

新型コロナウイルス感染症流行下における 精神科救急医療施設の対応状況 ——精神科救急入院料算定施設を対象とする調査——

Management of COVID-19 Patients on Emergency Psychiatric Wards in Japan :
Emergency Psychiatric Wards During COVID-19 Pandemic

花岡 晋平^{1,2)}, 中西 健太³⁾, 畠山 洋輔²⁾, 石川 敬子¹⁾
阿部 貴之¹⁾, 深見 悟郎¹⁾, 林 偉明⁴⁾, 平田 豊明^{1,5)}

Shimpei Hanaoka, Kenta Nakanishi, Yosuke Hatakeyama, Keiko Ishikawa, Takayuki Abe,
Goro Fukami, Hideaki Hayashi, Toyoaki Hirata

【背景と方法】日本の精神科救急医療は、精神科単科病院により大きな部分が担われてきた。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により、積年の課題である身体合併症への対応力不足が再び認識された。本研究では、精神科救急医療の事業継続に資するため、2021年10月に精神科救急入院料算定施設（全179施設）を対象に、医療設備やCOVID-19陽性患者対応に関して調査を行った。【結果】調査票回収率は61.5%（110/179）であった。調査対象施設のうち精神科単科病院が88.2%（97/110）、平常時に身体合併症を受入れない施設が46.4%（51/110）を占め、COVID-19対応に有用なポータブル・レントゲン装置をもつ施設は61.8%（68/110）、同じく血液ガス検査装置をもつ施設も61.8%（68/110）であった。陽性患者受入れを原則可とした施設は31.8%（35/110）であり、うち実際に入院実績がある施設は、20.9%（23/110）であった。一方、陽性者の入院が原則不可である15施設でも入院実績が確認された。調査対象施設の多くが、病棟閉鎖や外来閉鎖、デイケア閉鎖、職員と患者の陽性者発生を経験した一方、2018年度と比較して2020年度の入院件数およびのべ外来件数はそれぞれ-5.9%および-5.5%の減少であった。【考察】調査結果から、精神科救急医療におけるCOVID-19を含む身体合併症への対応力には課題があり、必要な医療設備や人材が不足している状況が明らかになった。また、COVID-19陽性患者受入れの可否についても、施設によって差があり、実際に入院実績がある施設は少数であった。引き続き、地域の実情にあわせながら新興感染症を含む身体合併症に対応可能なように、身体科救急医療施設との協同体制の強化など、精神科救急医療システム全体の事業継続性を確保することが求められる。

索引用語

精神科救急入院料算定病棟, 精神科救急, COVID-19

著者所属：1) 千葉県総合救急災害医療センター精神科（千葉県精神科医療センター）, Department of Psychiatry, Chiba Emergency and Psychiatric Medical Center (Chiba Psychiatric Medical Center)

2) 東邦大学医学部社会医学講座, Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine

- 3) 医療法人生会松蔭病院, Matukage Hospital
- 4) 千葉県精神保健福祉センター, Chiba Prefectural Mental Health and Welfare Center
- 5) 医療法人学術会木村病院, Kimura Hospital

受理日: 2023 年 10 月 14 日

doi: 10.57369/pnj.24-018

はじめに

新型コロナウイルスの感染者は 2020 年 1 月に日本国内で初めて確認され、現在も日常生活や社会様式に大きな影響を与え続けている。一方、わが国の精神科救急医療の提供主体は、精神科単科病院が多くを占めており、COVID-19 を含む身体疾患に対応可能な設備や人材が不十分なことが積年の課題となっている^{4~6,12,14,17)}。

