

新型コロナウイルス感染症のパンデミックは 認知症診療をどう変えたか？ —総合上飯田第一病院・老年精神科での経験—

鵜飼克行

Changes in dementia medical care after COVID-19 pandemic.
-Experience in Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital-

Ukai Katsuyuki

要約 中華人民共和国・武漢にて発生した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックは、多くのクリニックでの認知症外来診療の質的劣化(簡略化)を引き起こしていると想像される。この「劣化」は、今後もしばらくの間(少なくとも1年以上)は、継続せざるを得ないであろう。この劣化の改善に迅速に対応できない原因の一つは、我が国の元々の認知症診療の問題点(認知症患者の急激な増加・認知症専門医の不足・認知症診療体制の脆弱性)が影響していると思われる。認知症診療の劣化を代償して、認知症予防を実践するためには、感染が収束している時期に、できるだけ迅速に「生活改善療法」を再開・積極化することが重要であろう。ケアマネージャーや訪問看護師・訪問(理学・作業)療法士らとの密接な連携と共に、国や自治体からの物質的・経営的・精神的支援の拡充が望まれる。また、このパンデミックは医師臨床研修制度にも影響を及ぼしていると想像される。臨床研修医や若いメディカルスタッフらに対する支援制度の拡充にも期待したい。

Keywords :COVID-19, 認知症, パンデミック, 臨床研修医

緒言

中華人民共和国(以下、中国)・武漢にて発生した新型コロナウイルス感染症(WHOにより「coronavirus disease-2019: COVID-19」と命名された)は、今も世界中で猛威を振るい続けている。2020年1月には、我が国の医療関係者の間では、日本への「武漢肺炎(当時の呼称)」の流入が心配されていたが、その後の経過は危惧された通りとなり、2月には日本全国に広がってしまったと推測される。発生源である中国や、引き続き大流行に至った欧米、その他の国々では、「医療崩壊」という想像もしなかった悲惨な状況に陥り、また「都市封鎖(ロックダウン)」という嘗て経験したことのない社会統制を実施せざるを得ない事態となっている。この危機的状況下において、我が国を含む東南アジア・西太平洋地域は、現在(2020年6月)のところ、被害は比較的少ない。それでも、我が国では同年4月16

日、全国に「緊急事態宣言」が発せられ、約一月半後に緊急事態宣言の解除に至った。しかし、今秋から来春にかけての大きな「第二波」「第三波」の襲来も危惧されているところであり、今後も油断は許されない状況に変わりはない。

筆者の勤務する「総合上飯田第一病院(以後、当院)」は、名古屋市北区に位置し、病床数236床(6病棟制・精神科病床無し)・二次救急指定病院・臨床研修指定病院である。平成20年7月に筆者が赴任し、初めて「老年精神科(以下、当科)」を標榜し、「物忘れ評価外来」と称する認知症の専門外来を開設した。以後12年の歳月をかけて、病院上層部の理解と寛容のもと、筆者は自分の理想とする「認知症診療」の体制を構築し、かつ実践してきた。この間に、3名の「認知症看護認定看護師」、1名の「臨床心理士・公認心理師」、1名の「認知症予防専門士指導者」、1名の「認知症予防専門士」が誕生した。また、この外来スタッフを中心として、おそらく我が国初と思われる「認知症サポートチーム(dementia support team: DST)」も創設した¹⁾。

このように、順風満帆に見えた当科の認知症外来であったが、そこに立ちふさがったのが、COVID-19である。この新しい感染症のために、当科外来も多大な影響を受けざ

2020年7月17日受付, 2021年1月20日受理

* 総合上飯田第一病院 老年精神科
名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野
Kamiida Daiichi General Hospital

るを得なかった。本稿では、COVID-19 パンデミック以前の当科外来診療の実際と、COVID-19 以後の現在の当科外来診療の実際とを比較して、COVID-19 が如何に大きな影響を当科診療に与えたかを見てみたい。また、予想される近い将来の認知症診療の在り方にも言及したい。

