

## 【別冊】

# 情報連携におけるツールの紹介

1. 網羅的な相談シート例
2. 足立区\_つなぐシート 《事例7》
3. 和泉市\_つなぐ表 《事例8》
4. 柏崎市\_児童生徒からの聞き取りシート 《事例9》
5. 姫路市\_自殺未遂者連絡票 《事例10》
6. 彦根市\_自殺未遂者相談窓口連絡票（病院用/警察・消防用）《事例11》

## 1. 網羅的な相談シート例

### 【作成目的・留意点】

- ・ あくまで参考のシートである。それぞれの自治体や医療機関等の記録等をもとに網羅的に項目化したシートを提示した。
- ・ 網掛けの部分（グレー色）は特に5の先行事例でのいずれかのシートで挙げられていた項目を示している。
- ・ そのほか、実際に被災地のこころのケアで運用されている相談記録表、精神科救急での記録として運用されている用紙や、日本医療機能評価機構の研修で使われている項目も参考に加えた。
- ・ 項目の構成要素は、相談員属性、相談者および同伴者属性、心理社会的アセスメント、健康情報のアセスメント、自殺のリスク評価、連携や紹介の情報、同意、紹介先属性等である。
- ・ あくまでこれですべてが考慮されているわけではなく、一例であるので、絶対的なものではなく、それぞれの相談対応によって、やりやすい運用となるような項目等の参考例である。実際に検討するうえでは、ニーズや業務の中での負担状況なども踏まえた実施可能性や有益性から考慮し、項目を絞ったり、加えたりということを実務者で検討しながら進めるとよいと考えられる。

# 基本属性シート (表紙)

※初回相談時および内容に変更があった時に使用

※細線枠内は自由記載

- 本人から       家族・親族から
- 近隣・職場から     健康調査・全戸訪問等から
- 他の保健医療関係者から     行政から
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

初回相談日      .      .      (      )

相談員氏名 \_\_\_\_\_

( 付記 \_\_\_\_\_ )

(フリガナ)	M・T・S・H 年 月 日生 満 歳
相談者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ケースID:	電話 (      )
	職業 (      ) 収入・生活保護等 (      )

市区町村:	現所在住所 _____
町域:	市・区・町・村 _____
地区:	現所在区分
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅 (改修) <input type="checkbox"/> 自宅 (再建) <input type="checkbox"/> 借家・アパート <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> みなし仮設 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> 復興公営住宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> その他 (      )

住民票住所

現所在住所と同じ

異なる      市・区・町・村 \_\_\_\_\_

被災等	家屋	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 物品落下や破損 <input type="checkbox"/> 強制的退去 <input type="checkbox"/> なし
	家族	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (      ) <input type="checkbox"/> 行方不明 (      ) <input type="checkbox"/> 負傷あり (      ) <input type="checkbox"/> 家屋被害あり (      )
	怪我	<input type="checkbox"/> 本人負傷 (部位      )
	親類・知人等	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (      ) <input type="checkbox"/> 行方不明 (      ) <input type="checkbox"/> 負傷あり (      ) <input type="checkbox"/> 家屋被害あり (      )
	その他	<input type="checkbox"/> 収入被害 (      ) <input type="checkbox"/> 仕事の喪失 <input type="checkbox"/> 家屋以外の被害 <input type="checkbox"/> 親類が避難してきている <input type="checkbox"/> その他

家族構成	初回時の既往歴・現病歴	<b>身体疾患</b> (下記以外の現病歴は、詳細欄に記載) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他 (      )
		<b>精神疾患</b> (未確認でも必ずチェック) ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ) ⇒ 「あり」「不明」は以下もチェック <ul style="list-style-type: none"> <li>● 主病名 <b>F</b> (      )      ※詳細不明の精神疾患は F99</li> <li>● 副病名 <b>F</b> (      )      <b>F</b> (      )</li> <li>● 発症時期  <input type="checkbox"/> 災害発生後   <input type="checkbox"/> 災害発生前より (診断歴あり)   <input type="checkbox"/> 不明</li> <li>● 現在の治療状況  <input type="checkbox"/> 継続中      <input type="checkbox"/> 終了      <input type="checkbox"/> 中断      <input type="checkbox"/> 未治療      <input type="checkbox"/> 不明</li> <li>● 処方 ( <input type="checkbox"/> あり      <input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> 不明 ) ⇒ 「あり」は以下もチェック <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 抗精神病薬      <input type="checkbox"/> 抗うつ薬      <input type="checkbox"/> 抗不安薬</li> <li><input type="checkbox"/> 睡眠薬              <input type="checkbox"/> 気分安定薬      <input type="checkbox"/> 抗認知症薬</li> <li><input type="checkbox"/> 身体治療 (感冒・血圧等)      <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬</li> <li><input type="checkbox"/> その他              <input type="checkbox"/> 不明 (薬名不明)</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 未確認	

現病歴の詳細	病名	通院中医療機関	薬の種類	服薬 (回/日)	備考
		病院 科 (通院中・終了・中断・不明)			
		病院 科 (通院中・終了・中断・不明)			

相談記録

相談シート 1号紙 - 1 (初・継)

※相談シート 1号紙は、毎回使用

※太線枠欄はタブレット入力項目、細線枠内は自由記載

本人面接 ・ 他者面接 ・ 他者情報 ・ 不在

(他者の場合氏名等)

(他者の連絡先等)

相談日 . . . ( )

相談員氏名

(その他付記)

