



日本認知症学会専門医を対象にした新型コロナウイルス感染症流行下における認知症の診療等への影響に関するアンケート調査結果報告

日本認知症学会社会対応委員会 COVID-19 対応ワーキングチーム

新美 芳樹¹⁾, 新井 哲明²⁾, 栗田 主一³⁾, 片山 禎夫⁴⁾,
 冨本 秀和⁵⁾, 都甲 崇⁶⁾, 中西 亜紀⁷⁾, 羽生 春夫⁸⁾,
 福井 俊哉⁹⁾, 藤本 直規¹⁰⁾, 山田 正仁¹¹⁾,
 森 啓¹²⁾, 秋山 治彦¹³⁾

Report on the results of a questionnaire survey for specialists of the Japanese Society for Dementia regarding the impact of COVID-19 pandemic on dementia care

Yoshiki Niimi¹⁾, Tetsuaki Arai²⁾, Shuichi Awata³⁾, Sadao Katayama⁴⁾, Hidekazu Tomimoto⁵⁾, Takashi Togo⁶⁾, Aki Nakanishi⁷⁾, Haruo Hanyu⁸⁾, Toshiya Fukui⁹⁾, Naoki Fujimoto¹⁰⁾, Masahito Yamada¹¹⁾, Hiroshi Mori¹²⁾, Akiyama Haruhiko¹³⁾

¹⁾ 藤田医科大学脳神経内科学 [〒 470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98]

Department of Neurology, Fujita Health University School of Medicine (1-98 Dengakugakubo, Kutsukake-cho, Toyoake, Aichi 470-1192, Japan)

²⁾ 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学 [〒 305-8576 茨城県つくば市天久保 2-1-1]

Department of Psychiatry, University of Tsukuba (2-1-1 Ten-nodai, Tsukuba, Ibaraki 305-8575, Japan)

³⁾ 東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系 [〒 173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号]

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015, Japan)

⁴⁾ 片山内科クリニック [〒 710-0813 岡山県倉敷市寿町 1-26 マツダパーキングビル 1F]

Katayama Medical Clinic (Mazda Parking Building 1F, 1-26 Koto-bukicho, Kurashiki-shi, Okayama 710-0813, Japan)

⁵⁾ 三重大学大学院医学系研究科神経病態内科学 [〒 514-8507 三重県津市江戸橋 2-174]

Department of Neurology, Mie University Graduate School of Medicine (2-174 Edobashi, Tsu-shi, Mie 514-8507, Japan)

⁶⁾ 医療法人社団みのり会いなほクリニック [〒 235-0045 神奈川県横浜市磯子区洋光台 5-1-35]

Inaho Clinic (5-1-35 Yokodai, Isogo-ku, Yokohama-shi, Kanagawa 235-0045, Japan)

⁷⁾ 大阪市立弘済院附属病院 [〒 565-0874 大阪府吹田市古江台 6-2-1]

Osaka City Kosaiin Hospital (6-2-1 Furuedai, Suita-shi, Osaka 565-0874, Japan)

⁸⁾ 東京医科大学高齢診療科 [〒 160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1]

Department of Geriatric Medicine, Tokyo Medical University (6-7-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023, Japan)

⁹⁾ 花咲会かわさき記念病院 [〒 216-0013 川崎市宮前区潮見台 20-1]

Kawasaki Memorial Hospital (20-1 Shiomidai, Miyamae-ku, Kawasaki-shi, Kanagawa 216-0013, Japan)

¹⁰⁾ 医療法人藤本クリニック [〒 524-0037 滋賀県守山市梅田町 2-1 セルバ守山 303]

Fujimoto Clinic (2-1-303 Umedacho, Moriyama-shi, Shiga 524-0037, Japan)

¹¹⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科医学専攻脳老化・神経病態学 (脳神経内科学) [〒 920-0934 石川県金沢市宝町 13]

Department of Neurology and Neurobiology of Aging, Kanazawa University Graduate School of Medical Sciences (13 Takaramachi, Kanazawa-shi, Ishikawa 920-0934, Japan)

¹²⁾ 大阪市立大学大学院医学研究科脳血管内治療・頭蓋底外科病態学 [〒 545-8585 大阪市阿倍野区旭町 1-4-3]

Department of Clinical Neuroscience, Osaka City University Medical School (1-4-3 Asahimachi, Abeno-ku, Osaka-shi, Osaka 545-8585, Japan)

¹³⁾ 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター [〒 235-0012 神奈川県横浜市磯子区滝頭 1-2-1]

Yokohama Brain and Spine Center (1-2-1 Takigashira, Isogo-ku, Yokohama-shi, Kanagawa 235-0012, Japan)

要 旨

新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) による感染症 (COVID-19) の流行による、認知症の医療や介護等の様々な面での影響について、認知症学会専門医 (N=1,586) を対象にアンケート調査を実施し、全国から 357 人 (22.5%) の回答を得た。認知症患者や家族等介護者における、受診控え・利用控え、介護サービス・インフォーマルサービスの縮小や中止、認知症患者の症状悪化傾向 (認知機能の低下、行動心理症状の増加)、といった現状が明らかになった。ポストコロナ時代において、患者・介護者・サービス提供者が受ける負担を考えながらいかに認知症の各種サービスを提供するか、ということが今後の課題と考えられた。

