

児童思春期精神科病棟における看護師の自殺企図予防に関する現状と課題

－自殺リスクアセスメントシートについてのインタビューを通じて－

松尾 由紀¹⁾・池田 勝美¹⁾・三宅 紗耶加¹⁾・中山 亜弓¹⁾・山下 亜矢子²⁾*

1) 岡山県精神科医療センター 2) 新見公立大学健康科学部

(2018年11月21日受理)

本研究の目的は、精神科病院の児童思春期精神科病棟にて勤務する看護師が用いている自殺に関するリスクアセスメントシートの評価を行うことである。児童思春期精神科病棟にて勤務する看護師12名を対象にインタビューを実施した。インタビュー内容をデータとして質的帰納的に分析した結果、【自殺リスクアセスメントシートの利点】として〔児童思春期の発達面の状態把握がしやすい〕〔児童思春期の精神面の状態把握がしやすい〕〔児童思春期の身体面の状態把握がしやすい〕〔児童思春期の環境面の状態把握がしやすい〕〔アセスメントシートは使い勝手が良い〕の5サブカテゴリーが明らかとなった。【自殺リスクアセスメントシートの課題】として示された〔児童思春期に合わせた発達の問題の項目が必要〕〔児童思春期に合わせた精神的問題の項目が必要〕〔児童思春期に合わせた身体的問題の項目が必要〕〔児童思春期に合わせた環境的問題の項目が必要〕〔スタッフのアセスメント能力によってリスク予測に差が出る〕を検討していく必要が示された。

(キーワード) 自殺リスクアセスメントシート、児童思春期精神科病棟、精神科看護師

I はじめに

平成21年厚生労働省の統計調査において年代別の死因に関する自殺の順位は、10～14歳は第3位、15～19歳は第1位となっている。内閣府の調査によると、児童思春期の自殺では、家庭生活や学校生活に起因する原因・動機の比率が高い。また、若年者の自殺対策のあり方に関する報告書(内閣府, 2014)では、10歳代半ばまでは未遂歴のない自殺者が多いことから、児童生徒の自殺は突発的であることが推察される。

児童思春期の発達課題は、対人関係能力の獲得であり、青年期には心理的自立と自己同一性の獲得となる(母子保健情報, 2009)。児童思春期において発達課題を達成できるかどうか、成人期を含めてその後の人生に大きな影響を及ぼすものである。伊藤(2007)は、児童思春期は自我の発達段階にあることから、自我脆弱性のため、ライフイベントにおけるストレス耐性が低く、葛藤の受け止め方・処理の仕方が未熟であると述べている。また、この時期は心理的・環境的・社会的・文化的精神病理と家族内関係の問題が複雑に絡み合って存在している。また、児童思春期は自己統制を失いやすく、誤った行動化を引き起こしやすいことが指摘されている。

子どもは環境に依存して生きているため、養育環境、学校、友人や異性関係は自殺行動にも大きく関与し、児童虐待や、健康な自己愛の発達の阻害、あるいは精神疾患をも

つことは、子どもの自殺行動の危険を考慮すべき要因となる(2007、笠原)。

このような背景のなかで、児童思春期精神科病棟では発達に課題があり、様々な家庭環境にある子どもたちが入院している。その中には、過去に自殺企図の経験のある子どもも含まれる。

精神科医療の臨床における自殺防止対策には医療者のリスクアセスメントが重要となる。精神科病院に入院する患者の自殺防止対策として自殺の危険因子を評価するリスクアセスメントシートが用いられている。通常、リスクアセスメントシートは成人を対象にして作成されているものが多数となるため、発達途上である子どもの特徴を考慮したアセスメントシートが必要となる。そこで今回、精神科病院の児童思春期精神科病棟にて勤務する看護師を対象に、児童思春期にて実際に用いている自殺に関するリスクアセスメントシートの評価を行うこととした。

