

鹿児島県自殺未遂者支援連携体制事業実施要領

1 目的

救急告示医療機関や精神科医療機関等と行政窓口である保健所が、自殺未遂者やその家族の情報を共有することにより、保健所をはじめ関係機関が連携し自殺未遂者やその家族に対し、適切な支援を継続的に行い、自殺の再企図を防止し、自殺対策の強化を図ることを目的とする。

2 対象者

- (1) 救急告示医療機関に搬送された又は受診した、自殺未遂者及びその家族
- (2) 精神科医療機関に搬送された又は受診した、自殺未遂者及びその家族のうち、地域における支援が必要と思われる者
- (3) 上記以外の医療機関に搬送された又は受診した、自殺未遂者及びその家族

3 対象者の把握

- (1) 救急告示医療機関及び本事業に協力する一般診療科医療機関（以下、協力医療機関という）を起点とした場合
 - ① 自殺未遂者（自損行為を含む）を受け入れた救急告示医療機関及び協力医療機関は、アセスメントシート（様式1）により、対象者の情報を把握する。
 - ② 対象者に対し、支援リーフレットを活用し、保健所からの支援を紹介し、保健所への情報提供について同意を得る（様式2）。
 - ③ 対象者からの同意が得られなかった場合は、家族に対し、支援リーフレットを活用し、保健所からの支援を紹介し、保健所への情報提供について同意を得る（様式2）。
 - ④ 保健所への情報提供は、保健所へ電話連絡し、保健所職員が情報提供書（様式3）及びアセスメントシート（様式1）を受け取ることにより行う（郵送・メール可）。
 - ⑤ 対象者・家族のいずれからも同意が得られない場合は、支援リーフレットを活用し、各種相談窓口の紹介及び相談勧奨を行う。
- (2) 精神科医療機関を起点とした場合
 - ① 自殺未遂者が精神科医療機関を受診した場合は、その背景から地域における個別支援が必要と思われる対象者について、支援リーフレットを活用し、保健所からの支援を紹介し、保健所への情報提供について同意を得る（様式2）。

② 対象者からの同意が得られなかつた場合は、家族に対し、支援リーフレットを活用し、保健所からの支援を紹介し、保健所への情報提供について同意を得る（様式2）。

③ 保健所への情報提供は、保健所へ電話連絡し、保健所職員が情報提供書（様式3）及びアセスメントシート（様式1）を受け取ることにより行う（郵送・メール可）。

④ 対象者・家族のいずれからも同意が得られない場合は、支援リーフレットを活用し、各種相談窓口の紹介及び相談勧奨を行う。

4 支援方法

対象者及び家族への支援については、関係機関が協力・連携して取り組むこととし、具体的には次のとおり取り扱うものとする。

（1） 連絡を受けた保健所は、対象者・家族等に連絡し、面接等による相談支援を行い、相談支援記録票（様式4－①～④）を作成する。

（2） 保健所は、自殺未遂に至る経過やリスク評価等に基づき、必要に応じ、関係機関との連絡や、ケア会議を開催し、精神科医療機関におけるカンファレンスや退院支援委員会に出席する。

（3） 関係機関は、各機関の役割を把握し、連携して支援を行う。

5 記録の管理

把握した情報は、保健所において整理・管理する。

保健所は、情報提供元の救急告示医療機関及び協力医療機関に、対象者の支援状況を、毎月とりまとめ、連絡票（様式5－①～②）を郵送することによりフィードバックする。

6 管外者の取り扱い

（1） 県内の管外に住所地がある者は、医療機関から情報提供を受けた医療機関管轄保健所が、居住地管轄保健所へつなぐ。

（2） 県外に住所があるものは、医療機関において居住地管轄保健所へ相談するよう情報提供を行うが、本人または家族が最寄りの保健所への相談を希望する場合は、医療機関管轄保健所へ連絡する。

（3） （1）（2）で連絡を受けた保健所は、必要に応じて地域支援を行う。

7 研修機会の確保

本事業を円滑に推進するとともに、地域見守り体制の強化、救急医療機関のみならず一次医療機関も含めた自殺未遂者への適切な対応を図るため、次のとおり研修会等を開催する。

