

JAM 自殺リスクアセスメントシート の使い方 version 3.

I. JAM 自殺リスクアセスメントシートの目的

救急相談、女性相談、電話相談、など様々な相談場面で、さらに、普段日常の会話の中で、自殺企図のリスクがあるのではないかと疑われた場合は、このシートを活用して自殺リスクの高さを判断し、必要な対応を考える。

II. 自殺リスクの高さは3つのステップで行う

自殺リスクの高さは、「3つのチェック」をもとに「総合判断」して判定する。判定結果を踏まえて「対応方針」を考える。

III. 3つのチェック

チェックー1 本人の様子

A 群; 本人の状態

【1. 基礎情報】

性別、年齢、職業、現在地を確認する。

男女の性別は、自殺行動に性差があるので必ずチェックする。

年齢によって、本人の置かれた立場や状況に違いがあるので必ずチェックする。

職業も同じである。

現在地は、教えてもらえないことが多いが、教えてもらえると、緊急に対応が必要な場合に役立つ。

【2. 本人の状態】

混乱していないか、追い詰められ感や視野狭窄、焦燥感、抑うつ感の有無、奇妙さや不自然さはないか、疎通は良いか、まとまりがあるか、反応は鈍くないか、その他に特異なことはないかをチェックする。

以上のことは、電話の声を通してであっても、完璧ではないが、判断出来る。

心的な混乱が加わると短絡的な行動が起きやすくなるので、いっそう自殺の危険性が高いと判断される。

苦しいことばかり考えて他のことが考えられなくなっている時は自殺の危険性が高い。

焦りが強いと、短絡的な行動に踏み出しやいので、自殺の危険性は高い。

抑うつ感の強さは、表面的に明るく振る舞うことができるので判断しにくいことが少なくないが、抑うつ感が顕著に強まった場合は、表情や声のトーンに出てくる。

混乱、奇妙さや不自然さ、疎通の悪さ、まとまりの悪さ、反応の鈍さは、精神病的な状態

の有無や程度をおおよそ判断するのに役立つ。精神病的な状態にある場合は、了解を超えた行動が起きるので、自殺の危険性は高いと判断するのが良い。

列挙してある項目は、いずれも自殺企図直前に現れることが多いので、「自殺企図直前の行動と心理;BPSAS Behavioral and Psychological Signs of Attempting Suicide」と呼ばれる。一つの項目がチェックされるだけでも自殺企図の危険性は高いと判断される。しかし、項目どうしはお互いに関連があるので、大抵の場合、ひとつがチェックされると、他のこともチェックされるだろう。

【3. 飲酒・薬物乱用】

本人が、アルコールや違法薬物等の摂取や、向精神薬等の過量服薬は、「自殺企図直前の行動と心理;BPSAS」から自殺企図に踏み出しやすくさせることが分かっているので、今、飲酒などしていないかどうかをチェックすることは重要である。

B 群; 希死念慮

【4. 自殺に関する発言】

自殺の意志について、本人の発言をそのまま記載する。「人生をやめたい」「死んで詫げる」「死ぬしかない」などの他に、「自分は役に立たない」「とにかく楽になりたい」「何もかも終わりにしたい」などの発言も「自殺に関する発言」として記載する。

自殺に関する本人の発言から、希死念慮の有無、強度、性質(虚無感、罪業感、無価値感、逃避願望など)が判断できる。

【5. 即実行するつもり】

「今すぐ(これから)死にます」など、自殺を即実行しようとする発言がある場合や、一部実行を始めている場合は、自殺の危険性が高いと判断する。

【6. 自殺の手段】

自殺の手段を考えているか否かについて聴取し、その手段を記載する。致死的手段(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、自殺の危険性が高いと判断する。

【7. 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」などについて確認する。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は、自殺の危険性が高いと判断する。

しかし、準備といっても“ロープを買って、10年前から居間に置いている”というのは、家族に対する脅しの意味合いが強く、自殺の危険性が高いとは言えないだろう。

【8. 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と分かった場合には、直ちに危険回避の対応をとる必要がある。

チェック２；背景事情

【9. 自殺しなくてはならないと思っている事情】

自殺したい理由について、本人の発言を出来るだけそのまま記載する。

「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を受けていた」「虐待を受けていた」といった、現在に影響を与えていると推測される過去のエピソードについても注目する。理由が深刻で、多重的である場合は、追い詰められ感、焦燥感、抑うつ感が強まっている可能性がある。改めて、追い詰められ感、焦燥感、抑うつ感などをチェックしなおす。

