

- 版, 東京, p.30-31, 2010.
- 6) 河西千秋, 大塚耕太郎, 加藤大慈ほか (監修): 病院内の自殺対策のすすめ方 (患者安全推進ジャーナル別冊), 認定病院患者安全推進協議会, 東京, 2011.
  - 7) 河西千秋: 自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果: 多施設共同による無作為化比較試験 (ACTION-J) —背景と意義・展望—. 救急医学, 36: 847-850, 2012.
  - 8) 南良武, 岩下覚, 河西千秋: 精神科領域における医療安全管理の検討その1—病院内における自殺に関するアンケート—. 患者安全推進ジャーナル, 13: 64-69, 2006.
  - 9) Ono, Y., Awata, S., Iida, H. et al.: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan. NO-COMIT-J. BMC Public Health, 8: 315, 2008.
  - 10) 大野裕 (監修), 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺対策のための戦略研究」複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班: 地域における自殺対策プログラム, 2010. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/08.pdf>)
  - 11) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br. J. Psychiatry, 181: 193-199, 2002.
  - 12) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H. et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry, 7: 64, 2007.

## Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan

doi:10.1111/pcn.12004

JAPAN'S SUICIDE RATE is the worst figure among developed countries since 1998. Following the introduction of the Basic Suicide Prevention Law in 2006, a project providing a training workshop on caring for suicide attempters was started by the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2008 and is ongoing.<sup>1</sup> The 1-day workshop primarily targets medical staff in emergency units and involves lectures and case studies.

The authors conducted questionnaire research to investigate the understanding, willingness, and perceived need of the participants concerning caring for suicide attempters before they were educated. The questionnaire consisted of the 11-item Understanding Suicide Patient Scale (UPS) and six additional items, developed by Samuelsson *et al.*<sup>2</sup> and Kishi *et al.*<sup>3</sup> respectively. While the items of the UPS are not categorized, the UPS asks about understanding and/or willingness except for one item ('A person who has made several suicide attempts is at great risk of committing suicide.'). The additional questions asked about perceived needs for further training (two items) and preventive strategies for attempters (four items). The respondents answered with a 4-point rating scale from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree).

This study was approved by the ethics committee of Yokohama City University School of Medicine. Informed consent was obtained from all participants ( $n = 210$ ) in the workshops held in 2009 and 2010, and 203 answered the questionnaire. The mean scores for the UPS and the additional questions were 2.3 and 2.5, respectively. The highest score (2.9) on the UPS was observed in response to the statement 'Patients who have tried to commit suicide are usually treated well in my work unit'. For the additional questions, the highest score (3.4) was given to the statement 'I think my present training has provided me with adequate skills to take care of people who have tried to commit suicide'. Sixty-five percent of the participants felt they did not treat suicide attempters well enough; 89% of the participants reported they had not yet been provided with adequate skills to care for suicide attempters.

A previous suicide attempt is a potent risk factor for later suicide. Medical staff in emergency units can be gatekeepers for suicide prevention. Given that most staff reported they had not received enough training before the workshop, the session is considered important to help change negative attitudes and decrease the sense of difficulty. More medical staff members who work with suicide attempters are expected to participate in the training workshop in the future and the workshop content will need to be updated to reflect the latest research in the field.<sup>4</sup>

### REFERENCES

1. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Training workshop on caring for suicide attempters in fiscal year 2011 [Cited

1 January 2011.] Available from URL: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/kenshu\\_h23\\_ippan.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/kenshu_h23_ippan.html) (last accessed 17 April 2012) (in Japanese).

2. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95: 222–230.
3. Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2011; 33: 393–397.
4. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N *et al.* A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health* 2009; 9: 364.

Maki Hirata, BS,<sup>1</sup> Chiaki Kawanishi, MD, PhD,<sup>2</sup>

Nene Oyama, MA,<sup>2</sup> Yasushi Miyake, MD, PhD,<sup>3</sup>

Kotaro Otsuka, MD, PhD,<sup>6</sup> Tomoki Yamada, MD, PhD,<sup>2</sup>

Yasuhiro Kishi, MD, PhD,<sup>7</sup> Hiroto Ito, PhD<sup>4</sup> and

Ryousuke Arakawa, MD, PhD<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Yokohama City University School of Medicine, <sup>2</sup>Health Management and Promotion Centre, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, <sup>3</sup>Department of Emergency Medicine, Showa University, <sup>4</sup>Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, <sup>5</sup>Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, <sup>6</sup>Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka and <sup>7</sup>Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, Kawasaki, Japan

Email: [chiaki.kawanishi@gmail.com](mailto:chiaki.kawanishi@gmail.com)

Received 17 April 2012; revised 25 October 2012;

accepted 25 October 2012.

## Resting motor threshold changes in vagus nerve stimulation-treated patients during on/off-stimulation conditions

doi:10.1111/pcn.12000

THE EFFECTIVENESS OF repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and vagus nerve stimulation (VNS) in the treatment of refractory major depression has been demonstrated in several studies.<sup>1–5</sup> rTMS treatment includes the determination of the resting motor threshold (rMT), which defines treatment intensity and is based upon the excitability of the motor cortex. During treatment courses of several weeks, systematic changes in rMT have not been described.<sup>2,3</sup> Based upon this combination therapy, we examined rMT in three male patients with therapy-resistant depression (mean age,  $47.4 \pm 6.8$  years; Hospital Anxiety and Depression Scale,  $20.5 \pm 4.0$ ; Cyberonics<sup>®</sup> model 102, Cyberonics, Houston, TX, USA; VNS parameters: 1.25 mA, 10 Hz, 30 s on time, 5 min off time). The patients gave informed consent to publish this letter. They were treated with VNS and rTMS trials of four sessions (rTMS parameters: 10 Hz; 80% motor threshold (MT); 1000 impulses in left dorsolateral prefrontal cortex stimulation). The patients

## Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan

doi:10.1111/pcn.12004

JAPAN'S SUICIDE RATE is the worst figure among developed countries since 1998. Following the introduction of the Basic Suicide Prevention Law in 2006, a project providing a training workshop on caring for suicide attempters was started by the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2008 and is ongoing.<sup>1</sup> The 1-day workshop primarily targets medical staff in emergency units and involves lectures and case studies.

The authors conducted questionnaire research to investigate the understanding, willingness, and perceived need of the participants concerning caring for suicide attempters before they were educated. The questionnaire consisted of the 11-item Understanding Suicide Patient Scale (UPS) and six additional items, developed by Samuelsson *et al.*<sup>2</sup> and Kishi *et al.*,<sup>3</sup> respectively. While the items of the UPS are not categorized, the UPS asks about understanding and/or willingness except for one item ('A person who has made several suicide attempts is at great risk of committing suicide.'). The additional questions asked about perceived needs for further training (two items) and preventive strategies for attempters (four items). The respondents answered with a 4-point rating scale from 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree).

This study was approved by the ethics committee of Yokohama City University School of Medicine. Informed consent was obtained from all participants ( $n = 210$ ) in the workshops held in 2009 and 2010, and 203 answered the questionnaire. The mean scores for the UPS and the additional questions were 2.3 and 2.5, respectively. The highest score (2.9) on the UPS was observed in response to the statement 'Patients who have tried to commit suicide are usually treated well in my work unit'. For the additional questions, the highest score (3.4) was given to the statement 'I think my present training has provided me with adequate skills to take care of people who have tried to commit suicide'. Sixty-five percent of the participants felt they did not treat suicide attempters well enough; 89% of the participants reported they had not yet been provided with adequate skills to care for suicide attempters.

A previous suicide attempt is a potent risk factor for later suicide. Medical staff in emergency units can be gatekeepers for suicide prevention. Given that most staff reported they had not received enough training before the workshop, the session is considered important to help change negative attitudes and decrease the sense of difficulty. More medical staff members who work with suicide attempters are expected to participate in the training workshop in the future and the workshop content will need to be updated to reflect the latest research in the field.<sup>4</sup>

### REFERENCES

1. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Training workshop on caring for suicide attempters in fiscal year 2011 [Cited

1 January 2011.] Available from URL: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/kenshu\\_h23\\_ippan.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/kenshu_h23_ippan.html) (last accessed 17 April 2012) (in Japanese).

2. Samuelsson M, Asberg M, Gustavasson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95: 222–230.
3. Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2011; 33: 393–397.
4. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N *et al.* A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health* 2009; 9: 364.

Maki Hirata, BS,<sup>1</sup> Chiaki Kawanishi, MD, PhD,<sup>2</sup>

Nene Oyama, MA,<sup>2</sup> Yasushi Miyake, MD, PhD,<sup>3</sup>

Kotaro Otsuka, MD, PhD,<sup>6</sup> Tomoki Yamada, MD, PhD,<sup>2</sup>

Yasuhiro Kishi, MD, PhD,<sup>7</sup> Hiroto Ito, PhD<sup>4</sup> and

Ryousuke Arakawa, MD, PhD<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Yokohama City University School of Medicine, <sup>2</sup>Health Management and Promotion Centre, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, <sup>3</sup>Department of Emergency Medicine, Showa University, <sup>4</sup>Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, <sup>5</sup>Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, <sup>6</sup>Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka and <sup>7</sup>Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, Kawasaki, Japan

Email: [chiaki.kawanishi@gmail.com](mailto:chiaki.kawanishi@gmail.com)

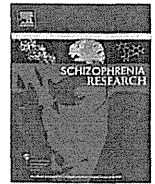
Received 17 April 2012; revised 25 October 2012;

accepted 25 October 2012.

## Resting motor threshold changes in vagus nerve stimulation-treated patients during on/off-stimulation conditions

doi:10.1111/pcn.12000

THE EFFECTIVENESS OF repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) and vagus nerve stimulation (VNS) in the treatment of refractory major depression has been demonstrated in several studies.<sup>1–5</sup> rTMS treatment includes the determination of the resting motor threshold (rMT), which defines treatment intensity and is based upon the excitability of the motor cortex. During treatment courses of several weeks, systematic changes in rMT have not been described.<sup>2,3</sup> Based upon this combination therapy, we examined rMT in three male patients with therapy-resistant depression (mean age,  $47.4 \pm 6.8$  years; Hospital Anxiety and Depression Scale,  $20.5 \pm 4.0$ ; Cyberonics® model 102, Cyberonics, Houston, TX, USA; VNS parameters: 1.25 mA, 10 Hz, 30 s on time, 5 min off time). The patients gave informed consent to publish this letter. They were treated with VNS and rTMS trials of four sessions (rTMS parameters: 10 Hz; 80% motor threshold (MT); 1000 impulses in left dorsolateral prefrontal cortex stimulation). The patients



## Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: A study of emergency room visit cases in Japan

Atsuhiko Koeda <sup>a</sup>, Kotaro Otsuka <sup>b,c,\*</sup>, Hikaru Nakamura <sup>c</sup>, Takehito Yambe <sup>b</sup>, Kentaro Fukumoto <sup>b</sup>, Yoshifumi Onuma <sup>b</sup>, Yudai Saga <sup>b</sup>, Yasuhito Yoshioka <sup>b</sup>, Toshinari Mita <sup>b</sup>, Ayumi Mizugai <sup>b</sup>, Akio Sakai <sup>b</sup>, Shigeatsu Endo <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Emergency Medicine, Iwate Medial University, 19-1 Uchimaru, Morioka, Iwate, 020-8505, Japan

<sup>b</sup> Department of Neuropsychiatry, Iwate Medial University, 19-1 Uchimaru, Morioka, Iwate, 020-8505, Japan

<sup>c</sup> Department of Disaster and Community Psychiatry, Iwate Medial University, 19-1 Uchimaru, Morioka, Iwate, 020-8505, Japan

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 18 July 2011

Received in revised form 21 July 2012

Accepted 27 August 2012

Available online 3 November 2012

#### Keywords:

Suicide

Schizophrenia

Depression

Emergency psychiatry

GAS

### ABSTRACT

We worked on characterizing suicide attempts in patients with schizophrenia in comparison with mood disorders. This study population comprised 260 patients with F2 disorders (ICD-10), i.e., “schizophrenic group” and 705 patients with F3 disorders, i.e., “depressive group” who presented at the psychiatric emergency department of our hospital for 8 years. They were compared in three age groups: young ( $\leq 24$  years), middle-aged (25–44 years), and elderly ( $\geq 45$  years). Multivariate logistic regression analysis identified factors associated with the seriousness of the suicide attempt method. The schizophrenic group ( $\geq 25$  years) had a younger mean age and higher prevalences of “within-1-year suicide attempts” and “past suicide attempts” than the depressive group. The Schizophrenic group tended to use serious methods, such as “jumping from high places,” “throwing oneself in front of an oncoming train,” and “burning oneself,” in their suicide attempts, with “hallucination–delusion” accounting for an overwhelmingly large percentage of suicide attempt motives, irrespective of the age group. In the elderly group, the ratio of “no-housemate” patients was high. In all age groups, jobless individuals were prevalent, and the schizophrenic group had lower LCU (Life Change Unit) scores than did the depressive group. The middle-aged cases of schizophrenic group had higher BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) scores and lower GAS (Global Assessment Scale) scores. Regarding factors influencing the seriousness of the methods, a history of within-1-year suicide attempts increased the method seriousness in the schizophrenic group. Years of education correlated with the method seriousness in the schizophrenic group. Low scores of overall health on the GAS increased the method seriousness in both groups.

