

**自殺対策のための戦略研究
ACTION-J**
全国17病院群(21病院)と約370名の医療者・研究者による世界有数の自殺予防研究プロジェクト

ACTION-Jが明らかにしようとしたこと

救命救急センターに搬送された、**精神疾患を有する自殺未遂者**を対象に、**ケース・マネジメントの有効性(つまり、自殺再企図防止効果)**を、**検証する。**

20

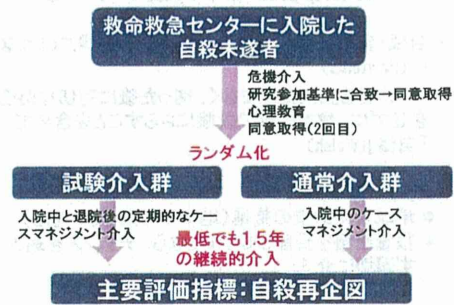
ACTION-J:未遂者に対するケース・マネジメント介入の有効性の検証

介入内容は:

- 1)危機介入
- 2)心理教育
- 3)家族に対する心理教育
- 4)退院後の定期面接と社会的支援の導入
- 5)精神科受診の勧奨
- 6)精神科と身体科との連携の促進
- 7)精神科受診中断者への受診勧奨
- 8)専用WEB(心理教育と情報提供)供覧

21

ACTION-Jのフローチャート

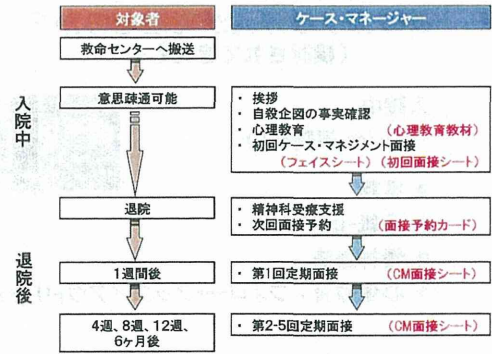


介入スケジュール

	during admission	at discharge	1 w after discharge	4 w	8 w	12 w	6 m	12 m	18 m	24 m	36 m	42 m	Interim/Final analysis
Psychiatric diagnosis	○												
Psychoeducation I*	○												
Informed consent	○												
Enrollment/ratification	○												
Case management (Psychoeducation 2**, other)	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Psychiatric evaluation	○					○		○			○		

○: implemented in both groups; ◯: implemented only in experimental intervention group
 *: Psychoeducation Program I to all participants in both groups
 **: Psychoeducation Program II to their family members during hospitalization in the experimental group
 w: week, m: month

ケース・マネジメントの全体像



社会資源について

注) 尚、本資料に提示している社会資源は平成26年6月現在のものですので、法改正や条件変更等により、今後内容が変更される可能性があります。適用条件や金額等は適宜最新のものをご自身でご確認されることをお勧めします。

社会資源とは？

社会福祉を支える財政（資金）、施設・機関、設備、人材、法律等、社会福祉を成立させるために必要な物資および労働をまとめて社会資源と呼ぶ。
一般的には、「利用者のニーズを充足させるために動員されるあらゆる物的・人的資源を総称したもの」とされる。
社会福祉の援助は、社会資源と切り離して論ずることはできない。
社会福祉の利用者は多様である。

経済的困窮者といっても、経済的な保障だけで自立可能な人から住環境の配慮を必要とする人まで、その実態は様々である。
その人々のニーズの変化によって必要な社会資源も多様化する。
つまり、社会福祉援助は、現実社会の変化によって生ずるニーズの変化に応じて、新たな社会資源を創出することと不可分に発展していくのである。
そのためには、既存の社会資源の整理と更新、また実際にある生活問題・困難解決のための社会資源の開発が求められる。

（『社会福祉辞典』大槻書店より）

- I. お金に関すること（年金、手当など）
- II. 医療に関すること（医療費、医療保険）
- III. 暮らしに関すること（雇用、福祉サービスなど）

I. お金に関すること

老齢年金

公的年金の加入者が高齢になったときに受け取る年金のこと。加入していた年金の種類や加入期間によって手続きの場所や金額が変わります。

	老齢基礎年金	老齢厚生年金	老齢共済年金
加入していた年金の種類 (主な職業)	国民年金 (自営業、主婦等)	厚生年金 (会社員)	共済年金 (公務員、教員)
利用できる人	65歳以上の人（老齢基礎年金の繰り上げ支給、老齢厚生年金の特別支給などは60歳から可能なものもある）		
必要な加入年数	原則25年間以上 (最大で40年)	1カ月以上加入し、かつ老齢基礎年金を受け取る要件を満了していること	
受け取る金額	月額772,800円/年	加入年数と平均標準報酬月額によって変わる	

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)一部改変

障害年金

公的年金の加入者が病気やけがによって心身に障害を有し、日常生活や就労の面で困難が多くなった場合に受け取る年金のこと。

項目	障害基礎年金	障害厚生年金	障害共済年金
初診日	65歳未満であること (老齢基礎年金繰り上げ受給者は除外)	厚生年金の加入者であること	共済年金の加入者であること
障害状態	障害認定日に障害等級表に定める1～2級に該当すること	障害認定日に障害等級表1～3級に該当すること	
保険料	初診日に納付要件を満了していること		
手続き窓口	市町村役場の国民年金課	年金事務所	共済組合

※初診日によって申請方法や受給要件が異なります。

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

II. 医療に関すること

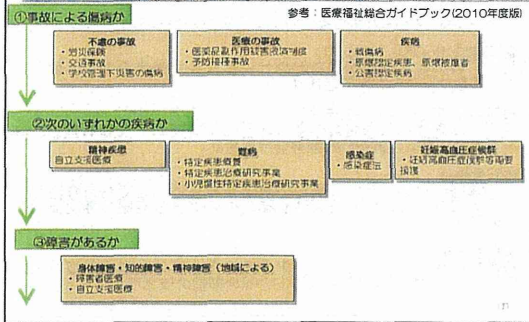
医療保険のしくみ

医療保険の種類	対象者	窓口
組合けんぽ 全国健康保険協会	健保組合に加入していない 従業員5人以上の事業所の従業員	全国健康保険協会の各 都道府県支部
健康組合保険 組合管掌健康保険	健康保険の適用事業所で働く従業員	各健康保険組合
船員保険	船舶の船員	全国健康保険協会の各 都道府県支部
共済組合	国家公務員 地方公務員 私立学校教職員など	共済組合
国民健康保険	農業者 自営業者	市町村 組合事務所
後期高齢者医療	65歳未満被用者保険の退職者	市町村
	75歳以上の人	市町村

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)一部改変 10

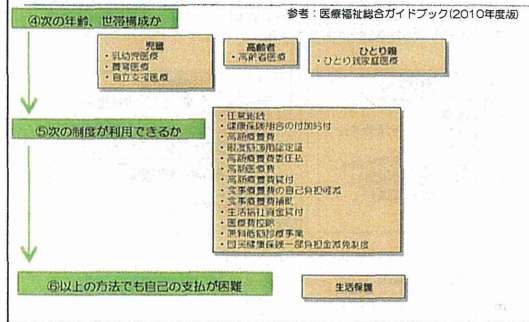
医療費自己負担を軽くするには？

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)



医療費自己負担を軽くするには？

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)



高額療養費制度（70歳未満の人）

医療機関に払った医療費が1か月に一定額を超えた場合、申請するとその超えた金額が戻ってくる。ただし、保険外の医薬品、食事代や部屋代、診断書代などの費用は自己負担。

所得区分	1ヵ月あたりの自己負担限度額	
	過去12カ月の高額該当3回まで	4回目以降
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	150,000円+(医療費-500,000円)×1%	83,400円
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
低所得者(住民税非課税)	35,400円	24,600円

