

令和7年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業

小中高生の自殺関連行動に係る支援のための調査研究 報告書

令和8年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

<目次>

1	調査研究事業の実施概要	1
(1)	事業目的・位置づけ	1
(2)	事業内容	2
2	文献調査	4
(1)	自殺未遂者支援における関係機関連携のあり方	4
(2)	自殺未遂者支援における関係機関連携の現状	6
3	アンケート調査概要	8
(1)	調査方法	8
(2)	調査結果の表示方法、集計方法	8
4	アンケート調査結果	9
(1)	基本情報	9
(2)	こどもの自殺未遂者の個別支援の状況	12
(3)	こどもの自殺未遂支援の後方支援の状況	28
(4)	こどもの自殺未遂者支援における課題	29
(5)	こどもの自殺未遂者個別支援事例（個票）	44
5	アンケート調査結果（追加分析）	90
(1)	市区町村調査	90
(2)	市区町村調査（個票）	100
6	学校関係者等・民間団体ヒアリング調査結果概要	110
(1)	実施概要	110
(2)	対象一覧	110
(3)	学校関係者等ヒアリング結果概要	111
(4)	民間団体ヒアリング結果概要	114
7	自治体等ヒアリング調査結果概要	116
(1)	実施概要	116
(2)	対象選定の視点	116
(3)	対象一覧	116
(4)	新潟県柏崎市	117
(5)	B県精神保健福祉センター	120
(6)	浜松市精神保健福祉センター	122
(7)	滋賀県C市	124
(8)	東京都D区	127
(9)	宮城県岩沼市	129
(10)	兵庫県多可町	131
(11)	北海道枝幸町	133
(12)	岡山県倉敷児童相談所	135
8	国内事例調査結果	136
(1)	調査方法	136
(2)	事例	137
9	海外事例調査概要	150
(1)	調査方法	150
(2)	調査結果概要	153
10	海外事例調査結果	156
(1)	英国	156
(2)	フランス	161
(3)	フィンランド	165
11	調査のまとめと考察	172
(1)	こどもの自殺未遂の状況	172
(2)	自治体におけるこどもの自殺未遂者支援等の体制	173
(3)	こどもの自殺未遂者支援における関係機関の連携状況	173
(4)	こどもの自殺未遂者支援における関係機関ネットワーク	178
(5)	こどもの自殺未遂者支援における関係機関の役割分担	179
(6)	こどもの自殺未遂者支援における「支援者支援」	183

資料編

1 2	学校関係者等・民間団体ヒアリング調査結果詳細	186
(1)	東京都	186
(2)	A市	190
(3)	滋賀県内自治体	196
(4)	NPO法人 自殺対策支援センターライフリンク	203
(5)	NPO法人 BONDプロジェクト	209
1 3	自治体ヒアリング調査結果詳細	214
(1)	新潟県柏崎市	214
(2)	B県精神保健福祉センター	218
(3)	浜松市精神保健福祉センター	222
(4)	滋賀県C市	230
(5)	東京都D区	235
(6)	宮城県岩沼市	238
(7)	兵庫県多可町	242
(8)	北海道枝幸町	247
(9)	岡山県倉敷児童相談所	252
1 4	アンケート調査 調査票	255

1 調査研究事業の実施概要

(1) 事業目的・位置づけ

自殺者数は依然として毎年約2万人の水準で推移しており、小中高生の自殺者数は過去最多の水準となっている。警察庁の自殺統計を基にまとめた2025（令和7）年の自殺者数（確定値）では小中高生は538人で、統計を取り始めた1980（昭和55）年以降で最多となり、喫緊の課題となっている。

自殺未遂歴は自殺の危険因子であり、自殺未遂者の再企図防止のため、こどもを取り巻く関係者による一体的な支援を強化することが求められている。

本調査研究では、小中高生の自殺未遂者およびその家族が適切な支援につながり、安心して地域生活を継続できるよう、こどもの自殺未遂者支援の取組を推進することを目的に、支援の実態や課題、工夫等を調査した。

関係機関へのアンケート調査やヒアリング調査等において、こどもの自殺未遂者支援の体制や活用ネットワーク、個人情報の共有、関係機関連携による支援のあり方等について課題や工夫を把握し、その内容を踏まえて「こどもの自殺未遂者等支援のための情報共有シート」およびその活用ガイドを作成した。活用ガイドには調査において把握した好事例等を踏まえた連携のヒント等を取りまとめている。

なお、当該ガイドや本報告書に掲載されている内容はあくまで本調査研究において把握された内容であり、こどもの自殺未遂者等支援のあり方を網羅的に示すものではない。改正自殺対策基本法では、地方自治体において法定協議会の設置が可能と規定されたところであるが、こどもの自殺対策は今後さらに社会全体で取り組まれていくべきものであり、本調査研究の成果物はこどもの命と権利を守るための施策検討の基礎資料として活用されることが期待される。

(2) 事業内容

①検討委員会の設置

調査内容・方法や情報共有シート・ガイド作成についての助言を得ることを目的とし、こどもの自殺対策に係る有識者による検討委員会を設置・開催した。

【委員】（敬称略・五十音順）

所属・役職	氏名
福岡大学医学部精神医学教室 講師	衛藤 暢明
多摩市 子ども青少年部長	鈴木 恭智
特定非営利活動法人 メンタルケア協議会 副理事長	西村 由紀
長野県立こころの医療センター駒ヶ根 子どものこころ診療センター長	原田 謙 (座長)
関西学院大学人間福祉学部 教授	馬場 幸子
厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター センター長補佐	村松 裕文
姫路市 保健所 技術主任	森川 一恵

【オブザーバー】

こども家庭庁 支援局 総務課 自殺対策室

【検討委員会開催概要】

	開催日	議題
第1回	令和7年9月1日（月） 13:00～15:00	議題1 調査研究事業の進め方 議題2 情報共有シートおよびガイドのイメージ 議題3 アンケート調査の調査項目（案） 議題4 学校、民間団体ヒアリング項目案
第2回	令和7年10月24日（金） 15:00～17:00	議題1 アンケート調査 中間報告 議題2 ヒアリング調査 中間報告 議題3 情報共有シートおよび手引きのイメージ 報告1 海外事例調査 中間報告
第3回	令和8年1月16日（金） 15:00～17:00	議題1 アンケート調査結果について 報告1 自治体ヒアリング調査 状況報告 議題2 情報共有シート案およびガイド案
第4回	令和8年3月9日（月） 13:00～15:00	報告1 自治体ヒアリング調査 実施報告 報告2 海外事例調査 実施報告 議題1 情報共有シート案およびガイド案 議題2 調査のとりまとめ

②調査内容

(ア)文献調査

自殺未遂者支援における関係機関連携の現状・課題等に関する先行研究のデスクトップ調査・文献レビューを行った。

(イ) こどもの自殺未遂者支援に関わる関係機関へのアンケート調査

こどもの自殺未遂者支援や、その際に関係機関との連携などの実態および課題・工夫を把握するため、市区町村、保健所、児童相談所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターに対してアンケート調査を実施した。

(ロ) こどもの自殺未遂者支援に関わる関係機関へのヒアリング調査

こどもの自殺未遂者への支援において重要な役割を果たすと考えられる学校および、こどもの自殺予防を目的とした相談事業に取り組む民間団体に対してヒアリング調査を実施した。

また、アンケートにおいて把握したこどもの自殺未遂者支援の取組事例について、詳細を把握するため、関係機関に対してヒアリング調査を実施した。

(ハ) 国内事例調査

国内における自殺未遂者支援（成人期、こども・若者世代への取組を含む）に係る関係機関連携において活用されている支援ツール等についての先行事例を把握するため、デスクトップ調査を行った。

(ニ) 海外事例調査

海外におけるこどもの自殺未遂者等の支援における関係機関連携の取組事例等を把握するため、デスクトップ調査を実施した。

(ホ) こどもの自殺未遂者等支援のための情報共有シートおよび活用ガイドの作成

上記調査の結果を踏まえ、こどもの自殺未遂者等の支援において関係機関が活用できる情報共有シートおよびその活用ガイドを作成した。

③成果の公表方法

本事業の成果をとりまとめた本報告書は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社のホームページにて公開する。

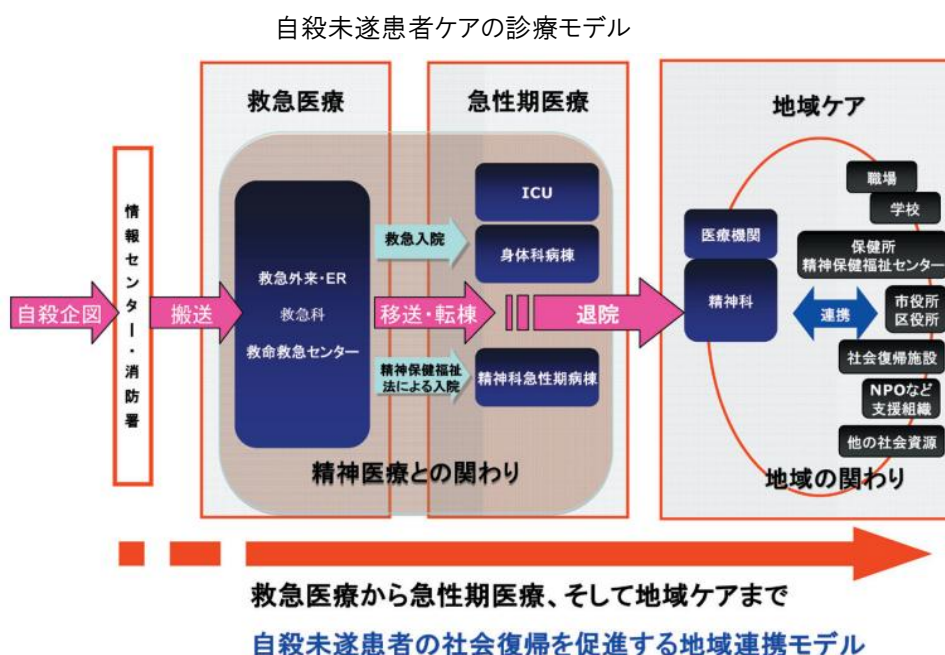
2 文献調査

調査の設計検討・実施にあたり、自殺未遂者支援における多機関連携の現状について確認するため、先行研究のデスクトップ調査・文献レビューを行った。主な結果は以下の通りとなっている。

先行調査からは、自殺未遂者の支援において、医療機関だけではなく、地域の関係機関での連携支援が重要である点や、こどもに限らず自殺未遂者等の支援において医療機関や自治体等がどのような関係機関と連携をしているかが確認された。

(1) 自殺未遂者支援における関係機関連携のあり方

日本臨床救急医学会の「自殺未遂患者への対応 救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き（平成 21 年 3 月）」では、自殺未遂患者ケアの診療モデルが示されており、「自殺未遂患者に対して救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、社会復帰に結びつけていくことが目標となる」とされている¹。



三上（2022）²は、自殺未遂歴が自殺既遂の危険因子であり、治療者が単独で再企図防止を担うと、その重責を背負いきれなくなるとの懸念を示し、そのため、治療者は地域施設との連携を強固にし、本人の支援者を一人でも増やす必要があると指摘している。

¹ 日本臨床救急医学会「自殺未遂患者への対応 救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」（2009 年）

² 三上 克央「児童と青年の自殺再企図防止：危険因子と保護因子に鑑みて」『精神神経学雑誌』124 巻 5 号, p.330-339, （2022 年）

衛藤ら（2019）³は、自殺未遂患者の回復の過程では精神症状の安定のほか、患者の抱える社会的課題の解決が欠かせないと指摘する。また、外来治療の場合は、複数の医療スタッフが関わる入院治療に比べて、治療者自身が孤立し大きな負担となることが予想されるため、外部の支援者との連携が必要であるとしている。福岡大学病院では、自殺未遂者の抱える社会的な問題に取り組むために、外部支援者との連携を図るシステム構築を行っており、自殺の危険度の高い患者のサポートにあたっては、患者の年齢や背景によって連携する専門職は異なっている。若年者の支援においては、学校教師やスクールソーシャルワーカー（SSW）、スクールカウンセラー（SC）などの専門職、児童相談所などが連携先となっている。

福岡大学病院における自殺未遂者対応で連携した職種と連携機関

若年者	中学校・高校教師 養護教諭 スクール・カウンセラー スクール・ソーシャルワーカー 学習指導ボランティア 児童相談所 大学の保健センター 大学の心理相談 大学の事務職員
中年	弁護士 司法書士 生活保護課：ケース・ワーカー 保健所：保健師 精神保健福祉センター 地域生活支援センター
高齢者	ケア・マネージャー 地域包括支援センター

³ 衛藤 暢明,原田 康平,松尾 真祐子,吉良 健太郎,大串 祐馬,畑中 聡仁,川崎 弘詔「総合病院精神科外来での自殺予防」『精神神経学雑誌』121 巻 11 号, p.873-879 (2019 年)

(2) 自殺未遂者支援における関係機関連携の現状

厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センターの「自殺対策推進状況調査（令和6年度）」⁴によると、自殺未遂者への個別支援を実施している自治体のうち、医療機関と連携しているのは全体で78.3%となっており、警察との連携は49.9%、消防との連携は36.5%となっている。

自治体の自殺未遂者への支援に係る連携先

自殺未遂者への個別支援の 実施自治体のみ集計		都道府県		政令指定都市		市町村		総計	
	総計	38	%	17	%	580	%	635	%
医療機関との連携	実施	29	76.3%	15	88.2%	453	78.1%	497	78.3%
	非実施	5	13.2%	2	11.8%	108	18.6%	115	18.1%
	未回答／無効回答	4	10.5%		0.0%	19	3.3%	23	3.6%
医療機関以外の関係機関との連携 (医療機関、警察、消防以外で常に連携 している機関)	実施	28	73.7%	14	82.4%	435	75.0%	477	75.1%
	非実施	7	18.4%	3	17.6%	121	20.9%	131	20.6%
	未回答／無効回答	3	7.9%		0.0%	24	4.1%	27	4.3%
警察との連携	実施	24	63.2%	8	47.1%	285	49.1%	317	49.9%
	非実施	10	26.3%	8	47.1%	254	43.8%	272	42.8%
	未回答／無効回答	4	10.5%	1	5.9%	41	7.1%	46	7.2%
消防との連携	実施	17	44.7%	10	58.8%	205	35.3%	232	36.5%
	非実施	17	44.7%	6	35.3%	329	56.7%	352	55.4%
	未回答／無効回答	4	10.5%	1	5.9%	46	7.9%	51	8.0%
その他との連携	実施	15	39.5%	5	29.4%	135	23.3%	155	24.4%
	非実施	20	52.6%	11	64.7%	387	66.7%	418	65.8%
	未回答／無効回答	3	7.9%	1	5.9%	58	10.0%	62	9.8%
	総計	38	100.0%	17	100.0%	580	100.0%	635	100.0%

⁴ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター「令和6年度（令和5年度事業実施分）自殺対策推進状況調査 集計結果一覧」

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングの「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究（令和５年度）」⁵における全国の教育委員会を対象としたアンケート調査では、こどもの自殺対策において連携している機関としては、全体では「小学校・中学校」「市区町村主管課」「児童相談所」等が多くなっている。

教育委員会の自殺対策における支援に係る連携先

(%)

	合計(n=)	都道府県 主管課	市区町村 主管課	子育て世 代包括支 援センター	子ども家庭 総合支援 拠点	福祉事務 所(家庭児 童相談室)	小学校・中 学校	高等学校・ 高等専門 学校	大学・専門 学校	児童相談 所	かかりつけ 医	救急告示 医療機関	精神科医 療機関(児 童精神科 医以外)
全体	824	23.1	67.8	13.8	10.7	20.3	75.8	9.1	1.6	59.2	8.3	1.6	7.5
都道府県	70	51.4	28.6	5.7	7.1	7.1	37.1	31.4	5.7	40.0	4.3	1.4	11.4
政令市	16	12.5	56.3	0.0	6.3	25.0	75.0	56.3	12.5	81.3	12.5	0.0	31.3
市	406	21.4	73.6	15.0	14.0	27.6	80.5	6.7	1.5	67.2	9.6	2.2	8.4
町村	331	19.6	69.5	14.8	7.6	13.9	78.2	5.1	0.3	52.6	7.3	0.9	4.5

	合計(n=)	精神科医 療機関(児 童精神科 医)	上記以外 の医療機 関	保健所・保 健センター	精神保健 福祉セン ター	地域包括 支援セン ター	介護関係 の事業所	基幹相談 支援セン ター	発達障害 者支援セ ンター	障害福祉 関係の事 業所	警察・消防	社会福祉 協議会	放課後児 童クラブ (学童保 育)
全体	824	14.8	1.6	24.3	6.8	6.4	0.2	3.2	5.5	3.0	36.3	11.2	8.4
都道府県	70	11.4	1.4	17.1	35.7	1.4	0.0	2.9	4.3	1.4	45.7	5.7	1.4
政令市	16	31.3	0.0	12.5	75.0	6.3	0.0	12.5	6.3	0.0	56.3	6.3	0.0
市	406	18.5	1.7	26.8	3.2	5.2	0.5	4.7	4.4	3.9	39.2	12.1	8.4
町村	331	10.3	1.5	23.3	1.8	9.1	0.0	0.9	6.9	2.4	29.9	11.5	10.3

	合計(n=)	引きこも り地域支 援センタ ー	法テラス や弁護 士等、 法律や 司法関 係の専 門窓口	こどもの 人権110 番	子ども 食堂・地 域食堂	NPO法人 等の民 間団体	地域若者 サポース テーション	ハローワ ーク	町内会・ 自治会 等の自 治組織	民生委員 ・児童 委員	その他	特になし	無回答
全体	824	2.1	5.6	4.0	2.2	4.1	2.3	0.7	2.5	22.5	3.3	2.9	1.3
都道府県	70	2.9	12.9	2.9	0.0	11.4	4.3	0.0	0.0	7.1	4.3	2.9	4.3
政令市	16	12.5	0.0	6.3	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	25.0	6.3	0.0	0.0
市	406	3.0	6.7	4.7	3.0	3.4	2.7	1.0	2.7	21.2	2.7	1.0	0.2
町村	331	0.3	3.0	3.3	1.8	3.6	1.2	0.6	3.0	27.2	3.6	5.4	2.1

⁵ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究」（2024 年）

3 アンケート調査概要

(1) 調査方法

①調査目的

小中高生の自殺未遂者の支援の状況および関係機関連携の状況の実態を把握するため、こどもの自殺未遂者支援に関わる関係機関（市区町村主管課、保健所、児童相談所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センター）にアンケート調査を実施した。

②調査対象

	①市区町村主管課	②保健所	③児童相談所
調査対象 (悉皆／抽出)	全国の市区町村（こどもの）自殺対策 主管課（悉皆）	全国の保健所（悉皆）	全国の児童相談所（悉皆）
実施方法	郵送・メールでの配布・回収	郵送配布、郵送・Web 回収	郵送・メールでの配布・回収
調査期間	2025 年 10 月 6 日～11 月 4 日		
発送数	1,741 件	461 件	240 件
有効回収数	1,181 件	244 件	164 件
回収率	67.9%	52.9%	68.3%
	④救命救急センター	⑤児童精神科・精神科医療機関	⑥精神保健福祉センター
調査対象 (悉皆／抽出)	全国の救命救急センター（悉皆）	「全国児童青年精神科医療施設協 議会」の所属医療機関 42 件（悉 皆）および「日本精神科病院協会」 会員病院（1,170 件）から 1,000 件を無作為抽出	全国の精神保健福祉センター （悉皆）
実施方法	郵送配布、郵送・Web 回収	郵送配布、郵送・Web 回収	郵送配布、郵送・Web 回収
調査期間	2025 年 10 月 6 日～11 月 4 日		
発送数	312 件	1,042 件	69 件
有効回収数	103 件	112 件	47 件
回収率	33.0%	10.7%	68.1%

(2) 調査結果の表示方法、集計方法

集計結果の百分率（％）は、小数点第 2 位を四捨五入した値を表記している。このため、回答設問の選択肢ごとの構成比の見かけ上の合計が100.0%にならない場合がある。

複数回答設問では、当該設問に回答すべき回答者数を母数として選択肢ごとにそれぞれ構成比を求めている。そのため、構成比率の合計は通常100.0%とならない。

4 アンケート調査結果

(1) 基本情報

① こどもの自殺対策の担当部署（市区町村）

市区町村のこどもの自殺対策の担当部署は「健康増進担当部署」（37.7%）の割合が最も高くなっている。

図表 1 こどもの自殺対策の担当部署（市区町村）

(%)

	市区町村
n=	1,181
児童福祉担当部署	3.9
母子保健担当部署	3.7
こども家庭センター	7.3
教育委員会	5.1
健康増進担当部署	37.7
自殺対策担当部署（専門部署）	6.3
生活困窮担当部署	0.9
障害者福祉担当部署	8.8
疾病対策担当部署	0.2
その他	13.5
担当部署は決まっていない	11.9

②こどもの自殺対策に関する取組（児童相談所）

児童相談所のこどもの自殺対策に対する取組は「外部の希死念慮や自殺未遂歴のあるこどもの支援に関する研修を職員が受講」（58.5%）の割合が最も高くなっている。

図表 2 こどもの自殺対策に関する取組〔複数回答〕

(%)

	児童相談所
n=	164
児童相談所内での希死念慮や自殺未遂歴のあるこどもの支援に関する研修の実施	9.1
外部の希死念慮や自殺未遂歴のあるこどもの支援に関する研修を職員が受講	58.5
希死念慮や自殺未遂歴のあるこどもの支援に関するマニュアルの活用	0.6
自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワークへの参画（会議開催）	31.7
その他	4.3
特になし	22.6
無回答	4.9

③精神科医による診療の有無（救命救急センター）

救命救急センターの精神科医による診療の有無について、「精神科医による診療がある」の割合が90.3%となっている。

図表 3 精神科医による診療の有無（救命救急センター）

(%)

	救命救急センター
n=	103
精神科医による診療がある	90.3
精神科医による診療がない	7.8
無回答	1.9

④ソーシャルワーカーの在籍の有無（救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関）

ソーシャルワーカーの在籍の有無について、「在籍している」の割合が救命救急センターで94.2%、児童精神科・精神科医療機関で97.3%となっている。

図表 4 ソーシャルワーカーの在籍の有無

(%)

	救命救急 センター	児童精神科・ 精神科医療 機関
n=	103	113
在籍している	94.2	97.3
在籍していない	3.9	1.8
無回答	1.9	0.9

⑤自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク（会議等）への参画有無（救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関）

自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク（会議等）への参画有無について、「している」の割合が救命救急センターで59.2%、児童精神科・精神科医療機関で39.8%となっている。

図表 5 自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク(会議等)への参画有無

(%)

	救命救急 センター	児童精神科・ 精神科医療 機関
n=	103	113
している	59.2	39.8
していない	35.0	58.4
無回答	5.8	1.8

(2) こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

① ケースを受理したこどもに自傷行為があるかの確認状況（児童相談所）

児童相談所のケースを受理したこどもに自傷行為があるかの確認状況は「疑いがある場合に確認している」（89.5%）の割合が最も高くなっている。

図表 6 ケースを受理したこどもに自傷行為があるかの確認状況（児童相談所）

(%)

	児童相談所
n=	164
ケースを受理したこどもすべてについて確認している	3.7
疑いがある場合に確認している	89.6
特に確認はしていない	4.9
無回答	1.8

② ケースを受理したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況（児童相談所）

児童相談所のケースを受理したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況は「疑いがある場合に確認している」（91.5%）の割合が最も高くなっている。

図表 7 ケースを受理したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況（児童相談所）

(%)

	児童相談所
n=	164
ケースを受理したこどもすべてについて確認している	0.0
疑いがある場合に確認している	91.5
特に確認はしていない	6.1
無回答	2.4

③来院したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況（救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関）

来院したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況はいずれの機関も「疑いがある場合に確認している」（救命救急センター:75.7%、児童精神科・精神科医療機関:58.4%）の割合が最も高くなっている。

図表 8 来院したこどもに自殺未遂歴があるかの確認状況

(%)

	救命救急 センター	児童精神科・ 精神科医療 機関
n=	103	113
来院したこどもすべてについて確認している	17.5	20.4
疑いがある場合に確認している	75.7	58.4
特に確認はしていない	2.9	15.0
無回答	3.9	6.2

④こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況（市区町村、保健所、精神保健福祉センター）

こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況について、「行っている」の割合が市区町村では40.8%、保健所では66.8%、精神保健福祉センターでは68.1%となっている。

図表 9 こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況

(%)

	市区町村	保健所	精神保健福 祉センター
n=	1,181	244	47
行っている	40.8	66.8	68.1
行っていない	58.6	33.2	31.9
無回答	0.6	0.0	0.0

※精神保健福祉センター調査では「個別支援」ではなく市区町村等が未遂者支援を行う際の「後方支援」の実施状況を聞く設問

⑤過去３年度（令和４年度～６年度）に支援したこどもの自殺未遂事案の件数
過去３年度（令和４年度～６年度）に支援したこどもの自殺未遂事案の件数は以下の通りであった。

図表 10 過去３年度（令和４年度～６年度）に自治体で支援したこどもの自殺未遂事案の件数

（件）

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	387	152	100	75	67	22
合計	1,381	881	556	1,031	950	134
平均	3.6	5.8	5.6	13.7	14.2	6.1

※ n 数には非該当・無回答を除いている

⑥経過が把握できている回答可能事例数

過去３年度（令和４年度～６年度）に関係機関で支援したこどもの自殺未遂事案のうち、個票の回答のあった事例数は以下の通りであった。

図表 11 経過が把握できている回答可能事例数

（件）

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	294	107	97	42	37	9
合計	683	296	349	188	140	33
平均	2.3	2.8	3.6	4.5	3.8	3.7

※ n 数は個票の回答があった件数

⑦こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源

こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源は、市区町村では「公立小・中学校」(68.5%)、保健所、児童相談所では「警察」(それぞれ74.2%、76.2%)、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターでは「家族」(それぞれ81.6%、66.4%、53.1%)の割合が最も高くなっている。

図表 12 こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
こども本人	19.9	6.1	50.0	69.9	48.7	21.9
家族	53.1	48.5	72.6	81.6	66.4	53.1
警察	30.7	74.2	76.2	42.7	27.4	9.4
消防	12.4	8.0	11.6	66.0	17.7	3.1
救急医療機関	22.2	32.5	50.0		42.5	25.0
児童精神科医療機関	10.8	4.3	45.7	12.6	19.5	12.5
精神科医療機関(児童精神科以外)	12.7	19.6	36.6	17.5	28.3	6.3
市区町村主管課		39.9	45.7	12.6	25.7	40.6
保健所	16.2		15.9	12.6	26.5	46.9
公立小・中学校	68.5	15.3	69.5	8.7	35.4	40.6
公立高等学校	22.4	15.3	57.3	6.8	25.7	50.0
私立学校	7.5	6.1	39.6	6.8	22.1	25.0
教育委員会	40.2	9.8	17.1	0.0	6.2	34.4
児童相談所	28.8	21.5		27.2	38.9	12.5
民間団体	5.0	1.2	7.9	0.0	3.5	6.3
その他	16.0	9.8	11.6	3.9	11.5	15.6
無回答	3.9	2.5	2.4	4.9	12.4	3.1

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑧こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応

こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応は、市区町村は「関係機関への連絡・情報共有」（88.6%）、保健所、児童相談所、精神保健福祉センターでは「関係機関からの情報収集」（それぞれ92.0%、92.1%、65.6%）、救命救急センターでは「本人への聞き取り・状況把握」（89.3%）、児童精神科・精神科医療機関では「家族への連絡・状況把握」（70.8%）の割合が最も高くなっている。

図表 13 こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応〔複数回答〕

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
関係機関からの情報収集	88.2	92.0	92.1	82.5	69.9	65.6
関係課への本人・家族情報の照会	71.2	66.3	78.7	55.3	38.9	28.1
関係機関への連絡・情報共有	88.6	84.7	85.4	77.7	61.9	62.5
本人への聞き取り・状況把握	62.0	71.2	81.7	89.3	63.7	34.4
家族への連絡・状況把握	74.1	88.3	81.7	88.3	70.8	40.6
アセスメント（再企画リスク評価）	33.4	55.8	34.1	49.5	26.5	40.6
ケース検討会の開催	71.4	47.9	57.9	41.7	34.5	21.9
関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼	22.4	6.1	4.9	9.7	3.5	6.3
本人・家族への関係機関の案内	61.4	73.6	73.2	62.1	40.7	40.6
その他	6.6	6.7	3.7	3.9	5.3	25.0
無回答	3.3	2.5	2.4	3.9	12.4	3.1

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

参考としているアセスメントツールとして、以下の回答があった。

(7) 市区町村

- ・ ASSESS（学校環境適応感尺度）
- ・ メンタルケア協議会 JAM 自殺リスクアセスメントシート
- ・ 県精神科救急情報センターの「自殺リスクアセスメントシート」を参考にさせていただいている。
- ・ 県自死対策推進センターの自死リスクアセスメントシート
- ・ 東京都児童相談所におけるリスクアセスメントシートおよび国安全確保の必要性チェックシート
- ・ ISPシート、スクリーニングシート
- ・ 重層的支援のアセスメントシート
- ・ 「心と身体のチェック」
- ・ Hyper-QU
- ・ 厚労省による「在宅支援アセスメントプランニングシート」
- ・ 圏域で作成されたアセスメントツールを基にしたアセスメント票を使用している。
- ・ 自殺未遂者事例アセスメント表。大人用だが、目安として活用
- ・ 自機関で作成したアセスメント票を利用

(イ) 保健所

- ・ 所定の記録様式上でアセスメントを行う。
- ・ 鹿児島県が作成しているリスクアセスメント票
- ・ 精神科救急医療ガイドライン
- ・ メンタルケア協議会 JAM 自殺リスクアセスメントシート

(ウ) 児童相談所

- ・ 北九州市精神保健センター発行の「だれにでも、こころが苦しいときがあるから」を参考
- ・ 一時保護の要否判定アセスメント

(エ) 救命救急センター

- ・ 包括的支援マネジメント支援ニーズアセスメントシート
- ・ 救急患者継続支援のアセスメントツールに準じて
- ・ アクションJのアセスメントツール
- ・ 自殺未遂患者アセスメントツール
- ・ PHQ-9
- ・ SAD PERSONS スケール

(オ) 児童精神科・精神科医療機関

- ・ PHQ-9
- ・ JAM 自殺アセスメントツール

(カ) 精神保健福祉センター

- ・ 所内作成アセスメントツール
- ・ 10 エッセンス

⑨こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関

こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関は、市区町村では「公立小・中学校」(83.6%)、保健所では「精神科医療機関(児童精神科以外)」(73.6%)、児童相談所では「児童精神科医療機関」(82.3%)、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関では「児童相談所」(それぞれ61.2%、51.3%)、精神保健福祉センターでは「保健所」(62.5%)の割合が最も高くなっている。

図表 14 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
警察	39.8	60.7	42.1	26.2	15.0	15.6
消防	13.1	12.3	1.8	14.6	5.3	6.3
救急医療機関	27.4	37.4	32.3		27.4	25.0
児童精神科医療機関	40.7	33.1	82.3	55.3	31.0	37.5
精神科医療機関(児童精神科以外)	38.6	73.6	54.9	49.5	23.0	34.4
市区町村主管課		69.9	65.2	45.6	47.8	46.9
保健所	38.4		47.0	40.8	37.2	62.5
公立小・中学校	83.6	34.4	74.4	29.1	44.2	40.6
公立高等学校	32.4	24.5	64.6	13.6	35.4	31.3
私立学校	14.5	11.7	47.0	17.5	31.0	21.9
教育委員会	69.5	22.7	22.6	11.7	13.3	31.3
児童相談所	59.3	58.3		61.2	51.3	28.1
民間団体	10.0	4.3	9.8	2.9	8.8	3.1
その他	22.4	9.2	11.0	1.9	11.5	25.0
無回答	3.3	4.3	1.8	8.7	13.3	6.3

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑩こどもの自殺未遂者の個別支援において関係機関連携の調整役を担っている機関

こどもの自殺未遂者の個別支援において関係機関連携の調整役を担っている機関は、市区町村、児童相談所、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターでは「市区町村主管課」（それぞれ78.4%、66.5%、39.8%、53.1%）、保健所では「保健所」（64.4%）、救命救急センターでは「救急医療機関」（48.5%）の割合が最も高くなっている。

図表 15 関係機関連携の調整役を担っている機関〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
救急医療機関	3.9	6.7	3.7	48.5	8.0	3.1
児童精神科医療機関	7.5	11.0	39.0	22.3	30.1	9.4
精神科医療機関(児童精神科以外)	3.9	20.9	18.9	18.4	18.6	0.0
市区町村主管課	78.4	62.6	66.5	34.0	39.8	53.1
保健所	11.4	64.4	17.7	29.1	29.2	43.8
学校	26.1	17.8	23.8	6.8	16.8	34.4
教育委員会	40.5	9.8	7.9	3.9	5.3	21.9
児童相談所	19.7	28.8	63.4	40.8	38.9	15.6
民間団体	1.0	1.2	0.0	0.0	0.9	0.0
その他	8.7	8.6	6.7	4.9	6.2	28.1
無回答	3.5	4.9	3.0	9.7	14.2	6.3

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑪関係機関の連携を調整している市区町村の部署

こどもの自殺未遂者の個別支援において関係機関連携の調整役を担っている市区町村の部署は、市区町村、保健所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関では「こども家庭センター」（それぞれ49.7%、52.0%、57.1%、55.6%）、児童相談所、精神保健福祉センターでは「児童福祉担当部署」（それぞれ72.5%、52.9%）の割合が最も高くなっている。

図表 16 関係機関の連携を調整している機関〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	378	102	109	35	45	17
児童福祉担当部署	36.5	49.0	72.5	51.4	53.3	52.9
母子保健担当部署	18.8	44.1	6.4	34.3	22.2	35.3
こども家庭センター	49.7	52.0	67.0	57.1	55.6	29.4
健康増進担当部署	31.0	18.6	1.8	5.7	4.4	35.3
自殺対策担当部署(専門部署)	12.4	18.6	9.2	5.7	6.7	29.4
生活困窮担当部署	3.7	5.9	2.8	0.0	4.4	5.9
障害者福祉担当部署	10.8	19.6	5.5	8.6	24.4	35.3
疾病対策担当部署	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	9.3	2.9	1.8	0.0	2.2	5.9
無回答	1.1	1.0	0.9	2.9	0.0	5.9

※調整役を担っている機関が「市区町村主管課」と回答したところのみ対象の設問

⑫こどもの自殺未遂者の個別支援において関係機関連携（情報共有や支援方針の検討）において活用しているネットワーク

こどもの自殺未遂者の個別支援において関係機関連携（情報共有や支援方針の検討）において活用しているネットワークは、市区町村、児童相談所では「要保護児童対策地域協議会」（それぞれ68.0%、82.9%）、保健所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターでは「既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している」（それぞれ、68.1%、44.7%、39.8%、68.8%）の割合が最も多くなっている。

図表 17 関係機関連携(情報共有や支援方針の検討)において活用しているネットワーク〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
要保護児童対策地域協議会	68.0	52.8	82.9	39.8	38.1	21.9
重層的支援体制	9.5	12.3	6.1	1.9	3.5	6.3
自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	10.4	14.7	5.5	16.5	8.8	12.5
既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している	49.2	68.1	39.6	44.7	39.8	68.8
その他	6.4	7.4	3.7	6.8	10.6	21.9
無回答	4.1	3.7	3.7	19.4	23.0	6.3

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑬こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法

こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法は、いずれの機関も「電話」（市区町村：88.8%、保健所：96.9%、児童相談所：93.9%、救命救急センター：81.6%、児童精神科・精神科医療機関：76.1%、精神保健福祉センター：84.4%）の割合が最も高くなっている。

図表 18 こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	113	32
電話	88.8	96.9	93.9	81.6	76.1	84.4
メール	22.6	14.7	14.0	9.7	15.9	40.6
FAX	3.7	3.1	3.0	18.4	28.3	6.3
書面(情報共有シートや連絡表等)	39.2	28.2	23.8	27.2	25.7	46.9
情報共有システム	4.6	2.5	0.6	0.0	0.0	6.3
訪問	45.0	41.7	55.5	7.8	8.8	21.9
関係機関による会議	73.0	65.0	76.2	42.7	46.0	43.8
その他	3.1	2.5	2.4	2.9	4.4	9.4
無回答	3.3	1.8	1.8	10.7	15.9	6.3

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑭ こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式

こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式は、市区町村、児童相談所では「要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している」（それぞれ、51.9%、71.8%）、保健所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターでは「こどもに限定しない自殺未遂者用の様式を活用している」（それぞれ52.2%、50.0%、62.1%、80.0%）との割合が最も高くなっている。

図表 19 こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	189	46	39	28	29	15
要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している	51.9	15.2	71.8	10.7	17.2	0.0
こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している	1.6	0.0	0.0	0.0	3.4	6.7
こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している	11.6	52.2	0.0	32.1	17.2	20.0
その他	39.7	37.0	28.2	50.0	62.1	80.0
無回答	2.1	4.3	0.0	10.7	3.4	0.0

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

⑮ 自殺未遂者支援用の様式の概要

こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式で「こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と回答した機関にその作成元、情報共有先機関、活用場面等を聞いたところ、以下の回答があった（重複は削除している。また、文章は文意を変えない程度に誤字脱字や表現の修正を適宜行っている場合がある。以降の自由記述設問も同様）。

(7) 市区町村

【こどもの自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 教育委員会で作成されたもの
- ・ 教育委員会学校教育課作成。情報共有先機関は小中学校、学校教育課、健康推進課、子育て支援課、子どもの発達支援課、ひきこもり支援センター。小中学校でこどもの自殺未遂、自殺ほのめかしが見られた際に情報共有、対応の確認をするために活用
- ・ 市の自殺未遂者支援事業に参画している救急医療機関で、搬送され身体的治療が終わった自殺未遂者のうち、事業利用を希望する者について、「同意書」「アセスメントシート」を活用し精神保健福祉センターへのつなぎを行っている。

【こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 自傷行為により救急医療機関に搬送され、保健所の行う自殺未遂者支援に同意いただいた方については、市が作成した情報提供書の様式もしくは看護サマリーで病院から保健所に情報提供をいただく。

- ・ 庁内連携ツールとして、自殺対策担当課がシートを作成。当該シートは、自殺関連に限らず、こころの健康に課題や不安をもったケースについて、庁内で情報共有および引き継ぎを行うためのもの。
- ・ 消防本部が作成している自損行為者の情報提供シートを、消防本部と自殺対策所管課での情報共有の際に使用している。
- ・ 警察との連携では、都道府県が作成している自殺未遂者相談支援事業の様式を活用している。救急医療機関との連携では、医療機関と調整のうえ、様式を作成し活用している。
- ・ 圏域の自殺未遂者等支援事業で保健所が作成したものを活用。
- ・ 保健所が作成した、いのちサポート事業のリスクアセスメント票を活用している。
- ・ 関係機関とケース会議を開催する場合はサマリーを作成する
- ・ 本市では、都道府県、市と一緒に、都道府県警と連携し、各区保健福祉センターを窓口として自殺未遂者相談支援事業（こどもに限定していない）を行っている。本事業による支援を希望する対象者（自殺未遂者または家族）については、都道府県警が対象者に同意をとったのち、都道府県警から各区保健福祉センターへ電話連絡および書面による情報提供がある。
- ・ 管轄の保健所より提供されているシートを用いている。
- ・ 作成元は保健所。情報共有先は医療機関。救急搬送などで、把握された自死未遂者を、自死未遂者連絡シートで共有。
- ・ 当市作成。救命救急センターから未遂者について情報提供してもらう際に使用。
- ・ 教育委員会が作成。公立小中学校と教育委員会の情報共有で活用
- ・ 特定の救急病院（１病院）と未遂者支援の連携のため様式を作成。ただし、ほかの病院や関係機関との連携の際には用いていない。
- ・ 様式の作成元は保健予防課、情報共有先機関は保健予防課・保健相談所
- ・ 都道府県自殺未遂者支援事業マニュアルに従い様式を利用している。
- ・ 都道府県作成。救急告示病院、精神科診療所、市町・保健所との情報共有。自殺未遂者が受診された際の情報共有、受診調整、フィードバック、保健所への連絡の際に活用
- ・ 精神保健相談連絡票（警察作成）にて確認

(イ) 保健所

【こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 保健所で作成した要領・様式にて自殺未遂者支援事業を実施。救急告示病院を受診した未遂者について、本人又は家族の同意が得られた場合、救急告示病院から保健所へリスクアセスメントシートにて情報提供を行う。
- ・ 救急医療機関が作成している自殺未遂者連絡表が当所へ共有される。連絡表の情報をもとに、本人や家族への支援を行っている。
- ・ 地域保健対策協議会「二次保健医療圏域に設置された会議体」にて自殺未遂者支援事業を実施しており、その事業で様式を作成している。救急医療機関から対象者について情報提供いただく際に活用している。
- ・ 警察が自殺企図者を認知した場合に、本人・家族の同意が得られた場合は、様式を用いて書面で情報提供がある。受理した情報をもとに、保健所が本人・家族と連絡を取り、対応した結果について、当保健所で作成した様式により警察に情報共有している。

- ・ 市の精神障がい者の退院後支援は、国がまとめた「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」および事務処理要領を踏まえ、マニュアルを作成している。様式は国が示したものを参考にしており、関係機関は医療機関や支援事業所等が主である。措置入院者又はその他の非自発的な入院者で、退院後に医療や支援の中断の可能性が高いと見込まれる方に対し、主治医の意見を踏まえ、本人・家族の同意を得て行う。
- ・ 安芸福祉保健所が作成した「安芸福祉保健所未遂者相談支援事業連絡票」により、管内警察署・消防署・県立病院・市町村から安芸福祉保健所へ未遂者について連絡する。
- ・ 県が作成。情報共有先機関は県自殺未遂者支援連携体制事業の協力医療機関（救急告示医療機関、一般病院、精神科病院）。関係機関同士のやりとりや、ケースのアセスメントで使用する。
- ・ 保健所作成。未遂者を把握した二次救急病院、警察、消防等から保健所等へ情報共有する際に活用する。県地域保健課作成。情報共有先機関は県相談窓口等、活用場面は各機関において相談者が自分の機関では対応できない問題を抱えていると気付いた際。
- ・ 心のネットワーク相談窓口連絡票
- ・ 救急医療機関に受診した自殺未遂者において、本人、家族の同意の元で、病院、MSW より電話連絡をもらい、情報提供様式にもとづき、情報収集している。
- ・ 当所では、管内市町と協同で「自殺未遂者支援事業」を実施しており、共通の様式を作成しています。様式は、二次救急医療機関等が自殺未遂にて救急搬送された入院患者で要しない対象者(患者・家族)を把握し、保健所の支援および情報提供することに同意を得られた場合は使用する様式(同意書、基本情報シート)を作成しています。作成後は保健所に提出してもらい、保健所は報告書の様式に記入し、対応状況を二次救急医療機関へ報告する流れです。
- ・ 作成元は保健所。本人から同意がある場合は救急医療機関や消防から本人署名のある連絡票が HC に送付され、HC から本人へ連絡する。本人から同意が無い場合は主に消防から性別・年齢・住所地、自殺未遂手段の記載された用紙が届く。
- ・ 自殺予防対策実行委員会（保健所主催）で作成した「自殺未遂者用情報収集シート」を管内精神科医療機関・警察と共有している。警察から保健所への企図者通報にシートを活用し、情報共有をスムーズに行っている。
- ・ 管内の関係機関が参集する自殺対策検討連絡会ワーキング部会で作成した様式。救急医療機関からの情報提供時に使用。情報提供元と先が様式を用いて電話にて聞き取りを行う。
- ・ 当所管内の自殺対策連絡会議で作成。会議の構成機関等が把握した未遂者の情報を提供してもらう際の様式(同意書)と保健所の初回支援の結果報告書がある。
- ・ 県との共同事業として様式を作成。自殺未遂（自損行為）にて、救急医療機関や警察、消防が対応した者や家族等が、保健所への相談支援を希望し、かつ個人情報の提供に同意した場合に、様式を活用して情報共有を行う。
- ・ 当自治体では、自殺未遂者支援事業を実施。様式は独自に作成しており、事業の一環で実施している事例検討会議において、会議体構成メンバー（救急医療機関、精神科、弁護士、司法書士）と事例共有および支援方針検討のため使用している。
- ・ 救急病院から当市への支援依頼時に活用。市保健所と県が作成。情報共有先機関は救急病院と未遂者支援担当課。

- ・ 警察と保健所の情報共有のため、警察が作成した様式で、自殺企図者の通報が保健所へ届き、保健所が作成した様式で、企図者の個別支援の経過を報告している。
- ・ 都道府県が都道府県内で統一した事業として実施する「自殺未遂者相談支援事業」の様式を活用。自殺未遂事案が発生した場合に、本人または家族の同意が得られた場合に、対象者情報が警察から保健所へ提供され、保健所が支援を開始する流れとなっており、警察から保健所への情報提供に係る様式も定められている。
- ・ 消防本部や救急告示病院へ様式を共有し、自殺未遂者の搬送・受け入れがあった場合に様式を記入していただき、保健所への提出を依頼している。

(ウ) 児童相談所

- ・ 回答なし

(エ) 救命救急センター

【こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 保健所が作成し、保健所に情報共有をしている。窓口が保健所ではない圏域では市町村に情報共有をしている。保健所や市町村に支援介入を依頼する際に使用している。
- ・ 救急患者継続支援の様式を使用
- ・ 当院のソーシャルワーカーが作成し、退院後につなげる関係機関との情報共有、継続した支援を行うために活用している。
- ・ 日本自殺予防学会作成の様式
- ・ 様式の作成元は県自殺予防情報センター、情報共有先は保健所、活用場面は入院時・退院時に紹介
- ・ SAD PERSONS スケールをもとにした評価表

(オ) 児童精神科・精神科医療機関

【こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 情報提供先の書式
- ・ 看護サマリー

(カ) 精神保健福祉センター

【こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式】

- ・ 作成元（精神保健福祉センター）、共有先（連携機関）、活用場面（会議等）
- ・ 救急医療機関、一般医療機関、および行政相談機関が自殺未遂者を適切な精神科医療機関につなげる希望がある際に、当センターが受け入れ可能な精神科医療機関を紹介する役割を担っている。その際の情報共有場面で、専用の「診療情報提供書兼受付票」を用いている。

⑯こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいるか

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいるかについて、いずれの機関も約90%が「協定を結んでいない」（市区町村：93.2%、保健所：96.9%、児童相談所：98.2%、救命救急センター：88.3%、児童精神科・精神科医療機関：88.4%、精神医療福祉センター：90.5%）と回答している。

図表 20 こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいるか

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	112	32
協定を結んでいる	2.7	0.6	0.0	4.9	1.8	6.3
協定を結んでいない	93.2	96.9	98.2	88.3	88.4	90.6
無回答	4.1	2.5	1.8	6.8	9.8	3.1

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

協定を結んでいる機関は以下の通り。

(ア) 市区町村

- ・ 警察署
- ・ 救急医療機関。ただし、子供に限定していない。
- ・ 協定ではなく覚書のとりかわしになるが、市内の三次救急医療機関と市立病院「二次救急」の2医療機関
- ・ 精神科医療機関
- ・ 病院、保健所、福祉施設、社会福祉協議会、警察、消防
- ・ 特定非営利活動法人自殺対策支援センター ライフリンク
- ・ あなたのいばしょ
- ・ NPO 法人カタリバ
- ・ 民生児童委員会

(イ) 保健所

- ・ 都道府県警察（都道府県が結んでいる協定に準じている）

(ウ) 児童相談所

- ・ 回答なし

(エ) 救命救急センター

- ・ 保健所
- ・ 精神科医療機関

(オ) 児童精神科・精神科医療機関

- ・ 市および県
- ・ 市教育委員会
- ・ 県、市教育委員会

(カ) 精神保健福祉センター

- ・ 特定非営利活動法人 自殺対策支援センター ライフリンク
- ・ 救急医療機関

⑰こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるもの

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものは、市区町村、児童精神科・精神科医療機関では「家族との面談」（それぞれ79.0%、69.6%）、保健所、救命救急センター、精神保健福祉センターでは「医療機関の紹介・情報提供」（それぞれ87.7%、68.9%、62.5%）、児童相談所では「こども本人との面談」（86.6%）の割合が最も高くなっている。

図表 21 こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるもの〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	482	163	164	103	112	32
こども本人との面談	72.0	77.9	86.6	61.2	66.1	28.1
家族との面談	79.0	85.3	84.8	59.2	69.6	40.6
家庭訪問	66.0	74.8	66.5	1.9	6.3	15.6
医療機関の紹介・情報提供	75.1	87.7	81.1	68.9	45.5	62.5
福祉等の関係機関の紹介・情報提供	63.9	72.4	62.2	57.3	51.8	56.3
情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック	68.7	76.7	69.5	39.8	50.0	37.5
再企画リスクのアセスメント	35.7	55.2	23.2	33.0	27.7	31.3
その他	3.5	7.4	3.0	4.9	5.4	18.8
無回答	7.3	3.1	3.0	10.7	15.2	3.1

※市区町村調査、保健所調査では「個別支援を実施している」、精神保健福祉センター調査では「後方支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

(3) こどもの自殺未遂支援の後方支援の状況

①市区町村がこどもの自殺未遂者の支援をする際に行っている後方支援（保健所）

保健所の、市区町村がこどもの自殺未遂者の支援をする際に行っている後方支援は「ケース検討会への参加」（65.6％）の割合が最も高くなっている。

図表 22 市区町村がこどもの自殺未遂者の支援をする際に行っている後方支援〔複数回答〕

(%)

	保健所
n=	244
対応する職員への助言・指導	59.8
ケース検討会への参加	65.6
専門人材の派遣	5.7
連携できる関係機関の紹介	42.6
関係機関による連携の際の調整	36.5
市区町村職員に対する研修	28.3
その他	6.6
市区町村のこどもの自殺未遂者支援の後方支援を行っていない(市設置の保健所である)	18.0
無回答	2.5

(4) こどもの自殺未遂者支援における課題

①今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関は、市区町村は「公立小・中学校」(79.9%)、保健所では「市区町村主管課」(68.4%)、児童相談所、救命救急センターでは「児童精神科医療機関」(それぞれ87.2%、64.1%)、児童精神科・精神科医療機関では「児童相談所」(61.6%)、精神保健福祉センターでは「教育委員会」(74.5%)の割合が最も高くなっている。

図表 23 今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関〔複数回答〕

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	1,181	244	164	103	112	47
警察	57.1	46.3	41.5	27.2	20.5	21.3
消防	42.0	37.3	11.0	22.3	6.3	25.5
救急医療機関	47.3	52.5	36.0		29.5	36.2
児童精神科医療機関	70.8	56.1	87.2	64.1	42.9	53.2
精神科医療機関(児童精神科以外)	48.2	56.1	55.5	39.8	29.5	42.6
市区町村主管課		68.4	53.7	55.3	42.9	61.7
保健所	61.2		60.4	47.6	41.1	53.2
公立小・中学校	79.9	58.2	41.5	38.8	43.8	51.1
公立高等学校	58.8	58.6	39.0	34.0	39.3	53.2
私立学校	39.0	45.5	35.4	35.9	33.9	44.7
教育委員会	77.4	59.8	26.8	29.1	30.4	74.5
児童相談所	71.2	59.0		63.1	61.6	48.9
民間団体	17.0	17.2	14.6	14.6	11.6	14.9
その他	4.7	6.1	6.7	1.0	4.5	14.9
無回答	0.5	1.2	3.7	8.7	12.5	0.0

②関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関

今後、関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関は、市区町村、保健所、児童相談所、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターは「市区町村主管課」(それぞれ62.1%、75.0%、65.2%、57.5%、66.0%)、救命救急センターでは「児童相談所」(50.9%)の割合が最も高くなっている。

図表 24 関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	1,181	244	164	106	113	47
救急医療機関	7.2	6.6	5.5	24.5	5.3	2.1
児童精神科医療機関	18.4	19.3	45.7	33.0	25.7	8.5
精神科医療機関(児童精神科以外)	9.0	14.8	19.5	16.0	14.2	6.4
市区町村主管課	62.1	75.0	65.2	45.3	57.5	66.0
保健所	39.5	41.8	46.3	41.5	39.8	38.3
学校	36.2	27.5	12.2	11.3	16.8	29.8
教育委員会	52.8	29.1	12.2	5.7	11.5	36.2
児童相談所	38.8	43.4	31.1	50.9	54.9	29.8
民間団体	0.9	2.5	0.0	0.0	1.8	0.0
その他	5.8	8.2	5.5	1.9	5.3	21.3
無回答	0.6	1.2	2.4	6.6	8.8	0.0

③こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題

こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題は、市区町村、保健所、児童相談所では「職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している」（それぞれ、70.7%、60.7%、74.4%）、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関では「支援にあたる人材が不足している」（それぞれ63.1%、63.4%）、精神保健福祉センターでは「関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である」（74.5%）の割合が最も高くなっている。

図表 25 関係機関連携の課題〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	1,181	244	164	103	112	47
支援にあたる人材が不足している	62.2	42.6	54.3	63.1	63.4	68.1
職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している	70.7	60.7	74.4	60.2	50.0	61.7
こども本人や家族から支援の同意を得るのが難しい	48.4	48.4	40.2	43.7	33.0	38.3
地域に連携できる社会資源が足りていない	43.4	34.4	54.3	44.7	45.5	27.7
地域にどのような社会資源があるかわからない	20.2	11.9	26.8	39.8	32.1	8.5
関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない	32.1	16.8	22.6	30.1	25.0	27.7
関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である	60.2	54.5	62.8	53.4	44.6	74.5
他機関から必要な情報が得られない	25.3	13.5	6.1	25.2	16.1	19.1
個人情報の共有が難しい	43.0	42.6	25.0	40.8	38.4	44.7
他機関内の支援体制や支援状況がわからない	39.7	32.8	23.2	33.0	32.1	46.8
高校生の事案で情報収集や連携先をみつけることが難しい	31.2	20.9	18.9	27.2	17.9	29.8
私立学校所属の事案で情報収集や連携先をみつけることが難しい	22.8	16.4	12.2	16.5	12.5	23.4
財源・予算が不足している	13.8	7.8	6.1	15.5	20.5	19.1
その他	5.1	9.4	6.7	5.8	7.1	17.0
特になし	0.7	1.2	0.6	6.8	2.7	0.0
無回答	0.8	2.5	1.8	4.9	9.8	2.1

④こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題

こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題について、主に以下のような回答があった。

(7) 市区町村

- 情報共有・連携体制の構築と役割分担の明確化
 - ・ 各関係機関がそれぞれの立場において、主体的に支援に臨み、連携会議等において情報共有し、会議の場で各機関の今後の対応について明確にする必要がある。
 - ・ 関係機関の支援体制や支援状況が不明確なため、役割の明確化が必要と思われる。また、自殺未遂者の情報共有ができておらず、情報共有など連携の仕組みの整備も必要。
 - ・ こどもの自殺未遂者の支援における中心的な役割を担う機関を明確にし、中心的な役割を担う機関が関係機関をコーディネートしていく体制を整備すること。
 - ・ 各機関における役割の明確化。
- 人材育成・スキルアップ・マンパワー不足
 - ・ こどもの自殺未遂案件は頻繁に生じることではないため、スキルや経験が不足しており、連携できる資源も乏しい。
 - ・ 個々の市町では知識やスキルが不足している。市町の枠を超えて広域的に動けるスキルを持った専門チームが中心となれば広域の社会資源の活用連携や、事例を活かした相談対応も可能になるとと思われる。
 - ・ 定期的な研修による、知識の獲得やスキルアップ。
 - ・ 研修の機会を定期的に設定し、支援にあたる人材を安定的に確保していくこと。
 - ・ オンライン等、参加しやすい方法で、自殺未遂者に関する専門的知識や支援するスキルを習得できる、定期的な研修会の開催。
- 個人情報・プライバシー保護の課題
- プライバシー保護の観点からの難しさ。
 - ・ 自殺未遂者の多くは救急医療機関に搬送されるが、個人情報保護等の観点から、本人や保護者の同意がなければ、医療機関から行政や関係機関へ情報共有を行う事が出来ない。現状では、医療機関が実際に対応している自殺未遂者数と行政等が把握している自殺未遂者数にはかなり乖離があると思われる。行政や関係機関との情報共有について、救急医療機関の医師やコメディカルスタッフから自殺未遂者へ、全例許可を得てもらう体制を作ること。
 - ・ 救急対応医療機関が本人家族の同意をとれないという理由で情報共有や関係機関への支援のつながりが困難。自殺ハイリスクの未遂者対策として個人情報の共有ができる体制が構築されるとよい。(今後構築されるこどもの自殺対策の協議会では守秘義務違反の罰則等があるが、日常的な情報交換の場としては機能しづらい)。
 - ・ 個人情報の取り扱いや未遂者本人の同意、家族の同意を得ることは困難な場合が多く、連携が取りづらい現状が多い。
 - ・ 情報共有ルールの整備。個人情報プライバシーを守りつつ、どのような情報を、どの機関、誰が共有するかをマニュアル化。保護者本人への説明同意取得のプロセスを明確にすること。
- 医療機関との連携強化、社会資源の不足

- ・ 医療機関での見立てや心理的ケアをするとともに、こどもと家庭を市につなぐ流れがどこの医療機関でもできるとよい。
- ・ 児童精神科をはじめとする医療機関との連携強化。
- ・ 市内または圏域に思春期専門医療機関が必要。
- ・ 資源が限られた地域のため、既存の機関で役割分担をして支援することが大切だと感じている。医療につながりのあるケースは、主治医に相談することができるが、多機関とのつながりが少ない場合の初動が難しい。
- ・ 社会資源不足(医療機関、子どもの受け皿等)。
- 相談窓口の啓発や教育・研修
 - ・ 子どもが SOS を出せるか、誰に出せばいいか相談窓口を繰り返し伝える。
 - ・ 市町村としては、いのちの大切さや SOS の出し方についての啓発が大切ではないかと感じている。
 - ・ 子ども達には相談機関の案内周知、命の大切さ、ストレスに強くなるメンタルヘルスケアの修得が急務。
 - ・ 子育てのノウハウを親が学ぶ機会を確保（ゲートキーパー講座と同等の内容）するなどの取り組みが必要と思われる。
 - ・ 相談窓口の明確化。
- 事例・ノウハウの共有
 - ・ これまで、子どもの自殺未遂者の情報はなく、個別支援した経験は無い。他自治体が関係機関と連携して支援した事例があれば情報共有してほしい。
 - ・ 子どもの自殺について、体制が整っている自治体（先進事例）の状況を知る機会がほしい。
 - ・ こどもの自殺未遂者を把握した際の実際の支援例。他市町村の例ではなく、実際に多くの関連機関との連携した実績が次の事例での対応を考える上でのベースとなる。
 - ・ 自自治体の担当課において、こどもの自殺未遂に関する相談件数がほぼ 0（ゼロ）に近く把握件数も少ない状況であり、対応経験のある自治体等の事例を関係機関も併せて検討する機会があればよい。
 - ・ 実際に自殺未遂者の支援を実施したことのある人や機関が少ないまたは、ないと思うので、実際に支援している市町の実践について聞ける機会（研修）があるとよい。

(4) 保健所

- 連携体制の構築と役割分担の明確化
 - ・ 事例検討等により、関係機関の支援体制やできる支援を共有し、必要時に互いに連絡・相談できる体制を構築すること。
 - ・ 関係機関との顔の見える関係性づくり、各関係機関の役割の明確化。
 - ・ 各関係機関の役割の明確化と、支援者が継続的に協議できる場づくり。支援者が助言を受けながら支援について検討できる場の設置。
 - ・ 関係機関における役割を明確にし、円滑に連携できる仕組みが整うこと。
 - ・ 各機関の役割や責任が曖昧であると、対応が重複したり漏れたりすることが考えられるため、子どもと家族のニーズに応じてどの機関がどの部分を担当するのか等事前に調整し連携体制を構築していくことが必要と思う。連携体制の構築にあたっては定期的に関係機関の担

当者が集まり意見交換、情報共有を行うためケース会議を行い、支援者が顔をあわせていくこと、関係機関の連携状況や支援の成果を定期的に評価していくことも大切。

- ・ こどもと関わっている機関同士がどんなことをしているのか、情報収集するだけでも難しい。行政に限っては、〇才までと区切りがあり、小中高生に関わっているのは学校という認識が強いように思う。ハブとなる機関が必要。
- 人材育成・スキルアップ・マンパワー・財源不足
 - ・ こどもの自殺未遂者支援について地域の目指す姿を示した上で職員の知識やスキルを高める研修を行う。
 - ・ 困難な状況にいる子どもへの支援が圧倒的に不足している状況が続いており、大幅な予算・人員を投入していくことが必要だと思う。
 - ・ 自殺対策支援者向け研修会を開催し、地域支援者の知識向上や支援技術の向上を図る。
 - ・ 自殺未遂者支援に関して知識やスキルを身に付ける機会 現状の体制では、ひとりひとりに手厚く対応するのはどの機関もマンパワー的に難しい。スーパーバイザー的支援があるとよい。
 - ・ 財源、予算、人材が必要である。
 - ・ こどもの自殺未遂者の支援に関する関係機関向けの研修会の開催。
- 個人情報・プライバシー保護の課題
 - ・ 救急医療機関との連携をする上で個人情報の壁があり支援体制の構築が難しい。
 - ・ 消防と市町村間において、消防から自殺未遂者の搬送事例について共有を受けているが、受け取った情報を支援に活かすことが難しい現状がある。この課題解消のためにハイリスク者向けチラシを当所で作成し、未遂者に関わる関係機関にタイミングを見て渡してもらうよう依頼し、未遂者が支援につながるような働きかけを行っているが、救急病院や消防からは渡すタイミングがない、難しいとのことで実際の活用には至っておらず、新たな課題である。
 - ・ 児童思春期外来はすでに飽和状態であり、絶対数も不足しているため、緊急支援ケースの個人情報共有について法的な位置づけが必要ではないか。
 - ・ 関係機関の中で個人情報の共有について規則を定めること。
 - ・ 要対協ケースでない場合、関係機関との連携や情報共有に本人・家族の了解を得て行っているが、本人・家族の了解がない場合にも、リスクが高いと思われる場合に何か対応できるかわからない。
- 医療機関との連携強化、社会資源の不足
 - ・ 児童精神科の受診の際の待機時間の解消。
 - ・ 圏域に児童精神科のある医療機関（特に、入院対応が可能な機関）があると良い。
 - ・ 精神科医療機関の予約がとれないこと。小児精神科を標榜する医療機関は少なく、またどの年齢まで対応できるのか。医療機関によって異なることから、案内しづらい。市職員からは、専門職の配置が難しいこと。人事異動により、技術の取得が難しいときいている。
 - ・ 精神科医療機関、児童精神科医療機関の人材確保。
 - ・ 市町村担当者の人材確保、精神保健分野への介入意欲の向上。
 - ・ 要対協のような、個人情報の取り扱いに関するルールおよびその明示。

- ・ 一機関の知識やスキルには限界や偏りがあるので、重層的支援体制(会議)を気軽に活用できる風潮をいち早く築くことが必要だと考える。また、受け皿となる児童の精神科も少なく、受診予約もすぐに取れない状況も地域の課題。
- 事例・ノウハウの共有
 - ・ 個別性が高く、事例も少ないため、情報が入った時点から手探りで支援している状況である。各機関で支援しているが、具体的にどのように行っているのか把握できていない。他自治体での支援事例の情報があれば、参考に連携方法を検討していきたい。
 - ・ 自殺者の事例を分析し、多機関で支援が必要なケースをまとめる。事例として把握できれば、これまでのケースで連携体制はできているため、ケース支援は可能と考える。
 - ・ 事例が少ないため、研修などで他自治体がどのような連携や取り組みをしているか知る機会があると良い。
 - ・ 関係機関同士でケース共有できる場がない。令和6年改正自殺対策基本法でも協議の場を設けるよう努めるとされているが、どのような形になるかまだ決まってない。今後設置されると思われる協議会内で、要保護児童対策地域協議会のようにケース共有もできるようになると、関係機関の連携強化に繋がると思われる。
 - ・ 支援機関向けにこどもの自殺未遂に関する正しい理解と対応についての研修会等の実施があると良い。また、自殺予防対策にかかる支援機関の連絡会を実施し、ネットワークの構築に努めたい。
- 居場所の確保
 - ・ 家庭や現在の家族が安心できる場でない場合や、家族の言動が自殺企図の引き金になる場合、またこれらの原因により自殺未遂を繰り返すケースでは、精神科病院に入院する以外の選択肢がないことがある。また、通学している学校に継続して通えないこともある。居場所の受け皿がないと連携しても支援に行き詰まるため居場所やフリースペース等が必要だが、郡部は特に利用できる施設がない。本人の特性や家族や学校等の環境が要因となっているような治療で良くなるものではないケースは、より地域で生活できるようにする必要があるため、居場所を確保できるよう支援できるような体制が必要。
- 研修、啓発
 - ・ 子どもへのSOSの出し方教育は推進されているが、SOSを出された大人の対応力を向上させる必要があると考える。そのためには、知識やスキルアップのための研修受講、関係機関における役割分担を明確にし、つなぐことができるよう体制整備が求められると考える。
 - ・ こどもの自殺未遂者の支援の必要性についての啓発活動。
 - ・ 管内の相談機関の共有のパンフレットを作成して、関係機関に配置し、精神科未受診者がスムーズに受診または相談できるようなシステムをつくる。子どもに関わる支援者のために相談日をつくり、専門医(児童思春期)のアドバイスがもらえるような機会をつくる。

(ウ) 児童相談所

- 連携体制・役割分担・調整役の明確化
 - ・ 子どもの自殺未遂者の支援について、中心となる機関がどこなのかまずは検討する必要があると思う。現状では各機関がそれぞれ単発の支援で終わっていることが多く結果、情報共有が不十分で関係機関が連携して地域で支える仕組みが整っていない。

- ・ 主体的な窓口となる機関は、保護者や児童との関係性やケースの背景により変わってくる。児相の関係機関の枠組みとして、要対協で情報共有、必要に応じた個別ケース検討会議(医療機関を含む)により支援策の共有と各機関の役割を明確化しておくことが必要だと考える。
- ・ 自殺未遂・企図のある人への支援について、「どの機関が」「どんなことをできるのか」等が周知されていないため、特に学校などの最初に認知する機関は身近な相談機関へ委ねるだけの対応になる。委ねられた機関もどうすれば良いか分からないので、また別の機関に委ねることになる。子どもと関わる機関に向けて、国が何らかの対応指針や、基幹となる精神保健専門機関を示すことが必要と思われる。
- ・ 現状では、自殺未遂の理由により主管課が決定しているところがある。(例えば、自殺未遂の原因が保護者の不適切な養育にある場合は、児童相談所が調整役を担う等) 事案が発生した時点でどこが旗振り役を担うのかを明確にしていくことが必要だと考える。
- ・ 児童福祉分野の職員に対する、精神保健福祉に関する研修(特に、機関連携についての知識)
- ・ 支援につながらない児童に対応する職員の面接スキルの向上
- ・ 民間の支援機関との連携と、そのための機関連携の公的ルール作り
- ・ こどもの自殺未遂者に特化した通告制度と包括的な情報共有システム(あるいは要対協ネットワークで対応するならば、通告基準を明確にする必要あり)。
- ・ こどもの自殺未遂者支援の主たる支援機関を明確にし、部署を市区町村主管課(こども家庭センター等)に専門部署を設置する。
- 医療への迅速なつなぎ
 - ・ 事が起きてからの対応だけでなく、その前の段階で予防的にいかに相談や支援に結びつけられるか。医療(受診入院)が迅速に受けられるような資源確保。
 - ・ こどもや家族からの SOS をキャッチした際の早急な精神科受診、必要性に応じての入院への流れがスムーズに運ぶような医療保健サイドとの連携、および仕組みづくり。
 - ・ 医療や精神保健へのつながりが円滑にできる対応を検討していく必要があると考える。
 - ・ 医療が脆弱である。児童相談所においては子どもが発する「死にたい」という言葉が「死にたいと思うほど辛い」のか「真に死にたい」のかの判別は難しく、その判断を医療に頼るしかないが、実際に自分の首を絞める等の行為があっても医療機関が「即時の入院加療を要する」と判断することは非常に少ない。心配な発言・自損行為等があればすぐに入院加療できるような充実した医療体制の構築が喫緊の課題である。
 - ・ 子どもの自殺や自殺未遂の増加に伴い、それに関わる職員も当然増加している。児童の最善の利益を提供するためには、働く職員のメンタルヘルスは重要なテーマであるにも関わらず、職員は次の業務に忙殺されているのが実情で、ケアされない傷つきは被害感あるいは他責思考を強くする等、連携においてマイナスに働くことも多い。各所属に依ることのない一定水準のケアを職員に施していくことも、関係機関のスムーズな連携につながると感じている。
 - ・ 保健所が積極的に関与しないことが多い印象がある。子どものこととはいえ、医療と地域の精神保健に関する専門家の連携からスタートすると、地域での支援が充実しやすいのではないかと感じている。
 - ・ 医療機関での入院治療から地域での生活へと緩やかに移行していけるような仕組みがあるとよい。

- 児童相談所の一時保護の限界と誤解への対応

- ・ 自殺に関する相談があった時に、保護者や他機関より、「自殺の心配が有るのだから、すぐに一時保護をして欲しい」とか「施設に入れて欲しい」と、保護や施設入所ありきで児相に来られると、連携がうまく行かないと感じる。できる事、できない事の共通理解が必要と思う。
- ・ 児童相談所の一時保護所は自殺企図のある児童を預かるのには適していないということを関係機関に理解していただきたい。専門知識の向上と、関係機関ネットワークの構築が必要と考える。
- ・ 関係機関等から自殺未遂者に関する支援依頼の中に、「自殺のリスクがあり一時保護してほしい」というものがある。しかし、一時保護所等の児童福祉施設は、自殺未遂者の生命の安全を確保するという機能を有してはならず、その点で依頼をする保護者を含めた関係機関との間には大きな認識の隔たりがある。相談の多くは、入院も含めて医療機関につなぐことが優先されることが望ましいと考えられるため、児童の状態によって対応すべき主機関が整理されるとよい。
- ・ 児童の安全確保を保障するために、一時保護してほしいと希望されることがあるが集団生活もしくは個室で安全を図ることは困難。医療機関での入院が可能にならないか。
- ・ 人材育成・スキルアップ・スーパーバイズ・マンパワー不足。
- ・ 児童相談所は経験年数が浅い職員が多く、研修等で知識を身につける。実際のケース支援にあたりスーパーバイズを日常的に受けられる体制作りが必要。
- ・ こどもの自殺未遂者の支援に関する研修マニュアル（施設入所児童は自殺リスクが高いが、施設職員も児童相談所職員も自殺未遂や自殺に関する知識が十分なく、施設職員は対応に疲弊する。施設職員向けの研修やマニュアルがあるとよい。）
- ・ ケースを通しての関係機関との連携体制の構築（当県では、多職種の専門家からなる「子どもの自殺危機対応チーム」があり、精神保健福祉センターが事務局をしている。このような専門チームが関わり、関係機関や地域の自殺未遂者への支援に関するスキルを底上げしていけると望ましいと考える。）
- ・ 児童相談所を含め、各関係機関における支援スキルの向上や更なる知識の習得が必要と思われる。また、それらを獲得できる研修等の受講拡大などが必要と思われる。
- ・ 現状の人員では継続した頻回な支援は困難であり、人員の確保が必要だと考える。
- ・ こどもを取り巻いている関係機関が自殺未遂者の支援に関する知識をもてるよう研修等の機会を持つこと、そして各機関の役割を明確にし、協力してこどもへの支援ができるしくみが必要だと思われる。また、支援する機関や担当職員がバーンアウトしないよう、スーパーバイズを受けられる体制も必要かと考える。

- 関係機関によるネットワークの整備

- ・ こどもの自殺に関して、支援可能な社会資源の有無や支援内容などの情報が十分に各機関に共有されていないことや具体的な支援体制の枠組みがないため、それぞれの地域に支援体制の枠組みを構築していく必要があると感じる。要保護児童地域対策協議会等の枠組みを使って情報共有、機関連携なども検討できると思われるが、現状においても要保護児童、要支援児童の検討が十分とは言えない状況の中、本来の目的が果たせなくなることも避けなければならないため、新たな重層的支援ネットワークを構築していく必要があると考える。
- ・ こどもの自殺未遂に特化した専用の情報共用の場を定期的に設ける。

- ・ 対応に配慮を要するため、情報共有のハードルが高いことがある。要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制の会議などで情報共有の仕組みはあるが、ノウハウは蓄積されていないのが現状である。自殺を企図する心情の理解など、研修を積極的に受けていくことも必要である。当区では保健所が「ゲートキーパー研修」を初級編～応用まで定期的に研修を開催しており、児童相談所職員もできる限り受講を勧奨している。
- ・ 関係機関連携に向けて、教育福祉医療等が情報共有する仕組みを整備し、共通の課題を認識する必要がある。また、関係者および関係機関の連携構築のため、研修やワークショップを通して、互いの業務内容や専門性を理解する機会を作る必要がある。
- ・ 主体的に支援する機関および連携や情報共有等に関する法律などの整備。
- 社会資源の不足
 - ・ 地方では医療機関をはじめ社会資源が圧倒的に少ない。ネットワークを構築してもそこにアクセスすることが困難な場合があるのでアウトリーチ型や訪問型の支援が行える人や場所を増やしていくことが必要だと思う。支援に関心を持つ機関は多いが知識やスキル社会資源の情報をどのように得ればよいかわかっていないところが多い印象を受けている。こういったことの啓発がスムーズに行える仕組み作りが必要だと思う。
 - ・ 教育現場と医療機関の連携がスムーズに行くように SSW や SC の質をあげたり、各校配置とすること。子ども本人や保護者の話を丁寧にきくこと。
 - ・ 地域でのこどもの学校以外の居場所作りや、18 歳以降の支援体制を構築するのが難しいため、資源や支援者の確保が必要。虐待の要素がなく、こどもや保護者からの相談もない場合、児童相談所の積極的な介入が難しいため、市町村等に長期に渡り(18 歳以降も)支援を調整展開できる部門があると良い。
 - ・ 児童は児童相談所が対応するという押し付けをやめて、児童でも活用できる資源を各機関で検討し、できる枠を広げていくことが必要です。
 - ・ こどもの自殺未遂者は中学生年齢以上が多いため、対応は教育機関が多くなると思われるが、こどもや親への対応のノウハウや医療機関等との連携等を各学校で担うのは厳しいと考える。学校を所管する教育委員会が精神科医等児童精神に関わる医療機関の力をもらいながら主体的に対応できるよう、教育委員会が学校現場を理解し、かつ自殺未遂者に関する専門的知識や対応方法を学んだ専門職員を置くことや、国が医療機関に連携を積極的に働きかけていく必要があるのではないか。

(I) 救命救急センター

- 関係機関との連携体制の構築
 - ・ 当圏域では保健所が窓口となり、救命救急センター等を受診された自殺未遂者に対し、当事業の案内を行い相談事業につなぐよう働きかけを行っている。同意が得られたケースは同意用連絡票を作成し同意書とともに保健所に情報提供を行っている。保健所から市町村に連絡が入り、市町村担当部署より同意者に連絡し支援介入を開始している。同意が得られないケースについても保健所に報告を行っている。当院には、CPT(Child Protection Team)があり児童虐待が疑われるケースについて、救命救急センターや小児科等でチェックシートに基づいてアセスメントを実施している。未成年者の自殺未遂について、必要に応じてアセスメントを実施し、介入が必要と判断されたケースについては、家児相や中央児相等関係機関への

連絡、情報収集を実施している。外来時・退院時に帰宅・退院としてよいのか判断に迷う場面も多い。精神科かかりつけ医や近隣の精神科医療機関に受診や入院の相談をしても、受診や入院を断られたり、当院の退院期日に合致しない日にちの案内をされたりと、リスクを抱えながらの帰宅・自宅退院となることがある。また 17 歳 11 ヶ月の患児が制度の狭間により行政支援の窓口が定まらないケースもあった。については精神科医療機関や行政支援の充実を求めたい。

- ・ コーディネーターとして役割を果たせる公的機関職員とその予算。
- ・ 協議会の設置、児相との深い連携。
- ・ 医療と福祉の連携にも様々な障壁があるが、教育領域との連携にはより大きな障壁があると感じている。各々の現場で抱えている課題を共有し、地域課題への解決策を検討する場は必要と考える。
- ・ 救命救急の現場の速度感に合わせた、関係機関の即時対応。
- ・ こどもの自殺企図について地域で中核になる医療機関を決め、時期によって役割を決めて、緊急入院からその後のフォローアップまで地域で支えられる体制にできるほうがよい。明確な流れと理解しやすい広報が求められる。知ることで救われるケースは多い。
- ・ 地域では、子の特性に応じた親の関わり方について、具体的な指導やサポート、ペアレントトレーニングといった、自殺予防に向けた具体的な機会の創出が必要だと考える
- ・ 行政における、自殺未遂者支援の体制化と役割の明確化。特に、①児童相談所および市区町村主管課の連携および協力体制の強化、②市区町村主管課における児童福祉担当部署と母子保健担当部署の役割の強化と連携強化、③保健所による未成年を含めた自殺未遂者支援の強化等。
- ・ 未成年の自殺未遂者支援における、学校および教育委員会での対応策の強化。自殺未遂を行う前の予防的な関わりや親へのサポート指導、情報提供や啓発等。
- 関係機関によるフォロー体制の充実
 - ・ 児童精神科は実質、ほとんど県内にはないため、成人の精神科で対応してもらっている。近年、小児から思春期において精神的心配、問題をかかえている患者が増加しており、それに対応できる機関がほとんどないように思う。
 - ・ 児童精神、思春期などに対応できる精神科医療機関の充実。個人情報等の壁を乗り越えた連携体制。
 - ・ 児童相談所などの児童の相談窓口を 18 歳になる年度末までとしてほしい。同じ高校生でも 18 歳になると相談先がなくなるような現状は避けたい。
 - ・ 自殺企図は児童相談所で扱うべき案件ではない、との返答がかえってくるものがしばしば。地域や機関、担当者によつての温度差がある。地域で支えられる体制を確立してほしい。こどもにとっての緊急事態であるという認識をしてほしい。児童相談所などに情報提供として連絡を入れた場合、通告でなければ受けて頂けなかったり、緊急性の判断を逆に求められたりすることがあるが、そうした判断を含めて、児童相談所として対応してもらいたい。「気になるケース」「心配なケース」としての連絡もしづらくなっている。
 - ・ 学校側との連携の在り方にハードルを感じることは多い。学校側への情報の出し方は、両親は非常に気にすることも多く、進学への影響も踏まえて、できる限り知られたくないとの思いがあることがほとんど。医療機関側から直接連絡を取ることができないことは多い。