© 2012 Elsevier B.V. All rights reserved.

### 1. Introduction

Of the various risk factors for suicide attempts, depression is mentioned much more often as a representative psychiatric disease than other factors (Vera et al., 2011), followed by neurotic disorders (Torres et al., 2006) and alcohol dependence (Pompili et al., 2010). With regard to suicide attempts in schizophrenia, in contrast, no report is available on extensive investigations with a sufficient number of cases.

As early as 1990, however, Caldwell and Gottesman stated in their review article that the risk of suicide in schizophrenia is comparable to that in those with affective disorders (Caldwell and Gottesman, 1990). In 2008, Takeuchi et al. reported that the number of cases of schizophrenia patients suffering a physically serious condition due to attempted suicide had been increasing (Takeuchi et al., 2008).

A serious problem resides in the fact that suicide attempts are repeated. The dangerousness of a history of past suicide attempts has often been discussed to date. For example, Sun-Jin et al. critically analyzed the present status of suicide attempts in Korea, emphasizing the necessity for enhancing care for re-attempters (Sun-Jin et al., 2011). A review article by Hawton et al. focuses on past suicide attempts as a suicidal risk factor in schizophrenia (Hawton et al., 2005). In addition to these facts, and taking into account Pompili's notion that suicide is a major cause of death among patients with schizophrenia (Pompili, 2007), it is of paramount importance in the clinical settings of psychiatry to characterize suicide attempts in cases of schizophrenia.

In this study we investigated schizophrenic patients who presented at emergency facilities with suicide attempts in three age groups that were seemingly distinct in terms of bio-psycho-social background. We worked on characterizing them in comparison with mood disorders, the condition that is generally recognized as being most closely associated with suicidality, and has been most extensively investigated for association with suicides. We also compared

\* Corresponding author. Tel.: +81 19 651 5111; fax: +81 19 626 4807.  
E-mail address: [kotaro29@df6.so-net.ne.jp](mailto:kotaro29@df6.so-net.ne.jp) (K. Otsuka).

**Table 1**  
The diagnostic criteria of Kishi et al. for suicide.

(Attempted and Completed)
① The (attempted) suicide victim has expressed suicidal ideation.
② The (attempted) suicide victim left notes or gave prior notice of suicide.
③ There is a witness/es who witnessed the act of suicide.
④ The suicide was confirmed by judicial professionals or autopsy.
If any of the above criteria is met, the death constitutes suicide.
Attempted suicide must meet one of the above criteria plus an additional requirement that the victim was alive at the time of transfer from the emergency room.

Kishi, Yasuhiro et al.: "Kyūmei kyūkyū sentā de no jisatsu tōkei hyō ni tsuite no teian (Proposals regarding suicide statistics charts at emergency centers)", *Bessatsu Igaku no Ayumi* (Progress of medicine, separate volume): 69–73 (2003).

patients with schizophrenia and those with mood disorders with regard to factors influencing the seriousness of the method of suicide attempt using multivariate analysis.

## 2. Materials and methods

### 2.1. Subjects

The subjects of the present study were selected from among 17,423 patients in psychiatric emergency who presented at the Iwate Prefectural Advanced Critical Care and Emergency Center (hereinafter the Center) or the primary/secondary outpatient clinic of Iwate Medical University Hospital (hereinafter the Primary/Secondary) during the eight years from April 1, 2002 to March 31, 2010 (3623 patients at the Center, 13,800 patients at the Primary/Secondary). Of them, 2019 met the criteria for committed and attempted suicides by Kishi et al. (2000 [Table 1]), from whom 965 were extracted for the study population with F2 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders: hereinafter schizophrenic group) or F3 (mood disorders: hereinafter depressive group) diagnosed using the ICD-10 criteria (260 with the schizophrenic group, 705 with the depressive group). The breakdown of 1054 patients other than the schizophrenic group (F2) and the depressive group (F3) was as follows: 44 with F0 (organic, including symptomatic, mental disorders), 59 with F1 (mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use), 622 with F4 (neurotic, stress-related and somatoform disorders), 185 with F6 (disorders of adult personality and behavior), 144 others.

Completed suicides accounted for 2.7% (7 patients) of the cases in the schizophrenic group, and 3.8% (27 patients) in the depressive group. Males accounted for 34.6% (90 patients) in the schizophrenic group, and 37.4% (264 patients) in the depressive group.

**Table 2**  
Classification of the suicide attempter by Asukai.

Methods	Absolutely dangerous group (AD group)	Relative dangerous group (RD group)
Jumping from a height	> 10 m (From higher than fourth floor)	≤10 m (From lower than third floor)
Jumping in front of a moving train	All cases AD group	-
Cutting/stabbing	Presence of the injury of the internal organ	An internal organ does not have the injury
Drug overdosing	The fatal dose or more Requiring a respirator or hemodialysis	Less than fatal dose A respirator, dialysis is unused
Poisoning	The fatal dose or more Requiring a respirator or hemodialysis	Less than fatal dose A respirator, dialysis is unused
Hanging	All cases AD group	-
Burning	More than 30% of extent of burn class II More than 10% of extent of burn class III Smoke inhalation	Other than left cases
Drowning	Unconsciousness and respiratory failure are present at discovery	Other than left cases
Gassing	The thing which was coma at discovery	Other than left cases

Asukai N. Suicide and mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;49:91–97.

The emergency medicine facility where the present surveillance took place is serving as a core hospital in a medical care zone, where the majority of suicide attempters are transferred. Regarding treatment, patients with schizophrenia and patients with depression are now treated mainly in outpatient settings, and they seem to receive care in generally the same way in terms of bio-psycho-social aspects.

### 2.2. Method

A broad range of subject background factors were examined at the Center and the Primary/Secondary: gender, age, number of emergency visits, contact status, new case/return classification, history of ambulatory treatment at the department of psychiatry, within-1-year and lifetime history of suicide attempts, advisor, attempt methods, attempt motive, years of education, status of employment, JCS (Japan Coma Scale for measuring the severity of consciousness disturbance) scores, outcome, on-the-day-of-arrival treatment, and cohabitation status (with or without family housemates). Psychiatric symptoms were evaluated using BPRS (the Oxford University version Brief Psychiatric Rating Scale for measuring the severity of psychiatric symptoms) (Kitamura et al., 1985). Overall psychiatric symptoms and social abilities were determined using the Japanese version by Kitamura et al. of GAS (Global Assessment Scale for measuring overall healthfulness of body and mind) (Endicott et al., 1976). Life events prior to suicide attempts were evaluated by scoring events such as spouse death and debt due to loans (0 to 100 points) using LCU (Life Change Unit for measuring the severity of life events) on the Holmes social readjustment rating scale (Holmes, 1978). As for the seriousness of the suicide attempt method, the study population was analyzed in two groups classified according to Asukai's criteria (Asukai, 1995): those who used serious methods in their suicide attempts (absolutely dangerous group: AD group) and those who used relatively mild methods (relatively dangerous group: RD group) [Table 2].

Evaluations and diagnoses concerning the various investigational indicators were conducted under the supervision of a senior psychiatrist (designated psychiatrist) by eight emergency psychiatrists or duty physicians at the Department of Psychiatry of Iwate Medical University Hospital. Regarding how to enter data and information in the Case Card, a senior psychiatrist in charge of emergency care at the Department of Psychiatry provided education on the manner of rating for all attending physicians, each of whom then made ratings for about 20 cases, along with the senior, in clinical settings at the emergency room in the Department of Psychiatry to get accustomed to complete the Case Card. For rating psychotic symptoms, in particular,

the Oxford University version (an anchor point specified for each item) was also used to secure reliability among the evaluators.

To characterize the suicide attempts in schizophrenic group by age group, the subpopulation was divided into three groups: young ( $\leq 24$  years), middle-aged (25–44 years), and elderly ( $\geq 45$  years). Schizophrenic and depressive groups were compared in terms of the indicators mentioned above. To identify factors associated with the seriousness of the suicide attempt method, a multivariate logistic regression analysis with the investigational indicators as explanatory variables and return-to-home status as a dependent variable was performed by the forced entry method. In the dependent variable, 1 and 0 were assigned to the AD group and the RD group, respectively.

Statistical processing was performed using SPSS 15.0 J for Windows. To compare investigational indicators in the schizophrenic group and depressive group, the *t*-test was used for the interval scale and ratio scale, Mann–Whitney *U*-test for the ordinal scale, and Fisher's exact test or chi-square test for the nominal scale. In all these statistical tests, the significance level was set at 5%, with significance probability shown by numerical figures.

Data on indicators allowing personal identification were omitted. Caution was also exercised concerning the protection of personal information in the processes of data management and processing. We registered in the UMIN Clinical Trials Registry (UMIN000004424), and the present study was approved by Iwate Medical University's ethical committee.

### 3. Results

#### 3.1. Comparison of schizophrenic group and depressive group by age (Tables 3–6)

In the young group ( $\leq 24$  years), the schizophrenic group had a significantly lower LCU score and a significantly higher number of emergency visits, with significantly higher values obtained for the ratio of return patients, the ratio of patients on ambulatory treatment at the department of psychiatry, 1-year and lifetime suicide attempt rates, the ratio of hallucination–delusion as a suicide attempt motive, and the ratio of jobless individuals.

In the middle-aged group (25–44 years), the schizophrenic group had significantly lower values of age, GAS score and LCU score, significantly fewer years of education, a significantly higher BPRS score, and significantly higher values for the ratio of return patients, the ratio of patients on ambulatory treatment at the department of psychiatry, the ratio of individuals who used jumping from high places or burning oneself in their suicide attempts, the ratio of hallucination–delusion as suicide attempt motives, and the ratio of jobless individuals.

In the elderly group ( $\geq 45$  years), the schizophrenic group had significantly lower values of age and LCU score, a significantly higher BPRS score, and significantly higher values of the ratio of patients on ambulatory treatment at the department of psychiatry, the ratio of individuals who used jumping from high places or throwing oneself in front of an oncoming train in their suicide attempts, the ratio of hallucination–delusion as suicide attempt motives, the ratio of jobless individuals, and the ratio of no-housemate individuals.

Regarding pre-visit statuses and post-visit treatment, all groups had constant tendencies in common. As for psychiatric treatment on the day of arrival, no significant difference was found in any group. Although physical treatment was prevalent, medication and psychotherapy were combined in about 10% of the patients (Table 6).

