

# 受診前相談の基本 ～相談から精神科救急トリアージまで～

特定非営利活動法人メンタルケア協議会  
西村由紀

# これからのプログラム

1. 相談を受ける基本姿勢とトリアージの基本
2. 自殺リスクのある相談の受け方
3. 社会資源への紹介

ロールプレイ “死にたい” →今日は割愛

4. 精神症状・身体症状の聞き取り&アセスメント
5. 精神科外来・入院へのつなぎ

グループワーク →今日は割愛

# 精神科救急医療情報センターの基本方針

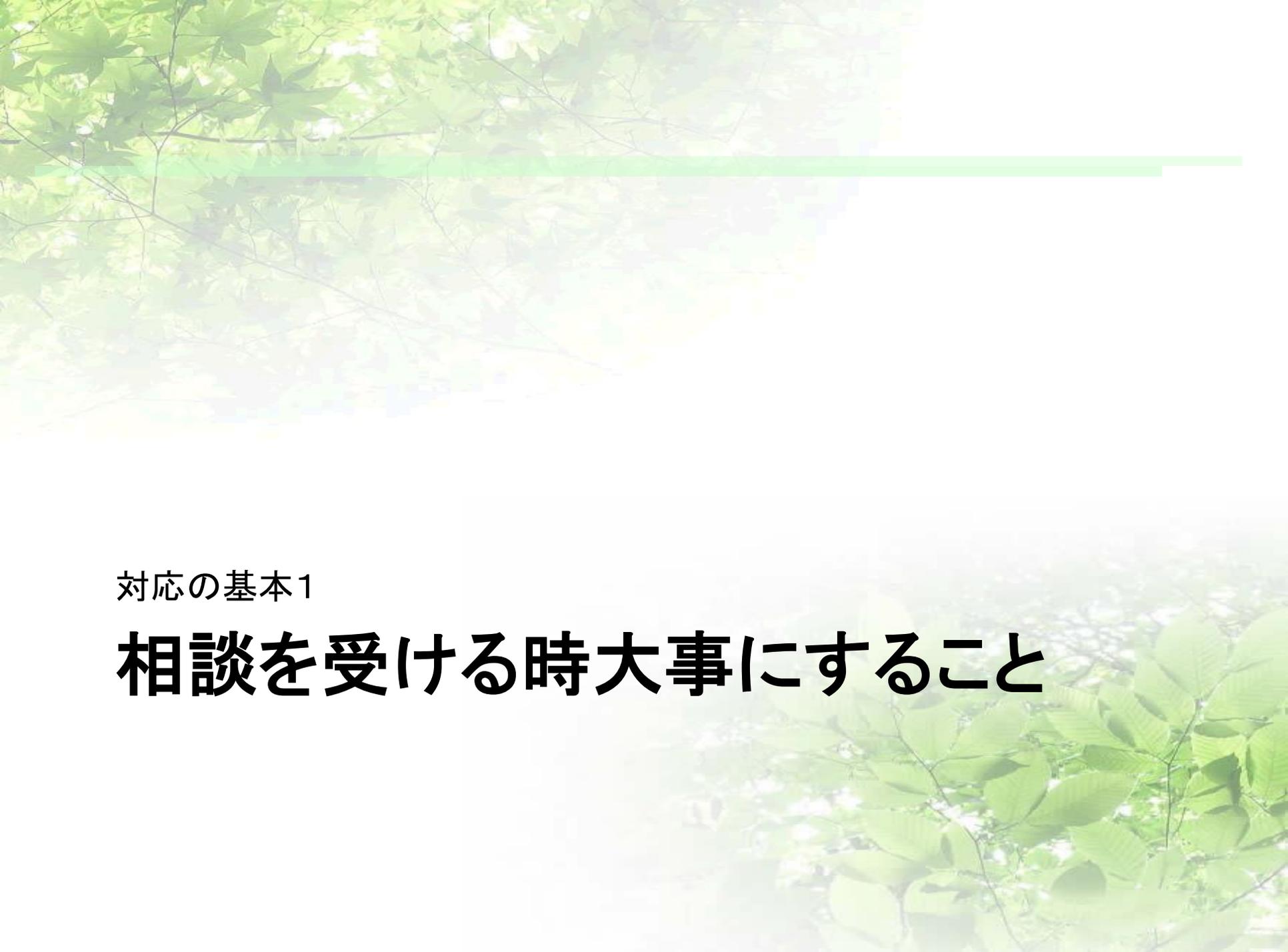
## 救急医療へつなぐ窓口としての倫理

- 公平性、客観的な対応の基準
- かかりつけ医の尊重と責任
- 応急医療としての救急医療は最小限に留める
- ルールに合わない場合も、相談者の生命と著しい不利益にならないための最大限の努力

## 相談窓口としての倫理

- 若干の相談対応で、救急医療事例化を防ぐ
- 治療継続の促し
- 精神科医療への導入・受診勧奨 **+ 医療以外も**

★患者・相談者のニーズをくみ上げ、救急システムや救急病院へ問題提起をしていく視点も必要

The background features a soft-focus image of green foliage. A solid, light green horizontal bar spans across the upper portion of the slide.

対応の基本1

# 相談を受ける時大事にすること

# 相談するときの心境

1. 不安・恐怖・辛さ・苦しさ
2. 不安全感(整理がつかない、もやもや)
3. 怒り・不満
4. 混乱・視野が狭くなる

よく相談して下さった  
という気持ちで受けたい

5. 傷つけられる、不本意なことを言われる恐れ
6. 弱みを握られる、情報が漏れる恐れ

→ 相談するのが怖い



# 相談の心構え

- ① 「対等」であること
- ② 無条件で受け入れる
- ③ 「わからない」ことを大切にする  
(わかるうとすることが大事)
- ④ 「できない」ことを自覚する  
(枠を自覚し、できることを精一杯)
- ⑤ 決めるのは相談者



