



SAITAMA



埼玉県のマスコット「コバトン」

精神保健福祉だより

埼玉県立精神保健福祉センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/g12/>
埼玉県立精神医療センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/q05/>
〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818番地2 TEL 048-723-1111 (代表) FAX 048-723-1550

C
O
N
T
E
N
T
S

1. 障害者自立支援法等の一部改正について 1
精神保健福祉部長 斉藤正美
2. 県内精神保健福祉関係機関紹介シリーズ
①埼玉県精神障害者家族会連合会 5
②NPO法人埼玉ダルクについて 6
ディレクター 辻本俊之
3. 精神科救急情報センターにおける自殺防止の取り組み 7
精神科救急情報センター担当

No.73

平成23年2月

※当たよりは、埼玉県立精神保健福祉センターのホームページから、全文ダウンロードできます。是非、ご利用ください。(http://www.pref.saitama.lg.jp/site/tayori/)

1. 障害者自立支援法等の一部改正について

精神保健福祉部長 斉藤 正美

1. 法改正の経過

障害者自立支援法（以下「自立支援法」）は平成18年に施行され、従来、身体障害、知的障害、精神障害の障害種別ごとに提供されていた福祉サービスが、一元的に市町村が提供する仕組みに改められることなど、一定の改革がなされました。しかし、サービスを利用した際の利用者負担が「応益負担」とされたことなどについて、障害当事者や家族などから大きな批判がなされました。

そのため、政権交代後の平成21年9月、「自立支援法は廃止し、制度の谷間がなく、利用者の応益負担を基本とする総合的な制度をつくる」こととされ、さらに、平成22年1月の自立支援法違憲訴訟の基本合意においても「国（厚生労働省）は速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。」こととされ

ました。その新たな「障害者総合福祉法（仮称）」の検討のため、平成22年4月、障がい者制度改革推進会議の下に総合福祉部会が設置され、現在も検討が進められています。

その一方、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律案」が議員立法で提出され、平成22年12月3日に成立、同月10日に公布されました。この法律は、「自立支援法を廃止して、障害者総合福祉法（仮称）を平成24年の通常国会に提出し、平成25年8月の施行を目指す」までのいわゆる「つなぎ法」の位置付けとされています。

今回の法改正では、自立支援法のほかにも精神保健福祉法や精神保健福祉士法の一部改正なども併せて行われました。本稿ではその3本の法律の一部改正について説明します。

2. 障害者自立支援法の一部改正の概要

自立支援法の改正に関する主な内容は、利用者負担の見直し、障害者の範囲の見直し、相談支援の充実、地域における自立した生活のための支援の充実などがあげられます。本稿では精神障害者に関係する部分を中心に説明します。施行日は3段階で、原則としては平成24年4月1日ですが、公布の日(平成22年12月10日)の施行や平成24年4月1日までの間において政令で定める日の施行もあります。

(1) 利用者負担の見直し(平成24年4月1日までの政令で定める日【平成24年4月1日(予定)】施行)

今回の法改正の一番大きな見直しとなります。1割負担という「定率負担(応益負担)」の規定を法律上なくし、利用者負担の額を家計の負担能力に応じた「応能負担」としました。条文に添った説明をしますと、これまでは、市町村が障害者に対して支給する給付費の月額、サービス利用にかかった費用の100分の90ということにして、残りの100分の10を利用者が負担するという規定(「定率負担(応益負担)」)となっていました。今回の法改正では、以前の支援費の費用負担の考え方と同様に、市町村が支給する額は、サービス利用にかかった費用から家計の負担能力に応じて政令で定める額を差し引いた額、という規定の仕方となりました。(図1)自立支援医療費の給付についても同様に、応能負担となりました。

(2) 障害者の範囲の見直し(公布日施行)

