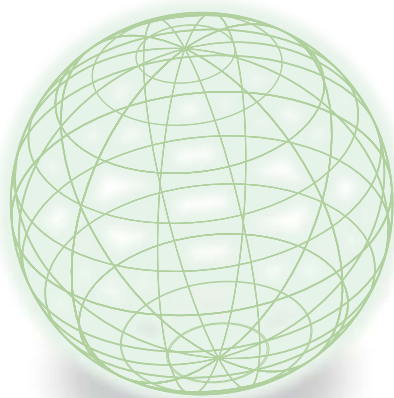


コミュニティが 自殺対策に主体的に関与するための 手引きとツール集

Preventing suicide
A community engagement toolkit



自殺総合対策推進センター



※自殺総合対策推進センターは令和2年3月に業務を終了し、いのち支える自殺対策推進センターが本冊子の著作権を継承しています。

**コミュニティーが
自殺対策に主体的に関与するための
手引きとツール集**

Preventing suicide
A community engagement toolkit

自殺総合対策推進センター

目次

序文	v
謝辞	vi
日本語版序文	vii
自殺対策におけるコミュニティの役割	01
はじめに	
自殺について理解を深める	
自殺対策を進めることはなぜ重要なのか	
なぜコミュニティが自殺対策で重要な役割を果たすのか	
コミュニティが主体的に自殺対策に関与するための手引きとツール集	
1. 開始時の準備	05
コミュニティへの理解を深め、支援的な環境の発展を促す	
主体的関与の規模、人口、サービスや利用可能な情報を考慮する	
総合的目標を設定する	
運営委員会を構成する	
最も重要な（利害）関係者を特定する	
初回の会合への主体的な関与の方法を選定する	
初回の会合を企画・計画する	
2. 初回会合で話し合いを始める	15
マッピング・エクササイズを行う	
3. コミュニティの行動計画を考案する	21
最も重要な論点とコミュニティにおける実施可能な具体的行動を吟味する	
実行可能な行動に対する資源をマッピングする	
資金を集める	
優先事項と資源に応じた行動計画を立てる	
行動計画において、「SMARTER目標」を設定する	
自殺対策活動とコミュニティイベントを推進するためにアウトリーチ戦略を策定する	
4. 継続的なメディアの活用	31
地域のメディアと上手に協働するためのヒント	
責任あるメディア報道	
5. コミュニティの具体的な行動計画のモニタリングと評価	35
継続的モニタリング	
経験から学んだことを系統立てて評価すること	
サーベイランスシステムと量的変化	
6. コミュニティのフィードバックミーティング	41

コミュニティの自殺対策に資する情報源	44
自殺対策に関する総合的な情報源	
自殺対策のプロセス上、重要となる人物に主体的に関与する	
その他のコミュニティ自殺対策プログラムの例	
コミュニティが主体的に関与するための全般的な手引きやガイドライン等の情報源（自殺関連に限らず）	
資金調達	
モニタリングと評価	
精神保健と自殺に関する偏見の除去と啓発活動	
自殺手段へのアクセスを減らす	
責任ある自殺報道を促すためにメディアへ主体的に関与する	
ゲートキーパー研修	
自殺未遂者	
若者の自殺対策に資する情報源	
先住民族のための情報源	
難民と移民のための情報源	
高齢者向けの情報源	
職場向けの情報源	
ポストペンション（事後対応）：自殺により悲しみに暮れている人への支援と模倣自殺の予防	
参考文献	49
付録1	53
付録2	85

序文

自殺は大きな損失をもたらす。毎年80万人以上の人々が自殺で命を失い、15～29歳の若者の死因の第2位となっている。自殺で亡くなる成人はそれまでに20回以上もの自殺未遂をするという。家族や友人、地域に与える影響は壊滅的で広範囲に及び、親しい人が自ら命を絶った後も続く。社会、心理、文化やその他の因子が相互に作用して人を自殺関連行動へ導き、自殺への偏見のせいで助けを求めることができないように感じてしまう。自殺の多くは低所得国・中所得国で起きていて、そうした国では早期発見や治療や支援を必要とする人への資源やサービスが、あるとしても十分ではなく限られていることが多い。こうした衝撃的な事実と適切な時機の介入の不足によって、自殺は深刻かつ世界的な公衆衛生問題となり、緊急に取りかからなくてはならないものとなっている。

コミュニティは自殺対策において重要な役割を果たす。コミュニティは自殺リスクの高い人を支援し、フォローアップケアに深く関与し、偏見と闘い、自死遺族の支援を行うことができる。コミュニティはひとりひとりがその一部になることによって、一体感やつながりを感じることができる。そしてコミュニティは、自らの状況に関連した具体的な自殺対策戦略に取り組むことができる。

自殺対策においてコミュニティが主体的に関与していくことは重要な課題である。政府には包括的かつ多部門的な自殺対策の戦略を主導し展開し、さらに実行していくことが求められるが、一方コミュニティは自らのニーズや優先事項、周囲の状況を考慮しながら政府の戦略を取り入れ、強化していくことができる。

カナダ精神保健委員会では草の根戦略である #308意見交換会を開始し、カナダの（下院）議員308名やコミュニティの指導者たちを招待して、自分たちのコミュニティにおける自殺対策について意見交換を行った。この戦略は、カナダでの自殺や自殺関連行動の影響を減らすために、コミュニティ同士を結び付け、理想的な実践例を共有し、課題を明確にし、有益な行動を取るための参加型アプローチを象徴するものである。関心がある人、自殺関連の実体験をした人、（利害）関係者が、上手く機能している事例を共有し、アクセスや治療、支援における格差を明らかにした。

世界保健機関（WHO）はカナダの精神保健委員会と協働して、この参加型アプローチが世界的に使用可能となるよう修正改変した。このツール集は、コミュニティが自殺対策活動に主体的に関与し、プロセスに対して責任を持ち、努力を継続することができるよう、段階的な手引きとしている。また、特定の介入の手ほどきをするためのマニュアルではなく、どちらかと言えば主体的かつ参加型のボトムアッププロセスとなっており、これによりコミュニティは自分たちの社会的状況に対する重要で適切な活動、また政策やサービスに影響を与え具体化するような活動を特定し、優先順位を付け、実施することになる。

私たちは、コミュニティが主体的に関与するための手引きとツール集が、多くの国と社会的背景において使用されることを願っている。同時に自殺の減少という最終的な目標に向けて働きかけていく。WHOの加盟国は、メンタルヘルスアクションプラン2013-2020において、2020年までに各国の自殺死亡率を10%減少させるという世界的目標に向けて力を尽くしている。この自殺死亡率は「国連持続可能な開発目標（SDGs）における保健医療目標3.4」に含まれる合意を得た指標であり、その詳細は「2030年までに予防と治療を通して非感染性疾患による早すぎる死を3分の1減少させることで、精神保健と人々の幸福を増進させること」である。この目標は、コミュニティが自殺対策に主体的に関与にしないことには達成は見込めない。

世界保健機関（WHO）
精神保健・物質乱用部門 部長
ドクター Shekhar Saxena

カナダ精神保健委員会
会長 兼 最高責任者
Louise Bradley

謝辞

監督・指導

Shekhar Saxena (WHO), Louise Bradley (カナダ精神保健委員会)

プロジェクトの調整と本文編集

Alexandra Fleischmann (WHO)

専門的貢献・草稿執筆

Ed Mantler, Jennifer Vornbrock, Karla Thorpe, Stephanie Machel, Megan Schellenberg, Samuel Breau, Aimee LeBlanc (all from the Mental Health Commission of Canada), Lakshmi Vijayakumar (India), Sutapa Howlader (Australia), Anna Frühauf (Germany), Elisabet Arribas-Ibar (Spain)

試用版・最終版の査読

Shaazneen Ali (Maldives), Ralph Aquila (USA), Ella Arensman (Ireland), Jeffrey Aron (USA), José Ayuso-Mateos (Spain), Agnes Becker (United Kingdom), José M Bertolote (Brazil), Renzo Bonn (Italy), Robert Bossarte (USA), Pamela Collins (USA), Diego De Leo (Australia), Paolo Del Vecchio (USA), Geert Dom (Belgium), Rabih El Chammay (Lebanon), Jacqueline Garrick (USA), Ulrich Hegerl (Germany), Helen Herrman (Australia), Juliane Hug (Germany), Hiroto Ito (Japan), Roy A Kallivayalil (India), Zurab Kekelidze (Russian Federation), Nicole Koburger (Germany), Elisabeth Kohls (Germany), Kairi Kolves (Australia), Ilana Lapidos (USA), Nancy Liu (USA), Richard McKeon (USA), Roberto Mezzina (Italy), Nerges Mistry (India), Yutaka Motohashi (Japan), Elise Paul (USA), Sara Pedersini (Switzerland), Michael R Phillips (China), György Purebl (Hungary), Jessica Spagnolo (Canada), Graham Thornicroft (United Kingdom), Mónika D Tóth (Hungary), Nadja Van Ginneken (United Kingdom), Laetitia Van Haren (United Kingdom), Simon Vasseur Bacle (France), Danuta Wasserman (Sweden), Megan Williams (USA)

試用版の使用

Sujit John, Lakshmi Vijayakumar, Neha Lamech (India), Merab Mulindi (Kenya), Kedar Marahatta (Nepal), Edwin Bolastig, Gerard Hutchinson (Trinidad and Tobago), Robert Bossarte (USA)

製作

編集: David Bramley, Switzerland

WHOはカナダ精神保健委員会と日本政府による財政的協力に感謝する。

日本語版序文

本書は「Preventing suicide : A community engagement toolkit」の日本語訳である。翻訳を進めていくうちに、監訳者は本書の内容の核心はこの表題を如何に訳すかにかかっているということを痛感した。すなわち、「community engagement (コミュニティー・エンゲージメント)」という言葉をもとにどのように翻訳するかで、この日本語訳の成否が問われるということなのである。英和辞典で記載された辞書的な意味を羅列すると「地域の取り組み」というような翻訳に辿り着くかもしれない。しかし、この訳ではコミュニティーの本質を伝えていないし、エンゲージメントを「取り組み」という力強さに欠ける言葉に置き換えることは「コミュニティー・エンゲージメント」という用語を正しく理解したとは言いがたい。原文は世界保健機関（WHO）が営々と築き上げてきた1986年以降のヘルスプロモーション（health promotion）の哲学と骨太な政策理念を踏まえて、WHOの定義するcommunity engagementの理念と方法論を基盤として記述されている。1986年のオタワ憲章から2016年の上海宣言に至るヘルスプロモーションの政策文書の理念の変遷を理解した上でcommunity engagementとは何かを考え、WHOの考える正しい概念を正確で分かりやすい日本語に翻訳すべきなのである。

私たちは、慎重な議論を重ねた上で、本書の表題を「コミュニティーが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集」と訳すことに決めた。まず、コミュニティーの訳についてであるが、機械的に辞書的な意味を拾うとしても、「地域」ではなく「地域社会」あるいは「地域共同体」と訳するのが妥当である。コミュニティー（community）は地理的な「地域」の概念を含むこともあるが、本来は共通の文化、価値観、規範、信念を共有する人々の共同体であり、共同体の歴史の中で社会構造に組み込まれている特別な人々の集団のことである（Health Promotion Glossary, 1998, WHO, Geneva）。本書の本文中で例示されているコミュニティーとして、先住民、難民、マイノリティー、軍人、刑務所、職場、LGBTI、社会的弱者、社会的孤立者などが例示されているが、これらのコミュニティーは地理的な地域というよりは社会的属性や価値観で結びつきのある共同体であり、「地域」あるいは「地域共同体」とは言えない。また、近年ではインターネットやSNSの急速な普及に伴う「バーチャル空間のコミュニティー」が重要になりつつある。このように、本書が示すごとく、コミュニティーを「地域」と訳すことは必ずしも適切ではなく、マイノリティーや社会的弱者のコミュニティーの問題の可視化を妨げうる可能性があることから慎重であるべきである。

つぎに、community engagementを如何に訳すべきかということであるが、これについては、WHOがcommunity engagementの定義を明らかにしている文書「Community Engagement Module B5」（www.who.int/risk-communication/training/Module-B5.pdf）、「WHO Community Engagement Framework for Quality, People-Centered and Resilient Health Services」（WHO, Geneva, 2017）、米国NIHの「Community Engagement: Definitions and organizing Concept from Literature」（NIH Publication No. 11-7782, 2011年）、英国スコットランド政府のThe Scottish Community Development Centreが公表している「National Standards for Community Engagement」（www.scdc.org.uk/what/national-standards/）等の政策文書を参照することで、community engagementの正しい訳に辿り着くことができる。WHOの政策文書の定義によると、community engagementとは「コミュニティーが組織体に恩恵をもたらすとともに、一人一人がコミュニティーのために共通のビジョンを掲げて、長期にわたる関係性を構築するプロセスのことである」（Community engagement is the process by which community benefit organizations and individuals build a long term relationship with collective vision for the benefit of the community）。そして、「Community engagement はエンパワメントを図ることによって、コミュニティーをより良い変革へと導く実践活動のことを一義的に指している」（It is primarily about the practice of moving communities towards a better change through empowerment）。さらに、Community engagementの基盤となるコミュニティーの組織体の原則は公正（fairness）、正義（justice）、エンパワメント（empowerment）、参加（participation）、自己決定（self-determination）の5つである（Community Engagement: Definitions and organizing Concept from Literature）。

以上、長々とcommunity engagementの定義とキーワードを紹介したが、要約すれば、コミュニティ・エンゲージメントとはコミュニティが主体的に関与して自殺対策を進めていくための参加型プロセス（あるいはボトムアップ・プロセス）であり、最終的にはコミュニティの自殺対策をコミュニティ自身の主体的関与でより良い変革へと導く実践活動の総体を意味していると解すべきである。

自殺対策におけるコミュニティ・エンゲージメントとは、従って、コミュニティが自殺対策に主体的に関与して推進していくことと理解される。以上が、私たちが本書の表題を「コミュニティが自殺対策を主体的に進めるための手引きとツール集」と翻訳した経緯である。なお、engagementはフランス語では「アンガージュマン」と発音するが、広く解釈すれば、コミュニティ・エンゲージメントには、サルトルの実存主義哲学で使われた「自らの人生を主体的に意味づけて行動していく」といった意味も含まれると解することもできると考えている。

この日本語訳は、英語の原文の意味を、WHOが構築してきたヘルスプロモーションの概念やコミュニティ・エンゲージメントの実践的意味を踏まえて直訳するのではなく、読者が理解しやすい分かりやすい意識に心がけた。本書の提示するコミュニティは、日本の行政組織としての国、都道府県、市町村といった地域を指しているのではないということに十分に留意していただいた上で、行政関係者や民間団体関係者等に幅広く読んでいただくことができればと考えている。WHOの読者対象は先進諸国の行政関係者というよりは、アジア・アフリカの開発途上国の「行政単位でくることができない」村落共同体のようなコミュニティをイメージして作成されているということも読者には理解していただくのが良いと考えている。本書は、グローバルな精神保健の地域的な格差（gap）を如何に解消していくかというmhGAP行動計画の中に位置づけられる政策文書であることを十分にご理解をいただきたい。

2018年11月

自殺総合対策推進センター長

WHO協力センター（自殺対策・人材育成：JPN92）ディレクター

本 橋 豊

自殺対策¹⁾におけるコミュニティ²⁾の役割

はじめに

自殺対策においてコミュニティは重要な役割を果たす。この手引きとツール集（ツールキット）は、WHO報告書『自殺を予防する：世界の優先課題 Preventing suicide: A global imperative』（WHO, 2014）に基づき、コミュニティが自殺対策の活動に主体的に関わる³⁾ための実践的手順を提供するものである。

コミュニティによる自殺対策への主体的な関与は積極的かつ参加型のボトムアッププロセスであり、政策やサービスに影響を与えるとともにその政策形成に寄与することが可能である（McLeroy ら, 2003）。コミュニティ固有の社会文化的背景にふさわしい重要な活動を始動させることで、コミュニティが主体的に関与する自殺対策を構築することが可能である。しかしながら、公衆衛生と精神保健の両領域への斬新なアプローチが求められるという認識は高まってきているものの、自殺対策の計画策定と実施を成功に導くためにコミュニティの主体的な関与を進める技法の科学的根拠と指針（ガイドライン）はしばしば明確ではない（Mendel ら, 2011）。コミュニティの主体的な関与に基づく自殺対策の推進は、それが適切になされるならば、全般的な精神保健の課題解決、とりわけ自殺対策の課題解決にきわめて効果的でありうる。このようなコミュニティの主体的な関与を重視するアプローチは費用対効果が相対的に優れていることから、自殺に対する偏見やタブーによって自殺関連行動（訳者注：自殺未遂、自傷行為等）に対する質の高い医療的ケアを受けることができない低所得国・中所得国において、特に有効性が高いものと思われる。

自殺対策（自殺予防）のような慎重な対応が求められる課題に関わる時には、どのような場でいかにして行動を起こすべきかを判断することは難しいかもしれない。それゆえ、この「手引きとツール集」は世界中のコミュニティ（地域社会やさまざまな共同体社会等）で活用できるいくつかの実践的な提案をしている。それらの提案は、コミュニティにおいてコミュニティが自由に使うことができるさまざまな人的・物的な資源や直近の自殺対策の進捗状況に関係なく、活用することができる実践的な提案である。

自殺について理解を深める

世界に目を向けると、毎年80万人以上もの人が自殺によって亡くなっており、15～29歳の若者の死因の第2位となっている（WHO, 2014）。しかしながら、自殺は慎重な対応を要する問題であるため、偏見のため、国によっては犯罪とみなされるため、また自殺に関するサーベイランスシステムが不十分なため、自殺統計では実際に起きた自殺者数より過小に報告される傾向がある。

世界全体の自殺のうち、約75%は低所得国及び中所得国で起きている。高所得国では男性が女性の3倍も自殺によって死亡しているが、低所得国及び中所得国では女性1人につき男性1.5人となり、男女比率が低くなっている。自殺死亡率は世界中どの地域においても、男女共に70歳以上が最も高くなっている。自殺死亡率は年齢が高くなるとともに増加していく地域もあれば、若年成人の自殺死亡率が最も高い地域もある。低所得国及び中所得国では高所得国に比べて若年成人と高齢女性の自殺死亡率がかなり高く、一方で高所得国は低中所得国に比べて中年男性の自殺死亡率が高い。世界的に見ると、自殺は暴力に関連する外因死（個人間の暴力・武力紛争・自殺など）のうち男性で50%、女性で71%を占めている（WHO, 2014）。

1) suicide preventionは予防のみに焦点を当てたものではなく、自死遺族などの事後対応（postvention）なども含まれるべきである。日本では「自殺予防」に代わり「自殺対策」という用語が法令等でも採られているため、ここでは総合的な意味を含むものとして「自殺対策」という訳語を採用した。

2) communityは辞書的には地域社会という訳もありうるが、本書では先住民、難民、マイノリティー、軍人、刑務所、職場、LGBTI、社会的弱者、社会的孤立者などの共同体（p.3参照）も含まれるため、「コミュニティ」という用語で統一した。

3) engagementは日本語版序文でも解説した通り、「主体的な関与」「主体性をもって関わる」といった積極的内容を含む用語とした。

社会、心理、文化、その他の要因が相互に影響しあうことで、自殺関連行動のリスクを増加させている。自殺の危険因子は例えば過去の自殺企図や、精神保健の問題、障害、社会的に問題となる物質乱用、失業や経済的損失、トラウマや虐待、慢性疼痛、慢性疾患（がん、糖尿病、HIV/AIDS）などである。不幸なことに、自殺対策は政府や政策立案者にとって優先順位が低いことが多い。自殺対策はグローバルな公衆衛生と公共政策の課題において優先されるべきものである。社会的、心理的、文化的なインパクトを考慮に入れた多次的アプローチによって、自殺は公衆衛生の優先課題であるという認識を広く周知させていくことが求められているのである。

コミュニティのいかなる集団において最も自殺が起こりやすい⁴⁾かを見きわめるためには、それぞれのコミュニティの社会文化的背景を理解することが重要である。そうすることで、コミュニティが自殺対策活動において最も自殺リスクの高い人に焦点をあてた活動を行うことができるようになる(Wasserman, 2016)。

自殺対策を進めることはなぜ重要なのか

2013年に『世界精神保健行動計画2013-2020』がWHO総会で採択された(WHO, 2013)。この行動計画を概説すれば、自殺対策が優先事項として取り上げられ、2020年までに各国の自殺死亡率を10%減少させることを世界全体の目標としている。2030年に向けての持続可能な開発目標(SDGs)では、自殺は保健領域の目標3.4における指標として提案されており、予防と治療により非感染性疾患での早期死亡の3分の1を減少させ、精神的健康と良好な状態を向上させるとしている。

自殺は防ぐことができる。総合的・包括的に多部門が関わって自殺対策を進めていくという戦略は、世界全体の自殺を減少させるという目標を達成するためにきわめて重要であり、コミュニティレベルのアプローチが効果的戦略の一環として採用されるべきである。自殺対策は個人や家族にとって重要であるだけでなく、コミュニティ、保健医療システム、そして広く言えば社会全体が良好な状態で機能することにとっても十分に恩恵をもたらすものである。

自殺対策は以下のような施策を推進することでコミュニティに良い影響を与えることができる：

- コミュニティの構成員の健康や良好な状態を向上させる
- コミュニティの能力を高めて適切な介入を見だし実行しやすくする
- 地域の保健医療関係者やゲートキーパーの能力を高める

なぜコミュニティが自殺対策で重要な役割を果たすのか

総合的・包括的で多部門が関与する国家自殺対策戦略を開発し実行するためには、自殺対策において国が指導的役割を果たす必要がある。国によっては、重層的なコミュニティレベルの自殺対策プログラムが実施され、さまざまな活動や政策が一斉に実施されることで相乗的効果が生じることが報告されている(Harris ら, 2016)。しかし、一国の中でも自殺死亡率に変動があること(例えば、地理上の地域など)は、トップダウン型自殺対策と地域におけるボトムアップ型プロセスの双方が緊密に連携することの重要性を示唆している。つまり、コミュニティのニーズ、国の政策、科学的根拠に基づいた介入の三つの間に橋渡しをする時に、コミュニティは自殺対策において非常に重要な役割を果たすのである。

自殺は偏見や不名誉や思い違いに満ちている。このことは、人々が適切に助けを求めることを「しない」あるいは「できない」ことが多いということを意味している。自殺対策はひとり、もしくは組織や機関が単独で成し遂げられるものではなく、コミュニティ全体に及ぶ支援が必要である。コミュニティの貢献はあらゆる国の自殺対策戦略にとって本質的なものである。コミュニティは自殺のリスクの高い人への社会的支援をしたり、フォローアップケアに主体的に関与したり、人々の意識の向上を図り、偏見と戦ったり、自死遺族を支援することで、自殺のリスクを減らし保護因子を強化することができる。コミュニティの構成員は自殺や自殺未遂を登録する施策が重要であるという課題を提起することも可能である。場合によっては、コミュニティの構成員や代表者は自殺リスクの高い人を特定したり、差し迫った群発自殺の注意喚起をするいわゆる「ゲートキーパー」の役割を果たすことがあるかもしれない。最も重要だと思われることは、コミュニティは人々に帰属意識を持たせてくれることである。コミュニティの中での社会的支援によって、社会的なつながりを構築し、困難に対処する能力をつけることで、自殺リスクの高い人を自殺に追い込まないようにすることである。コミュニティそのものが地域のニーズと優先事項を見極めるのに最も適した場だということを理解することが本質的に重要なことである(Coppens ら, 2014; Kral ら, 2009)。

4) vulnerableは通常「脆弱な」と訳されることが多いが、一般的に馴染みにくい言葉であるため、本書ではより多くの人々が理解しやすいよう「自殺が起こりやすい」または「自殺リスクが高い」と訳した。

コミュニティが主体的に自殺対策に関与するための手引きとツール集

自殺対策に主体的に関与したいと考えているコミュニティの構成員や関係者は、自分自身で優先順位や戦略を明確にしておく必要がある。場合によっては、自殺未遂者、自死遺族、自殺リスクがある人、危機的状況にいる人を支援するため、役に立ちうる継続的に利用可能な資源を見つけるかもしれない。しかし、現実的にはそのような望ましい状況ばかりではなく、コミュニティの自殺対策戦略を成功させるための準備が不十分であったり、手に負えないと感じたりすることがある。自殺に対する偏見やタブーが持続可能な長期にわたる自殺対策への障壁となってしまうかもしれないのである。

このような望ましくない状況を打ち破るために、この「手引きとツール集」は自殺対策の優先順位を明らかにし対策を実行することを助け、適切なコミュニティの活動をコミュニティ全体、特定のグループや個人に対して拡げていくことを目指している。この「手引きとツール集」には、自殺対策活動を支援するため支援ネットワーク作りの手引きも含まれていて、すでに現場で実施されている活動を強化することもできる。但し、注意していただきたいのは、本書は中核となるコミュニティモデルを挙げて総合的・包括的なコミュニティの自殺対策モデルを提示するものでもなければ、国が総合的・包括的なコミュニティの自殺対策を実行するための青写真（ブループリント）を示すでもない、ということである。

