

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

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*****

[目的] 高校生のメンタルヘルスリテラシーおよび心理専門職や医療機関への相談意欲を向上させることを目的とした介入プログラムを開発、実践し、その効果をさまざまな変数を用いて広く検証する。[方法] 実験群21名と統制群20名を設けた。開発されたプログラムを実施し、介入の事前、事後、および3か月後に質問紙調査を行い、効果を検討した。[結果] メンタルヘルスリテラシー、および相談意欲の向上が、一部の変数で確認された。ただし、ポストテストで得点が改善されるも、フォローアップテストまでは維持されないものも多かった。[考察] 知識に関わるものはポストテストでは改善されていたが、フォローアップテストでは維持されなかった。イメージや考え方に関わるものはフォローアップテストまで改善が維持されているものが多かった。生物・心理・社会的観点から統合的にプログラムをブラッシュアップし、実践を重ねる必要がある。

キーワード：メンタルヘルスリテラシー、心理教育、うつ、高校生

1. 問題と目的

2011年に厚生労働省がこれまでの4大疾患(がん、糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞)に、精神疾患を加えて5大疾患とし、重点的な対策を行っていくことを決定した。近年、精神疾患に対する取り組みの重要性が認識されるようになってきており、それに向けた取り組みとエビデンスの蓄積は急務である。精神疾患に対する関心の高まりの背景のひとつとして、年々増え続ける患者数の問題を取

*教育学研究科 博士課程後期 / 日本学術振興会特別研究員 DC
 **東北大学大学院医学系研究科 助手
 *** NPO 法人 Switch 理事長
 ****東北大学病院精神科 精神保健福祉士
 *****仙台市精神保健福祉総合センター (はあとぼーと) 臨床心理士
 *****教育学研究科 准教授
 *****教育学研究科 教授

り上げることができよう。平成23年の厚生労働省による患者調査によれば、精神疾患の患者数は320万人を超えており、近年は横ばい傾向にはあるものの、患者数の多さは他の疾患と比べても際立つ。主にこれまで精神疾患に対するアプローチについては、何らかの症状や心理的苦痛などが生じた人を対象にアプローチすることが多かった。しかし、対応が後手に回るほど、その後の回復や予後は悪いことが多い。できるだけ早い段階でメンタルヘルスのアプローチが必要であるという認識が専門家間で高まっている。そのような背景から、メンタルヘルスの問題は予防という概念とともに論じられることが多い(佐藤, 2013)。

予防の考え方として多く取り上げられるのはCaplan (1964)の1次予防, 2次予防, 3次予防の枠組みである。1次予防は疾病への罹患そのものを未然に防ぐことで、2次予防は疾病の兆候が表れた場合、もしくは疾病に罹患した場合に、早期に発見・対応することであり、3次予防は疾病から快復した後の、再発防止やリハビリテーションのことである。近年のメンタルヘルスの問題については、1次予防や2次予防の視点から対策が考えられることが多く、具体的な取り組みも行われるようになってきている。

これまで日本ではメンタルヘルスの問題について調査研究や臨床実践を行うにあたり、「精神保健」や「公衆衛生」と言った枠組みを基盤とし、多くの有用な知見が蓄積されてきた。ところが、精神保健について考えるときに、それがカバーする範囲は膨大であり、非常に多くの事柄を検討する必要がある(中根・吉岡・中根, 2010)。したがって、何らかの枠組みに準拠して取り組みを進めていくことは有益なことだと考えられる。Jorm (2000)はメンタルヘルスリテラシー(以下、MHL)という言葉を用いて、メンタルヘルスの問題に当たる際の重要な枠組みを提示した。MHL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および考え方」と定義され、さらに、以下の6つの要素から構成されている。①精神疾患であると同定できる能力, ②リスクファクター(危険因子)および原因に関する知識と考え方, ③セルフヘルプについての知識と考え方, ④利用できる専門的な援助についての知識や考え方, ⑤スティグマ, ⑥メンタルヘルスに関する情報の入手方法の知識である。オーストラリアでは、MHLに基づきさまざまな取り組みが行われている。例えば、Mind Mattersというプログラムが開発され、中学生、高校生のMHLの向上に成果を上げている。MHLが向上することによって、精神疾患に関する正しい知識が身に付き、セルフケアや援助要請行動などを含め、適切な対処ができるようになることが期待される。本研究においても、MHLを用いて調査を進めていくこととする。

MHLは主に精神疾患に対するアプローチを行う上で重要な要素をまとめたものである。日本において精神疾患の患者数が多いことは前述した通りだが、その中でも「うつ病など」に分類されるものは約96万人とされており最も人数が多い。精神疾患の中でも、罹患率が高く代表的な疾患ということができる。そこで、本研究では精神疾患の中でも、特にうつ病について取り扱うこととした。