(1) 精神保健福祉センターは、保健所及び関係者（病院、消防、警察等）を対象とした研修会等を開催する。

(2) 保健所は、管内地域の関係者を対象に、関係者会議や研修会等を開催する。
必要に応じ、精神保健福祉センターは、講師派遣等の技術支援を行う。

8 個人情報の取り扱い

本要領による個人情報の取り扱いについては、十分留意するものとし、原則本人及び家族の同意により、必要最小限の機関により共有する。

9 その他

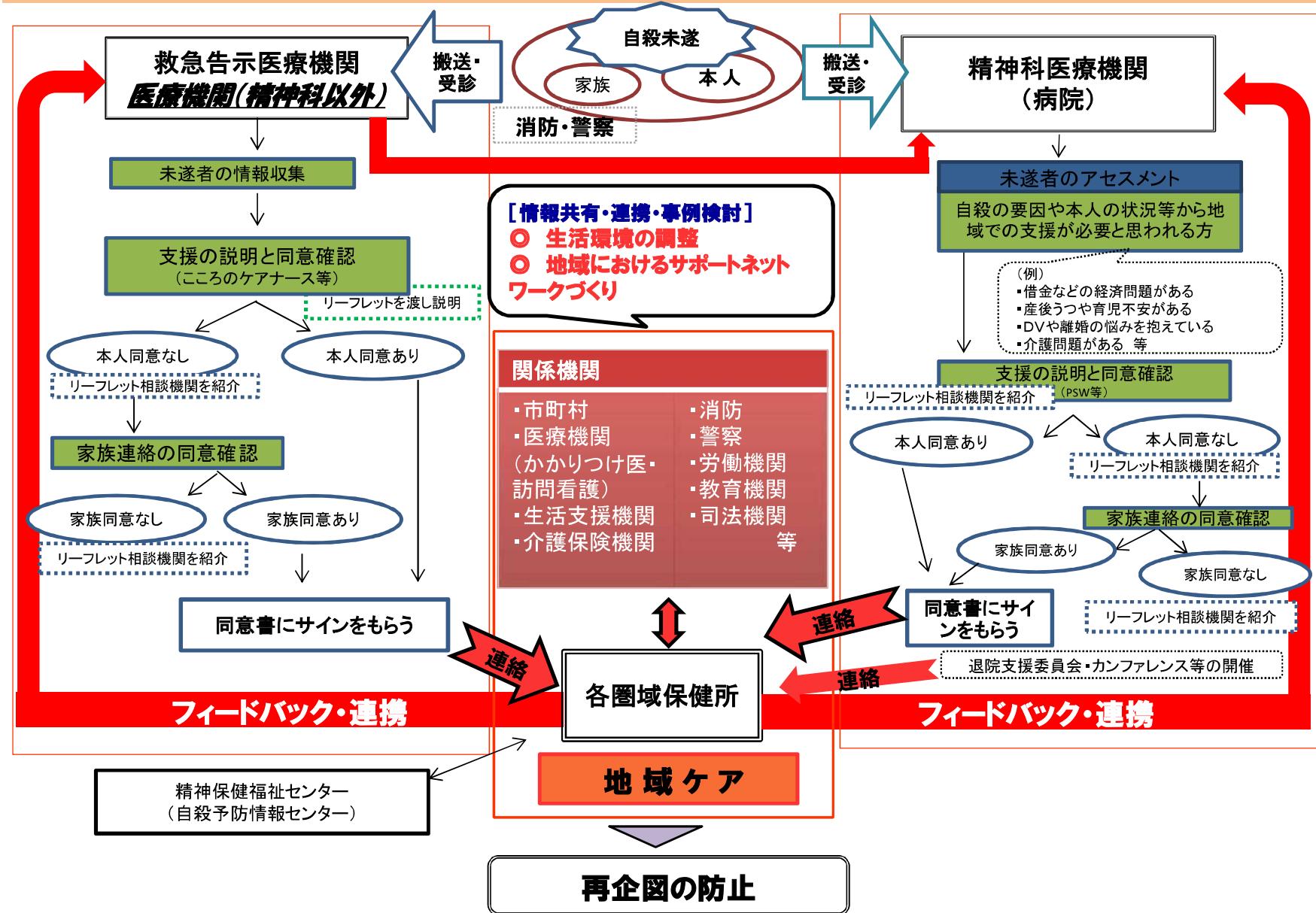
本実施要領は、平成29年9月より適用する。

附則

本実施要領は、平成31年3月より適用する。

鹿児島県自殺未遂者支援体制フロー図

(別紙)



アセスメントシート

自殺未遂者支援（様式1）
(医療機関→保健所)

記入日(年 月 日)

記入者名 ()