自らのコミュニティで自殺対策の活動を始めようとする人は誰でも、この「手引きとツール集」を使用すべきである。対象となるコミュニティは、地理的要因もしくは年齢・性別・自殺リスクの高さといった社会的要因（先住民、難民、マイノリティー、軍人、刑務所、職場、LGBTI⁵⁾、社会的弱者、社会的孤立者など）によって定義することができるだろう。

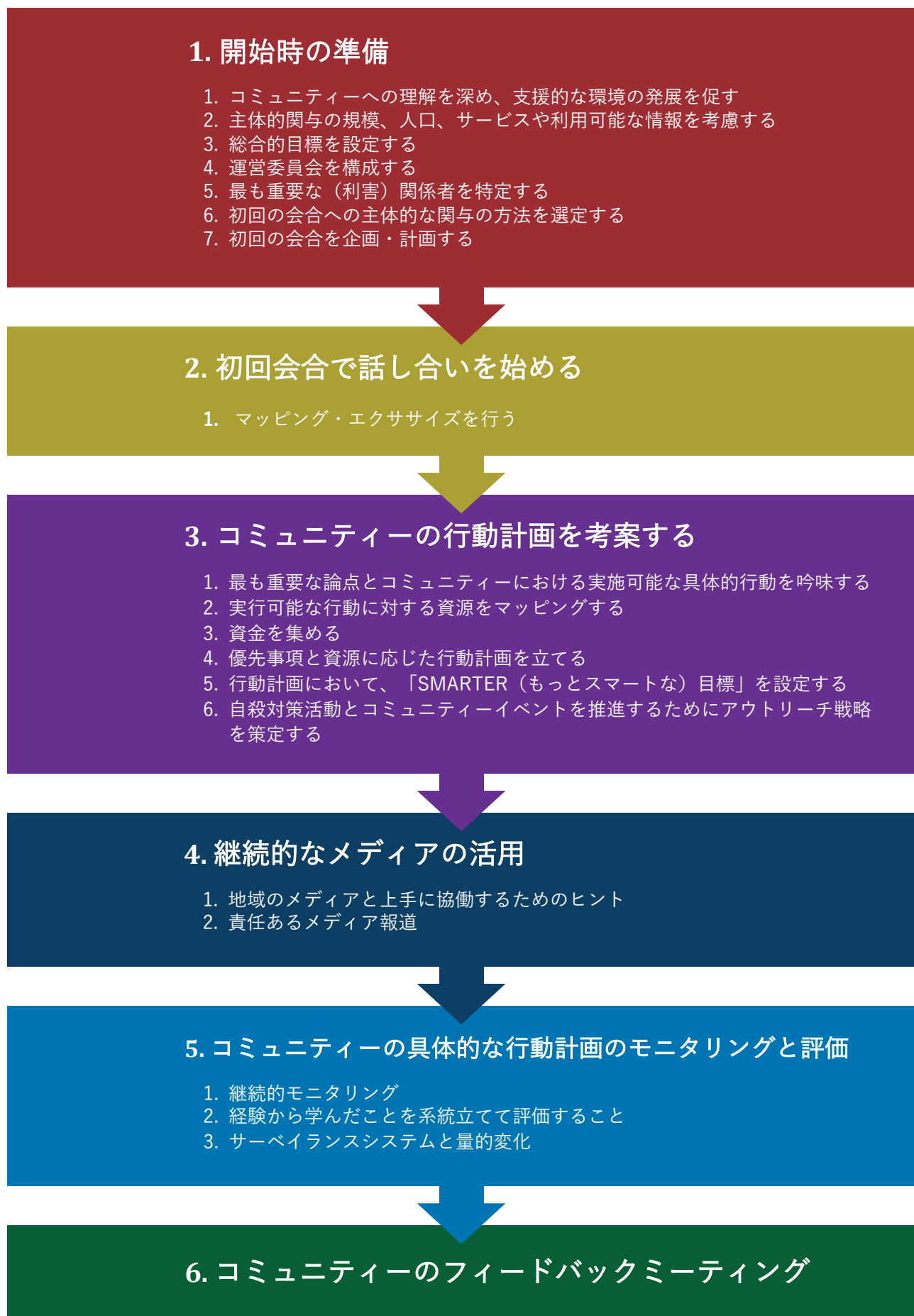
この「手引きとツール集」は以下の重点事項に沿った段階的な指導案となっている（図1）：

1. 開始時の準備
2. 初回会合で話し合いを始める
3. コミュニティーの行動計画を考案する
4. 継続的なメディアの活用
5. コミュニティーの具体的な行動計画のモニタリングと評価
6. コミュニティーのフィードバックミーティング

各章ではコミュニティの主体的な関与をいかに進めるかについて助言している。そして、そのコミュニティに関連した自殺対策活動計画づくりを進めるために使える手法を挙げている。本「手引きとツール集」が全てを網羅している訳ではなく、他のツールも開発・使用されることもあるだろう。それぞれのコミュニティは自分たちの計画や手法、行動に適合した計画を用意することで、それが地域の社会文化的背景に最もふさわしく、受け入れやすいものであることを確認することができる。

5) LGBTI = 性的マイノリティーの総称：レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダー/トランスセクシャル、インターセックス。

図1 コミュニティーが主体的に関わるプロセスの概要



1. 開始時の準備

1. コミュニティへの理解を深め、支援的な環境の発展を促す
2. 主体的関与の規模、人口、サービスや利用可能な情報を考慮する
3. 総合的目標を設定する
4. 運営委員会を構成する
5. 最も重要な（利害）関係者を特定する
6. 初回の会合への主体的な関与の方法を選定する
7. 初回の会合を企画・計画する

1. 開始時の準備

コミュニティ全体への主体的な関与を始める前に、準備が整っていることが重要である。この章では、共同行動を取ることに関心ある人の集団が、どのように活動を始めにかつての実践的な手引きを示す。また、コミュニティの環境、総合的目標や開始時の分析ならびに初回のコミュニティ会合（コミュニティが集う自殺対策の話し合いの場）への主体的な関わり方も検討する。

1. コミュニティへの理解を深め、支援的な環境の発展を促す

多くの社会において自殺は慎重な対応を要する問題であり、語ってはならないもの、忌み嫌われるもの（タブー）、偏見の対象になるものとして人目に触れないようにされている。コミュニティはいかなる行動を取る前にも、自殺は人目を避けるものという思い込みを取り除くことができるようにしておくべきである。従ってコミュニティへの理解を深め、自殺対策のための支援的環境（付録1.1）をプロセスの最初から作り上げていくことが非常に重要なのである。コミュニティはひとつひとつ異なる。健康とりわけ自殺に対する認識や態度、さらには宗教的信念、社会文化的背景、自殺や精神保健に関する偏見を理解できていることが、成功には不可欠となる。支援的なコミュニティ環境を作り上げることは持続的なプロセスである。コミュニティの構成員の間で自殺に関する啓発や、自殺という危機に面した時の対処能力を高めることで、自殺と自殺対策、自殺未遂や自殺による社会的負担、危険因子と保護因子、自殺リスクの高い集団、また自殺対策でコミュニティが果たすことのできる役割について情報提供をすることにつながるだろう。こうすることにより、コミュニティ全体にわたる大規模な行動を構築することに先立ち、まずは利用可能な人的資源や財政的資源で最小限の介入を行うことができる。

啓発には以下のような形を取ることができる：

- ソーシャルメディア⁶⁾のキャンペーン
- 従来型メディアのキャンペーン（例：テレビやラジオ）
- 対話型集会（タウンホールミーティング）⁷⁾
- ワークショップまたはウェブ研修
- 横断幕、ポスター、大型広告掲示板、広告
- 巡回説明会
- 路上公演、芝居・演劇
- 研修会
- シンポジウム

自殺対策を共通の関心事として共有する個人、グループ、組織を結びつけて、ネットワークや連携を構築していくことも重要な一歩となる。コミュニティ全体での初回の会合を設定する前に、小さな集団での自殺や文化的課題についての信念、見解、認識、考え方、感情を調査するために最初の話し合いをするのもよいだろう。こうした最初の話し合いには、女性、男性、若者、高齢者のグループ会合、学校や職場での集会、保健医療関係者やソーシャルワーカーもしくはボランティアやコミュニティのその他の小集団（マイノリティー集団など）との話し合いなどが含まれる。ネットワークや連携によって、自殺問題に協力して対処するための責任ある関わり方を構築し、強化することに役立つ。

またこの初期段階では、自殺とその対策の重要性について強く意見を述べる第一人者（コミュニティの中での著名人や有名人、または芸能人）を決めて参加してもらうことも有益である。第一人者は、自身の体験談や、彼らの近い人が困難な状況にどのように立ち向かったかを語ってもよいだろう。これによってコミュニティの構成員の関心を引きつけ、自殺について互いに語り始めやすくなるだろう。

メディアはコミュニティに啓発を行い、危機に面した時の対処能力を高めることにおいて重要な役割を果たす。コミュニティの主体的な関与プロセスを通して継続的にメディアを活用することは、情報を確実に周知させるために不可欠である（「継続的なメディアの活用」の章を参照）。メディアを活用することは、コミュニティへの主体的な関与のプロセスにおいて、自然な一歩とみなされるべきである。

6) インターネット等を活用した双方向性メディア。

7) 一般にはコミュニティの人々が対等な立場で生活に関する事柄を対話するための集会をさす。

2. 主体的関与の規模、人口、サービスや利用可能な情報を考慮する

コミュニティが主体的に関与する規模、また巻き込む人口や地域について考慮することも大切である。コミュニティや自殺対策活動についての準備段階での対策のアイデアは、追加情報を得る度に少しずつ修正を加えていく必要があるが、予想外の落とし穴や妨げになるものを早期に特定し、それを乗り越えていく方法を発見できるように準備しておかなくてはならない。

コミュニティでの初回の会合を開始する前に、もしくは活動を開始する前に、最近自殺が起きたか、どのサービスが利用可能か、自殺対策プログラムは既に実施されているか、コミュニティは自殺に対処することをいつも避けているかを明らかにしておくことは不可欠である。そうしないと時間を浪費したり、人々が関わることを嫌がったり、主体的な関与の方法が不適切になってしまったりするおそれがある（Lane&Tribe, 2010）。新しい対策がコミュニティから自発的に生まれたとしても、特に資源が少ない国の場合は、ある程度の予備的解析を行うことも無駄にはならない。

コミュニティに対して適切な自殺対策を展開・促進するには、利用可能なデータを理解し、データの限界を認識し、特定の活動の有効性をより正しく反映するようなデータの質の改善に尽力することも必要である（WHO, 2014）。

コミュニティのことを考える際には、以下の要因（付録1.2）を念頭に置いておくが良い：

自殺対策プログラムを含む、保健医療や福祉サービス：

- 保健医療サービスへのアクセス
- 保健医療サービスの質
- 現行の、または以前の自殺対策プログラム、サービス、キャンペーン
- 学校における精神保健の啓発や自殺対策プログラム
- 専門・非専門の保健医療関係者の研修
- ゲートキーパー研修（例：警察や消防士に対して）

コミュニティにおける情報伝達（コミュニケーション）システム：

- コミュニティ内での意思伝達的手段
- 重要な役割を担うメディア
- メディアによる責任ある自殺報道のガイドライン

コミュニティにおける自殺：

- 自殺者数と自殺未遂者数
- コミュニティにおける自殺手段（性別・年齢別統計を含む）
- 自殺の手段へのアクセス
- インフラストラクチャー（社会基盤）と「ホットスポット」（自殺によく選ばれる場所）
- コミュニティ内に存在する、または影響を与える危険因子と保護因子（付録1.7と1.8）

データソースとなり得るもの：

- 警察統計
- コミュニティの保健医療サービスまたは施設の記録
- 検死官報告書
- 電話相談（いのちの電話など）のデータベース
- 地区のサーベイランス
- 国のサーベイランスシステム

以下は特に重要である：

- 年齢集団（高齢者、若者、若年女性、中年男性など）
- 自殺リスクの高い人（難民、移民、マイノリティー、被虐待・トラウマ・紛争・災害の経験者など）
- 不適切な飲酒や物質の乱用
- 民族や文化的集団（先住民族など）
- 社会集団（囚人、LGBTIの人々、農場主など）
- 宗教集団（例：異なる宗教信仰の人々）
- 地理的なもの（例：都会と農村）

コミュニティを初期解析する方法の一つに、コミュニティ・レディネス⁸⁾・モデルを用いたものがある（Edwards ら, 2000）（付録1.3）。そのモデルはさまざまな段階に応じて、コミュニティの変化の準備性を分類し、5つの軸で扱う。その5つとは、1）自殺対策を推進しようと努めている、またその努力をするためのコミュニティの知識がある、2）リーダーシップ、3）コミュニティの人々の考え方や社会的風土、4）解決すべき課題に関するコミュニティの知識があること、5）さまざまな資源、である。こうした軸は対象とするコミュニティ全体の準備性を推定するため、5つの軸ごとに評価される。このようなモデルの評価は、後に自殺対策において活動を選択する際の情報となるだろう。

上記以外の可能性としては（補足ともなり得るが）、関係者となり得る人へ非公式（または公式）の面談を開始すること、もしくはフォーカスグループ・ディスカッションを開くことが考えられる。こうした情報は最初の行動を起こす際に利用できる。

コミュニティが主体的に関与することを優先させる必要のある地理的な地域、もしくは人口属性に基づいた集団を決める際には、国のデータは状況によっては役に立たない可能性がある、ということに留意すべきである。例えば、農薬の服毒自殺はおもに農村地帯で起こる。従って、都市部での自殺対策プログラムでは、農薬へのアクセスを制限するという対策はおそらく主たる焦点とはならないだろう。また、先住民の自殺は一般集団よりも高い傾向があるが、こういったデータは国の自殺死亡率には示されない可能性も高い。

3. 総合的目標を設定する

多くの人々、集団、組織は自らが属する共同体の社会的背景の中での自殺対策に関心があり、その中には自殺リスクの高い人、自死で遺されたコミュニティの構成員などを支援したいと考える人もいる。自殺対策を開始するにあたり、多くの人々、集団、組織に対して何を変えていきたいか、どのような変化を思い描いているかを聞いてみるのも良いだろう。これは初期段階での対策のアイデアと総合的な目標を設定する際に役立つだろう。

関心を持った関係者や指導者の意欲を高める、一般的な総合的目標（付録1.4）は、コミュニティで人々が感じているニーズに基づいて設定されるべきであり、以下のような内容が含まれるだろう（Suicide Prevention Australia, 2014）：

- 自殺について語り合いができる
- どこに助けを求めればよいかを知る、助けを求めている人の力になる
- 自助グループを立ち上げたり、身近な誰かを失った人や、それによって悲しみに暮れている人を支援したりする
- 自殺による死や自殺未遂を防ぐ
- 精神保健や人々の幸福を増進する
- 自殺関連行動を早期に発見し、うまく対応することができるよう教育する
- 自殺対策のための短期・長期計画を立案することで、コミュニティにおいて現在行われている努力に資する

コミュニティの主体的な関与のプロセスが進むにつれ、総合的目標はより具体的なものとなり、時間も財源もわずかであった小さな行動が、長期的視点の中でより大きな包括的行動へと変わっていくだろう。

4. 運営委員会を構成する

自殺対策において先導的な役割を担うための最初の試みは、コミュニティ内から自発的に生じることもある。最初の動きは、組織、機関、あるいは意欲のある個人から起こることさえあるだろう。しかし、支援が無いと個人では継続するのが困難であることも多く、他の人といかに連携を取れるかが重要となる。そのためにできることは、自殺対策へ主体的に関与することに意欲的で熱意のある人たちによる運営委員会を構成することである。運営委員会は、異なる技能とアイデアを持ち、似たような関心事を共有する同志の集団がまとまるのがほとんどである。例えば、運営委員会のメンバーは以下のような、多様な社会的背景の人たちから構成されることが多い（Capire Consulting Group, 2016; Mental Health Commission of Canada, 2015; Suicide Prevention Australia, 2014）：

8) 自殺対策を進める準備性（条件・環境等）が整っていること。

- コミュニティーの指導者、政治家、国会議員、代表者
- 保健医療、精神保健、物質乱用に対する医療の関係者。これらには医師、看護師、健康増進関係者、保健医療行政の当局者を含む
- コミュニティー・ディベロップメントワーカー⁹⁾やソーシャルワーカー
- 教員やその他の学校職員
- 精神的（霊的）指導者や宗教上の指導者
- 伝統的な祈祷治療師やコミュニティの長老
- 軍人
- 警察官、消防士、現場で救急対応を行う人
- 若い労働者、若者や学生のグループ
- 高齢者グループ、高齢者と共に働いている人々
- ピアサポーター
- 愛する家族、友人や同僚を自殺で失ったコミュニティ構成員
- 自殺未遂を実体験した個人
- 実業界のリーダー達
- 女性グループ、男性グループ
- 先住民族
- 難民
- コミュニティーにおけるマイノリティーや民族集団
- アルコールの問題に対する支援グループ
- 医師会
- スポーツ団体
- 地域の精神保健支援機関や慈善団体
- コミュニティーの福利向上や自殺対策に関わる機関
- ロータークラブやライオンズクラブのような非政府組織（NGO）
- ボランティアグループ

それぞれのコミュニティが多様な方法で自殺対策にアプローチしていくに従って、運営委員会もそれぞれが独自の特徴を見せるようになるだろう。そうは言っても、初回の会合を企画・計画し、自殺についての議論を開始するためには、10人程度の運営委員会であれば管理もしやすく、うまく機能することは確実である。

運営委員会の構成員（付録1.5）は、プロセスにかける時間と労力をいとわず定期的に集まるべきである。構成員は行動を起こすために必要な共通の動機付けや将来構想をつくり、目標を定め、プロセスの調整と管理を行い、自殺対策へ力を注ぎ続け、対策の進捗に伴う見落としを確認していかなくてはならない。こうした要素ひとつひとつに対し、構成員は役割を分担し、責任を持つことが重要になるだろう。こうしたことはプロセスの持続可能性を保証し、さらには衝突を避けることを目的としている。コミュニティ全体が集まる初回の会合には、利害関係のある当事者たちやコミュニティの構成員全てが招かれるべきである。

運営委員会に時間を割くことができない関係者は、最終的にその人の専門知識に応じて短時間枠での特別課題に取り組んでもらうよう呼び掛けるのもいいだろう（Suicide Prevention Australia, 2014）。このような目的のため、一定の課題や特殊な活動への関与を統括する下部委員会が作られることもある。サービスの利用者グループや、地域のボランティアに主体的に関与しておくことで、活動の計画を立て、それを実行に移す時に役立つだろう（Harris ら, 2016）。

コミュニティが主体的に関わる理由、総合的目標、利益となり得るもの、予測できる長期効果を書き出すことは有益であることが多い（Lane & Tribe, 2010）（付録1.6）。

運営委員会の構成員がオリエンテーションの必要性を感じ、自殺とその対策についてさらに知りたいと考えているのであれば、オリエンテーションや説明会、研修会を行うこともできる。こうした会では、危険因子、保護因子、徴候を示すサイン、（社会の）負担、自殺が起こりやすい集団のみならず、効果的な介入（付録1.5-1.7）についての情報を提供する。専門家を招へいしたり、資源目録を編集したりすることも考えられるだろう。

9) コミュニティーの発展や課題解決のために、私心なく活動・尽力する個人のこと。

自殺対策活動において主体的に関与することは、その人が個人的に主題（トピック）と繋がりがあるかどうかに関係なく、困難で複雑なものになり得る。自殺対策に参加する人、とりわけ自身や家族が過去に自殺関連行動を経験した人に対する安全対策は忘れてはいけない。例えば、心理学的応急処置（WHO, 2011）、運営委員会または下部委員会の構成員への監督・セルフケア、自殺の危険因子や保護因子また自殺の兆候を示すサインなどに関する研修を検討する価値はある（Annex 1.7-1.9）。

5. 最も重要な（利害）関係者を特定する

コミュニティの中で最も重要な役割を持つ関係者、そして将来的に運営委員会にも加わることができるような協力者となり得る関係者を見つけることが重要となる。コミュニティでネットワークをさらに展開していくために、既に個別に関連性なく動いている自殺対策が、協調的な自殺対策へと変化していくという目的にかなうだろう。関係者とは、組織、機関、そして個人などが考えられるだろう（前述の「運営委員会をつくる」内のリスト参照）。

関係者はそれぞれ異なる性質を持つことに注意を払う必要がある。関係者のマッピング・エクササイズ（関係者と課題との関連付け）（付録1.10）により以下のような項目を分析することで、より鮮明な状況入手できるかもしれない：

- 現在進めつつある自殺対策へ主体的に関与すること
- 自殺対策に主体的に関与する理由となり得るもの
- 自殺対策に主体的に関与する上で反感となり得るもの
- コミュニティにおける他の人、他の集団、他の機関との関係
- 資源（人的資源、財政的資源）
- 専門的意見
- さまざまな個人や集団の技能と強み
- 弱点
- 影響の大きさ（例：政策的と実践的における）

関係者の例：

政治家や議員

政治家はコミュニティにおける対策や介入を支援するために関与を求められることがある、あるいは政治家は政策転換にロビー活動をしてもらうことが可能である。地方自治体はコミュニティの政策転換を行う権限を持っており、重要な役割を果たす。市町村の支援を得ることができれば、コミュニティの組織に自殺対策を組み込むことも可能である。地域の意思決定者や公務員は自殺対策の機会をつくる手助けをし、連携体制を構築し、同じような活動をしているのは誰であるかを知ることができる絶好の立場にある。さらに、政策立案者はコミュニティのプログラムやサービスへ資金提供し実行するといった政策支援に最も重要な役割を果たす。

公共政策や意思決定は、最終的には政治家や科学的根拠、またその地域が持っている関心事に左右される。従って、自殺対策に関して政策立案者やオピニオン・リーダー¹⁰⁾と意思の疎通を図る時は、主体的に関与するために多様な形が取られたり、異なったメッセージのやりとりがなされたりする。計画の段階では、政治家やオピニオン・リーダーへ有意義に主体的な関与をするための機会を明らかにすることが大切である。責任や立場が時と共に変化する可能性がある政治家と主体的な関与を求めるには、多大な労力を要することもあるので注意すべきである。

保健医療提供者と保健医療管理者

多くのコミュニティでは、公衆衛生の提供者が傷害と自殺の両方の対策を担当することが多く、そのため保健医療ネットワークでの自殺対策において重要な役割を果たす存在となる。保健医療の提供者を自殺対策計画、活動、評価に関与させることは、以下のような対策に有益であると考えられる：

- すべての保健医療の専門家に対する研修の機会を支援すること
- 自殺・自殺未遂の事例登録の拡大と発生数の報告に対する戦略を練り上げること
- 自殺関連行動、うつ病、アルコール使用障害、その他の精神疾患および物質使用障害の医学的評価と管理を改善させること

10) 世論や集団の意思形成に大きな影響力を与えるような人物。

- 保健医療提供者と保健医療管理者が精神保健の支援に対する自分たちのニーズを認識し、対処できるようにすること
- 必須医薬品の利用可能性を向上させること
- 学校保健サービスの利用可能性と質を向上させること
- コミュニティーあるいはプライマリ・ヘルス・ケア¹¹⁾ の場でケアを受けている人々に、手続きを標準化させる政策を策定し、自殺関連行動の医学的評価と管理のための現職員に対する研修を行うこと（救急部門、精神保健施設、依存症治療センターを含む）

コミュニティ団体と宗教団体

コミュニティ団体と宗教団体（信仰に基づいて社会奉仕活動を行う団体）は、コミュニティを機能させるために不可欠の存在である。コミュニティ団体と宗教団体というのは、コミュニティ自体やコミュニティの重要部分に相当する、公的・私的な非営利団体（ロータリークラブやライオンズクラブ、非政府組織、教会、教団など）のことである。またこうした団体は保健医療、福祉、芸術や文化、図書館、青少年育成やコミュニティ開発といった分野においても主体的に関わっている組織である。

コミュニティ団体と宗教団体は、対等の立場にある仲間を代表するものであり、その人たちといつも草の根レベルで主体的に関わっている。こういった団体はコミュニティの住人を対象とした意思伝達のネットワーク、プログラム、介入を確立していくだろう。コミュニティ団体と宗教団体の協力者（パートナー）は住人に手を差し伸べ、コミュニティの構成員との信頼関係を確立し、費用を埋め合わせ、人的資源や財政的資源を利用するのに役立つことがある。

自殺対策に関連するコミュニティ団体と宗教団体は、自殺対策を語り合う場に初めから参加するべきである。そうすることで、柔軟な対応が可能になり、コミュニティ団体と宗教団体が自らの優先事項と合致した役割を果たすことができるようになるだろう。