- 個人情報の共有
 - ・ 窓口の通知、虐待ケース以外の情報共有は本人・家族の同意が必要となるため、関係機関と情報共有できない場合がある。情報共有に関する後ろ盾があるとよい。
 - ・ 精神科医療機関と地域関係機関との連携が図れておらず、サポート体制がない状態で、重症の自殺企図に至り、救命センターへ搬送されてくるケースがある。家族は相談先を求めているが、専門の医療機関の Dr の判断で病院と患児とで完結し、学校や地域をまきこめていないこともあるため、柔軟な支援体制があることを、医師への周知も必要と思う。
- 人材育成・スキルアップ
 - ・ 精神科以外の診療科や職員は、自殺未遂者支援の知識が不足している。児童精神科がない医療機関の場合「誰が、何を、どこまで」やればいいのか、指針が示されるとやりやすいと思う。
 - ・ 特殊なスキルを要する事案であり、ある程度周知された担当者が必要。実際にどういった対応をされ、その後どうなったのか経過をフィードバックして欲しい。大量服薬のケースを時々診るが、それを自殺未遂に含めてよいか判断できない。また、虐待の結果としての自殺未遂もあり得るので、原因の根本を探ることができるかも問題。
 - ・ 支援者の能力向上。
 - ・ 各機関のスキルアップが必要。
 - ・ 全体の知識の共有。
 - ・ 取り組みをどのように始めたら良いかわからない。人材の問題が大きい。
- 学校・教育現場との連携
 - ・ 高校については教員が自殺未遂児童の再登校に消極的であり、養護教諭に対応を押し付けがちだったりする。(中学校も同様) 精神科領域の知識対応(スキル)が乏しく研修が必要と思われる。17歳から18歳に変わるあたりの支援がスムーズにいかない。法的、制度的なほざまにある。関係機関も押しつけあっている様子が見ええる。伴走できる時間が長い方がよいと思うため市町村の要対協や自殺対策課が日頃から連携を図れるとよい。
 - ・ 子どもと親の関係性が良好なのかどうか、そもそも虐待などの背景があるかどうかかわからず、他機関との情報共有に悩むことがある。気軽に相談できるつながりがあれば、ぜひ活用したい。
 - ・ 「自殺企図をしたら退学」と学校側が自傷行為を発見した時に宣言している場合がある。そうすると相談できなくなり、病院としても相談しにくくなる。
 - ・ 市区町村の児童福祉を担当する部署が積極的に関わりを持ち、子どもの支援を主体的に考えるべき。未遂者の兄弟姉妹へのサポートも必要であり、上記の市区町村や学校(教育委員会)等が積極的に支援を考えるべき。
 - ・ 関係者の認識が一致しない。精神科の医療を遠ざける家族や学校があることが主な障害になる。
 - ・ 定期的に話し合う場が必要。
- 研修、啓発
 - ・ 支援システムの周知、支援プランの明確化。
 - ・ 関係機関の自殺未遂者支援のスキルアップ、学校と市区町村、保健所との連携 学校への教育、薬の出前講座など自殺未遂の恐ろしさの啓発や研修会など

- ・ 過量内服を安易に繰り返すケースも非常に増えている。命にかかわる可能性があることを、伝わるように広報できないか。

(オ) 精神科医療機関

● 連携体制の構築・役割分担の明確化

- ・ 関係者各機関でのコミュニケーションを円滑に行うこと。
- ・ こども家庭センターの役割が分かりづらい。こどもの自殺未遂の症例に対し、連携の中心になってもらいたい。
- ・ 各機関の役割をお互いが理解すること。
- ・ 包括的な支援体制の構築、連携パスや情報共有ツールの導入、多職種連携の強化と共通理解の醸成、医療機関と地域をつなぐ支援体制の強化、関係機関の連携を調整する人材の確保。
- ・ 子どもの問題を扱う精神科が少なすぎる。そのため連携先もかなり限定されているが、そもそもどのような問題が起きているかを話し合ったり、確認し合ったりする場がないため、地域の問題は解消されないままだと感じる。
- ・ 教育・福祉機関において自傷行為がある場合に受け入れ拒否をしないでほしい
- ・ 病状が重く、複雑な家庭状況、課題があるケースは児童相談所、他は市町村の子どもを担当する部署（要対協など）と選択肢が少なく、自殺未遂者の支援を担当する機関・部署がない。訪問看護をすべての患者に導入するわけではないため、子どもの自殺未遂者の支援を担当する機関や部署があると紹介しやすい。
- ・ 当院としては主として未成年の患者を診ていないため、連絡等の対応に遅れが出るのではないかな。

● 人材確保、報酬の充実

- ・ 児童精神科医療機関における医師およびコメディカルスタッフ（特に PSW）の確保と拡充。
- ・ 人材確保、財源確保、行政が主導した支援の構築。自治体によって対応力に差があり過ぎる。
- ・ 診療報酬・財源・連携に伴う負担。
- ・ ケース会議や電話問い合わせに医師、心理士が対応する時間、手間がかかるが、基本的に対価がないので、協力するほど経営を圧迫する。
- ・ 医療機関が他機関と連携する際、診療報酬が十分でないためマンパワーを割きづらくなっている。
- ・ 子どもにかかわる職域の待遇を考慮して質の高い支援を保持してほしい。
- ・ 心理カウンセリングへの診療報酬の充実による心理師の積極的な関与が必要。

● 個人情報の保護

- ・ 個人情報、守秘義務に配慮された連携会議。

● 啓発の強化

- ・ 自殺や未遂に対する知識・情報の不足からくる誤解や偏見をなくす努力（啓発）を学童期の子どもたちからスタートさせること。
- ・ 自殺や自傷について、病院ですぐに治るか、医療機関が全て責任を負うように迫られる場面もあり、啓発等が必要だと思われる。

(カ) 精神保健福祉センター

- 各機関の役割の明確化、関係機関連携体制の構築
 - ・ 精神保健福祉センターを含めた、各機関で実施できる支援内容、体制を明確にする。その上で、各機関の役割が明確になるように連携の枠組みをつくって共有しておく。学校との連携方法の内容、明確化。
 - ・ 関係機関との連携を実現するためのガイドライン等をつくってほしい。
 - ・ 個別支援を通して関係機関が相互に役割や機能を共有することで、地域における支援体制の構築を進めていく。
 - ・ 専門研修を定期的実施するほか、連携の調整役を決め、ケース会議等で情報を共有する。
 - ・ 圏域では、保健所が救急病院とネットワークを作り、未遂者支援を行っているところもある。大学病院や保健所に子どもに特化した連携をはかることや学校と連携している市町を通して課題を把握し検討していく必要があるのではないか。
 - ・ 他機関の業務についての理解。
 - ・ 対象者の年齢により関係する機関が分けられている（教育児童福祉障害サービス）ため、横のつながりを構築する必要があると思う。そのため義務教育年齢までは児童福祉や教育が担うことが多く、高校年代以降に精神保健福祉センターや地域保健所などが窓口となることが多いが移行に伴う情報共有の方法があればよい。
 - ・ 学校ごとで地域に相談するタイミングも様々。学校が踏ん張って頑張っているところもあるが、もう少し早く地域へ相談してくれると先生方の負担も軽減できたかもしれないと感じることがあった。ケース会議では、本人と家族の支援方針を考えることが中心となるが、学校の先生方の負担感がどの程度なのかということも把握してケース全体を捉えることが必要。ただ、支援者を増やそうとしても保護者の同意がもらえそうにない場合、どうやって本人を地域につなぐかということも課題。ケース会議前の情報収集等の丁寧な事前準備も必要。
- 人材育成・スキルアップ・研修
 - ・ 未遂者支援や若年層の自殺対策には、どの機関も難しさを感じていると思われる。基本的な知識やノウハウを各関係機関と一緒に身につけていくことで、抵抗感を軽減し、円滑な連携に繋がると良い。当センターにおいても、今後も引き続き関係機関向けの研修等を通じて地域の対応力を向上させていきたい。
 - ・ 支援者のスキルアップを図るための研修会の開催。
 - ・ 学校がゲートキーパーの役割を果たせるよう知識やスキルアップを図る。そのために、校内研修を実施したり、地域の研修に参加したりしてほしい。県内の精神科および児童精神科に、こどもの自殺未遂者支援について周知していく。
 - ・ 地域に相談できておらず、学校だけで抱えているケースは多い。今後、相談が増えてきた場合、タイムリーに検討ができなくなる可能性がある。人員予算等の要求が必要。
 - ・ 学校は校内で未遂者が出るとその生徒から目を離さないようにする等、どうしても管理的な体制を取らざるを得ない状況がある。管理的体制も必要かもしれないが、その子への声のかけ方、接し方等を学校の先生方で統一して共有しておくことも大切。研修会の実施や、ケース検討会での助言等を続けていく。
- 個人情報の保護

- ・ 当市では、小中学校での自殺既遂・未遂事案については、教育委員会で対応ルートが決められており、教育委員会と外部との連携が難しい状況にある。連携していくためにも、まずはお互いの機関の役割や専門性等について理解し合うことが必要であると思われる。
- ・ 機関によって対象年齢が異なることが多い。また、年齢の区切りで引きつぐ際に、機関ごとに相談支援の体制が異なり、引き継ぎがスムーズにいかないことがある。そのため、上記同様にお互いの機関についての理解が必須だと思われる。
- ・ 法改正により協議会の設置が可能になり情報共有が一步進むことを期待するが、要対協のように必要なケースが学校から市町村にあげられ、他機関連携による支援が行われるべきだと思う。そのためには、ある程度こういったケースを市町村のどの部署に報告するのか流れがわかったほうがよい。また、各機関が自分事としてとらえる意識改革が必要。
- ・ 子ども福祉部門は日々忙しい中、自殺未遂事案は医療側でお願いしたいという意識が強いと思う。
- ・ 一般論ではなく個別の事情に基づいて支援を行うためには、より詳細な情報収集や細やかな配慮が必要となる。関係機関を増やすよりも直接支援する人に密に接して相談助言に応じる専門家の必要性が高いのではないかと感じる。機動力のある支援者支援の体制構築が望まれる。
- ・ 知識やスキルを持った職員を官民それぞれの機関が養成しようと思えるよう、それぞれの役割分担を明確にするとともに、養成に関する経費への補助金を別途設けるなどの施策誘導が必要であると考えます。
- ・ 自殺未遂を起こす児童生徒には、家庭環境、家族関係に問題を抱えている者が少なくない。そのため、支援対象者本人のみならず、家族の個人情報も多くの関係機関で共有する必要性が多々生じる。そのため、本人達の同意がなくても、スムーズに個人情報を共有できる法的担保や仕組み、枠組みなどが必要であると考えます。
- 児童精神科との連携
 - ・ 児童精神科医療機関の確保。
 - ・ 市内に児童思春期に対応できる精神科を増やすこと。
- 自殺予防のための教育、こどもを受容する環境整備
 - ・ 国が新規事業ばかり推し進めず、ひとりひとりが生きやすくなるような考え方や行動の選択肢を増やす、お互いを尊重し合えるような人権意識（人権感覚）を育むプログラムを徹底させるなど、人を追い込みやすい日本人の価値観や文化を変えていこうと本気で腰を据えてポピュレーションアプローチに取り組むこと。
 - ・ 成長発達の中にある子ども自身は、まだまだ未熟であり、ストレス耐性も脆弱なため、強いストレスや負荷が長期的に持続すると不安定さが出現するのは当たり前のことであり、子ども自身に早期の行動変容を求めるのは難しい。そのため、子どもにとっての環境となる周囲の大人や安心できる居場所など、保護要因になるものを増やしていける関わり、体制、支援者の姿勢を共有しておけることが必要だと考える。子どもは安心を得られ、自分の存在を受容的に受け止め認めてくれる環境が整っていけば、安心して多くのことが多いうえ、不健康な対処行動ではなく、健康的に相談行動や援助希求が段々できるようになってくると思う。

(5) こどもの自殺未遂者個別支援事例（個票）

①学年（支援開始時点）

支援開始時の学校種別は、市区町村、児童相談所、児童精神科・精神科医療機関では「中学校」（それぞれ54.5%、45.0%、50.0%）、保健所、救命救急センター、精神保健福祉センターでは「高校」（それぞれ53.7%、48.9%、48.5%）の割合が最も高くなっている。

学年別でみると、市区町村と児童精神科・精神科医療機関では「中学校3年生」、保健所では「高校2年生」、児童相談所では「高校1年生」、救命救急センターでは「高校1年生」「高校3年生」、精神保健福祉センターでは「中学校3年生」と「高校3年生」の割合が最も高くなっている。

図表 26 学校種別（支援開始時点）

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349	188	140	33
小学校	10.8	4.7	11.2	5.9	7.1	3.0
中学校	54.5	32.4	45.0	35.6	50.0	45.5
高校	30.5	53.7	38.1	48.9	34.3	48.5
所属校なし	4.1	8.8	4.9	8.5	8.6	3.0
無回答	0.1	0.3	0.9	1.1	0.0	0.0

図表 27 学年（支援開始時点）

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	654	269	329	170	128	32
小学校4年生以下	0.8	0.4	1.8	0.0	1.6	0.0
小学校5年生	4.6	1.1	4.3	1.2	0.8	0.0
小学校6年生	6.0	3.0	5.8	5.3	4.7	3.1
中学校1年生	13.8	6.3	15.2	8.8	8.6	3.1
中学校2年生	20.5	13.0	15.5	17.1	21.9	18.8
中学校3年生	21.9	16.0	17.0	12.9	23.4	25.0
高校1年生	13.5	19.3	18.2	18.2	10.9	12.5
高校2年生	9.8	22.3	16.4	17.6	16.4	12.5
高校3年生	7.8	16.0	5.5	18.2	9.4	25.0
無回答	1.5	2.6	0.3	0.6	2.3	0.0

図表 28 所属校なし年齢(支援開始時点)

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	28	26	17	16	12	1
15歳未満	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0
15歳	10.7	0.0	5.9	6.3	8.3	0.0
16歳	35.7	30.8	17.6	25.0	41.7	0.0
17歳	17.9	34.6	29.4	12.5	16.7	0.0
18歳	21.4	26.9	11.8	56.3	25.0	0.0
19歳	10.7	3.8	11.8	0.0	8.3	100.0
20歳	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	3.6	0.0	23.5	0.0	0.0	0.0

※回答サンプルが少ないため参考値

②自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況

自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況は、いずれの機関も「親子関係の不和」(市区町村：57.2%、保健所：39.5%、児童相談所：69.1%、救命救急センター：36.7%、児童精神科・精神科医療機関：53.6%、精神保健福祉センター：42.4%)の割合が最も高くなっている。

図表 29 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349	188	140	33
親子関係の不和	57.2	39.5	69.1	36.7	53.6	42.4
家族からのしつけ・叱責	26.9	15.2	34.7	17.6	30.0	27.3
学業不振	16.4	11.8	12.3	16.5	14.3	30.3
入試・進路に関する悩み	12.3	9.5	12.0	13.8	7.9	24.2
いじめ	8.5	6.1	10.3	7.4	16.4	9.1
学友との不和(いじめ以外)	26.9	25.3	27.2	27.7	32.9	33.3
教師との人間関係	5.6	3.7	4.6	9.0	8.6	3.0
病気の悩み・影響(神経発達症)	12.6	17.9	11.5	13.3	17.9	9.1
病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	10.7	15.9	15.8	7.4	16.4	12.1
病気の悩み・影響(精神疾患以外)	3.7	3.0	1.7	1.6	3.6	0.0
恋愛関係での悩み	9.7	11.5	11.7	6.4	4.3	9.1
交際相手からの暴力	0.3	0.7	2.0	1.1	0.7	0.0
経済的困窮	4.8	5.4	4.0	2.7	4.3	6.1
孤独感	24.3	12.8	29.5	12.2	31.4	39.4
心理的虐待	12.9	8.1	31.2	3.2	19.3	12.1
身体的虐待	5.6	5.7	19.8	3.7	12.1	9.1
性的虐待	2.3	3.0	9.2	2.1	5.0	0.0
身体的ネグレクト	0.6	2.7	3.2	1.6	2.9	3.0
心理的ネグレクト	3.8	3.0	10.6	4.3	7.1	0.0
親との離別	4.8	3.7	8.0	6.4	4.3	3.0
家庭内暴力(DV)の目撃	6.9	3.4	9.7	2.1	6.4	3.0
家族のアルコールや薬物乱用	2.5	3.4	4.0	0.5	7.1	0.0
家族の精神疾患	10.4	5.4	10.6	4.8	7.9	12.1
家族の収監	0.4	0.3	0.9	0.0	0.7	0.0
その他	21.7	23.6	24.6	23.4	12.1	39.4
無回答	0.7	1.4	0.3	1.6	0.7	0.0

③こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）

こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）は、市区町村では「公立小・中学校」（40.1%）、保健所、児童相談所では「警察」（それぞれ53.4%、40.1%）、児童精神科・精神科医療機関では「家族からの相談」（54.3%）、精神保健福祉センターでは「公立高等学校」（27.3%）の割合が最も高くなっている。

図表 30 こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349		140	33
本人からの相談	12.0	2.7	14.9		17.1	6.1
家族からの相談	26.1	12.2	22.3		54.3	21.2
警察	8.9	53.4	40.1		10.7	15.2
消防	1.9	0.3	0.3		0.7	0.0
救急医療機関	15.4	13.9	7.7		16.4	18.2
児童精神科医療機関	2.9	0.7	5.7		6.4	6.1
精神科医療機関（児童精神科以外）	2.6	6.1	4.9		17.1	0.0
市区町村主管課		11.5	11.5		10.0	3.0
保健所	2.0		0.6		1.4	6.1
公立小・中学校	40.1	7.4	14.6		12.9	21.2
公立高等学校	6.9	2.7	5.7		1.4	27.3
私立学校	1.8	0.7	1.7		0.0	0.0
教育委員会	9.4	2.4	2.0		1.4	6.1
児童相談所	7.5	5.7			16.4	0.0
民間団体	1.2	0.0	0.6		0.0	0.0
その他	11.9	8.8	10.9		7.1	3.0
無回答	0.1	0.0	0.3		0.7	0.0

※救命救急センターでの設問設定なし

④こどもが支援につながったきっかけの市区町村主管課の部署

こどもが支援につながったきっかけの市区町村主管課の部署は、児童相談所では「児童福祉担当部署」(55.0%)、児童精神科・精神科医療機関では「こども家庭センター」(42.9%)の割合が最も高くなっている。また、保健所では「母子保健担当部署」「こども家庭センター」(いずれも29.4%)の割合が最も高くなっている。

図表 31 (こどもが支援につながったきっかけの市区町村主管課の部署〔複数回答〕)

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=		34	40		14	1
児童福祉担当部署		 23.5	 55.0		 35.7	 100.0
母子保健担当部署		 29.4	0.0		0.0	0.0
こども家庭センター		 29.4	 52.5		 42.9	0.0
健康増進担当部署		 20.6	0.0		0.0	0.0
自殺対策担当部署(専門部署)		 8.8	0.0		0.0	0.0
生活困窮担当部署		 2.9	2.5		0.0	0.0
障害者福祉担当部署		 11.8	0.0		 14.3	0.0
疾病対策担当部署		0.0	0.0		0.0	0.0
その他		 5.9	2.5		0.0	0.0
無回答		0.0	2.5		 14.3	0.0

※こどもが支援につながったきっかけ(情報提供元)として「市区町村主管課」と回答したところのみ対象の設問。

※市区町村、救命救急センターでの設問設定なし

※精神保健福祉センターは回答が1件であるため参考値

⑤支援にあたって連携した関係機関

支援にあたって連携した関係機関は、市区町村、児童精神科・精神科医療機関では「公立小・中学校」（それぞれ58.0%、42.1%）、保健所、救命救急センターでは「精神科医療機関（児童精神科以外）」（それぞれ47.6%、35.6%）、児童相談所では「児童精神科医療機関」（51.9%）、精神保健福祉センターでは「市区町村主管課」（42.4%）の割合が最も高くなっている。

図表 32 支援にあたって連携した関係機関〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349	188	140	33
救急医療機関	20.2	18.9	18.9		15.7	6.1
児童精神科医療機関	31.3	15.5	51.9	27.7	13.6	27.3
精神科医療機関（児童精神科以外）	29.0	47.6	35.5	35.6	17.1	24.2
市区町村主管課		41.9	41.0	17.6	32.1	42.4
保健所	19.8		12.9	11.2	6.4	24.2
公立小・中学校	58.0	19.6	45.0	11.7	42.1	36.4
公立高等学校	13.8	11.8	20.3	3.2	8.6	33.3
私立学校	5.6	1.4	10.6	3.7	5.0	3.0
教育委員会	41.7	11.1	9.7	3.7	9.3	30.3
児童相談所	33.8	25.3		18.6	28.6	30.3
民間団体	6.3	2.7	8.3	0.0	3.6	12.1
その他	35.9	22.6	29.5	9.0	13.6	39.4
関係機関との連携はしていない	3.7	15.2	2.6	13.3	17.9	3.0
無回答	0.3	3.0	0.3	6.4	1.4	0.0

⑥支援にあたって連携した市区町村主管課の部署

支援にあたって連携した市区町村主管課の部署は、いずれも「児童福祉担当部署」（保健所：44.4%、児童相談所：58.0%、救命救急センター：63.6%、児童精神科・精神科医療機関：46.7%、精神保健福祉センター：42.9%）の割合が最も高くなっている。

図表 33 支援にあたって連携した市区町村主管課の部署〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=		124	143	33	45	14
児童福祉担当部署		44.4	58.0	63.6	46.7	42.9
母子保健担当部署		25.0	3.5	9.1	2.2	14.3
こども家庭センター		22.6	37.1	27.3	40.0	28.6
健康増進担当部署		15.3	4.2	6.1	0.0	35.7
自殺対策担当部署（専門部署）		12.1	1.4	3.0	2.2	0.0
生活困窮担当部署		5.6	11.2	0.0	2.2	14.3
障害者福祉担当部署		14.5	9.1	3.0	24.4	35.7
疾病対策担当部署		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他		4.8	2.8	6.1	0.0	0.0
無回答		0.8	1.4	0.0	2.2	0.0

※支援にあたって連携した関係機関として「市区町村主管課」と回答したところのみ対象の設問。

※市区町村での設問設定なし。

⑦支援にあたり活用した関係機関ネットワーク

支援にあたり活用した関係機関ネットワークは、市区町村では「要保護児童対策地域協議会」(48.5%)、保健所、児童相談所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターでは「いずれも活用していない」(それぞれ61.1%、51.3%、69.1%、76.4%、57.6%)の割合が最も高くなっている。

図表 34 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク〔複数回答〕

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349	188	140	33
要保護児童対策地域協議会	48.5	13.5	39.0	3.7	10.0	15.2
重層的支援体制	3.7	2.4	2.0	0.5	0.7	6.1
自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	4.1	6.1	0.3	8.0	0.0	0.0
その他	9.4	14.9	4.0	4.3	5.7	21.2
いずれも活用していない	37.8	61.1	51.3	69.1	76.4	57.6
無回答	3.8	6.4	4.9	14.4	7.1	6.1

⑧こどもや家族に支援した内容や工夫

こどもや家族に支援した内容や工夫について、主な回答は以下の通りであった。

(7) こども

i) 市区町村

● 学校との連携・見守り

- ・ 小学校側が養護教諭担任を中心として状況を確認し、本児へのさりげない声かけの継続。
- ・ 全職員で情報共有を行うとともに、SC が定期的に相談を行っている。
- ・ 教職員、SC による相談 校内における見守り体制の構築。
- ・ 担任だけでなく、養護教諭や学年の女性職員も積極的に関わりをもった。話を聞くことができる学校職員を中心に継続的に声かけをした。SC につなぎ、継続的にカウンセリングを実施した。

● 医療機関へのつなぎ

- ・ 緊急に医療へ繋ぐ必要があるため、(病院の入院治療に関する確認)、保護者への連絡をこども本人が拒んでいた事など、学校・SSW・スクールカウンセラー・医療と連携し、こどもを納得させ、入院治療へ繋げた。
- ・ 病院と連携し、本人を入院させ、治療経過観察を行った。
- ・ 児童精神科に同行受診。
- ・ 医療機関を受診した。
- ・ 定期受診先と連携し、こどもとの面接につなげた。

● 児童相談所との連携、要対協での支援

- ・ 面談、児童相談所との面談、一時保護検討、心理士面談、所属校との連携、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーによる面談。
- ・ 児童相談所と連携し、市と児童相談所がそれぞれ月 1 回こどもと面接を実施し、こどもが気持ちを話せる場として支援。
- ・ 要保護児童対策地域協議会主管課（子ども課）主催の支援者会議への参加、情報共有等。
- ・ 要対協登録ケースであり、児相が家庭訪問、本人との面談等継続的に支援していたケース。随時関係機関で要保護児童対策地域協議会における個別支援会議を開催し情報共有や対応策を検討していた。そして、児童相談所職員が本人の意向を確認しながら、一時保護や本人家族との面談等を実施し経過を見ていたが、OD を繰り返し、飛び降り等危険性も増してきたことから、精神科入院となった。
- ・ 児童福祉担当課が要対協として児童相談所につなぎ、発達確認、医師診察につながった。
- ・ 自宅を出ることも一つの選択肢として、児相と連携し自立援助ホームを紹介した。

● こども・家族との信頼関係構築

- ・ 訪問や電話による状況確認、傾聴、助言信頼関係の構築、受診同行、退院後の生活環境調整等。
- ・ 本人が中学生になった頃から、母の承諾を得て訪問により本人と面談が可能になった。顔の見える関係性になったこと、困ったら相談しても安全であることを理解してもらい、上の兄弟とも信頼関係が結べたことで福祉課とつながり、将来に向けて適切な大人からサポートを得ながら社会経験を積むことが少しずつ出来るよう支援している。
- ・ 受け入れ拒否の子どもとの信頼関係の構築。

- ・ 救急病院から連絡をもらい、早急に連絡を取った。定期的に連絡を取り、信頼関係を築き気持ちを引き出すことができるよう心掛けた。
- ・ 本人は家族への相談のしづらさがあり、相談内容は母へ伝えないでほしいとの希望あり。守秘義務を遵守する旨を約束し、信頼関係の構築に注力した。本人が話しやすい空間を作るため、家族とは部屋を分けて話を聞くようにした。
- 多数の関係機関での連携による支援
 - ・ 中学校の担任、スクールカウンセラー、適応指導教室の心理士、病院、児童相談所など、関わる機関が多いため、こども家庭センターは情報の集約や共有の役割で、関係機関の対応の方向性の一致を図っている。
 - ・ 学校、教育委員会、こども家庭センターの3者において個別支援会議を開催し、情報共有と支援の方向性の確認を図るとともに、保護者および児童を含め安全プランを検討した。
 - ・ スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、エデュケーショナルアシスタント、医療、警察、学校、教育委員会等との連携体制の構築。
- 本人の特性や状況に応じた個別対応・配慮
 - ・ 本人は SC との面談や病院の受診は拒否であった。保健師との初回面談は、不安や不信感を与えないため、保健室来室の際にたまたま居合わせた人として実施。
 - ・ 初回面談の際には、興味のある話題で会話することを心がけ、自殺に関する問いかけはあえて控え、次の予約日を約束し、つながるようにした。
 - ・ 性被害にあったため、無理な面接は控えた。保護者（母親）、学校、医療相談員より、子どもの状況を把握、共有した。
 - ・ 男性不信があるため女性の職員を担当につけ、想いを吐き出せるような関りを意識した。
 - ・ 自宅での療養に集中させ学校での課題や友人との接触など刺激を与えないようにした。主治医や精神科のドクターに助言を貰いながら、心身両面でのケアを行った。生徒本人の課題に合わせたより細やかな対応を行うため、発達検査を実施した。

ii) 保健所

- 医療機関へのつなぎ
 - ・ 面接の上、精神科医療機関の受診調整を行った。
 - ・ 面接し精神科受診勧奨および受診調整。
 - ・ 適切な精神科医療機関へのつなぎ。
 - ・ 精神科入院時、退院前カンファレンスに出席。
 - ・ 訪問看護へのつなぎと必要に応じた、主治医との連絡調整。
- 多数の関係機関との連携・情報共有
 - ・ 消防（救急）、警察、精神科医療機関、市区町村健康増進担当部署とのケース会議を開催し、各機関の役割を整理した。
 - ・ 精神科病院入院中にカンファレンスを実施。学校への復帰も含め、退院後の支援方針を検討した。
 - ・ 精神保健福祉法第 23 条に基づく警察からの通報があった際に、受診調整を行った。ケース会議開催時に、関係機関と情報共有を実施。
 - ・ 病院や教育委員会、学校、市町村と情報共有し連携会議を開催

- ・ 保健センターとしては医療機関との連携に注力し入院中の面会や退院前の家族を含むカンファレンスに参加し医療、家族、児童福祉部署の橋渡しを行った。相談できる場の一つになるよう心がけた。
- ・ 市・保健所・精神科医師で連携。医師の助言に基づき精神科医療機関受診にかかる支援を実施。学校教育委員会との連絡調整。担任・学年担当教諭・教育委員会・SSW と連携を図りながら家族支援を実施。
- 本人・家族との信頼関係の構築
 - ・ 子供の気持ちを傾聴した。
 - ・ 信頼関係を築くことに力を入れた。
 - ・ 本人が抱えてきた悩みに寄り添い、気持ちをくみ取りながら傾聴。できるだけ本人のペースで相談機会を設ける形で、支援を行った。
 - ・ 支援者への警戒心を解くために、信頼関係を築けるよう努めてから、具体的な支援へつなげた。こどもに合った計画相談事業所を見つけた。
 - ・ 本人の希望で支援開始。初回面接時に傾聴し、母との関係が悪いと感じていることを確認。母のつらさを労りつつ、子どもの状態の理解の仕方、声掛け等を助言しつつ、本人へは 10 日に 1 日ほど TEL を中心に本人の近況・気持ちを傾聴した。
- 教員等への助言
 - ・ 本人と主に関わっている学校教諭に対して、対応について助言を行った。
 - ・ リストカット時の対応を含め、本人の関わり方について学校担任・養護教諭に助言を行った。
 - ・ 本人と関わる学校担任等に対して、対応について助言を行う。
 - ・ 家族、学校に対する相談、助言を通して、子が学校へ再適応していくための状況、方針を整理した。
- 訪問・面接・定期的なフォロー
 - ・ 家庭訪問、訪問看護導入、福祉サービス利用の提案。
 - ・ 定期訪問による相談対応（イライラした際の対応方法について一緒に考える、傾聴等）。
 - ・ 訪問看護や保健師の定期訪問。本人の孤独感を減らすため、ヘルパーや短期入所の利用を勧めた。
 - ・ 定期的な訪問により、家族以外の大人と関わる機会をつくる。家族とけんかした後の精神面でのフォロー、自傷行為に変わる対処方法の獲得への支援。
 - ・ 月 1 回市保健師とともに自宅に訪問し、状況確認を実施。

iii) 児童相談所

- 医療機関へのつなぎ
 - ・ 受診同行。
 - ・ 児童精神科医療機関につなげて入院治療となった。
 - ・ 保健所を通して、緊急で受診できる医療機関を探して受診、定期的な通院とした。睡眠導入剤を処方してもらい、生活リズムの安定・睡眠の確保を優先させた。担当教諭・養護教諭が積極的に話をする機会をつくり、相談の機会を増やした。
 - ・ 医療機関への入院および服薬調整。
 - ・ 医療機関との調整、受診同行、入院へのつなぎ。

- 一時保護・施設入所
 - ・ 一時保護による安全確保、施設入所。
 - ・ 一時保護所での生活および児童精神科医療機関での入院を通して、保護者の言動がこどもに与えている影響について、こどもと一緒にふり返った。それにより、自宅から離れて生活するという選択を一緒に行うことができ、自立援助ホームへ入所できた。
 - ・ 一時保護による離間、家族関係調整。
- 関係機関との情報共有、ケース会議等による連携
 - ・ 主治医と定期的なカンファレンスを行い、治療方針に沿った支援を学校で行えるようにした。
 - ・ 本児に関わる機関から本児の状況を聞き、ケース会議で対応方法等を検討する。
 - ・ 医療機関や、学校と密に連携をとりあい対応した。適宜、児童養護施設や、自立援助ホームへの入所を行っている。
 - ・ ネットワーク会議を実施し、情報を共有（病院、学校、市、児相）。
 - ・ 高校・施設・医療機関と密に連携し（ケース会議を含む）、特に施設と医療機関との間では、外出などのタイミングを共有し、振り返りを確実に行った。
- 本人・家族との信頼関係構築
 - ・ SCや担任を中心に子どもの話を丁寧に聞きながら、心の内を話しやすい関係性を構築した。
 - ・ 子どもの気持ちに共感しながら、日中の居場所となるように社会資源を探した（高校中退のため）。
 - ・ 保健所の自殺対策担当と面接、ODの経緯やリストカットをしてしまう状況の因果関係を整理し、本児童を否定しないような声かけを行った。
 - ・ じっくり話を聞くよう時間をとって対応した。不安に思っていることは何かを心理司と連携して丁寧に聞くようにした。
 - ・ こどもの話を傾聴し、一緒に整理する。
- 学校・福祉機関等への助言・連携・環境調整
 - ・ 児相から中学校に対応の助言をした。中学校からは、助言にもとづいて対応する、とのことだった。
 - ・ 学校を通しての見守りを依頼。
 - ・ 学校と連携し、保健室登校の形をつくった。
 - ・ 親子関係の調整と学校内の環境調整。学校と心理診断および医学診断の結果を共有し、本児の特性について理解したうえで、学校内の環境調整および支援体制を構築した。支援機関が学校しかなかったため、スクールカウンセラーの面接を継続した。
 - ・ 医療と学校が連携して本児の支援ができるよう調整し、病院と学校が直接連絡を取り合えるような協力体制を構築した。

iv) 救命救急センター

- 精神科・児童精神科等へのつなぎ、転院
 - ・ EICU（救急集中治療室）入院後、精神科医師と協議の上、精神科病棟への転床となる。
 - ・ かかりつけ児童精神科へ紹介した。

- ・ 本人が(児童)精神科受診を希望しており、退院後に紹介とした。母に伝えていない事実もあり、母とは別に話す機会を設けた。
- ・ 精神科診断と治療を院内で行い、精神科で地域の資源について調整するとともに学校関係者との繰り返しの会議を行った。
- 院内多職種連携・CPT 等による支援
 - ・ CPT 介入。本人と面談し、児童相談所へ通告・児童相談所へ転帰先について確認
 - ・ 小児科と整形外科が足並みを揃えて、患者、家族への対応を統一できるよう院内スタッフでカンファレンスを何度か行った。患児の発言を看護師や心理師、保育士、院内中学の教員が丁寧に聞き取り、本人が信頼している中学の教員と共有しながら寄り添った。
 - ・ 複数回繰り返している OD であり、かかりつけの精神科 SW、保健所、児相との情報共有、受診調整を行った。
 - ・ 心肺停止での救急搬送であったため、中学校・教育委員会・市・児相と連携し、学校での子どもの様子等を情報共有し、慎重に対応を検討した。児相の判断により今回は児相介入なしとなった。
- 心理的支援、傾聴等、こどもの意向・特性に配慮した支援
 - ・ 本人への心理療法への実施・レスパイト目的での入院・関係機関との連携を通して本人家族の情報を収集、支援方法の検討。
 - ・ 臨床心理士・公認心理師が本人と面接を行い、アセスメントを行った。その結果を紹介先の児童精神科に情報提供を行うなどの連携を行った。
 - ・ 傾聴した。
 - ・ 本人の話をそのまま受け入れた。受診前から受診に至るまで、様々な葛藤を抱えており、サポートティブな対応を心がけた。
 - ・ 過量服薬などにおける疾病教育を実施した。
 - ・ 性被害もあったため、子どもの意向を確認し、診察は女性医師が対応する等、配慮した。本人の意向を確認し、安全を確保し、とちぎ性暴力被害者サポートセンター、警察との連携を図った。身体科医師、精神科医師、婦人科医師等院内の虐待対応マニュアル等にのっとり、連携し対応した。
 - ・ まず入院加療にて安全・保護を行い、本人の衝動性などに焦点を当て薬剤整理を実施した。
- 家庭環境の調整
 - ・ 家族との適切な距離感について協議した。入院中も学業にとりくめるよう学校と連携した。
 - ・ 母に伝えていない事実もあり、母とは別に話す機会を設けた。
 - ・ 同居していた親戚から経済的負荷をかけられていたため、母との実家に戻ってもらった。
- 学校との連携による支援
 - ・ 入院中も学業にとりくめるよう学校と連携した。
 - ・ 退院後の支援として保健師介入をすすめたが同意が得られず、教育関係者との連携強化しかなかった。話に集中することは難しく、最終的に児がどこまで理解したかは不明。
 - ・ 公立高校副校長への電話連絡・かかりつけ精神科への受診調整・面談（心理教育）。
 - ・ 担任による不適切な言動で不登校。時々登校できる時もあった為、登校に対し本人の意思を尊重してほしいと管理職に依頼。入院時に訪室し、関係作り。退院後にカウンセリング継続を提案し承諾される。母親の情緒不安を本人は心配していたため、母親もフォローすること

を本人に説明。衝動性コントロール不良、易怒性が高いこと、自分は他児とは違うと感じていた点について、発達検査を実施。特性について、自己理解を促す。診断を希望していたため、児童精神科を受診。診断が出て納得し精神科は中断。現在は当院で月2回カウンセリングを実施中。

- ・ 今回は ADHD に関連した過量服薬である印象が大きく、必要時に学校等と連携をとっていただけるよう市の児童福祉部門と連絡を取った。

v) 精神科医療機関

● 薬物療法、精神療法等による支援

- ・ 児童精神科(児童思春期病棟)への入院治療。薬物療法、精神療法、学校関係の調整(学校負担の調整)、社会参加の場の確保。
- ・ 入院治療、クライシスプランの作成。
- ・ 精神療法、薬物調節。
- ・ 外来作業療法を利用し、思いの表出を安心安全のもと行えるようにつとめた。心身の回復のために軽い運動や物づくりを一緒に行った。

● 心理的支援

- ・ 心理カウンセラーによるカウンセリング。
- ・ 心理検査の実施による多面的な評価と、それにもとづいた本人理解を促した。入院、服薬も同時並行で行った。
- ・ 心理検査、心理カウンセリング、気持ちのチェック(自身の調子に気付く)。
- ・ 担当心理士をつけ、信頼関係を作りながら虐待・ネグレクトの影響を含めた包括的アセスメントを行った。その後、本人が安心感を持てることを目的に、月に1度の面談を続けた。不登校状態であり、家に1人にいるときに孤独感が強まるとのことであったため、訪問看護の導入を進めた。

● 教育・福祉関係機関等との連携による支援

- ・ 学校と主に連携し、通院、入院治療を行った。
- ・ 特別訪問看護指示にて頻繁な訪問看護(継続的な見守り、家庭環境の把握、危険兆候の早期発見を目的とする)、情報共有のための関係機関のカンファレンスの実施(学校教員、児相、こども家庭センター、教育支援センター)。
- ・ 訪問看護の導入、相談支援事業所の紹介。デイケアの導入。クライシスプラン作成。
- ・ 福祉サービス、訪問看護等の情報提供、学校生活支援、気持ちの言語化、児童相談所の面会同席。
- ・ 虐待ケースであるため、医療機関より児相に虐待として通告、児相への支援につないだ。
- ・ 家、学校以外の居場所としての放課後デイ、そこからの情報で本人の状況を把握。

● 家庭環境の調整

- ・ 父からのDVがあったので、距離をとるようにしていたが、父からの支援も必要だったので必要時には父の支援も活用していた。
- ・ 家庭、学校で過ごしやすい方法(場所など含め)について外泊をしながら検討。本人の意見を(一緒に)代弁し、家族に伝えた。

● こどもの気持ちの傾聴、居場所の提供・提案

- ・ 問題事案の背景にある本人の心理面への理解や共感。
- ・ 気持ちに気づき、言語化を促す
- ・ 生活の中で、出来ている部分に目を向けられるよう促す。
- ・ 認知行動療法を活用し、自己理解を深め、情動の安定を目指す。
- ・ 本人の気持ちを丁寧にきく。
- ・ 同世代との交流は苦手だが、大人とは関係を築きやすい。話せる場を提供して、1人でかかえこまないよう配慮。
- ・ 気持ちの受容、表出を促す。居場所の提案（提案しても本人が拒否）。
- ・ 居場所さがし。

vi) 精神保健福祉センター

- 医療へのつなぎ
 - ・ 医療機関への丁寧なつなぎ。
 - ・ 子ども自身からの話を聴いて、自殺念慮や企図の背景にあるしんどさや要因についてアセスメントを行い、本人の状態や経過から、一時的な休息入院を提案。本人も希望し、入院の受け入れ先をコーディネート。また退院や復学に向けた支援を病院の MHSW と連携し実施。
 - ・ 継続面接、デイケア利用調整
 - ・ 学校側の支援者へのコンサルテーション状態後の理解、対応の助言、役割の整理。
- 学校と連携した支援
 - ・ 校内の情報共有、支援体制（ルール作り）。
 - ・ 定期的に面談を実施して関係を構築。子育て支援課や精神科病院、学校とも情報共有を行う。
 - ・ 高校の教頭や担任と情報共有を行いつつ、定期的に学校にて面談を行い、本人が何を考え、どうしたいのかについて聴取していた。
 - ・ 保健所を介して、市が本人の状況、家族の認識、見守り体制を確認し学校と連携して支援にあたれるよう助言。
 - ・ スクールカウンセラーと連携して、直接面接相談。進路に関して、他の学校(高校)の教職員との連携。
- こどもの意向の尊重、関係性の構築
 - ・ こどもと定期面談を続けるなかで関係を構築した。そして、本人が訴える学校の教師への不満や改善希望点については、その都度整理して学校との話し合いの場を設けた。
 - ・ 来所や面談の設定では、本人の意向を尊重した。面談の記録では、本人の言語表現をそのまま残すよう心がけた(発話量少ないが、どの質問で明言を避けたかも支援のヒントになると思ったため)。
 - ・ 本人の発話のペースに合わせる(発話できない時に筆談もあった)。話が転じやすいが、自由な表出を重視した。気にかかる発言は、注意深く記録に残した。
 - ・ 真面目で親に心配をかけたくないと抱え込む子どもほど、自分のしんどさや気持ちを言えず、薬や自傷で対処している子もいるため、本人なりに頑張ってきたことを認めつつ、健康的な自分との付き合い方ができるよう、少しずつ一緒に考えていく関わりや支援を実施。

- ・ 本人の抱える困難の背景には、母親との関係不良により相談できる環境が整っていないことがあった。そのため、関係機関と適宜連携を取りながら、本人が安心して相談できる支援体制の構築に努めた。
- 多職種・専門家チームによる支援
 - ・ 支援者支援を行うこども・若者の自殺危機対応チームに支援者である学校より支援申込があり、多職種により構成される専門家チームメンバーからいただいた助言をまとめ学校へ提供。
 - ・ こども・若者の自殺危機対応チームに支援者である学校より支援申込あり。専門家からなるチームメンバーからいただいた助言をまとめ学校へ提供。
- 継続的な面談等による支援
 - ・ 定期的に面談を実施して関係を構築。子育て支援課や精神科病院、学校とも情報共有を行う。
 - ・ こどもと定期面談を続けるなかで関係を構築した。そして、本人が訴える学校の教師への不満や改善希望点については、その都度整理して学校との話し合いの場を設けた。
 - ・ 感情調節困難な方向けのプログラムに参加してもらった。子ども担当をつけ、継続面接を実施している。
 - ・ 継続面接、デイケア利用調整、学校側の支援者へのコンサルテーション状態後の理解、対応の助言、役割の整理。

(イ) 家族

i) 市区町村

- 家族への寄り添いや傾聴による支援
 - ・ 訪問や電話による状況確認、傾聴、助言、経済困窮支援 受診同行、退院後の生活環境調整等。
 - ・ 実母の思いを聞きながら支持的なサポートの継続。
 - ・ 面談（母のみ、母子同席）を定期的に実施。4人の兄弟の状況や、お互いの関係性についての把握と、必要なアドバイスや母のヘエンパワメントを行ってきた。
 - ・ 定期的に面接、電話連絡を行い、家族の気持ちを傾聴し、苦労をねぎらう声かけを行う。
 - ・ 定期的にこどもの状況を尋ねた。母の気持ちに寄り添い傾聴した。
- 家族への情報提供・助言・相談先紹介
 - ・ 学校からこどもの居場所や医療機関について情報提供。
 - ・ 親の精神疾患等の状況把握を行い、必要なサービス利用や育児への負担感の軽減にむけた提案、助言を行った。
 - ・ 家族の本人に対する思い、家族背景などを聴取、傾聴。本人に対する関りの助言と受診先（相談先）の情報提供。
 - ・ 医療機関の紹介、家族に向けた SC との定期的な面談設定、不登校親の会の紹介。
 - ・ 自宅でこどもが自殺を図るおそれがないように、自宅内での環境整備(例として、夜間はこどもと保護者が同部屋で休むこと、灯油など火気のもととなる危険器具や刃物を取り除くことなど)を伝え、実施してもらったこと。
 - ・ ケース会議に同席し町の相談場所としてのお知らせ
 - ・ 町の社会資源の紹介

- ・ 訪問等で体調確認できること。
- 医療機関・福祉サービス等へのつなぎ
 - ・ こども家庭センター職員と保健センター保健師と一緒に家庭訪問を行った。精神科医療機関への受診を進めた。
 - ・ 担任、養護教諭から医療機関の受診をすすめた。
 - ・ 児童精神科に同行受診。母の相談窓口として対応。
 - ・ 受診の勧奨。
 - ・ 両親側の苦労や望みに寄り添うように工夫し、受診に向けての医療機関調整などを行った。
- 関係機関との連携・ケース会議
 - ・ 関係機関や家族を含めケース会議を開催。専門的な視点から今後の対応や方針について家族にアドバイス。家族については想いを傾聴しながら支えた。
 - ・ 保護者や在籍校教員、市子ども課・社会福祉課の関係職員とこどもの入試・進学に向けた支援会議への参加
 - ・ 要保護児童対策地域協議会主管課（子ども課）主催の支援者会議への参加、情報共有等。
 - ・ 要対協個別ケース検討会議を開催し、関係機関による情報共有を行うとともに連携強化を図り、各々の役割について確認しながら対応した。
 - ・ 保護者との連携を密にするための三者面談を学期ごとに実施。医療機関やスクールカウンセラー、子育て支援・児童相談所等の関係機関と連携した。
- 家族の意向や特性に応じた対応・配慮
 - ・ 表面化したくないという家族の希望を受け入れつつ、関係機関内で支援について協議を実施。対応を検討。
 - ・ 父母との面談の頻度は最低限としていたが、母が外国籍で関係機関との会話内容を正確に把握できていない可能性があり、通院同行などを通して正確な情報の把握に努めている。
 - ・ 父母ともに精神疾患を抱え情緒が安定しないため、緊急時の対応についてパンフレットを作成し、養育者の精神支援を行った。
 - ・ 母は自殺企図したとっていない。受診の必要性についても軽く考えているため、信頼関係のある教頭から受診勧奨と入院治療となった時の確認をしてもらった。母は、「入院したらスマホを使えなくてかわいそう、状態がいいから治療もいらない」と話していたため、信頼されているSSWより治療継続と行政への相談もあることをさりげなく伝えてもらった。
 - ・ 理解力が乏しいため、分かりやすく端的に伝え、細かめに様子確認した。
- 家族とこどもそれぞれへの役割分担による支援
 - ・ 幼少期は所属の学校で母の気持ちの聞き役を担っていただいた。父、母、本人と別々に話を聞くことが可能になり、本人の希望に合わせて両親に話を進めることや両親の心配を確認しながら本人の希望に寄り添うことなどができてきた。
 - ・ 本人と母親の関係性がよくない様子であったため、本人と母それぞれ別の担当者が対応した。対応は別の担当者としたが、センター内では情報共有を行い、足並みを揃えて支援した。
 - ・ 離婚し別居している親と、同居親権者の親と本人の関係性に配慮し、関係機関と関わり方を共有しそれぞれの親に対応した。
 - ・ 本人対応は保健師、親対応は発達支援センターと子と親で支援者の役割を分けた。（子への接し方等の指導）

- ・ 家族は、本人とは別に担当と継続的に面接を実施。本人の自傷行為(自殺を意図しないもの)への対応や、本人と家族との境界線を意識した対応などについて助言した。家族自身が DV を受けており、こどもとの関係の中でフラッシュバックが起こることがあったため配慮して対応した。

ii) 保健所

- 家族への寄り添いや傾聴による支援
 - ・ 母と直接面接し、思いを傾聴した。
 - ・ 母の安定を図るための定期的連絡や傾聴、家族会議の提案。
 - ・ 家族が抱える不安などの傾聴に努めた。
 - ・ 子どもへの関わり方に悩んでいるとのことで、母親は不安と不眠が強く、感情の整理が難しい状況であった。そのため、母親の気持ちを丁寧に傾聴し、安心して話せるように努めた。その上で母親が自らの対応を振り返り、子どもを理解する視点を持てるよう支援した。
 - ・ 主に母親と定期的に電話にて状況確認し、不安な気持ちに寄り添った。(面談に他兄弟児がいるため難しいとのことで電話対応。)
- こどもとのかかわり方に関する助言
 - ・ 母の本人への関わりにおいて、感情的に強く叱責するなど不適切な部分がみられたため、母が本人の特性を理解して、関わる方法をともに検討した。
 - ・ 面接を行い、本人への接し方について助言した。
 - ・ 本人への接し方についての助言。
 - ・ 本人との関わり方や対応をアドバイス。
 - ・ 母が支援を希望しており電話や対面での支援を継続。母の不安や、父への不満を整理し父母それぞれの役割を受け止め直せるよう関わった。母が本人より先走る行動の際は、不安を傾聴し、子どもへのかかわり方を助言した。
- 医療へのつなぎ
 - ・ 面接の上、精神科医療機関の受診調整を行った。
 - ・ 治療につなげるために、受診先を見つけた。
 - ・ 本人の精神科受診の必要性について説明。
 - ・ 両親と面接し、成育歴やこれまでの経過を確認。受診可能な精神科病院を両親が探していたため、病院を情報提供した。
 - ・ 受診・相談の必要性を状況、心情により扱い説明した。受診が早急に受け入れてもらえるように医療機関の事前の調整を行った。
- 関係機関との連携の調整
 - ・ 消防(救急)、警察、精神科医療機関、市区町村健康増進担当部署とのケース会議を開催し、各機関の役割を整理した。
 - ・ 本人と関わる母親の精神面を支援し、本人との関わり方を助言した。母親の相談先である市(こども家庭センター)との情報共有、市に対して本人・母親の相談対応について助言し、市の後方支援を行った。
 - ・ 関係機関からの情報収集および関係機関調整、ケースカンファレンス、自治体の後方支援。

- ・ 本人との面接、家族との面接にて情報収集、アセスメントのうえ、精神科医療機関へつないだ。家族の了承を得て、市町村児童福祉、母子保健担当者と情報共有のうえ、今後のフォローを依頼した。
- ・ 学校が生活の拠点であったため教育事務所の SSW が定期的に面談を重ねながら支援していた。支援の方向性を共有するため、主治医のいる医療機関で関係者会議も開催。
- 家族の状況や負担への配慮をした支援
 - ・ 本人以外の兄弟も発達障害等を抱えていたため、母への連絡を定期的を実施。市とも連携し、母の精神面の負担軽減に努めた。
 - ・ 母子家庭であり、母自身も下の子の世話や親の介護があり、ストレスのかかる生活状況にある。定期的に様子を伺い、母自身のストレス発散や本人との関わり方について助言を行っている。
 - ・ 自殺未遂に至った子の他に複数のきょうだいを抱え、シングルマザーとして仕事や家事で大きな負担を抱えている状況や母の頑張りの支持的傾聴。
 - ・ 母は仕事もあり忙しいため当初つながりづらかったが、母の本人への不満を吐き出してもらう形でかわり、母の苦労や心情を労うように配慮し、電話以外にもショートメールも不安や変化を共有してもらえるツールとして活用した。
 - ・ 本人が初対面の大人とは話さないタイプのこどもで、保護者も精神科の受診先がなかなか決まらず保護者の不安が高い状況だった。併せて他の兄弟の大学・高校受験も重なり、精神的負担が強かったので保護者の気持ちの整理が行えるよう努めた。
- 家族の支援拒否や、行動変容が困難な中での継続支援
 - ・ 母が行政拒否だった為、保護者との相談関係構築が困難だった為、中学校経由で相談ニーズを探った。また、児童精神科と連携して支援した。
 - ・ シングル家庭。自殺未遂が起こる以前より、母の関わりに課題があり、医療勧奨のみでなく、心理教育を試みた。本件についても警察から虐待通告に至ったが変容の難しい母であり、本来はこども支援の所管課での支援が望ましい家庭であったが、困りごとからの切り口にて保健所にて関わりを継続していた。

iii) 児童相談所

- 家族への傾聴、特性に配慮した関わり方
 - ・ 家族の意見を聞き寄り添う。
 - ・ こどもが援助交際をしていたことから、保護者の困り感について傾聴した。一方で、監護意識を強く持つように助言を行った。
 - ・ 家族の不満・不安を継続して面接で対応。
 - ・ 母の気持ちを傾聴しながらできる支援について一緒に考えていくことにした。また、成人が近づくにつれて成人後の対応について一緒に考えた。
 - ・ こどもの言動（OD、飲酒、リスカ、強い希死念慮）や救急搬送への対応で疲弊していたため、承認と労い、リスクマネジメントに関する助言、保護者が対応できない部分について当所ができる支援を説明。（保護者の孤独感の低減）

- ・ 母は心療内科に通院しており、ストレス過多となると過呼吸を起こし失神してしまうことあり。児には過干渉であり的を絞って話をしないとあちこちに話が飛んでしまう。児をサポートする力は脆弱であることからレスパイト的な一時保護、入院機関の利用を行っている。
- こどもとの関わり方に関する家族への助言
 - ・ 養育方法などについて父母へ指導した。
 - ・ 父母の本児への関わり方について振り返り、本児の気持ちの理解を促しながら、家庭のルールを調整し、対応の仕方について指導した。
 - ・ 定期的に家族から話を聞き、対応方法を助言。
 - ・ 子どもの状態の背景について説明し、家族ができる関わりについて助言した。医療機関受診をすすめ、医療機関への情報提供を行った。
 - ・ 本児への対応について助言。本児の話を傾聴し、気持ちを聞いて共感する対応をするよう助言。
- 医療へのつなぎ
 - ・ 受診同行、ケースカンファレンス同席。養育面と医療ケアの両面から働きかけた。
 - ・ 母と面接し、こどもの医療受診が必要であることを説明。
 - ・ 通院を促し、入院につながった。
 - ・ 病院受診を推奨。
- 関係機関との連携調整、情報共有
 - ・ 継続した通院が行えるよう、学校を中心に受診の必要性を繰り返し伝えた。また、経済困窮など家庭基盤に課題があるため、市の生活支援担当課と連絡した。
 - ・ 関係機関とのつながりがなかったため、同行訪問や同行受診により、市町村や医療機関との相談につなげた。要対協個別ケース会議に参加してもらい共有した。
 - ・ 状況の変化に応じて関係機関を含めた支援会議を開催し、保護者の意向を確認しながら適切な支援機関へつないだ。
 - ・ 学校・医療・家族との情報共有、日中の居場所の提供、精神科受診調整、本児への関わり方の助言、障害者生活支援センターとの連携、障害サービスの調整
 - ・ 医療と学校が連携して本児の支援ができるよう調整し、病院と学校が直接連絡を取り合えるような協力体制を構築した。
 - ・ 家族は子どもが手に負えないとあきらめ、支援者とのつながりも面倒くさがってしまった（拒否的だった）が、家族の外でネットワークを作り、母を支える形にして負担を減らした。
 - ・ 医学診断、心理診断のフィードバックを行い、児童の精神状態に対する父母の影響を説明したが、父母は理解を示さなかった。入院中の主治医からも診察結果を父母に伝えるが、父母は児童の症状について異議を唱えたため、児童相談所の一時保護委託による入院治療により親子分離をし、症状の安定を待った。
- 家族関係・親子関係の再構築支援
 - ・ 家族はこどもに対して否定的な態度であったが、児相からの家庭訪問により、本児の気持ちを代弁する等、家族関係の調整を行った。
 - ・ 子どもは、退院当初、家庭への拒否感が強かったため、自立援助ホームの利用につなげたが、本児、家族の双方の思いを伝える橋渡しをしたことで、関係修復につながった。

- ・ 父は、こどもに対して、嫌なことや大変なことから逃げているだけ。自殺したらどれだけ迷惑をかけるのかわかっているのかと厳しい見方をしていたが、親との面接を繰り返す中で、父はこどもに対し思うことがあっても直接本人には言わず母に話すようになった。母も今まで以上に、こどもの話を聴けるようになった。
- ・ 母子関係を主に面接を実施、フィードバックを繰り返しながら、関係改善を図った。
- ・ 一時保護中に家族関係の修復をおこなった。父は仕事が忙しく、なかなか連絡が取れなかったが、繰り返し働きかけた。面会（不定期）や誕生日プレゼントなどがあり、本児の安心感につながった。

iv) 救命救急センター

● 傾聴、カウンセリング

- ・ 子どもの退院後も外来受診の際に定期的に家族にも面接を継続して行っている。(母子ともにカウンセリングも継続している)
- ・ 数年に渡って親も困難を抱えていた。母の話もそのまま受け入れた。
- ・ 自殺企図での受傷であり、親の不安も強かった。自殺企図が理由で転院を多数の病院から断られ、親の不安傾聴につとめた。
- ・ ご家族もとても動揺されるため、精神的な支えを心がけている。親だけの面談機会を設け、対応に考慮されていることに対して助言をまたはゆっくり考える機会を提供する。また、ご自身もメンタルケアに注意がいくように、必要な支援につなげるようにしている。

● こどもとの関わり方に関する助言

- ・ 本人への接し方の指導。
- ・ ASD（本人には未告知）に特化したような家族の関わり方について助言をおこなった。
- ・ 本児の特性について説明し、対応の仕方を助言。日々の困り事を聴きつつ、母自身が親との関係で傷つき苦労した事について傾聴。特にリフレーミングを行いながら労う、といった場を本児の面接のあとに同席・別々の場面で行うなど実施。
- ・ 文書・テキストを用いて本人の発達特性と生きづらさの説明を行った。

● 医療機関への受診勧奨

- ・ 母への精神科受診。
- ・ 必要に応じて精神科医療機関への相談を提案。
- ・ かかりつけ精神科との相談を促した。
- ・ 家族の精神疾患に対して受診を勧めた。
- ・ 受診の案内。

● 関係機関へのつなぎ

- ・ 前医の方針で行政機関とのつながりをもてていなかったため保健センターへつなぎ、自殺予防関連の専門機関と両親につなぎを持ってもらって、児童精神専門病院への転院支援を行った。
- ・ 児童相談所と連携・専門施設へ紹介。
- ・ 児童相談所より家庭訪問等の見守り活動。
- ・ 複数回繰り返している OD であり、かかりつけの精神科 SW、保健所、児相との情報共有、受診調整を行った。

- ・ 家庭内で被害だったため、他の兄弟等の安全等にも配慮し、とちぎ性暴力被害者サポートセンター、警察との連携を図った。
- 家族の状況や負担への対応
 - ・ 保護者が忙しく、未成年の姉をキーパーソンの1人とした。
 - ・ 母親の保護機能が乏しく、祖父母から家族の状況把握や支援を求めた。
 - ・ 母親が外国人で日本語でのコミュニケーションが十分でなかった。医療が主となりデイケア、訪問看護、ヘルパーなどの社会資源を調整した。
 - ・ 学校から聞いている情報と本人が医療機関に話をしたことが異なりショックを受けていたため話を傾聴した。
 - ・ 母親が治療から遠ざかり、父親を中心に環境を整えていくことになった。そのため、父親との頻回の面接を行った。
 - ・ 虐待をしている親への関わりは困難であり、本人を守れない両親との対応は困難が多く、繰り返し両親の面接を行った。
 - ・ 虐待をしていた家族以外の兄妹などのサポートを協力依頼・調整。

v) 精神科医療機関

- 傾聴・精神療法・カウンセリング
 - ・ 傾聴した。
 - ・ 親自身の抱える不安感や自責感等への理解。
 - ・ 母親の負担を労う。
 - ・ 保護者の不安に対する家族精神療法。
 - ・ 母親に対してもカウンセリングを行う。
- こどもとの関わり方に関する助言
 - ・ 本児の話に耳を傾け、気持ちを汲み取れるような養育姿勢を提案。声掛けについて助言。
 - ・ 心理教育(子供への関わり方)。
 - ・ 本人が我慢することが多く受容的な接し方を助言した。
 - ・ 子供との関わり方・再発予防で大事な点を指導した。
- 医療・福祉サービス等の社会資源・制度の紹介
 - ・ 母からのネグレクト・虐待を背景に両親が離婚していた家庭であり、父をキーパーソンとして道具的・情緒的サポートを行なった。たとえば、本人が心理面接を継続利用できるよう、特別児童扶養手当等リソースの案内も実施した。
 - ・ 高齢の父の介護が母の負担となっており、家庭に福祉サービスを入れることで母の負担を軽減。
 - ・ 訪看の紹介。
 - ・ 福祉サービス、フリースクール等の情報提供 特性や望ましい対応について説明。
 - ・ 福祉サービス、訪問看護等の情報提供、母との面談。
- 関係機関とのケース会議等による連携支援
 - ・ ケース会議への参加、定期的に面接実施。
 - ・ 支援者も含めたケア会議。
 - ・ 児童相談所と連携し、本人が安心して安全に自宅で過ごせるように環境調整を行った。

- ・ 発達特性の共有、環境調整、関係機関を含めた定期的なケース会議。
- ・ 児童相談所と連携しての家族介入。
- 家族関係・親子関係の再構築支援
 - ・ 父との関係改善のため、本人の病状を伝える。
 - ・ 父親への、本人理解の促し。
 - ・ 入院中は、母子面会を心理士同席のもと実施。
 - ・ 主治医、心理士同席のもと本人との面会を実施し、母子関係の再構築を図った。面会に地域役場職員、学校教諭にも同席を依頼し、地域でも協力的な支援を受けられるように環境調整を行った。

vi) 精神保健福祉センター

- 面談や心理教育等
 - ・ 母の面談を継続した。
 - ・ 両親等への心理教育的な助言、家族の気持ちにも寄り添いながら支援。
 - ・ 疾患教育対応の助言、家族自身のケア。
- 家族への具体的な助言・対応方法の指導
 - ・ 本人支援終了後も、家族の精神的な距離を保つことや、母の気持ちの整理を行った。本人支援終了後でも、家族との面談を継続した。
 - ・ 本人の様子を定期的に確認したり、本人との面談で聴きとった内容を共有したり、必要に応じて教員との調整を図って話し合いの場を設けるなど、問題解決に向けた周知を行った。
 - ・ 家族の記録や不安なども受け止めながら、本人への対応について助言を行う。家族にも伴走して関わることで家族が安心、安定してくると本人も落ち着いてくることが多い。
 - ・ 子ども担当とは別に親担当を分け、こどもとの関わり方について、一緒に検討しながら親の兄弟についてもサポートを行った。
 - ・ 助言を参考に本人への関わり方や様々な支援の方向について家族で話し合いを行った。
- 関係機関との連携による支援
 - ・ 母を含めた医療機関会場での支援会議。
 - ・ SSW を家族支援の主担当として選定。
 - ・ 高校を通じて、保護者と当所相談窓口を案内、保護者から直接連絡をもらい、保護者、高校、当所で情報共有しながら対応した。
 - ・ 保健師を介して、市が本人の状況、家族の認識、見守り体制を確認し学校と連携して支援にあたるよう助言。
 - ・ 要対協ケース会議に出席。関係機関の支援計画を明確にし、必要に応じて対応することとした。
- 家族の状況に配慮した支援
 - ・ 離婚時の支援の流れをイメージし、その時に必要な助言や支援を行ったほか、家族の状況や生活基盤を整えるための支援を行った。生育歴を確認し、家族の状況や本人の状況を把握した上で、学校や市の関係機関と連携した。
 - ・ 家族も子どもの SOS に気が付かず日々に追われていた面があったので、こどもの SOS が出た際には支援者が親への心理教育と関わりについて一緒に動いた。

- ・ 家族の記録や不安なども受け止めながら、本人への対応について助言を行う。家族にも伴走して関わることで家族が安心、安定してくると本人も落ち着いてくることが多い。
- ・ 本人の兄弟についてもサポート。

⑨支援した結果やこどもの変化

支援した結果やこどもの変化について、主な回答は以下の通りであった。

(7) 市区町村

- 医療機関・福祉サービス等へのつながり・治療による安定・改善
 - ・ 在籍校から通信制高校へ転校し、卒業後就労している。自分の気持ちを言葉で表現できるようになった。現在は精神不調もなく、ストレス対処もできていることから、精神科受診は終診となっている。
 - ・ 医療機関（児童思春期病棟）受診につながり、外来治療で落ち着いている。
 - ・ 適切な治療につながったことにより状態安定。
 - ・ 児童精神科受診に繋がり通院と服薬を継続しながら本人の希望である高校受験もでき進学もできた。
 - ・ 受診やカウンセリングを継続し、必要時入院加療しながら精神状態は安定を保てている。
- 家族関係・親子関係の変化・改善
 - ・ 表情は少しずつ柔らかくなり、「お母さんが優しくなった」という発言もきかれた。親子で外出する機会も増えた。終結後、母親より「本人は夢が見つかったと、頑張っている」「最近私の不満を本人が聞いてくれるんです」と報告もあった。
 - ・ 母親は依存症治療には頑としてつながらなかったものの、支援者の定期訪問を受け入れ、節酒を続けており、母親の変化を実感した本人からは母親との関係が改善したという言葉が聞かれ、家庭内も安定した。本人は部活動にも精を出し、学校生活を楽しんでいる。
 - ・ 保護者や家族、本人との関係性もよくなり、母子間の関わりも増え、悩みや不安を話せるようになり、家庭に安心安全で過ごせる場ができた。
 - ・ こどもの受診先が変更(市が提案した病院ではなく、本人が見つけた心療内科) され、医師に話を聞いてもらえるようになった。親子が本音で話ができるようになり、内緒にしていた自傷行為についてこどもから保護者に報告してくるようになった。保護者の精神状態が落ち着いたことで、こどもの言動に影響を受けることが減り、こどもを見守れるようになった。
 - ・ 家族が本人理解を深めたことで関係が改善し、本人の意思を尊重するようになった。こどもは、必要な時には相談することを経験し、今後の所属先での相談にも前向きになった。
- 学校・進路・社会参加等の変化・安定
 - ・ 希死念慮もなく、再登校につながりメンタルが安定してきた。
 - ・ 高校進学し、安定した生活ができている。
 - ・ 高校進学（通信制）し、通学やアルバイトが継続できている。
 - ・ 登校の継続、進路に向けて夢を抱く。
 - ・ 高校進学とともに登校するようになり、友人関係も築けるようになった。
- 本人の気持ち・自己表現・相談行動の変化

- ・ 支援開始当初は、本人の状況や将来の夢など自ら語ることはなかったが、支援を継続していく中で自分の思いや将来について語ることが増えた。また、面談中の本人の表情も徐々に柔らかくなった。
- ・ 不安や、困りごと、を口にするようになった。
- ・ 自ら SOS を出せるようになったこと。
- ・ 自身にとって辛かった出来事について詳細に描写し、その時に自身で考えたことを詳しく支援者に話すようになり、徐々に内省ができるようになってきている。
- ・ 困りごとをむこうから言ってくれるようになった。年金の申請につながった。
- 支援継続・見守り・連携体制の構築
 - ・ 関わっている機関で、即対応できるように常に情報共有を行っていた。
 - ・ 家庭と連携した見守り体制の構築と生徒の安全確保。
 - ・ 中学校と協力体制で対応し、情報共有しているため、有事への抑止にはなっていたと思われる。また、利用には至らなかったが、いざとなれば強制的に家庭のストレスから離すことができる方法も提示したことで、家族も安心して関わる事ができていた。進学準備も順調に進んだ。
 - ・ 所属先医療機関市の関係機関が連携し子どもを見守ることはできた。市や児相、学校教育課等への拒否感が強い父母であったが月 1 回の面談は継続できた。子どもは成長とともに所属先や医師相談員など自分の話しやすい人に思いなどを話すようになっていった。
 - ・ 保健センターとの継続した面接を行う関係性は継続している。
- 支援困難
 - ・ 本人および母が支援を希望されなかったため、本人や母に面談することができなかった。
 - ・ 本人は、保護者と町保健師が強制的に入院させたと憤っており、町保健師への拒否が強く、本人支援ができない状況となっている。保護者とは定期的に面談し、家庭内での様子を確認している。

(イ) 保健所

- 医療機関受診・入院等
 - ・ 県のこども・若者の自殺危機対応チーム支援事業の活用につながった。精神科医療機関の定期受診と服薬を開始。
 - ・ 精神科医療機関での治療につながった。
 - ・ 受診、入院ができた。
 - ・ 精神科医療機関での入院治療。
 - ・ 精神科病院に医療保護入院となり、病状は安定した。
- 学校・進学・就労等、生活面での変化や安定
 - ・ 本人は特別支援学校へ進学し、体調に合わせて生活できている。母は様々な機関と繋がり、気軽に相談できている。
 - ・ 通信制高校へ進学。落ち着いて生活できている。友人とも遊ぶようになり、自傷行為等もない。
 - ・ 高校に毎日通えており、バイトの実施。
 - ・ 定時制高校の生徒であり、学業・仕事に両立できた。

- ・ 生活が安定したことでアルバイトなどができるようになった。
- 本人の自己表現・相談行動の変化
 - ・ 支援者に相談しやすい環境ができ、自傷行為に至る前に支援者へ相談できるようになった。
 - ・ 自傷行為に至る前に自ら支援者(訪問看護や病院等)へ相談できるようになった。
 - ・ 自分の意見を表出できるようになった。困りごとや不安を言語化して伝えられるようになった。
 - ・ 最初は「うん」や「はい」など返事が多かったが、段々文章で話すことが増えてきた。
 - ・ 面談における対話の成立、自らの生きる目標の発露。
- 支援拒否、変化なし
 - ・ 家族が突如受診をキャンセルし、受診につながらなかった。
 - ・ 大きな変化はない。
- 多数の関係機関による継続支援
 - ・ 訪問看護の導入など社会資源につなぐことができた。子どもの支援者、家族の支援者それぞれ役割分担し、支援を継続できている。
 - ・ 学校教員による相談から、心療内科や市の関係者、児相、精神科病院（入院治療・医師・心理士）等、必要に応じて支援者を増やし、危機介入や見守りが行える様、支援体制を整えた。本人は、自傷行為はあるものの、定期的に受診し、診察やカウンセリングを継続しながら相談できる場を確保できている。
 - ・ 各関係機関からこどもや家族の情報を収集し、家族全体を捉えたアセスメント、また、各関係機関でそれぞれどんな対応ができるか考え支援を継続。こどもは自ら SOS することが少なく、各関係機関で関わることで精神不調の訴えをキャッチできるようにしている。
 - ・ 保健所が介入したことで、教育委員会や学校と軋轢があった部分に対しては緩衝材となった。こどもについては、受診はできたが、ARMS 状態のまま経過。母の変容は難しく、本人の状態も劇的な改善はしていないが、関わる部署が増えたことで、こどもの心身の健康を守る機関は増えたと評価。
 - ・ 姉・父親とも連絡がつかず、社会福祉協議会や学校を通じて本人と直接つながることができなかった。その後、自傷行為等を繰り返す中で医療保護入院となる。退院前カンファレンスにて退院後の関係機関の役割を整理。退院後は訪問看護を導入。生活保護にもつながる。一時期不安定な様子はあったが、徐々に支援者や知人にしんどさを打ち明けられるようになる等の変化が見られる。

(ウ) 児童相談所

- 医療機関への受診・入院・服薬など治療の継続
 - ・ 児童精神科につながり、主治医への信頼感が高く関係性も良好で通院継続のモチベーションは維持していた。本人は大人の顔色を見て遠慮がちな傾向があり大丈夫じゃなくても「大丈夫です」ということが多かったが、少しずつ提案を素直に受け入れたり、本人からメールで困り感を発信したりできるようになった部分もあった。一方で初回の入院以降も複数回の入退院を繰り返したが行動化（自殺未遂）が悪化していくように見えた。
 - ・ 医療機関受診につなげることが出来た。登校がスムーズになった。
 - ・ 病院を主軸に各種サービスを導入し生活の安定を図ることが出来た。

- ・ 診断がつき服薬開始、本児家族への疾病教育による理解促進、社会とのつながりが生まれる自宅外の居場所ができる
- ・ 入院治療により症状が安定し、希死念慮が消失した。
- 自傷行為・希死念慮の減少、再企図なし
 - ・ OD はなくなった。リストカットは、その後もくり返しているが、大事には至っていない。
 - ・ リストカット等の行動が消失。
 - ・ 自傷行為の消失。
 - ・ その後自殺未遂はしていない。
 - ・ 自傷、希死念慮の減少。
- 登校再開、進学・転学、就労
 - ・ 近隣の病院に定期的に通院し服薬を継続、様子は安定。高校を転学し、通信制高校で意欲的に学習に励むようになった。
 - ・ 高校との話し合いの結果、不登校認定を受け、別室登校が認められるようになった。高校 2 年生に進級するタイミングで、通信制高校に編入した。父とは適度な距離を保ち、母とは普段の話もできている。
 - ・ 面接の中で、状況や考えを整理でき、自身の今後についても考えられるようになった。学校にも登校できるようになった。
 - ・ 不登校であったが通信制高校へ進学し、現在はコンビニでアルバイトも行っている。弟との関係性が変化した。(互いの特性を理解)
 - ・ こどもは少しずつ体調がよくなり、毎日登校し、部活や友人関係も楽しめるようになった。
- 援助希求の変化
 - ・ 定期的に「死にたい」と思うこともあるが、すぐ相談することが出来ている。
 - ・ 本児が自傷等以外の手段で SOS や思いを表明できるようになった。
 - ・ OD やリストカットについて、安心して開示できる環境が作れたことにより、隠す等の行動は減り、本児からの相談も増えた。
 - ・ 子どもが困ったときなどは、自分から支援機関に SOS を求めることができています。
 - ・ 状態の変化はなかったものの、SOS の発信先が個人や機関など複数となった。
- 家庭関係の変化（母子・父子関係の改善、距離の調整、家族の学び）
 - ・ 母が児童から距離をおくことにより、以前より落ち着いた生活が送れるようになった。
 - ・ 父の身体的虐待がおさえられ、本人の状況も安定した。
 - ・ 主に母が子どもの状態を理解し、子どもの気持ちを推測し、時に口出しせず待てるようになった。本児は徐々に自分の気持ちを他者に伝えることができるようになった。伝えた結果、自分の部屋が持てるようになったり、友達と仲直りができたりするという成功体験を今現在も積みつつある。
 - ・ 一時保護解除後は通所の中で親子それぞれの意見を聞き、家族間調整を行って自殺リスクは軽減した。
 - ・ 母子の距離を置き、母子それぞれが自身の課題に向き合い、整理することができた。
- 居場所・施設入所等による生活安定
 - ・ 入院治療により子どもの状態が安定し、グループホームでの生活を開始することができた。

- ・ 自立援助ホームでの生活を通して、いくらか自分の身のまわりのこと（洗たく等）が自分でできるようになったり、アルバイトができた期間もあり、こどもがいくらか自分に自信を持てるようになった。
- ・ 服薬調整や福祉サービス導入により家庭とは別の居場所ができたことにより落ち着き、自傷他害が収まった。母も受診につながり、家族関係に改善が見られた。
- ・ 自立に向けて職員と一緒にハローワークへ通い、グループホーム入所の際は、母子関係も回復し、母からの援助を受けることもできた。
- ・ 児童相談所の支援終了後は、障害福祉サービス（障害者のグループホーム）の支援に移行することができた。
- ・ 多数の関係機関による継続支援
- ・ 関係機関が統一した本児の理解のもと支援が展開できるようにはなった。登校状況が上向き、自傷が減少した。
- ・ 学校と病院が連携したことで、本児の疾患に対する学校の合理的配慮の必要性や OD の状況について、共有ができるようになったため、本児の見守り体制が整った。
- ・ 児相が介入したことにより、本児の見守り体制が強化でき、保護者の生活困窮の支援に繋がった。
- ・ 18 歳を超える前まで、多機関連携で、児童の精神的な安定を支えて来た。
- ・ 外部機関や保護者に自分の意見を言えるようになった。市教委と協働して、支援ができるようになった。

(I) 救命救急センター

- 精神症状・情緒面の改善
 - ・ 入院中は、再企図を示唆する言動はあったが、衝動性は低くなった。児童精神の専門病院への転院も納得してくれるようになり、生きたい気持ちも語られるようになった。
 - ・ 情緒安定傾向になった。
 - ・ 情緒は落ちついた。
 - ・ 死にたい気持ちはなくなり、気持ちは落ち着いているとのこと。
 - ・ 希死念慮は無くなってきた。
- 医療機関・支援機関との連携・紹介
 - ・ こども病院こころの診療科への紹介。
 - ・ 児童精神科を有する医療機関に紹介しており経過不詳。
 - ・ 紹介先での診察、対応がスムーズに行えたと思われる。
 - ・ 退院後も入院中につないだ児童精神科に継続受診でき、学校の先生も受診に同席してもらうことで、学校の対応や教員の関わりへの心配点なども相談に乗ってもらうことが出来た。なんとか母子関係も落ち着き、無事に第一志望の高校に合格できた。
 - ・ 母と一緒に精神科かかりつけを作り、通院を開始した。
 - ・ 精神科外来に通院し、治療に前向きとなった。
 - ・ リハビリに取り組み、リハビリ病院へ転院した。
- 復学、社会復帰

