

メンタルヘルスリテラシーへの介入プログラムの実践 ——中学校におけるパイロット・スタディ——

A school-based intervention program for mental health literacy: A pilot study

肥田乃梨子¹ 石川信一² 高田みぎわ³

Noriko HIDA Shin-ichi ISHIKAWA Migiwa TAKADA

要約

本研究は、心の不調に関する心理教育がメンタルヘルスリテラシーの向上におよぼす効果について検討することを目的として行われた。本研究では、中学1年生99名を対象に、研究実施協力校に所属するスクールカウンセラーによって、宿泊研修の機会を利用した120分間の介入プログラムが行われた。介入プログラム「心の不調と対処法」では、心の不調の受容、自分自身で実行できる対処法についての検討（グループワーク）、学内での相談先の紹介、そして大人へ相談することでの早期対応の必要性を扱った。他者に援助を求めるとかどうかの態度の測定は被援助志向性尺度を用いた。また、メンタルヘルスリテラシーの測定は、不安症を呈する中学生の架空事例を作成した上で、それに対する回答から測定した。介入の結果、分析対象となった82名の内、不安症の症例が「心の不調である」と認識する者の人数が減少し、「心が弱い」「特別な問題である」という偏見や差別の意識が改善された。実験デザインや測度、そして介入プログラムの内容の改善が、今後の課題として挙げられた。

キーワード：メンタルヘルスリテラシー、心理教育、中学生

問題と目的

子どもの不安症／不安障害は、精神疾患の中でも思春期において最も発症率の高い疾患の1つだと言われている。例えば、米国で行われた18歳以上の約9000人を対象とした調査の結果、不安症の生涯有病率の推定値は28.8%であり、好発期の平均年齢は11歳であると示されている（Kessler et al., 2005）。更に、小児における

不安症はうつ病の発症に先行することが指摘されていることから（Biederman, Faraone, Mick, & Lelon, 1995；Brady & Kendall, 1992）、子どもの不安に対する早期発見、早期介入が急務であるといえる。

そもそも不安症は、医療機関の受診や心理援助サービスの利用が必要とされる精神疾患の1つとして、子どもたちから認識されているのであろうか。ノルウェーで行われた Skre et al. (2013) の研究では、12歳から16歳の子どもに対して複数の精神疾患の症状を示すラベルを提示し、それぞれの疾患の名称を正しく認識できた割合を調査している。その結果として、「統合失調症」は29.4%、「摂食障害」は72.5%、「う

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

³ 同志社大学心理学部嘱託講師 (Part-Time Lecturer, Faculty of Psychology, Doshisha University)

つ病」は34.6%,そして「不安症」は12.2%の割合で正しい認識を示していた。したがって、思春期における発症率の高さに反して、「不安症」の疾患の認識は特に低いといえる。また、本邦の大学生を対象に行われた調査では、「社交不安症」について「知らない」と回答した者は70.4%であり、病状について「気の持ち方で治る」と考える者(18.8%)や、「性格の問題」だと回答した者(18.8%)も一定数存在していたことから、専門家の支援が必要な疾患だという認識はあまりされていないという現状が示唆された(三宅他, 2014)。大学生の7割が精神疾患についての適切な知識を有していないという結果を踏まえると、更に年齢層の低い子どもにおける認識の割合は、それよりも高くはならないと予想される。不安症の早期発見・早期介入に向けての予防的支援のためにも、メンタルヘルスに関する知識や認識を広める必要があるといえる。

メンタルヘルスに関する知識は, Jorm et al. (1997) によってメンタルヘルスリテラシーという概念が提唱されている。メンタルヘルスリテラシーとは、「精神障害に対する気づき, 対処, あるいは予防に関する知識や考え方⁴ (Jorm et al., 1997, p.182)」と定義されており, Jorm (2000) によって6つの構成要素からなる概念だと提唱されている (Table 1)。これら6つの構成要素から, メンタルヘルスに関する知識だけでなく, 対処法や予防に関する信念や態度を包括的に捉えた概念であるとみなすことができよう。

疾患を認識する能力を高める介入として, 学校現場では心理教育が多く実施されており, Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt, & McGrath (2013) によってその効果がレビューされている。結論として, 十分な効果があると示すエビデンスが不十分であり, 更なる研究の蓄積が必要であると示されている。本邦において Jorm (2000) の提唱するメンタルヘルスリ