6. 初回の会合への主体的な関与の方法を選定する

以上の準備段階の概略に従い、また最も重要な留意事項をいくつか考慮しておくことにより、コミュニティと会合という形をとった際に話し合いを始めやすくなるだろう。初回の会合へ向けた主体的な関与の方法（付録1.11）は、開始時の準備で明確になった正確な状況に応じて選択するべきである。（言語の）言葉遣いの形式の程度、招待状は郵送するか電子メールを送信するか、ということも考えなくてはならない。主体的に関与する方法はコミュニティの文化や関心事、またコミュニティ指導者や関係者に合わせていくべきである。

地域メディアにおける地域密着型キャンペーンは、地域の関係者がそのキャンペーンに出ればたいいはいは上手く行くだらう。そのコミュニティに住んでいる著名な人物や、皆から慕われている人は、全く馴染みのない人に比べて信頼してもらえることが多い。

初回の会合への主体的な関与の方法には以下のようなものがある。

- ラウンドテーブル（円卓会議）
- ワークショップ
- 対話集会（タウンホールミーティング）
- 公開討論会

世界自殺予防デーは毎年9月10日に開催され、さまざまなコミュニティの活動が行われるが、この日をコミュニティとの初回の会合を開くきっかけとするのも良いだろう。例えば、2016年にはレバノンで、海沿いを歩く「Into the dawn walk（朝焼けを歩こう）」が朝の5時に開催され、参加者は火を灯したキャンドルを持って歩いた。ネパールでは、集会とキャンドル灯火に加えて、自殺対策に関心のある人々（研究員から臨床医、ボランティアから自殺未遂者まで）と交流するプログラムや、メディアを巻き込んだ交流活動が行われた。2015年には、シンガポールで「#howru」（How are you? 「調子はどう？」の意）と書かれたバンドエイドが配られ、ひとりひとりの健康状態と自殺について語り合うことを促した。

11) 「すべての人々に健康を」の目標のもと、すべての人々に健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する理念、またその方法、アプローチのこと。

さまざまな関係者やコミュニティの構成員を巻き込むと、時には困難なことも起こり得るということに留意しておかなくてはならない。役割や責任に関する意見の不一致もあるだろうが、意見の衝突を解決する（conflict resolution）アプローチを使用すれば困難に上手く対応できるかもしれない。意見の衝突に直面するというのは、意識的に人間関係、状況、プロセスの質を高める方法のひとつである。例えば、ABCトライアングル（ABCとはAttitude[考え方]—Behaviour[行動]—Context[社会的背景]の略）は、極めて複雑な意見の衝突場面であっても分析をすることができる。ABCトライアングルでの分析では、意見が衝突するという問題には3つの主な構成要素があり、さらにその3つの要素は相互に影響し合っているという前提に基づいている。3つの要素とはすなわち、社会的背景あるいは社会的状況、さまざまな関係者の取る行動、そして考え方である。関係者同士での対話を通して全員の利害とニーズを把握するため、また意見が衝突するという問題に対処し解決するために、それぞれの構成要素に関連する最も重要な論点を明確にさせておくべきである（Galtung, 1985）。

初回の会合を開催し、コミュニティに主体的に関与してもらう際に、以下のような障害をいくつか考慮することが重要である（National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Petersen ら, 2016）。

- 自殺や自殺対策に関連する偏見や触れてはならないこと（タブー）（自殺は個人の問題であり、他の人に話すべきではないとみなされるかもしれない等）
- コミュニティーの構成員やボランティア団体からの信頼が欠如していること
- コミュニティーの構成員が関与したがないこと
- 国のサービスが問題解決をすべきだという考え
- 自殺は深刻な公衆衛生の問題であるという認識が欠けていること
- 活動に携わっている人のアドボカシー¹²⁾の経験が浅いこと
- 自殺の事例あるいは新たに起こりつつあるに群発自殺についての正確な情報が欠けていること
- 時間、専門的意見、資金のような資源が足りていないこと
- 市民団体や公共団体との意思の伝達が複雑でなかなか進まないこと
- 保健医療サービスやコミュニティに向けたサービスが不足していること、あるいは不満があること
- 関係者の中に、意思決定プロセスを思い通りに動かし、活動に影響を与えたいという潜在的な関心を持つ人がいること
- コミュニティーのすべての（または大半の）構成員の都合の良い時間を見つけることが困難であること

前もって、あるいは継続的に難しい課題となり得るものと向き合うことで、これらの障害を減らすことができるだろう。コミュニティが自殺対策において主体的に関わるための難しい課題や障害に対抗する戦略は、ひとつひとつの状況に応じて決定しなくてはならないことが多い。

7. 初回の会合を企画・計画する

自殺対策におけるコミュニティの努力に加わる関心のあるすべての関係者、およびコミュニティのすべての一般構成員が初回の会合に招かれるべきである（付録1.12）（前述の「運営委員会を構成する」のリストを参照）。

初回の会合には以下のようなことが含まれるだろう。

- 会合の理由、また会合のきっかけとなった出来事についての情報
- コミュニティーにおける自殺や自殺未遂の最新動向の説明
- コミュニティーにおいて自殺対策で既に取り組まれてきたことの説明
- コミュニティーにおいて自殺対策の最も重要な論点、資源をマッピングすること、各個人や各団体がどのように関与できるかを話し合うこと
- 具体的に自殺対策を行う団体は、何を目標とするべきかを議論すること（具体的な目標は、実際に行動している団体の構成員が最終的に決定すると良い、と明確に書き添える）
- 具体的な対策をしている団体として誰が継続的に会合を開くのかを決定する、またいつにするのかも決定する

上記の事項をベースとして、議事日程を作成する（付録1.13）と良いだろう。

運営委員会や下部委員会が指導を必要だと感じたら、リーダーシップ問題に詳しい人、諮問グループ、研究者へ支援を求めることもできる（Harris ら, 2016）。

12) 特定の健康課題の目標やプログラムの実現のために政治家の関与、政策支援、社会的受容、制度的支援を勝ち取るべく、個人と社会という2つのレベルの行動を組み合わせること（WHO Health Promotion Glossary 1998）。

運営委員会の構成員は初回の会合の司会者として、討議内容が主題から離れないように、また全員がきちんと話を聞けるように取り計らう役割を持つことになる（付録1.14）。書記や記録係は、初回の会合後にフォローアップの根拠となる正確な記録をとらなくてはならない。

初回の会合の開催準備をすることは、開催場所の決定、招待状の発送、会合開催の広報など、初回会合の詳細な下準備を行うという意味でもある（付録1.15）。会合の告知は、ポスターやボランティアによる戸別訪問、あるいはさまざまなイベントや集会で行うこともできる（宗教的な集会、文化的な集会、学校の集会、スポーツ集会等）。

初回の会合での一般的な指導のポイントは以下のとおりである（Mental Health Commission of Canada, 2015）。

- **安全性**：話し合いでは関係者に対して優しく接するようにする
- **精神保健面でのサポート**：自殺問題の議論には、ただならぬ感情を引きおこすことがあるため、補助を必要とする参加者に対して支援可能なものを確保する
- **柔軟性**：コミュニティ構成員が、状況に応じた会合の進め方・決まり事に馴染めるようにする
- **資源**：自殺対策活動を強化するための地域的な自殺対策の資源と支援を明確にするよう提案する
- **第一人者**：初回の会合を主催・進行する、あるいは自分の専門的知識に基づいて発表ができるコミュニティでの第一人者（最も有名で敬われている人）を明確にする
- **守秘義務**：参加者が自分たちのプライバシーが守られていると実感できることを保証する。秘密保持は、新たに起こりつつある群発自殺など、運営委員会の構成員が主体的に関与するような自殺のリスクが高い人々にも当てはまる

Box 1. インドの事例研究

インドでは、自殺による社会的負担の12%をタミル・ナードゥ州が占めているという報告がある。統合失調症研究財団（SCARF: The Schizophrenia Research Foundation）が、プドゥコーツタイ州のタミル・ナードゥ地区にある、隣接した3つの村のコミュニティに主体的に関与した。3つの村とも自殺者数が高かった。

自殺対策の戦略や、初回の会合の準備方法をコミュニティと話し合った際に、自殺に対してさらなる理解が必要であるとの感触を得た。そのような理由から、自殺に関する啓発講習会が開かれた。自殺対策を扱う非政府組織であるSNEHAから何人かのボランティアが、外部からの優秀な人材として招かれた。啓発講習会では生きる上でストレス要因となるもの、否定的感情と、そうした感情の対処方法、うつ状態や自殺の可能性のある人へのアプローチ方法などの講演が行われた。

公式的なコミュニティとの初回の会合を告知し、関心のある人すべてを招くため、ポスターが作成され掲示された。政府職員、保健医療提供者、非政府組織といった関係者も招かれた。SNEHAやSCARFの優秀な人材が出席した会合には、およそ250人が足を運んだ。

多くのコミュニティ構成員が全体および小グループでの参加で一堂に会し、借金、家庭内問題、人間関係問題、失業状態、試験の失敗など、自殺の主な原因であると思うものは何かについて意見を交わした。構成員たちは、支援的な環境で子供たちが教育を受けられること、また経済的・情緒的な安定につながり、自殺を防ぐような仕事を確保する必要性があると強く主張した。

コミュニティ資源の分布図は、床に色付きのチョークと塩で描かれた。3つの村の青年や女性グループ、地域の高校教師、現地の非政府組織の代表者などで運営委員会が構成された。委員会は公衆との会合で話し合われた内容に基づいて、以下のような総合的目標を踏まえて、介入に対する提案をした。

- 自殺や自殺がもたらす現象を理解する
- 若者や保護者および自殺未遂者への情緒的／心理的支援を提供する
- 児童・青年の自殺関連行動を防ぐ

自殺対策や支援に対して、コミュニティで既に利用できる資源と具体的な行動が明確化された。すぐに利用可能な科学的根拠や具体的な行動に関してさらに話し合ったのち、運営委員会は3つの行動を取ることを決定した。

1. 自殺未遂者に対してビフレンダーズプログラム（情緒的支援）を行う
2. 家庭や学校でのストレス要因のために、情緒的な問題を抱えているような子供を見つけ出し、支援することに焦点を当てている学校の精神保健プログラムを実行し、この中にライフスキルトレーニングや進路指導を組み入れる
3. 身近な人を自殺で失くした家族に対する遺族支援グループを確立する

このコミュニティは、自殺未遂者へ1年間の情緒的支援を行うことを目標とするビフレンダーズプログラムを始めるにあたり、段階的に展開していくことに決めた。6人の現地ボランティアが、SNEHAのボランティアから2日間の研修を受け、どのように自殺念慮のある人へ主体的に関与し、情緒的支援を提供し、秘密保持を保証すべきか、いつ誰が専門的サービスに対象となる人をつなげるべきかということについて学んだ。

自殺未遂者が地域のプライマリ・ケアを行う病院で治療を受ける際に、ビフレンダーズプログラムを提供することが決定された。病院職員からサービスについての情報を受け取り、関心があれば、教えてもらった番号に連絡することもできる。別の方法として、可能ならボランティアに彼らの電話番号を伝えてもよい。さらには、病棟にボランティアたちの名前と電話番号を掲示してもよいだろう。その他の活動内容も今後のために計画された。

コミュニティの行動計画は、コミュニティにより選定された対策のプロセス指標やアウトカム指標を用いて注意深くモニタリングされた。以下は、ビフレンダーズプログラムが成功裏に進捗していく状況を確認するために、運営委員会が明確にした指標である。

- 医療施設に登録された3つの村の自殺未遂者数
- プログラムに参加することに同意した自殺未遂者数
- サービスを受けた人の数
- 提示した電話番号へ実際に連絡をした人の数
- 再び自殺未遂をした人の数

メディアはコミュニティにおける活動の最新情報を逐次入手した。報道機関はプログラムの一部として行われたコミュニティのイベントや会合を話題として取り上げた。メディアによるサポートは、コミュニティに主体的に関与し自殺対策への啓発を行ったり危機に面した時の対処能力を高めたりする（sensitization）ために、極めて重要となる。

プログラム開始後3ヶ月が経過すると、コミュニティは主体的に関与しているという実感が湧き、受動的な役割が主体性のあるものへと変化した。人々の自殺対策への意識が向上し、自殺への見方も変わった。このようなプログラムを通して、自殺対策プログラムの重要性や構成員を支援することの大切さを、コミュニティは認めたのである。プロセスの中で明確になった課題は、精神保健や自殺に関する知識の欠如、偏見、また不十分な人的資源や財政的資源と関連性があった。人々は報酬無しでは動いてくれないため、ボランティア活動への参加には限界があった。また、3つの村の社会構造や慣習により、上流カーストと下流カーストの人間が互いに関わるには限りがあり、それによってサービスの重複につながってしまった。さらに意思決定プロセスでは個人的な感情に突き動かされ、科学的根拠が優先されなかった。こういった社会的背景において、外部からの優秀な人材・仲介者の役割は、最も重視されるものでなくてはならない。なぜなら、彼らは必要とされる指導を行い、コミュニティが情報を与えられた上で選択を行うことができるようにするためである。

2. 初回会合で話し合いを始める

1. マッピング・エクササイズを行う

2. 初回会合で話し合いを始める

この章では、初回のコミュニティの会合で自殺の問題についての話し合いを開始するにあたり、コミュニティがどのように行動を起こすことができるのかという実践的な手引きを提示する。コミュニティのすべての構成員は、自分たちの関心事を誰に気兼ねすることなく発言し、自分たちのコミュニティにおける自殺対策の最も差し迫ったニーズと感じているものを説明するようにしなければならない。このような初回会合の話し合いは、コミュニティで既に活用可能な資源と活動、ならびに現実のギャップを明らかにするプロセスの一部なのである。

1. マッピング・エクササイズ¹³⁾を行う

コミュニティにおいて自殺に関する話し合いを始める重要な第一歩は、自殺が社会に与える重大な影響と地域の社会状況に特有の自殺を防ぐという問題を十分に理解するということである。例えば、低所得国・中所得国における農村地域のコミュニティでは、対策の鍵となる課題は自傷や自殺の手段としての農薬に容易にアクセスできることであるかもしれない。それゆえ、このようなコミュニティで効果的と考えられる活動は、農業従事者とその家族を対象としないといけないだろう。

自殺に関連する様々な要因についてのより良い理解を深める方法の一つとして、マッピング・エクササイズの実施という手法がある（付録2.1）。これは、大きな紙に描画していくという簡単なものであり、識字能力が低い地域における自殺対策への参加を促すことができ、必要であればより複雑なものとすることも可能である（Archer と Cottingham, 2012）。

最初に、参加者はコミュニティの中で使われやすい自殺手段とそうした手段を用いて自殺が行われる現実の場所である「ホットスポット」（自殺が起こりやすい場所）について考察することが求められる。第二に、利用可能な社会、保健、自殺対策のサービスがどこで提供されるのかという現実の場所を確認する。また、第三に、利用可能なサービスへのアクセスのしやすさ、サービスの特徴、サービスの質について話し合うことが必要である。最後に、参加者は様々なコミュニティの資源、現在行われているプログラム、潜在する地域内における格差、地域の課題、メディアの役割などのコミュニティの自殺対策の強みと弱点について討議を行うことが強く求められる。

話し合いを活発化させる質問例は以下のようなものである：

- 自殺の手段にすぐにアクセスできてしまう場所はどこか（農薬・銃器・高層ビル・橋等）
- 医療サービス、社会福祉サービスはどこで提供されているのか。自殺関連行動をした人のアセスメント、マネジメント、フォローアップに関する研修はなされているか
- 地域の学校はどこにあるか。メンタルヘルスや自殺予防プログラムの教育はされているか
- さまざまなメディアへの経路はどこにあるか（印刷物、テレビ、ラジオ等）。メディア専門家は自殺についての責任ある報道の研修がされているか
- どの店がアルコール飲料を販売し、店の営業時間は何時間か
- コミュニティ内での自殺対策のサービスと社会基盤（インフラストラクチャー）における格差はどのようなものであるか

これらの質問等は会合の参加者によって発せられなければならない。進行役はマッピング・エクササイズが行われている間、構成員の意見が出るように促す事が求められる。マッピングが完了すれば、コミュニティ内のどこに格差が存在するか、もっとも必要なものは何か、自殺リスクの高い人はどのような人かについての理解がより深まることになるはずである。

13)住民参加型学習のひとつの手法である。ファシリテーターの適切な指導のもと、コミュニティ構成員が自らのコミュニティの解決すべき課題（例えば自殺問題）について、地図や図表に活用可能な資源等を書き込み関連付けていくことで、課題についての理解を深める集団的な学習手法。識字率の低い開発途上国等のコミュニティ等で、住民が主体的にコミュニティの課題とその解決方策についての理解を深める有効な技法とされている。

Box 2. カナダの事例研究

カナダでは、毎年、およそ4000人が自殺で亡くなっている。自殺対策に関する啓発のための努力、国内における指導者の動員、この緊急を要する公衆衛生問題に対処するために、カナダ精神保健委員会（MHCC）は、#308意見交換会と呼ばれるカナダ全土にわたる対話集会を実現させ、コミュニティの自殺対策への主体的関与を進めた。

2014年初頭に、MHCCは連邦議会で選出された308人の下院議員すべてに、コミュニティにおける自殺対策の意見交換会を主催するための支援と財源を提供した。このような意見交換会の開催を進めながら、MHCCは地域レベルで自殺対策を円滑に進めるための方策を明確にし、コミュニティを活動の場とする自殺対策モデルを策定するための将来の計画についての情報を提供した。その後、40を越える意見交換会がカナダ全土で開催された（Mental Health Commission of Canada, 2015）。

「これからの道筋を変えて、新たな人生を生きる：カナダの精神保健戦略」に基づいて、MHCCは精神保健制度を向上させ、カナダ人の精神保健の課題に対する考え方や行動を変えていくことを促す役割を担っている。自殺対策はMHCCの最も優先度の高い領域であり、カナダの精神保健戦略において重点が置かれた重要な領域である。

#308意見交換会におけるすべてのキャンペーンの最終目標は、根拠に基づく情報とコミュニティを基盤にした自殺対策プログラムを提供することにあり、次のような目的を持っていた。

- 1) コミュニティにおける参加型のボトムアップアプローチの提案をすること
- 2) 事前対応（prevention）、事後対応（postvention）、危機介入（intervention）に関する優良事例を共有すること
- 3) コミュニティレベルの自殺対策の推進を目指す新たな試みと機会を見いだすこと
- 4) 自殺を減少させ自殺や自殺関連行動に起因する有害な社会的影響を減らすために、意義ある行動を取ること

#308意見交換会は国会議員への啓発活動を進めることにまず焦点を当てた。啓発活動とその有益な効果を最大限に高めるため、国会議員はお互いに協力しながら、コミュニティの中で最も優れた人を見つけ出し、タウンホールミーティング（町役場や公会堂などで開催される会合）に参加させることができるようにする役割を担うことになった。大多数な事例では、主要なイベントを開催するのに地理的に最もふさわしい場所で、2人以上の国会議員がコミュニティの自殺対策の主要会合を一回主催することに関わった。

各イベントの計画はコミュニティの主催者によって決定され、利用する場所や、参加者や財源によって異なっていた。すべての会合で精神保健や自殺対策がテーマの中核とされたが、#308意見交換会のイベントはそれぞれ独自性があり、そのコミュニティの社会文化的背景と関連性があった。

#308意見交換会はラウンドテーブル会議、タウンホールミーティング、ワールドカフェ・ワーキンググループ、プレゼンテーション等の多彩な形を取っていた。いくつかの会合では地域の精神保健機関や、自死遺族、自殺念慮や自殺関連行動を有する人を見つける機会を増やす役割を担うコミュニティの構成員がゲスト講演者となった。

#308意見交換会プログラムでは、国会議員たちが自分たちの地域のニーズを明らかにするのに良い立ち位置にいたことがわかった。キャンペーン活動は根拠に基づく構成要素を有しており、以下の内容を含んでいる：

- カナダにおいて年間どれくらいの人が自殺で亡くなるのか、自殺による死がコミュニティにもたらす社会的影響はどのようなものかについて、自殺リスクの高いグループを含む主催者に対して教育を行う
- 命の安全に関する効果的な会合を主催することの重要性を強調する、安全に関するビデオを開発する
- 支援者や優れた人を見つけ出し活躍してもらう手助けをする

#308意見交換会のキャンペーン活動では、利害関係者（議員やそのスタッフ）の現場での努力を支援するためにアクセスしやすく実践的なツールを準備する必要性が明らかになった。ツール集で記されているのは以下の事項である。

- 背景となる情報（予備知識）
- ニュース・リリースのひな型（付録2）
- 連携先となる機関・団体等へのリンク
- 署名入り論説記事のひな形（付録2）
- 遺族支援（postvention）の団体・機関等へのリンク
- 会合案内の看板
- 討議の進め方の手引き
- 会合の進行役（ファシリテーター）の想定質問
- イベントの開催に向けた作業手順書のひな型（付録2）
- イベント当日の想定される議題の進行手順書のひな型（付録2）

これらのツールと文書のひな形は、フランス語版と英語版の二つが用意されており、主催者が作成したテンプレートとしてダウンロードが可能となっていて、コミュニティのニーズに合わせてその内容は修正が可能である。

#308意見交換会はソーシャルメディアに受け入れられた。ツイッターのハンドル名@MHCC_308は550人以上のフォロワーを持ち、オンラインコミュニティは拡大しつつある。#308conversationsのハッシュタグは自殺対策関連のツイートや、コミュニティの資源や自殺対策のイベントに目を向けてもらうために、自殺対策の関係者によって定期的に活用されていた。プレスリリースやニュースレター記事を含めた従来のメディアにも使用された。

#308意見交換会では、カナダ全土のあらゆる地域で最低1回は意見交換会を開催してもらった。各イベントではカナダにおける自殺問題と関連させて、自殺対策の今後の見通し、優良事例の紹介、自殺対策として推奨できることについての成果を得ることができた。それぞれのコミュニティにはコミュニティ独自の課題があり、特殊な課題に直面していた人口集団もあったが、多くの会で行われた討議では明らかに共通のテーマが論じられていた。

それぞれの意見交換会の報告書で明らかにされた課題の根底にあるものは、以下の3つの重要な論点であった：

1. コミュニティはカナダの国家自殺対策戦略を求めている。
2. 偏見は自殺対策の根底にある課題であるため、偏見を減らしていくことは引き続き最優先の事項であるべきであると参加者は感じていた。
3. 差し迫った自殺の危機に対処する努力を行えば行うほど、自殺対策に重点を置くプログラムの人的・物的な資源の不足が明らかになった。

ピアサポート（仲間・同僚による支援）のような内容についても意見が交わされた。#308意見交換会の参加者の多くは自殺未遂経験者あるいは自死遺族であり、ピアサポートは回復の過程にとって何かしら肯定的であり、有益かつ重要なものと捉えていた。MHCCの「ピアサポートの実践と研修のための指針（Sunderlandら, 2013）」では、ピアサポートは自殺関連行動の実体験をした人の間に共通の支持的な関係があることが記述されている。

この共通経験は自殺企画をした未遂者にとっての自身のメンタルヘルス、または自死遺族にとっての愛しい人の死と関連している。#308意見交換会での研究や個別事例に基づく情報は、ピアサポートが社会的なつながりや支援を通して、当事者の心の痛みを和らげ、入院の必要性を減らし、生活の質を改善することに役立っていることを示している。イベントが成功し、国会議員の参加への意欲が継続し、コミュニティの巻き込みが継続すること、またMHCCは#308意見交換会を2014年5月から2015年5月まで継続することを決定した。コミュニティは引き続き意見交換会を主催することになった。

MHCCは意見交換会のイベント関係資料から、自殺対策の資源に関する公式報告書から手書きの個人文書や提案書まで及ぶ#308の様々なフィードバックを受けた。このような多様な文書や報告書により、真の意味でカナダ全域から見た自殺対策に関する深い知識を得ることが可能になるのである。

3. コミュニティーの行動計画を考案する

1. 最も重要な論点とコミュニティにおける実施可能な具体的行動を吟味する
2. 実行可能な行動に対する資源をマッピングする
3. 資金を集める
4. 優先事項と資源に応じた行動計画を立てる
5. 行動計画において、「SMARTER目標」を設定する
6. 自殺対策活動とコミュニティイベントを推進するためにアウトリーチ戦略を策定する

3. コミュニティーの行動計画を考案する

本章ではコミュニティが選定した具体的な目標に沿って、コミュニティの実情に即した自殺対策の行動を吟味し、優先順位をつけ、実行するための実践的な手順を提示する。

優先順位を決定し、計画を実行するプロセスに関わった運営委員会や（利害）関係者は、初回の会合での話し合いに従って再招集されるべきである。運営委員会は今後の会合を準備するにあたり、指導性を発揮することが求められるとともに、コミュニティの行動計画をどのように進めていくかについて話し合う機会を提供しなければならない。検討すべき要点は次のとおりである。

