

2

受診前相談

2

受診前相談

はじめに

従来、精神科救急の始点のほとんどは電話相談であり、対応によってはその後の経過や結果、予後にも影響するため、状況把握、情報伝達、傾聴、助言などの技術はきわめて重要であることが、学会内外でしばしば議論されてきた。

一般に医療とは医師による診療行為を前提とし、「医療提供側の診療義務／請求権」と「受療側の受療権利／支払義務」を伴う民法上の契約行為とみなされ、たとえば一般身体医療の領域では、おもに救急隊活動を中心とする病院にいたる前のアクセスに関しては、「病院前救護(プレホスピタル・ケア)」と呼ばれ、「医療」の名称は使用されない。しかしながら、救急医療において行政事業として運用される病院前救護の社会的重要性は大きく、医療における診療契約上の責任とは別に、当然ながら大きな責任を伴っている。

精神科救急医療における同様の病院前行政活動としては、一般的な救急隊活動や警察活動とそれに連動する精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第23条に基づく警察官通報を中心とした精神保健福祉行政活動のほか、都道府県での精神科救急医療体制整備事業として運用される電話相談窓口(精神科救急情報センターと精神医療相談窓口)がある。またそれら行政活動以外にも、地域の基幹病院(常時対応施設)や各当番病院(病院群輪番型)が直接問い合わせを受ける電話相談、いのちの電話や相談支援事業所などが行う関連活動など、アクセス先としては多様なものが存在している。

本学会では、2021(平成24)年12月18日に「今後の精神科救急医療に向けた提言」を発表し、この病院前の領域について「精神科プレホスピタル・ケア」として「地域の関係機関によるネットワークを基盤として、精神科

救急医療圏域ごとの実効的なプレホスピタル・ケア体制の整備」を求めている。

提言の趣旨をふまえて、2015年版ガイドラインの改訂で「受診前相談」を章立てし、こうした活動について標準的な体制、対応技術などについて整理した。適切な受診行動を導き、適正で効率的な搬送先の選定が行われるよう、さまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療における受診前相談担当者のスキルアップを目的としている。本指針が活用され、それぞれの地域や組織で良好な精神科救急医療体制の運営と相談者への対応が行われるよう期待するものである。

本章を使用するにあたっての留意事項

なお、本章の内容は、必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく、また、現場における判断は常に個別的であることに注意されたい。実際の相談場面に際しては現場の判断が優先されるべきである。本指針に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対して筆者らは免責される。

I 受診前相談概論

1. 受診前相談とは

精神科救急医療体制整備事業は、緊急な医療を必要とするすべての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県または政令指定都市が、精神科救急医療体制を確保することを目的として実施されている。都道府県の精神科救急医療体制整備の努力義務は、2012（平成24）年4月1日に施行された精神保健福祉法の一部改正によって法内に規定された。

精神科救急医療体制における受診前相談は、厚生労働省社会・援護局障害保健部長通知「精神科救急医療体制整備事業の実施について（令和2年3月4日付障発0304第2号）」別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」によれば、精神科救急情報センターは「身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整を行う」とされている。また2020（令和2）年度から「精神医療相談に係る事業」として精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

構築推進事業に組み替えられた精神医療相談窓口は、「精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う」とされている。実際の精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの機能の違いについては不明確であり、かつ都道府県ごとにその運用が異なっていることから、日本精神科救急学会ではこれらを「受診前相談」として位置づけ、多様なニーズに対応できるよう、精神科救急医療圏域ごとの地域のネットワークを基盤とした実効的な体制構築を提言している。

現在構築が推進されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において、精神科救急医療体制は精神障害を有する方および地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の1つである。精神科救急医療体制のフロントに位置づけられている受診前相談は重要な役割を担っていると言えよう。

2. 受診前相談の目的

1) トリアージ(triage)

精神科救急医療の対象となる事例を的確に選別し、適切な医療機関を紹介する。

2) 地域生活支援

精神障害者やその家族等からのクライシスコールを受け(傾聴し)、問題への対応について助言することにより、相談者の不安を軽減させるとともに、緊急性を回避する。

3) 受診前相談の役割

受診前相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することであり、単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるよう対応することが求められる。この対応こそが精神科救急事例を減少させることにつながる。

4) 受診前相談の可能性

受診前相談においては、次のような副次的可能性をも見据えた取り組みが求められる。

(1) 自殺対策への寄与

受診前相談には、希死念慮を訴える相談が散見される。これらの事例の自殺切迫度を的確に評価し、自殺が切迫していると判断された事例に対しすみやかに対応することで自殺対策に寄与する。

(2) 早期介入(精神病未治療期間(Duration of Untreated Psychosis : DUP)短縮化)への寄与

精神科未受診事例が受診前相談事業にアクセスすることができれば、DUPを短縮化させる可能性があることが示唆されている。したがってDUP短縮化を推進するために、受診前相談事業へ容易にアクセスできるよう、受診前相談の認知度を高めるための取り組みを行う。

(3) 精神障害者のアドヒアランス(adherence)向上への寄与

急性増悪に備え、それを回避するということは、精神医療コンシューマー (consumer)にとって、アドヒアランス向上の延長線上にある重要なことと考えられる。受診前相談は、精神科救急医療を必要とする精神障害者へのコーディネート機能のみならず、疾病の増悪を回避することや、疾病からの回復を促進するための支援をも意識した存在であることを目指す。

(4) 家族への疾病教育機能

受診前相談にアクセスした家族に対し適切な助言を行うとともに、疾病、支援サービスや支援制度に関する情報などを提供するなど、既存の精神保健福祉サービスでは不十分な家族支援を補完することができよう。

(5) 地域精神科医療の課題解決

受診前相談において把握されるマクロ救急事例に加え、ミクロ救急事例の把握にも努めることで、自治体内の地域精神医療の実態を明らかにするとともに、課題を見出し改善に取り組む。

(6) 地域精神保健医療福祉従事者へ危機介入に関する知見を還元するという教育的機能

受診前相談において蓄積された危機介入に関する知見を地域精神保健医療福祉従事者に還元することで、「急性増悪に備える」という援助視点を醸成する。

(7)災害時精神医療体制の基幹的機能

災害時に自治体内の精神科医療機関の被災状況を把握するとともに、緊急対応の可否について情報を集約し、緊急受診が必要な事例について受診調整を行い、あわせて移送手段の確保にも努める。

