

## 精神疾患を合併した COVID-19 患者の診療経験

牧野 英記\*      岡 英明\*\*      梶原浩太郎\*  
宮岡 純也\*\*\*      若松 一生\*\*\*\*      高村 弘美  
玉岡 啓子\*\*\*\*\*      牧 徳彦\*\*\*\*\*      近藤 陽一†

### 要 旨

2019年に発生しパンデミックを起こした新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は愛媛県でも流行し、当院も指定医療機関として診療に携わった。その中で精神科病院の入院患者6人のCOVID-19患者の受け入れを経験した。5人の入院診療には大きな支障はなかったが、1人は精神症状のため感染対策の遵守が困難であり、診療継続が困難であった。その要因として、認知機能の低下により患者の病状理解が不十分であったこと、搬送先で見知らぬ医療従事者が顔の見えない防護具で接触し、ラポール形成が困難であったことが考えられた。本症例を通して、精神疾患をもつCOVID-19患者を一般医療機関で診療することの難しさが明らかになった。

精神科病院の入院患者は、密接な環境でCOVID-19感染拡大リスクが高く、基礎疾患のため一般の患者と異なる側面がある。感染症の持ち込み予防、精神科医療機関と感染症診療を行う医療機関との緊密な連携、さらには精神科病院でCOVID-19診療ができる体制づくりが望まれる。

### はじめに

2019年12月に中国湖北省武漢を発端に世界的な流行をもたらした新型コロナウイルス感染症（COVID-19）<sup>1)</sup>は愛媛県でも82人の患者が報告されている（2020年7月18日現在）<sup>2)</sup>。当院は精神科入院病床のない感染症指定医療機関で

あり、愛媛県のCOVID-19診療に携わってきた。そのなかで、COVID-19を合併した精神科病院の入院患者の受け入れを経験し、精神疾患をもつCOVID-19患者を一般医療機関で診療することの難しさが明らかになった。本邦ではこのような診療経験の報告は稀であり、報告の意義があると考えた。

### 症 例

70代男性。前頭側頭型認知症で精神科病院へ長期入院しており、常同的な日常で落ち着いた生活をしてきた。院内でCOVID-19患者が発生し、無症状であったが接触者調査でSARS-CoV-2 PCR陽性が判明し、2020年5月、隔離目的で当院へ搬送された。病状説明を受けていたと思われるが、来院時には搬送理由が理解できず、「家（病院のことと思われる）へ帰りたい」と繰り返しいわれ、マスクの着用や検査にも非協力的であった。複数の医療従事者が説得して検査を施行し、CTでは肺炎像はなく、無症状病原体保有者と診断した。隔離病棟まで案内したが攻撃性が強く、医療者のマスクを取ろうとする、ドアをける、大声を上げる、個室から出ようとするなどの不穏行動が出現した。適切な感染防護を行うことは不可能であり、他の患者や医療従事者への感染リスクが高いと考え、当院での診療継続は不可能と判断し、同日精神科病院へ逆紹介した。逆紹介後は精神症状の悪化はみられず、感染症対策チームの指導の下、適切な感染対策がなされ、その後

\*松山赤十字病院 呼吸器内科  
\*\*松山赤十字病院 腎臓内科  
\*\*\*松山赤十字病院 薬剤部  
\*\*\*\*松山赤十字病院 看護部

\*\*\*\*\*松山赤十字病院 感染管理室  
\*\*\*\*\*医療法人鷺友会 牧病院 院長  
†松山赤十字病院 小児科

Table 1

症例	年齢	性別	精神科病名	精神症状	食事	尿管留置	施錠	COVID-19 症状	COVID-19 重症度	COVID-19 治療	入院期間
1	70代	男性	前頭側頭葉認知症	攻撃性、衝動性	なし	なし	あり	なし	無症状病原体保有者	なし	1日
2	70代	女性	前頭側頭葉認知症	認知症、失語症	全介助	あり	なし	なし	無症状病原体保有者	あり	32日
3	70代	女性	統合失調症	安定	一部介助	なし	なし	発熱	軽症	あり	27日
4	60代	男性	統合失調症	異食行動、窃盗、破壊行動	見守り	なし	あり	発熱	軽症	あり	24日
5	80代	女性	アルツハイマー型認知症	意思疎通困難	胃瘦	あり	なし	発熱、咳	中等症	あり	42日
6	70代	男性	統合失調症	安定	全介助	なし	あり	発熱、倦怠感	中等症	あり	24日

