

(Fukuhara & Suzukamo, 2004). The SF-8 is an 8-item self-report questionnaire to assess health-related QOL. It yields two summary measures of physical and mental health: the Physical Component Summary and Mental Component Summary. QOL was measured in this trial because QOL among medical residents generally tends to be poor and is one of the targets for improvement (Drolet *et al.* 2012), and they commonly encounter cases of suicide, which brings significant psychological stress that would affect their QOL (Fang *et al.* 2007). Moreover, a previous study on the MHFA programme demonstrated positive effects on non-professional participants' QOL (Kitchener & Jorm, 2006).

Background characteristics of participants

Information was collected on the demographic and educational characteristics of the participants, as well as their own and close relatives' experience of mental health problems.

Sample size calculation

Regarding the primary outcome of SIRI, the Gatekeeper Training Program group was expected to show a greater increase in SIRI-1 score between T0 and T2 than the control group. Based on our pilot study with a pre-post design, the mean (standard deviation, s.d.) of the SIRI-1 score was 18.31 (2.0) at T0 (unpublished data). The mean difference between SIRI-1 score at T2 and T0 was 1.05 (1.87). From the results of this pilot study, we expected the Gatekeeper Training Program group to increase their SIRI-1 score by 1.5 (2.0) at a power of 0.8 and alpha level of 0.05, with the 4 clusters. With intraclass correlates of 0.15 (Jorm *et al.* 2004), the number of participants needed for one cluster was 22, giving 88 participants for 4 clusters. The number of participants needed for recruitment was estimated as 104, based on 10% attrition at T2.

Analysis

Analysis was by the intention-to-treat principle. In the adjusted analysis, we applied a random (mixed) effects model under the missing-at-random assumption to the intention-to-treat population. We included variation of the allocated clusters in the model in order to allow for the possibility that outcome measures from individuals within the allocated cluster might not be independent in the analysis of the cluster randomized trial (Campbell & Grimshaw, 1998). Mean differences in the two groups from T0 to T1, T2 and T3 and 95%

confidence intervals (CI) were calculated. SAS version 9.1 and JMP version 6.0J were used for all analyses.

Results

From among a total of 120 medical residents on their psychiatric rotation during the study period, six declined to participate and data from the remaining 114 residents (95%) were analysed. The characteristics of the Gatekeeper Training Program and the control programme participants are presented in Table 1. No notable difference was observed in the baseline characteristics of the two groups.

First, with regard to the primary outcome, no group difference was observed in increase in SIRI-1 score at any time point (Table 2). Next, a comparison of the SIRI-2 Original score between the Gatekeeper Training Program and the control groups revealed that the scores decreased in both groups, indicating that the rating gap between Western suicidologists and study participants had narrowed after the training. However, there was no difference between the Gatekeeper Training Program group and the control group. At T3, the difference in the score between T3 and T0 was -8.32 (s.d.=6.14) in the Gatekeeper Training Program group and 1.00 (12.88) in the control group, showing a group difference, although the proportion of responses was very low at this final time point. Last, a comparison of the SIRI-2 Japanese version score between the two groups revealed a difference between them: score at T1 was 61.28 (18.06) for the Gatekeeper Training Program group and 53.05 (15.79) for the control group ($p=0.017$), and the difference in the score between T1 and T0 was 9.98 (95% CI; 4.39–15.56) between the two groups in the adjusted model, with a significant group difference ($p=0.001$).

With respect to the residents' interest in mental health problems and confidence in their care of suicidal persons, the interest score lowered immediately after the training, although it did so in both groups, and the confidence score increased by about 1 unit in both groups (Table 3). There was no difference in change in QOL between the two groups at any time point in either the physical or mental domain on the SF-8 (Table 4).

Discussion

This study evaluated the effectiveness of the Gatekeeper Training Program, a brief suicide management training programme, in comparison with the usual programme involving a didactic lecture on depression and suicidality. When measuring competency in managing suicidal persons using the SIRI-1

Table 1. Participant characteristics (N = 114)