わが国の精神科救急入院料算定病棟（精神科救急入院料 1, 同 2, 精神科救急・合併症入院料算定病棟）は、高規格の精神科専門病棟であり、一般に「スーパー救急病棟」と呼ばれる。病棟専従医師が入院患者 16 人に 1 人以上、精神保健指定医が病院全体で 5 人以上、看護師が入院患者 10 人に常時 1 人以上、病棟専従の精神保健福祉士が 2 人以上、個室が病床数の半数以上を占めることなどが必要条件となる。さらに、運用面においては、精神科救急医療体制整備事業に参加していること、入院患者の 6 割以上が非自発的入院であること、4 割以上が新規入院患者であること、3 ヶ月以内に自宅などに退院する患者が 6 割以上であることなどの条件が課せられている。

著者らが所属する、千葉県精神科医療センター（以下、当院）は、先に述べた精神科救急入院料算定病棟のモデルとなった施設であり⁴⁾、2002 年 5 月に第 1 号として認可されたが、これまでの 21 年間、非常勤を含む身体科医師の配置はなかった。放射線技師は非常勤のため、画像検査は週 2 回しか実施できない。ポータブル・レントゲン装置や血液ガス分析はもちろん、生化学、凝固などの採血検査も院内に検査機器がないため、院内で完結できない。また、身体合併症のため適切な医療機関への転院が必要な場合に、精神科医による臨床診断が遅れ、転院先の調整にも時間がかかるため、治療の遅延を引き起こす可能性がある。それにもかかわらず、今般のパンデミックでは、COVID-19 対応 1 床を確保しており、これまで 20 例以上の陽性者に対応した一方で、院内クラスターなどを経験している。当院の経験からは、日本の精神科救急医療の事業継続において、COVID-19 を含む身体合併症への対応力向上が重要

であることは明らかである。

一方、これまでのわが国の精神科救急医療に係る政策が、身体合併症対応能力確保に無関心であったわけではない。2008 年に精神科身体合併症管理加算料と精神科救急・合併症入院料が新設され、保険診療点数によって支援されるようになった。これは、身体合併症をもつ患者に適切な医療を提供するための施策である。さらに、2012 年に精神疾患が「5 疾病 5 事業」に含まれるようになり、都道府県レベルで精神障害者の身体合併症治療体制の改善が求められるようになった。しかし、精神科身体合併症管理加算料は対象疾患の範囲が狭く、精神科救急・合併症入院料は算定要件が厳しすぎることもあり、身体合併症医療体制は、都道府県の実情に合わせて独自の運営がなされてきた⁶⁾。

わが国の COVID-19 流行下の精神科医療の提供状況に関しては、これまでも多くの報告がなされてきた。例として、日本精神科病院協会（日精協）に所属する私立精神科病院群¹³⁾、自治体立精神科病院群^{8,10)}への調査票調査、数多くの精神科病院の事例報告^{1,3,10,16)}、精神保健福祉センターへの調査票調査⁷⁾、大学精神医学教室への調査票調査¹⁵⁾、DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team）からの報告^{2,3)}など、幅広い分野が含まれる。しかし、わが国の精神科救急の中核をなしている精神科救急入院料算定病棟群についての実態調査は管見の限り存在しない。そのため、精神科救急医療に関する、客観的データに基づく事業継続と政策決定には限界がある。そこで、本研究では、全国の精神科救急入院料算定病棟の医療設備の状況、COVID-19 陽性者の外来・入院対応の原則、COVID-19 陽性者の受入れ実態などを調査した。