1. はじめに

新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) による感染症 COVID-19 (Coronavirus disease 2019) は、2019 年末の中国武漢におけるクラスターの報告後から世界中で爆発的に感染拡大をきたし、2020 年 7 月下旬の時点で、感染者は 1,500 万人を、死者数は 60 万人を越え、いまなお増加し続けている (WHO, 2020)。その感染様式や病態についてはまだまだ研究の途中であり、治療法、ワクチンの開発も進行中である。WHO は 2020 年 1 月 31 日に緊急事態宣言を発し、日本も急激な感染者数の増大を受け、4 月 7 日に新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言を発出した。SARS-CoV-2 感染への対応の基本は、ウイルスが新たな地域に持ち込まれることを防ぎ、ヒトからヒトへの伝播を減少させることである (WHO, 2020)。日本の新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針でも、“新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」”が提唱され、推奨されている (厚生労働省, 2020)。既報告にあるように、COVID-19 は、基礎疾患のある場合、65 歳以上の高齢者、ナーシングホームや介護施設の入所者などは重症化しやすいとされている

(CDC, 2020)。認知症と感染については十分な研究はなされていないが、COVID-19 の死亡例の 15% で併存疾患として認知症があったとするイタリアの報告などがあり (Istituto Superiore di Sanità, 2020)、認知症では、高齢、施設入所、基礎疾患といった、リスクを持つ場合が多く、注意しなければならない。また、孤独や孤立は認知症の発症や悪化にも影響すると考えられているが (Sundström et al., 2019)、感染を防ぐためにステイホームが望まれるような自粛要請下の生活は、認知症に影響をもたらす可能性がある。その他、このような未知の感染症とそれに対する隔離などが行われる状況においては、患者のみならず、介護者や対応の最前線にいる医療・介護従事者に大きな負担が生じる (Lima et al., 2020) 可能性もある。

このような状況のなか、認知症の医療・介護の現場から、様々な課題に関する声がきかれるようになっており、日本認知症学会社会対応委員会では、学会の認知症専門医を対象に、現状の把握のためのアンケートを行った。本論文では、そこで得られた医療、介護、インフォーマルサービスの状況などについて報告する。

2. 方 法

令和 2 年 4 月 7 日から令和 2 年 5 月 25 日まで実施された非常事態宣言が終了した令和 2 年 5 月 25 日から約 2 週間の期間に、全国 1,586 名の日本認知症学会認知症専門医を対象に、電子メールにアンケートを添付配信し、回答への調査協力を依頼した。得られたアンケート結果を集計し、検討を加えた。なお、アンケートには要配慮個人情報に記載されないよう留意した。

調査項目は、専門医自身と勤務する施設に関して、12 項目からなる基本的な一般設問に加えて、3 項目の感染防御、11 項目の診療への影響、3 項目の認知症のアウトリーチ活動、2 項目の普及・啓発・教育活動などへの協力、COVID 流行後の認知症患者に関して 9 項目、COVID 流行後の認知症患者の家族等介護者に関して 9 項目、医療・介護関係者やその

家族に対する偏見等に関して1項目、今後オンライン等の新しい生活に対応した取組に関して2項目、その他質問、意見などに関する自由記載を設定した。

統計解析についてはRソフトを用いて χ^2 乗検定を行い、有意差が認められた場合には残差分析を行った。

3. 結果

3.1 回答者、勤務先の概要

357人の専門医から回答が得られた（回答率22.5%）。その勤務先は無回答42人を除いた315人において、46都道府県にわたっていた。回答者の概要についてはTable 1に示すとおりである。また、回答者の勤務先に関しては、COVIDへの対応の状況などについてTable 2に示した。

3.2 感染防御

感染防御の対応に関して、専門医自身についてTable 3-1、患者についてはTable 4-1、家族等介護者についてはTable 5-1に示した。 χ^2 乗検定と残差分析の結果をそれぞれTable 3-2、4-2、5-2に示した。

専門医の勤務する施設に関して、73%で面会制

限を行っていた（「無」：10%、「無回答・その他」：17%）。入院時の外出制限は65%で行っていた（「無」：17%、「無回答・その他」：18%）。PPE（personal protective equipment）の供給については、「不足している」：15%に対し「充足している」：22%、「工夫して最低限を担保している」：59%、「無回答・その他」：4%であった。認知症であるための特別の配慮の有無に関しては「有」：25%、「無」：73%、「無回答・その他」：2%であった。特別の配慮の具体例としては、「ゾーニングの困難さに悩む」、「徘徊、マスク不使用に苦慮している」、「せん妄予防」、「患者のみならず介護者の時間的、物理的距離の確保を目的に、希望者に関しては電話診察を行っている」といったものがあつた。

3.3 COVID流行と認知症の診療、介護および病状などへの影響

3.3.1 診療への影響

施設への影響に関して、外来患者、入院患者の減少に関しては、回答者の88%が「大変そう思う」「まあそう思う」と回答していた（「あまりそう思わない」「ほとんどそう思わない」：9%、「わからない」「無回答・その他」：3%）。これまでと同様の診療が可能とした回答は64%（「不可能」：33%、「無回答・

Table 1. Demographic characteristics of the respondent and their experience of COVID-19 (N=357)