利用できる人

医療保険に加入し、自己負担がある人

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

限度額適用認定証（70歳未満の人）入院の場合

医療機関に保険証とともに認定書を提示することにより、1カ月の窓口負担が自己負担限度額までとなる。

所得区分	1ヵ月あたりの自己負担限度額	
	過去12カ月の高額該当3回まで	4回目以降
上位所得者 (月額53万円以上)	150,000円+(医療費-500,000円)×1%	83,400円
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
低所得者(住民税非課税)	35,400円	24,600円

申請方法

保険証、被保険者の印鑑を持って、保険を担当する窓口へ。

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

自立支援医療（精神通院）

厚生労働省HPをもとに改定

精神科病院やクリニックに通院する際にかかる医療費を原則1割負担にできる制度。健康保険に加入している家族全体の所得によって自己負担の上限額が設定され、上限額以上の支払いは免除される。

◆負担割合について

所得区分	自己負担割合	自己負担上限額	自己負担額	自己負担額	自己負担額
100万円以上	1割	20,000円	10,000円	10,000円	10,000円
50万円以上100万円未満	1割	5,000円	5,000円	5,000円	5,000円
20万円以上50万円未満	1割	5,000円	5,000円	5,000円	5,000円
10万円以上20万円未満	1割	5,000円	5,000円	5,000円	5,000円
10万円未満	1割	0円	0円	0円	0円

※「重度かつ経時」の期間
 ・発病、症状等から対象となる者
 ・障害者手帳、障害者年金、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物乱用障害（依存症等）
 ・精神障害者一定以上の経歴を有する医師が診断した者
 ・発病等に問わず、長期かつ持続的に継続することから対象となる者
 ・健康保険の被保険者の場合

Ⅲ.暮らしに関すること

自立支援法によるサービス

厚生労働省HPをもとに改定

地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する。

介護給付	訓練等給付
<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護（ホームヘルプ） 行動支援 短期入所（ショートステイ） 生活介護 共同生活介護（ケアホーム） 障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援（雇用型・非雇用型） 共同生活援助（グループホーム）
など	地域生活支援事業 <ul style="list-style-type: none"> 移動支援 地域活動支援センター 福祉ホーム

※青＝居宅支援サービス、赤＝日中活動サービス、緑＝居宅支援サービス

居宅支援サービス

厚生労働省HPをもとに改定

自宅に居住する人が受けることのできるサービスです。

- 居宅介護（ホームヘルプ）
調理、買い物、通院援助などのサービスを、単身者でも、家族と同居しながらでも利用できます。
- 短期入所（ショートステイ）
自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め、施設で入浴、排泄、食事の介護等を行います。
- 行動支援
精神障害のため、行動上著しい困難を有する障害で常時介護を要する人に対して、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
- 移動支援
移動支援を用いることで、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動など、社会参加のための外出の際の移動の支援を行います。

日中活動支援

厚生労働省HPをもとに改定

- 自立訓練
自立した生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練（食事や家事などの日常生活能力）を行います。
- 就労移行支援
一般企業への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 就労継続支援
一般企業への就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 地域活動支援センター
創作的活動、生産活動の機会提供、社会との交流促進等を行う施設です。

居宅支援

厚生労働省HPをもとに改定

- 共同生活介護（ケアホーム）
自立支援法の障害程度区分2以上の人を対象に、入浴、排泄、食事の介護等を行う共同生活を送る住居です。
- 共同生活援助（グループホーム）
相談や日常生活の援助を受けながら共同生活を送る住居です。
- 福祉ホーム
家庭環境や住宅事情等の理由で居宅で生活することが困難な人を対象に低額な料金で、居室を提供するとともに日常生活に必要な支援を行い、地域生活を支援する住居です。

精神保健福祉手帳

参考：厚生労働省社会資源、サービスの紹介冊子をもとに改変

精神保健福祉手帳は、精神障害をもつ人の実状に応じて自立と社会参加を促すために設けられた制度。障害の程度により1級、2級、3級に区分され、各種の福祉サービスや優遇措置が受けられる（等級により違いがある）。

- 受けられるサービス（一部）
 - ・税制上の優遇措置（税務署などへの申告が必要）
 - ・生活保護の障害者加算（等級が1級、2級の方が対象）
 - ・携帯電話の基本使用料金が半額
 - ・ふれあい案内サービス（NTTの電話番号案内（104）が無料）

※各自治体によって福祉サービスの内容は異なる

11

就労支援

参考：厚生労働省社会資源、サービスの紹介冊子をもとに改変

■公共職業安定所（ハローワーク）

- 就職に関する様々な相談を行っているところ。
- 障害者専門の相談窓口では、障害特性に応じた就職支援を行っている。

■障害者就業・生活支援センター

就業及び生活支援の担当者が、その人に合った仕事や働き方を一緒に考えながら就職に至るまでの道筋を作っていく。相応しいサービスや相談窓口の紹介、ハローワークまでの動向、修飾語は職場定着支援など、就業・生活の両面から支援していく。

12

就労支援

参考：厚生労働省社会資源、サービスの紹介冊子をもとに改変

■障害者職業センター

各都道府県に設置され、公共職業安定所や医療・福祉機関と連携して就職や職場復帰を目指す障害者、障害者雇用を検討している事業主等に対して、支援サービスを提供している。

職業準備支援

就職または職場適応に必要な職業上の課題の把握とその改善を図るための支援、職業に関する知識の習得のための支援、社会生活技能等の向上を図るための支援

職場適応援助者による支援

障害者等の雇用促進及び職業安定を図るため、事業所にジョブコーチを派遣し、障害者と事業主の双方に対して行う支援

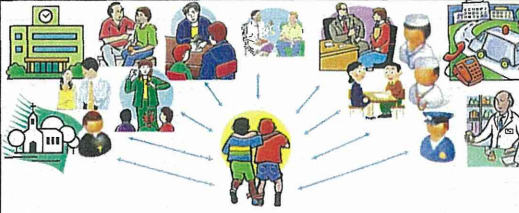
リワーク

休職している職員に対し、主治医や事業所と連携して行う復職準備のためのリハビリ

13

最後に...

