

自殺予防の観点からみた 中学生のメンタルヘルスリテラシーについての検討

大久保千恵（京都橘大学健康科学部）

I はじめに

メンタルヘルスリテラシー(MHL)とは、Jorn, A.F(1997)によって提唱された概念であり、中根(2004)によると「精神保健に関して適切な意思決定に必要な基本的健康情報やサービスを調べ、得て、理解し、効果的に利用する個人的能力の程度。すなわちメンタルヘルスに関する知識、理解、信念、態度と定義する」とされている。すなわち、メンタルヘルスに関してどのような知識をもっているのか、どのように理解しているのか、どのような態度をとっているのかについての総称である。そして「高いMHLを持っていることは、自らのこころの不調に気づいたり、不調の予防に心がけたりすることに役立つ」とされている。したがってMHLは、抑うつをはじめとした精神疾患の早期発見、早期対応につながる重要な要因であると考えられる。同時に、なんらかの精神疾患を抱えた人々に対しての偏見をなくすことにもつながる。

中根ら(2004)はMHLについての日豪比較研究の中で、「わが国はうつ病や統合失調症の認識度が明らかに低く、特にうつ病においては一般人における認識が低くさらにはほかの精神疾患との識別はかなり不十分であった」としている。また、「そうした問題を抱えた障害者に対する態度は否定的で、病気であるとの理解も高くない」としている。また、疾患を抱えた人々との社会的距離は大きく、彼らを孤立させている反面、彼らを差別している実感を感じてはいない、という乖離が見られた点について問題視している。こうした精神疾患に対しての知識の不足は、精神的な不調に陥った時に早期の治療を受けることを阻む。また偏見の問題は、自分と異なる考え方や個性を持った人との社会的距離に関わる。

一方厚生労働省は、わが国の公衆衛生における重大かつ深刻な問題とされる自殺対策に積極的に取り組んできた。その結果成人の自殺者数は減少してきたが、18歳未満の自殺者は増加している現状がある。文部科学省によると、2017年度の全国の小中学校と高校から報告があった児童・生徒の自殺者数は、前の年度より5人増えて250人であった。また若年層における死亡原因の上位に自殺が位置していることは大きな社会問題である。

自殺には精神疾患、特に抑うつとの関与が高いとされている(高橋, 2008)。児童生徒の抑うつに関しては、2004年の傳田らの大規模調査で、中学生の22.8%が抑うつ傾向を示すという結果が明らかにされた。高いMHLを持っていることは、自らのこころの不調に気づいたり、不調の予防に心がけたりすることに役立つとされていることから(中根ら, 2004)、児童生徒の自殺予防においてもMHLの向上を考慮することが必要であると考えられる。

筆者らは、中学校2年生を対象に抑うつやMHLの実態を明らかにするとともに、こころの健康やMHLについての健康教育を行い、その効果を測定する調査研究を行った(大久保・市来ら, 2011)。調査においては、Depression Self-Rating Scale for Children(DSRS-C)と、中根らが成人を対象としてMHLの日豪比較に用いたビニエットを参考にし、臨床心理士、養護教諭、中学校教諭により中学生に理解しやすいように検討を加えて作成したビニエットを用いた。ビニエットは、さまざまなストレスを抱えた結果、適応障害を生じ、倦怠感、頭重感などの身体症状やイライラや集中困難などの精神症状を呈している15歳の女子中学生の例である。健康教育前後および3か月後にDSRS-CとMHLに関する項目の質問調査を実施し比較した。

この結果、健康教育前のベースラインにおいて、

DSRS-Cにより抑うつ傾向があると判断された生徒は29.9%であった。健康教育直後には有意な変化は見られなかったが、3か月後には減少の傾向が認められた。

MHLについては、健康教育後にビニエットの症例の問題について「思春期のこころの動き」が有意に減少し、「こころの病気」という回答が有意に増加した。症例に対して最適な人的支援者として、健康教育後に「家族」が増加の傾向を示し、「医者」が有意に増加した。また、よい対処方法として、「趣味に没頭する」「病院に行く」が健康教育後に有意に増加した。偏見と差別に関する問いでは、「症例のような人は心の弱い人だ」という回答と、「症例のような問題を自分が抱えたら、それを誰にも言わないと思う」という回答が健康教育後に有意に減少した。