項目	人数 (人)
男/女	273/40 (無回答: 44)
年齢	20歳代: 2, 30歳代: 16, 40歳代: 81, 50歳代: 111, 60歳代: 88, 70歳代: 13, それ以上: 3 (無回答: 43)
都道府県	北海道 (11), 青森 (5), 岩手 (2), 宮城 (1), 秋田 (4), 山形 (5), 福島 (2), 茨城 (11), 栃木 (2), 群馬 (3), 埼玉 (11), 千葉 (10), 東京 (42), 神奈川 (27), 新潟 (4), 富山 (1), 石川 (7), 福井 (3), 山梨 (2), 長野 (7), 岐阜 (3), 静岡 (7), 愛知 (16), 三重 (4), 滋賀 (3), 京都 (11), 大阪 (25), 兵庫 (10), 奈良 (3), 和歌山 (1), 鳥取 (3), 島根 (4), 岡山 (10), 広島 (8), 山口 (6), 徳島 (1), 香川 (3), 愛媛 (6), 高知 (3), 福岡 (10), 佐賀 (0), 長崎 (2), 熊本 (4), 大分 (2), 宮崎 (2), 鹿児島 (7), 沖縄 (1), それ以外・無回答 (42)
COVID受け持ち経験	有: 29 (8%), 無: 291 (82%) (無回答: 37 (10%))
COVID受け持ち経験 (疑い例)	有: 90 (25%), 無: 233 (65%) (無回答: 34 (10%))
COVID受け持ち経験 (確定例, 主科として)	有: 23 (6%), 無: 298 (83%) (無回答: 36 (10%))
COVID受け持ち経験 (確定例, 副科として)	有: 26 (7%), 無: 294 (82%) (無回答: 37 (10%))
COVIDの治療経験	有: 6 (2%), 無: 314 (88%) (無回答: 37 (10%))

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 2. Demographic characteristics of the respondent's affiliation and its response to COVID-19 (N=357)

項目	人数 (人)
勤務先	診療所・無床：57, 診療所・有床：4, 一般病院：129, 大学病院：64, 回復期リハビリテーション病院：8, 介護療養型医療施設：3, 介護老人保健施設：1, 精神病院：42, 訪問診療：1, 研究機関：1 (その他, 無回答：47)
感染症指定医療機関	である：59 (17%), でない：254 (71%) (その他, 無回答：44 (12%))
救急指定病院	ではない：134 (38%), 一次：16 (4%), 二次：84 (24%), 三次：79 (22%) (その他, 無回答：44 (12%))
認知症疾患医療センター	である：82 (23%), でない：231 (65%) (その他, 無回答：44 (12%))
認知症初期集中支援チームの活動	行っている：109 (31%), 行っていない：206 (58%) (その他, 無回答：42 (12%))
認知症の訪問診療	行っている：60 (17%), 行っていない：254 (71%) (その他, 無回答：43 (12%))
介護サービスの併設	している：95 (27%), していない：217 (61%) (その他, 無回答：45 (13%))
PCR を行い COVID の診断を行っている	している：108 (30%), していない：196 (55%) (その他, 無回答：53 (15%))
COVID 受け入れ	している：139 (39%), していない：177 (50%) (その他, 無回答：41 (11%))
発熱外来の有無	有：158 (44%), 無：195 (55%) (その他, 無回答：4 (1%))
COVID 専用病棟	有：147 (41%), 無：204 (57%) (その他, 無回答：6 (2%))
COVID 今後の受け入れ予定	予定がある：133 (37%), 予定はない：150 (42%), わからない：48 (13%) (その他, 無回答：26 (7%))
COVID 疑い例の対応	自施設で対応：144 (40%), 他院へ紹介：81 (23%), 新型コロナ受診相談センター等を紹介：114 (32%) (その他, 無回答：18 (5%))

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 3-1. Infection prevention measures (dementia specialists) (N=357)

	おおむね できている	半分程度は できている	ほとんど できていない	できていない	わからない	無回答・ その他
疑い者を空間的に分離	260 (73%)	50 (14%)	15 (4%)	10 (3%)	14 (4%)	8 (2%)
疑い者を時間的に分離	161 (45%)	59 (17%)	59 (17%)	38 (11%)	31 (9%)	9 (3%)
PPE	220 (62%)	74 (21%)	18 (5%)	18 (5%)	16 (4%)	11 (3%)
換気	252 (71%)	83 (23%)	8 (2%)	2 (1%)	5 (1%)	7 (2%)
手洗い, 手指消毒	331 (93%)	17 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	8 (2%)
外出抑制	206 (58%)	68 (19%)	15 (4%)	16 (4%)	45 (13%)	7 (2%)
対人距離の確保	183 (51%)	119 (33%)	32 (9%)	14 (4%)	2 (1%)	7 (2%)

PPE : personal protective equipment

Total may not become 100% due to rounding off.

その他」：3%), 他施設とのスタッフの往来を抑制しているという回答も 53% (「無」：44%, 「無回答・その他」：3%) であった。施設における外来診療, 入院診療の抑制の有無に関しては Table 6, Table 7 に示した。

COVID 流行後の認知症患者について, 専門医の回答で, 受診頻度の減少については, 「著しく減少している」：22%, 「やや減少している」：60%, 「変わらない」：7% であった (「増加している」「どちらともいえない」「わからない」：1%, 「無回答・そ

Table 3-2. Result of residual analysis of infection prevention measures (dementia specialists) (N=357)

	できている	できていない	その他
疑い者を空間的に分離	310 (87%)	25 (7%)	22 (6%)
疑い者を時間的に分離	220 (62%)* *	97 (27%)* *	40 (11%)* *
PPE	294 (82%)	36 (10%)	27 (8%)
換気	335 (94%)* *	10 (3%)* *	12 (3%)* *
手洗い, 手指消毒	348 (97%)* *	0 (0%)* *	9 (3%)* *
外出抑制	274 (77%)* *	31 (9%)	52 (15%)* *
対人距離の確保	302 (85%)	46 (13%)*	9 (3%)* *

できている = 「おおむねできている」と「半分程度はできている」の合計

できていない = 「ほとんどできていない」と「できていない」の合計

その他 = 「わからない」と「無回答・その他」の合計

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, Bold numbers indicate a statistically significant increase.