14



社会資源導入のための注意点

- 単なる情報提供で終わらないこと
- 確実に相談機関につなぐこと
- 各相談機関や施設の担当者で情報共有し、みんなで対応していく

※一人で頑張ろうとしないこと

15

第3回 Post ACTION-J CM 研修会 プログラム ver.141123

研修 1 日目 9:30 から 18:00 まで

評価: 全員

総合司会: 河西、進行補佐: 川島、機器管理: 下田(PC)・丹羽(照明)・松尾(補佐)、全体

時間	講義・ワーク名	講師等	内容	教材、資料 <small>青字: ファシリのみ使用 赤字: 作業後あるいは発表後に回収</small>	ファシリ マニユア ル
9:15-9:30 (15分)	受付とアンケート配布	全員	参加者名簿にチェックする。アンケートは各受講者の番号に対応したものを配布する。	参加者名簿 [T]pretest	P3-4
9:30-9:55 (25分)	アンケート回収と挨拶	全員	事前アンケートの同意説明、同意書記入後に回収する(7分)。 挨拶と講師・ファシリテーター・受講者の自己紹介(18分)		P3-4
9:55-10:05 (10分)	1. ケース・マネージメントの概念 と本コースのアジェンダ	河西	イントロと動機付けのセッションを行う。 2日間の研修の流れと概要の説明	PPT①「ケース・マネージメントの 概念と本コースのアジェンダ」	P5-6
10:05-10:25 (20分)	2. [講義 1] 自殺予防と自殺未遂 者ケア総論	河西	自殺の疫学、自殺の危険因子、自殺企図者の心理についての 講義を行う。	PPT②「自殺予防学」	P7-8
10:25-10:45 (20分)	3. [講義 2] 精神疾患と自殺	衛藤	自殺企図者のケース・マネージメントに必要な各精神疾患の知 識。主要精神疾患(気分障害、統合失調症、物質依存症、パー ソナリティ障害)を解説する。	PPT③「精神疾患と自殺」	P9-10
10:45-10:55	休憩(10分)				
10:55-12:25 (計 90分) (10分) (5分) (25分) (30分) (10分) (10分)	4. [GW1] ケース・スタディ オリエンテーションと自己紹介 グループワークの進め方と症例の 黙読 1) グループワーク GW1-1: 危険因子の抽出 GW1-2: アセスメントのための情 報収集 2) 発表 3) 実際のアセスメントとマネーজে メントについての解説と質疑応答	司会進行 安東 CMG ファシリ 山田 (妃) 川島 MDG ファシリ /解説 太刀川	分かりやすい症例について自殺の危険性のアセスメントやアセ スメントに基づく対応について検討する。その後、アセスメントや 望ましい対応について解説を加え、ケース・マネージメントの内 容をイメージしてもらおう(1グループ6名)。 ファシリテーターが進行係。書記兼発表者を決める。黙読は、各 自分で「課題1と2」を読む。 GW1-1 ではファシリテーターが「この症例の危険因子を挙げて ください」と教示して進める。まとめることよりも危険因子をたくさん 挙げることを意識させる。出た意見は書記が付箋紙にどんどん 書き出し模造紙に張り付ける。 GW1-2 では「もう少し正確に、深くアセスメントを行うためにはさら にどのような情報が必要ですか?」と教示して進める。 模造紙を用いて発表者が発表する。 「課題1と2 解答」を配布し各自5分程で読み、実際のアセスマ ントやマネージメントの内容について、ファシリ/解説担当者が解 説する(「症例A 全概要」に基づいて、社会資源の伝え方やその タイミング等も含めて説明する)。	[GW1] 課題1と2 [GW1] 課題1と2 解答例 [GW1] 症例A その後の経過 PPT④ [GW1] ケース・スタディ (教示用 PPT) [GW1] 症例A 全概要 模造紙3枚 付箋(ピンクと黄色)	P11-17

12:25-12:40	参加者との意見交換(15分)	河西	AMの内容(分かりやすさ等)、進行(スピード、教示)等について率直にフィードバックしてもらう。	P17
12:40-13:25	お昼休み(45分)			
13:25-14:55 (90分)	5.自殺に傾くひととのコミュニケーション	大塚/丹羽	ロールプレイ(準備と実践) ①支援者としての心構えと、コミュニケーションの基礎 ②自殺念慮の聴き方 方法は大塚先生にお任せ(例:台詞を読んでもらう等)	PPT⑤「自殺に傾くひととのコミュニケーション」 P18-20
14:55-15:05	休憩(10分)			
15:05-15:30 (25分)	6.【講義3】ケース・マネジメントの実際 1) 未遂者に対するケース・マネジメントの目的、施設要件、資格要件 2) ケース・マネジメントを実施する対象者とケース・マネジメントの全体像 3) 救急医療部門におけるケース・マネジメント ①初期介入 ②情報収集とアセスメント ③心理教育 ④精神科受療の支援とかかりつけ医との調整 ⑤生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入	下田	ケース・マネジメントについて具体的に何をどのような順序で実施していくのかということ、症例A(分かり易い症例)を用いて講義形式で解説する。 ケース・マネジメントの目的についてPPTを用いて説明する。全体の流れについての概略についてフローを用いて説明する。すべきことと、それを実践する上でのポイントを解説する。教材として各種シートをあらかじめ配布し、それを見もらいながら講義をする。 「希死念慮が残存している場合は、精神科への転科転棟や精神科病院へ転院を進める」ことを口頭で追加説明する。	PPT⑥「ケース・マネジメントの実際(救急部門)」 [RP1] 初回面接シート P21-22
15:30-17:45 (計135分)	7.【RP1】初回面接のロールプレイ	司会進行 安東	フェイスシートと初回面接シートの各項目を読み上げて、各項目に何を記入するかを伝える。	[RP1] 救命センターカルテ情報 [RP1] 診療情報提供書 [RP1] プランニング記入用紙 [RP1] 初回面接シート [RP1] プランニング記入例 [RP1] 台本 [RP1] 模擬患者ルール [RP1,2,GW2] 症例B全概要 ⑦[RP1] フェイスシート・初回面接シート・アセスメント・プランニング
15:30-15:45 (15分)	フェイスシート、初回面接シートの説明	CMGファンリ 山田(妃) 川島	症例B(うつ病)について2人(患者役、CM役)1グループ(合計9グループ)でRP1-1からRP1-3を行う。患者役とCM役は配布された台本のセリフ通りに行う。	
15:45-15:55 (10分)	オリエンテーション、進め方の説明、症例の黙読	MDGファンリ /解説 太刀川	CM役は「救命センターカルテ情報」「診療情報提供書」「台本」「初回面接シート」「記入用紙」を読み理解する。台本は、シートの空いている箇所(黄色マーク)の情報が面接を通して集められ	
15:55-16:30				

RP1-1+RP1-2 (計 35 分)	1) ロールプレイ RP1-1: 初回面接 RP1-2: 初回面接シート作成		るようになっている。CM 役は、面接を聴きながらシートを埋める。	グシート説明 PPT ⑧[RP1] 初回面接のロールプレイ&グループワーク(教示用 PPT)	
16:30-16:40	休憩(10分)				
16:40-17:15 (35分)	RP1-3: プランニング		プランニングは、シートの情報を基に、2人(患者役、CM役)で検討し、記入用紙の各項目のポイントを読みながら意見を出し合い、書き出す。時間配分は臨床実践を意識する。目安は RP1-1と1-2で35分、RP1-3で35分。発表後に「記入例」を配布し、適切なアセスメントとプランニングについて解説する。		
17:15-17:45 (15分) (15分)	2) 発表(5分×3グループ指名) 3) 解説と質疑応答				
17:45-18:00 (15分)	8.1 日目閉会挨拶 意見交換	河西・山田(光)	明日の予定 1日目についてフィードバックしてもらう		P32

研修 2 日目 9:00 から 17:00 まで

時間	講義名	講師	内容	教材	ファシリ マニユア ル
9:00-9:05 (5分)	9. 挨拶	河西	昨日は基礎的学習とプラン立案。今日は心理教育、定期面接の実践、危機的事態への対応について学ぶことを説明する。	教材不要	P33
9:05-10:20 (75分)	10. 心理教育	衛藤	心理教育と社会資源の講義(15分)後、ロールプレイ。3人1組で全員実践練習。(15分×3人で合計45分)	⑨心理教育説明 ⑩心理教育 ⑪心理教育 参加者用課題	P34-36
10:20-10:25	休憩(5分)				
10:25-10:40 (15分)	11. [講義 4] 退院後のケース・マネージメント ①面接スケジュール ②アセスメントとマネージメント ③受療中断者への受療促進 ④終結例	池下	退院後のケース・マネージメントについて説明する。自身の経験談を入れて説明してもよい。入院が長期化している場合は、ケース・マネージメント面接を入院中に行うこともあることを補足する。	⑫「退院後のケース・マネージメント(退院後)」 [RP2] ケース・マネージメント面接シート	P37-38
10:40-12:50 (計 130 分)	12. [RP2] 退院後のケース・マネージメント面接のロールプレイ	司会進行 松尾	シートの各項目を説明する。	[RP2] プランニング記入用紙 [RP2] ケース・マネージメント面接シート	P39-45
10:40-10:50 (10分)	CM 面接シートの説明	CMG ファシリ 山田(妃)	CM 役は RP1 と役割を変えて RP2-1 から RP2-3 を行う。RP1 と同様に台本のセリフ通りを行う。CM 役は、「台本」「CM 面接シート」「記入用紙」を読み理解する。また、CM 役は、面接を聴きながらシートを埋める。	[RP2] プランニング記入例 [RP2] 台本	
10:50-10:55 (5分)	オリエンテーション 進め方の説明と症例の黙読	川島		[RP1,2,GW2] 症例 B 全概要	
10:55-11:35 RP2-1+RP2-2	1) ロールプレイ	MDG ファシリ /解説 大塚		⑬[RP2] CM 面接シート・アセスメント・プランニングシート説明 PPT ⑭[RP2] 退院後のケース・マネージメント(教示用 PPT)	