自殺したい理由をチェックした後で、さらに次の8つの項目について、自殺したい理由として重要なので、改めて詳しく聴取する。

【10. 自殺で得られると思っていること】

自殺することにより、「恨んでいる相手への復讐になる」「保険金が入る」「家族が借金の免責を受けられる」「いやな仕事に行かないで済む」など、何らかのメリットがある場合は、自殺企図への敷居が低くなっていると判断し、改めて希死念慮をチェックしなおす。

【11. 経済状況】

返済不能な(本人がそう感じている)借金がある、所持金がほとんど無い、ライフライン(ガス・電気・水道・電話)が止められそう、など経済状況が困窮している場合には、自殺の危険性が高められていると判断して、追い詰められ感、焦燥感、抑うつ感などをチェックしなおす。

【12. 身近な人の死】

身近な人の喪失体験について確認し、本人との関係や、喪失の時期を確認する。家族が自死している場合は「自死遺族」にもチェック。身近な人の死、特に「自死」は、抑うつ感を強めやすく、自殺企図の敷居を低くするので、改めて、抑うつ感の程度や、希死念慮の強さをチェックしなおす。

【13. 自傷・自殺企図歴】

自傷・自殺企図歴について聴取する。過去の自殺企図の手段が致死的な場合(縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等)には、現在の希死念慮も強い可能性が高いので、改めて、希死念慮をチェックしなおす。

1ヶ月以内の企図、頻回な企図がある、自傷行為がエスカレートしている、自傷行為によっても苦痛が軽減できにくくなっている、などの場合は、希死念慮が相当強い可能性があるので、改めて希死念慮をチェックしなおす。

【14. 精神疾患】

統合失調症、うつ病、躁うつ病、薬物依存、アルコール依存、摂食障害などの精神疾患を持っていると、混乱、視野狭窄、焦燥感、抑うつ感、奇妙さ、などをチェックしなおす。

【15. 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。

退院から一ヵ月以内の場合は自殺リスクが高いことが分かっているので、直近の退院日は出来るだけ聴取する。

【16. 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には特に気をつけ、その病名を記載する。車いす利用や、生活に介助が必要など、ADLに問題があればそれも記載する。身体の苦痛、将来の悲観、周囲に負担をかけていると感じている可能性があるため、改めて希死念慮の理由を見直す。

【17. 辿っているプロセス】

自殺企図に向かっているとしたら、それは、(生活状況と精神状態の)悪循環からそうなるのか、精神症状からそうなるのか、精神状態の揺らぎからそうなるか自殺に至るプロセスを推測する。さらに、現在、プロセスの初期なのか、中期なのか、BPSASに陥っているのか推測する。自殺企図に至るプロセスの違い、段階の違いによって、自殺防止のためにとるべき対応策が違ってくるのでプロセスについてのチェックはとても重要である。

チェック 3) 本人の対応能力・周囲の支援力

本人の対応能力・周囲の支援力は、自殺の危険性を、いっそう高める(低める)可能性があるため聴取する必要がある。

【18. 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、自殺の危険性がいっそう高まっていると判断する。こちらの説得に対し、いとも簡単に「わかりました」など、表面的な修正にとどまる場合は、自殺意志の修正が疑わしいので、修正不可能と判断する。

【19. 本人の課題対処能力・社会的スキル】

課題への対処能力が低い場合や社会的スキルが低い場合は、混乱や視野狭窄が起きやすく、短絡的な行動に走りやすいので、自殺の危険性がいっそう高められていると判断する。

【20. 家族・知人等(孤立度)】

本人の側に、本人を見守ることができる家族・知人などがいるのか確認する。家族・知人などが側にいない場合や、側にいても非協力的な場合には、自殺の危険性は、いっそう高くなっていると判断する。