# 話し方の工夫

- ◎ 最初の言葉かけを工夫（セリフとトーン）
- ◎ まず相手の話に関心を傾ける
- ◎ タメ口をきかない（距離を調整する）
  - 相手を尊重していることを示すために丁寧語で
  - 相手との距離を必要以上に近づけない
    - 甘えを引き出したり、退行させないように
- ◎ 好感をもてるトーンや相槌
  - 相手より少しゆっくりのテンポ、落ち着いたトーンで
  - 「うん、うん」を続けずに、「はい、ええ」を入れる
  - 相槌にいろいろなニュアンスを乗せて伝える

「聞いてますよ」をオーバー気味に表現する

# 精神科救急医療情報センターの役割

1. 相談者の気持ちや意図を受け止める
2. 主訴を把握し、簡単に情報収集する
3. プレトリアージ (相談モード・本格トリアージモード どちらにするか)

(本格トリアージの場合)

4. 本格情報収集と精神科医療の必要性をアセスメント
5. 本格トリアージ (助言する、繋ぐ、通報する)
6. モニタリング (最後まで責任を持つ)



# 情報収集のポイント～全体の絵柄を掴む～

## インタビューカードを活用する！

### 1. 何に困っている？

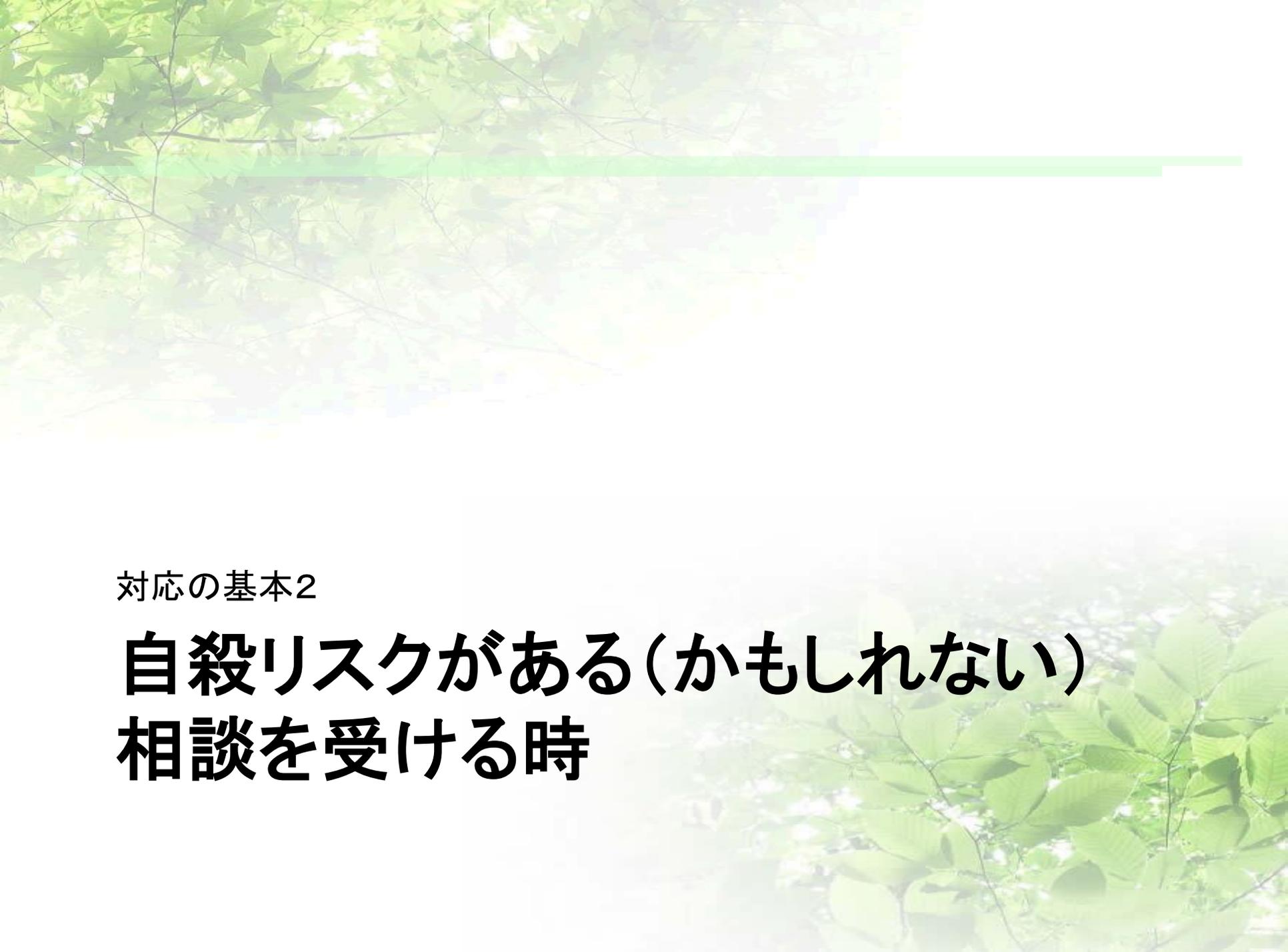
- たとえば「落ち込んでいる」と言ったら、「もう少し詳しく」と一歩踏み込んで尋ねる・・・大事な言葉をスルーしない！
- 症状や行動、その原因、気持ち、周りの対応、についても聞く。

### 2. 経過；いつから？きっかけは？ずっと続いているのか、変動があるのか、これまでに、どんな展開があったのか

### 3. 相談者の状況（同居者、仕事等）・・・イメージ出来るまで

### 4. 他に困ったことは？（希死念慮、不眠、身体問題など）

### 5. 治療歴や通院中の情報（通院状況、服薬内容や状況）



対応の基本2

# 自殺リスクがある(かもしれない) 相談を受ける時

# 自殺リスクのある相談への対応

- ② 「死にたい」という言葉だけで驚かず、落ち着いて対応する。(相談者が望んでいれば、驚く)
- ② 希死念慮を訴えていなくても、リスクに気づく
- ② 気持ちを受け止めながら、死にたい理由を聞く
- ② **緊急度の判断**をして、手に負えないと感じた場合は、早めに家族、警察、救急車への連絡も考える
- ② 衝動的に行動に移そうとしている場合は、その人をつなぎとめられる可能性のあるものの話をしてみる(家族、友人、ペット、仕事や今後の予定等)
- ② しかし、依存性を引き出さないように気をつける。  
→ 「この電話に繋がらないときは死ぬ」となるかも