- 運営委員会に関わる個人やグループの意欲、最終的に彼らが達成したいと願っていること
- 個人やグループが運営委員会に参加することによりもたらされる資源（専門的知識、時間、資金等）
- 経験上知られている困難、障害、促進要因
- さまざまな人やグループが持っている技能と強み

大切なことは、初回の会合の中で提起された最も重要な論点を吟味するためには、十分に長い時間が必要になるということである。なぜなら、最も重要な論点は地域の社会文化的背景と関連しており、さらに適切なコミュニティの行動計画を考案することにも結び付いているからである。

1. 最も重要な論点とコミュニティにおける実施可能な具体的行動を吟味する

マッピング・エクササイズを実施するプロセスにおいて、対象とするコミュニティの自殺対策に関する最も重要な論点の関連付けがされるだろう。コミュニティの効果的な自殺対策の行動計画には、取り組むべき課題と最も強く関連した具体的行動が盛り込まれていなくてはならない。従って、マッピング・エクササイズにより浮上した論点は、コミュニティの行動計画において明確に示され、組み込まなければならない。こうした論点は、以前に採択された総合的目標や活動範囲と照合しておくことが必要である。

他のコミュニティが用いた主体的に関与するプロセス、つまり成功した事例、経験から学んだこと、アプローチ方法や行動の規模などを検証することにより（付録3.1）、自らのコミュニティの自殺対策の編成と適用範囲を決定しやすくなるだろう。効果的であることがわかっていて、さらに自らのコミュニティと関係のある対策を明確にすることが推奨される（付録3.2）。

コミュニティが自らの行動計画において対処したいと考える可能性のある課題には以下のようなものがある(Allenら, 2014)。

- コミュニティーにおける宗教的信仰や文化的信念に起因する自殺に関する偏見
- コミュニティーにおける自殺への理解の低さ
- 容易にアクセスでき、すぐに使用可能な自殺の手段が手近にあること（農薬、銃器等）
- 販売や生産に制約がないためにアルコールが容易に入手できること
- 社会的ストレス要因（試験期間中の生徒や学生のストレス等）
- 不適切な報道をして自殺を行き過ぎた表現で取り上げる地域メディア局
- 自殺リスクの高い人や自死遺族が利用可能な支援やサービスが不足していること
- コミュニティーや地区保健機関において、研修を受けた保健医療関係者が不足していること
- 心理社会的カウンセリングが不足していること（コミュニティ、学校、社会福祉センター等に）

支援やサービスを必要とする人は以下のような人である。

- 家族を自殺で失った
- 以前に自殺未遂をした
- 精神保健上の問題や克服すべき課題がある
- アルコールやその他の物質の有害な使用を経験した
- 経済的損失を被った
- 慢性的な痛みや疾患がある
- 自殺の家族歴がある
- 虐待や暴力を受けたことがある

課題となり得るものは数えきれないほどあり、多くのコミュニティは同時に2つ以上の課題に対処することになるだろう。初回の会合でマッピング・エクササイズを実施すれば、対象となるコミュニティに関連する最も重要な課題を明確にすることができる。

次に行うのは、明確になった課題を吟味し（付録3.3）どの課題に対策が求められているかを議論することである。課題の中にはコミュニティの制御や能力の及ばないものもあるかもしれないが、ここでもやはり運営委員会が課題を啓発する際に中心的役割を果たすことになる（サーベイランスシステム等）。また、コミュニティにおいて現在行われている自殺対策の努力も再認識されるべきであり、その努力に基づいて行動計画を立てるのがよいだろう。実施後の効果に科学的根拠が認められるプログラムは特に注目されなくてはならない。

考えられる活動例を以下に挙げる。これらは各コミュニティのニーズ、対象団体、利用可能な資源に基づき、その地域の社会的背景に適應させることが意図されている(Capire Consulting Group, 2016; Fleischmann ら, 2016; Hegerl ら, 2009; Petersen ら, 2016; Suicide Prevention Australia, 2014; WHO, 2014; Zalsman ら, 2016)。

公衆の啓発活動と情報提供

啓発を図り、偏見を除去する

自殺対策にはコミュニティ全体が関与する。自殺への理解を深め、自殺に関する信念や考え方を変えるといった社会的変化は、コミュニティ全体での働きかけによってはじめて達成できる。働きかけとは自殺についての話し合いを開くことや、自殺についての啓発を教育プログラムを通して行うことなどである。自殺や自殺対策についての路上公演や演劇、啓発のための研修会や啓発キャンペーンや啓発週間、公共イベント、資金集めのためのイベント、新聞の記事、ラジオやテレビの番組、討論会、ラウンドテーブル討議、協議や会合など、さまざまな種類の公共イベントが開催されるだろう。それに加えて、学校、職場、軍事基地、刑務所、礼拝場、文化的イベントや集まりなど、数々の場も考慮されるだろう。第一人者（最も有名で敬われている人）や保健医療の専門家、家族を自殺で失った人や自傷の実体験のある人の支援グループ代表者から話を聞いたり、健康増進のための芸術面での取り組みによって、その努力がさらに加速されることもある(Mohatt ら, 2013)。コミュニティが自殺対策に乗り出し、優先順位の高いものとして世間に知らしめることで、地域が積極的に関与して自殺者数を減少させ、コミュニティの支援や主体的な関与を発展させる手助けとなる。偏見を縮小させるために自殺に関する対話を増加させることは、自殺対策において一般的に取り入れられている活動である。

資源一覧を作成し、全てのサービスとプログラムを関連付け、経路をマッピングする

コミュニティは数多くの支援サービスや支援プログラムを持っていることが多い。それらは自殺リスクのある人を支援し、とりわけ自殺未遂をしたことがある人へのフォローアップケアを提供するのに役立つ。こうした資源にはカウンセリングやその他のプライマリ・ケアサービスという形や、社交クラブやスポーツクラブやスポーツイベントといった形を取ることもあるだろう。資源によって交流の拡大が期待できる場合もある。自殺対策に関連する活動というのは、サービスや人的資源（保健医療関係者、ゲートキーパー等）を明確にすること、サービスの経路をマッピングすること、さらにコミュニティでこうしたサービスやプログラムを推進すること、それらにしっかりと関連性を持たせ質の高いサービスやケアを提供すること、自殺の危険因子について学習し必要な時に人を繋げたりすぐにアクセスできるようにしたりすることである。これは自殺対策において一般的に行われる活動である。

自殺の危機に直面した人への支援サービスや助けを求める行動を促す

自殺関連行動は人が危機に陥った時に起こることが多い。コミュニティは、例えばメディアとの協力などの際に、電話相談や支援グループ、その他の自殺の危機的状況への介入サービスが利用可能であることを強く主張することで重要な役割を果たすことができる。またコミュニティは、こうしたサービスの利用を開始したり増大させたりするためのロビー活動をするのにも役立つ。さらに危機に直面している人が助けを求め、サービスを利用することを促すこともできる。自殺の危機に直面した人への支援サービスや助けを求める行動を促すことは、自殺対策において一般的に行われる活動である。

自殺手段へのアクセスを制限する

農薬をより安全に利用するためにコミュニティが介入する

農薬は最も重大な自殺手段であり、世界中の自殺の大多数を占める。農薬は低所得国と中所得国の農村地帯において特に懸念されているものである。従ってコミュニティは、自らの社会的背景において最もよく用いられる自殺手段を確定することが重要である。

また衝動的に自殺をするような状況において、人々が農薬を利用できないようにコミュニティに主体的に関与させたり、コミュニティに対する教育、啓発プログラム、販売店や農薬使用者への研修を行うことも重要である(WHO, 2016b)。農薬や銃器などの自殺手段へのアクセスを制限することは、自殺対策において効果があることがわかっている(WHO, 2014)。

責任あるメディア報道と公衆の啓発活動

メディアや情報伝達（コミュニケーション）のためのガイドラインをつくる

地域ラジオ局、テレビ、新聞などのメディアは、自殺や自殺対策、助けを求めること、どこに助けを求めるべきかに関する公衆衛生的メッセージを広く知らしめるための有益な経路となり得る。同時にメディアがきちんと自殺に関して責任ある報道を行い、適切な情報伝達のガイドラインを作ることが重要である(WHO, 2017a)。報道関係者のための研修を企画・開催し、地域ラジオ局や新聞社と協力して自殺対策への努力を共に強化することもできる。メディアにおける責任ある自殺報道は、自殺リスクの高い人々に対し模倣自殺を防止する上で効果があることがわかっている(WHO, 2014)。

学校における自殺対策プログラム

精神保健の啓発活動を行い、学校という環境において技能研修を実施する

青年期の自殺関連行動は大きな問題であることが多い。青年期に精神保健の啓発を行い、負担となるライフイベント、ストレス、自殺関連行動に対処するために必要なスキルを強化することが重要となる(Aseltine ら, 2007; Kutcher ら, 2016; Wasserman ら, 2015; Wilcox ら, 2008)。学校単位での介入は自殺対策に効果があることがわかっている(WHO, 2015)。

若者をスクール・ピアサポートプログラムを含む自殺対策の立案に加える

他の集団と同様に、若者は若者自身を対象とした自殺対策プログラムの計画や実行の際に最も重要な存在となる。彼らはコミュニティに内在する、コミュニティが主体的に関与するための計画プロセスに組み込むべき危険因子を特定してくれる。特に、資源が乏しい場合には若者がピアサポート・プログラムの立案に加わると良い(Illback ら, 2010; Scott, 2011)。

アルコール対策を採り入れる

アルコールの有害な使用と薬物の使用を防止・縮小させる

コミュニティは啓発活動を行い、アルコール問題や薬物使用問題を抱える個人とその家族に、自助やピア・ネットワーク集団を含むコミュニティケアや支援を提供することができる。また、未成年へのアルコール飲料販売を防止し、アルコールを出さない環境（若者スポーツイベントなどの特別なイベント期間等）を支援することもできる(WHO, 2010)。学校では、ライフスキル¹⁴⁾プログラムが自殺対策のために実施されている。あらゆる物質使用障害は自殺のリスクを増大させることから、こうしたプログラムは一般的に行われる自殺対策関連活動となっている。

自殺関連行動を早期に特定し、治療し、フォローアップする

コミュニティの保健医療関係者やプライマリ・ヘルスケア関係者に、自殺関連行動の医学的評価と管理の研修を行い、さらに精神的苦痛、慢性疼痛、精神疾患や物質使用障害の研修も行い、自殺未遂者へのフォローアップを提供する

例えばWHOのmhGAP介入ガイド(WHO, 2016c; WHO, 2017b)等を用いて保健医療関係者に教育や研修を行うことで、最も必要としている人々に適時に効果的な支援が提供されるようになることが重要である。また、通院や治療の後に社会的支援が不足していることも多く、人々はケアを受けられないと自分が見捨てられたように思うだろう。体系的なフォローアップは、確実に心理社会的な支援を提供するために、きわめて重要なものとなる(WHO, 2016c)。これは自殺対策において効果があることがわかっている(WHO, 2015)。

コミュニティ指導者とゲートキーパーが有用な人的資源となるよう研修を行う

コミュニティが自殺対策へ主体的に関与するにあたり、リーダーシップというのは成功裏に導くための最も重要な要因となる。コミュニティには、公式または非公式の指導者（警察、政治家、宗教的指導者等）がいて、その人達は共通の目標を達成するために、コミュニティをまとめ人々を結束させる上で重要な役割を果たす。

14) 葛藤やストレス、人間関係等、さまざまな問題や要求に対処できる能力。

こうしたコミュニティの指導者やその他の主要な構成員たち（看護師、一般医、ソーシャルワーカー、教師、警察、消防士、刑務所や軍の関係者、雇用主等）は、ゲートキーパーとしての役割も担うことができ、コミュニティで自殺リスクのある人を特定する際に積極的役割を果たせるように、自殺対策に関する研修や教育をきちんと受けることが重要である(Kral ら, 2009)。ゲートキーパー養成研修は自殺対策において一般的に行われている活動である。

フォローアップケアとコミュニティの支援

自死遺族のための自助グループを始動する

自殺で遺された人の自助グループは、同じ経験をした他の人と寄り添う場とすることで、グループの人たちに勇気づけられ、理解を得て、それをまた他の人に対して行うことができる。自助グループは教育的な役割も持ち、死別したことによる悲しみのプロセスや自殺に関連した実際の状況、さまざまな保健専門家の役割に関する情報を提供することもできる(WHO, 2008)。こういった自助グループ立ち上げなどの活動は、支援の質を保証するために専門的なガイドと協力することが推奨される。自死遺族（自殺の後に遺された人々）のための自助グループの始動は、コミュニティにおいて一般的に行われていることである。

自傷行為を実体験した人への支援を起こす

コミュニティは自殺未遂者の支援への手助けができる。コミュニティのイベントを企画し、支援プログラムや自助グループを設置することで、未遂者当人や家族が社会から切り離されることなく、結果的に自殺の起こりやすさやリスクを軽減することになる。これまでに自傷を経験した人は、今その問題を抱えている人をどう支援するべきかについての手がかりとなるだろう。こうした活動は支援の質を保証するために、専門的な指導と共に行われるのが良いと考えられる。コミュニティでの支援を立ち上げることは自殺未遂者をフォローアップする際の重要な要素となる。

自殺リスクの高い集団に対する自殺の事後対応を行い、群発自殺を防止する

学校、大学、職場、高齢者の施設や住宅などにおいてスタッフやボランティアの研修を行うことにより、自殺未遂や自殺が起きた後に行う支援への手助けとなるだろう。自殺の直後には、自殺の影響を受けた人々が悲嘆に暮れ、恥や罪の意識や怒りを覚えることで、その人自身の自殺リスクが高くなってしまう可能性がある。気持ちの回復を促し、群発自殺の可能性を防止するための支援が必要とされる。群発自殺とは、ひとつの自殺が他の自殺を引き起こすという自殺連鎖のことである(CDC, 2001; Public Health England, 2015)。事後対応のための計画を整え、自殺直後における支援のための研修を行うことは、このような計画が群発自殺を防ぐものであることから、自殺対策において一般的に行われている活動である。

高齢者を対象としたプログラム

高齢者を対象とした自殺対策プログラム

コミュニティを結集させる際に、資源が偏って存在しているということが問題となることがある。例えば、他の資源と比べて、高齢者の自殺に重点を置いた資源の割合は低いかもしれない。コミュニティは高齢者を対象とした自殺対策プログラムを作ると良いだろう。その内容は、高齢者の自殺対策問題に関する啓発を行い（保健医療関係者や高齢者と働く人、高齢者を介護をしている人を含む）、健康に年を重ねることや、生活水準の改善への事前評価を行い、手助けとなり得る社会的支援・コミュニティによる支援を促進するなどである(Erlangsen ら, 2011)。目的意識を向上させるような活動やプログラム、レジリエンス（困難な状況に屈しないこと）やその他の保護因子などが提供されることもあるだろう(SAMHSA, 2015)。それには高齢者施設や高齢者用住宅も含まれる。これは自殺対策において一般的に行われている活動である。

職場におけるプログラム

職場における自殺対策活動を開始する

変化が激しい今日の環境において、被雇用者は自らの職や昇進が危うくなることを恐れて、大変な状況下にあるということを言い出しにくい場合が多い。労働者の自殺は、個人の自殺リスクの高さや、ストレスの多い職場環境・生活状況などが複雑に影響し合うことで起きるものだが、職場は同時に支援的役割またはゲートキーパーの機能を発揮することもある。そうするためには、啓発キャンペーン（職場における精神保健について等）を通して雇用主にこうした問題を紹介したり、危機的状況にいる人や自殺念慮がある人をどのように手助けし、支援していくことができるかについての実践的指導を行ったりすることができる。さらに、コミュニティと企業が協働して、任命された雇用主と被雇用者にゲートキーパーとなるための研修を行うこともできる(WHO, 2006)。

こういった例は一部に過ぎず、さらに多くの行動が考えられる。従って、自殺に関連する危険因子を視野に入れつつ、同じような課題を抱え自殺に対する努力を行っている他のコミュニティの存在を知るとともに（後々、自殺対策行動計画を取り入れて適応させることができる）、コミュニティに影響を与えている最も重要な課題をさらに検討することが不可欠となる。

2. 実行可能な行動に対する資源をマッピングする

実行可能な自殺対策行動をコミュニティが決定したら、次の段階はそれぞれの行動と関連のある必要な資源を検討することである。必要となる資源をマッピングし（人的資源、財政的資源、インフラストラクチャー等）、それらがコミュニティのどこにあるのかを明らかにし、現在も使用可能かを確認する（付録3.4）。話し合いの際に覚えておくべき質問は以下の通りである。

全般的な留意事項：

- どの機関が関与するべきか。その機関が関与することでどのような価値が付加されるか
- 活動の進行予定はどうなっているか。活動を実施するのに適した時期はあるか

人的資源：

- どのような人的資源が利用可能か
- 誰が行動の計画、実施、評価、アドボカシーに関わるべきか
- 運営委員会と下部委員会から必要とされる時間資源は何か

財政的資源：

- 行動にどのくらいの費用がかかるか。実施するにはどのくらいの財政的支援が必要となるか
- 無料で使える資源はあるか（ラジオやテレビの放送時間、公共広告等）
- どのような財政的資源が利用可能か。利用できる行政のプログラムはあるか。発展可能な財政的支援の提案があるか

インフラストラクチャー：

- 具体的な場所のニーズがあるか（コミュニティ福祉センター、公共の場等）

資金調達が十分であり持続的であることは、実行可能な行動計画を作り出す際に極めて重要となる。資金調達とは、資源の配分を通して目標を実際の行動に変えるメカニズムである。現在の資源の量（程度）や資源がどう使われているかを理解するために、サービスをマッピングし、資金調達システムを明確にすることは必要である。現在ある財源は、後々最大の利益となり得るよう分配される必要がある（WHO, 2003）。

3. 資金を集める

コミュニティに十分な財政的資源が無い場合は、行動計画を実行するための資金調達のために、多数の有効的な資金の収集方法がとられるだろう。

資金の収集はコミュニティへのさまざまな形の支援を喚起するプロセスである。資金収集の方法には以下が含まれる。

- 資金の供与者に提案書を出す（助成金や資金援助プログラム等の）
- 非政府組織、大学、研究団体、国の機関、国際機関などに技術的支援を求める
- コミュニティの資金調達戦略を、財団、機関、企業グループの目標と一致させる
- 朝や仕事前のコーヒー集会などの慈善イベントを開催し、そこに情報提供用のフレットやポスターを置き、自殺対策活動のための寄付を行う（募金箱等に）
- 販売して財政的支援に変えることができる古着、中古の家具、古本、中古車、さらに中古の住宅など、現物での寄贈物を集める
- 人通りの多い公共の場所に募金箱を設置する

- ボランティア支援として時間共有（タイムシェアリング）を推進し、ボランティアは自殺対策行動計画を支援するための時間や資源を提供する（相互支援というテーマとして、慈善的な方法でコミュニティを団結させることができる）
- ランニングやウォーキングなどの後援付きイベントを開催する
- 従業員が募った内容に合う報酬を雇用主が誓約する「Matched Giving（相当の報酬）」を試みる。これは、資金調達を急速に倍増させる方法である

4. 優先事項と資源に応じた行動計画を立てる

マッピング・エクササイズ、最も重要な課題の検討、計画実行のために取ることが出来る活動の明確化に続き、行動計画の中でこれらの行動に優先順位をつけることが非常に重要となる。

運営委員会が最も重要な課題すべてに対処し、同時にすべての行動を起こそうとしたら收拾がつかなくなるだろう。対象のコミュニティに対して同時に行うのに丁度良い量の行動を重点的に行えば（初めは1～2つの行動にする等）、努力と資源を集中させることで最も良い効果を得られるだろう。こうした開始時の努力に基づいて、すべての目標が最終的に達成されるように今後の行動を作り上げていくと良いだろう。

こうした行動の優先順位を付けるには、単に順位を皆で決めることもできるが、このプロセスを早めるために数々の優先順位付けツールを利用することもできる。こうしたツールは、コミュニティのニーズや科学的根拠に基づいた活動を比較検討するのに役立つだろう。ツールの一つとして、3次元マトリックスを用いた優先順位付け（付録3.5）があり、3つの軸に沿って参加者に活動をランク分けしてもらう。3つの軸とは、1）コミュニティ自体が感じているニーズ、2）科学的根拠、3）実行可能性（人的資源、財政的資源、時間資源を含む）である。それぞれの活動は各3つの軸ごとに最大5点が付けられる。それぞれの活動の合計点が、優先順位付けの目安となる。

活動の予定期間に関して、そのうちのいくつか（サーベイランスや心理社会的支援等）は継続して行うことが必要となるが、それ以外（保健医療関係者の研修、コミュニティ構成員に対する情報提供会議等）は、定期的に行われるのが良いだろう。

行動計画は、行動に必要な具体的な内容をすべて記した書式にするべきである（Archer と Cottingham, 2012）。さらに、行動内容が明確に区切られ、利用可能な資源に応じて役割や責任を割り当てるべきである。この点を徹底することで、プロセス全体にわたり行動をしやすくなるのは明らかである。

5. 行動計画において、「SMARTER目標」を設定する

目標を設定するためには、さまざまなアプローチの仕方があるが、成功可能で実践的であることが確実であり、無理のない方法として「SMARTER（もっとスマートな）目標」を用いることがある（付録3.6）。さらに細かく言えば、これらの目標は活動を組み立てる際に使える。前もって目標を示しておけば、行動計画に部分的な変更があったとしても、柔軟な対応を取りやすい（Capire Consulting Group, 2016）。

「SMARTER目標」は以下の通りである（Mindstrong, 2016）。

1. Specific（明確であること）

目標は的確かつ明白で、何を達成したいかが明記されている（誰、何、どこで、なぜ）。

例：コミュニティの保健医療関係者は自殺関連行動を医療的評価し管理するための研修を受ける。

2. Measurable（評価・判断が可能であること）

目標はそれぞれの達成に向けて、進行を予測するため具体的な評価・判断基準をつくるべきである。

例：コミュニティにおける自殺者数の減少、自殺に関する公衆への啓発。

3. Achievable（達成可能であること）

目標は達成できるものでなくてはならない。また目標は現在の実践内容や行動を変更する必要があるという常識的基準を満たしている。

例：メディア専門家は自殺について、責任ある報道をするための研修を受ける。

4. Relevant（関連性があること）

目標は対象となる集団や明確にされたニーズおよび優先順位と関連しているべきである。

例：コミュニティに自殺未遂者に対する自助支援グループを立ち上げる。

5. Timing（適切な時期を選ぶこと）

目標は達成可能だと思われる明確かつ調整可能な予定期間を設けるべきである。

例：6か月後を目標期限としている。

6. Evaluate（評価すること）

目標は時間をかけて変化したものや経験から学んだことを説明するために、必要に応じて定期的に評価されるべきである。

例：コミュニティのフィードバック会合が定期的に開かれる、もしくは調査が定期的に行われる。

7. Responsibility（責任を持つこと）

目標は実践、モニタリング、事後評価の責任をだれが持つかということを明示することで、担当者の明確な区分を規定するべきである。

例：行動グループは、明確な責任と任務を構成員たちに割り振っている。

目標の達成に向けての進行状況は、進捗の評価をしやすい主要な活動の終了時や、それ以外の活動の合間の適切な時に、行動グループの定期的な会合を通して評価することができる。

6. 自殺対策活動とコミュニティイベントを推進するためにアウトリーチ¹⁵⁾ 戦略を策定する

運営委員会は活動を推進し啓発を行うために、さらに広範なコミュニティへ上手く支援の輪を広げていくことが非常に重要である。アウトリーチ戦略を採択する際（付録3.7）、偏見の度合いに加えて、文化的、宗教的、歴史的、経済的要因も考慮に入れるべきである。アウトリーチ戦略は利用可能な資源に適応させていくことも必要である。

アプローチの方法には、以下の内容がいくつか含まれるだろう。（Mental Health Commission of Canada, 2015）

- ダイレクトメール（DM）
- 新聞
- オンライン（電子メール、ウェブサイト、メーリングリスト、ソーシャルメディア）
- 伝統的な印刷メディア（パンフレット、小冊子、チラシ）
- テレビ広告
- ラジオ広告
- 伝統的に人が集まる場所（市場、コンサート等）
- 公共交通機関での広告（バス等）

15) 支援の必要性があるにもかかわらず利用を申し出ない人々に対して、公共機関などが自ら出向いて支援を提供する方法。

Box 3. ケニアでの事例研究

ケニアでは自殺未遂者数や自殺者数についての利用可能なデータが十分ではない。またケニアでは自殺が違法とされ、偏見やタブーによって人目を避けるものとされる。そのため過小に報告されたり、全く報告されない可能性も増加しており、とりわけ自殺未遂にそれが見られる。法的措置の恐れや文化的信仰・宗教的信念の理由から、自殺はしばしば事故死または他の原因による死として、不正に記録されている。自殺や自殺対策に関して人々に啓発活動を行い、危機的状況への対処能力を高めるために、ビフレンダーズ・ケニアという地域非政府組織がコミュニティのオピニオンリーダーを動員させ、ナイロビ市マザレ地区のマシモニにおいて危機的な公衆衛生問題に取り組むための対策を講じた。ビフレンダーズ・ケニアは、「コミュニティが主体的に関与するためのツール集」を用いて、コミュニティが主体的に関与していくプロセスを進めた。