(計 40 分)	RP2-1:CM 面接 RP2-2:CM 面接シート作成				
11:35-11:45	休憩(10分)				
(35分)	RP2-3:今後のプランニング		プランニングは、シートの情報を基に2人(患者役、CM役)で検討し、記入用紙の各項目ポイントを参考に意見を出し合い書き出す。時間配分は臨床実践を意識する。目安はRP2-1と2-2で40分、RP2-3で35分。 発表後に「記入例」を配布して、適切なアセスメントとプランニングについて解説する。		
(15分)	2) 発表(5分×3グループ指名)				
(15分)	3) 解説と質疑応答				
12:50-13:40	お昼休み(50分)				
13:40-14:00	13.午前のまとめ、意見交換	河西	午前のまとめ、午後の予定、AMの内容(分かりやすさ等)、進行(スピード、教示)等について参加者と検討する。		P46
14:00-15:20 (計 80 分)	14.[GW2] 事例から学ぶインシデント対応	司会進行 杉本	インタラクション講義を通して、インシデントの対応について学ぶ。 インシデント(“突発的な出来事で、迅速な対応が要求され、即座に対応しなければ被害が広がっていくもの”であり、ここでは“自殺既遂になり得る状況”と考える)に対する適切な対応を3つの事例を通して学ぶ。 進行は、インタラクション講義形態で行い、講師が適宜受講者に質問をする。	[GW2] 症例 B インシデント発生までの概要 [GW2] 症例 B インシデント概要 [GW2] 症例 B インシデント対応 [GW2] 症例 C 短縮版 [GW2] 症例 C インシデント対応 [GW2] 症例 D 短縮版 [GW2] 症例 D インシデント対応 ⑮[GW2] 事例から学ぶインシデント対応(教示用 PPT)	P47-55
14:00-14:05 (5分)	1) はじめに				
14:05-14:27 (22分)	2) 症例 B				
14:27-14:52 (25分)	3) 症例 C				
14:52-15:10 (18分)	4) 症例 D				
15:10-15:15 (5分)	5) その他のインシデント				
15:15-15:20 (5分)	6) まとめ				
15:20-15:30	休憩(10分)				
15:30-15:50 (20分)	15.[講義 5] 遺された人の心理(ポストベンション)	池下	正しい知識を獲得してもらうための講義を行う。参考図書を紹介する。	⑩「遺された人の心理」	P56-58
15:50-16:05 (15分)	16.[講義 6] セルフケア	古野	対人支援職としてのセルフケアとチーム医療の在り方について講義を行う。	⑪「セルフケア」	P59
16:05-16:25 (20分)	17.アンケート記入	全員	事後アンケートを実施、回収する(20分)。	[T]posttest	P60
16:25-17:00 (35分)	18.受講証付与、終了の挨拶、意見交換	河西・山田(光)	研修受講証を付与後、終了の挨拶をする(10分)。 2日の研修についてフィードバックをもらう(30分)。	受講証	P61

[特別寄稿]

「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」を終了して：研究成果と今後の課題

大野 裕¹⁾ 酒井 明夫²⁾ 大塚 耕太郎²⁾ 栗田 圭一³⁾
岩佐 博人⁴⁾ 石田 康⁵⁾ 宇田 英典⁶⁾ 亀井 雄一⁷⁾
中村 純⁸⁾ 本橋 豊⁹⁾ 田島 美幸¹⁾ 米本 直裕¹⁰⁾
稲垣 正俊¹¹⁾ 山田 光彦¹⁰⁾ 高橋 清久¹²⁾

I. はじめに

世界保健機関（WHO）は、年間に世界で100万人近くの人々が自殺で死亡していると推定している¹⁾。WHOが2004年に取りまとめた国際調査では、日本の自殺率は7か国中で第1位であった。厚生労働省「人口動態統計」によれば、2011年における死亡順位では、20～39歳の日本人の死因の第1位が自殺であり、40～49歳で第2位、50～54歳で第3位となっている。

また、我が国の自殺死亡者数は1997年まで2万5千人前後で推移していたが1998年

に急増し、2012年には3万人を下回ったものの、現在も高い水準で推移している。そのため、自殺対策に向けた取り組みは、我が国において安心・安全な社会を構築するために重要かつ緊急の課題である。

そうしたなか、我が国では、2006年6月に「自殺対策基本法」が成立し、同年10月には異例な早さで施行された。この法律の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に寄与することとされている。更に、2007年6月には、「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。更に、2009年度より実施された自殺対策緊急強化基金（内閣府）を背景に、全国各地でさまざまな関連事業が実施されている。しかし、自殺を減らすための科学的根拠（エビデンス）に裏付けられた介入が明らかでないまま事業だけが進められている状況が続いていた。

自殺対策に限らず、公共政策の立案と実施に当たっては、科学的根拠に基づく実践（evidence-based practice; EBP）が必要であることはいうまでもない。人的資源や財源が限

- 1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター
- 2) 岩手医科大学神経精神科学講座
- 3) 独立行政法人東京都健康長寿医療センター / 東京都健康長寿医療センター研究所
- 4) 弘前医療福祉大学保健学部
- 5) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野
- 6) 鹿児島県伊集院保健所
- 7) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
- 8) 産業医科大学医学部精神医学教室
- 9) 秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座
- 10) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 11) 岡山大学病院
- 12) 公益財団法人精神・神経科学振興財団

られたなかで確実に成果を得るために施策の最適化を目指すのは当然のことであり、政策立案者は国民に対して十分な説明責任を果たさなければならない。しかし、自殺対策におけるエビデンス（特に介入効果のエビデンス）は、我が国ではもちろんのこと、諸外国においても大きく不足しており、公共政策立案者あるいは研究者が必要なエビデンスを社会に提供できていない状況にある。

それは、自殺対策の効果を厳密な科学的方法で検証することが難しいためでもある²⁾³⁾。人口全体からみれば、自殺というのは比較的稀な事象であり、疫学統計的に十分な効果を実証するために必要なサンプルサイズが極端に大きくなる。加えて、EBPに精通した公共政策立案者あるいは研究者の不足や、介入効果の実証研究/政策モニタリング研究のための資源が不十分である。更に、自殺に特有なリスク因子も明確に理解されていないため、介入ターゲットや試験介入法、評価項目（あるいは有効な代理指標）の選択にも、かなりの困難が伴う⁴⁾⁵⁾。

そこで、我が国で初めての大型多施設共同による自殺対策のための地域介入研究を実施し、複合的地域自殺対策プログラムの自殺企図予防効果が検討され、その研究成果がPLOS ONE誌に掲載された⁶⁾。本研究の結果は、我が国における地域の特性に根ざした自殺対策の立案と実践に役立つものと強く期待されている。そこで、本稿では、先にPLOS ONE誌に掲載された研究成果を紹介するとともに、我が国における今後の自殺対策の課題について検討した。