対象としては、高校生に焦点を当てることとした。Kessler et al. (2005)によれば、何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約50%は14歳までに、75%は24歳までに何らかの精神疾患の兆候を見せていたとしている。このことから、思春期や青年期に相当する時期は精神疾患の好発期にあ

ることができる。これらの時期は、その後の社会的スキルを獲得する時期であることなどを考えると重要なライフステージである。その時期と精神疾患の好発期が重なっていることから、高校生を対象にアプローチすることは有意義なことと言えよう。大学生を対象とした抑うつ予防の研究には、坂本ら(2010)などがあり、MHLの枠組みを基に行われた研究は、中根・吉岡(2005)などの実態調査があり、実際に介入を実施した研究には小池・伊藤(2012)があるが、研究そのものの数が少なく、また高校生を対象にしたものはほとんど見られないため、知見の蓄積が必要である。

高校生の場合、専門家へつながる経路を考えた場合に、精神疾患に罹患した場合や重大な心理的な危機に陥った場合に、自ら直接専門機関につながることは、相談件数の総数から考えるとおそらく少ないのではないかと予想される。スクールカウンセラーには直接つながる可能性もあるが、予約など生徒とカウンセラーを「つなぐ」役目を養護教諭等が担当している場合が多い。したがって、高校生の場合は、周囲にいる身近な人(親や先生、友人など)やスクールカウンセラーへの被援助志向性を高めていくことが現実的であろう。

そこで本研究では、MHLの概念を基礎に、専門家につながることの重要性を伝えるだけでなく、精神疾患とまではいかなくとも、心理的な危機にあるときに親や友人なども含めた他者へ援助要請することやセルフケアの重要性を「こころの健康」の授業(以下、授業)を通じて包括的に認識してもらうことを目指した。まずはセルフケアにより自ら対処する力を身につけてもらい、セルフケアだけでは難しい場合は、身近な他者を頼ることができるようになることで、専門家に直接、援助要請しなくとも対処できるようになることが目標である。ただし、専門家の援助が必要な場合も必ずあるので、そのような場合は適切に専門家に援助要請できるようになることも目標のひとつである。

周囲の身近な人に援助要請された場合に、専門家を勧める必要がある場合も考えられる。授業を受けた者自身が健康的に生活していくことが重要であることは言うまでもない。他方、比較的重度な心理的危機にある者がいた場合、適切な判断力が低下している場合も多いため、周囲に心理的な危機の状態にある人がいた場合、専門家への来談を勧めることができるようになることも副次的なねらいのひとつである。

本研究では、授業にどのような効果があるのかを確認するために、さまざまな指標を用いて効果を検証することとした。どの変数に影響を与えるのかを検証し、今後さらに発展的に取り組みを行うための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 方法

対象

高校生2学年の生徒を対象に調査を実施した。性別は男性のみであり全体で61名であった。授業を実施する実験群と授業を実施しない統制群の2群を設け、それぞれ31名、30名が対象となった。得られたデータの集計の際には、回答に欠損がある者や、欠席等で授業直前のプレテスト、授業直後のポストテスト、授業3か月後のフォローアップテストのいずれかへの回答ができなかった者、および授業に参加できなかった者を除いた。その結果、最終的に41名(実験群:21名、統制群:20名)

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

を分析の対象とした。全体の平均年齢は16.12, 標準偏差は0.331, 実験群の平均年齢は16.19, 標準偏差は0.402, 統制群の平均年齢は16.05, 標準偏差は0.224であった。

調査時期

2013年6月初旬に介入プログラムが実施され, その前後, および約3か月後に質問紙調査を実施した。調査は, 実験群, 統制群ともに同日に実施された。質問紙の配布, および回収は調査協力校の教員によりなされた。

倫理的配慮

質問紙への回答は任意であり, 学校の成績とは関係のないことを説明した。また研究グループへの連絡先を記した。なお本研究は, 第一著者の所属する東北大学大学院教育学研究科研究倫理審査委員会の承認を経て実施された。

「こころの健康」の授業の構成とプログラム内容の概略

授業は1コマ50分の時間枠で2コマ続けて実施された。1コマ目の初めにアイスブレイクとして, 簡単なグループワークを実施し, その後授業を実施した。授業は教室にて実施され, 普段の学校生活の生活班(5~6人)に分かれてもらった。