5)精神科救急医療の対象

精神科救急医療の対象は、非自発的入院治療を要する「急性かつ重症の患者」すなわち「精神疾患による現実検討(reality testing)の損傷と社会的不利益が最近1ヵ月以内に急速に生じており、改善のために急速な医学的介入が必要かつ有効な患者」、および「向精神薬による副作用が急に出現した事例や不安感や焦燥感が著しい事例など外来治療が最適の選択肢であると判断された事例」である。なお、入院基準については第1章V「医療判断」を参照のこと。

6)実施体制

(1)リスクマネジメント

受診前相談におけるリスクマネジメントとして以下のことを推奨する。

- ①対応ガイドラインを整備する
- ②相談電話のナンバーディスプレイ機能を活用する
- ③相談電話の録音機能を活用する
- ④リスクマネジメントについて検討し、対応手順をあらかじめ定めておく

(2)広報

- ①精神障害者やその家族が、必要な時に受診前相談事業にアクセスできるよう、市町村等の協力を得るなどして、相談電話の電話番号の広報に努めるべきである。
- ②精神科救急事例を減らすため、精神障害者やその家族が急性増悪時に対処できるようあらかじめ備えておくべきスキル(対処方法)を提案する広報媒体を作成し配布する。

(3)業務統計

相談事例のデータベース化をすることで、対応に一貫性をもたせることができる。事業評価や説明責任(accountability)を明らかにするためにも、業務統計作業は欠かすことができない。

(4) 情報公開

説明責任を明らかにするためには、業務実績をホームページなどで公開すべきである。

(5) 事業評価

- ①対応の質を維持するためにも、内部評価(事例レビュー)を定期的に行うべきである。
- ②外部評価(精神科救急医療体制連絡調整委員会やほかの精神科救急医療体制を検討する会議等*)を定期的に行うべきである。
- ③常時対応施設や輪番医療機関等の職員を対象とした事業報告会の開催を推奨する。

*精神科救急医療体制整備事業実施要綱一部改正(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知令和2年3月4日付障発0304第2号)では、精神科救急医療体制連絡調整委員会において精神科救急医療圏ごとにおいて確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとしている。また、精神科救急医療圏ごとに、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルールなどの策定や地域の課題抽出を行うとされている。

(6) 研修事業

関係機関(警察、消防、身体科救急など)の実務者等に対して、精神科救急医療体制の運用ルールの周知を図る。また、個別事例の検討やグループワークなどを通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深める。

(7) 他機関などとの連携確立

機関相互の連携を図るためには、他機関の機能(その限界も含め)や使命を理解することが重要である。加えて連携を確立するためには、相談担当者が変わっても、事業や基本理念の継続性・連続性が担保されることが前提である。

- ①身体科医療機関および身体科救急医療相談機関との連携

精神科医療においては、事例を「疾病性(illness)」と「事例性(caseness)」との二軸から検討するが、「事例性」という視点が身体科医療には馴染みがないことが、身体科医療と精神科医療との間で摩擦を引き起こす大きな要因である。身体科医療機関や身体科救急医療相談機関と連携を図るためには、この点に留意する必要がある。

- ②身体科を対象とする救急医療相談機関との相互理解を構築するよう努めるべく、意見交換などを定期的に行うことが望ましい。
- ③身体合併症事例の円滑な医療機関調整が図れるよう、身体科医療機関との相互理解を構築するよう努めることが望ましい。

(8) 受診前相談に従事する相談員

受診前相談に従事する相談員は、精神科救急事例への対応経験豊かな人材が望ましいことは言うまでもない。しかし、精神科臨床経験の乏しいスタッフで対応しなければならない場合には、バックアップ体制の整備は必須である。いずれにおいても、常時精神保健指定医などからのコンサルテーションが受けられる体制が必要である。

(9) 相談員に求められる知識など

- ①精神症状に関する知識
- ②向精神薬とその副作用に関する知識
- ③精神保健福祉法に関する知識
- ④身体疾患や検査データ、医学用語に関する知識
- ⑤社会保障制度に関する知識
- ⑥関係法令に関する知識
- ⑦精神科医療機関の特性や機能に関する情報
- ⑧近隣都道府県の精神科救急医療体制および精神科医療機関に関する情報
- ⑨障害福祉サービス事業所などの社会資源に関する情報
- ⑩地理感覚

Ⅱ 受診前相談における対応の基本

1. トリアージ (triage)

1) 基本的な考え方

受診前相談におけるトリアージ (triage) では、事例を「疾病性 (illness)」と「事例性 (caseness)」との二軸から検討する必要がある。「疾病性」とは医学的な重症度であり、「事例性」とは精神疾患によって社会生活において自他に深刻な不利益をもたらす行動や状況である。これらを勘案し精神科救急事例か、または通常の精神保健医療福祉サービスで対応すべき事例かを判断する。

なお警察官や救急隊が関与することで、時に「事例性」が引き上げられてしまうことがあるので、留意する必要がある。

2) トリアージ(triage)における原則

- (1) 時間を意識する。短時間(おおむね10分間)で、精神科救急事例か否かを判断する
- (2) 身体科疾患の存在を常に意識する
- (3) 疑われる疾患は、意識障害・器質性疾患・精神病・心因性疾患の順に除外する
- (4) 司法的問題(違法薬物の使用や不法在留など)がないか判断する
- (5) 要入院治療か外来受診で帰宅させられるか判断することが困難な事例については、非自発的入院をも想定した医療機関調整を行う

3) 対応

(1) 対応の原則

- ① 受診前相談においては、相談者を受容、共感しようと努めつつも、精神科救急医療対象事例か否かを判断するために必要な事項について積極的に質問する
- ② 精神科救急医療体制は、限られた医療資源から捻出されているものであり、精神科救急医療をコンビニエンス(convenience)なものにし過ぎるべきではないという価値観を堅持する
- ③ 精神科救急事例は本人以外の者から受診前相談にアクセスされる場合が主であり、時に本人の意向などが無視されがちである。受診前相談は本人にとって最善の対応を目指さなければならない
- ④ マクロ救急のリスク(たとえば、輪番医療機関が居住地から遠方であり、退院後に通院することは困難である)を考慮し、医療の継続性を担保できるかを検討する
- ⑤ 所属機関の機能の限界を認識する