Table 1 メンタルヘルスリテラシーの構成要素 (Jorm, 2000)

疾患を認識する能力 (Ability to recognise specific disorders or different types of psychological distress)
疾患の原因に関する知識と信念 (Knowledge and beliefs about risk factors and causes)
自己解決の対処法に関する知識と信念 (Knowledge and beliefs about self-help interventions)
専門家の支援に関する知識と信念 (Knowledge and beliefs about professional help available)
認識や援助要請を促進させる態度 (Attitudes which facilitate recognition and appropriate help-seeking)
情報の入手法に関する知識 (Knowledge of how to seek mental health information)

テラシーを介入内で扱った実践研究は, 佐藤他 (2014) や, 大久保他 (2011) などがあり, 心理教育による介入直後の知識の部分的な向上効果は示されているが, 時間の制限がある学校場面において, メンタルヘルスのどの部分に焦点をあてた心理教育を実践するか, また, 長期的な効果の持続のためにどのような工夫ができるかなど, 議論の余地があり (佐藤他, 2014), 更なる知見を蓄積する必要がある。

さらに, 援助要請研究の観点から見ると, 心の不調が生じた際に問題状況を適切に認識できることは, 身近な他者や心理援助サービスを提供する専門家へ援助要請することへと繋がる第一段階であるとされていることから (本田, 2015; 木村・梅垣・水野, 2014), メンタルヘルスリテラシーの向上は, 心の不調を抱えた者における援助資源の活用を促す要因となりうる。

ところで, 思春期の子どもにおいて, 心の不調が生じた際に活用できる援助資源の1つとしては, スクールカウンセラー (以下 SC) が挙げられる。本邦において SC は平成7年から小・中・高等学校に配置されており, 平成26年

⁴ 英語の定義を日本語に翻訳した。

において23800校、すなわち1校につき1人のSCを配置させるという施策から（文部科学省，2015），SCのシステム自体は普及しているといえる。

しかし、実際にSCは児童生徒達から心理的援助を受けられる身近な専門家として活用されているのだろうか。中学生372名を対象に行われた調査の結果、「SCに相談する」と回答した人数とその相談領域は、心理・社会領域で7名（1.9%）、学習領域で8名（2.2%）、進路領域で10名（2.7%）、心身・健康領域で11名（3.0%）であり、いずれの相談領域に関してもSCを活用する生徒は全体の3%以下という数値を示すものであった（山口・水野・石隈，2004）。さらに、過去1ヶ月間に実際に何らかの悩みを有し、他者への相談経験があると回答した267名の内、相談相手としてSCや相談員を選択した者は僅か2名（1%未満）という数値を示す調査結果もある（本田，2013）。これらの調査結果からも、SCの学校への配置は増加する一方で、本邦におけるSCは相談相手として子ども達から選択されておらず、援助資源としても活用されていないという現状が浮かび上がる。

本邦において実践された研究の内、メンタルヘルスリテラシーとSCに対する相談の促進を介入内で扱った研究として、水野（2012，2014）の介入プログラムが挙げられる。主な介入内容としては、落ち込みのメカニズムの解説、架空事例の紹介、ストレス対処法の想起とシェア、ストレス対処法の解説、そして養護教諭とSCの紹介であった。合計4学級を対象に各50分間の介入プログラムがなされ、その結果として、中学生のSCに対する懸念や抵抗感の低減、精神疾患（うつ病）に対する否定的認識の改善、およびSCとの会話経験のある者が5名から9名に増加し、相談経験のある者が0名から2名へ増加したことが示されている（水野，2012，2014）。この結果から、本プログラムによって、援助に対する懸念や抵抗感が改善されることにつながり、僅かではあるが行動に移した生徒が増加したと結論づけられている。

水野（2012，2014）の研究ではJorm（2000）の構成要素の枠組みを扱ってメンタルヘルスリテラシーの測定はされていないが、介入によっていくつかの側面を高める可能性が考えられる。たとえば、「疾患を認識する能力」は、ビデオの事例の紹介と解説と対応する可能性がある。また、「自己解決の対処法に関する知識と信念」は、ストレス対処法について参加者が想起することに加え、適切なストレス対処法が解説されることによって高められる可能性がある。「専門家の支援に関する知識と信念」はSCや養護教諭の支援内容の紹介によって、知識として蓄えられる可能性がある。そして「認識や援助要請を促進させる態度」は、実際の心理援助職との接触によって援助を求めることについて肯定的な態度を示すという接触仮説より（Fischer & Farina，1995），SCが実際に講義をすることによって肯定的な態度へと変化する可能性がある。以上のように、先行研究で行われた介入プログラムは、メンタルヘルスリテラシーの測定を行うことによって、介入の効果をより明確に示すことができる可能性がある。