II. 自殺対策のための戦略研究とは

戦略研究とは、我が国を支える多くの国民

の健康を維持・増進させるために、優先順位の高い慢性疾患・健康障害を標的として、その予防・治療介入および診療の質改善介入など、国民の健康を守る政策に関連する「実証的根拠（エビデンス）」を生み出すために実施される厚生労働科学研究費補助金による大型の臨床研究プログラムである。

2005年度より創設された戦略研究は、「厚生労働省が、あらかじめ国民のニーズに基づいて策定された行政の方針に従って具体的な政策目標を定め、成果（アウトカム）指標と研究計画の骨子を定める」という点で成果指標、研究計画をすべて研究者に一任してきたこれまでの厚生労働科学研究の一般公募研究、あるいは、班研究とは一線を画すものである。研究費も従来の厚生労働科学研究費補助金では原則として年間約2千万円から3千万円の研究費を使って3年の期間で研究を行うことになっていたのに対し、自殺対策のための戦略研究では年間約2億円の研究費を使って5年の期間をかけて研究が行われることになった。一方、同年に採択された糖尿病予防のための戦略研究では年間約8.6億円の研究費が拠出された（週刊医学界新聞、第2644号、2005年8月1日）。2つの課題間で研究費の配分額に違いができた経緯は不明である。

年間約2億円というと大きな金額のように思えるが、実際に研究を始めると必ずしもそうではないことがわかってきた。後述するように、自殺対策のための戦略研究では地域介入研究（NOCOMIT-J）と救急介入研究（ACTION-J）の2つの班が立ち上がり（Fig.1）、地域介入班では年間約1億円の研究費を使って7地域で介入を行った。中央運営費用を除くと一地域で使える費用は7百万円から8

研究課題	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)	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研究 (ACTION-J)
研究目的	自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において、一次から三次までのさまざまな自殺予防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を介入地区で実施し、通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図（自殺死亡および自殺未遂）の発生に効果があるかどうかを検証する。	救急施設に搬送された自殺未遂者に対するケース・マネジメント（心理教育や受療支援、背景にある問題解決のための社会資源利用支援など）の自殺企図再発防止効果を検証する。
設定目標	地域における自殺企図率の減少	自殺未遂者の自殺企図再発率の減少
研究リーダー	大野 裕 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長	平安 良雄 横浜市立大学附属市民総合医療センター病院長/横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門教授
研究実施団体	財団法人 精神・神経科学振興財団	

↓

より効果的な自殺防止対策を確立

Fig.1 自殺対策のための戦略研究の概要

百万円であり、研究班事務局、あるいは、財団に設置された統括推進本部と連絡を取りながら介入活動を管理・運営し、データを収集するための人材を一人確保すると、その人件費だけで年間予算の半分が消費されることになる。したがって、介入活動自体の費用や人材は自治体に依存し、研究のための活動を研究費で行うという、自治体と研究班の共同作業として地域介入研究を行うことになった。

さて、このようにして行われることになった戦略研究であるが、その成果指標および研究計画の骨子は、その研究成果を「政策」として全国に均てん化することを前提として、厚生労働省の研究班により作成されていた。つまり、戦略研究は、その成果が「現実的な問題解決」のために利用可能かどうかを検討することを目的として実施された研究である。自殺対策に関しては、2004 年度に厚生労働

科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「うつ病関連の自殺予防戦略研究課題の提案と評価に関する研究」（主任研究者：樋口輝彦）が、それまでの内外の自殺研究をレビューし、「自殺関連うつ対策戦略研究」という課題で研究を進めることが適切であると提言し、2005 年度からその提言に沿った研究が行われることになった。

ただし、戦略研究を開始するに当たって、研究班は研究課題名を「自殺対策のための戦略研究」に変更した。それは、自殺者の大半が自殺直前に精神疾患にかかっていることが多くの研究で報告されているが、そのなかでうつ病は 3~4 割前後であり、統合失調症を始めとする多くの精神疾患もまた自殺の原因としては重要であることから、自殺対策をうつ病に限定することは好ましくないと判断したからである。また、「予防」という表現は、

自死遺族が自殺の可能性に気づきそれを止めることができなかつたと非難されているように感じる可能性が高いことから、「自殺予防」ではなく「自殺対策」とした。

こうして、「自殺対策のための戦略研究」班は、自殺対策では「地域特性に応じた自殺予防プログラムの開発（ポピュレーションアプローチ）」と「自殺企図者の再発防止策の開発（ハイリスクアプローチ）」の両方が必要であり、自殺者の減少に向けた取り組みが重要かつ緊急の課題として必要であると考えて研究に取り組むことになった。そこで、ここからは、「地域特性に応じた自殺予防プログラムの開発（ポピュレーションアプローチ）」を目的としたNOCOMIT-J研究の具体的な内容と成果について論じることにする。

Ⅲ. NOCOMIT-J研究の背景と目的

自殺の背景には、健康問題（精神疾患・身体疾患）、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化等さまざまな社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要になる。しかし、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した研究および施策ははなはだ不十分な現状である。また、自殺の要因についてより詳しく調べる目的で心理学的剖検などの研究も行われているが、協力率の低さや協力者の属性の偏りなどから、研究結果は慎重に検討しなくてはならない。また、自殺者の大半が自殺直前に精神疾患にかかっており、体調不良を訴えて精神科以外の診療科を受診していることが多いことから、精神科以外の診療科の医療機関と精神科の医療機関が連携する啓発活動が全国レベルで展開されたこともあったが、

その効果も科学的には実証されていない。

これまでの系統的レビュー論文では、多段階かつ複合的な介入が地域での自殺予防の戦略となり得ることが示されており²⁾⁷⁾⁸⁾、理論的には複数の介入間の相乗効果が見込まれる⁸⁾。しかし、一般集団における自殺率が低い値であるために統計的な検出力をもって群間の差を検出する研究が困難であった。実際、自殺率への介入の影響を報告した研究はほとんどなかった²⁾⁷⁾⁸⁾。

そこでNOCOMIT-Jでは、大規模集団を対象として、十分に自殺行動を観察するための適切な観察期間を用いて、そのため、十分な統計学的検出力を得たうえで研究を行った。更に、事前に計画したサブグループ解析を特定のサブ集団における介入の効果を検出するために実施した。

全国各地の先駆的な取り組みを踏まえ、効果的な支援方法に関するエビデンスを大規模多施設共同研究により構築し、今後の政策立案に役立てることが必要であるとの認識のもと、2005年度より、厚生労働科学研究費補助金による研究事業として「自殺対策のための戦略研究」が実施された。本稿で詳しく紹介するNOCOMIT-Jは、そのうちの1つである（Fig.1）。

本戦略研究の実施主体は財団法人精神・神経科学振興財団（現在は公益財団法人）であり、研究グループを全国で組織し、関連する自治体等の協力を得て複合的地域自殺対策プログラムの自殺企図予防効果を検証した。NOCOMIT-J研究班の構成はFig.2に示したとおりである（所属は当時のものを掲載してある）。また、図に示したように各種委員会を立ち上げて、研究の計画、倫理的検討、進捗管理等を行った。本研究の意義は、こうし