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 4-1. Infection prevention measures (patients with dementia) (N=357)

	おおむね できている	半分程度は できている	ほとんど できていない	できていない	わからない	無回答・ その他
マスク	284 (80%)	44 (12%)	7 (2%)	1 (0%)	7 (2%)	14 (4%)
換気	233 (65%)	66 (18%)	3 (1%)	2 (1%)	38 (11%)	15 (4%)
手洗い, 手指消毒	252 (71%)	46 (13%)	7 (2%)	4 (1%)	33 (9%)	15 (4%)
外出抑制	260 (73%)	51 (14%)	3 (1%)	1 (0%)	26 (7%)	16 (4%)
対人距離の確保	167 (47%)	101 (28%)	26 (7%)	11 (3%)	34 (10%)	18 (5%)

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 4-2. Result of residual analysis of infection prevention measures (patients with dementia)

	できている	できていない	その他
マスク	328 (92%)* *	8 (2%)	21 (6%)* *
換気	299 (84%)	5 (1%)*	53 (15%)
手洗い, 手指消毒	298 (83%)	11 (3%)	48 (13%)
外出抑制	311 (87%)	4 (1%)* *	42 (12%)
対人距離の確保	268 (75%)* *	37 (10%)* *	52 (15%)

できている = 「おおむねできている」と「半分程度はできている」の合計

できていない = 「ほとんどできていない」と「できていない」の合計

その他 = 「わからない」と「無回答・その他」の合計

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, Bold numbers indicate a statistically significant increase.

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 5-1. Infection prevention measures (carer) (N=357)

	おおむね できている	半分程度は できている	ほとんど できていない	できていない	わからない	無回答・ その他
マスク	272 (76%)	30 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (5%)	38 (11%)
換気	182 (51%)	54 (15%)	7 (2%)	0 (0%)	72 (20%)	42 (12%)
手洗い, 手指消毒	211 (59%)	39 (11%)	4 (1%)	1 (0%)	61 (17%)	41 (11%)
外出抑制	204 (57%)	50 (14%)	5 (1%)	1 (0%)	55 (15%)	42 (12%)
対人距離の確保	140 (39%)	80 (22%)	17 (5%)	10 (3%)	64 (18%)	46 (13%)

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 5-2. Result of residual analysis of infection prevention measures (carer) (N=357)

	できている	できていない	その他
マスク	302 (85%)**	0 (0%)**	55 (15%)**
換気	236 (66%)*	7 (2%)	114 (32%)*
手洗い, 手指消毒	250 (70%)	5 (1%)	102 (29%)
外出抑制	254 (71%)	6 (2%)	97 (27%)
対人距離の確保	220 (62%)**	27 (8%)**	110 (31%)

できている = 「おおむねできている」と「半分程度はできている」の合計
 できていない = 「ほとんどできていない」と「できていない」の合計
 その他 = 「わからない」と「無回答・その他」の合計

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, Bold numbers indicate a statistically significant increase.

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 6. State of restraint of outpatient (N=357)

	有	無	無回答・その他
外来診療を抑制している (全般)	167 (47%)	187 (52%)	3 (1%)
外来診療を抑制している (認知症)	99 (28%)	253 (71%)	5 (1%)
(認知症) 特に鑑別診断など新規患者を抑制している	72 (20%)	268 (75%)	17 (5%)
(認知症) 特にBPSDの患者を抑制している	42 (12%)	296 (83%)	19 (5%)

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 7. State of restraint of inpatient (N=357)

	有	無	無回答・その他
入院診療を抑制している (全般)	128 (%)	199 (%)	30 (%)
入院診療を抑制している (認知症)	65 (%)	262 (%)	30 (%)

Total may not become 100% due to rounding off.

の他」: 10%)。重度認知症患者デイケアについては、「著しく減少している」「やや減少している」あわせて47%、「変わらない」: 7%、「増加している」「どちらともいえない」「わからない」: 34%、「無回答・その他」: 12%であった。

3.3.2 介護サービスへの影響

介護サービス利用への影響について Table 8 に示した。通所系サービスにおける低下は、訪問系サービスと比べ高かった。介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）については、「著しく減少している」: 9%、「やや減少している」: 32%、「変わらない」: 7%（「増加している」「どちらともいえない」「わからない」: 37%、「無回答・その他」: 15%）と、減少していたが、その比率は受診頻度や介護サービス利用よりは少ない傾向であった。要支援者などへの訪問・通所サービスにおける低下は、「著しく減少している」「やや減少している」を合わせて45%（「変わらない」: 6%、「増加している」「どちらともいえない」「わからない」: 27%、「無回答・その他」: 22%）であり、配食や見守りサービスにおける合計33%（「変わらない」: 12%、「増加している」「どちらともいえない」「わからない」: 33%、「無回答・その他」: 23%）と比べ高かった。

