

青森県子ども・若者の自殺危機対応チーム支援事業実施要綱

1 事業の目的

近年、全国的に子ども・若者の自殺が増加傾向にあり、その対応は喫緊の課題であるが、子ども・若者が自殺に至る背景や要因は多岐に渡り、本県においても身近な地域の支援者である学校や市町村においてその対応に苦慮している実態がある。

このような状況を踏まえ、自殺対策に詳しい多職種により構成される専門家チーム（以下「自殺危機対応チーム」という）を組織し、学校現場や市町村に求められる自殺防止の支援に対して専門的な支援者支援を行うことによって、子ども・若者の自殺防止を図るとともに、多領域による地域の自殺防止対策支援ネットワークの形成と強化に寄与することを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は青森県とし、障がい福祉課、学校教育課、県民活躍推進課、青森県立精神保健福祉センターが共同で事務局を担う。

運営事務局を青森県立精神保健福祉センターに置く。運営事務局以外の事務局は、所管に関わる事項や関係機関との連絡、調整を行う。

3 事業内容

自殺危機対応チームは、自殺のリスクを抱える子ども・若者を身近な地域で支援する者(以下「支援者」という)に対して、派遣等により次に掲げる業務を行う。

- (1) 自殺危機やその背景となる要因等のアセスメントに関すること
- (2) 支援者による支援計画の作成に関すること
- (3) 支援者等による支援計画の実施に係る技術的助言を行うこと
- (4) 支援結果を検証し自殺防止対策の普及を行うこと
- (5) その他、子ども・若者の自殺防止対策に関すること

4 組織及び運営

- (1) 自殺危機対応チームに座長を置く。座長は青森県立精神保健福祉センター所長をもって充てる。
- (2) 座長は、次の各号に掲げる者の中から適任者を自殺危機対応チームメンバーに委嘱する。
 - ① 精神科医
 - ② 公衆衛生専門家
 - ③ 弁護士
 - ④ 心理士
 - ⑤ 社会福祉士
- (3) 座長は、自殺危機対応チーム運営会議を招集する。
- (4) 運営事務局職員を、青森県立精神保健福祉センターに置く。
- (5) メンバーの支援実施にあたり、謝金及び派遣に係る旅費を支給する。

5 支援の実施

(1) 支援の申込

支援を希望する支援者は、電話等により運営事務局に事前相談の上、FAX等により支援申込シート(様式1)を送付して申込みを行う。

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(様式2)による調査を求めることが出来る。

(2) 支援の決定

運営事務局は事前相談の内容を勘案し、支援にあたるチームメンバーと方法を決定する。支援方法は、チームメンバーの現地への派遣の他、オンラインを活用する等、支援者の要望に配慮し柔軟に調整する。

座長は支援者に対し、支援実施通知（様式3）により支援の実施を通知するとともに選定されたチームメンバーに対し、派遣決定通知書（様式4）により派遣決定を通知する。

（3）支援の実施

派遣決定の通知を受けたメンバーは、（2）で定めた方法により「3 事業内容」に定めた支援者支援を実施する。支援に際しては、集団的守秘義務が厳守される限りにおいて支援者以外の地域関係機関の参加を妨げない。

運営事務局は、必要に応じて、支援者に支援計画シート（様式5）の作成を求めることが出来る。

（4）支援結果の報告

支援に当たったメンバーは、支援報告書（様式6）により、支援結果を座長に報告する。

6 自殺危機対応チーム運営会議

座長は、自殺危機対応チーム運営会議を招集し、次に掲げる事項を検討する。

- （1）各年度の支援結果の検証による、地域の支援者のニーズと支援方法について
- （2）各職域の自殺防止対策に関する情報交換と相互連携等について
- （3）チームによる支援を通じて得られた自殺危機対応に関する知見の普及について
- （4）その他、こども・若者の自殺防止対策について

7 その他

本実施要綱に定めのない事項については、必要に応じて事務局が協議し決定する。

附 則

この要綱は、令和6年7月3日から施行する。

(様式1)

《送付状不要》

【宛先】自殺危機対応チーム運営事務局（青森県立精神保健福祉センター内）

【TEL】017-787-3951 【FAX】017-787-3956 【メール】SEIFUKU@pref.aomori.lg.jp

支援申込シート

申込日： 年 月 日

ご 所 属	
ご 担 当 者 職 氏 名	
電話番号・FAX番号	
メールアドレス	

1. 支援希望について	
日時指定	なし・あり : 年 月 日 () [午前 時・午後 時]
場所指定	なし・あり : 貴所属庁舎・精神保健福祉センター・オンライン・その他
その他のご要望	:
2. 地域の関係機関・職種との協力体制について	
すでに協力して支援に当たっている機関・職種	:
今後協力を得たいと考えている機関・職種	:
3. 支援内容等について	
(1)	背景となっている問題点がお分かりの場合、お知らせください。(複数可)
	家族関係(虐待等)・友人関係(いじめ等)・経済問題・学業進路・病気障がい・交際問題
	その他 :
(2)	支援や助言を得たい事柄についてご希望がある場合、お知らせください。(複数可)
	医師 :
	弁護士 :
	心理士 :
	社会福祉士 :
	その他 :
4. 連絡事項等	

(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		
HR	年	月	日生		電話		
	(歳	カ月)		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		

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OD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3)

青 精 保 号 外
令 和 年 月 日

殿

青森県立精神保健福祉センター所長
(公 印 省 略)

青森県こども・若者の自殺危機対応チーム支援事業の実施について（通知）

このことについて、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

記

1 派遣日時

2 派遣場所

3 派遣する者

(様式4)

事 務 連 絡
令 和 年 月 日

殿

青森県立精神保健福祉センター所長

青森県こども・若者の自殺危機対応チーム支援事業
派遣決定通知書

令和 年 月 日に_____(支援者)_____から申込みのあった件について、下記のとおり派遣を決定します。

記

- 1 派遣により実施する支援の内容
- 2 派遣日時
- 3 派遣場所

(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	
HR	年	日生	電話	
	(月 歳	カ月) 男女	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	本人のコピーング		
	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			

(様式6)

令和 年 月 日

青森県立精神保健福祉センター所長 殿

報告者氏名 _____

自殺危機対応チーム支援事業
支援結果報告書

令和 年 月 日の派遣により実施した支援の内容について、以下のとおり報告します。

1 派遣先の機関名	
2 従事したチームメンバー名	計 _____ 名
3 支援の実施内容及び参加人数	
① 支援の実施内容（該当するものを囲む） ・ アセスメント ・ 支援計画 ・ 技術的支援 ・ その他 内容：	
② 参加人数 _____ 人	
4 支援の実施結果（具体的に記載すること）	

※ 「アセスメントシート」「支援計画シート」を作成の場合は添付してください。

自殺危機対応チーム支援の流れ