以上により本研究では、水野（2012，2014）の介入プログラムを基にして、不安症をターゲットとして改変し、メンタルヘルスリテラシーがどのように変化するかを検証することを目的とした。

方 法

参加者

京都府の私立中学校の1年生99名（男子37名・女子60名・不明2名）が参加者となった。平均年齢は12.12歳（ $SD=0.32$ ）であった。

実施時期

2015年5月に、宿泊研修時のワークとして実施した。宿泊研修は、新入生の交流を図ることを目的として毎年実施されているものである。また、その研修中のワークは、毎年内容を検討した上で、所属するSCである第三著者が実施

担当している。

介入内容

介入プログラムは、水野（2012, 2014）の研究を参考に、一部追加変更した上で構成された（Table 2）。内容は、(a) 不安場面の紹介・不安の受容、(b) 中学生A君の事例紹介、(c) A君の出来そうなストレス対処法の記入（グループワーク）、(d) ストレス対処法の紹介、(e) 学内で相談できる人達の紹介、(f) 相談場面のモデリング、(g) リラクゼーション法の実践、(h) まとめ、以上の8項目から構成され、「心の不調と対処法」というプログラム名で実施された。

先行研究のプログラムからの変更点は、行動面の介入を取り入れるために (f) および (g) を追加した点、提示場面を抑うつつの症例から不安症に変更した点であった。(g) のリラクゼーション法の実践では、第三著者がストレスマネジメント教育の際に用いている紙芝居を使用して実践した。また、参加者が興味を持ってプログラムに参加できるよう、(b) において心の

不調に関する偏見の意識（「Aくんは心が弱い」「Aくんの問題は特別である」「この問題はAくんが悪い」）が正しいかどうか考えさせる2択の○×クイズを導入した。さらに、(c) においてグループワークにて記入した対処法を生徒自身に黒板に掲示させる動きを入れる等、実施上の工夫を第三著者の意見に基づき取り入れた。なお、プログラム全体の実施時間は120分であり、(a) - (h) を休憩なしで通して行われた。

実施手続き

第一著者の作成した指導案に沿い、研究実施協力校にてSCとして勤務する第三著者によって介入プログラムが実施された。事前に第三著者とプログラム内容に関する複数回の協議を行い、内容の精緻化を図った。プログラム実施の際、第一著者はそのサポートを行った。具体的なサポート内容は、グループワークの見回り、モデリング場面における相談役、リラクゼーション法のモデル実践であった。

測度 以下の質問紙に、回答を求めた。質問

Table 2 介入プログラムの内容

介入項目	内容
不安の受容	中学校生活の中で経験し易い対人関係、勉強における不安場面について説明した。不安が特に強い場合の症状も合わせて説明した。
中学生A君の事例紹介	人の集まる場所が苦手な中学生のA君が、不安の強さから徐々に欠席日数が増えてきているという事例を紹介した。その後に偏見の意識を扱い、生徒に考えさせる時間を設けた。
A君の出来そうなストレス対処法の記入	グループに分かれ、ストレス対処法を想起し、出来るだけ多く記入させた。
ストレス対処法の紹介	睡眠や気分転換などのリラックスについて解説し、自分自身での解決が難しい場合、大人の力を借りる「相談」という対処法が有効だということを説明した。
学内で相談できる人達の紹介	保健室で提供しているサービス、スクールカウンセラーが相談室で提供しているサービス、その他困ったことがあった際に学内で相談できる相手や相談内容について説明した。
相談場面のモデリング	相談できる相手として紹介した役職の教員達が前に並び、いくつかの相談内容において適切な相手に相談するモデルを見せた。
リラクゼーション法の実践	紙芝居を使用して、リラクゼーション法の紹介を行い、呼吸法と筋弛緩法を全員で実施した。
まとめ	不安や心の不調は誰にでも起こることを再度確認し、自分自身での解決が難しい場合は大人へ相談することを再度強調した。

