

自殺を予防する

地域の取り組みを

促進するためのツールキット

Preventing suicide

A community engagement toolkit



自殺を予防する 地域の取り組みを促進するためのツールキット

発行年月日 平成30年9月10日

翻訳 小高真美 竹島正

発行 全国精神保健福祉連絡協議会

WHO世界自殺レポートの活用を進める会

デザイン・レイアウト 株式会社ナナイロ 中澤佑輔

表紙 〈造形教室〉モナリザ分割画

本書は以下の出典の日本語訳である。

出典 Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health

Organization; 2018. ライセンス : (CC BY-NC-SA 3.0 IGO;

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)

本書は、世界保健機関(WHO)が製作したものではない。WHOは日本語訳の内容および忠実さに関する責任は一切負わない。原書の英語版に拘束力があり、正規版である。

本書は、クリエイティブ・コモンズ 表示 - 非営利 - 継承 3.0 非移植 ライセンスの下に提供されている (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.ja>)

より詳しい情報については、以下にお問い合わせください。

Department of Mental Health and Substance Abuse

World Health Organization (WHO 精神保健・物質乱用部)

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/

自殺を予防する
地域の取り組みを促進するためのツールキット

Preventing suicide
A community engagement toolkit

翻訳 小高真美 竹島正
発行 全国精神保健福祉連絡協議会
WHO世界自殺レポートの活用を進める会

日本語訳出版にあたって

WHO(世界保健機関)によるPreventing suicide: A community engagement toolkit(自殺を予防する:地域の取り組みを促進するためのツールキット)の日本語訳出版にあたり、ごあいさつを申し上げます。

私は、2006年10月から2017年3月までの8年6か月、当時、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所に設置されていた自殺予防総合対策センター長をつとめました。この間、地域への自殺対策の普及に向けて、人口動態統計の分析、自殺の心理学的剖検、自殺予防ブックレットの発行、人材育成のための研修、自殺対策コンソーシアムの構築等に取り組みました。また、WHO等との国際交流を進め、WHOが多部門による公衆衛生アプローチとしての包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨し、支援することを目的として作成した世界自殺レポート Preventing suicide: A global imperative (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)の日本語訳(自殺を予防する:世界の優先課題)を行いました。このレポートの中で最も強く印象に残ったのは「地域は自殺予防において重要な役割を果たす。地域は脆弱性の高い個人への社会的支援を提供し、フォローアップケアに取り組み、ステイグマと闘い、自殺で遺された人々を支援することができる」という言葉でした。

本書は、「地域は自殺予防において重要な役割を果たす」を、どのように地域の実践の中で実現するかを示したものです。本書は、トップダウンの自殺予防は、地元のボトムアップのプロセスと連携しなければならないこと、地域のニーズ、国家政策と地元の状況に応じた科学的根拠に基づく介入の橋渡しをするとき、地域は自殺予防において重要な役割を果たすと述べています。

本書を読んだとき、世界自殺レポートの翻訳に携わった者として、ぜひ日本語訳を作成したいと思いました。そしてさまざまな方々の協力を得て、翻訳を実現することができました。本書が、各地の自殺対策の計画づくりや活動の発展に役立つことを願っております。

さて、本書の表紙は「モナリザ分割画」を使用させていただきました。この作品は、安彦講平先生の主宰する〈造形教室〉から生まれたものです。〈造形教室〉は、1968年に東京足立病院に始まり、丘の上病院、平川病院に継承され、「治療」や「教育」といった、上から与えられ、課せられ、外から評価、解釈されるものではなく、それぞれが表現活動の主体となって自由に描き、身をもった自己表現の体験を通して、その人その人の内に潜在する可能性を引き出し、もう一人の自分と出会い、自らを“癒し”支えていく「営みの場」を目指し、試行し続けています。古典的名画であるモナリザのデッサンを、それぞれの作者/こころの健康問題の経験者が分割して、それぞれのパートを自分のオリジナルな作品として仕上げ、それを再度「モナリザ」として1枚の絵にまとめたものです。すなわち、個別の創造的な取り組みによって、新たな「モナリザ」(全体像)が生まれるのです。全体像が個々の創造的な取り組みに支えられるというメッセージは、本書の内容にふさわしいと考えました。「モナリザ分割画」の使用を快く承諾していただいた安彦講平先生と〈造形教室〉の皆様に厚くお礼申し上げます。

また、本書の翻訳は、自殺予防総合対策センター時代に、世界自殺レポート Preventing suicide: A global imperative(自殺を予防する:世界の優先課題)の日本語訳と一緒に取り組んだ小高真美先生(上智大学グリーンケア研究所)と一緒に取り組みました。小高先生のご尽力なしには、日本語訳は実現しませんでした。また、眞崎直子先生(日本赤十字広島看護大学)には、自殺対策と地域包括ケアシステムにつながりがあることから、平成30年度(2018年度)基盤研究(C)「都市型準限界集落のソーシャルキャピタルコーディネーター育成プログラム開発と評価」をとおしてご協力いただきました。さらに、デザイン・レイアウトについては、株式会社ナナイロ 代表取締役中澤 佑輔様のボランティアとしての協力をいただきました。ここに厚くお礼申し上げます。

平成30年9月

竹島 正
全国精神保健福祉連絡協議会会長
WHO世界自殺レポートの活用を進める会

目次

ごあいさつ	v
謝辞	vi
自殺予防：地域の役割	01
はじめに	
自殺について理解する	
なぜ自殺を予防することが重要か	
なぜ地域は自殺予防に重要な役割を果たすのか	
地域の自殺予防の取り組みを促進するためのツールキット	
 1. 初期準備	05
地域を理解し支持的な地域環境を促進する	
取り組みの規模・人口集団・利用できるサービスや情報について考える	
おおよその目標を定義する	
運営委員会を組織する	
主要な利害関係者を同定する	
最初の会合の開催方法を検討する	
最初の会合を計画・企画する	
 2. 最初の会合で対話を始める	15
マッピングの作業を行う	
 3. 地域行動計画を作成する	21
主要な課題と可能性のある地域活動を探索する	
可能性のある活動のための資源を位置づける	
資源を動員する	
優先順位と資源に沿って行動計画を策定する	
行動計画におけるSMARTER目標を策定する	
自殺予防活動と地域イベントを促進するためのアウトリーチ戦略を開発する	
 4. メディアの継続的な動員	31
地元メディアとうまく連携するためのヒント	
メディアの責任のある報道	
 5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする	35
継続的なモニタリング	
将来の努力に向けて得られた教訓を定式化するための評価	
サーベイランスシステムと量的な変化	
 6. 地域フィードバック会合	41

地域の自殺予防のための資源 44

- 一般的な自殺予防の資源
- 自殺予防プロセスへの主要な利害関係者の関与
- 他の地域の自殺予防プログラムの例
- 地域の取り組みのための一般的な資源（自殺に関係しない）
- 資金調達
- モニタリングと評価
- 精神保健と自殺についてのスティグマの低減と意識の向上
- 自殺手段へのアクセスの減少
- 責任ある自殺の報道を奨励するためのメディアの関与
- ゲートキーパーのトレーニング
- 自殺未遂をした人たち
- 若者に特化した資源
- 先住民族のための資源
- 難民や移民のための資源
- 高齢者のための資源
- 職場のための資源
- 事後対応：自殺に影響を受けた人たちへの支援と模倣の防止

参考文献 49

付録 1 53

付録 2 85

ごあいさつ

自殺は多大な損失をもたらします。毎年80万人以上が自殺で亡くなり、15-29歳の死因の第二位となっています。自殺で死亡する成人1人につき、20人以上の自殺未遂があるといわれています。親しい人が自ら命を絶ってから長く時間を経過後でさえも、家族、友人や地域への影響は破壊的で広範囲に及んでいます。社会的、心理的、文化的、その他の要因が相互に作用して人を自殺関連行動に導きます。また自殺へのスティグマにより、多くの人々が援助を求められなくなっています。大部分の自殺は、低・中所得国で起きており、そこでは早期発見、治療や支援が必要な人への資源やサービスは、多くの場合はあったとしても乏しく、限られています。このような特筆すべき事実と適時な介入実施の不足により、自殺は重大かつ世界的な公衆衛生の問題となり、喫緊に取り組む必要があるのです。

地域は自殺予防に重要な役割を果たすことができます。地域は脆弱性の高い個人に社会的支援を提供し、フォローアップケアに従事し、スティグマと戦い、自殺で遺された人たちを支援することができます。地域の働きかけにより、個人が地域の一員となることで、所属感やつながっている感覚を持つことができます。最後に、地域はそれぞれの状況に関連して特定の自殺予防戦略を実施することもできます。

自殺予防における地域の関与を促進することは重要な課題です。政府は、自殺予防のための多領域にわたる包括的な戦略の開発と実施を先導する必要がありますが、地域は、地元のニーズや優先順位、環境を考慮しながら、これらの組み込みを強化することができます。

カナダ精神保健委員会(Mental Health Commission of Canada)は、自殺予防に関してそれぞれの地域で対話を持つために、カナダの308人の国会議員とその他の地域リーダーを招集した、草の根的な戦略 #308conversationsを始めました。この戦略は、カナダにおいて、地域をつなぎ、最善の実践を共有し、課題を同定し、自殺や自殺関連行動の影響を減少するための意義ある行動をとることへの参加型の取り組みを意味しています。関心のある地域メンバーや実際の体験者、利害関係者が、アクセス、治療や支援とのすき間を同定し、成功例を共有します。

世界保健機関(WHO)は、この参加型の取り組みを世界で使用できるように適応させるため、カナダ精神保健委員会と協働いたしました。このツールキットは、地域が自殺予防活動に取り組み、プロセスを自分たちのものとして、取り組みを持続させるための段階的な手引きとなっています。ツールキットは、特定の介入を始めるためのマニュアルではありません。むしろ地域が、地域の状況に重要かつ適切な活動や、政策やサービスに影響を与え形作ることができる活動を同定し、優先順位をつけ、実施することによる、積極的かつ参加型のボトムアップのプロセスを表しています。

私どもは、地域の取り組みを促進するためのツールキットが、様々な国や状況において使用されることを願っております。それと共に、自殺を減少させるという最終目標に向けて取り組んでまいります。世界保健機関の加盟国は、メンタルヘルスアクションプラン2013-2020にあるとおり、2020年までに国々の自殺死亡率を10%減少させるという世界的目標に向けて尽力しています。自殺死亡率は、国連の承認した持続可能な開発目標における保健医療の目標3.4(United Nations Sustainable Development Goals health target 3.4)の指標に、「2030年までに予防と治療により非感染性疾患による3分の1の早期死亡を減少させ、精神的健康の保持増進と満たされた状態(well-being)を促進する」とあります。この目標は、地域が積極的に自殺予防の取り組みを行わない限り達成は困難でしょう。

世界保健機関
精神保健・物質乱用部
部長
シェカー・サクセーナ博士

カナダ精神保健委員会
委員長・会長
ルイーズ・ブラッドリー

謝辞

助言と指導

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

プロジェクト調整と編集

Alexandra Fleischmann (WHO)

技術的貢献と原稿執筆

Ed Mantler, Jennifer Vornbrock, Karla Thorpe, Stephanie Machel, Megan Schellenberg, Samuel Breau, Aimee LeBlanc (全員、カナダ精神保健委員会), Lakshmi Vijayakumar (インド), Sutapa Howlader (オーストラリア連邦), Anna Frühauf (ドイツ連邦共和国), Elisabet Arribas-Ibar (スペイン)

試行版および最終版のレビュー

Shaazneen Ali (モルディブ共和国), Ralph Aquila (アメリカ合衆国), Ella Arensman (アイルランド), Jeffrey Aron (アメリカ合衆国), José Ayuso-Mateos (スペイン), Agnes Becker (英国), José M Bertolote (ブラジル連邦共和国), Renzo Bonn (イタリア共和国), Robert Bossarte (アメリカ合衆国), Pamela Collins (アメリカ合衆国), Diego De Leo (オーストラリア連邦), Paolo Del Vecchio (アメリカ合衆国), Geert Dom (ベルギー王国), Rabih El Chammy (レバノン共和国), Jacqueline Garrick (アメリカ合衆国), Ulrich Hegerl (ドイツ連邦共和国), Helen Herrman (オーストラリア連邦), Juliane Hug (ドイツ連邦共和国), Hiroto Ito (日本国), Roy A Kallivayalil (インド), Zurab Kekelidze (ロシア連邦), Nicole Koburger (ドイツ連邦共和国), Elisabeth Kohls (ドイツ連邦共和国), Kairi Kolves (オーストラリア連邦), Ilana Lapidos (アメリカ合衆国), Nancy Liu (アメリカ合衆国), Richard McKeon (アメリカ合衆国), Roberto Mezzina (イタリア共和国), Nerges Mistry (インド), Yutaka Motohashi (日本国), Elise Paul (アメリカ合衆国), Sara Pedersini (スイス連邦), Michael R Phillips (中華人民共和国), György Purebl (ハンガリー), Jessica Spagnolo (カナダ), Graham Thornicroft (英国), Mónika D Tóth (ハンガリー), Nadja Van Ginneken (英国), Laetitia Van Haren (英国), Simon Vasseur Bacle (フランス共和国), Danuta Wasserman (スウェーデン王国), Megan Williams (アメリカ合衆国)

試行版の使用

Sujit John, Lakshmi Vijayakumar, Neha Lamech (インド), Merab Mulindi (ケニア共和国), Kedar Marahatta (ネパール連邦民主共和国), Edwin Bolastig, Gerard Hutchinson (トリニダード・トバゴ共和国), Robert Bossarte (アメリカ合衆国)

製作

編集: David Bramley (スイス連邦)

WHOより、カナダ精神保健委員会および日本国政府による財政的支援にお礼申し上げます。

自殺予防：地域の役割

はじめに

地域は自殺予防において重要な役割を果たす。このツールキットは、世界保健機関(WHO)の報告書「自殺を予防する 世界の優先課題」(WHO, 2014)に基づいており、地域が自殺予防活動に取り組むための実践的な段階を提供する。

地域の取り組みとは、地域が政策やサービスに影響を与え、それらを形作ることのできる、積極的かつ参加型のボトムアップのプロセスである(McLeroy et al., 2003)。地域は、地域の状況に応じた重要かつ適切な活動を始めることによって、これを達成することができる。しかしながら、公衆衛生や精神保健の両者にとっても革新的な取り組みとしての認知が益々高まっているにもかかわらず、地域参加の方法については、しばしば、成功した実践や設計への明確な科学的根拠とガイドラインが不足している(Mendel et al., 2011)。地域参加のプロジェクトは、適切に実施されるなら、一般的な精神保健上の課題への取り組み、特に自殺を予防することに非常に効果的である。このようなアプローチは、多くが比較的費用対効果が高く、スティグマやタブーにより自殺関連行動への良質なケアへのアクセスを制限されることが多い低・中所得国には特に魅力的である。

自殺予防のような機微な問題に対処するときは、どこでどのように行動を開始するかをとらえることが困難であるかもしれない。そのため、このツールキットは、自国の資源や自殺予防活動の進捗状況にかかわらず、世界中の地域で使用できる実践的な提案を行う。

自殺について理解する

世界で、毎年80万人以上の人々が自殺で死亡し、15歳から29歳の死因の第2位である(WHO, 2014)。しかし、自殺は機微な問題であるため、スティグマのために過少に報告されたり、一部の国では犯罪として扱われ、サーベイランスシステムが脆弱である。

世界の全自殺の約75%は低・中所得国で起こっている。高所得国では女性の3倍の男性が自殺で死亡するが、低所得国や中所得国では、はるかに低くて1.5倍である。70歳以上の高齢者の自殺死亡率は、世界のほとんどすべての地域で男女ともに最も高い。一部の地域では年齢とともに自殺死亡率が着実に増加し、他の地域では自殺死亡率のピークは若年層にある。低・中所得国では、若者や高齢女性の自殺死亡率は、高所得国の若者や高齢女性のそれよりも高いが、高所得国の中年男性の自殺死亡率は、低・中所得国のそれよりも高い。世界的には、男性の暴力死(すなわち対人暴力、武力紛争、自殺)の50%、女性の暴力死の71%は自殺である(WHO, 2014)。

社会的、心理的、文化的、その他の要因が相互作用して自殺関連行動のリスクを高める。自殺の危険因子には、例えば、過去の自殺企図、精神保健の問題や障害、問題となる物質の使用、失業や経済的損失、トラウマや虐待、慢性疼痛や慢性疾患(例えばがん、糖尿病、HIV/AIDS)が含まれる。残念なことに、政府や政策立案者にとって自殺予防の優先順位は低いことがほとんどである。自殺予防は、世界的な公衆衛生および公共政策の課題に優先される必要がある。社会的、心理的、文化的影響を考慮した多次元のアプローチを通じて、自殺は公衆衛生の課題であるという認識を高める必要がある。

自殺に最も脆弱な集団を同定するには、それぞれの地域の状況を理解することが重要である。これにより、地域の自殺予防活動は、自殺の危険性が最も高い層を対象とすることができる (Wasserman, 2016)。

なぜ自殺を予防することが重要か

2013年、世界保健機関は、メンタルヘルスアクションプラン2013-2020を採択した (WHO, 2013)。このアクションプランでは、2020年までに国々の自殺死亡率を10%引き下げるという世界的な目標を掲げて、自殺予防を優先事項として概説した。2030年に向けた、持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) では、自殺予防は保健医療の目標3.4として提案されている。そこでは、予防と治療により非感染性疾患による3分の1の早期死亡を減少させ、精神的健康の保持増進と満たされた状態 (well-being) を促進するとされている。

自殺は予防可能である。世界的な自殺減少を達成するためには、自殺の予防のための、包括的な多部門による戦略が不可欠であり、効果的な戦略の一環として地域レベルでのアプローチが採用されるべきである。自殺の予防は、個人や家族にとって重要なだけでなく、地域の満たされた状態 (well-being)、ヘルスケアシステムや社会全体にも有益である。

自殺予防は、地域にプラスの影響を与える。

- 地域メンバーの健康と満たされた状態 (well-being) を促進する
- 介入を同定して促進するために地域に権限を与える
- 地元のヘルスケア提供者やその他のゲートキーパーの能力を育成する

なぜ地域は自殺予防に重要な役割を果たすのか

政府は、包括的な多部門による国家的な自殺予防戦略を開発し実施するために、自殺予防を先導する必要がある。国によっては、多層におよぶ地域の自殺予防プログラムが取り組まれており、様々な活動や対策が同時に実施されることで、相乗効果が生まれる可能性があることが指摘されてきた (Harris et al., 2016)。しかし、国内の自殺死亡率のばらつき (例えば、地理的な地域) は、トップダウンの自殺予防は、地元のボトムアップのプロセスと連携しなければならないことを示している。したがって、地域のニーズと、国家政策と、地元の状況に応じた科学的根拠に基づく介入の橋渡しをするとき、地域は自殺予防において重要な役割を果たしている。