(2) 受容、共感をする

- ① 相談者と相談担当者は、対等な立場であることを常に意識する
- ② 相談者のありのままの姿をそのまま受容する
- ③ 相談者を、善悪や常識、相談担当者の価値観で評価しない
- ④ 常識を振りかざしたり、あるべき論を展開しない
- ⑤ 早合点しない
- ⑥ 相談者を理解しようと努力する

- ⑦相談者と相談担当者の精神保健福祉に関する知識や情報量の違い(情報の非対称性：information asymmetry)を意識する

3)既存の精神保健福祉サービスを補完する

相談者が持ち合わせていない、疾患、障害福祉サービス、社会保障制度などに関する情報を提供する。

4)アセスメント

(1)確認事項

受診前相談において、確認すべき事項は以下のとおりである。

- ①相談者
- ②紹介経路
- ③本人氏名・性別・生年月日・年齢
- ④職業
- ⑤家族状況(家族負担の有無)
- ⑥既往症(精神疾患・身体疾患)
- ⑦意識状態
- ⑧精神症状
 - ・現在の症状(疑い含む)
 - ・コミュニケーション
 - ・指示動作
 - ・経過
 - ・薬原性錐体外路症状などの副作用
 - ・本人の苦痛・不安感
- ⑨自殺企図など
 - ・自殺企図
 - ・希死念慮
 - ・衝動性
 - ・自傷行為
- ⑩事例性
 - ・他害行為
 - ・危険行為
- ⑪生命維持行動(直近3日の状況)
 - ・食事量
 - ・水分摂取量
 - ・睡眠
 - ・排泄
- ⑫家族等のサポート状況
- ⑬現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保証
- ⑭違法薬物使用・飲酒の有無

⑮バイタルサイン(呼吸・体温・血圧・脈拍)

※COVID-19の感染拡大をふまえ、本人のみならず同居家族についても、感染リスクについて確認する。

⑯身体所見など

⑰身体疾患の有無

⑱外傷の有無

⑲妊娠の可能性

⑳本人の受診意志

㉑受診に同伴する家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後见人または保佐人)

㉒健康保険の加入状況

※健康保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療をしないことは正当化されないが*、このような事例については、現実として受入れ医療機関は限定される。

㉓医療機関まで安全に搬送することができるか確認する

㉔本人の現在の言動を確認する

*厚生労働省医政局長通知(令和元年12月25日付医政発1225第4号)「応召義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」を参照のこと。

(2)相談記録

受診前相談機関で用いる相談記録は、的確にトリアージするとともに、身体合併症にも留意することができ、かつ担当する相談員の経験や技量に左右されることを補うツールであることが求められる。

※相談記録については、精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案(医療機関紹介判断用)を参照されたい(資料1 p74)。

(3)初発事例

初発事例にあっては、時に混乱状況下にある相談者や本人から、鑑別に資する情報を収集することが求められる。

さらに初発事例においては、本人や相談者の精神科治療に対する不安などの軽減にも十分配慮すべきである。治療の必要性について十分説明し、本人の任意に基づく精神科受診を目指す。この対応こそが、今後の精神医療への信頼や受療行動に大きな影響を与える。

なお、通常の精神科医療体制で対応が可能な事例においては、将来障害

年金を受給するために必要な保険料納付要件を整えたうえで精神科初診をすることを提案するなど、その後の本人の人生についても配慮する。

- ①発育状況
- ②対人関係特性
- ③教育歴(成績)および学校生活への適応状況
- ④職業歴および社会適応状況
- ⑤前駆症状の発現時期の同定
- ⑥これまでの家族等の対応状況(相談歴)
- ⑦本人と家族の関係性

(4)急性発症事例

明確な前駆症状が確認できない事例については、器質性疾患などを除外するため慎重なトリアージが求められる。トリアージで器質性疾患の存在が否定できない場合には、器質性疾患の検索を優先する。

- ①感冒様エピソードの前駆
- ②バイタルサインの異常(37.5℃以上の発熱、90%以下のSpO₂低下など)
- ③明確な身体所見(著明なうい瘦、疼痛、麻痺、失行など)

また、急性発症事例については違法薬物の使用の有無についても確認が必要である。

(5)再発・医療中断事例

- ①再発事例においては、「再発」にいたってしまった要因を把握する
- ②医療中断事例においては、「医療中断」となった要因を把握する
- ③家族等の疾病理解度や支援力を評価する

(6)高齢者事例

高齢者事例において精神科救急医療の主な対象となるのは

- ①認知症に伴う精神症状や行動障害(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)

認知症に伴う、幻覚妄想、攻撃的言動により事例化することが多い。

- ②Lewy小体型認知症(Dementia with Lewy Bodies : DLB)

認知症の存在(早期には目立たないことがある)に加え、認知の変動(日中は問題ないのに、夜になると家族が分からなくなる)、幻視、転倒を繰り返すなどが典型例である。

- ③気分障害

である。

高齢者事例においては身体合併症を有することが多く(多病性: multiple pathology)、身体疾患の重症度や治療の必要性について確認が必要である。さらに、高齢者事例においては、介護者の疲労度も考慮する必要がある。家族の介護が限界に達してからの入院の場合では、入院期間が長期化しやすいという傾向がある。また、高齢者施設に入所中の場合には、所期治療終了後の再入所の可否について確認が必要である。

なお、わが国において高齢者の認知機能をスクリーニングする場合、HDS-R^{*1}とMMSE^{*2}が最もよく用いられている検査法である。

*** 1 長谷川式簡易知能評価スケール改訂版(HDS-R)**

30点満点で20点以下を認知機能障害ありとした場合に、最も高い弁別性を示す。なお、得点による重症度分類は行われていないので注意を要する。

*** 2 MMSE (Mini-Mental State Examination)**

30点満点で24点以上を正常、23点以下で認知機能低下が疑われ、20点未満で中等度の認知低下、10点未満では高度の知能低下と判定される。

(7) 児童・思春期事例

児童・思春期事例において、緊急受診を依頼してくるのは保護者や教師等の大人からであることから、子どもの訴えを的確に把握するよう努めるべきである。

しかし子どもは自らの内面の感情や考えを言語化する能力が大人にくらべ乏しいため、行動面や身体面の症状として表す傾向があることに留意する必要がある。また、思春期は大人や権威といったことに対する反発心を抱きやすいといった点にも留意すべきである。