## 希死念慮への対応の基本②

- 「死んではいけない」と言わない
  - 「死にたい」と思っている自分を否定されたと感じる
  - 死にたい気持ちを話せなくなってしまう
  - 但し、じっくりと話を聞いてある程度関係ができた後に「私はあなたに死んでほしくないと考えています」という気持ちを伝えることは有効な場合も
- ★ 電話相談では、できることに限界がある。  
個人情報を聞けなければ助けられない命もある。

# 希死念慮への対応の基本③

- 「死ぬ」「死なない」の綱引きに陥らない
  - その点だけに話が終始しても、出口は見えない
  - 相談者の死ななければならない理由を引き出すだけ
  - 日常生活や、これまでの経歴など、話を広げて本人の視野を広げられる点を探してみる
- 暗い気持ちに相談員が引きずられない
  - 共感と、一緒に落ち込むのは違う
  - 相談員も視野狭窄し、出口が見えなくなる
  - その人や境遇の救われる面を見つけて、別の視点を相談者に提案できる心の余裕を持つ

# プレワーク

次のケースについて、自殺のリスクはどのくらいと  
考えますか？

①【30代男性 独居 診断名：発達障害、うつ状態】  
大企業休職してもうすぐ二年、復職期限が迫っている。  
リワークのデイケアに通っているが、ちょっとした失敗  
に対して、若いスタッフからバカにされた、悔しい。

②【20代女性 家族同居 診断名：産後うつ】  
出産後、産後うつと診断され、3年の育児休暇を取った。  
もうすぐ復職するが、復職してもうまくいくか心配。両  
親・夫・子ども家庭支援センターも協力してくれている  
が、自分では家事も満足にできてない。

# 事例から学ぶこと

- ◎ 明らかな希死念慮は訴えていなかった  
「怒り」「焦燥」「混乱」「依存」「奇妙さ」などがある
- ◎ 明確な実行計画を持っていなかった
- ◎ 身近な人の死もなく、自死遺族でもなかった
- ◎ 経済的困窮、孤立無援、などではなかった

◎ 家族理  
がた

この病的な心理状態は、精神科  
医療での対応が必要な場合もあ  
るが、まずは気持ちをほぐすだけ  
で抜け出せる場合もある



る理由

？

# 自殺リスクの緊急性判断

## 「自殺リスクアセスメントシート」を活用！

1. 一番大事なのは、本人の様子  
(感覚を研ぎ澄まし、感覚を疑い、感覚を信じる)
2. 背景事情は、とても参考になるが、判断の  
全てではない
3. 本人の対応能力・周囲の支援力を視野に  
入れて対応を考える(同じ希死念慮の程  
度でも、対応策の答えは異なる)

# 自殺リスクアセスメントシート

## JAM自殺リスクアセスメントシート (JAMSIG ; Suicide Intervention Guidline by JAM ver.4 )

対応時間 時 分 ~ 時 分 No. ( )

### 本人の様子

|                                 |   |  |                                  |                                     |   |                               |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| A<br>群<br>B<br>P<br>S<br>A<br>S | 1 | 男・女  | 歳                                | 職業等                                 | 所在地 ; 自宅・その他 ( )                          |                               |
|                                 | 2 | 混乱(低・中・高) 追い詰められ感や視野狭窄(低・中・高) 焦燥感(低・中・高) 抑うつ感(低・中・高)<br>奇妙さや不自然さ 疎通不良 まとまりのなさ 反応の鈍さ その他の特異なこと( ) |                                  |                                     |   |                               |
|                                 | 3 | <input type="checkbox"/> 飲酒 ( )  |                                  | <input type="checkbox"/> 違法薬物       | <input type="checkbox"/> 過量服薬 ; 薬物名と量 ( ) |                               |
| B<br>群<br><br>希<br>死<br>念<br>慮  | 4 | 自殺に関する発言(出来るだけ本人の言葉で)  |                                  |                                     |   |                               |
|                                 | 5 | <input type="checkbox"/> 即、実行するつもりでいる  |                                  |                                     | <input type="checkbox"/> 一部を既に実行した ( )    |                               |
|                                 | 6 | 自殺の手段  | <input type="checkbox"/> 考えていない  | <input type="checkbox"/> 考えている ( )  |   | <input type="checkbox"/> 致命的  |
|                                 | 7 | 自殺の準備  | <input type="checkbox"/> 準備していない | <input type="checkbox"/> 準備している ( ) |   | <input type="checkbox"/> 遺書あり |
|                                 | 8 | 他者を巻き込む可能性   |                                  |                                     |   |                               |

## 背景事情 & 自殺企図プロセス

|                       |  |                                   |  |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| 9                     | 【自殺しなくてはならないと思っている事情】                  |                                   |  |  |
| 10                    | 自殺で得られると思っていること( )                     |                                   |  |  |
| 11                    | 経済状況                                   | <input type="checkbox"/> 充足       | <input type="checkbox"/> 困窮・借金・失業  |  |
| 12                    | 身近な人の死                                 | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり  | 関係・時期 <input type="checkbox"/> 自死遺族  |
| 13                    | 自殺企図・自傷歴                               | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり(時期・手段  | <input type="checkbox"/> 致命的 <input type="checkbox"/> 一月以内 <input type="checkbox"/> 企図頻回 <input type="checkbox"/> 自傷エスカレート |
|                       | 具体的な事実;                                |                                   |  |  |
| 14                    | 精神疾患                                   | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり  | 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害・発達障害・その他( )   |
| 15                    | 精神科通院歴                                 | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり  | 通院先( ) 最終受診日( ) <input type="checkbox"/> 通院中断  |
|                       | 精神科入院歴                                 | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり  | 入院先( ) 時期・期間( ) <input type="checkbox"/> 退院一月以内  |
| 16                    | 身体疾患                                   | <input type="checkbox"/> なし       | <input type="checkbox"/> あり  | 病名( ) ADL( )   |
| 17                    | <b>辿っているプロセス(悪循環・精神症状・精神状態の揺らぎ・不明)</b> |                                   |  | <b>現在の段階(初期・中期・BPSAS・不明)</b>   |
| <b>本人の対応能力・周囲の支援力</b> |  |                                   |  |  |
| 18                    | 自殺意志修正の可能性 <input type="checkbox"/> 可能 |                                   |  | <input type="checkbox"/> 不可能   |
| 19                    | 本人の課題対処能力・社会的スキル                       |                                   | <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 著しく低い (具体的に ) |  |
| 20                    | 家族・知人の支援                               | <input type="checkbox"/> 同伴( )    | <input type="checkbox"/> 非同伴( )  | <input type="checkbox"/> いない・非協力   |
| 21                    | 本人の支援希求                                | <input type="checkbox"/> 求めている( ) |  | <input type="checkbox"/> 求めていない・得られない  |
| 22                    | 【特別な事情など】                              |                                   |  |  |

