

高校生における精神保健教育プログラム構築に関する予備的研究 —インタビュー調査を通じて—

矢島有花子*・池田 浩之**・中村菜々子**

要約

本研究は、高校生のメンタルヘルス・リテラシーの実態を明らかにすることを目的にインタビュー調査を行った。対象者は、高校生5名(男子3名, 女子2名)であった。半構造化面接によりうつ病のイメージや疾病原因について、治療可能性について、及び行動意図を聴取し、質的な分析を行った。結果として、第一に、身体症状や生理学的な要因とうつ病が結びつきにくいこと、うつ病が過小評価されやすい傾向が示された。第二に、有効度の認知と行動意図が必ずしも一致しないことが示された。結果から、症状の種類や原因に加えて、うつ病の重篤度の認知といった点も考慮する必要があること、また、非専門家を介在することを考慮した啓発が重要であることが示唆された。今後は、高校生のメンタルヘルス・リテラシーと援助要請の関係についてさらなる知見の蓄積を行い、それらの結果に基づいたプログラムの構築を行うことが望まれる。

キーワード：高校生, 半構造化インタビュー, メンタルヘルス・リテラシー, 援助要請

1. はじめに

我が国の精神疾患の患者数は、4大疾病である「がん・糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞」の患者数を上回り、医療計画に精神疾患を加えて「5大疾患」として重点的な対策に取り組む方針を決定した(厚生労働省, 2011)。また、うつ病罹患者のうち4人に3人は医療機関で治療を受けていないことが指摘され、未受診者を含めると公表されているうつ病罹患者数の3～4倍に上ると推定される(川上, 2006)。その一方で、うつ病に関してエビデンスが蓄積され効果の認められた治療方法や援助方法が存在する。我が国においても日本うつ病学会(2016)が、大うつ病性障害における治療ガイドラインを公開しており、軽症うつ病, 中等症・重症うつ病, 精神病性うつ病において最新のエビデンスが取り入れられている。このように、うつ病治療に対して有効な治療・援助方法が存在し、それを必要とする罹患者がいるにも関わらず、罹患者が適切な援助資源にアクセスされにくいこ

とが指摘されており、サービス・ギャップ(Service gap)と呼ばれる(Steff & Proserpi, 1985)。

うつ病治療におけるサービス・ギャップについてHirschfeld et al. (1997) は、患者側の要因(patient factors) や、医療提供者側の要因(provider factors), 医療システムの要因(health care system factors) に起因すると指摘している。これらのうち、患者側の受診行動や相談行動の観点から多くの研究が行われており、受診行動などのサポート資源に援助を求めることは、援助要請(help-seeking) と呼ばれる。援助要請とは「メンタルヘルスの解決・緩和のために援助を求めること」と定義される(Srebnik, Cause, & Baydar, 1996)。

サービス・ギャップには、医療提供者側の要因や医療システムの要因など様々な要因が影響しあっているため援助要請の促進が直ちにサービス・ギャップの改善になるわけではない。しかし、梅垣(2014)は「サービスを受ける機会が増えることで、適切な治療・援助に行き当たる可能性も高まると考えることができる」と主張している。

さらに、うつ病は初回好発年齢が20代前半であ

* 兵庫教育大学大学院学校教育研究科

** 兵庫教育大学発達心理臨床研究センター

り (Andrade, L. *et al.*, 2003), 大久保・市来・堂上他 (2011) は, 中高生のメンタルヘルス・リテラシーを高めることが自分自身や周囲の人の心の変調への気付きを促し, 以降の適切な対処につながることを指摘している。したがって, うつ病が重症化する前に援助要請を促進するような予防的介入を行うには, うつ病が急増する20代前半の前段階である高校生に精神保健に関する教育を行うことが有効であると考えられる。