このように筆者らの調査では、中学生における健康教育が、精神疾患について知り、医療機関に受診することへの抵抗を減らし、偏見を減らす方向に機能することが確認された。言い換えれば、健康教育を受けていない中学生においては、MHLが習得されていない面があり、そのことが様々な精神的不調の早期発見や早期治療を妨げている可能性があることが示唆されたといえる。

次いで筆者らは、中学生の精神的健康度の指標としての抑うつ傾向とMHLについて、学年別、性別における差異を明らかにし、MHLと精神的健康との関係について明らかにすることを目的とした調査を行った(大久保・市来ら, 2013)。本調査においても2010年に使用したビニエットとDSRS-Cを用いた。その結果、DSRS-Cの平均値は、3年生が有意に高いという学年差が見られ、性差には有意な差は見られなかった。DSRS-Cにおけるカットオフポイントである16点を超えた生徒の割合は、全体では25.6%であった。学年別に見ると、1年生18.4%、2年生27.5%、3年生31.5%と、3年生が有意に高かった。MHLにおける性差の分析から、男子は原因を自己内にあると考え、支援も女子ほどには求めずとにかく頑張る、そして回復に対して悲観的であるという点が示唆された。このことは、自殺が男性に多いということと関係があるものと考えられ、自殺予防の観点へのひとつの示唆を得た。また、MHLの差別と偏見の意識の項目と精神的健康との関連が明確である

ことが示唆され、中学生においてはMHLを高め、精神的な問題について正しい知識を得られるような心理教育が精神的健康の保持に有効である可能性が示唆された。

II 目 的

本研究は、筆者らの行った先行調査で得られた知見を踏まえて、中学生におけるMHLと希死念慮のリスクとの関連について検討を加え、自殺予防に役立つより明確な方向性を見出すことを目的とし、2012年の調査データを視点を変えて分析を行った。

III 研究対象および研究方法

1. 対象者

対象は、A中学校の1年生男子78名、女子79名合計157名、2年生男子71名、女子70名、合計141名、3年生男子68名、女子75名合計143名、全学年合計441名であった。全学年の男女の内訳は、男子217名、女子224名であった。A中学校は国立大学附属学校であるが、3分の2を占める附属小学校からの入学者の選抜は抽選によっているので、公立中学校と大きな差異はないとされている。

2. 方 法

A中学校において2012年10月に、総合学習の時間を利用して全学年一斉に質問調査を実施した。実施にあたっては、各クラスの担任が同じ内容の説明文書を読み上げ、調査の主旨を説明し、質問調査票への記入をもって調査への同意を得ることを説明した。また、調査研究への参加は自由であること、無回答や途中でやめる自由、プライバシーの保護等を説明した。校内を臨床心理士が巡回し、調査中に気分が悪くなった生徒にはケアを行うことも説明した。また、後日でも本調査に関して何か臨床心理士に話がしたい場合は受け付ける旨も説明した。回答は無記名で行い、記入を終えた生徒が自ら教卓におかれた封筒に入れる形で回収した。

質問調査は、DSRS-C(村田ら, 1996)と、MHLに関する項目を実施した。

DSRS-Cは、18項目から構成されており、尺度

の信頼性と妥当性は、いずれも高い水準であることが示されている。回答は最近1週間の気分についての質問に3件法(いつもそうだ、ときどきそうだ、そんなことはない)で回答を求め、抑うつが高い方から2点~0点を加算した。DSRS-Cでは、抑うつ傾向があると判別されるカットオフポイントは16点とされている。

MHL についての項目は中根ら(2003~2004)の「精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究調査票」を参考にして、中学生に理解しやすいように検討を加えて2010年に作成したビニエツト(図1)を用いた。このビニエツトの作成には、臨床心理