なお、本論文では個人情報を取り扱わない。

1. COVID-19 パンデミック以前の当科外来の診療の実際

表1に筆者の認知症専門外来での新患初診時の診察の流れを示す(表1)。

表1. 新患初診の流れ：予約制

- (1) 予め郵送しておいた家族アンケート (A4 用紙 5 枚) の確認や追加の聞き取り調査 (予診) : 10 分
- (2) 検査
 - ① 身体計測・血圧・脈拍など : 10 分
 - ② 尿・血液検査 : 15 分
 - ③ 頭部 CT 検査・心電図検査 : 20 分
 - ④ CES-D : 5 分
- (3) 診察
 - ① 問診 (患者と家族から別に) : 30 分
 - ② 神経心理検査 : 10 分
 - ③ 神経学的検査 : 10 分
- (4) 検査結果の確認・その説明・問題点の検討・精神療法・生活指導・今後の方針の相談・その他 : 30~60 分

CES-D: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

つまり、新患では、一症例に2時間程度の時間を費やすことになる。認知症外来の開設当初は、新患を週に2~3症例のペースで診察していたが、平成23年の秋頃には再診患者の過剰状態に陥り、再診患者家族の診察待ちの時間が、完全予約制であるにもかかわらず2時間以上になることが頻回となり、介護保険意見書や自立支援の書類の提出も大幅に遅延することが常態化してしまった。このため、平成24年4月から、新患の予約受付を週に1~2名に減らす措置(新患制限)を取らざるを得なくなった(この頃の新患の予約待機期間は約8ヶ月)。この措置により、再診患者数は微増状態に抑制されたが、新患の予約待機期間は12ヶ月を超える事態となった。やむを得ず同年9月に、新患の受付を一時的に停止して、暫らく後に、2か月毎に週1~2名の新患予約枠を設けて受け付ける形とした(2か月間に15症例程度の予約枠となるが、瞬く間に埋まってしまう状態であった)。しかし、再診患者の微増が続き、更に認知症診療の進歩(鑑別すべき認知症性疾患の増加、新しい核医学検査の導入、脳波検査の積極化など)や、独居・認識夫婦、あるいは複雑な背景を持った患者の増加に伴い、再

診患者の診察時間の延長が起こり、再診患者家族の診察待ちの時間が3時間以上になることが頻回となった。このため、平成29年からは、更に新患制限の強化に踏み切り、原則週に1名のみ予約とした(年間約60症例)。また、決して好ましいことではないが、安定した再診患者では、長期処方より一層推進せざるを得なくなった(平均3か月程度になった)。

当科再診患者の診療の流れは、おおむね以下である。すなわち、

- ① 血圧・脈拍・体重の変化の確認,
- ② 服薬状況の確認(他医の処方薬も含む),
- ③ 処方薬の副作用の確認とその対応(他医の処方薬も含む),
- ④ 血液検査・視診・触診・神経学的検査・画像診断などでの身体状況の確認とその対応,
- ⑤ 患者の行動・心理的問題(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)の把握(患者と家族とは別々に問診する。医師が家族に対応する時には、看護師・公認心理師が患者への対応・精神療法などを実施する),
- ⑥ BPSDの悪化や変化への対応,
- ⑦ 生活状況の確認とその対応,
- ⑧ 「生活改善療法」の繰り返しの指導,
- ⑨ 精神療法
- ⑩ 神経心理検査(Mini-Mental State Examination: MMSE, Bender Gestalt Test: BGT, Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale: ADAS など)の実施,

- ⑪ 患者家族への助言・指導・心理的サポート,
- ⑫ 独居や認知介護夫婦などの生活破綻症例では, 身体の安全・清潔・栄養状態などを含めた生活支援・公的扶助導入の再評価・再検討,
- ⑬ 上記すべてを総括した説明・助言・指導・精神療法,
- ⑭ 次回の診察予約と予定検査の説明・電子カルテ予約入力,
- ⑮ 診療内容の電子カルテ記載,
- ⑯ (必要があれば) 他医やケアマネへの診療情報提供, である。

上記の検査・診察を実施するために, 筆者の外来には, 看護師2名(内1名は認知症看護認定看護師)・臨床心理士(公認心理師)1名の計3名が, 常に専属で配置されている。上記のような多様で手間のかかる業務をこなすためであるが, 3名でも多忙のようである。