児童・思春期の精神科救急事例としては、

- ①統合失調症の発症による錯乱や精神運動興奮
- ②躁状態(双極性障害)による精神運動興奮
- ③物質乱用による急性中毒症状・離脱症状
- ④各種のパニック(特に広汎性発達障害などの発達障害を背景にもつもの)
- ⑤危険な行動(示威的な行動や解離性の行動を含む)
- ⑥深刻な希死念慮の訴え

⑦自傷行為や自殺企図の救命後
があげられる。さらに

⑧深刻な触法行為や犯罪をなした子ども

⑨深刻な家庭内暴力や校内(対教師・対生徒)暴力をなした子ども
については、背景に精神病性の症状や急性薬物中毒による意識混濁などが
認められることがあることから、精神医学的アセスメントが必要となる場
合がある。

⑩深刻な事件、事故の被害にあった子ども(死別の体験を含む)

⑪深刻な事件、事故に遭遇した、目撃した子ども

深刻な心の傷を負っていることが多いため、精神科救急医療の介入が
必要となる場合がある。

⑫虐待を受けている子ども

については、身体的な救急医療が必要な被虐待児には精神科救急医療の介
入が必要と考えるべきだろう。

児童・思春期事例のトリアージにおいては、

①乳幼児健診で問題を指摘されたことはあるか(健診で指摘されるよう
な発達の遅れの有無の確認)

②幼少期はどのような子であったか(気質や性格傾向)

③こだわりや多動はあったか(大まかな発達の偏りの有無)

④学校生活は問題なかったか(不登校や集団適応不良をきたすような対
人交流や社会性の障害、学業不振などの有無)

を確認する。あわせて、

⑤家庭環境について確認する

⑥親権者を確認する

⑦親権者の意向を確認する

⑧学校や児童相談所などの福祉機関が関与している場合には支援方針等
を確認する

⑨児童福祉法や児童虐待防止法に基づく制度(一時保護委託など)の適用
について確認する

(8)身体合併症事例

トリアージにおいて身体合併症の有無を確認することは必須である。必
要に応じて医師のコンサルテーションを求めるべきである。

精神科救急医療施設の多くが精神科単科であることから、身体合併症の
存在が確認された場合は、精神疾患の重症度と身体的重症度を検討し医療
機関を選定することとなる。医療機関の選定にあたっては、以下に示す松

岡らの「精神・身体合併症：実践的トリアージ(試案)」が参考となる。

- ①精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が2.5～3次救急レベル
→身体科救急へ
- ②精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が1～2次救急レベル
精神科医で対応可能な場合→精神科病院へ
身体科医の対応が必要な場合→身体科治療後に精神科病院(縦列モデル) or 総合病院(並列モデル)
- ③精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が非救急レベル
精神症状が落ち着くまで待てる→精神科病院→後日転院等を検討
精神症状が落ち着くまで待てない→総合病院(並列モデル)
- ④精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体鑑別し身体疾患の可能性が低い→精神科病院→後日転院などを検討
身体疾患の可能性が高い→総合病院(並列モデル)
- ⑤精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、身体既往症が判明
→精神科病院 or 総合病院(並列モデル)

(9)物質依存事例

- ①物質使用による急性中毒
意識レベルにより対応を検討する。昏睡状態(Japan Coma Scale [JCS]意識レベルⅢ)であれば救命処置を優先する。
- ②せん妄を伴うアルコール離脱状態については、すみやかに医療機関調整を行う。
- ③違法物質使用による精神病性障害
違法物質使用事例について警察官が関与している場合には、精神病性障害の改善といった所期治療終了後の司法対応について確認する。
違法薬物の使用が疑われ警察官が関与している場合には、入院後の尿中物質検査や証拠保全手続きについて確認する。
- ④物質依存事例において散見される暴力・威嚇・無銭飲食などの問題行動が、依存対象物質の使用によって生じた精神症状、もしくは併存する精神疾患の症状に基づいている場合には精神科医療の治療対象となることに留意する。

(10) 希死念慮を訴える事例

希死念慮が認められる事例については、自殺の切迫度をアセスメントする。
自殺リスク項目を列挙する。

①精神疾患の有無

統合失調症・うつ病・物質依存・摂食障害は自殺リスクが高い。

②身体疾患の有無

進行性疾患・難治性疾患・終末期の身体疾患は自殺リスクが高い。

③自傷・自殺企図歴の有無

致死性の企図歴・1ヵ月以内に頻回な企図・自傷のエスカレートが認められた場合は自殺リスクが高い。

④自殺の手段を考えているか確認する

致死性の手段を考えている場合には自殺リスクが高い。

⑤自殺の準備をしているか確認する

致死性の手段を準備していたり、遺書などを用意している場合には自殺リスクが高い。

⑥飲酒・薬物乱用

酩酊や過量服薬している場合には自殺リスクが高い。

⑦他者を巻き込むことを考えている場合には、自殺リスクが高い

⑧家族・知人等がいない、または非協力的な場合には自殺リスクが高い

⑨支援を求めている、もしくは支援を求めても得られない場合には自殺リスクが高い

⑩経済状況について、困窮・借金・失業している場合には自殺リスクが高い

⑪自死遺族の場合自殺リスクが高い

⑫精神科病院退院1ヵ月以内の場合、自殺リスクが高い

⑬自殺に関する発言。「即実行する」と訴えている場合には自殺リスクが高い

⑭自殺意志の修正の可能性

⑮自殺したい理由を確認する

⑯本人の様子

※自殺リスクのアセスメントについては、Saitama Suicide Intervention Guideline (SSIG)、Saitama Suicide Intervention Scale (SSIS)を参照されたい(資料2 p75～82)。