発達障害が自立支援法の対象であることが明確化されました。条文上では、身体障害者、知的障

害者、精神障害者、発達障害者と並列に並べることはせず、発達障害が精神障害に含まれるかたちで位置づけられました。なお、高次脳機能障害者は法律上明記されませんでした。また、「介護給付費等に係る支給決定事務等について(事務処理要領)」の改正がなされ、「高次脳機能障害については、器質性精神障害として精神障害に分類されるものであり、(中略)精神障害者であることが確認された場合、給付の対象となる」と明確化されました。

(3) 相談支援の充実(原則として平成24年4月1日施行)

① 相談支援体制の強化

新たに「基幹相談支援センター」の設置規定が盛り込まれました。基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設であり、市町村又は市町村から委託を受けた者が設置することができます。

また、地域の支援体制づくりに重要な役割を果たす「自立支援協議会」の位置づけが法律上不明確であったことから、設置の促進や運営の活性化を図るため、自立支援協議会が法律上に位置付けられました。

さらに、これまで国の補助事業として実施されてきた「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が「地域移行支援」として、また、「居住サポート事業」(補助金)が「地域定着支援」として個別給付化されました。「地域移行支援」は、住居の確保や地域移行するための相談などを行い、「地域定着支援」は、居宅において単身等で生活する精神障害者と常時連絡体制をとりながら緊急時の

(図1)

市町村が障害者に対して
支給する給付費の月額

=

サービス利用に
かかった費用の額

-

一部負担の額

応能負担が原則

- ・家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額
- ・上記の額よりも1割相当額が低い場合には、低い方の額を負担

(資料：厚生労働省)

相談などを行います。

② 支給決定プロセスの見直し（平成24年4月1日施行）

これまでのサービス利用計画作成は、市町村の支給決定後になっていました。今後はこれを、市町村が支給決定する前の申請時点でサービス等利用計画案を作成し、支給決定の参考とするように見直されました。また、これまでのサービス利用計画は対象者が重度障害者等に限定されているなどの理由からあまり利用されていませんでしたが、対象者を大幅に拡大することとされました。新たに「計画相談支援」として、ケアマネジメントのアセスメントにあたる「サービス利用支援」とケアマネジメントのモニタリングにあたる「継続サービス利用支援」の2種が定められました。

(4) 地域における自立した生活のための支援の充実（平成24年4月1日までの政令で定める日【平成23年10月1日（予定）】施行）

グループホームやケアホームの入居者（市町村民税課税世帯を除く）に対し、その家賃が助成対象とされ、月額1万円を上限とする特定障害者特別給付費が支給されることになりました。

3. 精神保健福祉法の一部改正の概要

自立支援法の改正に関連する改正とともに、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の見直しのために設置された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」による報告書（平成21年9月）の中で提言されたことが法改正に反映されました。

以下、平成24年4月1日までの間において政令で定める日から施行される部分と平成24年4月1日施行分に分けて説明します。

***平成24年4月1日までの間において政令で定める日から施行される事項**

(1) 精神保健指定医による都道府県知事への協力
精神保健指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合などを除き、都道府県知事が公務員としての職務を行うよう求めた場合には、これに応じなければならない、という義務規定が追加されました。法律上の規定だけにとどまらず、民間の医療機関に勤務する指定医に対して、実質

的な協力を得るための努力と工夫が必要と思われます。

(2) 精神科救急医療の確保

精神障害者の地域生活を支えるための医療体制の一環として、精神科救急医療の確保について法律上の規定が設けられました。都道府県は、夜間又は休日において精神障害の救急医療を必要とする精神障害者等からの相談に応ずる等、地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとし、都道府県知事は、当該体制の整備に当たって、医療施設の管理者、精神保健指定医等に対し必要な協力を求めることができる、とされました。

(3) 相談指導に関する行政機関の役割の見直し

精神保健福祉センターや保健所が相談指導をする場合には、福祉事務所やその他の関係行政機関との連携を図ることの努力規定がありましたが、その主体に「市町村」が加えられるとともに、それらが「相互に」連携を図ることとされました。