紙は、回答は自由であること、成績には関係ないこと、そして思った通りに回答することの3点を説明の上、調査協力への同意が得られた生徒に限定して、教室にて無記名式で回答を求めた。なお、合計2回（介入直前、介入1ヶ月後）の質問紙調査が行われた。

回答者の基本情報の収集 回答者の年齢、性別、前後比較の特定をするために作成したIDの記入を求めた。

被援助に対する懸念や抵抗感の測定 本田・新井・石隈（2011）の友人・教師・家族に対する被援助志向性尺度の下位尺度である「被援助に対する懸念や抵抗感」の7項目すべてを用いた。本田他（2011）によって、相談相手が「友だちの場合」「先生の場合」「家族の場合」が原版では用意されており、どの対象者においても高い信頼性と構成概念妥当性が確認されている。なお、本研究においては介入内容で相談相手の紹介を行っていることから、原版と同様の7項目に対して、「保健室の先生の場合」「スクールカウンセラーの場合」という対象者を並列し、それぞれに評定させた。各質問項目は4件法（「1：あてはまらない」～「4：あてはまる」）で回答を求めた。得点可能範囲は、各対象者7点～28点であり、得点が高いほど援助を受けることに懸念や抵抗がないことを示した。介入前での尺度の信頼性は、友人（ $\alpha = .89$ ）、家族（ $\alpha = .88$ ）、教師（ $\alpha = .84$ ）、保健室の先生（ $\alpha = .87$ ）、スクールカウンセラー（ $\alpha = .79$ ）であった。

メンタルヘルスリテラシーの測定 大久保他（2011）や大久保他（2013）の手続きを参考に、架空事例「12歳Aさんのお話」を提示し、それを読んだ上で質問項目への回答を求めた（付録1）。なお、大久保他（2013）の研究ではうつ病の架空事例を用いているが、本研究においては不安症に関するメンタルヘルスリテラシーの向上に焦点をあてた心理教育の実践を目的としていることから、不安症の架空事例を使用することとした。不安症の中でも、本邦の9-15歳の子どもにおいては、特に社交不安を強く示す

子どもが多いという調査結果が得られていることから（Ishikawa, Sato, Sasagawa, 2009）、石川（2013）の社交不安症の症例を基に、社交不安症の架空事例を作成した。架空事例については、DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) における社交不安症の診断基準であるAからGの7項目を満たすものであった。加えて、子どもの不安症を専門とする大学教員の臨床心理士1名によって、中学生において生じ得る不安の症状として妥当であると確認されたことから、内容的に妥当だと判断された。

なお、メンタルヘルスリテラシーの構成要素6つの内、本研究では介入プログラム内で取り扱った内容である「(a) 疾患を認識する能力」「(b) 自己解決の対処法に関する知識と信念」「(c) 専門家の支援に関する知識と信念」「(d) 認識や援助要請を促進させる態度」の4つの測定を試みた。メンタルヘルスリテラシーの「情報の入手法に関する知識」と「疾患の原因に関する知識と信念」は、今回の介入プログラム内で取り扱っていない内容であったため、測定を省略した。以下に測定方法の詳細を記す。

疾患を認識する能力の測定 提示した架空事例に関して、「お話に出てきたAさんは、“心の不調”で困っていると思いますか？」と問い、「1：そう思う」「2：そう思わない」「3：わからない」の選択肢の中から1つ選択するよう、回答を求めた。

自己解決の対処法に関する知識と信念の測定 「Aさんができそうな対処法は、どのようなことだと思いますか？複数でもかまいません。あなたが思いつく限り、できるだけたくさん自由に記入してください。」と問い、自由記述形式にて回答を求めた。

専門家の支援に関する知識と信念の測定 「Aさんは誰に相談できると思いますか？複数人でもかまいません。あなたが思いつく限り、できるだけたくさん自由に記入してください」と問い、自由記述形式にて回答を求めた。

認識や援助要請を促進させる態度の測定 中

根・中根・吉岡 (2010) の用いた社会的距離の項目, および大久保他 (2011, 2013) の用いた心の不調に対する偏見と差別の意識の項目を基に, 12項目を作成した。中学生の理解出来る表現, 学校現場で採用可能な表現になるように, 子どもの不安症を専門とする大学教員の臨床心理士1名が改変したものをを用いた。「1: 全くそう思わない」「2: あまりそう思わない」「3: 少しそう思う」「4: とてもそう思う」の4件法で回答を求めた。なお, 12項目の内, 2項目は逆転項目であった。