高校生のメンタルヘルス・リテラシーと援助要請の関連を研究したものに, 佐藤 (2014) がある。佐藤は, メンタルヘルス・リテラシー及び相談意欲向上を目的としたストレスやうつ病に関する解説等の一連の授業によって, うつ病に対するイメージや相談意欲向上に一部効果があることを示唆した。しかしながら, 高校生のメンタルヘルス・リテラシーと援助要請の関連を研究したものはごくわずかであり, どの内容が有効であったのかは検討されていない。さらに, 精神保健教育の内容は, 高校生の実態に即している必要があると考えられるが, 高校生のメンタルヘルス・リテラシーの実状について質的に検討したものは見当たらず, 作成されたプログラムが高校生に適したものであるのか議論の余地が残る。高校生に対する有効なメンタルヘルス・リテラシー教育のプログラムを構成するためには, 高校生の実態を把握し, その結果に基づいた介入プログラムの立案とその効果検証を行う一連の研究が必要であると考えられる。そこで, 本研究では, 高校生のメンタルヘルス・リテラシーに関する情報を収集するためにインタビュー調査を行った。

II. 方法

1. 調査対象者

高校生5名 (高校3年生男子3名, 高校3年生女子1名, 高校1年生女子1名) であった。縁故法により調査協力者を募集した。

2. 調査概要

2016年10月から11月にかけて実施した。実施前に, 保護者と調査協力者に同意書への署名を求

めた。同意書の内容は, 研究・調査概要の説明, 倫理的配慮に関する項目, 録音の同意に関するものであった。調査は, プライバシーが保たれる場所で調査者と調査協力者の1対1の対面式で行った。半構造化面接で所要時間は1人当たり平均20分程度であった。調査当日に再度, 研究・調査概要と倫理的配慮について口頭で説明し録音の許可を得た。

次に, フェイスシート (性別, 学年), 精神的健康度 (WHO-5), 気分の主観得点 (0 ~ 100) への回答を求め, WHO-5がカットオフ値を超える場合, インタビュー中止の提案を行うこととした。該当しない場合にインタビュー調査を行った。インタビュー調査終了後に周囲の人の罹患経験及び気分の主観得点を尋ね, 開始前より気分が低下した調査対象者には筋弛緩法を行うことを提案した。最後に, 調査に関する情報提供の冊子を渡し口頭で説明を行った。以上の流れはFigure 1に示す。

3. 調査内容

①「うつ病のイメージについて教えてください」との教示で, うつ病に対する全般的なイメージについて自由に回答を求めた。

②症状例のリストを提示し, 「あなたの考えるうつ病の症状と近いものを3つ以内, 遠いものを3つ以内で選んでください」との教示により回答を求め, それぞれの回答について選択理由を尋ねた。提示された項目は, 上島 (2005), 奥村 (2008) を参考に作成した14項目であった (例; ゆうつだ)。

③「うつ病の原因はどのようなものだと思いますか」との教示によりうつ病の疾病原因の認知について自由に回答を求めた。

④原因についてのリストを提示し, 「あなたの考えるうつ病の原因と近いものを3つ以内, 遠いものを3つ以内で選んでください」との教示により回答を求め, それぞれの選択理由について訪ねた。提示された項目は, Newsma & Pepper (2010) のDepression etiology beliefs, 奥村 (2008) を参考に翻訳・作成した11項目であった (例: 何か悪い出来事, 脳の異常)。