(4) 精神障害者社会適応訓練事業の規定の削除

精神障害者社会適応訓練事業が法律上から削除されることになりました。この事業は、昭和57年度から「通院患者リハビリテーション事業」として始められ、平成7年の法改正により法定化されたものです。その後、自立支援法の制定により、「精神障害者社会復帰施設」や「精神障害者居宅生活支援事業」などは精神保健福祉法から削除されて、自立支援法による障害福祉サービスに位置付けられましたが、この社会適応訓練事業だけは精神保健福祉法に基づく福祉サービスとして残っていたものです。埼玉県でも、平成21年度の実績では、訓練利用者数55人、訓練実施協力事業所数35か所、訓練実施延べ日数3,875日となっていますが、今後の大きな課題となりました。

***平成24年4月1日から施行される事項**

(1) 医療施設の設置者による配慮

医療施設の設置者は、自立支援法に規定する障害福祉サービス事業や一般相談支援事業等のサービスを円滑に利用できるよう配慮するとともに、これらの事業者との連携を図ること、とされました。この中の「一般相談支援事業」とは、通常の

相談支援（「基本相談支援」）を行うとともに、「地域相談支援」として「地域移行支援」や「地域定着支援」を行うものです。地域と連携しながら医療を行うことが法律上明記されたことは意義のあることであり、今後も精神科病院からの地域移行が実質的に進むようにする必要があります。

(2) 精神保健福祉センターの業務の追加

精神保健福祉センターは、自立支援法における市町村の支給要否決定に関して、意見を述べ、また必要な援助を行うとされていましたが、これに加えて、新たに個別給付化された地域相談支援の給付決定についても、精神保健福祉センターが意見を述べ、また必要な援助を行うとされました。

(3) 精神科病院等における一般相談支援事業者との連携

精神科病院や精神科診療所などの管理者は、その施設を利用する精神障害者の社会復帰を図るため、相談や必要な援助を提供する努力義務がありますが、今回の改正で、その際には、医師や看護師等の医療従事者による有機的な連携の確保に配慮し、必要に応じて、一般相談支援事業者と連携するように努めることが加えられました。チーム医療を提供して精神医療の質の向上を図ること、及び、地域との連携による地域精神医療を確保することが法律上に謳われたことは意義のあることです。

4. 精神保健福祉士法の一部改正の概要

(1) 精神保健福祉士の定義の見直し

新たに「地域相談支援の利用に関する相談」に応じることが位置付けられました。このことは、精神保健福祉士が精神障害者の地域生活支援に関わる職種であることが明確化されたことと言えます。

(2) 誠実義務

新たに「精神保健福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない」という誠実義務が加えられました。

(3) 連携の総合化

従来は、医師その他の医療関係者という医療分野に限定された連携が義務づけられていましたが、今後は医療分野のみならず保健医療サービス、障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービス等の関係者などとの連携の総合化が図られました。

(4) 資質向上の責務

新たに「精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助に関する知識及び技能の向上に努めなければならない」という資質向上の責務が課せられました。

5. おわりに

冒頭にも述べたように、現在、障がい者制度改革推進会議が中心となって障害者制度改革が進められています。具体的には、①障害者基本法の抜本改正（平成23年度法案提出）、②差別禁止法の制定（平成25年法案提出）、③障害者総合福祉法（仮称）の制定（平成23年8月部会意見取りまとめ、平成24年法案提出、平成25年8月施行）などの取り組みが進められています。この改革のバックボーンにあるのは国連の「障害者権利条約」であり、障害者を保護の客体から権利の主体としてとらえることや、障害を社会との関係によって生じるものとする「社会モデル」の考え方など、これまでの考え方を根本から転換することが求められています。そのような理念・方向性を追求しながら検討が続けられる今後の推進会議等での議論について引き続き注視していく必要があります。