(フリガナ)		M・T・S・H		相談時間	
相談者氏名 : <input type="checkbox"/> 男		年 月 日生		: ~ :	
ケースID :		<input type="checkbox"/> 女		所要時間 :	
市区町村 :		相談方法			
町域 :		<input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 面接相談 ( <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 集団活動での相談 <input type="checkbox"/> その他 ( ))			
地区 :		<input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> その他 (他者面接・他者情報等) (支援者面接 <input type="checkbox"/> )			
		相談場所			
		<input type="checkbox"/> 相談室・窓口 ( )			
		<input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅			
		<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> 市役所・役場内 <input type="checkbox"/> 電話			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
相談対象		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他			
同伴者		<input type="checkbox"/> 家族 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 友人・知人 ( ) <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
主訴		<input type="checkbox"/> 自傷・自殺企図 <input type="checkbox"/> 自殺念慮 (行為を伴わない) <input type="checkbox"/> 身体的不調 ( )			
		<input type="checkbox"/> 精神的不調 ( ) <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 支援の不在等 ( )			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>症状</b>  ※網掛け項目は厚労省報告項目	<input type="checkbox"/> 精神症状		<input type="checkbox"/> 不眠 (睡眠問題) <input type="checkbox"/> こわい夢をみる (睡眠問題) <input type="checkbox"/> 日中眠くなる (睡眠問題)		
			<input type="checkbox"/> 不安・恐怖 (不安症状) <input type="checkbox"/> 焦燥感 (情動) <input type="checkbox"/> イライラ (情動) <input type="checkbox"/> 不穏 (情動)		
			<input type="checkbox"/> 抑うつ (情動) <input type="checkbox"/> 自責感 (情動) <input type="checkbox"/> 喪失感 (情動) <input type="checkbox"/> 気分が落ち込みやすい (情動)		
			<input type="checkbox"/> 憂うつ (情動) <input type="checkbox"/> 絶望的になる (情動) <input type="checkbox"/> 価値観がないと感じる (情動)		
			<input type="checkbox"/> 思い出すと動揺する (情動) <input type="checkbox"/> 躁状態 (情動) <input type="checkbox"/> 乖離・転換症状 <input type="checkbox"/> 強迫症状		
		<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない (行動) <input type="checkbox"/> 多弁・多動 (行動) <input type="checkbox"/> 退行 (行動)			
		<input type="checkbox"/> 些細なことで涙がでる (行動) <input type="checkbox"/> 引きこもりがちである (行動)			
		<input type="checkbox"/> てんかん・けいれん発作 <input type="checkbox"/> アルコール (飲酒問題) <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 小児特有の症状			
		<input type="checkbox"/> 希死念慮 (思考) <input type="checkbox"/> 自傷 (行動) <input type="checkbox"/> 自殺企図 (行動)			
		<input type="checkbox"/> 無気力 (何をすることも億劫) (意欲) <input type="checkbox"/> 食欲不振 (食欲がない・食べられない) (意欲)			
		<input type="checkbox"/> 腹が立ち、人を責めたくなる (攻撃性)			
		<input type="checkbox"/> ものごとに集中できない (注意集中) <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない (思考)			
		<input type="checkbox"/> 何をしても面白くない (意欲) <input type="checkbox"/> 思い出したくないのに思い出してしまう (記憶)			
		<input type="checkbox"/> 物忘れをする (記憶) <input type="checkbox"/> 思い出して体が反応する (身体症状)			
		<input type="checkbox"/> 集団生活に疲れている <input type="checkbox"/> 話せる場がない <input type="checkbox"/> コミュニケーションがうまく取れない			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 身体症状		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 腹痛			
		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 失禁・頻尿 <input type="checkbox"/> 尿がでにくい			
		<input type="checkbox"/> 手足のむくみ <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 足や体のふるえ・麻痺			
		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 歯痛 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 風邪がなかなか抜けない			
		<input type="checkbox"/> 運動不足である <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病・高血糖 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 生活の問題		<input type="checkbox"/> 交通手段がない <input type="checkbox"/> 銀行等でのお金の出し入れができない			
		<input type="checkbox"/> 日用品の買い物ができない <input type="checkbox"/> 電話が使えない <input type="checkbox"/> トイレが不便			
		<input type="checkbox"/> ごみ捨てに困っている <input type="checkbox"/> 入浴が不便 <input type="checkbox"/> ペットの飼育に困っている			
		<input type="checkbox"/> 食事の準備に困っている <input type="checkbox"/> 住居の不便さ <input type="checkbox"/> 生活費に困窮している			
		<input type="checkbox"/> 集まれる場所がない <input type="checkbox"/> 相談にのってくれる人がいない			
		<input type="checkbox"/> 日常動作が不自由になった <input type="checkbox"/> 以前より外出が減った <input type="checkbox"/> プライバシーが確保されない			
		<input type="checkbox"/> 近所付き合いが疲れる <input type="checkbox"/> 地域の役割がストレス <input type="checkbox"/> 病院に受診しづらい			
		<input type="checkbox"/> 介護・看病疲れ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 放射能 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 仕事の問題		<input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 配置転換・転勤 <input type="checkbox"/> 上司・同僚とのトラブル <input type="checkbox"/> 労働時間や条件の変化			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 経済の問題		<input type="checkbox"/> 経済生活再建 <input type="checkbox"/> 借金 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 家族の問題		<input type="checkbox"/> 介護・看病 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請 <input type="checkbox"/> 介護サービスについて <input type="checkbox"/> 養育の問題			
		<input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 人間関係		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 交際相手 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> ライフイベント		<input type="checkbox"/> 配偶者の死 <input type="checkbox"/> 親友の死 <input type="checkbox"/> 近親者の死 <input type="checkbox"/> 大きなけがや事故 <input type="checkbox"/> 入院・退院			
		<input type="checkbox"/> 家族の健康の変化 <input type="checkbox"/> 親戚関係のトラブル <input type="checkbox"/> 生活環境の変化 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 結婚			
		<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 新しい家族メンバーの加入 <input type="checkbox"/> 進学・卒業 <input type="checkbox"/> 転校			
		<input type="checkbox"/> 退職・引退 <input type="checkbox"/> 震災の復興復旧業務に係る派遣 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

相談記録

# 相談シート1号紙-2

ID: \_\_\_\_\_

相談日 . . ( )

相談者氏名

相談員氏名

感染症関連項目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし チェック必須	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ感染症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 体調が悪いと感染したのではと心配になる <input type="checkbox"/> 感染が心配で外出を控えている <input type="checkbox"/> 感染が心配で病院へ行くのを控えている <input type="checkbox"/> 感染が心配で相談に行けない <input type="checkbox"/> 感染が心配で買い物に行けない <input type="checkbox"/> 感染対策物品が買えず困っている <input type="checkbox"/> 集まる機会が減った <input type="checkbox"/> 人に会うことが減った <input type="checkbox"/> 会話が減った <input type="checkbox"/> 家に訪ねてくる人が減った <input type="checkbox"/> 仕事が減った <input type="checkbox"/> 失業した <input type="checkbox"/> 転職した <input type="checkbox"/> 収入が減った <input type="checkbox"/> 時差出勤している・していた <input type="checkbox"/> テレワークしている・していた <input type="checkbox"/> 仕事が増えた <input type="checkbox"/> 生活費に困窮している <input type="checkbox"/> 孤立を感じている <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む <input type="checkbox"/> 不安である <input type="checkbox"/> ストレスを感じている <input type="checkbox"/> 怒りを感じる <input type="checkbox"/> 周囲の目が気になる <input type="checkbox"/> 引きこもりがちである <input type="checkbox"/> テレビのニュースや報道を耳にすると動揺する <input type="checkbox"/> 家族の心配 <input type="checkbox"/> 子育ての不安 <input type="checkbox"/> 家族が離れて暮らしており、会えない <input type="checkbox"/> 子どもが離れて暮らしており心配 <input type="checkbox"/> 離れて暮らしている親が心配 <input type="checkbox"/> 相談にのってくれる人が身近にいない <input type="checkbox"/> 日常動作が不自由になった <input type="checkbox"/> この先の生活の不安 <input type="checkbox"/> 勉強が遅れないか不安 <input type="checkbox"/> クラブ活動が十分にできなくなった <input type="checkbox"/> 学校の行事が減った <input type="checkbox"/> 地域の行事の参加が減った <input type="checkbox"/> 友人と遊べない <input type="checkbox"/> その他 ( )