倫理的配慮

本研究は, 実験・調査実施申請書を同志社大学心理学部へ提出し, 研究実施協力校の学校長の内諾を得た上で, 介入の実施がなされた。本

研究の介入プログラム内容や調査の内容について, 公益社団法人日本心理学会の倫理規定に沿うものであると2名の大学教員から直筆の署名をもって判断された上で, 研究が実施された。また, データの公表について, 学校長に書面を用いて口頭で説明し, 直筆の署名をもって同意を得た。

結 果

記入漏れのある回答を除外し, 介入前・介入後のデータの揃った82名(男子29名・女子51名・不明2名)を分析対象とした。介入前・介入後の前後比較によって, 介入の効果を検討した。メンタルヘルスリテラシーの変化を, Table 3に示す。

Table 3 メンタルヘルスリテラシーの変化

	介入前	介入後
疾患を認識する能力		
Aさんは心の不調だと思う	71名 (86.6%)	61名 (74.4%) [†]
Aさんは心の不調だと思わない	3名 (3.7%)	9名 (11.0%)
わからない	8名 (9.8%)	12名 (14.6%)
自己解決の対処法に関する知識と信念		
対処法の記入数の平均	1.78個 (<i>SD</i> =0.96)	1.79個 (<i>SD</i> =0.91)
専門家の支援に関する知識と信念		
相談相手の記入数の平均	2.40人 (<i>SD</i> =1.12)	2.65人 (<i>SD</i> =1.12)
相談相手に「スクールカウンセラー」を記入した人数	17名 (20.7%)	23名 (28.0%)
心の不調に対する偏見と差別の意識 (※)		
Aさんのような人は適切な援助を受ければ回復できる	67名 (81.7%)	72名 (87.8%)
Aさんのような人は心が弱いと思う	41名 (50.0%)	23名 (28.0%)**
Aさんのような人と友達になりたいと思う	41名 (50.0%)	35名 (42.7%)
Aさんのような問題を自分が抱えたら, 誰かに相談したい	64名 (78.0%)	63名 (76.8%)
Aさんのような人と席が近くなったら良いのにと思う	42名 (51.2%)	38名 (46.3%)
Aさんのような人と一緒に遊びたい	30名 (36.6%)	33名 (40.2%)
Aさんのような人と同じクラスになりたい	31名 (37.8%)	37名 (45.1%)
Aさんのような人と班活動をしたい	31名 (37.8%)	33名 (40.2%)
Aさんのような問題は特別なことではない	45名 (54.9%)	57名 (69.5%) [†]
Aさんのような人が家族にいたら恥ずかしい	16名 (19.5%)	15名 (18.3%)
Aさんのような人と一緒にクラブ, 部活に入りたい	24名 (29.3%)	29名 (35.4%)
Aさんのような問題があるのはAさんが悪いからだと思う	9名 (11.0%)	10名 (12.2%)

※「とてもそう思う」「少しそう思う」に回答した者の合計人数を示している。

***p*<.01, [†]*p*<.10

はじめに、メンタルヘルスリテラシーの介入前後の比較を行った。「疾患を認識する能力」は、符号検定の結果、架空事例のAさんが心の不調だと認識する生徒は、介入後において減少する傾向にあった ($Z=-1.70$, $p=.09$)。

続いて、「自己解決の対処法に関する知識と信念」は、自由記述によって得られた対処方略を具体的な記述数に変換し、分析を行った。具体的な記述数に変換する際、対象者の異なる相手への相談を複数記載していた場合は、それぞれの相談相手に対する相談を1つの対処法としてカウントした。また、自由記述の1文の中に複数の対処方略を含むものは、その記述数に応じた対処方略としてカウントした。符号検定によって記述数を比較したところ、対処方略の記述数に有意な変化は見られなかった ($Z=-0.28$, $n.s.$)。

「専門家の支援に関する知識と信念」は、相談できる相手の自由記述を具体的な記述数に変換し、符号検定によって記述数を比較した。その結果、介入後における有意な変化は見られなかった ($Z=-0.89$, $n.s.$)。また、相談相手に「スクールカウンセラー」を記入した生徒数の