〈付記〉2022 年の診療報酬改定で、精神科救急入院料 1, 同 2 は廃止され、精神科救急急性期医療入院料が新設された。

1. 調査方法

1. 調査対象

2021 年 4 月時点における、全国の地方厚生（支）局の公開データより抽出した精神科救急入院料算定病棟をもつ全

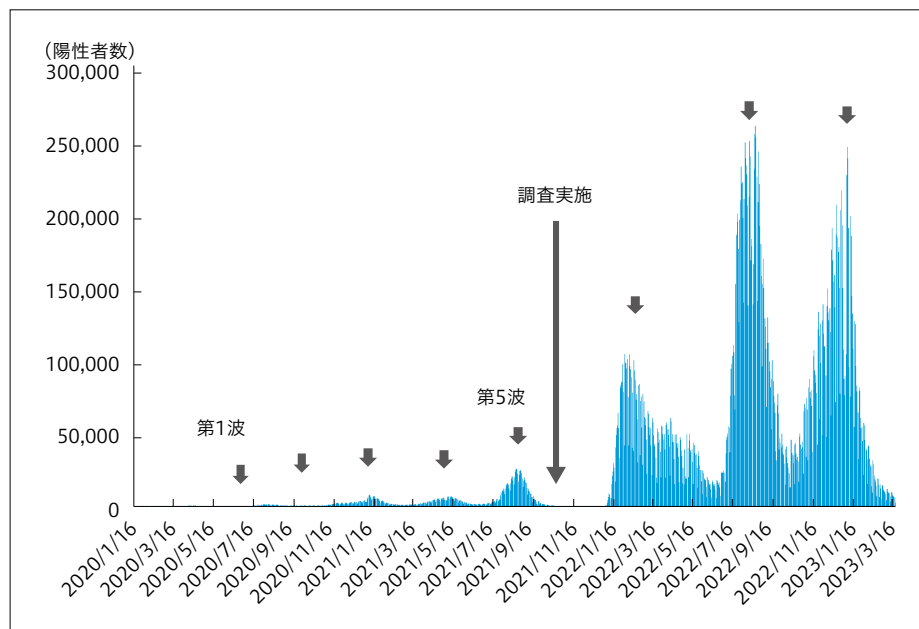


図1 新規 COVID-19 陽性患者数の推移
(文献 9 より引用)

表1 調査項目

・病床数，精神科病床数など ・精神科救急医療システムへの参加形態 ・新規入院と延べ外来受診件数（2018，2019，2020 年度） ・院内の医療設備，院内で実施可能な検査と処置 ・院内の身体科医師（外科・内科など）の配置（歯科医師は除く） ・平常時の身体合併症の受入れレベル ・新型コロナ疑い例，確定例の受入れ方針 ・新型コロナ陽性者の受入れ実績 ・新型コロナ感染症に係る経験（病棟閉鎖，外来制限など） ・その他
--

179 医療施設を対象とした。

2. 調査期間

図 1⁹⁾のとおり，COVID-19 第 5 波の直後である 2021 年 10 月に実施した。

3. データの収集方法・手順

依頼文を郵送し，受諾した施設に調査票を送付し分析を行った。精神科救急入院料算定病棟の病床数は，地方厚生（支）局の公開データを参考にした。

4. データの分析方法

調査項目ごとに記述統計を行った。調査項目を表 1 に示す。分析には IBM SPSS Statistics ver. 29 を用いた。

5. 倫理的配慮

千葉県精神科医療センター倫理審査委員会の承認（2-1）を得た。

6. 研究資金

本研究は，令和 3 年度ちば県民保健予防基金事業助成を得て行われた。

II. 結 果

全 179 医療施設のうち，計 110 施設より回答があった（回収率 61.5%）。

1. 調査項目と基本属性

本研究では，内科・外科が中心の施設内の精神科を総合病院精神科と定義し，精神科が中心の施設を精神科単科病院と定義した。

調査対象は，表 2（1）のとおり，精神科単科病院が 88.2%（97/110）を占めた。

表 2（2）に，調査対象となる，全施設，精神科単科病院，総合病院精神科別の全病床数，精神科病床数，および救急病床数（精神科救急入院料算定病棟の病床数）の平均値，中央値，標準偏差，最大値，最小値を示した。