| 自殺のリスク                         |  | 低            | 中 | 高 | 実行済み |   |
|--------------------------------|--|--------------|---|---|------|---|
| 対<br>応                         | <input type="checkbox"/> 電話相談のみ            | 【その対応をとった理由】 |   |   |      |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 連絡・通報             |              |   |   |      | <input type="checkbox"/> 家族に連絡する        |
|                                | <input type="checkbox"/> 救急要請する            |              |   |   |      |   |
|                                | 個人情報提供                                     |              |   |   |      | <input type="checkbox"/> 警察に通報する        |
|                                | 承諾 <input type="checkbox"/> あり             |              |   |   |      | <input type="checkbox"/> その他( )         |
|                                | <input type="checkbox"/> なし                |              |   |   |      | <input type="checkbox"/> 連絡・通報できず       |
|                                |  |              |   |   |      | <input type="checkbox"/> 医療機関を紹介し受診を勧める |
|                                | <input type="checkbox"/> 医療機関へ仲介する         |              |   |   |      |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 関係機関を紹介し相談を勧める    |              |   |   |      |   |
| <input type="checkbox"/> 紹介・仲介 | <input type="checkbox"/> 関係機関に仲介する         | (気がかりなこと)    |   |   |      |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 119番(救急隊)への相談を勧める |              |   |   |      |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 警察への相談を勧める        |              |   |   |      |   |
| <input type="checkbox"/> その他   | ( )  |              |   |   |      |   |
| 転<br>帰                         |  |              |   |   |      |   |

# プレワーク2

次のケースについて、自殺のリスクはどのくらいと  
考えますか？

①【60代女性 独居】

1年前

死にたい気持ちは“揺らぐ”

夫は

ちょっとしたことで、「もう大丈夫」と

た

なったり、「やっぱりダメだ」と、

一瞬で変わる

姿

自殺リスクは、わかっている中で

い

“一番高いところで判断する”