- ・ 学校へ再登校できるようになり、友達との関係も少しずつ修復できている(学校外にも共に遊びに行けるようになった)。進学先についても具体的に検討できる精神状態になった。
- ・ 通信制高校に変わって入学 通院継続しながら穏やかに過ごしている。
- ・ 精神科病棟を退院後、精神科外来への通院を継続し学校（特別支援学級）への適応も改善した。
- ・ 精神科通院を継続し、復学後に大学受験・進学を行った。
- ・ 外来通院を継続し、一時期、水商売で働くこともあったが、その後昼職に就くことになって安定した。
- ・ 身体的なりハビリを終えて、復学もしていた。その間、精神科でのフォローがなかったが、本人からの希望が出てきた際に精神科受診につながった。
- 親子関係の改善・変化
 - ・ 外来受診時に面接。本人の表情がやわらかくなっており、会話もスムーズ。母とは本人抜きで面接。学校の担任にも相談できているとのことで安堵の様子がうかがえた。
 - ・ 退院後も入院中につないだ児童精神科に継続受診でき、学校の先生も受診に同席してもらうことで、学校の対応や教員の関わりの心配点なども相談に乗ってもらうことが出来た。なんとか母子関係も落ち着き、無事に第一志望の高校に合格できた。
 - ・ 精神科退院後、当院外来への通院を継続している。両親の本人の持つ発達特性への理解が深まり、本人に合った支援・関わり方ができるようになって精神症状・生活は落ち着いた。
 - ・ こどもは別の医療機関での対応なので分からないが、親については、強い自責の念を抱えていること、また、精神的に混乱していることを把握でき、対応できたことは良かったと思う。1人で抱えてしまうことがない状況を作れている。
 - ・ 子どもの考えていたことを知り、母はショックを受け、自責の念にかられていた。

(オ) 精神科医療機関

- 自傷・希死念慮の減少
 - ・ 希死念慮がなくなった。
 - ・ 再企図はなく通院継続中。
 - ・ 自傷行為の減少。
 - ・ 自傷行為や企図は減っている。
 - ・ 慢性的な希死念慮は残りつつも、行動化なく経過している。
- 気持ちの言語化・援助希求・対処スキルの獲得
 - ・ 不安を自殺企図や非行で表現するのではなく、言語化する傾向が生じてきた。
 - ・ 自分の気持ちに気づき、リストカットなどで辛さを表現するのではなく、言葉で表現できる機会が増えてきている。
 - ・ 周りの大人に援助を求める、頓服薬を内服するなどの対処ができるようになった。
 - ・ うるさいとき、イライラしたとき、とんぷく活用や、イヤフォンをつけるなど対策の練習ができた。
 - ・ 自傷する前にスタッフに話せることが増えた。困っていることや気持ちを言葉にできることが増えた。
- 学校復帰・進学・就労等

- ・ 退院後登校を再開することができるようになった。
- ・ 高校進学しアルバイトも行っている。
- ・ 高校に進学し、不適応なく、夢に向かってがんばることができている。
- ・ 不安が減り、活動的になりバイトやクラブ活動などを楽しんでいる。
- ・ 高校を卒業し、大学生になり安定した。治療は継続している。
- 親子関係の改善
 - ・ 母子関係の改善。
 - ・ ENT 後の本人の居場所や相談先を明確化、また、支援者間での役割分担。
 - ・ 地域にもつなげたことで、母の相談窓口ができた。
 - ・ 相談先、日中の居場所があることで安心感がでている。
 - ・ 父に本当のことや、最近のことについて伝えられる。相談できる大人が増えた。
- 希死念慮・不安定さの継続、通院の中断
 - ・ 自傷行為を繰り返し、2 度医療保護入院となった。特に母との面会后に不安定になることが多かった。
 - ・ 大変今も希死念慮は継続している。
 - ・ 本人はカウンセリングに対して乗り気ではなかった。抗うつ薬は自己中断した。
 - ・ 自殺未遂後に転院してきたが、入院中に自殺企図。
 - ・ 通院の中断となり不明。

(カ) 精神保健福祉センター

- 本人の精神的安定・回復
 - ・ 希死念慮の消失。悩みを抱えた際に早期に学校や家族に相談する行動が見られるようになった。
 - ・ 体調回復後は高校にも復学。希望進路を変更して大学進学をめざしている。
 - ・ 学校にも復学でき、無事に進級、大学受験の進路も決まりつつある。バイトも頑張っており、ごく普通の生活を過ごしている。
- 親子関係の改善
 - ・ 母の変化により、母子関係が少々改善した。
 - ・ 気持ちの浮き沈みがあったが母子関係は修復できた様子。
 - ・ 両親が安定してきたことで、本人(子ども)の安定につながった。元々、本人が有している言語化できる能力の高さも大きい。無理に学校に行かずに、通信制を選択したことも大きいと思う。
- 医療・福祉等の支援による安定
 - ・ 服薬の影響が顕著であった為、医療機関に対する助言を行い、本人は転院することとなった。その後は処方内容を変更してもらい、本人も少しずつ回復された。
 - ・ 入院につながり、ある程度安定。デイケアの利用等居場所ができた。
 - ・ 病院受診につながり、通院は不安定ながら継続した。市の障害担当課や生活困窮部門への相談を通じて、福祉制度の知識を得た。
- 学校・支援者等との関係性の変化
 - ・ 学校の教師や友人との関係性が徐々に改善され、本人も少しずつ登校できるようになった。

- ・ 落ち着いて学校生活を過ごしており支援者も困ったときの相談先を明確にできた様子。
- ・ よりそい相談支援センターの介入で児童思春期外来につながった。よりそい相談支援センター相談員との面談を重ねる中で自殺企図の原因や学校での困りごとを話してくれるようになった。

⑩支援を開始してから現在までの、自殺の再企図の有無

支援を開始してから現在までの、自殺の再企図の有無は、「再企図あり」が市区町村で36.0%、保健所で33.1%、児童相談所で44.4%、救命救急センターで20.2%、児童精神科・精神科医療機関で37.9%、精神保健福祉センターで12.1%となっている。

図表 35 支援を開始してから現在までの、自殺の再企図の有無

(%)

	市区町村	保健所	児童相談所	救命救急センター	児童精神科・精神科医療機関	精神保健福祉センター
n=	683	296	349	188	140	33
再企図あり	 36.0	 33.1	 44.4	 20.2	 37.9	 12.1
再企図なし	 59.2	 52.4	 50.7	 63.3	 56.4	 81.8
無回答	 4.8	 14.5	 4.9	 16.5	 5.7	 6.1

⑪支援において困難だったことや課題に感じたこと

支援において困難だったことや課題に感じたことについて、主に以下のような回答があった。

(7) 市区町村

- 保護者の理解、協力不足
 - ・ 自殺企図の一番の要因は親子関係の不和であったが、それを母は認めず、学校での人間関係によるものと捉えていたため、本人の思いを母に受け入れてもらうまでに時間がかかった。
 - ・ 家族に問題意識がないこと。いかに危険な状況かわかってもらうこと。
 - ・ 発達課題、普通学校での過ごしにくさ、親子関係の難しさ（親への支配）のために衝動的にリストカットをくり返しているが、保護者も精神疾患があり、アドバイスの意図が理解できない状態だったこと。
 - ・ 母親から支援依頼があったが、父親の理解が得られず、夫婦不仲により本児が不安定になっていることを考えると、両親への介入をしたかったが現状難しかった。
 - ・ 本児の悩みの根本が両親にあることを理解してもらえず、本児に介入しようとする、母親が守りに入ってしまう、突っ込んだ対応ができなかった。
- 援助希求の乏しさ、継続的な支援の難しさ
 - ・ こども本人が面接を希望していない場合、本人を支える家族へのサポートが中心となるため、本人の様子やニーズが把握できない。
 - ・ 母からの相談支援希望を受けて介入したケースであるが、退院後は母子ともに連絡が取れず、現在は関係機関からの情報提供により状況を把握している。母にとっては支援の必要性を感じていないことが、行政への相談や連絡がない要因と考えられる。しかし、母子ともに継続的な支援と経過観察が必要なケースであったため、退院後にどのようにして連絡を途切れさせず支援を継続できるかが課題であった。
 - ・ こども本人には相談意欲が薄く、受診のニーズも無かったことから医療へのつながりや定期的な面談が難しかった。
 - ・ こどもと連絡がつかない、中々会えない等の状況があった。
- 医療資源の不足
 - ・ 精神科病院への入院を検討する際、どの病院もベッドの空きがなく、結果として自宅への退院となってしまった。病院との連携がスムーズにでき、すぐに転院することができれば、もっと適切な治療が受けられたのではないかと感じた。
 - ・ 緊急性が高い場合であっても医療機関の予約が取れず、すぐに医療につなぐことが難しいと感じた。
 - ・ 医療機関との情報共有の難しさ。支援においては医師の見立てを参考にしたいが、患者本人の同意、家族の同意がないと情報共有ができない。
 - ・ 近隣に児童精神科のある医療機関が無いため、精神科につながることはハードルが高い。大人の精神科はあるが、こどもに対応してくれるところは、車で1時間以上かかる場所にあり、通院に伴う保護者の負担は大きい。
- 関係機関連携・役割分担の不明瞭さ
 - ・ 学校等から情報があがっても、直接のつながりがないため介入しづらい。また、虐待案件でなければ要対協ケースではないためどこが主管課になるか不透明。

- ・ 保護者との面談のみで進めてきたが、本人が会うことを拒否していたため、関係機関の福祉課も動こうと試みたが、途中で保護者から同意を得られなくなり、教育委員会のみで動く結果となった。関係機関、特に行政（市区町村内）での支援体制や役割分担の構築が必要。
- ・ 母が関係機関に話す内容にズレがあったため、関係機関同士の情報共有に努めた。医療、障害、児童福祉とどの機関が中心となり支援を行うか、なかなか決まらなかった。
- 学校との連携の困難さ
 - ・ 学校が未遂支援に慣れていない。養護教諭は他のことで多忙、本人との関わりがないとこのことで市の保健師へ連絡があった。家族や本人との面談などを中心となって対応してもらいたいとお願いされ、困った。学校の中でどう対応するのかが決まっていなかったため、課題だと感じた。
 - ・ スクールカウンセラーが常駐していないため、相談につなげにくい。
 - ・ 学校現場での対応体制の限界 担任教員やスクールカウンセラーの負担が大きく、継続的な支援体制の維持が困難であった。他の児童生徒への影響や保護者対応も並行して行う必要があり、学校全体としての支援体制の強化が求められた。
 - ・ 中学校も本人を良く支えてくれたが、自殺未遂という行為自体は他の生徒への影響が大きく、時には「学校に来ないでほしい」という中学校の本音が出そうになることもあった。我々は個への支援だが、先生方は集団への教育なので、目的が異なると支援方針の共有が難しくなることがあった。
 - ・ 学校がどこまでできるのかや、保健師に何を期待しているのかがわからず、連携しながら支援しにくかった。
 - ・ 学校がすべて行うという風潮が根強い。
- 社会資源の不足、継続支援の難しさ
 - ・ 不登校となり、フリースクールに通いたくても空きがない状況。（無料の施設は定員がいっぱいで、有料の施設だとかなり高額で通うことが困難だった。）
 - ・ 児童相談所に週 1 回、本人が通所して面接を受けているケースであったが、18 歳到達以降、同様の対応ができる機関がない。
 - ・ 自殺企図、希死念慮のある児童を受け入れる事業所、施設がなく、医療以外の受け皿がなかった。長期休みや週末の対応に苦慮している。
 - ・ 中学校卒業後の支援の方向性を関係機関内で検討することができ、うまく担当機関につながったので、現在も支援が継続できている。義務教育卒業後の支援の検討が重要である。
 - ・ 県外への転出後の支援の継続。中学校所属時に、不登校を主訴として支援していたケース。元々県外で母親と生活していたが折り合いが悪くなり、父親の単身赴任先の当町に転入。その際、上記支援を実施していた。高校入学に伴い、県外に転出。母親のもとに戻ったが、再び関係が悪化し自殺企図がみられた。当町としては、転出時、転出先の支援機関に情報提供を行う程度しか対応ができず、継続支援の限界を感じた。
- 言語・文化の違いによる支援の困難さ
 - ・ 相談体制はできているが、家庭内での言語は外国語であり、思いの言語化は困難。母との離別経験は大きなトラウマとなっていることから、精神的なストレスが大きく、幻覚も出てきている。ヤングケアラーのような役割もしている。夜間放置もあるが保護が必要な状況までとは言えず、父への介入を試みているが、支援介入が難しい状況。

- ・ 外国籍の家庭であったため、意思疎通のむずかしさが、言語によるものか、文化が異なるためか、親子それぞれの特性によるものなのか判断が難しかった。
- ・ 外国人への支援(言葉・文化・価値観などの違い)特に、言葉(コミュニケーション)が通じないと、細かいニュアンスもつかみ取れない上に、相手側も理解できない場合にはコミュニケーションを面倒だと感じてしまう雰囲気があった。

(イ) 保健所

● 家族全体への支援の難しさ

- ・ 本人は、父からの経済的・心理的虐待を受けていたが、同じく父から DV を受けていた母が離婚時に「子どもに一切介入しない」という条件を父から出されていたため、明らかな身体虐待があり警察介入になるまでこの家族への介入が出来なかった。
- ・ 母親は親族の生活も支えている状況。ダブルワークで余力はなく、こどもに対する関わりは十分ではなかった。母親自身も十分な養育をされていないこともあり、母親に「十分な関わり」をするよう支援したいが難しい状況であった。
- ・ 父母ともに精神疾患があり、キーパーソンは祖母。父母の精神状態も不安定なこと。
- ・ 母の精神的な不安定さが本人に影響し、本人の自傷行為につながるため、平時からの母の精神面での支援の必要性を感じるが、母が希望しておらず、予防的な介入が難しい。
- ・ 親がこどもの困り感を理解できない。子は親が理解をもってくれていないと諦めている。家の中ではいい子でいるが学校ではオーバードーズやリストカットなど突発的衝動的なことをくり返していた状況。親子間のズレが修正できないと問題が改善しないと思うが、親に困り感がなく相談関係を築きにくい。

● こども・家族との関係構築や同意取得の難しさ

- ・ 本人、母ともに当所からの連絡に応答しない。直接的な支援が難しい。
- ・ 本人と家族が支援に対し消極的であること。支援者が本人に聞きたいことが、本人にとっては話すとつらくなる内容だったため、確認の仕方に悩んだ。
- ・ 本人が安心して話せる関係性を作るのに、なかなか本人との距離感が縮まらず、本人から保健所に相談することがほとんどないこと。

● 医療・福祉資源の不足やアクセス困難

- ・ 児童・思春期外来の新患予約が半年先しかなく、専門的医療への早急なつながりが難しい。
- ・ 高校生の精神科受診先（受け入れ）を探すのが難しい。
- ・ 思春期のこどもを診てくれる精神科が少ない。特に心療内科はいっぱい、予約がとれない。管内の精神科病院およびクリニックは各 1 か所しかいないため、遠方まで受診しなければならない。負担がかかるが、受診までのハードルが高い家族もいる。
- ・ 救急医療機関の医師から保健所宛に児童精神科へつないで欲しいと要望があったが、小児を診ることができる病院が区内に少ない。
- ・ こどものメンタル（自殺企図）に対応できる、特に入院できる医療機関が限られている。

● 医療・福祉・教育等の関係機関との連携・役割分担の難しさ

- ・ 支援機関が増えていくと支援の選択肢が広がるが、情報共有や支援方針の統一を図ることが難しい。

- ・ 市主幹課と児童相談所の関係が希薄であり、支援会議の開催を依頼しても会議に至らなかったため、関係機関の役割が明確でなかった。
- ・ 成長に応じて所属先が変化（公立中→公立高→私立高）することで、支援者による対応の差や温度差があり、支援を継続するための情報の引継ぎやコーディネーター（どこが中心に支援するのか）の配置は課題。キーパーソンである母親の不安が強く、家族支援や家族調整、だれが責任をもってフォロー、支援するかが曖昧だった。
- ・ 情報共有の難しさ。今回のケースでは都道府県でおこなっている自殺未遂者相談支援事業の家族同意があったため、事情の説明をしながら医療機関からの連携の同意も得られ、スムーズに連携ができ学校と医療機関をつなぐことができた。しかし、全ての医療機関でスムーズにおこなえることではない。個人情報の扱いで断られることも多く、スピーディーかつスムーズに連携できることが課題と感じる。また、連携ができたのちには、マネジメントをどこがおこなうのかなど情報集約などそれぞれの役割についての調整が必要となるがその調整が難しい。家族が医療や学校との話や情報を整理できず、混乱することで学校や医療機関と連携がとれずに家族が孤立してしまい、その結果関係機関とのつながりを断ってしまうことがある。家族が安心して話ができる機関や役割が必要。
- 本人の特性（発達障害等）や行動への対応
 - ・ 気分の変化から衝動的な自傷行為を繰り返してしまう。直後は落ち着いて振り返ることができるが、発達障害のためか、感情や行動のコントロールが難しく再企図してしまっている。
 - ・ 知的や発達障害があり、衝動性や攻撃性が高いこと。理解力が低く性的逸脱行為を繰り返すこと。家族（母親）への相談支援を展開するが、父親等が相談場面に登場しないこと。
 - ・ 発達障害のベースもあり、本人の突発的な行動への対応が難しい。
 - ・ 発達特性があり人とのコミュニケーションに困難さがあるため、ささいな出来事を契機に自傷行動につながりやすいところがある。
- 支援の継続、引き継ぎの難しさ
 - ・ 途中で不通になり、継続的な支援が難しい。
 - ・ 本人の居住地が管轄外であり、支援の継続性が難しい。
 - ・ 入院後、相談も連絡もなく予後が不明となる。情報共有システムと個人情報の扱いの法的整備が必要。
 - ・ 児童・思春期の入院対応が可能な病院が少ない。支援1年目は、本人が安定している時期は父母と連絡が取れにくくなり、問題が起きてから相談が入ることが多く、継続的なフォローが難しかった。
 - ・ 入院中・退院後等関係機関が変化するため、役割が終了後に支援を全体的にふりかえることが難しい。

(ウ) 児童相談所

- 親子関係の再構築の難しさ
 - ・ 母親はこどもの気持ちに対する理解が深められず、児童相談所への通所面接にも応じず母親側からみたこどもとの関係性の変化を確認することができなかった。
 - ・ 親子関係の悪化、本人の操作性の高さ、保護者の頑なさ等、家族対応が困難だった。

- ・ 保護者が本人の自傷を理解せず、「気持ち悪い」等拒否感を示したため、共働してというような意識を持ってもらえなかったこと。
- ・ 母の暴力や暴言による支配から母子関係が悪化し、児童が自殺未遂をしたが、母は自身の行為を振り返ることなく児童自身の問題と話し、児童の行動によって母の生活が成り立たないと分離を望んでいた。母自身の課題を整理し、父も加えて当事者として家族全体の問題を整理するのに時間がかかった。
- 支援に対する本人の拒否感、信頼関係構築の困難
 - ・ 本児が本心を語らず支援に拒否的であり、児童相談所として心理的な支援が難しかった。そのため、医療機関への繋ぎと、自立して生活できる環境の提供が主となった。
 - ・ 本人がこれまでの傷つき体験から大人全体に対して不信感があり、また児童相談所の担当者も年度の切替えに伴って変更になったことも重なり、関係性を築くこと自体が難しかった。
 - ・ 対人不信が強く、発達特性やさまざまなトラウマを有している本児と、信頼関係を築いていくことが非常に難しかった。本児が自殺企図に至った背景について話すことや代替案を考えていくことには抵抗は見られない一方で、自殺企図の背景にあるトラウマについて、本児の同意のうえで心理教育を試みたが、実施中にトラウマが再燃したことで心理教育が中断してしまった。
- 医療資源の不足
 - ・ 近くに児童を診ることができる精神科病院がなかったこと。結果的に通院できたが、車で3時間ほどかかる場所にあり、受診につながっても継続できるかが懸念された。
 - ・ 思春期の自殺企図等を主訴とした問題について、受入可能な医療機関が少ないこと。
 - ・ 入院調整。児童精神科の受診予約も取りづらい状況。
 - ・ 入院可能な医療機関の確保。本事例においては確保できたが他府県に所在しており、移動にかなりの時間を要する状態だった。
- 関係機関との連携・調整の困難
 - ・ 関係機関が多く、児童相談所がまとめるのに苦労した。
 - ・ 関係機関との連携が取りづらかったこと。自傷行為＝絶対にあってはいけないという考えが強かったため、本児のSOSの出し方の一つと理解してもらうことが困難だった。
 - ・ 精神科の通院、入院の必要性等について、施設と児童相談所で認識に乖離があった。施設側の温度感が低く、連携しにくい場面が多かった。
 - ・ 担任教諭が本児の心情に振り回され、それを聞いた学校が本児の一時保護を当所に要求。児相の調査結果にも納得せず、学校の理解を得るために何度も訪問することとなった。操作性が高い児童の場合は、関係機関を使って要求を通そうとするため、関係機関と児童相談所の関係が悪化し、効果的な支援につながらないことがある。本件では、学校の理解を得るための作業が、保護者との連携以上に難しかった。医療受診やカウンセリングでは症状が改善せず、希死念慮を止めることができなかった。保護者は状況を理解しつつも、行動を変えられないため、家庭内の環境が改善できず、根本的な解決に至らなかった。
 - ・ 所属の私立高校が要対協加入を拒否したため連携が難しかった。
- 社会資源・マンパワーの不足
 - ・ 再企図の情報が入っても、児童相談所での対応には限界があり（あるいは、人的、物的制約があり）、医療機関頼りの対応しかできにくい。児童相談所が担ってきた対応を、児童が18

歳を超えてからも同様に担ってくれる社会資源が乏しい、ないし、そのような社会資源を探すのに苦労する。

- ・ 市の保健センターに対応を相談したが、18 歳未満で活用できる制度がないと具体的な連携には至らなかった。精神疾患による自殺企図であるため、家族間調整を行ったとしてもリスクがなくなるわけではなく、一時保護や入所措置で改善できるものではない中、家庭引き取りをして在宅支援の方針を立てる、保護者や地域の関係機関から「死んだらどうする」と理解を得ることが難しい面がある。
- ・ 児童養護施設職員が、こどもの対応に疲弊。施設側は、退院後の受け入れについての不安が強かった。実際退院後の再入院のハードルは高かったため、対応に苦慮した。
- 言語・文化・価値観の違いによる支援の難しさ
 - ・ 外国籍の父子ということで言語面や文化的な面（叩くことを肯定する育児主義の様な部分）の違いから話しをしていくところが難しかった。
 - ・ 言葉の壁、文化の違いで、OD や薬に対する考え方の違いを感じた。
 - ・ 本児は自殺願望があって自殺をしたわけではない。転生に興味があり、日頃から瞑想や幽体離脱といった様々な方法を試していたようだ。自殺も転生する手段の一つとして拳がったために、自殺しようとした。転生に興味があることは否定せずに、危険なことはしないよう伝えることに困難を感じた。今後、自殺以外にもオーバードーズや薬物など、別の危険な方法で転生をしようとしないうか、心配がある。

(I) 救命救急センター

- 家族の受診や支援への理解不足
 - ・ 本人は必死に SOS を出しているが、家族が本人の変化に気づいていないあるいは気づけるまでの余裕がなく、家族が疲弊していることが多い。家族支援が必要であるが家族に支援がいきとどかないことが多い。
 - ・ 本人が希望しているにもかかわらず家族が児童精神科受診を反対していた点。
 - ・ 母親が精神科の治療を否定的に考えており本人への説明が不十分だった。受診しても母親の判断で治療が受けられなかった。
 - ・ 家族が過干渉。
- 本人の気持ちの変化への対応
 - ・ 本人の意志が変化すること。
 - ・ 本人の衝動性は高く、家庭内の問題と相まって切迫した事態が長く続いていた。対応は常に困難なケースだった。
 - ・ 言語での表出が乏しく、本人の言語化スキルの向上が必要であった。
 - ・ 発達特性の影響で、本人が入院中に退院後の状況を想像することが難しかった。
 - ・ 金銭的に苦しくなり、水商売に行くことがあった。作業療法にはなかなか行きたがらないこと。
- 家庭環境等に起因する困難
 - ・ 家族・親族の背景が複雑であった。
 - ・ 家族が外国に行かないといけない事情がある一方、15 歳という年齢等を踏まえ一時入所できる施設も見つからなかった。

- ・ 父の不貞行為などがトリガーとなりうる。両親の離婚も重なり注意深い観察が今後必要である。
- ・ 複雑な家庭環境を持ち、現在施設入所している。安全面は確保されているかもしれないが、逆境体験に対する本人へのケアが引き続き必要だと考えている。
- 精神科医療機関の受け入れ困難
 - ・ 精神科クリニック、病院に多数断られてしまったこと。
 - ・ 児童精神科医療機関であっても、担当医師が少なく、対応がすぐにできないことがある。
 - ・ 精神科医師不在の為、当院での対応ができず、転院となった。
 - ・ 入院後、2日で退院。本来は退院日にかかりつけ医受診としたいが、かかりつけ医ではない精神科病院に受診予約(退院後約1か月後に看護師面談、さらにその1か月後に医師診察)となった。精神科受診までに期間を要する。
- 関係機関との連携の課題
 - ・ 市役所主管課に相談しても動かず、学校教育のスクールソーシャルワーカーにも依頼したが、忙しいからと動いてくれず、結局病院と所属中学校の教員とでしか支援ができなかった。学校側の負担が大きかったと思う。
 - ・ 県外から転入後すぐの自殺未遂であった。転校先の学校にも登校しておらず、情報収集は前校のみになってしまった。学校間での情報共有があまりされていないようだった。
 - ・ 退院後に、以前から要対協にあがっている家庭だとわかった。タイムリーに情報共有できるとよかった。
 - ・ 元々支援している方の自殺企図とその後の対応による分断のリスクが課題と感じる。元々関わっていた方だと、支援者それぞれに傷つきがあり、ともすれば、関係機関で関係の齟齬(分裂)が生じやすくなると感じる。支援者が分断せず、関わり続けていくための意識を育てておくことが大切だと思う。

(オ) 精神科医療機関

- 家庭全体への支援の難しさ
 - ・ 父も ASD 傾向があり、ときに虐待に値するような極端な行動を取ることがあるが、隠蔽する。父だけが関係機関と相談したが、情報を母に伝えない。そのために家庭内の状況が掴みにくかった。
 - ・ 主に母親の本人への過干渉、母子関係の問題の取り扱い。
 - ・ 家族が本人に操作されてしまうこともしばしばある。第三者として介入することが困難だった。
 - ・ こどもの治療において、時間や根気強さが必要だと感じる。親がこどもの前で病状を言えず、隠してほしいと訴えがあるが、こどもが主役なのでむずかしい。
 - ・ 母との面会、父の不在がリスク要因の一つであったが、父の養育力も低くほとんどキーパーソン不在の状態であった。児童相談所やこども家庭センターと連携し、キーパーソン機能を家庭外に持たせたかったが難しかった。また、本人の知的発達もゆっくりで、同年齢の子どもたちとの関わりが希薄で、介入すべきポイントが多かったが、自殺企図による身体治療やリハビリが挟まって、継続的で安定した支援が難しかった。
- こどもの特性や行動への対応の難しさ

- ・ 発達特性からか、独特の解釈と理解の希薄さ。
- ・ ASD 特性も強く、自己肯定感も低く、自傷行為をくり返し、本人が孤独を感じやすい状況が持続している。
- ・ 自閉症スペクトラム症の程度が強く、怒りを感じても援助を求めにくい。
- ・ 気持ちの言語化が苦手で、相談するよりも行動化しやすい傾向があり、安定して関わり続けることが困難。突然来なくなる。
- ・ 集中的に来院したかと思うと、一定期間連絡なく途切れるなど、安定的な関わりに課題がある。
- ・ 発達のベースがあり、理解していても衝動的に繰り返してしまう。薬物療法の限界。
- 治療の継続
 - ・ 入院時の主治医の異動により引継ぎで主治医となったが、本人や家族との信頼構築には時間がかかり、本人が受診できず家族のみの受診となることも多かった。
 - ・ 成人精神科への移行。
 - ・ 治療関係が長続きしない。
- 関係機関連携・役割分担の不明瞭さ
 - ・ 自殺の問題は、自治体によっては病院任せにしがち。
 - ・ 日常生活にしっかりかかわってくれるサポーターがいない。
 - ・ 本人を中心とした支援ができてない関係機関が見受けられた。
 - ・ 退院することに対する地域支援者の強い不安。
- 社会資源の不足
 - ・ 通信制高校に在籍しており近くに関与できる大人が家族と医療機関のみとなっている。
 - ・ 不登校の場合の家庭での支援や十分な医療系のサービスがない。
 - ・ 本人の望む環境調整は現実的に難しいものも多かったので、希望どおりにはできなかった。学校の居場所以外で利用できるところを検討しても良かったかもしれない。
 - ・ 聴覚過敏、集団が苦手などあり、適切な居場所がなかなか見つからなかった。
 - ・ 家庭に居場所が見つけにくい場合の、居住地(居場所)の確保。行動問題が目立つ場合の、教育機関の受け入れ先のなさ。

(カ) 精神保健福祉センター

- 連携体制や役割分担の不明瞭さ
 - ・ 関わっている支援機関が多く、会議をすると長時間におよびそれぞれの支援機関の考え等をすりあわせるために時間を要し、疲弊する。統括していく機関が必要だと感じた。計画相談をつけたらどうかと話が出ていたが、障害福祉サービスをその時受けていなかったため、つけることができなかった。
 - ・ 市を支援する保健所を後方支援する立場であったため、状況把握や助言を即時的に行えない難しさがあった。
 - ・ 高校が母に複数の相談先を紹介したため、各機関の役割の整理、分担に苦労した。
 - ・ 当センターの役割や機能について、関係機関に理解を求めること。当センターが支援の主体として動くわけではないが、その役割を市から期待されていると感じた。

- ・ 本人が様々な機関に電話をかけるものの、話の内容が少しずつ違うことがあり、確認が必要だった。
- こども・家族の拒否感、継続的な支援者の不足
 - ・ 本人には他に未成年の妹や弟がおり、同時に支援が必要となるも、養育能力の低い母しかキーパーソンがいなかったこと。
 - ・ 本人、母親ともに ASD の特性が強く、独自の考え方があるため、支援者が意図する内容が伝わらないことが多かった。この特性により、親子関係においても度々誤解が生じて関係が改善されなかったこと。
 - ・ 本人の拒否感、気持ちに寄り添った支援。
 - ・ 本人が支援につながることに拒否的。
 - ・ 特に思春期ケースの関わりや支援は、すぐに変化や問題解決ができることの方が少ないため、本人の成長を見据えた長期的にじっくり関われる人(カウンセリングというよりも雑談のようなやりとりを主として)や場所が必要だと感じているが、大人の方(支援者)が焦り問題解決思考で対応してしまいがちな印象。
- 学校としてのこどもの理解不足
 - ・ 教諭によっては、本人の訴えやしんどさを理解しづらいタイプの方もおられ、本人に対して支持的姿勢が取れず、支援の統一化が図れなかったこと。
- 学校の要請がない場合の支援継続困難
 - ・ 支援要請を行った学校が当面の危機を回避できたことで初期に支援終了の要請があったためその後のかわりが不明。
 - ・ 学校という枠組みから出た場合、当センターの事業の対象ではなくなってしまう、結果として、それ以上の支援ができない状況となった。

⑫支援においてあればよかったと思われること

支援において困難だったことや課題に感じたことについて、主に以下のような回答があった。

(7) 市区町村

● 家庭全体への支援

- ・ 本人だけでなく家族全体に課題があるケースが増えている。重層的支援体制が整っていれば、役割分担をすることで、適切な支援につなげることができたと思われる。
- ・ 家族がこどもから目を離せないため、仕事を休職し、家庭ではりつき状態になりかなり疲弊した。レスパイトも含め、すぐに対応できる施設や医療機関があるとよい。また、家族や本人のカウンセリングや心理教育をする施設があるとよい。
- ・ ひとり親世帯である場合、親に様々な役割が課せられる。その余裕のなさや、親の未熟さがこどもの認知に影響する場合がある。ひとり親世帯に対して孤独にならないような施策が地域差なくできることがあればいいと思った。
- ・ こどもの支援と合わせて、自殺未遂をしたこどもの家族に対してフォローや支援ができる枠組みがあるとよいと思う。
- ・ 母子ともに精神科入院ができるとよかった。

● 医療へのアクセス

- ・ 近隣に児童精神科があれば、自殺未遂を防げたのではないかな。
- ・ 特に児童生徒を診てもらえる医療機関(医師不足も含む)が少なく、受診調整に時間がかかり、受診のタイミングを逃してしまった状況がある。医療機関の体制づくりが必要と考える。
- ・ 児童精神科またはそれに準ずる医療等へのアクセスが容易であること。今回、受診先を探したがそもそも児童精神科が自動車で 3 時間以上かけて行かなければならないような場所にしかなく、通常の予約ルートでは半年以上待たされる状況だった。自殺未遂の事例であることを説明し、早急に受診することはできたが、身近に、すぐにアクセスできる医療機関等があると良いと感じた。

● 居場所、一時避難先、相談先の充実

- ・ 中高生年齢の児童がふらっと行くことができたり、宿泊ができるような制度や団体があれば、よい支援が提供できたと思われる。
- ・ 確実に対応できるショートステイの受け皿や、生活リズムの崩れているこどもの居場所。
- ・ 不登校の児が通える居場所がもっと増えるといい。
- ・ 精神的に不安定なこどもたちの居場所。
- ・ 家庭、学校以外で子どもが安心できる場所、同じ悩みを持つ人のコミュニティ、訪問、SNS で定期的に話を傾聴してくれる人、登校できなくてもオンライン等で勉強ができる環境等の充実。全て無料で利用できるとよい。

● 関係機関の連携のための体制整備

- ・ 教育・保健・福祉・医療が連携できるプラットフォーム。要保護児童対策地域協議会が近いが、自傷の背景に家庭環境や虐待がない場合、対象外とされやすい。
- ・ 長期的な見守り体制の構築。一時的な支援にとどまらず、学校卒業後も含めた長期的な見守り体制が必要である。福祉・医療・教育が連携した継続支援の枠組みがあれば、より安心した支援が可能となる。

- ・ 未遂現場を目撃するなどした際、学校側の支援体制の情報があるとよい。目的は一緒であるが、そこに至るまでの支援方法に違いを感じる。情報提供に関すること、支援方針に関すること、本人の意向を確認することなどについて統一した方針があると良い。学校は生徒のことを支援するスタンスである。本来は、保護者からも事情を聞いたり情報収集できることがあると思うが、家族支援は町で支援するという意向が強い学校がある。町で支援するにしても、保護者から同意を得て町につないでもらいたい。
- ・ こどもの文化やコミュニケーション様式を知り、うまく関わっていけるような支援者や大人が増えるとよいと感じた。
- ・ 医療機関、教育機関（進学先含む）、本人、保護者が都度状態に応じて情報を共有し、対応の相談が互いにできたことで状態が安定していったところがあるため、早期からフローチャートのような、対応について見通しの持てる支援資料が教育機関や保護者の手元にあればもっと早く進んだかもしれない。
- ・ 警察との連携の取りやすさ。ケース会議への出席依頼など声をかけやすい敷居の低さ、関係性があると良い。
- 支援者への支援・スーパーバイズ・研修
 - ・ 支援者側の精神的支援。
 - ・ ケース会議時のスーパーバイズ。家族の発達課題の整理ができ、具体的な支援方法の道筋が立つため、支援者が不安にならずにすむ。
 - ・ 医療機関の医療ソーシャルワーカーとも連携し、支援者も多少の助言を得られることがあったが、「OD」「リストカット」等の自傷行為を目の当たりにした場面での支援者の対応方法について相談できる場所（支援者の後方支援をする機関）が多くあるとよい。
 - ・ 対応の専門家によるアウトリーチなど、保護者や本人との関わり方についてのコンサルテーションがあるとよい。
 - ・ 学校教諭に対する、面談のスキルを学ぶ機会の提供。関係機関全体に対して支援のスーパーバイズをおこなう専門機関。
- 社会資源の拡充、後方支援体制・制度の整備
 - ・ 福祉サービスの充実・グループホームの利用など希望したときに空きがない。タイミングにより利用できないなど資源が少ない。また、夜間に相談ができるサービスがあるとよい。
 - ・ 小学生以下は通院したくても親の同行が基本となり、通院できないケースもあるため、児童精神科分野におけるオンライン診療の充実が図られるとよいと感じた。
 - ・ 自殺未遂や自殺企図、希死念慮者は、全体のこどもの数からすれば、比率は低いいため、個々の学校や小規模市町村では、レアケースとなり、対応に苦慮することになる。都道府県単位で、ケースに対応できるチームがあると、担当する教員や職員が自信と見通しを持って対応することができるようになる。
 - ・ 18 歳は制度の狭間になる。生きづらさを持った若者への支援、これから社会に出る若者への支援があればよいと思う。

(4) 保健所

- 家族への支援

- ・ 家庭基盤の脆弱さがある家庭における支援について、市主幹課や児童相談所がもっと積極的に家庭へアプローチする必要がある。
- ・ 母親が安心して相談を継続できるようなフォロー体制、同じような悩みをもつピアサポートなど。
- ・ 未成年の自殺未遂者の家族に対する相談支援の同意の取り方についての方針。文書同意であれば同意の問題は解決するが、そもそも同意が取れない確率が上がると思われる。口頭同意の場合、現場で説明の乏しい中同意を得て後日同意していないという返答が一定の割合で出てくる。
- 医療へのアクセス
 - ・ 児童精神科の外来予約がなかなかとれないため受診先を探すことや対象者の希望する医療機関への受診ができなかった。
 - ・ 管内に児童精神科医が少ないため、連携先の関係機関が 1 つでも多くあるとよりスムーズな支援につながると考えられる。
 - ・ 緊急的に児童精神科や思春期のこどもが入院できる医療機関を確保してほしい。通院が予約料 5,000 円くらいとられるので、補助があると通院しやすい。
 - ・ 高校生も入院できる児童精神科医療機関（現状では、高校生は大人と同じ）があるとよい。
 - ・ 児童精神科医療の絶対数が不足している。専門医の確保が課題。
 - ・ 関係機関連携体制の強化。
 - ・ 自殺未遂を把握した時点での関係機関の情報共有体制。
 - ・ 自死再企図のリスクについて、関係機関での共有が未実施。再企図時の役割分担、対応方法の共有。
 - ・ マネジメントができる機関が必要。全体の情報集約や連携などができる機関が必要。虐待や非行以外でも緊急度に合わせて要対協のようなネットワークがあればよいと思われる。
 - ・ 継続支援パス、家族支援プログラム、ケースコーディネーターの配置。
 - ・ 危機介入時の専門チーム（医師・心理士・学校関係者等）を派遣。
 - ・ 継続支援を仕組みとして提供する制度。コーディネーター役の機関の設定、家族支援の体制強化。
- 居場所、カウンセリング、相談窓口等の充実
 - ・ カウンセリングが受けられるところ、不登校の児童が行ける居場所。
 - ・ 学校でもなく、病院でもない、ゆるい若者の居場所や相談場所。
 - ・ 自傷行為をすることどもの居場所、過ごせる場所。精神科病院では対応できることが限られるが、受け皿がないため、精神科病院しか頼れる場所がない。
 - ・ 自殺未遂者、自殺企図者を支援する専門的支援窓口の設置(市町村設置が望ましい)。
- 学校との連携強化
 - ・ 「自殺未遂＝問題行動」「自殺未遂＝精神科」という先入観を持って対応すると子どもの SOS をキャッチすることができない事も多いので、学校関係者に対する精神保健福祉医療に関する研修等、小中学校の先生方の理解を深める研修等があると良い。
 - ・ 本事例に限らず、小学生・中学生の頃より、不登校歴のあるこどもが多いように感じる。自殺企図に対する支援も大切だが、不登校児の支援が重要なのではないかと感じている。

- ・ 本人の言動は思春期の反応とも思われ、教育（学校）とも情報や対応方法の共有、役割分担ができると良い。
- ・ SCの常駐、児童精神科医のSV（月一回学校のコンサル実施など）。
- こどもの支援制度・社会資源の拡充
 - ・ 教育や福祉における生きづらさを抱えたこどもに対する予防的支援策の拡充（スクールソーシャルワーカーやカウンセラー、支援学級、支援学校の設置等）。
 - ・ 非自発的な入院制度の在り方についての検討（成人も含む）。
 - ・ 家庭、教育および医療との連携（こども版の包括ケア）、年齢や障がい種別を問わず横断的、縦断的に動ける地域の機関や相談者の確保。
 - ・ 18歳未満の子どもが利用可能な生活拠点となり得る施設等。

(ウ) 児童相談所

- 医療へのアクセス
 - ・ 本児の年齢を受け入れてくれる医療機関が少なく、受け入れてもらえない、予約が取れない、取れても時間がかかることがある。児童が受診できる医療機関が増えればいいと感じた。
 - ・ 主治医がありながらアセスメントのために転院が必要であった。児童精神科医が不足しており、初診まで数か月単位で予約がとれないこともある。専門医の数や専門性の充実が必要ではないか。
- 受け入れ施設・居場所・生活支援の充実
 - ・ 行き場のない高校生を受け入れ可能な施設がもう少しあればよかった。
 - ・ 長期で預かれるショートステイ先等。
 - ・ 孤独感を深める子どもたちの居場所(一時的なものではなく、宿泊できて居所や就労先の確保ができること)。
 - ・ 病院を退院後、一時保護所に入所したが、一時保護所は集団生活のため、個別ケアのようなサポート施設があるとよい。
 - ・ 児童の精神症状では親子分離を検討しても通常の児童養護施設では対応できない。精神症状が不安定な時には入院が可能だが、安定して家庭に戻ると症状が戻るなので、このような児童に対しては、治療と生活全体の支援の両方ができる施設が必要。
- 関係機関体制の強化
 - ・ 医療機関や保健所などの連携強化。
 - ・ 制度として、精神保健の分野との連携について整備されたらもっとこどもの安全性が高まると思う。
 - ・ 児童相談所がかかわっていると、通常のサービスもなかなか入ってもらえない。母のメンタルもこどもの自殺対策も児童相談所が抱えることになってしまう。自殺対策のノウハウを全職員が知ってるわけではないので、リスクにもなりえる。多くの関係機関と連携したい。
 - ・ ハイリスクのこどもの早期発見、関係機関での情報共有。
 - ・ 小学校低学年くらいまでに要支援または要保護児童として早期発見できる関係機関（特に所属機関）の目。トラウマや愛着障害の視点で気にかけて見守り、関係機関同士の情報連携ができること。

- ・ 幼少期より虐待はあったと話していたため、早いうちからどこか関係機関が児の SOS をキャッチできたらよかった。
- ・ 施設入所前に、入所児童の様子を鮮明に聞いておけば予防できたかもしれない。
- ・ 入所児童の自殺企図についてのリスクアセスメントシートや、それに伴う対応フローチャートがあると施設も混乱せず対応できるのかもしれないと思う。
- 制度の拡充や見直し
 - ・ グループホームや自立訓練事業の利用を検討するときに費用面が課題となった。生活保護の申請が、スムーズにできたり、助成制度があればよいと思った。
 - ・ 病院から退院する時に、自宅外泊を実施するために、一時保護から保護者負担の入院に切りかえたが、助成等使っても保護者の金銭的負担が大きいようで入院期間がのびると厳しい。
 - ・ 児童相談所が介入している場合は、医療保護入院の同意が入院治療を開始するうえで大きな障害となる。また、親子分離を行うために施設入所措置を検討しても、精神症状のある児童の場合は受け入れ先が見つからず、分離を継続することができない。心理治療施設の設置が必要。
 - ・ 精神疾患の患者において、保健福祉事務所の支援について、家族が希望していても、当事者が支援を希望しない場合に、計画や直接支援などが難しいとのことであったため、関係者への支援のみであった。家族の要望でも動ける等、より積極的な関わりができるような仕組みが必要であると感じた。
 - ・ 虐待を行った保護者は医療保護入院の同意ができないという精神保健福祉法の規定が、対応を難しくしている。首長同意を検討する前に、親族による同意の可能性を探らなければならないが、保護者と対立している場合などは、親族へ連絡を取ることが難しい。児童相談所が関与する場合は、虐待をしたという認定がある場合でも保護者による同意を可能とするか、あるいは親族調査なしに首長同意を採れるようにするか、あるいは一時保護中は児童相談所長の同意が可能など、制度改正が必要。本件のような命に係わる事例の場合は、迅速な対応が求められているため、児童相談所の権限を拡げてほしい。
- 相談窓口・アウトリーチの充実
 - ・ 24 時間・365 日、こどもからの SOS を受け、こどものしんどさを聞くサービス。
 - ・ 本児は不登校であったので、在宅訪問し本児と関わっていく機関等があれば良かった。
 - ・ 相談窓口につながるまでのハードルが親子ともに高い。「予約する」「出かける」ということ自体がハードル。地域内でふらっと立ち寄れる相談窓口や、家庭内に行って話を聴けるサポートがあるとよいと思う。

(I) 救命救急センター

- 精神科治療・心理的支援体制の強化
 - ・ 身体疾患治療終了後のスムーズな精神治療へのきりかえ。
 - ・ 臨床心理士の介入。院内に小児に対応できる臨床心理士が 1 名で非常勤なので介入しづらい。市が、次の医療機関を受診するまでに臨床心理士によるカウンセリングを提供できるような体制があるとよい。
 - ・ こどもの精神科受診だけではない心の拠り所づくり、心理面談の継続。
 - ・ こどもの発達特性の評価の機会提供。

- ・ リハビリできる環境や、退院後の受け皿となる社会資源の充実。
- ・ 若年の精神疾患を持つ人がリハビリできる病院があると良い。
- ・ 医療機関での治療を終え患者が社会に戻る際、患者の社会での受け皿の少なさ、資源の少なさを感じる。社会の受け皿が増えるような施策をお願いしたい。臨床心理士・公認心理師が介入を行うが、診療報酬に該当しないことが多い、このあたりの法的整備をお願いしたい。
- 関係機関との連携・情報共有
 - ・ 学校や児童相談所との情報共有体制の強化。
 - ・ 自殺未遂者に留まらない学校との普段からの連携が必要である。
 - ・ スクールソーシャルワーカーの対応可能日が少なく、情報共有に時間を要した。
 - ・ 公的機関で情報収集を含めてコーディネートしていただける体制。
 - ・ 児童精神の専門医療機関へのコーディネーターや相談先があると良い。
- 家族全体の支援
 - ・ こどもの特性に応じた、親の関わり方についての具体的指導やペアレントトレーニングの機会提供。
 - ・ 両親が保護者として適正な判断が困難な場合に、支援に関して主たる問題を相談できる機関がほとんどない。

(オ) 精神科医療機関

- 居場所、一時避難先の確保
 - ・ 退院後にも本人にとって居場所だと感じられるような場（デイケアなど）を確保すること。
 - ・ 家で家族によって安全を守れないとき、緊急避難的に使える場所があれば良いと思う。
 - ・ 地域に学校以外の居場所的支援機関があるとよかった。
- 家族支援
 - ・ 保護者支援。
 - ・ 家族関係を包括的に見守ってくれる組織。
 - ・ 家族に対しての介入が必要であったと考えられる。
- 関係機関との情報共有・連携体制の強化
 - ・ 校内に気軽に相談できる窓口があればよいと思う。
 - ・ 学校（高校）でのきめ細かいフォロー。地域的に小中学校は病院との連携がしやすいが高校は連携しにくい。
 - ・ 町役場担当課や学校との情報共有システム。
 - ・ 救命救急センターとの連携システム。
- 専門人材の充実
 - ・ 児童精神科医不足の解消。
 - ・ 自殺対策に特化した部署。発達特性についての知識や接し方等の理解がある人材。
 - ・ 生活の身近な地域では、保護者と継続的に関われる支援者が必要。（親子の特性、家庭環境を広く、深く理解し、自殺予防のための知識、技術を持ち合わせた人材の育成）。
- 制度の拡充
 - ・ 一時保護所の入所条件の緩和など柔軟に対応してほしい。
 - ・ ケース会議等に対して診療報酬または他の制度での報酬があると体制を整えやすい。

- ・ 機能不全家族に対応する支援、より柔軟な里親制度。

(カ) 精神保健福祉センター

- 医療・学校との連携強化、緊急対応体制の強化・連携
 - ・ 医療のアウトリーチ制度があれば活用できたケース。
 - ・ 総合病院は比較的連携がとりやすいが、メンタルクリニックとの連携がスムーズにできるとよい。
 - ・ 受診を急ぐ状況下でいずれの医療機関も予約待ちの期間が長く、児童精神科の数も限られていることから、医療機関を含めた緊急時の対応ネットワーク構築が望まれる。
 - ・ 緊急時に関係機関が一堂に会して、情報共有できるようオンライン等活用した仕組みを平時から準備しておくことが望まれる。
 - ・ 学校・市区町村・管内保健所・精神保健福祉センターの有機的な連携。
 - ・ 支援経過が長いケースであるため、過去の支援取組を共有できたり、学校での様子がリアルタイムで共有できると、本人・家族の困りごとに加え、客観的に情報が得られたと思う。
 - ・ 中高生の相談を受ける機関であれば、自傷や自死の相談は入るものとして、相談担当者が備えておく必要があると思う。
- 公的な居場所・日中活動の場
 - ・ こども達の安心、安全が維持されており、宿泊、食事、教育の場が提供される公的な居場所が必要だと思う。
 - ・ 18 歳未満で「学生」であれば就労継続支援 B 型事業が使えなかったため、日中活動の場として提案できなかった。また、18 歳未満の方が安心して利用できる居場所が少ないと感じる。
 - ・ 様々な事情で学校に行けなかったり、自宅でも居場所がないこども達の公的な集いの場。食事や居場所、教育の提供ができる安心、安全の施設が必要だと感じた。
- 本人や家庭に寄り添った支援
 - ・ 家庭内の人間関係や環境に継続的に関与し、見守りが実施できる制度や支援機関の存在。
 - ・ カウンセリングや医療、訪看などの支援は彼女にとっては、しんどい内容ばかり聴かれる。話さないといけない支援になりがちだったりする。行って、利用して元気になる支援というよりも、行きたくないな…になってしまうこともある。それよりは、彼氏と気分転換で海デートに行きたいけど、2 人とも高校生で地方は車がないと移動距離が制限されるため、公共交通機関代も頻繁に親にもらうことも気が引けている。そういう時に学生支援切符のようなものがあれば彼女の元気や回復によほど役立ったに違いないと思う。

5 アンケート調査結果（追加分析）

（1）市区町村調査

①自治体種別クロス集計

こどもの自殺対策の担当部署は、政令市・特別区では「自殺対策担当部署（専門部署）」の割合が最も高く、次いで「担当部署は決まっていない」の割合が高くなっている。市と町村では、「健康増進担当部署」の割合が最も高く、次いで「担当部署は決まっていない」の割合が高くなっている。

図表 36 こどもの自殺対策の担当部署（自治体種別）

	合計(n=)	児童福祉 担当部署	母子保健 担当部署	こども家庭 センター	教育委員 会	健康増進 担当部署	自殺対策 担当部署 (専門部 署)
全体	1181	3.9	3.7	7.3	5.1	37.7	6.3
政令市・特別区	29	0.0	3.4	0.0	0.0	10.3	48.3
市	549	2.7	1.6	6.2	6.6	37.3	5.8
町村	599	5.2	5.5	8.7	4.0	39.2	4.7

	合計(n=)	生活困窮 担当部署	障害者福 祉担当部 署	疾病対策 担当部署	その他	担当部署 は決まっ ていない	無回答
全体	1181	0.9	8.8	0.2	13.5	11.9	0.7
政令市・特別区	29	0.0	6.9	0.0	17.2	13.8	0.0
市	549	0.7	8.7	0.2	14.6	14.8	0.7
町村	599	1.2	9.0	0.2	12.4	9.3	0.7

こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況について、「行っている」の割合は、政令市・特別区は69.0%、市は48.6%、町村は32.6%となっている。

図表 37 こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況（自治体種別）

	合計(n=)	行っている	行ってい ない	無回答
全体	1,181	40.8	58.6	0.6
政令市・特別区	29	69.0	27.6	3.4
市	549	48.6	51.0	0.4
町村	599	32.6	66.8	0.7

こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源は、政令市・特別区では「救急医療機関」の割合が最も高く、次いで「公立小・中学校」、「家族」となっている。市と町村では、「公立小・中学校」の割合が最も高く、次いで「家族」、「教育委員会」となっている。

図表 38 こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源〔複数回答〕(自治体種別)

	合計(n=)	こども本人	家族	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)	保健所
全体	482	19.9	53.1	30.7	12.4	22.2	10.8	12.7	16.2
政令市・特別区	20	20.0	55.0	50.0	5.0	65.0	35.0	35.0	35.0
市	267	23.2	59.9	31.5	13.9	24.0	10.9	12.7	15.0
町村	195	15.4	43.6	27.7	11.3	15.4	8.2	10.3	15.9

	合計(n=)	公立小・中学校	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	482	68.5	22.4	7.5	40.2	28.8	5.0	16.0	3.9
政令市・特別区	20	60.0	25.0	25.0	50.0	40.0	10.0	20.0	0.0
市	267	72.3	25.1	9.0	40.1	32.2	3.7	14.6	1.9
町村	195	64.1	18.5	3.6	39.5	23.1	6.2	17.4	7.2

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応について、政令市・特別区では「関係機関からの情報収集」「関係機関への連絡・情報共有」「本人への聞き取り・状況把握」「家族への連絡・状況把握」「ケース検討会の開催」「本人・家族への関係機関の案内」が90%以上の割合となっている。

市と町村では、「関係機関からの情報収集」「関係機関への連絡・情報共有」の割合が高くなっている。

図表 39 こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応〔複数回答〕(自治体種別)

	合計(n=)	関係機関からの情報収集	関係課への本人・家族情報の照会	関係機関への連絡・情報共有	本人への聞き取り・状況把握	家族への連絡・状況把握	アセスメント(再企画リスク評価)	ケース検討会の開催	関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼	本人・家族への関係機関の案内	その他	無回答
全体	482	88.2	71.2	88.6	62.0	74.1	33.4	71.4	22.4	61.4	6.6	3.3
政令市・特別区	20	95.0	80.0	90.0	95.0	95.0	50.0	90.0	25.0	95.0	10.0	0.0
市	267	89.5	75.7	91.0	64.4	75.7	37.5	71.5	27.3	65.5	6.0	1.5
町村	195	85.6	64.1	85.1	55.4	69.7	26.2	69.2	15.4	52.3	7.2	6.2

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関は、政令市・特別区では「精神科医療機関（児童精神科以外）」「公立小・中学校」の割合が最も高く、次いで「児童精神科医療機関」となっている。市と町村では、「公立小・中学校」の割合が最も高く、次いで「教育委員会」、「児童相談所」となっている。

図表 40 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)	保健所	公立小・中学校
全体	482	39.8	13.1	27.4	40.7	38.6	38.4	83.6
政令市・特別区	20	40.0	5.0	65.0	75.0	85.0	60.0	85.0
市	267	41.6	14.2	31.5	43.4	40.8	37.8	84.3
町村	195	37.4	12.3	17.9	33.3	30.8	36.9	82.6

	合計(n=)	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	482	32.4	14.5	69.5	59.3	10.0	22.4	3.3
政令市・特別区	20	40.0	35.0	50.0	70.0	15.0	35.0	0.0
市	267	33.7	17.2	68.2	60.3	9.0	25.5	1.9
町村	195	29.7	8.7	73.3	56.9	10.8	16.9	5.6

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

関係機関連携の調整役を担っている機関は、政令市・特別区では「市区町村主管課」の割合が最も高く、次いで「保健所」、「児童相談所」となっている。市と町村では、「市区町村主管課」の割合が最も高く、次いで「教育委員会」、「学校」となっている。

図表 41 関係機関連携の調整役を担っている機関〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)	市区町村主管課	保健所	学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	482	3.9	7.5	3.9	78.4	11.4	26.1	40.5	19.7	1.0	8.7	3.5
政令市・特別区	20	20.0	20.0	25.0	75.0	40.0	30.0	25.0	35.0	0.0	30.0	0.0
市	267	3.7	7.5	2.6	77.9	10.9	28.1	39.7	21.3	0.4	9.4	1.9
町村	195	2.6	6.2	3.6	79.5	9.2	23.1	43.1	15.9	2.1	5.6	6.2

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

関係機関の連携を調整している市区町村の部署は、政令市・特別区では「自殺対策担当部署（専門部署）」の割合が最も高く、次いで「こども家庭センター」「児童福祉担当部署」となっている。市では、「こども家庭センター」の割合が最も高く、次いで「児童福祉担当部署」、「健康増進担当部署」となっている。町村では「こども家庭センター」の割合が最も高く、次いで「健康増進担当部署」、「児童福祉担当部署」となっている。

図表 42 関係機関の連携を調整している市区町村の部署〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	児童福祉 担当部署	母子保健 担当部署	こども家庭 センター	健康増進 担当部署	自殺対策 担当部署 (専門部 署)	生活困窮 担当部署	障害者福 祉担当部 署	疾病対策 担当部署	その他	無回答
全体	378	36.5	18.8	49.7	31.0	12.4	3.7	10.8	1.1	9.3	1.1
政令市・特別区	15	26.7	13.3	33.3	6.7	66.7	0.0	0.0	6.7	33.3	6.7
市	208	38.5	11.1	54.8	29.3	10.1	3.4	10.6	0.5	6.7	1.0
町村	155	34.8	29.7	44.5	35.5	10.3	4.5	12.3	1.3	10.3	0.6

※調整役を担っている機関が「市区町村主管課」と回答したところのみ対象の設問

関係機関連携（情報共有や支援方針の検討）において活用しているネットワークは、政令市・特別区では「既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している」、市では「要保護児童対策地域協議会」、町村では「要保護児童対策地域協議会」の割合が最も高くなっている。

図表 43 関係機関連携(情報共有や支援方針の検討)において活用しているネットワーク〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	要保護児 童対策地 域協議会	重層的支 援体制	自治体が独 自に設定す る自殺対策 に特化した 会議	既存のネット ワークや会 議体を活用 せず、関係 機関と個別 に連携してい る	その他	無回答
全体	482	68.0	9.5	10.4	49.2	6.4	4.1
政令市・特別区	20	50.0	15.0	25.0	85.0	5.0	0.0
市	267	68.2	10.9	12.4	52.1	5.6	2.2
町村	195	69.7	7.2	6.2	41.5	7.7	7.2

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法は、政令市・特別区では「電話」の割合が最も高く、次いで「関係機関による会議」、「書面（情報共有シートや連絡表等）」となっている。市では、「電話」の割合が最も高く、次いで「関係機関による会議」、「訪問」となっている。町村では「電話」の割合が最も高く、次いで「関係機関による会議」、「書面（情報共有シートや連絡表等）」となっている。

図表 44 こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	電話	メール	FAX	書面(情報 共有シート や連絡表 等)	情報共有 システム	訪問	関係機関 による会議	その他	無回答
全体	482	88.8	22.6	3.7	39.2	4.6	45.0	73.0	3.1	3.3
政令市・特別区	20	100.0	30.0	20.0	65.0	20.0	60.0	90.0	0.0	0.0
市	267	92.1	21.3	4.1	37.8	5.2	49.1	73.0	2.2	1.1
町村	195	83.1	23.6	1.5	38.5	2.1	37.9	71.3	4.6	6.7

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式は、政令市・特別区では「こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」、市と町村では「要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している」の割合が最も高くなっている。

図表 45 こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する際の様式〔複数回答〕(自治体種別)

(%)

	合計(n=)	要保護児童 対策地域協 議会や重層 的支援体制 等の様式を 活用している	こどもの自殺 未遂者支援 用の様式を 活用している	こどもに限定 しない自殺 未遂者支援 用の様式を 活用している	その他	無回答
全体	189	51.9	1.6	11.6	39.7	2.1
政令市・特別区	13	23.1	7.7	46.2	38.5	0.0
市	101	52.5	1.0	13.9	34.7	4.0
町村	75	56.0	1.3	2.7	46.7	0.0

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものは、政令市・特別区では「家族との面談」「医療機関の紹介・情報提供」の割合が最も高く、次いで「こども本人との面談」、「福祉等の関係機関の紹介・情報提供」（同数）となっている。市では、「家族との面談」の割合が最も高く、次いで「医療機関の紹介・情報提供」、「こども本人との面談」となっている。町村では「家族との面談」の割合が最も高く、次いで「医療機関の紹介・情報提供」、「こども本人との面談」「情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック」（同数）となっている。

図表 46 こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるもの〔複数回答〕（自治体種別）

	合計(n=)	こども本人との面談	家族との面談	家庭訪問	医療機関の紹介・情報提供	福祉等の関係機関の紹介・情報提供	情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック	再企画リスクのアセスメント	その他	無回答
全体	482	72.0	79.0	66.0	75.1	63.9	68.7	35.7	3.5	7.3
政令市・特別区	20	85.0	90.0	80.0	90.0	85.0	75.0	60.0	5.0	10.0
市	267	74.5	79.8	68.2	78.3	68.5	69.3	38.6	4.1	4.5
町村	195	67.2	76.9	61.5	69.2	55.4	67.2	29.2	2.6	10.8

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関は、政令市・特別区では「教育委員会」の割合が最も高く、次いで「公立小・中学校」、「公立高等学校」、「私立学校」（同数）となっている。市では、「教育委員会」の割合が最も高く、次いで「公立小・中学校」、「児童精神科医療機関」となっている。町村では「公立小・中学校」の割合が最も高く、次いで「教育委員会」、「児童相談所」となっている。

図表 47 今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関〔複数回答〕

（自治体種別）

	合計(n=)	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関（児童精神科以外）	保健所	公立小・中学校
全体	1,181	57.1	42.0	47.3	70.8	48.2	61.2	79.9
政令市・特別区	29	41.4	41.4	62.1	72.4	55.2	44.8	75.9
市	549	58.5	44.1	51.5	71.0	52.1	62.1	76.3
町村	599	56.8	40.4	42.9	70.5	44.4	61.3	83.6

	合計(n=)	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	1,181	58.8	39.0	77.4	71.2	17.0	4.7	0.5
政令市・特別区	29	75.9	75.9	79.3	72.4	44.8	17.2	0.0
市	549	59.2	43.2	77.4	70.3	19.1	5.6	0.9
町村	599	58.1	33.6	77.1	71.8	13.9	3.3	0.2

関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関は、政令市・特別区では「市区町村主管課」の割合が最も高く、次いで「児童相談所」、「教育委員会」となっている。市と町村では、「市区町村主管課」の割合が最も高く、次いで「教育委員会」、「保健所」となっている。

図表 48 関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関〔複数回答〕(自治体種別)

	合計(n=)	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)	市区町村主管課	保健所	学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答	(%)
全体	1,181	7.2	18.4	9.0	62.1	39.5	36.2	52.8	38.8	0.9	5.8	0.6	
政令市・特別区	29	17.2	34.5	31.0	58.6	41.4	37.9	44.8	48.3	3.4	24.1	0.0	
市	549	7.5	20.2	10.4	56.5	43.0	36.8	53.7	42.1	0.5	7.3	1.1	
町村	599	6.5	16.0	6.7	67.3	36.2	35.9	52.3	35.6	1.2	3.3	0.2	

関係機関連携の課題は、政令市・特別区では「こども本人や家族から支援の同意を得るのが難しい」の割合が最も高く、次いで「支援にあたる人材が不足している」、「職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している」となっている。市では、「職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している」の割合が最も高く、次いで「関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である」、「支援にあたる人材が不足している」となっている。町村では「職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している」の割合が最も高く、次いで「支援にあたる人材が不足している」、「関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である」となっている。

図表 49 関係機関連携の課題〔複数回答〕(自治体種別)

	合計(n=)	支援にあたる人材が不足している	職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している	こども本人や家族から支援の同意を得るのが難しい	地域に連携できる社会資源が足りていない	地域にどのような社会資源があるかわからない	関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない	関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である	(%)
全体	1,181	62.2	70.7	48.4	43.4	20.2	32.1	60.2	
政令市・特別区	29	72.4	69.0	82.8	44.8	13.8	24.1	62.1	
市	549	62.1	68.3	51.5	38.1	26.8	37.3	66.8	
町村	599	61.9	73.1	44.1	47.9	14.4	27.9	54.4	

	合計(n=)	他機関から必要な情報が得られない	個人情報の共有が難しい	他機関内の支援体制や支援状況がわからない	高校生の事案で情報収集や連携先をみつけることが難しい	私立学校所属の事案で情報収集や連携先をみつけることが難しい	財源・予算が不足している	その他
全体	1,181	25.3	43.0	39.7	31.2	22.8	13.8	5.1
政令市・特別区	29	41.4	58.6	48.3	55.2	58.6	17.2	10.3
市	549	28.6	47.0	43.7	32.8	25.5	17.7	4.6
町村	599	21.5	38.7	35.7	28.7	18.5	10.0	5.3

②こどもの自殺対策の担当部署別クロス集計

こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況は、「行っている」の割合が教育委員会は60.0%、自殺対策担当部署（専門部署）は51.4%、こども家庭センターは50.0%となっている。

図表 50こどもの自殺未遂者の個別支援の実施状況(こどもの自殺対策の担当部署別)

	合計(n=)	(%)		
		行っている	行っていない	無回答
全体	1,181	40.8	58.6	0.6
児童福祉担当部署	46	43.5	54.3	2.2
母子保健担当部署	44	31.8	68.2	0.0
こども家庭センター	86	50.0	48.8	1.2
教育委員会	60	60.0	40.0	0.0
健康増進担当部署	445	37.3	62.7	0.0
自殺対策担当部署(専門部署)	74	51.4	47.3	1.4
生活困窮担当部署	11	0.0	100.0	0.0
障害者福祉担当部署	104	25.0	74.0	1.0
疾病対策担当部署	2	50.0	50.0	0.0
その他	160	51.3	47.5	1.3
担当部署は決まっていない	141	35.5	64.5	0.0

こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関は、児童福祉担当部署では「公立小・中学校」「教育委員会」「児童相談所」、こども家庭センターでは「公立小・中学校」「児童相談所」「教育委員会」、教育委員会では「公立小・中学校」「児童相談所」、健康推進担当部署では「公立小・中学校」「教育委員会」、自殺対策担当部署（専門部署）では「公立小・中学校」「教育委員会」、障害者福祉担当部署では「公立小・中学校」「教育委員会」「児童相談所」の割合が高くなっている。

図表 51 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関〔複数回答〕（こどもの自殺対策の担当部署別）

	合計(n=)	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)	保健所	公立小・中学校
全体	482	39.8	13.1	27.4	40.7	38.6	38.4	83.6
児童福祉担当部署	20	55.0	20.0	25.0	50.0	40.0	35.0	95.0
母子保健担当部署	14	21.4	14.3	21.4	21.4	21.4	28.6	64.3
こども家庭センター	43	46.5	7.0	14.0	53.5	37.2	37.2	95.3
教育委員会	36	41.7	11.1	27.8	38.9	33.3	25.0	97.2
健康増進担当部署	166	36.1	14.5	27.7	35.5	33.1	42.2	78.3
自殺対策担当部署(専門部署)	38	26.3	5.3	42.1	42.1	52.6	44.7	78.9
生活困窮担当部署	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害者福祉担当部署	26	53.8	11.5	26.9	30.8	46.2	50.0	76.9
疾病対策担当部署	1	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
その他	82	42.7	18.3	26.8	42.7	39.0	43.9	89.0
担当部署は決まっていない	50	42.0	10.0	34.0	54.0	50.0	24.0	84.0

	合計(n=)	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	482	32.4	14.5	69.5	59.3	10.0	22.4	3.3
児童福祉担当部署	20	40.0	15.0	65.0	65.0	20.0	15.0	0.0
母子保健担当部署	14	21.4	0.0	64.3	42.9	0.0	42.9	7.1
こども家庭センター	43	39.5	23.3	76.7	81.4	7.0	7.0	2.3
教育委員会	36	13.9	5.6	52.8	63.9	2.8	22.2	2.8
健康増進担当部署	166	33.7	11.4	74.7	47.0	7.2	22.3	3.6
自殺対策担当部署(専門部署)	38	23.7	13.2	65.8	55.3	13.2	23.7	0.0
生活困窮担当部署	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害者福祉担当部署	26	30.8	23.1	65.4	61.5	23.1	11.5	3.8
疾病対策担当部署	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
その他	82	35.4	18.3	72.0	70.7	13.4	26.8	2.4
担当部署は決まっていない	50	36.0	18.0	66.0	66.0	12.0	32.0	4.0

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

関係機関連携（情報共有や支援方針の検討）において活用しているネットワークとして、児童福祉担当部署、こども家庭センターは80%以上が「要保護児童対策地域協議会」を挙げている。自殺対策担当部署（専門部署）は、「要保護児童対策地域協議会」の割合は55.3%に留まり、「既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している」と65.8%が回答した。

図表 52 関係機関連携（情報共有や支援方針の検討）において活用しているネットワーク〔複数回答〕

（こどもの自殺対策の担当部署別）

(%)

	合計(n=)	要保護児童 対策地域協 議会	重層的支援 体制	自治体が独 自に設定す る自殺対策 に特化した 会議	既存のネット ワークや会議 体を活用せ ず、関係機関 と個別に連携 している	その他	無回答
全体	482	68.0	9.5	10.4	49.2	6.4	4.1
児童福祉担当部署	20	85.0	0.0	0.0	25.0	0.0	5.0
母子保健担当部署	14	64.3	7.1	0.0	50.0	7.1	14.3
こども家庭センター	43	88.4	7.0	4.7	34.9	9.3	0.0
教育委員会	36	58.3	8.3	13.9	50.0	2.8	5.6
健康増進担当部署	166	60.2	10.8	13.9	54.2	6.6	4.8
自殺対策担当部署（専門部署）	38	55.3	10.5	21.1	65.8	5.3	0.0
生活困窮担当部署	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害者福祉担当部署	26	76.9	11.5	7.7	42.3	0.0	3.8
疾病対策担当部署	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	82	74.4	14.6	11.0	41.5	9.8	1.2
担当部署は決まっていない	50	76.0	4.0	2.0	60.0	8.0	4.0

※「個別支援を実施している」と回答したところのみ対象の設問

(2) 市区町村調査（個票）

①学校種別クロス集計

自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況は、小学校、中学校、高校と進学するにつれて、「親子関係の不和」「入試・進路に関する悩み」「病気の悩み・影響（神経発達症以外の精神疾患）」「恋愛関係での悩み」「孤独感」の割合が高くなっている。

図表 53 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況〔複数回答〕（学校種別）

	合計(n=)	親子関係の不和	家族からのしつけ・叱責	学業不振	入試・進路に関する悩み	いじめ	学友との不和(いじめ以外)	教師との人間関係	病気の悩み・影響(神経発達症)	病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)
全体	683	57.2	26.9	16.4	12.3	8.5	26.9	5.6	12.6	10.7
小学校	74	52.7	21.6	17.6	1.4	8.1	29.7	5.4	12.2	4.1
中学校	372	56.7	28.0	15.6	12.6	8.9	28.2	6.2	9.7	9.4
高校	208	59.6	27.9	19.2	14.9	9.1	26.4	5.3	17.3	12.0
所属校なし	28	57.1	21.4	3.6	17.9	0.0	7.1	0.0	17.9	32.1

	合計(n=)	病気の悩み・影響(精神疾患以外)	恋愛関係での悩み	交際相手からの暴力	経済的困窮	孤独感	心理的虐待	身体的虐待	性的虐待	身体的ネグレクト
全体	683	3.7	9.7	0.3	4.8	24.3	12.9	5.6	2.3	0.6
小学校	74	4.1	0.0	0.0	4.1	20.3	10.8	2.7	0.0	0.0
中学校	372	4.6	6.2	0.3	2.4	23.7	12.4	6.2	2.2	0.8
高校	208	2.4	17.8	0.5	8.7	27.9	13.9	4.8	3.4	0.5
所属校なし	28	0.0	21.4	0.0	10.7	14.3	14.3	10.7	3.6	0.0

	合計(n=)	心理的ネグレクト	親との離別	家庭内暴力(DV)の目撃	家族のアルコールや薬物乱用	家族の精神疾患	家族の収監	その他	無回答
全体	683	3.8	4.8	6.9	2.5	10.4	0.4	21.7	0.7
小学校	74	4.1	2.7	6.8	5.4	9.5	0.0	25.7	1.4
中学校	372	4.3	4.3	4.8	1.3	9.9	0.5	20.2	0.8
高校	208	2.4	6.7	10.6	3.4	11.5	0.5	21.6	0.0
所属校なし	28	7.1	3.6	3.6	0.0	7.1	0.0	28.6	3.6

こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）は、小・中学校では「公立小・中学校」「家族からの相談」の割合が高いほか、「本人からの相談」や「教育委員会」も比較的高くなっている。高校生は「公立高等学校」「家族からの相談」だけでなく「救急医療機関」の割合が高く、「警察」も比較的高くなっている。

図表 54 こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）〔複数回答〕（学校種別）

(%)

	合計(n=)	本人からの相談	家族からの相談	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関（児童精神科以外）	保健所
全体	683	12.0	26.1	8.9	1.9	15.4	2.9	2.6	2.0
小学校	74	14.9	33.8	1.4	0.0	6.8	2.7	0.0	1.4
中学校	372	14.8	24.5	8.1	2.2	11.8	2.2	2.4	1.3
高校	208	6.3	25.0	13.0	1.4	24.0	3.8	3.8	3.4
所属校なし	28	7.1	32.1	7.1	7.1	21.4	7.1	3.6	0.0

	合計(n=)	公立小・中学校	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	無回答
全体	683	40.1	6.9	1.8	9.4	7.5	1.2	11.9	0.1
小学校	74	58.1	0.0	0.0	10.8	5.4	0.0	10.8	0.0
中学校	372	56.7	0.5	0.5	14.0	6.5	1.1	10.2	0.0
高校	208	8.2	21.6	4.3	1.9	10.1	1.9	13.5	0.0
所属校なし	28	7.1	0.0	3.6	0.0	3.6	0.0	25.0	3.6

支援にあたって連携した関係機関は、小・中学校は「公立小・中学校」「教育委員会」「児童精神科医療機関」の割合が高くなっている。高校は、「公立高等学校」「精神科医療機関（児童精神科以外）」の割合が高くなっている。

図表 55 支援にあたって連携した関係機関〔複数回答〕（学校種別）

(%)

	合計(n=)	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関（児童精神科以外）	保健所	公立小・中学校	公立高等学校	私立学校
全体	683	20.2	31.3	29.0	19.8	58.0	13.8	5.6
小学校	74	9.5	39.2	12.2	13.5	83.8	0.0	0.0
中学校	372	20.2	35.5	26.1	19.9	81.5	2.7	2.2
高校	208	24.0	23.1	38.5	20.7	11.5	39.4	13.9
所属校なし	28	21.4	17.9	39.3	25.0	21.4	7.1	3.6

	合計(n=)	教育委員会	児童相談所	民間団体	その他	関係機関との連携はしていない	無回答
全体	683	41.7	33.8	6.3	35.9	3.7	0.3
小学校	74	63.5	31.1	6.8	37.8	4.1	0.0
中学校	372	54.6	35.5	4.6	32.8	1.6	0.3
高校	208	14.9	33.2	8.2	38.9	6.3	0.0
所属校なし	28	14.3	21.4	14.3	50.0	10.7	3.6

支援にあたり活用した関係機関ネットワークは、小・中学生は「要保護児童対策地域協議会」の割合が最も高く、高校生は「いずれも活用していない」の割合が最も高くなっている。

図表 56 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク〔複数回答〕(学校種別)

(%)

	合計(n=)	要保護児童対策地域協議会	重層的支援体制	自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	その他	いずれも活用していない	無回答
全体	683	48.5	3.7	4.1	9.4	37.8	3.8
小学校	74	55.4	5.4	5.4	6.8	32.4	4.1
中学校	372	51.9	4.0	4.0	9.4	34.1	3.5
高校	208	40.9	2.9	3.4	11.1	45.2	3.8
所属校なし	28	42.9	0.0	7.1	3.6	42.9	7.1

②自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況別クロス集計

こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）は、自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況として親子関係の不和がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「救急医療機関」、家族からのしつけ・叱責がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「本人からの相談」の順に割合が高くなっている。

学業不振がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「救急医療機関」、学友との不和（いじめ以外）がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「本人からの相談」の順に割合が高くなっている。

孤独感がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「救急医療機関」、心理的虐待がある場合は「公立小・中学校」「家族からの相談」「本人からの相談」の順に割合が高くなっている。

図表 57 こどもが支援につながったきっかけ(情報提供元)〔複数回答〕

(自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況別)

	合計(n=)	本人からの相談	家族からの相談	警察	消防	救急医療機関	児童精神科医療機関	精神科医療機関(児童精神科以外)
全体	683	12.0	26.1	8.9	1.9	15.4	2.9	2.6
親子関係の不和	391	14.1	22.0	10.5	1.8	15.1	2.6	3.1
家族からのしつけ・叱責	184	17.9	23.9	8.2	1.6	14.7	3.3	3.3
学業不振	112	14.3	26.8	7.1	2.7	24.1	0.9	2.7
入試・進路に関する悩み	84	20.2	27.4	15.5	6.0	16.7	4.8	2.4
いじめ	58	5.2	27.6	12.1	0.0	27.6	5.2	3.4
学友との不和(いじめ以外)	184	15.2	31.5	8.7	1.6	13.6	3.8	2.2
教師との人間関係	38	7.9	31.6	7.9	2.6	5.3	5.3	5.3
病気の悩み・影響(神経発達症)	86	11.6	34.9	5.8	1.2	18.6	4.7	7.0
病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	73	13.7	31.5	5.5	1.4	11.0	6.8	2.7
病気の悩み・影響(精神疾患以外)	25	20.0	36.0	8.0	0.0	16.0	4.0	4.0
恋愛関係での悩み	66	10.6	24.2	22.7	3.0	19.7	4.5	9.1
交際相手からの暴力	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
経済的困窮	33	9.1	15.2	3.0	0.0	6.1	0.0	9.1
孤独感	166	11.4	25.9	8.4	1.8	15.7	5.4	3.0
心理的虐待	88	19.3	22.7	10.2	1.1	5.7	3.4	4.5
身体的虐待	38	21.1	18.4	13.2	0.0	7.9	7.9	7.9
性的虐待	16	12.5	6.3	12.5	0.0	25.0	0.0	0.0
身体的ネグレクト	4	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0	25.0
心理的ネグレクト	26	7.7	19.2	7.7	0.0	15.4	7.7	0.0
親との離別	33	6.1	15.2	15.2	3.0	9.1	9.1	6.1
家庭内暴力(DV)の目撃	47	10.6	21.3	8.5	0.0	6.4	12.8	0.0
家族のアルコールや薬物乱用	17	11.8	17.6	17.6	0.0	17.6	11.8	0.0
家族の精神疾患	71	11.3	36.6	2.8	0.0	4.2	4.2	9.9
家族の収監	3	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	148	9.5	28.4	9.5	2.0	16.2	0.7	0.7