自殺は、スティグマ、恥や誤解で覆われている。これは、人々がしばしば適切な助けを求めている、または求めることができないということを意味している。自殺予防は、ひとりの人、ひとつの組織や施設だけでは達成できないため、地域全体からの支援を必要とする。国の自殺予防戦略には、地域の貢献が必須である。地域は、脆弱な人に社会的支援を提供し、フォローアップケアに関わり、意識を高め、スティグマと戦い、自殺で遺された人たちを支援することによって、自殺のリスクを低減し、保護因子を強化することができる。地域メンバーは、自殺や自殺企図事例の登録が重要であるという問題提起をすることもできる。時には地域メンバーや代表者は、自殺関連行動のリスクがある人々を同定し、群発自殺が起こらないようにするという、いわゆる「ゲートキーパー」の役割を担うかもしれない。恐らく最も重要なこととして、地域は人々に所属感を与えることによって役立つことができる。地域における社会的支援は、社会的つながりを構築し、困難なことに対処するスキルを向上させることで、脆弱な人を自殺から守ることができる。地域自体が、地元のニーズと優先課題を同定するのに最適の位置にあることを理解することが重要である (Coppens et al., 2014; Kral et al., 2009)。

地域の自殺予防の取り組みを促進するためのツールキット

自殺予防に取り組みたいと考える地域メンバーや利害関係者は、しばしば自分たち自身で優先順位および戦略を同定しなくてはならない。場合によって、彼らは、自殺企図者、自殺で遺された人たち、危機にさらされている人たちや危機的な状況にある人たちを支援するために、有用かつ持続的な資源を見つけるだろう。しかしながら、そうではない場合も多く、地域は、自殺予防戦略を成功させるには準備不足であったり戸惑っている。自殺についてのスティグマとタブーは、持続可能かつ長期的な自殺予防への障壁となるだろう。

このような背景から、本ツールキットは、自殺予防のための優先事項の同定、実施や地域全体や特定の集団および/または個人に向けての適切な地域活動を支持する手助けとなることを目的としている。本ツールキットは、地域の自殺予防活動やすでに実施されている活動を強化するのに役立つ、支持的ネットワークの構築に向けた助言・指導を提供する。地域が自殺予防に取り組むための手引書であって、地域モデルの主要な要素を同定する、包括的な地域自殺予防のためのモデルではない。また、国々が包括的な地域自殺予防に取り組むための青写真でもない。

地域内で活動を始めたい人は誰でも、本ツールキットを使用できるようにすべきである。対象地域は、地理、年齢、性別、脆弱性などの社会的要因（例えば、先住民集団、難民、マイノリティ、軍隊、刑務所、職場、LGBTI¹、社会的に困窮したあるいは孤立した人たち）によって定義できる。

本ツールキットは、以下の主要な領域に基づいた段階的な助言・指導を提供する（図1）。

1. 初期準備
2. 最初の会合で対話を始める
3. 地域行動計画を作成する
4. メディアの継続的な動員
5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする
6. 地域フィードバック会合

各セクションは、地域の取り組みを進めるための助言を提供する。また、地域に関連する自殺予防行動計画を構築するプロセスの促進に使用できるツールを提案する。本ツールキットは完全なものではなく、その他多くのツールを開発し使用することができる。各地域は、この資料を改変し、地域に最もふさわしく、地元の状況に沿う適切なものとなるよう、独自の計画、ツールや活動を設計することができる。

¹ LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, Intersexed) = レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー・トランスセクシュアル、インターセックスの人々

図1. 地域参加プロセスの概要





1. 初期準備

1. 地域を理解し支持的な地域環境を促進する
2. 取り組みの規模・人口集団・利用できるサービスや情報について考える
3. おおよその目標を定義する
4. 運営委員会を組織する
5. 主要な利害関係者を同定する
6. 最初の会合の開催方法を検討する
7. 最初の会合を計画・企画する

1. 初期準備

地域全体が参加する前の準備が重要である。このセクションは、共同活動に関心のある個人集団がどのように始めるかについて、実践的な助言・指導を提供する。ここでは、地域環境、およそその目標と初期分析、また最初の会合の開催方法を検討する。

1. 地域を理解し支持的な地域環境を促進する

自殺は機微な課題で、社会の大部分において、沈黙、タブーやスティグマに覆われている。地域は、行動する前に、自殺がそのような影から抜け出す準備ができていると感じる必要がある。したがってプロセスの初期から、自殺予防のためには、地域を理解し、支持的な地域環境を促進すること(付録1.1)がきわめて重要である。地域はそれぞれ異なるので、健康、特に自殺に対する地域の意識や態度、自殺と精神保健をめぐる地域の宗教的信念、社会文化的な状況やスティグマを理解することは成功の基礎である。支持的な地域環境の促進は、継続的なプロセスである。地域の住民間で自殺について意識を向上させ敏感になることは、自殺や自殺予防、自殺企図や自殺による負荷、危険因子や保護因子、脆弱な集団や自殺予防における地域の役割について情報提供することを意味する。これにより、地域がより大規模な地域全体の行動を構築する前に、利用可能な人的・経済的資源とともに、最小限の方法で介入を始めることが可能になる。

意識の向上には以下の形式を取ることができる。

- ソーシャルメディアキャンペーン
- 伝統的なメディアキャンペーン(例えば、テレビやラジオなど)
- 地域の公会堂での集会
- ワークショップやオンラインセミナー
- 垂れ幕、ポスター、掲示板、広告
- 巡回宣伝
- 路上での演奏、ドラマ、演劇
- 研修
- シンポジウム

共通の関心事としての自殺予防について共有する個人やグループ、団体を結びつけることや、ネットワークやパートナーシップを築くことも、重要なステップである。地域全体としての最初の会合を準備する前に、最初の話し合いは、より小さな集団で、自殺や文化的課題についての信念、考え、認識、態度や感情について話し合うのがよいだろう。この最初の話し合いには、例えば、女性、男性、若者あるいは高齢者のためのグループの会合、学校や職場での会合、ヘルスワーカーやソーシャルワーカーとの話し合い、あるいはボランティアやマイノリティ集団のような地域のその他のサブグループとの話し合いなどが含まれる。ネットワークやパートナーシップは、自殺問題の対処への共同や強化に役立つ。

またこの初期段階においては、自殺やその予防の重要性について明言できる代表者(地域の著名人や認知されている人、あるいは有名人)を同定し、招へいすることも役立つだろう。本人自身あるいはその人物に近い人が、逆境にどのように対処したのかを話してもよいだろう。それにより地域メンバーの注目を集め、自殺についてより容易に対話を始めることができるようになるだろう。

メディアは、地域の意識を向上させ、敏感にすることに重要な役割を果たす。地域参加のプロセスを通してのメディアの継続的な動員は、情報を広く行き渡らせるのに重要である(「メディアの継続的な動員」のセクションを参照)。メディアの動員は、地域参加のプロセスにおける自然なステップとなるべきである。

2. 取り組みの規模・人口集団・利用できるサービスや情報について考える

地域の取り組みの規模、人口集団や関わる地区については、考えてみる価値がある。地域や自殺予防活動についての予備的な知識は、追加情報が収集されるに従って継続的に改編される必要があるが、隠された危険と障壁を早期に同定し、それらを乗り越える方法を発見できるように準備しなければならない。

地域との最初の会合を始める前、または活動を始める前に、最近自殺が起きたか、いずれのサービスが利用可能か、自殺予防プログラムがすでに実施されているか、あるいは地域が自殺に取り組むことを避けているかを明らかにすることは必須である。そうでなければ、時間を無駄にしたり、人々が関わることをためらったり、不適切な関与の手法を選ぶ危険がある(Lane & Tribe, 2010)。たとえ戦略が地域の中から生まれたとしても、特に資源の乏しい国のケースでは、ある程度の予備的な分析を行うことには価値がある。

地域のための適切な自殺予防の開発と促進には、入手可能なデータやデータの限界を理解し、特定の活動の効果をより正確に反映するようなデータの質の改善への取り組みが必要である(WHO, 2014)。

地域を考える際、以下の要因(付録1.2)を考慮すべきである。

自殺予防プログラムを含む、ヘルスサービスや福祉サービス

- 保健医療サービスへのアクセス
- 保健医療サービスの質
- 現行あるいは以前の自殺予防プログラム、サービス、キャンペーン
- 学校における精神保健の意識向上あるいは自殺予防プログラム
- 専門、非専門のヘルスワーカーのトレーニング
- ゲートキーパートレーニング(例えば、警察や消防士)

地域の対話システム

- 地域の中の対話経路
- 優れたメディア
- メディアの責任ある自殺報道のガイドライン

地域における自殺

- 自殺者数と自殺企図数
- 地域における自殺の手段(性別、年齢別も)
- 自殺の手段へのアクセス
- インフラと「ホットスポット」(自殺によく選ばれる場所)
- 地域に存在するもしくは関連する危険因子と保護因子(付録1.7および1.8)

可能性のあるデータソース

- 警察統計
- 地域の保健医療サービスや事業所の記録
- 検視報告書
- 電話相談のデータベース
- 地域のサーベイランス
- 国のサーベイランスシステム

以下の領域は特に重要である

- 年齢集団(例えば、高齢者、若者、若年女性、中年男性)
- 脆弱性(例えば、難民、移民、マイノリティ、被虐待・トラウマ・紛争・災害の経験者)
- アルコールや物質乱用
- 民族あるいは文化的集団(例えば、先住民族)
- 社会的集団(例えば、受刑者、LGBTIの人々、農業従事者)

- 宗教的集団(例えば、異なる宗教的信念の人々)
- 地理(例えば、都市対農村)

地域の初期分析の方法のひとつに、地域準備性モデルがある(Edwards et al., 2000)(付録1.3)。ステップに応じて、変化への地域の準備性を分類するモデルで、5つの側面を使用する。5つの側面とは、1)取り組みの存在と取り組みについての地域の知識、2)リーダーシップ、3)地域環境、4)課題についての地域の知識、5)資源、である。これらはその地域の全体的な準備性を推測するために個別に評価される。これは後に自殺予防における活動を選択するための情報となる。

その他の可能性としては(補足となるかもしれないが)、利害関係者となり得る人とのインフォーマルな(もしくはフォーマルな)対面インタビューを始めることや、フォーカスグループによる討議を行うことである。そのような情報は最初の行動を展開する際に用いることができる。

国のデータは、場合によっては、地域参加の取り組みのために優先されるべき、地理的領域や人口動態集団の決定には役に立たないことに留意する必要がある。例えば、農薬の服毒自殺は、主に農村部で起こる。したがって、この自殺手段へのアクセスを制限する措置は、おそらく都市部における自殺予防プログラムの主要な焦点ではないだろう。また、先住民族の自殺は一般人口よりも高くなる傾向があるが、国の自殺死亡率には表れないかもしれない。

3. おおよその目標を定義する

多くの人々や集団・組織は、地元の状況における自殺予防に関心があり、中には脆弱な人々やその他の地域メンバー(例えば自殺で遺された人たち)を支援したいと思うだろう。出発点として、彼らが何を变えたいか、あるいはどのような変化を期待するのかについてたずねてもよいだろう。初期のアイデアやおおよその目標を形成するのに役立つことがある。

共通のおおよその目標(付録1.4)は、しばしば、関心のある利害関係者やリーダーを動機付けるが、それらは地域で感じられたニーズに基づくべきであり、以下を含む可能性がある(Suicide Prevention Australia, 2014)。

- 自殺について語ることができる
- 援助希求先を知っている、人々が支援を求めることを助ける
- 自助グループを設立する、あるいは誰かを失った人や影響を受けた人を支援する
- 自殺死亡や自殺企図を防ぐ
- 精神的健康の保持増進や満たされた状態(well-being)を促進する
- 自殺関連行動の早期発見やマネジメントについて教育する
- 地域での継続的な自殺予防の取り組みを提供する短期的あるいは長期的計画を作成する

地域参加のプロセスが展開するにつれ、おおよその目標はより具体的になるであろう。より少ない時間と資源による小さな行動が、長期的な視点と共に、大きく包括的になる可能性がある。

4. 運営委員会を組織する

自殺予防を先導する最初の取り組みは地域の中で生まれる可能性がある。最初の行動は、ひとつの組織、ひとつの施設、あるいはやる気のある個人から始まるかもしれない。しかし、支援のない個人では継続が困難に感じることもあるので、その他の人たちとのつながりを持つことが重要である。そのための良い方法としては、自殺予防の取り組みに動機付けのある熱心な人たちによる運営委員会の立ち上げがある。通常、運営委員会は、志を同じくする、似たような関心事を共有する、異なる技能やアイデアを持つ人たちの集団となる。運営委員会の参加者は、例えば、以下のような背景の人たちであろう(Capire Consulting Group, 2016; Mental Health Commission of Canada, 2015; Suicide Prevention Australia, 2014)。

- 地域リーダー、政治家、国会議員、代表者
- 医師、看護師、健康増進担当の職員、保健医療行政代表者を含む、保健医療・精神保健・物質使用分野の従事者
- 地域開発ワーカーやソーシャルワーカー
- 教師やその他学校スタッフ
- スピリチュアルあるいは宗教上のリーダー
- 伝統療法士や地域の長老
- 軍人
- 警察・消防・その他第一線の対応者
- 若者の支援に関わる人、若者や学生グループ
- 高齢者グループや高齢者支援にたずさわる人たち
- ピアサポーター
- 自殺で、愛する人、友人や同僚を失った地域メンバー
- 自殺企図経験のある当事者
- ビジネスリーダー
- 女性や男性のグループ
- 先住民族のグループ
- 難民
- 地域のマイノリティや民族グループ
- アルコール問題への支援グループ
- 医療団体
- スポーツ団体
- 地元の精神保健福祉支援事業所や慈善団体
- 地域の満たされた状態 (well-being) や自殺予防に関心のある組織
- ロータリークラブやライオンズクラブなどの非政府組織 (NGO)
- ボランティア団体

各地域が異なった方法で自殺予防にアプローチするのと同じように、それぞれの運営委員会も独自のものになるであろう。しかし、最初の会合の企画と運営や自殺についての対話を始めるためには、10人程度の運営委員会の方が、グループがまとまりやすく、仕事を進めることができるだろう。

運営委員会の参加者は(付録1.5)、プロセスに時間と労力を割くことを惜しまず、定期的に顔を合わせるべきである。参加者は、行動への共通の意欲と展望を生み出し、目標を同定し、プロセスを調整し、責任感を持って、自殺予防の取り組みを前進させ、進捗管理も必ず行うべきである。それぞれの要素については、参加者間で役割と責任を割り当てることが大切であろう。それにより、プロセスは持続され、対立が避けられる。関心を寄せる団体や地域メンバーは誰もが、地域全体が集まる最初の会合には招かれるべきである。

最終的に、運営委員会に時間を費やすことができない利害関係者には、彼らの専門性により、短時間の枠で特定のタスクの遂行を依頼できる人もいるだろう(Suicide Prevention Australia, 2014)。そのような目的のために、あるタスクに責任を持ち、特定の活動を実施する小委員会を作ることができる。行動を計画して実践する際には、サービス利用者グループや地元のボランティアの参加も役立つ(Harris et al., 2016)。

地域参加の理由、おおよその目標、可能性のある利益や期待される長期的効果の列挙が役に立つことが多い(Lane & Tribe, 2010) (付録1.6)。

運営委員会の参加者が、方向づけの必要性や、自殺と自殺予防についてもっと知識を得たいと思うならば、説明会、情報提供会や研修会を開催することもできる。そこでは、危険因子や保護因子、警告サイン、負担、脆弱な集団や効果的な介入(付録1.5-1.7)についての情報提供を行うことができる。専門家を招へいしたり、資源リストをまとめてもよいだろう。

このトピックへの個人的なつながりに関わらず、自殺予防活動に参加することは困難で複雑なことが多い。自殺予防への参加者自身またはその愛する人が自殺関連行動を経験したことがある場合は、特に参加者の安全に留意することが非常に重要である。例えば、サイコロジカル・ファーストエイド (WHO, 2011) や、運営委員会や小委員会の参加者のためのスーパービジョンとセルフケア、自殺の危険因子・保護因子や警告サインに関するトレーニングを検討してもよいかもしれない(付録1.7-1.9)。

5. 主要な利害関係者を同定する

地域の中で、主要な利害関係者、その結果として運営委員会に参加する可能性のある潜在的な協力者を同定することは重要である。地域の中にネットワークを発展させることは、すでに取り組まれているが、孤立している自殺予防の取り組みを協調へと移行させる目的を果たすかもしれない。利害関係者は、組織、施設や個人かもしれない(上記の「運営委員会を組織する」のリスト参照)。

異なる利害関係者の特徴に注意することが必要である。利害関係者のマッピング作業(付録1.10)は、次の項目を分析することでより明確になるかもしれない。

- 自殺予防への関与の継続
- 自殺予防への関与への可能性のある理由
- 自殺予防への関与への可能性のある反感
- 地域の中の他者、団体や施設との関係
- 資源(人的、財政上)
- 専門知識
- 異なる人やグループの技能や強み
- 弱点
- 影響の程度(例えば、政治上、実践上)

関係する利害関係者の例

政治家と議員

政治家は、地域での活動や介入支援のために招へいされることがある。あるいは、政策を変えるためのロビー活動により役目を果たすことがある。地方自治体は変化を起こす権限があり、地域における自殺予防に重要な役割を果たすことができる。市町村の支援を得ることは、自殺予防が地域にしっかり組み込まれるための助けになる。地元の意思決定者や公務員は、機会を作ったり、パートナーシップを築いたりすることに有利な立場にあり、ほかに似たような活動を誰が行っているかを知っているかもしれない。さらに、政策立案者は、地域のプログラムやサービスの資金提供と実施のための政策を支持する重要な役割を担う。

結局、公共政策と意思決定は、政治、根拠や地方の利益の影響を受ける。よって、政策立案者やオピニオンリーダーとの自殺予防についての対話は、さまざまな形での取り組みやメッセージを通じて行われる。計画段階では、政治家やその他のオピニオンリーダーが有意義に関わる機会を同定することが重要である。政治家の取り組み方や立場は時間の経過とともに変化する可能性があるため、政治家と関わる場合は課題もあるかもしれないことに注意すべきである。

保健医療提供者および保健医療管理者

多くの地域において、公衆衛生の担当者は、通常は傷害と自殺の予防の両方に取り組む責任があることから、ヘルスケアネットワーク内での自殺予防における重要な役割を果たす。自殺予防の計画・行動・評価にヘルスケア提供者が関わることは、以下にとっても有益となり得る。