2. 県内精神保健福祉関係機関紹介シリーズ

① 埼玉県精神障害者家族会連合会 (略称: 埼家連 通称: 埼玉のぞみ会) の紹介

1 団体の概要

埼玉県精神障害者家族会連合会(略称: 埼家連 通称: 埼玉のぞみ会)は、昭和49年4月14日に県内の5地域家族会と3病院家族会との連合組織として結成され、37年の歴史を経て現在に至っています。団体構成の現況は加入単会25(地域家族会)で会員数約800名、事務局を埼玉県障害者交流センター内(さいたま市浦和区大原3-10-1)に置いています。

主な活動内容は、精神保健福祉の普及啓発、人権擁護、精神医療・福祉・地域生活等の改善促進、家族会の団結と親善促進などを目標とし、理事会、執行役員会、ブロック会、専門委員会のほか事業活動として学習会、情報交換会、啓発行事、要望活動など必要に応じて関係団体とも共催・連携しています。

2 現在取り組んでいること

(1) 電話相談事業

上部団体の「全家連」が破産解散した前後から埼家連事務局へ家族や当事者の電話相談が急増し、その対応に苦慮していました。幸いにも「埼家連」は従前に電話相談の実績があり、経験者から支援を受けることになりました。検討した結果、携帯電話の県域巡回システムとし、始業支援を「ジョンソン&ジョンソン」社に仰ぎ、平成18年11月からスタートさせました。

その実績から県の委託事業として支援を受けることになり、現在まで4年間継続されています。現在は県内ネット約70名の相談員が家族の立場から「安心相談」を心がけています。(携帯電話番号080-6685-2128 月～金10:00-15:00 除く昼時間)

(2) 障害者スポーツ・文化活動支援

県障害者スポーツ協会や県社会参加推進協議会などが主催するスポーツ大会に当事者が参加し、その体験を経て自立や社会参加に繋がるので家族の立場で運営支援に係わっています。

また、絵画、写真、編み物、手作り作品など作品展を年1回県障害者交流センターで社会参加推進事業として開催、当事者・家族の交流広場となっていると共に県民啓発にもなっています。

(3) ブロック活動と家族会交流の促進(県内6区分化)

- 各家族会共催による見学会・学習会等の実施
- ブロック内情報交換会の定例開催

障害福祉施策の取り組みは、居住する自治体が基本です。従って自治体首長の施政方針次第で地

域格差が生じてしまいます。地域交流会は隣接の自治体施策内容を相互に比較し、地域格差の解消や総合的なレベルアップにつなげることを目的として行っています。

また、昨年5月には本部主催で県運営施設の伊豆潮風館で宿泊研修会を開催し、県内家族・当事者の相互交流と絆を深めました。

(4) 各家族会の支援

総合的に各家族会は役員の高齢化と会員の減少という状況にあります。その対策として家族会間の交流や学習会の共催など運営の手法転換を進めています。そのために先ず家族が力をつけることを優先課題としました。精神疾患や社会制度・資源など取り巻く様々なテーマについて自分たちで学習会を企画・運営するという取り組みです。

その実績は若い世代層の参加となり家族会の活性化に繋がっています。

(5) 関東地区の家族会交流および啓発活動

- 関東ブロック家族会 精神保健福祉大会の開催

昨年11月25日にさいたま市大宮ソニックシティで関東一都六県から家族、当事者関係者等450名が集い盛大に開催されました。平成15年の全国大会開催以来の大規模行事のため実行委員会を組織して取り組みました。こうした体験を今後の団体運営や啓発活動に活かしたいと思います。これは関東ブロック内で、毎年持ち回り行事としているものです。

(6) 要望活動

県や市町村への要望活動を埼家連および単会で実施していますが、遅れている精神保健・医療・福祉施策への要望すべき課題が山積しています。

(7) 関係団体との連携活動

行事共催による連携促進と県民への啓発を行っています。

3 今後の目標

- (1) 埼家連組織の活性化 組織拡大
加入家族会の募集(事務局電話 048-825-7172 火～金 10:00～16:00)
- (2) こころの健康政策構想実現会議 「こころの健康についての基本法」制定を求める100万人署名の達成
- (3) 障がい者制度改革推進会議への組織的な支援
- (4) 精神障害福祉施策・サービス等の格差解消(例公共交通運賃等の割引)