	Gatekeeper Training Program N = 65	Usual training programme N = 49
Institution, <i>n</i> (%)		
Hokkaido University	15 (23.1)	13 (26.5)
Iwate Medical University	3 (4.6)	0 (0.0)
Keio University	13 (20.0)	13 (26.5)
Yokohama City University	11 (16.9)	8 (16.3)
Kyushu University	23 (35.4)	15 (30.6)
Sex, <i>n</i> (%)		
Male	36 (55.4)	29 (59.2)
Female	29 (44.6)	20 (40.8)
Age		
Mean (s.d.)	27.5 (2.3)	28.3 (4.2)
Median (25–75%)	27 (26–28)	27 (26–28)
Intended specialty, <i>n</i> (%)		
Psychiatry, psychosomatic medicine	5 (7.7)	2 (4.1)
Medicine	20 (30.8)	18 (36.7)
Surgery	7 (10.8)	12 (24.5)
Paediatrics	6 (9.2)	3 (6.1)
OB/GYN	3 (4.6)	2 (4.1)
Family medicine	2 (3.1)	0 (0.0)
Unknown	7 (10.8)	1 (2.0)
Other	15 (23.1)	11 (22.4)
Personal experience of mental health problem, <i>n</i> (%)		
Own problem	14 (21.5)	13 (26.5)
Relatives' problem	19 (29.2)	14 (28.6)
Competency in suicide management		
SIRI-1	19.06 (2.49)	18.47 (3.64)
SIRI-2 Original version	64.31 (14.04)	65.96 (15.47)
SIRI-2 Japanese version	52.05 (15.30)	53.97 (16.58)
Interest in mental health problems		
Mean (s.d.)	3.1 (1.0)	2.9 (0.9)
Median (25–75%)	3 (2–4)	3 (2–3)
Confidence in care of suicidal persons		
Mean (s.d.)	1.6 (0.7)	1.7 (0.5)
Median (25–75%)	2 (1–2)	2 (1–2)
Confidence in comparison with previous month		
Mean (s.d.)	3.23 (0.50)	3.21 (0.62)
Median (25–75%)	3 (3–4)	3 (3–4)
SF-8		
Physical component summary	52.55 (4.76)	51.76 (4.48)
Mental component summary	48.17 (5.52)	49.20 (4.81)

SIRI-1: sum of the number of appropriate responses made on SIRI. Higher score indicates appropriate competency in managing suicidal persons.

SIRI-2 Original version: sum of the discrepancy between participants' ratings of appropriateness of the responses made and a set of criterion ratings by a panel of American suicidology experts in SIRI. Higher score indicates fewer competencies in managing suicidal persons compared with the competencies of American suicidology experts.

SIRI-2 Japanese version: sum of the discrepancy between participants' ratings of appropriateness of the responses made and a set of criterion ratings by a panel of Japanese health workers on SIRI. Higher score indicates fewer competencies in managing suicidal persons compared with the competencies of Japanese health workers.

SF8: MOS QOL questionnaire-short form.

score, there was no difference between the two groups at individual level. As a cluster was a combination of rotation groups, we cannot generalize the results to

the medical residents at group level; however, it may be applicable at individual level. Below we take a closer look at different scoring methods used in this

Table 2. SIRI score for Gatekeeper Training Program group and usual training programme group

	Gatekeeper Training Program N = 65 Mean (s.d.)	Usual training programme N = 49 Mean (s.d.)	Mean difference (95% CI)	p-Value
SIRI-1				
T1-T0 (observed cases)	(n = 60)	(n = 47)		
Unadjusted			-0.41 (-1.35-0.54)	0.394
Adjusted	0.40 (2.63)	0.81 (2.20)	-0.26 (-1.13-0.62)	0.560
T2-T0 (observed cases)	(n = 28)	(n = 30)		
Unadjusted			0.03 (-1.21-1.27)	0.957
Adjusted	0.50 (2.53)	0.47 (2.17)	0.39 (-0.73-1.52)	0.487
T3-T0 (observed cases)	(n = 16)	(n = 22)		
Unadjusted			1.03 (-0.90-2.96)	0.288
Adjusted	0.94 (2.89)	-0.09 (2.91)	1.25 (-2.12-4.63)	0.375
SIRI-2 Original version				
T1-T0 (observed cases)	(n = 55)	(n = 45)		
Unadjusted			0.39 (-4.07-4.84)	0.864
Adjusted	-3.82 (12.56)	-4.20 (9.20)	0.32 (-2.34-2.97)	0.814
T2-T0 (observed cases)	(n = 27)	(n = 30)		
Unadjusted			-0.44 (-7.01-6.12)	0.893
Adjusted	-1.45 (14.47)	-1.00 (10.09)	-1.22 (-7.70-5.26)	0.708
T3-T0 (observed cases)	(n = 13)	(n = 22)		
Unadjusted			-9.33 (-17.10-1.55)	0.020
Adjusted	-8.32 (6.14)	1.00 (12.88)	-10.36 (-23.17-2.44)	0.094
SIRI-2 Japanese version				
T1-T0 (observed cases)	(n = 55)	(n = 45)		
Unadjusted			10.12 (4.31-15.93)	0.001
Adjusted	9.47 (14.83)	-0.65 (14.22)	9.98 (4.39-15.56)	0.001
T2-T0 (observed cases)	(n = 27)	(n = 30)		
Unadjusted			7.64 (-0.16-15.45)	0.055
Adjusted	7.15 (12.29)	-0.50 (16.54)	6.82 (-0.93-14.57)	0.083
T3-T0 (observed cases)	(n = 13)	(n = 22)		
Unadjusted			4.01 (-8.02-16.04)	0.502
Adjusted	10.48 (13.41)	6.47 (18.6)	3.51 (-15.09-22.11)	0.658

Adjusted by score at T0 and cluster effects.

SIRI-1: sum of the number of appropriate responses on SIRI.

SIRI-2 Original version: sum of the discrepancy between participants' ratings of appropriateness of intervention and a set of criterion ratings by a panel of American suicidology experts on SIRI.