PCR 陰性が確認された。

当院では上記症例（症例1）以外に他に5人の精神科病院の入院患者を受け入れた。計6人の臨床的特徴を Table 1 に示す。年齢中央値71歳(68-87)、男性3人、女性3人、精神医学的病名としては統合失調症3人（うち1人は知的障害の合併あり）、前頭側頭葉型認知症2人、アルツハイマー型認知症1人でいずれの症例も精神科病院では落ち着いた生活を送っていた。入院後の精神症状としては、症例2は攻撃性はなかったが、認知症と失語症のため意思疎通が困難であった。症例3は食事や排せつにおいては一部介助、衣服着脱は全介助を要したが、落ち着いていた。症例4は空腹時に異食行動があるため、詰込みによる窒息がないか見守りが必要であった。また、精神科病院で窃盗や破壊行動の報告があったが、当院ではなかった。症例5は多発褥瘡のある寝たきり状態で意思疎通は困難であり、胃瘻造設後で全介助が必要であった。症例6は食事は全介助で行動制限への協力が得られなかった。

COVID-19の症状としては、2人は無症状で2人は軽症、2人は中等症だった。症例1を除く5人に対してCOVID-19に対する内服治療を行い、内2

人は経過中に点滴加療も行ったが、拒薬や点滴の自己抜針はなく、精神症状の悪化はみられなかった。食事に関しては、1人は当日逆紹介のためなし、2人は全介助、1人は見守り（詰込みによる窒息リスクあり）、1人は一部介助、1人は胃瘻増設後のため経管栄養と内服薬の注入を行ったが逆流があり、中心静脈カテーテルを挿入した。尿管留置は2人に施行した。歩行が可能だった3人に関しては個室への徘徊を予防するために、家族と本人に説明し同意を得た上で個室の外から施錠を行った。

## 考 察

COVID-19はその感染性の高さから指定感染症に認定され、隔離が必要とされている。一方で精神疾患を有する患者では、隔離の意味を理解し、感染対策を遵守することが難しい場合がある。今回、当院で精神科病院から受け入れた6人の患者のうち、5人は精神症状の悪化がなく一般医療機関での受け入れに問題はなかった。しかし、医療従事者、特に病棟看護師は食事や点滴業務において患者との長時間の濃厚接触を強いられ、精神的な負担は大きかった。

排泄物の管理においても、曝露を避けるためADLの悪い患者に対しては尿バルーン留置を行うなどの対策を行った。残る1人はCOVID-19としては無症状であったが感染対策に協力が得られず、不穏状態となり、診療継続が困難であった。常同的な日常で落ち着いた生活をしていたが、認知機能の低下のため病状理解が困難であり、搬送先で見知らぬ医療従事者が顔の見えない防護具で接触したことで混乱してしまっただけの可能性が考えられた。また、精神科病院では男性看護師、当院では女性看護師が中心に対応したことが、感染対策の遵守ができなかった一因と考えられる。

これまでに、COVID-19を合併した精神科病院の入院患者を一般医療機関で入院診療した報告は少なく<sup>3)</sup>、我々が調べられた範囲では本邦でのまとまった報告は初めてである。精神科入院病棟では、不十分な衛生管理、集団性・閉鎖的環境などの院内感染に対する脆弱性に加え、診断が遅れやすい、行動制限への協力が得られにくいといった曝露源になりやすい性質により、感染が拡大しやすい<sup>4)</sup>。COVID-19の感染経路はインフルエンザウイルス感染症と同様に飛沫感染や接触感染が主体であり、精神科入院病棟でのインフルエンザ対策とCOVID-19対策には共通する部分がある。しかし、金崎らは精神科慢性期閉鎖病棟では、インフルエンザが持ち込まれてしまった場合に講じる感染対策は未だ課題が多い<sup>5)</sup>と報告しており、COVID-19対策も同様に課題が多いといえる。

このように、一般の医療機関では対応の難しい、精神疾患の症状が重く、かつCOVID-19を合併した患者に適切な医療を提供するための先駆的な取り組みとして、精神科領域、感染症領域それぞれの強みを生かした「精神科コロナ重点医療機関」の設置が挙げられる。全国的にはまだ少ないが、令和2年5月中旬の患者受入開始を目指す<sup>6)</sup>とするという報告や、精神科医療機関における新型コロナウイルス感染症対策指針を策定した<sup>7)</sup>とする報告もある。厚労省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課（令和2年4月3日付）によると、「都道府県ごとに、陰圧室などの感染防御機能を有する精神科医療機関を、地域の実情を踏まえつつ、複数箇所確保

することが望ましい」とされている。一方、日本精神神経学会災害支援委員会<sup>8)</sup>によると、精神科病床で感染症が発生した際の早急な対策・対応として、精神科病院でみるのか、感染症指定医療機関及びそれに準ずる病院へ転院させるのかの判断ならびにそれを実現するための都道府県市町村の入院調整部署の設置に協力するとされている。

