

年月	出来事	備考
6月	自殺総合対策大綱の策定（内閣府・閣議決定）	自殺対策基本法に示された基本理念と基本施策をどのように具体化していけばよいのかを示した。
11月	平成19年版自殺対策白書の発行（内閣府）	
2008（平20）年 2月	第1回自殺対策推進会議の開催	自殺総合対策大綱に基づく、施策の実施状況の評価、見直し及び改善等を検討した（～8回実施）。
3月	第1回全国自殺対策主管課長等会議の開催	都道府県及び政令指定都市の自殺対策主管部局に対して、政府の方針、予算の周知等を図るとともに情報交換等を行った（～5回実施）。
3月	自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」公表	厚生労働省が招聘した有識者検討会により指針が公表された。
5月	メディアカンファレンス（自殺予防総合対策センター）	マスメディア向けの啓発および自殺報道に関する検討会（～3回実施）。
7月	自殺対策白書2008（自殺実態解明プロジェクトチーム）	自殺の地域特性や遺族への聞き取り調査をもとにして自殺の危機経路、自殺に至るプロセスの類型等を分析した。
10月	自殺対策加速化プランの策定、自殺総合対策大綱の一部修正（内閣府）	自殺対策の一層の推進を図るために、当面、強化し加速化していくべき施策を自殺対策加速化プランとして示した。
10月	平成20年版自殺対策白書の発行（内閣府）	
	かかりつけ医のうつ病対応技能向上研修の事業化	うつ病患者を最初に診察することの多いかかりつけ医（一般内科医等）に対して、うつ病に関する専門的な養成研修を実施し、うつ病の診断技術等の向上を図ることが事業化された。
	自殺対策における精神医療の評価の診療報酬改訂	(1)早期の精神科受診の促進、(2)救命救急センターにおける精神医療の評価が診療報酬化された。
2009（平21）年 1月	「自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針―自殺未遂、自省を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア」の作成（厚生労働省）	地域保健福祉関係者等が自殺に傾いた人の相談・支援を行おうとする際に必要な基本的な知識や行動指針を示した。
1月	「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～自死で遺された人に対する支援とケア」の作成（厚生労働省）	自殺者親族等の相談・支援を行おうとする際に必要な基本的な知識や行動指針を示した。
3月	「教師が知っておきたい子供の自殺予防」マニュアルの作成（文部科学省）	学校現場における自殺予防方策について、専門家や学校関係者による調査研究を実施し、マニュアルを作成した。
3月	「自殺未遂者への対応 ―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―」（日本臨床救急医学会）	救急医療現場における自殺企図、自殺関連行動を示した患者への対応の手引書を作成した。

年月	出来事	備考
2009(平21)年 4月	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正について(通達)(厚生労働省労働基準局)	精神障害や自殺の労災認定についての判断指針を一部改正した。
	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項等について(通達)(厚生労働省労働基準局)	
	心理的負荷による精神障害等に係る業務場外の判断指針(改正)(厚生労働省)	
6月	地域自殺対策緊急強化交付金の交付(内閣府)	地方公共団体や民間団体等の活動を支援することにより地域における自殺対策を強化した。
11月	自殺対策緊急戦略チームの発足	福島大臣政務三役と有識者からなる「自殺対策緊急戦略チーム」を立上げ、年末～年度末に向けて必要な緊急対策及びその効果的な発信方法等について検討を行う。
11月	自殺対策100日プランの発表(内閣府)	「自殺対策緊急戦略チーム」により、年末～年度末に向けて必要な緊急対策を提案した。
11月	平成21年版自殺対策白書の発行(内閣府)	
12月	精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応)(日本精神科救急学会)	精神科救急医療現場における自殺企図、自殺関連行動を示した患者への対応のガイドラインを作成した。

Study protocol

Open Access

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, NOCOMIT-J

Yutaka Ono*¹, Shuichi Awata², Hideharu Iida³, Yasushi Ishida⁴, Naoki Ishizuka⁵, Hiroto Iwasa⁶, Yuichi Kamei⁷, Yutaka Motohashi⁸, Atsuo Nakagawa⁹, Jun Nakamura¹⁰, Nobuyuki Nishi¹¹, Kotaro Otsuka¹², Hirofumi Oyama¹³, Akio Sakai¹², Hironori Sakai¹⁴, Yuriko Suzuki¹⁵, Miyuki Tajima¹⁶, Eriko Tanaka¹⁶, Hidenori Uda¹⁷, Naohiro Yonemoto¹⁸, Toshihiko Yotsumoto¹⁹ and Naoki Watanabe²⁰

Address: ¹Health Center, Keio University, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan, ²Division of Neuropsychiatry and Center for Dementia, Sendai City Hospital, 3-1 Shimizukouji, Wakabayashi-ku, Sendai 984-8501, Japan, ³Department of Occupational Therapy, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University, 4-5-4 Higashiooda, Ibaraki-shi, Osaka 567-0012, Japan, ⁴Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Miyazaki, 5200 Kihara, Kiyotake-cho, Miyazaki-gun, Miyazaki 889-1692, Japan, ⁵Division of Preventive Medicine, Department of Community Health and Medicine, Research Institute, International Medical Center of Japan, 1-21-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8655, Japan, ⁶Aomori Prefectural Center for Mental Health and Welfare, 353-92 Sawabe Sannai, Aomori-shi, Aomori 038-0031, Japan, ⁷Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, 1-7-1 Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba 272-8516, Japan, ⁸Department of Public Health, Akita University School of Medicine, 1-1-1 Hondo, Akita-shi, Akita 010-8543, Japan, ⁹Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Keio University, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan, ¹⁰Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyusyu-shi, Fukuoka 807-8555, Japan, ¹¹Health Promotion Division of Health and Social Welfare Department, Kagoshima Prefecture, 10-1 Kamoike-shinmachi, Kagoshima-shi, Kagoshima 890-8577, Japan, ¹²Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, 19-1 Uchimarui, Morioka-shi, Iwate 020-8505, Japan, ¹³Department of Social Welfare, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare, 58-1 Mase Hamadate, Aomori-shi, Aomori 030-8505, Japan, ¹⁴Graduate School of Medicine, Gunma University, 39-22 Showa-machi 3-chome, Maebashi-shi, Gunma 371-8511, Japan, ¹⁵Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo 187-8553, Japan, ¹⁶Stress Management Office, Keio University, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan, ¹⁷Kanoya Public Health Center, 2-16-6 Utsuma, Kanoya-shi, Kagoshima 893-0011, Japan, ¹⁸Department of Biostatistics, School of Public Health, Kyoto University, Yoshidakonoecho, Sakyo-ku, Kyoto-shi, Kyoto 606-8501, Japan, ¹⁹Sensatsu Public Health Center, 228-1 Kumanojocho, Satsumasendai-shi, Kagoshima 895-0041, Japan and ²⁰Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Kansai University of International Studies, 1-18 Aoyama, Shizimi-cho, Miki-shi, Hyogo 673-0521, Japan

Email: Yutaka Ono* - yutakaon@sc.itc.keio.ac.jp; Shuichi Awata - awata-thk@umin.ac.jp; Hideharu Iida - h-iida@ot-u.aino.ac.jp; Yasushi Ishida - ishiday@med.miyazaki-u.ac.jp; Naoki Ishizuka - naishi@ri.imcj.go.jp; Hiroto Iwasa - hiroto_iwasa@pref.aomori.lg.jp; Yuichi Kamei - kame@cj8.so-net.ne.jp; Yutaka Motohashi - motohasi@med.akita-u.ac.jp; Atsuo Nakagawa - nakagawa@keio-psychiatry.com; Jun Nakamura - jun@med.uoeh-u.ac.jp; Nobuyuki Nishi - nobwest@pref.kagoshima.lg.jp; Kotaro Otsuka - kotaro29@iwate-med.ac.jp; Hirofumi Oyama - h_oyama@auhw.ac.jp; Akio Sakai - sakaiaki@iwate-med.ac.jp; Hironori Sakai - Sakai.Hironori@mb.mt-pharma.co.jp; Yuriko Suzuki - yrsuzuki@ncnp.go.jp; Miyuki Tajima - ta-ji88@cf7.so-net.ne.jp; Eriko Tanaka - eriko.tanaka@nifty.com; Hidenori Uda - udah@pref.kagoshima.lg.jp; Naohiro Yonemoto - nyonemoto@jfm.or.jp; Toshihiko Yotsumoto - yotsumoto-tosihiko@pref.kagoshima.lg.jp; Naoki Watanabe - n-watanabe@kuins.ac.jp