- すべてのヘルスケア専門家の研修機会を支援する
- 自殺と自殺企図の症例登録の増加と報告のための戦略を策定する
- 自殺関連行動、うつ病、アルコール使用障害またその他の精神障害および物質使用障害の評価およびマネジメントを改善する
- 自らの精神保健についての支援ニーズに気づき、取り組めるようにする
- 不可欠な治療薬を入手しやすくする
- 学校保健サービスの利用可能性と質を改善する
- 地域やプライマリケアの施設でケアを受けている人たちの自殺関連行動の評価とマネジメントのための手続きを標準化する指針を策定し、評価とマネジメントのための現任者研修を提供する（救急部門、精神保健の場面、嗜癖治療センターを含む）

地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体

地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体は、地域の機能に不可欠である。地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体は、地域または地域の重要な部分を代表し、例えば保健医療サービスやヒューマンサービス、芸術文化、図書館、若者育成や地域開発に関わる公的または民間の非営利団体（ロータリークラブやライオンズクラブ、非政府組織（NGO）、教会、その他宗教的奉仕活動施設を含む）である。

地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体は、仲間である市民を代表し、定期的に彼らと草の根レベルの活動に参加している。そのような組織は、地域メンバーを対象としたコミュニケーションネットワークやプログラム、介入を構築しているであろう。地域組織と宗教的奉仕活動団体のパートナーは、住民へのアウトリーチ、地域メンバーの信用の獲得、費用の補償、人的資源と財源へのアクセスに役立つであろう。

関連する地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体には、自殺予防に関する対話の開始時から参加を呼びかけるべきである。これにより柔軟性が得られ、地域組織と宗教的奉仕活動を行う団体はそれぞれ、自らの優先事項と矛盾することなく役割を担うことができる。

6. 最初の会合の開催方法を検討する

先に述べたような準備段階に従い、いくつかの重要な事項を考慮に入れるならば、地域との会合という形式で対話を始めることはより容易であるに違いない。最初の会合の開催方法（付録1.11）は、初期準備で同定された正確な状況に従って選択する必要がある。また、言葉の堅苦しさの程度や、招待状の発送は郵便かEメールかなども検討する必要がある。開催方法は、文化によって、また地域やそのリーダーおよび利害関係者の関心に合わせるべきである。

地元メディアにおいて地元の利害関係者が登場する広報活動は通常成功する。地元の有名人や地域在住の支持者は、無名な人よりも信頼される。

最初の会合の開催方法例は以下が含まれる。

- 円卓会議
- ワークショップ
- 公会堂での集会
- 意見交換会

毎年9月10日は世界自殺予防デーとして地域活動が行われることが多いが、地域との最初の会合を開く機会ともなるであろう。例えばレバノンでは2016年に、火をともしたロウソクを持った参加者が、朝の5時に海岸沿いを歩く「Into the dawn walk」が開催された。ネパールでは、集会とロウソクをともすことに加え、関心のある人たち（学識経験者、臨床家、ボランティアや自死遺族など）との双方向的なプログラムを開催し、メディアとの交流活動も行った。2015年には、個人の満たされた状態（well-being）や自殺についての対話を促進するために、「#howru」（How are you ? の意味）と書かれたバンドエイドがシンガポールで配布された。

注意すべきこととして、様々な利害関係者や地域メンバーを含むことは、時に困難が伴うということである。役割や責任に同意できない状況が生じるかもしれないが、対立を解決するアプローチが、困難な状況への対応に役立つかもしれない。対立への直面は、関係性、状況やプロセスの意識的な改善の道である。例えば、ABCトライアングル(態度-行動-状況) (ABC Triangle: Attitude-Behaviour-Context) によって、非常に複雑な対立場面の分析もできる。この分析は、葛藤には3つの主要な要素、すなわち、背景や状況、関わっている人の行動、彼らの態度があり、これらがお互いに影響し合うという前提を元に行っている。全員の関心とニーズを理解して葛藤を対処して解決するために、利害関係者間の対話を通じて、それぞれの要素に関係する主な課題を同定する必要がある (Galtung, 1985)。

最初の会合を企画して地域が取り組む際は、以下の障壁のいくつかを検討することも重要である (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Peterson et al., 2016)。

- 自殺や自殺予防に関連づけられるスティグマやタブー
(例えば、自殺は個人の問題であって他者と話し合うものではないと認識されるかもしれない)
- 地域メンバーやボランティア団体からの信頼の不足
- 地域メンバーが関わることへのためらい
- 国のサービスが問題に対応すべきだという感覚
- 自殺は重大な公衆衛生の問題であるという認識の不足
- 活動に関わる人たちの権利擁護についての経験が限られていること
- 自殺事例や群発自殺の発生についての正確な情報の不足
- 時間、専門性や資金などの資源不足
- 市民組織や公的組織との複雑で官僚的な対話
- 保健医療サービスや地域サービスの不足や不満
- 一部の利害関係者による、意思決定プロセスを支配して、活動に影響を与えたいという潜在的関心
- 地域のメンバー全員もしくは多くのメンバーの都合に合う時間を見つけることの難しさ

潜在的な課題に事前にまたは継続的に向き合うことは、これらの障壁を減らすことに役立つだろう。自殺予防における地域参加に対する課題や障壁を弱める戦略は、個別的に決められなければならない。

7. 最初の会合を計画・企画する

自殺予防に関する地域の取り組みへの参加に関心のある全ての利害関係者および一般の地域メンバーは、最初の会合(前記の「運営委員会を組織する」のリストを参照)に招待されるべきである(付録1.12)。

最初の会合では以下が取り扱われるだろう。

- 会合の理由や会合に結びついた出来事についての情報
- 地域における自殺や自殺企図の最近の動向についての記述
- 地域において自殺予防のためにすでに何が行われているかの記述
- 地域の自殺予防に関する主な課題と資源をマッピングすることや、各自や各団体がどのように参加できるかの話し合い
- 自殺予防活動グループの目標を何にするべきかの話し合い
(具体的な目標は最終的には活動グループの参加者によって決定されるという明確な表示を入れる)
- 誰がいつ継続して活動グループとして顔を合わせるかの決定

上記項目に基づいて議題(付録1.13)が作成されるべきである。

運営委員会や小委員会が助言・指導を必要とする際は、リーダーシップの課題に詳しい人や諮問グループあるいは研究者に支援を求める必要があるかもしれない(Harris et al., 2016)。

最初の会合の議長は運営委員会の参加者が務めることで、討議がトピックからはずれることなく、全員の意見が聴取されるようにすることができる（付録1.14）。事務局あるいは記録係は、最初の会合後のフォローアップのたたき台とするために、正確な記録をとる必要がある。

最初の会合を計画するということは、会合に必要なものを検討するということでもある。たとえば、会合の場所を見つけること、招待状を送付すること、会合の宣伝をすることである（付録1.15）。会合の告知は、ポスター、ボランティアによる直接訪問やさまざまなイベントや集会（例えば、宗教的、文化的、学校やスポーツの会合）を通じて行うことができる。

最初の会合に対する一般的な助言・指導としてのポイントは以下のものがあげられる（Mental Health Commission of Canada, 2015）。

- 安全性：対話は支持的な方法で行われなければならない
- 精神的健康への配慮：自殺問題についての議論はつらい感情を引き起こす可能性があるため、援助が必要な出席者のための支援を確保する
- 柔軟性：地域メンバーが状況に応じてフォーマットを調整できるようにする
- 資源：地元の自殺予防資源を同定するための提案と活動を強化するための支援を提供する
- 支持者：最初の会合の主催や援助、または専門性に基づき発表できる地域の支持者を同定する
- 守秘義務：プライバシーが尊重されていると参加者が自信を持てるようにしなければならない。守秘義務は、運営委員会の参加者が関わる自殺の危険性のある人たち（例えば、最近発生した群発自殺）にも適応される

資料1. インドの事例

タミル・ナードゥ州はインドの自殺の12%を占めると報告されている。統合失調症研究機構（SCARF: Schizophrenia Research Foundation）は、タミル・ナードゥ州のブドゥコーツタイ地域の3つの隣接した村と関わっている。どの村も自殺死亡者数が多い。

地域との最初の会合における準備方法と戦略について話し合ったとき、自殺についての理解を高める必要性が感じられた。そのため、自殺についての意識向上のための集会が企画された。自殺予防のNGOであるSNEHAのボランティアである外部の人材を招へいた。その集会は、生活上のストレス、否定的な感情、否定的な感情への対処メカニズム、うつや自殺リスクのあるかもしれない人への対応方法を取り扱った。

地域との最初の公開の会合を広報し、興味ある人を全て招待するために、ポスターを作って掲示した。政府関係者や保健医療サービスの提供者、NGOなどの利害関係者も招待された。SNEHAやSCARFからの外部の人材も集まり、約250人が会合に参加した。

多くの地域メンバーが全体会議や小グループで討論に加わり、彼らが感じている自殺の主な原因、例えば、借金、家庭内の争い、人間関係の問題、失業、試験の失敗などについて話し合った。子どもたちが教育を受けて安定した仕事を確保すれば、経済的にも情緒的にも安定して自殺予防につながることから、支持的な環境における子育ての必要性が強調された。

地域資源のマップは、色つきチョークと塩で床に描かれた。運営委員会は、3つの村の女性と若者グループの参加者、地元の高校教師、地元のNGO代表者で構成された。委員会は、公開の会合で話し

合われたことと、以下のおおよその目標をもとに、介入の考え方を検討した。

- 自殺の現象とその結果について理解する
- 若者や親、また自殺企図者に情緒的・心理的支援を提供する
- 青少年の自殺関連行動を予防する

地域における既存の自殺予防のための資源、活動や支援が同定された。既存の科学的根拠や可能な行動についての更なる討議の後に、運営委員会は3つの行動を取ることを決定した。

1. 自殺企図者に対するビフレンダーズプログラム(情緒的支援の提供)を実施する
2. 家庭や学校のストレスによって情緒的な困難を抱えている子どもを同定し、支援することに焦点を当てた学校精神保健プログラムを実施し、この枠組に、生活スキルトレーニングやキャリアガイダンスプログラムを組み入れる
3. 自殺で遺された家族のための自死遺族グループを作る

この地域は、活動を段階的に進めていくこととして、まずは自殺企図者に1年間の情緒的支援を提供することを目的としたビフレンダーズプログラムを始めることにした。6人のボランティアが、自殺念慮のある人への対応、情緒的支援の提供、秘密保持や専門的なサービスへの紹介のタイミングや場所について、SNEHAのボランティアから2日間のトレーニングを受けた。自殺企図者が地元のプライマリケア病院を受診した際に、ビフレンダーズプログラムが提供されることになった。自殺企図者は病院スタッフからサービスについての情報を提供され、もし関心があれば、与えられた番号に連絡する。または、同意があれば、患者の番号がボランティアに伝えられた。更に、ボランティアの名前と電話番号が病棟に表示された。その他の活動も後のために計画された。

地域の行動計画は、地域が選んだプロセスとアウトカムの指標にもとづき、綿密にモニタリングされた。ビフレンダーズプログラムの進展と成功を見守るために運営委員会が決めた指標は以下の通りである。

- 医療施設で登録された3つの村で起きた自殺企図数
- プログラムへの参加に同意した自殺企図者数
- サービスを受けた人の数
- 提案された番号に連絡した人の数
- 自殺再企図者数

メディアは地域の活動の最新情報を取り入れていた。マスコミはプログラムの一環として実施された地域のイベントや会合について報道した。メディアの支援は、地域の取り組み、意識の向上や敏感になるために重要である。

3ヶ月が経ち、地域は関与している感覚を持ち、受動的な役割から積極的な役割へと変わっていった。意識は向上し、自殺の捉え方に変化が生じた。地域は、自殺予防プログラムやそれによって地域メンバーを支援することへの重要性に気づいた。この過程で同定された課題は、精神保健や自殺についての知識不足、スティグマや人的・経済的資源の不足と結びついていた。ボランティア活動への参加は、仕事を諦めるわけにいかないことから、限界があった。また、村の社会的構造や習慣のために、上層階級と下層階級との交流に制限があり、それがサービスの重複を招いた。更に、意思決定プロセスは主観的感情に左右されており、科学的根拠は優先されなかった。このような状況において、外部の人材や組織は必要な助言・指導を提供し、地域が情報に基づいて選択することを可能にするので、その役割は強調されなければならない。



2. 最初の会合で対話始める

1. マッピングの作業を行う

2. 最初の会合で対話を始める

このセクションは、最初の地域会合で自殺について対話を始めるという行動に、地域がどのように進むことができるかについての実践的な助言・指導を提供する。すべての地域メンバーは、自らの懸念と、地域における自殺予防の最も切迫したニーズは何かを、気兼ねなく発言できるようにする必要がある。これは、地域においてすでに利用できる資源や活動との差異を同定するプロセスの一環である。

1. マッピングの作業を行う

地域における自殺についての対話で重要な最初のステップは、自殺が与える影響と地元の状況に特化した自殺と予防の課題を十分に理解することである。例えば、低所得国や中所得国の農村地域では、自傷や自殺の手段として農薬に簡単にアクセスできることが重要な問題であるかもしれない。したがって、そのような地域での可能性のある活動は、農家とその家族に焦点を当てるべきである。

マッピング作業は、自殺に関連する要因をよりよく理解するための一方法である(付録2.1)。この手法は、大きな紙に描くくらい簡単であり、識字率が低い地域でも参加しやすく、必要に応じてより複雑にすることもできる(Archer & Cottingham, 2012)。

最初に、地域における一般的な自殺の手段や物理的な場所、例えば「ホットスポット」(自殺によく選ばれる場所)について検討する。次に、利用可能な社会サービスや保健医療サービス、自殺予防サービスの物理的な場所を同定する。3つ目に、同定されたサービスへのアクセスのよさ、特徴や質について話し合う。最後に参加者は、地域の自殺予防における強みと弱み、例えば資源や既存のプログラム、可能性のある差異、地元の課題、メディアの役割などについて話し合う。

議論を活発にするための質問例は以下の通りである。

- 自殺手段として、すぐにアクセスできる場所はどこか(例えば、農薬、銃器、高層ビルまたは橋)?
- 医療サービスと社会的サービスはどこにあるか?自殺関連行動のアセスメント、マネジメント、フォローアップのトレーニングはあるか?
- 地元の学校はどこにあるか?精神保健教育や自殺予防プログラムはあるか?
- メディアの手段はどこか(例えば、新聞・雑誌、テレビ、ラジオ)?
メディアの専門家は責任ある自殺の報道についてトレーニングを受けているか?
- アルコール飲料はどこで販売されていて、営業時間は?
- 現在のサービスとインフラとの差異は何か?

会合の参加者がこれらの質問などを活発にしていく。ファシリテーターは、マッピング作業の間に考えが生み出されることを促す。マッピングが完了すれば、差異はどこにあるか、何が最も必要か、自殺に最も脆弱なのは誰かについて、よりよく理解できるようになる。

資料2. カナダの事例

毎年カナダでは約4,000人が自殺で死亡している。自殺予防の意識を高め、全国レベルでリーダーシップを発揮し、全国的にこの公衆衛生上の喫緊の課題に取り組むために、カナダ精神保健委員会（MHCC：Mental Health Commission of Canada）は、地域が取り組むための#308 conversationsというカナダ全域の会合を推進した。

2014年の開始時点で、MHCCは、連邦議会選挙で選ばれた国会議員308人全員に自殺予防についての地域会合を主催するための支援と資源を提供した。そうした中で、MHCCは、地域レベルで成功した戦略を同定し、自殺予防の地域モデルのための将来計画について情報提供する方法を考案した。国中で40を超える対話が行われた（Mental Health Commission of Canada, 2015）。

『カナダの精神保健戦略』の「方向を変える、人生を変える」（Changing directions, changing lives: The Mental Health Strategy for Canada）をもとに、MHCCは、精神保健システムの改善と課題を取り巻くカナダ人の態度と行動を変える触媒となるようにつとめた。自殺予防はMHCCにとって優先領域であり、『カナダの精神保健戦略』における重要な分野である。

#308 conversationsキャンペーンの全体的な目標は、科学的根拠の情報に基づいた地域ベースの自殺予防プログラムを提供することであった。その目的は、以下の通りである。

- 1) 地域内で参加型のボトムアップアプローチを提供すること
- 2) 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関するベストプラクティスを共有すること
- 3) 地域レベルで自殺予防に取り組む際の課題と機会を同定すること
- 4) 自殺とその関連行動による有害な影響を減らすために有意義な行動をとること

#308conversationsは国会議員の意識を高めることに焦点を当てた。意識と利益を最大にするために、国会議員は互いに連携し、公会堂での集会に参加する地域内の推進者を同定することを促された。多くの場合、2人以上の国会議員が、一つの重要イベントが地理的に最も意味をなす地域で、自殺予防の会合の主催に加わった。

各イベントの企画は、地域の主催者が決めており、場所、参加者、資源の利用可用性によって様々であった。精神保健と自殺予防が会合の中心テーマであったが、各々の#308conversationsイベントに独自性があり、地域の状況に関係していた。

#308conversationsは、円卓会議、公会堂での集会、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など、さまざまな形で構成された。会合によっては、地元の精神保健福祉機関、自死遺族からのゲストスピーカーがあり、自殺念慮や自殺関連行動のある人をより多く見出す役割を担った。

#308conversationsのプログラムは、国会議員は自分たちの地域のニーズを把握するのに適した立場にあると考えた。このキャンペーンには科学的根拠に基づいた以下の要素が含まれている。

- 自殺の危険性がある集団を含め、カナダでの自殺死亡率や、自殺が地域に及ぼす影響について主催者に教育すること
- 安全かつ効果的な会合を主催することの重要性を強調した安全教育ビデオを作成すること
- 支援者や推進者を同定して動員する手助けをすること

#308conversationsキャンペーンは、利害関係者(国会議員やそのスタッフ)の取り組みを支援するための、利用しやすく実践的なツールが必要であると考えた。そのため、ツールキットに以下を含めた。

- 背景情報
- 報道発表例(付録2)
- パートナー資源のリンク集
- 論説例(付録2)
- ポストベンション資源のリンク集
- 会合用の表示
- ディスカッションガイド
- ファシリテーターの質問
- イベントのための公表プロセス(付録2)
- イベントのための議題の提案(付録2)
- プレゼンテーション例
- 礼状(付録2)

これらのツールや例は、会合の主催者が完成するテンプレートとして簡単にダウンロードして、地域のニーズに合わせて変更することができるもので、フランス語版と英語版がある。

#308conversationsはソーシャルメディアに受け入れられた。@MHCC_308ツイッターは550人以上にフォローされ、オンラインコミュニティとして成長した。#308conversationsのハッシュタグは、自殺予防関連のツイートや地域資源およびその他の自殺予防イベントへの注目を集めるために、自殺予防に関わる利害関係者に定期的に利用されていた。報道発表や広報記事などの伝統的なメディアにもいくらか利用された。