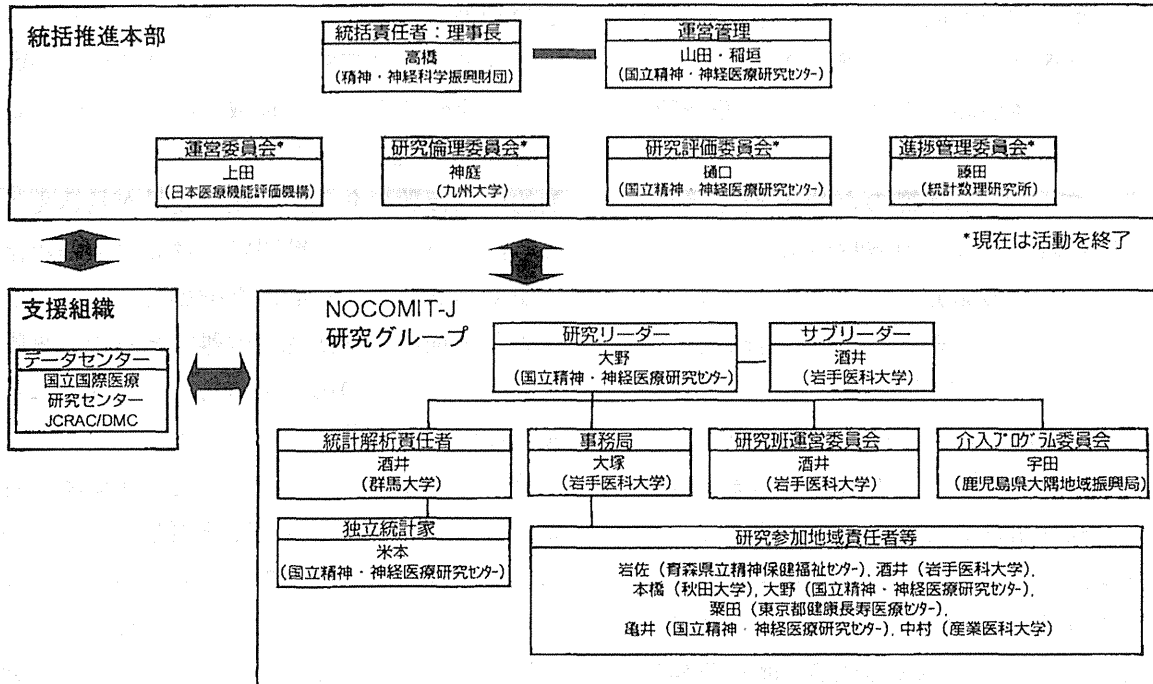


Fig.2 NOCOMIT-J の研究班の構成

た委員会の指導のもと、研究班が事前に研究計画と解析計画を立て、それを公にしたうえで計画に沿って研究を進めることで、恣意的な解釈や推測が入るのを極力排したところにもある。

IV. NOCOMIT-J 研究の方法・研究デザイン

1 研究参加地域

NOCOMIT-J 研究では、地域介入の対象として、自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域と、都市部近郊の人口密集地域の2つの地域を設定した。特に、前者は本研究の介入の基盤となった、これまでに日本で行われた地域介入が焦点を当てていた地域である^{9)~11)}。地域に居住する全集団が介入の標的である。本研究では、過去の自殺率および人口規模を用いてマッチさせた介入群と対照群を対とした。地方郡部地域の対象は4つの介入地域に居住する住民と4つの対照地域

に居住する住民とした。都市部近郊の人口密集地域は、本研究の実施前に自殺率が上昇しており、地方郡部地域とは別に標的として設定した。人口密集地域の参加者は3つの介入地域と3つのマッチさせた対照地域に居住する住民とした。

2 複合的自殺予防対策プログラムに基づく地域介入

NOCOMIT-J で検証した多段階かつ複合的な地域介入は、日本の地方郡部地域に居住するうつ病高齢者に焦点を当てた以前の研究の知見^{9)~11)}を拡張して開発した¹²⁾。その基本コンセプトは「こころの健康を守る地域の環境作り」「地域の絆の再構築」「地域での弱者支援」である。

本介入は、一般社会と健康に関連する資源の社会支援ネットワークを構築することに焦点を当て、地域社会の人と人の関係 (relationship) と連結性 (つながり connectedness) を

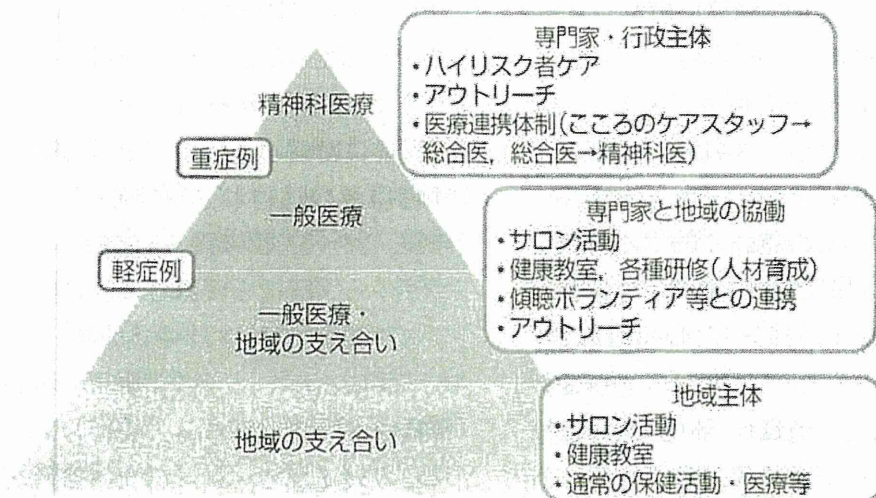


Fig.3 介入必須項目の構成要素
(岩手医科大学 大塚先生資料, 宇田先生改変)

増強することを意図したものである。必須の構成要素を Fig.3 に列記した。ここに示すように、介入は複数の段階からなり、複数の様式の介入を組み合わせたもので、参加地域の全住民を標的としている。

同時に、自殺行動の原因とリスク要因に対する理解を改善することにより、自殺リスクを認識させ、援助希求行動を促進し、精神保健サービスへのアクセスを改善することを目的とした。訓練プログラムは、ゲートキーパーやケア提供者を標的として、脆弱な人々を早期に同定する役割を促進し、自殺予防的な機能を向上させることを目的とした。スクリーニングプログラムは、地域社会のなかのリスクのある個人を同定し、治療へと促すことを目的とした。更に、地域の保健部局が必要に応じて自死遺族に対して喪の作業を支援するための適切なケアの提供を推奨した。

地方自治体および地方の健康部局は協働して、NOCOMIT-J グループのプログラム委員会が開発した介入プログラムをマニュアルに従い実施した¹³⁾。このように、NOCOMIT-J

は、さまざまな行政機関・医療機関・教育機関や NPO 等の組織、そして、地域住民の方々の理解と協力なしには進めることができない大規模な地域介入研究であった。

対照群での介入は通常の自殺予防活動とした。対照群に対しても、地方自治体の首長が研究参加に同意した後にプログラムのリストを開示した。しかし、介入マニュアルの詳細は開示していない。研究モニタリングとデータの収集は介入群、対照群の両群で行われた。

地域介入は 2006 年 6 月に開始された。短期間の介入では検出可能な効果が得られない可能性があるため³⁾、介入を 3.5 年間継続した。それと併行して、地域間で均一な介入が行われるように、半年ごとに中央での研修会を開催し、各介入地域の関係者が集まって、お互いの介入の現状を報告し、スキルアップを図った。

3 評価項目

主要評価項目は自殺企図（自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂（重症ないし中等症）の発生）とした。副次評価項目は、