コミュニティに向けた集会や訪問の計画など、実行チームによる開始時の準備が整うと、コミュニティが自殺についてどの程度知っているかを深く理解するため、またコミュニティの自殺に対する捉え方、姿勢、考え方、信念に関して明らかにするために討論会が開かれた。討論会には、宗教指導者、教員、コミュニティの保健医療関係者、若者たち、地区の代表補佐官、実業界のコミュニティ代表者が集結した。コミュニティでは自殺が比較的によくあるものだということが話し合いから明らかになった。特に自殺は薬物やアルコールの乱用に深く関与している無職の若者に見られ、結果として自殺のリスクを高めたり、この地区では珍しくない早すぎる妊娠を増加させたりすることになる。討論会の参加者は、自殺や自殺関連行動の動機を詳細に知るために、自殺に関する公共の啓発活動を行い、自殺についての教育を提供することが必要であると強調した。

コミュニティが主体的に関与するプロセスを促進し、より広範にわたるコミュニティとの繋がりを形成するために、若者、宗教指導者、コミュニティの保健医療関係者、教員、企業のコミュニティ代表者、行政関係者から成る運営委員会が構成された。自殺対策に取り組むにあたり、運営委員会がコミュニティの行動の指揮を執った。運営委員会は最も重要な関係者を特定し、初回の会合に向けて詳細な下準備や内容を調整し、総合的目標の決定や行動・資源の明確化などコミュニティの行動計画を策定した。ビフレンダーズ・ケニアは、インターネット、ケニア統計局、保健省、マセアの精神病院を含むさまざまな情報源からデータを集めた。しかし、自殺や自傷、自殺未遂についてのデータは非常に少なく、それは特定の地区にだけ限ったことではなく、国全体に対しても言えることであった。

初回の公的なコミュニティ会合には240人が出席した。テーマとして、自殺、薬物やアルコールの乱用、メンタルヘルス、自殺で遺された人の実体験に基づく話が含まれていた。会合のすべての進行役からのメッセージは、自殺は防ぐことができるものであり、コミュニティだけでなく個人も自殺対策において役割を果たすことができるということであった。コミュニティは、自殺の徴候と自殺のリスクが疑われる場合に取られるべき対策について、対処能力を高めた。自殺との強い関連性を持つ重大な精神衛生上の問題としてうつ病が強調された。

初回の会合の最も重要な成果としては、偏見を除去しやすくするため、また自殺によって悲しみに暮れている個人やその家族が支援にアクセスできるようにするため、態度、捉え方、信念を変える必要性が挙げられた。参加者は提示されたテーマに満足した様子を見せ、今まで話しかけたことのないような内容をたくさん学習したと感じた。最終的に受けた印象としては、参加者たちが自殺についての捉え方、考え方を変化させ始めていた、自殺対策について考え始めるようになったなどであった。

運営委員会とビフレンダーズ・ケニアは、コミュニティの優先順位と利用可能な資源に沿って行動計画を立てたが、資金と研修を受けた人材の不足が懸念材料として際立った。

総合的目標は、コミュニティにおける自殺者数を減少させ、偏見を除去し、コミュニティの指導者たちに研修を行うという内容であった。

総合的な目標に沿って考えた結果、行動計画は以下のようになった。

1. コミュニティーの保健医療関係者に、自殺リスクの高い個人や集団を明確にし、また自殺関連行動に上手く対処するための研修を行うこと
2. 偏見を除去する点でも役立つような、コミュニティでの対話をさらに増やすことで、自殺と自殺対策の啓発活動を増加させ、危機対処能力を上げること
3. コミュニティーの指導者たちに、自殺リスクのある人を特定し、支援にアクセスできるよう手助けするための研修を行うこと

コミュニティの行動計画はそれぞれの行動を詳細に記し、一般的な責任を割り当てた。それぞれの行動において必要となる資源を考慮して、委員会はコミュニティの利用可能な資源をマッピングし、具体的な行動を起こすために主な関係者を特定した。取り組み内容の分配は、行動計画の持続性を確実にするために重要であると考えられた。行動計画が策定されると、コミュニティに共有された。

フィードバックミーティングが開かれている間に、相当数のコミュニティ構成員の自殺に対する考え方に変化があったことが明らかになった。討論の際には、精神保健上の課題と自殺との関連性や、自殺が他の健康上の問題と同じくらいに注目される必要性があることを認識した。コミュニティは自殺によって悲しみに暮れている人に対して元気づけと支援が必要であること、一方で自殺念慮のある人には耳を傾けることや、適切なサービス提供者へつなぐ必要があることを認識した。

自殺によって遺された人や自殺未遂者のための支援グループを立ち上げる必要性は、最も重要な行動項目として明確化された。これにより、自殺によって悲しみに暮れている人にその経験を共有できる機会を与え、お互いを支援し合い、適切な助けを求めやすくした。

また、コミュニティは自殺を防ぐ上で重要な役割を果たすことも明らかになった。というのは、コミュニティは教育や啓発のための討論の場を提供することができるからである。自殺対策に関しては、すべての人が関係者であるということに全員が賛同した。どんな人でも何らかの形で影響を受けているからである。

4. 継続的なメディアの活用

1. 地域のメディアと上手に協働するためのヒント
2. 責任あるメディア報道

4. 継続的なメディアの活用

メディアは、人々の意見や考え方を形成する上で重要な役割を果たしている（Borinstein, 1992; KalafatelisとDowden, 1997; Philo ら, 1994）。特に9月10日の世界自殺予防デーのイベント開催中には、時として自殺対策へのメディアの注目度がとても高くなることもある。メディアと協働できるその機会を、コミュニティの活動やメッセージを広める手段として利用することは重要であるが、自殺対策においては、メディアとの関係構築が困難な場合もあることに留意する必要がある。特に、自殺リスクの高い人々が自殺行為を模倣しないようにするために、自殺の事例については、メディアが責任感を持って報道することが重要である。自殺についての偏見や迷信が根強い場合には、メディアとの関係構築はより一層困難となる。メディアの強い影響力を考慮すると、自殺対策におけるコミュニティの主体的な関与を推進するために、メディアを上手に活用する方法を検討すべきである（付録4.1）。

1. 地域のメディアと上手に協働するためのヒント

1. 自殺とその対策に関する情報を提供し、精神保健を推進し、偏見を減らすためのメディア・キャンペーンを地域のメディアと協働して開発する。ストレス要因、精神的健康、身体的健康の関連について、強力な健康増進に関するメッセージを作成する。
2. 自殺について責任感を持って報道するよう地域のメディアに促す（WHO, 2017a）。
3. 地域のメディアをコミュニティ活動に招待する。
4. コミュニケーション戦略を策定するよう地域メディアに促す。戦略には、責任ある自殺報道に関する情報と地域の広報担当者用問い合わせ窓口を通知するためのプレス情報キットの作成と配布を含める。自殺とメディアに関する利用可能な情報源を共有する。
5. 自殺に関する倫理規定を遵守するようメディアに促す。
6. 自殺報道の適切さについて情報を収集し、誤解を生じやすいあるいは痛々しい表現に対して建設的なフィードバックを行うためのメディア監視プロセスを実施する。
7. 優れた報道への既存のメディア賞に地元メディアを推薦するプロセスを策定する、またはジャーナリストを表彰する新しい賞を共同で創設する。
8. 責任ある自殺報道に関するワークショップに、メディアの専門家を巻き込む。

2. 責任あるメディア報道

WHOによる情報小冊子（WHO, 2017a）など、メディア関係者が利用可能な、責任ある自殺報道に関する指針もある。例えば、

- どこに支援を求めるかについて正しい情報を提供すること
- 自殺と自殺対策についての正しい情報を、自殺についての迷信を拡散しないようにしながら、公衆への啓発を行うこと
- 日常生活のストレス要因または自殺念慮への対処法や支援を受ける方法について記事を報道すること
- 有名人の自殺を報道する際には、特に注意すること
- 遺された家族や友人にインタビューするときには、慎重を期すること
- メディア専門家自身が、自殺の記事に影響を受けることもあり得ることを認識すること
- 自殺の記事を目立つように配置しないこと。自殺のニュースを不用意に繰り返さないこと
- 自殺について誇張したり、正常なものとみなしたりするような言葉を使わないこと。自殺を、前向きな問題解決策の一つであるかのように紹介しないこと
- 用いられた手段について明確な表現をしないこと
- 現場や発生場所の詳細を提供しないこと
- 刺激的な見出しを使わないこと
- 写真、ビデオ映像、ソーシャル・メディアへのリンクなどを提示しないこと

Box 4. トリニダード・トバゴ共和国における事例研究

トリニダード・トバゴ共和国では、自殺が依然として重要な公衆衛生課題の一つである。トリニダード島で最大の地区であるチャグアナスでは、全国の自殺の25%が発生している。コミュニティにおいて、自殺行動に最も頻繁に対処しておりかつ自殺対策活動に関心を持つと思われる人々を把握するために、意見交換会が開催された。市長室、警察、精神保健従事者、宗教指導者、事業主、アルコールクス・アノニマス¹⁶⁾など、コミュニティの様々な関係者に声がかかった。薬物使用、不十分な監督、家庭の問題、まだ診断を受けていない精神疾患のために、学校制度の中の若者が高い自殺リスクを持つと認識された。

何回かの意見交換会を経て、運営委員会が組織された。委員会は、ソーシャルワーカー1人、精神保健を提供するコミュニティの看護師1人、救急医療の上級看護師1人、プライマリ・ケアサービス管理者1人、警察官1人、スクールカウンセラー1人、教師1人、議員2人、NGOの代表者2人で構成された。コミュニティの人々を活動に参加させる手法を見出すために、会は何度か開催された。自殺が大きな課題であることは周知されていたが、それを裏付けるデータは利用できず一般にも知らされていなかった。

第1回のコミュニティ会合が開催され、メディアがその告知を行った。参加者は約25名であった。議題には自殺統計の概要と自殺の徴候や危険因子についての情報が含まれていた。会合では地域資源に関するマッピング・エクササイズが実施された。コミュニティにおける自殺と自殺対策の認識の向上、リスクの高い生徒の特定と職場における介入などの戦略について議論された。全体として、無力感、社会的な偏見が強いという認識、さらに自殺への対処について警官や保健医療従事者が研修を受けていないことや、どのくらい大きな問題であるかということ、コミュニティで取り組める自殺対策の方法について情報がほとんどないことに関する懸念が多数存在することがわかった。

運営委員会の中に行動グループが作られ、コミュニティの行動計画を議論するために定例会が開催された。行動グループは4つの総合的目標を設定した。

- コミュニティ内の自殺リスクが高い個人または集団を特定すること。
- 自殺サーベイランスの仕組みを構築すること。
- 自殺により親戚や親友を最近失った人々など、個人や家族に対して臨床的な支援を迅速に提供すること。
- 現場での救急対応者（first responders）、警察、消防、救命救急隊員に、自殺対策と介入戦略について研修を行うこと。

行動計画には以下の行動が採択された。

1. 特に自殺リスクが高いとみなされた集団に対する行動、すなわち：
 - 青少年：教師または親への研修と危機的状況の対応能力の向上による青少年の精神保健に関する啓発。
 - 若年成人：従業員支援プログラムの実施と娯楽施設の設置。
 - 高齢者：年金サービスと社会サービス部門、退職者グループ、老人ホーム及び病院の職員の研修と危機的状況の対応能力の向上。
2. 保健、警察、消防の連携による、同地区の自殺サーベイランス体制の構築。
3. 問題行動を発見した際にケアにつなげる経路に関する情報の提供。
4. リスクの高い人々と接するゲートキーパーへの研修。

16) 宗教・組織等に縛られることなく、飲酒問題の経験のある人々がアルコールを飲まないでいられた経験を互いに分かち合い、充実した人生を送るために自由意思で形成している団体。略称はAA。

より具体的には、青少年に対しては、学校へのアウトリーチ活動と地域の小中学校の校長やスクールカウンセラーとの連携、親または教師の組合との協働による精神保健に関する啓発が計画された。啓発を行い、コーチ、顧問、青少年クラブの参加を得るためにレクリエーション活動が活用された。

若年成人には、雇用主との相談、従業員支援プログラム、大勢が集まるチャグアナス地区のレクリエーション施設において接触が試みられた。アウトリーチ活動の情報、従業員支援提供者への研修、アルコールクス・アノニマス、ナルコティクス・アノニマス¹⁷⁾及び保健活動を通じた有害な物質使用の予防も、この年齢層に対する対策プログラムの構成要素である。人間関係と家族のカウンセリングも優先事項であると考えられたものの、家族と交流のある既存の宗教団体やコミュニティーの組織によって対処可能だろうと考えられた。

高齢者には、退職者グループ、老人ホームと病院を通じて接触が試みられた。同地区の年金サービスおよび社会サービス部門には、研修と感受性向上のプログラムが提供された。

自殺対策にコミュニティーを巻き込み、自殺対策行動計画の実施に関係する動向について行動グループに伝えるため、コミュニティー・ミーティングやコミュニティー・ワークショップが定期的に開催された。必要な支援を提供することをメディアが合意した。自殺対策のテーマを広めるため、同地区に住む有名人が出演するパブリック・メディアとソーシャル・メディアのキャンペーンが計画された。

コミュニティーに精神保健の課題をより強く意識させ、自殺を減らし、強力かつ参加志向のコミュニティー精神を生み出したこともあり、自殺対策の行動がコミュニティーに利益をもたらしてくれるという希望と熱意が、主体的に関与することを通じて生じた。市長室と地方自治体は、地方自治体のプロジェクトと戦略によって自殺対策のメッセージを強固なものとするだろう。精神疾患、特にうつ病と薬物乱用に対する早期の気づきと治療が、より多くの人々にもたらされることが期待された。

17)薬物使用問題を抱える人々が、同じ経験を持つ人と問題解決のために相互援助するための自助グループ。略称はNA。

5. コミュニティーの具体的な行動計画のモニタリングと評価

1. 継続的モニタリング
2. 経験から学んだことを系統立てて評価すること
3. サーベイランスシステムと量的変化

5. コミュニティーの具体的な行動計画のモニタリングと評価

具体的な行動計画が作られ実際に対策が始まると、行動計画や予定管理表に照らし合わせた進捗の確認、迅速な変更調整、重点領域の変更、必要に応じた行動計画の改変、そして計画遂行上困難であったことや経験から学んだことを記録に残すことが重要となってくる。モニタリングや評価をすることで、介入の実際の影響を測定し、有効性や費用対効果の評価が可能となる（Acosta ら, 2013; Capire Consulting Group, 2016）。

- モニタリングとは行動計画を一定の手順で繰り返し追跡することである。明確になった問題を継続的に修正するために、計画がどの程度うまく実行されているかを評価することは不可欠である（WHO, 2007）。
- 評価（事後評価）とは、行動計画の価値、重要性、有効性を体系的に査定評価するプロセスのことである（WHO, 2007）。

活動の実行に多くの労力が割かれているが、策定段階から評価を組み込んでいくことが理想である。実際に機能するものは何か、人々の役に立つのか妨げになるのか、誰に最も適切かつ有益か、他のコミュニティで使用するために適合させることは可能かをはっきりさせることが重要である。

モニタリングと評価は補完的なものであり、全く別個のプロセスというよりはある程度重複したものである。モニタリングを通して集まった情報は、通常は系統的な評価に組み入れられる。モニタリングは情報の検証という側面もいくらかあわせ持ち、計画策定にも有用な情報を提供し得る（WHO, 2007）。

モニタリングと評価は、コミュニティが主体的に関与する努力に対して、以下のような理由で重要となる（Capire Consulting Group, 2016）。

継続的モニタリング

どの程度行動計画が進んでいるか、また途中で修正や変更が必要かを判断する

経験から学んだことを系統立てて評価すること

同じコミュニティあるいは他のコミュニティにおいて行われている、他の自殺対策の情報を伝える

サーベイランス（監視）システムと量的変化

自殺者数と自殺未遂者数のコミュニティ全体での傾向を調査する

1. 継続的モニタリング

モニタリングは、自殺対策の行動計画の実行プロセス全体に組み込まれるのが理想である。成功の決め手となる目的、目標、指標、また評価のプロセスとその間隔は、前もって概要を述べておくべきである。自殺対策活動が予定通りに達成に向けて進んでいるか、新しい可能性が生じていないか、あるいは方向を転換する必要があるかを知るために、全体を通して定期的なチェックをするのがよい。それを行うために多数の方法（付録5.1）が考えられる（Capire Consulting Group, 2016; Suicide Prevention Australia, 2014）。例えば、

- 運営委員会および下部委員会の会合において、自殺対策活動の進捗をチェックするための時間を作ること。以下に着目する（WHO, 2007）
 - ✓ 活動計画は完遂したか
 - ✓ 各活動は設定された時間内で行われているか
 - ✓ 資源は計画通りに投入されたか
 - ✓ 活動実績は達成されたか
 - ✓ さまざまな戦略の目標は達成されたか
- 活動の企画立案に関わった構成員すべてに、どのような難しい課題に直面したか、活動に変更の提案はあるかということを、定期的に問う
- 変更が必要であれば、新たな機会や課題に沿って全体目標を改訂する
- プロセス全体の進捗をチェックするために、漸増していくベンチマーク¹⁸⁾や指標を設定する（例えば、イベントの参加者数、ラジオ／メディアの放送時間の総量、メッセージを届けた人の数）

18) 性能や成績などの評価手段の一つで、同じ分野の他の対象を測定し、相対的な比較を行う際の指標・基準となるもの。

- ある自殺対策活動が、対象となる聞き手に届かない、もしくは効果的でないと感じられる場合は、どのように変更または改変できるかに取り組む

進捗状況を吟味し、再検討するための時間を計画に組み入れることで、全体的な行動計画に緻密な改善を図ることができ、途中で進捗を確実にモニタリングすることができる。モニタリングは企画や策定の段階から行動計画の一部でなくてはならない。そうすることで質の評価もしっかりと軌道に乗せることができる。

2. 経験から学んだことを系統立てて評価すること

コミュニティの行動計画のいずれかの活動を計画・実行した時に直面した難しい課題と、経験から学んだ内容をまとめておくことで、今後の活動のための大きな知恵となる。モニタリングは企画と実施プロセス全体を通して行われるが、イベントやプログラム、また各種の自殺対策活動の後に経験から学んだことを考察し記録に残すことは、必要に応じて改善を行うために重要となる。運営委員会が今後の自殺対策活動に利用するという目的に限らず、他のコミュニティも利用できるため、経験から学んだことは必ず記録に残すこと。

完全なデータを産出するために、首尾一貫した評価法を選択するべきである（付録5.2）。学んだことをまとめ、記録に残す方法として以下を提案する。

- 自殺対策活動に関わっている参加者に、上手く行ったことと上手く行かなかったことを書き出してもらい、次に生かすべき意見を記録に残す（フィードバック式あるいは調査を用いる等）
- 運営委員会や下部委員会に経験から学んだこと、次に生かすべき意見、さらには参加者のフィードバックも顧みるようにしてもらう（例えば、ワークショップやインタビューで）
- 自殺対策活動の実施の質や完成度、実施された活動の総数、参加人数、満足度、関係者との協力など、さまざまな指標を考察する

別の案として、フォーカスグループ・ディスカッションを開くということがある（付録5.3）。フォーカスグループというのは6～10人の小集団で、経験豊かな進行役が公開討論や自由討論を進行させる。こうした討論会は入念に準備することが重要である。なぜなら、大勢の初対面の人たちを参加者として選定し、前もって決めておく10程度の質問（討論前に参加者に知らせない）を慎重に選ばなくてはならず、進行役とあわせて書記と記録係も選ばなくてはならない(Elliot と Associates, 2005)。参加者として、例えば、コミュニティ指導者、教師、看護師、その他保健医療関係者、宗教指導者、農場主、行政職員などが考えられる。

3種の質問(Elliot と Associates, 2005)は、コミュニティにおける自殺や自殺対策活動など、所定のテーマを取り上げる際に役立つだろう。3種の質問とは以下の通りである。

- **参加者が打ち解けるための質問：**参加者に話し合いの主題を説明し、緊張をほぐしてもらう
(例)
 - 自殺についてどのようなことを知っていますか。自殺対策についてはどうですか。
 - 知っている自殺対策活動はありますか。自分のコミュニティで行われている行動計画に応じた自殺対策活動について、どう思いますか。
- **話し合いの核心に迫る質問：**話し合いの核心に踏み込む
(例)
 - 現在、サービスとインフラストラクチャーで足りないものは何だと思いますか。
 - コミュニティーにおいて、自殺対策を困難にさせているものは何だと思いますか。
 - 自殺を減少させることにおいて、自殺対策活動の有効性を参加者はどう感じていますか。
- **終了のための質問：**話し合いで取りこぼしたことはないか確認する
(例)
 - 何か付け加えたいことがある人はいませんか。
 - ほかに質問がある方はいませんか。

所定のテーマ1つに対して正当な結果を出すには、通常2つ以上（大体3つ）のフォーカスグループが必要とされる(Elliot と Associates, 2005)。

3. サーベイランスシステムと量的変化

進捗状況がどうであるかを知るために、行動計画を一定の法則で繰り返しモニタリングする範囲を越えて、サーベイランス（監視）システムは量的なデータを考察する。量的データは、対象となるコミュニティで一定の期間、自殺者数や自殺未遂者数における全体的な傾向を広い視点で示す。つまり、信頼できる良質のデータによって時間経過に伴うモニタリングが可能となり、また自殺者や自殺未遂者を減少させることにおける介入の有効性を証明することもできる。しかし、自殺はそう頻繁に起こるものではなく、単独のコミュニティレベルで大きな変化が必ずしも起こるとは言えない。群発自殺の発生は視点が複雑化する恐れがある。訓練を受けた人の数、専門機関を紹介された人の数、活動に参加している人の数など、より広い指標も用いる必要がある。

サーベイランスシステムの目的や想定される変更は、保健医療、政策、研究の分野に属する。しかし、最終的に地域、国内、世界的なサーベイランスの仕組みへ寄与する必要を考慮した時、サーベイランスシステムという事項をコミュニティの行動計画に統合するのは重要なことである。WHO報告『自殺を予防する：世界が果たすべき責務』（WHO, 2014）では、どの国においても、機能的なサーベイランスシステムを包括的な自殺対策戦略の一部として用いることが重要だと述べた。自殺対策の領域では、いかなる介入においても最終的な目標は自殺者と自殺未遂者を減少させることであり、それは良質のデータをすぐに利用できる状態にしておく必要があるという意味でもある。

コミュニティ（例えば、コミュニティの保健医療関係者と警察）は、自分たちの領域での自殺や自殺未遂に関する情報を定期的に集めて、サーベイランスシステムを始めることができるかどうかを確かめるべきである。そして、それがいずれ広域のサーベイランスシステムに寄与することを視野に入れておくべきである。これはコミュニティでデータ収集の役割を振り分ける人を任命することで実現できる（付録5.4）。月に1度、任命された人々は、自殺関連の情報源となり得るものを調べ、必要があれば関連機関を訪問して自殺や自殺未遂の件数を把握し、自殺に関するデータを収集するのが良い。情報源となり得るものとしては、以下を含む。

- 診察記録
- コミュニティーの指導者
- 一般医、コミュニティの保健医療関係者や看護師
- 教師、警察、消防士などのゲートキーパー
- 火葬場（用地）や共同墓地
- コミュニティーで任命された人々
- 宗教指導者

重要なのは、自殺や自殺未遂に関するいかなる対話も完全に秘密厳守とされていること、記録データが安全な場所に保管されることである。

より広域なサーベイランスに資するために、こうした努力を行うことは、国の人口動態登録システム（ある人口におけるすべての人口動態事象を公式的に記録したもの）の一部ともなり得る。そして国のデータはWHO死亡データベースへと報告されるだろう(http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/, 2018年1月31日にアクセス)。WHOは、遺体安置所や病院における、自殺を含む外因死の登録方法についての指導も行う(WHO, 2012)。同時に、自殺未遂や自傷行為に対する病院を基盤とした登録システムの確立や強化についての情報が、実践マニュアルで利用できるようになった(WHO, 2016a)。さらに、非感染性疾患の危険因子サーベイランスに働きかけるSTEPSアプローチ(<http://www.who.int/chp/steps/en/>, 2018年1月31日アクセス)では、自殺未遂を含む国内での危険因子について、国の代表的な人口に基づいたデータを把握するためのツール集を提供している。