SIRI-2 Japanese version: sum of the discrepancy between participants' ratings of appropriateness of intervention and a set of criterion ratings by a panel of Japanese health workers on SIRI.

study, discuss further the programme contents and explore issues of cultural sensitivity.

Evaluation of the Gatekeeper Training Programme according to different SIRI scoring methods

First, with respect to the primary outcome measure, SIRI-1, which involves simple arithmetic addition of 25 items, we failed to find improved competency in suicide management. One possible reason for this is that the medical residents already had basic medical knowledge on depression and suicide-related behaviour, therefore, the degree of improvement was limited

(a ceiling effect). In addition, the problem associated with the SIRI-1 score is that zero is assumed for any participant that did not respond. As there was a high proportion of such cases in our dataset, the distribution of data became skewed to zero, indicating wrongly that the score decreased regardless of the programme's effect.

Second, the Gatekeeper Training Program was found to be marginally effective when measured using the SIRI-2 Original score at T3. Given the medical residents' already higher level of knowledge than non-health professionals', our programme intended to further improve the residents' competency through

Table 3. Scores for interest in mental health problems and confidence in care of suicidal persons for Gatekeeper Training Program group and usual training programme group and mean differences

	Gatekeeper Training Program N = 65 Mean (s.d.)	Usual training programme N = 49 Mean (s.d.)	Mean difference (95% CI)	p-Value
Interest, mean (s.d.)				
T1-T0 (observed cases)	(n = 60)	(n = 46)		
Unadjusted	-0.95 (1.23)	-0.94(1.18)	-0.02 (-0.48-0.45)	0.949
Adjusted			-0.04 (-0.58-0.65)	0.885
T2-T0 (observed cases)	(n = 28)	(n = 30)		
Unadjusted	-0.21 (0.92)	0.03 (1.07)	-0.25 (-0.77-0.27)	0.349
Adjusted			-0.12 (-0.61 - 0.38)	0.634
T3-T0 (observed cases)	(n = 16)	(n = 22)		
Unadjusted	-0.13 (1.15)	-0.27 (0.77)	0.15 (-0.48-0.78)	0.637
Adjusted			0.16 (-0.49-0.81)	0.622
Confidence, mean (s.d.)				
T1-T0 (observed cases)	(n = 60)	(n = 46)		
Unadjusted			0.49 (0.02-0.95)	0.041
Adjusted	1.62 (1.29)	1.13 (1.07)	0.45 (-0.23-1.10)	0.164
T2-T0 (observed cases)	(n = 28)	(n = 30)		
Unadjusted			0.27 (-0.07-0.60)	0.114
Adjusted	0.50 (0.51)	0.23 (0.73)	0.25 (-0.18-0.68)	0.207
T3-T0 (observed cases)	(n = 16)	(n = 22)		
Unadjusted			0.29 (-0.21-0.79)	0.248
Adjusted	0.56 (0.63)	0.27 (0.83)	0.28 (-0.59-1.15)	0.451

Adjusted by score at T0 and cluster effects.

participatory learning. It may take longer and more training to effect a change in competency than a change in knowledge because the participants must take back what they have learned and examine whether it really works or not within their own clinical practice, although evidence suggests that those who

work in suicidality on a regular basis early in their career benefit most from training (Saunders *et al.* 2012). In the present study, the actual number of valid returns was low at T3, hence there is the possibility that only self-selected medical residents who were clearly interested and motivated in suicide

Table 4. QOL score determined by the MOS QOL questionnaire-short form (SF-8) for Gatekeeper Training Program group and usual training programme group and mean differences

	Gatekeeper Training Program N = 65 Mean (s.d.)	Usual training programme N = 49 Mean (s.d.)	Mean difference (95% CI)	p-Value
Physical component summary				
T2-T0 (observed cases)	(n = 27)	(n = 30)		
	0.62 (5.62)	1.41 (5.33)	-2.03 (-4.93-0.88)	0.168
T3-T0 (observed cases)	(n = 16)	(n = 22)		
	-2.79 (6.33)	-1.00 (1.34)	-1.80 (-5.99-2.39)	0.390
Mental component summary				
T2-T0 (observed cases)	(n = 27)	(n = 30)		
	0.18 (4.68)	-1.75 (8.60)	1.94 (-1.80-5.67)	0.303
T3-T0 (observed cases)	(n = 16)	(n = 22)		
	1.01 (5.09)	-0.14 (7.59)	1.15 (-3.30-5.59)	0.604

management answered the questionnaire at T3. Bearing this in mind, a modest interpretation must be made of the programme's effectiveness.