	合計(n=)	保健所	公立小・中学校	公立高等学校	私立学校	教育委員会	児童相談所	民間団体
全体	683	2.0	40.1	6.9	1.8	9.4	7.5	1.2
親子関係の不和	391	1.8	40.4	7.4	2.3	10.0	9.0	1.0
家族からのしつけ・叱責	184	1.1	39.1	8.2	2.7	9.8	9.2	0.0
学業不振	112	0.9	44.6	5.4	1.8	9.8	1.8	2.7
入試・進路に関する悩み	84	2.4	42.9	6.0	1.2	10.7	7.1	1.2
いじめ	58	8.6	41.4	6.9	0.0	10.3	12.1	1.7
学友との不和(いじめ以外)	184	3.3	44.0	6.5	0.5	12.0	7.6	2.2
教師との人間関係	38	0.0	42.1	13.2	0.0	13.2	0.0	0.0
病気の悩み・影響(神経発達症)	86	2.3	27.9	7.0	4.7	4.7	5.8	0.0
病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	73	4.1	41.1	9.6	5.5	9.6	13.7	1.4
病気の悩み・影響(精神疾患以外)	25	4.0	56.0	4.0	0.0	16.0	4.0	0.0
恋愛関係での悩み	66	6.1	22.7	12.1	1.5	6.1	6.1	1.5
交際相手からの暴力	2	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0
経済的困窮	33	3.0	27.3	30.3	3.0	6.1	18.2	0.0
孤独感	166	1.8	39.2	7.8	1.8	7.8	10.2	0.6
心理的虐待	88	2.3	47.7	14.8	1.1	8.0	12.5	0.0
身体的虐待	38	5.3	44.7	7.9	2.6	10.5	15.8	0.0
性的虐待	16	12.5	37.5	6.3	0.0	12.5	18.8	0.0
身体的ネグレクト	4	0.0	50.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0
心理的ネグレクト	26	3.8	53.8	11.5	0.0	15.4	11.5	0.0
親との離別	33	0.0	39.4	9.1	0.0	3.0	6.1	0.0
家庭内暴力(DV)の目撃	47	2.1	34.0	21.3	0.0	10.6	12.8	0.0
家族のアルコールや薬物乱用	17	5.9	47.1	17.6	0.0	5.9	29.4	0.0
家族の精神疾患	71	4.2	38.0	15.5	0.0	5.6	8.5	2.8
家族の収監	3	0.0	33.3	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0
その他	148	2.7	40.5	5.4	1.4	8.1	8.8	2.0

支援にあたって連携した関係機関は、自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況として親子関係の不和または家族からのしつけ・叱責がある場合は「公立小・中学校」「教育委員会」「児童相談所」の順に割合が高くなっている。

学業不振または学友との不和（いじめ以外）がある場合は「公立小・中学校」「教育委員会」「児童精神科医療機関」の順に割合が高くなっている。

孤独感がある場合は「公立小・中学校」「教育委員会」「児童精神科医療機関」、心理的虐待がある場合は「公立小・中学校」「児童相談所」「教育委員会」の順に割合が高くなっている。

図表 58 支援にあたって連携した関係機関〔複数回答〕(自殺未遂の背景となつたと思われる主な事情・状況別)

	合計(n=)	救急医療 機関	児童精神 科医療機 関	精神科医 療機関(児 童精神科 以外)	保健所	公立小・中 学校	公立高等 学校	私立学校
全体	683	20.2	31.3	29.0	19.8	58.0	13.8	5.6
親子関係の不和	391	21.7	34.0	31.5	22.0	60.1	15.1	7.2
家族からのしつけ・叱責	184	21.7	37.5	24.5	19.0	64.1	15.8	7.6
学業不振	112	29.5	35.7	25.9	18.8	58.9	17.0	9.8
入試・進路に関する悩み	84	25.0	32.1	34.5	20.2	60.7	17.9	9.5
いじめ	58	34.5	34.5	39.7	24.1	60.3	13.8	3.4
学友との不和(いじめ以外)	184	18.5	33.7	27.2	20.1	60.9	13.6	6.5
教師との人間関係	38	10.5	52.6	31.6	18.4	65.8	13.2	5.3
病気の悩み・影響(神経発達症)	86	18.6	44.2	37.2	26.7	47.7	19.8	16.3
病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	73	21.9	42.5	41.1	23.3	56.2	17.8	11.0
病気の悩み・影響(精神疾患以外)	25	20.0	40.0	20.0	20.0	76.0	8.0	4.0
恋愛関係での悩み	66	21.2	27.3	30.3	24.2	37.9	25.8	9.1
交際相手からの暴力	2	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	50.0	0.0
経済的困窮	33	9.1	27.3	42.4	30.3	36.4	39.4	6.1
孤独感	166	23.5	42.2	28.9	24.7	60.2	15.7	7.8
心理的虐待	88	15.9	40.9	38.6	27.3	68.2	21.6	4.5
身体的虐待	38	10.5	39.5	39.5	28.9	68.4	15.8	5.3
性的虐待	16	37.5	31.3	31.3	18.8	50.0	12.5	6.3
身体的ネグレクト	4	50.0	0.0	50.0	25.0	75.0	25.0	0.0
心理的ネグレクト	26	23.1	30.8	26.9	42.3	69.2	11.5	0.0
親との離別	33	15.2	42.4	27.3	33.3	51.5	18.2	3.0
家庭内暴力(DV)の目撃	47	12.8	31.9	36.2	27.7	53.2	27.7	6.4
家族のアルコールや薬物乱用	17	0.0	23.5	41.2	23.5	47.1	17.6	5.9
家族の精神疾患	71	5.6	39.4	36.6	15.5	60.6	25.4	5.6
家族の収監	3	0.0	33.3	33.3	33.3	66.7	33.3	0.0
その他	148	16.9	29.7	26.4	20.9	56.8	11.5	2.7

	合計(n=)	教育委員 会	児童相談 所	民間団体	その他	関係機関と の連携はし ていない	無回答
全体	683	41.7	33.8	6.3	35.9	3.7	0.3
親子関係の不和	391	43.5	40.2	7.2	40.2	2.3	0.3
家族からのしつけ・叱責	184	48.9	46.7	6.0	41.8	1.6	0.0
学業不振	112	42.9	26.8	9.8	34.8	3.6	0.0
入試・進路に関する悩み	84	46.4	34.5	11.9	39.3	1.2	0.0
いじめ	58	41.4	41.4	6.9	41.4	3.4	0.0
学友との不和(いじめ以外)	184	48.4	30.4	7.6	39.1	3.3	0.0
教師との人間関係	38	50.0	28.9	15.8	39.5	0.0	0.0
病気の悩み・影響(神経発達症)	86	34.9	29.1	11.6	51.2	2.3	0.0
病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	73	41.1	35.6	12.3	38.4	1.4	0.0
病気の悩み・影響(精神疾患以外)	25	56.0	20.0	4.0	32.0	0.0	0.0
恋愛関係での悩み	66	19.7	28.8	4.5	36.4	9.1	0.0
交際相手からの暴力	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
経済的困窮	33	30.3	54.5	12.1	54.5	3.0	0.0
孤独感	166	48.2	38.0	11.4	39.8	3.6	0.0
心理的虐待	88	51.1	63.6	6.8	44.3	0.0	0.0
身体的虐待	38	28.9	76.3	7.9	44.7	0.0	0.0
性的虐待	16	50.0	62.5	12.5	31.3	0.0	0.0
身体的ネグレクト	4	25.0	50.0	0.0	25.0	0.0	0.0
心理的ネグレクト	26	57.7	42.3	15.4	38.5	0.0	0.0
親との離別	33	48.5	39.4	12.1	30.3	3.0	0.0
家庭内暴力(DV)の目撃	47	36.2	59.6	10.6	48.9	0.0	0.0
家族のアルコールや薬物乱用	17	23.5	70.6	0.0	41.2	5.9	0.0
家族の精神疾患	71	45.1	57.7	11.3	46.5	0.0	0.0
家族の収監	3	66.7	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0
その他	148	35.1	31.1	9.5	34.5	8.8	0.0

③こどもが支援につながったきっかけ別

自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況は、こどもが支援につながったきっかけのひとつが本人からの相談である場合は「親子関係の不和」「家族からのしつけ・叱責」「学友との不和（いじめ以外）」、家族からの相談の場合は「親子関係の不和」「学友との不和（いじめ以外）」「家族からのしつけ・叱責」の順に割合が高くなっている。救急医療機関の場合は「親子関係の不和」に次いで「家族からのしつけ・叱責」「学業不振」の割合が高く、公立小・中学校の場合は「親子関係の不和」「学友との不和（いじめ以外）」「家族からのしつけ・叱責」の順に割合が高くなっている。

図表 59 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況〔複数回答〕(こどもが支援につながったきっかけ別)

	合計(n=)	親子関係の不和	家族からのしつけ・叱責	学業不振	入試・進路に関する悩み	いじめ	学友との不和(いじめ以外)	教師との人間関係	病気の悩み・影響(神経発達症)	病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)
全体	683	57.2	26.9	16.4	12.3	8.5	26.9	5.6	12.6	10.7
本人からの相談	82	67.1	40.2	19.5	20.7	3.7	34.1	3.7	12.2	12.2
家族からの相談	178	48.3	24.7	16.9	12.9	9.0	32.6	6.7	16.9	12.9
警察	61	67.2	24.6	13.1	21.3	11.5	26.2	4.9	8.2	6.6
消防	13	53.8	23.1	23.1	38.5	0.0	23.1	7.7	7.7	7.7
救急医療機関	105	56.2	25.7	25.7	13.3	15.2	23.8	1.9	15.2	7.6
児童精神科医療機関	20	50.0	30.0	5.0	20.0	15.0	35.0	10.0	20.0	25.0
精神科医療機関(児童精神科)	18	66.7	33.3	16.7	11.1	11.1	22.2	11.1	33.3	11.1
保健所	14	50.0	14.3	7.1	14.3	35.7	42.9	0.0	14.3	21.4
公立小・中学校	274	57.7	26.3	18.2	13.1	8.8	29.6	5.8	8.8	10.9
公立高等学校	47	61.7	31.9	12.8	10.6	8.5	25.5	10.6	12.8	14.9
私立学校	12	75.0	41.7	16.7	8.3	0.0	8.3	0.0	33.3	33.3
教育委員会	64	60.9	28.1	17.2	14.1	9.4	34.4	7.8	6.3	10.9
児童相談所	51	68.6	33.3	3.9	11.8	13.7	27.5	0.0	9.8	19.6
民間団体	8	50.0	0.0	37.5	12.5	12.5	50.0	0.0	0.0	12.5
その他	81	70.4	34.6	12.3	13.6	4.9	17.3	6.2	11.1	9.9

	合計(n=)	病気の悩み・影響(精神疾患以外)	恋愛関係での悩み	交際相手からの暴力	経済的困窮	孤独感	心理的虐待	身体的虐待	性的虐待	身体的ネグレクト
全体	683	3.7	9.7	0.3	4.8	24.3	12.9	5.6	2.3	0.6
本人からの相談	82	6.1	8.5	0.0	3.7	23.2	20.7	9.8	2.4	0.0
家族からの相談	178	5.1	9.0	0.0	2.8	24.2	11.2	3.9	0.6	0.6
警察	61	3.3	24.6	0.0	1.6	23.0	14.8	8.2	3.3	0.0
消防	13	0.0	15.4	0.0	0.0	23.1	7.7	0.0	0.0	0.0
救急医療機関	105	3.8	12.4	0.0	1.9	24.8	4.8	2.9	3.8	1.0
児童精神科医療機関	20	5.0	15.0	0.0	0.0	45.0	15.0	15.0	0.0	0.0
精神科医療機関(児童精神科)	18	5.6	33.3	0.0	16.7	27.8	22.2	16.7	0.0	5.6
保健所	14	7.1	28.6	0.0	7.1	21.4	14.3	14.3	14.3	0.0
公立小・中学校	274	5.1	5.5	0.4	3.3	23.7	15.3	6.2	2.2	0.7
公立高等学校	47	2.1	17.0	0.0	21.3	27.7	27.7	6.4	2.1	2.1
私立学校	12	0.0	8.3	8.3	8.3	25.0	8.3	8.3	0.0	0.0
教育委員会	64	6.3	6.3	0.0	3.1	20.3	10.9	6.3	3.1	0.0
児童相談所	51	2.0	7.8	0.0	11.8	33.3	21.6	11.8	5.9	2.0
民間団体	8	0.0	12.5	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	81	3.7	11.1	0.0	2.5	23.5	21.0	6.2	2.5	1.2

	合計(n=)	心理的ネグレクト	親との離別	家庭内暴力(DV)の目撃	家族のアルコールや薬物乱用	家族の精神疾患	家族の収監	その他	無回答
全体	683	3.8	4.8	6.9	2.5	10.4	0.4	21.7	0.7
本人からの相談	82	2.4	2.4	6.1	2.4	9.8	1.2	17.1	0.0
家族からの相談	178	2.8	2.8	5.6	1.7	14.6	1.1	23.6	0.0
警察	61	3.3	8.2	6.6	4.9	3.3	0.0	23.0	0.0
消防	13	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	23.1	0.0
救急医療機関	105	3.8	2.9	2.9	2.9	2.9	0.0	22.9	0.0
児童精神科医療機関	20	10.0	15.0	30.0	10.0	15.0	0.0	5.0	0.0
精神科医療機関(児童精神科)	18	0.0	11.1	0.0	0.0	38.9	0.0	5.6	0.0
保健所	14	7.1	0.0	7.1	7.1	21.4	0.0	28.6	0.0
公立小・中学校	274	5.1	4.7	5.8	2.9	9.9	0.4	21.9	1.5
公立高等学校	47	6.4	6.4	21.3	6.4	23.4	2.1	17.0	0.0
私立学校	12	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
教育委員会	64	6.3	1.6	7.8	1.6	6.3	1.6	18.8	0.0
児童相談所	51	5.9	3.9	11.8	9.8	11.8	0.0	25.5	0.0
民間団体	8	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	37.5	0.0
その他	81	2.5	7.4	12.3	2.5	16.0	0.0	19.8	0.0

支援にあたって連携した関係機関は、こどもが支援につながったきっかけが本人からの相談または家族からの相談である場合は、「公立小・中学校」「教育委員会」「児童精神科医療機関」の順に割合が高くなっている。救急医療機関の場合は「救急医療機関」「公立小・中学校」「精神科医療機関（児童精神科以外）」、公立小・中学校の場合は「公立小・中学校」「教育委員会」「児童精神科医療機関」の順に割合が高くなっている。

図表 60 支援にあたって連携した関係機関〔複数回答〕（こどもが支援につながったきっかけ別）

(%)

	合計(n=)	救急医療 機関	児童精神 科医療機 関	精神科医 療機関(児 童精神科 以外)	保健所	公立小・中 学校	公立高等 学校	私立学校
全体	683	20.2	31.3	29.0	19.8	58.0	13.8	5.6
本人からの相談	82	12.2	41.5	25.6	15.9	62.2	11.0	3.7
家族からの相談	178	15.2	33.1	32.6	18.5	62.4	11.2	7.9
警察	61	23.0	31.1	42.6	29.5	42.6	9.8	6.6
消防	13	46.2	46.2	23.1	7.7	38.5	0.0	7.7
救急医療機関	105	72.4	19.0	26.7	20.0	32.4	16.2	3.8
児童精神科医療機関	20	25.0	90.0	15.0	30.0	55.0	5.0	5.0
精神科医療機関(児童精神科以外)	18	0.0	16.7	100.0	22.2	38.9	38.9	5.6
保健所	14	28.6	28.6	57.1	92.9	57.1	28.6	7.1
公立小・中学校	274	14.2	38.0	22.3	19.7	91.2	2.9	3.3
公立高等学校	47	12.8	14.9	48.9	27.7	12.8	91.5	4.3
私立学校	12	8.3	16.7	41.7	33.3	8.3	8.3	83.3
教育委員会	64	10.9	20.3	26.6	20.3	84.4	6.3	4.7
児童相談所	51	21.6	41.2	33.3	27.5	54.9	19.6	11.8
民間団体	8	12.5	12.5	37.5	12.5	62.5	25.0	12.5
その他	81	9.9	27.2	34.6	18.5	54.3	17.3	6.2

	合計(n=)	教育委員 会	児童相談 所	民間団体	その他	関係機関と の連携はし ていない	無回答
全体	683	41.7	33.8	6.3	35.9	3.7	0.3
本人からの相談	82	51.2	29.3	4.9	35.4	4.9	0.0
家族からの相談	178	39.9	20.8	6.7	40.4	3.9	0.0
警察	61	27.9	45.9	8.2	45.9	6.6	0.0
消防	13	38.5	15.4	0.0	30.8	0.0	0.0
救急医療機関	105	21.0	22.9	6.7	28.6	8.6	0.0
児童精神科医療機関	20	35.0	70.0	15.0	40.0	0.0	0.0
精神科医療機関(児童精神科以外)	18	27.8	50.0	5.6	27.8	0.0	0.0
保健所	14	14.3	42.9	14.3	42.9	0.0	0.0
公立小・中学校	274	63.9	36.1	3.3	32.5	0.0	0.4
公立高等学校	47	25.5	40.4	10.6	42.6	2.1	0.0
私立学校	12	16.7	33.3	16.7	16.7	0.0	0.0
教育委員会	64	95.3	42.2	4.7	31.3	0.0	0.0
児童相談所	51	41.2	100.0	9.8	35.3	0.0	0.0
民間団体	8	37.5	37.5	37.5	37.5	0.0	0.0
その他	81	27.2	37.0	7.4	67.9	1.2	0.0

6 学校関係者等・民間団体ヒアリング調査結果概要

(1) 実施概要

- ・ 実施時期：2025年9月～10月
- ・ 実施方法：Zoom または Teams によるオンライン形式
- ・ 対象：学校関係者4件（うち1件は非公開希望として内容は掲載せず）、民間団体2件

(2) 対象一覧

- ・ ヒアリング調査の対象およびヒアリング実施日時は以下の通り。

①学校関係者等

対象者	実施日時
東京都 生涯学習課 主任指導主事（都立高校校長経験あり）、ユースソーシャルワーカー（YSW）主任	2025年9月22日（月）10時～
A市 SSW、市立高校校長、教員	2025年10月14日（火）14時～
滋賀県内自治体スクールソーシャルワーカースーパーバイザー（SSWSV）、滋賀県内自治体教育委員会、公立中学校教頭	2025年10月31日（金）10時～

②民間団体

対象者	実施日時
NPO法人 自殺対策支援センターライフリンク	2025年9月29日（月）13時～
NPO法人 BONDプロジェクト	2025年10月9日（木）16時～

(3) 学校関係者等ヒアリング結果概要

	東京都	A市	滋賀県内自治体
支援体制	・ YSW など構成される「自立支援チーム」を都立学校へ派遣し、困難を抱える生徒に対して、<u>就労・福祉・医療等の各種関係機関と連携</u>しながら、生徒の社会的・職業的自立に向けた支援を実施 ・ 様々な背景から生きづらさを抱えている生徒が多い学校には、<u>SC や YSW も多めに配置</u> ・ 希死念慮を抱えている場合は、校長、副校長、担任、学年主任、特別支援コーディネーター、自立支援担当教員、生活指導部、養護教諭などと情報を共有する体制 ・ <u>学校内の情報共有会を毎週実施</u>し、SC や YSW の記録も回覧し、情報共有を行う	・ 月に1回、学年担当、特別支援コーディネーター、教頭等の管理職、養護教諭、SSW が参加する「<u>カウンセリング委員会</u>」を設置 ・ 全校生徒を対象に普段の学校生活や部活動、出席状況、健康面に関する情報、人間関係、あらゆる面からモニタリングし、<u>気になる生徒について状態の重篤度を3段階で分類し報告・議論する</u> ・ 委員会では最も重いランク3と新規ケースについて個別に議論し対応を検討 ・ 担任教員が気がかりな生徒、不安がある生徒をリストアップし、担任以外の教員からの情報も含めて取りまとめ、ランク付け。養護教諭が得た情報も書き加える ・ 委員会には、出勤曜日の関係で SC は出席できないため、養護教諭が仲介役となり相互の情報連携を行う ・ 委員会とは別に、少人数でケース会議を実施し、誰がどのような役割を担うか等支援の具体的な進め方を話し合う	・ 希死念慮がある、自殺をほのめかす行動があるといった内容のケース会議を行う中で、学校現場の動き方が正しいかどうか判断しかねるような時に<u>常日頃から配置型 SSW や教育委員会の SSWSV に助言をもらい</u>、修正しながら支援を進めている ・ 滋賀県では、不登校やこどもの自殺等について教育委員会と福祉部局が一緒になって対応する部署があり、その中にサポートチームという専門家のチームがある ・ サポートチームは、弁護士、医師、臨床心理士、社会福祉士、警察等の各分野の専門家から組成され、不登校や自殺未遂に関する事案など外部の支援を必要とする事案が起きた際に、<u>学校現場が県に申請すると、事案に応じた専門家からサポートを受けられる</u>
多機関連	・ 生徒の状況によって、<u>子ども家庭支援センタ</u>	・ 自殺念慮をみとめた場合、<u>保護者、保健所、市</u>	・ 自殺未遂案件があった際に、学校だけではなく

	東京都	A市	滋賀県内自治体
携の状況	<u>一や児童相談所、通院</u>している場合は、<u>病院</u>とも連携 非常に危険度の高い場合は、<u>学校所在地の警察と本人の居住地の警察</u>にも情報を提供し、体制を整える	<u>の保健担当課</u>、18歳未満であれば、要保護児童対策地域協議会（以下「<u>要対協</u>」）、<u>市の児童福祉担当課</u>と連携 教育委員会ではなく、福祉部局（児童福祉担当課）にSSWを配置。<u>児童福祉担当課とSSWでお互いの顔がわかる関係性が続いている</u>ことは支援が円滑に進む要素として大きい	要対協調整担当部署や健康担当部署といった他部局と協力しながら早急にケース会議を何度も開き、どの部局で何ができるか配置型SSWが中心となって役割分担をした 不登校傾向があり、教育支援センターに通うこともある場合には、<u>教育支援センター</u>の職員とも連携
連携上の課題	- 保護者の協力が得られないと対応に苦慮する。保護者が拒否すると医療機関へつなげられない。警察も保護者からの110番通報がないと広域捜査ができない 18歳未満は子ども家庭支援センターや児童相談所と連携でき、学校だけで抱えずに対応することができるが、<u>18歳を超えた際のつなぎ先が無い</u> <u>家も病院も嫌ということ</u>もどこにいけばよいか悩ましい - 児童福祉から障害福祉に移行できるケースもあるが、<u>どこにもつながらないケースの対応が難しい</u> - 同じ専門機関であっても、対応する人材の経験や保有するネットワ	- 家庭環境や中学時代に起きたトラブル、些細な出来事など、高校で何かあった際に<u>背景にあるものを探り当てるための材料をなるべく多く残して共有</u>してほしい - 担当者や経験値の違いといったソフト面で連携のしやすさが変わってくることはある（ただし、市内で関係機関間の連携のしにくさを感じたことはない）	- 各関係機関で思いが違ったり、関わりのタイミングも異なるので、そういったことから来るずれは少なからずある - チーム学校では報連相が重要。SCや担任が子どもの自殺願望について知った時などは、まずは報告が必要。<u>報告の遅れが事態の悪化をまねき、連携にも支障をきたす</u> <u>関係者間の関係づくりがうまくできていないと、関係者間の不信感からネットワークが有機的に機能せず</u>、関係者会議を開いても有意義なものにならないこともある。そうなると学校が抱え込んでしまうことも多い

	東京都	A市	滋賀県内自治体
	ークなどによって、その後の動きが違うこともあることを学校が認識しておく必要がある		
こどもの自殺未遂者支援等に必要なこと	・ 家に帰りたくない生徒を、学校からの連絡で<u>一時的に受け入れてくれる場所</u> ・ 学校での円滑な支援体制の構築のためには、<u>校長への研修</u>も必要 ・ こどもの自殺既遂ケースでは、母親がこどもを受け入れられなかったという場合が多い。保護者がこどもを受け入れる力がないといけない。<u>保護者の支援を受けてくれる外部の連携機関</u>があるとこどもたちの支援に直結する	・ しんどさを抱える生徒への関わり方や支援の考え方を現場の教員に持ってもらえるよう、<u>目の前の生徒にマッチした研修</u> ・ 教員だけでアセスメントをうまくとるのは大変難しい。<u>SSW や養護教諭に相談できる環境</u>はありがたい ・ 学校、児童相談所、地域に関わる各ソーシャルワーカー（SW）において研修制度や力量の上げ方に統一された基準がなく、力量や知識がばらばらであると感じる。トラウマをはじめ、<u>自殺未遂案件に必要な知識や技術をこどもに関わる専門職で統一的に持てるような研修が必要</u>	・ 学校現場で正しいと思っている動きが実は不十分である場合もあり、<u>こまめに SSW に確認や相談をすることが重要</u> ・ <u>ゲートキーパー研修等</u>を通して、教員の普段の関わり方に関する知識や考え方をさらに高めていきたい ・ SSW がどれだけ現場に入っているにしても、つなぎ方に専門性と知見がなければ、結局学校のメリットにはならない。<u>つなぎ方こそ SSW に求められる能力ではないか</u>

(4) 民間団体ヒアリング結果概要

	ライフリンク	BONDプロジェクト
多機関連携の状況	・ <u>自治体と連携協定を締結</u>して円滑に支援するための枠組を広げたり、<u>弁護士会とも連携協定</u>を結んでいる。協定を締結していない自治体であっても、連携は行っている ・ 全国から相談を受け付けるため、コーディネーターが相談者のニーズに応じてその地域の関係機関を探してつないでいる ・ 全国で数か所、児童精神科医ともつながりがあり、緊急の案件を受けてもらうこともあるが、もともと枠に空きがなく受診のハードルは高い	・ 連携先として、学校、児童相談所、医療機関、地域の各支援機関、警察。地域のつなぎ先としては、民間団体、行政の窓口、保健師等 ・ 家庭を出た方が良いような場合や今日行くところがないといった場合には、まずは<u>児童相談所</u>、児童相談所が難しい場合には<u>こどもシェルター</u>等へつなぐことがあるが、<u>本人と一緒に話し合い整理する時間が必要</u> ・ 医療機関と連携する際、情報共有は主に電話。相談者の意思や病院のケースワーカーからの提案により、診察やカンファレンスへの同席が多い
連携上の工夫	・ <u>新しい支援先につなぐ時が、関係の切れ目になりかねないため最も注意を要する</u>。つなぎ目が切れ目になってしまわないよう、本人の同意を得て当団体から事前に連携先へ情報共有をする場合もある ・ 連携先へつなぐ際には、伝えてほしくないこと等含め、<u>本人の気持ちや意思を尊重し、同意を得ることが重要</u>	・ 保護者が相談機関による支援に拒否感を示すケースも多い。 ・ 保護者対応（当団体の支援にある程度理解を示している保護者）として、まずは当団体について正しく認識してもらうことが必要。場合によっては当団体の居場所に足を運んでもらい、<u>安全な居場所であるということを知ってもらえる</u>ように心がけている
連携上の課題	・ <u>こどもや若者の場合は支援先が限られることが課題</u>。学校にも家庭にも居場所がないとなると、途端に行き詰まる ・ 受け皿になる機関が全国のどこにあるのか把握しきれていないことや、自殺リスクのある人の受け入れは責任も重く難しいという実情がある ・ 子ども・若者総合相談センターが地域でのつなぎ先、開拓役を果たしている場合もあるが、地域による差が大きい ・ 18歳が近づく中で高校を辞めた場合のつなぎ先探しが難しい ・ 守秘義務の関係で、例えば学校につなぐと、つないだ後の状況について学校から	・ <u>ハイリスクな人にも対応できる受け皿が不足</u>。できるだけたくさんの安全な大人に関わり、見守りができるネットワークを形成していく必要がある ・ <u>児童相談所の対応は地域によってばらつき</u>がある。児童相談所としての対応や今後の方針については当団体に共有できないというところもあり、その場合は、こどもから引き続き当団体に相談が来ても、情報共有ができていないので対応に苦慮する ・ 児童相談所に一時保護されたのち、家庭に戻っても環境が良くないため、<u>家庭にもいられず、児童相談所も嫌という場合に、つなぎ先に苦慮</u>する。地域にこども

	ライフリンク	BONDプロジェクト
	はなかなか報告を受けることはできない	シェルターもないとなると、対応が非常に難しい ・ <u>児童相談所と婦人相談の連携が課題</u>。児童相談所の支援終了後に改めて本人が婦人相談へ出向くとなると、ハードルが高い
こどもの支援の難しさ	・ こどもが抱える問題は、ここに相談したら解決できるということが少ない。相談や支援につながってもすぐに問題が解消されないため、こども自身が支援につながる意義を感じにくい ・ すぐに問題解決に至らず、やり取り等が長期にわたることが多い	・ 学校に在籍している間は、親や学校等の監視の目が多い中、ばれないように隠しながら自傷行為を行っていることが多い。<u>周囲に気づかれないことで、問題解決やケアにつながらないまま、限界が来て突然危険な行動に出てしまう</u>のではないか。高校卒業後に精神的な状態が悪化して自殺未遂に至るケースも多い
こどもの自殺未遂者支援等に必要なこと	・ 個別対応が終わったあと、居場所につなぐ等、個別支援が終了した後も、緩やかなつながりを続けることが重要であり、<u>個別支援と居場所活動の両輪が必要</u> ・ それぞれの地域においてどんなつなぎ先があるか、どうつなぐかを把握している、せめて<u>都道府県単位の間接機関が必要</u> ・ 地域で多様なつなぎ先を開拓し、お互いに知りながらネットワーク構築ができる機能があるとよい。連携する双方が、互いにどんなことを担当できるのか説明し合い、理解しておくことが大切	・ 児童相談所にも家庭にもいられないという状況でのつなぎ先として、<u>昼間の居場所や、保護できるシェルターのような場所</u>があるとよい ・ 家を出たいという衝動に駆られた時、家出をしてしまうと危険を伴うので、<u>一旦立ち寄って落ち着くことができるような場所</u>があるとよい ・ 学校やその他多機関との連携促進には、ネットワークをどのように広げていくかが重要。当団体をしっかり認識してくれている自治体とはうまく連携が取れている。行政から民間団体との情報共有も促すような発信があればよい

7 自治体等ヒアリング調査結果概要

(1) 実施概要

- ・ 実施時期：2026年1月～2月
- ・ 実施方法：Zoom または Teams によるオンライン形式
- ・ 対象：自治体6件、精神保健福祉センター2件、児童相談所1件 計9件

(2) 対象選定の視点

- ・ アンケート調査の回答内容を踏まえ、以下の視点でヒアリング対象を選定
 1. こどもの自殺未遂者支援の様式がある自治体等
 2. 関係機関と連携してこどもの自殺未遂者支援にあたっている自治体等
 - 1) 調整機関について参考となる取組
 - 2) 多機関連携による支援や多機関との連携強化の工夫がみられる取組
 - 3) 18歳以上を見据えた支援やこどもの意見・思いを聞いた支援の工夫がみられる取組

(3) 対象一覧

- ・ ヒアリング調査の対象先およびヒアリング実施日時は以下の通り。

① こどもの自殺未遂者支援の様式がある自治体等

自治体	実施日時
新潟県柏崎市 健康推進課	1月13日（火）13時～
浜松市精神保健福祉センター	1月27日（火）14時～
B県精神保健福祉センター	1月20日（火）10時～

② 関係機関と連携してこどもの自殺未遂者支援にあたっている自治体等

	自治体	実施日時
1	兵庫県多可町 健康課	1月8日（木）14時～
	岡山県倉敷児童相談所	1月19日（月）16時～
2	滋賀県C市	1月7日（水）14時～
	東京都D区	1月30日（金）9時～
	宮城県岩沼市 社会福祉課・こども家庭センター	2月6日（金）10時30分～
3	北海道枝幸町保健福祉課	1月9日（金）16時～

(4) 新潟県柏崎市

① こどもの自殺未遂者等支援用の様式

(ア) 作成経緯・狙い

- ・ 令和5年度に教育委員会学校教育課が自殺リスクの高いこどもについて市立小中学校から市へ情報共有するための「児童生徒からの聞き取りシート」を作成し、継続して使用している。
- ・ 「児童生徒からの聞き取りシート」は、学校からの一報として必要最小限の情報と心配の程度、学校の希望（校内対応か、関係機関の協力希望か）を迅速に共有し、初動対応を遅らせないことを目的としている。

(イ) 様式作成にあたっての工夫

- ・ 様式は、短時間で記入可能な分量・構成とし、心配なことや事実を迅速に共有できることを重視している。
- ・ 様式の項目は支援や対応に活かすための情報であり、学校が確認、聴取すべき項目となっているため、教職員の聴取のぶれが減り、必要情報の網羅性が高まっている。学校からは概ねすべて項目が埋まった状態で提出がある。

(ウ) 様式の主な活用場面

- ・ 様式は「思春期サポート」事業のメンバー（柏崎市教育委員会学校教育課、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含む））で共有している。
- ・ 様式は学校教育課が所管する学校対応に活かすものであるため、県立学校は含まない。

② 様式を活用した支援

(ア) 活用の流れや活用方法

- ・ 学校で自傷や自殺ほのめかしに気づいた際に、学校側で、本人の状況や家族関係などその時点で得ている情報を様式に記載し提出する。
- ・ 学校からの提出を受け、学校教育課が庁内ポータルサイトの閲覧機能を用い、情報共有が関係機関の支援希望か目的を明示の上、「思春期サポート」事業の構成課の担当者限定して共有する。
- ・ 学校教育課が様式受領後に不足等があれば学校に聞き取りを行い、その後の連携につなげる。必要に応じて学校で支援会議を開催する。
- ・ 各課からの気づきや助言のコメントを踏まえ、必要に応じて関係課での協議の下、学校教育課が各課の意見を取りまとめ、支援方針を含めて学校へ連絡している。。

(イ) 様式活用の工夫

- ・ 学校と学校教育課が利用するシステムを活用し、学校が二次元コードから読み込み、様式に内容を入力すると、PDF化されて学校教育課に提出される仕組みにし、シート作成の効率化を図っている。

相談の流れについて

二次元コード

本人の主訴

※※※

自叙を①のめかし書寫等、本人の状況がストリートにわかる情報を類型に入力してください。

例) 友達のことやテストのことを考えると不安になり、涙を多く飲んでしよう。

現時点でわかる状況

※※※

先輩生徒の状況について、該当する項目を全て選択してください。

☐ 医療機関受診歴あり

☐ 過去に自傷行為あり

☐ 自傷行為、自殺ほのめかし以外の行動あり

(出典) 柏崎市提供「SOSの受け止め方研修」資料を一部加工

- ・ 学校教育課が年度初めの小中学校教頭会で「児童生徒からの聞き取りシート」を周知している。
- ・ 健康増進課・子どもの発達支援課・学校教育課が、希望する学校の全教職員を対象に「SOSの受け止め方研修」を実施している。その際、学校教育課からは、同シートの使い方を説明している。

<記入例の提示>

[illegible]

＜つなぎの際の認識の共有＞

相談の流れについて

連携する上でお願いしたいこと

- ① 情報はできる限り多く、依頼したい事は明確に。
- ② 連携は終わりではなく、支援のスタート。

みんなで子どもの安心・安全をつくる

(出典) 柏崎市提供「SOSの受け止め方研修」資料を一部加工

(ウ) 個人情報共有の工夫

- ・ 「思春期サポート」内での個人情報共有に関する要綱は未整備である。
- ・ 庁内での共有は担当者に限定し、共有される PDF にパスワードを設定する。また、提出されたシート自体は庁内でのみ共有している。
- ・ 命にも関わるため、個人情報に配慮しながら対応している。

(I) 様式活用上の留意点や課題

- ・ 継続事例における様式提出の要否や簡略化など、今後は、学校への負担を考慮した運用方法についてさらに検討を深めていく方針である。

- ・ ケースの積み重ねで学校での対応力が高まり、校内で対応（「思春期サポート」事業のメンバーには情報共有のみ）となる事例もあるが、学校に任せ切りでよいか迷う場合もある。
- ・ 対象が柏崎市立小中学校に限られ、高校生・若者はカバーできていない。

③こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

(ア) 関係機関から提供してほしい情報

- ・ 学校からはシート記載の項目が欲しい情報である。

(イ) 多機関連携の課題

- ・ 既存連携先とも「顔の見える関係」を維持・強化し、必要時に即時に連携できる関係性を強化していくことが重要である。
- ・ 学校とも様式を介して対応している。支援会議後も継続して情報共有が必要である。成功事例を積み重ね、連携を強化していけるとよい。
- ・ 警察との連携を強化することで、増加傾向にある若年層の自殺未遂について、高校生・若者の状況把握につながると考えられる。

(5) B 県精神保健福祉センター

① こどもの自殺未遂者等支援用の様式

(ア) 作成経緯・狙い

- ・ こども・若者の自殺危機対応チーム(以下、自殺危機対応チーム)を設置し、アセスメント用様式と支援計画用様式を作成した。
- ・ 相談指導課長が中心となり、共同事務局の障がい福祉課・学校教育課と協議して様式を作成した。
- ・ 支援計画用様式はクライシス・プランを参考にした。
- ・ アセスメント用様式は、ケースの状況把握に必要な項目を、学校等に埋めてもらい、危機介入につなげることが狙いである。
- ・ 支援計画用様式は、関係機関が集まるケース会議で長期的な支援方針を支援者間で共有することが狙いである。

(イ) 様式作成にあたっての工夫

- ・ 自由記述を基本とし、現状や学校等の状況把握の度合い等を整理できる構成としている。
- ・ アセスメント用様式では、保護要因の項目を重視し、こどもの強みを支援に活かす構成にしている。

② 様式を活用した支援

(ア) 活用の流れや活用方法

- ・ 自殺危機対応チームの申込受理後、学校等がアセスメント用様式を作成する。不明点があれば事務局が作成方法について助言する。
- ・ 支援者からの連絡をもとに事務局で協議を行って緊急度を判断し、支援方針を検討する。

(イ) 様式活用の工夫

- ・ 自殺危機対応チーム事業開始時に関係機関への説明会で様式の意図と使い方を周知した。
- ・ 様式自体の作成方法の詳細な説明は、ケースごとに個別で対応している。

(ウ) 情報共有の工夫

- ・ 原則支援者への支援であるため、こどもの氏名等の個人情報の共有は必須とはせず、本人や家族の同意なしの場合は、状況のみを共有している。
- ・ 要対協の活用が難しい場合は、個別のケース会議等で情報を共有する。

(エ) 様式活用上の留意点や課題

- ・ 学校からの要請は医療機関へのつながりや緊急会議の開催等の直接支援が中心で、アセスメント用様式の記入や長期的な支援計画の作成まで至りにくい。
- ・ 様式は任意作成のため、中々作成が進まず、学校等の対応力が高まりにくい。

③ こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

- ・ 学校の初動として医療機関につなぐことに重きが置かれやすく、学校として支援方針を立てる余裕がない。
- ・ こどもの支援で、医療機関だけでなく、周囲の人とのつながりが重要であると学校が理解することが必要である。

- ・ 要対協での情報共有と役割分担が機能すれば望ましいが、自殺危機対応チームが招集される機会が少ない。実務者会議等での参画機会を増やす必要がある。

(6) 浜松市精神保健福祉センター

①こどもの自殺未遂者等支援用の様式

(ア) 作成経緯・狙い

- ・ 平成 22 年に事業を開始し、平成 30 年に交付金を活用した「未成年こころのレスキュー事業」を実施。事業の連携医療機関は市内 3 か所。中でも精神科を設置する三次救急医療機関は、自殺未遂や自傷行為での救急搬送を数多く受け入れており、また、事業開始当初からつながりのある看護師がいることから連携しやすい。
- ・ そのつなぎとして「アセスメント票」と「同意書」を活用している。日本精神科救急学会ガイドラインに基づき医師・現場職と研修・事例検討を重ね、浜松市としての同意書・アセスメント票を作成した。
- ・ 同意書（本人・家族用）で情報取得・提供への同意を確認する。アセスメント票は再企図リスク等を整理し、主項目を医療側が記載する。
- ・ 個人情報提供への抵抗を軽減し、支援につなぐために同意書は必須として作成・運用している。
- ・ 再企図リスクを可視化し初動と連携に生かすことが狙いである。

(イ) 様式作成にあたっての工夫

- ・ 医療機関の負担にならない分量とし、リスクが見える化できる項目立てとした。
- ・ 同意書（本人用・家族用）は連携医療機関に電子データで配布している。

(ロ) 様式の主な活用場面

- ・ アセスメント票は救急医療機関が作成し、市精神保健福祉センターとの情報共有時に活用している。

②様式を活用した支援

(ア) 活用の流れや活用方法

- ・ 「未成年こころのレスキュー事業」で市内 3 か所の医療機関と連携し、自殺未遂による救急搬送があった場合に、医療機関がこども本人・家族の同意を取得した上で市精神保健福祉センターにつなぐ体制を構築している。
- ・ 医療機関は同意が取れた場合、「アセスメント票」を作成して再企図リスクに関連する項目等について市精神保健福祉センターに情報共有を行う。
- ・ 医療機関が同意取得し FAX を市に送付。保健師が、当事者の入院中に初回面接を設定する。
- ・ 来院時にアセスメントシートを受領する。
- ・ ハイリスク項目などは医療機関側が記載し、細部は市精神保健福祉センターが本人や家族との面接で補完している。
- ・ 情報共有後は、市精神保健福祉センターにおいて支援方針を検討し、必要に応じて関係機関と連携して支援を行う。

(イ) 様式活用の工夫

- ・ 市精神保健福祉センターが、医療職に向けた自殺対策に関する研修を実施している。

- ・ 研修テーマは、再企図リスクの評価、初期対応コミュニケーション、ロールプレイ、多職種連携に関するもの等多岐にわたる。主にコメディカルが集まる会議等の場に市精神保健福祉センター職員が出向いて研修を実施している。
- ・ メディカルコントロール（MC）協議会を活用して救急医療機関・消防との平時の関係性構築を行っている。毎年消防から、自殺未遂による救急搬送および不搬送件数のデータを共有してもらっており、市精神保健福祉センターからは活動報告を行っている。
- ・ 医療機関との顔の見える関係が構築されているため、医療機関側も自殺未遂者等を市精神保健福祉センターにつなげるよう調整してくれる場合もある。
- ・ 医療機関へ支援状況（その後つないだ関係機関や支援の内容、体調等）のフィードバックを実施している。フィードバックにより、医療機関側の連携意識が高まり、その後も連携が円滑に進む。

(ウ) 個人情報共有の工夫

- ・ 本人・保護者双方の同意を必須としている。保護者が拒否し本人が同意する場合は、救急医療機関の看護師から「1回だけでも話をしてみないか」と提案し、初回面接へつなげることが多い。
- ・ 同意書（本人用・家族用）は医療機関に電子配布し本人・保護者署名後に必要事項を記入してFAXで返送してもらう。
- ・ アセスメント票は救急医療機関から市精神保健福祉センターへの個人情報共有に限定して活用している。他機関連携は別様式で本人・家族同意の上、情報提供を実施している。

(エ) 様式活用上の留意点や課題

- ・ 保護者の消極性や支援への不信でつながりが途切れやすい。早期退院だと接点確保が困難なため、入院中の面会確保と信頼関係の構築が重要である。

③ こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

(ア) 関係機関から提供してほしい情報

- ・ 身体状況、発語可否、家族の混乱状況や来院有無、入院期間・面会可否を初動で把握。家族面会が重要なポイントのため、市精神保健福祉センターと本人・家族が面会できるよう入院調整を行ってくれる場合もある。

(イ) 多機関連携の課題

- ・ 責任の押し付け合いとならないようにすることと顔の見える関係の維持・拡充が重要である。
- ・ 人員不足が大きく、専門人材の確保・配置と予算強化が課題となっている。
- ・ 学校と連携できていないわけではないが、学校との連携においては、教職員に負担をかけないことが重要であり、あれこれ指示を出すのではなく、学校ができることを確認してニーズを把握し、対応を一緒に検討することが重要である。

(7) 滋賀県 C 市

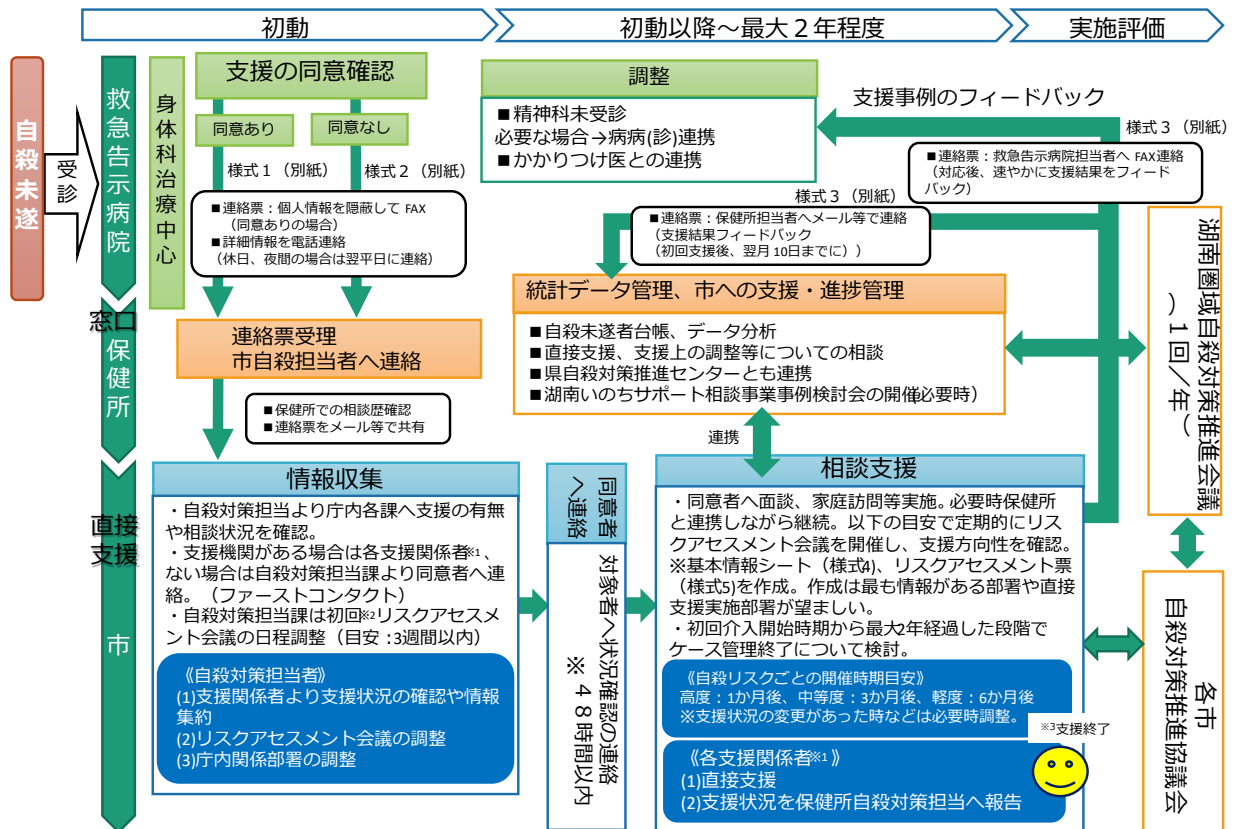
① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 滋賀県「湖南いのちサポート相談事業」に基づき、救急告示病院が自殺未遂者本人と家族に事業説明を行い、同意を取得した上で、同意書および個人情報を保健所へ送付し、保健所が C 市健康増進担当部署へ情報提供するという流れを標準化している。
- ・ 「湖南いのちサポート相談事業」では、保健所からの情報提供後、48 時間以内に市町から本人または家族へのファーストコンタクトをとることが定められている。
- ・ 健康増進担当部署が関係者から情報収集を行い、保健所からの情報提供後、3 週間以内を目安に情報が集約できた段階で、学校や医療機関等の関係機関と初回リスクアセスメント会議を開催し、支援方針を決定している。

<フロー図>

R7 湖南いのちサポート相談事業フロー図

R7.4月 南部健康福祉事務所作成



※1 支援関係者：健康増進部門、障害福祉部門、生活困窮部門、子ども家庭部門、高齢部門、相談支援事業所、地域包括支援センター等。
 ※2 リスクアセスメント会議：再発のリスクの評価、情報集約、アセスメント、支援方針決定、役割分担等を実施。
 ※3 支援終了：支援機関に安定してつながっていることを確認できた時点でリスクアセスメント会議の場等で、継続支援の要否を判断。

(出典) 滋賀県提供資料

- ・ 健康増進担当部署が、既にどこかの支援が入っているかの確認、リスクアセスメントシートを用いて情報集約、会議招集を担う。
- ・ 既に支援が入っている場合は、担当課より情報収集を行う。

- ・ 健康増進担当部署では、本人同意がないと学校や医療機関からの情報収集ができないため、要対協として家庭児童相談室が直接支援すると情報収集や共有がスムーズ。要対協未登録だった場合は要対協登録ケースとして受理し管理している。
- ・ 学校（担任・養護・教育相談主任）、SC、SSW、母子保健担当部署、家庭児童相談室、保健所、主治医、必要に応じ教育委員会が「リスクアセスメント会議」に参加する。
- ・ 公立小中学校には「教育相談主任」が配置され、保護者・行政との調整役となっている。主治医が会議に参加すると医療的見立てや発達情報が共有でき、リスクアセスメントに有用である。

②関係機関と連携した支援・取組

(7) 庁内の連携

- ・ 会議で情報を集約し方針を決定する。
- ・ 初回のリスクアセスメント会議で自殺リスクを評価し、リスクの高さごとにリスクアセスメント会議の開催頻度を決定している。
- ・ 頻度は事例の状況に合わせて柔軟に調整している。
- ・ リスクが高度の場合は原則1ヶ月ごと、中程度は3ヶ月ごと、軽度は6ヶ月ごとに会議を開催して定期的にリスクアセスメントを実施している。初回開催時期や頻度はケースの緊急度等に応じて再評価。入院中は医療カンファレンスでリスクアセスメントを行う場合もある。
- ・ リスク低下後は家庭児童相談室主導で家庭支援を主眼とする会議へ移行する。

【健康増進担当部署とこども担当部署の連携】

- ・ 救急告示病院からの自殺未遂事案の第一報は健康増進担当部署に入る体制になっている。
- ・ 第一報後は、健康増進担当部署が母子保健担当部署と家庭児童相談室（児童福祉担当部署）に市での支援状況を確認する。既に支援をしている場合は両部署が中心となって情報収集を行う。市の支援につながっていない場合は健康増進担当部署も両部署と一緒に情報収集を進める。
- ・ 既に要対協に登録されている場合は、要保護児童対策調整機関である家庭児童相談室が情報集約と調整の中心を担う。本人や家族の同意が得られないと学校・医療からの情報収集が難しいため、未登録だった場合は要対協登録ケースとして受理し管理している。

(4) 庁外を含めた関係機関間の連携

- ・ 保健所からの連絡票で本人の基礎情報や自殺未遂手段・病状等を共有。
- ・ リスクアセスメント会議開催前に学校・医療機関へ必要情報の準備を依頼。
- ・ 保健所が年1回自殺未遂事案の支援状況を管内分集約し医療機関へフィードバック。
- ・ 支援者が抱え込まないよう関係機関を含むチームで方針を考える体制を徹底。

③こどもの自殺者未遂支援における工夫

(7) こどもの思いに沿った支援の工夫

- ・ 自殺関連の聴取は負担が大きいため、誰が誰に聞くかを事前に調整。既支援者の聴取を尊重し、同じ話を繰り返させないようにしている。
- ・ 18歳以降の自殺未遂者の支援は、健康増進担当部署（自殺対策担当部署）で対応している。

- ・ 18 歳以上の若者向けの社会資源としては、若者の集いや学習支援等を実施し、カウンセラーが配置されている少年センターや民間の運営する多様な居場所がある。これらの資源へのつながりを行う支援計画を作成することもある。
- ・ 18 歳以降は本人同意での支援となるため、18 歳までに支援を行っている部署と関係性が構築されていれば支援を継続しやすいが、本人との関係性ができる前に来所が途切れる事例もあり、関係性構築やアウトリーチが課題である。

(イ) 保護者や家族支援における工夫

- ・ 健康増進担当部署が情報収集のため本人に直接話を聴きに行くこともあるが、既につながっている SC 等の支援者が話を深く聞いていることも多い。信頼関係を軸に対応方針を検討。
- ・ 同意困難や本人理解が進まない時などは、保護者と普段から関わりがあり、信頼関係が構築できている学校の SC 等を介して担当課につないでもらう。

④ こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

(ア) 関係機関から提供してほしい情報

- ・ 全国統一の必要項目シートやリスクアセスメント様式に沿った、学校・医療・行政で共通の基準による情報があるとよい。

(イ) 多機関連携の主な課題

- ・ 思春期の心療内科・精神科受診者が多いわけではなく、再企図リスクの評価が難しい場合もある。
- ・ 保健所のマンパワーが限られるため、関係機関のケースカンファレンス等への毎回の参加が難しい。
- ・ 同意取得が得られない場合の情報収集が難しく、特に 19 歳以上は本人同意が必須。地域のこどもの居場所の不足など義務教育後の継続支援の困難さがある。
- ・ 児童相談所との連携強化を希望するが、当該機関は業務多忙であり、日程調整が難しい。

(8) 東京都 D 区

① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 当該自治体では自殺未遂者支援事業を自殺対策の専門的な知見をもつ NPO 法人に委託して実施している。
- ・ 自殺未遂者支援事業では、NPO 法人による自殺未遂者の直接支援に加え、保健センターや子ども家庭支援センター等の職員（保健師等）への助言・スーパーバイズ、自殺リスクアセスメントや声掛けの方法などの助言を行っている。また、NPO 法人がこども本人と面接して不安や悩みを聴取することもある。
- ・ 保健センター、子ども家庭支援センター、教育の相談・支援窓口等がこどもの支援に関わる。
- ・ 教育の相談・支援窓口の中に、**教育・福祉・心理等の専門家からなる、学校を支援する専門家チーム**があり、不登校やいじめ・暴力行為・非行・家庭環境などにより、こどもが学習に向かえない状況になったときに、専門家が支援を行う体制を整えている。
- ・ こどもの自殺未遂者支援におけるケース管理の担当部署は、事案を把握した経緯によって変わる。学校で把握した事案は教育の相談・支援窓口、家庭支援の中で把握したケースは子ども家庭支援センター（場合により児童相談所）、地域で把握した場合は保健センターが主導し、支援を行っている。必要に応じて、支援においてより適切な機関に引き継ぎをしている。

② 関係機関と連携した支援・取組

(ア) 庁内の連携

- ・ 委託先 NPO 法人では、他自治体の自殺未遂者支援事業も受託しており、その中で月 1 回、関係機関によるケース検討会を実施している。本区に関係する事例があれば、自殺対策担当部署やその他の関係部署が参加することがある。

(イ) 庁外を含めた関係機関間の連携

- ・ 子ども家庭支援センター主導のケースでは要対協を活用して情報共有をしている。
- ・ 関係機関・部署での会議の場で「どこかの部署に任せる」雰囲気生まれないよう留意し、共同で支援方針を検討する。
- ・ 自傷行為の続く中学生の相談支援を、学校側の依頼で委託先 NPO 法人が「支援者支援」の立場で学校での関係機関のカンファレンスに参加し、こどもや保護者への対応方法について助言した事例がある。こどもとの関わりは学校及び学校を支援する専門家チームが中心となって支援を行った。保健センターは母親と定期的に連絡を取り、関係を維持しつつ、こどもとの関わり方についての助言を行った。こどもは徐々に落ち着き、高校進学に至った。

③ こどもの自殺者未遂支援における工夫

- ・ 個別支援は当事者の同意取得が原則だが、こどもや家族の同意が得られず、直接支援に入れないケースもある。その場合は、委託先 NPO 法人が教員や保健師等、直接当事者に関わる支援者から要請を受けて、支援者支援として助言を行うこともある。NPO 団体の助言により、区の職員の対応力向上にもつながっている。
- ・ 自殺の危険性が高い場合には、本人同意なしに、関係機関内で必要な情報を共有し、対応を協議している。

④こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

- ・ 医療機関に対して、入院中の治療内容・再企図リスクアセスメント・退院後のリスクと支援方針等の情報提供を求めたことがあったが、提供が得られず地域支援が困難となった事例があった。
- ・ 私立学校は、校風や運営方針により連携のしやすさが異なる。校風によっては、問題が大きくなると退学もあり得るため、こどもや家族が支援の介入を拒否する場合もある。一方で、公的な支援に理解のある私立学校は連携がしやすい。
- ・ 虐待が顕在化しない事例では児童相談所の介入が得られにくいことがある。
- ・ 保護者に「教育はこうあるべき」という志向が強く、他者の助言を拒む傾向がある場合には支援が難しい。こども本人だけでなく、こどもとの関わり方を含む家族全体への支援が必要である。

(9) 宮城県岩沼市

① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 社会福祉課がこどもを含めた自殺予防に関する周知啓発や体制整備を行うほか、障害児者の自殺未遂を含む支援を担当している。
- ・ こどもの自殺未遂者支援など実際のケース支援やコーディネートはこども家庭センターが担当である。
- ・ こどもの自殺未遂の一報はこども家庭センターに入り、こども家庭センターが基本的に要対協を活用し支援している。
- ・ こども家庭センターは、小中学校と情報提供を適宜行っており、リストカットの相談があった等の情報が学校から直接こども家庭センターに入る。
- ・ 学校から支援要望があればこども家庭センターが家族支援等含めて行うが、今までは学校内でこのような事案があり対応したという情報提供が多い。
- ・ 連携する主な関係機関は、学校、警察、消防、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、また、「子ども第三の居場所」とひきこもり支援事業所を運営している民間団体などがある。
- ・ 連携する際のキーパーソンは、こども家庭センターの家庭支援係（要対協事務局）。保健師 2 名、相談員 3 名の体制で支援を行う。

② 関係機関と連携した支援・取組

(ア) 庁内の連携

- ・ こども家庭センターは、要保護・要支援児童の受理ケースに限らず、一般相談として経過観察が必要な家庭や障害のあるこども等に対して、学校などと連携しながら、問題の早期発見・早期対応を行っている。
- ・ こども家庭センターから消防に問い合わせ、救急搬送時の情報などを共有してもらう。

(イ) 庁外を含めた関係機関間の連携

- ・ こどもの自殺者未遂支援等のケースは基本的には、要対協に登録し支援しており、こども家庭センターが要対協の枠組のなかで学校、医療機関、警察、消防、「子ども第三の居場所」やひきこもり支援の事業所、民生委員等と情報共有を行い、連携して支援を行っている。民間団体等含め、自殺未遂者支援でかかわる関係機関も要対協に参画しているため、情報共有が可能である。
- ・ ケース会議にて、関係機関間で情報共有や支援の評価および検討のタイミングや内容を事前に決めている。主には自殺リスクが高まると想定される事象が起きた場合に、誰にいつどのように共有するか、どのような事象が起きたら支援方針について再検討するかを決めている。
- ・ 要対協の実務者会議を年 4 回開催するが、全体の会議後に 4 小学校区ごとのグループに分かれて協議を行い、校区単位で関係機関同士が情報共有などを行うことで、顔の見える関係性を構築している。
- ・ こども家庭センターもその小学校区ごとのグループ会議に参加しており、こども家庭センターの職員と関係機関との信頼関係も出来る。
- ・ 学校からは、情報提供書（要対協登録ケースに関する学校の様子）を月 1 回提出してもらう。

③こどもの自殺者未遂支援における工夫

(ア)こどもの思いに沿った支援の工夫

- ・ 気になるこどもや保護者がいる場合に、近況確認や連絡を行うツールとして LINE を活用する。
- ・ 自分のタイミングで利用できるのも、活用してもらいやすく、こどもも使いやすい。こどもから LINE を通じて SOS が来る場合もある。
- ・ 相談対応はセンター職員の勤務時間内であるが、深夜でもメッセージの履歴が残るため、翌朝の迅速な対応につながる。

(イ)保護者や家族支援における工夫

- ・ 保護者に障害がある場合には、社会福祉課とこども家庭センターが協働で対応する。

④こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

(ア)関係機関から提供してほしい情報

- ・ 医療機関には、治療状況や方針、本人の見立て、支援方針への助言や、自殺未遂者支援情報と関係機関へのつなぎを行ってほしい。
- ・ 学校からは、学習面、コミュニケーション能力、保護者との関係性、学校の支援内容・方針の情報や、リストカットや OD 等の情報と対応について情報提供してもらいたい。

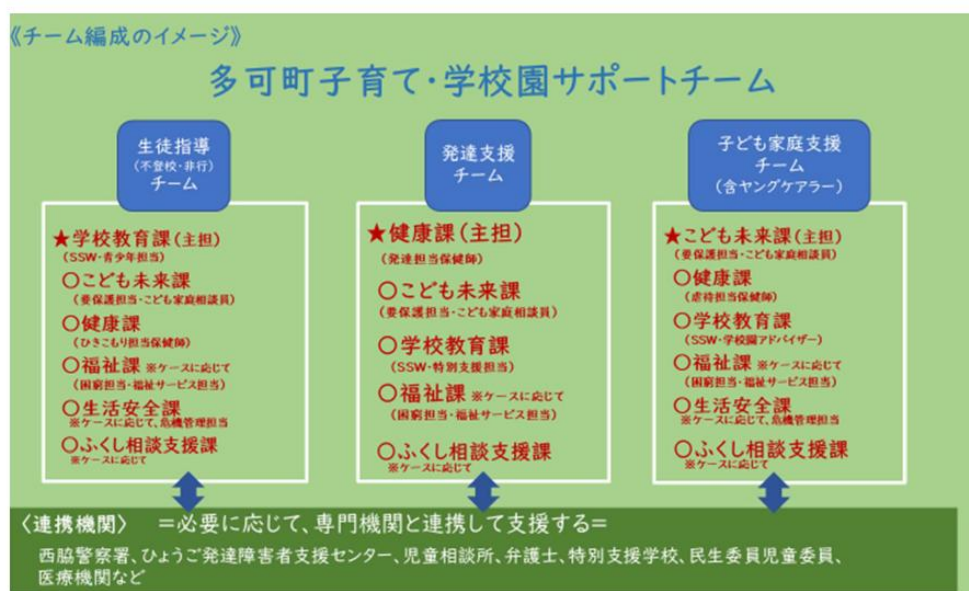
(イ)多機関連携の主な課題

- ・ 児童福祉部門と障害福祉部門で、関わる対象者（こども／保護者）により危険性や緊急性の認識に温度差が生じる。
- ・ 複数部署が関わる場合に、全体をコーディネートする難しさがあり、全体の支援方針の調整を誰かが担う必要がある。
- ・ 中学校卒業以降の支援が困難である。
- ・ 多機関連携を促進するために必要なこととしては、関係機関の見立ての共有、各機関のできることやできないことの整理、互いの業務内容の尊重。
- ・ 児童相談所には、自傷行為も含め、リスクの高いケースの場合には、一緒に支援をしていただきたい。
- ・ 警察・学校・医療機関と連携していきたいが、市単独で取り組むのは難しくも感じており、圏域でやれるとよい。

(10) 兵庫県多可町

① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 主な担当課は学校・教育委員会、こども未来課、健康課。
- ・ 小学生の重大事案を契機に、平成 30 年度より庁内の横断的な連携の強化を狙い、「多可町子育て・学校園サポートチーム」（以下「学校園サポートチーム」）を立ち上げている。（構成は下図参照）
- ・ 学校で自殺を示唆する事案等があった場合は、教育委員会（学校教育課）が窓口となり、学校園サポートチームに共有し、庁内横断で対応する。
- ・ こども未来課は、こどもの自殺未遂等の背景に家庭の課題がある際に対応。こども本人への面談や一時保護の要否に関して児童相談所と連携して対応する。
- ・ 健康課は医療機関への受診調整、主に保護者支援を担うことが多い。



(出典) 多可町提供資料

② 関係機関と連携した支援・取組

(ア) 庁内の連携

- ・ 学校園サポートチームで情報共有し、早期から教育委員会・こども未来課・健康課が同席のもと学校への聞き取りを行い、支援方針の検討を行う。
- ・ 学校園サポートチームの要綱で、要対協登録ケースでなくても、参加機関間で個人情報を共有できるようにしている。

(イ) 庁外を含めた関係機関間の連携

- ・ 町外医療機関へのアプローチは、自治体単独では難しいため、保健所単位でも動いてもらえるよう働きかけている。
- ・ 若年者の自殺が多い時期もあったことから、平成 27 年度より「若年者連携連絡会議」を設置し、関係機関間でそれぞれが抱える困難や課題感も含めた情報共有、役割の理解と分担を協議し、ネットワークづくりをしている。

- ・ 学校園サポートチームに参画している庁内部署のほか、県立多可高校、保健所、ひきこもり相談支援センター、発達障害者支援センター、障害者相談支援センター、町のひきこもりの方向けの居場所の委託先、民生委員児童委員協議会、大学等の関係者など多くの関係機関が参画している。

③こどもの自殺者未遂支援における工夫

(ア)こどもの思いに沿った支援の工夫

- ・ 学校では教職員、不登校の場合には SSW が初期聴取をしており、こどもの思いを丁寧に拾ってくれている。
- ・ こどもの居場所や相談の場として、学校内のサポートルーム、適応指導教室、町内の居場所事業、民間のフリースクールなど、こどもの状態に合わせて落ち着ける場を探すようにしている。

(イ)保護者や家族支援における工夫

- ・ こども本人は受診希望に関わらず保護者が受診を拒否するようなケースでは、要対協ケースとして、こども未来課が児童相談所と連携し対応する。
- ・ 保護者が精神疾患などの問題を抱えている場合は、健康課が精神科に同行し、保護者にも医療的支援が必要かどうかの見立てをしてもらうなど、客観的に判断するようにしている。

④こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

(ア)関係機関から提供してほしい情報

- ・ 最低限必要な情報は、緊急度の評価に関する情報、傷の状況（程度・場所など）、本人が思い詰めている度合い。過量服薬（オーバードーズ、OD）やリストカット、具体的な行為の準備の有無・程度も重要な判断材料。
- ・ そのほか、こどもの発達特性、生活背景など、可能な限り多くの情報があると相談につながりやすく、必要な対応の検討が進めやすい。

(イ)多機関連携の主な課題

- ・ 担当者の異動により、ネットワークが形骸化しやすい。
- ・ 複数機関が関わる際に、どこがケースワークの主導を担うかが不明瞭になりやすく、主導機関の明確化が課題。

(11) 北海道枝幸町

① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 保健福祉課保健予防係（以下、保健予防係）が自殺対策の担当である。
- ・ 小中学校で生じた自殺未遂等に関する事案は、教育委員会に情報が集約され、教育委員会が会議招集・情報集約・調整を実施する。
- ・ 高校生の事案は、教育委員会を介さず、学校から保健師へ直接相談が入る。この場合には、保健予防係が主に他機関との連携・調整を担う。
- ・ こどもの自殺未遂者支援での主担当は、ケースバイケースであるが、主には、小中学校事案では教育委員会、高校事案では保健予防係が調整を担う。
- ・ 保健所は遠方であるので、支援に困った時に相談し、後方支援として関わってもらう。
- ・ 町内に精神科がなく、最寄の精神科は1時間半程度、思春期対応ができる医療機関は3時間程度と遠方。町外の小児科に発達に関する相談でつなげる場合もあるが、予約がなかなか取れない。また、町内の小児科は出張医（固定医ではない）のため、受診につなげにくい。
- ・ 町の自殺対策のゲートキーパー養成研修の講師や、高校生対象のこころの健康講座を依頼している大学教授（公認心理師）と連携。判断に悩む未遂事例について、対応方法を相談している。
- ・ 保健師が医療や保健所へ橋渡しをするとともに、学校・家庭と直接やり取りすることもある。
- ・ 中学校の校長は自殺予防対策実行委員会に毎年輪番で参加しており、相談しやすい関係が構築されている。
- ・ こどものケースは、搬送まで至らない未遂が多いこともあり、把握した学校から町に連絡が来ることが多い。

② 関係機関と連携した支援・取組

(ア) 庁内の連携

- ・ 自殺未遂ケースに関わらず、気になるこどもについて教育委員会から情報共有会議の招集があり、要対協登録の有無に関わらず、庁内で協議している。

(イ) 庁外を含めた関係機関間の連携

- ・ 自殺未遂対策会議を設置しており、病院、警察、消防、保健部署が参加。
- ・ 自殺予防対策実行委員会（年6回）を平成24年から開催。学校、教育、消防、警察、弁護士、相談機関等が参加し、啓発・研修を軸に、協議している。
- ・ 町外の支援者との情報共有は保護者の同意取得の上、会議冒頭で守秘を確認し、目的（本人支援）を共有したうえで実施している。

③ こどもの自殺者未遂支援における工夫

(ア) こどもの思いに沿った支援の工夫

- ・ 高校3年生の事例で、高校が自傷行為を把握し、対応に困り町の保健師に相談が入った。在学中は養護教諭が支援していたが、卒業後の支援について学校が危惧していた。
- ・ 卒業半年前から、保健福祉課の保健師と教員で情報共有・支援方針の協議をして、卒業後も保健師に相談することができるようにした。

- ・ 家庭問題や OD、発達特性等の複数の困りごとを抱えており、前述の大学教授との面談を設定し、状態像の見立てと方針を学校と町とで共有した。
- ・ 保健予防係で運用している LINE 相談のアカウントを活用して本人と連絡を取り、本人の希望に応じて相談対応を行うなど、**本人の思いを傾聴する時間を確保**。
- ・ こどもの気持ちが安定しないうちに転出する場合は、支援が途切れないように、転出先の関係機関や支援団体など、**こどもに関わる様々な機関と情報共有したり、支援の方向を伝えることが重要**。

(イ) 保護者や家族支援における工夫

- ・ 高校3年生の事例では、こども本人の状況に関する母親の危機感が低く、スクールカウンセラーと町の保健師が母親と三者で面談を行ったこともある。母親に支援の必要性を理解してもらうという点で、第三者の専門的視点からの意見を言うってもらうことは一定有効である。
- ・ こどもと保健師が信頼関係を構築することで、徐々に親子関係の改善がみられた。

④ こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

- ・ 医療機関が遠方であるため、受診のハードルが高い。
- ・ 学校が多いため、学校によって判断が違う面がある。特に小学校は自殺予防対策実行委員会に参加しておらず、役場から離れた学校になると状況が見えず、学校が抱え込む懸念がある。
- ・ 地域の居場所の情報の整備と紹介体制の構築を進めたい。18 歳以降も自立までの間に生きづらさを話せる地域の居場所が必要である。困ったらそこに行けばよいと思えるだけでも精神的な安定につながる。

(12) 岡山県倉敷児童相談所

① こどもの自殺未遂者の支援体制

- ・ 児童相談所としては、自殺未遂や自傷の事案については、通常の虐待対応の中で支援を行うこととなる。調査の過程でメンタル不調が明らかになった場合は、早期に医療機関につないでいる。
- ・ 岡山県には思春期病棟を有する岡山県精神科医療センターがあり、同センターの医師が嘱託医であるため、必要時に早めに医療につなぐことができ、連携しやすい。
- ・ 自殺未遂等の事案発生時は、岡山県精神科医療センターが急性期対応を担い、児童相談所は病状が落ち着いた段階で定期面接等により安定を図るという役割分担を行うことが多い。
- ・ 明確には決まっていないが、相談の入口が岡山県精神科医療センターの場合、同センターの精神保健福祉士（PSW）が関係機関連携の調整の中心となる。学校等からの通告で児童相談所が支援の入口となる場合は、児童相談所が連携のための中心的な役割を担うことが多い。

② 関係機関との連携の工夫

- ・ 市町村が企画する自殺対策に関する研修や、岡山県精神科医療センターが開催するこどものメンタルヘルス等に関する研修に参加し、職員のスキルアップや関係機関との顔の見える関係の構築を図っている。

③ こどもの自殺者未遂支援における工夫

- ・ 18歳を迎える場合は、市町村の障害福祉や精神保健の担当部署など、支援者との顔つなぎをしていく。
- ・ 岡山県精神科医療センターと児童相談所で支援していた高校3年生事案では、地域活動支援センター I 型につなぎ、18歳以降の継続支援を調整した。

④ こどもの自殺者未遂支援の促進にむけて

- ・ 自殺未遂者等の支援においては、医療機関主導での支援になりやすく、児童相談所としては主体的なケースワークを行いにくい。
- ・ 児童相談所としては、医療機関につなぐ対応が中心となり、児童相談所としてのスキル・ノウハウが蓄積しにくい。
- ・ 児童心理司は慢性的に人材不足で、虐待対応が優先されるため、自殺未遂者の支援は後手に回りやすい。
- ・ 児童相談所の一時保護所は混合処遇であるため、メンタル不調のあるこどもが落ち着いて休める環境とは言えない。メンタル不調のある児童が安心して過ごすことのできる場の確保、創出が必要である。

8 国内事例調査結果

(1) 調査方法

国内における自殺未遂者支援に係る関係機関連携のための情報共有ツール等についての先行事例を把握するため、デスクトップ調査を行った。

<掲載事例>

自治体	ツール
柏崎市	児童生徒からの聞き取りシート
福岡県	若年者用精神科医療機関紹介時のスクリーニングシート
姫路市	未遂者連絡表
彦根市	相談窓口連絡表
長野県	子どもの自殺危機対応チーム支援要請申込フォーム
青森県	こども・若者の自殺危機対応チームのアセスメントシート・支援計画シート

事例として記載した情報共有ツール等について、記載内容等を以下のとおり一覧化した。

関係機関連携のための情報共有ツールの概要⁶

		柏崎市	福岡県	姫路市	彦根市	長野県	青森県
	対象	児童生徒	若年者	未遂者	未遂者（病院・警察・消防）	自殺リスクのあるこども	自殺リスクのあるこども・若者
	記入者	学校	救急医療機関	救急医療機関・二次救急	病院 / 警察・消防	支援要請機関	支援要請機関
	連携先	市（思春期サポートチーム）	精神科医療機関	保健所・保健センター	市・精神科クリニック	子どもの自殺危機対応チーム	子どもの自殺危機対応チーム
受付情報	ID・NO			○ NO			
	初回相談受付日	○		○ 記載日	○ 来院日時	○	○
	受付者情報	○ 報告者		○ 記載者名、所属			○ 記載者職氏名・連絡先
	学校名	○ 学校名、教員、クラス				○	○
相談者の基礎的情報	氏名、性別、生年月日、住所、電話		○	○	○	○	○ 電話番号はなし
	来院日			○			
	家族構成			○ 自由記載	○ 婚姻状況	○	○
	同居状況			○ 同居の有無、連絡先	○	○	
	職業			○ 自由記載	○ 有無	○	○
	保険			○ 自由記載			
	生活保護				○ 受給、無等をチェック		
	生活保護				○ 受給、無等をチェック		
同伴者の情報		相談者氏名、関係、連絡先			○ 連絡先として住所も		○ キーパーソンの氏名、関係、連絡先等
相談内容	相談内容・主訴	○ 自由記載				○	○
	既往			○ 精神疾患の既往の有無、病名、通院歴の有無	○ 精神科受診歴の有無、医療機関名、主治医、診断名		△ 家族歴・本人成育歴
	経緯	○ 起こった事実と学校としての対応に分けて自由記載		○ 自殺企図の背景（動機）をチェック	○ 経過と対応、その他、救急搬送、家人搬送、自力来院、その他などもチェック		○
自殺リスクアセスメント	自殺行動歴	○ 自傷行為など	○	○	○ 有無、回数等	○	○
	自殺念慮		○	○ 有無をチェック	○ 救急受診時と現在	○	△ リスクに関する「状況」・「発言」・「行動」の情報
	危険因子		○	○		○	○
	入院の有無			○ 入院期間も併記			
	企図手段			○ チェック	○ チェック		
	家族の事実の認識	○					
	虐待の可能性	○					
	帰宅させる危険性	○					
	危険性の判断	○ 心配の程度：高・中・低					○ 高・低・判断不能
	転帰			○ 退院後の在宅、転院などチェック	○ 帰宅、入院、精神科転院、身体科転院、死亡		

⁶ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社「自殺対策における地域連携促進方策（連携パスとツール）について」（2024年）を参考に作成

(2) 事例

①自殺未遂者・自傷行為等のあるこどもの支援のための情報共有ツール

(7) 柏崎市

柏崎市では、教育委員会が「児童生徒からの聞き取りシート」を作成し、自傷行為や自殺のほ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している。

学校名や学年、本人の状況と併せて、起こった事実や学校として行った対応、支援希望の有無等について自由記述で具体的に記載する。学校から提出されたシートは、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の5つの課で構成される「思春期サポートチーム」で共有し、ケースに応じた介入支援を行う⁷。

柏崎市「児童生徒からの聞き取りシート」

関係者以外外部秘 「児童生徒からの聞き取りシート」 (自傷行為・自殺ほ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・)
本人の状況 ★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。 (自殺をほめめかす言葉等、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	

⁷ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究事業報告書」(2024年)

(1) 福岡県

福岡県では、「福岡県自殺未遂者支援マニュアル」の中でスクリーニングシートを作成し、自殺未遂で救急搬送された患者の心理状態や危険因子等について救急医療機関から精神科医療機関に共有するためのツールとして活用している⁸。

福岡県「若年者用 精神科医療機関紹介時のスクリーニング・シート」⁸

○ 若年者用 精神科医療機関紹介時のスクリーニング・シート

1 年齢	性別	⇒ Se, A
2 自殺企図（今回）		
☐ 自殺企図後（死にたいという気持ちがあった）		
☐ 疑い（自殺企図であった可能性がある）		⇒ P, O
過去の自殺企図歴	☐ あり ☐ なし ☐ 未確認	
3 薬物（危険ドラッグや有機溶剤を含む）の使用、アルコール摂取状況（ ） ⇒ E		
4 生活状況		
a. 家族の状況		⇒ So, N
両親（祖父母）との関係、両親の関係・単身赴任の有無、家族の自殺歴など		
b. 学校等での状況		
友人の有無や関係、生育歴や学校での状況にみられる発達上の問題（可能性）、部活・サークルなど		
c. 経済状況		
両親の経済状況、アルバイトをしているか など		
5 身体状況		
身体的問題があるか、日常生活動作がどの程度可能か、リハビリテーションが必要かなど ⇒ Si		
6 精神症状 精神科・心療内科などの受診歴 ☐ あり ☐ なし		
問題となっていること（ ）		
☐ 精神病症状		⇒ R
☐ うつ症状	☐ 躁症状	⇒ D
☐ 不安		
☐ 薬物の問題	☐ アルコールの問題	⇒ E

⁸ 福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室「福岡県自殺未遂者支援マニュアル」（2015 年）

②成人を含む自殺未遂者の支援のための情報共有ツール

(7) 姫路市

姫路市では、救急救命センターおよび二次救急の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している。

(原則は個人情報提供の同意を得られたケースのみ)