※ 太枠内は、できるだけご記入ください。

(ふりがな) 氏 名			生年 月日	M . T S . H
住 所			電 話	
職 業	会社員・自営業・無職・学生・主婦・その他()		結婚	未婚・既婚・離婚
既往歴	内科的疾患()・外科的疾患()・精神科疾患()・なし・不明			
精神科受診歴	現在あり・過去あり・なし・不明	※「あり」の場合、分かる範囲でご記入ください。 ・医療機関名() ・主治医名() ・診断名()		
自殺の手段	縊首・服薬・服毒・飛び降り・飛び込み 切創/刺創・ガス・焼身・その他()	遺書	有・無	直前飲酒 有・無
自殺企図及び念慮など	過去にも自殺未遂・自傷歴がある	(あり・なし・不明)		
	自殺の意図があり、自らの行為であった	(そうであった・ちがう・不明)		
	外来受診時、致命的な状態であった	(そうであった・ちがう・不明)		
	現在も自殺念慮または希死念慮がある	(あり・なし・不明)		
	自殺について具体的な計画がある	(あり・なし・不明)		
	アルコールの習慣があり、アルコール問題がある	(あり・なし・不明)		
自殺の動機 (※1面に分類例あり)	健康問題（身体疾患・精神疾患）・経済問題・家庭問題 男女問題・勤務問題・学校問題・不明・その他()			
その他特記事項				
かかりつけ医の有無	(あり(病院名:)・なし・不明)			
搬送日 (受診日)	令和 年 月 日(曜日)	現在の状況	入院中・自宅・その他()	
*入院中の方のみ 退院見込み	転院予定(病院名:)・退院予定(日頃)・未定			
支援事業の説明	した(本人・家族)・していない			
支援事業の同意	有(同意者:本人・家族())・無			



リーフレットの配付	配付した	配付していない
-----------	------	---------

※1 自殺の動機 分類例

健康問題	・病気の悩み（身体・精神の病気） ・身体障害の悩みなど
経済問題	・倒産 ・事業不振 ・失業 ・就職失敗 ・生活苦 ・負債 ・借金の取り立て苦 ・自殺による保険金支給など
家庭問題	・家族関係(親子・夫婦関係)の不和 ・家族の死亡 ・家族の将来悲観 ・家族からのしつけ、叱責 ・子育ての悩み ・被虐待 ・介護、看病疲れなど
男女問題	・結婚をめぐる悩み ・失恋 ・不倫の悩み ・交際をめぐる悩みなど
勤務問題	・仕事の失敗 ・職場の人間関係 ・職場環境の変化など
学校問題	・入試に関する悩み ・進路に関する悩み ・学業不振 ・教師との人間関係 ・いじめ ・学友との不和など

*自殺統計原票の項目を参考に作成

【参考】自殺危険度の評価(鹿児島県自殺対策相談マニュアルより抜粋)

危険度	兆候と自殺念慮	自殺の計画性
軽度	・精神症状や行動が不安定 ・自殺念慮はあるが一時的	ない
中度	・持続的な自殺念慮がある ・複数の危険因子が存在するが、支援を受け入れる姿勢はある	具体的な計画はない
高度	・持続的な自殺念慮がある ・複数の危険因子が存在し、支援を拒否する	具体的な計画がある
重度	・自殺の危険がさし迫っている (自殺しないことをなかなか約束してくれない、自殺の長期的計画を口にする、今すぐにでも死にたいと述べる)	自殺が切迫している

(様式2)

同意書

私は、相談員の面接や必要な支援を受けるために、()保健所へ、必要な情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

同意者氏名 _____

【本人・家族（続柄： ）】

説明者氏名	
-------	--

【説明事項】

- 同意いただいた場合は()保健所の保健師を調整役として、ご本人・ご家族が抱えるお悩みの解決策と一緒に考えていきます。
- 同意をいただくと、病院から()保健所に連絡します。
- ()保健所の保健師が、面接等の調整を行います。
※面接等の際にお話し頂いた内容は守秘義務により守られます。
- 面接等の結果により、各種相談機関と共に必要な支援を行います。
- 同意はご本人、ご家族どちらか一方でも構いません。
- 提供された情報は、ご本人・ご家族の了解なしに、()保健所からの連絡以外に使われることはありません。
- (管轄外保健所の場合) 身近な地域での支援が受けられるよう()保健所からお住まいの住所を管轄する保健所へ連絡します。

(様式3)

自殺未遂者支援のための情報提供

() 保健所

自殺未遂者支援 担当者 行

医療機関名

担当者名

標記について、同意者がありましたので、別紙「アセスメントシート（様式1）」により、情報提供します。

相談支援記録

(様式4)ー①

基本情報シート						
情報提供 医療機関名	病院 (担当者:)					
連絡受理日	令和 年 月 日		支援同意者:	本人 · 家族等(続柄)		
氏名		男 · 女	生年月日	TSH	年 月 日	歳
住所			電話			
家族等 連絡先			関係機関 連絡先			
職業						
	その他(または会社名等):				結婚	未婚 · 既婚 · 離婚
家族構成			家族歴	(特に自殺歴)		
既往歴	身体疾患	有() · 無 医療機関:	精神疾患	有() · 無 医療機関:		
現病歴	身体疾患	有() · 無 医療機関:	精神疾患	有() · 無 医療機関:		
生活歴 /特に 被虐待歴						
初回面接日	令和 年 月 日	記入者		備考		