Box 5. ネパールの事例研究

ネパールには、2015年の大地震で最も大きな被害を受けた地区の1つに、シンドゥ・パルチョーク郡がある。ここでは自殺の件数が増加し、2年間に58人から72人になった。シンドゥ・パルチョーク郡のチョータラ市は、自殺対策においてコミュニティに積極的に関与することに決めた。

事前会議には、コミュニティの区長、地域警察官、保健医療関係者、地域の指導者、非政府組織の構成員が含まれた。彼らはコミュニティにおける自殺の社会的負担と利用可能なサービスを調べた。地区の保健管理者や地域の関係者は、コミュニティが関連する一連のイベントと併せて、計画された活動の目的を伝えられた。

開始時の話し合いには、学校教員、非政府組織の構成員、住民、保健医療従事者、女性のコミュニティ保健ボランティアが集まり、自殺の認識や自殺対策に関する研修が不足していること、さらには自殺事例の管理やフォローアップが不十分かつ非効率であることを最重要論点とした。学校では生徒に精神保健と自殺対策についての教育を行っていなかった。

話し合いと事前会議の内容を踏まえて運営委員会がつくられ、関係者を明確にし、自殺対策に対する総合的目標を決め、コミュニティの行動計画を策定した。委員会は、コミュニティの区長、校長、地域の非政府組織の代表、住民、女性のコミュニティ保健ボランティアから構成されていた。運営委員会の構成員は、社会的な支援の仕組みが弱いこと、基本的なサービスが十分に提供されていないことを指摘した。大地震の後、あらゆる支援を失った人々は、頼るあてもなく、コミュニティでの自殺件数は増加した。

運営委員会の構成員の、自殺や自殺対策に関する専門知識が不足していたため、1日限りの説明会が開催された。この説明会では、自殺念慮、自殺企画、自傷行為のある人をどうアセスメントするか、またそのような人たちが適切な医療や心理学的サポートを探せるように、どう促せばよいかという説明があった。WHOの精神保健の格差に関する行動プログラム介入ガイド（mhGAP-IG: Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide）の自傷／自殺の部分を変更し、説明会に用いた。

コミュニティの最初の会合は区の会議室で開催された。地域の非政府組織、ソーシャル・ムービライザー¹⁹⁾、女性のコミュニティ保健ボランティアの協力もあり、コミュニティ構成員と、最も重要な関係者が招へいされた。総勢69名が出席した。協議事項には、自殺について知り始める、すぐに行動を取る必要性、目的、自殺対策において可能な活動、コミュニティの役割、コミュニティにおいて現在行われている活動のマッピングをすることなどが含まれていた。最も重要な論点は以下のように明確化された。

- コミュニティにおいて殺虫剤や農薬が簡単に入手できてしまうこと
- 生産や販売に制限がないために、アルコール飲料が簡単に入手できてしまうこと
- コミュニティや区の医療機関に経験豊かな保健医療従事者が不足していること
- 家族間やコミュニティの構成員の間で、個人的な意見対立があること
- 学校で利用できる心理カウンセリングが無いこと
- コミュニティに心理社会的カウンセリングが不足していること
- 自殺に関するメディアの不適切な報道

その後の会合で、運営委員会と最も重要な関係者が辿り着いた総合的目標は、以下の通りである。

19) ソーシャル・ムービライゼーションは、対話を繰り返し行うことで幅広い対象者・関係者に動機付けを行い、国および地方レベルで特定の開発目標に対する啓発を行い、需要を高めることを目的とするプロセス。ソーシャル・ムービライザーはそれに携わる人。

- コミュニティーにおける自殺未遂や自殺を防ぐ
- 自殺関連行動のある人を支援するために、責任ある保健医療システムや社会保障制度を策定する
- 自殺や精神保健上の問題に関する啓発を行い、偏見を除去する

コミュニティーの行動計画は、会合の中で明確になった最も重要な論点の優先順位をベースとした。すべての論点に対して、資源のマッピングと実行可能なコミュニティーの行動の草案が作られた。行動内容の優先順位は3次元重要度マトリクスを用いて決められた。同意の上決定された行動内容は、

1. コミュニティーにおいて、農薬の入手を制限する。
2. コミュニティーや区の医療機関において保健医療従事者を養成する。
3. 啓発を行い、偏見を縮小させるためにメディアを活用する。
4. 家族間やコミュニティーの構成員の間の個人的な意見対立が起きた場合はサポートする。
5. 学校において心理学的サポートを提供する。
6. コミュニティーで心理社会的サポートを提供する。
7. アルコール飲料の生産と販売を制限する。

政府および非政府の関係者が連携して活動を主導するために、代表者（当事者たちが納得する人物）が選ばれた。自殺対策は多部門的なアプローチを必要とするため、代表者のリーダーシップのもと、堅固な連携が不可欠であった。

以上の行動を踏まえて、運営委員会のアウトリーチ戦略では、ラジオ、テレビ、新聞などの地域メディアを通して、自殺や自殺対策についての啓発キャンペーンを行うことになった。自殺対策に関する短いCMソングが地域のラジオで流された。運営委員会は、自殺についての啓発と、責任ある自殺報道についてメディア専門家への研修を行うことで、コミュニティーにおいてメディアを動員できると確信した。

コミュニティーでは、主体的に関与をすることで人々が自殺について理解を深め、自殺についての話を促すことができたと感じた。実行を非常に困難にしたものは、財政的制約や知識や経験が豊富な人的資源の不足であった。コミュニティーの医療機関は、プライマリ・ケアの提供と、コミュニティーから専門機関の紹介を受けた人に対して、対応が取れるようにしておくべきである。コミュニティーの保健医療関係者は、心理社会的サポートを提供し、メンタリング²⁰⁾ やスーパービジョン²¹⁾を受けられるようにするべきである。

20)人材育成の方法の一つで、指導者（メンター）が対話や相談を通して指導を受ける側（メンティー）に助言を行い、自発的な気づきを促す。

21)専門家や指導者（スーパーバイザー）が対人援助に携わる初心者（スーパーバイジー）に助言を行い、専門性を向上させる手法。

6. コミュニティーのフィードバックミーティング

6. コミュニティーのフィードバックミーティング

活動を評価し、主体的な関与のプロセスの成果を通知する重要な方法の1つに、コミュニティフィードバックミーティングがある（付録6.1）。プロセス開始時の初回の会合と同様、コミュニティ全員を集め、活動の影響を話し合い評価することが目的である。フィードバックミーティングにより、経験から学んだことを収集し、今後の方向性を示すことができる。ミーティングの開催時期については、すべての活動の完了時が適切であろう。

フィードバックミーティングを実施する方法は様々だが、コミュニティの特徴と自殺対策活動の特色にあった方法が適切である。ミーティングの構成は、初回の会合と同じようなものか、あるいは短い発表と討論でも構わない。コミュニティからフィードバックを得るために、調査票を配布しても良い。

Box 6. アメリカ合衆国の事例

アメリカ合衆国において、自殺は主要な死因のひとつである。ウェストバージニア州は、2015年の人口10万人あたりの年齢調整自殺死亡率が18.4であり、州別自殺死亡率で14位となっている。ウェストバージニア州立大学は、ハリソン郡の地域密着型の非営利団体であるヘルシー・ハリソン（Healthy Harrison）と連携して、地域のニーズ、価値観、利用可能な資源に着目したコミュニティが主体的に関与するためのツール集（community engagement toolkit）を実施することを決めた。

初回の検討会を地域コミュニティのメンバーと開催し、プロセスを説明し、目標を設定し、様々な活動を配置した。参加メンバーには、精神保健従事者、保健サービス管理者、自殺対策専門家、宗教コミュニティのメンバー、警察の代表者がいた。参加者たちは、当初は、自殺をそれほど強く意識していないとのことであった。しかし、話し合いを通じて、リスクの高い集団と、オピオイドの使用、絶望感、目的の喪失、特に治療を非任意で受ける必要のある事例における精神保健サービスへのアクセスの課題など、地域における自殺の主要な関連要因を明らかにした。

自殺対策活動において貴重な協力者になると考えられる関係者とパートナー候補が特定された。最も重要なパートナーは、地域の雇用主、高等教育機関、地域の青少年活動団体、教会、カントリークラブ、レクリエーション施設、地域の退役軍人団体などであった。社会から孤立したあるいは薬物を乱用している中年の男性などの自殺リスクの高い人々が頻繁に訪れる場所（例、職場、バー）は、特に重要であるとされた。銃器のような致死率の高い手段へのアクセスに働きかける予防プログラムの展開の見込みについても議論され、この地域に特有の要因であると認識された。

既存の資源について確認が行われ、精神衛生および自殺対策に関する異なる団体間の情報交換の不足、サービス間の連携不足、救急医療、消防、警察の関与に関する想定される変化、能動的な保健サービスの必要性など、対策プログラムにおける重要な欠点が明らかにされた。

地域行動計画の策定過程において、運営委員会は以下の自殺対策の包括的な目標を設定した。

- 利用可能な資源とサービスによって自殺を予防すること
- 精神保健と自殺対策への偏見をなくす活動を見出し、支援すること
- 必要な人々にケアを提供するための工程表を作成すること

- 苦悩する人々の中に、目的と希望の感覚を育むこと
- ケア提供とコミュニティの主体的な関与に関する革新的なモデルに、警察と現場での救急対応者を参加させること
- 家族や未遂者を支援すること

精神医療サービス体制の恩恵を現在受けていないリスクの高い人々に手を差し伸べるべきであり、活動目的はそのような人々を探し出し支援することであると、ヘルシー・ハリソンの構成員が強く感じていたことは、重要である。

ハリソン郡は比較的広く、10以上の都市と小さな町を含んでいる。隣の人口集中地との長い距離と、コミュニティの資源と行政における認識されている差異のため、広域において適用可能な共通の戦略を見出すことは困難であった。行動計画の策定における課題は、比較的広域における地域活動について検討が必要なことであった。さらに、対象地域内には、すでに実施されている州および地域レベルの自殺対策プログラムの活動があることもわかった。その結果、地元のニーズ、資源、既存のプログラムに応じて採用または改変できる大枠の活動区分の決定が重視された。

行動計画には、以下が含まれた：

1. 地域や国の既存のプログラムの支援を受けている計画やプログラムを統合する。
2. 自殺対策を地域の最優先事項にまで高める戦略を策定し、地域のパートナー（例、宗教関係、高齢者サービス）を見つけ、支援とサービスのネットワークを構築すること。
3. 地域のパートナーおよび事業所からの協力を得る中で、プログラムと活動のための資金を調達すること。
4. ケアの変革と支援を求める工程の作成を支援するため、地域の保健医療従事者と連携する。

コミュニティのメンバーは、協働で自殺を予防できることに気づいた。絶望感やあきらめの気持ちに対処することがとても重要であることが明確となった。自殺対策行動と資金調達戦略の開拓について継続的に広く議論していくことが必要であろう。

コミュニティの自殺対策に資する情報源

自殺対策に関する総合的な情報源

- Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, accessed 31 January 2018).
- Preventing suicide: a resource series. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/, accessed 31 January 2018).
- Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 31 January 2018).
- WHO MiNDbank. Geneva: World Health Organization (<http://www.mindbank.info>, accessed 31 January 2018).
- Suicide Prevention Australia. Website (<https://www.suicidepreventionaust.org/>, accessed 31 January 2018).
- Living is for everyone. A National Suicide Prevention Strategy project managed by On the Line, Australia, on behalf of the Department of Health (<http://www.livingisforeveryone.com.au/>, accessed 31 January 2018).
- Working to prevent suicide. New Zealand Ministry of Health (<http://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addictions/working-prevent-suicide>, accessed 31 January 2018).
- Catalogue du CRES - Centre de Ressources en Suicidologie, France (in French) (<http://cresuicidologie.docressources.fr/opac/index.php>, accessed 31 January 2018).
- Suicide prevention resources. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/suicide-prevention>, accessed 31 January 2018).
- Tips for funding your program: determining your needs and developing a plan. Newton (MA): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/fundingtips.pdf>, accessed 31 January 2018).
- International Association for Suicide Prevention (IASP). Website (<https://www.iasp.info>, accessed 31 January 2018).
- Australian Institute for Suicide Research and Prevention. Website (<https://www.griffith.edu.au/health/australian-institute-suicide-research-prevention>, accessed 31 January 2018).
- Beijing Suicide Research and Prevention Center, China. Website (<http://www.crisis.org.cn>, accessed 31 January 2018).
- Japan Support Center for Suicide Countermeasures. Website (http://www.ncnp.go.jp/nimh/english/j_yobou.html, accessed 31 January 2018).
- National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP). Website (<http://www.ki.se/en/nasp/startpage>, accessed 31 January 2018).
- National Suicide Research Foundation, Ireland. Website (<http://www.nsrfl.ie>, accessed 31 January 2018).

自殺対策のプロセス上、重要となる人物に主体的に関与する

- Prompts and suggestions for speaking with local leaders on suicide prevention. Department of Health, United Kingdom (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf, accessed 31 January 2018).
- Identifying promising partners. Newton (MA): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/resources-programs/identifying-promising-partners>, accessed 31 January 2018).
- #308conversations. Mental Health Commission of Canada (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11884/308conversations>, accessed 31 January 2018).
- Community engagement toolkit. The Social Planning and Research Council of British Columbia, Canada (<http://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>, accessed 31 January 2018).

その他のコミュニティ自殺対策プログラムの例

- A community-based suicide prevention planning manual for designing a program just right for your community. Pocatello (ID): Idaho State University

(<http://www.isu.edu/irh/projects/ysp/CommunitySuicidePrevention/4PreventionPlanning/PreventionPlanning.pdf>, accessed 31 January 2018).

- Guidance for developing a local suicide prevention action plan: information for public health staff in local authorities. London: Public Health England

(<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-developing-a-local-action-plan>, accessed 31 January 2018).

- How to implement a 4-level community-based intervention targeting depression and suicidal behaviour. Leipzig: European Alliance Against Depression

(http://www.eaad.net/uploads/media/EAAD_Manual_web_02.pdf, accessed 31 January 2018).

- A framework for suicide prevention planning. Winnipeg: Manitoba Health & Healthy Living

(http://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2014/05/suicide_prevention_framework.pdf, accessed 31 January 2018).

- Operation Save Lives: education in suicide prevention. Stockholm, Karolinska Institutet

(<http://ki.se/en/nasp/operation-save-lives-education-in-suicide-prevention>, accessed 31 January 2018).

- Suicide prevention in Stockholm County. Stockholm, Karolinska Institutet

(<http://ki.se/en/nasp/suicide-prevention-in-stockholm-county-spis>, accessed 31 January 2018).

コミュニティが主体的に関与するための全般的な手引きやガイドライン等の情報源（自殺関連に限らず）

- Participatory vulnerability analysis: a step-by-step guide for field staff. London: ActionAid International

(<http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/assessment-review/ActionAid.pdf>, accessed 31 January 2018).

- Village book training manual: community led planning and development. Yangon: ActionAid Myanmar

(<http://www.actionaid.org/publications/village-book-training-manual-community-led-and-planning-process?width=960&inline=true>, accessed 31 January 2018).

- Community toolbox. Lawrence (KS): Work Group for Community Health and Development, University of Kansas

(<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/model-for-community-change-and-improvement>, accessed 31 January 2018).

- Emerging action principles for designing and planning community change. Gaithersburg (MD): Community Science (http://communityscience.com/pdfs/CS_Vol1-1_2015_v9_fugr5.pdf, accessed 31 January 2018).

- Community planning toolkit. Belfast: Community Places

(<http://www.communityplanningtoolkit.org/working-together>, accessed 31 January 2018).

- Communities that Care (CTC) model. Seattle (WA): Social Development Research Group, University of Washington (<http://www.sdr.org/CTCInterventions.asp>, accessed 31 January 2018).

- Community development handbook: a tool to build community capacity. Victoriaville: Canadian Community Economic Development Network

(<https://ccednet-rcdec.ca/en/toolbox/community-development-handbook-tool-build-community-capacity>, accessed 31 January 2018).

- Asset mapping for asset-based community development. Vibrant Communities Canada

(<http://vibrantcanada.ca/resource-library/community-asset-building/using-asset-mapping-asset-based-community-development>, accessed 31 January 2018).

- Active Implementation Hub. Chapel Hill (NC): National Implementation Research Network, University of North Carolina (<http://implementation.fpg.unc.edu/>, accessed 31 January 2018).

資金調達

- Mental health policy and service guidance package: mental health financing. Geneva: World Health Organization

(http://www.who.int/mental_health/policy/services/6_financing_WEB_07.pdf?ua=1, accessed 31 January 2018).

モニタリングと評価

- Mental health policy and service guidance package: monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization

(http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/14-monitoring%20evaluation_HKprinter.pdf?ua=1, accessed 31 January 2018).

- A guide to real-world evaluations of primary care interventions: some practical advice. Agency for Healthcare Research and Quality, United States Department of Health and Human Services

(https://www.pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/PCMH_Evaluation_Guide.pdf, accessed 31 January 2018).

- Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/200009/Handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-Eng.pdf, accessed 31 January 2018).
- Guidelines for developing monitoring and evaluation plans for human resources for health. Washington (DC): United States Agency for International Development (<https://www.capacityplus.org/files/resources/guidelines-HRH-monitoring-and-evaluation-plans.pdf>, accessed 31 January 2018)
- Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. New York (NY): United Nations Development Programme (<http://web.undp.org/evaluation/handbook/documents/english/pme-handbook.pdf>, accessed 31 January 2018).

精神保健と自殺に関する偏見の除去と啓発活動

- Safe and effective messaging. Newton (MA): Suicide Prevention Resource Center (<http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/SafeMessagingrevised.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Time to Change campaign. Website (<http://www.time-to-change.org.uk/>, accessed 31 January 2018).

自殺手段へのアクセスを減らす

- Methods of suicide: international data derived from the WHO mortality database. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/>, accessed 31 January 2018).
- Limits on analgesic packaging. Newton (MA): Suicide Prevention Resource Centre (<http://www.sprc.org/resources-programs/reduced-analgesic-packaging>, accessed 31 January 2018).
- Preventing suicides in public places: a practice resource. London: Public Health England (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/481224/Preventing_suicides_in_public_places.pdf, accessed 31 January 2018).
- Safer access to pesticides for suicide prevention: experiences from community interventions. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246233/1/WHO-MSD-MER-16.3-eng.pdf>, accessed 31 January 2018).

責任ある自殺報道を促すためにメディアへ主体的に関与する

- Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258814/1/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?ua=1>, accessed 31 January 2018).
- Canadian Association for Suicide Prevention. Website (<http://suicideprevention.ca/news-resources/media-guidelines-and-social-marketing/>, accessed 31 January 2018).
- Recommendations for the media. Reporting on Suicide. Website (<http://reportingonsuicide.org/>, accessed 31 January 2018).
- Mindset: reporting on mental health. Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. Website (<http://www.mindset-mediaguide.ca/>, accessed 31 January 2018).
- How journalists can prevent copycat suicides. Leipzig: European Alliance Against Depression (http://www.eaad.net/uploads/media/Mediaguide_2017.pdf, accessed 31 January 2018).

ゲートキーパー研修

- Suicide prevention training. Question, Persuade, Refer. Website (<http://www.qprinstitute.com>, accessed 31 January 2018).
- safeTALK. LivingWorks. Website (<https://www.livingworks.net/programs/safetalk/>, accessed 31 January 2018).
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=42>, accessed 31 January 2018).

自殺未遂者

- A guide for medical providers in the emergency department: taking care of suicide attempt survivors. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/AfterAnAttempt-ER.pdf>, accessed 31 January 2018).

- After an attempt: a guide for taking care of yourself after your treatment in the emergency department. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/AfterAnAttempt-Survivor.pdf>, accessed 31 January 2018).
- After an attempt: a guide for taking care of your family member after treatment in the emergency department. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/AfterAnAttempt-Family.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Working with the suicidal patient: a guide for health professionals. Consortium for Organizational Mental Health, Canada (<http://www.sfu.ca/content/dam/sfu/carmha/resources/wwsp/WWSP.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Emergency care of a suicidal person. Stockholm: Karolinska Institutet (<http://ki.se/en/nasp/emergency-care-of-a-suicidal-person-aosp>, accessed 31 January 2018).

若者の自殺対策に資する情報源

- Sources of Strength (a universal suicide prevention programme). Website (<https://sourcesofstrength.org/>, accessed 31 January 2018).
- Reconnecting youth: a peer group approach to building life skills. Website (<https://www.sprc.org/resources-programs/reconnecting-youth-peer-group-approach-building-life-skills>, accessed 31 January 2018).
- Kognito At-Risk for High School Educators. Website (<https://kognito.com/products/at-risk-for-high-school-educators>, accessed 31 January 2018).
- American Indian life skills development curriculum/Zuni life skills development. Website (<https://uwpress.wisc.edu/books/0129.htm>, accessed 31 January 2018).
- Lifelines: a comprehensive suicide awareness and responsiveness program for teens. Website (<https://www.hazelden.org/web/public/lifelines.page>, accessed 31 January 2018).
- Multisystemic Therapy (MST). Website (<http://www.mstservices.com/>, accessed 31 January 2018).
- Model Adolescent Suicide Prevention Program (MASPP). Website (<https://nrepp.samhsa.gov/Legacy/ViewIntervention.aspx?id=251>, accessed 31 January 2018).
- Sandbox Project. Teen Mental Health.org. Website (<http://teenmentalhealth.org/care/health-professionals/>, accessed 31 January 2018).
- Together to live. Ottawa: Centre for Excellence for Child and Youth Mental Health (www.togethertolive.ca, accessed 31 January 2018).
- Preventing suicide: lesbian, gay, bisexual and trans young people: toolkits for nurses. London: Public Health England (<https://www.gov.uk/government/publications/preventing-suicide-lesbian-gay-and-bisexual-young-people>, accessed 31 January 2018).
- Headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd, Australian Government Department of Health and Ageing. Website (<http://headspace.org.au/resource-library/>, accessed 31 January 2018).
- Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/1/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf, accessed 31 January 2018).
- Youth Aware of Mental Health (YAM). Website (<http://www.y-a-m.org>, accessed 31 January 2018).

先住民族のための情報源

- Suicide Prevention Program. Indian Health Service, the Federal Health Program for American Indians and Alaska Natives, USA. Website (<https://www.ihs.gov/suicideprevention/>, accessed 31 January 2018).
- QUNGASVIK toolbox. Fairbanks (AK): University of Alaska (<https://www.uaf.edu/canhr/projects/elluam/Qungasvik.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Promoting Community Conversations About Research to End Suicide (PC CARES) initiated, developed, and implemented by indigenous communities in Alaska. Fairbanks (AK): University of Alaska, and Amherst (MA): University of Massachusetts. Website (<http://www.pc-cares.org/about/>, accessed 31 January 2018).
- White Mountain Apache Tribe and Johns Hopkins University collaboration to reduce youth suicide, including a tribally-mandated surveillance system, emergency department screening, and a multi-tiered suicide prevention program for youth. Baltimore (MD): Center for American Indian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Website (<http://caih.jhu.edu/programs/>, accessed 31 January 2018).

難民と移民のための情報源

- Refugee suicide prevention training toolkit. Boston (MA): Refugee Health Technical Assistance Center (<http://refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/suicide/suicide-prevention-toolkit/>, accessed 31 January 2018).
- Addressing mental health, PTSD, and suicide in refugee communities. Clearwater (FL): Gulf Coast Jewish Family & Community Services. Webinar (<https://gulfcoastjewishfamilyandcommunityservices.org/refugee/2014/08/05/1202998/>, accessed 31 January 2018).

高齢者向けの情報源

- Overview of resources by Suicide Prevention Resource Center. Website (<https://www.sprc.org/populations/older-adults>, accessed 31 January 2018).
- Senior's suicide prevention resource toolkit. Calgary: Centre for Suicide Prevention (<https://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?fileticket=cmFwRL4DMJw=&path=/suicide-prevention-resources/seniors-suicide-prevention-resource-toolkit>, accessed 31 January 2018).

職場向けの情報源

- Preventing suicide: a resource at work. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43502/1/9241594381_eng.pdf, accessed 31 January 2018).
- Psychological first aid. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf, accessed 31 January 2018).

ポストベンション（事後対応）：自殺により悲しみに暮れている人への支援と模倣自殺の予防

- Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44801/1/9789241597067_eng.pdf, accessed 31 January 2018).
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace National Youth Mental Health Foundation Ltd, Australian Government Department of Health and Ageing (<http://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. London: Public Health England (<https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-identifying-and-responding-to-suicide-clusters>, accessed 31 January 2018).
- SAMHSA news: Suicide cluster prevention on campus. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (<http://newsletter.samhsa.gov/2015/12/03/suicide-cluster-prevention-on-campus/>, accessed 31 January 2018).
- SOS: a handbook for survivors of suicide. Washington (DC): American Association of Suicidology (http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Survivors/Loss%20Survivors/SOS_handbook.pdf, accessed 31 January 2018).
- Hope and healing: a practical guide for survivors of suicide. Calgary: British Columbia Ministry of Health (<http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/HopeandHealing.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Surviving a suicide loss: a financial guide. Greenwood Village (CO): National Endowment for Financial Education (http://afsp.org/wp-content/uploads/2016/02/survivingasuicideloss_afinancialguide.pdf, accessed 31 January 2018).
- After a suicide attempt: a guide for family and friends. Winnipeg: Canadian Association for Suicide Prevention (<http://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2014/05/CASP-After-Suicide-Attempt-12-1575.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Support After Suicide Partnership. Website (<http://www.supportaftersuicide.org.uk/>, accessed 31 January 2018).