診断欄 (診断名は複数選択可)	<input type="checkbox"/> 精神疾患あり又は疑い(以下の診断名をチェック) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 精神疾患に該当しない (いずれかをチェック)	
	<input type="checkbox"/> F0 器質性精神障害	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F1 物質常用障害	<input type="checkbox"/> 急性アルコール中毒 <input type="checkbox"/> 離脱症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F2 精神病性障害	<input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 錯乱 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F3 気分障害	<input type="checkbox"/> 躁病 EP <input type="checkbox"/> うつ病 EP <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F4 神経症性障害	<input type="checkbox"/> ストレス関連障害 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 全般性不安障害 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F5 生理的・身体的要因に 関連する行動異常	<input type="checkbox"/> 非器質的不眠症 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 産褥に関する精神障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F6 成人の人格および行動の障害	
	<input type="checkbox"/> F7,8,9 発達に関連する 何らかの診断	<input type="checkbox"/> 精神遅滞 <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 分離不安 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 夜驚 <input type="checkbox"/> 遺尿・遺糞 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> F99 詳細不明の精神疾患	
<input type="checkbox"/> G4 てんかん (発作型)		
<input type="checkbox"/> 精神科以外の状態像または診断 ( )		

発症時期 (精神疾患あり・疑い又は不明の場合)	<input type="checkbox"/> 災害発生後 <input type="checkbox"/> 災害発生前 (診断歴あり) <input type="checkbox"/> 不明 (時期: )
-------------------------	--

所見	血圧 _____ 脈拍 _____ 体温 _____ 医師の対応: <input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 助言・指導 <input type="checkbox"/> なし (医師名: _____) <input type="checkbox"/> 行政・関係機関への対応: 同行・同席 (同行・同席者: _____) 区分: <input type="checkbox"/> 県・市町村担当者 <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> 精神科以外の医療チーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 行政・関係機関へのスーパーバイズ (助言指導含む) (助言先: _____) <input type="checkbox"/> 傾聴 <input type="checkbox"/> 情報確認 <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 不在ちらし投函 <input type="checkbox"/> 薬物療法 ( <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )) <input type="checkbox"/> 医療機関紹介 ( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 紹介先 ( )) <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (連絡先住所・電話等 ( )) <input type="checkbox"/> 市役所・役場 (市町村名: _____) <input type="checkbox"/> 包括支援センター (市町村名: _____) <input type="checkbox"/> 被災者相談支援センター (市町村名: _____) <input type="checkbox"/> その他 紹介先 ( ) 同意 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄・氏名等 ( )) 同意内容 ( <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ( ))
対応	今後の計画 (転機) <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 関係機関紹介 ( ) GAF ( )

相談記録

# 相談シート 1号紙 - 3

ID: \_\_\_\_\_

相談日 . . . ( )

相談者氏名

相談員氏名

自殺のサイン

- 訴え
- 死や自殺の願望・意思を口にしている (自殺念慮)  絶望感やあきらめを口にしている
- 身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている  悲観的なことを口にしている
- 既往歴・家族歴
- 精神疾患の既往がある、 自傷・自殺企図の既往がある、 自殺の家族歴がある
- 生活環境・ライフイベント
- 最近、親しいものとの離別・死別があった、 失業や経済的破綻を経験した
- 家族や介護者、相談者がおらず孤立している、 過酷な体験をしている
- 直前の病状説明や悪い知らせ (がんの告知など) の後である
- 入退・退院の不安を抱えている、 病状の変化・増悪があった
- 症状、疾病
- 精神症状を呈している、あるいは精神疾患を合併している  抑うつ状態にある
- 強い不安状態ないしは焦燥状態にある  不眠や食思不振がつづいている
- 症状 (身体症状あるいは精神症状) が不安定化、悪化している  自らを強く責めている
- 体調不良や痛みなどを強く悩んでいる
- 不安定な行動、自殺の意図が疑われる行動
- 明らかな行動上の変化・異常を認めている  慢性ないしは進行性の身体疾患に罹患している
- 自身の身体や健康に無頓着である  感情が不安定 (突然涙ぐんだり、抑うつ的、攻撃的になる)
- 理由なく荷物を整理する等死の準備をすることが疑われる  自殺についての文章や詩、絵をかいたりする  別れをほのめかす  自暴自棄・投げやりな態度  性格が急に変わったように見える  遺書を準備している  自殺につながる危険な行動がある
- 自殺アクセスの容易さ
- 自殺の手段を有している (ナイフ、ロープ等)  空いている窓の近く  単独院外外出など
- その他
- 無断離院、家族と口論、家族への感謝の手紙、転院や退院の話題、鎮痛剤の使用に関するスタッフとのやりとり、化学療法の副作用が著明、他患とのトラブル、直前の墓参、同居家族の介護の負担・悲観を看護師に話していた

(参考: 自殺のリスクアセスメントのチェックリスト (日本医療機能評価機構版改変))

自殺行動・動機

- 自殺企図・自傷・自殺念慮
- 自殺企図歴 (  今回  以前 (      回  手段      )
- 自傷行為歴 (  今回  以前 (      回  手段      )
- 自殺念慮 (  計画性  強度 { 強・中・弱 } )
- 自殺関連行動の動機・背景 深刻度 { 強・中・弱 }
- (  家庭  家族  住居  経済状況  学業・進学  いじめ・その他 (      )
- 幻覚・妄想  病苦 ( 体の病気 )  ( 心の病気 )  いじめ・その他 (      )
- 仕事 (  失業  倒産  転職  業務荷重  その他 (      )
- 災害  犯罪被害  不明  その他 (      )
- 手段
- 薬物  毒物  切創  焼身  ガス  飛び降り  飛び込み  縊頸  その他 (      )

危険度

- 高  中  低
- 理由 ;

相談者氏名

\_\_\_\_\_

相談日 . . ( )

相談員氏名

状況・経緯等	
所見	
対応	処方内容 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗認知症薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 身体治療 <input type="checkbox"/> 睡眠薬            (感冒・血圧等) <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> その他
	処方の際し (医師が確認) <input type="checkbox"/> 本人の承諾 <input type="checkbox"/> 薬剤の作用、副作用の説明 <input type="checkbox"/> お薬情報の発行