#### 3.2. Influences on the seriousness of the method of suicide attempt (Table 7)

Multivariate logistic regression analysis on the schizophrenic group identified the following variables as being significant: history of within-1-year suicide attempts (OR = 32.48,  $p = 0.001$ ), years of

education (OR = 1.44,  $p = 0.017$ ), BPRS score (OR = 0.94,  $p = 0.043$ ), and GAS score (OR = 0.87,  $p < 0.001$ ). For the depressive group, variables found to be significant were “female” (OR = 0.36,  $p = 0.002$ ), history of past suicide attempts (OR = 2.82,  $p = 0.046$ ), family issues as a motive (OR = 4.50,  $p = 0.046$ ), pain of illness as a motive (OR = 5.38,  $p = 0.023$ ), years of education (OR = 0.86,  $p = 0.021$ ), and GAS score (OR = 0.93,  $p < 0.001$ ).

### 4. Discussion

About 90% of committed suicides reportedly involve some mental issues (Cho, 2010). Out of various psychiatric disorders, mood disorders, represented by depression, are recognized as the major risk factor that can lead to suicide attempts. In this paper, suicide attempts in patients with disorders in the schizophrenia block (schizophrenic disorders) are characterized in comparison with depression.

Comparing the two subpopulations by age group, especially on “number of emergency visits”, “new case/return classification”, and “treatment at department of psychiatry”, many cases of schizophrenic group with suicide attempts occasionally utilized the outpatient emergency clinic in case of illness while having ambulatory care at our department and eventually presented at the department of emergency upon their suicide attempts. Another noticeable finding in cases of the schizophrenic group was that many in the young group and the entire subpopulation had “within-1-year suicide attempts” or “past suicide attempts”. Furthermore, it should be noted in the present study that only a few cases of depressive group presented at the emergency department before they attempted suicide.

Regarding “age” ( $\geq 25$  years), the younger mean age of the schizophrenic group than that of depressive group is attributable to, for example, different reported mean onset ages of around 25 years ( $25.6 \pm 11.2$  years) (Yasuda and Kato, 2009) for schizophrenia and about 40 years for major depressive disorders (Sadock and Sadock, 2003). From the viewpoint of measures to prevent suicide attempts, the risk of suicide must be born in mind earlier in schizophrenia than in mood disorders.

Regarding methods of suicide attempts, the schizophrenic group tended to use highly serious methods such as “jumping from high places”, “throwing oneself in front of an oncoming train” and “self-burning” more than depressive group. For example, Hunt et al. pointed out high prevalences of violent means used in committed suicides in schizophrenia (Hunt et al., 2006). As expected in the present study, and irrespective of the age group, suicide attempts motivated by “hallucination–delusion” were overwhelmingly more prevalent than those with other motives in the schizophrenic group. This can be viewed as evidence for the risk of “command hallucination” in schizophrenia (Montross et al., 2007).

Social issues are reflected by the statuses concerning “employment” and “cohabitation”. Hunt et al. reported that there was a close association between young ages and schizophrenia and between unemployment and suicide (Hunt et al., 2006). In the present study as well, jobless individuals were prevalent in all age groups of the schizophrenic group, and the ratio of “no-housemate” individuals was high in the elderly group of 45 years or older. These results suggest that schizophrenic patients may have difficulty with finding employment and social reintegration and unavoidably suffer from aging-related solitariness.

Regarding life events indicated by LCU, the schizophrenic group had lower scores than did the depressive group in all age groups. Many authors have pointed out stress vulnerability in schizophrenia (Tsuchisawa and Atsumi, 1994; Nakajima et al., 1995). The results of the present study are likely to reflect the characteristic of schizophrenia, i.e., vulnerability to life events due to relatively low stress resistance compared with mood disorder patients. Another finding of special note was that both BPRS and GAS scores were poor in the middle-aged cases of the schizophrenic group. This means that they

**Table 3**  
Background factors (1).

Factor		≤24 years			25–44 years			≥45 years			Total		
		N=164			N=442			N=359			N=965		
		Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value
		N=70	N=94		N=128	N=314		N=62	N=297		N=260	N=705	
Number of emergency visits	Mean ± SD	1.68 ± 1.40	1.11 ± 0.39	0.016 <sup>a)</sup>	1.50 ± 1.15	1.78 ± 2.64	n.s. <sup>a)</sup>	1.13 ± 0.41	1.10 ± 0.40	n.s. <sup>a)</sup>	1.47 ± 1.12	1.39 ± 1.79	n.s. <sup>a)</sup>
Gender	Male	20 (28.6)	18 (19.1)	n.s. <sup>b)</sup>	43 (33.6)	108 (34.4)	n.s. <sup>b)</sup>	27 (43.5)	138 (46.5)	n.s. <sup>b)</sup>	90 (34.6)	264 (37.4)	n.s. <sup>b)</sup>
	Female	50 (71.4)	76 (80.9)		85 (66.4)	206 (65.6)		35 (56.5)	159 (53.5)		170 (65.4)	441 (62.6)	
Age (years)	Mean ± SD	20.44 ± 2.35	20.55 ± 2.72	n.s. <sup>a)</sup>	32.62 ± 5.81	34.30 ± 5.53	0.004 <sup>a)</sup>	54.53 ± 7.75	60.82 ± 11.58	<0.001 <sup>a)</sup>	34.57 ± 13.54	43.64 ± 17.48	<0.001 <sup>a)</sup>
Contact	Primary/Secondary	27 (38.6)	41 (43.6)	n.s. <sup>b)</sup>	49 (38.3)	120 (38.2)	n.s. <sup>b)</sup>	9 (14.5)	46 (15.5)	n.s. <sup>b)</sup>	85 (32.7)	207 (29.4)	n.s. <sup>b)</sup>
	Tertiary	43 (61.4)	53 (56.4)		79 (61.7)	194 (61.8)		53 (85.5)	251 (84.5)		175 (67.3)	498 (70.6)	
Case status (new/return)	New case	30 (42.9)	61 (64.9)	0.007 <sup>b)</sup>	38 (29.7)	174 (55.4)	<0.001 <sup>b)</sup>	35 (56.5)	204 (68.7)	n.s. <sup>b)</sup>	103 (39.6)	439 (62.3)	<0.001 <sup>b)</sup>
	Return	40 (57.1)	33 (35.1)		90 (70.3)	140 (44.6)		27 (43.5)	93 (31.3)		157 (60.4)	266 (37.7)	
Treatment at department of psychiatry	No	10 (14.3)	46 (48.9)	<0.001 <sup>c)</sup>	25 (19.5)	125 (39.8)	<0.001 <sup>c)</sup>	17 (27.4)	166 (55.9)	<0.001 <sup>c)</sup>	52 (20.0)	377 (47.8)	<0.001 <sup>c)</sup>
	Ambulatory	59 (84.3)	47 (50.0)		101 (78.9)	188 (59.9)		45 (72.6)	130 (43.8)		205 (78.8)	365 (51.8)	
	Interrupted	1 (1.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.3)		0 (0.0)	1 (0.3)		1 (0.4)	2 (0.3)	
Within-1-year suicide reattempts	Hospitalized	0 (0.0)	1 (1.1)		2 (1.6)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		2 (0.8)	1 (0.1)	
	No	26 (37.1)	58 (61.7)	0.003 <sup>c)</sup>	75 (58.6)	189 (60.2)	n.s. <sup>c)</sup>	54 (87.1)	238 (80.1)	n.s. <sup>c)</sup>	155 (59.6)	485 (68.8)	0.007 <sup>c)</sup>
	Yes	44 (62.9)	36 (38.3)		49 (38.3)	122 (38.9)		6 (9.7)	57 (19.2)		99 (38.1)	215 (30.5)	
Past suicide reattempts	Unknown	0 (0.0)	0 (0.0)		4 (3.1)	3 (1.0)		2 (3.2)	2 (0.7)		6 (2.3)	5 (0.7)	
	No	16 (22.9)	51 (54.3)	<0.001 <sup>b)</sup>	46 (35.9)	145 (46.2)	n.s. <sup>b)</sup>	45 (72.6)	202 (68.0)	n.s. <sup>b)</sup>	107 (41.2)	398 (56.5)	<0.001 <sup>b)</sup>
	Yes	54 (77.1)	43 (45.7)		82 (64.1)	169 (53.8)		17 (27.4)	95 (32.0)		153 (58.8)	307 (43.5)	
Advisor	Department of psychiatry	16 (22.9)	16 (17.2)	n.s. <sup>c)</sup>	27 (21.1)	40 (12.7)	n.s. <sup>c)</sup>	14 (22.6)	32 (10.8)	n.s. <sup>c)</sup>	57 (21.9)	88 (12.5)	0.001 <sup>c)</sup>
	Non-psychiatric department	0 (0.0)	1 (1.1)		2 (1.6)	2 (0.6)		1 (1.6)	12 (4.0)		3 (1.2)	15 (2.1)	
	Family	9 (12.9)	11 (11.8)		16 (12.5)	38 (12.1)		12 (19.4)	57 (19.2)		37 (14.2)	106 (15.0)	
	Acquaintances	1 (1.4)	5 (5.4)		2 (1.6)	20 (6.4)		0 (0.0)	3 (1.0)		3 (1.2)	28 (4.0)	
	Others	1 (1.4)	0 (0.0)		8 (6.3)	15 (4.8)		3 (4.8)	5 (1.7)		12 (4.6)	21 (3.0)	
No	43 (61.4)	60 (64.5)		73 (57.0)	199 (63.4)		32 (51.6)	188 (63.3)		148 (56.9)	447 (63.4)		

<sup>a)</sup>t-test, <sup>b)</sup>Fisher's exact test, <sup>c)</sup>chi-square test, <sup>d)</sup>Mann-Whitney test.

( ): %.

**Table 4**  
Background factors (2).

Factor		≤24 years			25–44 years			≥45 years			Total		
		N=164			N=442			N=359			N=965		
		Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value
		N=70	N=94		N=128	N=314		N=62	N=297		N=260	N=705	
Method	Drug	42 (60.0)	61 (64.9)	n.s. <sup>c)</sup>	67 (52.3)	175 (55.7)	0.002 <sup>c)</sup>	17 (27.4)	110 (37.0)	0.002 <sup>c)</sup>	126 (48.5)	346 (49.1)	<0.001 <sup>c)</sup>
	Poison	0 (0.0)	6 (6.4)		3 (2.3)	18 (5.7)		13 (21.0)	30 (10.1)		16 (6.2)	54 (7.7)	
	Inhaling gas	1 (1.4)	4 (4.3)		4 (3.1)	21 (6.7)		3 (4.8)	22 (7.4)		8 (3.1)	47 (6.7)	
	Jumping from high places	9 (12.9)	6 (6.4)		10 (7.8)	5 (1.6)		6 (9.7)	9 (3.0)		25 (9.6)	20 (2.8)	
	Throwing oneself in front of an oncoming train	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.8)	0 (0.0)		2 (3.2)	1 (0.3)		3 (1.2)	1 (0.1)	
	Self-mutilation with edged tools	12 (17.1)	9 (9.6)		23 (18.0)	49 (15.6)		8 (12.9)	47 (15.8)		43 (16.5)	105 (14.9)	
	Self-burning	1 (1.4)	0 (0.0)		6 (4.7)	2 (0.6)		2 (3.2)	10 (3.4)		9 (3.5)	12 (1.7)	
	Drowning oneself	0 (0.0)	1 (1.1)		2 (1.6)	3 (1.0)		4 (6.5)	6 (2.0)		6 (2.3)	10 (1.4)	
	Hanging	2 (2.9)	2 (2.1)		5 (3.9)	18 (5.7)		4 (6.5)	34 (11.4)		11 (4.2)	54 (7.7)	
	Combined	2 (2.9)	4 (4.3)		4 (3.1)	17 (5.4)		2 (3.2)	24 (8.1)		8 (3.1)	45 (6.4)	
Motive	Others	1 (1.4)	1 (1.1)		3 (2.4)	6 (1.9)		1 (1.6)	4 (1.3)		5 (1.9)	11 (1.6)	
	Family	7 (10.0)	10 (10.6)	0.001 <sup>c)</sup>	12 (9.4)	78 (24.8)	<0.001 <sup>c)</sup>	5 (8.1)	66 (22.2)	<0.001 <sup>c)</sup>	24 (9.2)	154 (21.8)	<0.001 <sup>c)</sup>
	Economic status	1 (1.4)	0 (0.0)		2 (1.6)	16 (5.1)		6 (9.7)	46 (15.4)		9 (3.5)	62 (8.8)	
	Pain of illness	5 (7.1)	5 (5.3)		17 (13.3)	31 (9.9)		5 (8.1)	73 (24.6)		27 (10.4)	109 (15.5)	
	Hallucination-delusion	23 (32.9)	5 (5.3)		48 (37.5)	11 (3.5)		26 (41.9)	8 (2.7)		97 (37.3)	24 (3.4)	
	Job	5 (7.1)	11 (11.7)		4 (3.1)	35 (11.1)		1 (1.6)	22 (7.4)		10 (3.8)	68 (9.6)	
	Personal relationship	9 (12.9)	28 (29.8)		8 (6.3)	45 (14.3)		1 (1.6)	10 (3.4)		18 (6.9)	83 (11.8)	
	Others	3 (4.3)	3 (3.2)		4 (3.1)	14 (4.5)		2 (3.2)	5 (1.7)		9 (3.5)	22 (3.1)	
	Combined	12 (17.1)	19 (20.2)		24 (18.8)	65 (20.7)		9 (14.5)	52 (17.5)		45 (17.3)	136 (19.3)	
	Unknown	4 (5.7)	6 (6.4)		9 (7.0)	19 (6.1)		7 (11.3)	15 (5.1)		20 (7.7)	40 (5.7)	
School issues	1 (1.4)	7 (7.4)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.4)	7 (1.0)		