参考文献

- Acosta JD, Ramchand R, Becker A, Felton A, Kofner A (2013). RAND Suicide Prevention Program evaluation toolkit. Santa Monica (CA): RAND Corporation.
- Allen J, Mohatt GV, Beehler S, Rowe HL (2014). People awakening: collaborative research to develop cultural strategies for prevention in community intervention. *Am J Community Psychol*. 54:100-11. doi:10.1007/s10464-014-9647-1.
- Archer D, Cottingham S (2012). Reflect mother manual. London: ActionAid International.
- Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*. 7(161). doi:10.1186/147172458777161.
- Borinstein AB (1992). Public attitudes towards persons with mental illness. *Health Affairs*. 11(3):186-96.
- Capire Consulting Group (2016). Inclusive Community Engagement Toolkit: version 2. Melbourne: Capire Consulting Group
(http://capire.com.au/wp-content/uploads/2016/03/Booklet_Capire_Toolkit_2015_screen.pdf, accessed 31 January 2018).
- CDC (2001). CDC Recommendations for a Community Plan for the Prevention and Containment of Suicide Clusters. *MMWR*. 2 May 2001 (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001755.htm>, accessed 31 January 2018).
- Coppens E, Van Audenhove C, Iddi S, Arensman E, Gottlebe K, Koburger N et al. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior. Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *J Affect Disord*. 165:142-50. doi:10.1016/j.jad.2014.04.052.
- Edwards RW, Jumper - Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson, L (2000). Community readiness: research to practice. *J Community Psychology*. 28(3):291-307.
- Elliot & Associates (2005). Guidelines for conducting a focus group.
(https://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf, accessed 31 January 2018).
- Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, De Leo D, Lindner R et al. (2011). International Research Group on Suicide Among Elderly. Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis*. 32(2):106-9.
- Fleischmann A, Arensman E, Berman A, Carli V, De Leo D, Hadlaczky G et al. (2016). Overview evidence on interventions for population suicide with an eye to identifying best-supported strategies for LMICs. *Glob Ment Health*. 3:e5. doi:10.1017/gmh.2015.27.
- Galtung J (1985). Conflict Triangle ABC (Attitude-Behaviour-Context).
(http://competendo.net/en/The_ABC_Triangle, accessed 31 January 2018).
- Harris F, Maxwell M, O' Connor R, Coyne C, Arensman E, Coffey C et al. (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four european countries (Ospi-Europe). *BMC Public Health*. 16:268. doi:10.1186/s12889-016-2942-z.

- Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D et al. (2009). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 9:428. doi:10.1186/1471-2458-9-428.
- Illback R, Bates T, Hodges C, Galligan K, Smith P, Sanders D et al. (2010). Jigsaw: engaging communities in the development and implementation of youth mental health services and supports in the Republic of Ireland. *J Ment Health*. 19(5):422–35.
- Kalafatelis E, Dowden A (1997). Public knowledge of, and attitudes to, mental health and illness. Wellington: Business Research Centre for Ministry of Health.
- Kral M, Wiebe P, Nisbet K, Dallas C, Okalik L, Enuaraq N et al. (2009). Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *Int J Circumpolar Health*. 68(3):292-308.
- Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25(6):567-9. doi:10.1007/s00787-016-0867-9.
- Lane P, Tribe R (2010). Following NICE 2008: a practical guide for health professionals on community engagement with local black and minority ethnic (BME) community groups. *Diversity in Health and Care*. 7(2):105-14.
- McLeroy K, Norton B, Kegler M, Burdine J, Sumaya C (2003). Community-based interventions. *Am J Public Health*. 93(4):529-33.
- Mental Health Commission of Canada (2015). #308conversations Interim Report. Ottawa: Mental Health Commission of Canada
(http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC%252520%252523308%252520Conversation%252520Report_ENG_0.pdf, accessed 31 January 2018).
- Mendel P, Ngo VK, Dixon E, Stockdale S, Jones F, Chung B et al. (2011). Partnered evaluation of a community engagement intervention: use of a kickoff conference in a randomized trial for depression care improvement in underserved communities. *Eth Dis*. 21(2 Suppl 1):S1-78-88.
- Mindstrong (2016). How to set SMART (and SMARTER) goals. Peterborough: Mindstrong Ltd
(<http://mindstrongltd.co.uk/wp-content/uploads/2014/04/SMARTER-goals-1.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Mohatt NV, Singer JB, Evans Jr AC, Matlin S, Golden J, Harris C et al. (2013). A community's response to suicide through public art: stakeholder perspectives from the Finding the Light Within project. *Am J Community Psychol*. 52(1-2):197–209. doi:10.1007/s10464-013-9581-7.
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE guideline (NG44).
(<https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources>, accessed 31 January 2018).
- Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry M, Chisolm D, Gronholm P et al. (2016). Promotion, prevention and protection: interventions at the population and community levels for mental, neurological and substance abuse disorders in low- middle-income countries. *Int J Ment Health Syst*. 10(1):1. doi:10.1186/s13033-016-0060-z.
- Philo G, Secker J, Platt S, Henderson L, McLaughlin G, Burnside J (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Educ Journal*. 53(3):271-81.
- Public Health England (2015). Identifying and responding to suicide clusters and contagion: a practice resource. London: Public Health England
(https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/459303/Identifying_and_responding_to_suicide_clusters_and_contagion.pdf, accessed 31 January 2018).

- SAMHSA (2015). Promoting emotional health and preventing suicide: a toolkit for senior centers. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA15-4416/SMA15-4416.pdf>, accessed 31 January 2018).
- Scott A (2011). Having those conversations: the politics of risk in peer support practice. *Health Sociol Rev.* 20 (2):187–201. doi:10.5172/hesr.2011.20.2.187.
- Suicide Prevention Australia (2014). Communities matter: a toolkit for community driven suicide prevention (a resource for small towns) Version 1. Sydney: Suicide Prevention Australia (<https://communitiesmatter.suicidepreventionaust.org>, accessed 31 January 2018).
- Sunderland K, Mishkin W, Peer Leadership Group (2013). Guidelines for the practice and training of peer support. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet.* 385(9977):1536-44. doi:10.1016/S014076736(14)6121377.
- Wasserman D, editor (2016). Suicide: an unnecessary death, second edition. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W et al. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend.* 95(Suppl.1):S60-S73. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.005.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 3(7):646-59. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
- WHO (2003). Mental health policy and service guidance package: mental health financing. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). Preventing suicide: a resource at work. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007). Mental health policy and service guidance package: monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008). Preventing suicide: how to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011). Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.
- WHO (2015). mhGAP Evidence Resource Centre (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/, accessed 31 January 2018).
- WHO (2016a). Practice manual for establishing and maintaining suicide attempt and self-harm surveillance systems. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016b). Safer access to pesticides for suicide prevention: experiences from community interventions. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016c). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017a). Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017b). mhGAP training manuals (http://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/, accessed 31 January 2018).

付録1：コミュニティが主体的に関与するための手引きとツール集のためのツール

1. 開始時の準備

1.1 コミュニティーへの理解を深め、支援的な環境の発展を促す

自殺などの慎重な対応が求められる問題に対処するための準備性は、コミュニティによって異なる。コミュニティにおける社会的、文化的環境や社会的風土は、多かれ少なかれ自殺予防に対する積極性を助長するだろう。初めに、コミュニティを深く知り、自殺対策のための支援的なコミュニティ環境を促すことが非常に重要となる。

例：

- 自殺に関する信念、意見、捉え方、姿勢、感情を調査する。また自殺者、自殺未遂者、その家族に関することも調べる
- 自殺に関する宗教的、文化的問題を調査する
- 自殺で亡くなった人の埋葬や、喪の期間の実態を調査する
- 健康や保健医療に関する懸念を調査する
- コミュニティーにおける社会経済的な状況を調査する
- 社会的、文化的、政治的、民族的、経済的な対立関係を調査する
- 小規模のグループで自殺に関する話し合いを始める（女性グループ、男性グループ、若者あるいは高齢者グループ等）
- 自殺や自殺対策、またどこに助けを求めるべきかに関する知識を向上させるための情報提供を行う
- 自殺に関する啓発活動を行う（メディアキャンペーン、路上公演、看板、ポスター、タウンホールミーティング等によって）
- 自殺に関して思ったことをためらわずに発言してくれるような第一人者を持つ
- メディアを議論の場に参加させる
- 関係者と連絡を取り、対話のための場をつくる
- パートナースhipを築く

支援的なコミュニティ環境を促すために、自分のコミュニティにおいて取り組むことが可能な活動を書き出す。

1.2 主体的関与の規模、人口、サービスや利用可能な情報を考慮する

考察内容：地理的な場所、規模、人口、自殺リスクの高さ、民族性、社会経済的集団、先住民族、文化的集団、宗教団体、難民、年齢集団、アルコールや物質乱用のパターン、サービス、自殺の事例

自殺対策において関与したい集団を記す。

コミュニティにおいて自殺や自殺未遂が起きたことはあるか？もしある場合、その回数は？年齢は？性別は？コミュニティに関連する危険因子は何であり、保護因子は何であるか？（付録1.7と1.8を参照）コミュニティで一番使われてしまう自殺手段は何か？

アクセスしやすい質の良い保健または保健医療のサービスがコミュニティにはあるか？ヘルスワーカー（専門的、非専門的）は自殺対策についての研修を受けているか？ゲートキーパーの研修はあるか？（警察、消防士、教員に対して等）

自殺未遂者や自死遺族に対する質の良いサービスとは何か？こうしたサービスに人々がどの程度アクセスできるだろうか？現在実施されているプログラムはあるか？ある場合は、サービス提供者は研修を受けているか？

あなたのコミュニティの情報伝達インフラストラクチャーと資源を記す。コミュニティにおいて最も利用されている情報伝達手段は何か。コミュニティにおいて、もっとも利用されているメディア局はどれか。メディアによる責任ある自殺報道のガイドラインはあるか、またメディア専門家は研修を受けているか。

あなたのコミュニティの自殺対策のための資源を記す。活動を妨げる要因となるもの、推進する要因となるものは何か。

あなたのコミュニティにおいて、自殺対策に最も急を要するニーズとは何だと思うか。

1.3 コミュニティー・レディネス・アセスメント

以下の、研究（非公式の話し合い、読み物等）に応じたコミュニティのレディネス（自殺対策に向けた準備性）の軸に点数をつける。

軸	点数（5点満点）
コミュニティのレディネスとコミュニティの知識の程度	
リーダーシップ	
コミュニティの社会的風土	
問題に対するコミュニティの知識	
資源	

軸の解説：

＜コミュニティのレディネスとコミュニティの知識の程度＞
最新の自殺対策プログラムや活動に関して、コミュニティがどの程度知っているか。

＜リーダーシップ＞
自殺対策を扱うことに対して、先導していく人の姿勢はどうか。

＜コミュニティの社会的風土＞
自殺対策を扱うことに対する、コミュニティの姿勢はどうか。

＜問題に対するコミュニティの知識＞
コミュニティは自殺対策に関して、どの程度知識があるか。

＜資源＞
どのような資源が利用されているか（人的資源、財政的資源、インフラストラクチャー等）、どのような資源が自殺対策に利用できるか。

出典：Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L (2000). Community readiness: research to practice. Journal of Community Psychology. 28(3):291-307.

もし、コミュニティでレディネスにおける点数が低かった場合、支援的なコミュニティ環境を作り上げるための1.1章の活動を検討すると良いだろう。

1.4 総合的目標を設定する

例：

- 自殺について語り合いができる
- どこに助けを求めればよいかを知る、助けを求めている人の力になる
- 自助グループを設立し、身近な人を失った人や、それによって悲しみに暮れている人を支援する
- 自殺による死や自殺未遂を防ぐ
- 精神的な健康や人々の幸福を増進する
- 自殺関連行動を早期に発見し、対応することができるように教育する
- 自殺対策のための短期・長期計画を立案することで、コミュニティーにおいて現在行われている努力に資する

総合的目標	優先順位

1.5 運営委員会を構成する

氏名	説明／意欲	資源	活動可能か	連絡先詳細	連絡済みか／ 返答は？	役割／責任

1.6 運営委員会：コミュニティが主体的に関わる理由、総合的目標、利益となり得るもの、予測できる長期効果

あなたが自分のコミュニティで自殺対策を始めたいと思った理由を書く。

総合的目標の説明をする。

自殺対策活動によりコミュニティの利益となり得るものを書き出す。

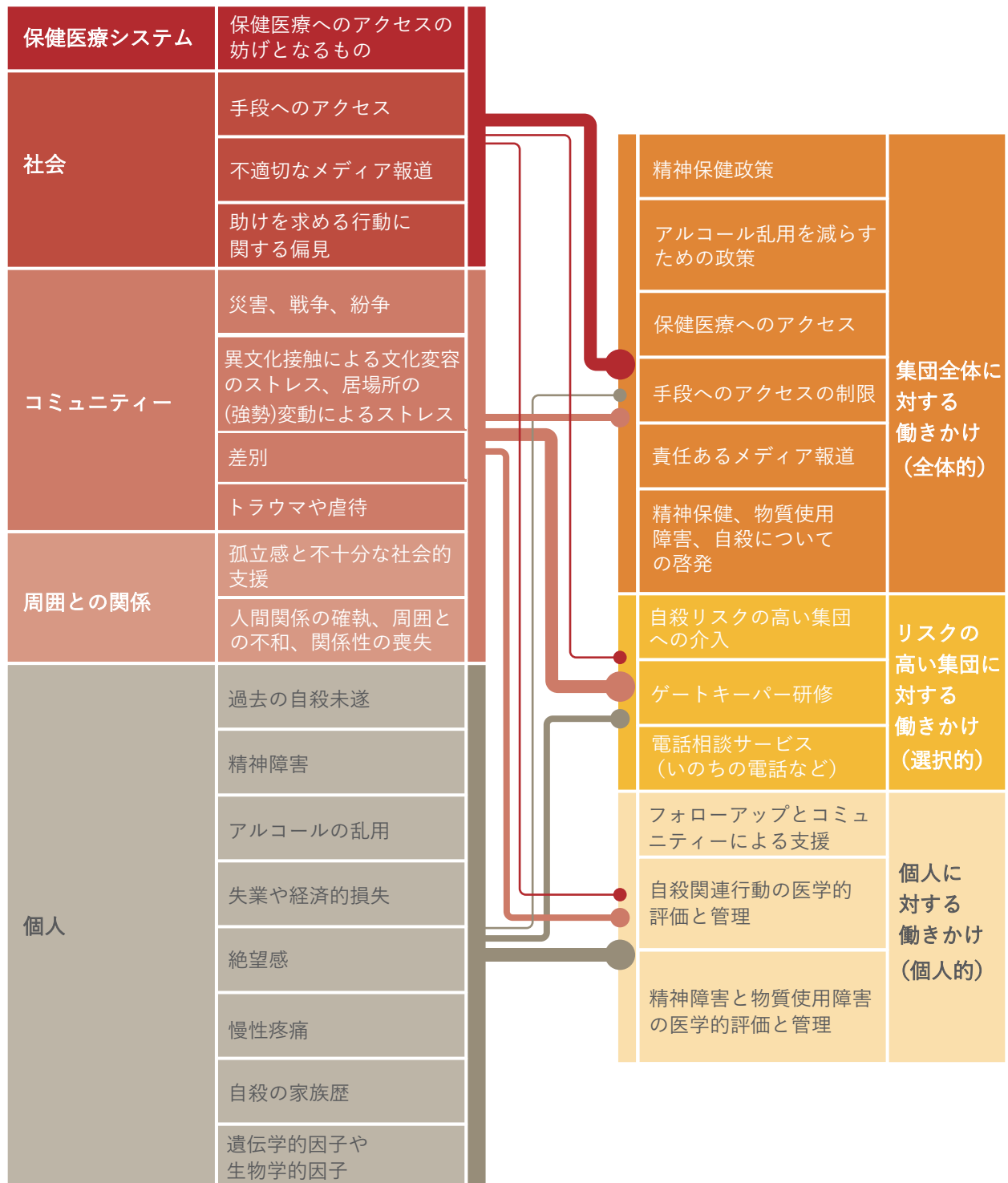
コミュニティが主体的に関与することで予測できる、長期的な効果を書く。

1.7 自殺に対する最も重要な危険因子

図A1は自殺に対する主な危険因子と、活用できる介入をまとめたものである。

これはコミュニティで最も関連性のある危険因子を、例を追加しながら別紙に書き出す演習に活用することができる。

図A1. 自殺の最も重要な危険因子と関連する介入



出典： Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014:31.

1.8 自殺に対する保護因子

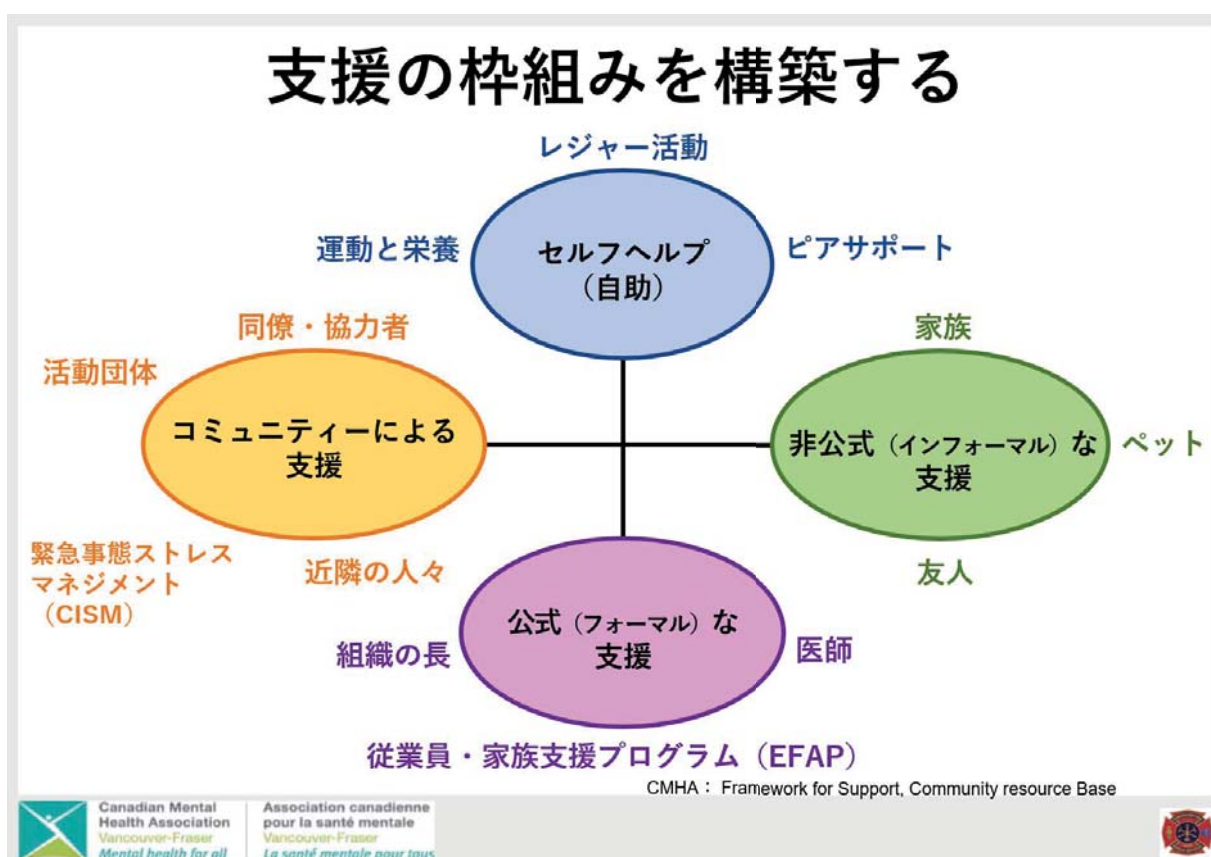
自殺に対する保護因子には以下のようなものがある

- 強力な人間関係
- 宗教的または精神的（心霊）信念
- 日常における前向きな対処方法の実践（問題解決スキルやストレス管理スキルを含む）と人々の幸福

出典： Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014:31.

図 2 は自殺に対する支援の枠組みの構成である。

図 2 支援の枠組みを構築する



出典： Resilient Minds – Building the Psychological Strength of Fire Fighters program.
Canadian Mental Health Association, Vancouver-Fraser Branch.

1.9 自殺の徴候

自殺の徴候を示すサインは直接識別できるものであり、自殺の危機の存在を示すきわめて迅速かつ的確な警鐘である場合が多い(Van Orden, 2006)。自殺の徴候は発言、行動、環境シグナルによって表出されるため(Rezaie, 2011)、こうしたサインに気が付くには、ある程度主観的な医学評価が必要となる。以下の、よく知られた危険を示す徴候により、こうした状況に気付くためのヒントになる。

- 今にも自殺しそうな状態
- 間接的な表現、例えば「私がいなくなっても誰も悲しまない」などと言う、また到達点として死に言及する
- 自殺の方法を探す（錠剤、銃器、農薬等）
- 自殺を問題解決手段とみなす
- 大切な所持品を手放す
- 親しい友人や家族に別れの言葉を使う

自殺の徴候への対応

- 自殺の危険性が高い人を見つけたら、ただちに助けを求めること（緊急ダイヤルや、精神保健の専門家、自殺ホットラインへ電話する等）。また適切ならば、その人を救急センターや病院へ連れて行っても良いだろう
- 絶対にその人を独りにさせない
- 自殺につながるような手段を全て排除する
- その人がアルコールや薬物の影響を受けているかどうか、また過剰な服薬をしているかどうかを探ってみる
- 率直に対応する。自殺についてオープンに淡々と話をする。その人が自死念慮を持っているか尋ねる。死にたいと考えているか問いかけることは、自殺企図の原因とはならないだろう
- 専門家、訓練を積んだ人、その人ととても親しい人々に助けを求める
- 自殺の脅威を軽視してはならない。「そんなに悪くない」「すぐ良くなる」「しっかりしろ」などの言葉をかけてはいけない
- 批判的になってはいけない
- 積極的に関わり、会話のやり取りを行うこと

出典：Van Orden KA, Joiner TE Jr, Hollar D, Rudd M, Mandrusiak M, Silverman MM. A test of the effectiveness of a list of warning signs for the public. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(3):272-87.

Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Self-immolation a predictable method of suicide: a comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*. 2011;37(8):1419-26.

