検討する場合、3 要件が満たされるためには以下の状態が必要であると考えられる。

・切迫性:認知症患者のせん妄や認知症に伴う BPSD によって他者が COVID-19 に感染するリスクが著しく高いこと
・非代替性：せん妄や認知症に伴う BPSD 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[1]、身体拘束以外適切な方法がないこと[2]
・一時性：できるだけ頻回に観察、再検討し、隔離期間が終了、または症状が改善するなどして他者への感染リスクという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

2）本人の保護が目的の場合

COVID-19 においてはせん妄の発生リスクも高く、不穏や興奮などの症状によって利用者自身の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合に、身体拘束が検討されることもある。この場合、3 要件が満たされるためには以下の状態が必要であると考えられる。

・切迫性：認知症者のせん妄や認知症に伴う BPSD 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
・非代替性：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[2]
・一時性：できるだけ頻回に観察、再検討し、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定し、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

---

[1] ゾーニングや隔離の方法を工夫する、動線を見直すなども感染リスクのコントロールのために重要である。

[2] 「身体拘束ゼロへの手引き」では、居室に鍵をかけて自分の意思で開けることのできないようにすることや向精神薬の過剰投与も身体拘束にあたるとされている。また、車椅子へのベルト固定も、本人の意思によって解除出来ない場合は身体拘束にあたると考えられる。

なお、1)他者の感染リスクコントロール目的と 2)本人の保護目的のいずれの場合においても 3 要件を担保する手続きとして、本人や家族等への説明と同意、拘束中の状態観察およびその記録などが必要となる。

身体拘束実施にあたっての留意点

○ 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は担当スタッフ個人（または数人）で行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、施設内に全部門をカバーする「身体拘束廃止委員会」を設置する、もしくは既に設置されている身体拘束に関する委員会などを活用し、そしてその組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する態勢を原則とする。

○ COVID-19 に伴う呼吸苦のため、身体拘束実施への抵抗が起こり、スタッフの着用している個人用防護具（PPE）が損傷をうける可能性がある。そのため、身体拘束実施にあたっては、PPE 着用など感染予防のためのプロトコルを遵守しつつ複数人で協力して実施する。

○ 身体拘束に伴って呼吸循環動態の悪化が起こり得る。身体拘束実施前に、認知症に伴う BPSD やせん妄の状態､隔離解除基準や重症度を含めた COVID-19 の状態、呼吸循環動態、使用している薬剤など認知症者の状態について医師に確認する。

○ 身体拘束を検討するにあたり、認知症者の症状に応じて最も制限の少ない方法を選択する。例えば、体幹や四肢をひも等で縛ることは居室に鍵をかけることよりも制限が大きいと考えられる。また、症状が強く見られている時間帯のみ身体拘束を行う事を検討する。

○ 身体拘束の実施中も、身体拘束の実施を必要としたせん妄、BPSD に対する原因の評価および対応、せん妄、BPSD に対する治療、ケアを継続する。それによってせん妄、BPSD の改善を図り、改善がみられるようであれば適宜身体拘束の継続が必要か評価を実施する。せん妄・BPSD の評価にあたっては、身体拘束そのものがせん妄・BPSD の増悪を引き起こすことがある点に注意する。

○ 身体拘束実施中は、抑制による身体機能の低下や褥瘡、血栓症などの発生を含めた悪影響を緩和・予防するため、対応スタッフを短期的に増やすなどによって身体拘束を一時的に解除し、患者が身体を動かすことができる機会を定期的に設けるよう努める。また、それらの機会には、身体拘束実施中は実施が不十分となりやすい全身状態、特に褥瘡など含め全身の皮膚の評価を実施する。

○ 身体拘束による不動によって身体機能低下が起こり得るため、身体拘束終了後には身体機能の評価を行い、状態にあわせたリハビリテーションを実施する。また、介護ニーズの再評価を行い、適切な介護、ケアが提供されるようにする。

身体拘束実施にあたっての手続き

身体拘束を検討する際に必要な手続きを以下のように整理する。

① 身体拘束を実施する前に「身体拘束廃止委員会」等を開催し、身体拘束が許容される３要件（「切迫性」「非代替性」「一時性」）について検討を行い、その結果を所定の様式、例えば「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」に記載する。

② 身体拘束開始前に認知症者本人および家族等に身体拘束の方法、理由、時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、身体拘束同意書に署名を頂く。認知症者本人から同意を得ることが望ましいが、困難な場合には家族等から同意を得る[3]。署名を得た説明同意書は原本を自施設保管とし、コピーを本人または家族等に渡す。

③ 身体拘束の実施にあたっては、感染予防に留意し複数人で協力して実施する。

---

[3] 家族等が遠方であったり、面会が制限されている場合には、説明書・同意書を郵送の上、電話もしくは web 会議システムによる説明を行い、同意書に署名を頂き提出してもらう。原則的には同意書に署名を頂くことが望ましいが、本人の状態や家族等との連絡の困難さ、緊急性の程度等によって同意書への署名が困難な場合には、電話で説明を行い、同意を得る。この場合には、説明内容、説明時の家族等の様子、同意を得た事を介護記録に記録する。

④ 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、時間、時間帯、期間、日々の心身の状態等を逐次「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」などに記録する。

⑤ 定期的に「身体拘束廃止委員会」等を開催し、身体拘束の継続が必要か（＝３要件を満たしているか）評価を行い、その結果を「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」などに記録する。（感染予防を目的とした身体拘束の場合）隔離期間が終了、または症状が改善するなどして認知症者が他者に感染させる恐れがない、（認知症者本人の保護を目的とした場合）症状が改善し本人の生命または身体が危険にさらされていない、と判断され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する。