<sup>a)</sup>t-test, <sup>b)</sup>Fisher's exact test, <sup>c)</sup>chi-square test, <sup>d)</sup>Mann-Whitney test.

**Table 5**  
Background factors (3).

Factor		≤24 years			25–44 years			≥45 years			Total		
		N=164			N=442			N=359			N=965		
		Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value
		N=70	N=94		N=128	N=314		N=62	N=297		N=260	N=705	
Years of education	Mean ± SD	11.59 ± 1.87	11.70 ± 2.28	n.s. <sup>a)</sup>	12.01 ± 2.08	12.57 ± 2.02	0.013 <sup>a)</sup>	10.95 ± 1.89	10.94 ± 2.75	n.s. <sup>a)</sup>	11.64 ± 2.02	11.75 ± 2.50	n.s. <sup>a)</sup>
Employment	No	58 (82.9)	58 (61.7)	0.010 <sup>c)</sup>	111 (86.7)	167 (53.2)	<0.001 <sup>c)</sup>	49 (79.0)	191 (64.3)	0.010 <sup>c)</sup>	218 (83.8)	416 (59.0)	<0.001 <sup>c)</sup>
	Yes	12 (17.1)	34 (36.2)		17 (13.3)	138 (43.9)		10 (16.1)	101 (34.0)		39 (15.0)	273 (38.7)	
	Unknown	0 (0.0)	2 (2.1)		0 (0.0)	9 (2.9)		3 (4.8)	5 (1.7)		3 (1.2)	16 (2.3)	
JCS	Mean ± SD	41.03 ± 92.33	20.21 ± 64.46	n.s. <sup>d)</sup>	47.90 ± 99.30	32.24 ± 79.99	n.s. <sup>d)</sup>	58.15 ± 105.71	55.81 ± 105.40	n.s. <sup>d)</sup>	48.49 ± 98.87	40.57 ± 90.83	n.s. <sup>d)</sup>
Asukai's classification	RD	57 (81.4)	85 (90.4)	n.s. <sup>b)</sup>	103 (80.5)	260 (82.8)	n.s. <sup>b)</sup>	41 (66.1)	202 (68.0)	n.s. <sup>b)</sup>	201 (77.3)	547 (77.6)	n.s. <sup>b)</sup>
	AD	13 (18.6)	9 (9.6)		25 (19.5)	54 (17.2)		21 (33.9)	95 (32.0)		59 (22.7)	158 (22.4)	
BPRS score	Mean ± SD	19.57 ± 12.14	17.47 ± 9.07	n.s. <sup>a)</sup>	25.52 ± 13.75	17.54 ± 10.55	<0.001 <sup>a)</sup>	25.19 ± 11.72	19.41 ± 10.97	<0.001 <sup>a)</sup>	23.84 ± 13.08	18.32 ± 10.49	<0.001 <sup>a)</sup>
GAS score	Mean ± SD	32.80 ± 19.56	37.79 ± 18.17	n.s. <sup>a)</sup>	30.70 ± 17.59	38.58 ± 18.67	<0.001 <sup>a)</sup>	26.47 ± 18.22	29.71 ± 17.76	n.s. <sup>a)</sup>	30.26 ± 18.36	34.74 ± 18.70	0.001 <sup>a)</sup>
LCU score	Mean ± SD	24.36 ± 21.79	33.46 ± 22.58	0.010 <sup>a)</sup>	32.66 ± 24.49	42.31 ± 30.40	0.002 <sup>a)</sup>	30.47 ± 24.44	53.82 ± 38.11	<0.001 <sup>a)</sup>	29.90 ± 23.95	45.98 ± 33.79	<0.001 <sup>a)</sup>
Outcome	Hospitalized in the Center	17 (24.3)	20 (21.3)	n.s. <sup>c)</sup>	40 (31.3)	96 (30.6)	n.s. <sup>c)</sup>	34 (54.8)	134 (45.1)	n.s. <sup>c)</sup>	91 (35.0)	250 (35.5)	n.s. <sup>c)</sup>
	Death (committed)	3 (4.3)	2 (2.1)		2 (1.6)	7 (2.2)		2 (3.2)	18 (6.1)		7 (2.7)	27 (3.8)	
	Hospitalized at the department of psychiatry	27 (38.6)	38 (40.4)		60 (46.9)	125 (39.8)		19 (30.6)	102 (34.3)		106 (40.8)	265 (37.6)	
	Not hospitalized	20 (28.6)	31 (33.0)		23 (18.0)	83 (26.4)		5 (8.1)	32 (10.8)		48 (18.5)	146 (20.7)	
	Waiting at outpatient clinic	1 (1.4)	1 (1.1)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	3 (1.0)		1 (0.4)	4 (0.6)	
	Admission to other ward	1 (1.4)	0 (0.0)		1 (0.8)	3 (1.0)		1 (1.6)	5 (1.7)		3 (1.2)	8 (1.1)	
	Hospital transfer	1 (1.4)	2 (2.1)		2 (1.6)	0 (0.0)		1 (1.6)	3 (1.0)		4 (1.5)	5 (0.7)	

<sup>a)</sup>t-test, <sup>b)</sup>Fisher's exact test, <sup>c)</sup>chi-square test, <sup>d)</sup>Mann-Whitney test.

( ): %

**Table 6**  
Background factors (4).

Factor		≤24 years			25–44 years			≥45 years			Total		
		N=164			N=442			N=359			N=965		
		Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value	Schizophrenic group	Depressive group	p-Value
		N=70	N=94		N=128	N=314		N=62	N=297		N=260	N=705	
On-the-day-of-arrival treatment	Psychotherapy	0 (0.0)	2 (2.1)	n.s. <sup>c)</sup>	5 (3.9)	5 (1.6)	n.s. <sup>c)</sup>	0 (0.0)	2 (0.7)	n.s. <sup>c)</sup>	5 (1.9)	9 (1.3)	n.s. <sup>c)</sup>
	Physical treatment	12 (17.1)	36 (38.3)		37 (28.9)	91 (29.0)		15 (24.2)	80 (26.9)		64 (24.6)	207 (29.4)	
	Psychotropic medication	1 (1.4)	2 (2.1)		2 (1.6)	4 (1.3)		3 (4.8)	2 (0.7)		6 (2.3)	8 (1.1)	
	Psychotropic prescription	0 (0.0)	1 (1.1)		0 (0.0)	2 (0.6)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	3 (0.4)	
	Psychotherapy-physical treatment	8 (11.4)	11 (11.7)		7 (5.5)	43 (13.7)		4 (6.5)	33 (11.1)		19 (7.3)	87 (12.3)	
	Psychotropic medication-psychotropic prescription	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.3)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.1)	
	Physical treatment-psychotropic prescription	1 (1.4)	2 (2.1)		0 (0.0)	2 (0.6)		0 (0.0)	1 (0.3)		1 (0.4)	5 (0.7)	
	Psychotherapy-psychotropic prescription	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.8)	1 (0.3)		1 (1.6)	0 (0.0)		2 (0.8)	1 (0.1)	
	3 treatments or more	1 (1.4)	2 (2.1)		2 (1.6)	1 (0.3)		0 (0.0)	3 (1.0)		3 (1.2)	6 (0.9)	
Cohabitation	Others	47 (67.1)	38 (40.4)		74 (57.8)	164 (52.2)		39 (62.9)	176 (59.3)		160 (61.5)	378 (53.6)	
	No	15 (21.4)	24 (25.5)	n.s. <sup>c)</sup>	13 (10.2)	42 (13.4)	n.s. <sup>c)</sup>	18 (29.0)	42 (14.1)	0.005 <sup>c)</sup>	46 (17.7)	108 (15.3)	n.s. <sup>c)</sup>
	Yes	53 (75.7)	70 (74.5)		112 (87.5)	267 (85.0)		42 (67.7)	252 (84.8)		207 (79.6)	589 (83.5)	
	Unknown	2 (2.9)	0 (0.0)		3 (2.3)	5 (1.6)		2 (3.2)	3 (1.0)		7 (2.7)	8 (1.1)	

<sup>a)</sup>t-test, <sup>b)</sup>Fisher's exact test, <sup>c)</sup>chi-square test, <sup>d)</sup>Mann-Whitney test.

**Table 7**  
Factors influencing the seriousness of methods in their suicide attempts.

Factor	Schizophrenic group		Depressive group	
	N = 260		N = 705	
	Odds ratio (95% confidence interval)	p-Value	Odds ratio (95% confidence interval)	p-Value
Number of emergency visits	0.34 (0.10–1.14)	n.s.	0.77 (0.42–1.53)	n.s.
Female (male)	0.49 (0.13–1.80)	n.s.	0.36 (0.18–0.73)	0.002
New case (return)	1.45 (0.36–5.75)	n.s.	0.83 (0.41–1.67)	n.s.
Treatment at department of psychiatry No (Yes)	1.19 (0.22–6.56)	n.s.	0.89 (0.43–1.82)	n.s.
History of within-1-year suicide attempts Yes (No)	32.48 (4.12–256.06)	0.001	1.03 (0.33–3.25)	n.s.
Past suicide attempts Yes (No)	0.21 (0.04–1.24)	n.s.	2.82 (1.02–7.77)	0.046
Advisor No (Yes)	0.80 (0.25–2.51)	n.s.	0.78 (0.41–1.47)	n.s.
Motive				
Family	0.77 (0.03–20.17)	n.s.	4.50 (1.03–19.67)	0.046
Economic status	0.05 (0.00–2.30)	n.s.	4.28 (0.87–21.13)	n.s.
Pain of illness	1.08 (0.05–21.81)	n.s.	5.38 (1.27–22.81)	0.023
Hallucination–delusion	0.56 (0.08–4.13)	n.s.	3.34 (0.28–39.46)	n.s.
Job	5.38 (0.00–27.06)	n.s.	1.49 (0.30–7.32)	n.s.
Personal relationship	2.02 (0.05–85.61)	n.s.	8.51 (0.00–86.58)	n.s.
Others	1.63 (0.00–9.72)	n.s.	3.32 (0.36–31.06)	n.s.
Combined	3.62 (0.33–40.04)	n.s.	1.89 (0.45–7.96)	n.s.
School issues	0.00 (0.00–2.02)	n.s.	2.14 (0.00–3.51)	n.s.
Years of education	1.44 (1.07–1.94)	0.017	0.86 (0.76–0.98)	0.021
Employment No (Yes)	2.33 (0.32–17.26)	n.s.	1.37 (0.64–2.93)	n.s.
BPRS score	0.94 (0.89–1.00)	0.043	1.01 (0.98–1.05)	n.s.
GAS score	0.87 (0.82–0.93)	<0.001	0.93 (0.91–0.95)	<0.001
LCU score	1.01 (0.99–1.03)	n.s.	1.00 (0.99–1.01)	n.s.
Cohabitation No (Yes)	4.57 (0.91–22.87)	n.s.	1.48 (0.63–3.51)	n.s.
Age	0.57 (0.24–1.38)	n.s.	1.22 (0.67–2.21)	n.s.
	Likelihood ratio test = 96.12 (p < 0.001)		Likelihood ratio test = 188.09 (p < 0.001)	
	Hosmer and Lemeshow $\chi^2 = 4.73$		Hosmer and Lemeshow $\chi^2 = 5.95$	
	Cox and Snell $R^2 = 0.45$		Cox and Snell $R^2 = 0.40$	
	Nagelkerke $R^2 = 0.65$		Nagelkerke $R^2 = 0.59$	

Logistic regression analysis was performed with the emergence of an absolute risk group as a dependent variable (1 for AD group, 0 for RD group). Descriptions in parentheses indicate reference categories.

had serious psychiatric symptoms and poor overall health. These facts may account for some of the vulnerability of the schizophrenic group. After all, it is evident that schizophrenic patients in this age group have many difficulties.

