

【自死アセスメントシート】

- ・ アセスメントは、対象者の「現在の状況」「事実」に基づいて判断します。
- ・ 「過去の状況」や「掛け手の推測」など不確かな情報については、現在の事実と混同しないよう、特に注意して判断してください。

平成 年 月 日 ()	対応時間 時 分～ 時 分 (分間)	対応者
氏名 (男・女) S・H 年 月 日生 歳	職業等	現在地：自宅・その他 () 住所： () 電話番号： ()
自殺に関する発言・ 自殺したい理由	<input type="checkbox"/> 即、実行するつもりである <input type="checkbox"/> 一部をすでに実行した ()	
本人の様子	混乱・追いつめられ感や視野狭窄・焦燥感・抑うつ感・奇妙さや不自然さ・疎通不良・ まとまりのなさ・反応の鈍さ・その他特異なこと () いつもの様子と変わらない・言葉の調子が落ち着いている	

※着色部に☑が入った場合には特に注意を要する状態と捉えます。

リスク	軽度	中度	高度	重度
自殺念慮	<input type="checkbox"/> 限定的、一時的に存在	<input type="checkbox"/> 持続的 (始まり)	<input type="checkbox"/> 自殺が切迫 (即実行、すでに実行した)	
自殺の手段	<input type="checkbox"/> 考えていない	<input type="checkbox"/> 考えている (手段)	<input type="checkbox"/> 致死的手段 ()	
自殺の準備	<input type="checkbox"/> 準備していない		<input type="checkbox"/> 準備している <input type="checkbox"/> 遺書あり	
飲酒・薬物			<input type="checkbox"/> 酩酊・過量服薬	
自傷・自殺企図歴		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 致死的手段 () <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 (企図頻回・自傷エスカレート)	
他者を巻き込む可能性			<input type="checkbox"/> あり	
精神疾患		<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> 統合失調症・うつ病・AL・薬物依存・ 摂食障害	
精神科治療歴		通院先・主治医 () (通院中 ・ 以前受診 ・ 治療中断) <input type="checkbox"/> 退院1ヶ月以内		
身体疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
経済状況			<input type="checkbox"/> 困窮 <input type="checkbox"/> 借金 <input type="checkbox"/> 失業	
家族・知人等 身近な人の死	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (関係, 時期) <input type="checkbox"/> 自死遺族		
家族・知人等	<input type="checkbox"/> 側にいる	<input type="checkbox"/> 側にいない	<input type="checkbox"/> 誰もいない・非協力的	
本人の支援希求	<input type="checkbox"/> 支援を求めている		<input type="checkbox"/> 支援を求めている	
自殺意志の修正		<input type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可能
特記事項 (※支援者の情報等)				
自殺リスクの総合判定	軽度 自殺念慮はあっても一時的、自殺の計画はない	中度 自殺念慮があるが、具体的な計画は考えていない	高度 自殺念慮があり、具体的な計画もたてている	重度 計画・手段が準備され、直ちに自殺する危険がある