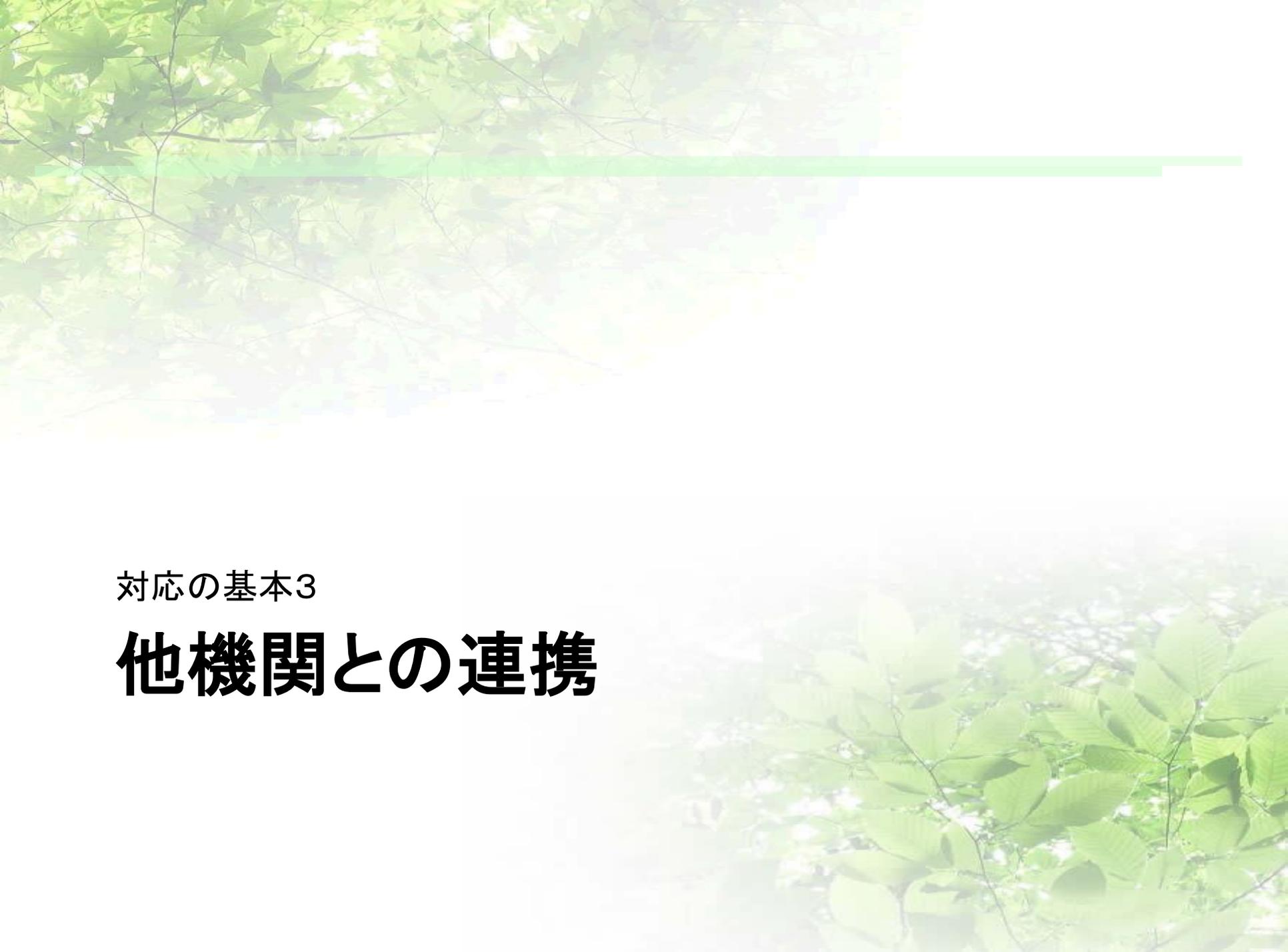
え

支援者の希望を反映させない

は結婚

らく一緒に

て、しば



対応の基本3

# 他機関との連携



# 社会資源につなげる

- 相談窓口だけ(や一個人)で抱えない
  - 主たる相談先となるべき機関へつなぐ
  - 専門的な機関へつなぐ
- 身近な支援者、現在利用している社会資源を優先する
  - これまで利用している施設や関係のできている支援者を尊重し、安易に施設を移ったりセカンドオピニオンを求めることを勧めない
  - 関係が密な人に悪口を言ってしまうことがあるということを念頭におく(依存と攻撃は裏腹)

*支援者(施設)との関係を強化するように助言*



# 社会資源紹介の注意

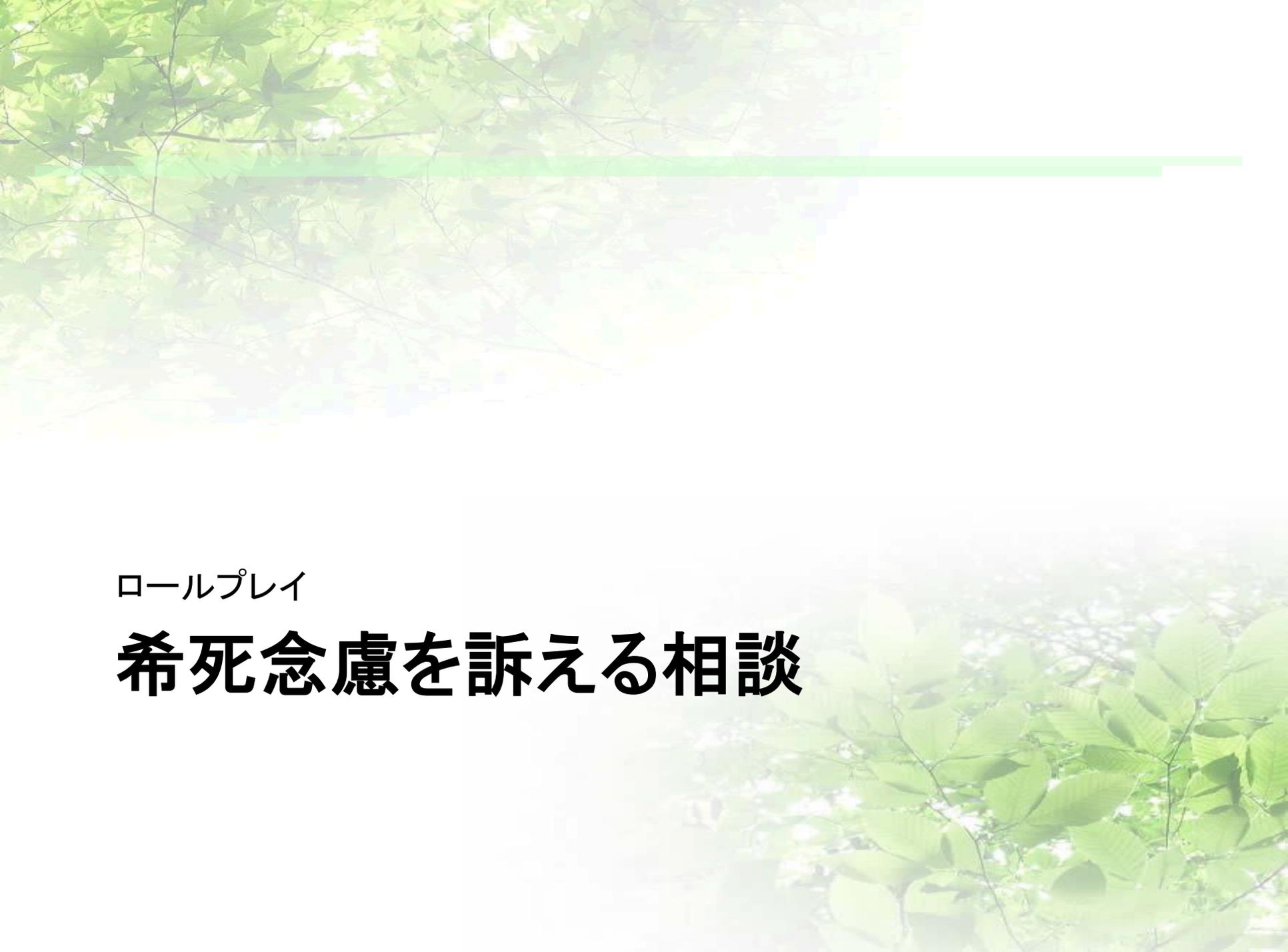
## ※ たくさん教えればよいわけではない

- お金の相談は○、施設利用は×、手続きは△等、たくさん相談先を教えると相談者が混乱することも
- 包括的な相談が必要な方には、マネジメント機能を持てるところへ紹介

## ※ 確 **精神科医療に繋げることが、 自殺防止のゴールではない**

- 相談者の相談内容
- 初めての相談では問題がうまく伝えられない可能性
- 緊急性が高く、すぐに確実に繋がなければ危ない

**自傷他害の緊急時以外は、本人の了解を得る**

The background features a soft-focus image of green foliage, likely maple leaves, with a horizontal green bar across the top. The text is overlaid on the white space.