また，表 2（3）には，2018，2019，2020 年度の入院件

表 2 調査対象の基本属性

(1) 調査対象施設数

	施設数	割合 (%)
精神科単科病院	97	88.2
総合病院精神科	13	11.8
計	110	100.0

(2) 全施設、精神科単科病院、総合病院精神科の病床数に係る属性

	全施設			精神科単科病院			総合病院精神科		
	全病床数	精神科病床数	救急病床数	全病床数	精神科病床数	救急病床数	全病床数	精神科病床数	救急病床数
平均値	380.4	291.0	71.4	329.4	317.8	74.3	760.5	90.5	49.2
中央値	329.5	262.5	55.0	312.0	273.0	60.0	733.0	77.0	46.0
標準偏差	221.0	169.6	41.7	168.3	161.7	43.2	194.6	52.0	16.9
最大値	1063.0	808.0	265.0	898.0	808.0	265.0	1063.0	191.0	104.0
最小値	50.0	34.0	26.0	50.0	50.0	26.0	435.0	34.0	34.0

救急病床数＝精神科救急入院料算定病棟（精神科救急入院料 1，同 2，精神科救急・合併症入院料算定病棟）の病床数

(3) 精神科への入院件数・のべ外来件数

	全施設				精神科単科病院				総合病院精神科			
	入院件数		のべ外来件数		入院件数		のべ外来件数		入院件数		のべ外来件数	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
2018 年度	679.1	477.9	41263.2	21813.1	711.8	491.6	42123.8	21709.4	420.6	230.4	34450.4	22374.3
2019 年度	661.5	463.3	41288.3	22078.9	697.1	476.7	42047.4	21825.3	395.8	212.5	35278.8	24135.7
2020 年度	638.9	435.5	38978.4	19789.3	676.0	445.5	39731.7	19373.7	362.7	202.6	33014.9	22860.9

数およびのべ外来件数の平均値，標準偏差を示した。

2. 身体合併症（COVID-19 を含む）への対応能力

平常時における身体合併症の受入れ能力を質問した。表 3 (1) に示すとおり，全体の 46.4% (51/110) が原則受入れしないと回答した。また，内科・外科などの身体科医師の配置状況については，表 3 (2) に示す通り，常勤医が配置されている施設は，全体の 58.2% (64/110) であった。

さらに，身体合併症への対応に有用と考えられる医療設備の状況に関しては，表 3 (3) に示したとおりである。感染隔離中の患者の病状評価に有用である血液ガス検査は 61.8% (68/110)，ポータブル・レントゲン検査は 61.8% (68/110) で実施可能であった。

3. COVID-19 陽性者入院実績

2020 年度の COVID-19 陽性者の入院実績を，図 2 に降順で示す。全 110 施設中，精神科内で 34.5% (38/110) で 1 件以上の入院実績があった。

4. COVID-19 陽性者への対応原則と入院実績

表 4 では，調査対象施設の COVID-19 陽性者への対応原則と入院実績を示している。原則的に受入れ可能と回答した施設は 31.8% (35/110) であり，うち実際に入院実績がある施設は，20.9% (23/110) であった。一方，陽性者の入院が原則不可である 15 施設でも入院実績が確認された。

なお，精神科単科病院に限ると，28.9% (28/97)，総合病院精神科に限ると，53.8% (7/13) が原則可と回答した。そのうち 62.9% (22/35) は自治体立や日赤などの公的病院であり，37.1% (13/35) は私立病院であった。

5. 精神科病棟・外来・デイケアにおける COVID-19 による影響

表 5 では，精神科病棟，精神科外来，精神科デイケアにおける COVID-19 による受入れ制限，閉鎖，患者と職員の陽性者発生の状況を示しており，多くの施設が影響を受けたことがわかる。

表3 身体合併症（COVID-19を含む）への対応能力

(1) 平常時の身体合併症の受入れレベル

	全体		精神科単科病院		総合病院精神科	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
原則受入れしない	51	46.4	51	52.6	0	0.0
初期救急レベル	16	14.5	16	16.5	0	0.0
二次救急レベル	25	22.7	22	22.7	3	23.1
三次救急レベル	9	8.2	0	0	9	69.2
未回答	9	8.2	8	8.2	1	7.7