プログラムはMHL およびさまざまな社会資源への相談意欲を高めることを目的として作成された。1コマ目では, ストレスについて説明し, その後, 代表的な精神疾患のひとつであるうつ病について解説した。これらは主にMHLの向上を狙いとしていた。2コマ目では, 初めにセルフケアについての解説およびワークを行い, その後, サイコロジカルリカバリースキルの「6. 周囲の人とよい関係をつくる」(兵庫県こころのケアセンター)の内容をほぼそのまま実施した(Table1)。2コマ目では, MHLの向上に加え, 相談意欲の向上を狙いとしていた。

Table1 「こころの健康」の授業内容の概略

時数	内容	ねらい
1	・ストレスについて解説	・メンタルヘルスリテラシーの向上
	・うつ病の解説 (専門機関での治療の解説も含む)	・メンタルヘルスリテラシーの向上 ・相談意欲(被援助志向性)の向上
2	・セルフケアについてワーク	・メンタルヘルスリテラシーの向上
	・「周囲の人とよい関係をつくる」ワーク	・相談意欲(被援助志向性)の向上 ・援助志向性の向上

効果測定(質問紙の内容)

授業の効果を検証するために, 授業の前後, および約3か月後に質問紙調査を行った。効果測定には, 以下の指標を用いた。MHLに関して言えば, 6つの構成要素のうち「精神疾患であると同定

できる能力」「リスクファクター（危険因子）および原因に関する知識と考え方」「セルフヘルプについての知識と考え方」「利用できる専門的な援助についての知識や考え方」を本研究では測定した。

①フェイスシート 性別、年齢、出席番号を尋ねた。出席番号は回答者を一致させるためだけに使用し、学校の教員は見ないことを明記した。

②**精神的健康度** 精神的健康度を測定するために、WHO-Five Well-Being Index (WHO-5)を使用した。5項目、6件法からなる尺度で、最近2週間の様子について尋ねている。素点の範囲は0点～25点であり、合計得点が高いほど、精神的健康度が高いことを示す。Awata et al. (2007)により、日本語版の信頼性および妥当性が確認されている。

③**うつ病ビネットの提示** 対象者のうつ病に関するMHLを測定するため、うつ病ビネットを提示して、その後の質問に回答してもらった。DSM-IV-TRの大うつ病の診断基準に準拠して作成し、十分な経験を持つ精神科医1名、臨床心理学の研究者1名の校閲を経て、修正したものを使用した(Table2)。

Table2 うつ病ビネット

Aさんは、この1ヶ月、ゆううつな気分が続いていて、夜もあまり眠れません。普段は好きで楽しんでいること(例えば、音楽を聴くことや、読書、スポーツなどの趣味)にも、楽しさを感じられなくなってしまいました。何をしても、すぐにつかれてしまい、集中も続きません。自分で物事を決めることも難しくなっています。食欲もなくなり、体重も落ちてしまいました。そして、そんな自分をいつも責めてしまいます。

④**ビネットの状態に関する質問** 提示したビネットに関する質問を3つ設けた。最初に、Aさんに病名がつくかどうか、「病名はつくと思う」「病名はつかないと思う」「わからない」の3つから1つを選ばせた。ビネットはうつ病の模擬症例であるため、「病名はつくと思う」を選ぶのが適切と言える。

次に、病名がつくと回答した者に対して、具体的な病名の記入を自由記述形式にて求めた。病名がつくと思ったが、具体的な病名まではわからない場合は、「わからない」と記入するよう求めた。ここでは「うつ病」と記述するのが適切である。

さらに、援助要請の観点からAさんの状態を「問題ではない」「自分で解決できる問題である」「他者の助けが必要であるが、専門家が必要なほどではない」「専門家の助けが必要である」の4つから1つを選ばせた。ここでは、うつ病という疾患に対する適切な援助要請行動を選択することが望まれるため、「専門家の助けが必要である」を選ぶのが適切である。

⑤**うつ病に関するセルフヘルプ** ビネットのAさんのような状態になってしまった人が行う対処として、20項目を挙げ、それぞれについて一般的に効果があると言えるか、言えないか2件法で尋ねた。ビネットの症例はうつ病の模擬症例であるため、うつに対する適切な対処を尋ねている。対処として適当な項目と不適当な項目をそれぞれ10項目ずつ設け、素点が0点～20点の範囲を取るものとした。得点が高いほど、セルフヘルプの知識が多いと言える。20項目のうち、10項目は著者らで構成する「東北大学学校メンタルヘルスリテラシー研究会」にて作成し、研究会での検討を数回を経て精選されたものである、その他の10項目については、富永・富永(2009)のストレス・コーピング

グ尺度と、大塚ら(2007)の「ストレス対処を上手に行うための知識を問う問題集」から、うつ病への対処としても使用できる項目をそれぞれ5項目ずつ抽出した。これらの項目はいずれも、研究会での数回の検討を経て抽出されたものであり、20項目全体について内容的妥当性を確認した。