* Corresponding author

Published: 15 September 2008

Received: 29 July 2008

BMC Public Health 2008, 8:315 doi:10.1186/1471-2458-8-315

Accepted: 15 September 2008

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/315>

© 2008 Ono et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: To respond to the rapid surge in the incidence of suicide in Japan, which appears to be an ongoing trend, the Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention (J-MISP) have launched a multimodal community-based suicide prevention program, NOCOMIT-J. The primary aim of this study is to examine whether NOCOMIT-J is effective in reducing suicidal behavior in the community.

Methods/Design This study is a community intervention trial involving seven intervention regions with accompanying control regions, all with populations of statistically sufficient size. The program focuses on building social support networks in the public health system for suicide prevention and mental health promotion, intending to reinforce human relationships in the community. The intervention program components include a primary prevention measure of awareness campaign for the public and key personnel, secondary prevention measures for screening of, and assisting, high-risk individuals, after-care for individuals bereaved by suicide, and other measures. The intervention started in July 2006, and will continue for 3.5 years. Participants are Japanese and foreign residents living in the intervention and control regions (a total of population of 2,120,000 individuals).

Discussion: The present study is designed to evaluate the effectiveness of the community-based suicide prevention program in the seven participating areas.

Trial registration: UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) UMIN00000460.

Background

Recent rapid increase of suicide in Japan

(1) Changes in suicide incidence

According to vital statistics collected by the Japan Ministry of Health, Labour, and Welfare in 1997, there were 23,494 suicides (15,901 men and 7,593 women), with the number rising to 31,755 (22,349 men and 9,406 women) in 1998, which represented a 35% increase. This was the highest rate of increase recorded since the Ministry began tracking mortality statistics. The number of suicides remained high in subsequent years, reaching 29,949 in 2002 and 32,109 in 2003.

In 2002, the World Health Organization (WHO) reported that the suicide rate in Japan (25.3 per 100,000) was higher than in any other developed nation (for comparison: France: 17.5, Germany: 13.5, Canada: 11.7, United States of America: 10.4, United Kingdom: 7.5, Italy: 7.1).

In terms of the number of suicides, three peaks have emerged since World War II. However, the most recent rise that started in 1998 has shown no signs of abating, and represents the worst in Japan's history. Therefore, it is clear that suicide prevention measures are urgently needed in Japan.

(2) Regional tendencies

It has been pointed out that the suicide rate has traditionally been high in the three prefectures of the northern Tohoku area (Akita, Iwate, and Aomori), Niigata, Shimanu, and the Kyushu area (Miyazaki, Kagoshima, and Okinawa) [1].

The increase in the number of suicides that began in 1998, however, was not necessarily attributable to suicides in these rural areas. Fujita (2003) [2] conducted a comparative study of suicide rates by prefecture by comparing a time period with a low number of suicides (1989–1995) to time periods before and after, during which the number of suicides was on the rise (1983–1987 and 1998–2000, respectively). The findings indicated that the recent increase in the number of suicides has been significantly more prominent in urban areas such as Tokyo, Osaka, and their surrounding areas, than in rural areas. During the two periods 1989–1995 and 1998–2000, the mean number of suicides among people 15 years of age or older rose from 894 to 1,658 in Osaka, from 713 to 1,309 in Kanagawa, and from 1,129 to 1,938 in Tokyo.

With regard to recent trends in suicide rate by age, the middle-aged population was found to have higher suicide rates. In 2004, 42.1% of those who committed suicide were 45 to 64 years old. This tendency was particularly evident among men, in whom the suicide rate peaked at 55 to 59 years of age, whereas a similar trend was not found in women, in whom the suicide rate generally increased with age.

(3) Causes and motives for suicide

According to the statistics of the National Police Agency, health and financial/lifestyle problems were the top two reasons for suicide. Although this tendency remained the same during the increase in suicides that began in 1998, the number of suicides due to financial/lifestyle problems has increased more rapidly compared to suicides committed

ted due to health problems. Among those who committed suicide with or without suicide notes in 1997, 13,659 individuals (56.0%) did so due to health problems and 3,556 individuals (14.6%) due to financial/lifestyle problems. These numbers rose to 16,769 (51.0%, a 22.8% increase over the previous year) and 6,058 (18.4%, a 70.4% increase over the previous year), respectively, in 1998. In terms of those with health problems, the number of suicides subsequently decreased in 2004 to 14,786 (45.7%), whereas the number of suicides due to financial/lifestyle problems increased to 7,947 (24.6%). This indicates that the percentage of suicides due to financial/lifestyle problems has been increasing.

Recent suicide prevention programs in Japan

Many suicide prevention measures have been implemented internationally [3-5]. In Japan, evidence has also emerged recently to support the effectiveness of community-based programs for suicide prevention. Seven community-based intervention trials implemented for five years or more have been conducted between 1985 and 2005 in Japan. All the trials used a quasi-experimental design and included suicide rate as the primary outcome. These suicide prevention programs included the development of social support networks in the community and/or depression screening for residents with follow-up by physicians. All the intervention programs were also administered by local governments. Six of the seven trials targeted individuals aged 65 years and older.

The first trial was conducted in Matsunoyama, Niigata prefecture. During the 10-year implementation period, the suicide rate of over 150 per 100,000 decreased by 75% for both men and women aged 65 years and older [6]. In the trials conducted in Joboji (Iwate pref.), Nagawa (Aomori pref.), Matsudai and Yasuzuka (Niigata pref.), and Yuri (Akita pref.), the suicide prevention program significantly reduced the suicide risk for individuals aged 65 years and older [7-10].

Recently, a relatively large, multimodal intervention trial targeting all age groups was conducted in four municipalities of Akita. During the four-year implementation period, the suicide rate of 68 per 100,000 for all residents was reduced by 27% [11].

The results of these seven trials suggest that community-based intervention would be effective for preventing suicide and that the increase of suicide deaths in Japan may be related to more pervasive social isolation than in the past, and to an absence of personal psycho-social development compared with financial success.

However, the sample sizes in these trials were relatively small and the monitoring of the implementation process

was insufficient. Furthermore, since the trials were conducted in rural areas with high suicide rates, it is still unclear whether similar community-based programs would be effective in urban areas where the suicide rates have increased rapidly. Therefore large, community-based intervention trials with adequate controls should be conducted to develop an effective, evidence-based suicide prevention program to reduce the future suicide rate in Japan.

Objectives of this study

(1) The primary goal is to examine the effectiveness of a community-based multimodal intervention program for suicide prevention in regions where the suicide rate was relatively high compared to control regions. These target areas were designated "Group 1".

(2) The secondary goal was to explore the effectiveness of a community-based multimodal intervention program for suicide prevention in highly populated regions. These target areas were designated "Group 2".

Methods/Design

A community intervention trial will be conducted to evaluate the effectiveness of a novel suicide intervention program. In this study, the incidence of suicidal behavior in an intervention group and a control group will be compared.

Organization

The Japan Ministry of Health, Labour, and Welfare selected the Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health (JFNMH) as the primary institution responsible for the strategic research program for suicide prevention. The JFNMH conducts the program "Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention, J-MISP" in close collaboration with the National Center of Neurology and Psychiatry. NOCOMIT-J is one of two research projects being conducted by J-MISP. The other is a randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for prevention of further attempts in Japan (ACTION-J).