相談者氏名

相談日

相談員氏名

本人情報 (網掛けは複数選択可)	医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(協会けんぽ・組合健保等) <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 医療扶助(生保) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明		
	医療費助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院医療)(通院先: ) (有効期間:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生医療) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療給付 <input type="checkbox"/> 被災者医療費免除対象 <input type="checkbox"/> その他( )		
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(ありの場合は、以下をチェック) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 障がい 種 級) (有効期間:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(□1級 □2級 □3級) (有効期間:平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 療育手帳(□A □B) (有効期間:平成 年 月 日)		
	障害年金	<input type="checkbox"/> あり(ありの場合は、以下をチェック) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 種別:□国民年金 □厚生 □共済 等級:□1級 □2級 □3級 □不明 認定内容:□精神疾患 □その他疾患( ) □不明		
	収入	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 老齢年金(□国民年金 □厚生 □共済) <input type="checkbox"/> 障害年金(詳細は上記欄チェック) <input type="checkbox"/> その他の年金( ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無収入		
	介護保険	認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請あり⇒ <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護(□1 □2 □3 □4 □5 □不明(審査待ち含む))	
		サービス利用	<input type="checkbox"/> あり(ありの場合は、以下をチェック) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他( ) 利用事業所・施設名( ) ( ) ( )	
		その他	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他( ) ( ) ( )	
	障害福祉	認定	<input type="checkbox"/> あり(区分:□1 □2 □3 □4 □5 □6 □不明) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
		サービス利用	<input type="checkbox"/> あり(ありの場合は、以下をチェック) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援) <input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム) <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練・生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型=雇用型、B型) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 福祉ホーム 利用事業所・施設名( ) ( ) ( )	
主な支援者		<input type="checkbox"/> 配偶者( ) <input type="checkbox"/> 父親( ) <input type="checkbox"/> 母親( ) <input type="checkbox"/> 子( ) <input type="checkbox"/> 親戚( ) <input type="checkbox"/> 近所( ) <input type="checkbox"/> 市町村担当者( ) <input type="checkbox"/> 利用サービス担当者( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
問題	本人が困っていること			
	問題点			
支援方針	支援目標			
	計画	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 受療介入 <input type="checkbox"/> 家族へ協力依頼 <input type="checkbox"/> 障害年金申請 <input type="checkbox"/> 生活保護の申請 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業の利用 <input type="checkbox"/> その他( )		
支援内容	依頼先	<input type="checkbox"/> 県(部署: ) (担当名: ) <input type="checkbox"/> 市町村(市町村名: ) (担当名: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター(市町村名: ) (担当名: ) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療機関名: ) (担当名: ) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(市町村名: ) (担当名: ) <input type="checkbox"/> その他の機関( )		
	内容			
	時期	<input type="checkbox"/> 1週間 <input type="checkbox"/> 2週間 <input type="checkbox"/> 3週間 <input type="checkbox"/> 4週間 <input type="checkbox"/> 5週以降 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的実施日:H 年 月 日(具体的内容: )		
経過	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 途中経過 <input type="checkbox"/> 達成困難 <input type="checkbox"/> その他( )			
結果・転帰	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続( ) <input type="checkbox"/> 関係機関紹介( ) 今後の支援内容:			





ID: \_\_\_\_\_

相談記録

# 連携相談シート 1号紙 (初・継)

※相談連携シート 1号紙は、相談先で記載。  
※必要によって相談シート 2号紙を記載。

本人面接 ・ 他者面接 ・ 他者情報 ・ 不在

(他者の場合氏名等 \_\_\_\_\_)

(他者の連絡先等 \_\_\_\_\_)

相談日 \_\_\_\_\_ ( )

相談員氏名 \_\_\_\_\_

(その他付記 \_\_\_\_\_)

(フリガナ)		M・T・S・H	相談時間
相談者氏名:	<input type="checkbox"/> 男	年 月 日生	: ~ :
ケースID:	<input type="checkbox"/> 女	満 歳	所要時間 :

連携先の基礎情報	<input type="checkbox"/> 医療機関紹介 ( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 紹介先 ( _____ ) ) <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (連絡先住所・電話等 _____ ) <input type="checkbox"/> 市役所・役場 (市町村名: _____ ) <input type="checkbox"/> 包括支援センター (市町村名: _____ ) <input type="checkbox"/> 被災者相談支援センター (市町村名: _____ ) <input type="checkbox"/> その他 紹介先 ( _____ )	今後の計画(転機)	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 関係機関紹介 ( _____ )
	支援についての同意 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄・氏名等 _____ ) ) 同意内容 ( <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )		GAF ( _____ )

## その他の情報

状況・経緯等	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
所見	          	
対応	          	

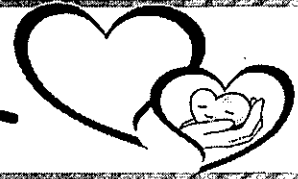
## 2. 足立区\_つなぐシート 《事例7》

### 【使用目的・使用方法】

次ページ以降に掲載している、「つなぐ」シートの説明資料および「つなぐ」シートQ & Aをご参照ください。

～あなたの悩みを安心へ～

# 「つなぐ」シート



## (1) 「つなぐ」シート作成の背景

- 経済的に苦しいや社会から孤立している人は、病気や障がい、家族関係の問題、社会への不適応等、さまざまな課題を複合的に抱えていることが多い
- いくつかの要因が重なり合い自殺に至る場合もある
- 自らの状況を適切に伝えられない人がいる。
- 課題解決のために何をすればよいのかがわからない人がいる。
- 相談の窓口を訪ねる気持ちがあっても行けないで悩んでいる人もいる。



- 複数の悩みを抱えている相談者にできるだけ早い段階で「つなぐシート」などを使用し、関係する所管・機関と情報を共有する
- 複数の相談所管・機関との連携で相談者の悩みをできる限り早期に解決する

## (2) 「つなぐシート」のメリット

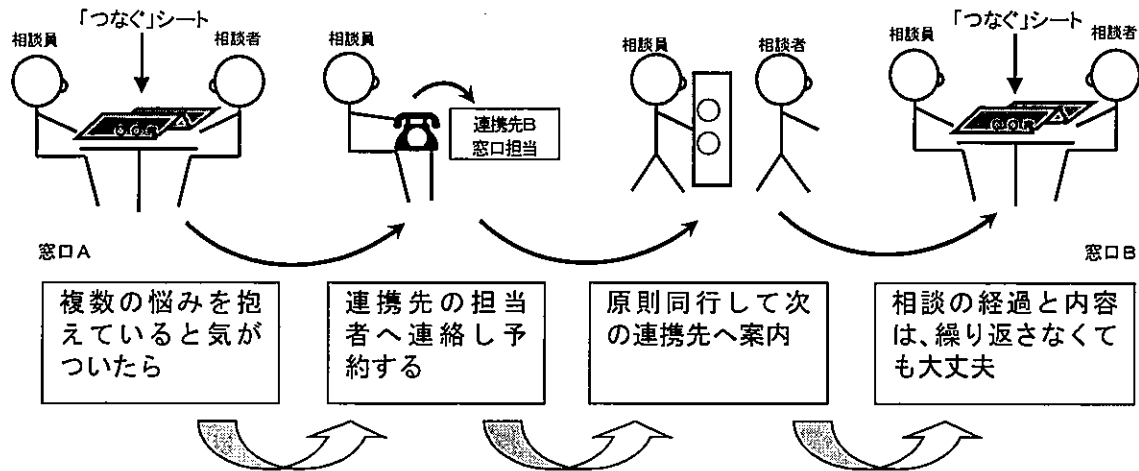
相談者のメリット 次の相談へのハードルを下げられる

- 相談場所・担当者が明確 ⇒ 安心してすぐに次の相談ができる
- 相談者の情報が確実に伝達 ⇒ 「同じ話をしなくてもすむ」相談者の負担軽減
- 複数の相談員が支援 ⇒ 「多くの問題を一人で抱えている」孤立感を軽減