Third, the SIRI-2 Japanese score increased at T1 (immediately after the intervention), indicating a discrepancy in judgement between the participants and Japanese suicidologists that we had not expected, although a previous study had similarly reported a remarkable difference in SIRI-2 Japanese score between intervention programme participants and Japanese suicidologists (Kawashima *et al.* 2010). In examining the correlation of the three scores, Pearson's correlation coefficient was 0.5907 ($p < 0.01$) between the SIRI-2 Original and SIRI-2 Japanese, suggesting a moderate correlation. In addition, the correlation coefficient was -0.8347 ($p < 0.01$) for baseline scores on the SIRI-1 and SIRI-2 Original, and -0.4251 ($p < 0.01$) for baseline scores on the SIRI-1 and SIRI-2 Japanese, suggesting a strong correlation between SIRI-1 and SIRI-2 Original and a moderate correlation between SIRI-1 and SIRI-2 Japanese. It should be noted that the Japanese experts who provided the ratings from which the SIRI-2 Japanese score was derived tended to judge the appropriateness of suicide management response modestly compared with Western suicidologists (Kawashima *et al.* 2010), and this might explain why, after receiving the Gatekeeper Training Program which was originally developed based on Western views, participants' judgement was more congruent with those of Western suicidologists.

Ambiguity over the principles of suicide management among first aiders was pointed out as a characteristic of Japanese mental health professionals, as many selected the 'do not know, or it depends' option in the consensus building process (Colucci *et al.* 2011). Furthermore, the role that first aiders, especially non-specialist health professionals, should play in the suicide prevention framework and the way they should approach persons with suicidal ideation was not well recognized by Japanese mental health professionals, as suggested by the consensus building process results not endorsing that persons with suicidal ideation themselves or others close to them can manage their psychological crisis (Colucci *et al.* 2011). Thus, while the standards of care for persons with suicidal behaviours have been established (Kuwabara *et al.* 2009), consensus is yet to be reached on the approach people should take in suicide management in Japan. This evolution of suicide prevention strategy in Japan might have had an effect on the results. In spite of there still being the need to firm up experts' views, from a cultural perspective it is clearly important for participants to bring their suicide management skills more in line with those of Japanese experts.

Evaluation of the Gatekeeper Training Programme in relation to medical residents' confidence and QOL

In this study, we adapted the MHFA programme that was originally developed for lay persons and which was reported by previous evaluation studies to have improved knowledge, competency and QOL among such participants, compared with the usual programmes (Jorm *et al.* 2004). The present study similarly showed that medical residents' confidence in suicide management improved, and the improvement was greater, among participants in the Gatekeeper Training Program group than among the control group receiving the usual programme, at a marginally significant level.

No differences in participants' QOL were revealed between the two groups. One possible explanation is that overload and burnout was common among the medical residents, as has been commonly reported (Dyrbye *et al.* 2008), and that the intervention was too brief under such circumstances to address their QOL, which is a complex interplay of academic competency, financial status and other work characteristics (West *et al.* 2009; Campbell *et al.* 2010). Improving skills to handle difficult patients, such as those with suicidality, may contribute to disentangling these factors, whereas a stand-alone training programme may have limited effect in improving QOL among medical residents. However, in the long run, receiving a suicide management programme in advance of clinical encounters may enable residents to handle emotional distress when actually faced with patients exhibiting suicidal behaviour in a better manner.

Limitations

This study did not address the assessment of emotional and behavioural change when residents encounter suicidal patients. Our ultimate goal was to change medical residents' competency, and a more behavioural assessment anchored by objective observation would have provided a stronger basis for evaluating the programme's effect. Considering current knowledge on suicide prevention measures and the complex interplay of cause and path of suicide-related factors, suicide prevention strategies should be underpinned by multi-faceted training programmes: any single programme may not be able to contribute enough to effecting a gross change. The limited observation period in the present study, during which encounters with patients with suicidality were presumably few, did not allow us to adopt these objective behavioural measures. However, it is noteworthy that the residents' confidence was increased after the intervention.

With regard to methodological issues, the CONSORT 2010 Statement (Campbell *et al.* 2012) recommended that the minimum number of clusters per arm should be at least four. However, our study had only two clusters per arm owing to practical issues with recruiting the participants. Therefore, our study might be still confounded by cluster effects.

The proportion of residents that participated at the follow-up time points was low and the number of respondents in the two groups was unbalanced. At T1, the proportion lost to follow-up was 7.7% (5/65) and 4.1% (2/49), respectively, but more than a half of the participants did not return the questionnaire at T2 and T3, and therefore some respondent and follow-up bias might be present. In the medical residency system, psychiatric rotation is allocated only for 1 month before the residents move on to training in another department. The follow-up questionnaires were sent out when the medical residents were busy adjusting to training in the new department and they might therefore have been too busy to respond to the mailed questionnaire. Several reminders of the follow-up response were sent, but resulted in very few further returns. We took the view not to send out further additional reminders so as not to give a negative impression about psychiatric training by insistently demanding a response from the participants. This dilemma, resulting in a major limitation of the study, is inherent to this kind of study.

In addition, the proportion lost to follow-up was greater in the Gatekeeper Training Program group than in the control group for reasons that are unknown. We compared the characteristics of the respondents and drop-outs at T2 (data are available upon request), but no differences were found in scores for SIRI, interest in mental health or confidence in managing people with suicidal thoughts. Thus, unknown factors might have affected the respondents' data. The results may well be different if we had a dataset for those who were lost to follow-up.