II 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 用語の定義

自殺企図：自ら自分の生命を絶つことを企てること。

自傷行為：自分で身体の一部を傷つける行為をいう。

この研究では自殺を意図したものとなされ、未遂に終わっ

*連絡先：山下亜矢子 新見公立大学健康科学部看護学科 718-8585 新見市西方1263-2

た場合のほか、他者の注意・同情を引こうとする行為、葛藤を被虐行為で解決しようとする行為も含める。

3. 自殺リスクアセスメントシート

研究対象病院で使用している自殺リスクアセスメントシートの内容を表1に示す。日本医療機能評価による自殺リスクアセスメントの為にチェックリストと松沢病院のリスクアセスメントシート（医療事故防止・対策マニュアル2006）を参考にし、A病院にて作成したものである。児童思春期精神科病棟を含めた全ての病棟で同一のものを使用している。

表1 自殺リスクアセスメントシート

1. 入院時、希死念慮・自殺企図があった
2. 希死念慮・自殺企図について話す
3. 過去に自殺企図/希死念慮が見られる
4. 自殺の願望を否定しない
5. 自傷行為がみられる
6. 絶望感やあきらめを口にしている
7. 自責感、無価値感、孤独感がある
8. 強い不安状態ないし焦燥状態にある
9. 幻覚・妄想状態である
10. 最近、親しい者との離別・死別があった
11. 身体機能（視覚・聴覚・音声・肢体・内部）の喪失、 疼痛により苦悩・苦痛がある
12. 自殺の家族歴がある
13. 継続した不眠や食欲不振がある
14. 失業や経済破綻、社会的地位の低下があった
15. 退院後の見通しが無い（住居・金銭・サポート等）
16. 多量の飲酒、薬物乱用がある
17. 様々な不定愁訴
18. 周囲からの支援を拒絶する
19. これまで関心があったことへの興味を失う
20. 家族や相談者がおらず、孤立している

4. 研究対象

研究対象：児童思春期精神科病棟にて勤務する看護師12名

5. データ収集方法

データ収集期間は2017年3月～4月である。データ収集は対象者に対し個別インタビューを行った。インタビューの場所はプラバシーが保たれる個室にて1時間以内でおこなった。インタビューは対象者から同意を得た後、ICレコーダーで録音した。インタビューには研究者2名が同席し、対象看護師1名に対し研究者1名がインタビューを行い、もう1人はインタビュー対象者の体調に注意を払った。インタ

ビューガイドを用いて児童思春期精神科病棟で勤務する看護師の子どもの自殺予防対策に関する実践知に基づく自殺リスクアセスメントシートの評価を語ってもらった。

6. データ分析方法

インタビュー内容を逐語録へおこし、データとした。データ分析方法は、まず児童思春期精神科病棟で勤務する看護師の子どもの自殺予防対策の実践知に基づく自殺リスクアセスメントシートの評価に関する記述部分を抽出した。抽出したデータの意味を損なわない文脈で区切り、コード化した。コード化した意味内容の類似性を比較しながら、類型化しサブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを内容別に類型化し抽象度を高めカテゴリー化した。次にカテゴリーの相互の関連性について検討した。この一連の分析過程においては信頼性と妥当性を高める為に研究者間で分析の過程を共有し、精神看護学を専門とする看護系大学教員1名よりスーパーヴァイズを受けた。

III 倫理的配慮

研究者が所属する施設の倫理審査委員会による承諾を得た後、研究を実施した。対象者には、この研究に参加しなくてもなんら不利益を生じることはなく、途中で参加を撤回しても構わないこと、インタビュー内容の録音、個人情報保護について、書面と口頭で説明を行い、承認を得て実施した。データは研究以外には使用しないこと、研究終了時には責任を持って消去・廃棄することを保障した。

IV 結果

1. 対象者の概要（表2）

対象者は12名（男性4名、女性8名）であり、平均年齢は36.9±12歳、平均看護経験年数は15.3±9.6年、平均精神科看護経験年数は10.3±7.7年、平均児童思春期入院棟経験年数は4.0±2.3年であった。