#308conversationsでは、カナダの各地域で少なくとも1つのイベントが行われた。各イベントは、カナダの自殺についての示唆、ベストプラクティスや推奨事項を生み出した。各地域には独自性があり、ある集団は特定の課題に直面していたが、イベントでは明らかに共通のテーマが議論の中心となっていた。

それぞれの報告から同定された課題の多くは、以下の3つの重要な要素が背景にある。

1. 地域はカナダの国家自殺予防戦略を求めた
2. 参加者は、スティグマは自殺予防の背景にある課題であり、この低減は主要な優先事項であり続けていると感じた
3. 緊急の自殺危機への取り組みから、しばしば予防に焦点を当てたプログラムのための資源が不足していることが明らかになった

ピアサポートなどの機会についても議論された。多くの#308conversationsへの参加者たちは、その多くは自殺企図の経験者や自死遺族であったが、ピアサポートはリカバリーにとって肯定的かつ有益で重要なものと考えた。MHCCの『ピアサポートの実践とトレーニングのためのガイドライン(Guidelines for the practice and training of peer support)』(Sunderland et al., 2013)では、ピアサポートは、共通の経験をした人たちの間での支持的な関係性であると述べている。自殺企図の経験者の場合、この共通の経験とは、自らの精神保健に関係するものかもしれないし、自殺で遺された人にとっては、愛する人の死かもしれない。#308conversationsの研究や逸話的情報によると、ピアサポートは、社会的なつながりと支援を通じて、症状をコントロールしたり、入院することを少なくしたり、生活の質を改善するのに役立つとされている。

イベントの成功、参加への国会議員の継続的な関心、また地域の参加により、MHCCは、#308conversationsを2014年5月から2015年5月まで続けることを決めた。地域は対話の主催を継続した。

MHCCは、自殺予防の資源への正式な報告書から手書きの個人的な報告や提案に至るまで、#308conversationsのイベントからさまざまなフィードバックを受けた。多様な資料は、まさにカナダ全土の視点による知識を深いものになっている。



3. 地域行動計画を作成する

1. 主要な課題と可能性のある地域活動を探索する
2. 可能性のある活動のための資源を位置づける
3. 資源を動員する
4. 優先順位と資源に沿って行動計画を策定する
5. 行動計画におけるSMARTER目標を策定する
6. 自殺予防活動と地域イベントを促進するためのアウトリーチ戦略を開発する



1. 初期準備



2. 最初の会合で対話始める



3. 地域行動計画を作成する



4. メンバーの継続的な動員



5. 地域行動計画の評価をする



6. 地域オーナーシップを築く

3. 地域行動計画を作成する

このセクションでは、具体的に選ばれた目標に従って、地域に関連した自殺予防活動を検討し、優先順位を付け、実施するための実践的なステップを示す。

優先順位付けや実施のプロセスの一環に参加した運営委員会と利害関係者は、最初の会合での話し合いに従って再召集される。運営委員会は将来の会合の企画に対してリーダーシップをとり、地域活動を進展させる方法について話し合う機会を提供する。考慮すべき点は以下の通りである。

- 運営委員会に参加する個人や団体の動機や、達成したいと望んでいること
- 個別の人や団体が運営委員会に提供できる資源（例えば、専門性、時間、資金）
- 経験してきた困難、障壁や促進要因
- 個別の人や団体のもつ技能と強み

重要なこととして、最初の会合で提起された主要な課題を、地元の状況や適切な地域行動計画と関連付けながら検討するには、多くの時間が必要になる。

1. 主要な課題と可能性のある地域活動を探索する

マッピングの過程で、当該地域における自殺予防に関連する主要な課題が提示されるであろう。自殺予防のための効果的な地域行動計画は、取り組むべき最も核心的な課題に対応した行動を含まなければならない。そのため、マッピングの作業で提起された課題を明確にし、地域行動計画に統合する必要がある。それらの課題は、初期段階のより大きな目標や方針と比較される必要がある。

他で使用された地域参加のプロセスの概要（付録3.1）（成功例、得られた教訓、アプローチや尺度を含む）は、自らの活動の構造や方針を決めるのに役立つ。そこでは、効果的かつ自らの地域に関連する行動を同定することが推奨される（付録3.2）。

地域が行動計画で取り組んでいくことを望む課題には、以下が含まれるかもしれない(Allen et al., 2014)。

- 地域における宗教的または文化的信念に起因する自殺を取り巻くスティグマ
- 地域における自殺への理解の不足
- 簡単に入手可能ですぐに使用できる自殺手段へのアクセス（例えば、農薬、銃器）
- 販売や生産規制がないことによるアルコールの利用のしやすさ
- 社会的ストレス（例えば、試験期間中の生徒や大学生のストレス）
- 不適切な報道を通じて自殺をセンセーショナルに取り上げる地元メディア局
- 自殺に脆弱な人や自殺で遺された人が利用できる支援やサービスの不足
- 地域や地区の保健医療施設におけるトレーニングを受けたヘルスワーカーの不足
- 心理社会的カウンセリングの不足（例えば、地域で、学校で、社会活動センターで）

支援やサービスの必要な人たちには以下が含まれる。

- 自殺で愛する人を失った
- 以前に自殺企図した
- 精神保健の問題や課題がある
- アルコールやその他の物資の有害な使用経験がある
- 経済的損失に苦しんでいる
- 慢性の痛みや疾患がある
- 自殺の家族歴がある
- 虐待や暴力に苦しんでいる

可能性がある課題は多数にのぼるかもしれない。また、多くの地域は2つ以上の課題を同時に経験しているだろう。最初の会合におけるマッピングの作業は、当該地域に関係する主要な課題を同定するのに役立つ。

次のステップは、同定された課題を検討することであり(付録3.3)、どれについて活動が必要か話し合っていく。いくつかの課題は地域のコントロールと能力を超えているかもしれないが、なお運営委員会はこれら(例えば、サーベイランスシステム)について意識を高めるという重要な役割を担う。地域ですでに取り組まれている自殺予防の努力も認識されるべきであるし、行動計画はそれをもとに立てられる。効果についての科学的根拠のあるプログラムは、特に注目されるべきである。

可能な活動例を以下に示した。これらは、各地域のニーズ、対象集団や利用可能な資源を元に、地元の状況に適応されるべきである(Capire Consulting Group, 2016; Fleischman et al., 2016; Hegerl et al., 2009; Petersen et al., 2016; Suicide Prevention Australia, 2014; WHO, 2014; Zalsman et al., 2016)。

社会の意識を向上させ、情報を提供する

社会の意識を向上させ、スティグマを減らす 自殺予防は地域全体を巻き込む。自殺について理解し、自殺についての信念や捉え方を変えるような社会変化は、地域全体で取り組むことで達成される。それは、自殺について話を始めたり、自殺についての意識を向上させたり、教育的なプログラムを通じて行われる。様々な種類の公開イベントを企画できる。例えば、自殺や自殺予防についての、路上での演奏や演劇、意識向上のための集会やキャンペーン、意識向上のための週間、公開イベント、資金集めのイベント、新聞記事、ラジオやテレビ番組、討論、円卓会議、カンファレンス、会合などである。さらに、数々の異なる場所も検討されよう。例えば、学校、職場、軍の施設、刑務所、礼拝場、文化などのイベントや集会などがある。支持者や保健医療専門家、愛する人を自殺で失った人たちの支援団体や自傷行為経験者の支援団体の代表による話、あるいは、例えば、健康増進のための地域の芸術戦略により、取り組みは更に促進されるかもしれない(Mohatt et al., 2013)。地域が、優先順位の高い課題であるとして、自殺予防に着手し、告知することは、地域が自殺を減少させることや地域で支援や参加を進めることを表明する合図になる。スティグマを減らすために自殺についての対話を増やすことは、自殺予防に共通した活動である。

リストを作成し、全ての地元サービスとプログラムをリンクし、経路をマップに示す 地域には、しばしば自殺のリスクのある人を援助したり、特に自殺企図者をフォローアップしたりするのに役立つ、数々の支援サービスやプログラムがある。これらの資源は、カウンセリングやプライマリケアサービスという形をとるかもしれないし、社交クラブ、スポーツクラブやイベントかもしれない。これらはしばしばつながりを増やす可能性をもっている。関連する活動としては、サービスや人材(例えば、ヘルスワーカーやゲートキーパー)を同定することや、サービスの経路をマップにすることである。そして地域内のサービスやプログラムの促進を助け、それらが十分に関係付けられ、良質のサービスやケアを提供し、自殺の危険因子や保護因子の知識を得て、必要に応じて紹介し、簡単にアクセスできるようにする。これは自殺予防に共通する活動である。

危機支援サービスと援助希求行動を促進する 自殺関連行動は、人が危機状態にあるときに起こることが多い。地域は、例えばメディアと連携することにより、危機状態にあるときの電話相談、支援団体やその他の危機介入サービスの利用可能性について強調する重要な役割を担うことができる。このようなサービスを利用可能にすることや、利用可能性を高めるためのロビー活動を行うことに対しても、援助することができる。また、危機にある人が援助を求め、サービスにアクセスすることを促すことができる。危機支援サービスや援助希求行動の促進は、自殺予防に共通した活動である。

自殺手段のアクセスを制限する

農薬への安全なアクセスのための地域介入 農薬は、世界中で自殺の大きな部分を占め、最も重大な自殺手段である。農薬は特に低所得国と中所得国の農村部における懸念事項である。このため、地域は地元の状況において最も多く使われている自殺の手段を判断することが重要である。自殺が衝動的である状況において、地域は人びとの農薬へのアクセスを減らすことに関与し、地域教育、意識向上プログラム、小売店や農薬使用者のトレーニングを行うことが重要である(WHO, 2016b)。農薬や銃器のような自殺手段へのアクセスを制限することは、自殺予防に効果があることが明らかになっている(WHO, 2014)。

メディアの責任ある報道と社会の意識向上

メディアとコミュニケーションのためのプロトコルを確立する 地元のラジオ局、テレビ、新聞などのメディアは、自殺、自殺予防、援助希求、そしてどこに支援を求めるかについての公衆衛生的なメッセージを広めるのに役立つ経路となることができる。同時に、メディアが、自殺について責任ある報道を行い、適切なコミュニケーションのためのプロトコルを持っていることが重要である(WHO, 2017a)。ジャーナリストのためのトレーニングを企画し、自殺予防のための取り組みを強化するために、地元ラジオ局や新聞社と共同することができる。メディアによる責任ある自殺の報道は、脆弱な人々による自殺の模倣を抑制するのに効果的であることが明らかになっている(WHO, 2014)。

学校における自殺予防プログラム

精神保健の意識向上とスキルトレーニングを学校現場で提供する 青年期の自殺関連行動はしばしば大きな問題である。青年期の精神保健の意識を向上させ、逆境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は重要である(Aseltine et al., 2007; Kutcher et al., 2016; Wasserman et al., 2015; Wilcox et al., 2008)。学校における介入は自殺予防に効果的であることが明らかになっている(WHO, 2015)。

学校におけるピアサポートを含む予防プログラムの策定に若者を巻き込む 他の集団と同様に、若者は、若者を対象とした自殺予防プログラムの策定と実施の鍵となることができる。若者は、地域が参加する取り組みの計画立案プロセスに組み込まれる必要のある、地域に特有な危険因子を同定することができる。特に資源が少ない場合、若者はピアサポートプログラムの策定に参加することができる(Illback et al., 2010; Scott, 2011)。

アルコール政策を導入する

アルコールの有害な使用と薬物使用を予防、低減する 地域は、意識を向上させ、アルコールや薬物使用の問題を抱える個人や家族のためにセルフヘルプやピアネットワークグループを含めた地域ケアや支援を提供することができる。また、未成年者へのアルコール販売の防止やアルコールのない環境(例えば、若者のスポーツイベントなどの特別なイベントの間)を支援することもできる(WHO, 2010)。学校では、予防のために生活技能プログラムを実施することができる。すべての物質使用障害は自殺のリスクを高めることから、これらは自殺予防に関連した一般的な活動である。

自殺関連行動の早期発見、治療、フォローアップ

地域のヘルスワーカーやプライマリヘルスケアワーカーは、自殺関連行動および情緒的苦痛、慢性疼痛、精神障害、物質使用障害を評価してマネジメントするようトレーニングし、また自殺企図した人のフォローアップを提供する ヘルスワーカーを教育・トレーニングすることは(例えば、WHOのmhGAP介入ガイド(WHO, 2016c; WHO, 2017b)を用いて)、最もニーズのある人たちに適時かつ効果的な援助を確実に提供するために重要である。また、病院の受診や治療の後、ケア終了後は社会的支援が足りないことが多く、孤独を感じることもある。系統的なフォローアップは、心理社会的な支援を確実に提供するために何よりも重要である(WHO, 2016c)。これは自殺予防に効果があることが明らかになっている(WHO, 2015)。

地域リーダーやゲートキーパーが効果的な資源となるようトレーニングする 自殺予防のための地域の取り組みの成功には、リーダーシップがきわめて重要な要因となる。地域には、フォーマルそしてインフォーマルなリーダー(例えば、警察、政治家、宗教上のリーダー)がいて、彼らは共通の目標を達成するために地域をまとめ、人々を呼び集める重要な役割を担う。このようなリーダーやその他の優れた地域メンバー(例えば、看護師、一般医、ソーシャルワーカー、教師、警察、消防士、刑務官と軍人、雇用主)は、ゲートキーパーとして行動できるので、地域で自殺リスクのある人々を同定する積極的な役割を果たすようトレーニングされ、自殺予防について教育を受けることが重要である(Kral et al., 2009)。ゲートキーパートレーニングは自殺予防における一般的な活動である。

フォローアップケアと地域支援

自死遺族のための自助グループを始める 自殺で遺された人々の自助グループは、同じ経験をした人々と共に過

ごしたり、グループの他の人たちから勇気や理解を得たり、同じことを他の人にも提供する機会を与える。グループには、悲嘆のプロセス、自殺に関連した事実、多様な保健医療専門家の役割について情報提供するという教育的な役割もある (WHO, 2008)。自助グループを立ち上げるような活動は、支援の質を確かなものにするために、専門的な助言・指導と連携することが奨励される。一般的に自死遺族(自殺で遺された人々)の自助グループの開始は地域で行われる。

自傷経験のある人のための支援を構築する 地域は自殺企図した人を支援することができる。地域イベントを企画することや、支援プログラムや自助グループを構築することによって、本人や家族を孤立させることなく、彼らの脆弱性や自殺リスクを軽減することができる。過去に自傷を経験したことがある人は、今影響を受けている人たちをどのように支援すればよいかについての洞察を提供することができる。そのような活動は、支援の質を確かなものにするために、専門的な助言・指導と連携することが奨励される。地域で支援を構築することは、自殺企図した人のフォローアップの重要な要素となる。

脆弱性のある集団のために自殺の直後に対応し、群発自殺を防ぐ 例えば、学校、大学、職場、高齢者センターや高齢者住居のスタッフやボランティアをトレーニングすることは、自殺企図や自殺が起きた後の支援の提供に役立つ。自殺の直後、影響を受けた人は、悲嘆、恥、罪悪感や怒りを感じることがあり、自らも自殺に脆弱となることがある。回復を促進し、群発自殺、つまり一つの自殺が他を誘発するような自殺の連鎖の可能性を防ぐために支援が必要である (CDC, 2001; Public Health England, 2015)。自殺が起きた直後に関する対応やトレーニング、支援の計画を準備することは、自殺予防における一般的な活動であり、そのような計画は群発自殺を予防する。

高齢者を対象としたプログラム

高齢者を対象とした予防プログラム 地域を動員する上での課題の一つに、資源の不均一な分布があるだろう。例えば、高齢者の自殺には、比較的小さな割合の資源が当てられているかもしれない。地域は、課題についての意識の向上(ヘルスワーカーや高齢者の支援やケアにあたるスタッフを含む)や、健康的なエイジングについての教育、生活状況の改善についての評価や支援のための地域支援の促進によって、高齢者を対象とした自殺予防プログラムを構築することができる (Erlangsen et al., 2011)。目的意識やレジリエンス、その他の保護因子を促進する活動やプログラムの実施は (SAMHSA, 2015)、ナーシングホームや高齢者用住宅でもできる。これは自殺予防において一般的な活動である。

職場におけるプログラム

職場における自殺予防活動を始める 今日の急速に変化する環境において、仕事や昇進を脅かすかもしれないという恐れから、被雇用者は、困難を抱えていることを話すのをためらうことが多い。就労者の自殺は、個人の脆弱性やストレスが高い仕事や生活状況が複雑に絡み合った結果であるが、職場は支持的機能、あるいはゲートキーパー機能を果たすことができる。これを実行するには、意識向上キャンペーン(例えば、職場における精神保健について)を通じた雇用主への課題の紹介や、危機状態にある人や自殺念慮のある人に、雇用主がどのように力を貸したり、支援したらよいかという実践的な助言・指導の提供などがある。更に、地域は企業と協働して、対象の雇用主や被雇用者がゲートキーパーとなるようにトレーニングすることができる (WHO, 2006)。

これらの例は完全なリストではなく、さらに多くの行動が可能である。そのため、関連する自殺の危険因子を考慮に入れたい、自殺と戦うために類似の課題や取り組みのある他の地域を見出したりして、地域に影響を及ぼす主要な課題についての更なる検討が重要である (Kral et al., 2009)。それら課題や取り組みは、行動計画に導入し、変更することができる。

2. 可能性のある活動のための資源をマップにする

地域が可能性のある活動を決定したら、次のステップは個々の行動との関連で必要な資源を検討することである。必要な資源(例えば、人的資源、財源、インフラ)をマップにして、地域のどこにあるかを同定し、現在の利用可能性を評価する必要がある(付録3.4)。

資源について検討する際に以下のような事項を問い続ける必要がある。

一般的な検討事項

- どの組織が関わるべきか？それら組織が関わるにより付加される価値は何か？
- 活動のスケジュールは？活動を実施する理想的な時期はあるか？

人的資源

- どのような人的資源が利用可能か？
- 行動の計画、実施、評価や権利擁護に誰が関わるべきか？
- 運営委員会や小委員会から必要とされる時間資源は何か？

財源

- 行動のコストは？実施にはどのくらいの財源が必要か？
- 無償で使用できる資源は？（例えば、ラジオやテレビの時間、告知）
- 可能性のある財源にはどのようなものがあるのか？利用可能な行政のプログラムはあるか？作成可能な資金調達の企画案はあるか？

インフラ

- 物理的スペースは必要か？（例えば、地域センター、公共の場）

適切かつ持続的な資金調達は、実行可能な行動計画を作成する上で重要な要因である。資金調達は、資源の配分を通じて、目標を具体的な行動に置き換えていくメカニズムである。現在の資源のレベルやそれらがどのように使われているかを理解するために、サービスをマップにして、それらの資金調達システムを同定する必要がある。その上で、最大限に可能性のある利益を達成するために、既存の資源を配分する必要がある（WHO, 2003）。