相談員のメリット チームで相談者を支えられる

- 相談の経過と内容が明確に ⇒ 相談員の負担軽減
- 相談結果を集約し事例を共有化 ⇒ 相談員のモチベーションを高める
- 区民の多くが抱える問題と連鎖が浮き彫りになる ⇒ 今後の対策に活用

### (3) 「つなぐ」シートを使った相談の流れ



## 《方法》

### 【初回窓口】

- 1 本人に同意を得た上で、署名欄に記入してもらいます。
- 2 連携先の窓口に電話連絡し、相談受任の確認をとります。
- 3 相談者の都合に配慮し、相談日時を決めます。また、連携先の担当者名を明確にし、相談者に伝えます。

#### 連携先の窓口へ

- ① 原則同行する  
相談員が「つなぐシート」を持参し相談者を連携先へ案内します。
  - ② 出先所管・機関同士でのつなぎ、本庁舎と出先所管・機関とのつなぎなど、同行できない場合  
本人に「つなぐ」シートを渡し連携先の窓口担当者を訪ねるよう伝えます。
- 4 相談終了後、「つなぐ」シートのコピーを2部を取り、1部を控えとして各課で保管し、1部を「くらしとしごとの相談センター」に交換便（個人情報送付用封筒の使用及び手続きによる）で送付して下さい。

※ つなぐシートへの記述は、本人からの申し出、確認した事項を客観的に記述し、主観的記述は行わない。

### 【連携先窓口】

- 1 連携先窓口は、「つなぐ」シートを受け取り、相談内容を参考にして、対応してください。
- 2 相談後、相談内容を記載し、さらに連携先が必要な場合は、次の連携先を案内してください。（初回窓口 2. へもどる）

## 「つなぐ」シートQ&A

Q1:どのような言葉で次の相談窓口を勧めたらよいでしょうか？

A:「もしまだご相談していないようでしたら、こういうところにご相談なさってはいかがでしょうか。私から紹介しますが」

A:「〇〇(窓口)でしたら、〇〇の問題の対応に詳しいので、ご相談なさってはいかがでしょうか。ここなら私がお紹介できます。私から事情をお話して安心してご相談できるようにしますが」

A:「お一人で悩まずに、まずは(内容に適したところと)ご相談してみませんか。お一人で悩んでいるとお辛いと思います。誰かと相談しながら、解決の道筋を一緒に考えていくというのがいいのではないのでしょうか。(孤立させない)」

### 控えたい言いまし

- ・「～できる」
- ・「生活保護にしてもらえる」
- ・「一緒に病院に行ってもらえる」
- ・「必ず解決してくれる」



対応ができるかどうかの判断するのは、それぞれの窓口です。  
〇〇の相談にのってくれるので、相談してみるのが良いのではないのでしょうか。  
と伝えてください。

Q2:かならずこの「つなぐ」シートを使用しなければいけないのですか？

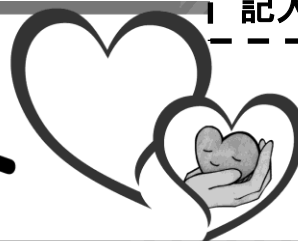
A:本人が納得・了解してくださった場合に使ってください。無理に進める必要はありません。抵抗がある人には使用しなくてもかまいません。

Q3:「つなぐ」シートを活用し、他部と連携しましたが、相談者の経過が気になります。教えていただけますか？

A:「つなぐ」シートはくらしとしごとの相談センターで集約します。連絡いただければお答えいたします。また、月に1回相談連携状況一覧を関係部署にフィードバックするとともに、各部署ごとに連携先・件数をまとめた一覧表を作成し報告します。

～あなたの悩みを安心へ～

## 「つなぐ」シート



## 相談申込・受付票

ID		※初回 相談受付日	令和 年 月 日	受付者	
----	--	--------------	----------	-----	--

## ■基本情報 ※太枠欄は必ずご記入ください。

相談支援の検討・実施等にあたり、私の相談内容を必要となる関係機関(者)と情報共有し、保管・集約することに同意します。				相談者に他の窓口と相談内容、個人情報共有してよいかの確認・同意のうえ署名していただきます。	
				署名欄	
ふりがな		性別	□男性 □女性 □その他		
氏名		生年月日	□大正 □昭和 □平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 -				
電話	自宅		携帯		
来談者 注)ご本人 以外の場合 に記入してく ださい。	氏名		ご本人と の関係	□家族(本人との続柄: ) □その他( )	
	住所				
	電話 (自宅)		電話 (携帯)		

## ■ご相談の内容(お困りのこと)

※ご相談されたい内容に○をおつけください。ご相談されたいことが複数の場合は、全て○をし、一番お困りのことには◎をおつけください。

仕事探し、就職について	収入・生活費のこと	仕事上の不安やトラブル
家賃やローンの支払いのこと	税金や公共料金等の支払いについて	債務について
資金の貸付について	住まいについて	病気や健康に関すること
こころの問題に関すること	食べるものがない	家計全般に関すること
介護に関すること	子育てに関すること	ひきこもり・不登校
家族関係・人間関係	地域との関係について	DV・虐待について
その他( )		

※ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

--

(初回相談受) 相談を受けた窓口部署、担当者名を記入します。

自殺念慮の心配があると察知した場合は、担当者名を○で囲みます。

相談内容・概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">●●</span>
	※初回部署は記入不要	
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 健康・生活 ( ) <input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         相談者から聞き取った主訴について整理し記入します。主観的な感想などは記入しないでください。       </div>		
<今回の対応> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         相談に対してどのような対応をしたかの概要や、必要と思われる連携先、相談の終結の仕方などを記入します。       </div>		
当課の継続相談 有・無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">         区の部署と連携するが、今後も当所で相談を継続していくか、今回で終了するかをチェックします。       </div>		



※他の部署への相談が必要な場合のみ次頁へ



相談が必要と 思われる部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( )	<input type="checkbox"/> 多重債務 ( )	<input type="checkbox"/> 健康・生活 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護 ( )	<input type="checkbox"/> 子育て ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

相談内容により、いくつかの区の他部署と相談した方が望ましいと思われる場合に、紹介先部署名にチェックまたは担当部署名を記入します。

紹介先①	予約日時		上記のうち、優先度の高い相談先を1つ記入します。	同行 有・無
		課	係 担当者	館 階
	名称	担当者		
①	住所	電話番号		

相談内容概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 生活 ( )	
	<input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<今回の対応>	
	当課の継続相談 有・無	

(くらしとしごとの相談センター回付日 年 月 日)

相談が必要と 思われる部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( )	<input type="checkbox"/> 多重債務 ( )	<input type="checkbox"/> 健康・生活 ( )
	<input type="checkbox"/> 介護 ( )	<input type="checkbox"/> 子育て ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

紹介先②	予約日時		同行 有・無
		課	係 担当者 館 階
	名称	担当者	
②	住所	電話番号	

相談内容概要	相談受付日 月 日 ( ) 部署名	担当者
	相談済の部署 <input type="checkbox"/> 仕事 ( ) <input type="checkbox"/> 多重債務 ( ) <input type="checkbox"/> 生活 ( )	
	<input type="checkbox"/> 介護 ( ) <input type="checkbox"/> 子育て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<今回の対応>	
	当課の継続相談 有・無	