The principal investigator of NOCOMIT-J and the sub-leader will supervise the study group in order to conduct and complete the study effectively.

The study group management office will engage in overall administrative procedures regarding the operation of the study group. It will also set up and operate the study group steering committee and the intervention program committees, hold the research conference, and respond to questions from institutions in the participating regions.

The J-MISP director, the principal investigator of the NOCOMIT-J, and the regional leaders share the informa-

tion and collaborate to resolve problems and safety issues with the help of the steering committee and the Central and Local Research Ethics Committee.

The study group steering committee will be composed of regional leaders and other key members of the study group. Research meetings will be held upon the principal investigator's request. At the meetings, the intervention program committee will present the agenda, after which important issues, such as revision of the protocol or stopping of the study, will be discussed.

Participants and Participating Areas

Participants

The participants will include Japanese and foreign residents living in the intervention and control regions.

Eligibility Criteria

Target areas will be selected and divided into two groups: "Group 1" and "Group 2" as mentioned above. The areas meeting the following criteria will be eligible for the study:

- a) Areas with strong support from local government and other organizations to conduct this multimodal suicide prevention program.
- b) Areas capable of selecting intervention and control regions.
- c) Areas capable of following the data collection procedure.
- d) Areas with comparable baseline data on suicide attempts in intervention and control regions.
- e) Areas with comparable baseline demographic data in intervention and control regions.

Participating regions and sample size estimation

(1) Group 1: Regions in Aomori, Akita, Iwate, and the Minamikyushu area, with a total population of 670,000 individuals.

(2) Group 2: Regions in Sendai, Chiba, and the Kitakyushu area, with a total population of 1,450,000 individuals.

After a preliminary survey to record the rate of suicidal behavior and other information in the target regions in these areas, intervention and control regions will be selected based on the similarity in community characteristics and the incidence of suicidal behavior (Figure 1).

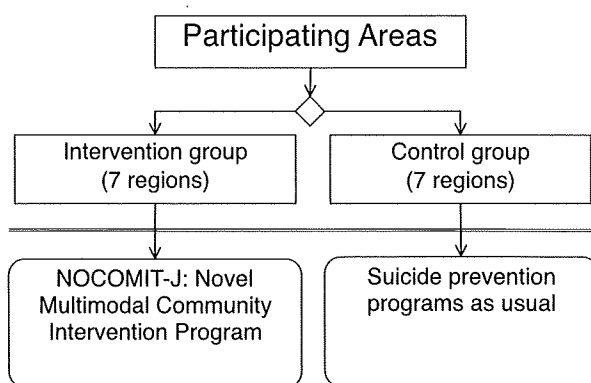


Figure 1
Flow diagram of the study.

Each region has a designated regional leader. The personnel associated with each region include psychiatrists, researchers supporting community intervention, and personnel in charge of regional health administration.

Rationale for estimation of sample sizes

Sample sizes to be used in the study were calculated based on the assumptions of the outcome and suicide rates from 2002 to 2004 in Groups 1 and 2 presented in Table 1.

Although the estimated sample sizes are not adjusted for 5-year age group, sex, and regional characteristics, if all assumptions are met, the statistical power will be over 80% for each group, regarding person-year incidences in the intervention and control regions.

Using the O'Brien-Fleming method [12] in the interim analysis, the significance level in the final analysis is estimated to be 4.9% for a two-sided test. In addition, the statistical power will be over 80% in each group.

Intervention

The intervention program will be implemented by local authorities.

Suicide prevention program in control regions

The interventions in the control regions include the usual suicide prevention programs.

Suicide prevention programs in intervention regions

The local health authorities will implement the suicide prevention measures in accordance with the intervention manual developed by the program committee of the study group. To better enhance the quality of the essential intervention activities, the local health authority is also requested to share with the other study group members the information on the program tools.

Table 1: Assumptions of the outcome and suicide rates in Group 1 and Group 2

	Group 1	Group 2
Suicide rate in control regions (per 100,000 individuals)	30	20
Proportion of expected numbers of ambulance transports due to "self-harm" (severe and mild cases) relative to completed suicides	50%	50%
Expected suicide rate reduction over observed 3 years by intervention	20%	15%
Significance level (two-sided)	5%	5%

Notes. These assumptions of the outcome and suicide rates (2002–2004) are used to calculate the sample sizes in this study.

Group 1: regions with a relatively high suicide rate compared to control regions, examined to gauge the effectiveness of the community-based multimodal intervention program for suicide prevention.

Group 2: highly-populated regions, examined in order to explore the effectiveness of the community-based multimodal intervention program for suicide prevention.

The program components

The program stresses that bonds between human beings, social support, and social capital within communities are key factors for reducing suicide. Its essential components are listed below.

(1) The program focuses on building social support networks in the public health system for suicide prevention and mental health promotion, which will reinforce human relationships in the community.

- Network meetings of related departments and organizations will be held.

- Coordinating committees for the program will be formed in the intervention regions.

(2) Primary prevention measures for suicide and suicide-related behavior

- An public awareness campaign will be set up.

- Community programs will be set up to allow residents to gather and communicate.

(3) Secondary prevention measures for suicide and suicide-related behavior

- High-risk individuals will be screened.

- Counseling and outreach services will be provided.

(4) After-care for individuals bereaved by suicide

(5) Suicide prevention measures targeting individuals with substance/alcohol-related disorders, schizophrenia, and other mental health disorders

(6) Suicide prevention measures targeting individuals with work-related problems.

Study period

Study period: August 2005 to March 2010.

Intervention period: July 2006 to December 2009.

Approval of the study protocol

This study protocol was reviewed and approved by the Central Research Ethics Committee of the J-MISP. Additionally, the regional leaders will ask the local governors for cooperation, and obtain written authorization to conduct the study. Regional leaders will obtain approval from the ethics committees of affiliated universities or hospitals.

Data collection

Baseline Information

Data will be collected for the items below:

(1) Statistics on suicide

The number of suicides in the 3 years prior to the study (2003–2005) in the study regions was recorded by sex and 5-year age group the Japan Ministry of Health, Labour, and Welfare.

(2) Information from the emergency report

Information on "self-harmed" individuals transported by ambulance in the 3 years prior to the study was collected from the emergency reports of ambulance service.

(3) Demographic information

A total population count in the regions in the 3 years prior to the study was recorded by sex and 5-year age group by each local governments.

(4) Regional characteristics

The following information was collected from published statistical data sources: geographic information, proportion of unmarried individuals, widowed spouses, divorcees, nuclear families, the unemployed, individuals in the labor force, and the annual population turnover in the regions.

(5) Suicide prevention programs in existence prior to the study

Baseline information concerning suicide prevention programs implemented in each region 3 years prior to the study will be recorded by each regions.

Intervention program process monitoring

Every 6 months, each regional leader will collect information regarding the implemented projects described in the intervention program manual.

Data collection during the study**(1) Information on suicides**

After consent is obtained for the use of designated statistics for other purposes, information regarding the number of suicides in the participating regions will be collected. Death certificates from the Vital Statistics records from 2006, 2007, 2008, and 2009 for the intervention and control regions will be used to collect the following data items: International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10) code for intentional self-harm (ICD-10 codes X60–X84), residence of individuals who committed suicide (municipality codes), cause of death, external cause of death (ICD-10 code), measure of suicide (ICD-10), sex, age, reported place (municipality codes), and identification number.

(2) Information regarding suicidal behavior

Information regarding "self-harmed" individuals transported by ambulance will be collected from emergency reports.

The following information will be collected regarding "self-harmed" individuals every 6 months: type of transportation, date of notification, residence address, destination address, incidence location, severity (death, severe, moderate, mild, other), sex, age, and means of self-harm infliction.

(3) Demographic information

Total population numbers in the regions will be collected every year between 2006 and 2009.