2. 看護師の自殺予防対策に関する現状

看護師の自殺予防対策に関する現状についてデータを分析した結果、196コードを抽出した（表3）。

カテゴリーは、児童思春期入院棟における【自殺リスクアセスメントシートの利点】と【自殺リスクアセスメントシートの課題】に大別された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは [], コードは〈 〉、語られた言葉は「 」、で示す。

3. 【リスクアセスメントシートの利点】

本カテゴリーは、[児童思春期の発達面の状態把握がしやすい] [児童思春期の精神面の状態把握がしやすい] [児童思春期の身体面の状態把握がしやすい] [児童思春期の環境面の状態把握がしやすい] [アセスメントシートは使い勝手が良い] の5サブカテゴリーが抽出された。

表2 対象者の概要

	性別	年齢	看護師	精神科看護師	児童思春期病棟
			経験年数	経験年数	経験年数
A	女性	20代	6年	6年	4年
B	女性	40代	14年	14年	7年
C	女性	40代	26年	1年	1年
D	女性	50代	30年	20年	5年
E	女性	20代	3年	3年	3年
F	女性	20代	4年	4年	4年
G	女性	50代	25年	5年	5年
H	女性	20代	5年	5年	3年
I	男性	30代	16年	16年	3年
J	男性	40代	15年	10年	9年
K	男性	40代	14年	14年	2年
L	男性	40代	26年	26年	2年

表3 自殺リスクアセスメントシートの現状

自殺リスクアセスメントシートの利点	
児童思春期の発達面の状態把握がしやすい	言語化している時点で助けを求めている／自殺の願望を否定しないというのは自殺を考えている／自傷行為は何らかの問題を抱えている
児童思春期の精神面の状態把握がしやすい	希死念慮・自殺企図が理由の入院はリスクが高い／絶望感や諦めを口にしているのは切迫している状態やサイン／自責感、無価値感、孤独感は性的被害や虐待、うつ状態の評価項目／幻覚・妄想状態は行動化しやすい／興味があったことへの関心を失うのはうつ傾向
児童思春期の身体面の状態把握がしやすい	不眠や食欲不振、不定愁訴はしんどいというサイン／薬物乱用は死ぬための手段
児童思春期の環境面の状態把握がしやすい	強い不安状態や焦燥状態は自殺と関連している／親しい者との離別・死別は喪失体験／自殺の家族歴／支援の拒絶は助けを求めるサイン／相談できる相手がない
アセスメントシートは使い勝手が良い	子どもの現状の状態把握しやすい／点数化は理解しやすい
自殺リスクアセスメントシートの課題	
児童思春期に合わせた発達の項目が必要	自責感や無価値感に重点をおき、自己肯定感が低いというワードを付け加える
児童思春期に合わせた精神的項目が必要	衝動性の項目が必要／不定愁訴という気持ちの言語化への変更を検討／これまで関心があったことへの興味を失うは、関心があった出来事への集中力や体力低下が分かりやすい
児童思春期に合わせた身体的項目が必要	聴覚視覚過敏の苦痛などに表現を置き換えるほうが分かりやすい／00（薬物過剰摂取）や反社会的行動の項目に表現を変える／継続した不眠や食欲不振は、摂食障害や多動による過活動を含まないとす
児童思春期に合わせた環境的項目が必要	入院による離別、入院中の処遇（面会禁止・電話禁止）による離別は含まない／相談する相手がおらず孤立しているという項目は具体的な表現に変える／学校、家庭環境の項目が必要／処遇の変化、家族との面会など不調となる出来事があったという項目が必要／周囲からの支援を拒絶するは元々つながりのある支援者を拒絶するに変えたほうが分かりやすい
児童思春期に合わせたスタッフのアセスメント能力によってリスク予測に差が出る	子どもの表現方法は独特で看護師の受け取り方によってアセスメントに差が出る／最近親しい人との離別・死別があったの”最近”の判断基準がないため、看護師により差が生じる／特性や年齢などで子どもの表現方法が違うため、看護師の判断が難しい／絶望感やあきらめを口にしているは言語化できない子や表現の仕方によって判断しづらい