連絡表の主な記入者は医療ソーシャルワーカー（MSW）またはPSWで、面接状況欄に記載されたアセスメント内容を参考に支援内容の検討を行う。提出された連絡表は保健所で確認し、保健所から患者へ直接連絡を取る形で支援を行う⁹。

姫路市「未遂者連絡表」¹⁰

No. _____		未遂者連絡表		記載日 年 月 日	
(別紙 自1)					
取扱注意					
フリガナ					
患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	職業	
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	☐ 有 ☐ 無			
	入院期間	平成	年	月	日 ~ 年 月 日
今回の未遂行為	未遂行為	☐ 薬物 ☐ 毒物 ☐ 首つり ☐ 飛び降り ☐ 減炭 ☐ リストカット			
		☐ その他 ()			
	過去の未遂歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明			
	未遂行為の背景	☐ 家族問題 ☐ 健康問題 ☐ 経済生活問題 ☐ 勤務問題 ☐ 男女問題 ☐ 学校問題			
		☐ 不明 ☐ その他 ()			
	自殺念慮	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明			
	その他の危険因子				
医療の状況 (精神科領域)	精神疾患	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 病名:			
	通院歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 医療機関名:			
生活状況	家族	☐ 有 ☐ 無 (続柄 同居 ☐ 有 ☐ 無) 連絡先:			
	家族構成				
退院後について	在宅	☐ 有 ☐ 無 (病院名:)			
	診療所紹介	☐ 有 ☐ 無 (医院名:)			
情報提供の同意の有無	保健所案内	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明			
	案内方法	☐ リーフレット ☐ 口頭 ☐ 文章 ☐ その他 ()			
	本人の同意	☐ 有 ☐ 無 その他 ()			
	家族の同意	☐ 有 (氏名: 続柄:) ☐ 無 その他 ()			
面接状況 ・日時 ・場所 ・面接者 ・被面接者 ・本人の思い ・家族の思い ・再会期待 ・問題点等 ・指導内容 ・アセスメント ・今後の計画					
保健センター・分室への連絡 ☐ 済 (/) ☐ 未					
記載者:		病院 所属		氏名	
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 ☐ 他機関へ情報提供 ☐ その他 ()					

⁹ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究事業報告書」（2024年）

¹⁰ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「【別冊】情報連携におけるツールの紹介」（2024年）

(イ) 彦根市

彦根市では、病院用と警察・消防用の2種類の連絡票を作成し、それぞれ自殺未遂で搬送された患者を精神科クリニックにつなぐことと、警察等が把握している自殺未遂者の情報を市に共有し、早い段階から介入できるようにすることを目的として活用している。

連携表の主な記入者は看護師やMSW等の病院の相談員で、自殺未遂の理由などの詳細について経緯・対応内容欄に記入する¹¹。

彦根市「自殺未遂者相談窓口連絡票」¹²

病院用	
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)	同居者
氏名: (続柄:)	無
住所:	有 (人)
連絡先:	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 入院 ③ 転院 (精神科) ④ 転院 (身体科) ⑤ 死亡	
【希死念慮】	
救急受診時: 無 ・ 有 ・ 不明 現在 (連絡時): 無 ・ 有 ・ 不明	
【経過と対応、その他】	
【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:	

¹¹ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究事業報告書」(2024 年)

¹² 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「【別冊】情報連携におけるツールの紹介」(2024 年)

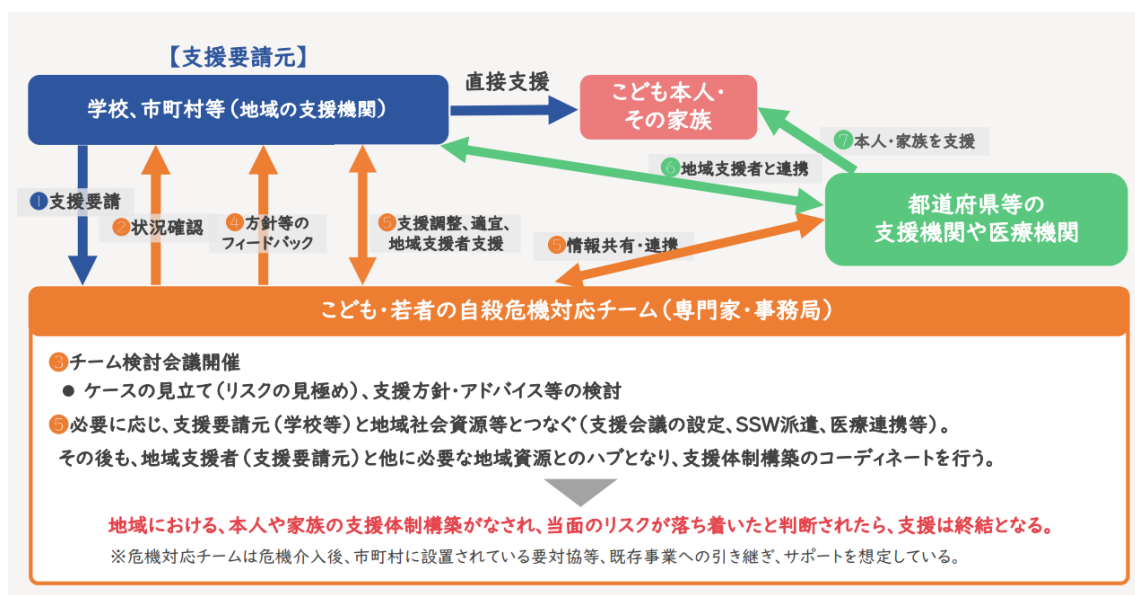
③「こども・若者の自殺危機対応チーム」事業（厚生労働省）

こどもの自殺対策にあたっては、特に学校（教育委員会等）と地域（基礎自治体や保健所、医療機関等）の連携が大きな課題となっており、地域には様々な分野の自殺対策の専門家がいるにもかかわらず、学校と地域との連携体制が整っていないために結果としてこども・若者に大して専門的な支援を行うことができていないケースも少なくないとされる。

「こども・若者の自殺危機対応チーム」事業は多職種の専門家（精神科医、心理士、保健師、精神保健福祉士、弁護士等）で構成するこども・若者の自殺危機対応チームを自治体に設置することにより、地域の支援者のみでは対応が困難なケースに直面したとき、専門家の助言や直接支援（緊急時等、必要に応じて）を速やかに受けられるようにすることを目的に実施されている。

事業が開始された令和5年度には長野県、福井県、大阪府、静岡市の4自治体がチーム事業を開始し、令和6年度にはさらに12自治体が事業を実施している¹³。

「こども・若者の自殺危機対応チーム」の支援体制イメージ図¹³

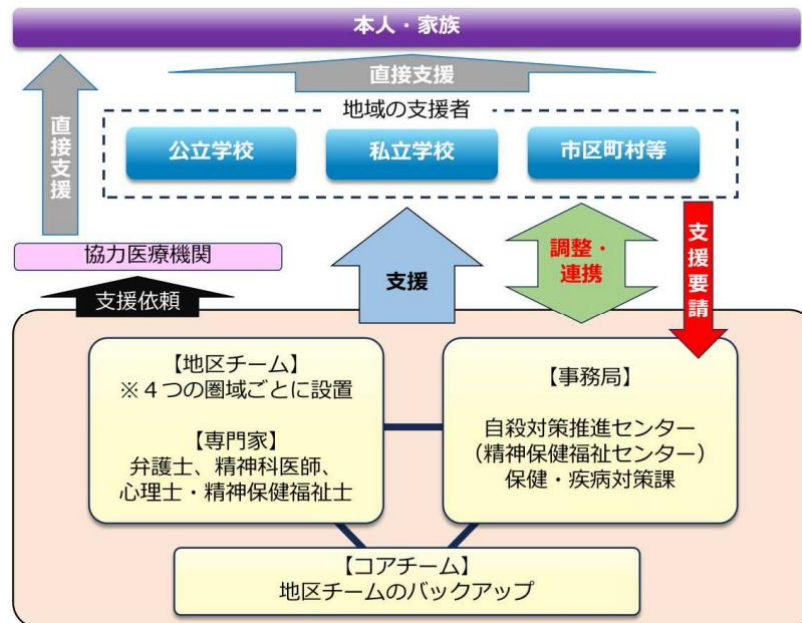


¹³ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター「『こども・若者の自殺危機対応チーム事業について』（2024年）」

(7) 長野県

長野県ではこども・若者の自殺危機対応チーム事業の開始に先駆け、令和元年に「子どもの自殺危機対応チーム」を設置した。チームは全県1つの「コアチーム」と、4つの圏域ごとに設置された「地区チーム」に分かれており、コアチームは主に地区チームのバックアップや事例分析、地区チームは支援要請のあったケースの地域支援機関に対する支援を担っている¹⁴。

長野県子どもの自殺危機対応チームの支援の流れ¹⁴



¹⁴ こども家庭庁「こどもの自殺対策について（2024年11月26日）」

チームへの支援要請にあたっては、支援要請機関が電子申請システムより支援要請シートをダウンロード、必要事項を入力の上、再度電子申請システムで子どもの自殺対応チーム事務局に提出する。

長野県子どもの自殺危機対応チーム支援要請申込フォーム¹⁵

		受付番号				
		受付日				
子どもの自殺危機対応チーム 支援要請シート						
☐ 欄は該当する項目に「○」を入力		作成年月日 所 属 職名・氏名 電話番号 電子メール				
ふりがな 氏 名		性別	生年月日	歳		
現住所			電話番号			
所 属 (学校・職場)		課 程 (高校のみ選択)	学 年			
職 歴 (アルバイト除く)						
家族 構 成	氏 名	性別	続柄	年齢	同居・別居	支援機関 ○は主担当機関
						機関名(医療機関の場合は診療科名も明記)
						担当者
支援要請に 至った経緯 いつ、誰が、 何を、どのよ うに	日付	内容				
自殺 関 連 エ ピ ソ ー ド	自殺のほのめかし	☐ なし ☐ あり		左記の具体的な時期、頻度、手段、持続性等		
	自殺の計画	☐ なし ☐ あり				
	自殺の準備	☐ なし ☐ あり				
	自殺未遂歴	☐ なし ☐ あり				
	自傷行為	☐ なし ☐ あり				
自殺 の 危 険 度	☐ 1	自殺の危険性がない				
	☐ 2	軽度:希死念慮、もしくは一時的な自殺念慮がある ※希死念慮:漠然と死にたい気持ちはあるが自殺は考えていない 自殺念慮:自殺という手段で死にたい気持ち				
	☐ 3	中等度:持続的な自殺念慮はあるが具体的な計画は立てていない (過去の自殺企図歴、持続的自殺念慮がある、支援を求めている等)				
	☐ 4	高度:自殺の具体的な計画を立てている (過去の自殺企図歴、持続的自殺念慮かつ具体的な自殺計画の言語化、将来への絶望感、支援を拒絶等)				
	☐ 5	重度:自殺が差し迫っている (複数回の自殺企図歴、自殺企図直前もしくは直後、遺書がある、支援を拒絶等)				

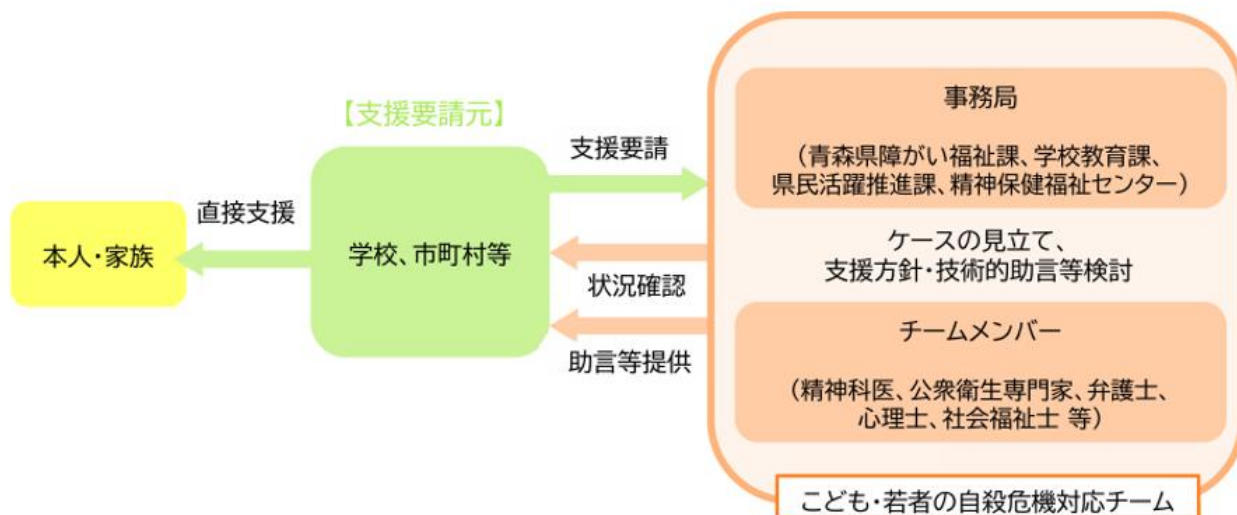
¹⁵ ながの電子申請サービス（長野県）「子どもの自殺危機対応チーム支援要請申込フォーム」[URL: https://apply.e-tumo.jp/pref-nagano-u/offer/offerList_detail?tempSeq=34647 （2026年3月20日最終閲覧）]

本人の状況	身体面(障害、診断、疑い、発達の遅れ、知能検査等)	性格(心理)面
	対人関係(教師、上司、友人、同僚、家族との関係)	登校(出勤)状況・学業等 (進路・成績の悩み等を含む)
家族状況	※家族との関係、家族・家庭の状況等	
<その他特記事項>		
【子どもの自殺危機対応チームへの依頼事項、助言してほしい事項等(具体的に)】		

(イ) 青森県

青森県では令和6年度からこども・若者の自殺危機対応チーム支援事業を実施している。自殺のリスクを抱えるこども・若者を支援する学校や市町村等の支援者に対して、医療や法律等の専門家チームを派遣し、支援を行っている¹⁶。

青森県こども・若者の自殺危機対応チーム 支援の流れ¹⁶



¹⁶ 青森県「こども・若者の自殺危機対応チーム支援事業」[<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/seifuku/files/ti-mutirashi2.pdf> (2026年2月6日最終閲覧)]

青森県立精神保健福祉センターに置かれる運営事務局は、必要に応じて、支援者に対しアセスメントシートによる調査や、支援計画シートの作成を求めることが出来る¹⁷。

青森県こども・若者の自殺危機対応チーム 支援の流れ¹⁷

(様式2)

アセスメントシート					作成日： 年 月 日		
本人	ふりがな				作成者	所属	
	氏名					職・氏名	
	H	年	月	日生		電話	
	R	(歳	カ月)	男女		メール	
住所							
所属 (学校)		(学年 年・卒・中退)		所属 (学校外)			
診断・治療				障がい			
家族構成	続柄	氏名		年齢	職業・所属・健康状態・関係性 等		
ジェノグラム				家族歴・本人生育歴			
				年月(本人年齢)	出来事		
				年 月()			
主たる支援機関				支援に関与している機関・職種			
機関名				学校	教職員		
担当氏名					S C		
電話					S S W		
メール					その他		
キーパーソン				市町村	課・担当		
氏名				児童相談所	課・担当		
続柄				福祉事務所	課・担当		
連絡先				医療機関	科・担当		
役割・関係性				その他機関	担当		

¹⁷ 青森県「青森県こども・若者の自殺危機対応チーム支援事業実施要綱」（2025年7月28日最終閲覧）

本人の状況	学業・学校生活（成績・出席・部活動等）		家族関係・友人関係（コミュニケーション能力等）	
	性格・行動特性（衝動的・完璧主義・怖がり等）		問題行動（自殺念慮前に指導を要したこと等）	
年 月 日		主な支援の経過（誰が、いつ、何を、どのように）		
自殺リスクに関する具体的情報【緊急度： 高 ・ 低 ・ 判断不能】				
状況 (〇〇で追い詰められている、等)				
発言 (「もう消えたい」と話した、等)				
行動 (〇日前に〇〇をした、等)				
自殺に至らずに済んでいる保護要因（強み、人、物、事など）				
本人の意向・ニーズ			保護者の意向・ニーズ	
支援者の意向・支援方針			危機対応チームに要請したい支援	
特記事項				

(様式5)

支援計画シート 作成日： 年 月 日

本人	ふりがな			作成者	所属		
	氏名				職・氏名		
	H	年	月		日生	電話	
	R	(	歳		カ月)	メール	
住所							
所属 (学校・学年)		(学年 年・卒・中退)		所属 (学校外)			
本人(家族)の 意向							
支援方針							
ジェノグラム・エコマップ							
安定維持のために	本人がすること	本人のコーピング					
	誰かにして欲しいこと	配慮して欲しいこと、頼りたいこと					

不調のサイン時に	サイン	対応者	すること
	状況 発言 行動	機関 担当者 連絡方法	
緊急時に	行動	対応者	すること
		機関 担当者 連絡方法	
長期的に	本人が実現したいこと		
	誰かにして欲しいこと	機関・担当者・対応	
その他			

9 海外事例調査概要

(1) 調査方法

①調査目的

海外における自殺未遂者支援（成人期、こども・若者世代への取組を含む）に係る関係機関連携の実態および連携にあたって活用されている支援ツール等について取組事例を把握するため、3か国を対象に海外事例調査を実施した。

②調査対象

本調査では、自殺率が減少傾向にあったり、低い水準で推移し続けたりしている国を中心に、英国、フランス、フィンランドの3か国を調査対象とした。

(7) 人口

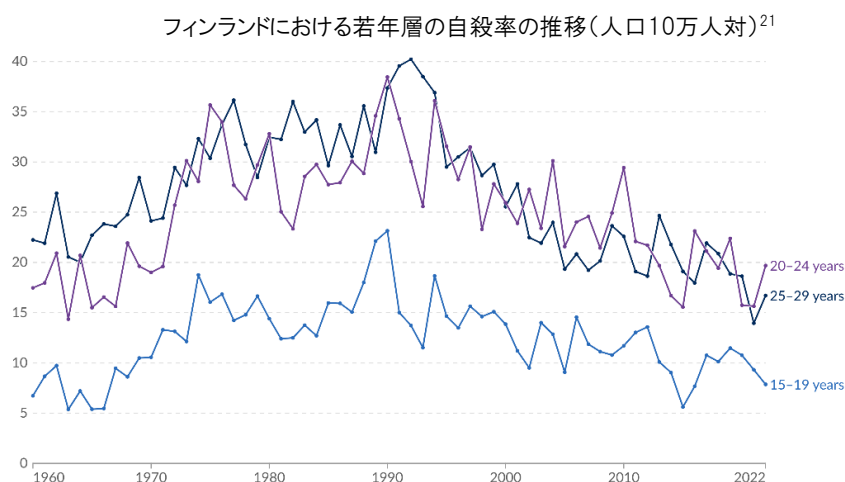
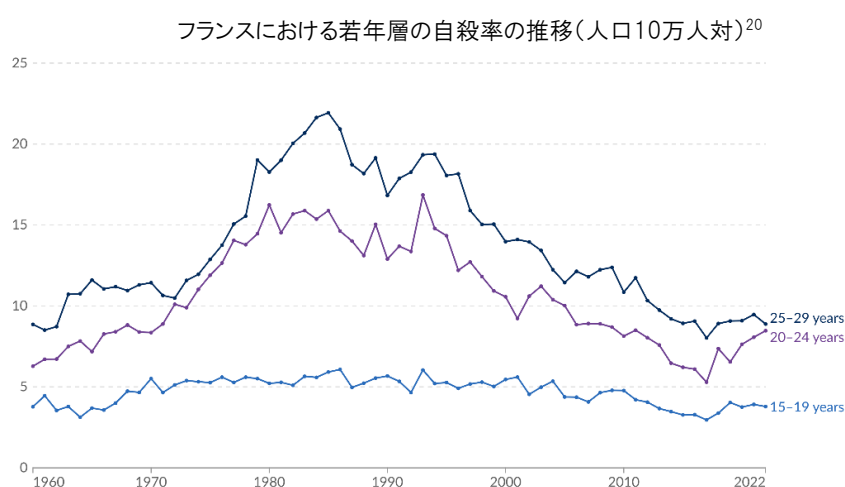
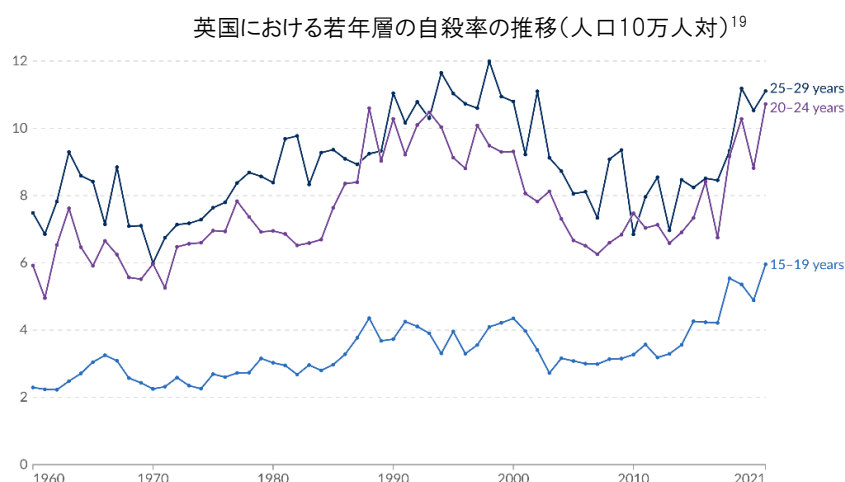
調査対象国の年齢別の人口構成は以下のとおり。

	英国(2024. 6 現)		フランス(2025. 1 現)		フィンランド(2024.12現)	
	人口	割合	人口	割合	人口	割合
合計	69,281,437人		68,611,000人		5,635,971人	
0～19歳	15,884,450人	19%	15,735,000人	22%	1,140,975人	24%
20～64歳	40,235,321人	58%	37,952,000人	55%	3,166,179人	56%
65歳～	13,161,666人	23%	14,924,000人	23%	1,328,817人	20%

(1) 自殺率

調査対象国の若年層の自殺率（対人口10万人）の推移は以下のとおり¹⁸。

¹⁸ Our World in Data, “Reported suicide rates among young people” [URL: <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?time=1960..2022&uniformYAxis=1&country=JPN~GBR~FRA~FIN>]. (2026 年 1 月 21 日最終閲覧)]

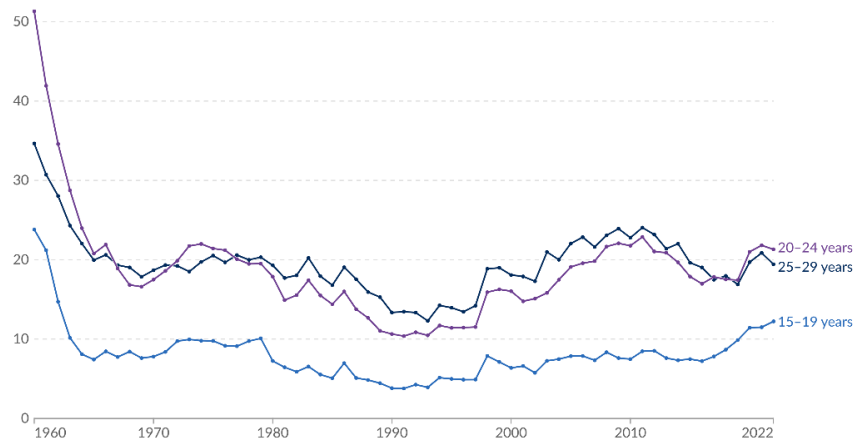


¹⁹ Our World in Data, “Reported suicide rates among young people, United Kingdom”
[URL:<https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?time=1960..latest&country=~GBR>, (2026 年 2 月 8 日最終閲覧)]

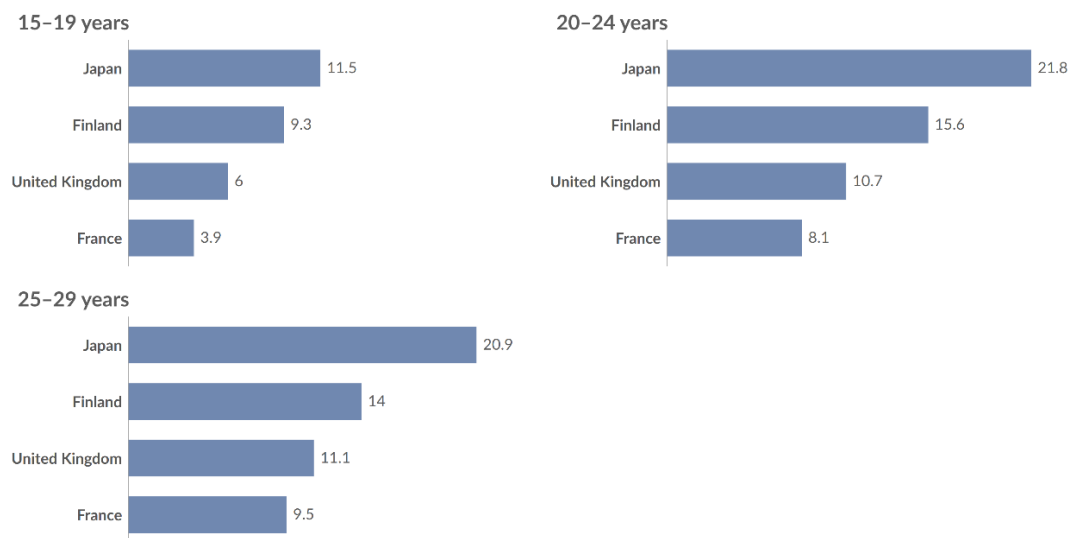
²⁰ Our World in Data, “Reported suicide rates among young people, France”
[URL:<https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?time=1960..latest&country=~FRA>, (2026 年 2 月 8 日最終閲覧)]

²¹ Our World in Data, “Reported suicide rates among young people, Finland”
[URL:<https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?time=1960..latest&country=~FIN>, (2026 年 2 月 8 日最終閲覧)]

日本における若年層の自殺率の推移(人口10万人対)²²



調査対象国および日本における2021年の若年層の自殺率(人口10万人対)²³



²² Our World in Data, "Reported suicide rates among young people, Japan"
[URL: <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?time=1960..latest&country=~JPN>, (2026年2月8日最終閲覧)]

²³ Our World in Data, "Reported suicide rates among young people, 2021"
[URL: <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rates-among-young-people-who-mdb?tab=discrete-bar&time=2021&facet=metric&uniformYAxis=1&country=JPN~GBR~FRA~FIN>, (2026年2月8日最終閲覧)]

(2) 調査結果概要

実施した調査のうち、こどもの自殺未遂者等を支援する際の関係機関の取組と、活用されているツール等の概要は以下のとおり。

	イギリス	フランス	フィンランド
こどもの自殺未遂者を支援する際 の関係機関連携の 取組概要	● ガイドライン「こどものセーフガード のための連携 2023」 ➢ こどもの保護のための多機関連 携のあり方を政府が規定 ➢ 警察、地方自治体、医療機関の3 者を中心的な役割を担う法定 連携パートナーとして定義 ➢ 法定連携パートナーは、地域ごと に教育機関、こどもソーシャル ケア機関、司法機関などの多機 関の「保護体制」を設計・運営 する ➢ 多機関連携体制の中では、情報共 有のほかリスクに関する共同 評価、介入、予防、研修等を実 施する ● 「ミルトン・ケインズ 学校メンタ ル・ヘルス・サポート・チーム」 ➢ イングランドのミルトン・ケイン ズ市における取組	● 地方保健機関による行動計画 ➢ こどもの自殺未遂者支援は保健 総局が戦略を策定し、地方保健 機関がその実施にあたる ➢ 地方保健機関は行動計画を策定 し、医療、学校、NPO、司法な どの関係者に周知をはかり、そ の運用を行う ➢ 関係機関として、自治体、教育機 関、青少年・ボランティア活動・ スポーツに関する県の担当部 署、学校スポーツ協会、青少年 司法保護地域局、医療機関、 PTA・NPO などの地域団体等を 想定 ● 「VigilanS 制度」 ➢ 2015 年にオー＝ド＝フランス県 で創設された多機関連携によ る自殺未遂者支援体制（現在は 保健省の主導によりフランス 全域で展開）	● 治療ガイドライン「Käypä hoito」 ➢ こどもに限定されない自殺未 遂者の対応方針等について フィンランド医師会が規定 ➢ 医学的観点を踏まえたガイド ラインのほか、リスクアセ スメントや治療、アフター ケアの方法等についても記 載されている ➢ 患者へ関係機関の紹介等につ いても規定

	イギリス	フランス	フィンランド
	➤ メンタルヘルスに係る問題を抱えたこどもについて、保護者や医師、教員などから情報共有を受けたサポート・チームが連携して介入 ➤ 国民保健サービスの地域の実施団体がサポート・チームの運営を担う ➤ 専門家と学校の連携による早期介入と深刻化の防止を目指す	➤ 地域保健機関が運営主体となって医療専門家のネットワークチームを構築 ➤ チームには精神科医、看護師、心理カウンセラー、ヘルスケアマネージャー、ソーシャルワーカーなどが配置 ➤ 自殺未遂者の緊急搬送段階からコーディネーションチームを中心に関係機関で情報共有 ➤ 退院後も緊急時の対応等に備えた多職種連携の体制を構築し、未遂者には定期的なコンタクトを行う	
活用されているツール等	● 「ミルトン・ケインズ自傷ツールキット」 ➤ ミルトン・ケインズ市において開発・公表されたツールキット ➤ こどもの自傷行為を発見した際の対応方針の策定や秘密保持の方法、報告・連携すべき関係機関等について明確化 ➤ 段階に応じたチェックリストや入力フォームを取りまとめ	確認できず	● 患者データの閲覧・共有「Kanta」 ➤ 患者自身が医療データを確認したり、医療従事者等が患者のデータを閲覧したりすることが可能 ➤ 緊急時は患者本人の同意なくデータ共有が可能

	イギリス	フランス	フィンランド
	▶ 用意されているフォームは初期 対応チェックリスト、リスクア セスメントフォーム、情報共 有・記録フォーム、外部機関紹 介・連携記録フォームなど		

1 0 海外事例調査結果

(1) 英国

① こどもの自殺未遂者の支援に係る関係機関連携の取組概要

(ア) ガイドライン「こどものセーフガードのための連携 2023」

英国政府は、こども・若者の自殺未遂者への支援を含む関係機関の連携について、ガイドライン「こどものセーフガードのための連携2023」を策定している²⁴。

同ガイドラインは、多機関によるこどもの保護を基礎としており、MASA（「多機関による保護措置」、Multi-Agency Safeguarding Arrangements）と呼ばれる、複数機関の連携による対応を規定している。このMASAでは、警察、地方自治体、医療機関の3者を中心的な役割を担うSafeguarding Partners（法定連携パートナー）として定義しているほか、教育機関、こどもソーシャルケア機関などの関係機関で連携して、自殺を含むリスクを有するこどもの情報共有、リスクアセスメント、対応に関するコーディネート等を実施する。また、司法機関なども含む、多機関による保護を前提としている²⁵。連携の具体的な取組は主に以下のとおりである。

- ・ Safeguarding Partners（法定連携パートナー）
 - 地方自治体、警察、医療・保健機関は「Safeguarding Partners」として法定の責任を持つ。
 - パートナーは地域ごとに「Safeguarding Arrangements（保護体制）」を設計・運営する。
 - 体制の中で、情報共有、共同意思決定などを行う。
- ・ 情報共有
 - こどもの安全確保のため、関係機関間で必要な情報を迅速かつ適切に共有することが義務付けられている。
 - 情報共有は、法的枠組み（Data Protection Act 等）に則り、プライバシーを尊重しつつ行う。
 - 共有すべき情報には、リスクアセスメント、過去の事例、家族状況などが含まれる。
- ・ 共同評価と計画
 - 虐待やリスクの疑いがある場合、関係機関が共同で評価（multi-agency assessment）を行う。
 - 必要に応じて「Strategy Discussion（戦略的協議）」を開催し、対応方針を決定。戦略的協議には原則として、地方自治体のソーシャルワーカー、医療従事者、警察の代表者が参加する。さらに、必要に応じて、仲介した実務家または機関、こどもまたは家族が受けている医療サービス、ケアサービス、学校または保育施設、若者・少年司法の実務家、メンタルヘルスの専門家、交通警察の代表者など当事者と関係のある機関の代表者も協議に参加する。

²⁴ HM Government, “Working Together to Safeguard Children 2023”

[URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6849a7b67cba25f610c7db3f/Working_together_to_safeguard_children_2023_-_statutory_guidance.pdf（2026年1月21日最終閲覧）]

²⁵ 同上

- 児童保護計画（Child Protection Plan）は、関係機関が協力して策定・実施。
- ・ 早期介入と予防
 - 問題が深刻化する前に、関係機関が連携して早期支援を提供する。
 - 家族やコミュニティと協力し、こどもと家庭の強みを活かす。
- ・ トレーニングと学習
 - 関係機関は合同でトレーニングや学習機会を設け、知識・スキルの向上を図る。
 - 連携の質を高めるため、定期的なレビューや評価を実施。

(イ) ミルトン・ケインズ 学校メンタル・ヘルス・サポート・チーム

ミルトン・ケインズ市では、「ミルトン・ケインズ学校メンタル・ヘルス・サポート・チーム」が、学校において、こどもたちの精神的な問題を早期に発見するための取組を進めている。国民保健サービスの地域の実施団体であるセントラル・アンド・ノース・ウェスト・ロンドンNHS財団トラストが、サポート・チームの運営を担い、軽度から中程度のメンタルヘルスに関わる問題を抱える5歳～18歳のこどもたちを支援する。具体的には、不安、気分の落ち込み、行動障害などの問題を抱えるこどもたちについて、保護者や医師、学校の教員などの関係者がGoogleフォームでサポート・チームに連絡し、専門家と学校が連携による早期介入と問題の深刻化の防止を目指す²⁶。

②活用されているツール等

(ア)「ミルトン・ケインズ自傷ツールキット」

イングランド南東部のミルトン・ケインズ市は、こども・若者の自傷に対応する「ミルトン・ケインズ自傷ツールキット」を開発し、市のウェブサイトで公表している²⁷。ツールキットの中では、子どもの自傷行為を発見した学校等が、どのような対応方針を策定し、どのように秘密を保持し、どの関係機関に報告するか、また、こども・若者精神保健サービス（CAMHS, Child and Adolescent Mental Health Services）などを含め、どの外部機関と連携するか等について明確化している。

また、職員への研修による対応方針の共有や、生徒向けの研修についても対応方針が記載されている。主な内容は以下のとおりである。

- ・ 自傷行為の定義と背景
 - 自傷行為の種類、理由・背景、危険因子などの基礎知識
- ・ 初期対応と評価
 - 自傷行為が疑われる場合の対応、リスクアセスメント、緊急対応の判断
 - 薬物の過剰摂取、意識不明、大量出血などの場合は、救急への通報を行い、保護者等に連絡する。
 - 医学的な緊急性がない場合は、ツールキットを用いた初期評価を実施
 - 自傷行為の背景に家族からの虐待など重大なリスクがある場合、多機関連携セーフガーディングハブ（Multi-Agency Safeguarding Hub）に紹介
 - 緊急性が低い場合であっても、当事者のこども・若者ととも「安全計画」を作成

²⁶ Milton Keynes City Council [URL:<https://www.milton-keynes.gov.uk/schools-and-lifelong-learning/support-and-advice-education-settings-during-covid-19/mental-health>]. (2026年2月2日最終閲覧)]

²⁷ Milton Keynes City Council [URL:<https://www.milton-keynes.gov.uk/health-and-wellbeing/healthy-young-peoples-network/children-and-young-people-prevention-and/milton>]. (2026年1月21日最終閲覧)]

- 必要に応じて、カウンセリングサービスなどと連携
- ・ コミュニケーションのポイント
 - こども・若者との対話方法、安心感を与えるためのアプローチ、保護者・家族への説明
- ・ 継続的な支援とフォローアップ
 - 支援計画の作成、定期的なフォローアップ、再発防止のための予防策
- ・ 地域リソース・専門機関への紹介
 - 地域の相談窓口、緊急時に連絡すべき専門機関、オンラインリソースなどの紹介
- ・ 教育・啓発資料
 - 学校向け資料、ワークショップ・研修、啓発キャンペーン

ミルトン・ケインズ自傷ツールキットには、情報共有、緊急時のチェックリストなど教育現場等による利用を想定した複数のフォームが含まれる。ツールキットに含まれる主なフォームは以下の通りである²⁸。

■ 初期対応チェックリスト（Immediate Response Checklist）

- ・ 概要
 - 自傷行為が発見された際に、現場で迅速かつ適切に対応するためのチェックリスト。
 - こどもの安全確保、怪我の程度の確認、落ち着いた声かけ、記録の開始など、初動対応のポイントを網羅。
- ・ 主な項目
 - 怪我の緊急性（医療機関への連絡が必要か）
 - こども・若者の安全な場所の確保
 - 落ち着いて話を聞く
 - 事実の記録（日時、場所、状況、本人の様子）
 - 保護者への連絡の要否
- ・ 想定利用機関
 - 学校内：担任、スクールカウンセラー、保健担当、児童保護責任者（Designated Safeguarding Lead）
 - 保護者・家庭
 - 医療機関（必要に応じて）

■ リスクアセスメントフォーム（Risk Assessment Form）

- ・ 概要
 - 自傷行為のリスクレベルを評価し、今後の対応方針を決定するためのフォーム。
 - 自傷の頻度・方法、精神的・社会的要因、自殺念慮の有無などを記録。
- ・ 主な項目
 - 自傷の種類・頻度・方法

²⁸ 同上

- 怪我の部位・程度
 - 過去の自傷歴
 - 自殺念慮や計画の有無
 - 精神的・社会的背景（いじめ、家庭問題など）
 - 必要な支援（医療、カウンセリング等）
 - ・ 想定利用機関
 - 学校内：スクールカウンセラー、児童保護責任者
 - 医療機関（国民保健サービス（NHS）、家庭医（GP）、メンタルヘルスサービス）
 - 児童福祉サービス（Social Care）
 - 保護者・家庭
- 情報共有・記録フォーム（Information Sharing & Record Form）
- ・ 概要
 - 自傷行為に関する対応内容や経過、関係者との連絡履歴を記録し、必要な情報を関係機関と共有するためのフォーム。
 - プライバシー保護と同意取得の記録も含む。
 - ・ 主な項目
 - 対応内容の詳細（初期対応、フォローアップ、支援計画）
 - 関係者との連絡履歴（誰と、いつ、何を共有したか）
 - 今後の支援方針
 - 本人・保護者の同意状況
 - 共有先の記録
 - ・ 想定利用機関
 - 学校内：担任、スクールカウンセラー、児童保護責任者
 - 保護者・家庭
 - 医療機関
 - 児童福祉サービス
 - 警察（必要に応じて）
- 外部機関紹介・連携記録フォーム（Referral & External Agency Record）
- ・ 概要
 - 自傷行為への対応で、医療機関や福祉サービスなど外部機関への紹介・連携を行った際の記録フォーム。
 - ・ 主な項目
 - 紹介先機関名・担当者
 - 紹介理由・状況説明
 - 紹介日時・方法
 - 紹介後のフォローアップ内容
 - 共有した情報の範囲と同意状況
 - ・ 想定利用機関

- 医療機関（国民保健サービス（NHS）、家庭医（GP）、メンタルヘルスサービス）
- 児童福祉サービス
- 警察（必要に応じて）
- 学校内：児童保護責任者

③取組の効果、課題

(ア) 効果

保健行政の監視を担う政府出資の第三者機関ヘルス・ウォッチ・ミルトン・ケインズは、2025年9月19日、団体のウェブサイトにもブログ記事「ミルトン・ケインズ市における精神保健サービスの展望」を投稿した²⁹。記事では、学校に配置しているメンタル・ヘルス・サポート・チームについて、「この取り組みは大変歓迎されている」「保護者は、サポート・チームによるオンライン説明会に頻繁にアクセスできる」と評価している。ミルトン・ケインズ自傷ツールキットの効果に関する分析レポートやブログ記事などは確認できなかった。

(イ) 課題

ミルトン・ケインズを含む地域では、こども・若者がメンタル・ヘルス・サポートを求めてから、実際に支援を受けるまでに最大で2年間の待機期間があると、地元メディアMKCITIZENが2025年5月12日に報じている³⁰。ヘルス・ウォッチ・ミルトン・ケインズは、2025年9月19日のブログ記事で、この問題の原因についてサポートに対する需要が供給を上回っていると分析している³¹。同機関はまた、メンタル・ヘルス・サポートについて、軽度から中程度のニーズのこども・若者向けの支援であって、中程度から高度のニーズがあるこども・若者は、待機期間中に必要な支援にアクセスできないといった課題があると指摘している。ミルトン・ケインズ自傷ツールキットの課題に関する分析レポートやブログ記事などは確認できなかった。

²⁹ Health Watch Milton Keynes [URL:<https://www.healthwatchmiltonkeynes.co.uk/blog/2025-09-19/perspectives-mental-health-services-milton-keynes>（2026年1月21日最終閲覧）]

³⁰ MKCITIZEN [URL:<https://www.miltonkeynes.co.uk/health/children-in-milton-keynes-face-waits-of-up-to-two-years-for-mental-health-support-5030033>（2026年1月21日最終閲覧）]

³¹ Health Watch Milton Keynes（前掲）

(2) フランス

①こどもの自殺未遂者の支援に係る関係機関連携の取組概要

(ア) 地方保健機関による行動計画の策定

こどもの自殺未遂者支援にあたっては、保健総局が戦略を策定し、地方保健機関（ARS ; Agence régionale de santé）³²が中心となってその実施にあたる。地方保健機関（ARS）は地域の状況を考慮した行動計画を策定し、医療、学校、NPO、司法など関係者に周知を図りつつその運用を行う³³。関係機関として想定されるのは主に以下のとおりである。

- ・ 自治体（市町村、広域市町村、地域保健契約（CLS）、地域精神保健協議会（CLSM）、保育所、幼児担当部署、青少年担当部署、児童館、休暇施設、保護者センター、市町村社会福祉センター、市町村保健所、スポーツクラブなど）
- ・ 国民教育および農業教育機関（小学校、中学校、高校など）
- ・ 青少年、ボランティア活動、スポーツに関する県の担当部署
- ・ スポーツおよび学校スポーツ協会
- ・ 県議会（母子保護センター（PMI）、児童福祉サービス（ASE）、児童保護に関する県監視機関、児童保護団体主任医、社会福祉担当部など）
- ・ 健康保険事務所（CPAM）
- ・ 家族手当事務所（CAF）
- ・ 若年層失業保険事務所
- ・ 青少年司法保護地域局
- ・ 医療機関、青少年予防医療センター、多科医療センター、地域医療センターなど
- ・ 障害のある青少年の受入施設
- ・ 子どもおよび青少年、家族のための活動を行う地域団体（PTA、家族会、NPO など）

(イ) Vigilans 制度

2015年にオー＝ド＝フランス県で創設されたVigilans制度は、自殺未遂者に関係する医療専門家のネットワークを組織し、自殺未遂者と関係者が連絡を取り合うことで、自殺未遂後の監視と連絡を維持する連絡・警告システムで、現在は全国に拡大している。

運営主体は地方保健機関（ARS）で、精神衛生国家戦略に基づいて保健省内の保健総局（DGS）が策定したガイドラインに沿って実施される。運用にあたってはVigilansコーディネーションチームを中心に、病院や精神科医療機関、地域医療機関（一般医・かかりつけ医）、福祉・社会支援機関、家族などが連携し、患者の退院後も継続的なフォローアップを行う。

2022年7月の保健省の通達³⁴によると、チームの構成は地域のニーズに対応したものとし、以下が推奨されている。

- ・ 精神科医 1 名（フルタイム換算 0.5 名以上、理想は常勤 1 名）

³² Agence régionale de santé (ARS) [URL:<https://www.ars.sante.fr>. (2026 年 1 月 21 日最終閲覧)]

³³ 全国の地方保健機関（ARS）向け 2025 年度予算は 856,475,693 ユーロ、保健省保健総局（DGS）に同年充当された予防医療・安全・医療サービス予算は 92,631,613 ユーロとなっている。[URL:<https://www.budget.gouv.fr/documentation/documents-budgetaires/exercice-2025/projet-loi-finances-les/budget-general-plf-27>. (2026 年 1 月 21 日最終閲覧)]

³⁴ 保健省[URL: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgs_sp4_2022_171_du_06072022.pdf. (2026 年 1 月 21 日最終閲覧)]

- ・ 看護師、心理カウンセラー（フルタイム換算 2 名以上）
- ・ 事務スタッフ（フルタイム換算 1 名）
- ・ ヘルスケアマネージャー 1 名（フルタイム換算 0.5 名）
- ・ プロジェクトマネージャー
- ・ ソーシャルワーカー

VigilanSプログラムの実施は以下の手順を踏む³⁵。

■ 自殺未遂者の医療機関受診・入院

- ・ 自殺未遂者が救急医療や精神科病院を受診し、必要に応じて入院治療を受ける。
 - 実施主体：病院（精神科・救急科）、精神科医、看護師

■ VigilansS プログラムへの登録・説明

- ・ 医療機関で患者に VigilansS プログラムの内容を説明し、参加の同意を得る。
- ・ 患者情報を VigilansS コーディネーションチームに登録。
 - 実施主体：病院（精神科医、看護師）、VigilanS コーディネーションチーム

■ 退院時の情報共有・支援体制の確認

- ・ 退院時に患者・家族へ VigilansS の連絡方法や危機時の対応について説明。連絡先が記載されたリソースカードを手渡す。
- ・ 必要に応じて地域医療機関や福祉機関と情報共有。医療従事者専用ホットライン番号を合わせて共有する。
 - 実施主体：病院（精神科医、看護師）、VigilanS コーディネーションチーム、家族・支援者、地域医療機関、福祉・社会支援機関

■ 退院後の定期フォローアップ

- ・ VigilansS チームが患者に定期的に電話や手紙で連絡し、心理的サポートや危機時の相談先を案内。
- ・ 患者の状態を把握し、報告書が作成され、かかりつけ医と担当精神科医に送付される。
 - 実施主体：VigilanS コーディネーションチーム、患者本人、地域医療機関、福祉・社会支援機関

■ 危機時の対応

- ・ 患者や家族から危機の連絡があった場合、VigilanS チームが速やかに医療機関や福祉機関と連絡を取り、必要な介入を調整。
- ・ 必要に応じて救急医療や再入院を手配。
 - 実施主体：VigilanS コーディネーションチーム、病院（精神科・救急科）、家族・支援者、地域医療機関、福祉・社会支援機関

³⁵ Santé Publique France [URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire>. (2026 年 2 月 3 日最終閲覧)]

■多職種会議・ケースカンファレンス

- ・ 関係機関が定期的に情報交換・ケース検討を行い、患者ごとに最適な支援方針を協議。
 - 実施主体：VigilanS コーディネーションチーム、病院（精神科医・看護師）、地域医療機関、必要に応じて家族・支援者

■継続的な支援・再企図予防

- ・ 患者の状況に応じて、支援内容やフォローアップの頻度を調整。
- ・ 必要に応じて支援体制の見直しや追加介入を行う。
- ・ 退院から6ヶ月以降の経過が順調である場合、モニタリングを停止する。必要に応じて、6ヶ月間のモニタリングを再開する。
 - 実施主体：VigilanS コーディネーションチーム、病院（精神科医・看護師）、地域医療機関、福祉・社会支援機関、家族・支援者

フォローアップにあたっては医療上の連携（担当医とVigilanSチームとのミーティング）とともに、ロジスティクス面での連携（ヘルスケアマネージャーによる業務運営計画、医療機関への引き継ぎ）が重視される。上記の保健省通達によると、関連機関との関係構築に向けて、年に1～2回の会合を持つことが推奨されている。

同時に、VigilanS制度を普及させるために、全国の保健情報システムの統合が図られており、地域ごとのITシステムの整合化が進められている。

②活用されているツール等

マニュアルや情報共有シートなどは見られなかった。

VigilanSセンターと関係機関の連携に用いられるツールはセンターによって異なる。連携強化のため、ITシステムの統合による情報共有のほか、医療関係者を対象に自殺予防対策プログラムの周知を図るための研修を実施したり、注意事項が記されたポスターの色を毎週変更して注意喚起を行ったりするなどの工夫がなされている³⁶。

③取組の効果、課題

(7) 効果

VigilanSは2025年9月時点で、17地域圏100拠点に展開されている。仏公衆衛生局による2023年の評価では以下の効果が認められている³⁷。

- ・ Vigilans 制度に参加した患者は、参加していない患者と比較して、その後12ヶ月間で自殺再企図リスクが約40%減少。
- ・ Vigilans に1ユーロ投資することで医療制度コストは2ユーロ削減される計算になる。VigilanS の支援により、患者1人あたり平均248ユーロの節約となっている。

³⁶ Santé Publique France [URL: <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2017/06/VAZEILLES.pdf> (2026年1月21日最終閲覧)]

³⁷ Santé Publique France [URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/prevention-du-suicide-vigilans-un-dispositif-efficace-face-au-risque-de-recidives-des-tentatives-de-suicide> (2026年1月21日最終閲覧)]

(イ) 課題

フランスでは、近年、特にCOVID-19パンデミック以降、メンタルヘルスに焦点を当てた政策に注力しており、上記の自殺予防対策も重要な位置を占める。VigilanSに代表される地域に根差した施策が一定の効果をあげているが、その一方で、貧困、失業、孤立、差別など、自殺の原因となるリスクが依然として解消されておらず、また、保健政策との連動も不十分であるとの指摘がなされている。精神科医やカウンセラーが都市部に集中しており、たとえ都市部でも予約が取れるまでに時間がかかる、経済的理由で継続的なフォローアップが難しいなどのことから、リスクを抱える若年層と専門家とのコンタクトが追いつかないのが実情であるなど、問題点も指摘されている³⁸。

³⁸ 連帯省主催カンファレンス[URL: <https://solidarites.gouv.fr/compte-rendu-de-la-conference-sante-mentale-des-jeunes-un-defi-collectif-vers-une-societe-engagee> (2026 年 2 月 3 日最終閲覧)]

(3) フィンランド

① こどもの自殺未遂者の支援に係る関係機関連携の取組概要

(ア) こどもの自殺未遂事案発生時の原則的対応

特定の行政当局やそれに準じる機関は、ケアや世話を要し、発達が脅かされる状況にあるか、本人の行動から児童福祉部門による調査の必要性があると考えられるこども（児童福祉法でいう18歳未満の者）について業務中に知り得た場合、児童福祉法第25条に基づく通告（児童福祉通告（Lastensuojeluilmoitus））を福祉行政区に行う義務を負っている³⁹。フィンランド国立保健福祉研究所（THL）によると、こども（児童福祉法に基づく18歳未満の者）の自殺行動はこの通告の対象である⁴⁰。

この通知義務は、i) で述べた緊急対応センターの職員のほか、社会福祉・保健医療・保育機関、社会福祉または保健医療サービス提供者（通常は福祉行政区から委託を受けた民間業者をいう）、教育部門、青少年部門、警察、刑事制裁当局、消防救難当局、教会・宗教団体、受け入れセンター（難民等）、学童保育、税関、国境警備隊、強制執行当局、フィンランド社会保険庁の職員、またこれらの機関の業務を委託または請け負った民間業者が負っている。

通告を受けた福祉行政区の児童福祉当局は、本人や家族との面談などを通じてどのようなサービスが必要かを評価することになる（第25a条）⁴¹。

医療面では、フィンランドにおいて13歳未満のこどもの自己破壊行動は件数が少ないため、フィンランド医師会が編纂している治療ガイドライン「Käypä hoito」の対象にはなっていない⁴²。

こども・若者に限定されない自殺未遂者への対応には、Käypä hoitoによる医学的な観点からのガイドラインがあり、緊急対応センターからの通報を受けた救急隊員の対応や医師の評価や治療、アフターケアについての推奨がある⁴³。

若者の自殺未遂については、自殺未遂の当事者の若者に対して必ず専門的な医学的評価を行うことが推奨されている。若者のみに特化した医学的評価や経過観察、再企图防止の推奨事項はないものの、事実と経緯の評価、救急医療サービスによる搬送、搬送時は身体的な影響が見られない場合でも必ず一旦は救急科に搬送することが推奨されており、脆弱な状態の自殺未遂者への対応においては、特に救急医療サービスが重要な責任を負うとされる。患者が搬送を拒否した場合や、高所から飛び降りて自殺を図ろうとした者については、精神保健法（Mielenterveyslaki）に基づく（強制入院の必要性などの）評価が必要かどうかを医師に相談することが推奨されている⁴⁴。

また、自殺未遂後のフォローアップは、ほとんどの場合精神科の外来治療で行われる。Käypä hoitoによると、自殺未遂者の治療のうち、精神科への入院を必要とする事例はごくわずかであり、

³⁹ Finlex [URL: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2007/417>] ¥I "chp_4__sec_24（2026年1月21日最終閲覧）]

⁴⁰ Finlex [URL: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2007/417#chp_5__sec_25（2026年1月21日最終閲覧）]

⁴¹ THL [URL: <https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluilmoitus-ja-lastensuojeluasian-vireilletulo/lastensuojeluilmoitus>（2026年2月4日最終閲覧）]

⁴² Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>（2026年1月21日最終閲覧）]

⁴³ Käypä hoito（前掲）

⁴⁴ Käypä hoito（前掲）

強制入院のためには精神保健法に基づく評価（現実感覚の障害や自傷行為があるか、18歳未満の者については、重篤な精神疾患のために治療が必要な状態であり、治療を行わないと病状が著しく悪化し、患者自身や他の者の健康や安全が著しく脅かされる恐れがあるか、かつ強制入院以外の精神保健サービスが利用できないか）が必要となる。

また、適切な評価を行った後に精神科での治療の必要がない場合も、自殺願望が生まれた場合にどこに相談すればよいかを案内する必要があるとしている。若者の自殺未遂に関連して、直ちに支援や助言を受けられる、NGOを主体としたサービスの例として以下のものがあり、各機関のウェブサイトで相互にサービスを紹介している例も見られる⁴⁵。

- ・ 危機ヘルプライン（Kriisipuhelin）⁴⁶
 - Mieli 協会が運営する 24 時間対応のホットライン
- ・ 自殺防止センター⁴⁷
 - Mieli 協会が運営する、自殺未遂者とその家族を対象とした支援機関で、ヘルシンキとクオピオの危機センター（後述）に併設されている。
- ・ 危機センター⁴⁸
 - Mieli 協会が全国 24 カ所で運営するセンターで、遠隔での面談や、最寄りのセンターでの対面の面談を受付けている。上記の自殺防止センターも危機センター内にある。
- ・ Sekasin チャット⁴⁹
 - 若者向けに Mieli 協会が開設したチャットサービスで、月～金曜日の 9～24 時、週末の 15～24 時に対応している。
- ・ Tukinet⁵⁰
 - Mieli 協会が開設しているテキストによる相談サービスで、変更不可能なユーザーネーム、変更可能なニックネーム、メールアドレスで登録したアカウントから利用できる。
- ・ FinFami⁵¹
 - 精神保健リハビリテーションを受けている人々の家族や介護者の利益団体。
- ・ Surunauha 協会⁵²
 - 自殺未遂者に近い人々にオンラインや対面でピアサポートを提供する NGO。

これら NGO による支援は、医療機関からの紹介で受けることも⁵³、本人や家族が直接連絡をとつ

⁴⁵ Mielenterveystalo.fi [URL:<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/itsetuhoisuus/miten-auttaa-itsetuhoista-nuorta>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]; Mieli 協会 [URL: <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁴⁶ Mieli 協会 [URL:<https://mieli.fi/tukea-ja-apua/kriisipuhelin/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁴⁷ Mieli 協会 [URL:<https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁴⁸ Mieli 協会 [URL:<https://mieli.fi/tukea-ja-apua/keskusteluapua-kriisivastastoilla/>.（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁴⁹ Sekasin chat [URL:<https://sekasin.fi/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵⁰ Tukinet [URL:<https://tukinet.net/rekisteroidy/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵¹ FinFami [URL:<https://finfami.fi/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵² Surunauha 協会 [URL:<https://surunauha.net/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵³ Käypä hoito（前掲）

て受けることもでき、支援は無料である⁵⁴。ただし、緊急の場合は、緊急対応センターの緊急電話番号112に電話して直ちに指示と支援を受けるよう明記されている。

(イ) 短期介入プログラム「Linity」

自殺再企図防止では、自殺未遂を起こした患者の自殺未遂のリスクを軽減するための短期介入プログラム（ASSIP, Attempted Suicide Short Intervention Programme）が開発されており、「Linity」の名称で運用されている（次項「(2) 活用されているツール等」で詳述）。

(ウ) 関係機関の情報連携方策

医療機関と他の関係機関との情報連携において、特にこどもや若者の自殺未遂に特化したものは見受けられないが、児童福祉法に基づく医療従事者の通知義務や、患者データの共有に関する規定などに基づき対応が取られることが想定される。児童福祉当局への通告は、患者データの守秘義務の妨げなく行われる（児童福祉法第25条）。

学校では、児童生徒ケア部門の職員（保健師、学校心理士、スクールソーシャルワーカー）は福祉行政区の職員だが、教員は雇用主（自治体）や管轄が異なるため、児童生徒の健康に関する情報は自動的に教員に共有されない。患者データの共有は、患者（未成年であっても、年齢・発達段階に基づき治療方針を決定する能力がある場合は本人⁵⁵）から同意が得られた場合に可能となる。その場合は、治療を行う福祉行政区内の異なる医療機関同士や、公立の医療機関と民間医療機関の間において、直接治療を担当する医療者の間でのみ情報共有が可能となる。患者がデータ共有を拒否する場合でも、事故や病気で意識不明となったときのデータ共有は認める項目がある。これらの同意については、本人が保健医療・社会福祉サービスの利用内容を閲覧できるデジタルサービスの「Kanta」の本人のアカウント内で設定することができる⁵⁶。

②活用されているツール等

(ア) 自殺未遂の評価「自殺未遂患者の優れた精神医学的評価と初期治療モデル」

「自殺未遂患者の優れた精神医学的評価と初期治療モデル」（Itsemurhaa yrittäneen potilaan hyvän psykiatrisen arvioinnin ja alkuhoidon malli）はフィンランド医師会が作成したもので、医師が自殺企図患者に対してどのように評価・治療・フォローアップを行うべきかを整理しており、同医師会が編纂しているKäypä hoitoで公開されている（下図）。

⁵⁴ Mieli 協会 [URL:<https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/linity-menetelmaosaajat-auttavat-eri-puolilla-suomea/>]（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵⁵ Finlex「患者の地位と権利に関する法律第 7 条（Laki potilaan asemasta ja oikeuksista）」[URL:https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785%22%20/l%20%22chp_2__sec_7]（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁵⁶ Kanta [URL:<https://www.kanta.fi/potilastietojen-luovutuskielto>]（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

Itsemurhaa yrittäneen potilaan hyvän psykiatrisen arvioinnin ja alkuhoidon malli			
Kaavio 18.2.2022			
Psykiatrian erikoislääkärin tai psykiatrian alaan perehtyneen lääkärin arvio	Psykiatrinen häiriö (päivystäjä määrittelee keskeisimmän ajankohtaisen ongelman)	Psykiatrinen ensihoito - huomioi monihäiriöisyys (Turvasuunnitelma-intervention voi korvata toisella spesifillä im-yrittäneen hoitoon fokusoidulla interventiolla)	Jatkohoito
• Arvion oikea-aikaisuus suhteessa kognitiiviseen toimintakykyyn "jalkojen lisäksi päin on toimittava" • Potilaan oma kertomus (narraatio): Mitä tapahtui? Miten päätyi sairaalaan? Tapahtumakulku ja mahdolliset laukaisevat tekijät • Itsemurhayrityksen menetelmä/letaliteetti • Suhtautuminen henkiinjäämiseen • Kuoleman intention vakavuus: oliko kyseessä itsemurhayritys vai muu itsen vahingoittaminen? Arvioinnissa voi apuna käyttää - SIS -lomake lääkeyliannoksen ottaneille, muuten soveltuvin osin - C-SSRS -lomake kysymykset koskien IM-yrityshistoriaa • Alustava diagnostinen arvio, huomioi erityisesti (1) psykoottisuus; (2) syvä toivottomuus ja vakavat itsemurha-ajatukset; (3) hallitsematon impulsiivisuus tai päihteiden käyttö tai tilan epävakaus - Arvioinnissa voi käyttää MINI-seulonta-kysymyksiä oirekohtaisesti - Huomioi aikaisemmat diagnoosit	Psykoottisuus (sekä skitsofreniaspekti että masennus) → M1 -harkinta	Sairaalahoido, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	Häiriön mukaisen hoitomallin mukaan, korkea itsemurhariski huomioiden
	Vaikea masennus (F32-F33) tai kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erityisesti sen sekamuotoinen sairausvaihe	Häiriön tehokas hoito ensin, sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	Huomioi lainmukaiset velvoitteet * • Alaikäiset lapset • Ajoterveys • Ampuma-aseet
	Epävakaa persoonallisuus (myös DKT-hoito-ohjelmassa olevat potilaat)	Lyhyen sairaalahoidon tai tehostetun avohoidon harkinta, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Päihdeongelma	Päihdehäiriön tarpeenmukainen tehokas hoito (selviämisasema, avo/laitoskatkaisuhoito, psykiatrisen osastohoito), turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Muu (masennus, ahdistus, elämäntilannekriisit ym., muu monihäiriöisyys)	Tarpeenmukainen tehokas hoito, turvasuunnitelma toteutetaan heti kun potilaan tila sallii	
	Itsetuhoisen käyttäytyminen ilman kuoleman intentiota: (esim. viiltely nuoruusikäisellä)	Modifioitu turvasuunnitelma tai tarkempi selvittely esim. ketjuanalyysin avulla	
* Huomioitava tarvittaessa jo heti alussa			
Perustuu 18.2.2022 julkaistun Käypä hoito -suositukseen Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito		© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim www.kaypahoito.fi	

概要は以下の通りである。

- 精神科専門医または精神科に精通した医師による評価
 - 認知機能や意識の状態を確認し、患者の語り（何が起きたか、どう感じているか）を聴取
 - 自殺企図の詳細（方法、意図、計画性など）や、死にたい気持ちの強さ、他の精神疾患の有無を評価
 - 既往歴や家族歴、薬物・アルコール使用歴も確認
 - 標準的な精神科評価ツール（自殺意図尺度（SIS）、コロンビア自殺重症度評価尺度（C-SSRS）、精神疾患簡易構造化面接法（MINI）など）を活用
- 精神障害の特定
 - 現在の主な精神障害を特定（例：統合失調スペクトラム症、重度うつ病、パーソナリティ症、物質使用症など）
 - それぞれの障害に応じたリスクアセスメントと治療方針を検討
- 精神科的初期治療と安全確保
 - 安全確保のための入院や安全計画の実施
 - 障害ごとに、入院治療、外来治療、集中的な支援などを選択
 - 必要に応じて、物質使用症への対応や、家族・社会的支援も検討
- 継続治療・フォローアップ
 - 障害に応じた治療継続

⁵⁷ Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50122f.pdf> (2026年1月21日最終閲覧)]

- 自殺再企図リスクが高いことに特に留意し⁵⁸、法的義務（未成年者、運転免許、銃器所持など）も考慮

(イ) 自殺未遂の治療と経過観察「安全計画書（turvasuunnitelma）」

救急部門の職員による患者への積極的なコンタクトや、自殺未遂後の経過観察（自殺未遂から12ヶ月間）によって、自殺未遂のリスクが減少すると考えられている。

また、緊急時の対応を整理した安全計画書（turvasuunnitelma, Safety Planning Intervention (SPI)）を自殺未遂者本人が作成することで、作成後6ヶ月間の自殺再企図リスクが低減すると考えられている⁵⁹。安全計画書は、米国の心理学者バーバラ・スタンリー氏とグレゴリー・ブラウン氏によって考案された、自殺未遂者や自殺リスクが大きいと評価された者を対象とした短期的介入の手法であり、医療専門家のもとでの1回のセッションで作成される⁶⁰。

計画書の作成を通じて、自殺未遂者が危機的な状況に陥った際に、自殺願望の危機の直前に現れた危険信号を特定し、自分自身や周囲が安全を守るための具体的な行動指針を事前に整理し、実践できるようになる。患者は、可能な範囲で安全計画を共有できる身近な人々を指名したり、計画書の中でそれらの人々に言及したりできるが、本人がそれをストレスや負担に感じる（援助や支援だと感じられない）場合は、必ずしも安全計画書の存在を友人や家族などに知らせる必要はない⁶¹。

ただし、自殺未遂をした者が若者の場合は、若者本人と両親が共同で安全計画書を作成することがKäypä hoitoのガイドラインとなっている⁶²。また、NGOのMieli協会も、安全計画書は常に本人の身近に置き、安全計画書の存在を計画書で言及した人々に知らせておくことを推奨している⁶³。

安全計画書では、以下の項目を患者本人が特定し、フォームに記入していく。以下は、ヘルシンキ大学病院精神科の安全計画書フォームに基づき、フィンランド医師会が作成している項目である⁶⁴。

安全計画書の記載事項の例（2020年5月25日現在）⁶⁵

安全計画書	
氏名：	作成日：
	個人 ID：
ステップ1：（自殺念慮などの）危険な兆候を記入（3項目まで）	
ステップ2：内面的な克服方法（他の人々に連絡を取らなくても問題から思考をそらすために自分でできることを記入、3項目まで）	

⁵⁸ フィンランド医師会の推奨事項などを収録した医療文献のオンラインライブラリー「Terveyskirjasto」の「自殺の危険（Itsemurhavaara）」の項によると、自殺の最大のリスク要因は過去の自殺未遂とされる。

Terveyskirjasto [URL: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01310#s2>（2026年1月21日最終閲覧）]

⁵⁹ Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/nak09385>（2026年1月30日最終閲覧）]

⁶⁰ フィンランド医師会 DUODECIM [URL: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15944>（2026年1月30日最終閲覧）]

Stanley-Brown Safety Planning Intervention [URL: <https://suicidesafetyplan.com/>（2026年1月30日最終閲覧）]

⁶¹ フィンランド医師会 DUODECIM（前掲）

⁶² Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>（2026年1月30日最終閲覧）]

⁶³ Mieli 協会 [URL: <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/materiaalit/itsetuhoisen-henkilon-turvasuunnitelma/>（2026年1月30日最終閲覧）]

⁶⁴ Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50122a.pdf>（2026年1月21日最終閲覧）]

⁶⁵ Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>（2026年1月21日最終閲覧）]

ステップ 3：問題から思考をそらしてくれる人々や社会的状況（該当者 2 名の名前と電話番号、場所 2 か所の名称を記入）

ステップ 4：助けを求められる人々（名前を 3 名まで記入）

ステップ 5：危機的な状況に陥ったときに連絡を取れる専門家や機関（優先される順に、専門家 2 名の氏名と電話番号、緊急受付先 1 か所の名称と電話番号（24 時間対応の危機ヘルプライン（Mieli 協会）はすでに明記されている）、救急外来 1 か所の名称、住所、電話番号を自分で記入し、最後に緊急対応センター庁の緊急電話番号 112 が明記されている）

ステップ 6：本人にとって安全な環境をつくるための方法を自由形式で記入

ステップ 7：自分が生きていたいと思う理由を自由形式で記入

(ウ) 自殺未遂後の支援「Linity モデル」

Mieli協会に併設されている自殺防止センターや危機センター、また東ウーシマー福祉行政区など一部の公的医療部門⁶⁶では、スイスで開発された「Linityモデル（以下「Linity」という）という自殺未遂短期介入プログラムを用いて自殺未遂者への支援を無償かつ秘密厳守で提供している⁶⁷。

Linityは、重度の薬物・アルコール乱用問題、精神病、または自殺未遂を何度も繰り返している利用者には適しておらず、3～4回の面談や書簡によるフォローアップを通じて支援を行う。また、他の医療機関や公的部門で支援を受けている場合にも利用することができる。概要は以下の通りである。

【第 1 回】

クライアントが自殺の危機に至った過程や、それに影響を及ぼした事項を自分の言葉で話す。面談はビデオで撮影する。

【第 2 回】

クライアントと担当者が前回撮影したビデオを一緒に視聴しながら、クライアントの話の中から、自殺未遂に至ったきっかけや、脆弱性要因を探していく。面談の終了時に、クライアントは宿題として自己破壊性や自殺の危機に影響を及ぼす要因に関するワークブックを受け取る。

【第 3 回】

面談に向けて、担当者はクライアントの自殺未遂に至った背景要因と自殺の危機が進行した過程を要約しておく。面談ではこの要約をクライアントと確認した後、これまでの面談に基づく個人的な安全計画書を作成する。この計画書を通じて、自殺に至る行動を回避するための代替的な行動の仕方をクライアントが見いだせるよう努める。

【第 4 回】

この面談では、クライアントが自分に近い人々を招くこともできる。

⁶⁶ 東ウーシマー福祉行政区 [URL: <https://itauusimaa.fi/apua-hataan/itsemurhaa-yrittaneelle/#ebbc3cdd>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

⁶⁷ Mieli 協会 [URL: <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/mika-on-linity-malli/>（2026 年 1 月 21 日最終閲覧）]

書簡によるフォローアップ

2年間のフォローアップ期間が設けられ、この間危機対応担当者が、最初の1年間は約3ヶ月ごと、次の1年間は約6ヶ月ごとにクライアントに書簡を送る。クライアントは、フォローアップ期間中に自分の危機対応担当者に連絡を取ることができる。担当者が送った書簡に返信する必要はない。

(I) 患者データの閲覧・共有「Kanta」

患者の医療データは、Kantaを通じて患者本人が閲覧することができる。Kantaには社会福祉・保健医療従事者用のログイン画面もあり、患者の同意に基づき、担当する患者のデータを閲覧することができる。なお、Kantaには患者データだけでなく社会福祉部門の利用者データも保存されているが、開示許可は本人からそれぞれ別に取得する必要がある⁶⁸。

③取組の効果、課題

THLによると、自殺者の20～75%は自殺の1ヶ月前にプライマリケア（一次医療機関）に連絡を取っており、それにもかかわらず自殺が未然に防げなかったことが研究により明らかになっている。この背景として、受診時に本人が自殺願望を口にするとは限らないものの、医療者の対応能力の限界にも課題があるとされる。メンタルヘルスに関する知識不足（例：絶望感や克服手段の認識）、臨床経験の少なさ、面接・対人能力の未熟さなどが要因となった見極めの難しさが社会福祉士や医療従事者にとって最も難しい課題の一つとなっている。さらに、警察官、救急救命士、救助隊員、刑務官なども自殺の危険がある人への一次対応者となり得る。こうした背景から、THLではこれらの職員を含め、誰でも受講できる自殺防止のオンライン講座を開設している⁶⁹。

また、自殺再企図防止に関する医学的エビデンスも限定的であるとされる。

非選別の自殺未遂患者を対象とした研究では、サービスガイダンス、治療継続支援、セラピー関係の継続、安全指導、一般医からの手紙、携帯電話を用いたセラピー、問題解決スキルの向上、入院治療への誘導、または問題解決能力の向上と一般医への1回の受診を組み合わせた複合型の治療が検証されてきたが、いずれの方法も自殺再企図を確実に防ぐと証明されたわけではない。しかし、それはこれらの手法が状況に応じて有用であることを否定するものではない⁷⁰。例として、(i)活用されているツール等のii)で示した安全計画書が6ヶ月間の自殺再企図防止に有効であることは、Käypä hoitoにおけるエビデンスレベル分類で、A～Dの4段階評価のB（中程度のエビデンス）に分類されている⁷¹。

⁶⁸ Kanta [URL: <https://www.kanta.fi/potilastietojen-luovutuslupa> (2026年1月21日最終閲覧)]

⁶⁹ THL [URL: <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itseurhien-ehkaisy/itseurhien-ehkaisy-verkkokoulut> (2026年1月21日最終閲覧)]

⁷⁰ Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122> (2026年1月21日最終閲覧)]

⁷¹ エビデンスレベルは、A（強力なエビデンス：結果が一致した、方法論的に質の高い研究が複数ある）、B（中程度のエビデンス：方法論的に質の高い研究が少なくとも1件、または妥当な複数の研究がある）、C（弱いエビデンス：少なくとも1件の妥当な科学的研究）、D（非常に弱いエビデンス：科学的研究に基づくエビデンスの要件を満たさないデータに関する専門家の解釈（最善の評価）がある）の4段階である。（Käypä hoito [URL: <https://www.kaypahoito.fi/inf04224> (2026年1月21日最終閲覧)]）

1 1 調査のまとめと考察

本章では、本調査研究において実施したアンケート調査およびヒアリング調査の結果から傾向や課題を整理し、今後のこどもの自殺未遂者等支援における関係機関連携の推進に必要と考えられること等をとりまとめた。

なお、本調査研究で作成した「こどもの自殺未遂者等支援のための情報共有シート」およびその「活用ガイド」については、調査結果を踏まえつつ、各自治体より提供いただいた資料や事例、委員会での委員意見を踏まえて作成している。

<見出し>

- (1)こどもの自殺未遂の状況
- (2)自治体におけるこどもの自殺未遂者支援等の体制
- (3)こどもの自殺未遂者支援における関係機関の連携状況
- (4)こどもの自殺未遂者支援における関係機関ネットワーク
- (5)こどもの自殺未遂者支援における関係機関の役割分担
- (6)こどもの自殺未遂者支援における「支援者支援」

(1) こどもの自殺未遂の状況

①こどもの自殺未遂の背景

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査個票から、自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況（複数回答）は、いずれの調査においても「親子関係の不和」の割合が最も高いが、「家族からのしつけ・叱責」「学友との不和（いじめ以外）」「孤独感」等の割合も比較的高くなっている。その他、「病気の悩み・影響」についても、「神経発達症」「神経発達症以外の精神疾患」との回答がそれぞれ1～2割ある。

■考察

- ・ こどもの自殺未遂の背景として様々な事情・状況が重複している可能性もあり、1つの機関での対応は難しいことから、福祉・医療・教育・保健等複数の関係機関での支援が求められる。
- ・ こどもの自殺未遂の背景から、家庭や学校といった身近な大人とこども本人の関係性に特に配慮が必要な状況も考えられることから、当事者のこどもが置かれた状況や気持ちに配慮した伴走支援が可能となる連携体制が求められる。

②自殺再企図の状況

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査個票から、関係機関が支援した自殺未遂者のうち、支援の開始後に自殺再企図が確認された事例は、市区町村調査、保健所調査、児童相談所調査、児童精神科・精神科医療機関調査でそれぞれ3～4割、救命救急センター調査で2割、精神保健福祉センター調査で1割となっている。

■ 考察

- ・ いずれの関係機関宛調査においても関係機関の支援が開始された後、「再企図なし」の割合が「再企図あり」よりも高くなっているが、一定数のこどもが再企図に及んでおり、こどもの自殺企図の背景となる課題が短期間で改善、解消されることは難しいことがうかがえる。こどもの自殺未遂者が適切な支援に迅速につながるだけでなく、その後地域で継続的に支援が行われる体制整備が求められる。

(2) 自治体におけるこどもの自殺未遂者支援等の体制

■ 調査結果のまとめ

- ・ 市区町村アンケート調査から、こどもの自殺対策の主管課は「健康増進担当部署」との回答が4割となっており、こども関係部署（児童福祉、母子保健、こども家庭センター）は合計で1割5分、障害者福祉担当部署は1割となっている。また、「担当部署は決まっていない」との回答も1割となっている。
- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂者の個別支援を行っているとの回答は、市区町村調査で4割、保健所調査で6割5分となっている。また、保健所調査では8割、精神保健福祉センター調査では7割が、市区町村等がこどもの自殺未遂者支援を行う際に後方支援を行っている。

■ 考察

- ・ こどもの自殺対策や自殺未遂者支援は自治体によって体制が多岐に渡っているが、現状では保健部門が主として対応している自治体が多くなっている。一方で、担当部署が決まっていない自治体も一定数あり、こどもの自殺未遂者の個別支援を実施していない市区町村が過半数となっている。まずはこどもの自殺対策を推進していくために主管する部署を明確化することも考えられる。

(3) こどもの自殺未遂者支援における関係機関の連携状況

① 自殺未遂事案の情報源

■ 調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、自殺未遂事案の主な情報源（複数回答）は、市区町村調査では「公立小・中学校」、保健所調査と児童相談所調査では「警察」、救命救急センター調査、児童精神科・精神科医療機関調査、精神保健福祉センター調査では「家族」の割合が最も高くなっている。「こども本人」「家族」を除くと、救命救急センター調査では「消防」、児童精神科・精神科医療機関調査では「救急医療機関」、精神保健福祉センター調査では「公立高等学校」の割合が最も高い。また、「家族」の割合は各調査5～8割と、いずれの関係機関への調査においてもが高くなっている。
- ・ アンケート調査個票から、こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）をみると、市区町村調査は「公立小・中学校」、保健所調査と児童相談所調査は「警察」、児童精神科・精神科医療機関調査は「家族の相談」、精神保健福祉センター調査は「公立高等学校」の割合が

最も高くなっている。また、市区町村調査では3割が家族からの相談により支援につながったと回答している。

■考察

- ・ 関係機関によって、こどもの自殺未遂者に関する情報提供元が多岐に渡っていることから、多くの関係機関が、こどもの自殺未遂に関わる情報を保持し得ることが確認された。これら、こどもに関わる多様な関係機関の情報を更に迅速に集約し、適切な地域支援につなげるためにも、こどもの自殺未遂事案の把握から情報共有の連携フローについて、地域の関係機関間での協議の下、体制整備を進めることが重要である。
- ・ また、自殺未遂事案の主な情報源や関係機関につながったきっかけとして「家族」の割合が一定数あることや、上述の通りこどもの自殺未遂の背景に家庭問題がある場合も多いことから、家族はこどもの自殺未遂の発生と対応の双方に密接に関わっているといえる。こどもの保護因子となり得る家族とともに家庭全体を包括的に支え、孤立させないという観点から地域の関係機関の連携体制を構築し、支援を行うことも重要である。