3. 資源を動員する

もし地域の財源が不足している場合は、行動計画を実施するための財源を確保するために多くの効果的な資金調達方法を用いることができる。

資源の動員は、地域のために異なるタイプの支援を増やすプロセスである。資源の動員には以下のような方法がある。

- 資金供給者に提案書を提出する（例えば、助成金や財政支援プログラム）
- 例えば、NGO、大学、研究グループ、国や国際的な組織に技術支援を依頼する
- 地域の資金調達戦略を、財団、組織や企業集団の目標に合わせる
- 朝や就業前のコーヒーパーティーなどで、リーフレットやポスターを置いたり、自殺予防活動用の寄付ができる（例えば、募金箱）など、資金調達イベントを企画する
- 販売して財源支援となる古着、中古の家具、本や乗り物、さらに建物など、現物での寄贈物を収集する
- 出入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、ボランティアが自殺予防行動計画を支えるための時間と資源を提供する
タイムシェアを促進する（これにより、相互援助や支援のテーマをめぐり、慈善的方法で地域をまとめることができる）
- マラソンやウォーキングなどのスポンサーつきのイベントを企画する
- 従業員が集めた額と同額を雇用主が保証する「同等の資金調達」を試みる。
これは寄付が急速に倍になる方法である

4. 優先順位と資源に従って行動計画を策定する

マッピングの作業、重要な課題の検討、実施可能性のある活動の同定をしたら、行動計画内で、これらの活動の優先順位を決めなければならない。

運営委員会が、すべての重要課題に対応し、すべての活動を同時に行うと決めたとしたら、過剰拡大になる可能性がある。当該地域にとって適正な分量に重点を置く（例えば1つか2つの行動から始める）ことで、最適な効果を得るために、取り組みと資源を集中させることができる。その後、将来の行動を初期の取り組みの上に構築することで、最終的にはすべての目標が達成される。

活動の優先順位を決めるために、単純な順位付けをすることもできるが、この過程を容易にしたり、地域のニーズと科学的根拠に基づく活動に重みを付けるのに役立つ、多くの優先順位付け用のツールがある。そのようなツールの一例が、優先順位付け三次元マトリックスであり（付録3.5）、参加者は三次元で活動を格付けする。三次元とは、1)認識されたニーズ、2)根拠、3)実現可能性（人的資源、財源、期間を含む）である。活動ごとに各次元、最高5点が付与される。各活動の合計点が優先順位付けの目安となる。

期間に関しては、活動によっては（例えば、サーベイランスや心理社会的支援）継続的でなければならないが、一定の間隔で実施できる活動（例えば、ヘルスワーカーのトレーニングや地域メンバーのための説明会）もある。

行動計画は、必要な活動の詳細と共に文書で示される必要がある（Archer & Cottingham, 2012）。更に、行動計画は明確な業務の分担を示し、利用可能な資源に従って、役割や責任を割り当てる必要がある。この点を非常に重視することが、プロセスのあらゆる場面において役立つ。

5. 行動計画におけるSMARTER目標を策定する

目標の設定にはさまざまな方法があるが、達成可能かつ実践的であることを保証する説得力ある方法の一つに、SMARTER目標の活用がある（付録3.6）。より厳密にいうと、これらの目標は、活動の構造化に役立つ。事前に目標を提示しておけば、要素に変更があっても、計画を柔軟にすることができる（Capire Consulting Group, 2016）。

SMARTER目標は、以下の通りである（Mindstrong, 2016）。

1. 具体的な (SPECIFIC)
目標は正確かつ明瞭であり、達成したいことを的確に示しているべきである（誰が、何を、どこで、なぜ）
例：地域のヘルスワーカーは、自殺関連行動を評価し、マネジメントするようトレーニングされている
2. 測定可能な (MEASURABLE)
目標は、それぞれの目標達成に向けた進捗を測定するための具体的な基準を確立している必要がある
例：地域の自殺死亡者数の減少、自殺についての社会的な意識の高まり
3. 達成可能な (ACHIEVABLE)
目標は達成可能でなければならない。目標は、現在の実践や行動から達成可能な変化という、常識的な評価基準に対応するものである
例：メディアの専門家は、自殺について責任ある報道をするようにトレーニングされている
4. 関連性がある (RELEVANT)
目標は、対象集団、ニーズや同定された優先順位に関連している必要がある
例：自死遺族のための自助支援グループが地域につくられる
5. 適時選択 (TIMING)
目標は、それらが達成されるという明確かつ調整可能な時間枠を持っているべきである
例：6ヵ月後にひとつのマイルストーンに到達する
6. 評価する (EVALUATE)
目標は、定期的に評価され、経時的な変化や得られた教訓を考慮して、必要に応じて調整されるべきである
例：地域のフィードバック会合が行われる。あるいは定期的に調査が実施される
7. 責任 (RESPONSIBILITY)
目標は、実施、モニタリング、評価の責任者の明確な記述と共に、はっきりとした分業を示すべきである
例：活動グループは、参加者間で明確な責任とタスクを割り当てている

目標達成に向けた進捗状況は、進捗状況の測定が有用な時に、活動グループの定例会合を通じて、主な活動の終了時およびその他の適切な間隔で測定することができる。

6. 自殺予防活動と地域イベントを促進するためのアウトリーチ戦略を開発する

運営委員会は、活動を促進し意識を高めるために、より広範な地域へのアウトリーチに成功することが重要である。アウトリーチ戦略を選ぶ際には（付録3.7）、スティグマの程度、文化的、宗教的、歴史的、経済的要因を考慮する必要がある。アウトリーチ戦略は、利用可能な資源にも適合させる必要がある。

アプローチには、以下のうちの1つ以上が含まれるであろう（Mental Health Commission of Canada, 2015）。

- ダイレクトメール
- 新聞
- オンライン（例えば、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）
- 伝統的な印刷媒体（例えば、パンフレット、小冊子、チラシ）
- テレビ広告
- ラジオのアナウンス
- 伝統的な会合の場（例えば、マーケットやコンサート）
- 公共交通機関での広告（例えば、バス）

資料3. ケニア共和国の事例

ケニア共和国では自殺企図者や自殺者の数について得られるデータが限られている。ケニア共和国では自殺は違法であり、スティグマやタブーに取りまかれているため、特に自殺企図については、過小報告あるいは全く報告されていない可能性が高い。訴訟の恐怖や文化的・宗教的信念から、自殺は事故や他の死因として誤って報告されている可能性が高い。自殺や自殺予防についての認識を促進し、人々を敏感にするために、地元のNGOであるピフレンダーズケニアは、地域のオピニオンリーダーを動員して、ナイロビ州、マサレ地区のマシモニ村において、この重要な公衆衛生上の課題について取り組むことに踏み出した。ピフレンダーズケニアは、地域の取り組みを促進するためのツールキットを使って、地域参加プロセスを促進した。

実施チームによる企画会議や地域への訪問などの初期準備の後、地域がどの程度自殺について知っているかを理解し、自殺についての認識、態度、考えや信念はどのようなものかを明らかにするための議論が行われた。この議論には宗教上のリーダー、教師、地域のヘルスワーカー、若者、地区補佐官、地域の企業代表者が集まった。この議論から、地域では自殺は比較的良好に起きていることが明らかになった。特にこの地域では、薬物を摂取し、アルコールを乱用している失業中の若者で、自殺リスクや若年者の妊娠が増えていた。議論の参加者は、自殺についての社会的な意識を高め、教育するために、自殺や自殺関連行動の理由について理解を深める必要性があることを強調した。

地域参加のプロセスを促進し、より広い地域との結びつきを形成するため、若者や宗教上のリーダー、地域のヘルスワーカー、教師、企業代表者、行政による運営委員会が組織された。運営委員会は、自殺予防の取り組みにおける地域活動の先頭に立った。運営委員会は、主要な利害関係者を同定し、最初の会合で使用するものや内容を準備し、おおよその目標の定義、行動や資源の同定を含む地域行動計画を開発した。ピフレンダーズケニアは、様々な情報源からデータを蓄積した。情報源には、インターネットやケニア統計局、保健省、マサレ精神科紹介病院が含まれたが、当該地区に限らず、国全体としても、自殺や自傷、自殺企図に関するデータは非常に限られていた。

地域の最初の公開会合には、240人が出席した。話題には、自殺、薬物・アルコールの乱用、精神保健についての理解や、自殺で遺された人の実際の経験も含まれていた。会合のすべての世話人からのメッセージは、自殺は予防可能であり、地域や個人は、自殺予防に重要な役割を果たすことができるといったものだった。地域は自殺の警告サインや自殺リスクが疑われる場合に取りべき対策に敏感になった。うつ病は自殺と強い関連がある重要な精神保健の課題であることが強調された。

最初の会合の主な成果は、スティグマを減らすことと、影響を受けた個人や家族が支援にアクセスできるようにするために、態度、認識や信念を変える必要があるということであった。参加者は、提示された話題に満足し、これまで話したことがなかったことが多く学べたと感じた。最終的な印象として、参加者は自殺についての認識や考え方を変え始め、自殺予防について考え始めた。

懸念される課題として、財源とトレーニングを受けた人材の不足が際立っていたが、運営委員会とピフレンダーズケニアは、地域の優先順位と利用可能な資源に沿って、行動計画を策定した。おおよその目標は、地域の自殺者数を減少させること、スティグマを減らすこと、地域リーダーをトレーニングすることであった。

おおよその目標と連携して計画された行動は、以下の通りである。

1. 脆弱な個人や集団を同定し、自殺関連行動に対応するために、地域のヘルスワーカーをトレーニングする
2. より多くの地域の対話を通じて、自殺と自殺予防の意識を向上させ、敏感になる。これがスティグマを減らすことにもなるであろう

3. 自殺のリスクのある人を同定して、援助が受けられるように支援するために、地域リーダーをトレーニングする

地域行動計画は、それぞれの活動の詳細をすべて記載し、一般的な責任を割り当てた。委員会はそれぞれの活動に必要な資源を考慮して、地域で利用可能な資源をマップ化し、行動を実施するための主な利害関係者を同定した。タスクの配分は、行動計画の持続性を確実にするために重要と考えられた。行動計画が開発されると、地域と共有された。

フィードバック会合では、かなりの数の地域メンバーが、自殺に対する考え方を変えていたことが明らかになった。議論の中で、彼らは自殺と精神保健の関係性や、他の健康問題のように自殺に注目する必要があることを知った。地域は、自殺の影響を受けた人々には、励ましと支援が必要であり、また自殺念慮がある人の話を傾聴し、適切なサービス提供者に紹介する必要があると認識した。

自殺で遺された人々や自殺企図者のための支援グループを作る必要性は、主要な活動項目として同定された。これにより、影響を受けた人々は経験を共有し、お互いを支援し、また適切な援助を求めるために助け合う機会を与えるだろう。

また地域は、教育や意識向上の基盤となることから、自殺予防に重要な役割を果たすことも明らかになった。誰もが何らかの影響を受けることから、自殺予防は、全員が利害関係者であることに皆が納得した。



4. メディアの継続的な動員

1. 地元メディアとうまく連携するためのヒント
2. メディアの責任のある報道

4. メディアの継続的な動員

メディアは世論と態度を形成する上で重要な役割を果たす (Borinstein, 1992; Kalafatelis & Dowden, 1997; Philo., 1994)。メディアの関心は、時々、特に9月10日の世界自殺予防デーのイベント期間中は、非常に高まることもある。地域は、自分たちの取り組みやメッセージを促進するための経路として、メディアと協働する機会を用いることは重要であるが、自殺予防の領域においてメディアと関わることには困難もあることに留意する必要がある。特に、脆弱な人たちに対して模倣自殺を防ぐために、メディアは自殺事例について責任ある報道をすることが大切である。自殺についてのスティグマや俗説が存在し続けている場合は、メディアの関与は更に困難となる。メディアの強い影響力を考えると、自殺予防への地域参加の取り組みは、メディアを効果的に動員する方法を検討すべきである (付録 4.1)。

1. 地元メディアとうまく連携するためのヒント

1. 地元メディアと協力して、自殺とその予防、精神的健康の保持増進、スティグマを減らすことについての情報を提供するメディアキャンペーンを展開する。ストレス、精神的健康と身体的健康のつながりの推進を図るメッセージを強化する
2. 地元メディアに、自殺についての責任ある報道を促す (WHO, 2017a)
3. 地元メディアに、地域活動に参加するよう招待する
4. 地域メディアに、自殺についての責任ある報道のための資源と地元の広報担当者の連絡先情報を提供するプレス情報キットの開発と配布など、コミュニケーション戦略を開発することを奨励する。
自殺とメディアについての利用可能な資源を共有する
5. メディアが自殺に関する倫理規定に従うように促す
6. 自殺について適切に報道されているかについての情報を収集するためのメディアのモニタリングプロセスを実施し、誤解を招き、害となる自殺の描写について、建設的なフィードバックを行う
7. 既存の優秀報道賞に地元メディアを推薦する作業を進めるか、ジャーナリストを評価する新しい賞を創設するために協働する
8. 自殺の責任ある報道についてのワークショップに、メディアの専門家に参加してもらう

2. メディアの責任ある報道

WHO のリソースブックレット (WHO, 2017a) のように、メディア関係者向けの、自殺についての責任ある報道のための手引きがいくつかある。手引きは以下を含む。

- どこに支援を求めたらよいかについて正確な情報を提供する
- 一般の人々に対し、俗説を広めるのではなく、自殺や自殺予防に関する事実を伝える
- 生活上のストレスや自殺念慮にどのように対処すればよいか、どのように援助を求めたらよいかについて報道する
- 有名人の自殺報道は特に配慮を要する
- 自死遺族や友人にインタビューする時は配慮を要する
- メディアの専門家自身も自殺についての話題で影響を受けるかもしれないと認識しておく
- 自殺についての記事を目立つところに掲載したり、過剰に繰り返して報道しない
- 自殺をセンセーショナルにしたり、正当化したりする表現を使わない。
あるいは自殺が建設的な問題解決の方法であるかのように扱わない
- 自殺手段について明確に伝えない
- 自殺の場所について詳細を伝えない
- 煽情的な見出しは使わない
- 写真やビデオ映像、ソーシャルメディアのリンクは使わない

資料4. トリニダード・トバゴ共和国の事例

トリニダード・トバゴ共和国では、自殺は主な公衆衛生の問題のひとつである。トリニダードの最大地区であるチャグアナスは、国の自殺者数のおよそ25%を占めている。自殺関連行動の対応に最も関わっていて、地域の自殺予防に関心のある人を見つけるため、検討会議が企画された。市長執務室、警察、精神保健福祉サービスの提供者、宗教上のリーダー、企業代表者やAAグループなど、地域の様々な利害関係者に連絡が取られた。薬物の使用、十分な監督下でないこと、家庭問題や未診断の精神障害の理由により、学校組織にいる若者が自殺に脆弱なことが明らかとなった。

上記の会議から、運営委員会が生まれた。運営委員会には、ソーシャルワーカー、精神保健サービスの保健師、救急サービスのベテラン看護師、プライマリケアサービスの部長、警察官1名、進路指導者1名、教師1名、地元の地方議員2名、NPO代表2名が含まれていた。同グループが地域の人たちと関わる方法を検討するために何回か会合が開かれた。自殺は主要な問題であるが、データにアクセスすることができず、一般的に知られていなかった。

最初の会合が企画され、メディアで告知された。約25人が会合に参加した。議題は、自殺統計の概要や自殺のサインや危険因子についてであった。会合では、資源のマッピング作業が行われた。話し合われた戦略は、地域における自殺や自殺予防の意識向上、リスクのある学生の同定、職場での介入などであった。おおまかに、無力な感覚、大きな社会的スティグマ、自殺に対応するために警察やヘルスワーカーが十分にトレーニングを受けていないこと、問題の大きさ、地域が予防を支援する方法についての情報がほとんどないといった懸念があった。

運営委員会内に活動グループが作られ、地域の行動計画を検討するために定期的に会合が開催された。同グループは4つのおおよその目標を立てた。

- 地域の脆弱な個人や集団を同定する
- サーベイランスシステムを設ける
- 最近、親戚や親しい友人を自殺で亡くした人を含めて、個人や家族に迅速な臨床的支援を提供する
- 自殺予防や介入戦略について、初期対応をする人、警察、消防や救急の医師以外の医療従事者をトレーニングする

行動計画には以下の活動が選択された。

1. 特に脆弱と同定された集団への行動。具体的には、以下の通りである。
 - ・ 青年期：青年期の精神保健についての意識を高めるため、教師や親をトレーニングしたり、敏感にすること
 - ・ 若年成人：従業員援助プログラム（EAP）の導入とレクリエーションの場の設置
 - ・ 高齢者：年金と社会サービス部局、退職者グループ、高齢者住居、病院サービスの専門家をトレーニングし、敏感にすること
2. 保健医療、警察、消防サービスの連携による、地区の自殺のサーベイランスシステムの整備
3. 問題行動が明らかになった場合、ケアに関する情報の提供
4. リスクのある人と関わるゲートキーパーのトレーニング

より具体的には、青年期は、学校へのアウトリーチや、地区の小学校や中学校の校長や進路指導者との連絡調整を想定した。また精神保健の意識向上のため、親や教師の組織とも共同した。レクリエーション活動は意識向上に使えるであろうし、コーチ、世話人や青少年クラブが参加するよう招くであろう。

若年成人は、雇用主の相談、従業員援助プログラム(EAP)や、チャグアナスで有名なレクリエーションの場を通じて対象となる。アウトリーチ情報、従業員援助提供者のトレーニング、AA、NAグループや保健医療サービスを通じた物質使用の予防は、このサブ集団のための予防プログラムの一環となるだろう。対人関係や家族カウンセリングも優先的事項と考えられたが、これは既存の宗教や家族と関わりのある地域組織によって対応可能と思われた。

高齢者は、退職者グループ、高齢者住居や病院サービスを通じて対象となるだろう。地区の年金と社会的サービス部局もトレーニングを受け、敏感になるであろう。

地域が自殺予防に参加したり、自殺予防行動計画の実践に影響しうる変化についての最新情報を活動グループに提供するために、定期的な地域会合や研修会が設けられた。メディアに必要な支援は何でも提供すべきであると合意された。自殺予防のテーマを宣伝するため、地区在住の人気タレントを巻き込んだ一般向けキャンペーンやソーシャルメディアキャンペーンが計画された。

地域の参加により、活動が地域の利益になり、精神保健の課題に地域の意識が向上し、自殺が減少し、参加型のより大きな広がりのある共同体意識が作り出されるという希望と熱意があった。市長執務室や自治体は、自治体のプロジェクトや戦略を通じて、自殺予防のメッセージを強化するだろう。特にうつ病や物質依存などの精神保健の問題については、より多くの、早期発見と治療が期待された。