ロールプレイ

# 希死念慮を訴える相談

# 想定する相談者

【事例1】 50代男性、本人からの相談。

死にたい気持ちでいっぱいになってしまった。  
どうしたらいいか教えて下さい。10年前からうつ  
病なんです。 ➡ 実は、アルコールとギャンブル依存もあり、  
妻の稼いだお金も使いこみ、暴力振るうことも

【事例2】 30代女性、本人からの相談。

死にたい気持ちでいっぱいになってしまった。  
どうしたらいいか教えて下さい。今、お酒を飲み  
ながら、貯めていた薬を飲もうかどうか迷ってい  
るところです。 ➡ 実は、10代から風俗で月100万円稼いで  
いたが、No1落ちてもその生活から抜けられず

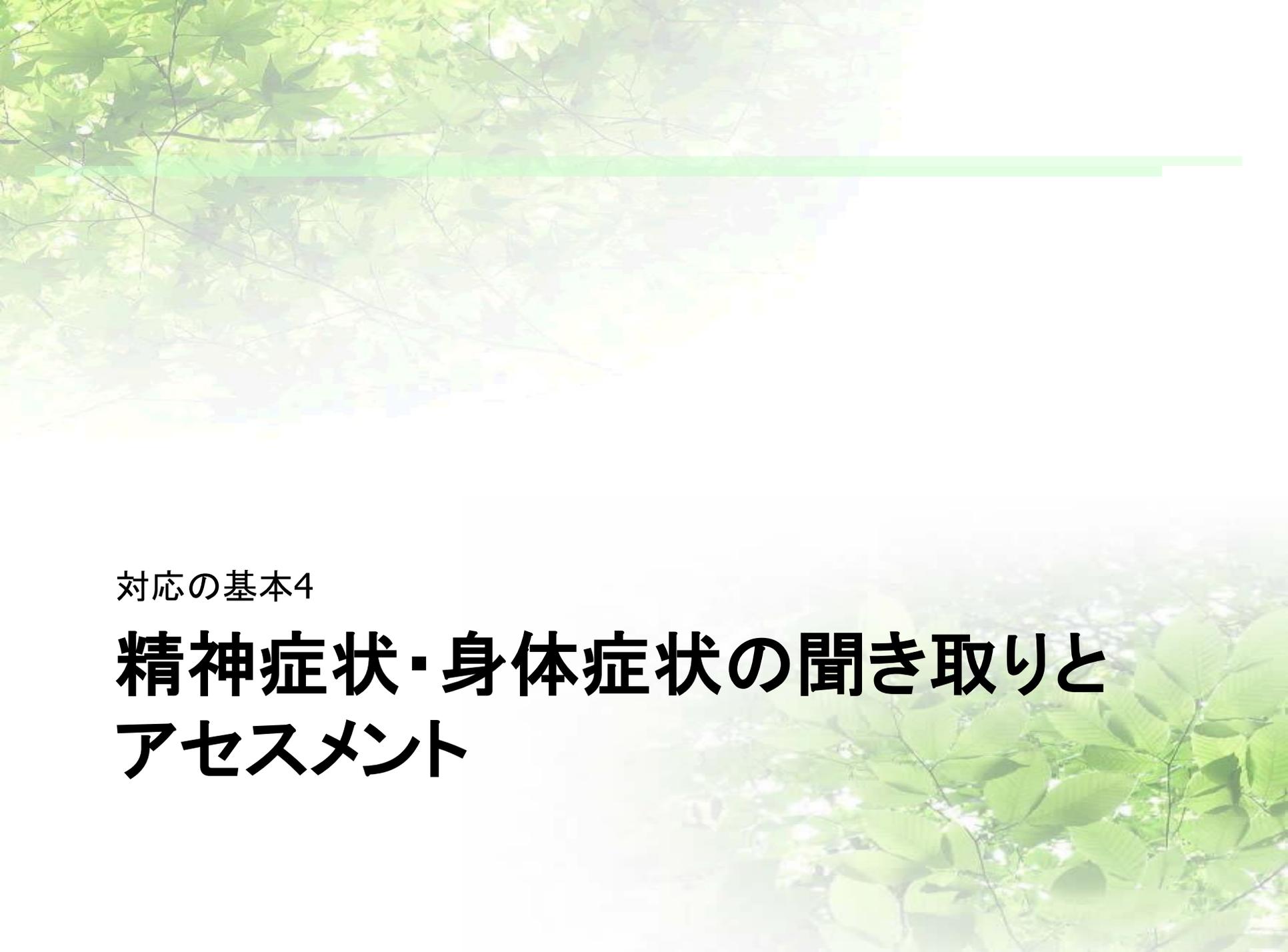
# 振り返り

1. 相談者の気持ちに寄り添って、傾聴できましたか？
2. 陰性感情は湧きましたか？表出を抑えられましたか？
3. 相談者を理解するための質問はできましたか？
4. 自殺リスクのアセスメントはできましたか？
5. 適度な助言（受診勧告等）はできましたか？

1. 気持ちをわかってもらえたと感じましたか？
2. 非難されたり、馬鹿にされていると感じませんでしたか？
3. 自分に興味を持って、適度に質問をしてもらえたと感じましたか？
4. 自殺の危険性を感じてもらえましたか？
5. 助言は安心できるもので、押しつけと感じなかったか？

# 相談者（困っている人）の“負”の特徴

1. 自分の辛さや正当性を延々と訴える
  2. その訴えを全面的に認めてもらえないと激しく怒る、八つ当たりする
  3. どの陰性感情のコントロールが大きな課題
  4. 権威で強引に従わせようとしな
  5. 裏側にある「気持ち」に寄り添う
  6. 人を使って、関係者を思い通りにしようとする
- 総じて「自己本位、自己愛的態度」