②市区町村と医療機関の連携状況

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な機関（複数回答）について、市区町村調査では、「児童精神科医療機関」「精神科医療機関（児童精神科以外）」との回答がそれぞれ4割、「救急医療機関」が3割となっている。救命救急センター調査と児童精神科・精神科医療機関調査では「市区町村主管課」との回答が5割となっている。
- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂事案に関する主な情報源（複数回答）について、市区町村調査では、「救急医療機関」との回答が2割、「児童精神科医療機関」「精神科医療機関（児童精神科以外）」との回答が1割となっている。
- ・ アンケート調査からは、今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関（複数回答）について、市区町村調査では「児童精神科医療機関」との回答が7割、「救急医療機関」「精神科医療機関（児童精神科以外）」との回答がそれぞれ5割、救命救急センター調査では、「市区町村主管課」との回答が5割を超えており、児童精神科・精神科医療機関調査では4割となっている。
- ・ 市区町村アンケート調査個票では、支援した結果やこどもの変化として、「医療機関（児童思春期病棟）受診につながり、外来治療で落ち着いている」「受診やカウンセリングを継続し、必要時入院加療しながら精神状態は安定を保っている」等、医療につながったことで状態が改善された事例が多数挙げられている。一方、市区町村アンケート調査では関係機関連携における課題として、児童精神科等の医療機関との連携の難しさや医療の受け皿の不足に関する回答がみられた。
- ・ 児童精神科・精神科医療機関アンケート調査個票では、支援した結果やこどもの変化として、「不安を自殺企図や非行で表現するのではなく、言語化する傾向が生じてきた」「周りの大人に援助を求める、頓服薬を内服するなどの対処ができるようになった」といった医療機関の支援による状態の改善が確認された回答が多数みられた。また、「相談先、日中の居場所があることで安心感がでている」といった、地域へのつながりが安心につながっている事例も確認

された。一方、児童精神科・精神科医療機関アンケート調査では課題として「包括的な支援体制の構築、連携パスや情報共有ツールの導入、多職種連携の強化と共通理解の醸成、医療機関と地域をつなぐ支援体制の強化、関係機関の連携を調整する人材の確保」「こども家庭センターの役割が分かりづらい。こどもの自殺未遂の症例に対し、連携の中心になってもらいたい」等、地域での連携体制や役割分担に関する意見があった。

- ・ 自治体へのヒアリング調査では、管外の医療機関との情報共有が必要になり、保健所や県と連携した事例や、救急医療機関に搬送されたこどもの自殺未遂者の情報を、圏域の保健所を介して把握している事例が確認された。また、市の精神保健福祉センターが近隣医療機関のコメディカルに対して自殺対策に関する研修を行ったり、救急業務の高度化のため医療機関や消防との連携を強化するために設置されている「メディカルコントロール協議会」において、自殺未遂による救急搬送・不搬送データを確認したり、活動報告を行ったりしている事例もあった。

■ 考察

- ・ 各アンケート調査から、こどもの自殺未遂者支援において医療機関の関与によりこどもの状態改善につながった事例が多数確認されており、市区町村と医療機関の自殺未遂者支援における連携をさらに推進していくことが重要である。
- ・ 市区町村からは医療機関との連携強化を求める声があり、近隣で連携できる医療機関の確保等が課題となっている。また、医療機関からも市区町村との連携強化を求める声があり、関係機関の役割が分かりづらい等の課題が挙げられている。医療機関と地域の関係機関の連携強化のために支援体制の構築や連携パス・情報共有ツールの導入等の必要性も指摘されており、各地域での医療との連携推進のために、自殺未遂事案発生時の個別の連携だけでなく、関係機関連携のための体制構築をしていくことが必要であると考えられる。
- ・ 市区町村と医療機関との連携強化のために、比較的医療機関と連携しやすい保健所等が、医療機関が把握した自殺未遂事案を市区町村につないだり、市区町村が支援しているこどもの自殺未遂者をつなぐことのできる医療機関を紹介するなど、間を取り持つといったことも有効であると考えられる。
- ・ 平時から医療機関との関わりを持つことで、緊急時の連携も円滑になる事例も確認されている。緊急時の円滑な連携のためには、例えば救急医療機関と市区町村等との間で自殺未遂者等の救急搬送後の対応フローや情報共有の流れに関して事前協議をしておくことが重要であると考えられる。また、救急、児童精神科・精神科等各医療機関と市区町村等との定期的な情報共有の場（既存ネットワークや会議体の活用も想定される）、事例検討会、研修を開催する等、平時から顔の見える関係性を構築することが重要であると考えられる。

③市区町村と教育関係機関の連携状況

■ 調査結果のまとめ

- ・ 市区町村アンケート調査から、こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関（複数回答）は、「公立小・中学校」との回答が8割、「教育委員会」との回答が7割と割合が高くなっている。一方で、「公立高等学校」との回答が3割、「私立学校」との回答が1割と割合は低くなっている。

- ・ 市区町村アンケート調査個票では、こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）は「公立小・中学校」の割合が最も高く、「公立高等学校」や「私立学校」の割合が低くなっている。
- ・ 市区町村アンケート調査から、今後連携推進に取り組みたい、連携を強化したい関係機関は「公立小・中学校」、「教育委員会」との回答が8割、「公立高等学校」が6割、「私立学校」が4割となっている。
- ・ 市区町村アンケート調査から、関係機関連携の課題（複数回答）として「高校生の事案で情報収集や連携先を見つけるのが難しい」との回答は3割、「私立学校所属の事案で情報収集や連携先を見つけることが難しい」は2割であった。特に政令市・特別区ではいずれの回答も5割を超えている。
- ・ 自治体へのヒアリング調査では、自殺未遂事案発生時に教育委員会を介して連携しやすい公立学校とは異なる、私立学校との連携課題として、状況によっては、私立学校での在籍継続が可能を心配するこどもや家族がおり、支援や介入を受け入れにくいことにつながりやすい事例も把握された。
- ・ 自治体でのヒアリング調査では、基礎自治体主催の「若年者連携連絡会議」に県立高校が参加し、顔の見える関係になったという事例も把握された。
- ・ 学校との連携に情報共有シートを活用している自治体へのヒアリング調査では、担当課が年度初めに小中学校教頭会で様式の説明を行ったり、希望校の全教職員を対象とした「SOSの受け止め方研修」で、同シートの使い方を説明したりするといった取り組みが確認された。
- ・ 学校関係者へのヒアリング調査では、希死念慮のあるこども等に対して、校長、副校長、担任、学年主任、特別支援コーディネーター、自立支援担当教員、生活指導部、養護教諭、スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラー等が連携してチーム学校として支援を行っている事例が確認された。また、学校での支援においては関係機関との連携も含め最終的には校長の判断で対応しているといった取り組みが確認された。関係機関との連携も含め、学校で円滑な支援体制を構築するための校長等管理職への研修や、「しんどさ」を抱える生徒への関わり方や支援の考え方を学ぶための教員への研修が必要といった意見も挙げられている。

■考察

- ・ ヒアリング調査の結果から、会議や研修の場を通して事案の振り返りや課題の共有を行い、事案発生時の動きに備えておくことにより、平時から自治体担当課と学校との関係性が構築され、緊急時の円滑な連携につながるものと考えられる。
- ・ 公立高等学校や私立学校は市区町村の所管外であることが多いためか、連携の難しさが課題に挙げられている一方、市区町村におけるこどもの自殺未遂者支援は、公立小・中学校や教育委員会と連携していることが多く、更なる連携強化も求められている。
- ・ 学校がこどもの自殺未遂者等を外部の関係機関に適切につなぎ、積極的な関係機関連携を進められるよう、事案発生時の関係機関の関与の在り方についての協議や地域で連携して支援を行っていくという意識の醸成が重要である。

④保健所、児童相談所、精神保健福祉センターの関係機関連携の状況

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関（複数回答）について、保健所調査では「精神科医療機関（児童精神科以外）」「市区町村主管課」「警察」「児童相談所」との回答がそれぞれ5割を超えて高くなっている。児童相談所調査では「児童精神科医療機関」「公立小・中学校」「市区町村主管課」「公立高等学校」「精神科医療機関（児童精神科以外）」との回答がそれぞれ5割を超えて高くなっている。精神保健福祉センター調査では「保健所」「市区町村主管課」「公立小・中学校」との回答が4割を超えて高くなっている。
- ・ アンケート調査個票から、支援にあたって連携した関係機関（複数回答）は、保健所調査では「精神科医療機関（児童精神科以外）」「市区町村主管課」の割合が高くなっている。児童相談所調査では「児童精神科医療機関」「公立小・中学校」「市区町村主管課」の割合が高くなっている。精神保健福祉センター調査では「市区町村主管課」「公立小・中学校」「公立高等学校」の割合が高くなっている。

■考察

- ・ 保健所は地域の精神保健福祉を担う機関として、警察や医療機関との連携機会が多く、成人を含む自殺未遂者支援事業等を実施している場合もあることから、警察や医療機関との連携をとりやすい立場と考えられる。市区町村主管課と連携している割合も高いことから、緊急対応から地域での継続支援におけるつなぎ役としての役割が期待される。
- ・ 児童相談所は学校や医療機関、市区町村との連携機会のみならず、特に児童精神科医療機関と連携している割合が他の調査対象機関と比較して高い点が特徴的である。こどもの命を守ることを前提に、自殺未遂等の背景にある家庭問題等への専門的な支援に加え、社会診断のみならず心理・医学診断の見立てや治療方針などを医療機関と市区町村が共有し、地域支援の継続につなぐための調整の役割が期待されている。
- ・ 精神保健福祉センターはこどもの自殺未遂者支援における後方支援として、市区町村主管課や各種学校との連携を行っているものと推察され、精神保健福祉の専門性を発揮した助言等の役割が期待されていると考えられる。

⑤関係機関間の情報共有

■調査結果のまとめ

- ・ こどもの自殺未遂者の情報を関係機関と共有する方法（複数回答）は、いずれのアンケート調査でも「電話」の割合が最も高くなっている。「書面（情報共有シートや連絡表）」は市区町村調査で4割、保健所調査、児童相談所調査、救命救急センター調査、児童精神科・精神科医療機関調査で2～3割、精神保健福祉センター調査で5割が活用していると回答している。「情報共有システム」の活用はいずれの機関でも1割未満の回答割合であった。
- ・ 書面を活用している場合、活用している様式（複数回答）は、市区町村と児童相談所では「要対協や重層的支援体制等の様式」の割合が高く、保健所では「こどもに限定しない自殺未遂者用の様式」の割合が高い。「こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」と回答したのは市区町村調査、児童精神科・精神科医療機関調査、精神保健福祉センター調査で1割未満、保健所調査、児童相談所調査、救命救急センター調査では0割であった。

- ・ アンケート調査から、関係機関連携の課題（複数回答）として「個人情報の共有が難しい」ことの回答が、一定割合挙げられている。

■ 考察

- ・ 情報共有のために特定の様式やシステムを作成・活用している割合は低くなっている。こどもの自殺未遂事案発生時の地域での連携体制を構築するうえで、こどもの自殺未遂者等支援のために必要な情報を整理し、関係機関に円滑につなぐための情報共有のあり方も合わせて検討することが求められる。

(4) こどもの自殺未遂者支援における関係機関ネットワーク

■ 調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、救命救急センターは6割、児童精神科・精神科医療機関は4割が自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク（会議等）に参画している。
- ・ アンケート調査個票から、市区町村と児童相談所では要対協のネットワークを活用したとの回答が4～5割と比較的多いが、児童相談所を含む市区町村以外の調査対象機関では、特定の関係機関ネットワークを活用しなかったとの回答が5～6割となっている。
- ・ 市区町村アンケート調査個票においては、「虐待案件でなければ要対協ケースとして対応できない」といった既存のネットワークでは運用上こどもの自殺未遂者支援に対応しきれない実情を示唆する回答が挙げられている。
- ・ ヒアリング調査では、小学校区ごとに実務者会議を開催、こどもの生活圏に合わせた身近な地域で支援のネットワークを構築している自治体の存在が確認された。

■ 考察

- ・ 自殺未遂の背景は多様かつ重複していることが考えられることから、複数の関係機関による支援が求められる事例が多い中で、こどもの自殺未遂者を迅速に支援につなぐため、また情報共有を円滑に行うために、関係機関ネットワークを地域の実情に応じて構築し、既存の関係機関ネットワークを効果的に活用していくことが期待される。
- ・ 現状のこどもの自殺未遂者支援においては、各調査対象機関において、特定の関係機関ネットワークを活用せず、個別事例ごとに関係機関が連携支援を行っている事例が多くなっている。自殺未遂事案の発生時には、地域の関係機関による迅速な支援が必要であることから、都度必要に応じて連携し得る社会資源の情報を探す等の調整には時間を要するため、平時から関係機関のネットワークを構築し、各関係機関が緊急時の対応方針を共有しておくことが重要であると考えられる。
- ・ 要対協等の既存のネットワークが活用される事例が一定数ある一方で、既存の枠組みでは十分に対応しきれない地域の状況や事例もあるため、こどもの自殺未遂者支援のための関係機関連携を円滑化するためにも、改正自殺対策基本法における法定協議会によるネットワークが実働していく効果も期待される。

(5) こどもの自殺未遂者支援における関係機関の役割分担

①関係機関連携における調整役

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂者支援における関係機関連携の調整役を担っている機関（複数回答）としては、市区町村調査、児童相談所調査、児童精神科・精神科医療機関調査、精神保健福祉センター調査では「市区町村主管課」、保健所調査では「保健所」、救命救急センター調査では「救急医療機関」の割合が最も高くなっている。一方、今後、関係機関連携の調整役を担うのに適していると思われる機関は、市区町村調査、保健所調査、児童相談所調査、児童精神科・精神科医療機関調査、精神保健福祉センター調査では「市区町村主管課」、救命救急センター調査では「児童相談所」の割合が最も高くなっている。
- ・ アンケート調査において、いずれの調査からも、こどもの自殺未遂者支援の関係機関連携における課題（複数回答）として「関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である」が多く挙げられている。
- ・ 児童相談所アンケート調査では、6割が関係機関連携の調整役は「児童相談所」と回答している。児童相談所アンケート調査個票から、こどもに支援した内容として「一時保護所での生活および児童精神科医療機関での入院を通して、保護者の言動がこどもに与えている影響について、こどもと一緒にふり返った。それにより、自宅から離れて生活するという選択を一緒に行うことができ、自立援助ホームへ入所できた」「医療と学校が連携してこどもの支援ができるよう調整し、病院と学校が直接連絡を取り合えるような協力体制を構築した」等、専門性を発揮して関係機関へのつなぎ等を行った事例が確認された。一方、ヒアリング調査では、児童相談所が虐待対応で逼迫しており、虐待が背景にない自殺未遂等の事例は支援が難しい場合があるという意見があった。

■考察

- ・ アンケート調査では市区町村主管課に関係機関連携の調整役を期待する回答が多かったが、関係機関連携の調整にあたっては、各関係機関の支援体制や役割分担が不明確であることが課題であると考えられる。
- ・ こどもの自殺未遂の背景に養育困難や虐待等の家庭問題がある事例もあることから、アンケート調査において児童相談所が関係機関調整を担うことが望ましいとする回答も一定数確認されており、児童相談所によるこどもの安全確保や家族への介入、専門的な見立てによる支援が重要であると考えられる。一方で、児童相談所における虐待事案対応が逼迫している中、こどもの背景に虐待の事実を確認できない自殺未遂事案への対応には困難な場合もあることがうかがえる。
- ・ こどもの自殺未遂者支援において、各関係機関で「対応可能なことと限界があること」を認識した上で、各地域の関係者が、地域の実情に合わせてどの関係機関や部署がこどもの自殺未遂者等支援における関係機関連携の調整役を担うかや、どのように関係機関連携の調整をするかについて協議・検討することが重要であると考えられる。
- ・ ただし、こどもの自殺未遂者等の支援は単独の関係機関や部署が行うのではなく、各関係機関や部署の連携により包括的に実施されるべきものである。調整役に、支援における責任や

役割が偏ることのないよう、調整役以外の関係機関や部署は積極的に関与することが重要である。

②治療後の地域へのつなぎと自殺リスクアセスメント

■調査結果のまとめ

- ・ 救命救急センターアンケート調査個票では、こどもの自殺未遂者の支援内容として「精神科診断と治療を院内で行い、精神科で地域の資源について調整するとともに学校関係者との繰り返し会議を行った」「臨床心理士・公認心理師が本人と面接を行い、アセスメントを行った」等の回答があった。
- ・ 児童精神科・精神科医療機関アンケート調査個票では、「児童精神科(児童思春期病棟)への入院治療。薬物療法、精神療法、学校関係の調整(学校負荷の調整)、社会参加の場の確保」「特別訪問看護指示にて頻繁な訪問看護(継続的な見守り、家庭環境の把握、危険兆候の早期発見を目的とする)、情報共有のための関係機関のカンファレンスの実施(学校教員、児童相談所、こども家庭センター、教育支援センター)」「担当心理士をつけ、信頼関係を作りながら虐待・ネグレクトの影響を含めた包括的アセスメントを行った」等の回答があった。
- ・ 自治体へのヒアリング調査では、救急医療機関から自殺未遂者の情報が県保健所を介して基礎自治体に共有され、基礎自治体が学校や医療機関等とのリスクアセスメント会議を開催し、支援方針を決定するという事例が確認された。当該事例では、定期的にリスクアセスメント会議を開催し、リスクを再評価して支援方針を更新している。一方で、他の事例では、医療機関によっては地域との連携に消極的な方針のところもあり、情報共有等が難しいといった課題が把握された。
- ・ アンケート調査から、こどもの自殺未遂事案を把握した場合の対応(複数回答)として、「アセスメント(再企図リスク評価)」と回答したのは、保健所調査では5割を超えており、救命救急センター調査でも5割程度となっているが、精神保健福祉センターで4割、市区町村調査と児童相談所調査では3割となっており、自殺未遂者の支援方針を検討するにあたり、再企図リスクの評価を実施していない関係機関も一定数ある。
- ・ アンケート調査個票のこどもへの支援に関する設問では、保健所調査からこどもや家族との面接をしてアセスメントをした上で医療機関につないだ事例や、精神保健福祉センター調査からこどもの話を聴いて自殺念慮・企図の背景や要因についてアセスメントを行い医療機関につないだ事例等、各関係機関の専門的な見立てにより支援を行った事例が確認された。

■考察

- ・ こどもの自殺未遂者支援においては、医療機関による治療と地域の支援者へのつなぎが重要である。受診・治療が継続している事例では、医療機関と地域の支援者が連携し、継続的なモニタリングやリスクの定期的な再アセスメントを行いながら、支援方針を協議の上で適宜調整していくことも重要である。また、医学的・心理学的見地からのリスクアセスメントも医療機関に期待される役割の一つであると考えられる。
- ・ 治療後の地域における継続支援のためにも、エビデンスに基づくこどもの自殺リスクアセスメント手法の確立とともに、各地域で自殺リスクアセスメントのための研修等の実施も求められる。

- ・ 保健所や精神保健福祉センターが、こどもの自殺未遂者等の支援におけるリスクアセスメントや関係機関連携の調整を実施する事例も確認されており、精神保健福祉分野の専門性を持った支援の役割を担うことも重要であると考えられる。

③こどもとの関係性構築と家族への支援

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査個票からは、こどもの自殺未遂者支援における、こどもとの関係性に関する課題として、こどもからの支援拒否、連絡の途切れ、こどもの援助希求の乏しさなどから、こどもの様子やニーズが確認できないといった回答が挙げられている。一方、こどもの話の傾聴など、こどもとの関係性を構築するための丁寧なプロセスを講じたことから、こどもの援助希求行動が促進されたり、自分の状況や夢、不安や困り事などを語ることが増えたり、こどもの危機的状況が改善された事例が挙げられていた。
- ・ アンケート調査個票では、こどもの自殺未遂の背景として家族の問題が含まれる割合が高くなっており、保護者やきょうだいといった家族にも神経発達症を含む精神疾患がある、またはひとり親家庭で子育てや介護の負担が大きいなど、家族に支援ニーズがあった事例も挙げられている。
- ・ アンケート調査個票では、家族がこどもの気持ちを理解する役割を担い、こどもの状況が改善された事例や、世帯に必要な福祉サービスや家族に対する訪問看護等を提供した事例が挙げられた。また、ヒアリング調査では、こどもと保護者を共に地域活動支援センターI型につないだ事例も確認された。さらに、ヒアリング調査では学校を中心にこどもを支援し、保健センターを中心に保護者を支援した事例など、こどもを直接支援する機関と保護者を支援する機関の役割分担を明確にして連携を図り、家族を包括的に支援したとの回答も挙げられた。
- ・ 一方、こどもの支援を担っていた部署と、保護者の支援を担っていた部署で、こどもへの支援の必要性に関する認識が異なり、支援の認識にもずれが生じたといった事例も確認された。

■考察

- ・ こどもの危機的状況の改善には、家庭全体の安定も重要な要素となり得ることから、こどもとの信頼関係を構築することに加えて、家族の支援ニーズにも丁寧に応じていくことが求められる。また、支援者が家族の話を傾聴しながら、丁寧に関係性を構築することで家族の状況が改善し、徐々に「家庭」がこどもの安全安心な「居場所」となっていった事例も把握された。
- ・ 複数の関係部署や関係機関が連携することで、家族へ助言や必要な福祉サービス等の導入、複数の支援者の関わりが可能となり、多角的な視点から家族全体をアセスメント、モニタリングが可能になると考えられる。
- ・ 複数の関係部署や機関が緊急事案に関与する上で、それぞれの部署や機関の得意とする専門的視点、蓄積している支援経験などが異なることから、優先される支援や選択される判断等の相違が生じることを想定する必要がある。
- ・ 特に、関係機関・部署の間でこども、保護者、きょうだい支援などの役割分担を明確化して同時並行でそれぞれの支援を行う場合、互いの動きや判断の認識のずれを修正できないまま

経過することもあると考えられる。そのような状況を防ぐためにも、ケース会議等の協議の場以外でも必要に応じて可能な限り密な情報共有や支援方針のすり合わせが必要になると考えられる。

- ・ こどもの自殺未遂者支援の目的はあくまでこどもの命と権利を守ることであり、保護者等に関わる関係機関も含む支援者全員がその共通認識を持ち、こどもの最善の利益を主として考慮した支援方針の下で連携支援を推進することが必要である。

④地域における継続的なこどもの見守り

■調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査個票から、在籍校との連携を進める回答や「高校進学や転校転入を機に進路先や夢を描けるようになった」など、所属変更により状況が好転し安定した地域生活ができるようになったという事例が確認された。また、「家庭」に代わるレスパイト的な一時保護や入院、日中の居場所の提供、自立援助ホームの利用、フリースクール等の情報提供など、地域の社会資源へのつながりや利用等も把握された。支援した結果についての回答からは、繊細なこども自身の感情の揺れや家族関係の改善のプロセスにおいて、支援者が根気強く伴走支援を行った事例が確認された。
- ・ こどもの自殺未遂者の支援において必要なものとして、「学校でもなく、病院でもない、ゆるい若者の居場所や相談場所」等の回答が挙がっており、学校関係者や民間団体へのヒアリング調査では、「家も病院も嫌ということもがどこにいけばよいか悩ましい」「児童相談所にも家庭にもいられないという状況でのつなぎ先として、昼間の居場所や、こどもの希望があり一時的であれば保護できるシェルターのような場所が必要」という意見（BOND プロジェクト）や、「個別支援が終了した後も、緩やかなつながりを続けることが重要であり、個別支援と居場所活動の両輪が必要」（ライフリンク）といった意見もあった。
- ・ アンケート調査個票においても、社会資源の不足を支援継続の困難の理由に挙げている回答があり、中には「希死念慮のあるこどもを受け入れる事業所や施設がない」「医療以外の受け皿がなく長期休みや週末の対応に苦慮している」といった状況も確認された。
- ・ 自治体へのヒアリング調査においては、こどもの居場所事業者や民生委員が要対協の構成員として参画し、こどもの自殺未遂者に関する情報共有を行う事例がみられた。

■考察

- ・ 行政機関による支援のほかに、こども自身が「居たい」と思える居場所が地域にあることは、こどもの自殺未遂者の安定した地域生活の継続のために重要な要素である。この点、官民が連携し、こどもの安全が確保され安心して地域生活を継続できるための受け入れ体制を整えることは、見守りが途切れない地域づくりにもつながると考えられる。
- ・ 希死念慮のあるこどもの地域の受け皿がないという課題は、地域の支援者の自殺対策に関する理解の不足や、支援の経験値が蓄積されにくいことも背景になっていると考えられる。地域におけるこどもの自殺未遂者の継続支援のためには、自治体を中心とした地域の多様なこどもの居場所づくりの推進だけでなく、自殺未遂歴や希死念慮のあるこどもの個別支援に必要なリスクアセスメントやメンタルヘルス等に関する正しい基本知識の習得、支援者自身が孤立しないための「支援者支援」の体制構築、調整機関による社会資源の把握、自治体同士の好事例等の共有などの総合的な取り組みが重要であると考えられる。

⑤ こどもの 18 歳到達を見据えたつなぎ

■ 調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査個票では、関係機関連携の課題として、市区町村調査や児童相談所調査からは「児童相談所に週 1 回、本人が通所して面接を受けている事例であったが、18 歳到達以降、同様の対応ができる機関がなくなってしまった」「18 歳を超えてからも支援を担ってくれる社会資源が乏しい」等の回答や、児童精神科・精神科医療機関調査からは「成人精神科への移行」が難しい等の回答があった。
- ・ ヒアリング調査では、18 歳到達前に児童相談所から市町村の障害福祉部署や保健担当部署につないだ事例や、卒業前に高校から保健担当部署につなぎ、こどもと保健師の関係性を構築した事例が把握された。また、18 歳到達後に健康増進担当部署が引き継いで自殺未遂者支援を担う場合には、本人同意がなければ支援が難しいことから、18 歳到達前からの支援者との関係性の構築が課題であるとの意見もあった。

■ 考察

- ・ 18 歳を超えても希死念慮が継続し、引き続き支援が必要な事例はしばしば発生するものと考えられる。児童福祉法の枠組における支援が困難となった場合を想定し、どの関係機関が主たる支援者として関わり、こどもや家族に説明をするか、またどのように支援者同士のつなぎや利用制度や事業の変更・調整を行うかなど、地域の事例検討の場等で申し合わせておくことが必要であると考えられる。支援の中止や支援者の交代によりこどもが信頼できる支援者とのつながりを途切れさせないように、継続支援が求められる。

(6) こどもの自殺未遂者支援における「支援者支援」

■ 調査結果のまとめ

- ・ アンケート調査から、過去 3 年度に支援したこどもの自殺未遂事案の平均（こどもの自殺未遂者の支援事例を把握できている場合に回答）は、市区町村調査で 3.6 件、保健所調査で、5.8 件、児童相談所調査で 5.6 件、精神保健福祉センター調査で 6.1 件、救命救急センター調査で 13.7 件、児童精神科・精神科医療機関調査で 14.2 件となっている（市区町村調査、保健所調査は個別支援を実施しているところ、精神保健福祉センターは後方支援を実施しているところのみの回答であることに留意）。
- ・ 市区町村アンケート調査から、関係機関連携の課題として、「こどもの自殺未遂案件は頻繁に生じることではないため、スキルや経験が不足しており、連携できる資源も乏しい」「個々の市町では知識やスキルが不足している。市町の枠を超えて広域的に動けるスキルを持った専門チームが中心となれば広域の社会資源の活用連携や、事例を活かした相談対応も可能になると思われる」といった回答があった。
- ・ 市区町村、保健所、児童相談所、救命救急センター、児童精神科・精神科医療機関、精神保健福祉センターいずれのアンケート調査においても、関係機関連携における課題（複数回答）として「職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している」「支援にあたる人材が不足している」と回答した割合が 4 ～ 7 割と高くなっている。

- ・ 児童相談所アンケート調査では、自殺対策に関する取組（複数回答）について、外部での研修を職員が受講していると6割が回答した一方、2割は自殺対策に関する取組を特に実施していないと回答した。
- ・ 児童相談所へのヒアリング調査から、自殺未遂者支援においては児童精神科医療機関が中心となっており、児童相談所職員に支援ノウハウが蓄積されないといった課題が確認された。
- ・ アンケート調査から、支援者支援（後方支援）を行っているのは保健所調査で8割、精神保健福祉センター調査で7割となっている。内容としては、保健所調査では主に「ケース検討会への参加」「対応する職員への助言・指導」「連携できる関係機関の紹介」であった。
- ・ 学校関係者等へのヒアリングでは、管理職や教職員への研修等の必要性も意見として挙げられている。
- ・ 精神保健福祉センター調査個票では、こども・若者の自殺危機対応チームによる専門家の派遣等の後方支援事例が挙げられた。自治体へのヒアリング調査では、精神保健福祉センターが医療関係者に対して自殺未遂者支援に係る研修を実施する取り組みが確認された。

■ 考察

- ・ こどもの自殺未遂者等の事案への対応について、関係機関で支援スキルや経験・ノウハウの不足に関する課題感が大きくなっている。こどもからの SOS を周囲が受け止めきることができなければ、その後こどもが助けを求めることに消極的になってしまう恐れがあるため、こどもからの SOS を周囲の大人および支援者が受け止めて、適切に支援を行うためのスキルアップのための取組が必要であると考えられる。直接支援に関わる関係機関は、対応方法に悩むことも多いと考えられることから、研修や事例検討会等の設定によるスキル向上やノウハウの共有が重要であると考えられる。
- ・ 「支援者支援」として、都道府県保健所や精神保健福祉センター、また、自殺対策等を専門とする民間団体等が、支援者の育成やスキル向上のために研修や専門的な助言を提供できる体制を構築することが望ましいと考えられる。
- ・ 特に市区町村の支援においては、都道府県が広域的な調整役となり、医療機関等の社会資源へのつなぎを行ったり、こども・若者の自殺危機対応チーム等の後方支援の体制を構築するなどの役割が期待される。

資料編

1 2 学校関係者等・民間団体ヒアリング調査結果詳細

(1) 東京都

日時：令和7年9月22日（月） 10：00～11：00
場所：Zoom
ヒアリング先：東京都教育庁地域教育支援部生涯学習課
主任指導主事（都立高校校長経験あり）
ユースソーシャルワーカー（YSW）主任

※文末に記載がないものは、主任指導主事のご発言に基づく内容である。

①基盤となる自治体での取組（都立学校「自立支援チーム」）

- 東京都教育委員会は、YSWなどで構成される「自立支援チーム」を都立学校へ派遣し、困難を抱える生徒に対して、就労・福祉・医療等の各種関係機関と連携しながら、生徒の社会的・職業的自立に向けた支援を行っている。

②学校での支援体制

- 様々な背景から生きづらさを抱えている生徒が多い学校には、スクールカウンセラー（SC）やYSWも多めに配置されている。

(7) 都立高校での支援体制の例

- 様々な背景から生きづらさをかかえる生徒が多く通う学校では、担任との会話の中で、生徒が希死念慮を抱えていることが発覚することもあるが、SCやYSWとの面談で発覚することが多い。自殺企図までうかがえるような危険度が高い場合は、保護者へ連絡後、病院連携も行う。
- 希死念慮を抱えている場合は、校長、副校長、担任、学年主任、特別支援コーディネーター、自立支援担当教員、生活指導部、養護教諭などと情報を共有するため、毎週実施している学校内の情報共有会において、SCやYSWの記録も回覧し、情報共有を行う。緊急の場合は、校内の関係者を招集しケース会議も開催している。
- 生徒の状況によって、子ども家庭支援センターや児童相談所、通院している場合は、病院とも連携する。非常に危険度の高い場合には、学校所在地の警察と本人の居住地の警察にも情報を提供し、体制を整える。

(4) 他の機関へのつながりや役割分担について

- どの機関につなぐかは判断が難しい。死にたいと思う気持ちが生じているだけの状態なのか、自傷行動が出ているのか、自殺企図しているか、などの状態面のほか、精神疾患の有無によっても、対応が異なる。
- 学校での対応としては、安全、安心を確保するために一人で帰宅させないように保護者に迎えに来てもらう、早めの通院を促す、主治医に対応を確認するなどの対応をする。
- 外部機関との連携の初めは副校長が対応し、その後はYSWや担任が直接対応するということが多い。保護者対応は、主に担任が行うが、状況により、自立支援担当教員、養護教諭、管理

職も対応を行う。生徒の状況、ケースに合わせて割り振りを決めており、最終的には校長が判断して指示を出している。

- 医療機関との連携は、保護者が協力的な場合とそうでない場合によって大きく異なる。保護者が協力的ではなく、同意が取れない場合もあるが、必要性を説明して、同意を得たうえで、担任と YSW が同行する。このような状況で医療ネグレクトと考えられる場合、子ども家庭支援センターや児童相談所とのつながりがあるケースも多く、連携して対応することもある。

③自傷・自殺未遂歴のある子どもへの支援について

(7) 自殺未遂歴のある子どもへの実際の支援例

i) 生徒の状況

- 両親はいるが、以前よりネグレクト傾向があった。家族以外とは話ができないので対話によるコミュニケーションに課題があった。
- 希死念慮が発覚する前から、支援が必要な生徒として学校で毎日見守っていた。

ii) 経緯

- 生徒から「家に帰りたくない。死にたい。」と教員に連絡があり、周辺を搜索したが見つからず、保護者と警察に連絡。自殺に至る前に、警察が本人の所在地を特定し、保護者とともに駆けつけ、本人を保護した。

iii) 自殺未遂後の支援状況

- 保護した後の状態が悪かったため、学校から保護者に医療機関への受診の必要性を伝えるが、保護者が拒否し医療機関へつなげられなかった。学校への送迎も保護者に依頼したが、対応してもらえない状況であった。
- 自殺未遂以前から児童相談所も関わっていたが、18 歳の誕生日を迎えてしまい、児童相談所では対応できなくなった。その後は、YSW が積極的に関わるとともに、自治体の福祉課とも連携して対応した。本人が障害者手帳を所有していたことから、障害者虐待として自治体から通告に基づく世帯分離を行い、本人を入院させることができた。入院中に課題提出などで単位を認定し、卒業することができた。卒業後は障害者福祉施設へつなぐことができた。
- この事例では、学校が、警察、児童相談所、自治体の障害福祉課、保健師、生活福祉課、医療機関の医師、MSW との連携を行った。

iv) 支援を行う中で苦労した点

- 保護者の協力が得られなかったことで対応に苦慮した。保護者からの 110 番通報がなければ、警察は学校近辺の見回りはできても、広域捜査ができないため、本格的に搜索はしてもらえない。
- 18 歳を超えると学校が相談、連携できる児童福祉の支援が終結してしまい、対応に苦慮する。今回の生徒は自ら助けを求めることができたため、医療や障害者福祉につながり、保護されることとなった。
- 家族以外とは会話によるコミュニケーションができないなど、発達やパーソナリティの特性もあったため、対応の枠組みを設定することに苦慮した。
- 希死念慮がある一方で、家庭との連携が難しいため、教員は土日を含めて気が張った状態であった。

(イ) 自殺未遂をしたこどもを学校内で支援、見守りしていくにあたっての課題・必要な支援

- 学校だけでは見守りが難しい。学校にいる間は見守りができるが、休みの時や夜間の緊急対応が不安。本人にも、何かあれば警察に連絡するという話をしていたが、家族以外とは話せない生徒だったので対応が難しかった。休みの時や夜間等の対応をどこか学校外の機関がしてくれると救うことのできるこどもたちが確実に増える。
- 16 歳・17 歳の場合は、子ども家庭支援センターや児童相談所と連携でき、学校だけで抱えずに対応することができるが、18 歳を超えた際のつなぎ先が無いという問題がある。自殺企図をして入院中に 18 歳になってしまい、児童相談所としては誕生日前日で終結となったケースもあった。退院後に、家に帰りたくない中でどうすればよいかわからず、学校と医療機関で連携して対応した。
- 児童福祉から障害福祉に移行できるケースもあるが、どこにもつながらないケースの対応が難しい。児童相談所がうまく障害福祉につないでくれるケースもあった。YSW から児童相談所や子ども家庭支援センターに今後の地域の相談先について助言を得られるよう、ケース会議開催を働きかけることがある。(YSW)

④学校との連携を強化したい関係機関

- 希死念慮、自傷行為、自殺企図、自殺未遂では、緊急性が異なり、つなぎ先も異なる場合がある。学校は、学校生活に関する医療機関（主治医）からの助言、不登校と中退の生徒や家にいるのがつらいという生徒等への対応に関する YSW の支援を求めている。
- 命の関わるような不調では、統合失調症やうつの可能性もあるので、医療機関とのつながりも重要である。家庭と医療機関が連携できればよいが、うまく連携できないケースが多い。ひとり親家庭、生活困窮、多子、外国ルーツ、精神疾患がある等で、保護者自身に余裕がないこともある。その場合に、こども自身が SOS を出しにくいこともある。本人や保護者の同意がないと学校と医療機関との連携がうまくいかないことがあるので、保護者と学校、医療機関が連携できるかが重要。
- 過去に児童相談所で保護された際の思い出がよくなかった場合など、児童相談所を嫌がる生徒もいる。地域のこどもの居場所を見つけてつないだり、SNS 相談窓口を伝えたりすることもある。これまでの経験から、大人を信用できない、家にも学校にも居場所がないという生徒にとっては、何が本人のニーズに当てはまるかわからないため、様々な社会資源を知ったうえで、随時必要な機関と連携する必要がある。(YSW)

⑤自傷・自殺未遂をしたこどもへの支援にあたり支援者の立場で改善したらよいと思われること

- 家に帰りたくない生徒がいた場合に、児童相談所もすぐに一時保護してくれるわけではない。家に帰りたくない生徒を、学校からの連絡で一時的に受け入れてくれる場所があると、救うことのできるこどもたちが確実に増える。
- 保護者の中には、多子世帯や、外国籍世帯、精神疾患、自傷や何かの依存症など、精神面や金銭的困窮などの理由で、こどもを受け止められない場合もある。YSW は生徒優先であり、学校も保護者の話は聞くが、対応しきれない。保護者が気軽に相談できる場所が都内には少

ない。こどもの自殺既遂ケースでは、母親がこどもを受け入れられなかったという場合が多い。保護者がこどもを受け入れる力がないといけない。保護者の支援を受けてくれる外部の連携機関があるとこどもたちの支援に直結する。

- 未受診の生徒に医療機関を紹介する場合、地域の保健センターの保健師に相談するよう情報提供している。学校で受け入れ可能な医療機関を探したこともあったが、対応できる人材のいる精神科病院などの医療機関の情報はあった方がよい。

⑥その他

- ・ 学校での円滑な支援体制の構築のためには、校長自身への研修が必要と思われる。
- ・ 同じ専門機関であっても、対応する人材の経験や保有するネットワークなどによって、その後の動きが違ってくることを学校が認識しておく必要がある。
- ・ 都立学校は SOS の出し方教育や受け止め方の研修を受けている。そのため、教員の感度も高い。ただ、SOS を出せないこどもが心配である。家も病院も嫌というこどもがどこにいけばよいか悩ましい。学校にいる大人が、こどもにとってつながれる大人になる必要がある。命に関わるケースについては、心理の専門家である SC が最も良いかとも思うが、YSW や担任、部活動の顧問なども含め、誰であっても受け止められる大人がいることが必要である。
(YSW)

(2) A 市

日時：令和 7 年 10 月 14 日（火） 14：00～15：00

場所：Zoom

ヒアリング先：A 市 市立高校関係者（校長、元担任教員、スクールソーシャルワーカー（SSW））

①学校での支援体制

(ア) 現在の校内体制

- 本校では月に 1 回、学年担当、特別支援コーディネーター、教頭等の管理職、養護教諭、SSW が参加する「カウンセリング委員会」を設置している。名称にカウンセリングとあるが、全校生徒を対象に普段の学校生活や部活動、出席状況、持病等の健康面に関する情報、人間関係、あらゆる面からモニタリングし、気になることがある生徒について状態の重篤度を 3 段階で分類し報告・議論する会である。（SSW）
- 最も重篤度が軽いのが「1」で、本人や家庭に対して担任で対応可能と思われる状態である。「2」は学年や学校全体での情報共有が必要な状態、「3」は関係機関との連携や、卒業中学やきょうだい関係等に関わる必要があり、学校内だけで対応できない状態である。自殺未遂に関わるものは「3」に該当し、リストカットが激しい、オーバードーズ（過量服薬、OD）がある、既に医療機関を受診している等の生徒である。カウンセリング委員会では、重篤度が最も重い「3」と新規ケースについては個別に議論を行って対応を検討し、「1」「2」については共有のみとしている。（SSW）
- ランク付けは、報告する教員の主観となる。ただし、委員会にて議論の結果、重篤度が見直されることもあり、提示されたランク付けで確定というわけではない。（SSW）
- 学年からカウンセリング委員会への報告のため、まずは各クラスの担任教員が気がかりな生徒、不安がある生徒をリストアップし、担任以外の教員からの情報も含めて取りまとめ、ランク付けをした Excel シートを作成している。さらに、養護教諭が保健室等で得た情報があれば書き加えてもらい、なるべく多くの情報が集まるようにしている。（担任）
- 希死念慮や自殺念慮については、生活アンケートや、部活動の顧問、担任、各教科担当教員の見守りからリスクがあると感じた生徒をカウンセリング委員会に上げ、個別支援が展開できるようにできる限り具体的なところまで議論を行っている。（SSW）
- カウンセリング委員会には、スクールカウンセラー（SC）も関わっているが、出勤曜日の都合でカウンセリング委員会には出席できないため、養護教諭が仲介役となり相互の情報連携を行っている。（SSW）

(イ) 現在の体制構築の経緯等

- 当市では以前、いじめや特別支援を要する生徒が高校で非常に増えているということが事案の発生によって浮き彫りになり、いじめや体罰等で苦しんでいる生徒を拾い上げるべくアンケートを行った。その際に、市として対応が必要な生徒が見つかった時のフォロー体制を検討し、7 年ほど前に市立高校に SSW を配置することとなった。（校長）

- 当初は、市の教育委員会で雇用し、小中学校に配置されていた SSW を、ケース会議への参加を主目的に、派遣型で配置した。その後、SSW の運用を続ける中で、生徒に対するアセスメントおよび家庭との連携について、チーム学校の視点でどのように取り組むのか体制を検討した結果、SSW を含めて早期発見、早期対応をしていくという方針が決まり、市立高校 3 校のうち本校を拠点校として他の 2 校を巡回するという現在の形が 4 ～ 5 年前にできた。(SSW)
- 当市に居住している生徒であれば市の SSW で対応してもよいという考え方のもと、県立や私立の高校へ市の SSW が行くこともある。ただし、1 件ずつ許可が必要で、市立学校の場合に比べて動きは遅くなる。また、ケース会議への参加や教員からの相談を受けるといった断片的な関わりとなる。(SSW)

(ウ) 連携先と連携の流れ

- 自殺念慮をみとめた場合、保護者、保健所、市の保健担当課、18 歳未満であれば要保護児童対策地域協議会、市の児童福祉担当課との連携を進めていく。(SSW)
- 担当者や経験値の違いといったソフト面で連携のしやすさが変わってくることはあるものの、市内で関係機関間の連携のしにくさを感じたことはない。(SSW)
- 医療機関へつなぐ必要が出てきた際、関係性のできていない SSW が突然保護者に話をしてもうまくいかないこともある。カウンセリング委員会とは別に、少人数でケース会議を実施し、誰がどのような役割を担うか等支援の具体的な進め方を話し合っている。(SSW)
- 教員は、定期的に養護教諭へ生徒の状況を報告している。その際、各事例について SSW を入れて話し合った方がよいかどうか検討がなされ、協議への同席が決まると週に 1 回程度の SSW の出勤日にケース会議を行う、という流れが多い。(SSW)
- 医療機関から生徒の情報を記入するための様式を学校に渡されたことはないが、担任教員としてカンファレンスに同席することはある。(担任)

② 自傷・自殺未遂歴のあるこどもへの支援について

(ア) 生徒の傾向

- 自傷や自殺未遂に至る生徒の背景には、家庭環境の問題があることが多い。保護者や他の家族が精神疾患やその他の疾患を抱えている、ヤングケアラーの傾向があるといった、養育環境がよくなく、家庭が安全基地としての役割を果たしていないケースが多いように感じる。(担任)

(イ) 自傷・自殺未遂歴のあるこどもへの実際の支援例

i) 生徒の状況

- 当時高校 1 年の男子生徒で、入学当初からこだわりが強かったり、他者との関わりの中で冗談と本気の区別がつきにくい等の発達特性がみられ、心配していた。自身のキャラクターを自覚し、ポジションを確立して周りとうまくつきあっていたものの、周りに比べて自分はできていないと感じることが小中学生時よりも増えていったようである。(担任)

- 母親が精神疾患を抱えており、生徒は家にいても気が休まらず、家庭が壊れてしまうかもしれないという不安を常に抱えていた。(担任)

ii) 経緯

- 部活動でしんどい思いをしており、辞めたいという悩みを部活動顧問に相談したことが始まりであった。担任である自身が掘り下げて聞いていく中で、保護者が精神疾患を抱え、本人が不安を抱えているという根本的な家庭の問題が見えてきた。(担任)
- 担任だけで対応できる問題ではないと感じたため SC と連携したところ、カウンセリングの中で、本人が首を吊るためにビニール紐を編んで縄を作っていたことがわかり、自殺念慮がはっきり見えてきた。縄は、生徒を自宅まで送り届けた際に預かった。(担任)

iii) 支援内容

- 問題の根は家庭にあることがわかって、保護者に伝えたことでより家庭の状況が悪化しないかという懸念があったため、生徒本人と相談を重ねた。精神疾患を抱えているのが母親であり、父親であればなんとか話ができそうだと生徒本人から話があり、まず父親へ説明することとなった。SSW を中心にケース会議を開き、父親への説明後、市の保健担当課へつなぐ方針が決まった。(担任)
- 具体的な流れとして、まず、担任教員がケース会議当日の夜に父親を学校へ呼ぶことにした。呼び出しが決まった時点で校長が保健担当課へ連絡し、何時まで対応可能か交渉したところ、夜間まで待機してくれることになった。父親に、担任からは状況の説明を、SSW からは今後の方針を説明した。保健担当課が待機してくれていたため、そのまま電話で保健担当課と父親を直接つなぐことができた。保健担当課の説明は的確で、翌朝すぐに役所へ来て話し合いましょうとも伝えてくれた。本人と父親が翌朝役所に赴くと、受診や入院が可能な病院のリストが用意されており、本人と父親の意思を確認しすぐに入院手続きへ進められた。(SSW)
- 父親に現状を説明した際、最初は「考え過ぎではないか」という反応であったが、自殺企図の際に使用された縄を見せると切迫した状況であることを理解してもらえ、協力して進められた。(担任)
- 保健担当課の担当者の対応は細やかで、夜間待機している間に様々な対策を練ってくれていたようである。(校長)
- 入院決定後すぐに、SSW が要対協へ相談歴の有無や家庭環境の把握状況を照会した。病院、保健担当課、中学校と連携していけるように、個人情報やり取りを可能にするため要対協へ報告した。父親にも、要対協の管理窓口である当市の児童福祉担当課を早い段階で紹介した。入院後は、要対協を通じて保護者の同意を得た上で病院と学校が連携できた。(SSW)
- 11 月上旬から入院し、3 月に退院した。入院後は授業に参加できていなかったが、年明けには精神的に落ち着いてきて病院に通信環境もあったため、教室とリモートでつなぎ授業に参加できるようにした。(担任)

iv) 入院後の支援状況

- 入院中に面会を重ね、学校へ戻る、通信制や別の学校へ行く等の選択肢を含め今後について相談したところ、長く不在にしておりこれまでの学校へは戻りにくいとのことで、最終的に転学となった。2 学期の途中まではしっかり授業を受けていたこともあり、各教科でレポート課題を用意しできるだけ単位を取得したうえで転学できるよう取り計らった。(担任)

- 要対協へつないだため、要対協から転学先の学校へ、これまでの経緯が情報共有されていると思われる。(SSW)
- 転学先で担任となる教員が本校での様子を聞きに来訪されたが、学校としては、家庭に心配事があり、診断されているわけではないが本人に発達特性もありそうだという簡単な伝達をし、詳しくは本人に聞いてもらうよう伝えた。(担任)
- 学校は母親と生徒の関係性の修復には関われるが、母親自身の精神疾患に対する支援については地域保健の役割である。関係機関とのケース会議を複数回行っており、その際に保健担当課でも同様の認識であった。保健担当課が父親とつながっており、困り感の聞き取りや母親の入院や治療に関する相談を行っている。
- 父親や兄は母親の言動を日常的にうまく受け流せているようであるが、本人は発達特性の影響か、母親の言うことをすべて真に受けて悩んだり、気がかりなことがあるとずっと引きずったりする様子がみられた。そのため、本人への療育も視野に入れてコミュニケーション力や生活スキルを上げていくことも課題だと思われ、どのようなサポートが必要か保健担当課と要対協で検討していただきたいということで引き継いでいる。(SSW)

(ウ) 支援を行う中での課題および工夫

i) 課題

- 本事例の生徒の出身中学校と本校は、同じ教育委員会に属する市立校同士であるので、事象が発覚した後、中学校へ聞き取りに行った。当時から、いじめられているという認識ではなかったが、発達の凸凹感があったことや、程度は不明なものの家族の関係性に問題がありそうということも中学校側が把握していたことがわかった。中学校から高校へ進学する際に、見守りや支援が途切れないよう情報共有があれば、もっと早くからできることがあったのではないと思われる。(SSW)
- 当該生徒について、入学式の翌日には発達特性がある様子が感じられた。家庭環境や中学時代に起きたトラブル、些細な出来事など、高校で何かあった際に背景にあるものを探り当てるための材料をなるべく多く残して共有してほしい。その材料があれば、もっと様々な対応を検討できたかもしれない。(担任)
- 入試という一定の学力検査を経ていて学力に大差ないところから始まる高校に比べて、小中学校は差が目立ちやすく、発達特性が目立つ生徒等に目が行きがちである。発達特性がそれほど目立たない生徒は学力面で問題がないことが多く、注意を向けられていない傾向があるように思う。そうした生徒は、小中学生の時にはうまくいかない部分を周りの友達が補ってくれている場合があり、高校で友人が変わるとフォローもなくなって、本人の特性が一気にクローズアップされることが多いように感じる。小中学校でも生徒全体へ目を向けて、小さなことでもよいので情報を残してくれたなら、高校での対応の仕方も変わってくると思う。(校長)

ii) 工夫や良かった点

- 校長は前任校で、事案が起きた際に自治体の窓口へつなぐという経験をしていたため迅速に動くことができた。(校長)

- 担任教員が気になる生徒を継続的に見守っており、その目があつたからほころびに気づくことができたと思う。また、働き方改革といわれる中で、生徒宅が学校から近かったとはいえ、家庭状況を確認しに訪問する、生徒を迎えに行くといったイレギュラーな対応をしてくれたことも支援がスムーズに進められた要素の一つではないか。(校長)

③学校内での気になるこどもの支援や見守り等に効果的なこと

(ア) 養護教諭や SSW の役割

- 本校においては、保健室で養護教諭がざっくばらんに生徒と話す中で得る情報が多く、養護教諭は非常に重要な存在であると感じている。(校長)
- 養護教諭がうまくコーディネートしてくれており、都度の連絡も徹底されている。SSW が市で雇用されていることも大きい。他の学校での勤務中に養護教諭から緊急性がある事案の報告が来た場合、勤務中の学校の許可を得て、事案が発生した学校への移動がスムーズに行える。(SSW)
- 事例に対応した担任は特別支援コーディネーターを兼任しており、研修やセミナーにて学んでいる最中であるが、アセスメントをうまくとるのは大変難しい。家庭での様子や育成歴等を意識して聞き取ろうとしても、情報の聞き漏らしがあることもある。そのような時、SSW や養護教諭への情報共有を行う際に不足部分の指導をしてもらえることがあり、専門家に相談できる環境はありがたいと感じている。(担任)
- 管理職につながるのノウハウがあれば、SSW がいなくてもつながりの役割はできるかと思われるが、アセスメント等含めたケースの深堀においては SSW が重要な役割を果たす。(校長)

(イ) 学校や自治体での取組

- 本校では、各学年に 1 名ずつ、特別支援コーディネーターを配置している。特別支援コーディネーターが各クラスからの情報を取りまとめる役割を担っているため、気になる生徒を学年で情報共有し、見守れる体制ができつつある。まだ不完全なところはあるがカウンセリング委員会がうまく機能するようになってきていると感じている。(校長)
- 当市で SSW 事業が始まった時、教育委員会ではなく福祉部局（児童福祉担当課）に SSW を置いた。それからおよそ 10 年、児童福祉担当課と SSW でお互いの顔がわかる関係性が続いていることは支援が円滑に進む要素として大きい。(SSW)
- 当市では、子育て支援の拠点事業で 1 つの施設にて発達相談や教育相談を行っており、教育と福祉の連携を常に意識して動いていることも非常に大きい役割を果たしているのではないかと。(SSW)

④多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- こどもに関わる専門職の技術をどのように上げていくのが課題ではないか。日々変わっていく社会や家族の在り方に応じて、専門職も力量を上げていかなくてはいけないと思う。学校、児童相談所、地域に関わる各ソーシャルワーカー（SW）において研修制度や力量の上げ方で統一された基準がなく、力量や知識がばらばらであると感じる。(SSW)
- 自殺未遂の案件では、こどものトラウマの話は避けて通れない。リストカット、OD、その他自傷行為、たばこといったものが解離症状のひとつの表れではないかと言われる中で、こど

もに関わる職員がトラウマの勉強をどこまでできているのか疑問である。我々も、最近トラウマについての研修を学校全体で行ったところであるが、トラウマをはじめ、自殺未遂案件に必要な知識や技術をこどもに関わる専門職で統一的に持てるような研修が必要である。

(SSW)

- 担任教員であるとともに特別支援コーディネーターも担っているので、常に学んでいく姿勢が大切だと思っている。学校という場は様々な角度からストレスを受ける環境であるので、生徒が「しんどい」というサインを出してきた時、その根本がどこにあるのかを見極めるだけの知識を持っていなければなかなか解決に至らない。生徒自身もはっきり認識できていないことが多い中で、勉学、部活動、家庭、人間関係、本人の特性等の何が要因となっているのか見極めが必要となる。本校は部活動が盛んで勉学にも力を入れており、生徒によっては負荷が大きい場合がある。「しんどい」時に、その要因を取り除いていくためには何を休ませてやればよいのか判断しなくてはならない。休むことは悪いことではない、頑張っていることだけが美德ではないという視点をどの教員も持てるようになればよい。(担任)
- しんどさを抱える生徒への関わり方や支援の考え方を現場の教員に持ってもらうよう、目の前の生徒にマッチした研修をしていかなければならない。また、今回紹介した事例ではSSWも保健担当課も夜間対応をしてくれたが、事案発生時にイレギュラーな対応ができるような体制の必要性についても教育委員会へ訴えかけていきたい。加えて、警察と連携することも出てくると思われ、学校を取り巻く地域とのつながりの強化も必要である。SSWや保健室の養護教諭から入ってくる情報の重要性も認識しているので、協力してくれている人たちとのつながりもより大事にしていきたい。(校長)

(3) 滋賀県内自治体

日時：令和7年10月31日（金） 10：00～11：30

場所：Teams

ヒアリング先：滋賀県内自治体のスクールソーシャルワーカースーパーバイザー（SSWSV）、滋賀県内自治体教育委員会、公立中学校教頭

①学校および自治体での支援体制

(ア) 希死念慮を持つこどもに気づいた際の対応や支援体制

- ・ 当自治体の教育委員会の生徒指導部会には、各中学校の生徒指導主事、SSW、要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）調整担当部署、警察等の様々な立場の関係機関が出席している。（SSW）
- ・ 自殺未遂案件があった際に（事例内容は後述）、学校だけではなく要対協調整担当部署や健康担当部署といった他部局と協力しながら早急にケース会議を何度も開き、どの部局で何ができるか配置型 SSW が中心となって役割分担をした。希死念慮がある、自殺をほのめかす行動があるといった内容のケース会議を行う中で、学校現場の動き方が正しいかどうか判断しかなるような時に常日頃から配置型 SSW や教育委員会の SSWSV に助言をもらい、修正しながら支援を進めている。その連携があったからこそ、今回の自殺未遂案件において初期対応がうまくいったって何とか自死を食い止めることができた。（教育委員会（以下、教委））
- ・ 管轄内のすべての学校で、こどもの悩みにいち早く気づけるような取組として、教育相談期間を設けて、この期間は授業をなるべく短くし、こども一人一人に向き合い、色々な先生が話を聞くようにしている。また、長期欠席のこどもや欠席が多くなってきたこどもをいち早く見つけてできる限り早く手を打つことをとても大切にしている。教育委員会と協力して、どのような手立てがあるかを考え、早めに対策を取っている。希死念慮の強いこどもは、校内で使用するタブレット端末に「死にたい」というような内容を打ち込む場合があり、そういった履歴を把握してアプローチをかけることもしている。（教頭）

(イ) 県のサポートチームの立ち上げ

- ・ 滋賀県では、不登校やこどもの自殺等について教育委員会と福祉部局が一緒になって対応する部署ができた。その中で、サポートチームという専門家のチームがあり、社会福祉士として参加している。サポートチームは、弁護士、医師、臨床心理士、社会福祉士、警察等の各分野の専門家から組成され、不登校や自殺未遂に関する事案など外部の支援を必要とする事案が起きた際に、学校現場が県に申請すると、事案に応じた専門家からサポートを受けられるというものである。（SSW）
- ・ サポートチームによる支援では、福祉機関等のネットワークの活用など、今後の支援の道筋を示す。自殺未遂に至らない、ほのめかす段階でもサポート対象である。ハイリスクになってからでなくほのめかしている段階で、学校だけで対応できるケースか、関係機関と調整しながら見守っていくケースかをトリアージすることも含まれている。（SSW）

②自傷・自殺未遂歴のあるこどもへの実際の支援例

(7) 自殺未遂事例の概要

i) 生徒の状況

- ・ 希死念慮・自殺願望のある中学生の女子生徒。死にたいと口にしたりリストカットをしていた。(SSW)
- ・ 複合的な困難が多い家庭の育ちであり、家庭が大変な中で本人も頑張っているところを親から認められず、もやもやした気持ちがずっとあったが、その気持ちを誰にも出せずにいたようである。小学生の段階から、生きづらさを感じながら過ごしてきたようであった。学校にも相談していたが教員に話せばすっきりするというわけでもなく、医療にもかかりたかったが、両親に気持ちを伝えても理解されなかった。中学生になり、死にたいと発信するようになった。(教委)

ii) 自殺未遂までの経緯概要

- ・ 生徒指導部会で報告した担当教員より報告を聞いた際に、おそらく複雑な課題が背景にあるのではないかと、そのアセスメントをもう一度確認しなくてはならないと感じた。そのため、その場で他校の指導主事も集め、死にたい願望を持つにとどまるこどもと実際に行動に移してしまうこどもの違いを説明したうえで、支援を組み立て直すことや、自治体の自殺対策担当の保健師、要対協や県も関わる必要性を教育委員会の SSWSV として訴えた。(SSW)
- ・ その後、当該生徒は実際に自殺未遂を実行したが、医療・福祉・警察等、県や当自治体の役割分担も同時に行い、連携を密に行った。
- ・ 当該生徒について報告のあった生徒指導部会の後から自殺を実行しようとした日までの対応としては、教育委員会、要対協調整担当部署、SSW といった関係者でケース会議を開き、SSWSV より不足している視点の指摘や、自殺未遂が起こるまでにどのように対応していくのが良いか等の助言をもらった。また、教頭先生がハブ役になり、当日の家族の動き、学校の対応等を整理、可視化し、緊急の情報の整理・警察・医療などとのやり取りなどを集約し、組織的な対応を図った。可能な限り包囲網を敷いて何とか自殺企図を防ごうとした。(教委)

iii) 家庭との関わり

- ・ 複雑な家庭背景があったが、保護者の想いとこどもの願いとのギャップを丁寧にアセスメントを行った。誰がどの内容をどう伝えるか、学校と福祉部局ときめ細やかに連携しながら家庭と協働関係を保っていた。保護者が不安なくこどもに対応できるようにした。そのため、未遂で終わることができた。

iv) 関係機関との連携

- ・ 自殺未遂するまでは、要対協ケースであったため、学校と要対協調整担当部署との連携のみであったが、自殺未遂の事案が生じた後は、要対協調整担当部署が主となり、そこからの采配で各機関が動いた。(教委)
- ・ 自殺未遂後に救急搬送された医療機関の精神科医より、当該生徒について家庭の調整が最優先との見立てがあった。そのため、家庭調整から入るにあたって、その役割を要対協調整担当部署と配置型 SSW が担った。要対協調整担当部署には、家庭調整としてどこから支援を

始めるのが効果的かアドバイスをいただいた。また、配置型 SSW が家庭とつながっていたので、そこを通じて助言をするなど、家庭調整を最優先に動いた。保護者の健康面での支援については、健康担当部署がアプローチした。生徒は不登校傾向もあり、当自治体の教育支援センターに通うこともあるので、センターの職員が当該生徒との関わりを持ち続けた。このように、いくつもの部局と連携して支援を進めた。(教委)

- ・ 当該生徒については、いきなりの通学はハードルが高いのでひとまず教育支援センターへ通うことから始めた。その間、センターの職員は当該生徒と丁寧なやりとりをしてくれ、結果的に学校へも行けるようになった。(市教委)
- ・ 学校では、担任教員が常に気を配りながら支援をした。校内には、教室には入りにくい別部屋ならゆっくり過ごせるという場合のために別室が用意されていた。心の健康面では養護教諭と協力し、さらに生徒指導主事も含めて連携を取りながら支援を進めた。(教頭)
- ・ 本事業については、当初、当該生徒に関わる支援者の多くが、「気を引きたいだけだろう」と自殺の行動を起こす予測をしていない状況であったが、SSWSV の助言もあり、家族の関係性の視点も含めた再アセスメントを行い、支援を組み立て直したことで関係機関間の連携協働が質的にも深まったといえる。(SSW)

v) 支援の効果や生徒等の変化

- ・ 生徒本人は医療につながっていなかったが、ようやく今回のことをきっかけに精神科へつながることができた。それによって、自分の危険な状態をコントロールできるようになった。(教委)
- ・ 当該生徒は学校にも参加できるようになった。教員をはじめ、周囲とつながりが切れた期間がなかったことも状況が改善した要因として大きかったと思う。(教委)

(イ) 事例から感じられた課題

- ・ 初めに報告が上がった時にもし警告しなかったら、死にたいというのは口だけではないかと判断され、リストカットへの対応だけで終わっていたかもしれない。こどもが死にたいくらい辛くなる背景に対して的確なアセスメントの重要性がよく表れた事案である。(SSW)
- ・ 当時、こどもが死にたいと言っていたのを、大丈夫だよと伝えながら傾聴していたが、本当は生きたいけれどもその気持ちの裏返しなのだろうと思っていた。しっかりと話を聞き、保護者との共有を丁寧にすることで自殺企図は防げるだろう、という考えが頭の片隅にあったと思う。実際に行動に移された時には、まさかという思いであった。(教委)
- ・ 今振り返ると、もっと本ケースを初期から深刻に捉えて対応していれば自殺企図も防げたかもしれない。早めに発達検査や医療につなぐというように踏み込んだ支援をすればよかったのではないと思う面もある。(教委)
- ・ 本ケースは小学校時代から、小さな兆しが既に感じられたということである。情報が点で終わり、線としてつながっていなかった。(SSW)
- ・ こどもが死にたいと言った時、本当に実行してしまうタイプかどうかというのは専門家が見ればわかる。日常的に支える立場の人と、アセスメントができる専門職との連携が必要である。まずは現場からの報告が上がってこなければ、アセスメントにすら進めない。また、今

回のように情報が途切れてしまうことがないように、それぞれの感じた小さな違和感を共有していたらもっと違ったかもしれない。(SSW)

- ・ 本ケースをすぐにハイリスクだと判断した最大の要因は、保護者の健康状態の不調の程度である。こどもの思いや学校体制等、全体を鑑みて判断するが、家族アセスメントを的確に行うことは重要である。(SSW)

(ウ) 関係機関等の情報共有について

i) 多機関連携時の情報共有の意義と共有方法

- ・ 各関係機関で思いが違ったり、関わりのタイミングも異なるので、そういったことから来るずれは少なからずある。しかし、やはりスピード感ある情報共有が重要だという共通認識がある。そこで、当自治体では、教育支援センター、学校、教育委員会といった各所の校務支援システムを活用し、当該生徒の様子等を三者間でリアルタイムに共有できるようにしていた。(教委)
- ・ 上記の仕組みは以前からあったが、本事例をきっかけに情報共有として活用するようになった。(教頭)
- ・ 上記の情報共有に加えて定期的なケース会議を開き、支援の方針等について認識合わせをした。(教委)
- ・ 日々の記録の共有は、こどもにとってタブーな発言や出来事など、どういうことで傷ついてしまうのかを知る一助となる。いじめや自殺といったナイーブな問題において、関係者は皆、自分の言動がこどもが行動を起こすきっかけになってしまうのではないかということを、非常に不安に思っている。日頃の様子を共有できれば、話しても問題ない内容や、よりよい対応への手がかりがわかってきて、自信を持ってこどもに接することができるようになる。(SSW)
- ・ 自分の支援の仕方は間違っていなかった、皆一緒に支援しているという安心感も得られる。支援者が各々違う動きをしてしまうと、こどもも混乱してしまう。リアルタイムの情報共有をすることで、同じ方向を向いて支援が前向きに進むと感じている。(教委)

ii) 関係機関への情報共有として必要な内容

- ・ 初動や連携の仕方に関わってくるため、学校から最低限共有いただきたい情報として、要対協ケースかどうか、こども本人の発達課題の有無、逆境的小児期体験(ACEs)の要素の有無、という3点が挙げられる。自殺についてほのめかしているレベルなのかといった程度や、家族にも課題があるか等も重要である。上記の情報があるだけでネットワークの張り方や想定されるリスクがおおよそ判断できる。(SSW)
- ・ 発達課題を抱えていても知的に問題が見られないこどもや、自閉スペクトラム症(ASD)であっても環境に適応できているようなこどもの場合、不登校は別として、学校が対応に苦心するような行為はしないことが多い。そうしたこどもは、認知の偏りによって苦しんでいることが言語化できず、支援が必要であるにもかかわらず発見されにくい。また、経済的に豊かであったり、両親がそろっている、要保護・要支援に該当していない、といった場合はリスクが見逃される逆のバイアスがかかることもある。さらに、精神的な疾患はスティグマが生まれがちなこともあって隠される場合も多く、要対協ケースとなるリスクのある家庭には

見えないことがある。このような発見されにくい課題を抱えるこどもの希死念慮は、複雑化する可能性がある。(SSW)

- ・ 保護者の状況にしても、身体障害か精神障害かでもこどもへの影響は異なるし、同じ心の病気でも、うつ、統合失調症、パーソナリティ障害ではこどもに与える影響や必要なサポートが全く違う。家族が精神疾患を抱えている場合、その精神疾患の程度に関する情報があれば、家庭の中でどのような困りごとがあるかについて、専門家であればすぐに想像がつく。このように、ハイリスクかどうかの判断に直結する情報というものがある。(SSW)
- ・ 他に、親族が自死したという背景を持つこどもが自殺企図に至るケースが大変よくあるため、その情報も重要度が高い。(SSW)

(I) 希死念慮を持つこどもへの支援における課題

- ・ ASD のこどもの場合、ここだと決めた日に本当に死のうとする傾向が強い。また、ACEs が背景にあり要対協にかかっている被虐待環境のこどもが ASD も複合となると、とても複雑で、医療や警察とつながっていても自殺企図まで及んでしまいやすくなる。(SSW)
- ・ オーバードーズの事案も多い。親に見つからないように薬の瓶をベッド下にたくさん並べたり、薬剤師に気づかれないように買う店を変えるとといったように、周囲の目を上手にすり抜けているこどももいる。(SSW)
- ・ チーム学校で報連相が重要であるところ、若い教員の中には、「先生にしか言わない」、「誰にも言わないで」と言われた時に、その約束を忠実に守ってしまうケースもある。こどもの思いに寄り添うことはとても重要であるが、「言わないで」と言われたことでも報告してほしい、と研修等で伝えている。初任者研修では、こどもの発言をそのまま先輩教員に報告することがまずは重要であり、一人で判断しない、抱えないことが重要だと話している。(SSW)
- ・ スクールカウンセラー (SC) や担任が自殺願望について知った時などは、まずは報告が必要である。報告の遅れが事態の悪化をまねき、連携にも支障をきたす。(SSW)
- ・ 例えば、性被害が背景にあるケースでは、養護教諭が状況を把握したとしても、性の問題を取り扱うのは自分だと思い、管理職等他の職員に報告せずに抱え込み、対応が遅れてしまうということがある。(SSW)
- ・ また、関係者間の関係づくりがうまくできていないと、関係者間の不信感からネットワークが有機的に機能せず、関係者会議を開いても有意義なものにならないこともある。そうなる学校が抱え込んでしまうことも多い。そうした場合、スーパーバイザー (SV) の立場から、学校の役割、県と市町それぞれの役割、児童相談所の心理士およびワーカーの役割、警察の役割など、各関係者の役割を整理するとともに、精神保健福祉法第 23 条に基づく医療機関へのつなぎ方等を説明して関係者間の歩調を合わせるといったことを行う。(SSW)

(オ) 自殺未遂者支援等における SSW の役割

- ・ SSW が多く配置されても、的確な見立てができなければ、関係機関と歩調合わせができない。緊急事態が発生した時、市町や県、医療、警察、要対協といった関係機関の中で、緊急で行わなければならないことと地域で見守っていく役割というように、SSW は支援にあたっての交通整理をしなければならない。(SSW)

- ・ 教育と福祉のそれぞれの役割や、性問題が背景にあった自決未遂、発達障害の認知の特性等、関係者が知っておくべきことが多くある。また、こどもへの対応には明るくても、親の精神疾患や家族全体の関係性を読み解くとなると難しく、家族丸ごとアセスメントすることに難しさを感じる SSW もいるだろう。SSW の SV は、そうした時に、間に入って関係者間での正しい理解を促し、歩調合わせをすることが役割である。(SSW)
- ・ 支援にあたり、こどもを含め関係するすべての人に対する「つなぎ方」にまだまだ課題があると感じている。例えば、こどもに説明するのであれば、「あなたを守る専門家の人へつないでいこうと思う」と伝えるなど、話し方やタイミング、シチュエーション、また前もってどんな調整をしておくかといった、こどもが安心できるようにつなぐためのポイントがいくつかある。つなぎ手の一声によってこどもが二度と学校に来なくなったり、親が関わりを遮断してしまうようなこともある。(SSW)
- ・ また、立場による動きの役割分担も考えるべきである。状況に合わせて、つなぐ前段階でスムーズにつながられるよう双方の調整の地ならしをする人、つなぐ上ではっきりしておくべきことを明確に伝える人、それをフォローする人、というように、細かい部分の諸調整が必要となる。(SSW)
- ・ SSW がどれだけ現場に入っている、つなぎ方に専門性と知見がなければ、結局学校のメリットにはならない。つなぎ方こそ SSW に求められる能力ではないか。(SSW)

③支援体制のさらなる強化

(7) 研修の実施

- ・ 今年度すべての学校に向けてゲートキーパー研修を実施した。講師は健康担当部署が務めた。一番のゲートキーパーといえる教員が、自殺企図を防ぐためにどういう関わり方をしていけばよいかといった研修内容である。希死念慮をもつこどもが増えたことを反映しているのか、参加校が増え、今年はすべての学校が積極的に参加を希望した。(教委)
- ・ ゲートキーパー研修の最大の目的は、関係機関へのつなぎ方を学ぶことである。ゲートキーパーによる問題解決が目的ではない。SSW につないで家庭の調整をするのか、SC につないでこどもの心のケアを優先するか、自治体の要対協調整担当部署と連携するのか、というような判断ができ、多機関連携が可能になるような動き方を研修で学んでいる。現状、ゲートキーパーを担う教員が多大な負担を感じてしまう場合があることが課題であり、ゲートキーパーを担う教員に対する支援も行っていきたい。(教委)
- ・ 滋賀県の教育支援センターのすべての長と相談員に向けた研修も行った。希死念慮をもつこどもたちを地域で包括的に見ていくにあたり、教育支援センターでも自殺対策の制度設計や喫緊の諸課題について理解し、その対応やネットワークの支援をしていただけるようにという内容で話をした。(SSW)
- ・ 不登校のこどもだけではなく、多様なこどもが生きづらさを感じて教育支援センターに通っている。多面的な視点でのアセスメントが極めて重要である。さらに、家庭、教育支援センター、学校がつながりながら、安全基地としての役割をどこかが担う時、教育支援センターはサードプレイスとして自殺対策の一環にもなり得るということも伝えた。(SSW)
- ・ 今後の基本的な支援体制としては、引き続き、各学校の事例を共有する生徒指導部会を定期的に開く。ただし、あくまで定期的な会議であるので、学校では日常的に様々なことが起こ

る。そのため、ゲートキーパー研修等を通して、教員の普段の関わり方に関する知識や考え方をさらに高めていきたい。(教委)

- ・ 今回の事例を含め、これまでの対応において、学校現場で正しいと思っている動きが実は不十分である場合もあることもわかってきた。こまめに SSW に確認や相談をする重要性を感じたので、この連携をもっと強化していきたい。(教委)

(イ) 居場所づくりについて

- ・ 地域こどもの生活支援強化事業の一環で、こどもの居場所となる社会資源を開発する事業を県からの委託により行っている。児童精神科に入院するこどものための学習支援を実施しており、その中で、自殺未遂をしたこどもが地域に戻れるよう、各市町とつなげる仕組みを作っているところである。(SSW)
- ・ 学校に居場所がないことから自殺企図に至るこどもを何人も見てきた。医療ソーシャルワーカー (MSW) や精神科の医師から、医療につながったこどもを次は地域につないでほしいとの相談もあり、緊急搬送されたのちに病院から地域につなぐ仕組みの必要性を感じ、MSW とともに仕組みづくりをしている。(SSW)
- ・ 病院に搬送されるこどもの居住地はばらばらなので、病院から市町に連携するための仕組みが必要となるが、まずは学校とどうつないでいくかを主治医と考え、関係者間でのカンファレンスをしっかり行う。その後、こどもと保護者がそろって退院時のカンファレンスを行う。この二段階のカンファレンスを経て、再企図を防げるように、医療の次へつながるようにしていきたいと考えている。(SSW)

(4) NPO 法人 自殺対策支援センターライフリンク

日時：令和 7 年 9 月 29 日（月） 13：00～14：00

場所：Teams

ヒアリング先：NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク

①自殺未遂歴のあるこどもからの相談状況について

(7) 近年の小中高生からの自殺に関する相談の傾向

i) 当団体の活動の現況

- ・ 厚生労働省の自殺防止対策の補助事業で、対象はこどもだけではないが、SNS 等を入口とした相談事業を実施している。虐待、家がない、労働等、様々な問題を背景に自殺念慮を抱く方に対して、相談とその先の必要としている地域資源へつなげる支援まで行っている。
- ・ 2017 年に座間市で起きた事件をきっかけとして、2018 年 3 月に厚生労働省が SNS を活用した相談事業を開始した。開始時に手を挙げて以来、これまで支援事業を継続している。
- ・ 死にたい、消えたいという気持ちを持つ人からの相談を全国から受けており、自殺未遂にまで至る人が一定数いる。もともとの人口も関係するが、東京都、大阪府、愛知県、福岡県といった都市部からの相談が多い傾向にある。
- ・ コロナ禍には、感染予防の観点から相談窓口の縮小などにより受け皿が限られたことや著名人の自殺報道の影響が重なり、電話相談件数が非常に増えた。現在は、リアルタイムの SNS 相談と電話相談だけでは対応が追いつかないため、メール相談も行っている。相談件数に対する対応率は、SNS で 4 割、電話で 3 割程度である。メールは全件対応で、月に 400～500 件程度となっている。
- ・ 当事業のコーディネーターは常勤・非常勤合わせて約 20 人おり、相談のうち、ハイリスクなケースは同意を得て自治体や地域の支援機関へのつなぎ支援を行っている。新規が日に約 2 件（月約 60 件）、年間で約 750 件ある。

ii) こどもからの相談の傾向

- ・ 相談者の年代や性別の傾向としては、電話は 40 代以降が多く、SNS は女性と男性の割合が 3 対 1 で女性が多い。高校生までのこどもは男女合わせて 17～18%となっており、夏休み明けは増加する傾向にある。
- ・ SNS と電話相談にアクセスしたがつながらないという状況が発生している。特に若年層については、こんなことを相談しても相手が困るだけではと相談自体を躊躇する声や、人よりも生成 AI に相談する方が気が楽だという声が聞かれる。ChatGPT に相談したところ、相談先として当団体を薦められたというケースもある。
- ・ 小学生は多くなく、中高生が中心で、年代的に電話や直接会うのを嫌がる傾向があるので、チャットでやり取りを続けて少しずつ関係性を築く。

②多機関連携の状況

(7) 連携している関係機関

- ・ リストカットや OD をしているが医療機関を受診していなかった 10 代女性では、コーディネーターが本人の同意を得て継続的にやり取りをし、保健センターへ同行して受診可能な医療機関を探す等の支援を行った。
- ・ 自治体と連携協定を締結して円滑に支援を実施するための枠組を広げたり、弁護士会とも連携協定を結び、先へつながるフォローを意識している。協定を締結していない自治体であっても、連携は行っている。
- ・ 江戸川区や足立区のように協定を締結している場合は、担当窓口を決めてもらい、その後の庁内連携は内部で行っていただく。基本的には相談者のニーズに応じてその地域で関係機関を探してつないでいる。
- ・ 大人を含めると、最も多いのは生活困窮者自立支援制度に関連する関係機関へのつなぎである。虐待等で通告や保護が必要な場合は、児童相談所や警察の少年課と連携する。3、4 年前から、連携した機関の記録を残しており、行政機関を中心に、民間の NPO 団体等、全国で 400～500 か所ある。
- ・ つなぎがうまくいく特定の自治体というのではないが、相対的に都市部は選択肢が多くなるので、苦慮しつつもつなぎ先を見つけられることが多いように思う。ただ、都市部からの相談のケース数が多い現状があり、地方の状況を十分に把握できていないだけかもしれない。
- ・ 当団体において、子ども・若者総合相談センターと関わっている職員がおり、そこを通じてつなぎ先を開拓できた例もあった。
- ・ 全国で数か所、児童精神科医ともつながりがあり、緊急の案件を受けてもらうこともあるが、もともと枠に空きがなく受診のハードルは高い。

(4) 学校との連携

- ・ 学校に行きたくないとなると SC にも相談できず、家族にも相談できないとなると、第三の居場所がほとんどみつからない。学校が嫌だというわけではないが自分からは言えないというこどもの場合は、本人の同意を得て学校の管理職に連絡する場合もある。
- ・ 同意はこども本人からのみ得ている。こどもを通じて保護者へアクセスするのが難しい場合や、虐待とまでいかなくても保護者との関係がよくない場合が多く、保護者を通すと言った時点で「それならいいです」とこどもに拒否されかねない。学校がその後に保護者とやり取りしていることもあるかもしれないが、それは学校側に任せている。
- ・ 情報の守秘義務があることから、つないだ後の状況について学校から報告を受けるには壁がある。そのため、本人とのやり取りを継続する中で、学校側の情報が共有されておらず、もどかしい思いをすることもある。
- ・ 学校によっては継続的にやり取りができる場合もある。管理職とやり取りをし、管理職から担任の教員へ伝えるという流れとなるのでタイムリーな情報共有にはならないが、組織の仕組上この流れになるのは理解できる。SC や SSW と直接やり取りすることはほとんどない。