自殺が切迫していると判断される場合には、相談者の了解が得られずとも警察などに通報し、安全を確保すべきとされている。

「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」「即時の自殺企図を明言

して」「電話でのやり取りによっても自殺意志の修正が利かない」事例、もしくは「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」かつ「酩酊・過量服薬している」事例については自殺が切迫していると判断し、相談者の個人情報聴取したうえで警察などに通報すべきである。

(11) 過量服薬事例

過量服薬事例については、医師のコンサルテーションを求めるべきである。

身体科医療機関での処置が終了した事例について、精神科医療機関の調整を依頼された場合についても、医師のコンサルテーションを求めるべきである。

2. 精神科救急事例への対応

1) 治療の連続性およびリスク軽減に努める

医療機関の選定にあたっては、治療の連続性およびリスク軽減に配慮し、第一に通院先医療機関に、第二に治療歴のある医療機関に受け入れを依頼する。しかし、マクロ救急医療体制においては必ずしもそのような医療機関選定はできない。そこで可能な限り治療歴のある医療機関から治療状況を聴取するよう努力する。身体疾患の治療状況について同様であることは言うまでもない。

なお、医療機関に治療状況を照会した際に、個人情報保護法を根拠に当該患者情報の提供を拒否される場合がある。しかし同法第23条第1項の2で「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、同意を得ることが困難であるとき」は情報提供制限の除外とされている旨を説明し協力を得よう努める。

2) 家族の意向を確認する

医療保護入院が想定される事例について医療機関の調整を行うにあたっては、可能な限り複数名の扶養義務者から入院治療に対する意向を確認することが望ましい*。

* 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知(平成26年1月24日付障精発0124第1号「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」では「精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえると、医療保護入院は、

より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい」としている。

3)搬送に関して

非自発的受診が要すると想定される事例では、精神科医療機関まで安全に搬送できるのか見立てる必要がある。

3. 非精神科救急事例への対応

トリアージの結果、非精神科救急事例と判断した事例については、対応方法の助言や情報提供をするなどし、相談者の不安を軽減させるとともに緊急性を回避する。なお単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるように対応することが求められる。この対応こそが、精神科救急事例を減らすことにつながるとともに、精神障害者の地域生活継続に寄与することになる。なお精神障害者の地域生活支援のキーワードになりえる概念として、「ネガティブ・ケイパビリティ (Negative Capability)」がある。ネガティブ・ケイパビリティとは「不確実なものや未解決なものを受容する力」を意味する。また「不確実な状況のなかで、わずかな希望をみつけるとともに、その希望をたぐり寄せ掴む力」をも意味する。精神障害者のネガティブ・ケイパビリティ (精神症状を抱えながら生活する力) を高めるよう対応をすることも、受診前相談における精神障害者の地域生活支援として重視されるべき点であろう。

受診前相談に寄せられる非精神科救急事例においては、精神科医療への依存がきわめて高い事例、すなわち「医療で対処すべきでない問題」までも精神科医療にその解決を求める事例が散見される。このような事例は、必要以上に精神科医療への依存度が高いことが、結果として地域生活を困難なものとしているのかもしれない。

4. 頻回相談事例化を防ぐ

受診前相談が開設されている夜間休日は、精神保健福祉サービスが限定的にしか提供されていないことから、多くの非精神科救急医療相談が寄せられる。受診前相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することではあるが、精神科救急事例に適時に対応できるよう、非精神科救急医療相談に対しては受診前相談機能を維持することに留意した対応が必要である。非精神科救急事例に対しては、受診前相談の機能を説明し適正利用を促す。

文献

- 1) 平田豊明：精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療供給体制の最適化に資する研究。令和元・2年度厚生労働科学研究補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化に資する研究」総括報告書(研究代表者：杉山直也)，2021。
- 2) 西村由紀：受診前相談の基本ー相談から精神科救急トリアージまでー。第28回日本精神科救急学会学術総会医療政策委員会プロジェクト受診前相談研修，2020。
- 3) 北村立：認知症・高齢者，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，235-242，中山書店，2010。
- 4) 熊谷亮：認知症の入院適応および入院長期化。精神科治療学，第32巻増刊号；184-187，星和書店，2017。
- 5) 塚本千秋，大重耕三：児童・思春期，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，221-234，中山書店，2010。
- 6) 宮崎健祐：児童思春期事例。臨床精神医学，43：717-722，2014。
- 7) 松岡孝弘，平田吾一，山下博栄，他：「スーパー救急型」総合病院有床精神科における措置入院，身体合併症，自殺企図事例への対応～その実情と課題について～。臨床精神医学，43：589-596，2014。
- 8) 小沼杏坪：物質依存，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，243-256，中山書店，2010。
- 9) 桑原寛，河西千秋，川野健治，他 編：自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針ー ー自殺未遂者，自傷を繰り返す人，自殺を考えている人に対する支援とケア。平成20年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究，2009。
- 10) 関口隆一，塚本哲司，深井美里，他：精神科救急医療電話相談における自殺企図切迫例への対応ーSaitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG)を用いての試みー。埼玉県医学会誌，16：291-296，2011。
- 11) 塚本哲司：地域生活支援における危機介入ー精神科救急情報センターの取り組みからー，臨床精神医学，43：781-787，2014。
- 12) 塚本哲司：精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究。平成30年度厚生労働科学研究費補助金，障害者政策総合研究事業(精神障害分野)。精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(研究代表者：杉山直也)，平成29・30年度総括・分担研究報告書，2019。

※上記は全て参考文献

●資料1

精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート(試案)(医療機関紹介用)

担当者:

