

JAM自殺リスクアセスメントシート (JAMSIG ; Suicide Intervention Guidline by JAM)

平成 年 月 日 ()	対応時間 時 分 ~ 時 分	No. ()
--------------	----------------	---------

本人の様子

A群 状態	1	男・女	歳	職業等	所在地; 自宅・その他 ()	
	2	混乱(低・中・高) 追い詰められ感や視野狭窄(低・中・高) 焦燥感(低・中・高) 抑うつ感(低・中・高) 奇妙さや不自然さ 疎通不良 まとまりのなさ 反応の鈍さ その他の特異なこと ()				
	3	<input type="checkbox"/> 飲酒 () <input type="checkbox"/> 違法薬物 <input type="checkbox"/> 過量服薬 ; 薬物名と量 ()				
B群 希死念慮	4	自殺に関する発言(出来るだけ本人の言葉で)				
	5	<input type="checkbox"/> 即、実行するつもりでいる		<input type="checkbox"/> 一部を既に実行した ()		
	6	自殺の手段	<input type="checkbox"/> 考えていない	<input type="checkbox"/> 考えている ()		<input type="checkbox"/> 致命的
	7	自殺の準備	<input type="checkbox"/> 準備していない	<input type="checkbox"/> 準備している ()		<input type="checkbox"/> 遺書あり
	8	他者を巻き込む可能性				

背景事情

9	【自殺したい理由】
10	自殺による本人のメリット
11	経済状況 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 困窮・借金・失業 ()
12	身近な人の死 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 関係・時期 <input type="checkbox"/> 自死遺族
13	自殺企図・自傷歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時期・手段) <input type="checkbox"/> 致命的 <input type="checkbox"/> 一月以内 <input type="checkbox"/> 企図頻回 <input type="checkbox"/> 自傷エスカレート
14	精神疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害・発達障害・その他 ()
15	精神科通院歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 通院先 () 最終受診日 () <input type="checkbox"/> 通院中断
	精神科入院歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 入院先 () 時期・期間 () <input type="checkbox"/> 退院一月以内
16	身体疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 ADL ()

本人の対応能力・周囲の支援力

17	自殺意志修正の可能性 <input type="checkbox"/> 可能 () <input type="checkbox"/> 不可能
18	本人の課題対処能力・社会的スキル <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 著しく低い (具体的に)
19	家族・知人の支援 <input type="checkbox"/> 同伴 () <input type="checkbox"/> 非同伴 () <input type="checkbox"/> いない・非協力
20	本人の支援希求 <input type="checkbox"/> 求めている () <input type="checkbox"/> 求めていない・得られない
21	【特別な事情など】

自殺のリスク 低 中 高 実行済み

対 応	<input type="checkbox"/> 電話相談のみ		【その対応をとった理由】
	<input type="checkbox"/> 連絡・通報	<input type="checkbox"/> 家族に連絡する <input type="checkbox"/> 救急要請する <input type="checkbox"/> 警察に通報する <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 連絡・通報できず	
	個人情報提供承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 医療機関を紹介し受診を勧める <input type="checkbox"/> 医療機関へ仲介する <input type="checkbox"/> 関係機関を紹介し相談を勧める <input type="checkbox"/> 関係機関に仲介する <input type="checkbox"/> 119番(救急隊)への相談を勧める <input type="checkbox"/> 警察への相談を勧める	
	<input type="checkbox"/> 紹介・仲介	()	
	<input type="checkbox"/> その他	()	(気がかりなこと)

転 帰	
----------------------	--