(7) 多機関と連携する際の課題と工夫

i) 連携する際の課題

- ・ こどもや若者の場合は支援先が限られることが課題である。受け皿になる機関が全国のどこにあるのか把握しきれていないことや、自殺リスクのある人の受け入れは受け入れ側の責任

も重く難しいという実情がある。子ども・若者総合相談センターが地域でのつなぎ先、開拓役を果たしている場合もあるが、地域による差が大きい。

- ・ つなぎ先がすぐにみつからない場合、基本的にチャットでのやり取りを続けて関係を保つが、切羽詰まった状況であれば介入せざるを得ない。児童相談所、警察、自治体の保健師、生活福祉等と連携する。こどもの場合、保護者も含めて家庭の問題となると、地域の機関にも関わってもらう必要が出てくることが多い。
- ・ 受け入れる側が、初めは話ができなくても居場所を使うだけでもいい等と、幅広く受け入れてくれる場合はつなぎやすい。児童相談所のように、制度に組み込まれているものほど利用するには条件があるので、こどもがその条件を飲めず、行かないと言われてしまうことが多い。制度利用しか解決の道がない場合はそこにつなぐしかないため、当団体からこどもへ丁寧に説明をするなど、つなげられるように関わることが必要になる。
- ・ 18歳が近づく中で高校を辞めた場合も、つなぎ先探しに苦労する。児童相談所は18歳が近いとスムーズに受け入れてもらえない場合もある。制度運用上、一定程度仕方がないことは理解しており、無理やりつないでも本人にも連携先にもよい影響はないとは考えている。
- ・ 当団体の連携先は公開していない。支援に関わる団体同士で受け入れ実績のある関係機関の情報を共有するのは有益であると思うが、情報を見た支援者が受け入れ先への相談なしに相談者へ次々と紹介し、それが原因で受け入れをやめる場合があるためである。NPOは資金的な不安定さもあるので、ケースを抱えるほど対応が難しくなる。結果的に、信頼のおける特定の人物からの紹介だけを受け入れるといった属人的な形になり、それは確実ではあるがもったいない。支援機関のネットワークを適切に運用できていないというのは、どの分野でも以前から言われてきた問題である。
- ・ 大人の場合は、借金を抱えている、仕事が見つからず生活が回らないというように問題の根本やつなぎ先を判断しやすいことが多いが、家庭や環境、自身の特性等で悩むこどもの問題は、ここに相談したら解決できるということが少ない。相談や支援につながってもすぐに問題が解消されないため、こどもが「ここに行けば何とかなる」というつながる意義を感じにくい。受け入れる側は、居場所としてこどもの自己肯定感や信頼感を育みつつ、その先の進路へつなげるような関わり方をしていくことが必要である。
- ・ 自殺念慮のあるこどもの場合、問題の背景や解消のしにくさ、受け皿の少なさといったいくつかの課題が絡まっていることを改めて感じる。ほとんどのケースで、コーディネーターとのやり取りを続けながら様子を見ている状態である。すぐには問題解決に至らず、長期にわたることが多い。

ii) 連携時に特に配慮していること

- ・ 新しい支援先につなぐ時が、関係の切れ目になりかねないため最も注意を要する。連携先を紹介し、行ってみるといふ返答があっても、結局行けていないということがある。なるべく当事者が自分の力で動くことが大切であるが、つなぎ目が切れ目になってしまわないよう、自分で説明するのが難しい場合には本人の同意を得て当団体から事前に連携先へ情報共有しておくこともある。

- ・ 連携先へ伝えてよいことと伝えてほしくないことを確認する、紹介後に実際に訪れたかどうか連携先に聞く場合にもあらかじめ本人の同意を得る、というように、本人の気持ちや意思を尊重し、同意を得ることが重要である。

③多機関連携により自殺未遂歴のあるこどもを支援した事例

(ア) 事例①

- ・ 女子高校生。ひとり親家庭、ほぼネグレクトで、家庭にもそれ以外でも居場所がない。希望する進路に対してお金を出してもらえず、選択肢を叶えられず、死にたいと言い、深刻なオーバードーズ等までは至っていないが、リストカットをしている。(電話相談)
- ・ 地域のこども家庭センターへつなぎ、やり取りののち、センターから児童相談所へもつなげた。
- ・ 全体的に家を出たいというこどもが多いが、虐待による保護等でなければ、こどもがすぐに家を出るのはその先がみつからず難しい。このケースでは、祖父母のもとへ移る提案をして家を出ることができた。こども家庭センターや児童相談所による支援がうまくいったため、当団体の手を離れて支援が進んでいる。

(イ) 事例②

- ・ 男子高校生。家出から3日経過しており、飛び降りるか迷っていて、今も飛び降りられる場所にいと、隣の商業施設の Wi-Fi を利用して SNS 相談があった。中学生のころから死にたいという思いがあり、なんとか保っていた友人関係も、LINE がブロックされ、家庭での出来事も重なって死にたいという相談内容であった。
- ・ 3日間野外にいる状況であったので、その地域でシェルター事業をしている民間団体をコーディネーターがインターネット等で調べて問い合わせ、受け入れ可能と回答をもらった。相談者に伝えたがその日の夜は迷って行かず、翌日に訪れ、しばらく滞在することになった。しかしその後、出奔してしまいシェルターから警察へ通報し捜索願を出したが、みつからない。当団体とつながっていたチャットも、翌日には返信がないままブロックされてしまった。今のところ問題解決につながっていない状況である。
- ・ ブロックされるとこちらからの声かけができないが、もう一度連絡があることもあるので、少なくとも半年間は待つことを基本としている。

(ウ) 事例③

- ・ SNS 相談のあった女子高校生。以前から自殺念慮があり、リストカット、自ら首を絞める、階段から落ちる、友人と一緒に道路に飛び出すといった行動に出ており、死にたいと思ったら時間や場所を選ばず体が勝手に動いてしまう状況であった。緊急時には警察への通報も視野に入れて関わりを続ける。
- ・ コーディネーターとチャットが続いていたが途絶え、現在のところ具体的な支援につながっておらず中断している状態である。

(E) 相談対応の終結とその後の支援について

- ・ 抱えている問題に区切りがついた場合や、地域の支援機関につながり当団体の手を離れる時は、一旦支援を終結とすることで確認し、同意をとる。不安があるのでまだつながっていたと言われた時はそのままつながりを保つ。新規相談を受け付けながら、進行中の支援を終結させなかったとするとキャパシティの問題もあり、難しい。
- ・ 借金や困窮と違って、こどもが抱えている問題が短期的にわかりやすく解消することはあまりない。
- ・ 足立区で生活困窮者自立支援制度の枠組みで取組をしている。そこでは、個別の相談や面談が終了した後も参加可能な、週に1～2回の居場所活動をしている。個別支援が終了したからと支援をゼロにするのではなく、緩やかなつながりを続けることが重要である。
- ・ 個別活動と居場所活動の両輪でやっていくことにはメリットが多い。相談者にとって、常に相談する側、聞いてもらう側という位置づけは心理的に負担になってくるが、並行して居場所活動の場があれば、同じ境遇の人ともフラットにつながれる。こども家庭センターや子ども・若者総合相談センターでもそのような形を取っているところがある。
- ・ 支援側のキャパシティとしても、1対1では関われる人数に限りがあるが、対集団であれば関わりが可能になる。
- ・ 足立区の例で言うと、居場所で一緒に食事をしたりして、気負わずに接しながら「最近また仕事を辞めた」等の現況を聞き、早めの介入が可能になった例もあった。
- ・ 個別相談のスタッフと居場所活動のスタッフは互いを知っているので、相談者が個別支援から居場所の方へ移っても全く知らないところに入っていくといったことにならず、さらなるつながりも生まれる。

④多機関連携の促進について

(7) 多機関連携を促進していくために必要なこと

- ・ 連携する双方が、互いにどんなことを担当できるのか説明し合い、理解しておくことが大切である。そうでないと大変なところばかり押し付けられたという気持ちが生まれてしまう。
- ・ 全国の相談を受ける中で、それぞれの地域においてどんなつなぎ先があるか、どうつなぐかを把握している、せめて都道府県単位の間機関が必要だと感じている。

(4) 連携を強化したい関係機関

- ・ こどもの居場所は、地域によって偏りがあるものの、やはり数は多くないと感じる。しかし、掘り起こしができていないだけで未知の支援機関が各地にあるはずで、種類も多様である。例えば各所の子ども・若者総合相談センターで、そういったつなぎ先を提示してもらえるとありがたい。
- ・ こどもの場合、学校にも家庭にも居場所がないとなると、途端に行き詰まる。その時のつなぎ先がわかるとありがたい。

⑤こどもの自殺未遂者支援等のために必要なこと

- ・ 自殺未遂、自殺企図のあるこどもについては、当団体だけでなく、学校、専門家である精神科医、保護者とだれもが苦慮している。一発解決の方法がないが、まずはつながり、居場所

をどう作っていくかではないか。前述のように個別支援と居場所活動の両方を行うことが重要だと考えているが、居場所づくりは簡単にできることではないため、様々な関係機関とどう分担しながらやっていくかがポイントとなる。

- ・ 学習塾をしている人、あるいは障害福祉サービスを行っている事業者が居場所を開設したり、地域で NPO を立ち上げる人がいるなど、地域にも様々な人がいるはずである。地域で多様なつなぎ先を開拓し、お互いに知りながらネットワーク構築ができる機能があるとよい。

(5) NPO 法人 BOND プロジェクト

日時：令和7年10月9日（木） 16：00～17：00

場所：Zoom

ヒアリング先：NPO法人 BONDプロジェクト

①自殺未遂歴のあるこどもからの相談状況について

- ・ 中高生の自殺率の高まりを憂慮しており、支援により力を入れたいと考えている。当団体で相談を受ける中で、チャット相談の利用は、中高生、特に高校生が多い。SNS 相談を始めてからは、小学生も含む 10 代前半からの相談が増加した。
- ・ 中高生の場合、自殺未遂の手前の状態で、オーバードーズやリストカットといった自傷行為を行っているケースが多い。希死念慮があり、エスカレートしていく場合もある。学校に在籍している間は、親や学校等の監視の目が多い中、ばれないように隠しながら行っていることが多い。周囲に気づかれないことで、問題解決やケアにつながらないまま、限界が来て突然危険な行動に出てしまったり、自死に至ってしまうのではないかと。高校卒業後に精神的な状態が悪化して自殺未遂に至るケースが多いように思う。
- ・ 相談者の背景として、メンタルヘルスの問題を抱えていることが最も多いが、ほとんどの相談者が家族関係の悩みも抱えている。虐待もあるが、虐待までいかずとも親との関係がうまくいっていない、親自身が生きづらさや困難を抱えていたり、何かあっても相談できない、頼れない、という状態である。

②多機関連携の状況

(ア) 連携している関係機関

- ・ 相談を受けて、リスクが高いと判断した場合、ケースバイケースではあるが本人の同意を得て関係機関と連携している。自殺未遂を繰り返している等で既に地域の支援につながっているケースもあるが、つながっていてもうまくいっていない場合には当団体が間に入ることもある。相談者が支援を求めているのではなく、心の拠りどころがほしい、ただ話したいということであれば、そのような関係を築き、必ずしも他機関へ連携を行うとは限らない。
- ・ 連携先として、学校、児童相談所、医療機関、地域の各支援機関、警察がある。地域のつながり先としては、民間団体、行政の窓口、保健所等が挙げられる。家を出た方が良いような場合や今日行くところがないといった場合には、まずは児童相談所、児童相談所が難しい場合には子どもシェルター等へつなぐことがあるが、本人の意思も必要かつ大事であることや、揺れ動く気持ちの中ですぐ決断できない場合も多いため、本人と一緒に話し合い整理する時間が必要である。
- ・ 全国から相談を受けており、相談者に合わせて地域ごとの支援につないでいる。困難なケースでは、相談者のもとへ赴いて面談し、関係機関に同行してつなぐ場合もある。

(イ) 医療機関との連携

- ・ 相談に来るこどもは、医療機関へつながっている場合もあるが、親の理解がなかったり金銭的に難しく医療機関へつながることができない子も多い。週1回の通院が必要であったり、自殺未遂で入退院を繰り返しているようなケースは、当団体がカンファレンスへの同席や通院の同行をすることがある。
- ・ 精神科医療機関から、退院後に見守れる体制がなく、退院させるには懸念があるためつながってほしいと要請があり、面談へ出向いたこともある。この事例で医療機関側から相談が来たのは、当該医療機関のMSWが以前別の医療機関に勤務していた際に、当団体で保護していたこどもの担当として関わったことがあり、当団体を認識していたという経緯である。
- ・ 医療機関と連携する際、情報共有は主に電話で行い、文書での共有はあまりない。他には、相談者の意思や病院のケースワーカーからの提案により、診察やカンファレンスへの同席が多い。

(ウ) 学校との連携

- ・ 学校と連携した事例は、全体の相談件数を母体とすると少なくはあるが、必要に応じ連携している。過去の事例で担任の教員とつながった際には、そこから教頭、校長というように管理職へ情報共有がなされていった。この流れでは対応に時間がかかるが、学校の組織体制上、やむを得ないと考えている。
- ・ 当団体に関心を持ってくれる教員がいて、学校側から相談が来ることもある。大変なこどもが多い高校で、生徒が相談先になかなかつながらない、卒業後に学校は関われないため今後が心配なので当団体を知っておいてほしいとの課題感があつたとのことで、教員が、当団体が運営している昼間の居場所に課外授業として生徒を連れてきてくれた。その際に、ワークショップを行って生徒と自然につながることができた。昼間の居場所だけでなく夜の居場所はないかと生徒から聞かれるなど、関わりを持つよい機会となった。
- ・ また、養護教諭等から生徒について相談があり、アドバイスを求められたり、本人の相談につながったケースもある。児童相談所との面談の際に、学校介入（学校での面談）を必要とする場合もある。

(エ) 児童相談所との連携

- ・ 児童相談所の対応は地域によってばらつきがある。例えば委託保護について、当団体が児童相談所から相談を受けて委託保護を引き受けるケースがある一方で、委託保護をさせてくれない児童相談所もある。
- ・ 児童相談所が当団体と互いに情報共有し、一緒に対応を検討したり、その後の状況について報告をしてくれる場合には支援がスムーズに進む。逆に、児童相談所としての対応や今後の方針については当団体に共有できないというところもあり、その場合は、こどもから引き続き当団体に相談が来ても、情報共有ができていないので対応に苦慮する。個人情報保護の観点から共有できないということかと思うが、情報共有をしない理由自体も示されないことが多い。
- ・ 児童相談所と連携した最近の事例として、チャット相談でつながった中学1年生のケースがある。いじめが要因で自殺未遂をしたのち、転校して次の学校ではうまくいっているが、親

との関係がうまくいかず、また自殺未遂に至ってしまいそうだという相談であった。児童相談所につないだところ、その後面談が行われ、支援につながったようである。

(オ) 多機関と連携する際の課題および工夫

i) つなぎ先の課題

- ・ 児童相談所に一時保護されたのち、在宅支援に切り替わり家庭に戻ったが、やはり環境がよくないため家庭には居られず、しかし、再び児童相談所へ行くのは嫌だと言うことの場合、その後のつなぎ先に苦慮する。地域にこどもシェルターもないとなると、対応が非常に難しい。
- ・ 児童相談所にも家庭にも居られないという状況でのつなぎ先として、昼間の居場所や、保護できるシェルターのような場所があるとよい。また、家庭を出たいという衝動に駆られたような時、家出をしてしまうと危険を伴うので、一旦立ち寄って落ち着くことができるような場所があるとよい。
- ・ ただ、未成年ゆえ保護者の同意なしに、かつ児童相談所や警察の経由なしに保護をすることができないため、緊急対応の際の課題となっている。
- ・ 臨機応変に対応できたり、18 歳という年齢の区切りに関係なく支援ができるのは民間のアドバンテージであるが、つなぎ先を考えていくうえでは、18 歳未満と以上の違いはかなり大きい。児童相談所が関わっても、18 歳に近づいていると保護してもらえない場合もある。児童相談所側から、18 歳が近づき、支援が切れてしまうため今後の対応について相談されることもある。支援が途切れてしまうことは大きな課題である。
- ・ 18 歳で児童相談所の支援終了後に婦人保護の相談へすぐにつなげられればよいが、ぶつ切りになってしまうケースが多くある。うまくつながらない場合には困難な状況にあるこどもをそのままにすることになってしまう。児童相談所と婦人相談は連携できないものかと常々感じている。この2機関で引き継ぎができれば切れ目のない支援ができるのではないか。児童相談所の支援終了後に改めて本人が婦人相談へ出向くとなると、ハードルが高い。

ii) ハイリスクのこども支援に向けたネットワーク強化の取組

- ・ ハイリスクな人にも対応できる受け皿が増えることを切望している。相談者には、当団体に限らず、できるだけたくさんの安全な大人に関わり、見守りができるネットワークを形成していく必要がある。
- ・ 当団体では、薬物依存症対策の事業も行っているが、被虐待や家庭に問題があるこども、入退院を繰り返しているようなこどもが、中高生時に家から出ることができずに支援につながらず、高校卒業後にやっと支援につながるというケースが多くある。家を出ることがかかって一人暮らしを始めても、トラウマやメンタルの不安定から生活がままならなくなってしまったり入退院を繰り返すケースもある。退院時にはハイリスクであることによりグループホームや施設で受け入れてもらえず、実家にも戻れないとなると、受け入れ先がない。そのような場合には当団体で保護することもある。見守り体制の強化に向けて、当団体として、医療機関、児童相談所等の児童福祉、教育、依存症対策、女性支援等に携わる方々と関わる機会を持ち、ネットワークを構築したいと考えている。

③多機関連携により自殺未遂歴のあるこどもを支援した事例

(7) 事例

- ・ トー横で声をかけて当団体で保護し、医療機関と連携した事例がある。保護当時中学3年生で、現在は高校1年生となっている。
- ・ ODにより入院や児童相談所での保護を繰り返しており、保護者も対応に困っていた。居場所を求めて再度トー横に向かってしまうことを防ぐため、当団体で運営している昼間の居場所やワークショップへ参加してもらい、終了後に保護者に引き渡すといった支援を行っている。
- ・ こどもがつながっている医療機関とは、電話で情報共有を行った。このケースでは児童相談所とは連携していない。本ケースでは、保護者が協力的で一緒に支援を進めることができた。

(4) 支援を行う中での工夫および課題

- ・ 保護者のこどもへの理解が十分でなかったり、虐待等で親子関係がうまくいっていない場合は、保護者が相談機関による支援に拒否感を示すといったケースが多く、本ケースのように当団体が保護者と関わるができるのはまれである。
- ・ 保護者対応（当団体が支援することについて、ある程度理解を示しているような保護者）においては、まずは当団体について正しく認識してもらうことが必要である。場合によっては実際に昼間の居場所に足を運んでもらい、どんなところなのか、安全な居場所であるということを知ってもらえるように心がけている。

④多機関連携の促進について

(7) 連携したい関係機関

- ・ 学校との連携強化ができればよいと感じている。こどもの生活の場は主に家庭と学校である。家庭に問題があるが、児童相談所への相談には至らないような場合に、学校でこどもの状況確認や個別対応をしてもらえるとよい。
- ・ 児童相談所に相談したことが保護者に知られてさらに状況が悪化することを危惧し、絶対に保護者に言わないでほしい、訪問はやめてほしいと非常に怖がるこどもは多い。そのような場合に、柔軟に対応してくれる学校であれば、児童相談所への相談ののち学校で面談を行ってもらえることがある。問題解決に向けてスムーズに進めていける方法を考えた時、学校の協力があるのが最もよいと考えている。相談になかなかつながらないこどももかなり多くいると思われ、学校で相談先の周知をしていただいて関わりをもっていきたい。
- ・ 不登校への介入もしたいと強く思っているが、どうしたらよいのか模索中である。さらに、情報共有や見守り体制において、SCとの連携もできればよいと考えている。

(4) 多機関連携を促進していくために必要なこと

- ・ 学校やその他多機関との連携促進には、関係機関とのネットワークをどのように広げていくかが重要である。当団体をしっかり認識してくれている自治体とはうまく連携が取れている。多機関連携で支援していくにあたり、行政から民間団体との情報共有も促すような発信があればよい。
- ・ 公立と私立では異なると思うが、学校との連携が促進されるよう、行政には仕組みを整備していただきたい。

⑤その他

- ・ 相談者の問題が解決した後の関係性は、連絡が来なくなる場合、数ヶ月や数年経って再び問題を抱えて連絡が来る場合、途切れずにつながりが続く場合等、様々である。当団体が支援対象としているのは 20 代までのため、30 歳になると「卒業」となる。30 歳になるまでに支援体制を整えることを目標として動いており、相談者本人にもそのように伝えている。
- ・ 当団体の経営面において、シェルターや昼間の居場所の運営では東京都の若年女性支援の助成金を受けており、チャット相談は厚労省の自殺対策事業として行っている。ただ、活動の中には助成対象に該当しない部分があることや、年度によって予算が増減し不安定であり、資金はまだまだ足りていない状況である。

1 3 自治体ヒアリング調査結果詳細

(1) 新潟県柏崎市

日時：令和8年1月13日（火） 13：00～14：00

場所：Zoom

ヒアリング先：柏崎市 健康推進課

①こどもの自殺未遂者等支援用の様式について

(7) 様式の作成経緯や作成に関わった関係機関

- ・ 令和5年度に柏崎市教育委員会学校教育課が作成した「児童生徒からの聞き取りシート」を、継続して使用している。
- ・ 様式は「思春期サポート」事業のメンバー（柏崎市教育委員会 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含む））で運用している。
- ・ この様式は学校教育課が所管する学校対応に活かすものであるため、県立学校は含まない。

(4) 様式に含めている項目の内容や位置づけ、狙い

- ・ 様式に記載の全項目が支援や対応に活かすための情報であり、これまでのところ学校からは概ねすべて埋めて提出されている。
- ・ 本様式は、学校からの一報として必要最小限の情報と心配の程度、学校の希望対応（校内対応か、関係機関の協力希望か）を迅速に共有することを目的としており、初動を遅らせないためのものという位置づけでもある。
- ・ 「心配の程度（緊急性、高中低）」の記載欄を設け、初動判断の目安にしている。また、「学校として現在考えている対応」の欄で、学校側の希望（情報共有のみか、関係機関の協力希望か）を明確化している。

(7) 様式作成の上での工夫、こだわったポイント等

- ・ 初動（早く連絡をもらい当日に受診等につなげる等）を優先し、様式記入に時間を要しない分量・構成とした。心配なことや事実ベースで迅速に共有できることを重視している。
- ・ 学校が何を確認・聴取すべきかが分かるよう、本人状況・家族構成・主訴等の確認項目を明示している。これにより教職員の聴取のぶれが減り、必要情報の網羅性が高まっている。
- ・ 学校、心理士、保健分野の多様な視点から全体像を把握し、今後の支援につなげやすい様式にしている。

②こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用した支援について

(7) 様式の主な活用場面および様式を共有する関係機関、ネットワーク・会議体等

- ・ 「思春期サポート」事業のメンバーで共有している。「思春期サポート」は年4回の定例会で自殺対策だけでなく思春期のさまざまな課題や取組、事例を情報共有している。個別事案の都度に会議は招集していない。

(4) 様式の活用方法

i) 活用状況

- ・ 学校で自傷や自殺のほのめかしに気づいた際に、学校側で、本人の状況や家族関係などその時点で得ている情報を様式に記載する。様式の項目は学校側でほぼ記載されたものが学校教育課に提出される。
- ・ 様式の提出自体は、教頭からが多い。学校内の動きとして、事案が挙がってきた段階で、担任や養護教諭がそれぞれ状況を確認し、家族や友人関係など背景の情報なども入れて、教頭に報告し、教頭が様式に記入していると思われる。
- ・ 自傷や自殺のほのめかしを含め全件を挙げるよう学校教育課が学校に周知している。
- ・ 提出件数は、令和5年度は16件、令和7年度は8件。
- ・ 様式作成の効率化として、学校と学校教育課が利用するシステムを活用し、二次元コードから読み込み、学校が様式に内容を入力すると、PDF化されて学校教育課に提出される仕組みにしている。紙・FAXは用いていない。

ii) 個人情報の共有

- ・ 個人情報共有に関する要綱は未整備である。
- ・ 庁内共有は学校教育課が庁内ポータルで閲覧するが、閲覧者は担当者に限定している。PDFにはパスワードを設定し、アクセス制限をかけることで、情報の保護に努めている。
- ・ 様式の作成・庁内共有の段階で本人・保護者の同意は取得していないが、実際に支援に入る段階では学校から児童生徒・保護者に情報提供と連携の同意を得ている。児童生徒の自殺のほのめかし等があった場合は、学校から市へ報告する決まりがある旨を本人・保護者に伝えて同意を得ている。
- ・ 学校から提出のあった様式そのものは庁内でのみ共有し、外部機関には共有していない。
- ・ 命にも関わるため、個人情報に配慮しながら対応している。

iii) 様式提出後の支援の流れ

- ・ 学校から学校教育課に提出されたら、学校教育課が庁内ポータル（全庁共通システム）の閲覧機能を用い、「思春期サポート」構成課の担当者に限定して情報共有している。この時、情報共有か、関係機関の支援希望か目的を明示して閲覧する。必要時は閲覧だけでなく、随時ケース会議を開催する。支援希望ではなく、情報共有が目的の場合でも、各課は気づきや助言のコメントを入れるようにしている。
- ・ 学校教育課が様式受領後に不足等があれば学校に聞き取りを行い、その後の連携につなげる。必要に応じて学校で支援会議を開催する。令和6年度より、学校教育課に臨床心理士が配置された。
- ・ 情報共有か、関係機関の支援希望かの区別については、様式に学校側の希望を記載する欄があり、学校教育課が各課からのコメントを踏まえて学校に伝えている。学校で対応と記載があっても、関係機関での協議が必要と考える場合や、健康推進課として学校訪問などをした方がよいという判断があれば学校へ連絡する。

iv) 医療機関への受診・外部連携

- ・ 医療機関の受診の調整・同行は健康推進課が中心となって担っている。精神科受診歴がない場合は、課内で検討し、「思春期サポート」の意見も踏まえて受診先等の調整をしている。市内にある入院も可能な精神科医療機関のいずれかにつないでいるが、医療機関は協力的である。
- ・ 保護者に精神科等の支援が必要な場合も、健康推進課が保護者支援（医療機関へのつなぎ等）を担うことがあるが、件数は多くない。
- ・ 市立小中学校外からこどもの自殺未遂に関する情報が入ることは稀である。保健所が作成した「搬送医療機関から本人同意に基づき行政へ情報提供するシート」に基づく連絡ルートはあるが、こどもの事例の実績は少ない。

(ウ) 様式を活用したことでうまく支援できた事例

- ・ 中学生の事例で、様式に「緊急性が高い」「相談機関からの協力がほしい」に○印があった。様式が届いた当日の日中に学校で緊急で支援会議を開催し、学校教育課・子育て支援課・健康推進課が参加して対応を協議した。夕方に保護者が来訪し、子育て支援課・健康推進課も同席して面談し、翌日の医療受診の同意を得た。翌日健康推進課が受診に同行した。
- ・ 本ケースは、家出等で警察介入歴があり、家庭支援も必要であったため子育て支援課も対応した。受診を契機に家庭も落ち着き、その後、自傷行為は見られなくなった。現在は、学校で見守りを継続している。

(エ) 様式を普及、活用するための取組

- ・ 学校教育課が年度初めの小中学校教頭会で様式を周知している。
- ・ 「SOS の受け止め方研修」で学校教育課から、様式の使い方等を周知している。
- ・ 「SOS の受け止め方研修」は希望校ごとに実施している。健康推進課・子どもの発達支援課・学校教育課で協力し、希望校の全教職員を対象に行っている。心理士（子どもの発達支援課・学校教育課いずれかの心理士）の講話を中心とした研修をしている。事前に各学校から収集した困りごとや質問に即した内容についても助言する。毎年同じ学校ではなく、希望校から重ならないように2～3年に一度の頻度で巡回している。「SOS の受け止め方研修」の継続的な実施により、異動職員が市の相談先や対応を知ることができ、教職員の意識は高まっていると感じる。

(オ) 様式を使う中で感じている課題、活用にあたっての留意点

- ・ 様式に記入する学校の負担も配慮すべきである。継続事例で同一情報を繰り返し記載する学校側の負担がある。継続事例における様式提出の要否や簡略化など、運用の工夫が課題になっている。
- ・ 「心配の程度」は学校の判断に委ねているが、リスクが高い場合は担当課が確認している。これまでのところ、市と学校の認識は一致していることが多い。
- ・ ケースが積み重なる中で、学校での対応力が高まり校内対応のみで「情報共有」の扱いとなる事例もあるが、市として学校に任せ切りでよいか迷う場合がある。

- ・ 導入３年目となり、様式の周知は進んでいるが、まだ様式の活用についてよくわかっていない学校もあり、継続的な周知・研修が必要である。
- ・ 対象が柏崎市立小中学校に限られ、高校生・若者はカバーできていない。

③こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(ア)こどもの自殺未遂者支援にあたり、医療機関および学校から提供してもらいたい情報

- ・ 学校からは様式記載の項目のとおり。
- ・ 医療機関から事案が挙がってくることはほとんどない。

(イ)こどもの自殺未遂者支援に取り組むうえで、連携したい（連携を強化したい）関係機関

- ・ 以前に、夜間に巡回していた警察官が高校生に声かけをすると、自殺をほのめかしたので、市に相談するよう勧め、高校から健康推進課につながった事例があった。そのような事例においては、今後、警察からも直接健康推進課につながる形がとれるとよい。
- ・ 警察との連携を強化することで、増加傾向にある若年層の自殺未遂について、高校生・若者の状況把握につながると考えられる。

(ウ)多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 既存連携先とも「顔の見える関係」を維持・強化し、必要時に即時に連携できる関係性を強化していくことが重要である。
- ・ 学校とも様式を介して対応している。支援会議後も継続して情報共有が必要である。成功事例を積み重ね、連携を強化していけるとよい。

(2) B 県精神保健福祉センター

日時：令和8年1月20日（火） 10：00～11：30

場所：Teams

ヒアリング先：B県精神保健福祉センター

①こどもの自殺未遂者等支援用の様式について

(ア) 様式の作成経緯や作成に関わった関係機関

- ・ こども・若者の自殺危機対応チーム(以下、自殺危機対応チーム)の関係機関連携の様式として、自殺のリスクに係る情報を整理するためのアセスメント用様式や、その後の支援方針を検討するための支援計画用様式がある。
- ・ 自殺危機対応チームの始動にあたり、当時の相談指導課長が中心となり、共同事務局の障がい福祉課、学校教育課との意見交換のもとで要綱と様式（アセスメント用様式、支援計画用様式等）を作成した。
- ・ 支援計画用様式は精神科の「クライシス・プラン」を参考にして作成している。

(イ) 様式に含めている項目の内容や位置づけ、狙い

- ・ アセスメント用様式は、ケースの状況把握に必要な項目を、学校等に埋めてもらう前提で設計している。
- ・ 支援計画用様式は、長期的な支援方針を支援者間で共有することを狙いとしている。

(ウ) 様式作成の上での工夫、こだわったポイント等

- ・ 各項目、自由記述を基本としている。チェック方式は作成時の負担軽減の利点があるが、学校の担当教員がどう感じているか等の情報を引き出すには自由記述形式の方が有用と考えている。
- ・ アセスメント用様式は「今まさに何が起きているか」「学校がどこまで把握しているか」「こどもがどの程度、悩みなどについて周囲に話をできているか」等を整理できる構成としている。学校や市町村はこどもの自殺危機への対応に慣れていないため、自傷などが見られると焦って医療につなぎたいと連絡をしてくる場合もある。ただし、適切な危機介入のため、まず支援者の状況理解を深めることが必要であり、そのためにアセスメント用様式を学校が作成すること自体が役に立つ。
- ・ アセスメント用様式の「保護要因」の項目は特にこだわって作成している。こどもと学校の信頼関係や、支えとなる人・場所などの強みを把握し、支援に活かすことを意図している。

②こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用した支援について

(ア) 様式の主な活用場面および様式を共有する関係機関、ネットワーク・会議体等

- ・ 支援要請は学校からが中心だが、市町村の保健師等から入る場合もある。支援要請の際は、電話等による事前相談をお願いしている。中学校からの連絡が多いが、県立高校からの連絡もある。

- ・ 学校や市町村からの要請後、事務局（精神保健福祉センター職員）で概要を確認の上、とりあえずの対応方針を検討し、必要に応じて自殺危機対応チームの委嘱メンバー（精神科医、弁護士等の外部専門家）に助言や支援への参画を要請している。
- ・ 情報共有にあたり、要保護児童対策地域協議会（要対協）の活用が望ましいが、数は多くない。学校主催のケース会議や、自殺危機対応チーム主催のケース会議で共有する場合もある。

(イ) 様式の活用方法

- ・ 学校や市町村からの支援要請があった場合、支援申込用様式を提出してもらい、申込受理となる。その後、事務局で学校と連絡を取り、アセスメント用様式の項目で不明点があれば確認を行う。心理職が単独で作成し学校に提供する運用にはしていない。学校が主体的に作成できるよう助言している。昨年度対応した7件のうち、5件でアセスメント用様式を一緒に作成した。記載方法の説明資料などはないが、参考になるように記載例を共有することもあった。
- ・ 学校によるアセスメント用様式の作成は必須ではない。アセスメント用様式は支援を進める中で項目をうめていく前提であり、はじめから全項目の記入を求めている。まず状況理解を優先している。
- ・ アセスメント用様式の項目を教員と確認することで、教員自身がこどもの状況を理解し、向き合う意識を持つことができる。
- ・ 支援計画用様式は学校が主導して作成する想定だが、作成できたケースは少ない。
- ・ 要綱は HP 上に PDF 形式で公開（※現在、要綱の見直しを検討しているため公開していない）しており、事前相談があった際に必要に応じて Word ファイルをメールで個別送付している。以降はメールで様式をやり取りしている。
- ・ 収集した情報は、案件ごとに電子ファイルと紙媒体のファイリングで保管している。専用のデータベース等は作成していない。
- ・ 自殺危機対応チームの支援は原則「支援者支援」であり、こどもの氏名等の個人情報の共有は必須とはしていない。本人や家族の同意なしの場合は、状況のみを共有してもらい、助言ができるものと考えている。
- ・ 情報共有にあたっては、要対協の枠組みを活用できる場合はそれを用いる。要対協の活用が難しい場合は、個別のケース会議等で情報共有を行っている。
- ・ アセスメント用様式と支援計画用様式は、現時点ではこどもや家族が閲覧することを想定していない。ただし、ケース会議等に保護者が出席する場合には、資料として閲覧することもあり得るのではないかと。

(ウ) 緊急度の判断

- ・ 対応の緊急度（受診や即時安全確保の要否）は、支援者からの連絡をもとに事務局で協議を行い、総合的に判断している。判断を支援者側に一任はしていない。
- ・ 「緊急度が高い」ことの目安は再企図リスクの高さ等であり、緊急度が高い場合は、事務局で協議を行い、必要に応じて警察や児童相談所等の地域関係機関との調整を行い学校へ対応方針について助言している。

(エ) 様式を活用したことでうまく支援できた事例

- ・ こどもの OD の頻度等を学校が把握していない事例で、アセスメント用様式に基づき、「自殺リスクに関する具体的情報」を一緒に確認したことで、学校が冷静に状況を整理し、校内でできる対応を行えた。危機介入に有用だった。

(オ) 様式を普及、活用するための取組

- ・ 自殺危機対応チームの事業開始時に、関係機関向け説明会を実施し、様式の意図や使い方を説明した。令和7年度は自殺危機対応チームの周知は行っているが、様式自体の説明は特段行っていない。
- ・ 様式自体の作成方法の詳細な説明は、活用が必要になったケースごとに個別で行っている。

(カ) 様式を使う中で感じている課題、活用にあたっての留意点

- ・ 学校からの要請は医療へのつながりや緊急会議の開催等の直接支援が中心で、アセスメント用様式の記入や長期的な支援計画の作成まで至りにくい。
- ・ 学校の負担を考慮し、様式作成を強制はしていないが、学校の任意となると中々作成が進まず、学校の対応力が高まりにくい。
- ・ チーム名が「自殺危機対応」であるため、支援要請をする学校等にとっては医療へのつながりが中心というイメージが強くなりやすく、関係機関の支援ネットワーク形成の重要性が伝わりにくい。
- ・ 教育委員会に学校からの相談があっても、そこから自殺危機対応チームの利用につながらない事例がある。教育委員会との連携強化が課題である。

(キ) ケースの終結・引き継ぎ

- ・ 自殺危機対応チームとしてのケースの終結の目安は「支援者（学校・市町村）が自力で対応可能であると判断できる状態」である。
- ・ あくまで支援者支援であることから、進学等で所属が変わる場合は、支援者から進学先にこどもの状況の引き継ぎや情報提供を行ってもらい、進学先から必要に応じて再要請をしてもらうよう伝えて終結としている。事務局からも進学先に情報提供を行い必要に応じてチームの利用をお伝えした事例もあるが、所属変更後の継続的な状況確認は行っていない。

③ こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(ア) こどもの自殺未遂者支援に取り組むうえで、連携したい（連携を強化したい）関係機関

- ・ 自殺危機対応チームが支援を行うケースでは、児童相談所が既に関わっていることが多い。自傷行為や自殺未遂のケースをすべて児童相談所が対応できるわけではないが、家庭問題が背景にある場合が多いことから、児童相談所が介入せざるを得ないことがある。学校と協議の上で、必要に応じて児童相談所へ情報提供をすることもある。
- ・ 自殺危機対応チームは、18 歳以上の専門学校生や大学生等についても支援要請があれば対応している。ただし、県内大学への周知は十分ではない。

(イ) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 現状では、学校の初動として医療につなぐことに重きが置かれやすく、学校として支援方針を立てる余裕がない。こどもを支援するにあたり、医療だけでなく、周囲の人とのつながりが重要であると学校が理解することが必要である。
- ・ 要対協での情報共有と役割分担が機能すれば望ましいが、自殺危機対応チームが招集される機会が少ない。昨年は1件であった。実務者会議等での参画機会を増やす必要がある。

(3) 浜松市精神保健福祉センター

日時：令和8年1月27日（火） 13：00～14：00

場所：Zoom

ヒアリング先：浜松市 精神保健福祉センター

① こどもの自殺未遂者等支援用の様式について

(ア) 様式の作成経緯や作成に関わった関係機関

- ・ 平成 22 年から自殺未遂者支援事業を開始している。医療機関に搬送され身体的治療が終わった自殺未遂者のうち、事業利用を希望する者について、医療機関から市精神保健福祉センターへのつなぎを行っている。
- ・ 救急搬送後に支援につながらないこどもの自殺未遂ケースに対し、市として支援を行うため、平成 30 年から厚生労働省の地域自殺対策強化交付金を活用し「未成年こころのレスキュー事業」を実施している。市内の救急医療機関や精神科医療機関（病院・診療所）と連携し、自殺未遂による救急搬送があった場合に、市精神保健福祉センターにつないでもらっている。来所での相談対応とケースマネジメントは市精神保健福祉センターが担い、必要に応じて本人・家族の生活の場での訪問支援（医療機関受診に関する相談・受診援助、福祉施設の活用に関する相談も含む）は精神相談支援事業所に委託している。支援期間は半年を目途としている。
- ・ つなぎにあたって、「アセスメント票」と「同意書」を活用している。自殺未遂者対応に関する日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン」の「自殺未遂者対応」をベースに、救急・精神科の医師と現場スタッフ（コメディカル・パラメディカル）と研修・事例検討を重ね、浜松市としての様式を作成した。

(イ) 対象・同意の方針

- ・ 「未成年こころのレスキュー事業」の対象は自殺未遂で救急搬送された市内在住の 18 歳未満の子どもである。支援に必要な情報を市精神保健福祉センターが関係機関から取得することおよび関係機関に提供することについて、医療機関が本人・保護者双方の同意をとった上で、市精神保健福祉センターにつないでいる。
- ・ 事業を開始した平成 30 年以降、同意が得られて事業につないだケースは 6 名・7 件、同意が得られなかったケースは 1 件のみである。
- ・ 保護者が同意し本人が拒否する例はこれまで無いが、保護者とともに話をして説得することになると思われる。保護者が拒否し本人が同意する場合は、救急医療機関の看護師から「1 回だけでも話をしてみないか」と提案し、初回面接へつなげることが多い。

(ウ) 様式に含めている項目の内容や位置づけ、狙い

- ・ 医療機関の第三者へ個人情報を出すことへの抵抗感を軽減し、支援が必要なケースに市として確実につながるために、まずは同意書が必須であると考え、作成・運用している。

- ・ 同意書（本人用・家族用）は連携医療機関に電子データで配布している。医療機関の看護師が本人・保護者から署名をもらい、必要事項を記入の上で、FAX で市精神保健福祉センターへ送付している。
- ・ アセスメント票は日本精神科救急学会「精神科救急医療ガイドライン」等の視点を取り入れ、再企図リスクなどを可視化するツールとして位置づけている。

(エ) 様式作成の上での工夫、こだわったポイント等

- ・ アセスメント票は作成の際に医療機関の負担とならない分量としており、リスクが見える化できる項目立てにしている。

② こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用した支援について

(ア) 様式の主な活用場面および様式を共有する関係機関、活用する関係機関ネットワーク・会議体

- ・ 「未成年こころのレスキュー事業」（若年層自殺未遂者訪問相談支援事業）の連携医療機関は市内3か所である。中でも精神科を設置する三次救急医療機関は、自殺未遂や自傷行為での救急搬送を数多く受け入れており、また、事業開始当初の平成22年からつながりのある看護師がいることから、連携しやすい。医療機関によっては自傷行為等での救急搬送をなかなか受け入れてもらえないところもあるので助かっている。

(イ) 様式の活用方法

- ・ 医療機関から同意書が市精神保健福祉センターに送られてくると、同センターの職員がこどもの入院中に医療機関へ駆けつけ、初回面接を設定している。退院後は支援につながりにくいため、入院中に対面することを重視している。
- ・ アセスメント票は医療機関で作成することになっており、市精神保健福祉センターの保健師が来院時に受領している。ハイリスク項目などの主な項目は医療機関側が記載し、細部は市精神保健福祉センターが本人や家族との面接で補完している。
- ・ アセスメント票は救急医療機関から市精神保健福祉センターへの個人情報共有に限定して活用している。他の関係機関との連携が必要な場合は、面接の中で具体的な連携先を想定し、本人・家族と相談の上、別様式で市精神保健福祉センターから関係機関に情報提供している。
- ・ 事業を開始した平成30年度から令和6年度まで、支援につながったケースは延べ7ケース（うち1名は再企図があったため実人数は6名）である。

(ウ) 第一報として求める情報・初動の工夫

- ・ 救急医療機関から第一報が入った場合、市精神保健福祉センターの職員が電話で医療機関に確認し、こどもの身体の状態、こどもが話せる状態かどうか、家族の混乱状況、保護者の来院有無等をまず把握している。
- ・ 最重要情報は入院期間と家族面会の可否である。医療機関によっては、市精神保健福祉センターと本人・家族が面会できるよう、入院期間を調整してくれることもある。

(エ) 連携後のフィードバック

- ・ こどもの支援に関わった救急医療機関や小児科医などは、その後のこどもの状況を心配しているため、市精神保健福祉センターからケースに関するフィードバックを行い、その後つないだ関係機関や支援の状況、体調等について共有している。タイミングとしては、定期面接の経過の中で、体調が落ち着いてきたときにこどもと保護者に了承を得て行っている。フィードバックにより、医療機関側の連携意識が高まり、その後も連携が円滑になる。
- ・ 消防とも連携し、未遂搬送件数などの救急データを毎年共有している。

(オ) うまく支援できた事例

- ・ こどもが学校での困難を保護者と共有できないなど、親子間のコミュニケーションに強い緊張感があるケースが2件あった。背景を踏まえ、支援期間を当初の半年と限定せず、最終的に延長して約1年半フォローを行った。市精神保健福祉センターによる親子並行面接を継続して実施した。相談員が親子のお互いの状況を仲介して伝えながら支援を行い、本人が面接の場で保護者に直接気持ちを伝えられるようになるまで支援できた。
- ・ 親子それぞれに担当の相談員をつけ、相談対応を行った。親も普段から困りごとを抱えているが、それを話せる場がないため、親自身への対応が必要である。

(カ) 様式を普及、活用するための取組（関係機関への周知、研修の実施等）

- ・ 「未成年こころのレスキュー事業」は年に1回実施する医療連携会議にて、事業内容や年度実績の報告とともに医療機関向けに周知している。参加者から、それぞれの所属に周知いただくよう依頼している。
- ・ 市精神保健福祉センターにおいて自殺対策に関する研修を実施している。研修は多岐にわたり、再企図リスクの評価（精神科救急学会のガイドラインのシート等）、初期対応コミュニケーション、ロールプレイ、多職種連携等に関するものがある。主にコメディカルが集まる機会に市精神保健福祉センター職員が出向いて実施している。

(キ) 自殺未遂者支援や自殺対策における関係機関との連携状況

- ・ 救急医療機関・消防との連携は、メディカルコントロール（MC）協議会を活用している。毎年消防から、自殺未遂による救急搬送・不搬送件数のデータを共有してもらっており、市精神保健福祉センターからは活動報告を行っている。救急医療機関と消防との定例会でも活動報告を行っている。
- ・ 消防からは不搬送ケースに関する相談もあるが、「未成年こころのレスキュー事業」として市精神保健福祉センターが直接支援に入った例はない。
- ・ 児童相談所とはケースに応じて情報共有や連携を行っている。連携の枠組みがあるわけではなく、個別のケースごとの対応であるが、職場が隣接しているため、日常的に顔を合わせており、連携はしやすい。
- ・ 市立小中学校との連携としては、普段から児童生徒への心のケアに関する授業や教職員への心理教育に関する研修を学校の希望に応じて実施しており、その活動を通じて市精神保健福祉センターがどのような機関かを教職員に理解してもらっている。自殺未遂事案発生時は、

学業不振や集団不適応が背景にある場合に、所属校とケース会議を行うなど連携を進めている。

- ・ 県立高校での自殺未遂事案については、県のクライシス・レスポンス・チーム（CPT）や県精神保健福祉センターによる、県の枠組みでの対応となるため、通常は市精神保健福祉センターの関与は限定的である。たまに高校生の自殺未遂ケースに関する相談を学校から個別に受けることもあり、市精神保健福祉センター職員が学校に赴いて会議を行ったこともある。普段から連携が取れているわけではないので、直接話をして学校への助言を行ったこともある。
- ・ 学校との連携においては、教職員に負担をかけないことが重要であり、あれこれ指示を出すのではなく、学校ができることを確認してニーズを把握し、対応と一緒に検討することが重要である。

(ク) 様式を使う中で感じている課題、活用にあたっての留意点

- ・ 保護者が一度「未成年ころのレスキュー事業」の利用に同意しても、相談に消極的な場合があり、つながりが途切れてしまう場合がある。保護者とのつながりが切れるとこどもとのつながりも切れてしまい、再企図につながることもある。
- ・ 保護者に生きづらさや障害受容のハードルがあり、過去に支援を無理矢理進められた経験から支援者への抵抗感がある場合がある。支援者との信頼関係や心理的安全性の構築が不十分だと安心感に結び付かない。保護者との対話の進め方は引き続き課題である。
- ・ 退院が早期になるとつながりが切れやすいため、入院中に市精神保健福祉センター職員がこどもや家族と面会するための場を医療機関と協力して確保することが重要である。

③ こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(ア) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 連携先のニーズを踏まえ、責任や役割の押し付けにならないよう、連携を進めることが重要である。また、多職種の間が見える関係を維持・拡充する必要がある。
- ・ 人員不足が大きな課題である。相談件数が多い中で緊急事案が発生すると、他のケースが後手に回りやすい。専門性をもって即応できる人材の確保・配置と、予算面の強化が必要である。

(イ) こどもの自殺未遂者支援のために、貴自治体で今後取り組みたいこと

- ・ 自殺未遂者の包括的支援マネジメントの研修やマニュアル整備を進め、地域資源を組み合わせた支援体制を強化していく方針である。周産期メンタルヘルス等も含め、多職種連携のための研修を継続していきたい。

＜同意書（こども用）＞

別記様式第1号（第6条関係）

浜松市未成年こころのレスキュー事業利用及び
個人情報の取り扱いに関する同意書（本人用）

私は、浜松市未成年こころのレスキュー事業を利用し、支援を受けることを希望します。
また、私の個人情報について、下記のとおり取得並びに提供することに同意します。

記

1 個人情報の利用目的

浜松市未成年こころのレスキュー事業における相談支援に資するものとする

2 個人情報の取得並びに提供について

- （1）支援に必要な情報を、家族、医療機関、保健・福祉・教育関係機関、その他関係機関等から取得すること
- （2）支援に必要な情報を、支援の連携先である家族、医療機関、保健・福祉・教育関係機関、その他関係機関等に提供すること

年 月 日

（宛先） 浜松市長

＜本人＞

住 所

氏 名

電話番号

上記内容について、同意します。

＜保護者＞

住 所

氏 名

続 柄（ ）

電話番号

＜保護者＞

住 所

氏 名

続 柄（ ）

電話番号

＜同意書（家族等用）＞

別記様式第2号（第6条関係）

浜松市未成年こころのレスキュー事業利用及び 支援に必要な情報の取り扱いに関する同意書（家族等用）

私は、浜松市未成年こころのレスキュー事業を利用し、支援を受けることを希望します。
また、下記のとおり、支援に必要な情報を取得並びに提供することに同意します。

記

- 1 支援に必要な情報の利用目的
浜松市未成年こころのレスキュー事業における相談支援に資するものとする
- 2 支援に必要な情報の取得並びに提供について
 - （１） 支援に必要な情報を、家族、医療機関、保健・福祉・教育関係機関、その他関係機関等から取得すること
 - （２） 支援に必要な情報を、支援の連携先である家族、医療機関、保健・福祉・教育関係機関、その他関係機関等に提供すること

年 月 日

（宛先） 浜松市長

＜家族等＞

住 所

氏 名

電話番号

本人から見た続柄（ ）

本人は次のとおりです。

＜本人＞

住 所

氏 名

生年月日

＜アセスメント票＞

別記様式第3号（第7条関係）

アセスメント票（該当する項目の□にチェックを入れること） 患者氏名（ ）

今回の自殺企図の概要		
推定日時	年	月 日 曜日 時頃
手段	☐ 服薬	a.向精神薬（処方・処方外）（種類： 量： ） b.向精神薬以外（処方・処方外）（種類： 量： ） c.その他（ ）
	☐ 服毒	a.農薬 b.洗剤 c.その他（ ）
	☐ 刃物・刺物	a.切創 b.刺創 部位（首・腕・胸・腹・その他）（ ）
	☐ ガス	a.一酸化炭素 b.排気ガス c.その他（ ）
	☐ 飛び降り	【手段に関する具体的内容】
	☐ 飛び込み	
	☐ 入水	
	☐ 縊首	
	☐ その他	
エピソード 動機	☐ 家庭問題	【具体的内容】
	☐ 健康問題	
	☐ 経済生活問題	
	☐ 勤務問題	
	☐ 男女問題	
	☐ 学校問題	
	☐ その他	
	☐ 不明	
身体科診断及び 治療状況	診 断 名： 治療状況： 次回受診予約：無・有（ 年 月 日 ）	
救急医療機関で 実施した対応	☐ 自殺企図の原因・自殺念慮の確認 ☐ 本人の話を傾聴（傾聴・共感と受容・ねぎらい） ☐ 家族への対応（安心を与える・悩みを受容・本人への支援の要請） ☐ 医療機関等の紹介（ ）	
転帰	☐ 退院 ☐ 転科（ 科） ☐ 転院（ ） ☐ 通院（ 科） ☐ 精神科への紹介	
精神疾患の既往	病 名： 受 診 歴： 発病時期：	
アセスメント		
環境のアセスメント	家族状況：同居・別居（ ） 家族関係：良好・不良（ ） 友人関係：良好・不良（ ） 相 談 歴：無・有（相談先： 時期： ）	
切迫性の評価	☐ 自殺念慮	☐ 存在している
	☐ 具体的計画性	☐ 時期を決めている ☐ 手段を決めている・確保している ☐ 場所を決めている ☐ 予告している ☐ 死後の準備をしている
	☐ 出現時期・持続性	☐ 急速に出現し消退しない ☐ 変動しコントロール不能 ☐ 持続し消退しない
	☐ 強度	☐ 強まっている ☐ 自制できなくなっている
	☐ 客観的確認	☐ 周囲が見て明らか ☐ 存在していても否定する
	☐ 他害の可能性	☐ 存在している

別記様式第3号（第7条関係）

危険因子の評価	【項目】	【具体的内容】
	☐ 過去の自殺企図・自傷行為歴	手段： 時期：
	☐ 喪失体験（身近な者との死別体験など）	
	☐ 苦痛な体験（いじめ、家庭問題など）	
	☐ 職業・経済・生活問題	（失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活）
	☐ 身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み（がんや他の身体疾患での病苦など）	
	☐ ソーシャルサポートの不足（支援者の不在、喪失など）	
	☐ 企図手段への容易なアクセス（農薬、硫化水素などを保持、容易に薬物を入手など）	
	☐ 自殺につながりやすい精神疾患・心理状態・性格	（希死念慮、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性、精神病症状、孤立感、悲嘆など）
	☐ 家族歴（家族の自殺歴）	
	☐ その他（診療や本人・家族・周囲から得られる危険性、アルコール・薬物、摂食障害など）	
認知面の評価	☐ 本人が現在抱えている情緒的・心理的状态の改善を希望している	☐ 認知の柔軟性は維持（コミュニケーション可能）
	☐ 将来に対する絶望感	☐ 認知の硬直化（一面的、考え方が不変）
	☐ 支援を拒否	
本人の自殺企図に対する捉え方	☐ 死にきれなかった、失敗した、別の手段を考えている ☐ 助けてもらったことには感謝しているが、生きていくことについては不安 ☐ 馬鹿なことをした、家族に迷惑をかけて申し訳ない、二度としない	【具体的発言】
防御因子の評価	☐ 心身の健康 ☐ 健康なライフスタイル ☐ 安定した社会生活 ☐ 周囲の理解 ☐ 対処能力・適切な対処行動 ☐ ケアや治療の利用 ☐ 支援の存在 ☐ 利用可能な社会制度	【具体的内容】
事業紹介にあたる医療機関の判断・依頼事項等	☐ 再企図リスク（軽度・中等度・高度・非常に高度） ☐ 医療・福祉へのつなぎ・見守りが必要	
事業紹介時の反応	本人： 家族：	

医療機関名（ ）
記入者氏名（ ）

(4) 滋賀県 C 市

日時：令和 8 年 1 月 7 日（水） 14：00～15：30

場所：Zoom

ヒアリング先：C市 健康増進担当部署

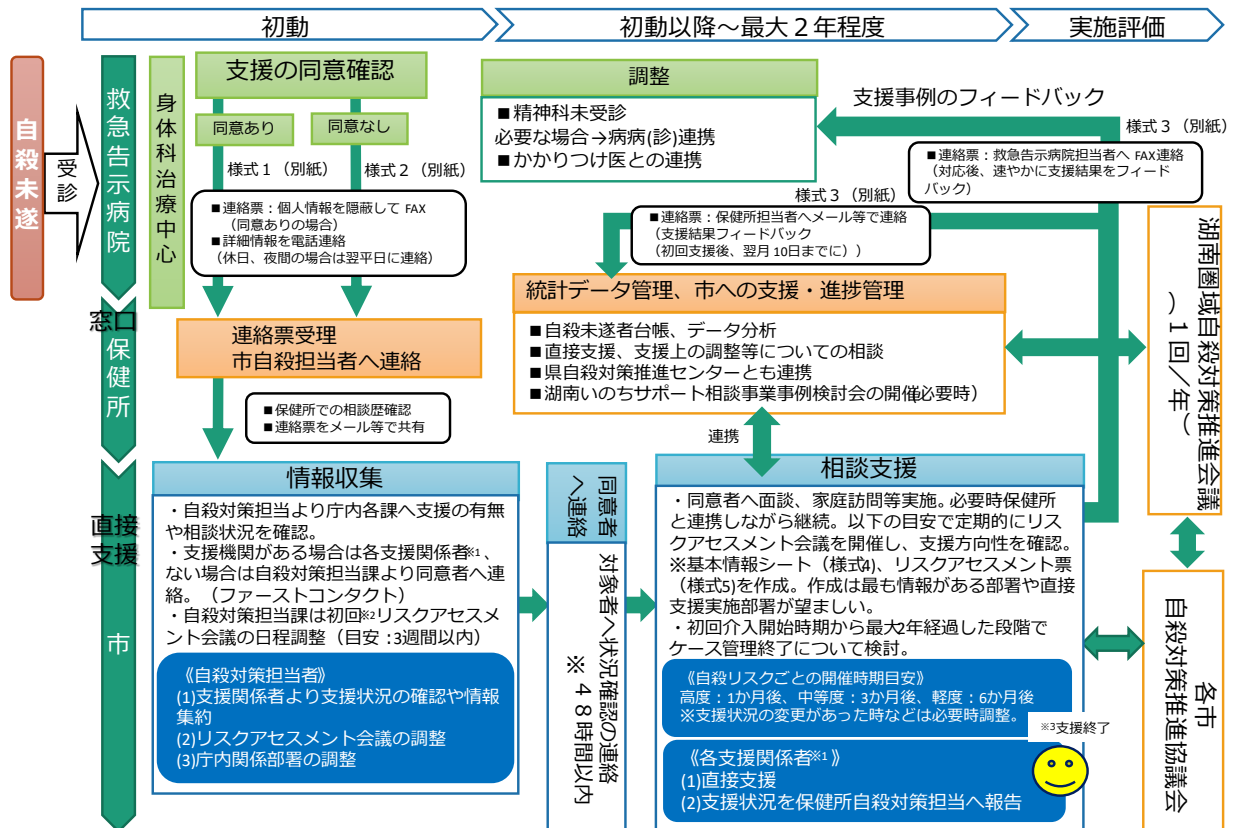
① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(ア) 関係機関連携の主な調整機関および、調整機関が担う役割の概要

- ・ こどもの自殺未遂者支援として健康増進担当部署が関わる場面の一つとして、滋賀県の「湖南いのちサポート相談事業」がある。当事業は、救急告示病院に自殺未遂者の搬送があった場合に、自殺未遂者本人または保護者の同意のもとで県保健所から健康増進担当部署に連絡が入る体制になっている。
- ・ 救急告示病院は本人と家族に事業の説明と同意取得を行い、同意書とともに個人情報等を保健所経由で健康増進担当部署に共有している。「湖南いのちサポート相談事業」では、保健所からの情報提供後、同意が得られた対象者に 48 時間以内に市町から本人または家族へのファーストコンタクトをとることが定められている。
- ・ 第一報受領後、健康増進担当部署では、当該こどもに既に支援が入っているかを確認する。確認先は、母子保健担当部署や、家庭児童相談室等の対象者へ支援介入していることが予測される担当課に確認している。既に支援が入っており、対象者の状況等を把握されている場合は、担当課より情報収集を行う。支援が入っていない場合は、今後介入や調整が必要な状況に応じ、担当課と連携し健康増進担当部署も情報収集を行っている。
- ・ 一通りの情報が集約できてから、健康増進担当部署が関係機関を集めて「リスクアセスメント会議」を開催し、支援方針を検討している。初回リスクアセスメント会議の実施目安は事案発生後 3 週間以内であるが、本人や保護者との連絡が取れず、リスクアセスメントを行うための情報収集が十分でない場合等もあり、1 ヶ月～遅ければ数ヶ月かかることもある。
- ・ 健康増進担当部署は、リスクアセスメントシートを活用して、会議で各関係機関が共有した情報を集約・整理し、自殺のリスクアセスメント、支援の方向性の確認を行う役割を担っている。
- ・ 要対協の登録ケースであれば、調整機関である家庭児童相談室が情報集約や調整を担うことが多い。健康増進担当部署では、本人同意がないと学校や医療機関からの情報収集ができないため、要対協として家庭児童相談室が直接支援する方が、情報収集や共有がスムーズとなる。もともと要対協ケースでなくても、自殺未遂事案として支援に移る際には、要対協登録ケースとして受理し管理している。

R7 湖南いのちサポート相談事業フロー図

R7.4月 南部健康福祉事務所作成



※1 支援関係者：健康増進部門、障害福祉部門、生活困窮部門、子ども家庭部門、高齢部門、相談支援事業所、地域包括支援センター等。
 ※2 リスクアセスメント会議：再入院のリスクの評価、情報集約、アセスメント、支援方針決定、役割分担等を実施。
 ※3 支援終了：支援機関に安定してつながっていることを確認できた時点でリスクアセスメント会議の場等で、継続支援の要否を判断。

(出典) 滋賀県提供資料

(イ) こどもの自殺未遂者支援において、連携する主な関係機関

- 「リスクアセスメント会議」の参加機関は、対象の既支援機関や今後の支援の連携先によって異なるが、こどもの自殺未遂者支援にて連携する主な関係機関として、学校（担任、養護教諭、教育相談主任等）、SC、SSW、母子保健担当部署、家庭児童相談室、保健所（後方支援）、心療内科・精神科等の主治医等である。市内の小中学校の事案では、情報共有のために教育委員会が参加する場合がある。
- 自殺未遂事案は、家庭児童相談室が把握して健康増進担当部署に情報共有をしたり、学校が把握して教育委員会経由で健康増進担当部署につながる場合もある。また、学校から直接健康増進担当部署に連絡が入ることもある。
- 関係機関の招集・調整にあたり、医療機関や学校関係者は家庭児童相談室が調整し、保健所やその他の関係課は健康増進担当部署が調整をしている。主治医と学校に連携体制がある場合には学校から連絡・調整してもらうこともある。

(ウ) 多機関で連携して支援する際のキーパーソン

- 公立小中学校には「教育相談主任」が配置されており、保護者・行政とのパイプ役や調整役を担っている。

- ・ 「リスクアセスメント会議」に主治医が参加してもらえると、医療の見立てや発達面の情報を関係機関間で共有でき、自殺のリスクアセスメントに有用である。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(ア) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ リスクアセスメント会議を開催し、各関係機関が持つ情報を健康増進担当部署が集約しながら支援方針を検討している。リスクが高度の場合は原則1ヶ月ごと、中等程度は3ヶ月ごと、軽度は6ヶ月ごとに会議を開催して定期的にリスクアセスメントを実施している。初回開催時期や頻度はケースの緊急度等に応じて柔軟に調整している。
- ・ 入院中で本人への情報収集が困難な場合は、医療機関での医療カンファレンスにおいてリスクアセスメントを行う場合もある。
- ・ 「湖南いのちサポート相談事業」での支援は最長2年であり、その期間再企図がなく、支援終了について検討後、終結することが目安となっている。こども本人が医療機関への受診を継続し、精神面が安定することや、本人自身が「しんどい時」に助けを求めることや、適切な相談につながる対処法を身につけられる等、自殺のリスクが軽減され、2年を待たずに支援終結する場合もある。

(イ) 関係機関との連携促進や連携強化のための工夫

- ・ 自殺未遂者の支援においては、ひとりの支援者が抱え込んで支援者の負担や責任が偏らないよう、関係機関を含むチームで方針を考えることで、個々の支援者の負担を減らす体制を整えている。
- ・ リスクアセスメント会議の主目的は「再企図の防止」である。ケースによっては、要対協の支援会議とリスクアセスメント会議を共催することもある。その場合、再企図リスクの高いうちは、健康増進担当部署が再企図防止という観点で積極的に関わるが、徐々にそのリスクが下がってくると、家庭児童相談室主導での継続的な家庭支援を主眼とした会議となる。

(ウ) 関係機関間での情報共有の方法や情報共有の工夫

- ・ 保健所から共有される連絡票には、基本属性（氏名、住所、年齢、所属、連絡先等）に加え、自殺未遂手段や病状、動機等の項目がある。医療機関の相談員が本人や家族から聴取した情報を可能な範囲で記載し保健所へFAX送信している。
- ・ リスクアセスメント会議の開催にあたっては、事前に医療機関や学校等の関係機関に提供してもらいたい情報の準備を依頼している。概ね協力的に対応してもらえる。
- ・ 保健所から年1回程度、市町に自殺未遂事案の支援状況に関する照会があり、保健所が管内分を取りまとめて医療機関へフィードバックしている。医療機関に自殺未遂受診後の実態を把握してもらうことで、新たな自殺未遂事案での当該事業の説明や、具体的な地域での支援内容の説明に役立ててもらい、当該事業での同意率の増加につながっていると考えられる。

③こどもの自殺未遂者支援における工夫

(ア) 18 歳以上を見据えた支援の工夫

- ・ 若者向けの社会資源としては、若者の集いや学習支援等を実施し、カウンセラーが配置されている少年センターや、若者向けの民間の居場所、参加支援事業等があり、そこへのつながりを行う場合がある。ただし、本人との関係性ができる前に来所が途切れるケースもあり、関係性構築やアウトリーチが課題である。

(イ) 保護者の同意が取れない場合の支援の工夫、家族支援における工夫

- ・ 保護者同意が得られない、あるいは保護者がこどもを十分理解しようとししない事案では、保護者と普段から関わりがあり、信頼関係が構築できている学校の SC 等のキーパーソンを通じて、担当課につないでもらうこともある。

(ロ) こども本人の思いや意見を聞き取る工夫や支援の工夫

- ・ 自殺に関する情報収集は聞き取りにくい項目が多く、誰がどのように確認するか調整が必要である。健康増進担当部署が情報収集のため本人に直接話を聴きに行くこともあるが、こども関係の担当部署や、既につながっている SC 等の支援者が話を深く聞いていることも多い。こどもに何度も同じ話をさせないように、支援方針を検討する際に、どの支援者が誰に話を聞くか、役割分担を明確化している。

(ハ) 私立学校や県立高校との連携

- ・ 私立中学校所属のこどもの自殺未遂事案では、学校所属の SC が毎回リスクアセスメント会議に参加していただいております、情報共有・連携がしやすかった。
- ・ 県立高校でもリスクアセスメント会議を開催した事例がある。私立高校所属のこどもの支援事例は少ない。

④こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(ア) こどもの自殺未遂者支援に取り組むうえで、連携したい（連携を強化したい）関係機関

- ・ 児童相談所に介入してもらいたいケースもあるが、業務多忙により日程調整が難しいことがある。

(イ) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 思春期の心療内科・精神科受診者が多いわけではなく、こどもの自殺未遂者全員が医療につながっているとは限らない。家庭環境が自殺未遂等の背景にある場合も多く、家庭環境の複雑さや情報収集の難しさ、介入のしにくさから、再企図リスクの評価が難しい場合もある。
- ・ 保健所の自殺対策の担当者数が圏域 1 人となっており、マンパワーが限られるため、関係機関のケースカンファレンス等への毎回の参加が難しい。
- ・ 全国的に統一された「必要項目シート」や「リスクアセスメント様式」があると、学校・医療・行政が同じ情報を同じ基準で把握でき、養護教諭等が、自殺のリスクアセスメントのために、関係機関へどの情報を共有すべきか迷うことが減ると思われる。

- ・ アウトリーチの強化、地域のこどもの居場所の拡充が必要である。
- ・ 県の自殺未遂者支援事業の枠組みでは、同意がとれない場合は個人が特定できず、支援ができない。
- ・ 本人・家族の同意が得られない場合の情報収集が難しい。特に、19 歳以上の自殺未遂事案は健康増進担当部署のみで対応しており、本人同意が得られなければ支援は途切れてしまう。18 歳までに支援を行っている部署と関係性ができている場合は支援の引き継ぎが可能だが、18 歳以降は本人同意の壁が高く、継続が難しい事例がある。
- ・ 中学生の時から自治体として支援を行っていた高校生の事例では、通信制高校への進学により、本人支援の継続が難しい事例があった。義務教育を外れる時期に継続的な支援を維持することは難しく、10 代後半～20 代前半のニーズと社会資源のマッチングが困難である。

(5) 東京都 D 区

日時：令和 8 年 1 月 30 日（金） 9：00～10：00

場所：Zoom

ヒアリング先：東京都 D 区、NPO 法人

① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(ア) 関係機関連携の主な調整機関および、調整機関が担う役割の概要

- ・ 当該自治体では自殺未遂者支援事業を自殺対策の専門的な知見をもつ NPO 法人に委託して実施している。
- ・ 区内に 3 か所の保健センターがあり、精神保健に関するケースワークは保健センターが担っている。
- ・ 3 か所の保健センターは「子ども家庭支援センター」と併設されており、保健センターと子ども家庭支援センターの職員が一緒にこどもと家庭の支援を行う体制がとられている。
- ・ 自殺未遂者支援事業では、NPO 法人による自殺未遂者の直接支援に加え、保健センターや地域子ども家庭支援センター等の職員（保健師等）への助言・スーパーバイズ、自殺リスクアセスメントや声掛けの方法などの助言を行っている。また、NPO 法人がこども本人と面接して不安や悩みを聴取することもある。
- ・ 自殺未遂が疑われる事案が発生した場合は、各関係機関・部署から区の自殺対策担当部署に相談が入り、同部署から自殺未遂者支援事業につなげている。
- ・ こどもの自殺未遂者支援におけるケース管理の担当部署は、事案を把握した経緯によって変わる。学校で把握した事案は教育の相談・支援窓口、家庭支援の中で把握したケースは地域子ども家庭支援センター（場合により児童相談所）、地域で把握した場合は保健センターが主導し、支援を行っている。必要に応じて適切な機関に引き継ぎをしている。

(イ) こどもの自殺未遂者支援において、連携する主な関係機関

- ・ 教育委員会には教育の相談・支援窓口があり、いじめやメンタルヘルス等の困難ケースの相談を受けている。
- ・ こどもの自殺未遂事案の「把握チャネル」としては、保健センター、子ども家庭支援センター、教育の相談・支援窓口など複数ある。保健センターから、自殺未遂者支援事業の活用を前提として、区の自殺対策担当部署に連絡があることが多い。
- ・ 自殺未遂者に関して、医療機関から区の自殺対策担当部署へ直接連絡があった事例は最近ではない。過量服薬で入院し、退院後の地域支援が必要な場合は、医療機関から保健センターに連絡が入り、保健センターから区の自殺対策担当部署に自殺未遂者支援事業の活用希望の連絡が入る。
- ・ 教育の相談・支援窓口の中に、学校を支援する専門家チームがあり、不登校やいじめ・暴力行為・非行・家庭環境などにより、こどもが学習に向かえない状況になったときに、専門家が支援を行う体制を整えている。教員経験のある指導主事・教育アドバイザー、福祉や心理の専門職が配置されており、学校からの要請で派遣・面談を行っている。自殺未遂事案においても支援に入っているケースがある。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(ア) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ 委託先 NPO 法人は、他自治体の自殺未遂者支援事業も受託しており、その中で月 1 回、関係機関によるケース検討会を実施している。参加者は精神科医や弁護士、精神保健福祉センターOB 等であり、本区に関係する事例があれば、自殺対策担当部署やその他の関係部署が参加することがある。

(イ) 関係機関との連携促進や連携強化のための工夫

- ・ 縦割り意識から、支援を主導する関係機関・部署に支援方針の検討や対応を任せてしまう雰囲気になると、他機関・部署からの主体的な提案が出にくくなる。関係機関・部署での会議の場では、「どこかの部署に任せる」雰囲気が生まれないように留意し、共同で支援方針を検討するようにしている。

(ロ) 関係機関間での情報共有の方法や情報共有の工夫

- ・ 子ども家庭支援センター主導で支援を行っているケースの場合は、要保護児童対策地域協議会を活用し、関係機関間の情報共有を行っている。また、学校主導で支援を行っている場合は、学校が関係機関とのカンファレンスを行うこともある。保健センターが主導して支援を行う場合も、個別に関係者を招集してカンファレンスを開催している。

(ハ) 関係機関連携によりうまく支援できた事例

- ・ 中学生の事例で、自傷行為が続き、学校が強い危機感をもっていた。保護者は自殺未遂者支援事業の介入を拒否していたが、学校側の依頼で委託先 NPO 法人が「支援者支援」の立場で学校での関係機関のカンファレンスに参加し、こどもや保護者への対応方法について助言した。
- ・ こどもとの関わりは学校および学校を支援する専門家チームが中心となって支援を行った。また、母親が区の精神保健相談を利用したことから、保健センターが関わりを持つことができるようになった。保健センターは母親と定期的に連絡を取り、関係を維持しつつ、こどもとの関わり方についての助言を行った。こどもは徐々に落ち着き、高校進学に至った。

③こどもの自殺未遂者支援における工夫

(ア) 保護者の同意が取れない場合の支援の工夫、家族支援における工夫

- ・ 個別支援は当事者の同意取得が原則だが、こどもや家族の同意が得られず、直接支援に入れないケースもある。その場合は、委託先 NPO 法人が教員や保健師等、直接当事者に関わる支援者から要請を受けて、支援者支援として助言を行うこともある。NPO 団体の助言により、区の職員の対応力向上にもつながっている。
- ・ 自殺の危険性が高い場合には、本人同意なしに、関係機関内で必要な情報を共有し、対応を協議している。

④ こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(ア) こどもの自殺未遂者支援にあたり、医療機関および学校から提供してもらいたい情報

- ・ 医療機関に対して、入院中の治療内容・再企図リスクの評価・退院後のリスクと支援方針等の情報提供を求めたことがあったが、提供が得られず地域支援が困難となった事例があった。

(イ) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 区立学校であれば教育委員会を通じて連携しやすいが、私立学校とは関係性の構築が難しく、連携の申し出をしにくい現状がある。私立学校は、校風や運営方針により連携のしやすさが異なる。校風によっては、問題が大きくなると退学もあり得るため、こどもや家族が支援の介入を拒否する場合もある。一方で、公的な支援に理解のある私立学校は連携がしやすい。
- ・ 医療機関の方針により、連携を断られるケースがあった。精神科医療機関で、入院中に自傷や人間関係の問題があったこどもについて、退院前に保健センターから治療内容等について情報提供を求めたが、地域連携室や主治医からは、「連携するつもりがない」との返答があった。以前からそうした傾向のある病院のようであり、運営者などの考え方の影響がある。退院後は別の総合病院にかかり、思春期の診療が可能な医療機関へ転院した。
- ・ 虐待が顕在化しない事例では児童相談所の介入が得られにくいことがある。
- ・ 保護者に「教育はこうあるべき」という志向が強く、他者の助言を拒む傾向がある場合には支援が難しい。こども本人だけでなく、こどもとの関わり方を含む家族全体への支援が必要である。
- ・ 家族支援や普及啓発を含め、何をすれば自殺率の低下につながるのかというエビデンスの明確化が必要であり、現状は手探りで対応している。自殺防止にあたっては、個別支援が有効であると信じて取り組んでいるが、要因分析と対策の体系化、総合的に対応していく必要性の認識を庁内で確認することが必要である。

(6) 宮城県岩沼市

日時：令和8年2月6日（金） 10：30～11：30

場所：Teams

ヒアリング先：岩沼市 社会福祉課・こども家庭センター

① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(ア) 関係機関連携の主な調整機関および、調整機関が担う役割の概要

- ・ 自殺対策事業は社会福祉課が担っており、こどもも含めた自殺予防に関する周知啓発や体制整備を行うほか、障害児者の自殺未遂を含む支援を担当している。こどもの自殺未遂者支援など実際のケース支援やコーディネートはこども家庭センターが担当している。
- ・ 令和7年度のこども家庭センター設置前から、児童福祉担当部署がこどもの自殺未遂事案のケース支援を行っている。
- ・ こどもの自殺者未遂支援等のケースは基本的には、要保護児童対策地域協議会（要対協）に登録し支援している。
- ・ こどもの自殺未遂の一報の連絡も、こども家庭センター（児童部門）に入ってくる。

(イ) こどもの自殺未遂者支援において、連携する主な関係機関

- ・ 連携する主な関係機関としては、学校、警察、消防、障害児者の相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、民生委員、また、「子ども第三の居場所」とひきこもり支援事業所を運営している民間団体などである。
- ・ 「子ども第三の居場所」とひきこもり支援事業所を実施しているのは同一団体であり、本市と協定を結ぶ民間事業者である。ひきこもり支援はすでに事業委託しているが、「子ども第三の居場所」については令和8年度から児童育成支援拠点事業として委託予定である。「子ども第三の居場所」の利用者は、自殺未遂のこどもに限らず、要保護児童、虐待通告があった家庭、問題を抱えていてこども家庭支援センターで支援しているこどもが多い。また、中学生までという年齢制限がある。
- ・ これまでの事例は、ほとんどが要対協のこどものケースだったので、学校や家族からこども家庭センターに情報が入ってきている。
- ・ こども家庭センターは、学校と情報共有を適宜行っており、リストカットの相談があった等の情報が入る。学校から支援要望があればこども家庭センターが家族支援等含めて行うが、今までは学校内でこのような事案があり対応したという情報提供が多かった。
- ・ 要対協の実務者会議を年4回開催して情報共有を行っていることもあり（詳細は後述）、教育委員会経由ではなく、学校から直接こども家庭センターへ相談が入ることが多い。

(ウ) 多機関で連携して支援する際のキーパーソン

- ・ こども家庭センターの家庭支援係（要対協事務局）がキーパーソンである。保健師2名、相談員3名の体制で、保健師に限らず相談員も支援を行う。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(ア) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ 学校や家族からの情報を踏まえて、こども家庭センターから消防に問い合わせ、救急搬送時の情報などを共有してもらう。
- ・ こども家庭センターは、要保護・要支援児童の受理ケースに限らず、一般相談として経過観察が必要な家庭やこども、障害のあるこども等に対して、学校と連携しながら、問題の早期発見・早期対応を行っている。こどもの支援のみならず、家庭に必要な諸調整や支援を強化している。