In conclusion, our study did not demonstrate that the Gatekeeper Training Program improved medical residents' competency in suicide management when measured by the SIRI-1 score, and it showed an unexpected, unfavourable effect in the short term when measured by the SIRI-2 Japanese version score. While this study failed to show that the Gatekeeper Training Program increased medical residents' competency in suicide management skills, this may be due to a mixture of contributing factors. Selection of the SIRI as the primary outcome measure is questionable because of its limited validity, which suggests that the Japanese community must reconsider and build consensus on the principles first aiders should follow when encountering persons with suicidal thoughts.

Further elaboration of the programme and valid measurement of its outcome would be needed to show the programme's effectiveness.

Acknowledgements

The authors would like to express thanks to Drs Masayuki Tomita and Koichiro Watanabe and Professors Haruo Kashima, Masaru Mimura (Keio University), Shigenobu Kanba (Kyusyu University) and Ichiro Kusumi (Hokkaido University) for coordination of the study. The authors thank Professor Anthony Jorm and Ms Betty Kitchener of the University of Melbourne for their mentorship in Mental Health First Aid programme, Drs Daisuke Kawashima, Kenji Kawano and Hiroto Ito of the National Institute of Mental Health Japan for providing suggestions on the SIRI, and the Japan Young Psychiatrists' Organization (JYPO) for its contribution to coordinating the research group.

Financial Support

This research was fully supported by a Grant-in-Aid from the Japanese Ministry of Education, Culture, Science and Technology (JSPS KAKENHI Grant Number 22591296).

Conflict of Interest

The authors have no conflicts of interest.

Ethical Standards

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committee on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. The study protocol was approved by the institutional review board of each participating institution and the National Center of Neurology and Psychiatry. Written informed consent was obtained from all participating medical residents.

References

- Campbell MK, Grimshaw JM (1998). Cluster randomised trials: time for improvement. The implications of adopting a cluster design are still largely being ignored. *British Medical Journal* 317, 1171–1172.
- Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R (2010). Predictors of persistent burnout in internal medicine

- residents: a prospective cohort study. *Academic Medicine* 85, 1630–1634.
- Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group** (2012). Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *British Medical Journal* 345, e5661.
- Colucci E, Kelly CM, Minas H, Jorm AF, Suzuki Y** (2011). Mental Health First Aid guidelines for helping a suicidal person: a Delphi consensus study in Japan. *International Journal of Mental Health System* 19, 5–12.
- Drolet BC, Christopher DA, Fischer SA** (2012). Residents' response to duty-hour regulations – a follow-up national survey. *New England Journal of Medicine* 366, e35. Retrieved 9 April 2013 from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1202848>.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD** (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine* 149, 334–341.
- Fang F, Kemp J, Jawandha A, Juros J, Long L, Nanayakkara S, Stepansky C, Thompson LB, Anzia J** (2007). Encountering patient suicide: a resident's experience. *Academic Psychiatry* 31, 340–344.
- Fujisawa D, Hashimoto N, Masamune-Koizumi Y, Otsuka K, Tateno M, Okugawa G, Nakagawa A, Sato R, Kikuchi T, Tonai E, Yoshida K, Mori T, Takahashi H, Sato S, Igimi H, Waseda Y, Ueno T, Morokuma I, Takahashi K, Sartorius N** (2008). Pathway to psychiatric care in Japan: a multicenter observational study. *International Journal of Mental Health Systems* 2, 14.
- Fukuhara S, Suzukamo Y** (2004). *Manual of the SF-8 Japanese Version*. Institute for Health Outcomes & Process Evaluation Research: Kyoto.
- Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R, Dear KB** (2004). Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BioMed Central Psychiatry* 4, 33.
- Jorm AF, Kitchener BA, Mugford SK** (2005). Experiences in applying skills learned in a Mental Health First Aid training course: a qualitative study of participants' stories. *BioMed Central Psychiatry* 5, 43.
- Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, Sawayama Y, Hayashi J, Kanba S, Otsuka K** (2010). Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: first pilot trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64, 531–540.
- Kawashima D, Kawano K, Ito H** (2010). Development of the Japanese version of the Suicide Intervention Response Inventory (SIRI). *Seishinigaku* 52, 543–551.
- Kitchener BA, Jorm AF** (2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 6–8.
- Kozu T** (2006). Medical education in Japan. *Academic Medicine* 81, 1069–1075.
- Kuwabara H, Kawanishi C, Kawano K, Ito H** (2009). To support person with suicidality, guidelines for counsellors [online]. Retrieved 9 April 2013 from <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/02.pdf>.
- 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** (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 294, 2064–2074.
- Morriss R, Gask L, Webb R, Dixon C, Appleby L** (2005). The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychological Medicine* 35, 957–960.
- Neimeyer RA, Bonnelle K** (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: a revision and validation. *Death Studies* 21, 59–81.
- Neimeyer RA, Pfeiffer AM** (1994). Evaluation of suicide intervention effectiveness. *Death Studies* 18, 131–166.
- Nishijima H** (2008). *Suicide Prevention Manual*. Akashi Shoten: Tokyo.
- Sato R, Kawanishi C, Yamada T, Hasegawa H, Ikeda H, Kato D, Furuno T, Kishida I, Hirayasu Y** (2006). Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60, 558–562.
- Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S** (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 139, 205–216.
- Shiho Y, Tohru T, Shinji S, Manabu T, Yuka T, Eriko T, Ikuko S, Naoki W** (2005). Suicide in Japan: present condition and prevention measures. *Crisis* 26, 12–19.
- Teo A** (2007). The current state of medical education in Japan: a system under reform. *Medical Education* 41, 302–308.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD** (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Journal of the American Medical Association* 302, 1294–1300.