Discussed below are factors influencing the seriousness of the method of suicide attempt. It has already been reported that in F3 disorders (mood disorders), males more often used dangerous methods in their suicide attempts than did females. The present study also showed that the percentage of females was lower in the patients using serious methods of suicide attempts (AD group).

As for history of past suicide attempts, in the schizophrenic group, history of within-1-year suicide attempts increased the seriousness of method of suicide attempt. This shows that those in the schizophrenic group with a first suicide attempt are likely to use a serious method in their second attempt made within 1 year. For the schizophrenic group, even when presenting at the department of emergency after suicide attempts by less-serious methods, careful follow-up and care shall be necessary for a reasonable period after visits. In contrast, those in the depressive group require countermeasures taken from a longer viewpoint.

Regarding motives, no indicators were found to be correlated with the seriousness of the method of suicide attempt in the schizophrenic group. Summarizing the findings in motive indicators, it is noteworthy that none of the circumstantial/environmental issues such as family, school, and personal relationship, economics- or job-related issues, and disease-derived abnormal experiences such as hallucination–delusion had any contributory association with the seriousness of method of suicide attempt. This can be explained by the fact that even various life events with not so high levels of stress can lead to suicide attempts due to decreased stress resistance in the schizophrenic group as stated above. For the schizophrenic group, measures to lessen

their stress should be implemented assiduously in routine clinical practice. For the depressive group, the seriousness was associated with family issues and pain of illness. It is well known that the most ambient factors of family issues, as well as the patient's own health issues, are associated with the onset of depressive states. Kaji et al. pointed out profound associations of depression in the middle aged and the elderly with family issues such as separation and divorces and health issues such as illness and treatment (Kaji et al., 2010). Provided that the largest risk factor in suicide attempts is depressive states, these two motives are understood to influence the serious methods of suicide attempts in mood disorders.

The number of years of education correlated with the seriousness of method of suicide attempt in the schizophrenic group, whereas the reverse tendency was observed in the depressive group. This may be related to the different positions of schizophrenic and depressive disorders as chronic diseases. High educational background may increase the patient insight into the broad range of detriments from schizophrenic disorders, which in turn possibly leads to their feeling of despair, feeling of hopelessness, and feeling of pessimism. Regarding depressive disorders, it can be estimated that their pathologic nature of expectations for high levels of remission is well perceived by cases with high educational background.

As for total BPRS score, the seriousness of the method of suicide attempt decreased with the worsening of psychiatric symptoms in the schizophrenic group. Although the reason remains unclear, the fact that many schizophrenia-related diseases are characterized by violent symptoms affecting the field of consciousness might have some influence. Focusing on depression out of the indicators of BPRS, patients with a rating of moderate or higher ( $\geq 3$  points) accounted for the majority (61.54%), as far as the AD group of the schizophrenic group was concerned. Hawton et al. pointed out in their review article

that previous depressive disorders increased the risk of suicide in schizophrenia, and that treatment of emotion-related symptoms was hence important for the prevention of suicides (Hawton et al., 2005). Additionally, taking into account the fact that schizophrenic depression is reportedly sometimes misunderstood as a negative symptom, the percent contribution of depression is thought to be higher. These aspects may explain the onset of suicide attempts even in pathologic conditions that do not increase total BPRS score.

Regarding GAS score, low ratings, i.e., poor overall healthiness increased the seriousness of the method of suicide attempt in both schizophrenic and depressive groups. This seems to be attributed to the fact that the GAS scale includes the phrase “serious suicidal behavior committed with the clear intention and expectation for death” in the rules of the lowest ratings (1–10) and the expression “repeats of suicide attempts” in the ratings that follow (10–20). However, even if they are exempted, overall healthiness as indicated by the overall GAS score is highly significant and is believed to serve as a predictive indicator of the seriousness of the method of suicide attempt. Frequently checking and steadily improving overall healthiness will surely lead to the avoidance of dangerous attempt means and hence the protection of the patient’s life.

The present study was conducted to characterize suicidality in patients with schizophrenia in comparison with mood disorders (mainly depression), which are recognized as the psychiatric disease involving the highest risk of suicidal commitment. The results lead to the conclusion that schizophrenic patients are more likely to attempt suicide than depressive patients when they are in bad conditions as rated on the GAS scale even when not under high stress, and that they sometimes attempt suicide using serious methods, whether or not they are on treatment. Most schizophrenic patients are receiving psychiatric treatment. Suicide attempters requiring psychiatric emergency treatment are transferred to advanced emergency medical service centers if severely physically affected, or to the ambulatory emergency room at the department of psychiatry if less severely affected. However, schizophrenic patients seem to seldom visit their doctor in pursuit of medical consultation and/or treatment before attempting suicide. In patients with schizophrenia, anti-suicidal measures must be taken earlier than in patients with mood disorders, and this is of paramount importance considering the fact that serious methods of suicide attempts are prevalently used by the former. Preventive measures to be taken include placing importance to the patient’s past history of suicidal attempts, managing positive symptoms such as delusive hallucination, stabilizing the job status and domestic life, and providing social support for suppressing unwanted life events. Other presumably effective approaches include keeping good health, both physically and mentally, providing patients with education on how to cope with situations involving suicidal risks, and nurturing gatekeepers who are able to appropriately cope with the risks.

## 5. Limitations

In the present study we neither compared a group of suicide attempters and a group of completers nor made an analysis for sex-related differences. We will investigate these issues in the future.

We focused on the comparison of schizophrenia with depression, the psychiatric disease generally recognized as being the major risk factor of suicide attempts, while working on characterizing suicide attempts in schizophrenic patients. Hence, we did not make a comparison with other psychiatric diseases. We will consider investigating this issue in the future.

The F3 mood disorders in ICD-10 include episodes with psychotic symptoms. Likewise in the present study, some patients with psychotic symptoms were included in the depressive group (F3). Also, the schizophrenic group (F2) included a few patients with schizoaffective or delusional disorder. We are planning to compare a depressive group

excluding patients with psychotic symptoms and a group consisting exclusively of schizophrenic patients.

Furthermore, we will consider a more appropriate methodology for statistical analysis.

## Role of the funding source

This study was done by research expenses of Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University.

## Contributors

KA, KO, and TY assessed the patients, analyzed the data and wrote the paper. AS supervised and wrote the paper. HN participated in the design of the study and performed the statistical analysis. YO, YS, YY, TM, and AM participated in the study as a whole and commented on the manuscript. SE conceived the study, and participated in its design and coordination. All authors approved the final manuscript.

## Conflict of interest

The authors declare that they have no competing interests.

## Acknowledgments

We would like to thank staff at the Department of Critical Care Medicine, the Critical Care and Emergency Center, and the Department of Neuropsychiatry of Iwate Medical University.

## References

- Asukai, N., 1995. Suicide and mental disorders. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 49, 91–97.
- Caldwell, C.B., Gottesman, I.I., 1990. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr. Bull.* 16, 571–589.
- Cho, Y., 2010. *The New Era of Depression: For Comprehension and Total Care of It.* Heibonsha, Tokyo.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., et al., 1976. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 766–771.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., et al., 2005. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry* 187, 9–20.
- Holmes, T.H., 1978. Life situations, emotions, and disease. *Psychosomatics* 19, 747–754.
- Hunt, I.M., Kapur, N., Robinson, J., et al., 2006. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic group. *Br. J. Psychiatry* 188, 135–142.
- Kaji, T., Mishima, K., Kitamura, S., et al., 2010. Relationship between late-life depression and life stressors: large-scale cross sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 64, 426–434.
- Kishi, Y., Hosaka, T., Kurosawa, H., 2000. Case-care for suicide attempters in emergency medical center. *Igakunoayumi* 194, 555–559.
- Kitamura, T., Machizawa, S., Maruyama, S., 1985. Test-Retest reliability of Oxford University Version of the Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS): A preliminary survey of multicentre collaborative study initiated by the National Institute of Mental Health. *Seishiniseikenkyu* 32, 1–5.
- Montross, L., Zisook, S., Kasckow, J., 2007. Command hallucinations and suicide risk. In: Tatarelli, R., Pompili, M., Girardi, P. (Eds.), *Suicide in Schizophrenia.* Nova Science Publishers, New York, pp. 113–132.
- Nakajima, K., Tanaka, R., Takazawa, K., et al., 1995. Social skill training (SST) and social rehabilitation for chronic schizophrenia in long term hospitalization: therapeutic significance of structure of ward for a place of SST. *Jpn. J. Clin. Psychiatry* 25, 459–464.
- Pompili, M., 2007. Suicide risk in schizophrenia: an overview. In: Tatarelli, R., Pompili, M., Girardi, P. (Eds.), *Suicide in Schizophrenia.* Nova Science Publishers, New York, pp. 1–18.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., et al., 2010. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 7, 1392–1431.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., 2003. *Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, ninth edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Sun-Jin, J., Myun-Soo, L., Hyeon, W.Y., et al., 2011. Factors associated with referral to mental health services among suicide attempters visiting emergency centers of general hospital in Korea: does history of suicide attempts predict referral? *Gen. Hosp. Psychiatry* 33, 294–299.
- Takeuchi, K., Sakai, A., Otsuka, K., et al., 2008. Self-mutilation and suicide attempt in schizophrenia: a consideration based on the documents in emergency psychiatry. *Jpn. J. Clin. Psychiatry* 37, 1359–1367.
- Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., et al., 2006. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National psychiatric morbidity survey of 2000. *Am. J. Psychiatry* 163, 1978–1985.
- Tsuchisawa, K., Atsumi, E., 1994. Evidence of stress weakness in schizophrenics: stress management model. *J. Jpn. Assoc. Occup. Ther.* 13, 126–132.
- Vera, M., Reyes-Rabanillo, M.L., et al., 2011. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. *Int. J. Gen. Med.* 4, 197–205.
- Yasuda, M., Kato, S., 2009. The clinical psychopathological research on late-onset schizophrenia: mainly patients with schizophrenia of a hospital psychiatric ward. *Psychiatr. Neurol. Jpn.* 111, 250–271.