(4) Information regarding ongoing suicide prevention programs

Information regarding the existence and implementation of suicide prevention programs in each participating region will be collected every 6 months.

Responsibility for data collection

Regional leaders are responsible for collecting data from each municipality and sending the data set to the data management center in a timely manner.

Data management

Collected data will be exclusively managed by the data management center. The data set will comply with the

data management procedures and the Personal Information Protection Law. The data set will be periodically duplicated and saved as a backup file.

Outcomes**Primary outcome**

The incidence of suicidal behavior (completed suicides and suicide attempts excluding mild cases reported on emergency reports).

Secondary outcomes

(1) Incidence of completed suicides.

(2) Incidence of suicide attempts.

Statistical analysis**Primary analysis**

In the primary analysis, the incidence of suicidal behavior will be calculated based on the number of suicidal behavior per person-year for the annual population. Data obtained will include the incidence of suicidal behavior and its 95% confidence intervals adjusted by sex, 5-year age group, and regional characteristics. This data will be compared between the intervention and control regions in "Group 1".

The significance level will be set at 0.05 for the two-sided test, and will be adjusted in the final analysis based on the methods of O'Brien and Fleming [12] for interim analysis.

Additionally, regression analysis will also be performed to examine the interactions among sex, 5-year age group, and regional characteristics. A statistician in the study group will determine the analysis plan, whereas a different independent statistician will perform the interim analysis. The independent statistician will not contribute to the revision of the statistical analysis plan after interim analysis.

Interim analysis and rules for stopping or revising the study protocol

The interim analysis in "Group 1" will be performed 2 years after the study's implementation to evaluate the achievement of the primary objectives. Multiplicity will be adjusted using the methods of O'Brien and Fleming, in order to maintain Type-1 error at 0.05 for the two-sided test. The results will be reported to the Central Research Ethics Committee, which is expected to make recommendations to the J-MISP director to either stop the study or revise the study protocol if the primary objective of the study has already been achieved or is unlikely to be achieved.

Secondary analysis

In addition to the primary analysis, it will also be evaluated whether the primary outcome (the incidence of sui-

cidal behavior) is also significantly reduced in intervention regions of "Group 2" areas, as a consequence of implementation of the program, when compared to control regions. The incidence of suicidal behavior will be investigated in Groups 1 and 2 combined. The analysis will be performed using the primary analysis plan described above.

Secondary outcomes will also be examined in order to determine whether the rate of completed suicides and suicide attempts – including individuals with severe, moderate, and mild self-harm transported to a hospital – is significantly reduced in the intervention regions, when compared to the control regions in "Group 1" and "Group 2". The same will be examined for both groups combined.

Subgroup analysis of the primary and secondary outcomes will be performed by sex, 5-year age group, and regional characteristics in "Group 1", "Group 2", and both groups combined. In addition, the incidence of suicidal behavior adjusted by sex and 5-year age group in the intervention and control regions will be calculated using the model population in 1985 as a reference population. Because of the exploratory nature of the secondary analysis, no adjustment for multiplicity will be made.

Ethical considerations

The rights and welfare of the participating residents will be protected according to the World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The study will comply with the ethical guidelines of the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, as well as the Ministry of Health, Labour, and Welfare. Ethical validity, including safety, scientific legitimacy, and the reliability of results are to be ensured. This study will also comply with the ethical guidelines for epidemiologic studies and the Personal Information Protection law. The NOCOMIT-J principal investigator and the J-MISP director will be responsible for the protection of personal information during the study.

The data collected in this study will not include personal identification that would enable individuals to be identified. The data management center will collect only anonymous data.

Stopping of the study

The J-MISP director is to inform the principal investigator of the NOCOMIT-J of the decisions of the Central Research Ethics Committee in the cases described below to discuss whether the study in each region or all of them should be discontinued.

a) The results of the interim analysis do not satisfy the standards set by the committee.

b) Safety issues that might affect the conduct of future studies arise from the results of interim analysis or the results of periodic monitoring.

c) The Local Research Ethics Committee of a region retracts consent to participate.

Revision of the study protocol and due process

The J-MISP director is to inform the NOCOMIT-J principal investigator of the decisions of the Central Research Ethics Committee as soon as possible, when the Central Research Ethics Committee recommends that the study be redesigned due to the emergence of safety issues based on the interim analysis, periodic monitoring, and/or emergence of serious issues that might affect the conduct of future studies. The J-MISP director is to call a meeting of the study group and discuss the revision of the study protocol. If a recommendation to revise the study protocol is made, the principal investigator of the NOCOMIT-J will propose the revised study protocol as soon as possible and submit the proposal to the J-MISP director.

The J-MISP director will deliberate and approve the proposal at the Central Research Ethics Committee meeting and adopt the revision of the study protocol after deliberation in the steering committee. The study group management office will inform all of the participating researchers, and regional leaders will submit the proposed revision to the Local Research Ethics Committee and local government in each of the participating regions. The revision of the study protocol is to be implemented when approved.

Study monitoring

Periodic monitoring

The regional leaders will periodically (once every 6 months) submit reports evaluating the progress of the study to the intervention program committee. The intervention program committee will submit a process evaluation monitoring report to the study group management office and J-MISP administration office once every 6 months. The J-MISP administration office will consider the progress of the research and submit the process evaluation monitoring report to the progress control committee and the Central Research Ethics Committee of the J-MISP.

The data management center will submit an event monitoring report to the J-MISP administration office. The office will submit event monitoring reports to the progress control committee, Central Research Ethics Committee, and the study group management office. The event monitoring report, which will contain the results of the analysis

separated by intervention and control groups, will be submitted to the progress control committee and Central Research Ethics Committee. The results of the data analyzed from both groups combined will be submitted to the study group management office.

The progress control committee will examine the monitoring reports and submit the evaluation to the J-MISP director. The Central Research Ethics Committee will examine the monitoring reports as a third party, and make recommendations to revise the study protocol or discontinue the study to the J-MISP director when and if ethical problems, such as safety and efficacy issues, arise.

Monitoring reports

The process evaluation monitoring report will contain the following:

- (1) An evaluation of the implementation progress of the study.
- (2) A program process evaluation.
- (3) Reports of individual cases and events requiring intervention and other information.

The event monitoring report will contain the following:

- (1) Data on the incidence of suicidal behavior (total number of both suicide completions and attempts) in the intervention and control groups, etc.
- (2) Other relevant information.

Discussion

The study presented here is designed to evaluate the effectiveness of the community-based suicide prevention program in seven participating areas. Because treatment and prevention of suicide are complex and encompass many factors, success

will need multi-sector collaboration. We hope that the results of NOCOMIT-J will help to develop effective strategies to reduce future suicide rate in Japan.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

All authors participated in the design of the study. All authors contributed to the writing of the manuscript and have approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study was funded by Health Labour Sciences Research Grant from the Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, and was sponsored by the Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health.