1.10 関係者のマッピング・エクササイズ

関係者の例：

政治家、議員、保健医療提供者、コミュニティ団体・宗教団体、家族や友人、同僚を自殺で失ったコミュニティの構成員、自傷や自殺の実体験をした人、コミュニティ指導者、コミュニティディベロップメントワーカー、ソーシャルワーカー、教員やその他の学校職員、伝統的な祈祷治療師、コミュニティの長老、軍人、警察、消防士、それ以外の現場で救急対応を行う人、スポーツ団体、若い労働者、高齢者と共に働く人、地域の精神保健支援機関や慈善団体、コミュニティの福利向上に関わる機関、ボランティアグループ、実業界のリーダー達

[illegible]

1.11 初回の会合への主体的な関与の方法を選定する

自殺対策に対するあなたのコミュニティの姿勢を書く。

あなたのコミュニティと連絡を取る際に覚えておくべき重要な文化的信念、宗教的信仰、社会的・経済的状况、一般的な情報伝達手段を記す。

コミュニティに主体的に関わる際に、どのような困難に直面し得るだろうか。

例：

アドボカシーの経験が浅い、自殺や自殺対策に関連する偏見やタブーが存在する、自殺の事例あるいは新たに起こりつつあるに群発自殺についての正確な情報が欠けている、時間などの資源が足りていない、批判や偏見なしに自殺について語るコミュニケーションスキルが不足している、専門的意見、資金が足りていない、市民団体や公共団体との意思の伝達が複雑でなかなか進まない、保健医療サービスやコミュニティに向けたサービスに不満がある、関係者の中に、意思決定プロセスを思い通りに動かし、活動に影響を与えたいという潜在的な関心を持つ人がいる

初回の会合前に啓発イベントを企画する必要があるか（レディネスモデル・アセスメントの結果に基づき判断する等）。もしあるなら、どのようなイベントを思い浮かべるか。

例：

屋外広告ポスターやテレビ・ラジオなどのソーシャルメディアキャンペーン、伝統的メディアキャンペーン、心に響くようなスピーチ、研修会、路上公演、路上劇、シンポジウム

初回の会合で用いる主体的な関与の方法はどのようなものか。

関与方法の例：

ラウンドテーブル（円卓会議）、ワークショップ、対話型集会（タウンホールミーティング）、公開
討論会

会合について、どのように公衆に告知するか。コミュニティーの中でどのように広めていくか。

例：広告、ポスター、電子メール、郵送による公式招待状、ラジオ広告

1.12 初回の会合を企画・計画する

(付録2の#308意見交換会の事例から、検討するための重要な項目の例を参照する)

やるべきこと	進捗
招待状の発送	
会場の予約	
詳細な下準備 (プロジェクター、椅子、リーフレット等)	
協議事項	
オープニング企画 (ゲストによる講演、進行役等)	
閉会企画	
アウトリーチ企画 メディアとのつながり、ジャーナリストの招待等	
会合における進行役の役割	
記録係／書記の役割	

1.13 議事日程を作成する

例：（付録2の#308意見交換会の事例から例を参照する）

1. 歓迎のことばと開始の挨拶
2. なぜ本日コミュニティの構成員に集ってもらったか
 - なぜここにいるのか
 - コミュニティーにおける自殺問題についてのグループディスカッション
3. 情報共有。各人／各グループ／各組織が自殺対策において既に何を行っているか、またグループの目標を達成する上で、どう手助けしたいか。
4. マッピング・エクササイズ（2章参照）。会合の参加者たちは、コミュニティのさまざまな地点で起きた自殺の影響を、一緒にマッピングしていく。また自殺のリスクが高い人を助けるための資源やサービスとなり得るものも明確にする。
5. 運営委員会の一員として会合に参加し続けるのは誰にするか、またどのくらい頻繁に会合を行うかを決める。
連絡先の詳細を書く。それには運営委員会に参加していないが、将来的に関わりそうな人も含める。
6. 閉会のことば

出典：Suicide Prevention Australia. Communities matter: a toolkit for community driven suicide prevention (a resource for small towns)
Version 1. Gladesville: New South Wales Mental Health Commission; 2014
(<https://communitiesmatter.suicidepreventionaust.org>, 2018年1月31日アクセス).

あなたのコミュニティでの協議内容を書く。

1.14 進行役が考慮すべき質問

1. 個人に対してもコミュニティに対しても、自殺や精神的苦悩についてまわる偏見に立ち向かう最も良い方法は何か。
 - 自殺に関連する偏見を取り除くためのアイデアはあるか。
 - 最も望むことは何か。
2. どうすれば自分たちの地域の人々は自殺対策や精神的苦悩を議論することを快く思ってくれるか、安全な方法でそうするにはどうすればよいか。
 - 自殺に関して語り合う際に最も恐れるものは何か（家で、職場で、レクリエーション活動の間に）。
 - もっと快く話をするために必要なものは何か。
3. 精神保健と自殺対策を推進するために利用できる資源は無数にある。
こうしたツールを必要な人々に届けるにはどうしたらよいか。
 - 明日にでもできることは何だろうか。

1.15 初回の会合に向けた告知

初回の会合の告知は、例えば電子メールや戸別訪問で、折り込みチラシや街頭配布を通して、レストランや保健医療機関において行うことができる。

例：

自殺対策に関するコミュニティ会合

（氏名）はコミュニティにおける自殺対策の話し合いを行うために、関心のある市民に向けたコミュニティ意見交換会を主催します。これは地域の専門家、保健医療提供者、警察、教師、ソーシャルワーカー、サービス提供者、自死遺族、自殺の実体験をした人、宗教指導者や宗教団体、軍隊代表者、コミュニティや実業界のリーダー達から話を聞き、主体的に関与する機会となるでしょう。

このコミュニティ会合は、自殺対策に関する有益な展望とアイデアを集めるよう意図されたものです。目標は、最も良いアイデアを共有し、私たちのコミュニティに対して持続的な解決策を生み出すために協力することです。

そのアイデアとは、関心あるコミュニティの構成員や、協会、関係者が一堂に会し、私たちのコミュニティでは自殺対策において何がうまく機能し、どこに格差が出ているか、ひとりひとりにできることは何かを共有するためのものです。行動グループは話し合いに基づき、さらなる行動計画を作っていきます。

日程：

時間：

場所：

告知内容を書く。

2. 初回会合で話し合いを始める

2.1 マッピング・エクササイズを行う

指示：各グループに用紙またはフリップチャート、そしてペンを渡す。

1. 初回の会合の期間中は、人々を公共の場所に集め、すべての人に参加を呼び掛ける。
2. エクササイズの目的、自殺や自殺対策に関するコミュニティの状況を分析し理解するために、いかに役立つかを説明する。
3. コミュニティでよく用いられる自殺手段について語り合い（農薬、銃器等）、参加者に主要な自殺の「ホットスポット」（自殺によく選ばれる場所）の場所を記してもらう（橋等）。
4. 利用可能な社会的サービス、保健サービス、自殺対策サービスを参加者にマッピングしてもらう（学校、病院、救急センター、礼拝場等）。
5. 参加者が特定したサービスの利用可能性、特徴、質について話し合ってもらう。
6. 自殺対策における地域メディアの役割について、参加者に話し合ってもらう。
7. コミュニティにおける自殺の危険因子と保護因子を、参加者に明確にしてもらう。（1.4章と1.5章の危険因子と保護因子の概要を参照）
8. コミュニティにおける自殺対策の強みと弱点を話し合う。例えば、資源、格差となり得るもの、地域的な懸念事項など（若者の自殺、先住民族、難民等）。

See also, for instance, participatory mapping in: Participatory learning and action toolkit: for application in BSR's Global Programs; 2012 (<https://herproject.org/files/toolkits/HERproject-Participatory-Learning.pdf>, 2018年1月31日アクセス).

3. コミュニティーの行動計画を考案する

3.1 自分が所属するコミュニティ以外で行われた、コミュニティの主体的な関与の例を見してみる

コミュニティの主体的な関与のプロジェクト名	実施場所	対象の人口や規模	実施された活動	成果	主体的に関与した結果わかったこと	自分たちのコミュニティの活動との関連性	役立つ資源、連絡先

3.2 効果的であるとわかっている活動や、自分たちのコミュニティと関連のある活動を特定する

効果が示されている活動を書き出し、自分たちのコミュニティとの関連性を明らかにする。

3.3 最も重要な論点と、コミュニティにおける実施可能な具体的な行動を吟味する

例：

最も重要な論点	実行可能なコミュニティの行動
コミュニティ内に見られる宗教的信仰、文化的信念を原因とした、自殺に関する偏見	自殺や精神保健上についての対話を増やすことで、偏見を除去する
コミュニティの、自殺や精神保健の理解の低さ	- コミュニティの保健医療関係者やプライマリ・ヘルス・ケア関係者に、自殺関連行動を医学的に評価し、上手く対処し、フォローアップするための研修を行う - コミュニティ指導者やゲートキーパーが効果的な人的資源となるための研修を行う - 自殺の危機に直面した人への支援や助けを求める行動を促進する
自殺手段へのアクセスのしやすさ（農薬、銃器等）	農薬の安全な利用のための、コミュニティの介入
社会的ストレス要因（試験期間中の生徒・学生のストレス等）	- 学校においてメンタルヘルスの啓発活動とスキルレーニングを提供する - 若者を自殺対策プログラムの企画に加える（学校ピアサポートプログラムを含む）
不適切な報道で、自殺を行き過ぎた表現で取り上げる地域メディア	メディアと情報伝達手段のガイドラインをつくる
自殺リスクの高い人や自殺により遺された人のための支援の不足	- 自死遺族や自傷を実体験した人への支援を作る - 自殺直後にある自殺リスクの高い集団に対応する - 高齢者に向けた対策プログラムをつくる - 活用できる資源の一覧表を作り、すべての地域サービス、プログラム、地図上の経路をつなげる

最も重要な論点	実行可能なコミュニティの行動

3.4 資源と実行可能な行動をマッピングする

人	専門知識／資源	意欲	利用可能か	割り当てられた内容

3.5 優先事項と資源に応じた行動計画を立てる

行動計画のための活動の選定方法として、①コミュニティ自体が必要と感じているもの、②科学的根拠、③実現可能性を考慮する3次元マトリックスツールを用いることがある。

1. 左の欄に、順位を付けたい活動内容を書く
2. それぞれの活動を3つの次元従って、点数を付けてランクを決める（最低0点～最高5点）
3. それぞれの活動に対し、3つの軸それぞれにつけられた点数を合計する
4. 結果を話し合う
5. それに応じて、行動計画のための活動を決める

活動内容	①必要と感ずるもの (0～5点)	②科学的根拠 ¹ (0～5点)	③実行可能性 人的資源・財政的資源・予定期間 (0～5点)	合計点 (最大15点)

¹ WHO報告の『自殺を予防する：世界が果たすべき責務』（WHO, 2014）に基づくインフォグラフィックのページでは、効果的な対策の概要が見られる。（http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/infographics_2017.pdf?ua=1, 2018年1月31日アクセス）

活動を順に並べる。最も点数の高かったものを最初に持ってくる。

3.6 「SMARTER目標」を決める

自分たちの「SMARTER目標」を書き出す。（明確であること[specific]、評価可能であること[measurable]、達成可能であること[achievable]、関連性があること[relevant]、適切な時期を選ぶこと[timing]、評価すること[evaluate]、責任を持つこと[responsibility]）

3.7 自分たちのアウトリーチ戦略を決定する

コミュニティにおける文化的、宗教的、社会的、歴史的、経済的要因を記述し、自殺に対する偏見の存在を書く。自殺対策、またアウトリーチ戦略にこれらの要因をどのように関連付けるかを書き留める。行動グループの資源を検討する。

アウトリーチ戦略を書き出す。

例：ダイレクトメール、新聞、オンライン（電子メール、ウェブサイト、メーリングリスト、ソーシャルメディア等）、伝統的印刷メディア（パンフレット、小冊子、インフォグラフィックス[情報やデータを視覚的にわかりやすく表した図や表]、情報誌、クイズ方式等）、テレビの広告、ラジオを使ったコミュニティの広告、人々が集まる伝統的な場所（市場、コンサート等）、公共交通機関での広告（バス等）

啓発メッセージもしくはスローガンの例

- 「自殺は深刻な公衆衛生問題です」
- 「自殺は防ぐことができます」
- 「どんな自殺も悲しい出来事です。家族、コミュニティ、そして国全体に影響を及ぼします」
- 「誰もが自殺対策において何らかの役割を担っています」
- 「自殺対策は、みんなの仕事です」
- 「あなたにもできる自殺対策が何かあるはずです、話し合ってみましょう」
- 「自殺の徴候を示すサインに気がつけば、救える命があります」
- 「助けを求めるのは弱いからじゃない」
- 「あなたは独りじゃない、希望と支援があります」

4. 継続的なメディアの活用

4.1 メディア専門家との協働

協働したいメディア関係者や局を書き出す（付録2のニュースリリースの例と#308意見交換会の事例の論説欄を参照のこと）。

氏名	連絡先	問い合わせをしたか？	回答があったか？

5. コミュニティの具体的な行動計画のモニタリングと評価

5.1 継続的モニタリング

例：行動グループのコミュニティ会合の中で、活動の進捗状況を確認するための時間を少なくとも5分は取ること。活動の計画に携わるすべての構成員にどのような課題に直面したか、活動に変更の提案があるかを定期的に問うこと。変更が必要なら、新たな機会と課題に沿って全体目標を改訂する。プロセス全体にわたって進捗を確認するために、漸増するのべ数のベンチマーク（イベントに参加する人数、ラジオ／メディア報道の量、メッセージを届けた人の数等）を設定する。自殺対策活動が対象となる聞き手に届いていない、もしくは効果的でないと感じられる場合は、どのように変更あるいは改変できるかに取り組むこと。

目標	モニタリング戦略	活動前の状況	活動後の状況

5.2 経験から学んだことを記録に残す

例：

- 自殺対策活動に関与している参加者に、上手く行ったことと上手く行かなかったことを書き出してもらい、今後に生かすべき意見を記録する（調査を用いる等）。
- 運営委員会や下部委員会に経験から学んだことと、今後に生かすべき意見、さらには参加者のフィードバックも反映させる（例えば、ワークショップやインタビューで）。
- 実施した活動の総数、参加人数、満足度、関係者との連携を記録しながら、活動の実施内容をまとめる。
- フォーカスグループ・ディスカッションを行う。（5.3参照）

経験から学んだことを書き出す。

5.3 フォーカスグループ・ディスカッション

フォーカスグループの参加者をどのように募集するか。

例：参加者の選定（主題に精通した人や、礼儀正しく意見交換ができることで知られている人等）、無作為抽出（学校のような規模が大きく明確化されたグループから選出）、同一グループの全メンバー、同役職・同肩書の人、ボランティア（チラシでの募集等）。

フォーカスグループ・ディスカッションの参加者リストを書き出す。

進行役は誰か。書記・記録係は誰か。

話し合いのテーマは何か。

例：コミュニティにおける参加者の自殺に対する見方、自殺理由と自殺手段、自殺対策活動の実施等

参加者が打ち解けるための質問、話し合いの核心に迫る質問、終了のための質問を何にするか。

例：

参加者が打ち解けるための質問：自殺と自殺対策についてどのようなことを知っているか。何か知っている自殺対策活動はあるか。自分のコミュニティで、具体的な行動計画に応じて行われている自殺対策活動についてどう思うか。

話し合いの核心に迫る質問：現時点でのサービスとインフラストラクチャーに欠けているものは何か。コミュニティにおいて、自殺対策を困難にさせているものは何か。自殺を減少させることにおいて、対策活動の有効性を、参加者はどう感じているか。

終了のための質問：付け加えたいことはないか。他に質問はあるか。

See also, for instance: Introduction to conducting focus groups
(https://permanent.access.gpo.gov/gpo1916/focus_group.pdf, 2018年1月31日アクセス)

5.4 サーベイランスシステムと量的変化

自殺や自殺未遂のデータ収集の役割を任命された人に割り振り、その名前を以下に書く。

任命された人は診察記録を調べて、月に一度コミュニティー指導者、医師、コミュニティーの保健医療従事者、看護師、ゲートキーパー（教員、警察官、消防士等）、火葬場（用地）や墓地、コミュニティーで指定されたメンバー、宗教指導者を訪問してもらうこと。コミュニティーにおける各月の自殺と自殺未遂の件数を書き出すこと。

6. コミュニティーのフィードバックミーティング

6.1 コミュニティーのフィードバックミーティングを開催する

やるべきこと	進捗
招待状の送付	
会場の確保	
コミュニティ構成員からフィードバックを得る方法の決定	
詳細な下準備を行う（例：プロジェクター、椅子、情報チラシ）	
討議項目の準備	
開会式の手配（例、ゲストスピーカー、プレゼンター）	
閉会式の手配	
アウトリーチの手配（例、メディアとの連携、ジャーナリストの招待）	
司会系の決定	
記録係または書記の決定	

付録2：#308意見交換会に基づくツール集

1. ニュース・リリースのひな型（自分のコミュニティ状況に合わせて改変すること）

即日発表用

（主催者）により「#308意見交換会」という自殺対策のコミュニティ会合を開催します。

場所・日程

（組織名）は（○月○日）に、（開催場所）において自殺対策に関するコミュニティ意見交換会を開催します。このコミュニティ会合はカナダ精神保健委員会（MHCC）により始動されている#308意見交換会の一部であり、カナダ全域にわたって自殺対策に関する有益な展望とアイデアを集めることを意図しています。コミュニティ会合もしくは「意見交換会」がカナダ全域における組織によって開催されます。

主催者より

「#308意見交換会とは、関心のあるコミュニティの構成員、協会、および関係者が集まり、うまく機能しているもの、自殺対策に関する格差、そしてひとりひとりができることについて情報共有することです。私たちは誰もが果たすべき役割を持っているのです。」

（○年○月～○年○月）にカナダ全域の組織は、自殺対策について議論を行うため、地域の専門家、サービス提供者、保健医療提供者、地域警察官、教師、ソーシャルワーカー、親睦団体、遺族、宗教指導者、宗教団体、軍隊代表者、退役軍人、コミュニティの指導者に加えて、関心のある市民を招待します。

MHCCの代表取締役であるLouise Bradleyは、「#308意見交換会はカナダ全域にわたって自殺対策の有益な展望とアイデアを集めるために企画され、その目標は私たちのコミュニティに役立つ持続的な解決法を、力を合わせて作り出すことです。MHCCはこうした会合の結果を取りまとめ、カナダ全域にわたるコミュニティへ資源として共有できるような、機能的なコミュニティモデルを作成します。同時に、カナダ国民は自身のコミュニティでの会合に参加し、自殺対策の具体的な行動や戦略についての新しい情報を取得してください。」と述べています。

日程：

時間：

場所：（建物名、部屋）

詳細は#308意見交換会へ

www.mentalhealthcommission.ca/308conversations.

Twitterのフォローはこちら：#308conversations or @MHCC_308

2. 新聞論説欄のテンプレート（自分のコミュニティ状況に合わせて改変すること）

自殺に関する意見交換会のお知らせ

カナダでは毎年約3,900人が自殺で亡くなっており、さらに多くの人々が命を絶とうと自殺企図をしています。自殺の心配がない社会などありません。自殺は私たちの誰にでも起こり得る公衆衛生問題です。カナダでは、自殺は15～24歳の若者の死因のトップ10に入り、事故に続く死因の第2位となっています。自殺に対する社会経済的コストの推計額は、考えられる損失生存年数や収入や未遂者の状況にもよりますが、個人につき\$433,000～\$413,100にもなります。自死遺族への精神的負担は計り知れません。1人の自殺によって7～10人の生命に大きな影響を及ぼすと考えられており、今度はその人達自身の自殺の危険性を高めてしまうのです。

ただし悪い知らせばかりではありません。自殺への対策が可能であるという良い知らせもあります。自殺の原因はさまざまですが、精神保健サービスの質の向上や精神疾患の予防、偏見の除去などはすべて、こころの健康をはじめ自殺の減少やそれに付随する結果につながるということを私たちは知っています。私たちは誰もが自殺を減少させるための役割を果たすことができ、そのための連帯責任を負っています。

私たちは自分のコミュニティでの自殺対策において役割を果たさなくてはなりません。自殺は依然として恐れられたり、恥と思われたり、話してはいけないことだとみなされるような問題ですが、偏見をなくし自殺の引き金となる要因に隠し立てせずに対処することで、私たちはみんなで自殺を防ぐことができます。自殺の徴候や危険因子に気付くことができるように教育を受け、研修プログラムへの参加に応じることで、さらには自殺対策を必要とするコミュニティ仲間に手を差し伸べることで、私たちは皆で自殺対策を行うことになるのです。

私たちは自殺対策や地域・個人でできることについて話し合うために、当コミュニティで会合を開催しています。ご多忙とは存じますが、私たちと共に時間を作り、この大きな問題に対してどのような支援ができるかを知り、当コミュニティで起きていることを実感していただくために、是非ご参加をお願いします。

会合は○月○日の○時に開催予定です。

会合でお会いできるのを楽しみにしております。

（氏名）

出典：#308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada
(www.mentalhealthcommission.ca/308conversations, 2018年1月31日アクセス).

3. 推奨される、イベント開催運営日程

以下の概要は、あなたのコミュニティ会合で #308 意見交換会を計画し実施する際に検討すべき最も重要な項目である。

#308意見交換会 チェックリスト		
日付	✓	Activity
ミーティング3週間前		
		日時の選定
		会場の予約
		ミーティング形式の決定（パネル討議、タウンホール型、ラウンドテーブル形式等）
		必要な視聴覚資料の確認
		関係者、コミュニティで注目されている権利主張者、パネリストの招待
		その場で精神保健の緊急対応を行う人の確保
		#308意見交換会のイベントキットの内容をカスタマイズする イベントキットはオンラインでも利用可 (www.mentalhealthcommissionofcanada.ca/308conversations)
		コミュニティ団体に場所とウェブ掲載の日付を通知する
		ソーシャルメディアへ向けたコンテンツをつくる（ソーシャルメディア初心者へのヒントを参照）
		人通りの多い場所に会合のポスターを貼る
ミーティング2週間前		
		コミュニティ情報誌やメディアに内容を記載する
		情報誌や地域カレンダーのイベント欄に公表する
		ニュースリリース
ミーティング1週間前		
		ソーシャルメディアを通したイベント推進
		インタビュー設定のためメディアと連絡を取る
		会合日程表の草案を作り、発表する
		参加者全員へ渡すフィードバック用紙の印刷
会合での使用品 最終チェックリスト		
		コーヒー、お茶、水
		標識、テープ
		箱ティッシュ
		地域情報材料のための机
		会合の書記を決める
		参加者の登録用名簿
		パワーポイントのスライド
		意見交換ガイドの見直し
		参加者に対しての写真／メディアリリースの権利放棄
		ペンや鉛筆で記入するフィードバック用紙
		視聴覚資料
ミーティング1週間後		
		招待者への礼状作成（テンプレート参照）
		精神保健団体へのフィードバック提示

出典：#308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada (www.mentalhealthcommission.ca/308conversations, 2018年1月31日アクセス).

推奨される、イベント開催直前の進行メモ（自分のコミュニティ状況に合わせて改変すること）

日程：（日付、月、年、場所、市町村）

#308意見交換会：公衆との対話集会 – （団体名）は全てのコミュニティ構成員を、（地名）の（氏名）により着手されているコミュニティ意見交換に主体的に関与してもらうために招待し、自殺対策に関するコミュニティモデル策定に役立ててもらおう。

到着したら：

該当する場合は詳細内容をここに書く。（つまり、進行方向、駐車場、受付等）

イベントのシナリオ：

会合はコミュニティセンター、図書館、学校の体育館、あるいは主催者が選んだアクセスしやすい会場で開かれる。会議室のレイアウトはミーティング形式（パネル討論、タウンホール型等）を反映させる。茶菓を出席者へ提供することも可。

連絡先：

開催スタッフ・ボランティア		
氏名	電話番号	メール
主催者		
氏名	電話番号	メール
関係者（該当する場合）		
氏名	電話番号	メール

出典：#308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada

(www.mentalhealthcommission.ca/308conversations, 2018年1月31日アクセス).

4. 推奨される、イベントの進行表

セッティング		
(イベント90分前)		スタッフの会場到着 視聴覚資料のセッティング テーブル・椅子のセッティング 登録機と情報機のセッティング、各席にフィードバック記入用紙を準備 茶菓、軽食をセッティング
イベント本番		
(30分前)		特別ゲストと関係者の会場到着
(15分前)		開場、登録受付開始
(開催中)	5分間	進行役 - 来賓歓迎 - MHCC/VIP/関係者の紹介（該当する場合） - ミーティング形式の説明 - メディアポリシー※の説明
	10分間	# 308意見交換会プロセスの重要性 意見交換のテーマ紹介
	15分間	討論テーマ 1
	15分間	討論テーマ 2
	15分間	討論テーマ 3
	15分間	討論テーマ 4
	25分間	最終的な提案収集（上手く機能していること、格差）
	5分間	企画者による閉会の挨拶
		茶菓は出したまま
イベント終了		
		部屋のそうじ、備品の撤去

※メディア注意書き：メディアの参加は歓迎する。ただしプライバシーの理由から、会議室内での録音・録画機器は許可しない。録音可のインタビューは会合の前後に行う。

出典：#308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada

(www.mentalhealthcommission.ca/308conversations, 2018年1月31日アクセス).

5.感謝状（自分のコミュニティー状況に合わせて改変すること）

氏名
住所

(参加者氏名)様

（団体）と（主催者）を代表して、（日付）に行われた自殺のプリベンション、インターベンション、ポストベンションについてのコミュニティー意見交換会にお越しいただき有難うございました。

当コミュニティー会合は#308意見交換会の一環として、カナダ精神保健委員会が着手しているものであり、当コミュニティーの自殺対策に有益な展望とアイデアを集めるために企画されました。このたびの意見交換会へのご協力に深く感謝致します。

自殺対策への新たな戦略へのご参加、重ねて感謝致します。

（氏名）

出典： #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada
(www.mentalhealthcommission.ca/308conversations, 2018年1月31日アクセス).

自殺対策：
コミュニティが自殺対策に主体的に関与するための手引きとツール集
Preventing suicide: a community engagement toolkit

監訳	本橋 豊	自殺総合対策推進センター長
翻訳	青木みあ	自殺総合対策推進センター
	金子善博	自殺総合対策推進センター
	木津喜雅	自殺総合対策推進センター
	藤田幸司	自殺総合対策推進センター

発行 自殺総合対策推進センター (Japan Support Center for Suicide Countermeasures)

発行年月日 2025年3月1日 第3版

©Japan Support Center for Suicide Countermeasures (JSSC) 2019
This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition *Preventing suicide: a community engagement toolkit*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.
This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0



自殺総合対策推進センター
Japan Support Center for Suicide Countermeasures