## IV 自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開

## 日本総合病院精神医学会

Japanese Society of General Hospital Psychiatry

岸 泰宏\*  
Yasuhiro Kishi大塚耕太郎\*\*  
Kotaro Otsuka

◆key words：自殺，コンサルテーション・リエゾン精神医療，日本総合病院精神医学会

## はじめに

自殺企図患者は救急医療現場に搬送されるケースが多い。救急医療を行っている施設はいわゆる“総合病院”が多く、したがって自殺対策において日本総合病院精神医学会が果たすべき役割は多い。

## 総合病院における精神科と救命救急センターの役割

総合病院における精神科の主要な仕事の1つは、コンサルテーション・リエゾン精神医療である。コンサルテーション・リエゾン精神医療は、「精神科を除く他の一般診療科において精神科医が患者の診断、治療管理、治療スタッフへの教育、研究活動へ参加することを内容とする臨床精神医学の一分野である」と定義されている<sup>1)</sup>。したがって、総合病院では、コンサルテーション・リエゾン精神科医が自殺企図患者をみるケースが多い。

自殺企図患者が、救命救急センターに搬送される症例の15%に達する施設もある<sup>2)</sup>。現在、自殺既遂者は年間3万人を超え、自殺予防が重要政策の1つとなっているが、“自殺未遂者の再企図予防”が自殺予防のなかでもっとも重要であることがわかっている。自殺企図患者は、繰り返す者が多い。海外の調査では、自殺企図患者の1/6は1年以内に再企図を行い、1/4は4年以内に再企図を行うと報告されている<sup>3)</sup>。より長い期間追跡した研究では、自殺企図患者の40%が繰り返し自殺企図を行うと報告されている<sup>4)</sup>。さらに、自殺企図患者の1/40～1/200

が1年以内に自殺で死亡するとある<sup>3)</sup>。9年間のフォローアップでは、1/15が自殺で死亡するといわれている<sup>4)</sup>。とくに、繰り返し自殺企図に及ぶ患者（なかでも女性）は、自殺での死亡の危険性が高いと報告されている<sup>4)</sup>。このような事実から、救命救急センターでの自殺未遂症例に対する自殺予防を見据えたケアがとくに重要となる。厚生労働省もその点を理解し、救命救急センターにおいては自殺企図患者の自殺予防として精神科医連携加算が設けられており、たとえば救命救急センターに搬送された自殺企図などによる重篤な患者で、精神疾患を有する患者またはその家族等からの情報などに基づき、精神科医が当該患者の診断・治療等を行った場合には、初診時に3000点が加算される。

自殺企図で搬送される患者の精神疾患は多岐にわたっている。幻覚・妄想に左右されて自殺企図に至る統合失調症や、喧嘩から衝動的に自殺企図に至るような症例までさまざまである。自殺企図症例の90～95%以上は精神的な問題をかかえており<sup>5)6)</sup>、精神科通院中でない患者にとっては救命救急センターが精神科医療への入り口となる。こうした点からも、救命救急センターでのコンサルテーション・リエゾン精神科医療活動は重要である。

## 日本総合病院精神医学会とは

日本総合病院精神医学会は、コンサルテーション・リエゾン精神医療を専門とする医師のための学会である。実は、わが国におけるコンサルテーション・リエゾン精神医療と救急医学の発展との関連性は非常に深い。歴史的に、救急医療が整備され、救命救急センターがそれぞれの地域において救急医療の中心的存在として活動するようになったが、精神科的問題が1つの運営上の問題となった。なかで

\* 日本医科大学武蔵小杉病院精神科

\*\* 岩手医科大学精神科

も、搬送されてくる自殺企図患者への対応がどの施設でも苦慮されるようになり、たとえば入院中に示す精神症状、再自殺の危険性、転院先の少なさなどである。このような自殺企図患者の対応についての実態を含めて、今後の精神医療・精神科医のあり方を検討するために日本救急医学会精神保健（旧衛生）問題委員会が組織され（現在は存在しない）、1986（昭和61）年には救命救急センターに搬送された自殺企図患者の実態についての調査を行っている<sup>7)</sup>。自殺の定義や、自殺統計項目の基準を検討し、自殺企図患者のケースカードも作成されており<sup>7)</sup>、このケースカードおよび定義を利用した自殺の調査・研究はその後数多く行われている<sup>2)8)</sup>。

日本救急医学会総会あるいは地方会において、精神科関連の演題は現在までに数多く発表されている。これらの活動を行っていた精神科医が中心となり、日本総合病院精神医学会が設立された。現在、日本総合病院精神医学会においても、救急医療専門家を招いて多くのシンポジウムが開かれるなど、救急医学関連学会と精神科関連学会の交流は続いている。前述したように現在、日本救急医学会精神保健問題委員会は存在しないが、日本臨床救急医学会において「自殺企図者のケアに関する検討委員会」が組織され、救急医・救急看護師・精神科医による自殺企図患者への対応マニュアルが作成され<sup>9)</sup>、厚生労働省の支援を受けて救急スタッフへの講習会が開催されている。このように、日本総合病院精神医学会は、救急医学関連学会と連携をとりながら自殺企図患者の対策にのぞんでいる。

## 今後の展開

救急医療現場での自殺企図患者へのコンサルテーション・リエゾン精神医療は、コンサルテーション・リエゾン精神医療ではなく、精神科救急医療であるとの意見もある<sup>10)</sup>。というのは、ここでの精神科医の仕事で大きなものは、精神科的なトリアージだからである。帰宅（かかりつけ医に戻す、外来につなげるを含む）、入院（転院を含む）、法的な対応（措置入院など）のいずれかを精神科医が判断する仕事为主のため、“精神科 ER”の仕事と変わらない<sup>11)</sup>。このなかで、精神科医の役割でもっとも大きなものは、“再自殺企図防止”である。“精神科医の関与が大切だ”といわれているが、実は、救急医療現場でみる自殺企図患者の再企図予防策は確立していない<sup>12)</sup>。救急医療での自殺企図患者に精神科医が介入した場合に良好な結果が得られているのか？

どのような介入が有効なのか？ といった疑問に対し回答がないのが現状である。

自殺行動にはさまざまな要因が関与しており、精神科医のみの介入では効果はないことが多い。身体的問題、精神科的問題、社会的問題、医療との関係などさまざまな問題が絡み合って自殺に至るため、ソーシャルワーカーを含めた包括的な“フォローアップ”が重要となる。救急医療現場でのコンサルテーション・リエゾン精神医療の大きな問題は、一部の患者を除いて、まったくフォローアップができていないことである。救急医療と精神医療の横断的な integration（統合）は可能であっても、その後の縦断的な integration ができていないことが多い（ケアの連続性がない）。これが、自殺予防のうえでも大きな課題となっている。

現在、救命救急センターでの自殺企図患者の再企図防止のための、多施設共同研究（厚生労働省の戦略研究）が行われている<sup>13)</sup>。おそらく、救命救急センターと精神科が組み、多職種が連携した初めての大規模無作為化対象比較研究であろう。自殺予防は精神科医のみでは困難であり、救急専門のソーシャルワーカー配置を含めた、継ぎ目のない psychosocial（心理社会的）な介入を行っていく必要がある。2012（平成24）年度より、精神科リエゾン・チーム加算が健康保険において認められるようになった。これは、精神科医、看護師、心理士、ソーシャルワーカーによるチーム医療を促進することにつながる大きな一歩である。日本総合病院精神医学会では、bio-psycho-social（生物-心理-社会的）な integration による包括医療を以前より強く提唱しており、当学会の長年にわたる強いはたらきかけが新規加算の一助になったものと考えている。

また、自殺で亡くなった家族の支援も忘れがちであるが、救急医療現場での精神科の仕事の1つであり、日本総合病院精神医学会においても重要なテーマと考えている。

## 今後の課題；総合病院精神科の状況

精神科側からみた大きな課題として、救急医療が行われている現場は総合病院であるが、総合病院の精神科は現在危機的状況にあるのが現実である。患者数が増加し、活動領域が広がり、その結果ニーズが増大しているにもかかわらず人手不足のために、病棟の閉鎖や診療科の閉鎖が相次いでいる。病床をもつ総合病院精神科は2002（平成14）年度の272施設から2008（平成20）年度の239施設へと1割以上

減少している<sup>14)</sup>。もともと全精神病床のなかで総合病院精神科がもつ精神病床数は少ないにもかかわらず、病床数が2002年度の21732床から2008年度の17319床へと2割強(79.7%)も減少している<sup>14)</sup>。日本病院団体協議会の調査によると、2007(平成19)年度の病床休止もしくは返還は、産婦人科、小児科に次いで精神科が3番目であったという。救命救急センターに自殺企図で入院した症例で、入院が必要な場合に総合病院精神科への転科・転院が好ましいことが多々あるが(精神科的治療に加えて身体的治療も必要な場合など)、受け皿がなくなっているのが現状である。

入院病棟をもたない無床総合病院精神科の場合ももっと減少が顕著である。無床総合病院精神科施設数は2008年5月では、181病院(シニアスタッフ3人以上の大学病院などを除く)であり、常勤医数は265名であった。2006(平成18)年4月からわずか2年間で64病院(26%)も減少している<sup>14)</sup>。一般には精神科医は増えていて受け止められている。実際、精神科医全体の数は増えているが、その主な職場としては、著しい増加を示す診療所である。病院に勤務する精神科医はそれほど増加してはいない。ちなみにここでの病院は精神科病院も含んでいる。それゆえ、勤務先として総合病院精神科に勤務する精神科医の数が際立った減少を示している<sup>14)</sup>。

精神科の収益性が低いことも総合病院精神科の衰退に影響している。精神科では入院に対する診療報酬が他科と比べて極端に低く、収支が悪い。そうした入院収支を補うために、外来患者数を増やさざるを得ない。精神科は「じっくりと話を聴いて全人的にかかわる」という一般的イメージとはほど遠く、時間をかけて相談すべき患者でも1人5分足らずの時間で診察した後で、入院患者や他科のコンサルト患者の診療を行わなければならない。このようなイメージと現実とのギャップが精神科医の士気を低下させている。さらに、診療報酬上精神科の入院医療は不採算となりやすいため、管理会計上診療科間の比較では不採算とみなされる。このため経営上の判断からも精神科は不要とみなされ、病棟閉鎖が生じている<sup>15)</sup>。二次医療圏でみても、総合病院精神科のない医療圏は33.8%となっており<sup>14)</sup>、とくに救急医療との連携で大きな問題となっている。

## おわりに

自殺企図患者の“継ぎ目のないケア”において、総合病院精神科病棟の果たす役割は重要であり、医

療政策面において日本総合病院精神医学会が果たさなくてはならない役割は大きい。

日本総合病院精神医学会では、自殺対策は最重要課題と考えており、自殺対策委員会を設けている。この委員会を中心に、今後も関連学会、とくに救急医学関連学会との連携をとりながら、自殺症例のケア・予防にあたっていきたい。

## 【文 献】

- 1) 安岡誉, 森山研介, 三月田洋一, 他: 福岡大学病院におけるコンサルテーション・リエゾン精神医療の歴史; 現状と今後の展望. 福岡大医紀 10: 185-192, 1983.
- 2) 岸泰宏, 黒澤尚: 自殺の病理と実態; 救命救急センターに収容された自殺者の実態のまとめ. 医学のあゆみ 194: 588-590, 2000.
- 3) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Br J Psychiatry 181: 193-199, 2002.
- 4) Zahl DL, Hawton K: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11, 583 patients. Br J Psychiatry 185: 70-75, 2004.
- 5) 張賢徳: 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. 日本医事新報 3789: 37-40, 1996.
- 6) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health 49: 888-898, 1959.
- 7) 黒澤尚, 守屋裕文, 保坂隆, 他: 救命救急センターにおけるリエゾン精神医学の実態. 救急医学 14: 13-18, 1990.
- 8) 森田佐紀子, 堤邦彦, 吉増克美, 他: 救命救急センターにおける自殺未遂患者に対する精神医学的関与の実態. 臨床精神医学 21: 1973-1983, 1992.
- 9) 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編: 自殺未遂患者への対応: 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き, 2009.
- 10) Wise TN: Views on psychosomatic medicine and its relationship with consultation and Liaison psychiatry. In: Academy of Psychosomatic Medicine, 53rd Annual Meeting, Arizona, 2006.
- 11) Holland J: Weekends at Bellevue. Random House, New York, 2009.
- 12) Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al: Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev 2: CD001764, 2000.
- 13) 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 他: 自殺問題と予防対策: 厚生労働省戦略研究 自殺企図の再発防止方略開発のための多施設共同研究 ACTION-J (厚生科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究) その背景と研究の概要. 精神誌 110: 230-237, 2008.
- 14) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会: 総合病院精神科の現状とめざすべき将来; 総合病院精神科のネクストステップ2009. 総病精医 22 (Suppl): 1-15, 2010.
- 15) 藤原修一郎: 危機に瀕する総合病院精神科: 再生は可能か 総合病院精神科再生の処方は可能か? 精神誌 110: 1082-1089, 2008.