5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする

1. 継続的なモニタリング
2. 将来の努力に向けて得られた教訓を定式化するための評価
3. サーベイランスシステムと量的な変化

5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする

行動計画が作成され、活動が実施されたら、行動計画と予定表に照らして進捗状況を確認し、時宜を得た変更を行い、焦点を変更し、必要に応じて行動計画を改変し、障壁となるものや得られた教訓を文書化することが重要である。モニタリングと評価には、介入の実際の影響を測定することと、その有効性や費用対効果を評価することが含まれる (Acosta et al., 2013; Capire Consulting Group, 2016)。

- モニタリングとは、行動計画の決められた方法による追跡のことである。計画がどの程度うまく実施され、それにより同定された問題を修正することができるか継続的に評価することが大切である (WHO, 2007)
- 評価とは、計画の有用性、価値や効果を評価するための体系的査定のプロセスである (WHO, 2007)

多くの試みが活動の実践に注がれるが、評価は、理想的には、開発段階の初めから終わりまで地域行動計画に統合されるべきである。何が本当に有効なのか、人々の役に立つのか、妨げになるのか、誰にとって最も適切かつ有用か、他の地域で使用するために改変可能か、を明らかにすることが重要である。

モニタリングと評価は、互いに補完するものであり、完全に異なるプロセスというよりも、ある程度重複するものである。モニタリングによって収集された情報は、通常は体系的な評価に送られる。また、モニタリングは、計画の開発に利用できる情報の評価も含む (WHO, 2007)。

モニタリングと評価は、以下の理由から地域参加の取り組みにとって重要である (Capire Consulting Group, 2016)。

1. **継続的なモニタリング**は、行動計画がどのように進捗しているか、途中で調整や変更が必要かどうかを測定する
2. **得られた教訓を定式化するための評価**は、同じ地域または他の地域における、その他の自殺予防の取り組みへの情報提供の助けになる
3. **サーベイランスシステムと量的な変化**は、自殺者数と自殺企図数の全体的な傾向を調査する

1. 継続的なモニタリング

モニタリングは、理想的には、自殺予防行動計画の全体的な実施プロセスに統合されるべきである。何を成功とするかだけでなく、評価のプロセスと間隔を定義した目的、対象、指標は、事前に概要を説明しておく必要がある。活動が意図したことを達成するための軌道に乗っているか、新しい可能性が出てきたか、あるいは方向の変更が必要かどうかを全て検討するための定期的な確認である。これは、いくつかの方法によって実施することができる (付録5.1) (Capire Consulting Group, 2016; Suicide Prevention Australia, 2014)。例えば、以下の通りである。

- 運営委員会や小委員会の会合では、活動の進捗状況を確認するための時間を確保する。
そこでは次のことを確認する (WHO, 2007)
 - ▷ 計画された活動は完了したか?
 - ▷ それぞれの活動に与えられた期間は守られているか?
 - ▷ 計画された資源の投入は現実のものとなったか?
 - ▷ 活動のアウトプットは達成されたか?
 - ▷ 様々な戦略の対象に届けられたか?
- 活動の計画に関わる参加者全員に、直面している課題や、活動の変更を提案したかどうかを定期的にたずねる
- 変更が必要な場合は、新たな機会と課題に合わせて全体の目標を修正する
- プロセス全体の進捗状況を確認するために、小さな漸進的な基準や指標 (例えば、イベントの参加者数、ラジオ/メディアの放送時間数、メッセージが届いた人の数) を設定する
- ある活動が対象集団に到達していない、またはもはや効果がないように思われる場合は、その活動をどのように変更または改変するか検討する

進捗を反映したり見直したりするためのスケジュールを立てることで、全体的な行動計画が洗練され、途中で、進捗状況を確認にモニタリングできるようになる。モニタリングは、計画や開発の段階から行動計画の一部とすべきであり、それにより質的評価も順調に進むことになる。

2. 将来の努力に向けて得られた教訓を定式化するための評価

地域行動計画の活動を計画し、実施する際に、直面した課題と得られた教訓を振り返ることは、将来の活動のために重要な部分である。モニタリングは計画と実施のプロセス全体を通して行われるが、イベント、プログラム、活動や一連の活動後に得られた教訓を反映して文書化することは、必要に応じて改善を図るために重要である。将来の活動において運営委員会が用いるためだけでなく、他の地域もまたそこから学ぶことができるよう、得られた教訓は必ず文書化する。

比較可能なデータを得るためには、一貫した評価方法を選択すべきである(付録5.2)。得られた教訓を収集し、文書化する方法については、以下を提案する。

- 活動に関わった参加者に、役立ったこと、役立たなかったことについて書き出してもらい、覚えておくべき伝達事項を記録してもらう(例えば、フィードバック形式や調査を用いて)
- 運営委員会や小委員会に、学んだことや覚えておくべき伝達事項、また参加者のフィードバックについて尋ねる(例えば、研修や聞き取りを通じて)
- 活動の実施の質や完全性、実施された全活動数、参加者数、満足度、利害関係者との連携などの様々な指標を検討する

その他の選択肢としてフォーカスグループでの討議がある(付録5.3)。フォーカスグループとは、6～10人で構成する小さなグループで、熟練した司会役がオープンかつ自由なディスカッションを促進する。参加者として、面識のない多様な人たちが選出されることから、これらの集まりはよく準備しておくことが大切である。大よそ10個の事前に決められた質問(討議の前に参加者には共有されない)を注意深く選択し、司会役とともに、議論の書記や記録をする人を選出しなければならない(Elliot & Associates, 2005)。参加者には、例えば、地域リーダー、教師、看護師やその他のヘルスワーカー、宗教上のリーダー、農業従事者、行政官が含まれる。

地域における自殺や自殺予防のための活動などの与えられたテーマについて検討するために、3種類の質問(Elliot & Associates, 2005)が役立つだろう。具体的には、以下の通りである。

- **始まりの質問**：議論のトピックに参加者を導入し、安心してもらう。例えば、以下の通りである
 - ・参加者は自殺について何を知っているか？参加者は自殺予防について何を知っているか？
 - ・参加者の知っている自殺予防活動はあるか？行動計画に基づいて地域で実施されている自殺予防活動についてどのように思っているか？
- **探索の質問**：議論の核心に入る。例えば、以下の通りである
 - ・現在のサービスやインフラのすき間は何か？
 - ・地域における自殺予防の障壁は何か？
 - ・自殺を減少するための自殺予防活動の効果について、参加者はどのように認識しているか？
- **終わりの質問**：議論の中で漏れていることはないか確認する。例えば、以下の通りである
 - ・何か追加したい人はいるか？
 - ・ほかに質問はあるか？

あるテーマについて妥当な成果を出すためには、通常は2回以上(おおよそ3回)のフォーカスグループを行う(Elliot & Associates, 2005)。

3. サーベイランスシステムと量的な変化

進捗状況を検討するための定期的な行動計画のモニタリング以外にも、サーベイランスシステムにより定量的データを観察する。定量的データは、当該地域における、ある期間の自殺者数および自殺企図者数の傾向という広い視点を提供する。したがって、信頼性のある良質なデータは、経時的な傾向をモニタリングすることを可能にし、自殺や自殺企図を減らすための介入の有効性について実証することも可能にする。しかしながら、自殺はひとつの地域のレベルではまれな出来事であり、統計的に有意な変化を必ずしも期待できるとは限らない。群発自殺の発生は、事態を更に複雑にするかもしれない。追加的な指標として、トレーニングを受けた人数、紹介された人数、活動への参加者数などの指標が使われる必要がある。

ヘルスケア、政策や研究に属しているであろうが、サーベイランスシステムの方向性と潜在的变化は、最終的には、より広範な地域、国や世界的なサーベイランスの構造に貢献する必要があることを考慮すると、地域行動計画の中にサーベイランスシステムの検討を含むことが重要である。WHOの報告書である『自殺を予防する 世界の優先課題』(WHO, 2014) は、どの国においても、包括的な自殺予防戦略の一環として、機能的なサーベイランスシステムを有することが重要であると述べている。自殺予防の分野におけるどの介入においても、最終的な目標は自殺と自殺企図を減らすことであり、そのためには良質なデータを入手可能にすることが必要である。

可能であれば、地域(例えば、地域のヘルスワーカーや警察)は、より広範なサーベイランスシステムに貢献する視点をもって、自分たちの地域の自殺や自殺企図についての日常的な情報収集によるサーベイランスを始められるかを検討するべきである。これは地域で指名された人にデータ収集の役割を与えることで可能となる(付録5.4)。この人たちは、月1回、自殺や自殺企図の数を入手し、自殺に関するデータを集積するために、自殺関連情報の情報源を当たり、適宜、関係機関を訪問する。可能性のある情報源は、以下の通りである。

- 病院記録
- 地域リーダー
- 一般医、地域のヘルスワーカーや看護師
- 教師、警察、消防士などのゲートキーパー
- 火葬用地や墓地
- 地域の指名されたメンバー
- 宗教上のリーダー

自殺や自殺企図についての対話は完全に部外秘とし、データ記録は安全な場所に保管することが重要である。

より広範囲なサーベイランスに貢献する取り組みは、国全体の人口動態登録システム(全人口動態事象の公式記録)の一部となる。その結果、国のデータをWHO死亡データベースに報告することができる(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、自殺を含む傷害死の登録方法に関する指針も出している(WHO, 2012)。同様に、自殺企図と自傷行為のための病院ベースの登録システムの整備や強化に関する情報は、実践マニュアルから入手できる(WHO, 2016a)。さらに、非感染性疾患の危険因子サーベイランスに対するSTEPSの方法(<http://www.who.int/chp/steps/en/> 2018年1月31日にアクセス)は、国内の自殺企図を含む危険因子についての、国民を代表する人口に基づくデータの入手ツールとなる。

資料5. ネパール連邦民主共和国の事例

ネパール連邦民主共和国のシンドゥパルチョーク地区は、2015年に壊滅的な地震で影響を受けた地区の一つで、2年間で自殺者数が58人から72人に増加した。シンドゥパルチョーク地区のチョータラでは、地域が自殺予防に取り組むことになった。

準備会合には、地域の区長、地元警察官、ヘルスワーカー、地元のリーダーやNGOメンバーが参加し、地域における自殺による負担や利用可能なサービスを探った。地区の保健担当官や利害関係者は、地域が関わる一連のイベントと共に、計画された活動の目的について説明を受けた。

学校の教師、NGOメンバー、住民、ヘルスワーカーや女性の地域保健ボランティアを含めた最初の会合は、自殺への認識や自殺予防のトレーニング不足、自殺事例の対応とフォローアップが不十分かつ効果的でないことを強調した。学校の子どもたちには精神保健や自殺予防に関する教育は行われていなかった。

討議や準備会合をもとに、利害関係者の同定、自殺予防のおおよその目標の設定、そして地域行動計画の作成のために運営委員会が組織された。運営委員会は、地域の区長、学校長、地元NGOの代表、住民、女性の地域保健ボランティアで構成された。運営委員会の参加者は、社会的支援構造の弱さや基本的なサービスの提供の失敗について指摘した。地震後、全ての支援を失った人たちに誰も頼れる人がなく、地域の自殺者数は増加した。

運営委員会の参加者には自殺や自殺予防についての専門性が不足していたため、運営委員会のための一斉説明会が企画された。そこでは、自殺念慮、自殺の計画や自傷行動のある人をどのように評価するか、そしてどのように彼らに適切な医療的ケアや心理社会的支援を求めるように促すかについての説明があった。説明会には、WHO精神保健の格差に関する行動プログラム介入ガイド (Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide, mhGAP-IG)の自傷と自殺のモジュールを改変して使用した。

最初の地域会合は、区役所の会議場で行われた。地元NGO、動員を促進する人たちや女性の地域保健ボランティアの協力を得て、地域メンバーや主要な利害関係者が招待された。全体で69名の参加があった。議題は、自殺予防入門、緊急対応の必要性、目的、自殺予防につながる可能性のある活動、地域の役割や地域における既存の活動のマッピングであった。主要な課題として特定されたものは以下の通りであった。

- 地域では殺虫剤や農薬の入手が容易であること
- アルコールの生産と販売に規制がなく、入手が容易であること
- 地域や地区の保健医療機関にトレーニングを受けたヘルスワーカーが不足していること
- 家族や地域メンバーにおける人間関係の問題
- 学校で心理カウンセリングが受けられないこと
- 地域で心理社会的カウンセリングが不足していること
- メディアによる不適切な自殺報道

その後の会議では、運営委員会と主要な利害関係者は、以下のとおりの、おおよその目標に到達した。

- 地域の自殺企図と自殺を予防する
- 自殺関連行動のある人を支援するために、すぐに対応できる保健医療と社会的保護システムを開発する
- 自殺や精神保健についての意識を高め、スティグマを低減する

地域行動計画は、地域との会合で特定された主要課題の優先順位がもととなった。それぞれの主要課題について、資源のマッピングと可能な地域行動が起草された。行動の優先順位付けには三次元マトリックスが用いられた。合意が得られた行動は以下のとおりであった。

1. 地域における農薬の利用を制限する
2. 地域および地区保健医療機関のヘルスワーカーをトレーニングする
3. スティグマへの意識の向上とスティグマ低減のためにメディアを動員する
4. 家族や地域メンバー間で人間関係に不和のあるケースを支援する
5. 学校で心理的支援を提供する
6. 地域に心理社会的支援を提供する
7. アルコールの生産と販売を規制する

行政内外の利害関係者との調整による活動を先導する中心人物が選ばれた。自殺予防には多部門によるアプローチを必要とするため、中心人物のリーダーシップによる安定した調整が不可欠である。

上記の行動に基づき、運営委員会のアウトリーチ戦略は、ラジオ、テレビ、新聞などの地元メディアを通じて、自殺や自殺予防に関する意識向上キャンペーンを行うことができた。自殺予防のCMソング(短い歌)が地元ラジオで放送された。運営委員会は、自殺についての意識向上や責任ある自殺報道に関するメディア専門家のトレーニングに、地域のメディアを動員する自信があった。

地域の参加により、地域では人々が自殺についてより理解し、自殺についてもっと語ることを促したと感じられた。実施における大きな障壁は、財政的な制約とトレーニングを受けた人的資源の不足であった。地域の保健医療機関はプライマリケアの提供と、地域から紹介された患者のケアを行う必要がある。地域のヘルスワーカーは、心理社会的支援を提供するとともに、モニタリングとスーパービジョンを受けられるようにすべきである。



1. 初期準備



2. 最初の会合で対話始める



3. 地域行動計画を作成する



4. マネジメントの継続的な動員



5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする



6. 地域オーナーシップ会合



6. 地域フィードバック会合

6. 地域フィードバック会合

活動を評価し、参加プロセスの大きな出来事を示す重要な方法に、地域のフィードバック会合がある（付録6.1）。プロセスの始めにある初回会合と同様に、地域の全体で集まり、活動の影響について話し、評価することがねらいである。フィードバック会合は、得られた教訓を収集し、前に進むための方向性を示すことができる。そのような会合を開催する適切な時期は、活動が完全に実行されたときであろう。

フィードバック会合を行う方法は多数ある。適切なものは、地域の特性や自殺予防活動の特徴によるだろう。構造としては初回会合に似たものか、あるいは小規模の報告と討議だけかもしれない。地域からのフィードバックを得るために、調査票を配布することもできる。

資料 6. アメリカ合衆国の事例

アメリカ合衆国では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の自殺死亡率は全州の第14位で、2015年の年齢調整自殺死亡率は10万人対18.4であった。ウェストバージニア大学は、ハリソン郡にある地域を基盤にしたNPOであるヘルシー・ハリソン（Healthy Harrison）と協力して、地元のニーズ、価値観や利用可能な資源に焦点を当てて地域の取り組みを促進するツールキットを協働で導入することにした。

初回の討議は、地元地域の住民と共に、プロセスを検討したり、目標を決めたり、活動をマッピングするために開催された。このグループの参加者は、精神保健の専門家、保健医療サービスの行政担当者、自殺予防の専門家、宗教的奉仕活動を行う地域メンバー、法執行機関の代表者を含んでいた。最初は、グループからは、自殺についての強い認識は報告されなかった。しかし、討議することによって、リスクの高い集団、地元で自殺に関連する要因としてのオピオイドの使用、希望のなさや目的の喪失、特に非自発的治療を必要とする場合の精神保健サービスへのアクセスの障壁などがあげられた。

自殺予防活動にとって有用な協力者となる利害関係者やパートナー候補が同定された。主要なパートナーは、地元の雇用主、高等教育のための大学、地域の若者サービス、教会、カントリークラブ（スポーツと社交のためのクラブ）、娯楽施設や地元退役軍人組織である。孤立あるいは物質を乱用している中年男性などのハイリスク集団がよく訪れるところを、特に重要な場所として同定した（例えば、職場やバー）。銃器のような致死性の高い手段へのアクセスについて検討する予防プログラムの展開の機会についても話し合われ、この地域特有の要因として討議された。

既存の資源がマッピングされ、予防プログラムにおける重要なギャップが同定された。それには、グループ間の対話や精神保健と自殺予防についての対話の不足、サービスの連携の乏しさ、消防サービスや警察サービスと同じように救急サービスが関わるようになる可能性、保護的な保健医療サービスの必要性が含まれた。

地域行動計画を開発するプロセスにおいて、運営委員会は自殺予防のために、以下のおおよその目標を立てた。

- 利用可能な資源やサービスとともに自殺を予防する
- 精神保健と自殺予防へのスティグマを低減する取り組みを同定し、支援する
- ケアの必要性がある人たちに到達するための計画表を作成する
- 苦悩を経験している人たちの目的感や希望を高める

- 法執行や初期対応者に、革新的なケア提供モデルや地域参加のための計画を立てる
- 家族員や自死遺族に支援を提供する

重要なこととして、ヘルシー・ハリソン（Healthy Harrison）グループは、対象となる人たちは、自殺のリスクがあって、現在、精神保健サービスを受けていない人たちとすべきであり、目的はそのような人たちを同定して、支援することだと強く感じていた。

ハリソン郡は比較的広域で、10以上の市と小さな町がある。居留区間の距離や、各地の資源や運営の差についての認識の違いにより、より大きい集団に適応可能な共通戦略の同定という課題が示された。行動計画を作成するとき、比較的広域での地元の活動について考えるという課題があった。更に、すでにこの地域で運用されている州および地域の自殺予防プログラムの活動が認識されていた。結果として、地元のニーズ、資源や既存のプログラムによって採択または修正される、活動の広義なカテゴリーの同定に重きが置かれた。行動計画は以下を含んでいる。

1. 既存の地元および国のプログラムにより支えられている戦略やプログラムを統合する
2. 地域で自殺予防を最優先とするための戦略を開発し、支援やサービスのネットワーク創造のための地元パートナー（例えば宗教的なサービスや高齢者サービス）を同定する
3. 地元パートナーや企業の参加を通じて、プログラムや活動の運営資金を探索する
4. ケアの変わり目や援助希求のための計画表の作成を支援するために、地元の保健医療提供者との調整をする

地域メンバーは、自分たちが自殺予防に協力しあうことができることに気付いた。希望が持てないことや絶望感に対処することが非常に重要であることが明らかになった。自殺予防活動についての公開討議の継続や資金調達戦略の開発が求められるだろう。

地域の自殺予防のための資源

一般的な自殺予防の資源

- 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.nsrif.ie>, accessed 31 January 2018).