令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		☐ 平日夜間		☐ 休日中		☐ 休日夜間	
対応時間(調整含む)		☐ 10分未満		☐ 30分未満		☐ 30分以上	
☐ 10分未満		☐ 30分未満		☐ 30分以上		☐ 60分以上	
相談者 ☐ 本人		☐ 同居家族		氏名:		続柄:	
☐ 医療機関		☐ 非同居家族		氏名:		続柄:	
☐ 救急隊		☐ 精神科		氏名:		職種:	
☐ 警察		☐ 身体科		氏名:		氏名:	
☐ その他		☐ 救急隊		氏名:		氏名:	
		☐ 警察署		氏名:		氏名:	
		☐ その他		氏名:		氏名:	
紹介経路		☐ 医療機関		☐ 警察		☐ 消防	
		☐ その他		☐ 再利用		☐ 未確認・不明	
本人氏名:		性別: 男・女		生年月日: 年 月 日 (歳)		職業:	
意識状態		☐ 意識のくもり・意識水準の変動		☐ JCS: I 覚醒 1・2・3/II 刺激により覚醒 10・20・30/III 覚醒しない 100・200・300		☐ 清明	
精神症状		現在の症状(疑い含む)		☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ 興奮 ☐ 躁動 ☐ うつ状態 ☐ 不安 ☐ 焦燥 ☐ パニック発作 ☐ 物質関連障害		☐ 衝動制御不良	
		コミュニケーション		☐ まいった(とれない)		☐ 不具(交換条件をだしてくる・慎重な対応が必要を含む)	
		指示動作		☐ まいった(とれない)		☐ 不十分ながら従える	
		経過		☐ 急性発症(発現から約 日)		☐ 高齢者 ☐ 直近の感冒様エピソード	
自殺企図等		業原性身体外路症状等の副作用		☐ あり()		☐ 不適	
		本人の苦痛・不安感		☐ 強い		☐ 我慢できる	
		自殺企図		☐ あり		☐ 計画・準備している	
		致死念慮		☐ 修正不能・抑制困難		☐ 修正可能・抑制可能	
事例性		衝動性		☐ 高い(不明)		☐ 不具()	
		自傷行為		☐ あり()		☐ 過去にあり()	
		被害行為		☐ 刑罰法令抵触・被害のおそれあり		☐ 迷惑行為()	
		危険行為		☐ 致死的行為		☐ 危険物の所持()	
生命維持行動(直近3日の状況)		食事量		☐ まいった(食べない)		☐ 食事量の減少()	
		水分摂取		☐ まいった(摂取しない)		☐ 水分摂取量の減少 ☐ 大量摂取	
		睡眠		☐ まいった(眠れない)		☐ 睡眠障害あり()	
		排泄		☐ 失禁		☐ 便秘 ☐ 下痢	
家族等のサポート(関係性を考慮すること)		☐ 期待できない ☐ 家族はいない(疎遠・関係不良)		☐ 確認できず		☐ 期待できる	
現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保障		☐ 期待できない・確認できず		☐ 確認できず		☐ あり	
違法薬物使用・飲酒の状況		☐ 違法薬物()使用(疑い)		☐ 連続飲酒 ☐ 酩酊		☐ 違法薬物使用歴あり	
バイタルサイン		体温(℃)		☐ 血圧(/)		☐ 脈拍(回/分)	
身体所見等 身長: cm 体重: kg		四肢の脱力		☐ 知覚・動作の左右差		☐ しびれ	
		頭痛の訴え		☐ 胸部症状の訴え		☐ 腹部症状の訴え	
身体表現 ☐ あり() ないし		処置・処方()		☐ 単科精神科医療機関で対応困難		☐ 単科精神科医療機関で対応可	
		処置・処方()		☐ 単科精神科医療機関で対応困難		☐ 単科精神科医療機関で対応可(口処置済み)	
外傷 ☐ あり() ないし		処置・処方()		☐ 単科精神科医療機関で対応困難		☐ 単科精神科医療機関で対応可(口処置済み)	
		処置・処方()		☐ 単科精神科医療機関で対応困難		☐ 単科精神科医療機関で対応可(口処置済み)	
妊娠 ☐ あり(妊娠 第 週 出産予定日 年 月 日 医療機関名:)		☐ あり()		☐ なし		☐ 不明	
既往歴		☐ あり()		☐ なし		☐ なし	
備考				家族状況			
本人の受診意欲 ☐ あり ☐ なし		家族の受診要件 ☐ 可能(続柄) ☐ 不可能		健康保険等 ☐ 加入 ☐ 受診時持参できる ☐ 生活保護 ☐ 無保険 ☐ 不明		安全に搬送できるか ☐ 可能 ☐ 困難	
搬送方法 ☐ 自家用車 ☐ 警察車両 ☐ 救急車 ☐ タクシー ☐ その他()		到着予定 時 分		分			
遠隔先医療機関の意見等		対応者: ()		☐ 連絡取れず			
相談担当者の判断		☐ 精神科救急事例		☐ 精神科救急身体合併症事例		☐ 切迫した自殺予告事例	
		☐ 急列モデル ☐ 軽列モデル		☐ 非精神科救急事例		☐ 要身体科受診	
相談担当者の対応		☐ 助言・相談・情報提供		☐ 医療機関紹介		☐ 他機関紹介	
		☐ 110通報・119番通報を勧める		☐ 医療機関紹介できず(理由:)			
対応内容:				情報提供の承諾 ☐ あり ☐ なし			
受入医療機関報告		医療機関名: 未読時間 時 分 終了時間 時 分		医師名: 診断名: ICD-10			
☐ 未読		☐ 外来受診のみ ☐ 任意入院 ☐ 医療保護入院		☐ 応急入院 ☐ 電話対応のみ			
☐ 未読せず		☐ 他医療機関に診療を依頼(依頼先医療機関:)		依頼理由: ()			

●資料2

2010/3/17ver

埼玉県精神科救急情報センター

自殺予告事例対応ガイドライン(SSIG※)

※SSIG：Saitama Suicide Intervention Guideline

Ⅰ 切迫した自殺予告事例への対応について

精神科救急情報センター（以下、情報センターと略）の精神科救急電話においては、「これから死にます」等自殺を予告する事例が散見される。このような事例については、自殺予告事例の切迫度を的確に判断する必要があることから、『自殺リスクアセスメントシート』（以下、シート）を用いて見立てをし、切迫した自殺予告事例については、情報センターから警察等へ躊躇することなく通報すべきである。

なお、切迫した自殺予告事例については、自殺防止の観点から『精神科救急電話対応ガイドライン』の「短時間（おおむね10分以内）に結論を出す」という留意事項にとらわれることなく対応すること。