対応の基本4

# 精神症状・身体症状の聞き取りと アセスメント

# 精神科救急医療情報センターの トリアージ

1. 身体症状の可能性 → 身体救急優先
2. 自傷他害の恐れ → 警察等呼ぶことを勧める
3. 精神症状 → 入院が必要 → 救急

4. 精神症状 → わかりにくいことは、  
一人で判断しない！

5. 自傷他害 → 医療的な判断は医師  
に相談する！  
※縦断型  
併関案内  
合併症(並列)  
2次救急

6. 対応が難しい場合 → 対応が少なくない。  
かかりつけ医に連絡し、対応できる時間まで凌げるよう  
に、電話で傾聴や助言することも重要な役割

# トリアージ医師に相談したいこと

## 1) 身体疾患の見極めやレベルの判断

身体疾患をお持ちの方の対応が精神科で可能かどうか  
検査結果の読み方や診断、今すぐに必要な対応は何か  
身体救急がよいのか、身体合併症がよいのか

## 2) 精神症状の性質とレベルの判断

現在の精神症状がすぐに入院が必要であるかどうか  
今後、症状が収まるのか、悪化する可能性があるのか  
医療保護入院が望ましいのか、  
措置入院でなければ対応難しいか  
外来で帰れるか、入院になる可能性があるか

### 3) 精神症状や副作用への対処方法

緊急受診が必要ではないレベルの精神症状や副作用への対処方法(頓服指示、応急処置など、明日までのしのぎ方)

緊急の受診が必要であるが、搬送手段や保護者、医療費の問題などで精神科救急システムが使えない場合、どのような対応方法があるか

### 4) 相談員では対応できない時の相談

医師など医療機関職員からの相談で、医療上の情報交換が必要な場合

警察や救急隊、施設職員やご家族など、関連法規やシステムについてご理解頂けない場合

# 医療的判断における相談員の役割

相談員の役割は、

- 情報を集める
- 変だな？おかしいな？を見つける
- 医師に的確に伝える
- 医師の指示の下で関係者の調整を図る

医師の判断を仰いで従う

# 情報の取り方の大原則

- 現場から直接連絡をもらう
- 家族とは、必ず直接話す（これまでの様子の聞き取り、医療保護入院や隔離拘束は直接説明する）
- 可能であれば、本人に電話を代わってもらう（代われない場合は、その理由を聞く）
- 救急隊、警察、第3者からの意見も聞く
- 医療機関が関わっていれば、必ず診察した医師から情報をもらう（診察していない場合は、していない理由を聞く）

※迅速に対応することで、関係機関の信頼を得る

# 1. 自傷他害の内容と程度

- どのような方法を取って(ろうとして)いるか
- 具体的な行動化が既にあったのか
- 周囲の者が止められる程度なのか

# 2. 精神症状に関すること

- 現在の精神症状はどのようなものなのか  
(興奮や暴力だけでなく)
- 精神科既往歴、以前の症状を具体的に
- 現在の自傷他害が、精神症状によるものと言えるのかどうか

### 3. 身体症状に関すること

- バイタルサインを確認（意識レベル、呼吸数、脈拍、血圧、酸素飽和度、体温）

※意識障害は、原則は身体科で扱う

- 怪我やすぐに治療をしなければならないような疾患があるかどうか（自傷による怪我であっても、程度によって身体優先にする）
- 精神科入院に耐えられないような持病や、受けている処置などが無いかどうか

# 身体救急優先の基準

## 「身体優先」扱いとするのは次の3つの場合

- ① 直ちに一般科医療機関を受診したほうがよい身体症状がある場合（高熱、外傷、過量服薬、脱水など）

※慢性疾患や生活習慣病、ガンなどで、外来でコントロールできている場合は除く

- ② 身体症状の程度がわからず、一般科の検査や見立てが必要な場合

- ③ 身体疾患からくる症状なのか、精神疾患の症状なのか判断が難しい場合

★疑わしい場合は**身体救急受診**を勧める

★判断に迷う場合は**トリアージ医師相談**

# 身体的アセスメントに必要な情報

精神科では対応の難しい身体疾患を見逃さない

1. バイタルサインの確認
2. 持病、既往症、外傷の確認
3. ここ数日の状況を確認（風邪気味？、食事や水分摂取、アルコール摂取、身体・精神の両方の服薬状況、その他変わったことは？）
4. 一般科医療機関受診していれば、受けた検査と診断の結果、処置内容を確認

疾患の診断や判断をしてはいけませんが、  
言われたことを理解するために「共通言語」を  
知っておきたい

# バイタルサイン 検査

1. 意識レベル(精神症状からくるのか意識障害か  
→意識障害なら身体優先)
2. 脈拍(plus)
3. 血圧(BP) 上下
4. 呼吸数(R)
5. 体温
6. SPO2(血中酸素飽和度)