References

1. Ishihara A: **Suicide in Japan – the analysis of vital statistics.** *J Ment Health* 2003, **49(Suppl)**:13-26.
2. Fujita T: **Rapid increases of suicide deaths in metropolitan areas.** *J Natl Inst Public Health* 2003, **52**:295-301.
3. Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R: **How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies.** *Acta Psychiatr Scand* 1997, **95**:457-463.
4. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H: **Suicide prevention strategies: A systematic review.** *JAMA* 2005, **294**:2064-2074.
5. Goldney RD: **Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies.** *Crisis* 2005, **26**:128-140.
6. Takahashi K, Naito H, Morita M, Suga R, Oguma T, Koizumi T: **Suicide prevention work for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture; Psychiatric care for elderly in the community.** *Seishinshinkeigakuzasshi* 1998, **100**:469-485. (In Japanese).
7. Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, Sakashita T: **Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan.** *Crisis* 2006, **27**:58-65.
8. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Sakamoto S, Kudo K: **Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up.** *Community Ment Health J* 2004, **40**:249-263.
9. Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, Sakamoto S, Neichi K, Satoh K, Nakamura K, Yoshimura K: **Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention.** *Psychiatr Clin Neurosci* 2006, **60**:110-114.
10. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, Takizawa T, Miura R, Kumagai K: **Community-based prevention through group activity for elderly successfully reduced the high suicide rate for females.** *Psychiatr Clin Neurosci* 2005, **59**:337-344.
11. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H: **Lowering suicide rates in rural Japan.** *Akita J Public Health* 2005, **2**:105-106.
12. O'Brien PC, Fleming TR: **A multiple testing procedure for clinical trials.** *Biometrics* 1979, **35**:549-556.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/315/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:

http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp



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
地域介入研究（NOCOMIT-J）実施体制について

研究分担者・研究班事務局長

大塚耕太郎 岩手医科大学神経精神科学講座 講師

研究協力者・研究班事務局：

田島 美幸 慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室 流動研究員

田中江里子 慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室 流動研究員

守尾由美子 慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室 賃金職員

研究協力者・介入プログラム委員長

宇田 英典 鹿児島県鹿屋保健所 所長

研究分担者・研究班サブリーダー・研究班運営委員長

酒井 明夫 岩手医科大学神経精神科学講座 教授

研究分担者・研究班リーダー

大野 裕 慶應義塾大学保健管理センター 教授

【研究要旨】

本研究は7地域8地区の多地域が参加する大規模共同介入研究であり、4年という長期にわたる介入期間において、介入プログラム手順書に定められた介入事業を各地域が円滑に実施できるように支援する必要があるがあった。また、本研究の開始に伴いはじめて自殺対策に取り組む地域も存在したため、各地域で自殺対策に取り組む保健師や市区町村の行政職員等が介入プログラム手順書に記された介入の趣旨や内容を正しく理解し、自殺対策に取り組めるように配慮する必要があるがあった。

そのため、地域介入研究班では戦略研究リーダー・サブリーダー、研究班運営委員会、介入プログラム委員会等を設置し、各地域に地域責任者を置いて介入事業の実施・運営の取りまとめを行う体制を築いた。また、地域介入研究班事務局を設置し、各地域の介入状況の把握や各データの取りまとめ等を行い、研究を円滑に実施できる体制を整備した。

具体的には、研究班では地域訪問（2007、2009年の2回実施）を実施して地域の活動の実情や実務者が抱えている問題点等を把握したり、実務者研修会を開催（全7回、総参加者269名）して実務者のスキル向上を図ることにより介入の標準化が図れるように工夫した。また、地域間交流を促進することにより、実務者同士が他地域の工夫やノウハウを吸収し共有し合えるように努めた。本研究は自治体の自殺対策事業と研究を兼ねる形で実施されたため、開始当初は事業と研究の融合、推進について多少の混乱が生じたこともあった。しかし、地域と研究班の各委員会、事務局による重層的な研究班組織を構築することにより、最終的には対象地域の自治体や関連機関等、および、実務者の方々の強大な支援を受けて円滑に研究を遂行することができたと考える。

A. 研究目的

自殺対策に対する国民的ニーズが高いことを受けて、平成 17 年度より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 (NOCOMIT-J)」が開始された。本研究は 7 地域 8 地区の多地域が参加する大規模共同介入研究であり、介入期間は 4 年と長期間にわたる。また参加各地域において、研究班介入プログラム委員会が作成した、一次予防から三次予防までのさまざまな自殺対策を組み合わせた新しい複合的自殺予防対策プログラム (以下、介入プログラム) に準拠した自殺対策を円滑に実施できるように継続的に支援し、標準化された試験介入が実施されることが求められた。本報告では、地域介入研究班を円滑に運営するための実施体制、実施方法および問題点を整理し、今後、同様の大型研究を実施・運営する際の参考点をまとめて提言することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、「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」を研究計画書に基づき確実に推進するために、地域介入研究班を組織し、委員会・事務局等において研究を円滑に実施できる体制を整備した。また参加地域間で介入プログラム手順書に準拠した介入内容に差が出ないように、次のような活動を行った。

- ①各地域で介入事業を行う際に参照する介入プログラム手順書を作成・配布した。
- ②各地域で自殺対策事業の実務を担当する実務者を対象に研修会を実施した。
- ③メーリングリストや地域間訪問による実務者間ネットワークを構築した。
- ④事務局員が各地域を訪問し、対策実施状況の把握、問題点やニーズの把握と対応を行った。

⑤データ入力マニュアルや入力フォーマットを作成し、各地域にデータ入力担当を置いて円滑にデータ収集をできるような体制を整えた。

⑥適正な研究費使用のための支援を行った。

C. 研究結果

(1) 地域介入研究班の組織構成

「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」では、戦略研究統括推進本部 (戦略研究統括責任者; 高橋清久 財団法人精神・神経科学振興財団理事長, 運営管理; 山田光彦 国立精神・神経センター精神保健研究所部長, 稲垣正俊 同室長) のもと、大野 裕 (慶應義塾大学保健管理センター教授) を戦略研究リーダーとし、酒井明夫 (岩手医科大学神経精神科学講座教授) を戦略研究サブリーダーとして研究を推進した (図 1)。

また、研究の運営に関しては、研究班運営委員会 (委員長; 酒井明夫 岩手医科大学神経精神科学講座教授) によって検討され、介入プログラム手順書の作成および修正等は介入プログラム委員会 (委員長; 宇田英典 鹿児島県鹿屋保健所長) によって行われた。

各地域の介入事業に関しては、地域責任者が各地域の介入事業の実施・運営の取りまとめや介入事業に関する問い合わせ等に対応した。各地域責任者は以下の通りである。青森地域; 岩佐博人 (青森県精神保健福祉センター / 弘前大学大学院医学研究科神経精神医学講座), 秋田地域; 本橋 豊 (秋田大学大学院医学系研究科), 岩手地域; 酒井明夫 (岩手医科大学神経精神科学講座), 南九州地域; 大野 裕 (慶應義塾大学保健管理センター)・四元俊彦 (鹿児島県川薩保健所)・石田 康 (宮崎大学医学部精神科), 仙台地域; 栗田主一 (東京都健康長寿医療センター), 千葉地域; 亀井雄一 (国

立国際医療センター国府台病院), 北九州地域; 中村 純(産業医科大学精神医学教室)。

また, 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座講師)を事務局長, 田島美幸, 田中江里子(慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室流動研究員)を事務局員とした地域介入研究班事務局を設置し, 各地域の介入状況の把握, および, 各データの取りまとめ等を行った。

(2) 地域介入研究班の活動状況

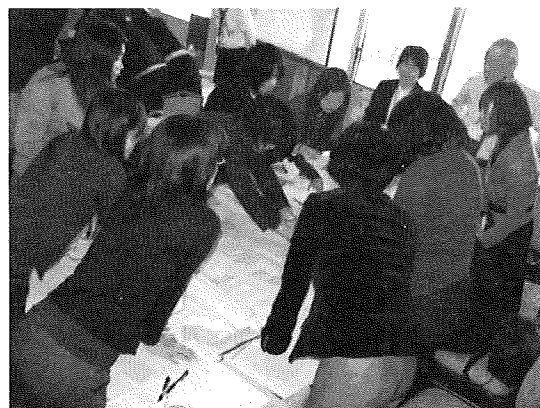
これまでに地域介入研究班で行った会議, 委員会等は表1の通りである。地域介入研究班班会議は年に1~2回実施し, 研究の進捗状況の報告および地域責任者から各地域の取り組み状況が発表された。研究班運営委員会では研究の運営実施に関する審議事項を検討し, 介入プログラム委員会では介入プログラム手順書の改訂およびプロセス評価の結果を審議した。