⑥うつ病の原因 著者らで構成する「学校メンタルヘルスリテラシー研究会」にて、うつ病の原因に関する知識を問う項目を10項目作成した。原因になりうるものとして、適当なものとは不適当なものをそれぞれ5項目ずつ設け、素点が0点～10点の範囲を取るものとした。得点が高いほど、うつ病の原因に関する知識が多いと言える。これらの項目も、研究会での数回の検討を経て作成されたものであり、内容的妥当性を確認した。

⑦カウンセリングや医療機関への態度 大島・久田(2009)の援助要請態度尺度より、第1因子「心理的援助に対する汚名や偏見」の7項目、第4因子「援助についての情報欠如」の2項目を使用した。十分な内的一貫性が確認されている。原版において「心理職」となっている部分を「カウンセラー」と「精神科医」にワーディングを処理し、それぞれ同じ項目を尋ねた。したがって、全部で18項目を尋ねている。変数名はそれぞれ「カウンセリングに対する汚名や偏見」「カウンセリングについての情報欠如」「精神科に対する汚名や偏見」「精神科についての情報欠如」とした。回答は「そう思わない」から「そう思う」までの4件法で求めた。なお、回答者の負担を減らすために、第2因子と第3因子の項目は用いず、本研究で特に明らかにしたい第1因子と第4因子の項目を使用した。

⑧友人への援助要請の態度 永井・新井(2008)の相談行動の利益・コスト尺度改訂版を使用した。これは、永井・新井(2007)の相談行動の利益・コスト尺度の改訂版である。26項目6因子からなる尺度で、それぞれ「ポジティブな態度」「否定的応答」「秘密漏洩」「自己評価の低下」「問題の維持」「自助努力による充実感」と命名されている。十分な信頼性および妥当性が確認されている。回答は「そう思わない」から「そう思う」までの5件法で求めた。

⑨社会資源への相談意欲 さまざまな社会資源への相談意欲を測定するために、仮に自分がビネットのAさんのような状態になってしまったとして、研究会の検討を経て独自に取り上げた社会資源へ相談したいと思うか尋ねた。全部で10項目を提示し、回答を「そう思わない」から「そう思う」までの4件法で求めた。提示した項目は「精神科や心療内科などの病院」「内科などの一般的な病院(精神科や心療内科以外)」「精神科や心療内科などの病院に行き、カウンセリングも受ける」「保健室の先生」「担任の先生」「スクールカウンセラー」「地域のカウンセリングルーム」「親」「親しい友人」「誰にも相談したくない」であった。

3. 結果

ビネットの理解の変化

授業を通して、ビネットの模擬症例の状態を適切に認識できるようになったかどうか確認するために、「ビネットの状態に関する質問」の3項目について、度数の変化を確認した。それぞれ、ビネットに病名がつくかどうかを Table3に、具体的な病名については Table4に、援助要請の観点からみたビネットの状態については Table5に示した。

Table3 ビネットの病名の有無(実数で表記し、()内は%)

	実験群			統制群		
	プレ	ポスト	フォローアップ	プレ	ポスト	フォローアップ
病名がつくと思う	15 (71.4)	16 (76.2)	14 (66.7)	15 (75.0)	15 (75.0)	14 (70.0)
病名はつかないと思う	5 (23.8)	4 (19.0)	6 (28.6)	5 (25.0)	3 (15.0)	3 (15.0)
わからない	1 (4.8)	1 (4.8)	1 (4.8)	0 (0.0)	2 (10.0)	3 (15.0)

Table4 ビネットの正しい病名(実数で表記し、()内は%)

	実験群			統制群		
	プレ	ポスト	フォローアップ	プレ	ポスト	フォローアップ
うつ病	14 (66.7)	15 (71.4)	11 (52.4)	11 (55.0)	11 (55.0)	12 (60.0)
うつ病以外	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9.6)	3 (15.0)	2 (10.0)	1 (5.0)
わからない	1 (4.8)	1 (4.8)	1 (4.8)	1 (5.0)	2 (10.0)	1 (5.0)

※ビネットに「病名がつく」と回答した者のみを集計しているため、%が全体で100になっていない。

Table5 援助要請の観点から見たビネットの状態(実数で表記し、()内は%)