Ⅱ 自殺リスクアセスメントシートについて

① 使用目的

このシートは、警察等に通報する必要がある、自殺が切迫した事例を抽出するためのアセスメントツールである。

② 対象

「本人」からの相談事例で、かつ「希死念慮を訴える」事例すべてにシートを使用する。

③ リスク評価・判断

リスクの判断に迷った場合には、リスクの高い方を選択する。また、リスクが低いと判断されれば、アセスメントシートの質問項目をすべて確認する必要はない。

④ 保管

シートは記入後、『電話受付・連絡票』にホッチキス留めし保管する。

Ⅲ 自殺リスクアセスメントシートの記入について

【1 精神疾患】

精神疾患の内、統合失調症、うつ病、薬物依存、アルコール依存、摂食障害については、自殺リスクが「高い」にチェックする。

それら以外の精神疾患の治療歴がある場合については「あり」にチェックする。

治療状況（病名、退院直後等）については、記入欄の【16 精神科治療歴】に記載する。

【2 身体疾患】

進行性疾患、難治性疾患、終末期の重篤な身体疾患の有無について確認し、病名が判明している場合は（ ）内に記載する。

癌や難病等の疾患は、人生の価値観の急激な変化を求められたり、将来の希望がもてなくなるなど、「人生を終わらせてしまいたい」という感情を引き起こすことがあり、自殺リスクを高める因子となる。

【3 自傷・自殺企図歴】

過去の自傷・自殺企図歴について聴取し、自殺企図手段が生命的危険性の高い場合(縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等)の場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

また、ここ1ヵ月間に頻回な自殺企図歴があった場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

さらに、ここ1ヵ月間に自傷行為がエスカレートしていった場合や、自傷行為によっても苦痛が軽減できにくくなっている場合は、自殺リスクが「高い」にチェックする。

過去の自傷や企図手段、その実行時期等については、【17 備考】に記載する。

【4 自殺の手段】

企図手段を考えているか否かについて聴取し、生命的危険性の高い企図手段(縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等)を考えている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックし、その手段を()内に記載する。

【5 自殺の準備】

「縊首するためにロープ等を準備している」、「身辺整理や遺書をしたためている」等について確認する。自殺するための具体的かつ致死的な準備をしている、または遺書や身辺整理をしている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。詳細については【17 備考】に記載する。

【6 飲酒・薬物乱用】

本人がアルコール摂取による酩酊状態、もしくは向精神薬等の過量服薬をしていないか確認する。当てはまる場合は自殺リスクが「高い」にチェックをする。上記状態は衝動的な自己破壊行動のリスクが高くなる。

【7 他者を巻き込む可能性】

本人が無理心中を考えていたり、硫化水素・投身等、他者を巻き込む可能性の高い企図手段を計画している場合には、危険を回避するためにも通報等の対応を検討するべきである。

【8 家族・知人等】

本人の側に見守りが可能な家族・知人等がいるのか確認する。家族・知人等が側にいない場合や、側にいても非協力的な場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【9 支援】

本人が支援を求めている場合や、支援を求めているにもかかわらず得られていない場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。本人に援助希求能力がない場合には自殺リスクをより高めるといった知見もあり、注意を要する。

【10 経済状況】

返済不能な借金(客観的には返済可能と考える借金の額でも、本人はそう捉えていない場合もある)や、失業等の理由により所持金がほとんど無いなど経済状況が困窮

している場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

特にライフライン(ガス・電気・水道)の供給が止められている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【11 家族・身近な人の死】

家族や身近な人に関する喪失体験の有無について確認し、本人が自死遺族の場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【12 自殺に関する発言】

自殺に関する本人の発言をそのまま記入。

「今すぐ(数時間以内に)死にます」等、自殺を即実行しようとする発言があった場合は、記載の上「即実行する」にチェックをする。

また、「人生をやめたい」「死んで詫げる」「死ぬしかない」「自分は役に立たない」「自殺以外に選択肢はない」「今の問題を解決するには自殺しか考えられない」「とにかく楽になりたい」等の発言があった場合にも、自殺リスクが「高い」と考える。疎通がとれない(なげやり、一歩引いた感じ、面倒な感じ)場合も注意が必要である。

【13 自殺意志の修正】

電話対応によって本人の自殺意志の修正が不可能な場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。また、こちらの説得に対し、いとも簡単に「分かりました」等、表面的な修正にとどまる場合にも注意が必要であり、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【14 自殺したい理由】

「あなたのつらさを知りたいので、自殺したい理由を教えてください」等、自殺したい理由を確認し記載する。

「リストラされた」「借金が返せない」「家族関係の悪化」といった現在の環境因の他、「自殺した家族の命日だから」「DV を受けている(いた)」「虐待を受けている(いた)」といった過去のエピソードについても注目すること。

【15 本人の様子】

本人の様子(淡々と話す、沈黙が長い、ため息が多い、泣いている、頑な、投げやり、悲観的、挑戦的、拒絶的等)について記載する。

※飲酒しているケースについて

自殺既遂者の3割、自殺未遂者の4割は飲酒したうえで行為に及んでいるとの知見がある。たとえ飲酒していても、疎通が保てている場合には対象事例とみなし対応をすること。

【16 精神科治療歴】

精神科治療歴がある場合には治療状況について記載する。なお、退院から1ヵ月以内の場合には自殺リスクを高めるとの知見があるので確認すること。

【17 備考】

その他、特記事項を記入する。

【判断理由・対応】【帰結】

対応の判断にいたった経緯・理由を記載する。

対応の転帰について記載する。

時系列に沿った対応記録などの詳細については、『電話受付連絡票』に記載すること。

記載例1) 縊首による自殺企図歴あり。現在、梁にロープを吊し縊首を実行しようとしている。本人は、淡々と話し自殺意志の修正は不可能。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→単身。本人の状況から、自殺の実行性も高いため、本人の個人情報を聴取しA警察署へ通報した。

(帰結)

→本人宅へA警察臨場。警察官からの連絡があり輪番医療機関調整となる。受診した結果、医療保護入院となった。

記載例2) 「死にたい」と泣きながら話す。しかし、具体的な準備等はなく、「誰も話す友達がなくて寂しい」等、相談先を求めている。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→本人の様子から、切迫度は低いと判断。本人の話を傾聴し、通院先への相談を促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

記載例3) 「今すぐ受診したい」と訴えるも緊急性が高いと判断できなかったことから、ほかの対応策を提案したところ、「病院を紹介しないなら、これから電車で飛び込んで自殺する」と訴える。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→精神科救急事例ではなく、相談担当者を操作しようとしての発言と判断。病院の紹介はできないことを伝え、必要があれば自ら110番通報するように促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