(3) 介入の標準化: 実務者研修会の実施

本研究の介入地域は, 複合介入グループ4地域5地区, 大都市対策グループ3地域と多地域にわたり, また, 本研究の開始に伴いはじめて自殺対策に取り組む地域も存在した。そのため, 各地域で自殺対策に取り組む保健師や市区町村の行政職員等が, 介入プログラム手順書に記された介入の趣旨や内容を正しく理解し, 自殺対策に取り組めるような仕組みを構築する必要があった。

そこで, 戦略研究リーダー, 介入プログラム委員長および地域介入研究班事務局の企画により, 各地域で自殺対策の実務に取り組む者を対象に研修会(各地域実務者会議)を実施した。本研修会は年2~3回の頻度で実施し, 各回のテーマは介入プログラム手順書の介入項目(ネットワークの構築, 一次予防, 二次予防, 三次予防, 物質

関連障害(アルコール関連障害等)・統合失調症等の精神疾患による自殺の予防, 職域へのアプローチ)の骨子を踏まえて設定した。



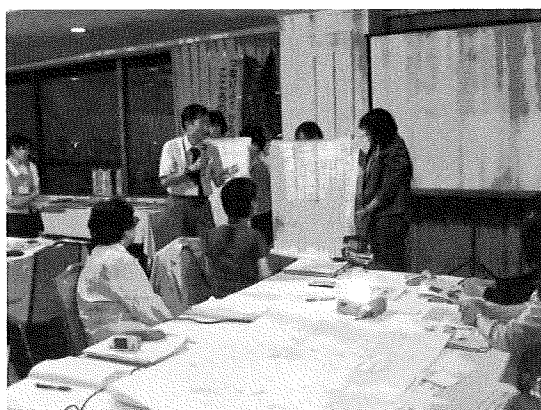
最終的に実務者研修会は計7回実施し, 参加総数は延べ269名に及んだ。各研修会の具体的なテーマと内容は以下のとおりである(表2)。

1) 第1回実務者研修会

第1回は2007年7月26, 27日の2日間で実施し, 各地域における研究初年度の

活動内容報告を行った。啓発活動コンテスト(一次予防)では普及啓発グッズを展示し、各地域でどのような点に工夫をしながら啓発活動を行っているかについて発表し合った。また、自殺対策を行う上で疑問に思ったことや不安に思うことなどをディスカッションし、専門家からアドバイスをもらう機会を設けた。

研修会終了後のアンケート結果では、「活動を行う上でどのような点を工夫していったらよいか悩んでいたが、他地域の活動内容を聞いてとても参考になった。全国に仲間がいることがわかって心強く思った。」「今後も他地域の方達と情報交換をしながら活動を進めたい」等の声が寄せられた。



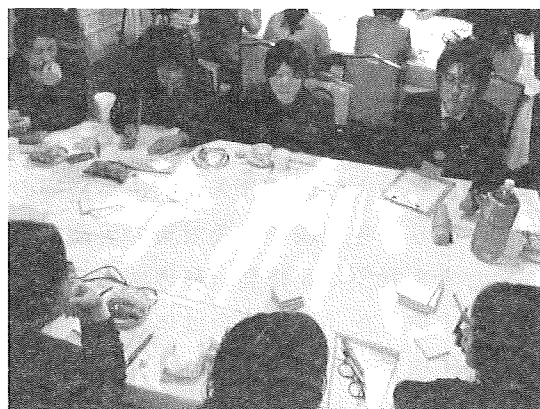
2) 第2回実務者研修会

第2回目は2007年11月8、9日の2日間で開催された。自殺対策における一次予防、二次予防をテーマに実施した。一次予防では、研究班運営委員及び介入プログラム委員である渡邊直樹先生(関西国際大学)、田口学先生(聖マリアンナ医大)を講師に招き、自殺対策における地域づくりの重要性について講義していただいた。青森県六戸町、三戸町で実施した調査結果からは、住民の自殺に対する「こころのバリア」を取り除く大切さを学び、秋田県由利本庄市の地域づくりの実践例からは「気持ちを伝え合うことができる」「悩みを相談できる人が近くにい

る」といった、人と人がつながることのできる環境を整備する必要性について学ぶことができた。

また、各地域が実践する地域づくりに関する発表を行った。岩手地域の久慈市で実施するメンタルサポートネットワーク連絡会(行政、教育、福祉、医療、研究機関、ボランティア団体等が定期的に参集し、研修会や事例検討、普及啓発ツールの作成等を行う)、秋田地域のほっと・サロン(市民が気軽に訪れ、悩みを語り合える場を提供する)、ぬくもり声かけキャンペーン(自治会長や児童民生委員、保健推進員等が保健師とともに自治会の全家庭を訪問し普及啓発活動を行う)、北九州地域のこころの相談員研修(民生委員を対象に住民のこころの相談に対応できる相談員の養成する)、宮崎地域のこころの健康サポーター養成研修(傾聴のスキルを身につけ、ハイリスク者を専門相談機関につなぐことのできるキーパーソンを養成する)等が紹介された。

二次予防については、うつスクリーニングの実施とハイリスク者のフォローアップ体制を取り上げた。研究班事務局の田中江里子(慶應義塾大学)からは、青森県南部町で実施するクリーニングの実際や高齢者に対する集団援助活動として実施する地域拠点型生きがいサロン「よりあいつこ(寄り合いの場)」が紹介された。

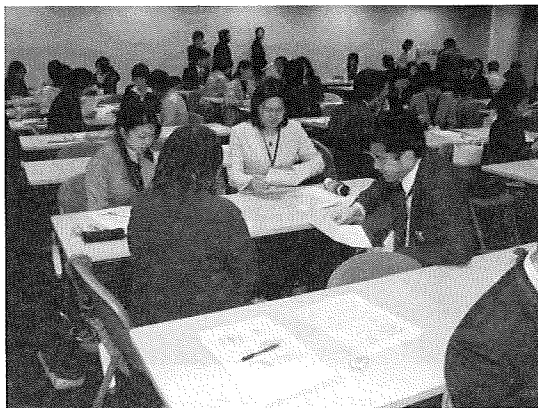


また、鹿児島地域、青森地域からは検診

時に行ううつスクリーニングの実践の様子が紹介され、千葉地域、仙台地域からは大都市部におけるスクリーニング実施例が紹介された。千葉地域では産後うつスクリーニングや職域におけるうつスクリーニングに力を入れており、仙台地域では高齢者を対象としたうつスクリーニングの実践や訪問ケアを実践しているため、それらの活動報告が行われた。

3) 第3回実務者研修会

第3回目は2008年4月18日に、自殺対策における三次予防をテーマに実施した。研究班事務局の大塚耕太郎(岩手医科大学)、岩手地域の丸田真樹先生(盛岡市立病院)からは、岩手医科大学の精神科救急の現場や、いわて自死遺族支援モデル(自死発生時に遺族の希望があった場合には、県や市の関係機関からなる支援ネットワークがケアを提供するモデル)が紹介された。また、遺族の相談業務に携わる際に役立つために傾聴ロールプレイングなどの演習も行った。

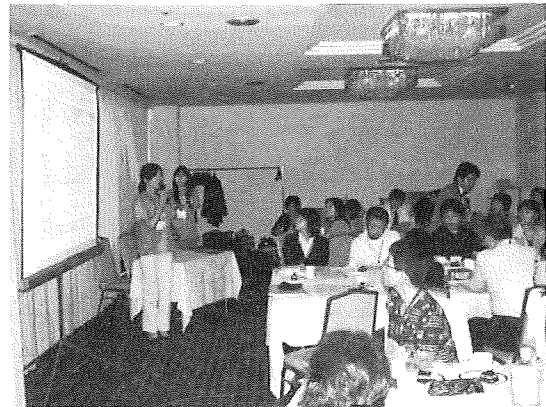


4) 第4回実務者研修会

第4回目は2008年8月29、30日に職域における自殺対策をテーマに実施した。北九州地域の小嶋秀幹先生(福岡県立大学)に、大規模事業場における勤労者のメンタルヘルス対策や中小零細企業におけるメン