1) 自殺死亡の発生, 2) 救急事故等報告に基づく自殺未遂(重症ないし中等症)の発生, 3) 介入マニュアルに必須と記述された介入構成要素へのアドヒアランス割合, とした。アドヒアランスの評価として, マニュアルに記述されたプログラムの実施に関する情報を研究開始時から 6 か月ごとにすべての参加地域で収集した。Fig.3 に列記した必須構成要素に基づきアドヒアランスに関する 2 値変数の質問項目を準備し, 地域自治体の健康部局から収集した。イベントの報告者は介入に対して盲検化していない。参加地域の 2003 年から 2009 年の人口動態統計(厚生労働省)を用いて, 国際疾病分類第 10 版の「故意の自傷及び自殺(ICD10 分類 X60-X84)」, 性別, 年齢, 地区コードについての情報を収集した。本研究では, 自殺未遂の患者は自傷により救急サービスに搬送された重傷ないし中等症の自損患者と定義した。日本では, 救急サービスは国の医療保険制度でカバーされており, すべての自殺未遂患者が必要に応じて救急医療へアクセス可能である。救急事故等報告からは, 搬送の種類, 日付, 地区, 重傷度, 性別, 年齢, についての情報を 6 か月ごとに 2003 年から 2009 年まで収集した。そのため, 本研究の自損による救急搬送の日付は系統的に収集されており信頼できる。また, 地域, 性別, 年齢グループごとの全人口を, 住民基本台帳を基に収集した。

4 統計解析

主要解析において, 主要評価項目である交絡要因(共変量)を調整した自殺死亡と自殺企図を合わせた複合アウトカムの発生率比(rate ratios; RRs)を介入効果の指標として比較した。

副次評価項目は自殺死亡と自殺企図の発生

率それぞれが対照群と比較して介入群で有意に低下しているか否かを検討した。介入へのアドヒアランスも検討した。

事前に計画していた, 主要評価項目と副次評価項目の性別および年齢グループ(25 歳未満, 25~65 歳未満, 65 歳以上)ごとのサブグループ解析を実施した。これらの変数はリスク要因であり効果を修飾する(サブグループによって, リスク要因の影響の大きさが異なる可能性がある)要因であることが知られているため, これらを主要解析のモデリングにも使用した。探索的な解析であることを考慮して, 多重比較の調整は行わなかった。

すべての解析は intention-to-treat の原則に基づき実施した。統計解析は SAS ソフトウェアを用いて実施した。

5 倫理的配慮等

自殺を対象とした地域介入研究は, 研究倫理についての議論もあり, また, 極めて頻度の低いアウトカムについての評価が要求されるため, 諸外国においてもハードルが高いとされている。NOCOMIT-J の研究プロトコルは, 公益財団法人精神・神経科学振興財団の中央研究倫理委員会で承認された。また, プロトコルは参加地域各地の大学または研究機関の倫理委員会で承認された。研究担当者は, 参加者と直接接することはなく, すべての個票データ(すべてのデータは匿名化されている)を収集した。そのため, 参加地域の住民から書面によるインフォームドコンセントは得ていない。代替として, 地域の研究者は, 住民の代理として地方自治体の長から研究実施の認可を書面で得て, 参加地域の公共出版物に口頭同意としての告知を行った。この過程は中央研究倫理委員会および地域の倫理委員会で承認されており, 疫学研究に関する倫

理指針に則っている (<http://www.niph.go.jp/wadai/ekigakurinri/guidelines.pdf>)。

また、研究成果論文⁶⁾はTransparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND) 宣言¹⁴⁾¹⁵⁾に則っており、NOCOMIT-JのプロトコルはClinicalTrials.gov (NCT00737165) およびUMIN-CTR (UMIN 000000460) に登録されている。また、NOCOMIT-Jのプロトコルは学術論文として公開した¹²⁾。

V. NOCOMIT-J 研究の結果

1 参加地域の人口統計学的情報

Fig.4 に本研究のサンプリングフローを示した。2006年の自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域の研究対象者数は631,133名だった。都市部近郊の人口密集地域の全対象者数は1,319,927名であった。

2 自殺予防プログラムへのアドヒアランス
参加地域で実施された自殺予防プログラムへのアドヒアランスをFig.5, 6に示した。

自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域では、介入グループ全体のアドヒアランスの中央値は0.65で、対照グループのアドヒアランスよりも有意に高かった ($\beta=0.42$, 95%信頼区間0.12~0.72, $p=0.0056$)。一方で、都市部近郊の人口密集地域では、介入グループ全体のアドヒアランスの中央値は0.55で、対照グループのアドヒアランスと差がなかった ($\beta=0.35$, 95%信頼区間20.01~0.71, $p=0.0552$)。

3 主要評価項目への効果

自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域では、介入開始から2年後の中間解析から主要評価項目は自殺企図(自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂(重症ないし中等症))の発生率は介入群と対照群で同様であった ($RR=0.99$, 95%信頼区間0.79~1.06, $p=0.257$)。この結果から、予定通りの期間研究が継続された。