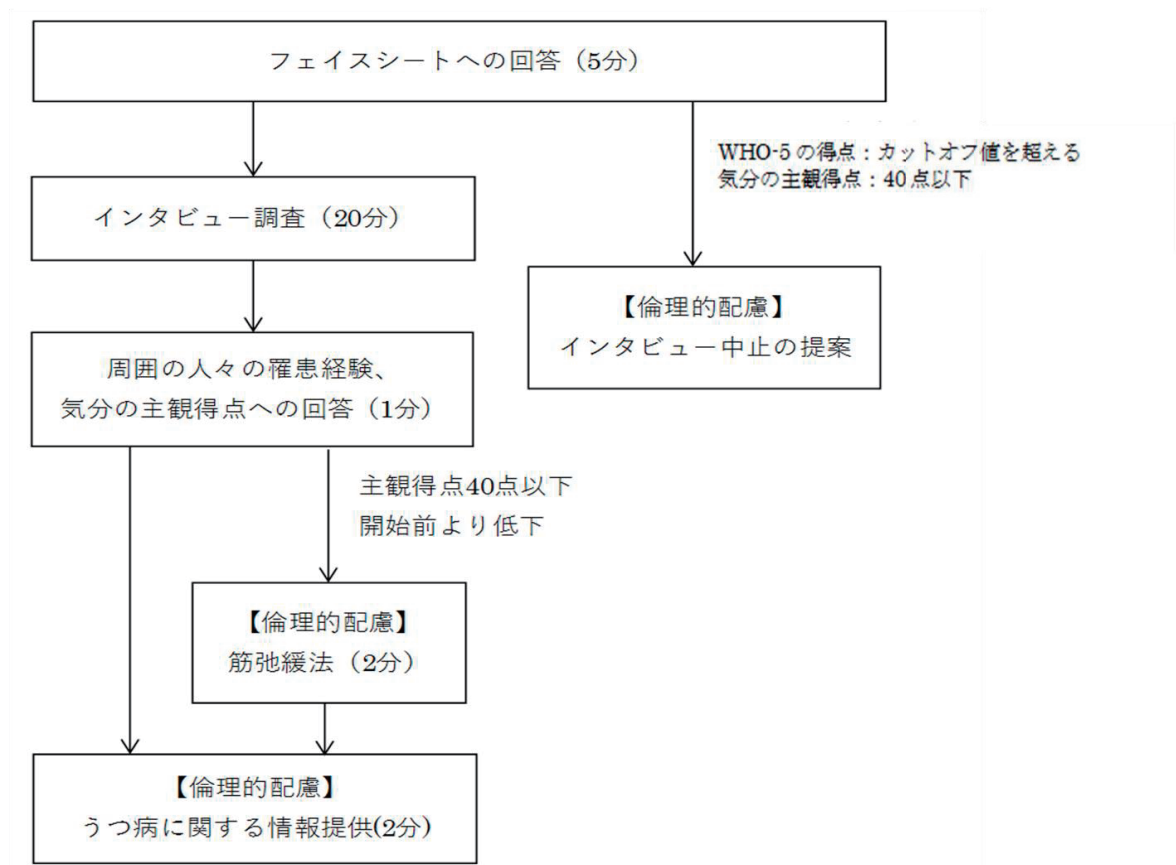


Figure 1 インタビュー調査の流れ

⑤ 「うつ病は治ると思いますか」との教示で、うつ病の治療可能性についての考えを尋ね、治るとの回答であった場合には、どうすれば治るとするかについて尋ねた。治らないとの回答であった場合には、治らないと考える理由について尋ねた。

⑥ うつ病の治療についてのリストを提示し、「あなたがうつ病を治すために効果的だと思うものを3つ以内、遠いものを3つ以内で選んでください」との教示で、治療やサポートにおける有効性の認知について回答を求めた。提示された項目は、小池・伊藤（2011）及び中根・中根・吉岡（2008）を参考に作成した6項目であった（例：医師による診察）。

III. 結果

1. 調査対象者の属性

調査対象者の属性をTable 1に示す。

Table 1 調査対象者の属性

No	学年	性別	周囲の罹患者の存在
A	1	女子	有
B	3	女子	有
C	3	男子	無
D	3	男子	無
E	3	男子	有

2. インタビュー調査の結果

インタビュー調査の結果をTable 2に示す。

(1) うつ病のイメージについて

イメージとして挙げられたものは、症状に関するもの・罹患者との関わりに関するもの・原因に関するもの・否定的イメージであった。症状については、「ネガティブ (A, D)」や「無気力 (A, B)」といったイメージが付与されている。また、「周

りの人が大変そう (C)」、「どう接していいかが難しい (E)」といった関わりについての不安がイメージとして挙げられた。1名 (C) より、「あまりよくないもの」や「会話にならなそう」といった回答が得られた。イメージの大部分は、テレビの情報を基に形成されたものであった。その他、自分の経験や身近な人からの情報によるイメージも存在した。

(2) うつ症状について

身体症状について、「眠れない、めまい、肩こり、動悸は、その時期（自分が抑うつ的になった時期）になかった (A)」、「そんなことも起こる病気だと思っていなかった (B)」、「身体の調子が悪くなるのが全体的にイメージと違う (C)」、「身体に不調があるのが意外だった (D)」、「ぜんぜん関係ないと思っていた (E)」というように、うつ病と身体症状は、結びついていないことが被験者の間で共通していた。また、上述のように精神症状の中でも特に落ち込み・無気力といったことがイメージと近い項目として挙げられ、一方でイライラや落ち着かないなどは、イメージと異なる項目として選択された（「自身が抑うつ的になった時に）イライラとか落ち着かないとかは違った (A)」、「気が立ってイライラしてしまうというのは驚きました (B)」)。その他、興味の喪失に関することがイメージと異なるとして挙げられた（「治すために好きなことをやるとかいいと思ったけど、やりたくないと思うのは意外だと思った (D)」)。