(イ) 関係機関との連携促進や連携強化のための工夫

- ・ 要対協の実務者会議を年4回開催している。要保護・要支援児童の情報共有やケース検討を行っている。会議後に4小学校区ごとのグループに分かれて協議を行い、校区単位で関係機関同士が情報共有などを行うことで、顔の見える関係性を構築している。こども家庭センターもその小学校区ごとのグループ会議に参加しており、こども家庭センターの職員と関係機関との信頼関係も出来る。
- ・ 学校からの情報提供書（要対協登録ケースに関する学校の様子）を月1回提出してもらっている。また学校の相談窓口となっている教頭等と日常的に情報共有をするなど連携体制が出来ている。
- ・ 学校からはこども家庭センターへ支援の依頼が来る場合もあるし、気になるこどもがいて学校で対応するが今後支援を要請するかもしれないといった事前の共有もある。

(ウ) 関係機関間での情報共有の方法や情報共有の工夫

- ・ 関係機関間の情報共有の方法は、ケース会議、電話、メール・庁内チャットを活用している。
- ・ 情報共有の工夫としてはケース会議にて、情報共有や支援の評価および検討のタイミングや内容を事前に決めている。
- ・ 学校、警察、消防、民生委員のほか、「子ども第三の居場所」とひきこもり支援事業所を運営している民間団体も要対協に参画しているため、個人情報の共有が可能となっている。

(エ) 関係機関連携により支援した事例において難しかった点

- ・ 支援した事例では、自傷の引き金になりやすい家庭環境であったため、医療機関からは一時保護の必要性を指摘された。こども家庭センターから本人へ一時保護を含めた、児童相談所への援助依頼を行ったが、助言を受けられなかった。結局、本人・弟は、一時保護中はスマートフォン使用不可という環境を受け入れられなかったことや、「家族から離れる＝見捨てられる」という思いから一時保護を嫌がり、一時保護の同意が得られなかった。
- ・ リストカットの傷も深く、命の危険も感じられる事例であり、こども家庭センターとしても次に何かあったらどうしようという心理的負担が大きく、児童相談所の助言がほしかった事例であった。

③こどもの自殺未遂者支援においてポイントとなりうる事項への工夫

(7) 18 歳以上を見据えた支援の工夫

- ・ 上記の事例では、18 歳到達時に医師を含む関係機関でケース会議を行い、社会福祉課へ申し送りして支援を継続している。社会福祉課は障害福祉の担当課であり、本人が精神科の自立支援医療を活用して通院し、精神障害者保健福祉手帳を取得していたこともあり、18 歳以降は社会福祉課につながられた。
- ・ 社会福祉課の担当は障害福祉であるため、障害の診断やボーダーであるこどもは社会福祉課につながることができるが、障害がない場合はこども家庭センターから 18 歳以降のつなぎ先が乏しく課題になっている。特に、中学卒業後、学校に所属しないこどもは中学卒業以降の支援が途切れやすい。
- ・ 県南圏域子ども・若者総合相談センターは、「子ども第三の居場所」と同一の事業者が県委託で運営している。こども家庭センターと担当者間で連携している。こども家庭センターとしては、そこにつなぎ継続支援をしてほしいが、こどもや保護者の希望がない場合が多く、勧めてもつながらない場合が多い。

(4) 保護者の同意が取れない場合の支援の工夫、家族支援における工夫

- ・ 基本的には、母親や家庭への支援は、こども家庭センターが主で担うが、母親に障害がある場合には、母親への支援は、社会福祉課や相談支援事業所が伴走しながら、こども家庭センターと協働で対応する。母親への LINE や電話での相談支援はこども家庭センターが中心で行うこともある。

(5) こども本人の思いや意見を聞き取る工夫や、こどもの思いや意見に沿った支援の工夫

- ・ 本人への支援には、LINE も活用した。LINE は広く公開しているような公式の相談窓口ではなく、気になるこどもや保護者がいる場合に、近況確認や連絡を行うツールとして活用しているものである。こどもから LINE を通じて SOS が来る場合もある。
- ・ 電話や訪問では仕事をしているなどでなかなかつながらないケースが多いが、LINE だと自分のタイミングで利用できるのも、活用してもらいやすい。こどもの場合には、電話などよりも LINE を使い慣れているので、連絡やコミュニケーションを取りやすい。相談対応はセンター職員の勤務時間内であるが、深夜でもメッセージの履歴が残るため、翌朝の対応につながっている。

④こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(7) こどもの自殺未遂者支援にあたり、医療機関および学校から提供してもらいたい情報

- ・ 医療機関には、治療状況や方針、本人の見立て、支援方針への助言や、自殺未遂者支援情報と関係機関へのつなぎを行ってほしい。
- ・ 学校からは、学習面、コミュニケーション能力、保護者との関係性、学校の支援内容・方針の情報や、リストカットや OD 等の情報と対応について情報提供してほしい。

(イ) こどもの自殺未遂者支援に取り組むうえで、連携したい（連携を強化したい）関係機関

- ・ 警察、消防、児童相談所、中学校以降の学校、医療機関（特に救急外来）と連携を強化したい。
- ・ 児童相談所は、元々児童相談所が関わっているケースは、主で動いてくれる。また、身体的虐待の場合には積極的に支援してくれる一方、心理的虐待やネグレクトでは「よほど命の危険」がないと対応してもらえない印象がある。自傷行為も含め、リスクの高いケースの場合には、一緒に支援をしていただけると心強い。

(ウ) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 児童福祉部門と障害福祉部門で、対象者（こども／保護者）により危険性や緊急性の認識に温度差が生じる。児童福祉部門では、こどもにとっては命の危険がある緊急度の高いものとして捉えても、母親自身が知的障害がある等であまり問題と思っていない場合、障害福祉部門では母親から話を聞き、母親の意見を尊重するため問題の大きさや緊急性が感じられない。むしろ、母親の支援者は、母親が周りから非難されているように感じてしまうこともあるようだ。このように、複数部署が関わる場合に、全体をコーディネートする難しさを感じる。全体の支援方針の調整は誰かが担う必要があり、上記の事例では、こども家庭センターで補うこととなり、障害のある母親ではあったが、母親の支援もこども家庭センター中心で行うこととなった。
- ・ そのほか、多機関連携を促進するために必要なこととしては、関係機関の見立ての共有、また各機関のできることやできないことの整理、互いの業務内容を尊重することである。

(エ) こどもの自殺未遂者支援のために、今後取り組みたいこと

- ・ 福祉側で把握したケースについては、学校と比較的連携が取れているが、学校で把握しているリストカットや OD 等のケースについては、十分に共有できていない部分もあり、さらなる実態把握が必要である。
- ・ 予防として、普及啓発は継続予定であるが、中学校卒業以降の支援が困難である。
- ・ 自殺対策事業に関して、警察との連携は少ない。警察・学校・医療機関と連携していきたいが、市単独で取り組むのは難しくも感じており、県圏域でやれるとよいとも考えている。他自治体でうまくいった事例があれば知りたい。

(7) 兵庫県多可町

日時：令和 7 年 1 月 8 日（木） 14：00～15：00

場所：Zoom

ヒアリング先：兵庫県多可町 健康課

① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(7) 関係機関連携の主な調整機関および、調整機関が担う役割の概要

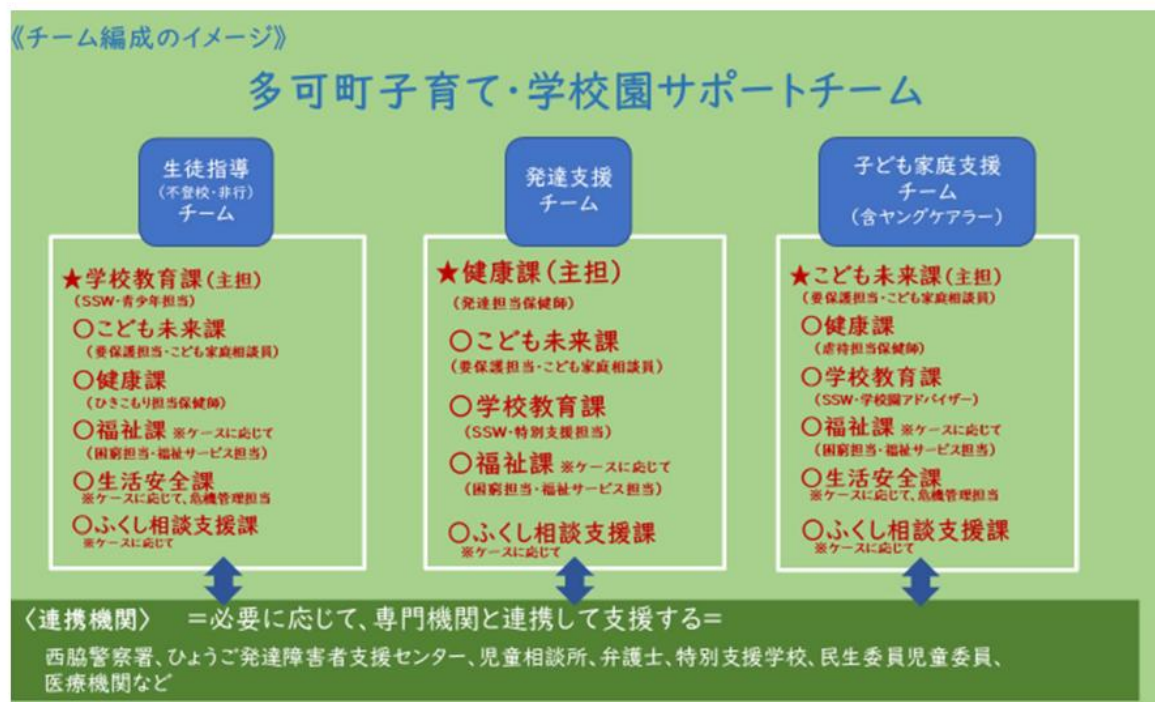
i) 子どもの自殺未遂者支援に関わる主な担当課およびそれぞれの役割

- ・ こどもの自殺者未遂支援の庁内の主な担当課は学校・教育委員会、こども未来課、健康課である。要保護児童対策地域協議会（以下、「要対協」）の所管はこども未来課で、令和 6 年度まで教育委員会、令和 7 年度以降はこどもサポートセンターの設置に伴い町長部局に変更になった。
- ・ 教育委員会（学校教育課）が学校発の情報を受けて庁内の関係課につなぐつなぎ役を担っている。学校で自殺を示唆する事案があった場合は、教育委員会が窓口となって「多可町子育て・学校園サポートチーム（※後述）」に共有する。
- ・ こども未来課はこどもの自殺未遂等の背景に家庭の課題がある際に対応している。要保護家庭にはこども本人への面談や一時保護の要否に関して児童相談所と連携して対応する。
- ・ 健康課は自殺対策担当課であり、医療機関への受診調整、また、主に保護者への支援（定期面談による保護者の負担感や困り感の聴取等）を担うことが多い。

ii) 若年者連携連絡会議および多可町子育て・学校園サポートチームについて

- ・ 平成 24～28 年頃に若年者の自殺が多かったが、情報が入らず、引きこもりや不登校対策の担当も決まっていなかったため、平成 27 年度に「若年者連携連絡会議」を設置した。この連絡会議では、情報提供・情報共有、それぞれの役割の理解と分担を協議し、ネットワークづくりを進めている。
- ・ 「若年者連携連絡会議」は多くのメンバーから成っている。兵庫教育大学教授、ひきこもり相談支援センターをアドバイザーとして、そのほか、ひょうご発達障害者支援センター クローバー 加西ブランチャ、町のひきこもりの方向けの居場所の委託先、障害者相談支援センター相談員、民生委員児童委員協議会、県立多可高校、保健所が入っている。庁内メンバーは、教育委員会（学校教育課）、健康課、こども未来課、ふくし相談支援課、福祉課である。
- ・ 「多可町子育て・学校園サポートチーム（以下「学校園サポートチーム」）は小学生の重大事案を契機に、平成 30 年度に立ち上げた。何かの情報が入った時に学校教育課などひとつの課が学校と連携して動くだけではなく、庁内の横断的な連携の強化を狙った。何か事案が起こった時に、庁内で横の連携を取りながら学校に関わる体制を作った。
- ・ 「若年者連携連絡会議」と「学校園サポートチーム」の庁内メンバーはほぼ同一で、「若年者連携連絡会議」は定期的な関係づくり・情報共有の場、「学校園サポートチーム」は具体事例の支援の場として機能している。

<多可町子育て・学校園サポートチームの体制>



(出典) 多可町提供資料

(イ) こどもの自殺未遂者支援において、連携する主な関係機関

- ・ 小中学校の不登校ケースではまずは SSW が窓口となって相談を聞き取り、課題を町の健康課等につなぐ体制が出来つつある。
- ・ 不登校となっているこどものケースでは、兵庫県の特徴かもしれないが、各校に不登校担当教諭があり、不登校のこどもや保護者を相談や地域の居場所につなげている。
- ・ 令和元年から県モデル事業をきっかけに、ひきこもりの居場所を立ち上げて適応指導教室と隣接した場所で運営し、適応指導教室利用のこどもが居場所に自然に顔を出せる環境を作っていた（現在は移転）。
- ・ 医療機関との連携では、町内には小児科・精神科は各 1 か所あり、日頃から相談できる関係を構築している。発達支援に熱心な小児科医と、相談・見立てに理解のある精神科医が支援の要になっている。精神疾患のある母等がいる場合は、受診してもらい、支援の必要性を町として確認して対応している。受診が必要なケースでは健康課が医療機関に同行することもある。
- ・ こどもの場合は病院から自殺未遂等の連絡が来ることはほとんどない。リストカット等で受診するにしても、町外の外科等を受診すると病院から連絡が入らないので、登校した時に、学校が気づくことが多い。
- ・ 県管轄の保健所を巻き込むかどうかは、ケースの程度による。自殺願望が高く警察が身柄確保を要するケースでは保健所への連絡が入るが、過量服薬やリストカット等の軽度な事案では県への声かけはしていない。
- ・ こどもが自殺未遂をほのめかして行方不明になるなど緊急性の高い場合は、保護者が学校と相談して警察に届けることがほとんどである。

- ・ 地域での支援として、自殺未遂のこどもの家庭力が乏しい場合、保護者同意を得たうえで民生委員も支援者のひとりとして見守るケースもあるが、保護者が地域への情報共有を拒む場合も多く、ケースバイケースで対応している。また、町内には、個人でフリースクールを運営したり、相談の場を設けている人もいる。

(ウ) 多機関で連携して支援する際のキーパーソン

- ・ 教育委員会（学校教育課）が学校発情報のつなぎ役としてキーパーソンになっており、担任やSSWが学校内の窓口として初期聴取をしており、他の課題がある場合は、健康課など庁内関係課へ広げてつないでいる。
- ・ こども未来課が家庭背景の問題への介入と児童相談所との調整を担っている。
- ・ 健康課は医療機関連携、保護者支援、緊急時のリスクアセスメントを担っている。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(ア) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ 学校で自殺示唆があった場合、教育委員会が学校からの情報を受け、「学校園サポートチーム」に共有して、早期から教育委員会・こども未来課・健康課が同席のもと学校への聞き取りを行い、支援方針の検討をしている。
- ・ 学校から緊急の依頼があれば、学校園サポートチームの一部体制メンバーで対応することもある。
- ・ 発達課題がある場合は、発達障害者支援センター（クローバー加西ブランチ）や町内医療機関の医師を交えた検討をしている。
- ・ 緊急性が高いときは警察とも一緒に対応し、警察に本人を探してもらうこともある。
- ・ 「若年者連携連絡会議」を通して、それぞれが抱えている問題などを相談・共有できる。

(イ) 関係機関との連携促進や連携強化のための工夫

- ・ 「若年者連携連絡会議」を定期的な情報交換・共有の場として位置づけ、各機関の抱える困難や課題感を共有している。
- ・ 属人的になりがちな体制の弱さを認識し、サポートチームでは、個人のつながりではなくネットワークの仕組みとしてルールを共有し直している。
- ・ 町外医療機関との情報連携が必要な場合は、保健所・県と連携して、町の意向を医療機関へ伝えてもらうよう働きかけている。
- ・ 小規模自治体ならではのメリットとしては、様々な会議に同じメンバーが参加しているため、情報連携の漏れが生じにくい。顔の見える関係が構築されており、ひとたび関係ができると支援の味方になってもらえる。

(ウ) 関係機関間での情報共有の方法や情報共有の工夫

- ・ 「学校園サポートチーム要綱」を作成して、要対協登録ケースでなくても、参加機関間で個人情報を共有できるようにしているため、動きやすい。

③こどもの自殺未遂者支援においてポイントとなりうる事項への工夫

(7) 18歳以上を見据えた支援の工夫

- ・ 高校卒業後は、「学校園サポートチーム」や要対協の枠組みから外れてしまい、自殺未遂事案の情報が入ってこなくなるだけでなく、ひきこもりや不登校のこどもに対しても連携して動くことが少なくなる。健康課のひきこもり相談や生活困窮担当課へのつなぎ、障害相談員による助言など、利用可能な資源を組み合わせ対応しているが、検討体制があるわけではない。
- ・ サポートファイル事業を通して、発達に課題のあるこどもが成長後に困らないよう、必要な支援の検討を継続していきたい。
- ・ どこが担当すればよいか分からない事案は、総合相談窓口などの庁内連携の中で話し合いをすることは可能である。ただし、総合相談窓口からこどもの自殺未遂事案の情報が上がってきた事例は今のところない。総合相談窓口は大人の相談が多い。

(4) 保護者の同意が取れない場合の支援の工夫、家族支援における工夫

- ・ こども本人の受診希望に関わらず保護者が受診を拒否したケースでは、要対協ケースとして、こども未来課が児童相談所と連携し、対応をした。
- ・ 保護者が精神疾患などの問題を抱えている場合は、町内の精神科医への相談に同行し、保護者にも医療的支援が必要かどうかの見立てもしてもらいながら、客観的に判断するように気をつけている。

(4) こども本人の思いや意見を聞き取る工夫、思いや意見に沿った支援提供の工夫

- ・ 学校では教職員、不登校の場合はSSWが初期聴取をしており、こどもの思いを丁寧に拾ってくれている。
- ・ こどもの居場所や相談の場として、学校内のサポートルーム、適応指導教室、町内の居場所事業、民間のフリースクールなど、こどもの状態に合わせて落ち着ける場を探索している。

④こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(7) こどもの自殺未遂者支援にあたり、医療機関および学校から提供してもらいたい情報

- ・ こどもの特性（発達特性など）、生活背景など、可能な限り多くの情報があると相談につながりやすく、必要な対応の検討が進めやすい。
- ・ 最低限必要な情報は、緊急度の評価に関する情報であり、傷の状況（程度・場所など）、本人が思い詰めている度合い等を確実に把握できることが重要である。ゆっくり考えるよりも命を守ることを最優先としている。
- ・ 過量服薬やリストカット、具体的な行為の準備の有無・程度も重要な判断材料である。

(4) こどもの自殺未遂者支援に取り組む上で、連携したい（連携を強化したい）関係機関

- ・ 町外医療機関（外科・救急等）との情報連携を強化したい。保健所・県を通じた働きかけを活用しているが、体制の強化が必要である。
- ・ 高校との連携を強化したい。現在は特別支援教育等担当教員との個別の連携にとどまっている。

(ウ) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 担当者の異動により、ネットワークが形骸化しやすい。属人的な体制から仕組み化されたネットワークづくりが必要である。
- ・ 複数機関が関わる際に、どこがケースワークの主導を担うかが不明瞭になりやすい。ケースバイケースで右往左往しており、主導機関の明確化が課題である。
- ・ 「学校園サポートチーム」は事案発生時の都度での連携であり、定例の話し合いの場がない。年間1～2回程度でも、現状の動きの振り返りと軌道修正の場が必要である。
- ・ 今年度こどもサポートセンターが立ち上がったことで、健康課とこども未来課が隣の場所になり連携がとりやすくなった一方で、教育委員会と場所が離れてしまい、連絡が取りにくくなった。連携の再構築の必要性も感じている。
- ・ 医療機関からの情報が担当者依存になりやすい。医療機関によっては、熱心な担当者がある間は、連携しやすかったが、担当者が変わると、連絡がなかなか来なくなることもある。病院からの連絡がないと支援のタイミングを逃してしまうこともある。
- ・ 町外医療機関へのアプローチとしては、小規模自治体として単独の働きかけが難しいため、保健所単位でも動いてもらえるよう働きかけている。町と医療機関と情報連携ができるよう、県を通じて依頼している。
- ・ 不登校ケースは、卒業後の情報をどう共有するかが難しい。学生の中に相談につなげられるといいと思い働きかけているが、そこがうまくいっていない。

(エ) こどもの自殺未遂者支援のために、今後取り組みたいこと

- ・ 「学校園サポートチーム」の定例的な会議の設定など、仕組みとしてのネットワークの強化をしていきたい。
- ・ 「学校園サポートチーム」発足当初に作成した資料・ルール共有を再徹底し、検証・洗い出しを行って改善につなげたい。
- ・ 18歳以降に向けた情報把握と連携の場づくりを強化したい。例えば、サポートファイル事業の活用、県・町のひきこもり相談、生活困窮担当課や障害相談員との連携強化などである。

(8) 北海道枝幸町

日時：令和8年1月9日（金） 16：00～17：30

場所：Zoom

ヒアリング先：北海道枝幸町 保健福祉課

① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(ア) 関係機関連携の主な調整機関および、調整機関が担う役割の概要

- ・ 保健福祉課保健予防係が、自殺対策、母子保健を含む全保健事業を実施している。業務担当制と地区担当制で対応しており、自殺対策担当でなくても全員が自殺未遂支援に対応できる体制になっている。
- ・ 新任期の職員も多いため、ケースの状況に応じて、経験のある保健師が担当する場合や、家族内で複数対応が必要な場合は、それぞれに担当を付け保健師の負担軽減と、ケースそれぞれが相談しやすい体制を作る場合もあるなど、状況に応じて柔軟に体制を組成している。
- ・ 昨年度にこども家庭センターが設置され、保健予防係の職員2名が兼務し、母子保健部署として入っている。庁舎は別々だが、会議やケース共有を一緒に実施しており、要保護児童対策地域協議会（要対協）や虐待予防の連携がしやすくなっている。
- ・ 小中学校で生じた自殺未遂等に関する事案は、教育委員会に情報が集約され、教育委員会が会議招集・情報集約・調整をしている。支援開始後は、保健師が学校と直接連携することもあり、その場合は、学校とのやり取りなどの情報を教育委員会へ共有している。
- ・ 高校生の事案は、教育委員会を介さず、学校から保健師へ直接相談が入っている。この場合には、保健予防係が主に他機関との連携・調整を担っている。
- ・ こどもの自殺未遂者支援での主担当は、ケースバイケースであるが、上記の通り、主には、小中学校事案では教育委員会、高校事案では保健予防係が調整を担っている。

(イ) こどもの自殺未遂者支援において、連携する主な関係機関

i) 保健所（稚内）

- ・ 2時間半程度の距離のため、即時の介入はない。支援に困った時に相談する後方支援で関わってもらう。町で支援していたこどもが進学で転出する際に、転出先でサポートできる機関の情報等を保健所から得ることはある。

ii) 医療機関

- ・ 町内に精神科がなく、最寄りの精神科は1時間半程度、思春期対応ができる医療機関は旭川で3時間程度と遠方である。発達に関する相談であれば町外の小児科につなげる場合もあるが、予約がとりにくい。その小児科でも1時間半程度かかり、医療機関受診のハードルが高い。また、町内の小児科は出張医（固定医ではない）のため、受診につなげにくい。

iii) 大学教授（公認心理師）

- ・ 自殺対策のゲートキーパー養成研修の講師や、高校生対象のこころの健康講座（SOSの出し方教育など）を依頼している大学教授（公認心理師）と連携している。
- ・ 判断に悩む未遂事例について、対応方法を相談している。遠方に居住のため、メールや電話で相談している。後述の事例では、当町に来るタイミングと合致したため、実際に面談を行

ってもらい、状態像の見立てや今後の支援方針を共有した。無報酬で（講演会で来町の一環として）協力してもらっているが、町も大学の心理実習の実習先として協力している。

iv) その他

- ・ 児童家庭支援センターや児童館職員は、常時連携している関係機関ではないが、個別のケースで必要時連携している。児童家庭支援センターは、町外にあるが、養育支援ケースでは道北の発達検査を担うなど日ごろから保健福祉課と情報共有しており、両方で連絡を取りやすい関係性が出来ている。
- ・ ある事例では、児童家庭支援センターの相談員が以前から本人の相談を受けており、支援につながった。当時の居住地は町外だったが、住民票が当町にあったので、当町が児童家庭支援センターと役割分担をして支援した。
- ・ また、このケースでは対象児が長期休暇で町に帰ってきた際に、幼少期から通っていた町内の児童館職員に辛さを訴えており、その職員から保健師に情報提供があった。

(v) 多機関で連携して支援する際のキーパーソン

- ・ 保健師が医療や保健所への橋渡しをする。また、学校・家庭と直接やり取りすることもある。
- ・ 町内の学校は小規模校が多く、10校あり、学校数は多い。中学校は3校あるが、中学校の校長は自殺予防対策実行委員会（後述）に毎年輪番で参加していることもあり、保健師の取組を理解されており、相談しやすい関係が構築されている。
- ・ その他、特別支援教育の連携会議があり、各校からコーディネーターの教員（専任）が出ており、コーディネーターの教員とは顔つなぎができています。学校で困ったケースがあると、町に養育期の状況の問い合わせやつなぎがある。ただし、管理職も含めた連携ではなく、コーディネーターの教員との個別の連携であるため、仕組みがあるわけではない。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(ア) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ こどもに特化したものではないが、自殺未遂対策会議を設置しており、病院、警察、消防、保健部署が参加している。
- ・ こどものケースについては、リストカットやODといった、搬送まで至らない未遂が多いこともあり、こどもと接点のある学校が把握し、学校から町に連絡が来ることが多い。

(イ) 関係機関との連携促進や連携強化のための工夫

- ・ 自殺未遂ケースにかかわりなく、学校での困りごとや幼少期の状況確認のために、教育委員会から情報共有会議の招集がある。要対協登録の有無に関わらず、気になるこどもについて庁内で協議している。
- ・ 自殺予防対策実行委員会（年6回）を平成24年から開催している。教育委員会・中学校校長・町内の公立高校校長・消防・警察・弁護士・町の相談機関・企業等から成る。啓発・研修を軸に、どのような活動をすれば住民に伝わりやすいかに重点を置き、協議している。

(ウ) 関係機関間での情報共有の方法や情報共有の工夫

- ・ 町外の支援者との情報共有は会議冒頭で守秘を確認し、目的（本人支援）を共有したうえで行っている。本人同意は未取得であるが、保護者の同意は取っている。個人情報取り扱いの

厳密なルールはなく、内部での情報収集段階では同意を得ず、外部関連機関と連携する際に保護者の同意を得ている。

- ・ 転出先の支援団体等とのオンライン会議やメールによる共有では、情報を外部に漏らさないことを前提としてもらっている。本人同意は未取得であるが、保護者には「支援のための会議を行う」旨や会議の内容を町から伝達している。
- ・ 後述の事例における、児童家庭支援センターや児童館職員からの情報提供は、本人同意なしで、電話連絡が入った。そのようなケースでの個人情報の取り扱いについて明確な決まりはない。

(Ⅰ) 関係機関連携によりうまく支援できた事例

i) 事例 1

- ・ 高校3年生の秋に支援を開始したケース。高校が自傷行為を把握し、対応に困り町の保健師に相談が入った。在学中は養護教諭が支援していたが、卒業後の支援について学校が危惧していた。卒業半年前から、保健師と教員で情報共有・支援方針の協議をして、卒業後も「大人の一町民」として継続的に支援できるよう準備した。
- ・ 家庭問題や OD、発達特性等の複数の困りごとを抱えており、前述の大学教授との面談を設定し、状態像の見立てと方針を学校と町とで共有した。

ii) 事例 2

- ・ 地元で支援していたこどもが進学で他地域へ転出する際、保健所に転出先の地域での支援機関の情報を照会し、保健所の協力でサポート可能な機関につないだ。
- ・ 転出に際して、当町の保健師が、こどもの転出先の学校に出向き、担当教員に引継ぎ等を行うとともに、転出先の札幌市の若者サポートステーションにこどもと一緒に訪問し、利用しやすいようにした。その後、若者サポートステーションの担当者が本人との関わり方を共有し、皆で支援していくために、民間の支援団体（生きづらびっと）なども含め関係者全員が情報共有できる場として、オンライン会議の場を設け、また関係機関間でメーリングリストを作成し、情報共有を行い、統一した方針で支援を続けている。

③ こどもの自殺未遂者支援においてポイントとなりうる事項への工夫

(7) 18 歳以上を見据えた支援の工夫

(事例 1)

- ・ 上述の通り、高校3年生に初めてつながったケースであり、就職が決まった後に保健師が面談した時は、自分が何を目標しているのか、本当にこの道でよいのかと揺らいでいたため、就職先が決まったから終わりではない、というようなことを伝え、視野を広げる助言をした。その後、本人が楽になったと言っていると学校からフィードバックがあった。

(Ⅱ) 保護者の同意が取れない場合の支援の工夫、家族支援における工夫

(事例 1)

- ・ 事例 1 のケースでは、本人や父親にも精神疾患があり、本人の状態には父親の影響も大きく、支援に苦労した。母親も危機感が低く、スクールカウンセラーと保健師が母親と三者で話し

たこともある。母親に支援の必要性を理解してもらうという点で、第三者の専門的視点からの意見を言うってもらうことは一定有効であると思われる。

(り) こども本人の思いや意見を聞き取る工夫や、こどもの思いや意見に沿った支援提供の工夫

(事例 1)

- ・ 保健予防係で運用している LINE の健康相談アカウントを活用し、本人が使い慣れたツールで連絡を取り、会いたいタイミングで迅速に面会している。本人の思いを傾聴する時間を確保した。
- ・ 大学教授による本人との面談と助言を支援に反映した。保健師として、こどもの思いを予想はできるが、専門的視点からの見立てがあるとより適切な関わりが出来るので、専門家の意見は非常に助かる。

(事例 2)

- ・ こどもの気持ちが安定しないうちに転出する場合は、支援が切れないように、転出先の関係機関や支援団体と情報共有し、同じ思いで支援していく。こどもに関わる色々な機関と情報共有や支援の方向を伝えることは重要である。

④ こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(7) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 医療機関が遠方であるため、受診のハードルが高い。
- ・ 学校が 9 校と多いため、学校によって判断が違う面がある。中学校は校長が輪番で自殺予防対策実行委員会に参加しているが、小学校は参加していない。小学校は数が多く、近隣の小学校はやり取りしやすいが、離れた学校になると状況が見えず、学校が抱え込んでいるのではないかと懸念がある。
- ・ 教育委員会職員の自殺予防対策実行委員会への参加頻度はあまり高くない。教育委員会から情報提供があることもあるが、自殺対策という点での理解はまだ十分でないように思う面もある。自殺対策基本法が変わり、協議会設立の動きになる時に足並みをそろえるために、教育委員会ともさらに情報共有や協議を進める必要がある。
- ・ スーパーバイズを受けたい事例が多くないため、予算化は難しい。スーパーバイザーを選任するとしても、研修を依頼している大学教授以外につながりがなく、誰を選任するのが難しい。児童相談所でも心理検査をしてそこから小児科につながり、その小児科からアドバイスを得ることはある。しかし、18 歳以上の支援のための資源が少ないため、町としてスーパーバイズを位置づけする必要はあるが、現状では、必要に応じて単発的に依頼する形にとどまる。

(イ) こどもの自殺未遂者支援のために、今後取り組みたいこと

- ・ 地域のこどもの居場所の情報の整備と紹介体制の構築を進めたい。心の不安定さのある方が、ほっとできる場があるとよい。18 歳以降も自立までの間に生きづらさを話せる地域の居場所が各転出先にあり、それを紹介できるとよい。困ったらそこに行けばよいと思えるだけでも精神的な安定につながると思う。

- ・ 小規模自治体に適した支援モデルや事例の情報共有を得たい。国・道からの事業・マニュアルが地域に馴染みにくい場合があり、同規模自治体の取組を知りたい。

(9) 岡山県倉敷児童相談所

日時：令和8年1月19日（月） 16:00～17:30

場所：Zoom

ヒアリング先：岡山県倉敷児童相談所

① こどもの自殺未遂者支援の体制の概要について

(7) 児童相談所での自殺未遂者等の支援状況

- ・ 自殺未遂や自傷の事案については、通常の虐待対応の中で支援を行うこととなる。調査の過程でメンタル不調が明らかになった場合は、早期に医療につないでいる。
- ・ 岡山県には思春期病棟を有する岡山県精神科医療センターがあり、同センターの医師が嘱託医であるため、必要時に早めに医療につなぐことができ、連携しやすい。
- ・ メンタル不調の来所相談は、時間的猶予があれば嘱託医の診療につないでいるが、自殺リスクが高く、猶予がない場合は岡山県精神科医療センターに直接連絡し、受診可否を確認して即時受診をしている。
- ・ 自殺未遂歴は、メンタル不調が見られ、その疑いがある場合に本人または保護者からの聴取で可能な限り確認している。自殺未遂歴が判明した場合は、児童相談所で抱え込まず、医療に早めにつなぐことを基本方針としている。
- ・ 自殺未遂等の事案発生時は、岡山県精神科医療センターが急性期対応を担い、児童相談所は病状が落ち着いた段階で定期面接等により安定を図るという役割分担を行うことが多い。
- ・ 岡山県精神科医療センターからの虐待通告として、自殺未遂歴のあるこどものケースが入る場合もある。

(4) 連携する関係機関

- ・ 学校、市町の要保護児童対策地域協議会、同保健部門、医療機関（小児科、児童精神科）、訪問看護ステーション、地域活動支援センター、児童養護施設、児童自立支援施設、自立援助ホームなどさまざまな機関と連携する。
- ・ その中でも、学校が通告・相談の入口になることが多い。
- ・ 相談の入口が岡山県精神科医療センターの場合、同センターが個別助言、ケース会議主催、退院調整等を行う。
- ・ 市町村とは、仕組み化された連携の枠組みはなく、ケースごとに個別に連携している。

(5) 多機関で連携して支援する際のキーパーソン

- ・ 明確には決まっていないが、相談の入口が岡山県精神科医療センターの場合は、同センターの精神科ソーシャルワーカー（PSW／精神保健福祉士）が関係機関連携の調整において中心的な役割を担うことが多い。
- ・ 学校等からの通告で児童相談所が支援の入口となる場合は、児童相談所が連携のための中心的な役割を担うことが多い。

(I) 関係機関連携の流れ

- ・ 学校等からの通告で児童相談所が支援の入口となる場合は、児童相談所がこども・保護者と面談し、精神状態によっては速やかに岡山県精神科医療センターへつないでいる。岡山県精神科医療センターに入院しているこどもが退院する前には、同センターが関係機関を招集し、役割分担を定め、退院に備える。
- ・ 関係機関の連絡の方法は主に電話である。

②関係機関との連携によるこどもの自殺未遂者支援について

(7) こどもの自殺未遂者支援において関係機関と連携して行っている取組

- ・ 市町村が企画する自殺対策に関する研修や、岡山県精神科医療センターが年に1～2回開催するこどものメンタルヘルス等に関する研修に参加し、職員のスキルアップや関係機関との顔の見える関係の構築を図っている。

③こどもの自殺未遂者支援における工夫

(7) 18歳以上を見据えた支援の工夫

- ・ 18歳を迎える場合は、市町村の障害福祉や精神保健の担当部署など、大人の支援者との顔つなぎをしていく。
- ・ 母親から虐待があり、児童相談所として虐待通告で受理していた高校3年生の自殺未遂事案があった。岡山県精神科医療センターが支援の中心的な役割を担って、通院や緊急入院・休息入院、訪問看護などの支援を行い、児童相談所は定期面接などで関わりを持っていた。児童相談所が関与できるのが18歳までであるため、その後の継続支援のために、岡山県精神科医療センターと児童相談所に加え、つなぎ先となる地域活動支援センターI型とケース会議を開催した。もともと母親が地域活動支援センターI型との関わりを持っていたため、円滑につながることができた。父親も精神障害者保健福祉手帳2級を所持していたため、地域活動支援センターI型に登録し、家族全体が地域資源につながることができた。

④こどもの自殺未遂者支援の促進にむけて

(7) こどもの自殺未遂者支援に取り組むうえで、連携したい関係機関

- ・ 岡山県精神保健福祉センター内の自殺対策推進センターに、こどもに特化した自殺予防のための啓発資材を作成してもらいたい。児童相談所で支援している自殺未遂事案の実態に関する情報提供などの協力は可能である。

(I) 多機関連携を促進するための課題、必要なこと

- ・ 支援の前提として職員のスキルアップや関係機関との顔の見える関係の構築が必要だが、担当職員（主として児童福祉司）に、そのために費やす時間が保障されていない。そのため、
 - 1) 自殺未遂者等の支援においては、医療機関主導での支援になりやすく、児童相談所としては主体的なケースワークを行いにくい。
 - 2) 児童相談所としては、医療機関につなぐ対応が中心となり、児童相談所としてのスキル・ノウハウが蓄積しにくい。

- ・ 児童心理司は慢性的に人材不足で、虐待対応が優先されるため、自殺未遂者の支援は後手に回りやすい。
- ・ メンタル不調は長期化しやすく、児童相談所としては 18 歳到達時点で支援が途切れる場合が多く、こどもが 18 歳を超えてからも支援が継続できるよう、特に大人の支援者との接続を強化する必要がある。
- ・ 児童相談所の一時保護所は混合処遇であるため、メンタル不調のあるこどもが落ち着いて休める環境とは言えない。メンタル不調のあるこどもが安心して過ごすことのできる場の確保、創出が必要である。

1 4 アンケート調査 調査票

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

(市区町村調査)

基本情報

問1 自治体名、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。

自治体名	部署名
電話番号	メールアドレス

問2 貴自治体におけるこどもの自殺対策の担当部署をお答えください。(1つに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 教育委員会
5. 健康増進担当部署	6. 自殺対策担当部署 (専門部署)
7. 生活困窮担当部署	8. 障害者福祉担当部署
9. 疾病対策担当部署	10. その他 ()
11. 担当部署は決まっていない	

こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

問3 貴自治体ではこどもの自殺未遂者の個別支援を行っていますか。

1. 行っている → 問4へ	2. 行っていない → 問16へ
----------------	------------------

◆ 問4～問15は、問3で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

問4 過去3年度(令和4年度～6年度)に貴自治体で支援したこどもの自殺未遂事案の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。

※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。(空欄にしてください)

【自殺未遂事案の定義】

・自殺を意図して、あるいはその行為が致死的であると理解した上で自殺行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であることが確認できた事例

※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン(2022年度版)」の定義を引用

【本調査における回答対象事例】

- ・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
- ・「自殺の意図」は、わずかも「死にたい」という思いを確認できた場合を含める
- ・「その行為が致死的であると理解」は、わずかも行為により死ぬ可能性があることを理解している場合を含める
- ・結果としての怪我の有無など身体の状態は問わない
- ・延命治療の拒否は含めない

() 件

→うち、経過が把握できている事例についてお手数ですが別添の個票にご回答をお願いします。

経過が把握できている回答可能事例数 () 件 ※最大10件までで問題ございません

問5 こどもの自殺未遂事案に関する情報は、主にどこから入りますか。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関 (児童精神科以外)	8. 保健所
9. 公立小・中学校	10. 公立高等学校
11. 私立学校	12. 教育委員会
13. 児童相談所	14. 民間団体
15. その他 ()	

問6 こどもの自殺未遂事案を把握した場合に対応されることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係者への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント (再エントリ評価) →参考になっているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください ()	
7. ケース検討会の開催	8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他 ()

問7 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)	6. 保健所
7. 公立小・中学校	8. 公立高等学校
9. 私立学校	10. 教育委員会
11. 児童相談所	12. 民間団体
13. その他 ()	

問8 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)	4. 市区町村主幹課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体 (団体名:)	10. その他 ()

問9

問8で「4.市区町村主管理」と答えた方におうかがいします。

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署 (専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問10

再び、問3で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援における関係機関連携 (情報共有や支援方針の検討) において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している

5. その他 ()

問11

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話

2. メール

3. FAX

4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)

5. 情報共有システム (具体的に:

6. 訪問

7. 関係機関による会議

8. その他 ()

問12

問11で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際どのような様式を活用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している

2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している

3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している

4. その他 ()

問13

問12で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と答えた方におうかがいします。

様式の作成元、情報共有先機関、活用場面をお答えください。(自由記述)

※貴自治体独自で作成されている場合、提供願っても差し支えなければ返信用封筒にご同封いただけますと幸いです。

問14

再び、問3で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいますか。(1つに○)

1. 協定を結んでいる (どちらの機関ですか:

2. 協定を結んでいない

問15

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談

2. 家族との面談

3. 家庭訪問

4. 医療機関の紹介・情報提供

5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供

6. 情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック

7. 再企画リスクのアセスメント

8. その他 ()

こどもの自殺未遂者支援における課題

◆ ここから全員におうかがいします。

問16

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察

2. 消防

3. 救急医療機関

4. 児童精神科医療機関

5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

6. 保健所

7. 公立小・中学校

8. 公立高等学校

9. 私立学校

10. 教育委員会

11. 児童相談所

12. 民間団体

13. その他 ()

問17

こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

4. 市区町村主管理課

5. 保健所

6. 学校

7. 教育委員会

8. 児童相談所

9. 民間団体 (団体名:)

10. その他 ()

256

問18 こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要が情報が得られない
9. 個人情報との共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問19 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

（市区町村 個表）

自治体名	個 票	（ ） 枚目
------	-----	--------

◆ 過去3年度（令和4～6年度）のこどもの自殺未遂者の支援事例のうち、経過がわかる事例についてお答えください。

こどもの状況

問1 学年（支援開始時点）（1つに○、及び学年・年齢の数値を記入）

1. 小学（ ）年	2. 中学（ ）年
3. 高校（ ）年	4. 所属校なし（ ）歳

問2 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況（あてはまるものすべてに○）

1. 親子関係の不和	2. 家族からのしつけ・叱責
3. 学業不振	4. 入試・進路に関する悩み
5. いじめ	6. 学友との不和（いじめ以外）
7. 教師との人間関係	8. 病気の悩み・影響（神経発達症）
9. 病気の悩み・影響（神経発達症以外の精神疾患）	10. 病気の悩み・影響（精神疾患以外）
11. 恋愛関係での悩み	12. 交際相手からの暴力
13. 経済的困難	14. 孤独感
15. 心理的虐待	16. 身体的虐待
17. 性的虐待	18. 身体的ネグレクト
19. 心理的ネグレクト	20. 親との離別
21. 家庭内暴力（DV）の目撃	22. 家族のアルコールや薬物乱用
23. 家族の精神疾患	24. 家族の収監
25. その他（ ）	

支援の状況

問3 こどもが支援につながったきっかけ（情報提供元）（あてはまるものすべてに○）

1. 本人からの相談	2. 家族からの相談
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関（児童精神科以外）	8. 保健所
9. 公立小・中学校	10. 公立高等学校
11. 私立学校	12. 教育委員会
13. 児童相談所	14. 民間団体
15. その他（ ）	

問4 支援にあたって連携した関係機関（あてはまるものすべてに○）

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関（児童精神科以外）	4. 保健所
5. 公立小・中学校	6. 公立高等学校
7. 私立学校	8. 教育委員会
9. 児童相談所	10. 民間団体
11. その他（ ）	12. 関係機関との連携はしていない

問5 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク（あてはまるものすべてに○）

1. 要保護児童対策地域協議会	2. 重層的支援体制
3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	4. その他（ ）
5. いずれも活用していない	

問6 こどもや家族に支援した内容や工夫（関係機関と連携して支援した内容を含む）（自由記述）

①こども	
②家族	

問7 支援した結果やこどもの変化（自由記述）

--	--

問8 貴自治体での支援を開始してから現在までの、自殺の再企図の有無（1つに○）

1. 再企図あり	2. 再企図なし
----------	----------

支援における課題

問9 支援において困難だったことや課題に感じたこと（自由記述）

--	--

問10 支援においてあればよかったと思われること（施策や制度、連携先の関係機関等）（自由記述）

--	--

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

2

258

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

(保健所調査)

基本情報

問1 保健所名、設置自治体、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。

保健所名		設置自治体	
部署名		電話番号	
メールアドレス			

こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

問2 貴保健所ではこどもの自殺未遂者の個別支援を行っていますか。(1つに○)

1. 行っている ➡ 問3へ	2. 行っていない ➡ 問15へ
----------------	------------------

◆ 問3～問14は、問2で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

問3 過去3年度(令和4年度～6年度)に貴保健所で支援したこどもの自殺未遂事例の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。
※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。(空欄にしてください)

【自殺未遂事例の定義】
・自殺を企図して、あるいはその行為が致死性であると理解した上で自損行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であること
※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン(2022年度版)」の定義を引用

【本調査における回答対象事例】
・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
・「自殺の意図」は、必ずしも「死にたい」という思いを明確にできた場合を含める
・「その行為が致死性であると理解」は、必ずしも行為により死ぬ可能性があることを理解している場合を指す
・結果としての怪我の有無など身体の状態は問わない
・延命治療の拒否は含めない

() 件
→うち、経過が把握できている事例についてお手数ですが別添の用紙にご回答をお願いいたします。

問4 こどもの自殺未遂事例に関する情報は、主にどこから入りますか。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関(児童精神科以外)	8. 市区町村主管課
9. 公立小・中学校	10. 公立高等学校
11. 私立学校	12. 教育委員会
13. 児童相談所	14. 民間団体
15. その他 ()	

問5 こどもの自殺未遂事例を把握した場合に該当されることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係者への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント(再入院リスク評価) →参考になっているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください	()
7. ケース検討会の開催	8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他 ()

問6 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関(児童精神科以外)	6. 市区町村主管課
7. 公立小・中学校	8. 公立高等学校
9. 私立学校	10. 教育委員会
11. 児童相談所	12. 民間団体
13. その他 ()	

問7 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関(児童精神科以外)	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体(団体名:)	10. その他 ()

問8 問7で「4. 市区町村主管課」と答えた方におうかがいします。

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害者福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他 ()	

問9 再び、問2で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂の個別支援における関係機関連携(情報共有や支援方針の検討)において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会
2. 重層的支援体制
3. 自治体独自に設定する自殺対策に特化した会議
4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している
5. その他 ()

問10 こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話	2. メール
3. FAX	4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)
5. 情報共有システム (具体的に:	)
6. 訪問	7. 関係機関による会議
8. その他 (	)

問11 問10で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えただけに「3.こどもに限定しない自殺未遂者」も答えたい場合は、この表に記入してください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制整備の機軸を活用している
2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している
3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している
4. その他 (

問12 問11で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者」も答えたい場合は、この表に記入してください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制整備の機軸を活用している
2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している
3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している
4. その他 (

問13 再び、問2で「1.行っている」と答えただけに「3.こどもに限定しない自殺未遂者」も答えたい場合は、この表に記入してください。(あてはまるものすべてに○)

1. 協定を結んでいる (どちらの機関ですか:
2. 協定を結んでいない

問14 こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談	2. 家族との面談
3. 家庭訪問	4. 医療機関の紹介・情報提供
5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供	6. 情報提供のあった関係機関や連携している関係機関
7. 再入院リスクのアセスメント	へのこどもの状況のフィードバック
8. その他 (	)

こどもの自殺未遂者支援の後方支援の状況

◆ **ここから全員におうかがいします。**

問15 市区町村がこどもの自殺未遂者の支援をする際の後方支援として行っているものをお答えください。(市設置の保健所は8をご回答ください)(あてはまるものすべてに○)

1. 対応する職員への助言・指導	2. ケース検討会への参加
3. 専門人材の派遣	4. 連携できる医療機関の紹介
5. 関係機関による連携の際の調整	6. 市区町村職員に対する研修
7. その他 (	)
8. 市区町村のこどもの自殺未遂者支援の後方支援を行っていない (市設置の保健所である)	

こどもの自殺未遂者支援における課題

問16 今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)	6. 市区町村主管理
7. 公立小・中学校	8. 公立高等学校
9. 私立学校	10. 教育委員会
11. 児童相談所	12. 民間団体
13. その他 (	)

問17 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うのに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)	4. 市区町村主管理
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体 (団体名:	) 10. その他 (

問18 このものの自給未遂者の支援における関係機関連携の課題はですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要な情報が得られない
9. 個人情報との共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問19 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

保健所 個票

個票 () 枚目

◆ 過去3年度(令和4～6年度)のこどもの自殺未遂者の支援事例のうち、経過がわかる事例についてお答えください。

こどもの状況

問1 学年(支援開始時点)(1つに○、及び学年・年齢の数値を記入)

1. 小学 () 年

2. 中学 () 年

3. 高校 () 年

4. 所属校なし () 歳

問2 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況(あてはまるものすべてに○)

1. 親子関係の不和

2. 家族からのつけ・叱責

3. 学業不振

4. 入試・進路に関する悩み

5. いじめ

6. 学友との不和(いじめ以外)

7. 教師との人間関係

8. 病気の悩み・影響(神経発達症)

9. 病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)

10. 病気の悩み・影響(精神疾患以外)

11. 恋愛関係での悩み

12. 交際相手からの暴力

13. 経済的困窮

14. 孤独感

15. 心理的虐待

16. 身体的虐待

17. 性的虐待

18. 身体的ネグレクト

19. 心理的ネグレクト

20. 親との離別

21. 家庭内暴力(DV)の目撃

22. 家族のアルコールや薬物乱用

23. 家族の精神疾患

24. 家族の収監

25. その他 ()

支援の状況

問3 こどもが支援につながったきっかけ(情報提供元)(あてはまるものすべてに○)

1. 本人からの相談

2. 家族からの相談

3. 警察

4. 消防

5. 救急医療機関

6. 児童精神科医療機関

7. 精神科医療機関(児童精神科以外)

8. 市区町村主管課

9. 公立小・中学校

10. 公立高等学校

11. 私立学校

12. 教育委員会

13. 児童相談所

14. 民間団体

15. その他 ()

問4 問3で「8. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。

市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署(専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問5 支援にあたって連携した関係機関(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関(児童精神科以外)

4. 市区町村主管課

5. 公立小・中学校

6. 公立高等学校

7. 私立学校

8. 教育委員会

9. 児童相談所

10. 民間団体

11. その他 ()

12. 関係機関との連携はしていない

問6 問5で「4. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。

市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署(専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問7 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク(あてはまるものすべてに○)

1. 要保児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. その他 ()

5. いずれも活用していない

問8 こどもや家族に支援した内容や工夫(関係機関と連携して支援した内容を含む)(自由記述)

①こども

②家族

問9 支援した結果やこどもの変化(自由記述)

問10 貴保健所での支援を開始してから現在までの、自殺の再企図の有無(1つに○)

1. 再企図あり

2. 再企図なし

支援における課題

問11 支援において困難だったことや課題に感じたこと(自由記述)

問12 支援においてあればよかったと思われること(施策や制度、連携先の関係機関等)(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

1

2

262

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

(児童相談所調査)

基本情報			
問1 児童相談所名、設置自治体、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。			
児童相談所名		設置自治体	
部署名		電話番号	
メールアドレス			

問2 貴児童相談所のこどもの自殺対策に関する取組をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童相談所内での希死念慮や自殺未遂者歴のあるこどもの支援に関する研修の実施	
2. 外部の希死念慮や自殺未遂者歴のあるこどもの支援に関する研修を職員が受講	
3. 希死念慮や自殺未遂者歴のあるこどもの支援に関するマニュアルの活用	
4. 自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワークへの参画（会議開催）	
5. その他（	）
6. 特になし	

こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

問3 ケースを受理したこどもに自傷行為や自殺未遂歴があるかどうかを確認することがありますか。(それぞれ1つに○)

①自傷行為	1. ケースを受理したこどもすべてについて確認している	2. 疑いがある場合に確認している
	3. 特に確認していない	
②自殺未遂歴	1. ケースを受理したこどもすべてについて確認している	2. 疑いがある場合に確認している
	3. 特に確認していない	

問4 過去3年度（令和4年度～6年度）に貴児童相談所で支援したこどもの自殺未遂事例の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。
※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。（空欄にしてください）

【自殺未遂事例の定義】
・自殺を繰り返して、あるいはその行為が致死性であると理解した上で自傷行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であることが確認できた事例
※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン（2022年度版）」の定義を引用

【本調査における回答対象事例】
・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
・「自殺の意図」は、必ずしも「死にたい」という思いを確認できた場合を含める
・「その行為が致死性であると理解」は、わずかでも行為により死の可能性があることを理解している場合を含める
・結果としての死の後の有無など身体の状態は問わない
・延命治療の拒否は含めない

（ ）件
→うち、経過が把握できている事例についてお手数でが別添の個票にご回答をお願いします。

経過が把握できている回答可能事例数（ ）件 ※最大10件まで問題ございません

問5 こどもの自殺未遂事例に関する情報は、主にどこから入りますか。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関（児童精神科以外）	8. 市区町村主管課
9. 保健所	10. 公立小・中学校
11. 公立高等学校	12. 私立学校
13. 教育委員会	14. 民間団体
15. その他（	）

問6 こどもの自殺未遂事例を把握した場合に対応されることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係課への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント（再企図リスク評価）	→参考に行われているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください
7. ケース検討会の開催	
8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼	
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他（
	）

問7 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関（児童精神科以外）	6. 市区町村主管課
7. 保健所	8. 公立小・中学校
9. 公立高等学校	10. 私立学校
11. 教育委員会	12. 民間団体
13. その他（	）

問8 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関（児童精神科以外）	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体（団体名： ）	10. その他（ ）

問9

問8で「4.市区町村主管理課」と答えた方におうかがいします。

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署 (専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問10

こどもの自殺未遂者の個別支援における関係機関連携 (情報共有や支援方針の検討) において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している

5. その他 ()

問11

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話

2. メール

3. FAX

4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)

5. 情報共有システム (具体的に:)

6. 訪問

7. 関係機関による会議

8. その他 ()

問12

問11で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際にどのような様式を活用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している

2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している

3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している

4. その他 ()

問13

問12で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と答えた方におうかがいします。

様式の作成元、情報共有先機関、活用場面をお答えください。(自由記述)

3

問14

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいますか。(1つに○)

1. 協定を結んでいる (どちらの機関ですか:)

2. 協定を結んでいない

問15

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談

2. 家族との面談

3. 家庭訪問

4. 医療機関の紹介・情報提供

5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供

6. 情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック

7. 再企画リスクのアセスメント

8. その他 ()

こどもの自殺未遂者支援における課題

問16

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察

2. 消防

3. 救急医療機関

4. 児童精神科医療機関

5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

6. 市区町村主管理課

7. 保健所

8. 公立小・中学校

9. 公立高等学校

10. 私立学校

11. 教育委員会

12. 民間団体

13. その他 ()

問17

こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うのに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

4. 市区町村主管理課

5. 保健所

6. 学校

7. 教育委員会

8. 児童相談所

9. 民間団体 (団体名:)

10. その他 ()

4

264

問18 こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要が情報が得られない
9. 個人情報共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問19 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

(救命救急センター調査)

基本情報

問1 医療機関名、所在自治体名、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。

医療機関名	所在自治体 (市区町村)
部署名	電話番号
メールアドレス	

問2 精神科医による診療はされていますか。(1つに○)

1. 精神科医による診療がある 2. 精神科医による診療がない

問3 ソーシャルワーカーは在籍していますか。(1つに○)

1. 在籍している 2. 在籍していない

問4 貴院では、自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク(会議等)に参画していますか。(1つに○)

1. している 2. していない

こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

問5 来院したこどもが受診に至ったきっかけが自殺行為であるかどうかを確認していますか。(1つに○)

1. 来院したこどもすべてについて確認している	2. 疑いがある場合に確認している
3. 特に確認していない	

問6 過去3年度(令和4年度～6年度)に貴院で支援したこどもの自殺未遂事案の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。
※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。(空欄にしてください)

【自殺未遂事案の定義】

- ・自殺を意図して、あるいはその行為が致死的であると理解した上で自損行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であることが確認できた事例
- ※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン(2022年度版)」の定義を引用
- 【本調査における回答対象事例】
- ・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
- ・「自殺の意図」は、わずかでも「死にたい」という思いを確認できた場合を含める
- ・「その行為が致死的であると理解」は、わずかでも行為により死の可能性があることを理解している場合を含める
- ・結果としての怪我の有無など身体の状態は問わない
- ・延命治療の拒否は含めない

() 件
→うち、経過が把握できている事例についてお手数ですが別添の個票にご回答をお願いいたします。
経過が把握できている回答可能事例数() 件 ※最大10件まで問題ございません

問7 こどもの自殺未遂事案に関する情報は、主にどこから入りますか。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 児童精神科医療機関	6. 精神科医療機関(児童精神科以外)
7. 市区町村主管課	8. 保健所
9. 公立小・中学校	10. 公立高等学校
11. 私立学校	12. 教育委員会
13. 児童相談所	14. 民間団体
15. その他()	

問8 こどもの自殺未遂事案を把握した場合に対応されることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係課への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント(再アセスメント) →参考にされているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください()	
7. ケース検討会の開催	8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他()

問9 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 児童精神科医療機関	4. 精神科医療機関(児童精神科以外)
5. 市区町村主管課	6. 保健所
7. 公立小・中学校	8. 公立高等学校
9. 私立学校	10. 教育委員会
11. 児童相談所	12. 民間団体
13. その他()	

問10 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関(児童精神科以外)	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体(団体名:)	10. その他()

問1.1

問 10 で「4. 市区町村主管理課」と答えた方におうかがいします。

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署 (専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問1.2

こどもの自殺未遂者の個別支援における関係機関連携 (情報共有や支援方針の検討) において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している

5. その他 ()

問1.3

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話

2. メール

3. FAX

4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)

5. 情報共有システム (具体的に:)

6. 訪問

7. 関係機関による会議

8. その他 ()

問1.4

問 13 で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際どのような様式を活用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している

2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している

3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している

4. その他 ()

問1.5

問 14 で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と答えた方におうかがいします。

様式の作成元、情報共有先機関、活用場面をお答えください。(自由記述)

※**所属独自で作成されている場合、提供しても差し支えなければ返信用紙欄にご同封いただけますと幸いです。**

問1.6

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいますか。(1つに○)

1. 協定を結んでいる (どちらの機関ですか:)

2. 協定を結んでいない

問1.7

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談

2. 家族との面談

3. 家庭訪問

4. 医療機関の紹介・情報提供

5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供

6. 情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック

7. 再企画リスクのアセスメント

8. その他 ()

こどもの自殺未遂者支援における課題

問1.8

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察

2. 消防

3. 児童精神科医療機関

4. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

5. 市区町村主管理課

6. 保健所

7. 公立小・中学校

8. 公立高等学校

9. 私立学校

10. 教育委員会

11. 児童相談所

12. 民間団体

13. その他 ()

問1.9

こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うのに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

4. 市区町村主管理課

5. 保健所

6. 学校

7. 教育委員会

8. 児童相談所

9. 民間団体 (団体名:)

10. その他 ()

268

問20 このものの自給未遂者の支援における関係機関連携の課題はですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要な情報が得られない
9. 個人情報との共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問2-1 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

(救命救急センター 個表)

医療機関名	個 票 () 枚目
◆ 過去3年度(令和4～6年度)のこどもの自殺未遂者の支援事例のうち、経過がわかる事例についてお答えください。	

こどもの状況

問1 学年(支援開始時点)(1つに○、及び学年・年齢の数値を記入)

1. 小学 () 年	2. 中学 () 年
3. 高校 () 年	4. 所属校なし () 歳

問2 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況(あてはまるものすべてに○)

1. 親子関係の不和	2. 家族からのしつけ・叱責
3. 学業不振	4. 入試・進路に関する悩み
5. いじめ	6. 学友との不和(いじめ以外)
7. 教師との人間関係	8. 病気の悩み・影響(神経発達症)
9. 病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	10. 病気の悩み・影響(精神疾患以外)
11. 恋愛関係での悩み	12. 交際相手からの暴力
13. 経済的困窮	14. 孤独感
15. 心理的虐待	16. 身体的虐待
17. 性的虐待	18. 身体的ネグレクト
19. 心理的ネグレクト	20. 親との離別
21. 家庭内暴力(DV)の目撃	22. 家族のアルコールや薬物乱用
23. 家族の精神疾患	24. 家族の収監
25. その他 ()	

支援の状況

問3 支援にあたって連携した関係機関(あてはまるものすべてに○)

1. 児童精神科医療機関	2. 精神科医療機関(児童精神科以外)
3. 市区町村主管理課	4. 保健所
5. 公立小・中学校	6. 公立高等学校
7. 私立学校	8. 教育委員会
9. 児童相談所	10. 民間団体
11. その他 ()	12. 関係機関との連携はしていない

問4 問3で「3. 市区町村主管理課」を回答した方にお伺いします。

市区町村主管理課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他 ()	

問5 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会	2. 重層的支援体制
3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	4. その他 ()
5. いずれも活用していない	

問6 こどもや家族に支援した内容や工夫(関係機関と連携して支援した内容を含む)(自由記述)

①こども	
②家族	

問7 支援した結果やこどもの変化(自由記述)

--

問8 貴院での支援を開始してから現在までの、自殺の再発の有無(1つに○)

1. 再発あり	2. 再発なし
---------	---------

支援における課題

問9 支援において困難だったことや課題に感じたこと(自由記述)

--

問10 支援においてあればよかったと思われること(施策や制度、連携先の関係機関等)(自由記述)

--

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

基本情報

(児童精神科・精神科医療機関調査)

問1 医療機関名、所在自治体名、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。

医療機関名	所在自治体 (市区町村)
部署名	電話番号
メールアドレス	

問2 ソーシャルワーカーは在籍していますか。(1つに○)

1. 在籍している	2. 在籍していない
-----------	------------

問3 貴院では、自治体の自殺対策に関する関係機関ネットワーク（会議等）に参画していますか。

1. している	2. していない
---------	----------

こどもの自殺未遂者の個別支援の状況

問4 来院したこどもに自殺未遂歴があるかどうかを確認していますか。(1つに○)

1. 来院したこどもすべてについて確認している	2. 疑いがある場合に確認している
3. 特に確認していない	

問5 過去3年度（令和4年度～6年度）に貴院で支援したこどもの自殺未遂事例の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。
※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。（空欄にしてください）

【自殺未遂事例の定義】
・自殺を企図して、あるいはその行為が致死性であると理解した上で自損行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であることが確認できた事例
※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン（2022年度版）」の定義を引用

【本調査における回答対象事例】
・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
・「自殺の原因」は、わずかでも「死にたい」という思いを確認できた場合を含める
・「その行為が致死性であると理解」は、わずかでも行為により死ぬ可能性があると理解している場合を含める
・結果としての怪我の有無など身体の状態は問わない
・延命治療の拒否は含めない

() 件
→うち、経過が把握できている事例についてお手数ですが別添の用票にご回答をお願いします。
経過が把握できている回答可能事例数 () 件 ※最大10件まで問題ございません

問6 こどもの自殺未遂事例に関する情報は、主にどこから入りますか。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関（児童精神科以外）	8. 市区町村主管課
9. 保健所	10. 公立小・中学校
11. 公立高等学校	12. 私立学校
13. 教育委員会	14. 児童相談所
15. 民間団体	16. その他 ()

問7 こどもの自殺未遂事例を把握した場合に対応されることをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係課への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント（再企図リスク評価）	→参考にされているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください ()
7. ケース検討会の開催	8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼 ()
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他 ()

問8 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関（児童精神科以外）	6. 市区町村主管課
7. 保健所	8. 公立小・中学校
9. 公立高等学校	10. 私立学校
11. 教育委員会	12. 児童相談所
13. 民間団体	14. その他 ()

問9 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関（児童精神科以外）	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体（団体名：)	10. その他 ()

問10

問9で「4.市区町村主管課」と答えた方におうかがいします。

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署 (専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問11

こどもの自殺未遂者の個別支援における関係機関連携 (情報共有や支援方針の検討) において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している

5. その他 ()

問12

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話

2. メール

3. FAX

4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)

5. 情報共有システム (具体的に:)

6. 訪問

7. 関係機関による会議

8. その他 ()

問13

問12で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際にどのような様式を活用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している

2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している

3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している

4. その他 ()

問14

問13で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と答えた方におうかがいします。

支援用の様式を作成し、情報共有先機関、活用場面をお答えください。(自由記述)

※所属先で作成されている場合、提供しても差し支えなければ返信用封筒にご同封いただけますと幸いです。

問15

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいますか。(1つに○)

1. 協定を結んでいる → (どちらの機関ですか:)

2. 協定を結んでいない

問16

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談

2. 家族との面談

3. 家庭訪問

4. 医療機関の紹介・情報提供

5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供

6. 情報提供のあった関係機関や連携している関係機関へのこどもの状況のフィードバック

7. 再企画リスクのアセスメント

8. その他 ()

こどもの自殺未遂者支援における課題

問17

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察

2. 消防

3. 救急医療機関

4. 児童精神科医療機関

5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

6. 市区町村主管課

7. 保健所

8. 公立小・中学校

9. 公立高等学校

10. 私立学校

11. 教育委員会

12. 児童相談所

13. 民間団体

14. その他 ()

問18

こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うのに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

4. 市区町村主管課

5. 保健所

6. 学校

7. 教育委員会

8. 児童相談所

9. 民間団体 (団体名:)

10. その他 ()

問19 このものの自給未遂者の支援における関係機関連携の課題はですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要な情報が得られない
9. 個人情報との共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問20 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

(児童精神科・精神科医療機関 個表)

医療機関名	個	票	()	校目
◆ 過去3年度(令和4～6年度)のこどもの自殺未遂者の支援事例のうち、経過がわかる事例についてお答えください。				
こどもの状況				
問1 学年(支援開始時点)(1つに○、及び学年・年齢の数値を記入)				
1. 小学()年	2. 中学()年	3. 高校()年	4. 所属校なし()歳	

問2 自殺未遂の背景となつたと思われる主な事情・状況(あてはまるものすべてに○)

1. 親子関係の不和	2. 家族からのしつけ・叱責
3. 学業不振	4. 入試・進路に関する悩み
5. いじめ	6. 学友との不和(いじめ以外)
7. 教師との人間関係	8. 病気の悩み・影響(神経発達症)
9. 病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	10. 病気の悩み・影響(精神疾患以外)
11. 恋愛関係での悩み	12. 交際相手からの暴力
13. 経済的困窮	14. 孤独感
15. 心理的虐待	16. 身体的虐待
17. 性的虐待	18. 身体的ネグレクト
19. 心理的ネグレクト	20. 親との離別
21. 家庭内暴力(DV)の目撃	22. 家族のアルコールや薬物乱用
23. 家族の精神疾患	24. 家族の収監
25. その他()	

支援の状況

問3 こどもが支援につながったきっかけ(情報提供元)(あてはまるものすべてに○)

1. 本人からの相談	2. 家族からの相談
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関(児童精神科以外)	8. 市区町村主管課
9. 保健所	10. 公立小・中学校
11. 公立高等学校	12. 私立学校
13. 教育委員会	14. 児童相談所
15. 民間団体	16. その他()

問4 問3で「8. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。
市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害者福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他()	

問5 支援にあたって連携した関係機関(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関(児童精神科以外)	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 公立小・中学校
7. 公立高等学校	8. 私立学校
9. 教育委員会	10. 児童相談所
11. 民間団体	12. その他()
13. 関係機関との連携はしていない	

問6 問5で「4. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。
市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害者福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他()	

問7 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク(あてはまるものすべてに○)

1. 要保児童対策地域協議会	2. 重層的支援体制
3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	4. その他()
5. いずれも活用していない	

問8 こどもや家族に支援した内容や工夫(関係機関と連携して支援した内容を含む)(自由記述)

①こども	
②家族	

問9 支援した結果やこどもの変化(自由記述)

--	--

問10 貴院での支援を開始してから現在までの、自殺の再発の有無(1つに○)

1. 再発あり	2. 再発なし
---------	---------

支援における課題

問11 支援において困難だったことや課題に感じたこと(自由記述)

--	--

問12 支援においてあればよかったと思われること(施策や制度、連携先の関係機関等)(自由記述)

--	--

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

こどもの自殺未遂者支援における多機関連携のあり方に関するアンケート調査

(精神保健福祉センター調査)

基本情報

問1 精神保健福祉センター名、設置自治体、部署名、電話番号、メールアドレスをお答えください。

精神保健福祉センター名	設置自治体
部署名	電話番号
メールアドレス	

こどもの自殺未遂者の後方支援の状況

問2 貴精神保健福祉センターでは、市区町村等の関係機関によるこどもの自殺未遂者の個別支援に対する後方支援（支援や助言、人材派遣等）を行っていますか。（1つに○）

1. 行っている ➡ 問3へ	2. 行っていない ➡ 問16へ
----------------	------------------

◆ 問3～問15は、問2で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

問3 こどもの自殺未遂者の後方支援として行っているものをお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 対応する職員への助言・指導	2. ケース検討会への参加
3. 専門人材の派遣	4. 連携できる関係機関の紹介
5. 関係機関による連携の際の調整	6. 市区町村職員に対する研修
7. その他（ ）	

問4 過去3年度（令和4年度～6年度）に貴精神保健福祉センターで後方支援したこどもの自殺未遂事案の件数をお答えください。

※可能な範囲でご回答ください。
※把握されていない場合はご回答いただく必要はございません。（空欄にしてください）

【自殺未遂事案の定義】

- ・自殺を意図して、あるいはその行為が致死性であると理解した上で自決行為をし、結果的に死に至らずに生存した状態であることが確認できた事例
- ※日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン（2022年度版）」の定義を引用
- 【本調査における回答対象事例】
- ・こどもの年齢は未遂時に10歳以上高校生年代まで
- ・「自殺の要因」は、わずかも「死にたい」という思いを確認できた場合を含める
- ・「その行為が致死性であると理解」は、わずかも行為により死後可能性があることを理解している場合を含める
- ・結果としての怪我の有無など身体の状態は問わない
- ・延命治療の拒否は含めない

（ ）件
→うち、経過が把握できている事例についてお手数ですが別添の個票にご回答をお願いします。 経過が把握できている回答可能事例数（ ）件 ※最大10件まで問題ございません

問5 こどもの自殺未遂事案に関する情報は、主にどこから入りますか。（あてはまるものすべてに○）

1. こども本人	2. 家族
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関（児童精神科以外）	8. 市区町村主管課
9. 保健所	10. 公立小・中学校
11. 公立高等学校	12. 私立学校
13. 教育委員会	14. 児童相談所
15. 民間団体	16. その他（ ）

問6 こどもの自殺未遂事案を把握した場合に対応されることをお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 関係機関からの情報収集	2. 関係課への本人・家族情報の照会
3. 関係機関への連絡・情報共有	4. 本人への聞き取り・状況把握
5. 家族への連絡・状況把握	
6. アセスメント（再企画リスク評価） →参考にされているアセスメントツールがあれば具体的に教えてください（ ）	
7. ケース検討会の開催	8. 関係機関への必要に応じた専門人材の派遣依頼
9. 本人・家族への関係機関の案内	10. その他（ ）

問7 こどもの自殺未遂者の個別支援において連携している主な関係機関をお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. 警察	2. 消防
3. 救急医療機関	4. 児童精神科医療機関
5. 精神科医療機関（児童精神科以外）	6. 市区町村主管課
7. 保健所	8. 公立小・中学校
9. 公立高等学校	10. 私立学校
11. 教育委員会	12. 児童相談所
13. 民間団体	14. その他（ ）

問8 こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担っている機関はどこですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関（児童精神科以外）	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 学校
7. 教育委員会	8. 児童相談所
9. 民間団体（団体名： ）	10. その他（ ）

問9

問 8 で「4.市区町村主官課」と答えた方におうかがいします

関係機関の連携を調整している市区町村の部署をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署

2. 母子保健担当部署

3. こども家庭センター

4. 健康増進担当部署

5. 自殺対策担当部署 (専門部署)

6. 生活困窮担当部署

7. 障害者福祉担当部署

8. 疾病対策担当部署

9. その他 ()

問10

再び、問 2 で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援における関係機関連携 (情報共有や支援方針の検討) において活用しているネットワークを教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会

2. 重層的支援体制

3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議

4. 既存のネットワークや会議体を活用せず、関係機関と個別に連携している

5. その他 ()

問11

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際の方法をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 電話

2. メール

3. FAX

4. 書面 (情報共有シートや連絡表等)

5. 情報共有システム (具体的に:

6. 訪問

7. 関係機関による会議

8. その他 ()

問12

問 11 で「4.書面 (情報共有シートや連絡表等)」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の個別支援において、未遂者の情報を関係機関と共有する際どのような様式を活用していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会や重層的支援体制等の様式を活用している

2. こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している

3. こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している

4. その他 ()

問13

問 12 で「2.こどもの自殺未遂者支援用の様式を活用している」「3.こどもに限定しない自殺未遂者支援用の様式を活用している」と答えた方におうかがいします。

様式の作成元、情報共有先機関、活用場面をお答えください。(自由記述)

※**精神保健福祉センター独自で作成されている場合、提供頂いても差し支えなければ返信用用筒にご同封いただけますと幸いです。**

問14

再び、問 2 で「1.行っている」と答えた方におうかがいします。

こどもの自殺未遂者の支援にあたり他機関と協定を結んでいますか。(1つに○)

1. 協定を結んでいる (どちらの機関ですか:)

2. 協定を結んでいない

問15

こどもの自殺未遂者のフォローアップとして実施することがあるものをお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. こども本人との面談

2. 家族との面談

3. 家庭訪問

4. 医療機関の紹介・情報提供

5. 福祉等の関係機関の紹介・情報提供

6. 情報提供のあった関係機関と連携している関係機関

7. 再企画リスクのアセスメント

8. その他 ()

問16

今後、こどもの自殺未遂者の支援において連携推進に取り組みたい、または連携を強化したい関係機関をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 警察

2. 消防

3. 救急医療機関

4. 児童精神科医療機関

5. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

6. 市区町村主官課

7. 保健所

8. 公立小・中学校

9. 公立高等学校

10. 私立学校

11. 教育委員会

12. 児童相談所

13. 民間団体

14. その他 ()

問17

こどもの自殺未遂者の個別支援において、関係機関連携の調整が必要となったときに、調整役を担うのに適していると思われる機関はどこですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関

2. 児童精神科医療機関

3. 精神科医療機関 (児童精神科以外)

4. 市区町村主官課

5. 保健所

6. 学校

7. 教育委員会

8. 児童相談所

9. 民間団体 (団体名:)

10. その他 ()

276

問18 こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題はですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 支援にあたる人材が不足している
2. 職員の自殺未遂者支援に関する知識やスキルが不足している
3. ごも本人や家族から支援の同意を得るのが難しい
4. 地域に連携できる社会資源が足りていない
5. 地域ごとのような社会資源があるかわからない
6. 関係機関との連携体制をどう構築して良いかわからない
7. 関係機関連携における支援体制や役割分担が不明確である
8. 他機関から必要が情報が得られない
9. 個人情報との共有が難しい
10. 他機関内の支援体制や支援状況がわからない
11. 高校生の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
12. 私立・学校所属の事業で情報収集や連携先をみつめることが難しい
13. 財源・予算が不足している
14. その他（
15. 特になし

問19 上記設問で回答いただいた、こどもの自殺未遂者の支援における関係機関連携の課題解消にあたり必要なことは何ですか。(自由記述)

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

(精神保健福祉センター 個票)

精神保健福祉センター名	個 票	() 枚目
◆ 過去3年度(令和4～6年度)のこどもの自殺未遂者の支援事例のうち、経過がわかる事例について お答えください。		
こどもの状況		
問1 学年(支援開始時点)(1つに○、及び学年・年齢の数値を記入)		
1. 小学()年	2. 中学()年	()歳
3. 高校()年	4. 所属校なし()歳	

問2 自殺未遂の背景となったと思われる主な事情・状況(あてはまるものすべてに○)

1. 親子関係の不和	2. 家族からのしつけ・叱責
3. 学業不振	4. 入試・進路に関する悩み
5. いじめ	6. 学友との不和(いじめ以外)
7. 教師との人間関係	8. 病気の悩み・影響(神経発達症)
9. 病気の悩み・影響(神経発達症以外の精神疾患)	10. 病気の悩み・影響(精神疾患以外)
11. 恋愛関係での悩み	12. 交際相手からの暴力
13. 経済的困窮	14. 孤独感
15. 心理的虐待	16. 身体的虐待
17. 性的虐待	18. 身体的ネグレクト
19. 心理的ネグレクト	20. 親との離別
21. 家庭内暴力(DV)の目撃	22. 家族のアルコールや薬物乱用
23. 家族の精神疾患	24. 家族の収監
25. その他()	

支援の状況

問3 こどもが支援につながったきっかけ(情報提供元)(あてはまるものすべてに○)

1. 本人からの相談	2. 家族からの相談
3. 警察	4. 消防
5. 救急医療機関	6. 児童精神科医療機関
7. 精神科医療機関(児童精神科以外)	8. 市区町村主管課
9. 保健所	10. 公立小・中学校
11. 公立高等学校	12. 私立学校
13. 教育委員会	14. 児童相談所
15. 民間団体	16. その他()

問4 問3で「8. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。
市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害者福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他()	

問5 支援にあたって連携した関係機関(あてはまるものすべてに○)

1. 救急医療機関	2. 児童精神科医療機関
3. 精神科医療機関(児童精神科以外)	4. 市区町村主管課
5. 保健所	6. 公立小・中学校
7. 公立高等学校	8. 私立学校
9. 教育委員会	10. 児童相談所
11. 民間団体	12. その他()
13. 関係機関との連携はしていない	

問6 問5で「4. 市区町村主管課」を回答した方にお伺いします。
市区町村主管課を具体的に(あてはまるものすべてに○)

1. 児童福祉担当部署	2. 母子保健担当部署
3. こども家庭センター	4. 健康増進担当部署
5. 自殺対策担当部署(専門部署)	6. 生活困窮担当部署
7. 障害者福祉担当部署	8. 疾病対策担当部署
9. その他()	

問7 支援にあたり活用した関係機関ネットワーク(あてはまるものすべてに○)

1. 要保護児童対策地域協議会	2. 重層的支援体制
3. 自治体が独自に設定する自殺対策に特化した会議	4. その他()
5. いずれも活用していない	

問8 こどもや家族に支援した内容や工夫(関係機関と連携して支援した内容を含む)(自由記述)

①こども	
②家族	

問9 支援した結果やこどもの変化(自由記述)

--

問10 貴精神保健福祉センターでの支援を開始してから現在までの、自殺の再発の有無(1つに○)

1. 再発あり	2. 再発なし
---------	---------

支援における課題

問11 支援において困難だったことや課題に感じたこと(自由記述)

--

問12 支援においてあればよかったと思われること(施策や制度、連携先の関係機関等)(自由記述)

--

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

こども家庭庁 令和7年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業
小中高生の自殺関連行動に係る支援のための調査研究
報告書

令和8年3月

三菱UFリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部
〒530-8213 大阪市北区梅田2丁目5番25号