(2) 身体科医師の配置状況

	全体		精神科単科病院		総合病院精神科	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
常勤	64	58.2	51	52.6	13	100.0
非常勤	77	70.0	64	66.0	13	100.0

(3) 医療設備の状況

	全体		精神科単科病院		総合病院精神科	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
酸素投与	109	99.1	96	99.0	13	100.0
単純レントゲン装置	107	97.3	94	96.9	13	100.0
CT装置	102	92.7	89	91.8	13	100.0
採血検査	99	90.0	86	88.7	13	100.0
迅速抗原検査	93	84.5	81	83.5	12	92.3
気管挿管	73	66.4	60	61.9	13	100.0
ポータブル・レントゲン装置	68	61.8	55	56.7	13	100.0
血液ガス検査	68	61.8	55	56.7	13	100.0
PCR検査装置	60	54.5	47	48.5	13	100.0
陰圧室	44	40.0	32	33.0	12	92.3
MRI検査	40	36.4	27	27.8	13	100.0
喀痰検査	28	25.5	17	17.5	11	84.6
人工呼吸管理	26	23.6	13	13.4	13	100.0

Ⅲ. 考 察

調査対象施設は、全施設が都道府県・政令指定都市による精神科救急医療システムに参画していた。病棟閉鎖、外来閉鎖、デイケア閉鎖、職員と患者のCOVID-19陽性者発生などを経験しながらも、2018年と比較して2020年度の入院件数と、のべ外来件数はそれぞれ-5.9%および-5.5%の減少にとどまり、パンデミックに遭遇しながらも精神科救急医療の提供が継続されていたことが示唆された。

調査対象のうち、平常時から身体合併症を原則的に受入れない施設が46.4% (51/110) を占めた。さらに、身体科常勤医師の配置は58.2% (64/110) にとどまり、呼吸器感染症対応に有用な血液ガス検査が可能な施設は61.8% (68/110)、ポータブル・レントゲン検査が可能な施設も同様に61.8% (68/110) という現状が明らかになった。

このような身体合併症の不十分な対応能力を反映し、COVID-19陽性患者の受入れを、精神科内で原則可と回答した施設は31.8% (35/110) にとどまり、うち実際に入院実績がある施設は20.9% (23/110) であった。なお、調査対象の内20.8% (15/72) が原則不可にもかかわらず入院実績があると回答したが、これは入院後にCOVID-19陽性となったものと推定される。

2021年8月、日精協は、COVID-19の流行下で精神科病院が被災した被災状況に関して、民間精神科病院1,185施設を対象に調査（回収率60.0%）を行った。その結果、転院要請をしたが転院できずに死亡したケースが30病院235人と報告された。日精協から厚生労働省へ提出された要望書では、医師が重症化により転院が必要と判断した際、自治体首長が遅滞なく対応することが強く要望された¹¹⁾。本調査では、この日精協調査のように、陽性者数や死亡を含む転帰は調査しておらず、将来の重要な課題である。