タルヘルス対策を考える上での注意点についてお話しいただいた。また、森ゆかり先生(鹿屋・肝属地域産業保健センター)からは、地域産業保健センターの活動内容や地域保健との連携の仕方などについて解説いただいた。

職域に対するアプローチに関しては、地域保健と職域との連携、特に中小零細企業に対する具体的な介入方法を模索している地域が多かった。その点を踏まえて、グループワークでは「中小・零細企業で生じている問題点」についてディスカッションを行い、「どうしたら働き盛り層の人々に利用可能な社会資源を知ってもらうことができるか?」、「事業主に健康管理が大切という意識を持ってもらうためには何ができるか?」、「相談しやすい環境をどのようにしたら作れるか?」という検討課題を抽出し、各グループでブレインストーミングを行った。また、地域に持ち帰るためのアクションプランを各グループで作成し、全体で共有するために発表会を行った。



5) 第5回実務者研修会

第5回目は2009年1月16、17日に、病苦による自殺へのアプローチをテーマに実施した。仙台地域の栗田圭一先生(東京都健康長寿医療センター)からは、保健師や看護師等が介入ニーズのある高齢者宅を訪問し、支持的なアプローチや問題解決療

法的なアプローチを含んだ心理社会的ケアを提供したり、精神科医を含めた関係スタッフが定期的にケースカンファレンスを行い、介入プランを検討し合う仙台地域の取り組みが紹介された。

また、青木慎也先生（岩手医科大学附属病院医療相談室）からは、医療機関で働くソーシャルワーカーの立場から「身体疾患と自殺～危機介入とケース・マネジメント～」について解説していただいた。岩手医科大学の実例を挙げ、自殺の危険性が高いと判断された本人に対する対応や自殺未遂が発生した際の周囲の人への対応などについて紹介していただいた。また、医療現場でソーシャルワーカーがどのようにアセスメントやプランニングを行い、ケースマネジメントしているのかについても紹介をいただいた。

また、岩手地域の小田早苗先生（岩手県立久慈病院精神科）からは、地域中核病院におけるリエゾンナースの活動についてお話いただいた。身体科医師や看護師から精神的評価や治療が必要と思われる患者が紹介された場合、リエゾンナースは精神科医と協力して入院患者のメンタルヘルスの充実を図ったり、また、院内だけでなく、地域の関連機関の担当者とも連携しながら患者のケアに携わっている実践活動の様子を具体的にお話いただいた。

グループワークでは、病気で苦しんでいるという設定の架空の3つの事例を題材に、各事例が抱えていた問題とその対策についてグループディスカッションを行った。その結果、病苦は病気の苦痛やADLの低下といった問題だけでなく、家族に負担や迷惑をかけているといった思いや、仕事の喪失、経済的困難、社会的な役割の喪失、将来に対する絶望感、精神的孤独、病気に対する偏見、自尊心の低下等、さまざまな悩みが複合的に重なり合い、病気の背景にあ

るそれらの問題を整理しながら具体的なサポートを提供する必要があること等が議論された。



6) 第6回実務者研修会

第6回目は2009年6月12、13日に、相談業務に活かす対応のコツをテーマに実施した。マイクロカウンセリングのビデオを視聴し、傾聴や共感、承認や質問といったコミュニケーションスキルの基礎を学んだ。また、研究班リーダーの大野 裕（慶應義塾大学）に思考バランスシートを活用した認知療法について講義していただいた。



そして、事例をもとにその相談者がどのような気分や自動思考を抱き、どのような適応的思考が導きだせるかをグループワークで検討し思考バランスシートを作成する演習を行った。さらに、研究班事務局の田島美幸（慶應義塾大学）による問題解決療法についての解説が行われた後、事例をもとに問題解決療法のアプローチを活用した

対応方法を検討するグループワークを行った。

7) 第7回実務者研修会

第7回目は2009年11月20、21日に、介入4年間のまとめと今後をテーマに実施した。4年間の活動を踏まえて、実務者の視点で介入プログラム手順書をもう一度見直すことにより、地域においてどのような自殺対策プログラムを組むことが有用であるかを検討するグループワークを行った。「実践して役に立った対策は?」、「今後、自分たちの地域で力を入れたい対策は?」、「介入プログラム手順書に追加した方がよい対策は?」、「これから自殺対策を始める地域が実施した方がよい対策は?」等をグループで検討し合い、各グループで話し合った内容を発表しあった。

一次予防に関しては、一般住民向けの普及啓発では健康祭り等のイベント等の活用が効果的であったという意見が挙げられた。ストレスチェックやこころの健康チェック等、住民が気軽に参加できるブースを設けクイズ形式で知識を身につけてもらったり、簡単なスクリーニングを行い、相談窓口等が記載されたパンフレットや啓発グッズを渡すなど工夫することで、様々な年齢層の住民に対してアプローチできたこと等が報告された。

また、地域のキーパーソン向けの普及啓発・研修は必須であり、正しい知識を持ったキーパーソンが増えることによって、ハイリスク者へ適切に対応することができ、また悩みを抱えた住民の声を正しく行政に届けることができるという意見が挙げられた。

普及啓発媒体としては、各種相談窓口の連絡先等が記載されたクリアファイルが利用しやすく、安い単価で作成できる割にニーズは高かったという意見が出された。その他、市区町村の広報誌への掲載、パンフ

レットの全戸配布等は読者層も広く効果的であり、また、悩みを抱えた方が足を運ぶ場所にピンポイントでパンフレット等を配備するなど、地域の協力を得ながら工夫していく必要があることが議論された。

二次予防では、特に都市部ではスクリーニングの実施が難しかった実情が報告された。スクリーニングは陽性者抽出の効果だけでなく、結果報告とともにうつや自殺対策を題材とした健康教育を実施したり、スクリーニング従事者に対する研修を通してうつ症状等の正しい知識を持ってもらう効果も期待できることが報告された。その他、介護を行う家族、妊産婦等のさまざまな対象に対して実施する必要性や、住民課、水道課、住宅課等の悩みを抱えた方が足を運ぶ担当課の職員に対してもうつ症状について学んでもらい、早期対応に繋げることができるようになるとよいという提案があった。

ハイリスク者のすくい上げが行われてもその後の相談体制が十分でなく、相談に携わるスタッフも戸惑いながら対応している現実があり、スキルアップを目的とした研修にも力を入れるべきという意見もあった。また、専門的な相談支援者とともにボランティア等の育成も大切であり、悩みに応じて適切な支援が届くようにできるとよいという意見が挙げられた。

三次予防では、自死遺族にも地域の自殺対策協議会等に協力してもらい、ニーズにあった支援を提供できるようにすべきことが確認された。また、相談機関、遺族のつどい等、サポート機関の情報発信を定期的に行ったり、病院や葬儀社、市区町村の窓口等、自死遺族の目に付きやすい場所に情報発信できる媒体を配備する必要性についても議論された。

アルコール等の物質関連障害・統合失調症等の精神疾患による自殺の予防に関して

は、アルコール対策は生活習慣病予防としては実施できているが、飲酒とメンタルヘルスとの関連で教育できる機会が少なく、これらについて住民に啓発できるとよいという意見が挙げられた。また、問診でアルコールに関する項目を聞いてはいるが、その後のフォローにうまく繋がっていないという問題点も指摘された。

精神疾患等による自殺に関しては、学校でも統合失調症に関する教育を行い、疾患に対する正しい知識を持ったり、相談医療機関を周知する必要性が話し合われた。その他、相談従事者自身も統合失調症の自殺が多い現状を把握し、地域の社会資源を活用しながら地域の中で多職種が支援できる体制を整備することが大切であるという意見が挙げられた。