(3) 原因について

「落ち込みやすい人 (A)」、「ネガティブな人 (D)」といった性格的なものと「人間関係 (A, D)」、「仕事 (E)」などの環境要因が重視されている。また、失敗体験や他人からの非難（「大きな失敗をして周りから怒られる (C)」、「どんどん責められて (D)」）、そしてそれらを否定的に捉える性質（「自分を責めたり (C)」、「悩んだり考えすぎたり (D)」）が要因として考えられている。また、提示後に「過度の期待 (D, E)」が可能性として挙げられた。さらに、調査協力者全員に共通して生

理的な要因については認知されていなかった（「知らなかった (A)」、「メンタルのところから来そう (C)」、「全然関係ない (E)」)。

(4) 治療について

治療可能性について、4名治療可能であると回答したが、1名 (B) より完治は難しいという回答も得られた。その理由として、「ずっと付き合っていないといけない」ということや、発症したということは「なりやすい性質や思考を持っている」イメージであり、そのために再発しやすいのではないかと思うことが挙げられた。また、周りの対応から環境を変えていき、「その人自身の考えを根本的に」変えることが大事なのではないかと語られた。治ると回答した者からは、治療や対処法として、「自分のしたいことをする (A, D)」、「病院 (A, D)」、「周りの人に優しくしてもらおう (C)」ことが挙げられた。

また、選択式による回答では、「心理専門職」に対して「分かってくれそう (C)」、「心のことを分かっている人に相談するから良いと思う (A)」、「いい方向に向かっていける (B)」などのポジティブなイメージが挙げられた。一方で、自らの行動意図としては、まずは友人などの「身近な人に聞いて行った方がいいよって言われたら行く (A)」、「親しい友達とかに相談する (D)」という回答が得られた。自力で治すという意見も見られた（「音楽聞いたり運動したりして自力で治す (D)」）が、自力で治すことを困難だと捉える者もいた（「自力では治らない (A, B)」）。一方で、「自力では治らない」と考えている場合であっても、自身の行動意図としては、気晴らしをするなどの自力での対処が方法として挙げられることがあった（「気晴らしをして、そのことばかり考えないようにする (B)」)。

IV. 考察

本研究は、高校生に対するメンタルヘルス・リテラシー教育プログラムを構築のための予備的研究として高校生5名を対象にインタビュー調査を行った。結果、症状に関するもの・罹患者との関