IV 判断

【5 自殺の準備】が「準備している」

【12 自殺に関する発言】「今から死にます」等の自殺を即実行しようとする発言

【13 自殺意志の修正】が「不可能」

の3項目がいずれもリスクが高い場合、

もしくは、

【5 自殺の準備】が「準備している」

【6 飲酒・薬物乱用】が「酩酊・過量服薬」

の2項目がいずれもリスクが高い場合には「自殺が切迫している」と判断する。

※ただし上記3項目がいずれもリスクが高いとチェックされても、記載例3のよう

に状況を加味すること。また、通報の有無にかかわらず、判断理由をシートの【判断理由・対応】欄に記載すること。

切迫事例か否か、判断に迷った場合には、最悪の事態を想定して判断すること。
それでも判断に迷った場合には、精神科救急情報センター担当主査に助言を求めること。

V 自殺が切迫していると判断した事例への対応

自殺が切迫していると判断した事例については【8 家族・知人等】によって、自殺企図を制止できる可能性があるか否かによって情報センターの対応が異なる。

(1)「家族・知人等が誰もいない・非協力」等自殺企図を制止できない場合

自殺を防止するため警察等に通報し協力を求める。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 個人情報(氏名・住所・電話番号・家族の連絡先)を聴取する。
「あなたを助けたいので、お名前、住所、電話番号、家族の連絡先を教えてください。」と伝える。本人を警戒させる可能性があるため、一気に聞き出そうとせず、本人のペースに合わせて聴取する。
- ③ 「あなたを助けるために、情報センターから警察署(消防署)に連絡します」と伝える。本人から承諾が得られない場合でも、躊躇せず通報すること。
- ④ 本人と対応している職員以外の者が、本人の住所地を管轄する警察署等に通報し(なお生命的危険性の高い企図手段を実行している場合には救急隊の臨場を要請するため119番通報する)、相談者の個人情報、自殺予告の内容、および個人情報提供の承諾の有無を伝える。また、事前に把握していた情報(保健所からの事例情報や情報センターの過去の相談履歴等)を通報時に提供をする際は、情報の扱いについて配慮いただくよう付け加えること。
- ⑤ 警察官(救急隊)が到着するまで、できる限り通話し続けるよう努力する。

県外からの入電について

埼玉県外から入電し、通報が必要と判断される事例については県民と同様の対応をとること。

本人の個人情報が聴取できなかった場合について

本人から個人情報が聴取できない場合には、警察署に通報したとしても事実上、対応は困難である。

(2)「家族・知人等」等によって自殺企図を制止できる可能性がある場合

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 家族等が本人と同居しており在宅している場合には、「あなたを助けたいので、同

居されているご家族(友人)に電話を代わってください。」と伝える。

- ③ 家族等が数分で本人宅に駆けつけられる場合には、「あなたを助けたいので、ご家族の連絡先を教えてください。情報センターからご家族に連絡させていただきます」と伝える。
- ④ 家族が到着するまで、できる限り通話し続けるよう努力する。
- ⑤ 家族から本人への関わりを拒否された場合は、「家族は直ぐに到着できない」ことを伝え、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

本人の交際相手や知人等への連絡について

「(家族以外の)誰々にしか連絡して欲しくない」「誰々に連絡して欲しい」等、特定者への連絡を希望されることも考えられるが、原則、本人の交際相手や知人等扶養義務のない者へは、情報センターから連絡は行わない。このような場合、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

Ⅵ 切迫していないと判断した事例への対応

切迫していないと判断した事例については、従前どおり対応する。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、電話対応者の気持ちを伝える。
- ② 可能な限り「自殺はしない」という約束を取り付けるよう努力し、当面の自殺企図を回避する。
- ③ 必要に応じて、医療機関や相談機関等をアナウンスもしくは紹介する。

通報を要するほどではないが、相談内容から、医療機関や相談機関につなげていく必要があると判断した事例については、情報センター職員から当該機関に申し送ることも検討すべきである(本人から情報提供の承諾を得られた場合)。

【監修】国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦先生

自殺リスクアセスメントシート(SSIS※)

2011. 4. 1

令和 年 月 日()

No.

リスク	低	中	高
1 精神疾患		☐ あり	☐ 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害
2 身体疾患	☐ なし	☐ あり()	
3 自傷・自殺企図歴		☐ あり	☐ 致死の ☐ 1ヵ月以内(企図頻回・自傷エスカレート)
4 自殺の手段	☐ 考えていない	☐ 考えている	☐ 致死の手段()
5 自殺の準備	☐ 準備していない		☐ 準備している(致死の手段・遺書等)
6 飲酒・薬物乱用			☐ 酩酊・過量服薬
7 他者を巻き込む可能性			☐ あり
8 家族・知人等	☐ 側にいる	☐ 側にいない	☐ 誰もいない・非協力
9 支援	☐ 求めている		☐ 求めていない・得られない
10 経済状況			☐ 困窮・借金・失業
11 家族・身近な人の死	☐ なし	☐ あり	☐ 自死遺族
12 自殺に関する発言	☐ 即実行する		
13 自殺意志の修正	☐ 可能	☐ 不可能	
14 【自殺したい理由】			
15 【本人の様子】			
16 【精神科治療歴】 ☐ あり 病名() ☐ 退院1ヵ月以内 ☐ なし			
17 【備考】			
判断	☐ 切迫 個人情報提供 承諾 ☐ あり ☐ なし	☐ 警察に通報する ☐ 救急要請する ☐ 家族に連絡する ☐ その他 () ☐ 対応できず	【判断理由・対応】
	☐ その他 ☐ 警察をアナウンスする ☐ 消防をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介する ☐ 関係機関を紹介する ☐ 関係機関をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介できず ☐ その他 () ☐ 電話対応のみ		
【帰結】			

※SSIS:Saitama Suicide Intervention Scale

自殺が切迫していると判断した時は……

「死んで欲しくない」

「一緒に考える時間が欲しい」

「専門の相談機関にあなたをつなげたい」

「専門家としてあなたを助けたい」

と伝えましょう。