1) [児童思春期の発達面の状態把握がしやすい]

本サブカテゴリーは、リスクアセスメントシートが子どもの発達段階に応じた言動や行動を把握しやすいものであることを意味し、〈言語化している時点で助けを求めて

いる〉〈自殺の願望を否定しないというのは自殺を考えている〉〈自傷行為は何らかの問題を抱えている〉などのコードから構成された。対象者から「アピールか本気かは別にして、死にたいと言っていたら気にする」「思春期特有の自傷もあるが、例えばストレス発散や逃避するための行動があると思うが、子どもが（背景に）問題を抱えている」などが語られた。

2) [児童思春期の精神面の状態把握がしやすい]

本サブカテゴリーは、精神症状に関連した言動や行動による状態把握がしやすいということを意味し、〈希死念慮・自殺企図が理由の入院はリスクが高い〉〈絶望感や諦めの訴えは切迫している状態やサイン〉〈自責感、無価値感、孤独感は性的被害や虐待、うつ状態の評価項目〉〈幻覚・妄想状態は行動化につながりやすい〉〈興味への関心を失うのはうつ傾向〉などのコードから構成された。対象者から「言えない子が言うってというのは切迫している状態」「聞こえたとおりにしようとか、わからないまま行動することは（評価に）必要な項目」などが語られた。

3) [児童思春期の身体面の状態把握がしやすい]

本サブカテゴリーは、身体面の健康度や状態把握がしやすいことを意味し、〈不眠や食欲不振、不定愁訴はしんどいというサイン〉〈薬物乱用は死ぬための手段〉などのコードから構成された。対象者から「言わないけど行動が変だなんて、このような状況も観察項目」「死にたいなどで過量服薬する子もいる」などが語られた。

4) [児童思春期の環境面の状態把握がしやすい]

本サブカテゴリーは、子どもを取り巻く環境の状態把握がしやすいことを意味し、〈強い不安状態や焦燥状態は自殺と関連している〉〈親しい者との離別・死別は喪失体験〉〈自殺の家族歴〉〈支援の拒絶は助けを求めるサイン〉〈相談できる相手がない〉などのコードから構成された。対象者から「不安とか焦っていることが、パニックや衝動的なことにつながると思う」「家族に自殺した人がいるというリスクが高い」「相談できなければ、死にたくなる、さびしくなる」などが語られた。

5) [アセスメントシートは使い勝手が良い]

本サブカテゴリーは、アセスメントシートの項目数や点数化が評価する際に理解しやすい指標となっており、子どもの状態把握がしやすく使い勝手が良いことを意味し、〈子どもの現状の状態把握がしやすい〉〈点数化は理解しやすい〉などのコードから構成された。対象者から「点数が高かったら、注意しないといけないと思うし、アセスメントするとき、評価するときに使える」「シートを使って点数化することで、わかりやすい指標になっている」などが語られた。

4. 【自殺リスクアセスメントシートの課題】

本カテゴリーは、[児童思春期に合わせた発達の項目が必要] [児童思春期に合わせた精神的問題の項目が

必要] [児童思春期に合わせた身体的問題の項目が必要]
[児童思春期に合わせた環境的問題の項目が必要] [スタッフのアセスメント能力によってリスク予測に差が出る]の5サブカテゴリーが抽出された。

1) [児童思春期に合わせた発達的問題の項目が必要]