	実験群			統制群		
	プレ	ポスト	フォローアップ	プレ	ポスト	フォローアップ
問題ではない	1 (4.8)	3 (14.3)	1 (4.8)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
自分でどうにかできる問題だ	3 (14.3)	1 (4.8)	4 (19.0)	2 (10.0)	4 (20.0)	5 (25.0)
他者の援助が必要だが、専門家は不要	9 (42.9)	7 (33.3)	6 (28.6)	10 (50.0)	9 (45.0)	5 (25.0)
専門家の助けが必要	8 (38.1)	10 (47.6)	10 (47.6)	7 (35.0)	7 (35.0)	10 (50.0)

プレテスト時点における t 検定

プレテスト時において、各群の MHL および相談意欲に差があるかどうかを検討するため、各指標について対応のない t 検定を実施した。その結果、全ての指標において有意差は確認できなかった。このことから、プレテスト時において、実験群と統制群に有意な差がないことを確認した。

なお、分析にあたり、サンプルサイズが小さいことから因子分析等は行わず、すでに先行研究で明らかにされている因子構造に倣い分析を行った。精神的健康度、うつ病に関するセルフヘルプ、うつ病の原因については、合計得点を使用し、社会資源への相談意欲については、項目ごとに分析を行った。回答に著しい偏りがなくとも確認した。

MHL および相談意欲の変化の検討

MHL および社会資源への相談意欲に変化が見られるかを検討するため、群(2水準)と調査実施時期(3水準)を独立変数として、MHL および相談意欲を従属変数とした混合計画の2元配置分散分析を行った。球面性の仮定に従い、有意であるかを確認し、有意であったものは Greenhouse-Geisser の結果から検討を行った。

精神的健康度については、調査実施時期の主効果がみられた ($F(2,78) = 12.58$ $p < .001$ 偏 $\eta^2 =$

.224)。多重比較の結果、0.1%水準でプレテストーポストテスト、1%水準でポストテストーフォローアップテスト間に有意な差がみられた。いずれもフォローアップテストの得点が高かった。

セルフヘルプについては、群と調査実施時期の交互作用がみられた ($F(2,78) = 6.52$ $p < .01$ 偏 $\eta^2 = .143$)。調査実施時期の単純主効果の検定を実施したところ、実験群 ($F(2,78) = 3.80$ $p < .05$)、統制群 ($F(2,78) = 3.81$ $p < .05$) ともに有意であり、さらに多重比較を行うと、実験群においてプレテストーポストテスト ($F(1,39) = 6.41$ $p < .05$)、プレテストーフォローアップテスト ($F(1,39) = 5.65$ $p < .05$)、統制群においてポストテストーフォローアップテスト ($F(1,39) = 6.75$ $p < .05$) に有意な差が確認された。群の単純主効果を検討したところ、ポストテストにおいて有意であった ($F(1,39) = 8.54$ $p < .01$)。図を Figure1 に示す。

うつ病の原因については、調査実施時期の主効果がみられた ($F(1,7,66,310) = 3.782$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .088$)。多重比較の結果5%水準でポストテストーフォローアップテスト間に有意な差が確認され、得点が低下していた。

「カウンセリングに対する汚名や偏見」については調査実施時期の主効果がみられた ($F(2,78) = 4.78$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .109$)。多重比較の結果、それぞれ5%水準でプレテストーポストテスト、プレテストーフォローアップテストにおいて有意な差がみられた。いずれも得点が低下していた。群の主効果もみられ ($F(1,39) = 4.74$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .108$)、統制群の得点が高かった。

「カウンセリングについての情報欠如」については、群と調査実施時期の交互作用がみられた ($F(2,78) = 5.13$ $p < .01$ 偏 $\eta^2 = .116$)。調査実施時期の単純主効果を検討すると、実験群において有意であり、さらに多重比較を行うとプレテストーポストテスト ($F(1,39) = 11.93$ $p < .01$)、プレテストーフォローアップテスト ($F(1,39) = 12.99$ $p < .01$) に有意な差が確認された。群の単純主効果を検討したところ、ポストテスト ($F(1,39) = 6.57$ $p < .05$)、フォローアップテスト ($F(1,39) = 27$ $p < .001$) において有意な差が確認された。図を Figure2 に示す。

「精神科に対する汚名や偏見」については調査実施時期の主効果がみられた ($F(2,78) = 5.45$ $p < .01$ 偏 $\eta^2 = .123$)。多重比較の結果、それぞれ5%水準でプレテストーポストテスト、プレテストーフォローアップテストにおいて有意な差が確認された。いずれも得点が低下していた。群の主効果もみられ ($F(1,39) = 6.247$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .138$)、統制群の得点が高かった。

「精神科についての情報欠如」については、調査実施時期の主効果がみられた ($F(2,78) = 3.44$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .081$)。多重比較の結果、有意差は確認されなかった。