【21. 本人が支援を求めている】

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、自殺の危険性をいっそう高く判断する必要がある。

【22. 備考】

その他、家族関係や周囲の支援状況等に関する特記事項を記入する。

IV. 判定

「本人の様子」、「背景事情」、「本人の対応能力・周囲の支援」をチェックして、本人の自殺の危険性の高さを総合的に判定する。

例えば、「背景事情」が深刻でなくても、「本人の様子(本人の状態、希死念慮)」次第で、自殺企図は起きる。逆に、「背景事情」が深刻でも、本人に対応能力、周囲の支援があって、本人がひどく追い詰められていない場合は自殺の危険性は高くない。こうした事から、最も重視しなくてはならないのは「本人の様子(本人の状態、希死念慮)」である。

リスク判定には、相談を受けた時点でのリスクの高さを判定して、記載する。

「低、中、高、実行済み」の4段階に分ける。その内訳は以下のようである。

- ① **実行済み**；既遂に至るような企図、企図の偶発的な失敗、処置の必要な自傷行為を既に実行している(処置が全く不要な程度の自傷行為は含まない)
- ② **高**；電話を切った後や数日中に自殺企図を実行する可能性がある
- ③ **中**；具体的な計画があり、すぐではないと思われるが自殺企図を実行する可能性がある
- ④ **低**；具体的な計画はなく、自殺企図を実行する可能性はほとんどないと思われる

相談を行っている中で最も高かったレベルを採用する。判定に迷った場合にはリスクの高い方を選択する。

V. 対応

判定結果をもとに、どんな対応をとるかを選択して、実行する。

アセスメントシートには、対応の主な選択肢が列挙されている。その中から選択した対応に「レ点」を入れる。

右の「その対応をとった理由」の欄に、何故、そのような対応をとったのか、その理由を簡潔に記す。

しばしば、対応を選択したものの、これで良かったのかという思いが残る。その場合は、右下の「気がかりなこと」の欄に、何が気がかりなのかを簡単に記載しておく。「気がかりなこと」は重要な意味を持っていることが多い。書き留めておくことでアセスメントを“深める”ことができる。

(「対応の選択」の考え方)

対応の選択は、ほぼリスクの程度に応じて決まる。リスクの程度に応じて、どのように考えて行えば良いか、「考え方のアウトライン」を、以下に示す。

1) 実行済みの場合(自殺未遂の場合)

実行済みである場合は、二つのことを行わなくてはならない。まず、傷の程度などを聴取して、必要な医療的な処置が行われるようにする。電話では判断が難しいので、出来るだけ受診を勧める。それと併せて、再企図を防止するための対策を打たなくてはならない。

(医療的処置)

リストカット等で血が止まっていない、薬を処方量よりかなり多めに飲んでいる、少量でも危険な処方薬や洗剤・農薬等を服用した、飛び降りなどで体や頭を打った、首を吊って意識を失ったが回復したところ、などの場合は、救急車を呼ぶか緊急に病院を受診するように助言する。本人が救急車を呼べない場合、あるいは、本人が助言に従わない場合は、家族や周りの人の援助を求められないか検討する。周囲の助けを得られない時は、相談員が119番通報する。119番通報する場合は、本人の現在地を聞き出す必要がある。

薬を処方量より多めに飲んでいるようだが分量がはっきりしない、服薬量は多くなさそうだが一緒にアルコールも飲んでいる、など医療的処置が必要かどうか判断に迷われる場合がある。迷われる場合は、重めにとって対応する。その際、本人が医療機関への受診を強く拒んでいる場合は、本人から処方を受けている通院先への連絡するように勧める。#7119に連絡するように促すことをしても良いだろう。それも拒む場合、相談員から(出来るだけ本人の了解をとって)通院医療機関に連絡することも考える。本人から医療機関の情報を得られない場合は難しい。他に出来ることは、少し時間をおいて、本人から相談員に再電話するよう勧めることくらいである。

(再企図防止)

再企図の危険が高いが、家族や周りの人に対応をお願い出来ない場合、保健所など公的支援機関をお願いしてみる、それも難しい場合は、警察官に保護をお願いするしかない。医療機関につながり、医療的な処置を行ってもらふことは、それ自体で、再企図防止の効果を待つことが多い。さらに、医療的処置を行っている場面で、再企図を防止するための対策(精神科受診のアレンジなど)を医療機関で行っていただくことが望まれる。

2) リスク高、リスク中の場合

実行はしていないが、自殺リスクが、「高」又は「中」の場合、いっそう本人の話を傾聴し、追い詰められ感を和らげる。それと並行して、緊急に保護する可能性を考えて情報を収集し、緊急保護が必要と判断されたら、直ちに、保護を手配する。