士、養護教諭、中学校教諭が参加した。適応障害を生じて精神症状、身体症状を呈し、そのまま続くと登校ができにくくなる可能性があり、症状に対して何らかの対処を必要としているケースをイメージした。ビニエツトの内容については、生徒と普段から接している中学校教諭、養護教諭の意見を多く取り入れた。生徒が読んでわかりやすく、状況を理解しやすく、回答しやすいことが重視され、専門的な内容や言葉は除外された。このような理由により、本ビニエツトが中根らの調査にある「精神保健の知識と理解」に関与できているものであるかについて確認するため、3名の児童精神科専門医にビニエツトに対する診断名をつけてもらうよう依頼した。その結果、医師1:「客観的データがないので診断名はつけられない」、医師2:「初診時には明らかに精神疾患を疑う所見はないので、DSM-IVでいう300.9または799.9。しかし何か診断名をつけるとしたら適応障害309.9、または鑑別不能型身体表現性障害300.82」、医師3「情報量が少ないが何か診断名をつけるとしたら、適応障害」という回答を得た。

ビニエツトは15歳のAさんのお話である。

図1に示したビニエツトを読んだ上で、次の①~⑤についての回答を求めた。

- ① 問題点とその内容
- ② 問題の原因
- ③ 人的支援の必要の有無と最適な人的支援
- ④ 問題への対処方法
- ⑤ 偏見と差別の意識

①については、まず、「あなたは、Aさんに何

ビニエツト
<p>今日もとってもイライラする。うっとうしい。これと言って理由はないのに。 しかもテスト前なのに、だるくて勉強に集中できない。 塾から帰ってからの遅い夕食後、テレビを見ていたら、「宿題ないの?」とすぐ親の声。 「うるさい。わかっている!!」とどなって、自分のふとんにもぐり込む。 「あーあ、宿題できなかった。」ふつと先生の顔が思い浮かぶ。 いっしょに遊ぶ友達はあるけど、こんなしんどさやイライラはなんとなく話せない。明るいキャラで通しているけど、こんな自分は、クラスのみんなからどう思われているのかな。 親は「勉強、勉強、」とうるさく言うばかり。いろいろ考えると寝付けない。 朝起きようとしても、頭がぼおとして、からだがだるくて、胸がむかむかして起きるのがつらい。しんどいなあ。</p>

図1 ビニエツト「15歳のAさん」

か問題があると思いますか。」という問いに対して、「ある、ない、わからない」の3件法で回答を求めた上で、「それは何だと思いますか?あなたが思うもの全てに○を、最もそう思うものには◎をつけてください。」と多重回答で回答してもらった。

②については、「あなたはAさんの問題の原因は何だと思いますか。あてはまると思うものに○をつけてください。最もあてはまると思うものには◎をつけてください。」と多重回答で回答してもらった。

③については、「Aさんにとっては何か手助けは必要だと思いますか」という問いに対して、「必要、必要ではない、わからない」の3件法で回答を求めた上で、「それは誰だと思いますか?あなたが思うもの全てに○を、最もそう思うものには◎をつけてください。」と多重回答で回答してもらった。

④については、「あなたはAさんにとって良い対処方法はどのようなことだと思いますか。あてはまると思うものに○をつけてください。最もそう思うものには◎をつけてください。」と多重回答で回答してもらった。

⑤については、「Aさんのような人は心が弱いと思う」「Aさんのような人とはあまり友達になりたくない」「Aさんのような問題を自分が抱えたら、それを誰にも言いたくないだろう」「Aさんのような人は適切な援助を受ければ回復できる」の項目について、「そう思う、どちらかといえばそう思う、そう思わない」の3件法で回答し

でもらった。

本研究では、DSRS-C 質問10「生きていても仕方がないと思う」への回答を希死念慮へのリスクにつながる指標とし分析を行った。

統計学的解析はSPSS Ver.20.0を用いて行った。また統計学的有意水準は5%未満とした。

3. 倫理的配慮

A中学校は大学附属の中学校であるため、生徒が調査研究の対象となることについては入学時に保護者から書面にて承諾を得ている。また、本調査の実施にあたっては、保護者に文書を配布し、調査の目的、参加の自由、公表にあたっての個人情報の保護についての説明を行った。調査当時、筆者の所属していた機関には研究倫理申請のシステムがなかったので、本研究は、人の利益を最優先することを倫理規定しているヘルシンキ宣言(2000年改定)を遵守して行った。研究の実施にあたっては、調査を依頼する中学校の教員会議において質問調査票の内容について検討を加えていただいた。特に生徒への侵襲性や負担については詳細な話し合いを行った。質問調査票への記入の開始にあたっては、書面を教員が読み上げて調査の主旨を説明し、質問調査票への記入をもって調査への同意を得たこととした。すなわち調査研究への参加は自由であること、無回答や途中でやめる自由、プライバシーの保護等を説明した。