変化を検討するため、マクネマー検定を行った結果、有意な変化は見られなかった ($\chi^2=0.78$, $n.s.$)。

「支援に関する認識と態度 (スティグマ)」の12項目において、それぞれマクネマー検定を行った。なお、中根他 (2010) の研究にならない、回答を明確にするため、4件法の回答の内「とてもそう思う」「少しそう思う」に回答した者を合計して「同意群」とし、分析を行った。その結果、「Aさんのような人は心が弱いと思う」という意識に同意する生徒の人数が有意に減少し ($\chi^2=7.61$, $p<.01$)、「Aさんのような問題は特別なことではない」という意識に同意する生徒の人数が増加する傾向にあった ($\chi^2=3.03$, $p=.08$)。

続いて、被援助に対する懸念や抵抗感の低さ得点の介入前後の比較をするため、対応のある t 検定を行った。その結果、「家族」「友人」「教師」「保健室の先生」「スクールカウンセラー」に対する懸念や抵抗感の低さ得点において、介入後における有意な得点の変化は見られなかった (Table 4)。

Table 4 被援助に対する懸念や抵抗感の低さ得点の推移

	介入前	介入後	t 値
家族に対する懸念や抵抗感の低さ	24.21 (4.29)	23.96 (4.42)	.602 $n.s.$
友人に対する懸念や抵抗感の低さ	21.15 (5.14)	21.02 (5.15)	.246 $n.s.$
教師に対する懸念や抵抗感の低さ	24.06 (3.63)	23.94 (3.91)	.253 $n.s.$
保健室の先生に対する懸念や抵抗感の低さ	23.57 (4.03)	23.40 (4.03)	.365 $n.s.$
スクールカウンセラーに対する懸念や抵抗感の低さ	24.44 (3.38)	23.98 (3.72)	1.035 $n.s.$

考 察

本研究は、宿泊研修の機会を利用して、水野 (2012, 2014) のプログラムに相談場面のモデリングとリラクゼーション法の実践を追加し、不安症をターゲットとした介入プログラムの実践を行い、メンタルヘルスリテラシーへ及ぼす効果について検討を行った。

今回の介入プログラムを実践することにより、メンタルヘルスリテラシーの「認識や援助要請を促進させる態度」、すなわち心の不調に対する偏見と差別の意識の一部が変化すると示された。「Aさんのような人は心が弱いと思う」と考える生徒は介入後に有意に減少し、「Aさんのような問題は特別なことではない」と考える生徒が増加する傾向にあったことから介入プロ

グラムによって心の不調を抱える者に対する偏見の意識が一部改善される効果があったと示唆される。今回のプログラム内において、不安症に関する事例紹介の後に、「Aくんに関する〇×クイズ」という形式で、心の不調に関する誤った偏見の意識を3つ（「Aくんは心が弱い」、「Aくんの問題は特別である」、「この問題はAくんが悪い」）取り上げ、生徒達に答えさせる工夫を導入した。介入プログラムの手続きに上記のようなクイズを導入し、生徒達に積極的に事例について考えさせる形式で実施したことにより、生徒達の偏見の意識の一部が改善された可能性が考えられる。

偏見と差別の意識に関して、精神疾患は差別される属性であるという否定的な社会の認識を指すパブリックスティグマと、専門家からの援助を受けることで個人が社会的に差別される属性であると感じるセルフスティグマの2つの側面があり、心理援助サービスを利用した者に対する社会からの否定的なイメージは、個人に内在化すると指摘されている (Corrigan, 1998)。また、2つのスティグマの側面と援助要請態度や援助要請意志との関連を Vogel, Wade, & Hackler (2007) が見出しており、その結果、セルフスティグマから援助要請態度へ強い負の影響を与えていることが示され、スティグマが高い、すなわち個人が否定的な認識をしているほど援助要請態度が否定的となり、相談への意図を減じている可能性が示されている。このような先行研究からも、スティグマ的態度を改善することは、心の不調を抱えた際の個人の援助要請行動を促進しうる可能性がある。したがって、本研究のような介入プログラムを実施することにより、心の不調を抱えた際に「心が弱いわけではなく、特別な問題ではない」という考えが個人に内在化されることで、専門家の支援を求めるための敷居が低くなり、相談行動に移すことが出来るかもしれない。