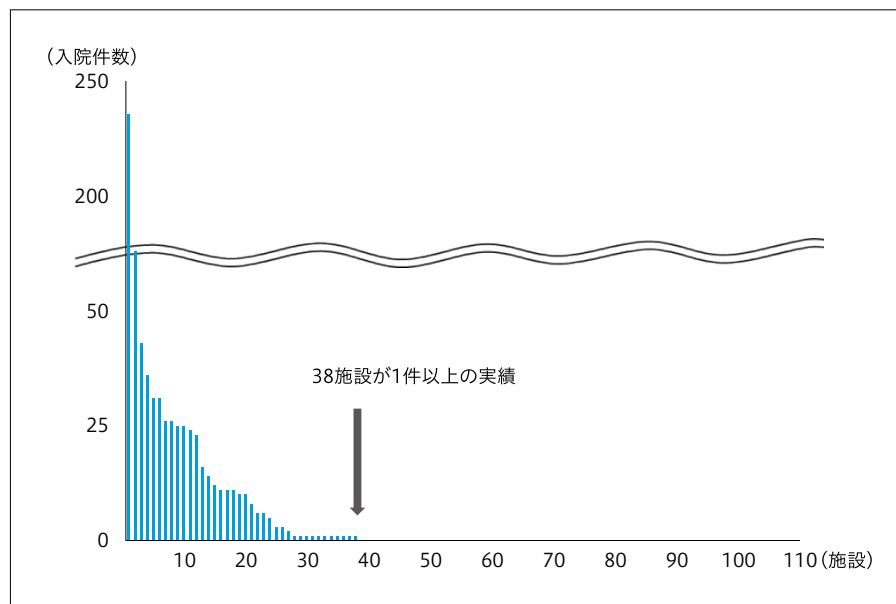


図2 COVID-19 陽性者の入院実績

表4 COVID-19 陽性者の調査対象施設の精神科における受入れ原則と入院実績

(1) 全施設

		あり	割合 (%)	なし	割合 (%)	無回答	割合 (%)	計	割合 (%)
受入れ原則	原則可	23	65.7	12	34.3	0	0.0	35	31.8
	原則不可	15	20.8	56	77.8	1	1.4	72	65.5
	無回答	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	2.7
計		38	34.5	71	64.5	1	0.9	110	100.0

(2) 精神科単科病院

		あり	割合 (%)	なし	割合 (%)	無回答	割合 (%)	計	割合 (%)
受入れ原則	原則可	18	64.3	10	35.7	0	0.0	28	28.9
	原則不可	15	22.4	52	77.6	0	0.0	67	69.1
	無回答	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	2.1
計		33	34.0	64	66.0	0	0.0	97	100.0

(3) 総合病院精神科

		あり	割合 (%)	なし	割合 (%)	無回答	割合 (%)	計	割合 (%)
受入れ原則	原則可	5	71.4	2	28.6	0	0.0	7	53.8
	原則不可	0	0.0	4	80.0	1	20.0	5	38.5
	無回答	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	7.7
計		5	38.5	7	53.8	1	7.7	13	100.0

一般的に、COVID-19 対応は、政策医療として公的病院が担っているように認識されている向きもあるが、わが国の精神病床の多くは私立病院であり、私立 30 病院に 147 床の COVID-19 病床が確保されていたという¹³⁾。実際に本研究の対象施設における、COVID-19 陽性者の入院対応を原則可と回答した施設のうち、37.1% (13/35) は私立病院であった。当然ではあるが、より包括的な COVID-19 病床の稼働状況を明らかにするためには、本研究で行った

精神科救急入院料算定病棟をもつ医療施設のみならず、設立主体によらずすべての精神科有床医療施設を対象とする実態調査が求められる。

本研究の限界は以下のとおりである。第 1 に、調査対象が立地する地域の医療資源の状況、医療機関のネットワーク構造、経済的な要因、政策的な要因、文化的な要因など、多様な背景要因が考慮されていない。第 2 に、コメディカルの配置状況、教育環境などによって、身体疾患合併症対

表5 精神科病棟・外来・デイケアにおける COVID-19 による影響

		全体		精神科単科病院		総合病院精神科	
		施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
精神科病棟	入院制限	56	50.9	49	50.5	7	53.8
	閉鎖	57	51.8	53	54.6	4	30.8
	職員の陽性者発生	42	38.2	40	41.2	2	15.4
	患者の陽性者発生	38	34.5	36	37.1	2	15.4
精神科外来	受診制限	36	32.7	32	33.0	4	30.8
	閉鎖	15	13.6	13	13.4	2	15.4
	職員の陽性者発生	14	12.7	14	14.4	0	0.0
	患者の陽性者発生	57	51.8	52	53.6	5	38.5
精神科デイケア	利用制限	65	59.1	58	59.8	7	53.8
	閉鎖	18	16.4	17	17.5	1	7.7
	職員の陽性者発生	34	30.9	29	29.9	5	38.5
	患者の陽性者発生	33	30.0	24	24.7	9	69.2