(くらしとしごとの相談センター回付日 年 月 日)

### 3. 和泉市\_つなぐ表 《事例8》

#### 【使用目的】

- ・ 市民からの相談内容で自殺の危機要因になりうる事項について、それぞれの危機要因に「気づきやすい課」とつなぎ先となる「具体的な支援が出来る課」を一覧表に取りまとめることで、相談を受けた課から具体的な支援が行える課へのつなぎをスムーズに行うために活用。
- ・ 自殺の特性についての留意事項やゲートキーパーとして心がける事項についても記載し、職員の自殺対策への意識醸成も兼ねる。

#### 【使用方法・留意点】

- ・ つなぎ先として相談を受けた課は、相談内容を聞き取るなかで主となる課題を整理し、対応が困難な場合や必要な場合は適切な課へつなぐ。
- ・ 生活保護受給者の支援については、危機要因を問わず、必要時は生活福祉課と連携のうえ対応する。
- ・ 確認事項欄に対象者の例を記載しているが、つなぎ先に困った場合は、つなぎ先のいずれかの課にまず相談する。
- ・ 自殺の危機要因を複数重ね持つなど課題が複雑な場合や、相談内容が不明確でつなぎ先を特定できない場合は、保健センターやくらしサポート課にて課題の整理や他課との調整について相談を勧める。
- ・ 相談を他課につなぐ場合は、できる限り事前に連絡を行い、相談の主訴や経緯を伝えたくえで案内する。
- ・ 市民への案内用の資料として、「つなぎのリーフレット」を使用している。リーフレットには市の相談窓口一覧のほか、困りごとや相談内容のチェックリストと、相談内容の詳細・経緯等が書き込めるメモ欄を掲載している。

Table with 2 columns: 本表作成の目的・目標 (Objective) and 自殺の特性として、念頭においておく事 (Characteristics). It details the goal of preventing suicides through awareness and the various factors contributing to suicidal thoughts.

Table with 2 columns: 市職員が「ゲートキーパー」として役割を担うこと (Role of staff) and 留意点 (Points to note). It outlines the staff's role in identifying risks and provides specific advice on how to approach individuals at risk.

【自殺予防の視点からの役割】 ●気づく→●つなぐ

Main table mapping risk factors (e.g., economic, family, health) to specific support departments (e.g., counseling, childcare, health services) and their respective roles in providing support.

\*自殺の危機要因を複数重ね持つなど課題が複雑な場合や相談内容が不明確でつなぎ先を特定できない場合は、福祉総務課・くらしサポート課にて課題の整理や他課との調整について相談を勧める。

※上記の表からは削除していますが、実際はつなぎ先となる各課の電話番号が「具体的な支援が出来る課」欄に記載されています。

## 4. 柏崎市\_児童生徒からの聞き取りシート 《事例9》

### 【使用目的】

- ・ 柏崎市教育委員会学校教育課が作成し、柏崎市立の小中学校を対象に使用。自傷行為や自殺のほのめかしがある生徒の情報について、学校から学校教育課へ共有するためのツールとして活用。

### 【使用方法・留意点】

- ・ シートには、いつどのように、どの程度の傷か、どのような状況で自傷が起こったのかを具体的に自由記載で記述する。また、学校としてどのような対応をしたか、学校で今後どのような対応を考えているのか、専門機関を含め支援介入をお願いしたいか等について記載する。
- ・ ケース対応に関しては、都度緊急性に応じて参集する。流れとしては、学校教育課から健康推進課に一報が入った後、健康推進課が情報をとりまとめ、ケース対応の関係課の判断を行い、招集をかける。共有された情報から介入が必要と思われる課でケース会議を行ったり、学校に出向いて学校側と一緒に支援を考える。
- ・ 学校から出されたシートは、学校教育課、子どもの発達支援課、子育て支援課、健康推進課、ひきこもり支援センターから構成される「思春期サポートチームメンバー」で共有する。「思春期サポートチームメンバー」のなかで、受診が必要となれば健康推進課、家庭支援が必要ならば子育て支援課、心理的な支援が必要ならば子どもの発達支援課等、どの課がどのように関わるかの見通しを立ててから介入支援をしている。
- ・ 複雑な家庭背景や、生活困窮などが関わるような複合的なケースについては、当面の自殺予防に関する危機介入は健康推進課が対応し、その後の継続した支援については子育て支援課が主になり、支援方法について検討する。聞き取りシートを共有するのは「思春期サポートチームメンバー」の中だけであり、必要な内容を次の支援先となる課に情報提供しながら支援を整える。
- ・ 学校がすぐにシートを作成できない場合でも、必ず学校教育課に一報が入るため、状況に応じて学校教育課の担当指導主事が学校の代わりにシートを書いてまとめる協力体制をとっている。



関係者以外部外秘

「児童生徒からの聞き取りシート」  
(自傷行為・自殺ほのめかしに関する報告に使用してください)

柏崎市教育委員会学校教育課

記入日 年 月 日

学校としての心配程度 (該当する項目に○)	高(緊急性高) ・ 中(緊急性はないが対応必要) ・ 低(情報共有)
学校名	小学校・中学校
児童生徒名	年 組
報告者(校務分掌)	(校長・教頭・担任・生徒指導担当・養護教諭・ )
主な担当職員	(担任・生徒指導担当・養護教諭・ )
<b>本人の状況</b> ★家族構成は構成員に○をつける。 ★主訴について簡潔に記入する。 (自殺をほのめかす言葉等、本人の状況がストレートにわかる情報) ・現時点でわかる範囲で該当項目全てに○をつける	★家族構成【父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・( )】 ★本人の主訴 ・ ( )医療受診履歴あり(医療機関名: ) ( )過去に自傷行為あり( 回ぐらい) ( )自傷行為、自殺ほのめかし以外の行動あり(内容: ) ( )保護者は自傷行為の事実を知っている(父・母・兄弟・それ以外) ( )帰宅させると本人に危害が及ぶ危険な状況であることが心配される。 ( )帰宅させることができるが、家庭での心配がある。 ( )本人と保護者との関係性で心配な点がある。(虐待歴など) ・
①起こった事実(※時系列で端的に) (何をしたか→リストカット、過量服薬等) (どんな手段でしたか【量】→カッター等の道具、錠剤を10錠程 等)が分かるように。	
②学校として現在考えている対応 【校内での対応を考えている ・ 相談機関からの協力がほしい】	

このシートを活用し、学校教育課までご連絡ください。

電話

## 5. 姫路市\_自殺未遂者連絡票 《事例 10》

### 【使用目的】

- ・ 現在は救命救急センター1か所、2次救急の病院3か所の計4病院に連絡表を配布し、自殺未遂で救急搬送された患者の情報について保健所・保健センターと共有するためのツールとして活用。