② NPO法人埼玉ダルクについて

ディレクター 辻本 俊之

埼玉ダルクは、2004年7月に埼玉県初の薬物依存症からのリハビリテーションセンターとして、さいたま市浦和区に開所しました。

ダルクの基本プログラムは、3ミーティングへの参加です。午前、午後のダルクミーティングと夜のNAミーティングです。「言いつばなし、聴きつばなし」のミーティングを通して、なぜ薬物に頼るようになったのか、どうすれば薬物を使わずにいられるのかといったことを、一緒に回復を目指す仲間と分かち合い、サポートしあいながら、一歩ずつ確実に積み重ねていくことで、薬物を使わない生活・依存症からの回復を獲得していきます。

2009年度からは、デイケア部門が地域活動支援センターに移行しました。ダルクは「薬物依存症から回復したいと望む仲間の集まる場所」であり、本来の目的は「今、苦しんでいる薬物依存症者の手助けをする」ことです。この目的を遂行しながら、地域活動支援センターとしての役割も果たせるよう、色々な工夫をしながら活動しています。

昨年から増え始めたのが、矯正施設（刑務所等）から満期出所をした方のダルク利用です。満期出所の場合、衣食住や経済状況がケアされていない状況でダルクに来所するケースも少なくありません。家族や親族との連絡が十分に取れないケースもあります。出所前からダルクや関係機関との連携が取れていれば、出所に向けての準備ができるのではないかと考え、昨年秋から、保護観察所・こころの健康センター・弁護士・医療機関・区福祉課等の各ご担当の方と埼玉ダルクスタッフが連携し、「満期出所者の処遇検討会」を定期的に行っています。昨年秋に満期出所してきた方は、この検討会を利用し、出所当日ダルクに入寮することができました。利用希望者がスムーズにダルクにつながるができるシステム作りが今後の課題の1つになると思います。

重複障害を抱えた利用者へのプログラム提供も継続課題です。薬物依存症以外の疾患や障害も抱

えているために、ダルクのプログラムに参加することが難しい方や、集団の中で人間関係を築くことが苦手な方がいらっしゃいます。薬物依存症（薬物の使用歴がある）ということで他の施設を利用できず、ダルクを利用しているケースが多々あります。本人がダルク利用を希望していても、現在のダルクではサポートの限界があります。個別サポートはスタッフのマンパワーの問題もあり、行き届かないのが現状です。このようなケースの方でもダルクを利用することができるような「場」を作ることも、これからのダルクの課題となっています。

そして、就労プログラムにも重点を置いています。一定期間、安定してプログラム参加ができたなら、次のステップとして就労準備に入ります。週2～3日・3～4時間のアルバイトとダルクプログラムの両立をしながら、フルタイムの雇用を目指していきます。また、フルタイム雇用のために必要な資格取得に関しても、必然性について話し合いを重ね、プログラムとの両立ができる形を作っていくケースも出てきています。本人の主体性を尊重し、一人ひとりに最も適した社会復帰の促進を目指していますが、一番大切なことは薬物を使わない生活をしていくことです。そのため、医療機関・行政機関の方や、ダルク支援センターの方とも連携しながら、より良い方向を見つけています。

埼玉ダルクでは、このような個別対応のケースが年々増えてきています。複雑なケースになればなるほど、医療・司法・行政などの専門家の方との連携が必要であり、そこから新たなネットワークが広がっていく事も実感しています。そして、そのネットワークや、ケースの蓄積が、他の薬物依存症者の回復に役立つというサイクルが出来ています。「今、苦しんでいる薬物依存症者の手助けをする。」ために、皆さまのサポートをお願いしながら、日々、活動しています。これからもよろしく願いいたします。