相談支援記録票

(様式4)ー②

基本情報シート(裏面)						
今回の自殺未遂	令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃					場所
	手段	縊首 · 服薬() · 服毒 · 飛び降り · 飛び込み 切創/刺創 · ガス · 焼身 · その他()				
自殺未遂時の状況						
自殺の動機(原因)	健康問題(身体疾患 · 精神疾患) · 経済問題 · 家庭問題 男女問題 · 勤務問題 · 学校問題 · 不明 · その他()					
動機の具体的な内容						
今回の自殺企図				自傷歴の有無		
現在の自殺念慮	(強さ、具体的な計画や準備の有無、未遂カタルシス効果や否認に注意する)					
総合的評価	リスク評価	軽度 · 中度 · 高度 · 重度				
	背景にある問題					
	必要なサポート体制					
当面の方針	本人への支援					
	家族への支援					
	関係機関との連絡等					

相談支援記録票
リスクアセスメント票

(様式4)ー③

氏名:

	1回目評価(年月日)	2回目評価(年月日)
危険因子の評価(あてはまる項目に○をつけて記入)	訴え・態度	訴え・態度
	1 死の願望、自殺念慮(不自然な否定に注意!)と実行計画(手段・準備・時期) 2 絶望感、無力感(支援の拒否に注意) 3 健康や安全を省みない行動(アルコール乱用含む)	1 死の願望、自殺念慮(不自然な否定に注意!)と実行計画(手段・準備・時期) 2 絶望感、無力感(支援の拒否に注意) 3 健康や安全を省みない行動(アルコール乱用含む)
	既往歴・家族歴	既往歴・家族歴
	4 自傷・自殺未遂の既往 5 被虐待などトラウマ体験の既往 6 自殺の家族歴(自殺者への愛着に注意!)	4 自傷・自殺未遂の既往 5 被虐待などトラウマ体験の既往 6 自殺の家族歴(自殺者への愛着に注意!)
	生活環境・ライフイベント	生活環境・ライフイベント
	7 親しい者との離別・死別 8 失業、経済的問題 9 孤立(支援に対し消極的、家族の無理解含む) 10 自殺情報への暴露、自殺手段の入手しやすさ	7 親しい者との離別・死別 8 失業、経済的問題 9 孤立(支援に対し消極的、家族の無理解含む) 10 自殺情報への暴露、自殺手段の入手しやすさ
	症状・疾病	症状・疾病
	11 精神障害(知的・発達・パーソナリティ障害含む) 12 重大な進行性疾患・慢性疾患・身体機能の著しい低下 13 不眠・食欲不振・情動不安定の持続、合理的思考の喪失	11 精神障害(知的・発達・パーソナリティ障害含む) 12 重大な進行性疾患・慢性疾患・身体機能の著しい低下 13 不眠・食欲不振・情動不安定の持続、合理的思考の喪失
	その他・特記事項	その他・特記事項
保護因子の評価	①援助希求能力	①援助希求能力
	②ストレス対処能力	②ストレス対処能力
③私的資源・帰属意識	③私的資源・帰属意識	
④社会資源の利用	④社会資源の利用	
危険度評価 *表面的印象や情報の矛盾に注意! (2回目以降の評価:支援の効果に注目)	1 軽度:精神症状や行動が不安定でも、自殺念慮なしか一時的。(自殺の計画性はない。) 2 中度:持続的な自殺念慮または複数の危険因子があるが、支援を受け入れる姿勢はある。(自殺の具体的な計画はない) 3 高度・持続的または複数の危険因子があり、支援を拒否する。(自殺の具体的な計画がある)→ 危機対応の準備が必要 4 重度:自殺の危険が差し迫っており、 早急に安全の確保が必要。	1 軽度:精神症状や行動が不安定でも、自殺念慮なしか一時的。(自殺の計画性はない。) 2 中度:持続的な自殺念慮または複数の危険因子があるが、支援を受け入れる姿勢はある。(自殺の具体的な計画はない) 3 高度・持続的または複数の危険因子があり、支援を拒否する。(自殺の具体的な計画がある)→ 危機対応の準備が必要 4 重度:自殺の危険が差し迫っており、 早急に安全の確保が必要。

相談支援記録票

(様式4) -④

日付	経過

(保健所→医療機関)

(様式5) -①

連絡票

〇〇病院 管理者様
(□□科扱い)

〇〇保健所長 印

貴院から、自殺未遂者支援連携体制事業の同意者として、当保健所に情報提供がありました、下記対象者への支援状況について、別紙のとおり報告します。
今後とも、ご協力くださるよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1. 貴院からの情報提供年月：令和〇〇年〇月分
2. 対象者数：〇人

【連絡先】

〇〇保健所〇〇課
担当：□□
電話：
E-mail：

【支援状況】

(様式5-②)

	連絡受理日	氏名	生年月日	性別	自殺未遂の背景・要因	支援内容	今後の支援計画
1							
2							
3							
4							
5							