<その他よくでてくる検査項目>

1. 赤血球数、ヘモグロビン濃度(Hb)
2. GOT、GPT、 $\gamma$ GTP、BUN、クレアチニン、CPK

# 意識混濁の程度

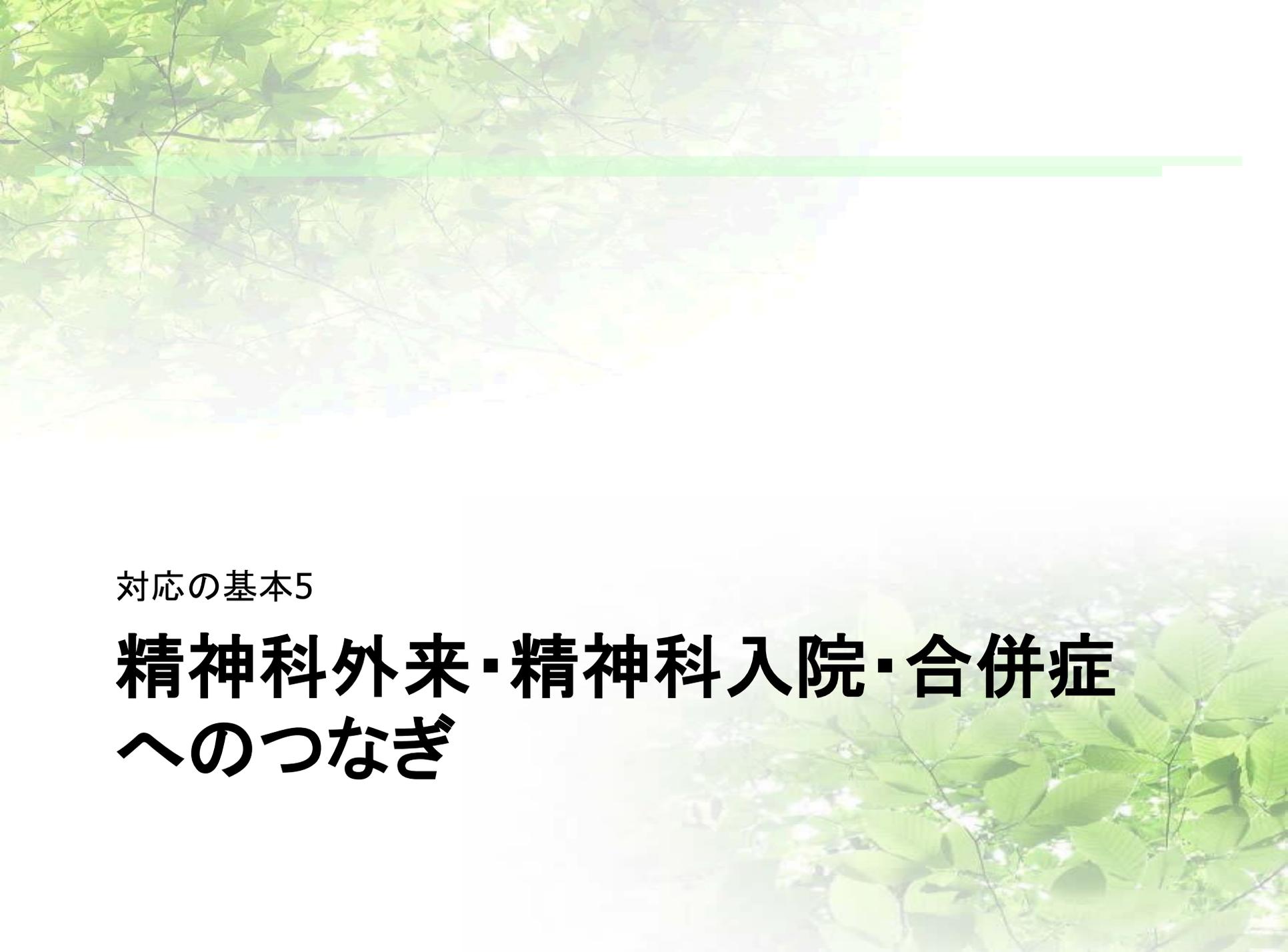
# Japan Come Scale

覚醒(目を覚ますこと)の程度を9段階で表し、  
数値が大きいほど意識障害が重いことを示している

|                              |   |     |
|------------------------------|---|-----|
| I. 刺激しないで覚醒している状態            | ほぼ意識清明だが、今ひとつはっきりしない                        | 1   |
|                              | 見当識(時・場所・人の認識)に障害がある                        | 2   |
|                              | 自分の名前や生年月日が言えない                             | 3   |
| II. 刺激すると覚醒する状態(刺激をやめると眠り込む) | 普通の呼びかけで目を開ける。「右手を握れ」などの指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い | 10  |
|                              | 大声で呼ぶ、体を揺するなど目を開ける                          | 20  |
|                              | 痛み刺激をしながら呼ぶとかろうじて目を開ける。「手を握れ」など簡単な指示に応じる    | 30  |
| III. 刺激をしても覚醒しない状態           | 痛み刺激に対し払いのけるような動作をする                        | 100 |
|                              | 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる                      | 200 |
|                              | 痛み刺激に反応しない                                  | 300 |

## 4. アルコール・薬物の可能性

- アルコールや薬物使用による酩酊状態でないことを確認（措置診察も飲酒中、薬物酩酊中では実施できない）
- 酩酊でなくても、これらの使用中ではないかを確認
- 普段の飲酒状況、これまでの薬物使用歴を確認（脱法ハーブも含めて）

The background features a soft-focus image of green foliage. A solid light green horizontal bar spans across the upper portion of the page.

対応の基本5

# 精神科外来・精神科入院・合併症 へのつなぎ

# 精神科初期救急へのつなぎ

外来受診が必要か、外来受診で済む症状か

- ・直接本人に電話口で、症状と受診意志の確認
  - 飛び込み受診可能な症状で、初期当番が遠ければ、近くで夜間外来を行っている所を案内
  - 飛び込み受診では対応難しい症状がある場合や当番医療機関が近ければ、初期救急検討（意志、交通手段、医療費、薬物AI等を確認）

初期救急利用の条件を満たしているか

- ★判断に迷う場合は**トライアージ医師相談**
- ★入院の可能性がある場合は**病院の初期救急**

# 精神科二次救急へのつなぎ

かかりつけ入院可能になるまで待てないのか

・精神症状の緊急度の判断(原則は医療保護入院)  
(症状悪化のきっかけ、時期、以前の経過等)

・家族対応

都道府県によって決まっているローカルルールに則り、利用者と受け入れ医療機関の両方への配慮を怠らない

★ローカルルールに乗れない相談者も、救う方法は考えるべき

★判断に迷う場合は**トリアージ医師相談**

# 精神身体合併症へのつながり

1) 精神症状多少あるが、身体治療優先望ましい

→ 身体救急医療機関であるが、困難な場合に

身体

- ・受け入れ病院の能力や協力姿勢

2) 判 によって基準は大きく変動する

- ・精神障害者や精神症状を呈している者が、それを理由に身体科医療を受けられないことのないように

3) する

→ トリプルアセスメント、身体合併検討

精神・身体合併症によるたらい回しを防ぐ



# 苦情処理

- ◎ 相談員自身や、自分の相談機関への苦情
  - 相談員が誠意を見せ、納得していただく(理不尽な内容であっても、限定的に謝る)
  - エスカレートすれば、別に設けた苦情窓口に対応を依頼 → 相談員と苦情窓口の信頼関係が大事
- ◎ 他の相談窓口や関係者の悪口を言われる
  - 否定はせずに共感的に聞くが、心の中では他の相談窓口や関係者を信頼する(事情があるのでは)。
  - 相談員への優しさのおねだりでもあるので、意図や心理を理解したうえで、通常対応の範囲でやさしい態度をとる(やりすぎたり特別待遇はしない)