愛媛県では全国の大部分の都道府県と同様に、陰圧室を含む感染防御機能を有する精神科医療機関が存在しないため、精神科病院、複数の感染症指定医療機関で話しあい、それぞれの感染症指定医療機関で受け入れすることとした。そして今回の教訓を活かす形で、今後精神疾患を有するCOVID-19患者が発生した際の受け皿として、COVID-19集団感染の発生した当該精神科病院が2020年6月に重点医療機関に指定された。日本精神神経学会災害支援委員会<sup>8)</sup>は、「精神医療現場における実情や対策に関する情報やアイデアを共有して行くことは有益である」と報告しており、本報告が臨床現場で活用される部分があるのではないかと考える。

Zhu Yら<sup>9)</sup>によると、精神科病院では以下のような特徴があるとされている。①病棟は閉鎖され混雑している、②呼吸器感染症からの隔離や陰圧室を装備されていないことが多い、③長期間の社会的隔離により、患者は感染症に対して敏感ではなく興味を持たないため、感染源を早期に発見することは不可能、④患者は感染対策としての自己隔離について理解し、協力することができない、⑤精神科専門の医療従事者は感染症に対する知識が不足している、⑥精神科病院の入院患者への実践的な臨床の指針が発表されていない、⑦患者は外の環境を認識することに時間がかかり、自己防衛の意識を持つことができない、⑧症状が安定した患者が多く臨床的に問題にならないため、精神科病院の医療従事者が問題意識をもちにくい。本報告では、上記の8項目すべてに該当しており、特に患者発生時点では⑥がないことから感染対策や治療については現場での判断を余儀なくされた。一部の患者では良好なコミュニケーションを得ることができず、マスクの着用を拒否したり個室から出てしまったり、医療従事者の防護具に触れたりする可能性があり、常に緊張を強いられ

た。寝たきり患者では行動制限の遵守は可能であったが、食事や服薬などで濃厚接触が避けられなかった。消毒用アルコールは誤飲の可能性があるため、室内には配置しないようにした。患者が自覚症状を正確に伝えることは困難であり、複数の医療従事者で評価するように努めた。自己体温測定も難しかったため、医療従事者が行った。このように、精神疾患を持つ COVID-19 患者を一般医療機関で診療する場合は、精神疾患の医療や看護に慣れていない医療従事者が対応せざるをえないため、精神疾患診療に特有の留意点について予め理解しておく必要がある。今後のさらなる知見の集積により、実践的な指針が作成され臨床現場で活用されることが期待される。今回の経験を踏まえて、我々は⑨患者の出入りが少ないために感染リスクは低く医療従事者が油断し易い、⑩介護を要する患者では医療従事者と濃厚に接触しうることを、精神科病院の特徴として提唱したい。

Sartorius Nら<sup>10)</sup>によると、精神疾患の患者は過去20年間で増加し、60歳以上の患者や精神疾患以外の併存疾患を複数持つ患者も増加し、それによりそれぞれの疾患の治療が難しくなり予後を悪化させていることが報告されている。本報告においても精神疾患を合併した入院患者はすべて65歳以上の高齢者で COVID-19 重症化リスクを有していた。また Yao Hら<sup>11)</sup>は精神疾患を持つ患者は一般人と比べてストレスに弱いため、COVID-19に罹患することでもととの精神症状が再発あるいは悪化することがあると報告している。このように、精神疾患を有する患者は COVID-19 診療においても、一般の患者とは異なる側面があることに留意が必要である。

精神科病院の入院患者は、密接した環境で暮らしているため、COVID-19の感染拡大高リスク群に該当する<sup>11)</sup>とされている。Thompson JWらの報告<sup>3)</sup>では、精神科病院の入院患者1名の COVID-19 陽性患者に対する接触調査 (n=65) では、CDC ガイドラインにそった感染対策をしているにも関わらず、78% (51/65) と高い陽性率が報告された。陽性患者の内訳は、症状なし14人、軽度の症状あり12人、症状あり25人であった。無症状の濃厚接触

者における陽性率は88% (14/16) と高率であった。当院の受け入れ患者でも、6人中3人は無症状であり無症状病原体保有者の割合が高かった。このように、容易に感染が拡大し無症状病原体保有者の割合が高いという特徴を、COVID-19 診療に携わる医療従事者は認識しておく必要があると思われる。