Table 2 インタビュー調査の結果

内容	A	B	C	D	E
① うつ病のイメージ	ぼーっとしたり、気力がわかないイメージがあります。大人の人がなっているイメージ。テレビで(見た)。ドラマとか、医学の番組とかで。 あとは、ネガティブになったり。(どこかで)聞いたか、(ドラマで)演じている人がそういう風だった。	気持ちが沈んじゃって精神状態が不安定になったり物事のやる気をなくしちゃったりする感じのイメージ。(周囲の罹患者の人を)見てもそんな感じなのかなって思ったり、親と話したり、テレビとか。あとは、わかんないですけど、食欲がなくなったり、人と接するのが嫌になったり、繊細な人がなりやすいイメージ。	あんまりよくないもの、精神的にやばそう、周りの人が大変そう。普通の病気とかだったら会話になったりするけど、本人がすごい「わー」ってなりそう。ドラマとかそういうので(見た)。	精神的に極限に追い詰められることとなる病気。(精神的に追い詰められることについては)いじめにあったり、悩み事が解決できなくてもやもやしたりとか。母の友達が悩みすぎてなったって聞いています。テレビとかそういうのでしか見たことないですけど、なんかマイナスに考えてしまう。ネガティブとか。	周りの人がどう接していいかが難しいイメージがある。テレビで、会話の中でも言ったらいけない言葉があるとか。知識がない僕らはそういうのが怖いなって。言ったらいけないことがあるのは知ってるけど具体的には分からない。
② うつ病の症状提示後に	イライラするとか落ち着かないっていうのは、うつ病とまでは行ってないと思うんですけど、自分も中学の時にそういう時期があったんで、だからイライラとか落ち着かないとかは違ったなって。眠れない、めまい、肩こり、動悸とかもその時期になかったんで、食欲がないのは、その時期に食欲がなかったんで(イメージに近い)。	ほとんどイメージ通りなんですけど、動悸が起こったり、肩こったり、めまいがしたり、そんなことも起こる病気だと思っていなかった。そんな症状まで出てくるんだ、そうなんだって思いました。イライラするのも、気持ちが沈んでしまうっていうイメージが強かったんで、気が立ってイライラしてしまうっていうのは驚きました。	身体が調子が悪くなること全体的にイメージと違う	好きなこともやりたくないとかイメージと違う。治すために好きなことやるとかいいと思ったんですけどやりたくないと思うのは意外だと思った。気分の病気だと思ってたんで、身体に不調はあるのが意外だった。	身体の不調、肩がこるか頭痛とかは、ぜんぜん関係ないと思っていた。自分を責めるとかは、ドラマを見て知ってたんですけど。あと、マイナスのイメージ持ってるみたい。
③ 原因について	自分の周りの環境とか、人間関係。特に家庭環境。(そのようなイメージになったのは)自分の経験から。	わからない。	すごい大きな失敗をして誰かに怒られる。何かをきっかけに自分を嫌いになったり、自分を責めたりそういうところから。	心がどんどん責められて、マイナスに考える。自分からとか、周りからも。悩んだり考えすぎたりして、そういうことで気持ちの病気になるのかなって。テレビでも、自分を責めるみたいな感じのことを言っていたので。仕事だったり、学生だったらいじめだったり人間関係だったり。	仕事とか家の中でとか近づきにくいとかのストレス。あとはネガティブな人とか。
④ 事例提示後に	ぼーっとしやすいから、落ち込みやすい性格の人がなるんかかって。遺伝や脳の異常でうつ病になるのは知らなかった。	周りの環境のせいや、落ち込みやすい性格とか、本人の意思の弱さとか納得。聞いたり、テレビで見たりする情報でそう言っていた。脳の異常とかホルモンの異常とか遺伝的な性質とか、そういうのも含まれるんだって思いました。親がうつ病やったら自分もかかりやすいことに驚いた。	ストレスの多い生活とネガティブな出来事はそうだと思う。なんか、すごく一人になることが多そう。遺伝や脳の異常などの身体からっていうのが、イメージ的にはメンタルのところから来そうだなって。	そうだなと思うのは、周囲からの過度の期待。ストレスが多いとイライラしすぎて自分を保てなくなる。ネガティブに考えやすいと1つのミスでも考えすぎて(うつ病に)なってしまふ。期待されすぎたら自分の力を出せない。そういうのも関係あるかなって思ってる。	遺伝的な性質・ホルモンバランスの変化・脳の異常とかは、遺伝だったら自分達になる可能性だってあるだろうし、目に見えない部分でのそういうものは全然関係ないようなかけ離れているような。
⑤ 治療可能性について	治ると思う 自分のしたいことをしたり、友達と一緒にいることが楽しいと思う人は友達に助けてもらったり。症状が重い人は病院とかそういうところに行った方がいいなって。自分自身の経験と、病院については、友達が学校のカウンセリングで病院を勧められたと聞いたので行った方がいいのかなと思った。	治療は難しい 難しいっていうのは、実際に(罹患者の人を)見て思ったり、私のイメージは、なるってことは、なりやすい性格や思考を持っている。1回なったらまたちょっとしたことがきっかけでなってしまうかもしれない。周りの人がその人に対して見合った接し方をしている環境を変えていくことから、その人自身の考え方を根本的にこう、いい方向に変えられるように持って行けるように変えるのが大事なんじゃないかな。	治ると思う 周りの人に優しくしてもらおう。人からの愛を感じたり。あとは、自分の強い気持ち。	治ると思う 治療は可能である。 「好きなことをやる事」が治療につながる。好きなことをやる事が一番気持ちをリフレッシュさせる事ができると思う。	治ると思う 病院に通院とか、家族の接し方が治るきっかけになると思う。うつとか心に異常がある人は精神科医とかに見てもらったら。
⑤ 相談場所・治療方法について	医者はケガだけってイメージ。カウンセリングは、心のことを分かってる人に相談するからいいと思った。学校の先生とか親に言いづらい人は相談しやすい。 自分だったらまずは友達です。人見知りっていう性格もあってまず身近な人に聞いて行った方がいいよって言われたら行く感じ。「特に何もしない」と「自力で治す」は、うつ病の時でもう気分とかが下がって自力では治らないと思う。	病気がないので、お医者さんに診てもらって、その人に合った治療法を考えていかないと。薬も使ってなるとかして行く場合もあるんじゃないかな。イメージが心の病気なんで、カウンセリングしていく中でいい方向に向かっていくのには、自力でとか無理なのでは。放っておいてどうにかなる問題ではない。 自分だったら気晴らしをして、そのことばかり考えないようにする。親しい友達とかに相談して、聞いてもらえるだけで、すっきりするので、相談したりすると思う。	心理カウンセリングと専門家以外の人への相談。自分以外の人との関わりでちょっとずつ変化すると。思う。(医師より)こっち(心理専門職や専門家以外)の方がわかってくれそう。 (専門家以外の人とは)家族とか仲のいい友達とか。 何もなかったらそのまま変わらない。 効く気がするけど、精神的だったら、一時的に効いても完璧には治らないような気がする。	心理カウンセリングは、人に話すことで楽になるといふか、自分の考えてることを言う方がいいと思う。話を聞くプロだと思うので、ちゃんとした答えがもらえると思ったので。あとは、音楽聞いたり運動したりして自力で治す。薬で治るかは疑問。	病院に行ったり友達とかに話すのもいいと思う。 ただ、身近な人に話したり病院に行ったら、「うつだ」と噂が広まったりとかもあるだろうし、カウンセラーの方が(良い)。抗うつ薬があるという事を知らなかった。薬は関係ないものだと思っていた。