一方で、メンタルヘルスリテラシーの「疾患を認識する能力」において、心の不調を正しく認識できた人数が介入後に減少する傾向を示し

た。この結果から、測定尺度の教示文が本研究の介入効果を測定することに適していなかった可能性が示された。本研究においてメンタルヘルスリテラシーの「疾患を認識する能力」は、「お話に出てきたAさんは、“心の不調”で困っていると思いますか？」という教示文を用いて尋ねた。しかし、心理教育プログラム内において、心の不調の受容、すなわち「誰にでも起こる問題だ」という認識を促したため、架空事例の症状を誰にでも起こり得る問題だと認識し、「心の不調ではない」と回答する者が増えた可能性が指摘できる。実際に、上述の通り「Aさんのような問題は特別なことではない」という偏見の意識が改善される傾向にあったことから説明されうる。このような結果を踏まえて、今後の実践研究における測度では、心の不調かどうかを問うのではなく、「専門家の援助が必要である問題かどうか」という認識を測定できるような教示文に変更する必要があるといえる。

本研究は、Fischer & Farina (1995) の接触仮説からも、SCである第三著者が実施者となり介入プログラムを行うことにより、SCに対して肯定的な態度を示す変化が予想された。しかし、SCへの懸念や抵抗感の変化は見られず、相談相手としてSCを記入する生徒数にも変化は見られなかった。この点に関して、介入前の段階ですでにSCを含む他者に対する相談の抵抗が低かった可能性が考えられる。本田他 (2011) の中学1年生の被援助に対する懸念や抵抗感の低さ得点は、男女別に換算されているが、対象者が「友人」の場合は男子19.85±4.90点、女子は20.31±5.94点、「家族」の場合は男子21.68±5.19点、女子22.11±5.04点、そして「教師」の場合は男子21.27±4.87点、女子20.77±5.54点であった。一方、介入前における男女合計の本研究の得点は、「友人」は21.15点、「家族」は24.21点、「教師」は24.06点であった。先行研究と比べ、本研究の対象者では介入前の時点ですでに得点が高かった、すなわち被援助に対する懸念や抵抗感が低かったため

に、SC が実施者となって介入することによる抵抗感の改善は見られなかった可能性がある。今後学校現場での実践研究を行う際は、参加者の特性やニーズを汲み取るためにも、介入前の段階で研究実施校の属性を把握するような事前調査が必要であるといえる。

全体的に介入の効果が見られなかった点について、実施形態の都合上、参加者の介入プログラムの内容の理解が不十分であった可能性が挙げられる。水野（2012, 2014）の先行研究では、介入プログラムは50分間の授業内で実施されていたが、本研究の介入プログラムは、宿泊研修の機会を利用して実践されたため、120分間休憩を挟まず通して行われた。そのため、参加者の集中力を保つことも困難で、理解を深めることが困難であった可能性が指摘できる。加えて、今回の介入プログラムでは、先行研究の介入プログラムの内容に、相談方法のモデリングおよびリラクゼーション法を追加して実践された。介入内容を追加したことにより、一度に学ぶ情報量が増え、全体の理解が深まらなかった可能性も示唆される。今後は授業時間に実施できる形態に変更するため、複数回にセッションを分ける等の工夫が必要であるといえる。

最後に、本研究の限界を述べる。第一に、実験デザインにおいて、統制群が設けられていない点が挙げられる。本研究の介入後において変化が見られたメンタルヘルスリテラシーの項目も、介入を行っていない統制群との比較を行っていないため、介入による効果であったと断定するには疑問が残る。介入の効果を断定するためにも、今後は統制群の設置が不可欠であるといえる。第二に、本研究において使用された測定尺度の信頼性の問題がある。今回の研究では、メンタルヘルスリテラシーの「自己解決の対処法に関する知識と信念」や「専門家の支援に関する知識と信念」に関して、自由記述で回答を求めた。その自由記述を数値化にする手続きは第一著者単独で行っていることから、信頼性に疑問が残る。たとえば、高橋（2009）の手続きを参考に、得点化の基準を設ける、あるいは

複数の評定者によって得点化の手続きを評定する等、信頼性を高める手続きを今後の研究においては採用すべきであるといえる。Jorm（2000）の提唱するメンタルヘルスリテラシーの構成概念の枠組みを用いた介入プログラムは本邦においていくつか見受けられるが（大久保他, 2011；佐藤他, 2014）、その概念は包括的なものであるため、測定方法については未だ議論の余地があるといえる。