3.3.3 アウトリーチ、普及・啓発活動、インフォーマルサービスへの影響

認知症のアウトリーチ活動について Table 9 に示す。普及・啓発・教育活動などへの協力について、「可能」との回答が32%であった一方、「物理的に困難」も32%、「物理的には可能だが躊躇する」が24%、「不可能」が9%（「無回答・その他」: 3%）と、このような活動の継続に対して影響が大きいことが明らかであった。サロンなどの患者や家族の集いなどについては、「開催されていない」が81%である一方、「通常通り行われている」「縮小して開催されている」とあわせて6%であり（「わからない」: 9%、「無回答・その他」: 4%）、影響が大であった。認知症カフェや家族会などインフォーマルサービスの利用頻度については、「著しく減少している」が33%、「やや減少している」が13%で、「分からない」「無回答・その他」計51%以外の大半を占めていた（「変わらない」「増加している」「どちらともいえない」: 3%）。

3.3.4 診療やサービス利用頻度の減少の理由

Table 10 に示すように、受診頻度の減少の理由について、利用者の躊躇が50%を越えていたが、重度認知症デイサービスでは、サービス提供者側からの自粛が同程度認められた。介護サービス、介護予

Table 8. State of the utilization of long term care service (N=357)

	著しく減少している	やや減少している	変わらない	増加している	どちらともいえない	わからない	無回答・その他
全体	56 (16%)	169 (47%)	26 (7%)	1 (0%)	7 (2%)	65 (18%)	33 (9%)*
通所系のサービス	71 (20%)*	175 (49%)	15 (4%)*	0 (0%)	7 (2%)	39 (11%)*	50 (14%)
訪問系のサービス	42 (12%)*	136 (38%)*	47 (13%)*	1 (0%)	5 (1%)	74 (21%)*	52 (15%)

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, Bold number indicates a statistically significant increase. (residual analysis)

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 9. State of outreach (N=357)

	元々行っていない	新規対応のみ抑制している	全般的に抑制している	中止している	無回答・その他
認知症初期集中支援チーム	237 (66%)	34 (10%)	49 (14%)	15 (4%)	22 (6%)
地域包括支援センター総合相談支援による訪問	257 (72%)	25 (7%)	41 (11%)	11 (3%)	23 (6%)
往診・訪問診療	246 (69%)	41 (11%)	35 (10%)	7 (2%)	28 (8%)

Total may not become 100% due to rounding off.

Table 10. Reason for restraint during COVID-19 pandemic (N=357)

	主に提供側が制限している	主に利用者が躊躇している	どちらも同程度	無回答・その他
受診頻度減少	32 (9%) **	204 (57%) **	82 (23%)	39 (11%) **
重度認知症デイケア利用減少	67 (19%)	64 (18%) **	69 (19%) *	157 (44%) **
介護サービス利用減少	67 (19%)	80 (22%)	112 (31%) **	98 (27%) **
総合事業サービス利用減少	41 (11%) **	53 (15%) **	92 (26%)	171 (48%) **
インフォーマルサービス利用頻度減少	92 (26%) **	23 (6%) **	74 (21%)	168 (47%) **

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, Bold numbers indicate a statistically significant increase. (residual analysis)
Total may not become 100% due to rounding off.

防・日常生活支援総合事業利用でも、重度認知症患者デイケアと同じく、利用者の躊躇とサービス提供者側の自粛が同程度であった。インフォーマルサービスでは、提供者側の自粛が利用者の躊躇より多かった。

3.3.5 症状への影響

症状の悪化については Table 11 に示す。「多く認める」とした回答が 8%、「少数みとめる」が 32%で、「みとめない」は 23%であった。各々の症状について、「多くみとめる」「少数みとめる」の合計が多い順に、「認知機能の悪化」: 47%, BPSD の悪化: 46%, 「合併症の悪化」: 34%であった。また、「認知症では COVID は重症化しやすいと感じますか」の問いには、「大変そう思う」: 10%, 「まあそう思う」: 19%であった。「あまりそう思わない」: 12%, 「ほとんどそう思わない」: 1%で、「わからない」「無回答・その他」: 58%であった。

3.4 COVID-19 対応に関する本人・家族、医療・介護従事者の負担

専門医自身のストレスは、0（全くない）から 100（耐えられる上限）までの VAS（Visual Analogue Scale）を用いて評価すると、流行前の平均 35.1（0~100）から、流行後の平均 56.6（0~100）まで、平均 21.5（-65~100）上昇していた（Figure 1-a）。専門医から見た患者のストレスは、流行前の平均 32.3（0~100）から、流行後の平均 57.8（0~100）まで、平均 25.5（-41~100）上昇していた（Figure 1-b）。専門医から見た介護者については、流行前の、平均 41.8（0~100）から、流行後の平均 64.0（0~100）まで、平均 22.2（-40~100）上昇し、介護負担に関しては、流行前の、平均 40.6（0~100）から、流行後の平均 62.0（0~100）まで、平均 21.4（-40~100）上昇し、ストレスと介護負担の VAS は近似した値を示していた（Figure 1-c）。

スタッフの確保について、医療スタッフについては、「確保できている」との回答は流行前の 84%（「もともといない」: 2%、「確保できていない」: 9%、「わ

Table 11. Results about aggravate of symptom after the COVID-19 pandemic (N=357)

	多くみとめる	少数みとめる	みとめない	どちらともいえない	無回答・その他
症状悪化（全般）	29 (8%)	114 (32%)	81 (23%)	78 (22%)	55 (15%)
認知機能の悪化	35 (10%)	134 (38%)	99 (28%)	82 (23%)	7 (2%)
BPSD の悪化	27 (8%)	136 (38%)	103 (29%)	84 (24%)	7 (2%)
合併症の悪化	19 (5%)	102 (29%)	126 (35%)	96 (27%)	14 (4%)

Total may not become 100% due to rounding off.