■特集 東日本大震災支援：JAFT 東日本大震災支援委員会

東日本大震災後のコミュニティと
地域精神保健医療福祉システム再構築の課題
— 支援者によるワールドカフェ方式の対話から —

鈴木友理子¹⁾ 深澤舞子¹⁾ 池淵恵美²⁾ 後藤雅博³⁾
種田綾乃⁴⁾ 永松千恵⁴⁾ 伊藤順一郎⁴⁾

I はじめに

東日本大震災の被災地では、被災した地域の精神保健医療福祉システムを再建し、地域の住民の精神健康を支える活動が続いている。これらの活動は、いわゆる精神保健医療福祉サービスだけにとどまらず、コミュニティの再生にもつながる活動として展開されている。本稿の目的は、平成24(2012)年度と平成25(2013)年度に行われた被災地の支援者らが集まって開催した交流会において共有された話題を整理し提示することで、被災した地域の課題を整理し、支援のあり方について示唆を得ることである。

Challenges facing the Regeneration of Community and the Community Mental Health System after the Great East Japan Earthquake : Focus group interviews with support workers

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部, Yuriko Suzuki/Maiko Fukasawa : Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, NCNP
- 2) 帝京大学医学部精神神経科学講座, Emi Ikebuchi : Department of Psychiatry, Teikyo University, School of Medicine
- 3) 南浜病院, Masahiro Goto : Minamihama, Hospital
- 4) 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社会復帰研究部, Ayano Taneda/Chie Nagamatsu/Junichiro Ito : Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, NCNP

II 方法

東日本大震災後から外部支援者が定期的に関わることで、被災地の精神保健医療福祉体制の回復の支援にあたってきた6カ所の関係者による意見交換会が、平成24(2012)年11月(第1回)、そして平成26(2014)年1月(第2回)に行われた^{1,2)}。参加者は、福島県、宮城県、岩手県の各サイトの支援者と、地域精神保健あるいは災害精神保健に関する研究者であり、各回20名であった。第1回目は、「地域精神保健医療福祉システムづくり、あるいは地域コミュニティの再構築のためにしていきたいこと」、「乗り越えていくべき課題」について、第2回目は、「東日本大震災後から現在までのこととして、震災後、現場(事業者等)の復旧や精神保健上の課題を抱えた人々への支援を行う中でしてきた工夫や対処」、「現在から将来にかけてのこととして、将来、自分が関わっている地域の精神保健がどのような姿になっているとよいと思うか」について話し合った。

これは、「ワールドカフェ方式」にて行われた。「ワールドカフェ方式」とは、「知識や知恵は、機能的な会議室の中で生まれるのではなく、人々がオープンに会話をを行い、自由にネットワークを築くことのできる『カフェ』のような空間でこそ創発される」という考え方に基づいた話し合いの手法である。第1, 2ラウンドでは、グループごと

に情報交換を行い、第3, 4ラウンドでは、グループごとの意見をまとめ、最後に参加者全体で、それぞれのグループから生まれた話題を集約する作業を行った。本稿では、第2回の交流会の全体セッションにて集約された話題に沿って、それぞれの交流会で関連する話題がどのように触れられていたかを紹介する。

Ⅲ 結 果

第2回目の交流会で各グループから出された話題は、1) 近い将来に実現できるとよいと思ったコミュニティ、2) メンタルヘルスリテラシー、3) 今後の地域福祉、ソーシャルサービスのありかた、4) 既存の医療・福祉制度に乗らない人々への支援、5) メンタルヘルスに従事する人材の育成、6) 支援(者)のこれからの姿、に分類された。

1) 近い将来に実現できるとよいと思ったコミュニティ

第2回目の交流会では、支援はそもそも、行政等のサービスとして提供されることが望ましいのか、相互扶助の文化としてなされることが望ましいのか、という話題が出された。どのようなコミュニティが望ましいと考えるかは人により異なり、都市部のように、隣の人の顔も知らないような状態がよいとの考え方もありうるので、今後目指すコミュニティを考える際には、地域の声に耳を傾ける必要があることが指摘された。また、震災を機に、新しいネットワーク、絆が生まれてきていることが報告された。

さらに、集団移転の話し合いのなかで、もともと地域がもっていた環境や文化がコミュニティ再生の起爆剤となること、またそれが震災後からの支えとなっていたことなどが紹介された。また、男性にとっては社会的役割、女性にとっては周囲との気持ちのつながりが、元気の源であるという話が出たことなども紹介された。

それに対し、第1回目の交流会では、仮設住宅の先の住居の見通しが立たない、具体的な復興プランがみえない、といった状況でコミュニティの再生に支援者がどのように関わられるのだろうか、といった戸惑いの声が多く聞かれていた。また、