さいごに

我が国においては、感染症対策を進めるにあたって人権に配慮すること、人権に制限をもたらす隔離などの公衆衛生対策が用いられるにあたっては、必要最小限にとどめられるべきであるということが、明確に規定されている。

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」では「感染症の発生の予防及びそのまん延の防止を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、これらを目的とする施策に関する国際的動向を踏まえつつ、保健医療を取り巻く環境の変化、国際交流の進展等に即応し、新感染症その他の感染症に迅速かつ適確に対応することができるよう、感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されることを基本理念とする。」（第二条）としており、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」においても、「国民の自由と権利が尊重されるべきことに鑑み、新型インフルエンザ等対策を実施する場合において、国民の自由と権利に制限が加えられるときであっても、その制限は当該新型インフルエンザ等対策を実施するため必要最小限のものでなければならない。」（第５条）とされている。

しかし、医療介護従事者は COVID-19 罹患者の治療・ケアにあたって、いかにして公共の利益を確保しつつ、本人の意思や尊厳、人権を尊重するか、現場で苦悩することになる。特に、協力を得ることや意思疎通が困難であることもある認知症者の場合には、その苦悩は一層大きなものとなる。本手引きにおいては、COVID-19 の高い感染性や致死率から、他者の感染リスクを著しく高めるよう

な行動は切迫性の要件に該当し得るとの考えを示したが、個々人の権利と公衆の安全・健康を守るための公衆衛生的介入のバランスについては、今後、法的、倫理的な観点からさらに議論を深め、関係当事者間での合意を形成していく努力が必要であると思われる。

本手引きでは COVID-19 に罹患した認知症者のせん妄や BPSD への対応および身体拘束に関する考え方の整理を行った。この手引きが認知症高齢者の人権を十分に尊重しながら、確実に COVID-19 への対応を実施できる医療・ケア体制の構築に資することができれば幸いである。

【引用文献】

1. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020;323(18):1775-6.

2. Ruan S. Likelihood of survival of coronavirus disease 2019. Lancet Infect Dis. 2020;20(6):630-1.

3. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 2020;584(7821):430-6.

4. Keng A, Brown EE, Rostas A, et al. Effectively Caring for Individuals With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia During the COVID-19 Pandemic. Front Psychiatry. 2020;11:573367.

5. 広島大学共生社会医学講座. 新型コロナウイルス感染症の拡大により、認知症の人の症状悪化と家族の介護負担増の実態が明らかに ～ 全国 945 施設・介護支援専門員 751 人のオンライン調査結果 ～. 2020; Available from: https://www.hiroshima-u.ac.jp/news/59484. (2020 年 1 月 8 日アクセス)

6. 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向（令和 2 年 12 月 29 日 18 時時点）. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000713230.pdf. (2020 年 1 月 8 日アクセス)

7. 朝田隆. 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応: 厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究総括・分担研究報告書; 2013.

8. Bauer K, Schwarzkopf L, Graessel E, et al. A claims data-based comparison of comorbidity in individuals with and without dementia. BMC Geriatr. 2014;14:10.

9. Liu N, Sun J, Wang X, et al. The Impact of Dementia on the Clinical Outcome of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimers Dis. 2020;78(4):1775-82.
10. Comas-Herrera A, Zalakain J, Lemmon E, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. International Long Term Care Policy Network; 2020; Available from: https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5.pdf. (2020 年 1 月 8 日アクセス)
11. Office for National Statistics. Deaths involving COVID-19 in the care sector, England and Wales: deaths occurring up to 12 June 2020 and registered up to 20 June 2020 (provisional). 2020; Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvingcovid19inthecaresectorenglandandwales/deathsoccurringupto12june2020andregisteredupto20june2020provisional. (2020 年 1 月 8 日アクセス)
12. 厚生労働省. 第１２９回社会保障審議会介護給付費分科会資料１－６「介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業（結果概要）」. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000126176.pdf （2020 年 1 月 8 日アクセス）
13. Simonetti A, Pais C, Jones M, et al. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. Front Psychiatry. 2020;11:579842.
14. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. Aging Clin Exp Res. 2020;32(7):1189-94.
15. De Smet R, Mellaerts B, Vandewinckele H, et al. Frailty and Mortality in Hospitalized Older Adults With COVID-19: Retrospective Observational Study. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(7):928-32 e1.
16. Hägg S, Jylhävä J, Wang Y, et al. Age, Frailty, and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 2019 in Geriatric Care. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(11):1555-9 e2.
17. Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. N Engl J Med. 2020;382(23):2268-70.
18. Benussi A, Pilotto A, Premi E, et al. Clinical characteristics and outcomes of

inpatients with neurologic disease and COVID-19 in Brescia, Lombardy, Italy. Neurology. 2020;95(7):e910-e20.
19. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383(9920):911-22.
20. Alzheimer's Association. Alzheimer's Association Position Statement on Treatment of BPSD. 2014; Available from: https://www.alz.org/national/documents/statements_antipsychotics.pdf. (2020 年 1 月 8 日アクセス)
21. Kumar M, Thakur AK. Neurological manifestations and comorbidity associated with COVID-19: an overview. Neurol Sci. 2020;41(12):3409-18.
22. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public health ethics: mapping the terrain. J Law Med Ethics. 2002;30(2):170-8.