IV 結 果

1. DSRS-C について

DSRS-C の学年別、男女別、および全体の平均値と標準偏差を表1に示した。

2. MHL と DSRS-C との関係について

DSRS-C 質問10「生きていても仕方がないと思う」への回答を希死念慮へのリスクにつながる指標として分析を行った。

DSRS-C の質問10「生きていても仕方がないと思う」に対する回答について表2に示した。

表1 DSRS-C 得点の平均値と標準偏差

	1年生		2年生		3年生		全体
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean
DSRS-C総合得点	男子 9.65	5.35	13.39	6.79	11.54	6.04	11.47
	女子 11.04	6.35	10.47	5.69	12.73	6.79	11.43
	全体 10.35	6.15	11.94	6.41	12.17	6.45	11.45

表2 DSRS-C の質問10「生きていても仕方がないと思う」に対する回答割合

学年	性別	項目10(生きていても仕方がないと思う)への回答			合計
		そんなことはない	時々そうだ	いつもそうだ	
1	男子	55 (73.4)	10 (13.5)	9 (12.2)	74 (100)
	女子	59 (75.6)	16 (20.5)	3 (3.8)	78 (100)
	小計	114 (75.0)	26 (17.19)	12 (7.9)	152 (100)
2	男子	41 (59.4)	17 (24.6)	11 (15.9)	69 (100)
	女子	50 (72.5)	13 (18.8)	6 (8.7)	69 (100)
	小計	91 (65.9)	30 (21.7)	17 (12.3)	138 (100)
3	男子	45 (68.2)	12 (18.29)	9 (13.6)	66 (100)
	女子	49 (66.2)	21 (28.4)	4 (5.49)	74 (100)
	小計	94 (67.1)	33 (23.6)	13 (9.3)	140 (100)
全学年	男子	141 (67.5)	39 (18.7)	29 (13.9)	209 (100)
	女子	158 (71.5)	50 (22.6)	13 (5.9)	221 (100)
	合計	299 (69.5)	89 (20.7)	42 (9.8)	430 (100)

DSRS-C の質問10に、「いつもそうだ」と答えた生徒は42人(9.8%)、「ときどきそうだ」と答えた生徒は89人(20.7%)であった。「生きていても仕方がないと思う」という気持ちがすなわち希死念慮ではないが、希死念慮につながるリスクが高い気持ちをもつ生徒が9.8%いた。

また、DSRS-C の項目「生きていても仕方がないと思う」に対して「いつもそうだ」と答えた生徒のDSRS-C 得点の平均点は19.64(標準偏差4.51)、「ときどきそうだ」と答えた生徒のDSRS-C 得点の平均点も16.59(標準偏差5.20)とどちらもカットオフポイントを超えていた。「そんなことはない」と答えた生徒のDSRS-C 得点の平均点は8.74(4.51)であった。

MHL の各項目について、「ある」「もっともあてはまる」「あてはまる」と答えた生徒をDSRS-C 質問10に対する「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「そんなことはない」という3段階の回答で分け回答の割合(%)を示したものが表3である。

χ^2 検定ならびに残差分析を用いて「ある」と答えた生徒の割合の群間差について分析を行ったところ以下の項目に於て有意差が見いだされた。

MHL の「Aさんにはなにか問題がある」と答えた人については、DSRS-C 質問10に「いつもそうである」と答えた人が有意に少なかった($p < .01$)。MHL の「Aさんの原因は親との関係にあ