震災前のコミュニティに戻れるわけではなく、まだ住まいが決まらない人もいる状況で、コミュニティの将来像を問われることへの困惑も見られた。行政と住民、そして支援者の考える将来像にずれがあり、地域の人ができることがどのくらいあるのか、といった疑問も出されていた。またその他に、一つの市でも、被災状況や市町村合併前の地域性が異なるので、ひとのつながりを維持するのは難しい、といった意見もあった。一方で、具体的には挙げにくいだが、地域では、小さなつながりがたくさんできていたり、郷土料理や祭り、笑い、グループ活動などを通じて、将来に目を向けてつながりを作る可能性が指摘されていた。

2) メンタルヘルスリテラシー

第2回目では、実現したいコミュニティに近くには、地域の人々のメンタルヘルスリテラシー、つまり地域住民の精神健康や精神疾患に関する知識、を高めることが望まれるとの意見が出された。具体的には、地域の人々がつながるための手伝いとして、病気について知ってもらうことが必要であること、うつも糖尿病や高血圧などと同じように一般化するとよいが、そのためには気長に少しずつ情報提供していくことが必要であることが指摘された。特に精神障害をもつ人が共に暮らすためにどのようなサポートができるか、というように、単に精神障害への理解を求めめるだけではなく、どのように支援していくことができるかをいっしょに考えていく必要がある、といった意見が出された。

メンタルヘルスリテラシーの話題は、第1回目の交流会では出なかった。

3) 今後の地域福祉、ソーシャルサービスのありかた

第2回目では、今後の地域サービスのありかたとして、以下のような提案が出された。

- ・自給自足、循環型福祉（支援はいつか終わるので、外部からの支援に頼らなくても自分たちでまかなえるようにならなければいけない）
- ・百姓福祉（100のことができるように、大きな事業ではなく、地域に根差した小さくても自分でできることを増やしていく）
- ・フォーマルとインフォーマルのベストミックス

スを作る（制度に則ったフォーマルなサービスと、地域の力といったようなインフォーマルのサービスとの最適な組み合わせを探る）

また他に、資金の面で、地域福祉事業を持続するための経営の専門家を導入する必要性が指摘された。

一方、第1回目の交流会では、支援のあり方は、「頑張ろう」というのではなく、やっと話せるようになった人の現状の肯定から始まり、それらの意見を大事にして、地域を支える姿勢が必要といった意見が出されていた。また、地域での課題として、アルコール、うつ、パチンコ依存は震災前からともと存在していたが、震災を機に表面化したものであり、支援がはいることで、関係者の考え方が浮き彫りになった、という意見もあった。その他に、「さまざまな支援者が入ってきていて、ニーズを出しても調整役がない」とニーズを出すことへの徒労感も指摘されていた。これに関連して、いくつかサービスの選択肢の提示があり、選択できると良い、といった意見があった。

4) 既存の医療・福祉制度に乗らない人々への支援

第2回目には、精神障害者に対するアウトリーチ事業はあるが、それだけでなく、高齢者、認知症、子どもから大人まで、引きこもり等、メンタルヘルス全般に関わるアウトリーチ、既存の制度に乗らない人々へのアウトリーチなど、制度の枠に収まらない多様な必要性に応えることのできるサービスの充実が必要であるとの意見が出された。支援者が必要性を感じて実施している活動であるにもかかわらず現在の制度では報酬の得られない活動を、今後の事業に取り込んでいく必要性も指摘された。この話題は、第1回目には触れられていなかった。

5) 人材育成

第2回目には、地域のメンタルヘルスに従事する人材の育成が必要であるとの意見が出された。具体的に必要なスキルとして、地域でどこでもあたりまえにケアマネジメントが実施できるように人材を育成することが必要であるとの意見が出された。また、震災後は、必要とされる支援を何でも請け負う何でも屋のようなジェネラリストとし

ての活動が重視されたが、今後は、たとえばアルコール問題の専門家といったように、各支援者が専門性を身につけていくことが必要であるとの意見が出された。

第1回目では、直接支援者の話題よりも、コーディネーターに求められる技術や専門性、そしてその育成、コーディネート場の創生、現地コーディネーターの必要性、についての意見が出されていた。

6) 支援（者）のこれからの姿

第2回目には、支援者自身が元気でいたい、これまでに作られてきた外部からの支援者との縁を断ち切らないようにしたい、といった意見が出された。また、復興予算がいづれなくなることへの現実的な不安や、現行の制度を超えて、社会に対して必要なことを訴える、ソーシャルアクションを起こしていきたい、といった積極的な意見も出された。

第1回目には、支援者に関する話題として、支援者自身が被災地域の人であり、自らが被災したことや、新しく支援に入る人と、受ける人の温度差が指摘されていた。具体的な将来像を描けないうなかで、コミュニティの再生に支援者がどのように関われるのだろうか、といった戸惑いの声が共有されていた。外部からの支援者の役割については、定期的に被災地に行き、ニーズを把握したり、コーディネートすることではないか、地元の利害関係から離れた立場として、行政の復興計画や地域計画の策定に関わることができるのではないか、という意見が出されていた。同時に、イベントなどエネルギーが必要な時に集中的に支援がはいるのが良いのではないかと、という意見もあった。