職域に関する自殺対策では、特に中小零細企業へのアプローチとしては商工会議所に窓口を置き地域産業保健センターに繋がられるとよいが、現時点では地域産業保健センターとの連携が十分に図れていない問題点が挙げられた。また、職域への自殺対策の講座などを企画しても参加者が少なく、商工会などの会報誌やダイレクトメール等で講演会の案内をするなど工夫する必要があることが報告された。その他、衛生管理者、人事担当者に対してうつや自殺対策の研修を行ったり、中小企業の経営者に対して研修会を行ったりしたことが報告され

た。保健所で出前講座を行う等の工夫をしたことも報告された。

離職者対策については、ハローワーク等にパンフレットを置かせてもらう際に、窓口担当者に対して研修会を行い、パンフレットに何が書かれているか、支援の必要性をきちんと理解してもらおうとパンフレットを積極的に渡してもらえた実例が報告された。後期高齢者受給者交付時のスクリーニングでフォローが必要とされた者に対して、国民年金課・国保等で支援できる体制を整備する必要性も提案された。

(4) 介入の標準化：地域間ネットワーク構築

自殺対策のための試験介入をそれぞれの地域の実務者が共有し実践するための仕組みとしては、情報の共有化と実務者同士の直接的かつ実質的な交流を促進するようなネットワークを構築することが重要である。研究班事務局ではこのような仕組みとして、1) メーリングリストによる情報の共有化、2) 地域間訪問による相互交流のコーディネートを実施した。

1) メーリングリストの作成

実務者研修会の開催等により実務者同士の交流の場が増えると、実務者同士で情報交換したいという希望が増えたため、研修会参加者を対象としたメーリングリスト(Nocomitj-net)を立ち上げることになった。

メーリングリスト上では、研修会のグループワークで作成した資料等を配布したり、研修会で使用したパワーポイント等の資料を共有し各地域で同様の研修会等を行う際に活用できるようにした。また、各地で自殺対策のイベント等がある場合にはそれらの情報を流し合ったり、地域介入研究班事務局からは定期的に自殺対策に関連する最新の動向を配信し日々の活動に役立ててもらえるように工夫した。最終的に 90 名の登

録があった。メーリングリストは、この実務者レベルの他に、地域介入研究班全体レベルのものも用意し、内容に応じて使用するようにした。

2) 相互交流のコーディネーター

他地域の自殺対策の実施状況を見学し、現場の方々と意見交換を行うことで、自らの地域の対策に役立てたいというニーズが存在した。そのため、研究班事務局では希望のあった地域同士の相互訪問のコーディネーターを行った。例えば、鹿児島地域と青森地域の地域間訪問では、鹿児島地域の保健師が青森地域で実施するこころのケアナース養成講座、ボランティア養成講座、地域の高齢者を対象とした健康教室の様子等を見学したり、保健師や市町村の行政職員との意見交換を行うなどした。

また、研究開始当初は自殺対策に関する講演会や研修会を行う際に誰を講師や演者に招けばよいのかと人材の選出に苦勞する地域が多かったが、他地域の活動状況が共有されてくると他地域の地域責任者や実務者を講師や演者に招き合うといった交流も生まれるようになり、介入の標準化に役立った。

(5) 地域訪問の実施

介入の標準化を図るために、地域介入研究班事務局では、2007年と2009年に各参加地域への地域訪問を実施した(表3)。2007年の地域訪問時には、各地域の研究者および実務者に対して戦略研究および地域介入研究の趣旨や介入プログラム、研究実施手順等を説明し理解を求めた。また、各地域の対策実施状況や対策を進める上での問題点やニーズ等の把握を行った。

以下は、2009年の研究最終年度の地域訪問の要約である。

1) 青森地域

青森地域の地域訪問では、4年間の介入期間を経て、自殺対策従事者や住民の自殺対策に対する意識と理解度が深まったことが報告された。戦略研究開始当初は、フォーラム等のイベントを行う際にも「自殺」という名称を入れるかどうか議論になったが、現在では自分たちの問題として考える風土が出来上がっているとの報告があった。また、民生委員等のゲートキーパーの意識も高まり、『死にたい』という相談が来たがどのように対応すればよいか」と市役所の担当課に連絡が入るなど、地域のキーパーソンと行政の連携も促進されてきていることが報告された。

青森地域では、子どもに対する介入が将来的には自殺予防に繋がると考え、学校への介入を積極的に実施したことも報告された。シナリオ作成や撮影、画像編集を生徒同士が行うことで相手を尊重し協力し合うことの大切さを学べるようにしたり、教師からは「通常の授業では見えない子供の一面が引き出せたり、授業では感じてもらえないものを感じてもらえた」等の感想が聞かれたとのことであった。地域と学校とが協働で事業を行うことで、教師や父兄等とも自殺対策の土台となりうるような連携が生まれたことが報告された。



2) 秋田地域

秋田地域の地域訪問では、自殺対策を実施する体制を作り上げるまでに苦勞したが、

次第に地域の保健師等から「声かけキャンペーン」「バスへの広告啓示」等のアイデアが提案され、自治会長や民生委員など地域のキーパーソンを巻き込みながら最終的には事業として見事に展開していった経緯が報告された。

秋田地域では、秋田大学と地域が連携して対策が進められており、普及啓発が効率的に行えたのは、公衆衛生を専門とする立場の者が関わったことも影響し、地域の保健師も公衆衛生の視点を大切にしていることで連携が促進されて対策が進んだのではないかという考察も報告された。

当該地の統計では、50～60代の高齢者や自営者の自殺が多く、今後はこの層に焦点を当てた介入を目指したいこと、メンタルヘルスの相談と多重債務等の金銭問題の相談が同時に行えるような一体型の相談窓口を設置していきたいという希望が語られた。

3) 岩手地域

岩手地域の地域訪問では、「こころの健康づくりネットワーク」が有機的に機能し地域の自殺対策の推進に役立っていることが報告された。多業種やボランティアの方等が参加し、定期的に顔を合わせて事例検討や研修を行うことにより、日常レベルの連携が円滑になったり、ケースへの対応がきめ細やかに行えるようになった現状が報告された。

また、自殺対策として新たな事業を打ち立てるだけでなく、既存の事業に上乘せをしながら実施する工夫についても語られた。例えば、健康教室には参加できなくても健診会場には来る人もおり、健診会場でアルコール等のリーフレットを配布するとリーフレットを見た方が後日相談に来られることもあるなど、日々の業務にちょっとした手間と工夫を加えることで、住民に広く周知する機会が得られること等が報告された。

4) 仙台地域

仙台地域の地域訪問では、都市における自殺対策の取り組みが報告された。大都市であればある程、ネットワークの構築が大切であり、ネットワークが形骸化する可能性もあるが仕組みがないと動かないという実情もあるため、その基盤づくりが必須であったことが報告された。特に都市部では民間団体のアクティビティが高く、民間団体と自治体の動きが相互に影響し合うことで、自殺対策の活動促進に繋がっていったことが報告された。

また、大都市部には既存のシステムはあるが縦割りとなっていることも多く、自殺対策プロジェクト会議を行い、関連課が集まって既存の事業をリストアップし自殺対策という方向性を持って連携・調整していく大切さについても報告された。

また、都市部のニーズに合った地域づくりについても報告された。例えば介護予防ボランティア講座等を実施し、高齢者が高齢者をサポートする体制を作ったところ、落ち込みがちな人に対しても仲間同士が見守り合える関係ができたり、子供が成人して子供会、親子会などの交流の場が途絶えていたが、本講座をきっかけにご近所づきあいが再開したなど、人と人との交流を再構築できるようなきっかけをはぐくむ大切さが語られた。

5) 千葉地域

千葉地域の訪問でも、大都市における自殺対策が報告された。千葉地域は、戦略研究のスタートと同時に自殺対策を始めたことから、研究開始当初は基盤作りに苦労したことが語られた。事例によっては複数の問題を抱えていて、多方面からの支援が望まれる場合もあり、都市部ならではの多くのサポート資源をうまく繋げるようなネットワークの構築が必要であったことが報告