本サブカテゴリーは、児童思春期の子どもは発達途上であることから発達における問題点に着目した項目が必要であることを意味し、〈自責感や無価値感に重点をおき、自己肯定感が低いというワードを付け加える〉などのコードから構成された。対象者から「自己肯定感が低いというワードを自責感・無価値感・孤独感があるという項目に付け加える」などが語られた。

2) [児童思春期に合わせた精神的問題の項目が必要]

本サブカテゴリーは、児童思春期の子どもの精神面における問題に着目した項目が必要であることを意味し、〈衝動性の項目が必要〉〈不定愁訴から思いの言語化への変更を検討〉〈これまで関心があったことへの興味を失うは、関心があった出来事への集中力や体力低下が分かりやすい〉などのコードから構成された。対象者から「(子どもが)かーっと、わーっとなったらとっさに、衝動的に行動してしまうっていうのが確かにある」「気持ちを表現する、できているかっていうような言葉であれば、(意味が)違うのかなと」などが語られた。

3) [児童思春期に合わせた身体的問題の項目が必要]

本サブカテゴリーは、児童思春期の子どもの身体面における問題に着目した項目が必要であることを意味し、〈聴覚視覚過敏の苦痛(イヤーマフを使用しているなど)などに表現を置き換えるほうが分かりやすい〉〈OD(薬物過剰摂取)や反社会的行動の項目に表現を変える〉〈継続した不眠や食欲不振、摂食障害や多動による過活動を含まないとする〉などのコードから構成された。対象者から「聴覚視覚などを含めた過敏性による苦痛がある」「大量服薬する子どもが多いため、そういう項目も欲しい」「ただ過活動で寝られない子や何か理由があって寝られないことあると思う」などが語られた。

4) [児童思春期に合わせた環境的問題の項目が必要]

本サブカテゴリーは、児童思春期の子どもを取り巻く環境面における問題に着目した項目が必要であることを意味し、〈入院による離別、入院中の処遇(面会禁止・電話禁止)による離別は含まない〉〈相談する相手がおらず孤立しているという項目は、具体的な表現に変える〉〈学校、家庭環境の項目が必要〉〈処遇の変化、家族との面会など不調となる出来事に関する項目が必要〉〈周囲からの支援を拒絶するという項目は元々つながりのある支援者を拒絶するに変えたほうが分かりやすい〉などのコードから構成された。対象者から「子どもに特化して、友達関係や学業成績、貧困などに変えたほうがいい」「子どもは支援の意味が理解できていない場合があると思う。自ら望んで入院

してくる子どもはいない。ここにいるスタッフが自分を助けてくれるということは、なかなか分からないと思う。支援の拒絶はあると思う」などが語られた。

5) [スタッフのアセスメント能力によるリスク予測の差]

本サブカテゴリーは、自殺リスクアセスメントシートを使用するにあたり、看護師経験年数や子どもとの関係性によるスタッフのアセスメント能力によるリスク予測に差が生じることを意味し、〈子どもの表現方法は独特で看護師の受け取り方によってアセスメントに差が出る〉〈最近親しい人との離別・死別があったの"最近"の判断基準がないため、看護師により差が生じる〉〈特性や年齢などで子どもの表現方法が違うため、看護師の判断が難しい〉〈絶望感やあきらめを口にしていない言語化できない子や表現の仕方によって判断しづらい〉などのコードから構成された。対象者から「関わった看護師の判断というかアセスメントで(自殺のリスク予測の)差は出てくると思う」「子どもにとって離別死別は大きな出来事である。(自殺)リスクが下がらない要因にもなると思う」「年齢によって、もう少し聞き方とかを工夫しないといけないと思う」などが語られた。