ちなみに, 「生活改善療法」とは, 筆者のオリジナルの命名であるが, その内容は簡単で(実践は難しい), 「日々の生活, すなわち, 睡眠, 食事, 運動, 知的活動, 社会参加(会話・貢献など)に関して, すべてを意識的に改善し, 実行せよ」ということを, 「患者の生活状況を踏まえて具体的に立案・指導し, かつ何とかして実行・継続できるように工夫を凝らす治療法」である²⁾。筆者は15年以上前から, この生活改善療法を臨床実践しており, その有効性を実感しているが, 統計学的なエビデンスとして提出するには国家規模でのデータ収集が必要であり, 現実的には不可能であることが残念である。なお, この具体像については, 実践症例を含めて, いずれ文章化して本誌にて実践報告したいと希望している。

2. COVID-19 パンデミック以後の当科外来の診療の実際

日本政府は, COVID-19 の感染爆発(オーバーシュート)を避けるため, 様々な政策を実施し, 国民にも多くの要請を行った。その要請の重要なものに, いわゆる「3密」を避ける要請がある。「3密」とは(もはや言うまでもなく), ①密閉空間を避ける(十分な換気), ②密集を避ける(多人数で集まらない), ③密接を避ける(お互いの空間距離・ソーシャルディスタンスを確保する, 体が触れ合うことでの接触感染を避ける, 大声や歌唱による飛沫感染を避ける), である。

また, 新型コロナウイルスは, いろいろな物に付着した状態で比較的長時間に亘り感染性を維持できるらしいため, ①手洗いを徹底する, ②マスク使用による飛沫拡散を防止する, ③共有物にむやみに触れない, ④共有物を定期的に清掃・消毒する, なども重要とされた。

上記のことは, 一般の国民に対しての要請であるが, 我々医療従事者には, 一般国民よりも厳しく, 職場で, また職場以外の場所でも, 自分たちの社会的責任を自覚し, 自律することが要求されるのは, 当然である。当院でも病院上層部や感染対策委員会, 労働安全衛生委員会などから, 様々な要請・指示が出された。例えば, 上記の要請の徹底は当然として, 海外や集団での旅行の自粛, 公的および私的な送別会・歓迎会・懇親会の自粛, 時差通勤制度の導入, 各種委員会・会議の規模縮小・延期・中止, 休憩時間を含む喫煙の禁止, 感染予防を主目的とした病院各部門への巡視, 等々である。

これらに加えて, 院内各部門で実施できる対策を講じることも要求された。当科外来でも問題点を検討し, その結果は以下であった。すなわち, ①再診患者の無為な診察待ち時間が長過ぎる, ②待合室で患者家族が密集・密接する, ③血液検査・尿検査・生理検査・画像検査が多く, 病院内の移動距離と検査に要する時間(病院内滞在時間)が長い, であった。

これらの問題点が, 患者家族への, 院内での COVID-19 の感染リスクを増大させるのは, 自明である。

しかし, これらを解決するのは容易ではない。筆者は週3日の外来日を設けているが, 一日の平均外来時間は8時間である。待合室を広げることは, どんな工夫をしても, 構造上不可能である(通院の自家用車, あるいは近隣の喫茶店やコンビニなどでの待機も検討したが, 高齢患者の移動困難や病院入り口での防疫を気にする家族が多かった)。また, 多くの患者で3か月以上の長期処方となっていた上に, いろいろな事情で, 抗認知症薬・向精神薬・抗パーキンソン病薬以外にも, 降圧薬・利尿薬・脂質異常改善薬・抗血小板薬・抗潰瘍薬・甲状腺ホルモン薬・消炎鎮痛薬などの内科系の薬の処方をせざるを得ない症例も多くあり, ほぼ毎回, 副作用チェックのための検査は必須であった。

この八方塞がりの状況を改善するために, 当科では以下のような方法を取らざるを得なかった。これらの方法の多くは, 「背に腹は代えられぬ」ためであり, 望ましい方法ではない(というよりも, 本来であれば不適切)ことは言うまでもないので, ご注意願いたい。