なお、重症の場合には、副作用の比較的に少ない非定型抗精神病薬の効果も、最近報告さ

れており<sup>9)</sup>、私見としても有効なケースを確認しています。

### 精神科へのトリアージは、どのようにすればよいのでしょうか？

**A** 精神科や心療内科での専門的治療を受けないまま、パニック発作を繰返せば繰返すほど、発作は起こりやすくなりますから、専門的治療を受けていない患者に対しては、薬物療法と精神療法によってパニック発作がコントロール可能であることを丁寧に伝え、家族・付添者にも患者の受診を促すように働きかけてください。

表現型としてはパニック発作を呈しているけれども、うつ病やアルコール依存など自殺につながりうる精神疾患が背景にある可能性が高いと判断されるようなこともあるので、その場合にも患者・家族にその旨をきちんと説明して、精神科あるいは心療内科への受診を積極的に勧めてください。

#### [引用文献]

- 1) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子 訳: ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準—, 医学書院, pp106-110, 1993
- 2) The National Collaborating Centre for Mental Health and the National Collaborating Centre for Primary Care: NICE clinical guideline 113. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. [http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13314/52599/52599.pdf], pp24-36, 2011
- 3) Huffman JC, Pollack MH: Predicting panic disorder among patients with chest pain: An analysis of the literature. *Psychosomatics* 44: 222-236, 2003
- 4) Serretti A, Chiesa A, Calati R et al: Novel antidepressants and panic disorder: Evidence beyond current guidelines. *Neuropsychobiology* 63: 1-7, 2011
- 5) Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S: Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. Dec 8; (12): CD008120, 2010

#### [参考文献]

- 1) 野田隆政, 平林直次: パニック障害・広場恐怖, 上島国利 監: 神経症性障害とストレス関連障害, メジカルビュー社, 2005
- 2) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2002

### III 救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害

## Q12

## 興奮状態となった患者への対応

回答: <sup>1)</sup> 岩手医科大学 神経精神科学講座 小泉範高, <sup>2)</sup> おおつかこうたろう 大塚耕太郎, <sup>3)</sup> もたふみのり 智田文徳

### point

- 興奮・不穏状態は、患者の容態急変であると認識する。
- 器質因子・薬物因子による影響を常に疑う。
- 診察、薬剤投与などすべての医療行為は、人手を集めてから行う。
- 患者・家族に必要な十分な説明を行い、安心感を与える。
- 鎮静には抗精神病薬のハロペリドール、リスペリドン、ベンゾジアゼピン系薬剤のフルニトラゼパム、ミダゾラムを投与経路に応じて使い分ける。

### 興奮状態とは？

**A** 救急現場で経験する「興奮・不穏」には様々な状態が含まれます。まず、非特異的なせん妄のように大声をあげたり、安静を保てず点滴ルートを抜去したり、医療者に暴言を浴びせ暴力をふるったりする外向き

の攻撃性があります。それに加えて、抑うつ気分が悪化や覚醒剤精神病、統合失調症による幻覚妄想に伴った自殺企図、自傷行為など内向きの攻撃性もあります<sup>1)</sup>。これらの攻撃性を適切に制御しなければなりません。

### なぜ「興奮・不穏」に迅速な対応が必要なのでしょう？

**A** 「患者さんが興奮して暴れている」という事態は、精神科病棟に限ったことではありません。一般身体科の病棟でも、患者さんの興奮・不穏はよく経験します。それは、患者さんの容態の急変にも等しい緊急事態と認識されなければなりません。

特に、救急病棟へ入院している患者さんは生命の危機に直結する重篤な身体疾患をもっている場合が多く、精神症状の悪化が全身状

態悪化のサインである可能性があります。

また、興奮状態の持続が、気管チューブの抜去、ベッドからの転落など、身体治療への悪影響を及ぼすこともあります。そればかりでなく、他の患者さんや医療スタッフに危害が及ぶおそれがあります。したがって、興奮状態の患者さんを見たら、その原因検索と並行して、興奮症状そのものを鎮静するため、迅速な対応をしなければなりません。



## 患者さんが興奮状態となる原因には、どのようなものがあるのですか？

**A** 患者さんが興奮状態となる原因は多岐にわたります。特に急激な発症の場合、器質因子や薬物因子の関与を必ず疑う必要があります。具体的には、以下のようなものが挙げられます<sup>2)</sup>。

1) 器質因子：頭蓋内占拠性病変、脳炎、髄膜炎など脳への侵襲、および甲状腺機能異常や全身性エリテマトーデス (SLE) など種々の全身疾患、低血糖や電解質異常などの代謝性疾患などが挙げられます。また、呼吸苦や胸痛、発熱など身体症状の悪化が興奮状態をひき起こすこともあります。

2) 薬物因子：アルコールや覚醒剤といった依存物質、ステロイドや抗パーキンソン病薬などの副作用などが挙げられます。不眠に対して処方された、短時間作用型のベンゾジアゼピン系薬物がせん妄を惹起することもあります。

したがって、これらの器質因子を除外するため、vital sign、頭部 CT、血液検査データ、使用薬剤の有無などを素早く確認します。器質因子、薬剤因子が除外されて初めて狭義の精神疾患による興奮という診断にたどり着きます。

3) 精神疾患：非特異的なせん妄、統合失調症など内因性精神疾患による幻覚妄想、躁状態、激越うつ、人格障害、精神選滞の不応反応などが挙げられます。

\* \* \*

以上のように、ひと口に興奮と言っても、その原因は多岐にわたります。大事なものは「精神症状は身体疾患の症状の一つである可能性」という認識をもつことで、それをないがしろにすると、身体疾患の重症化を見逃すおそれがあります。

以下に症例を見ていただき、それに若干の解説を加えたいと思います。

### 症例提示 1

【患者】75歳、男性。

身寄りがなく、生活保護を受給しながら生活していた。10日ほど姿を見えないため、隣家の住人が自宅を訪問したところ、布団の中でぐったりしているのを発見し、救急搬送された。1週間、満足に食事を摂れていなかったとのことで、救急病棟へ入院となった。

【来院時現症】意識レベル：JCS 1、血圧：110/60 mmHg、脈拍：100/min、体温：35.5℃。

【検査所見】BUN 45 mg/dL、Cre 2.5 mg/dL、腎機能障害を認めた。頭部 CT 異常なし。

【入院経過】低栄養と脱水症、それに伴う急性腎不全を呈しており、十分な補液を行った。経口摂取は良好で、全身状態は速やかに改善した。経過は良好であったが、退院前夜の深夜3時頃、突然「寒い、からだがかたがる」、「ここは

どこなんだ、帰りたい」と騒ぐようになった。39℃台の発熱と悪寒戦慄を認めたが、呼吸苦や胸痛、腹痛の訴えはなかった。胸腹部 X 線でも明らかな異常は認めなかったが、補液と抗菌薬の投与を開始した。翌朝まで経過をみたところ、突然、血圧が 60/30 mmHg まで低下した。

緊急で全身 CT を施行したところ、肝内胆管の拡張と総胆管への胆石の嵌頓を認めた。急性閉塞性化膿性胆管炎および敗血症性ショックの診断で消化器内科へコンサルトしたところ、緊急で総胆管ドレナージ術が施行された。

入院経過中に発熱と不穏を呈し、その原因が急性閉塞性化膿性胆管炎であった症例です。入院中の経過は至って良好であり、自覚症状がはっきりせず、診断の確定に時間がかかってしまいました。当初は発語や体動が活発でしたが、全身状態の悪化に伴い、意識レベルが急速に低下しました。緊急で行った血

液検査では DIC を併発しており、ドレナージのみでは病態が改善しないため、緊急で開腹手術が施行されました。この症例は、精神症状の急激な変化を認めた場合には、必ず身体疾患や薬剤の影響を疑う必要があることを教えています。



## 興奮している患者さんへの言語的介入のポイントは何か？

**A** 1. まずは当事者の安全確保を優先する  
興奮・攻撃性を有している患者への対応においては、患者自身、医療スタッフ、周囲の人々の安全確保を最優先します。患者へ近づく時には、ケガの原因になる、あるいは武器になりうる持ち物 (ネクタイ、聴診器、ペンなど) は、あらかじめ外しましょう。患者の身の回りの危険物もすべて排除するようにします。

患者との間合い (パンチや蹴りが届く距離) を不用意に縮めないよう、適切な距離をとって対応します。また一人では対応せず、必ず応援を要請します。看護スタッフ、警備員など人手を集めます。多人数で対処することで興奮している患者も攻撃性を認める、喪失する場合があります<sup>3)</sup>。

2. 患者への声掛けをきちんと行う  
患者が激しい興奮状態にあっても、言語的介入は不可欠です。相手の話を聞くことで、一時的にせよ、鎮静効果が得られる場合があります。また、せん妄などの場合、身体的に苦痛な症状 (呼吸苦、胸痛、腹痛、発熱、手術後の創部痛など) が興奮の引き金となっていることがあります。こうした身体的苦痛の存在を明らかにし、酸漿投与、鎮痛剤投与など、適切な対処を行うことで興奮が軽減することもあります。

その際に重要なのは、患者の訴えを理屈で否定しないことです。異常体験下や意識混濁の状態では、自身や周囲に対する認知や判断の水準が低下しています。患者がつつまの合わない話や的外れな返答をしても、本人にとってはそれが現実なのです。医療者がそれを頭ごなしに否定すると、診療への協力が得

られないばかりか、余計に興奮を煽ることもつなげます。初期対応としては、否定も肯定もせず、「何か困っていることがあるのですか」、「それはつらいですね」と患者の苦痛に共感と理解を示すことが重要です。

### 3. 診察時間に制限を設け、話の焦点を絞る

患者の訴えを傾聴することは重要ですが、多忙な救急現場において診察に割ける時間は限られています。「この人はどうして興奮しているのか」、「何かつらい症状はないのか」、「いつから興奮状態となったのか」、家族から事情を聴取できるのであれば「どんな点が普段と違うのか」など、必要な情報を要領よく収集し、切迫している問題は何かを迅速に判断します。たいていの場合、言語的介入による鎮静効果は一時的なものにすぎません。患者との対応が押し問答になるようであれば、見切りをつけて、薬剤による鎮静を考慮します。

## 興奮患者への薬物療法のポイントは何か？

言語的介入による鎮静効果が期待できなくなった際には、薬物による鎮静を試みます。精神運動興奮が強い場合には興奮状態の原因を特定できなくとも、“とりあえず”薬物による鎮静を開始しなければなりません。しかし、身体疾患を有している患者の場合、薬剤の副作用が予想以上に強く発現する可能性も考慮しなければなりません。

したがって、鎮静法は、「患者の身体状況、精神症状の変化に柔軟に対応でき、なおかついつでも軌道修正できる」という確実性と安

4. 家族への説明を行い安心感を与える  
興奮状態にある患者を見た家族は、驚きや恐怖で非常に不安になっています。患者本人だけでなく、家族にも適切な説明を行い、安心感を与えることが重要です。例えば、せん妄患者の家族には、以下のような説明を行います。

例：「身体の病気で入院している方には起こってくる可能性の高い症状です。適切な治療を行うことで改善します。そのために、気持ちを安定させるお薬を使います。必要に応じて、精神科に治療のサポートを依頼することもあります」。