V 考察

1. 児童思春期の発達面についてのアセスメント

児童思春期の発達面において、利点として[児童思春期の発達面の状態把握がしやすい]というサブカテゴリーが抽出され、課題として[児童思春期に合わせた発達問題の項目が必要]が抽出された。羽岡ら(2009)は思春期の精神発達の過程として学童期には対人関係能力の獲得、青年期には心理的自立と自己同一性があり、思春期に友人との人間関係をうまく築けないなど、他者と交流する経験が不足している場合は、その後のライフステージにおける発達にも影響を及ぼすと述べている。子どもの死の概念の発達については認知機能の発達に伴い、年齢が上がるほど死が非可逆的であることを次第に理解していくと考えられている(笠原、2007)。思春期の子ども達は発達途上であることから、過去の経験や資質的な要因を考慮した個別的な発達状況を把握することは重要となる。

希死念慮に対する切迫性が高い場合の判断材料として自尊心の低下がある(井上他、2003)ことから、同類語である自己肯定感が低いという評価項目を自殺リスクアセスメントシートに追加することは、希死念慮に対する切迫性の評価ができ、より活用的なアセスメントシートになるのではないかと考える。

2. 児童思春期の精神面についてのアセスメント

児童思春期の精神面において、利点として[児童思春期の精神面の状態把握がしやすい]のサブカテゴリーが抽出され、課題として[児童思春期に合わせた精神的問題の項

目が必要]が抽出された。精神疾患が子どもの自殺に影響する要因として重要であることは明らかとなっており(成重, 2015)、自殺関連行動を起こす子ども達の自己存在と自己価値観は希薄、脆弱、不安定である。その為、自己統制を失いやすく、誤った行動化を引き起こしやすい(伊藤、2007)。希死念慮や自殺企図は自閉症の程度などの社会相互作用の問題や幻覚・妄想状態による思考過程の問題、気分変動による抑うつ気分の問題など精神面の要因も関連しており、精神面の状態を把握することは重要となる。

笠原(2007)は、思春期は心身のエネルギーも増大し、活動性や衝動性が高まる時期であると述べており、希死念慮に対する切迫性が高い場合の判断材料として衝動性の高さが挙げられる。よって、衝動性の高さに関する項目は重要な項目として考えられ、体力低下や興味関心への集中力低下は子どもにとって活動性の評価として用いる事ができ、精神面の評価ができると考えられる。

3. 児童思春期の身体面についてのアセスメント

児童思春期の身体面において、利点として[児童思春期の身体面の状態把握がしやすい]のサブカテゴリーが抽出され、課題として[児童思春期に合わせた身体的問題の項目が必要]が抽出された。

米国児童青年精神医学会に示されている自殺のサインとして、食欲が無くなる、眠れなくなる、情緒と関連のある身体的な訴えが多い(傳田、2004)が挙げられている。不眠や食欲不振、不定愁訴は自殺のサインであり、うまく言語化できない子ども達にとっては助けを求めるサインとして重要であると考えられる。また、聴覚視覚過敏な子どもも多く苦悩や苦痛を感じていることから、表現を置き換えると共通した身体問題として把握がしやすいと考える。

4. 児童思春期の環境面についてのアセスメント

児童思春期の環境面において、利点として[児童思春期の環境面の状態把握がしやすい]のサブカテゴリーが抽出され、課題として[児童思春期に合わせた環境的問題の項目が必要]が抽出された。

伊藤(2007)は児童・思春期においては自殺関連行動の背景には、その時代を反映した心理的・環境的・社会的・文化的精神病理と家族内関係の問題が複雑に絡み合っていることや、自我脆弱性のため、ライフイベントにおけるストレス耐性が低いと述べている。

笠原(2007)は、子ども達は環境に依存して生きている為、養育環境、学校、友人や異性関係は自殺行動にも大きく関与し、児童虐待や、健康な自己愛の発達の阻害、あるいは精神疾患を持つことは、子どもの自殺行動の危険を考慮すべき要因であると述べている。子どもを取り巻く環境を把握することは重要であるといえる。子どもを取り巻く環境としては、主に学校や家庭となり大きく影響を受けることから現行の自殺リスクアセスメントシートの「失業や経済破綻、社会的地位の低下があった」の項目を学校、家