- ① 新患予約受付を, さらに制限する(年間約20症例)。
- ② 新患診察に充てていた時間帯を, 再診用に変更する。
- ③ 元々の長期処方を, 更に1か月間ほど延長する。
- ④ 生命・健康に直結しないと思われる神経心理検査や画像検査は延期する。
- ⑤ 自分が処方した薬の服薬状況・副作用のみを確認する。
- ⑥ 原則的に身体診察(体重測定・触診・神経学的検査など)を省略する(再診においても, 身体診察は大切に

あり、他疾患の発見に繋がる症例もしばしばあるが、「(現在は) やむを得ない」と割り切る)。

- ⑦ 問診や精神療法は必要最小限とし、「生活改善療法」の指導は省略する。
- ⑧ 興味深い所見や訴えがあっても、生命・健康に直接関係がないと思われることは、我慢して黙殺する(診ない・聴かない)。
- ⑨ 時間がかかる核医学検査(MIBG 心筋シンチなど)は先送りする。
- ⑩ 絶対的に必須とは言えない薬の増量・減薬・追加は先送りする(処方となるべく変更しない)。
- ⑪ 診察時間外でも実施可能な電子カルテ操作(検査予約・診察内容の記載・読影結果の記載など)は、すべて診察時間帯の後で行う(記憶が多少曖昧になっても、「仕方がない」と割り切る)。
- ⑫ 気の毒だが、急を要する書類・診療情報提供の希望も、原則断る(後日なるべく早く作成することで、妥協してもらう)。

患者家族自身からの受診抑制希望(予約延期・かかりつけ医への一時的な紹介・一時的な治療中断など)に加えて、上記対策の実行の結果、再診予約は分散・先送りされ、診察に掛かる時間も大きく短縮でき、現在の患者家族の診察待ち時間は概ね 30 分以下に収まっている。見事に目的は達成されたわけだが(自虐的表現)、医師としての満足感を得られず、素直に喜べるような気分ではない。自分自身を奮い立たせて、モチベーションを維持させなければならぬ状態が続いている。さらに、医師よりも受動的な立場である当科外来スタッフ(公認心理師や認知症看護認定看護師ら)には、筆者以上の深刻な心理的影響が及んでいることは容易に想像できる。

3. 考察: 今後の認知症診療はどうなるのか

以上のように、COVID-19 パンデミックは、筆者が 12 年の歳月をかけて構築してきた自分なりの理想的認知症診療体制を崩壊させた(患者過剰のために、すでに理想的ではいられなくなっていた面も紹介したが)。筆者は、この情けない診療を少なくとも今後 1 年間は、元に戻すことができない可能性が高いと予想する。集団免疫を獲得するにも、有効安全なワクチンや治療薬が開発されるにも、ウイルスが変異して病原性が減弱化するにも、その程度の時間は最低限必要であろうと思うからである。

また、COVID-19 は当科の診療を劣化(簡略化)させただけでなく、当院の臨床研修医教育にも影響を及ぼしている。当院は精神科病床を持たないため、臨床研修医は当院と連携した精神科病院において、精神科研修を受けている。一方、認知症診療(老年精神科)の臨床研修も毎年の

ように希望があるので、当科での選択研修も受け入れている。今年度(令和 2 年度)の臨床研修医からも 2 名が当科での研修(合計 3 か月間)を希望していたが、上記のような無様な診療状況での臨床研修など、教育としては極めて不適切であると判断して、断腸の思いではあったが、当科での研修を断念して貰うしかなかった。

では、この状況が暫らく続くとして、当科の診療において、どう対策すれば、多少なりとも改善が可能となるのであろうか?

筆者は正直なところ、残念ながら、「対策」「改善」は非常に難しいと思っている。なぜなら、我が国の政府高官や専門家会議の見解の如く、「いつ感染爆発・医療崩壊が生じてもおかしくない」のであって、感染が収束している時期・期間を予測することは困難であるし、もしも仮に収束の予測をして、それに基づいて何らかの対策を立案したとしても、長期処方(数ヵ月毎の診察予約)になっているために、その対策の実施は次の受診後からになる。このタイムラグ・融通の利かたさは、予想困難な事態に対応するには致命的である。全国各自治体が、手探り状態で、恐々と要請を少しずつ緩和・解除してきた現状以上に、当科での「緩和」「改善」は、論理的にも困難であると予想される。では、諦めるしかないのであろうか? この報告の意義は何なのか?