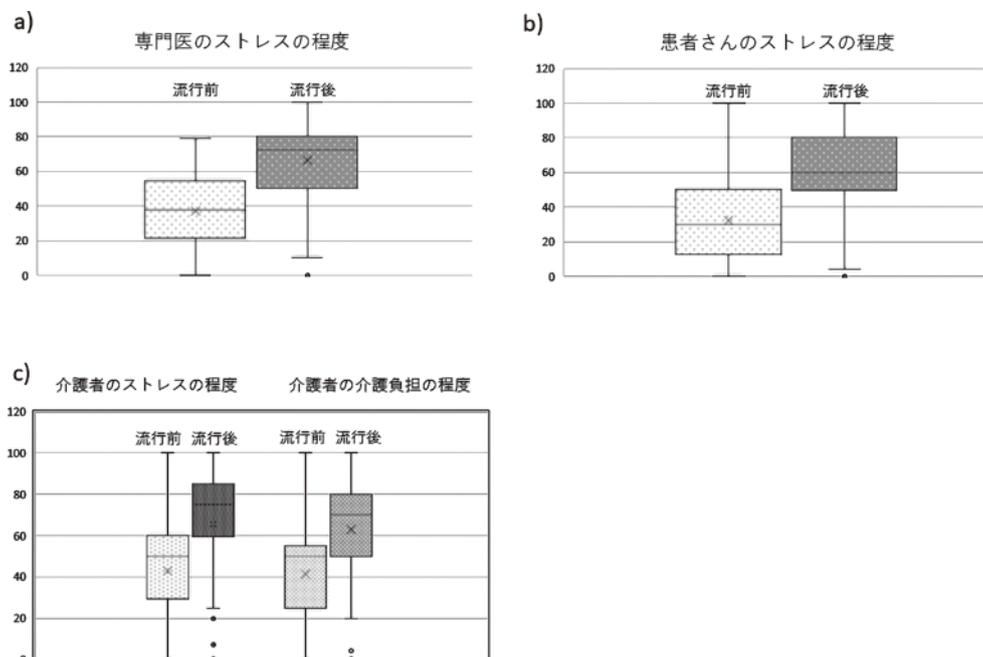


Figure 1. COVID-19 burden of patients with dementia, carer, and dementia specialist

- a) The stress level of dementia specialist
- b) The stress level of patient with dementia
- c) The stress level and care burden of carer

からない」「無回答・その他」: 5%) に対し流行後は 85% と変化はみられなかった。流行後に「離職しているが確保できている」「離職しており確保できていない」との回答はともに 3% であった (「もともといない」: 3%, 「増員している」: 0%, 「わからない」「無回答・その他」: 6%)。介護スタッフについては、「もともといない」とする回答が流行前、流行後ともに 27% であった。「確保できている」との回答も流行前、流行後ともに 49% と変化はみられず、流行後に「離職しているが確保できている」は 1%, 「離職しており確保できていない」は 3% であり、流行による離職は多くはなかった。(流行前「確保できていない」: 6%, 「わからない」「無回答・その他」: 18%) (流行後「増員している」: 0%, 「わからない」「無回答・その他」: 20%)

医療・介護関係者やその家族に対する偏見等については、「多く認める」との回答は 4%, 「少数認める」の 26% とあわせると 30% で認められた。「認められない」との回答は 47% であった (「わからない」「無回答・その他」: 23%)。

3.5 ウィズコロナ時代の新しい医療・介護

オンライン等新しい生活に対応した取組について「行っている」が 32%, 「予定している」が 12%, 「予定したいが方法がわからない」とする回答は 5% であった (「予定していない」: 22%, 「わからない」「無回答・その他」: 29%)。内訳については、Table 12 に示した。介護サービスやインフォーマルサービスは比較的活用の度合いが低かった。手段については、「電話のみ」: 35%, 「インターネットのみ」: 3%, 「電話とインターネット」: 30% であった (「その他」「無回答・その他」: 32%)。

4. 考察

本アンケートは、令和 2 年 5 月 25 日から 2 週間にわたって行われた。4 月 7 日 7 都道府県を対象に緊急事態宣言発令、4 月 16 日緊急事態宣言が全国に拡大、5 月 4 日緊急事態宣言延長決定、5 月 14 日 39 県の緊急事態宣言解除、5 月 21 日大阪、京都、兵庫の緊急事態宣言解除、5 月 25 日緊急事態宣言全面解除、という流れの直後であり、急激な感染拡

Table 12. Result about measures for new normal (N=357)

	行っている	予定している	予定したいが方法がわからない	予定していない	わからない	無回答・その他
診療	124 (35%)**	54 (15%)**	23 (6%)	117 (33%)**	18 (5%)**	21 (6%)*
介護サービス	12 (3%)**	23 (6%)*	12 (3%)	165 (46%)**	112 (31%)**	33 (9%)
インフォーマルケア	8 (2%)**	16 (4%)**	17 (4%)	161 (45%)*	117 (33%)**	38 (11%)
サービス担当者会議	18 (5%)**	45 (13%)*	21 (6%)	131 (37%)	105 (29%)*	37 (10%)

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, Bold numbers indicate a statistically significant increase. (residual analysis)

Total may not become 100% due to rounding off.