「ポジティブな結果」「否定的応答」の各因子については有意な差は確認されなかった。

「秘密漏洩」については、群と調査実施時期の交互作用が確認された ($F(2,78) = 3.65$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .085$)。調査実施時期の単純主効果を検討すると有意な差は確認されなかった。群の単純主効果を検討したところポストテストにおいて有意な差が確認された ($F(1,39) = 7.01$ $p < .05$)。図を Figure3 に示す。

「自己評価の低下」については調査実施時期の主効果が有意であった ($F(2,78) = 3.23$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .076$)。多重比較の結果、有意差は確認されなかった。

「問題の維持」「自助努力による充実感」については、有意差は確認されなかった。

「精神科や心療内科などの病院」については、調査実施時期の主効果が確認された ($F(2,78) = 3.52$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .083$)。多重比較の結果、5%水準でプレテストーポストテストにおいて有意差が確認された。得点は上昇しており、相談意欲が増していた。

「精神科や心療内科などの病院に行き、カウンセリングも受ける」については、調査実施時期の主効果が確認された ($F(2,78) = 9.60$ $p < .001$ 偏 $\eta^2 = .198$)。多重比較の結果、0.1%水準でプレテストーポストテストにおいて、5%水準でプレテストーフォローアップテストにおいて有意差が確認された。いずれも得点が増え、相談意欲が増していた。

「保健室の先生」については、調査実施時期の主効果が有意であり ($F(2,78) = 3.52$ $p < .05$ 偏 $\eta^2 = .083$)、多重比較の結果、5%水準でプレテストーポストテストにおいて有意差が確認された。得点は上昇しており、相談意欲が増していた。

「地域のカウンセリングルーム」については、調査実施時期の主効果が有意であり ($F(2,78) = 5.80$ $p < .01$ 偏 $\eta^2 = .129$)、多重比較の結果1%水準でプレテストーポストテストにおいて有意差が確認された。得点は上昇しており、相談意欲が増していた。

その他の「内科などの一般的な病院(精神科や心療内科以外)」「担任の先生」「スクールカウンセラー」「親」「親しい友人」「誰にも相談したくない」については、有意差はみられなかった。

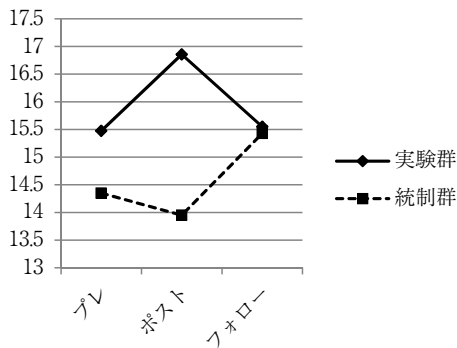


Figure1 うつ病に関するセルフヘルプ

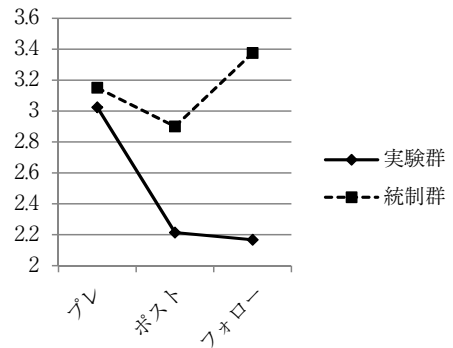


Figure2 カウンセリングについての情報欠如

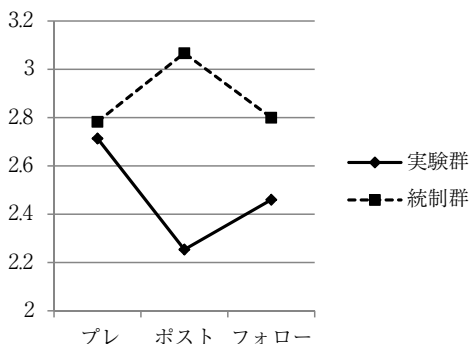


Figure3 秘密漏洩

4. 考察

ビネットについての「病名の有無の判断」「適切な病名」「適切な援助要請」の3つについては、度数を比較した時にそれほど大きな変化が見られなかった。授業内容をより具体的にし、理解を深めるものに改善する必要がある。適切な病名については、実験群で66.7%、統制群で55%のものが正しい病名を答えることができていた。中根・吉岡・中根(2010)は、国内の一般住民を対象に行った調査で、希死念慮のないうつ病事例を正しくうつ病と認識した者の割合が約23%であったことを示している。これと比較すると、本研究の対象者は、病名の判断については比較的高いリテラシーを有していたことが考えられる。