自殺予防プロセスへの主要な利害関係者の関与

- 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).

他の地域の自殺予防プログラムの例

- 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).

地域の取り組みのための一般的な資源（自殺に関係しない）

- 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 National Development Programme (<http://web.undp.org/evaluation/handbook/documents/english/pme-handbook.pdf>, accessed 31 January 2018).

精神保健と自殺についてのスティグマの低減と意識の向上

- 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の減少

- 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).

責任ある自殺の報道を奨励するためのメディアの関与

- 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).

ゲートキーパーのトレーニング

- 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).

自殺未遂をした人たち

- 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).

若者に特化した資源

- 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).

先住民族のための資源

- 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).

難民や移民のための資源

- 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).

高齢者のための資源

- 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=>, accessed 31 January 2018).

職場のための資源

- 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).

事後対応：自殺に影響を受けた人たちへの支援と模倣の防止

- 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：地域の取り組みを促進するためのツールキットのためのツール

1. 初期準備

1.1 地域を理解し支持的な地域環境を促進する

自殺のような機微な問題に取り組むための地域の準備レベルは様々であるだろう。地域の中の社会的・文化的な環境もしくは風土は、多かれ少なかれ、自殺予防に積極的に貢献することができる。初期から、自殺予防のために、地域を理解し支持的な地域環境を促進することがきわめて重要である。

例：

- 自殺、自殺者、自殺企図者とその家族についての信念、思考、理解、態度や感情について検討する
- 自殺についての宗教的、文化的課題について検討する
- 自殺者の埋葬や喪の実際について検討する
- 健康やヘルスケアの課題について検討する
- 地域の社会経済的状況について検討する
- 社会的、文化的、政治的、民族的、あるいは経済的な緊張状態について検討する
- 小グループ（例えば、女性グループ、男性グループ、若年グループ、高齢者グループ）で、自殺について話し始める
- 自殺や自殺予防、また援助希求先についての知識を高めるための情報を提供する
- 自殺についての意識を高める（例えば、メディアによるキャンペーン、路上でのパフォーマンス、垂れ幕、ポスター、公会堂での集会などを通じて）
- 自殺についてはっきりと話すキャンペーンを行う
- メディアを招へいする
- 利害関係者を結びつけ、対話のための場を設ける
- パートナーシップを築く

あなたの地域において、支持的な地域環境を促進するために取りかかることのできそうな活動を書き出しなさい。

1.2 規模、人口集団、サービス、自殺に関する情報について考える

以下について考える：地理的位置、規模、人口集団、脆弱性、民族性、社会経済的集団、先住民集団、文化的集団、宗教的集団、難民、年齢層、アルコールや物質乱用のパターン、サービス、自殺事例

自殺予防に取り組んでもらいたい集団について記述しなさい。

地域に自殺や自殺企図が起きているか？起きている場合は何人か？年齢層や性別は？あなたの地域に関連した危険因子や保護因子は何か（本付録の 1.7 および 1.8 を参照）？あなたの地域で最も多い自殺の手段は何か？

あなたの地域には、良質な保健医療や精神保健サービスへのアクセスはすぐれているか？保健医療関係者（専門もしくは非専門）は、自殺予防のトレーニングを受けているか？ゲートキーパー研修は実施されているか（例えば、警察向け、消防向け、教員向け）？

自殺企図者や自死遺族へのサービスの質は？またそれらサービスへのアクセスはどの程度可能か？現存するプログラムはあるか？現存するサービスがある場合は、サービス提供者はトレーニングを受けているか？

あなたの地域のコミュニケーションの基盤と地域の資源について記述しなさい。あなたの地域における最も優れたコミュニケーションの経路は何か？あなたの地域における最も優れたメディアの放送局は何か？メディアによる責任ある自殺報道のための指針はあるか？メディアの専門家はトレーニングを受けているか？

自殺予防のためのあなたの地域の資源を記述しなさい。あなたの活動を阻害もしくは促進する要因は何であるか？

あなたの地域において自殺予防について最も緊急を要するニーズは何か？

1.3 地域の準備性評価

あなたのリサーチ（インフォーマルなディスカッションや読んだ物など）をもとに、下記の側面について地域の準備性に得点をつける。

側面	得点（最高：5）
地域の準備性と地域の知識の程度	
リーダーシップ	
地域の風土	
課題についての地域の知識	
資源	

側面についての説明

地域の準備性と地域の知識の程度：地域は、現在の自殺予防プログラムや活動についてどの程度知っているか？

リーダーシップ：自殺予防に取り組むことへのリーダーの態度は？

地域の風土：自殺予防に取り組むことへの地域の態度は？

課題についての地域の知識：地域は、自殺予防についてどの程度知っているか？

資源：自殺予防に取り組むために、どのような資源（例えば、人材、財源、インフラ）が使われているか、もしくは使える可能性があるか？

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.

もし地域の準備性の得点が低ければ、セクション 1.1 の支持的な地域環境を促進する取り組みを検討するのがよい。

1.5 運営委員会を組織する

氏名	説明/動機付け	資源	利用可能性	連絡先の詳細	連絡済み？ 返信は？	役割/責任

1.6 運営委員会：理由、おおよその目標、可能性のある利益、長期的効果

あなたの地域において、あなたが自殺予防活動を始めたいと思う理由を記述する。

おおよその目標についての説明を記述する。

地域のために予防活動を行うことによって生ずる可能性のある利益について記述する。

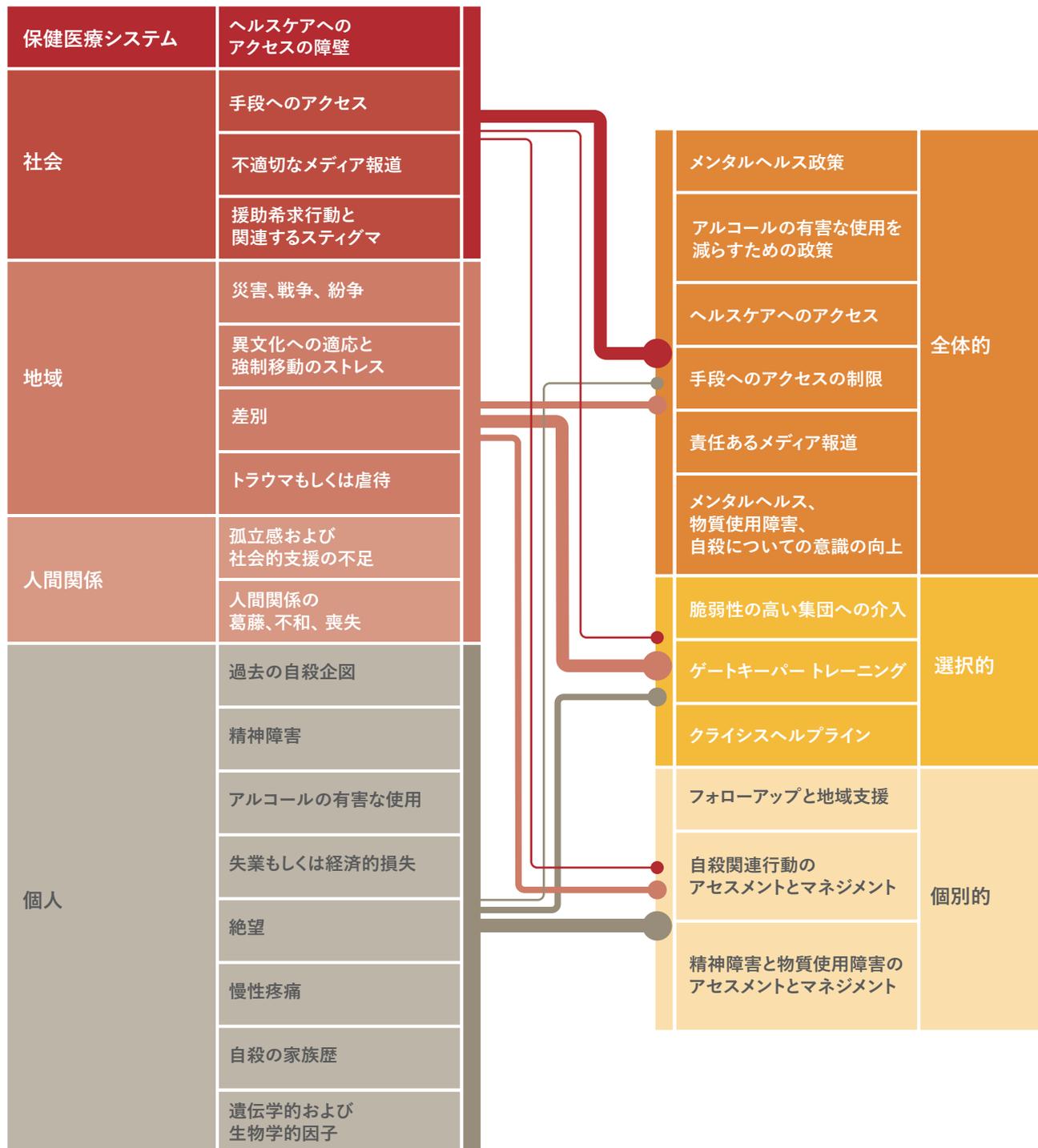
地域の取り組みによって期待される長期的効果について記述する。

1.7 自殺の主要な危険因子

図 A1 は、自殺の主要な危険因子と対応する介入の概要である。

本図は、地域で最も関連する危険因子について、例を追加しながら別紙にリストアップする作業に利用できる。

図 A1. 主要な自殺の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 自殺の保護因子

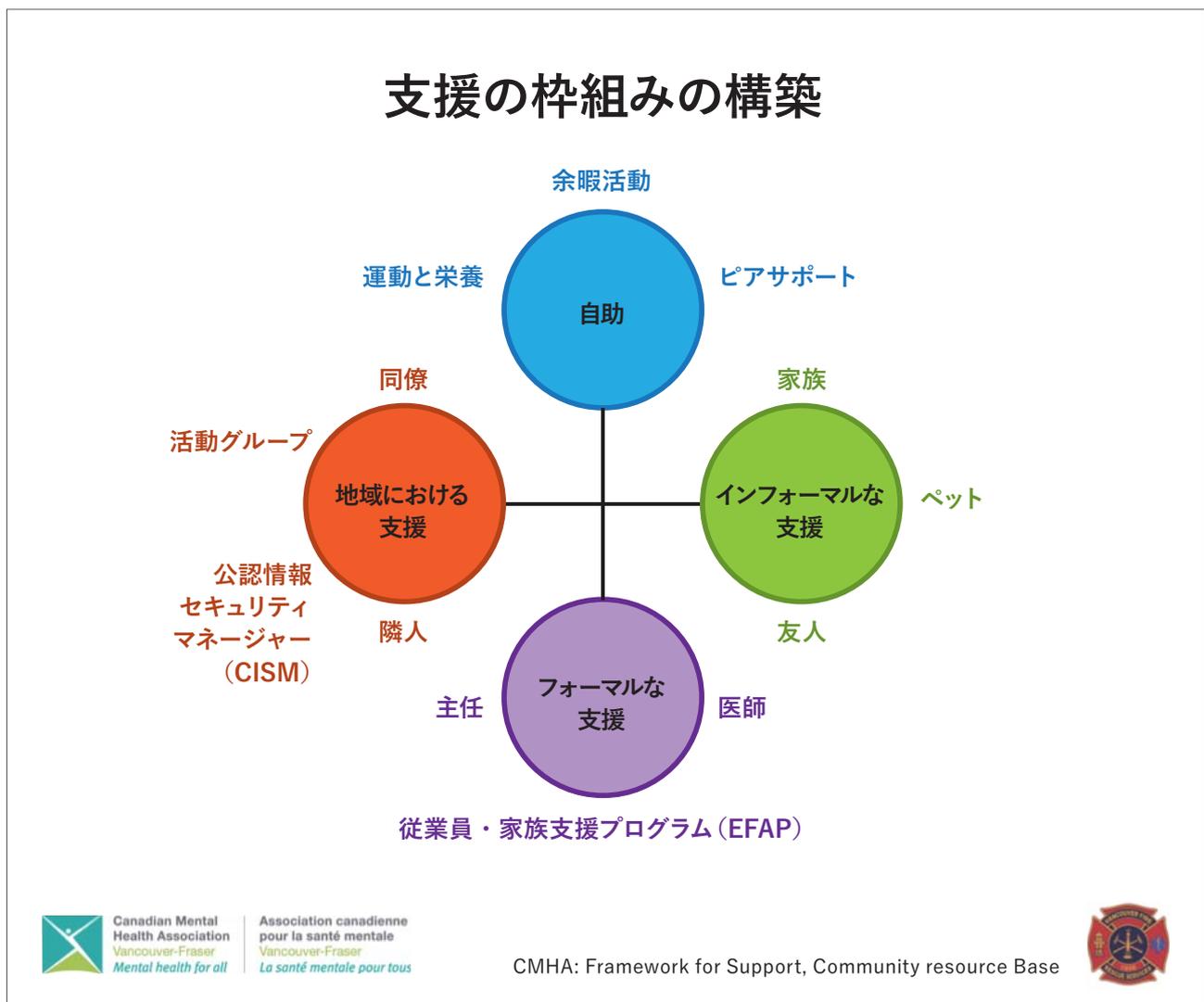
自殺の保護因子には以下のようなものがある。

- 強い個人の間人間関係
- 宗教的またはスピリチュアルな信念
- 前向きな対処方略のライフスタイル実践(問題解決スキルおよびストレスマネジメントスキルなど)と満たされた状態(well-being)

出典：Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014:44

図A2は、自殺における支援の枠組みの構造を示している。

図A2. 支援の枠組みの構築



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

1.9 警告サイン

自殺の警告サインは直接的に観察可能である。しばしば、自殺の危機があることを示す、一刻を争う急性の警告である (Van Orden, 2006)。サインは、言語的、行動的、環境的シグナルを通じて現われるため (Rezaie, 2011)、それらの警告サインに気づくには、しばしば比較的主観的な評価が必要になる。下記のすでに知られている警告サインは、この文脈で役立つ可能性がある。

- 自ら命を絶つと脅す
- 「自分が死んでも誰も悲しまないだろう」 や、行くべきところとして死について触れるなどの間接的な発言をする
- 自殺の方法について調べる (例えば、薬、銃、農薬へのアクセスを調べる)
- 問題解決策として自殺について述べる
- 価値のある所持品を手放す
- 親しい友人や家族に別れを告げる

警告サインへの対応

- 自殺の危険性が迫っている人を見つけたら、できる限り早く支援を求める (例えば、救急、精神保健の専門家、または自殺予防のための電話相談に電話するなど)。それが適切ならば、その人を救急や病院に連れて行くこともできる
- 自殺の危険性が高い人を一人にしない
- すべての自殺手段を取り除く
- アルコールや薬物の影響下にあるか、もしくは過量服薬したか確認する。該当すれば、救急に電話し、それに応じて行動する
- 直接的に応答する。自殺についてオープンかつ冷静に話す。自ら命を絶つことを考えているかたずねる死ぬ意図をたずねることは、その人の自殺企図にはつながらない
- 専門家、信頼できる人、本人にとって非常に親しい人からの支援を求める。自らの心配を共有する
- 自殺の危険性を過小評価しない。「たいしたことないですよ」「すぐよくなりますよ」「しっかりしなさい」などと言わない
- 批判的にならない
- お互いに関わり合う

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 Behaviour*. 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.

1.11 最初の会合の開催方法を検討する

あなたの地域の自殺予防についての態度を記述する。

地域と連絡を取る際に留意すべき重要な文化的・宗教的信念、社会的・経済的状況、対話のための一般的な経路について記載する。

地域の取り組みを進める際に障壁となり得るものは何か？

例：限定的な権利擁護の経験、自殺と自殺予防に関するスティグマやタブー、自殺事例や新たに発生した自殺の連鎖に関する正確な情報の不足、時間などの資源の不足、自殺について判断を交えず、スティグマを与えない態度で対話するコミュニケーション能力の不足、専門家の専門知識や金銭の不足、市民団体や公的団体との複雑かつ官僚的なコミュニケーション、保健医療や地域サービスへの不満、一部の利害関係者の潜在的利益による意思決定プロセスへの支配や活動への影響

最初の会合前に意識改革イベントを企画する必要があるか（例えば、準備性モデル評価の結果による）？もしそうであれば、どのようなイベントを考えているのか？

例：ソーシャルメディアによるキャンペーン、伝統的なメディアによるキャンペーン（ポスターの掲示、テレビやラジオなど）、感銘を与えるスピーチ、講習会、巡回展示、街頭演劇、シンポジウム

最初の会合のために、どのような開催方法にするのか？

方法の例：円卓会議、ワークショップ、公会堂での集会、意見交換会

人びとに会合をどのように知らせるか？どのように地域にアウトリーチするのか？

例：公告、ポスター、電子メール、公的な招待状の郵送、ラジオでのアナウンス

1.12 最初の会合を計画・企画する

(#308conversationsケーススタディから考える重要事項の例については付録2を参照)

タスク	進捗
招待状の送付	
会場の予約	
使用するものの準備 (例えば、プロジェクター、椅子、パンフレット)	
議題の準備	
開会の企画(例えば、ゲストスピーカー、報告者)	
閉会の企画	
アウトリーチの企画 (例えば、メディアへの接触、ジャーナリストの招待)	
会合の議長の役割の割り当て	
記録係の役割の割り当て	

1.14 議長が考慮すべき質問

1. 自殺や精神的苦痛を取り巻くスティグマをどのようにして最もうまく克服するか？個人と地域と両面から検討する
 - 自殺についてのスティグマを解消するためのアイデアは？
 - 最大の希望は何か？

2. 地域の人々が自殺予防や精神的苦痛について安心して話し合い、それを安全に行うことができるようにすることをどのように保証するか？
 - 自殺について話す際に最も恐れていることは何か（あなたの家で、職場で、余暇活動の中で）？
 - より安心感を得るためには何が必要か？

3. 精神的健康の保持増進や自殺予防を促進するための膨大な資源が利用可能である。
これらのツールが必要な人の手に渡るにはどうすればよいか？
 - あなたが明日できることを一つあげるとすればそれは何か？