### 【使用方法・留意点】

- ・ 連絡表使用のフロー図を作成し、病院に渡している。フロー図では、未遂者搬送から入院、そして患者への情報提供の同意を得て、どのタイミングで保健所に報告するかなどの流れを示している。
- ・ 連絡表の主な記入者は病院によって異なるが、PSW、MSWが多い。連絡表の詳細な記載方法について市から特に定めておらず、連絡表をベースに病院で使いやすく変えてもかまわないと伝えている。
- ・ 患者搬送後、病院から個別支援をしている保健センターへ電話連絡があり、地域連携室が患者と面接をするなどして状況を把握したうえで、後日連絡表が送付される。入院期間が短い場合は、退院直後などできるだけタイムリーに送付してもらうようにしている。
- ・ 連絡表の提出があった後は、保健所・保健センター内で連絡表の内容を確認し、保健センターから直接患者に連絡を取り、支援を検討する。支援内容の検討の際は、連絡表内の「面接状況」欄に記載されたアセスメント内容を参考にする。
- ・ 連絡表は、庁内他部署との共有はしておらず、病院と保健所・保健センターのみの共有としている。自殺未遂の背景の内容に応じて、庁内の担当課へつなぐ際に保健所・保健センターから連絡表の内容を情報提供する場合もある。
- ・ 保健所への情報提供の同意がないと行政側からの介入ができないため、情報提供の同意については、病院で丁寧に確認してもらうようにしている。病院との連絡表の使用に関する打ち合わせの際に、情報提供の同意がない場合の対応をすり合わせているが、同意がない場合は情報提供をしないということを定めている病院もある。
- ・ 個人情報の提供について、患者本人からの同意は得られなくても、家族からの同意のみ得ている場合もあり、同意の状況に合わせて対応している。
- ・ 病院側から連絡表を使用した結果のフィードバックがある方がモチベーションにつながるという意見を貰い、支援対象者の同意を得た上で、その後の経過や支援について報告書を作成し、ケースごとに担当の保健センターが病院へフィードバックを行っている。

No \_\_\_\_\_

### 未遂者連絡表

記載日

年 月 日

フリガナ			生年 月 日	年 月 日 ( 歳 )	性別		職業	
患者氏名								
住所						保険		
連絡先	電話			携帯電話				
来院日	平成	年	月	日				
入院状況	入院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	入院期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日						
今回の未遂行為	未遂行為	<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 毒物 <input type="checkbox"/> 首つり <input type="checkbox"/> 飛び降り <input type="checkbox"/> 練炭 <input type="checkbox"/> リストカット <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	過去の未遂歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
	未遂行為の背景	<input type="checkbox"/> 家族問題 <input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> 経済生活問題 <input type="checkbox"/> 勤務問題 <input type="checkbox"/> 男女問題 <input type="checkbox"/> 学校問題 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
	その他の危険因子							
医療の状況 (精神科領域)	精神疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 病名:						
	通院歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 医療機関名:						
	特記事項							
生活状況	家族	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (続柄 同居 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 連絡先:						
	家族構成							
	特記事項							
退院後に ついて	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 転院 (病院名: )						
	<input type="checkbox"/> 診療所紹介	(医院名 )						
	<input type="checkbox"/> その他							
情報提供の 同意の有無	保健所案内	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
	案内方法	<input type="checkbox"/> リーフレット <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 文章 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	本人の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ( )						
	家族の同意	<input type="checkbox"/> 有 (氏名: 続柄: ) <input type="checkbox"/> 無 その他 ( )						
面接状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日時</li> <li>・場所</li> <li>・面接者</li> <li>・被面接者</li> <li>・本人の思い</li> <li>・家族の思い</li> <li>・再企図リスク</li> <li>・問題点等</li> <li>・指導内容</li> <li>・アセスメント</li> <li>・今後の計画</li> </ul>							
保健センター・分室への連絡	<input type="checkbox"/> 済 ( / ) <input type="checkbox"/> 未							

記載者:

病院 所属

氏名

印

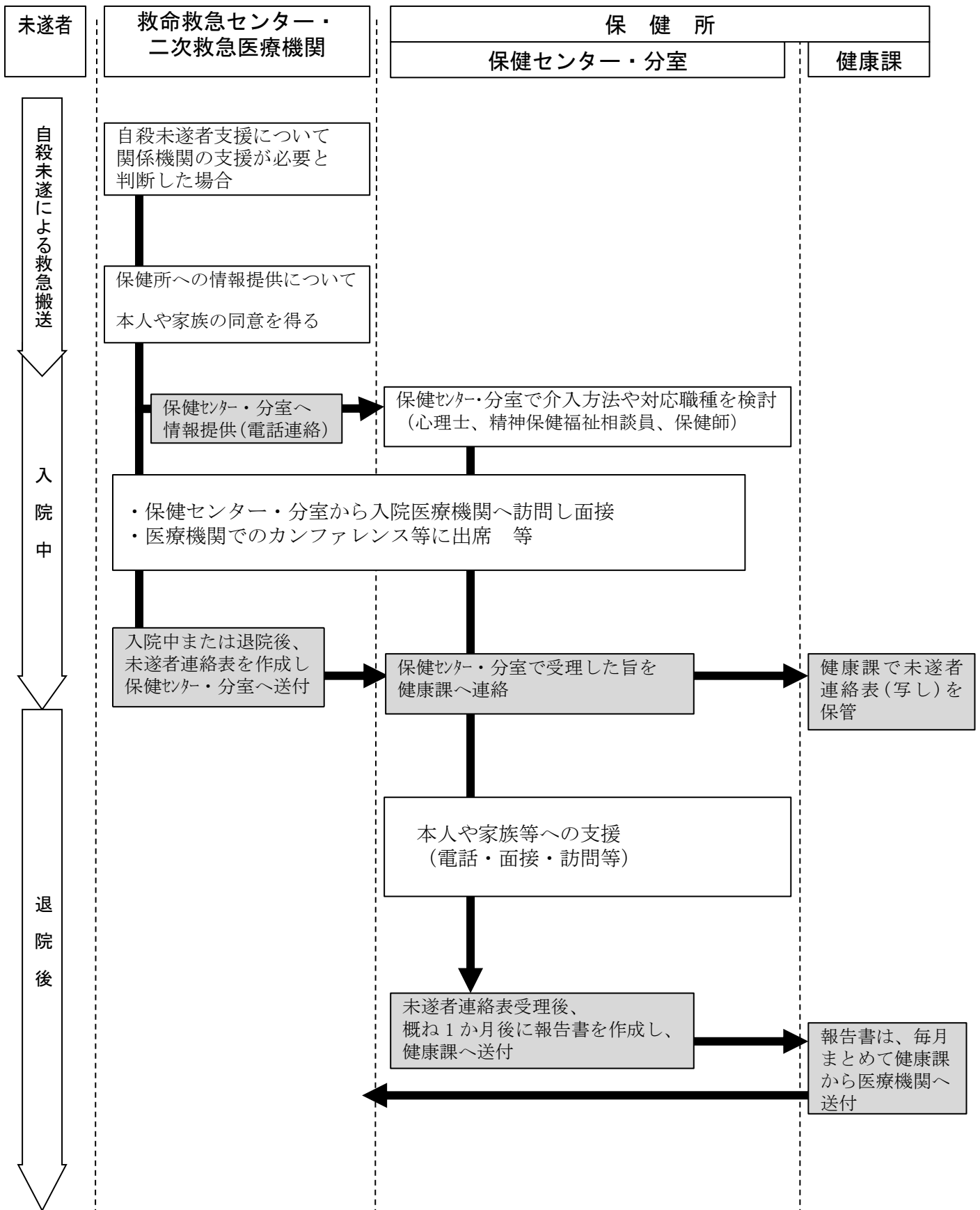
下記は保健所の記入欄です

保健所対応結果

病院 地域医療連携室 報告済

相談 (相談者: 本人・家族)  状況把握のみ  関連機関の紹介  他健福へ情報提供  
 その他 ( )