(いっそうの傾聴)

いっそう傾聴に努める。しかし、「死にたい気持ち」や「これから実行するかどうか」など「死ぬ、死なない」ことばかりに焦点を当てていたら行き詰まってしまう。死にたくなった背景事情や、普段の生活状況などを聞いてみるなど、少し話しをふくらませるようにする。また、家族やペットの世話、仕事や友人との約束など、本人の役割を思い出してもらうことが役立つかもしれない。

(保護する可能性も考えた情報収集)

本人の話を傾聴しながら、緊急に保護することも想定して、「所在地・住所・電話番号・名前」の順で個人情報聴取する。教えてもらえないことが多い。その場合、工夫して、通院先医療機関名や利用している相談機関名、家族の情報など、本人を特定するのに役立つ情報を聴取してみる。

所在地を聴取することは重要である。所在地が特定できれば、本人を緊急に保護しやすくなるが、聴取した場所が、危険な場所であった場合、たとえば、ビルの屋上や駅のホームにいることがわかれば、すぐにその場から離れるように説得する必要がある。

(支援機関への紹介・仲介)

多重債務、DVなどで追い込まれて、死にたい気持ちになっている場合、問題の解決に役立つ支援機関(公的機関や医療機関、地域の福祉関係機関など)を「紹介」する。本人が支援機関に相談することをためらっていたり、本人の相談する能力が極端に低いと思われる場合は、相談を「仲介」することも考える。“仲介することも出来るかどうか”と提案し、了承が得られたら、仲介先と連絡を取り、受け入れの可否、具体的な日時、取り揃えるものなどを聞き、それを本人に連絡する。(仲介する場合は、本人との連絡方法をしっかり確認しておく必要がある)。

仲介に当たって必ず留意しておかなくてはならないことがある。相談員が、支援機関に“本人を特別扱いする”、“例外的な措置をとる”ように求めるようなことは絶対に行わないことだ。例えば、

福祉事務所に”規定を超えた援助“をお願いするといったことは行わない。

(再電話の提案)

本人と話すうちに、自殺の危険性の切迫度が次第に薄れてきて、自殺を回避できるのではと判断されるのだが、今ひとつ確信が持てないといった場合がある。そんな時には、数時間後や、翌日などに、もう一度、相談員に電話するように提案したり、相談員から電話することを伝えて様子を見る方法もある。

(緊急保護)

傾聴し続けても自殺リスクが低下せず、すぐにでも自殺企図を実行しそうな場合や、約束の日時に再電話がなく危険と判断される場合、緊急に保護することを考える。保護は2つのステップで行う。

ステップ 1: まず、家族や周りの人に援助を求められないか聞き出す。家族や周りの人から援助してもらえるようであれば、その方に電話を代ってもらおうか、あるいはその方から電話をもらえるよう促す。

ステップ 2: 援助してもらえる家族や周りの人を持っていないと判断された場合、保健所や福祉事務所から訪問してもらえないか、連絡をとって聞いてみる。緊急性が極めて高い場合は、過量服薬や自傷がある場合は救急車をお願いする。保護を強制的に行う必要がある場合は、本人の所在地を所管する警察をお願いする。

(本人が、相談員から、家族や知人に連絡をとることを希望する場合の対応)

希死念慮を強く訴えながら、相談員から家族や知人などに連絡をとって欲しいと要求してくるケースがある。“連絡をとってくれないと死にます”と相談員を脅迫する例もある。

本人が連絡をとれないでいる人へ、相談員が本人に代わって連絡をとることは躊躇すべきである。本人とそれらの人との関係性に問題があるか否か相談員は判断出来ない。連絡をとることでその人たちを追い詰めてしまうことも考えられる。色々な危険性がありうるので、原則として、相談員から、それらの人に連絡をとることは行わない。“連絡すること”を相談員が断ったことを理由に、希死念慮をいっそう強く訴え、自殺企図の危険性が高まったと判断される場合は、それらの人ではなく、相談員は警察に通報する。

VI. 転帰

相談を受けたケースが、その後どうなったのか、相談窓口では把握できない。しかし、稀に、医療機関からの連絡などで、その後の展開が分かる場合がある。その時は、必ず、その情報を「転帰」欄に記載しておく。そうした情報が蓄積されると、きっと見えてくるものがあるだろう。