応が異なる可能性が考慮されていない。第3に、本研究の調査は第5波が終息した時期に実施されたものであり、その後の第7、8波で精神科単科病院に資源が公的に投入されて相当の患者を自施設で治療するようになった状況とは乖離がある。第4に、調査対象のうち、総合病院精神科が実施していたと思われる精神科リエゾンチーム活動などが検討されていない。詳細な状況、対策を明らかにするために、これらはいずれも今後の調査のなかで検討されるべき課題であると考えられる。しかしながら、本研究は、本邦における精神科救急入院料算定施設を対象とし公表された初めての実態調査であり、その意義は大きい。

おわりに

本研究では、わが国の精神科救急入院料算定医療施設における COVID-19 対応について検討した。歴史的な COVID-19 パンデミックは、積年の課題である精神科救急医療における感染症を含む身体合併症対応能力の不足を改めて再認識させる機会となった。この機会を活かし、精神科救急医療システム全体の対応能力を向上させることが求められる。

なお、2023年11月1日、わが国の精神科救急入院料算定病棟のモデル⁴⁾となった当院（千葉県精神科医療センター）は、千葉県救急医療センターと合築し、千葉県総合救急災害医療センターとなり、大幅な身体合併症対応能力向上が実現可能となった。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 福田陽明, 邊土名智代, 今井淳司ほか: 東京都立松沢病院における新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) 患者の受け入れについての中間報告. 精神経誌, 122 (10); 749-756, 2020
- 2) 五明佐也香, 河嶋 譲, 高尾 碧ほか: コロナ禍における DPAT 活動. 精神科救急, 24; 12-14, 2021
- 3) 平安 明, 平安良雄: 精神科病院での COVID-19 クラスター対応における DPAT の役割と意義—医療ひっ迫の状況下で DPAT に何ができたか—. 日本災害医学会雑誌, 27 (Suppl); 104-107, 2022
- 4) 平田豊明: 精神科急性期包括入院料病棟の現状と将来展望. 精神経誌, 118 (9); 707-713, 2016
- 5) 平田豊明, 兼行浩史, 来住由樹ほか: わが国の精神科救急医療システムの現状と課題 (1) —精神科救急医療体制整備事業の現状と課題—. 精神科救急, 25; 101-110, 2022
- 6) 稲熊徳也, 井藤佳恵: 東京都立松沢病院における身体合併症病棟の取り組みと課題. 精神経誌, 123 (4); 169-178, 2021
- 7) 片山宗紀, 杉浦寛奈, 藤城 聡ほか: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行拡大が依存症に関する全国精神保健福祉センターの支援体制, 民間支援団体, およびその相談者に与えた影響. 精神経誌, 124 (10); 700-709, 2022
- 8) 北村 立, 来住由樹, 田中 究: 自治体立精神科病院に入院した新型コロナウイルス感染症患者の特徴について. 精神経誌, 124 (5); 300-307, 2022
- 9) 厚生労働省: オープンデータ (<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>) (参照 2023-03-20)
- 10) 長尾真理子: 新型コロナウイルス感染症に係る埼玉県立精神医療センターの対応と精神科特別部会緊急アンケート調査結果の概要について. 全国自治体病院協議会雑誌, 59 (11); 1574-1580, 2020
- 11) 日本精神科病院協会: 新型コロナウイルス感染症対応状況及びワクチン接種状況に関する調査結果報告 (令和3年9月15日). 2021 (https://www.nisseikyo.or.jp/news/topic/images/20210915_topic.pdf) (参照 2023-03-21)