精神的健康度の指標であったWHO-5は、フォローアップテストにおいて両群とも健康度が改善していた。ポストテストでは点数の改善がみられず、フォローアップでは両群ともに点数が改善していることから、授業が直接影響を及ぼしたとは判断することができない。リテラシーが向上することによって、精神的健康度にすぐにポジティブな効果が表れるかは不明である。したがって長期的に考えた時に、実験群に限って言えば、授業がなんらかのライフイベントを通過する際に影響を及ぼした可能性も考えられるが、今後さらに検証することが必要である。

セルフヘルプについては、ポストテストにおいて実験群と統制群に有意な差が確認され、実験群のほうがよく理解していたことが示された。実験群においてプレテストとポストテストを比較しても有意に理解は深まっており、授業の効果があったと考えられる。ただし、フォローアップテストでは得点が低下していることから、より長期に渡る定着を目指して授業を行う必要がある。

原因に関する知識についてはフォローアップテストにおいてポストテストより得点が低下し、理解の度合いが下がっていた。有意差が確認されない程度ではあったが、ポストテストで上昇した得点が低下してしまったことから、これも長期に渡る定着を目指して授業内容をブラッシュアップする必要がある。

カウンセリングに対する汚名や偏見では、プレテストと比較して、ポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低く、ネガティブなイメージが改善したことが示された。これに関しては、フォローアップテストまで効果が維持されている。また、群の主効果も有意であり、実験群の得点

が低かったことから、授業の効果があったと考えられる。

カウンセリングについての情報欠如では、実験群においてプレテストよりポストテスト、フォローアップテストの得点が低下しており、情報欠如がある程度解消され、3か月後まで維持されたことを示している。統制群と比較しても、ポストテスト、フォローアップテストにおいて実験群において情報欠如がある程度解消されたことを示している。

精神科に対する汚名や偏見でも、カウンセリングに対する汚名や偏見と同様に、プレテストと比較して、ポストテストとフォローアップテストの得点が有意に低く、ネガティブなイメージが改善したことが示された。フォローアップテストまで効果が維持されている。また、群の主効果も有意であり、実験群の得点が低かったことから、授業の効果があったと考えられる。

精神科についての情報欠如については、調査実施時期の主効果は確認されたが、多重比較では有意差がみられなかった。得点の推移を見ると、ポストテストの時点で実験群の得点が低下し、それがフォローアップテストでも維持されている。実験群において情報欠如がある程度解消されたと考えられる。

秘密漏洩ではポストテストにおいて実験群と統制群に有意差がみられた。実験群において得点が低下し、秘密漏洩の心配が低下している。授業を受けることにより、相談することへの抵抗感が減じたと考えられるが、フォローアップテストまでは維持されなかった。

自己評価の低下については、調査実施時期の主効果が有意であったが、多重比較では有意な差が確認できなかった。得点の推移を見ると、特に実験群において、ポストテストの時点で得点が低下し、フォローアップテストでも維持されている。友人に心理的な相談をしたとしても、自己評価を下げる必要がないという認識が高まり、相談することのネガティブなイメージが減じたと考えられる。

社会資源に対する相談意欲については、「精神科や心療内科などの病院」「精神科や心療内科などの病院に行き、カウンセリングも受ける」「保健室の先生」「地域のカウンセリングルーム」で有意な差が確認され、多重比較の結果プレテストと比較して、ポストテストで得点が上昇し、相談意欲が高まっていた。「精神科や心療内科などの病院に行き、カウンセリングも受ける」に関しては、フォローアップテストにおいても得点が有意に上昇していた。ただし、統制群においても得点が上昇していたため、相談することが理想的だと考える、社会的望ましさが影響している可能性がある。ポストテスト時に上昇していることから、授業の効果があったにせよ、その影響は短期的なものだと考えられる。

5. まとめと今後の課題

いくつかの指標において授業の効果が確認された。傾向としては、知識に関するものはポストテスト時で改善されていても、フォローアップテストでは低下している。他方、イメージや考え方に関するものはフォローアップテストまで効果が維持されているものが多かった。単なる知識の暗記にとどまらず、覚えた知識を実生活に活用されることが期待される。しかし、そういった高い効果を望むためには時間数が少なくとも授業内容の工夫で対処できるものなのか、あるいは2コマ以上

さらに時間をかける必要があるのかの検証は今後の課題である。

また本研究では精神疾患そのものに対するスティグマを測定していない。スティグマは多くの先行研究で取り上げられる重要な指標であり、今後は精神疾患に対するスティグマも取り上げていく必要がある。