大に対する緊急の対策が落ち着きを見せはじめなかで、受診控えや介護サービスの縮小、インフォーマルサービスの中止、医療・介護関係者の離職、患者や医療関係者に対する偏見といった課題が明らかになりはじめていた。加えて、東京アラートが継続していた時期であり、6月11日に東京アラートが解除される前、社会全体がどのように「新しい生活様式」を実践していくのか模索が始まった時期でもあった。回答者の所属施設は46都道府県にわたっており、専門医数の多い大都市圏に偏ることなく全国の状況について状況を把握することがある程度できたと考えられる。感染防御についてTable 3~5の検定結果から、専門医に関しては、医療従事者では感染防御手技は、これまで日常的に行っていることが多く履行は容易であることを反映した結果であろうと考えられたが、人と人の距離の確保に関してはこれまでの診療方法や診療体制を変更する必要がある場合もあり、履行が容易ではないためであろうと考えられた。患者ではマスクの着用はよく行われている反面、対人距離の確保は比較的難しいと考えられた。また、患者と介護者は類似の傾向であったが、全般に患者に関する場合より介護者の方が、「わからない」「無回答・その他」が多い傾向であった。

医療・介護・インフォーマルの各種サービスへの影響に関して、診察では施設への影響に関しても患者の状況に関しても、いずれの質問でも、8割以上の回答で減少しているとあり、受診控えが明らかであった。その理由について、50%以上の専門医が「主に利用者が躊躇している」と回答しており、自粛要

請や感染への警戒が影響していると考えられ、今後は施設側が予防策をとっていることなど、利用者に安心感を与えられるような情報発信が必要ではないかと考えられた。介護サービス利用については、減少しているという回答は60%を越えていたが、その中で、Table 8にみられるように、通所系サービスにおける低下が訪問系サービスと比べ高く、また受診と比べると、理由においてサービス提供者側からの自粛も同程度認められたことから、サービスの実践と感染防御の両立の難しさや、さらに感染予防や消毒といったことへのスタッフの教育が十分とはいえなかったり、診療以外のサービスは緊急性が相対的に低いと想定されがちになり、感染回避を優先しがちな対応になったり、といった可能性が考えられた。インフォーマルサービスの利用頻度については、45%で減少しているという回答であり、「分からない」「無回答・その他」以外を占めた。その理由としてTable 10に示すように、提供者側の自粛の方が利用者の自粛より比率が高く、フォーマルなサービスについては、例えば高齢者施設について、厚生労働省から「高齢者施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について」として、「十分な感染防止対策を前提として、利用者に対して必要な各種サービスが継続的に提供されることが重要です」といった事務連絡が出されているが(厚生労働省：事務連絡令和2年6月30日)、インフォーマルサービスについては、インフォーマルであるがゆえに、自粛要請のある中で、提供側にとって、継続すべきかどうかの判断が非常に難しいことが考えられた。専門医の個別意見には、「大切な取

り組みと考えますが、インフォーマルなので、実施は難しいです」、[供給側が十分な対応ができない、利用者家族の不安]といった声があり、今後は、関係する各ステークホルダーの理解や支援がさらに必要になると考えられた。

認知症の症状悪化について、認めるとした回答は計40%と、認めないとする回答を上回っていた。各種サービスの利用低下と、症状の悪化との関係について、このアンケートの結果から結論づけることはできないが、専門医の個別の意見には「うつ症状を呈する方が増加した」、[家族面会が中止となり、不安定になった]、「在宅生活で中核症状が進行した」、[活動量やADLが低下した]、「やはり外出制限や家族と会えない（面会制限）により、不隠となることが多い。さらに社会活動も制限され認知障害が悪化している印象がある。」、「感染リスクへの恐れからデイサービスの利用を控えたり、一時的に住まいを変えたりした方の場合、認知症の人の意欲・発動性の低下、混乱、筋力低下などの問題がみられる。」といった声があがっており、ウィズコロナ時代に、どのようにサービスを継続させていくべきか、ということが大きな課題となっていると考えられた。

COVID-19 対応に関する本人・家族、医療・介護従事者の負担については、専門医だけではなく、患者本人や家族の負担も COVID-19 の流行により増加していた。各種サービスの利用が減少していることは、その誘因となった可能性があるが、今回の調査は、あくまで専門医からみた評価であり、今後さらなる調査が必要と考えられた。流行後の医療・介護スタッフの離職があったとの回答はともに3%と少数にとどまり、流行による離職は多くはなかったと考えられたが、やはりこのアンケートが、認知症専門医が所属する機関についての結果である、ということは考慮する必要がある。COVID-19 流行による離職の実態については、今後も引き続き把握が必要である。医療・介護関係者やその家族に対する偏見等については、認められないとの回答が、認めるとの回答を上回っていたが、感染への恐怖は医療・介護従事者への偏見や差別につながる可能性があり、

これらがいわゆる「コロナ離職・休職」をひきおこすことも懸念される。このようなことを防ぐために、COVID-19 に関する正しい理解と、不当な偏見がもたらす弊害を社会全体で共有すること、また業務の責任者は現場のスタッフの精神的なストレスに対しても注意する必要があると考えられた。

