

各救急告示病院ご担当者様

令和6年〇月〇日  
 神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課  
 045-210-4727

## 自殺未遂者等の実態調査（案）

当県の（精神）保健医療事業の推進につきましては、日頃より格別のご理解とご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

本調査は、自殺未遂者支援のため、神奈川県がん・疾病対策課が行う調査です。本調査は、自殺未遂者支援のさらなる向上のために、現在の支援体制、病院と保健所等との連携、相談員の現状やニーズなどの実態把握をするために行います。いただいた内容は、個別の情報は秘密を厳守いたしますが、統計的に処理した結果のみを公開することがあります。

●月●日までに記入後、封緘したうえで、がん・疾病対策課まで郵送してください。

### ■ 用語の定義

自殺未遂者等：自殺未遂と自傷行為の両方

（自殺未遂者：自殺を意図して試みたが生存した人

自傷行為者：自殺の意図はないが意図的に傷をつける行為をした人）

うち、死に至った者「自殺完遂者」、死に至らなかった者を「自殺未遂者」とする

#### 1 自殺未遂者等の対応状況（確認状況）

令和5年度に救急搬送（救急外来含む）された自殺未遂者等の人数（枠内に数字を記入、空の桁には0を記入）

--	--	--

人（うち 自殺完遂者 

--	--

人） 統計をとっていない

#### 1-2 自殺未遂者対応手引きの使用の有無

Q：病院では自殺未遂者対応手引きを利用していますか？（どちらかに○）

している      していない

### 1-3 担当スタッフについて

Q:自殺未遂者等へのヒアリングを行うスタッフの種別を教えてください

(項目に○:複数回答可)

#### ○昼の担当スタッフ

(医師、看護師、保健師、心理士、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)、事務職員、その他)

#### ○夜の担当スタッフ

(医師、看護師、保健師、心理士、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)、事務職員、その他)

### 1-4 自殺未遂者等への対応状況

Q:確認・ヒアリング内容について教えてください

・ヒアリングを行っていますか(どちらかに○) 行っている 行っていない  
(行っている場合)

・ヒアリングではどのような事項を聞いていますか(どちらかに○)

精神科受診歴の有無	聞いている	聞いていない
自殺未遂歴の有無	聞いている	聞いていない
希死念慮(自殺念慮)の継続性の有無	聞いている	聞いていない
自殺企図の計画性の有無	聞いている	聞いていない
再企図の可能性の有無	聞いている	聞いていない
自殺企図の理由	聞いている	聞いていない
家族からの聴取りの有無(関係性含む)	聞いている	聞いていない
地域支援者の有無	聞いている	聞いていない

### 2 病院の状況について教えてください

Q:精神科の病床はありますか?(どちらかに○) ある ない

### 2-2 精神科の担当について

Q:精神科の担当医は在籍していますか?(どちらかに○) 在籍している していない

(在籍している場合)

Q:精神科の担当医は現在何人ですか?(枠内に数字を記入、空の桁には0を記入)

人

Q:精神科にコンサルテーションやリエゾンは配置していますか?(どちらかに○)

在籍している していない

(在籍していない場合)

Q:他病院の精神科にコンサルテーションを依頼していますか？(どちらかに○)

依頼している    していない

2-3 自殺未遂者等の精神科医の関わりについて

Q:精神科へのコンサルテーションが必要だと思いますか？(どれか1つに○)

必要である    患者によって必要である    必要ない

3 病院ソーシャルワーカーについて(枠内に数字を記入、空の桁には0を記入)

Q:病院ソーシャルワーカーは現在何人ですか？ 人

Q:病院ソーシャルワーカーのうち、救急担当は現在何人ですか？ 人

Q:救急担当のうち、(精神科がある場合)精神科担当は現在何人ですか？ 人

4 自殺未遂者にかかる連携について

Q:地域連携室(相談室)等の院内連携はありますか？(どちらかに○)

ある    ない

Q:精神科受診を調整する担当者を教えてください(項目に○:複数回答可)

担当者人数 人

職種:(医師、看護師、保健師、心理士、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)、事務職員、その他)

Q:地域の相談窓口(市町村担当窓口・保健所等)との連携はありますか？

(どちらかに○)    ある    ない

Q:地域の相談窓口(市町村担当窓口・保健所等)との個別支援連携をした人数(実数)回数(延数)を教えてください(枠内に数字を記入、空の桁には0を記入)

○令和5年度 1月~3月 人 回

(内 市町村担当窓口 人 回 保健所 人 回

その他 人 回 )

○令和6年度 4月～6月 人 回

(内 市町村担当窓口 人 回 保健所 人 回  
その他 人 回 )

○令和6年度 7月～9月 人 回

(内 市町村担当窓口 人 回 保健所 人 回  
その他 人 回 )

Q: 地域の相談窓口（市町村担当窓口・保健所等）との連携内容を教えてください（自由記述）

Q: 地域の相談窓口に求めるものを教えてください

- ① 特定の資格を持った相談員が必要だ（どちらかに○） はい いいえ  
（はいの場合）具体的な資格の名前に○をしてください（項目に○：複数回答可）  
（精神科医師、看護師、保健師、心理士、社会福祉士、精神保健福祉士、事務職員、その他）  
（その他の場合）具体的な資格の名前を教えてください

- ②特定の経験をもった相談員が必要だ（どちらかに○） はい いいえ  
（はいの場合）具体的な経験の名前を教えてください

#### 4-2 必要な地域の自殺未遂者支援体制について

Q: 地域の自殺未遂者支援体制について、必要だと思う項目を教えてください

- ① 特定の相談窓口が必要だ（どちらかに○） はい いいえ
- ② 病院訪問・面接が必要だ（どちらかに○） はい いいえ
- ③ 精神科との連携ができる体制が必要だ（どちらかに○） はい いいえ
- ④ その他必要と思われる項目を教えてください（自由記述）

#### 5 自殺未遂者支援における課題

Q: 自殺未遂支援における課題に○をしてください（項目に○：複数回答可）

（再企図のアセスメントが難しい、本人の対応が難しい、家族の対応が難しい、対応する時間を取ることが難しい、本人の同意がとれない、連携先が分からない、自治体等が消極的）

Q: その他課題と思われることがあれば教えて下さい（自由記述）