わりに関するもの・原因に関するもの・否定的イメージが抽出され、身体的なものや生理学的な要因とうつ病が結びつきにくいことが示された。身体症状及び生理学的な要因との結びつきにくさは上述した中根・中根・吉岡(2008)などの調査結果と一致する。

症状では、“無気力”が挙げられているものの同時にうつ病への対応として落ち込んでも好きなことをして気分転換することやリフレッシュすれば良いという回答が多く、全体を通してうつ病の症状と抑うつ状態への対処が混同して考えられている。すなわち、うつ病の症状について過小評価されやすい傾向を示したと推察される。「問題の状況の認識」に関する適切な評価は適切な対処や援助要請行動に結びつくことが示されている(本田, 2015)。そのため、症状の種類や原因だけでなくうつ病の重篤度の認知といった点を考慮する必要があることが示唆された。また、これらは、うつ病に対するスティグマとしていわれる「そう望めばさっと抜け出すことができる」ことや「本当の医学的な疾患ではない」(半澤・中根・吉岡・中根, 2007)という捉えられ方と近いと言える。その一方で、檜原(2016)で、大学生で最も多く挙げられていたうつ病に関する「暗い」「治らない」といったイメージはほとんど抽出されなかった。スティグマ的なイメージがどういった経過で付与していくのかを調査することにより、予防的な介入をより効果の高いものにできるのではないかと考える。

有効だと考えられる治療方法としては、心理カウンセリングや医師といった専門家が多く選択されることが示された。しかしながら、それにも関わらず、行動意図については、まず友達に相談することや好きなことをしたり考えたりしないようにするという回答が見られた。治療の有効度の評価と行動選択が必ずしも結びつかない可能性があり、前述の重篤度の評価を踏まえるとそこまで重篤なものではないだろうという考えから、有効度の評価と実際の行動意図に乖離が見られた可能性がある。また、行動選択において利用しやすさ

や対処のしやすさといったサービス提供者側の要因なども大きく影響している可能性がある。さらに、このことから友人や周囲の関わりによっては、友人等を介在して専門家に結びつくことも考えられる。加えて、「どう接していいかわからない」といったことも挙げられており、身近な人が相談してきた時に適切な援助資源を勧められるための教育や適切な関わり方の啓発も重要であると示唆される。