ウィズコロナ時代の新しい医療・介護・インフォーマルサービスに関しては、介護サービスやインフォーマルサービスにおいては比較的活用の度合いが低かったが、個別の意見では、「認知症対応は、オンラインでは出来ない（できにくい）」、「高齢介護者ではインターネット・スマホ利用も無理な人が多い」、「認知症カフェの性質上、オンライン開催は困難」といった声があがっており、介護・インフォーマルサービスにおけるオンラインの活用はまだまだ途上にあると考えられた。時間的、空間的な距離が感染予防に必要とされるなか、電話やインターネットの活用は新たな方策として、個人情報保護などへの安全性を担保した上で、導入するための設備投資をどのように誘導・支援するか、などを考えていく必要がある。このような新たな方法は、患者の診療やケアに活用できるだけでなく、介護者への助けとなり、負担を軽減する可能性も考えられている (Cuffaro et al., 2020)。

5. 研究の限界

本研究は認知症学会専門医を対象としているため、患者や家族等介護者に関する結果について、あくまで専門医の視点からみた状況であることに留意が必要である。医療以外の各種サービスに関して、どこまで把握しているかは、専門医によって差があると考えられる。詳細な実態の把握のためには、対象を拡大した調査が望まれる。加えて、今回の調査は COVID-19 が 2020 年春期に流行した直後に実施された、認知症患者、家族・介護者、医療関係者、医療・介護・インフォーマル各種サービスへの早期の影響について研究、考察したものであるため、COVID-19 による認知症への長期の影響については、今後の追加調査が望まれることを付記しておく

なければならない。

6. まとめ

認知症学会認知症専門医を対象に行ったアンケートにより、COVID-19の急激な感染拡大から、その後緊急の対策がやや落ち着きを見せ始めた時期における、認知症に関する、診療・介護・インフォーマルの各サービスの状況を確認した。受診控え利用控え・介護サービスの縮小や中止といった状況のなかで、患者・介護者・サービス提供者が受ける負担を考えながら、いかに認知症の各種サービスを提供するか、という今後の課題が明らかになった。全世界に拡大した、この未曾有で未経験のウィズコロナの時代に、全ての関係者が知恵をだしあい、「新たな日常」が、認知症の人、介護者、そして医療・介護従事者のいずれにも不利益になることのないよう、すすめていくことが求められている。

文 献

- Centers for Disease Control and Prevention (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html)
- medical-conditions.html
- Cuffaro L, et al (2020) Dementia care and COVID-19 pandemic: a necessary digital revolution. *Neurol Sci* 17: 1-3
- Istituto Superiore di Sanità (2020) Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy Report based on available data on April 23th, 2020. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_23_april_2020.pdf
- 厚生労働省 (2020) 新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」の実践例を公表しました. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_newlifestyle.html
- Lima CKT, et al (2020) The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res* 287: 112915
- Sundström A, et al (2019) Loneliness Increases the Risk of All-Cause Dementia and Alzheimer's Disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 75(5): 919-926
- World Health Organization (2020) Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
- World Health Organization (2020) Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjwvIT5BRCqARIsAAawD-Tv2nKXS5-Z3Jd5yTRiWYWEJAQ_4gOGqv4f3qqkYckJPL-01CJXprgaAtJ_EALw_wcB

**Report on the results of a questionnaire survey for specialists of the Japanese Society for Dementia regarding
the impact of COVID-19 pandemic on dementia care**

Yoshiki Niimi¹⁾, Tetsuaki Arai²⁾, Shuichi Awata³⁾, Sadao Katayama⁴⁾, Hidekazu Tomimoto⁵⁾, Takashi Togo⁶⁾, Aki Nakanishi⁷⁾, Haruo Hanyu⁸⁾, Toshiya Fukui⁹⁾, Naoki Fujimoto¹⁰⁾, Masahito Yamada¹¹⁾, Hiroshi Mori¹²⁾, Akiyama Haruhiko¹³⁾

¹⁾Department of Neurology, Fujita Health University School of Medicine

²⁾Department of Psychiatry, University of Tsukuba

³⁾Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

⁴⁾Katayama Medical Clinic

⁵⁾Department of Neurology, Mie University Graduate School of Medicine

⁶⁾Inaho Clinic

⁷⁾Osaka City Kosaiin Hospital

⁸⁾Department of Geriatric Medicine, Tokyo Medical University

⁹⁾Kawasaki Memorial Hospital

¹⁰⁾Fujimoto Clinic

¹¹⁾Department of Neurology and Neurobiology of Aging, Kanazawa University Graduate School of Medical Sciences

¹²⁾Department of Clinical Neuroscience, Osaka City University Medical School

¹³⁾Yokohama Brain and Spine Center

We conducted the survey on dementia specialists of the Japan Society for Dementia Research ($N=1,586$) about the effects of the COVID-19 (Coronavirus disease 2019) epidemic caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) on various aspects such as medical care and long-term care for dementia. The response rate was 22.5% ($N=357$). As for the patients with dementia (PWD) and their carers, the answer revealed many issues such as cancellation or hesitation of routine medical care and long term care, discontinuation or reduction of long term care services and informal services, and aggravate of symptoms of PWD including cognitive decline, exacerbation of behavioral and psychological symptoms of dementia. In the post-corona era, we should improve the way of delivering each service considering the burden for PWD, carer, and care providers.

Address correspondence to Dr. Yoshiki Niimi, Department of Neurology, Fujita Health University School of Medicine (1-98 Dengakugakubo, Kutsukake-cho, Toyoake, Aichi 470-1192, Japan)