IV 考 察

第1回と第2回の交流会では、参加者が異なっていたので、上記の話題は、必ずしも時間の変化によるものではなく、参加者の背景によって異なっていたのかもしれない。この限界を踏まえつつ、第1回目と第2回目の話題で具体的に浮かび上がってきた差異について考察したい。

1. 地域全体の復興と目指す姿の共有

今後どのようなコミュニティの構築を目指すかという点では、第1回目には、当面の生活、仮設住宅後の住まい、といった日々の生活の課題が山積する中で将来像を描く余裕がなかったことがうかがわれた。第2回目においては、地域性、人間関係の密度についてさまざまな意見があり、支援者たちのこれまでの地域への関わりと経験から、コミュニティづくりには、地域に暮らす人々の希望を踏まえて対応する姿勢の重要性を意識し、支援のありかたも、どのようなコミュニティを目指すのかによって異なる点が共有された。地域ごとに活用できる地域資源に加え、目指すコミュニティについて、具体的な情報やイメージをもって支援にあたるようになっていくことがうかがわれた。

2. 支援者の役割、あり方

第1回目には、支援者自身の役割や支援の方向性も見えない戸惑いを吐露する発言がみられた。その中でまずすべきことは、寄り添い、声を聴き続けること、必要に応じて支援や関係者の調整を行うこと、という意見が多かった。これらの活動を継続していくことによって、支援者としての役割やアイデンティティが確立されていったのかもしれない。

第2回目には、支援者自身が元気でいたい、外部支援者との縁を切らないようにしたい、既存の枠組みから外に出て、自分たちが主体的に動けるようにソーシャルアクションを起こしていきたい、といった意見が出された。

また、今後の地域のありかたとして、「専門家に頼らない」自力での生活を目指す考え方が挙げられていた。メンタルヘルスリテラシーの重要性も指摘され、専門家や外部からの支援に頼らなくても、自分たちが必要とする支援をまかなえるコミュニティを目指すということであるが、これを実現するためには、どのように支援者の役割を移行させていくのかという視点も必要だと考えられた。

一方で震災関連の財源の問題や、被災地支援で初めて専門職として活動した人など、未来の姿が描けない不安や疑問を語る支援者も見られた。災

害発生から長期間関わる支援者は、このような外的な条件（主に財源）、対人関係の構築、支援者としてのアイデンティティの確立の面で必ずしも安定しない状況で支援を行っており、このことへの支援や配慮も必要であると考えられた。

3. 全体像の把握に苦労した1年目、不足しているサービスが見えてきた2年目

第1回目には、地域の具体的な将来像を描くことが困難な状況があり、またニーズの把握やその後のサービス調整が課題であることが挙げられた。第2回目には、より踏み込んで、既存のサービスでは対応できない人々への支援を今後どう続けていくかについて多く語られた。震災後に開始され、現在も続いている活動のなかには、診療報酬もとれず、障害者自立支援法上のサービスにも当たらない活動が多くある。今後、震災からの復興のための予算が徐々に減少していくなかで、これらの活動をどのように継続していくかが課題であると考えられた。

V まとめ

どのようなコミュニティを目指してどのような活動を行っていく必要があるのかといった問題意識、そしてそれぞれの時期に求められる支援者自身の役割、スキルや活動の枠組みは時期によって変化していくことがうかがわれた。一方で、これらの課題の中には、震災時の復興支援という枠組みを超えて、支援者としてのアイデンティティの確立、地域の精神保健医療福祉システムの構築をめぐる普遍的な課題があることが改めて確認された。

謝 辞

交流会に参加された支援者、また彼らに継続的に支援をしてきた外部支援者の方がたに深謝します。本研究、活動は、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」（研究代表者：樋口輝彦）によって実施された。

参考文献

- 1) 池淵恵美, 後藤雅博, 種田綾乃, 鈴木友理子: 地域精神保健医療福祉システム再構築に向けた外部支援者による支援の在り方の検討. 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究(研究代表者: 樋口輝彦). 平成24年度総括・分担研究報告書. 2013, 3.
- 2) 池淵恵美, 後藤雅博, 種田綾乃, 鈴木友理子, 深澤舞子: 中長期的な視点による地域精神保健医療福祉システム再構築に向けた外部支援者による支援のありかたの検討. 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究(研究代表者: 樋口輝彦). 平成25年度総括・分担研究報告書. 2014, 3.

委託業務成果報告書への標記について

本報告書は、厚生労働省の厚生労働科学研究委託事業(障害者対策総合研究事業(障害者対策総合研究開発事業(精神障害分野)))による委託業務として、国立大学法人九州大学が実施した平成26年度「精神疾患患者早期介入のための医療従事者向け研修プログラム開発ーメンタルヘルス・ファーストエイドの応用ー」の成果を取りまとめたものです。