精神科救急情報センターにおける 自殺防止の取り組み

精神科救急情報センター担当

1 『自殺リスクアセスメントシート』及び『自殺予告事例対応ガイドライン』の作成

埼玉県精神科救急情報センター（以下、当センターと略す）は、夜間・休日における精神科救急医療に関する電話相談に対応し必要に応じて医療機関の紹介を行っていますが、寄せられる電話相談事例の約1割に希死念慮が認められます（平成21年電話相談事例による）。

そのうち「今から死にます」などと自殺念慮を明言する事例については、短時間のうちに自殺企図の切迫度を評価し、企図が切迫していると判断した場合には、自殺防止の観点から相談者の了解が得られずとも警察等に通報を行うべきと考えます。その際、判断や対応の平準化を図るため、自殺企図切迫のレベルを判断するための評価基準やガイドラインが必要であると考えました。

評価基準やガイドラインの作成にあたり、昨年度全国の精神科救急情報センター（以下、情報センターと略す）に対して評価基準やガイドラインの有無についての実態調査を行ったところ、これらを整備していた情報センターは1カ所のみでした。

評価基準やガイドラインの作成は、当センターを共同運営しているさいたま市保健所の他、さいたま市こころの健康センターにも加わっていただきプロジェクトチームを組織してあたりました。各機関が過去に経験した自殺企図を予告する事例のケース記録を検討し、自殺が切迫していると判断したポイントの評価項目として抽出し、『自殺リスクアセスメントシート（案）』及び『自殺予告事例対応ガイドライン（案）』を作成しました。2度の試行と修正を加え、平成22年4月から日常業務に導入し、

本人からの相談で希死念慮が認められる全事例について、『自殺リスクアセスメントシート（SSIS: Saitama Suicide Intervention Scale）』（以下、アセスメントシートと略す）により自殺企図の切迫度を評価しています。（表1）

2 『アセスメントシート』

アセスメントシートの評価項目は『精神疾患』『身体疾患』『自傷・自殺企図歴』『自殺の手段』『自殺の準備』『飲酒・薬物乱用』『他者を巻き込む可能性』『家族・知人の協力体制』『支援の希求』『経済状況』『身近な人の死』『自殺意志の修正』の12

表1

自殺リスクアセスメントシート(SSIS※)

平成 年 月 日()		No.	
リスク		低	中
1	精神疾患		<input type="checkbox"/> あり
2	身体疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()
3	自傷・自殺企図歴		<input type="checkbox"/> あり
4	自殺の手段	<input type="checkbox"/> 考えていない	<input type="checkbox"/> 考えている
5	自殺の準備	<input type="checkbox"/> 準備していない	<input type="checkbox"/> 準備している(致死的手段・遺書等)
6	飲酒・薬物乱用		<input type="checkbox"/> 酩酊・過量服薬
7	他者を巻き込む可能性		<input type="checkbox"/> あり
8	家族・知人等	<input type="checkbox"/> 側にいる	<input type="checkbox"/> 側にいない
9	支援	<input type="checkbox"/> 求めている	<input type="checkbox"/> 求めていない・得られない
10	経済状況		<input type="checkbox"/> 困窮・借金・失業
11	家族・身近な人の死	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
12	自殺に関する発言		<input type="checkbox"/> 即実行する
13	自殺意志の修正	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
14	【自殺したい理由】		
15	【本人の様子】		
16	【精神科治療歴】 <input type="checkbox"/> あり病名() <input type="checkbox"/> 退院1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> なし		
17	【備考】		
判 断	<input type="checkbox"/> 切迫	<input type="checkbox"/> 警察に通報する	【判断理由・対応】
	個人情報提供 承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 救急要請する <input type="checkbox"/> 家族に連絡する <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 対応できず	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 警察をアナウンスする <input type="checkbox"/> 消防をアナウンスする <input type="checkbox"/> 医療機関を紹介する <input type="checkbox"/> 関係機関を紹介する <input type="checkbox"/> 関係機関をアナウンスする <input type="checkbox"/> 医療機関を紹介できず <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 電話対応のみ	
【帰結】			