### 5. 患者の暴力に対する院内マニュアルを確認しておく

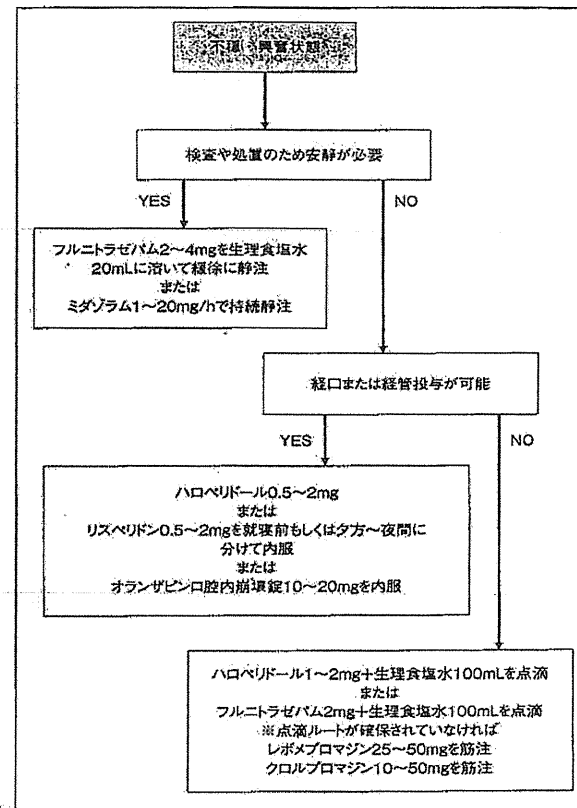
院内で患者が興奮して暴力的となった際の、対応マニュアルを確認しておく必要があります。院内の警報システム、他のスタッフへの応援要請、警察通報を実施する判断基準などについて、スタッフ間で前もって情報を共有しておくことが必要不可欠です。

表1 救急病棟における興奮患者への薬剤処方例

【内服】	
リスベリドン内服液	1mg/mL 1包 寝る前
【不現時】	
①リスベリドン内服液	1mg/mL 1包
②ハロペリドール注	5mg+生理食塩水100mL
③	②
④フルニトラゼパム+生理食塩水	100mL
※(呼吸抑制の恐れがあるためSpO <sub>2</sub> モニターを使用。拮抗薬のフルマゼニルを準備する。)	

全性双方の視点から薬剤を選択しなければなりません<sup>4)</sup>。以下に、実際の使用法について

図1 薬物治療のフローチャート



述べていきます。患者が内服に応じるか否か、検査や処置のために静止状態を要するかといった点に着目して薬剤選択を行います。表1に薬剤処方例を、図1に薬物治療のフローチャートを示します。

1. 経口投与（経鼻胃管も含む）可能な場合は内服が原則  
経口投与が可能であれば、薬剤は内服投与で行うのが原則です。ハロペリドールの内服

が以前から用いられてきましたが、今日では副作用の少なさから第二世代抗精神病薬の使用頻度が増加しています。リスベリドン内服液およびオランザピン口腔内崩壊錠は、水なしで服用させられるため、救急現場での使用に適しています<sup>5)</sup>。

2. 静注による鎮静は眠らせる必要がある場合に行う  
静注で使用可能な薬剤には、ハロペリド-

ル、ベンゾジアゼピン系薬剤が挙げられます。CTなどの検査や処置で安静状態を要する場合には、フルニトラゼパムもしくはミダゾラムの静注を行います。また、ハロペリドールを先に使用することで、必要となるベンゾジアゼピン系薬剤の使用量が少なくて済むとする報告もあります。ハロペリドールを使用する際は torsade de pointes、QTc 延長などの不整脈が出現する可能性があるため、心電図

モニターを使用します。ベンゾジアゼピン系薬剤を使用する場合は、呼吸抑制の危険性があるため SpO<sub>2</sub> モニターによる監視を行い、バッグバルブマスクや拮抗薬のフルマゼニルを準備したうえで手換気へ備えます<sup>9)</sup>。くれぐれも注意が必要なのは、患者の身体的背景は危機的状態にあるため、心肺停止、血圧低下などの急変が起こる可能性があることです。以下に、実際の使用例を提示します。

### 症例提示 2

【患者】65歳、男性。

【現病歴】高校教員として定年後も教職を続けていた。高血圧で近医内科へ通院中であった。精神科受診歴はない。自宅内で突然、頭痛、めまいが出現した。さらに嘔吐を繰り返したため、救急搬送された。頭部CTで小脳出血を認め、保存加療のため救急病棟へ入院となった。

夕方から夜間にかけて「家に帰りたい」「ここはどこだ」などの発言が目立つようになった。日中は傾眠傾向で、夜間は、時折医療行為に対し易怒的、興奮的となった。第4病日、「早く帰らせないと警察を呼ぶぞ」などと叫び、ベッド柵を外して暴れたため、精神科へコンサルトとなった。

【入院経過】すぐに応援を要請し、医療スタッフと警備員の総勢5名で対応に当たった。静かに話しかけると、「仕事があるから帰るんだ」、「帰らせないと警察を呼ぶぞ」と失見当識を認めた。内服の勧めには応じたため、リスベリドン内用液を1 mL服用させた。家族も面会に来たが全く興奮が収まらず、看護師に暴力を振るおうとしたため、身体拘束処置を開始した。

ハロペリドール5 mgを生理食塩水100 mLに溶いて点滴し、さらにフルニトラゼパム2 mgを生理食塩水20 mLに溶いて静注したところ入眠した。せん妄と診断し、第5病日から、リスベリドン内用液2 mg/dayの内服を開始。見当識障害は改善し、興奮もみられなくなった。その後、興奮状態となったことは全く覚えていなかった。夜間も良眠が得られ、経過良好で第14病日に自宅退院となった。

小脳出血で入院し、せん妄をきたした症例です。入院後数日で発症し、著明な失見当識、昼夜逆転、精神症状の日内変動、興奮時の追想が不可能である点など、典型的なせん妄の

症例でした。リスベリドン内服、ハロペリドール点滴を行っても全く鎮静できず、早々にフルニトラゼパムの静注を行いました。

### 症例提示 3

【患者】45歳、女性。

【現病歴】X/Yの深夜、路上で頭部から血を流して倒れているところを発見され、救急搬送された。頭部CTで外傷性の頭部打撲、頭蓋骨陥没骨折で救急科へ入院となった。大酒家でありビール500 mL缶を、1日4～5本摂取していた。肝機能障害を指摘されたこともある。頭部外傷は軽微で、保存加療の方針となった。第2病日の夜間から「シーツに小さな虫が這っている」、「ここは〇〇さんのおうちでしょ」など、つじつまの合わない言動がみられた。第3病日には、全身の発汗や血圧上昇、頻脈など自律神経症状が出現した。さらに点滴ルートを抜去し、看護師に暴言を吐くなど粗暴行為が目立つようになったため、精神科へコンサルトされた。最終飲酒日は入院前夜(X/Y-1)とのことであった。

【現症】意識レベル：JCS 2。血圧：160/80 mmHg。心拍：120 bpm。SpO<sub>2</sub>：96%。体温：37.8℃。

血液生化学：AST 240 IU/L。ALT 250 IU/L。γ-GTP 550 IU/L。肝機能障害を認めた。

全身の発汗が著明で、手指の小刻みな振戦を認めた。小動物幻視の訴えを認めた。

【診断】アルコール離脱せん妄。

最終飲酒から約48時間の発症であり、アルコール離脱せん妄と診断した。ハロペリドール5 mgの点滴を行い興奮は収まった。ジアゼパム10 mgの点滴を1日2回行った。第3病日より血圧の上昇や頻脈がみられなくなり、見当識障害も改善して受傷時の追想が可能となった。友人宅で飲酒し、泥酔状態のまま帰宅していたが路上で転倒し、後方から来た乗用車と軽微な接触があったとのことであった。

第5病日には経口摂取が可能となったため、ジアゼパム15 mg/dayとフルニトラゼパム1 mg/dayの内服を開始した。第20日目に自宅退院となり、近医内科に肝機能障害のフォローを依頼した。

頭部外傷で搬送され、入院中にアルコール離脱せん妄を発症した症例です。

アルコール離脱症状は、最終飲酒より7～48時間で起こる小発作と48～96時間で出現する大発作に分類されます。大発作は、①アルコール離脱せん妄と②アルコール離脱振戦

せん妄に分けられます。アルコール離脱振戦せん妄は、せん妄症状、発熱や血圧上昇などの著しい自律神経症状および身体各部の激しい振戦が出現します。アルコール離脱せん妄の死亡率は15～30%に達するといわれ、重症化すると致死的となる可能性があります。

この女性は、発汗、血圧の上昇などの自律神経症状、小動物幻視などアルコール離脱せん妄に典型的な症状を呈していました。アル

コールと交差耐性のあるベンゾジアゼピン系薬物のジアゼパムを投与し、改善しました。

[文 献]

- 1) 八田耕太郎：精神科救急医療ガイドライン (1) 総論及び興奮攻撃性への対応。日本精神科救急学会，pp15-35，2009
- 2) 八田耕太郎：精神科救急医療ガイドライン (2) 薬物療法。日本精神科救急学会，pp1-9，2009
- 3) 八田耕太郎：精神運動興奮。月刊レジダント3 (10)：18-22，2010
- 4) 平田豊明，分島 徹 責任編集：専門医のための精神科臨床リユミエール13 精神科救急医療の現在。中山書店，pp104-118，2010
- 5) 上條吉人：精神障害のある救急患者対応マニュアル。宮岡 等 監。医学書院，pp206-221，2008
- 6) 柴矢俊幸：臨床精神神経薬理学テキスト第2版。日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会 編。星和書店，pp405-413，2008

救急・集中治療 Vol. 22 No. 3・4

最新発売中!!

**徹底ガイド**

**小児の呼吸管理Q&A**

編集：植田育也 (静岡県立こども病院 小児集中治療センター)  
定価 (本体5,600円+税)

総合医学社 TEL 03(6219)0061 FAX 03(6219)0410 http://www.sogo-izakusei.jp

III 救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害

Q13

幻覚・妄想状態となった患者に遭遇した場合の対応

回答：東京医科歯科大学大学院 歯学部総合研究科 精神行動医学分野 志野穂集，たけうち 大志

point

- 幻覚妄想状態と対峙する場合は、穏やかで中立的な立場を心がける。
- 診断のプロセスは、外因→内因→心因の順に進めていく。
- 救急外来での治療の際は、同意者の有無、症状レベルで異なった対応が要求されることに留意する。
- 薬物療法としては抗精神病薬が中心となるが、興奮が強く速やかな鎮静が必要な場合は、マイナートランキライザーを適宜併用して対応する。

症例提示

ER に単身直来された患者さん。表情は硬く、身なりはやや汚れ少し臭いがあります。風呂も数日は入っていないようで、髪も油染みしています。「マオオメシがね、消える消えるっていうくせにおしゃべりしてうるさいんですよ」と訴えます。

Q 幻聴があるようです。幻覚妄想状態の患者さんにはどう接したらよいか途方に暮れてしまうのですが…。初めは、どのように接するのがよいでしょう？

A ファーストコンタクトがまず大事です。異様な風貌について気圧されてしまい、こちらの顔がこわばったりすると、その空気は患者さんにも伝わってしまいます。したがって、実際は初めての経験でも、「何人も同じような人を見て関わってきている」という余裕のある落ち着いた態度で接することがポイントです。

すると、焦りが焦りを呼び、場が緊張してしまいます。よって、努めてのんびりとした穏やかな雰囲気を出すよう心がけることが重要です。「こんにちは。私は医師の〇〇です」「ER 当直の者です」と自己紹介したのちに、「どうされましたか?」と普通に尋ねて構いません。なお、幻覚妄想状態の患者さんの心の内面や声かけのポイントについては、表1、2に提示しておきます。

精神科の急性期の患者さんは、たいてい焦っています。その焦りにこちらも引き込ま