表3 MHLとDSRS-Cとの関係

メンタルヘルスリテラシー項目	DSRS-C「生きていても仕方がないと思う」への回答別の割合			χ ² 検定結果
	そんなことはない	ときどきそう思う	いつもそう思う	
質問1 問題の有無とその内容				
問題がある	80.1	86.1	L 61.9	**
1 ところの病気	11.7	12.5	15.4	
2 思春期のこころの動き	65.2	66.7	65.5	
3 ストレスがある	82.6	90.3	96.2	
4 はっきりしないが問題がある	29.1	22.2	26.9	
質問2 問題の原因				
1 体調管理ができていない	25.2	15.2	21.4	
2 日常のストレス	86.4	87.0	78.6	
3 親との関係	L 53.5	H 69.2	54.8	*
4 友人関係	33.2	H 44.6	L 23.8	*
5 勉強成績のプレッシャー	L 9.3	H 17.4	11.9	
6 先生との関係	79.7	82.6	73.7	
7 Aさんの性格	19.3	22.8	28.6	
8 過去のいやな出来事	L 7.6	10.9	H 21.4	*
質問3 人的援助の必要の有無と最適な人的支援				
必要の有無	66.4	67.4	59.0	
1 友達	H 72	L 53.3	L 56.5	*
2 家族	H 63.7	L 40.0	L 30.4	**
3 先生	15.5	13.3	17.4	
4 カウンセラー	32.5	41.7	34.8	
5 医者	2.6	5.0	4.3	
6 誰かわからないが必要	17.1	26.7	26.1	
質問4 問題への対処方法				
1 趣味に没頭する	47.8	46.7	54.8	
2 スポーツをする	43.3	35.9	45.2	
3 すきなものを食べる	19.7	18.5	21.4	
4 誰かに話をする	69.1	65.2	L 50.0	*
5 とにかくがんばる	14.6	20.7	14.3	
6 原因について考える	21.9	18.5	21.4	
7 いやなことは考えず、忘れる	31.9	30.4	38.1	
8 カウンセリングを受ける	23.3	25.0	19.0	
9 病院に行く	1.7	2.2	H 9.5	*
質問5 偏見と差別の意識				
1 Aさんのような人は心が弱い	11.4	15.2	19.0	
2 Aさんのような人とはあまり友達になりたくない	3.7	3.3	9.5	
3 Aさんのような問題を自分が抱えたらそれを誰にも言いたくないだろう	L 29.8	H 48.7	H 64.3	**
4 Aさんのような人は適切な援助を受ければ回復できる	H 65.8	56.5	L 40.5	**

*. p<.05; **. p<.01 H:高い L:低い

る」と答えた人の割合は、DSRS-C 質問10に「そんなことはない」と答えた人は有意に少なく、「ときどきそう思う」と答えた人で有意に多かった($p<.05$)。MHLの「Aさんの原因は友人との関係にある」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「ときどきそう思う」と答えた人が有意に多く、「いつもそう思う」と答えた人は有意に少なかった($p<.05$)。MHLの「Aさんの原因は過去のいやな出来事のある」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「いつもそう思う」と答えた人が有意に多く、「そんなことはない」と答えた人は有意に少なかった($p<.05$)。MHLの「Aさんに必要な支援者は友達である」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「そんなことはない」と答えた人の割合が多く、「ときどきそう思う」「いつもそう思う」と答えた人の割合は有意に少なかった($p<.05$)。MHLの「Aさん必要な支援者は家族である」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「そんなことはない」と答えた割合が有意に多く、「ときどきそう思う」「いつもそう思う」と答えた割合は有意に少なかった($p<.01$)。MHLの「Aさ

んの対処法は誰かに話をすることである」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「いつもそう思う」と答えた割合は有意に少なかった($p<.05$)。MHLの「Aさんの対処法として病院に行く」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「いつもそう思う」と答えた割合が有意に多かった($p<.05$)。

MHLの偏見と差別の項目では、「Aさんのような問題を自分が抱えたらそれを誰にも言いたくないだろう」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「いつもそう思う」「ときどきそう思う」と答えた割合が有意に多く、「そんなことはない」と答えた割合は有意に少なかった($p<.01$)。「Aさんのような人は適切な援助を受ければ回復できる」と答えた人のうち、DSRS-C 質問10に「いつもそう思う」と答えた割合が有意に少なく、「そんなことはない」と答えた割合は有意に多かった($p<.01$)。