1.15 最初の会合の告知

最初の会合の告知は、例えば、電子メール、個別訪問、街頭、レストラン、保健医療機関での配布物やチラシを通じて行うことができる。

例：

自殺予防に関する地域の会合

(氏名) は、地域の自殺予防について、関心のある市民と地域における対話を主催いたします。そこでは、地元の専門家、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、当事者、慈善団体のリーダーやグループ、軍の代表者、地域やビジネスのリーダーなどから話を聞き、参加する機会となるでしょう。

今回の地域の会合は、自殺予防についての貴重な見識やアイデアを集めるよう企画されています。その目的は、私たちの地域における持続性のある解決策を生み出すために、最善のアイデアを共有し、共同していくことです。

私たちの地域で自殺予防のために効果的に進行していることは何か、差異はどこにあるのか、私たち一人ひとりにできることは何かを共有するために、関心のある地域メンバー、団体や利害関係者が集まることを目的としています。話し合いをもとに、将来の活動を計画する活動グループが組織される予定です。

日付：

時間：

場所：

ここに市民への告知について記載する。

2. 最初の会合で対話を始める

2.1 マッピング作業を行う

説明：必ず各グループに用紙もしくはフリップチャートとペンを提供すること

1. 最初の会合では、共有の場に集まり、全員が参加するように促す
2. 作業の目的や、その作業が自殺と自殺予防に関する地域の状況の分析と理解にどのように役立つかについて説明する
3. 地域でよく使用される自殺の手段(例えば、農薬、銃器)について説明し、参加者には、人目をひく「ホットスポット」、すなわち、自ら命を絶つために頻繁に選ばれる場所(例えば、橋)をあげてもらう
4. 参加者に、利用可能な社会サービス、保健医療サービス、自殺予防サービス(例えば、学校、病院、危機介入センター、礼拝場所)をあげてもらう
5. 参加者があげたサービスへのアクセスのしやすさ、特徴、質について話してもらう
6. 参加者に自殺予防における地元メディアの役割についてたずねる
7. 参加者に、自らの地域での自殺の危険因子と保護因子をあげてもらう
(危険因子と保護因子の概要についてはセクション1.4および1.5を参照)
8. 資源や可能性のあるすき間、地元の課題(例えば、若者、先住民族、難民の自殺)といった、地域における自殺予防の強みや弱点について話し合う

参加型マッピングについては、例えば以下も参照のこと

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日にアクセス)

3. 地域の行動計画を作成する

3.1 他で実施された地域参加の事例を検討する

地域参加のプロジェクト名	場所	対象者と範囲	実施された活動	成果	得られた教訓	私が実施する地域活動との関連性	有用な資源や連絡先の詳細

3.3 主要な課題と可能性のある地域活動を検討する

例：

主要な課題	可能な地域活動
地域における宗教的または文化的信念に起因する自殺を取り巻くスティグマ	● 自殺や精神保健についての対話を増やすことによってスティグマを減少させる
地域における自殺や精神保健への理解の不足	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺関連行動の評価、対応、フォローアップのために地域のヘルスワーカーやプライマリヘルスケア提供者をトレーニングする ● 地域リーダーやゲートキーパーが効果的な資源となるようトレーニングする ● 危機支援サービスや援助希求行動を促進する
自殺手段へのアクセスの準備性(例えば、農薬、銃器)	● 農薬への安全なアクセスのための地域介入
社会的ストレス(例えば、試験期間中の生徒や大学生のストレス)	<ul style="list-style-type: none"> ● 学校において精神的健康の保持増進やスキルトレーニングを提供する ● 学校のピアサポートプログラムを含めて、予防プログラムのデザインに若者を取り込む
不適切な報道を通じて自殺をセンセーショナルに取り上げる地元メディア	● メディアやコミュニケーション計画を構築する
自殺に脆弱な人や自殺で遺された人のための支援やサービスの不足	<ul style="list-style-type: none"> ● 自死遺族や自傷行為の経験者のための支援を整える ● 自殺が起きた後の脆弱性の高い集団に対応する ● 高齢者を予防プログラムの対象とする ● 名簿を作成する、全ての地元サービスとプログラムをつなぎ、経路を描く

主要な課題	可能な地域活動

3.5 優先順位と資源に従って行動計画を策定する

行動計画のための活動を選択する一つとして、認識されたニード、根拠、実現可能性を考慮した三次元ツールを使用する方法がある。

1. 左列に順位づけたい活動を書く
2. 3つの側面にしたがって、それぞれの活動に得点をつける（0点が最低、5点が最高）
3. それぞれの活動について、3つの側面の得点を合計する
4. 結果について議論する
5. それに基づいて行動計画のための活動を選択する

活動	認識されたニード (0-5点)	根拠 ¹ (0-5点)	実現可能性： 人的・経済的資源、 期間 (0-5点)	合計得点 (最高15点)

¹『自殺を予防する 世界の優先課題』（WHO, 2014）の報告書を基にした図は、効果的な予防対策の概要を示している
(http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/infographics_2017.pdf?ua=1 2018年1月31日にアクセス)

最も得点が高かったものから、活動を順に記入する。

3.6 SMARTER目標を策定する

あなたのSMARTER (Specific : 具体的な、Measurable : 測定可能な、Achievable : 達成可能な、Relevant : 関連性がある、Timing : 適時選択、Evaluate : 評価する、Responsibility : 責任) 目標を書き出す。

3.7 アウトリーチ戦略を決定する

地域における自殺の文化的、宗教的、社会的、歴史的、経済的要因、また自殺のスティグマについて記載する。これらの要因が自殺予防やあなたのアウトリーチ戦略にどのように関連するか述べる。活動グループの資源について検討する。

あなたのアウトリーチ戦略について書く。

例：ダイレクトメール、新聞、オンライン（例えば、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）、伝統的な紙媒体のメディア（例えば、広告、冊子、チラシ、垂れ幕、情報画像、情報シート、質問）、テレビ広告、ラジオの地域広告、伝統的な会合場所（例えば、マーケット、コンサート）、公共交通機関における宣伝（例えば、バス）

啓発メッセージやスローガンの例：

- 「自殺は深刻な公衆衛生の問題です」
- 「自殺は予防可能です」
- 「全ての自殺は家族、地域、国全体に影響する悲劇です」
- 「全ての人が自殺予防における役割があります」
- 「自殺予防はみんなの課題です」
- 「あなたは自殺予防にできることがあります：話しをしたいと申し出ましょう」
- 「自殺の警告サインに気づくことで命が救えます」
- 「助けを求めることは勇気のサインです」
- 「あなたは一人ではありません。希望と助けがあります」

5. 地域行動計画のモニタリングと評価をする

5.1 継続的なモニタリング

例：地域行動計画の会合では、最低5分は活動の進捗を確認する時間をとる。活動の計画にたずさわる全員に、直面している課題は何か、活動の変更についての提案があるか、定期的にあたねる。変更が必要であれば、新たな機会と課題に沿って、全体的な目標を修正する。プロセスを通して進捗を確認するために、増加を見込む小さな基準（例えば、イベントの参加人数、ラジオやメディアの報道量、メッセージが届いた人の数）を設定する。活動がターゲットとする聴衆に届いていない、あるいはもはや効果的でないと思われる場合は、どのように変更し、適応させるとよいか検討する。

目標	モニタリング戦略	活動前の状況	活動後の状況

5.2 得られた教訓を記録する

例：

- 活動に関わった参加者に、活動の中で、何がうまくいって、何がうまくいかなかったか、また持ち帰ったメッセージ(例えば、調査の使用)について書き出してもらう
- 運営委員会と小委員会に、彼らの学んだことや持ち帰ったメッセージ、参加者のフィードバック(例えば、ワークショップやインタビューを通じて)を反映してもらう
- 実施した活動数、参加者数、参加者の満足度、利害関係者の連携について書きとめ、活動の実施について振り返る
- フォーカスグループによる討議を行う(セクション5.3を参照)

得られた教訓を書き出す。

5.3 フォーカスグループによる討議

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：推薦（例えば、テーマについてよく知っている人や、丁寧に意見を共有することができることで知られている人）、無作為選出（学校などの大規模でありながら明確な集団から）、同じ集団の全メンバー、同じ役割や職位の人たち、ボランティア（例えば、チラシを通じて募集された人たち）

フォーカスグループによる討議の参加者リストを書き出す

議長は誰が務めるのか？ 討議の記録は誰がとるのか？

討議するテーマは何か？

例：地域における自殺についての参加者の認識、地域における自殺の理由や手段、自殺予防活動の実施

始まりの質問、探索の質問、終わりの質問は何か？

例：

始まりの質問：参加者は自殺や自殺予防について何を知っているのか？参加者は自殺予防活動について何か知っているか？参加者は、行動計画に基づいて地域で実施されている自殺予防活動についてどのように思っているのか？

探索の質問：現在のサービスやインフラのすき間は何か？地域における自殺予防の障壁は何か？自殺を減少するための自殺予防活動の効果について、参加者はどのように認識しているのか？

終わりの質問：何か追加したい人はいないか？ほかに質問はあるか？

例えば『フォーカスグループ実践入門 (Introduction to conducting focus group)』も参照のこと
(https://permanent.access.gpo.gov/gpo1916/focus_group.pdf 2018年1月31日にアクセス)

5.4 サーベイランスシステムと量的な変化

地域で指名された人たちに、自殺や自殺企図のデータ収集の役割を与え、ここに名前を書く。

指名された人たちに、月1回、病院記録を閲覧したり、地域リーダー、一般医、地域のヘルスワーカー、看護師、ゲートキーパー（例えば、教師、警察、消防士）、火葬用地や墓地、地域の指名されたメンバーや宗教上のリーダーを訪問するよう依頼する。地域における各月の自殺者数と自殺企図者数を書き出す。

6. 地域のフィードバック会合

6.1 地域のフィードバック会合を企画する

タスク	進捗
招待状の送付	
会場の予約	
地域メンバーからどのようにフィードバックを受けるかの決定	
使用するものの準備 (例えば、プロジェクター、椅子、パンフレット)	
議題の準備	
開会の企画(ゲストスピーカー、報告者)	
閉会の企画	
アウトリーチの企画 (例えば、メディアへの接触、ジャーナリストの招待)	
会合の議長の役割の割り当て	
記録係の役割の割り当て	

付録2：#308conversationsからのツール

1. 報道発表テンプレート（地元の状況に合わせて改編）

即時の発表用

（主催組織名）が自殺予防のための地域会合（#308conversations）を主催

市町村名、日付（組織名）は、（日時）（場所）にて、自殺予防に関する地域の対話を主催いたします。この地域会合は、カナダ精神保健委員会（MHCC：Mental Health Commission of Canada）が始めた#308conversations戦略の一環で、カナダ全土の自殺予防に関する貴重な洞察とアイデアを蓄積するよう計画されています。地域会合もしくは「対話」は、カナダ全土の組織により主催されます。

（主催組織）は、「#308conversations では、自殺予防に関して言えば何がうまくいって、すき間はどこにあるのか、また私たち一人ひとりにできることは何かを共有するために、関心のある地域メンバー、団体、利害関係者が集まることを目的としています」と言っています。「われわれ全員に担う役割があります。」

自殺予防について討議するため、（年月）から（年月）の間、カナダ全土の組織が、地元専門家、サービス提供者、ヘルスケア提供者、地元警察、教師、ソーシャルワーカー、サービスクラブ、自死遺族、地域の宗教的奉仕活動のリーダー/グループ、軍人代表、退役軍人や地域のリーダーシップ、また関心のある市民を招待いたします。

MHCC代表のルイズ・ブラッドレイ氏は、「#308 conversations は、カナダ全土の自殺予防に関する貴重な洞察とアイデアを蓄積するよう計画しています。そのために地域で役立つ持続性ある解決策を開発するために、最善のアイデアを共有し、共同することを目標としています」と述べています。「カナダ精神保健委員会は、カナダ全土における地域のための資源として共有することができる、実用的な地域モデルを生み出すために、この会合の成果を集約していきます。同時に、カナダ国民はそれぞれの地域で取り組まれる行動や戦略に関する新しい情報を得ることができるでしょう。」

日付：

時間：

場所（建物、部屋）：

#308 conversationsに関する情報は、www.mentalhealthcommission.ca/308conversationsを閲覧してください。

ツイッターでのフォローは、#308conversations もしくは @MHCC_308です。

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

2. 論説テンプレート（地元の状況に合わせて改編）

自殺に関する対話の時間？

毎年、カナダでは、およそ3900人が自殺で亡くなっており、更に多くが自らの命を絶つために自殺企図しています。自殺から影響を受けない社会などありません。自殺は私たち全員に影響する公衆衛生の課題です。カナダでは自殺は死因の10位以内にあり、15歳から24歳の若者では事故に次いで死因の第二位です。自殺による経済コストは、失われる可能性がある人生の年数や収入レベル、自死遺族に与える影響にもよりますが、1人あたり433,000ドルから4,131,000ドルと推定されています。自殺により遺された遺族の精神的なコストは計り知れません。一人の自殺は7人から10人の生活に重大な影響を与え、彼ら自身の自殺のリスクを高める可能性があります。

しかし悪いニュースばかりではありません。良いニュースとしては、自殺予防は可能であるということです。自殺の要因は複雑ですが、精神的健康の保持増進、精神疾患の予防、スティグマの減少は、いずれも精神的な健康や、自殺とその結果の減少に貢献します。我々は誰もが自殺を減少させる役割を担うことが可能であり、そのようにする集団責任があります。

私たちは自らの地域における自殺を予防する役割を担う必要があります。自殺は未だに恐怖や恥、沈黙に取り巻かれている課題ですが、スティグマを破り、自殺に寄与する要因について率直に向き合うことで、私たちは自殺予防の役に立つことができます。自ら警告サインについて学び、危険因子に気づき、研修プログラムに参加することに同意し、ニーズのある人にアウトリーチすることで、私たちは皆自殺を予防することができるのです。

私たちは、自殺予防について、そして地元や個人で何ができるか話し合うための、地域会合を呼びかけています。私たちと一緒に、忙しいスケジュールから少しの時間をとって、この重要な課題についてあなたが役立てることは何か考え、自分の地域で何が起きているのか気づいてみてはどうでしょうか。

会合はXXX月XXX日にXXXで開催されます。お会いできるのを楽しみにしています。

草々
(氏名)

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

3. イベントのための展開の提案

下記の概要は、#308conversations の地域会合を計画、実行する際に考慮する主要項目である。

#308 conversations チェックリスト		
日程	✓	活動
会合の3週間前		
		日程を選択する
		会場を予約する
		会合の形式を選択する(パネル、公会堂、円卓会議、ほか)
		視聴覚器材の必要性を確認する
		利害関係者、注目を集める地域の人権擁護関係者、パネリストを招待する
		精神保健の課題を有する人に適切な初期支援を実施する人を確保する
		#308conversations のイベントツールの資料を、今回のイベント用に編集する – オンラインでも入手可能である www.mentalhealthcommission.ca/308conversations
		ウェブサイトに掲載するために、地域の組織に場所と日程を知らせる
		ソーシャルメディアのためのコンテンツを作成する(ヒントのためにソーシャルメディア入門書を参照する)
		交通量の多いエリアに会合のポスターを掲示する
会合の2週間前		
		地元紙やメディアに資料を配布する
		地元紙や地元のイベントカレンダーに公告を出す
		報道発表を行う
会合の1週間前		
		ソーシャルメディアを通じてイベントを宣伝する – #308 conversations
		インタビューを調整するためにメディアに連絡する
		会合のための議題の原稿を書き配信する
		全参加者用にフィードバック記入用紙を印刷する
会合資料の最終チェックリスト		
		コーヒー、茶、水
		会場案内とテーブル
		ティッシュペーパーの箱
		地元情報資料用のテーブル
		会合の記録係の同定
		参加者登録用紙
		パワーポイントスライド
		討議手引きの見直し
		参加者のための写真公開およびプレスリリースの権利放棄
		印刷されたフィードバック記入用紙とペン、鉛筆
		視聴覚資料
会合の1週間後		
		招待客へ礼状の原稿を書く(様式を参照)
		精神保健団体にフィードバックを提出する

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

イベント説明の提案(地元の状況に合わせて改編)

日程：(年)(月)(日)(市町村名)(場所)

#308conversations：公的な対話 (企画者名)は、自殺予防の地域モデルの開発に役立てるため、(場所)で(氏名)によって始められる地域対話に関わるよう全ての地域メンバーを招待いたします。

到着後：

適宜、詳細を挿入する(すなわち、道順、駐車、登録)

イベントシナリオ：

会合は、地域センター、図書館、学校の体育館、その他主催者が選ぶアクセス可能な場で行われる。部屋のレイアウトは、会合の形式(パネル、公会堂)に合わせる。コーヒー、茶、水、茶菓子を参加者に提供することもできる。

連絡先情報：

企画スタッフやボランティア		
(氏名)	(電話番号)	(メールアドレス)
主催者名		
(氏名)	(電話番号)	(メールアドレス)
利害関係者(適宜)		
(氏名)	(電話番号)	(メールアドレス)

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

4. イベントのための議題の提案

設定		
(時間-イベントの90分前)		スタッフが会場に到着 視聴器材設置(会場) テーブルと椅子の設置 登録用テーブルと情報用テーブルの設置、全席にフィードバック記入用紙 コーヒー、茶、茶菓子の設置
イベント		
(時間-30分前)		特別来賓と利害関係者が到着(会場)
(時間-15分前)		開場と登録開始
(時間-イベント90分前)	5分	司会者 ・来賓の歓迎 ・カナダ精神保健委員会/要人/利害関係者の紹介(適宜) ・会合形式の説明 ・メディアポリシー*を述べる
	10分	#308conversations プロセスの重要性 討議のテーマの紹介
	15分	討議テーマ1立案
	15分	討議テーマ2立案
	15分	討議テーマ3立案
	15分	討議テーマ4立案
	25分	提案の最終収集(とてもうまくいくことは何か? 差異はどこにあるか?)
	5分	企画者が閉会の辞を述べる
(時間-15分前)		コーヒー・茶のサービス継続
イベント終了		
(時間)		掃除、器材撤去

*メディアへの注意:

会合へのメディアの出席は歓迎いたします。しかし、プライバシー保護のため、会合の室内における記録装置の使用は許可いたしません。記事用のインタビューは会合の前後に実施されなければなりません。

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

5. 礼状(地元の状況に合わせて改編)

氏名

住所

市、州、郵便番号

(氏名)様

(組織)と(主催者)を代表して、(日付)に実施された自殺予防、介入、事後対応に関する地域対話へのご参加に感謝申し上げます。

私どもの地域会合は、カナダ精神保健委員会により始められた#308conversations戦略の一環で、私たちの地域における自殺予防についての貴重な洞察やアイデアを集約するために企画されました。本会合へのあなた様の貢献に感謝させていただくとともに、ご意見を承りました。

重ね重ね、自殺予防のための今回の新たな戦略への参加にお礼申し上げます。

草々
(氏名)

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