上記の要点と本報告執筆の意義を含めて、以下に筆者の見解を纏めておく。

1. COVID-19 パンデミックは、(筆者の外来と同様に)全国的に多くの認知症外来の質的劣化(簡略化)を、多かれ少なかれ、引き起こしていると思われされる。
2. この「劣化」させた診療は、感染収束は短期間では困難であろうと思われるため、今後もしばらくの間(少なくとも 1 年以上)は、継続させざるを得ないのであろう。
3. この「劣化」の「改善」に迅速に対応できない原因の一つは、我が国の元々の認知症診療の飽和状態・認知症診療体制の脆弱性(認知症患者の急激な増加・認知症専門医の不足など)が影響していると思われる。よって、今後も認知症診療体制充実化施策の継続が強く期待される。
4. 認知症診療の劣化を多少とも代償して、認知症予防を実践するためには、感染が収束している(おそらく束の間の)時期に、できるだけ迅速に「生活改善療法」の指導・実践を再開・積極化することが重要である。
5. 一般的には、デイサービスや訪問看護・訪問リハビリの利用が「生活改善療法」の一つとして利用できるので、ケアマネージャーや訪問看護師・訪問(理

- 学・作業) 療法士らの迅速かつ主体的な活躍が期待される。
6. 上記のためには、医療（主治医・外来スタッフ・**medical social worker: MSW** など）と介護・訪問看護の現場との密接な連携と共に、国や自治体からの物質的・経営的・精神的支援の更なる拡充が望まれる。
 7. 同居あるいは近隣に住む家族・親戚・友人らによる、自宅でも実施可能な「生活改善療法」の支援・創案が期待される。具体的には、①誰か（ペットも可）と一緒に散歩をする、②TV 体操番組（NHK では日に数回放映している）や DVD などを利用して、自宅内で、あるいは座った状態でも実施できる体操を習慣化する、③TEL やオンラインで会話する機会を増やすなど、各個人や地域の実情に合わせて、多くの対策案を考え・試してみることが大切である。
 8. COVID-19 のパンデミックは、医師臨床研修制度にも影響を及ぼしていると想像される。その他にも、各科の専門医制度やメディカルスタッフの教育や資格取得にも影響しているであろう。福祉・介護や教育現場（保育園・幼稚園・小中学校・高校・大学・大学院）と同様に、各医療現場での努力は当然としても、臨床研修医や若いメディカルスタッフらに対する国や各自自治体、各種関連団体などからの何らかの直接支援や支援制度の改善・拡充にも期待したい。
 9. さらに、近い将来に発生するかもしれない未知の「新たな感染症」に備えて、医療保護入院が必要なせん妄を呈する症例にも対応できる医療施設（具体的には、高度医療が実施できる病床を備える精神科閉鎖病棟を有する総合病院）の整備も進めるべきであろう^{3,4)}。
- 2) 鶴飼克行. (2013) 「認知症」および「認知症の行動心理症状」概念について. 精神医学, 55, 317-326.
 - 3) 鶴飼克行. (2019) 超高齢期の認知症の救急医療と身体合併症医療. 老年精神医学雑誌, 30, 272-278.
 - 4) 鶴飼克行, 小田原俊成. (2020) 総合病院における身体合併症を有する認知症患者のケア. 老年精神医学雑誌, 31, 1076-1081.

謝辞

12年間の長期に亘り、総合上飯田第一病院で、特に筆者の臨床において、膨大な仕事と多大な貢献を成して下さった公認心理師の山内彩先生に、衷心より感謝申し上げます。

COI(利益相反)

筆者は2019年に、エーザイ株式会社から講演料と執筆料を得ている。

文献

- 1) 鶴飼克行. (2018) 精神科リエゾンチーム. 日本総合病院精神医学会 認知症委員会 (編): 認知症診療連携マニュアル (日本総合病院精神医学会 治療指針 8), 117-124, 星和書店, 東京.