### 姫路市自殺未遂者支援事業の流れ





## 6. 彦根市\_自殺未遂者相談窓口連絡票 (病院用/警察・消防用) ≪事例 11≫

### 【使用目的】

(病院用)

- ・ 現在は救急告示病院4か所、市内の精神科クリニック3か所で使用。自殺未遂で救急告示病院に搬送された患者を精神科クリニックにつなぐためのツールとして活用。

(警察・消防用)

- ・ 警察が把握している自殺未遂者の情報を市へ共有し、早い段階から介入できるようにするためのツールとして活用。

### 【使用方法・留意点】

(病院用)

- ・ 連絡票の記入者は病院によって異なり、主に救急の看護師やMSWなど病院の相談員が担当。記入者やフリー記述欄の記入方法などの細かい運用は病院側に任せている。
- ・ 救急告示病院に自殺未遂者が搬送された際に、病院が記入し、彦根市に提出する。連絡票を送付する前や、未遂があった翌日の早期などに、MSWから電話で状況についての一報が入る。
- ・ 提出された連絡票を市が確認し、精神科クリニックにつなぐ。連絡票の「経過と対応、その他」の自由記述欄が重要であり、病院が未遂の理由など詳細に記載してくれるため、しっかりと確認している。
- ・ 市では同意が得られた方にしか直接アプローチできないが、本人の同意が得られない場合でも、家族の同意を得るなどして市につないでもらっている。また、本人が再度病院を受診した際に、未遂者支援の説明をしたり、丁寧に連絡してくれる病院が増えている。
- ・ 年2回関係機関の会議を開催し、病院から連絡があったケースについて事例検討を行い、関係機関が支援できることなどについて意見交換を実施している。

(警察・消防用)

- ・ 令和4年度3月からの運用のため、連絡票の活用方法について検討を進めている段階。救急告示病院に運ばれたケースの情報共有や、報告されたケースのフィードバックを実施。
- ・ 警察を要請したが救急搬送に至らなかったケースについて情報共有することで、必要な支援に繋がっている部分もあるため、連絡票を活用することで、スムーズに情報共有が行える。

相談窓口連絡票(彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町在住用)

来院日時： 年 月 日 ( ) 時 分	
来院方法： 救急車 ・ 家人による搬送 ・ 自ら来院 ・ その他 ( )	
氏名：	性別： 男性 ・ 女性
生年月日： T・S・H 年 月 日 ( 歳)	
住所：	
連絡先：	職業： 無 ・ 有 ( )
婚姻状況： 既婚 ・ 未婚 ・ 不明	生活保護： 受給中 ・ 無 ・ 不明
家族連絡先 (キーパーソン) 氏名： (続柄： ) 住所： 連絡先：	同居者 無 有 ( 人) 不明
<b>【自殺企図の方法】</b> ① 大量飲酒      ② 過剰服薬      ③ リストカット      ④ 薬物毒物等摂取      ⑤ 縊首 ⑥ 致命的自傷 (線路上、飛降り、焼身)      ⑦ 準致命的死傷 (入水・窒息・入山) ⑧ ガス等の吸引      ⑨ 切創・刺創 (リストカット以外) ⑩ その他 (不明、死ぬと騒ぐ、無言、立ち尽くす、 )	
<b>【精神科受診歴】</b> ① 現在あり      ② 過去あり      ③ なし      ④ 不明 ↳ 医療機関名 ( ) 主治医名 ( ) ↳ 診 断 名 ( )	
<b>【過去の自殺企図歴】</b> ① あり ( 回目・回数不明)      ② なし      ③ 不明	
<b>【転 帰】</b> ① 帰宅      ② 入院      ③ 転院 (精神科)      ④ 転院 (身体科)      ⑤ 死亡	
<b>【希死念慮】</b> 救急受診時 : 無 ・ 有 ・ 不明 現在 (連絡時) : 無 ・ 有 ・ 不明	
<b>【経過と対応、その他】</b>	

【確認事項】

相談機関への連絡についての説明： 無 ・ 有 (同意： 無 ・ 有 (同意者： ))

かかりつけ医への連絡についての説明： 無 ・ 有 (同意： 無 ・ 有 (同意者： ))

紹介状 (診療情報提供書) の有無： 無 ・ 有

病院名： \_\_\_\_\_ 担当部署： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

日時： 年 月 日 ( ) 時 分	
対応： 本人 ・ 家族 ・ その他 ( )	
経緯・対応内容	
氏名：	性別： 男性 ・ 女性
生年月日： T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)	
住所：	
連絡先：	職業：無 ・ 有 ( )
婚姻状況： 既婚 ・ 未婚 ・ 不明	生活保護：受給中 ・ 無 ・ 不明
家族連絡先 (キーパーソン) 氏名： (続柄： ) 住所： 連絡先：	同居者 無 有 ( 人) 不明
【自殺企図の方法】 ① 大量飲酒 ② 過剰服薬 ③ リストカット ④ 薬物毒物等摂取 ⑤ 縊首 ⑥ 致命的自傷 (線路上、飛降り、焼身) ⑦ 準致命的死傷 (入水・窒息・入山) ⑧ ガス等の吸引 ⑨ 切創・刺創 (リストカット以外) ⑩ その他 (不明、死ぬと騒ぐ、無言、立ち尽くす、 )	
【精神科受診歴】 ①現在あり ②過去あり ③なし ④不明 ↳ 医療機関名 ( ) 主治医名 ( ) 診 断 名 ( )	
【過去の自殺企図歴】 ①あり ( 回目・回数不明) ②なし ③不明	
【転 帰】 ①帰宅 ②病院 ③その他 ( )	
【希死念慮】 現在 (連絡時) : 無 ・ 有 ・ 不明	

## 【確認事項】 ※警察署にて

- (1) 彦根市へ連絡することについての説明 : 無 ・ 有
- (2) 彦根市からの連絡についての同意 : 無 ・ 有 [同意された方: ]
- (3) かかりつけ医へ連絡することについての説明 : 無 ・ 有
- (4) かかりつけ医へ連絡することの同意 : 無 ・ 有 [同意された方: ]
- (5) その他[ ]

担当者:(所属) (氏名)