精神科病院で COVID-19 が発生した場合は、感染拡大スピードが早くコントロール困難となりやすいため、感染症を持ち込まないための対策が何よりも重要<sup>3)</sup>である。COVID-19の第二波が懸念される現状では、感染症を持ち込まないための医療従事者および面会者への対策を主として、社会的距離を保つための入院制限や退院促進、COVID-19 合併による身体疾患ならびに元々の精神症状悪化に対する対応が求められる。さらに、同委員会<sup>8)</sup>は精神医療において疑似症例に対する「入院前あるいは入院直後の PCR 検査実施、観察期間でも使用できるに十分な防護資材の準備、円滑な転院体制の整備などは、その重要性にもかかわらずほとんどの地域で実現しておらず、これらのことが速やかに整えられるよう、国および地域の行政に対して強く要望する」としており、精神医療における COVID-19 対策が、さらに前進することを期待したい。

## 結 語

精神科病院の入院患者は、密接な環境で COVID-19 感染拡大リスクが高く、基礎疾患のため一般の患者と異なる側面がある。感染症の院内持ち込み予防対策、精神科医療機関と感染症診療を行う医療機関との緊密な連携、さらには精神科病院で COVID-19 診療ができる体制づくりが望まれる。

謝辞：COVID-19の診療、感染対策にご協力頂いた COVID-19 チームや関係者の方々、精神科診療に関するご助言を頂いた永井美緒先生に感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report-145, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/>

- situation-reports/20200613-covid-19-sitrep-145.pdf?sfvrsn=bb7c1dc9\_2
- 2) 愛媛県内の最新感染動向, <https://ehime-covid19.com/>
  - 3) Thompson JW. *et al.*: An Epidemiologic study of COVID-19 Patients in a State Psychiatric Hospital: High Penetrance Rate Despite Following Initial CDC Guidelines. *Psychiatr Serv.*, 2020.
  - 4) 佐原利幸ほか: 感染防止行動をとることが難しい患者への対応－精神科閉鎖病棟での新型インフルエンザアウトブレイクを経験して－. *環境感染誌* **26**: 35-40, 2011.
  - 5) 金崎美奈子: 精神科慢性期閉鎖病棟におけるインフルエンザ集団発生からみえた感染対策上の困難. *環境感染誌* **34**: 67-72, 2019.
  - 6) [https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/ms/hybrid\\_20200501.html](https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/covid19/ms/hybrid_20200501.html)
  - 7) 宮城県精神科医療機関における新型コロナウイルス感染症対策指針第3.2版 (2020年5月11日改訂), <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20200511rev.pdf>
  - 8) 日本精神神経学会災害支援委員会: 精神医療における新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対策について ver.1: 2020.
  - 9) Zhu Y, *et al.*: The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull.*, **36**: 299-302, 2020.
  - 10) Sartorius N, Comorbidity of Mental and Physical Diseases: A Main Challenge for Medicine of the 21st Century. *Shanghai Arch Psychiatry* **25**: 68-69, 2013.
  - 11) Yao H, *et al.*: Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* **7**: e21, 2020.

## Clinical experience of COVID-19 patients with mental illness

Hideki MAKINO\*, Hideaki OKA\*\*, Kotaro KAJIWARA\*,  
Junya MIYAOKA\*\*\*, Issei WAKAMATSU\*\*\*\*, Hiromi TAKAMURA,  
Keiko TAMAOKA\*\*\*\*\*, Naruhiko MAKI\*\*\*\*\* and Yoichi KONDO†

\*Department of Respiratory Center, Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*Department of Kidney Center, Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*\*Department of Pharmacy, Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*\*\*Department of Nursing, Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*\*\*\*Infection Control Office, Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*\*\*\*Director, Oyu-kai, Maki Hospital

†Department of Pediatrics, Matsuyama Red Cross Hospital

The new coronavirus infection (COVID-19) that emerged in 2019 caused a pandemic, and an epidemic in Ehime Prefecture. Medical treatment was performed in our hospital as a designated medical institution. Six COVID-19 patients at a psychiatric hospital were transferred to our hospital. Among them, five patients were successfully treated, although it was difficult for the remaining patient to continue medical treatment, because he could not maintain compliance with infection control. There were two possible reasons for this. First, he could not understand his medical condition for dementia. Second, it was difficult to form a rapport with medical staff when strange medical staff whose faces were covered with protective equipment contacted him. This case revealed the difficulty of treating COVID-19 patients with mental illness at a general medical institution. Patients at a psychiatric hospital living in a close environment have a high risk of COVID-19 infection spread and have different aspects from patients at general medical institutions due to their underlying diseases.

To prevent the spread of infection in hospitals, close cooperation between psychiatric medical institutions and medical institutions that treat infectious diseases, and creation of a system that allows COVID-19 medical treatment at psychiatric hospitals is desired.