※SSIS: Saitama Suicide Intervention Scale

項目で構成されています。さらに『自殺に関する発言』『自殺したい理由』『本人の様子』『精神科治療歴』『備考』の5項目については、自由記載することとしました。

これらアセスメントシートに基づき、各項目をチェックしながら、「自殺の致命的な手段を具体的に考え、準備しており」、加えて「即時の自殺企図を明言していて、自殺意志の修正が不可能」な場合、もしくは「酩酊・過量服薬している」場合には、切迫した自殺リスクが高いものと判断し、警察等へ通報することとしています。

なお、通報することについて本人から承諾が得られない場合でも「あなたを助けるために警察へ連絡します」と伝え、躊躇することなく通報することとしています。

3 自殺企図が切迫していると判断した事例への対応

平成22年4月1日から同年12月末日までの9ヵ月の相談件数は4,635件で、内本人からの相談で希死念慮が認められたのは、221件（4.8%）でした。これらについて自殺企図の切迫度を評価したところ、9件（0.2%）について自殺企図が切迫していると判断し、警察署に5件、消防署に3件、家族に1件、当センターから通報（連絡）しました。

実際に警察署と家族へ通報（連絡）した事例です。なお事例の理解を妨げない範囲で内容を変更しています。

相談者は、40歳代の女性で生活保護を受給しながら単身生活をしています。統合失調症と診断され通院中です。訴えは「1週間前に知人が投身自殺をした。この電話を切ったら、自分も近くの高層マンションから飛び降りる。以前にも致命的な自殺企図を行ったことがある。」という内容でした。アセスメントシートの評価項目について確認しつつ、約30分間本人の自殺意志の修正を試みましたが修正することができなかったこと、自殺の方法や具体的な場所を挙げていることなどから、『自殺予告事例対応ガイドライン』（以下、ガイドラインと略す）の判断基準に照らして自殺が切迫していると判断しました。本人から住所・保護者の連絡先を聴取し、警察署・家族へ通報しました。警察官が到着するまで本人と通話を続け、警察官が到着後は保護され、家族引き取りとなっています。また、当事例は多数の関係機関の関わりがあっ

たため、警察署・家族へ通報する前にあらかじめ本人の承諾を得て、翌日に主治医・生活保護担当者・保健所へ情報提供を行いました。

4 研修会の実施

実際に自殺企図が切迫しているケースへの対応を通じて作成したアセスメントシートやガイドラインは、情報センター以外でも活用可能と思われました。そこで埼玉県立精神保健福祉センターはさいたま市と共催し、保健所職員・市町村職員・福祉事務所職員・相談支援事業所職員を対象に、「自殺予告事例への対応」と「自殺予告事例対応ガイドラインの活用」について研修を行いました。参加者の関心も高く、今後も自殺予告事例への対応能力を高めるための研修を実施する予定です。

5 まとめ

自殺予告事例の対応について『アセスメントシート』や『ガイドライン』が有用な点は、自殺切迫の判断や対応が具体的な評価項目や指標を設けたことで平準化できたことです。自殺切迫度の判断基準を明確にしておくことは、専門職としての守秘義務が課せられている援助者側のリスクを軽減することにもなります。また、先ほど提示した事例のように、援助希求能力が低く、自殺念慮を抱きやすい事例を把握し、関係機関に継続的な支援を繋げることも容易になると思われます。

切迫した自殺予告事例については「短時間で対応する」という情報センターでの原則を取り払って対応する必要があり、情報センターの機能維持という観点からは苦慮するところです。

しかし、相談者の約1割を占める希死念慮を訴える事例への介入や、地域精神保健福祉活動の質の向上に寄与できるような取り組みも、情報センターが担い得る役割であろうと考えています。