- 12) 日本精神科救急学会：今後の精神科救急医療に向けた提言，2012 (<https://www.jaep.jp/topics/teigen.pdf>) (参照 2023-03-21)
- 13) 野木 渡：災害に対する備え（危機管理において病院事務職に期待すること）—新型コロナウイルス感染症（COVID-19）との闘いの中で—，日本精神科病院協会雑誌，40（5）；366-374，2021
- 14) 澤 温：日本の精神科医療を展望する—精神科救急の立場から—，精神経誌，113（2）；157-158，2011
- 15) 精神医学講座担当者会議：新型コロナウイルス感染症の流行が大学精神医学教室の診療と教育に与えた影響—精神医学講座担当者会議アンケート結果に基づく資料—，精神経誌，123（11）；715-720，2021
- 16) 田口寿子，樋口美佳，小林桜児ほか：神奈川県立精神医療センターにおける新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への取り組み—医療提供体制の構築と院内感染防止対策について—，精神経誌，122（12）；910-929，2020
- 17) 吉益光一，藤枝 恵，原田小夜ほか：精神科救急医療体制の現状と課題—日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野活動総括—，日本公衆衛生雑誌，66（9）；547-559，2019

Management of COVID-19 Patients on Emergency Psychiatric Wards in Japan : Emergency Psychiatric Wards During COVID-19 Pandemic

Shimpei HANAOKA^{1,2)}, Kenta NAKANISHI³⁾, Yosuke HATAKEYAMA²⁾, Keiko ISHIKAWA¹⁾,
Takayuki ABE¹⁾, Goro FUKAMI¹⁾, Hideaki HAYASHI⁴⁾, Toyoaki HIRATA^{1,5)}

- 1) Department of Psychiatry, Chiba Emergency and Psychiatric Medical Center
(Chiba Psychiatric Medical Center)
- 2) Department of Social Medicine, Toho University School of Medicine
- 3) Matukage Hospital
- 4) Chiba Prefectural Mental Health and Welfare Center
- 5) Kimura Hospital

[Background and Methodology] Emergency psychiatric care in Japan is mainly provided by specialist psychiatric hospitals. As a result, there is a long-standing problem of a lack of medical equipment and staff for the treatment of any physical complications. The outbreak of coronavirus disease (COVID-19) reconfirmed the lack of capacity to deal with any physical complications in emergency psychiatric care. The purpose of this study was to support the business continuity of emergency psychiatric care by surveying medical facilities, their policies, and the conditions for dealing with COVID-19 patients in October 2021 at facilities that charge for emergency psychiatric admission (179 facilities).

[Results] The response rate was 61.5% (110/179 facilities) and 88.2% (97/110 facilities) were specialist psychiatric hospitals. Even before the COVID-19 pandemic, 46.4% (51/110 facilities) of the facilities did not accept patients with physical complications. About half of the facilities surveyed did not have portable X-ray equipment, the capacity for blood gas testing, or other equipment necessary to respond to infectious diseases. As a policy, 31.8% (35/110 facilities) were willing to accept COVID-19 patients, but, in practice, only 20.9% (23/

110 facilities) had admitted such patients. The surveyed facilities experienced ward closures, outpatient department closures, and COVID-19 outbreaks among staff and patients, as well as 5.9 and 5.5% decreases in hospital admissions and total outpatient visits, respectively, in FY2020 (April 2020 to March 2021), compared with FY2018.

[Discussion] The survey results indicate that challenges remain regarding emergency psychiatric medicine's ability to respond to physical disease complications, including COVID-19. In particular, the survey revealed a lack of necessary medical facilities and human resources. The presence of COVID-19-positive patients varied among facilities, and only a few facilities actually had a record of admitting such patients. It is necessary to ensure the business continuity of the entire emergency psychiatric care system while continuing to adapt to local conditions.

Authors' abstract

Keywords emergency psychiatric wards, emergency psychiatry, COVID-19