族関係、友人関係、ライフイベントなど子どもの生活環境に関連する項目に変更する必要があると考える。

5. 自殺リスクアセスメントシートの使用感

自殺リスクアセスメントシートについての先行研究では、自殺リスクアセスメントシートで自殺リスクのある患者の危険度や切迫度が把握でき、スタッフ間の共通認識が行えることにより、効率の良い観察と支援につながった報告がある(柏田他、2015)。本研究でも、自殺リスクアセスメントシートの使用感は[アセスメントシートは使い勝手が良い]のサブカテゴリーが抽出され(子どもの現状の状態把握がしやすい)〈点数化は理解しやすい〉などスタッフ間での共有、検討、評価するにあたって自殺リスクアセスメントシートの使いやすさが明らかとなった。しかし、現行の自殺リスクアセスメントシートでは(子どもの表現方法は独特で看護師の受け取り方によってアセスメントに差が出る)〈特性や年齢などで子どもの表現方法が異なるため、看護師の判断が難しい〉など自殺リスクに対する評価が難しい状況と、看護師が葛藤を抱えながら、自殺リスクのある子どもに対する看護実践の内容が明らかとなった。今後、家庭や学校など子どもを取り巻く環境についての項目を含めた自殺リスクアセスメントシートの検討が課題である。

VI 結論

本研究において、現行の自殺リスクアセスメントシートの利点として状態把握がしやすく使い勝手が良いことが明らかになった。しかし、現行の自殺リスクアセスメントシートには子どもに特化した項目がなく評価が難しいなかで看護師は複雑な葛藤を抱えながら、自殺リスクのある子どもに対して看護実践をしている現状がある。今後、家庭や学校など子どもを取り巻く環境についての項目を含めた自殺リスクアセスメントシートの検討が課題として残された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 1) 伊藤敬雄(2007)．児童・思春期における自殺未遂者への再自殺予防と問題点．医学のあゆみ, 221(3), 211-215
- 2) 井上雄二, 友安英喜, 井上徹治, 保永和範, 山本軌貴, 巻幡幸秀, 他.(2013)．希死念慮に対する切迫性の判断と看護師の対応について．日本精神科看護学術集会誌, 56(29), 122-126
- 3) 笠野麻里(2007)．精神発達の視点から見た子どもの

- 自殺行動. ト라우マティック・ストレス, 5(2), 37-44
- 4) 柏田千暁, 治久丸裕行 (2015). 自殺リスクアセスメントに関する一考察—自殺リスクアセスメント表の作成・活用—. 日本精神科看護学術集会誌. 58(1), 72-73
 - 5) 厚生労働省 (2016年6月16日検索). 第8表死因順位 (第5位まで) 別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率 (人口10万対) ・構成割合. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth8.html>
 - 6) 日本精神科看護技術協会 (2006). 精神科ナースの為の医療事故防止・対策マニュアル改訂版. 38-39, 精神看護出版, 東京
 - 7) 傳田健三 (2004). 児童・思春期の自殺とその防止対策. 臨床精神医学, 33(12), 1577-1582
 - 8) 内閣府 (2016年6月16日検索). 若年層の自殺をめぐる状態. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/html/gaiyou/index.html>
 - 9) 成重竜一郎 (2015). 三次救急医療施設での自殺未遂者介入から見た子どもの自殺企図の特徴. 児童青年精神医学とその近接領域, 56(1), 1-6
 - 10) 羽岡健史, 笹原信一郎, 松崎一葉 (2009). 思春期のこころの発達. 母子保健情報, 60, 6-10
 - 11) 文部科学省 (2017年8月15日検索). 子どもの発達段階ごとの特徴と重視すべき課題. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/053/shiryo/attach/1282789.htm
 - 12) 内閣府 (2017年8月15日検索). 若年者の自殺対策のあり方に関する報告書. <http://ikiru.ncnp.go.jp/copos/pdf/wg.pdf>