Fig.7に示すように、地方郡部地域では、介入群の主要評価項目は自殺企図(自殺死亡

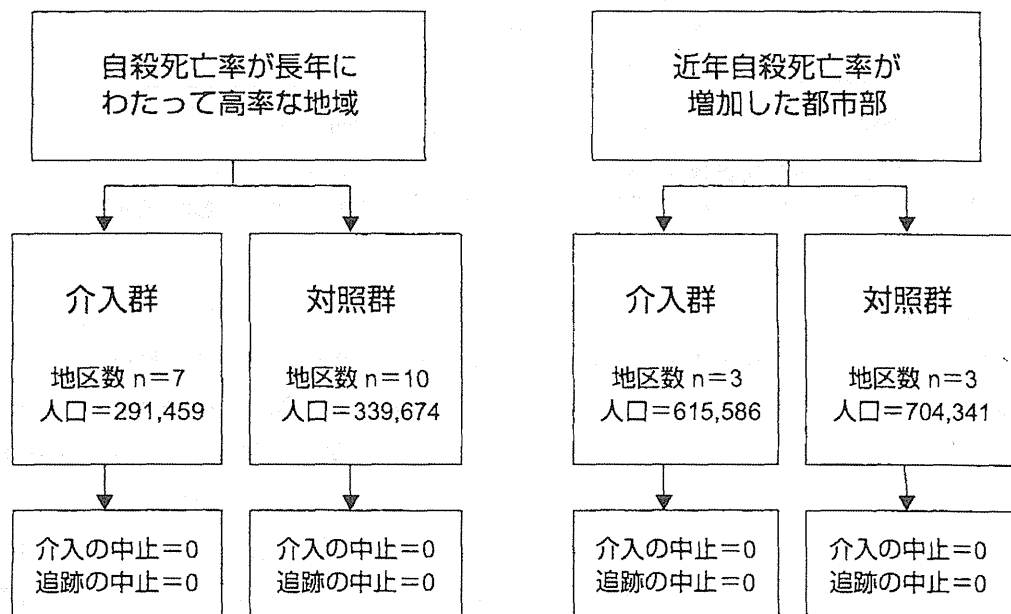


Fig.4 サンプリングフロー

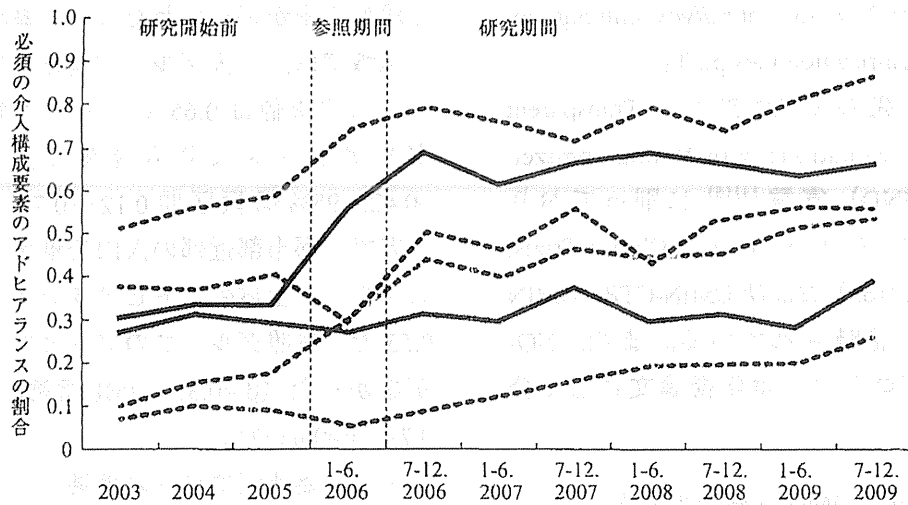


Fig.5 地方郡部地域における自殺予防プログラムのアドヒアランス

黒実線：介入群中央値、黒点線：四分位範囲、グレー実線：対照群中央値、グレー点線：四分位範囲

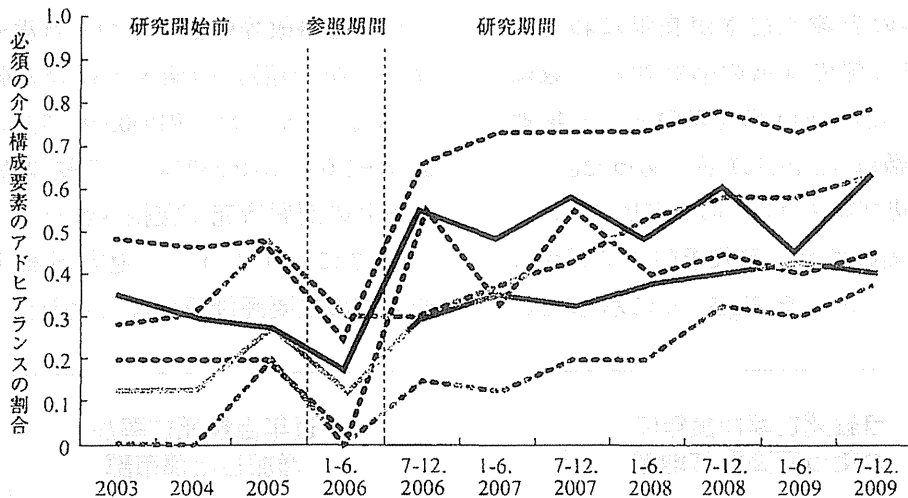


Fig.6 人口密集地域における自殺予防プログラムのアドヒアランス

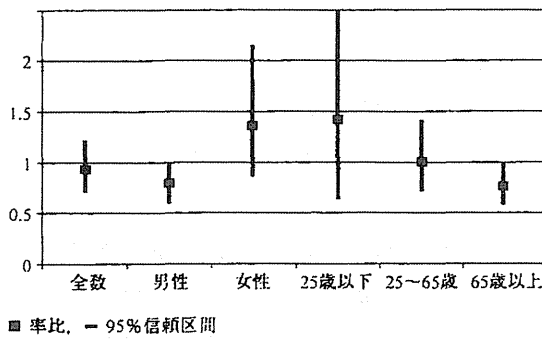
黒実線：介入群中央値、黒点線：四分位範囲、グレー実線：対照群中央値、グレー点線：四分位範囲

および救急事故等報告に基づく自殺未遂（重症ないし中等症）の発生率は対照群よりもわずかに低い値であった（RR=0.93, 95% 信頼区間 0.71~1.22, p=0.598）。サブグループ解析から男性では介入群の発生率は有意に低いことが示された（RR=0.77, 95% 信頼区間 0.59~0.998, p=0.0485）。また、65歳以上の高齢者においても有意に低いことが示された

（RR=0.76, 95% 信頼区間 0.57~1.01, p=0.062）が、女性（RR=1.34, 95% 信頼区間 0.87~2.15, p=0.174）および特に 25 歳未満において（RR=1.44, 95% 信頼区間 0.63~3.31, p=0.386）発生率が高いことが示された。

都市部近郊の人口密集地域では、主要評価項目である自殺企図（自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂（重症ないし中等

地方郡部地域



人口密集地域

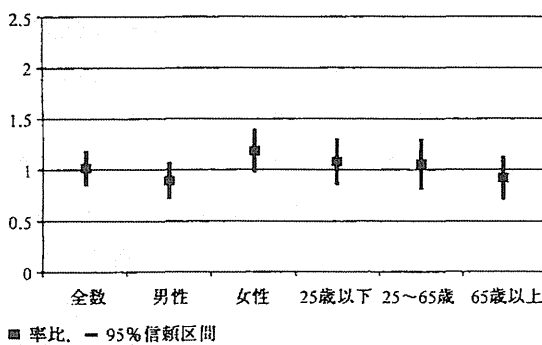


Fig.7 全数およびサブグループ (性, 年齢) の主要評価項目

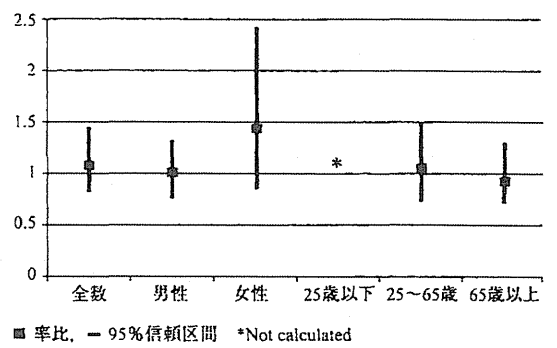
症)) の発生率は介入群と対照群とで同様であった (RR=1.00, 95% 信頼区間 0.85~1.19, p=0.961)。

4 副次評価項目への効果

Fig.8 に示すように、自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域の自殺死亡の発生率は介入群と対照群で同様であった (RR=1.09, 95% 信頼区間 0.82~1.45, p=0.550)。サブグループ解析から、女性では介入群で発生率が高いことが示された (RR=1.44, 95% 信頼区間 0.85~2.43, p=0.177)。

Fig.9 に示すように、自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域では、救急事故等報告に基づく自殺未遂 (重症ないし中等症) の発生率は、対照群と比較して介入群はわずかに低かった (RR=0.86, 95% 信頼区間

地方郡部地域



人口密集地域

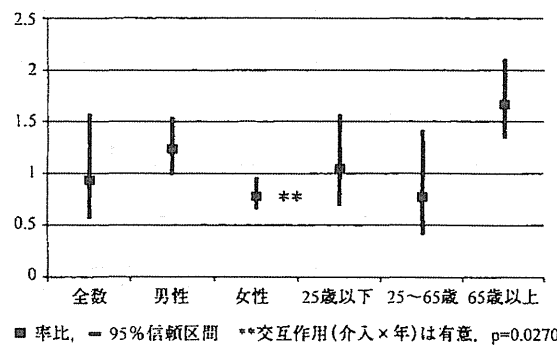


Fig.8 全数およびサブグループの副次評価項目 (自殺死亡)

0.55~1.36, p=0.524)。サブグループ解析から、男性 (RR=0.39, 95% 信頼区間 0.22~0.68, p=0.001) および 65 歳以上の高齢者 (RR=0.35, 95% 信頼区間 0.17~0.71, p=0.004) で発生率が有意に低いことが示された。サブグループ解析から、25 歳未満の参加者において発生率が介入群において低かった (RR=0.74, 95% 信頼区間 0.24~2.31, p=0.605) が、一方で、女性では高い発生率であることが示された (RR=1.56, 95% 信頼区間 0.80~3.04, p=0.193)。

Fig.8 と Fig.9 のように、都市部近郊の人口密集地域では、自殺企図 (自殺死亡および救急事故等報告に基づく自殺未遂 (重症ないし中等症)) の発生率に対してはサブグループごとに異なる効果が示された。