今後の研究においては、研究協力校との協議の上での実現可能性も踏まえて、更なる洗練化と知見の蓄積が求められる。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸（訳）(2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 579-590.
- Brady, E. & Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Fischer, E. H. & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*,

- 36, 368-373.
- 本田真大 (2013). 中学生の援助要請者と非援助要請者の学校適応の比較——援助評価の類型に基づいた検討——北海道教育大学紀要, 64, 89-95.
- 本田真大 (2015). 援助要請のカウンセリング——「助けて」と言えない子どもと親への援助——金子書房
- 本田真大・新井邦二郎・石隈利紀 (2011). 中学生の友人, 教師, 家族に対する被援助志向性尺度の作成 カウンセリング研究, 44, 254-263.
- 石川信一 (2013). 子どもの不安と抑うつに対する認知行動療法——理論と実践——金子書房.
- Ishikawa, S., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 104-111.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- 木村真人・梅垣佑介・水野治久 (2014). 学生相談機関に対する大学生の援助要請行動のプロセスとその関連要因——抑うつと自殺念慮の問題に焦点をあてて——教育心理学研究, 62, 173-186.
- 三宅典恵・岡本百合・神人蘭・矢式寿子・内野悌司・磯部典子 … 吉原正治 (2014). 社交不安障害に対する大学生の理解について 総合保健科学, 30, 1-6.
- 水野治久 (2012). 中学生のカウンセラーに対する被援助志向性を高めるための介入プログラムの開発 平成20年度-23年度科学研究費補助金基礎研究 (C) 研究成果報告書 課題番号20530594
- 水野治久 (2014). 子どもと教師のための「チーム援助」の進め方 金子書房
- 文部科学省 (2015). スクールカウンセラー等活用事業実施要領 文部科学省 Retrieved from http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1341500.htm (2015年7月1日)
- 中根允文・中根秀之・吉岡久美子 (2010). 心のバリアフリーを目指して——日本人にとってのうつ病, 統合失調症——勁草書房.
- 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 教育実践総合センター研究紀要 (奈良教育大学), 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 … 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 教育実践開発研究センター紀要 (奈良教育大学), 22, 123-130.
- 佐藤修哉・内田知宏・高橋由佳・本庄谷奈央・伊藤晃代・安保英勇・上埜高志 (2014). 高校生のメンタルヘルスリテラシーおよび相談意欲の向上を目的とした介入の効果の検討 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 62, 119-132.

- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, *13*, 873. doi: 10.1186/1471-2458-13-873
- 高橋史 (2009). 小中学生の発達的变化をふまえた問題解決訓練の攻撃行動変容効果 早稲田大学大学院人間科学研究科博士論文
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *54*, 40-50.
- Wei, Y., Hayden, A., Kutcher, S., Zygumnt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental

health literacy programs to address knowledge, attitudes, and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*, 109-121.

山口豊一・水野治久・石隈利紀 (2004). 中学生の悩みの経験・深刻度と被援助志向性の関連——学校心理学の視点を生かした実践のために—— *カウンセリング研究*, *37*, 241-249.

謝 辞

本研究の実施にあたり、大阪教育大学教育学部の教授である水野治久先生には、援助要請研究会の際に研究に関するご助言をいただいたことに加えて、先行研究の介入時に実際に用いられた貴重な資料を提供していただきました。お力添えをいただきました先生に、心より御礼申し上げます。

付表1 メンタルヘルスリテラシーの介入効果測定に用いた架空事例

12歳Aさんのお話

Aさんは、周りの目がいつも気になります。「友達からバカだと思われていないかな…」「笑われるんじゃないかな…」など、何かするたびに、いつも周りからどう思われているかを考えてしまいます。実は、小学校の6年生の音楽の授業中、リコーダーのテストで大きな失敗をしてしまい、みんなから笑われてとても恥ずかしい思いをしました。それから、自分に注目が集まる場面は特にドキドキするようになって、体育で実技のテストがあるときや、国語で朗読発表しないといけないときは、「恥ずかしい思いをしたらどうしよう…」という気持ちを強く感じるようになってしまいました。

小学校にいたときよりも、中学校に入学してからの方が、みんなの前で発表をしないといけない授業が増えました。「発表の授業があるし、今日は学校に行きたくないな…」そんなことを考えている内に、だんだん発表の授業がある日は学校を休むようになってしまいました。そんな日が続き、最近

は、ほとんど学校に行くことができなくなっています。
「どうしよう…。」