V 考 察

1. 希死念慮へのリスクと抑うつについて

「生きていても仕方がないと思う」という気持ちやすなわち希死念慮ではないが、希死念慮につながるリスクが高い気持ちをもつ中学生が9.8%存在するという事は重要視しなければならないと考えられた。また、「ときどきそう思う」という生徒も加えると、約30%の中学生が生きることへの無力感や人生に対する希望のなさを感じながら生活を送っていることになる。この結果が希死念慮にすべて直結するか否かについては議論が残るものの、中学生の約30%が希死念慮へのリスクを抱えている可能性があることは注目すべきことで、中学生以前から自殺予防に関する健康教育を始めることが必要であるのではないかと考えられた。

また、DSRS-Cの項目「生きていても仕方がないと思う」に対して「いつもそうだ」と答えた生徒のDSRS-C得点の平均点は19.64(標準偏差4.51)、「ときどきそうだ」と答えた生徒のDSRS-C得点

の平均点も16.59(標準偏差5.20)と、どちらもカットオフポイントを超え、抑うつ傾向にある可能性が示唆された。「そんなことはない」と答えた生徒のDSRS-C得点の平均点8.74(4.51)と比較すると有意な差が見られ、「生きていても仕方がない」と感じる生徒たちのメンタルヘルスは明らかによくなかった。

高橋(2008)は、「自殺の危険因子には抑うつをはじめとした精神疾患の存在を指摘し、青少年の抑うつ状態は発達段階における不安定さなどとの区別がつきにくい面がある」と指摘している。また、「身体症状が前景に出ていたり、行為面の問題が目立っていたりなど、成人のような典型的な抑うつ症状を呈するばかりではない」とも指摘している。むしろDSRS-Cのような質問紙だけでは確定診断には及ばないが、定期的にストレスやメンタルヘルスについてのチェックを行い、抑うつなどの不調を早期発見していくシステムが学校保健においても構築されていくことが必要なのではないかと考えられた。

2. 希死念慮へのリスクとメンタルヘルスリテラシーとの関係について

DSRS-Cの質問10「生きていても仕方がないと思う」に対する回答とMHLとの関係について考察する。MHLの「Aさんにはなにか問題がある」と答えた人は、DSRS-Cの質問10に「いつもそうである」と答えた人に有意に少なかった。本研究で用いたビニエットはうつ病の症例ではない。しかし、適応障害を生じ、倦怠感、頭重感などの身体症状やイライラや集中困難などの精神症状を呈している症例に対して、「問題はない」と判断することは、メンタルヘルスに対する認識や理解が不足していることの表れと考えられる。特に、希死念慮へのリスクが高い群でこうした認識や理解が不足していることは、自身の問題に対しても適切な判断ができにくい可能性が示唆される。

また、MHLの「Aさんの原因は親との関係にある」と答えた人は、DSRS-C質問10に「そんなことはない」と答えた人に有意に少なく、「ときどきそう思う」と答えた人に有意に多かった($p < .05$)。MHLの「Aさんの原因は友人との関係にある」と答えた人は、DSRS-C質問10に「ときどきそう思う」と答えた人に有意に多く、「いつ

もそう思う」と答えた人に有意に少なかった($p < .05$)。MHLの「Aさんの原因は過去のいやな出来事にある」と答えた人は、DSRS-C質問10に「いつもそう思う」と答えた人に有意に多く、「そんなことはない」と答えた人に有意に少なかった($p < .05$)。過去のいやな出来事が精神的不調の原因とみる人が希死念慮へのリスクが部分的に高いということは、ネガティブな感情の想起が繰り返されることで、精神的な不調を引き起こしていることにつながっている可能性があるのではないかと考えられた。

次に支援者についてであるが、必要な支援者としては家族や友達を挙げた人は、DSRS-C質問10に「ときどきそう思う」「いつもそう思う」と答えた人には少なかった。人的支援として最も身近な家族や友人を選ぶ割合が低いということは、メンタルヘルスに影響を及ぼすとされているソーシャルサポートの面からも問題視される。また、家族や友達との信頼関係を築くことが困難であるような要因が、対人関係の問題として本人にあるのか、環境側の問題としてあるのかについて明らかにする必要があるであろう。希死念慮へのリスクが高い中学生が、家族や友達を人的支援者として選ばないことがメンタルヘルスの不全につながっているのか、家族や友達が支援をする態勢にないことが、メンタルヘルスに影響を及ぼしているかについても追及していく必要があると考えられる。また、中根ら(2004)は、日本では有効な支援者について一般医や精神科医などへの期待が薄いことを指摘しているが、本研究の対象である中学生もカウンセラーも含めた専門家を有効な支援者として選ぶ割合はとても低く、専門家の支援を受けることの効果についての啓発も必要であると考えられた。一方で、対処法としては病院に行くことを選んだ人が、DSRS-C質問10に「いつもそう思う」と答えた人に有意に多かった($p < .05$)。希死念慮へのリスクが高い中学生は、辛さを医学的治療によって取り除いてほしいと思っている可能性がある。