V. まとめ

高校生に対する有効なメンタルヘルス・リテラシー教育のプログラム構築に関する予備的研究として、高校生のメンタルヘルス・リテラシーについて実態を明らかにするためのインタビュー調査を行った。

今回の調査から高校生がうつ病に対して抱くイメージがどのようなものか、治療・介入に関する有効度の評価、行動意図を抽出することができた。今後、メンタルヘルス・リテラシーと援助要請の関連についてさらなる知見の蓄積を行うとともに、本研究や今後の研究結果を踏まえた介入効果の検証を行うことが期待される。

VI. 引用文献

- Andrade, L., Caraveo - anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., & Kawakami, N. (2003). *The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys*. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3-21.
- 半澤節子・中根允文・吉岡久美子・中根秀之(2007). 統合失調症事例に対する保健医療専門職のスティグマと社会的距離—精神科医, 精神科看護師, 一般科看護師との比較 精神医学 51(6), 541-552
- Hirschfeld, R. M. A., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B. S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., From, J., Goldstein, M., Gorman, J. M., Guthrie, D.,

- Marek, R.G., Maurer, T.A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, T. L., Sharfstein, S. S., Thase, M. E., Wyatt, R. J. (1997). *The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression*. *JAMA*, 277, 333-340.
- 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
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *The British Journal of Psychiatry* 177(5), 396-401.
- 梅垣佑介(2014). うつと援助をつなぐ—援助資源マッチングに向けた臨床心理学研究— 東京大学出版会
- 上島国利 (監修) (2005). こころのくすり箱—うつかもしれないあなたへ— グラソン・スミスクライン株式会社
- 樫原潤 (2016). うつ病患者に対する信念のプロトタイプ分析 *The Japanese Journal of Psychology* 87(2)
- 川上憲人 (2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究 総括研究報告書
- 中根秀之・中根允文・吉岡久美子 (2008). 日本と豪州における精神保健の知識と理解 *精神神経学雑誌* 110(5), 378-387
- Nieuwsma, J. A., & Pepper, C. M. (2010). *How etiological explanations for depression impact perceptions of stigma, treatment effectiveness, and controllability of depression*. *Journal of Mental Health*, 19(1), 52-61.
- 厚生労働省 (2011). 第19回社会保障審議会医療部会議事録 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001p2ak.html>
- 奥村泰之. (2008). うつ病想定時の健常者の受診意欲に関する心理学的検討 平成20年度 日本大学学位論文
- 日本うつ病学会 (2016). 日本うつ病学会治療ガイドライン II.うつ病(DSM-5)/ 大うつ病性障害 2016 http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/160731.pdf
- 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・谷口尚之 (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 奈良教育大学教育学部附属教育実践総合センター 教育実践総合センター研究紀要
- 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(2) 119-132
- Srebnik, D., Cauce, A. M., & Baydar, N. (1996). *Help-seeking pathways for children and adolescents*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(4), 210-220.
- Stefl, M. E., & Prosperi, D. C. (1985). *Barriers to mental health service utilization*. *Community Mental Health Journal*, 21(3), 167-178.

Preliminary study on the construction of mental health educational program for high school students: Through the Interview Research

Yukako YAJIMA*, Hiroyuki IKEDA**, Nanako NAKAMURA**

*Graduate School of Education, Hyogo University of Teacher Education

**Center for Development and Clinical Psychology, Hyogo University of Teacher

This paper attempts to clarify the reality of mental health literacy of high school students. We conducted the semi-structured interview with high school students. Subjects were 5 high school students (3 males, 2 females). The students were requested to answer questionnaire about their knowledge or image of depression, their thoughts on causes of the illness and the effectiveness of treatment, and the behavioral intention to seek help. The results were as follows: First, it showed that physical symptoms and physiological factors are hard to be linked with depression, and the disease tends to be underestimated. Second, it showed that the estimation of the effectiveness of treatment did not necessarily agree with behavioral intention to seek help. These results seem to be attributed to the assessment of severity for depression. In addition, it was suggested that education emphasizing the mediation of non-professional is important. In the future, it is requested to further accumulate knowledge on the interaction between mental health literacy of high school students and help-seeking behavior, and to construct a program based on these results.

Key Words : high school students, semi-structured interview, mental health literacy, help seeking