平木ら (2011) はうつ病に対する生物・心理・社会モデルの統合的アプローチの重要性を述べている。本研究では、その考え方を基にさまざまな観点から授業内容を構成し、実践した。ところが、一般に授業を通じて生徒にアプローチする場合、時間や分量の制限が厳しいことが多いと考えられる。文部科学省の「学校基本調査」によれば平成22年時点で高等学校への進学率は98%に達しており、それを考えると、Calear & Christensen (2010) が述べるように、授業を通じて生徒へ啓発や予防的アプローチを行うことは重要と言える。ただし、少ない時数の中でどこに焦点を当て、統合的に授業を展開していくかの判断については、今後さらに知見が蓄積される必要がある。本研究の結果により、授業が効果的であった変数を同定すると同時に、効果がみられなかった変数も同定できた。今後は授業内容のブラッシュアップを行い、さらに実践を重ねていく必要がある。

【謝辞】

「こころの健康」の授業をご依頼くださり、また本研究の実施を承諾してくださった学校の先生方と、調査にご協力いただいた生徒のみなさまに心より感謝申し上げます。また、本研究を実施するにあたり、日本学術振興会から研究費の助成を受けた（代表者：佐藤修哉，課題番号：13J02004）。

【文献】

- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., Ohara, A., Hinokio, Y., Matsuoka, H., Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(1), 112-119.
- Calear, A., Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention program for depression. *Journal of Adolescence*, 33(3), 429-438.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Prevention Psychiatry*. Basic Books, New York.
- 平木典子・岩壁茂・福島哲夫 (2011). *新世紀うつ病治療・支援論 うつに対する統合的アプローチ* 金剛出版.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 593-602.
- 小池春妙・伊藤義美 (2012). メンタルヘルス・リテラシーに関する情報提供が精神科受診意図に与える影響 カウンセリング研究, 45(3), 155-164.
- 永井智・新井邦二郎 (2007). 利益とコストに対する認知が中学生における相談行動へ与える影響の検討 教育心理学

研究, 55, 197-207.

永井智・新井邦二郎(2008). 相談行動の利益・コスト尺度改訂版の作成 筑波大学心理学研究, 35, 49-55.

中根允文・吉岡久美子(2005). 精神保健の知識と理解に関する研究—福祉専門職志向大学生と20代地域住民との比較検討— 長崎国際大学論叢, 5, 249-258.

中根允文・吉岡久美子・中根秀之(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.

大島みどり・久田満(2009). 看護師における心理専門職への援助要請に対する態度—態度尺度の作成と関連要因の検討— 上智大学心理学年報, 33, 79-87.

大塚泰正・鈴木綾子・高田未里(2007). 職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実際 日本労働研究雑誌, 558, 41-53.

坂本真士・及川恵・伊藤拓・西川正行(2010). 大学生における精神的不適応予防に関する研究 風間書房.

佐藤修哉(2013). 予防とメンタルヘルス 精神科臨床サービス, 13(2), 160-161.

富永典子・富永良喜(2009). ストレスマネジメント教育で活用できる子どものストレス・コーピング尺度作成の試み 発達心理臨床研究, 15, 75-84.

【引用 URL】

厚生労働省 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>

Mind Matters <http://www.mindmatters.edu.au/>

WHO-5 <http://www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/>

兵庫県こころのケアセンター サイコロジカルリカバリースキル (Skills for Psychological Recovery Field Operations Guide: SPR) <http://www.j-hits.org/spr/index.html>

文部科学省 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kaikaku/main8_a2.htm

A Study of the Effect of the Intervention for Improving the Mental Health Literacy and Help-seeking of High School Students

Shuya SATO

(Graduate Student, Graduate School of Education, Tohoku University /
Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

Tomohiro UCHIDA

(Graduate School of Medicine, Tohoku University)

Yuka TAKAHASHI

(Incorporated nonprofit organization Switch)

Nao HONJOYA

(Tohoku University Hospital)

Akiyo ITO

(Synthetic center of mental health and welfare, sendai city)

Hideo AMBO

(Associate Professor, Graduate School of Education, Tohoku University)

Takashi UENO

(Professor, Graduate School of Education, Tohoku University)

[Object] For improving the mental health literacy and help-seeking behavior to professionals, intervention program is practiced and the effect of the program is verified. [Method] Experimental group (21 people) and control group (20 people) were organized, intervention program was practiced. The survey was conducted in pre, post, and 3months later of the intervention. [Result] The effects were confirmed in some variables. But there were some variables that were not maintained until a follow-up test even if scores were improved on a post-test. [Conclusion] The variables about knowledge were improved on the post-test. However, it were not maintained until a follow-up test. On the other hand, as for some variables about image and the way of thinking, effects were maintained until a follow-up test. From a bio-psycho-social model, the program is brushed up in an integrated manner, and it is necessary to repeat practice.

keywords : mental health literacy, psychoeducation, depression, high school students