対処方法について、誰かに話をするを選んだ人は、DSRS-Cの項目に「いつもそう思う」と答えた人に有意に少なかった($p < .05$)。また、MHLの偏見と差別の項目における「Aさんのような問題を自分が抱えたらそれを誰にも言いたく

ないだろう」に対して、「そう思う」と答えた人も、DSRSC-質問10に「いつもそう思う」「ときどきそう思う」と答えた人に有意に多かった($p < .01$)。自殺予防では、抱えている悩み、精神的・身体的不調、希死念慮についてまず誰かに話すことを重要視している。本調査の結果で、希死念慮へのリスクが高い中学生が、誰かに話すという対処法を選んでいないことが示されたことから、「誰かに相談してみよう」ということが青少年における自殺予防の啓発のために必要なのではないかと考えられた。

差別と偏見の項目「Aさんのような人は適切な援助を受ければ回復できる」と答えた人は、DSRSC-質問10に「いつもそう思う」と答えた人に有意に少なかった($p < .01$)。すなわち、希死念慮へのリスクが高い中学生は、医学的な治療をはじめとした様々な支援に対して否定的で悲観的である可能性が示唆される。中根らは、「精神障害に対するスティグマは、当事者などの受診行動を遅らせる要因の一つになる。精神疾患への強いスティグマに曝された個人や同家族は、より大きな不利益を被ることが予想される」と指摘している。こうした観点からも青少年に対して、精神疾患についての正しい知識や治療の有効性について知ってもらうことが急務であると考えられた。

以上のように、中学生において、希死念慮へのリスクと抑うつ状態は強く関係し、抑うつ症状をもつ生徒が希死念慮を抱き自殺行動に至る危惧が示唆された。また、希死念慮へのリスクが高い生徒ほど、メンタルヘルスリテラシーが十分に習得されておらず、スティグマもが強い可能性も示唆された。このような点から、中学生においてもメンタルヘルスリテラシー教育が推進されることが自殺予防介入の一つの方法になると考えられた。

謝 辞

本研究の調査にご協力いただきましたA中学校の先生方と生徒の皆さんに感謝申し上げます。

文 献

- Allport G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Oxford: Addison-Wesley 原谷達夫・野村昭(訳)(1968). 偏見の心理 培風館.
 Birlleson, P. (1981). The validity of depressive disorder

- in childhood and the development of self-rating scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (1), 73-88.
 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉他(2004). 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birlleson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRSC-C)を用いて— 児童精神医学とその近接領域 45(5), 424-436.
 中根允文(2004). 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」.
 中根允文・三宅由子・竹島正(2003). 自殺にかかわる精神保健問題の啓発に関する研究—日豪比較研究のための調査票日本語版の作成 平成14年厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺と防止対策の実態に関する研究」 pp.237-380.
 大久保千恵・市来百合子・堂上禎子・井村健・谷口尚之・谷口義昭(2011). 中学校におけるこころの健康教育とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究 奈良教育大学教育実践総合センター研究紀要 20, 79-84.
 大久保千恵・市来百合子・井村健・谷口尚之・竹村景生・植村啓介・奥原牧・堂上禎子(2013). 中学生におけるメンタルヘルスリテラシーが精神的健康に与える影響について 奈良教育大学教育実践総合センター研究紀要 21, 123-130.
 大久保純一郎・大久保千恵(2008). 信頼感とソーシャル・サポートが中学生の精神保健に及ぼす影響 帝塚山大学 心のケアセンター紀要 4, 1-9.
 高橋祥友(編著)(2008). 青少年のための自殺予防マニュアル 金剛出版.